

ผลงานที่ใช้ในการประเมิน

เรื่อง การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษลักษณะ
รุนแรงร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลว

โดย

นางปาริชาติ ดวงสีมา

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล
ตำแหน่งเลขที่ 3133

โรงพยาบาลเลิดสิน

งานการพยาบาลผู้ป่วยในสูติ-นรีเวชกรรม

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน

ผลงานวิชาการของนางพยาบาลเลิดสิน

ภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์

คำนำ

ภาวะครรภ์เป็นพิษลักษณะรุนแรง (Severe preeclampsia) ร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute respiratory failure) เป็นภาวะวิกฤตทางการแพทย์ที่มีความรุนแรงและอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตทั้งมารดาและทารก ทั้งสองภาวะนี้มักพบในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบหายใจ การวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงทีมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อน พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมิน เฝ้าระวัง และให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์ที่ดีที่สุด คือ การยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีการผ่าตัดคลอด ไม่เพียงแต่ช่วยชีวิตผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน แต่ยังมีส่วนสำคัญในการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยในระยะยาว ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังจากพ้นภาวะวิกฤต มารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงอาจมีภาวะแทรกซ้อนของภาวะชักและภาวะน้ำท่วมปอด ส่งผลให้เป็นอันตรายแก่ชีวิตได้

ผู้จัดทำได้ตระหนักเห็นถึงความสำคัญดังกล่าว จึงได้ทำการศึกษา ค้นคว้า และจัดทำกรณีศึกษาผู้ป่วยเฉพาะราย เรื่อง การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษลักษณะรุนแรงร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลว เพื่อเป็นประโยชน์แก่ผู้ที่สนใจ และสามารถนำไปใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยและญาติได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

นางปาริชาติ ดวงสิมา

เมษายน 2568

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญรูปภาพ	ง
สารบัญตาราง	จ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
เหตุผลในการเลือกกรณีศึกษา	3
วัตถุประสงค์ในการศึกษา	3
ขั้นตอนการดำเนินงาน	4
ระยะเวลาการดำเนินการ	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
บทที่ 2 ความรู้เรื่องโรค การรักษา และภาวะต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง	5
กายวิภาคและสรีรวิทยาในหญิงตั้งครรภ์	5
ภาวะครรภ์เป็นพิษ	12
ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute Respiratory Failure)	16
บทที่ 3 การพยาบาลและทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา	24
แนวคิดและหลักการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม	24
การใช้กระบวนการพยาบาล	26
ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม	29
กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของมาร์จอรี กอร์ดอน (Marjory Gordon)	35
ทฤษฎีความผูกพันหรือสัมพันธ์ภาพคลอสและเคนเนลล์	39
การพยาบาลมารดาในระยะหลังคลอด	41
บทที่ 4 กรณีศึกษา	66
ข้อมูลทั่วไป	66
ประวัติการเจ็บป่วย	66
ประวัติสุขภาพครอบครัว	69
การตรวจร่างกายตามระบบ	69

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	71
การวินิจฉัยโรค	76
พยาธิสภาพจากทฤษฎีเปรียบเทียบกับกรณีศึกษา	77
แผนการรักษาที่ได้รับ	80
การพยาบาล	80
การติดตาม ประเมินและดูแลผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย	92
การวางแผนจำหน่าย	102
สรุปสภาวะผู้ป่วยขณะรับไว้	102
ปัญหาทางการพยาบาลที่พบจากกรณีศึกษา	106
การติดตามประเมินต่อเนื่องที่บ้าน	108
บทที่ 5 สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ	110
สรุปกรณีศึกษา	110
สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำกรณีศึกษา	113
ข้อเสนอแนะ	114
บรรณานุกรม	117
ภาคผนวก	116
ภาคผนวก ก คำสั่งการรักษาของแพทย์	120
ภาคผนวก ข ความรู้ทางเภสัชวิทยา	129

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แสดงการลดลงของมดลูกภายหลังคลอด	7
2	กระบวนการพยาบาล	27
3	การตรวจทางรังสีวิทยา	75

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ลักษณะของน้ำคาวปลา	50
2	แผนการพยาบาล	60
3	การตรวจนับเม็ดเลือด (Complete blood count)	71
4	การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Hematology)	72
5	การตรวจการทำงานของตับ (Liver function test)	72
6	การตรวจทางชีวเคมี (Blood Chemistry)	73
7	การตรวจปัสสาวะ	73
8	การทดสอบก๊าซในเลือดแดง (ABG)	74
9	พยาธิสภาพจากทฤษฎีเปรียบเทียบกับกรณีศึกษา	76
10	คำสั่งการรักษาของแพทย์	120

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลก มีผลกระทบรุนแรงต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอัตราการเสียชีวิตของมารดาในหลายประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาองค์การอนามัยโลก (World health organization, WHO) รายงานว่าในปี 2560 มีมารดาประมาณ 295,000 รายทั่วโลกที่เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ โดยภาวะครรภ์เป็นพิษ เป็นหนึ่งในสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตของมารดาและทารกในครรภ์ (World health organization, 2019) ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ซึ่งภาวะครรภ์เป็นพิษร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวยังเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตจากการคลอด โดยเฉพาะในบางประเทศในแอฟริกาและเอเชียใต้ ซึ่งมีอัตราการเกิดสูงถึง 10 - 15 % ของการตั้งครรภ์ (Duley et al., 2021) ในประเทศไทยภาวะครรภ์เป็นพิษยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารก จากข้อมูลของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี พ.ศ. 2566 มารดาเสียชีวิตจากภาวะครรภ์เป็นพิษ (ร้อยละ 19.26) สูงเป็นอันดับสองรองจากการเสียชีวิตของมารดาที่ไม่เกี่ยวข้องกับ การตั้งครรภ์ (ร้อยละ 39.59) (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2566) นอกจากนี้การเสียชีวิตจากภาวะนี้ในประเทศไทยยังเป็นปัญหาที่สำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้หญิงที่อาศัยในพื้นที่ห่างไกลจากสถานพยาบาลหรือขาดการดูแลที่ทันเวลา การศึกษาในปี 2021 พบว่าในผู้หญิงที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษลักษณะรุนแรงมีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ประมาณ 5 - 10 % ซึ่งสูงกว่าในประเทศที่มีระบบการดูแลสุขภาพที่ดี (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2564) อีกทั้งการมีภาวะครรภ์เป็นพิษลักษณะรุนแรงร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) ส่งผลให้มีอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้นอย่างมาก การศึกษาจากประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่าอัตราการเสียชีวิตจากภาวะเหล่านี้อยู่ที่ 2 - 5 % แต่ในบางประเทศที่มีทรัพยากรทางการแพทย์จำกัดอาจสูงถึง 10 % หรือมากกว่านั้น (Knight et al., 2018) นอกจากนี้ภาวะหายใจล้มเหลวทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) ซึ่งทำให้ต้องใช้ทรัพยากรทางการแพทย์จำนวนมาก และมีความเสี่ยงที่มารดาจะเสียชีวิตจากการขาดการรักษาที่เหมาะสม

ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Pre - eclampsia) เป็นภาวะที่เกิดขึ้นในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมีอาการความดันโลหิตสูงพร้อมกับโปรตีนในปัสสาวะ หรืออาการบวมที่ขาและเท้า ภาวะนี้สามารถพัฒนาไปสู่ภาวะครรภ์เป็นพิษลักษณะรุนแรง (Severe pre - eclampsia) ที่อาจมีอาการรุนแรงกว่านี้ เช่น การทำงานของตับและไตเสื่อมลง หรือมีอาการชัก (Eclampsia) ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

ทั้งต่อตัวมารดาและทารกในครรภ์ สาเหตุของการเกิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์โดยเฉพาะภาวะครรภ์เป็นพิษยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด แต่เชื่อว่าเกิดจากการพัฒนาการของรกที่ผิดปกติและปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ พบว่าเกิดจากอายุ ลำดับของการตั้งครรภ์ การพักผ่อน ความเครียด การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัว ประวัติครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทางร่างกายต่อหญิงตั้งครรภ์ เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด ตับวาย ไตวายเฉียบพลัน การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เลือดออกในสมอง ภาวะน้ำท่วมปอด การมองเห็นผิดปกติ HELLP's Syndrome และตกเลือดหลังคลอด อาจเกิดภาวะชักจากครรภ์เป็นพิษ ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวทำให้หญิงตั้งครรภ์เสียชีวิต ผลกระทบต่อทารกในครรภ์ที่พบบ่อย คือ ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (นงลักษณ์ เฉลิมสุข และฉวี เบาทรวง, 2562) เมื่อภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงเกิดขึ้นร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลว (Respiratory Failure) จะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของมารดา โดยภาวะหายใจล้มเหลวสามารถเกิดจากหลายปัจจัย เช่น การเสื่อมสภาพของปอดจากการบวมน้ำ หรือจากภาวะแทรกซ้อนจากการทำงานของตับและไตที่ผิดปกติ การร่วมกันของสองภาวะนี้ทำให้การดูแลรักษามารดาหลังคลอดเป็นเรื่องที่ซับซ้อนและต้องการการดูแลจากทีมแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง จากการศึกษาพบว่ามารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษลักษณะรุนแรงร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงกว่าเมื่อเทียบกับมารดาที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องใช้กลยุทธ์ที่เป็นระบบ และสามารถตอบสนองได้ทันที รวมถึงการใช้เครื่องช่วยหายใจ การให้ยาลดความดันโลหิต และการฟื้นฟูการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย เพื่อช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะเหล่านี้ (Leeman et al., 2020)

โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาด 613 เตียง ให้บริการด้านสูติกรรมทั้งในรายที่ปกติและรายที่มีภาวะแทรกซ้อน จากสถิติโรงพยาบาลเลิดสิน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 - 2565 พบว่ามีมารดาคลอดทั้งหมด 1,907, 1,645 และ 1,691 ราย ตามลำดับ พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ จำนวน 103, 94 และ 120 ราย ตามลำดับ โดยพบความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงร้อยละ 11.65, 12.77 และ 10.17 ตามลำดับ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะดังกล่าวเกิดการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 7.77, 11.70 และ 10.83 นอกจากนี้พบภาวะแทรกซ้อนได้แก่ ชักก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 3, 2 และ 4 ราย ภาวะน้ำเกินจำนวน 2, 3 และ 3 ราย HELLP's Syndrome จำนวน 2, 3 และ 2 ราย ตามลำดับ (เวชสถิติโรงพยาบาลเลิดสิน, 2567) จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นปัญหาทางสูติกรรมที่สำคัญก่อให้เกิดความรุนแรงของโรค เช่น ชัก HELLP's Syndrome ทารกเสียชีวิต เป็นต้น เนื่องจากอัตราการตายในกลุ่มมารดาและทารกเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และการคลอดค่อนข้างสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ควรได้รับการดูแลที่ได้อย่างใกล้ชิด บทบาทของพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์หลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีความสำคัญในหลายด้าน

ทั้งการเฝ้าระวังและประเมินอาการ การให้คำแนะนำในการควบคุมความดันโลหิต การดูแลและการจัดการภาวะแทรกซ้อน การสนับสนุนทางจิตใจ และการส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพหลังคลอดการดูแลที่เหมาะสมจากพยาบาลสามารถช่วยลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด และช่วยให้มารดาฟื้นฟูสุขภาพได้อย่างรวดเร็วและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. เหตุผลในการเลือกกรณีศึกษา

การเลือกศึกษาการพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษลักษณะรุนแรงร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวมีความสำคัญอย่างยิ่งในการพยาบาล เนื่องจากภาวะดังกล่าวเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ที่สามารถส่งผลกระทบต่อมารดา ทารก และครอบครัวในระยะสั้นและระยะยาว ภาวะครรภ์เป็นพิษลักษณะรุนแรง (Severe pre-eclampsia) นั้นมักจะเกิดขึ้นในช่วงท้ายของการตั้งครรภ์หรือหลังคลอดไม่นาน ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษ (Eclampsia) หรือการทำงานของอวัยวะสำคัญล้มเหลว โดยเฉพาะภาวะหายใจล้มเหลวที่เกิดขึ้นร่วมกับภาวะนี้ ซึ่งถือเป็นสถานการณ์ที่คุกคามชีวิตของมารดาและทารกได้อย่างรวดเร็ว หากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและทันเวลาที่

การศึกษาการพยาบาลมารดาหลังคลอดในกรณีนี้มีความสำคัญเพราะสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลและการจัดการภาวะที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม การมีแนวทางการพยาบาลที่ชัดเจนและมีมาตรฐานจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพหรือการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอด โดยการประเมินสัญญาณที่สำคัญ เช่น การควบคุมความดันโลหิต การตรวจสอบการทำงานของระบบหายใจ การรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต และการใช้เครื่องช่วยหายใจจะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะหายใจล้มเหลว นอกจากนี้ การศึกษาดังกล่าวยังสามารถนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการพยาบาลที่เหมาะสมและเฉพาะเจาะจงสำหรับมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษลักษณะรุนแรงร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลว ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลและทีมดูแลสุขภาพสามารถจัดการภาวะฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว ช่วยลดการเสียชีวิตของมารดาและทารก รวมถึงลดผลกระทบทางด้านจิตใจและสังคมที่อาจเกิดขึ้นกับครอบครัวในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด การมีข้อมูลและแนวทางการพยาบาลที่เหมาะสมนี้จะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแล และเพิ่มโอกาสในการฟื้นตัวของมารดาและทารกอย่างปลอดภัยในที่สุด

3. วัตถุประสงค์ในการศึกษา

3.1 เพื่อศึกษาและวิเคราะห์การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษลักษณะรุนแรงร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลว

3.2 เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษลักษณะรุนแรงร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลว

3.3 เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ มีความรู้ ความเข้าใจ ในการให้การพยาบาลมารดาหลังคลอด ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษลักษณะรุนแรงร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลว

3.4 เพื่อส่งเสริมพัฒนาองค์ความรู้ ความสามารถ และทักษะในการนำแนวคิดและศาสตร์ทางการแพทย์ กระบวนการพยาบาลประยุกต์ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ

4. ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.1 เลือกกรณีศึกษา โดยพิจารณาจากโรคที่มีความเสี่ยงสูงที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของทั้งมารดาและทารกในครรภ์และอาจจะส่งผลต่อตัวชี้วัดผลการดำเนินงานของหน่วยงาน

4.2 ยื่นเรื่องขออนุมัติใช้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อทำกรณีศึกษาและขอยืมเอกสารเวชระเบียนของโรงพยาบาล

4.3 จัดทำโครงร่างกรณีศึกษาโดยปรึกษาสูติแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและที่ปรึกษาช่วยตรวจสอบแนะนำ

4.4 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพของโรค อาการและอาการแสดง การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ แนวทางการดูแลรักษาและการให้การพยาบาลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษลักษณะรุนแรงร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลว

4.5 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการคลอด แบบแผนการดำเนินชีวิต การประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

4.6 นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนการให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลให้ครอบคลุมองค์รวม

4.7 สรุปผลการศึกษา วิเคราะห์และข้อเสนอแนะแล้วรวบรวมจัดทำเป็นรายงานกรณีศึกษา

5. ระยะเวลาการดำเนินการ

ดำเนินการศึกษาตั้งแต่วันที่ 5 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2568

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

5.1 เพื่อให้มารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษขณะตั้งครรภ์ที่มาคลอดในโรงพยาบาลเกิดสินได้รับการประเมินอาการและการวินิจฉัยที่รวดเร็ว ได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

5.2 บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำไปประยุกต์ในการวางแผนการพยาบาลมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษขณะตั้งครรภ์ลักษณะรุนแรงร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.3 ลดอัตราการตาย ความพิการ การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และช่วยเพิ่มโอกาสในการฟื้นฟูของมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษขณะตั้งครรภ์

5.4 เป็นแนวทางให้พยาบาลวิชาชีพและนักศึกษาพยาบาลศึกษาค้นคว้าหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 2

ความรู้เรื่องโรค การรักษา และภาวะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่อง การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษลักษณะรุนแรงร่วมกับ ภาวะหายใจล้มเหลว (Nursing Care for Postpartum Mothers with Severe Preeclampsia with Respiratory Failure) ผู้เขียนได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปเป็นสาระสำคัญ เสนอเป็นหัวข้อตามลำดับ ดังนี้

1. กายวิภาคและสรีรวิทยาในหญิงตั้งครรภ์
 - 1.1 ระบบอวัยวะสืบพันธุ์
 - 1.2 ระบบการไหลเวียนเลือดในร่างกายของหญิงตั้งครรภ์
 - 1.3 ระบบการหายใจ
 - 1.4 ระบบทางเดินอาหาร
 - 1.5 ระบบทางเดินปัสสาวะ
 - 1.6 ระบบกล้ามเนื้อ
 - 1.7 ระบบต่อมไร้ท่อ
2. ภาวะครรภ์เป็นพิษ
 - 2.1 พยาธิสรีรวิทยาภาวะครรภ์เป็นพิษ
 - 2.2 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ
 - 2.3 การวินิจฉัยภาวะครรภ์เป็นพิษ
 - 2.4 อาการและอาการแสดงของภาวะครรภ์เป็นพิษ
 - 2.5 การรักษาภาวะครรภ์เป็นพิษ
3. ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute respiratory failure)
 - 3.1 พยาธิสรีรวิทยาของภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน
 - 3.2 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน
 - 3.3 การวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลว
 - 3.4 อาการและอาการแสดงของภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน
 - 3.5 การรักษาภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

ผลงานวิชาการเรื่อง การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษลักษณะรุนแรงร่วมกับ ภาวะหายใจล้มเหลว

1. กายวิภาคและสรีรวิทยาในหญิงตั้งครรภ์

ในระหว่างการตั้งครรภ์ระบบต่าง ๆ ในร่างกายจะมีการปรับตัวให้เหมาะสมต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงทางสรีรกายวิภาคในระบบต่าง ๆ ฮอโมนและเมตาบอลิซึม เพื่อเป็นการปรับตัวให้ดำเนินการตั้งครรภ์และทารกในครรภ์สามารถเจริญเติบโตได้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญจะกล่าวเป็นระบบ ดังนี้

1.1 ระบบอวัยวะสืบพันธุ์

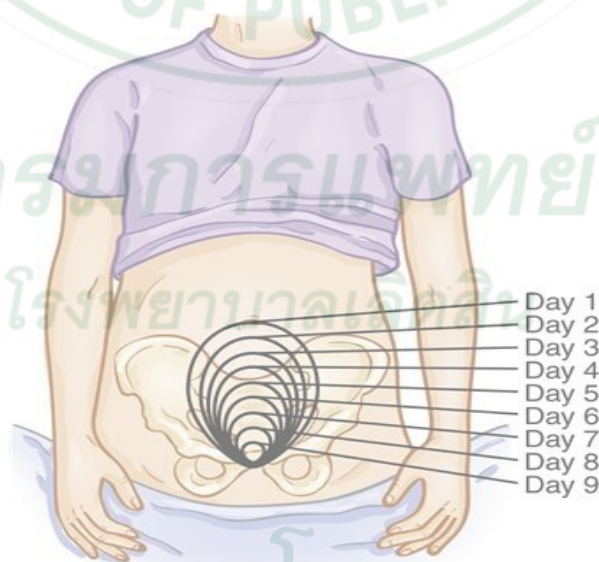
การเปลี่ยนแปลงที่บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ก็เหมือนกับผิวหนังที่อื่น คือ มีเส้นเลือดมาเลี้ยงเพิ่มขึ้น ทำให้บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกบวม มีเส้นเลือดขดได้ แต่สามารถหายได้เองหลังคลอด โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.1.1 ช่องคลอด (Vagina) เยื่อบุผิวมีสีคล้ำขึ้น นุ่ม มีสารคัดหลั่งหรือตกขาวใสเพิ่มขึ้น เรียกว่าเป็น “Leucorrhea of pregnancy” และมีสภาวะเป็นกรด pH อยู่ระหว่าง 3.5 - 6 การลดลงของ Estrogen ในระยะหลังคลอด ทำให้เยื่อบุของช่องคลอดบางลงรอยย่น (Rugae) ลดลงและยืดขยายได้มาก การเปลี่ยนแปลงในช่องคลอดเกิดขึ้นค่อนข้างช้าและไม่เหมือนสภาพเดิมทั้งหมดขนาดจะค่อย ๆ ลดลงรอยย่นจะเกิดปรากฏขึ้นใหม่ประมาณสัปดาห์ที่ 3 แต่จะไม่แน่นอนชัดเจนเหมือนรายยังไม่เคยผ่านการคลอด หญิงที่เลี้ยงบุตรด้วยนมตนเองรอยย่นอาจจะแบน เยื่อบุอาจยังบางอยู่จนกระทั่งเริ่มมีประจำเดือนจึงหนาขึ้นพร้อมกับรังไข่เริ่มทำหน้าที่ปกติ ระยะหลังคลอดสิ่งที่ถูกขับออกมาจากช่องคลอดจะไม่มากเว้นแต่จะมีการอักเสบติดเชื้อของช่องคลอดร่วมด้วย การมี Estrogen ลดลงทำให้ช่องคลอดแห้งและหากมีเพศสัมพันธ์จะรู้สึกไม่สุขสบาย (Dyspareunia) อาการเหล่านี้อาจคงอยู่จนกระทั่งมีการตกไข่หรือมีประจำเดือน ปากช่องคลอดในระยะแรก ๆ จะบวมซ้ำโดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณที่ถูกตัดหรือมีการฉีกขาดแล้วได้รับการซ่อมแซมด้วยความระมัดระวังและรักษาความสะอาดดี ปากช่องคลอดจะกลับคืนเหมือนก่อนคลอดภายใน 2 สัปดาห์หลังคลอด ขอบเยื่อพรหมจารี (Hymenal ring) จะขาดกระรุ่งกระริ่งเรียกว่า คาร์นาคูลไมร์ติฟอर्मส์ (Carunculate mitriform) เป็นลักษณะเฉพาะบอกได้อย่างหนึ่งว่าสตรีนั้นเคยคลอดบุตรแล้ว ส่วนอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกซึ่งถูกยืดขยายจะเล็กลงและหย่อนจากการลดระดับของฮอโมน Estrogen และ Progesterone ลดลง (เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ, 2562)

1.1.2 ปากมดลูก (Cervix) ในระยะตั้งครรภ์ปากมดลูกมีสีคล้ำ หรือ Chadwick sign นุ่มขึ้น มีมูกปากมดลูกเยอะ และจะมีลักษณะ Eversion ของเยื่อบุภายในที่ขยายรูกออกมาด้านนอก ระยะหลังคลอดบริเวณจากปากช่องคลอดจนกระทั่งถึงมดลูกส่วนล่าง (Lower uterine segment) ยังคงบวมเป็นเวลาหลายวัน ส่วนของปากมดลูกที่ยื่นเข้าไปในช่องคลอดจะอ่อนนุ่มมีรอยซ้ำและมีรอยฉีกขาดเล็ก ๆ ซึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย ประมาณ 18 ชั่วโมงหลังคลอดปากมดลูกจะสั้นลงแข็งขึ้นและกลับคืนสู่รูปเดิม ประมาณ 2 - 3 วันหลังคลอดปากมดลูกยังคงยืดขยายได้ง่าย อาจสอดนิ้วเข้าไปได้ 2 นิ้ว ประมาณปลายสัปดาห์ที่ 1 จะกลับคืนเหมือนสภาพเดิมเกือบสมบูรณ์ แต่อย่างไรก็ตามปากมดลูก

จะไม่คืนสู่สภาพเดิมเหมือนก่อนตั้งครรภ์รูปากมดลูกที่เป็นรูปวงกลมเมื่อก่อนตั้งครรภ์จะเปลี่ยนแปลงเป็นรูปยาวรีซึ่งเป็นเครื่องหมายแสดงว่าเคยผ่านการคลอดมาแล้ว

1.1.3 มดลูก (Uterus) ขนาดใหญ่ขึ้น โดยปริมาตรจะเพิ่มขึ้นจาก 10 มิลลิลิตร เป็น 1,100 มิลลิลิตร เส้นเลือดไปเลี้ยงเพิ่มขึ้น เซลล์กล้ามเนื้อมดลูกจะขยายใหญ่ขึ้นและยืดยาวออก (Hypertrophy) แต่ไม่ได้เพิ่มปริมาณเซลล์มากนัก (Hyperplasia) และจะหมุนเบนไปทางขวา (Dextrorotation) ไปกดเส้นเลือด Inferior vena cava ซึ่งจะส่งผลกระทบต่ออื่น ๆ ตามมา ภายหลังทารกและรกคลอดแล้วมดลูกมีขนาดลดลงในทันทีที่ มดลูกจะมีน้ำหนักประมาณ 1,000 กรัม กว้าง 12 เซนติเมตร ยาว 5 เซนติเมตร หนา 8 – 10 เซนติเมตร สามารถคลำทางหน้าท้องมีลักษณะเป็นก้อนแข็งจากการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก ระดับของมดลูกจะอยู่ที่ระดับสะดือหรือต่ำกว่าเล็กน้อยทั้งนี้เนื่องจากการหย่อนของช่องคลอด ผนังมดลูกส่วนล่าง และกล้ามเนื้อของพื้นเชิงกราน (Pelvic floor) แต่ภายหลัง 24 ชั่วโมงไปแล้วระดับของมดลูกจะลอยสูงขึ้นมาอยู่เหนือสะดือเล็กน้อยและอาจเอียงไปทางขวา (เนื่องจากทางซ้ายมีลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์ขวางอยู่) เนื่องจากกล้ามเนื้อต่าง ๆ เริ่มมีความตึงตัวขึ้น มดลูกจะลดขนาดลงสู่เชิงกรานเร็วมากประมาณวันละ $\frac{1}{2}$ - 1 นิ้ว โดยมดลูกจะลดทั้งน้ำหนักและขนาดเพื่อกลับคืนสู่สภาพปกติเหมือนก่อนตั้งครรภ์ เรียกว่า “มดลูกเข้าอู่” (Involution of uterus) โดยการคืนสู่สภาพปกติของมดลูก กล้ามเนื้อมดลูกจะกลับเข้าสู่สภาพเดิมภายใน 2 – 3 สัปดาห์ หลังคลอด (เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ, 2562)



ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ภาพที่ 1 แสดงการลดลงของมดลูกภายหลังคลอด

หมายเหตุ จาก <https://nursekey.com/postpartum-adaptations/>

1.1.4 ท่อนำไข่ (Fallopian tubes) และรังไข่ (Ovary) จะมีขนาดใหญ่ขึ้น รังไข่จะไม่ตกไข่ตลอดการตั้งครรภ์ แต่รังไข่จะสร้าง Human chorionic gonadotropin (hCG) และ Relaxin ตลอดการตั้งครรภ์ นอกจากนี้รังไข่อาจโตขึ้นเป็นเหมือนเนื้องอก ซึ่งมีทั้งชนิดตัน (Luteoma) และถุงน้ำ (Hyperreactio luteinalis) ที่จะหายไปตัวเองหลังคลอด หรือมี Decidua reaction ที่เห็นเป็นเนื้อเยื่อนูนแดงคล้ายพังผืดที่ Serosa ได้ ส่วนท่อนำไข่ที่โตขึ้นจะเคลื่อนไหวได้น้อยลง เยื่อภายในแบนราบได้

1.2 ระบบการไหลเวียนเลือดในร่างกายของหญิงตั้งครรภ์

เมื่ออายุครรภ์ > 10 สัปดาห์ จะพบมีปริมาณ Cardiac output เพิ่มขึ้น 1 - 1.5 ลิตร/นาที เกิดจากปริมาณสารน้ำในร่างกายเพิ่มขึ้น รวมทั้งหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงมดลูกและรกขยายตัว ท่อนอนหงายจะทำให้มดลูกกดทับลงบนหลอดเลือดดำ Inferior vena cava จนทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงร่างกาย (Cardiac output) ลดลง 30 % เพราะเลือดจากขาไม่สามารถไหลกลับสู่หัวใจได้ ในที่สุดอาจพบมีภาวะช็อกที่เรียกว่า Supine hypotensive syndrome เหตุการณ์นี้สามารถพบได้ในอายุครรภ์ > 16 สัปดาห์ขึ้นไป ระหว่างคลอดมีการสูญเสียเลือดจากการขับน้ำออกนอกหลอดเลือด (Physiologic edema) โดยหลังคลอดปริมาณเลือดจะลดลงทันทีแล้วค่อย ๆ ลดลงเรื่อย ประมาณ 3 - 4 สัปดาห์หลังคลอด ปริมาณเลือดจึงจะลดลงสู่ระดับปกติเหมือนก่อนตั้งครรภ์ ปริมาณเลือดที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากการตั้งครรภ์ช่วยให้ผู้คลอดสามารถปรับตัวในการสูญเสียเลือดระหว่างคลอดได้ ส่วนมากระหว่างคลอดจะเสียเลือดประมาณ 300 - 400 ซีซี ในการคลอดทางช่องคลอดระยะหลังคลอดการปรับตัวหรือการเปลี่ยนแปลงเพื่อกลับสู่สภาพเดิมเป็นไปอย่างรวดเร็ว ดังนั้นการปรับตัวของหญิงหลังคลอดต่อการเสียเลือดจะแตกต่างจากหญิงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในระยะหลังคลอดมี 3 ประการคือ

1.2.1 การไหลเวียนของเลือดระหว่างมดลูกกับรกสิ้นสุดลง

1.2.2 หน้าที่ในการผลิตฮอร์โมนของรกสิ้นสุดเป็นการตัดตัวกระตุ้นที่ทำให้หลอดเลือดขยาย

1.2.3 มีการเคลื่อนย้ายของน้ำนอกหลอดเลือดที่สะสมระหว่างตั้งครรภ์

ปริมาณเลือด (Blood volume) จะลดลงทันทีจากการสูญเสียเลือดภายหลังคลอด โดยปริมาณเลือดจะลดลงจากระดับ 5 - 6 ลิตรในระยะก่อนคลอดจนถึงระดับ 4 ลิตรเท่าคนปกติใน 4 สัปดาห์ ส่วนการไหลเวียนเลือดใน 2 - 3 วันแรกหลังคลอดจะเพิ่มขึ้นประมาณ 15 - 30 เปอร์เซ็นต์จากการไหลกลับของเลือด หลังรกคลอดค่าฮีโมโกลบิน (Hemoglobin) ฮีมาโตคริต (Hematocrit) และจำนวนเม็ดเลือดแดง (Red blood cell count) จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลใน 3 วันแรกหลังคลอด ค่าฮีมาโตคริตอาจสูงขึ้นเล็กน้อยเนื่องจากการลดระดับของปริมาณน้ำเหลือง (Plasma) มากกว่าจำนวนของเม็ดเลือด จำนวนเหล่านี้จะลดลงสู่สภาพปกติเหมือนก่อนคลอดภายใน 4 - 5 สัปดาห์หลังคลอด เม็ดเลือดขาวอาจสูงขึ้นถึง 20,000 - 25,000 เซลล์ต่อมิลลิเมตร การที่จำนวน

เม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้นพร้อมกับอัตราการตกตะกอนของเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น อาจทำให้การวินิจฉัยภาวะการติดเชื้อมีความผิดพลาดได้ นอกจากนี้สารที่เป็นองค์ประกอบในการแข็งตัวของเลือด (Clotting factor) ยังคงมีค่าสูงอยู่และจะลดลงสู่ระดับปกติใน 2 – 3 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งจะมีผลเสียถ้าไม่มีการเคลื่อนไหว (Early ambulation) และร่วมกับสภาวะติดเชื้อมีหรือได้รับความชอกช้ำจากการคลอดก็จะกระตุ้นให้เกิดหลอดเลือดอุดตัน (Thromboembolism) ได้ง่ายขึ้น ซึ่งอาการแสดงของหลอดเลือดดำอุดตัน คือ เจ็บปวด รู้สึกร้อน กดเจ็บ เส้นเลือดแดงบวม รู้สึกแข็งเวลาสัมผัสอาจจะมีหรือไม่มีอาการแสดงของโฮแมนส์ (Homan's sign) ถ้ามีอาการแสดงของโฮแมนส์ คือ เมื่อมีการกระดูกงอเท้า (Dorsiflexion of foot) จะทำให้กล้ามเนื้อบริเวณน่องกดเส้นเลือดดำบริเวณหน้าแข้งและทำให้รู้สึกเจ็บปวดมีข้อสำคัญที่ควรระวังไว้ก็คือ การเกิดหลอดเลือดดำอุดตันในเส้นเลือดดำที่อยู่ชั้นลึกเข้าไป (Deep vein thrombosis) อาจเกิดขึ้นโดยไม่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดก็ได้ (เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ, 2562)

1.3 ระบบการหายใจ ขนาดของช่องท้องและช่องทรวงอกที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในระยะหลังคลอด ทำให้ความจุภายในช่องท้องและกะบังลมลดลงปอดขยายได้ดีขึ้นการหายใจสะดวกขึ้น

1.4 ระบบทางเดินอาหาร ปกติหลังคลอดมารดามักรู้สึกตัวและกระหายน้ำ ในระยะ 2 – 3 วันแรกมักมีความอยากอาหารและดื่มน้ำมากเพราะสูญเสียน้ำระหว่างคลอดและหลังคลอด ระยะแรกหลังคลอดมารดามีแนวโน้ม ที่จะท้องผูกจากการที่สูญเสียแรงดันภายในช่องท้อง ทันทีกกล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัว ประกอบกับการเคลื่อนไหวของลำไส้ช้าตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์และได้รับการสวนอุจจาระในระยะที่ 1 ของการคลอดนอกจากนี้มารดาอาจไม่กล้าเบ่งเพราะกลัวแผลแยกหรือกลัวเจ็บแผลทำให้เกิดอาการท้องผูกภายหลังคลอดได้และลำไส้จะทำงานได้ดีประมาณปลายสัปดาห์แรกหลังคลอด

1.5 ระบบทางเดินปัสสาวะ ท่อปัสสาวะและกระเพาะปัสสาวะ ขณะทารกผ่านช่องทางคลอดจะทำให้เกิดการบาดเจ็บของท่อปัสสาวะและกระเพาะปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะจะบวมและมักมีอาการบวมและซ้ารอบ ๆ รูเปิดของท่อปัสสาวะ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะลดลงทำให้มีความจุมากขึ้นแต่ความไวต่อแรงกดจะลดลงด้วย เหตุนี้หลังคลอดใหม่ ๆ มารดาจึงมักถ่ายปัสสาวะลำบากและจะเป็นมากขึ้นถ้ามีอาการบวมของฝีเย็บ ถ้ามารดาได้รับยาระงับความรู้สึกในระยะคลอดอาการจะยิ่งเพิ่มมากขึ้นเพราะประสาทถูกรบกวน มารดาบางคนอาจถ่ายได้แต่ไม่หมดมีปัสสาวะค้างอยู่ หลังถ่ายปัสสาวะทุกครั้งจึงมีแนวโน้มที่จะเกิดการอักเสบของทางเดินปัสสาวะสูง ในรายเช่นนี้ควรหลีกเลี่ยงการลดการคั่งของปัสสาวะโดยการสวนปัสสาวะให้และการที่มีกระเพาะปัสสาวะเต็มอาจส่งเสริมให้มดลูกหดตัวไม่ดี เพราะตัวมดลูกถูกเบียดทำให้อยู่ผิดตำแหน่งและขัดขวางการหดตัวของมดลูกเป็นสาเหตุให้มีการตกเลือดหลังคลอดได้ จึงควรกระตุ้นให้ถ่ายปัสสาวะทุก 4 – 6 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังส่งผลต่อการทำงานของไต โดยเลือดไปเลี้ยงไตมากจึงมีการกรองของเสียที่ไตมาก พบว่าระดับ Blood Urea Nitrogen (BUN) และ Creatinine (Cr) ต่ำลงไปครึ่งหนึ่งของค่าปกติ นอกจากนี้

พบมีน้ำตาลกรองออกมาทางปัสสาวะมาก กรวยไตและท่อไตจะโป่งพองขึ้น เนื่องจากมดลูกโตไปกดทับ พบว่ามดลูกมักกดทับท่อไตข้างขวา จนทำให้พบอุบัติการณ์ของท่อไตและกรวยไตข้างขวาโป่ง (Hydronephrosis) บ่อยกว่าข้างซ้าย (เดชา วณิชจักรวงศ์ และคณะ, 2560)

1.6 ระบบกล้ามเนื้อ ในอายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ รอยต่อของกระดูกหัวหน่าว (Symphysis pubis) แยกห่างเพิ่มขึ้นประมาณ 4 - 8 มิลลิเมตร รอยต่อ sacroiliac joint ก็แยกห่างเพิ่มขึ้นซึ่งทำให้ยากในการแปลผลภาพถ่ายรังสีของช่องเชิงกราน ภายหลังการคลอดกล้ามเนื้อมีการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

1.6.1 กล้ามเนื้อช่วง 1 - 2 วันแรก หญิงระยะหลังคลอดมีอาการเมื่อยและปวดกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะบริเวณแขนขาไหลและคอทั้งนี้เพราะต้องออกแรงเบ่งขณะคลอดและหลังคลอดรก ฮอริโมน Progesterone ลดต่ำลงทำให้ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเริ่มลดลงส่วนกล้ามเนื้อหน้าท้องจะนุ่มหยุ่น ไม่แข็งแรงและจะหนาขึ้นบริเวณกลางท้องบางรายอาจมีกล้ามเนื้อหน้าท้องแยก (Diastasis recti abdominis) คือ บริเวณรอยแยกจะไม่มีกล้ามเนื้อพุงมีแต่ผิวหนังไขมันชั้นใต้ผิวหนัง (Subcutaneous fat) พังผืด (Attenuated fascia) และเยื่อช่องท้อง (Peritoneum) ซึ่งสาเหตุที่ทำให้กล้ามเนื้อหน้าท้องแยก ได้แก่ กล้ามเนื้อหน้าท้องไม่แข็งแรงมาก่อนแล้ว ตั้งครรภ์แฝด ตั้งครรภ์แฝดน้ำ มีน้ำหนักตัวมากเกินไปและตั้งครรภ์ตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไป (Grand multipara) ส่วนผลที่จะเกิดขึ้นตามมาจากการมีกล้ามเนื้อหน้าท้องแยกก็คือ ในการตั้งครรภ์และคลอดครั้งต่อไปอาจเกิดภาวะท้องย้วย (Pendulous abdomen) ปวดหลัง ทารกอยู่ในท่าผิดปกติ และไม่มีแรงเบ่งขณะคลอด การกลับคืนสู่สภาพเดิมของกล้ามเนื้อหน้าท้องที่มีใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องแยก โดยการบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องต้องใช้เวลาประมาณ 2 - 3 เดือน สำหรับหญิงระยะหลังคลอดปกติสามารถบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องได้ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งจะได้ผลหรือไม่ขึ้นกับลักษณะกล้ามเนื้อของหญิงระยะหลังคลอดเอง จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ชนิดและความมากน้อยในการบริหารร่างกายและชนิดของอาหารที่รับประทาน การคลอดบุตรทำให้มีการยืดขยายและบาดเจ็บของกล้ามเนื้อรอบ ๆ ฝีเย็บ (Pubococcygeal muscles) ซึ่งเปรียบเทียบกับเหมือนเป็นกล้ามเนื้อหูดบริเวณอุ้งเชิงกราน คือ จะช่วยคงสภาพการทำงานของลำไส้ กระเพาะปัสสาวะและมีอิทธิพลต่อช่องคลอดในการตอบสนองทางเพศ การบริหารกล้ามเนื้อรอบ ๆ ฝีเย็บทำให้กล้ามเนื้อบริเวณช่องคลอดแข็งแรงและกระชับขึ้น (เดชา วณิชจักรวงศ์ และคณะ, 2560)

1.6.2 โครงกระดูกในช่วงตั้งครรภ์ฮอริโมนรีแลกซิน (Relaxin) ทำให้บริเวณข้อต่อต่าง ๆ ของร่างกายมีการยืดขยายมีการเคลื่อนไหวของข้อต่อมากเกินไปและมีการเปลี่ยนจุดศูนย์ถ่วงของร่างกายจากมดลูกที่โตขึ้นเป็นผลให้กระดูกสันหลังแอ่นและกระดูกเชิงกรานรับน้ำหนักมากขึ้น หลังคลอด 2 - 3 วันแรกระดับฮอริโมนรีแลกซินค่อย ๆ ลดลงแต่หญิงระยะหลังคลอดยังคงเจ็บปวดบริเวณสะโพก และข้อต่อซึ่งจะขัดขวางการเริ่มเคลื่อนไหว (Ambulation) และการบริหารร่างกายอาการปวดดังกล่าวจะเป็นชั่วคราวเท่านั้นแต่ปัญหาเหล่านี้จะบรรเทาลงในช่วงหลังคลอดและถ้ามีการปรับทำให้ถูกต้อง

ในงานที่ต้องทำเป็นประจำก็จะช่วยให้อาการดีขึ้น สำหรับบริเวณข้อต่อจะแข็งแรงมั่นคงจนเข้าสู่สภาพปกติต้องใช้เวลาประมาณ 6 – 8 สัปดาห์หลังคลอด

1.6.3 ผิวหนังคล้ำ (Hyperpigmentation) เป็นผลจาก melanocyte ที่สร้าง Melanin pigment เพิ่มขึ้น จากการกระตุ้นของ Estrogen และ Melanocyte stimulation hormone ทำให้ผิวหนังคล้ำขึ้น พบบ่อยบริเวณรอบสะดือ อวัยวะเพศ และข้อพับต่าง ๆ ถ้าเป็นที่บริเวณแนวกลางหน้าท้อง หรือ Linea alba จะเรียกว่า Linea nigra ถ้าสะสมบริเวณใบหน้าเป็นฝ้าสีน้ำตาล เรียกว่า Melisma หรือ Mask of pregnancy โดยจะเห็นชัดขึ้นเมื่อถูกแดด นอกจากนี้ยังพบผิวหนังลาย (Striae gravidarum) ได้บ่อยมากกว่าครึ่งหนึ่งของสตรีตั้งครรภ์มักเกิดบริเวณท้อง เต้านม ก้น และต้นขา ลักษณะเป็นแนวเส้นสีแดง และจะเปลี่ยนเป็นสีเงินจาง ๆ ตอนหลังคลอด เป็นลักษณะที่เรียกว่า ท้องลาย (Stretch mark) ลักษณะอื่น ๆ เช่น Spider angioma เป็นผิวที่นูนขึ้นมากลายเป็นแฉก สีด่าง มักเกิดบ่อยที่ใบหน้า แขน ขา หรือ Palmar erythema เกิดได้ ร้อยละ 50 ทั้งสองภาวะสัมพันธ์กับการที่มี Estrogen สูงและหายได้เองหลังคลอด นอกจากนี้การขยายของเส้นเลือดดำบริเวณขาาร่วมกับเส้นเลือด Inferior vena cava ถูกกด ทำให้เกิดเส้นเลือดขอด และริดสีดวงทวารได้ง่าย สีจะเพิ่มขึ้นเนื่องจากมีต่อมเหงื่อและต่อมไขมันบริเวณใบหน้าเพิ่มขึ้น (เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ, 2562)

1.7 ระบบต่อมไร้ท่อ

1.7.1 ต่อมธัยรอยด์ ในระหว่างตั้งครรภ์มักอยู่ในช่วง Euthyroid state ถึงแม้ว่าต่อมธัยรอยด์จะโตขึ้นเล็กน้อยแต่ไม่เป็นคอพอก ในไตรมาสแรกรกสร้าง Human chorionic gonadotropin (hCG) ที่มีโครงสร้างที่คล้ายกับ Thyrotropin จะไปกระตุ้นการหลั่ง Thyroxine (T4) และสร้าง Free T4 เพิ่มขึ้นเล็กน้อยในช่วงแรกและจะลดลงสัมพันธ์กับระดับ hCG ตามอายุครรภ์ T4 ที่เพิ่มขึ้นจะผ่านรกและไปพัฒนาระบบประสาทของทารกในครรภ์ ถ้ามีความผิดปกติของฮอร์โมนในช่วงนี้จะทำให้เกิดความผิดปกติของของทารกด้วย โดยทารกต้องอาศัยธัยรอยด์ฮอร์โมนจากมารดาเป็นหลักจนกว่าจะสร้างเองได้ตอนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์

1.7.2 Estrogen กระตุ้นให้ตับสร้าง Thyroxine - binding globulin (TBG) ส่งผลให้ระดับ Total T4 และ Total triiodothyronine (T3) เพิ่มขึ้นในไตรมาสแรกและจะสูงสุดช่วงกึ่งกลางการตั้งครรภ์ แต่โดยรวมระดับของ Free T4 และ Free T3 ที่เป็นตัวหลักในการทำงาน ยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ

1.7.3 Thyroid - stimulating hormone (TSH) จะลดลงในไตรมาสแรกไม่นานและจะกลับมาเป็นปกติในช่วงท้ายของการตั้งครรภ์ และคงที่ไปตลอดการตั้งครรภ์

1.7.4 Iodine ผ่านรกได้ ถ้ามารดาได้รับ Iodine ปริมาณมากทารกในครรภ์อาจเกิดคอพอก ถ้าสตรีตั้งครรภ์ ได้รับ Radioactive iodine หลังจาก que ต่อมธัยรอยด์สร้างฮอร์โมนได้แล้วหรือหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ อาจเกิดภาวะพร่องธัยรอยด์ หรือ สติปัญญาบกพร่อง หรือสมาธิสั้นได้ ในระหว่างตั้งครรภ์

ระดับ Iodine จะลดลงจากการขับออกของไตที่ทำงานมากขึ้นและส่วนหนึ่งถูกส่งไปให้ทารกในครรภ์ ทำให้มารดามีภาวะ Iodine deficiency จะทำให้ต่อมธัยรอยด์โตขึ้นได้ถึง ร้อยละ 25 ซึ่ง WHO แนะนำให้สตรีตั้งครรภ์ควรได้รับ Iodine เพิ่มจาก 100 mg/dl เป็น 150 - 200 mg/dl

1.7.5 ต่อมหมวกไตมีขนาดและลักษณะของต่อมไม่เปลี่ยนแปลงแต่มีการสร้างฮอร์โมนเพิ่มขึ้น เอสโตรเจนจะกระตุ้นให้ตับสร้าง Cortisol - binding globulin (CBG) ส่งผลให้ระดับ Cortisol และ Corticotropin (ACTH) เพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ไตรมาสแรกและจะสูงขึ้นถึง 2 - 3 เท่าตอนคลอด ระดับ Aldosterone และ Deoxycorticosterone ก็เพิ่มขึ้นด้วย แต่ Dehydroepiandrosterone sulfate จะลดลงเพราะเปลี่ยนไปเป็น Estrogen ในระหว่างการตั้งครรภ์จะเกิดภาวะ “Physiologic hypercortisolism” จากการเพิ่มขึ้นของ Steroids ในระหว่างตั้งครรภ์ (เดชา วณิชจักรวงศ์ และคณะ, 2560)

1.7.6 ต่อมใต้สมอง ต่อมจะมีขนาดใหญ่ขึ้น โดยเฉพาะในส่วนหน้าของต่อมที่สร้าง Prolactin หรือส่วนที่เป็น Lactotroph จะมีปริมาตรเพิ่มขึ้นร้อยละ 36 ตอนครบกำหนด Prolactin จะเริ่มสร้างเมื่ออายุครรภ์ 5 - 8 สัปดาห์ และจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ จนถึง 10 เท่าเมื่อครบกำหนด แต่ถ้าไม่ได้ให้นมแม่ หลังคลอดระดับ Prolactin จะลดลงสู่ปกติภายใน 3 เดือน ฮอร์โมนอื่น ๆ เช่น Follicle - stimulating hormone (FSH) และ Luteinizing hormone (LH) จะลดลงจนตรวจไม่พบเพราะถูกยับยั้งการสร้างจากระดับ Estrogen progesterone และ Inhibin ที่สูงจากการตั้งครรภ์ ฮอร์โมนที่สร้างจากต่อมใต้สมองส่วนหลัง เช่น Oxytocin เพิ่มจาก 10 unit ในไตรมาสแรกเป็น 75 unit ตอนคลอด และ Arginine vasopressin (AVP) เพิ่มขึ้นซึ่งจะไปมีผลต่อ Osmoregulation ของร่างกาย

2. ภาวะครรภ์เป็นพิษ

2.1 พยาธิสรีรวิทยาของภาวะครรภ์เป็นพิษ

ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia) เป็นภาวะที่เกิดขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งมักจะเกิดหลังจากสัปดาห์ที่ 20 ของการตั้งครรภ์ โดยมีลักษณะสำคัญคือ ความดันโลหิตสูง (Hypertension) และการมีโปรตีนในปัสสาวะ (Proteinuria) ซึ่งเป็นอาการที่บ่งบอกถึงการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น ไต ตับ และสมอง สาเหตุที่แท้จริงของภาวะครรภ์เป็นพิษยังไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจน แต่มีหลายปัจจัยที่สามารถทำให้เกิดภาวะนี้ได้ (เดชา วณิชจักรวงศ์ และคณะ, 2560)

2.1.1 การทำงานผิดปกติของหลอดเลือด ในภาวะครรภ์เป็นพิษเริ่มจากการที่หลอดเลือดในมดลูก (Uteroplacental circulation) เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเกิดจากการที่หลอดเลือดในมดลูกขยายตัวได้ไม่ดีพอ ทำให้เลือดและออกซิเจนไม่สามารถไหลเวียนไปยังรกได้อย่างเต็มที่ ส่งผลให้รกได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ การทำงานผิดปกตินี้มีผลต่อการทำงานของไตและหลอดเลือดอื่น ๆ ซึ่งส่งผลให้เกิดการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิต

2.1.2 การตอบสนองต่อการเกิดความเครียดในร่างกาย ในภาวะครรภ์เป็นพิษ เซลล์เยื่อหลอดเลือด (Endothelial cells) จะได้รับความเสียหายจากสารเคมีที่หลั่งออกมาในระหว่างการขยายตัวของหลอดเลือด ซึ่งทำให้เกิดภาวะการหลุดร่วของโปรตีนจากหลอดเลือดเข้าสู่ปัสสาวะ (Proteinuria) และอาจมีอาการบวมที่เกิดจากน้ำเหลืองที่รั่วออกจากหลอดเลือด

2.1.3 การกระตุ้นการอักเสบมีหลักฐานที่แสดงว่า ภาวะครรภ์เป็นพิษเกี่ยวข้องกับกระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นในร่างกาย โดยเฉพาะการอักเสบในหลอดเลือด ซึ่งทำให้หลอดเลือดทำงานผิดปกติและนำไปสู่ภาวะความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังมีการเพิ่มระดับของสารเคมีบางชนิดที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบ เช่น Tumor Necrosis Factor - alpha (TNF- α) และ Interleukin - 6 (IL - 6) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดการอักเสบในร่างกาย (Tsiaras et al., 2020)

2.1.4 การกระทบต่อการทำงานของอวัยวะสำคัญ ภาวะครรภ์เป็นพิษสามารถกระทบต่อการทำงานของอวัยวะสำคัญหลายประการ เช่น ไต ตับ และสมอง การเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตทำให้เกิดภาวะไตเสื่อม (Renal dysfunction) และในบางกรณีอาจทำให้เกิดภาวะการทำงานของตับผิดปกติ (Hepatic dysfunction) และการมีเลือดออกในสมอง (Cerebral hemorrhage) หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่

2.2 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะครรภ์เป็นพิษ

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะครรภ์เป็นพิษยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด แต่มีการศึกษาที่เชื่อว่า ภาวะครรภ์เป็นพิษนั้นเกิดจากกลไกของระบบภูมิคุ้มกันและความผิดปกติของฮอร์โมนบางตัวในร่างกายที่ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงรก เมื่อรกฝังตัวเข้าไปในผนังมดลูกไม่ลึกพอ ทั้งรกและทารกในครรภ์อาจไม่ได้รับออกซิเจนและสารอาหารอย่างเพียงพอระหว่างการตั้งครรภ์ทำให้บางส่วนของรกเกิดการขาดเลือดไปเลี้ยงจนเนื้อเยื่อรกบางส่วนตายไป และมีการปล่อยสารที่ส่งผลให้เลือดทั่วร่างกายของคุณแม่ตั้งครรภ์หดตัวนำไปสู่ภาวะความดันโลหิตสูง จนทำให้เกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ กลายเป็นปัญหาหลังตั้งครรภ์ครบ 20 สัปดาห์ซึ่งเป็นช่วงที่ทารกในครรภ์ มีพัฒนาการเติบโตอย่างรวดเร็ว หลอดเลือดทั่วร่างกายของหญิงตั้งครรภ์ เช่น หลอดเลือดบริเวณสมอง ตับ และ ไตอาจได้รับความเสียหายจากภาวะที่รกและทารกในครรภ์ไม่ได้รับออกซิเจนและสารอาหารอย่างเพียงพอ นำไปสู่อาการต่าง ๆ ของภาวะครรภ์เป็นพิษ ปัจจุบันยังไม่ทราบแน่ชัดถึงกลไกของภาวะครรภ์เป็นพิษ แต่ก็พบว่าอาการต่าง ๆ ของภาวะครรภ์เป็นพิษนั้นจะหายไปเมื่อทารกและรกคลอดออกมา โดยภาวะครรภ์เป็นพิษอาจเกิดขึ้นได้กับหญิงตั้งครรภ์ทุกคนโดยความเสี่ยงของภาวะครรภ์เป็นพิษจะสูงขึ้นเมื่อมีภาวะดังต่อไปนี้ (คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2558)

2.2.1 ตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก ไม่นับการทำแท้งหรือแท้งบุตรในอดีต

2.2.2 อายุน้อยกว่า 20 ปี หรือมากกว่า 35 ปี

2.2.3 เคยมีประวัติภาวะครรภ์เป็นพิษหรือคนในครอบครัวเคยมีภาวะครรภ์เป็นพิษ

2.2.4 เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือโรคอ้วน

2.2.5 ตั้งครรภ์แฝดหรือมากกว่าก่อนตั้งครรภ์และมีภาวะครรภ์เป็นพิษร่วมด้วยหลังจากตั้งครรภ์นานกว่า 20 สัปดาห์

2.3 การวินิจฉัยภาวะครรภ์เป็นพิษ

ภาวะครรภ์เป็นพิษ มักไม่แสดงอาการใด ๆ หากไม่รุนแรง โดยหญิงตั้งครรภ์อาจมีความดันโลหิตสูงไม่มาก และพบโปรตีนในปัสสาวะเพียงเล็กน้อย ดังนั้นจึงควรพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง เพื่อตรวจวัดความดันโลหิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงหลังตั้งครรภ์ครบ 20 สัปดาห์ขึ้นไปหญิงมีครรภ์อาจมีภาวะครรภ์เป็นพิษ

2.3.1 การวินิจฉัยภาวะครรภ์เป็นพิษ แพทย์จะต้องตรวจพบภาวะความดันโลหิตสูงควบคู่กับอาการผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งหลังจากอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ขึ้นไป โดยมีวิธีการตรวจดังนี้

2.3.1.1 ชักประวัติคนไข้ ปวดศีรษะ ตาพร่า จุกแน่นลิ้นปี่ มีอาการบวม หรือน้ำหนักเพิ่มอย่างรวดเร็ว

2.3.1.2 ตรวจร่างกาย วัดระดับความดันโลหิตได้มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป

2.3.1.3 ตรวจเลือดและตรวจปัสสาวะ เป็นการตรวจหาโปรตีนหรือไข่ขาวในปัสสาวะ ตรวจความสมบูรณ์เม็ดเลือดเพื่อประเมินความเข้มข้นและเกล็ดเลือด ตรวจการทำงานของไต กรดยูริก และการแข็งตัวของเลือดเพื่อประเมินว่ามีภาวะแทรกซ้อนหรือความรุนแรงของโรคหรือไม่

2.3.1.4 อัลตราซาวด์ทารกในครรภ์ เพื่อประเมินการเจริญเติบโตและน้ำคร่ำ หากพบว่าภาวะเจริญเติบโตช้าและน้ำคร่ำน้อยถือว่าภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง

2.3.2 ความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ประเภท ได้แก่

2.3.2.1 ภาวะครรภ์เป็นพิษ เป็นอาการของหญิงตั้งครรภ์ที่เกิดภาวะความดันโลหิตสูงเป็นครั้งแรก ที่อายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ และอวัยวะต่าง ๆ เช่น สมอง ตับ หรือไตเกิดความเสียหาย อาจมีอาการปวดหัว มองเห็นไม่ชัด อาการชักเป็นครั้งคราว และตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ ภาวะครรภ์เป็นพิษอาจเกิดขึ้นหลังคลอดได้เช่นกัน โดยปกติแล้วอวัยวะต่าง ๆ มักฟื้นตัวเองภายใน 2 - 3 วัน หรือไม่ก็สัปดาห์หลังคลอดบุตร

2.3.2.2 ภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ พบได้ในหญิงที่อายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ โดยมีความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียว ไม่มีอาการอื่นของภาวะครรภ์เป็นพิษแต่อย่างใด อย่างไรก็ตามภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์อาจพัฒนาไปเป็นภาวะครรภ์เป็นพิษได้ในภายหลัง หรืออาจเป็นความดันโลหิตสูงเรื้อรังที่มีมาก่อนตั้งครรภ์ หากความดันโลหิตไม่ลดลงหลังคลอดบุตรครบ 3 เดือน

2.3.2.3 ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง หรือความดันโลหิตสูงก่อนการตั้งครรภ์ พบในหญิงที่มีความดันโลหิตสูงก่อนตั้งครรภ์ครบ 20 สัปดาห์ และได้รับการวินิจฉัยยืนยันอีกครั้งหลังคลอดบุตร เมื่อยังคงมีความดันโลหิตสูงนานเกิน 3 เดือน

2.3.2.4 ความดันโลหิตสูงเรื้อรังร่วมกับภาวะครรภ์เป็นพิษ พบในสตรีที่มีความดันโลหิตสูง

2.4 อาการและอาการแสดงของภาวะครรภ์เป็นพิษ

อาการและอาการแสดงของภาวะครรภ์เป็นพิษมีความแตกต่างกันในแต่ละราย ซึ่งมักไม่ค่อยพบอาการแสดงอย่างชัดเจน หรืออาจมีอาการเล็กน้อย โดยอาการดังต่อไปนี้สามารถพบได้บ่อย หากมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ควรไปพบแพทย์

2.4.1 ตรวจพบความดันโลหิตสูงตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป โดยตรวจพบระดับความดันนี้ได้ 2 ครั้งในระยะเวลาอย่างน้อย 4 ชั่วโมง ผู้หญิงที่มีความดันโลหิตระดับนี้จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

2.4.2 ระดับเกล็ดเลือด < 100,000/มล

2.4.3 ค่าไตและตับผิดปกติ

2.4.4 หายใจไม่อิ่มหรือหายใจลำบาก เนื่องจากมีน้ำหรือของเหลวในปอดหรือมีภาวะน้ำท่วมปอด

2.4.5 มีอาการชัก

2.4.6 ปวดศีรษะอย่างรุนแรง แม้ทานยาแก้ปวดก็ไม่ดีขึ้น และมักปวดบริเวณท้ายทอยหรือหน้าผาก

2.4.7 ปวดบริเวณตรงกลางหรือขวาบนของช่องท้อง คล้ายกับอาการจากโรคกรดไหลย้อน

2.4.8 ตาพร่ามัว มองเห็นภาพซ้อน เห็นเส้นหยักหรือแสงไฟวาบ เริ่มมีจุดบอดหรือสูญเสียการมองเห็น เมื่อมีสัญญาณหรืออาการแสดงข้างต้น ควรปรึกษาแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยและป้องกันไม่ให้อาการลุกลาม

2.4.9 ตรวจพบโปรตีนหรือไข่ขาวส่วนเกินในปัสสาวะ หรือพบอาการอื่น ๆ ที่บ่งบอกว่าไตมีปัญหา

2.4.10 น้ำหนักขึ้นอย่างรวดเร็ว ร่างกายบวม น้ำ เช่น มีอาการบวมตามใบหน้า มือ ข้อเท้า เป็นต้น

2.5 การรักษาภาวะครรภ์เป็นพิษ

ภาวะครรภ์เป็นพิษรักษาให้หายได้ด้วยการคลอดเท่านั้น โดยอาการป่วยต่าง ๆ จะค่อย ๆ หายไปเองหลังการคลอด อย่างไรก็ตามแพทย์จะต้องพิจารณาหลายปัจจัยก่อนทำคลอดด้วย เช่น ระยะเวลาของการตั้งครรภ์ สุขภาพของผู้ป่วย หรือความรุนแรงของอาการ หากผู้ป่วยมีอายุครรภ์น้อย แพทย์อาจยังไม่สามารถทำคลอดได้ทันที จึงต้องดูแลอย่างใกล้ชิดและประทับระครองอาการจนกว่าใกล้ถึงระยะเวลาที่พร้อมคลอดได้อย่างปลอดภัย โดยแพทย์จะพิจารณาจากวันครบกำหนดคลอดและ

ระดับความรุนแรงของโรค ทารกในครรภ์ควรมีเวลาเติบโตและพัฒนาอยู่ในครรภ์มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยแพทย์จะแนะนำให้รอกอายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ หากอายุครรภ์อยู่ระหว่าง 34 และ 37 สัปดาห์ แพทย์จะพูดคุยถึงทางเลือกต่าง ๆ และแพทย์จะแนะนำให้คลอดบุตรหากอายุครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการแย่งและลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่เป็นอันตรายต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์ โดยทั่วไปหากแพทย์ตรวจพบภาวะครรภ์เป็นพิษ อาจมีวิธีการรักษาประคองอาการจนกว่าผู้ป่วยจะคลอด (เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ, 2562) ดังนี้

2.5.1 การรักษาภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดไม่รุนแรง ผู้ป่วยภavnนี้กลับบ้านได้หลังการตรวจ แต่ต้องไปพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเฝ้าระวังอาการด้วยการตรวจครรภ์และตรวจร่างกายเป็นประจำ เช่น ตรวจอัลตราซาวด์ ตรวจวัดอัตราการเต้นของหัวใจ ตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ เป็นต้น โดยแพทย์จะแนะนำให้ผู้ป่วยนอนพักผ่อนให้มาก ๆ ลดการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ดื่มน้ำให้เพียงพอ และบางรายอาจต้องรับประทานยาลดความดันโลหิตด้วย

2.5.2 การรักษาภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง สำหรับรายที่ป่วยรุนแรงจำเป็นต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อเฝ้าดูอาการอย่างใกล้ชิด โดยผู้ป่วยอาจได้รับยาลดความดันโลหิต ยาในกลุ่มสเตียรอยด์ ยาป้องกันอาการชัก หรือยาชนิดอื่น ๆ ตามปัจจัยเสี่ยงรายบุคคล รวมทั้งต้องตรวจร่างกายและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เหมือนผู้ป่วยที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดไม่รุนแรง หญิงที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษสามารถคลอดธรรมชาติหรือผ่าคลอด (Cesarean section) ก็ได้ หากมีอาการรุนแรง หญิงตั้งครรภ์จำเป็นต้องคลอดบุตรโดยเร็วที่สุด เมื่อความดันโลหิตสูงมากแพทย์จะให้ยาลดความดันโลหิตเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และอาจให้ยาเพื่อป้องกันการชักระหว่างคลอด

นอกจากนี้ภาวะครรภ์เป็นพิษยังส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับคุณแม่ตั้งครรภ์ที่คนใกล้ชิดต้องเฝ้าระวัง เช่น อาการชัก หรือกลุ่มอาการ HELLP ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตของทั้งมารดาและทารกในครรภ์ เช่น ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า ทารกคลอดก่อนกำหนด รกลอกตัวก่อนกำหนด รวมถึงอวัยวะได้รับความเสียหาย เช่น ดวงตา ตับ ไต ปอด หรือหัวใจ อาจเป็นสาเหตุให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภาวะครรภ์เป็นพิษ

3. ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute respiratory failure)

3.1 พยาธิสรีรวิทยาของภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน หมายถึง ภาวะที่ระบบหายใจไม่สามารถระบายอากาศ และแลกเปลี่ยนก๊าซได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย มีระดับออกซิเจนในเลือดแดง (PaO_2) ต่ำกว่าปกติ และหรือคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดง (PaCO_2) สูงกว่าปกติ โดยค่า PaO_2 ต่ำกว่า 60 mmHg หรือค่า PaCO_2 สูงกว่า 45 mmHg หรือทั้งสองอย่างในขณะที่หายใจในบรรยากาศธรรมดาโดยไม่ได้เกิดจากความผิดปกติของระบบไหลเวียนเลือด (สุรตน์ ธนเสวกวิหारी และคณะ, 2560) และไม่ได้มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของหัวใจที่มีภาวะเลือดดำจากหัวใจด้านขวาไม่ผ่านการพอกที่ปอด

ผ่านไปสู่หัวใจด้านซ้าย (ค่า PaO_2 ปกติ 80 - 100 mmHg และค่า PaCO_2 ปกติ 35 - 45 mmHg) สัปดาห์จนถึงเป็นเดือนหรือเป็นปี) หรือเกิดแบบฉับพลันในผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวแบบเรื้อรังอยู่ก่อน (Acute on chronic) ซึ่งการหายใจเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการแลกเปลี่ยนก๊าซ ดังนั้นการอธิบายถึงการเกิดภาวะการหายใจล้มเหลวตามพยาธิสรีรวิทยา จึงพิจารณาจากการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ผิดปกติของการหายใจ ประกอบด้วยกลไก 4 อย่าง ได้แก่ 1) การระบายอากาศ (Ventilation) เป็นการที่หายใจเอาอากาศเข้าไปแลกเปลี่ยนก๊าซที่ถุงลมในปอด (Alveolar) 2) การกำซาบก๊าซ (Diffusion) เป็นการที่ออกซิเจน และคาร์บอนไดออกไซด์ในถุงลมปอดกับในเลือดซึมผ่านเยื่อกั้นระหว่างถุงลมและหลอดเลือดฝอย (Alveolar capillary membrane) 3) การไหลเวียนของเลือด (Blood flow) เป็นการไหลเวียนของเลือดดำไปยังหน่วยที่มีการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอด และรับก๊าซจากปอดผ่านไปตามหลอดเลือดที่นำเลือดซึ่งมีออกซิเจนจากปอด (Pulmonary vein) เข้าสู่หัวใจด้านซ้าย และ 4) การควบคุมการหายใจ (Control of breathing) เป็นการควบคุมการหายใจเพื่อให้มีการระบายอากาศ และการแลกเปลี่ยนก๊าซให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ในสภาวะปกติกระบวนการหายใจทั้ง 4 องค์ประกอบ ทำงานร่วมกันเพื่อรักษาระดับออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดงให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เมื่อเกิดความผิดปกติในการทำหน้าที่ของกระบวนการใดกระบวนการหนึ่งหรือหลายกระบวนการ นำไปสู่การแลกเปลี่ยนก๊าซที่ผิดปกติถ้าความผิดปกติเกิดขึ้นรุนแรงจนร่างกายไม่สามารถปรับตัวได้ส่งผลให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลว โดยมีพยาธิสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบหายใจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (Parotte et al., 2024)

3.1.1 การระบายอากาศไม่เพียงพอ (Alveolar hypoventilation) การระบายอากาศของถุงลม เกี่ยวข้องโดยตรงกับปริมาณออกซิเจนที่ร่างกายได้รับและปริมาณคาร์บอนไดออกไซด์ที่ต้องการขับออก การสร้างคาร์บอนไดออกไซด์ขึ้นอยู่กับอัตราการเผาผลาญในร่างกาย ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์จะถูกขับออกได้ดีเมื่อการระบายอากาศของถุงลมดี ในคนปกติปริมาตรอากาศที่หายใจเข้า - ออก ใน 1 นาที (Minute ventilation = Tidal volume X อัตราการหายใจ 1 นาที) ประมาณ 5 - 7 ลิตร หากการระบายอากาศของถุงลมเพียงพอ จะทำให้มีค่าแรงดันย่อยคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดง (Partial pressure of arterial carbon dioxide PaCO_2) ประมาณ 35 - 45 mmHg หากมีการเปลี่ยนแปลงของ Tidal volume อัตราการหายใจหรือ Physiologic dead space ส่งผลให้เกิดการระบายอากาศที่ผิดปกติ เกิดการคั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในร่างกายทำให้การรับเอาออกซิเจนเข้าสู่ถุงลมในปอดลดลง ส่งผลให้ระดับออกซิเจนในถุงลมลดลง เกิดภาวะพร่องออกซิเจนตามมาได้ สาเหตุของการระบายอากาศไม่เพียงพอ เช่น ภาวะที่มีอัตราการหายใจลดลง หรือไม่หายใจ ในผู้ป่วยที่มีระบบประสาทส่วนกลางถูกกดจากโรคต่าง ๆ การดมยาสลบหรือได้รับยานอนหลับในปริมาณมาก ทำให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ การได้รับบาดเจ็บบริเวณทรวงอก ช่องท้อง ภาวะอกรวนทำให้การขยายและหดตัวของกล้ามเนื้อ

ที่เกี่ยวข้องกับการหายใจทำงานผิดปกติหรือกลั้วเจ็บ ทำให้ไม่กล้าหายใจแรง การระบายอากาศจึงไม่เพียงพอ หรือในภาวะที่มีการตีบแคบหรืออุดตันทางเดินหายใจจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด หรือมะเร็งท่อน้ำทางเดินหายใจ เป็นต้น (เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ, 2562)

3.1.2 ความบกพร่องในการซึมผ่านก๊าซ (Diffusion defect or impairment) พบในภาวะที่มีพยาธิสภาพของเนื้อปอดระหว่างเส้นเลือดฝอยในปอดและผนังถุงลมทำให้มีระยะทางหนาขึ้น การที่มีของเหลวสะสมในถุงลมเป็นอุปสรรคในการเคลื่อนที่ของก๊าซจากถุงลมไปที่ผนังถุงลม พยาธิสภาพเหล่านี้ทำให้การแพร่ของออกซิเจนจากถุงลมเข้าสู่เส้นเลือดฝอยในปอดลำบากมากขึ้น ในขณะที่เลือดไหลผ่านหลอดเลือดฝอยปอดปกติ แต่การแลกเปลี่ยนออกซิเจนถูกขัดขวาง ทำให้มีระดับออกซิเจนในหลอดเลือดฝอยปอดต่ำในขณะที่มีระดับคาร์บอนไดออกไซด์ปกติ เนื่องจากคาร์บอนไดออกไซด์ละลายน้ำได้ดีกว่าออกซิเจน ถึง 20 เท่า ทำให้สามารถผ่านจากเม็ดเลือดแดงและพลาสมาเข้าสู่ถุงลมได้สะดวก ในช่วงแรกความดันย่อยของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดงจึงอยู่ในระดับปกติ ความผิดปกติในการซึมผ่านของก๊าซทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน และในทางคลินิกส่วนใหญ่ภาวะพร่องออกซิเจนมักพบร่วมกับความผิดปกติในการระบายอากาศและการไหลเวียนของเลือดไม่สมดุลร่วมกันด้วยเสมอ สาเหตุของความบกพร่องในการซึมผ่านก๊าซ ได้แก่ การเกิดพังผืดในเนื้อปอด (Interstitial fibrosis) ภาวะน้ำท่วมปอด (Pulmonary edema) หรือโรคติดเชื้อที่ทำให้เกิดมีน้ำใน ถุงลม เช่น ภาวะปอดอักเสบ กลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน (Acute respiratory distress syndrome; ARDS)

3.1.3 ความไม่สมดุลของอัตราส่วนการระบายอากาศกับการไหลเวียนของเลือดที่ผ่านถุงลม (Ventilation or Perfusion mismatch) ซึ่งอาจเกิดจากการระบายอากาศที่เพิ่มขึ้นหรือลดลง หรือมีการเปลี่ยนแปลงการไหลเวียนของเลือดทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน สาเหตุของความไม่สมดุลระหว่างการระบายอากาศกับการไหลเวียนของเลือดผ่านถุงลม ได้แก่ โรคของหลอดลม ท่อนลมที่มีหลอดลมบวม (Glandular hyperplasia) หลอดลมตีบแคบ หลอดลมหดเกร็ง หรือมีเสมหะคั่งค้าง ทำให้การกระจายของลมหายใจเข้าสู่ปอดไม่สม่ำเสมอ ลมเข้าสู่ปอดลดลง และหรือมีการระบายอากาศออกจากปอดลดลงทำให้มีอากาศคั่งค้างอยู่ในปอด อากาศบริสุทธิ์เข้าสู่ปอดไม่ได้ หรือโรคของถุงลม หรือ Interstitial tissue ของปอดซึ่งมีการทำลายผนังถุงลม และ Pulmonary capillary bed ทำให้มีความผิดปกติในการไหลเวียนเลือดมาสู่ถุงลม

3.2 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

ภาวะการหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) เป็นสภาวะที่ระบบทางเดินหายใจไม่สามารถทำหน้าที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ได้ตามปกติ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนในเลือด (Hypoxemia) หรือภาวะคาร์บอนไดออกไซด์สูงในเลือด (Hypercapnia) หรือทั้งสองอย่างร่วมกัน ภาวะนี้สามารถเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่มี

ผลต่อการทำงานของระบบทางเดินหายใจ ในการวินิจฉัยและการรักษาภาวะการหายใจล้มเหลว จำเป็นต้องพิจารณาถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง (เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ, 2562)

3.2.1 สาเหตุของภาวะการหายใจล้มเหลว สาเหตุของภาวะการหายใจล้มเหลวสามารถแบ่งออกเป็นหลายกลุ่มตามลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบทางเดินหายใจ (จุฬณี สังเกตชน, 2562) ได้แก่

3.2.1.1 สาเหตุจากปัญหาที่เกิดจากการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอด (Type I: Hypoxemic respiratory failure) ซึ่งเกิดจากภาวะที่มีการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่ดี เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) โรคปอดบวม (Pneumonia) โรคปอดฝ่ (Pulmonary embolism) หรือภาวะเลือดไม่สามารถไหลเวียนผ่านปอดได้ดี

3.2.1.2 สาเหตุจากการขัดขวางการระบายก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (Type II: Hypercapnic respiratory failure) เกิดจากการที่ปอดไม่สามารถขับถ่ายคาร์บอนไดออกไซด์ออกจากร่างกายได้ เช่น ในผู้ป่วยที่มีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังขั้นรุนแรง (Severe COPD) โรคกล้ามเนื้อหรือเส้นประสาทที่ส่งผลต่อการหายใจ (Neuromuscular disorders)

3.2.1.3 สาเหตุจากปัญหาของการหายใจที่ศูนย์ประสาท (Central respiratory failure) เกิดจากความผิดปกติที่ศูนย์หายใจในสมอง ซึ่งอาจเกิดจากการบาดเจ็บที่สมอง การติดเชื้อ หรือภาวะขาดออกซิเจนเฉียบพลัน

3.2.2 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะการหายใจล้มเหลว ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะการหายใจล้มเหลวมีหลายด้าน ทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคลและปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการทำงานของระบบทางเดินหายใจ เช่น

3.2.2.1 โรคทางเดินหายใจ บุคคลที่มีโรคปอดหรือระบบหายใจ เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) โรคหอบหืด โรคปอดฝ่ และโรคปอดบวม มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะการหายใจล้มเหลว

3.2.2.2 ปัญหาทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อ โรคหรือภาวะที่ส่งผลกระทบต่อระบบประสาทหรือกล้ามเนื้อ เช่น โรคกล้ามเนื้อเสื่อม (Muscular dystrophy) โรค ALS หรืออาการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง ทำให้การหายใจไม่เป็นปกติ

3.2.2.3 อายุ ผู้สูงอายุมักมีระบบทางเดินหายใจที่ทำงานได้ไม่ดีเท่าผู้ที่อายุน้อย รวมถึงมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อและภาวะหายใจล้มเหลว

3.2.2.4 การสูบบุหรี่ เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะหายใจล้มเหลว

3.2.2.5 การติดเชื้อ ในระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคปอดบวม (Pneumonia) หรือการติดเชื้อไวรัส เช่น COVID - 19 สามารถทำให้เกิดภาวะการหายใจล้มเหลว

3.2.3 ชนิดของภาวะการหายใจล้มเหลวแบ่งออกได้เป็น 4 ชนิด (Kacmarek et al., 2016) ดังนี้

3.2.3.1 Hypoxemic respiratory failure เป็นภาวะการหายใจล้มเหลวที่เกิดจากการมีระดับ PaO_2 น้อยกว่า 60 mmHg มีระดับ PaCO_2 ปกติ 35 - 45 mmHg หรือต่ำกว่า 35 mmHg เนื่องจากในภาวะ hypoxemia ร่างกายจะหายใจขับคาร์บอนไดออกไซด์ออกมามาก มักเกิดจากความผิดปกติของระบบหายใจอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างร่วมกัน เช่น ความผิดปกติในการซึมผ่านของก๊าซ เช่น โรคปอดผังผืด ภาวะปอดบวมน้ำ เป็นต้น

3.2.3.2 Hypercapnic respiratory failure เป็นภาวะการหายใจล้มเหลวที่เกิดจากการมีคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง ระดับ PaCO_2 สูงมากกว่า 45 mmHg ร่วมกับมีระดับออกซิเจนในเลือด PaO_2 ต่ำกว่า 80 mmHg ระดับ PaO_2 ปกติ 80 - 100 mmHg มีสาเหตุที่เกิดจากความผิดปกติต่าง ๆ เช่น ศูนย์การหายใจถูกกดจากฤทธิ์ของยานอนหลับบางชนิด โรคติดเชื้อที่สมอง เป็นต้น

3.2.3.3. Perioperative respiratory failure เป็นภาวะการหายใจล้มเหลวที่เกิดขึ้นขณะผ่าตัด ลักษณะของการเกิดคล้ายกับ Hypoxemic respiratory failure กลไกหลักคือ การเกิด Atelectasis ขณะที่ผู้ป่วยนอนหงายราบแรงดันในช่องท้องที่มีมากส่งผลทำให้ความจุปอดของปอดลดลง ทำให้มีการแฟบตัวของถุงลมในบริเวณที่ถูกกดทับ ซึ่งในที่สุดทำให้เกิดภาวะการหายใจล้มเหลวแบบ Hypoxemic respiratory failure และ Hypercapnic respiratory failure หรือเกิดทั้ง 2 แบบ

3.2.3.4 Shock เป็นภาวะการหายใจล้มเหลวที่เกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนเลือด

3.2.4 ชนิดของการหายใจล้มเหลวตามระยะเวลาที่เกิด (Onset) ได้แก่ (ชมพูนุท ศรีรัตน์, 2560)

3.2.4.1 Acute respiratory failure เป็นภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันที่มีระดับ PaO_2 ต่ำกว่า 50 mmHg หรือ PaCO_2 สูงกว่า 50 mmHg เกิดในระยะเวลาที่รวดเร็วเป็นชั่วโมงจนถึงเป็นวัน ซึ่งต้องการรักษาดูแลทันที เช่น ผู้ป่วยกลุ่มอาการทางระบบการหายใจล้มเหลวที่มีความรุนแรงซึ่งเกิดร่วมกับโรคหรือปัจจัยบางอย่าง (Acute respiratory distress syndrome: ARDS)

3.2.4.2 Chronic respiratory failure เป็นภาวะการหายใจล้มเหลวเรื้อรัง มี Hypoxemia และคาร์บอนไดออกไซด์สูงขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป ร่างกายมีการปรับตัวชดเชย เช่น ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease: COPD)

3.2.4.3 Acute on chronic respiratory failure เป็นภาวะหายใจล้มเหลวเรื้อรังเดิมอยู่แล้ว แต่มีภาวะเฉียบพลันร่วมด้วยทำให้ภาวะการหายใจล้มเหลวทรุดลง

3.3 การวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลว (McPherson & Goldstein, 2019)

การวินิจฉัยว่าเกิดภาวะหายใจล้มเหลว ประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษอื่น ๆ (National Heart Lung and Blood Institute, 2020) ดังนี้

3.3.1 การซักประวัติ อาการและอาการแสดงที่หอบเหนื่อยเฉียบพลัน และรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ

3.3.2 การตรวจร่างกาย เช่น การประเมินลักษณะการหายใจ ความเร็ว อัตรา ความลึกของการหายใจ การประเมินสภาพปอดโดยการฟังปอดเพื่อตรวจดูเสียงที่ผิดปกติ ฟังหัวใจเพื่อตรวจหาภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ การตรวจผิวหนัง ริมฝีปาก และเล็บมือว่ามีเขียวคล้ำ (Cyanosis) หรือไม่ การประเมิน Pulse oximetry

3.3.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การเจาะเลือดจากหลอดเลือดแดง (Arterial blood gas) ดูค่าความดันก๊าซออกซิเจน และคาร์บอนไดออกไซด์ โดยจะพบค่าความดันก๊าซออกซิเจนต่ำกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท หรือพบค่าความดันก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์สูงกว่า 50 มิลลิเมตรปรอท นอกจากนี้การตรวจเลือด Arterial blood gas จะช่วยบอกว่าผู้ป่วยเกิดอาการแบบเฉียบพลันหรือแบบเรื้อรังได้ โดยผู้ป่วย Hypercapnic respiratory failure หากตรวจพบว่าเลือดเป็นกรด (pH คือค่าของความเป็นกรดต่างของเลือด โดยเมื่อมีความเป็นกลาง pH จะใกล้เคียง 7 เมื่อเป็นกรด pH จะต่ำกว่า 7 และเมื่อเป็นด่าง pH จะสูงกว่า 7) แสดงว่าเกิดอาการเฉียบพลัน แต่หากค่า pH ลดลงกว่าปกติเพียงเล็กน้อย แสดงว่าเกิดการหายใจล้มเหลวมานานหลายวันหรือมากกว่านั้นแล้ว ผู้ป่วย Hypoxemic respiratory failure จะใช้การตรวจเลือดดูปริมาณเม็ดเลือดแดง หากมีปริมาณเม็ดเลือดแดงมากกว่าปกติ บ่งว่าผู้ป่วยเกิดการหายใจล้มเหลวมาเรื้อรังแล้ว

3.3.4 การตรวจพิเศษอื่น ๆ

3.3.4.1 เอกซเรย์ปอด เพื่อวินิจฉัยว่ามีปอดบวมติดเชื้อ มีภาวะมีน้ำในโพรงเยื่อหุ้มปอด มีก้อนเนื้อในปอด มะเร็งปอด ปอดแฟบ เป็นต้น

3.3.4.2 การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อดูว่ามีหัวใจเต้นผิดจังหวะ มีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นต้น

3.3.4.3 ตรวจอัลตราซาวด์หัวใจ/เอคโคหัวใจ เช่น ดูว่ามีลิ้นหัวใจรั่วและทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดขึ้น เป็นต้น

3.4 อาการและอาการแสดงของภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (McPherson & Goldstein, 2019)

3.4.1 ภาวะ Hypoxemia เป็นอาการแสดงถึงเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน อาการมักเกิดขึ้นเมื่อ PaO_2 ต่ำกว่า 40 - 50 mmHg อาการแสดงของระบบต่าง ๆ มีดังนี้

3.4.1.1 ระบบประสาท

1) ระยะแรกของการขาดออกซิเจน มีอาการกระสับกระส่าย สับสน ไม่มีสมาธิ

2) ระยะขาดออกซิเจนรุนแรง มีอาการซีมถึงขั้นหมดสติ รูม่านตาอาจขยาย ไม่ตอบสนองต่อแสง อาจมีกล้ามเนื้อกระตุกและอาการชักทั้งตัวได้

3.4.1.2 ระบบหายใจ อัตราการหายใจเร็วขึ้น หายใจหอบเหนื่อย ถ้ามีภาวะพร่องออกซิเจนรุนแรงมาก อาจเกิดมีการหายใจแบบ Cheyne - stokes breathing หรือ apnea cyanosis

3.4.1.3 ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระยะแรกของการขาดออกซิเจนจะกระตุ้น Sympathetic system ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง เมื่อเกิดภาวะพร่องออกซิเจนมากขึ้น การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลงความดันโลหิตลดลง อาจมีภาวะหัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอหรือผิดจังหวะ นอกจากนั้นร่างกายยังมีการสร้างเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้นทำให้เลือดมีความหนืด ความต้านทานของหลอดเลือดปอดสูงขึ้นอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจซีกขวาล้มเหลวอย่างเฉียบพลัน

3.4.1.4 ระบบไต กระตุ้น Rennin angiotensin axis ให้มีการสร้าง Erythropoietin เพิ่มขึ้น ระยะแรกมีปัสสาวะออกลดลง < 0.5 - 1 ml/kg/hr ถ้ามีภาวะพร่องออกซิเจนรุนแรงมาก อาจเกิดภาวะไตวาย

3.4.1.5 ระบบผิวหนัง ระยะแรกของการขาดออกซิเจน มีอาการเหื่อออก ตัวเย็น ถ้าขาดออกซิเจนรุนแรง มีระดับ $\text{PaO}_2 < 40 \text{ mmHg}$ หรือ $\text{O}_2 \text{ Sat} < 70 \%$ จะพบอาการเขียว (Cyanosis) การตรวจดูที่เยื่อปากลิ้นและปลายมือ ปลายเท้า

3.4.2 ภาวะ Hypercapnia

ภาวะ Hypercapnia คือ ภาวะที่มีคาร์บอนไดออกไซด์ (CO_2) ในเลือดสูงกว่าปกติ ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อระบบหายใจไม่สามารถขับคาร์บอนไดออกไซด์ออกจากร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ค่าระดับ CO_2 ในเลือดที่สูงเกินไปอาจทำให้เกิดภาวะกรดในเลือด (Acidosis) ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ดังนี้

3.4.2.1 ระบบประสาท ภาวะ CO_2 คั่งมากขึ้นจะมีอาการซีมง่วงนอน (Drowsiness) สับสน (Confusion) ไม่มีสมาธิ (Inability to concentrate) หากมีระดับ CO_2 สูงขึ้น 3 เท่าของระดับปกติ จะมีอาการ โคม่า รูม่านตาหดเล็ก Deep tendon และ Planter reflex ลดลง

3.4.2.2 ระบบหายใจ ระยะแรกของการมีภาวะ CO_2 คั่ง จะพบการกระตุ้น central chemoreceptor ทำให้เพิ่มการหายใจ เพื่อเพิ่มการระบาย CO_2 ออกจากร่างกาย มีอาการหายใจเร็วขึ้น

3.4.2.3 ระบบหัวใจและการไหลเวียน ผิวหนังมีลักษณะแดงและอุ่น ชีพจรเต้นแรง (Bounding pulse) ความดันโลหิตสูงจากการเพิ่ม Cardiac output ปวดศีรษะจากหลอดเลือดขยาย และอาจพบจอประสาทตาบวม (Papilledema) จากความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น CO_2 ที่เพิ่มขึ้นโดยตรงทำให้หลอดเลือดส่วนปลายขยายตัว (Vasodilatation) กดการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ หัวใจเต้นผิดปกติ (Cardiac dysrhythmia) อาจทำให้เกิด Cardiovascular collapse ความดันโลหิตลดลงและมีอาการเขียว

3.5 การรักษาภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

3.5.1 การแก้ไขโรคหรือภาวะที่เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวเป็นสิ่งจำเป็น การรักษาสาเหตุของภาวะหายใจล้มเหลวที่ไม่เหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการแย่ลงจนเสียชีวิตได้ (เดชา วณิชจักรวงศ์ และคณะ, 2560)

3.5.2 การดูแลทางเดินหายใจต้องทำให้ทางเดินหายใจของผู้ป่วยเปิดโล่งไม่มีการอุดกั้น เพื่อให้มีออกซิเจนผ่านเข้าออกทางเดินหายใจของผู้ป่วยได้ตลอดเวลา

3.5.3 การแก้ไขภาวะ Hypoxemia และ Hypercapnia จุดมุ่งหมายของการรักษา คือ การทำให้มีออกซิเจนไปยังเนื้อเยื่อต่าง ๆ ของร่างกายอย่างเพียงพอ ระยะเบื้องต้นควรให้การรักษาด้วยออกซิเจนและอุปกรณ์ต่าง ๆ ตามความเหมาะสม หากไม่สามารถแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจนหรือภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่งได้ พิจารณาช่วยหายใจโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ

3.5.4 การใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นขั้นตอนสุดท้ายสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถหายใจเองได้

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 3

การพยาบาลและทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา

ในการศึกษาเรื่อง การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษลักษณะรุนแรงร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลว ผู้เขียนได้นำกรอบแนวคิด และ/หรือทฤษฎีทางการพยาบาลที่จะนำมาใช้ในการประเมินแนวคิดที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการพยาบาล ดังนี้

1. แนวคิดและหลักการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care)
2. การใช้กระบวนการพยาบาล
3. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม
4. แนวคิดแบบแผนสุขภาพของมาร์จอรี กอร์ดอน (Marjory Gordon)
5. ทฤษฎีความผูกพันหรือสัมพันธ์ภาพ (Klaus & Kennell, 2011)
6. การพยาบาลมารดาในระยะหลังคลอด

1. แนวคิดและหลักการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม

ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้กำหนดคำนิยามของสุขภาพว่า หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล โดยปัญญาหมายถึงความรู้ทั่ว รู้เท่าทันและความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ (นงนภัทร รุ่งเนย, 2560) จะเห็นได้ว่า สุขภาพมีลักษณะเป็นองค์รวม ทุกส่วนเกี่ยวข้องกันและมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับแนวคิดของคราเวนและไฮร์เนล (Craven & Hirnle, 2003) กล่าวได้ว่า สุขภาพแบบองค์รวม (Holistic health) หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีความสามารถในการทำหน้าที่ทั้งด้านชีวจิตสังคมและจิตวิญญาณ โดยเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างผาสุก มิได้จำกัดอยู่เพียงปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น สุขภาพมีลักษณะเป็นองค์รวม ปฏิริยาความสัมพันธ์ระหว่างร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณไม่สามารถแยกออกจากกันได้ และความสัมพันธ์ดังกล่าวต้องอยู่ในภาวะสมดุลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของสุขภาพ สุขภาพทุกมิติเป็นระบบที่เชื่อมโยงเกี่ยวข้องกัน ปัจจัยต่าง ๆ มีผลกระทบต่อบรรยากาศของสุขภาพ สุขภาพต้องมุ่งเน้นเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของคนทั้งมวล และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อประโยชน์ของบุคคล ชุมชน และสังคม

1.1 ความหมายของการประเมินสุขภาพ

การประเมินสุขภาพ (Health assessment) เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ใช้บริการต้องอาศัยทักษะและประสบการณ์หลายด้าน ทั้งด้านความรู้เกี่ยวกับโรค และกลุ่มอาการต่าง ๆ ความสามารถในการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การสืบค้นข้อมูลต่าง ๆ การวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการดูแลผู้ป่วย และต้องอาศัยทักษะในการสร้างสัมพันธภาพและการคิดวิเคราะห์เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ถูกต้องและตรงกับความเป็นจริง พยาบาลต้องใช้ทั้งคุณธรรม จริยธรรม ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ คำนึงถึงความเป็นองค์รวมของบุคคล

การประเมินสุขภาพเป็นการกำหนดภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการหรือความต้องการความช่วยเหลือที่สามารถกระทำได้ ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญและเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล การประเมินสุขภาพของบุคคล จำเป็นต้องประเมินสภาวะทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณพร้อมกันไป

1.2 หลักการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม

การประเมินสุขภาพเป็นทักษะพื้นฐานทางคลินิกซึ่งมีความสำคัญมาก ประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินสุขภาพ (นงนภัทร รุ่งเนย, 2560) ดังนี้

1.2.1 การซักประวัติหรือสัมภาษณ์ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการตัดสินใจระดับสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ซึ่งการประเมินต้องครอบคลุมข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัวและปัญหาทางพันธุกรรม ข้อมูลด้านจิตสังคม ตลอดจนอาการที่ปกติและผิดปกติของระบบต่าง ๆ

1.2.2 การตรวจร่างกาย เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการแสดงต่าง ๆ ที่บ่งถึงความผิดปกติทางกาย ตลอดจนอารมณ์ และความรู้สึกของผู้ป่วยนอกเหนือจากการสัมภาษณ์ ซึ่งกระบวนการตรวจร่างกาย ประกอบด้วยการตรวจลักษณะทั่วไป และการตรวจร่างกายตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า หรือตรวจร่างกายตามระบบ

1.2.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ ได้แก่ เลือด ปัสสาวะ สารคัดหลั่งและอื่น ๆ เพื่อใช้ในการวินิจฉัยโรค

1.3 การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม

เป็นการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคลทั้งด้านสุขภาพทางกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1.3.1 การประเมินสุขภาพทางกาย หมายถึง การตรวจสุขภาพโดยทั่วไป การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1.3.2 การประเมินสุขภาพทางจิตสังคมและจิตวิญญาณ เป็นการประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์

สังคม และจิตวิญญาณ โดยการสังเกต การสัมภาษณ์ การตรวจส่วนต่าง ๆ ซึ่งต้องอาศัยทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร เพื่อให้เกิดความไว้วางใจในสภาพจิตใจ แบ่งเป็น 2 ประเภท

1.3.2.1 การประเมินด้านจิตสังคม (Psychosocial assessment) เป็นการประเมินสุขภาพด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ การสังเกตพฤติกรรม และการประเมินด้านสังคมเป็นการประเมินผลกระทบทางจิตที่เกี่ยวข้องกับสังคม การประเมินด้านจิตสังคมประกอบด้วย

- 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ อาชีพ
- 2) แบบแผนการเผชิญปัญหา
- 3) ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วย
- 4) บุคลิกภาพ
- 5) การเปลี่ยนแปลงสำคัญในชีวิต
- 6) ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต
- 7) การประเมินสภาพจิต

1.3.2.2 การประเมินด้านจิตวิญญาณ (Spiritual assessment) การประเมินสุขภาพด้านจิตวิญญาณ เป็นการประเมินลักษณะภายในที่มีผลต่อการแสดงออก ควรประเมินร่วมกับข้อมูลด้านจิตสังคมอาจใช้ The FICA method ของคริสตินา พูฮาลสกี (Christina Puhalski) ดังนี้

- 1) F (Faith and Belief) เป็นการประเมินความศรัทธาและความเชื่อ
- 2) I (Importance/Influence) สิ่งสำคัญในความเชื่อในชีวิตของบุคคล
- 3) C (Community) ประเมินการมีส่วนร่วมในชุมชน
- 4) A (Address in care) ประเมินความต้องการของผู้ป่วยที่จะต้องการ

ความช่วยเหลือ

2. การใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process)

กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการเป็นรายบุคคลแบบองค์รวมตามแนวทางวิทยาศาสตร์และเป็นการนำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติบนพื้นฐานของการใช้เหตุผล การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหาซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาล สร้างความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานมากขึ้น การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นการสร้างมาตรฐานคุณภาพทางการพยาบาล (พิชญากร ศรีปะโค, 2557)

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน



ภาพที่ 2 กระบวนการพยาบาล

หมายเหตุ จาก <https://www.facebook.com/BaanNursingService.net/posts/574730836474351/>

2.1 ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ 5 ขั้นตอน คือ

2.1.1 การประเมิน (Assessment) การประเมินเป็นขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ ผู้ใช้บริการอย่างเป็นระบบ เพื่อค้นหาปัญหา หรือความต้องการของผู้ใช้บริการ โดยพยาบาล มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ ครอบครัว และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง กิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติในขั้นตอนนี้ ประกอบด้วย การจำแนกปัญหา (Problem recognition) และการรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยเนื้อหา (Content) ของข้อมูล และกระบวนการ (Process) ของการได้รับข้อมูล ชนิดของข้อมูลมีทั้งข้อมูลเชิงนามธรรม (Subjective data) ซึ่งเป็นคำบอกเล่า หรือบรรยายถึงความต้องการ ความรู้สึก ความเชื่อ การรับรู้ และข้อมูลเชิงรูปธรรม (Objective data) เป็นข้อมูลที่สามารถสังเกตหรือวัดได้ด้วยวิธีการต่าง ๆ ตามปกติแล้วข้อมูล เชิงนามธรรม และรูปธรรม มักจะสอดคล้องกัน เมื่อพยาบาลพบผู้ให้บริการเป็นครั้งแรก อาจต้องประเมินผู้ให้บริการ โดยเฉพาะ ในส่วนที่เป็นปัญหาสำคัญ และรวบรวมข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงกับเรื่องนั้น ๆ และรวบรวมข้อมูลเรื่อง อื่น ๆ เพิ่มเติมภายหลัง ดังนั้นจึงอาจต้องใช้เวลาในการรวบรวมข้อมูลหลายครั้งจึงจะสมบูรณ์ วิธีการ รวบรวมข้อมูลมีหลายวิธี ซึ่งมักใช้ร่วมกัน ได้แก่ การสังเกต การซักประวัติ การสัมภาษณ์ การตรวจ ร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น เมื่อได้ข้อมูลต่าง ๆ มาแล้ว พยาบาลต้องตรวจสอบ ความตรง (Validity) ของข้อมูลร่วมกับผู้ให้บริการ พร้อมทั้งทำความเข้าใจในข้อมูลที่ยังไม่ชัดเจน หรือคลุมเครือ

2.1.2 การวินิจฉัย (Diagnosis) การวินิจฉัยปัญหาเป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์ และ สังเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ ที่รวบรวมได้โดยอาศัยทักษะการตัดสินใจทางคลินิก (Clinical judgment) การคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Clinical thinking) ความสามารถย้อนรำลึกและนำความรู้ที่เกี่ยวข้อง

มาใช้แปลข้อมูล ซึ่งความรู้ทางคลินิก (Clinical knowledge) เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ช่วยให้พยาบาลไวต่อข้อสำคัญหรือนัยของข้อมูล ช่วยให้เข้าใจข้อมูลและความสัมพันธ์ของข้อมูลที่ประกอบกันเป็นปัญหาของผู้ใช้บริการ

การวินิจฉัยปัญหาเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยการประมวลข้อมูล (Data processing) การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การตรวจสอบข้อวินิจฉัย (Validation) และการบันทึกข้อวินิจฉัย (Documentation) การประมวลข้อมูลเป็นขั้นตอนการจัดหรือแยกประเภท (Classification) ของข้อมูลให้เป็นระบบ แปลความหมาย (Interpretation) โดยระบุข้อมูลที่สำคัญเปรียบเทียบกับมาตรฐานหรือบรรทัดฐาน จัดกลุ่มข้อสำคัญ หรือนัยสำคัญ และสรุปลงความเห็น ตามหลักการของเหตุผล นอกจากนี้ยังต้องมีการตรวจสอบความตรง (Validation) ของการแปลข้อมูลดังกล่าวให้ตรงกับความเป็นจริง โดยอาจตรวจสอบกับผู้ให้บริการหรือครอบครัว ปรีกษาหารือกับบุคลากรอื่นหรือเปรียบเทียบกับแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เช่น ตำรา วารสาร การตรวจสอบดังกล่าวจะช่วยป้องกันความผิดพลาดและช่วยให้ทราบถึงข้อมูลที่ต้องการเพิ่มเติม ลักษณะของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับแนวคิด หรือทฤษฎีที่ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล อย่างไรก็ตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจะเป็นประโยชน์ในการสื่อสารระหว่างพยาบาล เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพและผู้ให้บริการ รวมทั้งให้แนวทางในการเลือกวิธีการบำบัดและการประเมินผลการพยาบาล

2.1.3 การวางแผน (Planning) การวางแผนเป็นขั้นตอนของการพัฒนากลยุทธ์เพื่อป้องกัน บรรเทา หรือแก้ไขปัญหาวินิจฉัยไว้ ประกอบด้วยการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การตั้งเป้าหมาย และการเลือกวิธีการบำบัดเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น ผู้ให้บริการแต่ละรายมักมีปัญหาที่ต้องการการพยาบาลหลายปัญหา แต่ในทางปฏิบัติอาจไม่จำเป็นต้องแก้ไขปัญหในเวลาเดียวกัน จึงต้องมีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ซึ่งสามารถพิจารณาจากอันตรายที่จะเกิดแก่ผู้ให้บริการ หรือลำดับความต้องการของมนุษย์ กล่าวคือ ปัญหาที่คุกคาม หรือเป็นอันตรายต่อชีวิตมาก หรือปัญหาที่เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ควรมีความสำคัญลำดับต้น ๆ

การตั้งเป้าหมาย (Goal) จะช่วยให้พยาบาลสามารถเลือกวิธีการบำบัด และประเมินผลความก้าวหน้าของผู้ให้บริการ ได้อย่างเหมาะสม เป้าหมายของการพยาบาลมี 2 ลักษณะ คือ เป้าหมายระยะสั้น (Short - term goal) ซึ่งบรรลุได้ในเวลาอันรวดเร็ว เป้าหมายระยะยาว (long - term goal) ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ต้องใช้เวลายาวนาน หรืออาจเป็นเป้าหมายโดยรวมของการดูแลทั้งหมด

ลักษณะเป้าหมายของการพยาบาล ควรเป็นเป้าหมายเชิงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ (Client outcome) มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ให้บริการแต่ละราย เป็นไปได้จริง บรรลุได้ และวัดได้ในขั้นตอนของการวางแผนยังต้องมีการเลือกวิธีการบำบัด (Intervention) กิจกรรม (Activity) และการปฏิบัติ (Action) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ สำหรับปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว การบำบัดมักมุ่งไปที่

การจัดหรือลดผลกระทบจากสาเหตุของปัญหาเหล่านั้น ส่วนในปัญหาที่ยังไม่ปรากฏแต่มีโอกาที่จะเกิดขึ้น การบำบัดของพยาบาลมักมุ่งที่การประเมินภาวะของผู้ใช้บริการ เพื่อตรวจสอบ (Monitor) ปัญหาและการป้องกัน หรือหลีกเลี่ยงการเกิดปัญหาดังกล่าว

การบำบัดทางการพยาบาลจำเป็นต้องอาศัยวิธีการหลาย ๆ วิธี และมักไม่เฉพาะเจาะจงกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ในขณะเดียวกันก็สามารถเลือกวิธีการบำบัดต่าง ๆ ที่หลากหลายมาใช้ในข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เป็นทางเลือกต่าง ๆ ผลที่จะเกิดตามมา และเหตุผลรองรับเชิงวิทยาศาสตร์ นอกจากนี้ควรคำนึงความเป็นไปได้ของการปฏิบัติให้สำเร็จ ตลอดจนความสามารถของผู้ปฏิบัติการพยาบาลนั้นด้วย

2.1.4 การนำแผนปฏิบัติ (Implementation) เป็นขั้นตอนของการลงมือปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ครอบคลุมตั้งแต่การลงมือปฏิบัติ การมอบหมายงานการสอน การให้คำปรึกษา การปรึกษาหรือการรายงาน และการบันทึก ผู้ปฏิบัติตามแผนที่กล่าวข้างต้น อาจมีทั้งสมาชิกในทีมสุขภาพ ผู้ใช้บริการและครอบครัว ดังนั้นจึงต้องมีการสื่อสารแผนการปฏิบัติให้ผู้เกี่ยวข้องทุกคนทราบ อย่างไรก็ตาม แม้จะมีแผนสำหรับการปฏิบัติเป็นกรอบอยู่แล้ว แต่พยาบาลยังจำเป็นต้องพิจารณาปรับเปลี่ยนแผนการปฏิบัติดังกล่าวให้เหมาะสมกับผู้ให้บริการที่เปลี่ยนแปลงไปอยู่เสมอ พร้อมทั้งรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้ประเมินผลประสิทธิภาพของการบำบัด และประเมินความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนแผนและวิธีการ

2.1.5 การประเมินผล (Evaluation) การประเมินผลเป็นขั้นตอนที่สำคัญมากเกี่ยวข้องกับคุณภาพของพยาบาล ในการประเมินผลมักจะมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ของการพยาบาลเป็นพื้นฐาน ยังจำเป็นต้องประเมินผลกระบวนการที่ใช้และโครงสร้างที่เกี่ยวข้องด้วยเนื่องจากทั้งกระบวนการและโครงสร้างสามารถมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้ การประเมินด้านผลลัพธ์ (Outcome evaluation) มุ่งเน้นที่ผู้ใช้บริการ เป็นการพิจารณาตัดสินความก้าวหน้า หรือความเปลี่ยนแปลงของผู้ใช้บริการเปรียบเทียบกับเป้าหมายเชิงผลลัพธ์ที่ตั้งไว้ว่าบรรลุเป้าหมายดังกล่าวหรือไม่ มากน้อยเพียงใด เป้าหมายของการพยาบาลที่กำหนดไว้ในขั้นตอนของการวางแผนจึงเป็นเกณฑ์ที่ใช้สำหรับการประเมินผล การประเมินผลกระบวนการ (Process evaluation) มุ่งเน้นที่คุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาลในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การประเมินข้อมูลจนถึงการนำไปปฏิบัติ ส่วนการประเมินผลด้านโครงสร้าง (Structure evaluation) มุ่งเน้นที่สภาพแวดล้อมซึ่งเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล

3. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

มโนทัศน์ทฤษฎีของโอเร็ม เป็นแนวคิดที่สร้างขึ้นโดยมีจุดเน้นเรื่อง การดูแลตนเองระดับบุคคลและความสามารถ โอเร็มอธิบาย มโนทัศน์ของการดูแลไว้ว่า “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิด ประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต มีสุขภาพและ

ความเป็นอยู่ที่ดี” (Orem et al., 2001) ทั้งนี้หากบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (McEwen & Wills, 2014)

3.1 แนวคิดทฤษฎีของโอเร็มมี 6 มโนทัศน์หลัก ประกอบด้วย การดูแลตนเอง (Self - care) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self - care demand) ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self - care agency) ความพร่องในการดูแลตนเอง (Self - care deficit) ความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency) และปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ซึ่งมีความสัมพันธ์กันและประกอบกันเป็นทฤษฎีการดูแลตนเอง ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองและทฤษฎีระบบการพยาบาล

3.2 ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เป็นทฤษฎีที่มีความซับซ้อน ประกอบด้วยทฤษฎีย่อย 3 ทฤษฎี คือ (Orem et al., 2001)

3.2.1 ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The theory of self - care) ทฤษฎีนี้จะอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขต่าง ๆ ทางด้านพัฒนาการและการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลกับการดูแลตนเอง โดยอธิบายมโนทัศน์สำคัญ ได้แก่ มโนทัศน์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง (Self - care) มโนทัศน์เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง (Self - care agency) มโนทัศน์เกี่ยวกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดมโนทัศน์เกี่ยวกับปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ดังนี้

3.2.1.1 การดูแลตนเอง (Self - care: SC) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก เมื่อการกระทำนั้นมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง (Self - care requisites) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของกลุ่ม ชุมชน ครอบครัว ซึ่งบุคคลที่กระทำการดูแลตนเองนั้นเป็นผู้ที่ต้องใช้ความสามารถหรือพลังในการกระทำที่จงใจ (deliberate) ประกอบด้วย 2 ระยะ

ระยะที่ 1 ระยะการพิจารณาและตัดสินใจ (Intention phase) เป็นระยะที่มีการหาข้อมูลเพื่อพิจารณาและตัดสินใจเลือกกระทำ โดยหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องว่าคืออะไร เป็นอย่างไร จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ทดสอบ และเชื่อมโยงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในขั้นตอนนี้ความรู้เป็นพื้นฐานสำคัญเพราะจะช่วยให้เกิดกระบวนการคิดเชิงวิทยาศาสตร์มากกว่าการใช้ความรู้สึก นอกจากนี้ยังต้องอาศัยสติปัญญาในการที่จะตัดสินใจที่จะกระทำ

ระยะที่ 2 ระยะการกระทำและผลของการกระทำ (Productive phase) เป็นระยะที่เมื่อตัดสินใจแล้วจะกำหนดเป้าหมายที่ต้องการและดำเนินการกระทำกิจกรรมเพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนดในขั้นตอนนี้ต้องอาศัยความสามารถของบุคคลทางด้านสรีระที่จะกระทำกิจกรรม (Psychomotor action) และมีการประเมินผลการกระทำเพื่อปรับปรุง

3.2.1.2 ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self - care agency: SCA) หมายถึง คุณสมบัติที่ซับซ้อนหรือพลังความสามารถของบุคคลที่เอื้อต่อการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างจริงจัง แต่ถ้าเป็นความสามารถในการดูแลบุคคลอื่นที่อยู่ในความรับผิดชอบเรียกว่า Dependent - care Agency ความสามารถนี้ประกอบด้วย 3 ระดับ ดังนี้

1) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน เป็นความสามารถของมนุษย์ขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการรับรู้และเกิดการกระทำ ซึ่งแบ่งออกเป็น ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) ความสามารถที่จะกระทำ (Doing) และคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำประกอบด้วย 1) ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ การอ่าน การเขียน การใช้เหตุผลอธิบาย 2) หน้าที่ของประสาทรับรู้ทั้งการสัมผัส มองเห็น ได้กลิ่นและรับรส 3) การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง 4) การเห็นคุณค่าในตนเอง 5) นิสัยประจำตัว 6) ความตั้งใจและสนใจสิ่งต่าง ๆ 7) ความเข้าใจในตนเองตามสภาพที่เป็นจริง 8) ความห่วงใยในตนเอง 9) การยอมรับในตนเองตามสภาพความเป็นจริง 10) การจัดลำดับความสำคัญของการกระทำรู้จักเวลาในการกระทำ 11) ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

2) พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power component) เป็นคุณลักษณะที่จำเป็นและเฉพาะเจาะจง สำหรับการกระทำอย่างจริงจังเป็นตัวกลางเชื่อมการรับรู้และการกระทำ ประกอบด้วย 1) ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเองในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบ 2) ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้สามารถปฏิบัติกิจกรรม 3) ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นเพื่อการดูแลตนเอง 4) ความสามารถที่จะใช้เหตุผล 5) มีแรงจูงใจที่จะกระทำในการดูแลตนเอง 6) มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามการตัดสินใจ 7) มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง 8) มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ 9) มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง 10) มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องการดูแลตนเองเข้าเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

3.2.1.3 ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self - care demand: SCD) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรม (Action demand) การดูแลตนเองทั้งหมดที่จำเป็นต้องกระทำในช่วงเวลาหนึ่ง เพื่อที่จะตอบสนองต่อความจำเป็นในการดูแลตนเอง (Self - care requisites) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self - care demand) เป็นเป้าหมายสูงสุด (Ultimate goal) ของการดูแลตนเองที่จะถึงซึ่งภาวะสุขภาพ หรือความผาสุก กิจกรรมที่จะต้องกระทำทั้งหมดนี้จะทราบได้จากการพิจารณาการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งการดูแลที่จำเป็น (Self - care requisites: SCR) หมายถึง กิจกรรมที่ต้องการให้บุคคลกระทำหรือกระทำเพื่อบุคคลอื่น ซึ่งมี 3 ด้าน ดังนี้

1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self - care Requisites)

เป็นความต้องการของมนุษย์ทุกคนตามอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่น ๆ เพื่อให้คงไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลและความผาสุก ซึ่งความต้องการจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลตามอายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สังคมวัฒนธรรม และแหล่งประโยชน์ กิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการนี้ (Action demand) ประกอบด้วย คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน รักษาความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ และส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (Promotion of normalcy)

2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ (Developmental Self - care Requisites: DSCR)

เป็นความต้องการการดูแลตนเองที่สัมพันธ์กับระยะพัฒนาการของบุคคล สถานการณ์และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของวงจรชีวิต เป็นความต้องการที่อยู่ภายใต้ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปแต่แยกตามพัฒนาการเพื่อเน้นให้เห็นความสำคัญในการพัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่จะช่วยให้บุคคลเจริญก้าวหน้าสู่ภาวะตามระยะพัฒนาการ เช่น ทารกในครรภ์ และในกระบวนการคลอด ทารกแรกเกิด วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมีความต้องการการดูแลตนเองที่เฉพาะเจาะจงตามโครงสร้างและหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลง และดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทาลดความเครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากภาวะวิกฤต เช่น ขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัว ในสังคม การสูญเสียเพื่อน คู่ชีวิต ทรัพย์สินสมบัติ หรือการเปลี่ยนแปลงย้ายที่อยู่ เปลี่ยนงาน เป็นต้น

3.2.1.3 ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ

(Health deviation self - care requisite: HDSCR) เป็นความต้องการที่สัมพันธ์กับความผิดปกติทางพันธุกรรมและความเบี่ยงเบนของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล และผลกระทบของความผิดปกติตลอดจนวิธีการวินิจฉัยโรค และการรักษา โดยมีการแสวงหาและคงไว้ซึ่งการช่วยเหลือที่เหมาะสม รับรู้ สนใจดูแลผลของพยาธิสภาพซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อการพัฒนาการ ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูสภาพและการป้องกันพยาธิสภาพอย่างมีประสิทธิภาพ รับรู้ สนใจในการป้องกันความไม่สุขสบาย จากผลข้างเคียงการรักษา ดัดแปลงอัตมโนทัศน์หรือภาพลักษณ์ ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลทางสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงเพื่อคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลจากการวินิจฉัยโรคและการรักษาเพื่อส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่องในการประเมินความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพจำเป็นต้องคำนึงถึงปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย

เป็นหลักและยังมีความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปและตามระยะพัฒนาการ ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisite: HDSCR) เป็นความต้องการที่สัมพันธ์กับความผิดปกติทางพันธุกรรม และความเบี่ยงเบนของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล และผลกระทบของความผิดปกติ ตลอดจนวิธีการวินิจฉัยโรค และการรักษา

ปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors: BCFs) เป็นคุณลักษณะบางประการ หรือปัจจัยทั้งภายในและภายนอกของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และ ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ปัจจัยพื้นฐานนี้ยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถ ในบทบาทของพยาบาล ได้แก่ 11 ปัจจัย ดังนี้ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ ระบบบริการ สุขภาพ สังคมชนบทธรรมเนียมประเพณีระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อมสภาพ ที่อยู่อาศัย แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต

3.2.2 ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The theory of self-care deficit) เป็นแนวคิดหลักในทฤษฎีของโอเรม กล่าวว่า เมื่อความต้องการการดูแลตนเองมากกว่าความสามารถ ที่ตอบสนองได้ บุคคลนั้นจะมีความบกพร่องในการดูแลตนเองและต้องการพยาบาลช่วยเหลือในการ ดูแล แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเอง ทั้งหมดในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมี 3 แบบ (Pichayapinyo, 2013) ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้มีได้ 3 แบบ ดังนี้

3.2.2.1 ความต้องการที่สมดุล (Demand is equal to abilities: TSCD = SCA)

3.2.2.2 ความต้องการน้อยกว่าความสามารถ (Demand is less than abilities: TSCD < SCA)

3.2.2.3 ความต้องการมากกว่าความสามารถ (Demand is greater than abilities: TSCD > SCA) ในความสัมพันธ์ของ 2 รูปแบบแรกนั้น บุคคลสามารถบรรลุเป้าหมายความต้องการ การดูแลตนเองทั้งหมดได้ ถือว่าไม่มีภาวะพร่อง (No deficit) ส่วนในความสัมพันธ์ที่ 3 เป็นความไม่สมดุล ของความสามารถที่มีไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดจึงมีผลทำให้เกิด ความบกพร่องในการดูแลตนเอง ความพร่องในการดูแลตนเองเป็นได้ทั้งบกพร่องบางส่วนหรือทั้งหมด และความพร่องในการดูแลตนเองเป็นเสมือนเป้าหมายทางการแพทย์

3.2.3 ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing system) เป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำของพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนอง ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลได้รับการดูแล ให้ถูกนำมาใช้ปกป้องและดูแลตนเอง โดยใช้ความสามารถทางการพยาบาล ระบบการพยาบาลเป็น ระบบของการกระทำที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความสามารถและความต้องการการดูแล

ของผู้รับบริการ ซึ่งได้แบ่งออกเป็น 3 ระบบ โดยอาศัยเกณฑ์ความสามารถของบุคคลในการควบคุม การเคลื่อนไหวและการจัดกระทำ

3.2.3.1 ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system) เป็นบทบาทของพยาบาลที่ต้องกระทำเพื่อทดแทนความสามารถของผู้รับบริการ โดยสนองตอบต่อ ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ขาดศักยภาพไร้สมรรถภาพในการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลตนเอง และช่วยประคับประคองและปกป้องจากอันตรายต่างๆ และผู้ที่มีความต้องการระบบการพยาบาลแบบนี้ คือ

1) ผู้ที่ไม่สามารถจะปฏิบัติในกิจกรรมที่จะกระทำอย่างจริงจัง ไม่ว่ารูปแบบใด ๆ ทั้งสิ้น เช่น ผู้ป่วยหมดสติ หรือผู้ที่ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ได้แก่ ผู้ป่วยอัมพาต ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว

2) ผู้ที่รับรู้และอาจจะสังเกตตัดสินใจเกี่ยวกับดูแลตนเองได้ และไม่ควรจะ เคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวใดๆ ได้แก่ ผู้ป่วยด้านออร์โธปิดิกส์ที่ใส่เฝือกหรือกระดูก หลังหัก

3) ผู้ที่ไม่สนใจหรือเอาใจใส่ในตนเอง ไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผล ในการดูแลตนเอง เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต

3.2.3.2 ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system) เป็นระบบการพยาบาลให้การช่วยเหลือที่ขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วย โดยพยาบาลจะช่วยผู้ป่วยสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยรวมรับผิดชอบ ในหน้าที่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ผู้ป่วยจะพยายามปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องที่เป็นการ ตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นเท่าที่สามารถทำได้ส่วนบทบาทของพยาบาลจะต้อง ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างสำหรับผู้ที่ยังไม่สามารถกระทำได้ เพื่อชดเชยข้อจำกัดและ เพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และกระตุ้นให้มีการพัฒนาความสามารถในอนาคต การพยาบาลระบบนี้ผู้ป่วยต้องมีบทบาทในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างด้วยตนเอง ผู้ที่มี ความต้องการการพยาบาลแบบนี้ คือ

1) จำกัดการเคลื่อนไหวจากโรค หรือการรักษา แต่สามารถเคลื่อนไหวได้ บางส่วน

2) ขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นเพื่อการดูแลตนเองตามความต้องการ การดูแลตนเองที่จำเป็น

3) ขาดความพร้อมในการเรียนรู้และกระทำในกิจกรรมการดูแลตนเอง

3.2.3.3 ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive Nursing System) เป็นระบบการพยาบาลที่จะเน้นให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการ

ปฏิบัติการดูแลตนเอง รวมทั้งการให้กำลังใจและคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยคงความพยายามที่จะดูแลตนเอง และคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง

ระบบการพยาบาลทั้ง 3 ระบบเป็นกิจกรรมที่พยาบาลและผู้ป่วยกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด โดยมีวิธีการกระทำได้ใน 5 วิธี ได้แก่ 1) การกระทำให้หรือกระทำแทน 2) การชี้แนะ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการกระทำได้ 3) การสนับสนุน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพยายามและป้องกันไม่ให้เกิดความล้มเหลว 4) การสอน เป็นการพัฒนาความรู้และทักษะที่เฉพาะ และ 5) การสร้างสิ่งแวดล้อม

3.3 การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้โดยประยุกต์ใช้ตามแนวคิดกระบวนการพยาบาลที่สามารถใช้ได้ตั้งแต่ขั้นประเมินสภาพเป็นต้นไป ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

3.3.1 ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวินิจฉัยและพรรณนา (Diagnosis and prescription) เป็นขั้นตอนที่ระบุถึงความพร่องในการดูแลตนเอง โดยมีขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง ความต้องการในการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้านรวมทั้งปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง แล้วจากนั้นจะพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถกับความต้องการการดูแลตนเองเพื่อบ่งชี้ถึงภาวะพร่องในการดูแลตนเองและเขียนข้อวินิจฉัย

3.3.2 ขั้นตอนที่ 2 ขั้นวางแผน (Design and plan) เป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องเมื่อทราบถึงความพร่องในการดูแลตนเองแล้ว จากนั้นจะทำการเลือกกระบวนการพยาบาลให้เหมาะสม แล้วนำมาวางแผนโดยมีการกำหนดเป้าหมายหรือผลลัพธ์ทางการพยาบาลและกำหนดกิจกรรมการพยาบาล

3.3.3 ขั้นตอนที่ 3 ขั้นปฏิบัติการพยาบาลและควบคุม (Regulate and control) เป็นขั้นตอนที่พยาบาลนำกิจกรรมไปลงมือปฏิบัติตามแผนการพยาบาล มีจุดมุ่งหมาย คือการบรรลุความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (TSCD) และรวมถึงการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลว่ามีประสิทธิภาพหรือไม่ ปกป้องหรือพัฒนาความสามารถหรือไม่ นำข้อมูลย้อนกลับเข้าสู่การประเมินสถานะอีกครั้ง

4. กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของมาร์จอรี กอร์ดอน (Marjory Gordon)

แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health) เป็นกรอบแนวคิดของมาร์จอรี กอร์ดอน ใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคลและครอบครัว โดยประเมินแบบแผนพฤติกรรมภายนอกและภายในของบุคคลที่เกิดขึ้นช่วงระยะเวลาหนึ่งและมีผลต่อสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ เช่น พันธุกรรม พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม ระบบสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ประกอบด้วย 11 แบบแผน แต่ละแบบแผนจะมีความสัมพันธ์กัน ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจถึงการดำรงชีวิต

การปรับตัวทางกายภาพและจิตสังคม พยาบาลต้องรวบรวมข้อมูลให้ครอบคลุมทั้ง 11 แบบแผน ดังนี้ (พรศิริ พันธสี, 2564)

4.1 แบบแผนที่ 1 การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ (Health perception and health management) การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการดูแลสุขภาพเป็นความคิด ความเข้าใจของบุคคล เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง การดำเนินการหรือการจัดการในการดูแลสุขภาพของตนเอง และผู้ที่ตนเองรับผิดชอบ โดยครอบคลุมเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว พฤติกรรมการป้องกันโรค และความเจ็บป่วย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง หรือพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วย รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการมีภาวะสุขภาพดี ดังนั้นแบบแผนการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพจึงประกอบด้วยแบบแผนย่อย 2 แบบแผน คือ

4.1.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองและของผู้ที่ตนรับผิดชอบ เป็นความเข้าใจหรือ การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของตนเองและของผู้ที่ตนรับผิดชอบ ว่าถูกต้อง เหมาะสมหรือไม่ และมีความคาดหวังต่อภาวะสุขภาพ หรือการรักษาอย่างไร

4.1.2 การดูแลสุขภาพของตนเอง และของผู้ที่ตนรับผิดชอบ ซึ่งประกอบด้วยความรู้ในการ ดูแลสุขภาพของตนเอง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ทั้งนี้สามารถประเมินได้จากการที่บุคคลมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือไม่เช่น การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ การติดสารเสพติด การขาดการออกกำลังกาย นอกจากนี้ยัง ประเมินได้จากความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การมีพฤติกรรมไปตรวจสุขภาพประจำปี การสนใจติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอนามัยสม่ำเสมอ เป็นต้น

4.1 แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร (Nutrition and metabolism) โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหารเป็นแบบแผนเกี่ยวกับบริโภคนิสัย การได้รับสารอาหารและน้ำ ปัญหาในการรับประทานอาหารและน้ำ การเจริญเติบโต และพัฒนาการของร่างกาย การเผาผลาญ สารอาหาร การควบคุมน้ำและ Electrolyte ในร่างกาย สภาพของผิวหนัง บาดแผล ผม ปาก คอ ฟัน เยื่อต่าง ๆ อุณหภูมิของร่างกาย และระบบภูมิคุ้มกันโรค รวมทั้งปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และ ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อแบบแผนการรับประทานอาหาร การใช้สารอาหารและน้ำ ตลอดจน การเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ดังนั้นแบบแผนโภชนาการ และการเผาผลาญสารอาหารจึงประกอบด้วยแบบแผนย่อย 7 แบบแผน คือ

4.1.1 อาหารและภาวะโภชนาการ

4.1.2 การเผาผลาญสารอาหาร

4.1.3 น้ำและ electrolyte

4.1.4 อุณหภูมิของร่างกาย

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

4.1.5 การเจริญเติบโตและพัฒนาการ

4.1.6 ผิวหนังและเยื่อ

4.1.7 ภูมิคุ้มกันโรค

4.3 แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย (Elimination)

การขับถ่ายเป็นแบบแผนเกี่ยวกับการขับถ่ายของเสียทุกประเภทออกจากร่างกาย ได้แก่ การขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ สารอื่นๆ ที่ขับออกจากร่างกาย ตลอดจนปัญหาการขับถ่าย เช่น ลักษณะความถี่ ความลำบากในการขับถ่าย ปัญหาในการควบคุมการขับถ่าย การใช้ยาระบาย นอกจากนี้ยังรวมทั้งปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อแบบแผนการขับถ่าย และการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ดังนั้นแบบแผนการขับถ่ายส่วนใหญ่ประกอบด้วยแบบแผนย่อย 2 แบบแผน คือ

4.3.1 การขับถ่ายอุจจาระ

4.3.2 การขับถ่ายปัสสาวะ

4.4 แบบแผนที่ 4 กิจกรรม และการออกกำลังกาย (Activity and exercise) กิจกรรมและการออกกำลังกายเป็นแบบแผนเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน (Activities of daily living) กิจกรรมในการทำงานอาชีพ การออกกำลังกาย และปัญหาในการออกกำลังกาย การใช้เวลาร่วมและนันทนาการ การทำงานของระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบโครงสร้างของร่างกาย เช่น กระดูก ข้อ กล้ามเนื้อ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมปัจจัยเสี่ยง และอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรม และการออกกำลังกาย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ดังนั้นแบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกายจึงประกอบด้วยแบบแผนย่อยได้ 4 แบบแผน คือ

4.4.1 การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน และการออกกำลังกาย

4.4.2 การทำงานของโครงสร้าง (กระดูก ข้อ กล้ามเนื้อ)

4.4.3 การทำงานของระบบหัวใจ

4.4.4 การทำงานของระบบหัวใจ และการไหลเวียนโลหิต

4.5 แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ (Sleep and rest) การพักผ่อนนอนหลับเป็นแบบแผนเกี่ยวกับการนอนหลับ การพักผ่อน ปัญหาเกี่ยวกับการนอน ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และอุปสรรคต่อแบบแผนการนอนหลับ กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติเพื่อให้ผ่อนคลาย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

4.6 แบบแผนที่ 6 สติปัญญา และการรับรู้ (Cognition and perception) เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกและการตอบสนองความสามารถทางสติปัญญา แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ประกอบด้วยแบบแผนย่อย 2 แบบแผน ดังนี้

4.6.1 การรับรู้ความรู้สึกและการตอบสนอง หมายถึง แบบแผนเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลในการรับรู้สิ่งเร้า และการตอบสนองต่อสิ่งเร้าด้านการรับรู้ความรู้สึก (Sensation) ทั้ง 5 ทาง ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส การรับรู้ความรู้สึกทางผิวหนัง และการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวด

4.6.2 ความสามารถทางสติปัญญา หมายถึง แบบแผนเกี่ยวกับความสามารถ และพัฒนาการทางสติปัญญาเกี่ยวกับความคิด ความจำ ความสามารถในการตัดสินใจ การแก้ปัญหา และการสื่อสารต่างๆ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และอุปสรรคต่อความสามารถทางสติปัญญา รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

4.7 แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์ (Self - perception and Self-concept)

การรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์เป็นแบบแผนที่เกี่ยวกับความคิด ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเอง (อัตมโนทัศน์) การมองตนเองเกี่ยวกับรูปร่าง หน้าตา ความพิการ (ภาพลักษณ์) ความสามารถ คุณค่า เอกลักษณ์ และความภูมิใจในตนเอง ตลอดจนปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยอุปสรรคที่มีผลต่อการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

4.8 แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ (Role and relationship) เป็นแบบแผนเกี่ยวกับบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ การติดต่อสื่อสาร และการมีสัมพันธภาพกับบุคคลทั้งภายในครอบครัวและสังคม รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ และการสร้างสัมพันธภาพ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงบทบาทอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

4.9 แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ (Sexuality and reproduction)

เพศและการเจริญพันธุ์เป็นแบบแผนเกี่ยวกับพัฒนาการตามเพศ ซึ่งมีอิทธิพลมาจากพัฒนาการด้านร่างกาย และอิทธิพลของสังคม สิ่งแวดล้อม การเลี้ยงดู ลักษณะการเจริญพันธุ์ พฤติกรรมทางเพศ และเพศสัมพันธ์ ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง หรือปัจจัยอุปสรรคต่อการพัฒนาการตามเพศ และการเจริญพันธุ์ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

4.10 แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด (Coping and stress tolerance) เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้ลักษณะอารมณ์พื้นฐาน การรับรู้เกี่ยวกับความเครียด ปฏิกริยาของร่างกายเมื่อเกิดความเครียด วิธีการแก้ไข และการจัดการกับความเครียด ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความเครียด ปัจจัยส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวกับความเครียด รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

4.11 แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ (Value and belief) คุณค่าและความเชื่อเป็นแบบแผนเกี่ยวกับความเชื่อถือ ความศรัทธา ความมั่นคงเข้มแข็งทางด้านจิตใจ สิ่งที่มีคุณค่า มีความหมายต่อชีวิต สิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ เป้าหมายในการดำเนินชีวิต ความเชื่อทางด้านสุขภาพ และ

การปฏิบัติตนตามความเชื่อ ปัจจัยส่งเสริม และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อความมั่นคงเข้มแข็งทางจิตใจ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

ในการดูแลผู้ป่วยจึงต้องใช้กระบวนการพยาบาลให้ครบทุกขั้นตอน โดยประเมินให้ครอบคลุมองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และสิ่งแวดล้อม ตามแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผน หลังจากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ และระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในแบบแผนที่ผิดปกติ หรือมีพยาธิสภาพในแบบแผนนั้น ๆ ทั้งนี้ความผิดปกติในแบบแผนหนึ่งอาจเกิดจากความผิดปกติ หรือมีพยาธิสภาพในแบบแผนนั้น ๆ หรือจากสาเหตุในแบบแผนอื่น ๆ เนื่องจากแต่ละคนแบบแผนเป็นองค์ประกอบของคนทั้งคน ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกัน ในการแก้ไขกระบวนการพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพ กอร์ดอน เน้นเฉพาะการใช้กับผู้รับบริการที่เจ็บป่วย จึงกล่าวถึงการวินิจฉัยการพยาบาลเฉพาะแบบแผนที่ผิดปกติเท่านั้น ในระยะต่อมาได้มีการขยายขอบเขตใช้แบบแผนสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค จึงได้มีการกำหนด ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในภาวะที่ข้อมูลบ่งชี้ว่าแบบแผนสุขภาพนั้นๆ เป็นปกติขึ้น ดังนั้นในปัจจุบันการวินิจฉัยการพยาบาลตามกรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพจึงวินิจฉัยทั้งภาวะที่ปกติของแบบแผน และภาวะที่ผิดปกติของแบบแผน

การวางแผนการพยาบาล พยาบาลจะกำหนดจุดมุ่งหมาย และวิธีการในการแก้ไขความผิดปกติของแบบแผนที่พบตามกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลไว้ ในกรณีที่สรุปข้อวินิจฉัยที่แสดงถึงภาวะที่ผิดปกติของผู้รับบริการการกำหนดจุดมุ่งหมายการพยาบาลก็เพื่อให้แบบแผนสุขภาพที่ดีนั้นคงอยู่ต่อไปหรือมีแบบแผนที่สมบูรณ์ขึ้น หรือคนมีศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ดีขึ้น ในการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลจะต้องดำเนินการพยาบาล เพื่อแก้ไขความผิดปกติของแบบแผนสุขภาพ การป้องกันความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้แบบแผนนั้นๆ มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การสอน การให้คำแนะนำ การปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยมุ่งเน้นการสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมและปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

5. ทฤษฎีความผูกพันหรือสัมพันธภาพคลอสและเคนเนลล์

ทฤษฎีความผูกพันหรือสัมพันธภาพ (Bonding theory) โดยคลอสและเคนเนลล์ (Klaus & Kennell, 2011) เป็นทฤษฎีที่มุ่งเน้นการสร้างและเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างมารดากับทารก ในช่วงหลังคลอด ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่สำคัญที่สุดในการพัฒนาและสร้างความผูกพันระหว่างมารดากับทารก ความผูกพันนี้มีผลต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการทางอารมณ์ของทั้งมารดาและทารกในระยะยาว

5.1 แนวคิดหลักของทฤษฎีความผูกพัน (Bonding Theory)

5.1.1 ความสำคัญของช่วงเวลาแรกหลังคลอด Klaus และ Kennell (2011) เชื่อว่าช่วงเวลาแรกหลังคลอดมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการสร้างความผูกพันระหว่างมารดากับทารก การสัมผัสทางกาย (Skin – to – skin contact) ในช่วงเวลานี้จะช่วยให้มารดาและทารกสามารถเชื่อมโยง

อารมณ์และสัมผัสซึ่งกันและกัน ซึ่งการสัมผัสจะช่วยให้ทารกได้รับความอบอุ่นและความรู้สึกปลอดภัย ขณะเดียวกันก็ช่วยกระตุ้นให้มารดามีความรู้สึกเป็นแม่ และเปิดโอกาสให้มารดามีบทบาทในการดูแลทารก

5.1.2 การสร้างความผูกพันที่แข็งแกร่ง: ในทฤษฎีนี้ Klaus และ Kennell (2011) เน้นว่าการสร้างความผูกพันระหว่างมารดากับทารกไม่เพียงแต่มีผลในทันทีหลังคลอด แต่ยังส่งผลต่อการพัฒนาการทางอารมณ์และความสัมพันธ์ในระยะยาวของทั้งสองฝ่าย เมื่อมารดามีโอกาสสัมผัสและดูแลทารกในช่วงนี้ จะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการเป็นแม่และความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการของทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.1.3 ความสำคัญของการให้นมแม่: การให้นมแม่เป็นหนึ่งในวิธีการที่สำคัญในการเสริมสร้างความผูกพันระหว่างมารดากับทารก โดยคลอสและเคนเนลล์ระบุว่า การให้นมไม่เพียงแต่เป็นการให้สารอาหารที่จำเป็นแก่ทารก แต่ยังเป็น การสร้างความใกล้ชิดและความเชื่อมโยงทางอารมณ์ที่ลึกซึ้งระหว่างมารดากับทารก ซึ่งการให้นมที่สำเร็จจะช่วยเสริมสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ให้กับทั้งมารดาและทารก

5.1.4 ผลกระทบต่อการพัฒนาการของทารก: เมื่อมารดามีความผูกพันกับทารกในช่วงแรกหลังคลอด ทารกจะได้รับประโยชน์จากการได้รับการดูแลที่เอาใจใส่และการตอบสนองที่เหมาะสม ซึ่งช่วยให้ทารกมีพัฒนาการทางอารมณ์ที่ดี และมีความมั่นคงในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นในอนาคต (Klaus & Kennell, 2011)

5.1.5 บทบาทของการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง: นอกจากการดูแลโดยพยาบาลแล้ว การสนับสนุนจากครอบครัวและคนใกล้ชิดก็มีความสำคัญในการเสริมสร้างความผูกพันระหว่างมารดากับทารก หากมารดาได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์และสังคมจากคนรอบข้าง จะช่วยให้เธอสามารถรับมือกับความเครียดและภาระจากการเลี้ยงดูทารกได้ดียิ่งขึ้น

5.2 การประยุกต์ใช้ทฤษฎีความผูกพันหรือสัมพันธ์ภาพของคลอสและเคนเนลล์ (Klaus & Kennell, 2011) ทฤษฎีนี้เน้นการที่มารดาจะเกิดความสัมพันธ์ที่มีความลึกซึ้งและมีความผูกพันกับทารกในช่วงเวลาแรกหลังคลอด ซึ่งจะช่วยให้มารดาสามารถตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายและอารมณ์ของทารกได้ดียิ่งขึ้น ปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนการสร้าง ความผูกพันนี้ ได้แก่ การให้มารดามีโอกาสสัมผัสตัวทารก การให้นมบุตร และการอยู่ใกล้ชิดกับทารกในช่วงเวลาหลังคลอด ซึ่งเป็นการช่วยเสริมสร้างความรักและความเข้าใจในกันและกันระหว่างมารดากับทารก

5.2.1 การส่งเสริมการสัมผัสระหว่างมารดาและทารก: พยาบาลสามารถส่งเสริมการสัมผัสระหว่างมารดากับทารกทันทีหลังคลอด โดยการสนับสนุนให้มารดาถอดทารกและสัมผัสผิวหนังของทารก ซึ่งเป็นการกระตุ้นฮอร์โมนออกซิโตซิน (Oxytocin) ที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างความผูกพัน

และช่วยในการให้นมบุตร (Klaus & Kennell, 2011) นอกจากนี้ยังช่วยให้ทารกรู้สึกปลอดภัยและลดความเครียด

5.2.2 การส่งเสริมการให้นมบุตร การให้นมบุตรในช่วงแรกหลังคลอดมีบทบาทสำคัญในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างมารดากับทารก การที่มารดาสามารถให้นมบุตรได้อย่างต่อเนื่องจะช่วยเสริมสร้างความผูกพันและช่วยให้ทารกได้รับสารอาหารที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโต นอกจากนี้ยังช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด (Klaus & Kennell, 2011)

5.2.3 การสนับสนุนจิตใจของมารดา พยาบาลสามารถสนับสนุนทางจิตใจให้กับมารดาโดยการให้คำแนะนำและคำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลทารกและการจัดการกับอารมณ์ต่าง ๆ เช่น ความวิตกกังวล หรือความเหนื่อยล้าจากการเลี้ยงดูทารก พยาบาลควรให้มารดามีโอกาสพูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึกของตนเอง เพื่อให้มารดารู้สึกมั่นใจในการเป็นผู้ดูแลทารก

5.2.4 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความผูกพัน สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างความผูกพันนั้นรวมถึงการให้มารดาและทารกมีโอกาสอยู่ร่วมกันในห้องเดียวกัน และการลดสิ่งรบกวนจากภายนอก เช่น การจัดการเวลาการเยี่ยมของญาติ เพื่อให้มารดาสามารถมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับทารกและสามารถให้การดูแลได้เต็มที่

6. การพยาบาลมารดาในระยะหลังคลอด

ระยะหลังคลอด (Puerperium period) หมายถึงระยะเวลาตั้งแต่หลังคลอดรกจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด (แต่ช่วงเวลานี้ไม่ได้ถูกกำหนดตายตัว ส่วนใหญ่ถือเอาที่ 4 – 6 สัปดาห์หลังคลอด) ซึ่งเป็นระยะเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่าง ๆ กลับเข้าสู่ภาวะปกติเหมือนก่อนตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะบางอย่างอาจกลับเข้าสู่ภาวะปกติเร็วหรือช้ากว่านี้ แต่โดยทั่วไปสูติแพทย์มักแนะนำให้สตรีหลังคลอดมารับการตรวจหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์ และถือว่าเป็นจุดสิ้นสุดของระยะหลังคลอด ในระยะหลังคลอดมารดาจะมีการเปลี่ยนแปลงมากมายทั้งทางด้านร่างกายจิตใจอารมณ์และสังคมซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ต่อเนื่องมาจากการตั้งครรภ์เพื่อให้ร่างกายกลับสู่สภาพเดิมเหมือนก่อนตั้งครรภ์อวัยวะต่าง ๆ จะมีการเปลี่ยนแปลงกลับคืนสู่สภาพเดิม ยกเว้นเต้านมที่จะมีการเจริญเติบโตต่อไปเพื่อสร้างน้ำนมในการเลี้ยงดูทารก ดังนั้นในการที่จะให้การดูแลทารกหลังคลอดให้ได้ครอบคลุมในทุก ๆ ด้านพยาบาลจึงควรมีความรู้ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตสังคมของมารดาหลังคลอดตลอดจนการประเมินภาวะ สุขอนามัยของมารดาและทารกเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดกับมารดาหลังคลอดและให้ การพยาบาลที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมให้มารดาและทารกมีสุขภาพที่ดีต่อไป

6.1 กระบวนการในการปรับตัวของสตรีหลังคลอด (Process of maternal adaptation) การปรับตัวของหญิงระยะหลังคลอดในบทบาทการเป็นมารดาเป็นกระบวนการที่ไม่ได้เกิดขึ้นทันทีหลังคลอดแต่เป็นกระบวนการที่ค่อยเป็นค่อยไปเป็นลำดับใน ปี ค.ศ. 1960 รูบินได้สังเกตพฤติกรรม

ของหญิงหลังคลอดในการแสดงบทบาทมารดาซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะและตระหนักว่ายังมีปัจจัยด้านร่างกายจิตใจสังคมและวัฒนธรรมที่ยังมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและช่วงเวลาที่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเนื่องจากการศึกษานี้รูบินได้ศึกษาไว้เมื่อ 30 กว่าปีมาแล้ว จึงมีการศึกษาการเปลี่ยนแปลงสู่บทบาทมารดาขณะอยู่ในโรงพยาบาลตามแนวคิดของรูบินและพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงสู่บทบาทมารดาตามทีรูบินได้อธิบายไว้แต่แตกต่างที่ความรู้สึกความคิดและพฤติกรรมดังกล่าวเกิดขึ้นรวดเร็วกว่าเดิมโดยหญิงระยะหลังคลอดมีความรู้สึกความคิดและ พฤติกรรมแสดงระยะเริ่มเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดา (Taking in phase) และพฤติกรรมแสดงระยะเข้าสวมบทบาทการเป็นมารดา (Taking hold phase) อย่างชัดเจนหลังจาก 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด Reva Rubin ได้สังเกตพฤติกรรมของสตรีหลังคลอดในการแสดงบทบาทมารดาซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะคือ

6.1.1 ระยะพึ่งพา (Taking in phase) เริ่มตั้งแต่ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด – 3 วันหลังคลอด ระยะนี้ จะมีพฤติกรรมพึ่งพาผู้อื่นมากกว่าการพยายามทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง ซึ่งอาจมีสาเหตุจากการปวดแผล ปวดมดลูก รวมถึงการสูญเสียพลังงานในระหว่างการคลอด มารดามักมีความต้องการนอนหลับพักผ่อน ได้รับ น้ำและสารอาหารที่เพียงพอ เพื่อชดเชยเลือดและพลังงานที่สูญเสียไป นอกจากนี้มารดายังต้องการพูดคุย ระบายเกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดให้บุคคลใกล้ชิดหรือผู้มาเยี่ยมรับฟัง เพื่อเป็นการเปรียบเทียบสิ่งที่ คาดหวัง ประสบการณ์จริงที่ตนประสบ และประสบการณ์การคลอดจากผู้อื่น ดังนั้นพยาบาลและสามีจึงควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของมารดาในระยะนี้ โดยอธิบายสาเหตุการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการปรับตัว ดูแลให้ได้รับการพักผ่อน และสารน้ำที่เพียงพอ การทำความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย ตลอดจนการลดภาวะความไม่สุขสบายต่าง ๆ นอกจากนี้ควรควรให้ ความสนใจรับฟังในสิ่งที่มารดาเล่า การให้กำลังใจเนื่องจากเป็นระยะที่มารดาอาจมีภาวะวิตกกังวล เครียดจากการปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดา ทั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้มารดาสามารถผ่านเข้าสู่การปรับตัวในระยะที่ 2 ไปได้ด้วยดี โดยบทบาทของพยาบาล ได้แก่

6.1.1.1 ดูแลช่วยเหลือประคับประคองและตอบสนองความต้องการของมารดาหลังคลอดทางด้านร่างกายในเรื่องการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การรักษาความสะอาดของร่างกาย การขับถ่าย การทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดภาวะไม่สุขสบายต่าง ๆ รวมทั้งควรประคับประคองทางด้านจิตใจ

6.1.1.2 ให้การพยาบาลด้วยท่าทีที่อบอุ่นเห็นอกเห็นใจเข้าใจความรู้สึกด้วยความจริงใจ เพื่อให้มารดาหลังคลอดมีความรู้สึกว่ามีผู้สนใจเอาใจใส่ตนเองเกิดความอบอุ่นใจ

6.1.1.3 เปิดโอกาสให้มารดาหลังคลอดได้ระบายความรู้สึกและรับฟังด้วยความสนใจ จะช่วยให้มารดาหลังคลอดสบายใจขึ้น

6.1.1.4 พยาบาลควรอธิบายให้สามีและญาติเข้าใจถึงความรู้สึกและการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ของมารดาหลังคลอดและสนับสนุนให้มารดาหลังคลอดได้พูดคุยกับสามี ญาติ รวมทั้งมารดาหลังคลอดรายอื่น ๆ เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ในการคลอด

6.1.1.5 สังเกตอาการผิดปกติทางด้านจิตใจที่อาจจะเกิดขึ้น ให้ความสนใจทั้งคำพูด และพฤติกรรมที่แสดงออกเพื่อประเมินสภาพจิตใจและให้การพยาบาลช่วยเหลือแต่เนิ่น ๆ ก่อนที่อาการทางจิตจะรุนแรงมากขึ้น (นันทพร แสนศิริพันธ์, และฉวี เบาทรง, 2561)

6.1.2 ระยะเข้าสวมนบทบาทการเป็นมารดา (Taking – hold phase) ระยะนี้จะอยู่ในช่วง 3 – 10 วัน หลังคลอด มารดาหลังคลอดที่ได้รับการตอบสนองในช่วงระยะเข้าสวมนบทบาทการเป็นมารดาอย่างครบถ้วนก็จะเริ่มปรับตัวเข้าสู่ระยะนี้ โดยเริ่มเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพึงพาเริ่มเข้าสู่พฤติกรรมพึงพาเป็นอิสระสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากยิ่งขึ้น เริ่มสนใจที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกสนใจบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวเพิ่มขึ้นช่วงนี้จึงเป็นช่วงที่เหมาะสมอย่างยิ่งที่พยาบาลจะให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวหลังคลอด และการดูแลทารก รวมทั้งสามีและบุคคลต่าง ๆ คอยให้กำลังใจเป็นแรงเสริมในทางบวกที่จะช่วยให้สตรีหลังคลอดสามารถปรับตัวในการเป็น “มารดา” ได้ดียิ่งขึ้น บทบาทของพยาบาล ได้แก่

6.1.2.1 พยาบาลต้องมีความอดทนในการสอน สาธิต แนะนำ และให้กำลังใจ แก่มารดาหลังคลอดในการดูแลตนเองและทารกให้ถูกต้อง รวมทั้งการสอนและสาธิตให้สามีและญาติ ในการช่วยดูแลทารกเพื่อให้มารดาหลังคลอดมีเวลาพักผ่อนมากขึ้น นอกจากนี้การแนะนำถึง แหล่งความรู้ต่าง ๆ เช่น หนังสือตำราและเอกสารต่างๆ ก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้สตรีหลังคลอดและ สมาชิกในครอบครัวได้ทบทวนและเพิ่มเติมความรู้ก่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวหลังคลอดและการดูแลทารกมากขึ้น

6.1.2.2 สนับสนุนให้สามีพูดคุยให้กำลังใจเพื่อช่วยให้มารดาหลังคลอดเกิดความมั่นใจ และกระตือรือร้นที่จะปรับบทบาทของตนเองเข้าสู่การเป็น “มารดา” และเป็น “ภรรยา” ที่ดีของทารกและสามีได้ด้วยดี

6.1.2.3 การแนะนำเรื่องการวางแผนครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญยิ่งที่จะช่วยให้ครอบครัว ได้จัดวางแผนดำเนินชีวิตในครอบครัวเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่อาจจะเกิดตามมา

6.1.3 ระยะที่แสดงบทบาทมารดาได้ดี (Letting - go phase) เป็นช่วงต่อเนื่องจาก Taking - hold phase ระยะนี้เริ่มตั้งแต่วันที่ 10 หลังคลอดเป็นต้นไป ซึ่งเป็นช่วงที่สตรีหลังคลอดและทารก กลับมาอยู่ที่บ้านผู้ติดตามดูแลให้คำแนะนำต่อเนื่องจากระยะที่อยู่โรงพยาบาลต้องชี้แนะแนวทางให้ มารดาหลังคลอดและสามีได้ร่วมกันวางแผนการดำเนินชีวิตการปรับตัวเข้าสู่บทบาทใหม่และการมี สมาชิกในครอบครัวเพิ่มขึ้นสมาชิกในครอบครัวแต่ละคนต่างก็ต้องมีพฤติกรรมพึงพาอาศัยกัน (Interdependent behavior) ในระยะนี้มารดาหลังคลอดเริ่มมีความต้องการที่จะพบหรือพูดคุยกับ บุคคลภายนอก บทบาทของพยาบาลจะต้องแนะนำให้มารดาหลังคลอด สามีและสมาชิกภายใน ครอบครัวสามารถปรับตัวและวางแผนการดำเนินชีวิตตามพัฒนาการของครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

ช่วยประสานความสัมพันธ์ของสมาชิกให้แน่นแฟ้นยิ่งขึ้น เห็นอกเห็นใจช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวได้พูดคุยทำความเข้าใจกัน เช่น สมาชิกจะช่วยภรรยาดูแลทารกในบางโอกาสภรรยาก็ต้องแบ่งเวลาให้สามี ทารกและบุตรคนแรก ๆ ได้อย่างทั่วถึง ให้บุตรคนแรกได้ช่วยดูแลทารกโดยบิดาและมารดาต้องสนับสนุนให้กำลังใจบุตรคนแรกๆ เพื่อป้องกันการเกิดอิจฉา ริษยาของบุตรคนแรกต่อทารกที่เกิดใหม่ เป็นต้น

6.2 ภาวะที่มารดาเศร้าหลังคลอด (Postpartum blues หรือ baby blues) พบในช่วง 10 วันแรกหลังคลอดถึงร้อยละ 80 โดยทั่วไปหญิงระยะหลังคลอด ไม่ได้เตรียมตัวรับความรู้สึกเศร้าแต่ความรู้สึกนี้จะค่อยๆ เกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอาจเนื่องมาจากปัจจัยหลาย ๆ อย่าง ประกอบกันดังนี้ คือ

6.2.1 มีการลดลงทันทีของฮอร์โมน Estrogen และ Progesterone ในช่วง 72 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

6.2.2 ผิดหวังเกี่ยวกับรูปร่างของตนเองในช่วงหลังคลอด เช่น หน้าท้องห้อยหย่อนยาน รู้สึกเบื่อหน่ายคิดว่าตนเองมีรูปร่างที่ไม่น่าดูไม่เป็นที่ดึงดูดใจจากผู้อื่นและมักคิดว่าไม่สามารถทำรูปร่างให้เหมือนเดิมได้

6.2.3 มีความเครียดทางร่างกายเช่นอ่อนเพลีย เจ็บแผลฝีเย็บ ปวดจากเต้านมคัดตึง เจ็บริดสีดวงทวาร

6.2.4 มีความเครียดด้านจิตใจในช่วงรับบทบาทการเป็นมารดาแต่ขณะเดียวกันก็ต้องคงไว้ซึ่งบทบาทการเป็นภรรยาที่ดี

6.2.5 มีความขัดแย้งระหว่างบุคคล เช่น มีความขัดแย้งระหว่างตนเองกับสามีกับสมาชิกคนอื่น ๆ ภายในบ้าน กับเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน

6.2.6 รู้สึกถูกละเลยไม่ได้รับความสนใจเนื่องจากช่วงหลังคลอดบุคคลแวดล้อมจะแสดงความชื่นชมยินดีกับการมากกว่าที่จะแสดงความชื่นชมยินดีหรือสนใจหญิงระยะหลังคลอดทำให้หญิงระยะหลังคลอดมักมีความรู้สึกเศร้าและเสียใจ

การส่งเสริมให้สามีได้เข้าเยี่ยมภรรยาและทารกจะเปิดโอกาสให้สามีได้ใกล้ชิดภรรยาและทารกทำให้สามารถแสดงความรักและความผูกพันต่อกันได้เร็วขึ้นและส่งเสริมให้ภรรยาปรับตัวต่อภาวะเศร้าหลังคลอดได้ดีขึ้น การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของหญิงระยะหลังคลอด (Change in body image) โดยทั่วไปหญิงระยะหลังคลอดมักดีใจและพอใจกับหน้าท้องที่ยุบลงหลังคลอดทารกแล้วและคาดหวังว่ารูปร่างของตนเองจะกลับคืนสู่สภาพเหมือนตอนไม่ตั้งครรภ์แต่เมื่อ 1–2 เดือนผ่านไป แล้วกล้ามเนื้อหน้าท้องก็ยังคงหย่อนยานไม่กระชับไม่เข้ารูปอีกทั้งน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นจากการตั้งครรภ์ก็ยังลดลงไม่เป็นที่พึงพอใจทำให้สวมเสื้อผ้าที่มีอยู่ก่อนตั้งครรภ์ไม่ได้และยังมีความรู้สึกว่ารูปร่างเหมือนหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์หลายเดือนทำให้เกิดความกังวลว่าทรวงอกรูปร่างจะกลับสู่

สภาพเหมือนตอนไม่ตั้งครรภ์หรือไม่ บุคคลที่มีผลกระทบต่อภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปของหญิงระยะหลังคลอดมากที่สุด คือ สามีของหญิงระยะหลังคลอดนั่นเองถ้าสามีของหญิงระยะหลังคลอดเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของภรรยา คือ รู้ว่าจำเป็นต้องใช้เวลาระยะหนึ่งซึ่งอาจกินเวลาเป็นปีก็ได้ ในการปรับปรุงรูปร่างให้กลับเข้าที่โดยไม่ให้กำลังใจไม่พุดจาให้กระทบกระเทือนในเรื่องรูปร่างที่ยังไม่เข้ารูปก็จะทำให้หญิงระยะหลังคลอดรู้สึกมีความสุขมากขึ้นกับรูปร่างของตนเองและมีภาพลักษณ์ที่เป็นไปในทางบวกถึงแม้จะรู้ว่าปฏิบัติได้ยากก็ตามที่ทั้งนี้เพราะเมื่อคลอดทารกออกมาแล้วหญิงระยะหลังคลอดก็ต้องใช้เวลาทั้งกลางวันและกลางคืนในการปรับแบบแผนความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน ให้เข้ากับแบบแผนความเป็นอยู่ของทารกประกอบกับร่างกายก็ยังอ่อนล้าทำให้เป็นอุปสรรคต่อการลดน้ำหนักและรู้สึกว่าตนเองขาดการควบคุมหรือขาดความสามารถที่จะปรับปรุงให้ดีขึ้นสำหรับหญิงที่คลอดทางช่องคลอดอาจกลัวว่าช่องคลอดไม่กระชับอาจเกิดปัญหาเวลาร่วมเพศกับสามี

นอกจากนี้ยังมีปัญหาที่อาจมีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของหญิงระยะหลังคลอดก็คือ ในช่วง 2 – 3 สัปดาห์แรกที่กลับจากโรงพยาบาลไปอยู่ที่บ้านซึ่งเป็นช่วงที่ร่างกายยังอ่อนเพลีย ไม่สุขสบายจากการปวดมดลูก เจ็บแผลฝีเย็บ เจ็บหัวนมคัดตึงเต้านม และรู้สึกรำคาญที่มึนน้ำนมไหลซึมออกมาเปื้อนเสื้อผ้าทำให้มีผลกระทบต่อการบริหารร่างกายเพื่อให้รูปร่างกระชับเข้ารูปและถ้ายังมีความคาดหวังว่ารูปร่างของตนเองจะต้องเข้ารูปเดิมเร็วที่สุดก็จะทำให้มีความเครียดมากขึ้นส่วนอาการอื่นที่อาจเกิดขึ้นก็ คือ อาการผมร่วงซึ่งอาจเกิดติดต่อกันหลายเดือน จะเห็นว่าทั้งหมดที่กล่าวมานี้เป็นความยากลำบากที่หญิงระยะหลังคลอดต้องเผชิญและต้องใช้พลังงานมากขึ้นอีกเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของทารกและสามีหรือสมาชิกคนอื่น ๆ ภายในบ้านซึ่งส่งผลให้ภาพลักษณ์ของหญิงระยะหลังคลอดเป็นไปในทางลบมากขึ้น

6.3 ความสำคัญของการพยาบาลมารดาหลังคลอด

แม้ว่าการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจะเป็นไปโดยปกติธรรมชาติแต่ก็มีภาวะอื่นอีกมากที่อาจจะทำให้เกิดความผิดปกติขึ้นได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ สาเหตุเนื่องมาจากตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ไม่ได้ฝากครรภ์หรือปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในขณะตั้งครรภ์ ในระยะคลอดได้รับการดูแลไม่ถูกต้อง ได้รับการช่วยเหลือไม่ถูกวิธีหรือแม้แต่ภายหลังคลอดมารดาอาจปรับตัวไม่ได้หรือปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ คือ การตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage) หรือ การติดเชื้อหลังคลอด (Puerperal infection) และภาวะแทรกซ้อนทั้ง 2 อย่างก็เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในประเทศที่กำลังพัฒนาทั้งหลายรวมทั้งประเทศไทย ด้วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลที่ให้ผู้คลอดอยู่โรงพยาบาลในระยะสั้น ๆ การดูแลมารดาหลังคลอดก็ยิ่งเพิ่มความสำคัญมากขึ้นและอีกประการหนึ่งคือพยาบาลจะได้เตรียมมารดาให้สามารถปรับตัวปรับใจให้รับบทบาทของการเป็นแม่ รู้วิธีปฏิบัติตัวเองดูแลตัวเองได้ถูกต้องและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ (นันทพร แสนศิริพันธ์, และฉวี เบาทรวง, 2561)

6.3.1 วัตถุประสงค์การให้การพยาบาลมารดาหลังคลอด

- 6.3.1.1 เพื่อส่งเสริมให้มารดาได้รับความสุขสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
- 6.3.1.2 เพื่อกระตุ้นให้มารดาได้รับอาหารที่ถูกต้องพักผ่อนเพียงพอและมีการออกกำลังกายที่ถูกต้อง
- 6.3.1.3 เพื่อให้อวัยวะต่างๆ ที่เกี่ยวกับการคลอดกลับคืนสู่สภาพเดิม (Involution) ได้เร็วขึ้น
- 6.3.1.4 ช่วยป้องกันการอักเสบติดเชื้อที่จะเกิดขึ้นโดยเฉพาะกับเต้านม อวัยวะสืบพันธุ์ ระบบปัสสาวะ และโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังคลอด
- 6.3.1.5 เพื่อส่งเสริมให้มารดามีความเชื่อมั่นในตนเองสามารถเลี้ยงดูบุตรได้ถูกต้อง โดยเฉพาะการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา
- 6.3.1.6 เพื่อส่งเสริมให้มารดารู้จักรักษานามัยส่วนบุคคลและสามารถแก้ไขปัญหาที่มีอยู่แล้วเท่าที่จะทำได้ ทั้งสามารถช่วยให้ครอบครัวปรับตัวได้กับบทบาทใหม่
- 6.3.1.7 เพื่อส่งเสริมให้มารดาเข้าใจการวางแผนครอบครัวและเลือกใช้ชนิดการคุมกำเนิดได้อย่างเหมาะสม

6.4 การพยาบาลมารดาหลังคลอดแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

6.4.1 การพยาบาลใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

6.4.1.1 ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

1) การป้องกันการตกเลือด พยาบาลต้องทำการตรวจมดลูกโดยการคลำและวัดระดับความสูงของมดลูกโดยปกติมดลูกจะหดตัวดีคือ มีลักษณะกลมแข็งอยู่ที่ระดับสะดือหรือต่ำกว่าระดับสะดือเล็กน้อยแต่ถ้าคลำดูแล้วพบว่าระดับความสูงของมดลูกอยู่สูงกว่าระดับสะดือนุ่มและมีขนาดใหญ่ให้ถือว่าอาจมีก้อนเลือดอยู่ภายในโพรงมดลูก ในรายเช่นนี้จะต้องคลึงมดลูกให้แข็งตัวเต็มที่และจึงดันไล่ก้อนเลือดที่ค้างออกถ้าพบว่ามดลูกมีก้อนเลือดและมีเลือดปนออกมาด้วยต้อง Check vital signs และตรวจจำนวนเลือดที่ออกมาทั้งหมดแล้วรายงานแพทย์

การตรวจมดลูกในระยะแรกควรทำทุก 15 นาที ประมาณ 4 ครั้ง ต่อไปอาจห่างครั้งไปอีก คือ ทุก 30 นาที 2 ครั้ง แต่ในรายที่มีเหตุส่งเสริมทำให้ตกเลือดง่ายควรเอาใจใส่สังเกตอาการและ ตรวจสภาพการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมออาจแน่ใจว่าปลอดภัย เหตุส่งเสริมที่ทำให้ตกเลือดได้ง่าย ได้แก่ 1) ครรภ์แฝดน้ำ 2) ความดันโลหิตสูง 3) การตั้งครรภ์หลาย ๆ ครั้ง การคลอดหลาย ๆ ครั้ง (Multipara, Grand multipara) 4) ได้รับยาสลบ 5) คลอดในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ใช้เวลานานกว่าปกติ 6) มีภาวะแทรกซ้อนในระยะที่ 3 ของการคลอด เช่น รกค้างเศษรกเยื่อหุ้มรกค้างและได้รับการล้วงรก 7) ความผิดปกติของเลือดการแข็งตัวของเลือด

2) ตรวจสอบภาวะปัสสาวะ ถ้าภาวะปัสสาวะมีปัสสาวะอยู่เต็มจะคลำได้ก้อนหยุ่นนิ่มบริเวณเหนือหัวหน่าวและมองเห็นเป็นลอนทางหน้าท้อง ในรายเช่นนี้ต้องให้มารดาถ่ายปัสสาวะออก แต่ถ้าถ่ายไม่ได้ต้องสวนปัสสาวะให้ เพราะถ้าภาวะปัสสาวะเต็มจะขัดขวางการหดตัวของมดลูกเนื่องจากถ้าภาวะปัสสาวะเต็มกล้ำเนื้อกระเพาะปัสสาวะจะคลายตัวซึ่งทำให้กล้ำเนื้อมดลูกคลายตัวด้วยทั้งนี้เพราะเส้นใยประสาทที่มาเลี้ยงกระเพาะปัสสาวะและมดลูกมาจากรากประสาท (Nerve root) เดียวกัน

3) สังเกตจำนวนการเสียเลือดจากช่องคลอด (Blood loss) จากผ้าซับเลือดที่ใส่ไว้ในระยะนี้จะมีเลือดออกได้เล็กน้อยทั้งนี้เนื่องจากมดลูกมีการหดตัวและคลายตัวเป็นพัก ๆ จำนวนเลือดที่ออกภายใน 2 ชั่วโมง ใน 1 ชั่วโมงแรกจะออกประมาณ 60 มิลลิลิตรในชั่วโมง ต่อมาจะออกประมาณ 30 มิลลิลิตร แต่ถ้ามีเลือดออกมากโดยรวมกันกับเลือดที่เสียไประหว่างการคลอดแล้วเกิน 500 มิลลิลิตร ถือว่ามีการตกเลือดหลังคลอดเกิดขึ้น แต่ทั้งนี้ต้องดูสภาพของมารดาาร่วมด้วยถ้ามารดามีสุขภาพไม่ดี เช่น มีภาวะโลหิตจาง ขาดอาหาร การเสียโลหิตน้อยกว่า 500 มิลลิลิตร ก็อาจจะทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ ดังนั้น การที่จะวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีอาการตกเลือดเกิดขึ้นนั้นขึ้นอยู่กับผลของการตกเลือดที่มีต่อร่างกายและจำนวนเลือดที่เสียไป

4) Vital signs ควร Check ทุก ½ ชั่วโมงหลังคลอด โดยปกติแล้ว Systolic pressure ประมาณ 110 – 120 มิลลิเมตรปรอท แต่ไม่ควรต่ำกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท ถ้าต่ำกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท และ Pulse มากกว่า 100 ครั้ง/นาที แสดงว่าผู้ป่วย Shock ส่วนในรายที่มีความดันโลหิตสูงกว่าปกติโดยเฉพาะในรายครรภ์เป็นพิษ (PIH) ควรวัด BP บ่อย ๆ เพราะมารดาอาจจะชักได้ภายใน 4 – 8 ชั่วโมงแรกหลังคลอดอุณหภูมิควรอยู่ในเกณฑ์ปกติหรืออาจมีไข้ได้จากปฏิกิริยาของการคลอด (Reactionary fever) < 38 องศาเซลเซียส ชีพจรจะอยู่ในระดับปกติประมาณ 80 ครั้ง/นาที แต่ถ้าเกิน 90 ครั้ง/นาทีต้อง Check ทุก 15 นาทีเพราะอาจเป็นอาการแสดงของการตกเลือด

5) ตรวจสอบบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก (Vulva) และแผลฝีเย็บ (Episiotomy) ถ้ามีการตกเลือดโดยมีเลือดออกมาให้เห็นได้ซึ่งมีสาเหตุจากแผลที่ฉีกขาดเล็กน้อยและไม่ได้เย็บ (Slight tear, old tear) แผลที่เย็บไม่หมด หรือการฉีกขาดของเส้นเลือดขอด (Varicose vein) ของ vulva หากมีการตกเลือดโดยมีเลือดออกและแทรกซึมอยู่ภายในกล้ามเนื้อ (Connective tissue) เป็น Hematoma ลักษณะที่มองเห็น คือ บริเวณนั้นจะบวมมีสีน้ำเงินม่วง มารดาจะรู้สึกตึงและปวดถ่วงบริเวณที่เป็นมาก

6) การดูแลเรื่องความสะดวกอาหารและการพักผ่อนความสะดวก ควรทำความสะอาดร่างกายโดยการเช็ดตัวและเปลี่ยนเสื้อผ้าที่เปียกหรือเปรอะเปื้อนออก Flushing โดยใช้ น้ำสบู่น้ำสะอาดตาม และเปลี่ยน Pad ให้ใหม่เนื่องจากถ้าปล่อยทิ้งไว้ให้สกปรกจะทำให้มารดา รู้สึกไม่สบายและจะเกิดการติดเชื้อได้ง่าย สำหรับอาหาร มารดาหลังคลอดควรได้รับอาหารอ่อน ๆ

หรือเครื่องดื่ม มารดาบางคนอาจจะไม่ได้รับประทานอาหารเลยระหว่างปลายระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ของการคลอด ทำให้เหนื่อยและอ่อนเพลียมากหลังคลอด ดังนั้นจึงควรให้อาหารโดยเฉพาะอย่างยิ่ง เครื่องดื่ม เช่น นม โอวัลติน จะช่วยให้รู้สึกสดชื่นเพราะส่วนมากระยะนี้มารดาจะกระหายน้ำเนื่องจาก เสียโลหิตและเหงื่อในระหว่างการคลอดแต่ถ้ามารดาที่ได้รับการดมยาจากท่า Caesarean section จะต้องอดอาหารไว้ก่อนเพราะมีอาการคลื่นไส้อาเจียนและอาจจะสำลักอาหารเข้าปอดได้ เมื่อการคลื่นไส้อาเจียนทุเลาลงแล้ว (ในรายทำ C/S มีคำสั่งให้เริ่มอาหาร) จึงเริ่มให้อาหารได้แต่โดยปกติ ในรายที่ต้องดมยาสลบมักจะได้ Intravenous fluid ดังนั้นจึงต้องดูแลให้มารดาได้รับตามจำนวนด้วย และการพักผ่อน หลังจากทำความสะอาดร่างกายเปลี่ยนเสื้อผ้าและได้รับอาหารแล้วมารดาแทบทุกคน มักจะพักผ่อนนอนหลับเนื่องจากอ่อนเพลียการคลอด ดังนั้นจึงควรดูแลให้มารดานอนในที่สงบเงียบ ไม่มีเสียง แสงรบกวนถ้าเจ็บแผลหรือปวดมดลูกควรให้าระงับความเจ็บปวดเพื่อมารดาจะได้พักผ่อนได้ และในบางรายอาจมีอาการหนาวสั่นเนื่องจากการปรับสภาพการเปลี่ยนแปลงความดันในช่องท้อง อย่างรวดเร็วก็ต้องดูแล Keep warm ให้

6.4.1.2 การพยาบาลในระยะหลัง 2 ชั่วโมง – 24 ชั่วโมงหลังคลอด จะให้การดูแล คล้ายคลึงกับข้อแรก (2 ชั่วโมงหลังคลอด) แต่จะต้องเพิ่มเติมการพยาบาลประจำวันหลังคลอดด้วย ซึ่งในระยะนี้จะต้องมีการรับย้ายมารดาหลังคลอดจากห้องคลอดเพื่อเข้าพักในหน่วยพักหลังคลอด ด้วยการพยาบาลภายหลัง 24 ชั่วโมงหลังคลอดเป็นการพยาบาลประจำวัน ได้แก่

1) การพักผ่อนในระยะหลังคลอดเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมารดาควรได้รับการพักผ่อนนอนหลับตอนกลางคืน 8 – 10 ชั่วโมงและควรได้รับการพักผ่อนในตอนบ่ายอย่างน้อย วันละ 2 ชั่วโมง สังเกตการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของผู้คลอดว่าซึม มีความวิตกกังวลหรือไม่เพราะ บางรายอาจเกิดการวิตกกังวลขึ้นได้ภายหลังคลอด ในบางรายอาจต้องแยกทารกจากมารดาเพื่อให้ มารดาได้พักผ่อนและเมื่อกลับบ้านไม่ให้มารดาหลังคลอดทำงานหนักภายใน 6 สัปดาห์เพราะจะทำให้ เกิดการตกเลือดในระยะหลังและมดลูกหย่อนได้ง่าย

2) Check vital signs ควรตรวจสอบอย่างน้อยวันละครั้ง และทุก 4 ชั่วโมง ในรายที่มีไข้หรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น

3) การป้องกันการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อน วิธีดูแลความสะอาดเป็นเรื่องสำคัญมากในระยะหลังคลอดเพราะระยะนี้มีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายที่สุดโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะ 7 วันหลังคลอด พยาบาลต้องให้ความสำคัญในเรื่องความสะอาดให้มาก เนื่องจากในโพรงมดลูก หลังคลอดมีสภาพเหมาะสมแก่การเจริญของเชื้อโรค ฝีเย็บที่ฉีกขาดและแฉกมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย ช่องคลอดและปากมดลูกยังปิดไม่สนิททำให้เชื้อโรคเข้าได้ง่าย มารดามีความต้านทานต่ำเพราะ เสียกำลังและเสียเลือดขณะคลอดทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย และน้ำคาวปลา มีฤทธิ์เป็นด่างจะทำให้ ภาวะเป็นกรดของช่องคลอดลดลงง่ายแก่การเจริญของเชื้อจุลินทรีย์

- Personal hygiene มารดาหลังคลอดควรจะอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ไม่ควรอาบน้ำโดยการแช่ลงในอ่างหรือแม่น้ำลำคลองเพราะจะติดเชื้อเข้าไปทางช่องคลอด สูติโพรงมดลูกได้ง่าย และควรเปลี่ยนเสื้อผ้าให้สะอาดด้วย

- การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ ต้องแนะนำให้มารดาหลังคลอดทำความสะอาดโดยใช้สบู่และน้ำสะอาด ซับให้แห้งอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และภายหลังการขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะทุกครั้ง วิธีปฏิบัติให้ทำความสะอาดจากด้านหน้าไปด้านหลังซับจากบนลงล่างไม่ย้อนขึ้นลงและไม่ให้ถูกทวารหนักในขณะที่อยู่โรงพยาบาลผู้ที่มิมีแผลฝีเย็บและได้รับการเย็บซ่อมแซมฝีเย็บต้องชำระด้วยสบู่ ล้างน้ำให้สะอาดและอบไฟอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ในรายที่เกิดการอักเสบต้องเพิ่มการชำระและอบให้บ่อยขึ้นเป็นวันละ 2 ครั้ง ทั้งนี้ต้องพิจารณาเป็นราย ๆ ไป สำหรับวิธีปฏิบัติในการชำระฝีเย็บต้องระวังเทคนิคให้มากอย่าให้เกิดป็นแผลใช้น้ำยาให้ถูกส่วนใช้เครื่องมือเครื่องใช้ที่ปราศจากเชื้อและจัดไว้เฉพาะไม่ปะปนและป้องกันการติดเชื้อจากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง

4) การวัดความสูงของมดลูก (Height of fundus) วัดจากส่วนสูงของมดลูกลงมาที่ขอบบนของกระดูกหัวหน่าว (Symphysis pubis) ควรวัดอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง เพื่อดูการคืนสู่สภาพปกติของมดลูก ตามธรรมดาแล้วหลังคลอดทันทีที่วัดมดลูกได้สูง 5 นิ้วพุดเหนือหัวหน่าวและจะลดลงทุกวันอย่างน้อยวันละครั้งนิ้วพุด และประมาณวันที่ 10 – 12 หลังคลอดจะคลำไม่พบมดลูกทางหน้าท้อง เพราะมดลูกจะลดต่ำลงมาอยู่ในระดับเดียวกับกระดูกหัวหน่าวพอดี โดยจะต้องวัดในขณะที่กระเพาะปัสสาวะว่าง ให้มารดานอนในท่าที่สบาย คือ นอนหงายราบมีอวางไว้ข้างตัวหรือในวันหลัง ๆ อาจให้ชันขาเล็กน้อยก็ได้เพื่อความสะดวกในการหาระดับยอดมดลูก ดันให้มดลูกอยู่ตรงกลาง ใช้มือข้างใดข้างหนึ่งคลำหาส่วนสูงของมดลูกพร้อมกับไม้บรรทัดหรือสายวัดวัดจากส่วนสูงสุดของมดลูกมาที่ขอบบนของกระดูกหัวหน่าว และลงบันทึกไว้ในแผ่นปรอท

5) การสังเกตน้ำคาวปลา จะต้องสังเกตลักษณะสีกลิ่นและจำนวนของน้ำคาวปลาว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร ในรายที่น้ำคาวปลามีสีแดงตลอดเวลาจะพบว่าเนื่องจากมีเศษรกและเยื่อหุ้มรกค้างอยู่ในโพรงมดลูกหรือมีการติดเชื้อหลังคลอด (Puerperal sepsis)

ตารางที่ 1 ลักษณะของน้ำคาวปลา

ลักษณะของน้ำคาวปลา	อาการแสดงที่เกิดขึ้น	สาเหตุ	ผลที่อาจจะเกิดต่อไป
1. จำนวนมากสีแดงสด	- มดลูกมีขนาดเท่าเดิม และหดรัดตัวไม่ดี - มีน้ำคาวปลาสีแดงสด ออกมากและนาน	- มีเศษรกและเยื่อ หุ้มรกค้าง	- ตกเลือดหลังคลอด
2. จำนวนมากสีน้ำตาล	- มีน้ำคาวปลาสีน้ำตาล จำนวนมากและนานวัน	- มีเศษรกและเยื่อ หุ้มรกค้างอยู่ในโพรง มดลูก	- ตกเลือดหลังคลอด - มีการติดเชื้อหลัง คลอด
3. จำนวนน้อย	- น้ำคาวปลาเดินไม่ สะดวก	- มีการกีดขวาง ทางเดินของ น้ำคาวปลา	- มดลูกเข้าอู่ไม่ดี (Subinvolution) และตกเลือดหลัง คลอด - มีการติดเชื้อหลัง คลอด
4. จำนวนน้อยมีกลิ่น เหม็น (Foul lochia)	- น้ำคาวปลาออกน้อย มีไข - น้ำคาวปลา มีกลิ่น เหม็น	- จากการติดเชื้อ หลังคลอด - มีเศษรกและเยื่อ หุ้มรกค้าง	- การติดเชื้อใน กระแสเลือด

สำหรับการประเมินจำนวนของน้ำคาวปลาควรประเมินเป็นระยะ ๆ โดยประมาณจากจำนวนผ้าอนามัยที่ใช้ ผ้าอนามัยขนาดมาตรฐานจะสามารถซึมซับ: Lochia ได้ 60 – 100 มิลลิลิตร โดยปกติถ้า Lochia ที่ออกมาชุ่มผ้าอนามัย 1 ผืนใน 15 นาที พยาบาลต้องสังเกตอาการตกเลือดอย่างใกล้ชิดโดยทั่ว ๆ ไปในระยะ 2 – 3 วันหลังคลอด Lochia จะมีปริมาณปานกลาง โดยเฉลี่ย 4 ถึง 8 PADS ต่อวัน หลังจากนั้นจำนวนและสีของ Lochia ก็จะเปลี่ยนไปเรื่อย ๆ โดยสีจะจางลงและจำนวนจะน้อยลงตามลำดับ

6) อาหารสำหรับมารดาหลังคลอด มารดาหลังคลอดเสียเลือดไปในการคลอดมาก จึงควรจะได้อาหารที่อุดมสมบูรณ์ไปด้วยโปรตีนเกลือแร่ และวิตามิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะให้นม จำเป็นต้องเพิ่มอาหารที่มีคุณภาพและปริมาณสูงขึ้นมากกว่าในระยะตั้งครรภ์เสียอีกเพื่อช่วยให้มารดามีกำลังร่างกายแข็งแรงขึ้นนอกจากนี้จะทำให้การผลิตและคุณภาพของน้ำนมดีขึ้นด้วย

- น้ำมีความจำเป็นมากในระยะให้นมเพราะน้ำจะให้ความชุ่มชื้นแก่ร่างกาย ช่วยเพิ่มปริมาณของน้ำนม ควรดื่มน้ำวันละประมาณ 10 – 12 แก้ว

- นมเป็นอาหารที่มีน้ำมากและมีคุณค่าสูงเพราะมีโปรตีนสูงและแคลเซียมสูง ควรดื่มนมอย่างน้อยวันละ 2 แก้ว หรือ 500 มิลลิลิตร งดยาต่อเหล้าของหมักดอง

7) การดูแลเต้านมและหัวนม

- Breast care การดูแลทำความสะอาดเป็นสิ่งสำคัญโดยทำความสะอาด หัวนมและเต้านมทุกวันเวลาอาบน้ำ

- ใส่เสื้อยกทรงประคองเต้านมไว้เพื่อป้องกันการเสียทรงจากเต้านมคล้อย และความเจ็บปวดในกรณีนมคัดตึง

- แนะนำอาหารบำรุงน้ำนม เช่น อาหารพวกโปรตีนไข่ นม เครื่องดื่มพวกโอวัลติน ผักและผลไม้ต่าง ๆ วิตามินเกลือแร่ต่าง ๆ

- สังเกตลักษณะผิดปกติต่าง ๆ เช่น หัวนมแตก เต้านมอักเสบ เต้านมเป็นฝี เต้านมคัดตึง จึงต้องให้การช่วยเหลือและดูแลรักษา

- การนวดเต้านมเพื่อให้ต่อมน้ำนมทำงานได้ดีและมีการผลิตน้ำนมได้มากขึ้น โดยทาแป้งที่เต้านมให้ทั่ว วางฝ่ามือทั้งสองลงบนกระดูกไหปลาร้าแล้วค่อย ๆ เคลื่อนฝ่ามือลงมาพร้อมกับ การนวดรอบ ๆ บริเวณอย่างกว้าง ๆ จนมาถึงเต้านมแล้วค่อย ๆ นวดเต้านมขึ้นลงอย่างเบา ๆ ทำนานประมาณ 2 นาที และใช้มือซ้ายรองเต้านมไว้ มือขวาคลึงและตบเบา ๆ นาน 2 นาทีต่อไป กำมือที่ใช้คลึงวางบนเต้านมแล้วคลึงนวดรอบ ๆ เต้านมเบา ๆ จะช่วยกระตุ้นต่อมน้ำนมให้ทำงานได้ดี

8) สังเกตการขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะ ในบางรายจะถ่ายปัสสาวะลำบากมาก ใน 1 – 2 วันแรกหลังคลอด ด้วยสาเหตุหลายประการ เช่น ในรายที่กระเพาะปัสสาวะยึดมากเกินไป หรือถูกกดนาน ๆ อาจจะถ่ายปัสสาวะเองไม่ได้เพราะปฏิบัติการหดตัว (Reflex spasm) หรือ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะไม่มีกำลัง ทำให้ปัสสาวะคั่งหรือถ่ายลำบาก ปกติแล้ว ใน 8 – 12 ชั่วโมงแรก ควรพยายามช่วยให้ถ่ายเองถ้าถ่ายเองไม่ได้จึงสวนปัสสาวะให้และติดตามต่อไป อีกว่าจะถ่ายครั้งต่อไปได้หรือไม่ถ้ากระเพาะปัสสาวะโป่งหรือคั่ง จะทำให้มดลูกหดตัวไม่ดีในราย ที่คิดว่ามีความผิดปกติเกี่ยวข้องกับทางเดินปัสสาวะต้องตรวจปัสสาวะและน้ำดื่มด้วย อาการท้องผูก มักจะพบเสมอในระยะหลังคลอด 1 – 2 วันแรกมักมีสาเหตุจาก มารดาเสียน้ำมากเนื่องจากการออกกำลังในขณะคลอด กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อน เจ็บแผลทำให้ไม่กล้าเบ่ง ถูกสวนอุจจาระไปแล้ว ในระยะก่อนคลอด และ ไม่เคยชินกับการนอนหรือนั่งถ่ายบนหมอนอน

9) การลุกเร็วภายหลังคลอด (Early ambulation) ภายหลังที่ได้พักผ่อน นานพอสมควรก็ควรให้ลุกจากเตียงได้ในวันแรกให้ลุกขึ้นนั่งบนเตียง หรือบนเก้าอี้ วันที่ 2 ให้ลุกเดิน รอบเตียงถ้ารู้สึกแข็งแรง จึงให้เดินไปห้องน้ำได้ ถ้าอ่อนเพลียพยาบาลควรดูแลอย่างใกล้ชิด การลุกขึ้น

เร็วจะช่วยให้มดลูกเข้าอู่ดีเพราะน้ำคาวปลาไหลออกสะดวก ป้องกันโรคเส้นเลือดดำอักเสบ (Thrombophlebitis) ทำให้ถ่ายอุจจาระและถ่ายปัสสาวะได้เร็วขึ้น และทำให้มารดาแข็งแรงขึ้น

6.4.2 การพยาบาลหลัง 24 ชั่วโมงหลังคลอดหรือการพยาบาลมารดาประจำวัน

6.4.2.1 คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอด

1) การพักผ่อนและการทำงาน ในระยะหลังคลอดสตรีหลังคลอดยังคงอ่อนเพลียจากการสูญเสียเลือดและพลังงานในขณะที่คลอด ฉะนั้นสตรีหลังคลอดควรได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอโดยเฉพาะช่วง 2 สัปดาห์แรก กลางคืนควรได้หลับพักผ่อน 6 – 8 ชั่วโมงและควรหลับกลางวันขณะทารกหลับประมาณ ½ - 1 ชั่วโมงทุกวัน สำหรับการทำงานในระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอดควรทำงานที่ออกแรงน้อยไม่ควรงานที่ต้องใช้กำลังของกล้ามเนื้อหน้าท้อง ห้ามยกของหนัก เพราะช่วงนี้ Board ligament และ Round ligament ที่ยังยึดมดลูกอยู่มีการขยายตัวหากออกแรงมาก ๆ อาจทำให้มดลูกเคลื่อนลงต่ำ งานที่ทำได้ เช่น การหุงหาอาหาร ซักเสื้อผ้าเบา ๆ กวาดบ้าน ภูบ้าน เมื่อครบ 6 สัปดาห์หลังคลอดจึงจะทำงานทุกอย่างได้ตามปกติ

2) การรับประทานอาหาร สตรีหลังคลอดสามารถรับประทานอาหารได้ทุกชนิดยกเว้นของหมักดอง อาหารรสจัดและอาหารที่มีแอลกอฮอล์ผสมอยู่ เพราะสารเหล่านี้ถูกขับออกมาทางน้ำนมสู่ทารกได้ สตรีหลังคลอดที่เลี้ยงทารกด้วยนมตนเองมีความต้องการสารอาหารมากกว่าในระยะตั้งครรภ์เพราะต้องนำไปใช้ในการฟื้นฟูสภาพภายหลังคลอดและแปรเปลี่ยนสารอาหารให้เป็นนมแก่ทารกแรกเกิด สตรีหลังคลอดที่ให้นมทารกวันละประมาณ 450 มิลลิเมตร ควรได้รับพลังงานเพิ่มขึ้นอีกวันละประมาณ 300 แคลอรี สำหรับการผลิตน้ำนม 100 มิลลิเมตร จะต้องใช้พลังงาน 96 แคลอรีนอกจากจะต้องเพิ่มพลังงานแล้วจะต้องเพิ่มปริมาณโปรตีนเกลือแร่และวิตามิน เพื่อให้เพียงพอต่อการผลิตน้ำนมจึงควรเพิ่มโปรตีนขึ้นวันละ 20 กรัม ระหว่างมื้ออาหารควรจิบน้ำบ่อย ๆ เพื่อชดเชยปริมาณน้ำที่ออกมาเป็นน้ำนม

3) การฝึกกล้ามเนื้อหน้าท้องและ Pelvic floor ภายหลังคลอดกล้ามเนื้อหน้าท้องของสตรีหลังคลอดถูกยืดขยายสตรีหลังคลอดจึงควรบริหารร่างกายเป็นอย่างยิ่งเพื่ออวัยวะต่าง ๆ กลับคืนสู่สภาพเดิมได้เร็วขึ้น

4) การทำความสะอาดร่างกาย ในระยะหลังคลอดสตรีหลังคลอดยังมีแผลในโพรงมดลูก แผลฝีเย็บ มีน้ำคาวปลาไหลตลอดเวลา รวมทั้งมีเหงื่อออกมากจึงควรแนะนำให้หญิงหลังคลอดรักษาความสะอาดของร่างกายอยู่เสมอควรอาบน้ำวันละ 2 – 3 ครั้ง ใช้วิธีดื่อกาบน้ำไม่ควรลงไปแช่น้ำเพราะอาจทำให้เชื้อโรคที่อยู่ในน้ำผ่านช่องคลอดลุกลามเข้าสู่มดลูกอันจะมีผลให้เกิดการติดเชื้อขึ้นได้ ภายหลังอุจจาระหรือปัสสาวะควรล้างให้สะอาดโดยล้างจากด้านหน้าไปด้านหลัง ซับให้แห้ง แล้วจึงใส่ผ้าอนามัยและควรมีการเปลี่ยนผ้าอนามัยอย่างน้อยวันละ 2 – 3 แผ่น สำหรับการสระผม สามารถกระทำได้ทุกวันที่เหมาะสม

5) การให้นมทารก สตรีหลังคลอด ควรล้างมือให้สะอาดก่อนให้นมทารก หากร่างกายมารดาสะอาดเพียงพอแล้วไม่จำเป็นต้องเช็ดหัวนมเพราะการไม่เช็ดหัวนมจะทำให้ทารกที่ดูดนมมารดาได้รับ Normal flora จากหัวนม มารดาซึ่งช่วยให้ทารกได้สร้างภูมิคุ้มกันต้านทานเชื้อโรคได้ดี หลังจากทารกดูดนมเสร็จปล่อยให้เต้านมแห้งแล้วใส่เสื้อ ยกทรงที่มีขนาดพอเหมาะและเน้นเรื่องการล้างหัวนมไม่ควรทำบ่อยเพราะจะทำให้หัวนมแห้งและเป็นอันตรายได้ง่าย

ในการให้ทารกดูดนมแต่ละครั้งนั้นควรให้ดูดทั้ง 2 เต้า โดยเริ่มจากเต้าที่ดูดค้างจากคราวที่แล้วก่อนหาก ไม่มีอาการคัดเต้านมก็ไม่ควรบีบน้ำนมที่ทารกดูดไม่หมดทิ้งเพราะนมที่ค้างอยู่นั้นเป็นนมส่วนหลัง (Hind milk) ซึ่งให้พลังงานและมีประโยชน์กว่านมที่ออกในระยะต้นวันแรกควรให้ทารกดูดข้างละประมาณ 5 นาที ในวันที่ 2 ข้างละ 10 นาทีและตั้งแต่วันที่ 3 เป็นต้นไป ให้ดูดนานประมาณ ข้างละ 15 นาทีเพื่อกระตุ้นให้มารดาหลั่ง Prolactin ในระดับสูงในกระแสเลือด หลังจากทารกอิ่มนมมารดาควรจับทารกเรอทุกครั้ง

6) การมีเพศสัมพันธ์ ในระยะหลังคลอดเนื้อเยื่อของช่องทางคลอดยังไม่กลับสู่สภาพปกติประกอบกับมีแผลในมดลูกแผลฝี เย็บน้ำคาวปลาสตรีหลังคลอดมีความเครียดทางจิตใจทำให้สตรีหลังคลอดยังไม่พร้อมที่จะมีเพศสัมพันธ์ ควรงดการมีเพศสัมพันธ์ภายหลัง 4 – 6 สัปดาห์ เพราะฉะนั้นความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจจึงเป็นตัวบ่งชี้ว่าจะเริ่มมีเพศสัมพันธ์ได้หรือไม่

7) อาการผิดปกติที่สตรีหลังคลอดควรทราบ ได้แก่ อาการหนาวสั่นภายหลังคลอด (Postpartum chill หรือ Aseptic chill) อาการไข้ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

8) การกลับมีประจำเดือน ตามปกติสตรีหลังคลอดจะไม่มีประจำเดือนอยู่ระยะหนึ่งซึ่งถือว่าเป็นการขาดประจำเดือนที่ปกติ (Physiologic amenorrhea) ระยะเวลาของช่วงนี้จะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลแต่สิ่งที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อการตกไข่และการมีประจำเดือน คือ การเลี้ยงทารกด้วยนมตนเองเพราะ Prolactin ยับยั้งการสร้าง Human pituitary gonadotropins สตรีหลังคลอดที่มีได้เลี้ยงทารกด้วยนมตนเองการตกไข่ครั้งแรกอยู่ในช่วง 10 – 11 สัปดาห์และกลับมีประจำเดือน 7 – 9 สัปดาห์หลังคลอด สำหรับสตรีหลังคลอดที่เลี้ยงทารกด้วยนมตนเองการตกไข่ครั้งแรกอยู่ในช่วงสัปดาห์ที่ 17 ถึง 28 สัปดาห์ส่วนการกลับมีประจำเดือนครั้งแรกอยู่ในช่วง 30 – 36 สัปดาห์

9) การวางแผนครอบครัว แม้ว่าสตรีหลังคลอดจะเกิดภาวะขาดประจำเดือน แต่ก็สามารถผลิตไข่มีการตกไข่ได้เมื่อมีเพศสัมพันธ์จึงทำให้เกิดการตั้งครรภ์ขึ้นเพราะ ฉะนั้นจึงควรคุมกำเนิดตั้งแต่สัปดาห์ที่ 3 หลังคลอด เป็นต้นไป

10) การตรวจร่างกายภายหลังคลอด หลังคลอด 6 สัปดาห์สภาพร่างกายและจิตใจของสตรีหลังคลอดเริ่มกลับเข้าสู่ภาวะปกติและควรได้รับการตรวจดูความสมบูรณ์ของร่างกาย

รวมทั้งการตรวจหามะเร็งปากมดลูกและการตรวจภายใน ดังนั้นพยาบาลจึงต้องเน้นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด

6.4.2.2 การบริหารร่างกายในระยะหลังคลอด การบริหารร่างกายในระยะหลังคลอดมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกายทำให้มีรูปร่างและทรวดทรงที่เหมาะสมส่งเสริมบุคลิกภาพและสุขภาพที่ดีรวมทั้งช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนบางอย่างที่อาจตามมาในระยะหลังคลอด มารดาหลังคลอดปกติประมาณ 6 - 8 ชั่วโมง ควรมีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วที่สุดกล่าวคือ เมื่อได้รับการพักผ่อนเพียงพอ อาการผ่านระยะคลอดมาแล้วและไม่มีปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนใด ๆ เกิดขึ้นก็เริ่มบริหารร่างกายได้ทันทีทั้งนี้เนื่องจากอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาคและสรีรวิทยาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ เช่น มดลูก ปากมดลูก ช่องคลอด เต้านม รวมทั้งอวัยวะส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องจะกลับคืนสู่สภาพเดิมในระยะเวลาอันสั้น

6.4.2.3 หลักการบริหารร่างกายในระยะหลังคลอด

1) การบริหารร่างกายควรเริ่มต้นที่หลังจากมารดาได้พักผ่อนอย่างเต็มที่และไม่มีอาการอ่อนเพลียหรือ วิงเวียนศีรษะ

2) ในระยะวันแรกหลังคลอดควรตั้งต้นการบริหารร่างกายจากท่าที่ง่าย ๆ และเบา ๆ หลังจากนั้นค่อยเพิ่มขึ้นตามลำดับความสามารถและความพร้อมของร่างกายมารดาแต่ละคน

3) ควรเริ่มต้นบริหารร่างกายอย่างช้า ๆ แล้วค่อยเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ มีจังหวะและนุ่มนวล

4) ระยะแรกของการบริหารร่างกายมารดาจะเจ็บแผลที่ฝีเย็บหรือปวดท้องจากการหดตัวของมดลูก จึงทำให้ไม่อยากจะบริหารร่างกาย แต่อย่างไรก็ตามจำเป็นต้องอาศัยความพยายามและอดทนฝืนบริหารร่างกายต่อไปจนกว่าผ่านพ้นระยะแรกนี้ได้

5) ขณะที่บริหารร่างกายถ้ามารดามีอาการวิงเวียนศีรษะ ตาพร่า ใจสั่น เจ็บหน้าอก หรือรู้สึกเหนื่อยมาก ควรหยุดบริหารร่างกายทันทีและหากพักผ่อนแล้วยังคงมีอาการอยู่ ควรรายงานแพทย์

6) การบริหารร่างกายในแต่ละครั้งของทุก ๆ วันควรได้บริหารอวัยวะทุก ๆ ส่วนของร่างกายเป็นประจำและพอเหมาะ ไม่ควรบริหารร่างกายมากหรือหักโหมจนเกินไปและอาจเพิ่มท่าที่ใช้บริหารร่างกายมากขึ้นเรื่อย ๆ แต่ละท่าควรทำซ้ำประมาณ 5 ถึง 10 ครั้ง

7) ในขณะที่บริหารร่างกายทุกครั้งมารดาควรมีสมาธิที่มั่นคงปล่อยจิตใจและร่างกายตามสบายเพื่อช่วยผ่อนคลายความเครียดในระยะหลังคลอด

8) การบริหารร่างกายจะทำในเวลาใดก็ได้ที่สะดวกขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของแต่ละครอบครัว โดยพยายามเลือกช่วงที่ว่าง เช่น ขณะที่ทารกกำลังนอนหลับหรือภายหลังจากการให้นมทารก เป็นต้น

9) มารดาที่ผ่านการคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการ เช่น ผ่าตัดทำคลอดทางหน้าท้อง การใช้เข็มหรือใช้ เครื่องดึงสุญญากาศ ตลอดจนการตั้งครรภ์และการคลอดที่ผิดปกติอื่น ๆ ทั้งหลายควรปรึกษาสูติแพทย์และพยาบาลก่อนจึงจะบริหารร่างกายเนื่องจากมีข้อควรระมัดระวังเป็นพิเศษ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้

6.4.2.4 การเตรียมตัวก่อนบริหารร่างกายในระยะหลังคลอด มารดาที่จะบริหารร่างกายในระยะหลังคลอดควรเตรียมตัวดังนี้

1) ไม่ควรบริหารร่างกายในขณะที่หิวหรืออิ่มเต็มที่ แต่ถ้ารู้สึกหิวอาจรับประทานผลไม้หรือเครื่องดื่มเล็กน้อยก็ได้

2) ควรถ่ายปัสสาวะให้เรียบร้อยก่อนบริหารร่างกายทุกครั้ง

3) เสื้อผ้าที่ใส่ควรมีขนาดพอเหมาะรัดกุมไม่แน่นจนเกินไป

4) เปลี่ยนผ้าอนามัยก่อนและหรือหลังบริหารร่างกาย เนื่องจากน้ำคาวปลาอาจไหลออกมาทำให้เปียกชุ่มรู้สึกไม่สบายมีกลิ่นและอาจติดเชื้อได้ง่าย

5) ก่อนบริหารร่างกายควรดูแลให้ทารกดูนมมารดาเสร็จเรียบร้อย เพื่อที่มารดาจะสามารถบริหารร่างกายได้อย่างเต็มที่ต่อเนื่องและมีสมาธิตลอดระยะเวลาของการบริหารร่างกายแต่ละครั้ง โดยไม่ถูกรบกวนจากทารกเนื่องจากความหิว

6) พยายามทำจิตใจให้สนุกและสดชื่นพร้อมที่จะบริหารร่างกายทุกครั้ง ไม่ควรเบื่อหน่าย หรือท้อแท้ สำหรับมารดาที่เริ่มต้นบริหารร่างกายใหม่ ๆ อาจรู้สึกยากแต่พยายามอดทนฝึกตนเองให้เกิดความเคยชินกับการบริหารร่างกายอย่างสม่ำเสมอ

7) ควรบริหารร่างกายในสถานที่ที่อากาศถ่ายเทได้สะดวกและกว้างพอสำหรับบริหารร่างกายได้ทุก ๆ ท่า

8) อาจจะเปิดเพลงเบา ๆ ประกอบการบริหารร่างกาย เพื่อเสริมสร้างบรรยากาศให้ผ่อนคลายและเพลิดเพลินยิ่งขึ้น

6.4.2.5 ข้อห้ามสำหรับการบริหารร่างกายในระยะหลังคลอด

มารดาที่จะทำการบริหารร่างกายในระยะหลังคลอดควรได้รับคำแนะนำจากสูติแพทย์และพยาบาลเสียก่อน ทั้งนี้เนื่องจากบางรายมีข้อควรระมัดระวังเป็นพิเศษ เช่น มารดาที่มีการคลอดยาวนานหรือมารดาที่มีโรค หรือ ปัญหาดังต่อไปนี้จะทำให้เกิดข้อจำกัดของการบริหารร่างกายในระยะหลังคลอด มารดาที่บริหารร่างกายแล้วมีอาการดังต่อไปนี้แสดงว่าบริหารร่างกายหักโหมเกินไปควรหยุดพักผ่อนเพื่อให้ ร่างกายซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน หายใจลำบาก เมื่อยล้าเป็นเวลานาน ไม่กระปรี้กระเปร่า และง่วงนอนตลอดเวลา

6.4.2.6 ท่าที่ใช้สำหรับการบริหารร่างกายในระยะหลังคลอด ในระยะหลังคลอดปกติถ้ามารดาได้รับการพักผ่อนเพียงพอและไม่มีการแทรกซ้อนใด ๆ เกิดขึ้น สามารถเริ่มบริหาร

ร่างกายได้ทันทีทั้งนี้เพราะหากเริ่มต้นบริหารร่างกายได้เร็วก็จะช่วยให้ร่างกายกลับคืนสู่สภาพปกติได้เร็วด้วยท่าที่ใช้บริหารมีอยู่ด้วยกัน 7 ท่าดังนี้

ท่าที่ 1 การหายใจ (Abdominal toning exercise : Deep abdominal breathing) เพื่อผ่อนคลายความเครียดทำให้จิตใจปลอดโปร่งและแจ่มใส และเป็นการบริหารปอดทำให้ร่างกายได้รับอากาศเพียงพอสำหรับช่วยฟื้นคืนสู่สภาพเดิม ได้รวดเร็ว โดยมีวิธีดังนี้

- 1) นอนหงายราบไม่หนุนหมอนชันเข้าและเอามือทั้งสองวางบนหน้าท้อง
- 2) สูดลมหายใจเข้าลึก ๆ ทางจมูกให้หน้าท้องโป่งออกซึ่งจะรู้สึกได้โดยวางมือบนหน้าท้อง
- 3) ค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออกจากปากพร้อมทั้งแขม่วท้องให้ทำซ้ำ 5 – 10 ครั้ง เริ่มทำตั้งแต่วันแรกหลังคลอด

ท่าที่ 2 การบริหารกล้ามเนื้อคอและกล้ามเนื้อหน้าท้อง เพื่อช่วยให้การเคลื่อนไหวของคอสะดวกมีความคล่องตัวและแข็งแรง ทำให้กล้ามเนื้อหน้าท้องแข็งแรงและลดแรงดึงที่ส่วนหลังและช่วยลดหน้าท้อง โดยมีวิธีดังนี้

- 1) นอนหงายราบไม่หนุนหมอนวางแขนราบข้างลำตัว
- 2) ยกศีรษะขึ้นให้คางจรดหน้าอกหลังส่วนบนไม่สัมผัสกับพื้น
- 3) ค่อย ๆ วางศีรษะลงกับพื้นทำเช่นนี้โดยไม่ขยับส่วนอื่นของร่างกายทำวันละ 5 – 10 ครั้งติดต่อกัน

ท่าที่ 3 การบริหารไหล่และแขน เพื่อให้กล้ามเนื้อไหล่และแขนแข็งแรงเป็นการเตรียมพร้อมสำหรับมารดาที่จะอุ้มและให้นม แก่ทารกในระยะหลังคลอด โดยมีวิธีดังนี้

- 1) นอนหงายราบไม่หนุนหมอนขาเหยียดตรงทั้งสองข้างและวางแขนราบข้างลำตัว
- 2) ยกแขนทั้งสองข้างขึ้นให้ตั้งฉากกับลำตัวขณะทำแขนต้องเหยียดตรงและข้อศอกเกร็ง

3) หลังจากนั้นค่อย ๆ เอาแขนลงและกางออกจากลำตัว

4) วางแขนไว้ข้างลำตัว

5) ทำเช่นนี้ประมาณ 5 – 10 ครั้งติดต่อกันเริ่มทำตั้งแต่วันแรกหลังคลอด

ท่าที่ 4 การบริหารกล้ามเนื้อขา เพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อหน้าท้องส่วนล่างและขาแข็งแรงและทำให้การไหลเวียนโลหิตไปเลี้ยงอวัยวะส่วนล่างของร่างกายดีขึ้น โดยมีวิธีดังนี้

- 1) นอนหงายราบไม่หนุนหมอนขาเหยียดทั้งสองข้างและวางแขนราบข้างลำตัว
- 2) งอขาขวาขึ้นให้เท้าสัมผัสกับกันในขณะที่ขาซ้ายเหยียดตรง
- 3) แล้วเหยียดขาขวาลงงอขาซ้ายขึ้นทำสลับกันข้างละ 5 – 10 ครั้ง เริ่มทำตั้งแต่วันที่ 2 หลังคลอด

ท่าที่ 5 การบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องและขา เพื่อช่วยเพิ่มความตึงตัวและแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้าท้อง ช่วยให้อุณหภูมิของกล้ามเนื้อหลังสะโพกและขาแข็งแรง และช่วยให้การไหลเวียนโลหิตที่ขาดีขึ้น โดยมีวิธีดังนี้

- 1) นอนหงายราบไม่หนุนหมอนแขนเหยียดตรงตามลำตัว
- 2) ยกขาขวาตั้งฉากกับลำตัวในขณะที่ขาซ้ายเหยียดตรงค่อย ๆ ลดขาขวาลงช้า ๆ โดยใช้อุณหภูมิของหน้าท้องช่วย

3) แล้วยกขาซ้ายขึ้นทำสลับข้าง ๆ ละ 5 – 10 ครั้งเริ่มทำตั้งแต่วันที่ 3 หลังคลอด

ท่าที่ 6 การบริหารกล้ามเนื้อหลังและสะโพก เพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อหลังและข้อสะโพกแข็งแรงและยืดหยุ่นได้ดี บรรเทาอาการปวดเมื่อยของสะโพก ทำให้กล้ามเนื้อหน้าท้องข้อเท้าและขา มีความแข็งแรง ช่วยให้การไหลเวียนที่ขาดีขึ้น และช่วยเพิ่มความสามารถในการควบคุมกล้ามเนื้อตรงรูเปิดช่องปัสสาวะ ช่องคลอด และ ทวารหนัก โดยมีวิธีดังนี้

- 1) นอนหงายราบไม่หนุนหมอนชันเข่าทั้งสองข้างขึ้นให้เข่าชิดกันเท้าห่างกันพอควร
- 2) ค่อย ๆ เกร็งยกลำตัวและสะโพกให้สูงที่สุดโดยแน่วระดับหน้าอกและเข่าเป็นเส้นเดียวกันหลังตรงและ มีไหล่เป็นอวัยวะที่ช่วยพยุงไว้
- 3) ขณะเดียวกันเกร็งกล้ามเนื้อสะโพกและกล้ามเนื้อบริเวณรอบ ๆ ช่องคลอดพักไว้สักครู่
- 4) ค่อย ๆ วางลำตัวและสะโพกในท่าเดิมพร้อมกับผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่เกร็งไว้ทำ 5 – 10 ครั้งติดต่อกัน เริ่มทำตั้งแต่วันที่ 2 หลังคลอด

ท่าที่ 7 Kegel's exercise การขมิบช่องคลอดและรูทวาร เป็น Kegel's exercise คือ การฝึกขมิบช่องคลอดครั้ง เพื่อให้กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานแข็งแรง การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานอย่างถูกวิธีนั้นประกอบไปด้วย 2 องค์ประกอบ คือ การขมิบรอบ ๆ รูเปิดของอวัยวะอุ้งเชิงกราน (Squeeze around the pelvic openings) และการขมิบให้กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานยกขึ้นและเข้าข้างใน (Inward lift) โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1) ต้องระบุกล้ามเนื้อที่จะขมิบให้ถูกต้อง โดยวิธี คือ การทดลองขมิบขณะที่ปัสสาวะ หากสามารถขมิบให้ปัสสาวะหยุดไหลได้ถือว่าขมิบกล้ามเนื้อได้ถูกมัด ให้ขมิบลักษณะนี้เพียงไม่กี่ครั้งเท่านั้นในช่วงที่เรียนรู้ หลังจากนั้นสามารถขมิบกล้ามเนื้อได้ในทุกอริยาบถ ไม่จำเป็นและไม่ควรทำขณะปัสสาวะ เพราะจะทำให้เกิดกระเพาะปัสสาวะอักเสบได้

2) หลังขมิบได้ถูกกล้ามเนื้อแล้ว ให้พยายามขมิบค้างไว้นานที่สุดเท่าที่ทำได้แล้วคลาย หลังจากนั้นให้เพิ่มระยะเวลาให้ขมิบนานขึ้นสามารถขมิบได้นาน 8 - 10 วินาทีต่อครั้ง โดยให้ขมิบ 8 - 12 ครั้งต่อ 1 ชุด และ ปฏิบัติให้ได้ 3 ชุด ต่อ วัน และควรปฏิบัติอย่างน้อย 3 - 4 วันต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลานาน 15 - 20 สัปดาห์ เมื่อปฏิบัติตามวิธีดังกล่าวได้แล้ว สามารถเพิ่มความแข็งแรง

และระยะเวลาขมิบให้มากขึ้นได้ หากต้องการให้กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานมีความแข็งแรงต่อไปในระยะยาวควรปฏิบัติตามวิธีดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง

ท่าที่ 8 การนอนคว่ำ เพื่อช่วยให้น้ำคาวปลาไหลสะดวกและมดลูกเข้าสู่ในตำแหน่งปกติอย่างรวดเร็ว ช่วยป้องกันและบรรเทาอาการปวดหลัง ทำให้ไม่รู้สึกตึงและเจ็บแผลฝีเย็บมากเกินไป ทำให้ผ่อนคลายความเครียดและนอนพักในท่าที่สบาย ลดอาการปวดมดลูก โดยนอนคว่ำศีรษะตะแคงไปทางด้านใดด้านหนึ่งวางแขนข้างลำตัวท่อน้อยและสะโพก นอนนานประมาณ 30 นาที เริ่มทำตั้งแต่วันแรกหลังคลอด

6.4.2.6 ปัญหาที่พบบ่อยในภาวะหลังคลอด

- 1) เต้านมคัดตึง (Breast engorge)
- 2) ท้องผูก (Constipation)
- 3) ปัสสาวะขัด กระปริดกระปรอย ปัสสาวะเสียวตอนสุด (Urinary tract infection)
- 4) อ่อนเพลียจากการเลี้ยงทารก (Fatigue)

การดูแลเพื่อลดปัญหาต้องอาศัยการพยาบาลลดปัญหาที่เกิดขึ้นและป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้โดยอาศัยการดูแลมารดาในระยะหลังคลอด การพยาบาลปัญหาที่เกิดขึ้นได้อธิบายการดูแลไว้แล้ว ระยะหลังคลอดเป็นช่วงเวลาหนึ่งของมารดาที่อาจทำให้เกิดความกลัว ความเครียด ความวิตกกังวลตลอดจนความไม่สุขสบายต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การบริหารร่างกายนับเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ โดยการบริหารร่างกายจะค่อยเป็นค่อยไปจากท่าที่ง่าย ๆ และเบา ๆ ในวันแรกหลังคลอดหลังจากนั้นเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามความสามารถและความพร้อมของร่างกายนอกจากนี้เมื่อกลับไปบ้านจำเป็นต้องบริหารร่างกายต่อไปอย่างสม่ำเสมอจึงจะได้รับประโยชน์จากการบริหารร่างกายได้อย่างเต็มที่

6.4.3 การพยาบาลมารดาหลังคลอดภาวะครรภ์เป็นพิษลักษณะรุนแรง

การพยาบาลมารดาหลังคลอดในกรณีที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษลักษณะรุนแรง (Severe pre-eclampsia) เป็นเรื่องที่ต้องใช้ความระมัดระวังและคำนึงถึงการดูแลที่ครบถ้วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมารดาผ่านกระบวนการคลอดแล้วต้องเผชิญกับภาวะทางการแพทย์ที่เสี่ยงมากขึ้น เช่น ความดันโลหิตสูง อาการบวม โปรตีนในปัสสาวะ การทำงานของตับผิดปกติ และการเสี่ยงต่อการเกิดอาการชักที่เกี่ยวข้องกับภาวะครรภ์เป็นพิษลักษณะรุนแรง ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่มีผลต่อมารดาและทารกได้

6.4.3.1 การประเมินและการดูแล

- 1) การประเมินความดันโลหิต ควรทำการวัดความดันโลหิตของมารดาอย่างสม่ำเสมอในช่วงหลังคลอด เนื่องจากภาวะครรภ์เป็นพิษสามารถทำให้ความดันโลหิตสูงได้แม้

หลังคลอด การควบคุมความดันโลหิตเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อป้องกันภาวะเส้นเลือดในสมองแตก หรือภาวะหัวใจล้มเหลว (Pain., 2020).

2) การควบคุมอาการบวม การบวมที่มือ เท้า และใบหน้าอาจเกิดขึ้นหลังคลอด โดยการดูแลที่เหมาะสม เช่น การลดการรับเกลือในอาหาร และการยกขาสูง สามารถช่วยลดอาการบวมได้ (Magee et al., 2022)

3) การเฝ้าระวังอาการชัก (Eclampsia) มารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษลักษณะรุนแรงมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะชัก จำเป็นต้องเฝ้าระวังอาการเช่น ปวดหัวรุนแรง มองเห็นไม่ชัด หรือปวดท้องด้านขวาบน และหากพบอาการเหล่านี้ต้องรายงานให้แพทย์ทราบทันที (Pain., 2020)

4) การประเมินการทำงานของอวัยวะสำคัญ การตรวจหาค่าการทำงานของตับและไต รวมถึงการตรวจปัสสาวะเพื่อหาสัญญาณของโปรตีนในปัสสาวะหรือการเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ ที่บ่งชี้ถึงภาวะผิดปกติ (Magee et al., 2022).

5) การให้ยาลดความดันโลหิต ในกรณีที่ความดันโลหิตของมารดา ยังคงสูงเกินไปหลังคลอด อาจจำเป็นต้องให้ยาลดความดันโลหิต เช่น Hydralazine หรือ Labetalol เพื่อลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน (Pain., 2020)

6) การให้การดูแลจิตใจและการสนับสนุน มารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษลักษณะรุนแรงอาจมีความเครียดหรือวิตกกังวลสูง การสนับสนุนทางจิตใจและการให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับการรักษาสามารถช่วยให้มารดารู้สึกมั่นใจมากขึ้น (Magee et al., 2022)

6.4.3.2 การดูแลทารกหลังคลอด เนื่องจากมารดามีภาวะครรภ์เป็นพิษลักษณะรุนแรง ทารกอาจมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะทารกตัวเล็กหรือภาวะขาดออกซิเจน (Fetal growth restriction) จึงจำเป็นต้องติดตามการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของทารกหลังคลอดอย่างใกล้ชิด (Pain., 2020)

การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษลักษณะรุนแรงต้องให้ความสำคัญกับการควบคุมความดันโลหิต การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการสนับสนุนด้านจิตใจ เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับมารดาและทารก การดูแลที่เหมาะสมและทันเวลาเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6.4.4 การพยาบาลมารดาหลังคลอดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

การพยาบาลมารดาหลังคลอดในกรณีที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute respiratory failure) เป็นภาวะทางการแพทย์ที่รุนแรงซึ่งต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันสามารถเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ภาวะเส้นเลือดในปอดอุดตัน (Pulmonary embolism) การติดเชื้อทางเดินหายใจ (Pneumonia) การบาดเจ็บจากการคลอด (Trauma) หรือภาวะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ซึ่งมารดาหลังคลอดอาจมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะนี้

เนื่องจากสภาวะทางร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงหลังคลอดการประเณนและการดูแลดังนี้ (นงลักษณ์ เณลิมสุข และ ณวี เบาพรวง, 2562)

1) การประเณนอาการทางเดินหายใจ ควรเฝ้าระวังอาการหายใจลำบาก เช่น การหายใจเร็ว หายใจลำบาก เสียงหายใจผิดปกติ (เช่น เสียงวี๊ด) หรือการขาดออกซิเจน โดยใช้เครื่องมือช่วยในการตรวจสอบ เช่น การวัดออกซิเจนในเลือด (SpO₂) และการตรวจอัตราการหายใจ (Respiratory rate) เพื่อประเณนการทำงานของระบบหายใจ (Koul et al., 2021)

2) การให้การสนับสนุนการหายใจ หากพบว่ามีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน จำเป็นต้องให้การสนับสนุนการหายใจทันที อาจใช้การให้ออกซิเจนผ่านหน้ากาก (Face mask) หรือการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator) หากอาการรุนแรง ในบางกรณีอาจจำเป็นต้องใช้การช่วยหายใจด้วยการสอดท่อหลอดลม (Endotracheal intubation) และการใช้การระบายอากาศแบบบวก (Positive pressure ventilation) หากไม่สามารถหายใจได้เอง (Koul et al., 2021)

3) การประเณนปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของภาวะหายใจล้มเหลว จำเป็นต้องประเณนสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลว เช่น ภาวะปอดอักเสบ การอุดตันของเส้นเลือดในปอด หรือภาวะเสียเลือดมาก (Hemorrhagic shock) ที่อาจส่งผลต่อการหายใจ โดยการตรวจสอบประวัติทางการแพทย์และการตรวจร่างกายเพิ่มเติม เช่น การทำเอ็กซเรย์ปอด (Chest x - ray) หรือการตรวจเลือดเพื่อประเณนระดับก๊าซในเลือด (ABG)

4) การจัดการภาวะเสี่ยงจากการติดเชื้อ หากภาวะหายใจล้มเหลวเกิดจากการติดเชื้อ ควรให้การรักษาทตามหลักการการใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม (Antibiotic therapy) และเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของเชื้อโรค การติดเชื้ออาจเกิดจากการคลอดที่ซับซ้อนหรือจากการติดเชื้อหลังคลอดที่ทำให้เกิดภาวะปอดอักเสบ (Koul et al., 2021)

5) การสนับสนุนทางจิตใจ มารดาที่ประสบภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันมักมีความวิตกกังวลสูง จึงควรให้การสนับสนุนทางจิตใจและคำแนะนำที่เหมาะสม โดยการให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับการรักษาและสถานการณ์ทางการแพทย์ การสร้างความมั่นใจและลดความเครียดสามารถช่วยให้มารดารู้สึกปลอดภัยและได้รับการรักษาที่เหมาะสม

6) การติดตามผลหลังการรักษา เมื่อภาวะหายใจล้มเหลวได้รับการจัดการแล้ว ควรมีการติดตามอาการอย่างใกล้ชิด โดยการตรวจอัตราการหายใจ ออกซิเจนในเลือด และระดับก๊าซในเลือดอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถประเณนสถานะของระบบหายใจและปรับการรักษาได้ทันทั่วทั้ง (Koul et al., 2021)

การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันต้องการการดูแลที่เข้มข้นและการตรวจสอบอย่างละเอียด เพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การให้

การสนับสนุนการหายใจที่เหมาะสมและการระบุสาเหตุของภาวะหายใจล้มเหลวเป็นสิ่งสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและการฟื้นตัวของมารดา

6.5 แผนการพยาบาล

ตารางที่ 2 แผนการพยาบาล

ลำดับ	ข้อวินิจฉัย	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
ระยะวิกฤตในห้องฉุกเฉินและระยะแรกรับที่หอผู้ป่วย			
1	มารดาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะชกเนื่องจากมีความดันโลหิตสูง วัตถุประสงค์ ไม่มีอาการชก	1. ประเมินอาการและอาการแสดงที่ชักนำก่อนเกิดการชัก ได้แก่อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เจ็บใต้ลิ้นปี่หรือบริเวณชายโครงขวา 2. ตรวจสอบสัญญาณชีพ ทุก ๆ 15 นาทีเพื่อประเมินอาการและอาการแสดงเป็นระยะๆ จนกว่า สัญญาณชีพจะปกติจึงปรับเป็นทุก 1 ชั่วโมง และติดตามความรุนแรงของโรค 3. ดูแลให้ได้รับยา $MgSO_4$ ตามแผนการรักษา 4. ดูแลการเตรียมยาชัก และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา 5. ดูแลสายสวนปัสสาวะชนิดคาสายสวนเพื่อประเมินน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย และ ประเมินการทำงานของไต ปัสสาวะออกไม่น้อยกว่า 25 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง 6. จัดสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบ ลดการกระตุ้นจากแสงเสียงหรือสิ่งใดๆ เพื่อให้มารดาได้พักผ่อนมากที่สุด 7. จัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นให้พร้อมใช้เช่น ออกซิเจน พร้อมทั้งยาที่ต้องใช้ในกรณีฉุกเฉิน เพื่อจะได้ให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว	1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ 2. มารดาไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เจ็บใต้ลิ้นปี่หรือบริเวณชายโครงขวา
2	มารดาเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน	1. จัดทำนอนตะแคงซ้าย	ไม่เกิดภาวะภาวะแทรกซ้อน

ลำดับ	ข้อวินิจฉัย	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
	หลังการได้รับยา MgSO₄ วัตถุประสงค์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หลังการได้รับยา MgSO₄	2. ดูแลความสุขสบายของผู้ป่วย เช่น เช็ดตัว ประคบด้วยผ้าเย็นหรือกระเป๋าน้ำแข็ง เพื่อบรรเทาอาการร้อนวูบวาบตามร่างกาย 3. เฝ้าสังเกตสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ 4. ประเมินอาการ magnesium toxicity เช่น อัตราการหายใจ < 14 ครั้งต่อนาที 5. เฝ้าสังเกตปริมาณน้ำเข้า - น้ำออก 6. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา 7. ติดตาม Magnesium level ในเลือด (Therapeutic serum level 4.8 - 8.4 mg/dl) 8. เฝ้าติดตามอัตราการหายใจ Deep tendon reflex และ urine output ทุก 4 ชั่วโมง หากมีอาการแสดงของการเป็นพิษจาก Magnesium sulfate ให้พิจารณาหยุดยาและรายงานแพทย์ทราบทันที 9. จัดเตรียมยา Antidote MgSO₄ คือ 10% Calcium gluconate เมื่อมีอาการภาวะพิษจากแมกนีเซียม (Magnesium toxicity)	จากการได้รับยา MgSO₄
3	มารดาเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เนื่องจากมีแผลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง วัตถุประสงค์ ไม่มีอาการติดเชื้อ หลังการผ่าตัด	1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของมารดา วัยรุ่น หลังผ่าตัดคลอด หากมีการอักเสบติดเชื้อของแผลผ่าตัดคลอด อุณหภูมิร่างกายจะสูงขึ้น 2. ประเมินแผลผ่าตัด เพื่อดูว่ามีสารคัดหลั่งไหลซึม หรือบริเวณรอบ ๆ แผลมีการอักเสบ การบวมแดง เพื่อประเมินการติดเชื้อของแผลผ่าตัดคลอด	1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ 2. บริเวณแผลผ่าตัดแห้งดีไม่มีสารคัดหลั่งซึม

ลำดับ	ข้อวินิจฉัย	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
		3. ประเมินสี กลิ่น ลักษณะและปริมาณของ น้ำคาวปลาเพื่อดูความผิดปกติ 4. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ได้แก่ Augmentin ทาง หลอดเลือดดำ จนครบตามแผนการ รักษา และเมื่อเริ่มอาหารเหลว ให้กินยา Augmentin 1 เม็ดหลังอาหาร เข้าและเย็น 5. ดูแลมารดาในการเปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 3 - 4 ชั่วโมงหรือเมื่อชุ่มผ้าอนามัย เพื่อไม่ให้เกิด การ สะสมเชื้อโรคทำให้เกิดการติดเชื้อได้	
4	มารดาเสี่ยงต่อ ภาวะตกเลือด จากแผลผ่าตัด และแผลที่โพรง มดลูก วัตถุประสงค์ มารดาไม่เกิด ภาวะตกเลือด หลังคลอด	1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว สีผิว อาการ กระสับกระส่าย ริมฝีปากแห้ง ปลายมือ ปลายเท้า เย็นและเยื่อบุตาซีด ผิวหนังเย็น ถ้าพบบรรยายงาน แพทย์ทราบ 2. วัดและบันทึกสัญญาณชีพตามมาตรฐาน การดูแลมารดาหลังผ่าตัด 3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาของแพทย์ คอยดูแล อัตราการ หายดของสารน้ำในขวดที่มี Oxytocin ผสมอยู่ เนื่องจากยานี้ มีฤทธิ์ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกหดตัว ดี หากให้เร็วเกินไปอาจเกิด Vasoconstriction มาก เลือดเทกลับเข้าหัวใจเพิ่มขึ้น เกิดภาวะ Congestive heart failure ได้ 4. สังเกตว่ามีเลือดออกจากแผลผ่าตัด ทาง หน้าท้องหรือไม่ โดยดูจากการมีเลือดซึม เปื้อน ผ้าปิดแผลที่หน้าท้อง หากมีต้อง เปลี่ยน Dressing และกดให้แน่นเพื่อห้าม เลือด พร้อมบันทึกไว้	1. มารดาไม่เกิด ภาวะตกเลือดหลัง คลอด 2. สัญญาณชีพปกติ

ลำดับ	ข้อวินิจฉัย	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
		5. สังเกตและบันทึกจำนวนน้ำคาวปลา จากผ้าอนามัยที่รองไว้ว่าออกจำนวนมาก ผิดปกติ หรือไม่ ลักษณะน้ำคาวปลาที่ออกมาจับตัวแข็งเป็น ลิ่มหรือเป็นก้อนหรือไม่ หากมีให้รายงานแพทย์ทราบ 6. บันทึกจำนวนสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย เพื่อประเมินสภาพการทำงานของไต หาก พบว่ามีจำนวนปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ให้รายงานแพทย์	
5	ไม่สุขสบาย เนื่องจากปวด แผลผ่าตัด วัตถุประสงค์ มารดานอนหลับ พักผ่อนได้	1. ประเมินและสังเกตความรู้สึกปวดทาง สีหน้า อารมณ์ และการแสดงออกทางร่างกาย 2. จัดให้นอนในท่า Fowler's position เพื่อลดความตึงของกล้ามเนื้อหน้าท้อง 3. ดูแลให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล รวดเร็ว และถูกเทคนิค เพื่อจะได้ไม่รบกวนให้ มารดาหลังคลอดต้องลุกนั่งหรือลงนอนบ่อยเกิน ความจำเป็น 4. แนะนำและสอนวิธีการไออย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพให้ (Effective cough) โดยสูด ลมหายใจเข้าลึก ๆ และไอออกมาแรง ๆ ครั้งเดียว เวลาเปลี่ยนอิริยาบถ และขณะไอให้ใช้มือ 2 ข้างกุม ที่แผลผ่าตัดเข้าหากัน เป็นการช่วยพยุงแผลและ กล้ามเนื้อหน้าท้อง 5. ดูแลให้ยาแก้ปวด ตามแผนการรักษา และประเมินภาวะแทรกซ้อนจากยา	1. มารดามีสีหน้าสดชื่น 2. มารดาสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ 3. มารดามีอาการปวดลดลง
6	มารดามีความ วิตกกังวล เนื่องจากขาด ความรู้ความ	1. การดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน แนะนำเรื่องการพักผ่อน มารดาควรพักผ่อนให้เพียงพอ 6 - 8 ชั่วโมงต่อวัน แนะนำการรับประทานอาหาร ควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่	ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านได้

ลำดับ	ข้อวินิจฉัย	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
	เข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน วัตถุประสงค์ มารดามีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านได้	หลีกเลี่ยงอาหาร หมักดอง เครื่องดื่มชูกำลัง หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ เพราะมีผลต่อน้ำนม 2. ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยสบู่ และทำความสะอาดทุกครั้งที่ปัสสาวะหรืออุจจาระ หรือทุกครั้งที่เปลี่ยนผ้าอนามัย และซับให้แห้งทุกครั้ง แนะนำเรื่องการรักษาความสะอาด 3. หลังผ่าตัดคลอดทางหน้าสามารถเดิน ทำกิจกรรมได้ตามปกติ ยกเว้นการทำงานหนัก ยกของหนัก หลัง 6 สัปดาห์ไปแล้วสามารถทำงานได้ตามปกติ การออกกำลังกายเท่าที่ทำได้ 4. เน้นการมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรรับมาพบแพทย์ เช่น ปวดท้องมากผิดปกติ น้ำขาวปลาหมึกกลิ่นเหม็นหรือสีแดงสด รวมถึงแผลผ่าตัดมีหนอง ซึม หรือปวดบวมแดง ควรรับมาพบแพทย์ทันที 5. แนะนำการดูแลบุตรเมื่อกลับบ้าน การมารับวัคซีนตามเกณฑ์ การอาบน้ำ และการเลี้ยง บุตรด้วยนมตนเองเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน ไม่ควรให้บุตรดื่มน้ำเปล่า รวมถึงการสังเกตอาการผิดปกติของ บุตรที่ควรรับมาพบแพทย์	

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 4

กรณีศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 5 กรกฎาคม 2566

วันที่จำหน่าย 12 กรกฎาคม 2566

รวมวันรักษาในโรงพยาบาล 7 วัน

วันที่รับไว้ในกรณีดูแล 5 กรกฎาคม 2566

วันที่สิ้นสุดการดูแล 12 กรกฎาคม 2566 รวม 7 วัน

2. ประวัติการเจ็บป่วย

2.1 อาการสำคัญ

แพทย์นัดมาโรงพยาบาลเพื่อรอผ่าตัดคลอด

2.2 ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

หญิงตั้งครรภ์ อายุ 35 ปี 7 เดือน เชื้อชาติพม่า สัญชาติพม่า ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส คู่อาศัยพม่า ชาย หญิงตั้งครรภ์และสามีมีภูมิลำเนาอยู่ในประเทศพม่า ย้ายมาอาศัยอยู่ในประเทศไทย 6 ปี อาชีพรับจ้างทั่วไป สามีอาชีพค้าขาย อาศัยอยู่กับสามีและบุตรสาว หญิงตั้งครรภ์สื่อสารภาษาไทยได้เล็กน้อย แต่พอเข้าใจความหมายได้ สามีสื่อสารภาษาไทยได้ดี

วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย จำไม่ได้ คาดคะเนกำหนดคลอด วันที่ 23 กรกฎาคม 2566 โดยการตรวจอัลตราซาวด์ น้ำหนักเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก 78 กิโลกรัม ส่วนสูง 151 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 34.66 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ผลการตรวจครรภ์ปกติ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/90 - 150/100 มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจปัสสาวะปกติ ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก 2 เข็ม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการขณะมาฝากครรภ์ครั้งแรกผลเลือด VDRL, HIV, HbsAg ปกติ ความเข้มข้นของเลือดเท่ากับ 38 เปอร์เซ็นต์ หมู่เลือดกรุ๊ป Rh+ น้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ 13.4 กิโลกรัม น้ำหนักก่อนคลอด 91.4 กิโลกรัม

G2P1A0L1 อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ 3 วัน กำหนดคลอด 23 กรกฎาคม 2566 วันนี้แพทย์นัดมาโรงพยาบาลเพื่อรอผ่าตัดคลอด ไม่ปวดท้อง ไม่มีน้ำเดิน มีตาพร่ามัวบางครั้ง ตรวจพบความดันโลหิต 195/91 - 188/111 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 91.4 กิโลกรัม ส่วนสูง 151 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 40.08 กิโลกรัมต่อตารางเมตร เสียงหัวใจทารก 157 ครั้งต่อนาที Deep tendon reflex (DTRs) 2+ ขาขม 2+ ตรวจปัสสาวะพบไข่ขาว 2+ ตรวจน้ำตาลในเลือด ปกติ PCR for Covid-19 ผลปกติ

แพทย์ให้นอนพักที่ห้องคลอด ให้ยาป้องกันการชัก และพิจารณายุติการตั้งครรภ์คลอดด้วยการผ่าตัดคลอด

2.3 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

3 ปีก่อน ครรภ์แรกผ่าตัดคลอดบุตรเพศหญิง น้ำหนักแรกเกิด 2,800 กรัม สุขภาพแข็งแรงดี การตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นครรภ์ที่ 2 ฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลเลิดสิน 2 ครั้ง เมื่ออายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และขอไปฝากพิเศษต่อที่คลินิกแพทย์เอกชน จำนวน 6 ครั้ง ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธแพ้ยาและอาหาร

2.4 การประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

2.4.1 แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ

ฝากครรภ์คุณภาพครบ 8 ครั้ง ประวัติ High Risk เนื่องจาก Elderly gravidarum รูปร่างอ้วน น้ำหนักเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก 78 กิโลกรัม ส่วนสูง 151 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 34.66 กิโลกรัมต่อตารางเมตร น้ำหนักก่อนคลอด 91.4 กิโลกรัม ดัชนีมวลกาย 40.08 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ตั้งครรภ์ครั้งนี้ น้ำหนักขึ้น 13.4 กิโลกรัม และรับทราบว่าจะต้องผ่าตัดคลอด เนื่องจากเคยมีประวัติผ่าตัดคลอดมาก่อน หลังคลอดรับทราบว่ามึนงง น้ำท่วมปอด

สรุป พบว่าหญิงหลังคลอดและญาติรับทราบและรับรู้สาเหตุปัญหาในการคลอด ในครั้งนี้ภาวะครรภ์เป็นพิษลักษณะรุนแรงร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลว เนื่องจากมีภาวะเสี่ยง คือ Elderly gravidarum รูปร่างอ้วน ตั้งครรภ์นี้ น้ำหนักเพิ่ม 13.4 กิโลกรัม ดัชนีมวลกายสูง 40.08 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และเคยมีประวัติผ่าตัดคลอดมาก่อน

2.4.2 แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร

ระหว่างการตั้งครรภ์ รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ไม่ค่อยตรงเวลา และชอบอาหารรสจัดอาหารที่มีรสหวาน ดื่มนมวันละ 1 - 2 กล่อง รับประทานไข่ไก่วันละ 1 - 2 ฟอง

สรุป หญิงหลังคลอดรายนี้ มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภค และการเผาผลาญสารอาหาร เนื่องจากรับประทานอาหารไม่ค่อยตรงเวลา ชอบทานอาหารรสจัด และอาหารที่มีรสหวาน

2.4.3 แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย

หญิงตั้งครรภ์ไม่มีปัญหาการขับถ่าย ปัสสาวะปกติ กลั้นปัสสาวะได้ อุจจาระปกติ วันละ 1 ครั้ง มีท้องผูกบางครั้ง ควบคุมการขับถ่ายได้ ก่อนผ่าตัดได้รับการสวนคาสายปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองปกติ

สรุป หญิงหลังคลอดรายนี้ไม่มีปัญหาการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ก่อนและหลังการผ่าตัดได้รับการสวนคาสายปัสสาวะไว้ ปัสสาวะไหลออกดี

2.4.4 แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย

ก่อนการตั้งครรภ์มีร่างกายแข็งแรง ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ทำงานบ้านเองทั้งหมดและเลี้ยงดูบุตร 1 คน ไม่ได้ออกกำลังกายเพราะคิดว่าตนเองทำงานบ้านเป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว ขณะตั้งครรภ์ทำงานบ้านและเลี้ยงดูบุตร 1 คนเหมือนปกติ ไม่ได้ออกกำลังกาย เมื่ออายุครรภ์ 7 เดือนสามีให้งดทำงานหนัก เลี้ยงดูบุตรและทำงานบ้านเล็กน้อยอย่างเดียว มีสามีคอยช่วยเหลือตลอดในสิ่งที่ทำได้ไม่สะดวก ขณะนอนพักที่โรงพยาบาลช่วยเหลือตัวเองได้ดี

สรุป หญิงหลังคลอดรายนี้ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ทำงานบ้านเองทั้งหมด และเลี้ยงดูบุตร 1 คน ไม่ได้ออกกำลังกายเพราะคิดว่าตนเองทำงานบ้านเป็นการออกกำลังกาย

2.4.5 แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ

ปกตินอนหลับพักผ่อน วันละ 6 - 8 ชั่วโมง ไม่ชอบนอนกลางวัน เพราะต้องทำงานบ้านและดูแลบุตรคนโตอายุ 3 ขวบ ในระหว่างตั้งครรภ์อ่อนๆ นอนหลับพักผ่อน วันละ 6 - 8 ชั่วโมง กลางวันนอนหลับประมาณ 1 - 2 ชั่วโมง เมื่ออายุครรภ์มากขึ้นกลางคืนนอนหลับได้ 4 - 5 ชั่วโมง เพราะต้องลุกขึ้นมาปัสสาวะบ่อย ๆ 3 - 4 ครั้ง/คืน และมีอาการปวดหลังบางครั้ง เพราะมีน้ำหนักตัวมากขึ้น หลังผ่าตัดนอนหลับได้ประมาณ 3 - 4 ชั่วโมง เพราะปวดแผลผ่าตัด และไม่คุ้นเคยกับสภาพหอผู้ป่วย กลางวันนอนหลับได้เป็นพัก ๆ

สรุป หญิงหลังคลอดรายนี้มีปัญหาในการพักผ่อนนอนหลับ เมื่ออายุครรภ์มากขึ้นกลางคืนนอนหลับได้ 4 - 5 ชั่วโมง เพราะต้องลุกขึ้นมาปัสสาวะบ่อย ๆ 3 - 4 ครั้ง/คืน แต่ก็ไม่มีอาการง่วงนอนในตอนกลางวัน หลังผ่าตัดนอนหลับได้ประมาณ 3 - 4 ชั่วโมง เพราะปวดแผลผ่าตัด

2.4.6 แบบแผนที่ 6 สถิติปัญญาและการรับรู้

ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ดี ระดับการรู้สติดี มีการรับรู้ต่อภาวะที่ทำให้ไม่สุขสบาย รู้สึกปวดแผลผ่าตัดเวลาไอ เวลาขยับตัว รู้สึกเพลีย แขน ขา ขยับได้ตามปกติ

สรุป หญิงหลังคลอดรายนี้มีการรับรู้ที่ดี ระดับการรู้สติดี การแก้ปัญหาในบางกิจกรรมจำเป็นต้องอาศัยสามีช่วยเหลือ

2.4.7 แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

รับรู้ตนเองว่าภาวะเจ็บป่วยครั้งนี้รุนแรงมากกว่าทุกครั้งเข้าใจสาเหตุและแผนการรักษา มีความรู้สึกกว่าตนเองไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากพยาบาลและญาติ กล่าวว่าแผลผ่าตัดจะแยกและมีเลือดออก

สรุป หญิงหลังคลอดรายนี้รับรู้ตนเองว่าในการคลอดครั้งนี้รุนแรงกว่าทุกครั้ง เข้าใจสาเหตุและแผนการรักษาของแพทย์

2.4.8 แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ

ขณะอยู่โรงพยาบาล มีสามีช่วยดูแล และญาติ ๆ ผลัดกันมาเยี่ยม สัมพันธภาพในครอบครัวดี มีความรักใคร่กลมเกลียวกันดี

สรุป หลังคลอดรายนี้ขณะอยู่โรงพยาบาล มีสามีช่วยดูแล และญาติ ๆ มาผลัดเปลี่ยนช่วยเหลือ สัมพันธภาพในครอบครัวดี มีความรักใคร่กลมเกลียวกันดี

2.4.9 แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์

เริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกอายุ 13 ปี ประจำเดือนมาสม่ำเสมอทุกเดือน ครั้งละ 3 – 5 วัน มีอาการปวดท้องประจำเดือนนาน ๆ ครั้ง ไม่ต้องกินยาแก้ปวด หลังแต่งงานคุมกำเนิดโดยวิธีธรรมชาติสลับกับการกินยาเม็ดคุมกำเนิด

สรุป หลังคลอดรายนี้พฤติกรรมทางเพศปกติ ไม่พบปัญหาเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์

2.4.10 แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและเผชิญกับความเครียด

ปกติเป็นคนร่าเริง ถ้ามีเรื่องเครียดจะพูดคุยกับสามี มีความกังวลเรื่องอาการป่วยที่รุนแรง กลัวมีภาวะแทรกซ้อนอันตรายถึงชีวิต การเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง รู้สึกเกรงใจสามีที่ต้องช่วยดูแลตนเอง

สรุป หลังคลอดรายนี้มีความกังวลในการคลอดครั้งนี้กลัวมีภาวะแทรกซ้อนอันตรายถึงชีวิต แต่ก็สามารถปรับตัวได้

2.4.11 แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ

มองเห็นคุณค่าในตนเอง นับถือศาสนาพุทธ มีความศรัทธาในพระพุทธศาสนา เข้าร่วมกิจกรรม เข้าวัดทำบุญในวันเทศกาลเสมอ

สรุป หลังคลอดรายนี้มองเห็นคุณค่าในตนเอง ชอบทำบุญ เชื่อเรื่องบาป บุญ คุณโทษ ตั้งครรภ์ครั้งนี้ได้ไปไหว้พระขอพรให้การคลอดง่ายไม่มีปัญหา

3. ประวัติสุขภาพครอบครัว

หญิงตั้งครรภ์และสามี อาศัยอยู่ในประเทศไทยมา 6 ปี โครงสร้างของครอบครัว เป็นครอบครัวเดี่ยว มีสมาชิกในครอบครัว 3 คน ประกอบด้วยหญิงตั้งครรภ์ สามีอายุ 38 ปี อาชีพค้าขาย ลูกสาวอายุ 3 ปี รายได้ครอบครัวประมาณ 25,000 - 30,000 บาทต่อเดือน เช้าบ้านอยู่ร่วมกัน ปฏิเสธโรคประจำตัวทั้งผู้คลอดและสามี บิดาเป็นโรคความดันโลหิตสูง (เสียชีวิตแล้ว)

4. การตรวจร่างกายตามระบบ

4.1 สภาพทั่วไปของร่างกาย: รูปร่างอ้วน น้ำหนัก 91.4 กิโลกรัม ส่วนสูง 151 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 40.08 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

4.2 สัญญาณชีพ: แรกครรภ์ที่ห้องคลอด พบค่าความดันโลหิต 195/91 - 188/111 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิกาย 36.7 องศาเซลเซียส ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 96%

4.3 ศีรษะ ใบหน้า และลำคอ: ผมนี้น้ำตาล ศีรษะรูปร่างปกติไม่มีบาดแผล รูปร่างปกติ หน้าไม่บวม หน้าตาไม่บวม ตา 2 ข้างมองเห็นชัดเจนดี เปลือกตาไม่ซีด ใบหู จมูก ปาก ลักษณะภายนอกปกติ ต่อมทอนซิลไม่โต ต่อมไทรอยด์ไม่โต ริมฝีปากแห้งเล็กน้อย

4.4 ผิวหนัง: ผิวดำแดง ไม่มีจ้ำเลือด มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง มีเหงื่อออกบริเวณผิวหนังเล็กน้อย

4.5 ต่อมไทรอยด์: ปกติ คลำไม่พบก้อนบริเวณต่อมไทรอยด์

4.6 ระบบประสาท: รู้สึกตัวดี ตอบคำถามได้ เคลื่อนไหวแขนขาได้ปกติ บอกอาการและตำแหน่งความเจ็บปวดได้ ไม่เคยมีการชักและอาการชาตามร่างกาย Deep tendon reflex (DTRs) 2+ รูม่านตากลมหยาบ 2 มิลลิเมตรเท่ากันทั้งสองข้าง มีปฏิกิริยาต่อแสงดี มีตาพร่ามัว

4.7 ระบบทางเดินหายใจ: ทรวงอกรูปร่างปกติสมมาตรกัน หายใจสม่ำเสมอ 22 ครั้งต่อนาที

4.8 ระบบหัวใจและหลอดเลือด: อัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ 88 ครั้งต่อนาที ใบหน้า และขา 2 ข้างไม่บวม 2 ข้าง ไม่มีเส้นเลือดที่คอโป่งพอง ไม่เคยมีอาการเจ็บหน้าอก

4.9 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก: โครงสร้างร่างกายปกติ

4.10 ระบบทางเดินปัสสาวะ: ไม่เคยปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะขุ่นหรือมีเลือดปนออกมา กระเพาะปัสสาวะไม่โป่งตึง

4.11 ระบบทางเดินอาหาร: หน้าท้องโป่งตึงเล็กน้อย ท้องไม่อืด ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ไม่เคยเป็นโรคกระเพาะอาหารอักเสบหรือกรดไหลย้อน

4.12 ระบบสืบพันธุ์: การตรวจหน้าท้องพบว่าทารกอยู่ในท่าก้น (Breech Presentation) ความสูงของยอดมดลูกอยู่ที่ 36 เซนติเมตร เสียงหัวใจทารกเต้น 140 ครั้งต่อนาที แต่เยื่อหุ้มทารกยังไม่แตก ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะเริ่มต้นของการเจ็บครรภ์คลอด (Latent Phase of Labor) อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ ปากมดลูกยังไม่เปิด และไม่มีการบีบรัดตัวของมดลูก

สรุป ในการตรวจร่างกายอย่างละเอียดพบความผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร โดยมีหน้าท้องโป่งตึงเล็กน้อย ตรวจพบมีตาพร่ามัว และระบบสืบพันธุ์ การตรวจหน้าท้องพบว่าทารกอยู่ในท่าก้น ความสูงของยอดมดลูกอยู่ที่ 36 เซนติเมตร เสียงหัวใจทารกเต้น 140 ครั้งต่อนาที ศีรษะทารกอยู่ที่ระดับ -2 แสดงว่าทารกเริ่มเข้าสู่ช่องเชิงกราน แต่เยื่อหุ้มทารกยังไม่แตก ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะเริ่มต้นของการเจ็บครรภ์คลอด (Latent Phase of Labor) อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ ปากมดลูกยังไม่เปิด และไม่มีการบีบรัดตัวของมดลูก การตรวจหน้าท้องพบว่าทารกอยู่ในท่าศีรษะลงตามปกติ ความสูงของยอดมดลูกอยู่ที่ 36 เซนติเมตร เสียงหัวใจทารกเต้น 140 ครั้งต่อ

นาที่ ศีรษะทารกอยู่ที่ระดับ -2 แสดงว่าทารกเริ่มเข้าสู่อุ้งเชิงกราน แต่เยื่อหุ้มทารกยังไม่แตก ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะเริ่มต้นของการเจ็บครรภ์คลอด (Latent Phase of Labor) อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ ปากมดลูกยังไม่เปิด และไม่มีการบีบรัดตัวของมดลูก

5. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

5.1 การตรวจนับเม็ดเลือด (Complete blood count)

ตารางที่ 3

การตรวจนับเม็ดเลือด (Complete blood count)

สิ่งส่งตรวจ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ			แปลผล
		5 ก.ค. 2566	6 ก.ค. 2566	7 ก.ค. 2566	
White blood cell (WBC)	4.1-11.0 x 10 /uL	8.60	11.59	12.29	ปกติ
Platelet count	140,000-400,000 /uL	233,000	354,000	249,000	ปกติ
Red blood (RBC)	4.5-6.0x10/uL	4.56	4.72	4.07	ต่ำกว่าปกติ
Hemoglobin (Hb)	12-16 g/dL	12.2	12.6	10.8	ต่ำกว่าปกติ
Hematocrit (Hct)	37-54%	37	38.8	34.1	ต่ำกว่าปกติ
RDW	16.6-14.8	15.4	14.8	15.3	ปกติ

ผลการตรวจ Complete blood count (CBC) (วันที่ 7 กรกฎาคม 2566) ผลการตรวจ Complete blood count พบว่า ค่า Red blood (RBC) Hemoglobin (Hb), Hematocrit (Hct) มีค่าต่ำกว่าเกณฑ์ แสดงว่ามารดาหลังคลอดมีภาวะซีด เป็นภาวะที่ร่างกายมีปริมาณเม็ดเลือดแดงในเลือดน้อยกว่าปกติทำให้น้ำออกซิเจนไปยังเซลล์และเนื้อเยื่อในอวัยวะต่าง ๆ ได้น้อยลง สาเหตุมาจากน้ำท่วมปอด ส่งผลต่อกระบวนการหายใจ เนื่องจากเม็ดเลือดแดงมีหน้าที่หลักในการขนส่งและส่งออกซิเจนในกระแสเลือด ซึ่งเม็ดเลือดแดงนี้มีอายุขัยประมาณ 120 วัน เม็ดเลือดแดงจะขนส่งออกซิเจนจากที่ที่มีความเข้มข้นสูง ที่บริเวณปอดไปสู่เนื้อเยื่อบริเวณต่างๆ ในร่างกาย และมีการปล่อยออกซิเจนให้เนื้อเยื่อต่างๆ และสุดท้ายขนส่งกลับคาร์บอนไดออกไซด์ ที่เป็นผลผลิตจากเซลล์กลับไปปอดเพื่อกำจัดทิ้ง หลังจากนั้นจะรับเอาออกซิเจนเข้าสู่เซลล์เพื่อเริ่มการขนส่งรอบใหม่อีกครั้ง เมื่อเกิดภาวะซีด ระดับของ Red Blood Cell, Hemoglobin และ Hematocrit ต่ำกว่าปกติ ส่งผลให้กระบวนการขนส่งก๊าซออกซิเจนถูกขัดขวางส่งผลต่อระบบการหายใจ ทำให้เกิดระบบการหายใจล้มเหลว

5.2 การตรวจการแข็งตัวของเลือด

ตารางที่ 4

การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด

สิ่งส่งตรวจ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ			แปลผล
		5 ก.ค.2566	6 ก.ค.2566	7 ก.ค.2566	
PT	10.9-15.5	11.40	12.00	13.10	ปกติ
INR	0.82-1.18	0.96	1.02	1.12	ปกติ
PTT	24.4-35.6	24.70	25.20	27.10	ปกติ

ผลการตรวจค่าความแข็งตัวของเลือด PT และ PTT ปกติ แสดงถึงค่าการทำงานของระบบการแข็งตัวของเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

5.3 การตรวจการทำงานของตับ (Liver function test)

ตารางที่ 5

การตรวจการทำงานของตับ (Liver function test)

สิ่งส่งตรวจ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ			แปลผล
		5 ก.ค.2566	6 ก.ค.2566	7 ก.ค.2566	
Total Protein	6.3-8.2 g/dl	6.7	6.2	6.4	ปกติ
Albumin	3.5-5 g/dl	3.4	3.0	3.5	ปกติ
Globulin	2.3-3.5 g/dl	3.3	3.2	3.0	ปกติ
Total bilirubin	0.2-1.3 g/dl	0.55	0.43	0.44	ปกติ
Indirect bilirubin	0.01-1.1 mg/dl	0.48	0.31	0.30	ปกติ
Direct bilirubin	0.01-0.4 mg/dl	0.07	0.12	0.11	ปกติ
AST(SGOT)	14-36 u/l	33	37	39	ปกติ
ALT(SGPT)	< 35 u/l	24	23	22	ปกติ
Alk.phosphatase	38-126 u/l	137	120	105	ปกติ
LDH	120-146 u/l	204	413	468	สูงกว่าเกณฑ์

ผลการตรวจ Liver function test พบว่า ค่าเอนไซม์ของตับอยู่ในค่าปกติ แสดงถึงค่าการทำงานของตับอยู่ในเกณฑ์ปกติ ระดับ LDH สูง อาจเป็นสัญญาณของครรภ์เป็นพิษรุนแรง (Severe Preeclampsia) มักมีการทำลายเซลล์เยื่อหลอดเลือดและเม็ดเลือดแดง ทำให้ LDH สูงขึ้น

5.4 การตรวจทางชีวเคมี (Blood Chemistry)

ตารางที่ 6

การตรวจทางชีวเคมี (Blood Chemistry)

สิ่งส่งตรวจ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ			แปลผล
		5 ก.ค. 2566	6 ก.ค. 2566	7 ก.ค. 2566	
FBS	70-110 mg%	93	101	98	ปกติ
BUN	7 – 20 mg/dL	6.0	7.0	15	ปกติ
Creatinine	0.6 - 1.3 mg/dL	0.44	0.54	0.52	ปกติ
Uric acid	2.5-6.2 mg/dL	3.6	4.1	-	ปกติ
Sodium (Na+)	137 - 145 mmol/L	137	138	140	ปกติ
Potassium (K+)	3.5 - 5.0 mmol/L	2.5	2.8	2.5	ต่ำกว่าเกณฑ์
Magnesium Sulfate (MgSO ₄)	4.8 - 8.4 mg/dL	4.2	3.4	2.5	ต่ำกว่าเกณฑ์
Chloride (Cl ⁻)	98 – 108 mmol/L	100	99	101	ปกติ
TCO ₂	22 – 30 mmol/L	31	32	34	ปกติ

ผลตรวจทางชีวเคมี พบ Potassium, Magnesium Sulfate ต่ำกว่าเกณฑ์ เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ใกล้คลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษส่งผลให้เกิดภาวะไตขาดเลือด (Renal Ischemia) และความผิดปกติของหลอดเลือดไต ซึ่งนำไปสู่การขับโพแทสเซียมเพิ่มขึ้น ผ่านทางปัสสาวะ ลดการดูดซึมแมกนีเซียมที่ไต ทำให้เกิดภาวะแมกนีเซียมต่ำ และพบโพแทสเซียมและแมกนีเซียมต่ำ

5.5 การตรวจปัสสาวะ (Urinalysis และ Urine Chemistry)

ตารางที่ 7

การตรวจปัสสาวะ (Urinalysis และ Urine Chemistry)

สิ่งส่งตรวจ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ	แปลผล
		5 ก.ค. 2566	
Albumin	negative	2+	สูงกว่าเกณฑ์
Blood	negative	Trace	สูงกว่าเกณฑ์
Glucose	negative	negative	สูงกว่าเกณฑ์
Protein	negative	Trace	สูงกว่าเกณฑ์

สิ่งส่งตรวจ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ	แปลผล
		5 ก.ค. 2566	
Ketone	negative	2+	สูงกว่าเกณฑ์
WBC	< 7	0.1	ปกติ
Leukocyte	negative	0.1	สูงกว่าเกณฑ์
Sp.gr	1.003 - 1.030	1.011	สูงกว่าเกณฑ์
UPCR	<200 mg/g	2,933	สูงกว่าเกณฑ์

ผล Urinalysis และ Urine Chemistry พบ Albumin 2+, Blood Trace, WBC, Leukocyte, urine Creatinine และ UPCR มีค่าผิดปกติ แสดงถึงมีภาวะโปรตีนรั่วออกมาในปัสสาวะสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่สงสัยภาวะครรภ์เป็นพิษ มีอาการแสดงของภาวะบวมน้ำเกิดขึ้น มีความผิดปกติของการทำงานของไต สอดคล้องกรณีศึกษามีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงและภาวะน้ำท่วมปอด

5.6 การตรวจก๊าซในเลือดแดง (Arterial blood gas: ABG)

ตารางที่ 8

การตรวจก๊าซในเลือดแดง (Arterial blood gas: ABG)

สิ่งส่งตรวจ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ				
		6 ก.ค. (09.54 น.)	6 ก.ค. (11.19 น.)	6 ก.ค. (12.42 น.)	7 ก.ค. (05.26 น.)	8 ก.ค. (12.23 น.)
PH	7.35-7.45	7.354	7.410	7.538	7.606	7.503
pCO ₂	35-45 mmHg	54.3	50.6	35.5	31.8	35.3
pO ₂	80-100 mmHg	81.6	41.1	322.4	132.0	189.7
HCO ₃ std	22-26 mmol/L	30.5	32.4	30.5	32	28.0
Be(ecf)	-2 ถึง +2 mmol/L	4.8	7.5	7.8	10.3	4.6
ctCO ₂	25-30 mmol/L	32.2	33.9	31.5	33.0	29.0
O ₂ sat	97-100%	93.6%	74.9	98.6	97.9	98.5

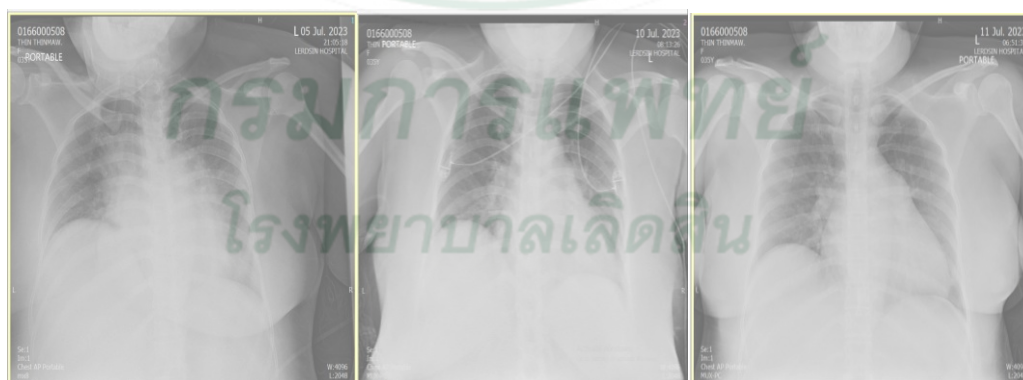
การแปลผล Blood Gas

1. pH บอกลักษณะภาวะความเป็นกรด - ด่างในร่างกาย ค่าปกติ คือ 7.35 - 7.45 ถ้าต่ำกว่า 7.35 มีภาวะ Acidosis ถ้าสูงกว่า 7.45 มีภาวะ Alkalosis
2. PaCO₂ ค่าปกติ คือ 35 - 45 mmHg ถ้าต่ำกว่า 35 mmHg มีภาวะ Alkalosis แสดงถึงความผิดปกติของการหายใจที่เรียกว่า Hyperventilation ถ้าค่านี้สูงกว่า 45 mmHg มีภาวะ Acidosis แสดงถึงการหายใจที่ผิดปกติที่เรียกว่า Hypoventilation
3. PaO₂ ค่าปกติ คือ 80 - 100 mmHg ถ้าต่ำกว่านี้เรียก Hypoxemia แสดงถึงภาวะพร่องออกซิเจน โดย 61 - 80 mmHg แสดงภาวะ mild hypoxemia 40 - 60 mmHg แสดงภาวะ moderate hypoxemia และ น้อยกว่า 40 mmHg แสดงภาวะ severe hypoxemia
4. HCO₃ ค่าปกติ 22-26 mEq/L ค่านี้บ่งบอกถึงความผิดปกติของ Metabolism system ถ้า HCO₃ มากกว่า 26 mEq/L บ่งบอกถึงภาวะ Metabolic alkalosis
5. Base excess/deficit คือ ค่าความเป็นด่างที่เกิน ค่าความเป็นด่างปกติจะอยู่ระหว่าง -2 ถึง +2 การแปลผล คือ ค่าความเป็นด่างที่มากกว่าปกติ บ่งบอกถึงภาวะ Metabolic alkalosis ค่าความเป็นด่างที่ น้อยกว่าปกติ บ่งบอกถึงภาวะ metabolic acidosis
6. SpO₂ เป็นร้อยละของ Hemoglobin ที่จับกับออกซิเจน ค่าปกติ คือ 97 - 100%

5.7 ผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอก

ภาพที่ 6

การตรวจทางรังสีวิทยา



วันที่ 5 กรกฎาคม 2566 ผล Pulmonary edema BLL พบลักษณะของการสะสม

ของน้ำหรือของเหลวในปอด

วันที่ 10 กรกฎาคม 2566 ผล ปกติ

วันที่ 11 กรกฎาคม 2566 ผล ปกติ

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

6. การวินิจฉัยโรค

6.1 การวินิจฉัยโรคครั้งแรก (First Diagnosis) การผ่าคลอดในกรณีที่ทารกอยู่ในท่าก้น โดยน้ำหนักทารกมากกว่า และมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Previous Cesarean section with Breech Presentation with LGA with AMA with Preeclampsia)

6.2 การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย (Final Diagnosis) ภาวะครรภ์เป็นพิษลักษณะรุนแรงร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลว (Severe Preeclampsia with Respiratory failure)

7. พยาธิสภาพจากทฤษฎีเปรียบเทียบกับกรณีศึกษา

ตารางที่ 9

พยาธิสภาพจากทฤษฎีเปรียบเทียบกับกรณีศึกษา

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
พยาธิสภาพภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะครรภ์เป็นพิษ เป็นภาวะที่พบในหญิงตั้งครรภ์หรือหลังคลอดใหม่ๆ เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ร่วมกับความผิดปกติของอวัยวะ เช่น สมอ ตับ ไต ที่ปรากฏขึ้นหลังตั้งครรภ์ครบ 20 สัปดาห์ โดยความดันโลหิตที่สูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท เป็นระยะเวลานานต่อเนื่องกันจะถือว่าเป็นความดันโลหิตสูง	- ฝากครรภ์ครบคุณภาพ 8 ครั้ง ประวัติ High Risk เนื่องจาก Elderly gravidarum รูปร่างอ้วน ความดันโลหิตหลังตั้งครรภ์ 20 สัปดาห์อยู่ในช่วง 140/90 - 150/100 มิลลิเมตรปรอท
ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ครรภ์เป็นพิษ ภาวะครรภ์เป็นพิษอาจเกิดขึ้นได้กับหญิงตั้งครรภ์ทุกคนโดยความเสี่ยงของภาวะครรภ์เป็นพิษจะสูงขึ้นเมื่อมีภาวะดังต่อไปนี้ - การตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก โดยไม่นับการทำแท้งหรือแท้งบุตรในอดีต - อายุน้อยกว่า 20 ปีหรือมากกว่า 35 ปี - เคยมีประวัติภาวะครรภ์เป็นพิษหรือคนในครอบครัวเคยมีภาวะครรภ์เป็นพิษ - เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือโรคอ้วน - ตั้งครรภ์แฝดหรือมากกว่า	- หญิงหลังคลอดอายุ 35 ปี 7 เดือน - น้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ 13 กิโลกรัม - น้ำหนักเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก 78 กิโลกรัม ส่วนสูง 151 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 34.66 กิโลกรัมต่อตารางเมตร - น้ำหนักก่อนคลอดน้ำหนัก 91.4 กิโลกรัม ส่วนสูง 151 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 40.08 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
สาเหตุและพยาธิสภาพ เมื่อรกฝังตัวเข้าไปในผนังมดลูกไม่ลึกพอทั้งรกและทารกในครรภ์อาจไม่ได้รับออกซิเจนและสารอาหารอย่างเพียงพอระหว่างการตั้งครรภ์กลายเป็นปัญหาหลังตั้งครรภ์ครบ 20 สัปดาห์ซึ่งเป็นช่วงที่ทารกในครรภ์มีพัฒนาการเติบโตอย่างรวดเร็ว หลอดเลือดทั่วร่างกายของหญิงตั้งครรภ์ เช่น หลอดเลือดบริเวณสมอง ตับ และไตอาจได้รับความเสียหายจากภาวะที่รกและทารกในครรภ์ไม่ได้รับออกซิเจนและสารอาหารอย่างเพียงพอ นำไปสู่อาการต่างๆ ของภาวะครรภ์เป็นพิษ ปัจจุบันยังไม่ทราบแน่ชัดถึงกลไกของภาวะครรภ์เป็นพิษ ความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1. ภาวะครรภ์เป็นพิษ เป็นอาการของหญิงตั้งครรภ์ที่เกิดภาวะความดันโลหิตสูงเป็นครั้งแรกที่อายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์และอวัยวะต่างๆ เช่น สมอง ตับ และไตเกิดความเสียหาย อาจมีอาการปวดหัว มองเห็นไม่ชัด อาการชักเป็นครั้งคราวและตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ ภาวะครรภ์เป็นพิษอาจเกิดขึ้นหลังคลอดได้เช่นกัน โดยปกติแล้วอวัยวะต่างๆ มักฟื้นตัวเองภายใน 2-3 วันหรือไม่ก็สัปดาห์หลังคลอดบุตร 2. ภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ พบได้ในหญิงที่อายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ โดยมีความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียว ไม่มีอาการอื่นของภาวะครรภ์เป็นพิษแต่อย่างใด อย่างไรก็ตามภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์อาจพัฒนาไปเป็นภาวะครรภ์เป็นพิษได้ในภายหลัง หรืออาจเป็นความดันโลหิตสูงเรื้อรังที่มีมาก่อนตั้งครรภ์หากความดันโลหิตไม่ลดลงหลังคลอดบุตรครบ 3 เดือน	- ประวัติ High Risk เนื่องจาก Elderly gravidarum รูปร่างอ้วน - ความดันโลหิตหลังตั้งครรภ์ 20 สัปดาห์อยู่ในช่วง 140/90-150/100 มิลลิเมตรปรอท - หญิงตั้งครรภ์มาตามนัดเพื่อรอผ่าคลอด มีตาพรั่มัวบางครั้ง - ผลตรวจ Albumin 2+

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
3. ความดันโลหิตสูงเรื้อรังหรือความดันโลหิตสูงก่อนการตั้งครรภ์ พบในหญิงที่มีความดันโลหิตสูงก่อนตั้งครรภ์ครบ 20 สัปดาห์และได้รับการวินิจฉัยยืนยันอีกครั้งหลังคลอดบุตรเมื่อยังคงมีความดันโลหิตสูงนานเกิน 3 เดือน 4. ความดันโลหิตสูงเรื้อรังร่วมกับภาวะครรภ์เป็นพิษ พบในสตรีที่มีความดันโลหิตสูงก่อนการตั้งครรภ์และมีภาวะครรภ์เป็นพิษร่วมด้วยหลังจากตั้งครรภ์นานกว่า 20 สัปดาห์	
อาการครรภ์เป็นพิษ ภาวะครรภ์เป็นพิษ มักไม่แสดงอาการใดๆ หากไม่รุนแรงโดยหญิงตั้งครรภ์อาจมีความดันโลหิตสูงไม่มากและพบโปรตีนในปัสสาวะเพียงเล็กน้อย ดังนั้นจึงควรพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งเพื่อตรวจวัดความดันโลหิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงหลังตั้งครรภ์ครบ 20 สัปดาห์ขึ้นไป หญิงตั้งครรภ์อาจมีภาวะครรภ์เป็นพิษอย่างรุนแรง หากมีสัญญาณหรืออาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้	- แรกรับที่(ห้องคลอด) ตรวจพบความดันโลหิต 195/91- 188/111 มิลลิเมตรปรอท ขาบวมทั้ง 2 ข้าง กดบวม 2+ - ผลตรวจ Albumin 2+ Ketone 2+ UPCR 2,933 mg/g (<200 mg/g) - ผลตรวจ LDH 204, 413, 468 u/l (วันที่ 5-7 ก.ค.2566) ตามลำดับ (ค่าปกติ 120-146 u/l)
สัญญาณของภาวะครรภ์เป็นพิษอย่างรุนแรง - ตรวจพบความดันโลหิต 160/110 มิลลิเมตรปรอทมากกว่าหนึ่งครั้ง ผู้หญิงที่มีความดันโลหิตระดับนี้จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง - ระดับเกล็ดเลือด < 100,000/มิลลิลิตร - ค่าไตและค่าตับผิดปกติ - มีภาวะน้ำท่วมปอด - มีอาการชัก - ปวดหัวรุนแรงอย่างต่อเนื่อง - ปวดบริเวณตรงกลางหรือขวาบนของช่องท้อง คล้ายกับอาการจากโรคกรดไหลย้อน	- ผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอก วันที่ 5 กรกฎาคม 2566 ผลพบ Pulmonary edema BLL - แรกรับที่(ห้องคลอด) หญิงตั้งครรภ์มีอาการตาพร่ามัว - แรกรับที่(ห้องคลอด) ตรวจพบความดันโลหิต 195/91- 188/111 มิลลิเมตรปรอท - ผลตรวจ LDH (วันที่ 5-7 ก.ค.2566) 204, 413, 468 สูงกว่าเกณฑ์ (ค่าปกติ

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
- ตาพร่ามัว มองเห็นภาพซ้อน เห็นเส้นหยักหรือแสงไฟวาบ เริ่มมีจุดบอดหรือสูญเสียการมองเห็น	120-146 u/l) **ระดับ LDH ของคุณสูง อาจเป็นสัญญาณของโรคหรือการบาดเจ็บบางอย่าง - ผลตรวจ Albumin 2+ Ketone 2+ UPCR 2,933 mg/g (<200 mg/g) Blood Trace, WBC, Leukocyte, urine Creatinine, UPCR มีค่าผิดปกติ แสดงถึงมีภาวะโปรตีนรั่วออกมาในปัสสาวะ
เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ Severe features ของ preeclampsia คือ มีลักษณะข้อใดข้อหนึ่ง ต่อไปนี้ 1. ความดันโลหิตสูง โดย Systolic BP มากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท หรือ Diastolic BP มากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท วัด 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 4 ชั่วโมงภายหลังการนอนพัก 2. ระดับเกล็ดเลือด < 100,000 /ไมโครลิตร 3. การทำงานของตับผิดปกติ (Impaired liver function) คือ มีค่า Serum transaminase เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 เท่าของค่าปกติและปวดบริเวณใต้ชายโครงขวา หรือได้เส้นป้ออย่างรุนแรง และอาการปวดไม่หายไป 4. การทำงานของไตผิดปกติ (Renal Insufficiency) โดยค่า Serum creatinine มากกว่า 1.1 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือเพิ่มขึ้น 2 เท่าของค่า Serum creatinine เดิม โดยไม่มีโรคไตอื่น 5. มีภาวะน้ำท่วมปอด (Pulmonary edema) 6. อาการทางสมองหรือทางสายตา (Cerebral or visual disturbance) ที่เกิดขึ้นใหม่	- ผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอก วันที่ 5 กรกฎาคม 2566 ผลพบ Pulmonary edema BLL - แรกรับที่(ห้องคลอด) หญิงตั้งครรภ์มีอาการตาพร่ามัว

8. แผนการรักษาที่ได้รับ

ภาวะครรภ์เป็นพิษลักษณะรุนแรง (Severe preeclampsia) วันที่ 5 กรกฎาคม 2566
รับใหม่ในห้องคลอด เวลา 11.00 น. เพื่อนัดมาผ่าคลอด และพบว่ามีความดันโลหิตสูง 195/91 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการปวดศีรษะ มีตาพร่ามัว ไม่มีจุดเลือดแน่นหน้าอก สง่เลือดและปัสสาวะ ตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบผลปัสสาวะมีภาวะโปรตีนรั่วออกมาในปัสสาวะ (Proteinuria) UPCR 2,933 mg/g (ค่าปกติ <200 mg/g) แพทย์สงสัยภาวะครรภ์เป็นพิษลักษณะรุนแรง เพื่อป้องกันภาวะชักที่อาจจะเกิดขึ้นกับเคสกรณีศึกษารายนี้จึงมีคำสั่งให้ยาป้องกันชัก โดยให้ 5% D/W 460ml + MgSO₄ 20gm IV drip 50ml/hr Control by Infusion pump (5 - 6 กรกฎาคม 2566) และให้ยาลดความดันโลหิต Labetalol 20 - 40mg IV slowly push (5 - 7 กรกฎาคม 2566) และเมื่อทานได้ให้ยาลดความดันโลหิตชนิดรับประทาน

ภาวะหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) วันที่ 6 กรกฎาคม 2566 มีอาการแสดงของภาวะน้ำท่วมปอด และทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลว เกิดขึ้นจากมีความผิดปกติของการทำงานของไต สอดคล้องกรณีศึกษามีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงและภาวะน้ำท่วมปอด แพทย์สั่งให้ Furosemide 40 mg iv (5 - 7 กรกฎาคม 2566) On ET tube with Ventilator (6 - 8 กรกฎาคม 2566) On High flow 50 LPM FiO₂ 0.4 (สิ้นสุด 8 กรกฎาคม 2566) Try ween On O₂ canular 5 LPM (9 กรกฎาคม 2566)

9. การพยาบาล

เริ่มศึกษาผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ 5 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่ 12 กรกฎาคม 2566

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซ ลดลงจากภาวะน้ำท่วมปอด พบปัญหาระหว่างวันที่ 5 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่ 11 กรกฎาคม 2566

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอกพบ Pulmonary edema BLL (5 - 6 กรกฎาคม 2566)

S: ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดอยู่ระหว่าง 92 - 94 %

S: นอนราบไม่ได้ หายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 30 - 36 ครั้งต่อนาที

วัตถุประสงค์

เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซปกติ ได้รับออกซิเจนเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดอยู่ระหว่าง 96-100 %
2. ปัสสาวะออกอย่างน้อย 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง
3. อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 16-22 ครั้งต่อนาที ค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/90-90/60

มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 80-100 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิกายอยู่ในช่วง 36.5 - 37.5 องศาเซลเซียส

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดสัญญาณชีพ สังเกตลักษณะการหายใจและเสียงหายใจที่ผิดปกติ
 2. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อให้กระบังลมหย่อนตัว เพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ
 3. วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงที่ปลายนิ้ว ไม่ควรต่ำกว่า 95%
 4. ดูแลให้ยาขับปัสสาวะ Lasix 40 มิลลิกรัมเข้าเส้นเลือดดำช้าๆ ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อช่วยขับน้ำที่เกินออกทางปัสสาวะ
 5. สังเกตและประเมินภาวะน้ำเกิน ได้แก่ อาการบวมบริเวณส่วนต่างๆ ของร่างกาย ฟังเสียงปอดผิดปกติ เช่น เสียงวี๊ด (Wheezing) เสียงกรอบแกรบ (crepitation) อาการเหนื่อย นอนราบไม่ได้ หายใจลำบาก
 6. แนะนำการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ กำจัดเสมหะเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง
 7. ดูแลให้ออกซิเจนทางหน้ากากพร้อมถุงลม 10 ลิตรต่อนาที เพื่อช่วยทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น เนื้อเยื่อต่างๆ ได้รับออกซิเจนเพียงพอ
 8. บันทึกจำนวนน้ำที่เข้าและปัสสาวะที่ออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง จำนวนปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ควรรายงานแพทย์
 9. หลีกเลี่ยงการบริโภคเกลือและอาหารที่มีส่วนประกอบของโซเดียม (sodium) ในปริมาณมากเกินไป จำกัดปริมาณน้ำดื่ม
 10. จัดกิจกรรมให้เหมาะสม นอนพักอยู่บนเตียง ช่วยเหลือในการทำกิจกรรม เพื่อลดการใช้ ออกซิเจน กำหนดและจัดเวลาเยี่ยมตามสภาพผู้ป่วย แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสม ลดความเครียด
 11. เตรียมความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ในการช่วยชีวิต
 12. เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน โดยสังเกตอาการหายใจลำบาก เจ็บหน้าอก หายใจเร็ว และ จังหวะการเต้นของหัวใจเร็ว ระดับความรู้สึกตัวลดลง พบผิดปกติรายงานแพทย์
- ประเมินผลการพยาบาล:** บรรลุเกณฑ์การประเมินผลทั้งหมดและปัญหานี้ได้หมดไป วันที่ 11 กรกฎาคม 2566 (ใช้แนวคิดและหลักการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Care) ทฤษฎีการพยาบาลของนอโรเริ่มระบบการพยาบาลดูแลบางส่วน และสนับสนุนและให้ความรู้)
- มารดาหลังคลอดมีอัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดอยู่ในช่วง 97 - 99% ขยายบวมเล็กน้อย ปัสสาวะออกมากกว่า 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มารดาหลังคลอดมีโอกาสดีกภาวะชัก เนื่องจากมีภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง พบปัญหาาระหว่างวันที่ 5 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่ 11 กรกฎาคม 2566

ข้อมูลสนับสนุน

- O: มารดามีความดันโลหิตสูง 195/91-188/111 มิลลิเมตรปรอท
- O: ตาพร่ามัว Deep tendon reflex 2+ บริเวณหัวเข่า
- O: ผลตรวจโพแทสเซียม 2.5 mmol/L (ค่าปกติ 3.5 - 5.0 mmol/L)
- O: ผลตรวจแมกนีเซียมซัลเฟต 2.5 mg/dL (ค่าปกติ 4.8 - 8.4 mg/dL)

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยไม่ให้เกิดภาวะชัก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการนำสู่ภาวะชัก ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ และกล้ามเนื้อขากระตุก
2. ความดันโลหิต น้อยกว่า 150/100 มิลลิเมตรปรอท
3. Deep tendon reflex 2+ บริเวณหัวเข่า
4. ผลตรวจโพแทสเซียมอยู่ในเกณฑ์ปกติ
5. ผลตรวจแมกนีเซียมซัลเฟต อยู่ในเกณฑ์ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ความดันโลหิต ชีพจร และการหายใจ อาการปวดศีรษะ ทุก 1 ชั่วโมง
2. ประเมินอาการและอาการแสดงที่นำสู่ภาวะชัก ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เห็นภาพไม่ชัด ปวดบริเวณใต้ลิ้นปี่ หรืออาการเจ็บชายโครงขวา มี Deep tendon reflex บริเวณหัวเข่าเร็วเกินไป 3+ ขึ้นไป
3. อธิบายเหตุผลและการให้ยา MgSO₄ อาการร้อนบริเวณที่ฉีดและร้อนอุบวาบทั่วทั้งตัว
4. ดูแลให้ยาป้องกันการชักตามแผนการรักษา คือ ให้สารน้ำชนิด 50% MgSO₄ 20 gm (40ml) + 5% D/W 460 ml IV drip 50 ml/hr. (2gm/hr.) หยดเข้าทางหลอดเลือดดำในอัตรา 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หยดผ่านเข้าเครื่องควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ (Infusion pump) และติดตามอาการไม่พึงประสงค์ของยาป้องกันการชัก เช่น อัตราการหายใจน้อยกว่า 14 ครั้งต่อนาที ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิเมตรต่อชั่วโมง Deep tendon reflex น้อยกว่า 2+ ติดตามระดับความเข้มข้นของ MgSO₄ ในเลือดโดยต้องอยู่ในระดับ 4.8 - 8.4 mEq/
5. ดูแลให้ยาป้องกันตามแผนการรักษา คือ ให้สารน้ำชนิด Acetar 1,000 ml. + KCL 40 mEq หยดเข้าทางหลอดเลือดดำในอัตรา 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หยดผ่านเข้าเครื่องควบคุมการให้

สารละลายทางหลอดเลือดดำ (Infusion pump) และติดตามอาการไม่พึงประสงค์ของยา เช่น หายใจลำบาก หัวใจเต้นช้าหรือเต้นผิดจังหวะ อ่อนเพลีย เคลื่อนไหวร่างกายลำบาก ติดตามระดับความเข้มข้นของ K⁺ ในเลือดโดยต้องอยู่ในระดับ 3.5 - 5.0 mmol/L

6. ตรวจและบันทึกการได้รับสารน้ำ และปริมาณปัสสาวะ โดยเฉพาะตรวจสอบปริมาณน้ำปัสสาวะทุก 8 ชั่วโมง เพราะยาจะถูกขับออกจากร่างกายทางไต ถ้าไตทำงานผิดปกติจะทำให้มีการคั่งของยาในร่างกาย ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หรือน้อยกว่า 100 มิลลิลิตรใน 3 ชั่วโมง ให้หยุดยา

7. เตรียมยา 10% Calcium gluconate 10 กรัม ไว้ให้พร้อมโดยฉีดเข้าหลอดเลือดดำช้า ๆ ประมาณ 3 - 5 นาที ถ้าพบมีอาการผิดปกติ เช่น การหยุดหายใจ กล้ามเนื้ออ่อนแรง เพราะเป็นอาการแสดงของภาวะหัวใจถูกกดจากยา MgSO₄ ที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทและกล้ามเนื้อลาย

8. จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพักผ่อน ทำกิจกรรมต่าง ๆ บนเตียง ไม่ปล่อยให้ยู่ตามลำพัง ขณะอยู่บนเตียงต้องยกไม้กั้นเตียงทั้ง 2 ข้างขึ้น เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการตกเตียง

9. เตรียมอุปกรณ์และทีมช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม เพื่อช่วยเหลือได้ทันทีเมื่อมีอาการชัก

10. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินความรุนแรงของโรคและความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ HELLP Syndrome ได้แก่ เม็ดเลือดแดงแตกง่ายทำให้เกิดภาวะซีด ระดับเอนไซม์ตับในเลือดเพิ่มสูงขึ้นทำให้ตัวเหลือง และเลือดออกง่ายจากภาวะเกล็ดเลือดต่ำ

ประเมินผลการพยาบาล: บรรลุเกณฑ์การประเมินผลทั้งหมดและปัญหานี้ได้หมดไป วันที่ 11 กรกฎาคม 2566 (ใช้แนวคิดและหลักการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Care) ทฤษฎีการพยาบาลของโนเอร์มระบบการพยาบาลดูแลบางส่วน และสนับสนุนและให้ความรู้)

หลังจากได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄) ยาโปแตสเซียมคลอไรด์ (KCL) ยาลดความดันโลหิต hydralazine และ amlodipine ตามแผนการรักษา ความดันโลหิต 150/90 - 160/100 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการนำก่อนชัก ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ Deep tendon reflex 2+ บริเวณหัวเข่า และจุดจ้ำเลือดตามร่างกาย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มารดาหลังคลอดเสี่ยงต่อมีภาวะแมกนีเซียมเป็นพิษ (Magnesium toxicity) พบปัญหาระหว่างวันที่ 5 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่ 6 กรกฎาคม 2566

ข้อมูลสนับสนุน

O: มารดาหลังคลอดได้รับการวินิจฉัยมีภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง (Pre-eclampsia with severe features) และได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄) เพื่อป้องกันการชัก

วัตถุประสงค์

เพื่อให้มารดาหลังคลอดปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแมกนีเซียมเป็นพิษ จากการได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄)

เกณฑ์การประเมิน

1. อัตราการหายใจไม่น้อยกว่า 14 ครั้งต่อนาที
2. ปัสสาวะออกไม่น้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง
3. Deep tendon reflex หายไป
4. ระดับ $MgSO_4$ ในเลือดอยู่ระหว่าง 4.8 - 8.4 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้มารดาหลังคลอดและญาติเข้าใจถึงความจำเป็นในการให้ยาและอาการข้างเคียงขณะให้ยา ได้แก่ ร้อนตามตัว มีเหงื่อออกมาก อาการร้อนตามปลายมือปลายเท้า และหน้าแดง เนื่องจากยานี้มีฤทธิ์ขยายหลอดเลือด รวมทั้งอาจมีคลื่นไส้อาเจียน

2. ควบคุมให้ได้รับปริมาณยา 50% $MgSO_4$ 20 gm (40ml) + 5% D/W 460 ml IV drip 50 ml/hr. (2gm/hr.) หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ ควบคุมการหยดโดยใช้ Infusion pump เพื่อให้ได้ปริมาณยาตามแผนการรักษา

3. ปฏิบัติตามแนวทางเพื่อป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากยา คือ ภาวะ Magnesium toxicity ดังนี้

- นับอัตราการหายใจ ทุก 1 ชั่วโมง ต้องไม่น้อยกว่า 14 ครั้งต่อนาที ถ้าอัตราการหายใจน้อยกว่า 14 ครั้งต่อนาที ต้องหยุดให้ยา และรายงานแพทย์ทันที

- ตรวจและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร หรือภายใน 4 ชั่วโมงออกน้อยกว่า 100 มิลลิลิตร รายงานแพทย์

- ประเมิน Deep tendon reflex ทุก 1 ชั่วโมง ถ้าน้อยกว่า 2+ รายงานแพทย์ทันที หรือเท่ากับ 0 ต้องหยุดยาทันที เนื่องจากยาจะออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลางกดกล้ามเนื้อเรียบ กล้ามเนื้อลาย และกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งอาจกดศูนย์การหายใจ และทำให้เสียชีวิตได้ และเนื่องจากยาแมกนีเซียมซัลเฟต เกือบทั้งหมดขับออกทางไตถ้าปัสสาวะออกน้อยลง ระดับยาจะยังคงสูงอยู่ในเลือด โอกาสเกิดภาวะแมกนีเซียมเป็นพิษมีมากขึ้น

4. สังเกตอาการของการได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต ในเลือดสูงมากเกินไป ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออก ความดันโลหิตลดลง การหายใจช้าลง ซึม ไม่มีแรง อ่อนปวกเปียก Deep tendon reflex ลดลง

5. เตรียมออกซิเจนและอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพไว้ให้พร้อม หากมารดาหยุดหายใจ หรือหัวใจหยุดเต้น

ประเมินผลการพยาบาล: บรรลุเกณฑ์การประเมินผลทั้งหมดและปัญหานี้ได้หมดไป วันที่ 6 กรกฎาคม 2566 (ใช้แนวคิดและหลักการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Care) กระบวนการพยาบาล และทฤษฎีการพยาบาลของไนโอเริ่มระบบการพยาบาลดูแลบางส่วน)

หลังได้รับยา $MgSO_4$ นาน 30 นาที ตรวจ Deep tendon reflex 2+ อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที และเมื่อสังเกตอาการครบ 1 ชั่วโมงหลังจากได้รับยา Deep tendon reflex 2+ อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ออก 1,100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ติดตามระดับ $MgSO_4$ ในเลือดได้ 4.2 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หยุดการรักษาการให้ $MgSO_4$ วันที่ 6 กรกฎาคม 2566 เวลา 07.20น.

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ พบปัญหาระหว่างวันที่ 5 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่ 10 กรกฎาคม 2566

ข้อมูลสนับสนุน

- : ระดับโพแทสเซียม 2.5 วันที่ 5 กรกฎาคม 2567
- : ระดับโพแทสเซียม 2.8 วันที่ 6 กรกฎาคม 2567
- : ระดับโพแทสเซียม 2.5 วันที่ 7 กรกฎาคม 2567

เป้าหมายทางการพยาบาล

1. ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขระดับโพแทสเซียมให้กลับสู่ภาวะปกติ
2. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับโพแทสเซียมในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 3.5 - 5.1 mEq/L
2. ไม่พบอาการและอาการแสดงของโพแทสเซียมในเลือดต่ำ
3. สัญญาณชีพปกติ อัตราการเต้นของหัวใจ 60 - 100 ครั้งต่อนาที จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ เช่น ง่วงซึม สับสน หายใจตื้น อ่อนล้า กล้ามเนื้ออ่อนแรงชา ตะคริว (โดยเฉพาะที่ขา) การตอบสนองของ Reflex ลดลง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด เป็นต้น

2. ประเมิน บันทึกสัญญาณชีพและคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติ เช่น PVC PAC Short run, ST ลดต่ำลง (Mild hypokalemia) ST แบนราบ หรือ ST หัวกลับ (Moderate hypokalemia) และพบ U wave แต่ไม่ชัด (Severe hypokalemia)

3. ประเมิน Motor power แขน ขา ก่อนให้ทำกิจกรรม จัดให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียง ฝึการวิ่งพลัดตกหล่น

4. ในรายที่สามารถรับประทานอาหารเองได้ ให้ญาติจัดหาผลไม้ที่มีโพแทสเซียมมาเสริมมื้ออาหารให้แก่ผู้ป่วย เช่นกล้วย ส้ม เป็นต้น

5. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา เช่น 10% Elixir KCl โดยรับประทานยาหลังอาหารทันทีและดื่มน้ำตาม ½ - 1 แก้ว หลีกเลี่ยงให้ยาขณะท้องว่างเพราะอาจเกิดการระคายเคืองในระบบ

ทางเดินอาหาร และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา เช่น ท้องเดิน ซาตามปลายมือปลายเท้า
ริมฝีปาก เป็นต้น

6. ประเมินและบันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกร่างกาย ทุก 1 ชั่วโมง

7. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการระดับโพแทสเซียมในเลือดและรายงานแพทย์ทราบเพื่อ
ปรับแผนการรักษา

ประเมินผลการพยาบาล: บรรลุเกณฑ์การประเมินผลทั้งหมดและปัญหานี้ได้หมดไป
วันที่ 10 กรกฎาคม 2566 (ใช้แนวคิดและหลักการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Care)
กระบวนการพยาบาล กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของมาร์จอรี กอร์ดอน ทฤษฎีทางการพยาบาลของ
ไนโอเริ่มระบบการพยาบาลดูแลบางส่วนและสนับสนุนให้ความรู้)

ระดับโพแทสเซียมในเลือด 3.6 mEq/L ผู้ป่วยไม่มีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีตะคริว ไม่มีคลื่นไส้
อาเจียน คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ การเต้นของหัวใจสม่ำเสมออยู่ระหว่าง 80 – 100 ครั้งต่อนาที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือด หลังผ่าตัดคลอดระยะ 24 ชั่วโมงแรก
เนื่องจากมีแผลฉีกขาดของกล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อมดลูกจากการผ่าตัดคลอด พบปัญหา
ระหว่างวันที่ 5 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่ 6 กรกฎาคม 2566

ข้อมูลสนับสนุน

O: ทำการผ่าตัดคลอด (Caesarean Section)

O: มารดาหลังคลอดได้รับยา MgSO₄

O: ซีฟจอร์ 104 ครั้ง/นาที่

O: มีเลือดออกจากช่องคลอด 200 มิลลิลิตรใน 8 ชั่วโมง

O: มดลูกไม่ค่อยกกลมแข็ง อยู่เหนือระดับสะดือ

O: ได้รับยาเพิ่มการหดตัวของมดลูก Oxytocin ทางหลอดเลือดดำ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้มารดาหลังคลอดไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด

เกณฑ์การประเมิน

1. มีเลือดออกจากช่องคลอดไม่เกิน 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

2. ไม่มีอาการแสดงภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด ได้แก่ อาการซีด กระสับกระส่าย กระจาย
น้ำ หายใจช้าลง มีอาการหนาวสั่น ถ้าอาการรุนแรงมีเลือดออกมากต่อไปอาจทำให้ช็อก หมดสติ หรือ
เสียชีวิตได้

3. อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 16 - 22 ครั้งต่อนาที ค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 90/60 -
140/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 80 - 100 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิกายอยู่ใน
ช่วง 36.5 - 37.5 องศาเซลเซียส

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

4. เยื่อบุตาไม่ซีด ผิวหนังไม่เย็นซีด
5. มดลูกหดรัดตัวกลมแข็ง อยู่ระดับสะดือ
6. ความเข้มข้นเลือด $\geq 30\%$

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและคัดกรองความเสี่ยงการตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด
2. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัดคลอด
3. สังเกตระดับความรู้สึกตัวและอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออกตัวเย็น ซีด ปวดท้องมาก
4. การประเมินระดับยดมดลูก และการหดรัดตัวของมดลูก โดยพยาบาลต้องประเมิน การหดรัดตัวของมดลูกทุก 30 นาที ใน 4 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้นประเมินทุก 1 - 4 ชั่วโมง รวมถึงวัดยดมดลูก และบันทึกกระตักการลดลงของยดมดลูกทุกวันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ในเวลาเดียวกันเพื่อ ประเมินการเข้าอู่ของมดลูก และเป็นการเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง 24 ชั่วโมง
5. ดูแลให้สารน้ำ 5% D/N/2 1,000 มิลลิลิตรผสม Oxytocin 40 ยูนิตทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หยดผ่านเครื่องควบคุมการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (Infusion pump) ตามแผนการรักษา
6. สังเกตเลือดที่ซึมออกจากผ้าปิดแผลผ่าตัด
7. ประเมินลักษณะ และปริมาณของเลือดหรือน้ำคาวปลาที่ออกจากช่องคลอด ในระยะแรก รับประทานใส่ผ้าอนามัยเพื่อประเมินลักษณะและปริมาณของเลือดที่ออกทางช่องคลอด และทำการ บันทึกทุก 15 นาที ในระยะ 2 ชั่วโมง แรก บันทึกทุก 1 - 2 ชั่วโมงในระยะ 4 ชั่วโมงหลังคลอด และบันทึกทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดคลอด
8. สังเกตและบันทึก ปริมาณ สีของปัสสาวะ บันทึกจำนวนน้ำเข้า-ออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง รายงานแพทย์ทันที
9. ให้รายงานแพทย์ทันที เมื่อพบอาการ ดังนี้ 1) หน้าซีดใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น สับสน แขนขาอ่อนแรง ท้องอืด ปวดท้องมาก 2) ชีพจรเบาเร็ว มากกว่า 100 หรือน้อยกว่า 60 ครั้งต่อนาที 3) ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท 4) หลังให้ยาแก้ปวด ความปวด 7 คะแนน ขึ้นไป 5) มดลูกหดรัดตัวไม่ดี 6) มีเลือดออกทางช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัยมากกว่า 1 ผืนต่อ 1 ชั่วโมงใน 2 ชั่วโมงแรกหรือชั่วโมงต่อไปมากกว่า 1 ผืนใน 4 ชั่วโมง 7) ปริมาณปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง
10. การประเมินกระเพาะปัสสาวะ ค้นหากระเพาะปัสสาวะโป่งตึง ความรู้สึกปวดปัสสาวะ และการขับถ่ายปัสสาวะหลังนำสายสวนปัสสาวะออก โดยพยาบาลกระตุ้นให้ มารดาหลังผ่าตัดคลอด

ปัสสาวะเองภายใน 6 ชั่วโมงหลังนำสายสวนปัสสาวะออก เพื่อป้องกันกระเพาะปัสสาวะเต็มและขัดขวางการหดตัวของมดลูก

11. ปลอบโยน ให้กำลังใจมารดาหลังผ่าตัดคลอดและครอบครัว และเปิดโอกาสให้พูดคุยแสดงความรู้สึก หรือซักถาม

ประเมินผลการพยาบาล: บรรลุเกณฑ์การประเมินผลทั้งหมดและปัญหานี้ได้หมดไป วันที่ 6 กรกฎาคม 2566 (ใช้แนวคิดและหลักการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Care) กระบวนการพยาบาล และกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของมาร์จอรี กอร์ดอน)

มารดาหลังผ่าตัดคลอดรู้สึกตัวดี แผลผ่าตัดที่หน้าท้องแห้งดี มีน้ำคาวปลาไหล สีแดงจางลง จำนวน 160 มิลลิเมตรในหนึ่งวัน ไม่มีอาการแสดงภาวะตกเลือดหลังคลอด ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/73 - 156/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 72 - 88 ครั้งต่อนาที ผู้ป่วยปัสสาวะได้เองหลังนำสายสวนออก มารดามีสีหน้ายิ้มแย้ม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 มารดาหลังคลอดไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด พบปัญหา ระหว่างวันที่ 5 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่ 11 กรกฎาคม 2566

ข้อมูลสนับสนุน

S: ปนปวดแผลผ่าตัด ไม่กล้าขยับร่างกาย

O: สีหน้าไม่สุขสบาย ระดับคะแนนความปวด (Pain score) 7 คะแนน

O: มีแผลผ่าตัดคลอดที่บริเวณหน้าท้อง

วัตถุประสงค์

เพื่อบรรเทาอาการปวดให้มารดาสุขสบายขึ้นและปวดแผลลดลง

เกณฑ์การประเมิน

1. มารดาปวดแผลลดลง หรือคะแนนความปวด (Pain score) ≤ 3 คะแนน
2. มารดามีสีหน้าสดชื่น แจ่มใส และนอนพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเจ็บปวดของอาการปวดแผลผ่าตัดด้วยการสอบถาม สังเกตจากสีหน้าท่าทาง
2. แนะนำให้ใช้มือ หรือหมอนประคองแผลผ่าตัดขณะไอ หรือมีการเคลื่อนไหว
3. สอนเทคนิคการหายใจลดปวด โดยให้หายใจเข้าทางจมูกลึกๆ และผ่อนลมหายใจออกทางปาก การหายใจสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ โดยเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจมาที่การควบคุมหายใจเข้า - ออก
4. ให้การพยาบาลแก่มารดา ด้วยความนุ่มนวล ช่วยให้อาการปวดแผลลดลง
5. ดูแลให้ยาแก้ปวด Morphine 3 มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เวลา 02.15 น. และเวลา 06.30 น.

ประเมินผลการพยาบาล: บรรลุเกณฑ์การประเมินผลทั้งหมดและปัญหานี้ได้หมดไป วันที่ 11 กรกฎาคม 2566 (ใช้แนวคิดและหลักการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Care) กระบวนการพยาบาล และกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของมาร์จอรี กอร์ดอน)

มารดาหลังคลอดมีสีหน้าสดชื่น แจ่มใส และไม่บ่นเจ็บปวดแผลผ่าตัด หลังได้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ระดับคะแนนความปวดลดลง (Pain score) 3 คะแนน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 มารดาหลังคลอดมีโอกาสติดเชื้อหลังคลอดเนื่องจากมีแผลผ่าตัดที่หน้าท้องและในโพรงมดลูก พบปัญหาระหว่างวันที่ 5 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่ 12 กรกฎาคม 2566

ข้อมูลสนับสนุน

- : มีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง และแผลในโพรงมดลูก จากการลอกตัวของรก
- : มีน้ำคาวปลาออกสีแดงสด 200 มิลลิลิตรในหนึ่งวัน (5 กรกฎาคม 2566)

วัตถุประสงค์

เพื่อเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัดในโพรงมดลูก

เกณฑ์การประเมิน

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรไม่เกิน 100 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส และอัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที
2. ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อหลังคลอด เช่น มีไข้ อาจมีอาการหนาวสั่น ปวดบริเวณแผลผ่าตัดมาก แผลมีหนอง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพและบันทึกทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการของภาวะติดเชื้อหลังคลอด โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย หากผิดปกติรีบรายงานแพทย์
2. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อหลังคลอด เช่น มีไข้ ปวดบริเวณแผลผ่าตัดมากและมีหนองมีซิม น้ำคาวปลามีกลิ่นเหม็น
3. ทำความสะอาดแผลผ่าตัดอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง สังเกตลักษณะของแผล
4. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อหลังคลอด
 - แนะนำมารดาให้ดูแลแผลผ่าตัดไม่ให้แผลถูกน้ำ ไม่ใช้มือจับ แกะ เกาแผล และสังเกตสิ่งคัดหลั่งที่ออกมาจากแผล เพราะทำให้แผลมีโอกาสติดเชื้ออักเสบหรือหายช้าได้
 - หากมีอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ หนาวสั่น ปวดแผลผ่าตัดมาก น้ำคาวปลามีกลิ่นเหม็น ควรแจ้งพยาบาลให้ทราบทันที
 - รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น เนื้อ นม ไข่ หรือผักผลไม้ที่มีวิตามินสูง เช่น ฝรั่ง ส้ม เพราะสารอาหารเหล่านี้จะช่วยซ่อมแซมให้แผลหายเร็วขึ้น
 - เปลี่ยนผ้าอนามัยเมื่อเปียกชุ่ม เพื่อลดสิ่งสกปรกหมักหมมและขจัดน้ำคาวปลา

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลดสิน

- ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อย่างถูกวิธีล้างจากหน้าไปข้างหลัง ไม่เช็ดย้อนไปมา

ประเมินผลการพยาบาล: บรรลุเกณฑ์การประเมินผลทั้งหมดและปัญหานี้ได้หมดไป วันที่ 12 กรกฎาคม 2566 (ใช้กระบวนการพยาบาล และทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็มระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้)

มารดาหลังผ่าตัดคลอด อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.8 - 37.3 องศาเซลเซียส ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 130/80 - 150/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรอยู่ในช่วง 86 - 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 20 - 22 ครั้งต่อนาที แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ไม่บวมแดง ไม่มีสิ่งคัดหลั่งซึม น้ำคาวปลา สีแดงจาง ไม่มีกลิ่นเหม็น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน พบปัญหา ระหว่างวันที่ 10 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่ 12 กรกฎาคม 2566

ข้อมูลสนับสนุน

S: มารดาหลังผ่าตัดคลอดและญาติถามว่า “หลังจากกลับบ้านไปต้องทำอะไรบ้าง”

O: มารดาหลังผ่าตัดคลอดและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล คิ้วขมวด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดและญาติมีความรู้และสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
2. เพื่อให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดและญาติคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล

1. มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีความรู้ในการดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้านและเข้าใจการปฏิบัติตัว
2. มารดาหลังผ่าตัดคลอดและญาติมีสีหน้าสดชื่น ไม่ขมวดคิ้ว

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินปัญหาเพื่อนำมาวางแผนการจำหน่ายตามหลัก DMETHOD เพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถของมารดาหลังผ่าตัดคลอดและญาติในการกลับไปดำรงชีวิตอยู่ที่บ้าน คือ

D: Disease สอนความรู้เรื่องโรคโดยใช้กระบวนการ การทำ Nursing Round ร่วมกัน ระหว่างแพทย์ พยาบาล ญาติ ผู้ดูแล โดยร่วมวางแผนการดูแลการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การวางแผนครอบครัว การพาบุตรรับวัคซีนตามนัด การสอนให้รู้จักการจัดการภาวะอาการต่าง ๆ เช่น การมีไข้หรือการเจ็บแผล แนะนำให้มีการติดตามอาการของทารกหลังคลอด เช่น การดูแลทารกที่อาจมีภาวะพิเศษ เช่น โรคตัวเหลือง

M: Medication ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องยาที่ได้รับกลับบ้าน แนะนำให้รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การสังเกตอาการที่ไม่พึงประสงค์ของยา แนะนำไม่ให้ซื้อยามารับประทาน

เอง แนะนำให้รับประทานอาหารเสริมที่จำเป็น เช่น การรับประทานธาตุเหล็กหรือวิตามินเพื่อฟื้นฟูร่างกายหลังคลอด ให้คำแนะนำในกรณีที่มีการใช้ยา ร่วมกับการให้นมควรปรึกษาแพทย์ก่อนทุกครั้ง

E: Environment/ Economic/ Equipment ดูแลสภาพแวดล้อม เช่น ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด การดูแลเครื่องใช้ประจำตัวให้สะอาดอยู่เสมอ แนะนำเกี่ยวกับการจัดเตรียมที่นอนหรือที่นั่งสำหรับมารดา เช่น วิธีการจัดเตรียมพื้นที่ในบ้านให้เหมาะสมสำหรับการพักผ่อน และดูแลตัวเองหลังคลอด และการตรวจสอบว่าแม่มีการเตรียมตัวและได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เช่น การช่วยเหลือในการทำงานบ้านหรือการดูแลทารก

T: Treatment ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การวัดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องป้องกันการเกิดโรคซ้ำ การรักษาแผลหลังคลอด เช่น การให้คำแนะนำในการทำมาสะอาดแผลและดูแลแผลจากการผ่าคลอดหรือการเย็บแผลหลังคลอด และแนะนำการรักษาทางเลือกหรือวิธีการฟื้นฟูหลังคลอด เช่น การทำกายภาพบำบัดหรือการออกกำลังกายเบา ๆ

H: Health care การดูแลสุขอนามัย การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง การชัก หอบเหนื่อย มีไข้สูง ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นหน้าอก แผลบวมแดงเป็นหนอง เป็นต้น แนะนำในการรับมือกับความเครียดหลังคลอด เช่น การแนะนำการนั่งสมาธิ การทำกิจกรรมผ่อนคลาย หรือการหาเวลาพักผ่อนให้เพียงพอ และการจัดการกับภาวะสุขภาพจิต เช่น การสังเกตสัญญาณของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและแนะนำการขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ

O: Outpatient การมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามอาการ วันที่ 17 กรกฎาคม 2566 และการติดตามสุขภาพของทารก เช่น การตรวจสุขภาพและการให้วัคซีน

D: Diet การรับประทานอาหารเช้า 5 หมู่ ลดอาหารเค็ม และแนะนำอาหารที่ช่วยเพิ่มน้ำนมแม่ หรืออาหารที่ช่วยให้มารดาฟื้นฟูร่างกาย

2. ประสานส่งต่อสถานบริการใกล้บ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่อง เนื่องจากมารดาหลังผ่าตัดคลอดมีภาวะครรภ์เป็นพิษ และภาวะน้ำท่วมปอด

3. ประเมินความรู้มารดาหลังผ่าตัดคลอดและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ประเมินผลการพยาบาล: บรรลุเกณฑ์การประเมินผลทั้งหมดและปัญหานี้ได้หมดไป วันที่ 12 กรกฎาคม 2566 ใช้แนวคิดและหลักการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Care) กระบวนการพยาบาล ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของมาร์จอรี กอร์ดอน (Marjory Gordon) และทฤษฎีความผูกพันหรือสัมพันธ์ภาพคลอสและเคนเนลล์

หลังให้คำแนะนำมารดาหลังผ่าตัดคลอดและญาติรับทราบวิธีการปฏิบัติตัว ผลการประเมินเมื่อประเมินย้อนกลับมารดาหลังผ่าตัดคลอดและญาติสามารถตอบคำถาม วิธีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง มารดาหลังผ่าตัดคลอดสีหน้าสดชื่นขึ้นเมื่อได้อุ้มลูก และญาติมีสีหน้าคลายความกังวล

10. การติดตาม ประเมินและดูแลผู้ป่วยที่หอบผู้ป่วย

10.1 การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 1 ติดตามเยี่ยมหลังการผ่าตัดคลอด (วันที่ 5 กรกฎาคม 2566 เวลา 17.30 น.) (หอบผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด)

10.1.1 เป้าหมายในการติดตามเยี่ยม ประเมิน และดูแลผู้ป่วยที่หอบผู้ป่วย
ติดตามอาการผิดปกติหลังคลอด

10.1.2 สรุปประเด็นที่พบ

1) มารดาหลังคลอดหายใจดูเหนื่อย อัตราการหายใจ 20 - 26 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน RA = 94 - 96%

2) มารดามีความดันโลหิตสูง 156/84 มิลลิเมตรปรอท

3) ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ 2.5 mmol/L

4) มีเลือดออกจากช่องคลอด

5) ผู้ป่วยได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง 50% MgSO₄ 20 gm (40ml) + 5% D/W 460 ml หยดเข้าทางหลอดเลือดดำในอัตรา 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

10.1.3 กิจกรรมการพยาบาลที่ให้

1) วัดสัญญาณชีพ สังเกตลักษณะการหายใจและเสียงหายใจที่ผิดปกติ วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงที่ปลายนิ้ว โดยควรมากกว่าหรือเท่ากับ 95%

2) จัดทำให้อุณหภูมิร่างกายอบอุ่น 30 - 45 องศา เพื่อให้กระบังลมหย่อนตัว เพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ

3) สังเกตและประเมินภาวะน้ำเกิน ได้แก่ อาการบวมบริเวณส่วนต่างๆ ของร่างกาย ฟังเสียงปอดผิดปกติ เช่น เสียงวี๊ด (Wheezing) เสียงกรอบแกรบ (Crepitation) อาการเหนื่อย นอนราบไม่ได้ หายใจลำบาก

4) ดูแลให้ออกซิเจนทางหน้ากากพร้อมถุงลม (O₂ mask with bag) 10 ลิตรต่อนาที เพื่อช่วยทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น เนื้อเยื่อต่าง ๆ ได้รับออกซิเจนเพียงพอ

5) บันทึกจำนวนน้ำที่เข้าและปัสสาวะที่ออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง จำนวนปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ควรรายงานแพทย์

6) ดูแลให้ยาป้องกันการชักตามแผนการรักษา คือ ให้สารน้ำชนิด 50% MgSO₄ 20 gm (40ml) + 5% D/W 460 ml หยดเข้าทางหลอดเลือดดำในอัตรา 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

หยดผ่านเข้าเครื่องควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ (Infusion pump) และติดตามอาการไม่พึงประสงค์ของยาป้องกันการชัก

7) ดูแลให้ยาป้องกันตามแผนการรักษา คือ ให้สารน้ำชนิด Acetar 1,000 ml. + KCL 40 mEq + Oxytocin 40 unit หยดเข้าทางหลอดเลือดดำในอัตรา 70 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หยดผ่านเข้าเครื่องควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ (Infusion pump) และติดตามอาการไม่พึงประสงค์ของยา เช่น หายใจลำบาก หัวใจเต้นช้าหรือเต้นผิดจังหวะ อ่อนเพลีย เคลื่อนไหวร่างกายลำบาก ติดตามระดับความเข้มข้นของ K⁺ ในเลือดโดยต้องอยู่ในระดับ 3.5 - 5.0 mmol/L

8) การประเมินระดับยดมดลูก และการหดตัวของมดลูก โดยพยาบาลต้องประเมิน การหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที ใน 4 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้นประเมินทุก 1 - 4 ชั่วโมง รวมถึงวัดยดมดลูก และบันทึกระดับการลดลงของยดมดลูกทุกวันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ในเวลาเดียวกันเพื่อประเมินการเข้าสู่อูของมดลูก และเป็นการเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง 24 ชั่วโมง

9) ประเมินลักษณะ และปริมาณของเลือดหรือน้ำคาวปลาที่ออกจากช่องคลอด ในระยะแรกรับให้มารดาใส่ผ้าอนามัยเพื่อประเมินลักษณะและปริมาณของเลือดที่ออกทางช่องคลอด และทำการบันทึกทุก 15 นาที ในระยะ 2 ชั่วโมง แรก บันทึกทุก 1 - 2 ชั่วโมง ในระยะ 4 ชั่วโมงหลังคลอด และบันทึกทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดคลอด

10) ประเมินความเจ็บปวดของอาการปวดแผลผ่าตัดด้วยการสอบถาม สังเกตจากสีหน้าท่าทาง

11) ดูแลให้ยาแก้ปวด Morphine 3 mg IV prn. q 3 hrs.

12) ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ cefazolin 1 gm IV ทุก 6 ชั่วโมง จำนวน 3 ครั้ง เพื่อเป็นการป้องกันการติดเชื้อ

10.1.4 สรุปผลการเยี่ยมที่หอผู้ป่วย

มารดานอนพักอยู่บนเตียง On O2 Mask with bag 10 LPM ความดันโลหิต 156/84 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 92 ครั้ง/นาที หายใจ 32 ครั้ง/นาที มีหายใจเร็ว ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 97-99% อุณหภูมิกาย 36.3 องศาเซลเซียส Deep Tendon Reflex (DTR) 2+ หลับได้ ไม่มีกระสับกระส่าย ปัสสาวะออกดีสีเหลืองใส มารดาหลังผ่าตัดคลอด มารดาได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก รู้สึกตัวดี แผลผ่าตัดที่หน้าท้องแห้งดี มีน้ำคาวปลาไหล สีแดงจางลง จำนวน 160 มิลลิลิตรในหนึ่งวัน ไม่มีอาการแสดงภาวะตกเลือดหลังคลอด

10.2 การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 2 ติดตามเยี่ยมมารดาหลังผ่าตัดคลอดวันที่ 1 (วันที่ 6 กรกฎาคม 2566)

เวลา 09.00น.) (หอผู้ป่วยสูติกรรม)

10.2.1 เป้าหมายในการติดตามเยื่อบุ ประเมิน และดูแลผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย

ติดตามประเมินภาวะพร่องออกซิเจนและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด

10.2.2 สรุปประเด็นที่พบ

1) มารดา On O2 Mask with bag 10 LPM มีหายใจเร็ว 36 ครั้งต่อนาที หายใจหอบเหนื่อย ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยหายใจ

2) มารดามีความดันโลหิตสูง 264/126 มิลลิเมตรปรอท

3) ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ 2.8 mmol/L

10.2.3 กิจกรรมการพยาบาลที่ให้

1) วัดสัญญาณชีพ สังเกตลักษณะการหายใจและเสียงหายใจที่ผิดปกติ อาการปวดศีรษะ ทุก 1 ชั่วโมง

2) จัดทำให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 - 45 องศา เพื่อให้กระบังลมหย่อนตัว เพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ

3) วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงที่ปลายนิ้ว ไม่ควรต่ำกว่า 95%

4) ดูแลให้ยาขับปัสสาวะ Lasix 40 มิลลิกรัมเข้าเส้นเลือดดำช้า ๆ ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อช่วยขับน้ำที่เกินออกทางปัสสาวะ

5) แพทย์พิจารณา On ET tube No 7 depth 22 cms

6) ย้ายมารดาไปยังหอผู้ป่วยวิกฤติ ICU Sx

7) ดูแลพ่นยา Beradual 1 Neb NB ยาขับปัสสาวะ Lasix 40 mg และ Labetalol 20 mg push Keep SBP < 160 mmHg เข้าทางหลอดเลือดดำ

8) ประเมินอาการและอาการแสดงที่นำสู่ภาวะชัก ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เห็นภาพไม่ชัด ปวดบริเวณใต้ลิ้นปี่ หรืออาการเจ็บชายโครงขวา มี Deep tendon reflex บริเวณหัวเข่า เร็วเกินไป 3+ ขึ้นไป

9) ประเมินอาการและอาการแสดงที่นำสู่ภาวะชัก ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เห็นภาพไม่ชัด ปวดบริเวณใต้ลิ้นปี่ หรืออาการเจ็บชายโครงขวา มี Deep tendon reflex บริเวณหัวเข่า เร็วเกินไป 3+ ขึ้นไป

10) ดูแลให้ยาป้องกันตามแผนการรักษา คือ ให้สารน้ำชนิด Acetar 1,000 ml. + KCL 40 mEq หยดเข้าทางหลอดเลือดดำในอัตรา 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หยดผ่านเข้าเครื่องควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ (infusion pump)

11) ตรวจสอบบันทึกการได้รับสารน้ำ และปริมาณปัสสาวะ โดยเฉพาะตรวจสอบปริมาณน้ำปัสสาวะทุก 8 ชั่วโมง เพราะยาจะถูกขับออกจากร่างกายทางไต ถ้าไตทำงานผิดปกติจะทำให้มีการคั่งของยาในร่างกาย ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หรือน้อยกว่า 100 มิลลิลิตรใน 3 ชั่วโมง ให้หยุดยา

12) จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพักผ่อน ทำกิจกรรมต่าง ๆ บนเตียง ไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยตามลำพัง ขณะอยู่บนเตียงต้องยกไม้กั้นเตียงทั้ง 2 ข้างขึ้น เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการตกเตียง

13) เตรียมอุปกรณ์และทีมช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม เพื่อช่วยเหลือได้ทันทีเมื่อมีอาการชัก

14) ประเมินความเจ็บปวดของอาการปวดแผลผ่าตัดด้วยการสอบถาม สังเกตจากสีหน้าท่าทาง

15) ดูแลให้ยาแก้ปวด Fentanyl 50 mcg เข้าทางหลอดเลือดดำ Fentanyl (5:1) iv drip 5 ml/hr.ตามแผนการรักษา

10.2.4 สรุปผลการเยี่ยมที่หอผู้ป่วย

มารดานอนหลับพักผ่อนบนเตียงได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤติ On Ventilator setting PCV mode PEEP 10 FiO2 ได้รับยา Fentanyl (5:1) iv. 5 ml/hrs. Acetar 1000 ml + KCL 40 ml iv drip 100 ml/hrs. ได้รับยาตามแผนการรักษาไม่พบอาการข้างเคียงจากยา ปัสสาวะออกดีสีเหลืองใส 2,100 มิลลิลิตรใน 8 ชั่วโมง สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 183/93 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 100 %

10.3 การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 3 ติดตามเยี่ยมมารดาหลังผ่าตัดคลอดวันที่ 2 (วันที่ 7 กรกฎาคม 2566 เวลา 18.00น.) (หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม)

10.3.1 เป้าหมายในการติดตามเยี่ยม ประเมิน และดูแลผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย

- 1) ติดตามประเมินภาวะพร่องออกซิเจนและความดันโลหิตสูงหลังคลอด
- 2) เฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอด

10.3.2 สรุปประเด็นที่พบ

- 1) มารดาจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ
- 2) มารดา仍有ความดันโลหิตสูงหลังคลอด ความดันโลหิต 163/86 มิลลิเมตรปรอท
- 3) ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ 2.5 mmol/L
- 4) อุณหภูมิร่างกาย 39.2 องศาเซลเซียส
- 5) ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลผ่าตัด 5 คะแนน

10.3.3 กิจกรรมการพยาบาลที่ให้

1) วัดสัญญาณชีพ วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงที่ปลายนิ้ว สังเกตลักษณะการหายใจและเสียงหายใจที่ผิดปกติ

2) บันทึกจำนวนน้ำที่เข้าและปัสสาวะที่ออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง จำนวนปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ควรรายงานแพทย์

3) ประเมินอาการและอาการแสดงที่นำสู่ภาวะชัก ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เห็นภาพไม่ชัด ปวดบริเวณใต้ลิ้นปี่ หรืออาการเจ็บชายโครงขวา มี Deep tendon reflex บริเวณหัวเข่า เร็วเกินไป 3+ ขึ้นไป

4) ดูแลให้ยาลดความดันโลหิต Labetalol 20 mg เข้าทางหลอดเลือดอย่างช้า ๆ

5) ประเมินความเจ็บปวดของอาการปวดแผลผ่าตัดด้วยการสอบถาม สังเกตจากสีหน้าท่าทาง

6) ดูแลให้ยาแก้ปวด Fentanyl 50 mcg เข้าทางหลอดเลือดดำ เมื่อมีอาการปวด

7) ดูแลให้สารน้ำและยาตามแผนการรักษา 5%D/N/2 1000ml + KCL 60 meq IV drip 40 ml/hr และ Elixer KCL 30 ml NG feed q 4 hrs. จำนวน 4 ครั้ง

8) ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัดคลอด เช่น มีไข้ ปวดบริเวณแผลผ่าตัดมากและมีหนองมีซิม น้ำคาวปลาผิดปกติเหม็น

9) สังเกตลักษณะของแผล และดูแลทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อย่างถูกวิธีล้างจากหน้าไปข้างหลัง ไม่เช็ดย้อนไปมา

10.3.4 สรุปผลการเยี่ยมที่หอผู้ป่วย

มารดารู้สึกตัว On ET Tube c Ventilator setting A/C mode $P_i = 22$ $Ti0 = .9$ $FiO_2 = 0.6$ $RR = 20$ ครั้ง/นาที $PEEP = 40$ หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง ไม่มีเหนื่อยหอบ $RR = 22 - 24$ ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 99 - 100% แผลผ่าตัดหน้าท้องไม่มีเลือดซึม มดลูกหดตัวดี น้ำคาวปลาไหลปกติ มีไข้ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 39.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 102 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 134/92 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 99 % Urine flow ดี สีเหลืองใสออก > 50 ml/hr มีระดับโพแทสเซียมในร่างกายต่ำ ได้รับ 5% D/N/2 1000ml + KCL 60 mEq iv drip 40ml/hr มารดาหลังคลอดมีสีหน้าสดชื่น แจ่มใส และไม่บ่นเจ็บปวดแผลผ่าตัด หลังได้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ระดับคะแนนความปวดลดลง (Pain score) 3 คะแนน

10.4 การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 4 ติดตามเยี่ยมมารดาหลังผ่าตัดคลอดวันที่ 3 (วันที่ 8 กรกฎาคม 2566 เวลา 08.00น.) (หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม)

10.4.1 เป้าหมายในการติดตามเยี่ยม ประเมิน และดูแลผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย

- 1) ติดตามประเมินภาวะพร่องออกซิเจนและความดันโลหิตสูงหลังคลอด
- 2) ฝ้าระวังภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัดในโพรงมดลูก

10.4.2 สรุปประเด็นที่พบ

- 1) พยายามหย่าเครื่องช่วยหายใจ
- 2) มารดามีอาการปวดแผลผ่าตัด

10.4.3 กิจกรรมการพยาบาลที่ให้

- 1) วัดสัญญาณชีพ สังเกตลักษณะการหายใจและเสียงหายใจที่ผิดปกติ วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงที่ปลายนิ้ว ไม่ควรต่ำกว่า 95%
- 2) เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน โดยสังเกตอาการหายใจลำบาก เจ็บหน้าอก หายใจเร็ว และจังหวะการเต้นของหัวใจเร็ว ระดับความรู้สึกตัวลดลง พบผิดปกติรายงานแพทย์
- 3) แนะนำการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ กำจัดเสมหะเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง
- 4) ประเมินความเจ็บปวดของอาการปวดแผลผ่าตัดด้วยการสอบถาม สังเกตจากสีหน้าท่าทาง
- 5) แนะนำให้ใช้มือหรือหมอนประคองแผลผ่าตัดขณะไอ หรือมีการเคลื่อนไหว
- 6) สอนเทคนิคการหายใจลดปวด โดยให้หายใจเข้าทางจมูกลึกๆ และผ่อนลมหายใจออกทางปาก การหายใจสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ โดยเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจมาที่การควบคุมหายใจเข้า - ออก
- 7) ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัดคลอด เช่น มีไข้ ปวดบริเวณแผลผ่าตัดมากและมีหนองมีซิม น้ำคาวปลา มีกลิ่นเหม็น
- 8) สังเกตลักษณะของแผล
- 9) แนะนำมารดาให้ดูแลแผลผ่าตัดไม่ให้แผลถูกน้ำ ไม่ใช้มือจับ แกะ เกาแผล และสังเกตสิ่งคัดหลั่งที่ออกมาจากแผล เพราะทำให้แผลมีโอกาสติดเชื้ออักเสบหรือหายช้าได้
- 10) เปลี่ยนผ้าอนามัยเมื่อเปียกชุ่ม เพื่อลดสิ่งหมักหมมและขจัดน้ำคาวปลา ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อย่างถูกวิธีล้างจากหน้าไปข้างหลัง ไม่เช็ดย้อนไปมา

10.4.4 สรุปผลการเยี่ยมที่หอผู้ป่วย

ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม (SICU) On ET tube No 7 depth 22 cms On Ventilator setting PCV mode PEEP 10 FiO₂ 0.6 และ RR 18 ครั้งต่อนาที ผู้ป่วยหายใจตามเครื่อง ให้ 5% D/N/2 1000 ml + KCL 60meq IV drip 40 ml/hr ตื่นรู้สึกตัวดี ไม่เหนื่อย หายใจปกติ มีไอระคายคอ ปวดแผลผ่าตัด ประเมินความปวด 2 - 3 คะแนน แผลผ่าตัดปิดพลาสติกเกอร์กันน้ำไว้ไม่มีเลือดซึมเปื้อน ปริมาณน้ำคาวปลา 60 - 80 มิลลิลิตร สีแดงจางกลืนปกติ สัญญาณชีพ ค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 132/78 - 144/82 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 18 - 20 ครั้งต่อนาที แพทย์ให้ยาความดันโลหิต ชนิดรับประทาน 2 ชนิด (เริ่มให้ Hydralazine 25 mg 1 เม็ด 4 เวลา รับประทานหลังอาหาร วันที่ 7/7/66 เวลา 21.00น. และ Amlodipine 5mg 1 เม็ด 2 เวลา รับประทานหลังอาหาร เริ่ม วันที่ 8/7/66 เวลา 08.00 น.) ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดที่ปลายนิ้วอยู่ในช่วง 98 - 99% อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 80 - 84 ครั้งต่อนาที แพทย์เปลี่ยนจากดื่มน้ำและอาหารให้เป็นน้ำหวาน 250 มิลลิลิตร 4 เวลา ตามด้วยน้ำ 50 มิลลิลิตร ทางสายยางให้อาหาร ยังคาสา यसวน ปัสสาวะ ปัสสาวะไหลดี สีเหลืองใส กระตุ้นให้พลิกตะแคงตัว ลูกนั่งบนเตียงได้

10.5 การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 5 ติดตามเยี่ยมมารดาหลังผ่าตัดคลอดวันที่ 4 (วันที่ 9 กรกฎาคม 2566 เวลา 08.00 น.) (หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม)

10.5.1 เป้าหมายในการติดตามเยี่ยม ประเมิน และดูแลผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย

- 1) ติดตามประเมินภาวะพร่องออกซิเจนและความดันโลหิตสูงหลังคลอด
- 2) เฝ้าระวังภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัดในโพรงมดลูก

10.5.2 สรุปประเด็นที่พบ

- 1) ปวดแผลเล็กน้อย ประเมินความปวด 3 - 4 คะแนน
- 2) กระตุ้นการเคลื่อนไหว
- 3) ผู้ป่วยใส่ O2 canular 5 LPM

10.5.3 กิจกรรมการพยาบาลที่ให้

- 1) ประเมินความเจ็บปวดของอาการปวดแผลผ่าตัดด้วยการสอบถาม สังเกตจากสีหน้าท่าทาง
- 2) แนะนำให้ใช้มือ หรือหมอนประคองแผลผ่าตัดขณะไอ หรือมีการเคลื่อนไหว
- 3) สอนเทคนิคการหายใจลดปวด โดยให้หายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ และผ่อนลมหายใจออกทางปาก การหายใจสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ โดยเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจมาที่การควบคุมหายใจเข้า - ออก
- 4) แนะนำมารดาให้ดูแลแผลผ่าตัดไม่ให้แผลถูกน้ำ ไม่ใช้มือจับ แกะ เกาแผล และสังเกตสิ่งคัดหลั่งที่ออกมาจากแผล เพราะทำให้แผลมีโอกาสติดเชื้ออักเสบหรือหายช้าได้
- 5) หากมีอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ หนาวสั่น ปวดแผลผ่าตัดมาก น้ำคาวปลาผิดปกติกลิ่นเหม็น ควรแจ้งพยาบาลให้ทราบทันที
- 6) รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น เนื้อ นม ไข่ หรือผักผลไม้ที่มีวิตามินสูง เช่น ฝรั่ง ส้ม เพราะสารอาหารเหล่านี้จะช่วยซ่อมแซมให้แผลหายเร็วขึ้น

7) วัดสัญญาณชีพ สังเกตลักษณะการหายใจและเสียงหายใจที่ผิดปกติ วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงที่ปลายนิ้ว ไม่ควรต่ำกว่า 95%

8) ดูแลให้รับประทานอาหารเหลวเข้าและเที่ยง อาหารอ่อนช่วงเย็น

9) ส่งเสริมให้มารดาได้ให้นมทารกเท่าที่สามารถทำได้ตามทฤษฎีความผูกพันหรือสัมพันธภาพ (Bonding Theory) โดยคลอสและเคนเนลล์ (Klaus & Kennell, 2011)

10.5.4 สรุปผลการเยี่ยมที่หอผู้ป่วย

มารดาารู้สึกตัวดีใส่ O2 canular 5 LPM Keep (Off ET tube 12.00 น. 8/7/66 On High flow ต่อ และ Off High flow 07.00น. 9/7/66) ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 99 - 100%

เริ่มรับประทานอาหารเหลวเข้าและเที่ยง อาหารอ่อนช่วงเย็น ถ้าหากรับประทานได้ดี แผลผ่าตัดหน้าท้องไม่มีเลือดซึม น้ำคาวปลาไหลปกติ ไม่มีไข้ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 126/60 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดที่ปลายนิ้วอยู่ในช่วง 97 - 99 % มารดาหลังคลอดสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ พลิกตะแคงตัว และลุกนั่งได้ การประเมิน Deep tendon reflex 2+ ปวดแผลเล็กน้อย ประเมินความปวด 3 - 4 คะแนน นอนหลับพักผ่อนได้

10.6 การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 6 ติดตามเยี่ยมมารดาหลังผ่าตัดคลอดวันที่ 5 (วันที่ 10 กรกฎาคม 2566 เวลา 10.00น.) (หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม)

10.6.1 เป้าหมายในการติดตามเยี่ยม ประเมิน และดูแลผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย

- 1) ติดตามประเมินภาวะพร่องออกซิเจนและความดันโลหิตสูงหลังคลอด
- 2) มารดาหลังผ่าตัดคลอดและญาติมีความรู้และสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

10.6.2 สรุปประเด็นที่พบ

- 1) มารดายังต้องได้รับออกซิเจน
- 2) มารดาหลังผ่าตัดคลอดและญาติมีความวิตกกังวล

10.6.3 กิจกรรมการพยาบาลที่ให้

- 1) วัดสัญญาณชีพ สังเกตลักษณะการหายใจและเสียงหายใจที่ผิดปกติ วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงที่ปลายนิ้ว ไม่ควรต่ำกว่า 95%
- 2) สอนเทคนิคการหายใจลดปวด โดยให้หายใจเข้าทางจมูกลึกๆ และผ่อนลมหายใจออกทางปาก การหายใจสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ โดยเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจมาที่การควบคุมหายใจ เข้า-ออก
- 3) กระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อให้มีการฟื้นตัวอย่างรวดเร็ว
- 4) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงหลังคลอดและการดูแลตนเองที่บ้าน
- 5) แนะนำอาหารที่ช่วยเพิ่มน้ำนมแม่ หรืออาหารที่ช่วยให้มารดาฟื้นฟูร่างกาย
- 6) แนะนำเกี่ยวกับการจัดเตรียมที่นอนหรือที่นั่งสำหรับมารดา เช่น วิธีการจัดเตรียมพื้นที่ในบ้านให้เหมาะสมสำหรับการพักผ่อน และดูแลตัวเองหลังคลอด เพื่อเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายกลับบ้าน
- 7) ส่งเสริมให้มารดาได้ให้นมทารกและพูดคุย ตามทฤษฎีความผูกพันหรือสัมพันธภาพ (Bonding Theory) โดยคลอสและเคนเนลล์ (Klaus & Kennell, 2011)

10.6.4 สรุปผลการเยี่ยมที่หอผู้ป่วย

มารดารู้สึกตัว On O2 canular 3 LPM ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 99 - 100% เริ่มรับประทานอาหารอ่อน รับประทานได้ดี ไม่มีคลื่นไส้หรืออาเจียน แผลผ่าตัดปิดพลาสเตอร์กันน้ำไว้ไม่มีเลือดซึมเปื้อน ปริมาณน้ำควาปลา 40 - 60 มิลลิลิตร สีแดงจางกลืนปกติ ไม่มีไข้ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 114/83 มิลลิเมตรปรอท มารดาสีหน้าสดใส คลายความวิตกกังวล สามารถเตรียมบ้านพร้อมรับภรรยาและลูกกลับบ้านเรียบร้อยแล้ว

10.7 การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 7 แพทย์มีคำสั่งจำหน่ายกลับบ้าน (วันที่ 12 กรกฎาคม 2566 เวลา 10.00 น.) (หอผู้ป่วยสูติกรรม)

10.7.1 เป้าหมายในการติดตามเยี่ยม ประเมิน และดูแลผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย

มารดาหลังผ่าตัดคลอดและญาติมีความรู้และสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

10.7.2 สรุปประเด็นที่พบ

1) มารดามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง

10.7.3 กิจกรรมการพยาบาลที่ให้

1) วางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดตามหลัก DMETHOD ดังนี้

D: Disease สอนความรู้เรื่องโรคโดยใช้กระบวนการ การทำ Nursing Round ร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาล ญาติ ผู้ดูแล โดยร่วมวางแผนการดูแลการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การวางแผนครอบครัว การพาบุตรรับวัคซีนตามนัด การสอนให้รู้จักการจัดการภาวะอาการต่าง ๆ เช่น การมีไข้หรือการเจ็บแผล แนะนำให้มีการติดตามอาการของทารกหลังคลอด เช่น การดูแลทารกที่อาจมีภาวะพิเศษ เช่น โรคตัวเหลือง

M: Medication ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องยาที่ได้รับกลับบ้าน แนะนำให้รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การสังเกตอาการที่ไม่พึงประสงค์ของยา แนะนำไม่ให้ซื้อยามารับประทานเอง เมื่อมีอาการเจ็บป่วย เอกสารบริหารยามอบให้ญาตินำไปให้สถานบริการสุขภาพ ใกล้บ้านเพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง แนะนำให้รับประทานอาหารเสริมที่จำเป็น เช่น การรับประทานธาตุเหล็กหรือวิตามินเพื่อฟื้นฟูร่างกายหลังคลอด ให้คำแนะนำในกรณีที่มีการใช้ยา ร่วมกับการให้นมควรปรึกษาแพทย์ก่อนทุกครั้ง

E: Environment ดูแลสภาพแวดล้อม เช่น ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด การดูแลเครื่องใช้ประจำตัวให้สะอาดอยู่เสมอ แนะนำเกี่ยวกับการจัดเตรียมที่นอนหรือที่นั่งสำหรับมารดา เช่น วิธีการจัดเตรียมพื้นที่ในบ้านให้เหมาะสมสำหรับการพักผ่อน และดูแลตัวเองหลัง

คลอด และการตรวจสอบว่าแม่มีการเตรียมตัวและได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เช่น การช่วยเหลือในการทำงานบ้านหรือการดูแลทารก

T: Treatment ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การวัดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง ในการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องป้องกันการเกิดโรคซ้ำ การรักษาแผลหลังคลอด เช่น การให้คำแนะนำในการทำมาสะอาดแผลและดูแลแผลจากการผ่าคลอด หรือการเย็บแผลหลังคลอด และแนะนำการรักษาทางเลือกหรือวิธีการฟื้นฟูหลังคลอด เช่น การทำกายภาพบำบัดหรือการออกกำลังกายเบา ๆ

H: Health care การดูแลสุขอนามัย การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง การชัก หอบเหนื่อย มีไข้สูง ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นหน้าอก แผลบวมแดงเป็นหนอง เป็นต้น แนะนำในการรับมือกับความเครียดหลังคลอด เช่น การแนะนำการนั่งสมาธิ การทำกิจกรรมผ่อนคลาย หรือการหาเวลาพักผ่อนให้เพียงพอ และการจัดการกับภาวะสุขภาพจิต เช่น การสังเกตสัญญาณของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและแนะนำการขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ

O: Outpatient การมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามอาการ วันที่ 17 กรกฎาคม 2566 และการติดตามสุขภาพของทารก เช่น การตรวจสุขภาพและการให้วัคซีน

D: Diet การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ลดอาหารเค็ม และแนะนำอาหารที่ช่วยเพิ่มน้ำนมแม่ หรืออาหารที่ช่วยให้มารดาฟื้นฟูร่างกาย

2) ประสานส่งต่อสถานบริการใกล้บ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่อง เนื่องจากมารดาหลังผ่าตัดคลอดมีภาวะครรภ์เป็นพิษ และภาวะน้ำท่วมปอด

3) ประเมินความรู้มารดาหลังผ่าตัดคลอดและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

10.7.4 สรุปผลการเยี่ยมที่หอผู้ป่วย

มารดาหลังคลอดรู้สึกตัว สดชื่นดี รับประทานอาหารได้ ท้องไม่อืด ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ไม่มีอาการนำชัก ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว หรือจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ หายใจไม่หอบเหนื่อย ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 99 - 100% Room air แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ทำความสะอาดแผล แผลไม่มีบวมแดง ลักษณะแผลดีดีปิดพลาสติกกันน้ำไว้ น้ำคาวปลาสีแดงจางไม่มีก้อนเลือด ชุ่มผ้าอนามัยครั้งผืน ปวดตึงเต้านม น้ำนมไหลดีแนะนำมารดาให้บุตรดูดนมบ่อยๆ ปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย Pain score = 1 - 2 คะแนน ไม่มีไข้ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 157/84 mmHg มารดาหลังคลอดอาการทั่วไปปกติ ทารกแรกเกิดแข็งแรงดี แพทย์จำหน่ายกลับบ้านได้ และมีนัดตรวจติดตามอาการและเพื่อนัดหมาย

การเยี่ยมบุตรอย่างต่อเนื่อง เน้นย้ำกับมารดาและญาติเรื่องการมาพบแพทย์ตามนัด
รวมระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล 7 วัน

11. การวางแผนจำหน่าย

มารดาหลังคลอดได้รับการเริ่มวางแผนจำหน่ายวันที่ 10 - 12 กรกฎาคม 2566
ผลการประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายมีรายละเอียดดังนี้

มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวดี อาการทั่วไปปกติ ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ไม่มีจุดแน่นใต้
ลิ้นปี่ ท้องไม่อืด ความดันโลหิต 150/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ
20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส แผลผ่าตัดปิดพลาสติกกันน้ำไว้ไม่มีเลือดซึมเปื้อน
ปวดแผลเล็กน้อย Pain score 2 ทารกเพศชาย คลอด เวลา 15.07 น. วันที่ 5 กรกฎาคม 2566
น้ำหนักแรกคลอด 3,880 กรัม ทารก Active ดี ตัวแดง ปลายมือ ปลายเท้าชมพู ร้องเสียงดัง หายใจ
เร็วต้น ๆ ไม่เหนื่อย นำส่งทารกมาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด ได้รับการดูแลดูแลเหมาะสม ให้ความอบอุ่น
ดูแลให้นม ทารกทุก 3 ชั่วโมง ทารกดูดนมได้ดี ไม่สำรอก ท้องไม่อืด ถ่าย Meconium ได้ Void ปกติ
ทารกไม่มีภาวะตัวเหลือง ดูตนเองได้ เมื่อมารดาอาการดีขึ้นได้มาหัดเลี้ยงและฝึกเข้าเต้าสามารถดูแล
ทารกได้ดี อายุ 7 วัน ดูตนเองมารดาได้ กลืนดีไม่สำลัก ได้รับวัคซีน BCG 0.1 ml ID ที่ไหล่ซ้าย และ
HBV 0.5 ml IM ที่ต้นขาขวา แพทย์จำหน่ายกลับบ้านพร้อมมารดา แนะนำเรื่องวัคซีนที่ทารกได้รับ
การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด นัดตรวจติดตามอาการที่คลินิกเด็กดีอายุ 2 เดือน
โดยมารดามีนัดตรวจติดตามอาการวันที่ 17 กรกฎาคม 2566 ตรวจติดตามอาการและวัดความดันโลหิต
พร้อมทั้งให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องที่บ้าน การสังเกตอาการ
ผิดปกติที่มาพบแพทย์ การดูแลแผลผ่าตัด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว การตรวจตามนัด
และรับทราบการปฏิบัติตัวหลังคลอดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

12. สรุปสถานะผู้ป่วยขณะรับไว้

กรณีศึกษาเรื่อง การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษลักษณะรุนแรงร่วมกับ
ภาวะหายใจล้มเหลว มารดาอายุ 35 ปี 7 เดือน ครรภ์ที่ 2 ไม่เคยแท้ง อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ 3 วัน
วันที่ 5 กรกฎาคม 2566 เวลา 11.00 น. มาตามนัดแพทย์เพื่อมานอนรอผ่าตัดคลอด ให้ประวัติไม่
ปวดศีรษะ ไม่มีน้ำเดิน มีตาพร่ามัว ที่คลินิกฝากครรภ์ตรวจพบ ความดันโลหิต 195/91 - 188/111
มิลลิเมตรปรอท แพทย์วินิจฉัยมีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ให้นอนพักรักษาตัวที่ห้องคลอด
ได้รับการรักษาโดยให้ยาป้องกันการชัก 50% MgSO₄ 20 มิลลิกรัม (40 มิลลิลิตร) + 5% D/W 460
ml. IV drip 50 ml/hr. (2mg/hr) หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ ควบคุมการหยดโดยใช้ Infusion
pump ในอัตรา 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และให้ Aceta 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราการ
ไหล 70 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงดูแลควบคุมการไหลด้วย Infusion pump และผ่าตัดคลอดภายใต้การให้

ยาระงับความรู้สึกโดยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง (Spinal block) ระยะเวลาในการทำผ่าตัด 45 นาที และย้ายมารดาไปที่หอผู้ป่วยสูติกรรม เวลา 17.30 น. แรกรับมารดาหลังคลอดรู้สึกตัวดี เหงื่อเย็น แต่ไม่หอบ มดลูกหดตัวดี แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม มีน้ำคาวปลาสีแดงสดจำนวน 200 มิลลิลิตร วัดสัญญาณชีพ ค่าความดันโลหิต 156/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิกาย 36.7 องศาเซลเซียส Deep tendon reflex 2+ ดูแลให้ยาฆ่าเชื้อเป็น Cefazolin 1 กรัมทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง ฉีด 3 ครั้ง ให้สารน้ำ 50% MgSO₄ 20 มิลลิกรัม (40 มิลลิลิตร) + 5% D/W 460 มิลลิลิตร (2mg/hr.) ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ดูแลควบคุมการไหลด้วย Infusion pump และให้ 5% D/N/2 1,000 มิลลิลิตร ผสมกับ Synto 40 ยูนิท อัตราการไหล 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เพื่าระวังอาการชัก และประเมินภาวะตกเลือดหลังคลอดขณะให้ยา 50% MgSO₄ การประเมินอาการนำชักไม่พบอาการ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ Deep tendon reflex 2+ มารดาไม่มีอาการตกเลือดหลังผ่าตัด คลอด มดลูกหดตัวดี แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม น้ำคาวปลาสีแดงปริมาณ 200 มิลลิลิตรใน 8 ชั่วโมง ประเมินสัญญาณชีพ อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 20 - 24 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 94 - 96 ครั้งต่อนาที ค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 154/92 - 159/96 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดอยู่ในช่วง 95 - 96% อุณหภูมิกายอยู่ในช่วง 36.7 - 37 องศาเซลเซียส บันทึกจำนวนน้ำเข้าออกของร่างกายจำนวนปัสสาวะออก 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง มารดาหลังผ่าตัด คลอดมีอาการปวดแผลผ่าตัดประเมินความปวด 6 - 8 คะแนน ให้ยาบรรเทาอาการปวดฉีดยา Morphine 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ เวลา 20.45 น. หลังให้ยาบรรเทาปวด 30 นาที อาการปวดทุเลาลง ให้คะแนนความปวด 3 - 4 คะแนน ญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของหญิงหลังคลอด แพทย์มาตรวจเยี่ยมญาติได้รับการอธิบายเกี่ยวกับอาการและแนวทางการรักษา ทำให้มารดา และญาติเข้าใจและคลายความวิตกกังวล

วันที่ 6 กรกฎาคม 2566 (มารดาหลังผ่าตัดคลอดวันที่ 1) (หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด) เวลา 07.15 น. มารดาหลังคลอดมีอาการเหนื่อย นอนราบไม่ได้ สัญญาณชีพ ค่าความดันโลหิต 103/87 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 34 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิกาย 37.5 องศาเซลเซียส ตรวจวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดที่ปลายนิ้วได้ 88% ให้ออกซิเจนทางหน้ากากพร้อมถุงลม 10 ลิตรต่อนาที รายงานแพทย์ส่งถ่ายภาพรังสีทางทรวงอก พบมีภาวะแทรกซ้อนน้ำท่วมปอด (Pulmonary Edema) และย้ายไปหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม (SICU) On ET tube No 7 depth 22 cms. On Ventilator setting PCV mode PEEP10 FiO₂, RR 16 Fentanyl 75 ug IV. stat Fentanyl (5:1) IV. 5 ml/hrs. Acetar 1000ml + KCL 40 ml IV drip 100 ml/hrs. ผู้ป่วยหายใจตามเครื่อง ตื่นรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 102 ครั้งต่อนาที หายใจ 16 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 150/97 มิลลิเมตรปรอท

ค่าความอึดตัวของออกซิเจน 98% งดอาหารและน้ำทางปาก Retain foley's cath urine flow ดี Keep urine output > 50 ml/hr. ดูแลให้ยา Lasix 40 มิลลิกรัม ฉีดทางหลอดเลือดดำ หลังให้พบว่า สัญญาณชีพ ค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 141/89 - 159/96 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 82 - 94 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 20 - 22 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส ค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดที่ปลายนิ้วอยู่ในช่วง 96 - 98 % มีอาการเหนื่อยลดลง การบันทึกจำนวนน้ำเข้าในร่างกายและจำนวนปัสสาวะออก 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ผลตรวจฮีโมโกลบิน 11.8 กรัมต่อเดซิลิตร ฮีมาโทคริต 37% ไม่มีภาวะช็อค ดูแลให้ยา 50% MgSO4 20 มิลลิกรัมใน 5% D/W 460 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ครบหลังผ่าตัดตลอด 24 ชั่วโมง การประเมิน Deep tendon reflex 2+

วันที่ 7 กรกฎาคม 2566 (มารดาหลังผ่าตัดตลอดวันที่ 2) ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม (SICU) On ET tube No 7 depth 22 cms. On Ventilator setting PCV mode PEEP10 FiO2, RR 18 ผู้ป่วยหายใจตามเครื่อง ตื่นรู้สึกตัวดี ไม่เหนื่อย หายใจปกติ มีไอระคายคอ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที หายใจ 16 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 150/97 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอึดตัวของออกซิเจน 98 % แผลผ่าตัดปิดพลาสติกกันน้ำไว้ไม่มีเลือดซึมเปื้อน น้ำคาวปลาไหลสะดวกสีแดงจาง 80 - 120 มิลลิลิตรใน 24 ชั่วโมง แผลผ่าตัดแห้งดีระดับความปวดแผลลดลงอยู่ระดับ 3 - 4 คะแนน การประเมิน Deep tendon reflex 2+ แพทย์ให้ยาลดความดันโลหิต Amlodipine 5 มิลลิกรัม 1 เม็ด 2 เวลา หลังอาหารเช้าและเย็น และ Hydralazine 25 มิลลิกรัม 1 เม็ด 4 เวลา หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน

วันที่ 8 กรกฎาคม 2566 (มารดาหลังผ่าตัดตลอดวันที่ 3) ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม (SICU) On ET tube No 7 depth 22 cms. On Ventilator setting PCV mode PEEP10 FiO2 RR 18 ผู้ป่วยหายใจตามเครื่อง ตื่นรู้สึกตัวดี ไม่เหนื่อย หายใจปกติ มีไอระคายคอ ปวดแผลผ่าตัด ประเมินความปวด 5 - 6 คะแนน แผลผ่าตัดปิดพลาสติกกันน้ำไว้ไม่มีเลือดซึมเปื้อน ปริมาณน้ำคาวปลา 60 - 80 มิลลิลิตร สีแดงจางกลืนปกติ สัญญาณชีพ ค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 132/78-144/82 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 18 - 20 ครั้งต่อนาที ค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดที่ปลายนิ้วอยู่ในช่วง 98 - 99 % อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 80 - 84 ครั้งต่อนาที แพทย์วางแผนหย่าเครื่องช่วยหายใจ ดูแลให้ On High flow nasal canular 40 LPM FiO2 = 40% แพทย์เปลี่ยนจากดื่มน้ำและอาหารเป็นให้จิบน้ำตอนเช้า อาหารเหลวตอนเที่ยง และรับประทานอาหารอ่อนตอนเย็น ให้น้ำสายสวนปัสสาวะออก กระตุ้นให้พลิกตะแคงตัว ลูกนั่งทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง

วันที่ 9 กรกฎาคม 2566 (มารดาหลังผ่าตัดคลอดวันที่ 4) ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม (SICU) มารดารู้สึกตัว On High flow nasal canular 40 LPM $FiO_2 = 40\%$ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 99-100% เริ่มรับประทานอาหารเหลว เข้าและเที่ยง อาหารอ่อนช่วงเย็น ถ้าหากรับประทานได้ดี ให้หยุดการให้สารน้ำได้ มีโปรแตสเซียมในร่างกายต่ำ ให้ 5% D/N/2 1000ml + KCL 20 meq IV drip 40 ml/hr. แผลผ่าตัดปิดพลาสติกกันน้ำไว้ไม่มีเลือดซึมเปื้อน น้ำคาวปลาไหลปกติ ไม่มีไข้ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 126/60 มิลลิเมตรปรอท ปรับลดการให้ออกซิเจนจาก High flow nasal canular เปลี่ยนเป็น O2 canular 5 LPM มารดาหลังคลอดสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ พลิกตะแคงตัว และลุกนั่งได้ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 126/68 - 138/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 78 - 92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 18 - 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิกายอยู่ในช่วง 36.2 - 37.1 องศาเซลเซียส ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดที่ปลายนิ้วอยู่ในช่วง 97 - 99 % การประเมิน Deep tendon reflex 2+ ปวดแผลเล็กน้อย ประเมินความปวด 3 - 4 คะแนน

วันที่ 10 กรกฎาคม 2566 (มารดาหลังผ่าตัดคลอดวันที่ 5) เวลา 14.00 น. รับย้ายจากหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม (SICU) มาหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด มารดาหลังผ่าตัดคลอดสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่เหนื่อย มีอาการปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย ประเมินความปวด 2 - 3 คะแนน แผลผ่าตัดปิดพลาสติกกันน้ำไว้ไม่มีเลือดซึมเปื้อน ปริมาณน้ำคาวปลา 40 - 60 มิลลิลิตร สีแดงจาง กลิ่นปกติ สัญญาณชีพ ค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 122/78 - 134/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 20 - 22 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดที่ปลายนิ้วอยู่ในช่วง 98 - 99% อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 80 - 84 ครั้งต่อนาที ปัสสาวะเองได้ดีไม่มีแสบขัด

วันที่ 11 กรกฎาคม 2566 (มารดาหลังผ่าตัดคลอดวันที่ 6) (หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด) มารดาหลังผ่าตัดคลอดสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่เหนื่อย มีอาการปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย ประเมินความปวด 1 - 2 คะแนน แผลผ่าตัดปิดพลาสติกกันน้ำไว้ไม่มีเลือดซึมเปื้อน ปริมาณน้ำคาวปลา 20 - 40 มิลลิลิตร สีแดงจางกลิ่นปกติ สัญญาณชีพ ค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 112/70 - 124/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 20 - 22 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดที่ปลายนิ้วอยู่ในช่วง 98 - 99% อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 80 - 84 ครั้งต่อนาที วางแผนจำหน่ายกลับบ้าน มารดาหลังคลอดมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องการปฏิบัติตัว อาการเปลี่ยนแปลงที่ต้องรีบมาพบแพทย์ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การวางแผนครอบครัว การพาบุตรไปรับวัคซีน หลังให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล

วันที่ 12 กรกฎาคม 2566 (มารดาหลังผ่าตัดคลอดวันที่ 7) (ห่อผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด) มารดาหลังผ่าตัดคลอดสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่เหนื่อย ปริมาณน้ำคาวปลา 10 - 20 มิลลิลิตร สีแดงจางกลืนปกติ สัญญาณชีพ ค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 122/78 - 144/82 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 20 - 22 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดที่ปลายนิ้วอยู่ในช่วง 98 - 99% อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 80 - 84 ครั้งต่อนาที ประเมินความปวด 1 - 2 คะแนน แผลผ่าตัดปิดพลาสเตอร์กันน้ำไว้ไม่มีเลือดซึมเปื้อน แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน นัดติดตามตรวจหลังผ่าตัดคลอด 2 สัปดาห์ รวมเวลาดูแลรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ 5 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่ 12 กรกฎาคม 2566 เป็นเวลา 7 วัน

นัดติดตามการรักษาในวันที่ 17 กรกฎาคม 2566 ยาที่ได้รับกลับบ้านมีดังนี้

1. Losec 20 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหารเช้าและเย็น
2. Hydralazine 25 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 4 ครั้ง หลังอาหารเช้า เที่ยง เย็น และก่อนนอน
3. Paracetamol 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด เวลาปวดทุก 4 - 6 ชั่วโมง
4. Amlodipine 5 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้าและเย็น
5. OBIMIN AZ รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า

13. ปัญหาทางการพยาบาลที่พบจากกรณีศึกษา

13.1 ปัญหาและการพยาบาล จากการเยี่ยมครั้งที่ 1

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากภาวะน้ำท่วมปอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มารดาหลังคลอดมีโอกาสดีกภาวะชัก เนื่องจากมีภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มารดาหลังคลอดเสี่ยงต่อมีภาวะแมกนีเซียมเป็นพิษ (magnesium toxicity)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือด หลังผ่าตัดคลอดระยะ 24 ชั่วโมงแรกเนื่องจากมีแผลฉีกขาดของกล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อมดลูกจากการผ่าตัดคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 มารดาหลังคลอดไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 มารดาหลังคลอดมีโอกาสดีดเชื้อหลังคลอดเนื่องจากมีแผลผ่าตัดที่หน้าท้องและในโพรงมดลูก

13.2 ปัญหาและการพยาบาล จากการเย็บครั้งที่ 2

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากภาวะน้ำท่วมปอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มารดาหลังคลอดมีโอกาสดีกภาวะชัก เนื่องจากมีภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มารดาหลังคลอดเสี่ยงต่อมีภาวะแมกนีเซียมเป็นพิษ (magnesium toxicity)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือด หลังผ่าตัดคลอดระยะ 24 ชั่วโมงแรกเนื่องจากมีแผลฉีกขาดของกล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อมดลูกจากการผ่าตัดคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 มารดาหลังคลอดไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 มารดาหลังคลอดมีโอกาสดีเชื้อหลังคลอดเนื่องจากมีแผลผ่าตัดที่หน้าท้องและในโพรงมดลูก

13.3 ปัญหาและการพยาบาล จากการเย็บครั้งที่ 3

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากภาวะน้ำท่วมปอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มารดาหลังคลอดมีโอกาสดีกภาวะชัก เนื่องจากมีภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 มารดาหลังคลอดไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 มารดาหลังคลอดมีโอกาสดีเชื้อหลังคลอดเนื่องจากมีแผลผ่าตัดที่หน้าท้องและในโพรงมดลูก

13.4 ปัญหาและการพยาบาล จากการเย็บครั้งที่ 4

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากภาวะน้ำท่วมปอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มารดาหลังคลอดมีโอกาสดีกภาวะชัก เนื่องจากมีภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 มารดาหลังคลอดไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 มารดาหลังคลอดมีโอกาสดีเชื้อหลังคลอดเนื่องจากมีแผลผ่าตัดที่หน้าท้องและในโพรงมดลูก

13.5 ปัญหาและการพยาบาล จากการเย็บครั้งที่ 5

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากภาวะน้ำท่วมปอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มารดาหลังคลอดมีโอกาสดังกล่าวซ้ำ เนื่องจากมีภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 มารดาหลังคลอดไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

13.6 ปัญหาและการพยาบาล จากการเย็บครั้งที่ 6

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากภาวะน้ำท่วมปอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 มารดาหลังคลอดไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

13.7 ปัญหาและการพยาบาล จากการเย็บครั้งที่ 7

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

14. การติดตามประเมินต่อเนื่องที่บ้าน

14.1 ติดตามเยี่ยมหลังจำหน่ายกลับบ้าน วันที่ 15 กรกฎาคม 2566

ติดตามเยี่ยมมารดาหลังจำหน่ายกลับบ้าน 3 วัน ในวันที่ 15 กรกฎาคม 2566 จำนวนครั้ง 1 ครั้ง เวลา 12.30 – 12.50 น. ผ่านทางโทรศัพท์

14.1.1 เป้าหมายในการติดตามเยี่ยม

มารดาสามารถปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง

14.1.2 ประเด็นที่พบ

มารดายังมีอาการปวดตึงบริเวณหน้าท้องยังอึดและให้นมทารกไม่ค่อยสะดวก

14.1.3 กิจกรรมการพยาบาลที่ให้

1) เน้นมารดาในการดูแลแผลผ่าตัดอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เช่น ตรวจสอบให้แผลแห้งและสะอาด หลีกเลี่ยงการสัมผัสแผลโดยตรง หรือการล้างแผลด้วยน้ำสะอาดตามคำแนะนำของแพทย์

2) เนื่องจากมารดามีอาการปวดแผลในระดับที่ทนได้ แนะนำให้มารดารับประทานยาแก้ปวดตามคำแนะนำจากแพทย์ เพื่อช่วยลดอาการปวดและอำนวยความสะดวกในการเคลื่อนไหว และเฝ้าระวังอาการผิดปกติ เช่น บริเวณแผลมีบวม แดง หรือมีหนองที่แผล หากมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นควรรีบมาโรงพยาบาล

3) ให้แรงสนับสนุนมารดาในการให้นมบ่อยครั้ง เพื่อกระตุ้นการผลิตน้ำนม

4) แนะนำการจัดท่าการให้นมโดยใช้หมอนรองที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการปวดหลัง และเพื่อความสะดวกสบายระหว่างให้นม

5) แนะนำให้เริ่มการเคลื่อนไหวเบา ๆ เช่น การเดินช้า ๆ ภายในบ้าน เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูร่างกาย แต่ต้องหลีกเลี่ยงการยกของหนักหรือการเคลื่อนไหวที่อาจทำให้แผลผ่าตัดเสียหาย

6) แนะนำการสังเกตทารก ถ้าทารกดูนอนได้ดีและสามารถดูนมได้บ่อยครั้ง ซึ่งเป็นสัญญาณที่ดีว่าทารกได้รับน้ำนมเพียงพอ ควรติดตามให้ทารกดูนมตามต้องการทุก 3 ชั่วโมง และควรตรวจสอบอาการของทารก เช่น การขับถ่าย ตัวเหลือง การนอนหลับที่เหมาะสมและการร้องไห้ที่ไม่มากเกินไป

7) เน้นมารดามาพบแพทย์ตามนัดในวันที่ 17 กรกฎาคม 2566 เพื่อติดตามการฟื้นฟูสภาพร่างกายและแผลผ่าตัด รวมถึงตรวจสอบสุขภาพของทารกอีกครั้ง

14.1.4 สรุปผลการติดตามประเมินและแผนการพยาบาลต่อเนื่อง

พบว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดได้รับการจำหน่ายกลับบ้านยังมีอาการปวดที่บริเวณแผลผ่าตัดหรือปวดหลังอยู่ในระดับที่ทนได้ไม่ได้รับประทานยาแก้ปวด แผลที่หน้าท้องเริ่มแห้งไม่มีแดงหรือบวม ยังรู้สึกตึงบริเวณหน้าท้อง ไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมหนักได้ตามปกติ เช่น ยกของหนักหรือเดินเร็ว มารดาน้ำนมไหลดี สามารถให้นมได้ ทารกดูนอนได้ดี มีร้องได้ดูนมได้บ่อยและดูดได้นานขึ้น นอนหลับค่อนข้างนานต้องปลุกมาดูนมทุก 3 ชั่วโมง ขับถ่ายปกติ สังเกตไม่พบตัวเหลือง เน้นการมาพบแพทย์ตามนัดในวันที่ 17 กรกฎาคม 2566

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 5

สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ

1. สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษาเรื่อง การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษลักษณะรุนแรงร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลว มารดาอายุ 35 ปี 7 เดือน ครรภ์ที่ 2 ไม่เคยแท้ง อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ 3 วัน วันที่ 5 กรกฎาคม 2566 เวลา 11.00 น. มาตามนัดแพทย์เพื่อมานอนรอผ่าตัดคลอดให้ประวัติ ไม่ปวดศีรษะ ไม่มีน้ำเดิน มีตาพร่ามัว ที่คลินิกฝากครรภ์ตรวจพบ ความดันโลหิต 195/91- 188/111 มิลลิเมตรปรอท แพทย์วินิจฉัยมีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ให้นอนพักรักษาตัวที่ห้องรอกคลอด ได้รับการรักษาโดยให้ยาป้องกันการชัก 50% MgSO₄ 20 gm (40ml) + 5% D/W 460 ml iv drip 50 ml/hr. (2gm/hr.) หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ ควบคุมการหยดโดยใช้ Infusion pump และให้ Aceta 1,000 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 70 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงดูแลควบคุมการไหลด้วย Infusion pump และผ่าตัดคลอดภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกโดยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง (Spinal block)

แรกรับมารดาหลังคลอดรู้สึกตัวดี เหงื่อแต่ไม่หอบ มดลูกหดตัวดี แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม มีน้ำคาวปลาสีแดงสดจำนวน 200 มิลลิลิตร วัดสัญญาณชีพ ค่าความดันโลหิต 156/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิกาย 36.7 องศาเซลเซียส Deep tendon reflex 2+ ดูแลให้ยาฆ่าเชื้อเป็น Cefazolin 1 กรัมทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง ให้สารน้ำ 50% MgSO₄ 20 gm (40ml) + 5% D/W 460 ml. (2gm/hr.) ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ดูแลควบคุมการไหลด้วย Infusion pump และให้ 5% D/N/2 1,000 ml มิลลิกรัม ผสมกับ Synto 40 ยูนิต อัตราการไหล 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีอาการปวดแผลผ่าตัดประเมินความปวด 6-8 คะแนน ให้ยาบรรเทาอาการปวดชนิดยา Morphine 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ เวลา 20.45 นาฬิกา หลังให้ยาบรรเทาปวด 30 นาที อาการปวดทุเลาลง ให้คะแนนความปวด 3-4 คะแนน

มารดาหลังผ่าตัดคลอดวันที่ 1 (วันที่ 6 กรกฎาคม 2566) มารดาหลังคลอดมีอาการเหนื่อยนอนราบไม่ได้ สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 37.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 34 ครั้งต่อนาที ค่าความดันโลหิต 103/87 มิลลิเมตรปรอท ตรวจวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดที่ปลายนิ้วได้ 88% ให้ออกซิเจนทางหน้ากากพร้อมถุงลม (Mask with bag) 10 ลิตรต่อนาที รายงานแพทย์ส่งถ่ายภาพรังสีทางทรวงอก พบมีภาวะแทรกซ้อนน้ำท่วมปอด (Pulmonary edema) และย้ายไปหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม (SICU) On ET tube No 7 depth

22 cms. On Ventilator setting PCV mode PEEP10 FiO₂, RR 16 Fentanyl 75 ug ทางหลอดเลือดดำทันที Fentanyl (5:1) iv. 5 ml/hrs. Acetar 1000ml + KCL 40 ml IV drip 100 ml/hrs. ผู้ป่วยหายใจตามเครื่อง ตื่นรู้สึกตัวดี ไม่มีมีอาการชัก และตกเลือดภายหลังคลอด บริเวณแผลผ่าตัด ไม่มีบวมแดงและไม่มีเลือดซึม

มารดาหลังผ่าตัดคลอดวันที่ 2 (วันที่ 7 กรกฎาคม 2566) ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม (SICU) On ET tube No 7 depth 22 cms. On Ventilator setting PCV mode PEEP10 FiO₂ RR 18 ผู้ป่วยหายใจตามเครื่อง ตื่นรู้สึกตัวดี ไม่เหนื่อย หายใจปกติ มีไอระคายคอ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที หายใจ 16 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 150/97 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 98 % แผลผ่าตัดปิดพลาสติกเกอร์กันน้ำไว้ไม่มีเลือดซึมเปื้อน น้ำคาวปลาไหลสะดวกสีแดงจาง 80 - 120 มิลลิตรใน 24 ชั่วโมง แผลผ่าตัดแห้งดีระดับความปวดแผลลดลงอยู่ระดับ 3 - 4 คะแนน การประเมิน Deep tendon reflex 2+ แพทย์ให้ยาลดความดันโลหิต Amlodipine 5 มิลลิกรัม 1 เม็ด 2 เวลา หลังอาหารเช้าและเย็น ยา Hydralazine 25 มิลลิกรัม 1 เม็ด 4 เวลาหลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน

มารดาหลังผ่าตัดคลอดวันที่ 3 (วันที่ 8 กรกฎาคม 2566) ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม (SICU) On ET tube No 7 depth 22 cms. On Ventilator setting PCV mode PEEP10 FiO₂ RR 18 ผู้ป่วยหายใจตามเครื่อง ตื่นรู้สึกตัวดี ไม่เหนื่อย หายใจปกติ มีไอระคายคอ ปวดแผลผ่าตัด ประเมินความปวด 5-6 คะแนน แผลผ่าตัดปิดพลาสติกเกอร์กันน้ำไว้ไม่มีเลือดซึมเปื้อน ปริมาณน้ำคาวปลา 60 - 80 มิลลิตร สีแดงจางกลืนปกติ

มารดาหลังผ่าตัดคลอดวันที่ 4 (วันที่ 9 กรกฎาคม 2566) มารดารู้สึกตัว On High flow nasal canular 40 LPM FiO₂= 40% ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 99 - 100% เริ่มรับประทานอาหารทางปากโดยให้เป็นอาหารเหลวเข้าและเที่ยง จากนั้นปรับเป็นอาหารอ่อนช่วงเย็น แผลผ่าตัดปิดพลาสติกเกอร์กันน้ำไว้ไม่มีเลือดซึมเปื้อน น้ำคาวปลาไหลปกติ ไม่มีไข้ ปรับลดออกซิเจนเปลี่ยนเป็น O₂ canular 5 LPM ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดที่ปลายนิ้วอยู่ในช่วง 97 - 99 % ปวดแผลเล็กน้อย ประเมินความปวด 3 - 4 คะแนน

มารดาหลังผ่าตัดคลอดวันที่ 5 (วันที่ 10 กรกฎาคม 2566) มารดาหลังผ่าตัดคลอดสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่เหนื่อย มีอาการปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อยประเมินความปวด 2 - 3 คะแนน แผลผ่าตัดปิดพลาสติกเกอร์กันน้ำไว้ไม่มีเลือดซึมเปื้อน ปริมาณน้ำคาวปลา 40 - 60 มิลลิตร สีแดงจางกลืนปกติ สัญญาณชีพ ค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 122/78 - 134/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 20 - 22 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดที่ปลายนิ้วอยู่ในช่วง 98 - 99% อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 80- 84 ครั้งต่อนาที ย้ายกลับหอผู้ป่วยสูติกรรม

มารดาหลังผ่าตัดคลอดวันที่ 6 (วันที่ 11 กรกฎาคม 2566) มารดาหลังผ่าตัดคลอดสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่เหนื่อย มีอาการปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อยประเมินความปวด 1 - 2 คะแนน แผลผ่าตัดปิดพลาสติกกันน้ำไว้ไม่มีเลือดซึมเปื้อน ปริมาณน้ำคาวปลา 20 - 40 มิลลิลิตร สีแดงจางกลืนปกติ สัญญาณชีพ ค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 112/70 - 124/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 20 - 22 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดที่ปลายนิ้วอยู่ในช่วง 98 - 99% อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 80 - 84 ครั้งต่อนาที วางแผนจำหน่ายกลับบ้าน มารดาหลังคลอดได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว อาการเปลี่ยนแปลงที่ต้องรับมาพบแพทย์ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การวางแผนครอบครัว การพาบุตรไปรับวัคซีน หลังให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล

มารดาหลังผ่าตัดคลอดวันที่ 7 (วันที่ 12 กรกฎาคม 2566) (หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด) มารดาหลังผ่าตัดคลอดสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่เหนื่อย ปริมาณน้ำคาวปลา 10 - 20 มิลลิลิตร สีแดงจางกลืนปกติ แผลผ่าตัดปิดพลาสติกกันน้ำไว้ไม่มีเลือดซึมเปื้อน ระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลพบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

1) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากภาวะน้ำท่วมปอด พบปัญหาระหว่างวันที่ 5 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่ 11 กรกฎาคม 2566

2) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มารดาหลังคลอดมีโอกาสเกิดภาวะชัก เนื่องจากมีภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง พบปัญหาระหว่างวันที่ 5 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่ 11 กรกฎาคม 2566

3) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มารดาหลังคลอดเสี่ยงต่อมีภาวะแมกนีเซียมเป็นพิษ (magnesium toxicity) พบปัญหาระหว่างวันที่ 5 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่ 6 กรกฎาคม 2566

4) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ พบปัญหาระหว่างวันที่ 5 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่ 10 กรกฎาคม 2566

5) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือด หลังผ่าตัดคลอดระยะ 24 ชั่วโมงแรกเนื่องจากมีแผลฉีกขาดของกล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อมดลูกจากการผ่าตัดคลอด พบปัญหาระหว่างวันที่ 5 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่ 6 กรกฎาคม 2566

6) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 มารดาหลังคลอดไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด พบปัญหาระหว่างวันที่ 5 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่ 11 กรกฎาคม 2566

7) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 มารดาหลังคลอดมีโอกาสติดเชื้อหลังคลอดเนื่องจากมีแผลผ่าตัดที่หน้าท้องและในโพรงมดลูก พบปัญหาระหว่างวันที่ 5 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่ 12 กรกฎาคม 2566

8) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน พบปัญหา ระหว่างวันที่ 10 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่ 12 กรกฎาคม 2566

แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน นัดติดตามตรวจหลังผ่าตัดตลอด 2 สัปดาห์ วันที่ 17 กรกฎาคม 2566 รวมเวลาการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ 5 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่ 12 กรกฎาคม 2566 เป็นเวลา 7 วัน มารดาได้รับยากลับบ้าน ดังนี้

1) Losec 20 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า เย็น
2) Hydralazine 25 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 4 ครั้ง หลังอาหารเช้า เที่ยง เย็น และก่อนนอน

3) Paracetamol 500 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด เวลาปวดทุก 4 - 6 ชั่วโมง

4) Amlodipine 5 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้าและเย็น

5) OBIMIN AZ รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า

ตลอดระยะเวลาที่หญิงหลังคลอดอยู่ในโรงพยาบาล มารดาได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน ได้รับการดูแลแบบองค์รวมและตามแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม โดยอาศัยเกณฑ์ความสามารถของบุคคลในการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นระบบทดแทนบางส่วน และระบบสนับสนุนและให้ความรู้ จนกระทั่งมารดาสามารถกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย พร้อมทารกเพศชาย น้ำหนักแรกคลอด 3,880 กรัม ทารกดูดนมได้ดี ไม่สำรอก ท้องไม่อืด ถ่ายขี้เทา ออกมาหลังคลอด (Meconium) ปัสสาวะปกติ ทารกไม่มีภาวะตัวเหลือง ดูดนมเองได้ แนะนำเรื่องวัคซีนที่ทารกได้รับ การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด นัดตรวจติดตามอาการที่คลินิกเด็กดีอายุ 2 เดือน และใช้ทฤษฎีความผูกพันหรือสัมพันธภาพคลอสและเคนเนลล์ ในการสนับสนุนให้มารดาสร้างความผูกพันนี้ ได้แก่ การให้มารดามีโอกาสสัมผัสตัวทารก การให้นมบุตร และการอยู่ใกล้ชิดกับทารกในช่วงเวลาหลังคลอด เป็นต้น

2. สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำกรณีศึกษา

สรุปจากกรณีศึกษา มารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษลักษณะรุนแรง ได้รับการผ่าตัดคลอดตามปกติทั่วไปที่มาคลอดบุตร แต่ระหว่างการดูแลหลังคลอด 1 วัน มารดาหลังคลอดมีอาการ หอบเหนื่อย พบมีภาวะน้ำท่วมปอด ได้รับการประเมินปัญหาอย่างรวดเร็ว แพทย์จึงพิจารณา ใส่ท่อช่วยหายใจและย้ายไปยังหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม (SICU) ทำให้ได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที ได้รับยาขับปัสสาวะเพื่อลดปริมาณน้ำในปอด ส่งผลให้ระดับออกซิเจนในเลือดเพิ่มขึ้นจากการแลกเปลี่ยนก๊าซได้ดีขึ้น มารดาจึงรู้สึกเหนื่อยลดลง นอนราบได้ปกติ มารดามีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ได้เฝ้าระวังไม่ให้เกิดการชัก โดยดูแลให้ยากันชัก MgSO₄ และเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต ตามแนวทางการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต อย่างเคร่งครัด โดยประเมิน Deep tendon reflex อัตราการหายใจ สัญญาณชีพ

การบันทึกจำนวนน้ำเข้าออกของร่างกาย การติดตามระดับแมกนีเซียม ผลลัพธ์ มารดาหลังผ่าตัดคลอดไม่มีอาการชัก ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต จากการเฝ้าระวังการประเมินซ้ำ การป้องกันความเสี่ยงการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตามแนวทาง การดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่ได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟตอย่างเคร่งครัด จึงทำให้มารดาผ่านภาวะวิกฤติได้อย่างปลอดภัย จากเหตุการณ์ดังกล่าวทำให้มารดาหลังคลอดเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนจากการเจ็บป่วยครั้งนี้ ไม่คิดว่าต้องเกิดภาวะน้ำท่วมปอด นอนในหอผู้ป่วยวิกฤต เข้าใจว่าตนมาคลอดถูกปกติ แต่ต้องมาเกิดภาวะแทรกซ้อนที่คาดไม่ถึงว่าจะเกิดกับตนเอง และมีความพร้อมในการดูแลตนเองต้อง ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System) เป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำของพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลได้รับการดูแลให้ถูกนำมาใช้ปกป้องและดูแลตนเอง โดยใช้ความสามารถทางการพยาบาล ระบบการพยาบาลเป็นระบบของการกระทำที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความสามารถและความต้องการการดูแลของผู้รับบริการ

จากทฤษฎีระบบการพยาบาล สามารถช่วยให้ผู้คลอดสามารถเผชิญเหตุการณ์ดังกล่าวไปได้ ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้คลอดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีภาวะการหายใจล้มเหลว จึงต้องมีความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้คลอดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีภาวะการหายใจล้มเหลว ได้อย่างถูกต้อง สามารถวิเคราะห์ปัญหา นำทฤษฎีพยาบาลมาวางแผน ปฏิบัติการพยาบาล ให้การพยาบาล ตลอดจนวางแผนจำหน่ายและติดตามอาการผู้คลอดได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ โดยผู้คลอดรายนี้ได้โทรศัพท์ติดตามสอบถามอาการหลังผู้ป่วย จำหน่ายกลับบ้านในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2 พบว่าผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี ดูแลตนเองได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ปฏิบัติตัวหลังคลอดได้ถูกต้อง เลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ได้ดีและมาตรวจตามนัดได้ถูกต้อง

3. ข้อเสนอแนะ

ในการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด คือ ภาวะการหายใจล้มเหลว พบว่า การดูแลผู้คลอดให้ปลอดภัยต้องอาศัยความรู้ ทักษะในการช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน จากการให้การพยาบาลมารดา รายนี้ มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ผู้คลอดมีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ตรวจพบความดันโลหิตสูง ควรได้รับการแนะนำ การปฏิบัติตัวด้านการปฏิบัติตัว การพักผ่อน และความรู้ด้านโภชนาการเกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรค จากพยาบาลผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดและให้สังเกตอาการผิดปกติของตนเองที่ควรรีบมาปรึกษาแพทย์ทันที

2. การประเมินปัญหาในระหว่างการดูแลรักษาที่อยู่โรงพยาบาล เพื่อนำสู่การวางแผนการแก้ปัญหา จะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการให้การพยาบาลอย่างสูงสุด ดังนั้นพยาบาลต้องได้รับการเสริมความรู้ในการดูแลผู้คลอดที่ผ่าตัดคลอดบุตรและมีภาวะการหายใจล้มเหลว จนถูกใส่ท่อช่วยหายใจและย้ายไปหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม (SICU) ให้ครอบคลุมองค์รวม โดยใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาลสามารถช่วยให้ผู้คลอดสามารถเผชิญเหตุการณ์ดังกล่าวไปได้ โดยการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการเจ็บป่วยและได้รับการดูแลอย่างดี พร้อมสนับสนุนให้ผู้คลอดและครอบครัวได้มีการปรับตัวที่เหมาะสม สามารถมีความพร้อมในการดูแลตัวเองและทารกแรกเกิดได้

3. พัฒนาเอกสารคำแนะนำต่างๆ ตลอดจนทำสื่อการสอนที่สามารถเข้าถึงได้ เช่น QR Code เพื่อให้ผู้คลอดสามารถเข้าถึงสื่อการสอนและเอกสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ควรมีการส่งต่อข้อมูลแก่สถานพยาบาลใกล้เคียง ในการติดตามเยี่ยมมารดาและทารกหลังคลอด

5. พัฒนาศักยภาพบุคลากรภายในทีมงานอยู่เสมอ ทั้งในระดับหน่วยงานและระดับเครือข่ายงาน (ทีมนำทางคลินิก PCT: Patient Care Team) เพื่อคุณภาพบริการ ตลอดจนมีการฝึกฝนด้วยการจำลองสถานการณ์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมที่รวดเร็ว สามารถช่วยเหลือผู้คลอดและทารกได้ทันเวลาที่

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บรรณานุกรม

- กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2564*. กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ
- เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ. (2562). *ภาวะฉุกเฉินและสิ่งที่ควรรู้ทางสูตินรีเวชกรรม*. เชียงใหม่ : ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- คณะกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2558). *แนวทางการปฏิบัติของราชวิทยาลัยเรื่องการดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ*. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ : พิมพ์ลักษณะ.
- จุฬณี สังเกตชน. (2562). การหายใจล้มเหลว (Respiratory failure). ใน นิธิพัฒน์ เจียรกุล, พิษณุ เพชรบรม, สันติ ลิ้มรัตน์, และวรรณณ ศิริชนะ (บรรณาธิการ), *ตำราโรคระบบหายใจ 2* สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์.
- ชมพูนุท ศรีรัตน์. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ใน ประทุม สร้อยวงศ์. *การพยาบาลอายุรศาสตร์*. เชียงใหม่ : สมาร์ทโค้ดดิ้ง แอนด์ เซอร์วิส.
- เดชา วณิชจักรวงศ์, สุพิชชา โอวาทวรากิจ, และมนต์ทิพา วงษ์แก้ว. (2560). การดูแลผู้ป่วยภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน. ใน *ประมวลบทความการดูแลผู้ป่วยวิกฤต หน่วยที่ 8*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- ธิดา นิงสานนท์, ปรีชา มณฑกานติกุล, และจุฬารณณ์ ลิ้มวัฒนานนท์. (2565). *คู่มือการใช้ยาสำหรับบุคลากรสาธารณสุข (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล.
- นงลักษณ์ เฉลิมสุข และ ฉวี เบาทรวง. (2562). การพยาบาลสูงขณะตั้งครรภ์. ใน บังอร ศุภวิฑิต พัฒนา และ ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี (บรรณาธิการ), *การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน* (น. 73-99). โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นงนภัทร รุ่งเนย. (2560). *การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี.
- นันทพร แสนศิริพันธ์, และฉวี เบาทรวง. (2561). *การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรศิริ พันธสี. (2562). กระบวนการพยาบาลและแบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. (พิมพ์ครั้งที่ 22). กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร.
- พิชญากร ศรีปะโค. (2557). การพัฒนาวิชาชีพพยาบาล : การพัฒนาภาวะผู้นำทางการพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 15(3), 1-8.

เวชสถิติโรงพยาบาลเลิดสิน. (2567). สถิติผู้ป่วยเข้ารับบริการห้องคลอด. โรงพยาบาลเลิดสิน.

เวชระเบียนโรงพยาบาลเลิดสิน. (2567). ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา.

โรงพยาบาลเลิดสิน.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2566). อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อ

การเกิดมีชีพแสนคน. สืบค้นจาก [https://dashboard.anamai.moph.go.th/](https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/mmr/index?year=2023)

[dashboard/mmr/index?year=2023](https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/mmr/index?year=2023)

สมฤดี กীরตนิชเสถียร, ภารดี ชาวนรินทร์, และนาถสุตา โชติวัฒนากุลชัย. (2562). บทบาทของ

พยาบาลในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง: วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน.

25(4), 112-125.

สุรัตน์ ธนเสวกวิหारी, สมชาย ใจดี, & วรณ รัตน์วงศ์. (2560). แนวทางการดูแลมารดาในระยะ

คลอด. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 34(2), 45-60.

Craven, R. F., Hirnle, C. J., & Jensen, S. (2013). *Fundamentals of nursing: Human health and function* (7th ed.). Wolters Kluwer.

Duley, L., Lambert, P. C., & Parkin, D. M. (2021). Global and regional estimates of maternal mortality and morbidity. *The Lancet*, 390(10105), 1695-1703.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01810-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01810-0)

Kacmarek, R. M., Stoller, J. K., & Heuer, A. J. (2016). *Egan's fundamentals of respiratory care* (11th ed.). Elsevier Health Sciences.

Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (2011). *Mothering the mother: How a doula can help you have a shorter, easier, and healthier birth*. Da Capo Lifelong Books.

Knight, M., Tuffnell, D., & Kenyon, S. (2018). *Saving Lives, Improving Mothers' Care: Surveillance of Maternal Deaths in the United Kingdom 2018*. The MBRRACE-UK report

โรงพยาบาลเลิดสิน

Koul, P. A., & Das, S. (2021). Respiratory failure in chronic lung disease. *Journal of Respiratory Diseases*, 45(3), 154-162. <https://doi.org/10.1002/jrd2021>

Leeman, L., Foster, A., & McCloskey, L. (2020). Severe pre-eclampsia and respiratory

failure: Implications for maternal and neonatal care. *Obstetric Medicine*, 13(3),

123-131. <https://doi.org/10.1177/1753495X20920971>

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

- Magee, L. A., Brown, M. A., Hall, D. R., Gupte, S., Hennessy, A., Karumanchi, S. A., ... & von Dadelszen, P. (2022). The 2021 International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy classification, diagnosis & management recommendations for international practice. *Pregnancy hypertension*, 27, 148-169.
- McPherson, D. C., & Goldstein, S. (2019). Respiratory failure: Causes, diagnosis, and management. *Journal of Clinical Medicine*, 8(10), 1500.
<https://doi.org/10.3390/jcm8101500>
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Pain, C. P. (2020). ACOG Practice Bulletin. *Number 218 Obstet Gynecol*, 3, e98-e109.
- Parrotte, A., Smith, B., & Johnson, C. (2024). *Childbirth and maternal care: A comprehensive guide*. Oxford University Press.
- World Health Organization. (2019). *Maternal mortality and morbidity report*. World Health Organization.

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน



กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ภาคผนวก ก
คำสั่งการรักษาของแพทย์

ตารางที่ 10

คำสั่งการรักษาของแพทย์

Date/Time	Orders For One Day Only	Date/ Time	Orders For Continuation
05/07/2566 10.15 น.	Admit LR Set OR with TR due to pervious c/s with AMA with Breech with anemia with LGA with Obesity **NPO AMN มาจากบ้าน** - Acetar 1000 ml iv. drip 120 ml/hr - Prep skin abdominal & perineum - Retain foley's cath - G/M จอง PRC 1 unit - เตรียม Cefazolin 2 gm ไป OR - เตรียม Duratocin 100 mcg ไป OR - Blood for CBC, BUN, Electrolyte, LFT, Coagulant, LDH, Uric acid, UA, UPCR - 10% MgSO₄ 4 mg iv drip in 15-20 min then 50% MgSO₄ 40 ml (20gm) in 5%D/W 460 ml iv. 50 ml/hr.(2gm/hr) - Monitor V/S, keep BP<160/110 mmHg If - RR < 12 - DTR น้อยกว่าเท่ากับ 14 - Urine output <30ml/hr Please notify - Retain foley's cath		

Date/Time	Orders For One Day Only	Date/ Time	Orders For Continuation
12.34 น.	-Acetar 1000ml/hr + KCL 40 mEq IV rate 70 ml/hr (K 2.5)		
<u>05/07/2566</u> 14.10 น.	- Labetalol 20 mg IV stat		
14.20 น.	- Labetalol 40 mg IV stat		
15.30 น.	Post op order for LT C/S -Record v/s q 15 นาที 4 ครั้ง q 30 นาที 2 ครั้ง then q 1 hr. until stable - Continue MgSO4 iv 50 ml/hr iv. rate 70 ml/hr (2gm/hr) until 16.00น. (06/07/2566) - Acetar 1000+Kcl 40 mEq (ขวดเดิม) iv rate 70 ml/hr. x 2 ขวด (add Oxytocin 40 u ใน IV ขวดแรก) (IV 2 ข้าง รวมกัน 120 ml/hr.) - Blood for Mg Electrolyte เวลา 20.00 น. รายงานแพทย์เจ้าของไข้ โดยตรง - ยาแก้ปวด ยาลดการคลื่นไส้ อาเจียน ตาม Anesth order - ตื่นดี วันนี้ ให้จิบน้ำ - พรุ่งนี้เช้า liquid diet พรุ่งนี้เที่ยงและเย็น Soft diet - On O2 mask with bag 10 LPM Keep spO2 >= 95%	<u>05/07/2566</u> 15.30 น. - Record V/S , I/O - Diet on One day order - Retain Foley Cath Medication - Cefazolin 1 gm IV q 6 hr x 3 dose - Paracetamol (500) 1x3 oral pc x 2 day then 1 x prn pc q 6 hr - Arcoxia (90) 1 x1 oral pc - Air-x 1x3 oral pc	

Date/Time	Orders For One Day Only	Date/Time	Orders For Continuation
05/07/2566	<u>Order For Spinal Morphine by Anesthesiologist</u> 1. Routine Postoperative Care 2. Monitor : BP, PR, RR ทุก 1 ชั่วโมง ใน 4 ชั่วโมงแรกและต่อมา ทุก 4 ชั่วโมง 3. สังเกตอาการหายใจของผู้ป่วยทุก 1 - 2 ชั่วโมง 4. ห้ามให้ narcotic อื่น ๆ ทาง IV หรือ IM 5. การรักษาสภาวะข้างเคียง 5.1 ถ้ามีอัตราการหายใจน้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 ครั้งต่อนาที - ให้ปลุกผู้ป่วยและกระตุ้นให้หายใจ - O2 Cannula 3 L/min - ตามแพทย์ทันที - ให้ Narcotic 0.2 mg IV ช้า ๆ 5.2 ถ้ามีอาการคลื่นไส้อาเจียน - Plasil 1 amp IV prn q 4-6 hr 5.3 ถ้ามีอาการคัน - Piriton 1 amp IV prn q 4-6 hr 5.4 ถ้าปัสสาวะลำบาก - สวนทึ่ง prn 6. ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องอาการปวดมาก - Morphine 3 mg IV prn q 3 hr. 7. ถ้ามีปัญหาติดต่อวิสัญญี โทร.9812,9813		

Date/Time	Orders For One Day Only	Date/ Time	Orders For Continuation
18.00 น.	- Off IV เดิม - Acetar 1000ml + KCL 40 mEq iv drip 40 mL/hr. - 5%D/N/2 1000 ml.+ Oxytocin 40 unit iv. drip 60 mL/hr. x 2ขวด - 50%MgSO4 40 ml(20gm) +5%D/W460 ml iv drip 50 mL/hr. (2gm/hr) until 16.00 น.(06/07/66)		
06/07/2566 06.25 น. 06.30 น.	- Lasix 40mg iv stat - Off MgSO4 iv drip - On ET tube No 7 depth 22 cms. - ก่อนใส่ Tube ให้ Valium 10 mg iv - Consult Anesth (ใส่ tube ยาก) difficult airway - Monitor BP q 15 min Keep BP<150/100 mmHg. - Labetalol 40 mg iv stat - Acetar 1000ml + KCL 40 mEq iv drip 100 mL/hr. - Fentanyl (5:1) iv drip 5 mL/hr. - Fentanyl 75 mcg iv stat. (Fentanyl100 mcg/2mL.)		
07.40 น.	- Retained NG tube - ตาม Portable CXR - Beradual 1 neb พ่น stat - ย้าย ICU ศัลยกรรม On Ventilator		
08.10 น.	- Valium 10 mg iv stat.		

Date/Time	Orders For One Day Only	Date/Time	Orders For Continuation
08.20 น.	- Consult Med ร่วมประเมิน เรื่อง Respiratory Failure และ Ventilator		
08.30 น.	- Arterial blood gas. - Add KCL เพิ่มใน IV เดิม (Acetar) อีก 20 mEq (total 60 mEq) Total IV fluid รวม Fentanyl 65 ml/hr.		
06/07/2566			
08.55 น.	- Lasix 40mg iv stat.		
09.00 น.	- Dormicum 5 mg iv stat. - เพิ่ม rate Fentanyl 5:1 iv drip 10 ml/hr.		
09.30 น.	- Dormicum (1:1) iv drip 3 ml/hr. (Dormicum 5 mg/1ml) - Arterial blood gas หลัง on Ventilator 1 hr. - off Acetar + KCL เดิม - 5%D/N/2 1000 ml + KCL 40 meq iv drip 40 ml/hr. - On PCMV PEEP8, FIO21.0 RR18Ti - เพิ่ม Fentanyl 5:1 เป็น 15 ml/hr.	06/07/2566 09.30 น.	-NPO -Record V/S, I/O -DTX q 6 hr. keep 80-180 mg/dl
10.30 น.	- เพิ่ม Dormicum 1:1 เป็น 5 ml/hr. - Lasix 40 mg iv q 8 hr.		
11.00 น.	Order at ICU ศัลย - Arterial blood gas - CBC, BUN, Cr, Electrolyte, Ca, Mg, PO4, PT, PTT, INR		
12.20 น.	- off IV เดิม		

Date/Time	Orders For One Day Only	Date/Time	Orders For Continuation
	- 5%D/N/2 1000 ml + KCL 60 meq iv drip 40 ml/hr - CXR portable พรุ้งนี้ - ลด Fentanyl 5:1 เป็น 5 ml/hr.		
07/07/2566 10.00 น.	- PSV 14 PEEP8 E 20% FIO20.4 ทั่ววัน - Keep I/O balance if positive > 500ml/เวร ให้ Lasix 20mg iv - พรุ้งนี้เข้า Dexamethasone 4 mg iv at 06.00น. - if RR > 30 SPO2 < 95% or restlessness ให้เปลี่ยนเป็น PCV PC 16 PEEP8 RR16 FIO2 0.4 - off Fentanyl drip - Fentanyl 50mcg iv prn for dyspnea - 5%D/N/2 1000ml +KCL 60 meq iv drip 40 ml/hr		
10.35 น.	- Elixer KCL 30 ml NG feed q 4 hr x 4 dose - Electrolyte พรุ้งนี้เข้า - Feed น้ำหวาน 200 ml x 4 feed +น้ำตาม 50 ml - Lasix 40 mg iv - Labetalol 20 mg iv slowly push	07/07/2566 10.35 น.	- Losec 40 mg iv q 12 hr.
15.00 น.	- Keep BP < 160/110 mmHg - พรุ้งนี้ Electrolyte ได้ผลแล้วรายงานแพทย์เจ้าของไข้	15.00 น.	- Hydralazine (25) 1 tab oral qid pc.

Date/Time	Orders For One Day Only	Date/Time	Orders For Continuation
07/07/2566 20.45 น.	- 5%D/N/2 1000 ml + KCL 60 meq iv drip 40 ml/hr. - Monitor V/S keep BP < 160/110 mmHg.	07/07/2566 20.45 น.	Review of Treatment - Feed น้ำหวาน 250 ml x 4 feed - Record V/S, I/O - DTX bid ac keep 80 - 200mg/dl - Retain foley's cath, NG tube Medication - Losec 40 mg iv q 12 hr. - Hydralazine (25) 1 tab oral qid pc - Amlodipine (5) 1tab oral bid pc (เริ่มวันที่ 08/07/2566)
08/07/2566 09.00 น.	- off IV เดิม - 5%D/N/2 1000ml + KCL 20 meq iv drip 40 ml/hr. - Try T-piece - Arterial blood gas หลัง T-piece 2hr. - หาก off T-piece ได้ on High flow		
10.30 น.	- off ETT ได้ - on High flow 50 LPM FiO2 0.4		
12.30 น.	- จิบน้ำตอนเย็น - Try ween off High flow		
09/07/2566 07.00 น.	- Liquid diet เช้า, เที่ยง - Soft diet เย็น		

Date/Time	Orders For One Day Only	Date/ Time	Orders For Continuation
09.00 น.	- CXR พรุ้งนี้เช้า - 5%D/N/2 1000 ml + KCL 20 meq iv drip 40 ml/hr. ถ้ากินได้ดี off iv ได้ - off NG tube - Keep BP < 160/110 mmHg. - Try on O2 canular 5 LPM Keep SpO2 > 95% - Lasix 40 mg iv stat. - Blood for BUN, Cr, Electrolyte		
<u>10/07/2566</u>	พรุ้งนี้เช้า		
12.30 น.	- ย้าย ward PP ได้ - On O2 canular 3 LPM keep SpO2 >95% - Elixer KCL 30 ml oral x 2 dose		
	เวลา 14.00 น., 18.00 น.		
	- off IV, On NSS lock - off foley's cath - off DTX - เบิก Tri-flow ให้ผู้ป่วยฝีกดูดบ่อๆ - พรุ้งนี้เช้า CXR portable - พรุ้งนี้เช้า plan Dressing แผล และปิดด้วย Tegaderm - Hydralazine (25mg) 1tab oral stat - ฝีกดูด Tri-flow บ่อๆ ให้ได้ 3 ลูก - Plan D/C พรุ้งนี้		
19.45 น.			
<u>11/07/2566</u>			
08.00 น.			
13.15 น.			

Date/Time	Orders For One Day Only	Date/ Time	Orders For Continuation
<u>12/07/2566</u> 07.30 น.	Discharge ได้วันนี้ - F/U OPD Gyne 17/07/2566 ดูแผล, BP, CXR ก่อนพบแพทย์ Home Med 1. Losec (20mg) 1tab oral bid ac /10tab 2. Hydralazine (25mg) 1tab oral qid pc /20tab 3. Amlodipine (5mg) 1tab oral bid pc/10tab 4. Obimin AZ 1tab oral OD pc /30 tab		

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ภาคผนวก ข

ความรู้ทางเภสัชวิทยา

ยาที่ได้รับขณະนอนโรงพยาบาล

ในภาคผนวก ข อธิบายรายละเอียดของยาแต่ละตัวที่ผู้ป่วยได้รับระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยพิจารณาถึง ข้อบ่งใช้ กลไกการออกฤทธิ์ -ขนาดยาที่ใช้ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เพื่อให้เข้าใจถึงความสำคัญของยาในการดูแลและรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ธิดา นิงสานนท์ และคณะ, 2565)

1. Cefazolin (เซฟาโซลิน)

สรรพคุณ/ข้อบ่งใช้ (Indications)

เป็นกลุ่มยาปฏิชีวนะกลุ่มเซฟาโลสปอริน มีฤทธิ์ต้านเชื้อแบคทีเรียในร่างกาย ใช้รักษาหรือป้องกันโรคหรือการติดเชื้อจากแบคทีเรีย เช่น การติดเชื้อที่ผิวหนัง ข้อต่อ กระดูก เลือด ลื่นหัวใจ ระบบทางเดินหายใจ ทางเดินน้ำดี และทางเดินปัสสาวะ รวมถึงอาจใช้ป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด โดยยานี้ไม่สามารถรักษาโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสได้ แต่อาจใช้รักษาโรคอื่นๆ นอกเหนือจากนี้ตามดุลยพินิจของแพทย์

กลไกการออกฤทธิ์ (Pharmacological action)

ออกฤทธิ์เป็น Bactericidal ต่อเชื้อแบคทีเรียเหมือนยาในกลุ่ม Penicillins กล่าวคือ มีโครงสร้างคล้าย Alanine residue จึงแย่งจับกับเอนไซม์ Transpeptidase แทน Alanine residue ของ Peptidoglycan สายแรก ทำให้ยับยั้งการเกิด Cross link กับ Peptidoglycan สายที่สอง ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการสร้างผนังเซลล์ ของเชื้อแบคทีเรีย ทำให้เชื้อมีผนังเซลล์ที่ไม่สมบูรณ์ เอนไซม์ที่ถูกยับยั้งโดยยา ในกลุ่ม Penicillins และ Cephalosporins นี้ อาจเรียกรวม ๆ ว่า Penicillin-binding proteins (PBPs)

รูปแบบยา (Dosage form)

Solution for Injection

ขนาดยาที่ใช้ (Dosage)

อาการระดับไม่รุนแรง ให้ยาปริมาณ 0.25 - 0.5 กรัม ทุก 8 ชั่วโมง

อาการระดับปานกลางไปจนถึงรุนแรง ให้ยาปริมาณ 0.5 - 1 กรัม ทุก 6 - 8 ชั่วโมง

อาการระดับรุนแรงมากหรือเป็นอันตรายต่อชีวิต ให้ยาปริมาณ 1 - 1.5 กรัม ทุก 6 ชั่วโมง

โดยฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อหรือทางหลอดเลือดดำ ให้ยาเข้าสู่ร่างกายช้า ๆ ประมาณ 3-5 นาที ปริมาณยาสูงสุด 12 กรัมต่อวัน

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse reactions)

- การแพ้ยาที่พบบ่อย คือ ลมพิษ ผื่นคัน อาจพบอาจไข้ได้ การแพ้ยานี้มักพบในรายที่มีประวัติการแพ้ Penicillins ด้วย

- Anaphylaxis พบน้อย

- ผลต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดินได้ซึ่งมักจะไม่มีรุนแรง ทั้งชนิดที่ให้ทางปากและฉีด อาจทำให้เกิดอาการปวดท้อง อาหารไม่ย่อย ท้องอืดท้องเฟ้อ และ Pseudomembranous colitis (จากมีการเจริญของ Clostridium difficile) ได้

- ผลต่อไตพบไม่มาก พบจาก Cephaloridine ได้มากที่สุด และอาจพบในรายที่ใช้ยาอื่นๆ ที่เป็นพิษต่อไตร่วมด้วย เช่น Aminoglycosides

ยา Cefazolin อาจทำให้เกิดผลข้างเคียงอื่น ๆ อีก ซึ่งหากผู้ป่วยพบความผิดปกติใดๆ นอกเหนือจากอาการข้างต้น ควรปรึกษาแพทย์

การพยาบาล

1) การฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำแต่ละครั้ง หากฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ให้ละลายและฉีดช้า ๆ ระวังยารั่วออกนอกเส้นเลือด เพราะจะทำให้เกิดการอักเสบบริเวณที่ฉีดยา

2) หลังฉีดยาควรสังเกตอาการอย่างน้อย 30 นาที เพื่อป้องกันการแพ้ยาและภาวะภูมิไวเกิน

3) สังเกตอาการไข้ ควรลดลงและปริมาณปัสสาวะที่ออกควรมีจำนวนปกติ

4) สังเกตภาวะติดเชื้อแทรกซ้อน ได้แก่ เชื้อราในปาก และอวัยวะสืบพันธุ์

2. Magnesium Sulfate (MgSO₄)

สรรพคุณ/ข้อบ่งใช้ (Indications)

ยาแมกนีเซียมซัลเฟต (Magnesium sulfate หรือ Magnesium sulphate) เป็นเกลืออนินทรีย์ หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า เกลือยิปซัม (Epsom salt) มีคุณสมบัติละลายน้ำได้ดี หากอยู่ในลักษณะผงแห้งก็จะดูดความชื้นจากอากาศได้

แมกนีเซียม (Magnesium) มีส่วนสำคัญต่อการทำงานและการเกิดปฏิกิริยาของเอนไซม์ต่างๆในร่างกาย อีกทั้งเป็นปัจจัยในการส่งกระแสไฟฟ้าของเซลล์ประสาท และช่วยในการหดตัวของกล้ามเนื้อลาย แหล่งสะสมเกลือแมกนีเซียมของร่างกายจะอยู่ภายในเซลล์ต่างๆ และในกระดูก

ข้อบ่งใช้ (Indications)

1. Pre – eclampsia, eclampsia

2. Hypomagnesemia

3. TPN

4. Torsade de Pointes

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

กลไกการออกฤทธิ์ (Pharmacological action)

Magnesium ออกฤทธิ์โดยลดความตึงของกล้ามเนื้อลาย โดยยับยั้งการปล่อย Acetylcholine ซึ่งเป็นตัวสัญญาณประสาทในกล้ามเนื้อ อีกทั้งยัง ยับยั้งไม่ให้ Calcium ion ผ่าน ซึ่งจะทำให้กล้ามเนื้อเรียบคลายตัวอีกด้วย

รูปแบบยา (Dosage form)

Solution for Injection

ขนาดยาที่ใช้ (Dosage)

1. Pre – eclampsia, Eclampsia

- Loading dose: 20% Magnesium sulfate inj. ในขนาด 4 กรัม (20 มล.) ฉีดเข้าหลอดเลือดดำช้าๆ หากผู้ป่วยมีน้ำหนักร่างกายมากให้พิจารณาใช้ยาในขนาด 6 กรัม (30 มล.)

- Maintenance dose: ผสม 50% Magnesium sulfate inj. 80 มล. ใน D5W ปริมาตร 920 มล. เขย่าให้เข้ากันแล้วหยดเข้าหลอดเลือดดำใน อัตราเร็ว 50mL/hr หรืออาจใช้ 4% Magnesium sulfate in D5W 1000 mL แทน ในกรณีหญิงตั้งครรภ์ที่ serum creatinine มากกว่า 1.5 mg/dL ให้ลดอัตราเร็วในการหยดยาลงมาเป็น 25 mL/hr.

2. Hypomagnesemia

- mild hypomagnesemia: 1 g (magnesium sulfate 50% solution 2 mL) IM ทุก 6 ชั่วโมง จำนวน 4 doses หรือพิจารณา ตาม serum magnesium

- severe hypomagnesemia: 250 mg/kg (อาจให้เป็น magnesium sulfate 50% solution แบบ undiluted) IM ทุก 4 ชั่วโมง หรือใช้ magnesium sulfate inj 5 g ใน D5W หรือ NSS 1000 mL IV infusion นานกว่า 3 ชั่วโมง

3. TPN, maintenance: 8-24 mEq/day ในผู้ใหญ่

- TPN, maintenance (prophylaxis): infants; 2-10mEq/day

- Neonates และ children ใช้ magnesium sulfate 25 -50 mg/kg IV 30-60 นาที; MAX 2 g/dose

4. กรณี Torsade de Pointes

- Adult: 1 - 2 g เจือจางใน 10 mL D5W IV/intraosseous หดยานานกว่า 15 นาที

- Pediatric: 25-50 mg/kg IV/intraosseous นาน 10-20 นาที; MAX 2g

อาการไม่พึงประสงค์ (Adverse reactions)

- Cardiovascular system: electrocardiogram abnormal, heart block, hypotension, vasodilatation

- Hematologic: Blood coagulation disorder with prolonged bleeding time

- Musculoskeletal: Hyporeflexia
- Neurologic: Central Nervous System depression
- Respiratory: Respiratory tract paralysis

การพยาบาล

- 1) ตรวจสอบความดันโลหิตและชีพจรทุก 15 นาทีและตรวจหาระดับแมกนีเซียมในซีรัมเป็นระยะ ๆ
- 2) สังเกตอาการพิษจากแมกนีเซียมเกิน เช่น อาการกระหายน้ำอย่างรุนแรง รู้สึกร้อน มีนงง สับสน Deep tendon reflexes ถูกกด กล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นต้น
- 3) บันทึกความสมดุลของน้ำดื่มและปัสสาวะ

3. Oxytocin (ออกซิโทซิน)

สรรพคุณ/ข้อบ่งใช้ (Indications)

Oxytocin (ออกซิโทซิน) คือ ฮอร์โมนชนิดหนึ่งที่มีหน้าที่กระตุ้นการทำงานของมดลูก ซึ่งทางการแพทย์ได้นำมาใช้เพื่อกระตุ้นการคลอดหรือเพิ่มการบีบตัวของมดลูกในระหว่างการคลอดบุตร รวมทั้งใช้รักษาอาการตกเลือดหลังคลอด และกระตุ้นการทำงานของมดลูกในผู้หญิงที่มีภาวะแท้งคุกคาม ยาชนิดนี้ต้องใช้ภายใต้คำแนะนำของแพทย์เท่านั้น เนื่องจากเป็นยาอันตราย

การใช้ยา Oxytocin ในสตรีที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดบุตร อาจทำให้เกิดภาวะการลดการตอบสนองของตัวรับ (Receptor desensitization) เกิดขึ้น โดยทำให้ปริมาณตัวรับลดลงมากถึง 3 เท่า เป็นเหตุผลว่าทำไมผู้ป่วยที่ได้รับ Oxytocin ขณะเร่งคลอด ต้องใช้ยา Oxytocin ในขนาดสูงจึงจะมีการหดตัวของมดลูกได้เพียงพอ และยังต้องการใช้ยาในกลุ่มอื่นที่ออกฤทธิ์ แตกต่างกันไป ร่วมด้วยในการรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด

กลไกการออกฤทธิ์ (Pharmacological action)

Oxytocin ออกฤทธิ์โดยการไปจับกับตัวรับบริเวณผิวของเซลล์กล้ามเนื้อมดลูก กระตุ้นให้เกิดการหลั่งของแคลเซียมและส่งผลให้กล้ามเนื้อมดลูกมีการบีบตัว ปกติจะมีการเพิ่มขึ้นของตัวรับ Oxytocin ที่กล้ามเนื้อมดลูกของสตรีตั้งครรภ์และจะไม่พบในสตรีที่ไม่ตั้งครรภ์ ซึ่งจะพบได้ตั้งแต่อายุครรภ์ 13 สัปดาห์เป็นต้นไป และพบมากขึ้นตามอายุครรภ์ ตัวรับ Oxytocin นั้น กระจายไม่สม่ำเสมอ จะพบมากบริเวณยอดมดลูกและพบน้อยลงบริเวณมดลูกส่วนล่าง

รูปแบบยา (Dosage form)

Solution for Injection

ขนาดยาที่ใช้ (Dosage)

Oxytocin ขนาด 10 – 40 ยูนิต ในสารน้ำ 500 -1,000 มิลลิลิตร ให้หยดต่อเนื่องทางหลอดเลือดดำ หรือให้ 10 ยูนิตเข้าทางกล้ามเนื้อหรือหลอดเลือดดำ

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse reactions)

1. ผลต่อระบบไหลเวียนโลหิต เป็นผลข้างเคียงที่สำคัญ สามารถทำให้ความดันโลหิตต่ำได้จากการคลายตัวของกล้ามเนื้อเรียบหลอดเลือด เป็นเหตุผลว่าไม่ควรให้ Oxytocin ทางหลอดเลือดดำอย่างรวดเร็ว
2. คลื่นไส้ อาเจียน
3. ภาวะน้ำในร่างกายมากผิดปกติจนเป็นพิษ (Water intoxication) เนื่องจาก Oxytocin มีโมเลกุลคล้ายกับ Vasopressin ส่งผลให้เกิดการกักเก็บน้ำไว้ในร่างกาย (Water retention) ซึ่งทำให้ปริมาณของโซเดียมในร่างกายต่ำ ดังนั้นควรต้องเฝ้าระวังการใช้ยา Oxytocin ขนาดสูงในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดบวมน้ำ (Pulmonary edema) เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ การพยาบาล

- 1) สังเกตอาการท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดมดลูกมาก หนาวสั่น มีไข้ ให้รายงานแพทย์ทราบ
- 2) ติดตามสัญญาณชีพ การเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ และการหดตัวของมดลูก

4. Paracetamol (พาราเซตามอล)

สรรพคุณ/ข้อบ่งใช้ (Indications)

Paracetamol (พาราเซตามอล) เป็นยาที่ใช้เพื่อบรรเทาอาการปวดและช่วยลดไข้ โดยนิยมใช้เพื่อรักษาอาการปวดทั่วไป เช่น อาการปวดศีรษะ ปวดประจำเดือน ปวดกล้ามเนื้อ หรือปวดฟัน ยาชนิดนี้จัดเป็นยาสามัญประจำบ้านเพราะสามารถใช้ได้โดยไม่ต้องมีใบสั่งยาของแพทย์ แต่ต้องใช้ในปริมาณที่เหมาะสม

กลไกการออกฤทธิ์ (Pharmacological action)

Paracetamol ทำงานโดยการยับยั้งเอนไซม์ Cyclooxygenase (COX) ในสมองซึ่งเป็นเอนไซม์ที่มีบทบาทในการสร้างสารเคมีที่เรียกว่า Prostaglandins ที่ทำให้เกิดอาการปวดและไข้ การยับยั้ง COX ในสมองช่วยลดการสร้าง Prostaglandins ซึ่งส่งผลให้ลดอาการปวดและไข้

รูปแบบยา (Dosage form)

ยารับประทานชนิดเม็ด ยาน้ำ ยาฉีด และยาเหน็บ

ขนาดยาที่ใช้ (Dosage)

ในประเทศไทย ยาพาราเซตามอลมีหลายรูปแบบ และหลากหลายความแรง เช่น ในผู้ใหญ่ที่ใช้เป็นยาเม็ด โดยในยา 1 เม็ด อาจประกอบด้วยตัวยาพาราเซตามอลขนาด 325 มิลลิกรัม หรือ 500 มิลลิกรัม และในเด็กที่ใช้เป็นยาน้ำ โดยในยาน้ำ 1 ช้อนชา (5 ซีซี) อาจประกอบด้วยยาพาราเซตามอลขนาด 120 มิลลิกรัม 160 มิลลิกรัม หรือ 250 มิลลิกรัม เป็นต้น

ขนาดยาพาราเซตามอลที่ถูกต้อง ควรกินตามน้ำหนักตัว โดยในการกินยา 1 ครั้ง แนะนำให้ใช้ยาขนาด 10-15 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว (กิโลกรัม) ถ้าหากน้ำหนักตัวมาคำนวณแล้วเกินกว่า 10-15 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว (กิโลกรัม) แปลว่าใช้ยาเกินขนาด ซึ่งอาจทำให้เกิดพิษร้ายแรงต่อตับได้

ในผู้ใหญ่ แนะนำให้กินครั้งละ 1-2 เม็ด ทุก 4-6 ชั่วโมง ไม่ควรกินเกิน 8 เม็ดต่อวัน หรือ 4 กรัม/วัน และไม่ควรกินยาต่อเนื่องเกิน 5 วัน

ในเด็ก หรือผู้ที่มีน้ำหนักตัวน้อย หรือผู้ที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคตับ อาจจำเป็นต้องปรับขนาดยา ดังนั้นแนะนำให้ปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรทุกครั้งก่อนกินยา เพื่อจะได้กินยาในขนาดที่ถูกต้องเหมาะสม ไม่เป็นอันตรายต่อร่างกาย

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse reactions)

ยาพาราเซตามอลมักไม่ส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียง แต่ก็มีบางกรณีเช่นกันที่ผู้ใช้ยาพาราเซตามอลชนิดหนึ่งอาจพบอาการเจ็บและเกิดรอยแดงบริเวณทวารหนักได้ อาการที่ควรรีบไปพบแพทย์ทันที ได้แก่ หายใจไม่ออก อุจจาระเป็นเลือด หรือมีสีดำ ปัสสาวะเป็นเลือด ปัสสาวะน้อยลงอย่างไม่มีสาเหตุ ไข้ หนาวสั่น ใบหน้า ดวงตาและปาก เกิดอาการบวม มีจุดแดงเล็กๆ ขึ้นตามผิวหนัง เลือดออกผิดปกติ เหนื่อยง่ายผิดปกติ ตาเหลือง ตัวเหลือง เป็นต้น

การพยาบาล

1) ควรดื่มน้ำ เครื่องดื่ม หรือรับประทานอาหารเหลวบ่อย ๆ เพื่อช่วยลดความร้อน ไม่ควรดื่มน้ำผลไม้หรือเครื่องดื่มที่มีฤทธิ์เป็นกรดหลังรับประทานยา

2) ไม่ซื้อยารับประทานเองและไม่ใช้ยาเป็นเวลานาน เพราะอาจทำให้รับประทานยาเกินขนาด เกิดพิษและอาการข้างเคียง

3) ระงับการใช้ยาในผู้ป่วยโรคตับและผู้ที่มีดีแอลกอฮอล์

4) หากผู้ป่วยได้รับยาเกินขนาด ควรได้รับการรักษาโดยการล้างท้อง และได้รับยา N-acetylcysteine ซึ่งได้ผลดีภายใน 10 ชั่วโมงหลังได้รับยาเกินขนาด

5. Labetalol Hydrochloride

สรรพคุณ/ข้อบ่งใช้ (Indications)

Labetalol Hydrochloride เป็นกลุ่มยา Antihypertensive drug; Beta-blocker with Alpha-Blocking Activity มีข้อบ่งใช้สำหรับควบคุมความดันโลหิตสูงเพื่อลดความดันโลหิต การลดความดันโลหิตจะช่วยลดความเสี่ยงของเหตุการณ์หลอดเลือดหัวใจที่ถึงแก่ชีวิตและไม่ถึงแก่ชีวิต การรักษาความดันโลหิตสูงอย่างรุนแรง ในกรณีฉุกเฉินเมื่อจำเป็นต้องลดความดันโลหิตอย่างรวดเร็วและทันที่

กลไกการออกฤทธิ์ (Pharmacological action)

ยาลาเบทาลอลมีกลไกออกฤทธิ์โดยตัวยายับยั้งการทำงานที่ตัวรับ (Receptor) ทั้งชนิด Alpha1-adrenergic receptor และชนิด Beta adrenergic receptor จึงส่งผลการกระตุ้นของสารสื่อประสาทที่มีต่อกล้ามเนื้อหัวใจ หลอดลม และหลอดเลือด จนเป็นผลให้ความดันโลหิตลดต่ำลง และเกิดฤทธิ์ของการรักษาตามสรรพคุณ

รูปแบบยา (Dosage form)

รูปแบบของยาเม็ด และยาน้ำ

ขนาดยาที่ใช้ (Dosage)

ปริมาณยา Labetalol Hydrochloride ต้องปรับให้เป็นรายบุคคล ขนาดยาเริ่มต้นที่แนะนำของ labetalol hydrochloride คือ 100 มก. วันละ 2 ครั้ง ปรับขนาดยาเป็น 100 มก. วันละ 2 ครั้ง โดยเว้นระยะห่าง 2 - 3 วัน ขึ้นอยู่กับการตอบสนอง ขนาดยาบำรุงรักษาที่แนะนำของ labetalol hydrochloride คือ 200 - 400 มก. วันละ 2 ครั้ง

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse reactions)

การเปลี่ยนแปลงอัตราการเต้นของหัวใจ Labetalol อาจทำให้หัวใจของคุณเต้นช้ากว่าปกติ (ภาวะหัวใจเต้นช้า) ควรปรึกษาแพทย์ทันทีหากมีอาการของภาวะหัวใจเต้นช้าดังต่อไปนี้ รู้สึกมึนหัว เวียนหัว หรือเป็นลม ความสับสน รู้สึกอ่อนแรงหรือเหนื่อยง่าย อาการเจ็บหน้าอก อาการหายใจไม่สะดวก

ความดันโลหิตต่ำ (Hypotension) ลาเบทาลอลอาจทำให้ความดันโลหิตต่ำหากคุณรู้สึกมึนงง หรือเวียนศีรษะ ให้นอนลง ปรึกษาแพทย์ทันทีหากมีอาการความดันโลหิตต่ำดังต่อไปนี้ อาการวิงเวียนศีรษะ หน้ามืด หรือเป็นลม ความสับสน รู้สึกอ่อนแรงหรือเหนื่อยง่าย

ภาวะหัวใจล้มเหลวใหม่หรือภาวะหัวใจล้มเหลวที่แย่ลง Labetalol อาจทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอยู่เดิมแย่ลงหรือทำให้ของเหลวสะสมในร่างกาย สำหรับผู้ที่มีโรคหัวใจหรือความเสียหายต่อหัวใจ Labetalol อาจนำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะยาวได้ ปรึกษาแพทย์ทันทีหากมีอาการใดๆ ต่อไปนี้ หายใจสั้นหรือหายใจลำบาก โดยเฉพาะขณะนอนลง อาการบวมที่เท้า ข้อเท้า หรือขา น้ำหนักขึ้นเร็วผิดปกติ อาการเหนื่อยผิดปกติ

ปัญหาด้านการหายใจ ลาเบทาลอลอาจทำให้กล้ามเนื้อรอบทางเดินหายใจหดตัว (หลอดลมหดเกร็ง) แทนที่จะคลายตัว ซึ่งอาจร้ายแรงได้ หยุดใช้คาร์เอดิลอลและปรึกษาแพทย์ทันทีที่มีปัญหาด้านการหายใจ

6. Potassium chloride (โพแทสเซียม คลอไรด์)

สรรพคุณ/ข้อบ่งใช้ (Indications)

Potassium chloride (โพแทสเซียม คลอไรด์) ประกอบไปด้วยโพแทสเซียมและคลอรีน ใช้ป้องกันหรือรักษาภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (Hypokalemia) เนื่องจากโพแทสเซียมเป็นแร่ธาตุที่สำคัญต่อร่างกาย ระดับโพแทสเซียมที่ไม่สมดุลจะส่งผลต่อการทำงานของหัวใจและระบบประสาท จึงต้องนำ Potassium chloride มาใช้ป้องกันหรือรักษาภาวะโพแทสเซียมต่ำนั่นเอง

ข้อบ่งใช้ กรณีภาวะ hypokalemia ที่ไม่สามารถให้ K⁺ ทดแทนโดยการกินได้หรือในกรณีที่ K⁺ ในเลือดลดลงอย่างรวดเร็ว ต่ำกว่า 2.5 mEq/L และมีความเสี่ยงสูงจากการเต้นของหัวใจอย่างผิดปกติ (cardiac arrhythmia)

กลไกการออกฤทธิ์ (Pharmacological action)

Potassium เป็นสารสำคัญในกระบวนการต่างๆ ของร่างกาย เช่น การส่งสัญญาณประสาทในเซลล์ประสาท การหดตัวของกล้ามเนื้อต่างๆ เช่น กล้ามเนื้อหัวใจ และทำให้การทำงานของไตเป็นปกติ Absorption: IV: ทันที, Elimination: ขับทางไต 85-90%

รูปแบบยา (Dosage form)

รูปแบบยารับประทานและยาฉีดเข้าหลอดเลือดดำ โดยรูปแบบยารับประทานมักนำมาผสมกับน้ำหวาน เพื่อปรับรสชาติให้ขมน้อยลง

ขนาดยาที่ใช้ (Dosage)

Potassium chloride รูปแบบยาฉีดเข้าหลอดเลือดดำ รักษาภาวะระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำ

- ระดับโพแทสเซียมในเลือด 2.5–3.5 มิลลิอิกวาลেন্ট/ลิตร ให้ฉีดยาความเข้มข้นไม่เกิน 40 มิลลิอิกวาลেন্ট/ลิตร เข้าเส้นเลือดในอัตราไม่เกิน 10 มิลลิอิกวาลেন্ট/ลิตร ปริมาณยาสูงสุดไม่เกินวันละ 200 มิลลิอิกวาลেন্ট/ลิตร

- ระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำกว่า 2.5 มิลลิอิกวาลেন্ট/ลิตร ให้ฉีดยาความเข้มข้นไม่เกิน 40 มิลลิอิกวาลেন্ট/ลิตร เข้าเส้นเลือดในอัตราไม่เกิน 10 มิลลิอิกวาลেন্ট/ลิตร ปริมาณยาสูงสุดไม่เกินวันละ 400 มิลลิอิกวาลেন্ট/ลิตร และตรวจจังหวะการเต้นของหัวใจควบคู่ไปด้วย Potassium chloride รูปแบบยาสำหรับรับประทานรักษาภาวะระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำ

- รับประทานยาชนิดเม็ด 40 – 100 มิลลิอิกวาลেন্ট/ลิตร/วัน หากปริมาณยาสูงกว่า 20 mEq ให้แบ่งรับประทานป้องกันภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ

- รับประทานยาชนิดเม็ด 20 มิลลิอิกวาลেন্ট/ลิตร/วัน

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse reactions)

- ระบบหัวใจ และหลอดเลือด: Arrhythmia, Cardiac arrest, Hypotension

- ระบบกล้ามเนื้อ: ปวดบริเวณที่ฉีด กล้ามเนื้ออ่อนแรง ทำลายเนื้อเยื่อบริเวณข้างเคียงได้ถ้าหากยาไหลออกจากหลอดเลือดดำ (Extravasation)

- ระบบทางเดินอาหาร: ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด

- ระบบประสาทส่วนกลาง: Mental confusion

การพยาบาล

- 1) ติดตามผลเกลือแร่ในร่างกาย โดยเฉพาะโพแทสเซียม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

- 2) บันทึกสารน้ำเข้า-ออก และจำนวนปัสสาวะ

- 3) แนะนำรับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง เช่น ผลไม้และน้ำผลไม้ที่มีรสเปรี้ยวกล้วย ฝรั่ง แอปเปิ้ล ผัก เนื้อสัตว์ ไข่ กาแฟ ถั่ว เป็นต้น

7. Furosemide (Lasix)

สรรพคุณ/ข้อบ่งใช้ (Indications)

Furosemide (ฟูโรซีไมด์) คือ ยาขับปัสสาวะชนิดหนึ่ง มีคุณสมบัติช่วยขับของเหลวส่วนเกินในร่างกายออกมาทางปัสสาวะ และช่วยป้องกันร่างกายไม่ให้ดูดซึมเกลือหรือโซเดียมมากเกินไป นอกจากนี้ ยายังกล่าวถึงใช้ลดอาการบวมน้ำซึ่งเป็นหนึ่งในอาการของภาวะหัวใจวาย โรคตับ โรคไต และโรคไตรั่ว (Nephrotic Syndrome) รวมถึงรักษาภาวะความดันโลหิตสูงได้อีกด้วย ยาชนิดนี้เป็นยาที่ต้องใช้ภายใต้คำสั่งของแพทย์เท่านั้น เพราะเป็นยาที่มีผลข้างเคียงค่อนข้างมาก

กลไกการออกฤทธิ์ (Pharmacological action)

ยาจะออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดกลับของโซเดียมและคลอไรด์ที่บริเวณลูปออฟเฮนเลส่วนขาขึ้น (Loop of henle คือ ท่อยาวๆ ที่เป็นทางผ่านของปัสสาวะในหน่วยไต เมื่อปัสสาวะเดินทางผ่านท่อนี้ ลูปออฟเฮนเลจะคอยดูดและขับสารในปัสสาวะออก)

เพิ่มการขับออกของโพแทสเซียมและแอมโมเนีย ลดการขับออกของกรดยูริก เพิ่มการทำงานของเรนิน (Renin) นอร์อีพิเนฟริน (Norepinephrine) และอาร์จินิน-วาโซเพรสซิน (Arginine-vasopressin) ในกระแสเลือดซึ่งต่างก็เกี่ยวข้องกับการขับปัสสาวะออก

เรนิน (Renin) แองจิโอเทนซิน (Angiotensin) และอัลโดสเตอโรน (Aldosterone) เป็นฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมความดันโลหิต ของเหลว และสมดุลอิเล็กโทรไลต์ โดยฮอร์โมนทั้ง 3 จะถูกกระตุ้นให้ทำงานเมื่อร่างกายมีความดันโลหิตต่ำ

รูปแบบยา (Dosage form)

รูปแบบยารับประทานและยาฉีดเข้าหลอดเลือดดำ

ขนาดยาที่ใช้ (Dosage)

ชนิดฉีด

รักษาภาวะน้ำท่วมปอดแบบเฉียบพลัน

ผู้ใหญ่ เบื้องต้นให้ 40 มิลลิกรัม โดยให้อย่างช้าๆ ติดต่อกัน 1-2 นาที หากไม่ตอบสนองต่อการรักษาภายใน 1 ชั่วโมง อาจเพิ่มยาเป็น 80 มิลลิกรัมโดยให้อย่างช้าๆ ติดต่อกัน 1-2 นาที

ชนิดเม็ดรับประทาน

รักษาอาการบวมน้ำเนื่องจากหัวใจวาย

ผู้ใหญ่ เบื้องต้นรับประทานวันละ 40 มิลลิกรัม อาจสามารถลดลงเหลือวันละ 20 มิลลิกรัม หรือ 40 มิลลิกรัม วันเว้นวันได้ ตามความรุนแรงของอาการ ในบางกรณีที่ต้องให้ 80 มิลลิกรัม หรือมากกว่านั้น อาจต้องแบ่งรับประทานหลายครั้งต่อวัน

ผู้สูงอายุ เบื้องต้นรับประทาน 20 มิลลิกรัม จากนั้นปรับเพิ่มขนาดยาได้หากจำเป็น

รักษาความดันโลหิตสูง

ผู้ใหญ่ 40-80 มิลลิกรัมต่อวัน สามารถให้ควบคู่กับยารักษาความดันโลหิตสูง หรือใช้เพียงชนิดเดียวได้

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse reactions)

ยานี้มีผลข้างเคียงค่อนข้างมาก ซึ่งมีทั้งที่เป็นอันตรายและไม่เป็นอันตราย หรือเกิดจากปฏิกิริยาของร่างกายที่มีต่อยา โดยผลข้างเคียงอาจเกิดขึ้นได้น้อยกับผู้ป่วย แต่ถ้าหากพบแล้วควรรีบไปพบแพทย์โดยทันทีได้แก่ เจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย หาวสั้น ไอ และเสียงแหบ ไข้ขึ้นสูง มีอาการบวมของต่อมน้ำเหลือง ปัสสาวะลำบาก หรือปัสสาวะไม่ออก ปวดหลัง หรือบริเวณสีข้าง ปวดศีรษะ เหนื่อย หรืออ่อนแรงผิดปกติ มีเลือดออกตามร่างกาย หรือมีรอบฟกช้ำที่ผิดปกติ

การพยาบาล

1) แนะนำผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 1,500 มิลลิลิตร หากไม่ขัดกับแผนการรักษา และสังเกตอาการขาดน้ำ เช่น ปากแห้ง กระหายน้ำ ความตึงตัวของผิวหนังลดลง เวียนศีรษะ ปัสสาวะน้อย เป็นต้น

2) สังเกตอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับยาขับปัสสาวะนั้น ๆ

3) บันทึกสารน้ำเข้าออก หากผู้ป่วยปัสสาวะไม่ออกหลังได้รับยา 6 ชั่วโมง ควรรายงานแพทย์ทราบ

8. Metoclopramide (Plasil)

สรรพคุณ/ข้อบ่งใช้ (Indications)

ยาเมโทโคลพราไมด์ ชนิดยาเม็ด สำหรับรับประทาน มีข้อบ่งใช้ คือ รักษาอาการคลื่นไส้และอาเจียน ที่มีความเกี่ยวข้องกับการได้รับเคมีบำบัด หรือฉายรังสี ขนาดการใช้ยาในผู้ใหญ่ ขนาด 10 มิลลิกรัมต่อวัน ให้อาสูงสุดวันละสามครั้ง ขนาดยาสูงสุดต่อ คือ ใช้ต่อกันเป็นระยะเวลา 5 วัน

ข้อบ่งใช้สำหรับรักษาโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินอาหารในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Gastric stasis) ขนาด ขนาดการใช้ยาในผู้ใหญ่ ขนาด 10 มิลลิกรัมต่อวัน วันละ 4 ครั้ง เป็นเวลา 2 - 8 สัปดาห์

ข้อบ่งใช้สำหรับรักษาโรคกรดไหลย้อน ขนาดการใช้ยาในผู้ใหญ่ ขนาด 10 - 15 มิลลิกรัมต่อวัน วันละ 4 ครั้ง ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการ ถ้าหากอาการไม่สม่ำเสมอ อาจให้ยาแบบครั้งเดียว ขนาด 20 มิลลิกรัม ขนาดยาสูงสุดคือ ใช้ต่อกันเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์

กลไกการออกฤทธิ์ (Pharmacological action)

กลไกการออกฤทธิ์ของยาก็คือ เมโทโคลพราไมด์เข้ายับยั้งตัวรับโดปามีน (Dopamine) และในขนาดยาที่สูงจะสามารถยับยั้งตัวรับเซโรโทนิน (Serotonin) ในบริเวณตัวรับเคมีของระบบประสาทส่วนกลาง เมโทโคลพราไมด์เพิ่มการตอบสนองต่ออะเซทิลโคลีน (Acetylcholine) ของเนื้อเยื่อบริเวณทางเดินอาหารส่วนบน เป็นสาเหตุให้เกิดการเพิ่มการเคลื่อนไหวของลำไส้เร่ง Gastric emptying time โดยที่ไม่มีการกระตุ้นกระเพาะอาหาร น้ำดี หรือการหลั่งสารของตับอ่อน เมโทโคลพราไมด์ยังช่วยเพิ่มการบีบตัวของกล้ามเนื้อหูรูดบริเวณส่วนปลายของหลอดอาหาร (Lower esophageal sphincter)

รูปแบบยา (Dosage form)

รูปแบบยารับประทานและยาฉีด

ขนาดยาที่ใช้ (Dosage)

ประกอบด้วยเมโทโคลพราไมด์ ขนาด 10 มิลลิกรัม ยาน้ำประกอบด้วยเมโทโคลพราไมด์ ความเข้มข้น 5 มิลลิกรัม ต่อ 5 มิลลิลิตร และยาฉีดประกอบด้วยเมโทโคลพราไมด์ ความเข้มข้น 10 มิลลิกรัม ต่อ 2 มิลลิลิตร

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse reactions)

อาจก่อให้เกิดภาวะบวม น้ำ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ผลข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง ได้แก่ การเกิดกลุ่มอาการนิวโรเลปติก Tardive dyskinesia

การพยาบาล

- 1) สังเกตอาการแพ้ยาและอาการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวกับการกดสมองของยา เช่น กล้ามเนื้อเกร็ง การเคลื่อนไหวลำบาก ตาเหลือก ลูกตาวิ่งขึ้นลงอย่างรวดเร็ว
- 2) สังเกตภาวะโซเดียมในเลือดสูงและโปแตสเซียมในเลือดต่ำ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคหัวใจ เพราะอาจทำให้เกิดอันตรายได้
- 3) ดูแลความสะอาดปาก ฟัน หากมีอาการปากคอแห้ง ให้ดื่มน้ำมากขึ้น

9. Fentanyl (เฟนทานิล)

สรรพคุณ/ข้อบ่งใช้ (Indications)

เฟนทานิลเป็นยาในกลุ่มโอปิออยด์ (opioid) ซึ่งใช้เป็นยาในการระงับอาการปวด หรือใช้ร่วมกับยาอื่นในการดมสลบ เฟนทานิลถือเป็นยาเสพติดและการนำไปใช้ผิดวิธี โดยนำไปเสพเป็น

สารเสพติดร่วมกับเฮโรอีน (heroin) และโคเคน (cocaine) เฟนทานิลออกฤทธิ์รวดเร็วแต่ระยะเวลาในการออกฤทธิ์ไม่นานนัก คือไม่เกินหนึ่งหรือสองชั่วโมง

- ใช้บรรเทาอาการปวดปานกลางถึงรุนแรงเนื่องจากผู้ป่วยบางรายแพ้ยา morphine
- ใช้ร่วมกับยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัด
- ใช้บรรเทาอาการปวดหลังผ่าตัดหรือการทำหัตถการที่ก่อให้เกิดความปวด

กลไกการออกฤทธิ์ (Pharmacological action)

กลไกการออกฤทธิ์ของยา คือ เฟนทานิล เป็นยากลุ่มระงับอาการปวด ชนิดโอปิออยด์ (opioid) ที่มีความรุนแรงสูง มีฤทธิ์เพิ่มเทรชโฮลด์ (threshold) ความเจ็บปวด รบกวนการรับรู้ความเจ็บปวด และยับยั้งการส่งผ่านสัญญาณความเจ็บปวด โดยจับกับตัวรับอย่างจำเพาะเจาะจง (stereospecific) ในระบบประสาทส่วนกลาง

รูปแบบยา (Dosage form)

รูปแบบยารับประทาน ยานี้ด หรือใช้ในรูปแบบของแผ่นแปะผิวหนัง
ขนาดยาที่ใช้ (Dosage)

ขนาดเริ่มต้น 50-200 ไมโครกรัม ตามด้วยขนาดเสริม 50 ไมโครกรัม ขนาดยาสูงสุด 200 ไมโครกรัม ให้ยาในอัตรา 0.05-0.08 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัมต่อนาที สำหรับผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ขนาดเริ่มต้น 300-3500 ไมโครกรัม ตามด้วยขนาดเสริม 100-200 ไมโครกรัม ขึ้นอยู่กับการตอบสนองของผู้ป่วย

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse reactions)

ยานี้อาจก่อให้เกิดอาการข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์ ได้แก่ หายใจลำบาก หลอดลมหดตัว laryngospasm คลื่นไส้ อาเจียน หัวใจเต้นช้า อาการบวม น้ำ กดระบบประสาทส่วนกลาง สับสน ง่วงนอน มึนงง ปวดศีรษะ ความดันโลหิตต่ำ หลอดเลือดส่วนปลายขยาย เพิ่มความดันในกระโหลก อาการคัน เกิดผื่น ผิวน้ำหนักอักเสบ เลือดออกที่เหงือก ส่งผลต่อการรับรส เหงือกอักเสบ ระบายเคืองคอ แผลในจมูก น้ำมูกไหล อาการไอ ปัสสาวะคั่ง อาการข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง ได้แก่ การกดระบบทางเดินหายใจ

การพยาบาล

- 1) สังเกตอาการข้างเคียงของยาอย่างใกล้ชิด ได้แก่ หายใจลำบาก หลอดลมหดตัว laryngospasm คลื่นไส้ อาเจียน หัวใจเต้นช้า เป็นต้น
- 2) เตรียมพร้อมเครื่องมือช่วยชีวิต และยาแก้แพ้ เช่น Naloxone เป็นต้น ให้พร้อมใช้เสมอ
- 3) หากผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หมั่นเคลื่อนไหวผู้ป่วย พลิกตัวไปมา ให้ผู้ป่วยไอ และหายใจลึก ๆ เพื่อป้องกันปอดแฟบ

10. Ipratropium Br + Fenoterol HBr (BERODUAL)

สรรพคุณ/ข้อบ่งใช้ (Indications)

Berodual เป็นกลุ่มยาขยายหลอดลม มีคุณสมบัติคลายกล้ามเนื้อภายในปอด ช่วยให้ทางเดินหายใจขยายออกและหายใจสะดวกขึ้น มักนำมาใช้รักษาโรคหรือภาวะเรื้อรังที่ส่งผลให้ทางเดินหายใจแคบลงและอักเสบ เช่น โรคหืด และโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง (ตัวยานี้ยังจัดอยู่ในกลุ่มออกฤทธิ์สั้นหรือ Short acting beta 2 agonists)

กลไกการออกฤทธิ์ (Pharmacological action)

Berodual เป็นยาพ่นกลุ่ม Anticholinergic ประกอบด้วยยา Ipratropium bromide ออกฤทธิ์ต่อประสาทส่วนกลาง ออกฤทธิ์เป็น Anticholinergic และ Fenoterol เป็น Short acting beta-2 agonist ยับยั้งการทำงานของ Muscarinic receptor ที่กล้ามเนื้อเรียบในหลอดลม เป็นยาที่ใช้บรรเทาอาการ (Reliever) โดยมีฤทธิ์ป้องกันขยายและรักษาอาการหดรัดตัวของหลอดลม ไม่มีฤทธิ์ในการลดการอักเสบที่เกิดขึ้นในหลอดลม

รูปแบบยา (Dosage form)

ยาชนิดน้ำบรรจุหลอดพลาสติกใช้เครื่องพ่นสูด หลอดละ 4 มล.

ขนาดยาที่ใช้ (Dosage)

Berodual solution ขนาด 20 ml (แบบเดิม) ใน 1 ml ประกอบด้วย Ipratropium bromide 0.25 mg และ Fenoterol hydrobromide 0.50 mg **ต้องนำมาเจือจางด้วยน้ำเกลือจนมีปริมาณ 2.0 หรือ 2.5 ml ก่อนพ่นยา**

Berodual fote รูปแบบใหม่เป็น tube ขนาด 4 ml ใน 4 ml ประกอบด้วย Ipratropium bromide 0.5 mg และ Fenoterol hydrobromide 1.25 mg **ไม่ต้องผสมกับสารละลายอื่น และควรใช้ทันทีหลังจากเปิดหลอดแล้ว**

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse reactions)

เนื่องจากยาพ่นจมูกแต่ละชนิดล้วนมีส่วนประกอบที่แตกต่างกัน จึงอาจส่งผลให้มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาแตกต่างกันไปด้วย การใช้ยาอย่างระมัดระวัง และใช้อย่างถูกวิธี หากพบอาการผิดปกติหลังใช้ยาควรปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร และไปพบแพทย์ทันทีหากอาการเหล่านั้นไม่ดีขึ้นหรือแย่ลง ตัวอย่างผลข้างเคียงที่อาจพบได้จากการใช้ยาขยายหลอดลมแต่ละกลุ่ม ได้แก่ อาการสั่น โดยเฉพาะที่มือ ปากแห้ง ปวดศีรษะ ไอ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย อาการใจสั่น ตะคริว

การพยาบาล

1) ประเมินภาวะโพรแทสเซียมในเลือดต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับยาขับปัสสาวะ ในภาวะที่ออกซิเจนในเลือดต่ำอาจจะทำให้ระดับโพแทสเซียมในเลือดที่ต่ำอยู่แล้ว มีผลต่อการเต้นของหัวใจผิดปกติยิ่งขึ้น

2) ระวังอย่าให้ละอองไอเข้าตา สำหรับผู้ป่วยที่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคต่อหินควรระวังเป็นพิเศษอย่าให้ละอองน้ำยาเข้าตา

3) บันทึกและติดตามสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด

11. Midazolam (Dormicum)

สรรพคุณ/ข้อบ่งใช้ (Indications)

เป็นยาในกลุ่มเบนโซไดอะเซพีน (Benzodiazepine) มีข้อบ่งใช้เป็นยาตามสลบ ภาวะกระสับกระส่ายในผู้ป่วย Schizophrenia และใช้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการนอนหลับ โดยตัวยานี้ย่นำให้เกิดการนอนหลับ ลดความวิตกกังวล และลดความสามารถในการสร้างความทรงจำใหม่ เป็นยาที่มีประโยชน์ในการรักษาอาการชัก สามารถบริหารยา midazolam ผ่านวิธีการรับประทาน การฉีดเข้าหลอดเลือดดำ และการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ เมื่อบริหารยาผ่านทางหลอดเลือดดำ ยาจะออกฤทธิ์ภายใน 5 นาที และเมื่อบริหารยาผ่านการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ยาจะออกฤทธิ์ภายใน 15 นาที โดยตัวยานี้มีฤทธิ์นานระหว่าง 1 ถึง 6 ชั่วโมง

กลไกการออกฤทธิ์ (Pharmacological action)

กลไกการออกฤทธิ์ของยา คือ ดอร์มิกุม มีตัวยาสาคัญ คือ มิดาโซแลม (midazolam) เป็นยาในกลุ่มยานอนหลับ ออกฤทธิ์โดยจับกับตัวรับเบนโซไดอะเซพีน (benzodiazepine receptor) บริเวณเซลล์ประสาทกาบา (GABA) ส่วนโพสท์ไซแนปติกภายในระบบประสาทส่วนกลาง ประกอบด้วย ระบบลิมบิก เรติคูลาร์ (reticular) การเพิ่มการยับยั้งกาบาที่เซลล์ประสาท เป็นผลมาจากการเพิ่มขึ้นของความสามารถในการเลือกผ่านต่อคลอไรด์ ไอออน (chloride ion) ซึ่งเป็นผลให้เกิดไฮเปอร์โพลาไรเซชัน (hyperpolarization) หรือภาวะที่ถูกกระตุ้นลดลง และเข้าสู่ภาวะเสถียร ตัวรับเบนโซไดอะเซพีนและกลไกการออกฤทธิ์ มีความเชื่อมโยงกับตัวรับกาบา ชนิดเอ (GABA-A receptor)

รูปแบบยา (Dosage form)

วิธีการรับประทาน การฉีดเข้าหลอดเลือดดำ และการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ

ขนาดยาที่ใช้ (Dosage)

ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ปริมาณ 70-80 ไมโครกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กก.

ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ฉีดเข้าหลอดเลือดดำอย่างช้าๆ อย่างน้อย 2 นาทีขนาดยาเริ่มต้น 1-2.5 มก. **ติดตามอาการหลังฉีดยาอย่างน้อย 2 นาที และปรับขนาดยาตามความจำเป็น ขนาดยาสูงสุดไม่เกิน 5 มก. **

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse reactions)

ระบบหายใจ: สะอึก ไอ กล้องเสียงหดร่ง หดลมหดร่ง หายใจลำบาก หายใจมีเสียงหวีด อัตราหายใจเร็ว

ระบบประสาท: เกิดการสงบระงับเกินขีด (Excessive sedation) ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ภาวะหัวใจ ไม่สงบ ควบคุมการเคลื่อนไหวไม่ได้ ภาวะ สูญเสียความจำ ขณะยาออกฤทธิ์ภาวะเคลิ้มสุข หลอนประสาท อารมณ์ละเหี่ย นอนไม่หลับ ผื่นร่าย ความรู้สึกสัมผัสเพี้ยน (Paresthesia) ก้าวร้าว กังวล

ระบบทางเดินอาหาร: คลื่นไส้ อาเจียน ภาวะหลังน้ำลายมาก อาการขย้อน ปากแห้ง ท้องผูก

ระบบผิวหนัง: ผิวหนังแดง ลมพิษ คัน

ระบบตา : มองภาพไม่ชัด เห็นภาพซ้อน อาการตากระตุก มีปัญหาในการปรับภาพให้เห็นได้ชัดเจน

อื่น ๆ : ผิวหนังแดงและปวดตรงบริเวณที่ฉีด หลอดเลือดดำอักเสบ

การพยาบาล

- 1) ติดตามผลข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น ภายหลังได้ยานี้ทำให้มีอาการง่วงซึม มึนงงภายหลังให้ยา
- 2) ติดตามอาการแพ้ยาหลังฉีดยาอย่างน้อย 2 นาที

12. Dexamethasone

สรรพคุณ/ข้อบ่งใช้ (Indications)

Dexamethasone (เดกซาเมทาโซน) คือ ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ฮอร์โมนหรือยากลุ่มกลูโคคอร์ติคอยด์ (Glucocorticoid) ซึ่งมีหน้าที่ป้องกันการหลั่งสารที่ทำให้เกิดการอักเสบในร่างกาย โดยนำมาใช้รักษาโรคและภาวะต่างๆ เช่น โรคข้ออักเสบ โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากแบคทีเรีย และการอักเสบของดวงตา หรืออาจนำมาใช้รักษาโรคหรือภาวะอื่นๆ นอกเหนือจากนี้ ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษา อย่างไรก็ตาม ยา Dexamethasone มีข้อห้ามใช้และอาจเกิดผลข้างเคียงได้ ดังนั้น การใช้ยาควรอยู่ภายใต้คำแนะนำของแพทย์และเภสัชกร

กลไกการออกฤทธิ์ (Pharmacological action)

กลไกการออกฤทธิ์ของยา คือ เดกซาเมทาโซน เป็นยากลุ่มกลูโคคอร์ติคอยด์ ชนิดสังเคราะห์ (Synthetic glucocorticoid) ใช้สำหรับยับยั้งการอักเสบ (Anti-inflammatory) และผลในด้านการกดภูมิคุ้มกัน (Immunosuppressive) ฤทธิ์ในการยับยั้งการอักเสบ เนื่องมาจากการกดการคืบผ่านของเม็ดเลือดขาวในกลุ่มที่มีนิวเคลียสหลายรูปร่าง (Polymorphonuclear leukocyte) และกลับคืนสภาพคุณสมบัติการเลือกผ่านของเส้นเลือดฝอยที่เพิ่มขึ้นหลังเกิดการอักเสบ เดกซาเมทาโซนใช้สำหรับกดการตอบสนองต่อระบบภูมิคุ้มกันทั่วไป

รูปแบบยา (Dosage form)

ยารับประทานชนิดเม็ด ยาให้ทางหลอดเลือด ยาฉีดเข้าที่ข้อ ยาหยอดตา

ขนาดยาที่ใช้ (Dosage)

การรักษาอาการแพ้และการอักเสบรุนแรง

- ขนาดยาจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับข้อบ่งชี้ ความรุนแรงของปฏิกิริยา และการตอบสนองทางคลินิก

- เด็ก: 0.15 ถึง 0.6 มก./กก. (สูงสุด 16 มก.) โดยฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือหลอดเลือดดำครั้งเดียวต่อวัน

- ผู้ใหญ่: ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือหลอดเลือดดำ 0.5 ถึง 24 มก. ครั้งเดียวต่อวัน

ระยะเวลาการรักษาแตกต่างกันไปตามข้อบ่งชี้ เนื่องจากเด็กชาเมทาโซนมีครึ่งชีวิตที่ยาวนาน การรักษา 1 หรือ 2 วันจึงมักเพียงพอสำหรับโรคหอบหืดหรือคออักเสบ สำหรับการรักษาที่ยาวนานกว่า ให้เปลี่ยนเป็นการรับประทานยาโดยเร็วที่สุด ในกรณีที่ต้องการรักษาเป็นเวลานานกว่า 10 วัน ให้ค่อยๆ ลดขนาดยาลงเพื่อหลีกเลี่ยงการกดการทำงานของต่อมหมวกไต

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse reactions)

หากพบว่าเกิดอาการแพ้ยา เช่น ลมพิษ หายใจลำบาก ใบหน้าบวมริมฝีปากบวม ลิ้นบวมหรือคอบวม ควรรีบพบแพทย์ในทันที และหากพบว่าเกิดอาการใดต่อไปนี้ ควรแจ้งให้แพทย์ทราบ กล้ามเนื้อเกร็ง อ่อนแรง หรือรู้สึกชา หายใจตื้น มีอาการบวม หรือน้ำหนักเพิ่มอย่างรวดเร็ว มีปัญหาในการมองเห็น ภาวะซึมเศร้ารุนแรง มีความคิดหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป มีอาการชัก เป็นต้น การพยาบาล

1) สังเกตและประเมินผลข้างเคียง เช่น มีเลือดออกในอุจจาระ อารมณ์แปรปรวน ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ เป็นต้น

2) สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ต้องระวังระดับน้ำตาลในเลือด เพราะยาามีผลทำให้น้ำตาลในเลือดสูง

ยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้าน

1. Losec (20mg) 1tab oral bid ac /10tab

สรรพคุณ/ข้อบ่งชี้ (Indications)

โอเมพราโซล (Omeprazole) อยู่ในกลุ่มยายับยั้งการหลั่งกรด (Proton Pump Inhibitors) เป็นยาลดการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร สรรพคุณใช้รักษาอาการกรดไหลย้อนหรือโรคที่มีกรดในกระเพาะอาหารมากเกินไป รวมถึงโรคหลอดอาหารอักเสบจากกรดในกระเพาะ และยังใช้ควบคู่กับยาปฏิชีวนะ เพื่อรักษาแผลในกระเพาะอาหารที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียเฮลิโคแบคเตอร์ไพโลรี (H. pylori)

กลไกการออกฤทธิ์ (Pharmacological action)

Omeprazole จะยับยั้งการทำงานของ enzyme H^+/K^+ ATPase (proton pump) ซึ่งเป็น enzyme ที่อยู่ใน membrane ของ parietal cell โดย enzyme นี้ทำหน้าที่ผลิต H^+ สู่อำนาจของกระเพาะอาหาร Omeprazole จะจับกับ sulfhydryl ของ H^+/K^+ ATPase ทำให้ enzyme นี้หมดฤทธิ์ถาวร ซึ่งจากกลไกดังกล่าว ทำให้เกิดผลทางเภสัชวิทยาต่อไปนี้

1. ผลต่อการหลั่งกรด Omeprazole ยับยั้งการหลั่งกรดได้ดี รวมทั้งยับยั้งปริมาณน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร

2. ผลต่อระดับ gastrin Omeprazole มีผลทำให้ gastrin เพิ่มขึ้น
รูปแบบยา (Dosage form)

ยารับประทาน ยาเม็ด

ขนาดยาที่ใช้ (Dosage)

ผู้ใหญ่ การรักษา: รับประทาน 20 มก. ครั้งเดียวต่อวัน ระยะเวลาการบำบัด: 4 ถึง 8 สัปดาห์

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse reactions)

ผลข้างเคียงจากการใช้ยา Omeprazole ที่พบได้ เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน และท้องเสีย หากอาการเหล่านี้ไม่หายไปหรือมีอาการแสบจุกไปปรึกษาแพทย์ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติหรืออาการรุนแรงต่อไปนี้ ควรหยุดใช้ยาแล้วรีบไปพบแพทย์ทันที มีสัญญาณของการแพ้ยา เช่น หายใจลำบาก ริมฝีปาก ลิ้น ลำคอ และใบหน้ามีอาการบวม เกิดลมพิษ อาการชัก ปวดท้องรุนแรง ท้องเสีย ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำหรือเป็นเลือด ปัสสาวะน้อยหรือบ่อยกว่าปกติ ปัสสาวะมีเลือดปน อาการบวม หรือน้ำหนักเพิ่มอย่างรวดเร็ว เป็นต้น

การพยาบาล

1) แนะนำให้ทานยาก่อนอาหารเช้า ให้กลืนยาทั้งแคปซูล ไม่แกะแคปซูลหรือเคี้ยว

2) สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปัสสาวะเป็นเลือด ปัสสาวะแสบขัด เจ็บคอ และมีไข้ ควรรายงานให้แพทย์ทราบทันที

2. Hydralazine (25mg) 1tab oral qid pc /20tab

สรรพคุณ/ข้อบ่งใช้ (Indications)

Hydralazine (ไฮดรอลาซีน) อยู่ในกลุ่มยาลดความดัน คือ ยาที่มีคุณสมบัติในการขยายหลอดเลือด มีกลไกการออกฤทธิ์โดยทำให้กล้ามเนื้อของหลอดเลือดเกิดการคลายตัว จึงช่วยลดแรงต้านทานภายในหลอดเลือดและส่งผลให้ความดันโลหิตลดลงเลือดไหลผ่านหลอดเลือดได้ดีขึ้น ยาไฮดรอลาซีนนำมาใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง และภาวะหัวใจวาย หรืออาจใช้เพื่อรักษาโรคหรืออาการอื่นๆ ได้ ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ แต่อย่างไรก็ตาม ยาไฮดรอลาซีนมีข้อห้ามใช้และผลข้างเคียงมาก การใช้ยาควรอยู่ภายใต้คำแนะนำของแพทย์หรือเภสัชกรอย่างเคร่งครัด

กลไกการออกฤทธิ์ (Pharmacological action)

Hydralazine (ไฮดราลาซีน) เป็นยาขยายหลอดเลือดแดง เช่นเดียวกับ ไดอาโซไซด์ ยานี้ทำให้ระบบประสาทส่วนกลางและระบบ RAAS ทำงานผิดปกติ ทำให้กล้ามเนื้อเรียบของผนังหลอดเลือดแดงคลายตัว ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจเต้นเร็ว การทำงานของหัวใจเพิ่มขึ้น และโซเดียมคั่งในร่างกาย ไฮดราลาซีนมีทั้งในรูปแบบรับประทานและฉีด มีประโยชน์ โดยตรง มักใช้บ่อยในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ หรือโรคไตรุนแรง

รูปแบบยา (Dosage form)

ยารับประทาน ยาฉีด

ขนาดยาที่ใช้ (Dosage)

ปริมาณการใช้ยา Hydralazine

ผู้ใหญ่: ให้ทางหลอดเลือด ขนาด 5-10 มิลลิกรัม อาจจำเป็นต้องให้ซ้ำอีกครั้งหลังจากให้ยาไปแล้ว 20-30 นาที หรือให้ทางหลอดเลือดแบบต่อเนื่อง ขนาดเริ่มต้น 200-300 ไมโครกรัมต่อนาที หรือขนาดปกติ 50-150 ไมโครกรัมต่อนาที ในระหว่างให้ยาควรมีการวัดความดันเป็นระยะ ความดันโลหิตสูง (Hypertension)

ผู้ใหญ่: รับประทานขนาด 40-50 มิลลิกรัมต่อวัน อาจแบ่งรับประทาน 3-4 ครั้งต่อวัน โดยอาจเพิ่มขนาดตามการตอบสนองต่อยาของผู้ป่วย และใช้ยาขนาดสูงสุดไม่เกิน 200 มิลลิกรัมต่อวัน
ปริมาณและระยะเวลาในการใช้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษา

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse reactions)

พบแพทย์หรือแจ้งให้แพทย์ทราบทันที หากพบว่า มีผลข้างเคียงที่รุนแรง ดังต่อไปนี้ หัวใจเต้นเร็วหรือใจสั่น มีอาการบวมที่ใบหน้า ท้อง มือหรือเท้า มีอาการชา ปวดแสบปวดร้อน เจ็บ หรือรู้สึกคล้ายเข็มทิ่ม รู้สึกจะเป็นลม สับสน มีพฤติกรรมหรืออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง ตัวซีด เกิดรอยฟกช้ำได้ง่าย ปัสสาวะสีเข้ม เป็นต้น

การพยาบาล

- 1) วัดความดันโลหิตก่อนและหลังให้ยาทุกครั้ง
- 2) แนะนำผู้ป่วยควรนอนพักหลังได้รับยาและเปลี่ยนอิริยาบถช้า ๆ
- 3) หากมีอาการข้างเคียงของยา เช่น มีไข้ ปวดกล้ามเนื้อ เป็นต้น ให้มาพบแพทย์
- 4) ยาควรรับประทานพร้อมมื้ออาหาร เพื่อลดอาการระคายเคืองต่อกระเพาะอาหาร

3. Amlodipine (5mg) 1tab oral bid pc/10tab

สรรพคุณ/ข้อบ่งใช้ (Indications)

ยาแอมโลดิปีน (Amlodipine) อยู่ในกลุ่มยาแคลเซียมแชนแนลบล็อกเกอร์ (calcium channel blockers) สามารถใช้ร่วมกับยาอื่น หรือใช้แยกต่างหากได้ ซึ่งทำงานโดยการช่วยคลาย

หลอดเลือด เพื่อรักษาภาวะความดันโลหิตสูง ที่นำไปสู่ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หัวใจขาดเลือด ไขมันพอกตับ รวมถึงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับไต เพื่อให้เลือดสามารถไหลเวียนได้ง่ายขึ้น

ยาแอมโลดิปีน ยังใช้เพื่อป้องกันอาการเจ็บหน้าอกบางประเภท เช่น อาการปวดเค้นเนื่องจาก หัวใจขาดเลือด แต่ถึงอย่างไรก่อนการใช้ ควรเข้ารับการตรวจสอบจากแพทย์อย่างละเอียด เพราะ เนื่องจากยังมียาอีกหลากหลายรูปแบบที่ค่อนข้างเหมาะสมมากกว่าในกรณีรักษาอาการเจ็บหน้าอก กลไกการออกฤทธิ์ (Pharmacological action)

กลไกการออกฤทธิ์ของยา amlodipine คือ แอมโลดิปีนเป็นยาต้านแคลเซียมในกลุ่มไดไฮโดรไพริดีน (dihydropyridine) มีกลไกยับยั้งการไหลเข้าของแคลเซียมไอออนสู่กล้ามเนื้อหัวใจและ กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดหัวใจ ทำให้หลอดเลือดเกิดการขยายตัว

ยาแอมโลดิปีนยังสามารถลดแรงต้านของหลอดเลือดและลดความดันโลหิตโดยทำให้เกิดการ ขยายตัวของหลอดเลือดแดงที่ peripheral artery ประสิทธิภาพการรักษาในภาวะเจ็บแน่นหน้าอก เนื่องจากยาสามารถลดแรงต้านของหลอดเลือดร่วมกับยับยั้งการเกิดการหดตัวของหลอดเลือดหัวใจ เพิ่มปริมาณออกซิเจนเข้าสู่หัวใจ

รูปแบบยา (Dosage form)

ยารับประทาน

ขนาดยาที่ใช้ (Dosage)

นิยามทาน 2 ขนาด ประกอบด้วย Amlodipine 5 mg และ Amlodipine 10 mg แล้วแต่ดุลพินิจของแพทย์

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse reactions)

ผู้ป่วยอาจพบอาการบวมตามมือ เท้า ขาส่วนล่าง ข้อเท้า ปวดศีรษะ ท้องเสีย มีนัยหัว หน้ามืด เหนื่อยง่าย ซึม หน้าแดง ใจสั่น ท้องอืด ซึ่งเป็นผลข้างเคียงที่พบได้หลังการรับประทานยา จึงควรแจ้ง แพทย์หรือเภสัชกรหากอาการเหล่านี้ยังเป็นอยู่อย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ ในบางรายอาจเกิดการแพ้ยาอย่างรุนแรง แต่พบได้ค่อนข้างน้อย ทำให้หัวใจเต้น ผิดปกติ หัวใจเต้นเร็ว เป็นลม ผื่นขึ้นตามใบหน้า ลิ้น และคอ มีปัญหาในการหายใจ เจ็บหน้าอกอย่าง รุนแรงและถี่มากขึ้น ซึ่งเป็นอาการที่ควรรีบไปพบแพทย์

การพยาบาล

- 1) วัดความดันโลหิตก่อนและหลังให้ยาทุกครั้ง
- 2) ติดตามประเมินการทำงานของตับสม่ำเสมอ
- 3) สังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ อาการบวมตามมือ เท้า ขาส่วนล่าง ข้อเท้า ปวดศีรษะ ท้องเสีย มีนัยหัว หน้ามืด เหนื่อยง่าย ซึม หน้าแดง ใจสั่น ท้องอืด ควรรายงานแพทย์

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

4. Obimin AZ 1tab oral OD pc /30 tab

สรรพคุณ/ข้อบ่งใช้ (Indications)

วิตามินรวมผสมเกลือแร่ ยาบำรุงร่างกายสตรี สตรีมีครรภ์และสตรีระยะให้นมบุตร สตรีหลังหมดประจำเดือนและผู้สูงอายุ โดยใช้ภายใต้คำแนะนำของแพทย์
กลไกการออกฤทธิ์ (Pharmacological action)

โอบิมิน-เอแซด วิตามินรวม ผสมเกลือแร่ ยาบำรุงร่างกายสตรี สตรีมีครรภ์ สตรีก่อน และหลังคลอด ประกอบด้วย

- กรดโฟลิก หรือ โฟเลต เป็นวิตามินที่จำเป็นสำหรับคนท้อง ตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในช่วง 3 เดือนแรก ก่อนตั้งครรภ์ ควรได้รับกรดโฟลิกอย่างเพียงพอจนกระทั่งเริ่มตั้งครรภ์ 3 เดือนแรก เพื่อลดโอกาสทำให้ทารกพิการแต่กำเนิด หรือ ส่งผลต่อพัฒนาการระบบประสาท สมอง ของทารก
- ธาตุเหล็ก เป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาของตัวอ่อน และรก รวมถึงการเพิ่มปริมาณเม็ดเลือดแดงของมารดา เพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก คุณหม่อมักจะให้ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก เมื่อไปฝากครรภ์ตั้งแต่ครั้งแรก
- ไอโอดีน หากได้รับไอโอดีนไม่เพียงพอ เกิดภาวะขาดไอโอดีน สามารถส่งผลเสียทั้งแม่ท้องและทารกในครรภ์ โดยทำให้เกิดภาวะ ไฮโปไทรอยด์ (hypothyroid) ซึ่งก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ ผู้หญิงตั้งครรภ์จึงควรรับประทานไอโอดีนเสริมจากยาเม็ดบำรุงครรภ์ ประมาณ 150 ไมโครกรัมต่อวัน
- แคลเซียม มีความสำคัญ ต่อการสร้างกระดูกและฟันที่แข็งแรงของลูก โดยทั่วไป แคลเซียมมีมากในนมวัว ปลาเล็กปลาน้อย การได้รับแคลเซียมเพียงพอเป็นสิ่งจำเป็น แคลเซียมยังส่งผลให้การไหลของเลือดเป็นปกติ ไม่เกิดอุดตัน กล้ามเนื้อและระบบประสาททำงานได้ดี ช่วยควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจให้เป็นปกติอีกด้วย
- วิตามินอื่นๆ นอกจากนี้ยังมีวิตามิน แร่ธาตุอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับคนท้อง ไม่ว่าจะเป็นวิตามินเอ วิตามินดี วิตามินซี สังกะสี ฯลฯ ซึ่งหากเริ่มวางแผนตั้งครรภ์ ควรเสริมด้วยวิตามินสำหรับคนท้อง เพื่อให้ได้วิตามิน แร่ธาตุที่จำเป็นอย่างเพียงพอ

รูปแบบยา (Dosage form)

ยารับประทาน

ขนาดยาที่ใช้ (Dosage)

รับประทานวันละ 1 เม็ด

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse reactions)

- เนื่องจากยานี้มีส่วนประกอบของธาตุเหล็ก ดังนั้นเมื่อมีการขับถ่ายอุจจาระ ยานี้จะทำให้อุจจาระมีสีดำอยู่แล้ว ซึ่งไม่เป็นอันตรายต่อร่างกาย
- ยานี้อาจทำให้เกิดอาการท้องผูก หรือท้องเสีย คลื่นไส้
- ยานี้อาจทำให้เกิดอาการท้องผูก หรือท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน มีความรู้สึกปวดแสบบริเวณทรวงอกรวมถึงมีอาการไม่สบายท้อง

การพยาบาล

- 1) แนะนำการเก็บยาให้พ้นแสงโดยใส่ซองหรือขวดสีชา
- 2) ห้ามรับประทานยาพร้อมนมหรือยาลดกรด หากจำเป็นต้องรับประทานควรเว้นอย่างน้อย 2 ชั่วโมง

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน