

การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์
ร่วมกับการคลอดก่อนกำหนด

ช็องนูช เสนลา (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)

บทคัดย่อ

ความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์เป็นสาเหตุสำคัญของการตายและพิการต่อทั้งหญิงตั้งครรภ์และทารก เนื่องจากภาวะที่เกิดขึ้นดังกล่าวนี้ส่งผลต่อระบบการทำงานสำคัญต่าง ๆ ในร่างกายของหญิงตั้งครรภ์หากไม่สามารถควบคุมให้ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ แพทย์อาจพิจารณายุติการตั้งครรภ์ ก่อนกำหนด

กรณีศึกษานี้หญิงตั้งครรภ์ อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ไม่สามารถควบคุมให้ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ แพทย์พิจารณายุติการตั้งครรภ์ โดยการผ่าตัดคลอด ทารกถูกส่งไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม มารดาหลังผ่าตัดได้รับ 50% MgSO₄ 20 gm + 5% D/W 460 ml เข้าทางหลอดเลือดดำและพบว่ามารดามีภาวะHELLP Syndrome ซึ่งการร่วมมือกันของสหสาขาวิชาชีพ มีการวางแผนการพยาบาลตามมาตรฐาน ทำให้มีความพร้อมที่จะจัดการกับปัญหาอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้มารดาไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องหลังจำหน่ายกลับบ้าน รวมนอนโรงพยาบาล 8 วัน

ดังนั้น การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ควรมีความพร้อมทั้งวิชาการ ประสบการณ์ ในการเฝ้าสังเกตอาการ สามารถทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดปลอดภัย ฟื้นหายเร็ว ลดวันนอนในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา

คำสำคัญ : ความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์,การคลอดก่อนกำหนด,การพยาบาล

*ช็องนูช เสนลา E mail chongnow@gmail.com โทรศัพท์ 081-7806631

Postoperative Nursing Care in Mothers with Severe Pre-Eclampsia during Preterm Delivery

Chongnud Senala (Registered Nurse Specialist)

Abstract

Severe Pre-Eclampsia is a significant cause of maternal and infant mortality and morbidity. The resulting conditions adversely affect various vital systems in the pregnant woman's body, making it challenging to maintain blood pressure within acceptable limits. Physicians may consider terminating the pregnancy before the scheduled term.

In a case study, a pregnant woman at 36 weeks gestation was unable to maintain her blood pressure within acceptable limits. The medical practitioner contemplated terminating the pregnancy through a surgical delivery. The Infant was subsequently observed for signs of distress in the neonatal Intensive care unit. After the surgical procedure, the mother received 50% MgSO₄ 20 gm + 5% D/W 460 ml Intravenously, and It was discovered that the mother had HELLP Syndrome. The interdisciplinary collaboration among healthcare professionals facilitated the Implementation of standardized nursing care plans, ensuring prompt management of the issue. As a result, the mother did not experience complications and was able to recover appropriately post-discharge, spending a total of 8 days In the hospital, including the postoperative period.

Therefore, efficient nursing care requires readiness in terms of both academic knowledge and practical experience. The ability to monitor symptoms attentively contributes to the safe postoperative recovery of mothers, thereby minimizing length of stay and cost

Keywords: Severe pre- Eclampsia, preterm delivery, nursing.

บทนำ

ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มีอุบัติการณ์ร้อยละ 5-10 และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ จากข้อมูลของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2561 พบว่าประเทศไทยมีมารดาเสียชีวิตในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด 22 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ซึ่งการเสียชีวิตเกิดจากความดันโลหิตสูง บวมและมีโปรตีนในปัสสาวะระหว่างตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด 15 คน คิดเป็นร้อยละ 29 ของการเสียชีวิตที่เกิดจากการตั้งครรภ์โดยตรง นอกจากการเสียชีวิตแล้วสตรีตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เลือดออกในสมองตับและ ไตวาย^{1,2} ทั้งยังเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในทารก เช่น การตายคลอด การบาดเจ็บและเสียชีวิตแรกคลอด สาเหตุของการเกิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์โดยเฉพาะภาวะครรภ์เป็นพิษ(preeclampsia) ยังไม่ทราบแน่ชัด^{1,3,4} อย่างไรก็ตามอันตรายต่อสตรีตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์และแรกคลอดจะลดความรุนแรงลงได้ด้วยการวินิจฉัยที่รวดเร็ว การดูแลที่เหมาะสมและทันเวลา^{5,6,7}

คำจำกัดความ

ครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia)

หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมกับมีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ ในอดีตมักมีการแบ่งความรุนแรงของครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) แบบอาการไม่มากกว่า mild preeclampsia และรุนแรงมาก ที่เรียกว่า severe preeclampsia แต่ในปัจจุบันราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย (the Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists, RCOG) ไม่แนะนำให้ใช้คำว่า mild preeclampsia เนื่องจากครรภ์เป็นพิษเป็น dynamic process ที่มีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นหากไม่ได้รับการดูแลติดตามอย่างใกล้ชิด หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการหรืออาการแสดงที่บ่งชี้ว่าโรคมีความรุนแรง หรือเรียกว่ามี severe features จึงเรียกว่า preeclampsia with severe features สำหรับภาวะชักที่สัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ โดยอาจมีหรือไม่มี severe features นำมาก่อนก็ได้และการชักไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น ๆ ยังคงเรียกว่าโรคพิษแห่งครรภ์ระยะชัก (eclampsia) เช่นเดิม^{1,3}

เกณฑ์การวินิจฉัย

Preeclampsia ต้องมีเกณฑ์ครบทุกข้อดังต่อไปนี้

1. สตรีตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ ที่ไม่มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาก่อน³
2. ตรวจพบที่มีความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure) มากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิตตัวล่าง (diastolic blood pressure) มากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท โดยวัดซ้ำ 2 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกันอย่างน้อย 4 ชั่วโมง⁹ (ในกรณีที่ความดันโลหิตสูงมากกว่า 160/110 มิลลิเมตรปรอท สามารถวัดซ้ำเพื่อยืนยันการวินิจฉัยได้ภายในเวลา 1 นาที ไม่จำเป็นต้องรอถึง 4 ชั่วโมง)^{3,10}
3. มีโปรตีนในปัสสาวะมากกว่า 0.3 กรัมต่อวัน หรือ urine protein ต่อ creatinine ratio (UPCI) มากกว่า 0.3 หรือใช้ค่าของ urine dipstick มากกว่า 1+ ในกรณีที่ไม่สามารถส่งตรวจเพื่อวัดปริมาณโปรตีนในปัสสาวะได้
4. ในกรณีที่ความดันโลหิตสูงมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท โดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งที่บ่งชี้ของภาวะ preeclampsia with severe features ดังที่จะกล่าวต่อไป โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีโปรตีนในปัสสาวะ สามารถวินิจฉัยภาวะ preeclampsia ได้เช่นกัน³

การประเมินความรุนแรงของภาวะครรภ์เป็นพิษ

ในกรณีที่วินิจฉัยภาวะ: preeclampsia ควรมีการประเมินความรุนแรงของโรคว่ามี severe features หรือไม่ซึ่งอาการดังกล่าว ได้แก่

- ความดันโลหิตอยู่ในระดับสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 160/110 มิลลิเมตรปรอท เมื่อวัดซ้ำ 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 4 ชั่วโมง (เว้นแต่เริ่มมีอาการความดันโลหิตก่อนหน้าแล้ว)
- เกล็ดเลือดน้อยกว่า 100,000/ลูกบาศก์มิลลิเมตร
- การทำงานของตับผิดปกติ เช่น ปวดบริเวณใต้ชายโครงด้านขวาหรือจุดแน่นลิ้นปี่อย่างรุนแรง หรือผลเลือดพบ serum transaminase สูงตั้งแต่สองเท่าของค่าปกติ
- การทำงานของไตผิดปกติ เช่น serum creatinine มากกว่า 1.1 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือมีค่าสูงขึ้นตั้งแต่ 2 เท่าขึ้นไปของค่าปกติโดยไม่มีโรคไตนำมาก่อน
- มีภาวะน้ำท่วมปอด (pulmonary edema)
- มีอาการทางสมองหรือทางสายตา หรือมีอาการตามัว เห็นแสงวูบวาบ เป็นต้น

หากพบว่าสตรีตั้งครรภ์มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ให้ถือว่าเป็นภาวะ preeclampsia severe features เรียกว่าครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง³

HELLP syndrome

มีความผิดปกติหลายประการร่วมกัน โดยเฉพาะมีเกล็ดเลือดต่ำ ร่วมกับการแตกของเม็ดเลือดแดง และมีการทำงานของตับผิดปกติ¹⁰ จะเรียกรวมว่าเป็นกลุ่มอาการ Hemolysis, elevated liver enzymes and increase platelet count syndrome หรือ HELLP syndrome ซึ่งจัดเป็นกลุ่มภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีความรุนแรงเช่นกันและควรให้การรักษาอย่างเร่งด่วน เนื่องจากโรคมักมีแนวโน้มแย่ลงได้ในเวลาอันสั้น โดยภาวะที่เกิดขึ้นไม่จำเป็นต้องมี new-onset proteinuria หรือ severe features ก็ได้^{3,4}

การคลอดก่อนกำหนด (preterm birth)

การคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขอันดับต้นๆ ของทุกประเทศ เนื่องจากการคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ ทารกแรกเกิดเสียชีวิต (neonatal mortality) และยังเป็นสาเหตุของการพักรักษาตัวเป็นระยะเวลานานใน โรงพยาบาลของสตรีในช่วงตั้งครรภ์อีกด้วย (antenatal hospitalization)^{7, 8, 9} จากสถิติขององค์การอนามัยโลก พบว่าการคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มสูงขึ้นเฉลี่ย 12 ล้านคนต่อปี (WHO, 2022) สำหรับในประเทศไทยพบ อุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดประมาณร้อยละ 8-12 หรือประมาณ 80,000 รายต่อปี กระทรวง สาธารณสุขของไทยจึงให้ความสำคัญกับปัญหาทารกคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ได้กำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดในแผนพัฒนาสาธารณสุขตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ นโยบาย และยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 - 2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิด และการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ^{8,12}

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดอัตราการตายและทุพพลภาพของมารดาและทารกจากภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง
2. เพื่อพัฒนาความรู้และเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

รุนแรง

วิธีดำเนินการศึกษา

1. คัดเลือกกรณีศึกษา โดยเลือกจากผู้ป่วยที่ดูแลเป็นมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ที่รักษาตัวอยู่ที่หอผู้ป่วยสูติกรรม ได้รับการวินิจฉัยว่า Severe Pre-eclampsia With Severe IUGR With Oligohydramnios และได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
2. ศึกษาและรวบรวมเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยา หรือสารเคมี ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการใช้ยาและสารเสพติด ตลอดจนแบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งการประเมินสภาพผู้ป่วย
3. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการรักษาของแพทย์
4. ศึกษาเอกสารวิชาการจากหนังสือ ตำราทางการแพทย์ นวนคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้อง
5. นำข้อมูลที่ได้มาวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลตามลำดับความสำคัญของปัญหา
6. นำการพยาบาลสู่ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้

ผลการศึกษา

การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์รายนี้ ได้รับการรักษาด้วยการยุติการตั้งครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 36 สัปดาห์โดยการผ่าตัดคลอด^{3,11} ได้ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 1,420 กรัม Apgar score = 7, 10, 10 ทารกถูกส่งตัวที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมเพื่อสังเกตอาการ และให้การดูแลรักษาโดยกุมารแพทย์ตามข้อบ่งชี้ มารดาเสียเลือดในท้องผ่าตัด 300 ml มารดาหลังผ่าตัดคลอดได้รับ 50% MgSO₄ 20 gm + 5%D/W 460 ml iv drip 50 ml/hr. ต่อเนื่องจนครบ 24 ชั่วโมง^{1,11} ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการให้ MgSO₄ แต่พบภาวะช็อคและเกล็ดเลือดต่ำ ได้รับ PRC 4 unit + Plt.con 8 unit iv วันที่ 6 หลังผ่าตัดคลอดพบขอบแผลผ่าตัดหน้าท้องมีก้อนนูน มีรอยเขียว ยาวประมาณ 3 เซนติเมตร แพทย์อัลตราซาวด์พบรอยเลือดออกในช่องท้องขนาด 18 x 1.8 เซนติเมตร สงสัยเลือดคั่งใต้ผิวหนัง (subcutaneous hematoma) แพทย์เริ่มให้ยาฆ่าเชื้อ, สังเกตภาวะไข้ และ plan set OR for remove โดยผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ในวันที่ 8 หลังผ่าตัดคลอด และนัดดูก้อนเลือดใต้ผิวหนังอีก 1 สัปดาห์

ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย

ข้อมูลทั่วไป : หญิงไทย อายุ 27 ปี เชื้อชาติไทย ศาสนา พุทธ สถานภาพสมรส การศึกษา จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 รายได้ของครอบครัวมาจากการขายสินค้า 12,000 บาท ต่อ เดือนจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3 คน

ประวัติการเจ็บป่วยส่วนตัว: ปฏิเสธการแพ้ยา

ประวัติการเจ็บป่วยครอบครัว: ปฏิเสธโรคเรื้อรังแรง โรคติดต่อ และโรคถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์

แรกรับ: G2P1A0L1 ANC รพ.สิงห์บุรี EDC 28 กันยายน พ.ศ.2566 By ultrasound

การตรวจร่างกาย : น้ำหนัก 70 กิโลกรัม.ส่วนสูง 155 เซนติเมตร ,อุณหภูมิกาย 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 75 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/ นาที ,ความดันโลหิต 194/135 มิลลิเมตรปรอท

การประเมินสภาพร่างกาย

ผิวหนัง : ไม่มีจ้ำเลือดหรือผื่น เล็บมือเล็บเท้าสะอาด ศีรษะใบหน้า ลำคอ ไม่เคยได้รับอันตรายที่ศีรษะไม่เคยช้ำ

หู :ไม่เคยมีประวัติหูน้ำหนวก ได้ยินชัดเจน

ตา :ไม่เคยมีประวัติตาพร่ามัวตามองเห็นทั้ง 2 ข้าง รูม่านตาขยายเท่ากัน

ช่องปาก : ริมฝีปากเข้ม ปากแห้ง ไม่ซีด

คอ : ต่อมนทอนซิลไม่โต ต่อมนไทรอยด์ไม่โต

ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ลักษณะทรวงอกปกติเท่ากันทั้ง 2 ข้าง อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที
สม่ำเสมอ

หัวใจและหลอดเลือด : เสียงหัวใจเต้นปกติไม่มีประวัติหอบและใจสั่นไม่เคยมีความดันโลหิตสูง

หน้าท้องและทางเดินอาหาร: ผิวหนังหน้าท้องไม่มีรอยแตกกลาย ตรวจระดับยอดมดลูก 3/4> สะดือ

ระบบประสาท: รู้สึกตัวดี ไม่สับสน การเคลื่อนไหวปกติ

เต้านมและอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก: เต้านม 2 ข้างเท่ากัน หัวนมปกติไม่บอด ไม่บวม ไม่เคยมีประวัติ
เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การตรวจครรภ์และการตรวจร่างกาย: ผ่าครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 8⁺² สัปดาห์ ที่แผนก

ผ่าครรภ์และวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลสิงห์บุรีรวม 5 ครั้ง มาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ

ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยักกระตุ้น 1 ครั้ง

การตรวจทางห้องปฏิบัติการระหว่างตั้งครรภ์ :Hematocrit 41% , Blood group B Rh positive

VDRL Non-reactive , HIV Negative , HbsAg ผล Non reactive

แบบแผนการดำเนินชีวิต :

1. แบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ (health perception and health management pattern) รับรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองทั้งในอดีตและปัจจุบันเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ ผ่าครรภ์สม่ำเสมอ
2. แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร (nutritional metabolic pattern) น้ำหนัก 70 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร น้ำหนักเพิ่มขึ้น 24 กิโลกรัม
3. แบบแผนการขับถ่าย (elimination pattern) ปัสสาวะ อุจจาระปกติ
4. แบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย (activity exercise pattern) ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้ปกติ ออกกำลังกายด้วยการเดินสัปดาห์ละ 2-3 วัน
5. แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน (sleep rest pattern) นอนหลับได้ดี กลางคืน 6-8 ชั่วโมง กลางวัน 1-2 ชั่วโมง
6. แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ (cognitive perceptual pattern) การแสดงความคิดและอารมณ์ ไม่ค่อยสดชื่น อ่อนไหวง่าย วิดกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทั้งของตนเองและบุตร
7. แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (Self – perception – self – concept pattern) รับรู้ถึงการเจ็บป่วยและแนวทางการรักษาของแพทย์ ให้ความร่วมมือในการรักษาดี
8. แบบแผนการทำหน้าที่ตามบทบาทความสัมพันธ์ (role – relationship pattern) ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองยังทำบทบาทมารดาได้ไม่ดี ยังไม่สามารถดูแลบุตรได้
9. แบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ (sexuality- reproductive pattern) รับทราบถึงการงดมีเพศสัมพันธ์ 6 สัปดาห์หลังคลอด
10. แบบแผนการปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด (coping stress tolerance pattern) เมื่อผู้ป่วยเกิดความเครียดและปัญหาต่าง จะปรึกษากับมารดาและสามี

11. แบบแผนคุณค่าและความเชื่อ (value-belief pattern) มีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ สวดมนต์ ไหว้พระ ตามหลักพุทธศาสนา

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

| Hematology | 31ส.ค.66 (20.50น.) | 1ก.ย.66 (9.53น.) | 1ก.ย.66 (15.00น.) | 2ก.ย.66 (00.45น.) | 3ก.ย.66 (06.00น.) | 4ก.ย.66 (06.00น.) | 6ก.ย.66 (06.00น.) | หน่วย |
|--|-----------------------|---------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|
| WBC count | 13.31 | 18.55 | 28.06 | 18.14 | 15.01 | 15.60 | 15.95 | *10 ³ cell/ul |
| Neutrophil | 60.5 | 86.7 | 86.2 | 77.1 | 80.6 | 80.3 | 83.2 | % |
| Lymphocytes | 33.8 | 9.2 | 9.2 | 16.8 | 14.0 | 14.1 | 10.2 | % |
| Monocytes | 5.2 | 4.1 | 4.6 | 6.1 | 5.3 | 5.5 | 5.6 | % |
| Eosinophils | 0.3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.9 | % |
| Basophil | 0.2 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | % |
| R.B.C. Count | 4.82 | 2.79 | 3.45 | 2.52 | 3.43 | 3.33 | 4.01 | *10 ⁶ |
| Hemoglobin | 14.8 | 8.7 | 10.3 | 7.5 | 10.0 | 9.7 | 11.7 | gm/dl |
| Hematocrit | 43.4 | 25.3 | 30.1 | 21.9 | 29.3 | 28.9 | 35.3 | % |
| MCV | 90.1 | 90.7 | 87.1 | 86.9 | 85.5 | 86.6 | 88.1 | fL |
| MCH | 30.8 | 31.1 | 29.8 | 29.8 | 29.2 | 29.2 | 29.3 | pg. |
| MCHC | 34.1 | 34.3 | 34.2 | 34.3 | 34.1 | 33.7 | 33.2 | gm/dl |
| RDW | 13.8 | 14.1 | 14.9 | 15.8 | 15.3 | 15.4 | 15.3 | gm/dl |
| Platelets Count | 194 | 116 | 109 | 103 | 81 | 151 | 225 | *10 ³ cell/ul |
| Prothrombin time(PT) | 9.90 | 12.60 | - | - | 11.50 | - | - | sec. |
| Partial thromboplastin time(PTT) | 24.90 | 24.10 | - | - | 23.40 | - | - | sec |
| INR | 0.90 | 1.15 | - | - | 1.05 | - | - | |
| Corrected WBC | 13.31 | 18.55 | 28.06 | 18.14 | 15.01 | 15.30 | 15.95 | *10 ³ cell/ul |
| NRBC | 0.0 | 0.1 | 0.1 | 0.2 | 1.1 | 1.7 | 0.6 | Cell/100WBC |

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

| Clin.Chemistry | 1ก.ย.66 (06.00น.) | 1ก.ย.66 (12.00น.) | 1ก.ย.66 (18.00น.) | 1ก.ย.66 (24.00น.) | 2ก.ย.66 | หน่วย |
|------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------|---------------|
| Magnesium(blood) | 6.21 | 6.84 | 7.65 | 6.16 | 4.64 | mg/dl |
| BUN | - | - | - | - | 28 | mg/dl |
| Creatinine | - | - | - | - | 1.30 | mg/dl |
| EGFR | - | - | - | - | 56 | ml/min/1.73m2 |

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

| Clin.Chemistry | 31ส.ค.66 | 1ก.ย.66 | 3ก.ย.66 | 5ก.ย.66 | 6ก.ย.66 | หน่วย |
|---------------------------------|----------|---------|---------|---------|---------|---------------------------|
| EGFR | 101 | 77 | 101 | - | - | ml/min/1.73m ² |
| BUN | 11 | 16 | 14 | - | - | mg/dl |
| Creatinine | 0.80 | 1.00 | 0.80 | - | - | mg/dl |
| Uric Acid | 7.9 | - | - | - | - | mg/dl |
| SGOT (AST) | 131 | 365 | 334 | 101 | 54 | U/L |
| SGPT (ALT) | 76 | 212 | 432 | 253 | 181 | U/L |
| Sodium, Na ⁺ | 137 | - | - | - | - | mmol/L |
| Potassium, K ⁺ | 4.0 | - | - | - | - | mmol/L |
| Chloride, Cl ⁻ | 104 | - | - | - | - | mmol/L |
| TCO ₂ | 20 | - | - | - | - | mmol/L |
| LDH | 388 | - | - | - | - | U/L |
| Urine Protein (Random) | 188 | - | - | - | - | mmol/L |
| Urine Creatinine (Random) | 17.0 | - | - | - | - | mmol/L |
| Total protein | | 4.5 | 4.8 | 6.1 | 6.3 | gm/dl |
| Albumin | | 2.5 | 2.5 | 3.4 | 3.4 | g/dl |
| Globulin | | 2.0 | 2.2 | 2.7 | 2.9 | gm/dl |
| Total bilirubin | | 0.4 | 0.6 | 0.9 | 1.7 | mg/dl |
| Direct bilirubin | | 0.2 | 0.0 | 0.1 | 0.3 | mg/dl |
| Alkaline Phosphatase | | 91 | 87 | 104 | 107 | U/L |

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

| Urine Analysis | 3ก.ย.66 (06.00น.) | 1ก.ย.66 (12.00น.) | 1ก.ย.66 (18.00น.) | 1ก.ย.66 (24.00น.) | 2ก.ย.66 | หน่วย |
|------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------|---------------|
| Magnesium(blood) | 6.21 | 6.84 | 7.65 | 6.16 | 4.64 | mg/dl |
| BUN | - | - | - | - | 28 | mg/dl |
| Creatinine | - | - | - | - | 1.30 | mg/dl |
| EGFR | - | - | - | - | 56 | ml/min/1.73m2 |

การวินิจฉัยโรค

Severe preeclampsia with severe IUGR with oligohydramios

การรักษาของแพทย์

วันที่ 1 ก.ย. 2566 รับผู้ป่วยจากห้องผ่าตัดเวลา 01.00 น. วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 135/84 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 82 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ได้รับยาระงับความรู้สึกโดยวิธีการ spinal block with morphine ได้รับ สารน้ำเป็น 5% D/N/2 1000 ml + syntocinon 20 u เข้าทางหลอดเลือดดำในอัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และ 50% MgSO₄ 20 gm + 5% D/W 458 ml เข้าทางหลอดเลือดดำ ในอัตรา 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง มียา tramol 50 mg iv prn q 6 hrs , Plasil 10 mg iv prn q 6 hrs , losec 40 mg iv q 12 hrs ตรวจ DTR if areflexia, RR < 14 , urine out put if < 100 ml / 4 hr ให้ notify ตรวจ Mg Level q 6 hrs keep 4.8 – 8.4 mg/dl

วันที่ 1 ก.ย. 2566 (08.00น.) วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 102/59 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 92 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส แพทย์มีการรักษาเพิ่มคือ เจาะเลือดตรวจ CBC , BUN , Cr , LFT , PT , PTT , INR และให้ PRC 2 U โดย unit แรก ให้ push และ unit ที่สอง ให้ iv drip , ลด rate MgSO₄ ลง เหลือ 1.5 และ 1.00 gm/hr เปลี่ยน IV เป็น 0.9% NSS 1000 ml + syntocinon 20 u iv drip 120 ml/hr , LRS 500 ml iv drip in 30 min , ทำ U/S bed side ไม่พบสิ่งผิดปกติ และ Off MgSO₄ เวลา 21.15 น. Load 0.9% NSS 1000 ml + syntocinon 20 U 300ml then drip rate 120 ml/hr ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนได้ ผู้ป่วยลุกเดินรอบเตียงได้ ท้องไม่อืด

วันที่ 2 ก.ย. 2566 สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 134/83 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 96 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิระหว่าง 36.6 องศาเซลเซียส แพทย์มีการรักษาเพิ่มคือ ให้ PRC 3 U โดย unit ละ 3 hrs CPM 1 Amp iv ก่อนให้เลือด , Lasix 20 mg iv หลังให้เลือด , on 0.9% NSS 1000 ml iv rate 100 ml / hr เจาะเลือดตรวจ CBC , BUN , Cr , LFT , Coag , ส่งตรวจ UA ชั่วโมงรุ่งขึ้น ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารธรรมดาได้ตามปกติ

วันที่ 3 ก.ย. 2566 สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 141/106 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 110 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.7 องศาเซลเซียส แพทย์ดูแลการตรวจเลือดให้ Plt cone 10 U ผู้ป่วย

ผื่นแดงนูน คัน ขณะได้ Plt con แพทย์ให้ CPM 10 mg iv stat , Dexamethasone 40mg iv stat , Lasix 20 mg iv q12 hr ส่ง CXR , Off IV on HL และ CBC เข้าวันรุ่งขึ้น

วันที่ 4 ก.ย.2566 แพทย์ ให้ Off Foley's cath และเจาะเลือดตรวจ LFT ซ้ำ

วันที่ 5 ก.ย. 2566 แพทย์ ให้เจาะเลือดตรวจ LFT และ CBC ซ้ำ

วันที่ 6 ก.ย.2566 แพทย์เปิดแผลผ่าตัด พบขอบแผลมีก้อนนูน ประมาณ 3 เซนติเมตร มีรอยเขียวช้ำ U/S พบรอยเลือดออกในช่องท้อง 18*1.8 เซนติเมตร R/O Subcutaneous hematoma Plan observe fever +- set OR for remove ส่งตรวจ UA และให้ Observe ก้อนนูนของแผลผ่าตัดต่อ

วันที่ 7 ก.ย.2566 ไม่มีการรักษาเพิ่ม

วันที่ 8 ก.ย. 2566 แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้และนัดดูแผลผ่าตัด 1 สัปดาห์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการวางแผนทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีโอกาสเกิดภาวะช็อกเนื่องจากความดันโลหิตสูงรุนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ความดันโลหิต 167/104 มิลลิเมตรปรอท ไม่ปวดศีรษะ ไม่จุกแน่นใต้ลิ้นปี่
2. ตรวจพบ urine protine 188 mg/dl

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- ไม่เกิดภาวะช็อก
- ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่เกิดการช็อก
2. ความดันโลหิต ไม่สูงเกิน 160/110 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการนำก่อนเกิดการช็อก ได้แก่ ปวดศีรษะมาก ตาพร่ามองเห็นภาพซ้อน จุกแน่นลิ้นปี่ หรือไตขยับโครงขวา ถ้าพบต้องรีบรายงานแพทย์
2. ดูแลให้อนอนพักบนเตียงตลอดเวลา (Absolute bed rest) ลดการกระตุ้นจากภายนอกทั้งแสงและเสียงรบกวน ให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบเท่าที่จำเป็นในเวลาเดียวกัน
3. ประเมินสัญญาณชีพ โดยเฉพาะความดันโลหิตทุก 1 ชั่วโมง
4. ดูแลให้ได้รับยาป้องกันช็อก (MgSO₄) ตามแผนการรักษาและให้การพยาบาลเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังให้ยา โดยได้รับ 50% MgSO₄ 20 gm + 5% D/W 458 ml เข้าทางหลอดเลือดดำ ในอัตรา 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงและลดลงเป็น 38 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง
5. ตรวจและบันทึกปริมาณสารน้ำที่ได้รับและขับออก
6. เตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม เพื่อช่วยเหลือทันทีเมื่อมีอาการช็อก

การประเมินผล

ไม่เกิดการช็อก ไม่ปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว ความดันโลหิต 138/76 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาลดความดันป้องกันชัก (MgSO₄)

ข้อมูลสนับสนุน

- ความดันโลหิต 167/104 มิลลิเมตรปรอท ได้รับยา MgSO₄

วัตถุประสงค์การพยาบาล

-ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาลดความดันป้องกันชัก

เกณฑ์การประเมินผล

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

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ทราบถึงเหตุผลขั้นตอนการให้ยา และอาการข้างเคียงของยาที่อาจพบได้
2. ดูแลให้ได้รับยาป้องกันชักตามเวลาและปริมาณที่แพทย์สั่งอย่างถูกต้องครบถ้วน
3. ประเมินอาการร้อนบริเวณที่ฉีด ร้อนวูบวาบทั่วตัวอาการคลื่นไส้ อาเจียนขณะให้ยา
4. ประเมินอัตราการหายใจทุก 1 ชั่วโมง ไม่ควรต่ำกว่า 12-14 ครั้งต่อนาที
5. ประเมินปฏิกริยาสะท้อนกลับ (Deep tendon reflex) ทุก 2-4 ชั่วโมงต้อง >1
6. ประเมินปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมงไม่ควรออกน้อยกว่า 25-30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง
7. ประเมินอาการของภาวะ MgSO₄ เป็นพิษโดยระยะแรกมีอาการร้อนวูบวาบ กระหายน้ำ เหงื่อออก ความดันโลหิตลดลง กล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียก และ ปฏิกริยาสะท้อนกลับลดลง ระยะหลังจะกดประสาท ส่วนกลาง การหายใจช้าลง การเต้นหัวใจผิดปกติ หยุดหายใจได้
8. เตรียมยาแก้ฤทธิ์ MgSO₄ เป็นพิษ 10 % Calcium gluconate ให้พร้อมใช้
9. หลังให้ยาลดความดันโลหิต ต้องประเมินสัญญาณชีพทุก 5-15 นาทีจนครบครึ่งชั่วโมงถ้าความดันโลหิตลดต่ำลงมาก ให้รายงานแพทย์ทราบ (Diastolic ไม่ควรต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท)
10. สังเกตอาการนำของการชัก เตรียมอุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมใช้

การประเมินผล

มารดา รู้สึกตัวดี ความดันโลหิต 138/76 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 96 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 ครั้งต่อนาที ปัสสาวะออก 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ปฏิกริยาสะท้อนกลับ 2+

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของPreeclampsia (HELLP syndrome) ที่ต้องได้รับการรักษาที่เร่งด่วน

ข้อมูลสนับสนุน

-ความดันโลหิตสูง 167/104 มิลลิเมตรปรอท

-การทำงานของตับผิดปกติ ผลตรวจ Liver function test พบ AST 131 U/L , ALT 76 U/L , LDH 388 U/L

วัตถุประสงค์การพยาบาล

-มารดาหลังคลอดปลอดภัยจากภาวะ HELLP syndrome

เกณฑ์การประเมินผล

- ตรวจสัญญาณชีพปกติ
- ระดับความรู้สึกของมารดา และความตื่นตัวทางระบบประสาท (DTR) ปกติ
- ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะสีปกติ
- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบการทำงานของตับปกติ AST 35-50 U/L, ALT 35-50 U/L , LDH <247 U/L)

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด ได้แก่ ระดับความรู้สึก อาการเลือดออกตามไรฟัน หรือจุดต่างๆ ของร่างกาย ปัสสาวะสีค้ำก ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที รายงานแพทย์
2. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินช่วยให้แพทย์วินิจฉัยโรคได้ถูกต้องสามารถให้การรักษาได้ทันที่

การประเมินผล

ความดันโลหิต 138/76 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 96 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 ครั้งต่อนาที ปัสสาวะสีเหลืองเข้มออก 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ปฏิกริยาสะท้อนกลับ 2+ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย มึนงง ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ระคายคอ คอแห้งกระหายน้ำ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบการทำงานของตับผิดปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับการระงับความรู้สึกจากการทำ spinal block with morphine

ข้อมูลสนับสนุน

มารดาผ่าตัดได้รับยาระงับความรู้สึกเข้าช่องไขสันหลัง (Spinal block)

วัตถุประสงค์

เพื่อให้มารดาปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาระงับความรู้สึกเข้าช่องไขสันหลัง

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีความดันโลหิตต่ำ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ ความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรไม่เกิน 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-24 ครั้ง/นาที
2. ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ไม่ปวดศีรษะ
3. ผิวไม่ซีด เล็บมือเล็บเท้าไม่เขียว

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวโดยเรียกชื่อ นามสกุล เพื่อดูระดับความรู้สึกตัวของมารดา
2. จัดทำให้อนราบหนุนหมอน สามารถตะแคงตัวได้ 6 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการปวดศีรษะและเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการปวดจะบรรเทาเหมือนนอนราบ และรุนแรงขึ้นเมื่อนั่งหรือยืน ถ้ามีภาวะขาดน้ำในระดับรุนแรงหลัง ผ่าตัดคลอด จะทำให้มีการปวดศีรษะมากขึ้น ดูแลให้มารดาได้รับจำนวนสารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์
3. วัดและบันทึกสัญญาณชีพและความดันโลหิต ทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และ ทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าจะคงที่ติดต่อกัน 2 ครั้ง และทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมงแรก
4. สังเกตและบันทึกอาการของการขาดออกซิเจน เช่น กระสับกระส่าย เล็บมือและเล็บเท้าเขียว

การประเมินผล

ไม่มีความดันโลหิตต่ำ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรไม่เกิน 120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-24 ครั้งต่อนาที ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ไม่ปวดศีรษะ รู้สึกตัวดี ผิวไม่ซีด เล็บมือเล็บเท้าไม่เขียว

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 มารดาหลังคลอดไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. บ่นปวดแผลผ่าตัด ไม่กล้าขยับร่างกาย
2. สีหน้าไม่สุขสบาย ระดับคะแนนความปวด (Pain score) 5 คะแนน

วัตถุประสงค์

เพื่อบรรเทาอาการปวดให้มารดาสุขสบายขึ้นและปวดแผลลดลง

เกณฑ์การประเมิน

1. มารดาปวดแผลลดลง หรือคะแนนความปวด (Pain score) \leq 3 คะแนน
2. มารดามีสีหน้าสดชื่น แจ่มใส และนอนพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเจ็บปวดของอาการปวดแผลผ่าตัดด้วยการสอบถามตามแบบประเมินความปวดแบบ scale สังเกตจากสีหน้าท่าทาง
2. แนะนำให้ใช้มือ หรือหมอนประคองแผลผ่าตัดขณะไอ หรือมีการเคลื่อนไหว
3. สอนเทคนิคการหายใจลดปวด โดยให้หายใจเข้าทางจมูกลึกๆ และผ่อนลมหายใจออกทางปาก การหายใจสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ โดยเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจมาที่การควบคุมหายใจ เข้า ออก
4. ให้การพยาบาลแก่มารดา ด้วยความนุ่มนวล ช่วยให้อาการปวดแผลลดลง
5. ดูแลให้ยาแก้ปวด tramol 50 มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ หากปวดแผลมาก pain scale $>$ 5
6. จัดท่านอน Fowler position หรือท่านอนที่ผู้ป่วยสุขสบาย

การประเมินผล

มารดาหลังคลอดมีสีหน้าสดชื่น แจ่มใส และไม่บ่นเจ็บปวดแผลผ่าตัด ระดับคะแนนความปวด (Pain score) 3 คะแนน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อ เนื่องจากมีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง และคาสายสวนปัสสาวะไว้

ข้อมูลสนับสนุน

มีแผลผ่าตัดตลอดที่หน้าท้องบริเวณมดลูกด้านล่าง (Low transvers caesarean section) คาสายสวนปัสสาวะไว้ มารดาไม่มีความรู้เรื่องการดูแลแผลผ่าตัด เป็นการผ่าตัดครั้งแรกแบบฉุฉิน

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ไม่มีการติดเชื้อหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. แผลผ่าตัดไม่มีการติดเชื้อ ไม่บวมแดง หรือมีหนอง
2. ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ออกดีปริมาณ ไม่ต่ำกว่า 30 ซีซี/ชั่วโมง
3. ไม่มีอาการแสดงถึงการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้แก่ ใช้ ปัสสาวะแสบขัดหลังนำสายสวนออก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบ ลักษณะแผลผ่าตัด สังเกต ลักษณะ ปริมาณเลือด หรือสารคัดหลั่งซึมจากแผล
2. วัตถุประสงค์ตามชีพ ตาม Routine post op care และปรับเปลี่ยนตามอาการเปลี่ยนแปลง
3. สอนให้คำแนะนำการดูแลแผลหลังผ่าตัด
4. สังเกตการไหลของน้ำปัสสาวะลงถุง บันทึกปริมาณปัสสาวะ ถ้าออกน้อยกว่า 30 ซีซี/ชั่วโมงต้องหาสาเหตุ เช่น จากการหักพับของสาย จากการได้รับยาเกินขนาด ($MgSO_4$) และสังเกตสีของปัสสาวะ เพราะถ้ามีอันตรายต่อกระเพาะปัสสาวะขณะทำผ่าตัดอาจมีเลือดปน ต้องรายงานแพทย์ทราบ
5. ดูแลสายยางไม่ให้หัก พับ งอ หรือถูกกดทับ เพื่อให้น้ำปัสสาวะไหลออกดี และตรวจคลำกระเพาะปัสสาวะว่ามีการโป่งตึงหรือไม่ จากสายสวนอุดตัน โดยกดเหนือหัวเหน่าเบา ๆ เพื่อประเมินภาวะกระเพาะเต็ม หรือเคาะ ถ้าว่างจะมีเสียงทึบ ถ้าเต็มเสียงจะโปร่ง
6. หลังถอดสายปัสสาวะออกกระตุ้นให้มารดาปัสสาวะ เนื่องจากมีผลต่อการหดตัวของมดลูกไม่ดี สามารถตกเลือดหลังคลอดได้ ถ้าปัสสาวะไม่ออก รายงานแพทย์เพื่อสวนปัสสาวะ

การประเมินผล

แผลผ่าตัดติดเชื้อไม่บวมแดง ไม่มีหนอง ไม่มีไข้ ปัสสาวะไม่แสบขัด สีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ออกดี 600-1000 ซีซี. ใน 8 ชั่วโมง หลังนำสายสวนปัสสาวะออก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 วิตกกังวลในการเจ็บป่วยของบุตรเนื่องจากบุตรต้องเข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม สาเหตุจากคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักน้อย

ข้อมูลสนับสนุน

มารดามีสีหน้าวิตกกังวล และถามอาการบุตรบ่อยครั้ง

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อลดความวิตกกังวลของมารดา

เกณฑ์การประเมินผล

1. มารดามีสีหน้าสดชื่นขึ้น
2. มารดาเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและมาเยี่ยมบุตรสม่ำเสมอ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความวิตกกังวลและทำที่ที่แสดงออกของมารดาและครอบครัวเปิดโอกาสให้ซักถาม
2. ให้ข้อมูลแก่มารดาและบิดาถึงอาการเจ็บป่วยของบุตรด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย แผนการดูแลรักษาและเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับทารกวมทั้งการพยาบาลที่สำคัญที่ใช้ในช่วงนั้น
3. พุดคุยให้กำลังใจ ให้ความเป็นกันเอง ให้ความมั่นใจว่าทารกจะได้รับการดูแลอย่างดี
4. ส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา สอนวิธีการบีบเก็บน้ำนมให้แก่มารดา และคอยดูแลช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา และให้พบแพทย์เพื่อสอบถามอาการบุตร

ประเมินผล

มารดาที่มีสีหน้าสดชื่น ร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำ สามารถบิบบเก็บน้ำนมได้ถูกวิธี

สรุปกรณีศึกษา

มารดาครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง ความดันโลหิต 194/135 มิลลิเมตรปรอท ได้รับการรักษาด้วยการยุติการตั้งครรภ์เมื่อโดยการผ่าตัดคลอด ทารกถูกส่งตัวที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม มารดาหลังผ่าตัดคลอดได้รับ 50% MgSO₄ 20 gm + 5%D/W 460 ml iv drip 50 ml/hr. ต่อเนื่องจนครบ 24 ชั่วโมง ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการให้ MgSO₄ แต่พบภาวะชีดและเกล็ดเลือดต่ำ ได้รับ PRC 4 unit + Plt.con 8 unit iv วันที่ 6 หลังผ่าตัดคลอดสงสัยเลือดคั่งใต้ผิวหนัง (subcutaneous hematoma) สังเกตอาการต่อโดยผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ในวันที่ 8 หลังผ่าตัดคลอด และนัดดูแลแผลผ่าตัดอีก 1 สัปดาห์

ซึ่งจะเห็นได้ว่าแม้มารดาหลังคลอดจะได้รับการดูแลจนอาการดีขึ้นระดับหนึ่งแล้วก็ตามแต่การพยาบาลที่สำคัญอีกประการคือการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นภายหลังโดยดูแลให้มารดาหลังคลอดพักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจ ดูแลให้ได้รับยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องพร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยา และก่อนที่มารดาหลังคลอดจะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลควรมีการวางแผนจำหน่ายให้ร่วมกับการกำหนดแนวทางในการให้บริการดูแลสุขภาพผู้คลอดต่อเนื่องเพื่อให้มารดาหลังคลอดมีคุณภาพชีวิตที่ดี ⁶

ข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาลผู้ให้การดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์ จะต้องมีความรู้ความเข้าใจ เรื่องยาป้องกันการชัก ยาลดความดันโลหิต อาการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่การชัก เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง หรือเพื่อลดความรุนแรงของโรคให้มารดาปลอดภัย
2. พยาบาลที่ดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดจะต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางหน้าท้องและได้รับยาระงับความรู้สึกแบบต่างๆ โดยเฉพาะมารดาหลังผ่าตัดคลอดและมีความเสี่ยงเพิ่มเติมจากมีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์และได้รับยาป้องกันการชักและยาลดความดันโลหิต ดังนั้นจึงควรมีแนวปฏิบัติกรพยาบาลโดยเฉพาะเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของพยาบาล
3. พยาบาลจะต้องใช้กระบวนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพและบริหารจัดการด้านต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ดีที่สุด ต้องมีการประสานงานและร่วมกันวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ สูติแพทย์ กุมารแพทย์ วิสัญญีแพทย์ พยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลวิสัญญี พยาบาล ห้องคลอดพยาบาลหอผู้ป่วยหลังคลอด และพยาบาลหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด เพื่อให้มารดาและทารกปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ฉบับครบรอบ 50 ปี ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิ้ง; 2565.
2. ปัทิตตา ยาคำ. การพยาบาลผู้คลอดครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรงและมีภาวะชักร่วมกับการคลอดก่อนกำหนด: กรณีศึกษา. [ออนไลน์] 2566 [อ้างเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2567]. จาก <http://inb.moph.go.th/research.php>
3. พิมล วงศ์ศิริเดช, นพดล ไชยสิทธิ์, วิมลวัลย์ วโรฬาร, ยิ่งขวัญ อยู่รัตน์. พัฒนาทักษะเดิม เพิ่มเติมทักษะใหม่ เพื่ออนาคตการดูแลปริกำเนิด (Upskilling and Reskilling for the Perinatal Future). กรุงเทพฯ: บริษัทธนาเพรส จำกัด; 2566.
4. อุไรวรรณ ไกรกาบ. การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์ [ออนไลน์] 2565 [อ้างเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2567]. จาก <http://webportal.bangkok.go.th>
5. สมฤดี กิรตวนิชเสถียร, ภารดี ขาวนรินทร์, นาถสุดา โชติวัฒนากุลชัย. บทบาทของพยาบาลในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน 2562; 25: 112-125.
6. เยื่อน ต้นนรินทร์. แมกนีเซียมซัลเฟตใช้เพื่อป้องกันหรือรักษาภาวะพิษแห่งครรภ์. วารสารอิเล็กทรอนิกส์ . จดหมายเหตุทางแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย. ปีที่ 88 ฉบับที่ 7 (ก.ค. 2548) หน้า 1003-1010.
7. สีนินาฏ ทิพย์มุสิก. การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เนื่องจากเคยผ่าตัดคลอดมาก่อนร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง. [ออนไลน์] 2566 [อ้างเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2567]. จาก <http://inb.moph.go.th/research.php>.
8. รุ่งฤดี พันธุ์ประเสริฐ. การพยาบาลผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษ. กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระพุทธบาท. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร 1 ม.ค. – มิ.ย. 2563; 29(1): 20-30.
9. กติกา นวพันธุ์. สูตินรีเวชทันยุค. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิ้ง; 2558.
10. กิติพร กางการ. การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์ ร่วมกับคลอดก่อนกำหนดในระยะคลอด: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2562; 16: 23-35.
11. สุชาดา เตชวาทกุล. บทบาทพยาบาลในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์. วารสารเกื้อการุณย์ 2558; 22(1): 7-19.
12. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2559. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2559

