

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งไตที่มีภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่แข็งตัวและได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเพื่อ ผ่าตัดไตโดยการส่องกล้อง (Laparoscopic radical nephrectomy) :กรณีศึกษา

Nursing care of kidney cancer patients who have atherosclerosis and are receiving general
anesthesia for endoscopic kidney surgery. (Laparoscopic radical nephrectomy) :case study

(Received: June 6,2024 ; Revised: June 12,2024 ; Accepted: June 13,2024)

นันทพร พิษพิสุทธิ์¹

Nantaporn peutpisut¹

บทคัดย่อ

กรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์: เพื่อนำแนวคิดแบบแผนสุขภาพตามทฤษฎีทางการพยาบาลของกอร์ดอน และทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม มาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งไตที่มีภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่แข็งตัวและได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเพื่อผ่าตัดไตโดยการส่องกล้อง (Laparoscopic radical nephrectomy) วิธีการศึกษา: ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งไตและได้รับการผ่าตัดไตโดยการส่องกล้อง จำนวน 1 ราย ที่เข้ารับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า เครื่องมือที่ใช้เป็นเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยการศึกษาข้อมูลทั่วไป ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล ในระยะก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก ระยะขณะได้รับยาระงับความรู้สึก ระยะฟื้นจากการให้ยาระงับความรู้สึก และระยะหลังได้รับยาระงับความรู้สึก

ผลการศึกษา พบว่า ระยะก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยมีปัญหาไม่สบายจากการปวดจุกบริเวณชายโครงด้านซ้ายร้าวไปเอวด้านหลัง และวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด ระยะขณะได้รับยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ ภาวะคุกคามชีวิต หากมีการบาดเจ็บในช่องท้อง และช่องเยื่อหุ้มปอด ระยะฟื้นจากการให้ยาระงับความรู้สึกเสี่ยงต่อภาวะหายใจลำบาก พร่องออกซิเจน และอาจต้องใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ ในระยะหลังได้รับยาระงับความรู้สึก พบว่า ผู้ป่วยไม่สบายจากการปวดแผล เสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่องท้อง และผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งปัญหาและความเสี่ยงทุกอย่างได้รับการดูแลแก้ไข การทำผ่าตัดราบรื่นดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเป็นลำดับ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ และนัดตรวจหลังจำหน่ายกลับบ้าน 2 สัปดาห์ รวมเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 9 วัน

คำสำคัญ: มะเร็งไต, ภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่แข็งตัว, ผ่าตัดไตโดยการส่องกล้อง

Abstract

The case study analysis here aims to applying the concept and healthcare practices based on Gordon's nursing theory and Orem's nursing theory to the nursing care of patient with kidney cancer, who have atherosclerosis aorta and receiving the general anesthesia for the laparoscopic radical nephrectomy. The method is the investigation of a case that admitted to the male surgical ward of Somdetpraputthalerdla hospital and had undergone the laparoscopic radical nephrectomy. The internal patient medical record was used as a tool for investigating general information, nursing diagnosis, nursing outcome. The results were carried out from the datasets that recorded before medication, during medication, recovering medication, and after medication of anesthesia drug.

The results revealed that the patient had discomfort pain in the left side of his ribcage radiating to the back of his waist before receiving the anesthesia, as well as anxiety about the surgery. If there is an injury in the pleural space during anesthesia medication, a patient was at risk to the key complications which is the life-threatening condition. There are also risks during the recovery period, including breathing difficulties, oxygen depletion, and the re-intubation may needed. Post anesthesia, a patient was discomfort able from the wound pain, risk to infection in the abdominal cavity, and he lacks the knowledge in selfcare practices at home. However, these concerns and risks were taken and solved. The surgery went smoothly without any complications; therefore, a patient was gradually

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (วิสัญญีพยาบาล) โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

improved and allowed to returning home. He was appointed the 2 weeks later to follow up. In total, he was treated at the hospital for 9 days.

Keywords: Kidney cancer, Atherosclerosis aorta, Laparoscopic radical nephrectomy

บทนำ

“โรคมะเร็ง” เป็นโรคที่มีความร้ายแรงถึงแก่ชีวิต จากการรายงานข้อมูลล่าสุดของสถาบันมะเร็งแห่งชาติปี พ.ศ. 2566 มะเร็งยังเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆของคนไทย¹ โรคมะเร็งไต พบเป็นประมาณร้อยละ 3 - 6 ของโรคมะเร็งทั้งหมด และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากเป็นอันดับ 1 ในระบบทางเดินปัสสาวะ² ในประเทศไทย พบมากเป็นอันดับที่ 22 ของมะเร็งทั้งหมด โดยพบผู้ป่วยมะเร็งไต 1.6 รายต่อประชากรแสนคน อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งไตมีมากกว่า 430,000 คน ทั่วโลกต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี³ เป็นเนื้องอกร้ายที่เกิดขึ้นบริเวณเยื่อหุ้มของ uriniferous tubule ซึ่งเป็นท่อเล็กๆ มีหน้าที่นำน้ำปัสสาวะไหลลงสู่กรวยไต มักพบเกิดเพียงข้างเดียวของไต โอกาสเกิดในไตซ้ายและในไตขวาใกล้เคียงกัน แต่พบได้ทั้งสองข้างประมาณร้อยละ 2-5 การพยากรณ์โรค ร้อยละ 70-80 มีการแพร่กระจายสูง พบในผู้ชายมากกว่าในผู้หญิง 2 เท่า ในช่วงอายุ 55-60 ปี⁴ โดยสามารถค่อยๆ ลูกกลมเข้าเนื้อเยื่อกับอวัยวะที่อยู่ใกล้เคียง “มะเร็งไต” พบได้ไม่มากเมื่อเทียบกับมะเร็งอื่นๆ แต่ก็มีอันตรายร้ายแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ และพบว่าหลังได้รับการรักษาโดยผ่าตัดไตออกไปแล้วจะมีอัตราการอยู่รอด 5 ปี ร้อยละ 35-40 อัตราการอยู่รอด 10 ปี ร้อยละ 17-30 การวินิจฉัยโรคมะเร็งไตอาจทำได้ยากเมื่อเกิดการลูกกลมของจุดเกิดโรคหลังจากการผ่าตัดมะเร็งไตไปแล้ว 20-30 ปี หรือนานกว่านั้น⁴

การผ่าตัดด้วยการส่องกล้อง (Laparoscopic surgery)⁵ ในระบบทางเดินปัสสาวะได้มีการพัฒนาเริ่มตั้งแต่ปี ค.ศ.1991 สามารถทำการผ่าตัดส่องกล้องเพื่อตัดไตออกได้สำเร็จ แนวโน้มการผ่าตัดด้วยการส่องกล้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สามารถทำการผ่าตัดที่ซับซ้อนผ่านการส่องกล้อง พร้อมผลสำเร็จการผ่าตัดที่สูง การส่องกล้องผ่าตัดจึงเป็นการรักษาทางการแพทย์ที่ถูกนำมาใช้กับผู้ป่วย ปัจจุบัน

กรมการแพทย์ได้พัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ และการผ่าตัดแผลเล็ก (ODS & MIS) อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ.2561-ปัจจุบัน เพื่อพัฒนาระบบบริการให้ประชาชนได้รับการบริการที่ปลอดภัย มีคุณภาพมาตรฐาน ลดความแออัดในสถานบริการ ลดระยะเวลารอคอย และลดค่าใช้จ่าย Laparoscopic radical nephrectomy เป็นหัตถการที่จัดอยู่ในการผ่าตัดแผลเล็กมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรคแผลผ่าตัดเล็ก การทำลายเนื้อเยื่อ และอาการปวดแผลหลังการผ่าตัดน้อย สามารถฟื้นตัวกลับไปทำงาน และใช้ชีวิตประจำวันได้เร็วขึ้น ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลน้อยลงเมื่อเทียบกับการผ่าตัดแบบปกติ หรือการผ่าตัดแบบเปิดแผล (Open surgery) จึงเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายให้ทั้งผู้ป่วย ญาติ และโรงพยาบาลได้

Atherosclerosis aorta หรือ ภาวะโรคหลอดเลือดแดงใหญ่แข็งตัว เป็นการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดชั้นในที่หนาตัวขึ้นเรื่อยๆ โดยมีไขมันหรือแคลเซียมไปสะสมก่อตัวขึ้นจนทำให้หลอดเลือดแดงอีกเสบ แข็ง หรือตีบตัน ส่งผลให้เลือดนำออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อบริเวณใกล้เคียงไม่เพียงพอ มีผลกระทบต่ออวัยวะส่วนต่างๆ หากหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง ปริแตกจะทำให้เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ผู้ป่วยที่มีภาวะดังกล่าว จึงจำเป็นต้องให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่างระมัดระวัง เพื่อลดภาวะภาวะแทรกซ้อนที่วิกฤตรุนแรงเมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการผ่าตัด

จากการศึกษา และรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ได้มีการผ่าตัดผู้ป่วยไตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง Laparoscopic nephrectomy ตั้งแต่ปี พ.ศ.2562-2566 มีผู้จำนวนป่วย 2, 1, 0, 2 และ 1 ราย รวมได้รับการผ่าตัดทั้งหมด 6 ราย จากยอดผู้มารับบริการระจับความรู้สึก 3,574, 3,664, 3,265, 3,721 และ 4,080 รายตามลำดับ⁶ การผ่าตัดไตด้วยการส่องกล้อง

ยังเป็นวิธีการที่ซับซ้อน ใช้เวลาในการผ่าตัดเป็นเวลานานเฉลี่ย 8.27 ชั่วโมง/ราย ศัลยแพทย์ต้องมีความชำนาญในใช้เครื่องมือ และบทบาทวิสัญญีพยาบาลในการระงับความรู้สึก การดูแลผู้ป่วยทั้งก่อน ขณะและหลังการผ่าตัด จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด^{7,8} ต้องมีความรู้ความชำนาญในการให้ยาระงับความรู้สึก มีทักษะทางคลินิก มีความรู้ด้านพยาธิสรีรวิทยา การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นระหว่างผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่มีความเฉพาะสำหรับการผ่าตัด มีความตระหนักรู้ถึงความสำคัญของสถานการณ์ การตัดสินใจที่ถูกต้องในการป้องกัน แก้ไขภาวะวิกฤต⁹ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตลอดระยะเวลาการให้ยาระงับความรู้สึก¹⁰ เพื่อให้การผ่าตัดสามารถดำเนินไปได้อย่างราบรื่น ผู้ป่วยปลอดภัย รวมทั้งเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด ผู้ศึกษาจึงใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลและกระบวนการพยาบาล¹¹ มาเป็นแนวทางปฏิบัติแบบองค์รวมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งไตที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป เพื่อผ่าตัดไตโดยการส่องกล้อง (Laparoscopic radical nephrectomy)¹² ในระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ขณะให้ยาระงับความรู้สึก ระยะฟื้นจากการให้ยาระงับความรู้สึก และหลังให้ยาระงับความรู้สึก เพื่อให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพ เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยตามมาตรฐานการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์:

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งไต และมีภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่แข็งตัว ที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเพื่อผ่าตัดไตโดยการส่องกล้อง (Laparoscopic radical nephrectomy)
2. เพื่อนำกระบวนการพยาบาล ทฤษฎีทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนให้การพยาบาลที่มี ประสิทธิภาพ และเผยแพร่ความรู้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งไตที่ให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดไตโดยการส่องกล้อง

วิธีดำเนินการศึกษา

กรณีศึกษาครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเริ่มเกี่ยวกับการดูแลตนเองและความพร้อมในการดูแลตนเองในขณะเจ็บป่วย การป่วยด้วยโรคมะเร็งมีผลต่ออารมณ์ จิตใจ ทำให้เกิดผู้ป่วยเกิดความเครียดและวิตกกังวล ต้องการการดูแลจากทีมสุขภาพ และแนวทางการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ในระยะก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก ระยะขณะได้รับยาระงับความรู้สึก ระยะฟื้นจากการให้ยาระงับความรู้สึก และระยะหลังได้รับยาระงับความรู้สึก ประกอบไปด้วยการศึกษาข้อมูลทั่วไป ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล ในผู้ป่วยมะเร็งไตที่มีภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่แข็งตัว และได้รับการระงับความรู้สึก ใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล¹¹

1. เลือกกรณีศึกษาที่มีปัญหาทางการพยาบาลที่ยุงยาก ซับซ้อน ผู้ป่วยมะเร็งไตรายนี้เป็นผู้ป่วยชายที่มีภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่แข็งตัว ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเพื่อผ่าตัดไตโดยการส่องกล้อง

2. รวบรวมข้อมูลตามมาตรฐานการให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งไต ได้แก่ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น เนื่องจากเป็นผู้ป่วยมะเร็งไตที่มีโรคร่วม และมีความเสี่ยงสูงเมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการผ่าตัดไตโดยการส่องกล้อง นำข้อมูลมาตั้งข้อวินิจฉัย วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล

3. ค้นคว้าเอกสารทางวิชาการ ตำราที่เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งไต และภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่แข็งตัวที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเพื่อผ่าตัดไตโดยการส่องกล้อง

4. ปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง พยาบาลวิชาชีพที่มีความชำนาญในการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตและมารับผ่าตัดไตโดยการส่องกล้อง วิเคราะห์ผลการตรวจและศึกษาแผนการรักษาของแพทย์

5. รวบรวมจัดทำเป็นรายงานกรณีศึกษา
ดำเนินการในช่วงเวลา 1 กรกฎาคม 2566 – 31
ธันวาคม 2566

6. จัดทำเป็นเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ
ความถูกต้อง แก้ไข และจัดพิมพ์เป็นรูปเล่มเผยแพร่

ผลการศึกษา:

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 63 ปี มีประวัติว่า 10
เดือนก่อน เจาะเลือดตรวจสุขภาพพบว่าไขมันใน
เลือดสูง และค่าการทำงานของตับในเลือดมาก
ผิดปกติ มีโรคประจำตัว HT,DLP, และสูบบุหรี่ ดื่มสุรา
เป็นประจำ ตรวจติดตามแพทย์ส่งตรวจวิเคราะห์ช่อง
ท้องโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound) พบว่า

ไตด้านซ้ายมีถุงน้ำขนาด 3.8 cm. และเนื้องอกขนาด
5.2 X 5.7 X 5.3 cm. ส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์
(CT scan) พบก้อนเนื้องอกที่ไตด้านซ้าย หลอดเลือด
แดง ไหล ใน ช่อง ท้อง แฉ่ง ตัว โป่ง พอง
(Atherosclerosis aorta) ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 2.1
cm. มีภาวะกระดูกสันหลังเคลื่อน (Anterolisthesis)
ที่ระดับ L5-S1 แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งไตชนิด
Renal cell carcinoma จึงนัดผู้ป่วยมาเข้ารับการ
ผ่าตัดไตโดยการส่องกล้อง (Laparoscopic radical
nephrectomy)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการ พยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลในระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ไม่สุขสบายจากการปวดจุกบริเวณชายโครงด้านซ้ายร้าวไปเอวด้านหลัง ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยบ่นปวดจุกแน่นท้องบริเวณชายโครงด้านซ้าย สีหน้าไม่สุขสบาย ประเมิน pain score เท่ากับ 5 คะแนน วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล: ผู้ป่วยได้รับการจัดการความเจ็บปวด อาการปวดจุกแน่นลดลง เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยมีสีหน้าสุขสบายขึ้น ทุเลาปวดท้อง ประเมิน pain score น้อยกว่า 3 คะแนน สามารถนอนหลับพักผ่อนได้	กิจกรรมการพยาบาล: - ประเมินความเจ็บปวดโดยใช้แบบประเมินความเจ็บปวดแบบตัวเลข (Numeric rating scale) รวมทั้งประเมินสีหน้า ท่าทางของผู้ป่วย - ให้กำลังใจ โดยการสัมผัสผู้ป่วยอย่างนุ่มนวล ในขณะที่อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรคที่ส่งผลให้เกิดอาการปวด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ ยอมรับอาการของโรค และรู้สึกว่ามีผู้เข้าใจความรู้สึกของตน - ตรวจวัดสัญญาณชีพ เพื่อประเมินระดับความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ ซึ่งสามารถบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีความปวดมากน้อยเพียงใด - ดูแลให้คำแนะนำจัดท่านอนศีรษะสูง 30-60 องศา เพื่อช่วยให้อาการปวดท้องลดลง ลดการเกร็งของกล้ามเนื้อหน้าท้อง - แนะนำเทคนิคการลดความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น การจินตนาการนึกคิดในสิ่งที่พึงพอใจ การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การหายใจเข้า-ออก ลึกๆ เป็นจังหวะ การทำสมาธิ เพื่อเบี่ยงเบนหรือหันเหความสนใจออกจากความเจ็บปวด - เลือกประเด็นการให้ข้อมูล คำแนะนำที่จำเป็น ตรงกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย และใช้เวลาเยี่ยมผู้ป่วยประมาณ 10-20 นาที เพื่อลดการรบกวนผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ - ติดตามอาการปวดโดยหากอาการปวดไม่ลดลง หรือรุนแรงมากขึ้นประสานพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อรายงานแพทย์ พิจารณาให้ยาระงับปวดที่เหมาะสม ประเมินผลการพยาบาล: ภายหลังผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา อาการปวดลดลง Pain score เท่ากับ 1 คะแนน สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 วิดกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การผ่าตัด และการได้รับยาระงับความรู้สึก ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล ผู้ป่วยบอก กลัวการผ่าตัด การดมยาสลบ และการลูกกลามของโรค วัตถุประสงค์การพยาบาล: ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล มีความมั่นใจในการเข้ารับการผ่าตัด	กิจกรรมการพยาบาล: ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก 1 วัน ที่หอผู้ป่วยโดยสร้างสัมพันธภาพที่ดี แนะนำตนเองกับผู้ป่วย และญาติ ว่าเป็นผู้ให้ยาระงับความรู้สึกร่วมกับวิสัญญีแพทย์ ให้ความช่วยเหลือ ดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาที่อยู่ในห้องผ่าตัด ให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากที่สุด และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อประเมินอาการ และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วย และญาติคลายความวิตกกังวล มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการผ่าตัดในครั้งนี้ สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง นอนหลับพักผ่อนได้	2. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ให้ความรู้ และข้อมูลเกี่ยวกับโรค อธิบายให้ทราบถึงลักษณะการผ่าตัดคร่าว ๆ การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป และให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่า ผู้ให้บริการเป็นผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญพร้อมจะให้กรดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี ในห้องผ่าตัดมีระบบต่างๆ เฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด และการได้รับยาระงับความรู้สึก แนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตน ดังนี้ 2.1 การปฏิบัติตนก่อนการผ่าตัด 2.1.1 ผู้ป่วยต้องเตรียมร่างกายโดยการทำความสะอาด อาบน้ำ สระผม ก่อนวันรับการผ่าตัด และได้รับการโกนขนบริเวณหน้าท้อง เพื่อลดการติดเชื้อขณะผ่าตัด 2.1.2 คืนก่อนผ่าตัดผู้ป่วยต้องงดน้ำ และอาหารทางปากหลัง 24.00 น.หรืออย่างน้อย 8 ชั่วโมง เพื่อให้กระเพาะอาหารว่าง ป้องกันการสำลักของเศษอาหารเข้าไปในปอด ขณะให้ยาระงับความรู้สึก 2.1.3 วันผ่าตัดทำความสะอาดร่างกาย ปาก และฟัน ให้เรียบร้อย ถ้ามีฟันปลอมแนะนำให้ถอดก่อนเข้าห้องผ่าตัด เพื่อป้องกันการหลุดเข้าไปในทางเดินหายใจขณะไม่รู้สึกรู้ตัว 2.1.4 ถอดเข็มมีค่า หรือวัตถุติดตัวที่เป็นโลหะออกก่อนไปห้องผ่าตัด เพื่อป้องกันการสูญเสีย และวัตถุเหล่านี้มีคุณสมบัติเป็นสื่อไฟฟ้า การผ่าตัดต้องใช้เครื่องมือไฟฟ้าในการห้ามเลือดผู้ป่วยอาจเป็นอันตรายได้ 2.2 การปฏิบัติตนหลังผ่าตัด 2.2.1 ฝึกการหายใจลึก ๆ โดยการใช้กลัมนื้อหน้าท้อง เพื่อฟื้นฟูการทำงานของปอด และป้องกันโรคแทรกซ้อนทางปอด โดยหายใจเข้าลึก ๆ ทางจมูกให้เต็มที่ แล้วผ่อนลมหายใจทางปากช้า ๆ 2.2.2 สอนการไออย่างมีประสิทธิภาพเพื่อขับเสมหะที่อยู่ภายในหลอดลม และปอดโดยหายใจให้เต็มที่ ใช้ผ้าหรือกระดาษทิชชูปิดปาก และไอออกมา ใช้มืออีกข้างประคองแผลผ่าตัด 3. อธิบายผู้ป่วยหลังผ่าตัดอาจต้องคาท่อช่วยหายใจ เนื่องจากการผ่าตัดใช้เวลานาน เพื่อความปลอดภัย ควรให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และไม่พยายามดึงท่อช่วยหายใจ หากมีเสมหะหรือไอติด ให้แจ้งเจ้าหน้าที่ เมื่อหายใจได้ดี และมีความปลอดภัยจะทำการถอดท่อช่วยหายใจ 4. อธิบายผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจถึงระเบียบปฏิบัติเมื่อต้องเข้าพักในหอผู้ป่วย ผู้ป่วยหนักที่มีความพร้อมของพยาบาล เครื่องมืออุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วย และญาติรับฟังคำอธิบาย สนใจซักถาม ปฏิบัติตามคำแนะนำ ตอบคำถามได้ถูกต้อง รับรู้ข้อมูลการรักษาพยาบาล มีสีหน้าแจ่มใส ให้ความร่วมมือ และมีสัมพันธภาพที่ดีกับทีมสุขภาพ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการเตรียมตัวไม่พร้อมสำหรับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป และเสี่ยงต่อการได้รับการระงับความรู้สึกผิดคน ผิดหัตถการ ผิดตำแหน่ง ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งไตเตรียมเข้ารับการผ่าตัดไตโดยวิธีการส่องกล้อง และให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่ ดื่มสุราและไม่เคยมีประสบการณ์การผ่าตัด วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมในการผ่าตัด ไม่เกิดอุบัติเหตุการผ่าตัดผิดคน ผิดหัตถการ ผิดตำแหน่ง	กิจกรรมการพยาบาล: 1. ตรวจสอบเยี่ยมผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก 1 วัน ที่หอผู้ป่วย ตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ของการลงนามยินยอมในการรับบริการทางวิสัญญี และการผ่าตัด 2. ประเมิน และรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยในอดีต การให้ยาที่มีผลต่อการให้ยาระงับ ความรู้สึก การแพ้ยา แพ้อาหาร การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ประวัติการผ่าตัด และการระงับความรู้สึก ภาวะแทรกซ้อนที่เกิด ประวัติครอบครัวที่ผ่าตัด ซักถามอาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น นอนราบไม่ได้ ไอเรื้อรัง หอบหืด ภูมิแพ้ โรคปอด ผลของการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ 3. ประเมินสภาพผู้ป่วยแยกประเภทตาม Physical status classes ของสมาคมวิสัญญีแพทย์อเมริกัน (American Society of Anesthesiologists: ASA) เพื่อทราบความแข็งแรงสมบูรณ์ และความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการให้ยาระงับความรู้สึก

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งร่างกาย และจิตใจ ได้รับการตรวจสอบ ยืนยันตัวตนถูกต้อง ได้รับผ่าตัดถูกคน ถูกตำแหน่ง ถูกประเภทการผ่าตัด และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	4. ประสานงานร่วมวางแผนการระงับความรู้สึกกับวิสัญญีแพทย์ และทีมวิสัญญีพยาบาล แจ้งแพทย์ผ่าตัดเกี่ยวกับความเสี่ยงในการระงับความรู้สึก ติดต่อแจ้งเตียงหอผู้ป่วยหนัก สำหรับสังเกตอาการหลังผ่าตัด และให้ข้อมูลการเตรียมผู้ป่วยก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และผู้เกี่ยวข้อง 5. ตรวจสอบและยืนยันตัวผู้ป่วยโดยการทำ Second verification 5.1 เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด กล่าวทักทายผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงที่อ่อนโยน พร้อมตรวจสอบการระบุการยืนยันตัวตนผู้ป่วย (Verify identify) โดยการตรวจสอบ ชื่อ นามสกุล และ อายุหรือวันเดือนปีเกิดของผู้ป่วยโดยดูจากป้ายข้อมือ และให้ผู้ป่วยบอกตัวบ่งชี้ด้วยตนเอง 5.2 ตรวจสอบและยืนยันตำแหน่งของการผ่าตัด โดยให้วิสัญญีพยาบาลตรวจสอบตำแหน่งของการผ่าตัดโดยให้ผู้ป่วยบอกตำแหน่งผ่าตัดด้วยตนเอง และวิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาลตรวจสอบตำแหน่งที่ทำผ่าตัดที่ตัวผู้ป่วย (mark site) ชนิดการผ่าตัดจากบันทึกการรักษาหรือคำสั่งการรักษาของแพทย์ให้ตรงกัน 5.3 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเอกสารการเซ็นยินยอมให้ผ่าตัด การรับเลือด 5.4 ตรวจสอบความพร้อมของยา อุปกรณ์ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มาถึงผู้ป่วย 5.5 ตรวจสอบการได้รับยา Pre medication ตามแผนการรักษา 6. ร่วมทำ Third verification: Time out กับทีมที่รับผิดชอบการผ่าตัดในการยืนยันความถูกต้องทั้งหมดก่อนการทำผ่าตัด และการให้ยาระงับความรู้สึก ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยมีความพร้อมในการให้ยาระงับความรู้สึก มีการวางแผนการใช้ยา และเฝ้าระวังระหว่างให้ยาระงับความรู้สึกอย่างเหมาะสม ได้รับการผ่าตัดถูกคน ถูกตำแหน่ง ถูกหัตถการการผ่าตัด
การพยาบาลระยะให้การระงับความรู้สึก ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนำสลบและจากการใส่ท่อช่วยหายใจ ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยมีประวัติความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่ และการนำสลบด้วยยาระงับความรู้สึกมีความเสี่ยงต่อ หัวใจเต้นช้า หรือเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตต่ำ ภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด ภาวะหลอดลมตีบ วัตถุประสงค์การพยาบาล: ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับการนำสลบ เกณฑ์การประเมินผล: ในระหว่างการนำสลบ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ระดับออกซิเจนในกระแสเลือดเท่ากับ 95-100 % เสียงปอดปกติ EKG Monitor show normal sinus Rhythm	กิจกรรมการพยาบาล: 1. เตรียมความพร้อมก่อนเริ่มให้ยาระงับความรู้สึก ประเมินสภาพแรกรับโดยตรวจสอบความถูกต้องของชื่อ สกุล การผ่าตัด ตำแหน่งที่ผ่าตัด การงดน้ำ และอาหาร ให้รับประทานยา Pre medication คือ Blopess 1 tab oral ในเช้าวันผ่าตัด การสำรองเลือด ความพร้อมของทีมผ่าตัด ศัลยแพทย์ อุปกรณ์ต่างๆ พร้อมใช้งาน 2. เตรียมความพร้อมของทีมวิสัญญี ในด้านการนำสลบ ยาระงับความรู้สึก อุปกรณ์การใส่ท่อช่วยหายใจ เครื่องมือยาสลบ รวมทั้งเตรียมพร้อมในกรณีใส่ท่อช่วยหายใจไม่ได้ 3. ดูแลให้ออกซิเจนทางหน้ากาก ก่อนดมยาสลบ 6 LPM อย่างน้อย 5 นาที 4. ให้น้ำนำสลบ และใส่ท่อช่วยหายใจตามแผนการรักษาร่วมกับวิสัญญีแพทย์ 5. หลังใส่ท่อช่วยหายใจ ตรวจสอบตำแหน่ง ความลึก ฟังเสียงปอด เฝ้าระวังควบคุมการหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจที่เหมาะสม 6. ตรวจวัดสัญญาณชีพตลอดเวลาของการนำสลบ เฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ทุก 1-5 นาที ประเมินการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นเพื่อให้การช่วยเหลือ แก้ไขได้ทันเวลาที่ ประเมินผลการพยาบาล: นำสลบได้อย่างราบรื่นปลอดภัยโดยใส่ท่อช่วยหายใจ No. 8.0 ความลึกถึงมุมปาก 22 cm. เป็นตำแหน่งที่เหมาะสม ฟังเสียงลมหายใจที่ปอดเท่ากันทั้งสองข้าง ไม่ได้รับบาดเจ็บขณะใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สัญญาณชีพ T=36.4 °C, P= 84/min, RR=16/min, BP130/80 mmHg, O₂ sat 99 %
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการจัดท่า Kidney position ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดไตโดยการส่องกล้อง จัดท่านอนตะแคง Kidney position ใช้เวลาในการผ่าตัดนาน 6 ชั่วโมง 15 นาที อาจเกิด	กิจกรรมการพยาบาล: 1. จัดท่านอนให้ผู้ป่วยนอนตะแคงบนเตียงผ่าตัด ดูแลให้กระดูกสันหลังทั้งหมดอยู่ในแนวตรงตลอด จัดหมอนรองบริเวณศีรษะโดยเฉพาะใบหู หน้าผาก และคาง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
แผลกดทับผิวหนังบริเวณที่ถูกกด ตา และการหักพับของข้อต่อช่วยหายใจ วัตถุประสงค์การพยาบาล: ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำ Kidney position เกณฑ์การประเมินผล: หลังการผ่าตัดสภาพผิวหนังปกติไม่เกิดแผลหรือรอยแดง และดวงตามีการมองเห็นได้ปกติ ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจนจากการหักพับของข้อต่อช่วยหายใจ	2. จัดหมอนรองไหล่ และแขนทั้ง 2 ข้างโดยระมัดระวังให้ไหล่ และข้อศอกกางประมาณ 90 องศา และอยู่ในระดับที่ไม่สูงกว่าลำตัว เพราะจะเกิดการดึงรั้ง brachial plexus และดูแลจัดหมอนรองที่ข้อศอกด้านล่าง 3. จัดหมอนรองที่ขาทั้ง 2 ข้าง ให้ขาองศาเล็กน้อย มีแผ่นรองใต้เท้า ปลายเท้า และบริเวณสะโพก 4. ตรวจสอบตำแหน่งของข้อต่อช่วยหายใจ ฟังเสียงปอด ประเมิน Airway pressure ตรวจสอบความแน่นหนาพร้อมทั้งติดเทปการบริเวณข้อต่อต่างๆ 5. ป้ายตาผู้ป่วยด้วย eye ointment ปิดตาให้สนิท ระมัดระวังการกดทับบริเวณตาทั้ง 2 ข้าง 6. ในระหว่างการผ่าตัดตรวจสอบหมอนที่รองจุดกดทับต่างๆ เป็นระยะ เพื่อป้องกันการกดทับบริเวณต่างๆ ของร่างกายผู้ป่วย ประเมินผลการพยาบาล: ระหว่างการผ่าตัด Airway pressure อยู่ในเกณฑ์ปกติ 18-22 cmH₂O ประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัด สภาพผิวหนังปกติ ไม่ปวดกล้ามเนื้อ ไม่เกิดรอยแดงของการกดทับ การมองเห็นปกติ สัญญาณชีพ T=36.4 °C P=84/min RR=16/min, BP130/80 mmHg, O₂ sat 99 %
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อการบาดเจ็บต่อกระดูกสันหลัง และเส้นประสาทไขสันหลัง ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยมี Mild degenerative change of spine with anterolisthesis at L5-S1 level การจัดทำในการผ่าตัด Kidney position อาจทำให้เกิดการบาดเจ็บของกระดูกสันหลัง และเส้นประสาทเพิ่มขึ้น วัตถุประสงค์การพยาบาล: ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดการบาดเจ็บของกระดูกไขสันหลัง เส้นประสาทไขสันหลังเพิ่มขึ้น เกณฑ์การประเมินผล: หลังจากการให้ยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยไม่มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ หรือสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกบริเวณลำตัว และขาเมื่อตื่นที่สามารถยกแขน และขาได้ตามปกติ	กิจกรรมการพยาบาล: 1. ทบทวนปัญหา และประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยร่วมกับทีมผ่าตัด ในขณะที่จัดทำของผู้ป่วยเพื่อทำการผ่าตัด 2. ขณะเคลื่อนย้าย พลิกตะแคงตัว หรือจัดทำผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง 3. จัดเตรียมหาอุปกรณ์ที่ใช้รองอวัยวะต่างๆ ไว้ให้เพียงพอ และครบถ้วน 4. สังเกต และประเมินการเคลื่อนไหวของแขนขา (motor power) การตรวจการรับรู้ความรู้สึกเจ็บ (Sensory system) ก่อนนำสลบ และเมื่อผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัว บันทึกในใบรายงานการผ่าตัด ประเมินผลการพยาบาล: หลังจากการให้ยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยไม่มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขน ระดับการรับรู้ความรู้สึกคงเดิม ไม่มีอาการปวดหลังมากจนผิดปกติไปจากที่เคยปวดอยู่เดิม
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระบบหายใจล้มเหลว และอาจมีภาวะคุกคามชีวิต ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยผ่าตัดโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนังหน้าท้อง โดยการเปิดแผลเล็ก ร่วมกับการใช้กล้องในการผ่าตัด ตำแหน่งในการแทง trocar อยู่ใกล้กับตำแหน่งของปอด อาจเกิดการบาดเจ็บในช่องเยื่อหุ้มปอด และการผ่าตัดมีการเพิ่มพื้นที่โดยการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เพื่อขยายพื้นที่ช่องท้อง วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อป้องกันการเกิดการบาดเจ็บในช่องเยื่อหุ้มปอด และการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบทางเดินหายใจ วิสัญญีพยาบาลประเมิน และรายงานวิสัญญีแพทย์ เพื่อแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็ว	กิจกรรมการพยาบาล: 1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ เฝ้าระวังสัญญาณชีพ อย่างใกล้ชิด ทุก 5 นาที หรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ อย่างใกล้ชิด 2. ประเมินระดับความรู้สึกในการให้ยาระงับความรู้สึกและดูแลให้ยาตามแผนการรักษาอย่างเหมาะสม 3. ประเมินปัจจัยเสี่ยงขณะผ่าตัด เช่น ตำแหน่งที่แทง trocar สูงกว่าระดับช่องซี่โครงที่ 12 การแทง trocar ในจังหวะที่ทรวงอกเคลื่อนไหว ทำให้เกิดการบาดเจ็บได้ 4. เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บในช่องเยื่อหุ้มปอดขณะผ่าตัด ซึ่งประเมินได้จากมี Airway pressure / ET-CO₂ สูงขึ้น การเต้นของหัวใจผิดปกติ จังหวะ ชีพจรเร็ว ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดลดลง ความดันโลหิตต่ำ ประเมินผลการพยาบาล: การผ่าตัดสำเร็จไปได้ด้วยดี สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติตลอดการผ่าตัด ไม่มีการบาดเจ็บของปอดหรือช่องเยื่อหุ้มปอด ไม่เกิดภาวะ subcutaneous emphysema ฟังเสียงปอดปกติ สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ โดยให้ออกซิเจนทางหน้ากาก อัตราการหายใจปกติ 18 ครั้งต่อนาที O₂ sat 100 %

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เกณฑ์การประเมินผล: ระหว่างการผ่าตัดสัญญาณชีพ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่เกิด arrhythmia, O₂ sat 95-100 % Airway pressure / ET-CO₂ อยู่ในเกณฑ์ปกติ เมื่อผ่าตัดเสร็จถอดท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยสามารถหายใจได้เองปกติ	
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยมีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยมีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในระดับปานกลาง 34.6 -35 °C ความเสี่ยงของการให้ยาระงับความรู้สึกอยู่ในกลุ่ม ASA Class 3 การผ่าตัดใช้ระยะเวลานาน 6 ชั่วโมง 15 นาที อุณหภูมิห้องผ่าตัดต่ำกว่า 20 °C วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อให้ผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายปกติไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากอุณหภูมิร่างกายต่ำ เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยอุณหภูมิร่างกายอยู่ในระดับต่ำเล็กน้อยหรือปกติ เท่ากับ 35.5 – 37.4 °C	กิจกรรมการพยาบาล: 1. ประเมินปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เช่น อายุ ภาวะโภชนาการ รูปร่างของผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล 2. ติดอุปกรณ์ตรวจวัดอุณหภูมิอย่างต่อเนื่อง ตรวจสอบการแสดงผลบนจอภาพ temperature probe โดยวัดอุณหภูมิที่เป็น core temperature โดยใส่สาย Probe ในตำแหน่ง distal esophagus 3. อบอุ่นร่างกายผู้ป่วยด้วยผ้าห่มเป่าลมร้อน (Bair Hugger) เพื่อให้ร่างกายอยู่ในอุณหภูมิที่เหมาะสมระหว่างการผ่าตัด โดยเปิดที่อุณหภูมิ 38-42 °C 4. อุ่นสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำด้วยเครื่องอุ่นสารน้ำที่อุณหภูมิประมาณ 43 °C ตลอดการผ่าตัด 5. ใช้ fresh gas flow (FGF) ที่ต่ำประมาณ 1-3 LPM 6. ตรวจสอบตำแหน่งของ temperature probe เป็นระยะให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม 7. เปิดฝาร่างกายในส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดให้น้อยที่สุด 8. แจ้งให้ศัลยแพทย์ทราบเพื่อขอปรับเพิ่มอุณหภูมิห้องผ่าตัด ควบคุมอุณหภูมิห้องให้อยู่ในระหว่าง 23.0-25.0 °C 9. เฝ้าระวังภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ โดยวัดอุณหภูมิร่างกายตลอดเวลาการผ่าตัด ลงบันทึกทุก 15 นาที 10. เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เช่น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ สูญเสียเลือดมากขึ้นขณะผ่าตัด สูญเสียหน้าที่ของเกล็ดเลือด ภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนจากการแลกเปลี่ยนก๊าซบริเวณปอดลดลง ประเมินผลการพยาบาล: ตลอดการผ่าตัดผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายอยู่ในระดับต่ำเล็กน้อย ระหว่าง 35.2 – 36.0 °C ไม่มีอาการสั่น (Shivering) ไม่พบภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ EKG monitor show sinus rhythm สลับ bradycardia P=50- 90/min O₂ sat 97-100% สูญเสียเลือดขณะผ่าตัด 550 ml, BP 110/60 – 140/90 mmHg
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะ Hypovolemic shock ข้อมูลสนับสนุน: การผ่าตัดไตเป็นการผ่าตัดใหญ่ ไตของผู้ป่วยมีความผิดปกติมีเส้นเลือดมาเลี้ยงมากผิดปกติ ผล CT scan มีเส้นเลือดแดงในช่องท้องแข็งและโป่งพองขนาด 2.1 cm การผ่าตัดมีการสูญเสียเลือด 550 ml. วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อเตรียมความพร้อมและแก้ไขเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะ Hypovolemic shock เกณฑ์การประเมินผล: สัญญาณชีพปกติ BP 100/60 mmHg P= 60 – 70/min RR= 16-20/min O₂ sat มากกว่าหรือเท่ากับ 95% ปัสสาวะออกไม่น้อยกว่า 0.5 ml/BW 1 Kg/hr. หรือ 30 ml/hr.	กิจกรรมการพยาบาล: 1. เปิดเส้นเลือดดำให้ 5 % D/N/2 1000 ml IV 80 ml / hr. ด้วย IV Catheter เบอร์ 20 ที่แขนซ้ายเพื่อสะดวกในการให้ยา และเตรียมอุปกรณ์เปิดเส้นเลือดดำเพิ่มอีก 1 เส้น ด้วย IV Catheter เบอร์ใหญ่ เพื่อเตรียมไว้สำหรับการทดแทนสารน้ำหรือส่วนประกอบของเลือด 2. เตรียมเลือด (PRC 3 Unit, FFP 500 mL.) ให้พร้อมใช้ โดยประสานกับธนาคารเลือด 3. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 5 นาที 4. สังเกต และบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง 5. ประเมินปริมาณเลือดที่สูญเสียในระหว่างการผ่าตัด 6. ดูแลให้สารน้ำ crystalloid และส่วนประกอบของเลือดตามแผนการรักษา 7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hemoglobin, Hematocrit, Coagulation ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยสูญเสียเลือดในขณะผ่าตัด 550 ml ได้รับสารน้ำทดแทน crystalloid 2,600 ml ปัสสาวะออก 290 ml (40 ml/hr.) ขณะผ่าตัดไม่ได้รับทดแทนโดยการให้เลือด BP=90/60-120/70 mmHg, P=48-60 /min. O₂ sat 98-100% แต่พบว่าหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ที่หอผู้ป่วย, HCT ลดลงเหลือ 29 % จึงได้รับ PRC วันละ 1 unit (วันที่ 24 และวันที่ 26 มกราคม 2566) รวมเป็น 2 Unit, HCT เพิ่มขึ้นเป็น 39 %

ตารางที่ 1 ข้อวินิจัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจัยทางการพยาบาลที่ 10 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในช่องท้อง ข้อมูลสนับสนุน: การทำ Laparoscope radical nephrectomy ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์จะถูก insufflated ผ่าน needle ในอัตรา 6 L/min ด้วยความดันสูงสุดไม่เกิน 12-15 mmHg ทำให้สามารถมองเห็นอวัยวะในช่องท้องได้ชัดเจนตลอดการผ่าตัด ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูงเกินค่าปกติได้ วัตถุประสงค์ของการพยาบาล: เพื่อไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในช่องท้อง เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายจากการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในช่องท้อง ค่า ETCO₂ ในลมหายใจออกปกติ 30-35 mmHg	กิจกรรมการพยาบาล: - บันทึกความเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ และค่า ETCO₂ ทุก 5 นาที - เฝ้าระวังการเกิดภาวะลมในชั้นใต้ผิวหนัง โดยหมั่นคลำผิวหนังบริเวณหน้าอก ลำตัวว่ามีเสียงกรอบแกรบ (Subcutaneous emphysema) ถ้าพบรายงานแพทย์ทราบทันที - ขณะผ่าตัดตรวจดูความดันในช่องท้อง (Intra-abdominal pressure) ให้อยู่ระหว่าง 8-12 mmHg - ปรับเครื่องช่วยหายใจให้ค่า ETCO₂ ในลมหายใจออก อยู่ในช่วง 30-35 mmHg ความดันของก๊าซในช่องท้องอยู่ช่วง 15-20 cmH₂O - ดูแลผู้ป่วยสัญญาณชีพ และจับบันทึกทุก 5 นาที เมื่อความดันโลหิตมีความเปลี่ยนแปลงจากเกณฑ์รายงานวิสัญญีแพทย์ และศัลยแพทย์ที่ทำการผ่าตัดทราบทันทีเพื่อทำการแก้ไข ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วย ETCO₂ ในลมหายใจออก 33-35 mmHg BP= 150/90 mmHg จึงต้องปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจเพื่อรักษาระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดงให้อยู่ในค่าปกติ ให้อาแก้ปวด และเปิดยาตามสลับเพิ่ม เพื่อช่วยลดความดันโลหิต ไม่เกิดภาวะลมในชั้นใต้ผิวหนัง สัญญาณชีพปกติ P=48-60/min BP=90/60-120/70 mmHg, O₂ sat 98-100% ความดันของแก๊ส ในช่องท้องอยู่ที่ 12-18 cmH₂O
การพยาบาลระยะฟื้นฟูจากการให้ยาระงับความรู้สึก ข้อวินิจัยทางการพยาบาลที่ 11 เสี่ยงต่อภาวะหายใจลำบาก พร่องออกซิเจน และอาจต้องใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกนาน 6 ชั่วโมง 15 นาที ได้รับยาหย่อนกล้ามเนื้อ (nimbox 30 mg) มีประวัติ สูบบุหรี่ มีเสมหะในลำคอ และภาวะไนตริกออกไซด์ออกจากร่างกายยังไม่หมดอาจทำให้ออกซิเจนในปอดเจือจาง อาจเกิดภาวะ diffusion hypoxia หลังเสร็จผ่าตัด วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อให้ผู้ป่วยหายใจได้เองตามปกติหลังถอดท่อช่วยหายใจ ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยสามารถหายใจได้เพียงพอ ก่อนถอดท่อช่วยหายใจ ฟังเสียงปอดปกติ ทั้ง 2 ข้าง ทำตามคำสั่งได้ การเคลื่อนไหวของทรวงอก และช่องท้องสัมพันธ์กันขณะหายใจ ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน ไม่มีภาวะ Cyanosis หรือหายใจลำบาก สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ O₂ sat 95 – 100 %	กิจกรรมการพยาบาล: - จัดทำผู้ป่วยนอนหงาย ประเมินความสามารถในการหายใจ โดยพิจารณาจากเวลาการหายใจย้อนกลัมน้ำเนื้อครั้งสุดท้าย สัญญาณชีพระหว่างการผ่าตัด ปริมาณการเสียเลือด ประเมินระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด รวมถึงภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดขึ้นระหว่างการผ่าตัด เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการถอดท่อช่วยหายใจ และอุปกรณ์ต่างๆ - ให้ยาแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ (Anticholinesterase) ร่วมกับยาในกลุ่ม Anticholinergic Drug เพื่อป้องกันอาการอันไม่พึงประสงค์ของยาแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ สังเกตค่า O₂ sat ไม่ลดต่ำลง สัมผัสบริเวณริมฝีปาก ลิ้น ปลายมือปลายเท้าไม่มีภาวะ Cyanosis สัญญาณชีพ ความดันโลหิต ชีพจร การหายใจ คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ - ดูดเสมหะ น้ำลายในปาก และคอให้หมด ด้วยความนุ่มนวล เพื่อป้องกัน laryngospasm เมื่อผู้ป่วยตื่นตัว รู้สึกตัวฟื้นจากยาระงับความรู้สึก สามารถทำตามคำสั่งได้หายใจได้เองอย่างเพียงพอ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ และเมื่อแน่ใจว่าแก้ฤทธิ์ของยาหย่อนกล้ามเนื้อเพียงพอแล้ว คือ ผู้ป่วยหายใจได้ เรียกรู้สึกตัว ทำตามสั่งได้ มี Reflex ต่าง ๆ กลับมา สัมผัสได้ ไอคันน้ำลาย แลบลิ้น เกร็งคอ กำมือแน่น หรือยกศีรษะได้ นานกว่า 5 วินาที จึงถอดท่อช่วยหายใจ และให้ผู้ป่วยได้สูดดมออกซิเจนทางหน้ากากหลังปิด ไนตริกออกไซด์แล้วอย่างน้อย 5 นาที เพื่อป้องกัน และแก้ไขการเกิด diffusion hypoxia - ประเมินสัญญาณชีพซ้ำ โดยเฉพาะอัตราการหายใจ รูปแบบการหายใจ หลังถอดท่อช่วยหายใจ ถ้าผู้ป่วยหายใจเองได้ไม่ดี ใช้อุปกรณ์อื่นช่วยหายใจ การเคลื่อนไหวของทรวงอก และช่องท้องไม่สัมพันธ์กันเสี่ยงหายใจผิดปกติ รีบแก้ไขโดยจับให้ผู้ป่วยแยกคอ ยกคางขึ้น หรือดันไปข้างหน้า เพื่อไม่ให้ลิ้นตก หายใจได้สะดวกขึ้น - จัดทำนอนศีรษะสูง ให้ออกซิเจน mask with bag 10 LPM สังเกตลักษณะการหายใจ เฝ้าระวังสัญญาณชีพหลังถอดท่อช่วยหายใจ จัดเตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อมในกรณีที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ - เมื่อผู้ป่วยอยู่ในห้องพักฟื้นใช้เกณฑ์การประเมินสภาวะความรู้สึกตัว และการกลับคืนสภาพจากการระงับความรู้สึก (Post anesthetic recovery score)

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	7. ประเมินความสามารถในการหายใจของผู้ป่วย ถอดออกซิเจนออกเมื่อครบเวลา 30 นาที สังเกตลักษณะการหายใจ ถ้า O_2 sat ต่ำกว่า 95% เตรียมใส่ออกซิเจน หรือเตรียมพร้อมกรณีที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ ประเมินผลการพยาบาล: ถอดท่อช่วยหายใจได้อย่างปลอดภัย ผู้ป่วยหายใจได้เพียงพอ ทรวงอก และช่องท้องเคลื่อนไหวสัมพันธ์กันดี ลักษณะการหายใจปกติ RR=18/min, BP=140/80 mmHg, P=90/min ภายหลังให้ออกซิเจนทางหน้ากากประมาณ 5 นาที RR=18/min, BP=110/80 mmHg, P=70/min เมื่อให้ออกซิเจนจนครบเวลา 30 นาที สามารถเปลี่ยนเป็นออกซิเจนสายยางทางจมูก 3 LPM กลับหอดผู้ป่วย O_2 sat อยู่ในช่วง 99-100 %
การพยาบาลผู้ป่วยหลังให้ยาระงับความรู้สึก ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 12 ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากการปวดแผล ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Laparoscopic radical nephrectomy และมีแผล 4 แห่ง ผู้ป่วยบอกว่าปวดแผล มีสีหน้าแสดงความเจ็บปวด ประเมิน pain score 6 คะแนน วัตถุประสงค์การพยาบาล: ผู้ป่วยบรรเทาอาการปวดแผล pain score ลดลงน้อยกว่า 3 คะแนน เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยบ่นปวดแผลน้อยลงหรือไม่ปวด สามารถนอนพักผ่อนได้ ช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถมี Early ambulation ได้ใน 24 ชั่วโมงแรก	กิจกรรมการพยาบาล: 1. ประเมินความรุนแรงของความเจ็บปวด (pain score) โดยสังเกตสีหน้า อาการของผู้ป่วย หรือคำบอกเล่าถึงความเจ็บปวด เพื่อพิจารณาให้การพยาบาลที่เหมาะสม หรือให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาแพทย์ 2. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเปลี่ยนเตียงด้วยความระมัดระวังไม่ให้อบริเวณที่ทำผ่าตัดได้รับการกระทบกระเทือน 3. จัดท่านอนท่า Fowler's position เพื่อให้กล้ามเนื้อบริเวณหน้าท้อง และบริเวณใกล้เคียงมีการหย่อนตัว หรือท่านอนกึ่งตะแคง เพื่อลดแรงดึงของกล้ามเนื้อ ซึ่งจะสามารถบรรเทาอาการปวดแผลได้ 4. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุของการเจ็บตึงแผล ช่วยประคองผู้ป่วยเวลาเปลี่ยนอิริยาบถ 5. เปี่ยมเบนความสนใจในเรื่องการเจ็บปวดแผลผ่าตัด โดยพูดคุย ชักถามปัญหา และรับฟังผู้ป่วย 6. ให้ยาแก้ปวด Morphine 4 mg. IV ตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตการหายใจหลังได้รับยา และในขณะที่ผู้ป่วยพักผ่อน ควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เป็นการรบกวนผู้ป่วย ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยมี pain score 2 คะแนน สามารถ Ambulation ใน 24-48 ชั่วโมงได้ ลูกนั่งบนเตียงเป็นพักๆ ช่วยเหลือตนเองได้บนเตียง เช่น การเช็ดตัว แปรงฟัน และนอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้น
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 13 เสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่องท้อง ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดไตข้างซ้าย มีสาย RVD แผลรู Drain มี Discharge เป็น Serum ปนเลือดซึม มีอาการหนาวสั่น ตัวร้อน วัดอุณหภูมิร่างกาย $T=38^\circ C$ วัตถุประสงค์การพยาบาล: ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อในช่องท้อง เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อในช่องท้อง ไม่มีหนาวสั่น ไม่มีอาการปวดท้อง $T=36.5-37.4^\circ C$ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BP=90/60-130-80 mmHg, P=60-100/min, RR=16-20/min	กิจกรรมการพยาบาล: 1. ประเมินสัญญาณชีพ และบันทึกทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการของภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัดโดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย หากผิดปกติ รีบรายงานแพทย์ 2. ประเมินอาการ และอาการแสดงของภาวะติดเชื้อแผลผ่าตัด เช่น มีไข้ ปวดบริเวณแผล ผ่าตัดมาก แผลรู Drain มีหนอง มี discharge ซึม 3. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว การดูแลความสะอาดร่างกาย การดูแลแผลผ่าตัด การสังเกตลักษณะผิดปกติของแผลผ่าตัด อาการปวด บวม แดง ร้อน บริเวณแผลรู Drain เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในช่องท้อง 4. รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารที่เป็นโปรตีนสูง เช่น เนื้อ นม ไข่ หรือผักผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง เช่น ฝรั่ง ส้ม เพราะสารอาหารเหล่านี้จะช่วยซ่อมแซมให้แผลหายเร็วขึ้น 5. ให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ หนาวสั่น ปวดแผลผ่าตัด ปวดท้องแจ้งพยาบาลให้ทราบทันที 6. แนะนำให้ดูแลแผลผ่าตัด ดูแลแผลไม่ให้เปียกน้ำ ไม่ใช้มือจับ ห้ามเปิด แกะแฉแผล เพราะทำให้แผลมีโอกาสดูดเชื้อ อักเสบมากขึ้นหรือหายช้าได้ สังเกตสิ่งคัดหลั่งที่ออกมาจากแผล 7. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 g. IV วันละครั้ง เป็นเวลา 7 วันตามแผนการรักษาของแพทย์

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ประเมินผลการพยาบาล: จากการติดตามเย็บม ผู้ป่วยมีไข้ในวันที่ 2 หลังผ่าตัด ได้รับยา ลดไข้ ยาปฏิชีวนะ วันที่ 4 เริ่มไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย T = 36.9-37.1 °C รอบแผลรู Drain ไม่บวมแดง หรือมีสารคัดหลั่งซึม แพทย์ให้ถอดสาย RVD วันที่ 9 หลังผ่าตัด และ อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 14 ผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวลเมื่อแพทย์ อนุญาตให้กลับบ้าน สอบถามพยาบาลว่าอีกนานไหม กว่าแผลใน ท้องจะหาย และสามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ วัตถุประสงค์การพยาบาล: ผู้ป่วยมีความรู้ความ เข้าใจ และปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้องเมื่อกลับไป อยู่บ้าน เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจใน เรื่องการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด ตอบคำถามได้อย่าง ถูกต้อง	กิจกรรมการพยาบาล: 1. ให้คำแนะนำผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ได้แก่ การรับประทานยาให้ครบตามแพทย์สั่ง รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกายโดยการเดิน หรือการบริหารแขน ขา ห้าม ยกของหนักหลังผ่าตัดก่อนเวลา 3 เดือน การมาพบแพทย์ตามนัด สังเกตอาการผิดปกติที่ ต้องพบแพทย์ เช่น มีไข้สูง หนาวสั่น แผลบวมแดงเป็นหนอง และมีอาการปวดท้องมาก ขึ้น ถ้ามีอาการเหล่านี้ให้มาพบแพทย์ก่อนวันนัด 2. ประสานข้อมูลการดูแลผู้ป่วยให้ทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ติดตามดูแลผู้ป่วย ต่อเนื่องที่บ้าน ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวลลดน้อยลง เมื่อสอบถามเกี่ยวกับการ ปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สามารถตอบคำถามได้อย่างถูกต้อง

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยกรณีศึกษาแพทย์วินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งไตชนิด Renal cell carcinoma มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง สูบบุหรี่และดื่มเหล้าเป็นประจำ มีปัญหาหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องแข็งโป่งพอง (Atherosclerosis aorta) มีภาวะกระดูกสันหลังเคลื่อน (Anterolisthesis) ที่ระดับ L5-S1 แพทย์วางแผนผ่าตัด Laparoscopic radical nephrectomy ซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความซับซ้อน และใช้เวลานาน มีความเสี่ยงสูงในการให้ยาระงับความรู้สึกทุกระยะของการผ่าตัด วิสัญญีพยาบาลจึงต้องเตรียมความพร้อมผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ^{7,8} ให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ในการระงับความรู้สึก อุปกรณ์ในการเฝ้าระวังติดตามภาวะผิดปกติของการทำงานระบบหายใจ และระบบไหลเวียนโลหิต ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับบาดเจ็บต่ออวัยวะต่างๆ และเส้นเลือดในช่องท้อง จากการใส่อุปกรณ์ผ่าตัด การใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เพื่อขยายพื้นที่ และการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าในช่องท้อง ทำให้ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะวิกฤต⁹ ระหว่างการผ่าตัดรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ตลอดเวลา

หากไม่ได้รับการเตรียมความพร้อม ดูแลป้องกัน และแก้ไขที่ดี ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการจัดทำ Kidney position ขณะทำผ่าตัด เพื่อความสะดวกในการทำผ่าตัดของแพทย์ สิ่งที่ต้องระวังคือเรื่องการกดทับของท่อช่วยหายใจ และการกดทับของเส้นประสาทบริเวณแขน ขา ตาและลำตัว อุปกรณ์ในการจัดทำ และการตรวจสอบบริเวณที่กดทับสามารถช่วยลดการบาดเจ็บต่ออวัยวะต่างๆ ที่เกิดการกดทับได้ ขณะทำผ่าตัดการเฝ้าระวังติดตามอุณหภูมิกายผู้ป่วยเป็นระยะ พบผู้ป่วยมีอุณหภูมิกายต่ำลง โอกาสที่จะเกิดภาวะนี้เนื่องจากการผ่าตัดใช้เวลานาน ห้องผ่าตัดมีอุณหภูมิที่เย็น และผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึก แม้จะได้รับการทำให้ร่างกายอบอุ่นด้วยผ้าห่มเป่าลมร้อน (Forced-air warming) ก่อนสารน้ำก่อนการให้ผู้ป่วยทางหลอดเลือดดำแล้วก็ตาม ต้องดูแลปรับเพิ่มอุณหภูมิห้องผ่าตัดให้อยู่ในช่วง 23-25 °C การเฝ้าระวังติดตามอุณหภูมิกายอย่างต่อเนื่องและตลอดเวลาผ่าตัด เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างทันท่วงที ผู้ป่วยมีประวัติการสูบบุหรี่ปริมาณมากเป็นระยะเวลานาน จึงมีความเสี่ยงเกิดภาวะหลอดเลือดแดง การหลังเสมอออกมาก ได้ทุกระยะของการระงับความรู้สึก

แม้ผู้ป่วยจะฟื้นจากยาสลบสามารถหายใจได้ดีเพียงพอแล้วก็ตาม จึงควรมีการบริหารยาสลบ ประเมินการถอดท่อช่วยหายใจอย่างระมัดระวัง ติดตามสัญญาณชีพของผู้ป่วยตลอดเวลาจนถึงระยะหลังผ่าตัด โดยเฉพาะอาการผิดปกติทางระบบหายใจ ที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างเฉียบพลัน วิสัญญีพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย มีความรู้ความชำนาญในการให้ยาระงับความรู้สึก และแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตลอดระยะเวลาการให้ยาระงับความรู้สึก¹⁰ ดังนั้นจึงต้อง ศึกษาพัฒนาองค์ความรู้อย่างสม่ำเสมอ เพิ่มศักยภาพ พัฒนาคุณภาพการให้บริการระงับความรู้สึก เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้รับการบริการ ตามมาตรฐาน และได้รับประโยชน์สูงสุด

ข้อเสนอแนะ:

1. ควรจัดอบรม อบรมเพื่อพัฒนาความรู้เรื่อง อุปกรณ์ เครื่องมือ ตามวิวัฒนาการของการผ่าตัด เพื่อเพิ่มศักยภาพของผู้ให้บริการระงับความรู้สึก เพิ่ม ความมั่นใจ ให้บริการราบรื่นมีประสิทธิภาพ

2. มีการประยุกต์ หรือ บูรณาการกับการดูแล กลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะพยาธิสภาพใกล้เคียงกัน หัตถการใช้

กล้องในการผ่าตัดในช่องท้องที่คล้ายคลึงกัน เช่น Laparoscopic adrenalectomy, Laparoscopic colectomy เพื่อเป็นการยกระดับการพัฒนาคุณภาพ การบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีความ ซับซ้อนต่อไป

3. ผู้ป่วยควรได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง การหลังจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัด การมี ส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพในการติดตามเยี่ยม ผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้คำแนะนำในการดูแลอย่าง ต่อเนื่อง ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย และญาติ เกี่ยวกับโรค การจัดการปัญหาที่ถูกต้องเหมาะสม และให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแลรักษาที่ ถูกต้อง จะสามารถสร้างความมั่นใจ และส่งผลให้เกิด ความร่วมมือในการดูแลรักษาของผู้ป่วยและญาติ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. สถานการณ์ปัจจุบันของโรคมะเร็งในประเทศไทย. 2566 (ออนไลน์); (สืบค้น 1 ธันวาคม 2566) จาก <https://www.bio-active.co.th/2023/10/27/ สถานการณ์ปัจจุบันของโรค>
2. พิษณุ มหาวงค์ และสุริธร สุนทรพันธ์: โรคที่พบบ่อยทางศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ. เชียงใหม่ หน่วยศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2558.
3. Capitanio U, Bensaiah K, Bex A, Boorjian SA, Bray F, Coleman J, et al. Epidemiology of renal cell carcinoma. Eur Urol (2019) 75(1): 74-84. Doi: 10. 1016/j. 2018.08.036.
4. วิโรจน์ เกลียวปัญญาวงค์, วรพัฒน์ อัดเวทยานนท์ และ ชูศักดิ์ บริพัฒน์: การรักษาก้อนขนาดเล็กที่ไต. สงขลานครินทร์เวชสาร, 2559; 34(3): 141-151.
5. ชันต์ชนก วนสุวรรณ ใน วิรัตน์ วศินวงศ์ และคณะบรรณาธิการ: การให้การระงับความรู้สึกสำหรับผ่าตัดส่องกล้อง. พิมพ์ครั้งที่ 2. ตำราวิสัญญีคลินิก. หน่วยผลิตตำราคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2555; หน้า 309-319.
6. ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า พ.ศ. 2562-2566. สืบค้นเมื่อ 6 ธันวาคม 2566 จาก <http://203.157.95.66/data sys/report/tncd/menu.php?prepage=menu.php>
7. น้าทิพย์ ไตรยสุนันท์: การประเมินและการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (Preoperative operation and Preparation). คณะแพทย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556 จาก <https://shorturl.asia/ym/eF>.
8. ปฐมภ์ สิละเมียร ใน วรภา สุวรรณจินดา, อังกาบ ปรกาการรัตน์: การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. พิมพ์ครั้งที่ 3.ตำราวิสัญญีวิทยา. กรุงเทพมหานคร, 2558; หน้า 148-156
9. ปกร เหล่าสุวรรณ, สุรัญญา เลิศศิริโสภณ, อธิภูฐาน เอียสกุล. ภาวะวิกฤตทางวิสัญญีวิทยา Anesthetic crisis: ภาควิชาวิสัญญี วิทยา คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ, 2563.

10. บุศรา ศิริวันสาธน์. พิชยา ไวทยะวิญญ และปฏิกาน ตุ่มทอง: Anesthesia and Perioperative care. พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด, 2560; หน้า 374-386.
11. พรศิริ พันธสี: กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ทางคลินิก (NURSING PROCESS & FUNCTIONAL HEALTH PATTERN) . พิมพ์ครั้งที่ 25. กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร; 2564.
12. กิตติณัฐ กิจวิทย์: ตำราการผ่าตัดผ่านกล้อง และโดยใช้หุ่นยนต์. โครงการตำรารามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ, 2561