

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์

ปรียา สุวนิช

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชลบุรี

บทคัดย่อ

ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย และเป็นสาเหตุสำคัญอันดับสองของการเสียชีวิตและทุพพลภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารก ภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์สามารถพัฒนาความรุนแรงของโรคได้ถึงขั้นเสียชีวิต สตรีตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ชัก เกิดภาวะของโรคหลอดเลือดสมองอย่างฉับพลัน ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ภาวะผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด เลือดออกในสมอง ตับวาย ไตวาย และกลุ่มอาการ HELLP นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในทารก เช่น การตายคลอด การบาดเจ็บและ การเสียชีวิตแรกคลอด ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขเนื่องจากต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเพื่อดูแลผู้รับบริการกลุ่มนี้เป็นจำนวนมาก พยาบาลจึงต้องใช้ความรู้ในการประเมิน การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และให้การพยาบาลเพื่อให้อาการของภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นจึงศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ เป็นการเปรียบเทียบกรณีศึกษา (Case study) จำนวน 2 ราย

ผลการศึกษาพบว่า

(รายที่ 1) หญิงไทยอายุ 38 ปี G2P1 GA 38⁺2 wks. มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์ เวลา 10.00 น. วันที่ 12 มิถุนายน 2560 แรกรับตรวจครรภ์พบ HF ¾ > ☉ ท่ำ 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" S+ แพทย์พิจารณาปรับการรักษา ขณะรอคลอดผู้คลอดได้รับการรักษาด้วย 50% MgSO₄ 5 mg + 0.9 % NaCl 100 ml IV drip in 30 min then 50% MgSO₄ 20 mg + 0.9 % NaCl 1,000 ml IV drip 50 ml/hr (Mg 1 gm/hr) เพื่อลดความดันโลหิตสูง และระหว่างรอคลอด ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ BP อยู่ในช่วง 161/112-187/119 mmHg on EFM FHS อยู่ในช่วง 130-140 /min ต่อมาเวลา 15.15 น. มีอาการเจ็บครรภ์ถี่ขึ้น ตรวจภายในพบ Cx.fullly dilate แพทย์ช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ ทารกเพศหญิง คลอดเวลา 15.52 น. น้ำหนัก 3,015 กรัม Apgar score 1' = 9 คะแนน, 5' = 10 คะแนน, 10' = 10 คะแนน ตัดฝีเย็บ Median episiotomy subcutaneous suture Total blood loss 300 ml. ความดันโลหิต 2 ชม.หลังคลอด อยู่ในช่วง 141/89-142/91 mmHg ย้ายหลังคลอด

(รายที่ 2) หญิงไทยอายุ 37 ปี G1P0 GA 32⁺⁵ wks. ประวัติพบว่า 7 วันก่อนมาโรงพยาบาล (28 เมษายน 2560) ฝากครรภ์ตามนัดที่โรงพยาบาลพนสนิมคม พบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบ Plt.count 87,000 cells/mm³ ส่งตัวมาฝากครรภ์ต่อที่โรงพยาบาลชลบุรี วันที่ 2 พฤษภาคม 2560 พบว่า ความดันโลหิตสูง 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 mg + 0.9 % NaCl 100 ml IV drip in 30 min then 50% MgSO₄ 20 mg + 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) แพทย์พิจารณาให้คลอดแต่เนื่องจากการเป็นคลอดก่อนกำหนดแพทย์จึงให้การรักษาเพิ่มเติมด้วย Dexamethasone 6 mg IM q 12 hr. เพื่อกระตุ้นการสร้างสาร surfactant ของปอดทารก วันที่ 4 พฤษภาคม 2560 แพทย์ set ผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน คลอดทารกเพศหญิง น้ำหนัก 1,618 กรัม Apgar score 1' = 6 คะแนน, 5' = 9 คะแนน, 10' = 9 คะแนน ทารกถูกส่งไปรักษาต่อหอผู้ป่วย SNB Total blood loss 250 ml. และเนื่องจากผู้คลอดมีภาวะHELLP syndrome ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต้องการการดูแลที่ใกล้ชิดแพทย์จึงพิจารณาย้ายไปเฝ้าระวังอาการต่อที่หอผู้ป่วย MICU 19 ชั่วโมง ภายหลังผ่าตัดคลอดไม่มีภาวะแทรกซ้อน อาการทางคลินิกดีจึงย้ายไปพักฟื้นที่หอผู้ป่วยหลังคลอด

จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย การศึกษาอย่างลึกซึ้งในเรื่องการป้องกัน การดูแลรักษา การพยาบาล รวมทั้งการมีหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งสามารถนำมาเป็นแนวทางในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยลดผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ ทารกและประเทศชาติได้

คำสำคัญ การพยาบาล, ภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์

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 mg + 0.9% NaCl 100 ml IV drip in 30 min then 50% MgSO₄ 20 mg + 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.

(Case 2) Thai female, 38 years old, Primigravida with GA 32⁺⁵ wks. She came to the antenatal clinic, Phanat Nikom hospital with appointment on April 28, 2017. At the antenatal clinic in Phanat Nikom hospital, the doctor found anemia and Plt.count 87,000 cells / mm³ . Then, doctor refer her to Chon Buri hospital for proper management. On May 2, 2017, she came to Prenatal care in Chon Buri hospital with headache, blurred vision, dizziness, hypertension BP 187/112 mmHg. and DTR 2+. Then, the doctor sent a blood test and found that Hct 25.4 %, Plt.count 112,000 cells / mm³. The doctor diagnosed severe PIH R / O HELLP syndrome. On delivery room, the doctor ordered 50% MgSO₄ 5 mg + 0.9% NaCl 100 ml IV drip in 30 min then 50% MgSO₄ 20 mg.+ 0.9% NaCl 1,000 ml IV drip 50 ml / hr. (Mg 1 gm / hr.) and PRC 1 unit. All the time in delivery room, the patient's condition did not improve so that the doctor plan to terminate labor. Then, the doctor order Dexamethasone 6 mg IM q 12 hr. to stimulate the surfactant in infant's lungs. The doctor set emergency cesarean section on May 4, 2017 and baby born at 3 pm. Apgar score 1 '= 6 points, 5' = 9 points, 10 '= 9 points. The baby was sent to SNB. The pregnant was sent to MICU for proper management. All the time in MICU, the patient's condition improved and sequelae returned home. Be aware of consequence of PIH that may occur after delivery. Giving advice on how to behave when you return to home. Introduce emergency symptoms to see a doctor before the appointment. This case stay in hospital for 7 days.

This study shows that nurses play an important role in caring for pregnant woman with hypertension during pregnancy. Make sure patients do not complicate and satisfy the service received.

Keywords : Nursing Care, Pregnancy Induced Hypertension

บทนำ

ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุสำคัญอันดับสองของการเสียชีวิตและทุพพลภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารก ภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์สามารถพัฒนาความรุนแรงของโรคได้ถึงขั้นเสียชีวิต⁴ นอกจากการเสียชีวิตแล้ว สตรีตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง¹ เช่น ชัก เกิดภาวะของโรคหลอดเลือดสมองอย่างฉับพลัน ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ภาวะผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด เลือดออกในสมอง ตับวาย ไตวาย และกลุ่มอาการ HELLP การรักษาส่วนใหญ่ผู้คลอดมักจะได้รับยาแมกนีเซียมซึ่งจะช่วยลดความดันโลหิตได้ นอกจากนี้การเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนที่รุนแรง และให้การพยาบาลเพื่อให้อาการของภาวะความดันโลหิตจากการตั้งครรภ์ลดลงส่งผลให้ผู้คลอดสามารถตั้งครรภ์ครบกำหนดหรือคลอดอย่างปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์

วิธีการศึกษา

เปรียบเทียบกรณีศึกษา (Case study) การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ ที่รักษาตัวอยู่ในห้องคลอดและหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลชลบุรี พ.ศ. 2560 จำนวน 2 ราย โดยเลือกจากคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ และนอนอยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน เครื่องมือที่ใช้ประกอบการศึกษา คือ แบบประเมินอาการผู้ป่วย (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 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน ชักประวัติผู้ป่วยและญาติตามแบบบันทึกวิเคราะห์ ผลการศึกษาประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยง การวินิจฉัยโรค การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการดูแลต่อเนื่อง

ผลการศึกษา

ผู้คลอดรายที่ 1 หญิงไทยคู่ อายุ 38 ปี G2P1 GA 38⁺² wks. มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์เวลา 10.00 น. วันที่ 12 มิถุนายน 2560 แรกรับตรวจครรภ์พบ HF ¾ > ☉ 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" S+ แพทย์พิจารณารับไว้รักษา ระหว่างรอคลอดผู้คลอดได้รับการรักษาด้วย 50% MgSO₄ 5 mg + 0.9 % NaCl 100 ml IV drip in 30 min then 50% MgSO₄ 20 mg + 0.9 % NaCl 1,000ml 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 1' = 9

คะแนน, 5' = 10 คะแนน, 10' = 10 คะแนน ตัดฝีเย็บ Median episiotomy ได้รับการซ่อมแซมฝีเย็บแบบ subcutaneous suture Total blood loss 300 ml. ความดันโลหิต 2 ชม.หลังคลอด อยู่ในช่วง 141/89-142/91 mmHg ย้ายหลังคลอด

การพยาบาล (ผู้คลอดรายที่ 1)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้คลอดเสี่ยงต่อการชักและได้รับอันตรายจากการชัก

ข้อมูลสนับสนุน : ความดันโลหิต 161/112 mmHg และ ได้รับยา $MgSO_4$

เกณฑ์การประเมิน

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

กิจกรรมพยาบาล

1. ตรวจปฏิกิริยาตอบสนองระดับลึกของเอ็นที่ยึดกล้ามเนื้อ (DTRs) และ ankle clonus เมื่อแรกได้รับไว้ดูแล และตรวจต่อไปทุก 4 ชั่วโมง พร้อมทั้งลงบันทึกไว้ เพื่อเป็นการประเมินระบบประสาทส่วนกลางว่ามีการระคายเคืองในระดับใด 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

- ช่องคลอดและฝีเย็บไม่ฉีกขาดเพิ่มจากที่ทำ Episiotomy

เกณฑ์การประเมินผล

- การฉีกขาดของฝีเย็บไม่เกินจากแผล Episiotomy

กิจกรรมการพยาบาล

1. เตรียมอุปกรณ์ช่วยคลอด เช่น เครื่องดูดสุญญากาศ อุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ ทารกแรกเกิด ตามกุมารแพทย์ เพื่อช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์หลังมีการหดตัวทุกครั้ง
2. ตัดฝีเย็บด้วยวิธี Median Episiotomy
3. ช่วยแพทย์ทำคลอดไหล่และลำตัวโดยการดึงช้าและระมัดระวัง
4. ตรวจสอบการฉีกขาดของ ฝีเย็บและบริเวณโดยรอบว่ามีการฉีกขาดเพิ่มของฝีเย็บและบริเวณอื่นหรือไม่ และเย็บซ่อมแซมตามระดับการฉีกขาด

การประเมินผล : ฝีเย็บขาดไม่เกินจากแผล Episiotomy และได้รับการซ่อมแซมฝีเย็บแบบ subcutaneous suture

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้รับบริการมีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังรกลคลอดเนื่องจากการทำสูติศาสตร์หัตถการ 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. รกและเยื่อหุ้มรกลคลอดอย่างสมบูรณ์ภายใน 30 นาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ช่วยเหลือแพทย์ในการใช้เครื่องดูดสุญญากาศช่วยคลอด
2. ให้ Syntocinon 10 ยูนิต ทางกล้ามเนื้อขณะศีรษะโผล่ เพื่อช่วยการหดตัวของมดลูก
3. ทำคลอดรกด้วยวิธี Controlled cord traction
4. วัดความดันโลหิตและคลึงมดลูกให้แข็งกลมทันทีหลังรกลคลอด
5. ตรวจสอบรกและเยื่อหุ้มรกรอย่างละเอียด
6. ประเมินการฉีกขาดของฝีเย็บและฝีเย็บซ่อมแซม
7. ประเมินปริมาณเลือดที่ออกหลังการคลอดรก
8. ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่างเพื่อส่งเสริมการหดตัวของมดลูก

การประเมินผล

- มดลูกหดตัวดี แข็ง ไม่นุ่ม ภายหลังคลอดรก
- ประเมินการเสียเลือด (Estimate Blood loss) = 300 ซีซี
- หลังคลอดรกซีฟวร 88 ครั้ง/นาทีหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 141/89 มิลลิเมตรปรอท
- รกคลอดหลังทารกเกิด 10 นาที ตรวจรกลักษณะสมบูรณ์

ผู้คลอดรายที่ 2 หญิงไทยคู่ อายุ 37 ปี G1P0 GA 32⁺⁵ wks. ประวัติพบว่า 7 วันก่อนมาโรงพยาบาล (28 เมษายน 2560) ฝากครรภ์ตามนัดที่โรงพยาบาลพนสนิมคม พบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบ Plt.count 87,000 cells/mm³ ส่งตัวมาฝากครรภ์ต่อที่โรงพยาบาลชลบุรี วันที่ 2 พฤษภาคม 2560 พบว่า

ความดันโลหิตสูง 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 mg + 0.9 % NaCl 100 ml IV drip in 30 min then 50% MgSO₄ 20 mg + 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) แพทย์พิจารณาให้คลอดแต่เนื่องจากการคลอดก่อนกำหนดแพทย์จึงให้การรักษาร่วมด้วย Dexamethasone 6 mg IM q 12 hr. เพื่อกระตุ้นการสร้าง surfactant ของปอดทารก วันที่ 4 พฤษภาคม 2560 แพทย์ set ผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน คลอดทารกเพศหญิง น้ำหนัก 1,618 กรัม Apgar score 1' = 6 คะแนน, 5' = 9 คะแนน,

10' = 9 คะแนน ทารกถูกส่งไปรักษาต่อหอผู้ป่วย SNB Total blood loss 250 ml. และเนื่องจากผู้คลอดมีภาวะ HELLP syndrome ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต้องการการดูแลที่ใกล้ชิดแพทย์จึงพิจารณาย้ายไปเฝ้าระวังอาการต่อที่หอผู้ป่วย MICU 19 ชั่วโมง ภายหลังผ่าตัดคลอดไม่มีภาวะแทรกซ้อน อาการทางคลินิกจึงย้ายไปพักฟื้นที่หอผู้ป่วยหลังคลอด

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. ดูแลให้นอนพักบนเตียงตลอดเวลา (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 ชั่วโมงไม่ควรต่ำกว่า 12-14 ครั้งต่อนาที
5. ประเมินปฏิกิริยาสะท้อนกลับ (deep tendon reflex) ทุก 2-4 ชั่วโมงต้องไม่ลดลง
6. ประเมินปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมงไม่ควรออกน้อยกว่า 25-30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง
7. ประเมินอาการของภาวะแมกนีเซียมเป็นพิษโดยระยะแรกมีการอุบวบว กระจายน้ำ

เหงื่อออก ความดันโลหิตลดลง กล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียก และ DTR ลดลง ภายหลังจากกดประสาทส่วนกลาง การหายใจช้าลง การเต้นหัวใจผิดปกติ หยุดหายใจได้

8. เตรียมยาแก้ฤทธิ์แมกนีเซียมเป็นพิษ 10 % calcium gluconate ให้พร้อมใช้
9. หลังให้ยาลดความดันโลหิต ต้องประเมินสัญญาณชีพทุก 5 -15 นาทีจนครบครึ่งชั่วโมงถ้าความดันโลหิตลดต่ำลงมากให้รายงานแพทย์ทราบ (diastolicไม่ควรต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท)
10. สังเกตอาการนำของการชัก เตรียมอุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมใช้

การประเมินผล

- ความดันโลหิต 160/100 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 132 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ปัสสาวะออก 60 มิลลิเมตรต่อชั่วโมง ปฏิกริยาสะท้อนกลับ 2+

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ทารกมีโอกาสขาดออกซิเจน เนื่องจากเนื้อเยื่อบริเวณรกเปลี่ยนแปลง และการไหลเวียนของเลือดลดลง จากภาวะความดันโลหิตสูง

ข้อมูลสนับสนุน

- หญิงตั้งครรภ์รู้สึกว่าคุณด้นน้อยลง อัตราการเต้นหัวใจทารก 158 ครั้งต่อนาที

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- ทารกไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล

1. อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ระหว่าง 120-160 ครั้งต่อนาที
2. ผลการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ปกติ ทารกดี

กิจกรรมการพยาบาล

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

ตัวแข็ง ปวดท้อง และทารกดิ้นน้อยลง

การประเมินผล

- อัตราการเต้นของหัวใจทารก 152 ครั้งต่อนาที ผลการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ปกติ ทารกดี

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 วิตกกังวลกลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและบุตรในครรภ์จากการผ่าตัดคลอด

ข้อมูลสนับสนุน

1. เป็นความดันโลหิตสูงขณะการตั้งครรภ์
2. รู้ว่าตนเองความดันโลหิตสูงมาก 190/120 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- ความวิตกกังวลลดลง เข้าใจอาการและอาการแสดงของโรคดี

เกณฑ์การประเมินผล

1. สามารถบอกอาการ แนวทางการรักษาและร่วมมือในการรักษาปฏิบัติตามคำแนะนำได้
2. นอนพักได้ หน้าตาสดชื่นขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ชักถามและเปิดโอกาสให้เล่าถึงความวิตกกังวลและความกลัว เพื่อให้ระบายความรู้สึก
2. อธิบายให้ทราบถึงสาเหตุ ลักษณะอาการ แนวทางการรักษา ภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดคลอด พร้อมทั้งแนะนำและให้ข้อมูลทุกครั้งที่มีการตรวจและปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเพื่อให้เข้าใจเหตุผลของการรักษาพยาบาลที่ได้รับและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล
3. อธิบายให้ทราบการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดคลอดแสดงความเห็นใจ ปลอบโยนให้รู้สึกอบอุ่น คลายความวิตกกังวล และความกลัว อยู่เป็นเพื่อนและให้กำลังใจ และแนะนำให้พูดคุยกับญาติทางโทรศัพท์ เพื่อให้คลายความกังวล

การประเมินผล

- หน้าตาสดชื่นขึ้น ปฏิบัติตามคำแนะนำและให้ความร่วมมือในการรักษาดี

จากการศึกษาดังกล่าว สามารถสรุปเปรียบเทียบการดูแลพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการศึกษาสรุปเปรียบเทียบการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์

เรื่อง	ผู้คลอดรายที่ 1	ผู้คลอดรายที่ 2	ผลการเปรียบเทียบ
1. ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ ได้แก่ ตั้งครรภ์แรก ตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี ภาวะอ้วนน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมาก มีภาวะโลหิตจาง มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง โรคไต ตั้งครรภ์แฝด ครรภ์ไข่ปลาอุก มีประวัติเคยเป็นภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์มาก่อน	- ตั้งครรภ์อายุ 38 ปี - BMI 27.34	- ตั้งครรภ์อายุ 37 ปี	- ผู้คลอดทั้ง 2 ราย ตั้งครรภ์ในขณะที่ยาอายุมากกว่า 35 ปี ซึ่งสตรีตั้งครรภ์ที่อายุมากส่วนใหญ่จะมีความเสี่ยงต่อ chronic hypertension with superimposed Preeclampsia ³ นอกจากนี้ผู้คลอดรายที่ 1 มีค่า BMI 27.34 ซึ่งหมายถึงการมีน้ำหนักเกินกว่าเกณฑ์ปกติจึงทำให้ผู้คลอดรายที่ 1 มีความเสี่ยงเกิดภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์มากกว่า

ตารางที่ 1 ผลการศึกษาสรุปเปรียบเทียบการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ (ต่อ)

เรื่อง	ผู้คลอดรายที่ 1	ผู้คลอดรายที่ 2	ผลการเปรียบเทียบ
2. การวินิจฉัยโรค สามารถทำได้จาก การ ตรวจร่างกายอาการและ อาการแสดงและการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ	วินิจฉัยโรค คือ Severe preeclampsia โดยพบว่า ความดันโลหิต 187/119 มม. ปรอท และมีโปรตีนใน ปัสสาวะ +2	วินิจฉัยโรคคือ Preeclampsia with Severe Features โดยพบว่า ความดันโลหิต 187/119 มม. ปรอท มีโปรตีนในปัสสาวะ +2 และมีอาการของ HELLP syndrome คือ เลือดจางจากการ แตกของเม็ดเลือด ระดับเอนไซม์ ตับในเลือดเพิ่มขึ้นเกล็ดเลือดต่ำ	วินิจฉัยโรคของผู้คลอดทั้ง 2 ราย คือ Preeclampsia แต่ ผู้คลอดรายที่ 2 มีภาวะ แทรกซ้อนที่รุนแรง คือ HELLP syndrome ซึ่งเกิด จากการเปลี่ยนแปลงของ ร่างกายที่มีต่อภาวะ Preeclampsia ที่นำไปสู่ การเสียชีวิตได้
3. การรักษาภาวะ Preeclampsia เป็นภาวะที่ ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต ทั้งมารดาและทารกในครรภ์ การได้รับการวินิจฉัยและ รักษาที่รวดเร็วช่วยลด อันตรายที่ก่อให้เกิดการ สูญเสียในภาวะนี้ได้	แพทย์รับไว้รักษาใน รพ. และ ผู้คลอด GA 38 ⁺ 2 Wk. เข้าสู่ ระยะคลอดโดยมีอาการเจ็บ ครรภ์จริง แพทย์พิจารณาช่วย คลอดโดยใช้เครื่องดูด สุญญากาศ	แพทย์รับไว้รักษาใน รพ. และผู้ คลอด GA 32 ⁺ 5 Wk. มีภาวะซีด และมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง คือ HELLP syndrome แพทย์ พิจารณาช่วยคลอดโดยใช้ผ่าตัด ทารกออกทางหน้าท้อง	ผู้คลอดทั้ง 2 ราย เป็นการ รักษา ที่แพทย์พิจารณาแล้ว ว่าภาวะ Preeclampsia มี ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ แพทย์จะพิจารณาให้คลอด ได้ แต่วิธีการคลอดนั้นขึ้นอยู่กับ สภาพอาการของผู้คลอด และทารกในครรภ์
4. การติดตามผลการรักษา เมื่อได้รับการจำหน่ายโดย แพทย์นัดตรวจติดตามการ รักษาอย่างสม่ำเสมอ สังเกต อาการ/ผลข้างเคียงของ ภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์ ถ้า พบอาการผิดปกติ ให้มาพบ แพทย์	ผู้คลอดมาตรวจหลังคลอด ตามปกติ และสังเกตอาการ/ ผลข้างเคียงของภาวะความดัน โลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ เช่น อาการปวดศีรษะ ตาพร่า มัว	ผู้คลอดมาตรวจหลังคลอด ตามปกติ และสังเกตอาการ/ ผลข้างเคียงของภาวะความดัน โลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ เช่น อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว	ผู้คลอดทั้ง 2 ราย ได้รับการ รักษา อย่าง ต่อ เนื่อง จนกระทั่งจำหน่าย ซึ่งมีการ วางแผนจำหน่ายหลังคลอด เช่น สุ่วิทยาส่วนบุคคลและ การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การมาตรวจตามนัด และ อาการผิดปกติที่ควรมาพบ แพทย์ก่อนวันนัด

สรุป

ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ เป็นภาวะที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตทั้งมารดาและทารกในครรภ์ การได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่รวดเร็วช่วยลดอันตรายที่ก่อให้เกิดการสูญเสียในภาวะนี้ได้ เป้าหมายในการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ สิ่งที่สำคัญอันดับแรก คือ ความปลอดภัยของมารดาและทารกในครรภ์

เอกสารอ้างอิง

1. กติกา นวพันธุ์. สูตินรีเวชทันยุค. กรุงเทพฯ : พี เอ ลิฟวิ่ง. 2558 ; 113-24.
2. Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., ...Sheffield, J. S. (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/