

การพยาบาลภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์

สุ้มธยา สุวัฒน์วิเศษ
โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว

บทคัดย่อ

ภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ ยังคงเป็นภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และเป็นสาเหตุสำคัญของการตายมารดา ประเทศไทยมีหญิงตั้งครรภ์เสียชีวิตจากภาวะความดันโลหิตสูงเป็นอันดับ 2 รองจากสาเหตุการตกเลือด และในปีงบประมาณ 2560 มีหญิงตั้งครรภ์เสียชีวิตจากภาวะความดันโลหิตสูง สูงถึงร้อยละ 14.3

โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ไม่มีสูติแพทย์และกุมารแพทย์ มีพยาบาลวิชาชีพดูแลหญิงในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะคลอดและระยะหลังคลอด กรณีหญิงตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลปทุมธานี และในปีงบประมาณ 2564-2566 มีการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจำนวน 3, 4 และ 3 ราย ตามลำดับ และยังมีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงส่วนหนึ่ง ไม่สามารถส่งต่อได้ทันเวลา จึงต้องอยู่ในการดูแลของทีมแพทย์และพยาบาลโรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว ปีงบประมาณ 2564-2566 จำนวน 1, 2 และ 1 ราย ตามลำดับ การวินิจฉัยที่รวดเร็ว การรักษาและปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหา จะทำให้ทารกในครรภ์เกิดรอดและหญิงตั้งครรภ์ปลอดภัยได้ วัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ ความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ และกำหนดเป็นแนวทางการพยาบาลภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ วิธีการดำเนินงาน เป็นการศึกษากรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เข้ารับบริการฝากครรภ์และคลอดบุตร ในโรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว ระยะเวลา เดือนกันยายน ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ.2564 จำนวน 1 ราย ทำการศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก เวชระเบียนผู้ป่วยใน ชักประวัติ สัมภาษณ์ หญิงตั้งครรภ์และญาติ ตลอดจนสังเกตแบบมีส่วนร่วม พบว่าหญิงอายุ 30 ปี ตั้งครรภ์ที่ 2 ตรวจพบความดันโลหิตสูงและเริ่มได้รับยาลดความดันโลหิตชนิดรับประทานขณะอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ ให้คำแนะนำการสังเกตอาการผิดปกติ ประสานส่งต่อเพื่อวัดความดันโลหิตที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าไม้ 5 และนัดติดตามอาการที่คลินิกฝากครรภ์ ทุก 2 สัปดาห์ หญิงตั้งครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์และคลอดบุตรขณะอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ความดันโลหิตแรกจับที่ห้องคลอด 230/103 มิลลิเมตรปรอท ได้รับยาลดความดันโลหิต ยาป้องกันการชัก ในระยะรอคลอดจนถึงระยะหลังคลอด เฝ้ารอวังเพื่อป้องกันการชักและภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงอย่างใกล้ชิด ติดตามภาวะสุขภาพทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่อง คลอดปกติ ทารกเพศชาย น้ำหนัก 2,370 กรัม คะแนน Apgar Score ที่ 1,5,และ 10 นาที เท่ากับ 9, 10,10 ตามลำดับ มารดาหลังคลอดเสียเลือด 200 มิลลิลิตร ไม่มีภาวะชักและภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูง จากกรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ได้รับการประเมินและวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงอย่างถูกต้องรวดเร็ว พยาบาลมีการเตรียมความพร้อมดูแลหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิดภาวะฉุกเฉิน หญิงตั้งครรภ์ได้รับ

การดูแลภาวะความดันโลหิตสูงตามมาตรฐาน อนามัยแม่และเด็กจังหวัดปทุมธานี รูปแบบ One province one labor room ที่สามารถขอคำปรึกษาที่ม ศูนย์กรมโรงพยาบาลปทุมธานี เป็นไปด้วยความสะดวก รวดเร็ว และเกื้อกูลกัน การประสานงานที่ดีระหว่าง สหสาขาวิชาชีพ และการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแล หญิงตั้งครรภ์ ทารกระยะวิกฤติ ระยะต่อเนื่องและระยะวางแผนจำหน่าย ทำให้หญิงตั้งครรภ์และทารกได้รับการรักษาพยาบาล ตามมาตรฐาน ทันเวลา และต่อเนื่อง ส่งผลให้มารดาและทารกปลอดภัย

ที่มาของปัญหา: โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ที่ไม่มีแพทย์เฉพาะทางทั้งด้าน สูติแพทย์ และกุมารแพทย์ อัตรากำลังพยาบาลไม่เพียงพอ มีการใช้อัตรากำลังจากหน่วยงานอื่นมาหมุนเวียน ในการปฏิบัติงานและ ในการปฏิบัติงานใช้ Guide line PIH ของโรงพยาบาลแม่ข่าย ในภาวะที่มีข้อจำกัดของ โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว แต่ต้องให้การดูแลสุขภาพพยาบาลภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ ที่มีแนวโน้มว่าจะช้ำ หรือมีอาการครรภ์เป็นพิษ ที่เข้ารับการรักษา จากข้อมูลของงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว ในการส่งต่อภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ ระยะคลอดไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย พบว่า ปี พ.ศ.2564, 2565 และ 2566 เป็นจำนวน 3 ราย , 4 ราย และ 3 ราย ตามลำดับ และจากข้อมูลของงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลลาดหลุมแก้วภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดในโรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว ปีพ.ศ. 2564 , 2565 และ 2566 เป็นจำนวน 1 ราย , 2 ราย และ 1 ราย ตามลำดับ ถึงแม้การเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ จะพบน้อย แต่ก็ยังมีความรุนแรงที่จะนำไปสู่การเสียชีวิตของมารดา และทารกได้ ดังนั้นพยาบาลเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ จึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์อย่างครอบคลุม รวมทั้งแนวทางการรักษาของแพทย์ที่พัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ เพื่อให้พยาบาลสามารถให้การดูแลภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ตามบทบาทของพยาบาลได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องในทุกขั้นตอนของการรักษา ตั้งแต่ ระยะเริ่มต้นของการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ การคลอด จนถึงระยะหลังคลอด ความรู้ดังกล่าวครอบคลุมถึงการรวบรวมข้อมูล และการประเมินสภาพหญิงตั้งครรภ์ การส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสม การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งแนวทางการพยาบาลภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ที่ระดับความรุนแรงเล็กน้อย จนถึงรุนแรงมาก ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาค้นคว้า รวบรวมข้อมูลจัดทำเอกสารเกี่ยวกับการพยาบาลภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์โดย กรณีศึกษาการพยาบาลภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ ตั้งแต่ แรกรับ – จำหน่ายกลับบ้าน ที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว เพื่อใช้ข้อค้นพบ ในการพัฒนาแนวทางให้การพยาบาลภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์
2. เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์.

รูปแบบการศึกษา : กรณีศึกษา

ผลการศึกษา : ภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ (Severe preeclampsia) มีภาวะเสี่ยงเกิดภาวะชักรุนแรงเนื่องจากความดันโลหิตสูง มีภาวะเสี่ยงกลุ่มอาการ Hemolysis, Elevated liver enzyme and Low platelets (HELLP) ซึ่งอาจมีความรุนแรงขึ้น เพื่อป้องกันภาวะชักรุนแรงและลดความดันโลหิต จึงมีการให้ยา Hydralazine 5 mg . Nicardipine 1: 5 และ MgSO₄ และมีภาวะเสี่ยงตกเลือดหลังคลอด จากการได้รับยา MgSO₄ เมื่ออายุครรภ์ 37⁺³ สัปดาห์ ได้ คลอดปกติ เพศชาย โดยน้ำหนักทารกแรกคลอด 2,370 กรัม ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตและฉุกเฉินต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน หากได้รับการวินิจฉัยล่าช้าและการเฝ้าระวังไม่เพียงพอ อาจทำให้ผู้คลอดและทารกได้รับอันตรายรุนแรงจนกระทั่งพิการหรือเสียชีวิต จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ประเมินแทรกซ้อน การวางแผน การให้การปฏิบัติทางการพยาบาล ประเมินผล ตั้งแต่ระยะก่อนคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด สามารถนำมาเป็นแนวทางในการดูแลภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป : ภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ (Severe preeclampsia) รายนี้พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะชักรุนแรงเนื่องจากความดันโลหิตสูงถือเป็นภาวะวิกฤตและฉุกเฉินต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน หากได้รับการวินิจฉัยล่าช้าและการเฝ้าระวังไม่เพียงพอ อาจทำให้ผู้คลอดและทารกได้รับอันตรายจากภาวะชักรุนแรง การรักษาของแพทย์และการเริ่มให้ยาแมกนีเซียมซัลเฟตทางหลอดเลือดดำทันทีจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะชักรุนแรงได้ โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ไม่มีแพทย์เฉพาะทางทั้งด้านสูติแพทย์ และกุมารแพทย์ พยาบาลต้องใช้กระบวนการพยาบาลที่สอดคล้องและเหมาะสมกับแนวทางการรักษาของแพทย์ ตั้งแต่ ระยะเริ่มต้นของการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ การคลอดจนถึงระยะหลังคลอด ความรู้ดังกล่าวครอบคลุมถึงการรวบรวมข้อมูล และการประเมินสภาพหญิงตั้งครรภ์การส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสม จากการศึกษาภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์รายนี้ พบปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและนำไปวางแผนการพยาบาลได้ดังนี้ 1.หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกในสมองและเกิดภาวะชักรุนแรงเนื่องจากความดันโลหิตสูง 2.เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของ Preeclampsia (HELLP syndrome) 3.ผู้คลอดไม่สุขสบายเนื่องจากอาการเจ็บครรภ์คลอด 4.อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาลดความดันโลหิต 5.มีความวิตกกังวลเรื่องความปลอดภัยทารกในครรภ์ 6.เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด 7.ทารกน้ำหนักตัวน้อย เนื่องจากผลกระทบจากมารดามีภาวะความดันโลหิตสูง 8.ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงใน ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาล ทำให้มารดาและทารกปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวผู้ป่วยนอนพักรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 3 วัน จำหน่ายมารดากลับบ้านได้พร้อมทารก

คำสำคัญ : การพยาบาล ภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ (Pregnancy Induced Hypertension : PIH) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมที่เกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์และเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบบ่อย มีอุบัติการณ์ ร้อยละ 5-10 และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาและทารกจากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2555 พบว่า ประเทศไทยมีมารดาเสียชีวิตในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด อัตรา 17.6 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ซึ่งการเสียชีวิตเกิดจากความดันโลหิตสูง บวมและมีโปรตีนในปัสสาวะระหว่างตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด เท่ากับ 3.1 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2556 อ้างถึงในราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2558) ภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์มีโอกาสเสี่ยงจะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เลือดออกในสมอง ตับวาย ไตวายและกลุ่มอาการ HELLP อย่างไรก็ตาม อันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์และแรกคลอดจะลดความรุนแรงลงได้ด้วยการวินิจฉัยที่รวดเร็ว การประเมินอาการและอาการแสดง การวินิจฉัยทางการพยาบาลการวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล การบริหารความเสี่ยง (Risk management system) มาใช้ในการดูแลพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินปัจจัยเสี่ยงเพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงและนำไปสู่การวินิจฉัยที่ทันท่วงที รวมทั้งยังมีบทบาทในการให้คำแนะนำ แก่หญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์และลดการเกิดความรุนแรงจากการเกิดภาวะชักด้วย ส่งผลให้ผู้คลอดสามารถตั้งครรภ์ครบกำหนดหรือคลอดอย่างปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์

วิธีดำเนินการศึกษา

1. เลือกกรณีศึกษาที่จะให้การพยาบาล 1 ราย
2. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว ประวัติการคลอด แบบแผนการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ
3. ทบทวนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์
4. ศึกษาค้นคว้าความรู้ทางวิชาการ แนวทางปฏิบัติระดับจังหวัด เพื่อใช้เป็นแหล่งในการวางแผนพยาบาล
5. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล
6. จัดพิมพ์รูปเล่ม เผยแพร่ข้อมูลขยายผลทางวิชาการ

พยาธิสภาพการรักษและการพยาบาลที่สำคัญ

พยาธิสภาพหลักในภาวะความดันโลหิตสูง (ครรภ์เป็นพิษ) (นงลักษณ์ เฉลิมสุข, ฉวี เบาทรวง, 2562) อยู่ที่รก โดยการฝังตัวของรก เกิดความล้มเหลวในการปรับเปลี่ยนจากลักษณะเนื้อเยื่อบุผิวเป็นลักษณะเนื้อเยื่อบุโพรงหลอดเลือด ก่อให้เกิดพยาธิสภาพต่ออวัยวะในทุกระบบของมารดาและทารกในครรภ์ได้แก่ 1) Renal system 2) Cardiopulmonary 3) Hematologic and coagulation system 4) Hepatic system 5) Neurological system 6) Visual system 7) Placenta and uterus

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของภาวะPreeclampsia และ eclampsia

1. ภาวะPreeclampsia กลุ่มอาการที่มีลักษณะรุนแรง ได้แก่ ปวดศีรษะส่วนหน้า (frontal headache) การมองเห็นผิดปกติ (visual disturbance) ปวดใต้ชายโครงขวา หรือจุกแน่นลิ้นปี่ (epigastric pain) ซึ่งลักษณะความรุนแรง พิจารณาจากอาการ อาการแสดง หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ต่อไปนี้ตั้งแต่ 1 อย่างขึ้นไป

อาการแสดง 1) Systolic BP \geq 160 mmHg หรือ Diastolic BP \geq 110 mmHg 2) น้ำท่วมปอด 3) Eclampsia คือมีอาการชักแบบชักทั้งตัว 4) เลือดออกในสมอง 5) ตาบอด (scotomata) ซีมลงหมดสติ 2) อาการปวดใต้ชายโครงหรือจุกแน่นลิ้นปี่ เนื่องจากการยืดขยายหรือการแตกของเยื่อหุ้มตับ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1) ภาวะไตวาย serum creatinine \geq 1.1 mg./dl หรือ ปริมาณปัสสาวะออกน้อยกว่า 500 ml.ใน 24 ชั่วโมง หลังจากได้รับน้ำอย่างเพียงพอ 2) การทำงานของตับผิดปกติ ระดับเอนไซม์ AST และ/หรือ ALT $>$ 70 IU/L หรือ มากกว่า 2 เท่าของค่าเดิม 3) เกล็ดเลือดต่ำมี platelet count $<$ 100,000 /uL 4) ระบบการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (coagulopathy) 5) HELLP syndrome ภาวะ HELLP syndrome เป็นภาวะแทรกซ้อน เป็นกลุ่มอาการที่แสดงถึงความรุนแรงของภาวะครรภ์เป็นพิษ 5.1) Hemolysis (H) คือการแตกหรือการสลายของเม็ดเลือดแดง วินิจฉัยจากระดับ serum lactate dehydrogenase (LDH) $>$ 600 IU และ/หรือ มี schistocytes ใน peripheral blood smear และ/หรือ serum bilirubin $>$ 1.2g./dl 5.2) Elevated liver enzymes (EL) คือการเพิ่มของเอนไซม์ตับ วินิจฉัยจากค่า serum AST $>$ 70 IU/L หรือ ALT $>$ 50 IU/L 5.3) low platelet (LP) คือเกล็ดเลือดต่ำ คคือ platelet count $<$ 100,000 /uL

Classification (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย,2558)

แบ่งระดับความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

- 1 Gestational hypertension
2. Preeclampsia และ eclampsia syndrome
3. Preeclampsia syndrome superimposed on chronic hypertension
4. Chronic hypertension

การวินิจฉัย แบ่งตามลักษณะทางคลินิก ดังนี้

1. Pre-eclampsia
2. Severe preeclampsia
3. Eclampsia
4. HELLP syndrome

การรักษา Severe preeclampsia

1. ให้ยา MgSO₄ จนครบ 24 ชั่วโมงหลังคลอดเพื่อป้องกันการชักระหว่าง และหลังการคลอด

2. ให้อาสาความดันโลหิต ในรายที่มีความดันโลหิต Diastolic ตั้งแต่ 110 mmHg ขึ้นไป
3. กรณีอายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์และมี preterm labour พิจารณาให้ Corticosteroid
4. จะยุติการตั้งครรภ์หลังจากการให้ MgSO₄ 4-6 ชั่วโมง ในราย Severe preeclampsia หรือ ภายหลังจากควบคุมการชัก 1-2 ชั่วโมง ในราย eclampsia หากประเมินภาวะของมารดา และทารกในครรภ์ แล้วไม่คงที่ พิจารณาให้คลอดทันที โดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์ และการเลือกวิธีการคลอดให้พิจารณาตามอายุครรภ์ ทำของทารก สภาวะของมดลูก สภาวะของมารดาและทารกในครรภ์ไม่จำเป็นต้องผ่าตัดคลอดเสมอไป

ผลกระทบของภาวะความดันโลหิตสูงต่อหญิงตั้งครรภ์

1. เพิ่มอัตราการเสียชีวิต เนื่องจากมีภาวะ Shock เลือดออกง่ายหยุดยาก เช่น เลือดออกในสมอง เลือดออกในตับ การมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น
2. เกิดอันตรายและภาวะแทรกซ้อนจากการชัก
3. ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะหลังคลอด จากภาวะ Preload ลดลง และ Afterload เพิ่มขึ้น ภาวะนี้เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วภายหลังรกลคลอด
4. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ Severe Preeclampsia อาจเกิดภาวะ HELLP syndrome (Hemolysis, Elevated liver enzyme and Low platelets) และภาวะ DIC (Disseminating intravascular coagulation) จะมีเกล็ดเลือดลดลง (Thrombocytopenia) Platelets count < 100,000 /uL มีความผิดปกติของค่าการแข็งตัวของเลือด เสี่ยงต่อการเกิดภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดและ ภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด
5. ภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute renal failure) จากการเสียเลือดทำให้มีเลือดไปเลี้ยงไตลดลง ไตสูญเสียหน้าที่ในการขับของเสียออกจากร่างกาย

ผลกระทบของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ต่อทารก (สมฤดี กีรตวนิชเสถียร, ภาวดี ขาวนรินทร์และ นาสุดา โชติวัฒนากุลชัย, 2562)

1. แท้ง (Spontaneous abortion)
2. คลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) เนื่องจากออกซิเจนไปเลี้ยงรกไม่เพียงพอ ทำให้รกเสื่อมเร็ว
3. ทารกเสียชีวิตในครรภ์ (Death Fetus in Utero) เนื่องจากรกเสื่อมหรือรกลอกตัวก่อนกำหนด

บทบาทพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ในระยะตั้งครรภ์ (สมฤดี กีรตวนิชเสถียร, ภาวดี ขาวนรินทร์ และนาสุดา โชติวัฒนากุลชัย, 2562)

1. การประเมินสภาพหญิงตั้งครรภ์โดยการคัดกรองความเสี่ยง เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของอาการความดันโลหิตสูง และเพื่อเฝ้าระวังความรุนแรงของโรค ดังนี้
 - 1.1 การซักประวัติเพื่อค้นหาภาวะเสี่ยง หญิงตั้งครรภ์ที่มารับการฝากครรภ์ทุกราย พยาบาลต้องมีการประเมินปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะสตรีที่มีปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) ได้แก่
 - การซักประวัติเพื่อค้นหาภาวะเสี่ยง มีภาวะอ้วน อายุมากกว่า 35 ปี
 - ครรภ์แรก และอายุน้อยกว่า 20 ปี

- ประวัติคนในครอบครัวมีภาวะความดันโลหิตสูง ประวัติ Preeclampsia หรือ Eclampsia ในครรภ์ก่อน

- มีโรคทางอายุรกรรม เช่น ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคไต หรือ โรคหลอดเลือดอื่น ๆ
- ความผิดปกติของการตั้งครรภ์ เช่น ครรภ์แฝด ครรภ์ไขปลาคูก ทารกบวมน้ำในครรภ์
- ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดทางพันธุกรรมแบบ Thrombophilia
- ความผิดปกติของการไหลเวียนในเส้นเลือดแดงยูเทอริน (Abnormal uterine artery)

2. การตรวจร่างกาย (Physical examination) เพื่อการเฝ้าระวังสัญญาณอันตรายของภาวะ Eclampsia หรือ Preeclampsia เพิ่มเติม ดังนี้

2.1 การวัดความดันโลหิต กรณีพบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงควรนัดหมายการฝากครรภ์แบบหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง ส่งปรึกษาสูติแพทย์เพราะมีความจำเป็นโดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ ที่มีอายุครรภ์ < 32 สัปดาห์ มีความสัมพันธ์กับอัตราการตายของมารดาและทารก ดังนั้นการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงควรมีการปรึกษากุมารแพทย์ร่วมด้วย

2.2 การประเมินอาการบวม ประเมินจากการใช้นิ้วกดบริเวณกระดูกหน้าแข้งนาน 10-30 วินาที ภาวะบวมที่บ่งบอก Pathological edema คือ อาการบวมที่พบบริเวณใบหน้า มือหรือท้องและอาการบวมมักไม่ยุบลงแม้ว่าจะได้นอนพักแล้ว 12 ชั่วโมง

2.3 ประเมินน้ำหนักตัว โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 กิโลกรัม ใน 1 สัปดาห์ซึ่งสามารถใช้เป็นข้อบ่งชี้ของภาวะ Preeclampsia

2.4 ตรวจปฏิบัติการตอบสนองระดับลึกของเอ็นที่ยึดกล้ามเนื้อ deep tendon reflex เพื่อเป็นการประเมินระบบประสาทส่วนกลางรวมทั้งช่วยในการประเมินภาวะ Hypermagnesemia ในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยา Magnesium sulfate อีกด้วย (นันทพร แสนศิริพันธ์, 2560)

3. การติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินความรุนแรงและการดำเนินของโรคเพื่อใช้ในการวางแผนการพยาบาลโดย American College of Obstetricians and Gynecologists (2013) ได้ให้คำแนะนำในการประเมินการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อช่วยในการประเมินภาวะความรุนแรงของโรค

บทบาทพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในระยะคลอด (สมฤดี กীরตวนิชเสถียร, ภารดี ชาวรินทร์ และนาถสุดา โชติวัฒนากุลชัย, 2562)

พิจารณาเมื่ออายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ขึ้นไป โดยการประเมินปากมดลูกพร้อมหรือประเมิน Bishop score ≥ 6 จะพิจารณากระตุ้นคลอด สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ในกรณีไม่มีข้อบ่งห้าม กรณีที่ปากมดลูกยังไม่พร้อมและมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง กระตุ้นคลอดเมื่อสภาวะเหมาะสม ในหญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจพบภาวะ Severe Preeclampsia โดยทั่วไปเป็นข้อบ่งชี้ในการยุติการตั้งครรภ์ เพื่อลดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดาและทารก การพิจารณาให้ตั้งครรภ์ต่อในกรณีที่อายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ อาจพิจารณาให้ทำได้ ในโรงพยาบาลตติยภูมิ ภายใต้การดูแลจากสูตินรีแพทย์ และควรคลอดในโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการดูแลทารกแรกเกิด

บทบาทพยาบาลในการบริหารยา (สมฤดี กীরตวนิชเสถียร, ภารดี ชาวรินทร์ และนาถสุดา โชติวัฒนากุลชัย, 2562)

การบริหารยาเป็นอีกหนึ่งบทบาท พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้รักษาเพื่อสามารถให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับการรักษา แนวทางการรักษาความดันโลหิตสูงของแพทย์เริ่มต้นที่ความดันโลหิตสูงกว่า 160/110 mmHg เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกในสมองและเกิดภาวะชัก การรักษาที่มีภาวะ Pre-eclampsia ที่มีความดันโลหิตสูงในระดับไม่รุนแรงถึงระดับปานกลาง ถ้าอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ แพทย์ อาจพิจารณาให้คลอด แต่กรณีอายุครรภ์น้อยกว่า 37สัปดาห์ ให้ติดตามประเมินอาการของมารดาและทารกในครรภ์เป็นระยะ และนับลูกตื่นทุกวัน ติดตามความดันโลหิต 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ตรวจหาโปรตีนในปัสสาวะ (Proteinuria) สัปดาห์ละครั้ง สำหรับการรักษาความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงที่มีความดันโลหิตสูงอย่างฉับพลันและรุนแรง คือมีความดันโลหิตตั้งแต่ 170 / 110 mmHg เป็นภาวะความดันโลหิตสูงที่รุนแรงซึ่งต้องได้รับการรักษาเพื่อลดความดันโลหิตอย่างเร่งด่วนทันที มีการใช้ยาหลายชนิดในการรักษาความดันโลหิตสูงอย่างรุนแรงในครรภ์ แต่การให้ยาเพื่อลดความดันโลหิตต้องให้ด้วยความระมัดระวังอาจเกิดอันตรายต่อมารดาและทารกในครรภ์ได้ การให้ยาตามข้อตกลงของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

ตารางที่ 1 : ยากันชัก (Anticonvulsant drugs.)

ยา	Initial dose	Maintenance dose	ยาแก้ฤทธิ์พิษของยา	การเฝ้าระวัง	กรณีชักซ้ำ
MgSO ₄	IV regimen 10% MgSO ₄ 4-6 gm. ฉีดซ้ำๆ อัตรา ≤ 1 gm. ต่อ นาที หรือผสมในสารน้ำ 100 ml. ให้นาน 10-20 นาที	IV regimen 50% MgSO ₄ 20 gm. ผสมใน 5% D/W 500ml. อัตรา 1-2 gm. ต่อ ชม.	10 % calcium gluconate 10 ml. ฉีดเข้าหลอดเลือดดำนานกว่า 3 นาที	1. patellar reflex: present 2. ปัสสาวะ ≥ 100 ml. ต่อ 4 ชม. หรือ ≥ 25 ml. ต่อ ชม. 3. หายใจ ≥ 14/min ตรวจระดับ Mg ²⁺ ในเลือด 4-6 ชม. หลังให้ยา (ระดับของการรักษา 4.8-8.4mg/dl) ควรทำในรายที่ Cr > 1 mg./dl	ให้ 10% MgSO ₄ .2-4 gm. ฉีดเข้าหลอดเลือดดำซ้ำๆ อัตรา ≤ 1 gm. ต่อ นาที ตรวจระดับ Mg ²⁺ ในเลือด

ตารางที่ 2 : การให้ยาลดความดันโลหิตการให้ยาตามข้อตกลงของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย						
ชื่อยา	ขนาด	ทางที่ให้	ยาเริ่มต้นออกฤทธิ์	อาการไม่พึงประสงค์	ข้อห้าม/ข้อจำกัด	การพยาบาล
Nifedipine	10-20 มก. Max 40 มก.	ทางปาก	30- 45 นาทีให้ซ้ำหลัง 45 นาที	หน้าแดง ผิวแดง ปวดศีรษะ	ไม่ควรให้อมใต้ลิ้นเพราะจะทำให้ความดันโลหิตลดลงมากผิดปกติ	ติดตามสัญญาณชีพ ความดันโลหิตหลังให้ยา ทุก 5 นาที นาน 15 นาที แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าอาการปวดศีรษะ หน้าแดง ผิวแดงอาจเกิดจากผลข้างเคียงของยา เพื่อลดความโลหิต
Hydralazine	5-10 มก. (ครั้งแรก 5 มก. ถ้า ทารกปกติ Max 30 มก.	IV ซ้ำได้ ทุก 20 นาที	20 นาที	หน้าแดง ผิวแดง ปวดศีรษะ คลื่นไส้ ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นเร็ว	โรคไต โรคตับ เจ็บหน้าอก จากหัวใจขาดเลือด หรือมีประวัติ หลอดเลือดในสมอง	ติดตามสัญญาณชีพ ระวังการเต้นของหัวใจ วัดความดันโลหิตทุก 10 นาที 1ชม. ทุก 15 นาที 4 ครั้งทุก 30 นาที 2 ครั้ง และ ทุก 1 ชั่วโมง 4 ครั้ง ถ้าความดันโลหิตยังคงสูง รายงานแพทย์ เพื่อให้ยา Second therapy line และ แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าอาการปวดศีรษะ หน้าแดง ผิวแดง อาจเกิดจาก ผลข้างเคียงของยา เพื่อลดความวิตกกังวล
Nicardipine	1:5 ใช้ยา 20ml. เจือจางใน สารละลาย 80 ml.	IV	5-10 นาที ระยะเวลา าออก ฤทธิ์นาน 1-4 ชม.	หน้าแดง ร้อนวูบ วาบ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน	cardiogenic shock , recent MI or acute unstable cardiogenic shock , recent MI or	ติดตามสัญญาณชีพ หลังให้ยาแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าอาการปวดศีรษะ หน้าแดง ผิวแดงอาจเกิดจากผลข้างเคียงของยา เพื่อลดความวิตกกังวล

				ใจสั้น	acute unstable	
--	--	--	--	--------	-------------------	--

บทบาทในการดูแลมารดาในระยะหลังคลอด

การนัดตรวจติดตาม 6 สัปดาห์ในมารดาในระยะหลังคลอด โดยการติดตามประเมินระดับความดันโลหิต และการตรวจหาระดับโปรตีนในปัสสาวะ มารดาหลังคลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงและควรได้รับการรักษา และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรค การดูแลตนเองเพื่อรักษาในระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ คำแนะนำ เกี่ยวกับการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ การควบคุมน้ำหนัก การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายเหมาะสม และส่งต่อข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านเพื่อติดตามเยี่ยมจำนวน 3 ครั้งตามเกณฑ์ รวมทั้ง แนะนำการรักษาความดันโลหิตสูงต่อเนื่องในคลินิกความดันโลหิตสูง เป็นต้น

ผลการศึกษา :

กรณีศึกษา หญิงไทยคู่ อายุ 30 ปี G2P1 A0L1 Last 14 ปี GA 37 +3 wks. by U/S อายุครรภ์ 37 +3wks มาโรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว เมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2564 เวลา 01.20 น. ด้วยอาการเจ็บครรภ์ 5 ชั่วโมงก่อนมารพ. มีอาการปวดมึนศีรษะเล็กน้อย ตาไม่พร่ามัว ไม่มีอาการจุกแน่นบริเวณลิ้นปี่ ผลเลือด ปกติ ANC โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว 6 ครั้ง มีประวัติเป็นความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ปี 2560 แต่ไม่ได้ รับประทานยา ฝากครรภ์ครั้งแรก เมื่อ อายุ ครรภ์ 10⁺1 wk. BP 150/100 mmHg.ไม่ได้รับประทานยา เริ่ม การรักษา ความดันโลหิตสูง เมื่อวันที่ 1 กันยายน 2564 โดย รับประทานยา Methyldopa (250 mg.) 1x 2 pc. แรกรับตรวจครรภ์ HF 2/4 > สะดือ FHS 128 / min ทารกในครรภ์ท่า ORA ตรวจภายใน Cx. Old dilate station -1 Eff 80 % MI Interval 3 นาที Duration 30 วินาที Pain Score 7 คะแนน Vital signs : E4V5M6 Pupil reaction both eyes สูง 160 cm. น้ำหนัก 78 kgs. BMI 30.5 kg/m2 แรกรับ T 36.9 °C PR 90 / min RR 20 /min BP 230/103 mmHg SpO2 99 % ตรวจปัสสาวะพบไข่ขาว 2+ เท้าบวมทั้งสองข้าง Deep Tendon Reflex 2+ แพทย์ให้การวินิจฉัย Severe preeclampsia และ ให้การรักษา On 0.9nss 1000ml IV 80 ml/hr. Hydralazine 5 mg. ทุก 5 นาที 3 dose on Mgo4 4gm. IV drip in 30 นาที then 50 % MgSo4 IV 1 gm./hr. ให้อาหาร Nifedipine 1: 10 IV rate 5 ml/hr. then keep BP < 160/110 mmHg. เพื่อลดความดันโลหิตสูง และระหว่างรอคลอด มีอาการปวดมึนศีรษะ เล็กน้อย ตาไม่พร่ามัว ไม่มีอาการจุกแน่นบริเวณลิ้นปี่ หลังให้การรักษา Record V/S ทุก 4 hr. FHS ทุก ½ - 1 hr. Observe uterine contraction BP 200-203 / 103-115 mmHg ระยะ Latent phase ทุก 1 – 2 hr. Observe progression of labour ทุก 2 – 4 hr. Observe Bladder ทุก 2 – 4 hr. จัดทำ นอนตะแคงซ้ายเพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปยังมดลูก สอนการหายใจและการเบ่งคลอดที่ถูกต้อง ทำให้ ต้องมีการติดตามการรักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิดต่อมา เวลา 03.45 น. Cx. Fully dilate MR clear monitor NST FHS ทุก 5 – 15 นาที Observe uterine contraction 5 – 15 นาที Observe progression of labour เชียร์เบ่งและสอนการเบ่งที่ถูกต้อง เวลา 03.58 น. : ทารกคลอดปกติ เพศชาย น้ำหนักแรกเกิด 2,370 กรัม DTX : 75 mg % แรกเกิด active good skin pink Apgar Score 1 นาที 9 คะแนน ทักสีผิว 1 คะแนน 5 นาที 10 คะแนน T : 36.6 °C HR 152 ครั้ง/min RR 52 ครั้ง/min DTX เว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี วันที่เผยแพร่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๖

75 mg% SpO₂ 96 % มารดาหลังคลอด รกคลอด เยื่อหุ้มค้ำช่วยคลอดรกได้ น้ำหนักรก 540 กรัม เลือดออกประมาณ 200 ml มารดา BP: 180 / 110 mmHg On in 0.9 % nss 1000 ml ขวดเติม Add Synto 20 unite IV 150 ml/hr On 5 % D/W 480 ml + 50 % MgSo₄ 10 gm. IV drip in 50 ml/hr. Nicadipie (1:5) + 0.9 % nss 100 ml IV 10 ml/hr. ดังนั้นผู้ศึกษาได้ให้การพยาบาลผู้คลอดเพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นภายหลังคลอด โดยดูแลให้ผู้คลอดพักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจ และให้ยา MgSO₄ ต่อเนื่องพร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยา เฝ้ารออาการตกเลือดหลังคลอดโดยประเมินการหดตัวของมดลูก สังเกตลักษณะและปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด ดูแลให้กระเพาะปัสสาวะว่าง สภาพทั่วไปของผู้คลอดปกติ ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง เพื่อเฝ้าระวังและประเมินความรุนแรงของโรคอย่างต่อเนื่อง ซึ่งความดันโลหิตของผู้คลอดอยู่ในช่วง BP 180-188/100-110 mmHg ครบ 2 ชม. หลังคลอดย้ายผู้คลอดไปพักผ่อนที่แผนกหลังคลอด ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ อาจทำให้เกิดอันตรายกับหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ ผู้คลอดได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ทำให้มารดาและทารกปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ผู้คลอดนอนพักรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 3 วัน จำหน่ายกลับบ้านได้ จากการดูแลภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์รายนี้ สามารถนำมาเป็นข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และนำไปวางแผนการพยาบาลได้ ดังนี้

ระยะก่อนคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ 1 หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกในสมองและภาวะชัก เนื่องจากความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

ข้อมูลสนับสนุน :

S : มีอาการปวดศีรษะ

O : ความดันโลหิต 150/100 mmHg. ตั้งครรภ์ 10 สัปดาห์ ไม่ได้รับประทานยา

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะชัก
2. เพื่อเฝ้าระวังเลือดออกในสมอง
3. เพื่อควบคุมและลดความดันโลหิต

เกณฑ์การประเมินผล

1. วัดสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิตความดันโลหิต < 140/90 mmHg
2. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะชัก

กิจกรรมพยาบาล

1. แนะนำสังเกตอาการสู่ภาวะชัก ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เห็นภาพไม่ชัด อาการเห็นภาพไม่ชัด อาการปวดบริเวณใต้ลิ้นปี่หรืออาการเจ็บชายโครงขวา หรือมีอาการกระตุกของกล้ามเนื้อข้อเท้า (Ankle clonus)
2. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์นอนพักในท่านอนตะแคงซ้ายเพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปยังมดลูก
3. แนะนำการมาตรวจตามนัด และอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล

การประเมินผล

หญิงตั้งครรภ์ ไม่มีภาวะชัก ไม่มีภาวะเลือดออกในสมอง มีอาการปวดศีรษะบางครั้ง ควบคุมความดันโลหิตได้ BP138/86 mmHg.- 151/100 mmHg. มาตรการตามนัด 6 ครั้ง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงในระยะตั้งครรภ์

ข้อมูลสนับสนุน

S : ความดันโลหิตสูง ปี 2560 ไม่ได้รับประทานยา

: ประวัติการฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 10 สัปดาห์ ความดันโลหิต 150/100 mmHg.) ไม่ได้รับประทานยาลดความดันโลหิต เริ่มรับประทานยาลดความดันโลหิต 1 กันยายน 2564 Methylodopa 1 x2 pc.

วัตถุประสงค์

เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเมื่อมีภาวะความดันโลหิตสูง

เกณฑ์การประเมินผล

มารดาหลังคลอดมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง

กิจกรรมพยาบาล

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ
2. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ โปรตีนสูง ไขมันต่ำ งดอาหารที่มีรสเค็ม ผลไม้ที่แนะนำคือส้ม กล้วยน้ำว้าช่วยเพิ่มโปรตัสเซียมมีผลดีต่อการควบคุมความดันโลหิต
3. แนะนำการรับประทานยาอย่างถูกต้อง และครบถ้วนตามคำสั่งการรักษาของแพทย์
4. ส่งต่อข้อมูลไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เยี่ยมบ้าน
5. นัดเข้าคลินิกความดันโลหิตสูง และEarly planningในครรภ์ถัดไป

การประเมินผล

มารดาหลังคลอดสามารถบอกถึงการปฏิบัติตนของโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างถูกต้อง สามารถปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตตามที่ให้คำแนะนำ มาตรการตามแพทย์นัด

ระยะคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของPreeclampsia (HELLP syndrome)

ข้อมูลสนับสนุน

O : ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 166 /112-184/112 mmHg

: ปัสสาวะมีสีเข้ม ตรวจปัสสาวะพบไข่ขาว 2+

: เท้าบวมเล็กน้อย Deep Tendon Reflex 2+

วัตถุประสงค์ :

เพื่อลดความรุนแรงของโรค

เกณฑ์การประเมิน

1. ตรวจสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

2. ระดับความรู้สึกของมารดา และความตื่นตัวทางระบบประสาท (DTR) ปกติ

กิจกรรมพยาบาล

1. สังเกตอาการ ระดับความรู้สึก ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 5 นาที
2. สังเกตภาวะเลือดออกผิดปกติ จากภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ตามไรฟีน รอยช้ำตามผิวหนังการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ
3. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และรายงานแพทย์ทราบ เพื่อประเมินช่วยให้แพทย์วินิจฉัยโรคได้ถูกต้อง สามารถให้การรักษาได้ทันเวลาที่

การประเมินผล

ตรวจประเมินสัญญาณชีพ ความดันโลหิตยังสูงกว่า 160/90 mmHg ในบางเวลา ปัสสาวะมีสีเหลืองใสปกติ In take: 3180 ml/24 hr. Out put 3200 ml/24 hr. ปัสสาวะออกมากกว่า 50ml/hr. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้คลอดไม่สุขสบายเนื่องจากอาการเจ็บครรภ์คลอด

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยบอกว่า “เจ็บท้อง ปวดท้องมากเลย” “ใกล้จะคลอดหรือยัง”
- O : ผู้ป่วยแสดงสีหน้าเจ็บปวด
- : หญิงตั้งครรภ์เมื่อมดลูกหดตัวถี่ขึ้นไปมาและมีการเกร็งตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย Pain score 7 คะแนน
- : Interval 1 นาที, Duration 30 วินาที Severity ++

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้คลอดมีความสุขสบาย สามารถเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้คลอดสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำ
2. ใช้เทคนิคผ่อนคลายความเจ็บปวดได้ สามารถเผชิญความเจ็บปวดได้เหมาะสม

กิจกรรมพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้คลอด ให้การพยาบาล ด้วยความนุ่มนวล พุดคุยให้กำลังใจ อธิบายให้เข้าใจถึงกลไกการคลอดที่ผู้คลอดต้องเผชิญ ความเจ็บปวดจะไม่ลดลงจนกว่าจะผ่านการคลอดไปแล้ว
2. ให้นอนตะแคงซ้าย .แนะนำวิธีการผ่อนคลายความเจ็บปวดโดยใช้เทคนิคการหายใจ
3. Observe uterine contraction ระยะ Latent phase ทุก 1-2 hr. Observe progression of labour ทุก 2-4 hr.

การประเมินผล

ภายหลังให้การพยาบาลพบว่า ผู้คลอดสามารถใช้เทคนิคผ่อนคลายความเจ็บปวดได้ถูกต้อง เหมาะสม ไม่ร้องเอะอะโวยวาย กระสับกระส่ายเล็กน้อย ผู้ป่วยมีอาการเจ็บครรภ์เป็นพักๆ Interval 3 นาที Duration 40 วินาที พักผ่อนได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้คลอดอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาลดความดันโลหิต

ข้อมูลสนับสนุน:

O : ผู้คลอดได้รับยา 50% MgSo4 10 mg. IV ให้ยา Nicardipine 1: 10 IV rate 5 ml/hr. Hydralazine 5 mg. IV

วัตถุประสงค์

ผู้คลอดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาลดความดันโลหิต

เกณฑ์การประเมิน

1. BP < 140/90mmHg
2. อัตราการหายใจ >16 ครั้ง/นาที
3. ปัสสาวะ > 25ml/hr.
4. ปฏิกริยาตอบสนองปกติ ไม่ลดหายไป หรือมากกว่า 2+

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ได้รับยา High Alert Drug ตามมาตรฐานการให้ยาและ Drip ยาโดยใช้เครื่อง Infusion pump
2. สังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบตามตัว คลื่นไส้อาเจียน
3. วัดความดันโลหิตทุก 1 ชั่วโมง เนื่องจากได้รับยาลดความดันโลหิต อาจลดลงมากกว่าปกติและรวดเร็ว จะได้แก้ไขได้ทันเวลาที่
4. บันทึกการหายใจทุก 1 ชั่วโมงต้องมากกว่า 16 ครั้ง/นาที เพื่อป้องกันการหยุดหายใจผิดปกติแก้ไขได้ทันทีด้วย 10% Calcium gluconate ซึ่งต้องเตรียมไว้
5. ตรวจสอบ Deep Tendon Reflex ต้องไม่น้อยกว่า 2 + ทุกแคว
6. บันทึกจำนวนปัสสาวะต้องไม่น้อยกว่า 25 ml/hr.
7. เตรียมอุปกรณ์และยาสำหรับช่วยกู้ชีพฉุกเฉิน อุปกรณ์ที่ใช้ในขณะที่เกิดอาการชัก

การประเมินผล

ผู้คลอดไม่มีอาการไม่พึงประสงค์ของยา ระดับความดันโลหิต 160/80- 170 /110 mmHg อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ปัสสาวะไม่ต่ำกว่า 25 ml/hr. (ปัสสาวะสีเหลืองใส ออกมากกว่า 50 ml/hr. ปฏิกริยาตอบสนองปกติ Deep Tendon Reflex เท่ากับ 2 +

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ผู้คลอดและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตรเนื่องจากทารกคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักตัวน้อย

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้คลอดถามทารกในครรภ์ จะเป็นอันตรายมากไหมคะ
- O : ทารกคลอดปกติ เพศชาย น้ำหนัก 2,370 กรัม Apgar score 9-10 -10 คะแนน
- : ทารกคลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์ 37 +3 สัปดาห์)

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้คลอดและญาติคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมิน

ผู้คลอดคลายความวิตกกังวลให้ความร่วมมือในการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความวิตกกังวลและท่าทีที่แสดงออกของมารดาและครอบครัวเปิดโอกาสให้ซักถาม
2. พุดคุยให้กำลังใจให้ความมั่นใจว่าทารกจะได้รับการดูแลอย่างดี

การประเมินผล

ผู้คลอดและญาติมีสีหน้าสดชื่น ร่วมมือปฏิบัติ

ระยะหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากยา $MgSO_4$ มีฤทธิ์ทำให้การหดรัศตัวมดลูกลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

- : ได้รับยา $MgSO_4$ ระยะเวลา 24 ชั่วโมง
- : รกคลอด มีเยื่อหุ้มรกค้างเล็กน้อย Blood loss 200 ml.

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้คลอดปลอดภัยไม่เกิดภาวะตกเลือดในระยะหลังคลอด

เกณฑ์การประเมิน

1. รกและเยื่อหุ้มรกคลอดอย่างสมบูรณ์ภายใน 30 นาที
2. มดลูกหดรัศตัวดี แข็ง กลม ไม่นุ่ม
3. เลือดออกหลังคลอด < 500 CC
4. สัญญาณชีพปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ทำคลอดทารกและรกอย่างถูกต้องตามเทคนิคเพื่อป้องกันการฉีกของช่องทางคลอดและการตกค้างของเศษรกซึ่งอาจทำให้ตกเลือดหลังคลอดได้
2. ดูแลให้ Oxytocin 10 Unit ทางหลอดเลือดดำ หลังไหล่น้ำคลอด เพื่อกระตุ้นการหดรัศตัวของมดลูก
3. สังเกตปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดหลังจากคลอดแล้วโดยใช้ถุงตวงเลือดประเมิน ปริมาณเลือดที่ออกหลังการคลอดรก ตรวจสอบการหดรัศตัวของมดลูกถ้าไม่ได้รับภาษาเหตุเพื่อให้การพยาบาลที่ถูกต้องต่อไป
4. บันทึกสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที เพื่อทราบอาการเปลี่ยนแปลงของผู้คลอดจะได้ให้ความช่วยเหลือที่ถูกต้องและรวดเร็ว

การประเมินผล

เว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี วันที่เผยแพร่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๖

รกและเยื่อหุ้มรกลอกหลุดตัวภายในเวลา 30 นาที มดลูกหดรัดตัวดี เสียเลือด 200 ซีซี หลังรกคลอด ไม่มี Active Bleeding per Vagina ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 180/110 มิลลิเมตรปรอท

สรุปและข้อเสนอแนะ

ภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ เป็นภาวะที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตมารดาและทารกในครรภ์ การได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่รวดเร็วช่วยลดอันตรายที่ก่อให้เกิดการสูญเสียในภาวะนี้ได้ นอกจากนี้การพยาบาลเร่งด่วนตามปัญหาที่พบบนนั้นยังเป็นการช่วยให้ผู้คลอดและทารกในครรภ์ปลอดภัย บทบาทของพยาบาลห้องคลอดและหน่วยงานฝากครรภ์ ควรได้รับการทบทวนกระบวนการพยาบาล พัฒนา/ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติ ให้ครอบคลุมทั้งประเด็นรายการประเมิน การเฝ้าระวัง ความถี่การเฝ้าระวัง คะแนนหรือรายละเอียดที่ช่วย Alert หรือ Warning ให้ตระหนักและเร่งรายงานแพทย์ ส่งเสริม จัดอบรมฟื้นฟูบุคลากรที่ปฏิบัติงานมีความรู้ ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงกลุ่มโรคสำคัญ การอบรมฟื้นฟูการช่วยฟื้นคืนชีพทั้งในมารดาและทารกแรกเกิดอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง และต่อเนื่อง พัฒนาระบบการนิเทศประเมินผลและควบคุมคุณภาพ การพยาบาลให้มีการบริการอย่างมีศักยภาพ ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ ประชาสัมพันธ์การฝากครรภ์เร็วตั้งแต่ต้น การวางแผนครอบครัวในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว การส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน หรือคืนข้อมูล และติดตามหลังคลอด เพื่อส่งคลินิกความดันโลหิตสูง เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560) สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2559.

กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

คณะกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.(2558). แนวทางการ

ปฏิบัติของราชวิทยาลัยเรื่องการดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ.ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.

กรุงเทพฯ : พิมพ์ลักษณะ

นงลักษณ์ เฉลิมสุข, ฉวี เบาทรวง. (2562). การพยาบาลและการผดุงครรภ์:สตรีที่มีภาวะเสี่ยงและมีภาวะแทรกซ้อน .คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พูลเพชร ภูต้อยใจ (2565).กรณีศึกษา:การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและชักในระยะคลอด. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*. 7(1), 72-82

มณฑา โสธนะ. (2565). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษา 2 ราย.

วารสารวิชาการโรงพยาบาลระยอง. 21(39), 55-69.

สมฤดี กীরตวนิชเสถียร, ภารดี ชนวนรินทร์และนาถสุดา โชติวัฒนากุลชัย (2562).บทบาทของพยาบาลในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง.*วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน* 25(4), 112-125

ปรียา สุวนิช. (2565). การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์. *วารสารวิชาการโรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร*. 27(2), 25-38.