



การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง:
กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care for Postpartum Mothers with High Risk and Preeclampsia
with Severe Feature: Two Case Studies

(Received: December 16,2023 ; Revised: December 24,2023 ; Accepted: December 27,2023)

อรพิน ตันมงคล¹

Oraphin Tanmongkol

บทคัดย่อ

กรณีศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลของมารดาที่มีความเสี่ยงและความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง โดยผ่านกรณีศึกษา 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษ 5ก โรงพยาบาลราชวิถี วิธีการวิจัย: ศึกษามารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง จำนวน 2 ราย และมีครรภ์แฝด 1 ราย เครื่องมือที่ใช้ศึกษาเป็นเวชระเบียนมารดาหลังคลอดประเด็นการเปรียบเทียบ คือ แบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ การพยาบาลปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ

ผลการวิจัย พบว่า มารดาหลังคลอดกรณีศึกษาที่ 1 มี LOS 4 วัน จำหน่ายกลับบ้านพร้อมบุตร กรณีศึกษาที่ 2 มี LOS 5 วัน เนื่องจาก มีปัญหาความดันโลหิตยังไม่คงที่ ต้องได้รับยาลดความดันโลหิตไปปรับปรนทานต่อที่บ้าน และมีประเด็นเรื่องบุตรน้ำหนักตัวน้อย ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจส่งต่อรักษาไปที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี อย่างไรก็ตาม พบว่า บุตรกรณีศึกษาที่ 2 มีอาการดีขึ้นตามลำดับ มี LOS ที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 24 วัน

คำสำคัญ: การพยาบาลมารดาหลังคลอด, ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง, ภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์

Abstract

This case study intended to investigate the nursing care of postpartum mothers who had preeclampsia with severe feature and were admitted to an obstetric ward, at Rajavithi Hospital. Two cases of postpartum mothers diagnosed with preeclampsia with severe feature were explored closely, one was with multifetal pregnancy. The data was collected from the medical record and used for comparing the healthcare plan, pathologic status, nursing care, and risk factors.

The result revealed that case 1 had the LOS stage for 4 days before returning home with the baby. Meanwhile, case 2 had the LOS stage for 5 days due to unstable blood pressure and the low weight of the baby. Case 2 needed to take the antihypertensives at home, and her baby was then referred to Queen Sirikit National Institute of Child Health (QSNICH) with ventilation. However, the baby of case 2 was consequently better with the LOS stage of 24 days at QSNICH.

Keywords: postpartum nursing care, preeclampsia with severe feature, Risks from pregnancy

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่รุนแรงส่งผลต่ออัตราการเจ็บป่วย และเสียชีวิตของทั้งมารดา และทารกในครรภ์ เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและทุพพลภาพของมารดาและทารกทั่วโลกร้อยละ

14¹ รองลงมาจากสาเหตุการตกเลือดที่พบร้อยละ 27.1² มีรายงานพบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 5-10 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด³ จากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขในปี 2564 พบว่า ประเทศไทยมีมารดาเสียชีวิตในระหว่างตั้งครรภ์ระยะคลอด และหลังคลอดคิดเป็น 26.6

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลราชวิถี



ราย ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ซึ่งเป็นการเสียชีวิตจากความดันโลหิตสูง ระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด เท่ากับ 3.2 คน ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน

ผลกระทบจากความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงมีผลต่อร่างกายหลายระบบ และอาจนำไปสู่ภาวะชัก (eclampsia) หรือเกิดภาวะ HELLP syndrome ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่ประกอบด้วย เม็ดเลือดแดงแตก (Hemolysis) เอนไซม์ตับสูงผิดปกติ (Elevated liver enzyme) และมีเกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000 เซลล์/ไมโครลิตร ซึ่งเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต ที่เกิดขึ้นได้ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด หรือในระยะหลังคลอด ทำให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า คลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อย ร้อยละ 25 ของมารดา หลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จะส่งผลทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการชักได้ ซึ่งภาวะชักรนี้สามารถพบได้ถึง 48 ชั่วโมงหลังคลอด⁴ ทำให้มารดาหลังคลอดเสียชีวิตเนื่องมาจากมีเลือดออกในสมอง และการสำลักเศษอาหารขณะชัก⁵ นอกจากนี้ ยังมีผลกระทบต่อระบบอื่นๆ ที่สำคัญ ได้แก่ ระบบหัวใจ และหลอดเลือด ทำให้เกิดภาวะน้ำท่วมปอด และปอดคั่งน้ำจากการที่หลอดเลือดของปอดตีบ เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจากการที่มีปริมาณเลือดดำที่ไหลกลับเข้าหัวใจห้องขวาเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว⁶ ภายหลังคลอดมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงอาจมีภาวะน้ำท่วมปอดได้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา จากยาที่ใช้บ่อยทำให้เกิดการคั่งของน้ำในร่างกาย ปฏิกริยาของระบบประสาทซิมพาเทติก และการหดตัวของหลอดเลือด⁷ ดังนั้น ในระยะ 48 ชั่วโมงหลังคลอดพยาบาลควรเฝ้าระวัง และติดตามการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันโรคที่รุนแรงขึ้น และให้การช่วยเหลืออย่างทันที่ โดยพบว่าระดับความดันโลหิตจะกลับเป็นปกติภายใน 6 สัปดาห์หลังคลอด⁷

แนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง โดยทั่วไปจะมีการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่เมื่อ

แรกรับ และประเมินเป็นระยะในช่วงหลังคลอด ได้แก่ การประเมินสัญญาณชีพ ที่สำคัญคือ ความดันโลหิต systolic ที่สูงมากกว่าหรือ เท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิต diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท อาการนำก่อนการชัก เช่น อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว (cerebral or visual disturbance) จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ หรือปวดใต้ชายโครงขวา เป็นต้น รวมทั้งการประเมินอาการแทรกซ้อนอื่นๆ ที่เป็นภาวะวิกฤตที่สำคัญ ได้แก่ น้ำท่วมปอด (pulmonary edema) ชัก (Eclampsia) ภาวะเลือดออกในสมอง (cerebral hemorrhage) ภาวะ HELLP syndrome เป็นต้น⁶ การดูแลเพื่อป้องกันภาวะชักรที่สำคัญคือ การดูแลให้ยา MgSO₄ และมีการเฝ้าระวังระดับของ MgSO₄ ในเลือด โดยการเจาะเลือดติดตามระดับของ MgSO₄ ในซีรัมทุก 4 ชั่วโมง ซึ่งระดับ ของ MgSO₄ ในซีรัมที่ต้องการ คือ อยู่ใน ช่วง 4-8 mg/dL รวมทั้งการเฝ้าดูอาการทางคลินิก เช่น การตรวจไม่พบปฏิกิริยาสะท้อน (reflex เป็น 0) อัตราการหายใจช้ากว่า 12-14 ครั้ง ต่อนาที หรือปัสสาวะออกน้อยกว่า 25 - 50 มิลลิตรต่อชั่วโมงหรือ 100 มิลลิตรต่อ 4 ชั่วโมง ในกรณีเช่นนี้ ระดับของ MgSO₄ ในซีรัมอาจจะมากเกินไป ดังนั้น จึงควรเตรียม antidote คือ ร้อยละ 10 calcium gluconate ขนาด 10 มิลลิตรไว้ให้พร้อมใช้ได้เสมอ ซึ่งการให้ยา MgSO₄ นี้ต้องระมัดระวัง และดูแลใกล้ชิด เนื่องจาก มีฤทธิ์ในการขยายหลอดเลือดทำให้ผู้ป่วยรู้สึกร้อน วูบวาบ มีฤทธิ์ทำให้กล้ามเนื้อเรียบคลายตัวซึ่งจะมีผลให้มดลูกหดตัวไม่ดี ตกเลือดได้ง่ายในระยะหลังคลอด ระดับยาในกระแสเลือดสูงเกินระดับการรักษาจะไปกดการหายใจ และถ้าสูงมาก (10 - 13 mEq.) จะกดการทำงานของหัวใจจึงนับว่าเป็นยาอันตราย ต้องเฝ้าระวังภาวะยาเกินขนาดโดยการบันทึกชีพจร อัตราหายใจ ความดันโลหิต ปัสสาวะทุกชั่วโมง และ Deep tendon reflex (DTR) ทุก 4 ชั่วโมง⁸

จากสถิติของโรงพยาบาลราชวิถี ปี พ.ศ. 2563 - 2565 พบภาวะแทรกซ้อนที่เป็นปัญหาสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ เช่น Eclampsia, Chronic hypertension, Gestation hypertension, GDM, และ PIH โดยพบ Mild PIH และ Severe PIH ในปี 2563 -2565 จำนวน 136, 117 และ 79 ราย ตามลำดับ และส่วนใหญ่เป็น Severe PIH จำนวน 103, 87 และ 58 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 74.70 ของมารดาตั้งครรภ์ที่เกิด PIH ทั้งหมดในช่วงเวลาดังกล่าว เมื่อจำแนกรายปีจะพบว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์ ถึงร้อยละ 75.74, 74.36 และ 73.42 ตามลำดับ และโรงพยาบาลราชวิถี เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีศักยภาพในการรับการรักษา เนื่องจากมีแพทย์ และสาขาวิชาที่เชี่ยวชาญ ซึ่งภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์อาจครอบคลุมไปจนถึงหลังคลอด ก่อให้เกิดทุพพลภาพทั้งต่อมารดาและทารกได้ เพื่อเป็นตัวอย่างและประโยชน์ต่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ติดตาม และดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตนี้ไปได้ เพื่อการบรรลุเป้าหมายของการสาธารณสุข ให้ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย และเป็นการเรียนรู้ ทบทวน การปฏิบัติงาน ผู้ศึกษาจึงใช้กรณีศึกษาที่พบในการปฏิบัติงาน จำนวน 2 ราย มานำเสนอข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาล เพื่อใช้เป็นตัวอย่างในการดูแลมารดาที่มีความเสี่ยงในระยะต่างๆ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะก่อนคลอด ขณะคลอด หลังคลอด และมีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงร่วมด้วยให้ได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีความเสี่ยง และมีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง
2. เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีความเสี่ยง และมีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงที่มีบริบทต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

ศึกษามารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยพิเศษ 5ก กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรมโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 2 ราย รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนมารดาหลังคลอด โดยข้อมูลที่รวบรวม ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล การเจ็บป่วย การรักษา และการดูแลโดยใช้กระบวนการพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้ศึกษาได้อธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการศึกษารายละเอียดในการศึกษา ประโยชน์ที่ได้รับของการศึกษา ความสมัครใจของกรณีศึกษาซึ่งสามารถปฏิเสธในการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษา ให้การพยาบาลตามปกติ และได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐาน

ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปพบว่าสถานภาพสมรส อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ที่อยู่ ทั้ง 2 กรณีศึกษาแตกต่างกันไม่มาก โดยกรณีศึกษาที่ 1 มีอายุน้อยกว่ากรณีศึกษาที่ 2 เพียง 3 ปี ทั้ง 2 กรณีศึกษา ระยะก่อนคลอดมีอาการและอาการแสดงที่รุนแรงคล้ายกัน ระยะฟื้นฟูมีความต่างกัน กรณีศึกษา 1 เสี่ยงตกเลือดหลังคลอด กรณีศึกษา 2 ในระยะวิกฤต ยังเสี่ยงต่อการชกเนื่องจากความดันโลหิตไม่ลง และระยะจำหน่าย ยังพบว่ากรณีศึกษาที่ 2 มีความรุนแรงของโรคมามากกว่ากรณีศึกษาที่ 1 เนื่องจากมารดามีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง (Preeclampsia with Severe Features) จำเป็นต้องได้รับยา prednisolone และปรับยาลดความดันโลหิตต่อเนื่องจนกระทั่งต้องได้รับยาควบคุมความดันโลหิตกลับไปบ้าน ผลกระทบต่อทารกในครรภ์ที่พบ คือ ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ คลอดก่อนกำหนด^๐ ส่วนการรักษา พบว่าทั้ง 2 กรณีศึกษา มีการวางแผนการคลอดที่ต่างกัน คือ กรณีศึกษาที่ 1 ให้คลอดเอง แต่เนื่องจาก



มารดาไม่มีความก้าวหน้าของการคลอด มีครรภ์แฝด และภาวะ HELLP Syndrome กรณีศึกษา รายที่ 2 เกิดภาวะ Preeclampsia with Severe Features มีอาการปวดตึงท้ายทอย ความดันโลหิตสูงเกินกว่า 160/110 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตอาจทำให้เกิดอันตรายต่อทั้งมารดา และทารกในครรภ์⁸ ทั้ง 2 กรณีศึกษา จึงได้รับการผ่าตัดคลอด ได้รับยาป้องกันการชัก และกรณีศึกษาที่ 2 ได้รับยาลดความดันโลหิต

ผลลัพธ์การพยาบาล พบว่าทั้ง สองกรณีศึกษาได้รับการรักษาตามระยะของการเจ็บป่วยจนผลลัพธ์การพยาบาลทุกปัญหาได้รับการแก้ไขจนภาวะสุขภาพดีขึ้นตามลำดับ กรณีศึกษาที่ 1 มีการฟื้นฟูสภาพได้รวดเร็วกว่ากรณีศึกษาที่ 2 เนื่องจากกรณีศึกษาที่ 2 มีภาวะ Preeclampsia with Severe features ความดันโลหิตไม่ลดลง มีการปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจ เพิ่มการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต

ผลลัพธ์การพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|--|---|
| เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนชัก และได้รับอันตรายจากการชักเนื่องจากมารดามี ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง ภาวะความดันโลหิตสูงของมารดาหลังคลอดทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการชักพบได้ร้อยละ 25 ⁸ | จึงได้วางแผนให้การพยาบาล โดยการควบคุมความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องให้คงที่ เฝ้าระวังสังเกตอาการนำก่อนการชัก อาการปวดศีรษะรุนแรงบริเวณท้ายทอย มึนงง ตาพร่ามัว เห็นภาพซ้อน จุกหรือเจ็บบริเวณใต้ลิ้นปี่ หรือชายโครงขวา ให้ยากันชัก (MgSO ₄) ตามแผนการรักษา ประเมินภาวะสุขภาพมารดา และทารก เฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา ควบคุมระดับ MgSO ₄ ให้อยู่ระหว่าง 4- 7 mEq/L หยุดให้ยา และรายงานแพทย์เมื่อ Mg ₂ ≥10 mEq/L มีอาการ RR<14 ครั้ง/นาที น้ำท่วมปอด ความดันโลหิตต่ำมาก ไม่มี Deep tendon reflex ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง มีปัสสาวะออกน้อยกว่า 25-30 cc/hr. พบว่า กรณีศึกษาที่ 2 มีอาการปวดตึงท้ายทอย ไม่ปวดศีรษะ หรือตาพร่ามัว ทั้ง 2 กรณีศึกษา ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และไม่มีภาวะชัก |
| วิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง การผ่าตัด และผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่มีความรู้สึกหวาดหวั่น หวาดกลัว อึดอัด ไม่สบายใจ ซึ่งเป็นเรื่องธรรมชาติอย่างหนึ่งที่พบได้เป็นปกติในมนุษย์ ในการเผชิญปัญหาหรือสถานการณ์ความเครียดต่าง ๆ โดยแสดงออกทั้งในทางความคิด ความรู้สึกทุกข์ทรมานของมารดาที่มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย จากการตั้งครรภ์ไม่ครบกำหนด | ให้การพยาบาลโดยให้กำลังใจมารดา เปิดโอกาสให้มารดาและครอบครัวแสดงความรู้สึก ดูแลความสบายตามที่มารดาต้องการ และให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจอื่นๆ พบว่า ทั้ง 2 กรณีศึกษา สิ้นสุดสิ้นมากขึ้น บอกเล่าความรู้สึก พุดคุย และร่วมมือในการรักษาพยาบาลดี |
| ทารกเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนเนื่องจากครรภ์ยังไม่ครบกำหนด คลอด อธิบายได้ว่าการเกิด generalized vasospasm ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง plasma albumin ลดลงเนื่องจากมีการรั่วของโปรตีนออกมาทางปัสสาวะ ทำให้ plasma osmotic pressure ลดลง น้ำในระบบไหลเวียนเลือดถูกดึงมาอยู่ในช่องว่างระหว่างเซลล์เกิดการคั่งของน้ำในเนื้อเยื่อของปอด ทำให้เกิดภาวะปอดบวมน้ำ การแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนลดลง อีกทั้งยังส่งผลให้ intravascular volume ลดลงทำให้เลือดมีความหนืดมากขึ้น ⁷ | ให้การพยาบาลโดยจัดทำให้นอนศีรษะสูง ดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ การติดตามผล ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การควบคุมความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 แผลน่อง APGAR 1min=8, 5min=9 และ 10min=10 หายใจได้เองโดยไม่ต้องพึ่งออกซิเจน แผลที่ APGAR 1min=6, 5min=8และ10min=9 O ₂ Sat 95-98% ย้ายไปสังเกตอาการและให้ออกซิเจนที่ Ward ทารกแรกเกิดห้องเด็กป่วย 1 วัน ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 APGAR 1min=8, 5min=9และ10min=9 มีปัญหา HR 120-160 ครั้ง/นาที O ₂ Sat 80-98% หายใจไม่ |

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|--|--|
| | <p>สม่าเสมอ มี retraction On Nasal prong no. 2.5 CPAP Pressure 6 FiO₂ 0.21 HR 160⁺ ครั้ง/นาที Refer ไป สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี Admitted 24 วัน</p> |
| <p>มีโอกาสดกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดีจากการได้รับยา MgSO₄ ซึ่งมีผลทำให้กล้ามเนื้อมดลูกคลายตัว พบว่าเป็นสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 70¹⁰</p> | <p>ให้การพยาบาลโดยดูแลให้เลือด/ผลิตภัณฑ์ของเลือด ให้ยา Syntocinon และสารน้ำตามแผนการรักษา วัดสัญญาณชีพ ประเมินอาการ และอาการแสดงของการสูญเสียเลือดขณะที่ผ่าตัด สังเกตเลือดที่ซึมจากบาดแผลผ่าตัด และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ HCT, PLT กรณีศึกษาที่ 1 ตั้งครรภ์แฝด PLT 76,000 cell/mm³ EBL 500 ml จึงได้ LPPC 1 ถุง, LPRC 2 ถุง แผลผ่าตัดหน้าท้องไม่มี Bleed มดลูกหดตัวดี ตรวจหลังคลอด 2 สัปดาห์ HCT=32.7 % PLT 232,000 cell/mm³ ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 EBL 300 ml ไม่ได้เลือด/ผลิตภัณฑ์ของเลือด HCT= 40 % PLT 149,000 cell/mm³</p> |
| <p>มีโอกาเกิดการติดเชื้อในร่างกาย เนื่องจากมีแผลในตำแหน่งที่รกเกาะ ผิวหน้าของแผลที่รกเกาะจะเป็นตุ่มเล็กๆ ที่เกิดจากเส้นเลือดมากมาย ภายในเป็น thrombi อุดอยู่ ซึ่งเป็นแหล่งเพาะเชื้อที่ดีของเชื้อโรค การมีบาดแผลเป็นช่องทางหนึ่งที่ทำให้เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย นอกจากนี้ปัญหา GDM และการคายสวานปัสสาวะ มารดาไม่มีความรู้เรื่องการดูแลแผลผ่าตัด เพราะเป็นการผ่าตัดครั้งแรกแบบฉุกเฉิน</p> | <p>ให้การพยาบาลโดย ตรวจสอบลักษณะแผลผ่าตัด สังเกตลักษณะปริมาณเลือด หรือสารคัดหลังซึ้มาจากแผล ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา วัดสัญญาณชีพ ให้คำแนะนำการดูแลแผลหลังผ่าตัด บันทึกปริมาณปัสสาวะ ถ้าออกน้อยกว่า 30 ซีซี/ชั่วโมง ต้องหาสาเหตุ สีของปัสสาวะที่มีเลือดปน อาจมีอันตรายต่อกระเพาะปัสสาวะ ขณะทำผ่าตัด ดูแลสาย F/C ไม่ให้หัก พับ งอ หรือถูกกดทับ เพื่อให้หน้าปัสสาวะไหลออกดี และตรวจคลำกระเพาะปัสสาวะ ว่ามีการโป่งตึงหรือไม่ จากสายสวนอุดตัน กระตุ้นให้ถ่ายปัสสาวะหลังถอดสายปัสสาวะออก เพราะมีผลต่อการหดตัวของมดลูกไม่ดี ทำให้ตกเลือดหลังคลอดได้ พบว่า ทั้ง 2 กรณีศึกษา แผลผ่าตัดไม่บวมแดง แผลติดดี ไม่มีไข้ หลังนำสายสวนปัสสาวะออก ปัสสาวะได้เองไม่สบขัด สีเหลืองใส 800-1200 ซีซี. ใน 8 ชั่วโมง</p> |
| <p>6) ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด เนื่องจากการเกิดบาดแผลทำอันตรายต่อเนื้อเยื่อและเส้นประสาทโดยตรง เมื่อเนื้อเยื่อได้รับอันตรายจะปล่อยสารเคมี เช่น โพรสตาแกลนดิน ฮิสตามีน ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นจะเป็นเฉพาะที่บริเวณเนื้อเยื่อที่บาดเจ็บ สารเคมี เหล่านี้จะไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดให้ต่อการกระตุ้น ทำให้เนื้อเยื่อไวต่อการเจ็บปวดมากขึ้น</p> | <p>ให้การพยาบาลโดยการให้ยา morphine ตามแผนการรักษา ฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา ให้ข้อมูลความรู้เรื่องความเจ็บปวด วิธีการบรรเทาปวด เช่น การประคบความเย็น การจัดท่านอน/เปลี่ยนท่านอน การนอนตะแคงเพื่อช่วยลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ และลดอาการตึงแผลผ่าตัด สอนการหายใจแบบผ่อนคลาย ประเมินค่าคะแนนความปวดด้วย numeric scale ช่วยเหลือกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย และบรรเทาความวิตกกังวลที่เป็นปัจจัยส่งเสริมระดับความรุนแรงของการเกิดความเจ็บปวด พบว่า ทั้ง 2 กรณีศึกษาทุเลาอาการปวด คะแนนความปวดลดลง PS < 3 ลูกลงจากเตียง ambulation ได้ดี ภายใน 2-3 วัน หลังผ่าตัด</p> |
| <p>7) มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตร ความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่มีความรู้สึกหวาดหวั่น หวาดกลัว อึดอัด ไม่สบายใจ ซึ่งเป็นเรื่องธรรมชาติในการเผชิญปัญหาหรือสถานการณ์ความเครียดต่าง ๆ โดยแสดงออกทั้งในทางความคิดและความรู้สึก¹¹ ความกังวลใจของมารดาที่มีทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อยที่ต้องถูกแยกจากมารดาไปดูแลรักษาที่โรงพยาบาลอื่น มารดาที่คลอดบุตรแล้วไม่สามารถให้นมบุตรได้ จะแสดงออกโดยมีความวิตกกังวล เศร้าโศกเสียใจ นอนไม่หลับ</p> | <p>ให้การพยาบาลโดยให้กำลังใจ กระตุ้นให้ระบายความรู้สึกที่มีต่อการคลอดครั้งนี้ รับฟัง เปิดโอกาสให้ได้สอบถามอาการของบุตร อธิบายเรื่องแผนการรักษา ระบายเท่าที่จำเป็น ทำกิจกรรมการพยาบาลในคราวเดียวกัน สนับสนุนให้บิดาไปเยี่ยมและมีปฏิสัมพันธ์กับทารก กระตุ้นให้พูดคุยกับทารก และมาบอกเล่าอาการให้มารดารับทราบ เมื่อกลับไปอยู่บ้าน มีส่วนร่วมในการเลี้ยงทารก เช่น ช่วยอาบน้ำเปลี่ยนผ้าอ้อม อุ้มปลอบทารก ทำให้ทารกเรอ หลังกินนม กรณีศึกษาที่ 1 มีปัญหาหวั่นนมได้ส่งไปปรึกษาคลินิกนมแม่ ปฏิบัติตามคำแนะนำสามารถบิบนวดเต้านมให้ลูกดูด</p> |



ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|--|--|
| | นมได้ กรณีศึกษาที่ 2 กระตุ้นและบีบน้ำนมให้ทารกกินได้ เก็บ น้ำนมได้ถูกวิธี มารดามีสีหน้าสดชื่นมากขึ้น บอกเล่าความรู้สึก พูดคุย นอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้น |
| 8) มารดาขาดความรู้ในการดูแลตนเอง และทักษะในการเลี้ยงดู บุตร พบว่าทั้ง 2 กรณีศึกษา ตั้งครรภ์ครั้งแรก กรณีศึกษาที่ 1 มี ลูกแฝด สีหน้าวิตกกังวล ลูกร้องพร้อมกันจะบอกพยาบาลว่าทำ อะไรไม่ถูกรู้สึกตนเองไม่ถนัดที่อุ้มลูก ให้ลูกกินนม กลัวลูกหล่น | ให้การพยาบาลโดย มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับมารดาสม่ำเสมอ ให้ความรู้ การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดคลอดบุตร เช่น การลุกยืน/เดินหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมงแรก การรับประทานอาหาร และน้ำหลังการผ่าตัด ตามลำดับโดยเริ่มจิบน้ำ ตามด้วยอาหารเหลวใส เช่น น้ำขิง น้ำ ผลไม้ อาหารอ่อน และอาหารปกติ โดยรับประทานทีละน้อย ๆ ก่อน แนะนำอาหารที่มีคุณค่าในปริมาณสูงกว่าในระยะตั้งครรภ์ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง ผลิตน้ำนมได้เพียงพอ เช่นเนื้อสัตว์ ไข่ ถั่ว นมสด ผักผลไม้ทุกชนิด ควรดื่มน้ำให้มากพอ 2-3 ลิตร/วัน ควรงด อาหารรสจัด ของหมักดอง ชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ไม่ ซื้อยารับประทานเอง เพราะยาออกฤทธิ์ผ่านทางน้ำนมได้ สังเกต อาการผิดปกติของแผลผ่าตัดหน้าท้อง น้ำคาวปลา ควรงดการมี เพศสัมพันธ์อย่างน้อย 4-6 สัปดาห์ เพราะในมดลูกยังมีแผลจาก การคลอดที่มองไม่เห็นอาจติดเชื้อหรือแผลแยกได้ การออกกำลังกาย ภายหลังคลอด หลังคลอด 2 สัปดาห์คลึงมดลูกทางหน้าท้องได้ ใน ส่วนของบุตร สอนและให้คำแนะนำการเช็ดสะดือ ให้นมบุตร อาการผิดปกติของทารกที่ต้องมาพบแพทย์ ให้เอกสารคู่มือการดูแล ตนเอง และทารกหลังคลอด รวมทั้งคู่มือการส่งเสริม พัฒนาการ เด็กปฐมวัย พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 มารดา สดชื่น อุ้มทารกด้วย ท่าทางที่ถูกต้อง ให้ทารกดูดนมทุก 2 ชั่วโมงสลับกันได้ดี อาบน้ำ เช็ดสะดือทารกได้ ทั้ง 2 กรณีศึกษา ตอบคำถามได้ถูกต้อง ทุกด้าน ในการดูแลตนเอง และทารก |

ผลลัพธ์ทางการแพทย์และการพยาบาล

ทั้งสองกรณีศึกษาได้รับการดูแลรักษาตาม
ระยะของการเจ็บป่วย ทุกปัญหาได้รับการแก้ไขจน
ภาวะสุขภาพดีขึ้นตามลำดับ มีการฟื้นฟูสภาพได้
รวดเร็ว เหมือนกัน โดยกรณีศึกษาที่ 1 มี LOS 4
วัน จำหน่ายกลับบ้านพร้อมบุตร กรณีศึกษาที่ 2 มี
LOS 5 วัน เนื่องมาจากกรณีศึกษาที่ 2 มีปัญหาห
การปรับยาลดความดันโลหิต และมีประเด็นเรื่อง
บุตรน้ำหนักตัวน้อย ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจส่งต่อ
รักษาไปที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
อย่างไรก็ตาม พบว่า บุตรกรณีศึกษาที่ 2 มีอาการดี
ขึ้นตามลำดับ มี LOS ที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ
มหาราชินี 24 วัน

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษา 2 รายนี้พบว่า สถานภาพ อายุ
ระดับการศึกษา อาชีพ ที่อยู่ไม่ต่างกันมาก
กรณีศึกษาที่ 1 มีครรภ์แฝด เจ็บครรภ์ก่อนกำหนด
1 สัปดาห์ และเกิดภาวะ HELLP Syndrome ซึ่ง
เป็นกลุ่มอาการที่คุกคามชีวิต ต้องได้เลือด และ
ผลิตภัณฑ์ของเลือด ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มาด้วย
Preeclampsia with Severe Features เมื่ออายุ
ครรภ์ 33 สัปดาห์ มีอาการปวดตึงท้ายทอย ทั้งสอง
กรณีศึกษาได้รับการยุติการตั้งครรภ์ด้วยการผ่า
คลอด ภาวะสุขภาพหลังคลอด แบ่งออกเป็น 3
ระยะ ได้แก่ 1) ระยะวิกฤต ได้แก่ เสี่ยงต่อการเกิด
ภาวะช็อก, วิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง
การผ่าตัด และผลกระทบต่อทารกในครรภ์, และ
ทารกเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจน 2) ระยะฟื้นฟู
ได้แก่ มีโอกาสตกเลือดหลังคลอด, มีโอกาสเกิดการ
ติดเชื้อในร่างกาย และไม่สุขสบายเนื่องจากปวด

แผลผ่าตัด และ3) ระยะจำหน่าย ได้แก่ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตร และมารดาขาดความรู้ในการดูแลตนเองและบุตร โดยพบว่า ทั้งสองกรณีศึกษามีอาการดีขึ้นตามลำดับ ความดันโลหิตกรณีศึกษาที่ 1 กลับคืนสู่ภาวะปกติ ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ได้รับยา Carvedilol 1x10 pc จำนวน 10 tab และนัดตรวจหลังคลอด พบอายุรแพทย์ด้านหัวใจเพื่อเข้าสู่กระบวนการดูแลรักษาต่อไป

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และ3) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

1. ข้อมูลทั่วไปในด้านสถานภาพ พบว่า มีความต่างกัน ในด้าน อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ที่อยู่ โดยกรณีศึกษาที่ 1 มีอายุน้อยกว่า และจบการศึกษาวุฒิปริญญาตรีวิชาชีพ ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 จบการศึกษาระดับอนุปริญญา และพบว่า ทั้ง 2 กรณีศึกษา มีอาชีพรับจ้างเป็นพนักงานบริษัทเหมือนกัน กรณีศึกษาที่ 1 อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 อาศัยอยู่ในจังหวัดปทุมธานี

2. ข้อมูลการตั้งครรภ์ และการเจ็บป่วย

กรณีศึกษาที่ 1 ตั้งครรภ์แฝด (Twins) มาด้วยอาการเจ็บครรภ์ ก่อนมาโรงพยาบาลราชวิถี 2 ชั่วโมง ไม่มีน้ำเดิน ได้รับการวินิจฉัยโรค G_1P_0 , GA 37^{+3} wk. c Twins MCDA c HELLP ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 รับ Refer มาด้วยปัญหาความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และมีอาการปวดท้ายทอย ได้รับการวินิจฉัยโรค G_1P_0 , GA 33^{+1} wk. c preeclampsia with severe feature ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบันทั้งสองราย ฝากครรภ์ในช่วงไตรมาสแรก ในระหว่างฝากครรภ์กรณีศึกษาที่ 1 ไม่มีอาการปวดศีรษะ หรือตามัว กรณีศึกษาที่ 2 พบ อัลบูมินในปัสสาวะ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน รายที่ 1 ฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลบางนา หลังจากพบว่ามีครรภ์แฝด

และมีปัญหา GDM High risk จึงมาฝากครรภ์ต่อที่โรงพยาบาลราชวิถี และเริ่มอาการเจ็บครรภ์เมื่อตั้งครรภ์ได้ 37^{+3} wk. ระหว่างเจ็บครรภ์รอลคลอดใน LR ไม่มีความก้าวหน้าของการคลอด และพบปัญหาความดันโลหิตสูง (HELLP Syndrome) ได้ ยา $MgSO_4$ และส่ง C/S ด่วน ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 GA 33^{+1} wk. มีปัญหาความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง แพทย์วินิจฉัย preeclampsia with severe feature c Breech presentation โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ ปทุมธานี จึง Refer มาโรงพยาบาลราชวิถี เพิ่มการรักษาด้วย $MgSO_4$ และส่ง C/S ด่วน ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 มารดามีครรภ์แฝด มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ตรวจพบความผิดปกติของตับ เลือด และมีความดันโลหิตสูง ได้รับการผ่าตัดคลอด ได้ทารกแฝดเพศชาย แผลผ่าตัดให้ออกซิเจนย้ายไป Ward ทารกแรกเกิดห้องเด็กป่วย 1 วัน แผลน่องอยู่กับมารดาหลังคลอด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน กรณีศึกษารายที่ 2 มารดามีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรงในช่วงที่ตั้งครรภ์ได้ 33 สัปดาห์ ได้ทารกเพศหญิง มีน้ำหนักตัว 1,800 กรัม มีปัญหาเรื่องการหายใจต้องใช้เครื่องช่วยหายใจได้รับการส่งต่อไปรักษาที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จะเห็นว่าทั้งสองกรณีศึกษาได้รับการยุติการตั้งครรภ์ก่อนครบกำหนด โดยได้รับการผ่าตัดคลอดเหมือนกัน

3. ภาวะสุขภาพหลังคลอด แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะวิกฤต 2) ระยะฟื้นฟู และ 3) ระยะจำหน่าย โดย พบว่า ในช่วงภาวะสุขภาพระยะวิกฤต กรณีศึกษาที่ 1 มีอาการเจ็บครรภ์ ไม่มีน้ำเดิน U/S พบ Twins MCDA c HELLP syndrome, Drip Syntocinon ใน LR มารดาไม่มีความก้าวหน้าของการคลอด และมีปัญหาความดันโลหิตสูง 135/95-141/98 มิลลิเมตรปรอท ตรวจ CBC พบ $PLT 41,000-63,000 \text{ cell/mm}^3$ ส่วนกรณีที่ 2 GA 33^{+1} wk. c Breech presentation c preeclampsia with severe feature Admitted LR ได้ยา $MgSO_4$ และ Hydrocortisone BP=



171/102 มิลลิเมตรปรอท และตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ 83 mg/dL (1.0-14.0) และ UPCR พบมีค่า = 675 mg/g LDH=276 U/L มารดามีอาการปวดตึงท้ายทอย ภาวะสุขภาพพระยะฟื้นฟูกรณีศึกษาที่ 1 มีความดันโลหิตลดลง ใกล้เคียงปกติ มีอาการปวดมดลูก ตึงแผลผ่าตัด ต้องได้รับยาแก้ปวด และติดตามค่า HCT และ PLT กรณีศึกษาที่ 2 หลังหยุดยา MgSO₄ ความดันโลหิตยังสูงต่อเนื่อง ต้องปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจ ช่วยปรับยาลดความดันอยู่หลายครั้ง ทั้ง 2 กรณีศึกษา มีการควบคุมปริมาณน้ำเข้า และออกได้ดี จึงมีอาการดีขึ้น ส่วนแผลผ่าตัดหน้าท้องมีน้ำเหลืองซึมเล็กน้อย และในภาวะสุขภาพพระยะจำหน่าย พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตามัว หรือเจ็บยอดอก กรณีศึกษาที่ 2 ยังต้องกินยาลดความดันโลหิตเมื่อกลับบ้าน และนัดพบแพทย์อายุรกรรมหัวใจ 2 สัปดาห์

ข้อเสนอแนะ

1. การตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ การให้ความรู้ และคำแนะนำเพื่อเฝ้าระวังอาการรุนแรงมากขึ้น ควรได้รับการดูแลในคลินิกฝากครรภ์เสี่ยงสูง จะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรค หรือภาวะแทรกซ้อนของภาวะครรภ์เป็นพิษได้ดี

2. การวินิจฉัย และการดูแลรักษาพยาบาลมารดาที่มีความเสี่ยงที่จากภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง และเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยการส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ เพื่อให้การดูแลตั้งแต่เริ่มแรกเป็นสิ่งสำคัญจะส่งผลให้ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย บรรลุเป้าหมายของการสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Maternal mortality. [Internet] [cited 2015 April 6]. Available from URL: <http://www.who.int/mediacentre/fact sheets/fs348/en/>
2. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of Maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health 2014; 2: e323-33.
3. Cunningham FG, et al. Williams obstetrics (24nd ed.): New York: McGraw Hill; 2014.
4. Pillitteri A, Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family (7thed.): China: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
5. ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 3: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 12. นนทบุรี: 2555.
6. นันทพร แสนศิริพันธ์, และฉวี เบาทรวง. การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: บริษัทสมาร์ทโคตติ้ง แอนด์ เซอร์วิส จำกัด; 2561.
7. รังสรรค์ เดชนันทพิพัฒน์และสุชยา ลือวรรณ. ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Hypertension in pregnancy). คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2563.
8. ปัญญา สนั่นพานิชกุล. ความเข้าใจและแนวคิดเกี่ยวกับภาวะครรภ์เป็นพิษในปัจจุบัน. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า; 2558
9. พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 22. กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร; 2562.
10. Devendra BN, Seema KB, Kammappa KA. Episiotomy wound haematoma: Recognition management and healing assessment by REEDA scale in postpartum period. IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSRJDMS) 2015; 14(9): e8-11.
11. ณัชนันท์ ชีวานนท์ และคณะ. ความทุกข์ทรมานของมารดาที่มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 2562.