

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

ปรียา สุวนิช

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี

บทคัดย่อ

ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย และเป็นสาเหตุสำคัญอันดับสองของการเสียชีวิตและทุพพลภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารก ภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์สามารถพัฒนาความรุนแรงของโรคได้ถึงขั้นเสียชีวิต สตรีตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ชัก เกิดภาวะของโรคหลอดเลือดสมองอย่างฉับพลัน ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ภาวะผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด เลือดออกในสมอง ตับวาย ไตวาย และกลุ่มอาการ HELLP นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในทารก เช่น การตายคลอด การบาดเจ็บและการเสียชีวิตแรกคลอด ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขเนื่องจากต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเพื่อดูแลผู้รับบริการกลุ่มนี้เป็นจำนวนมาก พยาบาลจึงต้องใช้ความรู้ในการประเมิน การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และให้การพยาบาล เพื่อให้อาการของภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นจึงศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ เป็นการเปรียบเทียบกรณีศึกษา (Case study) จำนวน 2 ราย เพื่อแสดงให้เห็นแนวทางการพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะทางอายุรกรรมด้วยอย่างชัดเจน

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 และ 2 มีภาวะภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ สิ่งที่แตกต่างคือกรณีศึกษารายที่ 2 อายุครรภ์ไม่ครบกำหนดคลอด และอาการของโรคพัฒนาเป็นกลุ่มอาการ Hemolytic anemia Elevated Liver enzyme Low Platelet count (HELLP syndrome) ซึ่งมีความรุนแรงมากขึ้น นอกจากการป้องกันภาวะชัก และตกเลือดหลังคลอดทั้งสองราย จึงจำเป็นต้องให้ยา Steroid แก่ผู้คลอดเพื่อกระตุ้นการสร้าง surfactant ของปอดทารก ก่อนยุติการตั้งครรภ์ด้วยการผ่าตัดคลอด ซึ่งภายหลังที่ผู้คลอดได้รับการพยาบาล พบว่าผู้คลอดไม่มีภาวะชัก ตกเลือดหลังคลอด หรือได้รับอันตรายรุนแรงจนกระทั่งพิการหรือเสียชีวิต จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่การประเมินแรกรับ การวางแผน การให้การปฏิบัติทางการพยาบาล ประเมินผล โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งสามารถนำมาเป็นแนวทางในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ การพยาบาลผู้คลอด, ภาวะความดันโลหิตสูง

Abstract : Nursing Care for Mother with Pregnancy Induced Hypertension

Preeya Suvanich B.N.S

Department of Obstetrics – Gynecology, Nursing Service Organization, ChonBuri Hospital

Background: Hypertension during pregnancy is a serious complication in obstetrics that causes an increase in the amount of disabled and deceased. A nurse who provides nursing care must have knowledge and competencies for patients safety, continually notice the patient's changing symptoms and a nurse must practice nursing process in the most technically correct ways, such as observation, analysis and provide nursing care effectively and correctly in practical terms and nursing care. These skills reduce complication and dangerous signs to the pregnant women and infant. This study shows a comparison of nursing care for mother with Pregnancy Induced Hypertension 2 cases.

Results of study : (Case 1) Thai female, Primigravida, 38 years old, coming to the hospital with GA 38⁺² wks. with labor pain with hypertension BP 161/112 mmHg. Doctors diagnosed severe PIH and admitted to Chonburi Hospital from June 12, 2017 to June 14, 2017. In attend room, the range of blood pressure were 161/112 mmHg. to 187/119 mmHg. Then, the doctor ordered 50% MgSO₄ 5 gm + 0.9% NaCl 100 ml IV drip in 30 min then 50% MgSO₄ 20 gm + 0.9% NaCl 1,000 ml IV drip 50 ml /hr. Pregnant woman received electronic fetal monitoring and the range of fetal heart rate (FHR) 130-140/min. Pregnant woman with a MgSO₄ Infusion should be closely monitored by nurse. Nursing care of monitoring pregnant woman with a MgSO₄ Infusion were preventing leakage from the blood vessels to the surrounding tissue, monitoring blood pressure, monitoring FHR, and observing side effect of MgSO₄. In this case, the blood pressure was reduced after receiving MgSO₄ and no side effect of MgSO₄. Finally, this case had vaginal delivery with vacuum extraction and discharge June 14, 2017.

Both case study 1 and 2 had severe pregnancy induce hypertension. Differently, in case study 2, patient was preterm pregnancy and symptoms of the disease developing to Hemolytic anemia Elevated Liver enzyme Low Platelet count (HELLP syndrome). Therefore, More violent In addition to preventing seizures and postpartum hemorrhage, it was necessary to give steroid for pregnant woman to stimulate the surfactant in infant's

lungs before terminate labor with cesarean section. After nursing care was found pregnant woman not seizures, Postpartum hamorrhage or severe harm until death or disability. This study shows that nurses play an important role in caring the first assessment, planning, nursing implementation, evaluation by evident base practice. This can be used as the guideline for the caring Effectively pregnancy induce hypertension.

Keywords : Nursing care pregnancy, Induced hypertension

บทนำ

ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุสำคัญอันดับสองของการเสียชีวิต และทุพพลภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารก ภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์สามารถพัฒนาความรุนแรงของโรคได้ถึงขั้นเสียชีวิต⁴ นอกจากนี้ยังมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง¹ เช่น ชัก เกิดภาวะของโรคหลอดเลือดสมองอย่างฉับพลัน ภาวะรกหลุดตัวก่อนกำหนด ภาวะผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด เลือดออกในสมอง ตับวาย ไตวาย และกลุ่มอาการ HELLP การรักษาส่วนใหญ่ผู้คลอดมักจะได้รับยาแมกนีเซียมซึ่งจะช่วยลดความดันโลหิตได้ นอกจากนี้การเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนที่รุนแรง และให้การพยาบาลเพื่อให้อาการของภาวะความดันโลหิตจากการตั้งครรภ์ลดลงส่งผลให้ผู้คลอดสามารถตั้งครรภ์ครบกำหนดหรือคลอดอย่างปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบผลของการให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

วิธีการศึกษา

เปรียบเทียบกรณีศึกษา (Case study) การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ที่รักษาตัวอยู่ในห้องคลอดและหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลชลบุรี พ.ศ. 2560 จำนวน 2 ราย โดยเลือกจากผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ และนอนอยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินอาการผู้ป่วย (Patient admission assessment form part II) แบบบันทึกการประเมินต่อเนื่อง (8 ชั่วโมง) และแบบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล (Progress's nurses note) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 เดือนเมษายน พ.ศ. 2560 ถึงวันที่ 14 เดือนมิถุนายน พ.ศ.2560 จากเวชระเบียนผู้ป่วยในตั้งแต่การชักประวัติผู้ป่วยและญาติตามแบบบันทึกวิเคราะห์ ผลการศึกษาประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยง การวินิจฉัยโรค การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการดูแลต่อเนื่อง

ผลการศึกษา

ผู้คลอดรายที่ 1 หญิงไทยคู่ อายุ 38 ปี G2P1 GA 38⁺² wks. มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์ เวลา 10.00 น. วันที่ 12 มิถุนายน 2560 แพทย์วินิจฉัยโรค Severe preeclampsia แรกรับตรวจครรภ์พบ HF $\frac{3}{4} > \odot$ ทำ ROA FHS 134 /min ตรวจภายในพบ Cx.dilate 5 cm. Eff 80 % St. 0 MR ANC ที่คลินิก 7 ครั้ง น้ำหนัก 70 kg. ส่วนสูง 160 cm. BMI 27.34 kg/m² v/s แรกรับ T 36 °C PR 88 /min RR 22 /min BP 161/112 mmHg Urine albumin 2+ Urine sugar Negative ตรวจร่างกายพบเท้าบวมทั้ง 2 ข้าง DTR 2+ pain score 3 คะแนน การหดตัวของมดลูก I = 5' D = 30" Severity 1+ แพทย์พิจารณาปรับการรักษา ระหว่างรอคลอดผู้คลอดได้รับการรักษาด้วย 50% MgSO₄ 5 gm + 0.9 % NaCl 100 ml IV drip in 30 min then 50% MgSO₄ 20 gm + 0.9 % NaCl 1,000 ml IV drip 50 ml/hr (Mg 1 gm/hr) เพื่อลดความดันโลหิตสูง และระหว่างรอคลอดไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ BP อยู่ในช่วง 161/112-187/119 mmHg on EFM FHS อยู่ในช่วง 130-140 /min ต่อมาเวลา 15.15 น. มีอาการเจ็บครรภ์ถี่ขึ้น ตรวจภายในพบ Cx.fully dilate แพทย์ช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ ทารกเพศหญิง คลอดเวลา 15.52 น. น้ำหนัก 3,015 กรัม Apgar score ที่ 1 นาที = 9 คะแนน, ที่ 5 นาที = 10 คะแนน, ที่ 10 นาที = 10 คะแนน ตัดฝีเย็บ Median episiotomy เย็บซ่อมแซมด้วยวิธี subcutaneous suture Total blood loss 300 ml. ในระหว่าง 2 ชม.หลังคลอด ดังนั้นผู้ศึกษาได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นภายหลังคลอดโดยดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจ ดูแลให้ได้รยาแมกนีเซียมซัลเฟตอย่างต่อเนื่องพร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยา ฝ้าระวังอาการตกเลือดหลังคลอดโดยประเมินการหดตัวของมดลูก สังเกตลักษณะและปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด ดูแลให้กระเพาะปัสสาวะว่าง สภาพทั่วไปของผู้คลอดปกติจึงประเมินชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิตโดยประเมินทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง ทุก 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง เพื่อติดตามและประเมินความรุนแรงของโรคอย่างต่อเนื่อง ซึ่งความดันโลหิตของผู้คลอดอยู่ในช่วง 141/89-142/91 mmHg แล้วย้ายผู้คลอดไปฟักฟื้นต่อที่หอผู้ป่วยหลังคลอด

การพยาบาล (ผู้คลอดรายที่ 1)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้คลอดเสี่ยงต่อการชักและได้รับอันตรายจากการชัก

ข้อมูลสนับสนุน : ความดันโลหิต 161/112 mmHg และ ได้รับยา MgSO₄

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้คลอดไม่มีอาการชัก
2. ผู้คลอดมีปฏิกิริยาตอบสนองระดับลึกของเอ็นที่ยึดกล้ามเนื้อ (DTRs) 1+ ถึง 2+, ไม่มี ankle clonus

กิจกรรมพยาบาล

1. ตรวจปฏิบัติการตอบสนองระดับลึกของเอ็นที่ยึดกล้ามเนื้อ (DTRs) และ ankle clonus เมื่อแรกจับไว้ดูแล และตรวจต่อไปทุก 4 ชั่วโมง พร้อมทั้งลงบันทึกไว้ เพื่อเป็นการประเมินระบบประสาทส่วนกลางว่ามี การระคายเคืองในระดับใด และใช้ประโยชน์จากการบันทึกไว้เป็นข้อมูลสำหรับประเมินผลการรักษา

2. ดูแลให้ได้รับยา $MgSO_4$ ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพราะ $MgSO_4$ จะลดภาวะปฏิกิริยาตอบสนองที่ไวและลดความเสี่ยงต่อการชัก²

3. ติดตามประเมินสัญญาณชีพ การถ่ายปัสสาวะ ปฏิกิริยาตอบสนองระดับลึกของเอ็นที่ยึดกล้ามเนื้อ อัตราการไหลของสารน้ำ และระดับแมกนีเซียมในเลือดของผู้คลอด เพื่อประเมินภาวะแมกนีเซียมเป็นพิษซึ่งจะส่งผลให้ผู้คลอดและทารกในครรภ์ได้รับอันตราย เช่น ระบบการหายใจถูกกด ปัสสาวะออกน้อย ความดันโลหิตลดลง มีปฏิกิริยาตอบสนองที่ไว

4. ติดตามฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์อย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง

5. เตรียม 10% Calcium gluconate 10 ml. สำหรับฉีดเข้าเส้นเลือดดำช้า ๆ นานมากกว่า 3 นาที โดยฉีดทันทีที่มีอาการของแมกนีเซียมเป็นพิษ²

6. จัดผู้คลอดอยู่ในห้องที่เงียบไม่มีแสงและเสียงรบกวน เพื่อลดการกระตุ้นระบบประสาททำให้เกิดการชัก

ประเมินผล : ผู้คลอดไม่มีอาการชัก และปฏิกิริยาตอบสนองระดับลึกของเอ็นที่ยึดกล้ามเนื้อ (DTRs) ของผู้คลอด เท่ากับ 1+ ถึง 2+ และ ไม่มี Ankle clonus BP อยู่ในช่วง 161/112-187/119 mmHg
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้คลอดมีโอกาสเกิดการฉีกขาดเพิ่มของช่องทางคลอดและฝีเย็บเนื่องจากการช่วยคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีการช่วยคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ
2. มีการตัดฝีเย็บ Median Episiotomy เพื่อช่วยขยายช่องทางคลอด

วัตถุประสงค์

- ช่องคลอดและฝีเย็บไม่ฉีกขาดเพิ่มจากการทำ Episiotomy

เกณฑ์การประเมินผล

- การฉีกขาดของฝีเย็บไม่เกินจากแผล Episiotomy

กิจกรรมการพยาบาล

1. เตรียมอุปกรณ์ช่วยคลอด เช่น เครื่องดูดสุญญากาศ อุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ ทารกแรกเกิด ตามกุมารแพทย์ เพื่อช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์หลังมีการหดรัดตัวทุกครั้ง

2. ตัดฝีเย็บด้วยวิธี Median episiotomy

3. ช่วยแพทย์ทำคลอดไหล่และลำตัวโดยการดึงซ้ำและระมัดระวัง
4. ตรวจการฉีกขาดของ ฝีเย็บและบริเวณโดยรอบว่ามีการฉีกขาดเพิ่มของฝีเย็บและบริเวณอื่นหรือไม่ และเย็บซ่อมแซมตามระดับการฉีกขาด

การประเมินผล : ฝีเย็บขาดไม่เกินจากแผล Episiotomy และได้รับการซ่อมแซมฝีเย็บแบบ Subcutaneous suture

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้คลอดมีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังรกคลอดเนื่องจากการทำสูติศาสตร์หัตถการ เพื่อช่วยคลอด

ข้อมูลสนับสนุน

1. แพทย์ช่วยคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ
2. มีการช่วยคลอดโดยการตัดฝีเย็บ มีแผลในโพรงมดลูกจากการลอกตัวของรก
3. ได้รับยา $MgSO_4$

วัตถุประสงค์

- ป้องกันการตกเลือดหลังคลอดรก

เกณฑ์การประเมิน

1. มดลูกหดตัวดี แข็ง ไม่นุ่ม ภายหลังคลอดรก
2. ประเมินการเสียเลือด (Blood loss) ไม่เกิน 500 ซีซี
3. สัญญาณชีพปกติ ชีพจร = 80-100 ครั้ง/นาที หายใจ = 16-22 ครั้ง/นาที
4. ความดันโลหิต 90/60-120/80 มิลลิเมตรปรอท
5. รกและเยื่อหุ้มรกคลอดอย่างสมบูรณ์ภายใน 30 นาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ช่วยเหลือแพทย์ในการใช้เครื่องดูดสุญญากาศช่วยคลอด
 2. ให้ Syntocinon 10 ยูนิต ทางกล้ามเนื้อขณะศีรษะโผล่ เพื่อช่วยการหดตัวของมดลูก
 3. ทำคลอดรกด้วยวิธี Controlled cord traction
 4. วัดความดันโลหิตและคลึงมดลูกให้แข็งกลมทันทีหลังรกคลอด
 5. ตรวจสอบรกและเยื่อหุ้มรกอย่างละเอียด
 6. ประเมินการฉีกขาดของฝีเย็บและรีบเย็บซ่อมแซม
 7. ประเมินปริมาณเลือดที่ออกหลังการคลอดรก
 8. ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่างเพื่อส่งเสริมการหดตัวของมดลูก
 9. ประเมินการหดตัวของมดลูกในระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง โดยประเมิน ทุก 15 นาที
- จำนวน 4 ครั้ง ทุก 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง

การประเมินผล

ภายหลังคลอดรก และในระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง มดลูกมีการหดตัวดี มีลักษณะกลมแข็ง ประเมินการเสียเลือด (Estimate Blood loss) = 300 ซีซี รกคลอดหลังทารกเกิด 10 นาที ตรวจรก ลักษณะสมบูรณ์ ซีพจร 88 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 141/89 มิลลิเมตรปรอท

ผู้คลอดรายที่ 2 หญิงไทยคู่ อายุ 37 ปี G1P0 GA 32⁺5 wks. ประวัติพบว่า 7 วันก่อนมา โรงพยาบาล (28 เมษายน 2560) ฝากครรภ์ตามนัดที่โรงพยาบาลพนัสนิคม พบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบ Plt.count 87,000 cells/mm³ ส่งตัวมาฝากครรภ์ต่อที่โรงพยาบาลชลบุรี วันที่ 2 พฤษภาคม 2560 พบว่าความดันโลหิตสูง 187/112 mmHg, Plt.count 112,000 cells/mm³, Hct 25.4 %, มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ ตรวจร่างกายพบเท้าบวมทั้ง 2 ข้าง DTR 2+ แพทย์วินิจฉัย Severe PIH R/O HELLP syndrome แพทย์พิจารณา Admit ห้องคลอด เวลา 21.30 น.

แพทย์พิจารณาให้การรักษา 50% MgSO₄ 5 gm + 0.9 % NaCl 100 ml IV drip in 30 min then 50% MgSO₄ 20 gm + 0.9 % NaCl 1,000 ml IV drip 50 ml/hr (Mg 1 gm/hr) เพื่อลดความดันโลหิตสูง ให้ PRC 1 unit หลังจากได้รับยา MgSO₄ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 134/79-135/75 mmHg แต่อาการของ PIHของผู้คลอดมีการพัฒนารุนแรงมาก ผลตรวจ Liver function test พบค่า SGOT เพิ่มขึ้นมาก (305 U/L) แพทย์พิจารณาให้คลอดแต่เนื่องจากการคลอดก่อนกำหนดแพทย์จึงให้การรักษาเพิ่มเติมด้วย Dexamethasone 6 mg IM q 12 hr เพื่อกระตุ้นการสร้างสาร surfactant ของปอดทารก

4 พฤษภาคม 2560 แพทย์ Set ผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน คลอดทารกเพศหญิง น้ำหนัก 1,618 กรัม Apgar score ที่ 1 นาที = 6 คะแนน, ที่ 5 นาที = 9 คะแนน, ที่ 10 นาที = 9 คะแนน ทารกถูกส่งไปรักษาต่อหอผู้ป่วยทารกป่วย (SNB) Total blood loss 250 ml. และเนื่องจากผู้คลอดมีภาวะ HELLP syndrome ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต้องการการดูแลที่ใกล้ชิดแพทย์จึงพิจารณาย้ายไปเฝ้าระวังอาการต่อที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) 19 ชั่วโมง ภายหลังผ่าตัดคลอดไม่มีภาวะแทรกซ้อน อาการทางคลินิกดีจึงย้ายไปพักฟื้นที่หอผู้ป่วยหลังคลอด

การพยาบาล (ผู้คลอดรายที่ 2)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีโอกาสเกิดภาวะช็อกเนื่องจากความดันโลหิตสูงมาก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ความดันโลหิต 190 /120 มิลลิเมตรปรอท
2. ตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ 2+
3. มีอาการปวดศีรษะ และตาพร่าเล็กน้อย

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- ไม่เกิดภาวะช็อกและอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน เช่น HELLP syndrome

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่เกิดการชัก
2. ความดันโลหิต ไม่สูงเกิน 160/110 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการนำก่อนเกิดการชัก ได้แก่ ปวดศีรษะมาก ตาพร่ามองเห็นภาพซ้อน จุกแน่นลิ้นปี่ หรือได้ขยับโครงขวา ถ้าพบต้องรีบรายงานแพทย์
2. ดูแลให้อนอนพักบนเตียงตลอดเวลา (Absolute bed rest) ลดการกระตุ้นจากภายนอกทั้งแสงและเสียงรบกวน ให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบเท่าที่จำเป็นในเวลาเดียวกัน
3. ประเมินสัญญาณชีพ โดยเฉพาะความดันโลหิตทุก 1 ชั่วโมง
4. ดูแลให้ได้รับยาป้องกันชัก ($MgSO_4$) ตามแผนการรักษาและให้การพยาบาลเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังให้ยา
5. ดูแลให้ได้รับยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษาและให้การพยาบาลหลังให้ยา
6. ตรวจและบันทึกปริมาณสารน้ำที่ได้รับและขับออก
7. เตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม เพื่อช่วยเหลือทันทีเมื่อมีอาการชัก

การประเมินผล

ไม่เกิดการชัก ความดันโลหิต 160/110 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาลดความดันป้องกันชัก ($MgSO_4$)

ข้อมูลสนับสนุน

- ความดันโลหิต 190 /120 มิลลิเมตรปรอท ได้รับยาลดความดันป้องกันชัก

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาลดความดันป้องกันชัก

เกณฑ์การประเมินผล

1. อัตราการหายใจมากกว่า 14 ครั้งต่อนาที
2. ปัสสาวะออกมากกว่า 25 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง
3. ปฏิกริยาสะท้อนกลับ (DTR) ไม่หายไป
4. ความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ทราบถึงเหตุผลขั้นตอนการให้ยา และอาการข้างเคียงของยาที่อาจพบได้
2. ดูแลให้ได้รับยาป้องกันชักตามเวลาและปริมาณที่แพทย์สั่งอย่างถูกต้องครบถ้วน
3. ประเมินอาการร้อนบริเวณที่ฉีด ร้อนอุบวบทั่วตัวอาการคลื่นไส้ อาเจียนขณะให้ยา
4. ประเมินอัตราการหายใจทุก 1 ชั่วโมง ไม่ควรต่ำกว่า 12-14 ครั้งต่อนาที

5. ประเมินปฏิกิริยาสะท้อนกลับ (Deep tendon reflex) ทุก 2-4 ชั่วโมงต้องไม่ลดลง
6. ประเมินปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมงไม่ควรออกน้อยกว่า 25-30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง
7. ประเมินอาการของภาวะแมกนีเซียมเป็นพิษโดยระยะแรกมีอาการร้อนวูบวาบ กระหายน้ำ เหงื่อออก ความดันโลหิตลดลง กล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียก และ ปฏิกิริยาสะท้อนกลับลดลง ระยะหลังจะกดประสาทส่วนกลาง การหายใจช้าลง การเต้นหัวใจผิดปกติ หยุดหายใจได้
8. เตรียมยาแก้ฤทธิ์แมกนีเซียมเป็นพิษ 10 % Calcium gluconate ให้พร้อมใช้
9. หลังให้ยาลดความดันโลหิต ต้องประเมินสัญญาณชีพทุก 5-15 นาทีจนครบครึ่งชั่วโมงถ้าความดันโลหิตลดต่ำลงมากให้รายงานแพทย์ทราบ (Diastolic ไม่ควรต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท)
10. สังเกตอาการนำของการชัก เตรียมอุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมใช้

การประเมินผล

ความดันโลหิต 160/100 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 132 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ปัสสาวะออก 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ปฏิกิริยาสะท้อนกลับ 2+

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของPreeclampsia (HELLP syndrome) ที่ต้องได้รับการรักษาที่เร่งด่วน

ข้อมูลสนับสนุน

- ความดันโลหิตสูง 190/120 มิลลิเมตรปรอท
- ปวดศีรษะ จุกแน่นลิ้นปี่
- การทำงานของตับผิดปกติ ผลตรวจ Liver function test พบค่า SGOT เพิ่มขึ้นมาก (305 U/L)

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- ผู้คลอดปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และทารกไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล

- ตรวจสัญญาณชีพปกติ
- ระดับความรู้สึกของมารดา และความตื่นตัวทางระบบประสาท (DTR) ปกติ
- ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะสีปกติ
- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบการทำงานของตับปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด ได้แก่ ระดับความรู้สึก อาการเลือดออกตามไรฟัน หรือจุดต่างๆของร่างกาย ปัสสาวะสีโค้ก ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 5 นาที รายงานแพทย์
2. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการด่วนเพื่อประเมินช่วยให้แพทย์วินิจฉัยโรคได้ถูกต้องสามารถให้การรักษาทันท่วงที

3. แพทย์พิจารณาส่งผู้คลอดผ่าตัดคลอด พยาบาลได้ประสานงานกับห้องผ่าตัด (OR) พร้อมทั้งจัดเตรียมให้คำแนะนำผู้คลอดก่อนผ่าตัด เช่น ความสะอาดร่างกาย ของมีค่า ฟันปลอม สภาพร่างกายก่อนและหลังผ่าตัด เตรียมอุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็น และรายงานกุมารแพทย์พร้อมทั้งเตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตทารก

การประเมินผล

ความดันโลหิต 160/100 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 132 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ปัสสาวะออก 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ปฏิกริยาสะท้อนกลับ 2+ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย มึนงง ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ระบายคอ คอแห้งกระหายน้ำ สีปัสสาวะเป็นสีน้ำตาลปนเลือด ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบการทำงานของตับผิดปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ทารกมีโอกาสขาดออกซิเจน เนื่องจากเนื้อเยื่อบริเวณรกเปลี่ยนแปลงและการไหลเวียนของเลือดลดลง จากภาวะความดันโลหิตสูง

ข้อมูลสนับสนุน

- หญิงตั้งครรภ์รู้สึกตัวอ่อนลง อัตราการเต้นหัวใจทารก 158 ครั้งต่อนาที

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- ทารกไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล

1. อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ระหว่าง 120-160 ครั้งต่อนาที
2. ผลการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ปกติ ทารกตื่นดี

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารก ทุก 15-30 นาทีถ้าพบผิดปกติรายงานแพทย์
2. ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ (Non stress test)
3. จัดให้นอนตะแคงซ้าย และศีรษะสูง เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงรกมากขึ้น
4. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์สังเกตการดิ้นของทารก
5. ประเมินอาการและอาการแสดงของรกลอกตัวก่อนกำหนด เช่น เลือดออก มดลูกหดตัวแข็ง

ปวดท้อง และทารกดิ้นน้อยลง

การประเมินผล

อัตราการเต้นของหัวใจทารก 152 ครั้งต่อนาที ผลการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ปกติทารกตื่นดี

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 วิตกกังวลกลัวอันตรายจากการผ่าตัดคลอดที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและบุตรในครรภ์

ข้อมูลสนับสนุน

1. เป็นความดันโลหิตสูงขณะการตั้งครรภ์
2. รู้ว่าตนเองความดันโลหิตสูงมาก 190/120 มิลลิเมตรปรอท
3. ถามถึงอาการบุตรที่อยู่ในห่อผู้ป่วยทารกภาวะวิกฤต

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- ความวิตกกังวลลดลง เข้าใจอาการและอาการแสดงของโรคดี

เกณฑ์การประเมินผล

1. สามารถบอกอาการ แนวทางการรักษาและร่วมมือในการรักษาปฏิบัติตามคำแนะนำได้
2. นอนพักได้ หน้าตาสดชื่นขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ซักถามและเปิดโอกาสให้เล่าถึงความวิตกกังวลและความกลัว เพื่อให้ระบายความรู้สึก
2. อธิบายให้ทราบถึงสาเหตุ ลักษณะอาการ แนวทางการรักษา ภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัด ตลอดจนพร้อมทั้งแนะนำและให้ข้อมูลทุกครั้งที่มีการตรวจและปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเพื่อให้เข้าใจเหตุผลของการรักษาพยาบาลที่ได้รับและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล
3. อธิบายให้ทราบการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดตลอดแสดงความเห็นใจ ปลอดภัยให้รู้สึกอบอุ่น คลายความวิตกกังวล และความกลัว อยู่เป็นเพื่อนและให้กำลังใจ และแนะนำให้พูดคุยกับญาติทางโทรศัพท์เพื่อให้คลายความกังวล
4. พยาบาลติดตามเยี่ยมทารก มีข้อมูลอาการเปลี่ยนแปลงของทารกเล่าให้มารดาฟัง ให้ญาติมีส่วนร่วมติดตามทารกที่อยู่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย

การประเมินผล

หน้าตาสดชื่นขึ้น ปฏิบัติตามคำแนะนำและให้ความร่วมมือในการรักษาดี มารดาอยู่ในระยะวิกฤต ไม่สามารถเข้าเยี่ยมและดูแลทารกได้ ญาติและสามีมีการติดตามเยี่ยมและมีส่วนร่วมในการป้อนนม มารดาเก็บไว้ให้ทารก

จากการศึกษาดังกล่าว สามารถสรุปเปรียบเทียบการดูแลพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการศึกษาสรุปเปรียบเทียบการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์

เรื่อง	ผู้คลอดรายที่ 1	ผู้คลอดรายที่ 2	ผลการเปรียบเทียบ
1. ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยงที่มี ความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ ความดันโลหิตสูงจากการ ตั้งครรภ์ ได้แก่ ตั้งครรภ์แรก ตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี ภาวะอ้วน น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น มาก มีภาวะโลหิตจาง มี ประวัติเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง โรคไต ตั้งครรภ์แฝด ครรภ์ไข่ปลาอุก มีประวัติเคยเป็นภาวะความ ดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ มาก่อน	- ตั้งครรภ์อายุ 38 ปี - BMI 27.34	- ตั้งครรภ์อายุ 37 ปี	- ผู้คลอดทั้ง 2 ราย ตั้งครรภ์ ในขณะที่ยังอายุมากกว่า 35 ปี ซึ่งสตรีตั้งครรภ์ที่อายุมากส่วน ใหญ่จะมีความเสี่ยงต่อ chronic hypertension with superimposed Preeclampsia ³ นอกจากนี้ผู้คลอดรายที่ 1 มีค่า BMI 27.34 ซึ่งหมายถึง การมีน้ำหนักเกินกว่าเกณฑ์ ปกติจึงทำให้ผู้คลอดรายที่ 1 มีความเสี่ยงเกิดภาวะความดัน โลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ มากกว่า
2. การวินิจฉัยโรค สามารถทำได้จาก การตรวจ ร่างกายอาการและอาการ แสดงและการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	วินิจฉัยโรค คือ Severe preeclampsia โดยพบว่า ความดันโลหิต 187/119 มม.ปรอท และมีโปรตีนใน ปัสสาวะ +2	วินิจฉัยโรค คือ Preeclampsia with Severe Features โดย พบว่า ความดันโลหิต 187/119 มม.ปรอท มี โปรตีนในปัสสาวะ +2 และมี อาการของ HELLP syndrome คือ เลือดจางจากการ แตกของเม็ดเลือด ระดับ เอนไซม์ตับในเลือดเพิ่มสูงขึ้น ผลิตเลือดต่ำ	วินิจฉัยโรคของผู้คลอดทั้ง 2 ราย คือ Preeclampsia แต่ผู้ คลอดรายที่ 2 มี ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง คือ HELLP syndrome ซึ่งเกิด จากการเปลี่ยนแปลงของ ร่างกายที่มีต่อภาวะ Preeclampsia ที่นำไปสู่การ เสียชีวิตได้
3. การรักษา ภาวะ Preeclampsia เป็น ภาวะที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อ ชีวิตทั้งมารดาและทารกใน ครรภ์ การได้รับการวินิจฉัย และรักษาที่รวดเร็วช่วยลด อันตรายที่ก่อให้เกิดการ สูญเสียในภาวะนี้ได้	แพทย์รับไว้รักษาใน รพ. และผู้คลอด GA 38 ⁺² Wk. เข้าสู่ระยะคลอดโดยมี อาการเจ็บครรภ์จริง แพทย์พิจารณาช่วยคลอด โดยใช้เครื่องดูด สูญญากาศ	แพทย์รับไว้รักษาใน รพ. และ ผู้คลอด GA 32 ⁺⁵ Wk. มี ภาวะซีด และมี ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง คือ HELLP syndrome แพทย์ พิจารณาช่วยคลอดโดยใช้ ผ่าตัดทารกออกจากหน้าท้อง	ผู้คลอดทั้ง 2 ราย เป็นการ รักษา ที่แพทย์พิจารณาแล้วว่า ภาวะ Preeclampsia มี ผลกระทบต่อทารกในครรภ์ แพทย์จะพิจารณาให้คลอดได้ แต่วิธีการคลอดนั้นขึ้นอยู่กับ สภาพอาการของผู้คลอดและ ทารกในครรภ์

ตารางที่ 1 ผลการศึกษาสรุปเปรียบเทียบการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ (ต่อ)

เรื่อง	ผู้คลอดรายที่ 1	ผู้คลอดรายที่ 2	ผลการเปรียบเทียบ
4. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ระยะรอคลอด	- ผู้คลอดเสี่ยงต่อการชักและได้รับอันตรายจากการชัก - มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาลดความดันป้องกันชัก ($MgSO_4$)	- มีโอกาสเกิดภาวะชักเนื่องจากความดันโลหิตสูงมาก - มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาลดความดันป้องกันชัก ($MgSO_4$) - มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของ Preeclampsia (HELLP syndrome) ที่ต้องได้รับการรักษาที่เร่งด่วน	ผู้คลอดทั้ง 2 ราย มีภาวะความดันโลหิตสูงมาก แพทย์พิจารณาให้ยาลดความดันป้องกันชัก ($MgSO_4$) แต่ในผู้คลอดรายที่ 2 มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง คือ HELLP syndrome ที่อาจจะส่งผลให้ผู้คลอดและทารกทำให้ต้องได้รับการรักษาที่เร่งด่วน
5. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ระยะคลอด และหลังคลอด	- ผู้คลอดมีโอกาสดึงการชักขาดเพิ่มของช่องทางคลอดและผิเย็บเนื่องจากการช่วยคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ - ผู้คลอดมีโอกาสดึงภาวะ ตกเลือดหลังรกคลอดเนื่องจากการทำสูติศาสตร์หัตถการ เพื่อช่วยคลอด	- ทารกมีโอกาสดึงออกซิเจนเนื่องจากเนื้อเยื่อบริเวณรกเปลี่ยนแปลง และการไหลเวียนของเลือดลดลง จากภาวะความดันโลหิตสูง - วิตกกังวลกลัวอันตรายจากการผ่าตัดคลอดที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและบุตรในครรภ์	ผู้คลอดทั้ง 2 ราย มีภาวะความดันโลหิตสูง แพทย์พิจารณาให้คลอดได้โดยวิธีการคลอดนั้นขึ้นอยู่กับสภาพอาการของผู้คลอดและทารกในครรภ์ ซึ่งผู้คลอดรายที่ 2 มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง คือ HELLP syndrome จึงทำให้ต้องได้รับการผ่าตัดคลอดอย่างเร่งด่วน และทารกในครรภ์มีน้ำหนักตัวน้อยจึงต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยหนัก
6. การติดตามผลการรักษาเมื่อได้รับการจำหน่ายโดยแพทย์นัดตรวจติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ สังเกตอาการ/ผลข้างเคียงของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ถ้าพบอาการผิดปกติ ให้มาพบแพทย์	ผู้คลอดมาตรวจหลังคลอดตามปกติ และสังเกตอาการ/ผลข้างเคียงของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ เช่น อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว	ผู้คลอดมาตรวจหลังคลอดตามปกติ และสังเกตอาการ/ผลข้างเคียงของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ เช่น อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว	ผู้คลอดทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งจำหน่าย ซึ่งมีการวางแผนจำหน่ายหลังคลอด เช่น สุขวิทยาส่วนบุคคลและการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การมาตรวจตามนัด และอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด

สรุป

ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ เป็นภาวะที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตทั้งมารดาและทารกในครรภ์ การได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่รวดเร็วช่วยลดอันตรายที่ก่อให้เกิดการสูญเสียในภาวะนี้ได้ นอกจากนี้การพยาบาลอย่างเร่งด่วนตามปัญหาที่พบนั้นยังเป็นการช่วยให้ผู้คลอดและทารกในครรภ์ปลอดภัยแต่อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าผู้คลอดจะได้รับการดูแลจนอาการดีขึ้นระดับหนึ่งแล้วก็ตามแต่การพยาบาลที่สำคัญอีกประการคือการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นภายหลังคลอดโดยดูแลให้ผู้คลอดพักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจ ดูแลให้ได้รับยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องพร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยา และก่อนที่ผู้คลอดจะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลควรมีการวางแผนจำหน่ายให้ร่วมกับการกำหนดแนวทางในการให้บริการดูแลสุขภาพผู้คลอดต่อเนื่องเพื่อให้ผู้คลอดมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1. กติกา นวพันธุ์. สูตินรีเวชทันยุค. กรุงเทพฯ : พี.เอ.ลิฟวิ่ง.2558; 113-24.
2. Cunningham, F. G., et al (Eds.). Williams OBSTETRICS (24th ed). New York, NY: McGraw-Hill Education. 2014;728-70.
3. Karumanchi, S. A., Lim, K. H., & August, P. Preeclampsia: Pathogenesis. [Internet]. 2016 [cited 2018 May 1]; Available from: <http://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-pathogenesis?topicKey=-OBGYN%2F6760&elapsedTimeMs=6&view=print&displayedView=full>
4. World Health Organization. WHO recommendations for prevention and treatment of pre- eclampsia and eclampsia. [Internet]. 2011 [cited 2018 May 1]; Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548335/en/