

กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำและซ็อก

ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเพื่อผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

วราภรณ์ จิตต์เป็นธรรม, วท.บ.*

บทคัดย่อ

ภาวะรกเกาะต่ำในสตรีตั้งครรภ์เป็นหนึ่งในสาเหตุของภาวะเลือดออกในสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของมารดาในประเทศไทย ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับการผ่าตัด และการดมยาสลบ หรือการนิดยาชาเข้าทางไขสันหลัง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มีผู้ที่มีภาวะรกเกาะต่ำและซ็อก แล้วได้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป เพื่อผ่าตัดคลอดทางหน้า จำนวนเฉลี่ย 331 รายต่อเดือน ผู้เขียนจึงได้นำเสนอบทความนี้เพื่อเป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทางด้านสุขภาพ เช่น สูติแพทย์ และ วิสัญญีพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการรักษาพยาบาล กรณีศึกษาเป็นหญิงไทย อายุ 16 ปี อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ มาด้วยอาการมีเลือดออกทางช่องคลอด 3 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ความดันโลหิตแรกรับ 99/49 มม.ปรอท แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น placenta previa totalis จึงรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ต่อมาพบว่าความดันโลหิตต่ำลงเรื่อยๆ สูติแพทย์จึงตัดสินใจผ่าตัดคลอดโดย ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป จากกรณีศึกษาผู้ศึกษาได้วินิจฉัยการพยาบาลเป็น 3 ระยะ คือ ในระยะก่อนการผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด และระยะหลังการผ่าตัด หลังผ่าตัดผู้ป่วยได้พักรักษาอาการที่หอผู้ป่วยสูติกรรม ผลจากการพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยสามารถดำรงชีวิตที่บ้านได้ตามปกติ ส่วนทารกเป็นทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักตัว 1,410 กรัม มีปัญหาเรื่องต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ หลังให้การ รักษาพยาบาล อาการไม่ดีขึ้นเสียชีวิต จากการให้ข้อมูลการพยาบาลโรคก่อนผ่าตัด และขณะรับการรักษา จากวิสัญญีพยาบาล สูติแพทย์ และกุมารแพทย์ ได้โทรศัพท์แจ้งญาติทุกครั้งที่มีอาการเปลี่ยนแปลง บิดา-มารดา และญาติ รับรู้ เข้าใจ และพึงพอใจต่อการรักษาพยาบาล

คำสำคัญ: การให้ยาระงับความรู้สึก, ซ็อก, ผ่าตัดคลอด, รกเกาะต่ำ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

บทนำ

การพยาบาลผู้ป่วยตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำและซ็อก ที่ได้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป เพื่อผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ซึ่งเป็นการผ่าตัดทางสูติกรรมที่มีผู้มารับการผ่าตัดที่ห้องผ่าตัดสูติกรรมโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จำนวนเฉลี่ย 331 รายต่อเดือน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะรกเกาะต่ำ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายอย่างมากต่อมารดาและทารก มารับการผ่าตัดร้อยละ 1.05 ของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดคลอดทั้งหมด ภาวะรกเกาะต่ำในสตรีตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญซึ่งก่อให้เกิดอันตรายและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตทั้งมารดาและทารก เป็นหนึ่งในสาเหตุของภาวะเลือดออกในสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของมารดาในประเทศไทย สาเหตุหลักของการเสียชีวิตจากการเสียเลือดและการติดเชื้อ ส่วนสาเหตุการเสียชีวิตของทารกเกิดจากการคลอดก่อนกำหนด ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบอัตราการเสียชีวิตของทารกคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 85 ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงในการได้รับยาระงับความรู้สึก จึงต้องได้รับการดูแลและมีการเตรียมความพร้อมอย่างครอบคลุมในทุกมิติ เพื่อให้มีความปลอดภัยจากการผ่าตัด ดังนั้น วิทยาลัยพยาบาลจึงต้องเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยโดยใกล้ชิดไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และมีความปลอดภัยสูงสุด

กรณีศึกษา

หญิงไทยคู่ อายุ 16 ปี น้ำหนัก 50 กิโลกรัม อาชีพรับจ้าง การวินิจฉัย Placenta previa totalis อาการสำคัญ มีเลือดออกทางช่องคลอด สีแดงสด ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ผู้ป่วยตั้งครรภ์แรก อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ ผ่าครรภ์ 1 ครั้งที่สถานบริการหนองไผ่ 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีเลือดออกทางช่องคลอดเป็นจำนวนมาก ปวดท้องผู้ป่วยเป็นลม ญาตินำส่งโรงพยาบาลสีแก้ว ความดันโลหิต 70/40 มม.ปรอท ชีพจร 100 ครั้ง/นาที โรงพยาบาลสีแก้ว ให้การรักษา ให้สารน้ำ 0.9% NSS 1500 ml. ทางหลอดเลือดดำคน้ำ และอาหาร ใส่สายสวนปัสสาวะ BP 110/70 มม.ปรอท จึงส่งตัวมารักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธโรคประจำตัว อาการแรกเริ่ม รู้สึกตัวดี มีภาวะซิด

การตรวจร่างกาย หัวใจใจเต้นเร็วสม่ำเสมอ การหายใจปกติ สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 99/49 มม.ปรอท ชีพจร 146 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที อุณหภูมิกาย 36.7 C° อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 140 ครั้ง/นาที ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC Hct. 18.3 % PLT ปกติ BUN ปกติ Cra 0.60 INR 1.08

การรักษาโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Cesarean Section)

หมายถึง การคลอดบุตรผ่านทางแผลผ่าตัดที่ผนังหน้าท้องและแผลผ่าตัดผ่านกล้ามเนื้อมดลูก ซึ่งผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง กล่าวคือ มีอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น Placenta previa totalis มีเลือดออกมาก ปวดท้อง พบว่าความดันโลหิตต่ำลงเรื่อยๆ ครั้งหลังสุด BP 72/37 มม.ปรอท ชีพจร 143 ครั้ง/นาที FHS 160 ครั้ง/นาที สูติแพทย์ให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลงโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เนื่องจากรกเกาะต่ำและซ็อก มีพยาธิสภาพที่ทำให้เสียเลือดปริมาณมากในระยะก่อน

ผ่าตัด วิสัญญีพยาบาลได้เฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดขณะผ่าตัด เนื่องจากการผ่าตัดอาจทำให้เกิดการเสียเลือดปริมาณมากได้อีก ในการให้สารน้ำและเลือด ส่วนประกอบของเลือดทดแทนอย่างเหมาะสมเพียงพอความต้องการของร่างกายก่อนให้ต้องตรวจสอบและลงบันทึกอย่างถูกต้องสมบูรณ์ ในขณะเดียวกันต้องระมัดระวังการเกิดภาวะน้ำท่วมปอด ซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ บทบาทของวิสัญญีพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยตั้งครุฑที่มีภาวะรกเกาะต่ำและซ็อกที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป เพื่อผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มีดังนี้

การประเมินสภาพผู้ป่วยและการรักษาพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด

การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เนื่องจากเป็นกรณีผ่าตัดชนิดรีบด่วนที่ไม่ได้เตรียมการล่วงหน้า วิสัญญีพยาบาลจึงเยี่ยมประเมินผู้ป่วยที่หน้าห้องผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ขณะเยี่ยมวิสัญญีพยาบาลได้ประเมินสภาพผู้ป่วยเกี่ยวกับ โรคประจำตัว การเจ็บป่วยในอดีต ยาที่ได้รับก่อนผ่าตัด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวในการระงับความรู้สึก และให้ผู้ป่วยลงชื่อในใบยินยอมการรักษา จากการประเมินผู้ป่วยรายนี้ตาม American Society of Anesthesiologists: ASA) อยู่ในระดับ ASA Class 3 เนื่องจาก 1) ผู้ป่วยตั้งครุฑซึ่งจะมีสรีระและพยาธิสภาพที่มีความเสี่ยงมากกว่าตอนที่ไม่ได้ตั้งครุฑ 2.) ภาวะซ็อก 3.) ภาวะ Anemia จากการซักประวัติ การตรวจร่างกายพบว่า ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีภาวะซีด ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่สูบบุหรี่ ดื่มสุรา งดน้ำและอาหารมาแล้ว 4 ชั่วโมง ไม่เคยดมยาผ่าตัดมาก่อน ไม่แพ้ยา ไม่มีฟันโยกและฟันปลอม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct. 18.3 % จากการซักประวัติการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วิสัญญีแพทย์ เลือกวิธีระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (General Anesthesia)

การวางแผนการพยาบาล การพยาบาลผู้ป่วยของวิสัญญีพยาบาลแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด

ระยะก่อนผ่าตัด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยรายนี้ คือ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะ Hypovolemic shock และภาวะพร่องออกซิเจน จากการเสียเลือดทางช่องคลอด

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยให้ประวัติว่ามีเลือดสีแดงสดออกปริมาณมาก สัญญาณชีพผิดปกติ ภาวะซีด Hct. 18.3 %

วัตถุประสงค์ เพื่อให้มารดาและทารกปลอดภัยจากภาวะซ็อก

เกณฑ์การประเมิน Vital sign ปกติ ระดับความรู้สึกตัวปกติ ปัสสาวะออกมากกว่า 30 มล./ชม. Hct. \geq 30 %, ทารกในครรภ์ FHS ปกติ 120-160 ครั้ง/นาที และเดินสม่ำเสมอ O₂ Sat 95 - 100 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดเตรียมเลือดไว้ปริมาณ 2 unit ก่อนการผ่าตัดพร้อมตรวจสอบความถูกต้องของเลือด
2. ประเมินและบันทึกระดับสัญญาณชีพของผู้ป่วยทุก 5 นาที และประเมินระดับความรู้สึกตัวตลอดระยะเวลาการผ่าตัด

3. ประเมินการสูญเสียเลือดทางช่องคลอด โดยรับรายงานสูติแพทย์และวิสัญญีแพทย์ ถ้าพบว่ามี การเสียเลือดมาก
4. ตรวจสอบระดับฮีมาโตคริต ถ้าพบว่ามีระดับน้อยกว่า 30 % ต้องรายงานแพทย์เพื่อให้เลือด ทดแทน
5. ให้สารน้ำอย่างพอเหมาะทางหลอดเลือดดำ รวมทั้งบันทึกปริมาณของสารน้ำที่ได้รับ และ ปริมาณปัสสาวะที่ออก
6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ Hypoxia
7. รักษาความอบอุ่นของร่างกายผู้ป่วยโดยห่มผ้าและใช้สารน้ำอุ่นให้ผู้ป่วย

การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี , Hct. หลังให้เลือดอยู่ในระดับ 23% มีปัสสาวะออกประมาณ 50 ml/hr ความดันโลหิต 100/46 มม.ปรอท ชีพจร 143 ครั้ง/นาที O₂ Sat 98%

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เนื่องจากภาวะเลือดออกทางช่องคลอด

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยถามเกี่ยวกับความปลอดภัยของตนเองและทารกในครรภ์ และตื่นตระหนกกับ ปริมาณเลือดที่ออก

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง และสามารถปรับตัวเผชิญกับสถานการณ์ของความเจ็บป่วยได้

เกณฑ์การประเมิน ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลาย และผู้ป่วยรับทราบให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล ให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การรักษาพยาบาลและผลของการ รักษาพยาบาลให้ทราบและเข้าใจเพื่อลดความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษา เปิดโอกาสให้ ชักถามปัญหาต่างๆ ปลอดภัยและให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการรักษาพยาบาล ในกรณีที่ ทารกคลอดก่อนกำหนด อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับสภาวะของทารกที่คลอดก่อนกำหนด ซึ่งจะต้อง ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ในหน่วยบริบาลทารกที่คลอดกำหนด

การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติ มีสีหน้าผ่อนคลาย ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับการรักษา และเซ็นใบยินยอม ผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการผ่าตัดและการดมยาสลบ

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยไม่เคยผ่าตัดมาก่อน ผู้ป่วยบอกว่ากลัวการผ่าตัด และการดมยาสลบ

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยมีความเข้าใจในการดมยาสลบและการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยเข้าใจในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการผ่าตัดและดมยาสลบ

กิจกรรมการพยาบาล

1. เยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยคุ้นเคย และมีความมั่นใจในการช่วยเหลือดูแลขณะอยู่ในห้อง ผ่าตัด

2. อธิบายถึงภาวะที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ซึ่งต้องมีความจำเป็นต้องผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีให้ยาระงับความรู้สึก โดยอธิบายถึงข้อดีและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
4. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึง การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด ดังนี้ ก่อนการผ่าตัดให้ดื่มน้ำและอาหารอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการสำลักน้ำและอาหารเข้าปอด มีการเตรียมผิวหนังบริเวณที่จะทำการผ่าตัด ก่อนไปห้องผ่าตัดต้องถอดฟันปลอม (ถ้ามี) เพื่อป้องกันฟันหลุดเข้าทางเดินหายใจ ถอดของมีค่า วัตถุสื่อไฟฟ้าป้องกันการสูญหาย และเป็นสื่อไฟฟ้าจากการใช้เครื่องจี้ห้ามเลือด ฝีกหายใจโดยการนอนหงายหนุนหมอนหายใจเข้าลึกๆ เพื่อให้ปอดขยายป้องกันปอดแฟบหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการจิกดยาและดมยาสลบผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตัว และไม่รู้สึเจ็บขณะแพทย์ทำผ่าตัด เมื่อผ่าตัดเสร็จจะนำส่งผู้ป่วยไปห้องพักฟื้นเพื่อสังเกตอาการ จนกระทั่งผู้ป่วยตื่นดี มีสัญญาณชีพที่คงที่ จึงส่งผู้ป่วยไปดูแลรักษาที่หอผู้ป่วย หลังผ่าตัด หากมีอาการปวดหรือมีสิ่งผิดปกติใดๆ ให้แจ้งพยาบาลเพื่อให้การดูแลรักษาและแก้ไขสิ่งผิดปกติได้ทันทั่วทั้ง

การประเมินผล ผู้ป่วยเข้าใจในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการผ่าตัด และการดมยาสลบระยะผ่าตัด

ระหว่างผ่าตัดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยรายนี้ คือ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการสำลักอาหารและน้ำย่อยในกระเพาะอาหารเข้าปอด

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน งดอาหารเข้าปอดและน้ำไม่ครบ 6 ชั่วโมง หญิงตั้งครรภ์ จะมีการเคลื่อนไหวของอาหารและน้ำ ออกจากกระเพาะอาหารได้ช้ากว่าปกติ

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะสำลักอาหารและน้ำย่อยในกระเพาะอาหารเข้าปอด

เกณฑ์การประเมิน ไม่เกิดการสำลักอาหารและน้ำเข้าปอด

กิจกรรมการพยาบาล

1. งดน้ำและอาหารก่อนการผ่าตัด อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง ในกรณีการผ่าตัดไม่รีบด่วน
2. ให้ยาเพิ่มระดับ pH ในกระเพาะอาหาร ตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ ยาลดกรดน้ำใสคือ 0.3 M Sodium citrate 0.6 มล. ต่ออย่างน้อย 15-30 นาที ก่อนมาผ่าตัด หรือ ranitidine 50 มก. ทางหลอดเลือดดำ 1 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด
3. นำสลบและใส่ท่อช่วยหายใจโดยวิธี rapid Sequence induction, intubation และกดกระดูกอ่อน cricoids

การประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดการสำลักอาหารและน้ำย่อยในกระเพาะอาหารเข้าปอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypovolemic shock จากการเสียเลือดระหว่างการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน บริเวณที่ผ่าตัด เป็นบริเวณที่มีเส้นเลือดมาเลี้ยงมาก การผ่าตัดจึงถูกเส้นเลือดง่าย และทำให้เสียเลือดมากระหว่างผ่าตัด ผู้ป่วยมีภาวะช็อค Hct. = 23% การเสียเลือดระหว่างผ่าตัด = 200 มล. ความดันโลหิต 100/64 มม.ปรอท ชีพจร 143 ครั้ง/นาที

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อค

เกณฑ์การประเมิน สัญญาณชีพปกติ Hct. $\geq 30\%$, O_2 Sat 95-100% ปัสสาวะออก ≥ 30 มล./ชม.

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดเตรียมเลือดไว้ปริมาณ 4 unit พลาสมา 4 unit และเกล็ดเลือด 6 unit ก่อนการผ่าตัด พร้อมตรวจสอบความถูกต้องของเลือด และส่วนประกอบของเลือด
2. ประเมินและบันทึกระดับสัญญาณชีพของผู้ป่วยทุก 5 นาที และประเมินระดับความรู้สึกตัวตลอดระยะเวลาการผ่าตัด
3. ประเมินการสูญเสียเลือดจากบาดแผลผ่าตัด โดยต้องรับรายงานสถิติแพทย์และวิสัญญีแพทย์ ถ้าพบว่ามีเลือดเสียมาก
4. ตรวจสอบระดับฮีมาโตคริต ถ้าพบว่ามีระดับน้อยกว่า 30 % ต้องรายงานแพทย์เพื่อให้เลือดทดแทน ก่อนให้ต้องตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งหนึ่ง พร้อมทั้งลงบันทึกให้ครบถ้วนสมบูรณ์
5. ให้สารน้ำอย่างพอเหมาะทางหลอดเลือดดำ รวมทั้งบันทึกปริมาณของสารน้ำที่ได้รับ และปริมาณปัสสาวะที่ออก
6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ Hypoxia
7. รักษาความอบอุ่นของร่างกายผู้ป่วยโดยใช้ผ้าคลุมตัวบริเวณที่ไม่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด เช่น แขน มือ ศีรษะ และใบหน้า, ใช้สารน้ำอุ่นให้ผู้ป่วย ปรับอุณหภูมิภายในห้องผ่าตัดให้เหมาะสม ไม่เย็นจนเกินไป
8. ให้ยาเพิ่มความดันโลหิต หากพบภาวะความดันโลหิตต่ำ ตามแผนการรักษาของแพทย์และเฝ้าระวังแก้ปัญหาอันเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาดังกล่าว

การประเมินผล Hct. หลังการผ่าตัดอยู่ในระดับ 34% ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะ Hypovolemic shock มีปัสสาวะออกปริมาณ 50 มล./ชม. ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพอยู่ในระดับปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนระหว่างการผ่าตัดและดมยาสลบ

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยสลบไม่รู้สึกรู้ตัวขณะผ่าตัด หายใจเองไม่ได้ ท่อช่วยหายใจอาจอุดตันจากเสมหะ การหักงอ หรือเลื่อนหลุด จากการกดทับของผ้าคลุมขณะผ่าตัด

วัตถุประสงค์ ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมิน $O_2 \text{ Sat} \geq 95\%$ สัญญาณชีพปกติ ระดับความรู้สึกตัวปกติ Capillary sitling time ปกติ การขยายตัวของทรวงอก และปอด เท่ากันทั้งสองข้าง ทางเดินหายใจโล่ง ปอดไม่มีเสียงผิดปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพและ $O_2 \text{ Sat}$ ทุก 5 นาที ถ้า $O_2 \text{ Sat} \leq 95\%$ รีบรายงานวิสัญญีแพทย์ เพื่อหาสาเหตุของการเกิดภาวะ Hypoxia
2. เมื่อมีเสมหะ ดูดเสมหะเพื่อให้เปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ให้ออกซิเจนเข้าปอดได้เต็มที่
3. ดูแลเครื่องดมยาสลบให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ $O_2 \text{ Sat} \geq 95\%$
4. Fix ข้อต่อต่างๆ ของอุปกรณ์ในการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดถ้าข้อต่อต่างๆ ของอุปกรณ์ดมยาสลบหลุด ผู้ป่วยจะไม่ได้รับออกซิเจน อาจเกิดภาวะ Hypoxia อย่างรวดเร็ว และเกิดการเสียชีวิตได้
5. สังเกตการณ์ขยายตัวของทรวงอก ฟังเสียงปอด และฟังเสียงการเต้นของหัวใจ โดยใช้อุปกรณ์หูฟัง (Stethoscope)
6. สังเกตสีของเลือดจากบาดแผลขณะผ่าตัด ถ้ามีสีคล้ำ ให้ปิดแก๊สสลบทุกชนิด และเปิดออกซิเจน 100% 6ลิตร/นาที ปีบ Ambubag เพื่อดูการเคลื่อนไหวของทรวงอก และใช้ Stethoscope ฟังเสียงลมหายใจเข้าออก รีบรายงานวิสัญญีแพทย์ทราบเพื่อหาทางแก้ไขโดยด่วน
7. สังเกต สีผิว เล็บมือ และเล็บเท้าไม่มีสีคล้ำ

การประเมินผล ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน $O_2 \text{ Sat} = 100\%$ สัญญาณชีพปกติ Capillary filling time ปกติ สีผิวแดงดี, หลังผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีสับสน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ทารกเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากคลอดก่อนกำหนด

ข้อมูลสนับสนุน มารดามีอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ มารดามีภาวะซีด Hct. 23% FHS 160 ครั้ง/นาที

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ทารกปลอดภัยจากการขาดออกซิเจน

เกณฑ์การประเมิน เด็กหายใจได้เอง ตัวแดงดี ร้องเสียงดัง $HR = 120 - 160$ ครั้ง/นาที APGAR Score 7-10 คะแนนใน 5 นาทีแรก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ก่อนผ่าตัดเตรียมเลือดสำหรับลูก ใช้ 1 unit พร้อมตรวจสอบความถูกต้อง
2. ประสานงานกับทีมกุมารแพทย์ ให้มารับเด็กที่ห้องผ่าตัด พร้อมให้ข้อมูล ประวัติการตั้งครรภ์ และภาวะแทรกซ้อนของมารดา
3. ให้ข้อมูลความเสี่ยงของทารกคลอดก่อนกำหนด แก่มารดาและญาติให้เข้าใจ แผนการรักษาของแพทย์
4. ก่อนการผ่าตัดและระยะผ่าตัด ให้ออกซิเจนแก่มารดาให้เพียงพอ $O_2 \text{ Sat} 95-100\%$

5. เตรียมรณรับเด็ก (Radian warm) เพื่อความพร้อมในการรักษาความอบอุ่นร่างกายเด็กแรกเกิดก่อนเด็กคลอดปิดเครื่องปรับอากาศในห้องผ่าตัด
6. เตรียมเครื่องมือฉุกเฉิน ในการช่วยทารกแรกเกิดไว้ให้พร้อมที่จะใช้ได้ทันที เช่น เครื่องมือช่วยหายใจ เครื่องดูดเสมหะ พร้อมทั้งยาที่จำเป็นในการช่วยฟื้นคืนชีพ

การประเมินผล ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 1,410 กรัม แรกคลอดไม่ร้อง ไม่หายใจ HR \leq 60 ครั้ง/นาที กุมารแพทย์ใส่ endotracheal tube ทำ chest compressure 1 cycle HR \geq 100 ครั้ง/นาที Apgar score นาทีแรก 1 และ 3 ใน 5 นาที ได้นำเด็กโดยรถ transport incubator และปั๊ม ambubag ไปรับการรักษาต่อที่ NICU โดยใช้เครื่องช่วยหายใจ เด็กมีปัญหาเรื่องการหายใจ ภาวะซีด Hct. = 31% ความดันโลหิตต่ำ กุมารแพทย์ให้การรักษาอาการไม่ดีขึ้น และเสียชีวิตในเวลาต่อมา รวมอายุ 9 วัน จากการให้ข้อมูลการพยากรณ์โรค และแผนการรักษาพยาบาลเปิดโอกาสให้เยี่ยมและโทรศัพท์สอบถามอาการ เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงกุมารแพทย์โทรแจ้งกับญาติทุกครั้ง ทำให้ญาติพึงพอใจต่อการรักษาพยาบาล

ระยะหลังผ่าตัดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยรายนี้ คือ

ข้อวินิจฉัยที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด จากแผลผ่าตัดและแผลที่มดลูก

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยรกเกาะต่ำ มดลูกหดตัวไม่ดี มีแผลผ่าตัดทางหน้าท้อง

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึมออกมาก

เกณฑ์การประเมิน สัญญาณชีพปกติ มดลูกแข็งตัวดี มีเลือดออกทางช่องคลอดในเกณฑ์ปกติ แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึมออก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ผู้ป่วยได้รับยาหดตัวมดลูก Methergin และ Syntocinon ตามแผนการรักษา
2. ประเมินแผลผ่าตัดว่ามีเลือดซึมออกหรือไม่
3. สังเกตอาการท้องอืดเพิ่มขึ้น อาจเกิดจากการมีเลือดออกภายในไม่หยุด
4. ประเมินว่ามีเลือดออกหรือน้ำคาบปลาออกทางช่องคลอดทั้งลักษณะ สี และปริมาณ ควรให้การดูแลเปลี่ยนผ้าซับเลือดเพื่อประมาณการเลือดที่ออกและความสุขสบายของมารดาหลังคลอด และต้องรับรายงานสูติแพทย์ทันทีที่พบการมีเลือดออกมากผิดปกติ
5. ตรวจสอบการหดตัวของมดลูก และคลึงมดลูกเบาๆ
6. ดูแลให้สารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอ
7. เฝ้าระวังสัญญาณชีพทุก 5 นาที หากผิดปกติรายงานวิสัญญีแพทย์

การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีเลือดออกในปริมาณที่มาก หรือมีก้อนเลือดปนออกมา ตรวจสอบความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงอยู่ในระดับปกติ = 34% ระดับสัญญาณชีพของผู้ป่วยมีชีพจร 90-100 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/80 – 140/90 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากภาวะหนาวสั่นเนื่องจากอุณหภูมิกายต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยตัวเย็น มือ เท้าเย็น ตัวสั่น, ห้องผ่าตัดมีอุณหภูมิต่ำกว่า 20 C°

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่มีภาวะหนาวสั่น

เกณฑ์การประเมิน สัญญาณชีพปกติ, ไม่มีภาวะหนาวสั่น, ตัวอุ่น อุณหภูมิภายในเกณฑ์ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดทำนอนให้สุขสบาย ห่มผ้าห่ม และใช้เครื่องเป่าลมร้อน
2. ให้ออกซิเจนทางหน้ากาก 6 ลิตรต่อนาที เพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน $SpO_2 \geq 95\%$
3. เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ, อัตราการเต้นของหัวใจ และภาวะพร่องออกซิเจนในร่างกายขณะเกิดภาวะหนาวสั่น เนื่องจากอยู่ในห้องผ่าตัดที่เย็น ทำให้อุณหภูมิกายต่ำ ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังนี้ คือ เลือดจะออกจากหัวใจน้อยลง หัวใจเต้นช้า การเต้นของหัวใจผิดปกติ บางรายอาจเกิด cardiac arrest ได้และเลือดจะมีความหนืด ทำให้ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลง ผู้ป่วยจะฟื้นจากยาชาระดับรู้สึกจะลดลงจึงต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ
4. ป้องกันภาวะหนาวสั่นโดยปรับอุณหภูมิห้องผ่าตัดไม่ต่ำกว่า 22 C° ใช้ผ้าคลุมตัวและศีรษะ ผู้ป่วยห่มปลายมือปลายเท้าผู้ป่วยด้วยผ้า เพื่อไม่ให้ความร้อนออกจากร่างกาย และไม่ให้ความเย็นเข้าร่างกายมากเกินไป และใช้เครื่องเป่าลมร้อนหรือกระเป่าไฟฟ้า ให้ความอบอุ่น และให้น้ำเกลือที่อุ่น
5. ถ้าภาวะหนาวสั่นไม่หาย ให้รายงานวิสัญญีแพทย์ เพื่อพิจารณาฉีด Pethidine 20 mg. เข้าเส้นเลือดและสังเกตฤทธิ์ข้างเคียงของยา ถ้าไม่ดีขึ้นให้ปิดเครื่องปรับอากาศ เพื่อให้อุณหภูมิห้องอุ่นขึ้น
6. สังเกตสีผิว และอุณหภูมิกายอย่างใกล้ชิด

การประเมินผล ผู้ป่วยหายจากภาวะหนาวสั่น สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิกาย 37.2%

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง มีสีหน้าเจ็บปวด คิ้วขมวด

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลลดลง

เกณฑ์การประเมิน Pain Score 1-3 คะแนน สัญญาณชีพปกติ นอนหลับได้หลังผ่าตัด สีหน้าแจ่มใส

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลจัดท่าที่สุขสบาย โดยให้นอนหงายราบ ศีรษะสูง 30 องศา และไม่ขัดกับแผนการรักษาของแพทย์
2. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล เบามือ

3. พวดูขยับเบี่ยงเบนความสนใจ และให้กำลังใจผู้ป่วย
4. ประเมิน และบันทึก Pain Score หลังผ่าตัดทันทีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัว
5. ให้ยาแก้ปวด ตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตฤทธิ์ข้างเคียงของยา
6. จัดสิ่งแวดล้อม ให้สะอาด และเงียบสงบ
7. ส่งเสริมการลดอาการปวดด้วยวิธีทางเลือกอื่น เช่น เปิดเพลงให้ฟัง
8. วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต ชีพจร ทุก 5 นาที

การประเมินผล ความปวดลดลง Pain Score = 3 คะแนน สีหน้าแจ่มใส แผลไม่บวม ไม่มีเลือดซึม ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ สัญญาณชีพปกติ

การเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด การเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป และการผ่าตัดหลังผ่าตัดวันที่หนึ่ง วิทยาลัยพยาบาลได้ไปเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยสูติกรรม เพื่อตรวจเยี่ยมและประเมินภาวะแทรกซ้อนได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เจ็บคอ รู้สึกตัวขณะผ่าตัด เป็นต้น ปรากฏว่าผู้ป่วยรายนี้ รู้สึกตัวดี มีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย มีไข้ 38.3°C ความดันโลหิต 120/70 มม.ปรอท ชีพจร 108 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ปวดแผล pain score 5 ได้รับยาแก้ปวด Mo 4 มก. ทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาของแพทย์ Hct. 29% ให้ O_2 Canular 6 ลิตร/นาที O_2 Sat = 98% ไม่มีภาวะรู้สึกตัวขณะผ่าตัด หลังผ่าตัดวันที่สอง ผู้ป่วยมีอุณหภูมิกาย 36.8°C ความดันโลหิต 120/80 มม.ปรอท ชีพจร 98 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ยังรู้สึกอ่อนเพลียเล็กน้อย ยังได้รับ O_2 Canular 6 ลิตร/นาที O_2 Sat = 98% รับประทานอาหารอ่อนได้ท้องไม่อืด หลังจากรักษาสายสวนปัสสาวะออก ผู้ป่วยสามารถปัสสาวะเองได้ หลังผ่าตัดวันที่สาม ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิกาย 36.8°C ความดันโลหิต 120/80 มม.ปรอท รับประทานอาหารได้ ไม่ปวดแผล ปัสสาวะได้ดี สูติแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ และนัดมาพบแพทย์เพื่อตรวจอีกครั้งใน 2 สัปดาห์

ยาที่ผู้ป่วยได้รับไปรับประทานต่อที่บ้านคือ FBC 1x3 รับประทานหลังอาหาร และ Paracetamol (500) 2 tabs รับประทานเมื่อปวดแผลทุก 4 ชั่วโมง

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยให้คำแนะนำผู้ป่วย ดังนี้

1. แนะนำการรับประทานยา และสังเกตอาการแพ้ยา
2. การดูแลแผลผ่าตัดให้แห้ง สะอาด และให้มาตัดไหมตามนัด
3. รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงอาหารหมัก ดอง และเครื่องดื่มน้ำแข็ง
4. สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ และมาตรวจตามนัด
5. แนะนำการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปให้ฝากครรภ์ที่สถานบริการใกล้บ้านและให้ไปตามนัดทุกครั้ง

สรุปและอภิปรายกรณีศึกษา

ผ่าตัดคลอดผู้ป่วยตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำและช็อค มักจะเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึก การผ่าตัด ภาวะช็อค อาการความดันโลหิตต่ำ ภาวะช็อคจากการเสียเลือด และทารกเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเนื่องจากการคลอดก่อนกำหนด สูติแพทย์จึงให้ความสำคัญต่อ ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวของผู้ป่วย และหาแนวทางแก้ไข เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมที่จะผ่าตัดเป็นอย่างดี ตลอดจนความร่วมมือของสหวิชาชีพ คือ สูติแพทย์ วิสัญญีแพทย์ กุมารแพทย์ เจ้าหน้าที่ธนาคารเลือด วิสัญญีพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลประจำหอผู้ป่วย และญาติของผู้ป่วย จึงทำให้การผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึกปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตที่บ้านตามปกติ ในส่วนของทารกที่เสียชีวิตนั้น แพทย์และพยาบาลได้อธิบายถึงภาวะความเสี่ยงของทารก ญาติทราบข้อมูลเข้าใจและพึงพอใจแผนการรักษาพยาบาล

สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาและความเสี่ยงต่างๆ ในการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป เป็นผลมาจากพยาธิสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ คือ เลือดออกมาก มีภาวะช็อค ความดันโลหิตต่ำ ดังนั้นวิสัญญีพยาบาลต้องประเมินผู้ป่วยและวางแผนการให้ยาระงับความรู้สึกร่วมกับวิสัญญีแพทย์ในการเลือกวิธีการดูแลผู้ป่วยระงับการให้ยาระงับความรู้สึกที่เหมาะสมและปลอดภัยกับสภาพผู้ป่วยตลอดจนอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงแผนการรักษา และการปฏิบัติตัวในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด เพื่อลดความวิตกกังวล ปฏิบัติตัวได้เหมาะสม และสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ซึ่งอาจเกิดขึ้นขณะผ่าตัดได้อย่างปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

- คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2544). *หลักสูตรวิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. (2548). *การดูแลสุขภาพมารดา-ทารกแรกเกิดในภาวะเสี่ยงและเบี่ยงเบน*. ชลบุรี: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชวนพิศ ทำนอง, และสุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ. (2551). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต* (พิมพ์ครั้งที่ 4). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- ชาญชัย วันทนาศิริ, ประเสริฐ ศันสนียัวยกุล, และมานี ปิยะอนันต์. (2552). *สูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: พี.เอ. ลิฟวิ่ง จำกัด.
- มงคล เบญจจาภิบาล และคณะ. (2552). *สูตินรีเวชทันยุค*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เยื่อน ตันนรินทร์. (2544). *เวชศาสตร์มารดาและทารก*. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีเวชแห่งประเทศไทย.
- วราภรณ์ เชื้ออินทร์, และ สรรชัย ชีระพงศ์ภักดี. (2540). *วิสัญญีวิทยาในสูติกรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- วิรัตน์ วสินวงศ์, และคณะ. (2551). *วิสัญญีวิทยาคลินิก*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. (2550). *การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 3* (พิมพ์ครั้งที่ 7). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. (2552). *การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 3* (พิมพ์ครั้งที่ 9). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- ศิริวรรณ ทุมเชื้อ. (2548). *การพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์*. ราชบุรี: วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง.
- สุกัญญา ปรีสัญญกุล. (2537). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดทางสูติกรรม*. กรุงเทพฯ: โอเอส.พรินติ้งเฮ้าส์.