



ประกาศจังหวัดร้อยเอ็ด  
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ  
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดร้อยเอ็ดได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นางสาวสุวดี วาสนบุญเรือง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๕๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศ

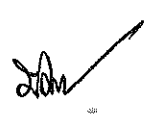
ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

(นายชัยวัฒน์ ชัยเวชพิสิฐ)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดร้อยเอ็ด

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดร้อยเอ็ด  
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ  
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ลำดับ ที่	ชื่อ - ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวสุวิ วาสนุญเรือง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๒๕๒๔๙	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๒๕๒๔๙	เลื่อนระดับ  ๑๐๐%
				 (นายบรรณกร สุทธิประภา) หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล		
						ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพยาบาลมารดาที่มีความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะชักหลังคลอด : กรณีศึกษา พ.ศ. ๒๕๖๔”
						ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “การจัดการความปวดแผลในมารดาผ่าตัดคลอด” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. ชื่อผลงาน การพยาบาลมารดาที่มีความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะชักหลังคลอด : กรณีศึกษา พ.ศ.๒๕๖๔

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ ๑-๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

### ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Hypertension in Pregnancy)

ภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจพบความดันโลหิตในขณะหัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure; SBP) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ๑๔๐ mmHg และ/หรือตรวจพบค่าความดันโลหิตในขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic blood pressure; DBP) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ๙๐ mmHg ถือเป็น การตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง (High risk pregnancy) และ เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของมารดาและทารกทั่วโลก Hypertension in pregnancy พบประมาณร้อยละ ๒ - ๘ ของการตั้งครรภ์

*The American Collage of Obstetrician and Gynecologist; ได้แบ่งภาวะ Hypertension in Pregnancy ออกเป็น ๔ ประเภท*

๑. *Preeclampsia-eclampsia* : ภาวะความดันโลหิตสูงที่จำเพาะกับการตั้งครรภ์ (Pregnancy-induced hypertension; PIH) ร่วมกับมีความผิดปกติของร่างกายในหลายระบบ (multisystem involvement) โดยทั่วไปมักเกิดหลังอายุครรภ์ (Gestational age; GA) ๒๐ สัปดาห์ ร่วมกับตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ (Proteinuria)
๒. *Chronic hypertension* : หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ไม่ว่าจะจากสาเหตุใดก็ตาม หรือตรวจพบความดันโลหิตสูงก่อนอายุครรภ์ ๒๐ สัปดาห์
๓. *Chronic hypertension with superimposed preeclampsia* : Preeclampsia ที่เกิดในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็น Chronic hypertension โดยเกิดในมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตปกติ ๔ - ๕ เท่า
๔. *Gestational hypertension* : ภาวะความดันโลหิตสูงที่จำเพาะกับการตั้งครรภ์ ที่ตรวจพบหลังอายุครรภ์ ๒๐ สัปดาห์ แต่ไม่พบ Proteinuria

### เกณฑ์การวินิจฉัย และความหลากหลายของโรค (Diagnosis and spectrum of diseases)

จาก ACOG ๒๐๑๓ ที่ได้แบ่ง Hypertension in pregnancy ออกเป็น ๔ ประเภท ในแต่ละประเภท มีภาวะย่อยที่มีลักษณะจำเพาะอีก ก่อนที่จะทราบเกณฑ์การวินิจฉัยแต่ละภาวะ จำเป็นต้องทราบความหมายของภาวะเหล่านี้ก่อน ได้แก่ New-onset Hypertension, New-onset Proteinuria, และ Severe features

#### *New-onset Hypertension*

- SBP  $\geq$  ๑๔๐ mmHg or DBP  $\geq$  ๙๐ mmHg on two occasions at least ๔ hours OR
- SBP  $\geq$  ๑๖๐ mmHg or DBP  $\geq$  ๑๑๐ mmHg (confirm within a short interval) (~๑๕ minutes)

#### *New-onset Proteinuria*

- Urine protein ๒๔ hours  $\geq$  ๓๐๐ mg OR
- Urine protein/creatinine ratio/index (UPCI)  $\geq$  ๐.๓ mg/dL OR
- Urine Dipstick or Urine analysis reading  $\geq$  ๒+ (used only quantitative test not available)

#### *Severe features (ONE or MORE)*

- SBP  $\geq$  ๑๖๐ mmHg or DBP  $\geq$  ๑๑๐ mmHg (confirm within a short interval) (~๑๕ minutes)

-Thrombocytopenia : Platelet < ๑๐๐,๐๐๐ X ๑๐<sup>๙</sup>/L

-Renal insufficiency : Serum Creatinine; Cr > ๑.๑ mg/dL *OR* Doubling of serum Cr in the absence of other renal disease

-Impaired liver function : severe persistent right upper quadrant or epigastric pain unresponsive to medication and not accounted for by alternative diagnoses *AND/OR* abnormally elevated blood concentrations of liver enzymes (AST *AND/OR* ALT) to twice the upper limit normal concentration

- New-onset headache unresponsive to medication and not accounted for by alternative diagnoses *AND/OR* Visual disturbances

-Pulmonary edema

ในที่นี้จะแบ่งโรคต่างๆ ออกเป็น ๓ กลุ่ม ตามแนวทางการรักษา ดังนี้

### กลุ่มที่ ๑ Chronic hypertension

#### ๑. Chronic hypertension

- Hypertension ที่ตรวจพบก่อนการตั้งครรภ์ (Pregestational hypertension) หรือ
- New-onset Hypertension ที่เกิดก่อนอายุครรภ์ ๒๐ สัปดาห์ หรือ
- โรคกลุ่ม Hypertension in pregnancy ที่ยังคงตรวจพบความดันสูงหลังคลอด ๑๒ สัปดาห์
- \*\*\* ต้องไม่มี *New-onset Proteinuria* : โดยปกติ hypertension สามารถทำให้เกิด hypertensive nephropathy และ proteinuria ได้ตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์
- \*\*\* ต้องไม่มี *Severe features* : Chronic hypertension ที่มี BP เกิน ๑๖๐/๑๑๐ mmHg โดยที่ไม่มี *New-onset Proteinuria* และ ไม่มี *Severe features* ถือเป็น chronic hypertension ที่คุมความดันโลหิตไม่ดี (Uncontrol chronic hypertension) การรักษาคือ การปรับเพิ่มระดับยาลดความดันโลหิต (Oral antihypertensive drug)

### กลุ่มที่ ๒ Pregnancy-induced hypertension without severe features

โรคในกลุ่ม Preeclampsia-eclampsia, Chronic hypertension with superimposed preeclampsia และ Gestational hypertension ที่ไม่มีลักษณะของ Severe features ประกอบด้วย

#### ๒. Gestational hypertension; GHT

- New-onset Hypertension ที่เกิดหลังอายุครรภ์ ๒๐ สัปดาห์ ร่วมกับ ไม่มี New-onset Proteinuria
- \*\*\* ต้องไม่มี Severe features
- \*\*\* BP ต้องไม่สูงเกิน ๑๖๐/๑๑๐ mmHg เพราะจะวินิจฉัยเป็น Gestational hypertension with severe-range blood pressure
- \*\*\* ร้อยละ ๕๐ ของ GHT จะตรวจพบ proteinuria หรือ end-organ dysfunction โดยเฉพาะ GHT ที่วินิจฉัยก่อนอายุครรภ์ ๓๒ สัปดาห์

#### ๓. Preeclampsia without severe features

- *New-onset Hypertension* ที่เกิดหลังอายุครรภ์ ๒๐ สัปดาห์ ร่วมกับ *New-onset Proteinuria*
- \*\*\* ต้องไม่มี Severe features

#### ๔. Chronic hypertension with superimposed preeclampsia without severe features

- *Chronic hypertension* ร่วมกับ *New-onset Proteinuria*

\*\*\* ต้องไม่มี Severe features

**กลุ่มที่ ๓ *Pregnancy-induced hypertension with severe features***

โรคในกลุ่ม Preeclampsia-eclampsia, Chronic hypertension with superimposed preeclampsia และ Gestational hypertension ที่มีลักษณะของ Severe features ตามเกณฑ์ข้างต้น หรือมี end-organ dysfunction อื่นๆ ที่เทียบเท่า Severe features เช่น ภาวะชัก (Eclampsia), สมองขาดเลือดหรือมีเลือดออกในสมอง (Stroke or intracranial hemorrhage), กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction), ภาวะเลือดแข็งตัวในหลอดเลือดแบบแพร่กระจาย (Diffuse intravascular coagulation; DIC) เป็นต้น โรคในกลุ่มนี้ ได้แก่

**๕. *Gestational hypertension with severe-range blood pressure***

• GHT ที่มี SBP  $\geq$  ๑๖๐ mmHg or DBP  $\geq$  ๑๑๐ mmHg วัด ๒ ครั้ง ห่างกันในระยะสั้นๆ (ประมาณ ๑๕ นาที)

\*\*\* ต้องไม่มี Severe features

\*\*\* GHT with severe-range blood pressure ให้วินิจฉัยและรักษา เหมือนเป็น Preeclampsia with severe features

**๖. *Preeclampsia with severe features***

• *New-onset Hypertension* ที่เกิดหลังอายุครรภ์ ๒๐ สัปดาห์ ร่วมกับ *New-onset Proteinuria* ร่วมกับ *Severe features*

\*\*\* หากมี *New-onset Hypertension* ร่วมกับ *Severe features* แม้เพียง ๑ ข้อ โดยที่ ไม่มี *New-onset Proteinuria* ก็ถือเป็น Preeclampsia with severe features ยกเว้น ข้อ SBP  $\geq$  ๑๖๐ mmHg or DBP  $\geq$  ๑๑๐ mmHg (confirm within a short interval) (~๑๕ minutes) " จะ ต้องมี *New-onset Proteinuria* ร่วมด้วย

**๗. *Chronic hypertension with superimposed preeclampsia with severe features***

• *Chronic hypertension* ร่วมกับ *New-onset Proteinuria* ร่วมกับ *Severe features*

\*\*\* ไม่มี *New-onset Proteinuria* ก็ได้ เป็นไปในทำนองเดียวกัน กับข้อ ๖

**๘. *HELLP syndrome***

• *เกณฑ์การวินิจฉัย*

๑. *Hemolysis* : Serum Lactate dehydrogenase;LDH  $\geq$  ๖๐๐ U/L หรือ มีหลักฐานอื่นของ Hemolysis เช่น Peripheral blood smear; PBS

๒. *Elevate Liver enzyme* : AST or ALT  $>$  ๒ เท่า ของ normal upper limit

๓. *Low Platelet* : Plt  $<$  ๑๐๐,๐๐๐ x ๑๐<sup>๙</sup>/L

\*\*\* ไม่จำเป็นต้องมี *New-onset Proteinuria* หรือ *Severe features* ก็ได้

\*\*\* หากภาวะนี้เกิดในการตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์น้อย หรือช่วงหลังคลอด(post-partum) มากกว่า ๔๘ ชั่วโมง พิจารณาวินิจฉัยแยกโรคอื่น (Differential diagnosis) เช่น Thrombotic thrombocytic purpura; TTP, Hemolytic uremic syndrome; HUS เป็นต้น

**๙. *Eclampsia***

• *New-onset tonic-clonic, focal or multifocal seizures in pregnancy* (Common in late pregnancy – post-partum ๔๘-๗๒ hr) ที่ไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น เช่น Epilepsy, cerebral ischemia, intracranial hemorrhage,หรือ drug use

\*\*\* ไม่จำเป็นต้องมี *New-onset Hypertension* หรือ *New-onset Proteinuria* หรือ *Severe features* ก็ได้ มีรายงานร้อยละ ๒๐ - ๓๘ ของผู้ป่วย Eclampsia มีอาการชัก โดยที่ไม่เคยมีอาการ hypertension หรือ ตรวจพบ proteinuria มาก่อนเลย

-Trophoblastic invasion จะเกิดตลอดความยาวของ Spiral artery ในชั้น Decidua ไปจนถึงด้านใน ๑ ส่วน ๓ ของชั้น Myometrium แต่ใน Preeclampsia, Trophoblastic invasion จะเกิดเพียงร้อยละ ๕๐-๗๐ ของ Spiral artery ทำให้ Spiral artery ขยายน้อยกว่าการตั้งครรภ์ปกติ เลือดที่ไปเลี้ยงรกลดลง รกขาดออกซิเจน (Placental hypoxia)

### การทำนายการเกิด Preeclampsia (Prediction of preeclampsia)

• ในปัจจุบัน ยังไม่มีวิธีการคัดกรองวิธีใดวิธีหนึ่ง (single test screening) ทั้งการตรวจสารชีวเคมีในร่างกาย (biochemical) และการตรวจร่างกาย (biophysical) ในช่วงไตรมาสที่ ๑ และ ๒ ของการตั้งครรภ์ที่ตีพอในการใช้ทำนายการเกิด Preeclampsia ที่เกิดหลังอายุครรภ์ ๓๔ สัปดาห์ (Late-onset preeclampsia) แต่พอจะใช้ทำนายการเกิด preeclampsia ที่เกิดก่อนอายุครรภ์ ๓๔ สัปดาห์ได้ (Early-onset preeclampsia)

• The Fetal Medicine Foundation; FMF ได้เสนอแนวทางการตรวจคัดกรอง preeclampsia โดยอาศัยการตรวจหลายๆ วิธีร่วมกัน (Combined screening) ในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ (GA ๑๑ - ๑๓ wk) ประกอบด้วย

๑. ประวัติความเสี่ยงของมารดา (Maternal characteristics and history) เช่น Chronic hypertension, Diabetes mellitus, Systemic lupus erythematosus, หรือ มีประวัติครอบครัวเป็น preeclampsia เป็นต้น
๒. ความดันโลหิตของมารดา (Maternal mean arterial pressure; MAP)
๓. การตรวจคลื่นความถี่สูงของ Uterine artery (Uterine artery pulsatility index; UTPI)
๔. การตรวจสารเคมีในเลือดของมารดา (Maternal serum marker) เช่น Placental growth factor; PLGF

นำไปคำนวณร่วมกันและแบ่งหญิงตั้งครรภ์ออกเป็น ๒ กลุ่ม

๑. กลุ่มความเสี่ยงต่ำ (Low-risk group) หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการเกิด preeclampsia ก่อนอายุครรภ์ ๓๗ สัปดาห์ น้อยกว่า ๑ รายต่อ การตั้งครรภ์ ๑๐๐ ราย (<๑:๑๐๐)
๒. กลุ่มความเสี่ยงสูง (High-risk group) หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการเกิด preeclampsia ก่อนอายุครรภ์ ๓๗ สัปดาห์ มากกว่าหรือเท่ากับ ๑ รายต่อ การตั้งครรภ์ ๑๐๐ ราย ( $\geq$ ๑:๑๐๐) ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้ประโยชน์จากการใช้ยา Aspirin เพื่อป้องกันการเกิด preeclampsia โดยสามารถลดการเกิด preeclampsia ก่อนอายุครรภ์ ๓๗ สัปดาห์ ได้ถึงร้อยละ ๖๐

### การป้องกันการเกิด Preeclampsia (Prevention of preeclampsia)

• การรับประทาน Vitamin C, Vitamin E, Vitamin D, น้ำมันตับปลา (fish oil), กระเทียม (garlic) , Folic acid, การคุมปริมาณเกลือที่รับประทานในแต่ละวัน (sodium restriction) และ การพักผ่อน (bed rest) ไม่ช่วยป้องกันการเกิด preeclampsia

• การกิน Calcium เสริม (Calcium supplementation) สามารถช่วยป้องกัน preeclampsia ได้ แต่เฉพาะในประชากรกลุ่มที่เดิมกิน Calcium น้อย (low-baseline Calcium intake)

• ThromboxaneA<sub>2</sub> มีความเกี่ยวข้องกับ pathogenesis ของ preeclampsia จึงให้ Low-dose Aspirin ช่วยป้องกันการเกิด preeclampsia ได้, Low-dose Aspirin เมื่อเริ่มก่อนอายุครรภ์ ๑๖ สัปดาห์ ช่วยป้องกันการเกิด

preeclampsia(Relative risk; RR ๐.๘๑), severe preeclampsia(RR ๐.๔๗) และ Intrauterine growth restriction(RR ๐.๕๖)

•Recommendation

หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงในกลุ่ม High risk factors มากกว่าเท่ากับ ๑ ข้อ หรือ มีความเสี่ยงในกลุ่ม Moderate risk factors มากกว่า ๑ ข้อ แนะนำให้ เริ่ม Aspirin ๘๑mg ต่อวัน ตั้งแต่อายุครรภ์ ๑๒ – ๒๘ สัปดาห์ (ดีที่สุด เริ่มก่อนอายุครรภ์ ๑๖ สัปดาห์) ให้ไปจนถึงคลอด

**การดูแลรักษาในระยะคลอด (Intra-partum management)**

เมื่อวินิจฉัย Severe features ให้รับรักษาในโรงพยาบาลเฝ้าติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ไม่แนะนำให้รักษาแบบผู้ป่วยนอก กรณีพิจารณายุติการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยเป็น severe features มีแนวทางการรักษาดังนี้

**ลดความดันโลหิต**

การรักษาโดยใช้ยา (Pharmacologic treatment) : ให้อาการลดความดันโลหิตที่ออกฤทธิ์เร็ว (Short-acting antihypertensive drugs) จุดประสงค์ คือ ป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure), myocardial infarction, renal injury, และ ischemic หรือ hemorrhagic stroke เมื่อ SBP  $\geq$  ๑๖๐ mmHg หรือ DBP  $\geq$  ๑๑๐ mmHg วัด ๒ ครั้ง ห่างกันในระยะสั้นๆ (ประมาณ ๑๕ นาที) พิจารณาให้ Short- acting antihypertensive drugs ภายใน ๓๐ – ๖๐ นาที ,รักษาระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า ๑๖๐/๑๑๐ mmHg ยาที่แนะนำ (Most common use) : Labetalol(IV), hydralazine(IV), Nifedipine(Oral) ซึ่งมีประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิต (efficacy) ไม่ต่างกัน

**การรักษาแบบไม่ใช้ยา (Non-pharmacologic treatment)**

ประกอบด้วย การลดปัจจัยรบกวน, ให้หญิงตั้งครรภ์ได้พักผ่อน, Pain control, เลี่ยงการตรวจหรือหัตถการที่ทำให้เจ็บปวด เช่น ไม่ควรตรวจภายในขณะที่ยังควบคุมความดันโลหิตไม่ได้, และจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เป็นต้น

**ป้องกันชัก (Seizure prophylaxis)**

การป้องกันการชักในหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยเป็น preeclampsia : MgSO<sub>๔</sub> เป็น Drug of choice ในการป้องกันการชัก (RR ๐.๔๑) และ ลดการเกิด Placental abruption (RR ๐.๖๔ให้ทันที เมื่อ Diagnosis เป็นผู้ป่วยในกลุ่ม ” Pregnancy-induced hypertension with severe features ”

-Diazepam หรือ Phenytoin พิจารณาให้เป็นยาหยุดชัก (Antiepileptic drug) (กรณีชัก แล้วไม่หยุดชัก) หรือ มีข้อห้ามของการใช้ MgSO<sub>๔</sub> เช่น myasthenia gravis, hypocalcemia, moderate to severe renal failure, cardiac ischemia, heart block, และ myocarditis

**การชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษ (Eclampsia)**

เป็นการชักชนิด Grand mal หรือ Generalized tonic-clonic เกิด จากสมองทุกส่วนมีส่วนเกี่ยวข้องกับการปล่อยคลื่นสมองที่เป็นกระแสไฟฟ้าผิดปกติทำให้มีอาการสูญเสียความรู้สึกตัว (unconsciousness) กล้ามเนื้อทั่วร่างกายมีเกร็งและกระตุก เกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ (Pre-eclampsia) และโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรังร่วมกับภาวะครรภ์เป็นพิษ (chronic hypertension with Superimposed preeclampsia) มักเกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ ๒๔ ของการตั้งครรภ์จนถึง ๔๘ ชั่วโมงหลังคลอด ร้อยละ ๕๐ เกิดการชักในช่วงอายุครรภ์ ๒๘ สัปดาห์ โดยการชักเกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ร้อยละ ๕๐ ระหว่างคลอดร้อยละ ๒๕ และภายหลังคลอดร้อยละ ๒๕ และมักเกิดการชัก นอกโรงพยาบาล

ภาวะแทรกซ้อนของการชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษ ได้แก่ ไตวายเฉียบพลัน (Acute renal failure) Disseminated intravascular coagulation: DIC รกลอกตัวก่อนกำหนด (abruptio placenta) ปอดบวมน้ำ

(Pulmonary edema) เลือดออกในสมอง (stroke) และเสียชีวิต โดยพบการเสียชีวิตร้อยละ ๓.๒๓ ของจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ชักจากครรภ์ เป็นพิษในประเทศไทย และร้อยละ ๒ ในประเทศอังกฤษ จึงชี้ให้เห็นว่าการชักจากภาวะครรภ์ เป็นพิษนำมาซึ่งอันตรายที่รุนแรงในสตรีตั้งครรภ์ โดยจะทวีความรุนแรงขึ้นหากมีภาวะ HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count) ร่วมด้วย ขณะที่ทารกในครรภ์ก็จำเป็นต้องให้คลอดภายใน ๒๔ ชั่วโมงภายหลังการชัก เพราะด้วยหากปล่อยให้ดำเนินการ ตั้งครรภ์ต่อไปมักพบว่าจะเกิดการชักซ้ำ จึงเป็นการเพิ่มความ เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในสมองที่เป็นสาเหตุหลักของการ เสียชีวิต ยิ่งไปกว่านั้นการขาดอากาศและการเกร็งกระตุกของ กล้ามเนื้อขณะชักย่อมส่งผลเสียต่อทารกในครรภ์อย่างแน่นอน โดยเฉพาะการตายคลอด (still birth) ซึ่งเชื่อมโยงกับการ ลอกตัวของรกก่อนกำหนด (abruptio placenta) อันเป็น ภาวะแทรกซ้อนจากการชัก

### **ปัจจัยเสี่ยงต่อการชัก**

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะชักในสตรีตั้งครรภ์มีความดันโลหิตสูง (Woodland, et al., ๒๐๑๐) ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ โดยมักพบในครรภ์แรก เคยมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง (severe preeclampsia) อายุน้อยกว่า ๑๖ ปี หรือมากกว่า ๔๐ ปีโดยเคยผ่านการคลอดมาหลายครั้ง มีภาวะความดันโลหิตสูงใน ระยะตั้งครรภ์มาก่อน มีโรคประจำตัวทางอายุรกรรม เช่น โรคเบาหวาน โรคไต Cushing's disease ครรภ์แฝด และสตรี ตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ พยาธิสภาพของภาวะครรภ์เป็นพิษ สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่ชัด แต่ กลไกที่น่าจะอธิบายการเกิดภาวะครรภ์ เป็นพิษได้ ดังนี้

๑. การฝังตัวของรกบกพร่องทำให้การเส้นเลือดที่เชื่อมต่อระหว่างมดลูกกับรกมีการพัฒนาไม่สมบูรณ์
๒. ภาวะความไม่สมดุลระหว่างการเกิดอนุมูลอิสระกับกระบวนการป้องกันอันตรายของสารต้านอนุมูลอิสระ (Oxidative stress)
๓. การปรับสภาพของหัวใจและหลอดเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่ผิดปกติ
๔. ปัจจัยด้านพันธุกรรม โดยพบยีนที่อาจมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ เช่น MTHFR, angiotensin, angiotensin-converting enzyme, HLA
๕. การไหลเวียนเลือดในสมองไม่ดี

### **พยาธิสภาพในสมองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีการชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษ**

น่าจะเกิดจากอาการของครรภ์เป็นพิษรบกวนการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง (CNS) สาเหตุที่แน่นอน ของ การชักยังไม่ทราบแน่ชัด แต่อาจจะเกิดการบาดเจ็บที่สมองจากความดันโลหิตสูง (hypertensive encephalopathy) หรือ การขาดเลือดไปเลี้ยงซึ่งจากการหดเกร็งของเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง พบว่าเนื้อสมองบวม (cerebral edema) โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่สมองส่วนหลัง ซึ่งน่าจะนำมาอธิบายสาเหตุของอาการตาพร่ามัว มองภาพซ้อน หรือมีจุดดำในลาน สายตา

### **การพยาบาลฉุกเฉินในสตรีตั้งครรภ์ที่มีการชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษ**

แนวทางการรักษาไม่แตกต่างจากการรักษาแบบ " Pregnancy-induced hypertension with severe features "

#### **แนวทางการรักษาในขณะชัก**

- Call for help – prevention of aspiration
- Prevention maternal injury – Oxygen therapy
- Lateral decubitus position – monitoring vital signs

ขณะชักจะมีการหดตัวของมดลูก (Uterine contraction) เพิ่มขึ้น หรือมีการหดตัวของมดลูกในขณะพัก (baseline tone) สูงขึ้น ร่วมกับเกิดภาวะ maternal hypoxia และ hypercarbia ส่งผลให้ fetal tracing ผิดปกติได้



เช่น recurrent deceleration, tachycardia, reduced variability ซึ่งหลังจากให้การรักษาภาวะชักจนหยุดชักแล้ว fetal tracing สามารถกลับมาปกติได้

การชักมักเป็นอยู่ประมาณ ๑ - ๒ นาที หายได้เอง ส่วนกรณีไม่หยุดชัก พิจารณาให้ Antiepileptic drug (Diazepam, phenytoin) ,MgSO<sub>๔</sub> มีผลในการป้องกันการชักซ้ำ แต่ไม่ได้มีผลในการหยุดชัก

หากเกิด Eclampsia หรือชักซ้ำ (recurrent seizure) ในขณะที่ได้รับ MgSO<sub>๔</sub> maintenance อยู่ สาเหตุหนึ่งเกิดจาก Magnesium ยังไม่ถึง Therapeutic level การรักษาคือ

- bolus MgSO<sub>๔</sub> ๒ - ๔ g IV over ๕ min

-Refractory seizure คือ การชักที่ไม่ตอบสนองต่อการได้รับ MgSO<sub>๔</sub> มีเกณฑ์วินิจฉัย คือ เกิดการชักซ้ำหลัง bolus MgSO<sub>๔</sub> ภายใน ๒๐ min หรือ เกิด recurrent seizure ≥ ๒ ครั้ง

พิจารณาให้

- Sodium amobarbital ๒๕๐ mg IV in ๓ min OR Phenytoin ๑,๒๕๐ mg IV rate ๕๐ mg/min
- ใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal intubation)
- ย้ายไปรักษาที่หอผู้ป่วยหนัก (Intensive care unit; ICU)
- Refractory seizure เป็นข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจภาพรังสีสมอง (CT brain) เพราะ อาจมีรอยโรคที่สมองได้ เช่น infarction หรือ hemorrhage
- Eclampsia ควรให้คลอดโดยเร็ว แต่ก็ไม่ใช่ข้อบ่งชี้สำหรับ Cesarean section, สำหรับรายที่มีข้อบ่งชี้ในการคลอดแบบ Cesarean section อยู่แล้วก็ควรให้คลอดโดยเร็ว

### ยุติการตั้งครรภ์ (Termination of pregnancy)

-แนะนำคลอดทางช่องคลอด จะ Cesarean section เมื่อมีข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์ อื่นๆ เช่น fetal distress, severe placental abruption, หรือ ในขณะที่กำลังรอคลอด หญิงตั้งครรภ์มีการดำเนินโรคที่แย่ง พิจารณาแล้วคาดว่าใช้เวลานานกว่าจะคลอดเองทางช่องคลอดได้

-เริ่ม Induction หรือ Augmentation หลัง maternal stabilization (ลดความดันโลหิต, MgSO<sub>๔</sub> IV loading) อย่างน้อย ๔ hours, สามารถใช้ Prostaglandin และ Oxytocin ได้ตามปกติ

-พิจารณาการคลอดแบบ Painless labor : Labor pain สามารถกระตุ้น hypertension และ Seizure ได้ แนะนำการทำ Spinal หรือ epidural anesthesia โดยมีโอกาสเกิด epidural hematoma น้อย ในรายที่ Platelet ≥ ๗๐,๐๐๐ x ๑๐<sup>๙</sup>/L, ไม่มี Platelet dysfunction, ไม่มีภาวะ coagulopathy ,และ ไม่ได้กินยา antiplatelet หรือ anticoagulant อยู่ (๒๑)

-Continue MgSO<sub>๔</sub> : ให้ MgSO<sub>๔</sub> maintenance ในระหว่าง Induction of labor, progression of labor, ๒nd stage of labor ไปจนถึง post-partum ๒๔ hours, สำหรับกรณี Cesarean section แนะนำให้ Continue MgSO<sub>๔</sub> เช่นกัน ถึงแม้ว่า MgSO<sub>๔</sub> จะทำให้เกิด prolong muscle relaxation ก็ตาม

-Shortening ๒nd stage of labor : อาจพิจารณาใช้หัตถการช่วยคลอด เช่น Forceps extraction หรือ Vacuum extraction เพื่อลดการเบ่งคลอด, ลดการกระตุ้นให้เกิดความดันโลหิตสูง, ป้องกันการชัก แต่ต้องควบคุมอาการปวดให้ดี พิจารณาทำ Pudendal nerve block ก่อนทำหัตถการช่วยคลอด

### การดูแลในระยะหลังคลอด

### การดูแลรักษาในระยะหลังคลอด (Post-partum management)

-New-onset hypertension, Exacerbated hypertension, Progression of disease, pulmonary edema, และ stroke สามารถเกิดขึ้นในช่วง Post-partum ได้ เนื่องจาก post-partum physiology และยาที่บ่อยในช่วง Post-partum ทำให้เกิด Volume retention, Sympathomimetic activation, และ direct vasoconstriction ยังมีความจำเป็นต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด

-การป้องกัน Post-partum hemorrhage; PPH : ให้การรักษาเหมือนการป้องกัน PPH ในหญิงตั้งครรภ์หลังคลอด ทั่วๆไป แต่ห้ามใช้ Methyergonovine (MethergineR) เนื่องจากกระตุ้นให้ความดันโลหิตสูงได้

-ในรายที่วินิจฉัย severe features ให้ Continue MgSO<sub>4</sub> จนถึง ๒๔ hours หลังคลอด หรือ ๒๔ hours หลัง วินิจฉัย severe features (กรณีวินิจฉัยในช่วง post-partum)

-Monitor BP, clinical, fluid Intake/output เฝ้าระวัง progression of disease, eclampsia, exacerbated hypertension, และ pulmonary edema

-Pain control ในช่วง post-partum : แนะนำยาแก้ปวดกลุ่ม Non-Steroidal Anti-Inflammatory drugs; NSAIDs มากกว่ายาแก้ปวดกลุ่ม opioids, สามารถใช้ได้อย่างปลอดภัย ไม่มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิต

-สังเกตอาการในโรงพยาบาลหลังคลอด อย่างน้อย ๗๒ hours ก่อนจะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล, นัดตรวจ ติดตาม ๗-๑๐ วันหลังคลอด เพื่อประเมินความดันโลหิต, อาการ, และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ

-ตรวจติดตามหลังคลอด ๖ สัปดาห์ ตามปกติ, หาก post-partum ๑๒ สัปดาห์ ยังมี hypertension จะวินิจฉัยเป็น Chronic hypertension

**๒.กรณีศึกษา:** การพยาบาลมารดาที่มีความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะชักหลังคลอด

หญิงไทยอายุ ๑๖ ปี อาชีพแม่บ้าน น้ำหนัก ๗๔ กิโลกรัม สูง ๑๖๓ เซนติเมตร G๑PoAoLo GA ๓๗ สัปดาห์ ๒ วัน LMP จำไม่ได้ EDC ๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ by U/S ผ่าครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลหนองฮี เมื่ออายุครรภ์ ๑๔ สัปดาห์ จำนวน ๙ ครั้ง ไม่พบอาการผิดปกติปฏิเสธรการแพ้ยาและโรคประจำตัว ผล Lab ขณะ ANCHIV= Negative, VDRL Non Reactive, HBsAg=negative DCIP=negative, Hct= ๓๓.๙ % มาฝากครรภ์ต่อที่โรงพยาบาลสุวรรณภูมิเมื่ออายุครรภ์ ๓๑ wks ๕ วัน เนื่องจากมีภาวะติดเชื้ในทางเดินปัสสาวะร่วมกับเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สูติแพทย์จึงให้นอน รพและติดตามอาการ ขณะฝากครรภ์ต่อเนื่องที่โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ไม่พบความดันโลหิตสูง หรืออาการผิดปกติอื่นๆ

เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสุวรรณภูมิวันที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๔ ด้วย อาการเจ็บครรภ์ ท้องบวมแข็ง ปวดศีรษะ จุกเสียดได้ลึนปี ไม่มีตาพร่ามัว ก่อนมา ๒ ชั่วโมง อาการแรกเริ่มที่ ER BP ๑๓๓/๙๒-๑๘๐/๑๐๐ mmHg แพทย์ Dx G๑PoAoLo GA ๓๗+๒ wks with Severe preeclampsia Admit LR order CBC, Cr, E'lyte, AST, ALT, Uric acid, UA, UPCI, ๑๐% MgSO<sub>4</sub> ๔ gm + NSS up to ๒๐ ml vein slow push in ๒๐ min Then ๕๐% MgSO<sub>4</sub> ๒๐ gm+ ๕% DN/๒ ๑๐๐๐ml vein drip ๕๐ cc/hr (๑gm/hr) Retained foley's cath, On O๒ mask with bag ๑๐ LPM, NPO ก่อนเข้าตึก BP ๑๓๓/๙๒ mmHg

แรกเริ่มที่ LR มารดารู้สึกตัวดีไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัวจุกแน่นลึนปี บวม +๒, DTR ๓+on ๕๐% MgSO<sub>4</sub> ๒๐ gm+ ๕% DN/๒ ๑๐๐๐ml vein drip ๕๐ cc/hr BP ๑๓๒/๘๘ mmHg ติด NST Reactive FHS ๑๕๐ /min ผล Lab UPCI ๒.๒๔, Hct ๓๓.๙ %, PLT ๓๕๖,๐๐, AST ๑๙

U/L ,ALT ๓ U/L หลังให้ยา ๗.๐๐ น. BP ๑๒๐/๘๐ - ๑๕๐/๙๐ mmHg DTR ๒+ RR ๒๐ /min urine ๑,๓๕๐ cc, Mg level ๓.๕ แพทย์ order ๕๐% MgSO<sub>๔</sub> ๒๐ gm + ๕%DN/๒ ๑๐๐๐ml vein drip ๗๕ cc/hr สูติแพทย์ set c/s วันที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๔ เวลา ๗.๓๐ น.

เวลา ๗.๒๐ ก่อนไป C/S BP /๑๒๗/๗๘ mmHg ไม่มีอาการปวดศีรษะตาพร่ามัวจุกแน่นลิ้นปี่ DTR ๒+ RR ๒๐ /min FHS ๑๓๖ - ๑๔๘ /min

ผลการคลอด มารดาคลอด C/S due to preeclampsia with severe features เวลา ๐๗.๓๖ น. ทารกเพศหญิง BW ๒,๙๗๐ gm Apgar score ๙-๑๐-๑๐

เวลา ๐๙.๐๕ น. กลับจาก OR หลังทำ C/S due to preeclampsia with severe features แรกได้รับมารดา รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการปวดศีรษะตาพร่ามัวจุกแน่นลิ้นปี่ มดลูกหดตัวดี bleeding pervaginal ๑/๔ ผื่นไม่ชุม on RLS ๑,๐๐๐ ml + synto ๑๕ u vein ๖๐ cc/hr ที่แขนข้างซ้าย on ๕๐% MgSO<sub>๔</sub> ๒๐ gms + ๕%DN/๒ ๑๐๐๐ml vein drip ๗๕ cc/hr ที่แขนข้างขวา Retained foley's cath urine เหลืองเข้มจำนวน ๓๐๐ ml แรกได้รับ BT ๓๖.๙ C , HR ๖๘ min RR ๒๐ /min , BP ๑๖๓/๙๗ mmHg , Obsat ๙๙%

เวลา ๑๐.๔๕ น. มารดาหลังคลอดมีอาการชักกระตุกที่ใบหน้า ประมาณ ๑๕ วินาที coma score E๒V๔M๖ รายงานสูติแพทย์เจ้าของไข้ แพทย์ให้ ๑๐% MgSO<sub>๔</sub> ๔ gm vein push ๑ gm/min เวลา ๑๐.๕๐ น. ส่ง Lab CBC, BUN, Cr, AST, ALT, PT, PTT, INR, Uric acid ให้ Nicardipine ๐.๒ mg vein ปรับ ๕๐% MgSO<sub>๔</sub> ๒๐ gms + ๕%DN/๒ ๑๐๐๐ml vein drip ๑๐๐ cc/hr ๑๐% MgSO<sub>๔</sub> ๒ gm เตรียมไปบนรถ refer เตรียม ๑๐% calcium gluconate สูติแพทย์ consult สูติแพทย์โรงพยาบาลร้อยเอ็ดรับทราบ พิจารณาให้ refer ได้ ประเมิน coma score E๔V๕M๖ BP=๑๔๐/๙๐-๒๐๐/๑๑๓ mmHg DTR ๓+

เวลา ๑๑.๒๐ น. ก่อน refer มารดา รู้สึกตัวดี coma score E๔V๕M๖ มีอาการวิงเวียนศีรษะเล็กน้อย มดลูกหดตัวดี HR ๙๔ /min , RR ๒๐-๒๒/min , BP ๑๔๐/๙๐ mmHg ไม่มี bleeding per vagina

ขณะอยู่บนรถ refer ผู้ป่วย รู้สึกตัวดี coma score E๔V๕M๖ มีอาการปวดศีรษะ เล็กน้อย อ่อนเพลียเล็กน้อย HR ๗๐-๗๘ /min RR ๒๐-๒๒ /min BP ๑๓๔/๘๗-๑๙๐/๑๑๐ mmHg DTR ๓+

ขณะรักษาตัวที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วันที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๔

ผู้ป่วย refer ถึงโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เวลา ๑๒.๕๐ น. ที่ ER มดลูกหดตัวดี ไม่มี Active bleed BT ๓๗.๑ c HR ๖๔/min RR ๒๒/ min BP ๑๘๐/๑๐๐ mmHg แพทย์ admit สูติกรรม มี order ๑๐% MgSO<sub>๔</sub> ๔ gm + ๐.๙ NSS ๑๐๐ml vein drip , ๕๐% MgSO ๔ ๒๐ gms + ๕%DN/๑๐๐๐ml vein drip ๑๐๐ cc/hr , nicardipine ๒ mg + NSS ๑๐๐ml raet ๑๐ cc/hr , metronidazole ๕๐๐ mg vein q ๘ hr. , ceftriaxone ๒ gm vein OD

ระหว่างวันที่ ๒๐-๒๒ ตุลาคม ๒๕๖๖ โทรศัพท์ติดตามอาการผู้ป่วยจากญาติ รู้สึกตัวดี ยังได้รับยา MgSO<sub>๔</sub> ผู้ป่วย ยังมีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย ปวดศีรษะ ไม่มีอาการตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่

วันที่ ๒๓ ตุลาคม ๒๕๖๔

โทรเยี่ยมอาการผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย มีอาการปวดศีรษะเล็กน้อย ไม่มี ตาพร่ามัวจุกแน่นลิ้นปี่ lochia เป็นอนินทรีย์เล็กน้อย วันนี้แพทย์ให้ off MgSO<sub>๔</sub> เพิ่มยา Methyl dopa ๒๕๐ mg ๑x๒ oral pc , Omeprazole ๒๐ mg ๑x๒ oral ac Triferdine ๑x๑ oral pc และ paracetamol ๑ taboral PRN q ๖ hr. แนะนำมารดาหากมีอาการผิดปกติให้แจ้งพยาบาลทันที เช่น อาการปวดศีรษะตาพร่ามัวจุกแน่นลิ้นปี่ หรือมีเลือดออกมาก

วันที่ ๒๘ ตุลาคม ๒๕๖๔ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน

## ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

### ๔.๑ หลักการและเหตุผล

ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ (Pregnancy Induced Hypertension:PIH) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมที่เกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีอุบัติการณ์ ร้อยละ ๕-๑๐ และเป็น สาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ ซึ่ง ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์เป็นสาเหตุ การเสียชีวิตของมารดาและทารกเป็นอันดับ ๓ ของ ประเทศไทย คิดเป็นร้อยละ ๒.๑ รองจากการเสียชีวิตและติดเชื้อ จากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ในปีพ.ศ. ๒๕๕๕ พบว่า ประเทศไทยมีมารดาเสียชีวิตในระหว่างตั้งครรภ์ระยะ คลอดและหลังคลอด ๑๔๑ คน คิดเป็น อัตรา ๑๗.๖ ต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ คน ซึ่งการเสียชีวิตเกิด จากความดันโลหิตสูง บวมและมีโปรตีนในปัสสาวะ ระหว่างตั้งครรภ์ระยะคลอดและหลังคลอด ๒๕ คนเท่ากับ ๓.๑ ต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ คน นอกจากนั้นหญิงตั้งครรภ์ ที่มี ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น รกลอกตัว ก่อนกำหนด การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เลือดออกในสมอง ตับและไตวาย ทั้งยังเป็น สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในทารก กระทบของ ภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์ยังส่งผล ในระยะสั้นต่อสตรีตั้งครรภ์ โดยสตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะ ตั้งครรภ์จะเกิดความเสียหายต่อ การชัก การเกิดภาวะของโรคหลอดเลือดสมอง อย่างฉับพลัน ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ภาวะผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด และกลุ่มอาการ HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes, low platelet count) ซึ่งประกอบด้วย การแตก ตัวของเม็ดเลือดแดง มีการเพิ่มขึ้นของเอนไซม์ตับ และมีปริมาณเกล็ดเลือดลดลง ส่วน ผลระยะยาว ได้แก่ เกิดความดันโลหิตสูงเรื้อรัง เบาหวาน โรค หลอดเลือดหัวใจ ส่วนสาเหตุของการเกิดความดันโลหิตสูง ขณะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) ยัง ไม่ทราบแน่ชัดอย่างไรก็ตามอันตรายต่อสตรีตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์และแรกคลอด จะลดความรุนแรงลงได้ด้วยการวินิจฉัยที่รวดเร็วการดูแลที่เหมาะสม และทันเวลา

โรงพยาบาลสุวรณภูมิมีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มารับรักษาโดยได้รับยาแก้นชักและ คลอดที่โรงพยาบาลสุวรณภูมิตั้งปี ๒๕๖๓,๒๕๖๔,๒๕๖๕ พบ ๑๖,๒๐,๒๓ราย คิดเป็นร้อยละ ๒.๓๘,๒.๙๓,๓.๖๗ ตามลำดับ พบว่าเพิ่มขึ้นมากกว่า ๑ เท่า ในจำนวนดังกล่าวนี้ยังพบว่ามีมาดาหลังคลอดที่มีภาวะชักจากความดันโลหิตสูง ๑ ราย แต่ ยังไม่พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีเสียชีวิต แต่ในปี ๒๕๖๔ พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มารับรักษาโดย ได้รับยาแก้นชักและคลอดที่โรงพยาบาลสุวรณภูมิและมีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิตคือมีภาวะชักหลังคลอดจน ได้รับการส่งต่อโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ๑ ราย

ดังนั้นผู้ศึกษาได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้น จึงได้ศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดัน โลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ร่วมกับภาวะชักจากความดันโลหิตสูงหลังคลอดรายนี้ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มี ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์และหลังคลอดได้อย่างรวดเร็วและถูกต้องเหมาะสมอย่างมีมาตรฐานเพื่อให้ผู้ป่วย ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆหรือแม้กระทั่งการรอดชีวิตจากภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมนี้

### ๔.๒ วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ร่วมกับภาวะชักหลังคลอด ให้มีความรู้ความเข้าใจในสาเหตุ พยาธิ สภาวะ อาการ อาการแสดง แนวทางการรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
๒. เพื่อสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันที่วงที่ ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ความพิการ ตลอดจน การเสียชีวิตของผู้ป่วยในที่สุด
๓. เพื่อนำความรู้ที่ได้รับไปพัฒนาความรู้ และวางแผนการพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิต สูง ภาวะชักจากความดันโลหิตสูงหลังคลอด เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยให้ลดความ รุนแรงลง

### ๔.๓ เป้าหมาย

๑. ทuingตั้งครรภที่มีภาวะความดันโลหิตสูงได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสมร่วมถึงการดูแลรักษาที่ภาวะชกจากความดันโลหิตสูงหลังคลอดอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง
๒. บุคลากรทางการพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลทuingตั้งครรภที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้รับยากันชก ทั้งระยะรอกคลอด ระยะคลอด และหลังคลอด รวมทั้งวางแผนการป้องกันได้รวดเร็ว
๓. เป็นข้อมูลสำหรับศึกษาค้นคว้าความรู้ด้านวิชาการในการพัฒนาตนเอง และวิชาชีพของบุคลากรทางการพยาบาลต่อไป

### ๔.๔ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. เลือกกรณีศึกษาที่น่าสนใจและมีปัญหาจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มารดาครรภแรก อายุครรภ ๓๗ สัปดาห์ ๒ วัน อายุ ๑๖ ปี รูปร่างสมส่วน ผิวขาว มาด้วยอาการเจ็บครรภ ร่วมกับปวดศีรษะ จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ๒ ชั่วโมง ก่อนมา แรกรับ รู้สึกตัวดี สีหน้าวิตกกังวล บ่นเจ็บครรภ อาการแรกรับที่ ER BP ๑๓๓/๙๒-๑๕๐/๑๐๐ mmHg แรกรับ อุณหภูมิกาย ๓๗ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร ๗๐ ครั้งต่อนาที สม่่าเสมอดี อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตแรกรับ ๑๓๒/๘๔-๑๓๗/๙๐ มิลลิเมตรปรอท ตรวจทางหน้าท้องพบเด็กท่า LOA เด็กตื่นดี อัตราการเต้นของหัวใจทารก ๑๕๐ ครั้งต่อนาที สม่่าเสมอ ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด not dilate

๒. รวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และประเมินสภาพครอบครัวซึ่งพบว่ามีปัญหาทางการพยาบาล สามารถรวบรวมได้ดังนี้

#### ๒.๑ ระยะรอกคลอด

##### -การพยาบาลด้านมารดา

- ข้อวินิจฉัยที่ ๑ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะชกเนื่องจากมีความดันโลหิตสูง
- ข้อวินิจฉัยที่ ๒. มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและทารกในครรภ
- ข้อวินิจฉัยที่ ๓. มีโอกาสเกิดภาวะการมีไหลเวียนโลหิตล้มเหลวเนื่องจากปฏิกิริยาของยา MgSO<sub>๔</sub>
- ข้อวินิจฉัย ๔. มารดามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและผลกระทบต่อทารกในครรภ

##### -การพยาบาลด้านทารก

- ข้อวินิจฉัย๑. ทารกในครรภมีโอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจน

#### ๒.๒ ระยะคลอด

- ข้อวินิจฉัยที่๑ มีโอกาสเกิดการตกเลือดขณะและหลังผ่าตัดคลอด

#### ๒.๓ ระยะหลังคลอด

##### -การพยาบาลด้านมารดา

- ข้อวินิจฉัยที่๑ เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการชกเนื่องจากมารดาหลังคลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรง
- ข้อวินิจฉัยที่๒ ส่งต่อโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

##### -การพยาบาลด้านทารก

- ข้อวินิจฉัยที่๑ การแลกเปลี่ยนออกซิเจนบกพร่อง เนื่องจากปอดเจริญเติบโตไม่เต็มที่
- ข้อวินิจฉัยที่ ๒ เสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิกายต่ำเนื่องจากการควบคุมอุณหภูมิไม่สมบูรณ์

๓. ศึกษาแนวทางการรักษา การใช้ยารักษา และการส่งต่อ

๔. ศึกษาค้นคว้าจากตำราเพื่อให้ข้อมูลชัดเจนถูกต้อง สามารถนำไปใช้กับมารดาและทารกได้อย่างถูกต้อง

๕. พุดคุยสร้างสัมพันธ์ภาพกับมารดาและครอบครัวเพื่อสร้างความไว้วางใจ
๖. อธิบายข้อมูล อาการของมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับให้ยากันชัก ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และกระบวนการรักษาต่างๆ ให้ครอบครัวเข้าใจ
๗. ทุกกระบวนการ การดูแลและให้ความรู้ต้องให้ญาติมีส่วนร่วมมากที่สุด และมีการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างเจ้าหน้าที่กับมารดาตลอดและครอบครัวทุกระยะ เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อใจและไว้วางใจ
๘. ประเมินผลและแก้ไขปัญหาร่วมกัน

#### ๔.๕ สรุปกรณีศึกษา

รับมารดาไว้รักษาที่โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ วันที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๔ อาการเจ็บครรภ์ ท้องป็นแข็ง ปวดศีรษะ จุกเสียดใต้ลิ้นปี่ ไม่มีตาพร่ามัว ก่อนมา ๒ ชั่วโมง อาการแรกเริ่มที่ ER BP ๑๓๓/๙๒-๑๘๐/๑๐๐ mmHg มารดาครรภ์แรก ไม่เคยแท้งบุตร (G๑P๐PoAoLo) ประจำเดือนครั้งสุดท้าย จำไม่ได้ กำหนดคลอด ๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ อายุครรภ์ ๓๗ สัปดาห์ ๒ วัน ฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลหนองฮี เมื่ออายุครรภ์ ๑๔ สัปดาห์ จำนวน ๙ ครั้ง ไม่พบอาการผิดปกติ ปฏิเสธการแพ้ยาและโรคประจำตัว ผล Lab ขณะ ANC HIV= Negative, VDRL= Non Reactive, HBsAg=negative DCIP=negative, Hct= ๓๓.๙ % มาฝากครรภ์ต่อที่โรงพยาบาลสุพรรณภูมิเมื่ออายุครรภ์ ๓๑ wks ๕ วัน อาการแรกเริ่มที่ ER BP ๑๓๓/๙๒-๑๘๐/๑๐๐ mmHg ตรวจทางหน้าท้องพบเด็กท่า LOA เด็กดีันดี อัตราการเต้นของหัวใจทารก ๑๕๐ ครั้งต่อนาที สม่าเสมอ ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด not dilate แพทย์ Dx G๑P๐AoLo GA ๓๗+๒ wks with Severe preeclampsia ให้รับไว้บนโรงพยาบาลรอกคลอด แพทย์มีแผนการรักษาให้ส่ง Lab CBC, Cr, E'lyte ,AST, ALT, Uric acid, UA, UPCI, ๑๐% MgSO<sub>๔</sub> ๔ gm + NSS up to ๒๐ ml vein slow push in ๒๐ min Then ๕๐% MgSO<sub>๔</sub> ๒๐ gm+ ๕%DN/๒ ๑๐๐๐ml vein drip ๕๐ cc/hr (๑gm/hr) Retained foley's cath, On O<sub>๒</sub> mask with bag ๑๐ LPM, NPO ก่อนเข้าตึก BP ๑๓๓/๙๒ mmHg ให้ สังเกตPreeclamptic sign ได้แก่ Severe headache, N/V, epigastrium pain, blurred vision อาการของMg toxicity RR < ๑๒ ครั้ง/ min DTR < ๑+ Urine output < ๑๐๐ml/๔hr แรกเริ่มที่ LR เวลา ๐๓.๐๐ น. มารดารู้สึกตัวดีไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัวจุกแน่นลิ้นปี่ บวม +๒, DTR ๓+ on ๕๐% MgSO<sub>๔</sub> ๒๐ gm+ ๕%DN/๒ ๑๐๐๐ml vein drip ๕๐ cc/hr BP ๑๓๒/๘๘ mmHg ติด NST Reactive FHS ๑๕๐ /min ผล Lab UPCI ๒.๒๔, Hct ๓๓.๙ %, PLT ๓๕๖,๐๐, AST ๑๙U/L, ALT ๓ U/L รายงานสูติแพทย์เวร รับทราบ set c/s วันที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๔ เวลา ๗.๓๐ น. หลังให้ยา BP ๑๒๐/๘๐ - ๑๕๐/๙๐ mmHg DTR ๒+ RR ๒๐ /min urine ๑,๓๕๐ cc, Mg level ๓.๕ แพทย์ order ๕๐% MgSO<sub>๔</sub> ๒๐ gm+ ๕%DN/๒ ๑๐๐๐ml vein drip ๗๕ cc/hr. เวลา ๗.๒๐ ก่อนไปC/S BP /๑๒๗/๗๘ mmHg ไม่มีอาการปวดศีรษะตาพร่ามัวจุกแน่นลิ้นปี่ DTR ๒+ RR ๒๐ /min FHS ๑๓๖ - ๑๔๘ /min ผลการคลอด มารดาคลอด C/S due to preeclampsia with severe features เวลา ๐๗.๓๖ น. ทารกเพศหญิง BW ๒,๙๗๐ gm Apgar score ๙-๑๐-๑๐ เวลา ๐๙.๐๕ น. กลับจาก OR หลังทำ C/S due to preeclampsia with severe features แรกเริ่มมารดารู้สึกตัวดี ไม่มีอาการปวดศีรษะตาพร่ามัวจุกแน่นลิ้นปี่ มดลูกหดรัดตัวดี bleeding pervaginal ๑/๔ ผื่นไม่ข่มเวลา ๑๐.๔๔ น. มารดาหลังคลอดมีอาการชักกระตุกที่ใบหน้า ประมาณ ๑๕ วินาที coma score E๒V๔M๖ รายงานสูติแพทย์เจ้าของไข้ แพทย์ให้ ๑๐% MgSO<sub>๔</sub> ๔ gm vein push ๑ gm/min เวลา ๑๐.๕๐ น. ส่ง Lab CBC, BUN, Cr, AST, ALT, PT, PTT, INR, Uric acid ให้ Nicardipine ๐.๒ mg vein ปรับ ๕๐% MgSO<sub>๔</sub> ๒๐ gms + ๕%DN/๒ ๑๐๐๐ml vein drip ๑๐๐cc/hr ๑๐% MgSO<sub>๔</sub> ๒gm เตรียมไปบนรถ refer เตรียม ๑๐% calcium gluconate สูติแพทย์ consult สูติแพทย์โรงพยาบาลร้อยเอ็ดรับทราบ พิจารณาให้ refer ได้ ประเมิน coma score E๔V๕M๖ BP= ๑๔๐/๙๐-๒๐๐/๑๑๓ mmHg DTR ๓+ ขณะอยู่บนรถ refer ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี coma score

E๔V๕M๖ มีอาการปวดศีรษะ เล็กน้อย อ่อนเพลียเล็กน้อย HR ๗๐-๗๘ /min RR ๒๐-๒๒ /min BP ๑๓๔/๘๗-๑๘๐/๑๑๐ mmHg DTR๓+

ขณะรักษาตัวที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดผู้ป่วย refer ถึงโรงพยาบาลร้อยเอ็ดเวลา ๑๒.๕๐น. ที่ ER มดลูกหดตัวดี ไม่มี Active bleed BT ๓๗.๑ c HR ๖๔/min RR ๒๒/ min BP ๑๘๐/๑๐๐ mmHg แพทย์ admit สูติกรรม มี order ๑๐% MgSO๔ ๔gm + ๐.๙NSS๑๐๐ml vein drip , ๕๐% MgSO ๔ ๒๐ gms + ๕%DN/๑๐๐๐ml vein drip ๑๐๐ cc/hr , nicardipine ๒ mg+ NSS ๑๐๐ml raet ๑๐ cc/hr , metronidazole ๕๐๐ mg vein q ๘ hr. , ceftriaxone ๒gm vein ODวันที่ ๒๘ ตุลาคม ๒๕๖๔ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านHM Amoxicillin ๖x๒ oral pc , Methyl dopa (๒๕๐) ๑x๓ oral pc ,Metronidazole (๒๐๐) ๒x๓ oral pc.

#### ๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

##### ๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

หลังจากได้ทำกรณีศึกษาเรื่องการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้รับยากันชักร่วมกับมีภาวะขาดจากความดันโลหิตสูงหลังคลอด ทำให้ผู้ศึกษามีความรู้มากขึ้น มีการให้การพยาบาลดูแลมารดาและทารกที่ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น ทั้งร่างกายและจิตใจ ๒๕๖๓,๒๕๖๔,๒๕๖๕ พบ ๑๖, ๒๓ราย ๒.๓๘, ในปี ๒๕๖๔ มีมารดาที่เข้ามาคลอดทั้งหมด จำนวน ๖๗๑ ราย หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มารับรักษาโดยได้รับยากันชัก ๒๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒.๙๓ โดยมีมารดาหลังคลอดที่มีภาวะชักจากความดันโลหิตสูง ๑ ราย ไม่มีมารดาและทารกเสียชีวิต

##### ๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

๑. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มารับรักษาโดยได้รับยากันชักและทารกได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ
๒. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มารับรักษาโดยได้รับยากันชักและญาติมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น มีความตระหนักในการดูแลตนเอง เช่นการสังเกตอาการที่ผิดปกติได้อย่างถูกต้อง การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การผ่อนคลายความวิตกกังวล และการดูแลทารกหลังคลอด
๓. มารดาหลังคลอดและญาติมีสีหน้าสดชื่น และพึงพอใจในการมารับบริการ

#### ๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มารับรักษาโดยได้รับยากันชัก
๒. สามารถนำไปใช้เป็นคู่มือทางการพยาบาล เพื่อให้บุคลากรทางสาธารณสุขปฏิบัติเป็นไป ในแนวทางเดียวกัน
๓. เป็นแนวทางในการนำมาพัฒนาการบริการให้ดียิ่งขึ้น และใช้เป็นเอกสารเผยแพร่ทางวิชาการ

#### ๗. ความยุ่งยากและข้อขัดข้องในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษามารดาที่มีความดันโลหิตสูงที่ได้รับยากันชักรายนี้ พบว่ามีปัญหาทางการพยาบาลหลายปัญหา ทั้งในระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ซึ่งบางปัญหาอาจทำให้เกิดอันตรายต่อมารดาและทารกในครรภ์ถึงเสียชีวิตได้ และต้นเหตุของปัญหาต่างๆ ซึ่งสาเหตุเนื่องมาจากมารดาไม่ทราบถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการที่มารดามีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับให้ยากันชัก ทั้งที่มารดาไปฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลถึง ๑๕ ครั้ง แต่ไม่ได้ให้ความสำคัญในการให้คำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในแต่ละครั้ง เมื่อซักประวัติจึงทำให้ได้ข้อมูลมากขึ้น และมารดายังตอบข้อคำถามได้ไม่ชัดเจน ทำให้พยาบาลต้องใช้เวลาในการซักประวัติ และตรวจประเมินร่างกายนานขึ้น

#### ๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

มารดาที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ อายุ ๑๖ ปี ยังอาจไม่เห็นความสำคัญของการมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และมีความวิตกกังวลมาก ทำให้การสื่อสารในการให้การรักษาพยาบาลค่อนข้างลำบาก เข้าใจช้าขึ้น อีกทั้งมารดาครรภ์แรก เมื่อมีอาการผิดปกติเช่น ปวดศีรษะ จุกใต้ลิ้นปี่ เจ็บครรภ์จึงไม่ทราบว่าอาการดังกล่าวมีอันตรายต่อตนเองและทารกในครรภ์ เมื่อมาถึงโรงพยาบาลได้รับยาแก้อักเสบ ทึ่มห้องคลอดจึงต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งแพทย์และพยาบาล ทีมนั้ที่จะช่วยเหลือฟื้นคืนชีพทารกที่คลอดจากมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและได้รับยาแก้อักเสบ รวมถึงอุปกรณ์เครื่องมือและรถส่งต่อและทีมส่งต่อในกรณีทีทารกแรกเกิดหรือมารดาหลังคลอดมีความจำเป็นต้องส่งต่อรับการรักษาทั้โรงพยาบาลจังหวัด

#### ๙. ข้อเสนอแนะ

๑. บุคลากรด้านสาธารณสุขควรตระหนักและเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิต โดยกำหนดมาตรฐานในการให้ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่เริ่มมาฝากครรภ์เกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติที่อาจนำมาสู่ภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ได้ เพื่อให้การดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม และไม่ให้เกิดอันตรายจากภาวะชักจากความดันโลหิตสูง ลดอัตราการให้ยาแก้อักเสบ ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทั้งในมารดาและทารก ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาและลดความวิตกกังวลของครอบครัว อันจะส่งผลให้การพยาบาลมีคุณภาพและประสิทธิผลอย่างแท้จริง

๒. เจ้าหน้าที่พยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องคลอดต้องมีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการตัดสินใจให้การพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพทั้งมารดาและทารก ทำงานเป็นทีม มีการประสานงานที่ดี เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือมารดาและทารกเป็นไปอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

๓. การให้ข้อมูลแก่มารดาและญาติเป็นระยะๆ จะทำให้เกิดความเข้าใจ เชื่อมั่น คลายความวิตกกังวล เกิดความพึงพอใจและร่วมมือในการรักษาที่ถูกต้อง

#### ๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

ได้ทำการเผยแพร่ผลงานโดยเสนอผลงานแก่ที่ประชุมประจำเดือนในหน่วยบริการ

#### ๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

๑. นางสาวสุวดี วาสบุญเรือง สัตว์ส่วนผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....*นางสาวสุวดี วาสบุญเรือง*.....

(นางสาวสุวดี วาสบุญเรือง)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ

วันที่.....๕.....เดือน.....*สิงหาคม*.....ปี.....*๒๕๖๖*.....


ผู้ขอประเมิน


ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวสุวดี วาสบุญเรือง	<i>นางสาวสุวดี วาสบุญเรือง</i>



ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....  
(นางนวลปาง ชัยวาลย์)  
ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล  
(พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)  
วันที่.....๙๙.....เดือน.....๗.....พ.ศ.....๒๕๖๐

ลงชื่อ.....  
(นายชูชัย เต็มรัตนกิจไพศาล)  
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ  
วันที่.....๙.....เดือน.....๓๗.....พ.ศ.....๒๕๖๖

## แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน ( ระดับชำนาญการ )

๑.เรื่อง การจัดการความปวดแผลในมารดาผ่าตัดคลอด

### ๒.หลักการและเหตุผล

การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเป็นหัตถการทางศัลยศาสตร์ที่สำคัญ เป็นการผ่าตัดที่บริเวณ ผังหน้าท้องและผนังมดลูก เพื่อนำตัวเด็กในครรภ์ออกมาทางแผลผ่าตัด ในรายที่ไม่สามารถคลอดเอง ตามธรรมชาติ หรือในรายที่แพทย์เห็นชอบให้ผ่าตัดคลอด

มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดมีความทุกข์ทรมานจากอาการปวดแผลผ่าตัด มีรายงานการศึกษาถึงอุบัติการณ์ของความปวดแผลในระยะหลังผ่าตัด ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ ๙๒.๗๓ ความปวดแผลผ่าตัดคลอด เป็นความรู้สึกและประสบการณ์ส่วนบุคคลของมารดาหลังผ่าตัดคลอด ความปวดนั้นเกิดขึ้นจาก ๒ สาเหตุ คือ ความปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการผ่าตัดคลอดและความปวดที่เกิดจากการหดตัวของมดลูก ความปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการผ่าตัดคลอด มีกลไกการเกิดภายหลังจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บทำให้เนื้อเยื่อปล่อยสารกระตุ้นความปวด ได้แก่ Histamine, Bradykinins, Prostaglandins, Serotonin และ Substance P สารเหล่านี้ก่อให้เกิดการอักเสบ และกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกปวด จากนั้นก็ส่งสัญญาณประสาทความปวดไปตามเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ (a-delta) และเส้นใยประสาทขนาดเล็ก (c-fiber) ในระบบประตูควบคุมความปวด (gate control theory) การผ่าตัดคลอดเป็นการกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดเล็กอย่างแรงและทำลายเส้นใยประสาทขนาดใหญ่บางส่วน กระแสประสาทจากเส้นใยประสาทขนาดเล็กจึงไปยับยั้งการทำงานของ SG cell ทำให้ไม่สามารถยับยั้งการทำงานของ T cell ได้กระแสประสาทความปวดจึงส่งผ่านไปยังสมองได้มากกว่าปกติเป็นการเปิดประตูความปวด ทำให้สมองรับรู้ความปวดและเกิดอาการปวดขึ้น สำหรับความปวดที่เกิดจากการหดตัวของมดลูก (after pains) เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนทั้งในระยะใกล้คลอดระยะคลอด และระยะหลังคลอด ในระยะใกล้คลอด ระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนเพิ่มขึ้นสูงสุดทำให้ปลายประสาทรับความรู้สึกปวดไวต่อการกระตุ้นระยะคลอด ระดับของฮอร์โมนออกซิโทซินเพิ่มขึ้นกระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก ทำให้เกิดความปวดจากการบีบรัดตัวของมดลูก และระยะหลังคลอด ระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนลดลงอย่างรวดเร็ว มีผลต่อการหลังฮอร์โมนโปรแลคตินจากต่อมใต้สมองส่วนหน้า ซึ่งจะทำงานร่วมกับฮอร์โมนคอร์ติซอลและอินซูลินกระตุ้นการสร้างน้ำนม เมื่อทารกดูดนมแม่จะกระตุ้นให้ต่อมใต้สมองส่วนหลังหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซินเพิ่มขึ้น เป็นการกระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก ทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีความปวดที่เกิดจากการหดตัวของมดลูก

บทบาทของพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดคลอดมีหลายวิธีอันได้แก่ บทบาทอิสระ บทบาทตามแผนการรักษา และบทบาทการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพ ซึ่งบทบาทอิสระในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดคลอดนับว่าเป็นบทบาทสำคัญ แสดงถึงความเป็นเอกภาพทางวิชาชีพของพยาบาล เนื่องจากพยาบาลสามารถใช้ความรู้ ความสามารถของตนเองในการวิเคราะห์ปัญหา และตัดสินใจให้การพยาบาลอย่างเหมาะสมโดยไม่ต้องรอคำสั่งการรักษา

การจัดการความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดคลอดที่เหมาะสม ถูกต้อง ถือเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเล็งเห็นความสำคัญในการจัดการกับความปวดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดเพื่อให้เกิดความสบาย ทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดคลอดได้เร็วขึ้น สามารถดูแลตนเองและทารกแรกเกิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลดีต่อสุขภาพของทารกแรกเกิดในระยะต่อไป

### ๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การจัดการความปวดในระยะหลังผ่าตัดแบ่งได้เป็น ๒ วิธีใหญ่ ๆ คือ การจัดการกับความปวดโดยวิธีการใช้ยา ซึ่งได้ผลดีที่สุด ใน ๒๔ ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดจะใช้ยาแก้ปวด กลุ่มโอปิออยด์ซึ่งยากลุ่มนี้จะมีฤทธิ์ในการกดการหายใจ มีผลต่อการทำงานของหัวใจและระบบไหลเวียน ซึ่งอาจเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำได้ นอกจากนี้ยังส่งผลให้มีผื่น คลื่นไส้ อาเจียน และมีอาการท้องผูก และหลัง ๒๔ ชั่วโมง หลังผ่าตัด ยาแก้ปวดที่ใช้คือยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์จะส่งผลให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร ไตวาย มีผลต่อ ระบบไหลเวียนเลือด และเป็นอันตรายต่อดับ ดังนั้นจึงควรจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลกระทำได้โดยไม่มีข้อห้าม และอันตรายแก่มารดาหลังคลอด ซึ่งการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น การใช้ผ้ารัดหน้าท้อง และการประคบเย็น เป็นวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพมากสำหรับการบรรเทาปวด เฉพาะที่เป็นวิธีที่ประหยัด ใช้ง่าย และเป็นที่ยอมรับ เนื่องจากความเย็นสามารถลดศักยภาพในการทำงานของ ตัวรับสัมผัสของปลายประสาทสำหรับความรู้สึก โดยทำให้มีการ เปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา คือ ช่วยลดการไหลเวียนเลือด ลดอุณหภูมิของผิวหนังและกล้ามเนื้อ ลดการเผาผลาญของ เนื้อเยื่อ ลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ และทำให้การส่งกระแสประสาทความปวดล่าช้า จึงทำให้ความปวดลดลง

ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการดูแลและให้การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอด เพื่อให้สุขสบายเพิ่มขึ้น เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองหลังคลอดรวมถึงการดูแลทารกให้มีประสิทธิภาพ ตลอดจนการให้คำแนะนำ คำปรึกษา และสนับสนุนช่วยเหลือมารดาขณะอยู่ในโรงพยาบาล และเผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างถูกต้อง

#### วัตถุประสงค์

๑. เพื่อจัดการความปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดได้เหมาะสม
๒. เพื่อส่งเสริมบทบาทความเป็นมารดาและส่งเสริมสายสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกหลังคลอด

#### กลุ่มเป้าหมาย

๑. พยาบาลประจำห้องคลอด
๑. มารดาหลังผ่าตัดคลอดและครอบครัว

ระยะเวลาดำเนินการ เดือนมีนาคม ๒๕๖๖

#### ขั้นตอนดำเนินงาน

๑. เสนอปัญหาแนวคิดและขอความร่วมมือในการดำเนินงานในที่ประชุม
๒. ศึกษา และรวบรวมเอกสารเกี่ยวกับแนวทางการพยาบาลการจัดการความปวดมารดาหลังผ่าตัดคลอด
๓. เมื่อมีการรับมารดาคลอดมาที่หอผู้ป่วย สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับมารดาและญาติ พร้อมทั้งประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัดคลอดและหลังคลอด
๔. เมื่อมีการรับมารดาหลังผ่าตัดคลอดกลับจากห้องผ่าตัด มีการประเมินความปวดก่อนการพยาบาล
๕. ให้การพยาบาลให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดโดยเลือกวิธีการที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล
๖. ประเมินความเจ็บปวดหลังจากให้การพยาบาล โดยใช้แบบประเมินความคะแนนความปวด
๗. เปิดโอกาสให้มารดาและญาติหรือผู้ดูแลได้ซักถามข้อข้องใจต่างๆ พร้อมทั้งประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง หากได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

#### ๔.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้ปฏิบัติสามารถนำแนวทางการดูแลจัดการความปวดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้เพิ่ม ประสิทธิภาพในการลดปวดให้มากยิ่งขึ้น

#### ๕.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ระดับคะแนนความปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดลดลง โดยไม่ต้องใช้ยา ร้อยละ๒๐
๒. พยาบาลห้องคลอดสามารถเลือกวิธีการจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดของมารดาหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม
๓. มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีความสุขสบายขึ้น สามารถดูแลตนเองและทารกได้

ลงชื่อ.....*สุวิมล วาสนบุญเรือง*..... ผู้ขอประเมิน

( นางสาวสุวิมล วาสนบุญเรือง )

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพพระคัมภ์ปฏิบัติการ

วันที่ *๕* เดือน *ก.ค.* ปี *๒๕๖๖*