

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเฮลป์ซินโดรม กรณีศึกษา 2 ราย และเพื่อใช้ผลการศึกษาเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเฮลป์ซินโดรมอย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการศึกษา: การศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ของผู้คลอดที่มีภาวะเฮลป์ซินโดรม ที่เข้ารับการรักษาในแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลกระบี่ ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 - กันยายน 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้คลอด และเปรียบเทียบกรณีศึกษาผ่านการใช้กระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา: กรณีศึกษาที่ 1 เป็นหญิงไทยอายุ 34 ปี ตั้งครรภ์ที่สอง มีประวัติความดันโลหิตสูงในครรภ์ก่อนมีอาการแน่นลิ้นปี่ ปัสสาวะสีคั่ว เกิดเลือดต่ำ ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ต้องได้รับการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน กรณีศึกษาที่ 2 เป็นหญิงอายุ 42 ปี ตั้งครรภ์จากการทำ ICSI มีประวัติแท้งบุตร มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ความดันโลหิตสูง มีภาวะ HELLP Syndrome รุนแรงร่วมกับการทำงานของตับและไตผิดปกติ ต้องได้รับการผ่าตัดคลอดและดูแลอย่างใกล้ชิด ในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้คลอดทั้ง 2 ราย มีภาวะเฮลป์ซินโดรมเหมือนกันแต่มีความแตกต่างในเรื่องความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อน และความซับซ้อนของปัญหา

สรุป: การรักษาของแพทย์และการพยาบาลแบบองค์รวม ทำให้ผู้คลอดทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลในภาวะวิกฤติที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ตั้งแต่ระยะก่อน ระหว่าง และหลังคลอด ตลอดจนถึงการวางแผนจำหน่าย ทำให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ บรรลุเป้าหมายลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย การพยาบาลได้ใช้กระบวนการพยาบาลเน้นการประเมินความเสี่ยงอย่างละเอียด การเฝ้าระวังสัญญาณชีพและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการทำงานร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ มีบทบาทสำคัญในการลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้คลอด

คำสำคัญ : ผู้คลอด, HELLP Syndrome, การพยาบาล

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกระบี่, E-mail: nu.aaa2518@gmail.com

Abstract

Objective: To compare nursing care for parturients with HELLP Syndrome through two case studies and to identify evidence-based nursing strategies for effective management of this condition.

Methods: A comparative case study design was used to analyze two cases of parturients diagnosed with HELLP Syndrome admitted to the labor and delivery unit at Krabi Hospital between October 2023 and September 2024. Data were collected retrospectively from patients' medical records, and nursing interventions were analyzed through application of the nursing process.

Results: The first case involved a 34-year-old multigravida with a history of gestational hypertension who presented with epigastric pain, tea-colored urine, thrombocytopenia, and uncontrolled hypertension requiring emergency cesarean section. The second case was a 42-year-old primigravida following conception via ICSI, with a history of miscarriage, who presented with headache, blurred vision, severely elevated blood pressure, and clinical features consistent with severe HELLP Syndrome complicated by hepatic and renal dysfunction. She required urgent cesarean delivery and intensive care unit admission. Both patients were diagnosed with HELLP Syndrome but demonstrated differing degrees of disease severity, associated complications, and clinical complexity.

Conclusion: Multidisciplinary care and individualized, holistic nursing management facilitated appropriate and timely interventions throughout the antepartum, intrapartum, and postpartum periods, including discharge planning. Both cases resulted in favorable maternal and neonatal outcomes. This study underscores the critical role of the nursing process in HELLP Syndrome management, highlighting the importance of comprehensive risk assessment, vigilant monitoring for early signs of clinical deterioration, and collaborative care within a multidisciplinary team to reduce complications and enhance survival outcomes for both mother and infant.

Keyword : Parturient, HELLP Syndrome, Nursing

* Professional Nurse Specialist Krabi Hospital, E-mail: nu.aaa2518@gmail.com

บทนำ

เฮลป์ซินโดรม (HELLP Syndrome) เป็นภาวะแทรกซ้อนรุนแรงของความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญการเสียชีวิตมารดาจากการแตกเลือดหลังคลอดและการติดเชื้อ⁽¹⁾ ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 0.2-0.6 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด⁽²⁾ เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของหลอดเลือดในรก ส่งผลให้เกิดภาวะเอนโดทีเลียมผิดปกติ ความดันโลหิตสูง เม็ดเลือดแดงแตก ตับถูกทำลาย และเกล็ดเลือดต่ำ^(3,4) การวินิจฉัยอาศัยอาการร่วมกับผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งประกอบด้วย เม็ดโลหิตแดงแตก (Hemolysis,H) เอนไซม์ตับสูง (Elevated liver enzymes,EL) และเกล็ดโลหิตต่ำ (Low platelets,LP)⁽¹⁾ ภาวะแทรกซ้อนของ HELLP Syndrome อาจมีความรุนแรง เช่น ตับวาย ไตวาย เลือดออกมาก การชัก การเสียชีวิตของมารดา และการเสียชีวิตของทารกในครรภ์จากภาวะขาดออกซิเจน การเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (IUGR) หรือรกลอกตัวก่อนกำหนด^(2,9) การรักษาที่เหมาะสมคือการยุติการตั้งครรภ์เมื่อมีข้อบ่งชี้ ร่วมกับการดูแลอย่างใกล้ชิด ได้แก่ การให้สารน้ำ ควบคุมความดันโลหิต ป้องกันชัก และจัดการภาวะแทรกซ้อน^(8,9) ทั้งนี้ HELLP Syndrome สามารถเกิดได้ทั้งในระหว่างตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด โดยประมาณหนึ่งในสามของผู้ป่วยจะมีอาการหลังคลอด และในกลุ่มนี้มีเพียงร้อยละ 80 ที่มีภาวะพรีอีคลัมป์เซียมาก่อน⁽⁹⁾

โรงพยาบาลกระบี่ เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ขนาด 447 เตียง ให้บริการดูแลผู้คลอดทั้งรายปกติ และมีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมและอายุรกรรม พบว่าผู้คลอดเฉลี่ยปีละกว่า 3,500 ราย และมีผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ประมาณ 200 รายต่อปี โดยมีรายงานการเกิด HELLP Syndrome 3, 1 และ 2 ราย ในปีงบประมาณ 2565, 2566 และ 2567 ตามลำดับ โดยยังไม่พบการเสียชีวิตในกลุ่มนี้

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้คลอดที่มีภาวะ HELLP Syndrome จำนวน 2 ราย โดยมุ่งเน้นบทบาทของพยาบาลในการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด รวมถึงการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย เพื่อให้ผู้คลอดสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพ และสะท้อนถึงสำคัญของการพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเฮลป์ซินโดรม กรณีศึกษา 2 ราย ที่เข้ารับรักษาในแผนกห้องคลอดโรงพยาบาลกระบี่
2. เพื่อใช้ผลการศึกษาเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเฮลป์ซินโดรมอย่างมีประสิทธิภาพ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลในการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะเฮลป์ซินโดรม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ป้องกันได้แก่มารดาและทารก
2. เพื่อเป็นสื่อในการถ่ายทอดความรู้ทางวิชาการแก่พยาบาลวิชาชีพ และนักศึกษาที่มาฝึกปฏิบัติงาน รวมทั้งผู้ที่มาศึกษาดูงาน
3. เพื่อใช้ในการประกอบการนิเทศพยาบาลฉบับใหม่และนักศึกษาพยาบาล

วิธีการศึกษา

ศึกษาข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ เวชระเบียน ศึกษาความรู้ทางวิชาการและกรอบแนวคิดทางการพยาบาลจาก ตำรา วารสาร งานวิจัยและผู้เชี่ยวชาญด้านสูติกรรมโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- 1.เลือกผู้คลอดที่จะทำการศึกษาจากผู้คลอดที่ได้รับการดูแลเป็นโรคซับซ้อนที่น่าสนใจ ในหอผู้ป่วยห้องคลอด จำนวน 2 ราย รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งการประเมินสภาพผู้คลอด
- 2.ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจพิเศษต่างๆ และแผนการรักษาของแพทย์ นำข้อมูลที่ได้มา รวบรวม วิเคราะห์ และวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล ตามแบบแผน สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและให้ข้อเสนอแนะ
- 3.นำข้อมูลที่รวบรวมได้จัดทำเป็นเอกสารและตรวจสอบความถูกต้องนำไปปรึกษาทรงคุณวุฒิ เรียบเรียงเนื้อหา วิชาการจัดพิมพ์และเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ

ผลการศึกษา

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีประเด็นที่เหมือนกันคือ ครรภ์ครรภ์ 30 สัปดาห์ อาการนำมาด้วยจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ร่วมกับความดันโลหิตสูง พบ Thrombocytopenia และยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีผ่าตัดคลอดทั้ง 2 ราย แต่รายที่ 2 มีอาการที่รุนแรงกว่า และเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่เหมือนกัน การดูแลจึงแตกต่างกันในบริบทของผู้คลอดแต่ละราย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป

ประเด็น	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เชื้อชาติ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา	หญิงไทย อายุ 34 ปี น้ำหนัก 75 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร อาชีพ แม่บ้าน การศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 3	หญิงไทย อายุ 42 ปี น้ำหนัก 72 กิโลกรัม ส่วนสูง 157 เซนติเมตร อาชีพรับราชการ การศึกษาปริญญาตรี

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดเฮลปีซินโดรม รายที่ 1 เสี่ยงจากภาวะอ้วน (BMI > 30) ในขณะที่รายที่ 2 เสี่ยงจากอายุที่มากกว่า 35 ปี โดยปัจจัยทั้ง 2 ถูกระบุว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนในระบบต่างๆที่เกี่ยวข้องกับภาวะเฮลปีซินโดรม¹ ด้านการศึกษาและอาชีพ รายที่ 2 มีระดับการศึกษาสูงกว่า และประกอบอาชีพที่มีความมั่นคง ซึ่งน่าจะเข้าถึงบริการสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับสุขภาพได้ดีกว่ารายที่⁸

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลสุขภาพ

ประเด็น	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน ด้วย Severe PIH ประวัติมี อาการจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล	มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่น ลิ้นปี่ 3 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ไปพบ แพทย์ที่คลินิก แนะนำรักษาต่อ
ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด	ผ่านการตั้งครรภ์ 1 ครั้ง คลอดโดยวิธีผ่าตัดคลอดขณะอายุ ครรภ์ 33 สัปดาห์จากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ บุตรอยู่ตู้อบนาน 2 สัปดาห์ ปัจจุบันอายุ 6 ปี สุขภาพ แข็งแรง	ผ่านการตั้งครรภ์ 1 ครั้ง แท้งขณะ ตั้งครรภ์ 8 สัปดาห์ ไม่ได้คุมดลูก

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลสุขภาพ (ต่อ)

ประเด็น	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน	ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลชุมชน 9 ครั้ง ขณะตั้งครรภ์ 27 สัปดาห์ ตรวจพบความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ได้ยาลดความดันแบบรับประทาน	ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 โดยวิธี ICSI ฝากครรภ์ที่คลินิก 7 ครั้ง
โรคประจำตัว	-	ตับอักเสบบี (HBsAg+)
อาการ/อาการแสดง	ความดันโลหิตสูง จุกแน่นใต้ลิ้นปี่	ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ความดันโลหิตสูง

จากตารางที่ 2 พบว่ารายที่ 1 มีการวินิจฉัย Preeclampsia ล่วงหน้าและได้รับการเฝ้าระวังจากโรงพยาบาลชุมชน ทำให้สามารถเข้าสู่ระบบการส่งต่อได้อย่างรวดเร็ว เป็นผลให้สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนบางส่วนได้ ในขณะที่รายที่ 2 ไม่ได้รับการส่งต่อจากระบบสุขภาพ แต่ได้รับคำแนะนำจากคลินิกให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาจประเมินอาการเอง และเข้าสู่ระบบสุขภาพช้า ส่งผลให้การดำเนินของโรครุนแรงมากกว่า

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ประเด็น	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	Urine albumin 2+, Hematocrit 41%, Platelet 84,000/uL, PT 12.0 Sec., PTT 29.8 Sec., INR 1.00, SGOT 100 U/L, SGPT 92 U/L, Alkaline Phosphatase 201 U/L, LDH 446 U/L, BUN 9 mg/dL, Creatinine 0.61 mg/dL	Urine albumin 3+, Hematocrit 43%, Platelet 64,000/uL, PT 12.4 Sec., PTT 39.4 Sec., INR 1.06, SGOT 218 U/L, SGPT 151 U/L, Alkaline Phosphatase 124 U/L, LDH 890 U/L, BUN 30 mg/dL, Creatinine 1.3 mg/dL

จากตารางที่ 3 พบว่าทั้ง 2 รายมีอาการสอดคล้องกับ HELLP Syndrome รายที่ 1 Urine albumin 2+, Platelet ต่ำ (84,000/uL), SGOT/SGPT เพิ่มขึ้นเล็กน้อย, LDH สูง (446 U/L) แสดงภาวะ Preeclampsia, เกิดเลือดต่ำ และตับอักเสบ รายที่ 2 Urine albumin 3+, Platelet ต่ำรุนแรง (64,000/uL), SGOT/SGPT/Alkaline Phosphatase สูงชัด, LDH สูงมาก (890 U/L), BUN/Creatinine เพิ่มขึ้น แสดงภาวะรุนแรงกว่า พร้อมไตวายร่วมด้วย

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ประเด็น	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
วินิจฉัยทางการพยาบาล	- เสี่ยงต่อข้อภาวะตับแตก (Liver rupture) จากภาวะตับถูกทำลาย - เสี่ยงต่อการเสียชีวิตของมารดาและทารกในครรภ์เนื่องจากการทำงานของตับผิดปกติและภาวะเลือดเล็ดต่ำ - มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้ยาป้องกันการชัก - เสี่ยงต่อภาวะทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอจากมารดาความดันโลหิตสูง	- เสี่ยงต่อข้อภาวะตับแตก (Liver rupture) จากภาวะตับถูกทำลาย - เสี่ยงต่อการเสียชีวิตของมารดาและทารกในครรภ์เนื่องจากการทำงานของตับผิดปกติและภาวะเลือดเล็ดต่ำ - มีความผิดปกติของระบบประสาทและการมองเห็นจากความดันโลหิตสูงขึ้นจอประสาทตา - การทำงานของไตลดลงจากภาวะ Hemolysis

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)

ประเด็น	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
วินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)	5. เสี่ยงต่อภาวะเสียเลือดจำนวนมากจากการผ่าตัดเนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ 6. เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดจากภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติและมดลูกหดตัวไม่ดี	5. เสี่ยงต่อภาวะแทรกขาดออกซิเจนเนื่องจากคลอดก่อนกำหนด 6. เสี่ยงต่อภาวะเสียเลือดจำนวนมากจากการผ่าตัดเนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ 7. การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่องจากการใช้เครื่องช่วยหายใจหลังผ่าตัด 8. เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดจากภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติและมดลูกหดตัวไม่ดี 9. เสี่ยงต่อภาวะสูญเสียการทำงานของสมองจากภาวะ hypertensive crisis และ cerebral edema 10. วิตกกังวลอย่างรุนแรงจากภาวะตั้งครรภ์โดยวิธี ICSI และการเจ็บป่วย

จากตารางที่ 4 พบว่า ทั้ง 2 รายอยู่ในภาวะวิกฤติที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตของมารดาและทารก เนื่องจากมีภาวะ Hemolysis และการทำลายเซลล์ตับ ซึ่งเป็นอาการสำคัญร่วมในกลุ่มอาการ HELLP Syndrome อีกทั้งยังมีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดจากภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (Thrombocytopenia) และการหดตัวของมดลูกที่ไม่ดี จึงจำเป็นต้องมีการติดตามสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ประเมินภาวะช็อก และติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างใกล้ชิด เพื่อให้สามารถวินิจฉัยและให้การช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที ซึ่งต้องอาศัยทั้งความชำนาญและประสบการณ์ของพยาบาลเป็นอย่างมาก (12) ความแตกต่างที่สำคัญระหว่างผู้ป่วยทั้ง 2 ราย คือ ในรายที่ 1 มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄) ส่งผลให้ต้องหยุดการให้ยาก่อนครบ 24 ชั่วโมงหลังคลอด พยาบาลจึงจำเป็นต้องเฝ้าระวังภาวะดังกล่าวอย่างใกล้ชิด โดยเน้นการสังเกตอัตราการหายใจ การตอบสนองของกล้ามเนื้อ และเฝ้าระวังการเกิดภาวะชักซ้ำจากความดันโลหิตสูง สำหรับรายที่ 2 มีความรุนแรงมากกว่า โดยพบภาวะพร่องออกซิเจนจากการใส่ท่อช่วยหายใจ ร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูงที่มีผลต่อจอประสาทตา (Hypertensive Retinopathy) และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน พยาบาลจึงต้องเฝ้าระวังการอุดตันของทางเดินหายใจ ควบคุมปริมาณน้ำเข้าออกจากร่างกายอย่างเคร่งครัด และประสานงานกับทีมจักษุแพทย์เพื่อประเมินและติดตามอาการของผู้คลอดอย่างใกล้ชิด

บทวิจารณ์

จากการเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้คลอดที่มีภาวะ HELLP Syndrome จำนวน 2 ราย พบว่าผู้คลอดทั้งสองจะมีการวินิจฉัยเดียวกัน แต่ความแตกต่างด้านประวัติส่วนบุคคล ปัจจัยเสี่ยง ประวัติการฝากครรภ์ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ส่งผลให้แนวทางการพยาบาลและการรักษาจำเป็นต้องปรับให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลอย่างชัดเจน กรณีที่ 1 มีประวัติการตั้งครรภ์ก่อน ที่มีภาวะแทรกซ้อนและสามารถเข้าสู่ระบบส่งต่อได้อย่างทันท่วงที จึงได้รับการวินิจฉัยและการจัดการที่รวดเร็ว ส่งผลให้ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับควบคุมได้ ขณะที่กรณีที่ 2 มีความซับซ้อนมากกว่า เนื่องจากเป็นการตั้งครรภ์ด้วยวิธี ICSI มีโรคประจำตัวร่วม และเข้าสู่ระบบการรักษาล่าช้า ส่งผลให้เกิด

ภาวะแทรกซ้อนทางไต ระบบประสาท และต้องได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต การใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของ กอร์ดอน ทำให้สามารถประเมินผู้ป่วยทั้งในด้านกายภาพ จิตใจ และสังคมได้อย่างเป็นระบบ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการวางแผนการพยาบาลเฉพาะรายมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในรายที่ 2 ซึ่งมีภาวะเครียดสูงจากภาวะมีบุตรยากและความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ จำเป็นต้องได้รับการดูแลทางจิตสังคมควบคู่กับการดูแลทางกายภาพ จากกรณีศึกษาทั้งสอง ยังสะท้อนถึงความสำคัญของการเฝ้าระวัง Early warning sign ของ HELLP Syndrome ซึ่งมักไม่จำเพาะและสามารถถูกมองข้ามได้ง่าย อาการที่ควรเฝ้าระวัง ได้แก่ ปวดศีรษะรุนแรง ตาพร่ามัว เห็นแสงวูบวาบหรือภาพซ้อน แน่นจุกใต้ลิ้นปี่ คลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะสีเข้ม หรือลดลงผิดปกติ หากพยาบาลสามารถสังเกตและประเมินอาการได้ตั้งแต่ต้น จะช่วยให้การรายงานแพทย์และการวางแผนการรักษาเกิดขึ้นได้ทันเวลาที่ ลดความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนี้ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยังสำคัญในการบ่งชี้ภาวะผิดปกติที่ควรสงสัย ได้แก่ เกล็ดเลือดที่มีแนวโน้มลดลงต่ำกว่า 150,000/ μ L ค่า AST หรือ ALT สูงกว่า 70 U/L ค่า LDH สูงเกิน 600 U/L หรือค่า Creatinine ที่เริ่มสูงขึ้น การบูรณาการข้อมูลจากอาการแสดงและผลตรวจเหล่านี้ ทำให้พยาบาลสามารถประเมินความเสี่ยงได้อย่างแม่นยำ เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสมและรวดเร็ว นอกจากนี้ยังมีการใช้บทบาทของพยาบาลในการเฝ้าระวังอาการ การแปลผลทางห้องปฏิบัติการ การเตรียมความพร้อมก่อนคลอด และการประสานทีมสหวิชาชีพ ทั้งในระยะก่อน ระหว่าง และหลังคลอด รวมถึงการดูแลอย่างใกล้ชิดในช่วงหลังผ่าตัด โดยเฉพาะในภาวะวิกฤติ เช่น ภาวะหายใจล้มเหลว ภาวะความดันโลหิตสูงที่มีผลต่อจอประสาทตา หรือภาวะไตวายเฉียบพลัน ซึ่งทั้งหมดนี้ล้วนต้องอาศัยความรู้ ความเชี่ยวชาญ และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามควรมีการพัฒนาแนวทางการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับบริการในสถานพยาบาลนอกระบบรัฐ พร้อมทั้งส่งเสริมการดูแลแบบองค์รวมในกลุ่มผู้ตั้งครรภ์ด้วยเทคโนโลยีช่วยเจริญพันธุ์ ซึ่งมักมีภาวะเครียดและวิตกกังวลสูงกว่าคนทั่วไป การวิเคราะห์กรณีศึกษาในครั้งนี้ไม่เพียงเสริมสร้างทักษะด้านการวางแผนการพยาบาลเชิงวิเคราะห์เท่านั้น แต่ยังเปิดโอกาสให้เรียนรู้จากสถานการณ์จริง นำไปสู่การพัฒนาระบบการพยาบาลที่ตอบสนองต่อภาวะวิกฤติทางสูติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป

ภาวะเฮลป์ซินโดรมเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมที่พบน้อยแต่มีความรุนแรงอย่างมาก ผ่งมากับภาวะความดันโลหิตสูงตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ขณะคลอด จนกระทั่งหลังคลอด ยากในการประเมินอาการเนื่องจากผู้คลอดมักมาด้วยอาการปวดท้อง แน่นจุกลิ้นปี่ ซึ่งในหญิงตั้งครรภ์ก็สามารถพบได้โดยทั่วไป การวินิจฉัยต้องใช้อาการและอาการแสดง ร่วมกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พยาบาลผู้ดูแลต้องมีประสบการณ์ ทักษะในการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูลเพื่อวางแผนการดูแลให้แก่ทีมสหสาขา ตั้งแต่แรกเริ่ม สามารถรายงานแพทย์ได้อย่างรวดเร็ว ควบคู่กับการใช้กระบวนการพยาบาลภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เหมาะสมและทันเวลา เพื่อให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเฮลป์ซินโดรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้คลอดและทารกปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

เอกสารอ้างอิง

- 1.Abildgaard U, Heimdal K. Pathogenesis of the Syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count (HELLP): a review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2013;166(2):117-23.
- 2.American College of Obstetricians and Gynecologists. Gestational hypertension and preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. Obstet Gynecol. 2020;135(6):e237-e260.
- 3.Gordon MC. Maternal physiology in pregnancy. In: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, editors. Obstetrics: normal and problem pregnancies. 2nd ed. New York: Churchill Livingstone; 1987. p. 93-109.

4.Magee LA, Nicolaides KH, von Dadelszen P. Preeclampsia. N Engl J Med. 2022;386(19):1817-32.

5.ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี. การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2565.

6.ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงและภาวะครรภ์เป็นพิษ. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2566.

7.สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลสุขภาพมารดาและทารกในครรภ์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2565.

8.สุพัตรา วิเศษฤทธิ. ภาวะแทรกซ้อนทางสูตินรีเวชกรรมในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562.

9.สุวัฒน์ อรุณพงษ์ไพศาล, ชลธิชา พิบูลสงคราม, วรณา ทองคำ. แนวทางการรักษาภาวะครรภ์เป็นพิษอย่างรุนแรง: ประสบการณ์จากโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. วารสารพยาบาลและสุขภาพ. 2567;42(1):78-91.