

กรณีศึกษา

กรณีศึกษาผู้คลอดเฉพาะรายเรื่อง การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์แฝดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงและผ่าตัดคลอด Case Study of Specific Patients Nursing Care of Twins Pregnancy with Severe Preeclampsia and Caesarean Section

รัตนา ด่านปรีดา¹

Ratana Danpreeda¹

บทคัดย่อ

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญพบได้บ่อย มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะชัก ถ้าไม่ได้รับการรักษาการดำเนินของโรคจะรุนแรงมากขึ้น ทำลายตับ ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของเอ็นไซม์ตับ ซึ่งจัดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากของหญิงตั้งครรภ์ เป็นสาเหตุการตายของมารดาและทารกโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้คลอดที่ภาวะเสี่ยง ด้วยอาการอื่นร่วมด้วยจากการศึกษาผู้คลอดครรภ์ที่ 2 ตั้งครรภ์แฝด อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง แกรับปากมดลูกเปิด 1 เซนติเมตร ได้รับยาป้องกันการชัก คือแมกนีเซียมซัลเฟต และยาลดความดันโลหิต

พยาบาลผู้ดูแลผู้คลอดจะต้องใช้ความรู้ ทักษะความชำนาญ ด้วยการประเมินที่รวดเร็วนำไปสู่การวินิจฉัยการวางแผน และปฏิบัติพยาบาลที่ครบถ้วน มีการประเมินซ้ำ ซึ่งทำให้พบว่าไม่มีความก้าวหน้าของการคลอด และเมื่อสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จึงรายงานสูติแพทย์พิจารณาวางแผนการคลอดให้สิ้นสุดโดยเร็ว สูติแพทย์จึงพิจารณายุติการตั้งครรภ์โดยผ่าตัดคลอด พยาบาลต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดี ให้ข้อมูลในเรื่องโรค ความก้าวหน้าของการคลอด แก่ผู้คลอดและญาติเป็นระยะ ทำให้ผู้คลอดและญาติเข้าใจ ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและดูแลตัวเองเป็นอย่างดี จึงทำให้ผ่านภาวะวิกฤติมาได้อย่างปลอดภัย จำหน่ายกลับบ้านพร้อมบุตรภายใน 5 วันของการคลอด

คำสำคัญ : ครรภ์แฝด, ผ่าตัดคลอด, ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

¹โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว

¹ Sa Kaeo Crown Prince Hospital

Abstract

Severe preeclampsia is an important complication which is often found. There is a high risk of seizures. If left untreated, its progression can destroy the neighboring organs, especially the liver. As a result, there is an increase in liver enzymes. This is a very serious complication of pregnancy which causes the death of the mother and infant, especially those who are also at risks with other symptoms. The study of this patient found that the complication during pregnancy is the second pregnancy with twins at 37 weeks and have a severe preeclampsia. The patient received an anti-seizure medication which is the magnesium sulfate, while the cervix is 1 centimeter dilated. If the pregnancy continues, the symptom will be worse. The doctor therefore decided to terminate the pregnancy by cesarean section which helped the mother deliver safely.

The teamwork of the caregivers which comprised of doctors, nurses, and staff at various levels helped provide a quick and effective care. This also included the cooperation of the patient and her family in the treatment and self-care which helped the patient to get through the crisis safely. The patient was allowed to visit the baby at the neonatal intensive care unit and returned home with the baby five days after giving birth.

Keywords: Caesarean section, Severe preeclampsia, Twin pregnancy.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้บ่อย มีความเสี่ยงสูงจากสถิติการตั้งครรภ์ทั่วโลกพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 5-10 และเป็นอันดับสามของมารดาเสียชีวิตรองจากภาวะตกเลือดหลังคลอดและการติดเชื้อ (Cunningham, Leveno, Bloom, Spong, Dashe, Hoffman, Casey, & Sheffield, et al., 2014) สำหรับประเทศไทย ในปีพ.ศ. 2557 พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 2.2 และจากข้อมูลสถิติของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 2557 รายงานว่าประเทศไทยมีอัตราการตาย 23.3 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน เมื่อจำแนกสาเหตุการตาย พบว่า ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นสาเหตุการตายในระยะคลอดอันดับที่สอง รองจากการตกเลือดหลังคลอด (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558). สาเหตุการเกิดของโรคยังไม่ทราบแน่ชัด ในปัจจุบันเชื่อว่าพยาธิสภาพที่สำคัญคือการลดลงของเลือดที่ไปเลี้ยงรก ซึ่งอาจเกิดจากการที่มีปริมาณ

รกมากผิดปกติ เช่นการตั้งครรภ์แฝด ทารกบวม น้ำ พยาธิสภาพส่วนใหญ่พบชัดเจนในผู้คลอด severe preeclampsia (ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง) ถ้าไม่ทราบหรือไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ การดำเนินของโรคจะรุนแรงและเกิดภาวะชักเกร็ง eclampsia (ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงที่มีภาวะชักเกร็ง) และ HELLP syndrome (กลุ่มอาการที่มีการทำงานของตับผิดปกติ) ทำให้อัตราการตายเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากการมีเลือดออกในสมองและหัวใจล้มเหลว ซึ่งเกิดขึ้นได้ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ทั้งยังเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในทารก เช่น การตายคลอด การบาดเจ็บและเสียชีวิตแรกคลอด อย่างไรก็ตามอันตรายต่อมารดาและทารกในครรภ์จะลดความรุนแรงลงได้ด้วยการวินิจฉัยที่รวดเร็ว จากการประเมินและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและอาการต่าง ๆ เช่น อาการนำสู่ภาวะชัก อาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาป้องกันการชักและยาลดความดันโลหิต ตลอดจนการเฝ้าติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ มีการประเมินซ้ำ รายงานแพทย์ได้ทันเวลา เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์และทารก ในครรภ์ (มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2554)

จากสถิติของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในระหว่างปี 2557-2560 มีการคลอดทั้งหมด 11,065 ราย พบผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ 361 รายคิดเป็นร้อยละ 3.26 โดยเป็นชนิด mild preeclampsia (ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดเป็นเล็กน้อย) 114 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.58 severe preeclampsia 225 รายคิดเป็นร้อยละ 62.33 eclampsia 22 รายคิดเป็นร้อยละ 6.09 และภาวะ HELLP syndrome 2 ราย เสียชีวิตจากภาวะชักมีเลือดออกในสมอง 1 ราย ถึงแม้ว่าภาวะนี้จะพบได้น้อยแต่มีความรุนแรงมากสำหรับผู้คลอด พยาบาลในห้องคลอด จึงจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะความชำนาญ ประเมินได้รวดเร็วถูกต้อง นำไปสู่การวินิจฉัย การวางแผนและปฏิบัติพยาบาลที่ครบถ้วน มีการประเมินซ้ำ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาจัดทำเอกสารทางวิชาการ ให้พยาบาลในห้องคลอดใช้เป็นแนวทางปฏิบัติ สามารถให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่จะนำไปสู่การเสียชีวิตหรือทุพพลภาพทั้งของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง
2. เพื่อลดภาวะการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด
3. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้คลอดในระยะก่อนคลอดและระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์แฝด การเตรียมผู้คลอดก่อนส่งผ่าตัด และการดูแลทารกแรกเกิด

วิธีดำเนินการศึกษา

1. เลือกปัญหาทางการพยาบาลที่ยุ่งยากและซับซ้อน เนื่องจากผู้คลอตรายนี้เป็นหญิงตั้งครรภ์แฝดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาถูกต้องและรวดเร็วแล้วการดำเนินของโรคจะรุนแรงมากขึ้นเกิดภาวะชักเกร็งและเกิดกลุ่มอาการที่มีการทำงานของตับผิดปกติ
2. รวบรวมข้อมูลตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งต้องใช้การประเมินที่ถูกต้อง แม่นยำ ครบคลุมและรวดเร็ว เนื่องจากเป็นผู้คลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและเสี่ยงสูงในระยะก่อนคลอด เพื่อนำข้อมูลทั้งหมดมาตั้งข้อวินิจฉัย วางแผนและปฏิบัติการพยาบาล ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด มีการประเมินซ้ำให้ได้ข้อมูลที่ต้องมาวางแผนกับทีมแพทย์และครอบครัว
3. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ในประเด็นความหมาย พยาธิสรีรวิทยา สาเหตุการเกิด อาการ อาการแสดง การวินิจฉัย การรักษา และการพยาบาล
4. ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางที่ดูแลรักษา พยาบาลที่มีความชำนาญในการดูแลผู้คลอด วิเคราะห์ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์
5. เรียบเรียงผลงานจากกรณีศึกษา โดยวิเคราะห์ปัญหา แก้ไขในประเด็นที่ยังไม่ครอบคลุม เพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้คลอดต่อไป
6. นำเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน ตรวจทาน แก้ไข และจัดพิมพ์เป็นรูปเล่มเผยแพร่

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา : หญิงไทย อายุ 24 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สถานภาพสมรส คู่ อาชีพค้าขาย ที่อยู่ในจังหวัดสระแก้ว

อาการสำคัญ : ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน : 5 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัวหรือจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ รับประทานยาแก้ปวด อาการพอทุเลา

: 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ และเจ็บครรภ์ ไม่มีน้ำเดิน เด็กดิ้นดี

ประวัติการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์และการคลอด : วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย 4 สิงหาคม 2559 เป็น 4 วัน คาดคะเนกำหนดคลอด 11 พฤษภาคม 2560

ครรภ์แรก ตั้งครรภ์ครบกำหนด คลอดปกติ ทารกเพศชาย น้ำหนักแรกเกิด 3,250 กรัม ปัจจุบันอายุ 5 ปี แข็งแรงดี

ครรภ์นี้เป็นครรภ์ที่ 2 ตั้งครรภ์แฝด ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 7 สัปดาห์ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วจำนวน 9 ครั้ง ฝากครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ น้ำหนักเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก 69

กิโกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร ผลการตรวจครรภ์ปกติ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 124-138 /84-85 มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจปัสสาวะ ปกติ ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก 2 เข็ม

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก VDRL, HIV, HbsAg ผล ปกติ, ความเข้มข้นของเลือดเท่ากับ 38 เปอร์เซนต์, เลือดกรุ๊ปบี อาร์เอชบวก

การประเมินสภาพผู้คลอดแรกรับ : 20 เมษายน 2560 เวลา 11.00 น. ครรภ์ที่ 2 ตั้งครรภ์แฝดอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ (จากวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย) รู้สึกตัวดี ปวดศีรษะตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ เจ็บครรภ์ทุก 3 นาที พบวามบริเวณขาทั้ง 2 ข้างและหน้าท้องกดบวม 3+ ตรวจโปรตีนในปัสสาวะ 3+ Deep tendon reflex 3+

การตรวจครรภ์ ระดับยอตมดลูก $\frac{3}{4}$ > สะดือ Twins A มีศีรษะเป็นส่วนนำ อัตราการเต้นของหัวใจ 158 ครั้ง/นาที และ Twins B มีก้นเป็นส่วนนำ อัตราการเต้นของหัวใจ 162 ครั้ง/นาที มดลูกหดรัดตัว Interval ทุก 3 นาที Duration 40 วินาที Severity +1

การตรวจภายใน ปากมดลูกเปิด 1 เซนติเมตร ความบาง 50% ผนังคร่ำยังอยู่ ระดับส่วนนำ -2 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 128 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 169/119 มิลลิเมตรปรอท

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติที่ผิดปกติ :

รายการ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ	
		20 เม.ย.60	21 เม.ย.60
Complete Blood count (CBC)			
Hemoglobin	130.0-180.0 gm/dl	13.6	10.7
Hematocrit	39.0-54.0 %	32	30
Platelet count	140,000-400,000 cell /mm ³	139,000	140,000
Prothrombin time (PT)	10.1-12.6 second	16.6	16.6
Partial Thomboplastin Time (PTT)	21.7-29.3 second	34.1	29.1
INR	2-4	1.45	1.45
Clinical Chemistry			
BUN	8-20 mg/dl	10	11
Creatinine	0.6-1.3 mg/dl	1.40	1.63
GFR	90-120 ml/mm	52.63	43.79
Alk. Phosphatase	32.92 IU/L	381	327
ALT (SGPT)	10-40 IU/L	371	186
AST (SGOT)	10-42 IU/L	306	157
magnesium	4.8-8.4 mg/dl	-	5.59
Urinalysis			
Urine Albumin	negative	3+	negative
Sp.gr	1.005-1.030	1.007	1.025

การวินิจฉัยโรคแรกรับ : G₂P₁₋₀₋₀₋₁ Twins with severe preeclampsia

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย : G₂P₁₋₀₋₀₋₁ Abnormal labour, C/S due to twins with severe preeclampsia

สรุปการรักษาของแพทย์และรายงานอาการ

วันที่/เวลา	สรุปการรักษาของแพทย์	สรุปรายงานอาการ
20 เม.ย.60 11.00 น	ระยะก่อนคลอด - รับไว้เพื่อทำการรักษาที่ห้องคลอด - งดน้ำและอาหารทุกชนิด - เจาะเลือดเพื่อส่งตรวจ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, LFT, PT, PTT, INR ชนิดด่วน - จ้องเลือดชนิด PRC 2 U - เก็บปัสสาวะตรวจโปรตีนในปัสสาวะ และส่งตรวจ	- แรกรับผู้คลอดรู้สึกตัวดี เจ็บครรภ์ทุก 3 นาที ปวดศีรษะตาพร่ามัวจนแน่นใต้ลิ้นปี่ ไม่มีอาการคลื่นไส้หรืออาเจียน บวมที่ขาทั้ง 2 ข้างและหน้าท้องกดบวม 3+ โปรตีนในปัสสาวะ 3+ DTR 3+ การตรวจครรภ์ ยอดมดลูก ¼> สะดือ Twins A ศีรษะเป็นส่วนนำ FHS 158 /m และ Twins B กันเป็นส่วนนำ FHS 162 /m มดลูกหดตัว In 3 นาที Du 40 วินาที Se +1 ตรวจภายใน Cx. 1 cm Eff 50 % MI Station -2 T = 37.1 °C P= 128 /m RR= 20 /m BP= 169/119 mmHg แจ้งให้ผู้คลอด NPO และเจาะเลือดส่งตรวจ และเตรียมเลือดชนิด PRC 2 U รายงานสูติแพทย์รับทราบ
11.10 น.	- ให้อาหาร Hydralazine 5 mg IV ทันที - ให้อาหาร 10% MgSO ₄ 5 gm IV ซ้ำ ๆ ภายใน 15 นาที หลังจากนั้นให้ 50% MgSO ₄ 10 gm ผสมใน 5%D/W 1,000 ml IV drip rate 100 ml/hr เพื่อควบคุมให้ BP< 160/110 mmHg RR > มากกว่า 12 /m และปัสสาวะออกมากกว่า 30 ml/hr - ให้ RLS 1,000 ml IV drip rate 80 ml/hr - ให้ออกซิเจนทางหน้ากากในอัตรา 10 L/M คงค่า O ₂ Sat > 98 % - ใส่สายสวนแบบคาสาย - ส่งตรวจอัลตราซาวด์ เพื่อประเมินอายุครรภ์ และค้นหาความผิดปกติของทารก	- ให้อาหารลดความดัน Hydralazine 5 mg IV ทันที หลังจากนั้น 5 นาที วัดความดันโลหิตพบว่าลดลงเป็น 137/111 mmHg ประเมิน DTR 3+ เริ่มให้อาหาร 10% MgSO ₄ 5 gm ฉีดเข้าหลอดเลือดซ้ำๆ ภายใน 15 นาที หลังจากนั้นให้ 50% MgSO ₄ 10 gm ผสมใน 5%D/W 1,000 ml IV drip ควบคุมการหยดโดยใช้ Infusion pump rate 100 ml/hr พร้อมต่อเส้นคู่ด้วย RLS 1,000 ml IV rate 80 ml/hr ให้ออกซิเจนทางหน้ากาก ในอัตรา 10 L/M วัด O ₂ Sat 98 % ใส่สายสวนแบบคาสายได้ปัสสาวะ 30 ml สีเหลืองใส เก็บปัสสาวะส่งตรวจ
11.40 น.	- ให้อาหาร Hydralazine 10 mg IV ทันที	- แพทย์ตรวจอัลตราซาวด์ประเมินอายุครรภ์ได้ 36 สัปดาห์ ไม่พบความผิดปกติ
12.00 น.		- 30 นาทีต่อมา BP เริ่มสูงขึ้นเป็น 175/120 mmHg ประเมิน DTR 3+ รายงานสูติแพทย์ มีคำสั่งให้อาหาร Hydralazine 10 mg IV ทันที หลังได้รับยา 10 นาที BP = 169/105 mmHg อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว

วันที่/เวลา	สรุปการรักษาของแพทย์	สรุปรายงานอาการ
15.00 น.	- เตรียมผ่าตัด C/S 15.00 น. เนื่องจาก twin with severe preeclampsia - เตรียมยา Nalador 500 µg/Amp และ สารน้ำชนิด 0.9 % NSS 500 ml ไปห้องผ่าตัด - เตรียมยา cefazolin 2 gm ไปห้องผ่าตัด - จองเลือดชนิด FFP 2 U ได้แล้วให้ทันที 1 ยูนิตในเวลา 15 นาที ในห้องผ่าตัด	ฉุกเฉินได้ลันปีหายไป เมื่อควบคุมความดันโลหิตได้ แล้วสูติแพทย์วางแผนให้เตรียมผ่าตัดคลอด ในเวลา 15.00 น. พร้อมเตรียมยา Nalador 500 µg/Amp และสารน้ำชนิด 0.9 % NSS 500 ml เพื่อใช้ฉุกเฉิน ป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด และเตรียม cefazolin 2 gm ไปฉีดที่ห้องผ่าตัด - ตามผลเลือด ก่อนเข้าห้องผ่าตัด Hct 32% เกล็ดเลือดต่ำ 139,000 cell/mm³ PT, PTT นานกว่าปกติ 16.6 และ 34.1 วินาที ตามลำดับ จึงต้องให้ FFP 1 U loading ในเวลา 15 นาที ก่อนไปห้องผ่าตัด - แพทย์ระงับความรู้สึกโดยทำ Spinal block ผู้คลอดรู้สึกตัวไม่มีอาการแสดงของการตกเลือด ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำลง ชีพจรเบาเร็ว กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น สัญญาณชีพปกติ P= 60-100 /m BP= 120/80 -195/220 mmHg สูญเสียเลือด ระหว่างผ่าตัด 700 ml ใช้เวลาในการผ่าตัดนาน 45 นาที ย้ายไปสังเกตอาการที่ห้องพักฟื้นประมาณ 1 ชั่วโมง มารดารู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ย้ายแผนก หลังคลอดสูตินรีเวชกรรมชั้น 4
16.00 น.	ระยะหลังคลอด - ให้ oxytocin 20 U ผสมใน 5% D/N/2 1,000 ml IV drip rate 40 ml/hr - ให้ 50% MgSO₄ 10 gm ผสมใน 5%D/W 1,000 ml IV drip rate 100 ml/hr โดยให้ยาทั้ง 2 ชนิดคู่กัน จนครบ 24 ชั่วโมง - ให้ยา Cefazolin 1 gm IV ทุก 6 ชั่วโมง จำนวน 4 dose - ให้ยา Transamine 250 mg IV ทุก 6 ชั่วโมง - ให้ยา morphine 3 mg IV ทุก 4 ชั่วโมง - ให้ยา Plasil 10 mg IV ทุก 6 ชั่วโมง ถ้าคลื่นไส้อาเจียน - เจาะเลือดตรวจหาระดับแมกนีเซียม ที่เวลา 21.00 น. - พรุ่งนี้จะเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, LFT, PT, PTT, INR ซ้ำ	- มารดาหลังผ่าตัดคลอด ไม่มีอาการนำชัก ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว หรือฉุกเฉินได้ลันปี DTR ที่ขา ทั้ง 2 ข้าง 2+ RR= 20-22 /m ปัสสาวะคาสายไหล สะดวกดี เป็นสีเหลือง ออกประมาณ 200 ml BPอยู่ระหว่าง 150/90-169/115 mmHg ได้รับยา oxytocin 20 U ผสมใน 5% D/N/2 1,000 ml IV drip rate 40 ml/hr พร้อมกับ 50% MgSO₄ 10 gm ผสมใน 5%D/W 1,000 ml IV drip rate 100 ml/hr โดยให้ ยาทั้ง 2 ชนิดคู่กัน ให้ยา Cefazolin, Transamine และ morphine ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ผลการตรวจหาระดับแมกนีเซียมที่เวลา 21.00 น. ได้ 5.1 mg/dl รายงานแพทย์รับทราบ

วันที่/เวลา	สรุปการรักษาของแพทย์	สรุปรายงานอาการ
21 เม.ย.60 10.00 น	- ให้อาหาร Pethidine 30 mg IV ทุก 4 ชั่วโมงถ้าปวดแผล - จิบน้ำได้ ตอนเที่ยงได้รับประทานอาหารเหลว - หยุดการให้อาหาร MgSO ₄ และถอดสายสวนปัสสาวะได้เมื่อครบ 24 ชั่วโมง	- หลังคลอดวันที่ 1 มารดารู้สึกตัวดี อ่อนเพลียเล็กน้อย ไม่ปวดศีรษะ ตาไม่พร่ามัว ปวดแผลเล็กน้อยพอทนได้ ปฏิเสธยาบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัดให้จิบน้ำ ท้องไม่อืด ตอนเที่ยงได้รับประทาน โอวัลติน สัญญาณชีพปกติ T = 36.9- 37.4 °C P= 98-108 /m RR= 20-22 /m BP= 150/100-160/100 mmHg หยุดให้อาหารและหลังถอดสายสวน เมื่อเวลา 15.00 น. ปัสสาวะได้เองปกติ ตามผลเลือด ค่าน้ำแข็ง Hct 30% เกล็ดเลือดสูงขึ้นกว่าเดิมเล็กน้อย 140,000 cell/mm ³ PT, PTT นานกว่าปกติ 16.6 และ 29.1 วินาที ตามลำดับแต่อาการทางคลินิกทั่วไปดี จึงไม่พิจารณาให้ส่วนประกอบของเลือด
22 เม.ย.60 10.00 น	- เปิดแผลทำความสะอาด - ให้รับประทานอาหารอ่อน - ให้อาหารรับประทานหลังอาหาร ดังนี้ Triferdine 1 เม็ดหลังอาหารเช้า FBC 1 เม็ดหลังอาหารเช้า - เย็น Tramol 1 เม็ดหลังอาหาร เช้า-กลางวัน-เย็น และ Cephalexine 1 เม็ดก่อนอาหาร เช้า-กลางวัน-เย็น ละก่อนนอน - อาหารธรรมดา	- หลังคลอดวันที่ 2 มารดารู้สึกตัวดี อ่อนเพลียเล็กน้อย ไม่ปวดศีรษะ ตาไม่พร่ามัว ท้องไม่อืดได้รับประทานข้าวต้ม และยาหลังอาหาร ถ่ายอุจจาระ 1 ครั้ง BP= เริ่มลดลงอยู่ระหว่าง 120/80-140/90 mmHg มดลูกหดตัวดี แผลผ่าตัดมีเลือดซึมด้านล่างแผลเล็กน้อยทำความสะอาดแผลแล้วปิดพลาสเตอร์กันน้ำ กระตุ้น ให้มารดาไปดูแลบุตรที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด
23 เม.ย.60 10.00 น	- แพทย์อนุญาตให้จำหน่ายกลับบ้านได้ - นัดตรวจติดตามอาการและเจาะเลือดตรวจ LFT, BUN, Cr 2 สัปดาห์ที่ รพ.สระแก้ว - ยาเดิมกลับไปรับประทานต่อที่บ้าน	- หลังคลอดวันที่ 3 ปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย น้ำคาวปลาออกปกติช่วยเหลือตัวเองพอได้ เต้านมไม่คัดตึง น้ำนมเริ่มไหล ได้รับ PRC ทั้งหมด 1 U และ FFP 2 U ระดับ platelet count 140,000 cell/mm ³ อาการทั่วไปปกติดี สูดแพทย์จำหน่ายมารดา รวมระยะเวลาอนโรพยาบาล 3 วัน จำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหลังคลอดและให้ลงไปอยู่ดูแลบุตรที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด

สรุปรายงานอาการทารกแรกเกิด

ทารกเพศชาย น้ำหนัก 2,570 กรัม แรกเกิดร้องและหายใจทันที อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 100 ครั้ง/นาที การเคลื่อนไหวของแขนขาดี สีผิวตามร่างกายแดง ส่วนปลายมือปลายเท้าเขียวเล็กน้อย กระตุ้นทารกด้วยการลูบหน้าอกเบาๆ และดูดนมด้วยลูกยางแดงให้ทางเดินหายใจโล่ง ทารกมีการตอบสนองดี APGAR Score ที่ 1 นาทีเท่ากับ 9 และที่ 5 นาทีเท่ากับ 10

ลักษณะใกล้เคียงกำหนด ทารกแฝดน้องคลอด เวลา 15.08 น. เพศชาย น้ำหนัก 2,450 กรัม แรกเกิดร้องและหายใจทันที อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 100 ครั้ง/นาที การเคลื่อนไหวของแขนขาดี สีผิวตามร่างกายเขียวเล็กน้อยส่วนปลายมือปลายเท้ายังเขียว กระตุ้นทารกด้วยการลูบหน้าอกเบาๆ และดูดนมด้วยลูกยางแดง ให้ทางเดินหายใจโล่ง ทารกมีการตอบสนองดี APGAR Score ที่ 1 นาทีเท่ากับ 8 และที่ 5 นาที เท่ากับ 10 ลักษณะใกล้เคียงกำหนดและน้ำหนักตัวน้อย ครบ 10 นาทีหลังการคลอด ทารกแฝดทั้งคู่แข็งแรงดี อัตราการเต้นของหัวใจแฝดพี่ 150 ครั้ง/นาที แฝดน้อง 146 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจแฝดพี่ 46 ครั้ง/นาที แฝดน้อง 50 ครั้ง/นาที อุณหภูมิกายแฝดพี่ 37.0 องศาเซลเซียส แฝดน้อง 36.9 องศาเซลเซียส นำทารกส่งสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดเนื่องจากมารดามีภาวะ severe preeclampsia ได้รับยา $MgSO_4$ เสียเลือดจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 800 มิลลิลิตร ความดันโลหิตขณะอยู่ในห้องผ่าตัด 140/100-160/110 มิลลิเมตรปรอท วันที่ 5 หลังคลอด ทารกแฝดพี่แข็งแรงดี ดูนมจากเต้ามารดาได้ดี ตัวเหลืองเล็กน้อย เจาะ Hct เท่ากับ 45% MB เท่ากับ 9.2 mg% ทารกแฝดน้องแข็งแรงดีพอควร ตัวไม่เหลือง ดูนมจากเต้ามารดาได้ดี Hct เท่ากับ 45% MB เท่ากับ 7.1 mg% แพทย์อนุญาตให้จำหน่ายกลับบ้าน

ระยะวิกฤติก่อนคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีโอกาสเกิดภาวะช็อกในระยะช่วงก่อนคลอด เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ตั้งครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์ 37 สัปดาห์
2. ความดันโลหิตสูง 150/100-175/119 มิลลิเมตรปรอท
3. ครรภ์แฝด มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่
4. ผลการตรวจปัสสาวะ urine albumin 3+

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะช็อก

เกณฑ์การประเมิน

1. ควบคุมความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 100/70-130/80 มิลลิเมตรปรอท
2. ไม่มีอาการนำสู่ภาวะช็อกได้ก่อน ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่
3. ไม่เกิดภาวะช็อก

กิจกรรมและเหตุผลทางการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้คลอดทราบถึงพยาธิสภาพของโรค อาการนำสู่ภาวะช็อก อันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการช็อกที่จะส่งผลแก่มารดาและทารกในครรภ์ ตลอดจนความจำเป็นในการให้ยา $MgSO_4$ และอาการข้างเคียงของการได้รับยา $MgSO_4$ ซึ่งอาจพบได้ เช่น อาการร้อนบริเวณที่ฉีด ร้อนวูบวาบทั่วตัว
2. ให้ผู้คลอดนอนพักในท่านอนตะแคงซ้าย เพื่อลดการกดทับที่บริเวณเส้นเลือดอินฟีริเอร์เวนาคาวา (inferior vena cava) ทำให้เลือดสามารถไหลเวียนเพิ่มขึ้นที่มดลูกและรก

3. ประเมินอาการนำสู่ภาวะชัก ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เห็นภาพไม่ชัด อาการปวดบริเวณใต้ลิ้นปี่ หรืออาการเจ็บชายโครงขวา ปฏิกริยาสะท้อนเร็วเกินไป 3+ ขึ้นไป ถ้าตรวจพบอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต้องรีบรายงานแพทย์

4. ให้ยา 10% $MgSO_4$ 5 กรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ๆ ภายใน 15 นาที และให้สารน้ำชนิด 5%D/W 1,000 มิลลิลิตร ผสมยา 50% $MgSO_4$ 10 กรัม หยดเข้าหลอดเลือดดำในอัตรา 100 มิลลิลิตร/ชั่วโมง เพื่อป้องกันการชัก และสังเกตอาการไม่พึงประสงค์ของยาเช่น อัตราการหายใจน้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิเมตร/ชั่วโมง deep tendon reflex น้อยกว่า 2+ ถ้าตรวจพบอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต้องรีบรายงานแพทย์ หยุดการให้ยา

5. ให้ยา Hydralazine 5 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ และติดตามการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตทุก 5 นาที ถ้าความดันโลหิต systolic มากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิต diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท ให้รายงานแพทย์เพื่อเพิ่มปริมาณขนาดของยาจาก 5 มิลลิกรัมเป็น 10 มิลลิกรัม ตามแผนการรักษาเพื่อลดความดันโลหิต

6. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ความดันโลหิต ชีพจรและการหายใจ อาการปวดศีรษะ ทุก 1 ชั่วโมง และรายงานแพทย์เมื่ออาการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลงกว่าเดิม

7. ตรวจและบันทึกการได้รับสารน้ำ และปริมาณปัสสาวะ โดยเฉพาะตรวจสอบปริมาณน้ำปัสสาวะทุกชั่วโมง เพราะยาจะถูกขับออกจากร่างกายทางไต ถ้าไตทำงานผิดปกติจะทำให้มีการคั่งของยาในร่างกาย

8. เตรียมยา 10% Calcium gluconate 10 กรัม ไว้ให้พร้อมโดยฉีดเข้าหลอดเลือดดำช้า ๆ ถ้าพบการหายใจและการทำงานของหัวใจถูกกดจาก $MgSO_4$ เพราะเป็นยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทและกล้ามเนื้อลาย

9. จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพักผ่อน ทำกิจกรรมต่าง ๆ บนเตียง เพื่อให้สามารถพักผ่อนได้เต็มที่ ช่วยลดความดันโลหิตและป้องกันการเกิดอาการชัก ไม่ปล่อยให้ย้อยตามลำพัง เพราะอาการชักอาจเกิดขึ้นได้ ขณะอยู่บนเตียงต้องยกไม้กั้นเตียงทั้ง 2 ข้างขึ้น เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการตกเตียง

10. เตรียมอุปกรณ์และทีมช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม เพื่อช่วยเหลือได้ทันทีเมื่อมีอาการชัก ได้แก่ ไม้กดลิ้น เครื่องดูดเสมหะ

11. ให้น้ำและอาหาร เพื่อเตรียมความพร้อมกรณีต้องยุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอดและป้องกันการสูญเสียน้ำจากภาวะชัก

12. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินความรุนแรงของโรคและความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ HELLP Syndrome ได้แก่ เม็ดเลือดแดงแตกง่ายทำให้เกิดภาวะซีด ระดับเอนไซม์ตับในเลือดเพิ่มสูงขึ้นทำให้ตัวเหลือง และเลือดออกง่ายจากภาวะเกล็ดเลือดต่ำ

การประเมินผล

หลังจากได้รับยา $MgSO_4$ และยา Hydralazine ตามแผนการรักษาความดันโลหิต 150/80 – 180/100 มิลลิเมตรปรอท อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว และจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ลดลง ไม่เกิดภาวะชัก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกในสมอง เนื่องจากความดันโลหิตสูงและมีเกล็ดเลือดต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ความดันโลหิตสูง 200/130 mmHg
2. มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่
3. เกล็ดเลือดต่ำ 139,000 เซลล์ / ลูกบาศก์มิลลิเมตร

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง

เกณฑ์การประเมิน

1. ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการง่วงซึมหรือปลุกไม่ตื่น หรือเชื่องช้าผิดปกติจากภาวะปกติพูดไม่ชัด ปวดศีรษะอย่างรุนแรง
2. ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 100/70-140/90 มิลลิเมตรปรอท
3. ระดับเกล็ดเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 140,000-400,000 เซลล์ / ลูกบาศก์มิลลิเมตร

กิจกรรมและเหตุผลทางการพยาบาล

1. ให้ผู้คลอดนอนพักในท่านอนตะแคงซ้าย เพื่อให้มีการไหลเวียนเลือดเพิ่มขึ้นที่มดลูกและรกทำกิจกรรมต่าง ๆ บนเตียง (absolute bed rest)
2. ประเมินอาการเปลี่ยนแปลง โดยประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการปวดศีรษะ ความดันโลหิต อัตราการหายใจและชีพจร ทุก 1 ชั่วโมง รายงานแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงในทางที่เลวลงกว่าเดิม เพื่วางแผนในการรักษาและให้การแก้ไขทันเวลา
3. ให้ได้รับยาลดความดันโลหิต hydralazine 5 มิลลิกรัมฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาเพื่อลดความดันโลหิต และสังเกตอาการข้างเคียงหลังให้ยา เช่น ความดันโลหิตลดต่ำลงอย่างรวดเร็ว ใจสั่น มึนงง คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น
4. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อให้ผู้คลอดได้รับการพักผ่อน เตรียมอุปกรณ์การช่วยเหลือได้ทันทีที่มีอาการชัก ได้แก่ ไม้กดลิ้น เครื่อง suction เตรียมทีมช่วยฟื้นคืนชีพ รวมทั้งป้องกันการตกเตียงเมื่อเกิดภาวะชัก หรือไม่รู้สึกตัว
5. ติดตามผลการตรวจ platelet, PT, PTT เพื่อประเมินการแข็งตัวของเลือด

การประเมินผล

ประมาณ 10 นาที หลังได้รับยาลดความดันโลหิต hydralazine 5 มิลลิกรัม เพื่อลดความดัน ผู้คลอดมีความดันโลหิตลดลงจาก 169/119 มิลลิเมตรปรอท เป็น 146/117 มิลลิเมตรปรอท หลังจากนั้นประมาณ 30 นาที ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นเป็น 175/120 มิลลิเมตรปรอท รายงานแพทย์ ให้เพิ่มขนาดยา hydralazine จาก 5 มิลลิกรัม เป็น 10 มิลลิกรัม จึงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ อยู่ระหว่าง 153/85 – 169/106 มิลลิเมตรปรอท ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการง่วงซึมหรือปลุกไม่ตื่น หรือเชื่องช้าผิดปกติ พูดไม่ชัด ปวดศีรษะลดลงไม่มีภาวะเลือดออกในสมอง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีโอกาสเกิด Hypermagnesemia และอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา $MgSO_4$ ($MgSO_4$ toxicity)

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้คลอดตั้งครรภ์แฝด
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น severe preeclampsia และได้รับยา $MgSO_4$ เพื่อป้องกันการชัก

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้คลอดปลอดภัย ไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา $MgSO_4$

เกณฑ์การประเมิน

1. อัตราการหายใจไม่น้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที
2. ปัสสาวะออกไม่น้อยกว่า 25 มิลลิเมตร/ชั่วโมง
3. deep tendon reflex absent

กิจกรรมและเหตุผลทางการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้คลอดและญาติเข้าใจถึงเหตุผลและขั้นตอนการให้ยา รวมทั้งผลข้างเคียงที่อาจเกิดได้จากยา เช่น อาการร้อนบริเวณที่ฉีด ร้อนวูบวาบทั่วตัว รวมทั้งอาจมีอาการคลื่นไส้อาเจียนขณะได้รับยา
2. ควบคุมให้ได้รับปริมาณยา $10\% MgSO_4$ 5 กรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดช้า ๆ ภายใน 15 นาที หลังจากนั้นให้ $50\% MgSO_4$ 10 กรัม ผสมใน $5\%D/W$ 1,000 มิลลิลิตร ให้หยดเข้าหลอดเลือดดำ ควบคุมการหยดโดยใช้ Infusion pump ในอัตรา 100 มิลลิลิตร / ชั่วโมง เพื่อให้ได้ปริมาณยาตามแผนการรักษาและเนื่องจากเป็นยาในกลุ่ม High Alert Drug
3. ปฏิบัติตามแนวทางเพื่อป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากยา ($MgSO_4$ toxicity) ดังนี้
 - ประเมินอัตราการหายใจ ทุก 1 ชั่วโมง ถ้าอัตราการหายใจน้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที ต้องหยุดให้ยา และรายงานแพทย์
 - ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ตวงและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร หรือภายใน 4 ชั่วโมงออกน้อยกว่า 100 มิลลิลิตร รายงานแพทย์
 - ประเมินปฏิกิริยาตอบสนองเฉียบพลันของเอ็นลิก DTR ทุก 1 ชั่วโมง ถ้าน้อยกว่า 2+ ต้องรายงานแพทย์ทันที หรือเท่ากับ 0 ต้องหยุดยาทันที

เนื่องจากยาจะออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง และกดกล้ามเนื้อเรียบ กล้ามเนื้อลาย และกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งอาจกดศูนย์การหายใจและเนื่องจาก $MgSO_4$ เกือบทั้งหมดขับออกทางไต ถ้าปัสสาวะออกน้อยลง ระดับยาจะยังคงสูงอยู่ในเลือดโอกาสเกิด $MgSO_4$ toxicity จะเพิ่มมากขึ้น

4. สังเกตอาการของการได้รับยา มากเกินไป หรือติดตามระดับแมกนีเซียมในเลือด ได้แก่อารมณ์ร้อนวูบวาบ เหงื่อออก ความดันโลหิตลดลง การหายใจช้าลง ซึม ไม่มีแรง อ่อนปวกเปียก DTR ลดลง ต้องรีบรายงานแพทย์ และเตรียมยาแก้ไข ได้แก่ $10\% Calcium Gluconate$ 10 มิลลิลิตร ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำช้า ๆ ประมาณ 3-5 นาที

5. เตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม

การประเมินผล

หลังได้รับยา $MgSO_4$ 30 นาที่ ตรวจ DTR 3+ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที และเมื่อสังเกตอาการครบ 1 ชั่วโมงหลังจากได้รับยา DTR 2+ อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ปัสสาวะออก 340 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

ระยะคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้คลอดมีโอกาสตกเลือดขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ตั้งครรภ์แฝดมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์อย่างรุนแรง
2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนผ่าตัด เกล็ดเลือดต่ำ Platelet count 139,000 cell/mm³ ค่าระยะเวลาที่เลือดจะแข็งตัวนานกว่าปกติ PT 16.6 second PTT 34.1 second และค่อนข้างซีด Hct 32%
3. ได้รับยา $MgSO_4$ และจะต้องได้รับอย่างต่อเนื่องจนครบ 24 ชั่วโมงหลังทารกคลอด

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้คลอดเสียเลือดจากการคลอดไม่เกิน 1,000 มิลลิลิตร
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกาย 37-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจรไม่เกิน 120 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/70-140/90 มิลลิเมตรปรอท
3. มดลูกหดรัดตัวดี เป็นก้อนแข็ง ระดับยอดมดลูกไม่เกินระดับสะดือ
4. ไม่มีอาการแสดงของการตกเลือด เช่น ความดันโลหิตต่ำลง ชีพจรเบาเร็ว กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น เป็นต้น

กิจกรรมและเหตุผลทางการพยาบาล

1. เตรียมเลือดสำรอง เพื่อสามารถขอใช้ได้ทันที (PRC 2 ยูนิต, FFP 2 ยูนิต) ในกรณีที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด
2. เตรียมยา Nalador 500 ไมโครกรัม/เดซิลิตร และสารน้ำชนิด 0.9 % NSS 500 มิลลิลิตร ไปห้องผ่าตัด
3. ให้การพยาบาลระหว่างให้ FFP 1 ยูนิต ตามแนวทางปฏิบัติก่อนไปห้องผ่าตัดดังนี้
 - ตรวจสอบชื่อ-สกุล ชนิดของส่วนประกอบของเลือดและหมู่เลือด ของผู้คลอดให้ตรงกัน
 - วัดสัญญาณชีพก่อนให้เลือด และหลังให้เลือดทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง และ 1 ชั่วโมงถ้าปกติคงที่ ให้วัดทุก 4 ชั่วโมง
4. กระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกโดยให้ oxytocin 20 ยูนิต ผสมใน 5% D/N/2 1,000 มิลลิลิตร หยดเข้าหลอดเลือดดำในอัตรา 40 มิลลิลิตร/ชั่วโมง พร้อมกับให้ 50% $MgSO_4$ 10 กรัม ผสมใน 5%D/W

1,000 มิลลิลิตร ให้หยดเข้าหลอดเลือดดำในอัตรา 100 มิลลิลิตร/ชั่วโมง โดยให้ยาทั้ง 2 ชนิดคู่กันจนครบ 24 ชั่วโมง

5. ใส่สายสวนปัสสาวะค้างก่อนไปผ่าตัด เพื่อไม่ให้กระเพาะปัสสาวะเต็ม เนื่องจากจะขัดขวางการหดตัวของมดลูก ตรวจสอบการหัก งอ พับของสายสวนปัสสาวะ เพื่อให้ปัสสาวะไหลสะดวก

6. ประเมินสัญญาณชีพตามแนวทางการดูแล ทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมง และทุก 30 นาทีใน 1 ชั่วโมงที่ 2 หลังจากนั้นประเมินทุก 1 ชั่วโมง จนอาการคงที่

7. เตรียมอุปกรณ์และทีมแพทย์พยาบาลในการช่วยเหลือมารดาและทารกในภาวะฉุกเฉิน

การประเมินผล

แพทย์รับความรู้สึกผู้คลอดก่อนผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยทำ spinal block ผู้คลอดรู้สึกตัว ไม่มีอาการแสดงของการตกเลือด ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำลง ชีพจรเบาเร็ว กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น สัญญาณชีพปกติ ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/80 -195/220 มิลลิเมตรปรอท สูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 700 มิลลิลิตร ใช้เวลาในการผ่าตัดนาน 45 นาที ย้ายไปสังเกตอาการที่ห้องพักรฟื้นประมาณ 1 ชั่วโมง มารดารู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ย้ายแผนกหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้คลอดวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนและการผ่าตัดคลอด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้คลอดตั้งครรภ์แฝด
2. มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง มีโอกาสเกิดภาวะชักเกร็งและเกิดกลุ่มอาการที่มีการทำงานของตับผิดปกติ
3. แพทย์พิจารณายุติการตั้งครรภ์โดยผ่าตัดคลอด
4. ได้รับยาป้องกันการชัก $MgSO_4$
5. ผู้คลอดไม่เคยได้รับการผ่าตัด มีสีหน้าวิตกกังวล ถามพยาบาลว่า“จะเป็นอันตรายหรือไม่?”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้คลอด
2. เพื่อให้ผู้คลอดให้ความร่วมมือในการเตรียมผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้คลอดมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล
2. ผู้คลอดเข้าใจ ยอมรับ และให้ความร่วมมือในการผ่าตัดคลอด

กิจกรรมและเหตุผลทางการพยาบาล

1. ประสานกับแพทย์เพื่อให้อธิบายให้ผู้คลอดและญาติเข้าใจถึงสถานะของโรค สถานะของทารกในครรภ์ เหตุผลในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การใช้ยาระงับความรู้สึกพร้อมทั้งลงนามยินยอมให้ทำการผ่าตัด

2. อธิบายการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด ได้แก่ การหายใจและการไออย่างถูกวิธี การผ่อนคลายหรือบรรเทาความเจ็บปวดแผลผ่าตัด การลุกนั่งและทำกิจกรรมต่าง ๆ ตลอดจนการสังเกตอาการ ผิดปกติที่จะเกิดขึ้น

3. เปิดโอกาสผู้คลอดและญาติได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อลดความวิตกกังวล เกิดความสบายใจและมั่นใจในการรักษา

4. ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด รับฟังและพร้อมที่จะช่วยแก้ปัญหาต่าง ๆ

การประเมินผล

ผู้คลอดมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล รับฟังคำอธิบายถึงเหตุผลในการผ่าตัดคลอด และคำแนะนำตามแนวทางการรักษา เช่นยินยอมให้ผ่าตัดคลอดและให้ความร่วมมือในการเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ทารกแฝดมีโอกาสดังภาวะ birth asphyxia (ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด) เนื่องจากผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์
ชนิดรุนแรงและได้รับยา $MgSO_4$

ข้อมูลสนับสนุน

1. ตั้งครรภ์แฝดมีภาวะ severe preeclampsia ทำให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงร่น้อยลง
2. ผู้คลอดได้รับยา $MgSO_4$ ก่อนคลอด
3. ผู้คลอดมีภาวะซีดก่อนผ่าตัด ระดับความเข้มข้นของเลือด Hct เท่ากับ 32%

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ทารกแฝดมีสุขภาพแข็งแรงเมื่อแรกคลอด

เกณฑ์การประเมิน

1. ผลการประเมินสุขภาพของทารกในครรภ์ ด้วยเครื่องติดตามการเต้นของหัวใจและการหดตัวของมดลูก (Electronic Fetal Monitoring : EFM) ปกติ
2. ทารกแรกเกิดมีคะแนน APGAR Score ที่ 1 นาทีมากกว่า 7 คะแนน

กิจกรรมและเหตุผลทางการพยาบาล

1. ให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้าย เพื่อลดการกดทับที่บริเวณเส้นเลือดอินฟีเรีย เวนาคาวา (inferior venacava) ทำให้เลือดสามารถไหลเวียนเพิ่มขึ้นที่มดลูกและรก
2. ให้ออกซิเจนทางหน้ากากในอัตรา 10 ลิตร/นาที เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนแก่ทารกในครรภ์
3. Monitoring FHS อย่างใกล้ชิดเพื่อประเมินสภาพทารกในครรภ์
4. เตรียมอุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดให้พร้อมใช้หากทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจนหรือต้องมีการช่วยฟื้นคืนชีพ
5. อธิบายอาการและสภาพทารกแรกเกิดให้ผู้คลอดทราบ เพื่อลดความวิตกกังวล
6. ประสานกับพยาบาลหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด เพื่อส่งต่อทารกไปดูแลต่อเนื่อง

การประเมินผล

ผลการประเมินสุขภาพของทารกในครรภ์ด้วยเครื่องติดตามการเต้นของหัวใจและการหดตัวของมดลูก (Electronic Fetal Monitoring : EFM) ปกติ อัตราการเต้นของหัวใจ เต็มสม่ำเสมอ 130-150 ครั้ง/นาที ทารกแฝดที่คลอด เวลา 15.07 น. เพศชาย น้ำหนัก 2,570 กรัม APGAR Score ที่ 1 นาที เท่ากับ 9 และที่ 5 นาที เท่ากับ 10 ลักษณะใกล้เคียงกำหนด ทารกแฝดน้องคลอด เวลา 15.08 น. เพศชาย น้ำหนัก 2,450 กรัม APGAR Score ที่ 1 นาทีเท่ากับ 8 และที่ 5 นาที เท่ากับ 10 ลักษณะใกล้เคียงกำหนดและน้ำหนักตัวน้อย

ระยะหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 ผู้คลอดมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตร เนื่องจากบุตรต้องแยกไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้คลอดมีสีหน้าวิตกกังวล เมื่อถูกต้องไปสังเกตอาการต่อที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด
2. ทารกคู่นี้ ต้องไปสังเกตอาการต่อที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด เนื่องจากมารดามีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง และได้รับยา $MgSO_4$

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้คลอดคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตร

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้คลอดมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล
2. ผู้คลอดมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของบุตร

กิจกรรมและเหตุผลทางการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้คลอด แสดงท่าทางเป็นมิตร และเปิดโอกาสให้ผู้คลอดซักถามหรือระบายความในใจตามต้องการ
2. อธิบายผู้คลอดให้รับทราบอาการของบุตรและสาเหตุที่ต้องนำบุตร (แฝดน้อง) ไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด เนื่องจากคลอดทารกแฝด ก่อนคลอดมารดาได้รับยา และแฝดน้องมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำเป็นต้องได้รับการตรวจอาการจากกุมารแพทย์
3. นำบุตรมาให้ผู้คลอดได้ดูอาการ และโอบกอดก่อนนำไปส่งที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด
4. ให้ข้อมูลของทารกแก่สามีของผู้คลอด เกี่ยวกับการเข้าเยี่ยมบุตรที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด

การประเมินผล

ผู้คลอดมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล และรับทราบ

สรุปกรณีศึกษา

หญิงไทย สถานภาพสมรสคู่ อายุ 24 ปี ตั้งครรภ์ที่ 2 ครรภ์แฝด อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ รับไว้ในโรงพยาบาลระหว่างวันที่ 20-23 เมษายน 2560 ด้วยอาการ 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการปวด

ศิริชะ ตาพรำมัวจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ เริ่มเจ็บครรภ์ ไม่มีน้ำเดิน เด็กดันดี รับไว้ในห้องคลอดวันที่ 20 เมษายน 2560 เวลา 11.00 น. แพทย์วินิจฉัยเป็น Twins with severe preeclampsia ให้การรักษาโดยให้ยา $MgSO_4$ เพื่อป้องกันการชักและได้ให้การพยาบาลโดยติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ประเมินภาวะความรุนแรงของโรค การประเมินอาการนำสู่ภาวะชัก การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา และเฝ้าติดตามสภาพทารกในครรภ์ ส่งผ่าตัดคลอดทารกแฝด แผลที่คลอด เวลา 15.07 น. เพศชาย น้ำหนัก 2,570 กรัม แรกเกิดแข็งแรง ลักษณะใกล้เคียงกำหนด มีการตอบสนองดี APGAR Score ที่ 1 นาทีเท่ากับ 9 และที่ 5 นาที เท่ากับ 10 แผลน้องคลอด เวลา 15.08 น. เพศชาย น้ำหนัก 2,450 กรัม ลักษณะใกล้เคียงกำหนดและน้ำหนักตัวน้อย มีการตอบสนองดี APGAR Score ที่ 1 นาทีเท่ากับ 8 และที่ 5 นาที เท่ากับ 10

จากการศึกษาผู้คลอดรายนี้พบว่า ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ คือเป็นครรภ์แฝดและมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ได้รับยาป้องกันการชัก คือแมกนีเซียมซัลเฟต ปากมดลูกเปิด 1 เซนติเมตร ซึ่งถ้าปล่อยให้ดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไป อาการของโรคจะรุนแรงขึ้น แพทย์จึงพิจารณายุติการตั้งครรภ์โดยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จึงทำให้ผู้คลอดและทารกผ่านระยะคลอดไปได้อย่างปลอดภัย การทำงานเป็นทีมของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลด้านสุขภาพอันหมายถึง แพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่ระดับต่าง ๆ ให้การดูแลรักษาผู้คลอดอย่างรวดเร็วใกล้ชิด และมีประสิทธิภาพ รวมไปถึงตัวผู้คลอดและญาติ ได้ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและดูแลตัวเองเป็นอย่างดี จึงทำให้ผ่านภาวะวิกฤติมาได้อย่างปลอดภัย จนแพทย์ได้อนุญาตจำหน่ายและให้ลงไปด้วยบุตรที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดได้ภายใน 3 วัน และกุมารแพทย์ได้จำหน่ายให้มารดาและทารกกลับบ้านได้ภายใน 5 วัน

ข้อเสนอแนะ

1. ถ้าผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง เกิดภาวะชักขณะตั้งครรภ์จะทำให้มารดาและทารกเป็นอันตรายถึงชีวิต ดังนั้นพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้คลอดจำเป็นต้องมีความรู้ โดยเฉพาะในเรื่องการประเมิน เช่นอาการนำของภาวะชัก ผลทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่แสดงถึงการดำเนินของโรคที่รุนแรงขึ้นเกิดภาวะ HELLP syndrome (กลุ่มอาการที่มีการทำงานของตับผิดปกติ) อาการไม่พึงประสงค์จากยาป้องกันการชักและยาลดความดันโลหิต และทักษะในการซักประวัติ ค้นหาปัญหา ตั้งแต่แรกเริ่มผู้คลอด เพื่อตั้งข้อวินิจฉัยในการวางแผนและให้การพยาบาล ประเมินซ้ำ เพื่อป้องกันและการรักษาโรคได้เร็ว

2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรภายในทีมงานอยู่เสมอ ทั้งในระดับหน่วยงานและระดับเครือข่ายงาน (ทีมงานทางคลินิก PCT : Patient Care Team) เพื่อคุณภาพบริการ ตลอดจนมีการฝึกฝนด้วยการจำลองสถานการณ์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมที่รวดเร็ว สามารถช่วยเหลือผู้คลอดและทารกได้ทัน่วงที

เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ ฉันทะนวมงคล. (2556). *การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม นรีเวช และศัลยกรรม*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : จามจุรีโปรดักท์ จำกัด.
- ฉวี เบาทรวง. (2555). *การพยาบาลสตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์*. ใน นันทพร แสนศิริพันธ์ และฉวี เบาทรวง (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผดุงครรภ์ เล่ม 3 สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน*. เชียงใหม่ : ครองช้าง พรินท์ติ้ง จำกัด.
- ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์. (2560). ครรภ์แฝด. ใน ประภัทร วานิชพงษ์พันธ์, กุศล รัศมีเจริญ และตรีภพ เลิศบรรณพงษ์ (บรรณาธิการ), *ตำราสูติศาสตร์*. (หน้า 201-210). กรุงเทพฯ : ภาควิชาสูติศาสตร์ นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด.
- ดวงสิทธิ์ วัฒนการ. (2560). ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. ใน ประภัทร วานิชพงษ์พันธ์, กุศล รัศมีเจริญ และตรีภพ เลิศบรรณพงษ์ (บรรณาธิการ), *ตำราสูติศาสตร์*. (หน้า 166-174). กรุงเทพฯ : ภาควิชาสูติศาสตร์นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด.
- ปวิตร สุจริตพงศ์. (2560). สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด. ใน ประภัทร วานิชพงษ์พันธ์, กุศล รัศมีเจริญ และตรีภพ เลิศบรรณพงษ์ (บรรณาธิการ), *ตำราสูติศาสตร์*. (หน้า 390-396). กรุงเทพฯ : ภาควิชาสูติศาสตร์นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด.
- ปราณี ทุไฟเราะ. (2556). *คู่มือยา*. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ : NP Press Limited Partnership.
- ปัญญา สนั่นพานิชกุล. (2558). *ความเข้าใจและแนวคิดเกี่ยวกับภาวะครรภ์เป็นพิษในปัจจุบัน*. ศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า ปีที่ 32 : 370-371.
- มาลีวัล เลิศสาครศิริ. (2554). *การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน ฉบับปรับปรุง*. กรุงเทพฯ : วิทยาลัยเซนต์หลุยส์.
- ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2558). *การดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ*. สืบค้นเมื่อ 25 เมษายน, 2560, จาก http://inspection.anamai.moph.go.th/storage/web/uploads/docs/g1/JP03_OB018_ManagementOfPreeclampsiaAndEclampsia.pdf
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2558). *สถิติสาธารณสุขพ.ศ.2557*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- Cunningham, F.G., Leveno, K.L., Bloom, S.T., Spong, C.Y., Dashe, J.S., Hoffman, B.L., Casey, B.M., & Sheffield, J.S. (2014). Hypertensive disorders in pregnancy. In *Williams Obstetrics (24th ed.)*. Boston: McGraw-Hi

