

## บทบาทของพยาบาลในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

สมฤดี กীরตวนิชเสถียร\*, ภารดี ขาวนรินทร์\*, นาดสุดา โชติวัฒนากุลชัย\*

### บทคัดย่อ

บทบาทพยาบาลในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่สอดคล้องกับความก้าวหน้าตามแนวทางการรักษาของแพทย์เป็นสิ่งสำคัญ เพราะพยาบาลเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดในการดูแลสตรีตั้งครรภ์เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต การบาดเจ็บของมารดาและทารก พยาบาลจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงอย่างครอบคลุม ทั้งความหมาย การจำแนกประเภท เกณฑ์ในการวินิจฉัย ผลกระทบที่มีต่อมารดาและทารก รวมทั้งแนวทางการรักษาของแพทย์ที่พัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อให้พยาบาลสามารถให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์ตามบทบาทของพยาบาลได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องในทุกขั้นตอนของการรักษา ตั้งแต่ ระยะเริ่มต้นของการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ การคลอด จนถึงระยะหลังคลอด ความรู้ดังกล่าวครอบคลุมถึงการรวบรวมข้อมูล และการประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ การส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสม การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งแนวทางการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ระดับความรุนแรงเล็กน้อย จนถึงรุนแรงมาก

**คำสำคัญ :** สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง, บทบาทพยาบาล

---

\*อาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

Corresponding author, email: somruidee@hotmail.co.th , Tel 084-1115015

Received : June 23, 2019; Revised : December 17, 2019; Accepted : December 23, 2019

## The nurses' roles for caring pregnant women with hypertensive disorder

Somruidee Keeratavanithsathian\*, Paradee Chaonarin\*, Nadsuda Chotwattanukulchai\*

### Abstract

The nurses' roles for caring pregnant women with hypertensive disorder in order to keep pace with the advancement of medical treatment guidelines is important because nurses are closely monitored to reduce maternal-fetal mortality and morbidity rates. Therefore nurses must be educated in high blood pressure in pregnant women, including the definition, classification and criteria for the diagnosis. As a result, nurses can provide appropriate nursing care for patients at all stages from the beginning of pregnancy, antenatal care, delivery care and postpartum care. Such knowledge comprises of collecting data, assessing pregnant women, referring for proper management, checking laboratory as well as clinical practice guideline of mild to severe Preeclampsia

**Keywords :** Pregnant women with hypertensive disorder, The nurses' roles.

---

\* Instructor, Nursing Faculty Bangkok Thonburi University

Corresponding author, email: somruidee@hotmail.co.th ,Tel 084-1115015

**Received :** June 23, 2019; **Revised :** December 17, 2019; **Accepted :** December 23, 2019

## บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบได้ร้อยละ 5-10 ของการตั้งครรภ์ทั่วโลก และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและการบาดเจ็บของมารดาและทารก (องค์การอนามัยโลกปี 2011) สำหรับในประเทศไทย จากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2560 พบอัตราการตายของมารดาในพ.ศ. 2559 จากการมีอุบัติการณ์ของภาวะบวม การมีโปรตีนในปัสสาวะและความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ทั้งระยะคลอดและหลังคลอด ร้อยละ 3.5 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน แม้ว่าการศึกษาที่ผ่านมายังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง แต่พบปัจจัยเสี่ยงหลายประการที่ทำให้เกิดภาวะนี้ ได้แก่ อายุ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และการคลอด การตั้งครรภ์แฝด ประวัติบุคคลในครอบครัวมีภาวะความดันโลหิตสูง ประวัติการตั้งครรภ์ครั้งก่อนมีภาวะความดันโลหิตสูง เป็นต้น

ภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์ก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ รวมทั้งส่งผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัวของสตรีตั้งครรภ์ พยาบาลในฐานะเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญ ในการสร้างเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ในทุกๆระยะ จึงควรส่งเสริมสตรีตั้งครรภ์และครอบครัว ให้มีความรู้ และมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดูแลตนเองและทารกในครรภ์ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และลดความรุนแรงของโรค

## ความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูง หมายถึง ภาวะที่มีความดันโลหิต Systolic สูงมากกว่าหรือเท่ากับ 140 mmHg หรือ ความดันโลหิต Diastolic สูงมากกว่าหรือเท่ากับ 90 mmHg ขึ้นไป โดยวัดอย่างน้อย 2 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 4 ชั่วโมง

ความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์ (Pregnancy Induced Hypertension: PIH) หมายถึง ภาวะความดันโลหิตสูงที่เกิดเนื่องจากการตั้งครรภ์ โดยมีระดับค่าความดันโลหิต Systolic สูงมากกว่าหรือเท่ากับ 140 mmHg หรือ ความดันโลหิต Diastolic สูงมากกว่าหรือเท่ากับ 90 mmHg ขึ้นไป จากการวัดอย่างน้อย 2 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 4 ชั่วโมง ความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์อาจพบรวมกับการมีโปรตีนในปัสสาวะและ/หรือมีอาการบวมร่วมด้วย มักเกิดภาวะนี้ในระยะครึ่งหลังของการตั้งครรภ์ โดยทั่วไปหมายถึง ภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ (Gestational hypertension) ครรภ์เป็นพิษระยะก่อนชัก (Preeclampsia) และครรภ์เป็นพิษระยะชัก (Eclampsia) (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2558)

### การจำแนกประเภทของความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ แบ่งออกเป็น 5 ประเภท ดังนี้ (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2558)

1. Preeclampsia
2. Eclampsia
3. Chronic hypertension (จากสาเหตุใดก็ตาม)
4. Chronic hypertension และมีภาวะ superimposed preeclampsia
5. Gestational hypertension

### การวินิจฉัยความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

1. Preeclampsia หมายถึง ความดันโลหิต Systolic 140 มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่าหรือความดันโลหิต Diastolic 90 มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่า เมื่ออายุครรภ์เกิน 20 สัปดาห์ขึ้นไป ในสตรีที่เคยมีความดันโลหิตปกติและพบ Proteinuria หรือในกรณีที่ไม่พบ Proteinuria แต่ตรวจพบความดันโลหิตสูงในสตรีที่ความดันโลหิตปกติมาก่อน ร่วมกับการตรวจพบ New onset ของกรณีใดกรณีหนึ่งดังต่อไปนี้

1.1 Thrombocytopenia: เกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000/ลูกบาศก์มิลลิเมตร

1.2 Renal insufficiency: ค่า serum creatinine มากกว่า 1.1 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของ serum creatinine เดิมในกรณีที่ไม่ได้มีโรคไตอื่น

1.3 Impaired liver function: มีการเพิ่มขึ้นของค่า liver transaminase เป็น 2 เท่าของค่าปกติ

1.4 Pulmonary edema

1.5 Cerebral หรือ Visual symptoms

2. Eclampsia หมายถึง การชักในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ โดยการชักนั้นไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น

3. Chronic hypertension หมายถึง ความดันโลหิตสูงที่ตรวจพบก่อนการตั้งครรภ์หรือให้การวินิจฉัยก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์หรือความดันโลหิตสูงที่ให้การวินิจฉัยหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์และยังคงสูงอยู่หลังคลอดเกิน 12 สัปดาห์

4. Chronic hypertension with superimposed preeclampsia หมายถึง ความดันโลหิตสูงที่ตรวจพบก่อนการตั้งครรภ์หรือให้การวินิจฉัยก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์หรือความดันโลหิตสูงที่ให้การวินิจฉัยหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์และยังคงสูงอยู่หลังคลอดเกิน 12 สัปดาห์ ร่วมกับภาวะPreeclampsia

5. Gestational hypertension หมายถึง ความดันโลหิต systolic 140 มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่า หรือความดันโลหิต Diastolic 90 มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่า เมื่ออายุครรภ์เกิน 20 สัปดาห์ขึ้นไป ในสตรีที่เคยมีความดันโลหิตปกติและไม่มี Systemic finding ไม่พบ Proteinuria และระดับความดันโลหิตกลับสู่ค่าปกติภายใน 12 สัปดาห์หลังคลอด การวินิจฉัยจะทำได้หลังคลอดแล้วเท่านั้น (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2558)

### การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์

ความรุนแรงของโรค ความดันโลหิตสูง	Systolic BP (มิลลิเมตรปรอท)	Diastolic BP (มิลลิเมตรปรอท)
ระดับอ่อน (Mild)	140 -149	90 - 99
ระดับปานกลาง (Moderate)	150 -159	100 -109
ระดับรุนแรง (Severe)	≥ 160	≥ 110

การประเมินความรุนแรงของภาวะครรภ์เป็นพิษเมื่อให้การวินิจฉัยว่าเป็น Preeclampsia แล้ว ควรประเมินความรุนแรงของโรคว่ามี Severe features ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้หรือไม่

1. ความดันโลหิต Systolic 160 มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่า หรือ ความดันโลหิต Diastolic 110 มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่า เมื่อวัด 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 4 ชั่วโมง เมื่อผู้ป่วยนอนพักแล้ว

2. Thrombocytopenia: เกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000/ลูกบาศก์มิลลิเมตร

3. Impaired liver function: มีการเพิ่มขึ้นของค่า Liver transaminase เป็น 2 เท่าของค่าปกติ หรือมีอาการปวดบริเวณใต้ชายโครงขวาหรือใต้ลิ้นปี่อย่างรุนแรง และอาการปวดไม่หายไป (Severe persistence) ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา และไม่ใช้เกิดจากการวินิจฉัยอื่น หรือทั้ง 2 กรณี

4. Progressive renal insufficiency: ค่า Serum creatinine มากกว่า 1.1 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือ เพิ่มขึ้น เป็น 2 เท่าของ Serum creatinine เดิมโดยไม่ได้มีโรคไตอื่น

5. Pulmonary edema

6.อาการทางสมองหรือตา ที่เกิดขึ้นใหม่ (New onset) ในรายที่พบลักษณะดังกล่าวข้อใดข้อหนึ่ง ให้การวินิจฉัยว่า มีภาวะ Severe Preeclampsia ซึ่งมีความจำเป็นจะต้องได้รับการประเมินและดูแลอย่างใกล้ชิด

#### **ผลกระทบของภาวะความดันโลหิตสูง**

ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมในสตรีตั้งครรภ์ที่รุนแรงพบได้บ่อยถึงร้อยละ 5-10 ของการตั้งครรภ์ เป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุการเสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 16 ของมารดาทั่วโลก รองจากการตกเลือดและติดเชื้อ ภาวะความดันโลหิตสูงสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้รับการดูแลที่รวดเร็ว ถูกต้องและเหมาะสม (Cunningham et. al ,2018) โดยแยกออกเป็นผลกระทบที่เกิดต่อสตรีตั้งครรภ์ และต่อทารก ดังนี้

#### **ผลกระทบของภาวะความดันโลหิตสูงต่อสตรีตั้งครรภ์**

1. เพิ่มอัตราการเสียชีวิต เนื่องจากมีภาวะ Shock เลือดออกง่ายหยุดยาก เช่น เลือดออกในสมอง การมีเลือดออกในตับ การมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น

2. เกิดอันตรายและภาวะแทรกซ้อนจากการชัก เช่น ภาวะปอดติดเชื้อจากการสำลัก ภาวะกระดูกหัก เป็นต้น

3. ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะหลังคลอด จากภาวะ Preload ลดลง และ Afterload เพิ่มขึ้น ภาวะนี้เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วภายหลังรกคลอด ทำให้หัวใจทำงานหนัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสตรีที่มีภาวะโรคหัวใจอยู่แล้วก่อนการตั้งครรภ์ทำให้โอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวยิ่งมีสูงขึ้น

4. ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะ Severe Preeclampsia อาจเกิดภาวะ HELLP syndrome (Hemolysis, Elevated liver enzyme and Low platelets) และภาวะ DIC (Disseminating intravascular coagulation) ซึ่งภาวะนี้จะมีเกล็ดเลือดลดลง (Thrombocytopenia) Platelets count น้อยกว่า 100,000 และมีความผิดปกติของค่าการแข็งตัวของเลือด จึงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด และ ภาวะช็อคจากการตกเลือด

5. ภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute renal failure) จากการเสียเลือดทำให้มีเลือดไปเลี้ยงไตลดลง ไตสูญเสียหน้าที่ในการขับของเสียออกจากร่างกาย

6. การกลับเป็นความดันโลหิตสูงซ้ำอีกในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป โดยทั่วไปแล้วความดันโลหิตจะกลับคืนสู่ภาวะปกติภายใน 3-6 วันหลังคลอด บางรายอาจยาวนานถึง 6-8 สัปดาห์หลังคลอด ในสตรีตั้งครรภ์แรกที่เป็นความดันโลหิตสูงในระยะตั้งครรภ์ มีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงในอนาคตได้ (มณีภรณ์ โสมานุสรณ์, 2556)

#### **ผลกระทบของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ต่อทารก**

1. แท้ง (Spontaneous abortion)

2. คลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) เกิดเนื่องจากออกซิเจนไปเลี้ยงรกไม่เพียงพอ ทำให้รกเสื่อมเร็ว

3. ทารกเสียชีวิตในครรภ์ (Death Fetus in Utero) เนื่องจากภาวะรกเสื่อมหรือรกลอกตัวก่อนกำหนด

4. ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (Intrauterine growth restriction : IUGR) และทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่าอายุครรภ์ (Small Gestational Age :SGA) เนื่องจากได้รับสารน้ำสารอาหารไม่เพียงพอ

5. ทารกที่คลอดมาอาจมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ขาดออกซิเจนเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนกำหนด หรือถ้าทารกที่ได้รับแมกนีเซียมซัลเฟตในระยะคลอดมากเกินไปอาจเกิดภาวะ Hypermagnesemia ทารกจะมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนล้า ไม่หายใจ เป็นผลทำให้มีภาวะ Apgar score ต่ำ (Sivakumar., 2007)

### บทบาทพยาบาลในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง พยาบาลต้องมีแนวทางการพยาบาลที่สอดคล้องและเหมาะสมกับแนวทางการรักษาของแพทย์ เนื่องจากแนวทางการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ของแพทย์ มีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาตามระดับความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูง อายุครรภ์ รวมทั้งภาวะสุขภาพโดยรวมของทั้งสตรีตั้งครรภ์และทารก โดยพยาบาลมีบทบาทหลักในการดูแล ดังนี้

1. บทบาทในการค้นหากลุ่มเสี่ยงและป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์
2. บทบาทในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

#### บทบาทพยาบาลในระยะตั้งครรภ์

1. การประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ในแผนกฝากครรภ์โดยการคัดกรองความเสี่ยง และอาการแสดงของโรคเป็นการค้นหาความผิดปกติตั้งแต่ระยะแรกหรือเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของอาการความดันโลหิตสูง และเพื่อเฝ้าระวังความรุนแรงของโรค ดังนี้

##### 1.1 การซักประวัติเพื่อค้นหาภาวะเสี่ยง

สตรีตั้งครรภ์ที่มารับการฝากครรภ์ทุกราย พยาบาลต้องมีการประเมินปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะสตรีที่มีปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) ได้แก่

1.1.1 ครรภ์แรก และอายุน้อยกว่า 20 ปี

1.1.2 อายุมากกว่า 35 ปี

1.1.3 ประวัติคนในครอบครัวเคยมีภาวะความดันโลหิตสูง

1.1.4 มีประวัติ Preeclampsia หรือ Eclampsia ในครรภ์ก่อน

1.1.5 มีภาวะอ้วน

1.1.6 มีโรคทางอายุรกรรม เช่น ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคไต หรือ

โรคหลอดเลือดอื่นๆ

1.1.7 ครรภ์แฝด

1.1.8 สตรีที่มีโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคไตเรื้อรังอยู่เดิมก่อนการตั้งครรภ์

1.1.9 สตรีที่มีโรคเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ (Pre-gestational diabetes)

1.1.10 ความผิดปกติของการตั้งครรภ์ เช่น ครรภ์แฝด ครรภ์ไข่ปลาอุก ทารกขม

น้ำในครรภ์

1.1.11 ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดทางพันธุกรรมแบบ Thrombophilia

1.1.12 ความผิดปกติของการไหลเวียนในเส้นเลือดแดงยูเทอริน (Abnormal uterine artery)

ปัจจัยเสี่ยงบางประการเป็นปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ เมื่อพบสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูง พยาบาลควรให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรค การควบคุมอาหาร และการควบคุมน้ำหนักเพื่อป้องกันภาวะ Eclampsia หรือ Preeclampsia ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ (ถวัลย์วงศ์รัตนศิริ, 2553)

1.2 การตรวจร่างกาย (Physical examination) นอกจากการตรวจครรภ์และประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ตามปกติแล้วพยาบาลควรมีการเฝ้าระวังสัญญาณอันตรายของภาวะ Eclampsia หรือ Preeclampsia เพิ่มเติม ดังนี้

1.2.1 การวัดความดันโลหิต ควรวัดความดันโลหิตหลังพักอย่างน้อย 10 นาที เลือกใช้ cuff ที่มีขนาดเหมาะสมสามารถพันต้นแขนได้ประมาณ 80 % ปกติมักให้วัดในท่านั่ง หรือท่านอนศีรษะสูง 30 องศา และให้แขนข้างที่วางอยู่ในระดับเดียวกับหัวใจ (นันทพร แสนศิริพันธ์, 2560) กรณีพบสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง พยาบาลแผนกฝากครรภ์ ควรมีการนัดหมายการฝากครรภ์แบบสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง และควรส่งปรึกษาสูติแพทย์เพราะมีความจำเป็น โดยเฉพาะสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ ที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 32 สัปดาห์ เนื่องจากมีรายงานพบว่ามีความสัมพันธ์กับอัตราการตายของมารดาและทารก ดังนั้นการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงควรมีการปรึกษากุมารแพทย์ร่วมด้วย เนื่องจากทารกแรกเกิดต้องได้รับการดูแลหลังคลอดอย่างถูกต้องทันเวลา ดังนั้นพยาบาลควรมีการประสานงานเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการส่งต่อไปคลอดในโรงพยาบาลที่มีสถานบริการดูแลทารกแรกเกิดที่เหมาะสมตามตารางดังนี้ (Lowe SA., et al, 2014)

เริ่มตั้งครรภ์	อายุครรภ์ <24 wks	อายุครรภ์ 24-32 wks	อายุครรภ์ 33-37 wks	อายุครรภ์ >37 wks
วางแผนการฝากครรภ์	ปรึกษากับโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในกรณีที่	ปรึกษาและย้ายไปฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ อาจต้อง	หากสามารถดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไปให้ส่งที่	วางแผนการคลอดในวันที่ดีที่สุดและด้วยวิธีคลอดที่เหมาะสม
	ต้องยุติการตั้งครรภ์หรือมีการคลอดก่อนกำหนด	มีการคลอดก่อนกำหนด ถ้าให้สามารถดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไปได้	สถาบันที่มีการดูแลเด็กที่เหมาะสม	

1.2.2 การประเมินอาการบวม โดยประเมินจากการใช้นิ้วกดบริเวณกระดูกหน้าแข้งนาน 10-30 วินาที ภาวะบวมที่บ่งบอก Pathological edema คือ อาการบวมที่พบบริเวณใบหน้า มือหรือท้อง และอาการบวมมักไม่ยุบลงแม้ว่าจะได้นอนพักแล้ว 12 ชั่วโมง

1.2.3 ประเมินน้ำหนักตัว โดยเฉพาะสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 กิโลกรัมใน 1 สัปดาห์ซึ่งสามารถใช้เป็นข้อบ่งชี้ของภาวะ Preeclampsia

1.2.4 ตรวจปฏิบัติการตอบสนองระดับลึกของเอ็นที่ยึดกล้ามเนื้อ deep tendon reflex เพื่อเป็นการประเมินระบบประสาทส่วนกลางรวมทั้งช่วยในการประเมินภาวะ Hypermagnesemia ในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยา Magnesium sulfat อีกด้วย (นันทพร แสนศิริพันธ์, 2560)

### 1.3 การติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินความรุนแรงและการดำเนินของโรคเพื่อใช้ในการวางแผนการพยาบาลโดย American College of Obstetricians and Gynecologists (2013) ได้ให้คำแนะนำในการประเมินการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อช่วยในการประเมินภาวะความรุนแรงของโรค ดังนี้

ชนิดการตรวจ	ค่าปกติ	ค่าผิดปกติ
Hb	12-15gm/dl	ถ้าเพิ่มขึ้นอาจเป็นตัวบ่งชี้ภาวะ HELLP syndrome
Hematocrit	37-47%	
Serum creatinine	0.2-0.5mg/dl	>1.2 mg/dl ร่วมกับ Oliguria
Serum albumin	4-4.45gm%	ต่ำกว่าปกติเนื่องจากมี Endothelial leak
Uric acid	3.0-7.5mg/dl	>5 mg/dl บ่งบอกถึงความรุนแรงของโรคต่อ Renal tubular
Platelet count	150,000-350,000/mm <sup>3</sup>	ลดลง <100,000/mm <sup>3</sup>
Serum transaminase	ALT 0-48 IU/L AST 0-36 IU/L	เพิ่มขึ้นแม้ว่าไม่มีอาการของการเจ็บบริเวณชายโครงขวาหรือจุกแน่นลิ้นปี่บ่งบอกถึงภาวะตับเสื่อมหน้าที่
Lactic dehydrogenase	120-340 IU/L	เพิ่มขึ้น
Proteinuria	10-100mg/24hr	>3-5gm/24hr หรือ Dipstick 3+ โดยการเก็บ 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 4 ชั่วโมง

### การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์

พยาบาลควรวางแผนกิจกรรมการพยาบาลให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษาของแพทย์โดยการติดตามระดับสัญญาณชีพ โดยเฉพาะระดับความดันโลหิตร่วมกับการประเมินสุขภาพของทารกในครรภ์โดยการประเมิน อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ (Fetal Heart sound) เป็นระยะ เป้าหมายหลักในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะ Preeclampsia (คมสันต์ สุวรรณฤกษ์, 2554).

1. มีความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะชัก
2. มีความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น เลือดออกในสมอง น้ำท่วมปอด ไตวายเฉียบพลัน รกลอกตัวก่อนกำหนด รวมทั้งทารกเสียชีวิตในครรภ์
3. คลอดทารกที่มีโอกาสรอดชีวิตได้สูงโดยมีภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาต่ำ (Walfisch , et. Al., 2006)

### แนวทางการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะ Preeclampsia

ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จุดมุ่งหมายเพื่อลดความเสี่ยงทั้งต่อมารดาและทารก พยายามประคับประคองให้ทารกครบกำหนด ลดระยะเวลาในการดูแลใน Intensive Care Unit การพิจารณาตัดสินใจให้คลอด แพทย์จะพิจารณาเมื่อความรุนแรงอยู่ในภาวะ Severe Preeclampsia หรือสุขภาพของมารดาหรือทารกมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่แย่ลง แพทย์อาจพิจารณาให้ Steroid เพื่อลด



โอกาสเกิด Respiratory distress syndrome โดยเฉพาะในรายที่ทารกมีอายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ แต่หากทารกมีสุขภาพดี ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของโรคไปในทางที่แยกลง อาจพิจารณาให้คลอดเมื่ออายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ขึ้นไป (ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์, 2553)

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้และให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง ครอบคลุมทั้งการดูแลตนเองเบื้องต้นและการเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่ต้องรับมาโรงพยาบาล
2. ให้สตรีตั้งครรภ์พักผ่อนอย่างเต็มที่ควรจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมแก่การพัก แนะนำให้พักในท่านอนตะแคงซ้าย เพื่อช่วยให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกและทารกดีขึ้น ช่วยให้ความดันโลหิตลดลง ปัสสาวะออกมากขึ้น
3. แนะนำการรับประทานอาหารธรรมดาที่จำกัดเกลือ โดยให้เกลือได้ไม่เกิน 6 กรัม ต่อวัน โปรตีน 80-100 กรัมต่อวัน เพิ่มอาหารกากใย เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อร่างกาย
4. แนะนำการบันทึกและประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้นของตนเองและทารกในครรภ์ เช่น การวัดความดันโลหิต และการตรวจหาระดับโปรตีนในปัสสาวะด้วยตนเอง การชั่งน้ำหนักตัววันละครั้ง ร่วมกับการสังเกตอาการบวม
5. แนะนำ ให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการนับการดิ้นของทารก พร้อมกับการจดบันทึก
6. แนะนำอาการผิดปกติที่ต้องรับมาโรงพยาบาลเนื่องจากอาการและอาการแสดงเหล่านี้ บ่งบอกถึงความรุนแรงของโรคที่มากขึ้น ทำให้เพิ่มอันตรายทั้งของมารดาและทารก ซึ่งได้แก่ ความดันโลหิต  $\geq 140/90$  mmHg, โปรตีนในปัสสาวะ  $\geq 2+$ , น้ำหนักตัวเพิ่มมากกว่า 1 กก./สัปดาห์, ทารกในครรภ์ดิ้นน้อยกว่า 10 ครั้งใน 12 ชั่วโมง อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว มองเห็นภาพซ้อน เป็นต้น
7. แนะนำให้เห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด โดยมีแนวทางในการดูแลแบบประคับประคองดังนี้
  - 7.1 นัดติดตามระดับความดันโลหิตสัปดาห์ละ 2 ครั้ง สตรีตั้งครรภ์สามารถวัดเองที่บ้านหรือวัดที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน เมื่อพบภาวะผิดปกติสามารถมาพบแพทย์ก่อนนัดได้
  - 7.2 ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการสัปดาห์ละประมาณ 1 ครั้ง ได้แก่ CBC, Platelet count, ALT, AST, LDH, uric acid, creatinine.
  - 7.3 ตรวจประเมินโปรตีนในปัสสาวะด้วย dipstick เป็นครั้งคราว หรือเก็บปัสสาวะใน 24 ชั่วโมง
  - 7.4 นัดตรวจ Non-stress test สัปดาห์ละ 2 ครั้ง
  - 7.5 Ultrasound เพื่อวัดระดับ Amniotic fluid index สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง
  - 7.6 ตรวจ Biophysical profile สัปดาห์ละ 1 ครั้ง
8. กรณีสตรีตั้งครรภ์มีอายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ และมี Preterm labor แพทย์อาจพิจารณาให้ได้รับยากลุ่ม Glucocorticoid เพื่อช่วยเรื่อง Lung maturity ลดการเกิดภาวะ Respiratory distress syndrome พยาบาลควรมีการประเมินการติดเชื้อในระบบอื่นร่วมด้วย หากพบควรรีบรายงานแพทย์
9. แพทย์อาจพิจารณายุติการตั้งครรภ์จากหลายปัจจัยทั้งด้านมารดาและทารกโดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีอาการของโรครุนแรงขึ้นกลายเป็น Severe Preeclampsia หรือมีภาวะ HELLP syndrome (Leeman, 2008)
10. การให้ ASA ในขนาดต่ำ สามารถลดอุบัติการณ์ของภาวะครรภ์เป็นพิษในหญิงตั้งครรภ์ บทบาทของพยาบาลเมื่อแพทย์พิจารณา ให้ ASA คือ สอบถามว่าผู้ป่วยไม่แพ้ยา ไม่มีการกำเริบของหอบหืด ไม่มี มี

ผลในกระเพาะอาหาร ซึ่งจะทำให้เกิดเลือดออกในระบบทางเดินอาหารเพิ่มขึ้น และ ประการสำคัญห้าม ใซยา ASA ในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ (Bayer, 2019)

### บทบาทพยาบาลในระยะคลอด

การพิจารณาให้คลอดจะพิจารณาเมื่ออายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ขึ้นไป โดยการประเมินปากมดลูก หากปากมดลูกพร้อมหรือประเมิน Bishop score ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 6 จะพิจารณากระตุ้นคลอด และสามารถให้คลอดทางช่องคลอดได้ในกรณีไม่มีข้อบ่งห้าม ในกรณีที่ปากมดลูกยังไม่พร้อมและสภาวะแทรกซ้อนรุนแรงแนะนำให้ตรวจติดตามอย่างใกล้ชิดและกระตุ้นคลอดเมื่อสภาวะเหมาะสม ส่วนในสตรีตั้งครรภ์ที่ตรวจพบภาวะ Severe Preeclampsia โดยทั่วไปถือเป็นข้อบ่งชี้ในการยุติการตั้งครรภ์ เพื่อลดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดาและทารก การพิจารณาให้ตั้งครรภ์ต่อในกรณีที่อายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ อาจพิจารณาให้ทำได้ในโรงพยาบาลตติยภูมิ ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดจากสูตินรีแพทย์ และควรคลอดในโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการดูแลทารกแรกเกิดโดยมีเป้าหมายหลักในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะ Preeclampsia (คมสันต์ สุวรรณฤกษ์, 2554) 2 ประการคือ

1. ป้องกันภาวะช้ำและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น HELLP syndrome, ไตวาย, หลอดเลือดแตกในสมอง หรือ ภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน
2. ควบคุมและลดความดันโลหิต

### กิจกรรมการพยาบาล Preeclampsia

1. ประเมินอาการสู่ภาวะช้ำ ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เห็นภาพไม่ชัด อาการปวดบริเวณใต้ลิ้นปี่หรืออาการเจ็บชายโครงขวา ปฏิกริยาสะท้อน (Deep tendon reflex) เร็วเกินไป (เกรด 3+ขึ้นไป) หรือมีอาการกระตุกของกล้ามเนื้อข้อเท้า (Ankle clonus)
2. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เตรียมอุปกรณ์การช่วยเหลือได้ทันทีที่มีอาการช้ำ ได้แก่ ยา  $MgSO_4$ , Calcium gluconate, Valium, ออกซิเจน ไม้กดลิ้น เครื่อง Suction และเตรียมทีมช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม
3. ดูแลให้สตรีตั้งครรภ์นอนพักในท่านอนตะแคงซ้าย ทำกิจกรรมต่างๆ บนเตียงเท่านั้น
4. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา ในการรักษา Severe Preeclampsia แพทย์จะพิจารณาให้  $MgSO_4$  ในการป้องกันการชักโดยระดับ  $MgSO_4$  ที่อยู่ในกระแสเลือดเพื่อป้องกันกันการชักคือ 4.8-8.4 mg/dl พยาบาลควรดูแลให้การพยาบาล ดังนี้
  - 4.1 ประเมินปฏิกริยาสะท้อน (Deep tendon reflex) ควรยังมีอยู่ (ค่าปกติคือ 2+)
  - 4.2 อัตราการหายใจควรมากกว่า 12 ครั้ง/นาที
  - 4.3 ตรวจและบันทึกการได้รับน้ำและปริมาณปัสสาวะร่วมกับการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยเฉพาะปัสสาวะ ตรวจสอบปริมาณน้ำปัสสาวะทุกชั่วโมง ควรมีปัสสาวะออกอย่างน้อยชั่วโมงละ 30 มล. หรือตลอด 4 ชั่วโมง ปัสสาวะควรออกมากกว่า 100 มล.
  - 4.4 ฟังเสียงปอดทุก 2 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะปอดบวมน้ำ (Pulmonary edema)
  - 4.5 ดูแลให้ออกซิเจน 8-12 ลิตร/นาที เพื่อให้ออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ในร่างกายมากขึ้น และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของรก
  - 4.6 จัดเตรียมยา 10% calcium gluconate ซึ่งเป็น antidote โดยแพทย์มักสั่งให้ 10 ml ทางหลอดเลือดดำใน 5-10 นาที กรณีที่มีการกดการหายใจหรือหัวใจหยุดเต้นเท่านั้น

4.7 ในระยะหลังคลอดยังคงประเมินอาการนำสู่ภาวะชักอย่างต่อเนื่อง และระยะหลังคลอดที่ยังคงให้ยา MgSO<sub>4</sub> ต่อยังคงต้องประเมิน และ เฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดตัวไม่ตีร่วมด้วย (มาลีวัลย์ เลิศสาครศิริ, 2554)

กรณีที่หญิงตั้งครรภ์มีอาการชัก หรือ มีภาวะ Eclampsia เกิดขึ้น เป้าหมายหลักในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ (คมสันต์ สุวรรณฤกษ์, 2554)

1. ป้องกันการบาดเจ็บและขาดออกซิเจนในสตรีตั้งครรภ์
2. การควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงและการป้องกันการชักซ้ำ

### กิจกรรมการพยาบาล Eclampsia

1. ป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ และการพลัดตกหกล้มขณะสตรีตั้งครรภ์มีอาการชัก โดยยกไม้กั้นเตียงและจัดให้มีหมอนกั้น เพราะอาจเกิดอันตรายขณะชัก

2. เตรียมยา MgSO<sub>4</sub> ถ้าหากสตรีตั้งครรภ์ไม่เคยได้รับยา MgSO<sub>4</sub> มาก่อน แต่ถ้าอยู่ในระหว่างการชัก แพทย์อาจมีคำสั่ง ให้ได้รับยา MgSO<sub>4</sub> 2 gm ทางหลอดเลือดดำโดยฉีดช้าๆใน 15-20 นาที หรือให้ Valium 5-10 mg เพื่อควบคุมอาการชัก พยาบาลควรประเมินและดูแลการหายใจ เนื่องจาก MgSO<sub>4</sub> และ Valium มีฤทธิ์ในการกดการหายใจ

3. ภายหลังชักจัดทางเดินหายใจให้โล่ง โดยจัดท่านอนตะแคง, การใส่ Oral airway เพื่อป้องกันการสำลักสิ่งแปลกปลอม

4. ให้ออกซิเจน Mask 8-12 ลิตร/นาที เพื่อเพิ่มออกซิเจนให้กับสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ เนื่องจากการชักมีผลทำให้การหายใจหยุดลง และเกิดภาวะพร่องออกซิเจน

5. วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาทีจนกว่าสัญญาณชีพจะปกติ

6. ติดตามอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เจ็บปวดพร่ามัว เจ็บปวดใต้ลิ้นปี่หรือชายโครงขวา ปฏิกริยาสะท้อน (Deep tendon reflex) และการกระตุกของกล้ามเนื้อต่ออีก เพราะอาจเกิดอาการชักอีก

7. ควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องที่เงียบ แต่ใกล้พยาบาล เพื่อลดการกระตุ้นระบบประสาท ซึ่งเสี่ยงต่อการชักซ้ำ (คมสันต์ สุวรรณฤกษ์, 2554 และ มณีภรณ์ โสมานุสรณ์, 2556)

### บทบาทพยาบาลในการบริหารยา

การบริหารยาเป็นอีกหนึ่งบทบาทที่สำคัญในการดูแล พยาบาลจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้รักษาภาวะความดันโลหิตสูง เพื่อสามารถให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับการรักษา แนวทางการรักษาความดันโลหิตสูงของ แพทย์มักเริ่มต้นที่ความดันสูงกว่า 160/110 mmHg เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกในสมองและเกิดภาวะชัก (Cantwell R, Clutton T, Cooper G, Dawson A, Drife J, Garrod D, et al., 2011) การรักษาสตรีที่มีภาวะ Pre-eclampsia ที่มีความดันโลหิตสูงในระดับไม่รุนแรงถึงระดับปานกลาง ถ้าอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ แพทย์ อาจพิจารณาให้คลอด แต่กรณีอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ แนะนำให้ ติดตามประเมินอาการของมารดาและทารกในครรภ์เป็นระยะ และนับลูกดิ้นทุกวัน ติดตามความดันโลหิต 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ตรวจหาโปรตีนในปัสสาวะ (Proteinuria) สัปดาห์ละครั้ง และไม่จำเป็นต้องให้ยาลดความดันโลหิต (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013) สำหรับการรักษาความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงที่มีความดันโลหิตสูงอย่างฉับพลันและรุนแรง คือมีความดันโลหิตตั้งแต่ 170 / 110 mmHg เป็นภาวะความดันโลหิตสูงที่รุนแรงซึ่งต้องได้รับการรักษาเพื่อลดความดัน อย่างเร่งด่วนทันที (Tessa E. R. Gillon , Pels A., Dadelnszen V. P., Donell M. K., Magee LA., 2014). มีการใช้ยาหลายชนิดในการรักษาความดันโลหิตสูงอย่างรุนแรงในครรภ์ แต่การให้ยาเพื่อลดความ

ดันโลหิตต้องให้ด้วยความระมัดระวังเนื่องจากอาจเกิดอันตรายต่อมารดาและทารกในครรภ์ได้ การให้ยาตามข้อตกลงของสมาคมสูตินรีแพทย์ของประเทศสหรัฐอเมริกา (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2015) ดังนี้

ชื่อยา	ขนาด	ทางที่ให้	ยาเริ่มต้น ออกฤทธิ์	อาการไม่พึง ประสงค์	ข้อห้าม/ ข้อจำกัด	การพยาบาล
Labetalol	20 -80 mg Max 80mg	ทางหลอดเลือดดำ 2 นาทีให้ ซ้ำได้ทุก 10 นาที	ออกฤทธิ์ สูงสุด หลัง ให้ยา 5 นาทีในแต่ ละครั้ง	หัวใจเต้นช้า ความดันเลือด ต่ำ การเต้น หัวใจทารกใน ครรภ์ช้า	ใช้ได้เกือบทุก ราย ยกเว้น ใน รายที่มีภาวะ หัวใจวาย	ติดตามสัญญาณชีพ โดยเฉพาะ อัตราการเต้นของหัวใจ ระดับความ ดันโลหิต และสังเกตอาการที่แสดง ถึงการตีบแคบของหลอดเลือด เช่น หายใจมีเสียงผิดปกติ พร้อมทั้ง ติดตามการเต้นหัวใจทารกในครรภ์
Nifedipin e	10-20 mg. Max 40 mg	ทางปาก หลอดเลือดดำ นาทีให้ซ้ำ ได้ทุก 20 นาที	30 - 45 นาที ให้ซ้ำ หลัง 45นาที	หน้าแดง ผิว แดง ปวดศีรษะ คลื่นไส้ ความ ดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นเร็ว	ไม่ควรให้ห่มได้ สิ้นเพราะจะทำให้ ให้ความดัน โลหิตลดลงมาก ผิดปกติ	การพยาบาล ติดตามสัญญาณชีพ โดยเฉพาะ ระดับความดันโลหิต หลังให้ยา 30-45 นาที แจ้งให้ ผู้ป่วยทราบว่าอาการปวดศีรษะ หน้าแดง ผิวแดงอาจเกิดจาก ผลข้างเคียงของยา เพื่อลดความ วิตกกังวล
Hydralazi ne	10 มก. (ครั้ง แรก 5 มก. ถ้า ทารก ปกติ Max 30 มก.	ทางหลอดเลือดดำ นาทีให้ซ้ำ ได้ทุก 20 นาที	20 นาที	หน้าแดง ผิว แดง ปวด ศีรษะ คลื่นไส้ ความ ดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นเร็ว	โรคไต โรคตับ เจ็บหน้าอกจาก หัวใจขาดเลือด หรือมีประวัติ การเป็นโรค หลอดเลือดใน สมอง	ติดตามสัญญาณชีพ โดยเฉพาะ อัตราการเต้นของหัวใจ ระดับความ ดันโลหิต โดยวัดความดันโลหิตทุก 10 นาที 1ชม. ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และ ทุก 1 ชั่วโมง 4 ครั้ง ถ้าความดันโลหิต ยังคงสูง รายงานแพทย์ เพื่อให้ยา Second therapy line และแจ้ง ให้ผู้ป่วยทราบว่าอาการปวดศีรษะ หน้าแดง ผิวแดงอาจเกิดจาก ผลข้างเคียงของยา เพื่อลดความ วิตกกังวล
Diazoxide	15-45 มก. สูงสุด 300 มก.	ทางหลอดเลือดดำ อย่างเร็ว	3-5 นาที, ให้ซ้ำหลัง 5 นาที	หน้าแดง ผิว แดง บริเวณให้ยา ร้อนความดัน โลหิตต่ำ	ไม่ควรใช้ยาลด ความดันโลหิต นานเกิน 10 วัน	ติดตามสัญญาณชีพ โดยเฉพาะ ระดับความดันโลหิตหลังให้ยา 5 นาที แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่า การให้ ยา จะทำให้ บริเวณให้ยาร้อน และ อาจมีอาการ หน้าแดง ผิวแดง ซึ่ง เกิดจากผลข้างเคียงของยา เพื่อลด ความวิตกกังวล

การให้ยาลดความดันโลหิตทุกชนิด พยาบาลควรวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษาของแพทย์โดยการติดตามระดับสัญญาณชีพ โดยเฉพาะระดับความดันโลหิตของมารดา ร่วมกับการประเมินสุขภาพของทารกในครรภ์โดยการประเมิน อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ (Fatal Hearts sound) เป็นระยะๆ

### บทบาทในการดูแลมารดาในระยะหลังคลอด

การนัดตรวจติดตาม 6 สัปดาห์ในมารดาในระยะหลังคลอดเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง โดยต้องมีการติดตามประเมินระดับความดันโลหิตและการตรวจหาระดับโปรตีนในปัสสาวะ หากมารดาหลังคลอดยังคงมีภาวะความดันโลหิตสูงและยังไม่เคยได้รับการดูแลมาก่อนควรได้รับการรักษา และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรค การดูแลตนเองเพื่อรักษาระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ พยาบาลควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น การควบคุมน้ำหนัก การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายที่เหมาะสม

### สรุป

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยทางสูติศาสตร์ สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารก บทบาทของพยาบาลในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงซึ่งพบได้ในทุกระยะของการตั้งครรภ์ตั้งแต่ ระยะแรก ระยะปานกลาง จนถึง ระยะรุนแรง พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการค้นหาสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงเพื่อให้คำแนะนำในการป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง การเฝ้าระวังระดับของความดันโลหิตซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่มีความจำเป็นและรายงานข้อมูลให้แพทย์ผู้รักษาทราบได้ทันเวลา ในหน่วยฝากครรภ์พยาบาลต้องมีการวางแผนในการส่งต่อให้มีความเหมาะสมตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และเมื่อการตั้งครรภ์ดำเนินไปตามช่วงเวลา การวางแผนในการเฝ้าระวังและประเมินความรุนแรงของโรค การวางแผนในการบริหารยาให้สอดคล้องกับการรักษาของแพทย์ นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทในการส่งปรึกษาแพทย์ตามความเหมาะสมและดำเนินการตามเกณฑ์การดูแลที่มีการกำหนดไว้โดย มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมและลดความดันโลหิต และมีเป้าหมายหลักเพื่อลดความรุนแรงของโรค ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง อันได้แก่ อัตราการตายของมารดาและทารกที่จะตามมาได้

### เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560) *สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2559*. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- คมสันต์ สุวรรณฤกษ์. (2554). *ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.(2558). *แนวทางการปฏิบัติของราชวิทยาลัยเรื่องการดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ*.ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ : พิมพ์ลักษณ์
- ถวัลย์วงศ์ รัตนศิริ. (2553). *สูติศาสตร์ฉุกเฉิน*. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีเวชแพทย์แห่งประเทศไทย.

- นันทพร แสนศิริพันธ์. (2560). *การพยาบาลผดุงครรภ์ :สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน*. เชียงใหม่: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มณีภรณ์ โสมานุสรณ์. (2556). *การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์: ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มาลีวัลย์ เลิศสาครศิริ. (2554). *การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อัสสัมชัญ.
- ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. (2553). *การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 3 (พิมพ์ครั้งที่ 10)* นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป (ฉบับปรับปรุงพ.ศ. 2558)*. กรุงเทพฯ: ฮั่วน้ำปรีนตั้ง.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2015). Emergency therapy for acute onset, severe hypertension during pregnancy and the postpartum period. Committee Opinion No. 623. *Obstet Gynecol* ; 125:521-5.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013). Task Force on hypertension in pregnancy executive summary. *Obstet Gynecol* ; 122: 1122.
- Bayer. (2019). Aspirin: Comprehensive prescribing information. Silver Spring, MD: U.S. Food and Drug Administration. Retrieved from <https://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/03/>.
- Cantwell, R., Clutton-Brock, T., Cooper, G., Dawson, A., Drife, J., Garrod, D., et al. (2011) Saving Mothers' Lives: Reviewing Maternal Deaths to Make Motherhood Safer: 2006-2008. The Eighth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. *BJOG*, 118, 1-203.
- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. (2018) *Williams Obstetrics. 25th ed.* New York: McGraw Hill.
- Leeman, L., & Fontaine, P. (2008). Hypertensive disorders of pregnancy. *American family physician*, 78 (1) :93-100
- Lowe SA, Bowyer L, Lust K, McMahon LP, Morton MR, North RA, Paech MJ, Said JM. (2014). Guideline for the Management of Hypertensive Disorders of Pregnancy. *Society of obstetric medicine of Australia and New Zealand*.
- Tessa E. R. Gillon, Pels A., Dadelszen V. P., MacDonell K., Magee LA. (2014). Hypertensive Disorders of Pregnancy: A Systematic Review of International Clinical Practice Guidelines. Retrieved 30 September 2019 from <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0113715>
- Sivakumar, S., et al. (2007). Effect of Pregnancy Induced Hypertension on Mothers and their Babies. *The Indian Journal of Pediatrics*. 74(7), 623–625.
- Walfisch, A, Hallak, M, James, D, Stear, P, Weiner, C and Gonik B. (2006). High risk pregnancy: management options. *Saunders Elsevier, Philadelphia*.
- World Health Organization. (2011) WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia.

