



โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร
Jainad Narendra Hospital

ผลงานวิชาการ

โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร



การพยาบาลระดับความรู้สึกร่างกายในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน ที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์

ชลฤดี มโนภินิเวศ *

บทนำ

นิ่วในถุงน้ำดี เกิดจากความไม่สมดุลของสารประกอบในน้ำดี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คอเลสเตอรอล สารบิลิรูบิน และเกลือแคลเซียมชนิดต่าง ๆ เกิดการตกผลึกเป็นก้อนนิ่ว อาจมีขนาดเล็กเท่าเม็ดทรายหรือใหญ่เท่าลูกกอล์ฟ โดยโรคจะรุนแรงขึ้นเมื่อนิ่วหลุดเข้าไปในท่อน้ำดีหรือตับอ่อน นิ่วในถุงน้ำดีพบมากขึ้นตามอายุ โดยมักพบในคนที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2 - 3 เท่า ร้อยละ 50 มักไม่พบอาการผิดปกติและตรวจพบโดยบังเอิญจากการตรวจเช็คร่างกายด้วยโรคอื่น ๆ ส่วนกลุ่มที่มีอาการ มักพบอาการท้องอืด แน่นท้อง โดยเฉพาะหลังรับประทานอาหาร หากมีอาการอักเสบของถุงน้ำดีร่วมด้วย มักปวดเสียดท้องใต้ชายโครงขวา รุนแรง หรือทำให้ตับอ่อนอักเสบ ซึ่งทำให้รักษายุ่งยากและมีอันตรายเพิ่มมากขึ้น

ในปัจจุบันการรักษาที่นิยมคือ การผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ (Laparoscopic Cholecystectomy : LC) เนื่องจากมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อน้อย ลดการเจ็บปวดเพราะแผลผ่าตัดมีขนาดเล็ก ฟื้นตัวเร็ว ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล วิธีระดับความรู้สึกร่างกายที่ดีที่สุด คือ การระดับความรู้สึกร่างกาย โดยการใช้ท่อช่วยหายใจและให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ เพื่อลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ

จากข้อมูลสถิติโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร 3 ปี 2564, 2565 และ 2566 แผนกห้องผ่าตัด ผู้ป่วยโรคนิ่วในถุงน้ำดีที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ จำนวน 105, 122 และ 173 รายตามลำดับ (ข้อมูลสถิติโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร, 2566) โดยพบว่าโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย วิทยาลัยพยาบาล จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะก่อน ขณะ และหลังการให้ยาระดับความรู้สึกร่างกาย ในการวางแผนการพยาบาล ประเมินปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เตรียมความพร้อมในการให้ การพยาบาลระดับความรู้สึกร่างกาย เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์

วินิจฉัยโรค : Symptomatic gall stone

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย วัย 74 ปี สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ

การผ่าตัด : Laparoscopic Cholecystectomy : LC

อาการสำคัญ : ปวดจุกแน่นท้อง 1 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน :

2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีภาวะจุกแน่นท้อง บางครั้งร้าวไปใต้ชายโครงขวา เป็น ๆ หาย ๆ

1 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล ปวดจุกแน่นท้องบ่อยขึ้น จึงมาโรงพยาบาล ทำการตรวจวินิจฉัยพบว่า เป็นนิ่วในถุงน้ำดี แพทย์นัดทำผ่าตัด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน 30 ปี รักษาต่อเนื่องที่ รพ.สต.เขาท่าพระ สามารถควบคุมความดันและระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

การประเมินสภาพร่างกาย

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 65 กิโลกรัม สูง 165 เซนติเมตร BMI 23.87 กิโลกรัม/ตารางเมตร

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 62 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 174/80 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98 เปอร์เซ็นต์

ผิวหนัง : ปกติ ไม่บวมหรือตัวเหลือง

ศีรษะและใบหน้า : ศีรษะรูปร่างปกติ ไม่มีอาการปวดศีรษะ

ตา : ตาเท่ากันทั้ง 2 ข้าง เยื่อบุตาปกติ ไม่เหลือง เปลือกตาล่างซีดเล็กน้อย การมองเห็นไม่ชัดชัดเจน

หู : หูทั้ง 2 ข้างได้ยินไม่ชัด ได้ยินเสียงผิดปกติข้างขวา

จมูก : ได้กลิ่นปกติ ไม่มีเลือดออกและไม่มีสารคัดหลั่งที่ผิดปกติ

ช่องปากและคอ : ไม่มีฟันแท่ มีฟันปลอมทั้งปากแบบถอดได้ Mallampati grade 2

ทรวงอกและระบบทางเดินหายใจ : รูปร่างทรวงอกปกติ การเคลื่อนไหวของทรวงอกเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ฟังปอดได้ยินเสียงลมชัดเจน หายใจสม่ำเสมอ

ระบบหัวใจและการไหลเวียนของโลหิต : อัตราการเต้นของหัวใจ 62 ครั้ง/นาที เต้นสม่ำเสมอ ฟังเสียงหัวใจปกติ ความดันโลหิต 174/80 มิลลิเมตรปรอท

ระบบทางเดินอาหารและท้อง : รูปร่างท้องปกติ ขับถ่ายปกติ

ระบบกล้ามเนื้อ แขน ขา กระดูกและข้อ, ไม่มีแขนขาบวม ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง เคลื่อนไหวร่างกายได้เช่นเดียวมาจากมีอาการปวดข้อเข่า

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี Coma score E₄M₆V₅

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ปัสสาวะบ่อย ขับถ่ายปัสสาวะได้เอง

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (วันที่ 2 เมษายน 2567)

Hematology : CBC Hb 9.9 g/dL, Hct 29.2%, Platelet 229 cells/cumm, PT 11.3 sec, PTT 22.1 sec, INR 0.81 sec

Clinical chemistrt : BUN 17.1 mg/dL, Creatinine 0.58 mg/dL, eFGR 64.93 ml/min, Sodium 143 mmol/L, Potassium 4.84 mmol/L, CL 105 mmol/L, CO₂ 31 mmol/L, FBS 152 mg/dL

Liver function : SGOT 17 mg/dL, SGPT 12 U/L, ALP 75 U/L, Total 0.56 mg/dL

Chest X-ray : Cardiomegaly

EKG : First degree AV Block, RBBB

Echocardiogram : EF 60% มี Mild Aortic regurgitation

CT : Multiple Gallstones size up to 1.2 cm. without Acute Cholecystitis

การประเมินสภาพผู้ป่วย

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี บ่นปวดจุกแน่นท้องเป็นๆหายๆ สีหน้าวิตกกังวล การได้ยินไม่ค่อยชัดเจน เปลือกตาล่างซีดเล็กน้อย Hb 9.9 g/dL, Hct. 29.2% สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 62 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 174/80 มิลลิเมตรปรอท ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98 เปอร์เซ็นต์

ปัญหาข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ระยะก่อนให้การพยาบาลความรู้สึกลึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1

ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนในการให้การพยาบาลความรู้สึกลึก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยไม่เคยได้รับการพยาบาลความรู้สึกลึกเพื่อการผ่าตัดชนิดนี้มาก่อน
2. มีสีหน้าวิตกกังวล

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยมีความเข้าใจ ทราบถึงการปฏิบัติตนก่อนและหลังให้การพยาบาลความรู้สึกลึก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถบอกการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดได้
2. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ให้ความร่วมมือในการผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยระบายความวิตกกังวล พร้อมรับฟังด้วยความตั้งใจ
2. อธิบายถึงขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนและหลังการระงับความรู้สึก การงดน้ำงดอาหาร หลังเที่ยงคืน เพื่อป้องกันการสำลักอาหารเข้าหลอดลมและปอด ถอดฟันปลอมเพื่อป้องกันไหลเข้าหลอดลม ถอดโลหะทุกชนิดเพื่อความปลอดภัยในการใช้อุปกรณ์ต่างๆในห้องผ่าตัด ดูแลความสะอาดของร่างกาย ปาก ฟัน เพื่อลดการติดเชื้อ

3. แนะนำการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ โดยหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ ให้ท้องป่อง หายใจออกทางปากช้า ๆ ให้ท้องแฟบ เพื่อให้ปอดขยายได้เต็มที่ ป้องกันปอดแฟบหลังผ่าตัด

4. อธิบายขั้นตอนการระงับความรู้สึก และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยผู้ป่วยจะได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ร่วมกับใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งอาจมีอาการเจ็บคอ คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะได้ในวันแรก แต่อาการเหล่านี้จะหายไปในวันต่อมา เสร็จผ่าตัดและถอดท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยจะถูกส่งมาสังเกตอาการที่ห้องพักฟื้น ประมาณ 1 ชั่วโมง จนกว่าผู้ป่วยจะตื่น หรือไม่มีภาวะแทรกซ้อน จึงส่งผู้ป่วยกลับบ้านหรือผู้ป่วย

5. สอนวิธีการประเมินความปวดด้วยตัวเอง โดยใช้มาตรฐานวัดความเจ็บปวดแบบตัวเลข อธิบายวิธีโดยใช้คะแนนเป็นตัวเลข 0 - 10 0 หมายถึงไม่ปวดเลย 10 หมายถึงปวดมากที่สุด แนะนำเรื่องการขอยาบรรเทาอาการปวดหลังผ่าตัด เมื่อเริ่มมีคะแนนระดับความปวดมากกว่า 3

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง
2. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สิ้นหน้าแจ่มใส ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2

ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึก เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ และมีโรคร่วม

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยสูงอายุ 74 ปี มีโรคร่วมคือ ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน
2. ผลการทำ Echocardiogram EF 60% มี Mild Aortic regurgitation
3. ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบว่า First degree AV Block, RBBB

วัตถุประสงค์

- เพื่อประเมินและเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับการให้ยาระงับความรู้สึกและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลร่วมจากอายุรแพทย์ก่อนผ่าตัด
2. ได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัด 1 วันจากวิสัญญีพยาบาล
3. มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษตาม Protocol การผ่าตัดนี้ไว้ในถุงน้ำดี ได้แก่ Hct 36 - 48 %, BUN 7 - 20 mg/dl , Creatinine 0.56 - 1.02 mg/dl, GFR > 90ml/min, sodium 135 - 145 mmol/L, Potassium 3.5 - 5.3 mmol/L, Chloride 98 - 110 mmol/L, HCO₃ 21 - 30 mmol/L, PT 10.8 - 14.2 Sec, APTT 22.9 - 37.2 Sec INR 0.8 - 1.1

4. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 140/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจรไม่ต่ำกว่า 50 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจไม่ต่ำกว่า 16 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 35.4 - 37.4 องศาเซลเซียส

5. ระดับน้ำตาลในเลือดเช้าวันผ่าตัด 80 - 180 mg/dL

กิจกรรมการพยาบาล (วันที่ 2 เมษายน 2567)

1. เชื่อมผู้ป่วยล่วงหน้า 1 วัน ก่อนได้รับบริการวิสัญญี เพื่อรวบรวมข้อมูลและประเมิน
2. ติดตามค่าสัญญาณชีพที่หอผู้ป่วย อาการและอาการแสดงของภาวะความดันโลหิตสูงพบว่า ความดันโลหิต 174/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 62 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส
3. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และจาง PRC ไว้ 1 unit เพื่อมีการสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด
4. ติดตามค่าระดับน้ำตาลในเลือด อาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือน้ำตาลในเลือดสูง เช้าวันผ่าตัดวันที่ 3 เมษายน 2567
5. ประสานงานกับพยาบาลในหอผู้ป่วย ให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์เป็น Premedication ยา Atenolol (50) 1 tab + น้ำ 30 ซีซี รับประทานเวลา 06.00 น. เช้าวันผ่าตัด
6. ประเมินการให้สารน้ำทดแทนหลังงดน้ำงดอาหาร เพื่อป้องกันภาวะพร่องน้ำ และภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ให้สารน้ำทดแทน NSS 1,000 ml IV 80 ml/hrs.
7. ประสานงานกับวิสัญญีแพทย์ ประเมินผู้ป่วย ASA Classification 3 Old Age, Hypertension, Diabetes, mild AR First degree AV Block, RBBB วางแผนระงับความรู้สึก วางแผนระงับความรู้สึก

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลร่วมจากอายุรแพทย์ก่อนผ่าตัด อายุรแพทย์ประเมินแล้วสามารถผ่าตัดได้ รักษาระดับน้ำตาลในเลือด 80 - 180 mg/dL ควบคุมความดันโลหิตไม่เปลี่ยนแปลงเกิน 20 %
2. ผู้ป่วยได้รับการเชื่อมก่อนผ่าตัด 1 วันจากวิสัญญีพยาบาล เพื่อตรวจร่างกายและประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและด้านจิตใจ พร้อมซักข้อมูลต่าง ๆ ที่เป็นปัจจุบัน ซึ่งจำเป็นในการวางแผนการระงับความรู้สึก และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนระงับความรู้สึกยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานต่อเนื่องจนถึงเช้าวันผ่าตัด วิธีการระงับความรู้สึก สิ่ง que ผู้ป่วยจะพบในวันผ่าตัด และให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยหรือข้อวิตกกังวล
3. ผู้ป่วยได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษตาม Protocol การผ่าตัดนี้ว่า ในถุงน้ำดี ได้แก่ Hct 29.2 %, BUN 19.5 mg/dl, Creatinine 0.93 mg/dl, GFR 60.73ml/min, sodium

140 mmol/L, Potassium 3.8 mmol/L, Chloride 104 mmol/L, HCO₃ 26 mmol/L, PT 11.3 Sec, APTT 23.2 Sec INR 0.81 จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าผู้ป่วยช็อค

4. วัดสัญญาณชีพความดันโลหิตอยู่ในช่วง 156/79 - 184/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจรอยู่ในช่วง 55 - 60 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 20 - 22 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 35.4 - 37.2 องศาเซลเซียส

5. ระดับน้ำตาลในเลือดเข้าวันผ่าตัดวันที่ 3 เมษายน 2567 เวลา 6.00 น. 121 mg/dL

ระยะให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่ง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยเข้ามารับการผ่าตัดมีหลายคน หลายแผนก
2. ผู้ป่วยอาจมีเชื้อและนามสกุลที่คล้ายกันหลายคน

วัตถุประสงค์

เพื่อไม่ให้เกิดการผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่ง

เกณฑ์การประเมินผล

การผ่าตัดถูกคนและถูกชนิดการผ่าตัด ถูกตำแหน่ง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ร่วมกับทีมผ่าตัดทำการ Sing in ก่อนเริ่มดมยาสลบโดยการตรวจสอบ ชื่อสกุลของผู้ป่วย ตำแหน่งการผ่าตัด วิธีการผ่าตัด ใบยินยอมการผ่าตัด

2. ร่วมกับทีมผ่าตัด Time out ก่อนการลงมีดผ่าตัด โดยยืนยันชื่อของแพทย์ผ่าตัด วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล ชื่อสกุลผู้ป่วย ตำแหน่งและวิธีการผ่าตัด การจัดทำผ่าตัด การให้ยาปฏิชีวนะ สิ่งที่ต้องระวัง เป็นพิเศษก่อนผ่าตัด

3. Sing out ก่อนออกจากห้องผ่าตัดสลับแพทย์ ทีมพยาบาล วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล ตรวจสอบยืนยันชื่อการผ่าตัดที่ทำไปทั้งหมด ระบุสิ่งส่งตรวจคือถุงน้ำดี เผื่อระวังความดันโลหิตสูง

ประเมินผล

การผ่าตัดถูกคน ถูกชนิด คือ การผ่าตัดนี้ไว้ในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเนื้อเยื่อร่างกายขาดออกซิเจนขณะนำสลบ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยสูงอายุ ไม่มีฟัน Mallampati grade 2

2. ให้นำสลบเป็นระยะที่ผู้ป่วยได้รับยาเพื่อให้หลับ และยาหย่อนกล้ามเนื้อทำให้ไม่สามารถหายใจได้เอง และเป็นระยะไวต่อการกระตุ้นให้เกิดภาวะหลอดลมเกร็ง

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนขณะนำสลบ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดขณะนำสลบไม่น้อยกว่า 95 เปอร์เซ็นต์
2. ริมฝีปาก สีผิวกาย ปลายมือ ปลายเท้า ไม่ซีดหรือเขียวคล้ำ
3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 140/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจรไม่ต่ำกว่า 50 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 35.4 - 37.4 องศาเซลเซียส

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดสัญญาณชีพก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ติดอุปกรณ์ติดตามการเผ่าระวัง
2. จัดเตรียมอุปกรณ์ในการให้ยาระงับความรู้สึกให้พร้อมใช้ ตรวจสอบการทำงานของเครื่องดมยาสลบ เครื่องส่งกล้องเสียง อุปกรณ์ ดูดเสมหะพร้อมใช้งาน หน้ากากสำหรับให้ออกซิเจนให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ท่อช่วยหายใจที่ใส่โดยเตรียมขนาดที่ไซเบอร์ 7.5 และเตรียมขนาดเบอร์ 7.0 ไว้สำรอง กรณีที่ท่อหายใจเล็กเกินไป
3. จัดทำผู้ป่วยให่นอนหนุนหมอน ปรับระดับเตียงผ่าตัดให้เหมาะสมกับระดับของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ
4. ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน 100% นานอย่างน้อย 5 นาที เพื่อให้มีออกซิเจนสำรองระหว่างใส่ท่อช่วยหายใจ
5. ใส่ท่อช่วยหายใจเบอร์ 7.5 ด้วยความรวดเร็วและนุ่มนวล ใส่ท่อหายใจอยู่ในตำแหน่ง ลึก 19 เซนติเมตร ต่อบังคับดมยาสลบ ฟังเสียงหายใจที่ปอดทั้งสองข้างเท่ากัน
6. วัดความดันโลหิตและสัญญาณชีพ ติดตามค่าออกซิเจนในเลือด และค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก

ประเมินผล

1. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 100 เปอร์เซ็นต์
2. ริมฝีปาก ผิวกาย ปลายมือ ปลายเท้า ไม่ซีด ไม่มีสีเขียวคล้ำ
3. หลังใส่ท่อช่วยหายใจ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต 190/100 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 87 ครั้งต่อนาที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5

ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนระบบไหลเวียนโลหิตและระบบหายใจ จากภาวะก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ค้างจากการผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์

ข้อมูลสนับสนุน

1. การผ่าตัดฉีดยาในถุงน้ำดีด้วยวิธีส่องกล้อง มีการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (CO₂) ในช่องท้องเป็นเวลานาน เพื่อให้เกิดพื้นที่ว่างในช่องท้องง่ายต่อการผ่าตัด
2. ผู้ป่วยสูงอายุ 74 ปี มีโรคร่วมคือ ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบไหลเวียนโลหิตและระบบหายใจจากก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความดันของเครื่องจ่ายก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์อยู่ในระดับเหมาะสมไม่เกิน 15 มิลลิเมตรปรอท
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 140/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจรไม่ต่ำกว่า 50 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 35.4 - 37.4 องศาเซลเซียส
3. มี ET CO₂ อยู่ระหว่าง 30 - 40 มิลลิเมตรปรอท
4. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 95 - 100 เปอร์เซ็นต์
5. ผิวหนังบริเวณหน้าท้อง หน้าอก ไม่เกิด Subcutaneous emphysema
6. ฟังปอดไม่พบ wheezing ไม่เกิด Pneumothorax

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจประเมินสัญญาณชีพของผู้ป่วยตลอดเวลา พร้อมบันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาที
2. ตรวจสอบระดับความดันของเครื่องจ่ายก๊าซให้อยู่ระดับที่เหมาะสม
3. ตลอดระยะเวลาที่มีการใส่ก๊าซ CO₂ เข้าไปในช่องท้อง เฝ้าวัดสัญญาณชีพตลอดเวลา ทั้งอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิต
4. ประสานงานกับสัลยแพทย์ที่ทำผ่าตัด ขณะใส่ก๊าซ CO₂ เข้าไปในช่องท้องผู้ป่วยเมื่อสัญญาณชีพเริ่มผิดปกติ ประสานงานกับสัลยแพทย์ในการลดอัตราการเป่าก๊าซ CO₂ ของเครื่องจ่ายก๊าซ
5. ลดระดับ CO₂ ในลมหายใจออก (ETCO₂) พร้อมปรับเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสม เพื่อรักษาระดับ ETCO₂ อยู่ระหว่าง 30 - 40 มิลลิเมตรปรอท วัดทุก 5 นาที
6. ช่วยหายใจผู้ป่วยด้วย Tidal Volume 8 ซีซี/กิโลกรัม และจำกัดความดันในทางเดินหายใจ PEAK ให้ต่ำกว่า 35 เซนติเมตรน้ำ
7. ประเมินผิวหนังของผู้ป่วยจนถึง ระยะพักฟื้น โดยเฉพาะบริเวณหน้าท้อง หน้าอก ที่อาจเกิดก๊าซ CO₂ คั่งอยู่บริเวณผิวหนัง (Subcutaneous emphysema)

8. ประเมินภาวะ Hypoxia หรือภาวะ Pneumothorax โดยประเมินค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด ต้องมีค่ามากกว่า 95 เปอร์เซ็นต์ ผิวหนังสีไม่เขียวคล้ำ

ประเมินผล

1. ระดับความดันของเครื่องจ่ายก๊าซ CO₂ อยู่ในระดับที่เหมาะสม ไม่มากกว่า 15 มิลลิเมตรปรอท
2. สัญญาณชีพของผู้ป่วย ค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 82/45-190/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 40 - 68 ครั้ง/นาที ในช่วงหลังจากใส่ก๊าซ CO₂ เข้าไปในช่องท้อง ชีพจร 40 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 84/42 มิลลิเมตรปรอท ได้แก้ไขอย่างทันที่ โดยให้ Atropine 0.6 mg IV, Ephedrine 6 mg IV 2 ครั้ง ห่างกัน 5 นาที หลังจากแก้ไขอัตราการเต้นของหัวใจกลับมาเป็นปกติ 60 - 70 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตกลับมาเป็นปกติ อยู่ในช่วง 120/70 มิลลิเมตรปรอท
3. ค่า ET-CO₂ อยู่ระหว่าง 28 - 40 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันในทางเดินหายใจผู้ป่วย (PEAK) อยู่ในช่วง 15 - 23 เซนติเมตรน้ำ
4. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด มีค่ามากกว่า 98 - 100 เปอร์เซ็นต์ ไม่พบภาวะ Hypoxia
5. ประเมินผิวหนัง ไม่พบ Subcutaneous emphysema
6. ฟังปอดปกติ ไม่พบเสียง wheeze ไม่มีภาวะ Pneumothorax

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6

ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากหัวใจเต้นผิดจังหวะขณะได้รับยาระงับความรู้สึก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยสูงอายุ มีโรคร่วมคือความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน
2. ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบว่า First degree AV Block, RBBB
3. ทำผ่าตัดในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ มีการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้อง เป็นการเพิ่มความดันในช่องท้อง กดเส้นเลือด Superior Vena cava และกระตุ้นประสาท Vagus ทำให้หัวใจเต้นช้า

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากหัวใจเต้นผิดจังหวะขณะได้รับยาระงับความรู้สึก

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 140/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจรไม่ต่ำกว่า 50 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 95 - 100 เปอร์เซ็นต์

2. มีภาวะ หันใจเต้นช้า ความดันโลหิตต่ำ พิจารณาให้ยาช่วยฟื้นคืนชีพ เช่น Atropine, Ephedrine

3. ไม่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ควบคุมก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ที่ใส่เข้าไปในช่องท้อง ควบคุมความดันในช่องท้องน้อยกว่า 15 มิลลิเมตรปรอท

2. ลดความเข้มข้นของยาระงับความรู้สึกชนิดสูดดม ปรับออกซิเจนเป็น 100%

3. ให้สารน้ำ NSS อัตรา 100 cc/hrs.

4. รายงานสัลยแพทย์เพื่อขอปรับระดับเตียงให้ศีรษะต่ำลง เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือด กลับสู่หัวใจ

5. อาจพิจารณาให้ยา Atropine ทางหลอดเลือดดำ หรือให้ยาเพิ่มความดันโลหิตในกรณีที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำร่วมด้วย เช่น Ephedrine

6. วัดสัญญาณชีพทุก 5 นาที พร้อมบันทึกเพื่อเป็นหลักฐานทางการพยาบาล

ประเมินผล

1. สัญญาณชีพระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก หลังใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้อง ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตและอัตราการเต้นของชีพจรเปลี่ยนแปลงมากกว่า 20 เปอร์เซ็นต์ของสัญญาณชีพก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

2. ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิต 84/42 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 40 ครั้ง/นาที แก้ไขโดยปรับออกซิเจนเป็น 100 เปอร์เซ็นต์ เพิ่มอัตราการไหลของสารน้ำ ประสานสัลยแพทย์ขอปรับระดับเตียงให้ศีรษะต่ำลง ให้ Atropine 0.6 mg เข้าหลอดเลือดดำ ให้ Ephedrine 6 mg ทางหลอดเลือดดำ 2 ครั้ง ห่างกัน 5 นาที หลังจากได้รับการแก้ไขความดันโลหิต 120/74 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 60 - 70 ครั้ง/นาที

3. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะ หัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการบาดเจ็บต่อดวงตา เนื้อเยื่อ และเส้นประสาทถูกกดทับ จากการจัดท่านอนหงายศีรษะสูง (Reverse Trendelenburg)

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกผ่าตัดในท่านอนหงาย กางแขนทั้ง 2 ข้าง นอนศีรษะสูง 40 - 45 องศา เอียงขาขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายต่อดวงตา และเส้นประสาทแขนทั้ง 2 ข้าง และปุ่มกระดูกข้อเท้า

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่พบรอยกดทับ หรือรอยขีดข่วนที่กระดูกตา
2. แขนทั้งสองข้างยกได้ตามปกติ ไม่มีอาการปวดแขนหรือบวม

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วย ดวงตา เส้นประสาทแขน ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก
2. หลังการนำสลบและให้ยาระงับความรู้สึก แล้วป้ายตาผู้ป่วยด้วย Eye ointment และปิดเปลือกตาด้วยพลาสติกกันน้ำ เพื่อป้องกัน Cornea abrasion
3. จัดท่านอนให้ส่วนต่างๆ ของร่างกายให้อยู่ในระดับ Body alignment ให้แนวกระดูกสันหลัง คอ ออก เอว อยู่ในแนวเดียวกัน สามารถหนุนหมอนในระดับความสูงที่เหมาะสม แขนไม่ควรกางเกิน 90 องศา เพราะอาจเกิดอันตรายต่อเส้นประสาท Brachial plexus หางมือขึ้นป้องกัน การกดทับ Ulnar และ Radial Nerve พร้อมใช้สายรัดแขน ขาทั้ง 2 ข้างอย่างระมัดระวัง จัดให้ขาของผู้ป่วยวางแยกจากกันเล็กน้อย อย่าให้วางทับซ้อนกันเพื่อป้องกันการกดทับเนื้อเยื่อ

ประเมินผล

1. ไม่พบการกดทับหรือรอยขีดข่วนที่กระดูกตา
2. แขนทั้งสองข้างของผู้ป่วยสามารถยกได้ปกติ ไม่มีอาการปวดแขน หรือแขนบวม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8

ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการฟุ้งตัวจากยาระงับความรู้สึก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ห้องผ่าตัดมีอุณหภูมิต่ำ ทำให้อุณหภูมิร่างกายต่ำลง เป็นผลทำให้การทำลายยาและการขับถ่ายยาลดลง
2. ระหว่างผ่าตัดอุณหภูมิร่างกาย 36.2 - 36.7 องศาเซลเซียส
3. ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวานจะทำให้ยาขับถ่ายออกจากร่างกายได้ช้า

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยตื่นจากยาระงับความรู้สึกหลังจากผ่าตัดเสร็จได้เร็วที่สุด

เกณฑ์การประเมินผล

1. เมื่อสิ้นสุดการดมยาสลบ เรียกผู้ป่วย ลืมตา อ้าปาก ทำตามคำสั่งได้
2. ตัวไม่เย็น สีผิวปกติ ไม่มีริมฝีปากเขียว ปลายมือ ปลายเท้าเขียว

กิจกรรมการพยาบาล

1. เปิดเครื่องเป่าลมร้อน โดยตั้งอุณหภูมิ ไว้ที่ 38 องศาเซลเซียส เพื่อให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย
2. มีการอุ่นสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำ
3. พิจารณาแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อในเวลาที่เหมาะสม คือเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีการหายใจกลับมาบ้างแล้ว
4. ปิดเครื่องปรับอากาศทันทีที่เสร็จผ่าตัด
5. ดูแลเสมหะบริเวณท่อช่วยหายใจ ปากและคอ ไม่ให้มีการอุดกั้นทางเดินหายใจ
6. ให้ออกซิเจนอย่างเพียงพอ เพื่อให้ยาระงับความรู้สึกชนิดสูดดม ขับถ่ายออกทางลมหายใจได้เร็วที่สุด

ประเมินผล

1. เสร็จผ่าตัดผู้ป่วยตื่น รู้สึกตัว หายใจได้เอง กำมือ อาปาก แลบลิ้น ทำตามคำสั่งได้
2. ผู้ป่วยมีปลายมือ ปลายเท้าเย็น สีผิวปกติ ไม่มีริมฝีปากเขียว ปลายมือ ปลายเท้าเขียว
3. สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 137/68 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 64 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส

ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9

ผู้ป่วยเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเดินหายใจอุดกั้น จากการได้รับยาระงับความรู้สึก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยสูงอายุ และมีโรคร่วมความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน
2. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดีผ่านกล้องวีดิทัศน์
3. ผลการทำ Echocardiogram EF 60% มี Mild Aortic regurgitation

วัตถุประสงค์

ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางการหายใจจากการได้รับยาระงับความรู้สึก

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 140/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจรไม่ต่ำกว่า 50 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจไม่น้อยกว่า 10 ครั้งต่อนาที และไม่มากกว่า 30 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 35.4 - 37.4 องศาเซลเซียส หลังจากถอดท่อช่วยหายใจ

2. ไม่มีความผิดปกติของสีผิว ริมฝีปาก ปลายนิ้ว ไม่ม่วงคล้ำ
3. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง 95 - 100 เปอร์เซ็นต์
4. รูปแบบการหายใจ ช่องอกและช่องท้องสัมพันธ์กัน ไม่มีภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดให้ผู้ป่วยนอนหงายราบ สังเกตภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น
2. วัดสัญญาณชีพ และสังเกตประเมินอาการเปลี่ยนแปลง สีผิว ลักษณะการหายใจอย่างใกล้ชิด ทุก 5 นาที
3. ให้ O2 mask with bag 8 ลิตรต่อนาที หลังทอดทอหายใจทันที
4. จัดให้ผู้ป่วยนอนหงายราบ สังเกตภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 128/64 - 137/68 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 56 - 60 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.5 - 36.7 องศาเซลเซียส
2. สีผิวปกติ บริเวณริมฝีปาก ปลายนิ้วไม่ม่วงคล้ำ
3. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 - 100 เปอร์เซ็นต์
4. รูปแบบการหายใจช่วงอกและช่วงท้องสัมพันธ์กัน ไม่มีภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10

มีโอกาสดังภาวะ Shivering หลังฟื้นจากการระงับความรู้สึก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายขณะผ่าตัด
2. ผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัด อุณหภูมิต่ำกว่า 22 องศาเซลเซียส นาน 1 ชั่วโมง 20 นาที ปลายมือปลายเท้าเย็น ผู้ป่วยบ่นหนาว
3. ผู้ป่วยมีอาการสั่น

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยไม่มีภาวะ Shivering หลังฟื้นจากการระงับความรู้สึก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง 95 - 100 เปอร์เซ็นต์
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 140/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจรไม่ต่ำกว่า 50 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจไม่น้อยกว่า 16 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 35.4 - 37.4 องศาเซลเซียส
3. ร่างกายอบอุ่น ไม่มีอาการหนาวสั่น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบเสื้อผ้าไม่เปียกชื้น ใช้ผ้าห่มมรอนให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย ตั้งอุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส
2. ให้ Oxygen mask with bag 8 ลิตรต่อนาที
3. อุ่นสารน้ำที่ให้กับผู้ป่วยด้วยเครื่องอุ่นสารน้ำ
4. ปรับอุณหภูมิห้องพักฟื้น 21 - 24 องศาเซลเซียส
5. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา เช่น Pethidine ลดการสั่นโดยยาออกฤทธิ์ที่ประสาทส่วนกลาง ลดเกณฑ์การสั่นและกระตุ้นให้อุณหภูมิแกนกลางลดลง
6. ตรวจสอบสัญญาณชีพทุก 5 นาที

ประเมินผล

1. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 - 100 เปอร์เซ็นต์
2. สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 128/64 - 137/68 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 56 - 60 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 - 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.5 - 36.7 องศาเซลเซียส
3. ผู้ป่วยมีร่างกายอบอุ่น ไม่มีอาการหนาวสั่น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11

ผู้ป่วยไม่สบายจากภาวะท้องอืดและปวดไหล่ จากการใส่ก๊าซ CO₂ ในระหว่างผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยแสดงสีหน้าไม่สบาย ท้องอืดบ่ง บ่นปวดไหล่
2. ท้องโตอืด
3. เสียงการทำงานของลำไส้ (Bowel sound) ลดลงน้อยกว่า 6 - 10 ครั้ง/นาที

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ไม่อึดอัดแน่นท้อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ประเมินความปวดแบบ Pain score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3
2. ฟังเสียง Bowel sound ปกติ 6 - 10 ครั้ง/นาที
3. สามารถเรอหรือผายลมได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความปวดแน่นท้อง โดยใช้แบบประเมินแบบตัวเลข (Numeric scale) ซึ่งมีระดับ 0 - 10 คะแนน โดย 0 ไม่ปวด และ 10 ปวดมากที่สุด
2. ประเมินจากฟังเสียง Bowel sound

3. อธิบายถึงสาเหตุของการท้องอืด เกิดจากลมที่แพทย์ใส่ขณะส่องกล้องทำผ่าตัด
4. แนะนำผู้ป่วยให้ Early ambulation ให้เร็วที่สุด ภายใน 24 - 48 ชั่วโมง เช่น พลิกตัว ออกกำลังกาย ลุกนั่ง เพื่อช่วยให้ลำไส้บีบตัวออก
5. แนะนำเรื่องการผายลมและการเรอ จำเป็นสำหรับการประเมินการทำงานของลำไส้
6. แนะนำให้นอนศีรษะสูง 30 องศา

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกรู้สึกสุขสบายมากขึ้น ทูลาอาการแน่นท้อง pain score 2 คะแนน
2. ฟังเสียง Bowel sound ปกติ 6 - 10 ครั้งต่อนาที
3. ผู้ป่วยเรอหรือผายลมได้

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 74 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดจุกแน่นท้อง บางครั้งปวดร้าวใต้ชายโครงขวา เป็น ๆ หาย ๆ ก่อนมาโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Symptomatic gallstone วางแผนทำผ่าตัดนี้ในอุ้งน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ (Laparoscopic cholecystectomy : LC) วิทยาลัยพยาบาลประเมิน ความเสี่ยงทางวิสัญญีวิทยาตามเกณฑ์ของสมาคมอเมริกา ผู้ป่วยจัดอยู่ในความเสี่ยงต่อการผ่าตัดระดับ 3 (Physical status class 3) จากผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 65 ปี มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ผลการตรวจประเมินร่างกายก่อนการผ่าตัด พบว่า ผลเลือดผู้ป่วยมีความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงลดลงเล็กน้อย คลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น First degree AV block, RBBB, EF 60% Mild AR และภาพรังสีทรวงอก Cardiomegaly ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General anesthesia) ใส่ท่อช่วยหายใจและให้ยาระงับความรู้สึกแบบ Balanced anesthesia ควบคุมการหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจแบบควบคุมปริมาตร (Ventilated tidal volume) 800 ซีซี อัตราการหายใจ 14 ครั้ง/นาที จัดทำผู้ป่วยนอนราบ ขณะผ่าตัด ปรับเตียงผ่าตัดให้เอียงขาขึ้น และอยู่ในท่านอนศีรษะสูง (Reverse trendelenburg position) ประมาณ 40 - 45 องศา ติดตามการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพทุก 5 นาที ใช้เวลาในการผ่าตัด 1 ชั่วโมง 20 นาที ขณะผ่าตัด หลังจากที่มีการใส่ CO₂ เข้าไปในช่องท้อง ผู้ป่วยมีอัตราการเต้นของหัวใจ 40 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 84/42 มิลลิเมตรปรอท ได้แก้ไขอย่างทันท่วงที โดยให้ Atropine 0.6 mg IV, Ephedrine 6 mg 2 ครั้ง ห่างกัน 5 นาที หลังจากแก้อาการ อัตราการเต้นของหัวใจกลับมาเป็นปกติ 60 - 70 ครั้ง/นาที ขณะผ่าตัดเสียเลือดประมาณ 10 ซีซี ได้รับสารน้ำทดแทน หลังเสร็จผ่าตัดสามารถถอดท่อหายใจได้ ผู้ป่วยตื่นดี หายใจเองได้ดี ได้รับการดูแลหลังการระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ส่งกลับหอผู้ป่วย ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดและวิธีการปฏิบัติตนในการให้ยา

ระดับความรู้สึก อีกทั้งควบคุมโรคประจำตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ระยะระหว่างผ่าตัด ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ภาวะแทรกซ้อนระบบไหลเวียนเลือดและระบบหัวใจจากภาวะก๊าซ CO₂ คั่ง ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการบาดเจ็บต่อดวงตา เนื้อเยื่อ เส้นประสาทถูกกดทับ ผู้ป่วยมีโอกาสรักษาตัวจากยาระดับความรู้สึก ระยะเวลาหลังผ่าตัด มีความไม่สบาย เนื่องจากปวดแผลผ่าตัด ท้องอืด ปวดไหล่ จากการใส่ก๊าซ CO₂ ในระหว่างผ่าตัด หลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ มีอาการท้องอืด ปวดแผลผ่าตัด Pain score 3 คะแนน ไม่ได้ขอยาแก้ปวด หลังผ่าตัดวันที่ 3 ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด แพทย์จึงจำหน่ายกลับบ้าน และนัดมาติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยนอก แต่ผู้ป่วยมีปัญหาดิติดิธิไม่สามารถมารับกลับบ้านได้ ขอกลับพำนักนี้ รวมนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 4 วัน

วิจารณ์และขอเสนอแนะ

การผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ เป็นวิธีที่นิยมในการรักษาโรคนิ้วในอุ้งน้ำดี เนื่องจากมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อน้อย ลดอาการเป็นแผล แผลผ่าตัดมีขนาดเล็ก ทำให้ฟื้นตัวได้เร็ว ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล แต่โดยตัวของโรคเอง และวิธีการผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูง รวมถึงอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระดับความรู้สึกด้วย ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญได้แก่ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นระบบที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด วิทยาลัยพยาบาลเป็นบุคลากรหนึ่งในทีมให้การพยาบาล จึงต้องมีความรู้ ความสามารถ ตั้งแต่ประเมิน ค้นปัญหา และเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง ทั้งก่อน ขณะ และหลังให้การพยาบาล ศึกษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างผ่าตัด และพร้อมแก้ไขได้ทันทั่วทั้งที ในขณะที่การระงับความรู้สึก มีการสื่อสารกับสัลยแพทย์เพื่อร่วมแก้ไข การจัดทำพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ โดยทีมสหวิชาชีพ และใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นแนวทางเพื่อให้เป็นแนวทางที่มีมาตรฐานและประเมินผลพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดี โดยการทำงานประจำสู่การทำวิจัยต่อไป

บรรณานุกรม

- กฤติยา ชินพัทธ์. (2559). กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา. (พิมพ์ครั้งที่ 7). นานมีบุ๊คส์.
- กรินทร์ โล่หะวิวัฒน์. นวัตกรรมน้ำดี (อินเทอร์เน็ต). กรุงเทพฯ : ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทย
ศาสตร์ศิริราชพยาบาล (สืบค้น 3 สิงหาคม 2567). เข้าถึงได้จาก [https:// www. Si. Mahidol. ac. Th.](https://www.Si.Mahidol.ac.Th)
- พาพิรุณ น้อยตาแสง, สุวิมล ต่างวิวัฒน์. (2558). ตำราวิสัญญีพื้นฐานและแนวปฏิบัติ (Basic
Anesthesia and Practical Approach). (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร : บริษัท พี.60 ลิฟวิ่งจำกัด.
- พีระ บุรณะกิจเจริญ. (2558). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. สมาคม
ความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (Thai Hypertension Society).
- ภิญญลักษณ์ เรวัณพัฒนกิจต์. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีและมีโรคร่วม:
กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 17(1), 131-138. สืบค้นจาก <https://he02.tcithaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/241258/164342>.
- ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลชัยนาท. (2566). รายงานประจำปี 2564, 2565, 2566. โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร.
Sellbrant I, Ledin G. Jakobsson J. Laparoscopic cholecystectomy Perioperative Management: an
update. (online). 2015. (เข้าถึงเมื่อ 2 สิงหาคม 2567) เข้าถึงจาก [https:// www. Dovepress.com](https://www.Dovepress.com).