



## บทความวิชาการ

# บทบาทพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบอุบัติเหตุฉุกเฉิน

ชัชวาล วงศ์สารี\* และธนันต์นิภา ภัคศุขนิธิวัฒน์\*\*

คณะพยาบาลศาสตร์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น เลขที่ 600 ต.สระลงเรือ อ.ห้วยกระเจา จ.กาญจนบุรี 71170

### บทคัดย่อ

อุบัติเหตุในระหว่างการตั้งครรภ์ เป็นสาเหตุอันดับแรกของสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์เสียชีวิต หญิงตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายหลายอย่าง ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้จะส่งเสริมการช่วยเหลือให้มีประสิทธิภาพดีที่สุดต่อมารดาและทารกในครรภ์ การช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบอุบัติเหตุฉุกเฉินต้องทำงานร่วมกันเป็นทีม โดยพยาบาลต้องรู้จักบทบาทที่ตนเองสามารถปฏิบัติได้ทั้งในบทบาทอิสระและกึ่งอิสระภายใต้ขอบเขตกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพกำหนด บทความนี้จึงมุ่งเสนอบทบาทของพยาบาลในการจัดการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยรวม 4 บทบาทหลัก ดังนี้ 1) บทบาทการประเมินสภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในที่ประสบอุบัติเหตุฉุกเฉิน 2) บทบาทการช่วยเหลือเบื้องต้นในหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบอุบัติเหตุฉุกเฉิน 3) บทบาทการช่วยกู้ชีพในหญิงตั้งครรภ์ที่หัวใจหยุดเต้นในที่ประสบอุบัติเหตุฉุกเฉิน และ 4) บทบาทการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในหญิงตั้งครรภ์

**คำสำคัญ:** บทบาทพยาบาล/ หญิงตั้งครรภ์ที่ประสบอุบัติเหตุ/ อุบัติเหตุฉุกเฉิน



## บทนำ

หญิงตั้งครรภ์ที่ประสบอุบัติเหตุมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตทั้งมารดาและทารกในครรภ์ ซึ่งการตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งทางด้านกายภาพและทางสรีรวิทยา ไม่เหมือนบุคคลทั่วไป ดังนั้นจึงมีความแตกต่างกันในการประเมินและการจัดการการช่วยชีวิต ปัจจุบันอุบัติเหตุเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับสูติศาสตร์ที่พบมากที่สุด (วรุณสิริ หงส์ลดาธรมภ์ และเฟื่องลดาทองประเสริฐ, 2551; Mendez, Dahlke, & Rouse, 2013) อุบัติเหตุในหญิงตั้งครรภ์พบประมาณร้อยละ 7 ของการตั้งครรภ์ ในต่างประเทศมีรายงานว่าอุบัติเหตุเป็นสาเหตุการตายของหญิงตั้งครรภ์สูงถึงร้อยละ 46.7-51.4 ของการตายของหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด (Jacob, Bloebaum, Shah, & Varner, 1998; Mendez et al., 2013)

ประเทศไทยพบข้อมูลการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่เกิดอุบัติเหตุฉุกเฉินในปี 2550, 2551 และ 2552 เท่ากับ 185, 257 และ 269 คน ตามลำดับ ซึ่งพบว่าจำนวนหญิงตั้งครรภ์เสียชีวิตจากอุบัติเหตุสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ส่วนใหญ่พบในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 25-37 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข, 2552) สาเหตุของอุบัติเหตุที่พบบ่อยที่สุดได้แก่ อุบัติเหตุจากยานพาหนะ พบประมาณ 2 ใน 3 ของอุบัติเหตุทั้งหมด รองลงมา ได้แก่ อุบัติเหตุที่เกิดจากความรุนแรงภายในครอบครัว การถูกทำร้าย และการหกล้ม (Horstmann, Larsen, & Grønberg, 2014) เมื่อหญิงตั้งครรภ์ประสบอุบัติเหตุทำให้มีโอกาสเกิดการแท้ง การคลอดก่อนกำหนด ภาวะน้ำตาลต่ำก่อนกำหนด รกลอกตัวก่อนกำหนด มดลูกแตก ทารกได้รับบาดเจ็บและเสียชีวิตในครรภ์ ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ในผู้ที่ประสบอุบัติเหตุรุนแรง (ธารารัตน์ หาญประเสริฐพงษ์, 2550) สรีรวิทยาของหญิงตั้งครรภ์มีความแตกต่างจากหญิงที่เกิดอุบัติเหตุ

ทั่วไปเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางฮอร์โมน ดังนั้นการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบอุบัติเหตุจำเป็นต้องมีทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกันดูแล เช่น สูติแพทย์ วิกฤติแพทย์ ศัลยแพทย์ แพทย์ประจำห้องฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพที่เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ และฉุกเฉิน

### 1. การเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่สัมพันธ์กับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบอุบัติเหตุฉุกเฉิน

หญิงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและภาวะสุขภาพหลายด้าน เช่น น้ำหนักร่างกายเพิ่มขึ้น ขนาดของมดลูกขยายใหญ่ การเปลี่ยนแปลงของเลือดและระบบไหลเวียน ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบกล้ามเนื้อและประสาท นอกจากนี้ การเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ในไตรมาส 2-3 ทารกในครรภ์จะเจริญเติบโตมากขึ้นต้องการสารอาหารมากขึ้นด้วย เป็นต้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่ส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่ายในหญิงตั้งครรภ์ (สุพร แก้วศิริวรรณ, 2556; ธารารัตน์ หาญประเสริฐพงษ์, 2550; Grossman, 2004) มีดังนี้

**1.1 การเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาค** การขยายขนาดของมดลูก เมื่อมดลูกมีขนาดประมาณระดับสะดือหรือเทียบกับการตั้งครรภ์ 20 สัปดาห์ มดลูกจะมีขนาดใหญ่มากเพียงพอที่จะกดหลอดเลือดดำใหญ่ในช่องท้อง เมื่อหญิงตั้งครรภ์อยู่ในท่านอนราบจะมีการกดทับของหลอดเลือดดำใหญ่ทำให้เลือดดำกลับสู่หัวใจห้องบนขวาลดลง นำไปสู่การลดลงของ stroke volume ถึงร้อยละ 30 ในบางอิริยาบถอาจทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดอุบัติเหตุจากการเปลี่ยนแปลงนี้ได้ ดังนั้น การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบอุบัติเหตุ ควรจัดทำผู้ป่วยให่นอนตะแคงข้างไปทางด้านซ้ายประมาณ 30 องศา เพื่อเพิ่มการไหลเวียนโลหิตไปสู่อวัยวะที่สำคัญรวมทั้งมดลูก

**1.2 การเปลี่ยนแปลงของระบบหายใจ** การเปลี่ยนแปลงของปริมาตรปอดในหญิงตั้งครรภ์เริ่ม



ตั้งแต่อายุครรภ์ประมาณ 20 สัปดาห์ พบว่าพื้นที่ปริมาตรการแลกเปลี่ยนอากาศจะลดลง ทำให้หญิงตั้งครรภ์หายใจเร็วขึ้นและเกิดภาวะเลือดเป็นกรด ร่างกายจะปรับสมดุลด้วยต่างจากการเผาผลาญ ทำให้เกิดการลดต่ำลงของระดับคาร์บอนไดออกไซด์และระดับของไบคาร์บอนเนตในกระแสเลือด การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลให้ความดันโลหิตลดต่ำลง จึงนำมาสู่การเกิดอุบัติเหตุได้ (Cunningham, Leveno, & Bloom, 2005; Marshall, Lindheimer, Sandra, & Cunningham, 2009)

**1.3 การเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต** อัตราการเต้นของหัวใจในหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 17 โดยการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเริ่มตั้งแต่ไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ในขณะที่ความดันโลหิตในหญิงตั้งครรภ์จะลดลง เนื่องจากการลดลงของแรงต้านเลือดของหลอดเลือดส่วนปลาย โดยค่าความดันโลหิต systolic จะลดลงเฉลี่ย 5-15 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิต diastolic จะลดลงเฉลี่ย 5-15 มิลลิเมตรปรอท หลอดเลือดส่วนปลาย โดยค่าความดันโลหิต systolic จะลดลงเฉลี่ย 5-15 มม.ปรอท ค่าความดันโลหิต diastolic จะลดลงเฉลี่ย 5-15 มิลลิเมตรปรอท จึงนำมาสู่การเกิดความดันโลหิตต่ำในขณะที่เปลี่ยนท่าได้ง่าย

**1.4 การเปลี่ยนแปลงของระบบโลหิตวิทยา** หญิงตั้งครรภ์มีการเพิ่มขึ้นของปริมาตรเลือดประมาณร้อยละ 40-45 ของปริมาณเลือดในหญิงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ เริ่มตั้งแต่อายุครรภ์ 6-8 สัปดาห์ การเพิ่มขึ้นของปริมาณดังกล่าวเป็นสัดส่วนที่มากกว่าการเพิ่มปริมาตรของเม็ดเลือด ทำให้ค่าความเข้มข้นเลือดของหญิงตั้งครรภ์จะลดลงในช่วงไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ (Cunningham et al., 2005) ปริมาณเม็ดเลือดขาวอาจเพิ่มขึ้นได้โดยมีค่าเฉลี่ยประมาณ 5,000-25,000 ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร โดยเฉพาะในไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ ในหญิงตั้งครรภ์จะมี

การเพิ่มขึ้นของระดับ fibrinogen clotting factor II VII VIII IX X และมีการลดลงของระดับ plasminogen activator ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงที่จะเกิดการแข็งตัวของเลือดในหลอดเลือดดำ การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบอุบัติเหตุและต้องนอนนิ่งบนเตียงนานๆ จึงต้องระมัดระวังการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน (Sugrue & Connor, 2004)

**1.5 การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ** ผลจากการกดทับหลอดเลือดดำใหญ่ inferior vena cava ของมดลูกทำให้เลือดไหลกลับเข้าหัวใจไม่สะดวก จึงต้องไหลผ่านไปทางหลอดเลือดดำ paravertebral ซึ่งจะช่วยให้หลอดเลือดดำดังกล่าวขยาย ทำให้ epidural space และ spinal canal แคบลงร่วมกับการยึดห่างออกของข้อต่อบริเวณ symphysis pubis และ sacroiliac joint ในไตรมาสที่ 2 จนถึงระยะคลอดทำให้การเดินและการทรงตัวของหญิงตั้งครรภ์ผิดไปจากท่าที่เคยเดินได้ตามปกติ หากเกิดการเคลื่อนไหวร่างกายแบบไม่ระวังหญิงตั้งครรภ์จะมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุจากการหกล้มได้มาก (ธารางรัตน์ หาญประเสริฐพงษ์, 2550)

## 2. ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุฉุกเฉินในหญิงตั้งครรภ์

การประสบอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกะทันหันและมีผลกระทบต่อชีวิตของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ที่พบบ่อยๆ มี 2 ลักษณะ ดังนี้

**2.1 อุบัติเหตุชนิดมีการกระทบกระเทือนบริเวณท้อง** สาเหตุที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุชนิดกระทบกระเทือนที่พบบ่อยที่สุดคือ อุบัติเหตุจากการขับชี่ยานพาหนะ รongลงมา คือ การถูกทำร้าย การหกล้ม ตามลำดับ ปัจจัยที่พบบ่อยสัมพันธ์กับการตายของทารกในครรภ์และหญิงตั้งครรภ์จากการขับชี่ยานพาหนะ ได้แก่ การไม่คาดเข็มขัดนิรภัย และการกระเด็นหลุดออกจากยานพาหนะขณะเกิดอุบัติเหตุ (Grossman, 2004) ในทางกายภาพผนังหน้าท้องมดลูกและน้ำคร่ำจะช่วยลดแรงกระทบไปสู่ทารกในครรภ์ แต่ทารกอาจได้



รับผลกระทบจากรกลอกตัวก่อนกำหนด การคาดเข็มขัดนิรภัยทั้งไหล่และสะโพกช่วยลดอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ไม่ให้หญิงตั้งครรภ์พุ่งออกนอกรถจนเป็นอันตราย แต่การคาดเข็มขัดในตำแหน่งสะโพกที่สูงเกินไปอาจกดรัดจนมดลูกฉีกขาดได้ หรือการคาดเฉพาะเอวก็อาจกดรัดมดลูกโดยตรงจนทำให้มดลูกฉีกขาดหรือรกลอกตัวได้ (Rush, 2009)

**2.2 การเกิดอุบัติเหตุชนิดมีการแทงของวัตถุเข้าในร่างกาย** ขณะตั้งครรภ์มดลูกที่ขยายขนาดเข้าในช่องท้องจะดันลำไส้ขึ้นเหนือมดลูก ดังนั้น การเกิดอุบัติเหตุที่มีการแทงของวัตถุเข้าบริเวณด้านบนของช่องท้องไม่ว่าจะเป็นการแทงด้วยมีดหรือการถูกยิงด้วยปืน มักจะสัมพันธ์กับการบาดเจ็บของอวัยวะระบบทางเดินอาหารหลายตำแหน่ง

ในไตรมาสสุดท้ายของการตั้งครรภ์ การเกิดอุบัติเหตุลักษณะนี้ที่บริเวณช่องท้องด้านล่างมดลูกจะเป็นอวัยวะที่ป้องกันการบาดเจ็บต่ออวัยวะอื่น แต่การบาดเจ็บของมดลูกจะมีอัตราการตายของมารดาประมาณร้อยละ 7-9 ทำให้เกิดการบาดเจ็บของทารกในครรภ์ได้สูงถึงร้อยละ 60-90 โดยอัตราการตายของทารกนี้จะมากขึ้นถ้าอายุครรภ์ขณะเกิดอุบัติเหตุน้อยกว่า 37 สัปดาห์ จำเป็นต้องทำคลอดให้หญิงตั้งครรภ์ในไตรมาสที่สามที่ได้รับอุบัติเหตุชนิดนี้ได้คลอดทันที (ธารารัตน์ หาญประเสริฐพงษ์, 2550; Petrone et al., 2011)

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบอุบัติเหตุควรทำเป็นขั้นตอน รอบคอบ รวดเร็ว และมีการปรึกษากันอย่างเหมาะสมระหว่างทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วนและเหมาะสมนำมาซึ่งการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ฉะนั้นพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการผู้ซึ่งพญุกเงินหรือออกให้บริการหญิงตั้งครรภ์ ณ จุดเกิดเหตุ จึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆ ของร่างกายในหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้การส่งเสริมภาวะสุขภาพ

ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ รวมทั้งประเมินและจัดการดูแลได้ตามบทบาทของตนเมื่อต้องดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่จุดเกิดอุบัติเหตุในกรณีต่างๆ

### 3. บทบาทพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบอุบัติเหตุฉุกเฉิน

พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานกับรถกู้ชีพฉุกเฉินทำงานในแผนกฉุกเฉินและหอผู้ป่วยหนัก หรือพยาบาลวิชาชีพทั่วไปที่มีโอกาสพบหญิงตั้งครรภ์ประสบอุบัติเหตุจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือเร่งด่วน ถูกต้องตามหลักการแพทย์ภายใต้บทบาทพยาบาลซึ่งบทบาทพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบอุบัติเหตุฉุกเฉินแบ่งออกเป็น 4 บทบาทหลักครอบคลุมทั้งการประเมินสภาพ การร่วมดูแลรักษา การช่วยชีวิตและการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ดังนี้

**3.1 บทบาทการประเมินสภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ที่ประสบอุบัติเหตุฉุกเฉิน** เมื่อพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบเหตุจำเป็นต้องรู้หลักการประเมินสภาพหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบอุบัติเหตุ ซึ่งเป็นบทบาทที่เป็นบทบาทอิสระและกึ่งอิสระแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน (อุบลเยี่ยม, 2552) ดังนี้

**1) Primary survey** เป็นบทบาทที่อิสระซึ่งการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบอุบัติเหตุในเบื้องต้นไม่แตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุอื่นซึ่งต้องประเมินจากอากาศที่ปรากฏพร้อมให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ดังนี้

**A: Airway/cervical spine control** เป็นการประเมินทางเดินหายใจ หากพบอาการผิดปกติ เช่น หายใจเหนื่อย หรือหายใจติดขัด ควรช่วยหายใจให้แก่หญิงตั้งครรภ์ก่อนเพราะมารดามีโอกาสสูดสำลักอาหารเข้าปอดได้ง่าย อันเนื่องจากหูดของหลอดอาหารหลวมและกระเพาะอาหารย่อยได้ช้าจนทำให้มีอาหารค้างอยู่ในกระเพาะได้นาน ในขั้นตอนนี้ควรระวังการเคลื่อนหรือการบาดเจ็บเพิ่มของกระดูกต้นคอ (C-spine injury)



**B: Breathing** เป็นการประเมินการหายใจ ซึ่งหญิงตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจนได้ง่าย ทั้งนี้ เพราะขณะตั้งครรภ์มดลูกจะโตจนมาเบียดบังเนื้อปอดที่ใช้ในการแลกเปลี่ยนออกซิเจน (functional residual capacity) ให้ลดลง อีกทั้งหญิงตั้งครรภ์มักมีความต้องการใช้ออกซิเจนสูงเพื่อสร้างพลังงานให้แก่ตนเองและทารกในครรภ์อีกด้วย หากประเมินแล้วพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีอาการหายใจหอบหรือปลายมือปลายเท้าเขียว ควรให้ออกซิเจนบำบัดเป็นการด่วน

**C: Circulation, contraction (uterine)** เป็นการประเมินชีพจรเพื่อเป็นการทำนายระดับความดันโลหิต ณ จุดเกิดเหตุ หากคลำไม่พบชีพจรควรเริ่มต้นช่วยฟื้นคืนชีพ พร้อมร่วมกับแพทย์ในการช่วยเพิ่มความดันโลหิตด้วยการใช้ยา Vasopressor agents เช่น epinephrine, vasopressin และ dopamine มักทำให้ลดปริมาณเลือดไปสู่มดลูก เพื่อนำเลือดไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญของหญิงตั้งครรภ์เป็นหลัก พยาบาลต้องประเมินหาสาเหตุและให้การแก้ไขร่วมกับแพทย์ตามหลัก 5T6H ดังนี้ 5T ได้แก่ Toxins, Tamponade, Tension pneumothorax, Trauma, Thrombosis และ 6H ได้แก่ Hypovolemia, Hypoxia, Hydrogen ion, Hypo/hyperkalemia, Hypoglycemia, Hypothermia เพื่อที่จะได้แก้ไขได้ตรงสาเหตุ (รพีพร โรจน์แสงเรือง, ม.ป.พ.) ในขั้นตอนนี้หากมีตำแหน่งของเลือดออกพยาบาลต้องช่วยห้ามเลือดอย่างเร่งด่วนด้วย

**D: Disability** เป็นการประเมินการตอบสนองของระบบประสาท ในระยะแรกจะตรวจเพียงความรู้สึก และรูม่านตาเท่านั้นโดยใช้ AVPU method (A : alert, V : vocal stimuli, P : pain stimuli, U : unresponsive) มาประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบอุบัติเหตุฉุกเฉิน แต่ถ้าอาการไม่ฉุกเฉินมาควรประเมินอย่างละเอียดโดยใช้ Glasgow coma score การรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบอุบัติเหตุซึ่ง

เป็นบทบาทที่ต้องทำงานภายใต้แผนการรักษาของแพทย์อย่างเร่งด่วน พยาบาลต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของชีวิตมารดาเป็นสำคัญ ซึ่งยึดหลักการที่ว่าให้ช่วยเหลือชีวิตหญิงตั้งครรภ์ให้ปลอดภัยก่อน แล้วรีบช่วยเหลือทารกในครรภ์เป็นลำดับถัดไป (ธารางรัตน์ หาญประเสริฐพงษ์, 2550) พยาบาลต้องประเมินการบาดเจ็บจากศีรษะจรดเท้าอย่างรวดเร็วและให้การช่วยเหลือดูแลมุ่งรักษาชีวิตเป็นสำคัญ พร้อมตรวจการหดตัวของมดลูก ประเมินการมีเลือดออกทางช่องคลอดและฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ร่วมด้วยเสมอและให้การเคลื่อนย้ายหญิงตั้งครรภ์อย่างถูกวิธี นำส่งโรงพยาบาลอย่างเร่งด่วนและปลอดภัย

**2) Secondary survey** หลังจากการดูแลเบื้องต้นและนำส่งโรงพยาบาลแล้ว การดูแลต่อมาประกอบด้วย การซักประวัติเกี่ยวกับกลไกการเกิดอุบัติเหตุอย่างละเอียด การซักประวัติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การตรวจร่างกายอย่างละเอียด การตรวจประเมินสุขภาพทารกในครรภ์อย่างละเอียด ในขั้นตอนนี้พยาบาลต้องทำงานภายใต้คำสั่งการรักษาของแพทย์ร่วมด้วย กล่าวโดยรวมบทบาทของพยาบาลในขั้นตอนนี้ คือ การเตรียมหญิงตั้งครรภ์สำหรับการตรวจร่างกายและการตรวจเฉพาะที่เกี่ยวข้อง เช่น การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจทางรังสี การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เป็นต้น ขณะเดียวกันบทบาทอิสระที่พยาบาลต้องปฏิบัติ ได้แก่ การวัดสัญญาณชีพ การประเมินสภาพทารกในครรภ์และการหดตัวของมดลูก การดูแลสภาพจิตใจ เป็นต้น

**3.2 บทบาทการช่วยเหลือเบื้องต้นในหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบอุบัติเหตุฉุกเฉิน** การให้การดูแลจำเพาะเป็นพิเศษในหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบอุบัติเหตุที่แตกต่างจากผู้ป่วยอื่น (ธารางรัตน์ หาญประเสริฐพงษ์, 2550; มาลี เกื้อนพกุล, ม.ป.พ.) มีดังนี้

1) การให้ออกซิเจนทดแทน เพื่อป้องกันการ



ขาดออกซิเจนทั้งมารดาและทารก

2) พยาบาลพึงระวังว่าในหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบอุบัติเหตุรุนแรง จะกระตุ้นให้มีการหลั่งสาร catecholamine ในมารดา ทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือด ทำให้เลือดไปเลี้ยงทารกลดลง (uteroplacenta insufficiency) ด้วย พยาบาลต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด

3) การป้องกันการคลอดเลือดใหญ่บริเวณท้องโดยการตะแคงตัวมารดาไปทางด้านซ้ายประมาณ 30 องศา เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปที่มดลูก การป้องกันดังกล่าวนี้ควรทำในหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบอุบัติเหตุทุกรายที่มีอายุครรภ์เกินกว่า 20 สัปดาห์

4) ในหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบอุบัติเหตุควรให้สารน้ำทดแทนผ่านเข็มขนาดใหญ่ เช่น เบอร์ 14 หรือเบอร์ 16 และเฝ้าระวังภาวะช็อกจากการตกเลือดภายในอย่างต่อเนื่อง

5) หากการประสบอุบัติเหตุดังกล่าวทำให้หญิงตั้งครรภ์ต้องคลอดก่อนถึงโรงพยาบาล ให้ปฏิบัติดังนี้

5.1) ประสานงานขอความช่วยเหลือที่มสูติแพทย์ที่อยู่ใกล้สถานที่ระหว่างการเดินทาง (กรณียังไม่คลอด) ระหว่างนั้นเตรียมสถานที่ให้สะอาด

5.2) ชักประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติโรคประจำตัว

5.3) ตรวจสอบท่าของทารกว่าเป็นท่าซ้ายหรือท่าขวา ส่วนหน้าเป็นศีรษะหรือก้น

5.4) คำนวณขนาดของทารก ตรวจสอบการเคลื่อนต่ำของส่วนนำและตัดฝีเย็บ

5.5) ช่วยคลอดตามหลักการช่วยคลอด Flex and Safe

5.6) ทารกคลอดแล้ว clear air way ตัดสายสะดือและให้ความอบอุ่นด้วยผ้าหรือถุงครอบลำตัวที่สะอาดที่สุด

5.7) ในกรณีที่ไม่มีเครื่องมือในการตัดฝีเย็บหรือตัดสายสะดือ แนะนำว่าไม่ต้องตัดให้รับน้ามารดาและทารกหลังคลอดส่งโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุดเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือต่อไป

ในบางกรณีที่หญิงตั้งครรภ์ประสบอุบัติเหตุแล้วได้รับอันตรายที่อาจเป็นเหตุให้เกิดการสูญเสียหรือใกล้สิ้นชีวิตในที่เกิดเหตุ ตามหลักการแพทย์ให้ยึดการช่วยชีวิตหญิงตั้งครรภ์เป็นสำคัญกว่าการช่วยชีวิตทารกในครรภ์และพยาบาลต้องทำบทบาทช่วยกู้ชีพในหญิงตั้งครรภ์ที่หัวใจหยุดเต้นในที่ประสบอุบัติเหตุฉุกเฉินอย่างเร่งด่วน

### 3.3 บทบาทการช่วยกู้ชีพในหญิงตั้งครรภ์ที่หัวใจหยุดเต้นในที่ประสบอุบัติเหตุฉุกเฉิน

การกู้ชีพในหญิงตั้งครรภ์ค่อนข้างทำได้ยากเนื่องจากการดูแลต้องคำนึงถึงความปลอดภัยทั้งมารดาและทารกในครรภ์ แต่ในรายที่เข้าสู่ระยะวิกฤตพยาบาลที่รับผู้ป่วยในที่เกิดเหตุต้องประสานงานกับทางโรงพยาบาล รายงานอาการที่วิกฤตชีวิตต่อแพทย์และทีมเพื่อเตรียมการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกันต้องยื้อชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ไว้ให้ถึงที่สุด เมื่อผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลแพทย์อาจทำการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องอย่างเร่งด่วนที่ห้องฉุกเฉินภายใน 5 นาที หลังมารดาอยู่ในภาวะหัวใจหยุดเต้น (รพีพร โรจน์แสงเรือง, ม.ป.พ.) การช่วยกู้ชีพในหญิงตั้งครรภ์ที่หัวใจหยุดเต้นในที่ประสบอุบัติเหตุฉุกเฉิน การกู้ชีพในหญิงตั้งครรภ์ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์ หลักการที่สำคัญ คือ ต้องให้การรักษาเพื่อให้มารดารอดชีวิตก่อนเสมอ โดยมีหลักการ 2 ขั้นตอน (รพีพร โรจน์แสงเรือง, ม.ป.พ.; มาลี เกื้อนพกุล, ม.ป.พ.; Pak, & Hardasmalani, 2015; American Heart Association Emergency Cardiovascular Care Committee, 2015) ดังนี้

#### ขั้นที่ 1 การเตรียมหญิงตั้งครรภ์ก่อนการช่วยฟื้นคืนชีพ





1) จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย เช่น เคลื่อนย้ายออกจากกลางถนน อย่างรวดเร็ว นุ่มนวล และถูกต้องตามหลักการ

2) จัดทำให้ผู้ป่วยนอนตะแคงทับซ้าย ควรให้นอนในท่าตะแคงซ้ายเอียง  $15^{\circ}$ - $30^{\circ}$  พร้อมประเมินสภาพตามหลัก “C-A-B-D”

3) จัดให้ผู้ป่วยอยู่บนพื้นแข็งและดูแลออกซิเจน ความเข้มข้นสูง 100% และให้สารน้ำแก้หญิงตั้งครรภ์ ด้วยเข็มที่เบอร์ 14 หรือ 16 (ถ้ามี)

4) กรณีที่มีผู้ช่วยฟื้นคืนชีพมากกว่า 1 คน ให้โทรแจ้ง 1669 เพื่อขอความช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว โดยบอกตำแหน่งที่เกิดเหตุ อาการผู้ป่วยในปัจจุบัน อย่างละเอียดและรวดเร็ว แต่กรณีที่พยาบาลวิชาชีพต้องช่วยฟื้นคืนชีพหญิงตั้งครรภ์คนเดียวให้ร้องขอความช่วยเหลือจากพลเมืองดีที่อยู่ใกล้ก่อน และให้คนที่ช่วยโทรแจ้ง 1669 ด้วยข้อมูลเดียวกัน

## ขั้นที่ 2 การลงมือช่วยฟื้นคืนชีพในหญิงตั้งครรภ์

ให้ช่วยฟื้นคืนชีพเหมือนผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ประสบเหตุตามปกติตามหลักการช่วยฟื้นคืนชีพของสมาคมโรคหัวใจ ค.ศ. 2015 ให้เริ่มจากการกดหน้าอก (C) เปิดทางเดินหายใจ (A) และช่วยหายใจ (B) และหากหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบอุบัติเหตุเกิดอาการหัวใจหยุดเต้นที่โรงพยาบาล พยาบาลอาจต้องช่วยช็อกไฟฟ้า (D) ซึ่งในแต่ละขั้นตอนพยาบาลต้องปฏิบัติ ดังนี้

**C : Circulation** ตำแหน่งกดหน้าอกมักอยู่สูงกว่าตำแหน่งปกติขึ้นไปเล็กน้อยอันเกิดจากมดลูกโตมากต้องเช็ดตำแหน่งวางมือให้ดีกว่าการกดหน้าอก แนะนำให้กดหน้าอกในอัตรา 100-120 ครั้งต่อนาที ลึกอย่างน้อย 2 นิ้ว (5 เซนติเมตร) แต่ไม่เกิน 2.4 นิ้ว (6 เซนติเมตร) กรณีมีผู้ช่วยเหลือให้กดหน้าอก 30 ครั้ง สลับกับการช่วยหายใจ 2 ครั้ง แต่ในกรณีไม่มีคนช่วยเหลือ แนะนำให้กดหน้าอกในอัตราเดียวกัน จนกว่าทีมกู้ชีพฉุกเฉินจะมาถึง

**A: Air way** โดยการเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ด้วยวิธี head tilt chin lift หรือถ้าสงสัยว่ามีการหักของกระดูกสันหลังส่วนคอให้เปิดทางเดินหายใจด้วยมือด้วยวิธี jaw thrust maneuver



รูปที่ 1 head tilt chin lift

ที่มา <http://www.fire2fight.com/articles>



รูปที่ 2 jaw thrust maneuver

ที่มา <http://www.fire2fight.com/articles>

**B : Breathing** คือ การช่วยหายใจ เนื่องจากการหายใจหยุด ร่างกายจะมีออกซิเจนคงอยู่ในปอดและกระแสเลือด แต่ไม่มีสำรองไว้ใช้ ดังนั้น เมื่อหยุดหายใจจึงต้องช่วยหายใจ เป็นวิธีที่จะช่วยให้ออกซิเจนเข้าสู่ปอดผู้ป่วยได้ ซึ่งออกซิเจนที่เป่าออกไปนั้นมีออกซิเจนประมาณ 16-17% ซึ่งเพียงพอสำหรับใช้ในร่างกาย สามารถทำได้หลายวิธี คือ ด้วยการเป่าปาก (mouth to mouth) เป่าจมูก (mouth to nose) และวิธีการกดหลังยกแขนของโฮลเกอร์-นิลสัน (back pressure arm lift or Holger-Nielson method) ทำได้ดังนี้ บีบจมูกของผู้ป่วย ผู้ช่วยเหลือหายใจเข้าปอดลึกๆ ชัก 2-3 ครั้ง หายใจเข้าเต็มที่ แล้วประกบปากให้แนบสนิทกับปากของผู้ป่วย แล้วเป่าลมหายใจเข้าไปในปอดให้เต็มที่



**รูปที่ 3** การผายปอดด้วยวิธี Mouth to Mouth  
ที่มา <http://www.fire2fight.com/articles>.

**D: Defibrillation** ยังไม่มีหลักฐานว่า กระแสไฟฟ้าจากเครื่อง defibrillator ในการช็อกไฟฟ้าเพื่อกู้ชีพแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นจะมีผลกระทบบิดๆ ต่อทารกในครรภ์ ดังนั้น แนวทางการกู้ชีพตามสมาคมแพทย์โรคหัวใจของประเทศอเมริกาในปี ค.ศ. 2005 ได้แนะนำให้ทำการช็อกไฟฟ้าได้ในกรณีที่จำเป็น อย่างไรก็ตาม ก่อนทำการช็อกไฟฟ้านั้นก็ควรถอดเครื่องเฝ้าติดตามสัญญาณชีพทั้งของมารดาและทารกในครรภ์ออกก่อนเพื่อป้องกันเครื่องมือเหล่านั้นได้รับความเสียหายจากการช็อกไฟฟ้า บทบาทนี้เป็นบทบาทกึ่งอิสระพยาบาลต้องทำตามคำสั่งของแพทย์เท่านั้น

หลังทำการช่วยฟื้นคืนชีพหญิงตั้งครรภ์ได้สำเร็จ พยาบาลต้องเฝ้าดูแลอาการของหญิงตั้งครรภ์ในหอผู้ป่วยหนักหรือหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างต่อเนื่อง โดยต้องประเมินสภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ตลอดเวลาจนกว่าจะมั่นใจว่าปลอดภัยทั้งหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ซึ่งในระยะนี้ต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด รายงานอาการผิดปกติ เช่น มีเลือดออกทางช่องคลอด หรือมดลูกหดตัวมาก หรือทารกในครรภ์ดิ้นน้อยลงหรือการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ ที่สื่อถึงว่าจะเกิดอันตรายกับหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ พยาบาลต้องรายงานให้แพทย์ทราบพร้อมให้การจัดการอาการตามแผนการรักษาอย่างทันที่

**3.4 บทบาทการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในหญิงตั้งครรภ์** ในกรณีการขับชี่รถยนต์ การนั่งรถยนต์ (Hyde, Cook, & Olson, 2003) พยาบาลควรแนะนำหญิงตั้งครรภ์ทุกรายให้คาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งที่ใช้ยานพาหนะ เนื่องจากมีหลักฐานอย่างชัดเจนว่าการคาดเข็มขัดนิรภัยสามารถลดอันตรายความรุนแรงต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์ การคาดเข็มขัดนิรภัยที่เหมาะสม คือแบบ three points โดยสายเข็มขัดเส้นล่างวางลงต่อหน้าท้อง สายเข็มขัดเส้นบนวางระหว่างเต้านมทั้งสองข้าง และวางเหนือกึ่งกลางของกระดูกโอบลาร้า การวางสายเข็มขัดไว้บนมดลูกจะเป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์ได้ และพึงเข้าใจว่าถุงยางนิรภัยที่พองออกขณะรถเกิดอุบัติเหตุเพื่อกันกระแทกนั้นจะไม่ช่วยในการกันกระแทกในหญิงตั้งครรภ์



**รูปที่ 4** วิธีการคาดเข็มขัดนิรภัยในหญิงตั้งครรภ์  
ที่มา ฮารางรัตน์ หาญประเสริฐพงษ์, 2550

ในกรณีการบาดเจ็บที่เกิดจากการถูกแทงและการถูกยิงที่เกิดจากการเจตนาทำร้ายร่างกายหญิงตั้งครรภ์ เป็นเหตุที่เกินกว่าจะป้องกันได้พยาบาลต้องทำหน้าที่เข้าถึงที่เกิดเหตุอย่างรวดเร็วและให้การช่วยเหลือตามหลักการข้างต้นอย่างเร่งด่วน โดยประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อร่วมมือกันทำงานเสมอ

อนึ่งการเกิดอุบัติเหตุฉุกเฉินภายในบ้านพักของหญิงตั้งครรภ์เป็นสิ่งที่ป้องกันได้ โดยการแนะนำพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดำเนินชีวิตประจำวันให้





หญิงตั้งครรภ์ทราบและแนะนำการจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อสร้างความปลอดภัย เพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุ อย่างต่อเนื่อง พยาบาลต้องตระหนักในบทบาทนี้ โดยให้คำแนะนำอย่างรอบคอบ

## สรุปและข้อเสนอแนะ

หญิงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และความต้องการเลือดและสารอาหารที่เพิ่มมากขึ้นของทารก ทั้งหมดล้วนส่งเสริมให้เกิดอุบัติเหตุขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์ ลักษณะของ อุบัติเหตุฉุกเฉินที่พบบ่อยในหญิงตั้งครรภ์ มี 2 ชนิด คือ อุบัติเหตุชนิดมีการกระแทกบริเวณท้อง และการเกิดอุบัติเหตุชนิดมีการแทงของวัตถุเข้าไปในร่างกาย ผลกระทบที่รุนแรงจากอุบัติเหตุฉุกเฉินที่หญิงตั้งครรภ์ ได้รับ คือ รกลอกตัวก่อนกำหนดซึ่งนำมาสู่การเสียชีวิต

ชีวิตของทารก การบาดเจ็บของมดลูก หรือการบาดเจ็บระบบอื่นที่รุนแรงนำมาสู่การเสียชีวิตทั้งมารดา และทารกในครรภ์ การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบอุบัติเหตุควรทำเป็นขั้นตอน รอบคอบ รวดเร็ว และมีการปรึกษากันอย่างเหมาะสมระหว่างทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วน และเหมาะสมนำมาซึ่งการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ฉะนั้น พยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการกู้ชีพฉุกเฉินหรือออกให้บริการหญิงตั้งครรภ์ ณ จุดเกิดเหตุ จึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงระบบต่างๆ ของร่างกายในหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้การส่งเสริมภาวะสุขภาพ ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุรวมทั้งประเมินและจัดการดูแลได้ตามบทบาทของตน เมื่อต้องดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่จุดเกิดอุบัติเหตุในกรณีต่างๆ โดยมุ่งหวังให้มารดาและทารกปลอดภัยคือ เป้าหมายสูงสุด

## เอกสารอ้างอิง

### ภาษาไทย

- ธารารัตน์ หาญประเสริฐพงษ์. (2550). อุบัติเหตุในหญิงตั้งครรภ์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 25 (5), 437-445.
- มาลี เกื้อนพกุล. (ม.ป.พ.). *เอกสารประกอบการสอน: การพยาบาลมารดาตั้งครรภ์ในภาวะฉุกเฉิน*. ภาควิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครทุ่งทอง. (อัคราเสนา).
- รพีพร โรจน์แสงเรือง. (ม.ป.พ.). *เอกสารประกอบการสอน: การกู้ชีพในหญิงตั้งครรภ์*. ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี. (อัคราเสนา).
- วรุณลลิตี หงส์ลดาธรมภ์ และเฟื่องลดา ทองประเสริฐ. (2556). *Trauma in pregnancy*. ภาควิชาสูติ-

ศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. สืบค้นเมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2558 <http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn>.

สุพร แก้วศิริวรรณ. (2556). *การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์*. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *อัตราการตายของมารดา*. สืบค้นเมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2558. จาก <http://healthdata.moph.go.th/mdg/report>.

อุบล ยี่เฮง. (2552). *การประเมินผู้ป่วยเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ*. เอกสารประกอบการบรรยายพิเศษที่โรงเรียนพยาบาล กองการศึกษา กรมแพทยทหารเรือ. (อัคราเสนา).

**ภาษาอังกฤษ**

- American Heart Association Emergency Cardiovascular Care Committee. (2015). *Cardiac arrest in pregnancy: A scientific statement from the American Heart Association*. CINAHL Plus.
- Cunningham, F.G., Leveno, K.L., & Bloom, S.L. (2005). *Williams Obstetrics*, (22<sup>nd</sup> ed.). New York: McGraw-Hill.
- Grossman, N.B. (2004). Blunt trauma in pregnancy. *Am Fam Physician*, 70(7), 1303-1310.
- Horstmann, P., Larsen, C.F., & Grønberg, H. (2014). Adherence to protocol in pregnant trauma patients? A 12-year retrospective study. *Eur J Trauma Emerg Surg*, 40, 561-566.
- Hyde, L.K., Cook, L.J., & Olson, L.M. (2003). Effect of motor vehicle crashes on adverse fetal outcomes. *Obstet Gynecol*, 102, 279-286.
- Jacob, S., Bloebaum, L., Shah, G., & Varner, M.W. (1998). Mortality in Utah. *Obstet Gynecol*, 91, 187-191.
- Marshall, D., Lindheimer, S.J.T. & Cunningham, F.G. (2009). ASH position paper: Hypertension in pregnancy. *The Journal of Clinical Hypertension*, 11(4), 214-225.
- Mendez-Figueroa, H., Dahlke, J.D., & Rouse, D.J. (2013). *Trauma in pregnancy: An updated systematic review*. Inc. Mosby.
- Pak, K.M., & Hardasmalani, M. (2015). *A Multidisciplinary obstetric trauma resuscitation using In Situ High-Fidelity Simulation*. CINAHL Plus.
- Petrone, P., Talving, P., Browder, T., Teixeira, P.G., Fisher, O., Lozornio, A., & Chan, L.S. (2011). *Abdominal injuries in pregnancy: A 155-month study at two level 1 trauma centers*. Division of Acute Care Surgery. CINAHL Plus.
- Rush, C. (2009). *Book review: Advanced trauma life support for doctors: ATLS student course manual*, (8<sup>th</sup> ed.). Spring, 32(1), 14.
- Sugrue, M.E., & Connor, M.C.D. (2004). Amours S. trauma during pregnancy. *J ADF Health*, (5), 24-28.



## Nurse's Role in Caring for Pregnant Women with Emergency Accident

Chutchavarn Wongsaree\* and Thanannipha Phuksuknithiwat\*\*

### Abstract

*Accidental trauma is the most common cause of non obstetric death among pregnant women. Many physiologic changes have occurred during pregnancy, therefore, a comprehensive understanding of these changes is important in pregnant trauma care because it enables the best outcome for both mother and fetus. Helping pregnant women who have an emergency accident requires team work. The nurse must recognize their roles in both independent and semi-independent roles under the ethics and nursing law. This article aimed at describing nurses' roles in caring for pregnant women with emergency accident. These roles are: First, assessment of pregnant women and fetus. Second, first aid for emergency accident pregnant women. Third, cardiac arrest resuscitation. Fourth, accidental prevention.*

**Keywords:** Nurses' role/Trauma pregnant women/Emergency accident.