การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาลศรีสงคราม: เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2ราย

นันจิรา ทากิระ[1]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาลศรีสงคราม และเพื่อนำผลการศึกษาไปปรับใช้กับแนวปฏิบัติเรื่องการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษเพื่อผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาลศรีสงคราม

ผลการศึกษา: จากการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 มีภาวะความดันโลหิตสูงตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ร่วมกับมีภาวะครรภ์เป็นพิษ ขณะรอคลอดทารกในครรภ์ไม่เป็นภาวะปกติ (non-reassuring fetal status) กรณีศึกษารายที่ 2 อายุครรภ์ยังไม่ครบกำหนดคลอดและมีภาวะครรภ์เป็นพิษ กรณีศึกษาทั้ง 2 รายยุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอดภายใต้การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย และได้รับการพยาบาลระหว่างและหลังให้ยาระงับความรู้สึกตามมาตรฐานโดยวิสัญญีพยาบาลที่ผ่านการอบรมตามมาตรฐานราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้ในครั้งเดียว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทั้งในระหว่างและหลังให้ยาระงับความรู้สึก

สรุปผลการศึกษา: การระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงคุกคามชีวิตของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ ดังนั้น วิสัญญีพยาบาลควรมีความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาและยาที่ผู้ป่วยได้รับก่อนให้การระงับความรู้สึก รวมถึงความรู้เกี่ยวกับกายวิภาคที่เปลี่ยนแปลงในหญิงตั้งครรภ์ซึ่งมีผลทำให้เสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจยาก ตลอดจนมีการฝึกทักษะการใส่ท่อช่วยหายใจอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดความเชี่ยวชาญ และสามารถนำความรู้มาเชื่อมโยงกับการดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะก่อน ขณะ และหลังให้ยาระงับความรู้สึกได้อย่างปลอดภัย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้

คำสำคัญ: การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย, ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์, ผ่าตัดคลอด, กรณีศึกษา

วันที่รับบทความ	วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข	วันที่ตอบรับบทความ
12 ธันวาคม 2566	2 กุมภาพันธ์ 2567	19 กุมภาพันธ์ 2567

[1]โรงพยาบาลศรีสงคราม, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: nanjira.ta061@gmail.com, โทร.061-5163666

Nursing Care of Pregnant Women with Pregnancy Induce Hypertension who Receive General Anesthesia for Cesarean Section at Srisongkram Hospital : Two Comparative Case Studies

Nanjira Takira[1]

Abstract

Objective : To study a comparative study of nursing pregnant women with pregnancy induce hypertension who Receive General Anesthesia for caesarean section at Srisongkram Hospital. The results of the study were applied to the practice of systemic anesthesia among pregnant women with preeclampsia for caesarean section at Srisongkram Hospital.

Results : From the comparative study of nursing care in both case studies, it was found that: Case Study 1 Chronic hypertension with superimposed preeclampsia while waiting for delivery, non–reassuring fetal status. Case Study 2 preterm and preeclampsia. Both case studies terminated the pregnancy by caesarean section under general anesthesia., and nursing care during and after standard anesthesia. By nurse anesthesiologists trained according to the Royal College of Anesthesiologists. Intubation can be done at once. No serious complications occur both during and after anesthesia.

Conclusions: General anesthesia in pregnant women with pregnancy induce hypertension. There is a chance of serious complications threatening the life of the pregnant woman and the fetus. So The nurse anesthetist should be knowledgeable about the disease. Treatment and medications received by the patient before administering anesthesia. This includes knowledge of altered anatomy in pregnant women, which results in a difficult risk of intubation. As well as regular intubation skills training to gain expertise. And they can apply their knowledge to the care of patients in the early stages. While and after administering anesthesia safely. And severe complications can be prevented.

Keywords: general anesthesia, pregnancy induce hypertension, Cesarean Section, Case Study

Received	Revised	Accepted
12 December 2023	2 February 2024	19 February 2024

[1]Srisongkram Hospital, Corresponding author, e–mail: nanjira.ta061@gmail.com, Tel. 061–5163666

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (pregnancy induced hypertention: PIH) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่ส่งผลรุนแรงต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์ และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและทุพพลภาพของมารดาและทารก เป็นอันดับ 3 ของประเทศไทย คิดเป็นร้อยละ 2.1 รองจากการเสียเลือดและติดเชื้อ[1] ภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ที่รุนแรง ได้แก่ รกลอกตัวก่อนกำหนด ตับวาย ไตวาย เฉียบพลัน การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เลือดออกในสมอง ภาวะน้ำท่วมปอด การมองเห็นผิดปกติ ตกเลือดหลังคลอด ภาวะHELLP syndrome ชัก(Eclampsia) และเสียชีวิต ผลกระทบต่อทารกในครรภ์ เช่น ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า ทารกคลอดก่อนกำหนด ภาวะพร่องออกซิเจนขณะคลอด และทารกตายแรกเกิด[2] การรักษาภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์คือ การยุติการตั้งครรภ์โดยการทำคลอดทารกและรก[3] โดยแนะนำให้คลอดทางช่องคลอด การผ่าตัดคลอดจะทำในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์ อื่นๆ เช่น fetal distress, severe placental abruption, หรือ ในขณะที่กำลังรอคลอดหญิงตั้งครรภ์มีการดำเนินโรคที่แย่ลง พิจารณาแล้วคาดว่าใช้เวลานานกว่าจะคลอดทางช่องคลอดได้[4]

การเลือกวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกก่อนการผ่าตัดคลอดขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัด ความรีบด่วนของการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก ความต้องการของผู้ป่วย[5] การให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนถึง 16 เท่า[5] และการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีผลเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกในสมอง 2 เท่าเมื่อเทียบกับการให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน[1] อีกทั้งการได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต($MgSO_4$) มีผลทำให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อชนิด non-depolarizing ออกฤทธิ์ยาวนานมากกว่าปกติ[1] ในปัจจุบันจึงมีความนิยมในลดลง แต่ในรายที่มีข้อห้ามของการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน เช่น ภาวะเลือดออกผิดปกติ ผู้ป่วยปฏิเสธ หรือเป็นการผ่าตัดที่รีบด่วน ยังมีความจำเป็นต้องใช้การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ข้อดีของวิธีนี้คือสามารถทำผ่าตัดได้ทันที ควบคุมการหายใจและระบบไหลเวียนเลือดได้ดี[5]

การให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเพื่อผ่าตัดคลอดจำเป็นต้องประเมินอาการและอาการแสดง ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย รวมถึงความต้องการทางพยาบาลพร้อมทั้งสามารถนำข้อมูลที่ได้มาใช้ประโยชน์ในการวางแผนการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย การดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ ควรมีการประสานงานที่ดีระหว่างทีมสูติแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล อายุรแพทย์และกุมารแพทย์ ซึ่งต้องอาศัยกระบวนการจัดการในการพยาบาลระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ระยะระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก และระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก[1]

โรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง และเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในโซนเหนือของจังหวัดนครพนม ดูแลประชากรในพื้นที่อำเภอศรีสงครามและอำเภอใกล้เคียง งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล ให้บริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและพยาบาลด้านวิสัญญี ในสาขาสูติ-นรีเวชกรรมและสาขาศัลยกรรมตลอด 24 ชั่วโมง มีพยาบาลห้องผ่าตัด 4 คน วิสัญญีพยาบาล 3 คน ไม่มีวิสัญญีแพทย์ ในปี พ.ศ.2563 –2565 ให้บริการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ต้องผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน ร้อยละ 10.52 , 6.67 และ 5.56 ตามลำดับ

ถึงแม้ว่าสถิติการให้บริการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ต้องผ่าตัดคลอดฉุกเฉินที่โรงพยาบาลศรีสงคราม

จะมีแนวโน้มลดลง แต่จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง คุกคามชีวิตทั้งหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ ซึ่งวิสัญญีแพทย์และสูติแพทย์ต้องร่วมมือกันในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้[3] แต่ทั้งนี้การให้การพยาบาลในทุกระยะของการระงับความรู้สึกก็เป็นกระบวนการที่สำคัญที่จะช่วยดูแล เฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดคลอด เพื่อช่วยเพิ่มพูนความรู้แก่วิสัญญีพยาบาลเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ตลอดจนความรู้เรื่องการรักษาและยาที่ผู้ป่วยได้รับ สามารถนำความรู้ดังกล่าวไปเชื่อมโยงการให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และให้การพยาบาลในทุกระยะของการระงับความรู้สึกอย่างปลอดภัย และสามารถนำความรู้ที่ได้ปรับใช้กับแนวปฏิบัติเรื่องการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษเพื่อผ่าตัดคลอดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดคลอด

2.เพื่อนำผลการศึกษาไปปรับใช้กับแนวปฏิบัติเรื่องการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษเพื่อผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาลศรีสงคราม

วิธีดำเนินการศึกษา

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาลศรีสงคราม 2 ราย โดยศึกษาจากประวัติผู้ป่วย พยาธิสภาพของโรค อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย การรักษา วิธีการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดคลอด การวินิจฉัยการพยาบาลโดยใช้หลักกระบวนการพยาบาลทั้งก่อนขณะและหลังให้ยาระงับความรู้สึก

ผลการศึกษา

เป็นการศึกษาการพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเพื่อผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่โรงพยาบาลศรีสงคราม เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย จากผลการศึกษาพบว่า

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1.สถานภาพ/อายุ	หญิงไทยคู่ อายุ 35 ปี	หญิงไทยคู่ อายุ 40 ปี
2.ระดับการศึกษา	จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3	จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6
3.อาชีพ	เกษตรกร	ค้าขาย
4.สิทธิการรักษา	บัตรทองในจังหวัด	บัตรทองในจังหวัด
5.วันที่เข้ารับการรักษา	27 กันยายน 22566	11 ตุลาคม 2566
6.วันที่เข้ารับการผ่าตัด	27 กันยายน 22566	12 ตุลาคม 2566
7.วันที่จำหน่ายกลับบ้าน	30 กันยายน 22566	15 ตุลาคม 2566

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	มาฝากครรภ์ตามนัด พบความดันโลหิต 173/110 mmHg. ร่วมกับมีอาการท้องแข็งปั้นก่อนมา 2 ชั่วโมง	มาฝากครรภ์ตามนัด พบความดันโลหิต 180/110 mmHg. ยังไม่เจ็บครรภ์คลอด	
อาการและอาการแสดงการแรกรับ	รู้สึกตัวดี มีอาการเจ็บครรภ์คลอด ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว หรือจุกใต้ลิ้นปี่ น้ำหนัก 78 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 ซม. ดัชนีมวลกาย(BMI) 31.33 กิโลกรัมต่อตารางเมตร แปลผลคือ อ้วน ระดับ1 (ระหว่างตั้งครรภ์น้ำหนักเพิ่มขึ้น 18 กิโลกรัม) สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย=36.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร=98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต =173/110 mmHg. เท้าบวม+1 ทั้ง 2 ข้าง Deep tendon reflex+2 ตรวจปัสสาวะพบ Protine : trace ตรวจปากมดลูก Cervix dilate 1 cm. Effacement 25 % Station–2 Membrain Intact	รู้สึกตัวดี ยังไม่เจ็บครรภ์ ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว หรือจุกใต้ลิ้นปี่ น้ำหนัก 65 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 ซม. ดัชนีมวลกาย(BMI) 27.08 กิโลกรัมต่อตารางเมตร แปลผลคือ น้ำหนักเกิน (ระหว่างตั้งครรภ์น้ำหนักเพิ่มขึ้น 13 กิโลกรัม) สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย=36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร=90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต =180/110 mmHg. เท้าบวม+1 ทั้ง 2 ข้าง Deep tendon reflex+2 ตรวจปัสสาวะพบ Protine 1+ ระดับยอดมดลูก 34 cms. ไม่ได้ตรวจปากมดลูก	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความดันโลหิตสูง มากกว่า 160/110 mmHg. แต่ยังไม่มีอาการนำก่อนภาวะชัก (Eclamsia) คือ เจ็บที่ลิ้นปี่หรือใต้ชายโครงขวารุนแรง ปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัว มองไม่ชัด อาเจียน hyperreflexia[6] กรณีศึกษารายที่ 1 มีดัชนีมวลกาย 31.33 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ซึ่งการมีดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร มีความเสี่ยงต่อเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มากกว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ถึง 4 เท่า[7]
ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน	–มารดาครรภ์ที่ 4 อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ 6 วัน โดย Ultrasound กำหนดคลอดวันที่ 12 ตุลาคม 2566 ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ 8 ครั้งคุณภาพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการระยะตั้งครรภ์ :ไม่ติดเชื้อโรคติดต่อ ตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะและความดันโลหิตสูงขณะอายุครรภ์ 31 สัปดาห์ FBS=204 mg/dL	–มารดาครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์ 35 สัปดาห์ 5 วัน โดย Ultrasound กำหนดคลอดวันที่ 13 พฤศจิกายน 2566 ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ 8 ครั้งคุณภาพ ตรวจพบความดันโลหิตสูงเมื่ออายุครรภ์ 30 สัปดาห์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการระยะตั้งครรภ์ : ไม่ติดเชื้อโรคติดต่อ	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายตรวจพบความดันโลหิตสูงและพบโปรตีนในปัสสาวะขณะตั้งครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ซึ่ง Preeclampsia–eclampsia : ภาวะความดันโลหิตสูงที่จำเพาะกับการตั้งครรภ์ (Pregnancy–induced hypertension; PIH) ร่วมกับมีความผิดปกติของ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์
ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน (ต่อ)		ตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะขณะอายุครรภ์ 32^{+2} สัปดาห์ FBS=87 mg/dL OGTT 181 ,192 , 170 mg/dL	ร่ายกายในหลายระบบ (multisystem involvement) โดยทั่วไปมักเกิดหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ร่วมกับตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ[4]
ประวัติคลอด/ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	-ครรภ์ที่ 1-3 คลอดทางช่องคลอด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน -เป็นโรคความดันโลหิตสูงและเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDMA2) -รับประทานยา Amlodipine 5 มิลลิกรัม 2 เม็ดตอนเช้า เริ่มรับประทานยา อายุ 33 ปี -ฉีด NPH 8-0-8 SC.เริ่มฉีดเมื่ออายุครรภ์ 29 สัปดาห์	-ครรภ์แรกคลอดทางช่องคลอด ปี 2547 ไม่มีภาวะแทรกซ้อน -เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDMA1) -ไม่มียาที่รับประทานประจำยกเว้นยาบำรุงครรภ์	กรณีศึกษารายที่ 1 มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูงซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะ Preeclamsia ได้มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตปกติ4-5 เท่า[4]
ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว	บิดาเป็นโรคความดันโลหิตสูง พี่สาวเป็นโรคเบาหวาน บุคคลอื่นๆในครอบครัวปฏิเสธโรคประจำตัวและโรคติดต่อทางพันธุกรรม	มารดาเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง บุคคลอื่นๆในครอบครัวปฏิเสธโรคประจำตัวและโรคติดต่อทางพันธุกรรม	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงคือมีบุคลในครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ผู้ที่มีบิดาและมารดาเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคนี้มากกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติในครอบครัว[8]
การรักษา	-10%$MgSO_4$ 4 กรัม ให้ช้าๆทางหลอดเลือดดำ -50%$MgSO_4$ 40 กรัม ผสมใน 5%DW 1,000 มิลลิลิตร หยดเข้าหลอดเลือดดำ 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง -hydralazine 5 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ	-10%$MgSO_4$ 4 กรัม ให้ช้าๆทางหลอดเลือดดำ -50%$MgSO_4$ 40 กรัม ผสมใน 5%DW 1,000 มิลลิลิตร หยดเข้าหลอดเลือดดำ 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง -hydralazine 10 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับยาลดความดันโลหิตและยากันชัก ปัจจุบันนี้ทางการแพทย์นิยมใช้ $MgSO_4$ เป็นยารักษามารดา PIH เป็นอันดับแรก ยานี้มีฤทธิ์ระงับชัก ลดภาวะ hyperreflexia ลดความไวในการตอบสนอง cetylcholine ที่ endplate และลด excitability ของเยื่อหุ้มกล้ามเนื้อ[3]

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์
การวินิจฉัยและการผ่าตัด	**การวินิจฉัยครั้งแรก :** G4P2P1A0L3 GA 37^{+6} wks. with GDMA2 with severe pre-eclamsia **การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย:** G4P2P1A0L3 GA 37^{+6} wks. with Advanced maternal age with Gestational Diabetes Mellitus A2 with severe pre-eclamsia with non-reassuring fetal status. **การผ่าตัด :** Low transverse Cesarean section with TR with appendectomy	**การวินิจฉัยครั้งแรก :** G2P1P0A0L1 GA 35^{+5} wks. with GDMA1 with severe pre-eclamsia with unforable cervix **การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย:** G2P1P0A0L1 GA 35^{+5} wks. with Advanced maternal age with Gestational Diabetes Mellitus A1 with severe pre-eclamsia with unfavorable cervix **การผ่าตัด :** Low transverse Cesarean section with TR	การวินิจฉัย Severe preeclampsia จาก 1.) SBP ≥ 160 mmHg หรือ DBP≥ 110 mmHg 2) มีอาการทางระบบประสาท เช่น ปวดศีรษะ สายตาพร่ามัว มีอาการจุกแน่นลิ้นปี่ ซึมลงหรือหมดสติ 3) มีโปรตีนออกในปัสสาวะปริมาณมากกว่า 5 กรัมใน24 ชั่วโมง มี Plt< 100,000 cell/mm มีระดับเอนไซน์ตับAST และ/หรือ ALT สูงกว่า 70 IU/L Cr > 1.1 mg/dl. ถ้ามีอย่างน้อย 1ข้อก็วินิจฉัยเป็น Severe preeclampsia[7] กรณีศึกษาทั้ง 2 รายยุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอด ซึ่งการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์คือ การยุติการตั้งครรภ์โดยการทำคลอดทารกและรก[3]

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาลศรีสงคราม มีวิธีปฏิบัติดังนี้

1.การพยาบาลระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

1.1 การเตรียมผู้ป่วย

1.1.1 การเตรียมผู้ป่วยด้านร่างกาย

1) ตรวจร่างกายทุกระบบ และตรวจ mallampati เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจยาก

2) ตรวจสอบการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ควรใช้ Intravenous catheter เบอร์ 18, 20 แทงหลอดเลือดดำ พร้อมต่อ Three Way 2 อัน และต่อ Extension เพื่อสะดวกในการให้ยาทางหลอดเลือดดำ

3) ตรวจสอบสายสวนปัสสาวะว่าสายอยู่ในสภาพดี ไม่หักพับงอ บันทึกปริมาณปัสสาวะตั้งต้นก่อนให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อประเมิน intake, output ระหว่างการผ่าตัด

4) ตรวจสอบใบเซ็นยินยอมให้ผ่าตัด เพื่อเป็นหลักฐานป้องกันการฟ้องร้องทางกฎหมาย

5) ตรวจสอบผลตรวจพิเศษต่างๆ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินความผิดปกติของระบบต่างๆ ที่มีผลต่อการเลือกใช้ยาระงับความรู้สึก

6) ตรวจสอบหมู่เลือด ชนิดเลือดและจำนวนเลือดที่จอง ให้ถูกต้องและครบตามคำสั่งแพทย์

1.1.2 การเตรียมผู้ป่วยด้านจิตใจ

เนื่องจากเป็นการผ่าตัดฉุกเฉิน ผู้ป่วยบางรายอาจไม่เคยผ่าตัดมาก่อน หรือเคยผ่าตัดมาแล้วแต่ยังมีความกลัวและความวิตกกังวล วิสัญญีพยาบาลจึงต้องเป็นผู้ให้คำแนะนำผู้ป่วยดังนี้

1) พูดคุยสร้างสัมพันธภาพที่ดีด้วยกิริยาวาจาที่สุภาพและเป็นมิตร อธิบาย ขั้นตอนการให้ยาระงับความรู้สึก การดูแลตลอดการผ่าตัดและให้ยาระงับความรู้สึก การปฏิบัติตัวเมื่อจะฟื้นจากผ่าตัด

2) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและระบายความรู้สึก เพื่อคลายความกลัวและความวิตกกังวล

1.2 เตรียมความพร้อมในทีมผ่าตัด

1.2.1 ปรึกษาปัญหาของผู้ป่วยภายในทีมผ่าตัด และสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเตรียมการช่วยเหลือเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน

1.2.2 ประสานงานกับบุคลากรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการผ่าตัด เช่น ประสานงานกับสูติแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดเพื่อรายงานอาการผู้ป่วยให้แพทย์ทราบทุกระยะ ประสานงานกับหอผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับส่งผู้ป่วย ส่งต่อการดูแลและการแก้ไขภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เป็นต้น

1.3 เตรียมเครื่องมืออุปกรณ์และยาระงับความรู้สึก

1.3.1 ตรวจความพร้อมของเครื่องให้ยาระงับความรู้สึกให้อยู่ในสภาพเรียบร้อย และพร้อมที่จะใช้งาน โดยดูแลการไหลและปริมาณของก๊าซออกซิเจนและไนตรัสออกไซด์ ตรวจสอบข้อต่อต่างๆ ตรวจสอบสภาพการใช้งานของสารดูดซับคาร์บอนไดออกไซด์ (Soda lime) ให้อยู่ในสภาพปกติ

1.3.2 เตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ให้ยาระงับความรู้สึก ดังนี้

1) Laryngoscope พร้อม Blade ชนิดโค้งและตรง เบอร์ 3 จำนวน 1 ชุด

2) ท่อช่วยหายใจ(Endotracheal tube) ชนิด portex tube เบอร์ 6.5 ใส่ gide wide ไว้ด้านใน พร้อมทดสอบการรั่วของท่อช่วยหายใจ และเตรียมท่อช่วยหายใจขนาดเล็กกว่า 1 เบอร์ อีก 1 อัน

3) Oropharyngeal airway เบอร์ 4 จำนวน 1 อัน

4) สายดูดเสมหะ เบอร์ 16 ต่อเข้ากับเครื่องดูดเสมหะพร้อมใช้งาน

5) Xylocaine jell หรือ K-Y jelly ไว้สำหรับหล่อลื่น Endrotracheal tube

6) กระบอกฉีดยา 10 มิลลิตร สำหรับใส่ลม (Blow cuff) ที่ปลายท่อช่วยหายใจ

7) พลาสเตอร์ สำหรับติดท่อช่วยหายใจไม่ให้เลื่อนหลุด

8) หูฟัง (Stethoscope) ใช้ตรวจสอบตำแหน่งท่อช่วยหายใจ

9) Anesthesia face Mask เบอร์ 3,4 เลือกใช้ขนาดที่พอเหมาะกับผู้ป่วย ใช้สำหรับครอบปากและจมูกผู้ป่วยเพื่อให้ออกซิเจน

10) เตรียมสารน้ำ เลือดและยาที่จำเป็นอื่นๆ ไว้ใช้กรณีฉุกเฉิน เช่น Ephedrine Adrenaline , NaHCO3 และ Dexamethasone เป็นต้น

1.3.3 เตรียมอุปกรณ์ติดตามสัญญาณชีพและอาการผู้ป่วยที่ใช้ระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึก ได้แก่

1) หูฟัง (Stethoscope)

2) เครื่องวัดความดันโลหิต

3) เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG Monitor)

4) เครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง (Oxygen saturation)

5) การบันทึกจำนวนปัสสาวะต่อชั่วโมง ค่าปกติ 0.5-1.0 ลิลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง

6) การคลำชีพจร ดูสีผิว ดูการไหลเวียนของเลือดส่วนปลาย

1.3.4 เตรียมยาระงับความรู้สึก

จัดเตรียมยาต่างๆ ให้พร้อมใช้ โดย เขียนชื่อยาและขนาดของยา ติดกำกับไว้ ดังนี้

1) Propofol ขนาด 10 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร ใส่ syringe ขนาด 10 มิลลิลิตร ใช้เป็นยานำสลบ ขนาดที่ใช้ 1-1.5 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ติดป้ายสีเหลือง

2) Succinyl Choline ขนาด 50 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร ใส่ syringe ขนาด 2 มิลลิลิตร เป็นยาหย่อนกล้ามเนื้อ ในการใส่ท่อช่วยหายใจ ใช้ขนาด 1–1.5 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ติดป้ายสีเทา

3) Narcotic สำหรับควบคุมระดับระงับความรู้สึกเจ็บปวด โดยให้ Morphine ผสมเป็นขนาด 1 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร ใส่ syringe ขนาด 10 มิลลิลิตร ใช้ขนาด 0.1–0.2 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ติดป้ายสีฟ้า

4) Muscle relaxant ใช้เป็น Cisatracurium เป็นยาหย่อนกล้ามเนื้อกลุ่ม non depolarizing muscle relaxant ขนาด 2 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร เตรียมใส่ syringe 5 มิลลิลิตร ใช้ขนาด 0.1–0.15 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ติดป้ายสีแดง

5) Midazolam ขนาด 0.05 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม โดยติดป้ายสีส้ม

6) Atropine 1.2 มิลลิกรัม และ Prostigmine 2.5 มิลลิกรัม เตรียมไว้เป็นยาแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ เพื่อให้ผู้ป่วยกลับมาหายใจได้เอง ติดป้ายสีเขียว

7) Syntocinon ขนาด 3 ยูนิต ใส่ syringe ขนาด 3 มิลลิลิตร ติดป้ายสีขาว

8) Syntocinon ขนาด 17 ยูนิต ผสมใน 5%DN/2 1000 มิลลิลิตร ติดป้ายสีขาว

2. การพยาบาลขณะให้ยาระงับความรู้สึก

2.1 ระยะนำสลบ

2.1.1 ให้ผู้ป่วยหายใจด้วย 100% ออกซิเจน 6 ลิตร ผ่าน Anesthesia face Mask นาน 3–5 นาที

2.1.2 หยุดให้ยา $MgSO_4$ ระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก

2.1.3 นำสลบด้วย Propofol 1–1.5 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ และให้ Succinylcholine 1–2 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำทันที

2.1.4 ทำ Crico–esophageal compression โดยให้ผู้ช่วยกดนิ้วมือลงไปตรงกระดูก cricoid ซึ่งเป็นการกดส่วนต้นของหลอดอาหาร และไม่ต้องบีบถุงลมช่วยหายใจ เริ่มกดตั้งแต่เริ่มให้ยานำสลบ

2.1.5 ใส่ท่อช่วยหายใจทันทีเมื่อผู้ป่วยหยุดหายใจ จากนั้นฉีดลมเข้า cuff ของท่อช่วยหายใจให้พอดี(minimal leakage) ให้ผู้ช่วยปล่อยมือจากการกดแล้วต่อท่อช่วยหายใจเข้ากับเครื่องดมยาสลบ บีบถุงลมช่วยหายใจ ใช้หูฟังตรวจสอบตำแหน่งปลายท่อช่วยหายใจ โดยฟัง 5 จุด คือ กระเพาะอาหาร ฟังปอด Upper lobe 2 ข้าง และ Lower lobe 2 ข้าง

2.1.6 ใส่ Oropharyngeal airway แล้วยึดท่อช่วยหายใจด้วยพลาสเตอร์ให้เรียบร้อย

2.2 การรักษาระดับการให้ยาระงับความรู้สึก

2.2.1 เปิดก๊าซไนตรัสออกไซด์ 50% ออกซิเจน 50% Total flow ไม่น้อยกว่า 1 ลิตร เปิด Inhalation วัดความดันโลหิต ชีพจร ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดง (Oxygen saturation)ให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ เมื่อทำทุกอย่างเรียบร้อย อาการและ Vital sign ของผู้ป่วยอยู่ในระดับปกติ จึงเชิญสูติแพทย์ทำการผ่าตัด

2.2.2 เปลี่ยนการช่วยหายใจ เป็นช่วยหายใจด้วยเครื่อง Ventrilator ปรับ Tidol volum ประมาณ 6–10 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัม ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ควรมีระดับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออกอยู่ในช่วง 27–35 มิลลิเมตรปรอท

2.2.3 วัดความดันโลหิต(NIBP) ชีพจร (Pulse) คลื่นหัวใจ(ECG) ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง(Oxygen saturation) และวัดระดับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก(ETCO2) อย่างต่อเนื่องทุก 5 นาที หรือถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติหรือเมื่อสงสัยว่าผู้ป่วยจะมีอาการผิดปกติ ให้วัดทุก 1–2 นาที พร้อมบันทึกลงในใบบันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก

2.2.4 สังเกตอัตราการไหลของสารน้ำที่ให้ทางเส้นเลือดดำ สังเกตอัตราการไหลของก๊าซไนตรัสออกไซด์และออกซิเจน สังเกตท่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่งปกติ ฟังปอด หัวใจและจับชีพจรเป็นระยะ

2.2.5 หลังทารกคลอดแล้ว ปรับลด Inhalation ให้น้อยกว่า 1 ลิตร ให้ยาระงับปวดคือ Morphine 1 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ และยา Midazolam 0.05 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เพื่อช่วยเสริมฤทธิ์ยาดมสลบ ไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกตัวระหว่างผ่าตัด ให้ยา Oxytocin 3 ยูนิต ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ และ Oxytocin 17 ยูนิต ผสมใน 5%DN/2 ที่ 1,000 มิลลิลิตร หยดเข้าหลอดเลือดดำ เพื่อให้มดลูกหดรัดตัวดี ป้องกัน Uterine atony

2.2.6 Keep warm ด้วยผ้าห่มลมร้อนเพื่อป้องกันภาวะ Shivering

2.2.7 สังเกตปริมาณการเสียเลือด พร้อมทั้งให้สารน้ำให้เพียงพอต่อการเสียเลือดและปัสสาวะในระหว่างการผ่าตัด แต่ควรพิจรณาให้สารน้ำเท่าที่จำเป็น เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะความดันสูงขณะตั้งครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดบวมน้ำ(Pulmonary edema)ได้ง่าย พร้อมบันทึกในแบบบันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก

2.2.8 บันทึกสัญญาณชีพทุก 2–5 นาที

2.2.9 เมื่อสูติแพทย์ทำการผ่าตัดสิ้นสุดลง เปลี่ยนจาก Ventrilator mode เป็นบีบถุงลมช่วยหายใจ ถ้าครบระยะเวลาออกฤทธิ์(Duration) ของยาหย่อนกล้ามเนื้อที่ให้แล้ว จึงปิด Inhalation และไนตรัสออกไซด์ เพิ่มออกซิเจนเป็น 6 ลิตรต่อนาที

2.2.10 ประเมินการกลับมาหายใจเองของผู้ป่วย โดยสังเกตได้จากการขยับของทรวงอกตามการหายใจ และการขยับของ Anesthetic bag ถ้าผู้ป่วยเริ่มหายใจเอง จึงแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อด้วย ยา Prostigmine ขนาด 0.05 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม และยา Atropine ขนาด 0.02 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ

2.2.11 หลังให้ยาแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อประเมินการหายใจของผู้ป่วยอีกครั้ง ถ้าผู้ป่วยหายใจได้เองจึงดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจและในปากของผู้ป่วย และให้100% ออกซิเจน ผ่าน Anesthesia face Mask 6 ลิตรต่อนาที เมื่อผู้ป่วยหายใจสม่ำเสมอ ลืมตา อ้าปาก กำมือ กลืนน้ำลาย ทำตามคำบอก และยกศีรษะได้ ตรวจสอบปริมาตรอากาศที่ไหลเข้าออกจากปอดผู้ป่วยต่อการหายใจ 1 ครั้ง(Tidol volum) ถ้ามากกว่าหรือเท่ากับ 250 ลูกบาศก์เซนติเมตร จึงถอดท่อช่วยหายใจ

2.1.12 เมื่อถอดท่อช่วยหายใจแล้วให้100% ออกซิเจนต่อ เพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนจากไนตรัสออกไซด์(Diffusion hypoxia) และเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยต่ออีก 5 นาที เมื่อ Oxygen Saturation = 100% จึงย้ายผู้ป่วยไปยังห้องพักฟื้น

3. การพยาบาลและการดูแลหลังให้ยาระงับความรู้สึก

3.1 การพยาบาลหลังให้ยาระงับความรู้สึก

3.1.1 ให้ผู้ป่วยสูดดม100% ออกซิเจนทางหน้ากากชนิดมีถุงสำรอง 8–10 ลิตรต่อนาที

3.1.2 ติดอุปกรณ์ติดตามสัญญาณชีพ และเฝ้าระวังการหายใจของผู้ป่วย เนื่องจากขณะผ่าตัดใช้ยาหย่อนกล้ามเนื้อชนิด non–depolarized ร่วมกับผู้ป่วยได้รับ MgSO4 ซึ่งเสริมฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ พร้อมบันทึกทุก 10–15 นาที

3.1.3 เฝ้าระวังชักหลังคลอด และให้ 50%MgSO4 40 กรัม. ผสมใน 5%DW 1,000 หยดทางหลอดเลือดดำ 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ต่อจนครบ 24 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์

3.1.4 Keep warm ด้วยผ้าห่มลมร้อนเพื่อป้องกันภาวะ Shivering

3.1.5 ประเมินความเจ็บปวด และให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย

3.1.6 สังเกต fluid balance ซึ่งอาจเกิด pulmonary edema ได้ภายใน 24 – 72 ชั่วโมง หลังคลอด เกิดจากน้ำ extra cellular fluid ไหลกลับเข้ากระแสเลือดก่อนที่จะเกิดภาวะ diuresis ตามมา เฝ้าระวังการตกเลือดหลังผ่าตัด จากการหดรัดตัวของมดลูกไม่ดี

3.1.7 ดูแลผู้ป่วยที่ห้องพักฟื้นอย่างน้อย 1 ชั่วโมง และหลังการแก้ไขภาวะแทรกซ้อน 30 นาที เมื่อผู้ป่วยอาการคงที่ สัญญาณชีพปกติ จึงย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยโดยรถนอน

3.2 การเยี่ยมและประเมินหลังให้ยาระงับความรู้สึก

3.2.1 เยี่ยมประเมินผู้ป่วยหลังให้ยาระงับความรู้สึก 24 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการให้ยาระงับความรู้สึก ได้แก่

– ปัญหาระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น ภาวะความดันโลหิตต่ำ (Hypotension), ภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertention) และการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ (Arrhythmia)

– ปัญหาระบบทางเดินหายใจ เช่น ทางเดินหายใจถูกอุดกั้น (Airway obstruction), ออกซิเจนในเลือดต่ำ (Hypoxemia), ผู้ป่วยที่มีการหดเกร็งของกล่องเสียง (Laryngospasm) หรือมีการบวมของกล่องเสียง (Glottic edema) หายใจมีเสียง Stridor

– ปัญหารู้สึกตัวระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก (Awareness)

– ปัญหาคลื่นไส้อาเจียน ให้ยาแก้คลื่นไส้อาเจียนตามแผนการรักษาของแพทย์

– ปัญหาความปวด ประเมินความเจ็บปวดและให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย ส่งเสริมกระตุ้น Ambulate

– ปัญหาริมฝีปากเป็นแผล ฟันโยกคลอนหรือหลุดเจ็บคอ เสียงแหบ จากการใส่ท่อช่วยหายใจ

หากเกิดภาวะแทรกซ้อน ให้ปรึกษาแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดและสหวิชาชีพเพื่อรักษาอาการหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

3.2.2 ให้ความรู้และคำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและหลังให้ยาระงับความรู้สึก

3.2.3 เยี่ยมประเมินผู้ป่วยซ้ำหลังการรักษาภาวะแทรกซ้อน 24 ชั่วโมง ร่วมกับแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดและสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

ตารางที่ 3 สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1	**กรณีศึกษารายที่ 2**
มารดา G4P2P1A0L3 GA 37^{+6} สัปดาห์ มาฝากครรภ์ตามแพทย์นัด พบความดันโลหิตสูงร่วมกับมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง รับไว้รักษาที่โรงพยาบาลโรงพยาบาลเพื่อให้ยาป้องกันภาวะชักจากความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์และยาลดความดันโลหิต ผู้ป่วยได้รับยา 10%$MgSO_4$ 4 กรัม ทางหลอดเลือดดำ และ 50%$MgSO_4$ 40 กรัม ผสมใน 5%DW 1,000 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำ 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ยา hydralazine 5 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ มารดาเจ็บท้องถี่ขึ้น Electronic fetal heart rate monitoring พบว่าขณะมดลูกหดรัดตัว อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ต่ำกว่า 110 ครั้งต่อนาที สูติแพทย์พิจารณายุติการตั้งครรภ์ด้วยการผ่าตัดคลอด วิสัญญีประเมินผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ASA classification : class 3 , Emergency case แรกรับที่ห้องผ่าตัดความดันโลหิต 150/97 mmHg. เนื่องจากทารกใน	มารดา G2P1A0L1 GA 35^{+5} สัปดาห์ มาฝากครรภ์ตามแพทย์นัด พบความดันโลหิตสูง ไม่มีอาการเจ็บครรภ์คลอด รับไว้รักษาที่โรงพยาบาลเพื่อให้ยาป้องกันภาวะชักจากความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์และยาลดความดันโลหิต ผู้ป่วยได้รับยา 10%$MgSO_4$ 4 กรัม ทางหลอดเลือดดำ และ 50%$MgSO_4$ 40 กรัม ผสมใน 5%DW 1,000 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำ 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ยา hydralazine 10 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ขณะนอนโรงพยาบาลความดันโลหิตอยู่ในช่วง 120/70–170/100 mmHg. หลังนอนโรงพยาบาล 1 วัน สูติแพทย์พิจารณายุติการตั้งครรภ์ด้วยการผ่าตัดคลอด วิสัญญีประเมินผู้ป่วยก่อนให้ยายาระงับความรู้สึก ASA classification : class 3 , Emergency case แรกรับที่ห้องผ่าตัด ความดันโลหิต 162/99 mmHg. เลือกให้ยาระงับความรู้สึกโดยวิธีฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง(spinal block) แต่ทำหัตถการไม่สำเร็จจึงเปลี่ยนเป็นการระงับความรู้สึก

ตารางที่ 3 สรุปกรณีศึกษา (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ครรภ์ไม่เป็นภาวะปกติ (non-reassuring fetal status) พิจารณาให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย งดให้ยา $MgSO_4$ ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ให้ยานำสลบและใส่ท่อช่วยหายใจได้ใน 1 ครั้ง ระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 120/70-160/100 mmHg หลังการผ่าตัดสามารถให้ยาแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อและถอดท่อช่วยหายใจได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย รวมเวลาให้ยาระงับความรู้สึก 55 นาที คะเนการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 500 มิลิลิตร.ทารกหนัก 3,640 กรัม หลังผ่าตัดย้ายมารดาหลังคลอดมาดูแลที่ห้องพักฟื้น ให้ผู้ป่วยสูดดม 100% ออกซิเจนทางหน้ากากชนิดมีถุงสำรอง 10 ลิตรต่อนาที Oxygen Saturation 99 % ให้ยา 50%$MgSO_4$ 40 กรัม ใน 5%DW 1,000 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำ 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ ดูแลที่ห้องพักฟื้น 1 ชั่วโมง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดและหลังให้ยาระงับความรู้สึก ไม่เกิดภาวะชัก หยุดให้ออกซิเจนผู้ป่วยหายใจเองได้ Oxygen Saturation 97 % Modified aldrete score=9 จึงย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยโดยเปลนอน ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 3 วัน	ทั่วร่างกาย งดให้ยา $MgSO_4$ ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ให้ยานำสลบและใส่ท่อช่วยหายใจได้ใน 1 ครั้ง ระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 130/80-170/100 mmHg หลังการผ่าตัด สามารถให้ยาแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อและถอดท่อช่วยหายใจได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย รวมเวลาผ่าตัด 33 นาที รวมเวลาให้ยาระงับความรู้สึก 1 ชั่วโมง คะเนการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 400 มิลิลิตร ทารกหนัก 2,090 กรัม หลังผ่าตัดย้ายมารดาหลังคลอดมาดูแลที่ห้องพักฟื้น ผู้ป่วยสูดดม100% ออกซิเจนทางหน้ากากชนิดมีถุงสำรอง 10 ลิตรต่อนาที Oxygen Saturation 99 % ให้ยา 50%$MgSO_4$ 40 กรัม ใน 5%DW 1,000 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำ 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ ดูแลที่ห้องพักฟื้น 1 ชั่วโมง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหลังการผ่าตัดและหลังให้ยาระงับความรู้สึก ไม่เกิดภาวะชัก ผู้ป่วยหายใจเองได้ปกติ หยุดให้ออกซิเจนและวัด Oxygen Saturation =94 % ให้ออกซิเจน canula 3 ลิตรต่อนาที Oxygen Saturation 99 % Modified aldrete score=8 จึงย้ายกลับหอผู้ป่วยโดยเปลนอน ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 4 วัน

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 มีภาวะความดันโลหิตสูงตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ร่วมกับมีภาวะครรภ์เป็นพิษ ขณะรอคลอดทารกในครรภ์ไม่เป็นภาวะปกติ(non-reassuring fetal status) กรณีศึกษารายที่ 2 อายุครรภ์ยังไม่ครบกำหนดคลอดและมีภาวะครรภ์เป็นพิษ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับยาลดความดันโลหิตและยากันชัก และยุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอดภายใต้การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้ในครั้งเดียว วิสัญญีพยาบาลให้การพยาบาลก่อน ขณะและหลังให้ยาระงับความรู้สึกตามมาตรฐานราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทั้งในขณะและหลังให้ยาระงับความรู้สึก

ถึงแม้ว่ากรณีศึกษารายที่ 1 จะมีภาวะความดันโลหิตสูงตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ แต่ในระหว่างการตั้งครรภ์กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เกิดภาวะครรภ์เป็นพิษเหมือนกัน และทารกในครรภ์ของกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการให้การพยาบาลเหมือนกัน ทั้งการประเมินและการให้คำแนะนำก่อนการระงับความรู้สึก

การพยาบาลขณะและหลังให้ยาระงับความรู้สึก โดยมีเป้าหมายเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ปลอดภัยในทุกระยะของการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก

การระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงคุกคามชีวิตของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ วิสัญญีพยาบาลควรมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคและภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และระหว่างการคลอด การรักษาและยาที่ผู้ป่วยได้รับ รวมถึงมีความรู้เกี่ยวกับกายวิภาคที่เปลี่ยนแปลงในหญิงตั้งครรภ์ซึ่งมีผลทำให้เสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจยาก ตลอดจนมีการฝึกทักษะการใส่ท่อช่วยหายใจอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความเชี่ยวชาญและสามารถดูแลและให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้รับระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดคลอดได้อย่างปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ

1.โรงพยาบาลที่ให้บริการผ่าตัดคลอดควรมีวิสัญญีแพทย์ร่วมดูแลผู้ป่วย ASA Class 3 (ASA: American association of Anesthesiologist หมาย ถึง การจำแนกผู้ป่วยออกเป็นระดับต่างๆ ตามสภาพผู้ป่วยปัญหาและโรคที่เป็นอยู่ด้วย ซึ่ง ASA Class 3 หมายถึง ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพร่างกายที่รุนแรงขึ้นและเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย)[9]

2.วิสัญญีพยาบาลควรฝึกทักษะการใส่ท่อช่วยหายใจอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดความเชี่ยวชาญ

3.การใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่มีโอกาสใส่ท่อช่วยหายใจยากหรือมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจ ควรพิจารณาให้วิสัญญีแพทย์หรือวิสัญญีพยาบาลผู้มีประสบการณ์เป็นผู้ทำหัตถการดังกล่าว

4. วิสัญญีพยาบาลควรเยี่ยมประเมินผู้ป่วยทุกรายก่อนให้การระงับความรู้สึก เพื่อนำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจในการเลือกให้ยาระงับความรู้สึกที่ปลอดภัย วางแผนการดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังให้การระงับความรู้สึก

5.ควรมีเครื่องมือและอุปกรณ์ช่วยใส่ท่อช่วยหายใจ เช่น Video laryngo scope เพื่อใช้ในกรณีผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจยาก

เอกสารอ้างอิง

1. จันทนา ธรรมธัญญารักษ์. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วไปในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มารับการผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาลนครนายก. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย[อินเตอร์เน็ต]. 2563[เข้าถึงเมื่อ 21 ตุลาคม 2566]; 7(1):41–56.เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/apnj/article/view/225042
2. อุไรรัตน์ นาจำเริญ.การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงร่วมกับมีภาวะอ้วนและภาวะขี้เทาปนน้ำคร่ำ: กรณีศึกษา. ชัยภูมิวารสาร[อินเตอร์เน็ต]. 2565[เข้าถึงเมื่อ 30 ตุลาคม 2566]; 1:1126–141.เข้าถึงได้จาก: https://thaidj.org/index.php/CMJ/article/view/12026/10396
3. สรรชัย ธีรพงศ์ภักดี. การให้ยาระงับความรู้สึกใน Pregnancy Induced Hypertension. ใน: สรรชัย ธีรพงศ์ภักดี, วราภรณ์ เชื้ออินทร์, บรรณาธิการ. วิสัญญีวิทยาในสูติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา. 2549. หน้า 217–228.

4. รังสรรค์ เดชนันทพิพัฒน์,สุชยา ลือวรรณ. ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Hypertension in Pregnancy).2563. ใน: สูติศาสตร์ล้านนา[อินเตอร์เน็ต]. เชียงใหม่: ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2563 [เข้าถึงเมื่อ21ตุลาคม2566]. เข้าถึงได้จาก: https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/topic-review/6655/
5. ดรุณี คำปาน. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วไปในผู้ป่วยครรภเป็นพิษเพื่อทำผ่าตัดคลอดบุตรและทำหมัน. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี[อินเตอร์เน็ต]. 2563[เข้าถึงเมื่อ 21 ตุลาคม 2566]; 29:91-104. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/shj/article/view/249645
6. คณาจารย์ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา. Guideline for Preeclampsia. 2563. ใน: สูติศาสตร์ล้านนา [อินเตอร์เน็ต]. เชียงใหม่: ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยาคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2563 [เข้าถึงเมื่อ21ตุลาคม2566]. เข้าถึงได้จาก: https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lessons/guideline-for-preeclampsia/
7. กิติพร กางการ.การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์ร่วมกับการคลอดก่อนกำหนดในระยะคลอด : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม[อินเตอร์เน็ต]. 2562[เข้าถึงเมื่อ 21 ตุลาคม 2566]; 16:23-35. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/244852/166445
8. กรมควบคุมโรค[อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงาน; 2562. โรคความดันโลหิตสูง (Hypertention); 2562 [เข้าถึงเมื่อ 21 ตุลาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=52
9. นลีนี โกวิทวนาวงษ์.การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนผ่าตัด(Preoperative Evaluation and Preparation). ใน : วิรัตน์ วศินวงค์, ธวัช ชาญชญานนท์, ศศิกานต์ นิมมานรัชต์, ธิดา เอื้อกฤดาธิการ, บรรณาธิการ. วิสัญญีวิทยาพื้นฐาน. พิมพ์ครั้งที่2. สงขลา: หน่วยผลิตตำราคณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2552. หน้า 183-247.