

## การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์แฝดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และผ่าตัดคลอดและมีภาวะช็อคหลังคลอด : กรณีศึกษา

อัฐิญา พุทวงศ์  
ศุนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี

### บทคัดย่อ

ครรภ์แฝด หมายถึง การตั้งครรภ์ที่เกิดทารกในครรภ์มากกว่า ๑ คนขึ้นไป ได้แก่ แผลคู่ แผลสาม เป็นต้น โดยครรภ์แฝดมีผลทำให้เพิ่มภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ทั้งต่อมารดาและทารก โดยพบว่า ยิ่งจำนวนทารกมากขึ้น โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนก็ยิ่งสูงขึ้น

จากกรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่ ๓ ซึ่งตั้งครรภ์แฝดคู่ อายุครรภ์ ๓๗ สัปดาห์ เข้ารับการรักษาด้วยภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ได้รับยาป้องกันการชัก คือ แมกนีเซียมซัลเฟต ต่อมาเมื่อการเจ็บครรภ์ถึงปากมดลูกเปิด ๒ เซนติเมตร แพทย์จึงพิจารณายุติการตั้งครรภ์โดยผ่าตัดคลอด ทารกเพศหญิง แผลพิน้ำหนัก ๒,๓๐๐ กรัม แผลน่องน้ำหนัก ๒,๑๕๐ กรัม Apgar score ๘,๑๐,๑๐ คะแนน แรกเกิดทารกมีปลายมือปลายเท้าซีด ต่อมาแผลทั้งสองมีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia) และแผลที่ตรวจพบภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ร่วมด้วย รายงานแพทย์ส่งส่งเหตุการณ์ที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย เป็นระยะเวลา ๒ วัน อาการดีขึ้น สามารถดูแลตนเองได้

หลังผ่าตัด มารดาเสียเลือด ๖๕๐ มิลลิลิตร ต้องได้รับการแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดด้วยยาและการให้เลือดทดแทน หลังได้รับการรักษาพยาบาลสามารถจำหน่ายกลับบ้านพร้อมบุตรภายใน ๔ วันของการคลอด

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์แฝดและทารก พยาบาลผู้ดูแลต้องใช้ความรู้ ทักษะความชำนาญ ในการสังเกตและประเมินอาการที่รวดเร็ว นำไปสู่การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องครบถ้วน ตลอดจนต้องมีการสื่อสาร และสร้างสัมพันธภาพที่ดี ทำให้มารดาเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล จึงทำให้ผ่านวิกฤติมาได้อย่างปลอดภัย

**คำสำคัญ :** ภาวะตั้งครรภ์แฝด / ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์แฝด (Multifetal pregnancy or Multiple pregnancy) เป็นการตั้งครรภ์ที่มีจำนวนทารกในครรภ์มากกว่าหนึ่งคนขึ้นไป ทั่วโลกมีอุบัติการณ์เท่ากัน คือ ประมาณ ๑:๒๕๐ ของการคลอด ๒ ใน ๓ จะมีแฝดที่เกิดจากไข่สองใบ (Dizygotic twins) และ ๑ ใน ๓ เป็นแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียว (Monozygotic twins)<sup>๑</sup> การตั้งครรภ์แฝดจัดอยู่ในกลุ่มการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง สามารถพบภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทั้งต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกได้มากกว่าการตั้งครรภ์ปกติ<sup>๒</sup> เช่น ภาวะซีด (Anemia) พบมากกว่าครรภ์เดี่ยว ๒.๗๕ เท่า<sup>๓</sup> ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Gestational hypertension) พบมากกว่าตั้งครรภ์เดี่ยว ๒-๓ เท่า<sup>๔</sup> ซึ่งส่งผลต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น การคลอดก่อนกำหนด รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ตกเลือดหลังคลอด การติดเชื้อหลังคลอด ทารกพิการ โดยกำเนิด เลือดออกในสมอง ตับและไตวาย หญิงตั้งครรภ์แฝดจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ลดอันตรายต่อมารดา และทารกในครรภ์ ให้ได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัยทั้งมารดาและทารก<sup>๕</sup> ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของพยาบาล

ข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี จากสถิติการมารับบริการของหญิงตั้งครรภ์แฝดมีการฝากครรภ์ปีละ ๑-๒ ราย แม้จำนวนที่พบจะน้อยแต่อาจพบภาวะแทรกซ้อนที่มีความรุนแรงทั้งด้านร่างกายของมารดาและทารก มีผลกระทบต่อด้านจิตใจไม่เพียงเฉพาะมารดาเท่านั้น ยังรวมถึงครอบครัวที่จะรู้สึกวิตกกังวลต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารก การรักษาและค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้น<sup>๖</sup> พยาบาลต้องมีความรู้ในการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก ๔ ชั่วโมง การประเมินอาการ และอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้การรักษาได้อย่างถูกต้องมีประสิทธิภาพและทันเวลาที่

ดังนั้นผู้ศึกษา จึงสนใจทำการศึกษา “การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์แฝดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์และผ่าตัดคลอดและมีภาวะซีดหลังคลอด” กรณีนี้ขึ้น เนื่องจากพยาบาลจำเป็นต้องใช้ความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ และความชำนาญสูง ในด้านการพยาบาลวิชาชีพ เพื่อคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพที่ซับซ้อน และปรับปรุงการดูแลให้สอดคล้องกับภาวะของโรค โดยมีเป้าหมายให้มารดาและทารกได้รับความปลอดภัยจากภาวะคุกคามได้อย่างทันเวลาที่ มีประสิทธิภาพ

## วัตถุประสงค์การศึกษากรณีศึกษา

เพื่อศึกษา ทบทวนกระบวนการดูแล และวิเคราะห์คุณภาพการพยาบาล ให้ตอบสนองต่อวัตถุประสงค์ และเป้าหมายของการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์แฝดและทารก

## ขอบเขตการศึกษากรณีศึกษา

การศึกษานี้ เป็นกรณีศึกษา ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี ตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๔ ถึง วันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๔

## ขั้นตอน/วิธีการดำเนินการศึกษา

๑. เลือกศึกษากรณีหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาทางการพยาบาลที่ยุ่ยากและซับซ้อน เนื่องจากมารดา รายนี้เป็นหญิงตั้งครรภ์แฝดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษา ถูกต้องและรวดเร็วแล้ว การดำเนินของโรคจะรุนแรงมากขึ้น เกิดภาวะชักเกร็ง และเกิดกลุ่มอาการที่มีการทำงานของตับผิดปกติ

๒. ส่งโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี เอกสารเลขที่ ๘/๒๕๖๕ วันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๕

๓. รวบรวมข้อมูลตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และ หลังคลอด อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ ซึ่งต้องใช้การประเมินที่ถูกต้อง แม่นยำ ครอบคลุมและรวดเร็ว เนื่องจากเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มี ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ และเสี่ยงสูงในระยะก่อนคลอด การตั้งข้อวินิจฉัย วางแผน และปฏิบัติการพยาบาล ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด การประเมินซ้ำเพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่ามาวางแผนกับทีมแพทย์และครอบครัว

๔. ศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมจากตำรา เอกสารวิชาการเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ในประเด็น ความหมาย พยาธิสรีรวิทยา สาเหตุการเกิด อาการแสดง การวินิจฉัย การรักษา และ การพยาบาล

๕. ปรีกษาแพทย์เฉพาะทางที่ดูแลรักษา พยาบาลที่มีความชำนาญในการดูแลมารดา วิเคราะห์ผลตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

๖. เรียบเรียงผลงานจากกรณีศึกษา โดยวิเคราะห์ปัญหา แก้ไขในประเด็นที่ยังไม่ครอบคลุม เพื่อนำมา พัฒนาคุณภาพในการดูแลมารดาต่อไป

๗. นำเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน ตรวจทาน แก้ไข และจัดพิมพ์เป็น รูปเล่ม

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑. หญิงตั้งครรภ์แฝด และมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ได้รับการพยาบาลอย่างถูกต้อง เหมาะสม มีประสิทธิภาพ และครบถ้วนตามมาตรฐานการพยาบาล

๒. ได้แนวทางการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์แฝด ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะชืดหลังคลอด ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากครรภ์แฝด, โรคความดันโลหิตสูง, ภาวะชืด ตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างถูกต้อง และเหมาะสม

## ผลการศึกษา

### ๑. ข้อมูลทั่วไป

หญิงไทย อายุ ๓๓ ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ส่วนสูง ๑๕๓ เซนติเมตร อายุครรภ์ ๓๗ สัปดาห์ การวินิจฉัย  $G_3P_4A_0L_4$  GA = ๓๗ wks C/S due to Twins with Severe Preeclampsia with TR with Anemia วันที่รับไว้ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔ วันที่จำหน่าย ๔ มิถุนายน ๒๕๖๔

**อาการสำคัญ** เจ็บครรภ์คลอดก่อนมาโรงพยาบาล ๓ ชั่วโมง

**ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน** ครรภ์ที่สาม หญิงตั้งครรภ์แฝด  $G_3P_4A_0L_4$  อายุครรภ์ ๓๗ สัปดาห์ มาฝากครรภ์ตามนัด ให้ประวัติว่า ๓ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเจ็บครรภ์ ไม่มีมูกเลือด ไม่มีน้ำเดิน ลูกดิ้นดี มีอาการปวดศีรษะบางครั้ง ไม่มีจุกแน่นใต้ชายโครงขวา ไม่มีตาพร่ามัว

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต** ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว

**ประวัติการฝากครรภ์/การคลอด (ทางสูติ)**

ครรภ์แรก ตั้งครรภ์ครบกำหนด คลอดปกติ บุตรเพศชาย น้ำหนักแรกเกิด ๒,๖๖๐ กรัม ปัจจุบันอายุ ๑๙ ปี แข็งแรงดี

ครรภ์ที่สอง ตั้งครรภ์ครบกำหนด คลอดปกติ บุตรเพศหญิง น้ำหนักแรกเกิด ๓,๔๑๐ กรัม ปัจจุบัน อายุ ๑๑ ปี แข็งแรงดี

ครรภ์นี้เป็นครรภ์ที่สาม ตั้งครรภ์แฝด ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ๑๗<sup>+</sup><sub>๔</sub> สัปดาห์ จำนวน ๗ ครั้ง ตามเกณฑ์ ผลการตรวจครรภ์ปกติ ทารกดิ้นดี ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก ๑ เข็ม

## ๒. การประเมินร่างกายตามระบบ

**ทั่วไป :** รู้สึกตัวดี มีอาการเจ็บครรภ์ ไม่มีมูกเลือด ไม่มีน้ำเดิน

**ผิว :** สีผิวขาวเหลือง ไม่มีจ้ำเลือดหรือผื่น ไม่มีบาดแผลตามร่างกาย

**ศีรษะ :** ขนาดปกติ เส้นผมและหนังศีรษะสะอาด ไม่มีรังแค ไม่มีรอยโรค ไม่เคยประสบอุบัติเหตุที่ทำให้ศีรษะกระทบกระเทือน

**ตา :** ตาไม่โปน เปลือกตาปิดสนิท ตาขาวสีขาว เยื่อบุตาซีด การมองเห็นของตาทั้งสองข้างชัดเจน ไม่มีตาพร่ามัว ไม่เห็นภาพซ้อน

**หู :** ไม่มีรอยโรค ไม่เคยมีประวัติเป็นหูน้ำหนวก ได้ยินเป็นปกติทั้งสองข้าง

**จมูก :** สันจมูกตรง ไม่คด ผ่นก้นจมูกอยู่ในแนวกึ่งกลาง ไม่มีสิ่งคัดหลั่งไหลซึม ไม่มีน้ำมูก การได้กลิ่นเป็นปกติทั้งสองข้าง

**ปาก :** ริมฝีปากค่อนข้างแห้ง ไม่มีแผลในช่องปาก ไม่มีฟันผุ ทอลซิลไม่บวม

**คอ :** ตั้งตรงอยู่ในแนวศูนย์กลาง หลอดลมอยู่ในแนวกลาง ไม่มีการโป่งพองของเส้นเลือดดำที่คอ ต่อมไทรอยด์ไม่โต

**หน้าอก :** รูปร่างปกติ ทรวงอกขยายตัวเท่ากันทั้งสองข้าง ไม่ได้ยินเสียงหายใจที่ผิดปกติ

**หัวใจ :** ไม่พบการเต้นที่ผิดปกติ ชีพจรเต้นสม่ำเสมอ

**ช่องท้อง :** รูปร่างท้องกลมรี ไม่มีแผลที่ท้องกับการทำศัลยกรรม

**หลอดเลือดแดงส่วนปลาย :** ขาบวมกดบวม ๒ ข้าง ไม่มีภาวะเขียวคล้ำ ไม่มีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า

**อวัยวะเพศ :** เพศหญิง อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ไม่มีบวมแดง

**การตรวจครรภ์ :** ระดับยอดมดลูก  $\frac{3}{4}$  > ระดับสะดือ Twins A มีศีรษะเป็นส่วนนำ อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง ๑๓๐-๑๓๒ ครั้ง/นาที และ Twins B มีก้นเป็นส่วนนำ อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง ๑๒๘-๑๓๒ ครั้ง/นาที มดลูกหดตัวช่วงเวลา(Interval) ๕ นาที ระยะเวลา(duration) ๓๐ วินาที

**ตรวจภายใน :** ปากมดลูกเปิด ๒ เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก ๔๐ เปอร์เซ็นต์ ถุงน้ำคร่ำยังอยู่ระดับส่วนนำ -๑

**สัญญาณชีพ :** อุณหภูมิ ๓๖.๓ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๘ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๔๘/๑๓๐ มิลลิเมตรปรอท

## ๓. อาการและอาการแสดง

ระยะก่อนคลอด วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔ แกร็บผู้คลอดรู้สึกตัวดี ให้ประวัติว่าเจ็บครรภ์ทุก ๕ นาที มีอาการปวดศีรษะเป็นบางครั้ง ไม่มีตาพร่ามัว ไม่มีจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ไม่มีอาการคลื่นไส้หรืออาเจียน พบบวมบริเวณขาทั้งสองข้างและกดบวม ๒+ ตรวจโปรตีนในปัสสาวะ ๔+ การตรวจครรภ์ ระดับยอดมดลูก  $\frac{3}{4}$  > ระดับสะดือ Twins A มีศีรษะเป็นส่วนนำ อัตราการเต้นของหัวใจ ๑๓๐ ครั้ง/นาที และ Twins B มีก้น

เป็นส่วนนำ อัตราการเต้นของหัวใจ ๑๒๘ ครั้ง/นาที มดลูกหดตัว ช่วงเวลา(Interval) ๕ นาที ระยะเวลา (duration) ๓๐ วินาที ตรวจภายในปากมดลูกเปิด ๒ เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก ๔๐ เปอร์เซนต์ ผนังคร่ำยังไม่แตก ระดับส่วนน้ำ -๑, วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๖.๓ องศาเซลเซียส, ชีพจร ๘๘ ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต ๑๔๘/๑๐๓ มิลลิเมตรปรอท แพทย์มีคำสั่งให้ผู้ป่วย งดน้ำ และอาหาร และเจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจเลือดเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง ให้สารน้ำ ๕%D/N/๒ ๑๐๐๐ มิลลิลิตร ให้ทางหลอดเลือดดำในอัตรา ๑๐ มิลลิลิตร/ชั่วโมง(Keep vein open) แพทย์มีคำสั่งให้ยา ๑๐% MgSO<sub>4</sub> (๑๐ มิลลิลิตร) ๔ กรัม(๔ แอมพูล) ฉีดเข้าหลอดเลือดดำช้าๆ ภายใน ๑๕-๒๐ นาที หลังจากนั้นให้ ๕๐% MgSO<sub>4</sub> (๒ มิลลิลิตร) ๑๐ กรัม(๑๐ แอมพูล) ผสมใน ๕%D/W ๑๐๐๐ มิลลิลิตร ให้ทางหลอดเลือดดำ ในอัตรา ๑๐๐ มิลลิลิตร/ชั่วโมง ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ เพื่อดูปริมาณน้ำเข้า-ออก และ ๑ ชั่วโมง ๓๐ นาทีต่อมา ผู้ป่วยมีอาการเจ็บครรภ์ถี่ ช่วงเวลา(Interval) ๔-๕ นาที ระยะเวลา(duration) ๒๕-๓๐ วินาที มีอาการปวดศีรษะบ้าง ไม่มีจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ไม่มีตาพร่ามัว วัดความดันโลหิตอยู่ในช่วง ๑๑๐-๙๓/๑๕๐-๑๐๐ มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ CBC พบว่า Hb ผล ๑๐.๔, Hct ผล ๓๓.๘, MCV ผล ๗๓.๒, MCH ผล ๒๒.๕, MCHC ผล ๓๐.๘, RDW-CV ผล ๑๘.๒ จากผล CBC พบว่า มารดามีความเข้มข้นของเลือดต่ำก่อนคลอด ค่อนข้างซีด ตรวจการทำงานของไต พบว่า Cr ผล ๑.๒ มีค่าสูงกว่าปกติ Alkaline phosphatase ผล ๒๕๗ มีค่าสูงกว่าปกติ การตรวจปัสสาวะ พบโปรตีนในปัสสาวะ ๒+ ตรวจ Coagulogram พบว่า PTT ต่ำกว่าปกติ ๒๐.๗ วินาที ตรวจ LFT พบว่า Albumin (serum) มีค่าต่ำกว่าปกติ ๓.๓ วัดความดันโลหิตพบว่าลดลงเป็น ๑๓๒/๙๗ มิลลิเมตรปรอท รายงานสูติแพทย์ มีคำสั่งให้เตรียมผ่าตัดคลอด ในเวลา ๑๕.๐๐ น. พร้อมเตรียมยา Duratocin ๑ แอมพูล เพื่อใช้กรณีผู้ป่วยมีภาวะตกเลือดหลังคลอด ไปฉีดที่ห้องผ่าตัด ดูแลให้ได้รับยา Cefazoline ๑ กรัม ให้ทางหลอดเลือดดำ ก่อนไปห้องผ่าตัด

**ห้องผ่าตัด วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔** แพทย์ได้ทำการผ่าตัด Cesarean section due to Twins with Severe Preeclampsia with TR เวลา ๑๕.๐๐ น. แพทย์ระงับความรู้สึกโดยทำ General anesthesia ทารกแฝดพี่คลอด เวลา ๑๕.๔๖ น. เพศหญิง น้ำหนัก ๒,๓๐๐ กรัม APGAR Score ๘,๑๐,๑๐ คะแนน ทารกแฝดน้องคลอด เวลา ๑๕.๔๗ น. เพศหญิง น้ำหนัก ๒,๑๕๐ กรัม APGAR Score ๘,๑๐,๑๐ คะแนน สูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด ๕๐๐ มิลลิลิตร ใช้เวลาในการผ่าตัดนาน ๔๒ นาที หลังผ่าตัดเสร็จผู้ป่วยได้ยา cytotec ๕ เม็ด ทางทวารหนัก ได้รับยาแก้ปวด Ketorolec ๑ แอมพูล ทางหลอดเลือดดำในห้องผ่าตัด ย้ายไปสังเกตอาการที่ห้องพักรฟื้นประมาณ ๑ ชั่วโมง ๓๐ นาที ระหว่างพักรฟื้นผู้ป่วยได้รับยา Nalador ๕๐๐ ไมโครกรัม/เดซิลิตร ผสมใน ๐.๙% NSS ๕๐๐ มิลลิลิตร ให้ทางหลอดเลือดดำ และยา Pethidine ๓๐ มิลลิกรัม ทางกล้ามเนื้อ เมื่อมารดารู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ย้ายแผนกหลังคลอดตึกสามัญ

**ระยะหลังคลอด วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔** มารดาหลังผ่าตัดคลอด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ได้รับยา Oxytocin ๒๐ ยูนิต ผสมใน ๕%D/N/๒ ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร ให้หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ ในอัตรา ๑๒๐ มิลลิลิตร/ชั่วโมง พร้อมกับ ๕๐% MgSO<sub>4</sub> (๒มิลลิลิตร) ๑๐ กรัม(๑๐แอมพูล) ผสมใน ๕%D/W ๑๐๐๐ มิลลิลิตร ให้ทางหลอดเลือดดำ ในอัตรา ๑๐๐ มิลลิลิตร/ชั่วโมง มีสายสวนปัสสาวะคาสาย ไหลสะดวกดี เป็นสีเหลือง ออกประมาณ ๒๐๐ มิลลิลิตร วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๔-๓๖.๖ องศาเซลเซียส, อัตราการหายใจ ๒๐-๒๒ ครั้ง/นาที, ชีพจร ๑๐๔-๑๒๐ ครั้ง/นาที, ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง ๑๕๐/๗๘-๑๕๘/๑๐๔ มิลลิเมตรปรอท แพทย์มีคำสั่งให้ปรับลด MgSO<sub>4</sub> โดยให้ ๕๐% MgSO<sub>4</sub> ๒๐ มิลลิกรัม

ผสมใน ๕๐%D/W ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร ให้หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ ในอัตรา ๕๐ มิลลิลิตร/ชั่วโมง ได้รับยา Cefazolin ๑ กรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก ๖ ชั่วโมง, Ketorolac ๑ แอมพลู ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก ๘ ชั่วโมง หลังได้รับยา ผู้ป่วยไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน แพทย์มีคำสั่งให้จิบน้ำช่วงเย็น และให้รับประทาน อาหารเหลวในวันพรุ่งนี้ช่วงเช้า เจาะ Mg level ผล ๓.๒ มิลลิกรัม/เดซิลิตร รายงานแพทย์รับทราบ ไม่มี คำสั่งเพิ่ม ที่เวลา ๒๑.๐๐ น. มีเลือดทางช่องคลอดออกเพิ่มประมาณ ๑๐๐ มิลลิลิตร ล้วงก้อนเลือดออกเพิ่ม ประมาณ ๕๐ มิลลิลิตร เจาะ Hct ผล ๒๙.๕ เปอร์เซ็นต์ มารดารู้สึกตัวดี ไม่มีอาการวิงเวียนศีรษะ หน้ามืด วัดสัญญาณชีพ อัตราการหายใจ ๒๐-๒๒ ครั้ง/นาที, ชีพจร ๑๐๒-๑๑๘ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๓๓/๘๘- ๑๕๕/๑๐๒ มิลลิเมตรปรอท ค่าออกซิเจนในร่างกาย ๘๘ เปอร์เซ็นต์ รายงานแพทย์รับทราบ ให้คลึงมดลูก ตลอดเวลา เฝ้าระวังเลือดออกทางช่องคลอดเพิ่ม ให้เจาะเลือดส่งตรวจ CBC วันรุ่งขึ้น

**วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๔** หลังคลอดวันที่ ๑ มารดารู้สึกตัวดี มีสีหน้าซีด ผิวกายซีด อ่อนเพลียเล็กน้อย ไม่มีปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว ปวดแผลเล็กน้อยพอทนได้ ให้รับประทานอาหารเหลว ไม่มีท้องอืด สัญญาณ ชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๕ องศาเซลเซียส, ชีพจร ๙๔ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต ๑๔๑/๙๒ มิลลิลิตร ตามผลเลือด CBC พบว่า WBC ผล ๒๐,๐๖๐ มีค่าสูงกว่าปกติ พบว่า RBC ผล ๓.๒๑, Hb ผล ๗.๓ กรัม/เดซิลิตร มีค่าต่ำกว่าปกติ พบว่า Hct ผล ๒๓.๖ เปอร์เซ็นต์มีค่าต่ำกว่าปกติ พบว่า MCV ผล ๗๓.๕, MCH ผล ๒๒.๗, MCHC ผล ๓๐.๙, มีค่าต่ำกว่าปกติ, RDW-CD ผล ๑๗.๙ มีค่าสูงกว่าปกติ, พบว่า Neutrophil ผล ๘๒ เปอร์เซ็นต์ มีค่าสูงกว่าปกติ, พบว่า Lymphocyte ผล ๑๔ เปอร์เซ็นต์ มีค่าต่ำกว่าปกติ รายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ แพทย์มีคำสั่งการรักษา โดยให้เลือด ๒ ยูนิต ดำเนินการขอ เลือดที่จองไว้ ดูแลให้เลือด ขณะให้เลือดติดตามอาการผู้ป่วย ทุก ๑๕ นาที ๔ ครั้ง และทุก ๓๐ นาที ๒ ครั้ง วัดสัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๕-๓๖.๖ องศาเซลเซียส, ชีพจร ๗๐-๙๔ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐-๒๒ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๔๑/๙๒-๑๕๘/๑๐๐ มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการผิดปกติขณะให้เลือด หลังเลือดหมด ๒ ชั่วโมง เจาะดูค่า Hct ผล ๒๘.๕ เปอร์เซ็นต์ รายงานแพทย์รับทราบ หลังได้รับเลือดมารดา รู้สึกตัวดี มีสีหน้าสดชื่นขึ้น สีผิวไม่ซีด หลังเลือดหมดแพทย์มีคำสั่งหยดให้ยา MgSO<sub>4</sub> ครบ ๒๔ ชั่วโมง ตอนเย็นให้รับประทานอาหารอ่อน และยาหลังอาหาร ความดันโลหิตเริ่มลดลงอยู่ระหว่าง ๑๓๕/๙๑- ๑๔๘/๙๐ มิลลิเมตรปรอท มดลูกหดตัวดี

**วันที่ ๒ มิถุนายน ๒๕๖๔** หลังคลอดวันที่ ๒ มารดารู้สึกตัวดี มีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย ไม่มีปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว ไม่มีจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ท้องไม่อืด มารดารับประทานข้าวต้ม และยา หลังอาหาร ความดันโลหิตเริ่มลดลงอยู่ระหว่าง ๑๐๘/๙๒- ๑๔๔/๙๙ มิลลิเมตรปรอท แพทย์มีคำสั่งให้หยุดให้สารน้ำ และถอดสายสวนปัสสาวะ เมื่อเวลา ๒๒.๐๐ น. มารดาปัสสาวะได้เองปกติ

**วันที่ ๓ มิถุนายน ๒๕๖๔** หลังคลอดวันที่ ๓ มารดาบอกปวดเต้านมคัดตึงเล็กน้อย นานเริ่มไหล เวลา ประมาณ ๑๐.๐๐ น. พยาบาลหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย ได้นำบุตรทั้งสองคนมาส่งให้กับมารดาได้ฝึกเลี้ยง ทารกทั้งสองดูดนมได้ ทารกทั้งสองคนอาการทั่วไปปกติ Active ดี หายใจไม่มีหอบเหนื่อย เวลา ๑๘.๐๐ น. วัดสัญญาณชีพพบว่าผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูง ค่าความดันโลหิต ๑๗๐/๑๑๐ มิลลิเมตรปรอท มีอาการปวด ศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว ไม่มีจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ดูแลให้ได้รับยา Adalat (๑๐ มิลลิกรัม) ๒ เม็ด รับประทานทันที ตามแผนการรักษาของแพทย์ หลังได้รับยามารดาไม่มีปวดศีรษะ ความดันโลหิตเริ่มลดลงอยู่ระหว่าง ๑๔๘/๙๖-๑๕๐/๑๐๐ มิลลิเมตรปรอท

วันที่ ๔ มิถุนายน ๒๕๖๔ หลังคลอดวันที่ ๔ มารดาช่วยเหลือตนเองได้พอควร สามารถให้นมทารกทั้งสองคนได้ ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง ๑๑๘/๗๖-๑๒๑/๘๓ มิลลิเมตรปรอท ไม่มีปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว ไม่มีจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ มารดาปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย แผลผ่าตัดมีเลือดซึมด้านล่างแผลเล็กน้อย แพทย์มีคำสั่งให้ทำแผลเปลี่ยนที่ปิดแผลใหม่ ดูแลเปิดแผลบริเวณแผลไม่มีบวมแดง ทำแผลเปลี่ยนที่ปิดแผลให้ใหม่ น้ำคาวปลาออกปกติ สูติแพทย์จำหน่ายมารดา และกุมารแพทย์จำหน่ายทารกทั้งสองคนกลับบ้านพร้อมมารดา รวมระยะเวลาอนโรพยาบาล ๔ วัน จำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหลังคลอด

#### ๔. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการวางแผนการพยาบาล

##### ข้อวินิจฉัยที่ ๑ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะชัก เนื่องจากมีความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล ไม่เกิดภาวะชัก

ข้อมูลสนับสนุน

S : มารดาบ่นปวดศีรษะ

O : มารดาครรภ์แฝดมีประวัติความดันโลหิตสูง ความดันโลหิต ๑๓๒/๙๗ - ๑๔๘/๑๐๓ มิลลิเมตรปรอท

: ชาบวมกดบวม ๒+

: พบโปรตีนในปัสสาวะ ๔+

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ไม่มีอาการแสดงนำก่อนชัก เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่

๒. ความดันโลหิตไม่สูงเกิน ๑๖๐/๑๑๐ มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินอาการและอาการแสดง ที่ชัknำก่อนการเกิดการชัก ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เจ็บใต้ลิ้นปี่ หรือบริเวณชายโครงขวา เพื่อจะได้เตรียมการช่วยเหลืออย่างทันที่

๒. ดูแลให้ยาป้องกันการชัก ๕๐% MgSO<sub>4</sub> (๒มิลลิกรัม) ๑๐ กรัม(๑๐แอมพูล) ผสมใน ๕%D/W ๑๐๐๐ มิลลิกรัม ให้ทางหลอดเลือดดำ ในอัตรา ๑๐๐ มิลลิกรัม/ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา MgSO<sub>4</sub> ประเมินอาการผิดปกติจากการได้รับยา ดังนี้ อัตราการหายใจน้อยกว่า ๑๔ ครั้ง/นาที ปัสสาวะออกน้อยกว่า ๓๐ มิลลิกรัม/ชั่วโมง Deep tendon reflex ลดลงหรือไม่มี ความดันโลหิตไดแอสโตลิตต่ำกว่า ๙๐ มิลลิเมตรปรอท ถ้ามีอาการดังกล่าวให้รายงานแพทย์ทราบเพื่อจะได้ให้การรักษาได้อย่างทันที่

๓. ตรวจสอบสัญญาณชีพทุก ๑ ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการและอาการแสดงเป็นระยะ ๆ

๔. จัดสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบ ลดการกระตุ้นจากแสง เสียง หรือสิ่งต่างๆ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้พักผ่อนมากที่สุด

๕. ตรวจและบันทึกปริมาณสารน้ำเข้าออกจากร่างกาย ซึ่งมีสายสวนปัสสาวะค้างไว้ เพื่อประเมินการทำงานของไต ถ้าพบปัสสาวะออกน้อยกว่า ๓๐ มิลลิกรัม/ชั่วโมง ให้รายงานแพทย์

๖. เตรียมยา ๑๐ % Calcium gluconate ไว้ให้พร้อม ถ้าพบการหายใจและการทำงานของหัวใจถูกกดจาก MgSO<sub>4</sub>

๗. เตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม เพื่อช่วยเหลือได้ทันทีเมื่อมีอาการชัก ได้แก่ ออกซิเจน ไม้กดลิ้น เครื่องดูดเสมหะ เครื่องช่วยหายใจ ยาระงับชัก และเตรียมความพร้อมของทีมช่วยฟื้นคืนชีพ

### การประเมินผล

๑. ไม่มีอาการแสดงหรือนำสู่ภาวะชัก
๒. ความดันโลหิต ๑๕๐/๑๐๐ มิลลิเมตรปรอท

### ข้อวินิจฉัยที่ ๒ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก HELLP syndrome เนื่องจากผลเลือดผิดปกติ

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล ไม่เกิดภาวะความรุนแรงของ HELLP syndrome

#### ข้อมูลสนับสนุน

S : มารดาบ่นปวดศีรษะบางครั้ง

O : มารดาครรภ์แฝดมีประวัติความดันโลหิตสูง ความดันโลหิต ๑๓๒/๙๗-๑๔๘/๑๐๓ มิลลิเมตรปรอท

: ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Cr ผล ๑.๒ มีค่าสูงกว่าปกติ, Alkaline phosphatase ผล ๒๕๗ มีค่าสูงกว่าปกติ, PTT ผล ๒๐.๗ วินาที มีค่าต่ำกว่าปกติ, Albumin (serum) ผล ๓.๓ มีค่าต่ำกว่าปกติ, Total Bilirubin ผล ๐.๒๒ มีค่าสูงกว่าปกติ, Direct Bilirubin ผล ๐.๑๕ มีค่าสูงกว่าปกติ

#### เกณฑ์การประเมินผล

๑. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
๒. ระดับความรู้สึกของมารดา และความตื่นตัวทางระบบประสาท (DTR) ปกติ
๓. ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะสีปกติ

#### กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินสัญญาณชีพตามแนวทางการดูแล ทุก ๑๕ นาที ๔ ครั้ง และทุก ๓๐ นาที ๒ ครั้ง หลังจากนั้นประเมินทุก ๑ ชั่วโมง

๒. การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ ต้องระมัดระวังกล้ามเนื้อบวมซ้ำ สังเกตการแข็งตัวของเลือดด้วย ควรใช้แรงกดบริเวณฉีดยา เพื่อช่วยลดการแตกของเม็ดเลือดแดง หรือเลือดไหลไม่หยุด เมื่อพบว่ามีอาการรุนแรงขึ้น ต้องฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อให้เปลี่ยนเป็นฉีดเข้าเส้นเลือด

๓. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด ได้แก่ ระดับความรู้สึก อาการเลือดออกตามไรฟัน หรือจุดต่างๆ ของร่างกาย หรือปัสสาวะเป็นสีโค้ก ควรรีบรายงานแพทย์ทันที

**การประเมินผล** สัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๖.๔-๓๖.๗ องศาเซลเซียส, อัตราการหายใจ ๒๐-๒๒ ครั้ง/นาที, ชีพจร ๘๔-๙๐ ครั้ง/นาที, ความดันโลหิตอยู่ในช่วง ๑๑๐/๗๘-๑๕๑/๙๓ มิลลิเมตรปรอท ตรวจปฏิบัติการตอบสนองเฉียบพลันของเอ็นลิก(DTR) ๒+ มารดาารู้สึกตัวดี ไม่มีอาการกระสับกระส่ายหรือมึนงง ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะเป็นสีเหลืองใส ออกประมาณ ๓๐๐ มิลลิลิตร/ชั่วโมง

### ข้อวินิจฉัยที่ ๓ มีโอกาสเกิด Hypermagnesemia และอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา MgSO<sub>4</sub> (MgSO<sub>4</sub> toxicity)

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล มารดาปลอดภัยไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา MgSO<sub>4</sub>

#### ข้อมูลสนับสนุน

S : -

O : ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น severe preeclampsia

: ได้รับยา MgSO<sub>4</sub> โดยให้ ๕๐% MgSO<sub>4</sub> (๒มิลลิลิตร) ๑๐ กรัม(๑๐แอมพูล) ผสมใน ๕%D/W ๑๐๐๐ มิลลิลิตร ให้ทางหลอดเลือดดำ ในอัตรา ๑๐๐ มิลลิลิตร/ชั่วโมง เพื่อป้องกันการชัก

### เกณฑ์การประเมินผล

๑. อัตราการหายใจไม่น้อยกว่า ๑๔ ครั้ง/นาที
๒. ปัสสาวะออกไม่น้อยกว่า ๓๐ มิลลิลิตร/ชั่วโมง
๓. Deep tendon reflex absent (การตอบสนอง) = ๒+ (มี reflex ปกติ)

### กิจกรรมการพยาบาล

๑. อธิบายให้มารดาและญาติเข้าใจถึงเหตุผลและขั้นตอนการให้ยา รวมทั้งผลข้างเคียงที่อาจเกิดได้จากยา เช่น อาการร้อนบริเวณที่ฉีด ร้อนวูบวาบทั่วตัว รวมทั้งอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนขณะได้รับยา

๒. ควบคุมให้ได้รับปริมาณยา ๑๐ %  $MgSO_4$  ๕ กรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดซ้ำๆ ภายใน ๑๕ นาที หลังจากนั้นให้ ๕๐%  $MgSO_4$  ๑๐ กรัม ผสมใน ๕%D/W ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร ให้หยดเข้าหลอดเลือดดำ ควบคุมการหยดโดยใช้ Infusion pump ในอัตรา ๑๐๐ มิลลิลิตร/ชั่วโมง และให้ต่อเนื่องที่ตึกหลังคลอดโดยให้ ๕๐%  $MgSO_4$  ๒๐ กรัมผสมใน ๕%D/W ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร ให้หยดเข้าหลอดเลือดดำควบคุมการหยดโดยใช้ Infusion pump ในอัตรา ๕๐ มิลลิลิตร/ชั่วโมง เพื่อให้ได้ปริมาณตามแผนการรักษาและเนื่องจากเป็นยาในกลุ่ม High Alert Drug

๓. ปฏิบัติตามแนวทางเพื่อป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากยา ( $MgSO_4$  toxicity) ดังนี้

๓.๑ ประเมินอัตราการหายใจ ทุก ๑ ชั่วโมง ถ้าอัตราการหายใจน้อยกว่า ๑๔ ครั้ง/นาที ต้องหยุดให้ยา และรายงานแพทย์

๓.๒ ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ตวงและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก ๑ ชั่วโมง ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า ๓๐ มิลลิลิตร หรือภายใน ๔ ชั่วโมง ออกน้อยกว่า ๑๐๐ มิลลิลิตร รายงานแพทย์

๓.๓ ประเมินปฏิกิริยาตอบสนองเฉียบพลันของเอ็นลิก(DTR) ทุก ๑ ชั่วโมง ถ้าน้อยกว่า ๒+ ต้องรายงานแพทย์ทันที หรือเท่ากับ ๐ ต้องหยุดยาทันที เนื่องจากยาจะออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง และกดกล้ามเนื้อเรียบ กล้ามเนื้อลาย และกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งอาจกดศูนย์การหายใจ และเนื่องจาก  $MgSO_4$  เกือบทั้งหมดขับออกทางไต ถ้าปัสสาวะออกน้อยลง ระดับยาจะยังคงสูงอยู่ในเลือดโอกาสเกิด  $MgSO_4$  toxicity จะเพิ่มมากขึ้น

๔. สังเกตอาการของการได้รับยามากเกินไป หรือติดตามระดับแมกนีเซียมในเลือด ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออก ความดันโลหิตสูง การหายใจช้า ซึม ไม่มีแรง อ่อนปวกเปียก DTR ลดลงต้องรีบรายงานแพทย์และเตรียมยาแก้ไข ได้แก่ ๑๐% Calcium gluconate ๑๐ มิลลิลิตร ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำซ้ำๆ ประมาณ ๓-๕ นาที

๕. เตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม

**การประเมินผล** หลังได้รับยา  $MgSO_4$  ๓๐ นาที ตรวจปฏิกิริยาการตอบสนองเฉียบพลันของเอ็นลิก (DTR) ๓+ อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที และเมื่อสังเกตอาการครบ ๑ ชั่วโมงหลังจากได้รับยา ตรวจปฏิกิริยาการตอบสนองเฉียบพลันของเอ็นลิก(DTR) ๒+ อัตราการหายใจ ๒๐-๒๒ ครั้ง/นาที ปัสสาวะออก ๓๐๐ มิลลิลิตร/ชั่วโมง

## ข้อวินิจฉัยที่ ๔ มารดามีโอกาสตกเลือดขณะผ่าตัดคลอด และหลังผ่าตัด

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

### ข้อมูลสนับสนุน

S : มารดาให้ประวัติว่าตั้งครรภ์แฝด

O : มารดา  $G_3P_4A_0L_4$

: ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนผ่าตัด ค่า PTT ๒๐.๗ และค่อนข้างซีด Hct ๓๓.๘ เปอร์เซ็นต์

: ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการหลังคลอด CBC ค่า Hct ๒๓.๖ เปอร์เซ็นต์

: ได้รับยา  $MgSO_4$  และจะต้องได้รับอย่างต่อเนื่องจนครบ ๒๔ ชั่วโมงหลังทารกคลอด

### เกณฑ์การประเมินผล

๑. มารดาเสียเลือดจากการคลอดไม่เกิน ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร
๒. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกาย ๓๗.๐-๓๗.๔ องศาเซลเซียส ชีพจรไม่เกิน ๑๒๐ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐-๒๔ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๐๐/๗๐-๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท
๓. มดลูกหดรัดตัวดี เป็นก้อนแข็ง ระดับยอดมดลูกไม่เกินระดับสะดือ
๔. ไม่มีอาการแสดงของการตกเลือด เช่น ความดันโลหิตต่ำลง ชีพจรเบาเร็ว กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น เป็นต้น

### กิจกรรมการพยาบาล

๑. กระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกโดยให้ Oxytocin ๒๐ ยูนิต ผสมใน ๕%D/N/๒ ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร หยดเข้าหลอดเลือดดำในอัตรา ๑๒๐ มิลลิลิตร/ชั่วโมง
๒. ประเมินสัญญาณชีพตามแนวทางการดูแล ทุก ๑๕ นาที ๔ ครั้ง และทุก ๓๐ นาที ๒ ครั้ง หลังจากนั้นประเมินทุก ๑ ชั่วโมง จนอาการคงที่ เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอาการ อาการแสดงของภาวะตกเลือด เช่น หน้าซีด เพลีย ความรู้สึกตัวลดลง ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ
๓. ใส่สายสวนปัสสาวะค้ำก่อนไปห้องผ่าตัด เพื่อไม่ให้กระเพาะปัสสาวะเต็ม เนื่องจากจะขัดขวางการหดรัดตัวของมดลูก ตรวจสอบการหัก งอ พับของสายสวนปัสสาวะ เพื่อให้ปัสสาวะไหลสะดวก
๔. ตรวจคลึงมดลูกด้วยท่าที่นุ่มนวล เพื่อกระตุ้นให้กล้ามเนื้อมดลูกหดรัดตัวเป็นระยะๆ เส้นเลือดส่วนปลายปิดลดการเสียเลือด
๕. ถ้าเลือดยังออกมาก มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ อาการ อาการแสดง ที่บ่งบอกอาการตกเลือดที่เลวลง รายงานแพทย์ทันที
๖. เตรียมอุปกรณ์ และทีมแพทย์พยาบาล ในการช่วยเหลือนมารดาและทารกในภาวะฉุกเฉิน

**การประเมินผล** มารดาสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด ๕๐๐ มิลลิลิตร หลังคลอดมารดามีเลือดออกเพิ่มประมาณ ๑๐๐ มิลลิลิตร และมีก้อนเลือดออกมาประมาณ ๕๐ มิลลิลิตร วัดสัญญาณชีพอุณหภูมิ ๓๖.๘-๓๗.๒ องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ ๒๐-๒๒ ครั้ง/นาที, ชีพจร ๗๘-๑๐๐ ครั้ง/นาที, ความดันโลหิตอยู่ในช่วง ๑๔๖/๗๘ - ๑๕๘/๑๐๒ มิลลิเมตรปรอท มารดารู้สึกตัวดี มดลูกหดรัดตัวดี ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอดเพิ่ม

## ข้อวินิจฉัยที่ ๕ มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนและการผ่าตัดคลอด

### วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

๑. เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้คลอด
๒. เพื่อให้มารดาให้ความร่วมมือในการเตรียมผ่าตัดคลอด

### ข้อมูลสนับสนุน

S : มารดาซักถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดคลอดบุตร

O : มารดาตั้งครรภ์แฝด

: ได้รับยาป้องกันการชัก  $MgSO_4$  โดยให้ ๕๐%  $MgSO_4$  ๑๐ กรัม ผสมใน ๕% D/W ๑,๐๐๐

มิลลิลิตร ให้หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ ในอัตรา ๑๐๐ มิลลิลิตร/ชั่วโมง

: มีสายสวนปัสสาวะคาสายไว้

: แพทย์พิจารณายุติการตั้งครรภ์โดยผ่าตัดคลอด

: มารดามีสีหน้าวิตกกังวล

### เกณฑ์การประเมินผล

๑. มารดามีสีหน้าคลายความวิตกกังวล
๒. มารดาเข้าใจ ยอมรับ และให้ความร่วมมือในการผ่าตัดคลอด

### กิจกรรมการพยาบาล

๑. พยาบาลประสานกับแพทย์ เพื่ออธิบายให้มารดาและญาติเข้าใจถึงสถานะของโรค สถานะของทารกในครรภ์ เหตุผลในการให้ยาป้องกันการชักและการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การใช้ยาระงับความรู้สึก และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง พร้อมลงนามยินยอมให้ทำการผ่าตัด

๒. เปิดโอกาสให้มารดาและญาติได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อลดความวิตกกังวล เกิดความสบายใจ และมั่นใจในการรักษา

๓. ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด รับฟัง และพร้อมที่จะช่วยแก้ปัญหาต่าง ๆ

๔. ประเมินความวิตกกังวลและความรู้เกี่ยวกับกลไกการคลอด การเจ็บครรภ์ และการผ่าตัดคลอด โดยการซักถามและสังเกตพฤติกรรม

**การประเมินผล** มารดามีสีหน้าคลายความวิตกกังวล รับฟังคำอธิบายถึงเหตุผลในการผ่าตัดคลอด และคำแนะนำตามแนวทางการรักษา เช่นยินยอมให้ผ่าตัดคลอด และให้ความร่วมมือในการเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด

## ข้อวินิจฉัยที่ ๖ มารดาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกเนื่องจากการสูญเสียเลือด

### วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะช็อก

### ข้อมูลสนับสนุน

S : มารดาบอกว่ามีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด คล้ายจะเป็นลม

O : มารดามีสีหน้าซีด เหนื่อย เพลีย ความดันโลหิต ๑๐๕/๗๓ มิลลิเมตรปรอท

: สูญเสียเลือดทั้งหมด ๖๕๐ มิลลิลิตร

: ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหลังคลอด CBC ค่า Hct ๒๓.๖ เปอร์เซนต์

### เกณฑ์การประเมินผล

๑. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกาย ๓๗.๐-๓๗.๔ องศาเซลเซียส ชีพจรไม่เกิน ๑๒๐ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐-๒๔ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๐๐/๗๐-๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท

๒. มารดารู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง

### กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินสัญญาณชีพตามแนวทางการดูแล ทุก ๑๕ นาที ๔ ครั้ง และทุก ๓๐ นาที ๒ ครั้ง หลังจากนั้นประเมินทุก ๑ ชั่วโมง จนอาการคงที่ เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอาการ อาการแสดงของภาวะตกเลือด เช่น หน้าซีด เพลีย ความรู้สึกตัวลดลง ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ

๒. ดูแลให้ได้รับยา Nalador ๕๐๐ ไมโครกรัม/เดซิลิตร ผสมใน ๐.๙% NSS ๕๐๐ มิลลิลิตร ให้ทางหลอดเลือดดำ และยา Cytotec ๕ เม็ด หนีบททางทวารหนัก ในห้องผ่าตัด

๓. ดูแลให้ได้รับสารน้ำเข้าสู่ร่างกายตามแผนการรักษาของแพทย์

๔. ดูแลเจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC เพื่อดูผล Hct ตามแผนการรักษาของแพทย์

๕. ดูแลให้ได้รับเลือด PRC ๒ ยูนิต ตามแผนการรักษาของแพทย์

๖. ติดตามผล Hct หลังเลือดหมด ๒ ยูนิต ในเวลา ๒ ชั่วโมง

๗. ติดตามวัดค่าออกซิเจนในร่างกาย ถ้าน้อยกว่า ๙๕ % รายงานแพทย์ทันที

๘. ตรวจสอบระดับยอตมดลูกเพื่อประเมินการหดตัวของมดลูก สังเกตและบันทึกเลือดซึมผ้าปิดแผล

๙. สังเกตสีและปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดทุก ๓๐ นาที ในช่วงแรกทุก ๒ ชั่วโมง จนครบ ๘ ชั่วโมง และทุก ๔ ชั่วโมงจนครบ ๒๔ ชั่วโมง

๑๐. สังเกตอาการช็อค โดยดูลักษณะของสีและผิวหนัง สีเล็บ เยื่อปูด

๑๑. รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบอาการดังนี้ ชีพจรเบาเร็วมากกว่า ๑๐๐ หรือน้อยกว่า ๖๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิตต่ำกว่า ๙๐/๖๐ มิลลิเมตรปรอท หน้าซีด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น สับสน มีอาการของเลือดออกภายในช่องท้อง ได้แก่ แน่นท้อง ท้องอืด ปวดท้องมาก มดลูกหดตัวไม่ดี ปริมาณเลือดซึมผ้าอนามัยมากกว่า ๑ ผืนต่อ ๑ ชั่วโมง ใน ๒ ชั่วโมงแรก หรือชั่วโมงต่อไปมากกว่า ๑ ผืนใน ๔ ชั่วโมง

๑๒. บันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออกจากร่างกายทุก ๑ ชั่วโมง

๑๓. เตรียมอุปกรณ์และทีมแพทย์ พยาบาล ในการช่วยเหลือมารดาและทารกในภาวะฉุกเฉิน

**การประเมินผล** หลังคลอดมารดาไม่เกิดภาวะช็อค ผล Hct หลังเลือดหมด ได้เท่ากับ ๒๘.๕ เปอร์เซ็นต์ มารดามีสีหน้าสดชื่นขึ้น รู้สึกตัวดีถาม-ตอบรู้เรื่อง วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๕-๓๖.๖ องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ ๒๐-๒๒ ครั้ง/นาที, ชีพจร ๗๐-๙๔ ครั้ง/นาที, ความดันโลหิตอยู่ในช่วง ๑๓๕/๗๖-๑๕๖/๑๐๔ มิลลิเมตรปรอท แผลผ่าตัดมีเลือดซึมเล็กน้อย มดลูกหดตัวดี

### ข้อวินิจฉัยที่ ๗ ทารกแฝดมีโอกาสดเกิดภาวะ birth asphyxia (ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด)

เนื่องจากผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงและได้รับยา MgSO<sub>4</sub>

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้ทารกแฝดมีสุขภาพแข็งแรงเมื่อแรกคลอด

ข้อมูลสนับสนุน

S : -

O : ตั้งครรภ์แฝดมีภาวะ severe preeclampsia ทำให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงรกน้อยลง

: มารดาได้รับยา MgSO<sub>4</sub> ก่อนคลอด

: มารดามีภาวะช็อคก่อนผ่าตัด ระดับความเข้มข้นของเลือด Hct = ๓๓.๘ เปอร์เซ็นต์

### เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผลการประเมินสุขภาพของทารกในครรภ์ ด้วยเครื่องติดตามการเต้นของหัวใจและการหดตัวของมดลูก (Electronic Fetal Monitoring : EFM) ปกติ

๒. ทารกแรกเกิดมีคะแนน APGAR Score ที่ ๑ นาทียาวกว่า ๗ คะแนน

### กิจกรรมการพยาบาล

๑. ให้มารดานอนตะแคงซ้าย เพื่อลดการกดทับที่บริเวณเส้นเลือดอินฟีเรียเวนาคาวา (inferior venacava) ทำให้เลือดสามารถไหลเวียนเพิ่มขึ้นที่มดลูกและรก

๒. Monitoring FHS อย่างใกล้ชิดเพื่อประเมินสภาพทารกในครรภ์

๓. เตรียมอุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดให้พร้อมใช้ หากทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจนหรือต้องมีการช่วยฟื้นคืนชีพ

๓.๑ แรกเกิดประเมิน APGAR Score ทารกแรกเกิด

๓.๒ ดูแลเช็ดตัวทารก Keep warm และกระตุ้นทารกแรกเกิด

๓.๓ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง Suction clear airway ตามอาการโดยใช้แรงดัน ๘๐-๑๐๐

มิลลิเมตรปรอท

๔. อธิบายอาการและสภาพทารกแรกเกิดให้มารดารับทราบ เพื่อลดความวิตกกังวล

๕. ประสานกับพยาบาลหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด เพื่อส่งต่อทารกไปดูแลต่อเนื่อง

**การประเมินผล** ผลการประเมินสุขภาพของทารกในครรภ์ ด้วยเครื่องติดตามการเต้นของหัวใจ และการหดตัวของมดลูก (Electronic Fetal Monitoring : EFM) ปกติ อัตราการเต้นของหัวใจเต้นสม่ำเสมอ ๑๔๐-๑๕๐ ครั้ง/นาที ทารกแฝดพี่คลอด เวลา ๑๕.๔๖ น. เพศหญิง น้ำหนัก ๒,๓๐๐ กรัม APGAR Score ที่ ๑ นาที เท่ากับ ๘ และนาทีที่ ๕ เท่ากับ ๑๐ ลักษณะใกล้เคียงกับกำหนดและน้ำหนักตัวน้อย ทารกแฝดน้องคลอด เวลา ๑๕.๔๗ น. เพศหญิง น้ำหนัก ๒,๑๕๐ กรัม APGAR Score ที่ ๑ นาที เท่ากับ ๘ และนาทีที่ ๕ เท่ากับ ๑๐ ลักษณะใกล้เคียงกับกำหนดและน้ำหนักตัวน้อย

**ข้อวินิจฉัยที่ ๘** มารดามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตร เนื่องจากบุตรต้องแยกไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย

**วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล** เพื่อให้มารดาคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตร

**ข้อมูลสนับสนุน**

S : มารดาซักถามเกี่ยวกับอาการของบุตรบ่อยครั้ง

O : มารดามีสีหน้าวิตกกังวล เมื่อลูกต้องไปสังเกตอาการต่อ ที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย

: ทารกคู่แฝด ต้องไปสังเกตอาการต่อที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย เนื่องจากมารดามีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง และได้รับยา MgSO<sub>4</sub>

: ทารกคู่แฝดน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า ๒๕๐๐ กรัม

### เกณฑ์การประเมินผล

๑. มารดามีสีหน้าคลายความวิตกกังวล

๒. มารดามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของบุตร

### กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพกับมารดา แสดงท่าทางเป็นมิตร และเปิดโอกาสให้มารดาซักถามหรือระบายความในใจตามต้องการ

๒. อธิบายมารดาให้รับทราบอาการของบุตร และสาเหตุที่ต้องนำบุตร (แฝดพี่และแฝดน้อง) ไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย

๓. ส่งเสริมให้มารดาได้บิบนมส่งบุตร และให้ญาติได้นำน้ำนมไปส่งที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย

๔. ให้ข้อมูลของทารกแก่ญาติของมารดา เกี่ยวกับการเข้าเยี่ยมบุตรที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย

**การประเมินผล** มารดาและญาติมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล และรับทราบอาการของบุตร ที่ส่งไปตึกทารกแรกเกิดป่วย เนื่องจากน้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์ และแผนการดูแลรักษาของแพทย์

## สรุปกรณีศึกษา

หญิงไทย อายุ ๓๓ ปี สถานภาพสมรสคู่ ตั้งครรภ์ที่ ๓ ครรภ์แฝด อายุครรภ์ ๓๗ สัปดาห์ รับไว้ในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔ ด้วยอาการ ๓ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเจ็บครรภ์คลอด ไม่มีน้ำเดิน มีปวดศีรษะบางครั้ง ไม่มีตาพร่ามัว ไม่มีจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ แพทย์วินิจฉัยเป็น Twins with Severe Preeclampsia ให้การรักษาโดยให้นอนโรงพยาบาลให้ยา  $MgSO_4$  เพื่อป้องกันการชัก พยาบาลติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ประเมินภาวะความรุนแรงของโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา และเฝ้าติดตามสภาพทารกในครรภ์ ต่อมามารดามีอาการเจ็บครรภ์ถี่ขึ้น ช่วงเวลา(Interval) ๔-๕ นาที ระยะเวลา(duration) ๒๕-๓๐ วินาที พบปากมดลูกเปิด ๒ เซนติเมตร และมีอาการปวดศีรษะ แพทย์จึงพิจารณายุติการตั้งครรภ์ด้วยการผ่าตัดคลอด ทารกแฝดพี่คลอดเวลา ๑๕.๔๖ น. เพศหญิง น้ำหนัก ๒,๓๐๐ กรัม แรกเกิดทารกร้องเบา ปลายมือปลายเท้าซีด การเคลื่อนไหวของแขนขาดี กระตุ้นและให้ออกซิเจน ออกซิเจนในร่างกาย ๙๗ เปอร์เซ็นต์ ทารกมีการตอบสนองดี APGAR Score ที่ ๑ นาทีเท่ากับ ๘ และที่ ๕ นาทีเท่ากับ ๑๐ ลักษณะใกล้เคียงกับกำหนดและน้ำหนักตัวน้อย แฝดน้องคลอดเวลา ๑๕.๔๗ น. เพศหญิง น้ำหนัก ๒,๑๕๐ กรัม แรกเกิดทารกร้องเบา ปลายมือปลายเท้าซีด กระตุ้นและให้ออกซิเจน ออกซิเจนในร่างกาย ๙๗ เปอร์เซ็นต์ ทารกมีการตอบสนองดี APGAR Score ที่ ๑ นาทีเท่ากับ ๘ และที่ ๕ นาทีเท่ากับ ๑๐ คะแนน ขณะผ่าตัดมีการเสียเลือด ๕๐๐ มิลลิลิตร หลังผ่าตัดมารดามีเลือดออกเพิ่ม ๑๕๐ มิลลิลิตร พบว่ามีภาวะช็อค มารดาได้รับเลือด ๒ ยูนิต หลังได้รับเลือดมารดาไม่มีภาวะช็อค

จากการศึกษาศึกษาข้อมูล และทบทวนกระบวนการพยาบาล กรณีศึกษาสามารถสรุปปัญหาการพยาบาลได้ดังนี้ ๑.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะชัก เนื่องจากมีความดันโลหิตสูง, ๒.อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก (HELLP syndrome) เนื่องจากผลเลือดผิดปกติ, ๓.มีโอกาสดีกเกิด Hypermagnesemia และอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา  $MgSO_4$  ( $MgSO_4$  toxicity), ๔.มารดามีโอกาสตกเลือดขณะผ่าตัดคลอดและหลังผ่าตัด, ๕.มารดาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อคเนื่องจากการสูญเสียเลือด, ๖.มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนและการผ่าตัดคลอด, ๗.มารดามีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจเนื่องจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วไป และยังฟื้นจากฤทธิ์ยาสลบไม่เต็มที่, ๘.ทารกแฝดมีโอกาสดีกเกิดภาวะ birth asphyxia (ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด) เนื่องจากผู้คลอดมีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง และได้รับยา  $MgSO_4$ , ๙.มารดามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตรเนื่องจากบุตรต้องแยกไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย, ๑๐.เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ, ๑๑.เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในระยะหลังผ่าตัดคลอด, ๑๒.เสี่ยงต่อภาวะท้องอืด, ๑๓.มีโอกาสดีกเกิดภาวะคั่งคั่งเต้านม, ๑๔.ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดคลอดและการดูแลทารกแฝด ซึ่งปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไข สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย ภายใน ๔ วันของการคลอด

## วิจารณ์การศึกษา

จากการศึกษาหญิงตั้งครรภ์รายนี้เป็นการตั้งครรภ์แฝด ถือว่าเป็นการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง ส่งผลกระทบให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดา คือภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โดยพบในช่วงไตรมาสที่ ๒ ของการตั้งครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม ที่พบว่า ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ สามารถพบได้ในการตั้งครรภ์แฝดมากกว่าครรภ์เดี่ยว ๒-๓ เท่า<sup>๔</sup>

เมื่อพบภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์มักจะมาโรงพยาบาล ด้วยอาการปวดศีรษะ ขาบวมกดบวมทั้ง ๒ ข้าง และเมื่อตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม มักพบค่าความดันโลหิตที่เพิ่มสูงขึ้นอยู่ในช่วง ๑๖๐/๑๑๐ มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ร่วมกับตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ<sup>(๗,๘)</sup> ซึ่งในหญิงตั้งครรภ์รายนี้มาโรงพยาบาล ด้วยอาการเจ็บครรภ์ และมีอาการปวดศีรษะร่วมด้วย แรกรับความดันโลหิตอยู่ในช่วง ๑๔๐/๑๑๐-๑๕๑/๑๐๓ มิลลิเมตรปรอท ขาบวมกดบวมทั้ง ๒+ โปรตีนในปัสสาวะ ๔+ อาการแสดงเข้าได้กับภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ แพทย์จึงพิจารณาให้ยา  $MgSO_4$  เพื่อป้องกันภาวะชักจากความดันโลหิตสูง แต่เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์รายนี้ อายุครรภ์ครบกำหนด(๓๗ สัปดาห์) มีอาการเจ็บครรภ์ถี่ ปากมดลูกเปิด ๒ เซนติเมตร แพทย์จึงพิจารณายุติการตั้งครรภ์ด้วยการผ่าตัดคลอด โดยได้มีการเตรียมความพร้อมเพื่อเฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาการตกเลือดหลังคลอด, จากการตั้งครรภ์แฝด, และจากการได้รับยา  $MgSO_4$  ขณะรอคลอด, เฝ้าระวังภาวะ birth asphyxia (ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด) ซึ่งกรณีศึกษารายนี้ พบว่ามีการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัดคลอด ๕๐๐ มิลลิลิตร และหลังผ่าตัดคลอด ๑๕๐ มิลลิลิตร ได้รับยา Naradol ๕๐๐ ไมโครกรัม/เดซิลิตร ผสมใน ๐.๙% NSS ๕๐๐ มิลลิลิตร ให้ทางหลอดเลือดดำ, Cytotex ๕ เม็ดทางทวารหนัก และได้รับเลือด ๒ ยูนิต สำหรับทารกแฝดที่คลอดเวลา ๑๕.๔๖ น. เพศหญิง น้ำหนัก ๒,๓๐๐ กรัม แฝดน้องคลอดเวลา ๑๕.๔๗ น. เพศหญิง น้ำหนัก ๒,๑๕๐ กรัม APGAR Score ๘,๑๐,๑๐ คะแนน ส่งสังเกตอาการที่ตึกทารกแรกเกิดป่วย

การได้รับการเฝ้าระวัง การดูแลอย่างทันท่วงที จึงทำให้มารดาและทารกผ่านระยะคลอดได้อย่างปลอดภัย จะเห็นได้ว่า การทำงานเป็นทีมของผู้ดูแลสุขภาพอันประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยต้องมีความรู้ ความสามารถ พร้อมทั้งนำกระบวนการพยาบาลใช้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการวางแผนการพยาบาลร่วมกับแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพ จึงทำให้ผู้คลอดรายนี้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

## ข้อเสนอแนะ

### ๑) ข้อเสนอเชิงนโยบาย

ควรจัดทำโปรแกรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ตั้งแต่คลินิกฝากครรภ์ถึงชุมชน โดยได้รับการดูแลจากสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์อายุรกรรม นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์ออกกำลังกาย นักจิตวิทยา เพื่อให้คำแนะนำ/ปรึกษาการดูแลตนเองด้านอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดที่เหมาะสมแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

### ๒) ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการ

๒.๑ พยาบาลมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เพื่อวางแผนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอดได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ทันท่วงที

๒.๒ การวางแผนให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ครอบคลุมและสอดคล้องกับปัญหา สามารถลดอัตราการตายของมารดาและทารก รวมทั้งการลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล พยาบาลจึงต้องมีความรู้ความสามารถ ตระหนักถึงความสำคัญ ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ให้ปลอดภัย ป้องกันภาวะชัก ลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากความดันโลหิตสูง และจากการได้รับยาป้องกันการชัก ตลอดจนเสริมสร้างความมั่นใจให้กับครอบครัวในการดูแลมารดาและบุตรขณะอยู่โรงพยาบาลและกลับบ้าน

๒.๓ ควรมีการเตรียมความพร้อมให้กับมารดาหลังคลอดและญาติในการดูแลทารกแฝด ก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

### ๓) ข้อเสนอสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

๓.๑ ควรศึกษาการรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ต่อภาวะสุขภาพของตนเองและทารก

## เอกสารอ้างอิง

๑. Jorden RG, Engstrom JL, Marfell JA, Farley C. Prenatal and postnatal care a woman-centered approach. New York: Wiley Blackwell; ๒๐๑๔.
๒. Pillitteri A. Maternal & child health nursing care of childbearing & childbearing family. ๗th ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins; ๒๐๑๔.
๓. Bush MC, Pernoll ML. Multiple gestations. In: DeCherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS, editors. Current diagnosis & treatment: obstetrics & gynecology. ๑๑th ed. New York: McGraw Hill Medical; ๒๐๑๓. p. ๓๐๑-๙.
๔. สมบูรณ์ บุญเกียรติ. การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ ที่มีความเสี่ยงสูง ๑. กรุงเทพฯ: สันธนา ก๊อปปี้ เซ็นเตอร์; ๒๕๕๗.
๕. มาลีวัล เลิศสาครศิริ. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ อัสสัมชัญ; ๒๕๖๓.
๖. Falletta L, Fischbein R, Bhamidipalli SS, Nicholas L. Depression anxiety and mental health service experiences of women with a twin-twin transfusion syndrome pregnancy. Arch Womens Ment Health. ๒๐๑๘;๒๑.๗๕-๘๓.
๗. Buckley K, Kulb NW, High Risk Maternity Nursing Manual. ๒nd ed. Philadelphia: Waverty Company; ๒๐๑๕.
๘. บุญสืบ โสโสม. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน. ใน: ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์, บรรณาธิการ. การพยาบาลสูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ ๑๓. นนทบุรี: ยุทธรินทร์ การพิมพ์; ๒๕๕๗. น. ๒๕๕-๒๗๒.
๙. สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. การพยาบาลสูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ ๑๒. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์; ๒๕๕๕.
๑๐. Bobak MI, Jensen MD, Maternity, Gynecologic care the Nurse and the family. ๕th ed. Philadelphia: Mosby-Year Book; ๒๐๑๕.

๑๑. คณาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. เอกสารการสอนชุดวิชาการพยาบาลครอบครัวและการผดุงครรภ์ หน่วยที่ ๗-๑๐. พิมพ์ครั้งที่ ๑๑. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; ๒๕๕๖.
๑๒. Davison M, London M, Ladewig P, Oids' Maternal-Newborn Nursing & women's health across the lifespan. ๙th ed. New York: Pearson; ๒๐๑๔.
๑๓. Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion K, Alden KR. Maternity & Women's health care. ๑๑th ed. New York: Elsevier; ๒๐๑๖.
๑๔. Luke B, Brown MB. Maternal morbidity and infant death in twin vs triplet and quadruplet pregnancies. American Journal of Obstetrics & Gynecology. ๒๐๐๘;๑๙๘:๔๐๑-๔๑๐.
๑๕. อีระ ทองสง. ภาวะแทรกซ้อนจำเพาะของครรภ์แฝด. ใน: วิบูลย์ เรื่องชัยนิคม, บรรณาธิการ การดูแลอย่างมีคุณภาพในเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์. กรุงเทพฯ: สมาคมเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์; ๒๕๕๙. น. ๑๑๗-๑๒๒.
๑๖. วริดา ดุลยพัชร และธีรภัทร์ จุลละพราหมณ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่ออัตราทุพพลภาพหรืออัตราตายทารกแรกคลอดครรภ์แฝดที่มาคลอดที่โรงพยาบาลชลบุรี. Thai Journal of Obstetrics and Gynecology. ๒๕๕๘;๒๓(๓):๑๓๖-๑๔๓.
๑๗. Olds SB, London ML, Ladewig PW. Maternal-Newborn Nursing. a family-centered Approach. ๕th ed. New York: Addison-Wesley Nursing : A Division of the Benjamin/Cumming publishing Company. Inc; ๒๐๑๕.
๑๘. Ellings JM, Newman RB, Browers NA. Prenatal Care and Multiple pregnancy Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing. ๒๐๑๖ July-August ๒๗. p. ๔๕๗-๔๖๕.
๑๙. ดวงสิทธิ์ วัฒนการาร. ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. ใน ถวัลย์วงศ์ รัตนสิริ และคณะ, บรรณาธิการสูติศาสตร์ฉุกเฉิน Emergency obstetrics. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี; ๒๕๕๗. น. ๗๕-๘๙.
๒๐. อีระ ทองสง. สูติศาสตร์.มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. พิมพ์ครั้งที่ ๖. กรุงเทพฯ: ลักขมีรุ่งการพิมพ์; ๒๕๖๔.
๒๑. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ. แนวทางการปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ. [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๕๘. [เข้าถึงเมื่อ ๑๔ ก.ค.๒๕๖๔];๖๐-๗๖. เข้าถึงได้จาก:  
<https://externinternguide.files.wordpress.com/๒๐๑๘>.
๒๒. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BM, Hauth JC, et al. Williams obstetrics. ๒๕th ed. New York: McGraw-Hill; ๒๐๑๘
๒๓. Perry SE, Hockenberry MJ, Lowdermilk DL, Wison D. Meternal Child Nursing Care. ๕th ed. New York: Elsevier; ๒๐๑๔.
๒๔. กนกวรรณ ฉันทะนงมล. การพยาบาลสตรีที่มีโรคร่วมกับการตั้งครรภ์. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรังสิต; ๒๕๖๐.
๒๕. Herrera, J.A. Nutritional factors and lateral rest reduce pregnancy-induced hypertension in positive roll-over test primigravidas. Int J Gynaecal Obstet. [place unknown]: [publisher unknown]; ๒๐๑๔.
๒๖. กติกา นวพันธ์. การเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรคโรคพิษแห่งครรภ์ระยะก่อนชัก. ใน: ประสงค์ ต้นมหาสมุทร และคณะ, บรรณาธิการ. สูตินารีเวชทันยุค. มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล. กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด; ๒๕๕๘. น. ๑๓๓-๑๘๘.

๒๗. American college of Obstetricians and Gynecologists: ACOG. Hypertension in pregnancy: Executive Summary, Obstetrics & Gynecology. ๒๐๑๓; ๑๒๒(๕):๑๑๒๒-๑๑๓๑.
๒๘. Ward SL, Hisley SM. Maternal-child nursing care. Philadelphia: F.A. Da; ๒๐๑๖.
๒๙. Ricci SS. Essentials of maternity, newborn, and women's health nursing. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; ๒๐๑๗.
๓๐. โครงการสวัสดิการตำรา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะ Dystocia และสูติศาสตร์หัตถการ. พิมพ์ครั้งที่ ๒. สุรินทร์: โรงพิมพ์ ส.พันธุ์เพ็ญ; ๒๕๕๖.
๓๑. ขบาไพร สุขกาย. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น. [ม.ป.ท.]; ๒๕๕๕.
๓๒. คณาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. เอกสารการสอนชุดวิชาการพยาบาลครอบครัวและการผดุงครรภ์ หน่วยที่ ๑-๖. พิมพ์ครั้งที่ ๑๑. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; ๒๕๕๖.
๓๓. มณีภรณ์ โสมานุสรณ์. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง. ใน: ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์ บรรณาธิการ. การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม ๓. พิมพ์ครั้งที่ ๑๓. นนทบุรี : ยุทธรินทร์ การพิมพ์; ๒๕๕๗. น. ๓๑-๕๙.
๓๔. นฤมล ทองวัฒน์,ประไพพร ด้านประดิษฐ์ และสุชาดา รัชชกุล. ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ : กรณีศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ. วารสารพยาบาลและสุขภาพ. [ม.ป.ท.]. ๒๕๕๙; ๑๐(๑๐):น. ๓๗-๔๖.
๓๕. Haggaz AD, Radi EA, Adam I. Anemia and low birthweight in Western Sudan. Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene. [place unknown]; ๒๐๑๖. ๑๐๔: p. ๒๓๔-๒๓๖.
๓๖. อุ่นใจ กอนันตกุล และอานุกาฬ เลชะกุล. โรคเลือดระหว่างตั้งครรภ์. ใน: อุ่นใจ กอนันตกุล บรรณาธิการ. การตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูง. พิมพ์ครั้งที่ ๒. สงขลา: ชานเมือง การพิมพ์; ๒๕๕๗. น. ๔๒๕-๔๗๔
๓๗. Bencaiova G, Mandach UV, Zimmermann R. Iron prophylaxis in pregnancy : Intravenous route versus oral route. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. [place unknown]; ๒๐๑๔. p. ๑๔๔,๑๓๕-๑๓๙.
๓๘. Banhidly F, Acs N, Puho EH, Caeizel AE, Sci D. Iron deficiency anemia : Pregnancy outcomes with or without iron supplementation. Nutrition. [place unknown]; ๒๐๑๕. p. ๒๗,๖๕-๗๒.
๓๙. กนกวรรณ ฉันทะนงค. การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม นรีเวชและ ศัลยกรรม. กรุงเทพฯ: คอมเมอร์เชียล เวิลด์ มีเดีย; ๒๕๕๕.