การพยาบาลมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง : กรณีศึกษา

นางอรสา อยู่เปี่ยม.*

บทคัดย่อ

ภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรงเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่อันตรายและรุนแรง ส่งผลต่อการเสียชีวิตของทั้งมารดาและทารก การรักษาคือการยุติการตั้งครรภ์หรือให้คลอด แต่ในช่วงรอคลอดนั้นควรต้องมีการดูแลอย่างเหมาะสมและจำเพาะ เพื่อให้อัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารกน้อยที่สุด พยาบาลจึงต้องมีความรู้ความชำนาญ สามารถประเมินความเสี่ยงได้อย่างรวดเร็ว นำไปสู่การวินิจฉัย การวางแผนการพยาบาลที่ครอบคลุม ครบถ้วน ได้มาตรฐาน เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสมทันเวลา มารดาและทารกปลอดภัย

กรณีศึกษา มารดาครรภ์แรก อายุครรภ์ 32^{+} สัปดาห์ มาโรงพยาบาลด้วยอาการ 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการเจ็บครรภ์ ไม่มีปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว จึงมาพบแพทย์ แพทย์ให้นอนโรงพยาบาลเนื่องจากเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ มีโอกาสเกิดภาวะชัก แพทย์ให้ยาป้องกันการเกิดภาวะชัก ยาลดความดันโลหิตชนิดรับประทาน รับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล 5 วัน มารดาเริ่มเจ็บครรภ์คลอดมากขึ้น ปวดศีรษะ ตาพร่า ความดันโลหิตสูง เสี่ยงต่อการชัก แพทย์จึงทำผ่าตัดคลอด Cesarean section ทารกน้ำหนักแรกคลอด 1,660 กรัม ส่งไปหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด มารดามีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรงหลังผ่าตัดคลอด มีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายและรุนแรงได้ มารดาได้รับการพยาบาลที่เหมาะสมทันเวลา ทำให้ความรุนแรงของโรคลดลง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หลังผ่าตัด 3 วัน อาการทั่วไปมารดาปกติ สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง ไปเยี่ยมบุตรที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด และนำน้ำนมไปให้บุตร แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล 12 วัน พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินภาวะเสี่ยงและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากพยาธิสภาพของโรค หรือจากยาที่ใช้ในการรักษา ดังนั้นพยาบาลต้องมีสมรรถนะในการประเมินการเปลี่ยนแปลง และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากความรุนแรงของโรค การเฝ้าระวังผลข้างเคียงยา การประสานงานกับทีมในสถานการณ์วิกฤตและฉุกเฉิน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อมารดาและทารก

คำสำคัญ : การพยาบาล ภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง

---

*พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช

บทนำ

ภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) เป็นโรคหนึ่งในกลุ่มของความดันเลือดสูงขณะตั้งครรภ์ซึ่งถือว่ามีความรุนแรงมากและทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตทั้งกับมารดาและทารกในครรภ์ จะพบมารดามีความดันเลือดสูงร่วมกับมีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ อาจเกิดภาวะชักที่สัมพันธ์กับความดันเลือดสูงในขณะตั้งครรภ์ โดยอาจมีหรือไม่มี severe features นำมาก่อนก็ได้ และการชักไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น ๆ การรักษาให้หายขาดคือการยุติการตั้งครรภ์หรือให้คลอด แต่ในช่วงรอคลอด ต้องมีการดูแลอย่างเหมาะสมและจำเพาะ เพื่อให้อัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารกน้อยที่สุด

เกณฑ์การวินิจฉัย[1] preeclampsia ต้องมีเกณฑ์ครบทุกข้อดังต่อไปนี้ 1) มารดาอายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ที่ไม่มีประวัติเป็นโรคความดันเลือดสูงมาก่อน 2) ตรวจพบว่ามีความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท โดยวัดซ้ำ 2 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกันอย่างน้อย 4 ชั่วโมง (ในกรณีที่ความดันเลือดสูง > 160/110 มิลลิเมตรปรอท สามารถวัดซ้ำเพื่อยืนยันการวินิจฉัยได้ภายในเวลา 1 นาที ไม่จำเป็นต้องรอถึง 4 ชั่วโมง) 3) มีโปรตีนในปัสสาวะ urine dipstick > 1+ ในกรณีที่ไม่สามารถส่งตรวจเพื่อวัดปริมาณโปรตีนในปัสสาวะได้

ภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง “preeclampsia with severe features” ในกรณีที่วินิจฉัยภาวะ preeclampsia และพบว่ามารดามีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

1. มีอาการทางสมองหรือทางสายตา เช่น ปวดศีรษะต่อเนื่องโดยไม่สามารถบรรเทาได้ด้วยยาแก้ปวด หรือมีอาการตามัว เห็นแสงวูบวาบ เป็นต้น
2. การทำงานของตับผิดปกติ เช่น ปวดบริเวณใต้ชายโครงด้านขวาหรือจุกแน่นลิ้นปี่อย่างรุนแรง หรือผลเลือดพบ serum transaminase สูงตั้งแต่สองเท่าของค่าปกติ
3. ความดันโลหิตอยู่ในระดับสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 160 / 110 มิลลิเมตรปรอท
4. เกล็ดเลือด < 100,000 ตัวต่อไมโครลิตร
5. การทำงานของไตผิดปกติ เช่น serum creatinine > 1.1 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือมีค่าสูงขึ้นตั้งแต่สองเท่าขึ้นไปของค่าปกติโดยไม่มีโรคไตนำมาก่อน
6. มีภาวะน้ำท่วมปอด (pulmonary edema)

ในกรณีที่มีความผิดปกติหลายประการร่วมกัน โดยเฉพาะมีเกล็ดเลือดต่ำ ร่วมกับมีการแตกของเม็ดเลือดแดง และมีการทำงานของตับผิดปกติ จะเรียกรวมว่าเป็นกลุ่มอาการ HELLP (Hemolysis-Elevated Liver enzyme-Low Platelet; HELLP syndrome) ซึ่งจัดเป็นกลุ่มภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีความรุนแรงเช่นกันและควรให้การรักษาอย่างเร่งด่วน เนื่องจากโรคมีแนวโน้มแย่ลงได้ในเวลาอันสั้น

ภาวะแทรกซ้อนของ severe preeclampsia และ eclampsia[2]

1. ภาวะแทรกซ้อนต่อมารดา เช่น เลือดออกในสมอง หัวใจล้มเหลว น้ำท่วมปอด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในมารดา และอาจพบภาวะไตวายเฉียบพลัน เกล็ดเลือดต่ำ ความผิดปกติในการมองเห็น และอาจมีเลือดออกบริเวณตับได้
2. ภาวะแทรกซ้อนต่อทารกในครรภ์ เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด ซึ่งนำไปสู่ภาวะเครียดหรือทำให้ทารกเสียชีวิตในครรภ์ นอกจากนี้ในกรณีที่ต้องยุติการตั้งครรภ์ก่อนครบกำหนด ทำให้ทารกมีปัญหาที่เกี่ยวกับ

การคลอดก่อนกำหนดซ้ำเติมอีกด้วย

แนวทางการรักษา[3]

ในกรณีที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษแต่ยังไม่มีอาการหรืออาการแสดงของ preeclampsia with severe features สามารถให้การรักษาแบบประคับประคอง โดยติดตามสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด ซึ่งหลักการสำคัญคือค้นหาว่ามี severe features หรือไม่ ทารกในครรภ์ยังมีสุขภาพแข็งแรงและเจริญเติบโตได้ตามสมควรหรือไม่ โดยควรมีการวัดความดันโลหิต ตรวจเลือดและปัสสาวะสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ด้วยวิธี non stress test (NST) สัปดาห์ละ 1ครั้ง และถ้าอาการโดยรวมคงที่พิจารณาชักนำให้คลอดเมื่ออายุครรภ์ครบกำหนด 37 สัปดาห์ แต่ถ้าสตรีตั้งครรภ์มีภาวะ eclampsia หรือ preeclampsia with severe features ควรให้การรักษาทันทีโดยเฉพาะการยุติการตั้งครรภ์ แม้ว่าอายุครรภ์ยังไม่ครบกำหนด ซึ่งหลักการรักษา ดังนี้

1. การดูแลรักษาเฉพาะหน้าเบื้องต้น (first aid treatment) โดยเฉพาะกรณี eclampsia ที่สตรีตั้งครรภ์กำลังมีอาการชัก โดยทำทางเดินหายใจให้โล่ง ซึ่งวิธีการอาจใช้ oral airway หรือใช้ไม้กดลิ้นป้องกันไม่ให้สตรีตั้งครรภ์กัดลิ้นตนเอง รวมถึงการให้ออกซิเจน และพยายามเปิดเส้นเพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือด

2. Stabilization ด้วยการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะชักในกรณี severe preeclampsia และป้องกันภาวะชักซ้ำใน eclampsia รวมถึงการควบคุมระดับความดันโลหิต โดยหลักการสำคัญคือ

1. ให้ยาแมกนีเซียมซัลเฟต โดยการให้ช่วงแรก (loading dose) มีวิธีบริหารยาโดยการฉีดทางหลอดเลือดดำวิธีเดียว การให้ต่อเนื่อง (maintenance dose) ซึ่งโดยทั่วไปนิยมการให้ยาทางหลอดเลือดดำมากกว่า

1) loading dose โดย ฉีด $MgSO_4$ 4 กรัม ในสารละลาย 20% (20% $MgSO_4$ 20 มิลลิลิตร) โดยฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำช้า ๆ ในอัตราไม่เกิน 1 กรัมต่อนาที

2) maintenance dose ต่อเนื่องจนครบ 24 ชั่วโมงหลังคลอด คือการให้ Magnesium sulfate หยดเข้าทางหลอดเลือดดำในอัตรา 1-2 กรัมต่อชั่วโมง (50% $MgSO_4$ 20 g + 5% D/W 1000 มิลลิลิตร หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ 100-200 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง)

ข้อสังเกตและข้อแนะนำเพิ่มเติมสำหรับกรณีที่สตรีตั้งครรภ์เกิดภาวะ eclampsia คือ

2. ไม่มีความจำเป็นต้องให้ยากลุ่ม diazepam (valium) เพื่อทำให้อาการชักหยุดลง เนื่องจากโดยธรรมชาติของการชักจาก eclampsia ซึ่งมักจะหยุดเองโดยธรรมชาติ สตรีตั้งครรภ์จะรู้สึกตัวภายหลังจากการชักเสร็จสิ้นไม่นาน ให้ยา magnesium sulfate loading dose เพื่อป้องกันการชักซ้ำ ถ้าสตรีตั้งครรภ์ได้รับยา diazepam ทางหลอดเลือดอาจส่งผลเสียคือทำให้ประเมินความรู้สึกตัวไม่ได้เพราะยามีฤทธิ์ง่วงซึม ร่วมกับทำให้ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์จากอัตราการเต้นของหัวใจได้ลำบากมากขึ้น

3. เนื่องจากในขณะที่สตรีตั้งครรภ์เกิดการชักที่ได้รับยาmagnesium sulphate ควรเตรียมยา calcium gluconate 1 กรัม สำหรับให้ทางหลอดเลือด เพื่อใช้การแก้พิษจาก magnesium ไว้ด้วยซึ่งถ้ามีลักษณะที่บ่งชี้ว่าอาจเกิด magnesium toxicity เช่น patella reflex หายไป อัตราการหายใจช้ากว่า 12-14 ครั้งต่อนาที หรือปัสสาวะออก < 25 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ควรหยุดให้ maintenance magnesium sulphate ประเด็นเพิ่มเติมคือควรให้สตรีตั้งครรภ์อยู่ในห้องที่สงบ

ควบคุมความดันโลหิตเพื่อป้องกันหลอดเลือดในสมองแตก

ถ้าความดันโลหิตของสตรีตั้งครรภ์มีระดับ > 160 / 110 มิลลิเมตรปรอท ควรมีการให้ยาลดความดัน ซึ่งยาที่แนะนำให้ใช้ยาตามลำดับ ได้แก่

Hydralazine 5 มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ และให้ซ้ำได้อีก 5-10 มิลลิกรัม ทุก 20 นาที โดยขนาดสูงสุดไม่เกิน 30 มิลลิกรัม ผลข้างเคียงคือใจสั่น ปวดศีรษะ อาเจียน

Labetalol 20 มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ถ้าไม่ได้ผลใน 10 นาที ให้ซ้ำได้ 40 และ 80 มิลลิกรัม ทุก ๆ 10 นาที ขนาดสูงสุดไม่เกิน 220 มิลลิกรัม ซึ่งต้องระวังในกรณีมีโรคหอบหืด หัวใจล้มเหลว และ หัวใจเต้นช้าผิดปกติ

Nifedipine 10 มิลลิกรัม รูปแบบรับประทาน โดยให้ซ้ำได้ทุก 30 นาที ขนาดสูงสุด 120 มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งต้องระวังในเรื่องการให้ยาร่วมกับ magnesium sulfate ทำให้ความดันโลหิตลดลงอย่างรุนแรงได้

การพยาบาลสตรีที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง (Preeclampsia with severe features)

1. ดูแลให้นอนพักบนเตียงเต็มที่ โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดการกระตุ้นจากภายนอก และเพื่อลดการกระตุ้นต่อสมองส่วนกลาง 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

โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช เป็นโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดสุพรรณบุรี มีขนาด 680 เตียงมีผู้ป่วยมาคลอดที่โรงพยาบาล และได้รับการผ่าตัดคลอด ในพ.ศ. 2564-พ.ศ. 2566 มีจำนวน 1,544, 1,493 และ 1,833 รายตามลำดับ พบมารดาที่มาคลอดมีภาวะ severe pre-eclampsia จำนวน 59, 53 และ 75 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 4.05, 3.83, 3.55 และ 4.10 ตามลำดับ[5] อันตรายต่อมารดาและทารกในครรภ์จะลดความรุนแรงลงได้ด้วยการวินิจฉัยที่รวดเร็ว จากการประเมินและประเมินซ้ำ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและอาการต่าง ๆ เช่นอาการเตือนสู่ภาวะชัก อาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาป้องกันการชัก และยาลดความดันโลหิต พยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความชำนาญ ประเมินปัจจัยเสี่ยงได้อย่างรวดเร็ว เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสมและทันเวลา ลดความรุนแรงของโรค ผู้ศึกษาจึงได้นำเสนอกรณีศึกษาการพยาบาลมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง จำนวน 1 ราย โดยใช้กรอบแนวคิดแบบประเมินสุขภาพของกอร์ดอนมาใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพ การวางแผน ให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรงให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ส่งผลทำให้เกิดความปลอดภัยแก่มารดาและทารก

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ทบทวนเอกสาร ตำรา งานวิจัย การวินิจฉัย การรักษา รวมทั้งทฤษฎีและแนวคิดทางการพยาบาลเกี่ยวกับการพยาบาลมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง ระหว่างเดือนสิงหาคม-ตุลาคม พ.ศ. 2566

2. คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง โดยเลือกมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรงจำนวน 1 ราย

3. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การซักประวัติ การตรวจร่างกาย ประเมินแบบแผนสุขภาพตามแนวคิด 11 แบบแผนของกอร์ดอน และการพยาบาลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล

4. กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล นำแผนการพยาบาลไปใช้ ประเมินผลและสรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย หญิงไทยอายุ 35 ปี น้ำหนัก 63 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย 28 กิโลกรัม/ตารางเมตร สถานภาพสมรสคู่

อาการสำคัญ เจ็บครรภ์ 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : G1P0 อายุครรภ์ 32^{+4} สัปดาห์ LMP 7 มกราคม พ.ศ.2566 EDC 14 ตุลาคม พ.ศ.2566 ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ 6 สัปดาห์ที่โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช ได้รับวัคซีนครบ ผลตรวจเลือด Group O, VDRL Non Reaction, HIV negative, HBsAg negative, คัดกรองเบาหวานไม่พบ ตั้งครรภ์ 3 เดือนตรวจพบภาวะซีด Hct 31.3% เพิ่มยา Ferli 6 1 เม็ด รับประทาน วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร Hct เพิ่มเป็น 32.5% ขณะตั้งครรภ์มีอาการแพ้ท้อง คลื่นไส้ อาเจียน แต่ไม่มีอาการปวดศีรษะ หรือตาพร่ามัว มาฝากครรภ์ครั้งสุดท้าย เริ่มมีเท้าบวมทั้ง 2 ข้าง วันต่อมา มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ ความดันโลหิต 201/106 มิลลิเมตรปรอท แพทย์รับไว้ในโรงพยาบาล ได้รับยา 50 % $MgSo_4$ ทางหลอดเลือดดำ 1 กรัมต่อชั่วโมง ได้ยา Hydralazine 10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ 2 dose และ Dexamethasone 1 course เฝ้าสังเกตความดันโลหิต ทุก 1 ชั่วโมง เจาะLab CBC , Electrolyte , AST, ALT, PT, PTT, uric acid, urine protein 2+, UPCR = 0.95 mg. หลังจากได้รับยา 50%$MgSo_4$ ครบ 24 ชั่วโมง ความดันโลหิตเริ่มลดลง ไม่มีอาการเจ็บครรภ์ ไม่มีอาการท้องแข็ง ไม่ปวดศีรษะ ตาไม่พร่ามัว ไม่มีอาการจุกแน่นลิ้นปี่ ความดันโลหิต 150/90 มิลลิเมตรปรอท นอนพักในโรงพยาบาล 3 วัน จึงจำหน่าย มีนัดมาพบแพทย์อีก 2 อาทิตย์ หลังจากกลับไป 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการเจ็บครรภ์ ไม่มีปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว จึงมาพบแพทย์อีก แพทย์ให้นอนโรงพยาบาล เนื่องจากเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Preterm with preeclampsia) ความดันโลหิตสูง 220/123 มิลิเมตรปรอท

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธโรคประจำตัว (ไม่เคยตรวจสุขภาพ) ตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นครรภ์แรก ไม่เคยมีความดันโลหิตสูงมาก่อน

การตรวจร่างกายตามระบบ รู้สึกตัวดี แสดงสีหน้าวิตกกังวลเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง ความปลอดภัยของตนเองและวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตร ร่างกายทั่วไปสะอาด ไม่มีรอยโรค เท้าบวม มี Pitting edema 2^{+} มดลูกหดรัดตัวดีกลมแข็ง ระดับยอดมดลูกระดับสะดือ เต้านมและหัวนมปกติ คัดตึงเล็กน้อย อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ สภาวะจิตใจ อารมณ์

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: CBC, BUN, Cr ปกติ Electrolyte พบ potassium 2.7 มิลลิโมลต่อลิตร Albumin 3.3 กรัมต่อเดซิลิตร UA พบ WBC 20-30, urine protein 2^{+}

ผลการตรวจพิเศษอื่นๆ การตรวจ nonstress test (NST)

การวินิจฉัยโรค G1P0 $32^{+}4$ weeks with severe preeclampsia

การรักษาของแพทย์

มารดาอายุครรภ์ 32^{+4} สัปดาห์ ตรวจครรภ์ยอดมดลูกอยู่ 3/4 เหนือระดับสะดือ ศีรษะทารกเหนือเชิงกราน อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ (FHS) 150 ครั้งต่อนาที Non stress test (NST) ปกติ มีการหดรัดตัวของมดลูก Interval 15 นาที ไม่มีอาการจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ เท้าบวมทั้ง 2 ข้าง กดบุ๋ม 2^{+} ความดันโลหิต 200/120 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ชีพจร 94 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส น้ำหนัก 63 กิโลกรัม แพทย์สั่งตรวจLab CBC, BUN, Cr, Electrolyte, LFT, PT, PTT, INR, Uric acid, UA, UPCR ให้ยา10% $MgSO_4$ 4 กรัมทางหลอดเลือดดำช้าๆและให้ยา 50% $MgSO_4$ 10 กรัมผสมใน 0.9%NSS 1000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง (1 กรัม/ชั่วโมง) เพื่อป้องกันการเกิดภาวะชักจากความดันโลหิตสูง ผล Electrolyte พบ Potassium 2.7 มิลลิโมลต่อลิตร ให้10% EKCl 30 มิลลิลิตร ทุก 3 ชั่วโมง จำนวน 3 ครั้ง ผล UA พบ WBC 20-30, Urine protein 2^{+}ให้ยา Ceftriaxone 2 กรัมทางหลอดเลือดดำวันละครั้ง Hydralazine 5 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ย้ายไป สังเกตอาการที่ตึกนรีเวช ให้นอนพัก นอนตะแคงซ้าย ให้รับประทานยา Aldomet 250 มิลลิกรัมรับประทานครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน Hydralazine 25 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 1 เม็ดเช้า เย็น ความดันโลหิตยังสูงตลอด อยู่ช่วง 190/123-192/124 มิลลิเมตรปรอท ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จึงย้ายมาห้องคลอดให้ยา 10% $MgSO_4$ 4 กรัมทางหลอดเลือดดำช้าๆและให้ยา 50% $MgSO_4$ 10 กรัมผสมใน 0.9%NSS 1000 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำ อัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง (1 กรัมต่อชั่วโมง) งดน้ำและอาหาร แพทย์ทำผ่าตัดคลอด Caesarean section ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 1,660 กรัม Apgar score 8-9-9 ส่งสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด (ทารกอายุครรภ์ 32^{+4} สัปดาห์) มารดาหลังผ่าตัดรู้สึกตัวดี ได้รับยา Syntocinon 20 ยูนิตผสมกับ 5%D/NSS/$_2$ 1000 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงร่วมกับให้ยา 50%$MgSO_4$ 20 กรัมผสมใน 5%D/W 1000 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ได้ยาฆ่าเชื้อ Ampicillin 1 กรัมทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง จำนวน 2 วัน ปวดแผลประเมิน pain score 5 คะแนน ให้ยา pethidine 25 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ หลังได้ยา ประเมิน pain score 2 คะแนน แผลผ่าตัดมีเลือดซึม pack gauze ชุบ Adrenalin หลังจากนั้นไม่มีซึมอีก มีเลือดออกชุ่มผ้าอนามัย 1 แผ่น ความดันโลหิตยังสูงตลอด ให้ยาเพิ่มเป็น Labetalol 10 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ และ Nicardipine 20 มิลลิกรัมผสมใน 0.9%NSS 80 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำเพื่อควบคุมความดันโลหิต Adalat 10 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทานเมื่อความดันโลหิตมากกว่า 160/100 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตยังสูงตลอด ปรึกษาอายุรแพทย์ เพิ่มยา Nifedipine SR 20 มิลลิกรัมวันละ 1 เม็ดหลังอาหารเช้า เริ่มควบคุมความดันโลหิตได้ พักผ่อนได้ มดลูกหดรัดตัวดี เหนือหัวหน่าว แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ปวดแผล ปวดมดลูก น้ำนมไหลเล็กน้อย เต้านมคัดตึง ประเมิน pain score 5 คะแนน ให้ยา paracetamol 500 มิลลิกรัม 1 เม็ด ประเมินความปวดหลังได้ยา pain score 1-2 คะแนน มีน้ำคาวปลาออกชุ่มผ้าอนามัย 1-2 แผ่นต่อวัน หลังถอดสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะได้เองปกติ ความดันโลหิต 136/98-168/69 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 87-96 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.6-37.1 องศาเซลเซียส ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ

แพทย์จำหน่ายกลับบ้านได้ รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาล 12 นัดตรวจที่ห้องตรวจนรีเวช 2 สัปดาห์ และนัดตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะชัก เนื่องจากมีความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์

ข้อมูลสนับสนุน

1. มารดาบ่นปวดมึนศีรษะ ตาพร่า ผลการตรวจ Urine Protein = 2+
2. ความดันโลหิต 220/123 มิลลิเมตรปรอท
3. มารดาเคยนอนพักรักษาตัว ด้วยเรื่องความดันโลหิตสูง และได้ยา MgSo4 หยดทางหลอดเลือดดำ

วัตถุประสงค์ ป้องกันการเกิดภาวะชัก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการแสดงนำก่อนชัก เช่นปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่
2. ความดันโลหิต ≤ 160/110 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายภาวะของโรคให้มารดาเข้าใจ แนะนำให้สังเกตอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว หรือจุกแน่นหน้าอก หากมีให้รีบรายงานแพทย์ทราบ พร้อมทั้งให้กำลังใจและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย[6]
2. ดูแลให้นอนพักและทำกิจกรรมบนเตียง ลดสิ่งกระตุ้น และจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ
3. เฝ้าระวังอาการนำก่อนชัก เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่
4. ประเมิน DTR ทุก 4 ชั่วโมง ถ้าเร็วแสดงว่าใกล้ชัก
5. ดูแลให้ได้รับยาป้องกันชัก ($MgSO_4$) ตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังให้ยา[6] ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน หน้าแดง มึนงง สับสน ง่วงหลับ หายใจน้อยกว่า 14 ครั้งต่อนาที ชีพจรไม่อยู่ในช่วง 60-100 ครั้งต่อนาที Deep tendon reflex ลดลงหรือไม่มี
6. ให้ยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษาของแพทย์
7. งดน้ำและอาหารทางปาก เพื่อป้องกันการสำลัก
8. ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง
9. ประเมิน urine output ทุก 4 ชั่วโมงหาก urine output น้อยกว่า 100 มิลลิลิตร/4 ชั่วโมง, urine protein > 3^+, Sp.gr. > 1.030 รายงานแพทย์ทราบ[6]
10. บรรเทาความเจ็บปวด โดยใช้เทคนิคการหายใจ การนวดบริเวณกระเบนเหน็บ การประคบร้อน หรือการให้ยาบรรเทาความเจ็บปวด[6]
11. ติดตามผล Mg level ให้อยู่ในช่วง Therapeutic level
12. เตรียมรถ Resuscitate ให้พร้อมใช้ เพื่อช่วยเหลือทันทีเมื่อมีอาการชัก

การประเมินผล

1. ไม่เกิดภาวะชัก อาการปวดศีรษะหรือตาพร่ามัวลดลง

2. ความดันโลหิตลดลงเหลือ 153/86-163/95 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะ 200 มิลลิลิตร/4ชั่วโมง urine protein 2^+, Sp.gr. 1.006

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดการกดการหายใจและกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากการได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต ($MgSO_4$)

ข้อมูลสนับสนุน

ได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต (10%MgSo4 4 กรัมฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำช้าๆและต่อมาให้ 50%$MgSO_4$ 10 gm + 0.9%NSS 1000 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง)

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดการกดการหายใจและกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากการได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต ($MgSO_4$)

เกณฑ์การประเมินผล

1. อัตราการหายใจมากกว่า 14 ครั้ง/นาที และความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท
2. ปฏิกิริยาสะท้อนกลับ (DTR) ไม่หายไป
3. ปัสสาวะออกมากกว่า 25 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ทราบถึงเหตุผลขั้นตอนการให้ยาและอาการข้างเคียงของยาที่อาจพบได้
2. ดูแลให้ได้รับยาป้องกันชักตามเวลาและปริมาณตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน
3. ประเมินอาการร้อนบริเวณที่ฉีด ร้อนวูบวาบทั่วตัว อาการคลื่นไส้ อาเจียนขณะให้ยา
4. ประเมินอัตราการหายใจทุก 1 ชั่วโมง ไม่ควรต่ำกว่า 12-14 ครั้ง/นาที และลงบันทึก
5. ประเมินปฏิกิริยาสะท้อนกลับ (Deep tendon reflex) ทุก 2-4 ชั่วโมงต้องไม่ลดลง
6. ประเมินปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ไม่ควรออกน้อยกว่า 25-30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงและลงบันทึก
7. ประเมินอาการของภาวะแมกนีเซียมเป็นพิษ โดยระยะแรกมีอาการร้อนวูบวาบ กระหายน้ำ เหงื่อออก ความดันโลหิตลดลง กล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียก และปฏิกิริยาสะท้อนกลับลดลง ระยะหลังจะกดประสาทส่วนกลาง การหายใจช้าลง การเต้นหัวใจผิดปกติ หยุดหายใจได้
8. เตรียมยาแก้ฤทธิ์แมกนีเซียมเป็นพิษ 10% Calcium gluconate ให้พร้อมใช้
9. หลังให้ยาลดความดันโลหิต ต้องประเมินสัญญาณชีพทุก 5-15 นาทีจนครบครึ่งชั่วโมง ถ้าความดันโลหิตลดต่ำมาก ให้รายงานแพทย์ทราบ (Diastolic ไม่ควรต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท)
10. เตรียมยา Antidote (10% Calcium gluconate) ให้พร้อม
11. สังเกตอาการนำของการชัก เตรียมอุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมใช้

การประเมินผล

1. อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที และความดันโลหิต 153/86-163/95 มิลลิเมตรปรอท
2. ปฏิกิริยาสะท้อนกลับ (DTR) 2^+
3. ปัสสาวะออก 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด จากเนื้อเยื่อถูกทำลายจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีแผลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและแผลในโพรงมดลูก แผลผ่าตัดมีเลือดซึม
2. มารดาเสียเลือดในขณะผ่าตัด 400 มิลลิลิตร

วัตถุประสงค์

ป้องกันการเกิดตกเลือดหลังคลอด

เกณฑ์การประเมินผล

1. มดลูกหดรัดตัวดี เลือดออกจากช่องคลอดน้อยกว่า 200 มิลลิลิตรต่อ 8 ชั่วโมง ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60 – 130/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกทุก 1 ชั่วโมง และประเมินระดับยอดมดลูกทุกวัน[7]
2. ประเมินสี ลักษณะและปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด โดยชั่งน้ำหนักผ้าอนามัยทุกชิ้น เพื่อประเมินการตกเลือดหลังคลอด
3. pack gauze ชุบ adrenaline ปิดแผล สังเกตและบันทึกเลือดซึมจากแผลผ่าตัดตามแผนการรักษาของแพทย์
4. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15-30 นาทีตามมาตรฐานจนสัญญาณชีพสม่ำเสมอ ตรวจวัดทุก 4 ชั่วโมง
5. ดูแลให้ได้รับยา syntocinon 20 ยูนิตผสมใน 5%D/NSS/$_2$ 1000 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำ อัตรา 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เพื่อกระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก
6. สังเกตระดับความรู้สึกตัวและอาการผิดปกติ เช่นหน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ซีด เพื่อประเมินการตอบสนองของร่างกายต่อปริมาณเลือดที่ลดลงในระบบไหลเวียนโลหิต
7. ดูแลสายสวนปัสสาวะ (Foley’s catheter) ให้อยู่ในระบบปิด (closed system) ถุงรองรับปัสสาวะอยู่ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะและอยู่สูงกว่าระดับพื้นห้องเสมอ
8. สังเกตลักษณะ ปริมาณ และสีของปัสสาวะ
9. เจาะ Hct เพื่อประเมินภาวะซีด

การประเมินผล

1. มดลูกหดรัดตัวดี มีเลือดออกจากช่องคลอดน้อยกว่า 200 มิลลิลิตรต่อ 8 ชั่วโมง ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด
2. สัญญาณชีพปกติ ชีพจร 68-90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 153/86-163/95 มิลลิเมตรปรอท แผลไม่มีเลือดซึมอีก Hct 34.2%

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกในสมอง เนื่องจากมีความดันโลหิตสูงจากภาวะครรภ์เป็นพิษ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ความดันโลหิต 220/123 มิลลิเมตรปรอท

2. มีอาการปวดศีรษะตาพร่ามัว

วัตถุประสงค์ ความดันโลหิตลดลง ไม่มีเลือดออกในสมอง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว คลื่นไส้อาเจียน
2. ความดันโลหิตไม่เกิน 140/85 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ติดตามประเมินความดันโลหิตทุก 1 ชั่วโมง
2. ประเมินอาการที่แสดงถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง เช่น อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว มองเห็นภาพซ้อน คลื่นไส้อาเจียน ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาซา อ่อนแรง
3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาครบถ้วนและตรงเวลาตามแผนการรักษา สังเกตอาการข้างเคียงของยา[6]
4. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีกากใยมากขึ้นและดื่มน้ำมากๆ เพื่อป้องกันการเบ่งถ่ายอุจจาระ จากอาการท้องผูก จะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น
5. แนะนำผู้ป่วยให้ระมัดระวังการเปลี่ยนท่า อาจทำให้ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงและเกิดอุบัติเหตุได้
6. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้
7. ปรึกษาอายุรแพทย์ร่วมดูแล

การประเมินผล

ไม่เกิดอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูง หลังได้รับยาลดความดันโลหิตเพิ่ม ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 153/86-163/95 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 มีภาวะเสียสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์

ข้อมูลสนับสนุน

1. อ่อนเพลีย ปากแห้ง
2. Serum K = 2.7 mEq/L

วัตถุประสงค์ ได้รับน้ำและอิเล็กโทรไลต์เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผิวหนังและเยื่อบุชุ่มชื้น มีความยืดหยุ่นของผิวหนังปกติ
2. ไม่มีอาการของโพแทสเซียม(K)ในเลือดต่ำ เช่น ซึม สับสน กล้ามเนื้อเกร็งหรืออ่อนแรง
3. สัญญาณชีพปกติ
4. ระดับ Serum K = 3.5-5.0 mEq/L

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะและอาการขาดน้ำและอาการที่เกิดจากภาวะโซเดียมต่ำ (Hyponatremia)[6]
2. ดูแลให้ยาโพแทสเซียมโดยการรับประทาน (10%E KCL 30 มิลลิลิตร 4 dose) ตามแผนการรักษาของแพทย์

3, แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง เช่นน้ำผลไม้ กล้วย ส้ม บร็อคโคลี ถั่ว ปลา

4. ติดตามผลการตรวจ Serum K อย่างใกล้ชิด

การประเมินผล

รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการสับสน กล้ามเนื้อเกร็งหรืออ่อนแรง ชีพจร 68-90 ครั้ง/นาที หัวใจเต้นสม่ำเสมอ ความดันโลหิต 156/93 มิลลิเมตรปรอท Serum K = 3.5 mEq/L

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังคลอด เนื่องจากมีแผลผ่าตัดที่หน้าท้องและในโพรงมดลูก

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีแผลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและแผลในโพรงมดลูก
2. เสียเลือดจากการผ่าตัดคลอด 400 มิลลิลิตร แผลผ่าตัดมีเลือดซึม
3. มีน้ำคาวปลาออกทางช่องคลอด

วัตถุประสงค์ ไม่ติดเชื้อที่แผลผ่าตัดทางหน้าท้องและในโพรงมดลูก

เกณฑ์การประเมินผล

1. แผลผ่าตัดสะอาด แห้ง ไม่บวมแดง
2. เลือดออกจากช่องคลอด น้ำคาวปลาไม่มีกลิ่นเหม็น
3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีไข้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินลักษณะของแผลผ่าตัด
2. ทำแผลโดยยึดหลักเทคนิคปลอดเชื้อ (aseptic technique)
3. สอนการดูแลแผลผ่าตัดไม่ให้แผลผ่าตัดเปียกน้ำ ไม่แกะเกาแผล
4. สอนการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และความสะอาดของร่างกายทั่วไป เพื่อป้องกันการติดเชื้อ แนะนำการเปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 4 ชั่วโมงหรือเมื่อน้ำคาวปลาชุ่มผ้าอนามัย
5. สอนให้ประเมินและสังเกตอาการผิดปกติ[7] เช่น จำนวน สี ลักษณะและกลิ่นของน้ำคาวปลาที่ออกทางช่องคลอด จำนวนจะลดลงและเปลี่ยนสีโดย 1-2 วันแรกหลังคลอดจะมีสีแดงสด หลังจากนั้นจะเปลี่ยนเป็นสีชมพูและน้ำตาลดำภายใน 10 วันหลังคลอด ต่อจากนั้นจะเป็นสีขาวออกเหลืองๆในสัปดาห์ที่ 3-4
6. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง
7. ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา และประเมินผลข้างเคียงของยา

การประเมินผล

แผลผ่าตัดมีเลือดซึม หลัง pack adrenaline เลือดหยุดซึม รอบแผลไม่บวมแดง น้ำคาวปลาไม่มีกลิ่นเหม็น อุณหภูมิร่างกาย 36.6-37.1 องศาเซลเซียส

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 ไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดแผลผ่าตัดและปวดมดลูก

ข้อมูลสนับสนุน

1. หลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
2. มารดาบอกปวดแผลผ่าตัด ระดับความปวดเท่ากับ 8 คะแนน

3. ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก syntocinon 20 ยูนิตผสมใน 5%D/NSS/$_2$ 1000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตรา 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

วัตถุประสงค์ ลดการปวดแผลผ่าตัดคลอดและปวดมดลูกมารดาสุขสบายขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล ปวดแผลผ่าตัดคลอดลดลง ระดับความปวดน้อยกว่า 3 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการปวดโดยสังเกตสีหน้าทำทางที่แสดงอาการปวด ให้การดูแลและพูดคุยด้วยทีท่าเอาใจใส่ พร้อมอธิบายให้ทราบสาเหตุการปวด จะทำให้มารดาพยายามช่วยตนเองในการลุกจากเตียงเร็วขึ้น ซึ่งจะช่วยลดอาการท้องอืดส่งผลให้ลดอาการปวดได้[6]

2. จัดท่านอนให้ผู้ป่วยได้ นอนพักอย่างสบายเช่น ท่า low fowler's position ท่านี้ช่วยให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อน ข้อสะโพกงอช่วยลดการตึงแผล

3. สอนให้ผู้ป่วยเอามือหรือหมอนประคองแผลขณะไอ พลิกตัว หรือหายใจเข้า-ออกลึกๆช่วย Support บริเวณแผลผ่าตัดซึ่งจะช่วยลดความเจ็บลง[6]

4. ระวังสายยางต่างๆ ไม่ให้ดึงรั้งขณะเปลี่ยนท่า

5. ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ได้แก่ Pethidine 25 มิลลิกรัมฉีดทางหลอดเลือดดำ ทุก 4 ชั่วโมง เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน และสัญญาณชีพ

6. สร้างสัมพันธภาพและให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อบรรเทาอาการปวด เช่นช่วยพยุงตัวในการเดิน ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ นอกจากจะเป็นการกระตุ้นให้มีการ ambulate แล้วยังช่วย support จิตใจ[6]

การประเมินผล หลังจัดท่านอนให้รู้สึกสบายขึ้น แผลไม่ตึง ปวดแผลลดลง ระดับความปวด 2 คะแนน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 ท้องผูก เนื่องจากได้รับน้ำไม่เพียงพอ และรับประทานอาหารที่มีกากใยน้อย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบ่นท้องอืด ปวดแน่นท้อง
2. ไม่ถ่ายอุจจาระ 4 วัน

วัตถุประสงค์ ขับถ่ายอุจจาระได้ตามปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่บ่นท้องอืด ปวดแน่นท้อง
2. ขับถ่ายอุจจาระได้ทุก 1-2 วัน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำอย่างน้อยวันละ 1,500-2,000 ซีซี. ถ้าไม่มีข้อจำกัดในเรื่องโรค[7]

2. แนะนำให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผักใบเขียวต่างๆ รวมทั้งผลไม้ ได้แก่ ส้ม มะละกอสุก สับปะรด เป็นต้น[7]

3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น เช่น ลุกเดินเท่าที่สามารถทำได้[7]

4. ดูแลให้ได้รับยาระบายตามแผนการรักษา[6]

5. สังเกตความถี่ ปริมาณ และลักษณะอุจจาระที่ขับถ่ายออกมา

การประเมินผล

อุจจาระได้ตามปกติ อาการท้องอืด ปวดแน่นท้องลดลง ลักษณะอุจจาระไม่เป็นก้อนแห้งแข็ง ดื่มน้ำได้ 6-7 แก้วต่อวัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตร

ข้อมูลสนับสนุน

1. มารดามีสีหน้าวิตกกังวล
2. มารดาถามว่าอาการของลูกเป็นอย่างไรบ้างจะต้องอยู่ห้องเด็กป่วยอีกนานไหม
3. ทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักน้อยอยู่ nursery

วัตถุประสงค์ มารดาวิตกกังวลลดลง

เกณฑ์การประเมินผล ไม่แสดงความวิตกกังวล

กิจกรรมการพยาบาล

1. แสดงความเป็นมิตร ปลอบโยนให้รู้สึกอบอุ่น เพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวลและความกลัวสร้างความมั่นใจว่ามีผู้ดูแลให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มใจ[7]
2. ซักถามและเปิดโอกาสให้มารดาเล่าถึงสาเหตุของความวิตกกังวล เพื่อให้ได้ระบายความรู้สึก พร้อมทั้งร่วมแก้ไขสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล
3. อธิบายให้มารดาทราบอาการของบุตรและแนวทางการรักษาของแพทย์
4. แนะนำให้ไปเยี่ยมบุตรที่ Nursery ตามเวลาที่กำหนด
5. สอน สาธิต การบีบและเก็บน้ำนมให้บุตรที่ Nursery

การประเมินผล มารดาสีหน้าสดชื่นขึ้น วิตกกังวลลดลง เยี่ยมบุตรที่ nursery และนำน้ำนมไปให้ได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 10 ส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอดและการเลี้ยงดูบุตร เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

1. มารดาคลอดบุตรครรภ์แรก
2. ทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักน้อย แรกคลอดน้ำหนัก 1,660 กรัม

วัตถุประสงค์ มารดามีความรู้ในการดูแลตนเองและบุตรได้ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

เกณฑ์การประเมินผล มารดาบอกวิธีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. วางแผนการจำหน่ายตั้งแต่ก่อนกลับบ้าน[7]
2. แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติของความดันโลหิตสูง
3. ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอด

3.1 แนะนำเรื่องการรักษาความสะอาดของร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์ ควรรักษาความสะอาดร่างกายอย่างสม่ำเสมอ อาบน้ำวันละ 2 ครั้งไม่ควรแช่อ่างหรือแม่น้ำลำคลอง สระผมสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ตัดเล็บให้สั้นและเสื้อผ้าสะอาดเสมอ เต้านมและหัวนมควรล้างให้สะอาดขณะอาบน้ำและเช็ดทุกครั้งหลังให้นม

3.2 แนะนำเรื่องการรับประทานอาหารควรรับประทานอาหารที่มีคุณค่า มีประโยชน์ตามความต้องการของร่างกาย เพื่อส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรง และผลิตน้ำนมได้เพียงพอ ได้แก่ อาหารพวกเนื้อสัตว์ต่างๆ ไข่ นม ถั่วเหลือง นมสด ผักและผลไม้ ทุกชนิด ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว อาหารที่ควรงด ได้แก่ อาหารรสจัด ของหมักดอง น้ำชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

3.3 แนะนำเรื่องการพักผ่อน กลางคืนควรพักผ่อนอย่างน้อย 8-10 ชั่วโมง กลางวันควรพักผ่อนประมาณวันละ 1-2 ชั่วโมง ถ้าเป็นไปได้ควรได้นอนเวลาบุตรหลับ

3.4 แนะนำเรื่องการมีเพศสัมพันธุ์ เนื่องจากมีแผลในโพรงมดลูก อาจทำให้เกิดและเจ็บปวดไม่สุขสบายจากากรร่วมเพศได้ จึงควรงดมีเพศสัมพันธุ์จนกว่าจะได้รับการตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ไปแล้วว่าปกติ

3.5 แนะนำเรื่องการทำงาน ในระยะ 2 สัปดาห์แรกหลังคลอด สามารถทำงานบ้านเบาๆได้ ไม่ควรยกของหนัก จะทำให้เกิดมดลูกหย่อนได้ จนครบ 6 สัปดาห์-2 เดือน จึงทำงานได้ตามปกติ

3.6 แนะนำเรื่องอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ทันทีก่อนวันนัด เช่น แผลผ่าตัดบวมแดง มีเลือดหรือหนองซึมจากแผล น้ำคาวปลามีกลิ่นเหม็นเน่า มีไข้สูง ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ปวดน่อง มีเลือดออกทางช่องคลอดจำนวนมาก ซึ่งต้องแยกออกจากการมีประจำเดือน

3.7 แนะนำเรื่องการดูแลแผลผ่าตัด ทำแผลปิดTegaderm นัด off staple วันที่ 14 ก.ย 66 ที่ห้องทำแผลโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช แนะนำไม่ให้แผลโดนจนกว่า off staple แล้ว

3.8 แนะนำเรื่องการคุมกำเนิดแนะนำให้ใช้วิธีฉีดยาคุมในวันที่มาตรวจหลังคลอด วันที่ 24 พ.ย.66 การนำทารกไปตรวจสุขภาพและการรับวัคซีนตามนัดทุกครั้งที่สถานบริการสาธารณสุข

4. ส่งต่อ Thai COC

การประเมินผล มารดาบอกวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้ถูกต้อง

สรุปและอภิปรายผล

ภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรงเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่อันตรายและรุนแรง ส่งผลต่อการเสียชีวิตของทั้งมารดาและทารก การรักษาคือการยุติการตั้งครรภ์หรือให้คลอด แต่ในช่วงรอคลอดนั้นควรต้องมีการดูแลอย่างเหมาะสมและจำเพาะ เพื่อให้อัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารกน้อยที่สุด กรณีศึกษามารดาหญิงไทย อายุ 35 ปี ตั้งครรภ์แรก อายุครรภ์ 32^{+4} สัปดาห์ วันที่ 30 สิงหาคม 2566 มาฝากครรภ์ตามนัด มีความดันโลหิตสูงมาก ปวดศีรษะและตาพร่ามัว มีอาการเจ็บครรภ์ร่วมด้วย แพทย์ให้นอนพักในโรงพยาบาลและให้ยาป้องกันการชักจากความดันโลหิตสูงทางหลอดเลือดดำและยารับประทาน แต่ความดันโลหิตยังสูงตลอด และมารดาเริ่มมีปวดศีรษะ ตาพร่ามัว แพทย์จึงทำผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ทารกน้ำหนักน้อย เนื่องจากอายุครรภ์ 32^{+4} สัปดาห์ ส่งสังเกตอาการที่ Nursery มารดาหลังผ่าตัดคลอดพบปัญหาที่สำคัญ ได้แก่ เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่นการเกิดภาวะชัก การเกิดการกดการหายใจและกล้ามเนื้ออ่อนแรง การตกเลือดหลังคลอด การเกิดเลือดออกในสมอง ภาวะเสียสมดุลของน้ำและอิเล็กโตรไลต์ การติดเชื้อหลังคลอด ไม่สุขสบายจากปวดแผลผ่าตัดและปวดมดลูก ท้องผูก วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตรและการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ปัญหาทางการพยาบาลทุกข้อได้รับการดูแลแก้ไข มารดาสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง จนแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ และมารับบุตรกลับบ้านหลังจากอยู่โรงพยาบาล 2 สัปดาห์ (น้ำหนัก

วันกลับบ้าน 2,000 กรัม) พยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความสามารถทักษะทางการพยาบาลในการดูแลมารดาและทารกให้ปลอดภัยจากภาวะความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้

ความยุ่งยากในการดำเนินการ/ปัญหา/อุปสรรค

การพยาบาลมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องได้รับการจัดการเรื่องความปวดเฉียบพลัน การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การดูแลในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน การพยาบาลจึงต้องมีความเฉพาะเจาะจง พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะและมีประสบการณ์การประเมิน การเฝ้าระวัง และการดูแลที่ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพที่จะประเมินปัญหาของมารดาหลังคลอดเพื่อให้มารดาหลังคลอดมีความรู้ สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข นอกจากนี้มารดามีโอกาสตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรงได้อีก

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดทำแนวการดูแลและการพยาบาลมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง ให้เป็นปัจจุบัน และถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพเพื่อใช้ในโรงพยาบาล

2. ควรมีการจัดประชุมวิชาการให้ความรู้กับพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลและการพยาบาลมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง เพื่อความปลอดภัย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. 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.
2. สุพัตรา ศิริโชติยะกุล, ธีระ ทองสง. ความดันเลือดสูงขณะตั้งครรภ์ (Hypertension during pregnancy). ใน: ธีระ ทองสง, editor. สูติศาสตร์ เรียบเรียงครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: บริษัทลักษมีรุ่ง; 2555. หน้า 293-307.
3. Phyllis August BMS. Preeclampsia: Clinical features and diagnosis. In: Post TW, editor. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate; 2018.
4. เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ. ภาวะฉุกเฉินและสิ่งที่ควรรู้ทางสูตินรีเวชกรรม (Obstetric & Gynecologic Emergencies). พิมพ์ครั้งที่ 3. เชียงใหม่: ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2562.
5. โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช. สถิติงานเวชระเบียนโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช; 2566.
6. ปราณี ทู้ไพเราะ. คู่มือข้อวินิจฉัยการพยาบาล. กรุงเทพฯ: N P Press; 2566.
7. วิจิตรา กุสุมภ์, สุลี ทองวิเชียร. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พี.เค.เค.พริ้นติ้ง; 2564.