



the pregnancy by caesarean section operation. A pre-labor stage before operation was a critical period of the patient. Nursing care of the patient with PIH are as follows: 1) provide essential knowledge to prepare the patient both physically and mentally and her relatives before operation to reduce anxiety and coordinate to the treatment, 2) administer anticonvulsive medication and assess the signs and symptoms of induced convulsion, and 3) keep emergency supplies such as cardio pulmonary resuscitation device available. After operation, the patient had seizure once. The physician then, put her on endotracheal tube with Bird's respirator again. Nurse had to monitor the respirator's function, the abnormal signs & symptoms and the side effects of the medications.

To prevent the complication of PIH and complete the quality of care, nurse should be knowledgeable and highly skillful in providing nursing care according to patient's needs and problems to save her life. Moreover, consultation and good relationship to the patient and her relatives are essential to promote mother's safety and health of infant.

*Keyword:* Eclampsia, repeat seizure, pregnant woman

## บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย และประเทศที่กำลังพัฒนา ภาวะนี้เป็นสาเหตุลำดับ 1 ใน 3 สาเหตุแรกของการตายของสตรีมีครรภ์ทั่วโลกประมาณร้อยละ 15-20 รวมทั้งเป็นสาเหตุการตาย และภาวะทุพพลภาพของทารกแรกเกิด<sup>1</sup> นอกเหนือจากการตายจากการตกเลือดและการติดเชื้อ ภาวะครรภ์เป็นพิษ (pre-eclampsia) คือ ภาวะที่ตรวจพบความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โดยความดัน systolic  $\geq 140$  มิลลิเมตรปรอท หรือความดัน diastolic  $\geq 90$  มิลลิเมตรปรอท ร่วมกับมีความผิดปกติของระบบต่างๆในร่างกายอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่า ดังนี้ 1) ระบบประสาท เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ชักเกร็ง 2) ระบบหัวใจและ

ทางเดินหายใจ เช่น ภาวะน้ำเกินในถุงลมปอด 3) ระบบทางเดินอาหารและตับ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน จุกแน่น ลิ้นปี่ ผลเลือดพบความผิดปกติการทำงานของตับ 4) ระบบเลือด เช่น เกร็ดเลือดต่ำ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ มีการแตกตัวของเม็ดเลือดแดง 5) ระบบไต เช่น พบโปรตีนในปัสสาวะ 3+ ตรวจพบปริมาณโปรตีนในปัสสาวะมากกว่า 5 กรัม ในการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ปริมาณปัสสาวะออกน้อยกว่า 500 ซีซีใน 24 ชั่วโมง ภาวะไตวาย 6) ระบบไหลเวียนเลือดระหว่างแม่กับทารก เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด การเจริญเติบโตของทารกช้าไม่สัมพันธ์กับอายุครรภ์ เป็นต้น ระดับความรุนแรงของภาวะพิษแห่งครรภ์ หากความดัน systolic  $\geq 160$  มิลลิเมตรปรอท หรือความดัน diastolic  $\geq 110$  มิลลิเมตรปรอท เรียกว่าภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง (severe pre-eclampsia) หากมีอาการ

ชักร่วมด้วย เรียกว่า eclampsia ภาวะชักอาจเกิดขึ้นได้ทั้งในระยะก่อนคลอด ระยะเจ็บครรภ์คลอด หรือระยะหลังคลอด ในกลุ่มที่เกิดหลังคลอด ส่วนใหญ่เกิดภายใน 24 ชั่วโมง หลังคลอด แต่อาจเกิดได้จนถึง 10 วันหลังคลอด ลักษณะการชักเป็นแบบ tonic-clonic การวินิจฉัยภาวะ eclampsia จะต้องไม่ใช่การชักจากสาเหตุอื่นๆ เช่น epilepsy, meningitis, encephalitis เป็นต้น<sup>2</sup> ภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีกลุ่มอาการดังต่อไปนี้ร่วมด้วย คือมีการแตกตัวของเม็ดเลือดแดง (hemolysis) มีค่าความผิดปกติของเอนไซม์ตับที่เพิ่มขึ้น (elevated liver enzymes) มีอาการคล้ายผู้ป่วยตับอักเสบ ได้แก่ ความรู้สึกไม่สบาย เหนื่อย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดใต้ชายโครงขวา มีอาการบวม เหลือง ปัสสาวะเป็นเลือด ปวดหลัง ปวดไหล่ และมีเกล็ดเลือดต่ำ (low platelets) รวมเรียกกลุ่มอาการนี้ว่า HELLP syndrome<sup>3</sup>

การแบ่งภาวะครรภ์เป็นพิษตามสาเหตุ ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงของภาวะครรภ์เป็นพิษ แต่จากการศึกษาวิจัยทั้งทางคลินิก สรีระวิทยา ชีวะเคมี และพยาธิวิทยา พอจะสรุปได้ว่า ภาวะพิษแห่งครรภ์น่าจะเกิดจากสาเหตุหลัก 2 ประการคือ ภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีสาเหตุจากพยาธิสภาพของรก (placenta pre-eclampsia) และจากความบกพร่องของสุขภาพมารดา (maternal pre-eclampsia) ในกรณีที่มีโรคแทรกซ้อนทางอายุรกรรม หรือโรคที่มีพยาธิสภาพของหลอดเลือด (vascular involvement) ทั้งนี้มีข้อมูลสนับสนุนว่ามดลูกและทารกไม่ได้เป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ กล่าวคือ ทั้ง abdominal pregnancy และ molar pregnancy ก็สามารถเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษได้ทั้งๆที่ไม่มีมดลูกและทารกมาเกี่ยวข้อง

หลักในการดูแลรักษาภาวะครรภ์เป็นพิษที่เป็น sever pre-eclampsia ประกอบด้วยหลัก 4 ข้อ ดังนี้<sup>4</sup>

1. การป้องกันและควบคุมการชักจากหลักฐานทางการแพทย์เป็นที่ชัดเจนแล้วว่า MgSO<sub>4</sub> เป็นยาป้องกันและควบคุมการชักที่เกิดจากภาวะครรภ์เป็นพิษที่ดีที่สุด

2. การลดความดันโลหิต ปัจจุบันมียาลดความดันโลหิตสูงที่ใช้ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ ได้แก่ Hydralazine, Labetalol และ Nifedipine ซึ่ง Hydralazine เป็นยาที่ใช้กันมานาน โดยเฉพาะในทวีปเอเชีย ที่พบว่าสามารถลดความดันได้ดีแต่อาจมีภาวะความดันโลหิตต่ำได้ ซึ่งจะต้องระวังปริมาณเลือดที่จะไปท่วมลูก รกและทารกลดลงด้วย ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกได้ด้วย สำหรับ Nifedipine เป็นยาที่ใช้ได้ดีเช่นกัน แต่ต้องระวังไม่ใช้โดยการอมใต้ลิ้นเพราะจะทำให้ความดันโลหิตลดลงอย่างรวดเร็ว ส่วน Labetalol เป็นยาที่ลดความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพและผลข้างเคียงน้อย

3. การควบคุมสารน้ำในร่างกายสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ จะมีปริมาณสารน้ำในหลอดเลือด (plasma volume) น้อยกว่าปกติ ร่วมกับมี permeability ของหลอดเลือดที่ผิดปกติ การให้สารน้ำปริมาณมาก อาจทำให้เกิด third space loss ดังนั้นแนะนำให้จำกัดสารน้ำในช่วงระยะคลอด และหลังคลอด เพื่อป้องกันปริมาณสารน้ำมากเกินไป เนื่องจาก pulmonary edema เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของมารดาและมักสัมพันธ์กับการให้สารน้ำที่ไม่เหมาะสม ยกเว้นกรณีตกเลือด

4. การยุติการตั้งครรภ์ ควรพิจารณาในระยะเวลาที่เหมาะสมทั้งต่อมารดาและทารก มาตรฐานการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะ severe pre-eclampsia คือ การยุติการตั้งครรภ์ซึ่งเป็นวิธี

ที่ปลอดภัยต่อสุขภาพมารดามากที่สุด แต่สำหรับ อัตราการรอด และคุณภาพชีวิตของทารกในครรภ์ นั้น ขึ้นอยู่กับอายุครรภ์เป็นหลักโดยจะเพิ่มขึ้น ประมาณ ร้อยละ 2 ต่ออายุครรภ์ที่เพิ่มขึ้น 1 วัน กรณี severe pre-eclampsia ที่อายุเกิน 34 สัปดาห์ ควรพิจารณายุติการตั้งครรภ์ หลังอาการ คงที่แล้ว ในกรณีที่อายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ การให้ยาสเตียรอยด์ เพื่อกระตุ้นปอดของทารกในครรภ์ที่ยังไม่สามารถสร้างสารลดแรงตึงผิว (surfactant) ในถุงลมปอดได้เพียงพอ โดยให้ครบ 48 ชั่วโมง นับตั้งแต่ให้ยาเข็มแรก ทั้งนี้ในกรณีที่มี ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของมารดา ได้แก่ อาการ แสดงของภาวะช็อก ไม่สามารถควบคุมความดัน โลหิตได้ ปอดบวม น้ำ ไตวาย รกลอกตัวก่อนกำหนด ภาวะ HELLP syndrome การแข็งตัวของเลือด ผิดปกติ ซึ่งแสดงว่าพยาธิสภาพของโรครุนแรงมาก จึงควรยุติการตั้งครรภ์อย่างรวดเร็ว

อุบัติการณ์ของภาวะพิษแห่งครรภ์ โดยทั่วไปพบราวร้อยละ 5-8 ของการตั้งครรภ์ ส่วนอุบัติการณ์ของ eclampsia พบได้ประมาณ 1:2000 – 1:2500<sup>1</sup> สถิติการคลอดของโรงพยาบาล สวรรค์ประชารักษ์<sup>5</sup> ปีงบประมาณ 2556 และ 2557 จำนวน 3,688 และ 3,485 ราย พบหญิงมา คลอดที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงขณะ ตั้งครรภ์จำนวน 104 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.8 และ 95 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.8 และพบภาวะช็อก (eclampsia) จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.3 และ 7 ราย คิด เป็นร้อยละ 0.2 ตามลำดับ ดังนั้นภาวะครรภ์เป็น พิษ และมีภาวะช็อก จึงเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็น ปัญหาสำคัญของมารดาที่จะก่อให้เกิดผลกระทบทั้ง ต่อมารดาและทารกในครรภ์

การให้การพยาบาล ควรเฝ้าติดตามตั้งแต่ หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์และพบว่ามีความดัน โลหิตสูง ควรให้มาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอและ

เมื่อมารดาคลอด พยาบาลผู้ดูแลต้องมีทักษะ ความรู้ ความชำนาญในการดูแลมารดาที่มีภาวะช็อก จากความดันโลหิตสูงอย่างใกล้ชิด ควรดูแลตั้งแต่ แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือผลข้างเคียงจากยาที่ได้รับ การรักษา ให้การช่วยเหลือที่ทันที่ที่ ป้องกัน อันตรายต่อชีวิตมารดาและทารก ผู้ศึกษาได้นำ กระบวนการพยาบาลมาใช้ในการวางแผนการ พยาบาล เพื่อให้มารดาและทารกพ้นจากภาวะ วิกฤต ได้อย่างปลอดภัย

### รายงานผู้ป่วย

หญิงตั้งครรภ์อายุ 26 ปี ประวัติ G2P1-0-0-1 Last child 5 ปี (โดยการผ่าคลอดทางหน้า ท้อง) LMP 16 ตุลาคม 2556 EDC 25 กรกฎาคม 2557 ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ 8 ครั้ง ควบคุมตามเกณฑ์ วันที่ 18 มิถุนายน 2557 เริ่มมี ความดันโลหิตสูง ตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ+1 BP 176/86 mmHg. มีภาวะ Mild pre-eclampsia พบ urine protein 24 ชั่วโมง 700 mg. ผลตรวจ BUN, Cr ปกติ Uric acid ปกติ AST/ALT ปกติ วันที่ 22 มิถุนายน 2557 มีชักเกร็งที่บ้านนาน 20 นาที รถ EMS ไปรับที่บ้านมายังห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ มีชักเกร็งกระตุกอีก 1 ครั้ง แพทย์วินิจฉัย Eclampsia ได้รับการรักษา ด้วยยา valium 10 mg. vein push และยา 50 % MgSO<sub>4</sub> 10 gm.+ 5%D/W 1,000 ml. IV drip 100 ml./hr และ ยา 10 % MgSO<sub>4</sub> 4 gm. IV push ซ้ำๆ แพทย์ใส่ท่อหลอดลมคอต่อเข้ากับ เครื่องช่วยหายใจควบคุมด้วยความดัน (on endotracheal tube with Bird's pressure ventilator) ระดับ มดลูก 2/4 > ระดับสะดือเสียงหัวใจทารก 140

ครั้ง/นาที BP 160/116 mmHg. P 84 ครั้ง/นาที  
RR 24 ครั้ง/นาที T36.5<sup>0</sup>C

#### การพยาบาลมารดาในระยะรอคลอด

#### เป้าหมายการพยาบาลระยะรอคลอด

เพื่อให้ผู้คลอดและครอบครัวมีความพร้อมต่อโอกาสเกิดภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นและสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ไม่เกิดการชักซ้ำ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยากันชักและยาลดความดันโลหิต ทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนเพียงพอ

ประเมินปัญหา ดังนี้

**เสี่ยงจากการชักซ้ำเนื่องจากความดันโลหิตสูง**

1. ประเมินอาการนำสู่ภาวะชัก ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เห็นภาพไม่ชัด ปวดบริเวณใต้ลิ้นปี่ Deep tendon reflex (DTR) 3+ ขึ้นไป
2. ประเมินสัญญาณชีพทุก 30 นาที หากพบความดันโลหิตสูงผิดปกติมากกว่า 160/110 mmHg. รายงานแพทย์ทราบ
3. ดูแลให้ได้ยาระงับชักตามแผนการรักษา โดยให้ 50 % MgSO<sub>4</sub> 10 gm.+ 5%D/W 1,000 ml. IV drip 100 ml./hr และสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ในขณะที่ให้ยาถ้า RR น้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที และ DTR น้อยกว่า 1 ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 ml./hr. ให้หยุดยา MgSO<sub>4</sub> ทันที และรายงานแพทย์ทราบ และต้องเตรียมยา 10% calcium gluconate ซึ่งเป็นยาต้านฤทธิ์ของ MgSO<sub>4</sub>
4. งดน้ำและอาหารตามแผนการรักษา
5. ดูแลให้ได้รับยาลดความดันโลหิต โดยให้ Hydralazine 5 mg. vein push
6. ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ เพื่อบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง

**รูปแบบการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ**  
เนื่องจากเกิดภาวะชัก ไม่รู้สึกตัวจากความดันโลหิตสูง

1. สังเกตอาการผิดปกติ เช่น อาการหายใจลำบาก หายใจเร็วขึ้น หายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ

2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการ Suction Clear Airway โดยเทคนิค Standard precaution

3. ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดลมตามแผนการรักษา

4. จัดท่านอนให้ศีรษะสูงใช้หมอนสอดประคองศีรษะให้นอนสุขสบาย และผ่อนคลายมากที่สุด

5. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนเพียงพอ โดยดูการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ การวัดค่า Tidal Volume การวัดค่า SpO<sub>2</sub> การตรวจดู Circuit ของเครื่องช่วยหายใจ

#### มีโอกาสดูดทารกก่อนกำหนด

1. จัดให้นอนในท่าตะแคงซ้าย และตรวจติดตามอัตราการเต้นของหัวใจทารกโดยใช้ Electronic Fetal Monitoring ควบคู่ไปกับการตรวจหน้าท้อง ดูการหดตัวของมดลูก

2. ประเมินค่าพื้นฐานและการเปลี่ยนแปลงอัตราการเต้นของหัวใจทารก (baseline rate, variability, accelerations, decelerations) เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์

3. เตรียมความพร้อมเครื่องมือ อุปกรณ์ ในการช่วยเหลือทารก ประสานการเตรียมรับการดูแลทารกต่อกับแผนกทารกวิกฤติและกุมารแพทย์ ในการรับทารก

#### ประเมินผลการพยาบาลระยะรอคลอด

ผู้คลอดและครอบครัวเข้าใจ และสามารถผ่านภาวะวิกฤติไปได้ดี ให้ความร่วมมือในการรักษา ได้รับยา MgSO<sub>4</sub> ตามแผนการรักษาของแพทย์ หลังได้รับยา MgSO<sub>4</sub> ติดตามผลข้างเคียงจากการให้ยา ปัสสาวะออก 150 ml./hr. BP 130/90 mmHg. P 80 ครั้ง/นาที RR 24 ครั้ง/นาที T 37.5<sup>0</sup> C อัตราการเต้นของ

หัวใจทารก 136 ครั้ง/นาที ไม่มีการหดรั้งตัวของมดลูก ปากมดลูกปิด วันที่ 23 มิถุนายน 2557 มารดาสูดดมออกซิเจน ไม่มีอาการชักซ้ำยัง on endotracheal tube with Bird's pressure ventilator ฟังเสียงหัวใจทารก 150 ครั้ง/นาที มีภาวะน้ำคั่งในปอด สภาวะของโรคเลวลง สตรีแพทย์ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ 35<sup>+</sup>3 สัปดาห์ โดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

#### การพยาบาลก่อนผ่าตัดคลอด

**เป้าหมายการพยาบาลระยะรอคลอดก่อนผ่าตัด** เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้คลอดและญาติ และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

**ผู้คลอดและญาติวิตกกังวล เนื่องจากต้องได้รับการผ่าตัดคลอด**

เตรียมความพร้อมด้านร่างกาย

1. ชักประวัติ ได้แก่ ประวัติการตั้งครรภ์ การผ่าตัด กาเจ็บป่วยของผู้คลอดและครอบครัว

2. ตรวจร่างกาย ได้แก่ ตรวจหน้าท้อง เพื่อประเมินท่าและขนาดของทารก สัญญาณชีพของมารดา และอัตราการเต้นของหัวใจทารก

3. ตรวจทางห้องปฏิบัติการ เจาะเลือด เพื่อเตรียมเลือดสำหรับการผ่าตัด ตรวจปัสสาวะ

เตรียมความพร้อมด้านจิตใจ

1. ประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ประเมินความวิตกกังวล การได้รับการสนับสนุนจากสามีและญาติ

2. ให้คำแนะนำแก่ผู้คลอดและญาติถึงเหตุผลในการผ่าตัดคลอด ผลดีที่จะได้รับ ความปลอดภัยของทารก ขั้นตอนการทำผ่าตัด การใช้ยาระงับความรู้สึก

3. แนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เช่น การไออย่างถูกวิธี การมี Early ambulation

4. เปิดโอกาสให้ญาติซักถามข้อสงสัย

**ประเมินผลการพยาบาลระยะรอคลอดก่อนผ่าตัด** ผู้คลอดและญาติคลายความวิตกกังวล ให้ความร่วมมือในการรักษา และได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

#### ระยะหลังคลอด

มารดาได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง โดยการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (General anesthesia) ระยะเวลาการทำผ่าตัด 30 นาที เสียเลือด 500 ml. คลอดทารกเพศชาย น้ำหนัก 1,790 กรัม Apgar score ที่ 1 นาที = 9 Apgar score ที่ 5 นาที = 10 Apgar score ที่ 10 นาที = 10 O<sub>2</sub> Sat 97-98% HR = 134 ครั้ง/นาที RR=44 ครั้ง/นาที วันที่ 1 หลังผ่าตัด มารดาสูดดมออกซิเจน ยังใส่ท่อหลอดลมคอต่อกับเครื่องช่วยหายใจ ต่อมา off bird's respirator เริ่ม on T-piece ต่อ FiO<sub>2</sub> = 0.4 10 LPM ปวดแผลพอน Pain score ระดับ 7-8 NPO ไร่ น้ำคาวปลาสีปกติ on Acetar 1,000 ml.+ syntocinon 10 unit IV drip 80 ml./hr และ on 50% MgSO<sub>4</sub> 10 gm.+ 5%D/W 1,000 ml. IV drip 100 ml./hr จนครบ 24 ชั่วโมง urine ออก 120 ml/hr SGOT 40 U/L SGPT 19 U/L PT 10.4 sec. PTT 25.0 sec Hct. 35.6% platelet 374,000 /UL BUN 9 mg/dL creatinine 0.67 mg/dL

วันที่ 2 หลังผ่าตัด แพทย์ off endotracheal tube มารดาสูดดมออกซิเจน พูดคุยได้ปกติ ไม่มีเสียงแหบ ปวดแผลพอน Pain score ระดับ 7-8

#### การพยาบาลหลังผ่าตัดคลอด

**เป้าหมายการพยาบาลระยะหลังคลอด** เพื่อให้มารดาไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดคลอด ทุเลาปวดแผล และสามารถดูแลตนเองและทารก ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง ประเมินปัญหา ดังนี้

### เสียงต่อภาวะตกเลือดจากแผลผ่าตัด และแผลที่โพรงมดลูก

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว สีผิว อาการ กระสับกระส่าย ริมฝีปากแห้ง ปลายมือปลายเท้า เย็นและเยื่อบุตาซีด ผิวหนังเย็น ถ้าพบรีบรายงาน แพทย์ทราบ

2. วัดและบันทึกสัญญาณชีพตามมาตรฐาน การดูแลมารดาหลังผ่าตัด

3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาของแพทย์ คอยดูแลอัตราการ หายของสารน้ำในขวดที่มี syntocinon ผสมอยู่ เนื่องจากยานี้ มีฤทธิ์ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกหดตัว ดี หากให้เร็วเกินไปอาจเกิด vasoconstriction มาก เลือดเทกลับเข้าหัวใจเพิ่มขึ้น เกิดภาวะ Congestive heart failure ได้

4. สังเกตว่ามีเลือดออกจากแผลผ่าตัด ทางหน้าท้องหรือไม่ โดยดูจากการมีเลือดซึมเปื้อน ผ้าปิดแผลที่หน้าท้อง หากมีต้องเปลี่ยน Dressing และกดให้แน่นเพื่อห้ามเลือด พร้อมบันทึกไว้

5. สังเกตและบันทึกจำนวนน้ำคาวปลา จากผ้าอนามัยที่รองไว้ว่าออกจำนวนมากผิดปกติ หรือไม่ ลักษณะน้ำคาวปลาที่ออกมาจับตัวแข็งเป็น ลิ่มหรือเป็นก้อนหรือไม่ หากมีให้รายงานแพทย์ทราบ

6. บันทึกจำนวนสารน้ำเข้าและออกจาก ร่างกาย เพื่อประเมินสภาพการทำงานของไต หาก พบว่ามีจำนวนปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 cc./hr. ให้รายงานแพทย์

### ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

1. ประเมินและสังเกตความรู้สึกปวดทาง สีหน้า อารมณ์ และการแสดงออกทางร่างกาย

2. จัดให้นอนในท่า Fowler's position เพื่อลดความตึงของกล้ามเนื้อหน้าท้อง

3. ดูแลให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล รวดเร็ว และถูกเทคนิค เพื่อจะได้ไม่รบกวนให้

มารดาหลังคลอดต้องลุกนั่งหรือลงนอนบ่อยเกิน ความจำเป็น

4. แนะนำและสอนวิธีการไออย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพให้ (Effective cough) โดยสูดลมหายใจเข้าลึกๆ และไอออกมาแรงๆ ครั้งเดียว เวลาเปลี่ยนอริยาบถ และขณะไอให้ใช้มือ 2 ข้างกุม ที่แผลผ่าตัดเข้าหากัน เป็นการช่วยพยุงแผลและ กล้ามเนื้อหน้าท้อง

5. ดูแลให้ยาแก้ปวด ตามแผนการรักษา และประเมินภาวะแทรกซ้อนจากยา

วันที่ 3 หลังผ่าตัด มารดามีอาการชักเกร็ง ประมาณ 1 นาที มีปากเขียว ความดันโลหิต 180/100 mmHg. แพทย์พิจารณาใส่ท่อหลอดลม คอตต่อไปกับเครื่องช่วยหายใจควบคุมด้วยความดัน (on endotracheal tube with Bird's pressure ventilator) ให้ยา valium 10 mg. IV push และยา 50% MgSO<sub>4</sub> 10 gm.+ 5%D/W 1,000 ml. vein drip 100 ml./hr และ ยา 10 % MgSO<sub>4</sub> 4 gm. IV push ซ้ำๆ ให้ Hydralazine 5 mg. IV push ซ้ำๆ ย้ายมารดาไปเข้าหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

วันที่ 4-5 ตรวจเยี่ยมมารดา รู้สึกตัวดี ยัง ใส่ท่อหลอดลมคอตต่อไปกับเครื่องช่วยหายใจ มี secretion มาก lung :expiratory wheezing BL แพทย์ให้ พ่นยา Berodual ทุก 6 ชั่วโมง ปวดแผลพอน Pain score ระดับ 4 น้ำคาวปลาสีปกติ แพทย์ให้ off cef 3 ให้ Fortum 1 gm. vein ทุก 8 ชั่วโมง และ Amikin 350 mg. IV +5%D/W 100 ml. IV drip in 30 min ทุก 8 ชั่วโมง

วันที่ 6 แพทย์ประเมินอาการมารดา ให้ ถอดท่อหลอดลมคอต และหย่าเครื่องช่วยหายใจ สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ และย้ายกลับหอผู้ป่วยหลังคลอด มารดาดีอ่อนเพลีย ลูกทำกิจกรรม บนเตียงได้ รับประทานอาหารอ่อน

**มารดารู้สึกกลัวและวิตกกังวลเมื่อต้อง  
เลิกใช้เครื่องช่วยหายใจ**

1. ประเมินความพร้อมในการหย่า/เลิกใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ระดับความรู้สึกตัว หายใจไม่เหนื่อย ไม่ใช่ กล้ามเนื้อช่วยหายใจ  $SpO_2 > 95\%$  ใช้  $FiO_2$  น้อยกว่า 0.5 Tidal Volume  $> 50$  cc/ น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม Vital Capacity  $> 12-15$  cc/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ขณะไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

2. ประเมินการหายใจอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง

3. จัดให้ออกซิเจนสูง 60-90 องศา เพื่อให้กระบังลมหย่อนตัวหายใจได้สะดวกขึ้น

4. ดูแลเสมหะและประเมินเสียงลมเข้าปอดทุกครั้งที่มีเสียงเสมหะ

5. ดูแลให้มารดาหายใจทาง T-piece หรือหายใจเองสลับกับเครื่องช่วยหายใจเป็นพักๆ

6. บันทึกสัญญาณชีพและ  $SpO_2$  ทุก 30 นาที จนกว่าจะคงที่

7. ให้กำลังใจและความมั่นใจ

วันที่ 7 อาการต่างๆไปดีขึ้น น้ำลูกมาคินมารดาสามารถให้นมลูกได้ น้ำนมพอมือ กระตุ้นให้ลูกดูดนมบ่อยๆ เพื่อช่วยให้น้ำนมมีมากขึ้น มารดาสามารถลงจากเตียงได้ BP 137/90 mmHg. BUN 6 mg/dL creatinin 0.75 mg/Dl Hct. 33% platelet 353,000 /ul

วันที่ 8 แพทย์ตรวจเย็บมอาการ ให้ตัดไหมแผลผ่าตัด แผลติดดี ไม่มีอาการบวมแดง  $T37.3^{\circ}C$  แพทย์ off Fortum และ Amikin ให้ Omicef 1 เม็ดรับประทาน 3 เวลา

วันที่ 10 แพทย์ตรวจเย็บมอาการ มารดาเจ็บตึงแผลเล็กน้อย แผลแห้งดี ไม่ปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว ท้องไม่อืด อาการทุเลา น้ำนมไหลดี ลูกดูดนมมารดาได้ดี สุขภาพลูกแข็งแรง จำหน่ายกลับบ้าน

บ้าน % BP 140/80 mmHg. PR 88 ครั้ง/นาที RR 24 ครั้ง/นาที

**เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อจากแผลผ่าตัด**

1. ประเมินเกี่ยวกับภาวะการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด เช่น แผลแดง มี Discharge ซึม แนะนำไม่ให้แผลเปียกน้ำ และให้การพยาบาลด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ

2. วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินสภาวะการติดเชื้อ

3. ติดตามผลการตรวจทางห้องทดลองคือ CBC เพื่อประเมินภาวะการติดเชื้อ

4. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ ตามแผนการรักษาของแพทย์

5. ดูแลให้ได้รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ เน้นโปรตีนสูง และเพิ่มวิตามินซี เพื่อส่งเสริมการหายของแผล และอธิบายถึงอาการแสดงของการติดเชื้อให้ทราบ เช่น มีไข้ แผลผ่าตัดบวมตึงปวดท้องน้อยอย่างรุนแรง หรือน้ำคาวปลา มีกลิ่นเหม็น ให้มารดาเข้าใจ

**ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด  
ตลอดขณะกลับไปอยู่บ้าน**

1. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ แผลอักเสบ บวมแดง ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด

2. ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยสบู่ และทำความสะอาดทุกครั้งที่ปัสสาวะหรืออุจจาระ หรือทุกครั้งที่เปลี่ยนผ้าอนามัย และซับให้แห้งทุกครั้ง

3. หลังผ่าตัดคลอดทางหน้าสามารถเดินทำกิจกรรมได้ตามปกติ ยกเว้นการทำงานหนัก ยกของหนัก หลัง 6 สัปดาห์ไปแล้วสามารถทำงานได้ตามปกติ

4. แนะนำการมาตรวจตามนัด เพื่อวางแผนครอบครัว



**ประเมินผลการพยาบาลระยะหลังคลอด**  
มารดา รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการกระสับกระส่าย สัญญาณชีพปกติ ไม่มีอาการแสดงของภาวะตกเลือด น้ำคาวปลาไหลออกดี ไม่มีจับเป็นก้อน ปัสสาวะออกจากสายสวน Foley's catheter จำนวน 300-1,000 ml. สีเหลืองใสไม่ขุ่น หลัง off cath มารดาถ่ายปัสสาวะได้ปกติ มารดาให้ความร่วมมือร่วมมือในการหยาเครื่องช่วยหายใจ หลังหยาเครื่องช่วยหายใจ ไม่มีภาวะ Cyanosis SpO<sub>2</sub> 95-98% BP 130/90 mmHg. PR 120-135 ครั้ง/นาที RR 28 ครั้ง/นาที แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่บวมแดง ไม่มีเลือดน้ำเหลืองหรือหนองซึมจากแผล มารดาให้ความร่วมมือในการดูแลแผลผ่าตัดเป็นอย่างดีจนตัดไหมได้ ไม่มีชักซ้ำอีก มารดาให้นมบุตรได้ รับฟังคำแนะนำและตอบคำถามในเรื่องการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

### วิจารณ์

ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีความสำคัญ เนื่องจากส่งผลกระทบต่อมารดาและทารกในครรภ์ เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและการตายของมารดาและทารก ในรายที่อาการรุนแรง อาจมีอาการชักร่วมด้วย (Eclampsia)<sup>6</sup> และอาจจะมีการชักซ้ำจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ สาเหตุการเกิดโรคนี้นี้ยังไม่ทราบแน่ชัด ไม่มีวิธีป้องกันการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษได้อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่มีวิธีการที่จะลดระดับความรุนแรงของโรค แต่การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง ตั้งแต่ฝากครรภ์ ก่อนคลอด ขณะคลอด และหลังคลอดอย่างถูกต้อง และเหมาะสมจะช่วยลดอาการ และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ สำหรับกรณีศึกษารายนี้ มารดาตั้งครรภ์มีภาวะชักจากความดันโลหิตสูง ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ไม่พบภาวะผิดปกติระหว่างฝากครรภ์ มีอาการชักเกร็งที่บ้าน

และมาชักเกร็งอีก 1 ที่โรงพยาบาล ไม่รู้สึกตัว ผู้คลอดได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจควบคุมความดัน มีภาวะน้ำคั่งในปอด ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ และพบว่าเป็นสาเหตุการตายของมารดาพยาบาลควรเฝ้าระวังเรื่อง fluid intake-output ไม่ควรให้สารน้ำมากกว่า 80 ml/hr.<sup>7</sup> และเนื่องจากผู้คลอดมีภาวะวิกฤต เกิดภาวะแทรกซ้อน มดลูกไม่มีการหดรัดตัว อายุครรภ์ 35 สัปดาห์ แพทย์จึงพิจารณาผ่าตัดคลอด ซึ่งการยุติการตั้งครรภ์โดยเร็วจะเป็นวิธีที่ปลอดภัยต่อสุขภาพมารดา ไม่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ HELLP Syndrome ภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ abruption placenta Fetal distress หน้าที่ของไตเสื่อมลง บทบาทของพยาบาลในการให้การดูแลผู้คลอดในภาวะวิกฤต การเตรียมผ่าตัดคลอดอย่างเร่งด่วน การให้คำแนะนำ อธิบายสามีและญาติ พร้อมร่วมตัดสินใจกับแพทย์ จะช่วยให้สามีและญาติคลายความวิตกกังวล

หลังคลอดพบ eclampsia ได้ถึงร้อยละ 44 และสามารถพบการชักหลังคลอดจาก pre-eclampsia ได้นานถึง 4 สัปดาห์ อย่างไรก็ตาม ความเสี่ยงที่จะเกิดการชักจะลดลงอย่างมากหลังคลอด 4 วัน<sup>7</sup> แต่มารดา รายนี้มีการชักซ้ำอีกเมื่อหลังคลอด 3 วัน และต้องใส่ท่อหลอดลมคอต่อกับเครื่องช่วยหายใจอีกครั้ง และมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นจากการมีภาวะการหายใจล้มเหลว มารดาต้องได้รับการรักษาเพิ่มขึ้นตามสภาวะความรุนแรงของโรคที่มากขึ้น พยาบาลต้องมีทักษะในการดูแลเครื่องช่วยหายใจ ความพร้อมของมารดาในการหยาเครื่องช่วยหายใจเมื่อภาวะของโรคดีขึ้น การประเมินสัญญาณชีพ การเสียเลือดจากแผลผ่าตัด การให้ยาเพื่อเพิ่มการหดรัดตัวของมดลูก ความไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัด การให้คำแนะนำ การปฏิบัติตัวของมารดาหลังคลอด การเฝ้าระวังทารก จะเห็นได้ว่า พยาบาลต้องมีความรู้ ทักษะ ใน

การวางแผนการดูแลมารดาที่มีภาวะวิกฤตทั้งใน  
ระยะก่อนคลอด ก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด โดย  
ประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในทุกขั้นตอน  
เพื่อให้มารดาสามารถปรับตัวรับกับสภาพการ  
เจ็บป่วย และให้ความร่วมมือต่อการรักษา ส่งผลให้  
มารดาและทารกปลอดภัย

### สรุป

ภาวะครรภ์เป็นพิษ ความดันโลหิตสูงใน  
ระหว่างการตั้งครรภ์ มีผลอย่างมากต่อทั้งมารดา  
และทารก หากการปฏิบัติตัวและการดูแลอย่าง  
ไม่เหมาะสม สามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนกับทุกระบบ  
ของร่างกาย การดูแลรักษาพยาบาลมารดาที่มี  
ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงถึงภาวะชัก และมีอาการชัก  
ซ้ำอีก ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตมาก ดังนั้นการป้องกัน  
ไม่ให้เกิดภาวะต่างๆ เหล่านี้ น่าจะมีประโยชน์  
พยาบาลเป็นผู้ประเมินในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝาก  
ครรภ์ทั้งยังเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยชีวิต  
ทั้งมารดาและทารกได้ทันทั่วทั้งนั้นต้องมีความรู้  
ความสามารถในการประเมินมารดาได้อย่างถูกต้อง  
ให้ความรู้เพื่อให้มารดาปฏิบัติตัวและดูแลตนเองได้  
ให้การพยาบาลแบบองค์รวม เปิดโอกาสให้สามีและ  
ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการยอมรับการ  
รักษาของแพทย์ รวมทั้งการให้คำแนะนำแก่มารดา  
ในการดูแลตนเองและทารกเมื่อกลับไปอยู่บ้าน จะ  
ช่วยให้มารดาผ่านพ้นระยะคลอดอย่างมีความสุขภาวะ

### เอกสารอ้างอิง

1. ฉวี เบาทรวง. การพยาบาลสตรีที่มี  
ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. ใน : นันทพร  
แสนศิริพันธ์, ฉวี เบาทรวง, บรรณาธิการ. การ  
พยาบาลผดุงครรภ์ เล่ม 3 สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน.

พิมพ์ครั้งที่ 1.เชียงใหม่ : ครอบคลุมพรีนทีดิ่ง จำกัด ;  
2555. หน้า 25-48.

2. ศักนัน มะโนทัย. ความดันโลหิตสูงใน  
สตรีตั้งครรภ์. ใน : อีระพงศ์ เจริญวิทย์, บุญชัย  
เอื้อไพโรจน์กิจ, ศักนัน มะโนทัย, สมชาย ธนวัฒนาเจริญ,  
กระเชียร ปัญญาคำเลิศ, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์.  
พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : โอ.เอส. พรีนทีดิ่ง  
เฮ้าส์ ; 2548. หน้า 309-16.

3. Dennis AT. Mangement of pre-  
eclampsia : issues for anaesthetists. Anesthesia  
2012; 67(9) : 1009-20.

4. ศนิสา อนุคุณานิน, กติกา นวพันธ์,  
วิทยา ธิฐาพันธ์. การดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มี  
ภาวะครรภ์เป็นพิษที่รุนแรง. ใน : วิทยา ธิฐาพันธ์,  
บรรณาธิการ. การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 3.  
กรุงเทพมหานคร : ยูเนี่ยนครีเอชัน ; 2554. หน้า  
33 – 45.

5. สถิติ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์  
นครสวรรค์ : กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาล  
สวรรค์ประชารักษ์ 2556-2557. หน้า 76.

6. พร้อมจิตร ห่อนบุญเทิม. ทฤษฎีการ  
พยาบาลของโอเร็ม : แนวคิดและการประยุกต์ใน  
การพยาบาลสูติศาสตร์ ฉบับแก้ไขปรับปรุง. พิมพ์  
ครั้งที่ 2. มหาสารคาม : อภิชชาติการพิมพ์ ; 2553.  
หน้า 118-36.

7. วิบูลพรรณ ฐิตะดิลก, มนศักดิ์ ชูโชติ  
รส. ความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์. ใน :  
เยื้อน ตันนรินทร์, วรพงศ์ ภู่งศ์, บรรณาธิการ.  
เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์. พิมพ์ครั้งที่ 2.  
กรุงเทพมหานคร : ราชาวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่ง  
ประเทศไทย ; 2551. หน้า 75-91.