

การพยาบาลฉุกเฉินในสตรีตั้งครรภ์ที่มีการชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษ Emergency nursing in pregnancy during eclampsia

สินวล รัตนวิจิตร

กลุ่มวิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
naun90@gmail.com

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้นำเสนอการพยาบาลฉุกเฉินสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีการชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษ การชักคุกคามชีวิตของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ บทบาทการพยาบาลฉุกเฉินในระยะเวลาที่มีการชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษ ได้แก่ การพยาบาลในระยะก่อนชัก การพยาบาลในระยะชัก การพยาบาลระยะหยุดชัก การบริหารยา การพยาบาลเพื่อควบคุมความดันโลหิต การพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังการชัก การพยาบาลขณะชักนำการคลอด และการพยาบาลในระยะหลังคลอด ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นส่วนหนึ่งของการบริการทางสุขภาพเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรคและการเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์และทารก

คำสำคัญ: การพยาบาลฉุกเฉิน ชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษ สตรีตั้งครรภ์

Abstract

This article presents an emergency nursing for pregnant women with eclampsia, that threatens pregnant women and fetus life. The role of emergency nursing during eclampsia include nursing in preeclampsia, nursing in eclampsia, nursing in post eclampsia, medication administration, nursing to control blood pressure, nursing surveillance for complications in post eclampsia, nursing care during labor induction and postnatal period. All of which are part of the health service to prevent severity of eclampsia and pregnant women and fetus mortality.

Keywords: emergency nursing, eclampsia, pregnant women

ความนำ

การชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษ (Eclampsia) เป็นการชักชนิด Grand mal หรือ Generalized tonic-clonic เกิดจากสมองทุกส่วนมีส่วนเกี่ยวข้องกับการปล่อยคลื่นสมองที่เป็นกระแสไฟฟ้าผิดปกติ ทำให้มีอาการสูญเสียความรู้สึกตัว (unconsciousness) กล้ามเนื้อทั่วร่างกายมีเกร็งและกระตุก เกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ (Pre-eclampsia) และโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรังร่วมกับภาวะครรภ์เป็นพิษ (chronic hypertension with Superimposed preeclampsia) มักเกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ 24 ของการตั้งครรภ์จนถึง 48 ชั่วโมงหลังคลอด ร้อยละ 90 เกิดการชักในช่วงอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ โดยการชักเกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ร้อยละ 50 ระหว่างคลอดร้อยละ 25 และภายหลังคลอดร้อยละ 25 และมักเกิดการชักนอกโรงพยาบาล (Raghuraman, March, Hacker, Modest, Wenger, Narcisse, et al., 2014; Sibai, 2011;

The American College of Obstetricians and Gynecologies: ACOG, 2013; Vigil-De Gracia, Rojas-Suarez, Ramos, Reyes, Collantes, Quintero, et al., 2015; Woodland, Hinshaw, Simpson, & Wieteska, 2010)

ภาวะแทรกซ้อนของการชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษ ได้แก่ ไตวายเฉียบพลัน (Acute renal failure) Disseminated intravascular coagulation: DIC รกลอกตัวก่อนกำหนด (abruptio placenta) ปอดบวมน้ำ (Pulmonary edema) เลือดออกในสมอง (stroke) และเสียชีวิต โดยพบการเสียชีวิตร้อยละ 3.23 ของจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ชักจากครรภ์เป็นพิษในประเทศไทย (สิริยา กิตติโยดม, 2557) และร้อยละ 2 ในประเทศอังกฤษ (Ghulmiyyah, & Sibai, 2012) จึงชี้ให้เห็นว่าการชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษนำมาซึ่งอันตรายที่รุนแรงในสตรีตั้งครรภ์ โดยจะทวีความรุนแรงขึ้นหากมีภาวะ HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count) ร่วมด้วย (Vigil-De Gracia, et al., 2015) ขณะที่ทารกในครรภ์ก็จำเป็นต้องให้คลอดภายใน 24 ชั่วโมงภายหลังการชัก เพราะด้วยหากปล่อยให้ดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไปมักพบว่าจะเกิดการชักซ้ำ จึงเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในสมองที่เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต ยิ่งไปกว่านั้นการขาดอากาศและการเกร็งกระตุกของกล้ามเนื้อขณะชักย่อมส่งผลเสียต่อทารกในครรภ์อย่างแน่นอน โดยเฉพาะการตายคลอด (still birth) ซึ่งเชื่อมโยงกับการลอกตัวของรกก่อนกำหนด (abruptio placenta) อันเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการชัก (Raghuraman, et al., 2014)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการชัก

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะชักในสตรีตั้งครรภ์มีภาวะความดันโลหิตสูง (Woodland, et al., 2010) ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ โดยมักพบในครรภ์แรก เคยมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง (severe preeclampsia) อายุน้อยกว่า 16 ปี หรือมากกว่า 40 ปี โดยเคยผ่านการคลอดมาหลายครั้ง มีภาวะความดันโลหิตสูงในระยะตั้งครรภ์มาก่อน มีโรคประจำตัวทางอายุรกรรม เช่น โรคเบาหวาน โรคไต Cushing's disease ครรภ์แฝด และสตรีตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

พยาธิสภาพของภาวะครรภ์เป็นพิษ สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่ชัด แต่กลไกที่น่าจะอธิบายการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษได้ ดังนี้

1. การฝังตัวของรกบกพร่องทำให้การเส้นเลือดที่เชื่อมต่อระหว่างมดลูกกับรกมีการพัฒนาไม่สมบูรณ์
2. ภาวะความไม่สมดุลระหว่างการเกิดอนุมูลอิสระกับกระบวนการป้องกันอันตรายของสารต้านอนุมูลอิสระ (Oxidative stress) (Gabbe, 2007)
3. การปรับสภาพของหัวใจและหลอดเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่ผิดปกติ
4. ปัจจัยด้านพันธุกรรม โดยพบยีนที่อาจมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ เช่น MTHFR, angiotensin, angiotensin-converting enzyme, HLA
5. การไหลเวียนเลือดในสมองไม่ดี

พยาธิสภาพในสมองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีการชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษ

น่าจะเกิดจากอาการของครรภ์เป็นพิษรบกวนการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง (CNS) สาเหตุที่แน่นอนของการชักยังไม่ทราบแน่ชัด แต่อาจจะเกิดการบาดเจ็บที่สมองจากความดันโลหิตสูง (hypertensive encephalopathy) หรือการขาดเลือดไปเลี้ยงซึ่งจากการหดเกร็งของเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง พบว่าเนื้อสมองบวม (cerebral edema) โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่สมองส่วนหลัง ซึ่งน่าจะนำมาอธิบายสาเหตุของอาการตาพร่ามัว มองภาพซ้อน หรือมีจุดดำในลานสายตา (Sibai, 2011)

อาการและอาการแสดงของการชัก

อาการนำ อาการนำเป็นเสมือนสัญญาณเตือนว่าต้องช่วยเหลือสติตั้งครรรค์โดยทันที เพราะระยะเวลาที่จะเกิดการชักไม่แน่นอน บางรายมีอาการนำ 2 วันก่อนการชัก บางรายก็สั้นกว่านั้น สตรีตั้งครรรค์ที่เกิดการชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษส่วนใหญ่มักมีอาการปวดศีรษะรุนแรงนำมาก่อน โดยเฉพาะบริเวณท้ายทอยและขมับทั้งสองข้าง รู้สึกหนักตื้อๆที่ศีรษะ มึนงง อาการเกี่ยวกับการมองเห็นได้แก่ ตาพร่ามัว เห็นภาพซ้อน มีจุดบอดที่ลานสายตา อาการบริเวณท้องได้แก่ จุกหรือเจ็บบริเวณใต้ลิ้นปี่หรือชายโครงขวา อาจมีอาการอาเจียนร่วมด้วย เมื่อทดสอบ Deep tendon reflex พบปฏิกิริยาสะท้อนเร็วกว่าปกติ และอาการสั่นกระตุกของกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะบริเวณเข่า (ankle clonus) และข้อมือ

อาการชัก การชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษ เป็นการชักชนิด Grand mal หรือ Generalized tonic-clonic ในระหว่างการชัก อัตราการเต้นของชีพจรของมารดาจะเพิ่มขึ้น systolic pressure อาจเพิ่มถึง 200 mmHg อาจมีอุณหภูมิร่างกายสูงถึง 40 องศาเซลเซียส การชักสามารถแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะเตือน (premonitory stage) (10--30 วินาที) อาการที่พบ ได้แก่ กระสับกระส่าย กลอกตาไปมา กระตุกที่กล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า เช่น เปลือกตา มุมปาก และคิ้ว อาจมีหน้าบุดเขียว

ระยะเกร็ง (tonic stage) (10-20 วินาที) เป็นระยะที่อันตรายต่อสตรีตั้งครรรค์และทารกในครรภ์ เนื่องจากมีอาการชักเกร็งของกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย จะพบอาการหลังแอ่นเกร็ง กัดฟันแน่น กำมือแน่น ตาแข็ง จนกระทั่งหยุดหายใจเพราะกล้ามเนื้อกระบังลมหดรัดตัว

ระยะชัก (clonic stage) (60 - 90 วินาที) มีอาการเกร็งกระตุกของกล้ามเนื้อทั่วร่างกายอย่างรุนแรง อ้าปากขึ้นลง กัดฟันแน่น น้ำลายฟูมปาก อาจกัดลิ้นของตนเองได้ ใบหน้าเขียวคล้ำเพราะขาดออกซิเจน หลังจากนั้นกล้ามเนื้อจะเริ่มคลายตัว กลับมาหายใจ จังหวะการหายใจจะเร็วและแรง

ระยะไม่รู้สติตัว (unconscious or coma stage) เป็นระยะของการหยุดชัก สตรีตั้งครรรค์มีอาการคล้ายหลับ ความนานของระยะนี้ไม่แน่นอน แต่หากมีระยะเวลานานอาจบ่งชี้ถึงอันตรายที่สูงขึ้นด้วย ทั้งนี้สามารถกลับมาชักซ้ำได้ในระยะนี้

จะเห็นได้ว่าการชักในภาวะครรภ์เป็นพิษมีความเหมือนและแตกต่างจากโรคลมชัก หรือการชักเนื่องจากสาเหตุอื่นๆ ขณะที่เป้าหมายของการพยาบาลจึงไม่ใช่เพียงดูแลสตรีตั้งครรรค์แต่ต้องดูแลทารกในครรภ์ด้วย

วัตถุประสงค์ของบทความ

เพื่อนำเสนอการพยาบาลฉุกเฉินในสตรีตั้งครรรค์ที่มีการชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษ

การพยาบาลฉุกเฉินในสตรีตั้งครรรค์ที่มีการชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษ

1. การพยาบาลในระยะก่อนชัก ควรป้องกันสตรีตั้งครรรค์และทารกในครรภ์ ภาวะพร่องออกซิเจนขณะชัก โดยมีอาการของระยะเตือน เป็นช่วงเวลาสำคัญที่จะรักษาปริมาณออกซิเจนในเลือดไว้ จึงดูแลให้ได้รับออกซิเจนทางหน้ากาก (face mask with or without reservoir) 8-10 ลิตรต่อนาที

2. การพยาบาลในระยะชัก ควรป้องกันมารดาจากการบาดเจ็บขณะชักและการสูดสำลักในระยะเกร็งและชัก ป้องกันการพลัดตกเตียงโดยการยกไม้กั้นเตียงขึ้นทั้งสองข้าง หากมีอาการชักขณะนั่งให้จับนอนลง ทั้งนี้เป็นการป้องกันไม่ให้ครรภ์ได้รับการกระทบกระเทือนอันนำมาซึ่งการเกิดภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด และป้องกันอวัยวะอื่นๆ ได้รับความเจ็บจากการหล่นกระแทกพื้นหรือฟาดกับสิ่งของอื่นๆ ควรปลดคลายเสื้อผ้าให้หลวม โดยเฉพาะรอบๆ คอ ใช้หมอนหรือผ้าห่มศีรษะและจัดทำให้ใบหน้าตะแคง เพื่อให้หน้าลายไหลออกสะดวก เป็นการป้องกันการสูดสำลักเมื่อสตรีตั้งครรรค์กลับมาหายใจ

โดยทั่วไปแล้วสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการชักมักมีอาการคอเกร็งแข็ง จึงควรจับสะโพกและหัวไหล่ให้ตะแคงไปทั้งตัว ท่าที่แนะนำคือท่าตะแคงซ้ายจะช่วยป้องกันมดลูกกดทับเส้นเลือดดำใหญ่ (Inferior vena cava) เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงทารกได้สะดวก ไม่ควรกดหรือผูกมัดผู้ป่วยจะทำให้เกิดแรงต้านจนกระดูกและข้อต่อกระดูกได้รับบาดเจ็บ พยาบาลจะต้องอยู่กับผู้ป่วยจนกระทั่งหยุดชักเพื่อป้องกันอันตรายต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น ระหว่างนี้ควรเรียกทีมให้รายงานแพทย์และเตรียมการช่วยเหลือกรณีมีการสูดสำคัญล้มชัก ทั้งนี้ในระยะเกร็งและชักไม่ควรพยายามให้ยาหยุดชักในรายที่ไม่ได้ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เพราะการชักมีระยะเวลาที่จำกัดซึ่งสตรีตั้งครรภ์จะหยุดชักเอง โดยทั่วไปรวมระยะเวลาของการชัก 1 – 2 นาที แต่จะมีการชักซ้ำต่อเนื่องจนกว่าจะได้รับยาช่วยให้หยุดอาการชัก ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ทารกขาดออกซิเจน และมารดาเสียชีวิตจากหลอดเลือดในสมองแตก (Sibai, 2011)

การใส่ไม้กีดลิ้นหรือ oropharyngeal airway จำเป็นหรือไม่ บ้างแนะนำว่าต้องใส่เพื่อป้องกันการกีดลิ้นขณะชัก บ้างไม่ระบุแนวทางการช่วยเหลือว่าควรใส่หรือไม่ ขณะที่ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลโรคลมชักแนะนำว่าไม่ควรใส่เพราะไม่เคยมีผู้ป่วยชักแล้วกีดลิ้นตัวเองขาดตามความเชื่อ ซึ่งอาจมีการกีดบริเวณด้านข้างลิ้นและมีเลือดออกได้บ้าง จึงให้ความสำคัญในการดูแลเพื่อป้องกันการอุดกั้นในทางเดินหายใจ หากใช้ไม้กีดลิ้นอาจทำให้ฟันหักซึ่งเสี่ยงตกลงไปในปอดและเกิดความบอบช้ำที่ริมฝีปากและช่องปาก (สถาบันประสาทวิทยา กระทรวงสาธารณสุข, 2557) เมื่อพิจารณาตามอาการแต่ละระยะของการชัก การใส่ไม้กีดลิ้นหรือ oropharyngeal airway โดยไม่ให้เกิดความบอบช้ำ ต้องเป็นระยะที่ไม่มีมีการชักซึ่งจะมีการกีดฟันแน่นควรเป็นระยะเตือนของการชักหรือภายหลังชักที่อาจมีการชักซ้ำ และต้องไม่ใส่ในขณะที่สตรีตั้งครรภ์รู้สึกตัวดีเพราะเป็นไปได้ว่าจะทำให้เกิดการอาเจียน เพิ่มความเสี่ยงต่อการสูดสำลักลงปอด ดังนั้นการใส่ไม้กีดลิ้นหรือ oropharyngeal airway จึงควรพิจารณาเป็นรายๆ ไป

3. การพยาบาลในระยะหยุดชัก เป็นระยะที่อาการชักสงบลง สตรีตั้งครรภ์จะรู้สึกตัว การพยาบาลที่สำคัญคือรักษาระดับออกซิเจนในกระแสเลือด นอกจากการช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ฟื้นตัวเร็วแล้ว ยังมุ่งหวังให้ทารกในครรภ์ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน จึงควรให้ออกซิเจนทาง simple face mask with or without reservoir 8-10 ลิตรต่อนาที และประเมินระดับออกซิเจนในร่างกาย oxygen saturation < 94% หรือมีการสูดสำลักลงปอด หรือปอดบวม ควรได้รับการวิเคราะห์ค่าออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง (arterial blood gas) นอกจากนี้จำเป็นต้องประเมินสภาพทารกในครรภ์ทุก 10-15 นาที ตลอดจนการหดตัวของมดลูก และเลือดออกทางช่องคลอด ซึ่งหากพบว่ามีมดลูกหดตัวและมีเลือดออกทางช่องคลอด แสดงถึงภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด อาจทำให้ทารกเสียชีวิตในครรภ์ได้

การประเมินสภาพทารกในครรภ์นั้น ประเมินได้จากการฟังเสียงการเต้นของหัวใจทารก โดยระหว่างที่มีอาการชักมักพบว่ามีจังหวะการเต้นของหัวใจช้ากว่า 90 ครั้งต่อนาที หรือมีผลการตรวจด้วยวิธี NST (Non stress test) หรือ CST (Contraction stress test) ได้ผล prolonged deceleration หรือพบทั้งสองลักษณะ แต่เมื่อสิ้นสุดการชักสตรีตั้งครรภ์เริ่มมีออกซิเจนในเลือดเป็นปกติ ทารกในครรภ์ก็จะกลับมีจังหวะการเต้นของหัวใจที่ปกติอีกครั้ง ยกเว้นกรณีที่มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ซึ่งจะพบว่ามีอาการหดตัวของมดลูกที่รุนแรงและมักพบลักษณะกราฟชนิด late deceleration ซึ่งต้องให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน

4. การบริหารยา เป็นบทบาทของพยาบาลที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การเรียนรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารยาที่ใช้ในการป้องกันการชักซ้ำ โดยทั่วไปเมื่อสตรีตั้งครรภ์หยุดชัก พยาบาลควรเปิดเส้นให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อเป็นช่องทางในการให้ยา ควรให้สารน้ำแค่เพียงเลี้ยงเส้น ไม่ควรให้อัตราเร็วเนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษเสี่ยงต่อการมีน้ำท่วมปอด โดยเฉพาะหากมีภาวะ HELLP syndrome กรณีที่ไม่สามารถเปิดเส้นทางหลอดเลือดดำได้หรือมีภาวะน้ำท่วมปอด ควรให้ทางไขกระดูก

ยาที่ใช้เพื่อป้องกันการชักซ้ำที่ได้ผลคือ แมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄) ซึ่งเป็นยาที่ได้รับการยอมรับและใช้อย่างแพร่หลายทั่วโลก (ACOG, 2013) โดยให้ 10% MgSO₄ 6 กรัม ฉีดเข้าเส้นเลือดดำ ซ้ำๆ ประมาณ 15-20 นาที จากนั้นให้ต่อเนื่องทางหลอดเลือดดำ (continuous infusion) 2 กรัมต่อชั่วโมง ถึงอย่างไรก็ตามยังพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับ

แมกนีเซียมซัลเฟตร้อยละ 10 มีการชักซ้ำ ซึ่งแก้ไขโดยให้ 10% MgSO₄ 2 กรัม ฉีดเข้าเส้นเลือดดำซ้ำๆ ประมาณ 3-5 นาที นอกจากนี้ภายหลังการให้ยาควรประเมินผลข้างเคียงของยาที่อาจพบในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ ปัสสาวะออกน้อย อัตราการหายใจช้ากว่า 12 ครั้งต่อนาที และไม่พบ Deep tendon reflex ยาที่ใช้แก้ฤทธิ์ของแมกนีเซียมซัลเฟต คือ 10% calcium gluconate

ในกรณีที่ไม่สามารถแยกโรคได้อย่างชัดเจนว่าเป็นการชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษหรือโรคลมชัก (Epilepsy) การให้แมกนีเซียมซัลเฟตอาจเป็นอันตรายต่อสตรีตั้งครรภ์ และกรณีที่ได้แมกนีเซียมซัลเฟตแล้วยังมีการชักซ้ำ ทั้งสองกรณีนี้ควรได้รับ Diazepam 10-20 mg เข้าหลอดเลือดดำ

5. การพยาบาลเพื่อควบคุมความดันโลหิต เนื่องจากความดันโลหิตสูงส่งผลทำให้เส้นเลือดในสมองได้รับบาดเจ็บหรือแตก อันเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในสตรีตั้งครรภ์ที่มีการชักจากครรภ์เป็นพิษ (Raghuraman, et al., 2014) บทบาทของพยาบาลคือ การเพิ่มความถี่ในการวัดความดันโลหิตและมีความต่อเนื่อง จนแน่ใจว่าความดันโลหิตคงที่ จึงเว้นระยะเวลาการวัดให้ห่างออกไปตามความเหมาะสม อาจทุก 5 10 15 30 นาที 1 หรือ 4 ชั่วโมง นอกจากนี้ต้องควบคุมความดันโลหิต โดยการบริยายควบคุมความดันโลหิตอย่างเคร่งครัด เพราะผลของความดันโลหิตที่ลดลงรวดเร็วหรือลดมากเกินไปอาจทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงสมองหรือมดลูกน้อยลง ดูแลด้านอารมณ์ให้ผ่อนคลายโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายให้เหมาะสมตามปัจเจกบุคคล เช่น การทำสมาธิ และการใช้กลิ่นของน้ำมันหอมระเหย ตลอดจนการดูแลให้ได้รับการพักผ่อน โดยการจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบไม่มีเสียงดังรบกวน ลดแสงรบกวน และวางแผนให้การพยาบาลโดยไม่รบกวนการพักผ่อนจนเกินจำเป็น

6. การพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังการชัก ควรตระหนักว่าสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการจัดการกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังการชัก โดยพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษ จำนวนร้อยละ 7-11 มีภาวะ Disseminated Intravascular Coagulopathy (DIC) ซึ่งมักพบในรายที่มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดหรือทารกเสียชีวิตในครรภ์ นอกจากนี้ร้อยละ 3 – 5 มีภาวะบวมปอด (pulmonary edema) มักทราบได้จากการตรวจร่างกายที่พบการหายใจลำบาก เจ็บหน้าอก หายใจเร็ว และจังหวะการเต้นของหัวใจเร็ว ควรประเมินระดับออกซิเจนในร่างกายหาก oxygen saturation < 94% ควรได้รับการวิเคราะห์ค่าออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง (arterial blood gas) และ X-ray ทรวงอก

7. การพยาบาลขณะชักนำการคลอด เมื่อเกิดการชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษ จำเป็นต้องให้คลอดภายใน 24 ชั่วโมง โดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์ พยาบาลจำเป็นต้องอธิบายให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวเข้าใจในเหตุผลของการให้คลอดและแผนการรักษาพยาบาล วิธีการคลอดนั้นขึ้นอยู่กับสถานะของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ในรายที่คลอดเองนั้นในระยะเจ็บครรภ์คลอดและระยะคลอดควรได้รับการลดอาการเจ็บครรภ์คลอด เพราะจะเป็นอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิต ยาลดอาการเจ็บครรภ์คลอดนิยมใช้ opioids อาจให้ทางหลอดเลือดดำ หรือ epidural ซึ่งจะไม่ให้ทาง epidural ในรายที่มีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติรุนแรง (platelet count น้อยกว่า 90,000 /mm³) ส่วนการใช้วิธีการดมยา (general anesthesia) เป็นที่ทราบกันว่าจะเพิ่มความดันในสมอง (Sibai, 2011)

8. การพยาบาลหลังคลอด ด้วยพบว่าอาการชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษสามารถพบได้ในระยะหลังคลอด จึงจำเป็นต้องดูแลให้ได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟตต่อเนื่องด้วยอัตรา 1-2 กรัมต่อชั่วโมง เป็นระยะเวลา 24 ชั่วโมง ขณะเดียวกันก็มีการศึกษาพบว่า การให้เป็นเวลา 12 ชั่วโมง ก็มีผลไม่แตกต่างจากการให้ต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง แต่ช่วยลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลและค่ารักษาพยาบาล (Anjum, Goel, Sharma, Mohsin, & Garg, 2016) อย่างไรก็ตาม การพยาบาลในระยะนี้ที่สำคัญได้แก่ การดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา ตลอดจนการบริยายอย่างครบถ้วนดังที่กล่าวไว้ในข้อ 4 การบริยาย และสิ่งที่ขาดไม่ได้คือการส่งเสริมสัมพันธ์มารดา ทารก และบิดา รวมทั้งการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

บทสรุป

การพยาบาลฉุกเฉินในสตรีตั้งครรภ์ที่มีการชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษ ควรตั้งแต่การช่วยเหลือตั้งแต่อาการเตือนจนถึงหลังคลอด แต่จากอุบัติการณ์การชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษในประเทศไทยมักพบขณะก่อนมาโรงพยาบาล อาจด้วยสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทยมีการตัดสินใจมาโรงพยาบาลช้า เกิดการชักจึงถูกนำส่งโรงพยาบาลโดยญาติ ตรงข้ามกับประเทศที่พัฒนาแล้วที่มักพบมากในระยะคลอด (ร้อยละ 50) ระยะตั้งครรภ์และหลังคลอดพบเท่ากันคือร้อยละ 25 (Ross, 2016) อาจเป็นไปได้ว่าพวกเขาเหล่านั้นมาโรงพยาบาลตั้งแต่ก่อนการมีอาการชัก บ่งชี้ให้เห็นถึงระดับความรู้ของโรคและการตัดสินใจมาโรงพยาบาล ดังนั้น บทบาทของพยาบาลคงไม่ใช่เพียงให้การพยาบาลในระยะฉุกเฉินคือระยะชักเท่านั้น แต่หากต้องแสดงบทบาทที่ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้และตัดสินใจได้ถูกต้องในการดูแลตนเอง จากนั้นจึงแสดงบทบาทการพยาบาลฉุกเฉินในระยะที่มีการชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษ ได้แก่ การพยาบาลในระยะก่อนชัก ระยะชัก ระยะหยุดชัก การบริหารยา การพยาบาลเพื่อควบคุมความดันโลหิต การพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังการชัก การพยาบาลขณะชักนำการคลอด และการพยาบาลในระยะหลังคลอด ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นส่วนหนึ่งของการบริการทางสุขภาพเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรคและการเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์และทารก

เอกสารอ้างอิง

- สถาบันประสาทวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคลมชักสำหรับพยาบาลทั่วไป*. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส จำกัด.
- สิริยา กิติโยดม. (2557). การศึกษาภาวะชักในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 29(3), 129-138.
- Anjum, S., Goel, N., Sharma, R., Mohsin, Z., & Garg, N. (2016). Maternal outcomes after 12 hours and 24 hours of magnesium sulfate therapy for eclampsia Maternal outcomes after 12 hours and 24 hours of magnesium sulfate therapy for eclampsia. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 132, 68–71.
- Cadden, K.A., & Walsh, S.W. (2008). Neutrophils, but not lymphocytes or monocytes, infiltrate maternal systemic vasculature in women with preeclampsia. *Hypertension Pregnancy*, 27(4), 396-405.
- Gabbe, S.G. (2007). *Obstetrics: Normal and problem pregnancies*. Hypertension (5th ed.). Churchill Livingstone, An Imprint of Elsevier.
- Ghulmiyyah, L., & Sibai, B. (2012). Maternal mortality from preeclampsia/eclampsia. *Seminars in Perinatology*, 36(1), 56-59.
- Raghuraman, N., March, M.I., Hacker, M.R., Modest, A.M., Wenger, J., Narcisse, R., et al. (2014). Adverse maternal and fetal outcomes and deaths related to preeclampsia and eclampsia in Haiti. *Pregnancy Hypertension: An International Journal of Women's Cardiovascular Health*. 4, 279–286.
- Ross, M.G. (2016). *Eclampsia: Overview, Etiologic and Risk Factors for Preeclampsia/Eclampsia, Multiorgan System Effects*. Medscape Reference Drugs, Diseases & Procedures. Retrieved April,28 2016 From <http://emedicine.medscape.com/article/253960overview>.
- Sibai, B.M. (2011). Hypertensive emergencies. In: Foley, M.R., Strong, T.H., Garite, T.J., eds. *Obstetric intensive care manual* (3rd ed.). New York, McGraw Hill, 49-60.

The American College of Obstetricians and Gynecologists: ACOG. (2013). Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol*, 122(5), doi: 10.1097/01.AOG.0000437382.03963.88.

Woodland, M., Hinshaw, K., Simpson, H., & Wieteska, S. (2010). *Pre-hospital obstetric emergency training*. Oxford: Wiley-blakwell.

Vigil-De Gracia, P., Rojas-Suarez, J., Ramos, E., Reyes, O., Collantes, J., Quintero, A., et al. (2015). Incidence of eclampsia with HELLP syndrome and associated mortality in Latin America. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 129, 219–222.