

การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับมีภาวะ HELLP syndrome และคลอดก่อนกำหนด: กรณีศึกษา

Nursing care for mother post-cesarean section with Severe Pre-Eclampsia, HELLP syndrome, and during Preterm Delivery: A case study

(Received: September 26,2024 ; Revised: September 29,2024 ; Accepted: September 30,2024)

เมธาวดี ลากสัมปันน์¹

METAVADEE LAPSUMPUN¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับมีภาวะ HELLP syndrome และคลอดก่อนกำหนด โดยมารดาอายุ 30 ปี G₂ P₀ Ab₁L₀ อายุครรภ์ 35 สัปดาห์ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 25 มีนาคม 2566 รับส่งต่อจากคลินิกแห่งหนึ่งในอำเภอบ้านหมี่หลังจากตรวจพบ Fetal IUGR with R/O Preeclampsia ส่งตัวมาเพื่อรักษาต่อ แพทย์วินิจฉัย Severe Preeclampsia ความดันโลหิต 188/100 มิลลิเมตรปรอท

ผลการศึกษา: พิจารณาให้คลอดโดยผ่าตัดนำทารกออกทางหน้าท้อง ภายหลังคลอดมีอาการชักเกร็งกระตุกประมาณ 30 วินาที เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากภาวะชัก มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของ Preeclampsia (HELLP syndrome) และเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดใน 24 ชั่วโมงแรก ปวดแผล เสี่ยงแผลติดเชื้อ ได้ให้การพยาบาล ป้องกันภาวะชักซ้ำ ให้ยากันชัก 10% MgSO₄ 10 gm ใน 5% D/W 1,000 ml iv drip 1 gm/hr. ป้องกันการตกเลือดหลังคลอด บรรเทาอาการปวดแผล ผู้ป่วยปลอดภัยเริ่มรับประทานอาหารได้ กระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกาย สามารถไปให้นมบุตรได้ อาการดีขึ้นเป็นลำดับ จำหน่ายในวันที่ 3 เมษายน 2566 รวมระยะเวลาอนโรงพยาบาล 9 วัน

คำสำคัญ: การพยาบาล, การผ่าตัดคลอด, ภาวะความดันโลหิตสูง, คลอดก่อนกำหนด

Abstract

This study was case study aimed to study the nursing care of mothers post-cesarean section with high blood pressure, HELLP syndrome, and preterm birth. A 30-year-old woman, G₂ P₀ Ab₁L₀, at 35 weeks of gestation, was admitted to the hospital on March 25, 2023, following a referral from a clinic in Banham district after the detection of fetal intrauterine growth restriction (IUGR) with a rule-out diagnosis of preeclampsia. The physician diagnosed her with severe preeclampsia, with a blood pressure of 188/100 mmHg.

Results: A cesarean section was performed to deliver the baby. Post-delivery, the mother experienced a 30-second seizure, which posed a risk of tissue hypoxia. She had severe complications of preeclampsia (HELLP syndrome) and was at risk of postpartum hemorrhage in the first 24 hours, as well as wound pain and risk of infection. Nursing interventions included preventing recurrent seizures with 10% MgSO₄ (10 g in 5% D/W 1,000 ml IV drip at 1 g/hr.), preventing postpartum hemorrhage, and managing pain. The patient stabilized, was able to start eating, and was encouraged to mobilize. She was able to breastfeed and showed progressive improvement. She was discharged on April 3, 2023, after a total hospital stay of 9 days.

Keywords: Nursing Care, Cesarean Section, Hypertension, Preterm Birth

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้บ่อย มีความเสี่ยงสูง¹

¹ หอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี

จากสถิติการตั้งครรภ์ทั่วโลกพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 5-10 และเป็นอันดับสามของมารดาเสียชีวิตรองจากภาวะตกเลือดหลังคลอดและการติดเชื้อ² สำหรับประเทศไทยในปีพ.ศ. 2564 พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 2.2³ และจากข้อมูลสถิติของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 2554 รายงานว่าประเทศไทยมีอัตราการตาย 23.3 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน⁴ เมื่อจำแนกสาเหตุการตาย พบว่าความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นสาเหตุการตายในระยะคลอดอันดับที่สอง รองจากการตกเลือดหลังคลอด ในปัจจุบันเชื่อว่าพยาธิสภาพที่สำคัญคือการลดลงของเลือดที่ไปเลี้ยงรก ซึ่งอาจเกิดจากการที่มีปริมาณรกมากผิดปกติ เช่นการตั้งครรภ์แฝด ทารกบวม น้ำพยาธิสภาพส่วนใหญ่พบชัดเจนในผู้คลอด sever preeclampsia (ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง) ถ้าไม่ทราบหรือไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้⁵ การดำเนินของโรคจะรุนแรงและเกิดภาวะชักเกร็ง eclampsia (ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงที่มีภาวะชักเกร็ง) และ HELLP syndrome (กลุ่มอาการที่มีการทำงานของตับผิดปกติ) ทำให้อัตราตายเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากการมีเลือดออกในสมองและหัวใจล้มเหลว ซึ่งเกิดขึ้นได้ทั้งในระยะตั้งครรภ์ระยะคลอด และระยะหลังคลอด⁶

จากสถิติของผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี ปี พ.ศ. 2564-2566 จำนวนมารดาหลังคลอด 547 คน, 651 คน และ 653 คน ตามลำดับ มีภาวะแทรกซ้อนความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ 19 คน (3.47), 45 คน (6.91) และ 25 คน (3.83) ตามลำดับ ในปี 2566 เกิดภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มอาการ HELLP Syndrome จำนวน 2 คน (8.00)⁷ ซึ่งบทบาทของพยาบาลที่สำคัญนับตั้งแต่การซักประวัติการเจ็บป่วยการประเมินสภาพร่างกาย วิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ช่วยแพทย์ในการวินิจฉัยโรค รวมทั้งสังเกตอาการและอาการ

เปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด เพื่อที่จะได้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว มีการบริหารยาลดความดัน เตรียมผู้ป่วยเพื่อทำการผ่าตัดคลอดเร่งด่วน จะทำให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤตและสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข⁸

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาข้อมูลการเจ็บป่วย ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพและอาการแสดง การรักษา การพยาบาล มารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับมีภาวะ HELLP syndrome และคลอดก่อนกำหนด

วิธีการศึกษา

1. เลือกกรณีศึกษามารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับมีภาวะ HELLP syndrome และคลอดก่อนกำหนด
2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
3. ดำเนินการศึกษาโดยใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล
4. วางแผนการพยาบาล โดยรวบรวมข้อมูลตามกระบวนการพยาบาล เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยและกิจกรรมการพยาบาล
5. สรุปผลการศึกษา จัดทำรูปเล่ม และเผยแพร่ผลงาน

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา มารดาอายุ 30 ปี G₂P₀Ab₁L₀ อายุครรภ์ 35 สัปดาห์ ฝากครรภ์ครั้งแรกตอนอายุครรภ์ 7 สัปดาห์ที่คลินิก ฝากครรภ์ทั้งหมด 10 ครั้ง ระหว่างตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อนชนิด

อาการสำคัญ รับส่งต่อจากคลินิกแห่งหนึ่ง ในอำเภอบ้านหมี่หลังจากตรวจพบ Fetal IUGR with R/O Preeclampsia 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ไปฝากครรภ์ตามนัดที่คลินิกแห่งหนึ่งในอำเภอบ้านหมี่ ตรวจพบ Fetal IUGR with R/O Preeclampsia จึงส่งตัวมาเพื่อรักษาต่อที่โรงพยาบาลบ้านหมี่

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธ

การประเมินแบบแผนสุขภาพ เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลบ้านหมี่ หรือคลินิกที่รับผู้ป่วยประกันสังคม การรับรู้ต่อความเจ็บป่วยปัจจุบันรับรู้มาตั้งครรภ์ ทารกน้ำหนักตัวน้อย ปฏิเสธการแพ้ยาและสารอาหาร ปฏิเสธการดื่มสุรา บุหรี่ และสารเสพติดทุกชนิด รับประทานอาหาร 3 มื้อตรงเวลาทุกวัน รับประทานอาหารได้ทุกชนิด ยกเว้นเนื้อวัว ชอบรับประทานอาหารรสจัด ดื่มน้ำประปาที่ผ่านเครื่องกรองน้ำที่บ้าน วันละ 6-7 แก้ว ไม่เคยมีปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยว การกลืน และการย่อยที่ผิดปกติ น้ำหนัก 54 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ถ่ายอุจจาระทุกวันช่วงเช้าวันละ 1 ครั้ง ถ่ายปัสสาวะวันละ 3-4 ครั้ง ไม่มีอาการปัสสาวะแสบขัดลักษณะปัสสาวะ อุจจาระปกติ ผู้ป่วยปวดบริเวณเอว้าวไปเชิงกรานด้านขวา ปัสสาวะออกได้เองสีเหลืองใสมีเลือดปน ปฏิบัติกิจกรรมเมื่ออยู่บ้านได้ตามปกติ ส่วนใหญ่ทำงานบ้าน ไม่เคยออกกำลังกายแบบมีแบบแผน ปกตินอนวันละ 7-8 ชั่วโมง ตั้งแต่เวลา 21.00-05.30 น. ไม่มีปัญหาการนอนไม่หลับ ไม่เคยใช้ยานอนหลับ นอนหลับกลางวันในวันหยุด บางครั้ง 1-2 ชั่วโมง ในขณะที่อยู่โรงพยาบาลหลับได้เป็นพักๆ มีความฉลาดจดจำดี การรับรู้ด้านการมองเห็น การได้ยิน การรับกลิ่น การรับรส การสัมผัส การรู้สึกร้อน-หนาว-เจ็บปวดได้ตามปกติ สัมพันธภาพในครอบครัวดี การเจ็บป่วยครั้งนี้

การตรวจทางห้องปฏิบัติการระหว่างตั้งครรภ์ Hematocrit 34%, Blood group B Rh positive VDRL Non-reactive, HIV Negative, HbsAg ผล Non reactive

การวินิจฉัย Severe Preeclampsia

สรุปอาการ แกรับที่ท้องคลอดมีปวดศีรษะ ตาพร่ามัวเป็นบางครั้ง ไม่มีจุดแค้นใต้ลิ้นปี่ ขาบวม 2 ข้างระดับ 3 ตรวจครรภ์ ท่า LOA FHS 136 ครั้ง/นาที่ Cervix dilate 1 เซนติเมตร Effacement 50 Station - 1 ตรวจ Urine Albumin 3+ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที่ การหายใจ 20 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิต 178/83 มิลลิเมตรปรอท On 5 % D/N/2 1000 ml iv drip 100 ml/hr แพทย์วินิจฉัย Severe Preeclampsia ให้ยา MgSO₄ 4 gm iv push ซ้ำๆ , 5 % D/W 1000 ml + MgSO₄ 10 gm iv drip 1 gm/hr. retained foley's cath ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับ PIH พบว่าระดับความดันโลหิตไม่ลดลงความดันโลหิต 188/100 มิลลิเมตรปรอท มีอาการปวดศีรษะมาก ปากมดลูกไม่เปิดเพิ่มขึ้น แพทย์พิจารณาให้คลอดโดยผ่าตัดนำทารกออกทางหน้าท้อง คลอดทารกเพศหญิง Apgar score 9, 10 ค่ะ น้ำหนักแรกคลอด 1,980 กรัม หลังผ่าตัดย้ายไปดูแลต่อที่ห้องคลอด

แกรับที่หลังคลอดหลังทำผ่าตัด Cesarean section indication pre eclampsia เรียกรู้สึกตัว พูดคุย ถามตอบรู้เรื่อง ไม่ปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้ง/นาที่ การหายใจ 20 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิต 160/110 มิลลิเมตรปรอท มีแผลผ่าตัดหน้าท้อง ไม่มีเลือดซึม ท้องอืด เคาะโปร่ง น้ำคาวปลาสีแดงออกเล็กน้อย ใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใสออกดี NPO 5 % D/N/ 2 1000 ml + Synto 20 unit iv drip 100 ml/hr. คู่กับ 5% D/W 1000 ml + MgSO₄ 10 gm iv drip 1 gm/hr. ผู้ป่วยบ่นปวดแผลมาก ดูแลให้ Dynastat 1 amp iv ทุก 12 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา ติดตามวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที พบว่า ความดันโลหิตสูงขึ้น 180/110 มิลลิเมตรปรอท รายงานแพทย์ให้เฝ้าระวังอาการชักอย่างใกล้ชิด ยกเหล็กกันเตียง ป้องกันอุบัติเหตุ อธิบายให้ญาติเฝ้าดูแลข้างเตียง และอาการปัจจุบันที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ บุตรอยู่ในความ

ดูแลของแผนกทารกป่วย เนื่องจากน้ำหนักตัวน้อย คลอดก่อนกำหนด หลังผ่าตัดคลอด 24 ชั่วโมงแรก มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวดี ทำทางอ่อนเพลีย พอช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียง หายใจสม่ำเสมอไม่เหนื่อยหอบ แผลผ่าตัดหน้าท้องไม่ซึม บ่นปวดแผล ประเมินระดับความเจ็บปวด อยู่ระดับ 8 NPO ยัง On 5 % D/N/ 2 1000 ml + Synto 20 unit iv drip 10 ml/hr. คู่กับ 5 % D/W 1000 ml + MgSO₄ 10 gm iv drip 1 gm/hr. มดลูกหดรัดตัวดี วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 170/110 มิลลิเมตรปรอท ใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใสออกดี ผู้ป่วยบ่นหนักหน้าตา สีมืดไม่ขึ้น มีอาการชักเกร็งกระตุกประมาณ 30 วินาที ยกเหล็กกันเตียงให้ ไส้ไม่กลดลิ้น จับนอนตะแคงหน้าป้องกันการสูดสำลัก รายงานแพทย์ ให้ Valium 10 mg iv stat วัดสัญญาณชีพ ชีพจร 110 ครั้ง/นาที การหายใจ 30 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 190/120 มิลลิเมตรปรอท O₂ saturation 94% ให้ On O₂ Mask with bag 8 lit/min ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย อธิบายการดำเนินของโรคและสภาพอาการปัจจุบัน ให้ญาติทราบ รับฟัง เข้าใจ 2 วันหลังผ่าตัดคลอด มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวดี อ่อนเพลียเล็กน้อย หายใจไม่เหนื่อยหอบ ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ขาบวมกดบ่ม 2 ข้างระดับ 2 แผลผ่าตัดหน้าท้องไม่ซึม ปวดแผลผ่าตัดพอทนได้ ท้องอืดตึง

เล็กน้อย มีเลือดออกทางช่องคลอดปกติ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท หยุดการให้ยา MgSO₄ ผู้ป่วยบ่นอึดท้องมากขึ้น เนื่องจากเคลื่อนไหวร่างกายน้อย กระตุ้น Ambulation แนะนำการพลิกตะแคงตัว ลูกนั่ง ปฏิบัติได้ดีขึ้น ทุเลอึดแน่นท้อง เริ่มจิบน้ำ รับประทานอาหารเหลว รับประทานได้พอสมควร ทบทวนการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด รับฟัง เข้าใจ 5 วันหลังผ่าตัดคลอดมารดาหลังคลอดรู้สึกตัวดี อ่อนเพลียเล็กน้อย หายใจไม่เหนื่อยหอบ ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ขาบวมกดบ่ม 2 ข้างระดับ 2 แผลผ่าตัดหน้าท้องไม่ซึม ปวดแผลผ่าตัดพอทนได้ ท้องไม่อึดตึงมีเลือดออกทางช่องคลอดปกติ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/90 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะออกดี สีเหลืองใส รับประทานอาหารได้มากขึ้น แพทย์พิจารณาให้ off IV off foley 's cath ได้ ติดตามวัดสัญญาณชีพทุก 30 นาที ความดันโลหิต 120/80-140/90 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะได้เอง ไม่แสบขัด วางแผนจำหน่ายกลับบ้าน อธิบายการปฏิบัติตัวต่อที่บ้าน จำหน่ายในวันที่ 3 เมษายน 2567 รวมระยะเวลาอนโรพยาบาล 9 วัน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากภาวะชัก	ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง จับหน้าตะแคงซ้าย ไส้ไม่กลดลิ้น เพื่อป้องกันการสูดสำลัก On O ₂ Canular 5 lit/min เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที ในภาวะวิกฤติเพื่อสังเกตและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงได้ทัน และทุก 1 ชั่วโมง เมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ในระดับปกติ Monitor O ₂ saturation เพื่อประเมินระดับออกซิเจนในร่างกาย Monitor EKG เพื่อติดตามการทำงานของหัวใจ สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจนอย่างใกล้ชิด ได้แก่ อาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก เหงื่อออกมาก ปลายมือปลายเท้าเขียว เล็บและริมฝีปากซีด ระดับความรู้สึกตัวลดลง พบผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึม หายใจเร็ว 24 ครั้ง/นาที ชีพจร 110 ครั้ง/นาทีความดันโลหิต 178/100 มิลลิเมตรปรอท O ₂ saturation 94 % เปลี่ยนเป็น On O ₂ Mask with bag 8 lit/min การประเมินผล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากมีภาวะชักเกร็ง	ผู้ป่วยรู้สึกตัว ทำตามคำสั่งได้ O₂ saturation 98-99 % ยกเหล็กกันเตียงขึ้นทั้ง 2 ข้าง เพื่อป้องกันการตกเตียง ใช้ไม้กดลิ้นพันผ้าก๊อชใส่ระหว่างฟันกรามเพื่อป้องกันการกัดลิ้นตนเองตั้งแต่มีอาการเริ่มต้นชักและก่อนที่ผู้ป่วยจะกัดฟันแน่นถอดฟันปลอมออกเพื่อป้องกันการตกลงไปในหลอดลมทำให้เกิดอาการอุดตัน ใช้หมอนและหมอนข้างกันเพื่อไม่ให้ศีรษะลำตัวและแขนขากระแทกกับไม้กันเตียงเพื่อป้องกันอันตรายจากการชัก เช่น Trauma ที่ศีรษะแขนขาหรือตกเตียง อธิบายให้ญาติเข้าใจอาการผู้ป่วยว่า มีโอกาสเกิดการชักเกร็งซ้ำได้อีก เนื่องจากยังมีระดับความดันโลหิตสูงภายหลังคลอด จำเป็นที่จะต้องมีการดูแลใกล้ชิด การประเมินผล ไม่เกิดอุบัติเหตุตกเตียง ไม่มีการบาดเจ็บจากการกัดฟันและลิ้น เจ็บแขนข้างซ้ายเล็กน้อย ไม่มีบาดแผล
3. มีโอกาสเกิดภาวะชักเนื่องจากความดันโลหิตสูงรุนแรง	สังเกตสัญญาณอันตรายก่อนเกิดอาการชักอย่างระมัดระวังและต่อเนื่อง ได้แก่ มีความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและเฉียบพลัน ปวดศีรษะอย่างรุนแรง ตาพร่ามัว เจ็บแน่นชายโครง hyperreflexia การโต้ตอบผิดปกติ เช่น ชิม มึนงง ดูแลให้รับยากันชักตามแผนการรักษาของแพทย์ โดย ให้ยาตามขนาดและวิธีการที่กำหนด คือ 10% MgSO₄ 10 gm ใน 5% D/W 1,000 ml iv drip 1 gm/hr. ตรวจสอบอาการระหว่างให้ยาอย่างสม่ำเสมอ เตรียมพร้อมในการช่วยเหลือภาวะยาออกฤทธิ์เกินขนาด รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาหยุดให้ยาเมื่อมีอาการ ได้แก่ ปัสสาวะออก น้อยกว่า 30 มิลลิลิตรใน 1 ชั่วโมง อัตราการหายใจต่ำกว่า 12 ครั้ง/นาที ไม่พบ deep tendon reflex ตรวจวัดความดันโลหิตทุก 5 -15 นาที ระหว่างการได้รับยาป้องกันอาการชัก ตวงน้ำดื่มและบันทึกปริมาณน้ำเข้าสู่ร่างกายทุก 8 ชั่วโมง สอบถามอาการผิดปกติอื่น ๆ เช่น อาการข้างเคียงของยา MgSO₄ ได้แก่ อาการกระหายน้ำ ร้อนวูบวาบตามตัวหรือออกและหมดแรง ดูแลความสบายทั่วไป เช่น ความสะอาดร่างกายความสะอาดปากและฟัน จัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและไม่กระตุ้นอาการชัก ได้แก่ ยกไม้กันเตียง บรรยากาศที่เงียบมีเสียงรบกวนน้อยที่สุด ให้ยาควบคุมความดันโลหิตตามแผนการรักษา การประเมินผล ไม่เกิดอาการชักซ้ำ ได้รับยากันชักตามแผนการรักษาของแพทย์ สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 128/96-160/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 - 110 ครั้ง/นาที หายใจ 20 - 22 ครั้ง/นาที ปัสสาวะออก 50 - 100 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
4. มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของ Preeclampsia (HELLP syndrome) และเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดใน 24 ชั่วโมงแรก	ประเมินการหดตัวของมดลูก สังเกตความรู้สึกตัว เพื่อประเมินภาวะช็อค สังเกตอาการซีด โดยสังเกตจากปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดไม่เกิน 30 ซีซีต่อชั่วโมง เปรียบเทียบค่าแล็บอาการหน้ามืด ตาลายจะเป็นลม เหงื่อออก ใจสั่น ตัวเย็น หรือกระหายน้ำ ที่แสดงถึงภาวะช็อค เพื่อประเมินภาวะช็อค สังเกตอาการเลือดออกตามไรฟัน หรือจุดต่างๆของร่างกาย ปัสสาวะสีโค้ก ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที รายงานแพทย์ ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที ดูแลให้ได้รับสารน้ำและยาเพิ่มการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา ได้แก่ 5% D / N/ 2 1000 ml + Synto 20 unit 1000 ml.iv drip 10 d/min เพื่อชดเชยสารอาหารและน้ำในร่างกาย และให้มดลูกหดตัวดีขึ้น ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่างไม่ขัดขวางการหดตัวของมดลูกพร้อมบันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ถ้าออกน้อยกว่า 30 ซีซี/ชั่วโมง รายงานแพทย์ทราบเพื่อพิจารณาให้การรักษาดูตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินช่วยให้แพทย์วินิจฉัยโรคได้ถูกต้องสามารถให้การรักษาทันท่วงที การประเมินผล ความดันโลหิต 138/76-140/94 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 96 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 ครั้งต่อนาที ปัสสาวะสีเหลืองเข้มออก 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ปฏิกริยาสะท้อนกลับ 2+ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย มึนงง ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ระคายคอ คอแห้งกระหายน้ำ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบการทำงานของตับและจำนวนเกล็ดเลือดผิดปกติ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
5. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด	ดูแลจัดท่า Fowler's position ช่วยให้ผนังหน้าท้องหย่อนตัว ลดการดึงรั้งของแผล ช่วยลดอาการปวดแผลบริเวณหน้าท้องได้ และยังช่วยให้หายใจสะดวกขึ้น สอบถามถึงความเจ็บปวดบริเวณที่ปวด ระยะเวลาของความเจ็บปวดเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการเจ็บตึงแผล เบี่ยงเบนความสนใจโดยการชวนพูดคุยเพื่อให้มุ่งความสนใจไปที่สิ่งใดสิ่งหนึ่งแล้ว จะทำให้การรับรู้ความเจ็บปวดลดลง แนะนำให้ใช้มือประคองแผลผ่าตัดขณะมีการเคลื่อนไหวร่างกายและให้เคลื่อนไหวอย่างช้า ๆ เวลาเปลี่ยนท่าหรือไอ เพื่อลดการกระทบกระเทือนเนื้อเยื่อบริเวณบาดแผล ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Morphine 3 mg iv. prn ทุก 6 ชั่วโมง สังเกตอาการข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน กดการหายใจ ง่วงนอน เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่า (Orthostatic hypotension) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอโดยจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม ปราศจากสิ่งกระตุ้นและสิ่งรบกวน จำกัดเวลาเยี่ยมไข้ของผู้ป่วยหลัก การประเมินผล ผู้ป่วยบอกทุเลาปวดแผล ขณะเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่แสดงสีหน้าเจ็บปวด ผู้ป่วยหลักพักผ่อนได้ หลังได้รับยาแก้ปวดมี early ambulation มากขึ้น ลูกนั่งข้างเตียงและเดินไปเข้าห้องน้ำได้ Pain score 3-4 คะแนน ชีพจร 90-98 ครั้ง/นาที การหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/90-140/88 มิลลิเมตรปรอท
6. เสี่ยงติดเชื้อที่แผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บจากการผ่าตัด	ประเมินตุลัษณะบาดแผล ได้แก่ รอยบวมแดง แผลแยก มีลักษณะ discharge สีผิดปกติ มีหนอง เพื่อประเมินการติดเชื้อ ถ้างมูก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง ทำแผลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ ทำแผลผ่าตัดแบบ Dry dressing โดยใช้ สำลีชุบ NSS เช็ดบริเวณริมแผล suture วนจากด้านในออกด้านนอกรอบแผล ถ้ามีเลือดเปื้อนระหว่างรอยเย็บแผลเช็ดออกจนสะอาดแล้วจึงปิดแผล สังเกตลักษณะของ discharge ทุกครั้งที่ทำแผล สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลบาดแผล ระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ ไม่ใช้มือหรือวัตถุสิ่งของถูกต้องบริเวณบาดแผล เพราะอาจจะเป็นการเพิ่มเชื้อโรคสู่บาดแผล วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงประเมินภาวะติดเชื้อที่แผลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา คือ Cefazolin 1 gm iv ทุก 6 ชั่วโมง และสังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ผื่น คลื่นไส้ อาเจียน อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ รักษาความสะอาดของร่างกายทั่วไป เช่น حمام ปาก เล็บ ฟัน และ ผิวหนัง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ การประเมินผล ลักษณะบาดแผลแห้ง ไม่มี discharge ชิม แผลไม่บวมแดง ผู้ป่วยดูแลบาดแผลได้อย่างถูกต้อง แผลไม่เปียกน้ำ อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.2 องศาเซลเซียส
7. มารดาไม่สุขสบายเนื่องจากท้องอืด	ประเมินสภาพผู้ป่วยจากการสังเกตและตรวจร่างกาย เพื่อประเมินภาวะท้องอืดฟังการเคลื่อนไหวของลำไส้ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจว่าผลของยาเร่งบีบความรู้สึกทั่วร่างกายจะทำให้อวัยวะภายในระบบย่อยอาหารหยุดการทำงานชั่วคราว ส่งผลทำให้หลังผ่าตัดอาจเกิดอาการท้องอืดได้ประกอบกับที่ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยจึงทำให้เกิดอาการมากขึ้น ดูแลจัดให้ผู้ปวยนอนในท่า Fowler's position เพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อหน้าท้องและลดอาการแน่นท้อง กระตุ้นให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวบ่อยๆ ทุก 1-2 ชั่วโมง ในขณะที่นอนพักบนเตียงและให้มีการลุกออกจากเตียงเพื่อเดินให้เร็วที่สุด จะช่วยให้ระบบย่อยอาหารมีการเคลื่อนไหวแบบบีบรัดมากขึ้น ลดการเกิดภาวะท้องอืด เมื่อแพทย์อนุญาตให้รับประทานอาหารได้แนะนำอาหารที่มีกากใยเพื่อช่วยให้ถ่ายอุจจาระง่ายขึ้น เช่น ผักชนิดต่างๆ ผลไม้ และดื่มน้ำวันละ 8-10 แก้ว การประเมินผล ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้น ลูกเดินเข้าห้องน้ำได้ หลังให้คำแนะนำอาการท้องอืดทุเลา มีผายลม ยังไม่ถ่ายอุจจาระ ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ได้ 3-4 ครั้ง/นาที
8. วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและความเข้าใจในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด	สอบถามสาเหตุความวิตกกังวลกับผู้ป่วยและญาติ กล่าวการมีบุตรไม่ได้อีก อธิบายถึงพยาธิสภาพของโรคคร่าว ๆ แจ้งผู้ป่วยสามารถตั้งครรภ์ได้อีก เปิดโอกาสให้ญาติและผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัย พร้อมทั้งให้กำลังใจ อธิบายและแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ที่บ้านในเรื่องต่างๆ ดังนี้ การทำความสะอาดแผลหน้าท้อง ให้ทำแผลวันละ 1 ครั้ง ที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน เมื่อมีอาการแน่นอึดอัดไม่สบายในท้อง ท้องอืด ให้ลูกเดินบ่อย ๆ อาการจะหายไปภายใน 2-3 วัน แต่ถ้าอาการยังอยู่เกิน 1 สัปดาห์ หรือมีอาการเพิ่มขึ้นต้องรีบมาพบแพทย์ การอาบน้ำ อาบได้ภายหลังการตัดไหมแล้ว เวลาอาบน้ำให้น้ำหรือดื่อกาบน้ำ ไม่ควรแช่ในแม่น้ำ ลำคลอง หรือในอ่างอาบน้ำ การรักษาความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ ทำความสะอาดทุกครั้งด้วยน้ำสบู่และล้างน้ำ และล้างน้ำสะอาดและซับให้แห้ง หลังการถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ให้ครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารที่ช่วยเสริมสร้างเม็ดเลือดแดงและเพิ่มภูมิต้านทานของร่างกาย ได้แก่ ตับสัตว์ ไข่แดง นม ผักสด ผลไม้ ดองอาหารจำพวกหมักดอง อาหารรสจัด บุหรี่ และสุรา การพักผ่อน ให้หยุดพัก 4 สัปดาห์หลังผ่าตัดทำงานเบา ๆ ไม่ยกของหนักหรือทำงานหนักเกินไป ป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ โดยดื่มน้ำมาก ๆ ปัสสาวะก่อนและหลังมีเพศสัมพันธ์ ไม่กลั้นปัสสาวะ รักษาความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกรีบมาพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ แผลอักเสบ มีเลือดซึม ประจำเดือนมามากเกินไป 1 สัปดาห์ มีไข้ ปัสสาวะลำบาก มีเลือดออกกะปริดกะปรอยทางช่องคลอด ปวดท้องน้อย อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด ได้แก่ แผลผ่าตัดบวมแดง มีไข้ การมาตรวจตามแพทย์นัด การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น ผู้ป่วยและญาติบอกว่ามีความเข้าใจเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวที่บ้านมากขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงทั้งก่อนคลอดและหลังคลอด ทำให้เสี่ยงต่อการชักผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ในการป้องกันไม่ให้เกิดอาการชักภายหลังคลอด โดยมีการเฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตสูงหลังคลอด ด้วยการวัดสัญญาณชีพทุก 30 นาที ให้ยากันชักตามแผนการรักษารวมทั้งให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ในผู้ป่วยรายนี้ได้รับยา 10% MgSO₄ ผู้ดูแลจะต้องสังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเกินขนาด ได้แก่ ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรใน 1 ชั่วโมง อัตราการหายใจต่ำกว่า 12 ครั้ง/นาที ไม่พบ deep tendon reflex นอกจากนี้แล้วการควบคุมสิ่งแวดล้อมให้สงบยังกระทำได้อย่างได้ปรับแผนการดูแลให้ผู้ป่วยแยกมุมห่างจากผู้ป่วยอื่น และอธิบายให้ญาติเข้าใจถึงแผนการรักษา ซึ่งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีในเรื่องให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ได้กระทำในเบื้องต้นแล้ว แต่ผู้ป่วยเกิดอาการชักซ้ำทำให้ต้องวางแผนการพยาบาลใหม่ด้วยการ

ช่วยเหลือให้ออกซิเจน Mask with bag และให้ยากันชักตามแผนการรักษาจนผู้ป่วยปลอดภัย^{1,5}

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ทำให้อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้สาเหตุที่สำคัญอาจเนื่องมาจากยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะของโรค และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องไม่ตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนอันตรายจากความรุนแรงของโรคที่จะมีต่อตนเองและทารกในครรภ์ขณะเดียวกันบุคลากรผู้ให้การดูแลต้องค้นหาภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยให้เร็วที่สุดมีการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพรวมถึงวัสดุ อุปกรณ์ในการช่วยเหลือต้องเตรียมพร้อมอยู่เสมอ ผู้ให้การดูแลต้องมีความคล่องตัวในการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานอื่นในกรณีที่มีความจำเป็นต้องส่งต่อเพื่อการรักษาต่อเนื่องรวมทั้งการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ในเรื่องการปฏิบัติตัวความสำคัญของการมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติขณะตั้งครรภ์^{3,4}

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลผู้ให้การดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์จะต้องมีความรู้ความเข้าใจ เรื่องยาป้องกันการชัก ยาลดความดันโลหิต อาการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่การชัก เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล ป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง หรือเพื่อลดความรุนแรงของโรคให้มารดาปลอดภัย

2. พยาบาลที่ดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดจะต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางหน้าท้องและได้รับยาระงับความรู้สึกแบบต่างๆ โดยเฉพาะมารดาหลังผ่าตัดคลอดและมีความเสี่ยงเพิ่มเติมจากมีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง

ขณะตั้งครรภ์และได้รับยาป้องกันการชักและยาลดความดันโลหิต ดังนั้นจึงควรมีแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยเฉพาะเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของพยาบาล

3. พยาบาลจะต้องใช้กระบวนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพและบริหารจัดการด้านต่างๆ เพื่อให้

ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ดีที่สุด ต้องมีการประสานงานและร่วมกันวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ สูติแพทย์ กุมารแพทย์ วิสัญญีแพทย์ พยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลวิสัญญี พยาบาล ห้องคลอด พยาบาลหอผู้ป่วยหลังคลอด พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก และพยาบาลหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด เพื่อให้มารดาและทารกปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1. โฉมพิลาศ จงสมชัย. (2560). การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง. สืบค้นจาก www.si.mahidol.ac.th/th/division/nursing/NDivision/N_APN/.../3_100_1.pdf.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). สถิติสาธารณสุขอัตรามารดาตาย. กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ.
3. ดวงสิทธิ์ วัฒนการ. (2560). ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. ภาควิชาสูติศาสตร์รีเวชวิทยา. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด
4. รังสรรค์ เดชนันทพิพัฒน์ และสุชยา ลือวรรณ. (2563). ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Hypertension in pregnancy). คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
5. ปรียา แก้วพิมล. (2558). การพยาบาลสตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. ในเยาวเรศ สมทรัพย์ (บรรณาธิการ), การผดุงครรภ์เล่ม 1. หาดใหญ่ เบสท์เซลล์แอนด์ เซอร์วิส.
6. Ross, M. G. (2016). Eclampsia: Overview, Etiologic and Risk Factors for Preeclampsia/Eclampsia, Multiorgan System Effects. Medscape Reference Drugs, Diseases & Procedures. <http://emedicine.medscape.com/article/253960overview>.
7. โรงพยาบาลบ้านหมี่. (2562). ทะเบียนผู้ป่วยหลังคลอดปี 2564-2566. โรงพยาบาลบ้านหมี่.