



**การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง
ร่วมกับมีภาวะอ้วน และภาวะซีเทาปนในน้ำคร่ำ: กรณีศึกษา**

อุไรรัตน์ นัจาเรณู พย. บ.*

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงร่วมกับมีภาวะอ้วนและภาวะซีเทาปนในน้ำคร่ำ กรณีศึกษาเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลชัยภูมิ ระหว่างวันที่ 12 – 15 เมษายน พ.ศ. 2565 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสังเกต การสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์และญาติ วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบกับทฤษฎี ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง ภาวะอ้วน และภาวะซีเทาปนในน้ำคร่ำ อาการ อาการแสดง การรักษา และปัญหาทางการพยาบาล โดยใช้หลักการของกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมิน การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาลมาใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์

ผลการศึกษา : หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาป้องกันการชักด้วยแมกนีเซียมซัลเฟต และได้รับยาลดความดันโลหิตเมื่อสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ สติแพทย์พิจารณาวางแผนการคลอดทางช่องคลอด โดยให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก พบว่ามีความก้าวหน้าของการคลอดดี สามารถคลอดปกติทางช่องคลอดได้

ดังนั้น พยาบาลผู้ดูแลเฝ้าคลอดต้องใช้ความรู้ ทักษะ ความชำนาญ ด้วยการประเมินที่รวดเร็ว นำไปสู่การวินิจฉัย การวางแผนการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ มีการประเมินซ้ำ สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้คลอดและญาติ ให้ข้อมูลในเรื่องภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงร่วมกับมีภาวะอ้วนและภาวะซีเทาปนในน้ำคร่ำ ความก้าวหน้าของการคลอด แก่ผู้คลอดและญาติเป็นระยะ ทำให้ผู้คลอดและญาติเข้าใจ และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี จึงทำให้ผ่านภาวะวิกฤติและคลอดปกติได้อย่างปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถจำหน่ายกลับบ้านพร้อมบุตรได้ภายใน 3 วันของการคลอด

คำสำคัญ: การพยาบาล, ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง, ภาวะอ้วน, ภาวะซีเทาปนในน้ำคร่ำ

*หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลชัยภูมิ

ส่งเรื่องตีพิมพ์: 29 เมษายน 2565

อนุมัติตีพิมพ์: 30 มิถุนายน 2565



Nursing Care of Pregnant Woman Having Preeclampsia with Severe Feature and Obesity and Meconium Stained Amniotic Fluid: A Case Study

Urairat Najumroen, RN.*

Abstract

The objective of this study was to provide nursing care for the pregnant woman who had preeclampsia with severe feature, obesity and meconium stained amniotic fluid. A case study of a pregnant woman who was admitted in the Labor room unit, Chaiyaphum Hospital from 12-15 April 2022. Data were collected from inpatient medical records, observations, interviews with a pregnant woman and her relatives. The data were analyzed and compared with the theory in terms of risk factors for preeclampsia with severe feature, obesity and meconium stained amniotic fluid, symptoms, signs, treatment and nursing problems. The nursing process as a systemic guide for pregnant woman care with 5 sequential steps; assessment, nursing diagnosis, nursing planning, nursing practice and nursing evaluation for use in caring for the pregnant woman.

The result : revealed that after the pregnant woman was given an anti-seizure drug with magnesium sulfate and antihypertensive drugs, her blood pressure was controlled. The obstetrician gave a vaginal birth by giving drugs to stimulate the contraction of the uterus. Labor was progressing well. The pregnant woman was able to deliver a normal vaginal birth.

Therefore, A maternity care nurse must made quick and accurate during assessment based on knowledge, skills and work experience of the nursing process. The nurse had to re-evaluate, build good relationship with the pregnant woman and her relatives. It was also very important to provide information on preeclampsia with severe feature, obesity and meconium stained amniotic fluid and the progress of labor to the pregnant woman and her relatives periodically which made the pregnant woman and her relatives understand and cooperate in medical treatment very well. Thus, the pregnant woman had a normal delivery without any complications. The woman and her child were discharged within 3 days after the delivery.

Keywords: nursing care, preeclampsia with severe feature, obesity, meconium stained amniotic fluid

*Labor Room, Chaiyaphum Hospital

Submission: 29 April 2022

Publication: 30 June 2022



บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ (Pregnancy Induced Hypertension) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่รุนแรง ส่งผลต่ออัตราการเจ็บป่วย และเสียชีวิตของทั้งมารดาและทารกในครรภ์ เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและทุพพลภาพของมารดาและทารกทั่วโลก⁽¹⁾ โดยพบว่ามารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 รองจากภาวะตกเลือดหลังคลอด⁽²⁾ พบอุบัติการณ์ประมาณ ร้อยละ 5-10 ของการตั้งครรภ์ ทั้งหมด⁽³⁾ สำหรับประเทศไทยพบว่ามีมารดาเสียชีวิตในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด คิดเป็น 22.5 รายต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ในจำนวนนี้เป็น การเสียชีวิตจากภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด เท่ากับ 2.2 คน ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน⁽⁴⁾ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาและทารกเป็นอันดับ 3 ของประเทศไทย คิดเป็น ร้อยละ 2.1 รองจากการเสียชีวิตและการติดเชื้อ โดยเฉพาะภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง (Pre-eclampsia with Severe features) ส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด วัวย ภาวะไตวายเฉียบพลัน การแข็งตัวของหลอดเลือดผิดปกติ เลือดออกในสมอง ภาวะน้ำท่วมปอด การมองเห็นผิดปกติ ตกเลือดหลังคลอด ภาวะ HELLP syndrome ชัก (eclampsia) และเสียชีวิตด้านจิตใจอาจเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้⁽⁵⁾ สำหรับผลกระทบต่อทารกในครรภ์ เช่น ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารกคลอดก่อนกำหนด ภาวะพร่องออกซิเจนขณะคลอด และทารกตายแรกเกิด⁽⁶⁾ สาเหตุของการเกิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะภาวะครรภ์เป็นพิษ (pre-eclampsia) ยังไม่ทราบแน่ชัด การวินิจฉัยที่รวดเร็ว การดูแลที่เหมาะสม และทันเวลา จะทำให้ลดความรุนแรงของ

โรคได้ การป้องกันภาวะชักที่สำคัญคือ การให้ยา $MgSO_4$ ต้องระมัดระวังและดูแลใกล้ชิด เนื่องจากมีฤทธิ์ในการขยายหลอดเลือดทำให้กล้ามเนื้อเรียบคลายตัว ซึ่งจะมีผลให้มดลูกหดตัวไม่ดี ตกเลือดหลังคลอดได้ง่าย ถ้าระดับยาในกระแสเลือดสูงเกินระดับการรักษา (ปกติ 4.8-8.4 มก./ดล.) จะทำให้เกิดการหายใจ และถ้าสูงมาก (10-13 mEq) จะกีดการทำงานของหัวใจ ต้องเฝ้าระวังยาเกินขนาด นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วน (Obesity in pregnancy) ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ก่อนตั้งครรภ์ ≥ 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร ก็เพิ่มเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน แท้งบุตร ภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด รวมทั้งการหยุดหายใจขณะหลับ ในระยะคลอดเสี่ยงต่อการได้รับการชักนำการคลอดและการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ในระยะหลังคลอดเสี่ยงต่อภาวะตกเลือด แผลติดเชื้อ หลอดเลือดดำอุดตัน ภาวะซึมเศร้า และระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สั้น สำหรับผลกระทบต่อทารกพบว่าทำให้เสี่ยงต่อความผิดปกติแต่กำเนิด คลอดก่อนกำหนด ตัวโต และมีภาวะอ้วนเมื่อโตขึ้น⁽⁷⁾ เป็นต้น และที่สำคัญ ภาวะซีเทาปนในน้ำคร่ำ (Meconium Stained Amniotic Fluid: MSAF) ก็เป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายต่อทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด พบ ร้อยละ 5.6-24.6 ของการคลอดทั้งหมด และพบว่า ร้อยละ 20-30 ของทารกที่มีภาวะซีเทาปนในน้ำคร่ำขณะคลอด จะมีลักษณะไม่ตื่นตัวเมื่อแรกเกิด เสี่ยงต่อการสูดสำลักซีเทา และมักต้องการการกู้ชีพ โดยเฉพาะการช่วยหายใจด้วยแรงดันบวก (positive pressure ventilation: PPV) การสูดสำลักซีเทาเข้าไปในทางเดินหายใจส่วนล่างและปอดเกิดได้ตั้งแต่ทารกยังอยู่ในครรภ์มารดา อาจส่งผลให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์ (fetal distress) และภาวะขาดออกซิเจนเมื่อแรกเกิด (perinatal asphyxia) ได้⁽⁸⁾



จากสถิติของหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลชัยภูมิ ปี พ.ศ. 2562-2564⁽⁹⁾ พบมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง ร้อยละ 3.05, 1.08 และ 2.63 ตามลำดับ จากสถิติถึงแม้จะพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงจะมีแนวโน้มลดลง แต่พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงคือเกิดภาวะชัก (Eclampsia) 4 ราย ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนักโดยไม่ได้วางแผน ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้และทักษะในการดูแล โดยเฉพาะการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ให้ครอบคลุม ทั้งระยะคลอดและการดูแลต่อเนื่องในระยะหลังคลอดอย่างเหมาะสม ปลอดภัยจากภาวะวิกฤตและภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นผู้ศึกษาจึงใช้กรณีศึกษานำเสนอข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล เพื่อเป็นตัวอย่างในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงร่วมกับมีภาวะอ้วน และภาวะถ่ายซีเทาในน้ำคร่ำ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับมารดาและทารก และให้ได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงร่วมกับมีภาวะอ้วน และภาวะถ่ายซีเทาในน้ำคร่ำ
2. เพื่อศึกษากำหนดของโรค อุบัติการณ์สาเหตุ อาการ อาการแสดง แนวทางการประเมินการดูแลรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพของมารดาและทารก

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. เลือกกรณีศึกษา รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการ ประวัติการเจ็บป่วยและการคลอด แบบแผนการดำเนินชีวิต การประเมินสภาพมารดาแรกรับอาการ อาการแสดง รวมทั้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์

2. ศึกษาค้นคว้าความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง ภาวะอ้วน ในหญิงตั้งครรภ์ และภาวะถ่ายซีเทาในน้ำคร่ำเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษา

3. นำข้อมูลมารวบรวม วิเคราะห์และวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

4. ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานและแผนการพยาบาล แล้วประเมินผลการพยาบาลตามเกณฑ์ที่วางไว้

5. สรุปผลการศึกษา

6. เผยแพร่ผลงานที่ทำการศึกษา

กรณีศึกษา

หญิงไทยตั้งครรภ์ สถานภาพสมรส คู่ อายุ 24 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้าง จบการศึกษาระดับ ปวช. มีรายได้ 10,000 บาท ต่อเดือน

รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ 12 เมษายน พ.ศ. 2565 เวลา 06.20 น.

จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่ 15 เมษายน พ.ศ. 2565 เวลา 12.00 น.

การวินิจฉัยโรคครั้งแรก : G₂P₁A₀L₁
Gestational age 37⁺²weeks with Preeclampsia with Obesity with Labor pain

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย : G₂P₁A₀L₁
Gestational age 37⁺²weeks with Preeclampsia with Severe features with Obesity with Meconium stained amniotic fluid with Normal delivery

การคลอด : Normal delivery วันที่ 12 เมษายน 2565 เวลา 14.32 น.

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล : เจ็บครรภ์คลอด เวลา 21.00 น. วันที่ 11 เมษายน พ.ศ. 2565



ก่อนมาโรงพยาบาล 6 ชั่วโมง ส่งตัวมาจาก
โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ เนื่องจากภาวะครรภ์เป็น
พิษ (Pre-eclampsia)

ประวัติการเจ็บป่วยและตั้งครรภ์ปัจจุบัน :
G₂P₁A₀L₁ Gestational age 37⁺² weeks by ultra sound,
last child 4 ปี ผ่าครรภ์ที่โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์
5 ครั้ง ผ่าครรภ์ครั้งแรกเมื่อ Gestational age 20⁺¹
wks. ผล Lab 1 Anti HIV Negative, HBsAg Negative,
VDRL Non reactive, Hct 36 %, DCIP Positive, OF
Positive, MCV 61.4 fl, Bl.gr. B Rh positive ไม่
ปรากฏผล Lab 2 BMI 31.88 kg/m² มีภาวะอ้วน
(Obesity) น้ำหนักก่อนคลอด 112 กิโลกรัม น้ำหนัก
เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ 22 กิโลกรัม 3 วันก่อนมา
โรงพยาบาล เข้าห้อง 2 ข้างบวม มีอาการแน่นหน้าอก
จุกแน่นใต้ลิ้นปี่เล็กน้อย แต่ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตา
ไม่พร่ามัว วันที่ 11 เมษายน 2565 เวลา 21.00 น. มี
อาการเจ็บครรภ์ ไปตรวจที่โรงพยาบาลเกษตร
สมบูรณ์ ตรวจพบความดันโลหิตสูง 178/92,
174/101mmHg. จึง Refer มาโรงพยาบาลชัยภูมิ

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ปฏิเสธโรค
ประจำตัว ปฏิเสธประวัติการผ่าตัด ปฏิเสธการแพ้ยา
อาหาร และสารเคมีต่าง ๆ

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว : บิดา
มารดา และบุคคลในครอบครัวไม่มีโรคประจำตัว
หรือเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดในอดีต :
ครรภ์แรก คลอดปกติ ทารกเพศชาย น้ำหนักแรกเกิด
2,500 กรัม ปัจจุบันอายุ 4 ปี สุขภาพแข็งแรงดี หลัง
คลอดไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ผลการตรวจร่างกาย : ลักษณะทั่วไป
หญิงไทย อายุ 24 ปี ท่าทางอ่อนเพลีย สีหน้าไม่สด
ชื่น รูปร่างอ้วน ส่วนสูง 168 เซนติเมตร น้ำหนักก่อน
คลอด 112 กิโลกรัม ขาทั้งสองข้างบวมกดบวม 2+

หายใจไม่อิ่ม จุกแน่นใต้ลิ้นปี่เล็กน้อย วัดสัญญาณชีพ
T37°c, PR 82/m, RR 20/m, BP 178/98 mmHg PV.
Cervix dilate 3 cm. Effacement 80%, Membrane
intact, Station 0, FHS 142-146 BPM ท่า LOA เจ็บ
ครรภ์ pain score 2 การหดตัวของมดลูก Duration
40 วินาที Interval 8 นาที HF (Height of Fundus) 30
cms. EFW (Estimate fetal weight) 3,000 gms.

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- CBC Hb 11.3 g/dl (ปกติ 12.0-15.8 g/dl)
MCV 56.1 fl (ปกติ 82-98 fl) มีภาวะซีดเล็กน้อย
- BUN, Cr, Electrolyte ผลตรวจปกติ
- LFT ที่ผิดปกติคือ Total protein 6.1 g/dL
(ปกติ 6.6-8.8 g/dL) Albumin 3.2 g/dL (ปกติ 3.5-5.2
g/dL) Globuline 2.9 g/dL (ปกติ 3.1-3.6 g/dL) ใน
ภาวะที่มีโปรตีนรั่วในปัสสาวะจะทำให้โปรตีนใน
เลือดลดลง
- coagulation ปกติ PT 11.6 sec PTT 23.1 sec
PTT ratio 0.92 INR 1.01
- Nasal Swap for POCT Covid 19 not
detected และ Covid 19 (rapid) Ag negative
- UA Urine Albumin trace Red blood cell 30-
50 (ปกติ 3-5 cells/HPF) อาจเกิดจากการปนเปื้อน
เนื่องจากมีมูกเลือดออกทางช่องคลอด
- UPCR ผลตรวจ UPCR ratio 1339 (ปกติ
< 500 mg protein/g creatinine) Urine Protein 43.6
(ปกติ < 15 mg/dL) แสดงถึงภาวะที่มีโปรตีนรั่วใน
ปัสสาวะ
- Mg level 5.5 mg/dl ในหญิงตั้งครรภ์ที่มี
ภาวะ Pre-eclampsia ที่ได้รับยา MgSO₄ ต้องอยู่
ระหว่าง 4.8-8.4 mg/dl เพื่อป้องกันภาวะชัก
- EFM ปกติ cat 1 FHS baseline 146 BPM

การรักษาของแพทย์

1. ระยะเวลาก่อนคลอด RLS 1,000 ml. iv. drip 100 ml/hr, 50%MgSO₄ 40gm + 5%D/W 920 ml. iv. drip 50 ml./hr, Nicardipine 10 mg. (1 amp) in NSS 90 ml. (1:10) iv. drip 10 ml/hr, 5% D/N/2 1,000 ml + Oxytocin 10 unit iv. drip 12 ml/hr

2. ระยะเวลาหลังคลอด Oxytocin 10 unit im. Stat, RLS 1,000 ml. iv. drip 80 ml/hr, 5% D/N/2 1,000 ml + Oxytocin 20 unit iv. drip 60 ml/hr, 50%MgSO₄ 40gm + 5%D/W 920 ml. iv. drip 50 ml./hr. จนครบ 24 hrs, Nicardipine 10 mg. (1 amp.) in NSS 90 ml. (1:10) iv. drip 10 ml/hr Paracetamol (500) 1 tab per oral prn ทุก 4-6 hrs, Triferdine 1 tab per oral pc, CaCO₃ 1 tab per oral pc, off foley's cath วันที่ 14 เมษายน พ.ศ.2565

3. การรักษาเมื่อจำหน่าย Paracetamol (500) 1 tab per oral prn ทุก 4-6 hrs, Triferdine 1 tab per oral pc เช้า, CaCO₃ 1 tab per oral pc เย็น

การวางแผนการพยาบาล

แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเวลาก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ระยะก่อนคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 : มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงและภาวะอ้วน

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีอาการหายใจไม่อิ่ม จุกแน่นใต้ลิ้นปี่
2. แพทย์วินิจฉัย Preeclampsia with Severe features
3. ความดันโลหิต 178/98 mmHg
4. ผลตรวจ UPCR ratio 1339 (ปกติ < 500 Mg protein/g creatinine) Urine Protein 43.6

(ปกติ<15 mg/dL) Total protein 6.1 g/dL (ปกติ 6.6-8.8 g/dL) Albumin 3.2 g/dL (ปกติ 3.5-5.2 g/dL) Glubuline 2.9 g/dL (ปกติ 3.1-3.6 g/dL)

5. ขาทั้ง 2 ข้างบวม กดนุ่ม 2+

6. มีภาวะอ้วน (Obesity) ก่อนตั้งครรภ์ BMI 31.88 kg/m² น้ำหนักก่อนคลอด 112 กิโลกรัม

7. ได้รับความยา 5% D/W 920 ml.+ 50% MgSO₄ 40 gms iv. drip 50 ml/hr, Nicardipine 10 mg. (1 amp) in NSS 90 ml. (1:10) iv. drip 10 ml/hr

วัตถุประสงค์

1. ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงและภาวะอ้วน

2. เพื่อป้องกันภาวะชักและลดความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

เกณฑ์การประเมิน

1. BP อยู่ในเกณฑ์ปกติ Systolic Pressure:SP ≤140mmHg, Diastolic pressure:DP ≤90 mmHg

2. ไม่ชักและไม่มีอาการนำสู่ภาวะชัก ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่

3. ไม่เกิดภาวะรกหลุดตัวก่อนกำหนด ตับวาย ภาวะไตวายเฉียบพลัน การแข็งตัวของหลอดเลือดผิดปกติ เลือดออกในสมอง น้ำท่วมปอด การมองเห็นผิดปกติ ภาวะ HELLP syndrome

4. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติ LDH ≤ 600 unit/L

AST และALT ≤2 เท่าของค่าปกติ Plt. Count ≥ 100,000 k/ul, Mg level 4.8-8.4 mg/dl

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการนำสู่ภาวะชัก ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เห็นภาพไม่ชัด จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ หรือเจ็บชายโครงขวา Deep Tendon Reflex:DTR 3+ ขึ้นไป ต้องรีบรายงานแพทย์



2. อธิบายให้ผู้คลอดทราบถึงพยาธิสภาพของโรค อาการนำสู่ภาวะชักร อันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการชักร ความจำเป็นในการให้ยา $MgSO_4$ และอาการข้างเคียงของยา เช่น ร้อนวูบวาบทั่วตัว คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก หยุดหายใจ

3. คู่มือให้ยา 5% D/W 920 ml. + 50% $MgSO_4$ 40 gms iv. drip rate 50 ml./hr. และยาลดความดันโลหิต Nicardipine 10 mg. (1 amp.) in NSS 90 ml. (1:10) iv. drip 10 ml/hr

4. ประเมินระดับความรู้สึกตัว และสัญญาณชีพ ทุก $\frac{1}{2}$ - 1 ชั่วโมง ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์

5. บันทึก Intake/Output ทุก 8 ชั่วโมง ถ้า \leq 100 ml/4 hrs รายงานแพทย์

6. เตรียมยา 10% Calcium gluconate 1 gm. ไว้ให้พร้อมใช้ ถ้าพบภาวะ Magnesium toxicity นิดเข้าหลอดเลือดดำซ้ำ ๆ

7. จัดให้ออนท่าศีรษะสูง ตะแคงซ้าย และคู่มือให้ O_2 mask with bag 10 LPM

8. จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพักผ่อน ทำกิจกรรมต่าง ๆ บนเตียง และยกไม้กั้นเตียงขึ้นทั้ง 2 ข้าง เพื่อป้องกันการตกเตียง

9. เตรียมอุปกรณ์และทีมช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมใช้ เพื่อช่วยเหลือได้ทันทีเมื่อมีอาการชักร

10. คู่มือให้ดื่มน้ำและอาหาร เพื่อเตรียมความพร้อมกรณีต้องผ่าตัดคลอด และป้องกันการสำลักถ้าเกิดภาวะชักร

11. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินความรุนแรงของโรคและความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ HELLP Syndrome

การประเมินผล : ผู้คลอด มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีอาการตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่เล็กน้อย ความดันโลหิตลดลงเล็กน้อย SP 156-173 mmHg. DP 99-102 mmHg. PR 76-86/m, RR 20-22/m, ไม่เกิด

ภาวะชักร DTR 2+ ไม่เกิดภาวะ HELLP syndrome ผลตรวจทางห้องปฏิบัติ LDH 207 unit/L, AST 16 IU/L, ALT 10 IU/L, Plt. Count 347k/ul

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 : มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา $MgSO_4$

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้คลอดมีอาการอ่อนเพลีย หายใจไม่อิ่ม ร้อนวูบวาบตามใบหน้าและลำตัว

2. ได้รับยา 5% D/W 920 ml. + 50% $MgSO_4$ 40 gms iv. drip 50 ml./hr.

วัตถุประสงค์ : ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา $MgSO_4$

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีอาการร้อนวูบวาบตามร่างกาย กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชีพ สับสน หายใจลำบาก

2. $BP \leq 160/110$ mmHg, $RR \geq 14$ /min

3. Urine output ≥ 100 ml/4 hr

4. DTR 2+

5. Magnesium level 4.8-8.4 mg/dL

กิจกรรมการพยาบาล

1. คู่มือให้ได้รับยา 50% $MgSO_4$ 40 gms. + 5%D/W 920 ml. iv. drip 50 ml/hr. ควบคุมปริมาณด้วยเครื่อง Infusion pump

2. ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง keep 14-24 ครั้ง/นาที $BP \leq 160/110$ mmHg

3. คู่มือใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อประเมิน Urine Output ถ้า < 100 ml/4 hrs. รายงานแพทย์

4. ประเมิน Deep tendon reflex ทุก 1 ชม. ถ้าไม่มี Reflex ต้องรายงานแพทย์ทันที

5. ประเมินอาการ Hypermagnesemia เช่น DTR $< 2+$ หายใจ < 14 ครั้งต่อนาที กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชีพ และเตรียม Antidote ของ $MgSO_4$ คือ 10% Calcium gluconate ให้พร้อมใช้



6. ติดตามผล Mg level ทุก 4 ชม. ตามแผนการรักษาของแพทย์ (ปกติ 4.8-8.4 mg/dl)

7. ประเมิน FHS ทุก 15-30 นาที ถ้า <110, >160 BPM รายงานแพทย์

ประเมินผลการพยาบาล : ผู้คลอดไม่มีอาการข้างเคียงของยา ฐีสีกตัวดี ตามตอบฐีเรื่อง ไม่ซึม ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง สัญญาณชีพ PR 76/mม RR 20/m, BP 165/102 mmHg. DTR 2+ Intake 200 ml. output 600 ml.

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 : ทารกในครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะ Fetal distress เนื่องมีภาวะซีเทาปนในน้ำคร่ำและได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก

ข้อมูลสนับสนุน

1. การวินิจฉัยโรค Pre-eclampsia with severe features

2. ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก 5% D/N/2 1,000 ml+ Oxytocin 10 unit iv. drip 12 ml/hr

3. ได้รับยา 50% MgSO₄ 40 gms. + 5%D/W 920 ml iv. drip 50 ml/hr

4. Amniotic fluid:AF Thick meconium stained

วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันภาวะ Fetal distress

เกณฑ์การประเมินผล

1. FHS อยู่ในเกณฑ์ปกติ 110-160 ครั้งต่อนาที

2. ทารกในครรภ์ดิ้นมากกว่า 3 ครั้งใน 1 ชั่วโมง และมากกว่า 10 ครั้งใน 1 วัน

3. ผลการตรวจ EFM: Intrapartum fetal monitoring Category I

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมิน การหดตัวของมดลูก และFHS ทุก 30 นาที

2. ดูแลให้ได้รับ O₂mask with bag 10 LPM ตามแผนการรักษาของแพทย์

3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ RLS 1,000 ml. iv. drip 80 ml/hr ตามแผนการรักษาของแพทย์

4. ดูแลให้ 5% D/N/2 1,000 ml + Oxytocin 10 unit iv. drip 12 ml/hr ควบคุมปริมาณยาด้วยเครื่อง infusion pump

5. แนะนำให้นับการดิ้นของทารกในครรภ์

6. ประเมิน Electronic Fetal Monitoring: EFM เพื่อติดตามภาวะสุขภาพ ของทารกในครรภ์

7. ดูแลให้นอนตะแคงซ้าย เพื่อลดการกดทับเส้นเลือด Inferior vena cava เพื่อช่วยให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงรกและทารกได้ดีขึ้น

8. เตรียมทีมช่วยฟื้นคืนชีพ ยาและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้

การประเมินผล : มารดาบอกว่าลูกดิ้นดี > 4 ครั้ง ใน 1 ชั่วโมง FHS 133 – 144 BPM ผลการตรวจ EFM: Intrapartum fetal monitoring Category I

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 : วิดกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองและผลกระทบต่อทารกในครรภ์ เนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ชนิดรุนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

1. สีหน้าวิดกกังวล กล่าวว่าภาวะความดันโลหิตสูงจะส่งผลต่อตนเองและทารกในครรภ์

2. มีภาวะ pre-eclampsia with severe features

วัตถุประสงค์ : ผู้คลอดวิตกกังวลลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้คลอดมีสีหน้ายิ้มแย้ม สดชื่นขึ้น

2. ผู้คลอดบอกว่าวิตกกังวลลดลง



3. แบบประเมินความเครียด ST5 เท่ากับ 1 คะแนน และ 2Q เท่ากับ 0 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพ คอยให้ความช่วยเหลือ และดูแลอย่างเต็มที่

2. เปิดโอกาสให้ผู้คลอดได้ซักถามและเล่าถึงสาเหตุความวิตกกังวล รับฟัง เข้าใจ และตอบคำถามด้วยความตั้งใจ ตามความเป็นจริง

3. ดูแลคัดกรองทำแบบประเมินความเครียด (ST-5) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q)

4. อธิบายและให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของทารกที่เกิดจากการคลอดก่อนกำหนดและแนวทางการรักษาพยาบาลขณะรอคลอด

5. ให้กำลังใจผู้คลอด เตรียมตัวให้พร้อมที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้น

การประเมินผล : ผู้คลอดบอกว่าวิตกกังวลลดลง สิ้นน้ำสัดขึ้นขึ้น แบบประเมินความเครียด ST-5 เท่ากับ 1 คะแนน และ 2Q เท่ากับ 0 คะแนน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 : ไม่สบายเนื่องจากเจ็บครรภ์คลอด ร่วมกับการหดตัวของมดลูก

ข้อมูลสนับสนุน

1. เจ็บครรภ์คลอด Pain score 5 คะแนน
2. ตรวจภายใน Cx. dilate 3 cm effacement 75% Membrane intact, station 0, การหดตัวของมดลูก Interval 5 นาที Duration 30 วินาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด จากการหดตัวของมดลูก

2. ผู้คลอดสามารถเผชิญความปวดได้เหมาะสม

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้คลอดบอกว่าเจ็บครรภ์ลดลง Pain score <5 คะแนน

2. ผู้คลอดปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม ไม่ร้องเอะอะโวยวาย หรือเกร็งตัวอย่างรุนแรง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเจ็บปวดด้วย Pain Score

2. ประเมินการหดตัวของมดลูก และ FHS ทุก 30 นาที

3. ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดทุก 1-2 ชั่วโมง หรือเมื่อมีการเจ็บครรภ์ถี่ขึ้น และบันทึก Partograph

4. ดูแลให้อยู่ในท่าที่สบาย เช่น นอนศีรษะสูง การนั่ง หรือนอนตะแคงงอเข่า

5. สอนและแนะนำให้ผู้คลอดใช้วิธีการผ่อนคลายความเจ็บปวด เช่น การฝึกหายใจโดยการหายใจเข้า-ออกลึกๆ แล้วค่อยผ่อนลมหายใจออก การลูบหน้าท้อง หรือการเพ่งจุดสนใจที่สิ่งอื่น

การประเมินผล : ผู้คลอดเจ็บครรภ์ถี่ขึ้น Interval 2-3 นาที Duration 35-45 วินาที pain score 5-8 คะแนน เนื่องจากมีการเปิดขยายของปากมดลูกเพิ่มขึ้น เผชิญความปวดได้เหมาะสม ไม่ร้องโวยวาย

ระยะคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 : เสี่ยงต่อภาวะชัก ในระยะเบ่งคลอดเนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง

วัตถุประสงค์ : ป้องกันการเกิดภาวะชักในระยะเบ่งคลอด

ข้อมูลสนับสนุน

1. เจ็บครรภ์มาก ปวดเบ่ง Pain score 8 คะแนน



2. Cx. fully dilate effacement 100%
Membrane rupture station 0 การหดตัวของมดลูก
Duration 45-60 วินาที Interval 2-3 นาที

3. ความดันโลหิต 165/102 mmHg

4. แพทย์วินิจฉัย Severe preeclampsia with
severe feature

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการนำสู่ภาวะชัก เช่นอาการปวด
ศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ และไม่เกิดภาวะชัก
ในขณะที่คลอด

2. ความดันโลหิต <160/110mmHg, DTR 2+

3. Mg level 4.8-8.4 mg/dl

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้คลอดทราบถึงพยาธิสภาพของ
โรคอาการนำสู่ภาวะชัก อันตรายที่จะเกิดขึ้นจาก การ
ชักที่จะส่งผลแก่มารดาและทารกในครรภ์

2. ประเมินอาการนำสู่ภาวะชัก ได้แก่ อาการ
ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ เจ็บชายโครง
ขวาและความดันโลหิต ทุก 5-10 นาที

3. เตรียมช่วยคลอดโดยใช้เครื่องดูด
สุญญากาศเพื่อลดการเบ่งคลอด

4. ประเมิน FHS และ UC ทุก 5 นาที

5. ดูแลให้ยา 50% MgSO₄ 40 gm + 5% D/W
920 ml. iv. drip 50 ml/hr และยาลดความดันโลหิต
Nicardipine 10 mg. (1 amp.) in NSS 90 ml. (1:10) iv.
drip 10 ml/hr ควบคุมปริมาณยาด้วยเครื่อง infusion
pump

6. ติดตามผล Mg Level ทุก 4 ชั่วโมง โดยให้
อยู่ระหว่าง 4.8-8.4 mg/dl

7. เตรียมอุปกรณ์และทีมช่วยฟื้นคืนชีพให้
พร้อมใช้เพื่อช่วยเหลือได้ทันทีเมื่อมีอาการชัก

การประเมินผล : ไม่มีอาการนำสู่ภาวะชัก
และไม่เกิดภาวะชักในขณะที่คลอด ความดันโลหิต <

160/110 mmHg, DTR 2+ , Mg level 5.5 mg/dl ไม่มี
อาการปวดศีรษะ ตาไม่พร่ามัว ไม่จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ผู้
คลอดสามารถคลอดปกติได้โดยยังไม่ได้ใช้เครื่องดูด
สุญญากาศช่วยคลอด แพทย์ทำคลอด Normal
Delivery เวลา 14.32 น.

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 : ทารกแรกเกิดมี
โอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากมีภาวะจี้เทา
ปนในน้ำคร่ำ

ข้อมูลสนับสนุน : ทารกถ่ายจี้เทาในน้ำคร่ำ
ถุงน้ำคร่ำแตก Amniotic fluid : Thick meconium
stained

วัตถุประสงค์ : ป้องกันการเกิดภาวะพร่อง
ออกซิเจนและการสูดสำลักจี้เทาในน้ำคร่ำ

เกณฑ์การประเมิน

1. ทารกแรกเกิด Active ดี ตัวแดง ร้องเสียง
ดัง ไม่เขียว

2. สัญญาณชีพปกติ T 36.5-37.5 °c PR 120-
160 /m, RR 40-60/m, O₂ sat ≥ 95 % APGAR score
นาทีที่ 1-5-10 เท่ากับ 9-10-10 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการหดตัวของมดลูก และFHS
ทุก 5 นาที เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของทารกใน
ครรภ์

2. ดูแลให้ผู้คลอดได้รับ O₂ mask with bag 10
LPM ตามแผนการรักษาของแพทย์

3. ดูแลให้ผู้คลอดได้รับสารน้ำ RLS 1,000
ml. IV. drip 80 ml/hr ตามแผนการรักษาของแพทย์

4. ดูแลให้ 5% D/N/2 1,000 ml + Oxytocin
10 unit iv. drip 12 ml/hr ควบคุมปริมาณยาด้วยเครื่อง
infusion pump

5. เตรียมอุปกรณ์และทีมช่วยฟื้นคืนชีพให้
พร้อม เพื่อช่วยเหลือทันที

6. แรกเกิดดูแลดูแลเสมหะ clear air way



7. ดูแลให้ O₂ Box 10 LPM

8. Monitor v/s, O₂ sat

9. สังเกตอาการพร้อมออกซิเจน เช่น ปลายมือปลายเท้า ริมฝีปากเขียวคล้ำ หายใจมีปีกงมูกบาน

ประเมินผล : ทารกแรกเกิด เพศชาย น้ำหนัก 2,840 กรัม suction, clear airway ได้ content 10 cc. ลักษณะเขียวขึ้น APGAR score นาทีที่ 1-5-10 เท่ากับ 9-10-10 คะแนน หายใจสม่ำเสมอดี ไม่มี retraction, RR 60/m, PR 140/m, O₂ sat 99 %

ระยะหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 : มีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดขณะคลอดและหลังคลอด

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีแผลฝีเย็บ Blood loss 200 ml
2. ขณะรอคลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง และมีภาวะอ้วน
3. ได้รับยา MgSO₄ ขณะรอคลอด และได้รับอย่างต่อเนื่องจนครบ 24 ชั่วโมงหลังคลอด

วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดขณะคลอดและหลังคลอด

เกณฑ์การประเมินผล

1. Total blood loss น้อยกว่า 500 cc.
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BP \geq 90/60, \leq 160/110 mmHg PR \leq 110 /m RR 16- 24 /m
3. การฉีกขาดของช่องทางคลอดไม่เกินระดับ 2 และไม่มี hematoma

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการเสียเลือด การฉีกขาดของช่องทางคลอด และประเมินว่ามี Hematoma หรือไม่
2. ประเมินการหดตัวของมดลูก คลังมดลูกพร้อมกับการไล่อ่อนเลือดออกจากโพรงมดลูกเพื่อให้มดลูกหดตัวดี

3. แนะนำผู้คลอดสังเกตการหดตัวของมดลูกและสอนการคลังมดลูก

4. ติดตามสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง เพื่อประเมิน signs shock

5. ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง โดยการกระตุ้นให้ปัสสาวะ หรือสวนปัสสาวะให้

6. ดูแลให้ได้รับยา 5%DN/2 1,000 ml + syntocinon 20 unit iv. drip 70 ml/hr และ Syntocinon 10 unit im. หลังทารกคลอดทันที

7. สังเกตอาการและอาการของภาวะตกเลือด เช่น ชีต หน้ามืด เป็นลม เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย

ประเมินผล : ผู้คลอด ไม่มีเหงื่อออกตัวเย็นหรือกระสับกระส่าย มดลูกหดตัวแข็งกลมดี HF 4 นิ้ว Blood loss 200 cc. แผลฝีเย็บไม่มี hematoma Vital signs PR 90/m RR 22/m BP 164/71mmHg

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 : มีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อหลังคลอด เนื่องจากมีแผลฝีเย็บและแผลในโพรงมดลูก

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้คลอดมีแผลฝีเย็บ RML episiotomy เย็บด้วย chromic cat gut continuous และแผลในโพรงมดลูกหลังรกคลอด

วัตถุประสงค์ : ป้องกันการติดเชื้อหลังคลอดบริเวณแผลฝีเย็บและโพรงมดลูก

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
 - ความดันโลหิต \geq 90/60 มิลลิเมตรปรอท
 - อัตราการเต้นของชีพจร \leq 110 ครั้ง/นาที
 - อัตราการหายใจ 16- 24 ครั้ง/นาที
2. ไม่มีอาการแสดงของภาวะติดเชื้อหลังคลอด เช่น มีไข้ ปวดบริเวณแผลฝีเย็บมาก แผลไม่มีอาการอักเสบ บวมแดง ไม่มีหนอง ไม่มีสารคัดหลั่ง (Discharge) ซึม



3. น้ำคาวปลาสีจางลง ไม่มีกลิ่นเหม็น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพและบันทึกทุก 4 ชั่วโมง

2. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อหลังคลอด เช่น มีไข้ ปวดบริเวณแผลฝีเย็บมาก Pain score >4 ค่ะแนน แผลมีหนอง มี discharge ซึม น้ำคาวปลาไม่มีกลิ่นเหม็น

3. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว ได้แก่ ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อย่างถูกวิธี ล้างจากข้างหน้าไปข้างหลัง ไม่เช็ดย้อนไปมา เปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 3-4 ชั่วโมง หรือเมื่อเปียกชุ่ม

4. รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น เนื้อ นม ไข่ หรือ ผักผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง เช่น ฝรั่ง ส้ม เพราะสารอาหารเหล่านี้จะช่วยซ่อมแซมให้แผลหายเร็ว

การประเมินผล : ไม่มีอาการแสดงของภาวะติดเชื้อหลังคลอด ไม่มีไข้ แผลฝีเย็บไม่มีการอักเสบ บวมแดง ปวดเล็กน้อย Pain score 2 น้ำคาวปลาสีจาง ไม่มีกลิ่นเหม็น สัญญาณชีพ T 36.9°c PR 76/m, RR 20/m, BP 158/78 mmHg มดลูกหดรัดตัวดี

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 : ไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดแผลฝีเย็บและมดลูก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ปวดแผลและปวดมดลูก Pain Score 5 ค่ะแนน

2. ผู้คลอดนอนหง้านิ่งควมวด ไม่ค่อยขยับตัว

วัตถุประสงค์ : เพื่อบรรเทาอาการปวดแผลฝีเย็บ สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้มากขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

1. Pain score น้อยกว่า 5 ค่ะแนน

2. ผู้คลอดบอกว่าสุขสบายขึ้น มีสีหน้าสดชื่น แจ่มใส และนอนพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเจ็บปวด (Pain score)

2. ดูแลให้นอนในท่าที่สบาย

3. สอนเทคนิคการหายใจลดปวดโดยหายใจเข้าทางจมูกลึกๆ และผ่อนลมหายใจออกทางปาก และการเบี่ยงเบนความสนใจ

4. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล

5. ให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา

Paracetamol (500) 1 tab oral prn. for pain

การประเมินผล : ผู้คลอดมีสีหน้าสดชื่น ปวดแผลฝีเย็บ ให้ Paracetamol (500) 1 tab หลังรับประทานยา ปวดลดลง Pain score 3 ค่ะแนน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 : พร่องความรู้ในการดูแลตนเองหลังคลอด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้คลอดถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอด

2. ซักถามถึงวิธีการปฏิบัติตนหลังคลอด ผู้คลอดตอบคำถามได้น้อย

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้มารดามีความรู้ในการดูแลตนเองและบุตรหลังคลอด สามารถนำไปปฏิบัติได้

เกณฑ์การประเมินผล :

1. มารดาเข้าใจคำแนะนำ

2. มารดาสามารถตอบคำถามมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำเรื่องการพักผ่อน ควรนอนวันละ 8 ชั่วโมง ตอนกลางวัน ประมาณ 1-2 ชั่วโมง ไม่ควรขึ้น



บันได สูงๆ ทำงานบ้านเบา ๆ ได้ ไม่ควรยกของหนัก จนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด

2. แนะนำการรับประทานอาหาร ให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ นมสด ผักทุกชนิดผลไม้ ดื่มน้ำวันละ 2-3 ลิตร ไม่ควรซื้อยารับประทานเอง

3. แนะนำบริหารร่างกายอย่างน้อยจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด เช่น ฝึกการหายใจ (Breathing Exercise) เพื่อส่งเสริมการทำงานของปอดให้มีประสิทธิภาพ ฝึกบริหารกล้ามเนื้อขาและข้อเท้า เพื่อให้การไหลเวียน ของโลหิตสะดวก

4. การทำความสะอาดของร่างกาย อาบน้ำ วันละ 2 ครั้ง ไม่ควรแช่น้ำอ่าง หรือแม่ น้ำาลคลอง จะทำให้เชื้อโรคเข้าสู่ช่องคลอดได้ สระผมได้ตามปกติ ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ และล้างทุกครั้งหลังการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ เปลี่ยนผ้าอนามัยบ่อยๆ ในช่วง 24 ชั่วโมงแรก ให้เปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 2-3 ชั่วโมง หรือเปลี่ยนเมื่อเปียกชุ่ม

5. แนะนำการวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิดหลังคลอด

6. งดมีเพศสัมพันธ์จนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด

7. แนะนำอาการที่ผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เช่น มีไข้ น้ำคาวปลาผิดปกติสีแดงสดไม่จางลง มีเลือดสด ๆ ออกทางช่องคลอด น้ำคาวปลามีกลิ่นเหม็น หลังคลอด 2 สัปดาห์แล้ว ยังคลำก้อนทางหน้าท้องได้ เต้านมอักเสบ มีอาการกดเจ็บ แดง มีอาการปวดท้อง กดเจ็บ ถ่ายปัสสาวะแสบขัด

8. การมีประจำเดือนหลังคลอด ปกติจะมีหลังคลอดประมาณ 7-9 สัปดาห์

9. การมาตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์

การประเมินผลการพยาบาล : มารดาเข้าใจ คำแนะนำ ตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอดได้ มากกว่า ร้อยละ 80

สรุปกรณีศึกษา

หญิงไทยอายุ 24 ปี เจ็บครรภ์คลอด เวลา 21.00 น. วันที่ 11 เมษายน 2565 Refer จากโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ เนื่องจากภาวะครรภ์เป็นพิษ (Pre-eclampsia) ทำบวมทั้ง 2 ข้าง แน่นหน้าอก และจุกแน่นใต้ลิ้นปี่เล็กน้อย แต่ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาไม่พร่ามัว สัญญาณชีพ T 36.5 °C PR 90/m, RR 22/ m, BP 178/92 ,174/101mm.Hg น้ำหนัก 112 กิโลกรัม ได้รับการรักษาด้วย MgSO₄ เพื่อป้องกันการชัก Refer ถึงห้องคลอด โรงพยาบาลชัยภูมิ เวลา 06.20 น.วันที่ 12 เมษายน 2565 วัดสัญญาณชีพ T 37 °C PR 82/m, RR 20/m, BP 178/98, 152/96 mmHg. PV. Cx. dilatation 3 cm. Effacement 80% Membrane intact Station 0, FHS 142-146 BPM ทำ LOA เจ็บครรภ์ pain score 2 การหดรัดตัวของมดลูก Duration 40 วินาที Interval 8 นาที EFW 3,000 gms. ผลตรวจปัสสาวะ Albumin trace, Sugar negative ขาทิ้ง 2 ข้างบวม pitting edema 2+ มีอาการหายใจไม่อิ่ม จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ตาพร่ามัว V/S: PR75/m, RR 20/m, BP 188/98, 178/104mmHg. ได้รับการรักษาด้วย 50% MgSO₄ เพื่อป้องกันชัก ฉุน้ำคร่ำแตกเวลา 14.00 น. น้ำคร่ำมีสีเขียวขุ่น มี progress of labor ดี เมื่อปากมดลูกเปิด ขยายหมดแพทย์เตรียมช่วยคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ แต่ผู้คลอดสามารถเบ่งคลอดได้เอง แพทย์ทำคลอด Normal Delivery เวลา 14.32 น. ทารกเพศชาย น้ำหนัก 2,840 กรัม APGAR score นาทีที่ 1-5-10 เท่ากับ 9-10-10 คะแนน หลังรกลคลอด BP 164/71 mmHg ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด ไม่ชัก ไม่ตกเลือดหลังคลอด Blood loss 200 ml. ในระยะ 2



ชั่วโมงแรกหลังคลอดไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาไม่พร่ามัว ไม่มีอาการจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ สัญญาณชีพ T 37 °c PR 76-80 /m, RR 20/m, SP 170-177mmHg, DP 100-106mmHg DTR 2⁺ Urine out put 700 ml. มดลูกหดตัวแข็งแรงกลมดี แผลฝีเย็บไม่บวม ไม่มี hematoma ย้ายไปดูแลรักษาต่อที่หอผู้ป่วยหลังคลอด และในระยะหลังคลอด วันที่ 13-15 เมษายน 2565 ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาไม่พร่ามัว ไม่มีอาการจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ มดลูกหดตัวดี แผลฝีเย็บไม่บวม ไม่มี hematoma สัญญาณชีพ T 36.9 °c PR 76/m, RR 20/m, BP 158/78 mmHg ทารก Active ดี ไม่มีหายใจเหนื่อยหอบ คุณนมมารดาได้ดี น้ำหนักก่อนจำหน่าย 2,700 กรัม แพทย์จำหน่ายมารดาพร้อมบุตร วันที่ 15 เมษายน 2565 เวลา 12.00 น.

วิจารณ์

ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง (Pre-eclampsia with Severe features) เป็นภาวะที่ต้องได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลเพื่อดูแลอย่างใกล้ชิด หลักในการดูแลหญิงตั้งครรภ์คือป้องกันไม่ให้ชัก โดยให้ยาป้องกันชักคือแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄) ซึ่งเป็นยา High Alert Drug ต้องมีการบริหารยาตามแนวทางที่ถูกต้อง มีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากยานี้มีฤทธิ์ขยายหลอดเลือด ทำให้มีอาการร้อนวูบวาบตามตัว เหงื่อออกมาก หน้าแดง และมีผลทำให้กล้ามเนื้อเรียบคลายตัว หลังคลอดมดลูกหดตัวไม่ดี ตกเลือดหลังคลอดได้ง่าย และที่สำคัญคือ ภาวะ Hypermagnesemia ต้องติดตามค่า Mg level ทุก 4 ชั่วโมง รักษาให้อยู่ในระดับ 4.8-8.4 mg/dl ถ้าระดับ MgSO₄ ในเลือดสูงเกินไปจะมีฤทธิ์กดการหายใจ deep tendon reflex หายไป หูดหายใจและเสียชีวิตได้ ต้องเตรียมยาแก้ฤทธิ์ MgSO₄ ไว้คือ 10% Calcium

gluconate โดยให้ 1 gm. ทางหลอดเลือดดำ⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้ต้องมีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะชัก น้ำท่วมปอด หัวใจล้มเหลว เลือดออกในสมอง ไตวายเฉียบพลัน HELLP Syndrome เป็นต้น ในการเฝ้าระวังผู้คลอดที่มีความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงร่วมกับมีภาวะอ้วนที่ต้องเบ่งคลอดทางช่องคลอดอาจคลอดยากและเกิดภาวะชักได้ง่าย ซึ่งโดยส่วนมากสูติแพทย์จะใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด เช่นการช่วยคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ ยกเว้นกรณีที่ทารกมีน้ำหนักตัวน้อย คลอดง่าย เมื่อพยาบาลผู้ดูแลเฝ้าคลอดพบอาการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ ต้องรายงานแพทย์เพื่อการรักษาที่เหมาะสมทันที โดยเฉพาะผู้คลอดที่มีภาวะซีเทาปนในน้ำคร่ำ อาจเกิดภาวะขาดออกซิเจนเมื่อแรกเกิด จากการสูดสำลักซีเทา หากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างทัน ท่วงที อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย และเสียชีวิตได้ ดังนั้นต้องเตรียมยา อุปกรณ์ และทีมช่วยฟื้นคืนชีพทั้งทางด้านผู้คลอดและทารกให้พร้อมเสมอ การศึกษาในครั้งนี้ถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉิน ที่ต้องให้การดูแลให้ได้ตามมาตรฐาน ผู้ดูแลเฝ้าคลอดที่มีความรู้ ทักษะ ความชำนาญ จะประเมินได้รวดเร็ว นำไปสู่การวินิจฉัย การวางแผนการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ มีการประเมินซ้ำ และการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ให้ข้อมูลในเรื่องโรค ความก้าว หน้าของการคลอด แก่ผู้คลอดและญาติเป็นระยะ ซึ่งจะทำให้ผู้คลอดและญาติเข้าใจ ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลดี จึงทำให้ผ่านภาวะวิกฤติและคลอดปกติได้อย่างปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ระยะที่แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน ทบทวนการให้ข้อมูล การวางแผนจำหน่ายเพื่อให้มารดาหลังคลอดปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่



บ้าน เน้นให้มารดาเข้าใจถึงการป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงซ้ำ และมาพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ มีการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลใกล้บ้านและส่งต่อข้อมูลในการติดตามเยี่ยมบ้าน

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาศรณนระพยาบาลในการประเมินผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงอยู่เสมอ มีการนำ Early Warning Signs ของ Pre-eclampsia with Severe feature ที่ได้รับยา MgSO₄ มาใช้

2. เตรียมยา อุปกรณ์ และทีมช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม เพื่อให้สามารถช่วยชีวิตได้ทันเวลาที่

3. มีการให้ข้อมูลแก่ผู้คลอดและญาติถึงสภาวะของโรคและการรักษาพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญเพื่อลดความวิตกกังวล

4. กำหนดแนวทางการดูแลรักษาก่อนส่งต่อและการดูแลขณะนำส่งที่ชัดเจนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะนำส่ง

5. มีการซ้อมแผนด้วยการจำลองสถานการณ์การดูแลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง กรณีที่เกิดภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉิน และการช่วยฟื้นคืนชีพของมารดาและทารกทุกปี

บรรณานุกรม

1. World Health Organization. Maternal mortality. [Online]. Available from <http://www.who.int/news-room/factsheets/detail/maternal-mortality> [Retrieved 11 October, 2020].

2. Strategy and Planning Division. Public Health Statistics A.D.2018. Public Health Statistics A.D. 2018. Retrieved from http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic%2061.pdf.

3. Cunningham FG, et al. Williams obstetrics. (24th ed.). New York: McGraw Hill, 2014.

4. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2562. กรุงเทพฯ: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562.

5. Charles A, Victor P, Jonathan K, Ishaya P. Eclampsia and Pregnancy Outcome at Jos University Teaching Hospital, Jos, Plateau State, Nigeria. Journal of Gynecology and Obstetrics, 2017;5(4):46-9.

6. Senthiri P, Srisong S, Prompakai R, Sroisuwan P, Koponrat K. Development of the Care Model for Women with Hypertensive Disorder in Pregnancy. Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals, 2017;32(2):117-29.

7. สุรางค์พิมพ์ รัตตสัมพันธ์. ภาวะอ้วนในสตรีตั้งครรภ์: ผลกระทบต่อสุขภาพและการพยาบาล. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 2561;38(1):120-8.

8. จรรยา จิระประดิษฐา. การไม่แนะนำให้ดูคี่เทาในหลอดลมโดยการใส่ท่อหลอดลมในทารกแรกเกิดที่มีภาวะจี่เทาปนในน้ำคร่ำขณะคลอดและไม่ตื่นตัวเมื่อแรกเกิดเป็นกิจวัตร: หลักฐานเชิงประจักษ์. วารสารกุมารเวชศาสตร์, 2559;55(4):226-39.



9. โรงพยาบาลชัยภูมิ. รายงานสถิติห้องคลอด
โรงพยาบาลชัยภูมิ ประจำปี พ.ศ. 2562-2564.
ชัยภูมิ: เวชระเบียนห้องคลอด โรงพยาบาลชัยภูมิ;
2564.
10. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. การ
ดูแลความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์.
[ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก :
[http://www.rtcog.or.th/home/wp-
content/uploads/2022/05/OB-63-021ฉบับสรุปคำ
แนะนำ.pdf](http://www.rtcog.or.th/home/wp-content/uploads/2022/05/OB-63-021ฉบับสรุปคำแนะนำ.pdf)