

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วไปในผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษ เพื่อทำผ่าตัดคลอดบุตรและทำหัตถ์

ดร.ณิศา คำปาน

งานวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี

บทคัดย่อ

กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิง อายุ 30 ปี G₃ P₂ A₀ L₂ อายุครรภ์ 36 + 3 weeks by LMP, EDC 30 กรกฎาคม พ.ศ.2562 มาด้วยอาการปวดศีรษะ ปวดกระบอกตา ตาลาย ไม่มีอาการเจ็บครรภ์ ไม่มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ไม่มีแขนขาอ่อนแรง บวมทั้งตัว ไม่มีอาการชัก รู้สึกลูกดิ้นลดลง แกรับ ความดันโลหิต 214/140mmHg ชีพจร 117 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที T 36.5 °C น้ำหนักตัว 127.7 กิโลกรัม สูง 168 เซนติเมตร BMI 45.245 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ 3+ และมีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ 340 mg ใน 24 ชั่วโมง การวินิจฉัยครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง (severe preeclampsia) และต้องทำการผ่าตัดคลอดบุตรและทำหัตถ์ (caesarean section with tubal resection)

การเลือกวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกขึ้นอยู่กับความรีบด่วนของการผ่าตัดคลอด สถานะของมารดา และทารกในครรภ์ ความพร้อมและความชำนาญของบุคลากรทางวิสัญญี สำหรับผู้ตั้งครรภ์รายนี้ให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (general anesthesia) เป็นการทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว และใส่ท่อช่วยหายใจร่วมด้วย เพราะเด็กเริ่มมีภาวะไม่ปกติ (non-reassuring fetal heart rate)

ดังนั้น วิสัญญีพยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วยและทารกและอธิบายความจำเป็นในการให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยและญาติให้รับทราบ และต้องมีความชำนาญในการประเมินสภาพร่างกายอย่างละเอียด มีการเลือกใช้ยาให้เหมาะสม และใช้อุปกรณ์ตามมาตรฐานการเฝ้าระวังจากราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ในระหว่างการผ่าตัดมีการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด สังเกตการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการผ่าตัด ปริมาณของยาสลบให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนตามระบบเน้นความสำคัญอยู่ที่ความปลอดภัยของผู้ป่วยและทารก ให้ความสะดวกแก่สูติแพทย์ให้ปฏิบัติงานได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ สามารถทำให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดคลอดปลอดภัยไม่พบภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงและมารดาได้รับการดูแลหลังผ่าตัดโดยการเฝ้าระวังทางเดินหายใจ ควบคุมความดันโลหิต ปริมาณสารน้ำที่ให้ จำนวนปัสสาวะ ดูปริมาณเลือดที่ออกมา ดูแลการให้แมกนีเซียมซัลเฟตหลังผ่าตัดต่อเนื่องจากการดูแลขณะผ่าตัด ดูแลเรื่องการให้ยาระงับปวด และผู้ป่วยสามารถออกจากห้องพักฟื้นไปอยู่หอผู้ป่วยหลังคลอดได้

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษ, การให้ยาระงับความรู้สึก, การคลอดบุตร, การทำหัตถ์

Abstract : Nursing and general anesthesia in preeclampsia patients for the Caesarean Section with Tubal Resection

Mrs. Darunee Khumpan

Nurse Anesthetist of Singburi Hospital

Case study Female patient aged 30 years, G₃ P₂ A₀ L₂, gestational age 36+3 weeks by LMP, EDC July 30, 2019 with headache, eyeball pain, dizzy, no pain in pregnancy No abnormal bleeding in the vagina. No limbs, weakness, swollen body, no seizures Feel the ball lower flex first, receiving blood pressure 214/140 mmHg, pulse 117 times/minute, breathing 20 times/minute T 36.5°C, body weight 127.7 kilograms, height 168 cm, BMI 45.245, laboratory results detected urine protein 3+ and There is 340 mg of protein in the urine in 24 hours. Severe preeclampsia is diagnosed and requires Caesarean Section with Tubal Resection.

The choice of anesthesia method depends on the urgency of cesarean section. State of mother and fetus the readiness and expertise of anesthetist personnel for this pregnant woman, general anesthesia is given to the patient to be unconscious. And include a trachea because children begin to have abnormal conditions Non-reassuring Fetal Heart rate

Therefore, anesthetists must have knowledge and understanding about the condition of patients and infants and explain the need for anesthesia to patients and relatives. And must have expertise in thorough physical assessment. With choosing the right medicine and use equipment According to surveillance standards from the Royal College of Anesthetists of Thailand During the surgery, patients are closely monitored. Observe the response of patients to surgery Adjust the size of anesthesia to suit the patient Surveillance of systemic complications, emphasizing the importance of the safety of patients and infants Provide convenience to obstetricians to operate quickly and efficiently. Can make the patient undergoes a cesarean section, no serious complications are found, and the mother receives postoperative care through respiratory surveillance. Control blood pressure the amount of water that gives the amount of urine to see the amount of blood that comes out. Continue to provide magnesium sulfate after surgery after care during surgery. Taking care of pain medication and the patient can leave the recovery room to the postpartum ward.

Keyword: Nursing for preeclampsia patients, Anesthesia, Childbirth, Sterilization

บทนำ

การระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดคลอด

การผ่าตัดคลอดคิดเป็นร้อยละ 22.5 ของการคลอดในประเทศไทย การเลือกวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยดังนี้ ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัด ความรีบด่วนของการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก ความต้องการของผู้ป่วย การระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว ในปัจจุบันมีความนิยมในการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวสำหรับหญิงตั้งครรภ์ลดลง เนื่องจากมีโอกาสดังภาวะแทรกซ้อนมากกว่าการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนถึง 16 เท่า แต่ในรายที่มีข้อห้ามของการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน เช่น ภาวะเลือดออกผิดปกติ ผู้ป่วยปฏิเสธ หรือเป็นการผ่าตัดที่รีบด่วน ยังมีความจำเป็นต้องใช้วิธีการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว ข้อดีของวิธีนี้คือสามารถทำผ่าตัดได้ทันที ควบคุมการหายใจและระบบไหลเวียนเลือดได้ดี^[1]

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (pregnancy-induced hypertension)

ความดันโลหิตสูง คือ ภาวะที่มี systolic blood pressure (SBP) ≥ 140 mmHg หรือ diastolic blood pressure (DBP) ≥ 90 mmHg

ภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะ หรือ proteinuria คือ ภาวะที่มี urine protein ≥ 300 mg ในปัสสาวะที่เก็บต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง หรือ urine protein creatinine index (UPCI) ≥ 0.3 หรือ การตรวจโดยใช้แผ่นทดสอบสำเร็จรูป (urine dipstick) $\geq 1+$ แต่ urine dipstick จะใช้เฉพาะกรณีที่ไม่สามารถตรวจด้วย urine protein 24 hr หรือ UPCI ได้^[2] ภาวะมีโปรตีนในปัสสาวะ (proteinuria) ที่มีสาเหตุมาจากไตถูกทำลายที่ถือว่าเป็นอันตรายนั้น ส่วนใหญ่มักเกิดจาก 2 สาเหตุ คือ โรคเบาหวานลงไต (diabetes nephropathy) โรคความดันโลหิตสูง (hypertensive nephrosclerosis) ส่วนสาเหตุอื่น ๆ ที่อาจพบได้ก็มีภาวะครรภ์เป็นพิษ ซึ่งจะมีการความดันโลหิตสูงพร้อม ๆ กับมีปริมาณโปรตีนรั่วในปัสสาวะจำนวนหนึ่ง^[3] โดยภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ แบ่งออกเป็น 4 ประเภท^[2] ดังนี้

1. ภาวะครรภ์เป็นพิษ preeclampsia: ความดันโลหิตสูงร่วมกับมีโปรตีนในปัสสาวะ, eclampsia: ความดันโลหิตสูงร่วมกับมีอาการชัก โดยการชักไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น

2. ความดันโลหิตสูงก่อนตั้งครรภ์ (chronic hypertension) ร่วมกับภาวะครรภ์เป็นพิษ (superimposed preeclampsia) คือ ภาวะความดันโลหิตสูงที่พบตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์หรือก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ และพบภาวะโปรตีนในปัสสาวะร่วมด้วย

3. ความดันโลหิตสูงก่อนตั้งครรภ์ คือ ภาวะความดันโลหิตสูงที่พบตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์หรือก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ หรือยังคงมีความดันโลหิตสูงในช่วงหลังจาก 12 สัปดาห์หลังคลอด

4. ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (gestational hypertension) คือ ภาวะความดันโลหิตสูงที่ตรวจพบในช่วงอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ขึ้นไป โดยไม่พบภาวะ proteinuria ร่วมด้วย และความดันโลหิตมักกลับสู่ระดับปกติภายใน 12 สัปดาห์หลังคลอด ภาวะครรภ์เป็นพิษเป็นโรคของการทำงานที่ผิดปกติของเยื่อหลอดเลือด (endothelial malfunction) และการหดตัวของหลอดเลือด (vasospasm) ที่เกิดขึ้นภายหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ และอาจแสดงอาการช้าไปจนถึง 4 – 6 สัปดาห์หลังคลอดได้ ในทางคลินิก ภาวะครรภ์เป็นพิษ หมายถึงการที่มีความดันโลหิตสูงและมีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ โดยอาจจะมีหรือไม่มีภาวะบวมก็ได้ ปัจจุบันยังไม่มีข้อตกลงทางการแพทย์เกี่ยวกับตัวเลขหรือค่าที่จะบอกภาวะครรภ์เป็นพิษ แต่เกณฑ์การวินิจฉัยที่สมเหตุสมผลสำหรับหญิงที่มีความดันโลหิตปกติก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ได้แก่ systolic blood pressure > 140 mmHg และ diastolic blood pressure > 90 mmHg ในการวัด 2 ครั้ง

ห่างกัน 4 – 6 ชั่วโมง ส่วนสำหรับในหญิงที่มีโรคความดันโลหิตสูงอยู่เดิมใช้เกณฑ์วินิจฉัยเมื่อ SBP เพิ่มขึ้น 30 mmHg และ DBP เพิ่มขึ้น 15 mmHg ขึ้นไป^[4]

ภาวะครรภ์เป็นพิษนี้พบได้ร้อยละ 6-8 ของการตั้งครรภ์ทั่วไป โดยพบความรุนแรงน้อยร้อยละ 75 และความรุนแรงมากร้อยละ 25 โดยพบ HELLP syndrome ประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษที่มีความรุนแรงมาก สาเหตุการตายส่วนมากพบว่าเกิดจากภาวะเลือดออกในสมอง และปอดบวมน้ำ^[5] ซึ่งครรภ์เป็นพิษการดำเนินของโรคอาจรุนแรงจนถึงขั้นทำให้เกิดภาวะตับวาย (liver failure), ไตวาย (renal failure), disseminated intravascular coagulopathy (DIC), และความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system) ได้ สุดท้ายถ้าเกิดมีภาวะชักที่เกี่ยวข้องกับ Preeclampsia เกิดขึ้น จะเรียกภาวะนั้นว่า eclampsia และภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดไม่รุนแรง (mild preeclampsia) ประกอบด้วยความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป ห่างกันอย่างน้อย 6 ชั่วโมง โดยไม่มี end-organ damage ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง (severe preeclampsia) คือการที่มีภาวะ preeclampsia ร่วมกับอาการหรืออาการแสดงข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ SBP มากกว่าหรือเท่ากับ 160 mmHg หรือ DBP มากกว่าหรือเท่ากับ 110 mmHg โดยวัด 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 6 ชั่วโมง โปรตีนรั่วในปัสสาวะ (proteinuria) มากกว่า 5 กรัมต่อการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง หรือมากกว่า 3+ ในปัสสาวะ 2 ครั้งที่เก็บห่างกันอย่างน้อย 4 ชั่วโมง ภาวะน้ำท่วมปอด (pulmonary edema) หรือเขียว cyanosis ปัสสาวะออกน้อยกว่า 400 มิลลิลิตร ใน 24 ชั่วโมง (Oliguria) ปวดหัวที่ไม่ดีขึ้น (persistent headache) ปวดบริเวณลิ้นปี่ (epigastric pain) และ/หรือ ค่าการทำงานของตับผิดปกติ (impaired liver function) เกร็ดเลือดต่ำ (thrombocytopenia) น้ำคร่ำน้อย (oligohydramnios) และการเจริญเติบโตของทารกลดลง (decreased fetal growth) หรือภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด (placenta abruption)^[4]

ปัญหาและข้อควรระวังในการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วไปในผู้ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ เมื่อเข้ามารับการผ่าตัดคลอด มีหลัก 3 ประการ^[5] คือ

1. การใส่ท่อช่วยหายใจยากหรือใส่ท่อช่วยหายใจไม่ได้ เกิดการขาดออกซิเจนได้ง่ายและเร็ว เนื่องจากปริมาตรปอด FRC ลดลง และเกิดภาวะสำลักเศษอาหารและน้ำย่อยเข้าปอดได้ง่าย บุคลากรทางวิสัญญีต้องมีการประเมินอย่างละเอียด และเตรียมอุปกรณ์สำหรับช่วยใส่ท่อช่วยหายใจกรณีฉุกเฉิน

2. ความดันเลือดสูง เป็นสิ่งสำคัญที่ควรตระหนักถึง เนื่องจากอาจนำไปสู่ภาวะเลือดออกในสมองและปอดบวมน้ำได้ การควบคุมความดันเลือด ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาเมื่อความดัน systolic มากกว่าหรือเท่ากับ 160 mmHg หรือ diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ 110 mmHg การลดความดันเลือดต้องควบคุมให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม โดยไม่ควรลดความดันเลือดให้ต่ำเกินไปหรือลดความดันอย่างรวดเร็ว เนื่องจากอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วยและทารกในครรภ์ได้ โดยทั่วไปจะควบคุมความดัน systolic ให้อยู่ในช่วง 140-150 mmHg และความดัน diastolic อยู่ในช่วง 80-100 mmHg

3. การได้รับแมกนีเซียมซัลเฟตเพื่อป้องกันการชัก มีผลทำให้ระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยาหยาบอ่อนกล้ามเนื้อกลุ่ม non-depolarizing ยาวนานขึ้น จึงควรลดขนาดยาและเผื่อระวังการหยาบตัวของกล้ามเนื้อที่มากเกินไป อาจทำให้ถอดท่อช่วยหายใจไม่ได้หลังเสร็จผ่าตัด โดยทฤษฎีแมกนีเซียมลดการหลั่ง acetylcholine ที่ presynaptic และ plasma cholinesterase ของผู้ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ มีปริมาณลดลง จึงอาจทำให้การออกฤทธิ์ของ succinylcholine ยาวนานขึ้น แต่จากการศึกษา พบว่าเมื่อใช้ succinylcholine ขนาดปกติ 1-1.5 มก./กก. เพียงครั้งเดียว เพื่อใส่ท่อช่วยหายใจไม่เพิ่มระยะเวลา

การหย่อนตัวของกล้ามเนื้อ จึงสามารถขยายในขนาดนี้ได้ตามปกติ และแมกนีเซียมมีผลทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวไม่ดีหลังจากคลอด ควรระวังภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยให้ oxytocin 1-3 ยูนิต ทางหลอดเลือดดำหลังทารกคลอดและหยุดต่อเนื่อง หลีกเลี่ยงการใช้ methylergonovine เพื่อช่วยการหดตัวของมดลูกเนื่องจากอาจทำให้ผู้ป่วยมีความดันเลือดสูงขึ้น

จากสถิติของโรงพยาบาลสิงห์บุรี ปี พ.ศ. 2560-2562 มีหญิงตั้งครรภ์เข้ารับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง จำนวน 539, 629 และ 622 ราย ตามลำดับ และเป็นผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษ 8, 15 และ 14 ราย ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะที่พบบ่อยและเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและมีความเสี่ยงสูง และทำให้อันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกได้ และถ้าไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและทันเวลาที่แล้ว อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ และเมื่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษต้องมารับการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดคลอด ผู้ให้ยาระงับความรู้สึกต้องมีความรู้ความชำนาญ และเลือกใช้วิธีดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมสำหรับการผ่าตัดคลอด ในผู้ป่วยสุติกรรมที่มีปัญหา ถ้าได้รับการดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายได้

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 30 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้าง

G₃ P₂ A₀ L₂ อายุครรภ์ 36 + 3 สัปดาห์ by LMP น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ 110 กิโลกรัม น้ำหนักปัจจุบัน 127.7 กิโลกรัม ส่วนสูง 168 เซนติเมตร BMI คัดจากน้ำหนักเดิม 38.97

การวินิจฉัยแรกรับ severe preeclampsia

การผ่าตัด caesarean section with tubal resection

ASA physical status 3E underlying severe preeclampsia, obesity, pregnancy

อาการสำคัญ

1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ปวดศีรษะมาก ปวดกระบอกตา ตาลาย จุกใต้ลิ้นปี่

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

ผู้ป่วย G₃ P₂ A₀ L₂ 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดศีรษะมาก ปวดกระบอกตา ตามัว บวมมากขึ้น ไม่มีอาการเจ็บครรภ์ ไม่เลือดออกทางช่องคลอด ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ไม่มีอาการชัก รู้สึกเหนื่อยน้อยลง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่มีประวัติแพ้ยา เคยผ่าตัดคลอดบุตร 1 ครั้ง

ประวัติส่วนตัว

ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ เป็นบุตรคนโต มีน้องสาว 1 คน

ประวัติเจ็บป่วยคนในครอบครัว

มารดาผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

การตรวจร่างกายตามระบบ

vital signs	T = 36.5 °C, PR = 117/min, R = 20/min BP 214/140 mmHg
general appearance	a Thai pregnant be weak not pale
heent	not pale conjuction, anicteric sclera, no ratina hemorrhage
cvs	sinus tachycardia, normal S1 S2, no murmur
chest and lunge	normal breath sound, no adventitious sound
abolomen	tender atepigastrium, no rebound tenderness, nouterine contraction FHS 130 bpm
nevous system	alert pupil 3 min react to light both eyes full eom(full with nyntagmus on far lateralgaze) no stiffness of neck, no facial palsy, no tongue deviation motor power gr.IV all. DTR 2+ in upper extremities. 3+ lower extremities
extremities	pitting edema both legs. no petechiae or ecchymosis
assessment	air way mallampati class ll T – M distance >6 cm mouth opening >3 cm limitation neck flex/extension No.

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ

Complete blood count		ค่าปกติ
platelet	106 × 10 ³ cells/ul	160 – 435
urine Analysis		ค่าปกติ
protein u/a	3+	negative
urine protein 24 hrs	340 mg/24hr	
clin. chemistry		
uric acid	8.2 mg/dl	M 3.5 – 7.2, F2.6 – 6.0
SGOT (AST)	72 U/L	M < 50, F < 35
SGPT (ALT)	53 U/L	M < 50, F < 35
LDH	249 U/L	M < 248, F < 247

ขั้นตอนการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วไปในผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษ

1. ตรวจประเมินสภาพร่างกายอย่างละเอียด ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางเดินหายใจ ตรวจหาภาวะโรคร่วมที่มีอยู่ก่อนการตั้งครรภ์ เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และหอบหืด เป็นต้น และมีการเตรียมอุปกรณ์ช่วยหายใจฉุกเฉินไว้ เช่น laryngeal mask airway video laryngoscope, laryngoscope ด้ามสั้น, guide wire, ท่อช่วยหายใจขนาด 6.5 – 7.0 (เส้นผ่านศูนย์กลางภายในหน่วยเป็นมิลลิเมตร)

2. ติดอุปกรณ์เฝ้าระวัง เครื่องวัดความดัน, ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ pulse oximeter, เครื่องตรวจวัดคาร์บอนไดออกไซด์ และมีการเตรียมยาต่าง ๆ ให้พร้อมใช้งาน

3. ตรวจสอบว่ามีทางให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำที่ปลอดภัย เพื่อใช้ในการฉีดยาฉุกเฉิน และให้แมกนีเซียมซัลเฟตต่อเนื่องตลอดการผ่าตัด

4. จัดท่าผู้ป่วยหนุนสะโพกขวาเพื่อเอียงมดลูกไปทางซ้ายประมาณ 15 องศา

5. ให้ยาลดความดันเลือด nifedipine เพื่อให้ความดันเลือดต่ำกว่า 140/90 mmHg ก่อนนำสลบ

6. ให้ออกซิเจน 100% 6 ลิตร/นาที ทางหน้ากากสูดดมเป็นระยะเวลา 3-5 นาที หรือให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกเต็มที่ประมาณ 8 ครั้ง ในเวลาประมาณ 60 วินาที ก่อนนำสลบ

7. ใส่ท่อช่วยหายใจแบบ rapid sequence induction โดยใช้ propofol 2 – 2.5 มก./กก. และ succinyl 1 – 1.5 มก./กก. และกดกระดูกอ่อน Cricoid 30 นิวตัน (ประมาณ 3 กิโลกรัม) เพื่อลดภาวะเสี่ยงของ aspiration

8. หลังใส่ท่อช่วยหายใจและตรวจสอบว่าสามารถช่วยหายใจผ่านท่อได้ดี ให้ดมยาสลบไธเรเฮนขนาด 0.5 – 1 MAC ร่วมกับ 50 % ไนตรัสออกไซด์และให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อในกลุ่ม non-depolarizing ออกฤทธิ์นานปานกลางขนาดน้อย ๆ คือ cisatracurium 4 มก. ยาหย่อนกล้ามเนื้อละลายในไขมันน้อย จึงผ่านไปสู่รกได้น้อย หลังการกดคลอดให้ลดยาดมสลบไธเรเฮนเหลือ 0.5 – 0.75 MAC และให้ยาระงับปวดกลุ่ม opioids เช่น fentanyl และให้ยากกลุ่ม benzodiazepine ผู้ป่วยรายนี้ใช้ยา midazolam ให้ยาเพิ่มการหดตัวของมดลูก คือ oxytocin 3 ยูนิต ทางหลอดเลือดดำ และหยุดต่อเนื่อง 17 ยูนิต ใน I.V. fluid 1,000 ml

9. เมื่อเสร็จผ่าตัด ให้แก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อชนิด non-depolarizing ใช้ neostigmine dose 3.75 mg ซึ่งยานี้จะกระตุ้น muscarinic receptor ทำให้หัวใจเต้นช้า ถ้าใส่เคลื่อนไหวนเร็ว หลอดลมตีบ มีเสมหะมาก ต้องป้องกันโดยให้ Atropine ก่อน 1.20 mg เพื่อให้การนำกระแสประสาทบริเวณ neuromuscular junction กลับคืนสู่ภาวะปกติ ให้ nifedipine 0.4 mg ทางหลอดเลือดดำ เพื่อป้องกันภาวะความดันเลือดสูงขณะถอดท่อช่วยหายใจ เมื่อผู้ป่วยตื่นดี หายใจได้เอง ทำตามคำบอกได้ มีรีเฟล็กซ์กลับมา ถอดท่อช่วยหายใจออก ให้ดมออกซิเจน 100% ต่อและย้ายเข้าห้องพักฟื้น

ผู้ป่วยรายนี้เป็น severe preeclampsia เนื่องจาก BP สูงมาก 214/140 mmHg, proteinuria 3+, peripheral edema, epigastric tenderness, elevates liver enzymes มีความเสี่ยงที่จะเกิดการชักได้ และมีการให้ยากันชัก 50% MgSO₄ 20 กรัม ผสมใน 5% D/W 500 ml ให้จำนวน 25 ซีซีต่อชั่วโมง

เมื่อสูติแพทย์ set ผ่าตัดผู้ป่วยรายนี้ ซึ่งเป็นนอกเวลาราชการ การเลือกเทคนิคการให้ยาระงับความรู้สึกขึ้นอยู่กับข้อบ่งชี้และความรีบด่วนของการผ่าตัด สภาวะของมารดาและทารกในครรภ์ ความต้องการของผู้ป่วย ความพร้อมความชำนาญของบุคลากรทางวิสัญญี ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ต้องรีบด่วนในการผ่าตัด เนื่องจากต้องรีบเอาทารกออก จึงต้องใช้เทคนิคมยาสลบ ซึ่งมีข้อดีคือใช้เวลาในการนำสลบสั้นกว่า จึงเหมาะสำหรับกรณีฉุกเฉินเร่งด่วน สามารถควบคุมความดันเลือดได้คงที่ ควบคุมการหายใจได้ ไม่มีข้อจำกัดด้านระยะเวลาในการผ่าตัด แต่มีข้อเสียคืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจยาก การสูดสำลักเข้าปอด ก่อนดมยาสลบได้มีการอธิบายความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นให้แก่ผู้ป่วยและญาติทราบ

การดูแลหลังผ่าตัดในผู้ป่วย severe preeclampsia

ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลใกล้ชิด อย่างน้อย 24 ชั่วโมง หลังคลอด โดยสังเกตอาการเฉพาะดังนี้

1. fluid balance อาจเกิด pulmonary edema ได้ภายใน 24 – 72 ชั่วโมง หลังคลอด เกิดจากน้ำ extra cellular fluid ไหลกลับเข้ากระแสเลือดก่อนที่จะเกิดภาวะ diuresis ตามมา
2. $MgSO_4$ และภาวะชักหลังคลอด ภายหลังการผ่าตัดคลอด ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับ $MgSO_4$ ต่ออีก 24 ชั่วโมง เพราะอาจเกิดการชักขึ้นได้
3. ความดันเลือด ผู้ป่วยบางรายยังมีความดันเลือดสูงอยู่หลังคลอด จำเป็นต้องใช้ยาลดความดันต่อไป
4. ต้องระวังการหายใจของผู้ป่วยในระยะที่ใช้ยาหย่อนกล้ามเนื้อชนิด non-depolarized ร่วมกับ $MgSO_4$
5. ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยให้ยาแก้ปวด เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายไม่ปวดแผล
6. ฝ้าระวังการตกเลือดหลังผ่าตัด จากการหดตัวของมดลูกไม่ดี

การพยาบาลก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก

ระยะก่อนการระงับความรู้สึก มีการตรวจเย็บอาการเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ ชักประวัติตรวจร่างกาย วางแผนการให้ยาระงับความรู้สึกให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยและการผ่าตัด เตรียมความพร้อมของเครื่องมือ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ให้พร้อมใช้งาน รวมทั้งบันทึกข้อมูลผู้ป่วย **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** หญิงตั้งครรภ์วิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล บ่นกลัวเจ็บ ผู้ป่วยกลัวสูญเสียความทรงจำ
2. ผู้ป่วยและญาติกลัวไม่พินจากยาดมสลบ

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับข้อมูล ความรู้ คำแนะนำ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด ช่วยคลายความกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล รวมถึงสามารถปฏิบัติตัวก่อนและหลังการระงับความรู้สึกและผ่าตัดได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังให้ยาระงับความรู้สึกได้ถูกต้อง ชักถามเรื่องการผ่าตัดน้อยลง
- ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นแจ่มใส คลายกังวล

กิจกรรมการพยาบาล

- สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับหญิงตั้งครรภ์ ให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องภาวะครรภ์เป็นพิษ ความจำเป็นในการผ่าตัด วิธีการให้ยาระงับความรู้สึก ขั้นตอนต่าง ๆ การปฏิบัติตัวก่อนการระงับความรู้สึกและการผ่าตัดให้ความมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลใกล้ชิดตลอดเวลา
 - เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกวิตกกังวลเพื่อลดความกดดันทางอารมณ์และรับฟังผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ
- ประเมินผล** ผู้ป่วยมีหน้าตาแจ่มใสขึ้น และเข้าใจสภาพการเจ็บป่วยของตนเอง และภาวะทารกในครรภ์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะการฉีกขาดของเยื่อหุ้มสมอง เนื่องจากน้ำหนักตัวที่เพิ่มมากขึ้น และการบวมของทางเดินหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยอ้วน น้ำหนักขณะตั้งครรภ์ 127.7 กิโลกรัม สูง 168 เซนติเมตร BMI 45.245 น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ 110 กิโลกรัม BMI จากน้ำหนักเดิม 38.97
2. คอสั้น, ตัวบวม

วัตถุประสงค์การพยาบาล หญิงตั้งครรภ์สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้และปลอดภัย

เกณฑ์การประเมินผล

- การเตรียมอุปกรณ์ที่ช่วยในการใส่ท่อช่วยหายใจครบถ้วน
- สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

กิจกรรมการพยาบาล

- ตรวจสอบสภาพเครื่องดมยาสลบและเตรียมอุปกรณ์ช่วยหายใจให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน
- เตรียมอุปกรณ์ช่วยหายใจกรณีฉุกเฉินไว้ เช่น laryngeal mask airway, video laryngoscope เตรียม suction ให้พร้อม ใช้ laryngoscope ด้ามสั้น เพื่อให้ง่ายต่อการใส่ท่อหายใจในผู้ป่วยที่อ้วน และมีหน้าอกขยายใหญ่
- ประเมินลักษณะความยากง่ายของการใส่ท่อหายใจ โดยดู mallampati classification โดยการให้อ้าปากและแลบลิ้นให้เต็มที่ ผู้ป่วยรายนี้ mallampati classification ได้ class 2 เลือกท่อช่วยหายใจขนาดให้เล็กกว่าหูดั้งเดิม คือขนาด 6.5 – 7.0
- จัดท่าในการใส่ท่อให้อยู่ในลักษณะเอียง ศีรษะสูง (ramp position) คือหนุนหมอนที่ศีรษะ ไหล่ ทำให้ระดับของรูหู external auditory meatus อยู่ในระดับเดียวกับ sternal notch เพื่อเปิดทางเดินหายใจได้ง่าย
- ใส่ stylet หรือ guide wire ไปในท่อช่วยหายใจ และดัดเป็นรูปตัวเจ

ประเมินผล หญิงตั้งครรภ์รายนี้ได้รับการดูแลและเตรียมความพร้อมล่วงหน้า ทำให้สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้สำเร็จภายใน 1 ครั้ง

การพยาบาลขณะให้ยาระงับความรู้สึก

การดูแลขณะให้ยาระงับความรู้สึก มีการให้ยาระงับความรู้สึกและเฝ้าระวังดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น พร้อมกับบันทึกการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ การสูญเสียเลือด ดูแลให้สารน้ำ และปัสสาวะที่ออกมา ตลอดจนประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย เพื่อเอาท่ช่วยหายใจออกเมื่อตื่นดีทำตามคำสั่งได้ และหายใจเพียงพอ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนในระยะนำสลบ เนื่องจากได้รับยาหย่อนกล้ามเนื้อในขณะใส่ท่ช่วยหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ตั้งครรภ์ต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น FRC (functional residual capacity) ซึ่งเป็นปริมาตรของปอดที่เหลือค้างอยู่หลังการหายใจออกปกติ และเป็นแหล่งออกซิเจนสำรองลดลงร้อยละ 20 หญิงตั้งครรภ์จึงเกิดภาวะขาดออกซิเจนได้เร็วกว่าคนปกติ

วัตถุประสงค์การพยาบาล ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจนในระยะนำสลบ

เกณฑ์การประเมินผล

- ไม่มีภาวะ cyanosis, สีผิวปาก ปลายมือ ปลายเท้าไม่ซีดหรือเขียว
- ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 98 - 100 %

กิจกรรมการพยาบาล

- มีการตรวจสอบเครื่องดมยาสลบและอุปกรณ์ช่วยหายใจให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้
- ให้สูดดมออกซิเจน 100% ทางหน้ากาก 6 ลิตรต่อนาที ก่อนสูดดมออกซิเจน จัดท่าผู้ป่วยนอนหงายหนุนศีรษะ 5 – 7 cm. แหวนคอเล็กน้อยทำให้ช่องปากและกล่องเสียงอยู่ในแนวเดียวกัน
- ใส่ท่ช่วยหายใจอย่างนุ่มนวลแต่รวดเร็วและรีบต่อออกซิเจนทันที มีการตรวจสอบท่ช่วยหายใจว่าอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องทันที ตรวจดูวงจรดมยาสลบไม่ให้หักพับงอ และให้หญิงตั้งครรภ์สูดดมออกซิเจน 50 % ตลอดการระงับความรู้สึก
- สังเกตการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต ชีพจร ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง และระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก และบันทึกทุก 5 นาที สังเกตการเปลี่ยนแปลงจากสีผิวปลายเล็บมือ สีของเลือดที่ออกจากแผลผ่าตัด

การประเมินผล ตรวจสอบตำแหน่งจากการฟังปอด ได้ยินเสียงดังเท่ากัน 2 ข้าง ไม่มีภาวะ desaturation ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงอยู่ระหว่าง 98 – 100 %

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดการสูดสำลักอาหารและน้ำเข้าปอดขณะใส่ท่ช่วยหายใจ เนื่องจากมีภาวะ full stomach

ข้อมูลสนับสนุน

1. หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสสำลักอาหารเข้าปอดง่าย เนื่องจากหูดของหลอดอาหารหลวมและกระเพาะอาหารย่อยได้ช้า จนทำให้มีอาหารค้างอยู่ในกระเพาะได้นาน
2. มีการให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ คือ succinyl choline เพื่อช่วยในการใส่ท่ช่วยหายใจ

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์ไม่เกิดสูดสำลักอาหารและน้ำเข้าปอดขณะใส่ท่ช่วยหายใจ

เกณฑ์การประเมินผล

- ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงวัดจากปลายนิ้ว 98-100 %
- ฟังปอดลมหายใจที่หน้าอก 2 ข้างดังเท่ากัน หน้าอกมีการขยายออกเมื่อช่วยหายใจเข้าเท่ากัน 2 ข้าง

กิจกรรมการพยาบาล

- มีการเตรียมอุปกรณ์ช่วยหายใจให้พร้อม เปิดเครื่องดูดเสมหะไว้พร้อมใช้ ให้ผู้ป่วยนอนบนเตียงที่สามารถปรับเอียงศีรษะให้สูงต่ำได้
- เลือกใส่ท่อช่วยหายใจชนิดมีคัพ (endotracheal tube with cuff) สามารถใส่ลงเข้าในคัพได้โดยไม่รั่วซึมหลังใส่ เพื่อปิดกั้นทางเดินหายใจและช่วยป้องกันการสำลัก
- ใส่ท่อช่วยหายใจด้วยเทคนิคพิเศษคือการนำสลบอย่างรวดเร็วร่วมกับการกดกระดูกอ่อนไครคอยด์ (cricoid cartilage) ดันลมใส่คัพของท่อช่วยหายใจก่อนปล่อยมือที่กดกระดูกอ่อนไครคอยด์ วิธีนี้จะช่วยปิดกั้นหลอดอาหารส่วนต้น เป็นการป้องกันไม่ให้มีเศษอาหารหรือน้ำย่อยไหลย้อน

ประเมินผล ขณะใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะสำลักเศษอาหารหรือน้ำย่อยเข้าปอด ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงวัดจากปลายนิ้วได้ 98-100%

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องของสารน้ำในร่างกายเนื่องจากการเสียเลือดเสียน้ำในระหว่างผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับการงดน้ำงดอาหารก่อนผ่าตัด 8 ชั่วโมง
2. การผ่าตัดผู้ป่วยเสียเลือด 700 ml จากทารกตัวใหญ่ ต้องเปิดแผลกว้าง ทารกน้ำหนักตัว 3,700 กรัม

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพร่องสารน้ำและโลหิตระหว่างการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

- สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- Hb ไม่ต่ำกว่า 12.0 กรัมต่อเดซิลิตร
- จำนวนปัสสาวะที่ออก 0.5 - 1 ซีซี ต่อน้ำหนักตัว ต่อชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

- มีการตรวจวัดและบันทึกความดันโลหิต ชีพจร คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ทุก 5 นาที เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ประเมินภาวะที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยได้รับสารน้ำไม่เพียงพอ ได้แก่ ความตึงของผิวหนังลดลง ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 15 mmHg ชีพจรเบาเร็ว
- ประเมินการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด ถ้าพบว่าปริมาณเลือดที่สูญเสียเพิ่มเรื่อย ๆ ต้องรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้เลือดทดแทน
- บันทึกปริมาณและสีปัสสาวะที่ออกทุกชั่วโมง
- มีการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำเพียงพอกับปริมาณเลือดที่สูญเสียไประหว่างผ่าตัดโดยคำนวณจากน้ำหนักตัว ระยะเวลาการงดน้ำอาหาร ชนิดการผ่าตัด ปริมาณเลือดที่เสียไปขณะผ่าตัด

ประเมินผล ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/80 – 150/90 mmHg ชีพจรสม่ำเสมอ 78 – 90 ครั้ง/นาที ผิวกายของผู้ป่วยอุ่น เปลือกตาไม่ซีด ปัสสาวะออกประมาณ 100 ml/hr สีเหลืองใส

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจไม่มีประสิทธิภาพ ภายหลังที่ฟื้นจากการได้รับยาระงับความรู้สึกเนื่องจากฤทธิ์ของ $MgSO_4$ เสริมฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับยากันชัก 50% $MgSO_4$ 20 กรัม ผสมใน 5% D/W 500 ซีซี ให้จำนวน 25 ซีซีต่อชั่วโมง
2. ผู้ป่วยได้รับยาหย่อนกล้ามเนื้อ cisatracurium ขณะให้ยาระงับความรู้สึก

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะการหายใจไม่เพียงพอ ภายหลังที่ให้ผู้ป่วยฟื้นจากการให้ยาระงับความรู้สึก

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยกลับมาหายใจเองสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที
- ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงวัดจากปลายนิ้ว 98-100 %
- ผู้ป่วยตื่น, หายใจได้เอง และสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้

กิจกรรมการพยาบาล

- หยุดการให้ $MgSO_4$ ขณะให้ยาระงับความรู้สึก เนื่องจากแมกนีเซียมเสริมฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อทั้งชนิด non-depolarized และ depolarized เมื่อเสร็จผ่าตัดให้ยาแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อคือ neostigmine ขนาด 2.5 mg

- ประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนที่จะทำการถอดท่อช่วยหายใจว่า ผู้ป่วยตื่นดี สามารถหายใจได้ดี ภายหลังถอดท่อช่วยหายใจออกแล้วให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน 100% ทางหน้ากาก และตรวจดูว่าผู้ป่วยมีการหายใจที่เพียงพอ โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจและนับการหายใจของผู้ป่วย

ประเมินผล ผู้ป่วยหายใจเองได้ดี สามารถทำตามคำสั่งได้ เช่น อ้าปาก ลิ้มตา ยกแขน วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงได้ 98-99%

การพยาบาลระยะหลังให้การระงับความรู้สึก

การดูแลให้การพยาบาลหลังระงับความรู้สึก ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังระงับความรู้สึก ประเมินสภาพผู้ป่วยให้มีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากห้องพักฟื้น และติดตามการเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจเนื่องจากการได้รับการระงับความรู้สึกทั่วไป และยังฟื้นจากฤทธิ์ยาสลบไม่เต็มที่

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยหลับเรียกลิ้มตาปลุกตื่น แต่ยังง่วงนอน sedation score = 2 อาจเกิดการหายใจไม่พอหรือมีการอุดกั้นทางเดินหายใจได้

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ การหายใจไม่เพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยหายใจโล่ง สม่ำเสมอ ไม่มีเสมหะ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที
- ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง 98-100 %

กิจกรรมการพยาบาล

- ให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน 100% ทางหน้ากากชนิดมีถุงสำรอง ในอัตรา 6 ลิตร/นาที เพื่อเพิ่มออกซิเจนในร่างกาย
- สังเกตและฟังเสียงหายใจ วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงตลอดเวลาจนกว่าจะรู้สึกตัวดี สังเกตสีผิวโดยเฉพาะริมฝีปาก เล็บมือ เล็บเท้า ว่ามีสีเขียวคล้ำหรือไม่ เพื่อประเมินภาวะขาดออกซิเจน
- เตรียมอุปกรณ์สำหรับเปิดทางเดินหายใจไว้ให้พร้อมใช้ เช่น ท่อช่วยหายใจ เครื่องดูดเสมหะ สายดูดเสมหะ ยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นต่าง ๆ

ประเมินผล ผู้ป่วยมีทางเดินหายใจโล่ง ไม่มีเสียงครืดคราดของเสมหะ น้ำลาย อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที จังหวะสม่ำเสมอ สีผิวบริเวณริมฝีปาก เล็บมือ เล็บเท้าไม่เขียวคล้ำ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง 98-99 %

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อบาดเจ็บ**ข้อมูลสนับสนุน**

1. ผู้ป่วยบ่นปวดแผลผ่าตัด ประเมินความปวดโดยใช้ pain score ได้ 7 – 8 คะแนน
2. BP 150/100 mmHg P 116 ครั้ง/นาที R 20 ครั้ง/นาที

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดแผลผ่าตัดน้อยลง

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยมีสีหน้าท่าทางสดชื่นขึ้น และบอกทุเลาปวด
- pain score < 3 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

- ประเมินความรุนแรงของอาการปวดแผล โดยการซักถามระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วย โดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดที่เป็นตัวเลขตั้งแต่ 0 – 10 และสังเกตสีหน้าของผู้ป่วย
- ดูแลให้ผู้ปวยนอนในท่าที่เหมาะสม หากรู้สึกตัวจัดให้นอนในท่าศีรษะสูง (fowler's position) เพราะทำให้หน้าท้องหย่อนตัว เป็นการลดการดึงของแผล ช่วยบรรเทาอาการปวดแผล
- ดูแลให้ผู้ปวยได้รับยาแก้ปวด เพื่อบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษา และสังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึม
- มีการเฝ้าระวังการง่วงซึมของผู้ป่วย โดยใช้ sedation score
- มีการสังเกตบันทึกอาการเปลี่ยนแปลง วัดความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ ทุก 5 นาที

ประเมินผล ผู้ป่วยปวดแผลน้อยลง ประเมินความปวดได้ในระดับต่ำกว่า 3 ก่อนกลับตึก สีหน้าท่าทางผ่อนคลาย สัญญาณชีพปกติ

บทสรุป

ภาวะครรภ์เป็นพิษถือเป็นการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง เป็นภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามต่อสุขภาพมารดาและทารก บทบาทของพยาบาลวิสัญญีผู้ให้การให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ตั้งครรภ์ ต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงลักษณะทางกายวิภาคและสรีรวิทยาที่เปลี่ยนแปลงไปของมารดา เพื่อช่วยประกอบการตัดสินใจและเลือกวิธีที่ใช้ดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมสำหรับการผ่าตัดคลอด และมีทักษะที่ดีในการประเมินสภาพผู้ป่วย มีการเตรียมผู้ป่วย เตรียมยาและอุปกรณ์เครื่องใช้ให้พร้อมใช้งานก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก การดูแลขณะผ่าตัด ติดตามเฝ้าระวังใกล้ชิด เพื่อป้องกันแก้ไขภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยเน้นความปลอดภัยของมารดาและทารกเป็นสำคัญ รวมทั้งการดูแลหลังการให้ยาระงับความรู้สึก มารดาหลังคลอดอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ เช่น ปอดบวม น้ำ หลอดเลือดในสมองแตก ลิ่มเลือดอุดตันที่ขาหรือปอดภาวะชัก ดังนั้นจึงต้องเฝ้าระวังและควบคุมความดันเลือด ปริมาณสารน้ำที่ได้รับ รวมทั้งปริมาณปัสสาวะภายใน 5 วันหลังผ่าตัดปริมาณสารน้ำในร่างกายจะกลับเข้าสู่หลอดเลือดส่วนกลางทำให้มีปัสสาวะขับออกมามาก ในการควบคุมความดันเลือดควรให้ยาลดความดันเลือดต่อเนื่องไปจนถึงระยะขับปัสสาวะทุกรายควรได้รับ $MgSO_4$ หยดต่อเนื่องจนถึง 24 ชั่วโมงหลังคลอด ในรายที่มีทางเดินหายใจบวมอยู่เดิม มีลักษณะทางเดินหายใจอุดกั้นขณะหลับ หรือน้ำหนักตัวมาก ต้องเฝ้าระวังทางเดินหายใจอุดกั้นหรือหายใจไม่เพียงพอหลังได้รับยาระงับปวด opioids

เอกสารอ้างอิง

1. บุศรา ศิริวันสาธิตและคณะ. Anesthesia and Perioperative care. กรุงเทพมหานคร : บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด; 2560.
2. ปรัชญาวรรณ ทองนอกและคณะ. Practical point in high risk ANC [Internet]. 2017 [เข้าถึงเมื่อ 26 มิถุนายน 2563]. เข้าถึงได้จาก https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/index.php?option=com_content&view=article&id=1350:practical-point-in-high-risk-anc&catid=45&Itemid=561 Medthai.
3. การตรวจหาโปรตีนในปัสสาวะ (Urine protein test) คืออะไร [Internet]. 2018 [เข้าถึงเมื่อ 26 มิถุนายน 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://medthai.com/การตรวจโปรตีนในปัสสาวะ/>.
4. ศิริชัย วิริยะธนากร. Severe Preeclampsia [Internet]. [เข้าถึงเมื่อ 26 มิถุนายน 2563]. เข้าถึงได้จาก http://www.errama.com/system/spaw2/uploads/files/Case_Report_Sirichai.pdf.
5. อักษร พูลนิตพรและคณะ. ตำราพื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา. กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2558.