



การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปร่วมกับการให้ยาระงับความรู้สึกนอกเยื่อหุ้มไขสันหลังในการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายทำทางระบายน้ำปัสสาวะ : กรณีศึกษา

Nursing care of elderly patients receiving general anesthesia along with epidural anesthesia for total bladder surgery and urinary drainage of the small intestine.

(Received: December 14, 2023 ; Revised: December 22, 2023 ; Accepted: December 24, 2023)

เสาวภา ปิ่นทอง¹
Saowapa Pintong¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปร่วมกับการให้ยาระงับความรู้สึกนอกเยื่อหุ้มไขสันหลังในการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายทำทางระบายน้ำปัสสาวะ

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยชายไทย อายุ 66 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 4 มกราคม 2566 ปัสสาวะแสบขัด มีเลือดปน ปวดท้องน้อย 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ จึงนัดมาทำผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายทำทางระบายน้ำปัสสาวะ ระยะก่อนระงับความรู้สึก ให้การพยาบาลลดความวิตกกังวล ให้ความรู้การปฏิบัติตัว ระยะระงับความรู้สึก ป้องกันเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนจากการใส่ท่อช่วยหายใจ ฝ้าระวังภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ มีภาวะเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 3300 ซีซี ระยะหลังระงับความรู้สึก ป้องกันภาวะ Hypoventilation และพิษจากยาชา หลังให้ยาระงับความรู้สึกย้ายไปรักษาต่อที่ห้องผู้ป่วยหนัก ติดตามเยี่ยมไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึก รวมรักษาตัวในโรงพยาบาล 21 วัน จำหน่าย 7 กุมภาพันธ์ 2566

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป, การให้ยาระงับความรู้สึกนอกเยื่อหุ้มไขสันหลัง, มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

Abstract

This study was case study aimed to study the nursing care for elderly patients receiving general anesthesia along with epidural anesthesia for total bladder surgery and urinary drainage of the small intestine.

Results: Thai male patient, age 66 years old, admitted to the hospital on 4 January 2023, with pain in urination and blood in the lower abdomen before coming to the hospital for 1 month. Doctors diagnosed the patient with bladder cancer and made an appointment to do surgery to remove the entire bladder, take the small intestine and make a way to drain the urine. Before anesthesia, nurse gave the nursing care to reduce anxiety of patient and provided knowledge on how to behave while receiving anesthesia. The patient was prevented from tissue oxygen depletion from intubation and being monitored for hypothermia. It was found that the patient had intraoperative blood loss of 3300 cc. After anesthesia, patient was protected from hypoventilation and anesthetic poisoning after giving anesthesia medication, and was transferred to the intensive care unit for further treatment. After following up patient visits, complications were not found from the anesthesia administration. Total hospital admission of 21 days. The patient was discharged on 7 February 2023.

Keywords: elderly, general anesthesia, epidural anesthesia, bladder cancer

¹ กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

บทนำ

มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (Bladder cancer) มะเร็งชนิดนี้มักพบในผู้ป่วยสูงอายุเป็นในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง 95% เป็นเซลล์มะเร็งชนิด Transitional cell carcinoma ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมาพบแพทย์ด้วยเรื่องปัสสาวะเป็นเลือด แพทย์จึงควรสอบถามประวัติและช่วงเวลา ของการปัสสาวะแต่ละครั้งเช่น มีเลือดปนช่วงต้นสาย ปลายสายหรือตลอดสายของปัสสาวะ ซึ่งแต่ละช่วง สามารถบอกตำแหน่งของโรคได้ และผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่มีอาการปวดร่วมด้วย บางรายมีปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะขัดร่วมด้วย การผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดทำในกรณีที่มะเร็งมีการลุกลามเข้าไปในกล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะ ต่อมลูกหมาก seminal vesicle และเนื้อเยื่อรอบๆ กระเพาะปัสสาวะ รวมทั้งต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกรานออกในเพศหญิงต้องตัดมดลูก รังไข่ ด้านหน้าของช่องคลอดและท่อปัสสาวะออกไปด้วยจากนั้นต้องทำการให้ปัสสาวะออกใหม่เพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย วิทยาลัยพยาบาลจึงเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดเอากระเพาะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายทำทางระบายน้ำปัสสาวะ ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและสามารถฟื้นฟูกลับบ้านได้ การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในการผ่าตัดเพื่อผ่าตัดเอากระเพาะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายทำทางระบายน้ำปัสสาวะ มีความยุ่งยากซับซ้อน เนื่องจากการผ่าตัดที่ใหญ่ และใช้เวลานาน ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบประสาท หัวใจหลอดเลือด ระบบหายใจ ภาวะพร่องน้ำพร่องเลือดจากการเสียเลือดขณะทำผ่าตัดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ จึงต้องระมัดระวังในทุกๆระยะของการผ่าตัดเพราะเสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ตลอดเวลา ดังนั้นวิทยาลัยพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นอย่างดี เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและสนับสนุนการทำงานของสัลแพทย์ให้สามารถดำเนินการผ่าตัดไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ

สถิติการให้ยาระงับความรู้สึกเกี่ยวกับให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในการผ่าตัดเพื่อผ่าตัดเอากระเพาะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายทำทางระบายน้ำปัสสาวะของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชย้อนหลัง 3 ปี พ.ศ. 2564 - พ.ศ.2566 จำนวน 2 , 4 , 5 ราย ตามลำดับ (สถิติฝ่ายเวชระเบียน โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช พ.ศ.2566) จะเห็นได้ว่าการผ่าตัดมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นวิทยาลัยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินผู้ป่วย ให้การดูแลก่อน ขณะ และหลังให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ต้องมีความรู้ ความเข้าใจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะฟื้นฟูได้รวดเร็ว

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปร่วมกับการให้ยาระงับความรู้สึกนอกเยื่อหุ้มไขสันหลังในการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายทำทางระบายน้ำปัสสาวะ

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 66 ปี รับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย เมื่อวันที่ 4 มกราคม 2566 เวลา 09.35 น. ปัสสาวะแสบขัด มีเลือดปน ปวดท้องน้อย 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยให้ประวัติว่า 4 ปีก่อนมีปัสสาวะเป็นเลือดมาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชตลอดระยะเวลา 4 ปี 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปัสสาวะแสบขัด มีเลือดปน ปวดบริเวณท้องน้อย แพทย์ตรวจพบก้อนที่กระเพาะปัสสาวะส่ง CT bladder พบ tumor size 7.8 x 7.0 x 4.0 cm แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น CA bladder จึงนัดมานอนโรงพยาบาลเพื่อทำผ่าตัด แกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 123/74 มม.ปรอท ชีพจร 74 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัวปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร น้ำหนัก 36 กก. ส่วนสูง 160 ซม. Mouth opening > 3 FB ,



Mallapati class 2 , Thyromental distance > 6 ซม. ASA class 3 (old age , anemia , EKG abnormal , smoker) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hb = 9.9 gm/dl Hct = 31.7 % WBC = 6,170 cells Platelet count = 284,000 cells , PT = 11.1 sec , PTT = 24.0 sec , INR = 0.94 , BUN 19 mg/dl , Cr.= 0.87 mg/dl , Na = 140 mmol/L , K = 3.66 mmol/L , Cl = 104 mmol/L , CO2 = 26.1 mmol/L , Anti HIV = Negative , ผลเอกซเรย์ปอด (Chest X-ray) ปกติ, ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiography) พบ A-V dissociation rate 70 bpm งดน้ำงดอาหารเวลา 24.00 น.วันที่

4 มกราคม 2566 ศัลยแพทย์ Set OR for Open radical cystectomy with ileal conduit with bilateral pelvic lymph node dissection วันที่ 5 มกราคม 2566 วางแผนให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปโดยใช้เทคนิคการใส่ท่อช่วยหายใจร่วมกับให้ยาหยาบก่อนกล้ามเนื้อ ร่วมกับการให้ยาระงับความรู้สึกนอกเยื่อหุ้มไขสันหลัง (Combine = General Anesthesia with Endotracheal tube with Balance technique with Epidural Anesthesia)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก วันที่ 4 มกราคม 2566 เวลา 13.00 น. ไปตรวจเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรมชาย ทักทายตรวจสอบเอกสารซักประวัติปัญหาที่พบ 1. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากกลัวไม่พินิจจากการดมยาสลบเนื่องจากการไม่เคยได้รับความรู้ศึกษาก่อน ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล สอบถามวิธีการดมยาสลบ	กิจกรรมการพยาบาล อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงเหตุผลและความจำเป็นรวมทั้งขั้นตอนการให้ยาระงับความรู้สึก ตั้งแต่ระยะแรกจนถึงสิ้นสุด การผ่าตัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย พูดคุยให้กำลังใจ ด้วยท่าที่เป็นมิตรผู้ป่วยมีสีหน้าคลายกังวลเข้าใจ ยอมรับการรักษาโดยการผ่าตัดภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึก การประเมินผล ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล
2. ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเพื่อทำผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน ไม่เคยได้รับการรับความรู้ศึกษาก่อน	กิจกรรมการพยาบาล ตรวจสอบความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ การงดน้ำงดอาหารของผู้ป่วย อธิบายการวิธีการ ขั้นตอน แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังให้ยาระงับความรู้สึก สอนการฝึกหายใจ (Breathing exercise) การไออย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งแนะนำการงดสูบบุหรี่ บอกข้อมูลและระยะเวลาการผ่าตัดจะต้องใช้เวลานาน และหลังผ่าตัดจะต้องพักผ่อนที่หอผู้ป่วยหนักและอาจต้องใช้เครื่องช่วยหายใจไว้โดยมีแพทย์และพยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิด รายงานวิสัญญีแพทย์เกี่ยวกับโรคประจำตัวของผู้ป่วย ประสานงานกับธนาคารเลือดเพื่อเตรียมเลือดไว้ให้ผู้ป่วยชดเชยขณะผ่าตัด การประเมินผล ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึก
การพยาบาลระยะระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก	กิจกรรมการพยาบาล ระย่นาสลบก่อนใส่ท่อช่วยหายใจให้ออกซิเจน 100% ผ่านทางหน้ากาก 6 ลิตร/นาที่ นาน 5 นาที บริหารยา fentanyl 50 มก. IV etomidate 8 มก. IV ผู้ป่วยหมดสติ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเพื่อให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 127/64 มม.ปรอท ชีพจร 62 ครั้ง/นาที SpO₂ 100% ปัญหาที่ต้องเฝ้าระวัง 1. ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนจากการใส่ท่อช่วยหายใจและได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ข้อมูลสนับสนุน 1. Mouth opening > 3 FB , Mallapati class 2 , Thyromental distance > 6 ซม 2. เป็นผู้สูงอายุ	ตรวจไม่พบ eyelash และ eyelid reflex บริหารยา succinylcholine 75 มก. IV เมื่อยา succinylcholine ออกฤทธิ์เต็มที่มองเห็นมี fasciculation จนถึงปลายเท้า ทำการใส่ท่อช่วยหายใจอย่างรวดเร็วและนิ่มนวลโดยใช้ laryngoscope blade เบอร์ 3 ใส่ท่อช่วยหายใจชนิดมี cuff ขนาด ID 8.0 ลึก 22 ซม. laryngoscope view grade 1 ฟังเสียงปอดทั้ง 2 ข้างได้ยินเสียงเท่ากัน ETCO₂ 30 มม.ปรอท blow cuff ติดพลาสติกต่อท่อช่วยหายใจและข้อต่อต่างๆไว้ไม่ให้เลื่อนหลุดตำแหน่ง ดูแลข้อต่อต่างๆไม่ให้หักพังจากการคลุมผ้าผ่าตัด บริหารยา cisatracurium 10 มก.และ maintain ด้วย O₂ : Air 0.6 : 0.6 60% O₂ : desflurane 5 % สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 138/88 มม.ปรอท ชีพจร 72 ครั้ง/นาที SpO₂ 100 % เปลี่ยนช่วยหายใจด้วยเครื่อง ใช้ Volume control mode 500 ลิตร อัตราการหายใจ 12 ครั้ง/นาที maintain ด้วย O₂ : Air 0.6 : 0.6 60 % O₂ : desflurane 3 - 6 % ติดตามความดันโลหิตอยู่ในช่วง 120 - 140 / 70 - 80 มม.ปรอท ชีพจร 60 - 80 ครั้ง/นาที SpO₂ 100 % ETCO₂ 29 - 33 มม.ปรอท การประเมินผล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน
2. ผู้ป่วยอาจเอาท่อช่วยหายใจออกไม่ได้เนื่องจากปวดแผลผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุและการผ่าตัดใช้เวลานาน	กิจกรรมการพยาบาล รายงานวิสัญญีแพทย์วางแผนระงับปวดขณะและหลังผ่าตัดด้วยการทำ epidural block ดูแลช่วยวิสัญญีแพทย์ทำ Epidural block at level T12 - L1 epidural catheter No.18 in space 5 cm. skin mark 10 cm. ด้วยยา 0.125% Marcaine + Morphine 0.02 mg/ml rate 5 ml/hr เพื่อให้ยาระงับปวดทางช่องเหนือไขสันหลัง test dose ด้วย 2% xylocaine with adrenaline 1 : 200,000 = 4 ml ติดตามวัดสัญญาณชีพทุก 5 นาทีตลอดระยะเวลาการทำผ่าตัด สังเกตภาวะแทรกซ้อน ผลข้างเคียงจากยา ดูแลไม่ให้สาย Epidural catheter เคลื่อนจากตำแหน่งเดิมและไม่ให้หักพัง โดยติดพลาสติกยึดตามแนวกระดูกสันหลัง การประเมินผล เมื่อเสร็จผ่าตัดผู้ป่วยสามารถเอาท่อช่วยหายใจออกได้ ไม่บ่นปวดแผล pain scale 0 คะแนน
3. ผู้ป่วยอาจเกิดเส้นประสาทบาดเจ็บจากการจัดทำขณะผ่าตัด เนื่องจากผ่าตัดเวลานานและช่วยเหลือตัวเองไม่ได้จากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ข้อมูลสนับสนุน ขณะผ่าตัดผู้ป่วยนอนหงายศีรษะต่ำ (Trendelenburg)	กิจกรรมการพยาบาล ดูแลจัดท่านอนให้แนวกระดูกสันหลัง คอ ออก เอว อยู่ในแนวเดียวกัน หนุนท้ายทอยด้วยหมอนในระดับเดียวกัน วางแขนบนที่รองแขนไม่เกิน 90 องศา เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ เส้นประสาทแบริเคลและหางมือเพื่อป้องกันการกดทับเส้นประสาทอัลนาร์พร้อมใช้สายรัดแขน สองข้างไว้ไม่ให้ตกจากที่รองแขน ขาทั้งสองข้างวางแยกจากกันเล็กน้อย และใช้สายรัดขาเพื่อป้องกันการตกเตียง ปรับให้ศีรษะต่ำเล็กน้อยประมาณ 10 - 15 องศา ให้เข่างอประมาณ 30 องศาเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยไหลมาทางศีรษะ การประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดการบาดเจ็บของเส้นประสาทจากการจัดทำขณะผ่าตัด
4. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia) ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยทำผ่าตัดในห้องผ่าตัดซึ่งมีอุณหภูมิ เย็น 20 - 21 องศาเซลเซียส การผ่าตัดใช้เวลานาน และมีการใช้น้ำล้างบริเวณที่ทำผ่าตัดอยู่ตลอดเวลา ระยะเวลาการผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยอาจเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำได้ส่งผลให้อา	กิจกรรมการพยาบาล เฝ้าระวังและ Monitor อุณหภูมิของร่างกายอย่างต่อเนื่อง วัดอุณหภูมิทาง Central core temperature โดยใช้ Nasal probe การใส่ probe บริเวณนี้เป็นการประเมินอุณหภูมิของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ให้ระมัดระวังการ trauma สอดใส่ด้วยความนุ่มนวล ใช้ผ้าห่มเป่าลมร้อน (blanket warmer) ร่วมกับใช้ผ้าคลุม เพื่อไม่ให้ลมร้อนเป่าปะทะตัวผู้ป่วยโดยตรง อุ่นสารน้ำที่ให้กับผู้ป่วย โดยใช้เครื่องอุ่นสาย IV fluid ผ่านก่อนที่สารน้ำจะเข้าไปถึงผู้ป่วย ประสานงานและขอความร่วมมือกับบุคลากรในทีมผ่าตัด ในการเพิ่มอุณหภูมิห้องผ่าตัดเป็น 25 องศาเซลเซียส โดยให้ความรู้แก่บุคลากรให้ทราบถึงอุณหภูมิที่เหมาะสม และภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำเนื่องจากภาวะนี้จะมีผลต่อการทำงานของหัวใจ ตรวจสอบ



ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เกิดการตื่นจากการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปซ้ำ	ความร้อนที่ได้รับจากเครื่องใช้ความร้อนเป็นระยะๆ สังเกตและเฝ้าระวังอัตราการเต้นของหัวใจว่ามีการเต้นผิดจังหวะหรือไม่ การประเมินผล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ อุณหภูมิ 35.7 – 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 60 - 80 ครั้ง/นาที
5. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะพร่องน้ำและเลือดเนื่องจากอยู่ในระยะงดน้ำงดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง และมีการเสียเลือดขณะทำการผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1. งดน้ำงดอาหารนาน 9 ชั่วโมง 2. มีการเสียเลือดขณะทำการผ่าตัด 1,300 ml	กิจกรรมการพยาบาล สังเกตอาการร่วมกับประเมินปริมาณการเสียเลือดที่ยอมรับได้ในผู้ป่วยรายนี้คือ 200 มล. เปิด IV line เพิ่มด้วยเข็มเบอร์ 18 ดูแลช่วยวิสัญญีแพทย์ทำ Invasive monitoring A – line No.20 at Rt.Radial artery เพื่อทำการวัดความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงโดยตรง และ C - line No.7 Fr. ลึก 12 ซม. at Rt. Subclavian vein เพื่อประเมินให้สารน้ำ ติดตามสัญญาณชีพและบันทึกทุก 5 นาที เจาะหาค่าความเข้มข้นของเลือดเพื่อประเมินภาวะชดเชยจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด ประสานกับธนาคารเลือดจัดเตรียมเลือดไว้พร้อมใช้ได้ทันที บันทึกการได้รับสารน้ำและเลือดทดแทนขณะผ่าตัดโดยดูจากผ้าก๊อชซับเลือดและขวดรองรับเลือด เมื่อมีอาการผิดปกติรีบแก้ไขและปรึกษาวิสัญญีแพทย์ ระหว่างผ่าตัดได้รับ 0.9% NSS 700 มล. , Acetar 2,600 มล., FFP 972 มล., PRC 648 มล.เสียเลือดขณะผ่าตัด 1,300 มล. ปัสสาวะ 350 มล. การประเมินผล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพร่องน้ำและเลือด
6. ผู้ป่วยอาจเกิดแพ้เลือดและส่วนประกอบของเลือด ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับเลือดขณะผ่าตัด	กิจกรรมการพยาบาล รายงานวิสัญญีแพทย์รับทราบ ให้ PRC 3 unit และ FFP 4 unit โทรประสานธนาคารเลือดเตรียม PRC และ FFP ให้ผู้ป่วยตามแผนการรักษา เมื่อได้รับเลือดจากธนาคารเลือดตรวจสอบความถูกต้อง ชื่อ นามสกุล HN และกรุ๊ปเลือดให้ตรงกันเพื่อป้องกันการเกิดการทำเลือดผิดกรุ๊ปผิดคน ดูแลให้ PRC และ FFP ให้เหมาะสมตามสภาพร่างกายของผู้ป่วย สังเกตอาการผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด วัดสัญญาณชีพตลอดการให้เลือด เตรียมยาแก้แพ้พร้อมใช้ ติดตามปริมาณสารน้ำที่เข้าออกร่างกายของผู้ป่วยขณะได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด ลงบันทึกการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดในแบบบันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก การประเมินผล ผู้ป่วยไม่เกิดการแพ้เลือดและส่วนประกอบของเลือดตลอดการทำผ่าตัด
7. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำเนื่องจากให้ยาระงับความรู้สึกเป็นเวลานาน ข้อมูลสนับสนุน ระยะเวลาให้ยาระงับความรู้สึก 8 ชั่วโมง 15 นาที	กิจกรรมการพยาบาล เมื่อสลัยแพทย์ทำผ่าตัดเสร็จปิด Desflurane เปิดออกซิเจน 100 % 6 ลิตร/นาที เมื่อผู้ป่วยเริ่มกลับมาหายใจ บริหารยา reverse muscle relaxant ด้วย neostigmine 2.5 มก.IV บริหารยา anticholinergic ด้วย atropine 1.2 มก.IV โดยให้ atropine ก่อนเพื่อป้องกันภาวะหัวใจเต้นช้าจากยาแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อดูจุดเสมหะในท่อช่วยหายใจจนโล่ง ผู้ป่วยหายใจแรงดี สัมผัส และทำตามคำสั่งได้ จึงถอดท่อช่วยหายใจออกให้ผู้ป่วยดมออกซิเจน 100 % 6 ลิตร/นาที ต่ออีก 5 นาที ย้ายผู้ป่วยส่งห้องพักฟื้น การประเมินผล ผู้ป่วยไม่เกิดการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ
การพยาบาลระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก ย้ายผู้ป่วยส่งห้องพักฟื้นเวลา 17.00 น. 1. ผู้ป่วยอาจมีภาวะพร่องออกซิเจนจากภาวะ Hypoventilation หลังการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเป็นเวลานาน	กิจกรรมการพยาบาล ดูแลจัดทำผู้ป่วยให้นอนตะแคงโบหน้าเพราะทำนี้แล้วจะไม่ตกลงไปอุดทางเดินหายใจ ให้ออกซิเจน 100% 10 ลิตรต่อนาที ทางหน้าปากออกซิเจนแบบละอองฝอย วัดสัญญาณชีพประเมินผู้ป่วยตาม Modified Aldrete Score ได้ 9 คะแนนสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 150 – 130 / 70 – 90 มม.ปรอท ชีพจร 80 - 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 – 20 ครั้ง/นาที SpO ₂ 100 %

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน ระยะเวลาให้ยาระงับความรู้สึก 8 ชั่วโมง 15 นาที	การประเมินผล ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน
2. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยบ่นปวดแผลผ่าตัดประเมิน pain scale 7 คะแนน สัญญาณชีพ 159/ 87 มม.ปรอท ชีพจร 96 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที SpO ₂ 100 %	กิจกรรมการพยาบาล จัดทำให้ผู้ป่วยสุขสบาย พวดูเบี่ยงเบนความสนใจ รายงานวิสัญญีแพทย์รับทราบปรับเพิ่ม rate 0.125% Marcaine + Morphine 0.02 mg/ml ทาง Epidural catheter เป็น 6 ml/hr และให้ morphine 2 mg ทาง Epidural catheter เฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนของยา การประเมินผล อาการปวดทุเลาลง pain score 0 คะแนน สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 120 – 130 / 70 – 80 มม.ปรอท ชีพจร 70 – 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 – 20 ครั้ง/นาที SpO ₂ 100%
3. ผู้มีอาการภาวะยาชาเป็นพิษ ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับการทำ Epidural block at level T12 – L1 เพื่อให้ยาแก้ปวด เป็น 0.125 % Marcaine + Morphine 0.02 mg/ml ทาง Epidural catheter เป็น 6 ml/hr	กิจกรรมการพยาบาล บริหารยาด้วยเครื่องควบคุมปริมาณสารน้ำเพื่อไม่ให้ได้ยาเกินขนาด เฝ้าระวังสัญญาณชีพ และอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเป็นระยะๆ ได้แก่ ชารอบปาก ลิ้นชา เห็นภาพซ้อน มีเสียงในหู เวียนศีรษะ เตรีมยาและอุปกรณ์ช่วยชีวิตพร้อมใช้ ดูแลสาย Epidural catheter ไม่ให้เกิดการเลื่อนหลุดและหักพังงอ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะยาชาเป็นพิษ สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 120 – 130 / 70 – 80 มม.ปรอท ชีพจร 70 – 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 – 20 ครั้ง/นาที SpO ₂ 100 % การประเมินผล ดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น 1 ชม. ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย ICU ศัลยกรรม ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังให้ยาระงับความรู้สึกวันที่ 1-2 ตื่นรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียงได้บนเตียง on O ₂ canular 5 LPM support ไว้ หายใจสม่ำเสมอ ไม่มีเหนื่อยหอบ แผลผ่าตัดไม่มี discharge ซึม on jackson's drain ไว้ไม่ active bleed ไม่บ่นปวดแผล pain score 0 คะแนน จากการทำ Epidural block ไม่ปวดแผลเพิ่มวันที่ 3 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัวดี ไม่บ่นปวดแผลผ่าตัด ช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียง ผู้ป่วยมีภาวะ thrombocytopenia Plt.Count 64,000 cells , hct 27.1% ปรึกษาอายุแพทย์รับทราบ ให้เกล็ดเลือด 9 unit , PRC 1 unit repeat Lab CBC hct = 33 % Plt.Count 144,000 cells ยาทาง epidural catheter หมดยาไม่ปวดแผลเพิ่ม แผลทาง jackson's drain มี discharge ซึม ศัลยกรรม suture ให้เพิ่ม 2 stich วันที่ 4 หลังผ่าตัดหยุดการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เริ่มรับประทานอาหารเป็นอาหารอ่อนสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 120 – 130 / 60 - 70 มม.ปรอท ชีพจร 60 - 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36 - 37 องศาเซลเซียส วันที่ 5 - 12 แผลผ่าตัดแห้งดี jackson's drain ไม่ active bleed content ออกเป็นสีแดงจางๆ ย้ายผู้ป่วยไปตีกัลยกรรมชาย วันที่ 13 - 15 แผลแห้งดี jackson's drain ไม่มี content ออกเพิ่ม ศัลยกรรมพิจารณาให้ off ได้ ผู้ป่วยลุกช่วยเหลือตัวเองได้ สอน urostomy care แพทย์จำหน่ายให้กลับบ้านได้นัดมาตรวจหลังผ่าตัดวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2566 ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดพวดูให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติรับทราบเข้าใจ รวมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 21 วัน ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวันที่มาตรวจตามนัดพบว่าแผลผ่าตัดหลังตัดไหมแล้วแห้งดี พวดูให้กำลังใจพบว่าผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใส ยอมรับการสูญเสียภาพลักษณ์ได้ สามารถดูแล urostomy ได้ด้วยตนเอง

อภิปรายผล

การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปรวมกับการให้ยาระงับความรู้สึกนอกเยื่อหุ้มไขสันหลังเป็นกรณีที่พบได้น้อยและเป็นหัตถการที่ต้องมีเทคนิคการดูแลที่พิเศษ¹ ทั้งในเรื่องการเตรียมผู้ป่วยก่อนและหลังให้ยาระงับความรู้สึก การเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายไม่ปวดแผลหลังผ่าตัด และสนับสนุนให้ศัลยแพทย์ทำผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพและช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

การผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายทำทางระบายน้ำปัสสาวะเป็นหัตถการที่ใช้เวลานาน มีการสวนล้างน้ำอยู่ตลอดเวลาของการทำงานผ่าตัด และเป็นการผ่าตัดอวัยวะสำคัญของร่างกาย สามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ตลอดเวลา ทั้งขณะและหลังผ่าตัด เช่น การบาดเจ็บของเส้นประสาทขณะจัดทำผ่าตัด การเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ดังนั้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวจึงต้องมีการเฝ้าระวังตลอดระยะเวลาของการผ่าตัด

การบำบัดอาการปวดด้วยการทำ Epidural block⁶ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาอาการปวดได้อย่างเพียงพอ แต่ต้องเฝ้าระวังการเกิดภาวะยาชาเป็นพิษ สังเกตภาวะแทรกซ้อนจากยาชา จึงต้องมีการเฝ้าระวังสัญญาณชีพและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเป็นระยะๆ ได้แก่ ชารอบปาก ลิ้นชา เห็นภาพซ้อน มีเสียงในหู เวียนศีรษะ ความดันโลหิตต่ำจากการเกิด high block เตรียมยาและอุปกรณ์ช่วยชีวิตพร้อมใช้ ดูแลสาย Epidural catheter ไม่ให้เกิดการเลื่อนหลุดและหักพับงอ เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับมาตรฐานของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย

การผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายทำทางระบายน้ำปัสสาวะเป็นหัตถการที่ย่างยากซับซ้อนและใช้เวลานาน ผู้ให้

ยาระงับความรู้สึกต้องเข้าใจพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และเลือกเทคนิคการให้ยาระงับความรู้สึกให้เหมาะสม² วิสัญญีพยาบาลจึงต้องมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกในการทำผ่าตัดนี้ เพื่อให้มีความปลอดภัยและเพื่อช่วยให้ศัลยแพทย์ทำผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต จึงต้องมีการประสานงานกับทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับการสูญเสีย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข

ข้อเสนอแนะ

1. ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ก่อน ขณะ และหลังให้ยาระงับความรู้สึก พร้อมทั้งดูแลสภาพจิตใจให้ผู้ป่วยยอมรับการสูญเสียสภาพลักษณะ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ วางแผนการดูแลร่วมกันกับครอบครัวผู้ป่วยเป็นระยะๆ ทำให้ครอบครัวเข้าใจยอมรับ เพื่อป้องกันการฟ้องร้อง และให้ความร่วมมือในแผนการรักษา

2. วิสัญญีพยาบาลควรมีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายทำทางระบายน้ำปัสสาวะและฟื้นฟูความรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มทักษะและประสบการณ์ของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดด้วยการจัดอบรมดูงานแลกเปลี่ยนความรู้ทางวิชาการภายในหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ

3. รวบรวมข้อมูลสถิติการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึก พัฒนาระบบการจัดการกับภาวะคุกคามต่อชีวิต ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยตามหลักการช่วยฟื้นคืนชีพเพิ่มประสิทธิภาพให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการบริการด้านวิสัญญี

เอกสารอ้างอิง

- 1.จิรนนท์ ทิพย์ดารานาญชัย. (2563). การให้ยาระงับความรู้สึกและการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว ร่วมกับการให้ยาชาช่องเหนือไขสันหลังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีภาวะซีดที่มารับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ และนิ่วถุงน้ำดี. [https://www.file:///C:/Users/Asus/ Downloads/pj-2565-01.pdf](https://www.file:///C:/Users/Asus/Downloads/pj-2565-01.pdf).
- 2.ชมรมระงับความรู้สึกเฉพาะสวนแห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย (2560). แนวทางพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการระงับความรู้สึกเฉพาะสวน. บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด กรุงเทพฯ.
- 3.ดนัย มโนรมณ์, สมชาย ธนะสิทธิชัย และ วีรุฒิ อิมสำราญ. (2563). แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- 4.ธวัช ประสาทฤทธา และคณะ. (2560). พื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา. ครั้งที่ 36. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. ไทย.
- 5.ประกาศราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย (2562). แนวทางเวชปฏิบัติในการทำ Spinal Anesthesia. <https://www.rcat.org>.
- 6.วิมลลักษณ์ สนั่นศิลป์. 2562. การระงับปวดเฉียบพลัน Acute pain management. ภาควิชา วิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล