

การพยาบาลผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับการคลอดก่อนกำหนด

รัตนภรณ์ เต็มดวง, พย.บ.*

Received: 9 ก.ค.68

Revised: 2 ธ.ค.68

Accepted: 3 ธ.ค.68

บทคัดย่อ

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ส่งผลกับอวัยวะหลายระบบทั่วร่างกาย โดยพยาธิสภาพหลักของภาวะนี้เกิดจากรก หากไม่ได้รับการแก้ไข หรือการดูแลรักษาที่ถูกต้อง จะทำให้มารดา และทารกเสียชีวิตจากการตั้งครรภ์ การคลอดเกือบทุกรายจากสถิติโรงพยาบาลสิงห์บุรีปี 2564- 2566 คิดเป็น 2.80%, 1.94% และ 2.60% ซึ่งในการศึกษานี้จะขอมุ่งเน้น เฉพาะส่วนของผู้คลอดที่มีความดันโลหิตสูงที่ส่งผลให้เกิดภาวะการคลอดก่อนกำหนด หลักสำคัญในการดูแลรักษา คือ ให้การดูแลรักษาอย่างทันทั่วเพื่อให้มารดา และทารกปลอดภัย โดยมีรูปแบบการศึกษา เป็นการวิเคราะห์กรณีศึกษา และนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้คลอด

กรณีศึกษารายนี้มีภาวะวิกฤติผู้คลอดมีโอกาสดังกล่าวซ้ำในระยคลอด ทารกคลอดก่อนกำหนดทำให้มารดาและทารกเสียชีวิตได้พยาบาลห้องคลอดจึงต้องสามารถวินิจฉัยประเมินภาวะวิกฤติและให้การช่วยเหลือเบื้องต้นได้ทันทั่วที่ตามมาตรฐาน ประสานงานสื่อสารข้อมูล และทำตามแผนการรักษาแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย สรุปรณศึกษารายนี้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้รับการดูแลวินิจฉัยเบื้องต้น รายงานสูติแพทย์กุมารแพทย์และประสานงานทีมช่วยเหลือ

พยาบาลห้องคลอดมีบทบาทสำคัญในการประเมินความเสี่ยงต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ร่วมกับการคลอดก่อนกำหนดและการให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล เตรียมความพร้อมของทีม อุปกรณ์ เครื่องมือ ยา รวมทั้งช่วยแพทย์ทำการหัตถการต่าง ๆ จนถึงเตรียมผ่าตัดคลอดในภาวะฉุกเฉินในภาวะวิกฤติ

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้คลอด, ภาวะความดันโลหิตสูง, การคลอดก่อนกำหนด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี Email: rattanaporn.tem2@gmail.com

Nursing Care for Pregnant Women with Hypertension and Premature Birth

Rattanaorn Temdaung, B.N.S.*

Abstract

Gestational hypertension is a serious complication affecting multiple organ systems throughout the body. The primary pathology of this condition originates from the placenta. If left untreated or treated properly, it can lead to maternal and fetal death. Statistics from Singburi Hospital indicate that hypertensive disorders in pregnancy accounted for 2.80%, 1.94%, and 2.60% of all deliveries in 2021, 2022, and 2023, respectively. This study examined hypertensive pregnant women who experienced preterm labor. Timely care is a treatment key to ensure the safety of both the mother and the infant. A case study approach was used, with findings applied to intrapartum care (Medical Records and Statistics, Singburi Hospital, 2021).

In this case study, the mother experienced a critical condition where she experienced labor seizures and premature birth, leading to maternal and fetal death. Therefore, delivery room nurses diagnosed and assessed the crisis and provide timely first aid according to standards. They coordinated and communicated information, and implement a holistic treatment plan that addressed both physical and psychological needs to ensure the survival of the baby and the safety of the mother. conclusion, this case study involved a pregnant woman presenting with hypertension and preterm labor who received initial diagnostic evaluation and was subsequently referred to obstetricians and pediatricians for coordinated management with multidisciplinary support teams.

Delivery room nurses play a crucial role in assessing the risk of hypertension and preterm birth, providing nursing care according to nursing standards, preparing the team, equipment, and medications, and assisting physicians in various procedures, including preparing for emergency cesarean sections in critical situations.

Keywords: Nursing care for laboring women, Hypertension, Preterm labor.

* Professional Nurse, Professional Level. Nursing Division, Singburi Hospital. Email: rattanaorn.tem2@gmail.com

บทนำ

จากการทบทวนสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาและทารกในครรภ์ที่ผ่านมาพบว่าร้อยละ 17 เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Hypertension in Pregnancy) ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่เป็นเหตุโดยตรงจากการตั้งครรภ์ การคลอดและหลังคลอด ไม่นับรวมสาเหตุโดยอ้อมอันได้แก่ โรคทางอายุรกรรมและอุบัติเหตุ มีรายงานพบความชุกของภาวะนี้ทั่วโลกประมาณร้อยละ 5-10 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด ในประเทศไทยพบร้อยละ 3-10 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พบร้อยละ 5.99 โรงพยาบาลศิริราชพบร้อยละ 4.11

ความชุกของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Hypertension in Pregnancy) ของโรงพยาบาลสิงห์บุรี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565-2567 พบได้ร้อยละ 2.80, 1.94 และ 2.60 ตามลำดับ เมื่อเทียบสัดส่วนของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมทั้งหมดพบว่าอัตราการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มีแนวโน้มสูงขึ้นจากร้อยละ 2.80, 1.94 และ 2.60 ลำดับ พบอัตราการเกิดภาวะชัก (Eclampsia) ขณะรับไว้รักษาในโรงพยาบาล มีแนวโน้มลดลงจากปี พ.ศ. 2565-2567 ไม่พบผู้ป่วยเกิดภาวะชักขณะรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา ไม่พบหญิงตั้งครรภ์และมารดาเสียชีวิตจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ส่วนผลลัพธ์ด้านทารกแรกเกิดพบว่าทารกที่คลอดก่อนกำหนดเกิดจากมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ปี 2565 จำนวน 2 ราย

เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ส่งผลกับอวัยวะหลายระบบทั่วร่างกาย (Multisystemic syndrome) ทำให้มีการหลั่งสารเคมีหลายชนิดที่ทำให้หลอดเลือดทั่วร่างกายหดตัว ส่งผลให้เซลล์บุผนังหลอดเลือดเสื่อมสภาพและทำงานผิดปกติไป ทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลง ระบบการแข็งตัวของเลือดจะถูกกระตุ้นจากความเสื่อมสภาพของเซลล์บุผนังหลอดเลือด ทำให้มีลิ่มเลือดอุดตันทั่วร่างกาย โดยพยาธิสภาพหลักของภาวะนี้เกิดจากรก หากไม่ได้รับการแก้ไขหรือการดูแลรักษาที่ถูกต้อง ทันท่วงทีจะทำให้มารดาและทารกเสียชีวิตจากการตั้งครรภ์และการคลอดเกือบทุกราย

การทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยในระดับจังหวัดโดย MCH Board มีมาตรการในการปิดจุดอ่อนในเรื่อง 3 D ได้แก่ Delay in seeking care ค้นหาผู้ป่วยให้เร็ว, Delay reaching care เข้าถึงกระบวนการดูแลรักษาให้เร็วและ Delay receiving quality care in facility ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะขอมุ่งเน้นในเรื่องกระบวนการเข้าถึง การรักษา และการพยาบาลโดยเฉพาะส่วนของผู้คลอดที่มีความดันโลหิตสูงที่ต้องเข้าสู่กระบวนการคลอดในห้องคลอดเท่านั้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลและดูแลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะการคลอดก่อนกำหนด

วิธีดำเนินการศึกษา

1. คัดเลือกผู้คลอดที่น่าสนใจที่มีอันตรายแก่ชีวิตและได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงและมีภาวะการคลอดก่อนกำหนดที่มาใช้บริการที่ห้องคลอดโรงพยาบาลสิงห์บุรีจำนวน 1 ราย
2. ศึกษาข้อมูลย้อนหลังกรณีศึกษาผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและมีภาวะ การคลอดก่อนกำหนดจำนวน 1 ราย ที่เข้ารับการรักษา ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลสิงห์บุรีโดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการอาการแสดง ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการฝากครรภ์ ประวัติการตั้งครรภ์ประวัติการคลอด พร้อมประเมินสภาพผู้คลอด ทั้งด้านร่างกาย จิตใจสังคมและเศรษฐกิจ
3. ศึกษาค้นคว้าความรู้จากตำราทางด้านวิชาการต่าง ๆ เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงในระยะตั้งครรภ์คลอดร่วมกับภาวะการคลอดก่อนกำหนด พยาธิสรีรวิทยา อาการ อาการแสดงการวินิจฉัย การรักษา และแนวทางการพยาบาล
4. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์ทั้งสูติแพทย์และกุมารแพทย์และปรึกษาร่วมทีมปฏิบัติงาน
5. นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ปัญหาและวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการให้การพยาบาลตามมาตรฐานกระบวนการพยาบาลโดยให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย
6. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลและติดตามประเมินผลการพยาบาลอย่างครอบคลุม
7. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดกรณีศึกษา เผยแพร่ผลงานและนำผลการปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในการพัฒนางานและแนะนำสอนแก่นักศึกษาต่อไป

พยาธิสภาพ การรักษาและการพยาบาลที่สำคัญ

ความหมายของโรค

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Hypertension in Pregnancy) หมายถึง กลุ่มความผิดปกติซึ่งประกอบด้วยความดันโลหิตสูงเป็นหลัก ซึ่งอาจพบความดันโลหิตสูงก่อนการตั้งครรภ์หรือเกิดขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ อาจพบร่วมกับอาการบวม และ/หรือตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ มักเกิดช่วงครึ่งหลังของการตั้งครรภ์ โดยทั่วไปมีชื่อเรียกหลายชื่อได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ (Gestational hypertension) ครรภ์เป็นพิษระยะก่อนชัก (Preeclampsia) ครรภ์เป็นพิษระยะชัก (Eclampsia) วิทยาลัยสูตินรีเวชวิทยาแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (The American college of Obstetricians and Gynecologist: ACOG) เรียกภาวะนี้ว่า Hypertension in pregnancy ซึ่งเกณฑ์บ่งชี้ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงต้องมียา The National high Blood Pressure Education Program (NHBPEP) ได้จำแนกภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ออกเป็น 4 กลุ่มหลัก ดังนี้

1. ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Gestational hypertension) คือ ภาวะความดันโลหิตสูงที่ตรวจพบครั้งแรกในระหว่างการตั้งครรภ์ ในช่วงอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ขึ้นไป โดยไม่ proteinuria ร่วมด้วย และความดันโลหิตมักกลับสู่ระดับปกติภายใน 12 สัปดาห์หลังคลอด

2. ครรภ์เป็นพิษระยะก่อนชัก (Pre-eclampsia) และระยะชัก (Eclampsia)

2.1 ครรภ์เป็นพิษระยะก่อนชัก (Preeclampsia) เป็นกลุ่มอาการ (Syndrome) ของความดันโลหิตสูงที่พบครั้งแรกในขณะตั้งครรภ์หลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ร่วมกับมีโปรตีนในปัสสาวะอย่างน้อย 300 มิลลิกรัมในเวลา 24 ชั่วโมง บางรายอาจมีหรือไม่มีอาการและอาการแสดงอื่น ๆ ร่วมด้วยที่บ่งชี้ถึงความรุนแรงของโรค (Severe features of preeclampsia)

2.2 ครรภ์เป็นพิษระยะชัก (Eclampsia) ความดันโลหิตสูงร่วมกับมีอาการชัก โดยการชักไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น การชักเกิดขึ้นได้ทั้งระยะก่อนคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด

3. ครรภ์เป็นพิษซ้อนทับกับความดันโลหิตสูงเรื้อรัง (Superimposed Preeclampsia on Chronic hypertension)

คือ ภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังที่พบตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์หรือก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ เมื่อตั้งครรภ์พบว่ามีความดันโลหิตเป็นพิษแทรกซ้อน และตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะร่วมด้วย¹

กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา

ในระหว่างการตั้งครรภ์ ระบบต่าง ๆ ในร่างกายจะมีการปรับตัวให้เหมาะสมต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงทางสรีระกายวิภาคในระบบต่าง ๆ ฮอโมนและเมตาบอลิซึม เพื่อเป็นการปรับตัวให้ดำเนินการตั้งครรภ์และทารกในครรภ์สามารถเจริญเติบโตได้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลง²

พยาธิสภาพ

พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ คือมีการเพิ่มขึ้นของสารเคมีในร่างกายที่ทำให้เกิดการหดเกร็งของหลอดเลือด (Vasoconstriction) และมีการลดลงของสารเคมีในร่างกายที่ทำให้เกิดการขยายตัวของหลอดเลือด (Vasodilatation) ทำให้แรงต้านการไหลเวียนของโลหิตมีมากขึ้นผนังหลอดเลือด (Endothelial cell) ถูกทำลายมากขึ้น ซึ่งมีผลทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ลดลง เลือดจับตัวเป็นก้อนในหลอดเลือดเกล็ดเลือดและ Fibrinogen ถูกทำลายจนลดน้อยลง และมีการซึมผ่านของพลาสมาและสารน้ำออกจากเส้นเลือดฝอยเพิ่มขึ้น

พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นดังกล่าวนี้พบว่ามีลักษณะเป็นโรคของร่างกาย (Multisystem disease) ในการเพิ่มขึ้นและลดลงของสารเคมีดังกล่าวข้างต้นถูกสร้างจากเนื้อเยื่อของรกเป็นส่วนใหญ่³ ซึ่งพบพยาธิสรีรวิทยาที่สำคัญ คือ การพัฒนาของรกที่ผิดปกติ

ระยะที่ 1 ระยะก่อนแสดงอาการ (Preclinical stage) คือ ความผิดปกติของการฝังตัวของรก เริ่มจากระยะแรกของการตั้งครรภ์ที่ตัวอ่อนไม่สามารถฝังตัวในเยื่อโพรงมดลูกได้อย่างปกติ

ระยะที่ 2 ระยะแสดงอาการ (Clinical stage) เมื่อสมดุระหว่างโปรตีนที่มีฤทธิ์ยับยั้งและส่งเสริมการสร้างหลอดเลือดผิดปกติอย่างมาก และเซลล์ของรกที่ขาดเลือดมีการตายอย่างต่อเนื่อง จะมีการหลั่งสารเคมีที่ทำให้หลอดเลือดหดตัวเพิ่มขึ้น ซึ่งทำให้การขยายตัวของหลอดเลือดลดลง เมื่อหลอดเลือดทั่วร่างกายหดตัว เป็นเวลานานจะทำให้เซลล์บุผนังหลอดเลือดเสื่อมสภาพและทำงานผิดปกติไป ส่งผลให้เกิดพยาธิสภาพกับแต่ละระบบ ดังนี้

1. ระบบประสาท มีการทำลายของ Endothelial cell ในสมอง ทำให้เนื้อเยื่อในสมองบวม มีเลือดออก และเกิดเนื้อตาย จะมีการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เห็นภาพไม่ชัด เห็นภาพซ้อน หรืออาจมองไม่เห็น มีปฏิกิริยาสะท้อนที่เร็วเกินไป (Hyperreflexia) มีการกระตุกสั่นของกล้ามเนื้อ (Clonus) ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง และมีอาการชัก

2. ระบบหัวใจและหลอดเลือด มีการเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ (Cardiac output) อย่างมาก อาจเกิดอันตรายต่อเยื่อหลอดเลือด (Endothelial cells) ส่งผลให้ Cardiac output ลดลง

3. ระบบโลหิตวิทยา จากการทำลายของ Endothelial cell พบว่ามีผลทำให้เม็ดเลือดแดง และเกล็ดเลือดถูกทำลายมากยิ่งขึ้นเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เรียกว่า HELLP (H: Hemolysis of red blood cell, EL: Elevated liver enzyme, LP: Low platelet count) การตรวจเม็ดเลือดแดงจะพบ Small irregularly shaped red cells และ Echinocytes การตรวจเอนไซม์ในตับจะพบการเพิ่มของ Alanine aminotransferase (ALT) และ Aspartate aminotransferase (AST) หมายความว่ามีการตายของเนื้อตับ และมีเลือดออกในตับ ภาวะเลือดไม่แข็งตัวเนื่องจากเกิดภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (Thrombocytopenia) คือ มีเกล็ดเลือด $< 100,000 \text{ cell/mm}^3$

4. ระบบการทำงานของปอด ทำให้เกิดภาวะปอดบวม หายใจลำบาก (Dyspnea)

5. ระบบการทำงานของไต พบมีการทำลายของชั้น Endothelial ของหลอดเลือดในไต ซึ่งมีผลทำให้เกิดการบวมของ Glomerular cell ในขณะที่หลอดเลือดฝอยภายในหลอดทำให้เกิด Glomerular filtration mrate ลดลง ส่งผลให้ Creatinin และ Uric acid เพิ่มขึ้น พบโปรตีนในปัสสาวะ ถ้ามีอาการรุนแรงอาจพบปัสสาวะออกน้อยและไตวายได้ในที่สุด นอกจากนี้ผลจากการที่เส้นเลือดหดตัวมากเกินไปไตขาดเลือดไปเลี้ยง

6. ระบบการทำงานของตับ จากการถูกทำลายของ Endothelial มักพบว่าเกิดโรคตับที่ตับ ภาวะแคลคูลัสแตก

(Capsule rupture) มักพบมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดบริเวณชายโครงขวาหรือใต้ลิ้น

7. การเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อมดลูกและรกจากการถูกทำลายของ Endothelial มีผลทำให้หลอดเลือดในแนวเฉียงของมดลูก (Spiral arteries) แคบลงและเหี่ยวออกจาก Intervillous space ซึ่งเป็นส่วนที่รกร่วมกับกล้ามเนื้อจึงทำให้มีปริมาณเลือดที่ไหลผ่านระหว่างรกกับมดลูกน้อยลง รวมทั้งมีการแตกทำลายของเม็ดเลือด และการจับตัวของเกล็ดเลือด ทำให้เกิดการตายของเนื้อรกและผนังมดลูก การทำหน้าที่ของรกเสื่อมลงเกิดภาวะ Uteroplacenta insufficiency ส่งผลให้ทารกได้รับเลือดจากมารดาน้อยลง มีภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (Intrauterine growth retardation) บางรายอาจเกิดรกลอกตัวก่อนกำหนด ทำให้ทารกได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเกิด Fetal acidosis, Mental retardation หรือ Fetal death ในที่สุด⁴

สาเหตุปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ที่แน่ชัด แต่เชื่อว่าเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน (Multifactorial disorder) สาเหตุการเกิดได้หลายทฤษฎี ความบกพร่องของภาวะโภชนาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง พันธุกรรม

ตั้งครรภ์ครั้งแรก อายุต่ำกว่า 18 ปีหรือมากกว่า 40 ปีขึ้นไป ประวัติครรภ์เป็นพิษในท้องก่อน ความผิดปกติทางสุติกรรม เช่น ตั้งครรภ์แฝด ตั้งครรภ์ไขปลาออก ครรภ์แฝดน้ำ หญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคประจำตัว โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง ภาวะทุพโภชนาการ มีประวัติบุคคลในครอบครัวที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์หรือครรภ์เป็นพิษ ผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์

อาการและอาการแสดง

ภาวะ Preeclampsia มีกลุ่มอาการและอาการแสดงที่สำคัญ (Classic symptoms) ได้แก่

1. ความดันโลหิต > 140/90 มิลลิเมตรปรอท
2. ภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะ หรือ Proteinuria คือ ภาวะที่มี Urine protein ≥ 300 mg Urine protein creatinine index (UPCI) ≥ 0.3 หรือ Urine dipstick $\geq 1+$
3. การบวม น้ำหนักตัวขึ้นเร็วจากการคั่งของน้ำในเซลล์ การบวมมักเริ่มที่ฝ่าเท้า ขา
4. ปฏิกริยาตอบสนองไว (Hyperreflexia) ปฏิกริยาตอบสนองระดับลึกของเอ็นที่ยึดกล้ามเนื้อ (Deep tendon reflex: DTRs)
5. ปวดศีรษะส่วนหน้า การมองเห็นผิดปกติ ตาพร่ามัว มองภาพไม่ชัด
6. ปวดจุกแน่น เจ็บเสียดลิ้นปี่ เจ็บบริเวณชายโครงขวาด้านหนึ่งของตับ ตับบวมทำเป็นอาการเตือนก่อนมีอาการชัก

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยภาวะ Preeclampsia สามารถวินิจฉัยได้ ความดันโลหิต > 140/90 มิลลิเมตรปรอท บวมเกิดขึ้นแบบทันทีทันใด โดยไตรมาสที่สองมีโปรตีนในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง โดยพบ 500 mg อาการบวม (Pitting edema)

หากหญิงตั้งครรภ์รายใดที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Preeclampsia หรือ Chronic hypertension with superimposed preeclampsia แล้วตลอดการตั้งครรภ์สิ่งสำคัญที่ต้องเฝ้าระวังคือการดำเนินโรคที่รุนแรงขึ้นหรือที่เรียกว่าการเกิด “Severe feature” สำหรับเกณฑ์การวินิจฉัยว่าเป็น Preeclampsia with severe feature ประเมินจากการเกิดภาวะผิดปกติอย่างน้อย 1 ข้อขึ้นไป ดังนี้

1. Systolic BP (SBP) ≥ 160 มิลลิเมตรปรอท หรือ Diastolic blood pressure (DBP) ≥ 110 มิลลิเมตรปรอท
 2. Thrombocytopenia คือ เกล็ดเลือด $< 100,000$ cell/mm³
 3. Impaired liver function คือ AST/ALT สูงกว่า 2 เท่าของค่า Upper normal limit หรือมีอาการปวดจุกใต้ลิ้นปี่รุนแรงและไม่หายไป (Severe persistence)
 4. Renal insufficiency คือ Serum creatinine ≥ 1.1 หรือมากกว่า 2 เท่าของค่า Serum creatinine เดิมโดยไม่มีโรคไตอื่น
 5. Pulmonary edema
 6. มีอาการปวดศีรษะหรือตาพร่ามัวที่เกิดขึ้นใหม่
- การวินิจฉัยภาวะ Eclampsia คือ ในมารดาที่มีภาวะ Preeclampsia ไม่สามารถระบุสาเหตุของการชักได้ และไม่พบอาการทางระบบประสาทอื่น ๆ ร่วมกับ ลักษณะของการชักเป็นแบบ Tonicclonic seizures คือ การชักแบบทั้งตัวสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งในระยะก่อนคลอด และหลังคลอดพบการชักได้ถึง 48 ชั่วโมงหลังคลอด ถือได้ว่าเป็นภาวะรุนแรงที่เกิดในมารดาที่มีภาวะ Preeclampsia แม้ว่าจะมีวิธีการประเมินและการจัดการแต่ยังคงเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของมารดาในระหว่างที่มีอาการชัก อัตรา ระยะที่เสี่ยงที่สุดอาจเกิดการชักได้คือ ระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

การวินิจฉัยภาวะ HELLP Syndrome (Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelets) เป็นกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ผิดปกติไปของตับ จัดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากของหญิงตั้งครรภ์

H: Hemolysis เกิดจากการแตกตัวและปรับตัวของเม็ดเลือดแดง ให้สามารถไหลผ่านหลอดเลือดแดงเล็กๆ ที่ตีบและหดเกร็ง จึงเกิดการสลายตัวของเม็ดเลือดแดงในกระแสเลือดและอาจพบเบอร์ เซล (Blur cell) จากมีการแตกสลายของเม็ดเลือดแดงในหลอดเลือดซึ่งตรวจพบได้จากการตรวจเสมียร์เลือด³

EL: Elevated Liver Enzymes เกิดจากมีการหดเกร็งของหลอดเลือดในตับหลอดเลือดถูกทำลายมีไฟบรินมาเกาะตำแหน่งที่ถูกทำลายทำให้การไหลเวียนโลหิตเข้าสู่ตับลดลง ตับเกิดภาวะขาดเลือดและเกิดเนื้อตาย ทำให้มีการหลั่งเอนไซม์

จากตัวเพิ่มมากขึ้น เอนไซม์ที่ตรวจพบคือ AST และ ALT สูงกว่า 2 เท่าของค่า Upper normal limit และอาจพบว่ามีระดับบิลิรูบินในเลือดสูงทำให้มีอาการของตัวเหลือง (Jaundice) และมีระดับบิลิรูบินในเลือดสูง (Hyperbilirubinemia) ได้ด้วย³

LP: Low Platelets count เกิดจากการหดเกร็งของหลอดเลือดและการทำลายของหลอดเลือดเกิดเป็นรูเปิดเล็ก ๆ ในหลอดเลือดร่างกายจะตอบสนองโดยการนำเกล็ดเลือดในร่างกายมารวมกันเป็นกลุ่มเพื่อปิดรูเปิดพร้อมกับไฟบรินก็จะถูกนำมาใช้ในการปิดรูเปิดของหลอดเลือดที่ถูกทำลาย จึงพบว่ามีไฟบรินเกาะตามผนังหลอดเลือด ทำให้การไหลเวียนเลือดลดลง เมื่อมีการนำเกล็ดเลือดมาใช้สมานรอยแผลของหลอดเลือด ส่งผลให้จำนวนเกล็ดเลือดในกระแสเลือดลดลงเกิดภาวะ Systemic thrombocytopenia มี platelet $<100,000 \text{ cel/mm}^3$ แต่ค่าของ Prothrombin time (PT) และ Partial thromboplastin time (PTT) และ Bleeding time ปกติซึ่งไม่ใช่ภาวะ DIC³

เป้าหมายการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

1. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะชัก
2. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา
3. เพื่อความปลอดภัยของมารดาและทารกโดยการคลอดปลอดภัยหรือยุติการตั้งครรภ์

การพยาบาล

ประเมินอาการปวดศีรษะ ตาพร่า จุกแน่นบริเวณลิ้นปี่ อาการคลื่นไส้หรืออาเจียน เพื่อประเมินความรุนแรงของโรค ตรวจ Urine protein เพื่อประเมินการทำงานของไต เก็บ Urine Protein 24 ชั่วโมง เพื่อการวินิจฉัยโรคและให้การดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม ประเมินและให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะของโรค แนวทางการดูแลรักษา อาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองและทารกในครรภ์เมื่อมีภาวะความดันโลหิตสูงในระยะคลอด ประเมินการหดตัวของมดลูกและอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ ประเมินภาวะสมดุลของน้ำในร่างกายผู้ป่วย (fluid intake and output) ดูแลและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูงเพื่อสร้างเนื้อเยื่อต่าง ๆ ของร่างกายและทดแทนโปรตีนที่สูญเสียออกทางปัสสาวะ

ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นหรืออาการนำของภาวะชัก เช่น Headache, Visual disturbance, Epigastric pain ดูแลให้ได้รับยาป้องกันภาวะชักคือ แมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO_4) ตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ขณะตั้งครรภ์ ดูแลให้ได้รับยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษา ได้แก่ Nifedepine, Labetalol, Hydralazine ติดตามระดับแมกนีเซียมในเลือด ให้อยู่ในระดับของการรักษา (therapeutic level) ประเมินและเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์

อย่างใกล้ชิด (Fetal Heart Rate Monitoring) จัดทำห้ผู้ป่วยนอนตะแคงซ้ายและให้ออกซิเจนเพื่อเพิ่ม Uteroplacental blood flow วัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง กรณี Membranes intact และทุก 2 ชั่วโมง กรณี membranes absent ประเมินการหายใจทุก 1 ชั่วโมง และ $\text{O}_2 \text{ Sat}$ เพื่อประเมินภาวะ Tissue perfusion ประเมินอาการและอาการแสดงของ Pulmonary edema ได้แก่ Chest tightness, $\text{O}_2 \text{ Sat} <95\%$, Cough Shortness of breath, Tachypnea, Tachycardia, Adventitious breath sound เตรียมและให้ยาแคลเซียมกลูโคเนตทางหลอดเลือดดำ กรณีผู้ป่วยมีอาการแสดงของการเป็นพิษจากยาแมกนีเซียมซัลเฟต เตรียมผู้ป่วยเพื่อการคลอดตามความเหมาะสมและช่วยแพทย์ในการทำสูติศาสตร์หัตถการ เตรียมความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ในการช่วยเหลือทารกกรณีพบ non reassuring FHR pattern และประสานงานกับทีม Neonatal cardiopulmonary resuscitation (NCPR) เพื่อให้การช่วยชีวิตทารกแรกเกิด⁵

การพยาบาลผู้คลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องก่อนผ่าตัดคลอด

1. การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย

- 1.1 จดน้ำและอาหารเป็นเวลาอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงก่อนทำการผ่าตัด
- 1.2 ได้รับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ
- 1.3 การทำความสะอาดร่างกายทั่วไป การโกนขนบริเวณหน้าท้อง อวัยวะเพศ
- 1.4 ใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้
- 1.5 จ้องเลือดสำรองไว้ใช้เลือดฉุกเฉิน ตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์
- 1.6 เตรียมศึกษาประวัติเดิมและยาที่จำเป็นต้องใช้กับผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน

2. การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ

- 2.1 แจ้งให้ผู้คลอดและครอบครัวทราบข้อบ่งชี้ที่ต้องผ่าตัดคลอดพร้อมให้ลงนามยินยอมรับการรักษาดำเนินการผ่าตัดอธิบายขั้นตอนการทำผ่าตัดทั้งหมด
- 2.2 ประเมินสภาพจิตใจผู้คลอดถึงภาวะความวิตกกังวล แนะนำวิธีผ่อนคลายและการจัดการกับความเครียดก่อนผ่าตัด
- 2.3 อธิบายวิธีการระงับความเจ็บปวดจากการผ่าตัดคลอดที่เหมาะสมกับผู้คลอดแต่ละราย
- 2.4 แนะนำทีมผ่าตัดและทีมวิสัญญีให้ผู้คลอดรับทราบเพื่อลดความวิตกกังวล และสร้างความมั่นใจให้ผู้คลอด

การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด

การคลอดก่อนกำหนดหรือการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm labor, Premature labor) หมายถึง ทารกที่คลอดช่วงอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ หรือ 259 วันหรือ ทารกคลอดในช่วงระหว่างอายุครรภ์ 22 สัปดาห์ ถึงก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ โดยเริ่มนับจากวันแรกของวันที่ประจำเดือนมาครั้งสุดท้าย

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดว่า การคลอดตั้งแต่อายุครรภ์ 22 สัปดาห์ขึ้นไป (หรือทารกมีน้ำหนักตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 500 กรัม) ก็สามารถเลี้ยงทารกให้รอดได้) ไปจนถึงอายุครรภ์ก่อนครบ 37 สัปดาห์ จะเป็นทารกที่คลอดก่อนกำหนดมากกว่ากำหนดมาก ทำให้ทารกมีน้ำหนักตัวน้อยมาก (น้อยกว่า 1,500 กรัม) ซึ่งทารกในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะเป็นทารกที่คลอดเมื่ออายุครรภ์ 32-33 สัปดาห์ และยิ่งถ้าคลอดก่อนกำหนดมากขึ้นเท่าไรปัญหาที่ยังมีมากขึ้นเท่านั้นเนื่องจากอวัยวะต่างๆ ของทารกที่คลอดก่อนกำหนดยังเจริญเติบโตได้ไม่สมบูรณ์ จึงทำให้อัตราการตายของทารกมีสูงมากกว่าทารกที่คลอดครบกำหนดถึง 3 เท่า และยังพบว่าทารกแรกคลอดจำนวน 2 ใน 3 ที่เสียชีวิตในเดือนแรกเป็นทารกที่คลอดก่อนกำหนด และมีความพิการสูง การคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งที่ทางสูติแพทย์และกุมารแพทย์ยังพบได้อยู่ในปัจจุบัน "ทารกคลอดก่อนกำหนด" (Preterm infant, Premature infant, Premie, Premie) ถ้าทารกมีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม จะเรียกว่า "ทารกน้ำหนักน้อย" แต่ถ้ามีน้ำหนักเฉลี่ยน้อยกว่า 1,500 กรัม จะเรียกว่า "ทารกมีน้ำหนักตัวน้อยมาก" ส่วนทารกที่คลอดก่อนอายุครรภ์ 25 สัปดาห์ ซึ่งมักเสียชีวิต จะเรียกว่า "การแท้ง" (Abortion) โอกาสการรอดชีวิตก็น้อยมากขึ้น

สาเหตุการคลอดก่อนกำหนด

สาเหตุของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการเกิดการคลอดก่อนกำหนด ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดประมาณร้อยละ 50 ทำให้เกิดอาการเจ็บครรภ์คลอดและคลอดทารกก่อนกำหนด ดังนี้

อายุ หญิงตั้งครรภ์มีอายุต่ำกว่า 18 ปี หรือมากกว่า 34 ปีขึ้นไป น้ำหนักตัว หญิงตั้งครรภ์ที่พอมมาก และอ้วนมากเกินไป ประวัติทางสูตินรีเวชกรรม ในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์เคยมีประวัติการคลอดก่อนกำหนดมาก่อน

สภาพเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว ครอบครัวฐานะยากจนทำงานหนัก การศึกษาน้อย ความเครียด การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ใช้สารเสพติด การรับประทานยาบางชนิด เกิดอุบัติเหตุในขณะตั้งครรภ์

การวินิจฉัยการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

เมื่อมีการคลอดเกิดขึ้นจะต้องมีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนเสมอ อาการเจ็บครรภ์ การหดตัวของมดลูกจะถี่ขึ้นเรื่อย แพทย์ตรวจพบปากมดลูกขยายตัว การตรวจอัลตราซาวด์ ทางช่องคลอดเพื่อวัดความยาวและรูปร่างของปากมดลูก ปากมดลูกมีขนาดสั้นกว่าหรือเท่ากับ 2.5 เซนติเมตร ที่อายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ และ/หรือปากมดลูกเป็นกรวย ก็เป็นสัญญาณเตือนว่ามีความเสี่ยงที่จะคลอดก่อนกำหนด การตรวจสารคัดหลั่ง จะเป็นการตรวจเพื่อหาสาร Fetal fibronectin ซึ่งเป็นสารที่สร้างจากเซลล์ของลูก พบอยู่ระหว่างถุงการตั้งครรภ์⁶

การรักษาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ความก้าวหน้าทางการแพทย์ในปัจจุบันนี้ สูติแพทย์จะมียาหลายชนิดที่ช่วยหยุดยั้งการหดตัวของมดลูกและทำให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปจนครบกำหนดหรือใกล้ครบกำหนดมากที่สุด โดยแนวทางในการรักษา มีดังนี้

1. อายุครรภ์น้อยกว่า 25 สัปดาห์ แพทย์จะไม่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดและไม่ให้ยา
2. อายุครรภ์ระหว่าง 25-34 สัปดาห์ แพทย์จะรับไว้ในโรงพยาบาล ให้นอนพักและให้สารน้ำอย่างเพียงพอ พร้อมกับตรวจหาสาเหตุ ตรวจนับเม็ดเลือด ตรวจปัสสาวะ ตรวจอัลตราซาวด์ เพื่อค้นหาความพิการของทารกและน้ำหนักตัวโดยประมาณ แพทย์จะทำการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดหรือการหดตัวของมดลูก โดยให้ยา Nifedipine หรือ Indomethacin และลำดับรองลงมาคือ Terbutaline ในกรณีเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มีความสัมพันธ์กับปริมาณน้ำคร่ำมากจะยับยั้งด้วย Indomethacin คอร์ติโคสเตียรอยด์เข้ากล้ามเนื้อเพื่อเร่งการเจริญของปอดทารก ให้ Dexamethasone แต่ในกรณีที่คลอดก่อนกำหนด แพทย์จะให้ยาปฏิชีวนะให้ Ampicillin

3. อายุครรภ์มากกว่า 34 สัปดาห์ แพทย์จะไม่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดหรืออาจยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด และไม่ให้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ ตามหลักแล้วการรักษาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีวัตถุประสงค์เพื่อพยายามยืดเวลาในการตั้งครรภ์ออกไปให้ถึง 37 สัปดาห์ให้ได้มากที่สุด การรักษาส่วนใหญ่จะเป็นการรักษาแบบประคับประคองเพื่อยืดเวลาอย่างน้อย 48-72 ชั่วโมง เพื่อที่จะรอเวลาเมื่อฉีดยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ (Cortico steroid) ไปกระตุ้นการเจริญเติบโตของปอดทารกที่อยู่ในครรภ์ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ หรือเพื่อยืดเวลาทารกที่อยู่ในครรภ์ไปยังสถานที่ดูแลรักษาทารกคลอดก่อนกำหนดได้ ซึ่งยานำมาใช้ลดการหดตัวของมดลูกในปัจจุบันจะมีอยู่ 5 กลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้

1. ยาในกลุ่ม β -adrenergic- receptor agonist (Ritodrine, Terbutaline, Salbutamol) เป็นยาที่นำมาใช้รักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แต่จะมีผลทำให้กล้ามเนื้อมดลูกคลายตัวด้วยผลแทรกซ้อนที่พบบ่อยจากการใช้ยาในกลุ่มนี้คือ ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว ระดับน้ำตาลในเลือดสูง และมีอาการแทรกซ้อนคือทำให้เกิดบวม น้ำอาจทำให้เสียชีวิตได้
2. ยา Magnesium sulfate เป็นยาที่นำมาใช้รักษาการคลอดก่อนกำหนด ฤทธิ์ทำให้เซลล์กล้ามเนื้อมดลูกไม่หดตัว จึงทำให้มดลูกคลายตัว แต่ยานี้จะค่อนข้างมีอันตราย
3. ยาในกลุ่ม Prostaglandin synthesis inhibitor ปกติเป็นยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ที่ช่วยลดอาการปวดได้ จึงทำให้มดลูกไม่มีการหดตัว แต่จะมีผลข้างเคียงต่อทารกมาก
4. ยาในกลุ่ม Oxytocin receptor antagonist เป็นยาที่ช่วยยับยั้งการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกคลายตัว

5. ยากลุ่ม Calcium channel blocker ปกติแพทย์จะใช้ยานี้เป็นยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ด้วยามีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดขยายตัว ความดันโลหิตลดลง และช่วยลดการหดตัวของกล้ามเนื้อตลกรักษาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มี Nifedipine และ Nicardipine

การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดมี 3 อย่าง คือ การฉีดยา Corticosteroid เพื่อกระตุ้นการเจริญเติบโตของปอดทารก การใช้ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรีย (streptococcus Group B) และการส่งต่อมารดาและทารกที่อยู่ในครรภ์ไปยังโรงพยาบาลที่มีความสามารถในการดูแลทารกที่มีอายุครรภ์อ่อน ๆ ได้⁷

การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

การคลอดก่อนกำหนดเป็นหาสำคัญทางด้านอนามัยของแม่และเด็ก แม้ว่าความเจริญทางการแพทย์จะสามารถช่วยให้เด็กที่คลอดออกมาก่อนกำหนดมีชีวิตอยู่รอดได้มากขึ้นกว่าในอดีต แต่ก็ยังพบว่ามีการเกิดอีกจำนวนมากที่มีความพิการหรือเสียชีวิต จึงมีความจำเป็นที่จะต้องป้องกัน ดังนี้

ส่งเสริมสุขภาพของมารดาให้ดีก่อนการตั้งครรภ์ การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เมื่อตั้งครรภ์แล้วควรรับประทานแพทย์ เพื่อฝากครรภ์และปฏิบัติตามที่ได้รับคำแนะนำมาตามนัดทุกครั้ง ตั้งครรภ์ควรหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ พักผ่อนให้เพียงพอ ดื่มน้ำและดื่มน้ำเกลือแร่ หลีกเลี่ยงความเครียด ลดการทำงานหนักหรือออกกำลังกายเป็นเวลานาน ๆ หรือยกของหนัก ป้องกันการติดเชื้อของร่างกาย ด้วยการดื่มน้ำมาก ๆ เพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ รักษาการติดเชื้อและการอักเสบต่าง ๆ เรื้อรังน้ำหนักตัวในระหว่างตั้งครรภ์ที่เพิ่มมากเกินไป หรือน้อยเกินไป หลีกเลี่ยงหรืองดมีเพศสัมพันธ์ การใช้ยาลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อตามที่สุดติแพทย์

การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนด

ทารกคลอดก่อนกำหนดมักเกิดจากความไม่สมบูรณ์ในการทำหน้าที่ของอวัยวะในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และให้การพยาบาล ดังต่อไปนี้

1. การพยาบาลทารกมีอุณหภูมิร่างกายไม่คงที่

ทารกคลอดก่อนกำหนดทำให้ทารกไม่สามารถควบคุมอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ในระดับปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิร่างกายตามสิ่งแวดล้อม อุณหภูมิร่างกายจึงต่ำกว่าปกติ (Hypothermia) หรือสูงกว่าปกติ (Hyperthermia) ได้ง่าย

2. การพยาบาลทารกหายใจไม่มีประสิทธิภาพ

ทารกหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของปอดและระบบประสาท กล้ามเนื้อต่าง ๆ สาเหตุดังนี้ ศูนย์ควบคุมการหายใจใน Medulla ยังเจริญไม่เต็มที่ กล้ามเนื้อช่วยการหายใจไม่สมบูรณ์ทำให้ การพยาบาลเพื่อให้ทารกได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ดังนี้

ประเมิน APGAR Score ได้แก่ การหายใจ ชีพจร สีผิว

แรงกล้ามเนื้อและรีเฟล็กซ์แรกเกิดหน้าที่ที่ 1, 5 และ 10 ตามลำดับ ช่วยเหลือกัชีพ APGAR score น้อยกว่า 7

3. การพยาบาลทารกที่มีภูมิคุ้มกันโรคต่ำและเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อ

ทารกคลอดก่อนกำหนดมีภูมิคุ้มกันโรคต่ำและเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อได้ง่าย

4. การพยาบาลทารกที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

ทารกคลอดก่อนกำหนดมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำได้ง่าย โดยระดับน้ำตาลต่ำกว่า 40 เนื่องจากสาเหตุ Glycogen สะสมที่ตับไว้น้อยจึงกลายเป็นกลูโคสได้น้อย การใช้กลูโคสเพิ่มขึ้นจากภาวะหายใจลำบาก การขาดออกซิเจน อุณหภูมิร่างกายต่ำ ส่งเสริมและสร้างสายสัมพันธ์แม่ลูกให้ผู้คลอดเตรียมพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจเพื่อเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กรณีทารกแข็งแรงดีให้ผู้คลอดอุ้มและเริ่มดูลนมทันที

5. การพยาบาลภาวะเลือดออกในอวัยวะ

ทารกคลอดก่อนกำหนดมีเลือดออกในอวัยวะต่าง ๆ จากสาเหตุผนังเส้นเลือดพัฒนาไม่สมบูรณ์และขาด Connective tissue⁸

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

หญิงไทยอายุ 28 ปี รูปร่างท้วม เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพพนักงานบริษัท รายได้ 15,000 บาทต่อเดือน

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล

20 พฤศจิกายน 2567 เวลา 7.00 น.

วันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล

29 พฤศจิกายน 2567 เวลา 15.30 น.

อาการสำคัญ

ANC ตามนัด พบความดันโลหิตสูง จึงโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

ครรภ์ที่ 1 (G₁P₀A₀L₀) อายุครรภ์ 31⁺₄ สัปดาห์ มา ANC ตามนัด ความดันโลหิตสูง เริ่มมีอาการปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว จุกแน่นบริเวณใต้ลิ้นปี่ ท้องแข็งนานๆ ครั้ง ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด ไม่มีน้ำเดิน ทารกดิ้นปกติ แรกแรกที่ OPD อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส วัดความดันโลหิต 156/109 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 95 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที Deep tendon reflex 3⁺, pupils 2 mm, Reactive to light eyes, Urine albumin 3⁺, เสียงหัวใจทารกในครรภ์ 150 ครั้งต่อนาที

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

หอบหืด หูดยามา 4-5 ปี

ประวัติการแพ้ยาและอาหาร

ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร

ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว

ไม่มีโรคทางกรรมพันธุ์ ปฏิเสธการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติด

ข้อมูลด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ครอบครัวเดี่ยวขนาดเล็ก มีสมาชิก 3 คน ครอบครัวอบอุ่น สัมพันธภาพในครอบครัวรักใคร่ กันดี สามีประกอบอาชีพรับจ้าง รายได้ในครอบครัวพอกินพอใช้ ใช้สิทธิ์ประกันสังคม

การวินิจฉัยแรกเริ่ม

G₁P₀A₀L₀ อายุครรภ์ 31⁺₄ weeks with Preterm labour with PIH with IUGR

สรุปการรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล

วันที่ 20 พ.ย.2567 เวลา 7.00 น.รับผู้คลอดจากผู้ป่วยนอก ตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 (G₁P₀A₀L₀) อายุครรภ์ 31+4 สัปดาห์ มา ANC ตามนัด มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว และจุดแฉกบริเวณใต้ลิ้นปี่ ตรวจพบความดันโลหิตสูง 156/109 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 95 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ไม่มีไข้ Deep tendon reflex 3+ มีอาการบวม 3+ ที่หลังเท้า ขา และลำตัว Urine albumin 3+ ระดับมดลูกอยู่ที่ 2/4 เทนิสต่อ ทารกในครรภ์คินดี FHS 150 ครั้งต่อนาที แพทย์พิจารณาปรับไวดูแลในห้องคลอดได้รับการวินิจฉัยเป็น Preterm labour with PIH with IUGR ให้ยาป้องกันชักแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄) และแผนการรักษาตาม Protocol MgSO₄ ให้ยาลดความดันโลหิต Nifedipine ทางหลอดเลือดดำเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้น้อยกว่า 160/110 มิลลิเมตรปรอท ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ การบีบตัวของมดลูกและการเต้นของหัวใจทารก อย่างต่อเนื่องด้วย ผลการตรวจ Reactive ดี หัวใจทารกเต้น 156 ครั้งต่อนาที มดลูกมีการหดตัวสม่ำเสมอ ไม่เจ็บครรภ์ แพทย์จึงตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ด้วยการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน รวมเวลารับไวดูแลในห้องคลอด 4 ชั่วโมง 5 นาที นับเป็นช่วงวิกฤตที่ต้องการความชำนาญในการประเมินผู้คลอดอย่างใกล้ชิด ทุก 15-30 นาที พร้อมปรับเปลี่ยนให้การพยาบาลตลอดเวลาเพื่อป้องกันภาวะภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เพราะมีโอกาสชัก หมดสติและเสียชีวิตได้ทั้งผู้คลอดและทารก ระหว่างผ่าตัดความดันโลหิตอยู่ในช่วง 162/101 – 182/116 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70-80 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที มดลูกหดตัวดี เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 1,000 ซีซี รวมใช้เวลาผ่าตัดนาน 58 นาที รวมรับไว้รักษาในโรงพยาบาล 9 วัน

วันที่ 25 พ.ย.2567 เวลา 16:38 น. ทารกคลอด เพศหญิง น้ำหนัก 1,420 กรัม แรกเกิดร้องเสียงค่อยๆ หายใจสม่ำเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที การเคลื่อนไหวของแขนขาอ่อน สีผิวตามร่างกายแดงแต่ปลายมือปลายเท้าเขียวเล็กน้อย กระตุ้นทารกและดูดนมด้วยลูกยางแดง อัตราการหายใจ 50 ครั้งต่อนาที ประเมิน APGAR Score นาทีที่ 1, 5 และ 10 = 9, 10 และ 10 ตามลำดับ ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด

95% เวลา 17:00 น. ส่งทารกดูแลรักษาต่อเนื่องที่หอผู้ป่วยหนัก ทารกแรกเกิดมารดาหลังคลอดไม่มีภาวะแทรกซ้อน Lochia ปกติ เต้านมไม่คัดตึง น้ำนมไหลดี มารดาได้รับการรักษาในโรงพยาบาล 9 วัน แพทย์อนุญาตกลับบ้านได้

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญ

1. มีโอกาสเกิดภาวะชักเนื่องจากความดันโลหิตสูง
2. วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด
3. ทารกอาจเกิดภาวะขาดออกซิเจน

การพยาบาลระยะก่อนคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีโอกาสเกิดภาวะชักเนื่องจากความดันโลหิตสูง

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้คลอดบอกมีอาการปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัวและจุดแฉกบริเวณใต้ลิ้นปี่วัดความดันโลหิต 168/117 มิลลิเมตรปรอท ตรวจพบ Urine albumin 4⁺ตรวจพบ Deep tendon reflex 3⁺

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อป้องกันภาวะชักและอันตรายจากการชัก

เกณฑ์การประเมิน

ไม่เกิดภาวะชัก ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เป้าหมายที่แพทย์ได้วางแผนไว้ <160/110 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

ติดตามประเมินอาการและอาการแสดงที่นำสู่ภาวะชัก ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เห็นภาพไม่ชัด จุกใต้ลิ้นปี่หรืออาการเจ็บขาโครงขา ปฏิกริยาสะท้อน (deep tendon reflex) เร็วเกินไป 3⁺ ขึ้นไป หรือมีอาการกระตุกของกล้ามเนื้อบริเวณเข่า (ankle clonus) นาที 2 ครั้งและทุก 1 ชั่วโมง ถ้ามากกว่า 160/110 มิลลิเมตรปรอท ให้รายงานแพทย์ทันที จัดสิ่งแวดล้อมและให้อยู่ในบริเวณที่สามารถดูแลใกล้ชิดได้ เตรียมรถฉุกเฉินพร้อมอุปกรณ์ช่วยชีวิตและทีมช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม ทำกิจกรรมต่างๆ บนเตียง โดยยกไม้กั้นเตียงทุกครั้งหลังให้การพยาบาลดูแลให้ได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄) ปัสสาวะมากกว่า 30 ซีซีต่อชั่วโมง อัตราการหายใจมากกว่า 14 ครั้งต่อนาที และ Deep tendon reflex positive ถ้าขาด Safety factor ข้อใดข้อหนึ่งรายงานแพทย์ทราบ ติดตามผลแมกนีเซียมในเลือดให้อยู่ในระดับที่ป้องกันการชักได้ (5 - 9 mg/dl) ดูแลให้ยาลดความดันโลหิตคือ Nifedipine และสังเกตอาการข้างเคียงหลังให้ยา และให้ออกซิเจนทางหน้ากาก 10 ลิตรต่อนาที

ประเมินผลการพยาบาล

ไม่เกิดภาวะชัก ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว ระดับแมกนีเซียมในกระแสเลือด = 5.4 mg/dl ผู้คลอดมีความดันโลหิต 165/119 มิลลิเมตรปรอท แพทย์จึงยุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 วิดกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้คลอดมีสีหน้ากังวลเมื่อทราบว่าต้องผ่าตัดคลอด

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้คลอดลดความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในระหว่างผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน

ผู้คลอดมีสีหน้าคลายกังวล ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

ประสานงานกับแพทย์เพื่ออธิบายให้ผู้คลอดและสามีทราบถึงสถานะของโรค สถานะทารกในครรภ์และเหตุผลในการผ่าตัด เพื่อให้เกิดความเข้าใจ ลดความกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้คลอดและสามีซักถามข้อสงสัย เพื่อลดความวิตกกังวล มั่นใจในการรักษา อธิบายขั้นตอนการเตรียมร่างกาย ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด และวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกให้ผู้คลอดทราบ ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด รับฟังและพร้อมที่จะแก้ไขปัญหาต่าง ๆ

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้คลอดมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล รับฟังคำอธิบายและคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาล ซักถามข้อสงสัย ให้ความร่วมมือในการเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัดและยินยอมรับการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ทารกเกิดภาวะขาดออกซิเจนจากการคลอดก่อนกำหนด ผลจากผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรง และได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต ($MgSO_4$)

ข้อมูลสนับสนุน

1. อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์เพิ่มจาก 140 ครั้งต่อนาที เป็น 160 ครั้งต่อนาที

2. ลักษณะทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัว 1,420 กรัม คะแนน APGAR score นาที่ที่ 1, 5 และ 10 นาที่ = 9, 10 และ 10 ตามลำดับ แรกเกิดร้องค้อย ๆ หายใจสม่ำเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที การเคลื่อนไหวของแขนขาเล็กน้อย สีผิวตามร่างกายแดงแต่ส่วนปลายมือปลายเท้าเขียวเล็กน้อย ไม่ต้องช่วยฟื้นคืนชีพ หายใจสม่ำเสมอดี ส่งดูแลต่อเนื่องจากทารกแรกเกิด

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ทารกปลอดภัยจากภาวะขาดออกซิเจน

เกณฑ์การประเมิน

ทารกมีคะแนน AGAR score นาที่ที่ 1 ≥ 7 ออกซิเจนในเลือด (O_2 saturation) อยู่ระหว่าง 88 - 95 %

กิจกรรมการพยาบาล

ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์และประเมินสุขภาพทารกในครรภ์และการหดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่องด้วย Electronic fetal monitoring รายงานกุมารแพทย์เพื่อรับทราบ

ข้อมูลของผู้คลอดเกี่ยวกับประวัติตั้งครรภ์ภาวะแทรกซ้อน การรักษา ผลตรวจต่าง ๆ เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดเตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ ทารกแรกเกิดให้พร้อมใช้เพื่อรับทารกที่ห้องผ่าตัด ประเมินสภาพอาการทารกแรกเกิด ได้แก่ การหายใจ ชีพจร สีผิว แรงของกล้ามเนื้อ และรีเฟล็กซ์ โดยใช้การประเมิน APGAR Score นาที่ที่ 1, 5 และ 10 ตามลำดับ และร่วมกับทีมกุมารแพทย์ในการช่วยเหลือทารกแรกเกิด จัดทำให้ทารกนอนหงาย ศีรษะอยู่กึ่งกลางของลำตัว คอแขวนเล็กน้อย ปฏิบัติการพยาบาลภายใต้เครื่อง Radiant warmer รักษาอุณหภูมิกายไม่ต่ำกว่า 36.5 องศาเซลเซียสด้วยการเช็ดตัวให้แห้ง และห่อตัวทารกด้วยผ้าอุ่น ใส่หมวก และใส่ถุงพลาสติกห่อตัว ดูแลให้ทารกได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา ติดตามประเมินระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ประสานงานกับพยาบาลหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด เพื่อส่งทารกไปดูแลต่อเนื่องโดยใช้ Transport incubator และมีพยาบาลเป็นผู้นำส่ง

ประเมินผลการพยาบาล

ทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนัก 1,420 กรัม แรกเกิดร้องเสียงค้อยๆ หายใจสม่ำเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที การเคลื่อนไหวของแขนขาเล็กน้อย สีผิวตามร่างกายแดงแต่ปลายมือปลายเท้าเขียวเล็กน้อย กระตุ้นทารกและดูดนมด้วยลูกยางแดง หายใจ 50 ครั้งต่อนาที ประเมิน APGAR Score นาที่ที่ 1, 5 และ 10 = 9, 10 และ 10 ตามลำดับ O_2 saturation 95% ส่งดูแลรักษาต่อที่หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด

สรุปกรณีศึกษา

วันที่ 20 พ.ย.2567 เวลา 07.00 น.รับผู้คลอดจากผู้ป่วยนอก ตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 ($G_1P_0A_0L_0$) อายุครรภ์ 31⁺4 สัปดาห์ มา ANC ตามนัด พบมีความดันโลหิตสูง แพทย์จึงให้นอนโรงพยาบาล หลังจากได้รับการดูแลรักษา ต่อมา วันที่ 25 พ.ย. 2567 ผู้คลอดมีอาการ ปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัว และจุดแขนบริเวณใต้ลิ้นปี่ ตรวจพบความดันโลหิตสูง 165/119 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 ครั้งต่อนาที ไม่มีไข้ Deep tendon reflex 3⁺ มีอาการบวม 3+ ที่หลังเท้า ขา และลำตัว Urine albumin 3⁺ ระดับมดลูกอยู่ที่ 2/4 เห็นอสุติทารกในครรภ์ดิ้นดี FHS 150 ครั้งต่อนาที ขณะรับไว้ดูแลในห้องคลอด ได้รับการวินิจฉัยเป็น Superimposed preeclampsia on chronic hypertension with severe feature ให้ยาป้องกันชักแมกนีเซียมซัลเฟต ($MgSO_4$) และแผนการรักษาตาม Protocol $MgSO_4$ ให้ยาลดความดันโลหิต Nicardipine ทางหลอดเลือดดำเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้น้อยกว่า 160/110 มิลลิเมตรปรอท การบีบตัวของมดลูกและการเต้นของหัวใจทารก อย่างต่อเนื่องด้วย ผลการตรวจ Reactive ดี หัวใจทารกเต้น 156 ครั้งต่อนาที มดลูกมีการหดตัวสม่ำเสมอ ไม่เจ็บครรภ์ แพทย์จึงตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ด้วยการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน ร นับเป็นช่วงวิกฤตที่ต้องการความชำนาญในการประเมินผู้คลอดอย่างใกล้ชิด ทุก 15-30 นาที พร้อมปรับเปลี่ยนให้การพยาบาลตลอดเวลาเพื่อป้องกันภาวะภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เพราะมี

โอกาสชัก หดสติและเสียชีวิตได้ทั้งผู้คลอดและทารก ระหว่างผ่าตัดความดันโลหิตอยู่ในช่วง 162/101 – 182/116 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70–80 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที มดลูกหดตัวดี เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 1,000 ซีซี รวมใช้เวลาผ่าตัดนาน 58 นาที รับประทานในโรงพยาบาล 9 วัน

วันที่ 25 พ.ย.2567 เวลา 16:38 น. ทารกคลอด เพศหญิง น้ำหนัก 1,420 กรัม แรกเกิดร้องเสียงค่อย ๆ หายใจสม่ำเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที การเคลื่อนไหวของแขนขาดี สีผิวตามร่างกายแดงแต่ปลายมือปลายเท้าเขียว เล็กน้อย กระตุ้นทารกและดูดนมด้วยลูกยางแดง อัตราการหายใจ 50 ครั้งต่อนาที ประเมิน APGAR Score นาทีที่ 1, 5 และ 10 = 9, 10 และ 10 ตามลำดับ ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95% เวลา 17:00 น. ส่งทารกดูแลรักษาต่อเนื่องที่หอผู้ป่วยหนัก ทารกแรกเกิด รวมเวลาให้การดูแล ประเด็นสำคัญและความยุ่งยากในการดูแลผู้คลอดรายนี้

1. ผู้คลอดมีอาการเปลี่ยนแปลงเร็ว รุนแรง และเป็นหลาย ๆ ระบบพร้อมกัน ดังนั้นต้องอาศัยทีมผู้ดูแลจากสหสาขาวิชาชีพ ผู้ดูแลต้องมีความรู้ความชำนาญในการประเมินผู้คลอดอย่างใกล้ชิด และสามารถช่วยเหลือผู้คลอดและทารกในภาวะวิกฤตได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานทางการพยาบาล และที่สำคัญการมี Protocol MgSO₄ ที่ชัดเจน มีการทำงานเป็นทีมแบบไร้รอยต่อเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญมากในการให้การดูแลผู้คลอดรายนี้ ได้อย่างปลอดภัยทั้งมารดาและทารก

2. ผู้คลอดรายนี้รับไว้รักษาในโรงพยาบาลนาน 9 วัน เนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงหลายข้อ ได้แก่ มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ จึงส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง แพทย์จึงพิจารณาผ่าตัดคลอดเพื่อยุติการตั้งครรภ์ เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูง

ที่เกิดขึ้นอาจมีความรุนแรงทำให้ชักในช่วงตั้งครรภ์ได้ตลอดเวลา และส่งความรุนแรงเพิ่มขึ้นถ้ามีการตั้งครรภ์อีก

เอกสารอ้างอิง

1. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ฉบับครบรอบ 50 ปี ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2565.
2. วิทยา ธิฐาพันธ์, ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์. ภาวะวิกฤติทางสูติกรรม. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล, ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา; 2559.
3. กนกวรรณ ฉันทะมงคล. การพยาบาลสตรีที่มีโรคร่วมกับการตั้งครรภ์. ปทุมธานี:คณะพยาบาลศาสตร์.มหาวิทยาลัยรังสิต; 2559.
4. เคนนพพร สุดใจ, อิตินันท์ ตันสถิตย์, และลลธพร พัฒนาวิจารย์. การดูแลปัญหาที่พบบ่อยทางสูติกรรมร่วมสมัย (Contemporary practice of common problem in obstetrics). บริษัทธนาเพรส จำกัด; 2560.
5. นันทพร แสนศิริพันธ์, ณวิ เบาทรวง. การพยาบาลและการผดุงครรภ์ : สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะพยาบาลศาสตร์; 2561
6. มานี ปิยะอนันต์, ชาญชัย วันทนาศิริ, สิงห์เพชร สุขสมpong. ตำราสูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา; 2558.
7. มาลีวัล เลิศสาครศิริ. แนวคิดและการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน. กรุงเทพฯ: โครงการตำรามหาวิทยาลัยเซนต์หลุยส์; 2560.
8. วิบูลย์ เรื่องชัยนิคม, นวกรณ์ ออรุ่งโรจน์, ตองตา นันทโกมล, ลลธพร พัฒนาวิจารณ์, จินตามาศ โกศลชื้อวิจิตร, ทัดทรง พุณญทงศ์. เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์แห่งอนาคต (MFM Beyond 2020). กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด; 2562.