



การพยาบาลผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับอก จากมะเร็ง แพร่กระจายมากระดูกสันหลัง

Nursing care of a patient receiving general anesthesia for thoracic spine surgery. from
cancer spreading to the spine.

(Received: March 12,2024 ; Revised: March 15,2024 ; Accepted: March 18,2024)

พัชรिता นพศรี¹

Patcharida Noppasri¹

บทคัดย่อ

รายงานการศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับอก จากมะเร็งต้นกำเนิดที่แตกต่างกัน แพร่กระจายมาที่กระดูกสันหลังเหมือนกัน จำนวน 2 ราย โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่มารับการรักษาโรคมะเร็งแพร่กระจายมากระดูกสันหลัง โรงพยาบาลสกลนคร ในช่วงระยะเวลา ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2565 - วันที่ 30 มีนาคม 2566 จำนวน 2 ราย

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยการผ่าตัดเชื่อมยึดด้วยโลหะเพื่อลดความปวดจากมะเร็งกระดูกกดเบียดเส้นประสาท และป้องกันภาวะทุพพลภาพ จากกระดูกสันหลังเสื่อม ยุบ หัก กดทับประสาทไขสันหลัง ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับอก 5 ระดับเหมือนกัน แต่ใช้เวลาในการผ่าตัดและสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัดไม่เท่ากัน ระยะเวลาหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลที่ต่างกัน ได้รับการจัดการความปวดแบบเดียวกัน ได้รับการดูแลและมีความปลอดภัยเช่นเดียวกัน ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนร้ายแรง สามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายและจำหน่ายกลับบ้านได้โดยความร่วมมือของทีมนสหสาขาวิชาชีพ ให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน และสามารถทำกิจกรรมประจำวันอื่นๆ ได้ใกล้เคียงปกติ

คำสำคัญ : ผ่าตัดกระดูกสันหลัง, มะเร็งแพร่กระจาย, การให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย, การผ่าตัดทาคั่ว, ภาวะแทรกซ้อนผ่าตัดกระดูกสันหลัง

Abstract

This report was case study aimed to comparative study for nursing care of two patients in Thoracic spine surgery undergoing General anesthesia. Case study report from October 1, 2022 to Mach 30, 2023 The finding was found that there were different of primary cancer.

The results of the study revealed that both patients received palliative treatment with metal bonding surgery to reduced spinal cancer Pain. Both patients received the same general anesthesia. There are also 5 levels of thoracic spine surgery. The duration of surgery is not the same. Uneven blood loss after surgery. Patients have different needs for care. The second patient needs more. The post operative pain is managed the same way. that both patients were safe, without serious complications from surgery. Nursing care that has been taken care of daily activities before and after surgery, pain management. Nursing for post-operative rehabilitation with cooperation of a multidisciplinary team and with a pre discharge planning together. Patients has recovered in well condition and daily activities. They have a joint discharge planning as well as received closely home visited by community nurse until the patient can done normally activities daily life. The case study nursing care of Patients with Spinal metastases Undergoing General Anesthesia for Thoracic spine Surgery at Sakon Nakhon Hospital.

Keywords : Spinal surgery, Spinal metastases, General anesthesia, Prone position, Complication of Spine surgery

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสกลนคร

บทนำ

โรคกระดูกสันหลังเป็นปัญหาสุขภาพที่มีสาเหตุทั้งจากการประสบอุบัติเหตุ หรือเกิดจากความเสื่อมจากเหตุสูงอายุ การติดเชื้อ เนื่องจากรวมถึงจากมะเร็งแพร่กระจาย ทำให้กระดูกสันหลังเสื่อม เกิดภาวะความไม่มั่นคงของกระดูกสันหลัง (Unstable of spine) ส่งผลให้กระดูกสันหลังมีการ ทรุด ยุบ เคลื่อน เลื่อน ร้าว หรือหักได้ โรคมะเร็ง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของคนไทยอย่างต่อเนื่อง จากสถิติสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปี 2563 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ วันละ 336 คน หรือ จำนวน 112,392 คน/ปี และจากสถิติผู้ป่วยของแผนกรังสีและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาล สกลนคร 3 ปี ย้อนหลัง (2563-2565) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง 891, 1034 และ 1,098 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งแพร่กระจายมากระดูกสันหลัง 52, 98 และ 129 ราย คิดเป็น ร้อยละ 5.8, 9.5 และ 11.8 ปัจจุบัน อัตราการรอดชีวิตที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยมะเร็งปอดร่วมกับอายุขัยโดยเฉลี่ยของประชากรที่สูงขึ้น ทำให้อุบัติการณ์การเกิดภาวะมะเร็งแพร่กระจายมากระดูกสันหลัง (Spinal metastases) เพิ่มขึ้นตามไปด้วย ซึ่งพบมากเป็นอันดับ 3 รองจากการแพร่กระจายไปที่ปอด (Lung metastases) และที่ตับ (Liver metastases) ตามลำดับ หรือคิดเป็น ร้อยละ 20 ของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งแพร่กระจายทั้งหมด จากมะเร็งปอด มะเร็งที่แพร่กระจายมาที่กระดูกทั้งหมดนั้น พบว่ามากกว่า 2 ใน 3 แพร่กระจายมาจาก มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด หรือมะเร็งต่อมลูกหมาก เป็นต้น อาการแสดงส่วนใหญ่ร้อยละ 90-95 ของผู้ป่วย มักจะมาด้วยเรื่องความเจ็บปวด ซึ่งเกิดจากการกดเบียดของก้อนเนื้อภายในกระดูก ทำให้กระตุ้นหน่วยรับความเจ็บปวด (Pain receptor) มากขึ้น หรือ เกิดจากการหักยุบของกระดูกสันหลัง (Pathological fracture) หรืออาจเกิดจากการกด

เบียดรากประสาท (Nerve root compression) และ/หรือ ไชสันหลัง (Spinal cord compression) ทำให้เกิดความเจ็บปวดตามระดับที่เป็นได้ แต่ถ้าอาการปวดมากขึ้นเมื่อลุกนั่งในท่าตรง หรือยืน แล้วทุเลาปวดลงในท่านอน อาจบ่งบอกถึงสภาวะ ความไม่มั่นคง (Mechanical instability) ของกระดูกสันหลัง และถึงแม้จะไม่มีภาวะนี้ ผู้ป่วยอาจมีอาการปวดตอนกลางคืน หรือปวดขณะพักได้ (Night pain or rest pain)

การดำเนินโรค อาจจะมีการกดเบียดไขสันหลัง หรือรากประสาทส่วนปลาย (Cauda equina) เพิ่มมากขึ้น นำไปสู่ภาวะอัมพฤกษ์ อัมพาต (Paraplegia, Tetraplegia, หรือ Cauda equina syndrome) ได้ เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า ภาวะการถูกกดทับรุนแรงของไขสันหลัง (Malignant Epidural Spinal Cord Compression หรือ MESCC) พบได้ 1-5% จากผู้ป่วยมะเร็งแพร่กระจายกระดูกสันหลังทั้งหมด ซึ่งเป็น ข้อบ่งชี้ที่ควรต้องได้รับการรักษาโดยเร็ว¹

การผ่าตัดกระดูกสันหลังเป็นวิธีหนึ่งในการรักษา ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการปวด ป้องกันภาวะลุกลามของการกดทับเส้นประสาทจนทุพพลภาพ และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติ หรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด การผ่าตัดมีหลายวิธี ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรค และความรู้ความสามารถของแพทย์ ที่จะรักษาด้วยการผ่าตัดให้เหมาะสมเป็นรายๆ ไป การผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบ Laminectomy เป็นวิธีการรักษาที่ช่วยขยายช่องโพรงไขสันหลัง เพื่อลดการกดเบียดของเส้นประสาทหรือไขสันหลังลง โดยการยกกระดูก Lamina ที่กดทับออกเพื่อช่วยคลายการกดทับรากประสาท(สถาบันประสาทวิทยา 2560) ทำให้มีอาการปวดหลังและขาตลกลง และแพทย์อาจเพิ่มความแข็งแรงของกระดูกสันหลังโดยการเชื่อมข้อ (Fusion) ด้วยการใส่โลหะยึดตรึงระหว่างกระดูกสันหลัง (Pedicule screw) การผ่าตัดนี้ใช้วิธีให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่ว การจัดทำที่ใช้ในการ



ผ่าตัด คือ ท่านอนคว่ำ³ เพื่อให้ศัลยแพทย์เข้าถึงตำแหน่งผ่าตัดได้ดี แต่การจัดท่านี้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ขณะผ่าตัด จากน้ำหนักผู้ป่วยกดลงบนอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกาย รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นร่วมกับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย หากไม่มีการระมัดระวังหรือป้องกันที่อาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้²

ในต่างประเทศมีรายงานถึงปัจจัยเสี่ยงและการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ซึ่งมีความแตกต่างกัน ทั้งปัจจัยจากโรคเดิมของผู้ป่วยและปัจจัยการผ่าตัด งานวิจัยก่อนหน้านี้พบว่าภาวะแทรกซ้อนจะเพิ่มขึ้นตาม American Society of Anesthesiologist (ASA) class ที่เพิ่มขึ้น ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงพบภาวะแทรกซ้อนภายใน 30 วัน หลังการผ่าตัด ได้ถึงร้อยละ 20 และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ได้แก่ อายุมากกว่า 65 ปี มีการใส่อุปกรณ์ยึดกระดูกสันหลัง การผ่าตัดระดับ Thoracic ระยะเวลาผ่าตัดนาน มีโรคตับ ไต และหัวใจขาดเลือดร่วมด้วย²

โรงพยาบาลสกลนคร เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาด 786 เตียง ให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยได้ครอบคลุมทุกแผนก มีการบูรณาการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ซึ่งรวมถึงการผ่าตัดกระดูกสันหลัง เพื่อรักษาภาวะกระดูกสันหลัง ยุบ เลื่อน เสื่อม ทруд หรือหัก และบรรเทาอาการปวดจากมะเร็งที่มีเพิ่มมากขึ้นทุกปี และเป็นผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนมากขึ้น การผ่าตัดกระดูกสันหลังนี้ เป็นการผ่าตัดใหญ่ที่ต้องอาศัยทีมผ่าตัดที่มีความพร้อม บุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์ รวมถึงการดูแลก่อนและหลังผ่าตัดอย่างเป็นระบบ จึงจะสามารถทำการรักษาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ดังนั้น วิทยาลัยพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างมาก ต้องมีความรู้ ทักษะสูงในการปฏิบัติการพยาบาล ใช้กระบวนการพยาบาลแบบองค์รวม ตั้งแต่ระยะก่อนการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด ขณะระงับความรู้สึกผ่าตัด หลังฟื้นจากการระงับความรู้สึก รวมทั้งหลังผ่าตัด

ที่หอผู้ป่วย เพื่อให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งแพร่กระจายมากระดูกสันหลัง ภายใต้มาตรฐานความปลอดภัยสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการและครอบครัว และให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน สอดคล้องกับนโยบายยุทธศาสตร์ของกรมการแพทย์ และกระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย ข้อวินิจฉัยการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับอก จากมะเร็งแพร่กระจายมากระดูกสันหลัง
2. เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย

วิธีดำเนินการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อเปรียบเทียบกรณีศึกษา (case study) ผู้ป่วย 2 ราย ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับอก จากมะเร็งแพร่กระจายมากระดูกสันหลัง เป็นการดูแลให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดท่านอนคว่ำ ตั้งแต่ระยะก่อน ระยะขณะ และระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังจากมะเร็งแพร่กระจายมากระดูกสันหลัง 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสกลนคร ในปีงบประมาณ 2566

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยทั้งสองราย เพศหญิง วัยผู้ใหญ่ รายแรกมีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง เป็นมา 1 ปี รับประทานยาลดไขมันมาตลอด ไม่เคยขาดยา ได้รับวินิจฉัยว่ามะเร็งเต้านม 2 เดือน ผลชิ้นเนื้อพบว่ามะเร็งแพร่กระจาย ได้รับการรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมน มีผู้ดูแลเป็นสามี และลูกสาววัยทำงาน 2 คนฐานะ

ครอบครัวปานกลาง ผู้ป่วยรายที่สอง ป่วยด้วยโรคเมเร็งปอดได้รับการรักษามานาน 1 ปี ด้วยยาเคมีแบบมุ่งเป้า และรับรังสีร่วมรักษา ครบคอร์ส 5 ครั้ง มีอาการปวดหลัง ตรวจพบมะเร็งแพร่กระจายมากระดูกสันหลังระดับอก มีผู้ดูแล คือสามี ลูกชาย และลูกสาว ครอบครัวมีรายได้ดี ฐานะค่อนข้างดี ผู้ป่วยทั้งสองราย ยังไม่มีอาการแขนขาอ่อนแรง ยังช่วยเหลือตัวเองได้ ทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมอื่นๆ ได้ แต่มีอาการปวด จนกระทบต่อชีวิตประจำวัน บางครั้งต้องพักบ่อยๆ กลางคืนมีอาการนอนไม่หลับเนื่องจากปวดตอนกลางคืนด้วย

ผู้ป่วยทั้งสองรายมีพยาธิสภาพของกระดูกสันหลังระดับอกเสื่อมยุบและหัก จากมะเร็งแพร่กระจายมากระดูกสันหลัง แต่ยังไม่มีการกดเบียดเส้นประสาทไขสันหลัง เนื่องจากสามารถตรวจพบได้ตั้งแต่เบื้องต้น จึงยังไม่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง Motor grade 4-5 all Upper

and all Lower แผนการรักษาคือการผ่าตัด ให้ยาบรรเทาความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย จัดท่าผ่าตัดท่าคว่ำ ประเมินความเสี่ยงทางวิสัญญีจัดประเภทผู้ป่วยทั้งสองรายที่ ASA PS 3 ผู้ป่วยรายแรก ได้รับการผ่าตัดเพื่อเชื่อมยึดกระดูกสันหลังระดับอกด้วยโลหะ PDS ใช้เวลาผ่าตัด 5 ชั่วโมง 30 นาที เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 380 ml. ได้รับเลือด PRC ทดแทน 1 unit ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับอกด้วยการตัดกระดูกลามิना และเชื่อมยึดด้วยโลหะ PDS ใช้เวลาผ่าตัด 4 ชั่วโมง เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 250 ml. หลังผ่าตัด ผู้ป่วยทั้งสองรายปลอดภัยดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง สามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดได้ตามลำดับ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผลและวิเคราะห์
<p>ระยะก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก</p> <p>วินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 : ไม่สุขสบายจากอาการปวดกระดูกสันหลังตั้งแต่ระดับคอถึงเอว ปวดและขาขา 2 ข้าง ปวดมากเมื่อลุกนั่ง ยืน เดิน (กรณีศึกษา รายที่ 1 และรายที่ 2)</p> <p>เป้าหมาย : ผู้ป่วยไม่ปวด ทำกิจวัตรส่วนตัวและกิจกรรรมที่จำเป็นได้ด้วยตัวเอง นอนหลับพักผ่อนได้</p> <p>เกณฑ์การประเมิน : คะแนนความปวด ≤ 3 คะแนน</p>	<p>1. การจัดการความปวดระยะก่อนผ่าตัด โดยการประเมินระดับความปวดด้วย pain score และจัดการความปวด โดยวิธีการให้ยารับประทาน หรือ ยาฉีด ตามแผนการรักษา</p> <p>2. แนะนำการสวมใส่ SOMI brace ก่อนลุกนั่ง ยืน เดิน ในช่วงระยะก่อนถึงวันผ่าตัด</p>	<p>1. ผู้ป่วยทั้งสองราย ให้ความร่วมมือตามแผนการรักษา ลดกิจกรรมและยินยอมสวมใส่กายอุปกรณ์ สามารถประเมินความปวดเป็นคะแนน และใช้สื่อสารกับพยาบาลได้ ทุกเวลา ปวด NRS 3-4 คะแนน ทำกิจวัตรส่วนตัวและกิจกรรรมประจำวันด้วยตัวเองได้ และนอนหลับได้ต่อเนื่อง</p>
<p>วินิจฉัยทางการพยาบาล ที่ 2 : ผู้ป่วยมีความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคเมเร็งปอดแพร่กระจายมากระดูกสันหลัง, การผ่าตัด และการได้รับยาระงับความรู้สึก (กรณีศึกษา รายที่ 1 และรายที่ 2)</p>	<p>เยี่ยมก่อนผ่าตัดล่วงหน้า 1 วัน</p> <p>1. อธิบายให้ข้อมูลพยาธิสภาพของโรค เป้าหมายการรักษาด้วยการผ่าตัดเพื่อประคับประคองอาการ การให้ยาระงับความรู้สึกและการควบคุมความปวดหลังผ่าตัดด้วยตัวผู้ป่วยเอง สามารถให้ยาแก้ปวดได้เพียงพอเหมาะสมกับความต้องการยาแก้ปวดของร่างกายผู้ป่วย</p>	<p>2. ผู้ป่วยทั้งสองราย ผู้ป่วยมีความเข้าใจและยอมรับในภาวะความเจ็บป่วยและแผนการรักษาเพิ่มมากขึ้น คลายความกลัวการดมยาสลบและการปวดหลังผ่าตัด ชักถามจนมีความเข้าใจเรื่องการให้ยาแก้ปวดด้วยตนเอง ผู้ป่วยรายที่ 2 มีประสบการณ์การรักษามะเร็งปอดมานาน 1 ปี เข้าใจแผนการรักษาและยอมรับผลการรักษาที่จะเกิดขึ้น</p>



ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผลและวิเคราะห์
<p>เป้าหมาย : ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลกลัวการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด</p>	<p>2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวซักถามเพิ่มเติมในประเด็นที่ยังไม่เข้าใจ และให้ข้อมูลเพิ่มเติม ทวนสอบการรับรู้ข้อมูลซ้ำจากผู้ป่วยและครอบครัว</p>	
<p>เกณฑ์การประเมิน : 1. ผู้ป่วยมีท่าทางสงบ ผ่อนคลาย ให้ความร่วมมือในการเตรียมความพร้อมต่อการรักษาด้วยการผ่าตัด</p>		
<p>วินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 : ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด (กรณีศึกษา รายที่ 1 และรายที่ 2)</p>	<p>เยี่ยมก่อนผ่าตัดล่วงหน้า 1 วัน 1. ประเมินระดับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา 2. อธิบายให้ข้อมูลพยาธิสภาพของโรค ขั้นตอนการผ่าตัด การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดในประเด็นการไอ ขับเสมหะอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อบริหารปอด เพิ่มประสิทธิภาพการหายใจ ป้องกันภาวะปอดแฟบหลังผ่าตัด 3. ให้ข้อมูลวิธีการให้การ ระงับความรู้สึกและความปลอดภัยที่ผู้ป่วยจะได้รับ ระหว่างการผ่าตัดจนเสร็จผ่าตัดจะได้รับการดูแล จากแพทย์และพยาบาล อย่างใกล้ชิด</p>	<p>ผู้ป่วยทั้งสองรายและญาติสนใจรับฟังคำแนะนำ และมีข้อซักถามในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด แสดงความคิดเห็นและให้ความร่วมมือในการเตรียมความพร้อมสำหรับการระงับความรู้สึกและผ่าตัด</p>
<p>เป้าหมาย : ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการระงับความรู้สึก</p>		
<p>เกณฑ์การประเมิน : หลังให้ข้อมูลผู้ป่วย รับทราบการปฏิบัติตัว ก่อนและหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด และตอบคำถามเกี่ยวกับการเตรียมตัว การปฏิบัติตนก่อนเข้ารับการรักษา ระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง</p>		
<p>ระยะระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึก วินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 : เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนขณะใส่ท่อช่วยหายใจเนื่องจากผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่ปอดจากมะเร็งปอด (กรณีศึกษา รายที่ 2)</p>	<p>1. ตรวจสอบประเมินผู้ป่วยและคาดการณ์ความสำเร็จของการใส่ท่อช่วยหายใจ ปรีกษาและเตรียมทีมช่วยเหลือล่วงหน้า 2. เตรียมอุปกรณ์ในการใส่ท่อช่วยหายใจตามมาตรฐานเบื้องต้น และอุปกรณ์เครื่องมือสำหรับกรณีใส่ท่อหายใจยาก : Video Laryngoscope, Fiber optic endoscope 3. pre oxygenation 3-5 นาที ก่อนใส่ท่อหายใจ 4. ติดตามอุปกรณ์ตรวจวัดค่า EtCO₂ เพื่อยืนยันความถูกต้องของการใส่ท่อหายใจเข้าหลอดลมได้อย่างรวดเร็ว</p>	<p>ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2 มีผล CT scan พบ Atelectasis ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการพร่องออกซิเจน จึงต้องเพิ่มความระมัดระวังในการใส่ท่อหายใจ ซึ่งสามารถใส่ท่อหายใจสำเร็จได้ทั้งสองราย โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องมือที่เตรียมไว้ และไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ทั้งขณะและหลังใส่ท่อหายใจ ผู้ป่วยทั้งสองราย มี SpO₂ 98-100% , EtCO₂ มีค่าเพิ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอและปรากฏเป็นพลาโตกราฟอย่างสมบูรณ์</p>
<p>เป้าหมาย : ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจนขณะและหลังใส่ท่อหายใจ</p>		
<p>เกณฑ์การประเมิน : 1. SpO₂ 98-100% 2. EtCO₂ 30-35 mmHg</p>		
<p>วินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 : เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำท่าเพื่อการผ่าตัด : 1. การเกิดการบาดเจ็บของผิวหนัง กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะใบหน้า</p>	<p>1. เตรียมอุปกรณ์จัดทำวางตามตำแหน่งบนเตียงผ่าตัด และเตรียมอุปกรณ์ช่วยจัดทำอื่น ๆ ให้พร้อมใช้ เตรียมบุคลากรร่วมจัดทำให้เพียงพอ ให้มีประจำตำแหน่ง ซักซ้อมทำความเข้าใจให้พร้อมก่อนจัดทำท่า</p>	<p>1. ผู้ป่วยรายแรก ตรวจพบรอยกดทับที่ริมฝีปากมุมขวาบน เป็นตำแหน่งท่อหายใจ ปากบวมเล็กน้อย 2. ผู้ป่วยทั้งสองราย Motor grade 4-5 all Upper and all Lower</p>

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผลและวิเคราะห์
<p>2. การบาดเจ็บของเส้นประสาทร่างแหส่วนแขน</p> <p>3. การเกิดภาวะตามองไม่เห็น หรือตาบอดแบบชั่วคราว (Post Operative Visual Loss : POVL) (กรณีศึกษาครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2)</p>	<p>2. หลังใส่ท่อหายใจผู้ป่วยบนเปลนอน ดูแลจัดร่างกายผู้ป่วยให้อยู่ตรงแนวเดียวกัน แขนแนบลำตัว ขาชิด</p> <p>3. ดูดเสมหะ น้ำลายในปากให้หมด</p> <p>4. ดูแลตรวจสอบการปลดสาย monitor และสายน้ำเกลือแบบระวังการปนเปื้อน และเก็บสายบางส่วนติดตัวผู้ป่วยให้เรียบร้อย ไม่เป็นอุปสรรคขณะจัดทำ และให้เกิดความราบรื่นในการต่อกลับหลังจัดทำแล้ว</p> <p>5. เมื่อทุกอย่างพร้อม ปลดวงจรยาสลบออกและให้สัญญาณกับทีมก่อนว่าผู้ป่วยลงเตียงผ่าตัดแบบ Log Roll และตรวจสอบตำแหน่งของท่อหายใจ ไม่ให้ถูกกดทับ</p> <p>6. ต่อดวงจรยาสลบ สายน้ำเกลือ และสาย monitor ต่างๆ กลับคืนโดยทันที ตรวจสอบสัญญาณชีพผู้ป่วย, ฟังเสียงลมหายใจเข้าออกเพื่อตำแหน่งท่อหายใจ ไม่เลื่อนตื้นหรือลึกเกินไป ตั้งค่าการทำงานของเครื่องดมยาสลบ ตรวจสอบไม่ให้เกิดการหัก พับ งอของสายน้ำเกลือ สายสวนปัสสาวะ สายมอนิเตอร์ต่างๆ</p> <p>7. ตรวจสอบไม่ให้เกิดการกดทับบริเวณตา ริมฝีปาก ใบหู ดูแลจัดหน้าอกให้อยู่ตรงกลางหรือด้านข้าง ไม่ให้กดทับหน้าอก และบริเวณท้อง ความดันในท่อทางเดินหายใจสูง และ กดทับหลอดเลือดดำใหญ่ในช่องท้องทำให้หลอดเลือดดำที่อยู่บริเวณดูรา พองขยายเพิ่มการเสียเลือดและบดบังตำแหน่งการผ่าตัด</p> <p>8. ดูแลไม่ให้ความดันเลือดต่ำหรือซีดอยู่นาน ไม่ให้สารน้ำ crystalloid มากเกินไปจนทำให้รอบ ๆ ดวงตาบวม ยกศีรษะค้างไว้ 2-3 นาที ทุก 1 ชั่วโมง</p>	<p>3. ผู้ป่วยทั้งสอง มีการมองเห็นชัดเจนปกติเหมือนก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดไม่มีท่อหลุด หัก พับ งอ อุดกั้นใดๆ</p>
<p>เป้าหมาย : ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำ</p>		
<p>เกณฑ์การประเมิน :</p> <p>1. ไม่เกิดรอยกดทับ แผลกดทับของผิวหนัง กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ โดยเฉพาะบริเวณใบหน้า</p> <p>2. ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับ motor power และ Muscle strength มากกว่า 2 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนผ่าตัด</p> <p>3. ไม่เกิดภาวะตามองไม่เห็น หรือตาบอดชั่วคราวหลังผ่าตัด</p> <p>4. ท่อดวงจรดมยาสลบ และสายต่างๆ ไม่เลื่อน หลุด หัก พับ งอ</p>		
<p>วินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 : เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องเลือดและสารน้ำจากการสูญเสียเลือดปริมาณมากขณะผ่าตัดกระดูกสันหลังมากกว่า 3 ระดับ (กรณีศึกษาครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2)</p>	<p>1. ประเมินความเสี่ยงต่อการสูญเสียเลือดของการผ่าตัดมะเร็งกระดูกสันหลัง มากกว่า 3 ระดับ และคำนวณปริมาณเลือดที่ยอมให้สูญเสียได้ก่อนทดแทนด้วยเลือดในผู้ป่วยทั้งสองราย</p> <p>2. ตรวจสอบการเตรียมเลือด กรณีศึกษาที่ 1 จองเลือด PRC 3 unit ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 จองเลือด PRC 3 unit, FFP 2 unit ตรวจสอบความพร้อมใช้ เพื่อสามารถใช้ได้ทันทีที่จำเป็นเหมาะสม</p> <p>3. เปิดหลอดเลือดดำ ขนาดเบอร์ 16 หรือ 18 เพิ่ม 2 เส้น หรือ พิจารณาเปิด หลอดเลือดดำใหญ่ เพื่อชดเชยสารน้ำและเลือดได้ทันทีทั้งที่</p>	<p>ผู้ป่วยทั้งสองราย ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังจำนวน 5 ระดับ เท่ากัน แต่ทำหัตถการต่างกัน รายที่ 1 ผ่าตัดเชื่อมยึดกระดูกสันหลังระดับอก ด้วยโลหะ PDS รายที่สอง ตัดกระดูกส่วนลามินาออกและเชื่อมยึดด้วยโลหะ PDS ระยะเวลาผ่าตัดรายแรกมากกว่า (5 ชั่วโมง 30 นาที กับ 4 ชั่วโมง) สูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัดมากกว่า (380 cc. กับ 250 cc.) แต่ผู้ป่วยรายแรกมีภาวะซีดร่วมด้วย ร่างกายจึงทนต่อการสูญเสียเลือดได้น้อยกว่า ระหว่างผ่าตัดได้รับเลือดทดแทน จึง ไม่เกิดภาวะพร่องน้ำ สัญญาณชีพระหว่างผ่าตัด : ความดันโลหิต 90/60-120/70 mmHg ชีพจร 68-88 ครั้ง/นาที และค่า Hct. ขณะผ่าตัด</p>
<p>เป้าหมาย : ไม่เกิดภาวะพร่องเลือดและสารน้ำขณะผ่าตัด</p>		
<p>เกณฑ์การประเมินผล :</p> <p>1. ได้รับสารน้ำและเลือด เพียงพอ</p> <p>2. สัญญาณชีพปกติ : BP 90/60-120/80 mmHg P 60-100 ครั้งต่อ นาที RR 12-18 ครั้ง/นาที</p>		



ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผลและวิเคราะห์
3. ค่าฮีมาโตคริต อยู่ในระดับปกติ 36-44 vol% Hb 12-15 mg./dl 4. สารน้ำเข้าออกสมดุลกัน urine output 0.5 ml./kg./Hr	4. ให้ยาเพิ่มความดันเลือดเมื่อพบภาวะความดันเลือดต่ำตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา 5. ติดตามเฝ้าระวังสัญญาณชีพและบันทึกทุก 5 นาที 6. ประเมินและดูแลการให้สารน้ำระหว่างการผ่าตัดเพียงพอ ร่วมกับติดตามค่า Hct. หรือ Hb 7. เฝ้าติดตามการผ่าตัดอย่างใกล้ชิด เพื่อทราบขั้นตอนการผ่าตัดและประเมินการสูญเสียเลือดและเตรียมการในการให้เลือดและสารน้ำทดแทนได้เหมาะสม 8. สรุปลงบันทึกปริมาณสารน้ำเข้า/ออกทุก 1 ชั่วโมง	≤ 28-30 vol% อยู่ในค่าปกติตามเกณฑ์ทั้งสองราย
วินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 : เสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia) ขณะผ่าตัดจากการให้ยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัดเป็นเวลานาน (กรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2)	1. ประเมินอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยขณะอยู่ห้องรอผ่าตัด + Pre warming ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย ผู้ป่วยก่อนนำสลบ 2. หลังนำสลบและใส่หายใจ Monitor Body Temperature บันทึกอุณหภูมิของร่างกายทุก 15 นาที ตรวจวัด อุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยไม่ให้ต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส 3. ดูแลให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายผู้ป่วยขณะผ่าตัดโดยคลุมผ้าห่มอุ่นด้วยเครื่องเป่าลมร้อนตั้งอุณหภูมิเครื่องเริ่มต้นที่ 43 องศาเมื่ออุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยสูงขึ้น มากกว่าเท่ากับ 36 จึงปรับตั้งค่าเครื่องลงมา ที่ 38 องศาเซลเซียส 4. ให้สารน้ำและเลือดที่อุ่นแก่ผู้ป่วย อุณหภูมิที่อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส 5. ปรับอุณหภูมิห้องที่เหมาะสม 20-22 องศาเซลเซียส ไม่ต่ำกว่า 20 องศา 6. เฝ้าระวังอาการแสดงที่เกิดจากภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำของผู้ป่วย เช่น ภาวะพร่องออกซิเจน และหัวใจเต้นผิดปกติ 7. ดูแลเช็ดร่างกาย ผู้ป่วยหลังเสร็จผ่าตัดด้วยผ้าชุบน้ำอุ่น ห่มผ้าห่มอุ่น ปรับอุณหภูมิห้องมากกว่า 25 องศา	1. การผ่าตัดกระดูกสันหลัง ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนาน (5 ชั่วโมง 30 นาที / 4 ชั่วโมง) ผู้ป่วยต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีความเย็นเป็นเวลานาน มีการถ่ายเทอุณหภูมิร่างกายจากการเสียเลือด การถ่ายเทของเหลวและไอระเหยจากร่างกาย ทำให้อุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยลดต่ำลง จากกิจกรรมการพยาบาลระบบดูแลทดแทนทั้งหมด ผู้ป่วยทั้งสองรายมีอุณหภูมิร่างกาย อยู่ในเกณฑ์ปกติตลอดการผ่าตัด 36.0-36.3 องศาเซลเซียส 2. วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงจากปลายนิ้ว 99-100%
เป้าหมาย : อุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยอยู่ใน ภาวะปกติ ผู้ป่วยไม่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ		
เกณฑ์การประเมินผล : 1. อุณหภูมิร่างกาย ไม่ต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส 2. วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงจากปลายนิ้ว >95% 3. ไม่มีอาการสั่น ปลายมือ ปลายเท้าไม่เย็น สีไม่คล้ำ		ปลายมือ ปลายเท้าไม่เขียว เย็นเล็กน้อย อุณหภูมิห้อง 21 องศาเซลเซียส
วินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 : เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน (Pulmonary Embolism : PE, Deep Vein Thrombosis : DVT) จากการผ่าตัดท่าคว่ำ ผ่าตัดนานเกิน 3 ชั่วโมง (กรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2)	1. ดูแลใส่อุปกรณ์บีบรัดกล้ามเนื้อที่ขาเป็นระยะๆ intermittent pneumatic compression ให้ผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนของเลือด ลดการคั่งของเลือดที่ขาตลอดระยะเวลา 2. สังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ขณะที่ได้รับยาระงับความรู้สึกจะปรากฏอาการแสดงทางระบบไหลเวียนเลือดร่วมกับภาวะเลือดขาด	ผู้ป่วยทั้งสองรายไม่มีอาการของภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน ฟังเสียงลมในปอดได้ปกติ ผู้ป่วยรายที่สอง มี Decrease Breath sound ของปอดข้างซ้าย ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดยังเสียงเบาเท่าเดิม
เป้าหมาย :		

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผลและวิเคราะห์
<p>ไม่เกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน (Pulmonary Embolism : PE, Deep Vein Thrombosis : DVT)</p> <p>เกณฑ์การประเมิน :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ฟังเสียงลมในปอด ปกติ ไม่มีเสียง wheeze หรือ mill-wheel murmur 2. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงจากปลายนิ้ว (SpO₂) >95% 3. ค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก (EtCO₂) 30-35 mmHg. 4. สัญญาณชีพอยู่ในระดับปกติ (อุณหภูมิ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 12-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120-130/80-85 มิลลิเมตรปรอท) 5. คลำชีพจรได้ชัดเจน หลังเท้า ข้อพับ เข่า ขาหนีบ (Dorsalis pedis vein, Popliteal vein, Femoral vein) 6. ไม่เกิดอาการ บวม แดง ร้อน ที่ขาทั้งสองข้าง 	<p>ออกซิเจน ในรายที่มีปริมาณ emboli ไม่มาก หลุดไปอุดตันหลอดเลือดปอด จะปรากฏอาการของหลอดเลือดบีบเกร็ง ฟังปอดได้ยินเสียง wheeze และถ้าเป็น air embolism จะฟังเสียงหัวใจได้ยิน เสียง mil-wheel murmur</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.ดูแลวัดสัญญาณชีพทุก 3-5 นาที ตลอดระยะเวลาระหว่างการผ่าตัด 4.ดูแลสังเกตระดับของค่า EtCO₂ ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 30 - 35 mmHg. 5. ประเมินและติดตามอาการของการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเปลี่ยนท่านอนหายใจเมื่อเสร็จการผ่าตัด โดยเฉพาะการผ่าตัดที่ใช้เวลานาน มากกว่า 3 ชั่วโมง ได้แก่ วัดความดันเลือดทันที สังเกตกราฟ และอ่านค่า EtCo₂ ฟังเสียงลมหายใจในปอดทั้งสองข้าง 6. สังเกตอาการบวมตึง อุณหภูมิ สีผิว คลำชีพจรบริเวณหลังเท้าทั้ง 2 ข้าง ก่อนผ่าตัด เพื่อเป็นข้อมูลเปรียบเทียบกับหลังผ่าตัด 	<p>คลำชีพจรได้ชัดเจน ไม่แตกต่างจากก่อนผ่าตัด เมื่อหายใจ ผป. ก่อนส่งออกห้องพักฟื้น</p>
<p>ระยะหลังการให้ยาระงับความรู้สึก</p> <p>วินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 : .</p> <p>ไม่สุขสบายจากปวดแผลผ่าตัด (กรณีศึกษาครั้งที่1 และครั้งที่2)</p> <p>เป้าหมาย :</p> <p>ปวดลดลงจากเดิม สีหน้าสุขสบาย นอนหลับพักผ่อนได้</p> <p>เกณฑ์การประเมิน :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Pain score น้อยกว่า 4 คะแนน 2. ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ สีหน้าสดชื่น อารมณ์แจ่มใสขึ้น 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดผ่านเครื่อง PCA ตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง สามารถบำบัดอาการปวดของผู้ป่วยได้ 2. ประเมิน Sedation score และอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด ได้แก่ หายใจช้า คลื่นไส้ อาเจียน 3. ติดตามอาการผู้ป่วย โดยพิจารณาจากคะแนนความปวดขณะพัก (at rest) , ขณะเคลื่อนไหวร่างกาย(at activity), Sedation score , ปริมาณยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับและอาการข้างเคียงของยา ร่วมกับการนอนหลับพักผ่อน และกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำได้ เพื่อให้การดูแลได้ถูกต้องเหมาะสม ผู้ป่วยสามารถมี ambulation ได้ 	<p>ผู้ป่วยทั้งสองราย สามารถให้ยาแก้ปวด ผ่านเครื่อง PCA ด้วยตัวเองได้อย่างเหมาะสม ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการข้างเคียง</p> <p>ผู้ป่วยรายแรก ได้รับยา MO ผ่านเครื่อง PCA เป็นเวลา 2 วันหลังผ่าตัด สามารถหยุดใช้เครื่องได้ในวันที่ 3 Pain score 3 คะแนน สามารถลุกนั่ง ยืน ได้ในวันที่สอง ลูกเดินเข้าห้องน้ำได้ Sedation score 0 คะแนน ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ สีหน้าสดชื่นขึ้นมากกว่าหลังผ่าตัดวันแรก</p> <p>ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับยา MO ผ่านเครื่อง PCA เป็นเวลา 2 วันหลังหลังผ่าตัด สามารถหยุดใช้เครื่องได้ในวันที่ 3 Pain score 3 คะแนน สามารถลุกนั่ง ยืน ได้ในวันที่สาม ลูกเดินเข้าห้องน้ำได้ในวันที่ 4 ผู้ป่วยรายนี้ได้รับยา MST เป็นยาแก้ปวดมาช่วงระยะเวลาหนึ่งก่อนผ่าตัด จึงมีความต้องการยาแก้ปวดหลังผ่าตัดในปริมาณมากกว่า และมีความต้องการการดูแลมากกว่าผู้ป่วยรายแรก Sedation score 1 คะแนน นอนหลับ พักผ่อนได้ สีหน้าสดชื่นขึ้นตามลำดับ</p>
<p>วินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 :</p> <p>เสี่ยงต่อการเกิดพร่องออกซิเจนจากทางเดินหายใจอุดกั้น Tissue hypoxia</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาที ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น 	<p>ผล CT Chest ของผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 พบ Atelectasis ก่อนผ่าตัด จึงดูแลให้ Oxygen</p>



ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผลและวิเคราะห์
จาก Lung atelectasis ของผู้ป่วยรายที่ 2 (กรณีศึกษา รายที่ 2)	2. สังเกตและประเมินภาวะขาดออกซิเจน ได้แก่ หายใจหอบ เหนื่อย ซีพจรเร็ว 3. ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา	mask c Bag 10 L/M ตั้งแต่ระยะหลังผ่าตัดที่ห้องพักรักษาตัว ไปจนถึงตอนที่อยู่ที่ผู้ป่วย หลังผ่าตัดวันที่ 2 ได้รับ Oxygen Cannula 3 L/M วันต่อมาหายใจไม่หอบ สามารถหายใจ Room air ได้อย่างปกติ SpO ₂ Room air 96% ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ไม่มีภาวะนี้
เป้าหมาย : ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน		
เกณฑ์การประเมิน : SpO ₂ >95%		
วินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 : เสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ลังพันจากยาระงับความรู้สึก (กรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2)	1. รักษาอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยด้วยผ้าห่มอุ่นไฟฟ้า 2. ให้สารน้ำที่อุ่น 3. ติดตามวัดอุณหภูมิ ร่างกาย 4. ประเมินระดับ shivering หากมากกว่าเท่ากับระดับ 3 ให้ออกซิเจน และพิจารณาให้ยาบรรเทาตามแผนการรักษาเพื่อแก้ไขอาการ	ผู้ป่วยทั้งสองรายไม่มีอาการหนาวสั่น มีเพียงตัวเย็น อุณหภูมิร่างกาย 36.0 องศาเซลเซียส ค่า SpO ₂ 99-100% ห่มผ้า และ keep warm ด้วยผ้าห่มอุ่นไฟฟ้า ก็สามารถควบคุมอุณหภูมิร่างกายได้ดีแล้ว
เป้าหมาย : อุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยอยู่ในค่าปกติ		
เกณฑ์การประเมิน : 1. อุณหภูมิร่างกาย $\geq 36^{\circ}\text{C}$ 2. SpO ₂ > 95% 3. ไม่มีอาการสั่น		
วินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 : ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว หลังผ่าตัดเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (กรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2)	1. ประเมินและเสริมความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองตอนเองภายหลังการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก 2. ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่สอดคล้องแผนการรักษาของแพทย์ แผนการดูแลของนักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด เช่น การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การขับถ่าย การออกกำลังกาย การนึ่ง การเดิน หลีกเลียง การนึ่งหรือเคลื่อนไหวในท่าที่จะเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ หกล้ม เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะกระดูกเสื่อมจากมะเร็งแพร่กระจาย	ผู้ป่วยทั้งสองและญาติ สนใจซักถาม จนมีความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ข้อควรระวัง เมื่อต้องกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน ตอบกลับข้อซักถามได้ถูกต้อง มีสีหน้าคลายความวิตกกังวลลง ผู้ดูแลของผู้ป่วยรายที่ 2 มีพื้นฐานความรู้เดิมอยู่บ้างในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา และได้ให้ความสนใจในการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดเป็นอย่างดี ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น อมยิ้มอย่างมีความสุข
เป้าหมาย : ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการ ปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และการระงับความรู้สึกเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน		
เกณฑ์การประเมิน : 1. ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ตอบข้อซักถามได้ถูกต้อง มีสีหน้าวิตกกังวลลดลง		

สรุปและอภิปรายผล

ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม⁷ ผู้ป่วยทั้งสองรายมีความพร้อมในการดูแลตนเอง ทั้งในเรื่องการจัดการความปวด ความวิตกกังวลและการขาดความรู้ การวางแผนการพยาบาล ใช้ระบบการพยาบาล แบบทดแทนบางส่วนและระบบสนับสนุนและให้ความรู้ โดย : พยาบาลสอนประเมินความปวด, บริหารยาแก้ปวด, จัดสิ่งแวดล้อมให้พักผ่อนได้ สอนและแนะนำเกี่ยวกับโรค การรักษา การผ่าตัด การระงับ

ความรู้สึก การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด : ผู้ป่วยสวมกายอุปกรณ์ ลดกิจกรรมที่ไม่จำเป็น³ ทำความเข้าใจเรื่องโรคและแผนการรักษา รับฟังคำแนะนำและศึกษาการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเพิ่มเติมจากสื่อที่พยาบาลมอบให้ ทำให้มีความเข้าใจมากขึ้น สามารถลดความวิตกกังวลลงได้ระดับหนึ่ง ทุกเวลาปวดนอนหลับพักผ่อนได้ต่อเนื่องนานขึ้นกว่าเดิมเล็กน้อย

ระยะระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึก :
ตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม⁷ ในระยะระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึกนี้ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีความพร้อมในการดูแลตนเองทั้งหมด เนื่องจากผู้ป่วยหมดสติจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ไม่มีความสามารถในการดูแลตนเอง ต้องการการดูแลด้วยการพยาบาลระบบทดแทนทั้งหมดจนถึงสิ้นสุดระยะนี้ วิชาสูติพยาบาลให้การพยาบาลด้วยวิธีกระทำและกระทำแทนผู้ป่วยเพื่อคงไว้ซึ่งความปลอดภัยของชีวิต ดูแลตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจที่เหมาะสมทดแทนการหายใจเองของผู้ป่วย ดูแลจัดทำผ้าตัด จัดระเบียบร่างกายผู้ป่วยให้เหมาะสมกับการผ่าตัดกระดูกสันหลังท่าคว่ำ ไม่ให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดูแลการให้ยาทางวิสัญญีเพื่อรักษาระดับความรู้สึกของการระงับความรู้สึกให้เหมาะสมต่อการผ่าตัด ดูแลปกป้องอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยป้องกันการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำจากการผ่าตัดระยะเวลานาน ดูแลทดแทนสารน้ำและเลือดเพื่อป้องกันภาวะช็อคจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด ดูแลป้องกันความเสี่ยง

จากการผ่าตัดกระดูกสันหลังและการระงับความรู้สึก ดูแลติดตามอาการอย่างใกล้ชิดประเมินอาการ ประคับประคองและปกป้องจากอันตรายต่างๆ และช่วยเหลือได้ทันทีก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ⁵

ระยะหลังการให้ยาระงับความรู้สึก : ตามทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม⁷ ระยะนี้ ผู้ป่วยทั้งสองรายมีความต้องการการดูแลแบบบางส่วน ระบบการพยาบาลเป็นแบบทดแทนบางส่วน และระบบสนับสนุนและให้ความรู้ พยาบาลให้การดูแลป้องกันภาวะพร่องออกซิเจนหลังฟื้นจากการระงับความรู้สึก ดูแลปกป้องไม่ให้เกิดภาวะหนาวสั่นจากอุณหภูมิร่างกายต่ำ ดูแลให้ผู้ป่วยทุเลาปวดแผลผ่าตัด และผู้ป่วยร่วมดูแลตนเองด้วยการประเมินความปวดและใช้เครื่องจ่ายยาแก้ปวดด้วยตนเอง (PCA) ทำให้ผู้ป่วยได้ยาที่เหมาะสมกับความต้องการและความจำเป็น สามารถมี Early ambulation ได้ ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน และมีความพร้อมจำหน่ายกลับบ้านได้ในวันที่ 3-4 หลังผ่าตัด⁴

เอกสารอ้างอิง

1. มานี รักษาเกียรติศักดิ์ และอริศรา เอี่ยมอรุณ. (2560). การระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง. Anesthesia for spine surgery. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศิริราช.
2. บุศรา ศิริวันสาธิต, พิทยา ไวทยะวิญญู และปฏิภาณ ตุ่มทอง. (2560). Anesthesia and Perioperative care. บริษัท พี. เอ. ลีฟวิง จำกัด.
3. มานี รักษาเกียรติศักดิ์, นรุตม์ เรือนอนุกุล, พรพรรณ เฉลิมกิจพานิชย์ และวิริยะ หอมหวาน. (2566). วิสัญญีตามสมัย เล่ม 1 : update in Anesthesia 1. กรุงเทพฯ: บริษัท พี. เอ. ลีฟวิง จำกัด.
4. อัญชลี ยศกรณ. การเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังในสถาบันประสาทวิทยา. วชิรสารการพยาบาล. 2564.; ปีที่ 23 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2564 : หน้า 44-56
5. วรัท ทรรคนะวิภาส. (บรรณาธิการ). (2557). The Textbook of spine by SST Volume 1: ตำรากระดูกสันหลัง. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย.
6. อนุสรรา สงทอ. การฉายรังสีร่วมทีกัด ในโรคมะเร็งแพร่กระจายมายังกระดูกสันหลัง Stereotactic Body Radiotherapy (SBRT) for spinal metastases. มะเร็งวิวัฒน์ วารสารสมาคมรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย. 2558; ปีที่ 21 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2558 : หน้า 62-90
7. ศิริวิญญู สุวิทยะศิริและวรายศ ตรารัฐิพันธ์. แนวทางการตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาระบบของกระดูกในผู้ป่วยมะเร็งแพร่กระจายกระดูกสันหลัง: บทความปริทัศน์. The Journal of Chulabhorn Royal Academy. 2022; 4(2): 70-77