**ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล**
**เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์**
**ตำแหน่งประเภททั่วไป**

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

**เรื่องที่เสนอให้ประเมิน**

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
   เรื่อง การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
   เรื่อง แนวทางการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะคลอดไหล่ยาก

**เสนอโดย**

นางสาวเทียรทอง นิ่มศิริ
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5
(ตำแหน่งเลขที่ รพก. 217)
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง
สำนักการแพทย์

## ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

**1. ชื่อผลงาน** การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

**2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ** 5 วัน (ตั้งแต่วันที่ 12 กันยายน 2551 - 16 กันยายน 2551)

**ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ**

**คำจำกัดความ**

ศึกษาภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ชนิด ความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

ความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ (Pregnancy Induced Hypertension: PIH) เป็นภาวะความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการตั้งครรภ์ โดยพบหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์จนกระทั่งถึงหลังคลอด ประกอบด้วย

1. ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดที่ไม่พบโปรตีนในปัสสาวะ หรือมีอาการบวม (Hypertension without proteinuria or pathological edema)

2. ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดที่มีโปรตีนในปัสสาวะ (Preeclampsia) โปรตีนที่ตรวจพบในปัสสาวะมากกว่าหรือเท่ากับ 300 มิลลิกรัมใน 24 ชั่วโมง หรือมากกว่า 1+ เมื่อตรวจด้วย urine dipstick จำแนกเป็นชนิด ไม่รุนแรง (Mild Preeclampsia) และรุนแรง (Severe Preeclampsia)

3. ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดที่มีโปรตีนในปัสสาวะชนิดรุนแรง ร่วมกับมีการชักเกร็ง หมดสติ (Eclampsia)

อุบัติการณ์

พบร้อยละ 5-10 ของการตั้งครรภ์ (ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์, 2550: 230)

**ปัจจัยเสี่ยง**

1. มักพบในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี

2. สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้

3. ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน โรคหลอดเลือด โรคไต อ้วน นอกจากนี้ยังพบในรายทารกบวมน้ำ (hydrop fetalis)

4. ผู้ที่ขาดอาหาร แคลเซียม โปรตีน เหล็ก วิตามิน

5. ผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำพบอุบัติการณ์สูงกว่า (เทียมศร ทองสวัสดิ์, 2548: 12)

6. พบในครรภ์แรกมากกว่าครรภ์หลังร้อยละ 70 (เทียมศร ทองสวัสดิ์, 2548: 12)

**พยาธิสภาพ**

การหดเกร็งของหลอดเลือด (vasospasm) เป็นพยาธิสภาพประการแรกที่เกิดขึ้นในภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ จากภาวะการหดเกร็งของหลอดเลือด จะมีผลทำให้แรงต้านการไหลเวียนของโลหิตมีมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าแองจิโอเทนซินทู (angiotensin II) ที่กระตุ้นให้หลอดเลือดหดรัดตัวยังทำ

ให้เซลล์เยื่อบุโพรง (endothelial cell) มีการหดรัดตัวมากขึ้นจึงทำให้เยื่อบุโพรงถูกทำลายจนกระทั่งเกล็ดเลือด (platelets) ไฟบริโนเจน (fibrinogen) ถูกทำลายจนลดน้อยลง พลาสมารั่วออกนอกหลอดเลือดมากขึ้น นอกจากนี้การหดเกร็งของหลอดเลือดยังมีผลให้เซลล์บริเวณรอบๆ หลอดเลือดที่หดรัดตัวขาดออกซิเจนจนเกิดภาวะเลือดออกและเกิดเนื้อตาย พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นดังกล่าวนั้นพบว่าเกิดขึ้นทุกระบบของร่างกาย ดังนี้

1. ระบบประสาท จากภาวะที่หลอดเลือดในสมองหดเกร็งประกอบกับมีการทำลายของเซลล์เยื่อบุโพรง (endothelial cell) ในสมองจึงทำให้เนื้อเยื่อในสมองบวม มีเลือดออก และเกิดเนื้อตายขึ้นในสมอง ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์จะมี อาการปวดศีรษะ เห็นภาพซ้อนหรืออาจมองไม่เห็น เกิดปฏิกิริยาสะท้อนที่เร็วเกิน และมักพบว่ามีอาการชักเสมอเมื่อเกิดพยาธิสภาพที่สมอง

2. ระบบหัวใจและหลอดเลือด จะไปทำให้เกิดการทำงานของหัวใจล้มเหลวและการกำซาบของเนื้อเยื่อในสมองและไตลดลง

3. ระบบโลหิตวิทยา จากการถูกทำลายของเซลล์เยื่อบุโพรง (endothelial cell) พบว่ามีผลทำให้เม็ดโลหิตแดงและเกล็ดเลือดถูกทำลายมากขึ้น ดังนั้นจึงทำให้เม็ดเลือดแดงแตกและปริมาณเกล็ดเลือดลดลง ซึ่งก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เรียกว่า HELLP syndrome ประกอบด้วย

3.1 H : hemolysis of red blood cell

3.2 EL: elevated liver enzymes

3.3 LP: low platelet count

4. ระบบการทำงานของปอด ทำให้เกิดภาวะปอดบวม ซึ่งมีผลมาจากการลดลงของแรงดันพลาสมาออนโคติค (plasma oncotic pressure) และการเพิ่มการดูดซึมในหลอดเลือดชั้นเซลล์เยื่อบุโพรง (endothelial) จึงทำให้มีน้ำเข้าสู่ช่องว่างระหว่างเซลล์ในปอดได้ (pulmonary interstitial space)

5. ระบบปัสสาวะ ทำให้เกิดภาวะกำซาบ และการไหลผ่านของหลอดเลือดในไตลดลง ดังนั้นจึงทำให้ creatinine และ uric acid เพิ่มขึ้น พบโปรตีนในปัสสาวะ ภาวะปัสสาวะเป็นเลือดสามารถพบได้ถ้าเม็ดเลือดแดงแตก ซึ่งมักพบในรายที่รุนแรงและอาจพบปัสสาวะออกน้อย และไตวายในที่สุด

6. ระบบการทำงานของตับ มีเลือดออกและเกิดการตายของเนื้อเยื่อในตับซึ่งมักพบว่าผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนนี้จะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดบริเวณชายโครงขวาหรือใต้ลิ้นปี่

7. การเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อมดลูก และรกมีผลทำให้มีหลอดเลือดไปเลี้ยงบริเวณรกน้อยกว่าปกติ ทำให้ทารกได้รับเลือดจากมารดาน้อยลง ทารกในครรภ์ขนาดเล็กกว่าปกติ

**การวินิจฉัย**

การวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ สามารถวินิจฉัยได้จากอาการ อาการแสดง และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งมีลักษณะตามการจำแนกดังนี้

1. ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดที่ไม่พบโปรตีนในปัสสาวะ หรือมีอาการบวม (Hypertension without proteinuria or pathological edema) ลักษณะสำคัญทางคลินิก คือ มีค่าความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ไม่พบโปรตีนในปัสสาวะหรืออาการบวม

2. ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดที่มีโปรตีนในปัสสาวะ (Preeclampsia) มีอาการและอาการแสดงดังนี้

2.1 ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดที่มีโปรตีนในปัสสาวะ ชนิดไม่รุนแรง (Mild Preeclampsia)

2.1.1 ค่าความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท แต่น้อยกว่า 160/110 มิลลิเมตรปรอท

2.1.2 ตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะมากกว่า 1+ จากการตรวจด้วย dipstick หรือมีโปรตีนมากกว่า 300 มิลลิกรัมใน 24 ชั่วโมง

2.1.3 มีบวมเล็กน้อยบริเวณเท้าและหน้าแข้งถึงบวมบริเวณช่วงล่างของร่างกาย (Lower extremities) ประมาณ +1 ถึง +2 เนื่องจากมีการสูญเสียโปรตีน และอัตราการกรองผ่านโกลเมอรูลัสและเลือดที่ไปเลี้ยงไตลดลง

2.1.4 อาจมี ปวดศีรษะ ตาพร่ามัวเป็นบางครั้ง

2.2 ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดที่มีโปรตีนในปัสสาวะ ชนิดรุนแรง (Severe Preeclampsia)

2.2.1 ความดันโลหิตสูงมากกว่า 160/110 มิลลิเมตรปรอท

2.2.2 โปรตีนในปัสสาวะมากกว่า 2+ หรือมากกว่า 5 กรัม/ลิตร ใน 24 ชั่วโมง

2.2.3 ปัสสาวะออกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 500 มิลลิลิตรใน24 ชั่วโมง (oliguria)

2.2.4 มี extreme edema +3 ถึง +4 บริเวณใบหน้าเห็นชัดว่าหนังตาบวม นิ้วมืออ้วนขึ้น

2.2.5 มีความผิดปกติของสมองหรือการมองเห็น เช่น ตาพร่ามัว มองเห็นภาพซ้อนหรือปวดศีรษะมาก เจ็บแน่นบริเวณลิ้นปี่หรือชายโครงด้านขวาเนื่องจากการหดเกร็งของหลอดเลือดร่วมกับมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มตับหรือในตับ

2.2.6 น้ำคั่งในปอด (pulmonary edema)

2.2.7 ตรวจทางห้องปฏิบัติการ อาจพบความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงสูง เกล็ดเลือดต่ำ เอนไซม์ ตับในเลือดสูงกว่าปกติ

3. ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดที่มีโปรตีนในปัสสาวะชนิดรุนแรง ร่วมกับมีการชักเกร็ง หมดสติ (Eclampsia) การชักจะต้องไม่มีสาเหตุจากภาวะต่างๆ เช่น ลมบ้าหมู โรคของสมอง อาการชักของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ (Pregnancy Induced Hypertension) เป็นการชักทั้งตัว (generalized tonic clonic seizure) อาจจะเกิดได้ทั้งก่อนคลอด ระหว่างการคลอด หรือระยะหลังคลอด แต่เคยมีรายงานเกิดล่าช้าได้ถึง 10 วันหลังคลอด

**ภาวะแทรกซ้อน**

1. ด้านมารดา

1.1 อันตรายจากภาวะชัก อาจทำให้หญิงตั้งครรภ์เสียชีวิต

1.2 ภาวะหัวใจทำงานล้มเหลว

1.3 เสียเลือดและช็อค จากรกลอกตัวก่อนกำหนด และตกเลือดหลังคลอด

1.4 เกิดภาวะ HELLP syndrome และภาวะลิ่มเลือดกระจายทั่วไปในหลอดเลือด (disseminated intravascular coagulation: DIC) มักพบในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพรีอีแคลมป์เซียชนิดรุนแรง

1.5 ไตวายเฉียบพลัน

1.6 การกลับไปเป็นความดันโลหิตสูงซ้ำอีกในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป

2. ด้านทารก

2.1 คลอดก่อนกำหนด เนื่องจากรกลอกตัวก่อนกำหนด

2.2 น้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ เนื่องจากการไหลเวียนของเลือดที่รกน้อยลง ทารกมีการเจริญเติบโตน้อยกว่าปกติ หรือคลอดก่อนกำหนด

2.3 ขาดออกซิเจนเนื่องจากรกมีสภาพเสื่อม ขาดเลือดไปเลี้ยง

2.4 ทารกมีภาวะ acidosis ขณะมารดาชัก เนื่องจากภาวะขาดออกซิเจน

2.5 ถึงแก่กรรม เนื่องจากมีการตายของเนื้อรก

**การรักษา**

ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดที่มีโปรตีนในปัสสาวะชนิดไม่รุนแรง (Mild Preeclampsia) ควรพิจารณาการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจหาว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดที่มีโปรตีนในปัสสาวะชนิดรุนแรง (Severe Preeclampsia) เกิดขึ้นหรือไม่ ตรวจติดตามอาการทางคลินิกอย่างใกล้ชิด ตรวจสุขภาพของทารกในครรภ์และทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลงเมื่อ

1. ครรภ์ครบกำหนด

2. ผู้คลอดมีอาการของภาวะความดันโลหิตสูงชนิดที่มีโปรตีนในปัสสาวะชนิดรุนแรง (Severe Preeclampsia)

3. ตรวจพบภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน (fetal distress)

ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดที่มีโปรตีนในปัสสาวะชนิดรุนแรง (Severe Preeclampsia) มีโอกาสเกิดภาวะชักได้สูง ควรป้องกันการชักโดยการให้ยาแมกนีเซียมซัลเฟต ภายหลังให้แมกนีเซียมซัลเฟตเป็นเวลา 4-6 ชั่วโมง ทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดโดยเร็วโดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์ ในกรณีที่ผู้คลอดเจ็บครรภ์ และสามารถคลอดได้ ควรพิจารณาให้คลอดทางช่องคลอด ในกรณีผู้คลอดไม่เจ็บครรภ์หรือเจ็บครรภ์แต่ไม่น่าจะคลอดได้ หรือมีข้อบ่งชี้ควรพิจารณาให้ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ในกรณีอายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์อาจพิจารณาการให้ยาคอติโคเสตียรอยด์ (corticosteroid) เพื่อเร่งความพร้อมของปอดทารกหากไม่มีข้อ

บ่งห้าม และให้คลอดภายหลัง 48 ชั่วโมงได้ โดยต้องมีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิดในสถาบันที่มีความพร้อมทั้งเครื่องมือและบุคลากร

ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดที่มีโปรตีนในปัสสาวะชนิดรุนแรง ร่วมกับมีการชักเกร็ง หมดสติ (Eclampsia) การป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในขณะที่กำลังชัก ป้องกันการชักซ้ำโดยให้แมกนีเซียมซัลเฟต ซึ่งสามารถใช้ป้องกันรวมทั้งการรักษาการชักได้ดีควรทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลงหลังได้แมกนีเซียมซัลเฟตเป็นเวลา 1-2 ชั่วโมง

**4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ**

จากกรณีศึกษา ผู้คลอดรายนี้ อายุ 13 ปี ครรภ์แรก อายุครรภ์ 35 สัปดาห์ 2 วัน ห้องคลอด เข้ารับการรักษาที่ห้องคลอด โรงพยาบาลกลาง วันที่ 12 กันยายน พ.ศ. 2551 เวลา 21.00 นาฬิกา อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล คือ เจ็บครรภ์ 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล แรกรับตรวจพบปากมดลูกเปิดขยาย 2 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 100 เปอร์เซ็นต์ ระดับส่วนนำ 0 ถุงน้ำคร่ำยังไม่แตก ความดันโลหิต 130/90 มิลลิเมตรปรอท อีก 15 นาที วัดความดันโลหิตได้ 143/82 มิลลิเมตรปรอท ขาทั้งสองข้างบวมระดับ 1+ เสียงหัวใจทารกในครรภ์ 140 ครั้งต่อนาที ผู้คลอดได้รับสารน้ำ Acetar 1,000 มิลลิลิตร หยดเข้าทางหลอดเลือดดำในอัตรา 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ผลการตรวจระดับโปรตีนในปัสสาวะ 2 + และตรวจร่างกายพบปฏิกิริยาโต้ตอบที่ไม่เจตนาต่อสิ่งกระตุ้น 3+ แพทย์วินิจฉัยว่าผู้คลอดมีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดไม่รุนแรง (mild pre eclampsia) พิจารณาให้ยาป้องกันการชัก คือ 50% แมกนีเซียมซัลเฟต ($MgSo_4$) 10 กรัม ผสมใน 5%D/W 1,000 มิลลิลิตร หยดเข้าหลอดเลือดดำ อัตราหยด 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และ 10% แมกนีเซียมซัลเฟต ($MgSo_4$) 4 กรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือด 2 ชั่วโมงหลังได้รับยาป้องกันการชัก ผู้คลอดมีความดันโลหิตอยู่ในระดับ 139/94 – 124/84 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 96-110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ปฏิกิริยาโต้ตอบที่ไม่เจตนาต่อสิ่งกระตุ้น 3+ ปัสสาวะออกดี สีเหลืองใส

วันที่ 13 กันยายน 2551 เวลา 00.55 นาฬิกา ผู้คลอดมีน้ำเดินลักษณะปนเลือด ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิดขยาย 8 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 100 เปอร์เซ็นต์ ระดับส่วนนำ 0 เสียงหัวใจทารกในครรภ์สม่ำเสมอ 130 ครั้งต่อนาที ต่อมาเวลา 01.10 นาฬิกา พบปากมดลูกเปิดหมด แพทย์พิจารณาให้ผู้คลอดคลอดปกติทางช่องคลอด คลอดเวลา 01.18 นาฬิกา ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 2,810 กรัม ยาว 49 เซนติเมตร Apgar score นาทีที่ 1 และ 5 เท่ากับ 9 และ 10 ตามลำดับ หลังคลอดมดลูกหดรัดตัวไม่ดี มีเลือดออกจากช่องคลอด 350 มิลลิลิตร แพทย์ให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก ซินโตซินอน (syntocinon )10 ยูนิต ผสมในสารน้ำ Acetar 700 มิลลิลิตร หยดเข้าหลอดเลือดดำในอัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง รกคลอดเวลา 01.20 นาฬิกา มดลูกหดรัดตัวดีขึ้น อัตราการเต้นของชีพจร 96 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท เย็บซ่อมแซมฝีเย็บและสังเกตอาการต่อที่ห้องคลอด 2 ชั่วโมง ผู้คลอดรู้สึกตัวดี ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 102/62-130/80 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะออกดีสีเหลืองใส มดลูกหดรัดตัวดี ภายหลังคลอดยังได้รับยา 50% แมกนีเซียมซัลเฟต ($MgSo_4$) 10 กรัม ผสมใน 5%D/W 1,000 มิลลิลิตร

อัตราหยด 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ต่อจนครบ 24 ชั่วโมง ย้ายผู้คลอดไปพักฟื้นที่ตึกสูติกรรมหลังคลอด 20/13 สามัญ เป็นเวลา 5 วัน ผู้คลอดแข็งแรง สามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นอย่างดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 116/70-128/73 มิลลิเมตรปรอท ทารกสุขภาพแข็งแรงดี แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้พร้อมบุตรในวันที่ 16 กันยายน 2551

**5. ผู้ร่วมดำเนินการ (ถ้ามี)**

ไม่มี

**6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ**

ผู้คลอดหญิงไทยคู่ อายุ 13 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาจังหวัดกรุงเทพมหานคร ผู้คลอดครรภ์แรกฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลกลางจำนวน 7 ครั้ง กำหนดคลอดวันที่ 15 ตุลาคม พ.ศ. 2551 อายุครรภ์ 35 สัปดาห์ 2 วัน มาโรงพยาบาลด้วยมีอาการเจ็บครรภ์ 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล แรกรับตรวจภายในพบปากมดลูกเปิดขยาย 2 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 100 เปอร์เซ็นต์ ศีรษะเป็นส่วนนำและเคลื่อนเข้าสู่อุ้งเชิงกรานระดับ 0 ถุงน้ำคร่ำยังไม่แตก จึงรับไว้เป็นผู้ป่วยในที่ห้องคลอด วันที่ 12 กันยายน พ.ศ. 2551 เวลา 21.00 นาฬิกา HN : 43130/48 AN : 11061/51 แรกรับผู้คลอดรู้สึกตัวดีพูดคุยได้ไม่สับสน อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/90 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว หรือจุกแน่นลิ้นปี่ น้ำหนัก 59.1 กิโลกรัม ส่วนสูง 156.5 เซนติเมตร ตรวจทางหน้าท้องระดับมดลูก 3/4 เหนือระดับสะดือ คลำได้หลังทารกอยู่ทางด้านซ้าย ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ได้ 140 ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ คะเนน้ำหนักทารกประมาณ 2,700 กรัม

จากการตรวจร่างกายโดยทั่วไป พบขาทั้ง 2 ข้างบวม กดบุ๋มระดับ + 2 ปฏิเสธโรคประจำตัวและโรคทางพันธุกรรมต่างๆ ปฏิเสธการแพ้ยาหรืออาหาร และไม่เคยได้รับการผ่าตัดใดๆ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า ตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบชนิดบี เชื้อซิฟิลิส และเชื้อไวรัสเอชไอวี ให้ผลเป็นลบ ผลการตรวจโลหิตวิทยาพบฮีโมโกลบิน 11.3 กรัมต่อเดซิลิตร (12-16 กรัมต่อเดซิลิตร) ฮีมาโตคริต 33.7 เปอร์เซ็นต์ (37-47 เปอร์เซ็นต์) เกล็ดเลือด 296,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (150,000-400,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) ระดับเม็ดเลือดขาวในเลือด 14,900 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (5,000-10,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) PT 10.4 วินาที (11-12.5 วินาที) PTT 23.7 วินาที (16-25 วินาที) INR 0.92 วินาที (0-1 วินาที) ผลการตรวจเคมีวิทยาพบว่า BUN 9.8 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (5-20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) creatinine 1.03 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (0.7-1.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) uric acid 7.7 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (2 -6.6 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ผลการตรวจจุลทรรศ์วิทยาพบโปรตีนในปัสสาวะ 2 + (neg) แพทย์วินิจฉัยว่าผู้คลอดมีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดไม่รุนแรง พิจารณาให้สารน้ำ Acetar 1,000 มิลลิลิตร หยดเข้าทางหลอดเลือดดำในอัตรา 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และยาป้องกันการชัก คือ 10% แมกนีเซียมซัลเฟต ($MgSo_4$) 4 กรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำช้าๆ และ50% แมกนีเซียมซัลเฟต ($MgSo_4$) 10 กรัม ผสมใน 5%D/W 1,000 มิลลิลิตร หยดเข้า

หลอดเลือดดำ อัตราหยด 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หลังได้รับยาป้องกันการชักให้การพยาบาลโดย เฝ้าระวังและสังเกตอาการนำของการชัก เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว หรือจุกแน่นลิ้นปี่ จัดให้ผู้คลอดได้รับการพักผ่อนโดยจัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดการกระตุ้นจากภายนอกทั้ง แสง เสียง การสัมผัส หลังได้รับยาความดันโลหิตลดลงอยู่ในระดับ 124/84 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว หรือจุกแน่นลิ้นปี่ ในระหว่างที่ผู้คลอดได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา โดยอธิบายให้ผู้คลอดทราบ เช่น อาการร้อนบริเวณที่ฉีด และร้อนทั่วตัว อาการคลื่นไส้ อาเจียน ประเมินความดันโลหิต อัตราการเต้นของชีพจร อัตราการหายใจ ปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ซึ่งผู้คลอดรายนี้ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ประเมินปฏิกิริยาโต้ตอบที่ไม่เจตนาต่อสิ่งกระตุ้น (deep tendon reflex: DTR) ทุก 1 ชั่วโมง เตรียมยาและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้เมื่อผู้คลอดมีภาวะชัก สังเกตอาการของการได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟตเกิน (hypermagnesemia) ได้แก่ ความดันโลหิตลดลง หายใจช้าลง ซึม ไม่มีแรง DTR ลดลง และเตรียมยาแก้พิษแมกนีเซียมซัลเฟต คือ 10% calcium gluconate ให้พร้อมใช้เมื่อผู้คลอดได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟตเกิน หลังได้รับยาผู้คลอดไม่พบภาวะแมกนีเซียมซัลเฟตเกิน ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในระดับ 139/94 – 124/84 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะออกมากกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง DTR 2+ เนื่องจากผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงทารกในครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากเลือดไปเลี้ยงมดลูกและรกลดลง ประเมินการหดรัดตัวของมดลูก และการเต้นของหัวใจทารกทุก 30 นาทีในระยะที่ 1 ของการคลอด และทุก 15 นาที ในระยะที่ 2 ของการคลอด แนะนำให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้ายเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงรกมากขึ้น เตรียมเครื่องมือช่วยฟื้นคืนชีพทารก และประสานงานกับทีมกุมารแพทย์เมื่อพบทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน และประเมินความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะๆ จากการพูดคุยและซักถามพบว่าผู้คลอด มีความวิตกกังวลเนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูง จึงให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรค แผนการรักษาเพื่อป้องกันภาวะชัก แนะนำเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติ ปลอบโยนให้กำลังใจเพื่อให้เกิดความมั่นใจ และคลายความวิตกกังวล หลังให้คำแนะนำผู้คลอดมีสีหน้าสดชื่นขึ้น และสามารถบอกอาการนำก่อนเกิดภาวะชักได้อย่างถูกต้อง

เวลา 22.00 นาฬิกา ผู้คลอดเจ็บครรภ์เนื่องจากมดลูกหดรัดตัวทุก 2-4 นาที นาน 40-50 วินาทีจากการตรวจภายในพบปากมดลูกเปิดขยาย 3 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 100 เปอร์เซ็นต์ ส่วนนำเข้าสู่อุ้งเชิงกรานระดับ 0 ถุงน้ำคร่ำยังไม่แตก แนะนำการบรรเทาความเจ็บปวดด้วยเทคนิคการหายใจเข้าลึกๆ ทางจมูกช้าๆ แล้วหายใจออกทางปากช้าๆ ในขณะที่มดลูกหดรัดตัว ดูแลความสุขสบายทั่วๆ ไป เช่น เช็ดหน้า จัดท่านอน และอยู่เป็นเพื่อนให้กำลังใจ หลังให้คำแนะนำผู้คลอดสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

วันที่ 13 กันยายน 2551 เวลา 00.55 นาฬิกา ผู้คลอดมีน้ำเดินลักษณะปนเลือด ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิดขยาย 8 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 100 เปอร์เซ็นต์ ระดับส่วนนำ +1 เสียงหัวใจทารกในครรภ์สม่ำเสมอ 130-140 ครั้งต่อนาที มดลูกหดรัดตัวทุก 3 นาที นาน 50 วินาที ต่อมาเวลา 01.10 นาฬิกา ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิดหมด แพทย์ช่วยคลอดด้วยการทำคลอดปกติทางช่องคลอด เตรียมเครื่องมือ

ช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดให้พร้อมใช้ อธิบายให้ผู้คลอดทราบเหตุผลในการช่วยคลอด แนะนำให้ผู้คลอดเบ่งอย่างมีประสิทธิภาพ คลอดเวลา 01.18 นาฬิกา ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 2,810 กรัม ยาว 49 เซนติเมตร Apgar score นาทีที่ 1 และ 5 เท่ากับ 9 และ 10 ตามลำดับ ลักษณะทารกทั่วไปแข็งแรงดี ส่งเสริมสัมพันธภาพโดยนำทารกให้มารดาโอบกอด กระตุ้นให้ทารกดูดนม หลังจากนั้นนำทารกส่งหออภิบาลทารกแรกเกิด รกคลอดเวลา 01.20 นาฬิกา น้ำหนักรก 600 กรัม ลักษณะปกติ หลังคลอดมดลูกหดรัดตัวไม่ดีมีเลือดออกจากช่องคลอด 350 มิลลิลิตร แพทย์ให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก ซินโตซินอน (syntocinon )10 ยูนิต ผสมในสารน้ำ Acetar 700 มิลลิลิตร หยดเข้าหลอดเลือดดำในอัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ประเมินความดันโลหิต อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของชีพจรทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และทุก 30 นาที ในชั่วโมงที่ 2 หลังคลอด ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกและปริมาณเลือดที่ออกเป็นระยะๆ เย็บซ่อมแซมฝีเย็บและสังเกตอาการต่อที่ห้องคลอด 2 ชั่วโมง ต่อมาพบว่าผู้คลอดรู้สึกตัวดี ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 102/62-130/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 96-112 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที ปัสสาวะออกดีสีเหลืองใส ออกปริมาณมากกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัวหรือจุกแน่นลิ้นปี่ มดลูกหดรัดตัวดี มีเลือดออกจากช่องคลอด 20 มิลลิลิตร จึงย้ายผู้คลอดไปพักฟื้นที่ตึกสูติกรรมหลังคลอด สามัญ (20/13 สามัญ) เวลา 03.20 นาฬิกา

หลังคลอดผู้คลอดได้รับการรักษาโดยได้ยาป้องกันการชัก 50% แมกนีเซียมซัลเฟต ($MgSo_4$) 10 กรัม ผสมใน 5%D/W 1,000 มิลลิลิตร อัตราหยด 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ต่อจนครบ 24 ชั่วโมง แพทย์ให้ยาบำรุงเลือด ferrous fumarate รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเย็น ยาแก้ปวด paracetamol ขนาด 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 2 เม็ด เวลาปวด มารดาหลังคลอดแข็งแรงดี มีความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ มีแผลฝีเย็บแห้งดี ไม่ปวดแผลฝีเย็บ น้ำคาวปลาปกติ ไม่มีกลิ่นเหม็น น้ำนมไหลดี ปัญหาที่พบคือ มารดาหลังคลอดวิตกกังวลเกี่ยวกับการให้นมบุตร การอาบน้ำบุตร ให้การพยาบาลโดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้คลอด เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกตึงเครียด ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและบุตร ส่งเสริมให้สามีมีส่วนร่วมในการรับฟังข้อมูล การสาธิต ร่วมกับมารดาหลังคลอดเกี่ยวกับการให้นมบุตร การอาบน้ำบุตร และกระตุ้นสามีให้มีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูบุตร หลังให้ข้อมูล การสาธิต พบว่ามารดามีความวิตกกังวลลดน้อยลง สามารถให้นมบุตร การอาบน้ำบุตรได้ เมื่อแพทย์อนุญาตให้ผู้คลอดและบุตรกลับไปพักฟื้นที่บ้านได้ การพยาบาล คือ ให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามปกติในระยะหลังคลอด การปฏิบัติตัวหลังคลอดได้แก่ การรักษาความสะอาดแผลฝีเย็บ การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การทำงาน การวางแผนครอบครัว การร่วมเพศ และการสังเกตอาการผิดปกติที่จะต้องมาโรงพยาบาล และนัดตรวจหลังคลอดอีก 6 สัปดาห์

**7. ผลสำเร็จของงาน**

ให้การพยาบาลและศึกษาติดตามและประเมินผลการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เป็นเวลา 5 วัน พบปัญหา ดังนี้

7.1 ผู้คลอดมีโอกาสเกิดภาวะชักเนื่องจากมีความดันโลหิตสูง

7.2 ผู้คลอดมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยากันชัก

7.3 ทารกมีโอกาสเกิดอันตรายจากภาวะขาดออกซิเจน

7.4 ผู้คลอดมีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด

7.5 ผู้คลอดมีโอกาสเกิดภาวะชักใน 24 ชั่วโมงหลังคลอดเนื่องจากมีความดันโลหิตสูง

7.6 ผู้คลอดมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง

7.7 ผู้คลอดมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการให้นมบุตร และการอาบน้ำบุตร

ปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไข ผู้คลอดและทารกไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ และปลอดภัยจากการคลอด หลังคลอด สามารถกลับบ้านได้พร้อมบุตร

**8. การนำไปใช้ประโยชน์**

8.1 เพื่อเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานโดยใช้เป็นแนวทางในการวางแผน และให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

8.2 เพื่อเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานโดยใช้เป็นแนวทางในการวางแผน และให้การพยาบาลผู้คลอดวัยรุ่น

8.3 เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้จัดทำในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และแนวคิดใหม่ๆ เกี่ยวกับการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นการพัฒนาศักยภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น

8.4 เพื่อเป็นแนวทางพัฒนาคุณภาพงานของบุคลากรทางการพยาบาล

**9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ**

1. เมื่อแรกรับผู้คลอดไว้ในความดูแลในห้องคลอดพบว่า ผู้คลอดรายนี้ตรวจไม่พบภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มาก่อนขณะฝากครรภ์ เมื่อแรกรับจึงจำเป็นต้องมีการประเมินสภาพให้ครบถ้วนทั้งจากประวัติ อาการและอาการแสดง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อให้ทราบถึงความรุนแรงของโรค ทั้งนี้เพื่อให้การรักษาพยาบาลเป็นไปอย่างรวดเร็ว และเหมาะสม

2. ระยะก่อนคลอด ผู้คลอดมีโอกาสเกิดภาวะชักเนื่องจากมีความดันโลหิตสูง และได้รับยาป้องกันการชัก การพยาบาลที่สำคัญคือ การประเมินอาการและอาการแสดงที่จะนำไปสู่ภาวะชัก และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยากันชัก รวมถึงการเตรียมยาและอุปกรณ์ในการช่วยชีวิตให้พร้อมใช้งาน ด้านทารกมีโอกาสเกิดอันตรายจากภาวะขาดออกซิเจน จึงต้องมีการติดเครื่อง external fetal monitoring เพื่อประเมินและบันทึกลักษณะอัตราการเต้นของหัวใจอย่างต่อเนื่อง

3. ระยะคลอด ผู้คลอดมีโอกาสเกิดอันตรายจากการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตจากการเบ่งคลอด มีการรายงานสูติแพทย์มาช่วยทำคลอดอย่างรวดเร็ว

4. ระยะหลังคลอด พบว่าผู้คลอดมีการหดรัดตัวของมดลูกไม่ดีมีการสูญเสียเลือดทางช่องคลอดจากผลของยาป้องกันการชัก จึงให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยประเมินสัญญาณชีพ การให้ยาเพื่อให้มดลูกหดรัดตัวดี การดูแลให้กระเพาะปัสสาวะว่าง และป้องกันการเกิดภาวะชักในระยะหลังคลอดโดยการให้ยากันชักตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังการเกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนของยากันชักจนครบ 24 ชั่วโมงหลังคลอด ก่อนกลับบ้านให้คำแนะนำและกระตุ้นให้เห็นความสำคัญของการฝากครรภ์ในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป เนื่องจากผู้คลอดมีโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ซ้ำในครรภ์ต่อไปถึง 30 -50 %

5. ด้านจิตใจ พบว่าผู้คลอดมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะโรคที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิดมาก่อน ให้การพยาบาลโดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้คลอด เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกตึงเครียด และให้ข้อมูลการรักษาพยาบาล รวมถึงกระตุ้นให้สามีมีส่วนร่วมในการประคับประคองและให้กำลังใจผู้คลอด เพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว

6. การตั้งครรภ์วัยรุ่น การปรับตัวหลังคลอดเป็นสิ่งที่สำคัญ มารดาหลังคลอดที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีวุฒิภาวะต่ำ ความเอาใจใส่และความรับผิดชอบต่อการดูแลบุตร และครอบครัวไม่สูงมากนัก อารมณ์อ่อนไหว ทำให้มีการปรับตัวต่อการเป็นมารดาช้ากว่ามารดาที่มีอายุสูงกว่า 20ปี (วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์, 2548: 33) ควรให้การพยาบาลโดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้คลอด เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกตึงเครียด ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและบุตร ส่งเสริมให้สามีมีส่วนร่วมในการรับฟังข้อมูลร่วมกับมารดาหลังคลอดเกี่ยวกับการให้นมบุตร การอาบน้ำบุตร และกระตุ้นสามีให้มีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูบุตร เพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว พร้อมทั้งประเมินความสามารถในการให้นมบุตร การอาบน้ำบุตร ให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามปกติในระยะหลังคลอด การปฏิบัติตัวหลังคลอดได้แก่ การรักษาความสะอาดแผลฝีเย็บ การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การทำงาน การวางแผนครอบครัว การร่วมเพศ และการสังเกตอาการผิดปกติที่จะต้องมาโรงพยาบาล เพื่อให้มารดาหลังคลอดสามารถปรับตัวภายหลังคลอดได้อย่างเหมาะสม

**10. ข้อเสนอแนะ**

1. พัฒนาสมรรถนะของบุคลากรทางการพยาบาลในการดูแลผู้คลอด ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ให้มีการตอบสนองที่ไวและตื่นตัวเมื่อผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูง โดยส่งตรวจโปรตีนในปัสสาวะทันทีเมื่อผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูง เพื่อให้ผู้คลอดได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็ว และให้การช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที และป้องกันไม่ให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงที่มีระดับความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น
2. มีการประสานงานผู้คลอดไปยังที่ตึกสูติกรรมหลังคลอด รวมทั้งติดตามเยี่ยมและดูแลผู้คลอดเมื่อจำหน่ายกลับบ้านโดยส่งต่อไปยังศูนย์สาธารณสุขใกล้บ้านเพื่อให้การดูแลที่เหมาะสมต่อไป

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ.....เทียรทอง นิ่มศิริ.....

(นางสาวเทียรทอง นิ่มศิริ)

ผู้ขอรับการประเมิน

.....14 / กย. / 2552.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(นางวิไล วีพพะโยธิน)

(.....หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล.....)

ตำแหน่ง.....โรงพยาบาลกลาง.....

14 ก.ย. 2552

.....

ลงชื่อ.....

(นายสามารถ ตันอริยกุล)

ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการสำนักการแพทย์

ขณะดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง

14 ก.ย. 2552

.....

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น**

**ของ นางสาวเทียรทอง นิ่มศิริ**

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพก. 217) สังกัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง สำนักการแพทย์

**เรื่อง** แนวทางการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะคลอดไหล่ยาก

**หลักการและเหตุผล**

ภาวะคลอดไหล่ยาก มักมีสาเหตุมาจากทารกตัวโต และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ต่อมารดาและทารกได้ ภาวะแทรกซ้อนต่อมารดา ได้แก่ การตกเลือด การติดเชื้อ การคลอดติดขัด เป็นต้น ส่วนภาวะแทรกซ้อนต่อทารก ได้แก่ อันตรายบาดเจ็บจากการคลอด การติดเชื้อ ภาวะขาดออกซิเจนขณะคลอด เป็นต้น ภาวะเหล่านี้คุกคามต่อชีวิตของมารดาและทารก ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญ ที่ก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตของมารดาและทารกได้ จากการศึกษา พบว่า ห้องคลอดของโรงพยาบาลกลาง ยังไม่มีแนวทางการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะคลอดไหล่ยากที่ชัดเจน ทำให้ผู้ศึกษาตระหนักถึงความสำคัญของแนวทางการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะคลอดไหล่ยาก คือ การประเมินปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะคลอดไหล่ยาก การประเมินน้ำหนักทารกแรกเกิดได้อย่างแม่นยำ การติดตามและประเมินความก้าวหน้าของการคลอดในระยะต่าง ๆ จะช่วยให้การรักษาและการพยาบาลช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ และการช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะคลอดไหล่ยาก ก็จะสามารถช่วยลดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดได้ต่อมารดาและทารกแรกเกิด ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญทางคุณภาพทางการพยาบาล ที่จะนำไปสู่เป้าหมาย คือ ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย

อุบัติการณ์

จากสถิติห้องคลอด โรงพยาบาลกลางในปี พ.ศ. 2551 พบอัตราการคลอดไหล่ยาก จำนวน 5 ราย ทารกเกิดภาวะขาดออกซิเจนขณะคลอด จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.5 และเสียชีวิตจำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.7 ดังนั้นผู้จัดทำได้ตระหนักถึงความสำคัญของแนวทางการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะคลอดไหล่ยากจึงได้จัดทำโครงงานนี้ขึ้น

**วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย**

1. เพื่อป้องภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดไหล่ยากของมารดา ได้แก่ การตกเลือดหลังคลอด และทารก ได้แก่ ภาวะขาดออกซิเจน การเสียชีวิตในทารกแรกเกิด

2. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะคลอดไหล่ยาก

**กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ**

ภาวะคลอดไหล่ยาก มักสาเหตุมาจากทารกตัวโต ดังนั้นผู้คลอดทุกรายควรได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะคลอดไหล่ยาก และเฝ้าระวังในผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดไหล่ยาก เมื่อเกิดภาวะคลอดไหล่ยาก ปัญหาที่สำคัญลำดับแรกคือ ทารกเกิดภาวะขาดออกซิเจน การพยาบาลที่สำคัญในระยะนี้คือ การขอ

ความช่วยเหลือจากทีมงานในห้องคลอด สูติแพทย์ กุมารแพทย์ และวิสัญญี และให้การช่วยเหลือขั้นต้นในการทำคลอดไหล่ด้วยวิธีแมคโรเบิร์ท (Mc Roberts maneuver) โดยให้ผู้คลอดเหยียบเท้าที่ขาหยั่งและใช้มือจับบริเวณใต้ข้อพับเข่าและดึงเข่าเข้ามาให้ชิดหน้าท้องให้มากที่สุด ร่วมกับวิธีกดหัวเหน่า (suprapubic compression) ขณะเดียวกันผู้ทำคลอดดึงศีรษะทารกลงข้างล่าง เมื่อไหล่และลำตัวคลอดให้การช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดทันที หากให้การรักษาพยาบาลที่ไม่เหมาะสมแล้วอาจทำให้ทารกเสียชีวิตได้ ดังนั้นพยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญในการช่วยเหลือผู้คลอดและทารกเมื่อเกิดการคลอดไหล่ยาก โดยการทบทวนวิธีการช่วยเหลือการช่วยคลอดในการคลอดไหล่ยาก รวมถึงการเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ที่ใช้ในการช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมใช้เสมอ และการประสานงานขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ปัญหาสำคัญลำดับที่สอง ผู้คลอดอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดทารกตัวโต เช่น การตกเลือดเนื่องจากการหดรัดตัวไม่ดีของมดลูก หรือการฉีกขาดเพิ่มของแผลฝีเย็บ การพยาบาล คือ ดูแลให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา ประเมินอัตราการเต้นของชีพจร อัตราการหายใจ ความดันโลหิต การหดรัดตัวของมดลูก ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้คลอด ดูแลให้กระเพาะปัสสาวะว่าง ประเมินปริมาณการสูญเสียเลือดทางช่องคลอด ซ่อมแผลฝีเย็บด้วยความรวดเร็วเพื่อห้ามเลือด หรือรายงานแพทย์ทันทีในกรณีที่ไม่สามารถเย็บซ่อมแผลฝีเย็บได้

ปัญหาที่สำคัญลำดับสามคือ ผู้คลอดและญาติมีความวิตกกังวล เนื่องจากกลัวทารกจะได้รับอันตรายจากการคลอดไหล่ยาก การพยาบาล คือ พยาบาลและสูติแพทย์จะต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดแก่ผู้คลอดตั้งแต่ระยะแรกรับจนถึงระยะหลังคลอด เพื่อให้ผู้คลอดรับทราบถึงความก้าวหน้าของการคลอดในระยะต่าง ๆ การรักษาที่ได้รับ นอกจากนี้กุมารแพทย์จะต้องอธิบายให้ผู้คลอดทราบถึงสภาพทารกภายหลังคลอดและการรักษาที่ทารกได้รับ ส่วนญาติซึ่งต้องเข้าไปให้การช่วยเหลือ โดยอธิบายให้ญาติรับทราบถึงแผนการรักษาและช่วยเหลือที่ผู้คลอดและทารกได้รับจากการคลอดไหล่ยาก ร่วมกับสูติแพทย์ กุมารแพทย์ ใช้คำพูดและกิริยาที่สุภาพนิ่มนวล แสดงออกถึงความมั่นใจต่อการให้การรักษา มีความเข้าใจและเห็นใจต่อความรู้สึกของญาติและเปิดโอกาสให้ญาติสอบถามข้อสงสัยต่างๆ ทั้งนี้เพื่อให้ญาติลดความวิตกกังวล และพร้อมที่จะเผชิญเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น มีความเข้าใจและยอมรับสิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ในที่สุด

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ทบทวนสถิติอัตราการคลอดไหล่ยากที่ผ่านมาพบว่าในปี 2551 เท่ากับ 0.29

2. วิเคราะห์สาเหตุที่เป็นปัญหาหลักของภาวะคลอดไหล่ยาก พบว่า เกิดจากทารกตัวโต

3. ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับภาวะคลอดไหล่ยาก ทั้งในประเทศ และต่างประเทศ และรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะคลอดไหล่ยาก

4. นำแนวทางการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะคลอดไหล่ยาก เสนอที่ประชุมเพื่อขอมติในการนำแนวทางไปใช้ และทดลองใช้ ดังต่อไปนี้

4.1 ผู้คลอดทุกรายได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะคลอดไหล่ยาก และเฝ้าระวังในผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดไหล่ยาก ได้แก่

4.1.1 Body Mass Index: BMI มากกว่า 27

4.1.2 มีภาวะเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์

4.1.3 มีส่วนสูงน้อยกว่า 145 เซนติเมตร

4.1.4 มีประวัติคลอดไหล่ยาก

4.1.5 เชิงกรานผิดรูป เคยผ่าตัดเชิงกราน

4.2 การประเมินน้ำหนักทารกแรกเกิดทุกราย โดยใช้สูตรการคำนวณของ Johnson ดังนี้

สูตร Fetal weight (g) = [fundal height (cm) – n] x 155

น้ำหนักทารกแรกเกิดมีหน่วยเป็นกรัม (fetal weight) หมายถึง ความยาวของระดับยอดมดลูก วัดจากกระดูกหัวเหน่าถึงยอดมดลูกมีหน่วยเป็นเซนติเมตร (fundal height) - การเคลื่อนต่ำของศีรษะทารกเข้าสู่อุ้งเชิงกราน ถ้าศีรษะอยู่เหนือระดับกระดูก ischial spine แทนค่าเท่ากับ 12 ถ้าศีรษะอยู่ระดับกระดูก ischial spine หรือต่ำกว่าแทนค่าเท่ากับ 11 (n) x 155

4.3 เฝ้าระวังและประเมินความก้าวหน้าของการคลอดในระยะต่างๆ อย่างใกล้ชิด รายงานแพทย์เมื่อมีภาวะ protracted active phase of labour, protracted second stage of labour

4.4 ทบทวนการให้การพยาบาลช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะคลอดไหล่ยาก ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

3.4.1 H: Call for help

3.4.2 E: Evaluate for episiotomy

3.4.3 L: Legs (The McRoberts maneuver)

3.4.4 P: Suprapubic pressure

3.4.5 E: Enter maneuvers (internal rotation)

3.4.6 R: Remove the posterior arm

3.4.7 R: Roll the patient

3.5 ประสานงานกับทีมกุมารแพทย์เมื่อพบทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน และเตรียมเครื่องมือช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดให้พร้อมใช้เมื่อใกล้คลอด

4. เมื่อพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะคลอดไหล่ยากขึ้น ให้ทบทวนสาเหตุและศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะคลอดไหล่ยาก ต่อไป

5. ประสานงานตึกหลังคลอดและหออภิบาลทารกแรกเกิด เพื่อให้การดูแลผู้คลอดอย่างต่อเนื่อง

6. ติดตามมารดาหลังคลอด และทารกจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

7. ประเมินผลแนวทางการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะคลอดไหล่ยาก

**ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลมารดาและทารก

2. เป็นแนวทางประกอบการนิเทศงานบุคลากรทางการพยาบาล

3. เป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน โดยใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะคลอดไหล่ยาก

4. มารดาและทารกปลอดภัยจากคลอดไหล่ยาก อันได้แก่ การบาดเจ็บจากการคลอดของมารดา และความพิการหรือเสียชีวิตของทารกแรกเกิด

**ตัวชี้วัดความสำเร็จ**

พยาบาลห้องคลอดปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะคลอดไหล่ยากได้ร้อยละ 80

ลงชื่อ.....เทียรทอง นิ่มศิริ.....

(นางสาวเทียรทอง นิ่มศิริ)

ผู้ขอรับการประเมิน

.....1A / กย / 2562.....