

บทความพิเศษ

ภาวะ Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, Low Platelets

(HELLP) Syndrome : บทบาทพยาบาลเพื่อการป้องกันและดูแลรักษา

สุพรรณิกา ปานศรี จิตาพร ศิริวัลย์ ดารินทร์ ศรีชุม และ อายุพร ประสิทธิ์เวชชากร

ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

บทนำ

ภาวะ HELLP Syndrome คือกลุ่มอาการเม็ดเลือดแดงแตก (Hemolysis) เอนไซม์ตับสูงขึ้น (Elevated Liver Enzymes) และเกล็ดเลือดต่ำ (Low Platelets) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ อาจทำให้เกิดความทุกข์ทรมานหรือเสียชีวิตได้ ภาวะ HELLP Syndrome ได้ถูกอธิบายครั้งแรกโดย Weinstein ในปี ค.ศ. 1982 ซึ่งกล่าวว่าเป็นกลุ่มอาการภาวะแทรกซ้อนที่แยกออกจากครรภ์เป็นพิษรุนแรงหรือภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ ภาวะนี้เกิดขึ้นร้อยละ 0.25-0.73 ของหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด^{1,2} นอกจากนี้ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์หรือภาวะชักจากความดันโลหิตสูง (Preeclampsia or Eclampsia) จะเพิ่มความเสี่ยงการเกิดภาวะ HELLP syndrome โดยพบรายงานการเกิดถึงร้อยละ 18.6-33.54^{2,3} สำหรับในประเทศไทย พบรายงานการเกิดภาวะ HELLP syndrome ร้อยละ 0.14 ของหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด⁴ และร้อยละ 4.1-12.5 ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง (Severe pre-eclampsia)^{5,6} หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงหรือมีภาวะ HELLP Syndrome มักเกิดขึ้นในช่วงไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ โดยร้อยละ 25 เกิดขึ้นภายใน 48 ชั่วโมงหลังคลอด และพบว่าร้อยละ 7.2 ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย HELLP syndrome มีการกลับเป็นซ้ำในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป นอกจากนี้ภาวะ HELLP Syndrome สามารถนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่รุนแรงของมารดาและทารก เช่น ภาวะชัก (Eclampsia) การคลอดก่อนกำหนด (Preterm Labour) ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด (Abruptio Placenta) ภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute Kidney Injury; AKI) ภาวะน้ำท่วมปอด (Pulmonary Edema) การเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ (Maternal Death) และการเสียชีวิตของทารกในครรภ์ (Fetal Death)⁷⁻¹¹

คำสำคัญ: ● พยาธิสรีรวิทยา ● สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง ● อาการและอาการแสดง ● การตรวจวินิจฉัย
● แนวทางการรักษา ● บทบาทพยาบาลเพื่อการป้องกันและดูแลรักษา

เวชสารแพทย์ทหารบก 2568;78(1):39-50.

ได้รับต้นฉบับ 18 ตุลาคม 2567 แก้ไขบทความ 27 มกราคม 2568 รับลงตีพิมพ์ 20 มีนาคม 2568.

ต้องการสำเนาต้นฉบับติดต่อ สุพรรณิกา ปานศรี ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

ภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ (Hypertension Disorders in Pregnancy: Preeclampsia; Gestational Hypertension; Chronic hypertension) เกิดขึ้นในหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 10²² ภาวะครรภ์เป็นพิษหรือ ภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังร่วมกับครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia Superimposed on Chronic Hypertension) ส่งผลต่อทุกระบบในร่างกาย⁸ อาการที่มักจะพบ ได้แก่ เกล็ดเลือดต่ำ (Thrombocytopenia) การทำงานของไตผิดปกติ (Renal Dysfunction) การถูกทำลายของตับ (Hepatocellular Necrosis) และระบบประสาทส่วนกลางถูกรบกวน (Central Nervous System Perturbations) หรือ ภาวะการมีของเหลวในปอด (Pulmonary Edema)⁹ The American College of Obstetricians and Gynecologists (2020) จำแนกประเภทของครรภ์เป็นพิษออกเป็นชนิดรุนแรง (Severe) และไม่รุนแรง (Non severe)¹³ โดยครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงจะมีอาการ ได้แก่ ความดันโลหิต Systolic มากกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท และ Diastolic มากกว่า 110 มิลลิเมตรปรอท อาจเกิดร่วมกับอาการปวดศีรษะ (Headache) ตาพร่ามัว (Visual disturbances) จุกแน่นลิ้นปี่ (Upper abdominal pain) อาการชัก (Eclampsia) และอาจเกิดภาวะ HELLP Syndrome ซึ่งจะพบภาวะเม็ดเลือดแดงแตก เอนไซม์ตับเพิ่มขึ้น และภาวะเกล็ดเลือดต่ำร่วมด้วย⁸ ทั้งภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงและภาวะ HELLP Syndrome ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทั้งต่อมารดาและทารก¹⁴ ดังนั้น การประเมินความเสี่ยงเพื่อวางแผนป้องกันและเฝ้าระวังอาการในระยะแรกเริ่ม (Early Detection) วินิจฉัยและรักษาได้อย่างรวดเร็ว เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล และหากเกิดภาวะ HELLP Syndrome พยาบาลต้องดูแลและติดตามอาการของหญิงตั้งครรภ์และทารกอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เพื่อป้องกันการเกิดความทุกข์ทรมานหรือการเสียชีวิตในหญิงตั้งครรภ์และทารก

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออภิปรายหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความทันสมัย เกี่ยวกับความหมาย อุบัติการณ์ พยาธิสรีรวิทยา สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยและประเภทของภาวะ HELLP Syndrome รวมถึงผลต่อการตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ แนวทางการรักษาและบทบาทของพยาบาลในการป้องกัน และดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ HELLP Syndrome

พยาธิสรีรวิทยา

การแตกของเม็ดเลือดแดง ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของภาวะนี้ เกิดจากภาวะโลหิตจางแบบ Microangiopathic Haemolytic Anaemia (MAHA) การแตกของเม็ดเลือดแดงเกิดจากการไหลผ่านเส้นเลือดที่ถูกทำลายและมีขนาดเล็กด้วยความเร็วสูง เส้นเลือดมีขนาดแคบลงเนื่องจากความเสียหายของชั้นในของเส้นเลือด (Intima damage) ความผิดปกติของเยื่อบุผนังเส้นเลือด (Endothelial dysfunction) รวมถึงการสะสมของไฟบรินทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือด การพบเม็ดเลือดแดงแตกเป็นชิ้นๆ (Schizocytes) หรือเม็ดเลือดแดงที่หดตัวและมีหนาม (Burr cells) ในสเมียร์เลือดส่วนปลาย (Peripheral blood smear) แสดงถึงการแตกของเม็ดเลือดแดงและการเกิด MAHA อย่างชัดเจน^{8,15} นอกจากนี้ยังพบเซลล์เม็ดเลือดแดงหลายสี (Polychromatic red cells) ในสเมียร์เลือด และมีการเพิ่มขึ้นของเซลล์เรติคูลโลไซต์ (Reticulocyte) ที่ยังไม่โตเต็มที่เข้าสู่กระแสเลือดส่วนปลายเพื่อทดแทนเซลล์เม็ดเลือดแดง การทำลายเซลล์เม็ดเลือดแดงจากการแตกของเม็ดเลือดแดงทำให้ระดับเอนไซม์แลคเตทเดไฮโดรจีเนส (Lactate Dehydrogenase; LDH) ในเลือดสูงขึ้นและความเข้มข้นของฮีโมโกลบินลดลง นอกจากนี้ ภาวะฮีโมโกลบินในเลือดหรือปัสสาวะ (Haemoglobinaemia หรือ Haemoglobinuria) ซึ่งสามารถพบได้ในผู้หญิงประมาณร้อยละ 10 โดยฮีโมโกลบินจะถูกเปลี่ยนเป็นบิลิรูบินที่ไม่จับตัว (Unconjugated bilirubin) ในม้ามหรืออาจจับกับ Haptoglobin ใน Plasma ซึ่ง Haemoglobin-haptoglobin complex จะถูกกำจัดอย่างรวดเร็วที่ตับ ทำให้ระดับ Haptoglobin ในเลือดต่ำหรือไม่สามารถตรวจพบได้แม้จะมีการแตกของเม็ดเลือดแดงในระดับปานกลาง ดังนั้น ความเข้มข้นของ Haptoglobin ที่ต่ำ (< 1 g/L – 0.4 g/L) สามารถใช้ในการวินิจฉัยการแตกของเม็ดเลือดแดงได้⁷ ดังนั้น การวินิจฉัยการแตกของเม็ดเลือดแดงจึงใช้ความเข้มข้นที่สูงของเอนไซม์ LDH และการตรวจพบ Unconjugated bilirubin ทั้งนี้การตรวจพบความเข้มข้นที่ต่ำของ Haptoglobin หรือไม่สามารถตรวจพบได้ถือเป็นตัวบ่งชี้ที่เฉพาะเจาะจงมากกว่าของการเกิดภาวะเม็ดเลือดแดงแตก^{7,15}

การเพิ่มขึ้นของเอนไซม์ตับ อาจสะท้อนถึงกระบวนการแตกของเม็ดเลือดแดงและการบาดเจ็บหรือการตายของเนื้อตับ (Hepatic Infraction) การแตกของเม็ดเลือดแดงมีส่วนทำให้ระดับ LDH สูงขึ้นอย่างมาก ในขณะที่ระดับเอนไซม์ Aspartate Aminotransferase (AST) และ Alanine Aminotransferase (ALT) ที่เพิ่มขึ้นส่วนใหญ่เกิดจากการบาดเจ็บของตับ⁸

ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (Platelets < $150 \times 10^9/L$) ในขณะตั้งครรภ์อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ภาวะเกล็ดเลือดต่ำขณะตั้งครรภ์ (Gestational Thrombocytopenia (59%) ภาวะเกล็ดเลือดต่ำภูมิคุ้มกัน (Immune Thrombocytopenic Purpura; ITP) (11%) ครรภ์เป็นพิษ (10%) และภาวะ HELLP Syndrome (12%) แต่อย่างไรก็ตาม เกล็ดเลือดที่ต่ำกว่า $100 \times 10^9/L$ ค่อนข้างพบได้น้อยในภาวะครรภ์เป็นพิษหรือภาวะเกล็ดเลือดต่ำขณะตั้งครรภ์ แต่อาจพบได้ในภาวะ ITP หรือภาวะ HELLP Syndrome แต่จำนวนเกล็ดเลือดที่ลดลงในภาวะ HELLP Syndrome เกิดจากการใช้เกล็ดเลือดที่เพิ่มขึ้น โดยเกล็ดเลือดจะถูกกระตุ้นและจับกับเซลล์เยื่อหลอดเลือดที่เสียหาย ทำให้มีการใช้เกล็ดเลือดเพิ่มขึ้นแต่อายุการใช้งานสั้นลง¹⁵

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

สาเหตุที่แท้จริงของกลุ่มอาการ HELLP ยังไม่สามารถอธิบายได้อย่างแน่ชัด แต่มีหลายทฤษฎีและปัจจัยที่เชื่อว่ามีส่วนเกี่ยวข้อง^{7,8,16} ดังนี้

1. ความผิดปกติของการอักเสบในระบบ (Systemic Inflammatory Disorder) กลุ่มอาการ HELLP เชื่อว่าเกิดจากการตอบสนองของการอักเสบในระบบที่มากเกินไป ส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อเยื่อหลอดเลือดและการแข็งตัวของเลือดที่ผิดปกติ

2. ความสัมพันธ์กับภาวะครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia) ซึ่งกลุ่มอาการ HELLP มักเกิดร่วมกับภาวะครรภ์เป็นพิษหรือภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง การฝังตัวของรกที่ไม่สมบูรณ์ทำให้เลือดไหลเวียนไปยังรกลดลง เกิดความเครียดจากออกซิเดชัน (Oxidative Stress) และการปล่อยสารที่ทำให้เกิดการอักเสบ ซึ่งอาจนำไปสู่การพัฒนาของกลุ่มอาการ HELLP

3. ปัจจัยทางพันธุกรรมและอีพิเจเนติกส์ (Genetic and Epigenetic Factors) เชื่อว่ามีปัจจัยทางพันธุกรรมที่ส่งผลให้เกิดความเสี่ยง รวมถึงอิทธิพลจากอีพิเจเนติกส์ (Epigenetic Influences) เช่น ยีนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมระบบภูมิคุ้มกัน การแข็งตัวของเลือด และสุขภาพของหลอดเลือด

4. ความผิดปกติของภูมิคุ้มกัน (Immunological Dysfunction) ความล้มเหลวในการปรับตัวของระบบภูมิคุ้มกันของมารดาต่อเนื้อเยื่อรกและทารก อาจมีบทบาทสำคัญ การตอบสนองของภูมิคุ้มกันที่ผิดปกติสามารถเพิ่มความรุนแรงของการอักเสบและความเสียหายต่อเยื่อหลอดเลือด

5. การปรับตัวของระบบหัวใจและหลอดเลือดที่ผิดปกติในมารดา (Maternal Cardiovascular and Inflammatory Maladaptation) การที่มารดาไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือดหรือการอักเสบในระหว่างตั้งครรภ์ได้ อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดกลุ่มอาการนี้ ส่งผลกระทบต่อการทำงานของตับ เกล็ดเลือด และความสมบูรณ์ของเยื่อหลอดเลือด

ปัจจัยเสี่ยงของภาวะ HELLP Syndrome ได้แก่ การเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษและความผิดปกติของความดันโลหิต ซึ่งมีความสัมพันธ์อย่างมากระหว่างกลุ่มอาการ HELLP และภาวะครรภ์เป็นพิษ โดยประมาณ 10–20% ของผู้หญิงที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงจะพัฒนากลุ่มอาการ HELLP ร่วมด้วย⁷ อายุของมารดา (Maternal Age) ที่มากขึ้น โดยเฉพาะมากกว่า 30 ปี ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดกลุ่มอาการ HELLP เช่นกัน¹⁷ นอกจากนี้ ปัจจัยอื่นๆ เช่น การตั้งครรภ์หลายครั้ง (Multiparity)¹⁷ ประวัติการเกิดกลุ่มอาการ HELLP ก่อนหน้านี้ (Previous History of HELLP Syndrome)¹⁶ หรือการตั้งครรภ์แฝด (Multiple Gestations)¹⁷ เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะ HELLP Syndrome

อาการและอาการแสดง

อาการแสดงทางคลินิกของภาวะ HELLP syndrome ได้แก่ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน และปวดศีรษะ บางครั้งมีอาการไม่ชัดเจน และอาจคล้ายคลึงกับอาการของปัญหาสุขภาพอื่น เช่น ติดเชื้อไวรัสในกระเพาะอาหาร และลำไส้ ไข้หวัด โรคถุงน้ำดี ไวรัสตับอักเสบ โรคเกล็ดเลือดต่ำจากภูมิคุ้มกัน และอาการทั่วไปที่เกิดขณะตั้งครรภ์ จึงทำให้วินิจฉัยโรคได้ยากขึ้น หญิงตั้งครรภ์แต่ละรายจะมีอาการที่แตกต่างกันไป โดยหญิงตั้งครรภ์อาจจะรู้สึกไม่สบายหรืออ่อนแรง ปวดท้องโดยเฉพาะส่วนบน คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะหรือหัวไหล่ บวมบริเวณใบหน้าหรือมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากและรวดเร็ว มองเห็นเป็นภาพเบลอ และการมองเห็นเปลี่ยนแปลงไป สำหรับอาการที่พบได้ยากจะเป็นเลือดกำเดาไหลหรือเลือดออกที่หยุดไหลช้า รู้สึกสับสน หรือชัก อาจมีอาการตัวเหลืองตาเหลืองแต่พบได้น้อย และพบภาวะ Disseminated Intravascular Coagulation (DIC) ได้ร้อยละ 20 ของผู้ป่วย¹⁵ แพทย์อาจสงสัยภาวะ HELLP syndrome ในผู้ป่วย Pre-eclampsia ที่มีอาการรุนแรง โดยกลุ่มอาการประกอบไปด้วยความผิดปกติ 3 ประการ ได้แก่ 1) ตรวจพบเม็ดเลือดแดงแตกตัวจากการสลายเม็ดเลือด หรือตรวจพบระดับ LDH เพิ่มขึ้น 2) ตรวจพบระดับเอนไซม์ตับ (AST หรือ ALT) สูงขึ้น และ 3) ตรวจพบจำนวนเกล็ดเลือดลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยจำเป็นต้องส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมเพื่อการวินิจฉัย⁸

โดยทั่วไปการวินิจฉัยภาวะ HELLP syndrome จะได้จากการรวบรวมอาการ และอาการแสดงของโรค รวมถึงการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ 1) Hemolysis: Serum Lactate Dehydrogenase; LDH ≥ 600 U/L หรือมีอาการแสดงอื่นของภาวะ Hemolysis เช่น Peripheral blood smear; PBS พบ schistocytes หรือ serum bilirubin > 1.2 mg/dL 2) Elevate Liver enzyme: AST or ALT > 2 เท่า ของ normal upper limit หรือ AST > 70 หรือ ALT > 50 IU/L 3) Low Platelet: Plt $< 100 \times 10^9/L$ โดยที่ไม่จำเป็นต้องมี New onset Proteinuria หรือ Severe features แต่อย่างไรก็ตาม ในผู้ป่วยบางราย อาจมีอาการแสดงในช่วงแรกไม่ครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ HELLP syndrome เนื่องจากอาการบางอย่างอาจต้องพิจารณาแยกจากภาวะผิดปกติอื่น¹⁹ เช่น หากภาวะนี้เกิดในการตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์น้อย หรือช่วงหลังคลอด (Postpartum) มากกว่า 48 ชั่วโมง อาจต้องพิจารณาวินิจฉัยแยกจากโรคอื่น (Differential diagnosis) เช่น ภาวะเกล็ดเลือดต่ำใน Thrombotic thrombocytopenic purpura (TTP), Hemolytic Uremic Syndrome (HUS) เป็นต้น ซึ่งภาวะเกล็ดเลือดต่ำในภาวะ HELLP syndrome มีลักษณะเด่นคือ จำนวนเกล็ดเลือดต่ำกว่า 100×10^9 /ลิตร ร่วมกับตรวจพบเอนไซม์ตับที่สูงขึ้น และมีการแตกของเม็ดเลือดแดงภายในหลอดเลือด Microangiopathic Hemolytic Anemia โดยพบได้ร้อยละ 0.2-0.8 ของการตั้งครรภ์ หรือ 1 ใน 1000 ของการตั้งครรภ์ และมักเกิดขึ้นในไตรมาสที่สาม⁸

อาการแสดงของภาวะตับทำงานผิดปกติอาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ภาวะไขมันเกาะตับเฉียบพลัน (acute fatty liver) ตับอักเสบจากเชื้อไวรัส (viral hepatitis) ตับอักเสบจากการใช้ยา (drug induced hepatitis) การได้รับสารพิษ (toxin) เมื่อตรวจพบภาวะการทำงานของตับผิดปกติ ต้องระมัดระวัง acute fatty liver of pregnancy เพราะมีอัตราการเสียชีวิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ ถึงร้อยละ 18 ยังไม่มีรายงานสาเหตุที่ชัดเจน^{8, 19} แต่มีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการ metabolism ของ long-chain fatty acid โดยทำให้เกิดการรวมกลุ่มกันของเซลล์ไขมันในเซลล์ตับ โดยอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่สำคัญในการวินิจฉัยแยกโรคของภาวะ HELLP syndrome ซึ่งจะมีอาการคล้ายกัน เช่น ค่าความดันโลหิตสูงขึ้น การทำงานของตับผิดปกติ ค่า Creatinine สูงขึ้น เกล็ดเลือดต่ำ นอกจากนี้ยังสามารถเกิดได้ทั้งสองภาวะร่วมกันถึงร้อยละ 50 อีกด้วย^{8, 19}

การตรวจวินิจฉัย

ภาวะ HELLP syndrome มีแนวทางการตรวจเพื่อวินิจฉัยและรักษาสอดคล้องกับการดูแล Pregnancy-induced hypertension with severe features แนวทางการตรวจติดตาม มีดังต่อไปนี้²⁰

1) ตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อหาสาเหตุของความดันโลหิตสูง (Secondary hypertension) ผลกระทบตามระบบจากความดันโลหิตสูง (End-organ dysfunction) และ โรคร่วม (Comorbidities) เช่น ภาวะอ้วนและโรคเบาหวาน

2) ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, BUN, Serum Cr, AST, ALT, UPCI (หรือ Urine protein 24 hours), และ EKG 12 leads (Echocardiogram พิจารณาเป็นรายๆไป) รวมถึงตรวจหา Secondary hypertension กรณีวินิจฉัยครั้งแรก

3) ในกลุ่ม Chronic hypertension พิจารณาส่งตรวจตั้งแต่ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ (ก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์) ใช้สำหรับประเมิน End-organ dysfunction ที่มีอยู่เดิม ที่อาจต้องได้รับการรักษาและใช้เปรียบเทียบผลตรวจ กรณีที่มีอาการและอาการแสดงที่สงสัย Superimposed preeclampsia

4) ตรวจติดตามค่าความดันโลหิต โดยควบคุมค่าเป้าหมาย คือ Systolic Blood Pressure 120–160 mmHg และ Diastolic Blood Pressure 80–110 mmHg หากตรวจพบ BP $\geq$ 160/110 mmHg ให้พิจารณารับรักษาในโรงพยาบาล เพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมและเฝ้าระวังการเกิด Superimposed Preeclampsia และ Severe Features โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.1) ชักประวัติและตรวจร่างกาย: ประวัติการกินยาลดความดันโลหิต (Compliance) อาการปวดหัว ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ หอบเหนื่อย น้ำหนักเพิ่มขึ้นเร็ว และแขนขาบวม น้ำ ตรวจร่างกายตามระบบ ตรวจ reflex ภาวะบวมและการตรวจครรภ์

4.2) ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อวินิจฉัยภาวะ New onset proteinuria: UPCI หรือ Urine protein 24 hours ควรส่ง UA เพื่อใช้แยกการปนเปื้อน มีเม็ดเลือดขาวในปัสสาวะ (Pyuria) หรือติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ เพราะเป็นสาเหตุของ Proteinuria ได้

4.3) ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อวินิจฉัยภาวะ Severe features: CBC, BUN, Serum Cr, AST, และ ALT

4.4) เฝ้าติดตามความดันโลหิต ทุก 2 – 4 ชั่วโมง

4.5) ประเมินทารกและติดตามการเต้นของหัวใจทารก (Continuous fetal monitor)

5) การตรวจติดตามทารกในครรภ์ (Antenatal fetal testing): พิจารณาทำ Non-Stress Test (NST) ทุก 1 – 2 สัปดาห์ในรายที่เป็น Chronic hypertension ที่ได้รับยา หรือมีภาวะ fetal IUGR หรือ superimposed preeclampsia แต่โดยทั่วไปจะพิจารณาทำ NST ในทุกราย¹⁸

6) เฝ้าระวังการเกิด IUGR: Ultrasound เพื่อประเมินน้ำหนักทารก (US growth) ในช่วงไตรมาสที่ 3 (ประมาณอายุครรภ์ 28 – 32 สัปดาห์) 1 ครั้ง และจะนัดตรวจติดตามการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์หรือ ตรวจอื่นๆ เพิ่มเติม ให้พิจารณาตามความเหมาะสม

ปัจจุบันมีการจำแนกประเภทของภาวะ HELLP Syndrome ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ Tenesese Classification และ Mississippi Classification ซึ่ง Tennessee Classification System ออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ Complete HELLP และ Partial HELLP โดย Complete HELLP จะมีอาการครบทั้ง 3 อาการ ได้แก่ การแตกของเม็ดเลือดแดง เอนไซม์ตับสูง และเกล็ดเลือดต่ำ ในขณะที่ Partial HELLP ประกอบด้วย 1-2 ใน 3 อาการ ซึ่งวินิจฉัยตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ตารางที่ 1) นอกจากนี้ การจำแนกประเภทของภาวะ HELLP Syndrome ตาม Mississippi-Triple Class System แบ่งเป็น Class 1-3 ตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ²¹ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การแบ่งประเภทของ HELLP Syndrome ตาม Tenesese Classification และ Mississippi Classification

HELLP Class	Tenesese Classification	Mississippi Classification
1	Complete or Partial:	Platelets $\leq 50 \times 10^9/L$ AST or ALT ≥ 70 IU/L LDH ≥ 600 IU/L
2	Platelets $\leq 100 \times 10^9$ AST $\geq$ IU/L LDH ≥ 600 IU/L	Platelets $\leq 100 \times 10^9/L$ and $\geq 50 \times 10^9/L$ AST or ALT ≥ 70 IU/L LDH ≥ 600 IU/L
3		Platelets $\leq 150 \times 10^9/L$ and $\geq 100 \times 10^9/L$ AST or ALT ≥ 40 IU/L LDH ≥ 600 IU/L

AST = Aspartate Aminotransferase; ALT = alanine transaminase; LDH = Lactate Dehydrogenase

ผลของภาวะ HELLP syndrome ต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

ภาวะ HELLP syndrome เป็นกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับภาวะครรภ์เป็นพิษ โดยมีพยากรณ์โรคที่แยกว่าสามารถเกิดขึ้นและมีการดำเนินโรค (Progression of Disease) ที่แยกลงในช่วงหลังคลอดได้¹⁹ จึงควรติดตามอาการอาการแสดงและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (PIH blood test, Coagulogram และ Serum LDH) อย่างน้อยทุก 12 ชั่วโมงหลังจากการวินิจฉัยภาวะ Severe Features⁸ ไปจนถึงระยะหลังคลอด โดยส่วนใหญ่ Platelets และ Liver enzymes จะกลับมาปกติภายใน 7 วันหลังคลอด แต่หากมีการการตรวจพบ AST $\geq 2,000$ IU/L และ serum LDH $\geq 3,000$ IU/L จะเพิ่มอัตราตายในหญิงตั้งครรภ์ (Mortality Rate) ได้ โดยอัตราการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์จะอยู่ประมาณร้อยละ 1 และอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของทารกจะอยู่ประมาณ ร้อยละ 10–60¹⁵ กลุ่มอาการ HELLP Syndrome อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกทั้งก่อนและหลังคลอด เช่น ตับวาย ไตวาย ระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน น้ำท่วมปอด ตกเลือดหลังคลอดอย่างรุนแรง ภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะเลือดแข็งตัวในหลอดเลือดแบบแพร่กระจาย และภาวะชัก⁸

แนวทางการรักษา

ภาวะ HELLP Syndrome เป็นกลุ่มอาการแทรกซ้อนที่มักพบในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง (Preeclampsia with severe features) ซึ่งแนวทางการรักษาสตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงพิจารณาจาก กรณียุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 34 สัปดาห์ ควรให้คลอดทันทีหลังจากที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ และดูแลให้ได้รับยาป้องกันการชักด้วยแมกนีเซียม ซัลเฟต (Magnesium Sulfate) ต่อเนื่องจนถึง 24 ชั่วโมงหลังคลอด ในกรณีอายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ หากสามารถควบคุมอาการของโรคได้ดีและไม่มี Fetal distress แนะนำให้ดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไป (Expectant) แต่หากยังไม่ถึงอายุครรภ์ที่สามารถเลี้ยวรอดได้จะไม่แนะนำให้รักษาแบบ Expectant ดังนั้น การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงและมีภาวะ HELLP Syndrome มีแนวทางการรักษา²⁰ ดังนี้

1. พิจารณารับไว้รักษาในโรงพยาบาล ติดตามสัญญาณชีพ ปริมาณน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย รีเฟล็กซ์ของร่างกาย และติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามความรุนแรงของโรคและประเมินการเกิดภาวะ HELLP

ได้แก่ ระดับเอ็นไซม์ตับในเลือดสูงขึ้น (AST และ ALT สูงขึ้นมากกว่า 2 เท่า) Platelets counts ต่ำ (น้อยกว่าเท่ากับ 100,000 ลบ.ชม.) Lactate dehydrogenase สูงมากกว่าเท่ากับ 600 IU/L โดยติดตามอย่างน้อยทุก 12 ชั่วโมง จนกระทั่งคลอดและระยะหลังคลอด รวมถึงสังเกตอาการมีจุดจ้ำเลือดตามลำตัว มีเลือดออกง่ายหยุดยาก ตัวเหลือง ตาเหลือง²² ในกรณีที่พบว่ามีแนวโน้มว่า Platelets counts ต่ำลง อาจพิจารณาเตรียม ให้เลือดชนิด Fresh frozen plasma (FFP) หรือ Platelets เพื่อเพิ่ม Platelets counts²³

2. ป้องกันการชักด้วยแมกนีเซียมซัลเฟต (Magnesium Sulfate) และภาวะแทรกซ้อนจากแมกนีเซียมเป็นพิษ (Magnesium Sulfate toxicity) โดยวิธีการให้ยาที่นิยม²⁵ มีดังนี้

- Loading dose เป็นแมกนีเซียมซัลเฟต 4–6 กรัมเข้าทางหลอดเลือดดำช้าๆ ใน 15–20 นาที (10% Magnesium Sulfate จำนวน 40–60 มิลลิกรัม)

- Maintenance dose ด้วยแมกนีเซียมซัลเฟต 2 กรัมต่อชั่วโมงเข้าทางหลอดเลือดดำ (50% Magnesium Sulfate จำนวน 40 มิลลิกรัม ละลายใน 5% dextrose/water 960 มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำ 100 มิลลิกรัม ทุก 1 ชั่วโมง)

จากนั้นติดตามระดับของแมกนีเซียมซัลเฟต ในซีรัมเพื่อป้องกันการชักควรอยู่ในระดับ 4–7 mEq/L และงดให้แมกนีเซียมซัลเฟต เมื่อรีเฟล็กซ์ของข้อเท้าและข้อเข่าไม่มีหรือลดลง หรือมีอาการหายใจช้ากว่า 14–16 ครั้งต่อนาที หรือปริมาณปัสสาวะที่ออกจากร่างกายน้อยกว่า 100 มิลลิกรัมใน 4 ชั่วโมง และพิจารณาให้ 10% Calcium gluconate 10 มิลลิกรัมเข้าทางหลอดเลือดดำ เมื่อมีอาการของภาวะแมกนีเซียมเป็นพิษ

3. ให้ยาลดความดันโลหิตเพื่อรักษาความดันโลหิตให้อยู่ในระดับต่ำกว่า 160/110 มิลลิเมตรปรอท โดยยาที่เป็น First line ได้แก่

- Labetalol เริ่มที่ 20 มิลลิกรัมเข้าทางหลอดเลือดดำ นาน 2 นาที และให้ยาในขนาด 20–80 มิลลิกรัม ทุกช่วง 10 นาที ขนาดสูงสุดไม่เกิน 300 มิลลิกรัม ยาจะออกฤทธิ์ใน 5–10 นาที ออกฤทธิ์ยับยั้งระบบประสาท Sympathetic ส่วนปลายส่งผลทำให้ความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายลดลง ซึ่งผลข้างเคียงอาจทำให้ความดันโลหิตต่ำ เวียนศีรษะ หายใจลำบาก ภาวะหัวใจล้มเหลว จึงห้ามใช้ยานี้ในรายที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว หอบหืด หัวใจเต้นช้าอย่างรุนแรง

- Hydralazine เริ่มต้นที่ 5 มิลลิกรัมเข้าทางหลอดเลือดดำ และวัดความดันโลหิตทุก 5 นาที หากหลังฉีดไปนาน 20 นาทีแล้ว ความดันโลหิต Diastolic ยังสูงกว่า 110 มิลลิเมตรปรอท สามารถให้ซ้ำได้อีก 5–10 มิลลิกรัม ยาออกฤทธิ์ยับยั้งการเข้าเซลล์ของแคลเซียมที่กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดโดยตรง ทำให้หลอดเลือดขยายตัว ซึ่งอาจทำให้ความดันโลหิตต่ำอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้เลือดไหลเวียนไปสู่ทารกในครรภ์ไม่เพียงพอ อาจเกิดภาวะ Non-reassure Fetal Heart Rate ได้

- Nifedipine เป็นชนิดรับประทาน ขนาด 10 มิลลิกรัม ออกฤทธิ์ภายใน 5–10 นาที ยาออกฤทธิ์ป้องกันแคลเซียมเข้าสู่เซลล์กล้ามเนื้อและหลอดเลือด ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานน้อยลงและหลอดเลือดส่วนปลายคลายตัว หากให้ยา Nifedipine ร่วมกับ Magnesium Sulfate ต้องเฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตต่ำอย่างรวดเร็ว ทำให้เลือดไหลเวียนไปสู่ทารกในครรภ์ไม่เพียงพอได้

4. ให้คอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroid) เพื่อกระตุ้นปอดทารกและติดตามสุขภาพทารก เช่น การฟังเสียงหัวใจทารก การบันทึกการดิ้นของทารก แต่ในกรณีที่มมีอาการของภาวะ HELLP Syndrome ไม่ต้องรอให้ corticosteroid ครบ²⁴

5. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออกจากร่างกายเป็นรายชั่วโมง เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์จะมีความไวต่อการได้รับหรือขาดแคลนสารน้ำมากเป็นพิเศษ หากได้รับสารน้ำปริมาณมากอาจทำให้เกิดภาวะ Pulmonary edema ได้

6. ให้คลอดเมื่อมีอาการรุนแรงขึ้น โดยแนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการดูแลความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ แนะนำว่าหากพบอาการของภาวะ HELLP syndrome พิจารณาให้คลอด โดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์²⁴ และติดตามความดันโลหิตหลังคลอดต่อเนื่องอย่างน้อย 72 ชั่วโมง ซึ่งภาวะ HELLP syndrome ไม่ถือเป็นข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และให้พิจารณาจากสุขภาพของทารก หากเป็นกรณีที่สามารถคลอดโดยเร็ว แต่ปากมดลูกยังไม่พร้อมอาจพิจารณาการผ่าตัดคลอดได้ เช่น ภาวะ HELLP Syndrome ในรายที่ปากมดลูกไม่พร้อมและอายุครรภ์น้อย ส่วนในกรณีคลอดทางช่องคลอด อาจใช้สูติศาสตร์หัตถการ ได้แก่ คีมช่วยคลอดหรือเครื่องดูดสุญญากาศเพื่อช่วยลงการเบ่งคลอด และลดระยะที่ 2 ของการคลอด

บทบาทพยาบาลเพื่อการป้องกันและดูแลรักษา

ในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการที่สามารถป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะ HELLP syndrome ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการประเมินและปรับพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงแก่สตรีในระยะตั้งครรภ์ซึ่งถือเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง โดยคำแนะนำเพื่อประเมินและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มีดังต่อไปนี้

1. การประเมินปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โดยหญิงตั้งครรภ์ทุกรายควรได้รับประเมินปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์และติดตามต่อเนื่องในทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ ซึ่งสามารถประเมินได้จากการซักประวัติและแบ่งปัจจัยเสี่ยงได้ ดังนี้

1.1 ปัจจัยเสี่ยงสูง ได้แก่ มีประวัติทางสูติกรรมในอดีต ประวัติการเคยเข้ารับการรักษาพยาบาล ความดันโลหิตสูงระหว่างการตั้งครรภ์หรือครรภ์เป็นพิษ ประวัติการเจ็บป่วยหรือมีประวัติโรคอายุรกรรม ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคไต หรือโรคทางอายุรกรรมอื่นๆ

1.2 ปัจจัยเสี่ยงปานกลาง ได้แก่ เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก การตั้งครรภ์แฝด หญิงตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี นับถึงวันกำหนดคลอด ดัชนีมวลกายมากกว่า 30 kg/m^2 แม่หรือพี่สาวเคยมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ทั้งนี้ หากพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีปัจจัยเสี่ยงสูง 1 ปัจจัย หรือปัจจัยเสี่ยงปานกลางตั้งแต่ 2 ปัจจัยควรดูแลให้ได้รับแอสไพริน 81 มิลลิกรัม วันละ 1 เม็ดทางปาก ตั้งแต่อายุครรภ์ 12 สัปดาห์จนถึง 36 สัปดาห์ ร่วมกับการติดตามเฝ้าระวังภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากและเน้นย้ำการระมัดระวังอุบัติเหตุการกระแทกกระเทือน นอกจากการซักประวัติแล้ว หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับการประเมินสัญญาณชีพโดยเฉพาะความดันโลหิต การมีโปรตีนและน้ำตาลรั่วในปัสสาวะ การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักและพฤติกรรมมารับประทานอาหารระหว่างตั้งครรภ์ในทุกครั้งของการมาฝากครรภ์

2. คำแนะนำเพื่อปรับพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ได้แก่

2.1 การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ทุกวันอย่างเพียงพอและหลากหลาย ได้แก่ กลุ่มข้าว-แป้ง เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ และนม โดยแบ่งเป็นมื้อหลัก 3 – 4 มื้อ/วัน และอาหารว่างที่มีคุณค่าทางโภชนาการ 2 – 3 มื้อ รับประทานอาหารว่างก่อนเวลาอาหาร $1\frac{1}{2}$ – 2 ชั่วโมง เลือกรับประทานอาหารกลุ่มเนื้อสัตว์ ไข่ ธัญพืช และนม รวมถึงแหล่งแคลเซียมอื่น อาทิ โยเกิร์ตธรรมชาติ ปลาเล็กปลาน้อย เต้าหู้แข็ง-อ่อน และรับประทานผักผลไม้ทุกวัน ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ ($18.5 - 24.9 \text{ kg/m}^2$) ควรมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ทั้งหมด $11.5 - 16 \text{ kg}$. โดยไตรมาสแรกน้ำหนักควรเพิ่ม $0.5 - 2 \text{ kg}$. และในไตรมาสที่ 2 – 3 น้ำหนักควรเพิ่มขึ้น 0.5 kg./wk . นอกจากนี้ควรแนะนำหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับอาหารที่ควรลดหรือหลีกเลี่ยง ได้แก่ อาหารที่มีรสชาติดหวาน อาทิ ขนมกรุบกรอบ ขนมเบเกอรี่ เครื่องดื่มที่มีรสหวาน น้ำอัดลม เครื่องดื่มให้พลังงานสูง อาหารที่มีไขมันสูง อาทิ เนื้อสัตว์ติดมัน อาหารที่ปรุงด้วยวิธีการทอด แกงกะทิหรือขนมที่ใส่กะทิ และอาหารที่มีรสชาติเค็ม

2.2 การพักผ่อนนอนหลับ โดยหญิงตั้งครรภ์ควรนอนหลับในช่วงเวลากลางคืนอย่างน้อย 8 ชั่วโมง/วัน และพักผ่อน 30 นาที – 1 ชั่วโมงในช่วงกลางวัน ควรนอนท่าตะแคงเพื่อลดการกดทับเส้นเลือดทำให้เลือดไหลเวียนไปที่รกได้สะดวก

2.3 การสังเกตและประเมินอาการผิดปกติ ดังต่อไปนี้

1) การนับการดิ้นของทารกในครรภ์ แนะนำให้เริ่มนับการดิ้นของทารกเมื่อเข้าสู่ไตรมาส 3 และนับต่อเนื่องไปจนวันคลอด โดยอาจแนะนำการนับการดิ้นของทารกว่าควรมีจำนวนอย่างน้อย 10 ครั้งใน 1 วัน หรือนับการดิ้นของทารกควรมีจำนวนอย่างน้อย 3 ครั้งภายใน 1 ชั่วโมงหลังจากรับประทานอาหารทุกมื้อ เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์

2) อาการที่แสดงถึงการมีความดันโลหิตสูง ได้แก่ ปวดศีรษะ การมองเห็นเปลี่ยนแปลง จุกแน่นลิ้นปี่ หากมีอาการเหล่านี้ถือเป็นอาการผิดปกติ หญิงตั้งครรภ์ควรรีบมาพบแพทย์ทันที นอกจากนี้ควรเน้นย้ำให้หญิงตั้งครรภ์เห็นความสำคัญของการมาฝากครรภ์และควรมาฝากครรภ์ตามนัดทุกครั้งอย่างสม่ำเสมอ²⁵

เมื่อพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง (Preeclampsia with severe features) ที่การดำเนินของโรคมียโอกาสเกิดภาวะ HELLP syndrome ร่วมด้วย ต้องพิจารณารับหญิงตั้งครรภ์เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลและมีแนวทางในการให้การพยาบาล^{26,27} ดังนี้

1. การดูแลทั่วไป

1.1 อธิบายให้ทราบถึงการดำเนินของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะ HELLP syndrome และภาวะชัก รวมถึงแนวทางในการรักษา เช่น การให้ยาแมกนีเซียมซัลเฟต และผลข้างเคียงจากยาที่ใช้ในการรักษา

1.2 ดูแลให้พักผ่อนนอนพักบนเตียง (Bed rest) แนะนำให้นอนตะแคงซ้ายเพื่อส่งเสริมการไหลเวียนเลือดไปสู่ทารก และจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดแสงหรือเสียง วางแผนการทำหัตถการและบุคลากรให้เหมาะสมเพื่อลดการกระตุ้นสมองส่วนกลางและได้พักผ่อนอย่างเต็มที่โดยจัดให้อยู่ในบริเวณที่พยาบาลสามารถมองเห็นเพื่อประเมินอาการได้ตลอด

1.3 ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามความรุนแรงของโรคและประเมินการเกิดภาวะ HELLP syndrome ได้แก่ ระดับเอนไซม์ตับในเลือด (AST หรือ ALT) Platelets counts, Lactate dehydrogenase โดยติดตามอย่างน้อยทุก 12 ชั่วโมง รวมถึงสังเกตอาการมีจุดจ้ำเลือดตามลำตัว มีเลือดออกง่ายหยุดยาก ตัวเหลืองตาเหลือง²² อาการเลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะสีโค้ก²⁸ และดูแลให้เลือดชนิด Fresh Frozen Plasma (FFP) หรือ Platelets ตามแผนการรักษา¹³ เมื่อมีแนวโน้ม Platelets counts ต่ำลง

2. ดูแลการป้องกันการชัก โดยดูแลวัดความดันโลหิต ทุก 1 ชั่วโมง ประเมินอาการนำก่อนการเกิดอาการชัก ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ อาเจียน และดูแลให้ได้รับยาป้องกันการชักตามแผนการรักษา ยาที่นิยมใช้ในการรักษา คือ แมกนีเซียมซัลเฟต (Magnesium Sulfate) ให้ยาผ่าน Infusion Pump และติดตามระดับของแมกนีเซียมในซีรัมให้อยู่ในระดับของการรักษา (4–7 mEq/L) ประเมินอาการที่แสดงถึงภาวะแมกนีเซียมซัลเฟตเป็นพิษเป็นระยะ ได้แก่ ประเมินอัตราการหายใจและความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation) ทุก 1 ชั่วโมงโดยอัตราการหายใจไม่ควรต่ำกว่า 12 – 14 ครั้ง/นาที และ Oxygen saturation $\geq 95\%$ ประเมินรีเฟล็กซ์ของข้อเท้าและข้อเข่า (DTR) ทุก 1 ชั่วโมง หากพบว่า DTR $< +1$ หรือ absent หรือ $> +2$ แสดงถึงการมีความเสี่ยงต่อการชัก และเตรียมยา 10% Calcium gluconate ไว้สำหรับกรณีที่พบว่าภาวะแมกนีเซียมซัลเฟตเป็นพิษร่วมกับการดูแลให้ O₂mask 10 ลิตร/นาที²⁹ รวมถึงการดูแลอาการไม่สุขสบายจากการได้รับยา เช่น การดูแลให้ผ้าประคบเย็นหรือเช็ดตัว หากมีอาการร้อนวูบวาบตามร่างกาย และเนื่องจากยาขับออกทางไต จึงควรใส่สายสวนปัสสาวะชนิดคาสายเพื่อประเมินการทำงานของไตและบันทึกปริมาณน้ำปัสสาวะที่ขับออกไม่ควรน้อยกว่า 100 มิลลิลิตรใน 4 ชั่วโมงหรือไม่ควรน้อยกว่า 30 ซีซี/ชั่วโมง รวมถึงการฟังเสียงปอดทุก 2 ชั่วโมง และสังเกตอาการแสดง ได้แก่ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก หายใจเร็ว เพื่อประเมินการเกิดภาวะ Pulmonary edema ทั้งนี้ การให้ยาเพื่อป้องกันการชักจะดูแลให้ยาจนถึง 24 ชั่วโมงหลังคลอด

3. ดูแลควบคุมความดันโลหิต การดูแลให้ได้รับยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษา โดยทั่วไปหลังจากดูแลให้พักผ่อนและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟตแล้ว หากความดันโลหิตยังไม่ลดลง แพทย์จะพิจารณาให้ยาลดความดันโลหิต ซึ่ง First line ของยาที่ใช้ลดความดันโลหิต ได้แก่ Labetalol, Hydralazine และ Nifedipine และติดตามประเมินความดันโลหิตหลังได้รับยา มีข้อควรระวังสำหรับยา Labetalol หลังให้ยาควรดูแลให้นอนพักอย่างน้อย 3 ชั่วโมง ไม่ควรลุกเดินเนื่องจากยาออกฤทธิ์ลดความดันโลหิตได้มาก อาจเกิดอาการเวียนศีรษะได้ติดตามอัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ รวมถึงการเกิดภาวะหัวใจเต้นช้าในทารกแรกเกิด ในส่วนยา Hydralazine และ Nifedipine ต้องเฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตต่ำอย่างรวดเร็ว และอาจส่งผลให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงทารกในครรภ์ไม่เพียงพอ

4. ดูแลให้สิ้นสุดการตั้งครรภ์ กรณีหญิงตั้งครรภ์ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ HELLP syndrome พยาบาลดูแลประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ อาทิ กุมารแพทย์ หรือวิสัญญีแพทย์/พยาบาลกรณีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ร่วมกันวางแผนการสิ้นสุดการตั้งครรภ์เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์คลอดทารกอย่างปลอดภัย และเตรียมผู้คลอดให้พร้อมต่อการคลอด เช่น ในกรณีผ่าตัดคลอด ควรอธิบายเหตุผลในการผ่าตัดคลอด ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การลงนามให้ความยินยอมในการผ่าตัด ดูแลทำความสะอาดร่างกาย ของมีค่า ฟันปลอม การงดน้ำและอาหารทางปาก กรณีคลอดทางช่องคลอดอาจเตรียมช่วยแพทย์ในการทำสูติศาสตร์หัตถการ¹⁸ และเตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตทารกและอุปกรณ์การรับเด็กให้พร้อม อาทิ การเตรียมตู้รักษาอุณหภูมิขณะเคลื่อนย้ายทารกให้มีอุณหภูมิ 37.0 – 37.5 องศาเซลเซียส ผ้าเตรียมรับทารกที่มีความอุ่น Ambu bag ชนิดมี Reservoir Mask เบอร์ 0 และ เบอร์ 1 ออกซิเจนชนิดเคลื่อนที่ได้ เป็นต้น²⁹

5. ดูแลหลังคลอด ติดตามสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง โดยเฉพาะความดันโลหิต อาการและอาการแสดงของภาวะโลหิตสูงที่รุนแรงอย่างต่อเนื่อง ดูแลให้ได้รับยาป้องกันการชักจนถึง 24 ชั่วโมงหลังคลอดและอาการข้างเคียงจากยากันชัก ดูแลเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดจาก Platelets counts ต่ำและผลจากการได้รับแมกนีเซียมซัลเฟตทำให้กล้ามเนื้อดลุกคลายตัว³⁰ โดยดูแลให้ยาช่วยกระตุ้นการหดตัวของมดลูก แต่ต้องระวังยากลุ่มที่ทำให้หลอดเลือดบีบตัว เพราะอาจทำให้เกิดความดันโลหิตสูงและประเมินการแข็งตัวของมดลูกทุก 15-30 นาทีในช่วง 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดและติดตามต่อเนื่องอย่างน้อยเวยละ 1 ครั้ง ร่วมกับการสอนมารดาคลึงมดลูกด้วยตนเองและวัดระดับยอดมดลูกเพื่อดูการทำงานของมดลูกและป้องกันการตกเลือดหลังคลอด¹⁹ ประเมินลักษณะและเลือดที่ออกทางช่องคลอดหรือน้ำคาวปลาโดยแนะนำการใส่ผ้าอนามัยซับเลือดและทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อย่างถูกวิธี เจาะเลือดเพื่อติดตามความเข้มข้นของเลือด ดูแลให้กระเพาะปัสสาวะว่าง ในกรณีผ่าตัดคลอดควรแนะนำการกระตุ้นให้มารดาหลังคลอดลุกเดินโดยเร็วภายใน 24-48 ชั่วโมงเพื่อป้องกันความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่า แนะนำการมาตรวจตามนัดหลังคลอดและอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาลก่อนวันนัด นอกจากนี้ต้องดูแลด้านจิตใจเกี่ยวกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลกระทบของโรคต่อมารดาหลังคลอดและสุขภาพของทารก²⁸

สรุป

ภาวะ HELLP Syndrome เป็นกลุ่มอาการของภาวะเม็ดเลือดแดงแตก เอนไซม์ตับสูงและเกล็ดเลือดต่ำ ซึ่งเป็นภาวะที่มีความรุนแรง ซึ่งมักพบในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ ส่งผลต่อทุกระบบในร่างกาย โดยอาการที่มักพบ ได้แก่ ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ การทำงานของไตผิดปกติ การถูกทำลายของตับ อาการทางระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัวหรือภาวะชัก แม้ภาวะ HELLP Syndrome มีอัตราการเกิดที่น้อยในหญิงตั้งครรภ์ แต่เป็นภาวะที่มีความรุนแรง ส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพหรือเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ ดังนั้น การป้องกันหรือการวินิจฉัยเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลเพื่อช่วยป้องกันและดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มี

ภาวะ HELLP Syndrome ทั้งนี้พยาบาลต้องมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสรีระ การวินิจฉัย อาการและอาการแสดง และผลของของภาวะ HELLP syndrome ต่อการตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ เพื่อสามารถวางแผนการพยาบาลในการป้องกันและดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้มีประสิทธิภาพ โดยดูแลให้หญิงตั้งครรภ์นอนพัก ติดตามความดันโลหิตและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ Platelets AST ALT และ LDH อย่างต่อเนื่อง ดูแลให้ได้รับยาป้องกันการชัก ยาควบคุมความดันโลหิตตามแผนการรักษาและการติดตามผลข้างเคียงจากยาติดตามสุขภาพของทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด รวมถึงการประสานทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อร่วมวางแผนการคลอดอย่างปลอดภัย ติดตามความรุนแรงของภาวะ HELLP Syndrome หลังคลอดและเฝ้าระวังการเกิดภาวะชักจากความดันโลหิตสูง และภาวะตกเลือดหลังคลอด

เอกสารอ้างอิง

1. Lisonkova S, Bone JN, Muraca GM, Razaz N, Wang LQ, Sabr Y, et al. Incidence and risk factors for severe preeclampsia, hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count syndrome, and eclampsia at preterm and term gestation: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol*. 2021 ;225(5):538.e1-538.e19.
2. Ara S, Balgopal Singh B, Birla N, Bank G, Albanie KEYWORDS T. Incidence of Hellp Syndrome in Preeclampsia and Eclampsia & Maternal and Perinatal Outcome Including Morbidity and Mortality. Medical Science Gene Bank, Tirana Albanie Gene Bank, Tirana Albanie Gene Bank, Tirana Albanie. *Indian Journal of research*. 2015;4(7).
3. Abdullahi FM, Tornes YF, Migisha R, Kalyebara PK, Tibaijuka L, Ngonzi J, et al. HELLP syndrome and associated factors among pregnant women with preeclampsia/eclampsia at a referral hospital in southwestern Uganda: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024;24(1):626.
4. Kongwattanakul K, Saksiriwuttho P, Chaiyarach S, Thepsuthammarat K. Incidence, characteristics, maternal complications, and perinatal outcomes associated with preeclampsia with severe features and hellp syndrome. *Int J Womens Health*. 2018;10:371–7.
5. Khumsat R, Wongwananurak T, Boriboonhirunsarn D. Incidence and Risk Factors of HELLP Syndrome in Thai Pregnant Women with Severe Pre-eclampsia. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2008;16(4):192-8. Thai.
6. Phianpiset R, Boriboonhirunsarn D. Prevalence, Risk Factors, and Pregnancy Outcomes of Early-onset Severe Preeclampsia among Severe Preeclamptic Women in Siriraj Hospital. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2017;25(1):26-34. Thai.
7. Haram K, Svendsen E, Abildgaard U. The HELLP syndrome: clinical issues and management. A Review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009;9:8.
8. Cunningham FG, Leveno KJ, Dashe JS, Hoffman BL, Spong CY, Casey BM. *Williams Obstetrics*. 26th ed. New York: McGraw Hill; 2022.
9. Petersen EE, Davis NL, Goodman D, Cox S, Mayes N, Johnston E, et al. Vital Signs: Pregnancy-Related Deaths, United States, 2011–2015, and Strategies for Prevention, 13 States, 2013–2017 [Internet]. 2019 [Cited 2024 Dec 13]. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr>
10. Elvedi-gašparović V, Beljan P, Gverić Ahmetašević S, Schuster S, Skrablin S. What affects the outcome of severe preeclampsia?. *Signa Vitae*. 2015. 10(S1);6-12.
11. Khalid F, Mahendraker N, Tonismae T. HELLP Syndrome. StatPearls Publishing; 2023.
12. Judy AE, McCain CL, Lawton ES, Morton CH, Main EK, Druzin ML. Systolic Hypertension, Preeclampsia-Related Mortality, and Stroke in California. *Obstet Gynecol*. 2019;133(6):1151-9.

13. Espinoza J, Vidaeff A, Pettker CM, Simhan H. Acog Practice Bulletin Clinical Management Guidelines for ObstetricianGynecologists. 2020.
14. Melese MF, Badi MB, Aynalem GL. Perinatal outcomes of severe preeclampsia/eclampsia and associated factors among mothers admitted in Amhara Region referral hospitals, North West Ethiopia, 2018. BMC Res Notes. 2019;12(1):147.
15. Van Lieshout L, Koek GH, Spaanderman MA, van Runnard Heimeel PJ. Placenta derived factors involved in the pathogenesis of the liver in the syndrome of haemolysis, elevated liver enzymes and low platelets (HELLP): A review. Pregnancy Hypertens. 2019;18:42–8.
16. Gardikioti A, Venou TM, Gavrilaki E, Vetsiou E, Mavrikou I, Dinas K, Daniilidis A, Vlachaki E. Molecular Advances in Preeclampsia and HELLP Syndrome. Int J Mol Sci. 2022;23(7):3851.
17. Adorno M, Maher-Griffiths C, Grush Abadie HR. HELLP Syndrome. Crit Care Nurs Clin North Am. 2022;34(3):277-88.
18. O'Brien JM, Barton JR. Controversies with the diagnosis and management of HELLP syndrome. Clin Obstet Gynecol. 2005;48(2):460–77.
19. Trainapakul C. A Case Report Atypical presentation of HELLP Syndrome. Region 4-5 Medical Journal. 2559;35(4):283–90. Thai.
20. Tongsong T. Obstetrics. 6th ed. Chaingmai: Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Chiang Mai University; 2021. Thai.
21. Souissi R, Haddad Z, Trabelsi W, Baffoun N, Boubaker M, Kaddour C, et al. HELLP syndrome: utility of specific classifications as prognostic tools. Crit Care. 2007;11(Suppl 2):P383.
22. Boonyakiat S, Somchoe P, Panyapinijngoon C. Nursing Care In High Risk Pregnant Woman. Bangkok: Sinthana Copy Center; 2022. Thai.
23. Chantanamongkol K. Nursing care for women with comorbidities during pregnancy. 2nd ed. Pathum Thani: Rangsit University Press; 2017. Thai.
24. The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists (Internet). Management of Hypertension in Pregnant Women. Bangkok: The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists; 2020 [cited 2024 Aug 15]. Available from: <https://www.rtcog.or.th/photo/cpg/OB-63-021.pdf> Thai.
25. Trirapongsawat K, Sarin A. Practical guideline for surveillance and education in hypertensive disorder of pregnancy. Journal of Regional Health Promotion Center 7 Khonkaen. 2021;13(2):1-6. Thai.
26. Lertsakornsiri M. Concepts and nursing care for pregnant women with complications. Bangkok: Chulalongkorn Products; 2022. Thai.
27. Prasitwattanaseree P. Nursing and midwifery: women with risk conditions and complications. Chiang Mai: Faculty of Nursing, Chiang Mai University; 2022. Thai
28. Suvanich P. Nursing care for parturients with hypertension due to pregnancy. Singburi Hospital Medical Journal. 2018;27(2):25-38. Thai.
29. Punprasert R. Nursing care for severe pregnancy-induce hypertension : case study. Singburi Hospital Medical Journal. 2020;29(1):17-27. Thai.
30. Chiaranaithanakij P. Nursing care for postpartum mothers with severe hypertension: a case study. Vongchavalitkul University Journal. 2020;33(2):12-23. Thai.