

การพยาบาลผู้ป่วยกระเพาะอาหารส่วนปลายและลำไส้เล็กส่วนต้นตีบที่ได้รับการผ่าตัด เชื่อมต่อกระเพาะอาหารส่วนปลายกับลำไส้เล็กส่วนกลาง: กรณีศึกษา

Nursing care of the patient with Hypertrophic pyloric and Duodenal stenosis who receive Gastrojejunostomy: A case study.

(Received: September 23,2024 ; Revised: September 29,2024 ; Accepted: September 30,2024)

อรสา ลาภเจริญ¹

Orasa Lapcharoen¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัญหาและการพยาบาลผู้ป่วยกระเพาะอาหารส่วนปลายและลำไส้เล็กส่วนต้นตีบที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อกระเพาะอาหารส่วนปลายกับลำไส้เล็กส่วนกลาง โดยศึกษาในผู้ป่วยชาย อายุ 44 ปี 6 ปีก่อน มีประวัติเป็นโรคแผลในลำไส้เล็กส่วนต้น 2 เดือนก่อนมาพบแพทย์ด้วยอาการปวดแน่นท้อง ท้องอืด ได้รับการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น พบกระเพาะอาหารส่วนปลายตีบ และส่งชิ้นเนื้อตรวจ ผลเป็นแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นร่วมกับเกิดการอักเสบและพบเฮลิโคแบคเตอร์ ไพโลไร

ผลการศึกษา พบว่า ปัญหาที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ ได้แก่ มีภาวะขาดสารน้ำ ขาดความสมดุลของเกลือแร่โปแตสเซียม แคลเซียม แมกนีเซียม ฟอสฟอรัส มีของเสียคั่งในร่างกาย วิดกกังวล เกิดภาวะแทรกซ้อนบาดเจ็บของท่อน้ำดีร่วมและท่อตับอ่อน ขณะผ่าตัด ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเมื่อกลับบ้าน ซึ่งผลการดูแลรักษาทุกปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป ส่วนปัญหาที่มีความเสี่ยงหรือโอกาสเกิด ได้แก่ เสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร เสี่ยงต่อการสำลักเศษอาหาร น้ำย่อยเข้าสู่ปอด มีโอกาสเกิดการสูญเสียเลือดมากขณะผ่าตัด เสี่ยงต่อเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดตีบกระเพาะอาหารส่วนปลาย และเชื่อมกระเพาะอาหารส่วนปลาย ท่อน้ำดีร่วม และท่อตับอ่อนกับลำไส้เล็กส่วนกลาง ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ได้รับการป้องกัน ติดตาม และเฝ้าระวัง ทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น

คำสำคัญ : กระเพาะอาหารส่วนปลายตีบ, ลำไส้เล็กส่วนต้นตีบ, การผ่าตัดเชื่อมต่อกระเพาะอาหารส่วนปลายกับลำไส้เล็กส่วนกลาง

Abstract

This study is a case study. The objective was to study the problems and nursing care of the patient with Hypertrophic pyloric and Duodenal stenosis who receive Gastrojejunostomy. This patient is a 44-year-old male with a history of illness of 6 years ago, there was a history of duodenal ulcer disease, and 2 months before that, he went to see the doctor with abdominal pain and distension. The doctor had an Esophago-gastroduodenoscopy and found a Pyloric stenosis and sent a piece of tissue for examination The result is gastroduodenitis with ulcer and Helicobacter pylori.

This study found that an important problem during care is dehydration, an imbalance of potassium, calcium, magnesium, and phosphorus, azotemia, anxiety, complications of surgery including common bile duct and pancreatic duct injury, and lack of knowledge about how to behave after surgery when he goes back home. The result of nursing care is that all problems have been resolved. As for problems that have risks or opportunities to occur, they include nutrition deficiencies, aspiration of food scraps with gastric juice into the lungs, massive bleeding during surgery, complications after Distal gastrectomy, Choledochojunostomy, Gastrojejunostomy, and Pancreatojejunostomy. These complications are protection, monitoring, and surveillance so that every complication does not happen.

Keywords: Hypertrophic pyloric stenosis, Duodenal stenosis, Gastrojejunostomy

¹ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

บทนำ

ภาวะกระเพาะอาหารส่วนปลายและลำไส้เล็กส่วนต้นตีบ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สืบเนื่องมาจากโรคแผลในลำไส้เล็กส่วนต้นที่เป็นเรื้อรังมานาน จนกลายเป็นพังผืดที่หนาตัวขึ้น ขยายกว้างขึ้นจนทำให้ทางออกของกระเพาะอาหารส่วนแอนทรัม (Antrum) ไพโลรัส (Pylorus) ซึ่งเป็นส่วนที่เชื่อมต่อกับลำไส้เล็กส่วนต้น รวมถึงลำไส้เล็กส่วนต้นตีบแคบหรืออุดตัน¹ โดยอุบัติการณ์ทั้งในต่างประเทศและประเทศไทยพบได้น้อย จากรายงานข้อมูลของกรุงลอนดอน ประเทศอังกฤษพบประมาณร้อยละ 2 ของผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหารทั้งหมด มักพบเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคแผลในลำไส้เล็กส่วนต้น² ผลกระทบของโรคต่อร่างกายผู้ป่วย ทำให้อาหารตกค้างอยู่ในกระเพาะอาหารเป็นเวลานาน ไม่สามารถผ่านไปยังลำไส้ได้ จึงขย้อนกลับมายังหลอดอาหาร ผู้ป่วยจะอาเจียนเป็นเศษอาหาร ซึ่งจะไม่มีน้ำดีปน สูญเสียเกลือแร่ ขาดน้ำ และมีอาการปวดท้องเป็นๆ หายๆ เกิดความทุกข์ทรมาน การรักษาแพทย์จะทำผ่าตัด เพื่อตัดบริเวณที่ตีบออก โดยตัดเส้นประสาทเวกัสส่วนที่ไปเลี้ยงกระเพาะอาหารและอวัยวะในช่องท้องออก ร่วมกับการตัดกระเพาะอาหารส่วนปลายออก (Distal gastrectomy) และนำกระเพาะอาหารส่วนที่เหลือมาเชื่อมต่อกับลำไส้เล็กส่วนกลางเข้าด้วยกัน (Gastrojejunostomy; Billroth II with truncal vagotomy)³ ซึ่งการทำผ่าตัดนี้เป็นการผ่าตัดใหญ่ ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดหลายประการ ได้แก่ การฉีกขาดของเส้นเลือด เนื้อเยื่ออวัยวะใกล้เคียง บริเวณผ่าตัด ได้แก่ ม้าม ท่อน้ำดี ตับอ่อน การเสียเลือดมากผิดปกติ นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ Surgical site infection, Efferent loop syndrome, Dumping syndrome, Postvagotomy diarrhea, Nutritional problems, Alkaline reflux gastritis เป็นต้น⁴ ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดจึงจำเป็นต้องมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกระเพาะอาหารส่วนปลายและลำไส้เล็กส่วนต้นตีบตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะ

ผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด โดยครอบคลุมถึงการประสานงานกับทีมพยาบาลวิสัญญี ทีมการพยาบาลในหอผู้ป่วย เพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปด้วยดี นอกจากนี้ยังจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพสรีรวิทยาของภาวะกระเพาะอาหารส่วนปลายและลำไส้เล็กส่วนต้นตีบ ขั้นตอนและวิธีการผ่าตัด มีทักษะในการจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือในการผ่าตัด รู้หลักการทำให้ปลอดเชื้อ การทำลายเชื้อ เทคนิคการปลอดเชื้อ มีความสามารถในการคาดการณ์ปัญหาความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการผ่าตัด เพื่อการช่วยเหลือศัลยแพทย์ในการจัดส่งเครื่องมือ อุปกรณ์เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว ทันเวลา และสามารถ ส่งต่อข้อมูลที่จำเป็นในการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดแก่ทีมการพยาบาลในหอผู้ป่วยอย่างครบถ้วน และถูกต้อง

จากข้อมูลของห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสมเด็จพะพุทธเลิศหล้า ในปี พ.ศ. 2564 - 2566 พบสถิติผู้ป่วยผ่าตัดทั้งหมดจำนวน 4,555, 5,229, และ 5,984 ราย ตามลำดับ โดยเป็นผู้ป่วยผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร จำนวน 130, 125, 156 ราย ตามลำดับ⁵ ในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีผู้ป่วยผ่าตัดกระเพาะอาหารส่วนปลายเชื่อมต่อกับลำไส้เล็กส่วนกลาง ร้อยละ 2.19 (9 ราย) โดยพบในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน (Upper gastrointestinal bleeding) จำนวน 1 ราย โรคมะเร็งกระเพาะอาหาร (Stomach cancer) จำนวน 2 ราย กระเพาะอาหารทะลุ (Peptic Ulcer Perforation) จำนวน 4 ราย โรคแผลในลำไส้เล็กส่วนต้น (Duodenal ulcer) จำนวน 1 ราย โรคกระเพาะอาหารส่วนปลายอุดตัน (Gastric outlet obstruction) จำนวน 1 ราย ซึ่งมีผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัดกระเพาะอาหารส่วนปลายเชื่อมต่อกับลำไส้เล็กส่วนกลางจำนวน 3 ราย ได้แก่ บาดเจ็บท่อน้ำดี จำนวน 1 ราย ภาวะช็อกจากการเสียเลือด จำนวน 1 ราย และผ่าตัดผิดตำแหน่ง จำนวน 1 ราย⁶ จากข้อมูลปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวข้างต้น และจาก

ประสบการณ์การทำงาน การผ่าตัดนี้เป็นการผ่าตัดที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน ใช้เวลานานในการผ่าตัด และต้องใช้ทีมที่มีความชำนาญเฉพาะด้านในการผ่าตัด ผู้ศึกษาในฐานะเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด จึงสนใจศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะกระเพาะอาหารส่วนปลายและลำไส้เล็กส่วนต้นตีบและได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหารส่วนปลายเชื่อมต่อกับลำไส้เล็กส่วนกลาง เพื่อประเมินปัญหา ความต้องการ และนำมาวางแผนการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาลอย่างครอบคลุมด้านร่างกาย และจิตใจ ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันในสังคมได้ตามปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหาและการพยาบาลผู้ป่วยกระเพาะอาหารส่วนปลายและลำไส้เล็กส่วนต้นตีบที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อกับกระเพาะอาหารส่วนปลายกับลำไส้เล็กส่วนกลาง

วิธีการศึกษา

เลือกโรคที่จะศึกษา จากปัญหาการดูแลผู้ป่วยของหน่วยงาน ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรค คัดเลือกผู้ป่วยจำนวน 1 ราย ศึกษาปัญหาและวางแผนการพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยชาย อายุ 44 ปี นับถือศาสนาพุทธ สัญชาติไทย จบการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 3 อาชีพรับจ้าง เข้ารับการรักษา วันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ. 2566 แพทย์ให้การวินิจฉัยโรคครั้งแรก Pyloric stenosis การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Hypertrophic pyloric and Duodenal stenosis การผ่าตัด Distal gastrectomy, Choledochojejunostomy, Gastrojejunostomy, Pancreatojejunostomy วันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2566 จำหน่ายวันที่ 13 กันยายน พ.ศ. 2566 รวมระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 21 วัน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

แพทย์นัดมาฟังผลตรวจชิ้นเนื้อในกระเพาะอาหาร ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

8 เดือนก่อน ปวดแน่นท้อง ท้องอืด มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น Dyspepsia ให้ยากกลับไปรับประทานที่บ้าน

2 เดือนก่อน ปวดแน่นท้อง แพทย์สงสัยเป็นนิ่วในถุงน้ำดี (Gallstone) ส่งทำ Ultrasound upper abdomen ผลปกติ

2 สัปดาห์ก่อน แพทย์นัดมาส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนต้น (EGD) พบกระเพาะอาหารส่วนปลายตีบ (Pyloric stenosis) สงสัยมะเร็งกระเพาะอาหาร จึงส่งตรวจชิ้นเนื้อ

วันนี้มาฟังผลชิ้นเนื้อเป็น Gastroduodenitis with ulcer และพบ H. pylori แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น Gastric outlet obstruction (Pyloric stenosis) ให้เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

โรคแผลในลำไส้เล็กส่วนต้นเมื่อ 6 ปีก่อน

การประเมินสภาพร่างกายแรกรับ

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ อ่อนเพลีย สัญญาณชีพ BT = 36.6°C, PR = 60 beat/min (สม่ำเสมอ), RR = 20 beat/min (สม่ำเสมอ), BP = 100/69 mmHg, O₂ sat = 99% ใส่ NG. tube ต่อลงถุงมี content สีเหลืองปนเขียวออกถุงเล็กน้อย on 20% Lipofundin 250ml ⑤ rate 40 ml/hr ไม่มีอาการปวดหรือแน่นท้อง ท้องไม่อืด มีเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ 4 -5 ครั้ง/นาที ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ. 2566

CBC: Hematocrit 55.4%

UA: urine specific gravity 1.040

Blood chemistry: BUN 65 mg/dl, Creatinine 1.86 mg/dl, GFR 43.03 ml/min/1.73m², TCO₂/HCO₃ 40.7 mmol/l

วันที่ 25 สิงหาคม พ.ศ. 2566

Blood chemistry: Potassium 3.2 mmol/L,
Calcium 10.30 mg/dl, Magnesium 3.2 mg/dl,
Phosphorus 5.5 mg/dl

วันที่ 3 กันยายน พ.ศ. 2566

Blood chemistry: Potassium 3.3 mmol/L

การรักษา

ระยะก่อนผ่าตัด

1. สารน้ำทางหลอดเลือดดำ LRS 1,000 ml ⑤ drip 120 ml/hr x 3 dose, 5%D/N/2 1,000 ml + KCL 40 mEq ⑤ drip 80 ml/hr, B - fluid ⑤ drip 100 ml/hr, 20% Lipofundin 100 ml วันเว้นวัน
2. หัตถการ ใส่ NG. tube ต่อลงถุง

ขณะผ่าตัด

1. สารน้ำทางหลอดเลือดดำ LRS 1,000 ml ⑤ drip 100 ml/hr, 0.9%NSS 1,000 ml ⑤ drip 100 ml/hr

แผนการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนผ่าตัด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะขาดสารน้ำขาดความสมดุลของเกลือแร่ โปแตสเซียม และเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร เนื่องจากประสิทธิภาพการย่อยและดูดซึมสารน้ำและสารอาหารลดลงจากพยาธิสภาพของกระเพาะอาหารส่วนปลายและลำไส้เล็กส่วนต้นตีบ ร่วมกับการงดอาหารและน้ำ ข้อมูลสนับสนุน 1. แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น Hypertrophic pyloric and Duodenal stenosis 2. แผนการรักษาของแพทย์ให้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหาร 3. Hematocrit สูงกว่าค่าปกติ = 55.4%, Urine specific gravity สูงกว่าค่าปกติ = 1.040 4. ผลการตรวจ Electrolyte พบ Potassium ต่ำ = 3.2 mmol/L วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. เพื่อรักษาความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่โปแตสเซียมในร่างกาย 2. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะขาดสารอาหาร	1. ประเมิน ติดตามอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ ได้แก่ ริมฝีปากแห้ง ผิวหนังแห้งขาดความยืดหยุ่น ปัสสาวะเป็นสีเข้ม ปัสสาวะออกน้อยผิดปกติ ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นเร็วและหายใจเร็ว ซึม สับสน 2. ประเมินติดตามอาการของภาวะช็อค ได้แก่ อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ เป็นลม หน้ามืด เหนื่อยง่าย ชนออกแรง หรืออยู่เฉยๆ เยื่อบุช่องปาก ตา เล็บซีด 3. ประเมิน ติดตามอาการของภาวะโปรตีนต่ำ ได้แก่ บวมตามร่างกาย แขน ขา 4. ประเมิน ติดตามอาการและอาการแสดงโปแตสเซียมต่ำ ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง มีอาการสับสน หายใจลำบาก คลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST-segment depression, T-wave flattening, T-wave inversion หรือมี U-wave 5. ดูแลให้ได้รับ B - fluid ⑤ drip 80 ml/hr, 20% Lipofundin 100 ml ⑤ drip in 12 hr วันเว้นวัน 6. ดูแลให้ได้รับ LRS 1,000 ml ⑤ drip 120 ml/hr, 5%D/N/2 1,000 ml + KCL 40 mEq ⑤ drip 80 ml/hr 7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Potassium, Hematocrit, Urine specific gravity 8. ประเมินสัญญาณชีพ เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะช็อค ภาวะโปแตสเซียมต่ำ และภาวะขาดน้ำ 9. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของน้ำในร่างกาย 10. ติดตามผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อประเมินภาวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย สัญญาณชีพปกติ BT=36 -37.2 °C, SBP = 100 -140 mmHg, DBP = 66 - 90 mmHg, PR = 80 -100 beat/min, RR = 20 beat/min EKG 12 lead พบ normal sinus rhythm Potassiumปกติ = 3.9 mmol/L

2. ยา Cefazolin 1 gm ⑤

ระยะหลังผ่าตัด

1. สารน้ำทางหลอดเลือดดำ: 0.9% NSS 1,000 ml ⑤ drip 120 ml/hr, B - fluid ⑤ drip 100 ml/hr x 3 dose B fluid + KCL 40 mg ⑤ drip 80 ml/hr x 2 dose
2. ยา: MO 3 mg ⑤ prn q 6 hr , Plasil 1 amp ⑤ prn q 8 hr, Cef-3 2 gm ⑤ OD, Losec 40 mg ⑤ q 12 hr
3. อื่นๆ: NPO 14 วันหลังผ่าตัด record urine output keep > 100 ml/4 hr, on NG tube ต่อ intermittent suction, Ensure (1:1) 200 ml ⑤ bid

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีของเสียคั่งในร่างกายและขาดความสมดุลของเกลือแร่แคลเซียม แมกนีเซียม ฟอสฟอรัส เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลงจากภาวะขาดน้ำ ข้อมูลสนับสนุน 1. Hematocrit สูงกว่าค่าปกติ = 55.4%, Urine specific gravity สูงกว่าค่าปกติ = 1.040 2. ค่า BUN= 65 mg/dl, Creatinine = 1.86 mg/dl, GFR = 43.03 mL/min/1.73m², TCO₂/HCO₃ = 40.7 mmol/L 3. ค่า Calcium =10.30 mg/dl, Magnesium = 3.2 mg/dl, Phosphorus = 5.5 mg/dl วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. เพื่อลดปริมาณของเสียคั่งในร่างกาย 2. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง ได้แก่ ขาดความสมดุลของเกลือแร่	ผิวไม่แห้ง เยื่อบุตาไม่ซีด ไม่มีอาการบวมบริเวณแขน ขา ปริมาณสารน้ำเข้าร่างกาย 2,500 mL/24 hr สารน้ำออกจากร่างกาย (Urine) 1,275 mL/24 hr 1. ติดตาม ประเมินสัญญาณชีพ เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากไตวายเฉียบพลัน 2. ประเมินระดับความรู้สึกตัว เพื่อประเมินภาวะ Uremic encephalopathy 3. ดูแลให้ได้รับ LRS 1,000 mL (V) drip 120 mL/hr ตามแผนการรักษา 4. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ BUN, Creatinine และ GFR เกลือแร่ในร่างกาย โดยเฉพาะ Potassium, Sodium, Calcium, Magnesium 5. บันทึกปริมาณสารน้ำ เข้า-ออก ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย 6. บันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินการทำงานของไต ถ้าปัสสาวะน้อยกว่า 0.5 mL/kg/hr ติดต่อกัน 2 ชั่วโมง รายงานแพทย์ 7. ฟังเสียงปอดทุก 2 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะน้ำท่วมปอด ภาวะน้ำเกิน 8. สังเกตอาการบวมบริเวณแขน ขา ดูลักษณะ neck vein ทุก 2-4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะน้ำเกิน 9. ติดตาม ประเมินอาการและอาการแสดงของเกลือแร่ในร่างกายขาดสมดุล ดังนี้ 9.1 ภาวะแมกนีเซียมสูง ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง อัมพาต เดินเซ ชีพ และสับสนหัวใจเต้นช้า หัวใจเต้นผิดจังหวะ หายใจช้าลง และหัวใจหยุดเต้น 9.2 ภาวะแคลเซียมสูง ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง สับสน เห็นภาพหลอน ชัก การเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจโดยพบ prolonged PR และ QRS intervals หรืออาจเกิด atrioventricular block แล้วกลายเป็น complete heart block และ cardiac arrest 9.3 ภาวะฟอสฟอรัสสูง ได้แก่ คันตามผิวหนัง ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการของภาวะน้ำท่วมปอด แขน ขา กล้ามเนื้อไม่อ่อนแรง ไม่มีอาการคันตามผิวหนัง ผลตรวจค่าการทำงานของไตซ้ำ พบค่า BUN ปกติ = 18 mg/dl, Creatinine ปกติ = 0.91 mg/dl, GFR เพิ่มขึ้นเป็น 102.12 mL/min/1.73 m² ผลตรวจค่า เกลือแร่ในเลือดซ้ำ พบ Calcium ปกติ = 9.2 mg/dl, Magnesium ปกติ =1.9 mg/dl, Phosphorus ปกติ =2.7 mg/dl ผลตรวจ Sodium ปกติ = 137 mmol/L, Potassium ปกติ = 3.9 mmol/L
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการสำลักเศษอาหาร น้ำย่อยเข้าสู่ปอด เนื่องจากมีเศษอาหาร น้ำย่อย ลมคั่งค้างในกระเพาะอาหาร จากการอุดตันกระเพาะอาหารส่วนปลาย ข้อมูลสนับสนุน 1. แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น Hypertrophic pyloric and Duodenum stenosis 2. ก่อนได้รับการรักษาผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง แน่นท้อง ท้องอืด วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการสำลักเศษอาหาร น้ำย่อยเข้าสู่ปอด	1. ร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยดูแล NG. tube ต่อลงลง ไม่ให้หัก พับงอ หรือเลื่อนหลุด เพื่อให้มีการระบายลม ของเหลว เศษอาหารออกจากกระเพาะอาหารอย่างต่อเนื่อง 2. สังเกต ประเมินอาการปวดท้อง แน่นท้อง ท้องอืด เพื่อเฝ้าระวังการคั่งค้างลม ของเหลว เศษอาหารในกระเพาะอาหาร 3. สังเกต ประเมินอาการของการสำลักเศษอาหาร น้ำย่อยเข้าสู่ปอด ได้แก่ ไอ หายใจเหนื่อย แสบร้อนบริเวณจมูก หน้าอกร และมีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ โดยอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ค่าออกซิเจนความอิ่มตัวออกซิเจนเลือดลดลง 4. ติดตาม ประเมินปริมาณของเหลวที่ออกจากกระเพาะอาหาร 5. ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ (Bowel sound) เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะกระเพาะอาหารส่วนปลายตีบตัน 6. ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ ดื่มน้ำทางปาก ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีอาการสำลัก ไม่ปวดท้อง แน่นท้อง และท้องอืด NG. Tube ต่อลงลง มี content สีเหลืองปนเขียวออก ประมาณ 200 -500 mL /24 hr
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของโรคและการผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1. หลังจากแพทย์แจ้งแผนการรักษาเรื่องการผ่าตัดเพื่อตัดกระเพาะอาหารส่วนปลาย ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล 2. ผู้ป่วยและญาติสอบถามเกี่ยวกับอาการหลังผ่าตัด	1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบถึงวิธีการและขั้นตอนการผ่าตัด การระงับความรู้สึก สภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัด เช่น การมีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การคาสายสวนปัสสาวะ การใส่สายท่อระบายจากแผลผ่าตัด และการใส่ท่อช่วยหายใจ 2. อธิบายการเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด ได้แก่ การเตรียมความสะอาดร่างกาย การเตรียมผิวหนังบริเวณหน้าท้องและบริเวณใกล้เคียง การงดน้ำงดอาหารก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ใส่สายสวนปัสสาวะ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ รวมทั้งการเตรียมเลือด ยา สารน้ำ เพื่อใช้กับผู้ป่วยในท้องผ่าตัดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน พร้อมชี้แจงเหตุผล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ	3. ให้ข้อมูลกิจกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะผ่าตัด และหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความปลอดภัยจากการผ่าตัด 4. ให้คำแนะนำ และฝึกทักษะผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การฝึกการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การลุกเดินเร็ว การดูแลสาย ท่อระบายต่างๆ 5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยและระบายความรู้สึกที่ไม่สบายใจ ประสานศัลยแพทย์เมื่อผู้ป่วยต้องการทราบพยาธิสภาพของโรค 6. เตรียมพร้อมด้านร่างกายตามแผนการรักษาและตามข้อบ่งชี้ให้ผู้ป่วยรับทราบ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความปลอดภัยจากการผ่าตัด 7. ติดตาม ประเมินผลการตรวจเลือด ตรวจสอเบกสาร ไบอินย้อมผ่าตัด ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง พุดคุยมากขึ้น ตอบคำถามการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นอย่างดี
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีโอกาสถูกกดหรือเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากสภาพร่างกายและจิตใจไม่พร้อมในการทำผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับการวางแผนทำผ่าตัด ซึ่งต้องมีความพร้อมด้านร่างกายด้านจิตใจก่อนการผ่าตัด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด ได้แก่ สัญญาณชีพ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือเหมาะสม งดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 6 - 8 ชั่วโมง ไม่มีอาการผิดปกติทางระบบไหลเวียนเลือด ระบบหายใจหรือการทำงานของหัวใจ ไม่มีความเครียด หรือความวิตกกังวลระดับรุนแรง วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันผู้ป่วยถูกเลื่อนหรือตัดผ่าตัดเนื่องจากความไม่พร้อมสภาวะสุขภาพ	1. ตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคล ชนิดการผ่าตัด ตำแหน่งผ่าตัด 2. ตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ความผิดปกติ 3. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของไบอินย้อมการผ่าตัด 4. ตรวจสอบการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น การงดอาหารและน้ำ การให้ยาก่อนได้รับผ่าตัด (Pre medication) การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ประเมินระดับความเครียดและความวิตกกังวล 5. ประเมินสัญญาณชีพ และอาการผิดปกติต่างๆ ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยมีความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ ได้รับการทำผ่าตัดตามวัน เวลาที่ศัลยแพทย์กำหนด
ระยะผ่าตัด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับการผ่าตัดผิดคน ผิดชนิด ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ข้อมูลสนับสนุน ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการ set ผ่าตัด มีผู้ป่วยที่ได้รับการ set ผ่าตัดในช่วงเวลาเดียวกันจำนวน 4 คน วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่ง ผิดชนิด	1. แกรรับผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดตรวจสอบการระบุตัวผู้ป่วย โดยยืนยันชื่อ สกุล อายุกับแฟ้มเวชระเบียน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ผลการตรวจพิเศษอื่นๆ ป้ายชื่อมือผู้ป่วย ตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องหมายบริเวณที่จะผ่าตัด (Mark site) 2. ร่วมทำ Surgical Safety Checklist ได้แก่ ทำ sign in ร่วมกับทีมวิสัญญี ยืนยันความถูกต้อง ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย ตำแหน่งผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด และไบอินย้อมผ่าตัด ตรวจสอบและยืนยันความพร้อมของเครื่องมือผ่าตัด ก่อนระงับความรู้สึกทำ time out ร่วมกับทีมผ่าตัด ได้แก่ ทีมวิสัญญี ศัลยแพทย์ เพื่อยืนยันความถูกต้อง การเข้าผ่าตัดถูกห้อง ชื่อ - นามสกุลผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัด และตำแหน่งที่จะผ่าตัด ก่อนสิ้นสุดการผ่าตัดทำ sign out ร่วมกับทีมผ่าตัด เพื่อยืนยันความถูกต้องของชนิดการผ่าตัด สิ่งส่งตรวจ ยืนยันความครบถ้วนของเครื่องมือ อุปกรณ์ผ่าตัด ผ้าซับโลหิต ของมีคม ประเมินผลการพยาบาล การระบุตัวผู้ป่วยผ่าตัด ชนิดการผ่าตัด ตำแหน่งการผ่าตัดตรงกับแฟ้มประวัติ คำสั่งการรักษา และป้ายชื่อที่ชื่อมือผู้ป่วย ชื่อ-นามสกุล HN-AN อายุตรงกับที่ระบุในตารางผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด ถูกคน ถูกตำแหน่ง และถูกชนิด
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนบาดเจ็บของท่อน้ำดีร่วมและท่อตับอ่อนขณะผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน ขณะทำผ่าตัดในขั้นตอนการตัดกระเพาะอาหารส่วนปลาย (distal gastrectomy) แพทย์ผู้ผ่าตัดต้องแยก first	1. ช่วยเหลือศัลยแพทย์ในการส่งเครื่องมือ อุปกรณ์ เพื่อทำผ่าตัดต่อเชื่อมท่อน้ำดีร่วมและท่อตับอ่อนเข้ากับลำไส้เล็กส่วนกลาง 2. สังเกต ประเมินการรั่วของน้ำดีบริเวณรอยต่อเชื่อมท่อน้ำดีร่วมและท่อตับอ่อนเข้ากับลำไส้เล็กส่วนกลาง 3. สังเกต content จาก Jackson drain เพื่อประเมินว่ามีการรั่วของน้ำดีหรือไม่
part duodenum ออกจาก hepato- duodenal ligament ก่อน แต่พบว่ามีความยากเนื่องจากบริเวณดังกล่าวเกิดการอักเสบ ทำให้เกิดการทะลุของท่อน้ำดีร่วมและท่อตับอ่อนที่อยู่บริเวณเดียวกัน	4. ส่งต่อข้อมูลพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อประเมินอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ว่า มีน้ำดีรั่ว ได้แก่อาการของเยื่อช่องท้องอักเสบ ตับอ่อนอักเสบหลังผ่าตัด เช่น มีไข้ ปวดท้อง กดเจ็บที่ท้องและหน้าท้องเกร็ง คลื่นไส้ อาเจียน ตัวเหลือง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันอันตรายที่เกิดจากการบาดเจ็บของท่อน้ำดีร่วมและท่อตับอ่อนขณะผ่าตัด ได้แก่ การรั่วของน้ำดีเข้าไปในช่องท้อง ทำให้เกิดการระคายเคือง และการอักเสบของเยื่อช่องท้อง ตับอ่อนอักเสบ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการสูญเสียเลือดมากเนื่องจากการฉีกขาดของเส้นเลือดบริเวณผ่าตัดและบริเวณใกล้เคียง ข้อมูลสนับสนุน การผ่าตัดกระเพาะอาหารส่วนปลาย อาจเกิดการดึงรั้งของ Gastrosplenic และ leinocolic ligament สามารถทำให้เกิดการฉีกขาดของเส้นเลือด splenic vein หรืออาจมี splenic parenchymal injury วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการสูญเสียเลือดมากจากการฉีกขาดของเส้นเลือดบริเวณผ่าตัดและบริเวณใกล้เคียง	ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างผ่าตัดไม่พบมีน้ำดีรั่วบริเวณรอยต่อเชื่อมท่อน้ำดีร่วมและท่อตับอ่อนเข้ากับลำไส้เล็กส่วนกลาง จากการเย็บหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีไข้ แต่ไม่มีอาการปวดท้อง กดเจ็บที่ท้องและหน้าท้องเกร็ง คลื่นไส้ อาเจียน และตัว ตาเหลือง Jackson drain มี content เป็นเลือดออกเล็กน้อย ไม่มีน้ำดีปน 1. ร่วมกับวิสัญญีพยาบาลประเมินความรุนแรงของภาวะการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด 2. ร่วมกับวิสัญญีพยาบาลดูแลให้ได้รับ LRS 1,000 ml (V) drip 100 ml/hr, 0.9%NSS 1,000 ml (V) drip 100 ml/hr เพื่อทดแทนเลือดและสารน้ำที่สูญเสียจากการผ่าตัด 3. ประเมินและติดตามสัญญาณชีพให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยค่าความดันโลหิตเฉลี่ย (Mean Arterial Pressure; MAP) > 60 mmHg, PR อยู่ในช่วง 60 - 100 beat/min 4. เตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือและเครื่องมือสำรองในภาวะฉุกเฉิน เช่น เครื่องจี้ไฟฟ้า เครื่องดูดสารคัดหลั่ง ไฟผ่าตัด เครื่องมือช่วยพื้นดินชีพและยาฉุกเฉิน 5. ช่วยแพทย์ผ่าตัดโดยระมัดระวังการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ และเส้นเลือดจากการดึงรั้งของ Retractor เครื่องจี้ หรือการวาง Plate 6. ช่วยแพทย์ถ่างขยายบริเวณที่ผ่าตัดให้สามารถมองเห็นบริเวณที่ผ่าตัดได้ชัดเจน 7. สังเกตความก้าวหน้าของกระบวนการผ่าตัด คำนวณการถึงความต้องการของ ศัลยแพทย์ และจัดหาเครื่องมือ เครื่องใช้ที่จำเป็นได้ทันเวลา 8. ติดตามผล Hematocrit, Hemoglobin ระหว่างการผ่าตัด ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด 250 ml สัญญาณชีพระหว่างผ่าตัดปกติ BP = 100 /60 -120/80 mmHg, , PR = 80 - 94 beat/min ไม่เกิดการฉีกขาดของเส้นเลือด splenic vein และ splenic parenchymal injury รวมถึงไม่เกิดการฉีกขาดของเส้นเลือดบริเวณอื่น
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการบาดเจ็บผิวหนัง เส้นประสาทจากการจัดท่าขณะผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยได้รับการจัดท่า Supine position อาจเกิดการบาดเจ็บของกลุ่มเส้นประสาท Brachial แผลกดทับตามผิวหนัง ปุ่มกระดูกต่างๆ ที่กดทับอยู่กับเตียง 2. ระยะผ่าตัดนานถึง 5 ชั่วโมง 30 นาที วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการบาดเจ็บผิวหนัง เส้นประสาทจากการจัดท่าขณะผ่าตัด	1. จัดท่า Supine position ให้ถูกต้อง โดยศีรษะและลำตัวอยู่ในแนวตรง เอาหมอนหรือ jelly pad มารองบริเวณท้ายทอย ไตหัวไหล่และสะบัก กางแขนบนที่รองแขนไม่เกิน 90 องศา เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของกลุ่มเส้นประสาท Brachial แขน ข้อศอกเหยียดตรง และหมุนออกข้างนอก หางมือ นิ้วมือเหยียดออก เพื่อป้องกันการกดทับเส้นประสาท Ulnar ขาเหยียดตรง และหมุนขาเข้าด้านในเล็กน้อย ใช้หมอนหรือผ้ารองบริเวณก้นกบได้เข้า เพื่อให้ข้อเข่าเล็กน้อย ใช้ผ้ารองด้านข้างข้อเท้าและส้นเท้า เพื่อให้เท้าตั้งตรง ป้องกันการเกิดแผลกดทับที่ตาตุ่ม ส้นเท้า และปลายเท้าตก 2. ตรวจสอบ ประเมินสภาพผิวหนัง ปุ่มกระดูกบริเวณที่ถูกกดทับ ระหว่างการทำผ่าตัดเป็นระยะๆ และเมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีอาการอ่อนแรงของแขน มือ และนิ้วมือ งอข้อศอก ยกแขน กระดกข้อมือขึ้น เหยียดนิ้ว แขนมือได้ ผิวหนังตามร่างกายที่ถูกกดทับอยู่ด้านล่าง หรือตามปุ่มกระดูกไม่มีรอยขีด รอยแดง แผลถลอก หรือแผลฉีกขาด
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำเนื่องจากอุณหภูมิห้องผ่าตัดเย็นและการผ่าตัดใช้เวลานาน ข้อมูลสนับสนุน 1. อุณหภูมิห้องผ่าตัดอยู่ในช่วง 22 – 25°C 2. ระยะผ่าตัดนานถึง 5 ชั่วโมง 30 นาที วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำขณะผ่าตัด	1. ให้ความอบอุ่นร่างกายผู้ป่วยด้วยผ้าห่มเปาลมร้อน (Bair Hugger) คลุมผ้าบริเวณหน้าอกและแขนทั้ง 2 ข้าง 2. ให้สารน้ำอุ่นทางหลอดเลือดดำตลอดการผ่าตัด 3. ควบคุมอุณหภูมิห้องให้อยู่ระหว่าง 22 – 25°C 4. สังเกตและประเมินอุณหภูมิร่างกาย (Core temperature) ตลอดการผ่าตัด และลงบันทึกทุก 15 นาที 5. สังเกตและเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของอุณหภูมิร่างกายต่ำ ได้แก่ หวานสั่น ปลายมือซีด เย็น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะเลือดแข็งตัวยาก 6. เปิดแผยร่างกายในส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดให้น้อยที่สุด ประเมินผลการพยาบาล ตลอดการผ่าตัดผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 36.5 – 36.8 °C ผิวกายอุ่น ผิวหนัง และปลายมือไม่ซีด เย็น ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ EKG show normal sinus rhythm และไม่มีอาการ หวานสั่น (Shivering)
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดผิวหนังได้รับบาดเจ็บจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า	1. ตรวจสอบผู้ป่วยว่าไม่มีเครื่องประดับโลหะติดมาด้วย เนื่องจากเครื่องประดับที่เป็นโลหะเป็นสื่อนำไฟฟ้า ทำให้เกิดไฟฟ้าลัดวงจร

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน การผ่าตัด Explore laparotomy Distal gastrectomy, Choledochojejunostomy, Pancreatojejunostomy, Gastrojejunostomy ต้องใช้เครื่องจี้ไฟฟ้าเพื่อหยุดเลือด เลาะและตัดเนื้อเยื่อ วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า	2. ประเมินสภาพผิวหนังของผู้ป่วยก่อนติดแผ่นสื่อน้ำไฟฟ้า และวางแผนสื่อน้ำไฟฟ้าในตำแหน่งที่มีกล้ามเนื้อหนา หลีกเลี่ยงบริเวณปุ่มกระดูก และบริเวณที่มีโอกาสสัมผัสกับสารน้ำขณะผ่าตัด ติดแผ่นสื่อน้ำให้แนบสนิทกับผิวหนังผู้ป่วย 3. ตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องจี้ไฟฟ้า สายไฟ และแผ่นสื่อน้ำ ปรับเครื่องจี้ไฟฟ้าตามชนิดการผ่าตัดให้เหมาะสม 4. ดูแลรอยเย็บต่างๆของผู้ป่วยไม่ให้สัมผัสส่วนที่เป็นโลหะ 5. ตรวจสอบบริเวณที่วางแผ่นสื่อน้ำไฟฟ้า และผิวหนังของผู้ป่วยเมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด ว่ามีรอยแดง หรือรอยไหม้เกิดขึ้นหรือไม่ ประเมินผลการพยาบาล บริเวณที่วางแผ่นสื่อน้ำไม่เปื่อยขึ้น ไม่มีรอยแดงหรือผิวหนังมีรอยไหม้
ระยะหลังผ่าตัด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดอันตรายจากการเคลื่อนย้าย ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยได้รับการรับความรู้สึกด้อยวิธีดมยาสลบ โดยยาที่ใช้ ได้แก่ Propofol, Sevoflurane ทำให้ง่วงซึม และกดการหายใจ 2. ขณะเคลื่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัดผู้ป่วยยังไม่รู้สึกตัว on ET. Tube, NG tube, Jack drain จากแผลผ่าตัด และ Foley's catheter วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันอันตรายจากการเคลื่อนย้าย ได้แก่ เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ สาย และท่อระบายต่างๆ เลื่อนหลุด	1. ตรวจสอบแผลผ่าตัด ET. Tube ท่อระบาย สายสวนปัสสาวะ NG tube และอุปกรณ์ที่ติดร่างกายผู้ป่วยให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง การยึดตรึงแน่น ไม่ดึงรั้งก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงผ่าตัด 2. ประสานงานกับวิสัญญีพยาบาล แพทย์ และพนักงานเวรเปล เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการเคลื่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัด 3. ช่วยเหลือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากห้องผ่าตัดด้วยความปลอดภัย 4. ร่วมกับวิสัญญีพยาบาลประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน ได้แก่ ปลายมือ ปลายเท้า ริมฝีปากเขียวคล้ำ ผิวหนังซีด เย็น ระดับความรู้สึกตัวลดลง $O_2 \text{ sat} < 90\%$, Capillary refill time > 3 วินาที ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยยังไม่รู้สึกตัว สัญญาณชีพปกติ BP = 133/87 mmHg, PR = 70 beat/min, RR = 16 beat/min (Ambu bag), $O_2 \text{ sat} = 99\%$ ET. Tube, NG tube, Jack drain จากแผลผ่าตัด และ Foley's catheter เลื่อนหลุดระหว่างเคลื่อนย้าย หลังอยู่ห้องพักฟื้นผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจเองได้ดี สามารถ off ET tube และ on O_2 Mask with bag 10 lit/min
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยขาดความสมดุลของเกลือแร่โปแตสเซียมในร่างกายเนื่องจากสูญเสียโปแตสเซียมทางระบบทางเดินอาหาร ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หลังผ่าตัด 2. ผู้ป่วยได้รับการใส่ NG tube ต่อ intermittent suction มี content ออก 2,200 mL/24 hr 3. ผล Electrolyte พบ Potassium = 3.3 mmol/L วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อรักษาความสมดุลของระดับโปแตสเซียมในร่างกาย	1. ติดตาม ประเมินสัญญาณชีพ และคลื่นไฟฟ้าหัวใจทุกครั้งที่เยี่ยมผู้ป่วย 2. ติดตามการได้รับ B fluid + KCL 40 mEq (V) drip 80 mL/hr ตามแผนการรักษา 3. ประเมินอาการและอาการแสดงโปแตสเซียมต่ำ ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง มีอาการสับสน หายใจลำบาก คลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST-segment depression, T-wave flattening, T-wave inversion หรือมี U-wave 4. ติดตามปริมาณ content จาก NG tube ต่อ intermittent suction 5. ติดตามการได้รับยา Plasil 1 amp (V) prn q 8 hr ตามแผนการรักษา 6. ติดตามผลการตรวจ ระดับ Potassium ในเลือด ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แขน ขาทั้ง 2 ข้างไม่อ่อนแรง คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ NG tube ต่อ intermittent suction มี content ออกลดลงเรื่อยๆ และหลังผ่าตัดวันที่ 7 แพทย์พิจารณา off NG tube ผล Electrolyte ซ้ำ พบ Potassium ปกติ = 4.3 mmol/L
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดตดกระเพาะอาหารส่วนปลาย และเชื่อมกระเพาะอาหารส่วนปลาย ท่อน้ำดีร่วม และท่อตับอ่อนกับลำไส้เล็กส่วนกลาง ข้อมูลสนับสนุน 1. การผ่าตัดตดกระเพาะอาหารส่วนปลาย และเชื่อมกระเพาะอาหารส่วนปลาย ท่อน้ำดีร่วม ท่อตับอ่อนกับลำไส้เล็กส่วนกลาง มีผลทำให้อาหารและน้ำที่ผ่านลงมาในกระเพาะอาหารที่ถูกผ่าตัดแล้ว ไม่สามารถสะสมอยู่ในกระเพาะอาหารได้นาน โดยเฉพาะอาหารที่เป็นของเหลว จะไหลออกจากกระเพาะอาหาร ลงสู่ลำไส้เล็กเร็วขึ้น รวมทั้งทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของอัตราการไหลของน้ำดี น้ำย่อยของตับอ่อน	1. ประเมินอาการปวดท้อง ท้องอืด อาเจียน หน้าท้องแข็งเกร็ง เพื่อป้องกันการอักเสบและติดเชื้อในช่องท้อง 2. ประเมินและติดตามสัญญาณชีพ ติดตามผลการตรวจเม็ดเลือดขาวในเลือด และดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Cef-3 2 gm (V) OD ตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันการอักเสบและติดเชื้อในช่องท้อง 3. ร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยดูแลสาย NG tube ต่อ intermittent suction ให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อระบายสิ่งที่คั่งค้างในกระเพาะอาหารออกให้มากที่สุด 4. ฟังเสียงลำไส้บีบตัว เพื่อประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้ 5. ประเมินอาการและอาการแสดงของ Dumping syndrome ได้แก่ Early dumping: คลื่นไส้ ท้องอืด แน่นท้อง ปวดท้อง และถ่ายเหลว Late dumping: ผิวหน้าแดง มึนงง ใจสั่น ภาวะน้ำตาลต่ำหลังรับประทานอาหาร (Postprandial hypoglycemia) 6. ประเมินอาการและอาการแสดงของ Efferent loop syndrome ได้แก่ ปวดท้อง อาเจียนซึ่งจะมีทั้งอาหารและน้ำ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
(Pancreatic Juice) ลงสู่ลำไส้เล็กเร็วขึ้น ส่งผลให้ Unconjugated bile salt ซึ่งมีหน้าที่ยับยั้งการดูดซึมของน้ำในลำไส้ใหญ่ได้เร็วขึ้นด้วย ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ ผู้ป่วยจะมีภาวะท้องเสีย (Post vagotomy diarrhea) 2. การผ่าตัดเชื่อมต่อกระเพาะอาหารส่วนปลายกับลำไส้เล็กส่วนกลาง ส่วนของลำไส้เล็กที่พ้นจากรอยต่อกระเพาะอาหารอาจบิด ทำให้ลำไส้อุดตันได้ วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน Dumping syndrome, Afferent loop syndrome, Postvagotomy diarrhea, การรั่วของน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร น้ำดี น้ำย่อยของตับอ่อนบริเวณรอยต่อเชื่อม (Anastomosis leakage)	7. ประเมินอาการและอาการแสดงของการรั่วของน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร น้ำดี น้ำย่อยของตับอ่อน บริเวณรอยต่อเชื่อม ได้แก่ อาการของเยื่อช่องท้องอักเสบ การติดเชื้อในช่องท้อง 8. ประเมินอาการของ Postvagotomy diarrhea ได้แก่ ท้องเสีย 9. แนะนำให้รับประทานอาหารโปรตีนสูง ไขมันสูง มีกากใย คาร์โบไฮเดรตต่ำ อาหารค่อนข้างแห้งไม่ควรดื่มน้ำปริมาณมากพร้อมกับอาหาร ควรดื่มน้ำระหว่างมื้ออาหาร 10. นอนพักในท่าศีรษะสูง ภายหลังรับประทานอาหารประมาณ 20 -30 นาที ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดท้อง ท้องอืด แน่นท้อง หน้าท้องกดไม่เจ็บ ไม่มีเมื่แข็งเกร็ง มีอาเจียน 2 ครั้ง ถ่ายอุจจาระปกติ สัญญาณชีพปกติ ไม่มีอาการใจสั่น ไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เสี่ยงจากเคลื่อนไหวน้ำของลำไส้ 6-8 ครั้ง/นาที
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลหลังผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง 2. ผู้ป่วยนอนปวดแผลผ่าตัด Pain scale = 5 คะแนน วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อลดอาการปวดแผลผ่าตัด	1. ประเมินระดับความปวด และสังเกตสีหน้า พฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงถึงความเจ็บปวด และเมื่อประเมินความปวดอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป (NRS ≥ 4 คะแนน) ประสานงานกับพยาบาลหอผู้ป่วยเพื่อพิจารณาให้ยาแก้ปวด ได้แก่ MO 3 mg $\text{\textcircled{V}}$ prn q 6 hr 2. แนะนำวิธีการจัดการความปวดด้วยตนเองโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การทำสมาธิ หายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำๆ อ่านหนังสือ ฟังเพลง เป็นต้น 3. หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้บริเวณแผลผ่าตัดได้รับความกระทบกระเทือนบริเวณแผลผ่าตัด และการรบกวนผู้ป่วยในขณะที่พักผ่อน 4. จัดท่านอนศีรษะสูง เพื่อให้อาการแน่นหน้าท้องหยาบตัว ลดการดึงของผิวหนังบริเวณบาดแผล ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยนอนหลับได้ ได้รับยาแก้ปวด ระดับความปวด MO 3 mg $\text{\textcircled{V}}$ prn q 6 hr จำนวน 3 ครั้ง อาการปวดแผลลดลง Pain scale = 0 - 2 คะแนน
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลผ่าตัดเนื่องจากการมีบาดเจ็บของเนื้อเยื่อบริเวณช่องท้องจากการผ่าตัดและมีสายระบายสิ่งคัดหลั่งจากแผลออกสู่ภายนอก ข้อมูลสนับสนุน 1. มีไข้ BT=38.2 °C 2. ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดหน้าท้องและ on Radivac drain วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันแผลผ่าตัดติดเชื้อ	1. ประเมินลักษณะบาดแผล และลักษณะ ปริมาณสารคัดหลั่งที่ออกจากแผลผ่าตัด แจ้งให้พยาบาลหอผู้ป่วยรับทราบความผิดปกติ 2. แนะนำผู้ป่วยให้การดูแลแผลผ่าตัดให้สะอาด ไม่เปื้อกชื้น 3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Cef-3 2 gm $\text{\textcircled{V}}$ OD ตามแผนการรักษา 4. ดูแลขวด Radivac drain ให้เป็นสุญญากาศเสมอ และแขวนอยู่ในระดับต่ำกว่าบาดแผล ประสานพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเปลี่ยนขวด Radivac drain กรณีพบว่ามีเลือดหรือสารคัดหลั่งเต็มขวด 5. สังเกตและประเมินอาการและอาการแสดงของการเกิดแผลผ่าตัดติดเชื้อ ได้แก่ มีไข้ แผลผ่าตัดมีสารคัดหลั่งเป็นหนอง รอบแผลบวม แดง ร้อน ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีไข้ BT=36.9 -37.2 °C แผลผ่าตัดแห้ง ไม่มี content ออกจาก Radivac drain หลังผ่าตัดได้ 13 วัน off Radivac drain และตัดไหมที่แผลผ่าตัด แผลแห้ง ดีดี
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเมื่อกลับบ้าน ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยและญาติสอบถามถึงการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่าย และส่งเสริมการปฏิบัติตนที่ถูกต้องหลังผ่าตัด	1. ควรรับประทานประเภทวิตามินซีสูง เนื้อสัตว์ ไข่ ถั่วต่างๆ ช่วยทำให้แผลผ่าตัดหายเร็วขึ้น และหลีกเลี่ยงอาหารรสหวาน รสเค็ม 2. หลีกเลี่ยงการทำงานหนักในระยะ 1 -3 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด เนื่องจากบริเวณที่ได้รับการผ่าตัดยังไม่แข็งแรง อาจทำให้แผลผ่าตัดแยกได้ 3. นอนพักผ่อนในเวลากลางคืน 6-8 ชั่วโมง กลางวัน 1-2 ชั่วโมง เพื่อให้ร่างกายได้ผ่อนคลายและพักผ่อนอย่างเต็มที่ ทำให้ร่างกายแข็งแรง 4. แนะนำให้สังเกตอาการผิดปกติเช่น ปวดท้อง แน่นท้องหลังรับประทานอาหาร โดยเฉพาะหลังรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก มีไข้ อาเจียน ท้องผูก ท้องอืด ให้รีบมาพบแพทย์ได้ทันที 5. ระวังอุบัติเหตุบริเวณหน้าท้อง เนื่องจากเมื่อมีแรงกระแทกอาจทำให้อวัยวะภายในได้รับบาดเจ็บได้ง่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	6. แนะนำให้มาพบแพทย์ตามนัด เพื่อตรวจติดตามผลการรักษา ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติตอบคำถามการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้มีภาวะกระเพาะอาหารส่วนปลายและลำไส้เล็กส่วนต้นตีบ สาเหตุเกิดจากเป็นโรคแผลในลำไส้เล็กส่วนต้นเรื้อรังมานาน จึงทำให้กลายเป็นพังผืดที่หนาตัวขึ้น ขยายกว้างขึ้นจนทำให้ทางออกของกระเพาะอาหารส่วนไพโลรัส (Pylorus) ตีบแคบ¹ มีผลให้มีอาหารและน้ำย่อยค้างคั่งในกระเพาะอาหาร ผู้ป่วยจึงมีอาการแน่นท้อง ท้องอืด โดยเป็นอาการนำที่สำคัญทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ซึ่งผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาเบื้องต้นเพื่อแก้ไขปัญหที่เกิดจากผลกระทบของพยาธิสภาพของโรค ได้แก่ ลดอาการปวดท้อง แน่นท้อง และการคั่งค้างเศษอาหาร น้ำย่อยในกระเพาะอาหาร โดยการใส่สายยางลงสู่กระเพาะอาหารต่อลงถุงเพื่อระบายเศษอาหาร น้ำย่อยออกจากกระเพาะอาหารงดอาหารและน้ำ แก้ไข ป้องกันภาวะเกลือแร่ขาด ความสมดุล ขาดสารน้ำ ขาดสารอาหาร โดยการให้สารน้ำ สารอาหารทางหลอดเลือดดำ และเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมของสภาพร่างกาย แพทย์จึงทำผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนทางผ่านของอาหารและน้ำลงลำไส้เล็กส่วนกลาง ในระหว่างผ่าตัดเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด โดยเกิดการบาดเจ็บของท่อน้ำดีร่วมและท่อตับอ่อน จึงต้องทำผ่าตัดต่อเชื่อมท่อน้ำดีร่วม ท่อตับอ่อนกับลำไส้เล็กส่วนกลาง ซึ่งพยาบาลห้องผ่าตัดได้ช่วยเหลือศัลยแพทย์ในการจัดเตรียมและจัดส่งเครื่องมือ อุปกรณ์ได้อย่างทันเวลา และช่วยแพทย์ทำผ่าตัดจนเสร็จ โดยผู้ป่วยไม่เกิดภาวะ

แทรกซ้อนจากการผ่าตัดต่อเชื่อมท่อน้ำดีร่วม ท่อตับอ่อนกับลำไส้เล็กส่วนกลาง แต่อย่างไรก็ตาม หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายประการ ได้แก่ Surgical site infection, Efferent loop syndrome, Dumping, Postvagotomy diarrhea, Nutritional problems, Alkaline Reflux gastritis, Anastomosis leakage^{4,7} ได้ส่งต่อข้อมูลกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อการประเมิน เฝ้าระวัง และเฝ้าติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

ข้อเสนอแนะ

1. จัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในหน่วยงานห้องผ่าตัด โดยใช้ผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้เพื่อร่วมกันวิเคราะห์แนวทางดูแลผู้ป่วยที่เป็นจุดแข็งและจุดอ่อน และปรับปรุงแก้ไขจุดอ่อน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น
2. ควรจัดให้มีการสอนงานด้วยระบบพี่เลี้ยงหรือการโค้ชจากผู้มีประสบการณ์ และชำนาญในงานมากกว่า เพื่อถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ตรงในการช่วยศัลยแพทย์ทำผ่าตัดเชื่อมต่อกระเพาะอาหารส่วนปลาย ท่อน้ำดีร่วม และท่อของตับอ่อนกับลำไส้เล็กส่วนกลาง

เอกสารอ้างอิง

1. กิ่งดาว เพชรวัตร. การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีกระเพาะอาหารส่วนปลายตีบ และมีภาวะแพ้อย่างรุนแรงหลังทํา GI study. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี 2563 ;33(1) : 19-30.
2. Suresh Clement H., Cherukumalli RP., Rao CH. A clinical study of gastric outlet-obstruction. International Surgery 2016; 4(1): 264-269.
3. Papanikolaou IS, Siersema PD. Gastric Outlet Obstruction: Current Status and Future Directions. Gut Liver. 2022; 16(5): 667–675.
4. ศิริรัตน์ จารุชกุล. การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระเพาะอาหารส่วนปลายเชื่อมต่อกับลำไส้เล็กส่วนกลาง.

- วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2557; 29(2) : 81-92.
5. ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. รายงานผู้ป่วยรายโรคปี พ.ศ 2564 - 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 13 กันยายน 2566]. เข้าถึงจาก :
http://somdetdata.moph.go.th/data_sys/report_/
6. งานห้องผ่าตัด. บันทึกรายงานความเสี่ยงประจำปี 2564, 2565, 2566.
7. Camacho C., Lindo T., Bernardes A. Management of gastrojejunostomy leakage after emergency gastrectomy. International Surgery 2021; 8(1): 357-361.