

กรณีศึกษา: การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและชักในระยะคลอด

A Case Study: Nursing care for pregnancy with eclampsia in labour state

(Received: March 14,2021; Accepted: March 17,2021)

พูลเพชร ภูตองใจ¹Poolpelt Phutongjai¹

บทคัดย่อ

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดภาวะชักถือเป็นอุบัติการณ์ที่มีความสำคัญและรุนแรง เป็นสาเหตุสำคัญของการตายและการบาดเจ็บทั้งในมารดาและทารกในครรภ์ ถึงแม้สาเหตุที่แท้จริงนั้นยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีปัจจัยเสี่ยงบางประการ ที่ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่ อายุ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์และการคลอด การตั้งครรภ์แฝด ประวัติบุคคลในครอบครัวมีภาวะความดันโลหิตสูง ประวัติการตั้งครรภ์ครั้งก่อนมีภาวะความดันโลหิตสูง และอื่น ๆ ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ รวมทั้งครอบครัว พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวให้มีความรู้ มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองและทารกในครรภ์ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์หรือไม่ ก่อให้เกิดความรุนแรงเพิ่มขึ้นหากมีภาวะความดันโลหิตสูงอยู่ก่อน ซึ่งแนวทางการดูแลหรือให้การพยาบาลแก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงนั้น จะใช้หลักของกระบวนการพยาบาล (Nursing process) ได้แก่ การ ประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการ ประเมินผล รวมทั้งการนำระบบการบริหารความเสี่ยง (Risk management system) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินปัจจัยเสี่ยง เพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงและนำไปสู่การวินิจฉัยที่ทันทั่วถึง รวมถึงยังมีส่วนในการให้คำแนะนำแก่สตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์ และลดอาการรุนแรงจากการเกิดภาวะชักด้วย

คำสำคัญ: ภาวะความดันสูงขณะตั้งครรภ์, ภาวะชักจากความดันโลหิตสูง, การพยาบาล

Abstract

Pre-eclampsia and eclampsia. It is a complication that is the leading cause of death and injury to both mother and fetus Although the exact cause is still unknown. But there are some risk factors. The factors that resulted in pre-eclampsia in pregnant women were age, number of pregnancies and deliveries, twin pregnancies, family history of high blood pressure. A previous pregnancy history of pre-eclampsia, etc., which affects the health of the mother and the fetus. including family Nurses play an important role in promoting the health of pregnant women and their families in order to have knowledge and behavior in taking care of themselves and their unborn babies. To prevent pre-eclampsia during pregnancy or not. cause increased severity if pre-existing hypertension which approaches to care or provide nursing care Patients with high blood pressure will use the principles of the nursing process such as patient assessment Nursing diagnosis nursing planning Nursing practice and evaluation, including the use of a risk management system in patient care. Nurses play an important role in evaluating risk factors. to monitor risks and lead to timely diagnosis It also plays a role in advising pregnant women to prevent and reduce the severity of pre-eclampsia and eclampsia in pregnant women.

Keywords: pre-eclampsia, eclampsia, nursing care

¹ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ (Pregnancy Induced Hypertension: PIH) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมที่เกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีอุบัติการณ์ร้อยละ 5-10 และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาและทารกเป็นอันดับ 3 ของประเทศไทย คิดเป็นร้อยละ 2.1 รองจากการเสียชีวิตและติดเชื้อ (จันทนา ธรรมธัญญารักษ์, 2563) จากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ในปีพ.ศ. 2555 พบว่าประเทศไทยมีมารดาเสียชีวิตในระยะตั้งครรภ์ระยะคลอดและหลังคลอด 141 คน คิดเป็น อัตรา 17.6 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ซึ่งการเสียชีวิตเกิดจากความดันโลหิตสูง บวมและมีโปรตีนในปัสสาวะระหว่างตั้งครรภ์ระยะคลอดและหลังคลอด 25 คน เท่ากับ 3.1 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน (สำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2556 อ้างถึงใน ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2558) นอกจากนั้นหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เลือดออก ในสมอง ตับและไตวาย ทั้งยังเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในทารก กระทบของภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์ยังส่งผลในระยะสั้นต่อสตรี ตั้งครรภ์ โดยสตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์จะเกิดความเสี่ยงต่อการชัก การเกิดภาวะของโรคหลอดเลือดสมองอย่างฉับพลัน ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ภาวะผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด และกลุ่มอาการ HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes, low platelet count) ซึ่งประกอบด้วย การแตกตัวของเม็ดเลือดแดง มีการเพิ่มขึ้นของเอนไซม์ตับ และมีปริมาณเกล็ดเลือดลดลง ส่วนผลระยะยาว ได้แก่ เกิดความดันโลหิตสูงเรื้อรัง เบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ (สุชาติ เทชาวาทกุล, 2558) ส่วน

สาเหตุของการเกิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) ยังไม่ทราบแน่ชัดอย่างไรก็ตามอันตรายต่อสตรีตั้งครรภ์ทารกในครรภ์และรกคลอด จะลดความรุนแรงลงได้ด้วยการวินิจฉัยที่รวดเร็วการดูแลที่เหมาะสม และทันเวลา

จากสถิติการให้บริการมารดาตั้งครรภ์ร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูง ของแผนกห้องคลอดโรงพยาบาลยางตลาด 3 ปีย้อนหลัง พบว่าในปี 2562 มีผู้รับบริการจำนวน 999 ราย พบความดันโลหิตสูงร่วมกับตั้งครรภ์ 43 ราย (ร้อยละ 4.30) ปี 2563 มีบริการจำนวน จำนวน 994 ราย พบความดันโลหิตสูงร่วมกับตั้งครรภ์ 44 ราย (ร้อยละ 4.43) พบมีภาวะชัก 2 ราย (ร้อยละ 4.55 จากจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง) และในปี 2564 มีผู้รับบริการจำนวน 848 ราย พบความดันโลหิตสูงร่วมกับตั้งครรภ์ 31 ราย (ร้อยละ 3.66) ซึ่งจากสถิติบริการดังกล่าวพบว่ามารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ การพยาบาลมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ เป็นสิ่งสำคัญต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารกอย่างยิ่งโดยเฉพาะพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ เพราะเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับมารดาตลอดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้และทักษะในการดูแล โดยเฉพาะการประเมินปัจจัยเสี่ยง ต่อภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ให้ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยง ทำให้มารดาตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเองว่าสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้องและปลอดภัยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน พยาบาลจึงต้องมีการพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเองอยู่ตลอดเวลา (สุชาติ รุ่ง ชูรส, 2562) เพื่อให้การพยาบาลมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์มีความปลอดภัย และมีภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุดพยาบาลจึงควรมีความรู้ ความชำนาญ และทักษะทางการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ ทักษะการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์



เพื่อให้การพยาบาลมารดาในระยะคลอดและการดูแลต่อเนื่องในระยะหลังคลอดอย่างเหมาะสม ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาและให้การพยาบาลมารดาที่มีภาวะภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ จากการศึกษาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence base practice) ในการรวบรวมและทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ นำแผนการพยาบาลที่ได้ไปปฏิบัติจริงกับมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ จำนวน 2 ราย ที่มีความแตกต่างกันในด้านต่าง ๆ โดยใช้กรอบแนวคิดแบบประเมินสุขภาพของกอร์ดอน มาใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพ และใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem et al., 2001) ในการวางแผนให้การพยาบาลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ประโยชน์ที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้จะใช้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นส่งผลทำให้เกิดความปลอดภัยในมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์มากขึ้น

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1. เพื่อปฏิบัติการพยาบาลมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและชักในระยะคลอดใน
2. เพื่อให้มารดาปลอดภัยจากภาวะความดันโลหิตสูงและชัก ขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลผู้ป่วย และการวิเคราะห์ทางการพยาบาล เชื่อมโยงกับพยาธิสรีรภาพ

ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย และการวิเคราะห์ทางการพยาบาล เชื่อมโยงกับพยาธิสรีรภาพ

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
หญิงไทยวัยเจริญพันธุ์ อายุ 21 ปี มาโรงพยาบาลด้วยแพทย์นัดนอนโรงพยาบาลเพื่อเร่งคลอด เนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ประวัติการตั้งครรภ์เป็นมารดา G ₂ P ₀ A ₁ L ₀ อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ไม่มีน้ำเดิน ลูกดิ้นดี ฝากครรภ์ที่คลินิก 8 ครั้ง รับประทาน Tetanus toxoid 2 เข็ม ผลการตรวจเลือดขณะตั้งครรภ์ปกติ สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 68 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 148/90 มิลลิเมตรปรอท ระหว่างรอคลอดที่รอกคลอดมารดามีอาการชักกระตุก	หญิงไทยอายุ 33 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดร่วมกับมีน้ำเดินก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง 30 นาที ประวัติการตั้งครรภ์เป็นมารดา G ₂ P ₁ A ₀ L ₁ Last child 9 ปี อายุครรภ์ 38 ⁺ ₅ สัปดาห์ ฝากครรภ์ที่คลินิก 5 ครั้ง รับประทาน Tetanus toxoid 2 เข็ม ผลการตรวจเลือดขณะตั้งครรภ์ปกติ สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 158/99 มิลลิเมตรปรอท ตรวจ urine protein ผล negative ตรวจการเปิดช่องปากมดลูก

ขอบเขตการศึกษา

ให้การพยาบาลสำหรับมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและมีภาวะชัก จำนวน 2 ราย ในโรงพยาบาลยางตลาด ในช่วงปีงบประมาณ 2563 โดยใช้เกณฑ์ในการคัดเลือก คือ เป็นมารดาที่นอนรักษาตัวในแผนกห้องคลอดในโรงพยาบาลยางตลาด ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ร่วมกับมีภาวะชัก ในระยะคลอด

ขั้นตอนและวิธีดำเนินการ

1. เลือกกรณีศึกษาที่จะให้การพยาบาล จำนวน 2 ราย
2. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการคลอด แบบแผนการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ
3. ตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์
4. ศึกษาค้นคว้าความรู้ทางวิชาการ เพื่อใช้เป็นแหล่งความรู้ในการวางแผนการพยาบาล
5. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วางแผนให้การดูแลผู้ป่วยโดยเน้นให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ กาย จิตใจ อารมณ์ สังคม
6. ให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้
7. สรุปผลการพยาบาล และสรุปปัญหาอุปสรรคในการพยาบาล



ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย และการวิเคราะห์ทางการพยาบาล เชื่อมโยงกับพยาธิสรีรภาพ

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ประมาณ 50 วินาที ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีอาการตาพร่ามัว วัดความดันโลหิตได้ 158/98 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70 ครั้ง/นาที มารดาได้รับยากันชักเป็น 20% MgSO₄ 4 gm dilute vein push. หลังจากนั้นต่อยด้วย 50% MgSO₄ 20 gm+ 0.9NSS 1,000 ml. vein drip 75 cc/hr. ให้ go on labour มารดาคลอดปกติ ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 1,850 กรัม Apgar score 9-10-10 ตรวจร่างกายทั่วไปปกติ ทารกหลังคลอดย้ายไปดูแลยังตึกทารก เนื่องจากน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่าเกณฑ์กำหนด หลังคลอดย้ายมารดาไปพักฟื้นต่อที่ตึกหลังคลอด มารดาขณะอยู่ที่ตึกหลังคลอดอาการทั่วไปปกติ ฟื้นตัวได้ดี แพทย์หยุดให้ยากันชัก 50% MgSO₄ 20 gm+ 0.9NSS 1,000 ml. vein drip 75 cc/hr. หลังคลอด 24 ชั่วโมง และแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้หลังคลอดได้ 6 วัน	เปิด 3 เซนติเมตร effacement 100% station 0 มารดารู้สึกตัวดี ไม่มีปวดศีรษะ ไม่มีอาการตาพร่ามัว ไม่มีอาการจุกแน่นลิ้นปี่ แพทย์วินิจฉัยเป็นเจ็บครรภ์คลอดร่วมกับมีน้ำเดิน ร่วมกับมีความดันโลหิตสูง การรักษาที่ได้รับ ให้ go on labour ให้ NPO เมื่อปากมดลูกเปิดหมด ย้ายมารดาเข้าห้องคลอด ขณะที่มารดาเบ่งคลอด มารดามีอาการชัก ไม่รู้สึกตัววัดความดันโลหิต 173/103 มิลลิเมตรปรอท ตูแลให้ออกซิเจน ตามทีมช่วยฟื้นคืนชีพ แพทย์ให้ยากันชัก 50% MgSO₄ 20 gm+ 0.9NSS 1,000 ml. vein drip 75 cc/hr. และทำการช่วยคลอดด้วยวิธี Vacuum extraction ทารกคลอดเพศชาย น้ำหนักแรกเกิด 2,470 กรัม Apgar score 9-10-10 total blood loss 300 มิลลิลิตร หลังคลอดมารดามีอาการชักเกร็งอีก 1 ครั้ง หลังจากชักเกร็งมารดาเริ่มรู้สึกตัวดี เฝ้ารออย่างใกล้ชิดและย้ายมารดาไปยังตึกหลังคลอดพร้อมบุตร มารดาขณะอยู่ที่ตึกหลังคลอดอาการทั่วไปปกติไม่มีอาการชักเกร็ง ไม่มีอาการตาพร่ามัว ไม่มีเม่นหน้าอก มารดาฟื้นตัวได้ดี แพทย์หยุดให้ยากันชัก 50% MgSO₄ 20 gm+ 0.9NSS 1,000 ml. vein drip 75 cc/hr. หลังคลอด 24 ชั่วโมง และแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ 4 วันหลังคลอด

2. แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

ตารางที่ 2 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการชัก เนื่องจากมารดามีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรง	ข้อมูลสนับสนุน - ผู้คลอดตั้งครรภ์ขณะรอคลอดมีอาการชักเกร็งนาน 50 วินาที - ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีอาการตาพร่ามัว วัดความดันโลหิตได้ 158/98 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70 ครั้ง/นาที - ตรวจ urine Albumin +1, sugar ผล negative - แพทย์ให้ยากันชัก 50% MgSO₄ 20 gm+ 0.9NSS 1,000 ml. vein drip 75 cc/hr. กิจกรรมการพยาบาล - จัดท่านอนตะแคง โดยเฉพาะท่านอนตะแคงซ้าย โดยใช้หมอนหนุนสะโพกข้างขวาของผู้ป่วย และ ตะแคงหน้าเพื่อป้องกัน aspiration และเพิ่มการไหลเวียนเลือดสู่ทารกในครรภ์ - ใส่ Oropharyngeal airway (oral airway) เพื่อป้องกันการอุดกั้นทางเดินหายใจ หรือเปิด	ข้อมูลสนับสนุน - ขณะที่ผู้คลอดเบ่งคลอด และหลังจากคลอดบุตรแล้ว ผู้คลอดมีอาการชัก ไม่รู้สึกตัววัดความดันโลหิต 173/103 มิลลิเมตรปรอท (รวมมีอาการชัก 2 ครั้ง) - ตรวจ urine Albumin +3, sugar ผล negative - แพทย์ให้ยากันชัก 50% MgSO₄ 20 gm+ 0.9NSS 1,000 ml. vein drip 75 cc/hr. กิจกรรมการพยาบาล - ประเมินอาการและอาการแสดง ที่ชักนำก่อนการเกิดการชัก ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตา พร่ามัว เจ็บใต้ลิ้นปี่ หรือบริเวณชายโครงขวา เพื่อจะได้เตรียมการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที - จัดทำโดยใช้หมอนหนุนสะโพกข้างขวาของผู้ป่วย และตะแคงหน้าเพื่อป้องกัน aspiration และเพิ่มการไหลเวียนเลือดสู่ทารกในครรภ์ - ใส่ Oropharyngeal airway (oral airway) เพื่อป้องกันการอุดกั้นทางเดินหายใจ หรือเปิด



ตารางที่ 2 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	ทางเดินหายใจให้โล่ง 3. ให้ออกซิเจนทาง face mask 10 ลิตรต่อนาที เพื่อป้องกันภาวะ hypoxia และป้องกันทารก ในครรภ์ขาดออกซิเจน 4. Suction กรณีที่มี secretion เพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง และทำให้มารดาและทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ 5. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 6. ควบคุมอาการชักโดยการให้ยา Magnesium sulfate ทางหลอดเลือดดำตามแนวทางการรักษา 7. สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่ระยะ postical phase ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตัวเป็นลักษณะ semicoma 8. ประเมินและเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด (Fetal Heart Rate Monitoring) โดย ตรวจสอบอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ด้วยเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic fetal heart rate monitoring) รวมทั้งบันทึกผลการตรวจติดตาม 9. วัดความดันโลหิตทุก 15 นาที เพื่อติดตามและประเมินความรุนแรงของโรค และเฝ้าระวังไม่ให้เกิดภาวะชักซ้ำ 10. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นหรืออาการนำของภาวะชัก เช่น Headache, visual disturbance, epigastric pain เพื่อป้องกันการเกิดภาวะชักซ้ำ 11. เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัยและประเมินความรุนแรงของโรค 12. ติดตามระดับแมกนีเซียมในเลือดให้อยู่ในระดับของการรักษา (therapeutic level) เพื่อป้องกันการเกิดภาวะชักซ้ำ 13. ประเมินการหดตัวของมดลูก เพื่อเฝ้าระวังไม่ให้เกิดภาวะมดลูกหดตัวรุนแรงผิดปกติ (tetanic contraction) 14. ประเมินการหดตัวของมดลูก และความก้าวหน้าของการคลอด (Assess uterine contraction and signs of labor) เพื่อพิจารณาให้เกิดการคลอดโดยเร็ว 15. กระตุ้นการเจ็บครรภ์คลอดถ้าปากมดลูกพร้อม 16. ติดตามการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์และ	ทางเดินหายใจให้โล่ง 4. ให้ออกซิเจนทาง face mask 10 ลิตรต่อนาที เพื่อป้องกันภาวะ hypoxia และป้องกันทารก ในครรภ์ขาดออกซิเจน 5. ประเมินและเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด (Fetal Heart Rate Monitoring) โดย ตรวจสอบอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ด้วยเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic fetal heart rate monitoring) รวมทั้งบันทึกผลการตรวจติดตาม 6. ประเมินการหดตัวของมดลูก และความก้าวหน้าของการคลอด (Assess uterine contraction and signs of labor) เพื่อพิจารณาให้เกิดการคลอดโดยเร็ว 7. วัดความดันโลหิตทุก 15 นาที เพื่อติดตามและประเมินความรุนแรงของโรค และ เฝ้าระวังไม่ให้เกิดภาวะชักซ้ำ 8. ควบคุมอาการชักโดยการให้ยา Magnesium sulfate ทางหลอดเลือดดำตามแนวทางการรักษา 9. เตรียมความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ ในการช่วยเหลือทารก และประสานงานกับทีม Neonatal Cardiopulmonary Resuscitation (NCPR) เพื่อให้การช่วยชีวิตทารกแรกเกิด 10. ภายหลังการชัก ประเมินความเข้าใจหรือให้ข้อมูลผู้ป่วยเพิ่มเติมเกี่ยวกับภาวะของโรค แนวทางการดูแลรักษา อาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และการดูแลตนเอง และ ทารกในครรภ์ภายหลังการชัก รวมทั้งให้การประคับประคองและช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินผลการพยาบาล 1. ไม่มีอาการแสดงหรือนำไปสู่ภาวะชัก 2. ความดันโลหิต 150/100 mmHg 3. แพทย์ทำการช่วยคลอดด้วยวิธี Vacuum extraction ทารกคลอดเพศชาย น้ำหนักแรกเกิด 2,470 กรัม Apgar score 9-10-10 4. หลังให้ยาป้องกันการชักไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา

ตารางที่ 2 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	การหดตัวของมดลูกอย่างใกล้ชิด 17. เตรียมความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ในการช่วยเหลือทารก และประสานงานกับทีม Neonatal Cardiopulmonary Resuscitation (NCPR) เพื่อให้การช่วยชีวิตทารกแรกเกิด 18. ให้อาหาร Magnesium sulfate เข้าทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่องจนครบ 24 ชั่วโมงหลังคลอด 19. ภายหลังการชัก ประเมินความเข้าใจหรือให้ข้อมูลผู้ป่วยเพิ่มเติมเกี่ยวกับภาวะของโรค แนวทางการดูแลรักษา อาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และการดูแลตนเองและทารกในครรภ์ภายหลังการชัก รวมทั้งให้การประคับประคองและช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินผลการพยาบาล 1. ผู้คลอดไม่มีภาวะชักซ้ำ และไม่มีอาการแสดงหรือนำไปสู่ภาวะชัก 2. ความดันโลหิต 150/100 mmHg 3. หลังให้อาหารป้องกันการชักไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา 4. ผู้คลอดพักผ่อนได้อย่างเต็มที่	
2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา MgSO ₄ (MgSO ₄ toxicity)	ข้อมูลสนับสนุน 1. ความดันโลหิตสูง 158/98 mmHg ร่วมกับมีอาการชัก ขณะรอคลอด 2. ได้รับยา MgSO₄ กิจกรรมการพยาบาล 1. อธิบายให้ผู้คลอดและญาติเข้าใจถึงเหตุผลและขั้นตอนการให้ยา รวมทั้งผลข้างเคียงที่อาจเกิดได้จากยา เช่น อาการร้อนบริเวณที่ฉีด ร้อนวูบวาบทั่วตัว รวมทั้งอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนขณะได้รับยา 2. ควบคุมให้ได้รับปริมาณยา 10% MgSO₄ 5 กรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดช้า ๆ ภายใน 15 นาที หลังจากนั้นให้ 50% MgSO₄ 10 กรัม ผสมใน 5%D/W 1,000 มิลลิลิตร ให้หยดเข้าหลอดเลือดดำ ควบคุมการหยดโดยใช้ Infusion pump ในอัตรา 100 มิลลิลิตร / ชั่วโมง เพื่อให้ได้ปริมาณยาตาม แผนการรักษาและเนื่องจากเป็นยาในกลุ่ม High Alert Drug 3. ปฏิบัติตามแนวทางเพื่อป้องกันอาการไม่พึง	ข้อมูลสนับสนุน 1. ความดันโลหิตสูง 173/103 mmHg ร่วมกับมีอาการชัก ขณะเบ่งคลอดและชักหลังคลอด 2. แพทย์ให้ยากันชัก 50% MgSO₄ 20 gm+ 0.9NSS 1,000 mL vein drip 75 cc/hr. กิจกรรมการพยาบาล 1. อธิบายให้ผู้คลอดและญาติเข้าใจถึงเหตุผลและขั้นตอนการให้ยา รวมทั้งผลข้างเคียงที่อาจเกิดได้จากยา เช่น อาการร้อนบริเวณที่ฉีด ร้อนวูบวาบทั่วตัว รวมทั้งอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนขณะได้รับยา 2. ควบคุมให้ได้รับปริมาณยา 10% MgSO₄ 5 กรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดช้า ๆ ภายใน 15 นาที หลังจากนั้นให้ 50% MgSO₄ 10 กรัม ผสมใน 5%D/W 1,000 มิลลิลิตร ให้หยดเข้าหลอดเลือดดำ ควบคุมการหยดโดยใช้ Infusion pump ในอัตรา 100 มิลลิลิตร / ชั่วโมง เพื่อให้ได้ปริมาณยาตาม แผนการรักษาและเนื่องจากเป็นยาในกลุ่ม High Alert Drug



ตารางที่ 2 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	ประสงค์จากยา (MgSO₄ toxicity) ดังนี้ 3.1 ประเมินอัตราการหายใจ ทุก 1 ชั่วโมง ถ้าอัตราการหายใจน้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที ต้องหยุดให้ยา และรายงานแพทย์ 3.2 ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ตวงและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร หรือภายใน 4 ชั่วโมงออกน้อยกว่า 100 มิลลิลิตร รายงานแพทย์ 3.3 ประเมินปฏิกิริยาตอบสนองเฉียบพลันของเอ็นลิก DTR ทุก 1 ชั่วโมง ถ้าน้อยกว่า 2+ ต้องรายงานแพทย์ทันที หรือเท่ากับ 0 ต้องหยุดยาทันที 4. สังเกตอาการของการได้รับยามากเกินไป หรือติดตามระดับแมกนีเซียมในเลือด ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออก ความดันโลหิตลดลง การหายใจช้าลง ซึม ไม่มีแรง อ่อนปวกเปียก DTR ลดลง ต้องรีบรายงานแพทย์ และเตรียมยาแก้ไข้ได้แก่ 10 % Calcium Gluconate 10 มิลลิลิตร ฉีดเข้าทาง หลอดเลือดดำช้า ๆ ประมาณ 3-5 นาที ประเมินผลการพยาบาล 1. ผู้คลอดปลอดภัย ไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา MgSO₄ ประเมินได้จากภายหลังได้รับยา MgSO₄ 30 นาที ตรวจ DTR 3+ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาทีและเมื่อสังเกต อาการครบ 1 ชั่วโมงหลังจากได้รับยา DTR 2+ อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ปัสสาวะออก 400 มิลลิลิตร/ชั่วโมง	3. ปฏิบัติตามแนวทางเพื่อป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากยา (MgSO₄ toxicity) ดังนี้ 3.1 ประเมินอัตราการหายใจ ทุก 1 ชั่วโมง ถ้าอัตราการหายใจน้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที ต้องหยุดให้ยา และรายงานแพทย์ 3.2 ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ตวงและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร หรือภายใน 4 ชั่วโมงออกน้อยกว่า 100 มิลลิลิตร รายงานแพทย์ 3.3 ประเมินปฏิกิริยาตอบสนองเฉียบพลันของเอ็นลิก DTR ทุก 1 ชั่วโมง ถ้าน้อยกว่า 2+ ต้องรายงานแพทย์ทันที หรือเท่ากับ 0 ต้องหยุดยาทันที 4. สังเกตอาการของการได้รับยามากเกินไป หรือติดตามระดับแมกนีเซียมในเลือด ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออก ความดันโลหิตลดลง การหายใจช้าลง ซึม ไม่มีแรง อ่อนปวกเปียก DTR ลดลง ต้องรีบรายงานแพทย์ และเตรียมยาแก้ไข้ได้แก่ 10 % Calcium Gluconate 10 มิลลิลิตร ฉีดเข้าทาง หลอดเลือดดำช้า ๆ ประมาณ 3-5 นาที ประเมินผลการพยาบาล 1. ผู้คลอดปลอดภัย ไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา MgSO₄ ประเมินได้จากภายหลังได้รับยา MgSO₄ 30 นาที ตรวจ DTR 3+ อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาทีและเมื่อสังเกต อาการครบ 1 ชั่วโมงหลังจากได้รับยา DTR 2+ อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ปัสสาวะออก 350 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
3. ผู้คลอดขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์	ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้คลอดถามว่า เมื่อความดันสูงจะต้องทำอย่างไร เป็นอันตรายไหม ลูกจะเป็นไหม 2. ผู้คลอดยังไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ 3. หน้าไม่สดชื่น มีความวิตกกังวล กิจกรรมการพยาบาล 1. แสดงความเป็นมิตร ปลอดภัยให้รู้สึกอบอุ่น เพื่อคลายความวิตกกังวลและความกลัว มั่นใจว่ามีคนคอยดูแลให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ 2. ถามและเปิดโอกาสให้ผู้คลอดได้พูดคุยถึงสาเหตุของความวิตกกังวลและความกลัวเพื่อให้ได้	ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้คลอดถามว่า ความดันสูงเป็นอันตรายไหม ลูกจะเป็นอันตรายไหม 2. ผู้คลอดยังไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ 3. หน้าไม่สดชื่น มีความวิตกกังวล กิจกรรมการพยาบาล 1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้คลอด แสดงท่าทางเป็นมิตร และเปิดโอกาสให้ผู้คลอดซักถามหรือระบายความในใจตามต้องการ 2. อธิบายถึงสาเหตุ ลักษณะ อาการภาวะแทรกซ้อนของภาวะความดันโลหิตสูง แนว

ตารางที่ 2 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	ระบายความรู้สึก ร่วมแก้ไขสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลและความกลัว 3. อธิบายถึงสาเหตุ ลักษณะอาการภาวะแทรกซ้อนของภาวะความดันโลหิตสูง แนวทางการรักษาพยาบาล ประเมินความสนใจและการยอมรับของผู้คลอด เพื่อให้ได้ทราบข้อมูล ช่วยลดความวิตกกังวลในสิ่งที่ไม่ทราบ และเข้าใจเหตุผลของการรักษาพยาบาลที่ได้รับ เพื่อให้เกิดความร่วมมือด้วยความเต็มใจ 4. ให้กำลังใจผู้คลอด เพื่อลดความวิตกกังวล 5. ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้คลอดให้สามารถเผชิญต่อภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ได้ เพราะครอบครัวที่อบอุ่นทำให้มารดาเกิดความเชื่อมั่น และเผชิญความเครียดได้ ประเมินผลการพยาบาล 1. มารดาผ่อนคลายความวิตกกังวล มีหน้าตาสดชื่นขึ้นและรับทราบ	ทางการรักษาพยาบาล ประเมินความสนใจและการยอมรับของผู้คลอดเพื่อให้ได้ทราบข้อมูล ช่วยลดความวิตกกังวลในสิ่งที่ไม่ทราบ และเข้าใจเหตุผลของการรักษาพยาบาลที่ได้รับ เพื่อให้เกิดความร่วมมือด้วยความเต็มใจ 3. ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้คลอดให้สามารถเผชิญต่อภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ได้ เพราะครอบครัวที่อบอุ่นทำให้มารดาเกิดความเชื่อมั่น และเผชิญความเครียดได้ 4. ให้กำลังใจผู้คลอด เพื่อลดความวิตกกังวล ประเมินผลการพยาบาล 1. ผู้คลอดมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล และรับทราบ
4. ผู้คลอดมีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด	ข้อมูลสนับสนุน 1. ทารกคลอดปกติ ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 1,850 กรัม Apgar score 9-10-10 total blood loss 200 มิลลิลิตร กิจกรรมการพยาบาล 1. ทำคลอดทารกและรกอย่างถูกต้องตามเทคนิค เพื่อป้องกันการฉีกขาดของช่องทางคลอดและการตกค้างของเศษรก ซึ่งอาจทำให้ตกเลือดหลังคลอดได้ 2. สังเกตปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด หลังจากคลอดแล้ว ตรวจสอบการหดตัวของมดลูก ถ้าไม่ดี รีบหาสาเหตุเพื่อให้การพยาบาลที่ถูกต้องต่อไป 3. บันทึกสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที เพื่อทราบอาการเปลี่ยนแปลงของผู้คลอด จะได้ให้ความช่วยเหลือที่ถูกต้องและรวดเร็ว 4. ตรวจสอบการฉีกขาดบริเวณแผลฝีเย็บและทำการซ่อมแซมอย่างถูกต้องและรวดเร็ว ตรวจสอบว่ามีเลือดซึมออก จากบริเวณใด ถ้าบริเวณแผลฝีเย็บบวม มีสีม่วงคล้ำผู้คลอดจะรู้สึกตึงและปวดถ่วงบริเวณฝีเย็บมาก 5. ตรวจสอบสภาพกระเพาะปัสสาวะทางท่อน้อยถ้ากระเพาะปัสสาวะเต็มให้กระตุ้นมารดาปัสสาวะเอง เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง เป็นการลดการ	ข้อมูลสนับสนุน 1. คลอดด้วยวิธี Vacuum extraction ทารกคลอดเพศชาย น้ำหนักแรกเกิด 2,470 กรัม Apgar score 9-10-10 total blood loss 300 มิลลิลิตร กิจกรรมการพยาบาล 1. ทำคลอดทารกและรกอย่างถูกต้องตามเทคนิค เพื่อป้องกันการฉีกขาดของช่องทางคลอดและการตกค้างของเศษรก ซึ่งอาจทำให้ตกเลือดหลังคลอดได้ 2. สังเกตปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด หลังจากคลอดแล้ว ตรวจสอบการหดตัวของมดลูก ถ้าไม่ดี รีบหาสาเหตุเพื่อให้การพยาบาลที่ถูกต้องต่อไป 3. บันทึกสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที เพื่อทราบอาการเปลี่ยนแปลงของผู้คลอด จะได้ให้ความช่วยเหลือที่ถูกต้องและรวดเร็ว 4. ตรวจสอบการฉีกขาดบริเวณแผลฝีเย็บและทำการซ่อมแซมอย่างถูกต้องและรวดเร็ว ตรวจสอบว่ามีเลือดซึมออก จากบริเวณใด ถ้าบริเวณแผลฝีเย็บบวม มีสีม่วงคล้ำผู้คลอดจะรู้สึกตึงและปวดถ่วงบริเวณฝีเย็บมาก 5. ตรวจสอบสภาพกระเพาะปัสสาวะทางท่อน้อยถ้ากระเพาะปัสสาวะเต็มให้กระตุ้นมารดาปัสสาวะเอง เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง เป็นการลดการ



ตารางที่ 2 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	ขัดขวางการหดตัวของมดลูก มดลูกจะหดตัวดีขึ้น 6. ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มการหดตัวของมดลูก 7. ดูแลให้สารน้ำอย่างเพียงพอ เพื่อทดแทนปริมาณเลือดและสารน้ำที่สูญเสียไปในระหว่างการคลอด 8. การกระตุ้นให้มารดาให้นมบุตรเพื่อเป็นการกระตุ้นให้มดลูกหดตัวดีขึ้น ประเมินผลการพยาบาล 1. มารดาหลังคลอดไม่มีอาการแสดง หรือสัญญาณของการตกเลือดหลังคลอด 2. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 142/102 มิลลิเมตรปรอท มดลูกหดตัวดี ประเมินเลือดออกทางช่องคลอดใน 4 ชั่วโมงแรกได้ 50 มิลลิลิตร แผลฝีเย็บไม่มี hematoma	การขัดขวางการหดตัวของมดลูก มดลูกจะหดตัวดีขึ้น 6. ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มการหดตัวของมดลูก 7. ดูแลให้สารน้ำอย่างเพียงพอ เพื่อทดแทนปริมาณเลือดและสารน้ำที่สูญเสียไปในระหว่างการคลอด 8. การกระตุ้นให้มารดาให้นมบุตรเพื่อเป็นการกระตุ้นให้มดลูกหดตัวดีขึ้น ประเมินผลการพยาบาล 1. มารดาหลังคลอดไม่มีอาการแสดง หรือสัญญาณของการตกเลือดหลังคลอด 2. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย 37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 135/68 มิลลิเมตรปรอท มดลูกหดตัวดี ประเมินเลือดออกทางช่องคลอดใน 4 ชั่วโมงแรกได้ 30 มิลลิลิตร แผลฝีเย็บไม่มี hematoma
5. ผู้คลอดมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตร เนื่องจากทารกคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์กำหนด	ข้อมูลสนับสนุน 1. ทารกคลอดปกติ เพศหญิง น้ำหนัก 1,850 กรัม Apgar score 9-10-10 ตรวจร่างกายทั่วไปปกติ ทารกหลังคลอดย้ายไปดูแลยังตึกทารก เนื่องจากคลอดก่อนกำหนด และน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่าเกณฑ์กำหนด 2. ผู้คลอดมีสีหน้าวิตกกังวล เมื่อลูกต้องไปสังเกตอาการต่อที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินความวิตกกังวลและท่าทีที่แสดงออกของมารดาและครอบครัวเปิดโอกาสให้ซักถาม 2. ให้ข้อมูลแก่มารดาและบิดาถึงอาการเจ็บป่วยของบุตรด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย แผนการดูแลรักษาและเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับทารก รวมทั้งการพยาบาลที่สำคัญที่ใช้ในช่วงนั้น 3. พุดคุยให้กำลังใจ ให้ความเป็นกันเอง ให้ความมั่นใจว่าทารกจะได้รับการดูแลอย่างดี 4. ส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา สอนวิธีการบีบเก็บน้ำนมให้แก่มารดา และคอยดูแลช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา และให้พบแพทย์เพื่อสอบถามอาการบุตร ประเมินผลการพยาบาล - มารดามีสีหน้าสดชื่น ร่วมมือปฏิบัติตาม	ข้อมูลสนับสนุน 1. ทารกคลอดเพศชาย น้ำหนักแรกเกิด 2,470 กรัม Apgar score 9-10-10 น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์เล็กน้อย แต่แพทย์ให้ยาฆ่าแมลงได้ 2. ผู้คลอดมีสีหน้าวิตกกังวล ห่วงภาวะสุขภาพของบุตร กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินความวิตกกังวลและท่าทีที่แสดงออกของมารดาและครอบครัวเปิดโอกาสให้ซักถาม 2. ให้ข้อมูลแก่มารดาและบิดาถึงอาการเจ็บป่วยของบุตรด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย แผนการดูแลรักษาและเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับทารก รวมทั้งการพยาบาลที่สำคัญที่ใช้ในช่วงนั้น 3. พุดคุยให้กำลังใจ ให้ความเป็นกันเอง ให้ความมั่นใจว่าทารกจะได้รับการดูแลอย่างดี 4. ส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา สอนวิธีการบีบเก็บน้ำนมให้แก่มารดา และคอยดูแลช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา และให้พบแพทย์เพื่อสอบถามอาการบุตร ประเมินผลการพยาบาล - มารดามีสีหน้าสดชื่น ร่วมมือปฏิบัติตาม

ตารางที่ 2 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	คำแนะนำ สามารถป้อนนมได้ถูกวิธี	คำแนะนำ สามารถป้อนนมได้ถูกวิธี
สรุปกรณีศึกษา	สรุปได้ว่าหญิงไทยวัยเจริญพันธุ์ อายุ 21 ปี มีภาวะตั้งครรภ์ร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นการเกิดความดันโลหิตสูงก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ (Preeclampsia หรือ gestational hypertension without severe features) โดย American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) ปี 2013 กำหนดไว้ว่า Preeclampsia พบภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ตั้งแต่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ขึ้นไปร่วมกับการตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะตั้งแต่ +1 ขึ้นไป ซึ่งจากพยาธิสรีระของการเกิดยังไม่ทราบแน่ชัด ระหว่างรอคลอดมารดามีอาการชักกระตุกประมาณ 50 วินาที ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีอาการตาพร่ามัว วัความดันโลหิตได้ 158/98 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70 ครั้ง/นาที อาการชัก(eclampsia) ถือว่าเป็นภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์อยู่ในระดับรุนแรง (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563) การรักษาที่ได้รับคือ การยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งจากการประเมินทารกในครรภ์ 36 สัปดาห์ ผล U/S EFW 2,800 กรัม แพทย์จึงพิจารณาให้ยาเร่งคลอด ร่วมกับให้ยากันชักเป็น 20% MgSO₄ 4 gm dilute vein push. หลังจากนั้นต่อยด้วย 50% MgSO₄ 20 gm+ 0.9NSS 1,000 ml. vein drip 75 cc/hr. ให้มารดาคลอดปกติ ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 1,850 กรัม Apgar score 9-10-10 ทารกหลังคลอดย้ายไปดูแลยังตึกทารก เนื่องจากน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่าเกณฑ์ กำหนด การที่น้ำหนักทารกน้อยกว่าเกณฑ์ อธิบายได้ว่า เกิดจากการที่มารดามีความดันโลหิตสูง ทำให้พยาธิสภาพของหลอดเลือดมีการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะบริเวณที่มีการแลกเปลี่ยนอาหารของรก ทำให้ทารกในครรภ์ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ (จิตติงสุวิมล, 2558) มารดาขณะอยู่ที่ตึกหลังคลอด อาการทั่วไปปกติ ไม่พบอาการชักเกร็งสามารถฟื้นตัวได้ดี แพทย์หยุดให้ยากันชัก 50% MgSO₄ 20 gm+ 0.9NSS 1,000 ml. vein drip 75 cc/hr. หลังคลอด 24 ชั่วโมง และแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้หลังคลอดได้ 6 วัน	หญิงไทยอายุ 33 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดร่วมกับมีน้ำเดินก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง 30 นาที ประวัติการตั้งครรภ์เป็นมารดา G₂P₁A₀L₁ Last child 9 ปี อายุครรภ์ 38⁺₅ สัปดาห์ ความดันโลหิต 158/99 มิลลิเมตรปรอท ตรวจ urine protein ผล negative ตรวจการเปิดของปากมดลูก เปิด 3 เซนติเมตร effacement 100% station 0 มารดารู้สึกตัวดี ไม่มีปวดศีรษะ ไม่มีอาการตาพร่ามัว ไม่มีอาการจุกแน่นลิ้นปี่ แพทย์วินิจฉัยเป็นเจ็บครรภ์คลอดร่วมกับมีน้ำเดิน ร่วมกับความดันโลหิตสูง เนื่องจากอายุครรภ์ ครบกำหนด เรียกว่า Preeclampsia หรือ gestational hypertension without severe features ขณะอายุครรภ์ 37 สัปดาห์หรือมากกว่า ควรให้คลอดมากกว่าการดูแลแบบ expectant (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2558) แพทย์จึงพิจารณาให้คลอดโดยเร็ว ขณะที่มารดาเบ่งคลอด มารดามีอาการชัก (eclampsia) ไม่รู้สึกตัววัดความดันโลหิต 173/103 มิลลิเมตรปรอท ดูแลให้ออกซิเจน ตามทีมช่วยฟื้นคืนชีพ แพทย์ให้ยากันชัก 50% MgSO₄ 20 gm+ 0.9NSS 1,000 ml. vein drip 75 cc/hr. และทำการช่วยคลอดด้วยวิธี Vacuum extraction ทารกคลอดเพศชาย น้ำหนักแรกเกิด 2,470 กรัม Apgar score 9-10-10 total blood loss 300 มิลลิลิตร หลังคลอดมารดามีอาการชักเกร็งอีก 1 ครั้ง ภายหลังการคลอดแล้วมารดามีอาการชักเกร็ง อธิบายได้ว่า การชัก (eclampsia) ที่เกิดขึ้นเป็นผลกระทบจากความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงมีผลต่อร่างกายหลายระบบ (พัชรภรณ์ เจริญนัยณะกิจ, 2563) ซึ่งเกิดขึ้นได้ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด หรือในระยะหลังคลอดทำให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้าคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิด มีน้ำหนักน้อย (ปรียา แก้วพิมล, 2558) และภาวะ ความดันโลหิตสูงของมารดาหลังคลอดทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการชักได้ พบร้อยละ 25 (Ross, 2016 อ้างถึงใน พัทธภรณ์ เจริญนัยณะกิจ, 2563) ซึ่งภาวะชักนี้สามารถพบได้ถึง 48 ชั่วโมงหลังคลอด ภายหลังหลังจากชักเกร็งมารดาเริ่มรู้สึกตัว

ตารางที่ 2 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
		ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นที่เป็นอันตราย มารดาได้รับการ เฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดขณะอยู่ที่ตึกหลังคลอดอาการทั่วไปปกติไม่มีอาการชักเกร็งอีก ไม่มีอาการตาพร่ามัว ไม่มีแผนหน้าอก มารดาฟื้นตัวได้ดี แพทย์หยุดให้ยากันชัก 50% MgSO ₄ 20 gm+ 0.9NSS 1,000 ml. vein drip 75 cc/hr. หลังคลอด 24 ชั่วโมง และแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านพร้อมบุตร ได้ 4 วันหลังคลอด

ข้อเสนอแนะ

1. ผลงานนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับมีภาวะชักในระยะคลอดใช้เป็นกรณีตัวอย่างในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงได้
2. สามารถนำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการให้คำแนะนำแก่นักศึกษาในการให้การพยาบาลมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและชัก ถือว่าเป็นภาวะวิกฤติสามารถเกิดขึ้นต่อเนื่องไปถึงระยะหลังคลอดได้ซึ่งก่อให้เกิดทุพพลภาพทั้งมารดาและทารกได้ การเข้าใจพยาธิสภาพ การเฝ้าระวัง ป้องกัน ติดตามและดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้ผ่านพ้นวิกฤติ โดยการนำความรู้ทาง

วิชาการมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ใช้ทักษะกระบวนการพยาบาลประกอบกับความรู้รายโรคดูแลผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา ทำให้เกิดความปลอดภัยได้

3. สำหรับบทบาทของพยาบาลห้องคลอดควรเน้นการส่งเสริมการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการรับรู้ภาวะเสี่ยงตามความเป็นจริง ซึ่งมีผลให้หญิงตั้งครรภ์เกิดแรงจูงใจ และเกิดการยอมรับในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม กับภาวะเสี่ยงจะนั้นช่วยลดโอกาสในการเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ของการตั้งครรภ์และการคลอด รวมถึงลดโอกาสในการเสียชีวิตของทั้งมารดา ทารกในครรภ์และทารก แรกเกิดได้

เอกสารอ้างอิง

- พารุณวิงษ์ศรี และทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล. (2561). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็มกับการดูแลและการให้คำแนะนำผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารพยาบาลตำรวจ ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน. หน้า 209-219.
- ณัฐพัชร การณศิลป์, กิตติพร ประชาศรีย์, สรเดช เพ็ญพรรณ และพิทักษ์ สงคราม. (2563). การตั้งครรภ์เสี่ยงสูง: บทบาทพยาบาลในการส่งเสริม การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ปีที่ 31 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2563. หน้า 1-9.
- จิตณัฐฐา สุทธิจำนงค์. (2558). ความต้องการการพยาบาลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (ผดุงครรภ์). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2563). การดูแลความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2562-2564.
- ปรียา แก้วพิมล. (2558). การพยาบาลสตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. ในเยาวเรศ สมทรัพย์ (บรรณาธิการ), การผดุงครรภ์เล่ม 1. สงขลา: หาดใหญ่ เบสท์ เซลส์แอนด์ เซอร์วิส.

- พัชรภรณ์ เจริญยธนะกิจ. (2563). การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ชนิดรุนแรง: กรณีศึกษา. วารสารมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล, 33(2), 12-23. Retrieved from <https://ph01.tci-thaijo.org/index.php/vujournal/article/view/243738>
- American College of Obstetricians and Gynecologists, Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in pregnancy. Washington, DC; 2013. www.acog.org/Resources-And-Publications/Task-Force-and-Work-Group-Reports/Hypertension-in-Pregnancy.
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). Nursing: Concepts of practice (6th ed.). St. Louis: Mosby.