วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2567)
Journal of Research and Health Innovative Development Vol.5 No.1 (January - April 2024)

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง: กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing Care for Preeclampsia with severe features : Two Case Studies

อรุณี วิชิต*
Arunee Wichit
Corresponding author: E-mail: aruneewichit569@gmail.com
(Received: December 11, 2023; Revised: December 19, 2023; Accepted: January 22, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาแนวทางการใช้กระบวนการพยาบาลในผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงในระยะคลอด

วิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้คลอดที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง จำนวน 2 ราย ที่มารับบริการงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น มีการประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนและใช้กระบวนการพยาบาลเป็นกรอบในการศึกษาผู้คลอดครอบคลุมระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด (2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด) รวมทั้งการพยาบาลทารกแรกเกิด

ผลการศึกษา : พบว่ากรณีศึกษารายที่ 1 หญิงตั้งครรภ์ อายุ 20 ปี ตั้งครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์ 36^{+3} สัปดาห์ ไม่ได้ฝากครรภ์ มาด้วยอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัวมีอาเจียน 1 ครั้ง ขณะให้การดูแลรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีอาการชัก 1 ครั้ง แพทย์วินิจฉัย Eclampsia ให้การรักษาโดยให้ยาป้องกันการชัก แมกนีเซียมซัลเฟตและยาลดความดันโลหิต ส่งต่อห้องคลอดเพื่อเตรียมผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 หญิงตั้งครรภ์อายุ 31 ปี ตั้งครรภ์ที่ 3 อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ มาฝากครรภ์ตามนัด ตรวจพบมีความดันโลหิตสูง แพทย์วินิจฉัยเป็น Preeclampsia with severe features จึงส่งต่อห้องคลอดเพื่อรับไว้รักษา โดยให้ยาป้องกันการชักแมกนีเซียมซัลเฟต และยาลดความดันโลหิต และยุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอด ผู้คลอดกรณีศึกษาทั้ง 2 รายและทารกแรกเกิดปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

สรุปและข้อเสนอแนะ : จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าภาวะครรภ์เป็นพิษหากไม่ได้รับการดูแลรักษาจะทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น เกิดอันตรายต่อมารดาและทารกในครรภ์ และทำให้เสียชีวิตได้ ดังนั้นพยาบาลห้องคลอดต้องมีความรู้ และทักษะในการประเมินภาวะเสี่ยงที่รวดเร็ว รายงานแพทย์ได้ทันท่วงที มีความรู้เรื่องการบริหารยา จะทำให้ลดความรุนแรงและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงได้ส่งผลให้มารดาและทารกปลอดภัย

คำสำคัญ : การพยาบาล; ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพล

ABSTRACT

Purposes : To study guidelines for using the nursing process in births with severe pre-eclampsia during labor.

Materials and Methods : This was a comparative study of 2 births diagnosed with severe pre-eclampsia who received birth nursing services at Phon Hospital, Khon Kaen Province. Health status was assessed using Gordon's 11 health plans and the nursing process was used as a framework for birth education covering the prenatal period. Birth and postpartum period (first 2 hours after birth) including newborn nursing.

Main findings : It was found that case study number 1, a pregnant woman aged 20 years, second pregnancy, 36+3 weeks of pregnancy, did not receive prenatal care. Came with a headache, blurred vision, and vomited 1 time. While receiving care at the Accident and Emergency Department, there was 1 seizure. The doctor diagnosed Eclampsia and gave treatment by giving anti-seizure medication. Magnesium sulfate and blood pressure medicines Transferred to the delivery room to prepare for emergency cesarean section. As for the second case study, a 31-year-old pregnant woman, her third pregnancy, 38 weeks of pregnancy, came for prenatal care as per her appointment. Detected to have high blood pressure The doctor diagnosed Preeclampsia with severe features and sent him to the delivery room for treatment. By giving the anti-seizure drug magnesium sulfate. And blood pressure medicine and terminating the pregnancy by cesarean section. The two case study deliverers and their newborns were safe and had no complications.

Conclusions and recommendations : This study shows that if pre-eclampsia was not treated, it will increase the severity of the disease. Causes harm to the mother and fetus. And cause death Therefore, delivery room nurses must have the knowledge and skills to quickly assess risk. Report to the doctor in a timely manner Have knowledge about drug administration. This will reduce the severity and prevent complications from severe preeclampsia, resulting in the safety of mothers and babies.

Keywords : Nursing; Severe preeclampsia

* Registered Nurse Professional Level, Phon Hospital

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ (Pregnancy-induced hypertension: PIH) เป็นปัญหาที่พบได้บ่อย คือความชุกทั่วโลกประมาณร้อยละ 4.6 ของการตั้งครรภ์ และรายที่รุนแรงถึงขั้น Eclampsia พบได้ประมาณ 1:1000-1:1500 ของการคลอด เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของมารดาและทารก ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม ที่มีประวัติคนในครอบครัวมีความดันโลหิตสูงจะมีความเสี่ยงเป็นเกือบ 3 เท่าของอุบัติการณ์ทั่วไป ประวัติมีความดันโลหิตสูงในครรภ์ก่อนโอกาสเป็นในครรภ์ต่อมาเพิ่มเป็น 7 เท่า[1] สาเหตุของการเกิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์โดยเฉพาะภาวะครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia) ยังไม่ทราบแน่ชัด อย่างไรก็ตามอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์และแรกคลอด จะลดความรุนแรงลงได้ด้วยการวินิจฉัยที่รวดเร็ว การดูแลที่เหมาะสมและทันเวลา[2]

Preeclampsia หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันเลือดสูงร่วมกับมีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ ถ้ามีอาการ และอาการแสดงที่บ่งชี้ว่าโรคมีความรุนแรงหรือเรียกว่ามี Severe features จึง เรียกว่า Preeclampsia with severe features สำหรับภาวะชักที่สัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โดยอาจมีหรือไม่มี Severe features นำมาก่อนก็ได้และการชักไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น เรียกว่าโรคพิษแห่งครรภ์ระยะชัก (Eclampsia)[3]

จากข้อมูลกองอนามัยมารดาและทารก กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2565-2566 พบว่าอัตราส่วนการตายมารดาไทยเท่ากับ 25.86 และ 21.40 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย ตามลำดับซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาเป็นอันดับ 2 รองจากภาวะตกเลือดหลังคลอด[4] สถิติของโรงพยาบาลพลในปีงบประมาณ พ.ศ.2564-2566 มีจำนวนผู้คลอด 898, 866, 886 รายตามลำดับ พบผู้คลอดมีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 2.23, 1.62 และ 1.5 ตามลำดับ โดยในปี พ.ศ.2566 พบมีผู้คลอดมีภาวะชักจากครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงจำนวน 1 ราย แต่ยังไม่พบมารดาเสียชีวิต แม้ว่าสถิติการเกิดภาวะนี้จะพบได้น้อยและมีแนวโน้มลดลง แต่ยังมีความรุนแรงที่นำไปสู่การเสียชีวิตของมารดา และทารกได้ ดังนั้นจึงได้ศึกษากรณีศึกษาเพื่อเป็นการพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลห้องคลอด ให้มีทักษะประเมินภาวะสุขภาพมารดาและทารกในครรภ์ได้ถูกต้อง และใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงได้ครอบคลุมตามมาตรฐานเพื่อให้มารดาและทารกปลอดภัย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาแนวทางการใช้กระบวนการพยาบาลในผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงในระยะคลอด

วิธีการศึกษา

ศึกษาผู้คลอดที่ได้รับการวินิจฉัยมีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง จำนวน 2 รายที่มารับบริการงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น ทำการศึกษาผู้คลอดกรณีศึกษารายที่ 1 ระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนมีนาคม 2566 ผู้คลอดกรณีศึกษารายที่ 2 ระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนเมษายน 2566 รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลและประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนและใช้กระบวนการพยาบาลเป็นกรอบในการศึกษาผู้คลอดครอบคลุมระยะก่อนคลอด ระยะคลอดและระยะหลังคลอด (2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด) รวมทั้งการพยาบาลทารกแรกเกิด

กรณีศึกษา

ผู้คลอดกรณีศึกษารายที่ 1 อายุ 20 ปี ตั้งครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์ 36^{+3} สัปดาห์ รับไว้ในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2566 และคลอดในวันเดียวกัน จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ 7 มีนาคม 2566 การวินิจฉัยโรคครั้งแรก G2P1001 Gestationalage 36^{+3} weeks with Eclampsia with previous cesarean section การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Cesarean section with TR due to Eclampsia with previous cesarean section ผู้คลอดกรณีศึกษารายที่ 2 ผู้คลอดอายุ 31 ปี ตั้งครรภ์ที่ 3 อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ รับไว้ในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 26

เมษายน 2566 และคลอดในวันเดียวกัน จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ 30 เมษายน 2566 การวินิจฉัยโรคครั้งแรก G3P2002 Gestational age 38 weeks with Preeclampsia with severe features การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Cesarean section with TR due to Preeclampsia with severe features

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้คลอดกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ตาพร่ามัว และมีคลื่นไส้อาเจียน 1 ครั้ง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 5 ชั่วโมง	มาฝากครรภ์ตามนัดตรวจพบความดันโลหิตสูง แพทย์ให้รับไว้รักษาที่ห้องคลอด
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดศีรษะและเวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน 1 ครั้ง และมีอาการตาพร่ามัว มองเห็นไม่ชัด ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล ขณะตรวจร่างกายที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีอาการชัก 1 ครั้ง ได้รับยา $MgSO_4$ และยาลดความดันโลหิต ส่งห้องคลอดเตรียมผ่าตัดฉุกเฉิน	มาฝากครรภ์ตามนัดตรวจพบความดันโลหิตสูง 157/110 -170/110 มิลลิเมตรปรอท) ไม่มีอาการปวดศีรษะหรือตาพร่ามัว ยังไม่เจ็บครรภ์ เด็กดิ้นดี แพทย์ให้รับไว้รักษาที่ห้องคลอด
ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด	ผู้คลอดตั้งครรภ์ที่ 2 (G2P1001) บุตรคนแรก อายุ 2 ปี อายุครรภ์ 36^{+3}สัปดาห์ by U/S ไม่ได้ฝากครรภ์ - ครรภ์แรกคลอดโดยผ่าตัดคลอด ปีพ.ศ.2564 เนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 3,000 กรัม แข็งแรงดีปัจจุบันอายุ 2 ปี ปฏิเสธ ประวัติการล้วงรกหรือขูดมดลูกการตกเลือดหลังคลอด	ผู้คลอดตั้งครรภ์ที่ 3 (G3P2002) บุตรคนที่ 2 อายุ 1 ปี 11 เดือน อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ by U/S ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลพล 12 ครั้ง ตรวจพบเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เมื่ออายุครรภ์ 19^{+1} สัปดาห์ รักษาแบบควบคุมอาหารและเคยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในครรภ์ที่ 2 รักษาโดยการควบคุมอาหาร ระหว่างตั้งครรภ์นี้ ไม่มีอาการผิดปกติอื่นๆ ระดับน้ำตาลในเลือด 78-106 mg% ปฏิเสธประวัติการล้วงรกหรือขูดมดลูก การตกเลือดหลังคลอด

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ปฏิเสธโรคประจำตัว การแพ้ยาและอาหารหรือสารเคมีมีประวัติการได้รับการผ่าตัดคลอด ปี พ.ศ.2564	ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงของบุคคลในครอบครัว	มารดาผู้คลอดเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง รักษาโดยการควบคุมอาหารสามารถควบคุมได้
การตรวจร่างกาย	แรกรับที่ห้องคลอดรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ซึมเล็กน้อย ยังไม่เจ็บครรภ์ วัดสัญญาณชีพ: T= 36.6 °C PR=130 /min, RR=20/min BP=180/117 mmHg, $SpO_2$100 % , DTRs 2+ On O_2 mask with bag10 L/min ระดับมดลูก 3/4>ระดับสะดือ EFW 3,000 gm, FHS150 bpm	แรกรับรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการปวดศีรษะหรือตาพร่ามัว ยังไม่เจ็บครรภ์ วัดสัญญาณชีพ T = 36.4 °C PR=98 /min, RR=20/min BP=170/110 – 180/115 mmHg SpO_2 99 % , DTRs 2+ ระดับมดลูก 3/4>ระดับสะดือ EFW 3,000 gm, FHS 130-154 bpm
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	วันที่ 3 มีนาคม 2566 CBC: Hct 41 % Hb 13.5 gm% Platelet count 278,000 cell/cumm VDRL, HIV, HBsAg ปกติ DTX 92 mg/dl, Uric acid 7.9 mg/dl BUN, Creatinine, Electrolyte ปกติ Liver function test ที่ผิดปกติ AST 98 U/L, ALT 73 U/L ALK 145 U/L Urine albumin = 2+	26 เมษายน 2566 CBC : Hct 34.3 % Hb 11.1 gm% Platelet count 269,000 cell/cumm FBS=95 mg% Creatinine=0.5 mg/dl Uric acid, Electrolyte ปกติ Liver function test ที่ผิดปกติ ALK 199 U/L Urine Albumin = trace
การวินิจฉัยโรค	G2P1001 GA 36^{+3} weeks with Eclampsia with previous cesarean section	G3P2002 GA 38 weeks with Preeclampsia with severe features

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
แผนการรักษา	- ให้ยากันชัก Magnesium sulfate ($MgSO_4$)	- ให้ยากันชัก Magnesium sulfate ($MgSO_4$)
	- ให้ยาลดความดันโลหิต Hydralazine	- ให้ยาลดความดันโลหิตHydralazine
	- ยุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอด	- ยุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอด

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะรอคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะรอคลอด	1. ผู้คลอดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะชัก/ชักซ้ำเนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง	1. ผู้คลอดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะชักเนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง	ระยะรอคลอด กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะชักเนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูง
	2. ผู้คลอดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากการได้รับยา Magnesium sulfate ($MgSO_4$)	2. ผู้คลอดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากการได้รับยา Magnesium sulfate ($MgSO_4$)	ชนิดรุนแรงเหมือนกัน แต่กรณีศึกษารายที่ 1 มีประวัติการชักที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินมาก่อนและอยู่ในระยะวิกฤตมีโอกาสชักซ้ำมากกว่าซึ่งต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด และข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลเหมือนกัน แต่กรณีศึกษารายที่ 1 ทารกอยู่ในภาวะคับขัน (fetal distress) มากกว่าผล EFM Category II ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและยุติการตั้งครรภ์ทันที
	3. ผู้คลอดและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและความเจ็บป่วย	3. ผู้คลอดและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและความเจ็บป่วย	
	4. ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงมดลูกและรกไม่เพียงพอเนื่องจากผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูง	4. ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงมดลูกและรกไม่เพียงพอเนื่องจากผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูง	
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะคลอด	5. ผู้คลอดและทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	5. ผู้คลอดและทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	ในระยะคลอด กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยการพยาบาล ที่เหมือนกัน และเฝ้าระวังป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเช่นเดียวกัน
	6. ทารกเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด (Birth asphyxia)	6. ทารกเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด (Birth asphyxia)	

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
	2. ผู้คลอดเสี่ยงต่อการเกิภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากการได้รับยา Magnesium sulfate ($MgSO_4$)	2. ผู้คลอดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากการได้รับยา Magnesium sulfate ($MgSO_4$)	ชนิดรุนแรงเหมือนกัน แต่กรณีศึกษารายที่ 1 มีประวัติการชักที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินมาก่อนและอยู่ในระยะวิกฤตมีโอกาสชักซ้ำมากกว่าซึ่งต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลเหมือนกัน แต่กรณีศึกษารายที่ 1 ทารกอยู่ในภาวะคับขัน (fetal distress) มากกว่าผล EFM Category II ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและยุติการตั้งครรภ์ทันที
	3. ผู้คลอดและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและความเจ็บป่วย	3. ผู้คลอดและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและความเจ็บป่วย	
	4. ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงมดลูกและรกไม่เพียงพอเนื่องจากผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูง	4. ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงมดลูกและรกไม่เพียงพอเนื่องจากผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูง	
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะคลอด	5. ผู้คลอดและทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	5. ผู้คลอดและทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	ในระยะคลอด กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เหมือนกัน และเฝ้าระวังป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเช่นเดียวกัน
	6. ทารกเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด (Birth asphyxia)	6. ทารกเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด (Birth asphyxia)	
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะหลังคลอด	7. ผู้คลอดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมีแผลที่มดลูกและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้การหดรัดตัวของมดลูกลดลง	7. ผู้คลอดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมีแผลที่มดลูกและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้การหดรัดตัวของมดลูกลดลง	ระยะหลังคลอด กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการดูแลหลังคลอดที่แตกต่างกันเนื่องจากกรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
	8.ผู้คลอดเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย 9.ผู้คลอดเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีแผลผ่าตัดแผลที่มดลูกและคาสายสวนปัสสาวะ 10.ทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypo/hyperthermia 11. ทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia)	8. ผู้คลอดเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง 9. ผู้คลอดเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีแผลผ่าตัดแผลที่มดลูกและคาสายสวนปัสสาวะ 10. ทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypo/hyperthermia 11. ทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia)	และหลังผ่าตัดคลอดยังอยู่ในระยะวิกฤตต้องดูแลแบบใกล้ชิดโดยย้ายไปดูแลต่อที่หอผู้ป่วยหนัก (ICU) ส่วนกรณี ศึกษารายที่ 2 หลังผ่าตัดคลอดย้ายไปดูแลต่อที่ตึกสูตินรีเวชกรรมตามปกติ และข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11 ทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเหมือนกัน แต่กรณีศึกษารายที่ 1 เป็นทารกคลอดก่อนกำหนด ซึ่งมีความเสี่ยงสูง จึงต้องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมง และตรวจติดตามทุก 8 ชั่วโมง ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 10% D/W 100 ml/IV/drip7 ml/hr. ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ทารกครบกำหนดแต่มารดามีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์และควบคุมได้จึงตรวจเฉพาะหลังคลอด 2 ชั่วโมง ซึ่งผลตรวจอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ผลการศึกษา

ผู้คลอดกรณีศึกษาที่ 1 อายุ 20 ปี ตั้งครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์ 36^{+3} สัปดาห์ ไม่ได้ฝากครรภ์ มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว และมีอาเจียน 1 ครั้ง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 5 ชั่วโมง แรกรับที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินขณะตรวจร่างกายผู้คลอดมีอาการชักเกร็ง 1 ครั้ง วัดความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 164/117-205/110 มิลลิเมตรปรอท ความเข้มข้นออกซิเจนปลายนิ้ว 98% Deep tendon reflex 2+ สูติแพทย์ประเมินอาการ วินิจฉัยเป็น Eclampsia ให้การรักษาโดยให้ยาป้องกันการชัก ยาลดความดันโลหิต ส่งห้องคลอดเพื่อยุติการนตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องฉุกเฉิน หลังผ่าตัดคลอด

ส่งผู้คลอดดูแลรักษาต่อที่หอผู้ป่วยหนัก (ICU) เพื่อเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด ให้ยาป้องกันชักต่อจนถึง 48 ชั่วโมง ระดับแมกนีเซียมในกระแสเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้คลอดมีอาการดีขึ้นตามลำดับไม่มีภาวะแทรกซ้อน ทารกแข็งแรงดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน รวมอยู่โรงพยาบาล 4 วัน นัดตรวจติดตามความดันโลหิต 1 สัปดาห์

ผู้คลอดกรณีศึกษารายที่ 2 อายุ 31 ปี ตั้งครรภ์ที่ 3 อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ มาฝากครรภ์ตามนัด ตรวจพบความดันโลหิตสูง 157/110 -170/110 มิลลิเมตรปรอท Deep tendon reflex 2+ แพทย์วินิจฉัย Preeclampsia with severe features ให้รับไว้รักษาที่ห้องคลอด ให้ยาลดความดันโลหิตและยาป้องกันการชัก หลังควบคุมความดันโลหิตได้แล้ว แพทย์ยุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในวันเดียวกัน หลังผ่าตัดคลอดความดันโลหิตลดลง ทารกแรกเกิดแข็งแรงดี ทั้งมารดาและทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อน รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 4 วัน นัดตรวจติดตามความดันโลหิต 1 สัปดาห์

วิจารณ์

จากการศึกษาผู้คลอดกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ซึ่งมีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง จะเห็นว่าทั้ง 2 ราย มีความรุนแรงของโรคต่างกัน ซึ่งผู้คลอดกรณีศึกษารายที่ 1 มีประวัติความดันโลหิตสูงในครรภ์แรกแต่ขาดความตระหนักในการฝากครรภ์จึงทำให้มีความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นจนเกิดภาวะชัก ส่วนผู้คลอดกรณีศึกษารายที่ 2 มีการฝากครรภ์สม่ำเสมอตามนัดทุกครั้ง ได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่รวดเร็ว สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง หลักการรักษา คือ การลดความดันโลหิต ป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลว ป้องกันการชัก พิจารณายุติการตั้งครรภ์ เนื่องจากมีความดันโลหิตสูงจะทำให้เกิดอาการชัก เป็นอันตรายต่อมารดาและทารก[5] และหลักการพยาบาล เป้าหมายคือลดความรุนแรงของโรค ป้องกันไม่ให้โรครุนแรงมากขึ้น ป้องกันการเกิดภาวะชักหรือชักซ้ำ ป้องกันอันตรายของทารกในครรภ์[6] พยาบาลผู้ให้การดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะในการประเมินภาวะเสี่ยง การบริหารยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยา มีการวางแผนการตอบสนองของทีม รวมทั้งการขอความช่วยเหลือเพิ่มเติม เมื่อเกิดเหตุการณ์

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาบุคลากรในห้องคลอด โดยเพิ่มศักยภาพทั้งในด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ มีการฝึกซ้อมจำลองสถานการณ์สูติศาสตร์ฉุกเฉินทุกปี เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมที่รวดเร็ว สามารถช่วยเหลือผู้คลอดได้ทันท่วงที

2. พัฒนา/ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงให้ครอบคลุมประเด็นการประเมิน การเฝ้าระวัง ความถี่ของการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต สัญญาณเตือนถึงความรุนแรงของโรค เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลให้เป็นแนวทางเดียวกัน

3. นำเสนอผลการศึกษาต่อคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อรณรงค์เรื่องการฝากครรภ์คุณภาพ และการติดตามเฝ้าระวังในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง

เอกสารอ้างอิง

1. สุพัตรา ศิริโชติยกุล, ธีระ ทองสง. ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. ใน : ธีระ ทองสง, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: บริษัทลักษมีรุ่ง; 2564.
2. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ.2556-2558. แนวทางปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ [อินเตอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 9 กันยายน 2566] เข้าถึงได้จาก: http://www.rtcog.or.th/home/wp-content/uploads/2020/09/OB-018-การดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ.pdf
3. เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ. ครรภ์เป็นพิษและโรคพิษแห่งครรภ์ระยะชัก [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lessons/33344/

4. กรมอนามัย. สถิติสาธารณสุขอัตราส่วนการตายมารดาไทย. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยกระทวงสาธารณสุข; 2566.
5. รังสรรค์ เดชนันทพิพัฒน์, สุชยา ลือวรรณ. ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ [อินเตอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 3 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/topicreveiw/6655
6. สุรีย์พร กฤษเจริญ. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์. ใน: สุนันทา ยังวาณิชเศรษฐ์ และคณะ. การพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2562.