



รายงานกรณีศึกษา

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงและมีภาวะรกค้าง

จันทร์จิรา พัตราภรณ์ พย.บ.

กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลตราด

Email : chanchira6403@gmail.com

บทคัดย่อ

**สรุปกรณีศึกษา** หญิงกัมพูชาสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ อายุ 36 ปี รับไว้ในความดูแลวันที่ 3 พฤษภาคม 2566 เวลา 10.50 น. โดยรับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน ด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและความดันโลหิตสูง ตั้งครรภ์ครั้งที่ 4 (G<sub>4</sub>P<sub>3-0-0-3</sub>) อายุครรภ์ 35 สัปดาห์ 4 วัน แรกรับผู้คลอดมีอาการ ปวดศีรษะเล็กน้อย ไม่มีอาการตาพร่ามัว ไม่มีอาการจุกแน่นลิ้นปี่ เจ็บครรภ์ ท้องแข็ง ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 4 cm ความบางของคอมดลูก 80 % ผนังคร่ำยังอยู่ส่วนหน้าเป็นศีรษะระดับของส่วนหน้า -1 อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 152 ครั้ง/นาที การหดตัวของมดลูก Interval มากกว่า 5 นาที Duration 30 วินาที Severity 1+ pain score = 1 ความดันโลหิต 162/116 mmHg ตรวจพบภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะ (UPCR = 0.390 mg) แพทย์วินิจฉัย Preeclampsia with severe feature with Premature labor เพื่อป้องกันชักได้รับยา 10 % MgSO<sub>4</sub> 5 กรัม ทางหลอดเลือดดำช้าๆ หลังจากนั้น ได้รับ MgSO<sub>4</sub> อัตรา 2 กรัม/ชั่วโมง ควบคุมความดันโลหิต โดยได้รับยา nifedipine 0.5 mg หลังได้รับยา 15 นาที ความดันโลหิต 148/101 mmHg ประเมินอาการชักทุก 10-30 นาที ความดันโลหิต 151/103 mmHg ไม่พบอาการนำของการชักและไม่พบอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา MgSO<sub>4</sub> เนื่องจากไม่สามารถรักษาแบบ expectant ได้ สูติแพทย์จึงวางแผนให้คลอดทางช่องคลอด เพื่อให้มีความก้าวหน้าของการคลอดอย่างต่อเนื่อง เจาะผนังคร่ำได้น้ำคร่ำสีขาวใส และได้รับยา oxytocin 10 ยูนิต ผสมใน 0.9 % NSS 500 ml เพื่อให้มดลูกหดตัวดี หลังให้ยา Interval 2-3 นาที Duration 35-45 วินาที Severity 2+ pain score = 5 เวลา 15.30 น ความดันโลหิต 175/122 mmHg มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีอาการตาพร่ามัว ไม่มีนำของการชัก ได้รับยา Labetalol 20 mg ทางหลอดเลือดดำ หลังได้รับยา 15 นาที ความดันโลหิต 161/103 mmHg เวลา 15.40 น. ปากมดลูกเปิด 10 cm อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 148 ครั้ง/นาที ย้ายเข้าห้องคลอด ประสานกุมารแพทย์รับทารกแรกเกิด เพื่อลดระยะเวลาการคลอดในระยะที่สอง (shortened second stage) เตรียมผู้คลอดให้พร้อมในการทำสูติศาสตร์หัตถการ F/E คลอดปกติทารกเกิดเวลา 15.47 น เพศชาย น้ำหนัก 2,200 กรัมแรกเกิด APGAR score นาทีที่ 1 = 7 นาทีที่ 5 = 9 และนาทีที่ 10 = 10 อุณหภูมิ 36.9 c ส่งทารกไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด หลังทารกคลอด 30 นาที รกไม่คลอดแพทย์ทำการล้วงรก หลังรกคลอดมดลูกหดตัวไม่ดี ผู้คลอดเสียเลือดรวม 610 ml ความดันโลหิต 128/89 mmHg ชีพจร 96 ครั้ง/นาที O<sub>2</sub> sat 99 % รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการเวียนศีรษะหน้ามืด คลื่นมดลูกให้แข็ง ให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ Acetar load 700 ml ได้รับยา Nalador 500 mg ทางหลอดเลือดดำ เพิ่มอัตรา oxytocin ตามแผนการรักษาเพื่อเพิ่มการหดตัวของมดลูก ความเข้มข้นของเลือด 28.7 % (เดิม 36.2 %) หลังให้การพยาบาล 20 นาที ความดันโลหิต 136/92 mmHg ชีพจร 90 ครั้ง/นาที O<sub>2</sub> sat 99 % รวมระยะเวลาที่ใช้ในการคลอด 9 ชั่วโมง 10 นาที ในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด มดลูกหดตัวดี ดูแลให้เลือดชนิด packed red cells 1 ยูนิต ความดันโลหิต 166/114 mmHg ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีอาการตาพร่ามัว ไม่มีอาการจุกแน่นลิ้นปี่ Deep tendon reflex 1+ ได้รับยา Labetalol 20 mg ทางหลอดเลือดดำ อัตราการเต้นชีพจร 72 ครั้ง/นาที O<sub>2</sub> sat 99 % ประเมินจำนวนเลือดออกทางช่องคลอด 130ml ความเข้มข้นของเลือดหลังให้เลือด 32 % ให้ดื่มเครื่องดื่มร้อน 1 แก้ว ปัสสาวะสีเหลือง 370 ml แผลฝีเย็บไม่บวม ย้ายไปหอผู้ป่วยหลังคลอด เวลา 18.20 น. รวมระยะเวลานอนรับการรักษาในโรงพยาบาล 7 วัน รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 7 ชั่วโมง 30 นาที

## บทนำ

จากข้อมูลของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขในปี 2566 พบว่าประเทศไทยมีมารดาเสียชีวิตในระหว่างตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด 25.42 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน และความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นสาเหตุอันดับ 1 ของการเสียชีวิตของมารดา (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2566) นอกจากการเสียชีวิตแล้ว ผู้คลอดที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มีโอกาสเสี่ยงที่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด การแข็งตัวของเลือดที่ผิดปกติ เลือดออกในสมอง ตับและไตวาย จากสถิติของโรงพยาบาลตรารัต พบว่าในปี 2564 – 2566 พบผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ จำนวน 68 , 44 และ 45 ราย คิดเป็นร้อยละของการคลอด 3.66 , 5.2 , 2.7 ตามลำดับในจำนวนนี้ มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง จำนวน 37 , 22 และ 22 ราย คิดเป็นร้อยละของผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง 54.4 , 50.2 และ 48.8 ตามลำดับ เกิดภาวะชักจำนวน 1,1 และ 0 (โรงพยาบาลตรารัต , 2566) จากการศึกษาพบว่าผู้คลอดที่มีความดันโลหิตสูงที่คลอดโรงพยาบาลตรารัตประมาณร้อยละ 50 จะเป็นภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง และจากการทบทวนพบว่าบทบาทของพยาบาลในกลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด ที่มีหน้าที่ให้การพยาบาลผู้คลอดทุกระยะของการคลอด รวมทั้งการดูแลขณะรับฝากครรภ์ ที่ต้องประเมินความเสี่ยงและให้การพยาบาลตามมาตรฐานเฉพาะโรคเสี่ยงสูง และในระยะคลอด เผื่อระวังวางแผนแก้ไขปัญหาในผู้คลอดที่มีภาวะเสี่ยง ทุกระยะของการคลอด และให้การพยาบาลทารกแรกเกิด โดยใช้ความรู้ความสามารถร่วมกับการมีทักษะ ประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล ในการประเมินอาการ ให้สอดคล้องตามปัญหาของผู้คลอดแต่ละรายตามมาตรฐานวิชาชีพ รวมทั้งช่วยชีวิตมารดาและทารกเมื่อเกิดภาวะวิกฤต เพื่อความปลอดภัยและสุขภาพที่ดีของมารดาและทารก

**ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์** สาเหตุการเกิดยังไม่ทราบแน่นอน แต่หลักฐานจำนวนมากบ่งชี้ว่าความบกพร่องในการพัฒนาของรก ทำให้เซลล์ของรก (trophoblasts) ไม่สามารถแบ่งตัวเข้าไปประสานกับหลอดเลือดของมดลูกได้อย่างสมบูรณ์ ทำให้เลือดมาเลี้ยงไม่เพียงพอ รกที่ขาดเลือด (placental ischemia) จะหลั่งสารเคมีที่มีฤทธิ์ กระตุ้น การหดตัวของหลอดเลือด (endothelial dysfunction หรือ microangiopathy) ทั่วร่างกาย ซึ่งมีผลทำให้เกิดความดันโลหิตสูง เกิดเลือดจับกลุ่มเกิดลิ่มเลือดเล็กๆ ในเส้นเลือดของอวัยวะต่างๆ ทำให้ขาดเลือดและเกิดอันตรายต่ออวัยวะสำคัญ ได้แก่ สมอง ตับและไต (สุพัตรา ศิริโชติยะกุลและธีระ ทองสง, 2564)

**ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์** แบ่งออกเป็น 6 กลุ่มดังนี้ (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2565)

**1. Preeclampsia** ความดันโลหิต systolic 140 mmHg หรือมากกว่า หรือความดันโลหิต diastolic 90 mmHg หรือมากกว่า โดยวัด 2 ครั้งห่างกันอย่างน้อย 4 ชั่วโมง เมื่ออายุครรภ์เกิน 20 สัปดาห์ขึ้นไป และพบ Proteinuria (UPCR 0.3 mg/dL หรือมากกว่า) หรือในกรณีที่ไม่มี proteinuria แต่ตรวจพบความดันโลหิตสูงร่วมกับมีลักษณะของ severe features

**2. Gestational hypertension** ความดันโลหิต systolic 140 mmHg หรือมากกว่า หรือความดันโลหิต diastolic 90 mmHg หรือมากกว่า เมื่ออายุครรภ์เกิน 20 สัปดาห์ขึ้นไป ไม่มี proteinuria ความดันโลหิตกลับสู่ค่าปกติภายใน 12 สัปดาห์หลังคลอด

**3. HELLP syndrome** ตรวจพบ

1) Lactate dehydrogenase (LDH)  $\geq$  600 u/L 2) Aspartate aminotransferase (AST) และ alanine aminotransferase (ALT) เพิ่มขึ้น  $>$  2 เท่าของค่าปกติ 3) เกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000/mm<sup>3</sup>

**4. Eclampsia** การชักในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ โดยการชักนั้นไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น

**5. Chronic hypertension (CHT)** (จากสาเหตุใดก็ตาม)

ความดันโลหิตสูงที่ตรวจพบก่อนการตั้งครรภ์หรือให้การวินิจฉัยก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์

## 6. Chronic hypertension (CHT) และมีภาวะ superimposed preeclampsia

สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูงและควบคุมความดันโลหิตได้ดีมาก่อนแล้วมีความดันโลหิตสูงขึ้นหรือต้องเพิ่มยาที่ใช้ในการควบคุมความดันโลหิตและมี proteinuria หรือมี severe features

### การประเมินความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ในกลุ่ม preeclampsia หรือ gestational hypertension แล้วควรประเมินความรุนแรงของโรคว่ามี “severe features” ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้หรือไม่

- 1) ความดันโลหิต systolic 160 mmHg หรือมากกว่า หรือความดันโลหิต diastolic 110 mmHg หรือมากกว่า
- 2) Thrombocytopenia : เกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000/ mm<sup>3</sup>
- 3) Renal insufficiency: ค่า serum creatinine มากกว่า 1.1 mg/dL
- 4) Impaired liver function : มีการเพิ่มขึ้นของค่า liver transaminase เป็น 2 เท่าของค่าปกติ
- 5) Pulmonary edema
- 6) มีอาการปวดศีรษะหรือมีอาการทางสายตา

### การรักษาผู้คลอดที่มีภาวะ severe features

การป้องกันภาวะชัก Eclampsia อันเนื่องมาจากสมองบวม (brain edema) จากการเพิ่มขึ้นของ vascular permeability หรือสมองขาดเลือด (cerebral ischemia) จากเส้นเลือดหดตัวทั่วร่างกายและ intravascular volume ที่ค่อนข้างต่ำหรือเลือดออกในสมองจากการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (coagulopathy) ผู้คลอดจะมีอาการและอาการแสดงของภาวะก่อนชัก เช่น ปวดศีรษะรุนแรง ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่และซีมีลง

- 1) การป้องกันการชัก โดยให้ยา Anticonvulsant drugs ได้แก่ 10 % MgSO<sub>4</sub> 4-6 g IV และต่อกด้วย 50 % MgSO<sub>4</sub> 20 g ผสมใน 5% D/W 500 ml อัตรา 1-2 g/hr ตรวจระดับ Mg ในเลือดที่ 4- 6 ชั่วโมงหลังให้ยาเตรียมยาแก้ฤทธิ์ ได้แก่ ยา 10 % Calcium Gluconate 10 ml (10 กรัม) IV ซ้ำๆ (นานกว่า 3 นาที)

- 2) การควบคุมความดันโลหิตในระยะคลอดและหลังคลอด ควรให้ยาเมื่อความดันโลหิตสูงติดต่อกันนานมากกว่า 15 นาที ซึ่งยาที่ใช้มีดังนี้ 1<sup>st</sup> line คือ 1) Hydralazine 5-10 mg IV 2) Labetalol (25 mg/5 ml) ผสมในสารน้ำให้ได้ความเข้มข้น 100 mg/100 ml ให้ยาครั้งละ 20 mg IV และ 2<sup>nd</sup> line คือ 1) Nicardipine (10 mg/10 ml) IV drip อัตรา 25-50 ml/hr 2) Labetalol (500 mg/100 ml) IV drip อัตรา 20 ml/hr

3) การยุติการตั้งครรภ์เป็นทางเลือกแรกในการรักษาผู้คลอดที่มีภาวะ severe features ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 34 สัปดาห์ขึ้นไป เนื่องจากทารกส่วนใหญ่ที่คลอดเมื่ออายุครรภ์ 34 สัปดาห์ขึ้นไปจะมีความสมบูรณ์ของปอดพอใช้ ความเสี่ยงของทารกที่คลอดมาแล้วเป็น Respiratory Distress Syndrome :RDS มีน้อยกว่าความเสี่ยงของผู้คลอดที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก preeclampsia หากปล่อยให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไป การพิจารณาวิธีการคลอด มักพิจารณาให้คลอดทางช่องคลอดมากกว่าการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง severe features ไม่ใช่ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอด หากเป็นไปได้ควรให้คลอดทางช่องคลอด เพื่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาน้อยที่สุด ในระหว่างการคลอดระยะที่ 2 ไม่ควรให้ผู้คลอดเบ่งคลอดเอง เนื่องจากจะทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงจนเกิดอันตรายได้ ดังนั้นจึงมีข้อบ่งชี้ในการพิจารณาใช้เข็มหรือเครื่องดูดสุญญากาศช่วยคลอด และในการป้องกัน Pulmonary edema จากพยาธิสภาพของโรค preeclampsia ที่มีการหดตัวของหลอดเลือดทั่วร่างกายจนเกิดภัยอันตรายต่อเยื่อหุ้มหลอดเลือด เยื่อหุ้มหลอดเลือดที่ทำงานบกพร่องทำให้การซึมผ่านของสารน้ำระหว่างในและนอกหลอดเลือด (vascular permeability) เสียไป สารน้ำในหลอดเลือดจะรั่วออกไปคั่งตามเนื้อเยื่อต่าง ๆ นอกหลอดเลือด การให้สารน้ำที่มากเกินไปก็อาจทำให้เกิด third space loss ได้ และหากในระยะคลอดได้รับน้ำมากเกินไป จะทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายวาย (Left ventricle failure) อาจทำให้เกิด Pulmonary edema ซึ่งมักพบระหว่าง 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด เนื่องจากเมื่อความดันโลหิตลดลงหลังการคลอดจะทำให้มีการเคลื่อนที่กลับของของเหลวออกหลอดเลือด (extravascular fluid) ทำให้มีอาการหายใจลำบาก หายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ โคมิเสมหะเป็นสีชมพู ฟังปอดได้ยินเสียง crepitation หรือ rales (สุพัตรา ศิริโชคิยะกุลและธีระ ทองสง,2564และรังสรรค์ เดชนันทพิพัฒน์ และสุชยา ลือวรรณ, 2563)

## การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง (severe features)

ผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง ถือว่าเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต เนื่องจากจะต้องเผชิญกับเหตุการณ์อันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ในหลายๆ ระบบของร่างกาย ทั้งจากพยาธิสภาพของโรคเอง และจากกระบวนการคลอด จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด จะช่วยลดอันตรายและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้คลอดและทารกได้ นอกจากนี้การให้ข้อมูลแก่ผู้คลอดและการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วม จะช่วยลดความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล (พรศิริ พันธสี,2564และปิยะนุช ชูโต,2563)

### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. มีโอกาสเกิดอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง เช่น ภาวะชัก ภาวะเลือดออกในสมอง ภาวะน้ำท่วมปอด ภาวะไตวาย ภาวะ HELLP syndrome ภาวะรกหลุดตัวก่อนกำหนด
2. มีโอกาสเกิดผลข้างเคียงจากการรักษา เช่น อาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา  $MgSO_4$  เพื่อป้องกันชัก ได้รับยา nifedipine หรือยา Labetalol เพื่อลดความดันโลหิต
3. ทารกในครรภ์และ/หรือทารกแรกเกิด มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากสาเหตุ เช่น มารดามีภาวะความดันโลหิตสูง การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงมดลูกและรกลดลง ทารกคลอดก่อนกำหนด
4. ผู้คลอดมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่อง ภาวะของโรคที่เป็น ความปลอดภัยของทารก

### วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อให้ผู้คลอดปลอดภัยจากภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง และผลข้างเคียงจากการรักษา
2. เพื่อให้มีการคลอดที่ปลอดภัย ทารกไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ขณะอยู่ในครรภ์และแรกเกิด
3. เพื่อให้ผู้คลอดและครอบครัว ได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนด้านภาวะจิตสังคม ให้สามารถเผชิญกับภาวะเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพและปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

### กิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนคลอด(พูลเพชร ภูตองใจ,2565และรุ่งฤดี พันธุ์ประเสริฐ,2563)

1. ประเมินสภาพแรกรับ ประกอบด้วย การซักประวัติ การประเมินสภาวะทางร่างกาย
2. วางแผนการพยาบาลอย่างมีระบบ ควรให้การพยาบาลที่จำเป็นในเวลาเดียวกันเพื่อรบกวนผู้ป่วยน้อยที่สุด
3. จัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบไม่มีสิ่งรบกวน อากาศถ่ายเทได้สะดวก เพื่อลดการกระตุ้นต่อสมองส่วนกลาง
4. จัดให้นอนท่าตะแคงซ้ายเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกและทารกได้มากขึ้นและนอนพักบนเตียงเท่านั้น
5. ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้คลอด ทุก 1 ชั่วโมง โดยการประเมินระดับความรู้สึกตัว ความดันโลหิต ชีพจรและการหายใจ อาการปวดศีรษะ ฟังเสียงปอด (capitation) ทุก 2 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะ pulmonary edema รายงานแพทย์เมื่อผู้คลอดมีอาการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลงกว่าเดิม
6. ประเมินอาการนำสู่ภาวะชัก ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เห็นภาพไม่ชัด อาการปวดบริเวณใต้ลิ้นปี่หรืออาการเจ็บชายโครงขวา ประเมินปฏิกิริยาสะท้อน (deep tendon reflex, DTRs) มากกว่า 2+ ขึ้นไป
7. ให้ยาป้องกันการชักตามแผนการรักษา ยาที่นิยมใช้คือ  $MgSO_4$  หลักการให้การพยาบาล มีดังนี้
  - 7.1 อธิบายเหตุผลและขั้นตอนการให้ยา ผลข้างเคียงที่อาจเกิดได้จากยา เช่น อาการร้อนบริเวณที่ฉีดยาร้อนวูบวาบทั่วตัว อาจมีอาการคลื่นไส้อาเจียนขณะได้รับยา
  - 7.2 บันทึกอัตราการหายใจ ทุก 1 ชั่วโมง ต้องไม่น้อยกว่า 14 ครั้งต่อนาที
  - 7.3 บันทึกความดันโลหิต ทุก 1 ชั่วโมง ค่าความดันโลหิต diastolic ไม่ควรต่ำกว่า 90 mmHg
  - 7.4 ตรวจสอบและบันทึกการได้รับน้ำและปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง โดยใส่สายสวนปัสสาวะคว้าวัดควรมีปัสสาวะออก > 25 ml/hr หรือ > 100 ml/4 hr และสังเกตสีของปัสสาวะเพื่อดูการทำงานของไต
  - 7.5 ประเมินปฏิกิริยาตอบสนองเฉียบพลันของเอ็นลิก (Deep tendon reflex) ทุก 4 ชั่วโมง
  - 7.6 ควบคุมให้ได้รับปริมาณยาตามแผนการรักษา โดยใช้เครื่อง infusion pump



- 7.7 สังเกตอาการของการได้รับยา  $MgSO_4$  มากเกินไป ได้แก่ ความดันโลหิตลดลง การหายใจช้าลง ซึม ไม่มีแรง อ่อนปวกเปียก reflex ลดลง ต้องรีบรายงานแพทย์และเตรียมยาแก้ไข ได้แก่ 10 % Ca- Gluconate IV
8. ในรายที่ได้รับยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษาของแพทย์ บันทึกความดันโลหิต ทุก 5-15 นาที เพราะอาจเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำทันทีจากผลของยา  $MgSO_4$  ร่วมกับยาลดความดันโลหิต
9. ให้ออกซิเจน 8-10 L/m เพื่อให้ออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆมากขึ้นและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของรก
10. บันทึกและประเมินการหดตัวของมดลูกเป็นระยะ เพราะฤทธิ์ของยา  $MgSO_4$  จะทำให้การหดตัวของมดลูกลดลง ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดโดยใช้ partograph
11. ติดตามสภาวะของทารกในครรภ์เป็นระยะ และบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจทารกทุก 1 ชั่วโมง
12. เตรียมอุปกรณ์การช่วยเหลือได้ทันทีที่มีอาการชัก ได้แก่ ยา  $MgSO_4$ , Ca- Gluconate, valium, ออกซิเจนไม่กดลิ้น เครื่องดูดเสมหะ และเตรียมทีมช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม
13. อธิบายให้ผู้คลอดและครอบครัวทราบถึง พยาธิสภาพของโรค อันตรายที่อาจเกิดขึ้นแก่มารดาและทารกในครรภ์เพื่อเตรียมพร้อมด้านจิตใจกรณีต้องยุติการตั้งครรภ์ รวมทั้งเมื่อผู้คลอดได้รับการเร่งคลอดหรือคลอดโดยสูติศาสตร์หัตถการเพื่อให้ผู้คลอดให้ความร่วมมือและลดความวิตกกังวล
14. ให้งดน้ำและอาหารทุกชนิด เพื่อเตรียมความพร้อมกรณีต้องผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ฉุกฉิน
15. กรณีมีการชักนำการคลอด ด้วยยา oxytocin ต้องควบคุมให้ได้ปริมาณยาตามแผนการรักษา
16. แนะนำเทคนิคการหายใจเพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ ตามระยะการเปิดของปากมดลูก ได้แก่ การหายใจในระยะเริ่มเจ็บครรภ์จนถึงปากมดลูกเปิด 3 cm เป็นการหายใจแบบช้าๆ ระยะปากมดลูกเปิด 4-7 cm หายใจแบบตื้น เร็วและเบา ระยะปากมดลูกเปิด 8-10 cm เป็นการหายใจแบบตื้น เร็ว และเป่าออก เนื่องจากช่วงนี้เป็นช่วงที่มีความเจ็บปวดมากที่สุด จึงให้ผู้คลอดเบนความสนใจไปอยู่ที่การหายใจให้มาก
- กิจกรรมการพยาบาลระยะคลอด**
1. ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้คลอด โดยการประเมินระดับความรู้สึกตัว ความดันโลหิต ชีพจรและการหายใจ อาการปวดศีรษะ รายงานแพทย์เมื่อผู้คลอดมีอาการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลง
  2. ประเมินสุขภาพของทารกในครรภ์ ติดตามอัตราการเต้นของหัวใจทารกหลังมดลูกคลายตัวทุกครั้ง หรือติดเครื่อง fetal monitoring
  3. ให้ออกซิเจน 8-10 L/m เพื่อให้ออกซิเจนเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของรก
  4. ไม่ควรให้ผู้คลอดเบ่งคลอดเอง เนื่องจากจะทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงจนเกิดอันตรายได้ และเตรียมพร้อมในการทำสูติศาสตร์หัตถการ โดยใช้เข็มหรือเครื่องดูดสุญญากาศช่วยคลอด
  5. ประเมินและบันทึกการหดตัวของมดลูก
  6. ติดตามความก้าวหน้าของการคลอด หากพบว่าไม่มีความก้าวหน้า ให้เตรียมผ่าตัดคลอดฉุกฉิน
  7. การตัดฝีเย็บ และการซ่อมแซมฝีเย็บต้องทำอย่างระมัดระวัง เนื่องจากผู้คลอดมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ มีโอกาสสูญเสียเลือดได้ง่าย
  8. ประเมินจำนวนเลือดที่ออกจากช่องคลอดภายหลังคลอด และขณะทำการเย็บแผล เป็นระยะ เพื่อสามารถให้การช่วยเหลือได้ทันที
  9. ประเมินอาการนำสู่ภาวะช็อกอย่างต่อเนื่อง
  10. ควบคุมปริมาณยาและสารน้ำให้ได้ตามแผนการรักษา
  11. เตรียมอุปกรณ์และทีมช่วยฟื้นคืนชีพสำหรับมารดาและทารกให้พร้อม เตรียมยา 10 % Ca-gluconate สำหรับกรณีทารกมีภาวะแมกนีเซียมมากเกินไปในกระแสเลือด
  12. ประเมินอาการและสภาพทารกแรกเกิด เนื่องจากทารกอาจมีภาวะขาดออกซิเจน

### กิจกรรมการพยาบาลระยะหลังคลอด

1. ป้องกันการตกเลือดหลังคลอด จากภาวะมดลูกไม่หดตัว โดย

1.1 คลึงมดลูกและประเมินการหดตัวของมดลูกเป็นระยะ เพราะอาจเกิดการตกเลือด เนื่องจากการหดตัวของมดลูกไม่ดีเนื่องจากฤทธิ์ของยา MgSO<sub>4</sub> ที่ได้รับ

1.2 ให้ Oxytocin ผสมน้ำเกลือหยดเข้าทางหลอดเลือดดำ ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาในกลุ่ม ergonovine และ methylergonovine เนื่องจากยาในกลุ่มนี้สามารถทำให้ความดันโลหิตสูงได้ ซึ่งจะทำให้ผู้คลอดเกิดอันตรายเพิ่มขึ้นได้จากหลอดเลือดในสมองแตก

1.3 ดูแลเรื่องการถ่ายปัสสาวะ ให้กระเพาะปัสสาวะว่าง

1.4 ประเมินปริมาณเลือดที่ออก โดยประเมินจากเลือดบนผ้าอ้อมอนามัยที่ใส่ไว้

1.5 แนะนำให้ผู้คลอดคลึงมดลูกด้วยตนเองจนเป็นก้อนแข็ง และแจ้งพยาบาล ถ้าพบว่ามดลูกไม่แข็งตัว หรือรู้สึกว่ามีเลือดออกจากช่องคลอด

2. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ความดันโลหิต ชีพจรและการหายใจ อาการปวดศีรษะ Deep tendon reflex ปริมาณปัสสาวะ เพื่อติดตามผลข้างเคียงจากการได้รับยา MgSO<sub>4</sub> รายงานแพทย์เมื่อผู้คลอดมีอาการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลงกว่าเดิม

3. ประเมินอาการนำสู่ภาวะชักอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากพบว่าอาจชักได้ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกภายหลังคลอด

4. ดูแลให้ได้รับยาป้องกันการชักต่อเนื่องจนครบหลังคลอด 24 ชั่วโมง

5. ให้ผู้คลอดได้นอนพัก และได้รับการรบกวนน้อยที่สุด

6. ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยนำทารกมาให้มารดาโอบกอดและดูนม กรณีทารกแข็งแรงดี

7. ส่งต่อข้อมูลปัญหาของผู้คลอดให้กับพยาบาลหอผู้ป่วยหลังคลอด

### ระยะเวลาที่ดำเนินการ

ให้การดูแลตั้งแต่วันที่ 3 พฤษภาคม 2566 เวลา 10.50 น. ถึงวันที่ 3 พฤษภาคม 2566 เวลา 18.20 น.

รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 7 ชั่วโมง 30 นาที

### การประเมินสภาพร่างกายตามระบบและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

ผู้คลอดรู้สึกตัวดี ปวดศีรษะเล็กน้อย ความดันโลหิต 162/116 mmHg หลังเท้าทั้ง 2 ข้างบวมกดบวมเล็กน้อย

สิ่งที่ส่งตรวจ	ค่าที่ตรวจพบ		ค่าปกติ	การแปลผล
	วันที่ 3 พฤษภาคม 2566 (ก่อนคลอด)	วันที่ 3 พฤษภาคม 2566 (หลังคลอด)		
<b>Complete Blood Count (CBC)</b>				
WBC	6.7	9.3	4.6-10.6 10 <sup>3</sup> /ul	ปกติ
RBC	4.55	4.02	4.0-5.2 10 <sup>6</sup> /ul	ลดลงหลังคลอด
Hemoglobin	11.9	10.52	12.0-14.3 g/dl	ลดลงหลังคลอด
Hematocrit	36.2	32.0	36.0-47.7 %	ลดลงหลังคลอด
Platelet	220	190	140-400 mmol/l	ลดลงหลังคลอด
<b>Coagulation</b>				
PT	11.0	-	10.9-13.2 sec	ปกติ
APTT	26.2	-	23.1-30.2 sec	ปกติ

### การวิเคราะห์ผล

ผู้คลอดมีภาวะ Preeclampsia with severe feature แต่ไม่มีภาวะ Thrombocytopenia และไม่มีภาวะการแข็งตัวของเลือดที่ผิดปกติ หลังคลอดมีค่า Hemoglobin , Hematocrit และ Platelet ลดลง เกิดจากมีการเสียเลือดหลังคลอด

สิ่งที่ส่งตรวจ	ค่าที่ตรวจพบ		ค่าปกติ	การแปลผล
	วันที่ 3 พฤษภาคม 2566 (ก่อนคลอด)	วันที่ 3 พฤษภาคม 2566 (หลังคลอด)		
<b>Renal Function</b>				
BUN	12.9	14.5	8-20 mg/dl	ปกติ
Creatinine	0.90	0.96	0.55-1.02 mg/dl	ปกติ
e GFRF	82.52	93.00	90-120 ml/min	ต่ำกว่าปกติ
<b>Liver Function</b>				
SGOT (AST)	38.7	-	< 35 IU/L	สูงกว่าปกติ
SGPT (ALT)	26.6	-	< 35 IU/L	ปกติ
<b>Electrolyte</b>				
Sodium	138	-	134-145 mmol/L	ปกติ
Potassium	3.9	-	3.5-5.0 mmol/L	ปกติ
Chloride	110	-	101-111 mmol/L	ปกติ
Magnesium	-	5.2	(ทั่วไป 1.8-2.4 mg/dl ) 4.8-8.4 mg/dl	ปกติ

### การวิเคราะห์ผล

ผู้คลอดมีภาวะ Preeclampsia with severe feature จะมีความดันโลหิตสูงในขณะที่ปริมาณสารน้ำในหลอดเลือดต่ำ การที่ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นแต่เลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆลดลง ส่งผลให้เกิดพยาธิสภาพในหน่วยไตมีการกรอง (glomerular filtration rate) ลดลง ทำให้ค่า Creatinine สูงขึ้นแต่ยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ระดับเอนไซม์ aspartate transaminase (AST) ที่สูงขึ้น เกิดจากการขาดเลือดของเซลล์ตับ อันเป็นผลจากการหดตัวของหลอดเลือดทั่วร่างกาย ระดับของเอนไซม์ในซีรัมที่สูงขึ้นบ่งถึงการบาดเจ็บของตับเป็นเหตุให้ ผู้คลอดที่มีภาวะ Preeclampsia with severe feature บางรายมีอาการจุกแน่นบริเวณใต้ลิ้นปี่หรือใต้ชายโครงขวา

วันที่ 3 พฤษภาคม 2566 (ก่อนคลอด) Creatinine urine 115.75 mg/dL (ค่าปกติ 29-226 mg/dL )

Protein urine 45.1 mg/dL (ค่าปกติ < 11.9 mg/dL ) UPCR 0.390 mg/dL(ค่าปกติ < 0.3 mg/dL )

### การวิเคราะห์ผล

พบภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะ โดยตรวจพบโปรตีน 0.390 mg จากการตรวจ protein : creatinine ratio ซึ่งเกิดจากภาวะความดันโลหิตสูง ทำให้การทำงานของไตบกพร่อง

ตรวจอัลตราซาวด์ single viable fetus อายุครรภ์ 35<sup>+</sup>4 wks. ค่ะเนื้หน้าทารกในครรภ์ประมาณ 2,290 กรัม รกเกรด 2 เกาะอยู่ด้านบนส่วนกลางของมดลูก Electronic Fetal Monitoring (EFM) = category I

## การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย (Final Diagnosis)

Preeclampsia with severe feature with Premature labor with Postpartum hemorrhage due to retained placenta

### สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

#### ระยะก่อนคลอด

1. มีโอกาสเกิดภาวะชักร่างเนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง
2. มีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกในสมอง เนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง
3. มีโอกาสเกิดภาวะน้ำท่วมปอดเนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง
4. ทารกในครรภ์มีโอกาสดังกล่าวเพราะพร่องออกซิเจนเนื่องจากผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง
5. ผู้คลอดมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะของโรคที่เป็น และความปลอดภัยของทารกในครรภ์ที่ต้องคลอดก่อนกำหนด

#### ระยะคลอด

6. เสี่ยงต่อภาวะชักร่างขณะคลอด เนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง
7. ทารกมีภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากทารกคลอดก่อนกำหนดและผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงและได้รับยา  $MgSO_4$
8. มีภาวะรบกวนจากการตั้งครรภ์และการคลอดหลายครั้ง

#### ระยะหลังคลอด

9. มีภาวะตกเลือดหลังคลอดจากรกค้างและมดลูกหดตัวไม่ดี

### รายละเอียดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแต่ละข้อ

#### ระยะก่อนคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีโอกาสเกิดภาวะชักร่างเนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง

#### ข้อมูลสนับสนุน

- 1) ผู้คลอดมีอาการปวดศีรษะเล็กน้อย 2) BP 162/116 mmHg 3) Deep tendon reflex 1-2+ 4) ผลการตรวจโปรตีนในปัสสาวะ Protein urine 45.1 mg/dL และ UPCR 0.390 mg/dL 5) ได้รับยา  $MgSO_4$  อัตรา 2 gm/hr เพื่อป้องกันการชัก

#### วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อประเมินอาการนำก่อนเข้าสู่ภาวะชักร่าง ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่และ Deep tendon reflex 2) เพื่อป้องกันการชัก 3) เพื่อให้ผู้คลอดปลอดภัยจากอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา  $MgSO_4$

#### เกณฑ์การประเมินผล

- 1) ไม่มีอาการนำสู่ภาวะชักร่าง ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ และ Deep tendon reflex 1-2+
- 2) BP อยู่ระหว่าง 120/80 – 140/90 mmHg 3) ไม่มีภาวะชักร่าง 4) ปัสสาวะออกไม่น้อยกว่า 25 ml/hr
- 5) ระดับแมกนีเซียมในเลือด 4.8 - 8.4 mg /dL

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดให้ผู้คลอดนอนพักบนเตียงและยกไม้กั้นเตียงขึ้นทั้ง 2 ข้าง เพื่อป้องกันการอุบัติเหตุจากการตกเตียง และดูแลให้ทำกิจกรรมต่างๆ บนเตียง (Absolute bed rest)
2. จัดให้นอนในบริเวณที่สงบ วางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ให้รับกวนผู้คลอดน้อยที่สุด โดยให้การพยาบาลที่จำเป็นในเวลาเดียวกัน เพื่อลดการกระตุ้นจากภายนอก และให้ผู้คลอดได้พักผ่อน
3. อธิบายผู้คลอดให้ทราบถึงอาการนำของภาวะชักร่าง อันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการชัก และให้แจ้งพยาบาลทันทีเมื่อรู้สึกมีอาการนำของภาวะชักร่าง เปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลที่สงสัย





4. ประเมินอาการก่อนการเกิดภาวะชัก โดยสอบถามอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว อาการปวดบริเวณใต้ลิ้นปี่ หรืออาการเจ็บชายโครงขวา ประเมินปฏิกิริยาสะท้อน (deep tendon reflex, DTRs) มากกว่า 2+ ขึ้นไป
5. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ความดันโลหิต ซีพจรและการหายใจ อาการปวดศีรษะ ทุก 30 นาที - 1 ชั่วโมง และรายงานแพทย์เมื่อผู้คลอดไม่มีอาการดีขึ้นหรือมีอาการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลงกว่าเดิม
6. ให้ยา 10 % MgSO<sub>4</sub> 5 g IV ซ้ำๆ ในเวลา 30 นาที หลังจากนั้น ได้รับ 50 % MgSO<sub>4</sub> 20 gm ผสมใน 5% D/W 460 ml IV อัตรา 2 g/hr ตามแผนการรักษาเพื่อป้องกันการชัก และสังเกตอาการข้างเคียงของยา
7. ให้ยา nifedipine 0.5 mg IV ตามแผนการรักษาเพื่อลดความดันโลหิตและสังเกตอาการข้างเคียงของยา
8. เตรียมอุปกรณ์การช่วยเหลือได้ทันทีที่มีอาการชัก ได้แก่ ยา 10 % MgSO<sub>4</sub> , valium ออกซิเจน ไม้กัดลิ้น เครื่องดูดเสมหะ และเตรียมทีมช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม
9. ติดตามผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการโดยเร็ว เพื่อประเมินความรุนแรงของโรค และรายงานแพทย์ทันทีถ้าผลตรวจผิดปกติ เช่น เกล็ดเลือด เอ็นไซม์ตับ การทำงานของไต ระดับแมกนีเซียม
10. ให้น้ำและอาหารทุกชนิด เพื่อเตรียมความพร้อมกรณีต้องผ่าตัดคลอดกรณีฉุกเฉิน

#### การประเมินผล

- 1) ไม่มีภาวะชัก มีอาการปวดศีรษะเล็กน้อย ไม่มีอาการตาพร่ามัว อาการจุกแน่นลิ้นปี่ 2) BP อยู่ระหว่าง 148/101 - 151/103 mmHg 3) Deep tendon reflex 1 - 2 + 4) ปัสสาวะออก 425 ml/4hr สีเหลืองใส
- 5) ระดับแมกนีเซียมในเลือด 5.2 mg /dL

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2** มีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกในสมอง เนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูง ขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง

#### ข้อมูลสนับสนุน

BP 162/116 mmHg และหลังได้รับยา nifedipine 0.5 mg 4 ชั่วโมงต่อมาพบ BP 175/122 mmHg

#### วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง และปลอดภัยจากอาการไม่พึงประสงค์ของยาลดความดันโลหิต

#### เกณฑ์การประเมินผล

- 1) ไม่มีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการง่วงซึมหรือปลุกไม่ตื่น หรือเซื่องซึมผิดปกติ พูดไม่ชัด 2) BP อยู่ระหว่าง 120/80 – 140/90 mmHg 3) PR อยู่ระหว่าง 60 - 120 ครั้ง/นาที 4) ไม่มีอาการใจสั่น มึนงง คลื่นไส้ อาเจียน จากอาการไม่พึงประสงค์ของยาลดความดันโลหิต

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดให้ผู้คลอดนอนพักบนเตียง และดูแลให้ทำกิจกรรมต่างๆ บนเตียง (Absolute bed rest)
2. ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้คลอด ทุก 1 ชั่วโมง โดยการประเมินอาการปวดศีรษะ ระดับความรู้สึกตัว ความดันโลหิต ซีพจรและการหายใจ รายงานแพทย์เมื่อผู้คลอดมีอาการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลงกว่าเดิม
3. ดูแลให้ยา nifedipine 0.5 mg IV โดยเจือจางก่อนฉีดซ้ำๆ 1-2 นาที และยา Labetalol 20 mg IV เพื่อควบคุมความดันโลหิตและสังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น ความดันโลหิตลดต่ำลงอย่างรวดเร็ว อาการใจสั่น มึนงง สับสน ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน
4. ติดตามผลการตรวจ platelet, PT, PTT เพื่อประเมินการแข็งตัวของเลือด
5. ประสานธนาคารเลือด ให้เตรียม platelet concentration ให้พร้อมใช้

#### การประเมินผล

ขณะรับการดูแลในห้องคลอด ไม่มีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการง่วงซึมหรือเซื่องซึมผิดปกติ ไม่เกิดภาวะเลือดออกในสมอง BP อยู่ระหว่าง 148/101 – 166/107 mmHg หลังได้รับยาไม่พบอาการข้างเคียงของยา

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3** มีโอกาสเกิดภาวะน้ำท่วมปอดเนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง

#### ข้อมูลสนับสนุน

ผู้คลอดมีภาวะ Preeclampsia with severe feature ความดันโลหิต 162/116 - 175/122 mmHg และตรวจร่างกายพบหลังเท้าทั้ง 2 ข้างบวมกดบวมเล็กน้อย

#### วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำท่วมปอด และมีการแลกเปลี่ยนออกซิเจนปกติ

#### เกณฑ์การประเมินผล

- 1) ไม่มีอาการและอาการแสดงของน้ำท่วมปอด ได้แก่ หายใจลำบาก ไอมีเสมหะเป็นฟองสีชมพู 2) อัตราการหายใจ 18-24 ครั้ง/นาที 3) ฟังปอดไม่มีเสียง crepitation 4) ระดับความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือด 95-100 % 5) มีความสมดุลของ ปริมาณน้ำในร่างกาย ( fluid intake and output )

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการหายใจลำบาก เหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ ไอมีเสมหะเป็นฟองสีชมพู
2. ดูแลให้ได้รับปริมาณสารน้ำตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด โดยใช้เครื่อง infusion pump
3. ประเมินการสมดุลของน้ำเข้าและออก ทุก 8 ชั่วโมง และ 24 ชั่วโมง
4. ประเมินสัญญาณชีพ โดยเฉพาะความดันโลหิต อัตราการหายใจ และระดับความอิ่มตัวออกซิเจนในกระแสเลือด ซึ่งภาวะน้ำเกินอาจทำให้เกิดภาวะน้ำท่วมปอดและหัวใจวายได้
5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติ เพื่อประเมินการทำงานของไต

#### การประเมินผล

ไม่มีอาการและอาการแสดงของน้ำท่วมปอด ได้แก่ หายใจลำบาก ไอมีเสมหะเป็นฟองสีชมพู ฟังปอด ไม่มีเสียง rales หรือ crepitation อัตราการหายใจ 18 -20 ครั้ง/นาที ระดับความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือด 97- 99 % ปริมาณน้ำที่เข้า 1100 มิลลิลิตร /8 ชั่วโมง ปริมาณน้ำที่ออก 900 มิลลิลิตร/8 ชั่วโมง

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4** ทารกในครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง

#### ข้อมูลสนับสนุน

- 1) มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์และได้รับยา MgSO<sub>4</sub> เพื่อป้องกันภาวะชัก 2) อายุครรภ์ 35<sup>+4</sup> wk ได้รับยา oxytocin 10 u ผสมใน 0.9 % NSS 500 ml และมีการหดตัวของมดลูก Interval 2-3 นาที Duration 35-45 วินาที Severity 2+ และได้รับการเจาะถุงน้ำคร่ำ

#### วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนของทารกในครรภ์

#### เกณฑ์การประเมินผล

- 1) FHR อยู่ระหว่าง 110-160 ครั้งต่อนาที 2) การตรวจประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ Electronic Fetal Monitoring (EFM) = category I 3) ไม่พบซีเทาทารกในน้ำคร่ำที่ออก

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้คลอดเข้าใจ ความจำเป็นที่ทารกต้องการออกซิเจน วิธีการปฏิบัติตน เพื่อให้ทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนเพียงพอ
2. จัดให้นอนท่าตะแคงซ้ายเพื่อช่วยให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกและทารกมากขึ้น
3. แนะนำเทคนิคการหายใจขณะเจ็บครรภ์ เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนแก่ทารกในครรภ์ โดยให้สูดหายใจเข้าทางจมูกเต็มที่ และผ่อนลมหายใจออกทางปากช้าๆ เบาๆ



4. ดูแลให้ยา oxytocin ตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตต่ำ ประเมินและบันทึกการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที ถ้ามดลูกหดตัวถี่น้อยกว่า 2 นาที หรือหดตัวนานเกิน 60 วินาที หรือหดตัวแรงกว่าปกติ ลดปริมาณยาหรือหยุดให้ยา Oxytocin
5. ประเมินสภาวะของทารกในครรภ์เป็นระยะ โดยใช้เครื่อง Electronic fetal monitoring บันทึก FHR ทุก 1 ชั่วโมง และรายงานแพทย์หาก FHR <110 ครั้งต่อนาทีหรือ > 160 ครั้งต่อนาที
6. ประเมินปริมาณและสีของน้ำคร่ำที่ออก
7. ประเมินอาการและอาการของรกลอกตัวก่อนกำหนด ได้แก่ มีเลือดออกทางช่องคลอด อาการเจ็บครรภ์มากผิดปกติ หรือมดลูกหดตัวถี่หรือหดตัวนานกว่าปกติ
8. รายงานกุมารแพทย์ให้รับทราบว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์ไม่ครบกำหนด และสูติแพทย์วางแผนให้คลอดทางช่องคลอด เพื่อเตรียมรับทารกแรกเกิดเมื่อคลอด
9. ประสานทีมและเตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด ให้พร้อมใช้

#### การประเมินผล

ไม่พบภาวะพร่องออกซิเจนของทารกในครรภ์ ในระยะก่อนคลอด FHR อยู่ระหว่าง 142 -154 ครั้งต่อนาที EFM = category I ระหว่างเจ็บครรภ์แพทย์เจาะถุงน้ำคร่ำ ได้น้ำคร่ำ สีขาวใส ปริมาณ 10 ml

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5** ผู้คลอดมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะของโรคที่เป็น และความปลอดภัยของทารกในครรภ์ที่ต้องคลอดก่อนกำหนด

#### ข้อมูลสนับสนุน

- 1) ผู้คลอดมีสีหน้าวิตกกังวล สอบถามอาการผิดปกติของตนเอง และความปลอดภัยของทารกในครรภ์
- 2) ผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ได้รับยา MgSO<sub>4</sub> เพื่อป้องกันภาวะชัก ได้รับยา nicardipine และยา Labetalol เพื่อควบคุมความดันโลหิต
- 3) อายุครรภ์ 35 สัปดาห์ 4 วัน และสูติแพทย์วางแผนให้คลอดทางช่องคลอด
- 4) ผู้คลอดได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก และเจ็บครรภ์คลอด pain score = 5

#### วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้คลอด ให้สามารถเผชิญกับภาวะเครียดและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม
- 2) เพื่อให้ผู้คลอดได้รับทราบข้อมูลภาวะสุขภาพและมีส่วนร่วมในแผนการรักษาพยาบาล
- 3) เพื่อให้ผู้คลอดสามารถเผชิญกับความเจ็บครรภ์ในระยะรอคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

#### เกณฑ์การประเมินผล

- 1) ผู้คลอดมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล
- 2) สามารถบอกข้อมูลภาวะสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์
- 3) เมื่อมดลูกหดตัว ผู้คลอดสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ และให้ความร่วมมือในการตรวจประเมินความก้าวหน้าของการคลอด

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดี แสดงให้เห็นว่าพยาบาลให้ความสำคัญกับผู้คลอด พร้อมทั้งจะให้การช่วยเหลือ ทำให้ผู้คลอดมั่นใจในการดูแลและรู้สึกปลอดภัย โดยใช้คำพูดที่ ชัดเจน เข้าใจง่าย และตั้งใจฟังผู้คลอด
2. อธิบายให้ผู้คลอดและครอบครัวทราบถึงภาวะของโรค สภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ และทวนสอบความเข้าใจแนวทางการรักษาของแพทย์ที่ให้ผู้คลอดสามารถคลอดทางช่องคลอดได้ การช่วยเหลือทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด เพื่อให้เกิดความเข้าใจ ลดความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
3. ทบทวนกลไกการคลอดคร่าวๆ อธิบายว่าขั้นตอนการคลอดเป็นเช่นเดียวกับการคลอดในครรภ์ก่อนๆ เพื่อสร้างความมั่นใจและความรู้สึกปลอดภัยให้ผู้คลอด
4. สอนเทคนิคการหายใจ เพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ โดยหายใจเข้าลึก ๆ ทางจมูกช้า ๆ แล้วผ่อนลมหายใจออกทางปากช้า ๆ เป็นจังหวะสม่ำเสมอ ในอัตราเฉลี่ย 6 -9 ครั้ง/นาที

5. สอนการลูบท้อง เพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์และเบี่ยงเบนความสนใจ โดยการลูบเบาๆ ขึ้นลงซ้ำๆ หรือลูบเป็นเลข 8 ขณะนอนตะแคง
6. ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด พุดคุยปลอบโยนให้กำลังใจ ดูแลความสบายทั่วไปเช็ดหน้าด้วยผ้าเย็น
7. แจ้งข้อมูลการตรวจประเมินอาการผู้คลอดและทารกในครรภ์ ภายหลังให้การรักษาพยาบาลทุกครั้ง เช่น ระดับความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ รวมทั้งแจ้งผลการตรวจความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะ เพื่อให้ผู้คลอดได้รับทราบข้อมูล และผ่อนคลายความตึงเครียด
8. จัดโอกาสให้สามีและญาติสนิทเข้าเยี่ยมตามความเหมาะสม เพื่อเป็นกำลังใจให้ผู้คลอด

#### การประเมินผล

- 1) ผู้คลอดมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล หลังจากพุดคุยและได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่ใกล้ชิด 2) ผู้คลอดบอกข้อมูลภาวะสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์กับสามีและญาติที่เข้ามาเยี่ยมได้ ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล 3) ผู้คลอดใช้เทคนิคการหายใจได้ถูกต้อง ไม่ร้องเสียงดังขณะมดลูกหดตัว pain score = 8

#### ระยะคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อภาวะชักขณะคลอด เนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง

#### ข้อมูลสนับสนุน

- 1) ผู้คลอด BP ขณะปากมดลูกเปิดหมด 166/107 mmHg 2) Deep tendon reflex 2+

#### วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อประเมินอาการนำก่อนเข้าสู่ภาวะชัก ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ และ Deep tendon reflex ในขณะคลอด 2) เพื่อป้องกันภาวะชัก ขณะคลอด

#### เกณฑ์การประเมินผล

- 1) ไม่มีอาการนำสู่ภาวะชัก ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ และ Deep tendon reflex 1-2+
- 2) ขณะคลอดความดันโลหิต ไม่เกิน 160/110 mmHg 3) ไม่มีภาวะชักขณะคลอด

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. เมื่อผู้คลอดนอนบนเตียงคลอด ยกไม้กั้นเตียงขึ้นทั้ง 2 ข้าง เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการตกเตียง
2. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ความดันโลหิต ชีพจรและการหายใจ ทุก 5 นาที
3. ประเมินอาการนำของภาวะชัก โดยสอบถามอาการที่ผิดปกติเป็นระยะ ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ ปวดกระบอกตา คลื่นไส้อาเจียน
4. เตรียมผู้คลอดให้พร้อมในการทำสูติศาสตร์หัตถการในระยะเวลาที่เหมาะสม เช่น V/E, F/E เพื่อลดระยะเวลาการคลอดในระยะที่สอง (shortened second stage)
5. ควบคุมให้ได้รับปริมาณยา MgSO<sub>4</sub> เพื่อป้องกันภาวะชักตามแผนการรักษาของแพทย์
6. เตรียมอุปกรณ์การช่วยเหลือได้ทันทีที่มีอาการชัก ได้แก่ ยา 10 % MgSO<sub>4</sub> , valium , ออกซิเจน ไม้กีดลิ้น เครื่องดูดเสมหะ และเตรียมทีมช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม
7. เตรียมความพร้อมผ้าตัดคลอดกรณีฉุกเฉิน

#### การประเมินผล

คลอดปกติ หลังปากมดลูกเปิดหมด 7 นาที ขณะคลอด ไม่มีภาวะชัก มีอาการปวดศีรษะและมีอาการตาพร่ามัว เล็กน้อย BP อยู่ระหว่าง 157/106-170/112 mmHg Deep tendon reflex 2+

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7** ทารกมีภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากทารกคลอดก่อนกำหนดและ  
ผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงและได้รับยา MgSO<sub>4</sub>

#### ข้อมูลสนับสนุน

1) แรกเกิดพบสายสะดือพันคอ 2 รอบ ร้องเบาๆ อัตราการเต้นของหัวใจ 130 ครั้ง/นาที สีผิวคล้ำ เคลื่อนไหว  
แขนขาน้อย APGAR score นาทีที่ 1= 7 2) ขณะคลอดอายุครรภ์ 35<sup>+4</sup> wk 3) BP ก่อนคลอด อยู่ระหว่าง  
148/101 – 166/107 mmHg และได้รับยา MgSO<sub>4</sub> ก่อนทารกคลอด

#### วัตถุประสงค์

เพื่อแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจนและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะเลือดออกในสมอง ภาวะอุณหภูมิกายต่ำ

#### เกณฑ์การประเมินผล

หลังจากช่วยฟื้นคืนชีพ 5 นาที ทารกแรกเกิดมีคะแนน APGAR score มากกว่า 7 คะแนน

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ขณะเบ่งคลอด ให้ผู้คลอดได้รับออกซิเจน mask with bag อัตรา 10 ลิตร/นาที เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจน  
แก่ทารกแรกเกิด
2. ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ทุกครั้งหลังมดลูกคลายตัว
3. รายงานกุมารแพทย์เพื่อรับทารกแรกเกิด เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด
4. ร่วมทีมกับกุมารแพทย์ในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด โดยเมื่อรับทารกนอนใต้ radiant warmer รักษา  
ความอบอุ่นด้วยการเช็ดตัวทารกให้แห้ง การจัดทำศีรษะและเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ลูบหลังเบาๆเพื่อ  
กระตุ้นการหายใจ และให้ออกซิเจน tubing (บูรณี เสวตสุทธิพันธ์และคณะ,2565)
5. ร่วมประเมิน APGAR score นาทีที่ 5 และนาทีที่ 10
6. ประสานกับพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด เพื่อส่งต่อทารกไปดูแลต่อเนื่อง
7. นำส่งทารกไปหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดโดยใช้ Transport incubator ในการเคลื่อนย้ายทารก และส่ง  
ต่อข้อมูลผู้คลอดและทารกแก่พยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด

#### การประเมินผล

หลังทารกเกิดได้ทำการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดร่วมกับทีมกุมารแพทย์ สามารถแก้ไขให้ทารกมี  
อาการดีขึ้น 5 นาที ร้องเสียงดัง APGAR score นาทีที่ 5= 9 (หักคะแนนสีผิว 1 คะแนน) นาทีที่ 10 = 10  
อุณหภูมิ 36.9 C ลักษณะทารกคลอดก่อนกำหนด ส่งทารกไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด  
จากคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักน้อยและมารดาได้รับยา MgSO<sub>4</sub> ซึ่งมีผลต่อกล้ามเนื้อและการหายใจของทารก  
**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8** มีภาวะรกค้างจากการตั้งครรภ์และการคลอดหลายครั้ง

#### ข้อมูลสนับสนุน

1) ตั้งครรภ์ครั้งที่ 4 (G<sub>4</sub>P<sub>3-0-0-3</sub>) 2) หลังทารกคลอด 30 นาที รกไม่คลอด 3) แพทย์ทำการล้วงรก (manual  
removal of the placenta)

#### วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะรกค้างและการล้วงรก เช่น ตกเลือดหลังคลอด มดลูกปลิ้น

#### เกณฑ์การประเมินผล

- 1) รกคลอดสมบูรณ์ไม่มีรกค้างในโพรงมดลูกและบริเวณช่องคลอด 2) ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะรกค้าง  
และการล้วงรก เช่น ตกเลือดหลังคลอด มดลูกปลิ้น



### กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้คลอดทราบเหตุผลความจำเป็นที่แพทย์ต้องทำการล้วงรก และการปฏิบัติตัวขณะที่แพทย์ทำการล้วงรก เพื่อให้ผู้คลอดผ่อนคลายและให้ความร่วมมือในการรักษา
2. ตรวจสอบสัญญาณชีพเป็นระยะ ๆ ทุก 5 นาที ขณะล้วงรก หลังรกคลอด ทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรกและทุก 30 นาที ใน 1 ชั่วโมงต่อไปจนอาการคงที่
3. เตรียมพร้อมให้ได้รับสารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอ โดยการเปิดเส้นเลือดด้วยเข็มเบอร์ 18 ไว้ 2 เส้น
4. ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้อ่าง โดยตรวจสอบสายสวนปัสสาวะที่คาไว้ ไม่ให้หักพับงอ
5. ช่วยเหลือแพทย์ในการล้วงรก
6. คลึงมดลูกเพื่อกระตุ้นให้มดลูกหดตัวทันที หลังรกคลอด
7. ประเมินปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด โดยใช้ถุงตวงเลือด
8. ดูแลการให้ยา Nalador 500 mg และเพิ่มอัตรา oxytocin เพื่อช่วยในการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงของยา

### การประเมินผล

รกและเยื่อหุ้มรกคลอด 43 นาที หลังทารกคลอด ลักษณะรก ครบปกติ น้ำหนักรก 360 gm กว้าง 10 cm หลังรกคลอดมดลูกหดตัวไม่ดี BP 128/89 mmHg PR 96 ครั้ง/นาที O<sub>2</sub> sat 99 % รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการเวียนศีรษะไม่มีอาการหน้ามืดหรือใจสั่น ผู้คลอดมีภาวะตกเลือดหลังคลอด เสียเลือดรวม 610 ml

### ระยะหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 มีภาวะตกเลือดหลังคลอดจากรกค้างและมดลูกหดตัวไม่ดี

### ข้อมูลสนับสนุน

- 1) ผู้คลอดเสียเลือดหลังคลอด 610 ml
- 2) หลังทารกคลอด 30 นาที รกไม่คลอด แพทย์ทำการล้วงรก
- 3) มดลูกหดตัวไม่ดี
- 4) Hct ลดลงจาก 36.2 % เหลือ 28.7 %

### วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันภาวะช็อกและภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ หัวใจล้มเหลว ไตวายเฉียบพลัน ภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ

### เกณฑ์การประเมินผล

- 1) BP อยู่ระหว่าง 120/80-140/90 mmHg
- 2) PR ไม่เกิน 120 ครั้ง/นาที
- 3) O<sub>2</sub> sat 95-100 %
- 4) ผู้คลอดไม่มีอาการเวียนศีรษะหน้ามืด ใจสั่น
- 5) มดลูกหดตัวดีเป็นก้อนแข็ง ระดับยอดมดลูกไม่เกินระดับสะดือ

กิจกรรมการพยาบาล(ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ,2560และปทุมมา กังวานตระกูล,2562และสุภานัน ชัยราช,2560)

1. รายงานสูติแพทย์และตามทีมช่วยแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด
2. ตรวจสอบสัญญาณชีพทุก 15 นาที ในชั่วโมงแรก และทุก 30 นาที ในชั่วโมงต่อมา จากนั้นทุก 1 ชั่วโมงจนอาการคงที่
3. ตรวจสอบหาสาเหตุอื่นนอกจากมดลูกหดตัวไม่ดี ที่อาจทำให้ตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ ผลฉีกขาดของช่องคลอด มีเศษรกหรือเยื่อหุ้มรกในมดลูก
4. ประเมินเลือดที่ออกทางช่องคลอด โดยใช้ถุงตวงเลือดและชั่งวัสดุที่ซับเลือดรวมกัน
5. ตรวจสอบการหดตัวของมดลูก คลึงมดลูกเบาๆนาน 60 วินาทีหลังรกคลอด
6. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอ ได้แก่ Acetar load 700 ml
7. ดูแลให้ oxytocin 20 u ผสม 0.9 % NSS 500 ml IV อัตรา 120 ml/hr กระตุ้นการหดตัวของมดลูก
8. ดูแลให้ได้รับยา Nalador 500 mg IV เพื่อเพิ่มการหดตัวของมดลูกและสังเกตอาการข้างเคียงของยา



9. ดูแลให้ได้รับเลือดชนิด packed red cells 1 ยูนิต และเฝ้าระวัง สังเกตอาการแพ้เลือด
10. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน mask with bag อัตรา 10 ลิตร/นาที ดูแลให้ความอบอุ่น
11. ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง ใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ เพื่อประเมินการทำงานของไต
12. เตรียมผู้คลอดให้พร้อมและแจ้งให้ญาติทราบ กรณีต้องทำหัตถการเพื่อลดการเสียเลือดหรือต้องผ่าตัดมดลูกฉุกเฉิน เพื่อรักษาชีวิตผู้คลอด
13. เตรียมทีมช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม กรณีเกิดภาวะช็อก

#### การประเมินผล

หลังให้การพยาบาล 20 นาที BP 136/92 mmHg PR 90 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที O<sub>2</sub> sat 99 %  
- ในระยะ 1 ชั่วโมงหลังคลอด มดลูกหดตัวดี BP 166/114 mmHg PR 72 ครั้ง/นาที RR 22 ครั้ง/นาที O<sub>2</sub> sat 99 % เลือดออกทางช่องคลอด 80 ml ให้ดื่มเครื่องดื่มร้อน 1 แก้ว ปัสสาวะสีเหลือง 120 ml /hr  
- 2 ชั่วโมงหลังคลอด มดลูกหดตัวดี BP 158/108 mmHg PR 82 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที O<sub>2</sub> sat 99 % Hct 32 % ผู้คลอดอ่อนเพลีย ประเมินจำนวนเลือดออกทางช่องคลอด 50 ml มีปัสสาวะสีเหลืองออกเพิ่ม 250 ml /hr

#### การนำไปใช้ประโยชน์

นำไปใช้เป็นคู่มือ แนวทางการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงและผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ทุกชนิด สำหรับบุคลากรทางการพยาบาลเพื่อให้การพยาบาลผู้คลอด ในทุกระยะของการคลอด โดยนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมแก่ผู้คลอดแต่ละราย

#### ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

##### ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงจำนวน 1 ราย  
ให้การดูแลตั้งแต่วันที่ 3 พฤษภาคม 2566 เวลา 10.50 น. ถึงวันที่ 3 พฤษภาคม 2566 เวลา 18.20 น.  
รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 7 ชั่วโมง 30 นาที

##### ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ผู้คลอดได้รับการดูแล โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการให้การพยาบาล ตั้งแต่แรกรับ และในแต่ละระยะของการคลอด เฝ้าระวังติดตามอาการและอาการแสดงอย่างใกล้ชิด เพื่อประเมินความรุนแรงของโรค ประเมินอาการนำของการชัก ประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา และได้รับการพยาบาลที่เหมาะสม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สอดคล้องกับแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ทำให้สามารถควบคุมความรุนแรงของโรคได้ไม่เกิดภาวะชัก ไม่เกิดภาวะเลือดออกในสมอง ไม่มีภาวะน้ำท่วมปอด และไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่ได้รับ ทำให้ผู้คลอดและทารกปลอดภัย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้



### เอกสารอ้างอิง

- ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ.(2560).การตกเลือดหลังคลอด : บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน Postpartum Hemorrhage : Significance of Nurse 's Roles in Prevention.สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ฯ ; 6(2),146-157.
- บุรณี เศรษฐสุทธิพันธ์,ศศิวิมล สุนสวัสดิ์,ภัทราพร เปรมประพันธ์,อนงค์นาถ ศิริทรัพย์,พทหัส พงษ์มี (2565).ตำราการกู้ชีพทารกแรกเกิด ฉบับที่ 8. พิมพ์ครั้งที่ 1 .กรุงเทพฯ : ชมรมเวชศาสตร์ทารกแรกเกิดแห่งประเทศไทย
- ปทุมมา กังวานตระกูล.(2562).เรียนรู้จากความผิดพลาดสู่แนวปฏิบัติที่ดีในการป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ใน วิบูลย์ เรื่องชัยนิคม และคณะ. (บ.ก.),เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ แห่งอนาคต(น.81-90).กรุงเทพฯ : บริษัทธนาเพรส จำกัด
- ปิยะนุช ชูโต.(2563).การพยาบาลและการผดุงครรภ์:สตรีในระยะคลอดและหลังคลอด.เชียงใหม่ : ร้าน เอ็น.ที.พี.ปริ้นติ้ง (NPT Printing)
- พรศิริ พันธสี.(2564).กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ : การประยุกต์ใช้ทางคลินิก.พิมพ์ครั้งที่ 26. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด พิมพ์อักษร
- พุลเพชร ภูตองใจ.(2565).กรณีศึกษา:การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและชักในระยะคลอด.วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อม,7 (1) ,72-83
- รังสรรค์ เดชนันทพิพัฒน์ และสุชยา ลือวรรณ.(3 กุมภาพันธ์ 2563).ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Hypertension in Pregnancy).สูติศาสตร์ล้านนา. สืบค้นจาก <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturetopics/topic-review/6655/>
- ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.(2565).แนวทางเวชปฏิบัติราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.พิมพ์ครั้งที่ 3 .กรุงเทพฯ : บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด
- โรงพยาบาลตราด.รายงานการคลอด ปีงบประมาณ 2564-2566.ตราด : โรงพยาบาลตราด
- รุ่งฤดี พันธประเสริฐ.(2563).การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรง:กรณีศึกษา. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร, 29 (1), 17-27
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน. สืบค้นจาก <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/mmr/index?year=2023>
- สุภานัน ชัยราช.(2560).Nursing role : Saving Mothers from Massive Management in Postpartum Hemorrhage. ใน วิบูลย์ เรื่องชัยนิคม และคณะ. (บ.ก.),ร่วมด้วยช่วยกันเพื่อสุขภาพที่ดีที่สุดของมารดาและทารกในครรภ์(น. 13-28).กรุงเทพฯ : บริษัทยูเนี่ยน ครีเอชั่น จำกัด
- สุพัตรา ศิริโชติยะกุลและธีระ ทองสง.(2564).ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ Hypertension During Pregnancy ใน ธีระ ทองสง (บ.ก.), Obstetrics สูติศาสตร์ (น.325-344).กรุงเทพฯ : บริษัทลักษมีรุ่ง จำกัด