

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์แฝดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ชนิดรุนแรงและผ่าตัดคลอด

Nursing Care for Twin Pregnancy with Severe Pre-eclampsia and Cesarean Section

อมลปวีณ์กร มหาวีเชียรบดี

โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี

Amolpawee Korn Mahawichienbordee

Inburi Hospital, Sing Buri Province

บทคัดย่อ

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบได้บ่อย โดยอาจทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดภาวะชัก เกิดภาวะของโรคหลอดเลือดสมองอย่างเฉียบพลัน และกลุ่มอาการ HELLP ซึ่งจัดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากของหญิงตั้งครรภ์ เป็นสาเหตุการตายของมารดาและทารก โดยเฉพาะอย่างยิ่งมารดาที่ตั้งครรภ์แฝดความดันโลหิตสูงจะมีความเสี่ยงเพิ่มเป็นสองเท่ามากกว่าการตั้งครรภ์เดี่ยว ดังนั้น พยาบาลต้องสามารถให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ การคลอด จนถึงระยะหลังคลอด

กรณีศึกษา ผู้คลอดอายุ 35 ปี ตั้งครรภ์ที่ 2 (G2P1A0L1) ตั้งครรภ์แฝด อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงและไม่มาตรวจตามนัดที่คลินิกฝากครรภ์ แรกครรภ์ที่ห้องคลอด อุณหภูมิร่างกาย 37.1 °C ความดันโลหิต 160/110 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 94 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 ครั้งต่อนาที ไม่เจ็บครรภ์ เด็กดิ้นดี ปากมดลูกเปิด 1 เซนติเมตร ได้รับยาป้องกันการชัก คือ แมกนีเซียมซัลเฟต และยาลดความดันโลหิต เมื่อการคลอดไม่ก้าวหน้า ทำให้อาการของผู้คลอดแย่ลง สูติแพทย์จึงตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์โดยผ่าตัดคลอด เพื่อให้ผู้คลอดปลอดภัย หลังผ่าตัดคลอด สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ มดลูกหดตัวปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งมารดาและทารก สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้พร้อมบุตรทั้งสอง 5 วันหลังคลอด

คำสำคัญ : ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง การตั้งครรภ์แฝด การผ่าตัดคลอด การพยาบาล

Abstract

Severe pre-eclampsia is an obstetric complication, highly prevalence. Complications in the pregnant women are including, seizure, stroke, and HELLP syndrome. This is a very severe complication in pregnancy which causes the death of the maternal and newborn. Especially, twin pregnancy hypertension is more highly double risk to severe pre-eclampsia, more than single pregnancy. Therefore, the nurse can provide appropriate nursing care for patients at all stages from the beginning of pregnancy, antenatal care, delivery care and postpartum care. Case study: A 35 years old patient found that the complication during pregnancy was the second gravid, parity 1, with twin at 37 weeks and got a severe preeclampsia and missed follow up-at antenatal care clinic. Firstly admitted at labour room, the pregnant women has body temperature 37.1 °C, blood pressure 160/110 mmHg,

pulse rate 94 beats per minute, respiration rate 22 breaths per minute, no labour pain, good fetal movement, and cervix dilated 1 cm. Magnesium sulfate and hydralazine administration protocol was used to prevent seizure and decrease hypertension. Childbirth stage was no progress and worse clinical symptom, therefore physician decided to set cesarean section for safe maternal and fetus.

After cesarean section, the blood pressure can be controlled, normal uterine contraction. Maternal and newborn were no complication. Five days after cesarean section, maternal and newborn were discharge.

Keywords: Severe Pre-eclampsia, Twin Pregnancy, Cesarean Section, Nursing Care

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุสำคัญของการตายและการบาดเจ็บทั้งในมารดาและทารกในครรภ์จากสถิติการตั้งครรภ์ทั่วโลกพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 5-10⁽¹⁾ และจากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2560 พบอัตราการตายของมารดาใน พ.ศ. 2559 จากการมีอุบัติการณ์ของภาวะบวม การมีโปรตีนในปัสสาวะและความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ทั้งระยะคลอดและหลังคลอด ร้อยละ 3.5 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน⁽²⁾ ถึงแม้สาเหตุที่แท้จริงนั้นยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีปัจจัยเสี่ยงบางประการที่ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีภาวะความดันโลหิตสูง เช่น มารดาอายุมาก มารดาที่มีบุตรยากที่ได้รับยากระตุ้นไข่ตก รวมทั้ง การตั้งครรภ์แฝดที่สามารถพบได้ 1 : 250 การตั้งครรภ์ ในกรณีแฝดเหมือน ซึ่งเกิดจากไข่ 1 ใบ เป็นการตั้งครรภ์แฝดตามธรรมชาติ และแฝดที่เกิดจากไข่หลายใบซึ่งอาจเกิดตามธรรมชาติหรือจากการผสมเทียม เปอร์เซ็นต์การเกิดไม่แน่นอน ขึ้นกับหลาย ๆ ปัจจัยด้วยกัน⁽³⁾ ทางการแพทย์ถือว่าการตั้งครรภ์แฝดเป็นภาวะแทรกซ้อนอย่างหนึ่งของการตั้งครรภ์ และอัตราการเสียชีวิตของทารกในครรภ์แฝดสูงกว่าในครรภ์เดี่ยวถึง 5 เท่า

นอกจากนี้การตั้งครรภ์แฝดยังมีโอกาสดังภาวะแทรกซ้อนในมารดาสูงขึ้น เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษสูงขึ้น 2.5 เท่า⁽⁴⁾ พยาธิสภาพส่วนใหญ่พบชัดเจนใน

ผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง (sever preeclampsia) ถ้าไม่ทราบหรือไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ การดำเนินของโรคจะรุนแรง ผู้คลอดอาจเกิดภาวะชักเกร็งและเกิด HELLP syndrome (กลุ่มอาการที่มีการทำงานของตับผิดปกติ) ทำให้อัตราตายเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากการมีเลือดออกในสมองและหัวใจล้มเหลว ซึ่งเกิดขึ้นได้ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ทั้งยังเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในทารก เช่น การตายคลอด การบาดเจ็บและเสียชีวิตแรกคลอด ผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงเป็นข้อบ่งชี้ในการรักษา หากไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตและระดับประคองการตั้งครรภ์ต่อได้ แพทย์จะพิจารณายุติการตั้งครรภ์เพื่อความปลอดภัยของผู้คลอด⁽⁵⁾

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จะลดความรุนแรงลงได้ด้วยการวินิจฉัย รักษาที่รวดเร็วตั้งแต่เริ่มต้นที่หญิงตั้งครรภ์มารับบริการสุขภาพที่คลินิกฝากครรภ์ ซึ่งพยาบาลผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ ความสามารถในการประเมินการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น อาการนำสู่ภาวะชัก อาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาป้องกันการชัก และยาลดความดันโลหิต การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันหรือลดความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนทั้งขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอด

ตลอดจนการเฝ้าติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ การให้การพยาบาลที่เหมาะสม มีการประเมินซ้ำและรายงานแพทย์ได้ทันเวลาจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้คลอดและทารก^(6,7,8)

ดังนั้น บททบทวนวิชาการนี้จึงนำเสนอกรณีศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์แฝดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงและผ่าตัดคลอด เพื่อเป็นบทเรียนสำคัญที่จะนำไปพัฒนาการพยาบาลเพื่อให้มารดาและทารกมีความปลอดภัย

รายงานผู้ป่วย

ระยะก่อนคลอด

ผู้คลอดอายุ 35 ปี ตั้งครรภ์ที่ 2 ตั้งครรภ์แฝดอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ เข้ารับการรักษาที่ห้องคลอดโรงพยาบาลอินทร์บุรี เมื่อวันที่ 19 เมษายน 2562 เวลา 10.45 น. อาการแรกเริ่ม มีปวดศีรษะเล็กน้อย จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล วัดสัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 160/110 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 94 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 ครั้งต่อนาที ไม่เจ็บครรภ์ เด็กดิ้นดี ไม่มีน้ำเดิน ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด 1 เซนติเมตร และตรวจปัสสาวะพบไข่ขาว 3+ แพทย์วินิจฉัย ตั้งครรภ์แฝดร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง (twin pregnancy with severe pre-eclampsia) และรับไว้รักษาที่ห้องคลอด

ประวัติการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์และการคลอดวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย 4 สิงหาคม 2561 เป็น 4 วัน คัดคะเนกำหนดคลอด 11 พฤษภาคม 2562 ประวัติครรภ์แรก ตั้งครรภ์ครบกำหนด คลอดปกติ ทารกเพศหญิง น้ำหนักแรกเกิด 3,050 กรัม ปัจจุบันอายุ 4 ปี แข็งแรงดี ไม่มีประวัติความดันโลหิตสูงทั้งก่อนและหลังตั้งครรภ์แรก ครรภ์นี้เป็นครรภ์ที่ 2 ตั้งครรภ์แฝด ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 7 สัปดาห์ที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่ง ฝากครรภ์ครบ

ตามเกณฑ์น้ำหนักเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก 69 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร ปัจจุบันผู้คลอดน้ำหนัก 85 กิโลกรัม ผลการตรวจครรภ์ปกติ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 124-138 /84-85 มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจปัสสาวะ ปกติ ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก 2 เข็ม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ VDRL, HIV, HbsAg ผลปกติ ความเข้มข้นของเลือดเท่ากับ 39 เปอร์เซ็นต์, เลือดกรุ๊ปบี อาร์เอชบวก

วันที่ 4 เมษายน 2562 ผู้คลอดเริ่มมีอาการเวียนศีรษะบ่อย จึงมาตรวจที่คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลอินทร์บุรี พยาบาลซักประวัติ ตรวจร่างกายและวัดสัญญาณชีพ พบว่าอายุครรภ์ 35 สัปดาห์ ไม่เจ็บครรภ์ เด็กดิ้นดี ขาบวมกดบ่มข้างซ้ายมากกว่าข้างขวา ความดันโลหิต 140/85 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 94 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.5°C ให้นอนพัก 15 นาทีวัดความดันโลหิตซ้ำได้ 138/82 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ตรวจปัสสาวะไม่พบไข่ขาว ซึ่งน้ำหนักได้ 82 กิโลกรัมเมื่อเปรียบเทียบกับน้ำหนักตัวเมื่อสัปดาห์ที่ผ่านมาคือ 80 กิโลกรัม น้ำหนักตัวขึ้นมา 2 กิโลกรัม วินิจฉัยการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ รายงานให้แพทย์ทราบ แพทย์วางแผนการรักษาโดยให้ส่งตรวจ CBC, Platelet count, ALT, AST, LDH, uric acid, creatinine ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ ตรวจ Non-stress test และ ทำ Ultrasound และนัด 1 สัปดาห์ (วันที่ 11 เมษายน 2562)

การดูแลครั้งนี้ ก่อนกลับบ้าน พยาบาลประเมินความรู้และให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง การดูแลตนเองเบื้องต้นและการเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล การดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้พักผ่อนอย่างเต็มที่ แนะนำให้นอนตะแคงซ้ายเพื่อช่วยให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกและทารกดีขึ้น ช่วยให้ความดันโลหิตลดลง ปัสสาวะออกมากขึ้น แนะนำ

การรับประทานอาหารที่จำกัดเกลือโดยให้เกลือได้ไม่เกิน 6 กรัมต่อวัน โปรตีน 80-100 กรัมต่อวัน เพิ่มอาหารกากใย ให้บันทึกและประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้นของตนเองและทารกในครรภ์ ได้แก่ การวัดความดันโลหิต และการตรวจหาระดับโปรตีนในปัสสาวะด้วยตนเอง การชั่งน้ำหนักตัววันละครั้ง ร่วมกับการสังเกตอาการบวม การนับการเดินของทารก พร้อมกับการ จดบันทึก และนำอาการผิดปกติที่ต้องรับมาโรงพยาบาล ได้แก่ ความดันโลหิต $\geq 140/90$ mmHg โปรตีนในปัสสาวะ $\geq 2+$ น้ำหนักตัวเพิ่มมากกว่า 1 กก./สัปดาห์ ทารกในครรภ์คืบน้อยกว่า 10 ครั้งใน 12 ชั่วโมง อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว มองเห็นภาพซ้อน เป็นต้น และเน้นให้เห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด

วันที่ 19 เมษายน 2562 เวลา 10.45 น. รับผู้ป่วยส่งต่อจากห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยไม่มาตามนัดที่คลินิกฝากครรภ์ เนื่องจากจะรอไปตรวจตามนัดของโรงพยาบาลประจำจังหวัดที่ตนฝากครรภ์ไว้แต่แรก แรกแรกที่ห้องคลอด ผู้คลอดมีอาการปวดศีรษะเล็กน้อย ไม่มีตาพร่ามัว วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.1°C ความดันโลหิต 160/110 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 94 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 ครั้งต่อนาที ไม่เจ็บครรภ์ เด็กดิ้นดี ปากมดลูกเปิด 1 เซนติเมตร Deep tendon reflex (DTR) 3+ บวมบริเวณขาทั้ง 2 ข้าง ตรวจปัสสาวะพบไข่ขาว 3+ การตรวจครรภ์ ยอคมดลูก $\frac{3}{4}$ > สะดือ แผ่นที่ 1 ศีรษะเป็นส่วนนำ อัตราการเต้นของหัวใจ 158 ครั้งต่อนาที และแผ่นที่ 2 กันเป็นส่วนนำ อัตราการเต้นของหัวใจ 162 ครั้งต่อนาที ผู้คลอดเสี่ยงต่อภาวะชักและเป็นอันตรายทั้งมารดาและทารกจากความดันโลหิตสูง ดูแลจัดให้นอน Fowler's Position และนอนตะแคงซ้าย พร้อมใส่ไม้กั้นเตียง จำกัดกิจกรรมไม่ให้ลุกจากเตียง (Absolute bed rest) ประเมินและเฝ้าระวัง อาการนำชัก วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาทีและปรับตามความรุนแรงเร่งด่วน เฝ้าระวังการดิ้นและเสียงหัวใจของทารกในครรภ์

เวลา 10.50 น. ผู้ป่วยเริ่มเจ็บครรภ์มดลูกหดรัดตัวทุก 3 นาที นาน 40 วินาที ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 1 เซนติเมตร ปากมดลูกบาง 50 % ให้ผู้คลอดดื่มน้ำจืดอาหาร เจาะเลือดส่งตรวจ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, LFT, PT, PTT, INR ชนิดด่วน เก็บปัสสาวะตรวจโปรตีนในปัสสาวะและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งเตรียมเลือดชนิด Packed red cell (PRC) 2 unit ตามแผนการรักษา วัดความดันโลหิต 169/119 mmHg ชีพจร 128 ครั้งต่อนาที การหายใจ 22 ครั้งต่อนาที

10.55 น. ดูแลให้ยาลดความดัน Hydralazine 5 mg IV ทันที หลังจากนั้น 5 นาที วัดความดันโลหิต พบว่าลดลงเป็น 142/112 mmHg เริ่มให้ยา 10% MgSO_4 4 กรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดช้าๆ ภายใน 5 นาที หลังจากนั้นให้ 50% MgSO_4 10 กรัม ผสมใน 5% D/W 1,000 ml IV drip ควบคุมการหยดโดยใช้ Infusion pump rate 100 ml/hr พร้อมต่อเส้นคู่ด้วย NSS 1,000 ml IV rate 80 ml/hr ให้ออกซิเจนทางหน้ากาก ในอัตรา 10 ลิตร ต่อนาที วัด O_2 Sat 98% ใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายได้ปัสสาวะ 30 ml สีเหลืองใส ประเมินอาการและอาการแสดงที่เป็นอาการนำของภาวะชัก เช่น อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว และจุกแน่นใต้ลิ้นปี่หรือบริเวณชายโครงขวา ตรวจสัญญาณชีพทุก 2 ชั่วโมง และประเมิน Deep tendon reflex (DTR) ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามความรุนแรงของโรค ดูแลให้ยาป้องกันชัก (MgSO_4) และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของยา เตรียมยา 10% calcium gluconate ซึ่งเป็นยา antidote ให้พร้อมใช้กรณีเกิดภาวะ magnesium toxicity เฝ้าระวังอัตราการเต้นของหัวใจ และการดิ้นของทารกในครรภ์

11.25 น. ความดันโลหิตสูงขึ้นเป็น 170/110 mmHg ประเมิน DTR 3+ รายงานสูติแพทย์ทราบตามแนวทางปฏิบัติการรักษาพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง แพทย์ให้ยา Hydralazine 10 mg IV ทันที หลังได้รับยา 10 นาที ความดันโลหิตลดลงเป็น 162/100 mmHg และลดลงอยู่ระหว่าง 138-158/88-100

mmHg ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เมื่อควบคุมความดันโลหิตได้ สติแพทย์วางแผนผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในอีก 2 ชั่วโมง

ระยะผ่าตัดคลอด

วิสัญญีแพทย์ให้ยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกาย (general anesthesia) ขณะผ่าตัด ผู้คลอดมีโอกาสดกเลือดขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด เนื่องจากตั้งครรภ์แฝดและมีภาวะความดันโลหิตสูง ดังนั้น พยาบาลจะต้องมีการเตรียมความพร้อมผู้คลอดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือสำหรับการผ่าตัดและการเตรียมเลือดสำรองตามแผนการรักษาคือ PRC 2 ยูนิตและ FFP 2 ยูนิต เพื่อสามารถขอใช้ได้ทันที เตรียมยา Nalador 500 ไมโครกรัม/เดซิลิตร และสารน้ำชนิด 0.9 % NSS 500 มิลลิลิตร เตรียมอุปกรณ์และประสานทีมแพทย์พยาบาลในการช่วยเหลือมารดาและทารกในภาวะฉุกเฉิน วัตถุประสงค์ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยขณะผ่าตัดสังเกตจุดบันทึกปริมาณเลือดที่สูญเสีย ปริมาณและสีของปัสสาวะและรายงานแพทย์เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง ประเมินผลการพยาบาล ผู้คลอดไม่มีอาการแสดงของการตกเลือดขณะผ่าตัด ไม่มีอาการผิดปกติจากการผ่าตัด หรือการได้รับยาระงับความรู้สึก สัญญาณชีพปกติ ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/80-195/120 mmHg สูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 700 ml ใช้เวลาในการผ่าตัดนาน 45 นาที ทารกแฝดหลังผ่าตัดคลอด เพศชายทั้งคู่ แผลฝี น้ำหนัก 2,450 กรัม แผลน่อง น้ำหนัก 2,380 กรัม ทารกทั้ง 2 คน ร้องเสียงดัง การเคลื่อนไหวร่างกายปกติ ผิวสีชมพู APGAR Score 9-9-9 ย้ายไปสังเกตอาการที่ห้องพักฟื้นประมาณ 1 ชั่วโมง ผู้คลอดรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ย้ายแผนกหลังคลอดและทารกแฝดย้ายไปดูแลสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด

ระยะหลังคลอด

หลังผ่าตัดคลอด 2 ชั่วโมงแรก ผู้คลอดอาจเกิดภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดเนื่องจากตั้งครรภ์

แฝดและมีภาวะความดันโลหิตสูง อาจเกิดภาวะชักจากความดันโลหิตสูงหลังผ่าตัดคลอด และอาจเกิดภาวะ Hypermagnesemia และอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา $MgSO_4$ และจะต้องได้รับอย่างต่อเนื่องจนครบ 24 ชั่วโมงหลังคลอด กิจกรรมการพยาบาลที่ให้ คือ ประเมินสัญญาณชีพตามแนวทางการดูแล ทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมง และทุก 30 นาทีใน 1 ชั่วโมงที่ 2 หลังจากนั้นประเมินทุก 1 ชั่วโมง จนอาการคงที่ เฝ้าระวังภาวะเลือดออกทั้งทางแผลผ่าตัดทางหน้าท้องและทางช่องคลอด ดูแลให้ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา ประเมินอาการนำของภาวะชักอย่างต่อเนื่อง บริหารยา ควบคุมให้ได้รับยา $MgSO_4$ ตามแนวทางปฏิบัติและให้ได้ปริมาณยาตามแผนการรักษา เฝ้าระวังและประเมินภาวะ $MgSO_4$ toxicity ได้แก่ ประเมินอัตราการหายใจ ทุก 1 ชั่วโมง ถ้าอัตราการหายใจน้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที ต้องหยุดให้ยา และรายงานแพทย์ ตรวจและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร หรือภายใน 4 ชั่วโมงออกน้อยกว่า 100 มิลลิลิตร รายงานแพทย์ ประเมินปฏิกิริยาตอบสนองเฉียบพลัน DTR ทุก 1 ชั่วโมง ถ้าน้อยกว่า 2+ ต้องรายงานแพทย์ทันที หรือเท่ากับ 0 ต้องหยุดยาทันที สังเกตอาการของการได้รับยา $MgSO_4$ มากเกินไป ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออก ความดันโลหิตลดลง การหายใจช้าลง ชีพ ไม่มีแรง อ่อนปวกเปียก DTR ลดลง ต้องรับรายงานแพทย์ และเตรียมยาแก้ไข ได้แก่ 10 % Calcium Gluconate 10 มิลลิลิตร ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำช้าๆ ประมาณ 3-5 นาที และติดตามระดับแมกนีเซียมในเลือด เตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม ประเมินผลการพยาบาล ไม่มีอาการนำชัก DTR ที่ขาทั้ง 2 ข้าง 2+ อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที ปัสสาวะไหลสะดวกดี เป็นสีเหลือง ออกประมาณ 200 ml. ใน 4 ชั่วโมง ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 150/90-169/115 mmHg ได้รับยา oxytocin 20 ยูนิตผสมใน 5% D/N/21,000 ml IV drip rate 40 ml/hr พร้อมกับ 50% $MgSO_4$ 10 กรัม

ผสมใน 5%D/W1,000 ml IV drip rate 100 ml/hr โดยให้ยาทั้ง 2 ชนิดคู่กัน ให้ยา Cefazolin, Transamine และ morphine นิดเข้าหลอดเลือดดำ ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ผลการตรวจหาระดับแอมโมเนียซีรัมที่เวลา 21.00 น.ได้ 5.1 mg/dl รายงานแพทย์รับทราบ

หลังคลอดวันที่ 1 มารดาหลังผ่าตัดไม่สบายจากปวดแผลผ่าตัด เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดเนื่องจากความแข็งแรงของผิวหนังลดลงและภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก วิดกกังวลเนื่องจากทารกถูกแยกไปดูแลที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด กิจกรรมการพยาบาล ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ประเมินค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนโดยใช้เครื่องวัดที่ปลายนิ้ว กระตุ้นให้มี Early ambulation ให้หายใจอย่างมีประสิทธิภาพ ไอขับเสมหะ ประเมินและบันทึกจำนวนปัสสาวะที่ออกอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมงใน 24 ชั่วโมงแรกหรือตามความจำเป็นเปรียบเทียบกับจำนวน สารน้ำที่ได้รับทางหลอดเลือดดำ เฝาระวังภาวะเลือดออกผิดปกติที่แผลผ่าตัดและทางช่องคลอด อธิบายผู้คลอดให้รับทราบอาการของบุตรและสาเหตุที่ต้องนำบุตรไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด ให้สามีและญาติไปเยี่ยมทารกที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด ประเมินผลการพยาบาล สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.9-37.4 °C ชีพจร 98-108 ครั้งต่อนาที การหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 150/100-160/100 mmHg อ่อนเพลียเล็กน้อย ไม่ปวดศีรษะ ตาไม่พร่ามัว ปวดแผลเล็กน้อยพอทนได้ ปฏิเสธยาบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัด คลายความวิตกกังวลเรื่องบุตร ให้จับน้ำ ท้องไม่อืด ตอนเที่ยงได้รับประทานโอวันติน แผนการรักษาของแพทย์ให้ยา Pethidine 30 mg IV ทุก 4 ชั่วโมง ถ้าปวดแผล หยุดให้ยา MgSO₄ และถอดสายสวนปัสสาวะ หลังถอดสายสวนปัสสาวะได้เองสีเหลืองใส ลูกนั่งห้อยขาบนเตียงได้ เมื่อกุมารแพทย์อนุญาตให้ทารกมาอยู่กับมารดา ให้มารดาโอบกอด อุ้มให้ทารกดูนมทันที ทารกดูนมได้ดี อาการทั่วไปปกติ

หลังคลอดวันที่ 2 อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนและความไม่สบายหลังผ่าตัด แผลผ่าตัดยังมีเลือดซึมด้านล่างแผลเล็กน้อย กิจกรรมการพยาบาล ทำความสะอาดแผลแล้วปิดพลาสติกกันน้ำ แนะนำการดูแลแผล ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง กระตุ้นให้ลูกเดินรอบเตียง ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองเพื่อให้รู้สึกสดชื่นขึ้นและทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวลดอาการท้องอืด กระตุ้นให้อุ้มและให้นมบุตร มารดาหลังผ่าตัดคลอดปฏิบัติได้ดี ยังอ่อนเพลียเล็กน้อย ไม่ปวดศีรษะ ตาไม่พร่ามัว ท้องไม่อืด ได้รับประทานข้าวต้ม และยาหลังอาหาร ถ่ายอุจจาระ 1 ครั้ง ความดันโลหิตเริ่มลดลงอยู่ระหว่าง 120/80 - 140/90 mmHg ไม่มีไข้ ไม่มีแผลกดทับตัวดี เตรียมวางแผนจำหน่ายมารดาและทารกแฝด โดยการสอน แนะนำให้ครอบครัวช่วยดูแลทารกแฝด บิดาและยายร่วมมือดูแลทารกแฝดเป็นอย่างดี

หลังคลอดวันที่ 3 และ 4 ปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย น้ำคาวปลาออกปกติช่วยเหลือตัวเองได้ เต้านมไม่คัดตึง น้ำนมเริ่มไหล อาการทั่วไปปกติดี พยาบาลแนะนำวิธีการดูแลทารกแฝด ซึ่งมารดา สามีและยายของทารกช่วยกันดูแลทารกแฝดได้อย่างเหมาะสม วางแผนการให้ข้อมูลเพื่อปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-METHOD (D=Disease คำแนะนำเกี่ยวกับโรค การรักษา การผ่าตัดที่ได้รับ การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ M=Medication คำแนะนำเกี่ยวกับยาที่ได้รับ วิธีใช้ยา วิธีเก็บยา อาการไม่พึงประสงค์ของยาและการแก้ไขเบื้องต้น E=Environment การเตรียมสภาพแวดล้อมที่บ้าน T=Treatment คำแนะนำการรักษาพยาบาลที่ต้องปฏิบัติต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน เช่น การดูแลแผลผ่าตัด การปฏิบัติตัวเฉพาะโรค H=Health ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพทั่วไปของมารดาและทารก O=Out patient referral แนะนำแหล่งให้ความช่วยเหลือกลับบ้าน การมาตรวจตามนัด D=Diet แนะนำการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค และการหายของแผล

หลังคลอดวันที่ 5 แพทย์อนุญาตให้จำหน่ายกลับบ้านได้ พร้อมบุตร และนัดตรวจติดตามอาการ 1 สัปดาห์ หลังจำหน่าย เน้นย้ำกับมารดาและญาติเรื่องการมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อติดตามอาการ

วิจารณ์การศึกษา

จากกรณีศึกษา ผู้คลอดอายุ 35 ปี ตั้งครรภ์ที่ 2 ตั้งครรภ์แฝด อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ คัดคะแนนกำหนดคลอด 11 พฤษภาคม 2562

ระยะตั้งครรภ์ ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 7 สัปดาห์ ที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่ง ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ผลการตรวจครรภ์ปกติ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 124-138 / 84-85 มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจปัสสาวะปกติ ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก 2 เข็ม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ VDRL, HIV, HbsAg ผลปกติ ความเข้มข้นของเลือดเท่ากับ 39 เปอร์เซ็นต์, เลือดกรุ๊ปบี อาร์เอชบวก ไม่มีประวัติความดันโลหิตสูงทั้งก่อน ขณะ และหลังตั้งครรภ์แรก เมื่ออายุครรภ์ 35 สัปดาห์ เริ่มมีเวียนศีรษะบ่อย มีบวมที่ขา 2 ข้าง เข้ารับการรักษาที่คลินิก ฝากครรภ์โรงพยาบาลอินทร์บุรี ไม่มีอาการเจ็บครรภ์ เด็กดันดี ความดันโลหิต 140/85 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 94 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.5°C ให้นอนพัก 15 นาที วัดความดันโลหิตซ้ำได้ 138/82 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ตรวจปัสสาวะไม่พบไข่ขาว ชั่งน้ำหนักได้ 82 กิโลกรัม เมื่อเปรียบเทียบกับน้ำหนักตัวเมื่อสัปดาห์ที่ผ่านมาคือ 80 กิโลกรัม น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 2 กิโลกรัม ซึ่งผู้คลอดรายนี้ อายุ 35 ปี และตั้งครรภ์แฝด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีความเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และเมื่อเริ่มมีอาการแสดงของความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ แพทย์ให้กลับไปดูแลตนเองที่บ้านและนัดติดตามอาการ อีก 1 สัปดาห์ พยาบาลให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวป้องกันความดันโลหิตสูง การจดบันทึกและการเฝ้าระวังอาการ

ผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาลทันที รวมทั้งย้ำการมาตรวจตามนัด ซึ่งหากผู้คลอดรายนี้ปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดและมาพบแพทย์ตามนัด ซึ่งจะทำให้ได้รับการวินิจฉัย รักษาที่รวดเร็ว ทำให้ความรุนแรงของโรคลดลงได้ แต่ผู้คลอดรายนี้ไม่มาตรวจตามนัด ทำให้อาการความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์รุนแรงขึ้น ดังนั้น พยาบาลควรมีแนวทางการติดตามมารดาที่มีภาวะเสี่ยงที่บ้านอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันอันตรายต่อมารดาและทารกในครรภ์ ทำให้ผู้คลอดมาโรงพยาบาลด้วยภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง

ระยะก่อนคลอด แพทย์และพยาบาลปฏิบัติตามแนวทางการรักษาพยาบาล โดยให้ยา MgSO_4 เพื่อป้องกันการชักและให้ยา Hydralazine เพื่อลดความดันโลหิตของผู้คลอด พยาบาลต้องให้การดูแลผู้คลอดอย่างใกล้ชิด ตั้งแต่แรกรับที่ห้องคลอด โดยการประเมินภาวะความรุนแรงของโรค ประเมินอาการนำสู่ภาวะชัก ประเมินสัญญาณชีพทั้งของมารดาและทารกแฝดในครรภ์ การบริหารยาตามแผนการรักษา การให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา และเฝ้าติดตามสภาพความเปลี่ยนแปลงของมารดาและทารกในครรภ์ และรายงานแพทย์อย่างรวดเร็วทันเวลาเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง ทำให้แพทย์ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ โดยการผ่าตัดคลอดในเวลาต่อมา ก่อนทำผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง พยาบาลต้องมีการเตรียมความพร้อมผู้คลอด และครอบครัวทั้งความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผู้คลอดและครอบครัวลดความวิตกกังวลและร่วมมือในการรักษาพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด มีการประสานงานกับพยาบาลห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด การเตรียมยา สารน้ำและเลือด ให้มีความพร้อมใช้ทันทีขณะผ่าตัด ทำให้ผู้คลอดมีความเข้าใจ ความจำเป็นในการผ่าตัดคลอด เพื่อความปลอดภัยทั้งมารดาและทารก มีความมั่นใจ มีความพร้อมและร่วมมือในการเตรียมผ่าตัด

ระยะผ่าตัดคลอด ขณะผ่าตัดคลอด แพทย์และพยาบาลให้การดูแลผู้คลอดตามแนวทางปฏิบัติ การดูแลผู้คลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ทำให้ผู้คลอดไม่มีภาวะแทรกซ้อน สัญญาณชีพปกติ ทารกแฝดปลอดภัย ทารกแฝดที่เพศชาย น้ำหนัก 2,450 กรัม ร้องเสียงดังทันทีแรกคลอด ตอบสนองต่อการกระตุ้นดี ผิวสีชมพู APGAR Score 9-9-9 แผลน่องเพศชาย น้ำหนัก 2,380 กรัม ร้องเสียงดัง ตอบสนองต่อการกระตุ้นดี ผิวสีชมพู APGAR Score 9-9-9

ระยะหลังผ่าตัดคลอด หลังผ่าตัดทารกแฝดย้ายไปดูแลที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด เนื่องจากทารกแฝดน้ำหนักตัวน้อย ทั้ง 2 คน มารดามีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์และได้รับยา $MgSO_4$ มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด การได้รับยาระงับความรู้สึก และภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และหลังคลอด การได้รับยาป้องกันการชัก ยาช่วยการหดตัวของมดลูก ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ล้วนทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ แพทย์ พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพจึงต้องปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการรักษาพยาบาลผู้คลอดหลังผ่าตัดคลอดตั้งแต่หลังผ่าตัด ในห้องพักฟื้น และที่หอผู้ป่วยหลังคลอด พยาบาลในฐานะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จึงต้องมีการประเมินสภาพผู้คลอด การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด การบริหารยาตามแผนการรักษา การกระตุ้นให้ Early ambulation อย่างเหมาะสม และการพยาบาลเพื่อคลายความวิตกกังวลของมารดา และครอบครัว ซึ่งทำให้ผู้คลอดปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้คลอดและครอบครัวคลายความวิตกกังวลลง หลังจากกุมารแพทย์ ให้ทารกมาอยู่กับมารดาได้ พยาบาลกระตุ้นให้มารดาอุ้มและให้นมทารกแฝดสอน แนะนำการดูแลทารกแฝด และวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD การดูแลตามแนวปฏิบัติและการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพทำให้ผู้คลอด

และทารกผ่านภาวะวิกฤติมาได้อย่างปลอดภัย หลังคลอดผู้คลอดสามารถดูแลตนเองได้และร่วมกับครอบครัวดูแลทารกแฝดได้อย่างเหมาะสม จนสามารถจำหน่ายมารดาและทารกกลับบ้านได้ภายใน 5 วัน

ข้อเสนอแนะ

1. การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์แฝดร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูง

1.1 พยาบาลผู้ให้การดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจพยาธิสภาพของครรภ์แฝด และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกรณีตั้งครรภ์แฝด เช่น การถ่ายเทเลือดจากทารกคนหนึ่ง (Donor) ไปยังทารกแฝดอีกคน (Recipient) ผ่านทางเส้นเลือด Artery ภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือลดความรุนแรงและเตรียมความพร้อมของมารดาและครอบครัวในการดูแลหญิงตั้งครรภ์แฝด

1.2 พยาบาลผู้ให้การดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เช่น มารดาอายุมาก การตั้งครรภ์แฝด ประวัติความดันโลหิตสูง เป็นต้น ความรู้ความเข้าใจเรื่องยาป้องกันการชัก ยาลดความดันโลหิต อาการเปลี่ยนแปลงที่นำสู่การชัก และการป้องกันความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง หรือเพื่อลดความรุนแรงของโรคให้มารดาและทารกปลอดภัย รวมทั้งการจัดทำแนวทางและสร้างเครือข่ายในการติดตามดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่องที่บ้านและสร้างช่องทางให้หญิงตั้งครรภ์สามารถติดต่อขอคำแนะนำได้ตลอดเวลาจากพยาบาลคลินิกฝากครรภ์หรือห้องคลอด

2. การพยาบาลในระยะก่อนคลอดในห้องคลอดของหญิงตั้งครรภ์แฝดร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูง

2.1 การประเมินแรงแกร็บที่ห้องคลอดและจัดลำดับความรุนแรง ต้องกระทำอย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ และทันทั่วทั้งที่ พยาบาลจะต้องมีทักษะในการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ทั้งจากสมุดรายงานการฝากครรภ์ จากเวชระเบียนหญิงตั้งครรภ์ การซักประวัติ ตรวจร่างกาย และแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อประเมินความเสี่ยงและจัดลำดับความรุนแรง นำมาวางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลอย่างทันทั่วทั้งที่และปลอดภัย

2.2 พยาบาลจะต้องใช้กระบวนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพและบริหารจัดการด้านต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาหรือการบริการที่ดีที่สุด ต้องมีการประสานงานและร่วมกันวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ สูติแพทย์ กุมารแพทย์ วิสัญญีแพทย์ พยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลวิสัญญี พยาบาลหอผู้ป่วยหลังคลอด และพยาบาลหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด เพื่อให้ผู้คลอดและทารกปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. การพยาบาลในระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัดคลอดของหญิงตั้งครรภ์แฝดร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูง

3.1 พยาบาลห้องผ่าตัด และพยาบาลวิสัญญีต้องมีความรู้และทักษะในการเตรียมผู้คลอด อุปกรณ์ เครื่องมือในการผ่าตัดรวมทั้งอุปกรณ์เครื่องมือในการช่วยชีวิตทั้งมารดาและทารกแฝดให้พร้อมใช้ทันทีหากเกิดเหตุฉุกเฉิน มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด การประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพในห้องผ่าตัด เพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพรวดเร็ว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนกับมารดาและทารกแฝด

3.2 การพยาบาลหลังผ่าตัดคลอด พยาบาลจะต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางหน้าท้อง และได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย การดูแลมารดาหลังคลอด และการดูแลทารกแรกเกิด โดยเฉพาะทารกแฝดที่มีภาวะเสี่ยงเพิ่มเติมจากมารดามีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงและได้รับยา

ป้องกันการชัก และยาลดความดันโลหิต ดังนั้นจึงควรมีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลมารดาและทารกในกลุ่มนี้โดยเฉพาะเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของพยาบาล

สรุป

ผู้คลอดตั้งครรภ์ที่ 2 ตั้งครรภ์แฝด อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ประมาณ 2 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล มีเวียนศีรษะบ่อยและชาบวม 2 ข้าง มาตรวจที่คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลอินทร์บุรี ผู้คลอดมีภาวะเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ แพทย์ตรวจร่างกายและให้นัดติดตามอาการ 1 สัปดาห์ต่อมา พยาบาลให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวป้องกันความดันโลหิตสูง การสังเกต จดบันทึก เฝ้ารออาการนำของการชักจากความดันโลหิตสูง และผู้คลอดไม่ได้มาตรวจตามนัด 3 วัน ก่อนมาโรงพยาบาลผู้คลอดมีอาการปวดศีรษะ จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ แพทย์วินิจฉัย จากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และผลทางห้องปฏิบัติการ แพทย์วินิจฉัยเป็นภาวะครรภ์แฝดร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง การดูแลรักษาต้องอาศัยการวินิจฉัยและการรักษาพยาบาลที่รวดเร็ว ถูกต้อง ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้คลอดตั้งแต่การฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ในการให้คำปรึกษา แนะนำ ติดตามหญิงตั้งครรภ์และรายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ

การดูแลแรงแกร็บที่ห้องคลอด โดยการประเมินอาการแรงแกร็บทั้งผู้คลอด และครอบครัว อย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม รวมทั้ง การประเมินและเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงของผู้คลอดและทารกในครรภ์ในแต่ละระยะได้รวดเร็ว ถูกต้อง ทำให้การบริหารจัดการ การรักษาพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะคุกคามผู้คลอดและทารกในครรภ์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้พยาบาลผู้ดูแลผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์แฝดร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง จะต้องมีความรู้ มีประสบการณ์ในการบริหารยา การดูแล เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจาก

การได้รับยาป้องกันการชัก ยาลดความดันโลหิต การให้การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้คลอดและครอบครัว และจากการที่พยาบาลสามารถดูแล เฝ้าระวังผู้คลอดได้อย่างเหมาะสมและรายงานแพทย์อย่างทันทั่วทั้ง ทำให้แพทย์ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอดได้อย่างเหมาะสม เมื่อแพทย์วางแผนการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง พยาบาลต้องเตรียมความพร้อมของผู้คลอดก่อนการผ่าตัด อธิบายแนวทางและขั้นตอนการรักษาพยาบาลให้ผู้คลอดและครอบครัวเข้าใจและร่วมมือในการรักษาพยาบาล หลังผ่าตัดพยาบาลต้องมีการเฝ้าระวัง สังเกตอาการอย่างต่อเนื่องจนมั่นใจว่าผู้คลอดความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งมารดาและทารกแฝด ให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด การกระตุ้นการดูแลทารก การอุ้ม และการให้นมทารกแฝด การวางแผนจำหน่ายเพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้คลอดและการดูแลทารกแฝดที่บ้าน ผู้คลอดและทารกแฝดได้รับการดูแลในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสมจึงพ้นภาวะวิกฤติ อาการทั่วไปปกติและสามารถกลับบ้านได้รวมเวลาที่อยู่โรงพยาบาล 5 วันและนัดมาติดตามอาการ 1 สัปดาห์หลังจำหน่าย

เอกสารอ้างอิง

1. Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B.L., Casey, B. M., & Sheffield, J. S. Hypertensive disorders in pregnancy. In; Cunningham, F.G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B.L., Casey, B. M., & Sheffield, J. S. (editors). Williams Obstetrics. 24th ed. Boston: McGraw-Hill; 2014; 728.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2559. นนทบุรี:สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2560.
3. ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร. การตั้งครรภ์แฝด. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; 2553 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://www.si.mahidol.ac.th/sidoc-tor/e-pl/articleDetail.asp?id=399>.
4. ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์. ครรภ์แฝด. ใน ประวัตร วานิชพงษ์พันธุ์, กุศล รัศมีเจริญ และตรีภพ เลิศบรรณพงษ์ (บรรณาธิการ), ตำราสูติศาสตร์. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด; 2560.
5. ดวงสิทธิ์ วัฒนการ. ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. ใน ประวัตร วานิชพงษ์พันธุ์, กุศล รัศมีเจริญ และตรีภพ เลิศบรรณพงษ์ (บรรณาธิการ), ตำราสูติศาสตร์. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด; 2560.
6. กิตติพร กางการ. การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์ ร่วมกับการคลอดก่อนกำหนดในระยะคลอด : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2562; 16: 23-35.
7. สุชาดา เตชะวาทกุล. บทบาทพยาบาลในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์. วารสารเกื้อการุณย์ 2558; 22: 7-19.
8. สมฤดี กิรตวนิชเสถียร, ภารดี ชาวนรินทร์, นาดสุตา โชติวัฒนากุลชัย. บทบาทของพยาบาลในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน 2562; 25: 112-125.