

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง โครงการการดูแลมารดาที่มีภาวะ HELLP syndrome

เสนอโดย

นางสาวจุฑามาส สืบพงษ์สังข์
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)
(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 211)
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงาน** การพยาบาลมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์
2. **ช่วงระยะเวลาที่ดำเนินการ** 5 วัน (ตั้งแต่วันที่ 25 กันยายน 2550 ถึงวันที่ 29 กันยายน 2550)
3. **ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ**

ความดันโลหิตสูงที่เกิดจากการตั้งครรภ์ (pregnancy - induced hypertension : PIH) คือ ภาวะความดันโลหิตสูงที่เกิดจากการตั้งครรภ์ ซึ่งมักร่วมกับการมีโปรตีนในปัสสาวะ หรืออาการบวมร่วมด้วย มักจะเกิดในช่วงครึ่งหลังของการตั้งครรภ์ (สุพัตรา ศิริโชติยะกุล, ชีระ ทองสง และชนนทร์ วนาภิรักษ์, 2541 : 262) การแบ่งประเภทของความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ออกเป็น 5 ประเภทดังนี้

1. ความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ชั่วคราว (gestational hypertension) หมายถึง ความดันโลหิตสูงตั้งแต่หรือมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ซึ่งเกิดขึ้นเป็นครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ โดยไม่พบโปรตีนในปัสสาวะ (proteinuria) ร่วมด้วย และความดันโลหิตสูงดังกล่าวต้องกลับเป็นปกติภายในระยะเวลาไม่เกิน 12 สัปดาห์หลังคลอด การวินิจฉัยภาวะนี้จะทำได้ภายหลังคลอดแล้วเท่านั้น

2. ปรีอีคลัมปีเซีย (preeclampsia) หมายถึง กลุ่มอาการที่มีการลดลงของโลหิตที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งเป็นผลจากการหดตัวของหลอดเลือดทั่วร่างกาย และการกระตุ้นที่ผนังหลอดเลือด (endothelial activation) ความดันโลหิตสูงตั้งแต่หรือมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ภายหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ แบ่งออกได้ตามความรุนแรงเป็น 2 ชนิด คือ ปรีอีคลัมปีเซียชนิดไม่รุนแรง (mild preeclampsia) และปรีอีคลัมปีเซียชนิดรุนแรง (severe preeclampsia)

3. อีคลัมปีเซีย (eclampsia) หมายถึง อาการชักที่เกิดในมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมาก อาการชักจะมีลักษณะคือ ชักทั้งตัว (grand mal)

4. ปรีอีคลัมปีเซียที่เพิ่มขึ้นจากภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง (superimposed preeclampsia) หมายถึง การที่มีโปรตีนในปัสสาวะที่เกิดขึ้นใหม่ในปริมาณตั้งแต่ 300 มิลลิกรัม ภายใน 24 ชั่วโมง จะพบกับมารดาตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงอยู่แล้ว แต่จะต้องเป็นโปรตีนในปัสสาวะที่ไม่เคยตรวจพบมาก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์

5. ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง (chronic hypertension) หมายถึง ภาวะที่มีความดันโลหิตตั้งแต่หรือมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไปที่เกิดก่อนการตั้งครรภ์หรือตรวจวินิจฉัยได้ก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ หรือภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังคงอยู่นานถึง 6 สัปดาห์หลังคลอดบุตร

การดูแลรักษาความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่ดีที่สุด คือ การทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง เนื่องจากเมื่อการตั้งครรภ์สิ้นสุด การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของโรคที่เกิดจากการตั้งครรภ์ก็จะสิ้นสุดลงด้วย หากมารดามีภาวะชักเกิดขึ้นจากภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ มียาหลายชนิดที่ใช้ในการป้องกันการชัก ยาที่นิยมใช้คือแมกนีเซียมซัลเฟต (magnesium sulfate ; $MgSO_4$) มีฤทธิ์ลดความดันโลหิตช่วยให้หลอดเลือดคลายตัว ไม่มีผลลดปริมาณโลหิตที่ไปเลี้ยงมดลูก แต่อาจมีผลรบกวนการหดตัวของมดลูก (วิทยา ธิฐาพันธ์และวิบูลพรรณ จิตะคิดถ, 2544 : 305)

การพยาบาลมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ เพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง ป้องกันการชักที่เกิดขึ้นกับมารดา พร้อมทั้งภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาดังนั้นเพื่อความปลอดภัยของมารดาและทารก พยาบาลจะต้องดูแลให้มารดาเกิดการคลอดที่ปลอดภัยและทารกในครรภ์มีภาวะสุขภาพที่ดี (เทียมสร ทองสวัสดิ์, 2548 : 36)

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

4.1 สรุปกรณีศึกษา มารดาอายุ 30 ปี ตั้งครรภ์เป็นครั้งที่ 3 เคยผ่านการคลอดทางช่องคลอด 2 ครั้ง มีบุตรมีชีวิต 1 คน อีก 1 คนเสียชีวิตเนื่องจากเป็นไวรัสซึ้นสมองเมื่ออายุได้ 9 เดือน มาฝากครรภ์ที่ว.พ.คลินิกเวชกรรม และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ผลการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ มารับการตรวจครรภ์ไม่สม่ำเสมอจึงได้รับการตรวจและการรักษาไม่ต่อเนื่อง อาการทั่วไปปกติในขณะตั้งครรภ์ มีอายุครรภ์ 40 สัปดาห์ มารดามาโรงพยาบาลเวลา 20.25 น. วันที่ 25 กันยายน 2550 ประเมินมารดาแรกรับ จากการซักประวัติมีอาการเจ็บครรภ์เวลา 18.30 น. ไม่มีอาการตาพร่ามัว ปวดศีรษะ หรือจุกแน่นลิ้นปี่ ผลการตรวจทางช่องคลอดพบว่าปากมดลูกเปิด 7 เซนติเมตร ความบวมร้อยละ 100 ส่วนน้ำเป็นสีชมพู ระดับ 0 มีถุงน้ำอยู่ สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 160/110 มิลลิเมตรปรอท ปฏิกริยาตอบสนองของร่างกาย +2 ทั้ง 2 ข้าง ตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะอยู่ระดับ +1 อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 152 ครั้งต่อนาที เวลา 20.40 น. ความดันโลหิต 143/108 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 83 ครั้งต่อนาที สูติแพทย์ให้การรักษาโดยให้มารดาได้รับการดูแลให้ยาอะดาลัด 10 มิลลิกรัม ทางปากเวลา 20.50 น. ดูแลให้มารดานอนพักบนเตียงในท่าศีรษะสูง ให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด เช่น การหายใจจัดทำต่าง ๆ ที่เหมาะสม ในระหว่างนี้มารดาอยากเบ่งคลอด ตรวจพบปากมดลูกเปิดหมดเวลา

21.00 น. แนะนำให้มารดาเบ่งคลอด และได้ให้ 10 % แมกนีเซียมซัลเฟต 4 กรัม เข้าทาง หลอดโลหิตดำช้า ๆ เวลา 21.05 น. ความดันโลหิตหลังได้รับยา 158/108 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที ดูแลความสุขสบายให้มารดาโดยเช็ดหน้า เช็ดตัวเมื่อมารดาร้อน มารดาสามารถ คลอดปกติทางช่องคลอดเวลา 21.13 น. เพศหญิง น้ำหนัก 3,230 กรัม คะแนนการประเมิน สภาพทารกได้ 8 และ 10 คะแนน โดยนาทิตี 1 ให้ 8 คะแนน หักคะแนนสี 2 และนาทิตี 5 ให้ 10 คะแนน สภาพทารกทั่วไปแข็งแรงดี นำทารกมาดูดน้ำคร่ำออกจากปากและจมูก เพื่อป้องกันการสูดสำลักน้ำคร่ำเข้าภายในปอด นำทารกไปให้การพยาบาลทารกแรกเกิด และส่งแผนกทารกแรกเกิด และได้ให้ 50 % แมกนีเซียมซัลเฟต 20 กรัม ในสารละลาย LRS 960 มิลลิลิตร เข้าทาง หลอดโลหิตดำในอัตรา 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เวลา 21.30 น. มารดาหลังคลอดความดันโลหิต หลังรกคลอด 152/121 มิลลิเมตรปรอท สภาพมารดาหลังคลอดมดลูกหดตัวดี ความดันโลหิต ก่อนย้ายไปแผนกสูติกรรมหลังคลอด 144/93 มิลลิเมตรปรอท โลหิตออกประมาณ 450 มิลลิลิตร ไม่มีภาวะโลหิตออกมากหลังคลอด มารดาหลังคลอดไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ไม่มีอาการชัก ไม่มีภาวะโลหิตออกมาก ทารกดูคนมาได้ดี สูติแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้วันที่ 29 กันยายน 2550 และนัดตรวจหลังคลอดในวันที่ 30 ตุลาคม 2550 ให้คำแนะนำมารดา ก่อนกลับบ้าน รวมระยะเวลา ที่รักษาในโรงพยาบาล 5 วัน

ปัญหาทางการพยาบาล

ปัญหาที่ 1 มีโอกาสเกิดการชักเนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูง

ข้อมูลสนับสนุน มารดาบอกว่า “เคยมีปวดศีรษะเล็กน้อย แต่ไม่มีอาการปวดศีรษะช่วงนี้” ความดันโลหิต 160/110 มิลลิเมตรปรอท ตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะอยู่ระดับ +1

จุดประสงค์ของการพยาบาล มารดาไม่เกิดภาวะชัก

กิจกรรมการพยาบาล บันทึกสัญญาณชีพโดยเฉพาะความดันโลหิต เพื่อประเมินสภาพ มารดาทุก 15 - 30 นาที จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เป็นส่วนตัว ลดการกระตุ้นจากภายนอกทั้ง แสง เสียง การสัมผัส ให้มารดาได้รับการพักผ่อน วางแผนการพยาบาลอย่างมีระบบ จำกัด บุคลากรที่ให้การพยาบาลเท่าที่จำเป็น เพื่อลดการกระตุ้นจากภายนอก รายงานแพทย์และให้ยา ป้องกันการชักและยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษา สังเกตอาการนำของการชัก เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่และระดับความรู้สึกตัวของมารดาเป็นระยะ พร้อมทั้งนำไม้กั้นเตียง ขึ้น ใช้หมอนวางรอบเตียงป้องกันอุบัติเหตุ และเตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อมใช้งาน

การประเมินผล จากการสังเกตไม่พบมีอาการนำของการชัก ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว หรือจุกแน่นลิ้นปี่ ความดันโลหิตซิสโตลิกอยู่ระหว่าง 143 - 166 และความดันโลหิตไดแอสโตลิก อยู่ระหว่าง 108 - 116 มิลลิเมตรปรอท

สรุป ปัญหาที่ได้รับการแก้ไข วันที่ 27 กันยายน 2550 เวลา 18.00 น.

ปัญหาที่ 2 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้ยาป้องกันการชักและขาดความดันโลหิต ข้อมูลสนับสนุน มารดามีอาการร้อนวูบวาบ หายใจ 22 ครั้งต่อนาที ปฏิกริยาตอบสนองของร่างกาย +2 ทั้งสองข้าง ปริมาณปัสสาวะ 50 มิลลิลิตร ความดันโลหิต 166/109 มิลลิเมตรปรอท มารดาได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต และได้รับยาอะดัลเตด

จุดประสงค์ของการพยาบาล มารดาไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาป้องกันการชัก และขาดความดันโลหิต

กิจกรรมการพยาบาล สังเกตอาการแสดงต่างๆ ต่อไปนี้ ก่อนได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต โดยพบว่าต้องมีปฏิกริยาตอบสนองของร่างกาย อัตราการหายใจต้องมากกว่า 16 ครั้ง/นาที ปัสสาวะออกมากกว่า 30 มิลลิลิตรชั่วโมง อธิบายภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น อาการร้อนบริเวณที่ฉีดและทั่วตัว อาการคลื่นไส้ อาเจียน บันทึกลักษณะชีพจรทุก 15 นาที โดยเฉพาะความดันโลหิตต้องไม่ลดต่ำลงผิดปกติ และการหายใจต้องอยู่ระหว่าง 12 - 14 ครั้งต่อนาที ถ้าต่ำกว่านี้ต้องรายงานสูติแพทย์ทันที บันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ประเมินปฏิกริยาตอบสนองของร่างกายทุก 4 ชั่วโมง ถ้าไม่มีปฏิกริยาตอบสนองของร่างกายต้องรายงานสูติแพทย์ทันที พร้อมทั้งประเมินการหดตัวของมดลูกเป็นระยะ เพราะผลของแมกนีเซียมซัลเฟตทำให้มดลูกหดตัวน้อยลงเกิดภาวะมดลูกอ่อนแรง (uterine atony)

การประเมินผล อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 14 - 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตซิสโตลิกอยู่ระหว่าง 143 - 166 และความดันโลหิตไดแอสโตลิกอยู่ระหว่าง 108 - 116 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะออก 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ปฏิกริยาตอบสนองของร่างกาย +2

สรุป ปัญหาที่ได้รับการแก้ไข วันที่ 27 กันยายน 2550 เวลา 18.00 น.

ปัญหาที่ 3 ทารกมีโอกาสได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากโลหิตไปเลี้ยงมดลูกและรกน้อยลง

ข้อมูลสนับสนุน ความดันโลหิต 166/109 มิลลิเมตรปรอท มดลูกหดตัวตลอดเวลา ระยะห่างประมาณ 1 - 2 นาที หดตัวนาน 50 - 60 วินาที ความรุนแรงของการหดตัว +2

จุดประสงค์ของการพยาบาล ทารกได้รับออกซิเจนเพียงพอ

กิจกรรมการพยาบาล จัดให้ออกซิเจนในท่าตะแคงซ้าย เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนโลหิตไปยังมดลูก ให้ออกซิเจนทางจมูกจำนวน 5 ลิตรต่อนาที เพื่อให้ทารกได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้น บันทึกเสียงหัวใจทารกทุก 15 นาที เพื่อประเมินสภาพทารกในครรภ์ ถ้ามากกว่า 160 ครั้งต่อนาที หรือน้อยกว่า 120 ครั้งต่อนาที หรืออัตราการเต้นไม่สม่ำเสมอรายงานสูติแพทย์ให้ทราบ ติดตามประเมินสภาพทารกในครรภ์ โดยเครื่องตรวจสถานะทารกในครรภ์ ประเมินการหดตัวของ

มดลูกทุก 30 นาที เพื่อประเมินภาวะมดลูกหดตัวไม่คลาย (tetanic contraction) สอนเทคนิคการหายใจที่ถูกต้องแก่มารดา เพื่อให้ทารกได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ดังนี้ ขณะมดลูกหดตัวให้สูดหายใจเข้าลึกๆ และหายใจออกทางปากช้า ๆ เมื่อมดลูกคลายตัวให้หายใจตามปกติ ถ้าหากเจ็บครรภ์ถี่ขึ้น ให้สูดหายใจเข้าทางจมูกและเป่าลมทางปากถี่ ๆ ทำไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งมดลูกคลายตัว จึงหายใจปกติ

การประเมินผล อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ระหว่าง 120 - 160 ครั้งต่อนาที จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ มดลูกหดตัว 2 นาที 30 วินาที หดตัวนาน 50 วินาที ความรุนแรงของการหดตัว + 2 ผล Contraction Stress Test (CST) ปกติ

สรุป ปัญหาที่ได้รับการแก้ไข วันที่ 25 กันยายน 2550 เวลา 21.10 น.

ปัญหาที่ 4 ไม่สุขสบายเนื่องจากมดลูกมีการหดตัวถี่ขึ้น

ข้อมูลสนับสนุน มารดาบอกว่า ปวดท้องถี่มาก โดยเฉพาะบริเวณหัวหน้า จากการสังเกต เมื่อมีการหดตัวของมดลูก มารดาแสดงสีหน้าเจ็บปวด คิ้วขมวด ร้องครางเป็นระยะ ๆ และนอนบิดตัวไปมา จากการบันทึกการหดตัวของมดลูก มดลูกหดตัว 2 นาที 30 วินาที นาน 50 วินาที ความรุนแรงของการหดตัว + 2 จากการตรวจทางช่องคลอด ปากมดลูกเปิด 8 เซนติเมตร ส่วนน้ำอยู่ระดับ +1 ความบางของปากมดลูกร้อยละ 100 ถุงน้ำคร่ำแตก

จุดประสงค์ของการพยาบาล มารดาสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสมและมีความสุขสบายมากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล อธิบายให้มารดาทราบว่า การเจ็บครรภ์เกิดจากการหดตัวของมดลูก ซึ่งเป็นกลไกตามธรรมชาติ เพื่อขับทารกในครรภ์ออกจากมดลูก โดยมดลูกจะหดตัวเป็นระยะ ๆ มารดาจะรู้สึกเจ็บมากขณะมดลูกมีการหดตัว และรู้สึกเจ็บน้อยลงเมื่อมดลูกคลายตัว เพื่อให้มารดาเข้าใจสาเหตุของความเจ็บปวด และยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น ให้ข้อมูลผลการตรวจทางช่องคลอดและอธิบายถึงการดำเนินการคลอด เพื่อให้มารดาเข้าใจ ดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด อยู่เป็นเพื่อนคอยปลอบโยน ให้กำลังใจ ในขณะที่กำลังเผชิญกับอาการเจ็บครรภ์ เพื่อให้มารดารู้สึกอบอุ่นใจ สนับสนุนและให้การช่วยเหลือในการบรรเทาความเจ็บปวด ขณะมดลูกมีการหดตัว โดยแนะนำการหายใจที่ถูกต้อง ช่วยเหลือโดยการประคบด้วยความร้อนบริเวณใต้บั้นเอวลงมายังกระเบนเหน็บหรือบริเวณท้องน้อย ช่วยเหลือโดยการนวด กำมือและใช้สันมือนวดบริเวณบั้นเอวและจัดท่าต่าง ๆ ที่เหมาะสม เพื่อเพิ่มความสุขสบาย โดยมีท่าต่าง ๆ คือ จัดท่านอนศีรษะสูง 60 องศา จัดท่านอนตะแคงศีรษะสูง 30 - 60 องศา ให้วางขาบนหมอนสูง เข่างอเล็กน้อย เปิดโอกาสให้มารดาซักถามข้อสงสัยในการปฏิบัติตัว และทดลองปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อประเมิน

มารดาว่าสามารถปฏิบัติตามได้ถูกต้องหรือไม่ สังเกตสีหน้าและท่าทางของมารดา สอบถามถึงอาการเจ็บครรภ์เป็นระยะ ๆ

การประเมินผล จากการสังเกต มารดาไม่ร้องครวญครางหรือนอนบิดตัวไปมา เมื่อมดลูกหดตัว สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง จากการซักถาม มารดาบอกว่าหลังปฏิบัติตามที่พยาบาลแนะนำแล้วรู้สึกสบายขึ้น มีอาการปวดน้อยลง

สรุป ปัญหาที่ได้รับการแก้ไข วันที่ 25 กันยายน 2550 เวลา 21.15 น.

ปัญหาที่ 6 มีโอกาสเกิดโลหิตออกมากในระยะหลังคลอด เนื่องจากตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 และมีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากตั้งครรภ์

ข้อมูลสนับสนุน มารดาตั้งครรภ์เป็นครรภ์ที่ 3 มารดาได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟตเนื่องจากฤทธิ์ของยาป้องกันการชัก ทำให้การหดตัวของมดลูกไม่ดี

จุดประสงค์ของการพยาบาล มารดาไม่เกิดโลหิตออกมากในระยะหลังคลอด

กิจกรรมการพยาบาล ประเมินปัจจัยเสี่ยง ซึ่งทำให้เกิดภาวะโลหิตออกมากหลังคลอด เพื่อเป็นการเฝ้าระวังและเตรียมการช่วยเหลือ ในระหว่างการทำคลอดต้องระวังทุกระยะ โดยป้องกันการฉีกขาดบริเวณรอบปากช่องคลอด ไม่เร่งทำคลอดรกก่อนที่รกจะลอกตัวอย่างสมบูรณ์ และหลังคลอดต้องตรวจว่า รกครบหรือไม่เพื่อป้องกันภาวะรกค้าง คลึงมดลูกและกดไล่ลิ่มโลหิตที่ค้างในโพรงมดลูก ดูแลให้กระเพาะปัสสาวะว่าง เพื่อช่วยให้มดลูกมีการหดตัวที่ดี ใช้กระป๋องน้ำเย็นประคบที่มดลูก เพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูกในระยะหลังคลอด 24 ชั่วโมง ให้สารน้ำหรือยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา ซ่อมแซมฝีเย็บและการฉีกขาดของช่องคลอดให้เรียบร้อย ดูแลมารดาที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโลหิตออกมากในระยะหลังคลอด เช่น ภาวะโลหิตจาง ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากตั้งครรภ์ ประวัติเคยโลหิตออกมากในครรภ์ก่อน ๆ ต้องเตรียมสารน้ำ ยาและพร้อมรายงานสูติแพทย์ทันทีที่เกิดภาวะโลหิตออกมาก ติดตามประเมินการหดตัวของมดลูกและใส่ผ้าอนามัย เพื่อสังเกตปริมาณ โลหิตที่ออกทางช่องคลอดทุก 30 นาที หลังคลอด และลักษณะของโลหิตที่ออกทางช่องคลอด ตรวจและบันทึกสัญญาณชีพ 30 นาที 2 ครั้ง และ 1 ชั่วโมง 1 ครั้งจนคงที่ เพื่อประเมินความรุนแรงของโลหิตที่ออกมาก อธิบายพยาธิสภาพที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนการรักษายาพยาบาลให้มารดาทราบและเข้าใจ เพื่อลดความวิตกกังวล ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาและดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ สังเกตอาการหน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็นของมารดาเป็นระยะ

การประเมินผล มารดาหลังคลอด มดลูกมีการหดตัวดี มดลูกมีลักษณะกลมแข็ง มารดาหลังคลอดเสียโลหิตจากการคลอดประมาณ 450 มิลลิลิตร สัญญาณชีพ โดย 30 นาทีแรกหลังคลอด ความดันโลหิต 158/99 มิลลิเมตรปรอท และ 30 นาทีต่อมา ความดันโลหิต 154/96 มิลลิเมตรปรอท

และ 1 ชั่วโมงก่อนย้าย ความดันโลหิต 144/93 มิลลิเมตรปรอท มารดาไม่มีอาการหน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น สัญญาณชีพ คือ ความดันโลหิต 152/121 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 84 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 ครั้งต่อนาที

สรุป ปัญหาที่ได้รับการแก้ไข วันที่ 27 กันยายน 2550 เวลา 18.00 น.

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

4.2.1 เลือกรื่องที่น่าสนใจและพบข้อบกพร่องในการดูแลภายในห้องคลอด คือ การพยาบาล มารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

4.2.2 ศึกษาค้นคว้าเรื่องการพยาบาลมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ จากเอกสารวิชาการและตำราต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการรักษามารดา

4.2.3 รวบรวมสถิติของมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ของ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ปี พ.ศ. 2548 - 2550

4.2.4 ศึกษาประวัติมารดาจากการสอบถามมารดาและจากแฟ้มประวัติ

4.2.5 ศึกษาและรวบรวมข้อมูลมารดา นำข้อมูลทั้งหมดมารวบรวมและเรียบเรียงเป็น ผลงาน และปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ

4.2.6 ตรวจสอบความถูกต้องก่อนและหลังพิมพ์

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

ผู้ขอรับการประเมินเป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

7. ผลสำเร็จของงาน

มารดาอายุ 30 ปี ตั้งครรภ์เป็นครรภ์ที่ 3 เคยผ่านการคลอดทางช่องคลอด 2 ครั้ง มีบุตรมีชีวิต 1 คน อีก 1 คนเสียชีวิตเนื่องจากเป็นไวรัสซีสต์สมองเมื่ออายุได้ 9 เดือน มีอายุครรภ์ 40 สัปดาห์ มารดามาโรงพยาบาลวันที่ 25 กันยายน 2550 ประเมินมารดาแรกรับ จากการซักประวัติมีอาการเจ็บครรภ์เวลา 18.30 น. ไม่มีอาการตาพร่ามัว ปวดศีรษะ หรือจุกแน่นลิ้นปี่ ผลการตรวจทางช่องคลอดพบว่าปากมดลูกเปิด 7 เซนติเมตร ความบางร้อยละ 100 ส่วนหน้าเป็นศีรษะ ระดับส่วนหน้า 0 มีถุงน้ำอยู่ สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 160/110 มิลลิเมตรปรอท ปฏิกริยาตอบสนองของร่างกาย +2 ทั้ง 2 ข้าง ตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะอยู่ระดับ +1 และให้ 10 % แมกนีเซียมซัลเฟต 4 กรัม เข้าทางหลอดเลือดดำช้า ๆ เวลา 21.05 น. มารดาสามารถคลอดปกติทางช่องคลอดเวลา 21.13 น.

เพศหญิง น้ำหนัก 3,230 กรัม คะแนนการประเมินสภาพทารกได้ 8 และ 10 คะแนน โดยนาที่ที่ 1 ให้ 8 คะแนน หักคะแนนสี 2 และนาที่ที่ 5 ให้ 10 คะแนน สภาพทารกทั่วไปแข็งแรงดี และนำทารกส่งแผนกทารกแรกเกิด และได้ให้ 50 % แมกนีเซียมซัลเฟต 20 กรัม ในสารละลาย LRS 960 มิลลิลิตร เข้าทางหลอดเลือดดำในอัตรา 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เวลา 21.30 น. มารดาหลังคลอดความดันโลหิตหลังรกคลอด 152/121 มิลลิเมตรปรอท โลหิตออกประมาณ 450 มิลลิลิตร มารดาหลังคลอดไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ไม่มีอาการชัก ไม่มีภาวะโลหิตออกมาก ทารกดูคนมได้ดี สูดหายใจอนุญาตให้กลับบ้านได้วันที่ 29 กันยายน 2550 รวมระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาล 5 วัน

8. การนำไปใช้ประโยชน์

- 8.1 มารดาได้รับการประเมิน ตรวจวินิจฉัย รักษาอย่างถูกต้องรวดเร็วลดความรุนแรงของโรค
- 8.2 เป็นคู่มือในการปฏิบัติงานสำหรับให้การพยาบาลมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูง
- 8.3 ใช้เป็นแนวทางในการปฐมพยาบาลสำเร็จใหม่ และนักศึกษาพยาบาล
- 8.4 เพื่อให้เกิดความก้าวหน้าในวิชาชีพ นำแนวคิดทฤษฎีใหม่ ๆ มาประยุกต์ใช้กับการพยาบาลมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

9.1 ความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์เป็นการตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง เป็นปัญหาฉุกเฉินทางสูติกรรมที่สำคัญก่อให้เกิดอันตรายต่อมารดาและทารกในครรภ์ เนื่องจากการดูแลมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นบ่อยในระยะตั้งครรภ์

9.2 ให้การดูแลรักษาพยาบาลมารดาและทารกให้ได้รับความปลอดภัย สามารถพ้นระยะวิกฤต ดังนั้นจำเป็นต้องมีการประเมิน เพื่อจะได้ทราบแนวโน้มของปัญหาที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งมีการวางแผนการพยาบาลที่ครอบคลุมตั้งแต่ในระยะก่อนคลอด ซึ่งการประเมินการวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกทั้งในระยะคลอดและหลังคลอดได้

9.3 ให้การดูแลทางด้านจิตใจกับมารดา การให้ข้อมูลและคำแนะนำต่าง ๆ การดูแลตนเอง รวมทั้งการให้กำลังใจเป็นสิ่งที่ทำให้มารดาเชื่อมั่นว่า ตนเองและทารกในครรภ์จะปลอดภัย สามารถผ่านพ้นการคลอดไปด้วยดี

10. ข้อเสนอแนะ

มารดาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์นั้นมีความเสี่ยงสูง เมื่ออยู่ในระยะตั้งครรภ์จะพบการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายหลายระบบ จึงทำให้มารดาอาจมีอาการรุนแรงมาก

ขึ้นได้ ในระยะคลอดเป็นอีกช่วงที่ต้องมีการดูแลเป็นพิเศษ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิตทั้งของมารดาและทารก ดังนี้

1. มารดา ควรมาฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอ รู้จักสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง หากมีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว แน่นหน้าอก หรือจุกแน่นลิ้นปี่ให้รีบมาโรงพยาบาลทันที แม้จะไม่มีอาการเจ็บครรภ์ เนื่องจากการที่มีอาการดังกล่าวเป็นอาการนำของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และควรปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์อย่างถูกต้อง

2. พยาบาลหน่วยฝากครรภ์ ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ว่ามีอะไรบ้าง โดยจัดเฉพาะกลุ่มมารดาที่มีภาวะเสี่ยงเป็นโรคแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ นำมาสอนสุศึกษาเพื่อให้มารดาที่มีกลุ่มเสี่ยงได้เรียนรู้และทราบถึงอาการที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง และเน้นให้มารดามาโรงพยาบาลทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ

3. พยาบาลห้องคลอด เป็นบุคคลสำคัญที่อยู่ใกล้ชิดกับมารดามากที่สุด ความสามารถในการประเมินปัญหา และการวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม จะช่วยให้มารดาและทารกปลอดภัย โดย


3.1 ฝึกรวมพยาบาล ให้มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลมารดาตั้งครรภ์ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โดยใช้แนวปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เพื่อให้สามารถซักประวัติ ตรวจร่างกาย ประเมินสภาพของมารดาและดูแลให้การพยาบาลที่เหมาะสม


3.2 นำประวัติของมารดาตั้งครรภ์แต่ละรายมาศึกษา และวางแผนการพยาบาลร่วมกัน เพื่อให้มารดาตั้งครรภ์ได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุม ช่วยให้ผู้มารดาสามารถผ่านระยะคลอดไปได้อย่างปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และดำเนินการปรับปรุง
แก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

(ลงชื่อ)..... จุฑามาส สืบพงษ์สังข์
(นางสาวจุฑามาส สืบพงษ์สังข์)
พยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)
ผู้ขอรับการประเมิน
..... 8 ส.ย. 2552

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....  ท.
(นางสาวพริ้มเพรา ทศกร)
ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
..... 8 ส.ย. 2552

(ลงชื่อ)..... 
(นายสุรินทร์ กู้เจริญประสิทธิ์)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
..... 8 ส.ย. 2552

เอกสารอ้างอิง

ฐิติพร อิงคदारวงศ์. “การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์”.

การพยาบาลภาวะเสี่ยงสูง และภาวะวิกฤตในระยะคลอด. สงขลา : ภาควิชาการพยาบาลสูติ-นรีเวชและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2546.

เทียมศร ทองสวัสดิ์. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ :

โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2548.

วิทยา ธิฐาพันธ์และวิบูลพรรณ ฐิตะติลก. เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์. พิมพ์ครั้งที่ 2.

กรุงเทพฯ : ยูเนี่ยน ศรีเอชเอ็น จำกัด, 2544.

สุพัตรา ศิริโชติยะกุล และธีระ ทองสง และชเนนทร์ วนาภิรักษ์. “ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์”. ใน ธีระ ทองสง และ ชเนนทร์ วนาภิรักษ์, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์.

พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : พีบีฟอเรนบ็ุกส์ เซ็นเตอร์, 2541.

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของนางสาวจุฑามาส สืบพงษ์สังข์**

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)
(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 211) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
สำนักการแพทย์

เรื่อง โครงการการดูแลมารดาที่มีภาวะ HELLP syndrome

หลักการและเหตุผล

ภาวะเฮลป์ซินโดรม (HELLP Syndrome) นี้เป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงภาวะหนึ่งของความดันโลหิตสูงที่เกิดจากการตั้งครรภ์ สาเหตุของภาวะนี้ยังไม่ทราบแน่ชัด และไม่มีอาการแสดงที่ชัดเจนที่จะบ่งบอกว่าจะเกิดภาวะนี้ขึ้นเมื่อไร ดังนั้นจึงต้องมีการประเมินสภาพของมารดาและทารกในครรภ์ตั้งแต่เริ่มแรก การดูแลรักษาและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จะช่วยให้วินิจฉัยภาวะนี้ได้เร็วยิ่งขึ้น หากมีการวินิจฉัยและการดูแลรักษาที่ล่าช้ามีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการทำให้ผลการรักษาไม่ดีตามไปด้วย ซึ่งจะทำให้เกิดอัตราการตายของทั้งมารดาและทารกได้

ภาวะเฮลป์ซินโดรม

เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังภาวะพรีอีแคลมปีเซีย ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มอาการ 3 ประการ คือ เม็ดโลหิตแดงแตก เอนไซม์ตับในโลหิตสูงและเกล็ดโลหิตต่ำ ดังนี้

เม็ดโลหิตแดงแตก (Hemolysis, H) หมายถึง การตรวจพบความผิดปกติในโลหิต คือ ตรวจพบเม็ดโลหิตที่กำลังแบ่งตัว (schistocyte) ในเพอริฟลูราล สเมียร์ (peripheral smear), ปริมาณแลคเตค ดีไฮโดรจีเนส (lactate dehydrogenase, LDH) สูงกว่า 600 ยูนิตต่อลิตร

เอนไซม์ตับในโลหิตสูง (Elevated liver, EL) หมายถึง ค่าแอสไพเรซ อะมิโนทรานเฟอร์เรส (aspartate aminotransferase ,AST) ในโลหิตสูงกว่า 70 ยูนิตต่อลิตร

เกล็ดโลหิตต่ำ (Low platelets, LP) หมายถึง ปริมาณเกล็ดโลหิตที่ตรวจพบมีปริมาณน้อยกว่า 100,000 ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร

ในกรณีที่มีอาการไม่ครบทั้ง 3 ประการจะเรียกว่าเป็นภาวะบางส่วนของเฮลป์ซินโดรม (Partial HELLP Syndrome)

เฮลป์ซินโดรมจะเกิดขึ้นเมื่อไรก็ได้ขณะตั้งครรภ์ และหลังคลอด แต่มักไม่ค่อยเกิดก่อนการตั้งครรภ์ 20 สัปดาห์ ประมาณ 1 ใน 3 จะเกิดขึ้นในระยะหลังคลอด และในกลุ่มนี้มีเพียงร้อยละ 80 เท่านั้น ที่มีภาวะพรีอีแคลมปีเซียก่อนการคลอด (วิทยา ถิฐาพันธ์, 2547 : 195) จะทำให้เกิดโลหิตไปเลี้ยงอวัยวะน้อยและอาจเกิดภาวะชักได้ เฮลป์ซินโดรมทำให้เป็นปัญหาต่าง ๆ

เม็ดโลหิตแดงแตก ทำให้เกิดภาวะซีดและเกิดก้อนลิ่มโลหิต ถ้าเกิดก้อนลิ่มโลหิตมาก ๆ จะทำให้เกิดหัวใจล้มเหลว เกิดการกระจายลิ่มโลหิตในหลอดเลือด ทารกอาจเสียชีวิตในช่วงปริกำเนิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด ได้ร้อยละ 8 ถึง 20 (ดวงสิทธิ์ วัฒนาราน, 2548 : 326) ถ้าอาการของโรคร้ายแรงมากขึ้นอาจเกิดอันตรายต่อมารดาและทารก ดังนั้นจึงให้พิจารณายุติการตั้งครรภ์เพื่อรักษาโรค โดยไม่รอช้าและไม่คำนึงถึงอายุครรภ์ อาจพิจารณาให้เกล็ดโลหิตทดแทนในช่วงของการคลอด หากมารดามีปริมาณเกล็ดโลหิตต่ำกว่า 50,000 ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร เพื่อป้องกันโลหิตออกมากหลังคลอด อาการและอาการแสดงของภาวะนี้จะมีแตกต่างกันได้มากในมารดาแต่ละราย จึงอาจจำเป็นต้องให้การวินิจฉัยแยกโรคหรือความผิดปกติบางอย่าง เช่น ธรอมโบโทติก ธรอมโบไซโทพีเนีย เพอพิวระ (Thrombotic thrombocytopenia purpura, TTP) ซึ่งมีอาการแสดงทางสมองมากกว่า หรือฮีโมไลติก ยูรีมิก ซินโดรม (hemolytic uremic syndrome) ซึ่งมีอาการทางไตมากกว่าหรือเกิดไขมันขึ้นในตับซึ่งมีอาการหนักและกินเวลาสั้น (acute fatty liver) ซึ่งไม่มีการแตกของเม็ดโลหิตแดง แต่มีอาการของตับรุนแรงกว่า

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะเฮลปีซินโดรมในระยะคลอด
2. มารดามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น สามารถปฏิบัติตัวในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม เพื่อลดอัตราความรุนแรงของโรคที่อาจเกิดขึ้น
3. เพื่อติดตามสถานะของทารกในครรภ์ ช่วยให้ทารกคลอดอย่างปลอดภัยไม่เกิดภาวะทารกขาดออกซิเจนในช่วงแรกเกิด (Birth Asphyxia)

เป้าหมาย

1. เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลมารดาที่มีภาวะเฮลปีซินโดรม
2. มารดาปลอดภัยจากภาวะเฮลปีซินโดรม

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียม โดยนำมาใช้ในทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง เป็นกรอบแนวคิดที่ เมื่อความต้องการการดูแลตนเองมากกว่าความสามารถที่จะตอบสนองได้ บุคคลจะมีความบกพร่องในการดูแลตนเองและต้องการการพยาบาล ทั้งนี้ความสามารถเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล สามารถถูกกระทบได้เนื่องจากภาวะด้านสุขภาพหรือองค์ประกอบทั้งภายในและภายนอก ซึ่งทำให้บุคคลนั้นใช้ความสามารถของตนเองได้บางส่วน หรือไม่สามารใช้ได้เลย หรือคุณภาพของความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียง

พอที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ดังนั้นบุคคลจึงต้องการพยาบาล ความบกพร่องในการดูแลตนเองเป็นความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง (ความสามารถในการกระทำ) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (งานทั้งหมดที่ต้องกระทำ) ความจำกัดในการดูแลตนเองอาจเกิดจากการรู้ การพิจารณาตัดสินใจ และการลงมือปฏิบัติ (จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, อภิญญา เพ็ญพิภรณ์ และรัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร, 2550 : 78)

ทีมพยาบาลที่ให้การดูแลมารดาที่มีภาวะเฮลป์ซินโดรม จะเป็นระบบการพยาบาลแบบทดแทนบางส่วน ความต้องการบางอย่างเป็นอยู่ชั่วคราว เช่น การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่มีอาจเกิดขึ้นจากภาวะเฮลป์ซินโดรมกับมารดาในระยะคลอด พยาบาลจะต้องสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองในส่วนนี้ และสนับสนุนให้มารดากระทำการดูแลตนเองตามความสามารถ และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มเติมในเรื่องให้ความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น การปฏิบัติในระยะคลอด การวิตกกังวลและความกลัวต่อการคลอด

การดูแลรักษาภาวะเฮลป์ซินโดรม มีหลักการคล้ายกับการรักษาภาวะพรีอีคลัมปีเซียชนิดรุนแรง (severe preeclampsia) และอีคลัมปีเซีย (eclampsia) คือ ต้องเริ่มด้วยการประเมินสภาพของมารดาและทารกในครรภ์ รีบให้การดูแลเบื้องต้น เช่น การให้สารน้ำ ดูแลการหายใจ ให้ยาควบคุมความดันโลหิต ประเมินภาวะชัก ถ้ามีโอกาสที่จะชักควรให้ยาระงับชักทันที ยาระงับชักที่ใช้ควรเป็นแมกนีเซียมซัลเฟตอย่างเฉียบพลัน ยาระงับชักชนิดอื่น เช่น ไดอะซีแพม (Diazepam) หรือฟีนิตโทอิน (phenytoin) ไม่ควรใช้เพราะผลการวิจัยมีข้อมูลแน่ชัดแล้วว่าได้ผลไม่ดีเท่าแมกนีเซียมซัลเฟต

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. คัดเลือกมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ โดยใช้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการร่วมด้วย อาการใดอาการหนึ่ง ดังนี้
 - 1.1 มารดาที่มีภาวะพรีอีคลัมปีเซียชนิดที่มีเม็ดโลหิตแดงแตก
 - 1.2 มีภาวะเอนไซม์ตับในโลหิตสูง
 - 1.3 มีเกล็ดโลหิตต่ำ
2. สร้างแบบประเมินสภาพของมารดาและทารกในครรภ์
 - 2.1 สังเกตและบันทึกอาการนำของการชัก ความรุนแรงของการชัก
 - 2.2 ระดับความรู้สึกตัว
 - 2.3 ขนาดของม่านตา การตอบสนองต่อแสง การเคลื่อนไหวของลูกตา
 - 2.4 โลหิตออกในสมอง สมองบวม ชัก (อีคลัมปีเซีย)
3. สร้างแนวทางการให้การพยาบาลมารดาที่มีภาวะ HELLP syndrome
 - 3.1 การวัดสัญญาณชีพอย่างสม่ำเสมอ ทุก 15 - 30 นาที

3.2 ดูแลให้มารดานอนพักอยู่บนเตียง

3.3 ติดตามสถานะของทารกในครรภ์เป็นระยะ ๆ โดยการฟังและบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจทารกทุก 1 ชั่วโมง และแนะนำให้มารดาสังเกตการดิ้นของทารกไปด้วย

3.4 ยากควบคุมความดันโลหิต

3.5 ให้ยาระงับชักตามแผนการรักษา พร้อมทั้งสังเกตและประเมินภาวะแทรกซ้อนของยา

3.6 การติดตามผลการตรวจทางโลหิตวิทยาโดยเฉพาะเม็ดโลหิตแดง เอนไซม์ตับในโลหิต และเกล็ดโลหิต

3.7 เตรียมมารดาเพื่อยุติการคลอด การคลอด การทำสูติศาสตร์หัตถการ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลมารดาที่มีภาวะHELLPซินโดรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ลดความกลัวและวิตกกังวลต่อการคลอดของมารดา
3. มารดาและครอบครัวเผชิญกับภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. ลดการเกิดภาวะทารกขาดออกซิเจนในช่วงแรกเกิด

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อุบัติการณ์การเกิดภาวะHELLPซินโดรม 0 ราย
2. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะHELLPซินโดรม 0 ราย

(ลงชื่อ).....จ.ทามาส สืบพงษ์สังข์.....

(นางสาวจ.ทามาส สืบพงษ์สังข์)

ผู้ขอรับการประเมิน

- 8, ส.ย. 2552

เอกสารอ้างอิง

- จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, อภิญญา เพ็ญพิจารณ์ และรัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร. “ทฤษฎีการพยาบาล”. แนวคิดพื้นฐาน ทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี : โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก, 2550.
- ดวงสิทธิ์ วัฒนาราร. “ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์”. ใน มานี ปิยะอนันต์และคณะ, บรรณาธิการ. ตำราสูติศาสตร์. กรุงเทพฯ : พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด, 2548.
- วิทยา ถิฐาพันธ์. “Preeclampsia ที่มี Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, Low Platelets (HELLP syndrome) แทรกซ้อน”. สารศิริราช 2547 : 4 : 56 : 191 - 197.