

บทวิจัย

ผู้คลอดที่มีอาการชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษ: บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ ในการดูแลภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม

สุรพล เตชะกฤตธีรธำรง*

สุคนธา ยางสวย** ปราชญา ศุภกฤษโยธิน***

สุพรรณิ ธรากุล**** พงศ์สุวรรณ สมมาแฮ*****

บทคัดย่อ

การชักในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ (Eclampsia) เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาการชักที่เกิดขึ้นในสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งการชักอาจเกิดขึ้นที่บ้าน ชักที่โรงพยาบาลก่อนได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต และชักที่โรงพยาบาลหลังได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต สตรีหลังคลอดบางราย อาจเกิดอาการชักภายหลังคลอดมากกว่า 24 ชั่วโมงไปแล้ว โรงพยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทสำคัญในการคัดกรองอาการนำสู่อการชัก การวางแผนและให้การพยาบาลสตรีตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด เพื่อป้องกันการชักหรือการชักซ้ำจากภาวะครรภ์เป็นพิษ รวมทั้งการดูแลทารกแรกเกิดที่เกิดจากมารดาชักก่อนคลอด เพื่อลดอัตราการตายของสตรีระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด และทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีอาการชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษ รวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในภายหลัง

คำสำคัญ: ผู้คลอดที่มีอาการชัก/ ภาวะครรภ์เป็นพิษ/ บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์/ ภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม

*อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

**อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

***อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

****ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี E-mail: supunnee.thr@bkkthon.ac.th

*****อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

Parturient with Eclampsia: Role of Nurses and Midwives in Obstetric Emergency Care

Surapon Taechakritteerathumrong*

Sukhontha Yanguay** Prachya Supharmoekyothin***

Supunnee Thrakul**** Pongsuwan Samahae*****

Abstract

Eclampsia is a leading cause of health problems among pregnant women which may occur at home, at the hospital before taking magnesium sulfate, and at the hospital after taking magnesium sulfate. Eclampsia may occur after 24 hours after birth. Therefore, the role of nurses and midwives in screening and preventing eclampsia, caring for pregnant women with eclampsia is very important to prevent repeated eclampsia. Nursing care for women during pregnancy, labour, and postpartum periods, including newborns should be planned. Caring for newborns of mothers with eclampsia is also necessary to reduce complications as well as maternal and child mortality.

Keywords: Parturient/ Eclampsia/ Role of Nurses and Midwives/ Obstetric Emergency

Article info: Received November 18, 2021; Revised December 7, 2021; Accepted December 25, 2021

*Lecturer, Maternal Newborn Nursing and Midwifery, Faculty of Nursing, Bangkokthonburi University

**Lecturer, Maternal Newborn Nursing and Midwifery, Faculty of Nursing, Bangkokthonburi University

***Lecturer, Maternal Newborn Nursing and Midwifery, Faculty of Nursing, Bangkokthonburi University

****Corresponding author, Assistant Professor, Maternal Newborn Nursing and Midwifery, Faculty of Nursing, Bangkokthonburi University E-mail: supunnee.thr@bkkthon.ac.th

*****Lecturer, Paediatric and Adolescent Nursing, Faculty of Nursing, Bangkokthonburi University

บทนำ

ทุกประเทศทั่วโลกมีข้อตกลงร่วมกันในการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable development goals: SDGs) ของโลกในอีก 9 ปีข้างหน้า คือ ภายในปี พ.ศ. 2573 ต้องลดอัตราการตายมารดา (จำนวนมารดาที่ตายด้วยสาเหตุเนื่องมาจากการตั้งครรภ์คลอด และภายใน 42 วันหลังคลอด ต่อจำนวนเด็กเกิดมีชีวิตในปีเดียวกัน 100,000 คน) ให้ต่ำกว่า 70 ต่อการเกิดมีชีวิตแสนคน ซึ่งอัตราการส่วนการตายมารดา (Maternal mortality ratio: MMR) เป็นเครื่องบ่งชี้คุณภาพและประสิทธิภาพด้านการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชน และใช้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของงานอนามัยแม่และเด็กของประเทศ¹ และจากข้อมูลรายงานโครงการสำคัญของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีเดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 พบจำนวนมารดาตาย 47 ราย จำนวนเด็กเกิดมีชีวิต 189,773 ราย คิดเป็นอัตราการส่วนการตายมารดาไทย เท่ากับ 24.8 ต่อการเกิดมีชีวิตแสนคน ซึ่งค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ คือไม่เกิน 16 ต่อการเกิดมีชีวิตแสนคน จะเห็นว่าสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้²

ภาวะช็อกในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด เป็นสาเหตุของภาวะการตายคลอด (Stillbirth) และการเสียชีวิตหลังคลอดของทารกแรกเกิด (Early neonatal death) ทางสูติศาสตร์อันดับสองในประเทศกำลังพัฒนา และเป็นสาเหตุการตาย 3 อันดับแรกของสตรีตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดทั่วโลก³ รองจากเลือดออกในระหว่างการตั้งครรภ์ ความผิดปกติของรก ตกเลือด และความผิดปกติอื่นของมารดาเนื่องจากการตั้งครรภ์ และระหว่างคลอด เช่น ภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือด

เลือดในปอด¹ ซึ่งเกิดขึ้นเนื่องมาจากการขาดความรู้ของสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวในการดูแลตนเองระหว่างการตั้งครรภ์ การตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่ล่าช้าและยาวนาน จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่อาการช็อกในระยะคลอดซึ่งการมีอาการช็อก โดยเฉพาะผู้คลอดที่มีความไม่สุขสบายจากการเจ็บครรภ์ คลอด และทำให้เกิดการเสียชีวิตได้

ดังนั้นการเตรียมความพร้อมของพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการเกิดอาการช็อกตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด รวมทั้งเมื่อจำหน่ายมารดาและทารกจากโรงพยาบาลและกลับไปพักและดูแลบุตรที่บ้าน จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง

ภาวะครรภ์เป็นพิษที่รุนแรงจนทำให้เกิดอาการช็อก (Eclampsia)

อาการช็อกที่เกิดขึ้นในสตรีตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด เกิดจากสาเหตุหลายประการ ที่พบมากที่สุด ได้แก่ ภาวะครรภ์เป็นพิษ⁴ และโรคลมชัก⁵ ที่ทำให้มารดาทุพพลภาพหรืออาจเสียชีวิต และทารกพิการหรือเสียชีวิต บทความวิชาการเรื่องนี้ จะขอกล่าวถึงเฉพาะสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการช็อกจากภาวะครรภ์เป็นพิษ การช็อกในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ (Eclampsia) เป็นชนิดหนึ่งของความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ซึ่งความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ Cunningham⁶ แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

- 1) Preeclampsia and eclampsia syndrome
- 2) Chronic hypertension of any etiology
- 3) Preeclampsia superimposed on chronic hypertension
- 4) Gestational hypertension-

definitive evidence for the preeclampsia syndrome does not develop and hypertension resolves by 12 weeks postpartum ต่อมาคณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2562-2564⁴ ได้จำแนกความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ออกเป็น 6 กลุ่ม ได้แก่ 1) ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia)⁷ 2) ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ (Gestational hypertension)⁴ 3) ภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีการทำงานของตับที่ผิดปกติ ทำให้มีการเพิ่มขึ้นอย่างมาของเอ็นไซม์ตับ พบการแตกสลายของเม็ดเลือดแดง และพบเกล็ดเลือดต่ำ⁸ 4) การชักในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ โดยการชักนั้นไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น (Eclampsia)⁴ 5) Chronic hypertension (CHT) (จากสาเหตุใดก็ตาม)⁴ ความดันโลหิตสูงที่ตรวจพบก่อนการตั้งครรภ์หรือให้การวินิจฉัยก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ หรือความดันโลหิตสูงที่ให้การวินิจฉัยหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์และยังคงสูง อยู่หลังคลอดเกิน 12 สัปดาห์ และ 6) Chronic hypertension และมี ภาวะ Superimposed preeclampsia หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูงและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีมาก่อน แล้วมีความดันโลหิตสูงขึ้นหรือต้องเพิ่มยาที่ใช้ในการควบคุมความดันโลหิต และมี Proteinuria ที่เกิดขึ้นใหม่ หรือมีการเพิ่มขึ้นของ proteinuria หรือมีลักษณะความรุนแรง (Severe features)⁴

ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia) เป็นภาวะที่เยื่อหลอดเลือด (Endothelial malfunction) และการหดตัวของหลอดเลือด (Vasospasm) มีการทำงานที่ผิดปกติ ทำให้สตรี

ตั้งครรภ์มีระดับความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้นใหม่ โดยระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure: SBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท หรือระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure: DBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท และเคยมีความดันโลหิตปกติ พบภายหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ร่วมกับการมีภาวะใดภาวะหนึ่งดังต่อไปนี้ ภาวะโปรตีนในปัสสาวะ หรือมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000 เซลล์/ลูกบาศก์ มิลลิเมตร ซึ่งเกิดขึ้นใหม่หรือค่าการทำงานของไต (Serum creatinine) มากกว่า 1.1 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของค่าการทำงานของไตเดิมโดยไม่ได้มีโรคไตอื่นซึ่งเกิดขึ้นใหม่ และ/หรือมีการเพิ่มขึ้นของค่าเอ็นไซม์ตับเป็น 2 เท่าของค่าปกติซึ่งเกิดขึ้นใหม่ มีภาวะน้ำท่วมปอดที่เกิดขึ้นใหม่หรืออาการทางสมองหรือตาที่เกิดขึ้นใหม่⁷

ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia) ซึ่ง Cunningham⁶ แบ่งความรุนแรงออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้ 1) Preeclampsia without severe features (Mild preeclampsia) คือ ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดไม่รุนแรง หรือไม่มีอาการแสดงร่วม 2) Preeclampsia with severe features (Moderate preeclampsia) คือ ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง มีอาการแสดงร่วมดังต่อไปนี้ ความดัน SBP มากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท ความดัน DBP มากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท โปรตีนรั่วในปัสสาวะ (Proteinuria) มากกว่า 2 กรัม ต่อการเก็บปัสสาวะใน 24 ชั่วโมง ภาวะน้ำท่วมปอด (Pulmonary edema) ปัสสาวะ

ออกน้อย (Oliguria) ปวดศีรษะ ปวดบริเวณลิ้นปี่ (Epigastric pain) ซึ่งค่าของการทำงานตับหรือไตผิดปกติ เกร็ดเลือดต่ำ หรือมีการเจริญเติบโตของทารกช้า และภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่สำคัญ คือ ภาวะชัก (Eclampsia) และ 3) Eclampsia (Severe preeclampsia) คือ ภาวะครรภ์เป็นพิษที่รุนแรงจนทำให้เกิดอาการชัก ซึ่งผลการวิจัยที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2557 พบว่าร้อยละ 25 ของภาวะครรภ์เป็นพิษ เป็นชนิดรุนแรง และร้อยละ 75 เป็นชนิดไม่รุนแรง³

การชักในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ โดยการชักนั้นไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น⁴ ซึ่งลักษณะการชักเป็นการเกิดการกระตุกชัก (Tonic-clonic) หนึ่งครั้งหรือมากกว่า³ ถือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและรุนแรงของภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง และยังคงเป็นภาวะที่คุกคามชีวิตในสตรีตั้งครรภ์คิดเป็นการเสียชีวิตของมารดาร้อยละ 12⁹ อีกทั้งยังเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในทารก เช่น การตายคลอด การบาดเจ็บ¹⁰ การคลอดก่อนกำหนด และการเสียชีวิตปริกำเนิดทั่วโลกสูงถึงร้อยละ 16-31⁹

อัตราอุบัติการณ์การชักของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษในประเทศไทย

สำหรับประเทศไทย จากรายงานของโรงพยาบาลราชวิถี ในปี พ.ศ. 2541 พบอัตราอุบัติการณ์การชักในสตรีตั้งครรภ์ 0.53 รายต่อสตรีคลอดบุตร 1,000 ราย³ จากสถิติโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ระหว่างปี พ.ศ. 2557-2560 จำนวนการคลอดทั้งหมด 11,065

ราย ผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษจำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.09 และเสียชีวิตจากภาวะชักรวมเลือดออกในสมอง 1 ราย¹¹ จากข้อมูลโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2554 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2556 พบสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงจำนวน 734 ราย มีภาวะชัก 31 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ 1.54 ราย ต่อสตรีที่มากคลอดบุตร 1,000 ราย³ ถึงแม้ว่าภาวะนี้จะพบได้น้อยแต่มีความรุนแรงมากถึงขั้นเสียชีวิตสำหรับผู้คลอด ลักษณะทั่วไปของสตรีมีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่มีภาวะชัก เป็นสตรีตั้งครรภ์แรกร้อยละ 74.2 อายุครรภ์ก่อนกำหนดร้อยละ 67.7 ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน (Body mass index: BMI >25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) ร้อยละ 61.3 เป็นสตรีตั้งครรภ์วัยร่นร้อยละ 54.8 และ 2 ราย ไม่พบโปรตีนรั่วในปัสสาวะ ซึ่งเป็นเกณฑ์ขั้นต่ำของการวินิจฉัยครรภ์เป็นพิษ ซึ่งโปรตีนรั่วในปัสสาวะคือ มี protein 300 มิลลิกรัมหรือมากกว่าในปัสสาวะที่เก็บ 24 ชั่วโมง หรือ protein: creatinine ratio ในปัสสาวะ 0.3 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือมากกว่า หรือการสุ่มตรวจปัสสาวะโดยใช้แถบตรวจปัสสาวะ (Dipstick) พบมีระดับ 2+ หรือมากกว่า ใช้เฉพาะกรณีที่ไม่สามารถตรวจด้วยวิธี quantitative ได้⁴ จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 93.5 มีอาการปวดศีรษะนำมาก่อนมีอาการชัก สตรีมีภาวะครรภ์เป็นพิษหลังได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟตที่โรงพยาบาล พบการชักจำนวน 14 ราย มีการชักซ้ำ 16 ราย พบสตรีที่มีภาวะชักเสียชีวิต 1 ราย จากเลือดออกในสมอง ไม่พบทารกตายในครรภ์ แต่พบทารกแรกเกิดภาวะน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ถึงร้อยละ 67.7³ นอกจากนี้ผล

การศึกษาของ สิริยา กิติโยดม พบว่า สตรีมีครรภ์เกิดอาการชักที่บ้านจำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.7 โดยพบว่า ร้อยละ 61.9 (13 ราย) ของสตรีที่มีภาวะชักที่บ้านกลุ่มนี้ ไม่ได้ฝากครรภ์หรือมีการฝากครรภ์ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของการฝากครรภ์คุณภาพ 4 ครั้ง หรือมีการฝากครรภ์ไม่ได้ คุณภาพ สตรีมีครรภ์เกิดการชักที่โรงพยาบาลก่อนให้ยาแมกนีเซียมซัลเฟต จำนวน 12 ราย โดยพบว่า 8 ราย มีการชักทันที พบสตรีตั้งครรภ์จำนวน 4 ราย มีอาการปวดศีรษะ จุกแน่นลิ้นปี่ ระดับความดันโลหิตสูง และเกิดภาวะชัก ทำให้ยังไม่ได้รับแมกนีเซียมซัลเฟตเพื่อป้องกันภาวะชัก เนื่องจากกำลังรอผลทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัย และสตรีที่มีภาวะชักที่โรงพยาบาลหลังให้แมกนีเซียมซัลเฟต พบว่าสตรีทั้งหมดในกลุ่มนี้มีระดับแมกนีเซียมซัลเฟตต่ำกว่าระดับการรักษา ซึ่งจากการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าสตรีที่ไม่ได้รับยาป้องกันการชักมีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะชัก³

สตรีตั้งครรภ์ที่เกิดอาการชักส่งผลอันตรายต่อมารดาและทารกในครรภ์ แต่สามารถลดความรุนแรงลงได้ เมื่อพยาบาลผดุงครรภ์ได้มีการประเมินผู้คลอดอย่างรวดเร็ว รายงานสูติแพทย์ได้ทันที และผู้คลอดได้รับการตรวจประเมินและได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็วจากสูติแพทย์ จากการประเมินและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและอาการนำสู่ภาวะชัก อาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาป้องกันการชักและยาลดความดันโลหิต ตลอดจนการเฝ้าติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์¹¹

บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการคัดกรองและป้องกันภาวะครรภ์เป็นพิษ

- การรณรงค์การฝากครรภ์

กรมอนามัยได้ดำเนินงานโครงการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลก ในบริบทประเทศไทยหรือเรียกว่าการฝากครรภ์ (Antenatal care: ANC) คุณภาพ ได้ปรับปรุงองค์ประกอบของระบบดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ที่ไม่มีความเสี่ยง เป็นจำนวน 5 ครั้ง เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้รับบริการมาดูแลครรภ์อย่างต่อเนื่องพร้อมทั้งเพิ่มกิจกรรมบริการที่สตรีตั้งครรภ์จะได้รับ อย่างไรก็ตาม สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น เสี่ยงต่อการเกิดภาวะชัก ควรได้รับการดูแลโดยจากนัดปกติเดิม 5 ครั้ง เพิ่มเป็น 8 ครั้ง โดย ครั้งที่ 1 อายุครรภ์ ก่อน 12 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ครั้งที่ 3 อายุครรภ์ 26 สัปดาห์ ครั้งที่ 4 อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ ครั้งที่ 5 อายุครรภ์ 34 สัปดาห์ ครั้งที่ 6 อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ครั้งที่ 7 อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ และครั้งที่ 8 อายุครรภ์ 40 สัปดาห์¹²

พยาบาลผดุงครรภ์ทำการค้นหาสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ โดยการคัดกรองและทำการป้องกันภาวะครรภ์เป็นพิษ จะช่วยให้ระบบการดูแลสตรีตั้งครรภ์ตั้งแต่การป้องกัน การติดตาม การวินิจฉัยได้ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม และให้การรักษาพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ได้มีความพยายามที่จะนำลักษณะต่าง ๆ ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงภาวะครรภ์เป็นพิษของสตรีตั้งครรภ์ มาใช้ในการทำนายการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ แต่จากการศึกษาพบว่า การคัดกรองโดยใช้ปัจจัยเหล่านี้

มีความไวไม่สูงมาก อย่างไรก็ตามในปี ค.ศ. 2019 สมาพันธ์นรีเวชวิทยาและสูติศาสตร์ระหว่างประเทศ (The international federation of gynaecology and obstetrics: FIGO) ได้มีคำแนะนำให้มีการคัดกรองสตรีตั้งครรภ์เดี่ยว (ไม่ใช่ครรภ์แฝด) อายุครรภ์อยู่ในช่วงไตรมาสแรก หรือช่วง 3 เดือนแรก หรือสัปดาห์ที่ 1-14 ของการตั้งครรภ์โดยใช้ลักษณะของสตรีตั้งครรภ์ การวัดความดันโลหิต และการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาใช้ร่วมกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการคัดกรองภาวะครรภ์เป็นพิษให้ดีขึ้น¹³ ดังนั้นทักษะพยาบาลผดุงครรภ์ในการประเมินผู้คลอด เพื่อตั้งข้อวินิจฉัยในการวางแผนและให้การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษให้ได้เร็วที่สุด จึงเป็นสิ่งที่สำคัญมาก¹¹

พยาบาลผดุงครรภ์ควรแนะนำสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ เช่น สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานซึ่งมีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษมากกว่าสตรีที่มีภาวะน้ำหนักตัวปกติมากถึง 6.99 เท่า และพบอุบัติการณ์การชักเกิดขึ้นสูงในสตรีที่มีภาวะอ้วน^{3,14} ดังนั้นการควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้เพิ่มขึ้นมากเกินไป และน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ (Gestational weight gain) ซึ่งเป็นปริมาณน้ำหนักตัวทั้งหมดของมารดาที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ ควรพิจารณาจากดัชนีมวลกาย (BMI) ของสตรีก่อนการตั้งครรภ์ หาก BMI <19.8 กิโลกรัมต่อตารางเมตร น้ำหนักตัวที่แนะนำให้เพิ่มขึ้นทั้งหมดตลอดการตั้งครรภ์ คือ 12.5-18 กิโลกรัม หาก BMI 19.8-25.9 กิโลกรัมต่อตาราง

เมตร น้ำหนักตัวที่แนะนำให้เพิ่มขึ้นทั้งหมดตลอดการตั้งครรภ์ คือ 11.5-16 กิโลกรัม หาก BMI 26-29 กิโลกรัมต่อตารางเมตร น้ำหนักตัวที่แนะนำให้เพิ่มขึ้นทั้งหมดตลอดการตั้งครรภ์ คือ 7-11.5 กิโลกรัม¹⁵ จากการศึกษาของสิริยา กิติโยดมพบว่าสตรีที่มีระดับแมกนีเซียมซัลเฟตต่ำกว่าระดับการรักษา จะมีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน มากถึงร้อยละ 85.7 ของสตรีที่มีระดับแมกนีเซียมซัลเฟตต่ำกว่าระดับการรักษา โดยโอกาสเกิดระดับแมกนีเซียมต่ำกว่าระดับการรักษาเพิ่มมากขึ้นตามดัชนีมวลกายที่เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากปริมาณเลือดเพิ่มขึ้นตามดัชนีมวลกายที่มากขึ้น³ สตรีตั้งครรภ์กลุ่มอื่น ๆ ที่มีความเสี่ยง เช่น สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น สตรีตั้งครรภ์ตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน สตรีที่มีประวัติเป็น preeclampsia ตั้งแต่ครรภ์ก่อน หรือมีประวัติทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้าในครรภ์^{6,16}

บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลผู้คลอดที่มีอาการนำสู่ภาวะชักเพื่อป้องกันการชักหรือการชักซ้ำ

การตรวจพบภาวะ preeclampsia ให้ได้เร็วที่สุดตามมาตรฐานการตรวจคัดกรองต่าง ๆ โดยเฉพาะในสตรีตั้งครรภ์ที่มีประวัติเสี่ยงสูง ควรได้รับการนัดตรวจครรภ์ถี่ขึ้น โดยให้การพยาบาลดังนี้⁴

1) ประเมินความรุนแรงของภาวะครรภ์เป็นพิษ โดยอาการนำสู่ภาวะชัก ว่ามี “Severe features” ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ ได้แก่ ความดันโลหิต SBP 160 มิลลิเมตรปรอท หรือมากกว่า หรือความดันโลหิต DBP 110 มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่า เมื่อวัด 2 ครั้ง

ห่างกันอย่างน้อย 4 ชั่วโมง (เว้นแต่เริ่มยาลดความดันโลหิตก่อนหน้านี้แล้ว)

2) อาการปวดบริเวณใต้ลิ้นปี่หรืออาการเจ็บชายโครงขวาอย่างรุนแรงและอาการปวดไม่หายไป (Severe persistence) ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา และไม่ใช้เกิดจากการวินิจฉัยอื่น หรือทั้ง 2 กรณี

3) อาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นใหม่ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา และไม่ได้เกิดจากโรคอื่น

4) อาการทางสายตา ได้แก่ ตาพร่ามัว เห็นภาพไม่ชัด

5) ผลการตรวจร่างกาย พบว่า ปฏิกริยาสะท้อนเร็ว (knee jerk) 3+ ขึ้นไป

6) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบเกล็ดเลือดต่ำกว่า (Thrombocytopenia) 100,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร Impaired liver function มีการเพิ่มขึ้นของค่าเอนไซม์ตับ (Liver transaminase) เป็น 2 เท่าของค่าปกติ renal insufficiency ค่าการทำงานของไต (Serum creatinine) มากกว่า 1.1 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของค่าการทำงานของไตเดิมโดยไม่ได้มีโรคไตอื่น

7) มีภาวะน้ำท่วมปอด

8) ภาวะโปรตีนในปัสสาวะ

การพยาบาลผู้คลอดที่มีอาการนำสู่ภาวะชัก

1) จัดทำให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้าย เพื่อลดการกดทับที่บริเวณเส้นเลือดอินฟีเรีย เวเนาคาว่า (Inferior venacava) เพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือดที่รกและมดลูก¹⁰

2) ให้ความรู้แก่ผู้คลอดถึงอาการนำสู่ภาวะชัก อันตรายที่จะเกิดขึ้นที่อาจส่งผลต่อ

มารดาและทารกในครรภ์จากการชัก รวมทั้งพยาธิสภาพของการชัก ตลอดจนความจำเป็นในการได้รับยา MgSO₄ และอาการข้างเคียงของยา ซึ่งอาจพบ ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบทั่วตัว และอาการร้อนบริเวณที่ฉีด¹¹

3) การให้ MgSO₄ ตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อป้องกันการชักหรือการชักซ้ำ

- การให้ยาทางหลอดเลือดดำ

ขนาดยาเริ่มต้น (Initial dose) ให้ 10% MgSO₄ ขนาด 4-6 กรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำช้า ๆ อัตราช้ากว่า 1 กรัม/นาที หรือผสมในสารน้ำ 100 มิลลิลิตร ใช้เวลา 15-20 นาที⁴

ขนาดยาต่อเนื่อง (Maintenance dose) ให้ 50% MgSO₄ 20 กรัม ผสมใน 5% D/W 500 มิลลิลิตร อัตรา 1-2 กรัม/ชั่วโมง

- การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ

ขนาดยาเริ่มต้น (Initial dose)⁴

- ให้ 10% MgSO₄ 4 กรัม ฉีดทางหลอดเลือดดำช้า ๆ อัตราน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 กรัม/นาที

- ให้ 50% MgSO₄ 10 กรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ แบ่งฉีดที่สะโพกบริเวณ upper outer quadrant ข้างละ 5 กรัม (ใช้เข็มเบอร์ 20 ยาว 3 นิ้ว ผสม 2% xylocaine 1 มิลลิลิตร เพื่อลดความปวด)

ขนาดยาต่อเนื่อง (Maintenance dose) ให้ 50% MgSO₄ 5 กรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ทุก 4 ชั่วโมง⁴

ยาแก้ฤทธิ์ MgSO₄

- ให้ 10% calcium gluconate 10 มิลลิลิตร ฉีดเข้าหลอดเลือดดำนานกว่า 3 นาที

การเฝ้าระวังพิษของยา $MgSO_4$ ⁴

ประเมินอาการแสดงของการเป็นพิษจากแมกนีเซียมเป็นระยะ (อย่างน้อยชั่วโมงละ 1 ครั้ง) ได้แก่

- 1) หายใจน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 ครั้งต่อนาที
- 2) ปัสสาวะน้อยกว่าหรือเท่ากับ 100 มิลลิลิตรต่อ 4 ชั่วโมง หรือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 25 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง
- 3) รีเฟล็กซ์เอ็นสะบ้า (Patellar reflex): ไม่มี (Absent)

ในสถานบริการที่สามารถทำได้ อาจตรวจระดับแมกนีเซียมในเลือดที่ 4-6 ชั่วโมง หลังให้ยา และตรวจติดตามเป็นระยะ (ระดับที่เหมาะสมคือ 4.8-8.4 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือ 4-7 mEq/L) และควรทำในรายที่ creatinine มากกว่าหรือเท่ากับ 1 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

กรณีชักซ้ำ

- ให้ 10% $MgSO_4$ 2-4 กรัม ฉีดทางหลอดเลือดดำช้า ๆ อัตราน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 กรัมต่อนาที เพื่อหยุดยั้งการชัก ป้องกันการชักซ้ำ และให้ต่อเนื่องไปจนถึงหลังคลอดหรือหลังการชักครั้งสุดท้ายภายใน 24 ชั่วโมง

- ตรวจระดับแมกนีเซียมในเลือด

การใช้ยาลดความดันโลหิตที่ใช้อยู่ในระยะตั้งครรภ์ เช่น Labetalol 200-2,400 มิลลิกรัม/วัน แบ่งรับประทานวันละ 2-3 ครั้ง มักเริ่มขนาด 100-200 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง เป็นต้น⁴

การใช้ยาลดความดันโลหิตในระยะคลอดและหลังคลอด สตรีแพทย์จะให้ยาลดความดันโลหิตเมื่อความดันโลหิตยังคงสูงติดต่อกันนาน

15 นาทีหรือมากกว่า อาจบริหารยาอันดับแรก (First line) เช่น Hydralazine ขนาดบรรจุ 25 มิลลิกรัม/2 มิลลิลิตร Test dose 1 มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำ นานกว่า 1 นาที วัดความดันโลหิตทุก 5 นาที Treatment dose 5-10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ นาน 2 นาที วัดความดันโลหิตใน 20 นาที ถ้าไม่ได้ผลให้ซ้ำอีก 10 มิลลิกรัม วัดความดันโลหิตซ้ำใน 20 นาที ถ้าความดันโลหิตยังคงสูง ให้ Labetalol 20 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำช้า ๆ ในเวลา 2 นาที วัดความดันโลหิตซ้ำใน 10 นาที ถ้าความดันโลหิตยังคงสูง ให้ Labetalol 40 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำช้า ๆ ในเวลา 2 นาที และให้รีบปรึกษาอายุรแพทย์ เพื่อพิจารณาให้ยาชนิดอื่นเพิ่มเติม⁴

- ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ระหว่าง 100/70-130/80 มิลลิเมตรปรอท¹⁰

- ขณะผู้คลอดมีอาการชัก พยาบาลผดุงครรภ์รีบป้องกันการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้น ประเมินสัญญาณชีพ (Vital signs) ประเมิน oxygen saturation จัดให้นอนในท่านอนตะแคง ป้องกันการสำลัก⁴

- ให้ oxygen ทางหน้ากากในอัตรา 10 ลิตร/นาที เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนแก่ทารกในครรภ์^{4,10}

- ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ แนะนำ LRS อัตราไม่เกิน 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

- คาสายสวนปัสสาวะ เพื่อไม่ให้กระเพาะปัสสาวะเต็ม เนื่องจากจะขัดขวางการหดตัวของมดลูก เพื่อให้ปัสสาวะไหลสะดวก พยาบาลผดุงครรภ์ทำการประเมินการอัมพาตของสายสวนปัสสาวะ¹⁰

- ประเมินสุขภาพของทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิดด้วยเครื่องติดตามการเต้นของหัวใจและการหดตัวของมดลูก (Electronic fetal monitoring: EFM)¹⁰

- สูติแพทย์จะพิจารณาให้คลอดในระยะเวลาไม่นานหลังจากอาการของผู้คลอดเป็นปกติ (Stabilize) วิธีการคลอด สูติแพทย์จะพิจารณาตามอายุครรภ์ ท่าของทารก และสภาพปากมดลูก โดยไม่จำเป็นต้องผ่าท้องทำคลอด⁴

- พยาบาลผดุงครรภ์เตรียมอุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดให้พร้อมใช้ หากทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจนหรือต้องมีการช่วยฟื้นคืนชีพ^{4,10}

การดูแลทารกแรกเกิดที่เกิดจากมารดาชักก่อนคลอด

ภาวะชักในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ นอกจากส่งผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์รุนแรง เช่น ผู้คลอดอาจเสียชีวิตแล้ว ทารกของมารดาที่ชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษ ทารกจะมีภาวะน้ำหนักตัวน้อย โดยน้อยกว่า 2,500 กรัม ถึงร้อยละ 66.7 เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นการคลอดก่อนกำหนด ส่วนทารกที่ครบกำหนดอาจมีภาวะเจริญเติบโตช้า เนื่องจากมารดามีภาวะครรภ์เป็นพิษขณะตั้งครรภ์³ ทารก

มีโอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (Birth asphyxia) เนื่องจากผู้คลอดมีภาวะครรภ์เป็นพิษ และชัก การได้รับยา MgSO₄ พยาบาลผดุงครรภ์ต้องอธิบายอาการและสภาพทารกแรกเกิดให้มารดาทราบเพื่อคลายความวิตกกังวล ประเมินคะแนน APGAR Score และประสานงานกับหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด เพื่อส่งต่อทารกไปดูแลอย่างต่อเนื่อง¹⁰

สรุป

ผู้คลอดที่มีอาการชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาและทารกในครรภ์ได้ พยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทสำคัญในการประเมินได้อย่างละเอียด วินิจฉัยการพยาบาลได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ เพื่อวางแผนในการดูแลตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด โดยเฉพาะสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง และสตรีตั้งครรภ์ที่เคยมีประวัติมีอาการชักเกิดขึ้น พยาบาลผดุงครรภ์ต้องมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดเมื่ออยู่โรงพยาบาลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการชักซ้ำเกิดขึ้นอีก และการติดตามต่อเนื่องจนถึง 12 สัปดาห์หลังคลอด ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมทุกระยะของการตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด

References

1. Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health. Analysis of Thai maternal mortality situation for fiscal year 2020 (October 2019–September 2020) from the maternal death surveillance system [Internet]. 2020 [cited 2021 November 13]. Available from: https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/tinymce/OPDC/OPDC2564-F/IDC1_6/opdc_2564_IDC1-6_01.pdf
2. Planning Division, Department of Health, Ministry of Public Health. Report on the results of the drive for health promotion and environmental health, Department of Health for the first 6 months of the fiscal year 2021 (October 2020–March 2021) [Internet]. 2021 [cited 2021 November 13]. Available from: https://anamai.moph.go.th/webupload/1xff0d34e409a13ef56eea54c52a291126/filecenter/Download/Annual_report_64.pdf
3. Kitiyodom S. Eclampsia in Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. *MJSBH* 2014; 29(3): 129-38. (in Thai)
4. Professional Standards Subcommittee 2019-2021. RCOG clinical practice guideline management of hypertensive disorders in pregnancy [Internet]. 2021 [cited 2021 November 13]. Available from: http://www.rtcogor.th/home/wp-content/uploads/2020/10/OB-63-021_Management-of-Hypertensive-Disorders-in-Pregnancy07Oct20.pdf
5. Samseethong T. Management of epilepsy in pregnancy. Center for Continuing Pharmaceutical Education, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Ubon Ratchathani University. [Internet]. 2017 [cited 2021 November 13]. Available from: https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&sbpage=article_detail&id=284
6. Cunningham FG, Leneno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. *Williams obstetrics*. 25th ed. New York: McGraw- Hill; 2018.
7. Professional Standards Subcommittee 2013-2015. RCOG clinical practice guideline management of Preeclampsia and Eclampsia [Internet]. 2015 [cited 2021 November 14]. Available from: <http://www.rtcog.or.th/>

- home/wpcontent/uploads/2020/09/0B-018-.pdf
8. Sananpanichkul P. Current insight and ideas about preeclampsia. *JPMC* 2015; 32(4): 364-76. (in Thai)
 9. Irene K, Amubuomombe PP, Mogeni R, Andrew C, Mwangi A, Omenge OE. Maternal and perinatal outcomes in women with eclampsia by mode of delivery at Riley mother baby hospital: a longitudinal case-series study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2021; 21(439): 1-14. Doi: 10.1186/s12884-021-03875-6.
 10. Lertsakornsiri M. Nursing care of pregnant women with complications, revised edition. Bangkok: Assumchan Sueksa Printing House; 2011.
 11. Danpreeda R. Case study of specific patients nursing care of twins pregnancy with severe preeclampsia and caesarean section. *JPCN* 2018; 1(1): 70-87.
 12. Wongpikul O, Rojananukulpong S, Khamranrit A. Good quality antenatal care should be given before 12 weeks of gestation. *Regional Health Promotion Center 9, Nakhonratchasima [Internet]*. n.d. [cited 2021 November 16]. Available from: https://hpc9.anamai.moph.go.th/web-Upload/migrated/files/hpc9/n938_df1afe68b9df03814be919b973140495_article_23017011012160.pdf
 13. Poon LC, Shennan A, Hyett JA, Kapur A, Hadar E, Divakar H, et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia: A pragmatic guide for first-trimester screening and prevention. *Int J Gynaecol Obstet* 2019; 145 (Suppl 1): 1-33. doi: 10.1002/ijgo.12802.
 14. Liu S, Joseph KS, Liston RM, Bartholomew S, Walker M, Leon JA, et al. Incidence, risk factors, and associated complications of eclampsia. *Obstet Gynecol* 2011; 118(5): 987-94. doi: 10.1097/AOG.0b013e31823311c1.
 15. Lertbunnaphong T. Maternal weight and pregnancy: factors obstetricians may overlook. *Medical records Siriraj* 2008; 1(2): 81-90.
 16. Wataganara T. Pregnancy Induced Hypertension. In Wanitpongpan P, Russameecharoen K, Lertbunnaphong T, Editors. *Modern textbook of obstetrics*. Bangkok: P.A. Living; p. 166-74.