

บทบาทพยาบาลกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในภาวะไตวายเฉียบพลัน

Nurses' Role in Caring for Patients with Acute Kidney Disease during Pregnancy

ธันน์ศันญา ภักศุขนิธิวัฒน์¹ และชัชวาล วงศ์สารี²

Thanannipha Phaksuknithiwat¹ and Chutchavarn Wongsaree²

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น บุรีรัมย์

¹Faculty of Nursing, Western University, Buriram

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น กาญจนบุรี

²Faculty of Nursing, Western University, Kanchanaburi

บทคัดย่อ

โรคไตวายเฉียบพลันกับการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กันอย่างมากโดยเฉพาะในสตรีที่มีโรคไตวายอยู่ก่อนการตั้งครรภ์ และการตั้งครรภ์มีผลทำให้โรคไตวายที่เกิดขึ้นมีอาการเลวลงเรื่อยๆ ฉะนั้นพยาบาลจึงต้องแสดง 3 บทบาทสำคัญ คือ (1) บทบาทการประเมินและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากไตวายเฉียบพลัน โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เฝ้าระวังการกำเริบของโรคไตวายเฉียบพลันในระหว่างการตั้งครรภ์ การดูแลที่สำคัญในระยะนี้ คือ ดูแลให้รับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ ดูแลให้นอนตะแคงซ้ายพักบนเตียงตลอดเวลา ประเมินความดันโลหิต น้ำหนักตัว ปริมาณไข่ขาวในปัสสาวะ อาการบวม เก็บเลือดตรวจเพื่อประเมินการทำงานของไต จำกัดน้ำ ให้ขาดความดันโลหิตและให้ยาขับปัสสาวะ (2) บทบาทในการป้องกันและร่วมรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน ทำได้โดยการป้องกันความรุนแรงของโรคไม่ให้เพิ่มขึ้น ด้วยการกำจัดสาเหตุที่จะทำให้ไตถูกทำลายมากยิ่งขึ้น การดูแลที่สำคัญในระยะนี้ คือ การทำการฟอกเลือดให้กับหญิงตั้งครรภ์ตามแผนการรักษาและจัดยา อาหารที่จำเพาะเพื่อควบคุมภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้น ฟังเสียงการเต้นของหัวใจทารกอย่างน้อย 4 ครั้ง/วัน ประเมินลูกคืบตามปกติ นอนพักบนเตียงให้มาก จำกัดน้ำ จำกัดเกลือในอาหารและเพิ่มโปรตีนให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย จำกัดระดับโปแตสเซียม เฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตต่ำที่จะนำมาสู่เลือดไปเลี้ยงทารกไม่เพียงพอและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (3) บทบาทในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะต่อเนื่อง เป็นบทบาทที่ต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการตั้งครรภ์ให้สำเร็จและปลอดภัยในระยะคลอดและหลังคลอด หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถตั้งครรภ์ต่อได้เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น พยาบาลต้องแสดงบทบาทในการประเมินเพื่อช่วยแพทย์ในการยุติการตั้งครรภ์ และให้การดูแลครอบครัวต่อเนื่อง ภายใต้แนวคิดการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล, การตั้งครรภ์ในภาวะไตวายเฉียบพลัน, การฟอกไตในหญิงตั้งครรภ์

Abstract

Acute kidney injury is related to pregnancy, especially in women with renal disease before pregnancy. Because during pregnancy, renal function will increase, so that symptoms of kidney disease may appear. Acute kidney injury has the effect of increasing the mortality rate. When the pregnancy results in kidney failure, the reoccurring symptoms worsen over time. Nurses have three important roles. First, assessing and monitoring of complications

from acute kidney injury, taking the patient's medical history, giving a physical examination, monitoring laboratory surveillance and relapse of kidney disease during pregnancy. Critical care at this stage is to keep a low salt diet and nursing the patient rests in bed all the time. Checking pulse rate, blood pressure, weight, albuminuria, swelling, and blood test to estimate kidney function and limited drug use to reduce blood pressure and diuretics. Second, the role of treatment of pregnant patient with acute kidney injury is to prevent the severity of the disease which could cause even more damage. In critical care, dialysis is a threat to pregnancy and drug treatment. Specific foods should be eaten to control various complications that may arise. Nurses must listen to the fetal heart at least 4 times / day, assess the normal fetal movement, bed rest, and get rid of the salt in the water and add protein to meet the body's needs, control potassium intake. Monitoring blood pressure so that low blood pressure will not lead to insufficient blood supply to the baby and prevention preterm labour. Third, for the role of continuing care in pregnancy, nurses must monitor complications and promote a successful pregnancy and safe childbirth through to the postpartum period. The pregnancy cannot conceive due to the pathology of the disease need more nursing. Humanized health care role in the consulted evaluation to help doctors to terminate the pregnancy and family continuously under the concept of humanized health care.

Keywords: nurses' role, acute kidney injury during pregnancy, dialysis during pregnancy



บทนำ

หญิงตั้งครรภ์ในภาวะไตวายเฉียบพลันเป็นสาเหตุการตายปริกำเนิดที่ค่อนข้างสูง (Kumar, et al., 2006; Najjar, et al., 2008; Goplani, et al., 2008) ส่วนมากพบในหญิงตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า 35 ปี และเป็นโรคทางอายุรกรรมก่อนการตั้งครรภ์ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือระหว่างการตั้งครรภ์มีการคลื่นไส้อาเจียนมากกว่าปกติทำให้ปริมาณเลือดไหลไปเลี้ยงไตลดลง หรือมีการติดเชื้อที่ท่อหน่วยไตในระหว่างการตั้งครรภ์และในไตรมาสสุดท้ายของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงถึงขั้นเม็ดเลือดแดงแตกทำให้เกิดไตวายเฉียบพลันตามมา (Munib and Khan, 2008; Ansari, Laghari & Solangi, 2008; อินทรีย์ กาญจนกุล, 2559)

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและการทำหน้าที่ของไตขณะตั้งครรภ์ (สุพร แก้วศิริวรรณ, 2556; งามนิตย์ รัตนานุกูล, 2555; ชัชวาล วงศ์สารี, 2559) มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

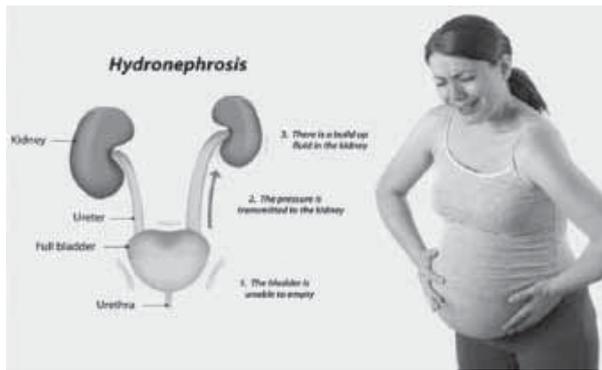
1. ปัจจัยด้านฮอร์โมน ซึ่งประกอบด้วยฮอร์โมนเอสโตรเจนจะกระตุ้นให้หลอดเลือดโซเดียมที่ท่อหน่วยไต

และฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน กระตุ้นให้เพิ่มการหลั่งฮอร์โมนอัลโดสเตอโรนมากขึ้น เพื่อคูดน้ำกลับบริเวณท่อหน่วยไตมากขึ้น ผลทำให้เกิดน้ำเลือดเพิ่มขึ้นร้อยละ 30-50

2. ปัจจัยด้านโครงสร้างของกรวยไตและท่อไต พบว่าไตจะขยายใหญ่ขึ้น ผลจากกรวยไตขยายโดยข้างขวาจะพบมากกว่าข้างซ้ายเพราะถูกกดเบียดจากมดลูกการบีบตัวจึงลดลงทำให้ปัสสาวะคั่งในกรวยไตและท่อไต

3. ปัจจัยเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของไต พบว่าอัตราการกรองของไตเพิ่มมากขึ้นร้อยละ 50 เกิดจากมีปริมาณเลือดไหลผ่านไตเพิ่มขึ้น โดยจะเพิ่มขึ้นสูงสุดในไตรมาสที่สองและจะลดลงเป็นปกติในไตรมาสที่สาม

4. ปัจจัยเกี่ยวกับการทำงานของกระเพาะปัสสาวะ พบว่ากระเพาะปัสสาวะมีความหนาและมีความจุเพิ่มขึ้น โดยรองรับปัสสาวะได้สูงถึง 1,500 มิลลิลิตร กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะตึงตัวลดลงทำให้ปัสสาวะคั่งค้าง เกิดการอักเสบติดเชื้อได้ง่าย



ภาพ 1 การเปลี่ยนแปลงของไตขณะตั้งครรภ์
ที่มา. จาก *Hydronephrosis During Pregnancy - Causes, Symptoms & Treatments*, โดย momjunction (2016), ค้นจาก http://www.momjunction.com/articles/hydronephrosis-during-pregnancy_00342575

ผลจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและการทำหน้าที่ของไตขณะตั้งครรภ์ ล้วนมีส่วนส่งเสริมให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลันในหญิงตั้งครรภ์ได้ กล่าวโดยสรุปสาเหตุส่วนใหญ่ของภาวะไตวายเฉียบพลันในหญิงตั้งครรภ์พบเช่นเดียวกับผู้ป่วยทั่วไป เช่น ภาวะช็อก ภาวะท่อหน่วยไตติดเชื้อ ภาวะความดันโลหิตสูงที่รุนแรง เป็นต้น และในหญิงที่มีการอักเสบของไตก่อนการตั้งครรภ์จะก่อให้เกิดอาการได้รวดเร็วและเฉียบพลันขึ้นได้จากการที่ไตมีการกรองเพิ่มขึ้น โดยหญิงตั้งครรภ์จะแสดงอาการทางคลินิกที่สำคัญ (อินทรีย์ กาญจนกุล, 2559; ชัชวาล วงศ์สารี, 2559; มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2554) ดังนี้ (1) ปัสสาวะลดลงอย่างรวดเร็วร่วมกับพบภาวะบวมและความดันโลหิตสูง (2) ปัสสาวะเป็นเลือดและมีอาการปวดบั้นเอว (3) มีระดับของเสีย เช่น BUN, Cr และ Uric acid ในเลือดสูงขึ้นและภาพทางรังสีพบว่าไตฝ่อหรือพบหินปูนเกาะในเนื้อไตที่บ่งชี้ว่ามีการตายของเนื้อไตเกิดขึ้น

อุบัติการณ์การเกิดภาวะไตวายในหญิงตั้งครรภ์พบในอัตราส่วน 1 ต่อ 20,000 ของหญิงตั้งครรภ์ (Susana Machado, 2012) ถึงแม้อุบัติการณ์ที่เกิดจะพบน้อยแต่เมื่อมีภาวะไตวายเฉียบพลันเกิดขึ้นแล้วจะมีผลต่อการตั้งครรภ์ที่รุนแรง (อินทรีย์ กาญจนกุล, 2559) ดังนี้ ผลต่อมารดาจะทำให้เกิดภาวะ pre-eclampsia เพิ่มขึ้นร้อยละ 20-40 โรคไตวายเฉียบพลันในระหว่างตั้งครรภ์แบ่งความรุนแรงออกเป็น 3 ระดับคือ (1) กลุ่มระดับความรุนแรงน้อย

(ระดับครีเอตินิน มากกว่าหรือเท่ากับ 1.4 มก./ดล.) ในรายที่มีความดันโลหิตปกติในระยะแรกจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด pre-eclampsia และความดันโลหิตสูงในไตรมาสสุดท้ายของการตั้งครรภ์ (2) กลุ่มระดับความรุนแรงปานกลาง (ระดับครีเอตินิน มากกว่าหรือเท่ากับ 1.5-3 มก./ดล.) มีโอกาสเกิดความดันโลหิตสูงรุนแรงหลังช่วงไตรมาสสองและการทำงานของไตเลวลงได้ สามารถตั้งครรภ์ต่อได้สำเร็จ แต่อุบัติการณ์ในการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ช้าและคลอดก่อนกำหนดมากกว่าร้อยละ 50 ประมาณมากกว่า 1 ใน 3 ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีการทำงานของไตเลวลงและ/หรือเกิดความดันโลหิตสูงหลังช่วงกลางของการตั้งครรภ์ไม่แนะนำให้มีการตั้งครรภ์ต่อ (3) กลุ่มระดับความรุนแรงมาก (ระดับครีเอตินิน มากกว่าหรือเท่ากับ 3 มก./ดล.) กลุ่มนี้หากมารดาเป็นโรคไตอยู่ก่อนจะไม่มี การตั้งครรภ์เพราะจะไม่มีทารกตกไข่ แต่ถ้าเกิดขึ้นหลังการตั้งครรภ์แล้วแนะนำให้ทำแท้งเพื่อการรักษา เพราะไม่สามารถป้องกันภาวะ HELLP ที่จะเกิดขึ้นจนนำมาสู่ภาวะเลือดออกอย่างรุนแรง (DIC) ในมารดาได้

ภาวะไตวายเฉียบพลันมีผลต่อทารกในครรภ์คือ ทารกมีโอกาสเกิดการเจริญเติบโตช้าและเพิ่มการเสียชีวิตในครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีการทำงานของไตน้อยกว่า 70 มล./นาที (eGFR < 70) ในรายที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรงและมีโปรตีนรั่วในปัสสาวะมากจะทำให้เพิ่มโอกาสในการคลอดก่อนกำหนด (อินทรีย์ กาญจนกุล, 2559) ถึงแม้การตั้งครรภ์ในภาวะไตวายเฉียบพลันจะพบน้อยแต่เมื่อเกิดขึ้นแล้ว ภาวะครรภ์เป็นพิษที่รุนแรงจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของมารดาทั่วโลกอยู่ที่ประมาณร้อยละ 14 ของการตายของมารดาทั้งหมดต่อปี (50,000 - 75,000 คน) (Bethesda, 2005) ในประเทศไทยพบอัตราตายที่เกิด จากครรภ์เป็นพิษเท่ากับ 1 ราย ต่อการเกิดมีชีวิต 100,000 ราย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

นอกจากการเสียชีวิตแล้วหญิงตั้งครรภ์ที่ไตวายเฉียบพลันและมีภาวะครรภ์เป็นพิษ เสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เลือดออกในสมอง ตับวายและไตวาย นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุ ที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในทารก เช่น ภาวะสมองขาดเลือด ทารกเจริญเติบโตช้า

ในครรภ์และผลต่าง ๆ ที่ตามมาจากการคลอดก่อนกำหนด การตายคลอด การบาดเจ็บและเสียชีวิตแรกคลอดเมื่อผู้ป่วยเกิดไตวายเฉียบพลันร่างกาย เกิดภาวะน้ำคั่ง โปแตสเซียมในเลือดสูง เลือดเป็นกรด และไนโตรเจนคั่ง ทำให้มีอาการบวมตามแขนขา หอบเหนื่อยจากน้ำท่วมปอด หัวใจเต้นผิดปกติ หว้าง กว้างเนื้ออ่อนแรงและการหายใจล้มเหลว (งานนิศย์รัตนานุกูล, 2555; รณณ พงศ์ภัทรพร, 2558) ถึงแม้ภาวะแทรกซ้อนต่อทารกในครรภ์จากหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันจะมีความรุนแรงแต่ในกลุ่มระดับความรุนแรงน้อยสามารถตั้งครรภ์ต่อได้จนสำเร็จ พยาบาลจึงต้องแสดง 3 บทบาทสำคัญ ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มดังกล่าว ดังนี้

1. บทบาทการประเมินและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากไตวายเฉียบพลัน

ภาวะไตวายเฉียบพลัน หมายถึง การที่ไตมีการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างหรือหน้าที่แบบเฉียบพลันซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ทั้งในคนที่ไตปกติหรือไตที่วายเรื้อรังอยู่แล้ว การเกิดขึ้นจะเป็นแบบกะทันหันและมีอาการผิดปกติทางไตอันร่วมด้วยแต่ไม่เกิน 90 วัน หลังจากได้รับการรักษา (ัชชาวล วงศ์สารี, 2559) ซึ่งพยาบาลที่ทำงานในแผนกรับฝากครรภ์ต้องมีความแม่นยำทั้งความรู้และทักษะในการประเมินทางคลินิก (ัชชาวล วงศ์สารี, 2559; มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2554) เช่น

1.1 การซักประวัติอย่างละเอียดตั้งแต่ฝากครรภ์ครั้งแรก โดยต้องถามถึงประวัติการเป็นโรคไต ประวัติปัสสาวะที่ผิดปกติ ประวัติครรภ์เป็นพิษในครั้งก่อน ประวัติการรับประทานอาหารรสเค็มจัด ประวัติการคลื่นไส้อาเจียนที่มากกว่าปกติในช่วงการตั้งครรภ์และประวัติการดื่มน้ำของทารกในครรภ์ เป็นต้น

1.2 การตรวจร่างกายของมารดา เช่น การวัดความดันโลหิตเพื่อประเมินความดันโลหิตสูงที่จะมีผลต่อการทำลายหน่วยไตที่เพิ่มมากขึ้น การตรวจหาอาการบวมและอาการคันผิวหนังแห้งที่เป็นผลมาจากภาวะของเสียคั่งจากภาวะไตวายที่รุนแรงมากขึ้น

1.3 การประเมินและการทดสอบสุขภาพทารกในครรภ์ กลุ่มระดับความรุนแรงน้อย (ระดับครีเอตินินมากกว่าหรือเท่ากับ 1.4 มก./ดล.) ในรายที่มีความดันโลหิต

ปกติในระยะแรกจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด pre-eclampsia และความดันโลหิตสูงในไตรมาสสุดท้ายของการตั้งครรภ์ ควรนัดหญิงตั้งครรภ์มาตรวจประเมินความเสี่ยงทุก 1-2 สัปดาห์หรือให้นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล เมื่อพบว่าระดับของโรคมีความก้าวหน้ามากขึ้น เพราะการที่โรคไตวายเฉียบพลันรุนแรงจะแปรผันตรงกับระดับความดันโลหิตซึ่งจะทำให้เกิดครรภ์เป็นพิษที่รุนแรง ชัก รกลอกตัวก่อนกำหนดซึ่งจะเป็นสาเหตุให้ทารกเสียชีวิตเฉียบพลันได้

ในรายที่มีความรุนแรงระดับน้อยหากผลการตรวจพบว่าโรคไม่มีความรุนแรงมากขึ้นให้นัดหญิงตั้งครรภ์มาประเมินทารกในครรภ์ด้วยวิธีนอนสเตรสเทส (Non Stress Test) อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง ส่วนในรายที่โรคมีความก้าวหน้าควรให้นอนโรงพยาบาลเพื่อการรักษาทันที โดยในระหว่างการนอนโรงพยาบาลควรฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์อย่างน้อยทุกเช้า-เย็น จดบันทึกลูกดิ้นวัดและบันทึกสัญญาณชีพอย่างน้อยทุก 1 - 2 ชั่วโมง

1.4 การเก็บและติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง เช่น ผลการตรวจปัสสาวะ ผลการตรวจปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ผลการตรวจเลือดเพื่อประเมินและติดตามการเปลี่ยนแปลงของค่า BUN, Creatinine และ Uric acid ที่เป็นค่าที่บ่งบอกระดับการทำงานของไตและบ่งชี้ระดับการเปลี่ยนแปลงของโรคไตวายเฉียบพลันที่เกิดขึ้น

1.5 การส่งหญิงตั้งครรภ์ตรวจอัลตราซาวนด์โครงสร้างการทำงานของไตตามแผนการรักษาเพื่อประเมินความก้าวหน้าของโรคไตวายเฉียบพลัน เป็นต้น

2. บทบาทในการป้องกันและร่วมรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน

เป็นบทบาทที่อิสระและกึ่งอิสระที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ตามความเหมาะสมตามอาการทางคลินิกของหญิงตั้งครรภ์ที่เปลี่ยนแปลงไป (อินทรีย์ กาญจนกุล, 2559; ัชชาวล วงศ์สารี, 2559; มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2554) ดังนี้

2.1 การป้องกันความรุนแรงของโรคไม่ให้เพิ่มขึ้น ทำได้โดยการกำจัดสาเหตุที่จะทำให้ไตถูกทำลายมากยิ่งขึ้น เช่น การรักษาภาวะช็อคอย่างเร่งด่วน การรักษาภาวะติดเชื้อที่ไตหรือท่อหน่วยไตอย่างทันทั่วทั้งที่ส่วนในราย

ที่มีภาวะ pre-eclampsia ควรรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูงให้ได้ก่อนที่ไตจะถูกทำลายและเพิ่มระดับความรุนแรงของโรคมมากกว่าเดิม

ควรรับหญิงตั้งครรภ์ไว้ในโรงพยาบาลเมื่อระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้นมากกว่า 160/110 มิลลิเมตรปรอท วัดห่างกัน 6 ชั่วโมง พบโปรตีนในปัสสาวะตั้งแต่ +2 จนกระทั่ง +4 ปวดศีรษะอย่างรุนแรงจนตาพร่ามัว ปวดแสบยอดอก กล้ามเนื้อกระตุกและเกร็ง (ศรีนวล โอสภเสถียร, 2554) เพราะในระยะนี้ระดับของความดันโลหิตจะทำลายไตมากขึ้นระดับความรุนแรงของโรคไตวายเฉียบพลันจะแปรผันตามอย่างรวดเร็ว การดูแลที่สำคัญในระยะนี้คือ ดูแลให้รับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ ดูแลให้นอนตะแคงซ้าย พักบนเตียงตลอดเวลา ประเมินความดันโลหิต น้ำหนักตัว ปริมาณไข้ขาวในปัสสาวะ อาการบวม เก็บเลือดตรวจเพื่อประเมินการทำงานของไต จำกัดน้ำ ให้ยาลดความดันโลหิต และให้ยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษา

2.2 ให้การพยาบาลโดยการฟอกเลือดตามแผนการรักษา หากรักษาแล้วไม่มีการตอบสนองต่อการรักษา หรืออาการทางไตของหญิงตั้งครรภ์เลวลงเรื่อยๆ ต้องได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดเมื่อมีข้อบ่งชี้ (อินทรีย์ กาญจนกุล, 2559; ชัชวาล วงศ์สารี, 2559) ดังนี้ (1) มีอาการของ uremia เช่น คลื่นไส้ ทานอาหารไม่ได้ อาเจียน ซึม สับสน คันตามตัว โลหิตจาง (2) มีภาวะน้ำเกินอย่างรุนแรงซึ่งไม่ตอบสนองต่อการให้ยาขับปัสสาวะ หญิงตั้งครรภ์ที่เหนื่อยหอบจากน้ำท่วมปอด (3) เลือดเป็นกรดอย่างรุนแรงที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา (4) พบภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูงมากกว่า 6.0 mEq/L (5) ควบคุมระดับของ BUN ในเลือดไม่ให้เกิน 50 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

ซึ่งเงื่อนไขในการรักษาด้วยวิธีการฟอกเลือดในหญิงตั้งครรภ์เหมือนกับการรักษาไตวายเฉียบพลันทั่วไป คือ การค้นหาสาเหตุและรีบแก้ไขในกรณีที่พบข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่ง ในหญิงตั้งครรภ์ควรรักษาตั้งแต่ระยะแรก ที่พบอาการตามข้อบ่งชี้เนื่องจากการคั่งของของเสียจากยูเรียครีตินินและสารอื่นๆ สามารถผ่านรกและเป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์ได้ ซึ่งวิธีการฟอกเลือดทางหน้าท้องเป็นวิธีที่เหมาะสมเพราะมีข้อดีสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคไตวายระยะเฉียบพลัน คือ มีการเปลี่ยนแปลงสมดุลน้ำและเกลือแร่อย่างช้าๆ แต่การฟอกเลือดด้วยเครื่องไต

เทียมก็สามารถทำได้แต่ต้องกำหนดการดื่มน้ำออกครั้งละน้อยๆ ทำสัปดาห์ละ 5-6 ครั้ง จะช่วยลดการเกิดความดันโลหิตต่ำ อีกทั้งจะไม่ขาดเลือดไปเลี้ยงจึงลดการเกิดการคลอดก่อนกำหนดการพยากรณ์โรคจะดี ส่วนในรายที่ต้องรักษาด้วยการฟอกเลือดในระยะยาว การพยากรณ์โรคจะไม่มีดี มีโอกาสแท้งหรือเสียชีวิตก่อนคลอดสูง

การดูแลที่สำคัญในระยะนี้คือการทำการฟอกเลือดให้กับหญิงตั้งครรภ์ตามแผนการรักษาและจัดยาอาหารที่จำเพาะเพื่อควบคุมภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น ฟังเสียงการเต้นของหัวใจทารกอย่างน้อย 4 ครั้ง/วัน ประเมินลูกคืบตามปกติ นอนพักบนเตียงให้มาก จำกัดน้ำ จำกัดเกลือในอาหารและเพิ่มโปรตีนให้เพียงพอกับความ ต้องการของร่างกาย จำกัดระดับโปแตสเซียม เฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตต่ำที่จะนำมาสู่เลือดไปเลี้ยงทารกไม่เพียงพอและการคลอดก่อนกำหนด

3. บทบาทในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะต่อเนื่อง

ในการดูแลต่อเนื่องเป็นบทบาทที่ต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการตั้งครรภ์ให้สำเร็จและปลอดภัยในระยะคลอดและหลังคลอด (อินทรีย์ กาญจนกุล, 2559; มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2554) ดังนี้

3.1 เฝ้าระวังการแท้งและการคลอดก่อนกำหนด และการเจริญเติบโตล่าช้าของทารกในครรภ์ โดยการติดตามระดับการสูญเสียโปรตีนทางปัสสาวะมากกว่า 3 กรัม/วัน ร่วมกับการที่มีอัลบูมินในเลือดต่ำกว่า 3.5 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะดังกล่าว

3.2 ประเมินการตั้งครรภ์ที่มีผลต่อโรคไตเดิม ดังนี้

(1) ระดับการทำงานของไตปกติหรือ ต้องการระดับครีเอตินินในเลือดน้อยกว่า 1.5 มิลลิกรัม/เดซิลิตร พบการทำงานของไตเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 เหมือนการตั้งครรภ์ปกติ มีผลทำให้โปรตีนรั่วในปัสสาวะเพิ่มขึ้นมากกว่า 3 กรัม/วันได้ อย่างไรก็ตามการตั้งครรภ์ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงต่อการดำเนินของโรคไต การทำงานของไตอาจลดลงได้ชั่วคราวในไตรมาสที่สามและกลับเป็นปกติหลังคลอด

(2) ระดับการทำงานของไตลดลงระดับปานกลางหรือระดับครีเอตินินในเลือด 1.5-3.0 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

พบการทำงานของไตจะเพิ่มขึ้นในช่วงแรกของการตั้งครรภ์ น้อยกว่าคนปกติที่ตั้งครรภ์ต่อมาการทำงานของไตลดลง และความดันโลหิตเพิ่มขึ้นในช่วงท้ายของการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตน้อยกว่า 40 มิลลิลิตร/นาที และโปรตีนในปัสสาวะมากกว่า 1 กรัม/วัน พบร้อยละ 10 ของผู้ป่วยที่กำลังเข้าสู่ไตวายระยะสุดท้าย โดยเฉพาะรายที่มีระดับ ครีเอทีนินในเลือด 1.5-3.0 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

(3) ระดับการทำงานของไตลดลงระดับมาก หรือระดับครีเอทีนินในเลือดมากกว่า 3.0 มิลลิกรัม/เดซิลิตร มีโอกาสตั้งครรภ์ได้ยากเนื่องจากไม่มีการตกไข่ และมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของมารดา การเปลี่ยนแปลงของพยาธิสรีระวิทยาในสตรีตั้งครรภ์ กลุ่มนี้ไม่พบเลือดมาเลี้ยงไตและการทำงานของไตเพิ่มขึ้น ระหว่างการตั้งครรภ์ กลับพบว่าการทำงานของไตลดลง ร่วมกับความดันโลหิตสูงและโปรตีนในปัสสาวะเพิ่มขึ้น หลังการคลอดบุตรแล้วการเปลี่ยนแปลงของไตในกลุ่มนี้อาจอยู่ถาวร

ในกลุ่มระดับการทำงานของไตปกติหรือรุนแรง น้อยและรุนแรงปานกลาง หญิงตั้งครรภ์สามารถตั้งครรภ์ สำเร็จภายใต้การรักษาและดูแลอย่างใกล้ชิดจนถึงระยะ คลอด

3.3 การดูแลระหว่างการคลอด ให้การดูแลดังนี้

(1) จัดทำอนตะแคงซ้ายให้ออกซิเจน

(2) วัดสัญญาณชีพทุก 30 นาทีเป็นอย่างน้อย บันทึกน้ำเข้าทุกชั่วโมงและกระตุ้นให้ถ่ายปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง

(3) ให้อาหารแก่ปอดตามแผนการรักษาของแพทย์ ในระยะคลอด

(4) ช่วยแพทย์ทำคลอดด้วยคีมหรือเครื่องดูด สูญญากาศตามความเหมาะสม

(5) ในรายที่ต้องฟอกเลือดในระหว่างตั้งครรภ์ ดูแลให้ฟอกเลือดใน 24 ชั่วโมงก่อนการคลอด และรักษา ต่อเนื่องหลังการคลอดจนกว่าค่าของไตจะกลับมาเป็นปกติ

(6) ในกลุ่มระดับการทำงานของไตลดลงระดับ มากควรได้รับการรักษาโรคไตหลังการคลอดอย่างต่อเนื่อง

3.4 การดูแลหลังคลอด ควรได้รับการดูแล เหมือนหญิงหลังคลอดทั่วไป แต่ควรเฝ้าระวังอาการ ผิดปกติ เช่น การตกเลือดหลังคลอดอย่างใกล้ชิด ความดัน โลหิตที่อาจจะสูงขึ้น วัดปริมาณน้ำเข้า-ออกอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วง 48 ชั่วโมงแรกหลังคลอดและดูแลให้ได้ รับการฟอกไตต่อเนื่องตามแผนการรักษา

3.5 ดูแลให้ยุติการตั้งครรภ์ตามข้อบ่งชี้ในกรณี ไตวายเฉียบพลันจากการตั้งครรภ์ในภาวะความดันโลหิตสูง ถึงขั้น pre-eclampsia (อินทรีย์ กาญจนกุล, 2559) ดังนี้

(1) ข้อบ่งชี้ด้านมารดาได้แก่ อายุครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์ เกร็ดเลือดน้อยกว่า 100,000 เซลล์/ลูกบาศก์ เซนติเมตร การทำงานของตับลดลง การทำงานของไต เลลดลง คือ ปัสสาวะออกน้อยและระดับครีเอทีนินในเลือด มากกว่า 2 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เกิดภาวะรกลอกตัวก่อน กำหนด มีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงและตาพร่ามัว มีอาการปวดท้องบริเวณลิ้นปี่อย่างรุนแรง คลื่นไส้อาเจียน ตาพร่ามัว

(2) ข้อบ่งชี้ด้านทารก ได้แก่ ทารกในครรภ์เจริญ เติบโตช้า การตรวจประเมินทารกในครรภ์ที่พบว่าเกิด ความผิดปกติ ตรวจพบปริมาณน้ำคร่ำน้อย เป็นต้น

พยาบาลต้องอาศัยบทบาทพื้นฐานทาง สุนิติศาสตร์ร่วมกับความรู้และทักษะเฉพาะที่แม่นยำในการ ดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มโรคไตวายเฉียบพลันทั้งการประเมิน สภาพ การตรวจร่างกาย การช่วยแพทย์ในการรักษาและ การดูแลระยะต่อเนื่องทั้งระยะคลอด การดูแลหลังคลอด และบทบาทในการประเมินเพื่อช่วยแพทย์ในการยุติ การตั้งครรภ์

บทสรุป

โรคไตวายเฉียบพลันกับการตั้งครรภ์มีความ สัมพันธ์กันอย่างมากโดยเฉพาะในสตรีที่มีโรคไตวายอยู่ ก่อนการตั้งครรภ์เพราะในระยะตั้งครรภ์การทำงานของไต จะเพิ่มมากขึ้น อาการของโรคไตอาจเกิดขึ้นได้อีก โรคไตวาย เฉียบพลันมีผลต่อการเพิ่มอัตราการตายของมารดาและ ทารก ในทางกลับกันการตั้งครรภ์มีผลทำให้โรคไตวายที่ เกิดขึ้นมีอาการเลวลงเรื่อยๆ ฉะนั้นพยาบาลจึงต้องแสดง 3 บทบาทสำคัญ คือ (1) บทบาทการประเมินและเฝ้าระวัง

การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากไตวายเฉียบพลัน โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ เฝ้าระวัง การกำเริบของโรคไตวายเฉียบพลันในระหว่างการตั้งครรภ์ การดูแลที่สำคัญในระยะนี้คือ ดูแลให้รับประทานอาหาร ที่มีเกลือต่ำ ดูแลให้นอนตะแคงซ้ายพักบนเตียงตลอดเวลา ประเมินความดันโลหิต น้ำหนักตัว ปริมาณไข่ขาวใน ปัสสาวะ อาการบวม เก็บเลือดตรวจเพื่อประเมินการทำงานของไต จำกัดน้ำ ให้ยาลดความดันโลหิตและให้ยาขับ ปัสสาวะตามแผนการรักษา (2) บทบาทในการป้องกัน และร่วมรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน เป็นบทบาทที่อิสระและกึ่งอิสระที่พยาบาลสามารถปฏิบัติ ได้ตามความเหมาะสมตามอาการทางคลินิก ทำได้โดยการ ป้องกันความรุนแรงของโรคไม่ให้เพิ่มขึ้น ด้วยการกำจัด สาเหตุที่จะทำให้ไตถูกทำลายมากยิ่งขึ้น การดูแลที่สำคัญ ในระยะนี้คือ การทำการฟอกเลือดให้กับหญิงตั้งครรภ์ ตามแผนการรักษาและจัดยาอาหารที่จำเพาะเพื่อควบคุม

ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น ฟังเสียงการเต้นของ หัวใจทารกอย่างน้อย 4 ครั้ง/วัน ประเมินลูกคืบตามปกติ นอนพักบนเตียงให้มาก จำกัดน้ำ จำกัดเกลือในอาหาร และเพิ่มโปรตีนให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย จำกัดระดับโปแตสเซียม เฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตต่ำ ที่จะนำมาสู่เลือดไปเลี้ยงทารกไม่เพียงพอและการคลอด ก่อนกำหนด (3) บทบาทในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะ ต่อเนื่อง ในการดูแลต่อเนื่องเป็นบทบาทที่ต้องเฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการตั้งครรภ์ให้สำเร็จและ ปลอดภัยในระยะคลอดและหลังคลอด ในหญิงตั้งครรภ์ ที่ไม่สามารถตั้งครรภ์ต่อไปได้เพราะพยาธิสภาพของโรค มีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นพยาบาลต้องแสดงบทบาทในการ ประเมินเพื่อช่วยแพทย์ในการยุติการตั้งครรภ์และให้การ ดูแลครอบครัวต่อเนื่องภายใต้แนวคิดการพยาบาลด้วยหัวใจ ความเป็นมนุษย์



References

- Ansari, M. R., Laghari, M. S., & Solangi, K. B. (2008). Acute renal failure in pregnancy. *JPMA*, 58(2), 61-64.
- Bethesda, M. D. (2005). Global burden of disease for the year 2001 by world bank region, for use in disease control priorities in developing countries. Geneva: World Health Organization.
- Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. (2010). *Health statistics maternal mortality rates of 2005-2009*. Bangkok: The War Veterans Organization Printing. (in Thai)
- Goplani, K. R., et al. (2008). 1 Pregnancy-related acute renal failure: A single-center experience. *Indian J. Nephrol*, 18(1), 17-21.
- Kanjanakul, I. (2016). *Kidney disease and hypertension in pregnancy*. Bangkok: Pow-Voon Printing. (in Thai)
- Keawsiriwan, S. (2013). *Nursing care during pregnancy*. Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai)
- Kumar, K. S., et al. (2006). Pregnancy related acute renal failure. *J. Obstet Gynecol India*, 56(4), 308-310.
- Lertsakornsiri, M. (2011). *Nursing care in complication during pregnancy*. Bangkok: Saint Louis College. (in Thai)
- Monjunction. (2016). *Hydronephrosis During Pregnancy - Causes, Symptoms & Treatments* Retrieved from http://www.momjunction.com/articles/hydronephrosis-during-pregnancy_00342575
- Munib, S., & Khan, S. J. (2008). Outcomes of pregnancy related acute renal failure. *Rawal Med J*. 33(2), 189 -92.
- Najar, S. M., et al. (2008). Pregnancy related acute kidney injury: A single center experience from the Kashmir Valley. *Indian J. Nephrol*, 18(4), 159-161.

- Osotsatian, S. (2011). *Manual focus and nursing mothers-children and newborns* (3rd ed.). Bangkok: VJ Printing. (in Thai)
- Pongphat, R. (2015). Case studies: Nursing care of patient with superimposed preeclampsia on chronic hypertension and acute kidney injury. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*, 5(1), 94-102. (in Thai)
- Rattananukul, N. (2012). *Delmar's maternal-infant: Nursing care plans*. Boromarajonani College of Nursing, Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai)
- Susana Machado, Nuno Figueiredo, Andreia Borges, Maria São José Pais, Luís Freitas, Paulo Moura, & Mário Campos. (2012). Acute kidney injury in pregnancy: A clinical challenge. *J.NEPHROL*, 25(1), 19- 30.
- Wongsaree, C. (2016). *Kedney & urinary diseases: Medical and surgical nursing care*. Bangkok: NP Press. (in Thai)

