



เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการ ทางเว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ
ผ่านกล้องวิดิทัศน์ (Laparoscopic Appendectomy) : กรณีศึกษา

ปริศนา รัตนปัญญากร
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ ผ่านกล้องวิดิทัศน์

(Laparoscopic Appendectomy) : กรณีศึกษา

Nursing care of patient receiving anesthesia for appendicitis
surgery via laparoscopy : Case study

ปริศนา รัตนปัญญากร พย.บ

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน

Prisana Rattanapunyakorn RN.

Taphanhin Crown Prince Hospital

บทคัดย่อ

ที่มา : ไส้ติ่งอักเสบ เป็นโรคที่พบบ่อยในแผนกศัลยกรรม การรักษาแบบมาตรฐาน คือการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องโดยมีแผลบริเวณท้องน้อยด้านขวา ปัจจุบันได้มีการผ่าตัดไส้ติ่งผ่านกล้องวิดิทัศน์ ซึ่งมีข้อดีเหมือนการผ่าตัดผ่านกล้องวิดิทัศน์ในโรคอื่นๆ แต่ยังมีข้อเสียและข้อจำกัดที่ต้องพิจารณา เนื่องจากการผ่าตัดฉุกเฉิน ดังนั้นการพิจารณาเลือกเทคนิคการผ่าตัดจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบผ่านกล้องวิดิทัศน์

วิธีดำเนินงาน : ผู้ศึกษาได้เลือกผู้ป่วยรายแรกที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบผ่านกล้องวิดิทัศน์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยชายชาวกัมพูชา อายุ 41 ปี เข้ารับการตรวจรักษาด้วยอาการปวดท้องข้างขวาค้นไส้ อาเจียน 1 ครั้ง ซ้อยารับประทานไม่ทุเลา จึงมาโรงพยาบาล ได้รับการตรวจรักษา ผลการตรวจวินิจฉัยพบว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน (Acute Appendicitis) วิสัญญีพยาบาลได้ตรวจเยี่ยม ประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึกให้คำแนะนำเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึก การผ่าตัดผ่านกล้องวิดิทัศน์ การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและหลังการผ่าตัดให้การพยาบาลขณะระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย เฝ้าระวังสัญญาณชีพภาวะแทรกซ้อนระหว่างการระงับความรู้สึก รวมระยะเวลาผ่าตัด 2 ชั่วโมง 10 นาที ดูแลต่อในห้องพักฟื้นไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังจากการระงับความรู้สึกติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อน รวมระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 3 วัน

สรุปผล : การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบผ่านกล้องวิดิทัศน์ เป็นการบริการทางวิสัญญีที่มีความท้าทาย เนื่องจากการเป็นการผ่าตัดฉุกเฉิน วิสัญญีพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินก่อนผ่าตัด เฝ้าระวังระหว่างการผ่าตัด และติดตามภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้หลังผ่าตัด อีกทั้งการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและทีมผ่าตัดเพื่อพิจารณาร่วมกันในการเลือกใช้เทคนิคการผ่าตัดที่เหมาะสมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก

คำสำคัญ : การระงับความรู้สึก , การผ่าตัดผ่านกล้องวิดิทัศน์ ,ไส้ติ่งอักเสบ

ABSTRACT

Background : Appendicitis is a common disease in the surgical department . The standard treatment is an open abdominal surgery with a wound on the lower right abdomen. Currently,there is a video laparoscopic appendectomy,which has the sameadvantages as video laparoscopic surgery for other diseases.However,there are still disadvantages and limitations that must be considered because it is an emergency surgery.Therefore,the selection of surgical technique is very important.

Objectives : To study the nursing care for patients undergoing laparoscopic appendectomy.

Methods : The study focused on the first patient who underwent laparoscopic appendectomy at Taphanhin Crown Prince Hospital.

Case study : The patient, a 41-year-old Cambodian male patient was admitted for treatment with right abdominal pain,nausea,and vomiting once.Taking medication did not relieve the symptoms,so he came to the hospital.He was examination and treated. The. diagnosis was acute appendicitis. The anesthetist nurse visited and assessed the patient's condition before administering anesthesia.He gave advice on anesthesia,video laparoscopic surgery,and behavior before and after surgery. He provided nursing care during general anesthesia,monitored vital signs,and observed complications during anesthesia.The total surgery time was 2 hours and 10 minutes.He was provided with further care in the recovery room.No complications were found after anesthesia.The follow up visit after surgery did not show any complications after surgery.The total hospital stay was 3 days.

Conclusion : Nursing care for patients who received anesthesia for video laparoscopic appendectomy is a challenging anesthesia service.Because it is an emergency surgery, the anesthetist plays an important role in preoperative assessment, monitoring, and postoperative complication management. Includes providing Information on the procedure's to consider appropriate surgery. The main goal is to ensure patient safety.

Keywords : Anesthesia, Laparoscopic Surgery, Appendicitis

บทนำ

โรคไส้ติ่งอักเสบเป็นโรคที่ต้องการการรักษาทางศัลยกรรมเร่งด่วนที่พบได้บ่อยที่สุดทั้งในผู้ใหญ่และเด็ก เป็นโรคที่มีปัญหาในการวินิจฉัยให้ถูกต้องค่อนข้างมากผู้ป่วยบางรายได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้ แต่เมื่อผ่าตัดเข้าไปก็พบว่าไส้ติ่งไม่มีการอักเสบผู้ป่วยบางรายแม้จะไปพบแพทย์แต่ก็ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอื่นจนกระทั่งไส้ติ่งแตกแล้วจึงได้รับการรักษาวินิจฉัยที่ถูกต้อง โดยมีอุบัติการณ์อยู่ที่ 100 ต่อ 100,000 คน ของประชากร แม้ในปัจจุบันจะมีการส่งตรวจพิเศษที่ช่วยในการวินิจฉัยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน แต่ก็ยังพบภาวะไส้ติ่งแตก (Rupture appendicitis) โดยมีอุบัติการณ์ที่ 2 ต่อ 1,000 คน ของประชากร หากเปรียบเทียบเป็นสัดส่วนภาวะไส้ติ่งแตกต่อการเกิดไส้ติ่งอักเสบทั้งหมด อยู่ที่ประมาณ 25% (ถาวร นาแก้ว, 2565)

การผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ สามารถผ่าตัดได้ทั้งชนิดแบบเปิดหน้าท้องและผ่านกล้องวิดิทัศน์ ในปัจจุบัน การตรวจวินิจฉัยรักษาและผ่าตัดโดยผ่านกล้องวิดิทัศน์ได้รับความนิยมในการนำไปใช้ร่วมกับการผ่าตัดชนิดต่างๆเพิ่มมากขึ้นโดยการเปิดแผลเล็กบนหน้าท้องขนาดเพียง 5 มิลลิเมตร เพื่อสอดเครื่องมือเข้าไปในช่องท้องทำการตัด เจาะ ดูดของเหลว หรือผูกภายในช่องได้โดยแพทย์จะเห็นภาพการผ่าตัดจากจอแสดงภาพ การผ่าตัดผ่านกล้องวิดิทัศน์มีข้อดีหลายประการ คือผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเสียเลือดน้อย มีการทำลายเนื้อเยื่อน้อย เพราะขนาดแผลเล็กส่งผลให้ความเจ็บปวดภายหลังผ่าตัดลดลง ภาวะลำไส้หยุดทำงานหลังผ่าตัดเกิดน้อยลง ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วและกลับบ้านได้เร็วภายใน 2 - 3 วันจึงประหยัดค่าใช้จ่าย แต่มีข้อเสียในเรื่องเครื่องมือมีราคาแพงเป็นหัตถการใหม่ ต้องใช้บุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญ แต่อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันยังไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัดว่าภาวะไส้ติ่งอักเสบควรจะผ่าตัด แบบไหนดีที่สุดระหว่างการผ่าตัดแบบเปิดและแบบส่องกล้อง (ศุภกิจ ฉัตรไชยฤกษ์, 2563)

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด M2 จากข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ.2564 - 2566) การให้บริการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ เท่ากับ 18,16 และ 39 รายตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2567 มีแนวโน้มสูงขึ้น เนื่องจากมีศัลยแพทย์ 2 ท่าน เพิ่มขีดความสามารถในการให้บริการผ่าตัดได้มากขึ้นสำหรับกรณีศึกษานี้เป็นการผ่าตัดไส้ติ่งผ่านกล้องวิดิทัศน์ รายแรกของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน ซึ่งผู้ศึกษาสนใจเนื่องจากการผ่าตัดฉุกเฉินมีความเสี่ยงในการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด ต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งในส่วนของผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ ตลอดจนค่าใช้จ่ายที่เพิ่มเติมเนื่องจากเป็นแรงงานต่างด้าวที่ยังรอการขึ้นทะเบียน ในส่วนของทีมผ่าตัด ซึ่งมีความคุ้นชินกับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ แบบเปิดหน้าท้องซึ่งใช้เวลาผ่าตัดประมาณ 20 - 45 นาที และการบริหารจัดการในส่วนของบุคลากรที่เพิ่มขึ้นจากการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง อีกทั้งการเตรียมความพร้อมของเครื่องมือผ่าตัดผ่านกล้องวิดิทัศน์ ซึ่งยังมีข้อจำกัดในการจัดเตรียมให้พร้อมใช้ในกรณีเป็นการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน

วิสัยยุทธยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินก่อนผ่าตัด เฝ้าระวังระหว่างการผ่าตัด และติดตามภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้หลังผ่าตัด อีกทั้งการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและทีมผ่าตัด ถึงข้อดี ข้อจำกัด ความเสี่ยงต่าง ๆ เพื่อพิจารณาร่วมกันในการเลือกใช้เทคนิคการผ่าตัดที่เหมาะสม เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก และเป็นการพัฒนาศักยภาพของทีมผ่าตัดและวิสัยยุทธยาบาลประจำตึกได้มีความรู้ ความเข้าใจให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดผ่านกล้องวิดิทัศน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบผ่านกล้อง
วิดิทัศน์ (Laparoscopic Appendectomy)

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เลือกจากกรณีศึกษาที่เป็นกรณีผ่าตัดที่ทำการเป็นครั้งแรกของโรงพยาบาล มีความท้าทายและการเรียนรู้
เทคนิควิธีการใหม่ ๆ เพื่อนำเป็นข้อมูลเปรียบเทียบและเป็นทางเลือกในการให้บริการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ
2. สืบค้นความรู้ทางวิชาการ กรอบแนวคิดทางการพยาบาล และการระงับความรู้สึกในการผ่าตัด
ผ่านกล้องวิดิทัศน์ จากตำรา วารสาร งานวิจัย เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา
3. ศึกษารวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย ประเมินปัญหา วางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาล
ตามกระบวนการพยาบาล และประเมินผล
4. บันทึก/ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัญหา วินิจฉัยทางการแพทย์และแผนการรักษาของแพทย์
รวมทั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แผนแผนการพยาบาลในแต่ละระยะการผ่าตัด และการประเมินผล โดยใช้
กระบวนการพยาบาล ก่อนทำการวิเคราะห์และสรุปข้อมูล
5. ใช้เป็นแนวทางทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบผ่านกล้อง
วิดิทัศน์ (Laparoscopic Appendectomy) และสามารถนำไปปรับใช้กับการผ่าตัดผ่านกล้องวิดิทัศน์อื่นๆ ได้
6. สรุปผลงาน อภิปรายผล และจัดทำเอกสารวิชาการ

ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดผ่านกล้องวิดิทัศน์ (Laparoscopic surgery)

การเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากการผ่าตัดไส้ติ่งผ่านกล้องวิดิทัศน์ (ฐิติกัญญา ดวงรัตน์ , 2562)

การผ่าตัดไส้ติ่งผ่านกล้องวิดิทัศน์มีปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย มีสาเหตุจากการ
ใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าในช่องท้อง โดยทั่วไปจะใช้ลมประมาณ 3 - 4 ลิตร ให้มีความดันในช่องท้อง
ประมาณ 10 - 15 มิลลิเมตรปรอท การใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าในช่องท้อง เพราะมีคุณสมบัติไม่ติดไฟ
จึงไม่เกิดปัญหาเวลาใช้ไฟฟ้า นอกจากนี้ยังมีค่าของการดูดซึมสูง จึงลดความเสี่ยงต่อการเกิดการอุดตัน
ของก๊าซในหลอดเลือดและราคาไม่แพง ง่าย การผ่าตัดวิธีนี้เป็นทางเลือกของการผ่าตัดทางศัลยกรรม
ที่ทำการมากขึ้น แต่ผู้ป่วยต้องอยู่ภายใต้สภาวะที่มีความดันในช่องท้องสูง ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
ทางสรีรวิทยา ดังต่อไปนี้

- ผลต่อระบบหายใจ ความดันจากการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าในช่องท้อง ทำให้ท้องอืดขึ้น
กดเบียดปอด กระบังลมถูกดันให้สูงขึ้น ผู้ป่วยจะรู้สึกแน่นอึดอัดหายใจไม่สะดวก ปริมาตรของอากาศที่เหลืออยู่
ในปอดหลังจากการหายใจออก (functional residual capacity) ลดลงทำให้เสี่ยงต่อขาดออกซิเจน และ
คาร์บอนไดออกไซด์คั่ง นอกจากนี้ความดันในช่องท้องที่เพิ่มขึ้นอาจทำให้เกิดการไหลย้อนหรือสำลักอาหาร
ลงปอดได้ (นฤมล ประจันพาณิซย์, 2566)

- ผลต่อระบบไหลเวียนเลือด ในช่วงแรกที่ใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าในช่องท้อง
ระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด จะสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จะกระตุ้นการหลั่งแคทีโคลามีน (catecholamine)
ทำให้เพิ่มแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลายและความดันโลหิต ซึ่งทำให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้นหรือหัวใจ
เต้นผิดจังหวะ (cardiac arrhythmia) ได้ และการเพิ่มความดันในช่องท้องจากการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์
เข้าในช่องท้อง จะส่งผลให้ปริมาณเลือดไหลกลับเข้าหัวใจเพิ่มขึ้นในช่วงแรก หลังจากนั้นจะลดลงจากการ
กดหลอดเลือดแดงทำให้แรงต้านของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ปริมาณเลือดที่ไหลออกจากหัวใจไปเลี้ยงร่างกาย
(cardiac output) ลดลง นอกจากนี้ถ้าความดันในช่องท้องสูงกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท จะมีการกดเบียด
หลอดเลือดดำใหญ่ ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่กลับเข้าสู่หัวใจลดลง และมีการลดลงของปริมาณเลือดที่ออกจาก
หัวใจ แต่ถ้าความดันในช่องท้องไม่เกิน 15 มิลลิเมตรปรอท พบว่าการกดเบียดหลอดเลือดเพียงเล็กน้อย

ไม่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจ การยืดขยายเยื่อช่องท้อง ในช่วงที่เริ่มใส่ก๊าซ อาจกระตุ้นวาโกวาลรีเฟล็กซ์ (vagovagal reflex) ทำให้หัวใจเต้นช้าจนถึงขั้นหัวใจหยุดเต้นได้

- ผลต่อดับและไต ความดันในช่องท้องที่มากกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท จะทำให้เลือดไปเลี้ยงไตลดลง ปริมาณปัสสาวะลดลง ความดันในช่องท้องที่เพิ่มขึ้นจะทำให้เกิดภาวะกรดแลคติกคั่ง (lactic acidosis) ซึ่งเกิดจากปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจและหน้าท้องดับในการทำลายแลคเตท (lactate) ลดลง

ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดใส่ตั้งผ่านกล้องวิดิทัศน์ (ปณต ยิ้มเจริญ , ม.ป.ป.)

1. ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ที่รุนแรงที่พบได้ คือ การฉีกขาดของหลอดเลือดอาจเป็น หลอดเลือดใหญ่ เช่น หลอดเลือดแดงใหญ่ (aorta) อินฟีเรียเวนาคาวา (inferior vena cava) หรือ หลอดเลือด ไอลิเอค (iliac) ทำให้เกิดเลือดอยู่นอกเยื่อช่องท้องด้านหลัง (retroperitoneal hematoma) พบได้ร้อยละ 1 - 2 รองลงมาคือการทำลายอวัยวะภายใน เช่น เกิดการทะลุของลำไส้ขณะทำผ่าตัด ถ้าไม่สามารถวินิจฉัย ได้ทันท่วงทีในขณะนั้น ผู้ป่วยอาจกลับมาด้วยอาการติดเชื้อ

2. ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการระงับความรู้สึก ที่พบได้คือ

2.1 ลมในชั้นใต้ผิวหนัง (subcutaneous emphysema) เกิดจากการขยับของเข็มเวอร์เรส (verres needle , trocar) ขณะที่ใส่ก๊าซเข้าช่องท้องทำให้ก๊าซรั่วเข้าไปในชั้นใต้ผิวหนัง อาจเข้าไปถึงบริเวณ คอ ไหล่ และลำตัว มักพบวาระดับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก การแก้ไขโดยการ เพิ่มปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าในหนึ่งนาที เพื่อแก้ไขภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง (hypercarbia)

2.2 ลมในเยื่อที่กั้นกลางช่องอกและลมในชั้นเยื่อหุ้มปอด เกิดจากมีการเปิดรอยต่อระหว่าง ช่องเยื่อหุ้มปอดและช่องท้อง เนื่องจากความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น สามารถวินิจฉัยได้จากเสียงหายใจที่เบาลง ความดันในทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงลดลง และภาวะเขียว (cyanosis) การแก้ไขสามารถทำได้โดยหยุดใช้ไนตรัสออกไซด์ เพิ่มเปอร์เซ็นต์ออกซิเจนและช่วยหายใจเพื่อแก้ไขภาวะ ขาดออกซิเจน ควรรายงานให้ศัลยแพทย์ทราบ เพื่อลดความดันในช่องท้องลงให้มากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ ลมในเยื่อหุ้มปอดที่เกิดขึ้นโดยไม่มีการฉีกขาดของเยื่อหุ้มปอดจะสามารถหายได้เองภายใน 30 - 60 นาที

2.3 ภาวะพองแก๊สอุดตันในหลอดเลือด (gas embolism) พบได้น้อยแต่เป็นภาวะแทรกซ้อน ที่อันตรายที่สุด ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ที่เข้าไปในหลอดเลือดจะไปอุดกั้นอินฟีเรียเวนาคาวาและหัวใจ ห้องบนขวา ซึ่งทำให้เลือดกลับเข้าหัวใจลดลง ระบบไหลเวียนเลือดล้มเหลว หัวใจเต้นเร็วขึ้น เต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตต่ำลง ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดลดลง เกิดภาวะเขียว (cyanosis) ความดัน คาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออกลดลง การรักษาจะได้ผลดีขึ้นกับความรวดเร็วของการวินิจฉัยการแก้ไขคือ การหยุดผ่าตัด และปล่อยก๊าซออกจากช่องท้อง หยุดการใช้ไนตรัสออกไซด์ ช่วยหายใจด้วยออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ จัดท่าผู้ป่วยศีรษะต่ำและนอนตะแคงขวาขึ้น ในกรณีอาการรุนแรง แพทย์อาจพิจารณาใส่สายสวน เข้าเส้นเลือดดำส่วนกลาง (central venous) หรือใส่สายสวนเข้าเส้นเลือดดำที่ไปเลี้ยงปอด (pulmonary artery catheter) เพื่อดูดก๊าซออกและทำการช่วยฟื้นคืนชีพถ้าจำเป็น

2.4 วาโกวาลรีเฟล็กซ์ (vagovagal reflex) จากการตั้งรังไข่ภายในช่องท้อง อาจกระตุ้น รีเฟล็กซ์ทำให้หัวใจเต้นช้าและความดันโลหิตลดลง แก้ไขโดยใช้อะโทรปีน (atropine) 0.3 - 0.6 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ

3. ภาวะแทรกซ้อนระยะหลังผ่าตัด

3.1 คลื่นไส้ อาเจียน (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2564) พบได้บ่อยร้อยละ 40-75 ปัจจัยที่ส่งเสริม คือการได้รับยาแก้ปวดกลุ่มนาร์โคติก (narcotic) ปัจจัยที่ช่วยลด อาการให้ยาพรอฟโพพอล (propofol) การใส่สายในกระเพาะอาหาร และการให้ยาแก้คลื่นไส้ อาเจียน

3.2 อาการปวดต้นคอและไหล่ภายหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง จะพบได้ถึงร้อยละ 50 เกิดจากก๊าซที่ค้างอยู่ในช่องท้องจำนวนมากกระคายเคืองกระบังลม สามารถป้องกันได้โดยการพยายามระบายก๊าซออกจากช่องท้องให้มากที่สุดร่วมกับการขยายปอดก่อนเสร็จสิ้นการผ่าตัด

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดไส้ติ่งผ่านกล้องวิดิทัศน์

1. การพยาบาลก่อนระงับความรู้สึก มีขั้นตอนดังนี้

- ประเมินสภาพผู้ป่วย (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2562) ประกอบด้วยการซักประวัติ ได้แก่ ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการผ่าตัด ประวัติการแพ้ยาและอาหาร ประวัติการใชยาประจำ ประวัติการระงับความรู้สึก ประวัติการแพ้ยาสลบ หรือความผิดปกติของบุคคลในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน การประเมินความรู้สึกตัวก่อนผ่าตัด เป็นต้น เพื่อใช้เป็นการจำแนกผู้ป่วยตามสมาคมวิสัญญีแพทย์อเมริกัน (America Society of Anesthesiologist : ASA) และมีการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) การตรวจระดับเกลือแร่ในร่างกาย (Electrolyte) การตรวจการทำงานของไต (BUN CR) ภาพถ่ายรังสีทรวงอก (CXR) การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) การประเมินการดื่มน้ำและอาหารของผู้ป่วย พร้อมทั้งตรวจสอบการลงชื่อยินยอมให้การรักษาและการระงับความรู้สึก

- การตรวจร่างกายผู้ป่วย โดยการประเมินความยากง่ายของการใส่ท่อช่วยหายใจ ได้แก่ ลักษณะของฟัน การใส่ฟันปลอม /มีฟันโยก คางสั้น คอสั้น เป็นลักษณะที่จะทำให้ใส่ท่อช่วยหายใจยาก ประเมินความสามารถการเคลื่อนไหวของศีรษะและลำคอ ต้องประเมิน Mallampati classification และการฟังเสียงลมหายใจเข้าออกบริเวณทรวงอก

- การเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ เครื่องดมยาสลบ เครื่องระเหยยาสลบ เครื่องดูดเสมหะ อุปกรณ์ใส่ท่อช่วยหายใจ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด เครื่องติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และเครื่องวัดปริมาณคาร์บอนไดออกไซด์ ในลมหายใจออก ถ้าประเมินพบมีความเสี่ยงในการใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก ต้องเตรียมเครื่องมือพิเศษช่วยในการใส่ท่อช่วยหายใจ เช่น McCoy laryngoscope blade, Video laryngoscope, อุปกรณ์ในการทำ crio-thyroid puncture เป็นต้น

2. การพยาบาลขณะระงับความรู้สึก แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

2.1 ระยะนำสลบและใส่ท่อช่วยหายใจ และให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจต่อทันทีโดยไม่ต้องรอให้ผู้ป่วยหลับ ซึ่งยาหย่อนกล้ามเนื้อที่ใช้มี 2 ชนิด คือ depolarizing และ non-depolarizing พร้อมกับให้ผู้ป่วยใช้ม็อกดกระตุกอ่อนไครคอยด์ ด้วยแรงประมาณ 4.5 กิโลกรัม หรือ 10 ปอนด์ โดยไม่ช่วยหายใจ เมื่อหยุดหายใจแล้วจึงใส่ท่อช่วยหายใจและต่อเข้ากับวงจรดมยาสลบ

2.2 ระยะควบคุมระดับการสลบและการเฝ้าระวัง เป็นการรักษาระดับความลึกของการระงับความรู้สึกให้อยู่ในระดับที่พอเหมาะกับชนิดของการผ่าตัด เป็นการเฝ้าระวังผู้ป่วยบันทึกสัญญาณชีพตลอดการผ่าตัด ดูแลให้ยาและสารน้ำเพื่อชดเชยการสูญเสียเลือดตามความเหมาะสม

2.3 ระยะหยุดยาและฟื้นจากยาสลบ เป็นขั้นตอนที่ทำให้ผู้ป่วยฟื้นจากยาสลบ ซึ่งต้องทำการแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ ดูแลผู้ป่วยให้ตื่นดี หายใจดีก่อนที่จะถอดท่อช่วยหายใจออก และให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจเองได้แรงและสม่ำเสมอจึงย้ายผู้ป่วยไปยังห้องพักฟื้น

3. การพยาบาลหลังระงับความรู้สึก

สังเกตอาการหลังผ่าตัด ดูแลให้การระงับปวดหลังผ่าตัดตามแผนการรักษาและส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย ติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมง

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายชาวกัมพูชา อายุ 41 ปี สัญชาติกัมพูชา นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพโสด อาชีพรับจ้าง สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ น้ำหนัก 56 กก. ส่วนสูง 170 ซม. ดัชนีมวลกาย 19.38 สิทธิการรักษา ชำระเงิน เข้ารับการตรวจรักษาเมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม 2567 เวลา 21.15 น. อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ปวดท้อง ข้างขวา อาเจียน 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดท้องข้างขวา คลื่นไส้ อาเจียน 1 ครั้ง ซึ่อยารับประทานไม่ทุเลา จึงมาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการผ่าตัด ไม่พบประวัติการแพ้ยาหรือ อาหาร ไม่มีประวัติการใช้ยาประจำ ประวัติครอบครัวไม่มีแพ้ยาสลบ สูบบุหรี่ วันละ 1 - 2 มวน/วัน

- ประเมินสุขภาพแรกรับ

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ปวดท้องข้างขวาคลิ้นไส้ อาเจียน ความดันโลหิต 160/100 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 76 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 98 % ฟัง Lung clear Mallampati Class 1 ASA Class 1 E

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่ 16 กรกฎาคม 2567

CBC: Hb 13.6 g/dL, Hct 37.8 %, WBC count 19,876 cell/cum, Platelet count 236,000 cell/cum Neutrophil 87 %, Lymphocyte , 9 % PT 11.1, PTT 22.7, INR 1.01
Electrolyte: Na 138 mmol/L, K 3.59 mmol/L, Cl 95 mmol/L, CO₂ 28 mmol/L
BUN 8 mg/dL, Creatinine 0.74 mg/dL

แปลผล : มีจำนวนเม็ดเลือดขาวเพิ่มสูงขึ้นและมีสัดส่วนของ neutrophil เพิ่มขึ้นด้วย แปลผลได้ว่า
ไส้ติ่งมีการอักเสบมาก

การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG): normal EKG HR 90ครั้ง/นาที

ภาพรังสีทรวงอก (chest X-ray): within normal limits

CT scan of the whole Abdomen: Mildly dilated appendix (0.8 cm indiameter) with mild peri appendicial fat stranding ; Suggestive of acute appendicitis

Alvarado score 8/10

ผลการวินิจฉัย Acute Appendicitis

ผู้ป่วยได้รับการประเมินความพร้อมในการผ่าตัดโดยศัลยแพทย์ วิสัญญีพยาบาลได้ตรวจเย็บซักประวัติ ตรวจร่างกาย ประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึก การผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อน หลังการผ่าตัด ให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ

NPO time 16 ชม. ผู้ป่วยได้รับการรักษาก่อนผ่าตัด ดังนี้

- 0.9% NSS 1000 ml IV drip 100 ml/hr
- Metronidazole 500 mg IV drip ทุก 8 ชม.
- Omeprazole 40 mg IV OD - Ceftriaxone 2 gm IV OD

วินิจฉัยทางการพยาบาลระยะก่อนระงับความรู้สึก (จิรัช สมโชค ไหว้, ศรัณญา จุฬารี และจันทร์ทิรา เจริญ, 2563)

วินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการประเมินความพร้อมในการผ่าตัดไม่ครบถ้วนเนื่องจากผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการสื่อสารและการรับรู้ข้อมูลที่ต้องการ

ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยบอกว่าปวดท้อง ขอน้ำ ขอยากินแก้ปวด ถามว่าผ่าตัดอะไร

O: ผู้ป่วยเป็นชาวแกมพูชา สื่อสารภาษาไทยได้ คำถามที่จำเป็นต่อการระงับความรู้สึก เช่น ระยะเวลางดน้ำ งดอาหาร, ประวัติการแพ้ยาสลบ ตอบได้ไม่ชัดเจน

- ใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการส่งข้อมูลก่อนผ่าตัดจากพยาบาลประจำตัวผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนมากที่สุด เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการระงับความรู้สึกและการผ่าตัดอย่างปลอดภัย

เกณฑ์การประเมินผล ได้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนมากที่สุด เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการระงับความรู้สึกและการผ่าตัดอย่างปลอดภัย

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติซึ่งเป็นนายจ้างผู้นำส่งโรงพยาบาล
2. อธิบายถึงความจำเป็นในการให้ข้อมูลต่างๆเพื่อการวางแผนระงับความรู้สึกและการผ่าตัดอย่างปลอดภัย
3. ใช้คำถามที่เข้าใจง่ายและทวนสอบความเข้าใจให้ตรงกันทุกครั้ง
4. ให้ญาติ (นายจ้าง) มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือในการสื่อสารทำความเข้าใจ
5. อธิบายถึงแนวทางการรักษาโดยการผ่าตัดไส้ติ่งผ่านกล้องวิดิทัศน์ ความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้หรืออาจจะต้องเปลี่ยนเทคนิคการผ่าตัดเป็นแบบเปิดหน้าท้องหากผ่าตัดผ่านกล้องวิดิทัศน์ไม่สำเร็จ
6. ให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด
7. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถาม
8. ตรวจสอบเอกสารการยินยอมผ่าตัด และรับทราบเรื่องค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยเป็นแรงงานต่างด้าวรอการขึ้นทะเบียน

ประเมินผล ได้ข้อมูลที่สำคัญครบถ้วน ระยะเวลางดน้ำงดอาหารรวม 16 ชั่วโมง ไม่พบประวัติแพ้ยาแพ้อาหาร และการแพ้ยาสลบในครอบครัว ประเมินได้ ASA class 1 Mallampati class 1 ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีความผิดปกติทางสรีรวิทยา

- รับทราบและเข้าใจในเรื่องการผ่าตัดไส้ติ่งผ่านกล้องวิดิทัศน์ ยินยอมเข้ารับการผ่าตัด
- นายจ้างรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด

การพยาบาลขณะระงับความรู้สึก (ระงับนำสลบและใส่ท่อช่วยหายใจ)

วินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการสูดสำลัก เนื่องจากภาวะกระเพาะอาหารเต็ม (full stomach)

ข้อมูลสนับสนุน S: -

O: ผู้ป่วยรับประทานอาหารและยาแก้ปวดก่อนมาโรงพยาบาล ระยะเวลาใกล้เคียงกับช่วงไส้ติ่งอักเสบซึ่งมีผล ทำให้กระบวนกรย่อยหยุดชะงัก อาจมีอาหารหรือน้ำย่อยค้างอยู่ในกระเพาะเป็นจำนวนมาก NPO time 16 ชั่วโมง

เกณฑ์การประเมินผล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดการสูดสำลักขณะให้การระงับความรู้สึก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบระยะเวลางดน้ำงดอาหารให้ชัดเจนก่อนให้ยาระงับความรู้สึก
2. เตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ เครื่องดมยาสลบ เครื่องระเหยยาสลบ เครื่องดูดเสมหะ อุปกรณ์ ใส่ท่อช่วยหายใจ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด เครื่องติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจและเครื่องวัดปริมาณคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก
3. เลือกวิธีการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายร่วมกับการใส่ท่อช่วยหายใจ (general anesthesia with endotracheal tube) ปฏิบัติร่วมกับเทคนิคการนำสลบแบบต่อเนื่องรวดเร็ว (rapid sequence induction) และกดกระดูกอ่อนไครคอยด์ด้วยแรงประมาณ 4.5 กิโลกรัม หรือ 10 ปอนด์ โดยไม่ช่วยหายใจ เมื่อหยุดหายใจแล้วจึงใส่ท่อช่วยหายใจและต่อเข้ากับวงจรดมยาสลบ
4. ตรวจสอบตำแหน่งท่อช่วยหายใจให้ถูกต้อง ตรวจสอบบริเวณรอยต่อกับวงจรดมยาสลบให้แน่น ระมัดระวังการเลื่อนหลุดและฟองปอดทุกครั้งเมื่อมีการจัดทำในการผ่าตัด

ประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดการสูดสำลักขณะให้การระงับความรู้สึก induction: rapid sequence induction with cricoid pressure Thiopental 300 mg IV, Intubation: Succinylcholine 100 mg IV ใส่ Endotracheal tube No. 8 depth 20 cms. ความดันโลหิต 160/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 96 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 100 % ฟังเสียงลมหายใจ เท่ากันทั้งสองข้าง

การพยาบาลขณะระงับความรู้สึก (ระมัดระวังระดับการสลบและการเฝ้าระวัง)

วินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัดใส่ดิ่งผ่านกล้องวิดิทัศน์

ข้อมูลสนับสนุน S: ศัลยแพทย์แจ้งทีมว่าเป็นเคสแรกค่อย ๆ ทำ ทีมพยาบาลช่วยผ่าตัด ถามว่าทำเหมือน LC หรือไม่ ต้องเข้าผ่าตัดกี่คน

O: เป็นการผ่าตัดใส่ดิ่งผ่านกล้องวิดิทัศน์รายแรกของโรงพยาบาล ประสิทธิภาพของทีมผ่าตัดและวิสัญญี ในการผ่าตัดผ่านกล้องวิดิทัศน์ยังค่อนข้างน้อย

เกณฑ์การประเมินผล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัดใส่ดิ่งผ่านกล้องวิดิทัศน์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ร่วมกับทีมผ่าตัดในการจัดทำให้เหมาะสม โดยจัดทำนอนหงาย ศีรษะสูงประมาณ 30 องศา เอียงเตียงให้ด้านขวาสูง ศัลยแพทย์ยืนข้างซ้าย และพยาบาลช่วยผ่าตัด คนที่ 1 ด้านขวา ประกอบด้วยพยาบาลช่วยผ่าตัดคนที่ 2 และพยาบาลส่งเครื่องมือ ดังนั้นต้องเก็บแขนซ้ายของผู้ป่วยซึ่งมีสารน้ำทางหลอดเลือดดำให้ต่อเนื่อง ได้ต่อสาย Extension tube เพื่อให้ความยาวเพียงพอในการบริหารยาระหว่างผ่าตัดได้สะดวก ตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ ตำแหน่งของสารน้ำทางหลอดเลือดดำไม่ให้ถูกกดทับหรือเลื่อนหลุด
2. ระมัดระวังการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทสัมพันธ์กับการจัดทำของผู้ป่วยและระยะเวลาการผ่าตัด ภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน (venous thrombosis) มักจะสัมพันธ์กับระยะเวลาผ่าตัดที่ยาวนานและผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง
3. เฝ้าระวังภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ หัวใจเต้นช้า ซึ่งสัมพันธ์กับการใส่ก๊าซเข้าสู่ช่องท้อง ป้องกันได้โดยพยายามควบคุมระดับคาร์บอนไดออกไซด์ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและป้องกันการเกิด vasovagal reflex โดยให้ผู้ป่วยหลับลึกพอก่อนที่จะใส่เครื่องมือเข้าสู่ช่องท้องร่วมกับให้ยา atropine 0.3-0.6 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ
4. เลือกใช้ยาหย่อนกล้ามเนื้อตามความเหมาะสมและให้อย่างเพียงพอ ใช้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ Atracurium 30 มิลลิกรัม หลังใส่ท่อช่วยหายใจ และ 10 มิลลิกรัม ทุก 30 นาที ยาดมสลบ Sevoflurane 2% เพื่อลดความดันในช่องท้องและสามารถควบคุมการหายใจได้ระหว่างผ่าตัด

5. การควบคุมการหายใจด้วยแรงดันบวก ปรับตามค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก ให้ค่าอยู่ประมาณ 35 - 45 มิลลิเมตรปรอท โดยขณะเริ่มใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้อง อาจพิจารณาปรับการช่วยหายใจเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 15 - 25 เพื่อควบคุมค่าคาร์บอนไดออกไซด์ ในเลือดไม่ให้สูงขึ้นจนเป็นอันตราย การใส่ positive end-expiratory pressure ที่เหมาะสม โดยทั่วไปประมาณ 5 - 7 เซนติเมตรน้ำ มีประโยชน์ ในการป้องกันภาวะปอดแฟบหลังผ่าตัด แต่มีข้อพึงระวังคือส่งผลให้ปริมาณเลือดดำที่ไหลสู่ห้องหัวใจลดลงอาจส่งผลให้ความดันเลือดลดลงได้
 6. เฝ้าระวังการบาดเจ็บต่ออวัยวะต่างๆ จากการผ่าตัด มักเกิดในช่วงการใส่ trocar หรือการใส่เครื่องมือ อื่นๆ ระหว่างผ่าตัด พบได้ตั้งแต่การบาดเจ็บของหลอดเลือดแดงใหญ่ กระเพาะและลำไส้ ตลอดจน ระบบทางเดินปัสสาวะ ภาวะ pneumothorax ซึ่งมักจะสัมพันธ์กับการบาดเจ็บของกระบังลม
 7. เฝ้าระวังภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ อาการปวดไหล่ ปวดสะบักหลัง การทำงานของกระบังลมผิดปกติ ภาวะค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูงหลังผ่าตัด มีลมเข้าชั้นใต้ผิวหนัง (subcutaneous emphysema) ซึ่งส่วนมากมักหายได้เอง ภาวะฟองแก๊สอุดตันในหลอดเลือด (gas embolism) ที่เข้าทางหลอดเลือดดำซึ่งถ้าเป็นรุนแรงเป็นอันตรายถึงชีวิต
 8. ลงบันทึกและตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 5 นาที ควบคุมการหายใจผ่านเครื่องช่วยหายใจด้วยอัตรา 12 - 14 ครั้ง/นาที tidal volume 400 - 450 มิลลิลิตร
 9. ให้ยาป้องกันการคลื่นไส้อาเจียน Ondanzetron 4 mg Dexamethasone 4 mg iv
 10. เมื่อทำการผ่าตัดเสร็จ ให้ยาแก้ปวดพาราเซตามอล 1 กรัม ปิดเครื่องช่วยหายใจอัตโนมัติ เมื่อผู้ป่วย หายใจได้เอง สามารถทำตามสั่งได้ สัญญาณชีพปกติ จึงทำการถอดท่อช่วยหายใจออก ให้ออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ ผ่านหน้ากากช่วยหายใจผ่านหน้ากากครอบ เฝ้าระวังดูแลหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น 1 ชั่วโมง
- ประเมินผล** ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัดใส่ตั้งผ่านกล้องวิดิทัศน์ค่าความดันโลหิต 117 - 170/78 - 100 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 70 - 100 ครั้ง/นาที ควบคุมการหายใจผ่าน เครื่องช่วยหายใจ ด้วยอัตรา 12 - 14 ครั้ง/นาที คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ปลายนิ้ว 99 - 100 % มีการเสียเลือดขณะผ่าตัด 5 มิลลิลิตร ระหว่างระงับความรู้สึกไม่เกิดความผิดปกติ รุนแรง กับผู้ป่วย รวมระยะเวลาผ่าตัด 2 ชั่วโมง 10 นาที

การพยาบาลหลังการระงับความรู้สึก (ห้องพักฟื้น)

วินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดใส่ตั้งผ่านกล้องวิดิทัศน์

ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยบอกปวดแผล แน่นท้อง

O: ผู้ป่วยใช้มือกุมท้อง สีหน้าไม่สุขสบาย นอนบิดตัวไปมา

Pain Score 9/10 สัญญาณชีพทุก พบค่าความดันโลหิต 170/100 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของ หัวใจ 90 ครั้ง/อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 99 % ระยะเวลาการผ่าตัด 2 ชั่วโมง 10 นาที

เกณฑ์การประเมินผล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดใส่ตั้งผ่านกล้องวิดิทัศน์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในห้องพักฟื้น เช่น ภาวะ อุดกั้นทางเดินหายใจ ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง 30 - 45 องศา เพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง
2. ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา Morphine 3 mg iv สังเกตอาการหลังได้รับยาแก้ปวด และประเมินซ้ำ

3. เฝ้าระวังภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ดูแลให้ความอบอุ่นร่างกายโดยห่มผ้า และปรับอุณหภูมิห้องให้เหมาะสม
4. สังเกตและสอบถามอาการปวดไหล่ ปวดสะบักหลัง ลมเซาะขึ้นใต้ผิวหนัง (subcutaneous emphysema) เนื่องจากระยะเวลาผ่าตัดค่อนข้างนาน
5. สังเกตอาการแน่นอึดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้รับการใส่สายยางเข้ากระเพาะอาหารเพื่อระบายก๊าซจากช่องท้อง
6. สังเกตและสอบถามอาการปัสสาวะคั่ง เนื่องจากผ่าตัดนาน ผู้ป่วยไม่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ
7. แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรแจ้งพยาบาลทราบทันที เช่น อาการแน่นหน้าอกหายใจไม่สะดวก ปวดท้อง ปวดแผลมาก เป็นต้น ส่งข้อมูลต่อให้พยาบาลตักผู้ป่วยแล้วจึงส่งผู้ป่วยกลับ

ประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดไส้ติ่งผ่านกล้องวิดิทัศน์ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจสม่ำเสมอ ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจนมีอาการปวดแผล pain score = 9/10 ได้รับยาแก้ปวด Morphine 3 mg iv ทุกเวลาปวดหลังได้รับยาภายใน 30 นาที ประเมิน pain score ซ้ำ = 2/10 ผู้ป่วยมีอาการอึดท้องเล็กน้อย ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

สรุปกรณีศึกษาและอภิปรายผล

จากการประเมินก่อนการระงับความรู้สึกผู้ป่วย ASA Class 1E ถึงแม้การเตรียมการระงับความรู้สึกนั้นไม่มีความแตกต่างกับการผ่าตัดผ่านกล้องวิดิทัศน์ทั่วไป แต่สิ่งที่วิสัญญีพยาบาลต้องตระหนักถึงโดยเปรียบเทียบจากการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง (Open Appendectomy) ซึ่งใช้เวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมง ในระยะก่อนผ่าตัด การให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติ จึงมีความสำคัญมาก เพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงวิธีการผ่าตัดผ่านกล้องวิดิทัศน์และการระงับความรู้สึก ความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อีกทั้งกรณีศึกษานี้เป็นแรงงานต่างด้าวต้องมีการเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มจึงต้องได้รับการยินยอมทั้งตัวผู้ป่วยและญาติ (นายจ้าง) ระยะควบคุมระดับการสลบและการเฝ้าระวังนั้นมีความสำคัญมาก เนื่องจากการผ่าตัดไส้ติ่งผ่านกล้องวิดิทัศน์รายแรก ใช้เวลาผ่าตัด 2 ชั่วโมง 10 นาที วิสัญญีพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการควบคุมระดับความลึกของการระงับความรู้สึกให้เพียงพอ ราบรื่นปลอดภัยต่อการผ่าตัด และแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างผ่าตัดได้ ตลอดจนทักษะการสื่อสารกับศัลยแพทย์และทีมผ่าตัด ในการเฝ้าระวังร่วมกันระหว่างการ ทำผ่าตัด เช่น การฉีกขาดของหลอดเลือด , เกิดการทะลุของลำไส้ขณะทำผ่าตัด ซึ่งถ้าวินิจฉัยล่าช้าจะส่งผลต่อเนื้อ ผู้ป่วยอาจกลับมาด้วยอาการติดเชื้อ และอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ ระยะหลังผ่าตัดยังคงต้องเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิดทั้งในห้องพักฟื้น และส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลตักผู้ป่วยให้ครบถ้วน โดยมีการพยาบาลที่ต้องเฝ้าระวังพิเศษเพิ่มเติมจากการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง คือ อาการหายใจลำบาก ปวดแน่นท้อง ท้องอืด กระสับกระส่าย ควรรายงานแพทย์เพื่อประเมินและวินิจฉัยให้การรักษา ภาวะลมในชั้นใต้ผิวหนัง (subcutaneous emphysema) และภาวะลมในเยื่อหุ้มปอดที่เกิดขึ้นโดยไม่มีการฉีกขาดของ เยื่อหุ้มปอดจะสามารถหายได้เองภายใน 30 - 60 นาที การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว การสังเกตอาการผิดปกติแก่ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งอาจเกิดในระยะหลังผ่าตัดเมื่อกลับบ้านไปแล้ว ได้แก่ การติดเชื้อในช่องท้อง หากมีอาการผิดปกติที่ควรมาโรงพยาบาลก่อนวันนัด เช่น ไข้สูง ปวดท้อง ท้องอืดหรือถ่ายอุจจาระผิดปกติ แผลอักเสบ บวม แดง ร้อน มีสารคัดหลั่งซึม จากการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดไส้ติ่งอีกเสบผ่านกล้องวิดิทัศน์ รายแรกของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหินได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยและญาติเป็นอย่างดี ไม่พบภาวะแทรกซ้อนใด ๆ รวมระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 3 วัน ตามแผนการรักษา นัดหลังผ่าตัด 10 วัน off staple แผลแห้งดีดี ไม่มีการติดเชื้อ

ข้อเสนอแนะ

1. การผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเป็นการผ่าตัดฉุกเฉิน ดังนั้นการพิจารณาเทคนิคการผ่าตัดต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก ซึ่งศัลยแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาและให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนที่จะเลือกเทคนิคการผ่าตัด จากนั้นต้องมีการประสานทีมผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาลเพื่อประเมินเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ อีกทั้งเรื่องเครื่องมือต่าง ๆ ว่าพร้อมใช้หรือไม่
2. จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหน่วยงาน ทบทวน เรียนรู้เทคนิคต่างๆ เพื่อร่วมหาแนวทางการพัฒนาศักยภาพของทีมผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาลในการผ่าตัดผ่านกล้องวิดิทัศน์สำหรับการผ่าตัดอื่นๆ ได้มากขึ้น
3. จัดทำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดแบบผ่านกล้องวิดิทัศน์สำหรับร่วมร่วกับพยาบาลตึกผู้ป่วย
4. เก็บข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่างๆในการผ่าตัดผ่านกล้องวิดิทัศน์ เปรียบเทียบกับการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง เพื่อวางแผนเลือกเทคนิคการผ่าตัดให้เหมาะสม ปลอดภัยต่อผู้รับบริการ
5. เก็บข้อมูลข้อจำกัดของทรัพยากร อุปกรณ์ เครื่องมือการผ่าตัดผ่านกล้องวิดิทัศน์ เพื่อทำแผนในการจัดสรรเพิ่มเติม เพียงพอต่อการให้บริการ
6. เก็บข้อมูลความพึงพอใจของผู้รับบริการผ่าตัดผ่านกล้องวิดิทัศน์ เพื่อพัฒนาศักยภาพในการบริการผ่าตัดผ่านกล้องวิดิทัศน์และเป็นการต่อยอดการผ่าตัดแบบรุกล้ำน้อย (Minimally Invasive Surgery : MIS)

เอกสารอ้างอิง

1. จิรนุช สมโชค ไวท์,ศรัญญา จุฬาริ,จันทร์ทิตรา เจียรณัย.บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางช่องท้อง.วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล.[อินเทอร์เน็ต].2563[เข้าถึงเมื่อ 13 ส.ค.2567] . เข้าถึงได้จาก : <https://www.tci-thaijo.org>
2. จิตติกัญญา ดวงรัตน์.การระงับความรู้สึกผู้ป่วยส่องกล้อง.ใน วิมลรัตน์ ศรีราช,อรลักษณ์ รอดอนันต์,นรุตม์ เรือนอนุกุล,ปณณวิทย์ เบญจวลีย์มาศ,บรรณาธิการ.ก้าวไกลวิสัญญี4.0.กรุงเทพฯ : บริษัท ธนาเพรสจำกัด ; 2562.หน้า 249-267
3. ถาวร นาแก้ว.การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันเพื่อป้องกันภาวะไส้ติ่งแตก.วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ [อินเทอร์เน็ต].2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 ส.ค.2567]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.tci-thaijo.org>
4. นฤมล ประจันพานิชย์.การระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดแบบรูกล้าน้อย.ใน มานี รักษาเกียรติศักดิ์, นรุตม์ เรือนอนุกุล,พรพรรณ เฉลิมกิจพานิชย์,วิริยะ หอมหวล,บรรณาธิการ.วิสัญญีตามสมัย เล่ม2.พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ:บริษัทพี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด;2566.หน้า167-187
5. ปณต ยิ้มเจริญ . Preoperative Consideration in Laparoscopic Surgery . [อินเทอร์เน็ต] .ม.ป.ป [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ย.2567].เข้าถึงได้จาก : <https://www.rcst.or.th>
6. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. คำแนะนำทางเวชปฏิบัติในการประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก[อินเทอร์เน็ต].2562 [เข้าถึงเมื่อ 9 ส.ค. 2567].เข้าถึงได้จาก : <https://www.rcat.org>
7. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับป้องกันและรักษาภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัด [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 9 ส.ค.2567]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.rcat.org>
8. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน. รายงานการผ่าตัดไส้ติ่ง.พิจิตร: งานผ่าตัดและวิสัญญี กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน ; 2564-2566
9. สุภกิจ ฉัตรไชยฤกษ์.การศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาไส้ติ่งอักเสบด้วยวิธีผ่าตัดผ่านกล้องกับแบบเปิดโรงพยาบาลกลาง.วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 15ส.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.tci-thaijo.org>