

การป้องกันและดูแลรักษา PIH และ Eclampsia

กลยุทธ์ PIH

P Prevention convulsion
ให้ $MgSO_4$ ในราย Severe PIH และ Eclampsia

I Investigation CBC c plt, SGOT SGPT BUN
Cr Urine protein
Induction of labour เมื่อ GA 37-38 week
ยกเว้น Eclampsia ให้ termination of pregnancy โดยเร็ว

H Hospitalization
Hypertension control and treatment
อย่างดีและมีประสิทธิภาพ
ในกรณีที่เป็น Severe PIH และ Eclampsia
ประสานการส่งต่อไปยัง รพท., รพช. ที่มีศักยภาพสูง

Pregnancy-induced Hypertension (Preeclampsia)

ภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ การรักษา Mild PIH

- การรักษา Mild PIH
- รับรักษาในโรงพยาบาลทุกราย
- ซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างละเอียด สืบถามถึงอาการทาง
และอาการแสดงของ PIH ทุกวัน
- ให้ผู้ป่วยพักผ่อน ไม่จำเป็นต้องหยุดการทำงาน ซึ่งน้ำหนักทุก 2 วัน
- วัดความดันโลหิตทุก 6 ชั่วโมง ไม่จำเป็นต้องให้ยาลดความดันโลหิต
- เก็บปัสสาวะตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อตรวจหาโปรตีน อย่างน้อย 3 วัน
- ทดสอบการทำงานของไต (ระดับ creatinine)
- ส่วนการทำงานของตับให้พิจารณาเลือกทำเป็นรายๆ ไป
- ประเมินยาสูตรทองแดงการ และตรวจติดตามสุขภาพทารกในครรภ์โดย
NST
- รับประทานอาหารธรรมชาติปกติปริมาณสารน้ำที่ได้รับและขับออกในแต่ละวัน

พิจารณาให้ยุติการตั้งครรภ์

- ควบคุมอาการและอาการแสดงของโรคไม่ได้ (เปลี่ยนเป็น severe PIH)
- อายุครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์แล้ว

การรักษา Severe PIH

หลักสำคัญที่สุดคือ ป้องกันอันตรายต่อมารดาและทารกในครรภ์ และยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งมีรายละเอียดคือ

1. ป้องกันชัก

- การป้องกันชัก
- ให้แมกนีเซียมซัลเฟตดังนี้ : Loading dose : ให้แมกนีเซียม ($MgSO_4$) 4 กรัมในสารละลาย 20% IV ด้วยอัตราไม่เกิน 1 กรัมต่อนาที maintenance ด้วยการให้แมกนีเซียมทางหลอดเลือดดำ อัตรา 1 กรัมต่อชั่วโมง

หยุดให้ maintenance magnesium sulfate เมื่อ

- Patellar reflex หายไป
- อัตราการหายใจต่ำกว่า 12-14 ครั้งต่อนาที
- ปัสสาวะออกน้อยกว่า 25 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง
- หยุดให้แมกนีเซียมซัลเฟตเมื่อให้ครบ 24 ชั่วโมงหลังคลอด

2. ลดความดันโลหิต

- Nifedipine (soft capsule) 100 mg adalat, nifedipine 10 mg. sublingual หรือ
- Nifedipine (film-coated tablet) 100 mg nifedical 10 mg. oral
- การเฝ้าระวัง
- วัดความดันโลหิตทุก 5 นาที หลังได้รับยา
- ระวังภาวะ hypotension ในการให้ยาแบบ sublingual)
- หากความดันโลหิตไม่ลดลงภายใน 30 นาที
- พิจารณาให้ยาลดความดันโลหิตซ้ำ (ขนาดยาสูงสุดไม่เกิน 40 mg.)
- ปรับความดันโลหิตให้อยู่ในช่วง 140/90-155/105 mmHg

ยาอื่น ๆ ที่อาจเลือกใช้

- Hydralazine: 5 มิลลิกรัม ฉีกเข้าหลอดเลือดดำ แล้ววัดความดันโลหิตทุก 5 นาที หากยังฉีดยาแล้ว 20 นาที ความดัน diastolic ยังสูงกว่า 110 มม.ปรอท ให้ซ้ำได้อีก 10 มิลลิกรัม ควรระวังไม่ให้ความดันโลหิต diastolic ต่ำกว่า 90 มม.ปรอท เพราะจะทำให้เกิด fetal distress ได้ง่าย ฤทธิ์ข้างเคียงของ hydralazine ที่พบได้ เช่น ใจสั่น ปวดศีรษะ อาเจียน
- Labetalol: ออกฤทธิ์กดทั้ง α และ β -adrenergic ควบคุมความดันจาก PIH ได้ดี

3. ยุติการตั้งครรภ์ด้วย

- ด้วย Oxytocin กรณีปากมดลูกพร้อม
- ห้ามใช้ Cytotec กระตุ้นการเจ็บครรภ์
- หรือ นำตัดคลอดตามข้อบ่งชี้

การรักษา eclampsia

- รักษาทางเดินหายใจให้โล่ง ระหว่างการชัก ใส mouth gag เพื่อป้องกันการกลืน ตูมหลุดออกจากปาก คอ หลอดคอ
- ระหว่างการชัก และป้องกันการชักซ้ำตามแนวทางของ severe PIH ดังที่กล่าวมาข้างต้น การระวังชักให้แมกนีเซียมซัลเฟต
- ควบคุมความดันโลหิต
- ตรวจติดตามสุขภาพทารก ทำ intrauterine resuscitation
- ให้ออกซิเจนผ่านทาง mask หรือ nasal catheter
- พิจารณาตรวจภาพรังสีหัวอก
- ยุติการตั้งครรภ์ (ภายหลังจากควบคุมชักได้แล้ว 1-2 ชั่วโมง)
- ให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องมืด สด และดูแลอย่างใกล้ชิด
- งดอาหารและน้ำทางปาก
- ระวังภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น การเกิดหัวใจล้มเหลว หรือน้ำในปอด
- ตรวจสมองด้วย CT หรือ MRI ในกรณีชักแบบนิคปิด
- อาการแสดงทางประสาท หรือโดมานาน
- การดูแลอื่นๆ เช่นเดียวกับ severe PIH เช่น ควบคุมความดัน แก้ไข hemoconcentration ช่วยเหลือการทำงานของไต ควรให้ lactated Ringer's ในสารละลายกลูโคส 5% ในอัตรา 60-120 มล. ชั่วโมง
- ยาขับปัสสาวะ-ไม่มีความจำเป็น ยกเว้นในรายที่ชั้ตั้งแต่ไปคลอด
- รักษาความสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ ฉายาส่วนปัสสาวะ บันทึกรับประทานสารน้ำที่ได้รับและขับออก

Complications

Maternal complications

- Abruptio placenta
- DIC/HELLP syndrome
- Acute Renal Failure
- Eclampsia
- Liver failure & Hemorrhage
- Stroke
- Death
- Long term cardiovascular morbidity

Neonatal complications

- Preterm delivery
- IUGR
- Hypoxic neurological injury
- Perinatal death
- Low birth weight with long term morbidity

