

การพยาบาลมารดาวัยรุ่นที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง และได้รับการผ่าตัดคลอด : กรณีศึกษา

เครือวัลย์ นิตศิริ* พย.บ.

บทคัดย่อ:

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นปัญหาทางสุขภาพในสตรีตั้งครรภ์และเป็นสาเหตุสำคัญ การเจ็บป่วยและการตายของมารดาและทารก เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถพบได้ในสตรีตั้งครรภ์ ประกอบด้วย ความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ครรภ์เป็นพิษ (ชนิดไม่รุนแรงกับชนิดรุนแรง) และครรภ์เป็นพิษระยะซัค และความดันโลหิตสูงเรื้อรังร่วมกับครรภ์เป็นพิษ ผลกระทบของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อมารดาและทารกในครรภ์ได้เช่นกัน อาจทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดการชัก เกิดภาวะของโรคหลอดเลือดสมองอย่างฉับพลัน และกลุ่มอาการ HELLP ในขณะที่ทารกอาจเกิดภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์การคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น ดังนั้น พยาบาลห้องคลอดจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะและประสบการณ์ของการประเมิน ติดตาม เฝ้าระวัง และดูแลภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ที่มีความรุนแรงและจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดคลอด เพื่อลดความรุนแรงของโรคแก่สตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมแนวปฏิบัติและการพยาบาลมารดาวัยรุ่นที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์จากบทความวิชาการและบทความวิจัย เนื้อหาสาระในบทความนี้ ประกอบด้วย ความหมายและชนิดของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เกณฑ์การวินิจฉัย อาการและอาการแสดงผลกระทบต่อมารดาและทารก หลักการพยาบาลที่สำคัญ และกรณีศึกษาซึ่งเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง เข้ารับการรักษาในห้องคลอด โรงพยาบาลด่านช้าง เกิดผลลัพธ์ที่ดี ปลอดภัยและได้รับการรักษาตัวต่อในหอผู้ป่วย

คำสำคัญ: การพยาบาลมารดาวัยรุ่น, ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์, ครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง

*Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานห้องคลอด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลด่านช้าง, krauniti@hotmail.com
วันที่รับบทความ 18 มีนาคม 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 21 เมษายน 2567 วันตอบรับบทความ 29 เมษายน 2567

Nursing Care for Adolescent Mothers with Pregnancy–Induced Hypertension and Severe Features After Cesarean Section: A Case Study

Krauwat Nitisiri B.N.S.*

Abstract:

Hypertensive disorders of pregnancy (HDP) are a major health problem in the obstetric population. It is one of the leading causes of maternal and perinatal morbidity and mortality. Complications that can be found in pregnancy are gestational hypertension, chronic hypertension, preeclampsia (with or without severe features), eclampsia, and chronic hypertension with superimposed preeclampsia. Consequently, pregnant women experienced seizure, stroke, and HELLP syndrome. The babies might suffer with fetal growth restriction and preterm delivery. Therefore, nurses in the delivery room should have knowledge, skills, and experience in terms of assessing, monitoring, preventing, and caring for HDP and needed for cesarean section. These would be able to reduce the severity of HDP in pregnant women and fetus.

This article aimed to synthesize the guidelines and nursing care for adolescent mothers with HDP from academic articles and research. The contents of this article include definition and types of HDP, criteria for being diagnosis, symptoms and signs, impacts to mother and fetus, and essential nursing care. A case study with severe preeclampsia that hospitalized at delivery room in Danchang hospital, who had a good outcome, safety, and hospitalized was provided.

Keyword: Nursing care of adolescent mother, Hypertensive disorders of pregnancy, Preeclampsia with severe features

*Corresponding author, Expert professional nurse, Head of labor room, Nursing Service Department, Danchang hospital,

E-mail: krauniti@hotmail.com

Received March 18, 2024 Revised April 21, 2024 Accepted April 29, 2024

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Hypertensive Disorders of Pregnancy: HDP) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่พบได้ร้อยละ 5-10 ของการตั้งครรภ์ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ด้วย¹ ในประเทศสหรัฐอเมริกาตั้งแต่ปี ค.ศ. 2017-2019 มีความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.8 เป็น 13.0 เกิดในสตรีตั้งครรภ์ช่วงอายุ 35-45 ปีมากที่สุด ร้อยละ 31.0 และพบว่า สตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้จะมีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังประมาณร้อยละ 2-2.3 ผลกระทบระยะยาวคือ เสี่ยงต่อภาวะหัวใจหยุดเต้นและโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน² สำหรับประเทศไทย มีการรายงานว่า ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์พบได้ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี ตั้งครรภ์แรก หรือครรภ์หลังที่สตรี มีอายุมากกว่า 35 ปี มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเรื้อรังก่อนการตั้งครรภ์ มีอัตราส่วนมารดาตายต่อเกิดมีชีพ 100,000 คน สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2565 เท่ากับ 1.6, 3.2 และ 4.3 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในสตรีตั้งครรภ์ที่อยู่ในช่วงวัยรุ่น³

จากรายงานของสำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขปี 2564 พบว่าอัตราการคลอดบุตรในกลุ่มอายุ 10-14 ปี และกลุ่มอายุ 15-19 ปี เท่ากับ 0.9 และ 24.4 ต่อประชากรหญิง 1,000 คน⁴ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นก่อให้เกิดปัญหาตามมา ทั้งปัญหาสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารก ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ 3 อันดับแรกในสตรีตั้งครรภ์ที่อยู่ในช่วงวัยรุ่น เป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลเพิ่มอัตราการเจ็บป่วย และการเสียชีวิตของทั้งสตรีตั้งครรภ์และทารก เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เลือดออกในสมอง ตับและไตวาย เป็นต้น หากเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว สูติแพทย์จำเป็นต้องช่วยคลอดด้วยวิธีผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง เพื่อความปลอดภัยทั้งมารดาและทารก

ดังนั้น พยาบาลจำเป็นต้องใช้ศาสตร์การพยาบาลเพื่อวางแผนการพยาบาลเพื่อดูแลมารดาตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อน เกิดความปลอดภัยทั้งมารดาและทารก จากสถิติของโรงพยาบาลด่านช้าง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด พบได้ร้อยละ 16.27, 13.91 และ 13.63 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 10 จากปัญหาดังกล่าว พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทที่สำคัญอย่างมาก ตั้งแต่การประเมินปัญหาสุขภาพ การวางแผนช่วยเหลือ การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ป้องกันเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการฟื้นฟูและส่งเสริมสุขภาพ ปัจจุบันมีแนวทางปฏิบัติตามคำแนะนำของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย รวมถึงบทความวิจัยต่าง ๆ ที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้เขียนจึงได้รวบรวมและนำเสนอผ่านกรณีศึกษา บทความนี้ได้นำเสนอความรู้เกี่ยวกับความหมายและชนิดของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เกณฑ์การวินิจฉัย อาการและอาการแสดง ผลกระทบต่อมารดาและทารก หลักการพยาบาลที่สำคัญ และกรณีศึกษา

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากรณีศึกษาและเสนอแนวทางการวางแผนการพยาบาลมารดาวัยรุ่นที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงและได้รับการผ่าตัดคลอด

วิธีดำเนินการศึกษา

ศึกษาค้นคว้าหาความรู้ทางวิชาการจากตำรา งานวิจัย วารสารต่าง ๆ และแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยศึกษามารดาวัยรุ่นที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงและได้รับการผ่าตัดคลอด ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลด่านช้าง ในวันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึง 18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 คัดเลือกจำนวน 1 คน ที่มีความยุ่งยาก เพราะตั้งครรภ์มารดาวัยรุ่นกำลังศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4 ทำให้ใช้เวลาในการดูแลหลังจำหน่ายอย่างต่อเนื่องจนถึงวันที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566

ความหมายและชนิดของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (HDP) หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตในขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure: SBP) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 140 mmHg และ/หรือค่าความดันโลหิตในขณะหัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure: DBP) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 90 mmHg โดยวัด 2 ครั้งห่างกันอย่างน้อย 4 ชั่วโมงภายหลังการพัก¹ วิทยาลัยสูติรีแพทย์แห่งประเทศไทยได้เสนอชนิดของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์โดยอ้างอิงตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือ สามารถแบ่งออกเป็น 4 ชนิด คือ^{5,6}

1. ความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ (gestational hypertension) เป็นภาวะความดันโลหิตสูงที่วินิจฉัยครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ แต่ไม่พบโปรตีนในปัสสาวะ หรือมีโปรตีนในปัสสาวะน้อยกว่า 300 mg ในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง

2. ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง (chronic hypertension) เป็นภาวะความดันโลหิตสูงตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ หรือได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์

3. ครรภ์เป็นพิษและครรภ์เป็นพิษระยะชัก (preeclampsia and eclampsia) ครรภ์เป็นพิษ เป็นกลุ่มอาการของความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์หลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ร่วมกับมีโปรตีนในปัสสาวะอย่างน้อย 300 mg ในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง กรณีที่ตรวจไม่พบโปรตีนในปัสสาวะ ให้ใช้เกณฑ์ความดันโลหิตสูงที่จำเพาะกับการตั้งครรภ์ (pregnancy-induced hypertension: PIH) ร่วมกับมีความผิดปกติของร่างกายในหลายระบบ (multisystem involvement) อย่างน้อย 1 อย่าง ส่วนครรภ์เป็นพิษระยะชัก เป็นภาวะครรภ์เป็นพิษร่วมกับมีภาวะชักร่วมด้วย โดยภาวะชักนี้ไม่เกิดจากความผิดปกติของสมอง

4. ความดันโลหิตสูงเรื้อรังร่วมกับครรภ์เป็นพิษ (chronic hypertension with superimposed preeclampsia) ก่อนการตั้งครรภ์ สตรีมีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง เมื่อตั้งครรภ์แล้วพบครรภ์เป็นพิษแทรกซ้อน ซึ่งพบได้ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตเรื้อรังจะเกิดครรภ์เป็นพิษได้สูงกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตปกติ 4-5 เท่า

เกณฑ์การวินิจฉัย

วิทยาลัยสูติรีแพทย์แห่งประเทศไทย⁶ ได้ปรับเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะครรภ์เป็นพิษในปี ค.ศ. 2013 ทำให้ราชวิทยาลัยสูติรีแพทย์แห่งประเทศไทยได้ปรับเกณฑ์วินิจฉัยให้สอดคล้องกัน มีรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia)

อาการ และอาการแสดง	การตรวจพบ
ความดันโลหิตสูง	SBP \geq 140 mmHg หรือ DBP \geq 90 mmHg ซึ่งต้องวัดอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกัน 4 ชั่วโมง โดยในแต่ละครั้งจะต้องวัดหลังจากที่สตรีตั้งครรภ์ได้พัก
ความดันโลหิตสูงวิกฤต	SBP \geq 160 mmHg หรือ DBP \geq 110 mmHg ซึ่งต้องวัดอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกันไม่นาน (ประมาณ 15 นาที)
โปรตีนในปัสสาวะ	โปรตีนในปัสสาวะอย่างน้อย 300 mg ในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง หรืออัตราส่วน โปรตีนต่อ creatinine ในปัสสาวะ \geq 0.3 mg/dL หรือโปรตีนในปัสสาวะโดยใช้แผ่นตรวจ (dipstick) \geq 2+ กรณีตรวจไม่พบโปรตีนตามเกณฑ์ที่กำหนด ให้ใช้เกณฑ์การทำงานผิดปกติของอวัยวะสำคัญอย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - เกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000 เซลล์ต่อไมโครลิตร - ค่า creatinine $>$ 1.1 mg/dL หรือสูงกว่าค่าปกติ 2 เท่า - ค่า liver function test สูงกว่าค่าปกติ 2 เท่า

นอกจากวินิจฉัยตามตารางที่ 1 ดังกล่าวข้างต้นแล้ว ให้ระบุว่ามียลักษณะรุนแรงด้วยว่าครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง (preeclampsia with severe features) หรือครรภ์เป็นพิษที่ไม่มีลักษณะรุนแรง (preeclampsia without severe features) โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง (preeclampsia with severe features) จำเป็นต้องมีลักษณะข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

1. ความดันโลหิตสูง พิจารณาจาก SBP \geq 160 mmHg หรือ DBP \geq 110 mmHg ประเมิน 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 4 ชั่วโมง และสตรีตั้งครรภ์ต้องได้พักผ่อน
2. เกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000 เซลล์ต่อไมโครลิตร (thrombocytopenia)
3. การทำงานของตับผิดปกติ (abnormal liver function) ระดับของเอนไซม์ตับเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของค่าปกติ หรือมีอาการเจ็บรุนแรงที่บริเวณลิ้นปี่หรือบริเวณใต้ชายโครงขวาโดยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา

4. การทำงานของไตผิดปกติ (renal insufficiency) พิจารณาจากค่า creatinine > 1.1 mg/dL หรือสูงกว่าค่าปกติ 2 เท่า โดยไม่มีโรคไตอื่น
5. น้ำท่วมปอด (pulmonary edema)
6. อาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นใหม่ ไม่สามารถบรรเทาได้ด้วยยาแก้ปวดและไม่ได้เป็นอาการของโรคอื่น ๆ
7. มีอาการผิดปกติทางสายตา

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของครรภ์เป็นพิษและครรภ์เป็นพิษระยะชัก (preeclampsia and eclampsia) มีกลุ่มอาการสำคัญ (classic symptoms) และอาการแสดงที่สำคัญ ดังนี้^{7,8}

ครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) กลุ่มอาการสำคัญ (classic symptoms) ได้แก่ ปวดศีรษะส่วนหน้า (frontal headache) การมองเห็นผิดปกติ และปวดใต้ชายโครงขวา หรือจุกแน่นลิ้นปี่ สำหรับอาการแสดง (sign) ได้แก่ SBP \geq 160 mmHg หรือ DBP \geq 110 mmHg น้ำท่วมปอด มีภาวะ HELLP syndrome คือ เม็ดเลือดแดงแตก (hemolysis) เอนไซม์ตับสูงขึ้นมาก (elevated liver enzyme) และเกล็ดเลือดลดต่ำ (low platelet) และอาจเกิดการชักเกร็ง-ชักกระตุก (tonic-clonic)

ครรภ์เป็นพิษระยะชัก (eclampsia) กลุ่มอาการที่สำคัญ คือ ภาวะชักแบบ generalized convulsion หรือ grand mal seizures ที่มีลักษณะเป็นการชักเกร็ง-ชักกระตุกทั้งตัว และถ้ามีอาการแสดงที่ชัดเจนคือ บวมทั้งตัว และมี deep tendon reflex (DTR) 4+ ทั้งนี้ ลักษณะของการชัก (eclamptic seizures) มีทั้งหมด 5 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะก่อนชัก (premonitoring stage) จะมีอาการกระสับกระส่าย ตามองนิ่งอยู่กับที่ รุม่านตาขยาย 2) ระยะเริ่มแรกของการชัก (stage of invasion) มีอาการกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าและมุมปากกระตุกริมฝีปากเบี้ยว ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 2-3 นาที 3) ระยะชักเกร็ง (tonic stage) มีอาการตัวแข็งเกร็งแขนขา มือกำแน่น ขบฟันแน่น ตาเขม็ง หุดหายใจ หน้าเขียว นานประมาณ 15-20 วินาที 4) ระยะชักกระตุก (clonic stage) มีอาการชักกระตุกทั่วร่างกายอย่างแรง นานประมาณ 30 วินาที -2 นาที ซึ่งอาการชักจะเริ่มที่หน้าก่อน ต่อมาที่แขนและขาจนชักทั้งตัว การกระตุกของขากรรไกรล่าง จะทำให้มีน้ำลายฟูมปากและกัดลิ้นตัวเองได้ และ 5) ระยะหมดสติ (coma) เกิดภายหลังการชักกระตุก นอนนิ่งไม่เคลื่อนไหวอยู่ในสภาพหมดแรง อาจมีอาการหุดหายใจเป็นครั้งคราว เกิดภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในร่างกาย เกิดภาวะหายใจเป็นกรด ทำให้ร่างกายปรับตัวโดยการหายใจเร็วขึ้น (hyperventilation) และอาจมีคั่งของกรดแลคติก ทำให้มีอาการเขียวตามมา

ผลกระทบต่อมารดาและทารก

ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์จะนำไปสู่ภาวะครรภ์เป็นพิษ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด รวมถึงส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์หรือทารกแรกคลอดได้^{10,11}

ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ หากโรคมีความก้าวหน้าสู่ภาวะครรภ์เป็นพิษระยะชัก หรือ HELLP syndrome จะมีผลทำให้สตรีตั้งครรภ์มีอาการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้น ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ ที่พบได้บ่อยคือ รกลอกตัวก่อนกำหนด (abruption placenta) หัวใจขาดเลือด หัวใจล้มเหลว เตือนอกในสมอง ปอดบวม น้ำเลือดแข็งตัวผิดปกติจนเกิดภาวะตับวาย เกิดเลือดคั่งต่ำ ไตวายเฉียบพลัน หลอดเลือดอุดตัน และอันตรายจากการชัก เป็นต้น

ผลกระทบต่อทารก ลักษณะความรุนแรงและอัตราการตายของทารกจะเพิ่มขึ้น เมื่อเกิดในอายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ และหากมีภาวะครรภ์เป็นพิษระยะชัก หรือ HELLP syndrome ยิ่งเกิดความเสี่ยงสูงต่อทารกในครรภ์ จำเป็นต้องทำการผ่าตัดคลอดทันที ผลกระทบต่อทารกที่พบได้บ่อยคือ ทารกโตช้า ในครรภ์ (intrauterine growth restriction: IUGR) ทารกขาดออกซิเจนจากภาวะเลือดเป็นกรด (asphyxia) ทารกคลอดก่อนกำหนด (preterm) แท้งหรือเสียชีวิตในครรภ์ (death fetus in utero: DFIU) ทารกตายในครรภ์เฉียบพลันหรือตายในระยะแรกเกิด (fetal death) เป็นต้น

หลักการพยาบาลที่สำคัญ

การพยาบาลสตรีที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษที่ไม่มีลักษณะรุนแรง (preeclampsia without severe features) ครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง (preeclampsia with severe features) และครรภ์เป็นพิษระยะชัก (eclampsia) มีหลักการพยาบาลที่สำคัญดังนี้^{8,10-14}

การพยาบาลสตรีที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษที่ไม่มีลักษณะรุนแรง (preeclampsia without severe features) หลักการพยาบาลคือ ดูแลให้อนอนพักบนเตียง (bed rest) ประเมินสัญญาณชีพ โดยเฉพาะความดันโลหิตทุก 4 ชั่วโมง ดูแลและติดตามประเมินผลทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ เช่น การตรวจโปรตีนในปัสสาวะโดยใช้แผ่นตรวจ (dipstick) อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง เตรียมตรวจ non stress test และให้ชั่งน้ำหนักอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ดูแลให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ แต่ไม่จำเป็นต้องลดอาหารเค็ม ประเมินอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ พร้อมแนะนำให้สตรีตั้งครรภ์นับจำนวนครั้งการเคลื่อนไหวของทารกในครรภ์ และประเมินสภาพอารมณ์และจิตใจปัญหาของสตรีตั้งครรภ์อย่างเหมาะสม

การพยาบาลสตรีที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง (preeclampsia with severe features) หลักการพยาบาลคือ ดูแลให้อนอนพักบนเตียงอย่างเต็มที่ (absolute bed rest) ในห้องที่สงบ ลดการกระตุ้นจากภายนอกทั้งแสงและเสียงรบกวน ประเมินอาการชักนำก่อนการชัก เช่น อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว อาเจียน เป็นต้น ดูแลให้ยาป้องกันการชักคือ $MgSO_4$ ตามแผนการรักษา โดยขณะให้ยาต้องวัดความดันโลหิตทุก 5 นาที หาก DBP < 90 mmHg ต้องรายงานแพทย์เพื่อป้องกันภาวะ fetal distress ดูแลขณะให้ยาและภายหลังให้ยา โดยประเมินอาการร้อนบริเวณนึชยา อาการร้อนทั่วร่างกาย ขณะที่หยด $MgSO_4$ ทาง

หลอดเลือดดำ ต้องประเมินซ้ำทุก 1 ชั่วโมง ได้แก่ ประเมินและบันทึกปัสสาวะต้องออกไม่น้อยกว่า 30 ml/hr DBP \geq 90 mmHg อัตราการหายใจไม่น้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที deep tendon reflex (DTR) ไม่น้อยกว่า 1+

เตรียมยา 10% calcium gluconate ซึ่งเป็นยา antidote ของ $MgSO_4$ นอกจากนี้แล้วต้องประเมินการหดตัวของมดลูกเป็นระยะ ๆ เพราะ $MgSO_4$ ทำให้การหดตัวของมดลูกลดลง ให้ออกซิเจนอย่างเพียงพอ ($SpO_2 > 97\%$) ประเมินและติดตามสุขภาพทารกในครรภ์เป็นระยะ ๆ และดูแลให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดอย่างปลอดภัย โดยการเตรียมคลอดแบบปกติในกรณีที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ แต่ถ้ายังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ต้องประสานงานกับแพทย์เพื่อพิจารณาผ่าตัดคลอดต่อไป

การพยาบาลสตรีที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระยะชัก หลักการพยาบาลคือ การดูแลทางเดินหายใจ โดยใส่ oral airway หรือ mouth gag เพื่อป้องกันการกีดเส้นและดูดเสมหะ จัดท่านอนตะแคงเพื่อป้องกันสำลักน้ำลาย ให้ออกซิเจนขณะชักและภายหลังชัก พร้อมประเมินสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง เตรียมยา $MgSO_4$ เพื่อให้กล้ามเนื้อคลายตัวและป้องกันการชักซ้ำ เตรียมพร้อมเพื่อช่วยในการคลอดภายหลังควบคุมอาการชักได้แล้วโดยการผ่าตัดคลอด ควรระวังการตกเลือดภายหลังคลอด โดยเฉพาะในรายที่มีเกล็ดเลือดต่ำ เฝ้าระวังการตกเลือดเนื่องจากการหดตัวของมดลูกไม่ดี ซึ่งเป็นผลจากฤทธิ์ของ $MgSO_4$ ทำให้มดลูกคลายตัว รวมถึงดูแลความปลอดภัยทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด

กรณีศึกษา

มารดาครรภ์แรก G1P0A0 อายุ 16 ปี สูง 159 เซนติเมตร น้ำหนัก 80 กิโลกรัม อายุครรภ์ 39⁺4 สัปดาห์ กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4

อาการสำคัญที่ มาโรงพยาบาล คือ เจ็บครรภ์ เด็กดิ้นน้อยลง และมีมูกปนเลือดออกทางช่องคลอด 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

แรกรับตรวจวัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 160/110 mmHg ตรวจ Deep tendon reflex ได้ 2+ ข้อเท้าและหน้าแข้งบวม (pitting edema) 2+ ตรวจครรภ์ ตรวจพบระดับยอดมดลูก $\frac{3}{4}$ มากกว่าสะดือ ทารกท่า Left Occiput Anterior (LOA) ศีรษะผ่านสู่งเชิงกราน (head engagement) สำหรับทารกในครรภ์ อัตราการเต้นของหัวใจทารก (fetal heart sound: FHS) 146 ครั้ง/นาที ตรวจประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ด้วย non stress test (NST) ผลปกติ (reactive) น้ำหนักทารกในครรภ์ 3,200 กรัม ทารกในครรภ์ดี ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด 2 เซนติเมตร บาง 100% ระดับส่วนนำ -1 ถุงน้ำคร่ำยังอยู่ (membrane intact) เจ็บครรภ์นาน ๆ ครั้ง มดลูกหดตัว Interval (I) เท่ากับ 8 นาที Duration (D) เท่ากับ 35 วินาที Severity+ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น ภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง (preeclampsia with severe features)

แพทย์สั่งการรักษา 50% $MgSO_4$ 4 gm (8 ml) dilute in 5% D/W up to 40 ml ให้ทางหลอดเลือดดำ ซ้ำ ๆ และ 50% $MgSO_4$ 10 gm in 5% D/W 1,000 ml IV drip 100 ml/hr และให้เร่งคลอดด้วยให้ยา Syntocinon 10 unit add in Lactated ringer's solution (LRS) 1,000 ml iv drip 40 ml/hr หลังให้ยาเร่งคลอดนาน 30 นาที พยาบาลประเมินการมดลูกหดตัวได้ Interval (I) เท่ากับ 5 นาที Duration (D) เท่ากับ 40 วินาที Severity++

ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารก (FHS) 148 ครั้ง/นาที ได้เจาะถุงน้ำคร่ำ (artificial rupture of membrane: ARM) พบน้ำคร่ำสีเขียวเหนียวข้น (thick meconium) ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารก (FHS) ซ้ำได้ 158 ครั้งต่อนาที ตรวจ NST พบ late deceleration รายงานให้สูติแพทย์ทราบและมาตรวจเย็บอาการ ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร บาง 100% ระดับส่วนน้ำ -1 Interval (I) เท่ากับ 4 นาที Duration (D) เท่ากับ 45 วินาที Severity++ แพทย์จึงให้หยุดยาเร่งคลอด พิจารณาผ่าตัดคลอด (cesarean section) ก่อนผ่าตัดคลอด พิจารณาให้ LRS 1,000 ml IV drip 100 ml/hr ให้ Hydralazine 10 mg IV ทางหลอดเลือดดำ ๆ และให้ Cefazolin 1 gm IV ทางหลอดเลือดดำ ๆ แพทย์ได้แจ้งอาการและแผนการรักษากับ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นแล้ว มีอาการเครียด วิดกกังวล ตกใจ แต่ยินยอมให้ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเนื่องจากมีอาการเจ็บครรภ์มากและทราบว่าทารกในครรภ์อาจเกิดภาวะขาดออกซิเจนอย่างรุนแรงจากภาวะน้ำคร่ำผิดปกติ

ระยะคลอด มารดาวัยรุ่นผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ด้วยวิธีการวางยาสลบทั่วร่างกาย (general anesthesia) ปริมาณการเสียเลือดในระหว่างการผ่าตัด 870 ml ในระหว่างผ่าตัดคลอด สัญญาณชีพปกติ ได้แก่ อัตราหายใจเท่ากับ 18-20 ครั้ง/นาที ค่าการอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO₂) 96-97% ความดันโลหิต 120-140/80-90 mmHg ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 3,200 กรัม APGAR's score นาทีที่ 1, 5 และ 10 เท่ากับ 9, 10 และ 10 คะแนน ค่าการอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO₂) 96% แรกเกิดทารก ร้องเสียงดัง แขนและขา เคลื่อนไหวได้ดี กล้ามเนื้อแขนและขามีแรงดี การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอดี อัตรา 130 ครั้งต่อนาที การหายใจสม่ำเสมอดี อัตรา 40 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิกาย 37 องศาเซลเซียส ทำความสะอาดและห่อตัวให้ความอบอุ่นร่างกาย หลังมารดากลับมาจากห้องผ่าตัด นำทารกแรกเกิดสร้างสัมพันธภาพและกระตุ้นคุณแม่ (early bonding and breast feeding)

ระยะพักฟื้นหลังคลอด 2 ชั่วโมง ตรวจร่างกาย พบว่า สัญญาณชีพปกติ อ่อนเพลียเล็กน้อย ระดับขดมดลูกอยู่ต่ำกว่าสะดือ 2 นิ้ว มดลูกเป็นก้อนกลมแข็ง ใสสายสวนปัสสาวะคาไว้หน้าปัสสาวะไหลดี สีเหลืองใส น้ำคาวปลาสีแดงเข้ม ไม่มีก้อนเลือด (rubra lochia) ชุ่มผ้าอนามัยครั้งสั้น ปวดแผลผ่าตัดมาก ประเมินระดับความปวด (pain score) 9 คะแนน แพทย์ให้ยา Pethidine 50 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ (intramuscular) ตรวจหวันมเต้านม พบว่า หวันมทั้งสองข้างปกติ มีน้ำนมเหลือง (colostrum) ไหลซึมเล็กน้อย แผลผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องไม่มีสารคัดหลั่งไหลซึม ให้นอนราบ 6 ชั่วโมง งดน้ำและอาหารทางปากให้ครบ 24 ชั่วโมง ดูแลให้ 5%D/N/2 1,000 ml + Syntocinon 10 unit IV drip 120 ml/hr และต่อด้วย 5%D/N/2 1,000 ml IV drip 120 ml/hr คู่กับ 50%MgSO₄ 10 gm in 5% D/W 1,000 ml IV drip 100 ml/hr จนครบ 24 ชั่วโมง ให้ยาแก้ปวด Pethidine 50 mg intramuscular prn ทุก 6 ชั่วโมง ให้คาสายสวนปัสสาวะบันทึกสารน้ำเข้าและสารน้ำออกทุก 8 ชั่วโมง แพทย์ให้ย้ายไปสังเกตอาการต่อที่ห้องสังเกตอาการ หลังคลอด การวางแผนการพยาบาลสำหรับกรณีศึกษารายนี้มีข้อวินิจฉัยการพยาบาล ดังนี้

1. เสี่ยงต่อภาวะชัก เนื่องจากความดันโลหิตสูง

ข้อมูลสนับสนุน คือ ความดันโลหิต 160/110 mmHg และข้อเท้าและหน้าแข้งบวม 2+ serum, Mg 7 mEq/L

วัตถุประสงค์ คือ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการชัก ไม่เกิดผลข้างเคียงจากยา MgSO₄ และผู้คลอดปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากภาวะครรภ์เป็นพิษ

เกณฑ์การประเมินผล คือ ไม่มีอาการแสดงนำก่อนชัก เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ และความดันโลหิตสูงไม่เกิน 160/110 mmHg, serum Mg < 7 mEq/L

กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ คือ ประเมินอาการนำก่อนการชัก เช่น อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เห็นภาพไม่ชัด ปวดบริเวณใต้ลิ้นปี่หรืออาการเจ็บชายโครงขวา ปฏิกริยาสะท้อนกลับ (deep tendon reflex) หรืออาการกระตุกของกล้ามเนื้อเข่า (ankle clonus) เพื่อจะได้เตรียมการช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งที่ ตรวจสอบสัญญาณชีพ ทุก 15 นาทีเพื่อประเมินอาการและอาการแสดงเป็นระยะ ๆ จนกว่าสัญญาณชีพคงที่ จึงประเมินทุก 1 ชั่วโมง และติดตามความรุนแรงของโรค ดูแลผู้คลอดให้ได้รับยา 50%MgSO₄ 4 gm (8 ml) dilute in 5% D/W up to 40 ml ให้ทางหลอดเลือดดำช้า ๆ และ 50%MgSO₄ 10 gm in 5% D/W 1,000 ml IV drip 100 ml/hr ตามแผนการรักษา ติดตาม serum Mg (4.8-8.4 mEq/L)¹⁵ เฝ้าติดตามอัตราการหายใจ deep tendon reflex (DTR) ทุก 5 นาที จำนวน 6 ครั้ง และทุก 15 นาที จำนวน 2 ครั้ง ถ้าคงที่ปรับเป็นทุก 1 ชั่วโมง หากมีอาการแสดงของผลข้างเคียงจากยา MgSO₄ พิจารณาหยุดยาทันที รายงานให้แพทย์ทราบและเตรียมยา 10% Calcium gluconate เนื่องจากเป็นยา antidote ของ MgSO₄ ดูแลและบันทึกปัสสาวะชนิดคาสายสวน เพื่อประเมินน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย และประเมินการทำงานของไต ปัสสาวะออกไม่น้อยกว่า 30 ml/hr

การประเมินผล มารดาตัวร้อนในระยะคลอดและหลังคลอดไม่มีอาการชัก ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เจ็บใต้ลิ้นปี่ หรือบริเวณชายโครงขวา ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100-144/60-110 mmHg ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนขณะอยู่บนเตียงสามารถบอกอาการและความต้องการให้กับพยาบาลทราบได้ ระหว่างให้ยา MgSO₄ อัตราการหายใจ 18-24 ครั้ง/นาที ปัสสาวะออกโดยเฉลี่ย 120-200 ml/hr ไม่มีอาการร้อนวูบวาบตามร่างกาย การติดตามค่า serum Mg ได้ 6.7 mEq/L ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ

2. เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมีแผลผ่าตัดหน้าท้องและแผลในโพรงมดลูก และเป็นผลข้างเคียงมาจากยา MgSO₄

ข้อมูลสนับสนุน คือ เสียเลือดจากการผ่าตัด 870 ml และได้รับยา 50%MgSO₄ 10 gm in 5% D/W 1,000 ml IV drip 100 ml/hr จนครบ 24 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการตกเลือดหลังคลอด และสัญญาณชีพอยู่ในระดับปกติ

เกณฑ์การประเมินผล คือ มดลูกหดตัวดี กลมแข็ง ไม่มีอาการแสดงของภาวะตกเลือด เช่น เวียนศีรษะ ใจสั่น หน้ามืด ชีพจรเบาเร็ว สัญญาณชีพปกติ โดยเฉพาะอัตราการเต้นหัวใจ 60-100 ครั้ง/นาที และความดันโลหิต 100-140/60-90 mmHg แผลหน้าท้องไม่มีเลือดและสารคัดหลั่งซึม และไม่บวมแดง

กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ คือ ประเมินสัญญาณชีพ ได้แก่ อัตราการเต้นหัวใจ อัตราการหายใจ ค่าการอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO₂) ทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง และทุก 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง ถ้าคงที่ พิจารณาย้ายสังเกตอาการต่อที่หอผู้ป่วยหลังคลอด ประเมินปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดและแผลผ่าตัดทางหน้าท้องเพื่อคาดคะเนการสูญเสียเลือดเพิ่มเติมหลังผ่าตัดคลอด ติดตามประเมินการหดตัวของมดลูก เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด ดูแลให้ได้รับยา 5%D/N/2 1,000 ml + Syntocinon 10 unit IV drip 120 ml/hr คู่กับ 50%MgSO₄ 10 gm in 5% D/W 1,000 ml IV drip 100 ml/hr ตามแผนการรักษาของแพทย์ ดูแลการทำงานของสายสวนปัสสาวะให้ทำงานได้ปกติไม่อุดตันเพื่อไม่ให้กระเพาะปัสสาวะเต็ม ขัดขวางการหดตัวของมดลูก แนะนำมารดาหากมีอาการผิดปกติ เช่น แผลหน้าท้องมีเลือดซึมมากหรือมีเลือดออกทางช่องคลอดมากขึ้น หน้ามืด ใจสั่น ให้รีบแจ้งพยาบาล

การประเมินผล มารดาวัยรุ่นหลังคลอด มดลูกหดตัวดี กลมแข็ง ไม่มีอาการแสดงของภาวะตกเลือด เลือดออกทางช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัย 1 ผืน สัญญาณชีพปกติ โดยเฉพาะอัตราการเต้นหัวใจ 60-100 ครั้ง/นาที และความดันโลหิต 100-140/60-90 mmHg อุณหภูมิกาย 37 องศาเซลเซียส แผลหน้าท้องไม่มีสารคัดหลังซึมและไม่บวมแดง

3. มีความวิตกกังวลใจ กลัวการคลอด เนื่องจากตั้งครรภ์แรก มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะคลอด จำเป็นต้องผ่าตัดคลอด

ข้อมูลสนับสนุน คือ มารดาพูดว่า จะคลอดได้ไหม ทำไมเจ็บจนจะทนไม่ได้ เมื่อไรจะคลอด ผู้คลอดอายุ 16 ปี ตั้งครรภ์ครั้งแรก มีสีหน้าวิตกกังวล มีถอนหายใจบางครั้ง มีความดันโลหิต 160/110 mmHg แพทย์แจ้งมารดาตั้งครรภ์ว่าจำเป็นต้องผ่าตัดคลอด

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์คลายความวิตกกังวลใจ และมีความมั่นใจว่าปลอดภัยจากการผ่าตัดคลอด

เกณฑ์การประเมินผล สตรีตั้งครรภ์ลดความกลัว ความวิตกกังวล และคลายความตึงเครียดลง มีพฤติกรรมระบายอารมณ์อย่างเหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ คือ สร้างสัมพันธที่ดีต่อสตรีตั้งครรภ์และญาติ ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด ให้ความมั่นใจและให้การช่วยเหลือเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์รู้สึกมั่นใจว่ามีความปลอดภัยในการรักษาผ่าตัดคลอด อธิบายวิธีการผ่าตัดคลอด การพยากรณ์ ผลของโรคและแผนการรักษาพอสังเขป เป็นระยะ ๆ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์และญาติคลายความวิตกกังวล พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย พูดปลอบโยนให้กำลังใจ อยู่ใกล้ชิด ๆ เพื่อไม่ให้ผู้คลอดรู้สึกถูกทอดทิ้ง พยายามให้คำปรึกษาแก่สตรีตั้งครรภ์และญาติ ถึงอาการและภาวะแทรกซ้อนของโรคที่เกิดขึ้น หากความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นจะมีผลต่อมารดาและทารกในครรภ์ ซึ่งอาจทำให้มารดาและทารกในครรภ์เสียชีวิตได้ แนะนำให้ญาติแสดงท่าทีที่เหมาะสมกับผู้คลอด ให้กำลังใจ ไม่ควรแสดงความวิตกกังวลมากเกินไปเพราะจะทำให้สตรีตั้งครรภ์วิตกกังวลมากขึ้น

การประเมินผล สตรีตั้งครรภ์คลายความวิตกกังวล ไม่แสดงอาการถอนหายใจ สามารถยอมรับผลการพยากรณ์ของโรคได้เหมาะสม ปฏิบัติตามคำแนะนำรับฟังเข้าใจ ปัญหา และแผนการรักษาทางการแพทย์

4. มารดาหลังคลอดไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดแผลผ่าตัดและปวดมดลูก

ข้อมูลสนับสนุน คือ มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง ยาวประมาณ 5 นิ้ว มารดาหลังคลอดบอกว่า ปวดแผลผ่าตัดมาก และขอนิโคตินาแก้ปวด ประเมินคะแนนความปวดได้ 7 คะแนน

วัตถุประสงค์ คือ เพื่อบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัดและปวดมดลูก และส่งเสริมความสบาย

เกณฑ์การประเมินผล คือ สีหน้าปกติ เคลื่อนไหวร่างกายได้ นอนหลับพักผ่อนได้ อาการปวดลดลง

กิจกรรมทางพยาบาลที่สำคัญ คือ ประเมินระดับความปวดโดยใช้คะแนนความปวด (numeric pain scale: NRS) 0-10 คะแนน (ไม่ปวดเลยจนถึงปวดมากที่สุด พิจารณาให้ยาระงับปวดเมื่อ NRS > 4 คะแนน ให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา คือ Pethidine 50 mg ฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อเวลาปวด ทุก 6 ชั่วโมง และเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา แนะนำการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา คือ แนะนำขณะไอให้ใช้มือพยุงแผลไว้และให้หายใจเข้าไปลึก ๆ แล้วไอออกมาแรง ๆ จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่า Fowler's position หลังครบนอนราบ 1 ชั่วโมง เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัวจากการที่ข้อสะโพกงอ ช่วยลดอาการตึงแผลผ่าตัด ทำให้เจ็บแผลน้อยลง แนะนำการเคลื่อนไหว เปลี่ยนอิริยาบถช้า ๆ และให้ใช้มือหรือหมอนนุ่ม ๆ พยุงแผลผ่าตัดไว้

การประเมินผล มารดาหลังคลอด หลังได้รับยาแก้ปวด อาการปวดแผลผ่าตัดลดลงเหลือ 2-3 คะแนน เคลื่อนไหวร่างกายได้ดีขึ้น แสดงสีหน้าเจ็บปวดเล็กน้อยเป็นบางครั้ง นอนหลับพักผ่อนได้

5. ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (birth asphyxia) เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์และได้รับยา MgSO₄

ข้อมูลสนับสนุน คือ สตรีตั้งครรภ์มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์และได้รับยา MgSO₄ ก่อนคลอด ผลการตรวจ NST พบ late deceleration จากการประเมิน FHS อยู่ช่วง 148-158 ครั้ง/นาที เจาะถุงน้ำคร่ำพบน้ำคร่ำสีเขียวขุ่นเหนียว (thick meconium)

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันทารกแรกเกิดไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด

เกณฑ์การประเมินผล ทารกแรกเกิดมีคะแนน Apgar score ที่นาทีแรกมากกว่า 7 คะแนน และริมฝีปาก ปลายมือ ปลายเท้าของทารกแรกเกิด ไม่เขียวซีด

กิจกรรมทางพยาบาลที่สำคัญ คือ ฟังเสียงการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ทุก 30-60 นาที เพื่อประเมินภาวะขาดออกซิเจน ให้สตรีตั้งครรภ์นอนพักในท่าตะแคงซ้าย เพื่อลดการกดทับบริเวณเส้นเลือด inferior vena cava (IVC) ทำให้เลือดสามารถไหลเวียนเพิ่มขึ้นที่มดลูกและรก จัดเตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพทารก และรายงานกุมารแพทย์ทราบ มารดาได้รับทารกก่อนคลอด เพื่อจะได้ให้การช่วยเหลือทันที ดูแลเสมหะออกจากปากและจมูกของทารก ด้วยลูกสูบยางแดง และสายดูดเสมหะเพื่อป้องกันการสูดสำลักน้ำคร่ำเข้าสู่ทางเดินหายใจ จัดท่านอนของทารกให้นอนศีรษะราบ ตะแคงหน้า เพื่อป้องกันการสำลักน้ำคร่ำ

การประเมินผล ทารกแรกเกิดหลังผ่าตัด เพศหญิง น้ำหนัก 3,200 กรัม APGAR's score นาทีที่ 1 ได้ 9 คะแนน หักคะแนนสีผิว (ปลายมือปลายเท้าเขียว) นาทีที่ 5,10 ได้ 10 คะแนน ร้องเสียงดังดี มีปลายมือปลายเท้าเขียวเล็กน้อย ค่าการอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO₂) 96 % หายใจได้เอง

สรุป

สตรีตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่อยู่ระหว่างกำลังศึกษาเล่าเรียน ข่อมมีความเครียด ความวิตกกังวลมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป และมากกว่าครึ่ง มีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะได้รับการผ่าตัดคลอด ทำให้การปรับบทบาทของมารดาหลังคลอดมีโอกาสสำเร็จได้ยากกว่าในหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป นอกจากนี้แล้ว สตรีตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในระยะก่อนคลอด และระยะคลอด จึงมีความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ สำหรับกรณีศึกษารายนี้มีภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง (preeclampsia with severe features) หลักการพยาบาลที่สำคัญคือ การดูแลให้นอนบนเตียงอย่างเต็มที่ ประเมินความดันโลหิตทุก 1 ชั่วโมง ควบคุมให้อยู่ในระดับ 120-140/90-100 mmHg ประเมินสารน้ำเข้าและออก ประเมินอาการนำก่อนการชักและดูแลให้ยาป้องกันชัก เฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา MgSO₄ รวมถึงประเมินและดูแลให้ทารกปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นหลังคลอดทันที และติดตามใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด รวมถึงส่งเสริมสัมพันธภาพและกระตุ้นคุณแม่ทันทีหลังจากกลับมาจากห้องผ่าตัด (early bonding and breast feeding) นอกจากนี้แล้ว การปรับบทบาทจากเรียนสู่การเป็นมารดา อาจทำให้มีความเครียดจากการปรับบทบาท รวมถึงมีความรับผิดชอบมากขึ้น อีกทั้งการตั้งครรภ์แรกนี้มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นทำให้มีความเสี่ยงต่อการปรับตัวสู่การเป็นมารดาได้ ดังนั้น พยาบาลควรใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลทุกระยะของการคลอด เพื่อความปลอดภัยของมารดาและทารก รวมทั้งประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการจัดการความเสี่ยงและวางแผนประสานกับครูในโรงเรียนเพื่อมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการศึกษาต่อกับมารดา รายนี้ วางแผนการเยี่ยมบ้านเพื่อให้สามารถเปลี่ยนผ่านบทบาทได้สำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Khedagi AM, Bello NA. Hypertensive Disorders of Pregnancy. *Cardiol Clin* 2021; 39(1): 77-90. doi:10.1016/j.ccl.2020.09.005
2. Garovic VD, Dechend R, Easterling T, et al. Hypertension in Pregnancy: Diagnosis, Blood Pressure Goals, and Pharmacotherapy: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Hypertension* 2022; 79(2): e21-e41. doi:10.1161/HYP.000000000000208
3. Public Health Strategies of the Ministry of Public Health. *Public Health Statistics A.D.2022*. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023. (in Thai)
4. Bureau of Reproductive Health. *Statistics of Reproductive Health for Thai*.; 2023. Retrieved from <https://rh.anamai.moph.go.th/th/kpi-2565>

5. ACOG practice Bulletin No. 202: Gestational Hypertension and Preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2019; 133(1): 1-25.
6. American College of O, Gynecologists, Task Force on Hypertension in P. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2013; 122(5): 1122-31.
7. ACOG Practice Bulletin No. 203 Summary: Chronic hypertension in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2019;133(1): 215-9.
8. Cunningham FG. *Williams obstetrics.* 25th ed. New York: McGraw-Hill; 2018.
9. Duley L. The global impact of pre-eclampsia and eclampsia. *Semin Perinatol.* 2009; 33(3): 130-137. doi:10.1053/j.semperi.2009.02.010
10. Chaloumsuk N, Baosoung, C. Nursing care for hypertensive disorders of pregnancy. Chiangmai: Faculty of Nursing, Chiangmai University; 2019. (in Thai)
11. Phadungyotee V. Nursing care of pregnancy with complication: Pregnancy induced hypertension. Bangkok: Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2023. (in Thai)
12. Techawathakul, S. Nursing roles for preventing preeclampsia. *Kuakarun Journal of Nursing* 2015; 22(2): 7-19. (in Thai)
13. Cunningham FG, Levono KJ, Dashe JS, Hoffman BL, Spong CY, Casey BM. *Williams obstetrics.* 26th ed. New York: McGraw-Hill; 2022.
14. Silbert–Flagg J, Kennedy CE. *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childbearing family.* 9th ed. Philadelphia: Walters Kluwer; 2023.
15. Pascoal ACF, Katz L, Pinto MH, et al. Serum magnesium levels during magnesium sulfate infusion at 1 gram/hour versus 2 grams/hour as a maintenance dose to prevent eclampsia in women with severe preeclampsia: A randomized clinical trial. *Medicine* 2019; 98(32): e16779. doi:10.1097/MD.0000000000016779