การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ : กรณีศึกษา

อาพร ว่องสุขสวัสดิ์*

บทคัดย่อ

ภาวะครรภ์เป็นพิษเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่รุนแรง ส่งผลต่ออัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของทั้งมารดาและทารก มารดาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ชัก เลือดออกในสมอง ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ภาวะผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด ตับวาย ไตวาย และกลุ่มอาการ HELLP ผลกระทบต่อทารกในครรภ์ เช่น ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ คลอดก่อนกำหนด เกิดภาวะพร่องออกซิเจนขณะคลอด และตายแรกเกิด ภาวะครรภ์เป็นพิษ เป็นภาวะที่พบบ่อยและมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากขึ้นทั้งในมารดาและทารก พยาบาลจึงต้องมีความรู้ความชำนาญ ประเมินปัจจัยเสี่ยงได้อย่างรวดเร็ว นำไปสู่การวินิจฉัย การวางแผนการพยาบาลที่ครบถ้วนได้มาตรฐาน เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสมทันเวลา ทำให้ลดความรุนแรงของโรคได้

กรณีศึกษา มารดาครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์ 36+ สัปดาห์ มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์ 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล แรกรับพบความดันโลหิตสูง มีโอกาสเกิดภาวะชัก แพทย์จึงให้ยาป้องกันการเกิดภาวะชัก และเนื่องจากเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จึงให้ยาเร่งสมรรถภาพของปอดทารกในครรภ์ และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ต่อมามารดาเจ็บครรภ์ถี่ขึ้นแพทย์จึงทำผ่าตัดคลอด Caesarean section ทารกอายุครรภ์ 36+ สัปดาห์ ส่งต่อ nursery มารดามีภาวะครรภ์เป็นพิษ หลังผ่าตัดคลอดยังมีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง มารดาได้รับการพยาบาลที่เหมาะสมทันเวลา ทำให้ความรุนแรงของโรคลดลง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ หลังผ่าตัด 3 วัน อาการทั่วไปมารดาปกติ สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ไปเยี่ยมบุตรที่ Nursery และนำน้ำนมไปให้บุตรได้ แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมระยะเวลาที่พักรักษาในโรงพยาบาล 4 วัน พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินภาวะเสี่ยงและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากพยาธิสภาพของโรค หรือจากยาที่ใช้ในการรักษา ดังนั้นพยาบาลต้องมีสมรรถนะในการประเมินการเปลี่ยนแปลง และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากความรุนแรงของโรค การเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา การประสานงานกับทีม ในภาวะวิกฤติและฉุกเฉิน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อมารดาและทารก

คำสำคัญ: ภาวะครรภ์เป็นพิษ, มารดาหลังผ่าตัดคลอด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช

บทนำ

ภาวะครรภ์เป็นพิษเป็นโรคหนึ่งในกลุ่มของความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่รุนแรง ส่งผลต่ออัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของทั้งมารดาและทารก การเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทยเสียชีวิตในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด 22 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน สาเหตุของการเสียชีวิตเกิดจากความดันโลหิตสูงในระหว่างตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 29 ของการเสียชีวิตที่เกิดจากการตั้งครรภ์โดยตรง[1] นอกจากเสียชีวิตแล้วหญิงตั้งครรภ์มีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ชัก เลือดออกในสมอง ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ภาวะผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด ตับวาย ไตวาย และกลุ่มอาการ HELLP[2] สำหรับผลกระทบต่อทารกในครรภ์ เช่น ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารกคลอดก่อนกำหนด เกิดภาวะพร่องออกซิเจนขณะคลอด และทารกตายแรกเกิด การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ในระยะรอคลอด การวินิจฉัยต้องมีความแม่นยำและรวดเร็ว การประเมินความรุนแรงของภาวะครรภ์เป็นพิษจะวินิจฉัยว่าเป็น mild preeclampsia หรือ severe preeclampsia จำเป็นต้องได้รับการประเมินอย่างใกล้ชิด ส่วนการดูแลรักษากรณีที่เป็น Preeclampsia without severe features หรือ mild gestational hypertension กรณีอายุครรภ์ 37 สัปดาห์หรือมากกว่าควรให้คลอด กรณีอายุครรภ์น้อยกว่า37 สัปดาห์ แนะนำให้ expectant management โดยมีการเฝ้าติดตามอาการของมารดาและทารกในครรภ์เป็นระยะ ควรแนะนำให้มารดานับลูกดิ้นทุกวัน กรณีที่เป็น Severe preeclampsia จะต้องรับไว้ในโรงพยาบาล ป้องกันการชักด้วยการให้ $MgSO_4$ และให้ยาลดความดันในรายที่ความดันโลหิตสูง ประเมินภาวะสุขภาพทารกในครรภ์ หากไม่ stable พิจารณาให้คลอดทันทีโดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์

จากสถิติโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราชในระหว่างปี 2564–2566[3] มียอดคลอดรวมทั้งสิ้น 7,025 ราย พบว่าจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง 233 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.32 เป็นมารดาที่เป็นความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง (severe feature) จำนวน 165 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.35 เกิดภาวะครรภ์เป็นพิษและชัก (Eclampsia) 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.07 เกิดภาวะกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับตับ เลือดและความดันโลหิตในขณะตั้งครรภ์หรือหลังคลอด (HELLP syndrome) จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.13 และทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดทั้งหมด 136 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.94 ภาวะครรภ์เป็นพิษเป็นภาวะที่พบบ่อยและมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากขึ้นทั้งในมารดาและทารก พยาบาลจึงต้องมีความรู้ความชำนาญ ประเมินปัจจัยเสี่ยงได้อย่างรวดเร็ว นำไปสู่การวินิจฉัย การวางแผนการพยาบาล ที่ครบถ้วนได้มาตรฐาน เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสมและทันเวลา ทำให้ลดความรุนแรงของโรคได้ และป้องกันการเกิดภาวะชักซึ่งถือว่าเป็นภาวะวิกฤติที่มีความรุนแรง ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงได้นำเสนอกรณีศึกษา มารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ จำนวน 1 ราย ศึกษาและรวบรวมข้อมูลของกรณีศึกษาโดยใช้กรอบแนวคิดแบบประเมินสุขภาพของกอร์ดอน[4] มาใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพ ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม[5] ในการวางแผนให้การพยาบาล ประโยชน์ที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้จะใช้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ส่งผลทำให้เกิดความปลอดภัย ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทำให้มารดาและทารกในครรภ์ได้รับความปลอดภัยมากขึ้น

ภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) หมายถึง กลุ่มอาการ (syndrome) ของความดันโลหิตสูงที่พบครั้งแรกในขณะตั้งครรภ์หลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ร่วมกับมีโปรตีนในปัสสาวะอย่างน้อย 300 มิลลิกรัมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง และภาวะความดันโลหิตสูงคงอยู่ไม่เกิน 12 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งแต่เดิมมักใช้เป็นเกณฑ์ขั้นต่ำในการวินิจฉัยภาวะนี้ ปัจจุบันกรณีตรวจไม่พบโปรตีนในปัสสาวะตามเกณฑ์ที่กำหนดให้วินิจฉัยโดยใช้เกณฑ์

การตรวจพบความดันโลหิตสูงร่วมกับเกณฑ์การทำงานผิดปกติของอวัยวะสำคัญ (end-organ dysfunction) อย่างน้อย 1 อย่าง

เกณฑ์การวินิจฉัย preeclampsia[6]

1. เกณฑ์การวินิจฉัยเกี่ยวกับความดันโลหิตสูงให้ใช้เกณฑ์เดิม

2. เกณฑ์การวินิจฉัยเกี่ยวกับโปรตีนในปัสสาวะ (proteinuria) ให้ใช้วิธีตรวจวัดโดยการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมงเป็นหลัก แต่กรณีที่ต้องการผลเร็วให้ใช้การตรวจ urine protein/creatinine ratio แทนได้ ส่วนการตรวจด้วย urine dipstick มีความคลาดเคลื่อนสูง ไม่ควรใช้ยกเว้นไม่สามารถตรวจด้วยสองวิธีได้

3. ยกเลิกเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรงโดยใช้เกณฑ์ proteinuria มากกว่า 5 กรัมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง รวมทั้งยกเลิกเกณฑ์ทารกโตช้าในครรภ์ (fetal growth restriction)

เกณฑ์การประเมินความรุนแรงของภาวะ Preeclampsia[6]

ในอดีตมักแบ่งความรุนแรงของภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีอาการน้อยเป็น mild preeclampsia และที่มีอาการรุนแรงเป็น severe preeclampsia ซึ่ง preeclampsia เป็น dynamic process ที่มีแนวโน้มมีอาการรุนแรงมากขึ้น ปัจจุบันวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งสหรัฐอมริกา ได้มีการปรับการใช้คำศัพท์ใหม่ให้เหมาะสม ตามข้อมูลหลักฐานการตรวจพบในคลินิกเป็นครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง (preeclampsia with severe features) และครรภ์เป็นพิษที่ไม่มีลักษณะรุนแรง (preeclampsia without severe features)

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe features ของ preeclampsia คือมีลักษณะข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

1. ความดันโลหิตสูง โดย systolic BP มากกว่าหรือเท่ากับ160 มิลลิเมตรปรอท หรือ diastolic BP มากกว่าหรือเท่ากับ110 มิลลิเมตรปรอท วัด 2 ครั้งห่างกันอย่างน้อย 4ชั่วโมงภายหลังการนอนพัก (bed rest)

2. เกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000 ต่อไมโครลิตร (thrombocytopenia)

3. การทำงานของตับผิดปกติ (Impaired liver function) คือมีค่า serum transaminase เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 เท่าของค่าปกติ หรือปวดบริเวณใต้ชายโครงขวา หรือใต้ลิ้นปี่อย่างรุนแรงและอาการปวดไม่หายไป (severe persistence) ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาและไม่ใช่เกิดจากการวินิจฉัยอื่น

4. การทำงานของไตผิดปกติ (renal insufficiency) โดยค่า serum creatinine มากกว่า 1.1 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือเพิ่มขึ้น 2 เท่าของค่า serum creatinine เดิม โดยไม่มีโรคไตอื่น

5. น้ำท่วมปอด (pulmonary edema)

6. อาการทางสมองหรือทางสายตา (cerebral or Visual disturbance) ที่เกิดขึ้นใหม่

พยาธิสภาพ

พยาธิสภาพหลักของภาวะครรภ์เป็นพิษอยู่ที่รก โดยการฝังตัวผิดปกติของรกและเกิดความล้มเหลวในการปรับเปลี่ยนจากลักษณะเนื้อเยื่อบุผิวไปเป็นลักษณะเนื้อเยื่อบุโพรงหลอดเลือด ภาวะครรภ์เป็นพิษก่อให้เกิดพยาธิสภาพต่ออวัยวะในทุกระบบของมารดาและทารกในครรภ์ ดังนี้ 1) Renal system 2) Cardiopulmonary 3) Hematologlc and coagulation system 4) Hepatic system 5) Neurological system 6) Visual system 7) placenta and uterus

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

ปัจจุบันสาเหตุที่แท้จริงของภาวะครรภ์เป็นพิษยังไม่ทราบแน่ชัด สำหรับปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ ดังนี้ 1). สตรีที่ไม่เคยคลอดบุตรมาก่อน (nullipaity) 2). ประวัติภาวะครรภ์เป็นพิษในครรภ์ก่อนมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 7 เท่า 3). ผ่านการคลอดบุตรคนก่อนมานานอย่างน้อย 10 ปี 4). สตรีอายุมากกว่าตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป 5). ดัชนีมวลกายตั้งแต่ 30 kg/m^2 ขึ้นไป หรืออ้วน(obesity) 6). การตั้งครรภ์แฝด (multiple pregnancy) ครรภ์แฝดสาม เสี่ยงมากกว่าครรภ์แฝดสอง 7). ประวัติพันธุกรรมครรภ์เป็นพิษ

ในครอบครัวโดยเฉพาะมารดา พี่สาว น้องสาว 8). ประวัติความเจ็บป่วยทางอายุรกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวาน เป็นต้น 9). ความผิดปกติทางสูติกรรม เช่น การทำเด็กหลอดแก้ว ครรภ์แฝด การตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก 10). ภาวะโภชนาการบกพร่อง เช่น ขาดวิตามินซี

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของภาวะ preeclampsia และ eclampsia

1. ภาวะ Preeclampsia กลุ่มอาการสำคัญของภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง ได้แก่ ปวดศีรษะส่วนหน้า (frontal headache) การมองเห็นผิดปกติ (visual disturbance) และปวดใต้ชายโครงขวา หรือจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ (epigastric pain) ซึ่งลักษณะความรุนแรงพิจารณาจากอาการ อาการแสดงหรือการตรวจพบทางห้องปฏิบัติการต่อไปนี้ตั้งแต่ 1 อย่างขึ้นไป

อาการแสดง 1). Systolic BP มากกว่าหรือเท่ากับ 160 mmHg หรือ Diastolic BP มากกว่าหรือเท่ากับ 110 mmHg 2).น้ำท่วมปอด 3). Eclampsia คือมีอาการชักแบบชักทั้งตัว 4).เลือดออกในสมอง 5). ตาบอด

อาการ 1). อาการทางระบบประสาท ปวดศีรษะอย่างรุนแรง สายตาพร่ามัว มีจุดบอดในลานสายตา (scotomata) ซึมลง หรือ หมดสติ 2). อาการปวดใต้ชายโครงขวาหรือจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ เนื่องจากการยืดขยายหรือการแตกของเยื่อหุ้มตับ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1). ภาวะไตวาย serum creatinine มากกว่าหรือเท่ากับ 1.1 mg/dL หรือปริมาณปัสสาวะออกน้อยกว่า 500 มิลลิลิตรใน 24 ชั่วโมงภายหลังจากได้รับน้ำอย่างเพียงพอ

2). การทำงานของตับผิดปกติ ระดับเอนไซม์ AST และ/หรือ ALT สูงกว่า 70 IU/L หรือมากกว่า 2 เท่าของค่าเดิม

3). เกล็ดเลือดต่ำ มี platelet count < 100,000 ต่อไมโครกรัม

4). ระบบการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (coagulopathy)

5). HELLP syndrome ภาวะ HELLP syndrome เป็นภาวะแทรกซ้อน หรือ เป็นกลุ่มอาการที่แสดงถึงความรุนแรงของภาวะครรภ์เป็นพิษ

5.1) Hemolysis (H) คือ การแตกหรือการสลายของเม็ดเลือดแดง วินิจฉัยจากระดับ serum lactate dehydrogenase (LDH) > 600 IU และ/หรือ มี schistocytes ใน peripheral blood smear และ/หรือ serum bilirubin > 1.2 mg/DL

5.2) Elevated liver enzymes (EL) คือการเพิ่มของเอนไซม์ตับ วินิจฉัยจากค่า serum AST สูงกว่า 70 หรือ ALT สูงกว่า 50 IU/L

5.3) Low platelet (LP) คือ เกล็ดเลือดต่ำ คือ platelet count < 100,000 ต่อไมโครลิตร

2. ภาวะ Eclampsia ภาวะครรภ์เป็นพิษระยะชัก หมายถึง ภาวะชักแบบ generalized convulsion หรือ grandma seizures ที่มีลักษณะเป็นการชักเกร็ง ชักกระตุก (tonic-conic ที่เกิดขึ้นใน preeclampsia หรือ gestation hypertension อุบัติการณ์ของการชักเกิดได้ทุกระยะทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะ 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด

การพยาบาล

การพยาบาลสตรีที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษที่ไม่มีลักษณะรุนแรง (Preeclampsia without severe features)

1. ดูแลให้นอนพักบนเตียง (bed rest) ควรนอนพักผ่อนในท่านอนตะแคงซ้าย
2. ประเมินสัญญาณชีพ โดยเฉพาะความดันโลหิตทุก 4 ชั่วโมง
3. ดูแลและติดตามประเมินผลการตรวจทางท้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ
4. เฝ้าระวัง ติดตามอาการและอาการแสดงของภาวะ preeclampsia ที่รุนแรงขึ้น
5. ดูแลให้รับประทานอาหารธรรมดา บันทึกน้ำเข้าและออกจากร่างกาย และชั่งน้ำหนัก
6. ดูแลและติดตามประเมินภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์
7. ประเมินและให้การประคับประคองสภาวะทางอารมณ์ และจิตใจอย่างเหมาะสม

การพยาบาลสตรีที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง (Preeclampsia with severe features)

1. ดูแลให้นอนพักบนเตียงเต็มที่ โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดการกระตุ้นจากภายนอกทั้งแสงและเสียงรบกวน เพื่อลดการกระตุ้นต่อสมองส่วนกลาง ให้การพยาบาลอย่างมีระบบเท่าที่จำเป็นในเวลาเดียวกัน และดูแลให้ได้รับยา sedative ตามแผนการรักษา
2. ประเมินสัญญาณชีพ โดยเฉพาะความดันโลหิตทุก 1 ชั่วโมง
3. บันทึกปริมาณสารน้ำที่ได้รับและขับออกในแต่ละวัน
4. ประเมินอาการนำก่อนการชัก เช่น อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว อาเจียน เป็นต้น
5. ดูแลให้ยาป้องกันการชักคือ $MgS0_4$ ตามแผนการรักษา และให้การดูแลภายหลังให้ยา
6. ให้ยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษา เช่น hydralazine

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ทวนทวนเอกสาร ตำรา งานวิจัย การวินิจฉัย การรักษา รวมทั้งทฤษฎีและแนวคิดทางการพยาบาลเกี่ยวกับการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ ระหว่างวันที่ 15 สิงหาคม พ.ศ.2566 – วันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ.2566
2. คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง โดยเลือกมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ จำนวน 1 ราย
3. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การซักประวัติ การตรวจร่างกาย ประเมินแบบแผนสุขภาพตามแนวคิด 11 แบบแผนของกอร์ดอน และการพยาบาลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล
4. กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล นำแผนการพยาบาลไปใช้ ประเมินผลและสรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย หญิงไทยอายุ 36 ปี น้ำหนัก 102 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร BMI=37.5 kg/m^2 สถานภาพสมรสคู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพค้าขาย ภูมิลำเนาอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี สิทธิการรักษา บัตรประกันสังคม(ชำระเงิน) รับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช วันที่ 24-28 กันยายน พ.ศ. 2566

อาการสำคัญ เจ็บครรภ์ ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน G2P1A0L1 Last 13 ปีอายุครรภ์ 36+ สัปดาห์ LMP 14 มกราคม พ.ศ.2566 EDC 21 ตุลาคม พ.ศ.2566 ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ 15 สัปดาห์ที่คลินิค ได้รับวัคซีน Tetanus toxoid ครบ ผลตรวจเลือด Group B, VDRL Non Reaction, HIV negative, HBsAg negative, คัดกรองเบาหวาน พบว่าเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และพบความดันโลหิตมีแนวโน้มสูงขึ้น จึงให้ฝากครรภ์ต่อที่โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช อัลตร้าซาวด์ครั้งแรกอายุครรภ์ 17 สัปดาห์ ขณะตั้งครรภ์มาตรวจครรภ์ตามนัดทุกครั้ง จำนวน 10 ครั้ง ยังตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีการปรับยาฉีดอินซูลินจำนวน 4 ครั้ง ครั้งสุดท้ายได้รับยาฉีดอินซูลินเป็น RI 8-10-10 unit(sc) และNPH 30 unit (sc) 22.00 น.วันที่ 24 กันยายน พ.ศ. 2566 มีอาการเจ็บครรภ์ ไม่มีปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว จึงมาพบแพทย์ แพทย์ให้นอนโรงพยาบาล เนื่องจากเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Preterm with preeclampsia)

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อทางพันธุกรรม โรคติดต่อร้ายแรง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร และสารเคมี ครรภ์ที่ 1 คลอดโดยการผ่าตัดเนื่องจากความดันโลหิตสูงและหลังคลอดระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ

การตรวจร่างกายตามระบบ

ผิวหนัง : ปกติ ไม่มีผดผื่นความยืดหยุ่นของผิวหนังดี ไม่แห้งมีความตึงตัวดี

ศีรษะ ใบหน้า : ปกติ ได้สัดส่วน ผมยาวสีดำ

ตา หู จมูก : ตามองเห็นชัดเจนทั้ง 2 ข้าง เยื่อบุตาซีดเล็กน้อย หูได้ยินปกติ จมูกรับกลิ่นได้ปกติ

ริมฝีปาก : ปกติ ไม่มีฟันผุไม่มีฟันปลอม ริมฝีปากไม่ซีด ไม่แห้ง

ทรวงอกและการหายใจ หายใจปกติ อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที

หัวใจ : การเต้นของหัวใจเป็นจังหวะสม่ำเสมอ ไม่มีเสียง Murmur

ท้อง : มีแผลผ่าตัดหน้าท้องไม่มีเลือดซึมออกจากแผล มดลูกหดรัดตัวดีกลมแข็ง ระดับยอดมดลูกระดับสะดือ

เต้านมและอวัยวะสืบพันธุ์ : เต้านมและหัวนมปกติ คัดตึงเล็กน้อย อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ

สภาพจิตใจและอารมณ์ : รู้สึกตัวดี รับรู้สิ่งต่างๆ ได้ดี มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ความปลอดภัยของตนเองและวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตร

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษอื่นๆ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, LFT, INR, PT, PTT, UPCR, UA, LDH ปกติ ตรวจระดับน้ำตาลจากปลายนิ้ว (DTX) 106 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร urine albumin negative ; urine sugar normal urine ketone 2+ ค่า LDH 152 หน่วยต่อลิตร Albumin 3.4 กรัมต่อเดซิลิตร

การวินิจฉัยโรคครั้งแรก

G2P1A0L1 with Preeclampsia with PMC with Gestational diabetes mellitus A2

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย

G2P1A0L1 with Preeclampsia with preterm with Gestational diabetes mellitus A2

การรักษาของแพทย์

แรกรับวันที่ 24 กันยายน พ.ศ. 2566 เวลา 13.26 น. มารดาอายุครรภ์ 36+ สัปดาห์ ตรวจครรภ์ยอดมดลูกอยู่ 2/4 เหนือระดับสะดือ ศีรษะทารกเหนือเชิงกราน อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ (FHS) 140 ครั้งต่อนาที ท่า left occiput anterior, Non stress test (NST) ปกติ มีการหดรัดตัวของมดลูกInterval 8 นาที Duration 35 วินาที ไม่มีอาการจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ เท้าบวมทั้ง 2 ข้าง 2+ ความดันโลหิต 170/103 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ชีพจร 84 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส น้ำหนัก 102 กิโลกรัม

น้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) 106 มิลลิกรัม แพทย์สั่งตรวจ Lab CBC, BUN, Cr, Electrolyte, LFT, INR, PT, PTT, UPCR, UA, LDH, BS, Uric acid เพื่อประเมินภาวะครรภ์เป็นพิษและโรคเบาหวาน ให้ 10% $MgSO_4$ 4 กรัม ทางหลอดเลือดดำช้าๆและ 50% $MgSO_4$ 10 กรัมผสมใน NSS 1000 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 1 กรัม/ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะชักจากความดันโลหิตสูง เจาะ DTX ทุก 6 ชั่วโมง (Keep 80-200 มิลลิกรัม On RI scale ตามเกณฑ์) เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และให้ Dexamethasone 6 มิลลิกรัม ทางกล้ามเนื้อ ทุก 12 ชั่วโมง 4 dose เพื่อเร่งสมรรถภาพของปอดทารกในครรภ์ เริ่มให้ Ampicillin 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำทันที ต่อมา 1 กรัมทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง เตรียมงดน้ำงดอาหาร ติดเครื่องติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ด้วย Continuous Electronic fetal monitoring วางแผนผ่าตัดคลอดเมื่อให้ Dexamethasone 6 มิลลิกรัม ทางกล้ามเนื้อทุก 12 ชั่วโมง ครบ 4 dose ต่อมามารดาเจ็บครรภ์ถี่ขึ้น แพทย์จึงทำผ่าตัดคลอด Caesarean section with TR วันที่ 25 กันยายน พ.ศ. 2566 เวลา 14.25 น. ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 3,765 กรัม Apgar score 9-10-10 ส่งต่อ nursery สังเกตอาการ (ทารกอายุครรภ์ 36+ สัปดาห์) มารดาหลังผ่าตัดรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ย้ายไปหอผู้ป่วยพิเศษ 5 ชั้น มีปวดศีรษะเล็กน้อย ไม่มีตาพร่า หรือจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ DTR ที่ขาทั้ง 2 ข้าง 2+ ความดันโลหิต 127/59 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 87 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ระดับออกซิเจนปลายนิ้วเท่ากับ 98 % ดูแลให้สารละลาย 5%D/NSS/2 1000 มิลลิลิตร ผสม Oxytocin 40 ยูนิต ทางหลอดเลือดดำอัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และ 50% $MgSO_4$ 10 กรัม ผสมใน NSS 1000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 1 กรัมต่อชั่วโมง ได้ยาฆ่าเชื้อ Ampicillin 1 กรัมทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง X 2 วัน, Gentamycin 240 มิลลิกรัม ผสมใน 5%D/W 100 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำวันละครั้ง X 2 วัน ประเมินอาการของมารดาหลังผ่าตัด สัญญาณชีพหลังผ่าตัด ความดันโลหิต 119/68 - 134/73 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 74-84 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที และผลตรวจ DTX 119-180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มีเลือดออกชุ่มผ้าอนามัย 1 แผ่น แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ปวดแผลประเมินความปวดเท่ากับ 7 คะแนน ให้ยา pethidine 25 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ หลังได้ยาประเมินความปวดเท่ากับ 2 คะแนน วันที่ 25-28 กันยายน พ.ศ. 2566 อ่อนเพลีย พักผ่อนได้ มดลูกหดรัดตัวดี เหนือหัวหน่าว แผลผ่าตัดหน้าท้องไม่มีเลือดซึม ปวดแผล ปวดมดลูก น้ำนมไหลเล็กน้อย เต้านมคัดตึง ประเมินความปวดเท่ากับ 6 คะแนน ให้ยา paracetamol 500 มิลลิกรัม ประเมินความปวด เท่ากับ 1-2 คะแนน มีน้ำคาวปลาออกชุ่มผ้าอนามัย 1-2 แผ่นต่อวัน แพทย์หยุดให้สารน้ำ เริ่มให้จิบน้ำ หลังถอดสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะเองได้ปกติ สีหน้ากังวลเรื่องทารก ความดันโลหิต 119/68-144/78 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 68-88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ผลตรวจ DTX 111-180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มีการปรึกษาร่วมกับอายุรแพทย์ในการรักษา รวมทั้งติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นระยะๆ ควบคุมความดันโลหิตและระดับน้ำตาลได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆแพทย์จำหน่ายกลับบ้านในวันที่ 28 กันยายน พ.ศ. 2566 ระหว่างพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยพิเศษ 5 ชั้น มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและวางแผนการพยาบาล ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะชักในระยะหลังคลอดเนื่องจากความดันโลหิตสูง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ความดันโลหิต 170/103 มิลลิเมตรปรอท เท้าบวมทั้ง 2 ข้าง 2+
2. มีอาการปวดศีรษะเล็กน้อย และไม่มีตาพร่า

วัตถุประสงค์

ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะชัก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่เกิดภาวะชัก

2. ความดันโลหิต ไม่สูงเกิน 160/110 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการนำก่อนเกิดการชัก[7] ได้แก่ ปวดศีรษะมาก ตาพร่ามองเห็นภาพซ้อนจุกแน่นลิ้นปี่ หรือใต้ชายโครงขวา ถ้าพบต้องรีบรายงานแพทย์

2. ดูแลให้นอนพักบนเตียงตลอดเวลา (Absolute bed rest) ลดการกระตุ้นจากภายนอกทั้งแสงและเสียงรบกวนให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบเท่าที่จำเป็นในเวลาเดียวกัน

3. ประเมินสัญญาณชีพ โดยเฉพาะความดันโลหิตทุก 1 ชั่วโมง

4. ดูแลให้ได้รับยาป้องกันชัก ($MgSO_4$) ตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังให้ยา

5. ตรวจและบันทึกปริมาณสารน้ำที่ได้รับและขับออก

6. เตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม เพื่อช่วยเหลือทันทีเมื่อมีอาการชัก

การประเมินผล

1. ไม่เกิดภาวะชัก

2. ความดันโลหิต 119/68 – 144/78 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีปวดศีรษะและตาพร่ามัว

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดการกดการหายใจและกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากการได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต ($MgSO_4$)

ข้อมูลสนับสนุน

1. ได้รับยา $MgSO_4$

วัตถุประสงค์

ไม่เกิดการกดการหายใจและกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากการได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต ($MgSO_4$)

เกณฑ์การประเมินผล

1. อัตราการหายใจมากกว่า 14 ครั้งต่อนาที และความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท

2. ปฏิกิริยาสะท้อนกลับ (DTR) ไม่หายไป

3. ปัสสาวะออกมากกว่า 25 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ทราบถึงเหตุผลขั้นตอนการให้ยาและอาการข้างเคียงของยาที่อาจพบได้

2. ดูแลให้ได้รับยาป้องกันชักตามเวลาและปริมาณที่แพทย์สั่งอย่างถูกต้องครบถ้วน

3. ประเมินอาการร้อนบริเวณที่ฉีด ร้อนวูบวาบทั่วตัวอาการคลื่นไส้ อาเจียนขณะให้ยา

4. ประเมินอัตราการหายใจทุก 1 ชั่วโมง ไม่ควรต่ำกว่า 12-14 ครั้งต่อนาที

5. ประเมินปฏิกิริยาสะท้อนกลับ (Deep tendon reflex) ทุก 2-4 ชั่วโมงต้องไม่ลดลง

6. ประเมินปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมงไม่ควรออกน้อยกว่า 25-30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

7. ประเมินอาการของภาวะแมกนีเซียมเป็นพิษ โดยระยะแรกมีอาการร้อนวูบวาบ กระหายน้ำ เหงื่อออก ความดันโลหิตลดลง กล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียก และปฏิกิริยาสะท้อนกลับลดลง ระยะหลังจะกดประสาทส่วนกลาง การหายใจช้าลง การเต้นหัวใจผิดปกติ หยุดหายใจได้

8. เตรียมยาแก้ฤทธิ์แมกนีเซียมเป็นพิษ 10% Calcium gluconate ให้พร้อมใช้

9. หลังให้ยาลดความดันโลหิต ต้องประเมินสัญญาณชีพทุก 5-15 นาทีจนครบครึ่งชั่วโมง

ถ้าความดันโลหิตลดต่ำลงมากให้รายงานแพทย์ทราบ (Diastolic ไม่ควรต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท)

10. สังเกตอาการนำของการชัก เตรียมอุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมใช้

การประเมินผล

1. อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที และความดันโลหิต 119/68 – 144/78 มิลลิเมตรปรอท

2. ปฏิกิริยาสะท้อนกลับ (DTR) 2+

3. ปัสสาวะออก 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

ข้อมูลสนับสนุน

ระดับน้ำตาลในเลือด 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

วัตถุประสงค์

ไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับน้ำตาลในเลือด 80-120 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

2. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการและอาการแสดงของระดับน้ำตาลในเลือดสูง[7] ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะมาก กระหายน้ำ หิวบ่อย อ่อนเปลี้ยเพลียแรง ซึม เพ้อ ชักหมดสติ

2. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง

3. ติดตามเจาะเลือดปลายนิ้วก่อนอาหารและก่อนนอน (Keep 80-180 mg) ดูแลให้ได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดและฉีดอินซูลินตามแผนการรักษา

4. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

5. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารให้ถูกต้อง

การประเมินผล

1. ระดับน้ำตาลในเลือด 119-172 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

2. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดจากเนื้อเยื่อถูกทำลายจากการผ่าคลอดทางหน้าท้อง

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีแผลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและแผลในโพรงมดลูก

2. มารดาเสียเลือดขณะผ่าตัด 400 มิลลิลิตร

วัตถุประสงค์

ไม่เกิดการตกเลือดหลังคลอด

เกณฑ์การประเมินผล

1. มดลูกหดรัดตัวดี

2. เลือดออกจากช่องคลอดน้อยกว่า 1 แผ่นต่อชั่วโมงใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกทุก 1 ชั่วโมง และประเมินระดับยอดมดลูกทุกวัน[7-8]

2. ประเมินสี ลักษณะและปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด โดยชั่งน้ำหนักผ้าอนามัยทุกชิ้น เพื่อประเมินการตกเลือดหลังคลอด

3. ประเมินปริมาณเลือดออกหลังผ่าตัด สังเกตและบันทึกเลือดซึมผ้าปิดแผล

4. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที ตามมาตรฐาน จนสัญญาณชีพสม่ำเสมอ แล้วตรวจวัดทุก 4 ชั่วโมง

5. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 5%D/N/2 1,000 มิลลิลิตร + Syntocinon 40 ยูนิต หยดทางหลอดเลือดดำ 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เพื่อกระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก

6. สังเกตระดับความรู้สึกตัวและอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ซีด เพื่อประเมินการตอบสนองของร่างกายต่อปริมาณเลือดที่ลดลงในระบบไหลเวียนโลหิต

การประเมินผล

1. มดลูกหดรัดตัวดี

2. มีเลือดออกจากช่องคลอดน้อยกว่า 1 แผ่นต่อชั่วโมงใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

3. สัญญาณชีพปกติ ชีพจร 68-90 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 119/68-144/78 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังคลอด เนื่องจากมีแผลผ่าตัดที่หน้าท้องและในโพรงมดลูก

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีแผลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและแผลในโพรงมดลูกจากการลอกตัวของรก

2. เสียเลือดจากการผ่าตัดคลอด 400 มิลลิลิตร

3. มีเลือดออกจากช่องคลอด 1 แผ่นต่อวัน

วัตถุประสงค์

เฝ้าระวังการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและแผลในโพรงมดลูก

เกณฑ์การประเมินผล

1. แผลผ่าตัดสะอาด แห้ง รอบแผลไม่บวมแดง

2. เลือดออกจากช่องคลอด/น้ำคาวปลาไม่มีกลิ่นเหม็น

3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีไข้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินลักษณะของแผลผ่าตัดว่ามีปวดบวมแดงร้อน หรือมีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติหรือไม่

2. ทำแผลโดยยึดหลักเทคนิคปลอดเชื้อ (Aseptic technique)

3. สอนการดูแลแผลผ่าตัดไม่ให้แผลผ่าตัดเปียกน้ำ ไม่แกะเกาแผล

4. สอนการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และความสะอาดของร่างกายทั่วไป เพื่อป้องกันการติดเชื้อ แนะนำการเปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 4 ชั่วโมงหรือเมื่อน้ำคาวปลาชุ่มผ้าอนามัย

5. สอนให้ประเมินและสังเกตอาการผิดปกติ[7] เช่น จำนวน สี ลักษณะและกลิ่นของน้ำคาวปลาที่ออกทางช่องคลอด น้ำคาวปลาปกติจะมีประมาณ 2 สัปดาห์หลังคลอด น้ำคาวปลาจะมีจำนวนลดลงและจะเปลี่ยนสีโดย 1-2 วันแรกหลังคลอดจะมีสีแดงสด หลังจากนั้นจะเปลี่ยนเป็นสีชมพูและน้ำตาลดำภายใน 10 วันหลังคลอด ต่อจากนั้นจะเป็นสีขาวออกเหลืองๆในสัปดาห์ที่ 3-4

6. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง

7. ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

การประเมินผล

แผลผ่าตัดสะอาด แห้ง รอบแผลไม่บวมแดง น้ำคาวปลาไม่มีกลิ่นเหม็น อุณหภูมิร่างกาย 36.5 – 37.4 องศาเซลเซียส

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ปวดแผลผ่าตัดคลอดและปวดมดลูกจากเนื้อเยื่อถูกทำลายจากการผ่าตัดคลอดและได้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก

ข้อมูลสนับสนุน

1. มารดาบอกปวดแผลผ่าตัด ประเมินความปวดเท่ากับ 7 คะแนน ขยับตัวลำบาก

2. ได้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก Oxytocin 40 ยูนิต ในสารน้ำ 5%D/NSS/2 1000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำอัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

วัตถุประสงค์

ลดการปวดแผลผ่าตัดคลอดและปวดมดลูก

เกณฑ์การประเมินผล

ปวดแผลผ่าตัดคลอดและปวดมดลูกลดลง ระดับความปวดน้อยกว่า 3 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้มารดาหลังคลอดเข้าใจถึงกลไกของการเจ็บปวด ภายหลังคลอดบริเวณแผลผ่าตัดคลอดเนื้อเยื่อบริเวณนั้นชอกช้ำ และการให้ยาเพื่อกระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก ทำให้ปวดมดลูกมากขึ้น[7-8]

2. ประเมินความเจ็บปวดของอาการปวดแผลผ่าตัดและอาการปวดมดลูก ด้วยการสอบถาม สังเกตจากสีหน้าท่าทาง ใช้การประเมินระดับความปวด

3. ให้นอนในท่าที่สบายเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ใช้มือหรือหมอนประคองแผลผ่าตัดขณะไอหรือมีการเคลื่อนไหว เพื่อลดการกระทบกระเทือนแผลผ่าตัด

4. สอนเทคนิคการหายใจลดปวด

5. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลเป็นมิตร

6. ให้ยาบรรเทาอาการปวดแผลตามแผนการรักษา Pethidine 25 มิลลิกรัมเข้าทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน และสัญญาณชีพ เพื่อป้องกันการกดศูนย์หายใจ

การประเมินผล

ความปวดลดลง ประเมินความปวดเท่ากับ 2 คะแนน เคลื่อนไหวและนอนหลับพักผ่อนได้ดีขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 ปวดเต้านม

ข้อมูลสนับสนุน

1. มารดาบ่นปวดและเต้านมคัดตึงมาก ประเมินความปวดเท่ากับ 6 คะแนน

2. เต้านมแข็งตึงทั้ง 2 ข้าง

วัตถุประสงค์

อาการปวดเต้านมและเต้านมคัดตึงลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. มารดาบอกว่าปวดเต้านมลดลง ระดับความปวดน้อยกว่า 3 คะแนน

2. เต้านมนิ่มลง น้ำนมไหลมากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการปวด เต้านมคัดตึง[7]

2. อธิบายถึงสาเหตุเต้านมคัดตึง ประคบเต้านมด้วยน้ำเย็นสลับกันน้ำอุ่น นวดเต้านมเบาๆและบีบน้ำนมออก

3. สอนวิธีการบีบนมและเก็บน้ำนม

4. ดูแลเสื้อชั้นในที่เหมาะสม พยุงเต้านม ลดอาการปวด

5. ให้รับประทานยา Paracetamol 500 มิลลิกรัม ทุก 4-6 ชั่วโมง เมื่อมีอาการปวดมากขึ้น

การประเมินผล

1. ปวดเต้านมลดลงประเมินความปวด 2 คะแนน

2. เต้านมนิ่มลง น้ำนมไหลมากขึ้น บีบและเก็บน้ำนมได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตร

ข้อมูลสนับสนุน

1. มารดามีสีหน้าวิตกกังวล

2. ทารกคลอดก่อนกำหนดอยู่ Nursery

วัตถุประสงค์

วิตกกังวลลดลง รู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

ไม่แสดงความวิตกกังวล

กิจกรรมการพยาบาล

1. แสดงความเป็นมิตร[7] ปลอบโยนให้รู้สึกอบอุ่น เพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวลและความกลัว สร้างความมั่นใจว่ามีผู้ดูแลให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มใจ

2. ซักถามและเปิดโอกาสให้มารดาได้เล่าถึงสาเหตุของความวิตกกังวล เพื่อให้ได้ระบายความรู้สึก ร่วมแก้ไขสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล

3. อธิบายให้ทราบอาการของบุตรและแนวทางการรักษา

4. ให้ไปเยี่ยมบุตรที่ Nursery

การประเมินผล

มารดามีรอยยิ้มเวลาพูดคุย บอกว่ารู้สึกดีขึ้น สีหน้าสดชื่นขึ้น วิตกกังวลลดลง รู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น เยี่ยมบุตรที่ Nursery และนำน้ำนมไปให้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 การสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกล่าช้าเนื่องจากทารกคลอดก่อนกำหนด

ข้อมูลสนับสนุน

1. หลังคลอดยังไม่ได้สัมผัสร่างกายบุตร

2. ยังไม่ได้ให้บุตรดูดนม บุตรอยู่ Nursery

วัตถุประสงค์

ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก

เกณฑ์การประเมินผล

1. มารดาได้สัมผัสร่างกายบุตร

2. มารดาได้ให้บุตรดูดนม

กิจกรรมการพยาบาล

1. เปิดโอกาสให้ซักถามและบอกเล่าอาการบุตรให้ทราบ[8]
2. ส่งเสริมให้สามีและญาติไปเยี่ยมบุตร พร้อมทั้งนำมาบอกเล่าให้มารดาทราบ
3. ส่งเสริมและให้กำลังใจมารดาในการสร้างสัมพันธภาพ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
4. ให้ไปเยี่ยมบุตรที่ Nursery เมื่อมารดาแข็งแรง

การประเมินผล

มารดาไปเยี่ยมบุตรที่ Nursery และบีบน้ำนมไปให้บุตร

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 10 การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอดและการเลี้ยงดูบุตร

ข้อมูลสนับสนุน

1. มารดาครรภ์ที่ 2 ห่างจากครรภ์แรก 13 ปี
2. เป็นความดันโลหิตสูงและเบาหวาน
3. ทารกคลอดก่อนกำหนด

วัตถุประสงค์

ส่งเสริมให้มีความรู้ในการดูแลตนเองหลังคลอดที่บ้านได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

เกณฑ์การประเมินผล

บอกวิธีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเมื่อกลับไปบ้าน

กิจกรรมการพยาบาล

1. วางแผนการจำหน่ายตั้งแต่ก่อนกลับบ้าน[7-8]
2. แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติของความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน
3. ให้ความรู้เรื่องการควบคุมน้ำตาล การตรวจติดตามระดับน้ำตาล และนัดคัดกรองโรคเบาหวานโดยใช้ 75 กรัม oral glucose tolerance test เมื่อ 6-12 สัปดาห์หลังคลอด ถ้าผลตรวจปกติควรได้รับการตรวจซ้ำอย่างน้อยทุก 1 ปี แนะนำการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย เพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในอนาคต
4. ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอด เช่น การดูแลแผลผ่าตัดคลอด การนัดมาดูแผลและตัดไหม พบอาการผิดปกติของแผลควรไปพบแพทย์ แนะนำการรักษาความสะอาดของร่างกาย การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ การมีประจำเดือนจะมีในสัปดาห์ที่ 7-9 หลังคลอดและมาช้ากว่าในรายที่เลี้ยงลูกด้วยนมมารดา การดูแลเต้านม การบีบเก็บน้ำนมและการให้นมทารก 6 เดือน-2 ปี การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ ลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม การพักผ่อนและการเริ่มทำงานหลัง 6 สัปดาห์จึงทำงานได้ตามปกติ งดทำงานหนัก 12 สัปดาห์ ทำงานบ้านได้ตามปกติ การบริหารร่างกายหลังคลอดที่เหมาะสม เพื่อให้กล้ามเนื้อแข็งแรง การตรวจร่างกายหลังคลอด 6 สัปดาห์ สังเกตอาการผิดปกติที่ควรไปตรวจก่อนนัด การนำทารกไปตรวจสุขภาพและการรับวัคซีนตามนัดทุกครั้ง

การประเมินผล

มารดาบอกวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปบ้านได้ถูกต้อง

สรุปและอภิปรายผล

มารดาหญิงไทยอายุ 36 ปี G2P1A0L1 Last 13 ปี อายุครรภ์ 36+ สัปดาห์ มีอาการเจ็บครรภ์ ไม่มีปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว จึงมาพบแพทย์ พบความดันโลหิตสูงร่วมด้วย แพทย์จึงให้นอนโรงพยาบาล ในวันที่ 24 กันยายน พ.ศ. 2566 เนื่องจากเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

(Preterm with preeclampsia) แรกรับที่ห้องคลอดได้ประเมินภาวะครรภ์เป็นพิษและการคลอดก่อนกำหนด ให้ยาป้องกันการเกิดภาวะชักจากความดันโลหิตสูงและให้ยาเร่งสมรรถภาพของปอดทารกในครรภ์ ติดตามภาวะสุขภาพทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่อง ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ต่อมามารดาเจ็บครรภ์ถี่ขึ้น แพทย์จึงทำผ่าตัด Caesarean section with TR ในวันที่ 25 กันยายน พ.ศ. 2566 เวลา 14.25 น. ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 3,765 กรัม Apgar score 9-10-10 ส่งต่อ nursery สังเกตอาการเนื่องจากทารกอายุครรภ์ 36+ สัปดาห์ มารดาหลังผ่าตัดรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ย้ายมาหอผู้ป่วยพิเศษ 5 ชั้น มารดาหลังผ่าตัดคลอด มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลดังนี้ 1.เสี่ยงต่อภาวะชักในระยะหลังคลอดเนื่องจากความดันโลหิตสูง 2.เสี่ยงต่อการเกิดการกดการหายใจและกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากการได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต ($MgSO_4$) 3.เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ 4.เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดจากเนื้อเยื่อถูกทำลายจากการผ่าคลอดทางหน้าท้อง 5.เสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังคลอดเนื่องจากมีแผลผ่าตัดที่หน้าท้องและในโพรงมดลูก 6.ปวดแผลผ่าตัดคลอดและปวดมดลูกจากเนื้อเยื่อถูกทำลายจากการผ่าตัดคลอดและได้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก 7.ปวดเต้านม 8.วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตร 9.การสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกล่าช้าเนื่องจากทารกคลอดก่อนกำหนด 10.การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอดและการเลี้ยงดูบุตร พยาบาลผู้ดูแลจึงต้องเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถและทักษะทางการพยาบาล จึงสามารถดูแลมารดาและทารกที่อยู่ในภาวะวิกฤติ ให้ปลอดภัยจากโรคและภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัด 3 วัน อาการมารดาทั่วไปปกติ ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ปัญหาต่างๆ ได้รับการดูแลแก้ไข มารดาสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ไปเยี่ยมบุตรที่ Nursery และนำน้ำนมไปให้บุตร แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้าน ในวันที่ 28 กันยายน พ.ศ. 2566 รวมระยะเวลาที่พักรักษาในโรงพยาบาล 4 วัน

ความยุ่งยากในการดำเนินการ/ปัญหา/อุปสรรค

การดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษและคลอดก่อนกำหนด มีปัญหาและความยุ่งยาก ซับซ้อน มีอันตรายที่ส่งผลกระทบทั้งมารดาและทารก ในการรักษา การพยาบาล การสังเกตอาการ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากโรคหรือจากการรักษา พยาบาลต้องเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถและทักษะทางการพยาบาล จึงสามารถดูแลมารดาและทารกที่อยู่ในภาวะวิกฤติ ให้ปลอดภัยจากโรคและภาวะแทรกซ้อนได้ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการพยาบาล เฝ้าระวังภาวะวิกฤติของมารดา ควรได้รับการส่งเสริมพัฒนาให้มีทักษะที่เชี่ยวชาญในการดูแลมารดาที่มีภาวะเสี่ยงสูง เพื่อให้ปลอดภัยทั้งมารดาและทารก มีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติอย่างเพียงพอ มีทีมแพทย์พยาบาลที่มีความรู้ ความสามารถ ดูแลมารดาและทารกอย่างเพียงพอ ได้รับการพัฒนาสมรรถะในการพยาบาลมารดาและทารกแรกคลอดที่มีภาวะวิกฤติ มีทักษะใช้เครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆได้อย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ

การจัดทำผลงานกรณีศึกษาเรื่อง “การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ” พบว่ายังมีข้อจำกัดสำหรับพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน/หอผู้ป่วย/หน่วยงาน โดยสามารถสรุปข้อค้นพบเพื่อเสนอแนะเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ดังนี้

1. ส่งเสริมพัฒนาให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ ความชำนาญและเชี่ยวชาญในการดูแลมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ ประเมินความเสี่ยงและเมื่อเกิดภาวะวิกฤต การวางแผนการพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว เกิดความปลอดภัยทั้งมารดาและทารก ดังนั้นควรมีการส่งบุคคลากรเข้ารับการอบรมการดูแลมารดาที่มีภาวะเสี่ยงสูงอย่างต่อเนื่องทุกปี

2. มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลภาวะครรภ์เป็นพิษ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และการคลอดก่อนกำหนด เพื่อให้พยาบาลผู้ปฏิบัติมีแนวทางในการพยาบาลได้ตามมาตรฐาน มารดาปลอดภัยจากภาวะชัก ระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. พัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Heath literacy) ในโรงเรียนพ่อแม่ ช่วยส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และทักษะสามารถจัดการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. สถิติสาธารณสุขอัตราส่วนการตายมารดา. กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข; 2561.
2. ปรียา สุวนิช. การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร. 2561;27(1):42–53.
3. งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช. สถิติโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช สุพรรณบุรี: โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช; 2565.
4. Gordon, M. Nursing diagnosis: Process and Application. New York: McGraw-Hill; 1994.
5. Orem, D. E., Taylor, S. G., & Ren penning, K. M. Nursing: Concepts of practice (6th ed.). St. Louis: Mosby; 2001.
6. นงลักษณ์ เฉลิมสุข. การพยาบาลและการผดุงครรภ์:สตรีที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน. พิมพ์ครั้งที่ 2. ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี, บรรณาธิการ. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2565.
7. ปราณี ทู้ไพเราะ. คู่มือข้อวินิจฉัยการพยาบาล. กรุงเทพฯ: N P Press; 2566.
8. วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ. กระบวนการพยาบาลและข้อวินิจฉัยการพยาบาล: การนำไปใช้ในคลินิก. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์ จำกัด; 2554.