



เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการ ทางเว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง
ในโรงพยาบาลชุมชน : กรณีศึกษา

มนัสวี เทียบรัตน์

โรงพยาบาลวังทรายพูน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชน :

กรณีศึกษา

Nursing care of maternity with Severe Preeclampsia : case study

มนัสวี เทียบรัตน์ พย.บ.,

โรงพยาบาลวังทรายพูน

Manatsavee Tiabrut

Wang Sai Phun Hospital

บทคัดย่อ

ที่มา: ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง (Severe Preeclampsia) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่รุนแรง ส่งผลให้เกิดทุพพลภาพ และเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์และทารก อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทางด้านมารดา เช่น ภาวะชัก รกลอกตัวก่อนกำหนด ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง หรือต่ำ ตับวาย ไตวาย และภาวะ HELLP Syndrome ทางด้านทารก เช่น เสียชีวิตในครรภ์ ภาวะหายใจลำบาก น้ำตาลในเลือดต่ำ⁽¹⁾

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง

วิธีดำเนินงาน : ผู้ศึกษาได้คัดเลือกหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 2 ราย

ผลการศึกษา : หญิงตั้งครรภ์รายที่ 1 อายุ 35 ปี 4 เดือน GA 34⁺¹ wks. มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดหน่วงท้อง 1 วันก่อนมา ไม่ได้ฝากครรภ์ พบมีภาวะความดันโลหิตสูง แพทย์วินิจฉัย Severe Preeclampsia ได้รับยา MgSO₄ และส่งตัวรักษาต่อที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า และหญิงตั้งครรภ์รายที่ 2 อายุ 31 ปี GA 32⁺⁶ wks มาโรงพยาบาลด้วยอาการตาพร่ามัว มองไม่ชัด 4 ชั่วโมง 25 นาทีก่อนมา พบความดันโลหิตสูงขณะอายุครรภ์ GA 30⁺¹ wks เคยได้รับการผ่าตัดคลอด แพทย์วินิจฉัย Severe Preeclampsia with Severe feature with Twin MCDA with previous C/S ไม่ได้รับ MgSO₄ และส่งตัวรักษาต่อที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

สรุปผล : พยาบาลวิชาชีพในห้องคลอดมีบทบาทสำคัญนับตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ดูแล การซักประวัติเพื่อค้นหาความเสี่ยง ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดอาการชัก และติดตามภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด ดูแลให้ยาและบริหารยา MgSO₄ ติดตามและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา มีการเตรียมความพร้อมของทีม อุปกรณ์ เครื่องมือ และยาให้พร้อมใช้ เพื่อให้การช่วยเหลือแก่มารดา และทารกในครรภ์ได้อย่างทันท่วงที อีกทั้งการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไปรักษาต่อยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าได้อย่างปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ : การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์, ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง, กรณีศึกษา

Abstract

Background : Severe preeclampsia is a serious obstetrics complication. That affects in disability and death of pregnant women and infants. This results in the risk of serious complications for the mother, such as seizures, placental abruption, high or low blood sugar, liver failure, kidney failure, and HELLP syndrome in the baby, such as death in the womb, difficulty breathing, and low blood sugar⁽¹⁾.

Objective : To study nursing care for pregnant women with severe pre-eclampsia.

Methods : This study recruited two pregnant women with severe preeclampsia in a community hospital.

Result : The First pregnant woman, age 35 years 4 month, GA 34⁺¹ weeks, came to the hospital with abdominal pain the day before coming, did not receive prenatal care, and found to have high blood pressure. Doctors diagnosed severe preeclampsia and receive MgSO₄ medication, and referred her to a hospital with a higher capacity. The second pregnant woman, 31 years old, GA 32⁺⁶ weeks, was admitted to the hospital with blurred vision, unable to see 4 hours 25 minutes before coming. There is a history of high blood pressure during pregnancy at GA 30⁺¹ weeks, the first pregnancy was a cesarean section. Doctors diagnosed severe preeclampsia with Twin MCDA with previous C/S and prescribed treatment, did not receive MgSO₄, and transfer to hospitals with higher capacity.

Conclusion : Professional nurses in the delivery room play an important role from the moment the patient is admitted. At first admission, a history is taken to find risks. Provide nursing care to prevent seizures and closely monitor fetal hypoxia. Take care of the medication and administer MgSO₄. Follow up and prevent complications from receiving the medication. The team is prepared with medical equipment for use. To assist mothers and babies promptly. Moreover, it is safe to refer pregnant women for further treatment to hospitals with higher capacity and were no complications.

Keywords: Nursing care of pregnant women, severe pre-eclampsia, case study

บทนำ

ภาวะครรภ์เป็นพิษ เป็นภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นในหญิงตั้งครรภ์ ภาวะความดันโลหิตสูงที่จำเพาะกับการตั้งครรภ์ (Pregnancy-induced hypertension; PIH) ร่วมกับความผิดปกติของร่างกายในหลายระบบ (multisystem involvement) โดยทั่วไปมักเกิดหลังอายุครรภ์ (Gestational age; GA) 20 สัปดาห์ ร่วมกับตรวจ

พบโปรตีนในปัสสาวะ (Proteinuria) ซึ่งต่างจาก Chronic hypertension ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ไม่ว่าจะจากสาเหตุใดก็ตาม หรือตรวจพบความดันโลหิตสูงก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์⁽²⁾ โดยระดับของภาวะครรภ์เป็นพิษแบ่งเป็น 3 ระดับ 1. ระดับไม่รุนแรง มารดาจะมีความดันโลหิตสูงขึ้นสูง มีอาการบวมปานกลาง และตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน 2. ระดับรุนแรง มารดาจะมีอาการปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัว จุกเสียดแน่นบริเวณลิ้นปี่ เกล็ดเลือดต่ำ มีภาวะเม็ดเลือดแตก บางรายอาจรุนแรงถึงขั้นมีภาวะน้ำท่วมปอด หรือมีเลือดออกในสมอง 3. ระดับรุนแรงเกิดอาการชักเป็นระยะที่รุนแรงที่สุดและมักเกิดตามหลังครรภ์เป็นพิษรุนแรง ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกวิธีจากแพทย์ ผู้ป่วยจะมีอาการชักเกร็ง หรือหมดสติ อาจทำให้แม่และเด็กในครรภ์ได้รับความเสี่ยงถึงขั้นเสียชีวิตได้⁽³⁾ จากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ จากการรายงานข้อมูลของกรมอนามัย สถานการณ์การตายของมารดาไทย ปี พ.ศ.2565 และปี 2566(ต.ค.65-ก.ค.66)⁽⁴⁾ พบว่าประเทศไทยมีมารดาเสียชีวิตในทุกๆระยะของการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นการเสียชีวิตจากความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ตลอด 11 ราย(129 ราย) และ 17 ราย(78 ราย) ซึ่งอยู่ในอันดับต้น ๆ ของสาเหตุการเสียชีวิตของมารดา

จากสถิติการคลอดของโรงพยาบาลวังทรายพูนมีผู้คลอดในแต่ละปีตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564, 2565 และ 2566 จำนวน 31ราย 25 ราย และ 31 ราย มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดไม่รุนแรงคิดเป็นร้อยละ 9.67, 4.00 และ 3.22 ตามลำดับ และยังพบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง 1 ราย, 0 ราย และ 1 ราย ตามลำดับ

ดังนั้นพยาบาลห้องคลอดจึงต้องมีความรู้เรื่องโรค ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน การรักษา และผลข้างเคียงของยาที่มีความเสี่ยงสูง มีทักษะความชำนาญในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และดูแลให้การพยาบาลตามความเร่งด่วน อย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อชีวิตของมารดา และทารกในครรภ์

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชน:กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการดำเนินการ

1. ผู้ศึกษาได้คัดเลือกหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่มารับบริการงานห้องคลอด โรงพยาบาลวังทรายพูน อำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร จำนวน 2 ราย

2. การศึกษาเชิงพรรณนา เปรียบเทียบกรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง มีการเก็บข้อมูล การประเมินภาวะสุขภาพโดยจำแนกตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's Functional Health Pattern) และนำมาวิเคราะห์ปัญหาเพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและนำไปสู่การวางแผนการพยาบาล

ผลการดำเนินการ

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง 2 ราย หญิงตั้งครรภ์รายที่ 1 อายุ 35 ปี GA 34⁺¹ wks by U/S เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 2 สิงหาคม 2566 แพทย์วินิจฉัย Severe Preeclampsia ส่งตัวรักษาต่อที่โรงพยาบาลพิจิตร และหญิงตั้งครรภ์รายที่ 2 อายุ 31 ปี GA 32⁺⁶ wks by U/S เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 17 กรกฎาคม 2564 แพทย์วินิจฉัย Severe Preeclampsia with Severe feature with Twin MCDA with previous C/S ส่งตัวรักษาต่อที่โรงพยาบาลเนินมะปราง เพื่อส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลพุทธชินราช

ตาราง 1 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	หญิงตั้งครรภ์รายที่ 1	หญิงตั้งครรภ์รายที่ 2
อายุ	35 ปี 4 เดือน	31 ปี 1 เดือน
สถานภาพ	คู่	คู่
อาชีพ	แม่บ้าน	แม่บ้าน
สิทธิการรักษา	บัตรทอง	บัตรทอง (สิทธิโรงพยาบาลต่างจังหวัด)
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ปวดหน่วงท้อง ไม่มีเลือดออก เป็น 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล	ตาพร่ามัว มองไม่ชัด ไม่มีปวดหัว เป็น 4 ชั่วโมง 25 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	หญิงตั้งครรภ์อายุ 35 ปี 4 เดือน GA 34 ⁺¹ wks by U/S G ₃ P ₂ A ₀ L ₂ Last child 4 ปี ให้ประวัติว่า 4 เดือน ก่อนตรวจพบว่าตนเองตั้งครรภ์ ไม่ได้ฝากครรภ์เนื่องจากสามีทำงานต่างจังหวัด 1 วันก่อนมา ขับรถจักรยานยนต์หลังจากนั้นเริ่มมีอาการปวดหน่วงท้อง ไม่มีภาวะเลือดออกทางช่องคลอด รู้สึกลูกดิ้นปกติ ไม่ได้รักษาที่ใดมาก่อน อาการปวดไม่ทุเลา จึงมาโรงพยาบาล	หญิงตั้งครรภ์ อายุ 31 ปี GA 32 ⁺⁶ wks by U/S G ₂ P ₁ A ₀ L ₁ Last child 8 ปี ฝากครรภ์ครบตามกำหนด ที่โรงพยาบาลเนินมะปราง ผลเลือดปกติ และพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลพุทธชินราชเนื่องจาก Twin MCDA with previous C/S และเมื่อ GA 30 ⁺¹ wks ได้ตรวจพบว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง นอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล 2 ครั้ง ติดตามความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีอาการความดันโลหิต 4 ชั่วโมง 25 นาทีก่อนมา มีอาการตาพร่ามัว มองไม่ชัด ไม่มีปวดศีรษะ ไม่ได้รักษาที่ใด จึงมาโรงพยาบาล

ตาราง 1 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	หญิงตั้งครรภ์รายที่ 1	หญิงตั้งครรภ์รายที่ 2
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	- ภูมิแพ้โรคประจำตัว - ภูมิแพ้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง - ภูมิแพ้ยา/อาหารและสารเคมี ต่างๆ	- เคยผ่าตัดคลอดเมื่อ 8 ปีที่แล้ว - ภูมิแพ้โรคประจำตัว - ภูมิแพ้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง - ภูมิแพ้ยา/อาหารและสารเคมี
อาการแรกเริ่ม	รู้สึกตัวดี สีหน้ากังวล ไม่มีปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว ไม่มีจุกท้องได้ลิ้นปี่ ยังมีปวดหน้าท้อง ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด งดตรวจทางช่องคลอด BT 36.5 °C, PR 94 /min, RR 20 /min, BP 170/115 mmHg, วัดซ้ำ PR 90 /min, RR 20 /min, BP 174/119 mmHg O2 Sat 98 % (Room Air) , Deep tendon reflex +2, ตรวจหน้าท้อง ¾ > ระดับสะดือ, ท่า ROA, HF 34 cm., Fetal heart sound : 150 /min, Uterine Contraction : Interval >10 min Duration 30 sec ผลการตรวจ NST : ผล reactive ผล ultrasound TAS : SVF, Vx, EFW 2,179 gm., AFI adequate, not seen gross anomaly, positive heart activity.	รู้สึกตัวดี สีหน้ากังวล ตามตอบรู้อยู่ขณะพูดหลับตา มีตาพร่ามัว มองไม่ชัด ไม่มีปวดศีรษะ ไม่มีจุกท้องได้ลิ้นปี่ ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด งดตรวจทางช่องคลอด BT 36.5 °C, PR 106/min, RR 20 /min, BP 170/110 mmHg, วัดซ้ำ PR 120/min, RR 20 /min, BP 163/122 mmHg O2 Sat 98 % (Room Air) , Deep tendon reflex +2, ตรวจหน้าท้อง ¾ > ระดับสะดือ, ตรวจ Fetal heart sound: Rt 138 /min, Lt 136/min Uterine Contraction > 10 min No Contraction ผลการตรวจ NST : ผล reactive ผล ultrasound : Twin MCDA positive heart both, no anomaly seen, not seen placenta abruption & previa.
การวินิจฉัย	Severe Preeclampsia with Hypokalemia	Severe Preeclampsia with Severe feature with Twin MCDA with previous C/S with Hypokalemia
วันที่รับไว้รักษา	2 สิงหาคม 2566	17 กรกฎาคม 2564
วันที่ส่งต่อ	2 สิงหาคม 2566	17 กรกฎาคม 2564

ตารางที่ 2 การประเมินภาวะแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน(Gordon's Functional Health Pattern)

11 แบบแผนของGordon	หญิงตั้งครรภ์รายที่ 1	หญิงตั้งครรภ์รายที่ 2
แบบแผนที่ 1 การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการจัดการสุขภาพ	หญิงตั้งครรภ์อายุ 35 ปี 4 เดือน (G ₃ P ₂ A ₀ L ₂ Last child 4 ปี) ให้ประวัติว่า 4 เดือนก่อนตรวจพบว่าเป็นตนเองตั้งครรภ์ ไม่ได้ฝากครรภ์ ยังทำงานบ้านและปฏิบัติตัวตามปกติ 1 วันก่อนมาเข้ารับรถจักรยานยนต์ จากนั้นเริ่มมีอาการปวดหน่วงท้อง ไม่มีเลือดออก ไม่ได้รักษาที่ใด อาการไม่ทุเลาจึงมาโรงพยาบาล	หญิงตั้งครรภ์อายุ 31 ปี (G ₂ P ₁ A ₀ L ₁ Last child 8 ปี) ให้ประวัติว่า ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลเนินมะปราง ผลเลือดปกติ และพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลพุทธชินราชเนื่องจาก Twin MCDA with previous C/S และตรวจพบความดันโลหิตสูง ไปตรวจตามนัดทุกครั้ง ติดตาม Home BP ทุกวันตามคำแนะนำ
แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	รูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 56 กิโลกรัม สูง 163 เซนติเมตร BMI 21.08 kg/m ² รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ไม่เป็นเวลา	รูปร่างอ้วน น้ำหนัก 78 กิโลกรัม สูง 147 เซนติเมตร BMI 36 kg/m ² ชอบรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ครบ 5 หมู่
แบบแผนที่ 3 แบบแผนการขับถ่ายของเสีย	ขับถ่ายปกติ ไม่มีอาการท้องผูก ปัสสาวะวันละ 5-6 ครั้ง	ขับถ่ายปกติ ถ่ายวันละครั้ง ปัสสาวะวันละ 5-6 ครั้ง
แบบแผนที่ 4 การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย	ทำงานและทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ไม่ออกกำลังกาย	ไม่ออกกำลังกาย งดการทำงานเนื่องจากตรวจพบภาวะความดันโลหิตสูง
แบบแผนที่ 5 การนอนหลับพักผ่อน	นอนหลับได้ปกติ 7-8 ชั่วโมง/คืน	นอนหลับได้ปกติ 5-6 ชั่วโมง/คืน
แบบแผนที่ 6 การรับรู้สติปัญญา	สีหน้ากังวลเมื่อรับทราบวาระดับความดันโลหิตสูงและมีภาวะเสี่ยงที่ เกิดขึ้นต่อตนเองและลูกในครรภ์	สีหน้ากังวล เมื่อตนเองมีอาการตาพร่ามัว มองไม่ชัดและกังวลว่าบุตร จะมีภาวะแทรกซ้อน
แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	วิตกกังวลเนื่องจากคิดว่าเป็นความผิดของตนเองและสามีที่ไม่พาตนเองมาฝากครรภ์	รับทราบว่าตนเองมีภาวะเสี่ยงที่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาลซึ่งเกิดจากระดับความดันโลหิตสูง ภาวะครรภ์แฝด ภาวะอ้วน คิดว่าแพทย์และพยาบาลสามารถช่วยให้ตนเองและลูกปลอดภัย

ตารางที่ 2 การประเมินภาวะแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน(Gordon's Functional Health Pattern)

11 แบบแผนของGordon	หญิงตั้งครรภ์รายที่ 1	หญิงตั้งครรภ์รายที่ 2
แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ	มีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว แต่สามีเป็นคนหาเงินมาใช้จ่ายในครอบครัว และต้องทำงานต่างจังหวัด	สามีคอยดูแลอย่างใกล้ชิด พาไปฝากครรภ์ทุกครั้ง
แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์	G ₃ P ₂ A ₀ L ₂ Last child 4 ปี เต้านม และห้วงนมปกติ ไม่มีเลือดออกจากช่องคลอด ผล HIV: non-reactive	G ₂ P ₁ A ₀ L ₁ Last child 8 ปี เต้านม และห้วงนมปกติ ไม่มีเลือดออกจากช่องคลอด ผล HIV: non-reactive
แบบแผนที่ 10 การเผชิญความเครียด	สีหน้ากังวลเนื่องจากกลัวว่าลูกในครรภ์จะเกิดอันตรายถามเจ้าหน้าที่บ่อยครั้งถึงภาวะแทรกซ้อน	สีหน้ากังวลบ่นว่ากลัวลูกในครรภ์จะมีภาวะแทรกซ้อนอันตรายถึงชีวิต แต่ตนเองเตรียมใจไว้บ้างแล้ว รับทราบข้อมูลทุกครั้งที่ได้ไปฝากครรภ์
แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ	มีความเชื่อเรื่องพระพุทธศาสนา	มีความเชื่อเรื่องพระพุทธศาสนา สิ่งที่มีค่าในชีวิตคือครอบครัว

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบกรณีศึกษา

ประเด็นเปรียบเทียบ	หญิงตั้งครรภ์รายที่ 1	หญิงตั้งครรภ์รายที่ 2	การวิเคราะห์
1.ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์	หญิงตั้งครรภ์ อายุ 35 ปี 4 เดือน GA 34 ⁺¹ wks. by Ultrasound ไม่ได้ฝากครรภ์ตลอด BMI 21.08 kg/m ²	หญิงตั้งครรภ์ อายุ 31 ปี ตั้งครรภ์แฝดชนิด MCDA GA 32 ⁺⁶ wks. by Ultrasound เมื่อ GA 30 ⁺¹ wks ไปฝากครรภ์พบว่ามีความดันโลหิตสูง BMI 36 kg/m ²	หญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 รายนี้พบว่ามีปัจจัยที่เหมือนกันคือภาวะครรภ์เป็นพิษ มักเกิดขึ้นเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 20 wks หญิงตั้งครรภ์รายที่ 1 มีอายุมากกว่า 35 ปี หญิงตั้งครรภ์รายที่ 2 พบว่า ดัชนีมวลกายสูง (BMI) ≥ 35 kg/m ² จะพบภาวะนี้ได้ถึงร้อยละ 13.3 และมีครรภ์แฝดพบได้ร้อยละ 13 สูงกว่าตั้งครรภ์เดี่ยว 2-3 เท่า ⁽⁵⁾

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบกรณีศึกษา

ประเด็น เปรียบเทียบ	หญิงตั้งครรภ์รายที่ 1	หญิงตั้งครรภ์รายที่ 2	การวิเคราะห์
2. พยาธิสภาพ อาการ และ อาการแสดง	หญิงตั้งครรภ์มาโรงพยาบาล ด้วยอาการปวดหน้า บริเวณท้อง ไม่มีอาการ ปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว ไม่มีปวดจุกท้องใต้ลิ้นปี่ ไม่ได้ฝากครรภ์คลอด วัดสัญญาณชีพ PR 94 /min., RR 20 /min, BP170/115 mmHg วัดซ้ำ PR 90 /min., RR 20 /min, BP174/119 mmHg	หญิงตั้งครรภ์มา โรงพยาบาลด้วยอาการ มีตาพร่ามัวมองไม่ชัด ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีจุกท้องใต้ลิ้นปี่ ปฏิเสธเลือดออก ทางช่องคลอด วัดสัญญาณชีพ PR 106/min., RR 20 /min, BP170/110 mmHg, วัดซ้ำ PR 120/min., RR 20 /min, BP163/122 mmHg	หญิงตั้งครรภ์รายที่ 1 มีอาการปวด หน้าท้อง ไม่มีภาวะบวม ไม่มีตาพร่ามัว พบว่าความดันโลหิตสูง หญิงตั้งครรภ์ รายที่ 2 มีภาวะความดันโลหิตสูง พบเมื่ออายุครรภ์ได้ 30 wks. มีอาการ ตาพร่ามัว มองไม่ชัดเป็นตลอดเวลา ขณะพูดหลับตา ไม่มีปวดศีรษะ ซึ่งการที่ เส้นเลือดในสมองหดเกร็งหรือประกอ กับมีการทำลายของ endothelial cells ในสมอง จึงทำให้เนื้อเยื่อในสมองบวม หญิงตั้งครรภ์จะมีปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เห็นภาพเบลออาจนำไปสู่ภาวะชักได้ ⁽⁶⁾ หญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 รายนี้ มีภาวะ ความโลหิตสูง โดยความดันโลหิตสูง $\geq 160/110$ mmHg แม้จะดูแลให้ นอนพักและวัดความดันโลหิตซ้ำ ก็ไม่ลดลง หญิงตั้งครรภ์เป็นพิษ ชนิดรุนแรงนี้อาจเกิดภาวะชักได้สูง
3.ผลการ ตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษ	- CBC: Hct 36% Plt 189,000 - UA : Urine protein 1+ - LFT: Alb 2.79 ต่ำกว่า ปกติ, Albumin 3.3, ALP 255สูงกว่าปกติ - BUN, Cr : ปกติ	-CBC: Hct 39% Plt 118,000 -UA : Urine protein 3+ - LFT: Alb 3.11ต่ำ กว่าปกติ , Direct Bilirubin 0.58, ALT 68, ALP 234 สูง กว่าปกติ	หญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 ราย มีการรั่วของ โปรตีนในปัสสาวะเนื่องจากเลือด ไปเลี้ยงไตน้อยลง ทำให้โปรตีนรั่วออกมา ในปัสสาวะ เกิดรอยโรคที่ tubules ของ ไตทำให้การขับยูริกเสียไป ระดับกรด ยูริกเพิ่มขึ้นได้ ⁽⁷⁾ หญิงตั้งครรภ์ทั้งสอง รายนี้ BUN, Cr, Uric acid ปกติ แต่ พบว่ามีเอ็นไซม์ตับALT และ AST ใน เลือดสูงขึ้นผิดปกติ เกิดจากการทำลาย ของ endothelial จึงพบรอยโรคในตับได้

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบกรณีศึกษา

ประเด็นเปรียบเทียบ	หญิงตั้งครรภ์รายที่ 1	หญิงตั้งครรภ์รายที่ 2	การวิเคราะห์
3.ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ	<ul style="list-style-type: none"> - Electrolyte: Potassium 3.28 - INR: 0.9 ,PT 10.7 - Uric acid : ปกติ ตรวจ NST : ผล reactive 	<ul style="list-style-type: none"> - BUN, Cr : ปกติ - Electrolyte: Potassium 3.23 - INR: 0.9 ,PT 11.3 - Uric acid : ปกติ ตรวจ NST : ผล reactive 	และตรวจไม่พบว่ามีเม็ดเลือดแดงแตก ค่าเกล็ดเลือดยังไม่ต่ำกว่าเกณฑ์ อีกทั้งยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์ 2 รายนี้รับประทานอาหารได้น้อยจึงมีภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำอีกด้วย
4.การรักษา	<ul style="list-style-type: none"> - NPO - Record V/S q 1 hr. - Record I/O - NSS 1,000 ml iv. drip 80 ml/hr. - Dexamethasone 6 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทันที - 50% MgSO₄ 2 amp. ผสม sterile water 20 ml. iv. load in 15 min Then 50% MgSO₄ 20 amp. ผสม 5%DW 500 ml. iv drip 50 ml/hr. -On O₂ Canula 3 LPM - Retain foley's cath with bag - Refer รพ.พิจิตร 	<ul style="list-style-type: none"> - NPO - Record V/S q 1 hr. keep BP ≤160/110 mmHg - Record I/O - NSS 1,000 ml iv. drip 60 ml/hr. - Dexamethasone 6 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทันที -On O₂ Canula 3 LPM -Retain foley's cath with bag -Refer รพ. เนินมะปราง 	หญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 รายนี้ต้องได้รับการป้องกันการชักโดยให้แมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO ₄) เป็นยาที่ใช้มากที่สุดเพื่อป้องกันการชัก แต่เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์รายที่ 2 ไม่มีแพทย์ไปพร้อมรถขณะส่งต่อ ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยา MgSO ₄ จึงยังไม่ได้รับยา MgSO ₄ แต่ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดและให้ยา Dexamethasone 6 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ เพื่อให้เกิด Fetal lung maturity เป็นการเตรียมหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์เพื่อเข้าสู่กระบวนการยุติการคลอดก่อนกำหนด ⁽⁸⁾ ดูแล Retain foley's cath with bag เพื่อติดตามปริมาณของปัสสาวะอย่างน้อย 0.5-1.0 ml./kg/hr. และลดกิจกรรมของหญิงตั้งครรภ์ ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และดูแลให้ส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่า และภาวะเสี่ยงของ

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบกรณีศึกษา

ประเด็น เปรียบเทียบ	หญิงตั้งครรภ์รายที่ 1	หญิงตั้งครรภ์รายที่ 2	การวิเคราะห์
4.การรักษา			หญิงตั้งครรภ์รายที่ 2 ยังมีอีกคือเคยได้รับการผ่าคลอดและยังต้องใช้เวลาในการส่งต่อเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเนินมะปรางและถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลพุทธชินราชอีกรอบซึ่งทำให้ใช้เวลานานเพิ่มขึ้นอีก ดังนั้นจากกรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 รายที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง การรักษาที่ดีที่สุดในกลุ่มนี้คือการยุติการตั้งครรภ์ภายใน 24 ชั่วโมง ⁽⁹⁾
5.การพยาบาล	<p>1. ประเมินสภาพอาการแสดงของอาการนำก่อนภาวะช้ำในหญิงตั้งครรภ์ เช่น อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่</p> <p>2. ติดตามสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง เพื่อติดตามระดับความดันโลหิตสูง ถ้าไม่ลดลงอาจพิจารณาให้ยาลดความดันโลหิต</p> <p>3. จัดทำอนตะแคงซ้าย และศีรษะสูงเพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดสู่ทารกในครรภ์</p>	<p>1. ประเมินสภาพอาการแสดงของอาการนำก่อนภาวะช้ำในหญิงตั้งครรภ์ เช่น อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่</p> <p>2. ติดตามสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังและติดตามภาวะความดันโลหิตสูง ถ้าไม่ลดลงอาจพิจารณาให้ยาลดความดันโลหิต</p> <p>3. จัดทำอนตะแคงซ้าย และศีรษะสูงเพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดสู่ทารกในครรภ์</p>	<p>จากกรณีศึกษาจะเห็นได้ว่าหญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 ราย มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช้ำสูงและควรได้รับยาป้องกันภาวะช้ำคือ MgSO₄ แต่หญิงตั้งครรภ์รายที่ 2 ไม่ได้รับยา MgSO₄ เนื่องจากมีข้อจำกัดในการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์จากขาดบุคคลากรจึงทำให้ไม่ได้รับยา MgSO₄ ดังนั้นมีโอกาสที่จะช้ำขณะอยู่บนรถได้สูง ดังนั้นการดูแลหญิงตั้งครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชนจึงมีข้อจำกัดซึ่งทำได้เพียงการให้การพยาบาล</p>

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบกรณีศึกษา

ประเด็นเปรียบเทียบ	หญิงตั้งครรภ์รายที่ 1	หญิงตั้งครรภ์รายที่ 2	การวิเคราะห์
	<p>4.ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ</p> <p>5.อธิบายเหตุผลการให้ยา MgSO₄ อาการหลังได้รับยา อาจมีอาการร้อนบริเวณที่ฉีด และร้อนวูบวาบทั่วทั้งตัวให้ประคบด้วยผ้าเย็นหรือกระเป๋าน้ำแข็งเพื่อบรรเทาอาการ</p> <p>6 ดูแลให้ได้รับยาป้องกันชัก MgSO₄ ตามแผนการรักษาควบคุมหยุดโดยใช้ Infusion pump</p> <p>7.ประเมินอาการเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาป้องกันชัก MgSO₄ ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ขณะให้อาหารหายใจ < 14 ครั้งต่อนาที ประเมินปฏิกิริยาสะท้อนกลับ (DTR) ทุก 2-4 ชั่วโมง ต้องไม่ลดลงหรือ เท่ากับศูนย์(absent)</p> <p>8.ดูแลเตรียมยาฉีด 10%Calcium gluconate</p> <p>10 มิลลิลิตรไว้พร้อมใช้เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับ MgSO₄</p> <p>9.ดูแลให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับยา Dexamethasone 6 mg ฉีดเข้า</p>	<p>4.ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ</p> <p>5.ดูแลให้ได้รับยา Dexamethasone 6 mg เข้ากล้ามเนื้อ เพื่อให้เกิด Fetal lung maturity</p> <p>6.ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ โดยเครื่อง NST และฟัง Fetal heart sound ทุก 1 ชั่วโมง</p> <p>7.ใส่สายสวนปัสสาวะชนิดคาสายสวนไว้</p> <p>8.บันทึกจำนวนน้ำเข้าและออกจากร่างกายทุก 1 ชั่วโมง</p> <p>9.ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา</p> <p>10. เตรียมอุปกรณ์ฉุกเฉินให้พร้อมใช้ เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว</p> <p>11.อธิบายอาการที่อาจเกิดขึ้นแก่หญิงตั้งครรภ์ และญาติให้เข้าใจเพื่อคลายความวิตกกังวลเช่น การคลอดก่อนกำหนด ภาวะชักขณะอยู่บนรถเปิดให้ซักถามข้อสงสัย</p> <p>12. ส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไป</p>	<p>ตามมาตรฐาน รวดเร็ว มีคุณภาพ การดูแลให้ยา MgSO₄ เพื่อป้องกันอาการชัก การติดตามภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา MgSO₄ และการเตรียมยา 10 % Calcium gluconate ให้พร้อมใช้เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา MgSO₄ ดูแลให้ Dexamethasone เพื่อเตรียมทารกก่อนคลอด การให้สารน้ำทางหลอดเลือด การติดตาม V/S ของมารดา และต้องประเมินสุขภาพทารก ในครรภ์ โดยเครื่อง NST และการฟัง Fetal heart sound ทุก 1 ชั่วโมง ซึ่งทุกอย่างเป็นการเตรียมความพร้อมหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอด และก่อนการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่าจากการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์รายที่ 1 ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา MgSO₄ หญิงตั้งครรภ์รายที่ 2 ไม่เกิดภาวะชักขณะส่งต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ทั้ง 2 ราย ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่บนรถ Ambulance</p>

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบกรณีศึกษา

ประเด็นเปรียบเทียบ	หญิงตั้งครรภ์รายที่ 1	หญิงตั้งครรภ์รายที่ 2	การวิเคราะห์
	<p>กล้ามเนื้อ เพื่อให้เกิด Fetal lung maturity</p> <p>10. ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ โดยเครื่อง NST และ ฟัง Fetal heart sound ทุก 1 ชั่วโมง</p> <p>11. ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา</p> <p>12. ใส่สายสวนปัสสาวะชนิดคา สายสวนไว้</p> <p>13. บันทึกจำนวนน้ำเข้าและออกจากร่างกายทุก 1 ชั่วโมง</p> <p>14. เตรียมอุปกรณ์ฉุกเฉินให้พร้อมใช้ เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว</p> <p>15. อธิบายอาการที่อาจเกิดขึ้นแก่หญิงตั้งครรภ์และญาติให้เข้าใจการคลอดก่อนกำหนด ภาวะแทรกซ้อน เปิดให้ซักถามข้อสงสัย</p> <p>16. ส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าอย่างปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อ</p>	<p>โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าอย่างปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน</p>	

ตาราง 4 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา

หญิงตั้งครรภ์รายที่ 1	หญิงตั้งครรภ์รายที่ 2
1. มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง ได้แก่ อาการชัก ภาวะคลอดก่อนกำหนด	1. มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง ได้แก่ อาการชัก ภาวะคลอดก่อนกำหนด

ตาราง 4 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา

หญิงตั้งครรภ์รายที่ 1	หญิงตั้งครรภ์รายที่ 2
2. มีโอกาสเกิด Hypermagnesemia และอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา MgSO ₄	2. ทารกแฝดมีโอกาสดังภาวะ birth asphyxia เนื่องจากผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง
3. ทารกในครรภ์มีโอกาสดังภาวะ birth asphyxia เนื่องจากผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง	3. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโปรแตสเซียมในเลือดต่ำ
4. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโปรแตสเซียมในเลือดต่ำ	4. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อผู้ป่วย
5. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อผู้ป่วย	5. หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง
6. หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง	

วิจารณ์

กรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์รายที่ 1 หญิงตั้งครรภ์อายุ 35 ปี GA 34⁺¹ wks by U/S G₃P₂A₀L₂ Last child 4 ปี ให้ประวัติว่า 4 เดือนก่อนตรวจพบว่าตนเองตั้งครรภ์ ไม่ได้ฝากครรภ์ มีอาการปวดหน่วงท้อง 1 วันก่อนมาอาการไม่ดีขึ้นจึงมาโรงพยาบาล ตรวจพบว่ามีระดับความดันโลหิตสูง ได้รับการวินิจฉัยว่า Severe Preeclampsia with Hypokalemia และมีภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้เกิดภาวะชัก และต้องเตรียมพร้อมของหญิงตั้งครรภ์ต่อการคลอดก่อนกำหนด แพทย์จึงให้การรักษาให้ยากันชักพร้อม Consult แพทย์เฉพาะทางโรงพยาบาลพิจิตร ให้ส่งตัวหญิงตั้งครรภ์ไปรักษาต่อ และจากการติดตามหญิงตั้งครรภ์รายที่ 1 มีภาวะความดันโลหิตสูง ไม่เกิดภาวะชัก ได้รับการผ่าคลอดในวันที่ 3 สิงหาคม 2566 มารดาและบุตรปลอดภัย กรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์รายที่ 2 อายุ 31 ปี G₂P₁A₀L₁ Last child 8 ปี ฝากครรภ์ที่ครบทุกครั้งตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ผลเลือดปกติ ซึ่งหญิงตั้งครรภ์มีภาวะเสี่ยงจากมีครรภ์แฝดซึ่งเป็นทารกแฝดที่ใช้รกร่วมกันแต่ถุงน้ำคร่ำแยกกัน และพบภาวะความดันโลหิตสูงเมื่ออายุครรภ์ 30 สัปดาห์ มาโรงพยาบาลด้วยอาการ ตาพร่ามัว มองไม่ชัด ไม่มีปวดศีรษะ ไม่มีภาวะบวม ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์สูง แพทย์วินิจฉัยว่า Severe Preeclampsia with Severe feature with Twin MCDA with previous C/S with Hypokalemia แพทย์จึงให้การรักษา แต่เนื่องจากบุคลากรไม่พร้อมจึงทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับยากันชัก และดูแลส่งตัวต่อหญิงตั้งครรภ์ไปรักษาโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่าอย่างปลอดภัยไม่เกิดภาวะชัก จากการติดตามหญิงตั้งครรภ์ได้รับการผ่าคลอดที่โรงพยาบาลพุทธชินราชในวันที่ ส่งตัวไปรักษา มารดาและบุตรปลอดภัย พบว่ามีภาวะน้ำหนักรีดน้อยจากการคลอดก่อนกำหนด แต่ไม่พบภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการอบรมพยาบาลห้องคลอดสม่ำเสมอ อาจต้องมีการฝึกปฏิบัติในโรงพยาบาลแม่ข่าย เช่น โรงพยาบาลพิจิตร, โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน และควรมีแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่สอดคล้องกับแพทย์ เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการดูแลรักษา และเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ปลอดภัย
2. การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ทีมดูแลต้องมีศักยภาพด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและการรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน คือ คัดกรองรวดเร็ว ตรวจวินิจฉัยรวดเร็ว รักษารวดเร็ว และควบคุมโรคได้รวดเร็ว
3. ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในชุมชนทราบเกี่ยวกับข้อดีของการฝากครรภ์คลอด และในชุมชนควรมีเครือข่ายที่เป็นเชิงรุกเช่น อสม. ที่สามารถช่วยคัดกรองและกระตุ้นหญิงตั้งครรภ์ได้เข้าถึงบริการการฝากครรภ์คลอด เพื่อช่วยลดภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เสียชีวิตที่อาจเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ได้
4. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการพาหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์และการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และเพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังอาการผิดปกติและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์
5. ควรมีการติดตามเยี่ยม เพื่อประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนม การคุมกำเนิด เนื่องจากภาวะครรภ์เป็นพิษถ้ามีประวัติจะมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้อีก

สรุป

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง การรักษามีเพียงทางเดียว คือ การคลอดทารกให้ออกมาได้เร็วที่สุด ทีมจึงต้องมีความรู้ และสามารถติดตามอาการผิดปกติ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ขณะรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล ทั้งภาวะชักอาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา จึงต้องมีการติดตามสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ ตาพร่ามัว มองไม่ชัด จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ การติดตามอาการขณะให้ยา MgSO₄ เพื่อป้องกันการชัก การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากยา MgSO₄ ในบางรายเมื่อมีภาวะความดันโลหิตสูงมากอาจได้รับยาลดความดันโลหิตทั้งชนิดรับประทานหรือให้ทางหลอดเลือด และที่สำคัญ การติดตามและประเมินผลสุขภาพของทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากทารกในครรภ์อาจเกิดภาวะ birth asphyxia และเสียชีวิตในครรภ์ได้ และอีกทั้งโรงพยาบาลชุมชนพบว่าจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดมีจำนวนน้อย และพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้น้อยครั้ง และเมื่อต้องมีการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อนไปยัง

โรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่า ทีมต้องสามารถส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไปรักษาต่อได้อย่างปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่บนรถ หรือถ้ามีภาวะแทรกซ้อน ทีมสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างรวดเร็วถูกต้อง ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้เสียชีวิตได้ ดังนั้นพยาบาลประจำห้องคลอดต้องมีการศึกษาหาความรู้ใหม่ๆอยู่เสมอ และสามารถประเมินความผิดปกติของหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว เพื่อป้องกันภาวะคุกคามชีวิตของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. สิริยา กิติโยดม. การศึกษาภาวะชักในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง. วารสารการแพทย์โรงพยาบาล ศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2557;29:129-38
2. สุนันทา ยงวนิชเศรษฐ, วราภคณา ชัชเวช, สุรีย์พร กฤษเจริญ, เบญญาภา ธิติมาพงษ์. การพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 2(เล่ม 1). [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 27 ต.ค.2566]. เข้าถึงได้จาก:
https://www.nur.psu.ac.th/nur/file_webA12.pdf
3. นันทพร แสนศิริพันธ์, ฉวี เบาทรวง. การพยาบาลและการผดุงครรภ์เล่ม3 สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่:สมาทโคตรตติง แอนด์ เซอร์วิส; 2560.
4. สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. ระบบเฝ้าระวังมารดาตาย MDSR System เดือนตุลาคม 2565-กรกฎาคม พ.ศ.2566.[อินเทอร์เน็ต]. 2566[เข้าถึงเมื่อ 25 ต.ค.2566]. เข้าถึงได้จาก:
<https://hp.anamai.moph.go.th/th/maternal-mortality-ratio>
5. มาลีวัล เลิศสาครศิริ. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ อัสสัมชัญ; 2563.
6. สมบูรณ์ บุญยเกียรติ. การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง 1. กรุงเทพฯ: สินธนา ก๊อปปี้ เซ็นเตอร์; 2557.
7. ชีระ ทองสง. ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. พิมพ์ครั้งที่ 6. หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารกภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2564.
8. วิทยา ธิฐาพันธ์. ภาวะฉุกฉินทางสูติศาสตร์. กรุงเทพฯ: บริษัท พี .เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด; 2559.
9. Ross MG. Eclampsia: Overview, Etiologic and Risk Factors for Preeclampsia/Eclampsia, Multiorgan System Effects. Medscape Reference Drugs, Diseases & Procedures [Internet]. 2016 [cited 2023 Oct. 28]. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/253960overview>.