

Academic article

บทบาทพยาบาลห้องฉุกเฉินในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงในภาวะวิกฤต The Role of Emergency Nurses in Managing Pregnant Women with Hypertensive Crisis

ดวงกมล ประสพแสนทวี*
Duangkamon Prasopsantawee*

ฝ่ายการพยาบาล, โรงพยาบาลศิริราช, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร
Nursing Division, Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok

*Corresponding Author, e-mail: tiktokgenesis@gmail.com

Received: 28 October 2025; Revised: 2 March 2026; Accepted: 18 March 2026

บทคัดย่อ

ภาวะความดันโลหิตสูงระดับวิกฤตในหญิงตั้งครรภ์เป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตของมารดาและทารก บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนบทบาทของพยาบาลห้องฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว โดยอ้างอิงแนวทางเวชปฏิบัติในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ได้แก่ American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), World Health Organization (WHO), International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP)

จากการทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติ พบว่าบทบาทของพยาบาลห้องฉุกเฉินในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงระดับวิกฤตสามารถจำแนกได้เป็น 4 ด้านสำคัญ ได้แก่ 1) การคัดกรองและประเมินอย่างรวดเร็ว (Rapid Assessment and Triage) เพื่อระบุภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรงและการเกิดความเสียหายต่ออวัยวะเป้าหมาย (Acute Hypertension-Mediated Organ Damage: A-HMOD) 2) การเริ่มการรักษา (Evidence-Based Intervention) โดยการให้ยาลดความดันโลหิตและการให้ Magnesium Sulfate ($MgSO_4$) 3) การเฝ้าระวังอาการและสัญญาณทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง (Continuous Monitoring) 4) การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพและการส่งต่อข้อมูล (Handover and Coordination) ผ่านการสื่อสารอย่างเป็นระบบ เช่น ISBAR เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและความปลอดภัย

พยาบาลห้องฉุกเฉินจึงมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการดูแลแบบไวต่อเวลา โดยต้องอาศัยการตอบสนองที่รวดเร็ว แม่นยำ และเป็นระบบ เพื่อลดความล่าช้าในการรักษา เพิ่มความปลอดภัยของมารดาและทารก และยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพในบริบทประเทศไทย

คำสำคัญ: ห้องฉุกเฉิน, ความดันโลหิตสูงในครรภ์, ISBAR, แมกนีเซียมซัลเฟต, ครรภ์เป็นพิษ

Abstract

Hypertensive crisis in pregnancy is a critical obstetric emergency associated with a high risk of maternal and fetal morbidity and mortality. This article aims to review the role of emergency nurses in the management of pregnant women with this condition, based on clinical practice guidelines published within the past five years, including those from the American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), World Health Organization (WHO), International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP).

A review of current clinical practice guidelines indicates that the role of emergency nurses in managing pregnant women with hypertensive crisis can be categorized into four key domains: 1) rapid assessment and triage to identify severe hypertension and Acute Hypertension-Mediated Organ Damage (A-HMOD); 2) timely initiation of evidence-based treatment, including antihypertensive agents and magnesium sulfate;

- 3) continuous clinical monitoring, particularly of vital signs, neurological status, and urine output; and
- 4) coordination of multidisciplinary care and handover using structured communication tools such as ISBAR.

Emergency nurses therefore play a crucial role in supporting time-sensitive care, which requires rapid, accurate, and systematic responses to reduce treatment delays and enhance maternal and fetal safety. They serve as a key mechanism in driving emergency response within the first 60 minutes, thereby improving the quality and safety of healthcare delivery in the Thai context.

Keywords: Emergency department, Hypertensive Disorders in Pregnancy, ISBAR, Magnesium sulfate, Preeclampsia

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงระดับวิกฤต (Hypertensive Crisis) เป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการประเมินและดูแลอย่างเร่งด่วนในห้องฉุกเฉิน เนื่องจากมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนของอวัยวะสำคัญและอัตราการเสียชีวิตที่สูง¹⁻³ ภาวะนี้ครอบคลุมทั้ง Hypertensive Emergency ซึ่งมีหลักฐานของความเสียหายต่ออวัยวะเป้าหมาย (Acute Hypertension-Mediated Organ Damage: A-HMOD) เช่น ภาวะสมองบวม หัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ไตวายเฉียบพลัน หรือเลือดออกในสมอง และ Severe Asymptomatic Hypertension ซึ่งเป็นภาวะที่ความดันโลหิตสูงมากแต่ยังไม่พบความเสียหายของอวัยวะตามแนวทางเวชปฏิบัติของ American Heart Association (AHA) และ American College of Cardiology¹⁻² (ACC) ในหญิงตั้งครรภ์ ภาวะดังกล่าวถือเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลกโดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา และสามารถเกิดขึ้นได้ในช่วงของการตั้งครรภ์ ตั้งแต่ก่อนคลอด ระหว่างคลอด จนถึงหลังคลอด หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและจัดการอย่างทันท่วงที อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ฉีกขาด (Aortic Dissection) เลือดออกในสมอง (Intracranial Hemorrhage) ภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง (Severe Preeclampsia) หรือภาวะชักจากครรภ์เป็นพิษ (Eclampsia)³⁻⁵ ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารกสูงถึง 10 - 30% ตามรายงานของ American College of Obstetricians and Gynecologists⁴ (ACOG) ลักษณะเฉพาะของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในภาวะวิกฤตคือการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่ส่งผลต่อการไหลเวียนเลือดการทำงานของหัวใจ ไต และกร การลดความดันโลหิตอย่างรวดเร็วเกินไปอาจส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญ โดยเฉพาะสมองและกร ลดลง ดังนั้น การรักษาจึงต้องอาศัยความสมดุลระหว่างการควบคุมความดันโลหิตและการคงการไหลเวียนเลือดไปยังอวัยวะสำคัญ

ในบริบทของห้องฉุกเฉิน พยาบาลเป็นบุคลากรด่านหน้าที่มีบทบาทสำคัญในการเริ่มต้นกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว การประเมินความรุนแรงของอาการ (Severity Assessment) การเฝ้าระวังสัญญาณชีพและการแสดงที่สำคัญ ตลอดจนการประสานงานกับทีม

สหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูงสุดภายใต้ข้อจำกัดด้านเวลาและทรัพยากร การตอบสนองต่อภาวะนี้จึงต้องเป็นไปอย่างรวดเร็ว แม่นยำ และเป็นระบบ เพื่อลดความล่าช้าในการวินิจฉัยและเริ่มต้นการรักษา ซึ่งมีผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ของมารดาและทารก

จากการทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติทั้งในระดับสากลและระดับประเทศ ได้แก่ American College of Obstetricians and Gynecologists⁴ (ACOG), World Health Organization⁵ (WHO), International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy⁶ (ISSHP) และราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย⁷ สามารถสังเคราะห์บทบาทของพยาบาลห้องฉุกเฉินในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระดับวิกฤตภายใต้กรอบการดูแลแบบบูรณาการได้เป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) การคัดกรองและประเมินเร่งด่วน (Rapid Assessment and Triage) เพื่อระบุระดับความรุนแรงของภาวะและความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน 2) การเริ่มการรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติอย่างทันที่ (Evidence-Based Intervention) โดยเฉพาะการให้ยาลดความดันโลหิตและการให้ Magnesium Sulfate ($MgSO_4$) อย่างเหมาะสม 3) การเฝ้าระวังทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง (Continuous Monitoring) โดยครอบคลุมการติดตามสัญญาณชีพ ปริมาณปัสสาวะ การประเมินการทำงานของระบบประสาท และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 4) การประสานการดูแลและการส่งต่อข้อมูล (Handover and Coordination) ผ่านการสื่อสารอย่างเป็นระบบ เช่น ISBAR^{4,7,17,22}

ก่อนกล่าวถึงบทบาทของพยาบาลห้องฉุกเฉิน จำเป็นต้องทำความเข้าใจกลไกทางสรีรวิทยาและพยาธิสรีรวิทยาของภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ก่อนซึ่งมีลักษณะสำคัญ คือ ความผิดปกติของการทำงานของเยื่อหลอดเลือด (Endothelial Dysfunction) ร่วมกับภาวะหลอดเลือดหดตัวทั่วร่างกาย (Generalized Vasospasm) ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญลดลงและนำไปสู่การเกิดภาวะความเสียหายของอวัยวะเป้าหมาย (Target Organ Damage)^{4,12,20} ภาวะดังกล่าวส่งผลโดยตรงต่อการไหลเวียนเลือดไปยังไต ทำให้การกรองและการดูดกลับสารสำคัญบกพร่อง เกิดการสูญเสียโปรตีนในปัสสาวะ (Proteinuria) เมื่อระดับโปรตีนในกระแสเลือด

ลดลง ความดันออนโคติก (Oncotic Pressure) จะลดลง ทำให้น้ำเคลื่อนออกจากหลอดเลือดไปสะสมในเนื้อเยื่อ ส่งผลให้เกิดอาการบวม (Edema) ซึ่งอาจพบได้บริเวณมือ เท้า ใบหน้า หรือในรายที่รุนแรงอาจบวมทั่วร่างกาย³ ซึ่งอาจพบได้ในบริเวณมือ เท้า ใบหน้า หรือในกรณีรุนแรงอาจเกิดการบวมทั่วร่างกาย นอกจากนี้ ความผิดปกติของระบบหลอดเลือดยังส่งผลต่ออวัยวะอื่น เช่น สมอง ตับ และรก ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ได้แก่ ภาวะชัก (Eclampsia) ความผิดปกติของการทำงานของตับ และภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (Fetal Growth Restriction)^{4,12,18} ความเข้าใจในกลไกดังกล่าวจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการประเมิน การตัดสินใจทางคลินิก และการกำหนดแนวทางการดูแลที่เหมาะสม โดยเฉพาะในบริบทของห้องฉุกเฉินที่ต้องอาศัยการตอบสนองอย่างรวดเร็วและแม่นยำ

บทบาทของพยาบาลห้องฉุกเฉินในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในภาวะวิกฤต สามารถแบ่งออกเป็น 4 ด้านสำคัญ ดังนี้

1) การประเมินเร่งด่วนและคัดกรอง (Rapid Assessment and Triage)

พยาบาลห้องฉุกเฉินเป็นบุคลากรด่านหน้าที่มีบทบาทสำคัญในการระบุภาวะความดันโลหิตสูงระดับวิกฤตในหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่จุดคัดกรอง (Triage) การประเมินที่รวดเร็วและแม่นยำตั้งแต่ระยะแรกมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการลดความล่าช้าในการรักษา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนของทั้งมารดาและทารกในครรภ์^{4,12,20-21}

1.1 การประเมินเบื้องต้นตามหลัก ABCDE และการวัดความดันโลหิตอย่างถูกต้อง

เมื่อผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์มาถึงห้องฉุกเฉิน พยาบาลควรเริ่มต้นด้วยการประเมินตามหลัก ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure) อย่างเป็นระบบ เพื่อค้นหาภาวะคุกคามชีวิตตั้งแต่ระยะแรก เช่น ภาวะหายใจลำบากจากน้ำท่วมปอด ระดับความรู้สึกตัวลดลง หรืออาการชัก ซึ่งอาจสัมพันธ์กับภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงหรือภาวะเลือดออกในสมอง^{4,11,14}

การวัดความดันโลหิตควรดำเนินการอย่างถูกต้องและได้มาตรฐาน โดยเลือกขนาดปลอกแขน (Cuff) ให้เหมาะสมกับรอบแขนของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยพักอย่างน้อย 5 นาที และวัดในท่านั่งหรือท่านอนตะแคงซ้าย เพื่อหลีกเลี่ยงผลกระทบจากภาวะหลอดเลือดดำใหญ่ถูกกดทับ (Supine Hypotensive Syndrome) ซึ่งพบได้ในหญิงตั้งครรภ์¹ หากพบว่าความดันโลหิตมีค่า $\geq 160/110$ มิลลิเมตรปรอท ควรวัดซ้ำเพื่อยืนยันความรุนแรงของภาวะ และลดความคลาดเคลื่อนจากการวัดครั้งเดียว^{4,7,12}

1.2 การค้นหาหลักฐานของการทำลายอวัยวะเป้าหมาย (A-HMOD)

ภาวะความดันโลหิตสูงระดับวิกฤตในหญิงตั้งครรภ์ ไม่ได้พิจารณาเพียงค่าความดันโลหิตที่สูงเท่านั้น แต่เป็นภาวะที่เกิดความเสียหายของอวัยวะเป้าหมาย (Target Organ Damage) เช่น สมอง หัวใจ ไต และตับ ร่วมด้วยซึ่งเรียกว่า Acute Hypertension-Mediated Organ Damage (A-HMOD) โดยอวัยวะที่มักได้รับผลกระทบ ได้แก่ สมอง หัวใจ ไต และตับ พยาบาลจึงต้องสามารถประเมินอาการได้อย่างครอบคลุมในหลายระบบ ได้แก่ ระบบประสาท เช่น ปวดศีรษะรุนแรง ตาพร่ามัว สับสน หรือชัก, ระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย หรือภาวะน้ำท่วมปอด, ระบบไต เช่น ปัสสาวะลดลง หรือค่าไต Creatinine เพิ่มขึ้น, ระบบตับ เช่น ปวดลิ้นปี่หรือชายโครงขวา ร่วมกับเกล็ดเลือดต่ำหรือเฮโมไลซิสตับสูง (Hemolysis, Elevated Liver enzymes, and Low Platelet count : HELLP Syndrome) หากพบอาการดังกล่าวร่วมกับความดันโลหิต $\geq 160/110$ มม.ปรอท ควรสงสัยภาวะ Hypertensive Emergency และรีบรายงานแพทย์ทันทีเพื่อเริ่มการรักษาอย่างเร่งด่วน^{2,4,12,20}

1.3 การประเมินอาการปวดท้องเฉียบพลันและภาวะรุนแรงร่วม

ในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์มีอาการปวดท้องเฉียบพลันร่วมกับความดันโลหิตสูง พยาบาลต้องพิจารณาภาวะฉุกเฉินที่คุกคามชีวิต เช่น ภาวะที่รกแยกตัวออกจากผนังมดลูกก่อนคลอด (Placental Abruptio), ภาวะตับแตก (Hepatic Rupture), ภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ฉีกขาด (Aortic Dissection) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างเร่งด่วน^{2,5,12}

การซักประวัติอาการปวดตามหลัก LOCER (ตำแหน่ง (Location), ระยะเวลา (Onset), ลักษณะ (Character), การร้าวของอาการปวด (Radiation)) ช่วยให้สามารถสามารถวินิจฉัยแยกโรคได้แม่นยำมากขึ้น เช่น อาการปวดร้าวไปหลังอาจสัมพันธ์กับ Aortic Dissection ขณะที่อาการปวดลิ้นปี่รุนแรงอาจบ่งถึงภาวะ HELLP Syndrome หรือครรภ์เป็นพิษรุนแรง^{2,12,18}

1.4 การประเมินทารกในครรภ์ (Fetal Well-being Assessment)

พยาบาลควรประเมินอัตราการเต้นหัวใจของทารก (Fetal Heart Rate: FHR) โดยเร็วที่สุด โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 24 สัปดาห์ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญของการไหลเวียนเลือดผ่านรกและภาวะสุขภาพของทารก^{4,7,12}

ในสถานพยาบาลที่มีทรัพยากรเพียงพอ อาจใช้ Non-Stress Test (NST) หรือการตรวจอัลตราซาวด์ข้างเตียง (Bedside Ultrasound) เพื่อประเมินภาวะของทารก ทั้งนี้การประเมินควรดำเนินการควบคู่ไปกับการรักษา และไม่ทำให้เกิดความล่าช้าในการจัดการภาวะฉุกเฉินของมารดา^{4,12}

1.5 การระบุภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง (Severe Features of Preeclampsia)

ภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะความดันโลหิตสูงระดับวิกฤต และอาจพัฒนาไปสู่ภาวะชัก (Eclampsia) หากไม่ได้รับการดูแลอย่างทันที่^{4,12,18} พยาบาลต้องสามารถระบุสัญญาณเตือน ได้แก่ ความดันโลหิต $\geq 160/110$ มม.ปรอท (ยืนยืนซ้ำ), ปวดศีรษะรุนแรง ตาพร่ามัว, ปวดลิ้นปี่หรือชายโครงขวา, เกิดเลือด $<100,000/\text{mm}^3$, ค่า Creatinine >1.1 mg/dL เมื่อพบอาการดังกล่าว ควรรีบแจ้งแพทย์ทันที และเตรียมการให้ MgSO_4 เพื่อป้องกันการชักตามแนวทางเวชปฏิบัติอย่างเร่งด่วน^{4,7,12}

โดยสรุปการคัดกรองและการประเมินเร่งด่วนโดยพยาบาลห้องฉุกเฉินถือเป็นกลไกสำคัญในระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระดับวิกฤต พยาบาลต้องสามารถระบุภาวะฉุกเฉินได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ประเมินอาการอย่างครอบคลุมทั้งมารดาและทารก และดำเนินการดูแลอย่างเป็นระบบ การตัดสินใจที่รวดเร็วและแม่นยำในระยะนี้มีผลโดยตรงต่อทิศทางการรักษา และมีส่วนสำคัญในการลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนในภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม^{4,12,20-21}

2) การเริ่มการรักษาตามแนวปฏิบัติ (Evidence-Based Intervention)

เมื่อพยาบาลห้องฉุกเฉินประเมินและยืนยันว่าผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์อยู่ในภาวะความดันโลหิตสูงระดับวิกฤต การเริ่มการรักษาอย่างทันที่และเป็นระบบถือเป็นหัวใจสำคัญของการลดการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อน การดูแลในระยะนี้ต้องสร้างสมดุลระหว่าง ความรวดเร็วในการลดความดันโลหิต และการคงการไหลเวียนเลือดไปยังสมองและรก (Maternal Fetal Perfusion) ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพภายใต้กรอบแนวทางเวชปฏิบัติสากล^{4,11-12,20}

2.1 หลักคิดสำคัญในการจัดการภาวะความดันโลหิตสูงในภาวะวิกฤต Hypertensive Crisis

หลักการสำคัญในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระดับวิกฤตประกอบด้วย 2 ประการ ได้แก่ 1) การลดความดันโลหิตอย่างปลอดภัย 2) การป้องกันภาวะชัก (Seizure Prophylaxis) โดยการดำเนินการควรเกิดขึ้นภายในระยะเวลาไม่เกิน 60 นาที (Golden Hour) เพื่อป้องกันการเกิดภาวะความเสียหายของอวัยวะเป้าหมายจากความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน (A-HMOD) และลดความเสี่ยงของภาวะสมองหรือรกขาดเลือด^{4,8,12,21,23}

แนวทางเวชปฏิบัติในปัจจุบันแนะนำให้จำแนกผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรงโดยยังไม่มีพบความเสียหายของอวัยวะเป้าหมาย ซึ่งควรมีการยืนยันค่าความดันโลหิตซ้ำ ประเมินปัจจัยกระตุ้น และพิจารณาเริ่มยาลดความดันโลหิตชนิดรับประทาน 2) ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับความเสียหายของอวัยวะเป้าหมาย (Hypertensive Emergency) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับยาลดความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำอย่างเร่งด่วน^{2,8,20}

เป้าหมายของการรักษาคือการลดระดับความดันโลหิตอย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยไม่ควรลดลงเกินร้อยละ 25 ของค่าตั้งต้นในช่วงแรก และควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ต่ำกว่า 160/110 มิลลิเมตรปรอท เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองและรกลดลง (Hypoperfusion)¹⁻²

2.2 ยาหลักที่ใช้ลดความดันโลหิตในหญิงตั้งครรภ์

พยาบาลห้องฉุกเฉินจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการเตรียมยา การบริหารยา และการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ของยาลดความดันโลหิตที่สามารถใช้ได้อย่างปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์ โดยยาที่แนะนำตามแนวทางเวชปฏิบัติประกอบด้วย 3 ชนิดหลักออกฤทธิ์ทันที^{4,7,12,14} ได้แก่

1) Labetalol ให้ทางหลอดเลือดดำ โดยเริ่มขนาด 20 มิลลิกรัม แบบ Bolus ภายใน 2 นาที หากความดันโลหิตยังคงสูงสามารถเพิ่มขนาดเป็น 40 มิลลิกรัมหลัง 10 นาที และเพิ่มเป็น 80 มิลลิกรัมทุก 10 นาทีตามลำดับ โดยขนาดยาสูงสุดไม่เกิน 220 มิลลิกรัม ข้อควรระวังคือควรหลีกเลี่ยงการใช้ในผู้ป่วยที่มีโรคหอบหืดหรือภาวะหัวใจล้มเหลว

2) Hydralazine ให้ทางหลอดเลือดดำในขนาด 5 - 10 มิลลิกรัม แบบ Bolus และสามารถให้ซ้ำได้ทุก 20 - 30 นาที โดยขนาดรวมไม่เกิน 30 มิลลิกรัม ควรเฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตลดลงอย่างรวดเร็วและภาวะหัวใจเต้นเร็ว

3) Nifedipine ชนิดออกฤทธิ์ทันที (Immediate-Release) ให้ทางปาก โดยเริ่มขนาด 10 มิลลิกรัม และสามารถให้ซ้ำขนาด 20 มิลลิกรัมทุก 20 นาที โดยขนาดรวมไม่เกิน 50 มิลลิกรัม ภายใน 1 ชั่วโมง เหมาะสำหรับกรณีที่ยังไม่สามารถเปิดเส้นหลอดเลือดดำได้ หรือในสถานการณ์เร่งด่วน

เป้าหมายของการรักษาคือการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในช่วงประมาณ 140 - 150/90 - 100 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งเป็นระดับที่ปลอดภัยและยังคงการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงรก (Uteroplacental Perfusion) พยาบาลควรใช้อุปกรณ์ควบคุมอัตราการให้ยา เช่น Infusion Pump หรือ Syringe Pump เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการบริหารยา พร้อมทั้งติดตามและบันทึกค่าความดันโลหิตทุก 10 - 15 นาทีอย่างเป็นระบบ เพื่อประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยของการรักษา^{4,12,20}

2.3 การให้ Magnesium Sulfate (MgSO_4)

Magnesium Sulfate (MgSO_4) เป็นมาตรฐานในการป้องกันและรักษาภาวะชักในผู้ป่วย Severe Preeclampsia และ Eclampsia โดยมีแนวทางการให้ยา คือ 1.ระยะเริ่มต้น (Loading dose) คือ 4 - 6 กรัม ให้ทางหลอดเลือดดำภายใน 20 - 30 นาที 2.ระยะคงระดับยา (Maintenance dose) คือ 1 - 2 กรัมต่อชั่วโมงให้ต่อเนื่อง^{4,7,12} การเฝ้าระวังพิษจากยาเป็นสิ่งสำคัญ พยาบาลต้องประเมินอย่างใกล้ชิด ได้แก่ การตอบสนองของ Deep Tendon Reflex (DTR) อัตราการหายใจ ≥ 12 ครั้งต่อนาที และปริมาณปัสสาวะ Output $\geq 25 - 30$ มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หากพบสัญญาณพิษ เช่น หายใจช้า รีเฟล็กซ์หายไป หรือปัสสาวะออกน้อย ต้องหยุดยาและให้ Calcium

gluconate 10% ขนาด 10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทันที เพื่อเป็นยาต้านพิษ^{4,12,15}

ในบริบทประเทศไทย หลายโรงพยาบาลได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการใช้ $MgSO_4$ อย่างเป็นระบบ ซึ่งช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาและลดภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกได้อย่างมีนัยสำคัญ^{3,9,15}

2.4 การดูแลระดับประคองและการประสาทมิม (Supportive Care)

ระหว่างการรักษาพยาบาลต้องให้การดูแลแบบองค์รวม โดยลดสิ่งกระตุ้น (แสง เสียง ความเครียด) จัดท่าผู้ป่วยให้นอนตะแคงซ้าย (Left Lateral Position) เพื่อลดการกดทับหลอดเลือดดำใหญ่ (Inferior Vena Cava Compression) และเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปยังรก (Uteroplacental Perfusion) รวมทั้งให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา โดยระมัดระวังไม่ให้บดบังอาการสำคัญทางคลินิก

นอกจากนี้การสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างมีโครงสร้าง เช่น การใช้รูปแบบ ISBAR มีบทบาทสำคัญในการลดความคลาดเคลื่อนและเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย^{6,14,17,22}

2.5 ความสำคัญของการรักษาภายใน 60 นาที (The Golden Hour Response)

แนวทาง AIM Severe Hypertension Bundle ระบุว่า การให้ยาลดความดันโลหิตครั้งแรกภายใน 30 นาที และควบคุมความดันได้ภายใน 60 นาที เป็นตัวชี้วัดคุณภาพสำคัญของระบบบริการ^{21,23} ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการเวลาในการรักษา ได้แก่ การติดตามเวลาเริ่มยา การบันทึกค่าความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง และการรายงานผลแบบเรียลไทม์

การดำเนินการที่มีประสิทธิภาพในช่วงเวลานี้สามารถลดอัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของมารดาได้อย่างมีนัยสำคัญ^{6,14,21,23} บทบาทของพยาบาลห้องฉุกเฉินในระยะเริ่มแรกคือการได้จำกัดอยู่เพียงการบริหารยาเท่านั้น แต่ครอบคลุมถึงการจัดการเชิงระบบของเวลา ความเสี่ยง และการตัดสินใจทางคลินิก ภายใต้บริบทของการดูแลที่ไวต่อเวลา ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือ ความรวดเร็ว ความแม่นยำ และการยึดตามแนวทางเวชปฏิบัติสากล พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการควบคุมความดันโลหิตอย่างปลอดภัย การป้องกันภาวะชัก และการเตรียมความพร้อมในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยวิกฤตหรือห้องผ่าตัด โดยอาศัยสมรรถนะด้านเภสัชวิทยา การประเมินอาการอย่างเป็นระบบ และการสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ การดำเนินการภายในกรอบเวลาไม่เกิน 60 นาทีตามมาตรฐานสากลถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนของมารดาได้อย่างชัดเจน^{4,8,12,21,23}

3) การเฝ้าระวังอย่างเป็นระบบ (Monitoring)

หลังเริ่มการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตและ $MgSO_4$ แล้ว ขั้นตอนที่มีความสำคัญไม่แพ้กันคือการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินการตอบสนองต่อการรักษา ค้นหาภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และคงไว้ซึ่งความปลอดภัยของทั้งมารดา

และทารกในครรภ์^{4,12,20,21} การเฝ้าระวังในระยะนี้ต้องดำเนินการอย่างใกล้ชิด เนื่องจากอาการของผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็วและมีผลต่อการตัดสินใจรักษา โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง (Severe Preeclampsia) ภาวะชักจากครรภ์เป็นพิษ (Eclampsia) หรือมีความเสียหายของอวัยวะเป้าหมายร่วมด้วย^{4,12,23}

3.1 การติดตามสัญญาณชีพและการประเมินระบบไหลเวียนโลหิต

พยาบาลต้องวัดและบันทึกสัญญาณชีพ (Vital Signs) ทุก 10 - 20 นาที จนกว่าความดันโลหิตจะคงที่ จากนั้นสามารถลดความถี่เป็นทุก 30 - 60 นาทีตามดุลยพินิจของแพทย์ แต่ต้องพร้อมประเมินซ้ำทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด หอบเหนื่อย หรือปวดศีรษะรุนแรง^{4,7,12} การติดตั้งระบบเฝ้าระวังคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง (Continuous Cardiac Monitoring) และการวัดออกซิเจนในเลือด (Pulse Oximetry; SpO_2) ช่วยให้สามารถตรวจพบภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือภาวะขาดออกซิเจนได้ตั้งแต่ระยะแรก ซึ่งอาจเกิดในผู้ป่วยที่ได้รับยาลดความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำ เช่น Hydralazine หรือ Labetalol ในขนาดสูง นอกจากนี้พยาบาลต้องประเมินการไหลเวียนเลือดส่วนปลาย (Peripheral Perfusion) เช่น สีผิว อุณหภูมิ และการเติมเลือดฝอย (Capillary Refill) เพื่อให้มั่นใจว่าการลดความดันโลหิตไม่ทำให้เกิดภาวะเลือดไปเลี้ยงอวัยวะไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเสื่อมหรือทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์^{8,12,20}

3.2 การเฝ้าระวังผลของ Magnesium Sulfate และการประเมินพิษยา

Magnesium Sulfate ($MgSO_4$) เป็นยาหลักในการป้องกันและรักษาภาวะชักในผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษรุนแรงและภาวะชักจากครรภ์เป็นพิษ แต่เป็นยาที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดเนื่องจากมีช่วงการรักษาแคบ พยาบาลควรประเมิน DTR อัตราการหายใจ และปริมาณปัสสาวะอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากตัวชี้วัดเหล่านี้สะท้อนความเสี่ยงต่อการคั่งของยาและการเกิดพิษได้ดี หากพบสัญญาณของพิษ เช่น หายใจช้าลง รีเฟล็กซ์ลดลงหรือหายไป ชีพจรช้า หรือปัสสาวะออกน้อย ควรหยุดยาและรีบรายงานแพทย์ พร้อมเตรียมให้ calcium gluconate ตามแนวทางเวชปฏิบัติ^{4,12,15}

การบันทึกเวลาเริ่มยา อัตราการให้ยา อาการเปลี่ยนแปลง และผลการประเมินอย่างต่อเนื่อง ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพการพยาบาลในระยะนี้^{3,9,15}

3.3 การติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและการประเมินอวัยวะเป้าหมาย

การเฝ้าระวังต้องครอบคลุมทั้งอาการทางคลินิกและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สะท้อนการทำงานของอวัยวะสำคัญ พยาบาลควรติดตามค่า CBC และเกล็ดเลือดเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อ HELLP syndrome รวมถึงค่า AST, ALT และ LDH เพื่อประเมินการทำงานของตับ และค่า serum creatinine ร่วมกับ protein

ในปัสสาวะเพื่อประเมินการทำงานของไต

หากผลตรวจบ่งชี้ว่าภาวะของผู้ป่วยรุนแรงขึ้น ควรรายงานแพทย์ทันทีเพื่อพิจารณาแนวทางการรักษาต่อไป ในกรณีที่สงสัยภาวะร้ายแรง เช่น เลือดออกในสมอง หลอดเลือดแดงใหญ่ฉีกขาด หรือรกลอกตัวก่อนกำหนด ควรแจ้งประสานการตรวจเพิ่มเติมโดยไม่ทำให้การรักษาที่จำเป็นล่าช้า^{2,4,12,20}

3.4 การเฝ้าระวังทารกในครรภ์และการสื่อสารกับสูติแพทย์

ในหญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ถึงระยะที่ทารกมีโอกาสรอดชีวิต การติดตามภาวะของทารกควรดำเนินการควบคู่ไปกับการดูแลมารดาอย่างใกล้ชิด พยาบาลควรประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารกตามทรัพยากรที่มี เช่น Doppler, เครื่องติดตามการเต้นหัวใจทารกแบบต่อเนื่อง (Electronic Fetal Monitoring: EFM) หรือการตรวจอัลตราซาวด์ข้างเตียง (bedside ultrasound) โดยไม่ทำให้การรักษามารดาล่าช้า นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้มารดาประเมินการเคลื่อนไหวของทารก (fetal movement count) หรือการนับลูกดิ้นอย่างสม่ำเสมอ เพื่อใช้เป็นตัวชี้วัดเบื้องต้นของภาวะสุขภาพทารกในครรภ์ ในกรณีที่มีทรัพยากรเพียงพอควรพิจารณาการตรวจ Non-Stress Test (NST) และการติดตามด้วย EFM อย่างต่อเนื่องหรืออย่างน้อยวันละครั้ง หรือตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อประเมิน fetal well-being อย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อนร่วม

ข้อมูลสำคัญที่พยาบาลควรสื่อสารกับสูติแพทย์อย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ค่าความดันโลหิตล่าสุด อาการทางระบบประสาท ปริมาณปัสสาวะ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ยาที่ได้รับ รวมถึงผลการประเมินทารก เช่น FHR pattern, ผล NST และการเคลื่อนไหวของทารก เนื่องจากข้อมูลเหล่านี้มีผลโดยตรงต่อการวางแผนการรักษา เช่น การยุติการตั้งครรภ์ การส่งต่อเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) หรือการเตรียมคลอดฉุกเฉิน^{4,7,12,22}

3.5 การจัดสิ่งแวดลอมและการลดปัจจัยกระตุ้น

การพยาบาลในระยะเฝ้าระวังควรครอบคลุมถึงการจัดสิ่งแวดลอม เนื่องจากความเจ็บปวด ความวิตกกังวล เสียงดัง แสงจ้า หรือสิ่งกระตุ้นมากเกินไป อาจทำให้อาการของผู้ป่วยแย่ลง พยาบาลควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่สงบ ลดการรบกวนที่ไม่จำเป็น และจัดท่านอนตะแคงซ้ายเพื่อลดการกดทับหลอดเลือดใหญ่และส่งเสริมการไหลเวียนเลือดกลับหัวใจและปอด

ควรอธิบายอาการและขั้นตอนการรักษาอย่างชัดเจนและอ่อนโยน เพื่อช่วยลดความกลัวและเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยและครอบครัว^{6,14,18}

โดยสรุปว่าการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องเป็นหัวใจสำคัญของการปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระดับวิกฤต พยาบาลต้องใช้ความรู้ด้านสรีรวิทยา การประเมินอย่างเป็นระบบ ทักษะการตีความข้อมูล และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้สามารถตรวจพบภาวะแทรกซ้อนและ

ตอบสนองได้อย่างทันท่วงที นอกจากนี้ การบันทึกข้อมูลอย่างครบถ้วนและแม่นยำยังมีบทบาทสำคัญต่อการประเมินคุณภาพการดูแล และการพัฒนาระบบบริการในระยะยาว^{4,12,21,23}

4) การประสานงานและการส่งต่อ (Handover and Coordination)

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระดับวิกฤตในห้องฉุกเฉินไม่ได้สิ้นสุดที่การให้ยาหรือควบคุมอาการระยะแรก แต่ยังรวมถึงการส่งต่อข้อมูลอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา เพื่อให้การดูแลในหน่วยงานถัดไป เช่น ห้องคลอด ห้องผ่าตัด หรือหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นไปอย่างปลอดภัยและต่อเนื่อง ภาวะนี้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมที่ไวต่อเวลา ดังนั้นความคลาดเคลื่อนในการสื่อสารเพียงเล็กน้อยอาจนำไปสู่ความล่าช้าในการรักษาหรือการตัดสินใจที่ผิดพลาดได้^{6-7,17,22}

4.1 หลักการของการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤต

การส่งต่อที่มีคุณภาพควรมีความชัดเจน กระชับ และครบถ้วน พยาบาลห้องฉุกเฉินจึงต้องสรุปข้อมูลสำคัญให้เข้าใจง่ายและตรงประเด็น เช่น อายุครรภ์ ค่าความดันโลหิตล่าสุด อาการสำคัญที่พบ (Severe Features) ยาและขนาดยาที่ได้รับ การตอบสนองต่อการรักษา ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และภาวะของทารกในครรภ์ แนวทางของราชวิทยาลัยสูติแพทย์แห่งประเทศไทยยังสนับสนุนการสื่อสารอย่างเป็นระบบ เพื่อลดความเสี่ยงระหว่างการส่งต่อ⁶⁻⁷

4.2 การใช้ ISBAR เพื่อการสื่อสารที่ปลอดภัย

เครื่องมือ ISBAR (I (Identification) ระบุผู้ป่วยและผู้รายงาน, S (Situation) สถานการณ์ปัจจุบันของผู้ป่วย, B (Background) ข้อมูลพื้นฐานหรือประวัติที่เกี่ยวข้อง, A (Assessment) การประเมินทางคลินิก, R (Recommendation) ข้อเสนอแนะหรือสิ่งที่ต้องการให้ดำเนินการต่อ) ช่วยให้การสื่อสารระหว่างทีมมีโครงสร้าง ลดการตกหล่นของข้อมูล โดยเฉพาะในห้องฉุกเฉินที่มีข้อจำกัดด้านเวลาและมีการเปลี่ยนผ่านการดูแลบ่อย พยาบาลสามารถใช้ ISBAR ได้ตั้งแต่การรายงานแพทย์เวร การส่งต่อผู้ป่วยไปยังห้องคลอด ไปจนถึงการส่งต่อระหว่างเวร ซึ่งช่วยเพิ่มความครบถ้วนของข้อมูล ลดความคลาดเคลื่อน และสนับสนุนการตัดสินใจของทีมรับต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{17,22}

4.3 การเตรียมเอกสารและข้อมูลประกอบการส่งต่อ

ก่อนส่งต่อพยาบาลควรจัดเตรียมเอกสารที่จำเป็นให้ครบ เช่น ใบสรุปการพยาบาล รายการยาที่ได้รับ ผลการติดตามความดันโลหิตและสัญญาณชีพ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และข้อมูลเกี่ยวกับทารกในครรภ์ เอกสารเหล่านี้ไม่เพียงช่วยป้องกันการให้ยาซ้ำซ้อนหรือการพลาดข้อมูลสำคัญ แต่ยังช่วยให้ทีมปลายทางสามารถดำเนินการดูแลต่อได้อย่างรวดเร็วและมั่นใจมากขึ้น แนวคิดการสื่อสารแบบวาจาพร้อมกับเอกสาร (Verbal Plus Written Handover) จึงเหมาะสมอย่างยิ่งกับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงเช่นนี้^{6,14,17}

4.4 การประสานงานแบบสหสาขาวิชาชีพ

ผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะนี้มักต้องได้รับการดูแลจาก

หลายสาขา เช่น สูติแพทย์ វិสัญญณ์แพทย์ อายุรแพทย์ และทีมเวชบำบัดวิกฤต พยาบาลห้องฉุกเฉินจึงทำหน้าที่เป็นผู้ประสานข้อมูลและเชื่อมโยงการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การประเมินควบคุมอาการ ไปจนถึงการเตรียมส่งต่อ การประสานงานที่มีประสิทธิภาพช่วยลดระยะเวลาในการเริ่มการรักษา (Door-to-Treatment Time) และเพิ่มโอกาสที่ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามแนวทางหรือ Protocol อย่างครบถ้วน^{8,21,23}

4.5 การประเมินคุณภาพของการส่งต่อ

หลังการส่งต่อ ควรมีการทบทวนกระบวนการสื่อสารและการประสานงานอย่างสม่ำเสมอ เช่น การ Debriefing หรือการ Audit เพื่อประเมินความครบถ้วนของข้อมูล ความทันเวลา และจุดที่ควรปรับปรุง การดำเนินการดังกล่าวช่วยยกระดับคุณภาพบริการและสอดคล้องกับแนวคิด Patient Safety Bundles ที่เน้นการพัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่อง^{6,17,21,23}

โดยสรุปการส่งต่อที่มีคุณภาพไม่ใช่เพียงการถ่ายทอดข้อมูล แต่เป็นการถ่ายทอดความต่อเนื่องของการดูแล พยาบาลห้องฉุกเฉินจึงมีบทบาทสำคัญในฐานะผู้นำการสื่อสารทางคลินิก โดยต้องบูรณาการข้อมูลที่เป็น เครื่องมือมาตรฐาน และการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยและต่อเนื่องในทุกระดับของระบบบริการ^{6-7,17,22}

ความท้าทายของบทบาทพยาบาลห้องฉุกเฉิน

แม้ว่าพยาบาลห้องฉุกเฉินจะมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง แต่การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังเผชิญความท้าทายทั้งในเชิงระบบและการปฏิบัติ ผู้ป่วยมักมีอาการซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว อีกทั้งเป็นสถานการณ์ที่ต้องดูแลทั้งมารดาและทารกพร้อมกัน จึงต้องอาศัยทักษะทางคลินิกสูง ความพร้อมของระบบ และการทำงานเป็นทีมอย่างมีประสิทธิภาพ^{8,14,21,24}

ประการแรก ความซับซ้อนของอาการทำให้การวินิจฉัยแยกโรคเป็นเรื่องท้าทาย อาการอย่างปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ปวดท้อง หรือคลื่นไส้อาเจียนได้ในภาวะทั่วไปของการตั้งครรภ์ แต่ก็อาจเป็นสัญญาณเริ่มต้นของ Severe Preeclampsia, Eclampsia หรือภาวะฉุกเฉินอื่นที่คุกคามชีวิตได้ หากคัดกรองล่าช้า ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจะเพิ่มขึ้น^{2,4,12,18}

ประการที่สอง ข้อจำกัดด้านเวลาและทรัพยากรยังเป็นอุปสรรคสำคัญ โดยเฉพาะในหน่วยบริการที่มีบุคลากรจำกัดหรืออุปกรณ์ไม่ครบ เช่น Infusion Pump, ระบบติดตามสัญญาณชีพต่อเนื่อง หรือเครื่องมือประเมินทารกในครรภ์ ความพร้อมของระบบมีผลโดยตรงต่อความสามารถในการดูแลให้เป็นไปตามกรอบเวลา 30 - 60 นาที ที่แนะนำใน Patient Safety Bundles^{3,6,15,21,23}

ประการที่สาม ยังมีช่องว่างด้านสมรรถนะเฉพาะทาง พยาบาลห้องฉุกเฉินจำนวนมากมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทั่วไป แต่การดูแลภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมต้องใช้ความรู้เฉพาะด้านเพิ่มเติม ทั้งเรื่องการใช้ยาในหญิงตั้งครรภ์ การเฝ้าระวังภาวะชัก การประเมิน Fetal Status และการสื่อสารกับทีมสูติกรรม

อย่างมีประสิทธิภาพ^{4,7,14,16}

ประการสุดท้าย ภาระงานและความเครียดทางอารมณ์ เป็นเรื่องที่ไม่ควรมองข้าม พยาบาลฉุกเฉินมักทำงานภายใต้แรงกดดันสูง ต้องตัดสินใจรวดเร็ว และรับผิดชอบต่อผลลัพธ์ที่กระทบทั้งมารดาและทารก งานวิจัยร่วมสมัยสะท้อนว่าความเหนื่อยล้าสะสมและภาวะหมดไฟในพยาบาลฉุกเฉินสัมพันธ์กับคุณภาพการดูแลและแนวโน้มลาออกจากงาน จึงควรมีระบบสนับสนุนด้านจิตใจและสภาพแวดล้อมการทำงานควบคู่กันไป^{14,24}

ความท้าทายสำคัญ ได้แก่ ความยากในการวินิจฉัยแยกโรคจากอาการที่คล้ายภาวะทั่วไปของการตั้งครรภ์ ข้อจำกัดด้านเวลา และทรัพยากร ช่องว่างด้านสมรรถนะเฉพาะทาง และภาระงานที่สูง ซึ่งอาจนำไปสู่ความเหนื่อยล้าและภาวะหมดไฟของพยาบาล จึงควรมีระบบสนับสนุนทั้งด้านวิชาชีพและด้านจิตใจควบคู่กัน^{14,24}

ข้อเสนอแนะ

เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระดับวิกฤต ควรพัฒนาใน 3 ระดับ ได้แก่ ระดับนโยบาย ระดับระบบบริการ และระดับบุคลากร^{6-7,21,23}

1) ระดับนโยบาย ควรส่งเสริมการใช้แนวทางดูแลที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วทั้งระบบ โดยบูรณาการข้อแนะนำจาก ACOG, ISSHP, WHO และแนวทางของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เพื่อให้โรงพยาบาลทุกระดับสามารถดูแลผู้ป่วยตามเกณฑ์เดียวกัน และติดตามตัวชี้วัดสำคัญ เช่น เวลาถึงการรักษาครั้งแรกและความครบถ้วนของการส่งต่อ^{4,7,12}

2) ระดับระบบบริการควรมี Care Bundle หรือ Protocol เฉพาะสำหรับ Severe Hypertension in Pregnancy ในห้องฉุกเฉิน ซึ่งครอบคลุมการคัดกรอง การให้ยา การเฝ้าระวัง และการส่งต่อ รวมถึงการฝึกซ้อมสถานการณ์จำลองอย่างสม่ำเสมอ เพราะการเตรียมระบบล่วงหน้าช่วยลดความล่าช้าและเพิ่มความพร้อมของทีมเมื่อเกิดเหตุการณ์จริง^{6,14,21,23}

3) ระดับบุคลากร ควรพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเฉพาะทางด้าน Obstetric Emergency Nursing สำหรับพยาบาลห้องฉุกเฉิน ส่งเสริมการเรียนรู้ผ่าน Simulation การมีพี่เลี้ยงทางคลินิก และการสนับสนุนทางจิตใจหลังเหตุการณ์วิกฤต เพื่อเพิ่มความมั่นใจ สมรรถนะ และความยืดหยุ่นของทีมพยาบาลในระยะยาว^{3,8,14,24}

บทสรุป

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระดับวิกฤตเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและต้องการการดูแลแบบบูรณาการ ตั้งแต่แรกที่มีมาถึงห้องฉุกเฉิน พยาบาลห้องฉุกเฉินมีบทบาทสำคัญตั้งแต่การคัดกรอง การเริ่มรักษา การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ไปจนถึงการสื่อสารและการส่งต่ออย่างเป็นระบบ บทบาทเหล่านี้เชื่อมโยงกันและส่งผลโดยตรงต่อความปลอดภัยของมารดาและทารก^{4,12,21,23}

ดังนั้นการพัฒนาความรู้ ทักษะ และระบบสนับสนุนสำหรับ

พยาบาลห้องฉุกเฉินจึงไม่ใช่เพียงการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากร แต่เป็นการลงทุนที่สำคัญต่อคุณภาพของระบบบริการสุขภาพมารดาและทารกในภาพรวม หากระบบสามารถทำให้การดูแลเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว แม่นยำ และต่อเนื่อง โอกาสในการลดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและการเสียชีวิตก็จะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ^{6,14,21,24}

เอกสารอ้างอิง

- Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: A report of the American college of cardiology/American heart association task force on clinical practice guidelines. *Hypertension*. 2018;71(6):e13-e115. doi:10.1161/HYP.0000000000000065
- Balahura AM, Moroi ştefan I, Scafa-Udrişte A, et al. The management of hypertensive emergencies-is there a “magical” prescription for all? *J Clin Med*. 2022;11(11):3138. doi:10.3390/jcm11113138
- อริสรา สุขวิจิณี, เพชรรัตน์ รุจิพงศ์ และวิมลวรรณ เลิศวงศ์เผ่าพันธุ์ การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่แผนกฉุกเฉิน. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*. 2568;52(1):167-183. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cm nursing/article/view/270303>
- American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Gestational hypertension and preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, number 222: ACOG Practice Bulletin, number 222. *Obstet Gynecol*. 2020;135(6):e237-e260. doi:10.1097/AOG.0000000000003891
- World Health Organization. *WHO Recommendations on Antiplatelet Agents for the Prevention of Pre-eclampsia*. World Health Organization; 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037540>. Accessed September 20, 2025.
- Institute for Healthcare Improvement. *Patient Safety Essentials Toolkit*. Institute for Healthcare Improvement. <https://www.ihl.org/library/tools/patient-safety-essentials-toolkit>. Accessed March 20, 2025.
- ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. *แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์*. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2563. เอกสารหมายเลข OB 63-021.
- International Council of Nurses. *Core Competencies in Disaster Nursing: Competencies for Nurses Involved in Emergency Medical Teams (Level III)*. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses; 2022.
- Ghaith S, Campbell RL, Ginsberg Z, et al. Characteristics, Interventions, and Outcomes for Patients Presenting to the Emergency Department With Abdominal Pain. *Acad Emerg Med*. 2026;33(1):e70110. doi:10.1111/acem.70110
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Hypertension in pregnancy: diagnosis and management*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng133>. Accessed April 28, 2025.
- Bress AP, Anderson TS, Flack JM, et al. The management of elevated blood pressure in the acute care setting: A scientific statement from the American heart association. *Hypertension*. 2024;81(8):e94-e106. doi:10.1161/HYP.0000000000000238
- น้ำทิพย์ ดั่งเงิน. *การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรง*. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์. <http://nrh.nopparat.go.th/academic/public/view/read.php?id=79> Accessed March 20, 2025.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562*. กรุงเทพมหานคร: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย; 2562.
- Magee LA, Brown MA, Hall DR, et al. The 2021 International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy classification, diagnosis & management recommendations for international practice. *Pregnancy Hypertens*. 2022;27:148-169. doi:10.1016/j.preghy.2021.09.008
- Brown MA, Magee LA, Kenny LC, et al. Hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP

- classification, diagnosis, and management recommendations for international practice: ISSHP classification, diagnosis, and management recommendations for international practice. *Hypertension*. 2018; 72(1):24-43. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.117.10803.
16. Emergency Nurses Association. *Emergency Nursing Core Curriculum. 8th ed.* Elsevier; 2026.
17. Galli A, Andreoli E, Pallua FY, et al. Improvement of nursing handover in emergency department: a prospective observational cohort study. *Discov Health Syst*. 2025;4(1). doi:10.1007/s44250-025-00180-3
18. รุ่งฤดี พันธุ์ประเสริฐ. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรง: กรณีศึกษา. *วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี*. 2563;29(1):17-27. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/shj/article/view/248790>.
19. Bernstein PS, Martin JN Jr, Barton JR, et al. Consensus bundle on severe hypertension during pregnancy and the postpartum period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2017;46(5): 776-787. doi:10.1016/j.jogn.2017.05.003
20. Mancía G, Kreutz R, Brunström M, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA): Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *J Hypertens*. 2023;41(12):1874-2071. doi:10.1097/HJH.000000000000348
21. Prior A, Taylor I, Gibson KS, Allen C. Severe hypertension in pregnancy: Progress made and future directions for patient safety, quality improvement, and implementation of a patient safety bundle. *J Clin Med*. 2024;13(17):4973. doi:10.3390/jcm13174973
22. Chaica V, Marques R, Pontífice-Sousa P. ISBAR: A handover nursing strategy in emergency departments, scoping review. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(3):399. doi:10.3390/healthcare12030399
23. Sims TD, Shubert L, Denning S, Shay L, Green C, Davidson C. Impact of a maternal early warning system and severe hypertension safety bundle on timely treatment of hypertensive emergencies: A quality improvement and health equity initiative. *BJOG*. 2025;132(13):2160-2167. doi:10.1111/1471-0528.18273
24. Barnard NB, Rothmann S, De Beer LT, Lubbe W. Burnout of emergency nurses in a South African context: the role of job demands and resources, and capabilities. *Front Psychol*. 2023;14:1119063. doi:10.3389/fpsyg.2023.1119063

การอ้างอิง

ดวงกมล ประสพแสนทวี. บทบาทพยาบาลห้องฉุกเฉินในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงในภาวะวิกฤต. *วารสารวิชาการราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์*. 2569; 8(4): 380-388. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jcra/article/view/278552>

Prasopsantawee D. The Role of Emergency Nurses in Managing Pregnant Women with Hypertensive Crisis. *J Chulabhorn Royal Acad*. 2026; 8(4): 380-388. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jcra/article/view/278552>

Online Access

<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jcra/article/view/278552>

