



โรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร
Jainad Narendra Hospital

ผลงานวิชาการ

โรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร



การพยาบาลผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดคลอด

พัชรณัฐ แสงวัชรพล*

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้บ่อย มีความเสี่ยงสูง และเป็นสาเหตุการตายของมารดาที่สำคัญของประเทศไทย จากข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2564 พบว่ามีมารดาเสียชีวิตในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด 23.1 ต่อการเกิดมีชีพ 10,000 ราย ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์เป็นสาเหตุการตายของมารดาเป็นอันดับที่สอง ของการเสียชีวิตที่เกิดจากการตั้งครรภ์โดยตรง รองจากการตกเลือดหลังคลอด จากสถิติของโรงพยาบาลชยันนาทนเรนทรในปี พ.ศ. 2564 - 2566 มีการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องทั้งหมดรายปี ดังนี้ ในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 741 ราย ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 804 ราย และปี พ.ศ. 2566 จำนวน 708 ราย พบมีผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษ ในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 64 ราย ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 64 ราย และปี พ.ศ. 2566 จำนวน 58 ราย มีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ มีความเสี่ยงสูงทำให้เกิดอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกได้ ถ้าไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและทันเวลาที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ เมื่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษต้องมารับการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดคลอด ผู้ให้ยาระงับความรู้สึกต้องมีความรู้ความชำนาญและเลือกใช้วิธีดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมสำหรับการผ่าตัดคลอดที่มีปัญหาดังกล่าว ถ้าได้รับการดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายได้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาและวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดคลอด
2. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดคลอดของผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง
3. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดคลอดต่อไป

การระงับความรู้สึกในผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษ

ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินสภาวะโรค อวัยวะอื่นๆ ที่ผิดปกติ และดูแลควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง โดยดูแลให้สารน้ำอย่างเพียงพอ รวมถึงประเมินผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากพิษของยาแมกนีเซียมที่ใช้ การฉีดยาเฉพาะส่วนสามารถทำได้ในกรณีที่ไม่มีภาวะผิดปกติเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด ปริมาณ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร

เกิดขึ้นเลือดควมมากกว่า $100 \times 10^3/\mu$ วิธีนี้จะทำให้เกิดภาวะความดันเลือดต่ำได้ง่าย แต่ปัจจุบันมีรายงานสนับสนุน การใช้วิธีระงับความรู้สึกชนิดนี้มากขึ้น เนื่องจากไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง อีกทั้งมีผลลัพธ์ที่ดีกว่าการระงับความรู้สึกทั้งตัว รวมทั้งลดความเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจยาก การสำลักน้ำย่อย หรือเศษอาหารเข้าปอด ดังนั้นการนิยดาษาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง จึงไม่ใช่ข้อห้ามสำหรับผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง การระงับความรู้สึกทั้งตัวนิยมใช้ในกรณีผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน หรือเร่งด่วน มีข้อห้ามสำหรับการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน ซึ่งต้องระวังและรักษาภาวะความดันโลหิตสูงที่อาจเกิดขึ้นทั้งในขณะใส่ท่อช่วยหายใจ และขณะฟื้นจากยาสลบ เนื่องจากผู้ป่วยอาจเกิดภาวะเลือดออกในสมองได้

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 22 ปี G₁P₀A₀L₀ GA 34 สัปดาห์ 3 วัน LMP 14 มกราคม 2565 EDC 21 ตุลาคม 2566 ผ่าครรภ์ที่คลินิกและโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร จำนวน 5 ครั้ง ตลอดระยะเวลาที่ผ่าครรภ์ พบมีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ นอนพักรักษาตัวที่ห้องคลอด 26-27 สิงหาคม 2566 UPCR 4561 มีประวัติเคยเป็นไทรอยด์ขณะอายุ 6 ปี ตรวจพบที่โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลเด็กแล้วส่งต่อไปโรงพยาบาลราชวิถี ฯ เพื่อกลืนแร่ ตอนอายุ 15 ปี หยุดการติดตามอาการ วันที่ 12 กันยายน 2566 มารับการตรวจตามนัด ความดันโลหิต 150/80 mmHg และ 156/103 mmHg UPCR 7890 แพทย์ให้พักรักษาที่ห้องคลอด การวินิจฉัยแยกแยะ preeclampsia with severe feature plan observe clinical และ ความดันโลหิตเฝ้าระวัง severe feature เริ่มให้ 10% MgSO₄ 4gms IV push ซ้ำๆ ใน 20 นาที on 50% MgSO₄ 20 gms +5% D/W 960 ml in drip 50 ml/hr. ความดันโลหิต 151/104 mmHg ถึง 170/126 mmHg ได้รับยา Labetalol 20 mg IV และ Hydralazine 5mg IV ตามการรักษา ให้ Dexametasone 6 mg IM ทุก 12 ชั่วโมง 4 dose แพทย์สูติกรรมนัดผ่าตัดคลอดบุตร 14 กันยายน 2566 เวลา 08.30 น. วิสัญญีพยาบาลตรวจประเมินสภาพร่างกายอย่างละเอียด ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางเดินหายใจ ประเมิน ASA status 3 Mallampati class 2 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hematocrit 32.9% platelet count. 214×10^3 , BUN(mg/dl) 8.2, Creatinine (mEq/L) 0.84, Magnesium 6.2 mg/dL ผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัดวิสัญญีพยาบาลเตรียมอุปกรณ์ช่วยหายใจพร้อมใช้งาน เตรียมยาและเวชภัณฑ์เพื่อใช้ระงับความรู้สึกติดอุปกรณ์เฝ้าระวังสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 169/118 mmHg ชีพจร 95 ครั้ง/นาที SPO₂ 95% เลือกวิธีระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วน หลังนิยดาษาเข้าไขสันหลัง ตรวจสอบระดับการชาผู้ป่วยรู้สึกเจ็บ จึงจำเป็นต้องระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวโดยใส่ท่อช่วยหายใจ rapid sequence induction ยาผสมสลบและยาหย่อนกล้ามเนื้อ หลังทารกคลอดปิดยาผสมสลบ ให้ยาแก้ปวดร่วมกับยากลุ่ม benzodiazepine และยาเพิ่มการหดตัวของมดลูก ระหว่างการผ่าตัดสัญญาณชีพคงที่ มดลูกหดตัวดี เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 400 ml

ผู้ป่วยรายนี้ ก่อนถอดท่อช่วยหายใจ ความดันโลหิต 110/60 mmHg Pulse=70 ครั้ง/นาที ตื่นช้า หลังเสร็จผ่าตัดประมาณ 25 นาที หายใจเองให้ออกซิเจน 100% Mask with bag 6 ลิตร/นาที พร้อมย้ายเข้าห้องพักรฟื้นก่อนออกจากห้องผ่าตัด ความดันโลหิต 106/56 mmHg Pulse=64 ครั้ง/นาที SPO₂ 97% เมื่อถึงห้องพักรฟื้นหลับ

ปลุกตื่น รู้ตัวช้าๆ การหายใจประมาณ 10 ครั้ง/นาที ออกซิเจนในเลือดที่ปลายนิ้ว 91% on oxygen Mask with bag 10 ลิตร/นาที ประมาณ 5 นาที เรียกไม่ลืมตา SpO_2 41% จึง Mask with ambu bag สอดท่อช่วยหายใจอีกครั้ง ย้ายไปหออภิบาลผู้ป่วยหนัก on Endotracheal tube พร้อมเครื่องช่วยหายใจ พักรักษาอยู่จนกระทั่งถอดท่อช่วยหายใจ ความดันโลหิตอยู่ระดับปกติ ไม่มีอาการชักเกร็ง 17 กันยายน 2566 consult แพทย์หูคอจมูกถอดท่อช่วยหายใจ 18 กันยายน 2566 ย้ายไปตึกหลังคลอด 20 กันยายน 2566 แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านพร้อมบุตรรวมพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 8 วัน

การพยาบาลระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะการใส่ท่อช่วยหายใจยาก เนื่องจากการตั้งครรภ์จะมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มมากขึ้น และมีการบวมของทางเดินหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วย B.W. 62 kgs สูง 151 cms BMI 27.19 kg/m² น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ 48 กิโลกรัม BMI จากน้ำหนักเดิม 21 kg/m²
2. คอสั้น, บวมทั้งตัว

วัตถุประสงค์การพยาบาล สามารถใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย

เกณฑ์การประเมินผล

1. การเตรียมอุปกรณ์ที่ช่วยในการใส่ท่อช่วยหายใจครบถ้วน
2. สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบสภาพเครื่องดมยาสลบและเตรียมอุปกรณ์ช่วยหายใจให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน
2. เตรียมอุปกรณ์ช่วยหายใจกรณีฉุกเฉินไว้ เช่น laryngeal mask airway, video laryngoscope เตรียม suction ให้พร้อม ใช้ laryngoscope ค้ำสั้น เพื่อให้ง่ายต่อการใส่ท่อหายใจในหญิงตั้งครรภ์ ที่หน้าอกขยายใหญ่
3. ประเมินลักษณะความยากง่ายของการใส่ท่อหายใจโดยดู Mallampati classification โดยการให้อ้าปากและแลบลิ้นให้เต็มที่ ผู้ป่วยรายนี้ Mallampati classification ได้ class 2 เลือกท่อช่วยหายใจ ขนาดให้เล็กกว่าหญิงปกติ คือขนาด 6.5 - 7.0
4. จัดท่าในการใส่ท่อให้อยู่ในลักษณะเอียงศีรษะสูง (ramp position) คือหนุนหมอนที่ศีรษะให้ไหล่ ทำให้ระดับของรูหู external auditory meatus อยู่ในระดับเดียวกับ sternal notch เพื่อเปิดทางเดินหายใจได้ง่าย

5. ใส่ stylet หรือ guide wire ไปในท่อช่วยหายใจ และดัดเป็นรูปตัวเจ

ประเมินผล ผู้ป่วยสามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้สำเร็จภายใน 1 ครั้ง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล บ่นกลัวเจ็บ ระหว่างการผ่าตัด
2. ผู้ป่วยและญาติกลัวไม่ฟื้นจากยาสลบ

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับข้อมูล ความรู้ คำแนะนำ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด ช่วยคลายความกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล รวมถึงสามารถปฏิบัติตัวก่อนและหลังการระงับความรู้สึกและผ่าตัดได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังให้ยาระงับความรู้สึกได้ถูกต้อง ชักถามเรื่องการผ่าตัดน้อยลง
2. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นแจ่มใส คลายกังวล

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับหญิงตั้งครรภ์ ให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องภาวะครรภ์เป็นพิษ ความจำเป็นในการผ่าตัด วิธีการให้ยาระงับความรู้สึก ขั้นตอนต่าง ๆ การปฏิบัติตัวก่อนการระงับความรู้สึกและการผ่าตัดให้ความมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลใกล้ชิดตลอดเวลา
2. เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกวิตกกังวลเพื่อลดความกดดันทางอารมณ์และรับฟังผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ

ประเมินผล ผู้ป่วยมีหน้าตาแจ่มใสขึ้นและเข้าใจสภาพการเจ็บป่วยของตนเองและภาวะทารกในครรภ์

การพยาบาลขณะให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนในระยะนำสลบ เนื่องจากได้รับยาห่อนกล้ามเนื้อในขณะที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ตั้งครรภ์ต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น FRC (functional residual capacity) ลดลงร้อยละ 20 หญิงตั้งครรภ์จึงเกิดภาวะขาดออกซิเจนได้เร็วกว่าคนปกติ

วัตถุประสงค์การพยาบาล ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจนในระยะนำสลบ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีภาวะ cyanosis, สีผิวปาก ปลายมือ ปลายเท้า ไม่ซีดหรือเขียว
2. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 98 - 100%

กิจกรรมการพยาบาล

1. มีการตรวจสอบเครื่องดมยาสลบและอุปกรณ์ช่วยหายใจให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน
2. ให้สูดดมออกซิเจน 100% ทางหน้ากาก 6 ลิตรต่อนาที ก่อนสูดดมออกซิเจน จัดทำผู้ป่วยนอนหงาย หนุนศีรษะ 5-7 cms แขนงคอเล็กน้อยทำให้ช่องปากและกล่องเสียงอยู่ในแนวเดียวกัน
3. ใส่ท่อช่วยหายใจอย่างนุ่มนวลแต่รวดเร็วและรีบต่อออกซิเจนทันที มีการตรวจสอบท่อช่วยหายใจว่าอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องทันที ตรวจสอบวงจรดมยาสลบไม่ให้หักพับงอ และให้หญิงตั้งครรภ์สูดดมออกซิเจน 50% ตลอดการระงับความรู้สึก
4. สังเกตการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต ชีพจร ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง และระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก และบันทึกทุก 5 นาที สังเกตการเปลี่ยนแปลงจาก สีผิวปลายเล็บมือ สีของเลือดที่ออกจากแผลผ่าตัด

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

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องของสารน้ำในร่างกายเนื่องจากการเสียเลือด เสียน้ำในระหว่างผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับการงดน้ำงดอาหารก่อนผ่าตัด 8 ชั่วโมง
2. การผ่าตัดผู้ป่วยเสียเลือด 400 ml มีภาวะซีด Hct=32.9%

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพร่องสารน้ำและโลหิตระหว่างการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล: สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ, ค่า Hct ไม่ต่ำกว่า 36% และจำนวนปัสสาวะที่ออก 0.5 - 1 cc/kg/hr

กิจกรรมการพยาบาล

1. มีการตรวจวัดและบันทึกความดันโลหิต ชีพจร คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ทุก 5 นาที เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ประเมินภาวะที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยได้รับสารน้ำไม่เพียงพอ ได้แก่ ความตึงของผิวหนังลดลง ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 15% ของความดันเริ่มต้น ชีพจรเบาเร็ว
2. ประเมินการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด ถ้าพบว่าปริมาณเลือดที่สูญเสียเพิ่มเรื่อย ๆ ต้องรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้เลือดทดแทน
3. บันทึกปริมาณและสีปัสสาวะที่ออกทุกชั่วโมง
4. มีการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำเพียงพอกับปริมาณเลือดที่สูญเสียไประหว่างผ่าตัด โดยคำนวณจากน้ำหนักตัวระยะเวลาการงดน้ำอาหาร ชนิดการผ่าตัด ปริมาณเลือดที่เสียไปขณะผ่าตัด

ประเมินผล ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/60 - 110/70 mmHg ชีพจรสม่ำเสมอ 60-70 ครั้ง/นาที

ผิวหนังของผู้ป่วยอ่อน เปลือกตาไม่ซีด ปัสสาวะออกประมาณ 50 ml/hr สีเหลืองใส

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจไม่มีประสิทธิภาพภายหลังที่ฟื้นจากการได้ยา
ระงับความรู้สึกเนื่องจากฤทธิ์ของแมกนีเซียมซัลเฟต เสริมฤทธิ์ยาห่อนกล้ามเนื้อ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ได้รับยากันชัก 50% แมกนีเซียมซัลเฟต 20 กรัม ผสมใน 5% D/W 960 ml ให้จำนวน
50 ml/hr

2. ผู้ป่วยได้รับยาห่อนกล้ามเนื้อ cisatracurium ขณะให้ยาระงับความรู้สึก

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะการหายใจไม่เพียงพอ ภายหลังที่ให้ผู้ป่วยฟื้นจาก
การให้ยาระงับความรู้สึก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยกลับมาหายใจเองสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที
2. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงวัดจากปลายนิ้ว 98-100%
3. ผู้ป่วยตื่น, หายใจได้เอง และสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. หยุดการให้แมกนีเซียมซัลเฟต ขณะให้ยาระงับความรู้สึก เนื่องจากแมกนีเซียมเสริมฤทธิ์ยาห่อน
กล้ามเนื้อทั้งชนิด non-depolarized และ depolarized เมื่อเสร็จผ่าตัดให้ยาแก้ฤทธิ์ยาห่อนกล้ามเนื้อ คือ
neostigmine ขนาด 2.5 mg

2. ประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนที่จะทำการถอดท่อช่วยหายใจว่าผู้ป่วยตื่นดี สามารถหายใจได้ดี ภายหลัง
ถอดท่อช่วยหายใจออกแล้วให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน 100% ทางหน้ากาก และตรวจดูว่าผู้ป่วยมีการหายใจที่
เพียงพอ โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจและนับการหายใจของผู้ป่วย

ประเมินผล ผู้ป่วยหายใจเองได้ดี สามารถทำตามคำสั่งได้ เช่น อ้าปากกลืนตายนกเขน วัดค่าความอิ่มตัวของ
ออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงได้ 98-99%

การพยาบาลระยะหลังให้การระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีโอกาสดเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจเนื่องจาก
การได้รับการระงับความรู้สึกทั้งตัวและยังฟื้นจากฤทธิ์ยาสลบไม่เต็มที่

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยหลับเรียกปลุกตื่น แต่ยังง่วงนอน sedation score = 2 หรือมีการอุดกั้นทางเดิน
หายใจได้

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ การหายใจ
ไม่เพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยหายใจโล่ง สม่่าเสมอ ไม่มีเสมหะ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที
2. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง 98-100%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน 100% ทางหน้ากากชนิดมีถุงสำรอง ในอัตรา 6 ลิตร/นาที เพื่อเพิ่มออกซิเจนในร่างกาย
2. สังเกตและฟังเสียงหายใจ วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงตลอดเวลา จนกว่าจะรู้สึกตัวดี สังเกตสีผิว โดยเฉพาะริมฝีปาก เล็บมือ เล็บเท้าว่ามีสีเขียวคล้ำหรือไม่ เพื่อประเมินภาวะขาดออกซิเจน
3. เตรียมอุปกรณ์สำหรับเปิดทางเดินหายใจไว้ให้พร้อมใช้ เช่น ท่อช่วยหายใจ เครื่องดูดเสมหะ สายดูดเสมหะ ยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นต่างๆ

ประเมินผล ผู้ป่วยมีทางเดินหายใจโล่ง ไม่มีเสียงครีคราคของเสมหะ น้ำลาย อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที จังหวะสม่่าเสมอ สีผิวบริเวณริมฝีปาก เล็บมือ เล็บเท้าไม่เขียวคล้ำ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง 98-99 % เมื่อเข้าห้องพักฟื้น ผู้ป่วยรายนี้ตื่นเช้า ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง 41% ต้องช่วยหายใจด้วย ambu bag ออกซิเจน 100% สอดท่อช่วยหายใจ No.6.5 ลึก 22 cms ประสานงานแพทย์สูติกรรมและพยาบาลหอผู้ป่วยหนักดูแลต่อไป

สรุป

ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงเป็นการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงเนื่องจากมีผลกระทบต่ออวัยวะสำคัญและการทำงานของร่างกายทุกระบบ ทำให้มารดาและทารกเกิดอันตรายถึงชีวิตได้ บทบาทของวิสัญญีพยาบาลที่ให้การระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วย ต้องมีความรู้ ความสามารถ เข้าใจถึงลักษณะทางกายวิภาคและสรีรวิทยาที่เปลี่ยนแปลงของมารดาและภาวะโรคร่วม เพื่อช่วยประกอบการตัดสินใจและเลือกวิธีที่ใช้ดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมสำหรับการผ่าตัดคลอด และมีทักษะที่ดียิ่งในการประเมินสภาพผู้ป่วย มีการเตรียมผู้ป่วย เตรียมยาและอุปกรณ์เครื่องใช้ให้พร้อม ใช้งานก่อนให้ยาระงับความรู้สึก การให้การพยาบาลขณะผ่าตัด ติดตามเฝ้าระวังสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกัน แก้ไขภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยเน้นความปลอดภัยของมารดาและทารกเป็นสำคัญ รวมทั้งการดูแลหลังการให้ยาระงับความรู้สึก มารดาหลังคลอดอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ เช่น การหายใจไม่เพียงพอ ปอดบวม น้ำภาวะชัก หลอดเลือดในสมองแตก เป็นต้น ดังนั้นพยาบาลวิสัญญีต้องเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการประเมินมารดาได้ถูกต้องและรวดเร็ว เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการตลอดจนวางแผนการพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลที่เหมาะสมและสอดคล้องกับการรักษาของแพทย์ ช่วยทำให้พ้นจากภาวะวิกฤตรอดชีวิตได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข อัตรามารดาตาย, 2564.

วัชรินทร์ สิ้นขวานนท์. (2558). การประเมินและเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก. ใน ปวีณาบุญ บูรพงศ์, อรนุช เกี่ยวข้อง และเทวารักษ์ วีระวัฒนกานนท์ (บรรณาธิการ).

วิรัตน์ วสินวงศ์.(2555). ตำราวิสัญญีวิทยาคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา : หน่วยผลิตตำราคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

นันทพร แสนศิริพันธ์ และฉวี เบาทรง (2561). การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: บริษัทสมาร์ทโคตติ้ง แอนด์เซอร์วิส จำกัด.

น้ำทิพย์ ไตรยสุนันท์. (2560). วิสัญญี บริบาลทันยุค: การให้ยาระงับความรู้สึกในหญิงตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูงที่มารับการผ่าตัดคลอด. ใน เบญจรัตน์ หยกอุบล, อรลักษณ์ รอดอนันต์, ฐิติกาญญา ดวงรัตน์ และนรุฒม์ เรือนอนุกุล (บรรณาธิการ), 51-60.

บุศรา ศิริวันสาณฑ์และคณะ. Anesthesia and Perioperative care. กรุงเทพมหานคร : บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด; 2560.

พัชรภรณ์ เจียรนัยชนะกิจ. (2563). การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง : กรณีศึกษา. วารสารมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล, 33(2), 12-23.

รังสรรค์ เดชนันทพิพัฒน์ และสุชยา ลือวรรณ. (2563). ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Hypertension in pregnancy). คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อักษร พูนนิติพรและคณะ. ตำราฟื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา. กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2558.

Pinto J, Cordeiro L, Pereira C, Gama R, Fernandes HL, Assuncao J. Predicting difficult laryngoscopy using ultrasound measurement of distance from skin to epiglottis. J Crit Care 2016; 33: 26-31.