



โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร  
Jainad Narendra Hospital

# ผลงานวิชาการ

โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร



กรณีศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่ชักจากภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง  
(A Case Study Nursing care for Primipara with eclampsia)

สมนึก แต่ศิริวัลย์ \*

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้คลอดและทารกในครรภ์ โดยอาจทำให้ผู้คลอดเกิดการชัก (Eclampsia) สมองขาดเลือดหรือมีเลือดออกในสมอง ตับวาย ภาวะไตวายเฉียบพลัน และเกิดภาวะ Hemolytic Elevated Liver enzyme Low Platelet count (HELLP) ภาวะน้ำท่วมปอด การมองเห็นผิดปกติ ตกเลือดหลังคลอด เป็นต้น ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดและอาจทำให้ผู้คลอดเสียชีวิตได้ ในขณะที่ทารกอาจเกิดภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด และเสียชีวิตแรกคลอดได้ การให้ความสำคัญและเฝ้าระวังภาวะดังกล่าวในขณะตั้งครรภ์ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง จากสถิติห้องคลอด โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ในปี 2564 - 2566 พบว่าความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง ร้อยละ 7.06, 5.27 และ 5.88 ตามลำดับ ปี พ.ศ.2564 พบภาวะชักจากความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง 1 ราย และยังพบมารดาเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง ในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 1 ราย (HELLP c Pulmonary edema c Respiratory failure c Post arrest c DFIU) แสดงให้เห็นว่า แม้สถิติการเกิดภาวะนี้จะพบได้น้อย แต่มีความรุนแรงที่นำไปสู่การเสียชีวิตของมารดา อย่างไรก็ตามอันตรายต่อผู้คลอดและทารกแรกเกิดจะลดความรุนแรงลงได้ ด้วยการวินิจฉัยที่รวดเร็วรวมถึงการดูแลที่ทันเวลาและมีประสิทธิภาพ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ ทักษะ ความชำนาญในการให้การพยาบาลอย่างเร่งด่วน จึงจะทำให้ผู้คลอดและทารกในครรภ์มีความปลอดภัย ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาและให้การพยาบาลผู้คลอดที่ชักจากภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ มีการรวบรวมและทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้คลอดที่ชักจากภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง นำแผนการพยาบาลที่ได้ไปปฏิบัติจริงกับผู้คลอดที่ชักจากภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มในการวางแผนให้การพยาบาลผู้คลอดที่ชักจากภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง ประโยชน์ที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้จะใช้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดที่ชักจากภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นส่งผลทำให้เกิดความปลอดภัยในผู้คลอดที่ชักจากภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงมากขึ้น

---

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

## วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1. เพื่อปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดที่ชักจากภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง
2. เพื่อให้ผู้คลอดปลอดภัยจากภาวะชักจากการมีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะนอน

รักษาตัวในโรงพยาบาล

## ขอบเขตการศึกษา

ให้การพยาบาลสำหรับผู้คลอดที่ชักจากภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงในโรงพยาบาล ชัยนาทเรนทร ในช่วงปีงบประมาณ 2565 โดยใช้เกณฑ์ในการคัดเลือก คือเป็นผู้คลอดที่นอนรักษาตัว ในแผนกห้องคลอดในโรงพยาบาลชัยนาทเรนทร ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงชนิด รุนแรงระหว่างตั้งครรภ์ร่วมกับมีภาวะชักในระยะคลอด

## ขั้นตอนและวิธีดำเนินการ

1. เลือกกรณีศึกษา จำนวน 1 ราย
2. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการ ประวัติการ เจ็บป่วย ประวัติการคลอด แบบแผนการดำเนิน ชีวิต พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ
3. ตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์
4. ศึกษาค้นคว้าความรู้ทางวิชาการ ทั้งเรื่องความดันโลหิตสูงในระยะตั้งครรภ์ และทฤษฎี การพยาบาลของโอเร็ม เพื่อใช้เป็นแหล่งความรู้ในการวางแผนการพยาบาล
5. นำข้อมูลที่ได้อักรวบรวม วางแผนให้การดูแลผู้คลอดโดยเน้นให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ กาย จิตใจ อารมณ์ สังคม
6. ให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้
7. สรุปผลการพยาบาล และสรุปปัญหา อุปสรรคในการพยาบาล

## ผลการศึกษา

ข้อมูลผู้ป่วย และการวิเคราะห์ทางการพยาบาล เชื่อมโยงกับพยาธิสรีรภาพ หญิงไทยวัยเจริญพันธุ์ อายุ 21 ปี ตั้งครรภ์แรก อายุครรภ์ 38<sup>+</sup>1 สัปดาห์ กำหนดคลอด 15 พฤศจิกายน 2564 จากผลอัลตราซาวด์ ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลตาคี 2 ครั้ง มาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ฝากครรภ์คุณภาพ ได้รับวัคซีน ป้องกันบาดทะยัก 2 ครั้ง ผลการตรวจหาเชื้อซิฟิลิส (VDRL) non - reactive เชื้อเอชไอวี (HIV) negative และไวรัสตับอักเสบ (HBsAg) negative ให้ประวัติวันที่ 2 พฤศจิกายน 2564 เวลา 03.30 น เจ็บครรภ์ มีน้ำเดิน รับการรักษาที่โรงพยาบาลรวมแพทย์ชัยนาท เวลา 10.00 น. สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 150/100 มิลลิเมตรปรอท วัดความดันโลหิตซ้ำ = 140/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ

36.5 องศาเซลเซียส ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 2 เซนติเมตร ความบาง 50 เปอร์เซ็นต์ ระดับส่วนน้ำ - 2 ไม่มีถุงน้ำคร่ำ เวลา 12.15 น. ผู้คลอดชักเกร็งกระตุกตาข้าง 1 ครั้ง วัดความดันโลหิต 180/110 มิลลิเมตรปรอท ได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการชักคือ 10% MgSO<sub>4</sub> 6 กรัม ทางหลอดเลือดดำซ้ำ ๆ หมดแล้วต่อด้วย 50% MgSO<sub>4</sub> 10 กรัม + 5%D/W 500 มิลลิลิตร เข้าทางหลอดเลือดดำ อัตรา 50 ซีซี/ชั่วโมง ให้ออกซิเจน mask with bag 10 ลิตร/นาที ใส่สายสวนปัสสาวะ ขอส่งตัวรักษาต่อที่โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร แกร็บที่ห้องคลอด ผู้คลอดรู้สึกตัวดี มีอาการปวดมึนศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว ไม่จุกแน่นลิ้นปี่ ตรวจ Deep tendon reflex เท่ากับ 3+ ความดันโลหิต 163/108 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 88 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ระดับยอดมดลูก 34 เซนติเมตร ศีรษะเป็นส่วนนำ เสียงหัวใจทารกในครรภ์ 150 ครั้ง/นาที ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร ความบาง 100 เปอร์เซ็นต์ ระดับส่วนน้ำ -1 ไม่มีถุงน้ำคร่ำ ผลตรวจ EFM (Electronic Fetal monitoring) ผล Category I สูติแพทย์ตรวจเย็บประเมน อาการ ให้ labetalol 20 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทันที และหยุด MgSO<sub>4</sub> เดิมเปลี่ยนเป็น 50% MgSO<sub>4</sub> 20 กรัม + 5%D/W 960 มิลลิลิตร เข้าทางหลอดเลือดดำ อัตรา 50 ซีซี/ชั่วโมง สูติแพทย์ยุติการตั้งครรภ์ โดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในเวลา 15.30 น. อธิบายแผนการรักษาให้ผู้คลอดและสามีรับทราบ วัดความดันโลหิตซ้ำ 147/79 มิลลิเมตรปรอท 15.20 น. ขณะย้ายไปห้องผ่าตัด ผู้คลอดชักเกร็งกระตุกทั้งตัว ประมาณ 2 นาที ความดันโลหิต 198/136 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที รายงานสูติแพทย์ให้ยา 10% MsSO<sub>4</sub> 2 กรัมทางหลอดเลือดดำ ฉีด labetalol 40 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำทันที เจาะเลือด Mg level เพิ่ม rate 50% MgSO<sub>4</sub> เป็น 75 ซีซี/ชั่วโมง หลังให้ยามารดาหยุดชัก ถ้ามตบไม่ค่ออยู่เรื่อง ประสานงานกับห้องผ่าตัด (O.R), Anesthesia, กุมารแพทย์, NICU, และแผนก ICU 1 พร้อมส่งผู้คลอดไปห้องผ่าตัด

เวลา 15.41 น. ผู้คลอดได้รับการผ่าตัด Cesarean section due to Eclampsia คลอดทารกเพศหญิง น้ำหนัก 2,420 กรัม Apgar Score นาทีที่ 1 = 9 คะแนน นาทีที่ 5 = 10 คะแนน นาทีที่ 10 = 10 คะแนน ส่งทารกไปดูแลต่อที่ตึก NICU ระหว่างผ่าตัดผู้คลอดเสียเลือด 400 มิลลิลิตร หลังผ่าตัดย้ายไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยหนัก ผู้คลอดรู้สึกตัวดี Score E4VTM6 คะแนน ดูแลให้ 50% MgSO<sub>4</sub> 20 กรัม +5%D/W 960 มิลลิลิตรเข้าหลอดเลือดดำ อัตรา 75 ซีซีต่อชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมงหลังคลอด ติดตามระดับแมกนีเซียมในเลือด 5.5 - 6.5 mg/dl (ค่าปกติ 4.8 - 8.4 mg/dl) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ มดลูกหดตัวดี น้ำคาวปลาปกติ ปัสสาวะออกดี ระหว่างการดูแลผู้คลอดไม่มีปวดศีรษะตาพร่ามัว ไม่มีภาวะชัก สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ หายใจไม่เหนื่อยหอบ ค่าปริมาณออกซิเจนในเลือด 98 - 100% และสามารถหายใจได้เอง ความดันโลหิต 112/72 - 137/94 มิลลิเมตรปรอท สามารถหยุดให้ MgSO<sub>4</sub> และถอด

สายสวนปัสสาวะออกได้ ย้ายผู้คลอดไปหอบุฟ่วยหลังคลอด ผู้คลอดขณะอยู่ที่เตียงหลังคลอด อาการทั่วไปปกติ ฟันตัวได้ดี และแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้หลังคลอดได้ 6 วัน

**แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล (ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม)**

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 1** การดูแลเพื่อป้องกันภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอจากมีภาวะชกจากความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงของผู้คลอดที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง

**ข้อมูลสนับสนุน**

S : ญาติให้ประวัติชกมาแล้ว 1 ครั้ง ที่โรงพยาบาลรวมแพทย์

O : ผู้คลอดชกเกร็งกระตุกทั้งตัว 1 ครั้งในห้องคลอด ความดันโลหิต 198/136 มิลลิเมตรปรอท

ชีพจร 100 ครั้ง / นาที หายใจ 24 ครั้ง / นาที SpO<sub>2</sub> = 95 %

**ระบบการพยาบาล** ให้การพยาบาลโดยทดแทนทั้งหมดด้วยการให้ออกซิเจนเพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอจัดท่านอนและสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่อเนื่องเพื่อปรับการพยาบาลรับอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

**การปฏิบัติการพยาบาล**

1. ประเมินภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ได้แก่ หายใจลำบากขึ้น กระสับกระส่าย ความรู้สึกตัวลดลง เชื่อบุผิวหน้าว่าเขียวหรือไม่ ลักษณะสีเล็บ ซึ่งต้องประเมินร่วมกับสัญญาณชีพ

2. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที ในช่วงที่มีอาการเปลี่ยนแปลงจนกว่าสัญญาณชีพจะคงที่จึงบันทึกทุก 1 ชั่วโมงและรายงานให้แพทย์รับทราบทันทีเมื่อพบความผิดปกติ เพื่อสามารถให้การรักษาได้ทันเวลาที่

3. ดูแลให้ออกซิเจน Mask with bag 10 ลิตร/นาที เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

4. ดูแลจัดท่าให้นอนตะแคงข้างซ้ายจะช่วยป้องกันมดลูกกดทับเส้นเลือดดำใหญ่ (Inferior vena cava)

5. สังเกตและบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจและชีพจร โดยคู่อัตราการเต้น จังหวะการเต้น ลักษณะการเต้นของชีพจร ถ้าพบสิ่งผิดปกติควรรายงานแพทย์

6. เตรียมความพร้อมอุปกรณ์ และยาในการช่วยชีวิตฉุกเฉินให้พร้อมใช้หากมีภาวะฉุกเฉิน

7. ตวงและบันทึกปริมาณน้ำเข้าออกในร่างกายทุก 1 ชั่วโมง

**การประเมินผล**

ผู้คลอดรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง off ET Tube ได้ไม่กระสับกระส่าย ไม่มีเขียวปลายมือปลายเท้า สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส หายใจ 18 – 20 ครั้ง/นาที ชีพจร 100 ครั้ง / นาที ความดันโลหิต

118/84 - 151/110 มิลลิเมตรปรอท ค่า SpO<sub>2</sub> 98%

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 2** การดูแลเพื่อป้องกันอาการไม่พึงประสงค์การได้รับยา MgSO<sub>4</sub> ในการป้องกันภาวะชักจากความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงของผู้คลอดที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง

### ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้คลอดบอกรู้มีอาการร้อนวูบวาบหลังได้รับยา MgSO<sub>4</sub>

O : ได้รับยา 10% MgSO<sub>4</sub> ทั้งหมด 8 กรัม ทางหลอดเลือดดำช้าๆ หมดแล้วต่อด้วย 50% MgSO<sub>4</sub> 20 กรัมใน 5%D/W 960 ml. เข้าหลอดเลือดดำในอัตรา 75 ซีซี/ชั่วโมง

ระบบการพยาบาลให้การพยาบาลโดยทดแทนทั้งหมดด้วยการประเมิน Deep tendon reflex การหายใจ จำนวนปีสภาวะที่ออกใน 1 ชม. เพื่อเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์อาจเกิดขึ้น

### การปฏิบัติการพยาบาล

1. อธิบายเหตุผลและและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น อาการร้อนบริเวณที่ฉีดและร้อนวูบวาบทั่วตัว คลื่นไส้ อาเจียน

2. ตรวจสอบปฏิกิริยา ตอบสนองชนิดลึก (Deep tendon reflex) ทุก 4 ชั่วโมง หรือก่อนให้ยาครั้งต่อไป ถ้าเท่ากับ 0 รายงานแพทย์เพื่อหยุดยา

3. ประเมินสัญญาณชีพเมื่อเริ่มให้ยา ทุก 15 นาที 4 ครั้ง หลังจากนั้น ทุก 1 ชั่วโมง ขณะให้ยา และรายงานแพทย์หากมีอาการดังต่อไปนี้

- ความดันโลหิตน้อยกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท หรือมากกว่า 160/110 มิลลิเมตรปรอท

- การหายใจน้อยกว่า 14 ครั้งต่อนาที

- ปฏิกิริยา ตอบสนองชนิดลึก (Deep tendon reflex) น้อยกว่า 2 หรือลดลง

4. บันทึกจำนวนน้ำเข้า – ออกจากร่างกาย ทุก 1 ชั่วโมง ถ้าปีสภาวะออกน้อยกว่า 30 ซีซี/ชั่วโมง หรือน้อยกว่า 100 ซีซี ใน 4 ชั่วโมง รายงานแพทย์

5. ดูแลให้ได้รับยา 50% MgSO<sub>4</sub> ตามแผนการรักษาควบคุมโดยใช้ Infusion pump

6. ติดตามระดับ MgSO<sub>4</sub> ในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมต่อการรักษา 4.8 - 8.4 mg/dl

### การประเมินผล

ผู้คลอดไม่มีอาการผิวหนังแดงบริเวณที่ฉีดยา มีร้อนวูบวาบที่หน้า ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิต 138/85 - 157/95 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 84 - 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 - 22 ครั้งต่อนาที ปฏิกิริยาตอบสนองชนิดเอ็นส่วนลึกอยู่ระดับ +2 ระดับแมกนีเซียมในเลือด 5.5 - 6.5 mg/dl

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 3** การดูแลเพื่อสร้างเสริมความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน ภายหลังจากรับการผ่าตัดคลอดของผู้คลอดที่มีความพร้อมในการดูแลตนเองบางส่วน

#### ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้คลอดและญาติสอบถามว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างใดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

S : ตั้งครรภ์แรกอยากเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทราบว่านมแม่มีประโยชน์

O : G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>A<sub>0</sub>L<sub>0</sub> GA38<sup>+1</sup> สัปดาห์

O : ทำ C/S วันที่ 2 พฤศจิกายน 2564 ทารกไปอยู่ห้อง NICU

**ระบบการพยาบาล** ให้การพยาบาลโดยสนับสนุนและให้ความรู้ ด้วยการฝึกการอุ้มทารกกินนมแม่ที่มีประสิทธิภาพ ทบทวนสิ่งที่ควรปฏิบัติหลังทำผ่าตัดคลอด รวมถึงการย้ายการนัดตรวจหลังคลอด

#### การปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์มีคุณค่าอาหารครบ 5 หมู่ เช่น เนื้อ นม ไข่ ผัก ผลไม้
2. แนะนำการออกกำลังกายเบา ๆ สม่ำเสมอเช่นเดิน
3. จัดทำงานหนักช่วง 4 - 8 สัปดาห์
4. งดมีเพศสัมพันธ์ 6 สัปดาห์ขึ้นไป และการคุมกำเนิด
5. แนะนำให้สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล เช่น ไข้สูง อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว น้ำคาวปลา มีสีแสดสด หรือมีปริมาณมากขึ้น มีกลิ่นเหม็น แผลผ่าตัดทางหน้าท้องบวมแดง
6. ให้คำแนะนำผู้คลอดในการตรวจภาวะสุขภาพของตนเอง ได้แก่ การตรวจวัดความดันโลหิต สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ที่สถานอนามัยใกล้บ้าน สังเกตความผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ เป็นอาการที่ต้องรีบมาพบแพทย์ทันที
7. ให้ข้อมูลมีโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงและชักขึ้นได้ในการตั้งครรภ์ครั้งถัดไป การตั้งครรภ์ครั้งหน้าจึงควรฝากครรภ์โดยเร็ว และฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอ และบอกประวัติการตั้งครรภ์ครั้งก่อนกับทีมสุขภาพให้ทราบ
8. สอนการอุ้มบุตรเข้าเต้า เพื่อให้คุณแม่จนแม่มีความมั่นใจ

#### การประเมินผล

- ผู้คลอดและญาติสามารถตอบการปฏิบัติตัวหลังคลอดก่อนกลับบ้านได้ถูกต้อง
- สามารถอุ้มทารกกินนมแม่ได้
- ทบทวนกำหนดการมาตรวจหลังคลอดได้

### ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรควรมีทักษะและความรู้ในการประเมินความเสี่ยง ดูแลรักษา อาการนำของการชัก การให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง และเฝ้าอาการไม่พึงประสงค์ของยา

2. มีแนวทางขอความช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน

3. เน้นใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยให้เป็นไปตามแนวทางการส่งต่อของเครือข่าย (D->D, LR->LR)

4. เน้นย้ำการฝากครรภ์คุณภาพฝากครรภ์ครั้งแรก ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์

5. มี warning sign ภาวะชักจากความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ที่ชัดเจนง่ายต่อการจดจำ



## บรรณานุกรม

คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ ราชวิทยาลัยสูตินรีเวชแพทย์แห่งประเทศไทย. (2558). แนวทางการปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยเรื่องการดูแลครรภ์เป็นพิษ  
กรุงเทพฯ : ราชวิทยาลัยสูตินรีเวชแพทย์แห่งประเทศไทย.

คมสันต์ สุวรรณฤกษ์, และเด่นศักดิ์ พงศ์โรจน์เฝ้า. (2558). ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม. กรุงเทพฯ :  
หมอชาวบ้าน.

ฉวี เบาทรง, และนันทพร แสนศิริพันธ์. (2561). การพยาบาลและผดุงครรภ์สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน.  
เชียงใหม่ : สมาร์ทโคตรดีง แอนด์.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566). สถิติสาธารณสุข  
พ.ศ. 2566.

อุ๋นใจ กอนันตกุล. (2559). การตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูง. กรุงเทพฯ : ชานเมืองการพิมพ์.

American College of Obstetricians and Gynecologists. Hypertension in pregnancy. Report of the  
American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in  
Pregnancy. Obstet Gynecol 2013; 122: 1122-31.