

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดคลอดในผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษ

Nursing care for patients receiving anesthesia for cesarean section in patients with preeclampsia.

(Received: September 25,2025 ; Revised: September 29,2025 ; Accepted: September 30,2025)

พิไล แก้วพรหมมา¹

Philai Kaewpromma¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดคลอดในผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษ โดยศึกษาในหญิงไทย อายุ 32 ปี เข้ารับการรักษาเพื่อมาคลอด มกราคม 2568 เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า วินิจฉัยแรกเริ่ม severe preeclampsia ให้ SET OR ผ่าตัด lower transverse caesarean section with tubal resection Emergency การประเมินแรกเริ่มของผู้ป่วย ASA physical status 3E : underlying severe preeclampsia, smoking ไฟฟ้า, pregnancy alcohol drinking , drug abuse นำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดนำสลบโดยการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ใช้เวลาการผ่าตัด 2 ชั่วโมง ขณะผ่าตัดเสียเลือดรวม 800 ml. ได้รับยา Transamine 1 g v และCytotec 4t vg. เพื่อช่วยการแข็งตัวของมดลูกได้สารน้ำทดแทน 800 ml. ไม่เกิดภาวะ Hypotension ขณะผ่าตัด สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้หลังผ่าตัดเสร็จ การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้อง PACU พบ spo2 = 94-95 % ฟังปอด มี crepitation both lung รายงานแพทย์ให้พ่น Beradual NB หลังพ่นยาปอดโล่ง spo2 = 99 % ส่งกลับห้องคลอดได้ โดยผู้ป่วยรายนี้ใช้เวลาในการรักษานอนโรงพยาบาล 5 วันได้รับการรักษาโดยได้ยา Lasix 40 mg v q hr ,record I/O จนกระทั่งสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ส่วนบุตรใส่ท่อช่วยหายใจส่งต่อ โรงพยาบาลพระนารายณ์เนื่องจากมีอาการหอบเหนื่อย

คำสำคัญ การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วไป ผ่าตัดคลอดบุตร ผู้ป่วยที่ครรภ์เป็นพิษ

Abstract

This case study aimed to examine nursing care for patients undergoing anesthesia for cesarean section delivery in patients with preeclampsia. The study included a 32-year-old Thai woman admitted for delivery in January 2025. Data were collected from medical records and analyzed descriptively.

The study found that the initial diagnosis was severe preeclampsia. SET OR performed lower transverse caesarean section with tubal resection in emergency. The initial assessment of the patient was ASA physical status 3E: underlying severe preeclampsia, smoking, pregnancy alcohol drinking, drug abuse. The patient was taken to the operating room and put under general anesthesia. The surgery took 2 hours. Total blood loss was 800 ml. During the surgery, Transamine 1 g v and Cytotec 4t vg. were given to help with uterine coagulation. 800 ml of fluid replacement was given. No hypotension occurred during the surgery. The endotracheal tube could be removed after the surgery. Postoperative patient care in the PACU room showed spo2 = 94-95%. Crepitation was observed in both lungs when auscultated. The doctor reported to inject Beradual NB. After injecting the medication, the lungs were cleared with spo2 = 99%. The patient was sent back to the delivery room. This patient spent 5 days in the hospital receiving treatment with Lasix 40 mg v q hr, recorded I/O until he was able to be discharged home without any symptoms of shortness of breath. His child was intubated and transferred to Phra Narai Hospital due to shortness of breath.

Keyword Nursing care for patients receiving general anesthesia childbirth surgery Patients with preeclampsia

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโคกสำโรง

บทนำ

สถิติการผ่าตัดในโรงพยาบาลโคกสำโรง พบว่ามี การให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษเพื่อทำ ผ่าตัดคลอดบุตรในปี 2565-2567 จำนวน 5, 9, 15 ราย ตามลำดับ¹ ภาวะครรภ์เป็นพิษ preeclampsia: ความดันโลหิตสูงร่วมกับมีโปรตีนในปัสสาวะ, eclampsia: ความดันโลหิตสูงร่วมกับมีอาการชัก โดยการชักไม่ได้ เกิดจากสาเหตุอื่น ความดันโลหิตสูงก่อนตั้งครรภ์ (chronic hypertension) ร่วมกับภาวะครรภ์เป็นพิษ (superimposed preeclampsia) คือ ภาวะความดันโลหิตสูงที่พบตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์หรือก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ และพบภาวะโปรตีนในปัสสาวะร่วมด้วย ความดันโลหิตสูงก่อนตั้งครรภ์ คือ ภาวะความดันโลหิตสูงที่พบตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์หรือ ก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ หรือยังคงมีความดันโลหิตสูงในช่วงหลังจาก 12 สัปดาห์หลังคลอด ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (gestational hypertension) คือ ภาวะความดันโลหิตสูง ที่ตรวจพบในช่วงอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ขึ้นไป โดยไม่พบภาวะ proteinuria ร่วมด้วย และความดันโลหิต มักกลับสู่ระดับปกติภายใน 12 สัปดาห์หลังคลอด²

อาการของภาวะครรภ์เป็นพิษ การวินิจฉัยมีข้อ ใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ 1.อายุครรภ์ > ๒๐ สัปดาห์และไม่มีประวัติความดันโลหิตสูง 2.ความดัน systolic มากกว่าหรือเท่ากับ 160 มม.ปรอท หรือความดัน diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ 110 มม.ปรอท 3.โปรตีนรั่วในปัสสาวะ (proteinuria) มากกว่า 5 กรัมต่อการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง หรือมากกว่า 3+ ในปัสสาวะ 4.ภาวะ เกล็ดเลือดต่ำ < 100,000 ตัวต่อไมโครลิตร 5.ไตทำงานบกพร่อง serum creatinine > 1.1 มิลลิกรัมต่อ เดซิลิตร 6.ค่าเอนไซม์ตับผิดปกติ มีอาการ ปวดบริเวณ ใต้ชายโครงด้านขวาหรือจุกแน่นลิ้นปี่อย่างรุนแรง 7. ปอดบวมน้ำ (pulmonary edema) 8.อาการทางสมอง หรือตาที่เพิ่งเริ่มเป็น^{3,4}

การรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ⁵ Stabilization ด้วยการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะชักใน

กรณี severe preeclampsia และป้องกันภาวะชักซ้ำ ใน eclampsia รวมถึงการควบคุมระดับความดันเลือด โดยหลักการสำคัญคือให้ยา แมกนีเซียม ซัลเฟต ช่วงแรก (loading dose) สามารถทำได้ทั้งการฉีดเข้า กล้าม และ การให้ยาทางหลอดเลือด ซึ่งโดยทั่วไปนิยม การให้ยาทางหลอดเลือดดำขนาดยาที่แนะนำให้ใช้ ซึ่งอาจมี การปรับเปลี่ยนคือ 1. ให้ loading dose โดย ฉีด magnesium sulfate (MgSO₄.7H₂O, USP) 4 กรัม ใน สารละลาย 20% (20% MgSO₄ 20 mL) โดยฉีดเข้า ทางหลอดเลือดดำช้า ๆ ในอัตราไม่เกิน 1 กรัมต่อนาที 2. ให้ maintenance dose ต่อเนื่องจนครบ 24 ชั่วโมง หลังคลอด โดยการบริหรยาทำได้ 2 วิธีคือ การให้ทาง หลอดเลือดดำ (continuous intravenous infusion) ให้ Magnesium sulfate หยดเข้าทางหลอดเลือดดำใน อัตรา 1-2 กรัมต่อชั่วโมง (50% MgSO₄ 20 g + 5% D ต่อ W 1000 มิลลิลิตร IV drip 100-200 มิลลิลิตรต่อ ชั่วโมง) การให้ด้วยวิธีฉีดเข้ากล้ามเนื้อ (intermittent intramuscular injections) ให้ 50% MgSO₄ solution 10 กรัม (อาจผสม 2% lidocaine ปริมาณ 1 มิลลิลิตร ร่วมไปด้วยเพื่อลดอาการปวด) โดยให้แบ่งฉีดที่บริเวณ สะโพกข้างละ 5 กรัม หลังจากนั้นให้ฉีด 50% MgSO₄ 5 กรัม เข้ากล้ามเนื้อที่สะโพกทุก ๆ 4 ชั่วโมง ในกรณีที่สตรี ตั้งครรภ์เกิดการชักซ้ำหรือการชักไม่หายหลังจากได้ MgSO₄ loading dose ไปแล้ว ให้ 20% MgSO₄ solution loading ซ้ำอีกครั้งในปริมาณ 2 กรัม ฉีดเข้า ทางหลอดเลือดดำช้า ๆ ในอัตราไม่เกิน 1 กรัมต่อนาที และการดูแลรักษาเฉพาะหน้าเบื้องต้น (first aid treatment) สตรีตั้งครรภ์กำลังที่มีอาการชัก ดูแลเรื่อง การหายใจเพื่อป้องกันการสำลัก ให้สตรีตั้งครรภ์นอน ตะแคงซ้าย และเคลียร์สารคัดหลั่งที่อยู่ในปาก ให้ ออกซิเจน และเปิดเส้นเพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือด⁴

การให้ยาระงับความรู้สึกทั้งหมดมี 2 วิธี ได้แก่⁶

1.การระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว (General anesthesia: GA) เป็นการทำให้ผู้ป่วยหมดสติไม่มีความรู้สึกในระหว่างการผ่าตัด โดยมีองค์ประกอบดังนี้

ระงับความเจ็บปวด (Analgesia) หมดสติ (Hypnosis) กด Reflex ที่ไม่ต้องการ (Blunting of reflex) การหย่อนกล้ามเนื้อ (Muscle relaxation) ข้อควรระวังในการให้ยาระงับความรู้สึกแบบ General anesthesia ในผู้ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ เมื่อเข้ามารับการผ่าตัดคลอดมีหลัก 3 ประการ คือ

1.1 การใส่ท่อช่วยหายใจยากหรือใส่ท่อช่วยหายใจไม่ได้ เกิดการขาดออกซิเจนได้ง่ายและเร็ว เนื่องจากปริมาตรปอด FRC ลดลง และเกิดภาวะสำลักเศษอาหารและน้ำย่อยเข้าปอดได้ง่าย บุคลากรทางวิสัญญีต้องมีการประเมินอย่างละเอียดและเตรียมอุปกรณ์สำหรับช่วยใส่ท่อช่วยหายใจกรณีฉุกเฉิน 1.2 ความดันโลหิตสูงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรตระหนักถึงเนื่องจากอาจนำไปสู่ภาวะเลือดออกในสมองและปอดบวมน้ำได้ การควบคุมความดันโลหิต ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาเมื่อความดัน systolic มากกว่าหรือเท่ากับ 160 มม.ปรอท หรือ diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ 110 มม.ปรอท การลดความดันโลหิตต้องควบคุมให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม โดยไม่ควรลดความดันโลหิตให้ต่ำเกินไปหรือลดอย่างรวดเร็ว เนื่องจากอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วยและทารกในครรภ์ได้ โดยทั่วไปจะควบคุมความดัน systolic ให้อยู่ในช่วง 140-150 มม.ปรอท และความดัน diastolic อยู่ในช่วง 80-100 มม.ปรอท 1.3 การได้รับแมกนีเซียมซัลเฟตเพื่อป้องกันการชัก มีผลทำให้ระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยาหย่อนกล้ามเนื้อกลุ่ม non-depolarizing ยาวนานขึ้น จึงควรลดขนาดยาและเฝ้าระวังการหย่อนตัวของกล้ามเนื้อที่มากเกินไป อาจทำให้ถอดท่อช่วยหายใจไม่ได้หลังเสร็จผ่าตัด

2. Spinal anesthesia คือ เทคนิคการฉีดยาชาเข้าสู่ subarachnoid space โดยยาชาจะออกฤทธิ์ที่ spinal nerve และ dorsal ganglion ทำให้เกิดอาการชาและขยับส่วนล่างของร่างกายไม่ได้อยู่ชั่วระยะเวลาหนึ่ง ตาม dermatome ที่ยาชาออกฤทธิ์ ซึ่งยาชาแต่ละชนิดมีระยะเวลาการออกฤทธิ์ยาวนานแตกต่างกัน

ข้อควรระวังในการให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนในผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษเมื่อมารับการผ่าตัดคลอดมีหลัก 3 ประการ คือ

2.1 ภาวะพร่องน้ำ ผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษอาจมีภาวะพร่องน้ำ จึงควรให้สารน้ำให้เพียงพอ โดยเฝ้าติดตามจากปริมาณปัสสาวะและให้ยาควบคุมความดันเลือดในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดคลอดแบบไม่เร่งด่วนก่อนให้การระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน 2.2 ปริมาณเกล็ดเลือดและการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยที่มีเกล็ดเลือดต่ำและการแข็งตัวของเลือดผิดปกติเป็นข้อห้ามต่อการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน เนื่องจากอาจนำไปสู่การเกิด epidural hematoma ได้

2.3 ความดันเลือดต่ำหลังจากให้การระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน⁵ จะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี การให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษเพื่อทำผ่าตัดคลอดบุตรมีความยุ่งยากซับซ้อน ผู้ศึกษามีความสนใจศึกษาการพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษเพื่อทำผ่าตัดคลอดบุตร เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการพยาบาล ตั้งแต่ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ระยะให้ยาระงับความรู้สึก และระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก ซึ่งจะเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย และเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดคลอดในผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษ

วิธีการศึกษา

ศึกษาในหญิงไทย อายุ 32 ปี เข้ารับการรักษาเพื่อมาคลอด มกราคม 2568

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอม

การวินิจฉัยแยกรับ : severe preeclampsia แพทย์ SET การผ่าตัด lower transverse caesarean section with tubal resection เป็น Emergence case เบื้องต้นการประเมินทางวิสัญญีผู้ป่วยเป็น ASA physical status : 3 E underlying severe

preeclampsia, smoking ไฟฟ้า pregnancy ,alcohol drinking , drug abuse การเลือกวิธีการระงับความรู้สึก ปัญหาทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก^{๑,๑}</p> <p>ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะการใส่ท่อช่วยหายใจยาก เนื่องจากน้ำหนักตัวที่เพิ่มมากขึ้นและการบวมของทางเดินหายใจ</p>	<p>การพยาบาล ตรวจสอบสภาพเครื่องดมยาสลบและเตรียมอุปกรณ์ช่วยหายใจให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน เตรียมอุปกรณ์ช่วยหายใจกรณีฉุกเฉินไว้ เช่น laryngeal mask airway, video laryngoscope เตรียม suction ให้พร้อม ใช้ laryngoscope ดำส้น เพื่อให้ง่ายต่อการใส่ท่อหายใจในผู้ป่วยที่อ้วน และมีหน้าอกขยายใหญ่ ประเมินลักษณะความยากง่ายของการใส่ท่อหายใจ โดยดู mallampati classification</p>
	<p>โดยการให้อ้าปากและแลบลิ้นให้เต็มที่ ผู้ป่วยรายนี้ mallampati classification ได้ class 2 เลือกท่อช่วยหายใจ ขนาดให้เล็กกว่าหญิงปกติ คือขนาด 6.5 – 7.0 จัดทำในการใส่ท่อให้อยู่ในลักษณะเอียงศีรษะสูง (ramp position) คือหนุนหมอนที่ศีรษะ ใหญ่ ทำให้ระดับของรูหู external auditory meatus อยู่ในระดับเดียวกับ sternal notch เพื่อเปิดทางเดิน หายใจได้ง่าย ใส่ stylet หรือ guide wire ไปในท่อช่วยหายใจ และตัดเป็นรูปตัวเจ</p> <p>การประเมินผล หญิงตั้งครรภ์รายนี้ได้รับการดูแลและเตรียมความพร้อมล่วงหน้า ทำให้สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้สำเร็จภายใน 1 ครั้ง</p>
<p>ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกเนื่องจากมีภาวะครรภ์เป็นพิษ</p>	<p>การพยาบาล ประเมินผู้ป่วย ชักประวัติ ตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประเมินสัญญาณชีพทั้งน้ำและอาหาร 6-8 ชั่วโมง ตรวจสอบความพร้อมใช้ของเลือด ตรวจสอบการลงนามใบยินยอมการรักษา การประเมินผล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด</p>
<p>ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด</p>	<p>การพยาบาล สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับหญิงตั้งครรภ์ ให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องภาวะครรภ์ เป็นพิษ ความจำเป็นในการผ่าตัด วิธีการให้ยาระงับความรู้สึก ขั้นตอนต่าง ๆ การปฏิบัติตัวก่อนการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด ให้ความมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลใกล้ชิดตลอดเวลา เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกวิตกกังวลเพื่อลดความกดดันทางอารมณ์และรับฟังผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ</p> <p>การประเมินผล ผู้ป่วยมีหน้าตาแจ่มใสขึ้น และเข้าใจสภาพการเจ็บป่วยของตนเอง และภาวะทารกในครรภ์</p>
<p>ระยะขณะให้ยาระงับความรู้สึก</p>	
<p>ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนในระยะนำสลบเนื่องจากได้รับ ยาหย่อนกล้ามเนื้อ ในขณะที่ใส่ท่อช่วยหายใจ</p>	<p>การพยาบาล ตรวจสอบเครื่องดมยาสลบและอุปกรณ์ช่วยหายใจให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้ ให้สูดดมออกซิเจน 100% ทางหน้ากาก 6 ลิตรตอนที่ ก่อนสูดดมออกซิเจน จัดทำผู้ป่วย นอนหงายหนุนศีรษะ 5 – 7 cm. แหวนคอเล็กน้อยทำให้ช่องปากและกล่องเสียงอยู่ในแนวเดียวกัน ใส่ท่อช่วยหายใจอย่างนุ่มนวล แต่รวดเร็วและรีบต่อออกซิเจนทันที มีการตรวจสอบท่อช่วยหายใจ ว่าอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องทันที ตรวจสอบดูจรรยาบรรณไม่ให้หักพับงอ และให้หญิงตั้งครรภ์สูดดมออกซิเจน 50 % ตลอดการระงับ</p>

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>ความรู้สึกสังเกตการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต ชีพจร ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดแดงและระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก และบันทึกทุก 5 นาที สังเกตการเปลี่ยนแปลงจากสีผิว ปลายเล็บมือ การประเมินผล ไม่มีภาวะ cyanosis, สีผิวปาก ปลายมือ ปลายเท้าไม่ซีดหรือเขียว ค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 98 - 100 % ตรวจสอบตำแหน่งจากการฟังปอดได้ยินเสียงดังเท่ากัน 2 ข้าง ไม่มีภาวะ desaturation</p> <p>การประเมินผล ฟังปอดลมหายใจที่หน้าอก 2 ข้างดังเท่ากัน หน้าอกมีการขยายออกเมื่อช่วยหายใจเข้าเท่ากัน 2 ข้าง</p>
<p>ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการอุดตันทางเดินหายใจและน้ำเข้าปอดขณะใส่ท่อช่วยหายใจ เนื่องจากมีภาวะ full stomach</p>	<p>การพยาบาล มีการเตรียมอุปกรณ์ช่วยหายใจให้พร้อม เปิดเครื่องดูดเสมหะไว้พร้อมใช้ให้ผู้ป่วยนอนบนเตียงที่ เลือกใส่ท่อช่วยหายใจชนิดมีคัพ (endotracheal tube with cuff) สามารถใส่ลมเข้าในคัพได้ โดยไม่รั่วซึมหลังใส่ เพื่อปิดกั้นทางเดินหายใจและช่วยป้องกันการสำลัก ใส่ท่อช่วยหายใจด้วยเทคนิคพิเศษคือ การนำสลบอย่าง อย่างรวดเร็วร่วมกับการกดกระดูกอ่อน ไครคอยด์ (cricoid cartilage) ดันลมใส่คัพของท่อช่วยหายใจก่อนปล่อยมือที่กดกระดูกอ่อนไครคอยด์ วิธีนี้จะช่วยปิดกั้นหลอดอาหารส่วนต้น เป็นการป้องกันไม่ให้มีเศษอาหารหรือน้ำย่อยไหลย้อน</p> <p>การประเมินผล ค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงวัดจากปลายนิ้ว 98-100 % ฟังปอดลมหายใจที่หน้าอก 2 ข้างดังเท่ากัน หน้าอกมีการขยายออกเมื่อช่วยหายใจเข้าเท่ากันขณะใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะสำลักเศษอาหารหรือน้ำย่อยเข้าปอด</p>
<p>ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกในสมองเนื่องจากมีระดับความดันโลหิตสูง</p>	<p>การพยาบาล ระบายน้ำสลบ ให้ยาสลบที่ลึกพอก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ ใส่ท่อช่วยหายใจด้วยความนุ่มนวลราบรื่น ระวังการระงับความรู้สึก การให้ยาระงับความรู้สึก ต้องควบคุมระดับความรู้สึกให้เหมาะสม ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในช่วง 110/60-140/90 มม.ปรอท เตรียมยาลดความดันโลหิตให้พร้อมใช้คือ Nicardipine 0.2 มก./มล.</p> <p>การประเมินผล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะเลือดออกในสมอง</p>
<p>ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องของสารน้ำในร่างกาย เนื่องจากการเสียเลือด เสียน้ำในระหว่างผ่าตัด</p>	<p>การพยาบาล มีการตรวจวัดและบันทึกความดันโลหิต ชีพจร คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ทุก 5 นาที เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ประเมินภาวะที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยได้รับสารน้ำไม่เพียงพอ ได้แก่ ความตึงของผิวหนัง ลดลง ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 15 mmHg ชีพจรเบาเร็ว ประเมินการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด ถ้าพบว่าปริมาณเลือดที่สูญเสียเพิ่มเรื่อย ๆ ต้องรายงาน แพทย์เพื่อพิจารณาให้เลือดทดแทน บันทึกปริมาณและสีปัสสาวะที่ออกทุกชั่วโมง มีการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำเพียงพอกับปริมาณเลือดที่สูญเสียไประหว่างผ่าตัดโดยคำนวณ จากน้ำหนักตัว ระยะเวลาการงดน้ำอาหาร</p> <p>ชนิดการผ่าตัด ปริมาณเลือดที่เสียไปขณะผ่าตัด</p> <p>การประเมินผล สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ Hb ไม่ต่ำกว่า 12.0 กรัมต่อเดซิลิตร จำนวนปัสสาวะที่ออก 0.5 - 1 ซีซี ต่อน้ำหนักตัว ต่อชั่วโมง ระหว่างผ่าตัด ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/80 - 150/90 mmHg ชีพจรสม่ำเสมอ 78 - 90 ครั้ง/นาที ผิวกายของผู้ป่วยอุ่น เปลือกตาไม่ซีด ปัสสาวะออกประมาณ 100 ml/hr สีเหลืองใส 102 ml</p>
<p>ปัญหาที่ 8 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจไม่มีประสิทธิภาพ ภายหลังที่ฟื้นจากการได้รับยาระงับความรู้สึกเนื่องจากฤทธิ์ของ MgSO4 เสริมฤทธิ์ยาหยาอ่อนกล้ามเนื้อ</p>	<p>การพยาบาล หยุดการให้ MgSO4 ขณะให้ยาระงับความรู้สึก เนื่องจากแมกนีเซียมเสริมฤทธิ์ยาหยาอ่อนกล้ามเนื้อทั้งชนิด non-depolarized และ depolarized เมื่อเสร็จผ่าตัดให้ยาแก้ฤทธิ์ยาหยาอ่อนกล้ามเนื้อคือ neostigmine ขนาด 2.5 มก ประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนที่จะทำการถอดท่อช่วยหายใจว่า ผู้ป่วยตื่นดี สามารถหายใจได้ดี ภายหลังถอดท่อช่วยหายใจออกแล้วให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน 100% ทางหน้ากาก และตรวจดูว่าผู้ป่วยมีการหายใจที่เพียงพอ โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจและนับการหายใจของผู้ป่วย</p> <p>การประเมินผล ผู้ป่วยกลับมาหายใจเองสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงวัดจากปลายนิ้ว 98-100 % ผู้ป่วยตื่น, หายใจได้เอง และสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้</p>

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ปัญหาที่ 9 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจเนื่องจากการได้รับการระงับความรู้สึกทั่วไป และยังฟื้นจากฤทธิ์ยาสลบไม่เต็มที่</p>	<p>การพยาบาล ให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน 100% ทางหน้ากากชนิดมีถุงสำรอง ในอัตรา 6 ลิตร/นาที เพื่อเพิ่มออกซิเจนในร่างกาย สังเกตและฟังเสียงหายใจ วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงตลอดเวลาจนกว่า จะรู้สึกตัวดี สังเกตสีผิวโดยเฉพาะริมฝีปาก เล็บมือ เล็บเท้า ว่ามีสีเขียวคล้ำหรือไม่ เพื่อประเมินภาวะขาดออกซิเจน เตรียมอุปกรณ์สำหรับเปิดทางเดินหายใจไว้ให้พร้อมใช้ เช่น ท่อช่วยหายใจ เครื่องดูดเสมหะ สายดูดเสมหะ ยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นต่าง ๆ score มีการสังเกตบันทึกอาการเปลี่ยนแปลง วัดความดันโลหิต ซีฟจร อัตราการหายใจ ทุก 5 นาที</p> <p>การประเมินผล ผู้ป่วยหายใจเองได้ดี สามารถทำตามคำสั่งได้ เช่น อ้าปาก สีมตา ยกแขน วัดค่าความอิ่มตัวของ ออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงได้ 98-99% สามารถถอดท่อหายใจได้</p>
<p>ปัญหาที่ 10 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด</p>	<p>การพยาบาล ประเมินความรุนแรงของอาการปวดแผล โดยการซักถามระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วย โดยใช้มาตราวัดความเจ็บปวดที่เป็นตัวเลขตั้งแต่ 0 – 10 และสังเกตสีหน้าของผู้ป่วย ดูแลให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่เหมาะสม หากรู้สึกตัวดีจัดให้นอนในท่าศีรษะสูง (fowler's position) เพราะทำให้หน้าท้องหย่อนตัว เป็นการลดการดึงของแผล ช่วยบรรเทาอาการปวดแผลดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวด เพื่อบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษา และสังเกตอาการ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึม มีการเฝ้าระวังการง่วงซึมของผู้ป่วย โดยใช้ sedation score มีการสังเกตบันทึกอาการเปลี่ยนแปลง วัดความดันโลหิต ซีฟจร อัตราการหายใจ ทุก 5 นาที</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p>
	<p>การประเมินผล ผู้ป่วยมีสีหน้าท่าทางสดชื่นขึ้น และบอกทุเลापวด pain score < 3 คะแนน ผู้ป่วยปวดแผลน้อยลง ประเมินความปวดได้ในระดับต่ำกว่า 3 ก่อนกลับตึก สีหน้าท่าทาง ผ่อนคลาย หลับพักผ่อนได้</p>

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษากรณีนี้นี้ ผู้ป่วยเพศหญิงนอนโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยหลังคลอด อายุ 32 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้าง G4 P3 A0 L3อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ by LMP น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ 65 กิโลกรัม น้ำหนักปัจจุบัน 90 กิโลกรัม ส่วนสูง 164 เซนติเมตร BMI 33.46 เข้ารับการรักษาด้วยอาการ เจ็บครรภ์คลอด 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล NO ANC มีประวัติเคยผ่าตัดคลอด แกรับวัดซีฟจร BP 163/64 mmHg ตรวจร่างกายพบ pitting +2 ฟังปอด มี crepitation both lung วินิจฉัยแรกรับ severe preeclampsia ให้ SET OR ผ่าตัด lower transverse caesarean section with tubal resection Emergency การประเมินแรกรับของผู้ป่วย ASA physical status 3E : underlying severe preeclampsia, smoking ไฟฟ้า, pregnancy alcohol drinking , drug abuse นำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดนำสลบ

โดยการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ใช้เวลาการผ่าตัด 2 ชั่วโมง ขณะผ่าตัดเสียเลือดรวม 800 ml. ได้รับยา Transamine 1 g v และ Cytotec 4t vg. เพื่อช่วยการแข็งตัวของมดลูกได้สารน้ำทดแทน 800 ml. ไม่เกิดภาวะ Hypotension ขณะผ่าตัด สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้หลังผ่าตัดเสร็จ การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้อง PACU พบ spo2 = 94-95 % ฟังปอด มี crepitation both lung รายงานแพทย์ให้พ่น Beradual NB หลังพ่นยาปอดโล่ง spo2 = 99 % ส่งกลับห้องคลอดได้ โดยผู้ป่วยรายนี้ใช้เวลาในการรักษานอนโรงพยาบาล 5 วันได้รับการรักษาโดยได้ยา Lasix 40 mg v q hr ,record I/O และพยาบาลปฏิบัติตามแนวทางในการเยี่ยมประเมินหญิงตั้งครรภ์ก่อนระงับความรู้สึกเพื่อเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ และสังคมในหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดบุตร จนกระทั่งสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ส่วนบุตรใส่ท่อช่วย

หายใจส่งต่อ โรงพยาบาลพระนารายณ์เนื่องจากมีอาการหอบเหนื่อย^{5,6,7,8}

ข้อเสนอแนะ

1.มีการพัฒนาแนวทางในการเยี่ยมประเมินหญิงตั้งครรภ์ก่อนระดับความรู้สึกเพื่อเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ และสังคมในหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดบุตร

2.พัฒนาแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนในการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ

3.มีคู่มือปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยในการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษในหน่วยงาน

เอกสารอ้างอิง

- 1.เวชสถิติ โรงพยาบาลโคกสำโรง, 2567.
- 2.ศิริชัย วิริยะธนากร.(2563) Severe Preeclampsia [Internet]. [เข้าถึงเมื่อ 26 มิถุนายน 2563]. เข้าถึงได้จาก http://www.errama.com/system/spaw2/uploads/files/Case_Report_Sirichai.pdf.
- 3.อุไรรัตน์ นาจำเจริญ.(2565). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงร่วมกับมีภาวะอ้วนและภาวะไข่เข้าน้ำคร่ำ: กรณีศึกษา. ชัยภูมิเวชสาร, 42(1), 26-141; 2565.
- 4.ฉวี เบาทรง.(2560) การพยาบาลสตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. ใน: นันทพร แสนศิริพันธ์, ฉวี เบาทรง, บรรณาธิการ. การพยาบาลและการผดุงครรภ์:สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน. เชียงใหม่: สมาร์ทโคตติง แอนด์ เซอร์วิส; 2560. หน้า35-58.
- 5.ปัญจมาภรณ์ โสตา.(2567). การพยาบาลผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดคลอดบุตร: กรณีศึกษา 2 ราย; 2567.
- 6.ดรุณี คำปาน.(2563). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วไปในผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษเพื่อทำผ่าตัดคลอด บุตรและทำหมัน. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร, 29(1); 91-104: 2563.
- 7.รัชกร คชไกร และเวหา เกษมสุข.(2559). การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล. โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
- 8.พรศิริ พันธสี.(2563). กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. (พิมพ์ครั้งที่ 23).พิมพ์อักษร; 2563.