

Case Studies: Nursing Care of Patient with Superimposed Preeclampsia on Chronic Hypertension and Acute Kidney Injury.

Abstract

Ramon Pongpattaraporn, MNS.*

By the case studies of nursing the patients with superimposed preeclampsia on chronic hypertension and acute kidney injury at Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital during 2014, July 7 - 18 it was found that the accurate diagnosis from the very first phase could lead to accurate nursing plan. Moreover, the care for the patients' and their families' minds, emotions, and societies would help the patients in understanding and accepting their conditions of their health as well as coordinating with the nursing plan. lastly, the knowledge and specific nursing skills applied in following the conditions of the patients along with collecting key laboratory data for reporting the doctors at appropriate time could alleviate the severity and the complication of the diseases also, this leads to the safe delivery and the complication from the infant's mother is reduced.

*Department of Nursing Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province.

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะครรภ์เป็นพิษร่วมกับไตวายฉับพลัน: กรณีศึกษา

บทคัดย่อ

รมณ พงศ์ภัทรพร, พย.บ.*

จากกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษร่วมกับไตวายฉับพลันในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ตั้งแต่ 7 - 18 กรกฎาคม 2557 พบว่าการวินิจฉัยที่ถูกต้องตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจะนำมาซึ่งการวางแผนการพยาบาลที่ถูกต้อง การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วยและครอบครัวจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับในสภาวะสุขภาพ ให้ความร่วมมือในแผนการรักษา การใช้ความรู้และทักษะเฉพาะทางการพยาบาลในการติดตามอาการของผู้ป่วยร่วมกับการรวบรวมข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ เพื่อรายงานแพทย์ในเวลาที่เหมาะสม จะช่วยลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรค รวมไปถึงการคลอดที่ปลอดภัย ลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของมารดา

*กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

บทนำ

อุบัติการณ์ทั่วโลกของภาวะครรภ์เป็นพิษ อยู่ที่ประมาณร้อยละ 5 - 14 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมดในประเทศกำลังพัฒนาอุบัติการณ์อยู่ที่ร้อยละ

4 - 18^(1,2) ภาวะครรภ์เป็นพิษที่รุนแรงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดา ทั่วโลกอยู่ที่ประมาณร้อยละ 14 ของการตายของมารดาทั้งหมดต่อปี (50,000-75,000)⁽³⁾ ในประเทศไทยปี 2552 อัตราตายที่เกิด

จากครรภ์เป็นพิษเท่ากับ 1 ราย ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย⁽⁴⁾ นอกจากการเสียชีวิตแล้ว สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เลือดออกในสมอง ตับวายและไตวาย นอกจากนั้นยังเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในทารก เช่น ภาวะสมองขาดเลือด ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์และผลต่างๆ ที่ตามมาจากการคลอดก่อนกำหนด การตายคลอด การบาดเจ็บและเสียชีวิตแรกคลอด โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาพบอุบัติการณ์ครรภ์เป็นพิษ ปี 2554 - 2556 ร้อยละ 2.3, 2.5 และ 2.4 ตามลำดับ ภาวะครรภ์เป็นพิษ ชนิด superimposed preeclampsia on chronic hypertension พบเป็นส่วนน้อยแต่มีความรุนแรงสูง เนื่องจากเป็นความดันโลหิตสูงซึ่งเกิดในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเดิมอยู่แล้ว เมื่อตั้งครรภ์จึงทำให้โรครุนแรงเพิ่มขึ้น เป้าหมายการดูแลที่สำคัญ คือ ป้องกันการเกิดภาวะชัก ลดความรุนแรงของโรค ลดภาวะเสี่ยงของทารกในครรภ์

ไตวายฉับพลันถือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของ superimposed preeclampsia on chronic hypertension เมื่อผู้ป่วยเกิดไตวายฉับพลันร่างกายเกิดภาวะน้ำคั่ง โปแตสเซียมในเลือดสูง เลือดเป็นกรด และไนโตรเจนคั่ง ทำให้มีอาการบวมตามแขนขา หอบเหนื่อยจากน้ำท่วมปอด หัวใจเต้นผิดจังหวะ กล้ามเนื้ออ่อนแรงและการหายใจล้มเหลว

การรักษาภาวะไตวายฉับพลัน มีหลายวิธี ได้แก่ การทำ Hemodialysis หรือ Peritoneal dialysis พบร้อยละ 20 - 40 ที่มีการฟื้นตัวของหน้าที่ไตบางส่วน⁽⁵⁾ ผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษกลุ่มนี้ที่เกิดไตวายฉับพลันร่วมด้วย นับว่าเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะคุกคามชีวิตทั้งมารดาและทารก พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจ ถึงสาเหตุ พยาธิสภาพของโรค อาการ อาการแสดง การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ การติดตามผลการรักษา ภาวะ

แทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น การประเมินผู้ป่วยที่ต้องต้องแม่นยำ การให้การพยาบาล การรายงานที่ต้อง รวดเร็ว ทันเวลา เพื่อช่วยให้ทั้งมารดา ทารกปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ตลอดจน ให้คำแนะนำ ประคับประคอง วางแผนร่วมกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลตนเองและบุตรเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาแนวทางการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยภาวะครรภ์เป็นพิษร่วมกับไตวายฉับพลันในหอผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 37 ปี ภูมิลำเนา อ.ผักไห่ จ.พระนครศรีอยุธยา รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน ด้วยความดันโลหิตสูงร่วมกับอาการเจ็บครรภ์ ผู้ป่วย G P A L ไม่ได้ฝากครรภ์ ตรวจพบความดันโลหิตสูงนาน 8 ปี ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ความดันโลหิต 251/139 มิลลิเมตรปรอท, อัตราการเต้นหัวใจ 110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นหัวใจของทารก 160 ครั้งต่อนาที มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีอาการตาพร่ามัวหรือจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ระดับยอตมดลูกสูง 2/4 เนื่องจากระดับสะดือ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Platelet 118,000/ μ L, Hemoglobin 9.7 gm/dl, Hematocrit 31.7%, BUN 75 mg/dl, Creatinine 6.7 mg/dl, Potassium 5.9 mmol/L, Uric acid 16.1 mg/dl, AST 85 U/L, ALT 61 U/L, ALP 219 U/L, Albumin 3.0 gm/dL, Globulin 3.8 gm/dL, Urine protein 1479.5 mg/day, PT 21.3 วินาที, PTT > 120 วินาที และ INR 1.85 อัลตราซาวด์ พบทารก 1 ราย ท่าหัวเป็นส่วนนำ อายุครรภ์ประมาณ 28⁺4 สัปดาห์ น้ำหนักทารกประมาณ 1,321 กรัม

การวินิจฉัย Gestational age 28⁴ wks with superimposed preeclampsia on chronic hypertension with acute kidney injury แพทย์ให้การรักษาควบคุมความดันโลหิตด้วยยา Nifedipine เข้าทางเส้นเลือดดำ ป้องกันภาวะชัก โดยให้แมกนีเซียมซัลเฟต ปรีกษาแพทย์อายุรกรรม เรื่องภาวะไตวายฉับพลัน และได้รับการรักษา โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม แก้ไขภาวะ โปแตสเซียมสูงและภาวะเลือดเป็นกรด ลดภาวะเสี่ยงของการตกในครรภ์โดยเพิ่มการไหลเวียนเลือด ด้วยการให้ออกซิเจนและให้มารดาอนตะแคงซ้าย ร่วมกับติดตามคลื่นการเต้นหัวใจของทารก กระตุ้น ความสมบูรณ์ของปอดของทารกด้วยการให้ยา สเตียรอยด์ แต่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิต ให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ ประกอบกับพบภาวะ น้ำคร่ำเริ่มน้อยและทารกเริ่มมีหัวใจเต้นช้า แพทย์ จึงยุติการตั้งครรภ์ด้วยการทำผ่าตัดคลอด ได้ทารก เพศชาย น้ำหนัก 1,280 กรัม Apgar score 5, 6 และ 7 หัวใจทารกเต้นน้อยกว่า 100 ครั้งต่อนาที ทารกได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพตามมาตรฐานและส่ง ต่อไปยังหอผู้ป่วยทารกวิกฤติ ผู้ป่วยได้รับการดูแล รักษาและการพยาบาลตามมาตรฐานผู้ป่วยหลังผ่าตัด การฟอกเลือดและคุมความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง พยาบาลให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมสายสัมพันธ์ แม่ลูกโดยการบีบกระตุ้นน้ำนมและส่งผู้ป่วยไปเยี่ยม บุตรเป็นระยะๆ วางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและญาติโดยทีมสหวิชาชีพ หน่วยไตเทียมและเครือข่ายปฐมภูมิ

ผู้ป่วยรายนี้มีความเสี่ยงสูงทั้งมารดาและทารก พยาบาลได้ทำการวางแผนการพยาบาลที่ สอดคล้องกับการรักษาของแพทย์ โดยดูแลให้ยา ควบคุมความดันโลหิต ป้องกันภาวะชัก เฝ้าระวัง และติดตามอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด ลดภาวะ เครียดคับขันของทารกในครรภ์ ได้รับการแก้ไขภาวะ ไตวายฉับพลันโดยการฟอกเลือด จนผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะชักหรือภาวะเลือดออกในสมอง ร่วมกับ

การดูแลระดับประคองด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ สนับสนุน ส่งเสริมศักยภาพทั้งผู้ป่วย และครอบครัวให้พร้อมในการดูแลตนเองและทารก รวมระยะเวลาผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล 11 วัน หลัง จำหน่ายได้นัดฟอกเลือด 2 ครั้งต่อสัปดาห์ และได้ ติดตามหลังการจำหน่ายจนครบ 6 สัปดาห์พบว่า ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงขึ้น มาฟอกเลือดตาม กำหนด มาเยี่ยมบุตรและมีการบีบเก็บน้ำนมให้บุตร ได้เพียงพอ ความดันโลหิตลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ

สรุปปัญหาและการพยาบาลของผู้ป่วยแบ่ง เป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดและ หลังการผ่าตัดได้ ดังนี้

1. การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

1.1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะชัก และ/หรือ ภาวะ เลือดออกในสมองเนื่องจากความดันโลหิตสูง

ข้อมูลสนับสนุน ความดันโลหิตสูง 251/139 มิลลิเมตรปรอท ปวดศีรษะ กระสับกระส่าย ความ ไวกของรีเฟล็กซ์ + 3 และระดับความรู้สึกตัวเป็นปกติ **วัตถุประสงค์** เพื่อป้องกันภาวะชักและภาวะ เลือดออกในสมอง

การพยาบาล ตรวจสอบสัญญาณอันตราย ก่อนเกิดอาการชักและสัญญาณชีพอย่างระมัดระวัง และต่อเนื่อง ให้ยาป้องกันการชัก ดูแลให้พักผ่อนโดย จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ติดตามอัตราการหายใจ ปริมาณปัสสาวะ ตรวจความไวของรีเฟล็กซ์ ติดตาม ระดับยาแมกนีเซียมในเลือดและเตรียมพร้อมในการ ช่วยเหลือกรณีแมกนีเซียมออกฤทธิ์เกินขนาด ให้ยา ควบคุมความดันโลหิตและประเมินระดับความรู้สึกตัว

ประเมินผล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะชักและภาวะ เลือดออกในสมอง แต่ยังมีอาการปวดศีรษะ ปัสสาวะ ออกมากกว่า 30 ซีซีต่อชั่วโมง ความดันโลหิต 190/129 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 116 ครั้งต่อ นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความไวของ รีเฟล็กซ์ระบบประสาท + 2

1.2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง (HELLP syndrome)

ข้อมูลสนับสนุน ความดันโลหิตสูง 180/120 - 251/139 มิลลิเมตรปรอท ปวดศีรษะ กระสับกระส่าย การทำงานของตับผิดปกติ (AST 85 U/L, ALT 61 U/L, ALP 219 U/L) การแข็งตัวของเลือดนานขึ้น (PT 21.3 วินาที, PTT > 120 วินาทีและ INR 1.85) และ เกล็ดเลือดต่ำ 118,000 ตัวต่อไมโครลิตร

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง (HELLP syndrome)

การพยาบาล ระวังระดับของเม็ดเลือดแดงต่ำลงเมื่อฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ ต้องใช้แรงกดบริเวณฉีดยา ระวังกล้ามเนื้อบวมซ้ำและสังเกตการแข็งตัวของเลือด ถ้าพบว่ามีอาการรุนแรงขึ้นให้ตัดเม็ดเลือดแดงเข้ากล้ามเนื้อ สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว เลือดออกตามไรฟัน หรือจุดต่างๆ ของร่างกาย ปัสสาวะสีดึก ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที รายงานแพทย์ ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยให้แพทย์วินิจฉัยโรคได้ถูกต้อง สามารถให้การรักษาได้ทันเวลาที่ ดูแลให้ได้รับ Cryoprecipitate 20 ยูนิต เพื่อเพิ่มระดับ fibrinogen ป้องกันภาวะ Disseminated intravascular coagulopathy และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของการให้เลือด ได้แก่ หมู่เลือดไม่เข้ากัน อาการแพ้เลือดฝืน ค้น ปฏิกริยาจากการให้เลือด มีไข้หนาวสั่น

ประเมินผล ความดันโลหิต 180/120 - 251/139 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 110 - 120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ผู้ป่วยมีอาการมึนงง กระสับกระส่ายเป็นพักๆ การทำงานของตับมีแนวโน้มดีขึ้นจากค่าเอนไซม์ตับลดลง (AST ลดลงจาก 85 เหลือ 84 U/L, ALT ลดลงจาก 61 เหลือ 47 U/L, ALP ลดลงจาก 219 เหลือ 154 U/L) ไม่พบเลือดออกในปัสสาวะหรือตามไรฟัน

1.3 เกิดภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูงและภาวะเลือดเป็นกรด

ข้อมูลสนับสนุน โปแตสเซียม (K) 5.9 มิลลิโมลต่อลิตร, ไบคาร์บอเนต (HCO₃) 7 มิลลิโมลต่อลิตร

วัตถุประสงค์ ลดความรุนแรงของภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูงและภาวะเลือดเป็นกรด

การพยาบาล ติดตามอาการทางคลินิกที่สำคัญ ได้แก่ หายใจหอบลึก ชีพจร ไม่รู้สึกตัว ชีวภาพ กล้ามเนื้ออ่อนแรง เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจเพื่อรายงานแพทย์ได้อย่างรวดเร็ว ดูแลให้ยาเพื่อแก้ไขภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูงและภาวะเลือดเป็นกรดรวมถึงติดตามผลเลือด

ประเมินผล ไม่พบอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ค่าโปแตสเซียมและไบคาร์บอเนตกลับมาอยู่ในเกณฑ์ปกติ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ

1.4 ภาวะวิตกกังวล กลัว เนื่องจากขาดความรู้เรื่องภาวะเจ็บป่วยและการรักษา

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยหน้าหนักวิตกกังวล ร้องไห้ไปมาบ่นว่ากลัวและเป็นห่วงบุตร และไม่ยอมให้ความร่วมมือในการรักษา

วัตถุประสงค์ เพื่อลดความวิตกกังวล และความกลัว

การพยาบาล สังเกตและติดตามพฤติกรรมของผู้ป่วยและญาติอย่างใกล้ชิด อธิบายถึงอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงพร้อมกับบอกวัตถุประสงค์ของการรักษาและวิธีการพยาบาล สังเกตและบันทึกอาการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม และการตอบสนองต่อการรักษาพยาบาล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และญาติ ได้ซักถาม ระบายความรู้สึกต่างๆ ประคับประคอง ให้กำลังใจ และให้คำปรึกษาในปัญหาที่ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล

ประเมินผล ผู้ป่วยผ่อนคลายขึ้น ให้ความร่วมมือในแผนการรักษา เมื่อได้ระบาย ความวิตกกังวลต่างๆ ในเรื่องของอาการป่วย บุตร และค่าใช้จ่าย

1.5 ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจน

ข้อมูลสนับสนุน อายุครรภ์ 28⁺₄ สัปดาห์ น้ำคร่ำลดลง มีภาวะแทรกซ้อนความดันโลหิตสูง และภาวะไตวายฉับพลัน อัตราการเต้นของหัวใจทารก 108 - 126 ครั้งต่อนาที

วัตถุประสงค์ ทารกในครรภ์ไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน

การพยาบาล แนะนำให้หญิงมีครรภ์สังเกตและบันทึกการดิ้นของทารก ติดตามฟังเสียงหัวใจของทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่อง ดูแลการตรวจพิเศษตามแนวทางการรักษาของแพทย์ เช่น การตรวจอัลตราซาวด์ ให้ออกซิเจนและดูแลให้ผู้ปวยนอนตะแคงซ้ายเพื่อช่วยให้เลือดไปเลี้ยงทารกได้ดีขึ้นและดูแลให้สตรีรอยดเพื่อให้อัตราการแข็งแรงเร็วขึ้น

ประเมินผล ผู้ป่วยอ่อนเพลีย ไม่สุขสบายจากภาวะความดันโลหิตสูง ไม่สามารถนับลูกดิ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ อัตราการดิ้นของหัวใจทารกอยู่ในช่วง 110 - 130 ครั้งต่อนาที

1.6 อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบประสาทเนื่องจากของเสียคั่งในเลือด

ข้อมูลสนับสนุน BUN 75 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร, Cr 6.7 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และ Uric acid 16.1 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบประสาท และของเสียในเลือดลดลง

การพยาบาล สังเกตและประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพและอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท เช่น สับสน อ่อนเพลีย ชีพจร คลื่นไส้ อาเจียน ชักเกร็ง หดสติ ดูแลให้ผู้ปวยได้รับอาหารจำกัดโปรตีน คาร์โบไฮเดรตสูง ติดตามค่า BUN Cr และ Uric acid ในกระแสเลือด ให้การพยาบาลในการฟอกเลือดตามมาตรฐาน

ประเมินผล ผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือดครั้งแรกวันที่ 9 กรกฎาคม 2557 ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น พูดคุยรู้เรื่อง มีอาการสงบมากขึ้น นอนหลับพักผ่อนได้ ของเสียคั่งในร่างกายลดลง BUN 56 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร, Cr 4.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

1.7 ผู้ป่วยอาจเกิดอันตรายจากการเสียสมดุลของร่างกายเนื่องจากฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีภาวะไตวายเฉียบพลันส่งฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดอันตรายจากการเสียสมดุลของร่างกายหลังจากฟอกเลือด

การพยาบาล ให้ข้อมูลของการรักษาด้วยการฟอกเลือดแก่ผู้ป่วยและญาติพร้อมเปิดโอกาสให้ซักถาม ให้การพยาบาลการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้แก่ สังเกตอาการและอาการเปลี่ยนแปลงซึ่งน้ำหนัก วัดสัญญาณชีพ เจาะเลือดส่งตรวจตามแผนการรักษา ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว สังเกตอาการผิดปกติ เช่น อาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ติดตามประเมินอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการติดเชื้อและอาการปวด

ประเมินผล ผู้ป่วยและญาติได้รับการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ ยอมรับ และให้ความร่วมมือต่อแผนการรักษา ได้รับข้อมูลที่จำเป็นเพียงพอต่อการปฏิบัติตัว ก่อน ขณะ และหลังการฟอกเลือด ไม่พบการเสียสมดุลของร่างกายหลังจากฟอกเลือด

2. การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

2.1 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

ข้อมูลสนับสนุน แพทย์ผู้ทำการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง วันที่ 11 กรกฎาคม 2557 ให้ยาระงับความรู้สึกด้วยวิธีดมยาสลบ

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

การพยาบาล ให้กำลังใจผู้ป่วย ดูแลให้ดื่มน้ำจืดอาหารก่อนการผ่าตัด 6 - 8 ชั่วโมง ดูแลความสะอาดของร่างกาย ประเมินสัญญาณชีพ ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา และตรวจสอบสมดุลของเกลือแร่ ให้การพยาบาลหลังการผ่าตัดคลอดบุตรในเรื่องประเมินสัญญาณชีพตามมาตรฐาน ลักษณะและปริมาณเลือดที่ออกจากแผลผ่าตัด และทางช่องคลอด การหดตัวของมดลูก การได้รับสารน้ำที่เพียงพอร่วมกับให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ ดูแลบรรเทาอาการปวดโดยบริหารยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

ประเมินผล ภายหลังให้กิจกรรมการพยาบาล ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/94 - 170/94 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม มดลูกหดรัดตัวดีอยู่ระดับได้สะดือ เลือดที่ออกทางช่องคลอดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ปัสสาวะออกมากกว่า 30 ซีซีต่อชั่วโมง ได้รับยาแก้ปวดตามเกณฑ์ทุเลาปวดลง นอนหลับพักผ่อนได้

2.2 ทารกเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอดเนื่องจากคลอดก่อนกำหนด

ข้อมูลสนับสนุน มารดามีอายุครรภ์ 28⁴ สัปดาห์ มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับไตวายฉับพลัน อัตราการเต้นหัวใจทารก 110 ครั้งต่อนาที

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ทารกปลอดภัยจากการขาดออกซิเจนแรกคลอด

การพยาบาล ให้การช่วยเหลือขั้นต้น เช็ดตัวทารกให้แห้ง ให้ความอบอุ่นแก่ทารก ดูดนมและสารคัดหลั่งออกจากทางเดินหายใจ และประเมินการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ และสีผิว พบอัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 100 ครั้ง/นาที ช่วยแพทย์กู้ชีพทารก ทำ PPV 1 cycle แพทย์ใส่ ET-tube ดูแลให้การพยาบาลทารกขณะส่งต่อไปหอผู้ป่วยทารกวิกฤติ ได้แก่ รักษาอุณหภูมิกาย สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง ประเมิน perfusion และชีพจร ดูแลท่อช่วยหายใจ ให้ออกซิเจน และปั๊ม Ambu bag อย่างถูกต้องและส่งต่อข้อมูลแก่พยาบาลที่มหอผู้ป่วยทารกวิกฤติ

ประเมินผล คลอดทารกเพศชาย น้ำหนัก 1,280 กรัม Apgar score 5, 6 และ 7 อัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 100 ครั้งต่อนาที แพทย์จึงใส่ท่อช่วยหายใจและส่งเข้ารักษาหอผู้ป่วยทารกวิกฤติ

2.3 ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยหลังผ่าตัด มี Pain score = 6

วัตถุประสงค์ ลดอาการปวดแผลผ่าตัด

การพยาบาล ประเมินอาการปวดแผลโดยใช้แบบประเมินความปวด Numeric Rating Scale ใน 24 ชั่วโมงแรก ประเมินทุก 4 ชั่วโมง ระยะ 24 - 72 ชั่วโมง ต่อมาประเมินทุก 6 ชั่วโมง เมื่อพบคะแนนความปวดมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา ประเมิน Sedative Score ก่อนให้ยาระงับปวด ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล พูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจ จัดท่านอนในท่าที่แผลผ่าตัดไม่ตึงผู้ป่วยรู้สึกสบาย เช่น flower's position ประเมินซ้ำหลังการให้ยาแก้ปวด

ประเมินผล ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดผู้ป่วย Pain score = 7 ได้รับยาแก้ปวดฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 2 ครั้ง ห่างกัน 6 ชั่วโมง Pain score ลดลง = 4 และใน 24 - 72 ชั่วโมง ต่อมาผู้ป่วย Pain score = 5 ได้รับยาแก้ปวด 2 เม็ด 2 ครั้ง ห่างกัน 6 ชั่วโมง หลังให้ยาผู้ป่วยทุเลาปวด Pain score = 3 นอนหลับพักผ่อนได้ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 156/92-160/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 110-118 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที

2.4 มีความเครียด วิตกกังวล เกี่ยวกับการดำเนินของโรคที่จะมีอันตรายร้ายแรงต่อบุตรคลอดก่อนกำหนด ที่ดูแลในตู้อบ

ข้อมูลสนับสนุน นอนไม่หลับ สีหน้ากังวล สอบถามถึงอาการบุตรที่อยู่ในหอผู้ป่วยทารกวิกฤติ

วัตถุประสงค์ ลดความวิตกกังวล ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับในการดำเนินของโรค

การพยาบาล ชวนพูดคุย ชักถามสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้มีความวิตกกังวล สร้างความมั่นใจ บอกเล่าข้อมูลที่เป็นจริง อาการเปลี่ยนแปลงของทารกและการรักษาที่ได้รับอย่างต่อเนื่อง ประสานงานให้สามีได้เยี่ยมทารกที่หอผู้ป่วยทารกวิกฤติและนำมาบอกเล่าอาการให้ผู้ป่วยทราบ สอนการบีบนมและกระตุ้นให้บีบนมทุก 3 ชั่วโมง เพื่อให้มีน้ำนมส่งไปให้บุตรเพิ่มสายสัมพันธ์แม่ลูก

ประเมินผล ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับทารกอย่างเพียงพอ สามิได้เยี่ยมทารกและบอกเล่าให้ผู้ป่วยฟัง ผู้ป่วยเข้าใจ คลายความวิตกกังวลลงและให้ความร่วมมือในการบีบนม เริ่มมีน้ำนมในวันที่ 2 หลังการผ่าตัดคลอดบุตร

2.5 ผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลตนเองและการสังเกตอาการผิดปกติเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองและการสังเกตอาการผิดปกติเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยสอบถามว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไรเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

การพยาบาล ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติพร้อมเอกสารประกอบในเรื่องการปฏิบัติตัว ได้แก่ ควรรับประทานโปรตีนจากเนื้อสัตว์ให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงโปรตีนจากนมและถั่วต่าง ๆ รับประทานผักสุกทุกมื้อ มื้อละ 1 - 2 ทัพพี ลดอาหารหวาน ลดมัน ลดเค็มและเลือกกินผัก ผลไม้ให้สอดคล้องกับค่าโปแตสเซียมในเลือด การรับประทานยาให้ถูกต้องตรงตามเวลา มาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ และการสังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ อาการอ่อนเพลียตลอดเวลา เหนื่อยง่าย เป็นลมหน้ามืด แขนขาชาหรือไม่มีแรง อาการที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาลทันที ได้แก่ ไอมาก เหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ เจ็บหน้าอก เสียดราไปที่แขนซ้าย อาการชักเกร็ง

ประเมินผล ผู้ป่วยเข้าใจ สามารถอธิบายการดูแลตนเองและสังเกตอาการผิดปกติเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างถูกต้อง

2.6 ผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลสายสวนทางหลอดเลือดดำและการสังเกตอาการผิดปกติเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยใส่สายสวนเส้นเลือดดำบริเวณคอ วันที่ 9 กรกฎาคม 2557

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลสายสวนทางหลอดเลือดดำและการสังเกตอาการผิดปกติ

การพยาบาล ให้ข้อมูลผู้ป่วยเรื่องการใส่สายสวนหลอดเลือดดำที่ใช้ในการฟอกเลือด การดูแล

รักษาผ้าปิดแผลให้แห้ง ไม่ให้เปียกชื้น ไม่แกะเกาบริเวณรอบแผลที่ปิดไว้ ควรสวมเสื้อผ่าหน้า เพื่อไม่ให้สายสวนหัก พับ งอ หรือดึงรั้ง ดูแลสายสวน หลอดเลือดดำให้ตรึงติดกับผิวหนังป้องกันการดึงหลุด ไม่นอนตะแคงทับข้างที่มีสาย และอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ ได้แก่ เลือดไหลซึมออกจากแผล หรือจุดที่เป็นทางออกของสายสวนมากผิดปกติ แขนหรือใบหน้าข้างเดียวกับที่ผ่าตัดใส่สายสวนแตก - หัก หรือร่วมกับมีเลือดไหลออกมาด้วย มีไข้หนาวสั่นโดยไม่ทราบสาเหตุ มีหนองที่บริเวณปากทางออกของสายสวน หรือผิวหนังที่บริเวณตั้งแต่ทางออกของสายสวนถึงบริเวณคอมีอาการปวด บวม แดง ร้อน

ประเมินผล ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลสายสวนทางหลอดเลือดดำและการสังเกตอาการผิดปกติได้

วิจารณ์

ผู้ป่วยรายนี้เกิดภาวะครรภ์เป็นพิษที่รุนแรง ร่วมกับภาวะไตวายฉับพลัน จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยพยาบาลที่ ถูกต้องและรวดเร็ว เพื่อป้องกันอันตรายจากการเกิดภาวะชัก หรือภาวะเลือดออกในสมอง ส่วนไตวายฉับพลันเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญพบได้ในผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษซึ่งพบได้ไม่บ่อยนัก เมื่อเกิดขึ้นย่อมเป็นภาวะวิกฤติ เป็นสิ่งไม่คาดคิด ต่อผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดและตลอดเวลา นอกจากจะให้การพยาบาลทางด้านร่างกายเพื่อให้ผู้ป่วยและทารกปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิตแล้ว การดูแลระดับประคองด้านจิตใจให้ผู้ป่วย และครอบครัวเกิดการยอมรับ ร่วมมือในแผนการรักษา และมีความพร้อมที่จะเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การกลับมาฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามกำหนด เพื่อประเมินการทำงานของไตต่อเนื่อง ในขณะเดียวกันผู้ป่วยและครอบครัวต้องดูแลทารกตลอดก่อนกำหนด สิ่งเหล่านี้ พยาบาลต้องใช้ความรู้ ทักษะ การประเมิน และให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย

จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวคงไว้ซึ่งศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองและบุตรได้ต่อไป

สรุป

ภาวะครรภ์เป็นพิษที่รุนแรงร่วมกับไตวายฉับพลัน เป็นโรคที่มีความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนสูงต่อมารดาและทารก การวินิจฉัยโรคด้วยความถูกต้อง รวดเร็ว จะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลในระยะวิกฤติได้เหมาะสม และทันท่วงที ทำให้มารดาและทารกรอดชีวิต เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่างๆ น้อยลง ซึ่งพยาบาลเป็นผู้หนึ่งในทีมที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยให้มารดาและทารกปลอดภัย จากการใช้ความรู้ ความชำนาญในการให้การพยาบาลทั้งใน

ระยะวิกฤติและการดูแลต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ภาวะครรภ์เป็นพิษที่รุนแรง ถ้าตรวจพบและให้การรักษายาบาลได้เร็ว จะช่วยลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ จึงควรรณรงค์ให้มีการฝากครรภ์โดยเร็วก่อน 12 สัปดาห์อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนทั่วไปตระหนักถึงความสำคัญ แพทย์พยาบาลและทีมสหวิชาชีพต้องมีการพัฒนาสมรรถนะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตอยู่เสมอเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Sibai BM. Diagnosis and management of gestational hypertension and preeclampsia. *Obstet Gynecol.* Jul 2003;102(1):181-92.
2. Ness RB, Roberts JM. Heterogeneous causes constituting the single syndrome of preeclampsia: a hypothesis and its implications. *Am J Obstet Gynecol.* Nov 1996;175(5):1365-70.
3. Bethesda, MD. Global Burden of Disease for the Year 2001 by World Bank Region, for Use in Disease Control Priorities in Developing Countries, National Institutes of Health: WHO. Make every mother and child count. *World Health Report 2005*, 2nd Geneva: World Health Organization, 2005.
4. กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ. สถิติสาธารณสุข อัตราการตาย พ.ศ. 2548-2552 กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2553.
5. เนาวนิตย์ นาทา และบัญชา สิริพจน์. ใน: สมชาย เอี่ยมอ่อง, สมจิตร เอี่ยมอ่อง, เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, ขจร ตรีธนากุล, เกรียง ตั้งสง่า, วิศิษฐ์ สิตปรีชา. บรรณาธิการ. *Tetbook of Nephrology volume 2*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: เท็กซ์แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด, 2556:1467-1530.
6. จริยาพร ศรีสว่าง และคณะ. การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 3. นนทบุรี: ประชุมการช่าง, 2550.

7. จิตเกษม สุวรรณรัฐ. New Approach in PIH. เอกสารประชุมวิชาการ: วิทยาการก้าวหน้าทางการพยาบาลสูติ-นรีเวช ; ณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์;2550.
8. ชมรมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย. แนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตทางช่องท้อง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: เอส.พี.เอ็ม การพิมพ์;2550.
9. ชุตติมา เขตต์อนันต์. การพยาบาลผู้ป่วย Chronic hemodialysis. ใน: สมชาย เอี่ยมอ่อง, เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, เกรียง ตั้งสง่า, เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์, บรรณาธิการ. Clinical Dialysis. กรุงเทพมหานคร: เท็กซ์แอนด์เจอร์นัล พับลิเคชั่น;2550:23-36.
10. โสเพัญ ชูนวน. Evidence - based practice in PIH : การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิต โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์. เอกสารประชุมวิชาการ: วิทยาการก้าวหน้าทางการพยาบาลสูติ-นรีเวช ; คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์;2550.