

## การพยาบาลและการให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดผ่านกล้องผู้ป่วยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกที่มีภาวะโรคอ้วนขั้นรุนแรง (Anesthesia for Laparoscopic Endometrium Cancer with Super Morbid Obesity: Case Study)

กรภัทร พวงทอง\*

มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับที่ 6 ในผู้หญิงทั่วโลก และในประเทศไทยพบเป็นอันดับที่ 3 ของมะเร็งในสตรีไทย ส่วนใหญ่มักเกิดในสตรีอายุ 40 – 70 ปี และมีรายงานว่าพบได้ในสตรีอายุน้อยถึง 25 ปี (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2565) อาการสำคัญคือเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ทำให้สามารถวินิจฉัยได้ตั้งแต่วัยแรก แม้ยังไม่มีวิธีป้องกันที่ชัดเจน แต่สามารถลดความเสี่ยงได้ด้วยการควบคุมน้ำหนัก ออกกำลังกาย และตรวจสุขภาพเมื่อมีอาการผิดปกติ

การรักษาหลักของมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกคือการผ่าตัด โดยตัดมดลูก ท่อนำไข่ รังไข่ และอาจรวมถึงการตัดต่อมไทรอยด์และลำโพงอุ้งเชิงกราน หากมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ อาจพิจารณาฉายรังสีหรือให้เคมีบำบัดเพิ่มเติม ขึ้นกับระยะโรคและพยาธิสภาพ มะเร็งชนิดนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือชนิดที่ไม่สัมพันธ์กับฮอร์โมนเอสโตรเจน และชนิดที่สัมพันธ์กับฮอร์โมนเอสโตรเจนซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยอ้วน อ้วนมีผลกระทบต่อการใช้ยาระงับความรู้สึก โดยเฉพาะการจัดการทางเดินหายใจ และมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะหยุดหายใจขณะหลับ ภาวะพร่องออกซิเจนเรื้อรัง และกลุ่มอาการ Pickwickian Syndrome ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด

ผู้ป่วยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกที่มีภาวะอ้วนขั้นรุนแรงมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึก เนื่องจากความเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพและกายวิภาคหลายประการ โดยไขมันสะสมบริเวณหน้าท้องทำให้การเคลื่อนไหวของกระบังลมและทรวงอกลดลง เพิ่มโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxemia) นอกจากนี้ ไขมันบริเวณใบหน้า ลำคอ และทางเดินหายใจส่วนต้นส่งผลให้การเปิดทางเดินหายใจและใส่ท่อช่วยหายใจทำได้ยากขึ้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (OSA) ร่วมด้วย ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะออกซิเจนต่ำเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นผิดจังหวะ และโรคหัวใจหรือหลอดเลือดสมอง ในด้านเภสัชจลนศาสตร์ ภาวะอ้วนทำให้การกระจายตัวของยาระงับความรู้สึกช้าลง และอาจต้องมีการปรับขนาดยา นอกจากนี้ยังพบปัญหาความดันโลหิตสูง ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ การสลายลิ้มเลือดที่ลดลง ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (DVT) อีกทั้งความดันในช่องท้องสูงร่วมกับการทำงานของหลอดอาหารที่ลดลงและมีน้ำย่อยในกระเพาะอาหารมากขึ้น ล้วนเพิ่มความเสี่ยงต่อการสำลัก (Aspiration) ขณะระงับความรู้สึก

ด้วยความซับซ้อนทางสรีรวิทยาและความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกที่มีภาวะอ้วนขั้นรุนแรง ทำให้การดูแลระหว่างการใช้ยาระงับความรู้สึกมีความท้าทายและต้องดำเนินการอย่างรอบคอบ วิทยาลัยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินความพร้อม ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด ไปจนถึงระยะพักฟื้นและการดูแลหลังผ่าตัด โดยใช้ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง (King's Goal Attainment Theory) ตั้งแต่กระบวนการปฏิสัมพันธ์ของวิทยาลัยพยาบาลและผู้ป่วยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก มีการสื่อสาร รับรู้สถานการณ์ ตั้งเป้าหมาย และกำหนดจุดมุ่งหมายของความสำเร็จร่วมกัน คือ การพยาบาลและการให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดผ่านกล้องผู้ป่วยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกที่มีภาวะโรคอ้วนขั้นรุนแรงอย่างปลอดภัยในทุกๆระยะของการได้รับยาระงับความรู้สึก

\*งานการพยาบาลผู้ป่วยวิสัญญี กลุ่มงานพยาบาลผู้ป่วยใน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

## บทนำ

มะเร็งเยื่อโพรงมดลูกนับเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับที่ 6 ในผู้หญิงทั่วโลก โดยในปี ค.ศ. 2022 มีผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งชนิดนี้จำนวน 420,368 ราย และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งดังกล่าวจำนวน 97,723 ราย (World Cancer Research Fund, 2025) สำหรับประเทศไทย มะเร็งเยื่อโพรงมดลูกพบเป็นอันดับที่ 6 ของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ในเพศหญิง และเป็นอันดับที่ 3 ของมะเร็งในสตรีไทย รองจากมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก โดยกลุ่มอายุที่พบได้บ่อยคือ 40 – 70 ปี และมีรายงานว่าพบได้ในสตรีอายุน้อยถึง 25 ปี (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2565) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเนื่องจากมีอาการแสดงที่เด่นชัด เช่น เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด การเปลี่ยนแปลงของรอบเดือน หรือมีเลือดออกระหว่างรอบเดือน รวมถึงอาการปวดอุ้งเชิงกรานและตกขาวผิดปกติหลังหมดประจำเดือน (Stewart, 2020) แม้ว่ามะเร็งชนิดนี้ยังไม่มียาป้องกันที่แน่ชัด แต่สามารถลดความเสี่ยงได้ด้วยการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และเข้ารับการตรวจสุขภาพเมื่อมีอาการผิดปกติ

สำหรับการรักษาหลักของมะเร็งเยื่อโพรงมดลูกคือการผ่าตัด ซึ่งโดยทั่วไปจะครอบคลุมถึงการตัดมดลูก ท่อนำไข่ และรังไข่ออก อาจรวมถึงการตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณอุ้งเชิงกรานและบริเวณหลอดเลือดแดงใหญ่ (Pelvic and Para-aortic Lymph Node Dissection: LND) และการล้างโพรงอุ้งเชิงกราน เพื่อประเมินการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง (American Cancer Society, 2025) หากตรวจพบความเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำ แพทย์จะพิจารณาการรักษาเพิ่มเติม เช่น การฉายรังสีหรือให้ยาเคมีบำบัด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะของโรค ลักษณะทางพยาธิวิทยา และปัจจัยพยากรณ์โรค มะเร็งชนิดนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ ชนิดที่สัมพันธ์กับฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งพบได้บ่อยและมักเกิดในผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วน และชนิดที่ไม่สัมพันธ์กับฮอร์โมนดังกล่าว (ศิริวรรณ ตั้งจิตกมล และฉลอง ชิวเกียรติวโร, 2554)

กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนขั้นรุนแรง ซึ่งมักสัมพันธ์กับฮอร์โมนเอสโตรเจน จะมีความเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพของระบบต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ยาระงับความรู้สึก เช่น ระบบทางเดินหายใจที่ต้องใช้พลังงานในการหายใจมากขึ้น เนื่องจากมีไขมันสะสมที่บริเวณหน้าท้อง ซึ่งกดกระบังลมและลดการเคลื่อนไหวของทรวงอกในท่านอนหงาย ทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxemia) ได้ง่าย อีกทั้งไขมันสะสมบริเวณใบหน้า ลำคอ ใต้คาง และโครงสร้างทางเดินหายใจส่วนต้น เช่น ลิ้นหรือแอมทอนซิลที่ใหญ่กว่าปกติ ทำให้การเปิดทางเดินหายใจ การใส่ท่อช่วยหายใจ และการระงับความรู้สึกมีความยากลำบากมากขึ้น (Afors et al., 2015; Ishida et al., 2021; ภัสสร ธรรมอักษร และอรุณทัย ศิริอัศวกุล, 2560) ภาวะอ้วนยังสัมพันธ์กับกลุ่มอาการหยุดหายใจขณะหลับ (Obstructive Sleep Apnea) ซึ่งพบการหยุดหายใจเกิน 10 วินาที มากกว่า 5 ครั้ง/ชั่วโมง ส่งผลให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนเรื้อรัง คาร์บอนไดออกไซด์คั่ง มีความดันเลือดสูง หัวใจเต้นผิดจังหวะ และเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองหรือกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้สูงขึ้น นำไปสู่กลุ่มอาการ Pickwickian Syndrome ซึ่งมีอาการง่วงนอนช่วงกลางวัน หายใจไม่อิ่ม และหัวใจด้านขวาล้มเหลว (จรรยา เลิศอรรมยณี, 2556)

วิสัญญีพยาบาลถือเป็นบุคลากรสำคัญในทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีบทบาทโดยตรงต่อการดูแลผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงแนวทางการพยาบาลเฉพาะทางที่เหมาะสมกับผู้ป่วยรายนั้น ๆ โดยเฉพาะในกรณีของผู้ป่วยมะเร็งเยื่อโพรงมดลูกที่มีภาวะอ้วนขั้นรุนแรง ซึ่งต้องได้รับการดูแลด้านการให้ยาระงับความรู้สึกอย่างละเอียดรอบคอบ การประเมินภาวะสุขภาพควรดำเนินการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ช่วงก่อนผ่าตัด ระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึก จนถึงระยะหลังผ่าตัด เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลงทางคลินิกได้อย่างทันที่ ทั้งนี้ การให้การพยาบาลอย่างรวดเร็วและเหมาะสมจะช่วยลด

ความเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ และเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย โดยอาศัยหลักกระบวนการการพยาบาล และการประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับลักษณะเฉพาะและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสุขภาพ ดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ดำรงชีวิตประจำวันได้ตามปกติ และเตรียมความพร้อมสำหรับการรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ

### เหตุผลในการเลือกกรณีศึกษา

โรคมะเร็งเยื่อหุ้มสมองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วน ซึ่งฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ผลิตจากเนื้อเยื่อไขมันสามารถกระตุ้นการเจริญของเยื่อหุ้มสมองจนก่อให้เกิดมะเร็งได้ การผ่าตัดถือเป็นแนวทางหลักในการรักษา ซึ่งจำเป็นต้องมีการให้ยาระงับความรู้สึกอย่างปลอดภัย อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนขั้นรุนแรงมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกสูงกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยทั่วไป อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและกายวิภาค เช่น ความยากลำบากในการจัดการทางเดินหายใจ ความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต ความเสี่ยงต่อภาวะลิ่มเลือดอุดตัน และการสำลักน้ำย่อยเข้าสู่ทางเดินหายใจ แนวโน้มของภาวะอ้วนในประชากรไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนที่มารับบริการให้ยาระงับความรู้สึกในสถาบันมะเร็งแห่งชาติที่เพิ่มขึ้นทุกปี การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความยุ่งยากและซับซ้อน ทั้งในด้านการประเมินความเสี่ยง การเตรียมความพร้อมก่อนให้ยา การจัดการทางเดินหายใจ และการตอบสนองทางสรีรวิทยาในระหว่างผ่าตัด ด้วยเหตุนี้ วิทยาลัยพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการวางแผนการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก การเฝ้าระวังในระหว่างการผ่าตัด การฟื้นตัวในห้องพักฟื้น และการติดตามอาการหลังผ่าตัด โดยเน้นการดูแลที่มีมาตรฐานและยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อเพิ่มความปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน และสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1. เพื่อศึกษาพยาธิสรีรวิทยา การดำเนินโรค ปัญหา ภาวะแทรกซ้อน การพยาบาลและการให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดผ่านกล้องผู้ป่วยมะเร็งเยื่อหุ้มสมองที่มีภาวะอ้วนขั้นรุนแรง
2. เพื่อประเมิน เตรียมความพร้อม วางแผนการพยาบาลและการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดผ่านกล้องผู้ป่วยมะเร็งเยื่อหุ้มสมองที่มีภาวะอ้วนขั้นรุนแรง
3. เพื่อเป็นแนวทางในการให้บริการ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์
4. เพื่อเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลและการให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดผ่านกล้องผู้ป่วยมะเร็งเยื่อหุ้มสมองที่มีภาวะอ้วนขั้นรุนแรง

### ขั้นตอนการดำเนินการ

1. คัดเลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเยื่อหุ้มสมองที่มีภาวะอ้วนขั้นรุนแรงและได้รับการผ่าตัดผ่านกล้อง
2. รวบรวมข้อมูลเวชระเบียน ประวัติการรักษา การตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
3. ศึกษาพยาธิสภาพของโรคและโรคร่วม
4. ศึกษาแนวทางการพยาบาลและการให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยโรคอ้วน

5. วิเคราะห์ข้อมูลและวางแผนการดูแลแบบองค์รวม
6. สังเคราะห์ข้อมูลเพื่อสร้างแนวทางการดูแลแบบครบวงจรในทุกระยะของการให้ยาระงับความรู้สึก
7. จัดทำเอกสารฉบับสมบูรณ์
8. ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และดำเนินการจัดพิมพ์เอกสาร

### ผลการศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 58 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพคู่ จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา อาชีพเลี้ยงโคนม ปัจจุบันไม่ได้ทำงาน

**ประวัติการเจ็บป่วย** เดือนพฤษภาคม 2566 มีเลือดออกทางช่องคลอดทั้งที่หมดประจำเดือนไปแล้วประมาณ 10 ปี ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลโพธาราม แพทย์ตรวจภายในพบมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เล็กน้อย นัดตรวจติดตามอีก 6 เดือน วันที่ 6 พฤศจิกายน 2566 ไปตรวจตามนัด แพทย์ตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ (Endometrium Sampling) ผลชิ้นเนื้อผิดปกติ (Endometrioid Carcinoma) และนัดตรวจพิเศษเพิ่มเติม วันที่ 10 พฤศจิกายน 2566 ตรวจ CT Whole Chest และ CT Whole Abdomen พบมีก้อนในมดลูกขนาด 4.0\*1.9\*1.3 เซนติเมตร และมีก้อนที่ปีกมดลูกด้านซ้ายขนาด 2.9\*2.2 เซนติเมตร แพทย์แนะนำให้เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด แต่ผู้ป่วยขอตัดสินใจก่อน จึงให้ยาไปปรับปรุทาน (Provera 10mg 1\*1 oral OD) และวันที่ 15 พฤศจิกายน 2566 ถูกส่งตัวมาเพื่อรักษาต่อเนื่องจากที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

**อาการสำคัญ** มีเลือดออกทางช่องคลอด และได้รับการส่งตัวจากโรงพยาบาลโพธาราม เพื่อมารับการรักษาต่อเนื่องจากที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต** ความดันโลหิตสูง 1 ปี รับประทานยา 1) Amlodipine (5 mg) 2\*1 oral OD. 2) Losartan (50 mg) 1\*1 oral OD. และ 3) Hydralazine (25 mg) 1\*3 oral tid pc.

**ประวัติอื่นๆ** ปฏิเสธการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร ไม่เคยได้รับการการรักษาด้วยการฉายแสง ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด มีประวัติการได้รับการผ่าตัด เคยได้รับการผ่าตัดคลอดบุตร ด้วยวิธีการได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย หลังทำผ่าตัดมีภาวะหนาวสั่นและมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ปฏิเสธการดื่มสุราและสูบบุหรี่

**การประเมินร่างกาย** ผู้ป่วยหนัก 130.40 กิโลกรัม สูง 150 เซนติเมตร BMI 57.95 กิโลกรัม/ตารางเมตร อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 63 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที และความดันโลหิต 140/76 มิลลิเมตรปรอท (20 พฤศจิกายน 2566)

### Respiratory system

- Mouth opening: Normal
- Neck movement: Normal
- Thyromental: 6 เซนติเมตร
- Mallampati class: class 4
- Dental: มีฟันปลอมถอดทั้งฟันบนและฟันล่าง
- เส้นรอบคอ 43.5 เซนติเมตร
- Expected difficult Mask Ventilation: Yes
- Expected difficult Intubation: Yes

### Cardiovascular system

- EKG: Sinus Rhythm Rate 60 ครั้ง/นาที: Normal EKG (9 พฤศจิกายน 2566)
- New York Heart Association Functional Classification III (เดินได้ 8 - 10 เมตร แล้ว

มีอาการเหนื่อย) No Chest pain

### Central nervous system

- Good conscious
- GCS: 15 คะแนน
- Motor power: Grade 5 ทั้งแขนและขา

Endocrine system: Normal

Gastrointestinal system: Normal

### Respiratory system

- CXR: Mild Cardiomegaly with dilated aorta and calcified aortic knob. No pulmonary infiltration. No pleural effusion. Bony thorax is intact. (15 พฤศจิกายน 2556)

Impression: Mild Cardiomegaly. No active chest disease.

Urinary system: Normal

Extremities: มีอาการปวดเข่าและข้อเท้าทั้ง 2 ข้าง

การวินิจฉัย: CA Endometrium with Super Morbid obesity with Hypertension

ASA classification III: Super Morbid obesity, Hypertension

Operation: Laparoscopic Surgical Staging

แผนการพยาบาล: การพยาบาลและการให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดผ่านกล้องผู้ป่วยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกที่มีภาวะโรคอ้วนขั้นรุนแรง (Anesthesia for Laparoscopic Endometrium Cancer with Super Morbid Obesity: Case Study)

ตารางที่ 1 การพยาบาลในระยะก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก (วันที่ 17 พฤศจิกายน 2566)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1:</b> ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและกลัวต่อการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก เนื่องจากการรับรู้ถึงความเสี่ยงจากการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นร่วมกับประสบการณ์ในอดีต</p> <p><b>เป้าหมายการพยาบาลตามทฤษฎีคิง (King's Goal Attainment Theory)</b> ผู้ป่วยสามารถลดระดับความวิตกกังวลและมีความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึกมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายการดูแล และแสดงออกถึงความมั่นใจในการรับการรักษา</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ</li> <li>2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามและระบายความรู้สึก</li> <li>3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัด วิธีการให้ยาระงับความรู้สึก ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ภายหลังการผ่าตัดและหลังการให้ยาระงับความรู้สึก การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด เน้นย้ำการงดอาหารและน้ำ พร้อมทั้งสร้างความเชื่อมั่นในทีมการรักษา</li> <li>4. ให้คำแนะนำเพื่อเบี่ยงเบนความกังวลใจของผู้ป่วย เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลงที่ชอบ สวดมนต์ เป็นต้น</li> </ol>

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p><b>การรับรู้ของผู้ป่วย (Subjective Data)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. จากการพูดคุยกับผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองเป็นมะเร็งเยื่อโพรงมดลูกแต่มีคำถามมากมาย เช่น “หลังผ่าตัดแล้วจะหายไหม” “หลังผ่าตัดจะปวดมากไหม” และ “ดมยาสลบแล้วจะตายหรือเปล่า”</li> <li>2. ในเช้าวันที่ทำผ่าตัดรู้สึกกลัวมาก บ่นว่าเหนื่อยและหายใจไม่อิ่ม</li> </ol> <p><b>การรับรู้ของพยาบาล (Objective Data)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. จากการทบทวนประวัติของผู้ป่วยและเวชระเบียนพบว่าผู้ป่วยเคยได้รับการวินิจฉัยและวางแผนส่งต่อเพื่อทำการผ่าตัดจากโรงพยาบาลโพธาราม แต่ด้วยความกลัวการผ่าตัด จึงปฏิเสธและเลือกรักษาตามอาการ โดยคิดว่าเมื่อกินยาระยะหนึ่ง อาการเลือดออกที่เป็นอยู่น่าจะดีขึ้น</li> <li>2. รับประทานยาสมุนไพรพื้นบ้านตามความเชื่อของคนรอบข้าง</li> <li>3. วิสัญญีแพทย์มีคำสั่งการรักษาภายหลังจากผู้ป่วยบ่นว่าเหนื่อยและรู้สึกหายใจไม่อิ่ม เป็น พัน Beradual 1 nebulat stat</li> </ol> <p><b>การตั้งเป้าหมายร่วมกัน (Mutual Goal)</b> วิสัญญีพยาบาลและผู้ป่วยมีเป้าหมายร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับการรักษา ลดความกังวลใจจากการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก</p> <p><b>เกณฑ์การประเมิน (Evaluation Criteria)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ผู้ป่วยอธิบายขั้นตอนพื้นฐานของการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึกได้ถูกต้อง</li> <li>2) สีหน้า ท่าทาง และภาษากายของผู้ป่วยแสดงถึงความผ่อนคลายขึ้น</li> <li>3) ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายการดูแลร่วมกับพยาบาล</li> <li>4) ระดับความวิตกกังวลลดลงเมื่อประเมินซ้ำ</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. อธิบายถึงการประเมินความปวด ระดับของอาการปวด และการได้รับยาแก้ปวดภายหลังการผ่าตัด</li> <li>6. ดูแลสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการพักผ่อนของผู้ป่วย เช่น แสงไฟในหอผู้ป่วย รูดม่านข้างเตียงเพื่อเพิ่มความเป็นส่วนตัวในการพักผ่อน</li> <li>7. กระตุ้นให้บุตรสาวมีส่วนร่วมในการดูแลและให้กำลังใจผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด</li> <li>8. ในวันที่ทำผ่าตัด รอรับผู้ป่วยที่หน้าห้องผ่าตัดพูดคุยทักทาย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกอุ่นใจ และเพิ่มความเชื่อมั่นว่าจะได้รับการดูแลจากบุคลากรที่คุ้นเคย</li> <li>9. ทุกครั้งที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยใช้คำพูดและท่าทางการแสดงออกที่นุ่มนวลเป็นมิตรและให้กำลังใจ</li> </ol> <p><b>การประเมินผลการพยาบาล (วันที่ 20 พฤศจิกายน 2566)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. จากการสร้างสัมพันธภาพและการพูดคุยอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปิดเผยมากขึ้น สนใจซักถามข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการดมยาสลบ สีหน้าและน้ำเสียงผ่อนคลายขึ้นเมื่อพูดคุยเรื่องการผ่าตัด</li> <li>2. ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง แต่ด้วยประสบการณ์การระงับความรู้สึกครั้งที่ผ่านมามีทำให้รู้สึกกลัวทุกครั้งที่น่าถึง เช้าวันผ่าตัดจึงมีอาการใจสั่น และรู้สึกหายใจไม่อิ่ม แต่ก็ยินยอมเข้ารับการผ่าตัดโดยไม่มีการปฏิเสธซ้ำครั้งที่ 2 มีท่าที่มั่นใจมากขึ้นเมื่อพูดเรื่องการดมยาสลบ และไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงหลีกเลี่ยงการพูดคุยหรือหลบสายตาเหมือนช่วงแรก</li> <li>3. ผู้ป่วยแสดงความเข้าใจในกระบวนการรักษาสามารถอธิบายขั้นตอนสำคัญ เช่น การงดน้ำและอาหาร อาการปวดหลังผ่าตัด และเข้าใจเหตุผลของการดูแลต่อเนื่องที่หอผู้ป่วยหนัก</li> <li>4. บุตรสาวมีส่วนร่วมในการให้กำลังใจและดูแลผู้ป่วยและมาส่งผู้ป่วยถึงหน้าห้องผ่าตัด</li> </ol>

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>5. ผู้ป่วยมีความรู้สึกปลอดภัยในวันที่เข้ารับการผ่าตัด เมื่อพบวิสัญญีพยาบาลที่หน้าห้องผ่าตัด ผู้ป่วยแสดงความยิ้มแย้ม กล่าวทักทาย และตอบสนองเชิงบวก ไม่มีภาวะตื่นตระหนกหรือร้องขอให้เลื่อนการผ่าตัดอีกครั้ง</p>
<p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2:</b> ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดและกระบวนการให้ยาระงับความรู้สึก</p> <p><b>เป้าหมายการพยาบาลตามทฤษฎีคิง (King's Goal Attainment Theory)</b> ผู้ป่วยสามารถรับรู้และเข้าใจข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง แสดงออกถึงความร่วมมือในการดูแลตนเอง</p> <p><b>การรับรู้ของผู้ป่วย (Subjective Data)</b>          ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นมะเร็งเยื่อหุ้มสมอง แต่มีคำถามมากมาย เช่น “รู้สึกกังวลและกลัวมากเกี่ยวกับการผ่าตัด” “จะหายไหม” “จะปวดมากไหม” “จะตายหรือเปล่า” “หลังผ่าตัดแล้วจะกลับมาเป็นอีกได้ไหม” มีความคิดซ้ำๆ เกี่ยวกับความไม่แน่นอนของผลการรักษา แม้จะมีความกลัวแต่ก็ “อยากเข้ารับการผ่าตัดเร็วๆ เพราะอยากหายจากโรคที่เป็นอยู่”</p> <p><b>การรับรู้ของพยาบาล (Objective Data)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแสดงความสับสนและขาดความมั่นใจ</li> <li>2. ไม่สามารถอธิบายขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดได้</li> <li>3. มีระดับความกลัวและวิตกกังวลสูง</li> </ol> <p><b>การตั้งเป้าหมายร่วมกัน (Mutual Goal)</b>          พยาบาลและผู้ป่วยตกลงร่วมกันว่า ต้องได้รับความรู้ในเรื่องการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดอย่างเข้าใจง่ายและเหมาะสมกับระดับความรู้ของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยมีเป้าหมายที่จะเข้าใจและปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องก่อนเข้ารับการผ่าตัด</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ</li> <li>2. ประเมินระดับความรู้ ความเข้าใจและประสบการณ์ก่อนหน้าเกี่ยวกับการผ่าตัด</li> <li>3. สื่อสารและอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด เช่น การงดน้ำและอาหาร การทำความสะอาดร่างกายด้วยสบู่ฆ่าเชื้อ การถอดเครื่องประดับและฟันปลอม การงดยาเฉพาะชนิดรวมถึงยาโรคประจำตัว</li> <li>4. ใช้ภาษาที่เหมาะสมกับระดับการศึกษาของผู้ป่วย พร้อมสื่อช่วย เช่น แผ่นพับและภาพประกอบ</li> <li>5. ให้บุตรสาวร่วมรับรู้การเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดร่วมกับผู้ป่วย</li> <li>6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยซักถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อให้เกิดการรับรู้ร่วมและเข้าใจตรงกัน</li> <li>7. ประเมินความเข้าใจซ้ำๆ โดยการให้ผู้ป่วยสรุปสิ่งที่ได้รับทราบ รวมทั้งตอบข้อสงสัยเพิ่มเติม</li> </ol> <p><b>การประเมินผลการพยาบาล (วันที่ 20 พฤศจิกายน 2566)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยสามารถอธิบายขั้นตอนสำคัญของการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดได้ถูกต้องได้ 3 ข้อ คือ งดน้ำและอาหารเที่ยงคืน ต้องถอดฟันปลอม (ผู้ป่วยมีฟันปลอมถอดได้ทั้งฟันบนและฟันล่าง) และอาบน้ำด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อที่พยาบาลที่ห่อผู้ป่วยนำมาให้)</li> <li>2. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมร่วมมือ (ไม่ปฏิเสธการผ่าตัด) และมีทัศนคติที่ดีต่อการเข้ารับการรักษา</li> </ol>

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p><b>เกณฑ์การประเมิน (Evaluation Criteria)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ผู้ป่วยสามารถอธิบายขั้นตอนสำคัญของการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดได้อย่างน้อย 3 ข้อ</li> <li>2) ผู้ป่วยแสดงความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุผลของการงดน้ำ – อาหารก่อนการผ่าตัด</li> <li>3) ผู้ป่วยสามารถซักถามและแสดงการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องการดูแลได้</li> <li>4) ผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลลดลงจากการได้รับข้อมูลที่ชัดเจน</li> </ol>	
<p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3:</b> มีความเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตไม่คงที่ ก่อนการได้รับการระงับความรู้สึก เนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงและภาวะอ้วนขั้นรุนแรง ซึ่งอาจกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิต</p> <p><b>เป้าหมายการพยาบาลตามทฤษฎีคิง (King's Goal Attainment Theory)</b> ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปลอดภัยก่อนเข้ารับการระงับความรู้สึก และมีความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดร่วมกับการใช้ยาควบคุมความดันโลหิตอย่างเหมาะสม</p> <p><b>การรับรู้ของผู้ป่วย (Subjective Data)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เป็นโรคความดันโลหิตสูง</li> <li>2. รับประทานยาไม่ค่อยตรงเวลา</li> <li>3. บางครั้งมักซื้อยามากินเองมากกว่าไปพบแพทย์</li> </ol> <p><b>การรับรู้ของพยาบาล (Objective Data)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยมีประวัติโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 1 ปี</li> <li>2. รับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง 3 ตัว (Amlodipine (5 mg) 2*1 oral OD., Losartan (50 mg) 1*1 oral OD. และ Hydralazine (25 mg) 1*3 oral tid pc.)</li> <li>3. ความดันโลหิตก่อนผ่าตัด 140/76 มิลลิเมตรปรอท</li> <li>4. BMI = 57.96 กิโลกรัม/ตารางเมตร (Super morbid obesity)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ตรวจสอบประวัติการใช้ยาและประเมินความดันโลหิตซ้ำก่อนการผ่าตัด</li> <li>2. ส่งเสริมการตั้งเป้าหมายร่วมกัน เช่น อยากรักษาความดันของคุณปกติในวันผ่าตัด</li> <li>3. สังเกตอาการผิดปกติที่บ่งบอกถึงภาวะความดันโลหิตสูง เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่า วิงเวียนก่อนการผ่าตัด ร่วมกับการวัดค่าความดันโลหิตสูง</li> <li>4. ให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องความสำคัญของการรับประทานยาเพื่อป้องกันความดันแปรปรวนระหว่างการให้ยาสลบ ตลอดจนอธิบายผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นหากไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ เช่น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรืออาจเกิดโรคหลอดเลือดสมอง</li> <li>5. ให้ข้อมูลและอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับยาที่ควรรับประทานในวันผ่าตัด โดยต้องหยุดยา Hydralazine (25 mg) 1*3 oral tid pc. เนื่องจากยาออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือดอย่างรวดเร็ว ซึ่งอาจทำให้ความดันโลหิตลดต่ำลงได้มาก โดยเฉพาะในช่วงที่ได้รับยาระงับความรู้สึกซึ่งมีฤทธิ์กดการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ประกอบกับ Hydralazine มีครึ่งชีวิตนาน (3 – 7 ชั่วโมง) และออกฤทธิ์ยาวนาน จึงอาจทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ (Hypotension) ที่ตอบสนองต่อการรักษายากในระหว่างผ่าตัดและการระงับความรู้สึก</li> <li>6. ตรวจสอบคำสั่งของวิสัญญีแพทย์ในเรื่องของยาความดันที่เป็น Premedication (Amlodipine 5</li> </ol>

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>5. ASA Class III ผู้ป่วยมีโรคร่วม มีความเสี่ยงต่อการให้ยาระงับความรู้สึก</p> <p><b>การตั้งเป้าหมายร่วมกัน (Mutual Goal)</b> ร่วมกับผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายในการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปลอดภัย โดยการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และติดตามความดันก่อนผ่าตัดพร้อมกับให้ความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหากความดันไม่คงที่</p> <p><b>เกณฑ์การประเมิน (Evaluation Criteria)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ความดันโลหิตอยู่ในช่วงเป้าหมายที่กำหนด (&lt;140/90 มิลลิเมตรปรอท)</li> <li>ไม่มีอาการปวดศีรษะ หน้ามืด หรือตาพร่า</li> <li>ผู้ป่วยรับประทานยาควบคุมโรคเรื้อรังตามแผนและเข้าใจผลกระทบบของยา</li> </ol>	<p>มิลลิกรัม 2 tab. และ Losartan 50 มิลลิกรัม 1 tab. และรับประทานน้ำตาม 30 มิลลิลิตร เวลา 7.00 น.) และให้ยาดังกล่าวตามแผนการรักษา</p> <p><b>การประเมินผลการพยาบาล (วันที่ 20 พฤศจิกายน 2566)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ความดันโลหิตของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ คือ 145/92 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้ง/นาที</li> <li>ไม่มีอาการแสดงของความดันโลหิตสูงผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่า หรือเวียนศีรษะก่อนผ่าตัด</li> <li>ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยา Premedication ตามคำสั่งวิสัญญีแพทย์ โดยรับประทานพร้อมน้ำในปริมาณที่กำหนด (30 มิลลิลิตร)</li> </ol>

ตารางที่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยในระยะการให้ยาระงับความรู้สึก (วันที่ 20 พฤศจิกายน 2566)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1:</b> เสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากความอ้วนขั้นรุนแรง ซึ่งส่งผลต่อการทำงานของระบบทางเดินหายใจ และการใส่ท่อช่วยหายใจ</p> <p><b>เป้าหมายการพยาบาลตามทฤษฎีคิง (King's Goal Attainment Theory)</b> ผู้ป่วยสามารถผ่านกระบวนการระงับความรู้สึกโดยไม่มีภาวะออกซิเจนต่ำ (<math>SpO_2 \geq 95\%</math>) และมีความเข้าใจในกระบวนการที่จะเกิดขึ้น พร้อมให้ความร่วมมือกับทีมวิสัญญีอย่างเหมาะสม</p> <p><b>การรับรู้ของผู้ป่วย (Subjective Data)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>กลัวการระงับความรู้สึก กลัวไม่ฟื้นจากการได้รับการระงับความรู้สึก</li> </ol> <p><b>การรับรู้ของพยาบาล (Objective Data)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>BMI = 57.96 กิโลกรัม/ตารางเมตร (Super morbid obesity)</li> <li>ผล STOP-BANG เท่ากับ 6/8 คะแนน ซึ่งแนวโน้มมีภาวะการหยุดหายใจขณะหลับ (Obstructive Sleep Apnea)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ภายหลังการประเมินสภาพผู้ป่วยแล้ว มีการวางแผนในการระงับความรู้สึกร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น วิสัญญีแพทย์ ศัลยแพทย์ และพยาบาลห้องผ่าตัด</li> <li>ก่อนเริ่มการให้ยาระงับความรู้สึกตรวจสอบเครื่องให้ยาระงับความรู้สึก เครื่องเฝ้าระวังสัญญาณชีพ อุปกรณ์สำหรับเปิดทางเดินหายใจ อุปกรณ์สำหรับใส่ท่อช่วยหายใจ รวมทั้งอุปกรณ์พิเศษต่างๆ เช่น Glidescope เตรียมบุคลากรที่มีประสบการณ์เพื่อช่วยในการใส่ท่อช่วยหายใจทั้งวิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะ Difficult mask ventilation และ Difficult Intubation</li> <li>เมื่อผู้ป่วยเข้ามาในห้องผ่าตัดติดอุปกรณ์เฝ้าระวังที่จำเป็น (Standard Monitoring) ตามมาตรฐานของ ASA (American Society of Anesthesiologists) ที่ประกอบด้วย Electrocardiogram (ECG) เพื่อประเมินจังหวะและอัตราการเต้นของหัวใจ Pulse Oximeter</li> </ol>

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>3. มีอาการเหนื่อยเมื่อออกแรง (Dyspnea on Exertion)</p> <p>4. มีภาวะ Difficult mask ventilation (อายุมากกว่า 55 ปี ไม่มีฟัน นอนกรน และดิ่งซีมวลกายมากกว่า 26 กิโลกรัม/ตารางเมตร)</p> <p>5. มีภาวะ Difficult Intubation (มีเส้นรอบคอ 43 เซนติเมตร Mallampati Class IV จากการสังเกต มีคอสั้น ลักษณะใบหน้าใหญ่)</p> <p>6. ผลจากเวชศวิทยาของยานาสลบมีฤทธิ์ทำให้ผู้ป่วยหลับ หดสติและหยุดหายใจได้ ประกอบกับในขั้นตอนของการใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยจะไม่ได้รับออกซิเจน</p> <p>7. ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึก กลไกต่างๆ ในการป้องกันตนเองจะหมดไป</p> <p><b>การตั้งเป้าหมายร่วมกัน (Mutual Goal)</b>          วัตถุประสงค์พยาบาลร่วมกับผู้ป่วยตั้งเป้าหมายให้ผู้ป่วยเข้าใจกระบวนการการระงับความรู้สึก การใส่ท่อช่วยหายใจ และแนวทางดูแลป้องกันภาวะขาดออกซิเจน โดยสร้างความมั่นใจว่าทีมวิสัญญีจะเตรียมอุปกรณ์อย่างครบถ้วน และดูแลอย่างใกล้ชิดในทุกขั้นตอน</p> <p><b>เกณฑ์การประเมิน (Evaluation Criteria)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยมีระดับออกซิเจนในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 ตลอดช่วงระยะเวลาให้ยาระงับความรู้สึก</li> <li>2. ไม่มีอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน เช่น หายใจลำบาก ปากเขียว เสียกรนหรือการหยุดหายใจ และหรือค่า EtCO<sub>2</sub> ผิดปกติ</li> <li>3. ทีมวิสัญญีสามารถใส่ท่อช่วยหายใจ และดูแลทางเดินหายใจได้อย่างราบรื่น</li> <li>4. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือดีในการจัดท่านอน หรือการใส่อุปกรณ์ที่จำเป็น</li> </ol>	<p>(SpO<sub>2</sub>) เพื่อตรวจวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด Non-invasive Blood Pressure (NIBP) เพื่อวัดความดันโลหิตซ้ำทุก 3 – 5 นาที และ Capnography (EtCO<sub>2</sub>) เพื่อยืนยันตำแหน่งของท่อช่วยหายใจภายหลังการใส่ท่อช่วยหายใจ ตลอดจนในระหว่างการติดอุปกรณ์อธิบายแต่ละขั้นตอน และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม เช่น “ถ้ารู้สึกแน่นหน้าอกหรือหายใจไม่สะดวกบอกได้นะคะ”</p> <p>4. จัดท่าที่เหมาะสมในการใส่ท่อช่วยหายใจ คือ ท่า Head-Elevated Laryngoscopy Position (HELP) หรือเรียกอีกชื่อว่า Ramped Position โดยหนุนไหล่ ศีรษะ และหลัง ด้วยผ้าห่มพับหลายชั้น หรือใช้เตียงผ่าตัดที่ปรับได้ และปรับระดับจนกระทั่งช่องหู (External Auditory Meatus) อยู่ในแนวระดับเดียวกับกระดูกอกส่วนบน (Sternal Notch)</p> <p>5. ก่อนการใส่ท่อช่วยหายใจ ควรให้ผู้ป่วยหายใจด้วยออกซิเจนความเข้มข้น 100% ผ่านทางหน้ากากช่วยหายใจ โดยเปิดออกซิเจนในอัตรา 6 ลิตรต่อนาที เป็นเวลาอย่างน้อย 3 - 5 นาที หรือหายใจเข้าออกลึกๆ 4 ครั้ง เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนสำรองในปอด และเพื่อยืดระยะเวลาที่ผู้ป่วยสามารถคงระดับออกซิเจนในเลือดให้อยู่ในระดับปลอดภัย ในช่วงที่มีการใส่ท่อช่วยหายใจ</p> <p>6. เนื่องจากผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในการช่วยหายใจยาก จึงมีการวางแผนเลือกใช้นาสลบที่ออกฤทธิ์เร็ว และหมดฤทธิ์เร็ว เพื่อความปลอดภัย หากเกิดภาวะช่วยหายใจไม่ได้ จะสามารถปล่อยให้ผู้ป่วยกลับมาหายใจเองได้โดยเร็ว โดยเลือกเป็น Etomidate 20 มิลลิกรัม และ Propofol 50 มิลลิกรัม ฉีดยาให้ผู้ป่วยหลับ โดยตรวจให้แน่ใจได้โดยการทดสอบว่าไม่มีปฏิกิริยาตอบสนอง โดยการเชี่ยขนตา (Eyelash Reflex)</p> <p>7. ใช้เทคนิค RSI (Rapid Sequence Induction) เพื่อสามารถนำสลบและให้ยาคลายกล้ามเนื้ออย่างรวดเร็ว ลดความเสี่ยงของการสำลัก (Aspiration)</p>

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>8. ใส่ท่อช่วยหายใจด้วยความนุ่มนวลและรวดเร็ว และตรวจสอบท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ให้ออกซิเจนต่อตลอดระยะที่ให้อาหารระงับความรู้สึก หมั่นตรวจสอบข้อต่อท่อช่วยหายใจกับวงจรยาสลบ สังเกตทรวงอกขยายขึ้นลงตามจังหวะ และได้ค่าปริมาตรของการหายใจตามที่ตั้งไว้ของเครื่องช่วยหายใจ (5 - 8 ml/kg)</p> <p>9. ตรวจสอบอัตราการไหลของก๊าซให้คงที่ได้ค่าตามที่ปรับไว้ (FiO<sub>2</sub> 0.33 - 0.5%)</p> <p>10. สังเกตภาวะขาดออกซิเจน เช่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น ผิวสีคล้ำ ตัวเย็น การหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนน้อยกว่า 95</p> <p>11. สังเกตการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ตลอดเวลาตั้งแต่เริ่มนำสลบ ใส่ท่อช่วยหายใจ และให้อาหารระงับความรู้สึก</p> <p>12. จัดบันทึกกระบวนการทางคลินิกอย่างเป็นระบบ โดยบันทึกลงใน Anesthesia Rerecord และใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายและวิชาชีพ</p> <p><b>การประเมินผลการพยาบาล</b> <b>(21 พฤศจิกายน 2566)</b></p> <p>1. กระบวนการใส่ท่อช่วยหายใจเป็นไปอย่างราบรื่น ปลอดภัย และสอดคล้องกับเป้าหมายที่ตั้งไว้</p> <p>2. ไม่พบภาวะขาดออกซิเจน หรืออาการที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีภาวะขาดออกซิเจน</p> <p>3. สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้ภายใน 1 ครั้ง ด้วยอุปกรณ์ Video Laryngoscopes ใส่ท่อช่วยหายใจเบอร์ 7.5 ลึก 19 เซนติเมตร</p> <p>4. ภายหลังการใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยมีสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้ง/นาที ค่าความดันโลหิต 178/92 มิลลิเมตรปรอท ค่า EtCO<sub>2</sub> เท่ากับ 30 มิลลิเมตรปรอท และเมื่อผ่านไป 5 นาทีพบสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 70 ครั้ง/นาที ค่าความดันโลหิต 150/88 มิลลิเมตรปรอท ค่า EtCO<sub>2</sub> เท่ากับ 30 มิลลิเมตรปรอท</p>

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	5. ภายหลังการใส่ท่อช่วยหายใจมีการปรับตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจเป็น Pressure Mode โดยตั้งค่าให้แรงดันสูงสุดที่ส่งเข้าไปในทางเดินหายใจของผู้ป่วยไม่เกิน 30 เซนติเมตรน้ำ
<p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2:</b> มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตต่ำ ระหว่างการผ่าตัดผ่านกล้อง เนื่องจากผลของการใส่ลมในช่องท้องร่วมกับการได้รับยาระงับความรู้สึก และภาวะอ้วนขึ้นรุนแรง</p> <p><b>เป้าหมายการพยาบาลตามทฤษฎีคิง (King's Goal Attainment Theory)</b> ผู้ป่วยสามารถคงค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วงปลอดภัยระหว่างผ่าตัดผ่านกล้อง โดยไม่เกิดอาการอวัยวะขาดเลือด เช่น ปัสสาวะออกลดลง ผิวหนังเย็น หรือระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง</p> <p><b>การรับรู้ของผู้ป่วย (Subjective Data)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เป็นโรคความดันโลหิตสูง</li> <li>2. รับประทานยาไม่ค่อยตรงเวลา</li> <li>3. บางครั้งมักซื้อยามากินเองมากกว่าไปพบแพทย์</li> </ol> <p><b>การรับรู้ของพยาบาล (Objective Data)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยมีดัชนีมวลกาย (BMI) 57.95 กิโลกรัม/ตารางเมตร</li> <li>2. ได้รับการวางยาระงับความรู้สึกภายใต้เทคนิคการผ่าตัดผ่านกล้อง (Laparoscopic Surgery) ร่วมกับมีการใส่ลมเข้าไปในช่องท้อง (Pneumoperitoneum)</li> <li>3. ผลของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ที่ใส่เข้าไปในช่องท้องมีผลต่อระบบหายใจ และระบบหัวใจและหลอดเลือด</li> </ol> <p><b>การตั้งเป้าหมายร่วมกัน (Mutual Goal)</b> ผู้ป่วยและวิสัญญีพยาบาลร่วมกันตกลงว่าจะมีการประเมินสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด และมีแผนจัดการล่วงหน้าเพื่อป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ โดยแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญของการเตรียมร่างกายให้พร้อมก่อนเข้ารับการระงับความรู้สึก</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ติดตามสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดทุก 2 – 3 นาที โดยเฉพาะค่าความดันโลหิต (BP) อัตราการเต้นของหัวใจ (HR) และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO<sub>2</sub>) เพื่อเฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตต่ำ (Hypotension) หรือความดันสูงฉับพลันจากการเปลี่ยนแปลงของปริมาณเลือดที่กลับเข้าสู่หัวใจห้องล่างซ้าย (Preload) และแรงต้านที่หัวใจห้องล่างซ้ายต้องเอาชนะ เพื่อส่งเลือดออกไปสู่หลอดเลือดแดงใหญ่ (Aorta) ในขณะบีบตัว (Afterload)</li> <li>2. ประเมินการแลกเปลี่ยนก๊าซผ่าน Capnography เนื่องจากคาร์บอนไดออกไซด์ที่ใช้ในช่องท้องสามารถดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด ทำให้ระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดเพิ่มขึ้น จึงต้องปรับการหายใจเพื่อรักษาค่า EtCO<sub>2</sub> ให้อยู่ในช่วงปกติคือ 35 – 45 มิลลิเมตรปรอท</li> <li>3. ปรับเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสม เพิ่ม tidal volume หรืออัตราการหายใจให้เหมาะสม เพื่อชดเชยภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง (Hypercapnia) จากการดูดซึมคาร์บอนไดออกไซด์</li> <li>4. สังเกตการตอบสนองของระบบหัวใจและหลอดเลือด เพราะลมในช่องท้องจะเพิ่มแรงดันในช่องท้อง (Intra-Abdominal Pressure) ซึ่งอาจไปกดการไหลกลับของหลอดเลือดดำใหญ่ที่โดยเฉพาะ Inferior Vena Cava (IVC) ซึ่งเป็นทางผ่านหลักของเลือดจากร่างกายส่วนล่างกลับเข้าสู่หัวใจ และเมื่อ IVC ถูกกด ปริมาณเลือดที่กลับเข้าสู่หัวใจห้องขวา (Venous Return) ลดลง ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่หัวใจสามารถสูบฉีดออกไปยังระบบไหลเวียน (Cardiac Output) ลดลง ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง</li> </ol>

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p><b>เกณฑ์การประเมิน (Evaluation Criteria)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ค่าความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ตลอดระยะเวลาการผ่าตัด</li> <li>2. ปริมาณปัสสาวะมากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง</li> <li>3. สัญญาณชีพคงที่ หรือไม่พบภาวะขาดออกซิเจนของอวัยวะสำคัญของร่างกาย</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. แจ้งคล้ายแพทย์ทันทีหากพบความผิดปกติ เช่น ความดันโลหิตตกอย่างรวดเร็ว หัวใจเต้นช้าลงผิดปกติ หรือค่า EtCO<sub>2</sub> เพิ่มสูงเกินค่ากำหนด</li> <li>6. เตรียมยากระตุ้นหัวใจหรือยาควบคุมความดันโลหิตให้พร้อมหยิบใช้ได้สะดวก เพราะในระหว่างการผ่าตัดผ่านกล้องอาจพบภาวะฉุนเฉียวที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึกหรือการใส่ลมในช่องท้อง เช่น ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นช้า หรือแม้แต่ภาวะความดันโลหิตสูงเฉียบพลันจากการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ</li> <li>7. การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ ก่อนการใส่ลมเข้าไปในช่องท้อง (preload with IV fluids) เป็นการเพิ่มปริมาณเลือดที่กลับเข้าสู่หัวใจห้องล่างซ้าย (Preload) หรือปริมาณเลือดในระบบไหลเวียน เพื่อชดเชยการลดลงของปริมาณเลือดที่กลับเข้าสู่หัวใจห้องขวา (Venous Return)</li> </ol> <p><b>การประเมินผลการพยาบาล</b> (วันที่ 21 พฤศจิกายน 2566)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ค่าความดันโลหิตเท่ากับ 90/60 มิลลิเมตรปรอท มีการให้ยา Levophed เพื่อกระตุ้นความดัน 1 ครั้ง ปริมาณ 8 ไมโครกรัม ภายหลังได้รับยาความดันโลหิตขึ้นมา 130/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 70 – 84 ครั้ง/นาที</li> <li>2. ปริมาณปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง โดยออกชั่วโมงละ 50 มิลลิลิตร แต่เมื่อติดตามอาการต่อเนื่อง พบว่าที่ห้องพักฟื้นมีปัสสาวะออก 120 มิลลิลิตร ใน 1 ชั่วโมง</li> <li>3. สัญญาณชีพโดยรวมถือว่าอยู่ในเกณฑ์คงที่ โดยค่าความดันอยู่ในช่วง 90 – 170/70 – 100 มิลลิเมตรปรอท ไม่พบภาวะขาดออกซิเจนของอวัยวะสำคัญของร่างกาย</li> </ol>

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3:</b> ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงในช่วงการใส่ท่อช่วยหายใจ เนื่องจากภาวะโรคร่วม (ความดันโลหิตสูงเดิม และภาวะอ้วนขึ้นรุนแรง) ซึ่งกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกและเพิ่มความต้านทานหลอดเลือดส่วนปลาย</p> <p><b>เป้าหมายการพยาบาลตามทฤษฎีคิง (King's Goal Attainment Theory)</b> ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติระหว่างการใส่ท่อช่วยหายใจ โดยไม่มีอาการแทรกซ้อน เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือความดันโลหิตพุ่งสูงฉับพลัน</p> <p><b>การรับรู้ของผู้ป่วย (Subjective Data)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมานานกว่า 1 ปี</li> <li>2. ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่สม่ำเสมอ</li> </ol> <p><b>การรับรู้ของพยาบาล (Objective Data)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยมีประวัติความดันโลหิตสูง (HT) และรับประทานยาลดความดันโลหิตอยู่ 3 ตัว คือ Amlodipine (5 mg) 2*1 oral OD., Losartan (50 mg) 1*1 oral OD. และ Hydralazine (25 mg) 1*3 oral tid pc.</li> <li>2. ความดันโลหิตก่อนเมื่ออยู่ที่หอผู้ป่วย 140/76 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตก่อนเริ่มให้ยาาระงับความรู้สึก 183/88 มิลลิเมตรปรอทอัตราการเต้นของหัวใจ 70 ครั้ง/นาที</li> <li>3. การใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นกระบวนการที่กระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic Nervous System Stimulation) เนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดและความเครียดนำไปสู่การหลั่งฮอร์โมนคาทีโคลามีนเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดผลทางสรีรวิทยา เช่น ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น หัวใจเต้นผิดจังหวะ และเพิ่มภาวะต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย แม้ในขณะที่อยู่ภายใต้การระงับความรู้สึก</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ตรวจสอบความเรียบร้อยที่ห้องคอยการผ่าตัด (Waiting Room) และสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยก่อนเข้าห้องผ่าตัด โดยตรวจสอบ       <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 ตรวจสอบความถูกต้องของตัวตนผู้ป่วย (Patient Identification) ตามมาตรฐานความปลอดภัย (ชื่อ-นามสกุล เลขประจำตัวผู้ป่วย ป้ายชื่อมือ)</li> <li>1.2 ทบทวนแผนการผ่าตัดและคำสั่งการรักษาเกี่ยวข้อง เช่น ยาที่ได้รับตอนเช้า โดยเฉพาะยาโรคความดันโลหิตสูง</li> <li>1.3 ประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วยซ้ำก่อนนำเข้าห้องผ่าตัด เช่น สัญญาณชีพ ความรู้สึกตัว ระดับความวิตกกังวล</li> <li>1.4 สร้างสัมพันธภาพผ่านการพูดคุยทักทายด้วยท่าที่อบอุ่น และแจ้งให้ผู้ป่วยรับทราบว่าทีมวิสัญญีและอยู่ตรงนี้เพื่อดูแลคุณทุกขั้นตอนตลอดจนเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกหรือถามคำถามก่อนเข้าห้องผ่าตัด และให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เพื่อลดความตื่นเต้นและความกังวล</li> </ol> </li> <li>2. Preoxygenation อย่างเหมาะสม เพราะเมื่อร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอในช่วงนำสลบ การใส่ท่อช่วยหายใจจะสามารถดำเนินไปได้ อย่างราบรื่น ลดโอกาสเกิดภาวะระบบไหลเวียนโลหิตไม่คงที่ เช่น ความดันโลหิตต่ำ หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ</li> <li>3. หลีกเลี่ยงการใช้นานาสลบที่มีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น Ketamine สามารถกระตุ้นการหลั่ง Catecholamines ทำให้เกิดผลข้างเคียง เช่น หัวใจเต้นเร็ว และความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ควรเลือกใช้เป็นยานาสลบตัวอื่นๆ เช่น Thiopental, Propofol หรือ Etomidate เป็นต้น</li> <li>4. ให้ Fentanyl ทางหลอดเลือดดำ เพื่อกดระบบประสาทอัตโนมัติ เสริมฤทธิ์ยาสลบ โดยมุ่งหวังให้ลดอัตราการเต้นของหัวใจ (Heart Rate) ควบคุมความดันโลหิตให้คงที่ในระหว่างนำสลบและใส่ท่อ</li> </ol>

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>4. ภาวะอ้วนขึ้นรุนแรง (BMI 57.95 kg/m<sup>2</sup>) มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียน เนื่องจากมีภาวะหลอดเลือดแข็งหรือความดันโลหิตสูง ระบบหายใจและหัวใจถูกกระตุ้นได้มากกว่าคนทั่วไป การใส่ท่อช่วยหายใจหากกระตุ้นซิมพาเทติกมากเกินไปจะทำให้มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันหรือโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)</p> <p><b>การตั้งเป้าหมายร่วมกัน (Mutual Goal)</b>          วิสัญญีพยาบาลอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสำคัญของการควบคุมความดันโลหิตในช่วงของใส่ท่อช่วยหายใจ และตกลงเป้าหมายร่วมกันว่า ต้องการให้ความดันโลหิตของคุณอยู่ในเกณฑ์ปลอดภัยในช่วงการระงับความรู้สึกและใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อความปลอดภัยในการผ่าตัด</p> <p><b>เกณฑ์การประเมิน (Evaluation Criteria)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ความดันโลหิตขณะใส่ท่อช่วยหายใจไม่เกิน 160/100 มิลลิเมตรปรอท</li> <li>2. ไม่มีอาการบ่งชี้ภาวะแทรกซ้อน เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ</li> <li>3. สัญญาณชีพคงที่หลังใส่ท่อช่วยหายใจ (BP, HR, SpO<sub>2</sub>)</li> </ol>	<p>ช่วยหายใจ ลดอาการขาดออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจโดยลด Myocardial Oxygen Demand และบรรเทาการตอบสนองต่อการใส่ท่อช่วยหายใจ (Blunt the Intubation Response)</p> <p>5. ดำเนินการใส่ท่อช่วยหายใจด้วยความนุ่มนวลและรวดเร็ว โดยมี การใช้เทคนิค Rapid Sequence Induction (RSI) ควบคู่กับการใช้ยา Fentanyl เพื่อควบคุมการตอบสนองของระบบประสาทซิมพาเทติก และลดการหลั่ง Catecholamines ส่งผลให้กระบวนการใส่ท่อช่วยหายใจสำเร็จได้โดยไม่กระตุ้น Oropharyngeal Reflex ผู้ป่วยไม่เกิดอาการไอ ชี้อ่อน หรืออาเจียนระหว่างใส่ท่อ ช่วยลดความเสี่ยงของการสำลัก และสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้</p> <p>6. ติดตามสัญญาณชีพทุก 3 – 5 นาทีอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินภาวะการตอบสนองของร่างกาย และเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงที่อาจบ่งชี้ถึงภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะในช่วงก่อน ระหว่าง และหลังการใส่ท่อช่วยหายใจ</p> <p><b>การประเมินผลการพยาบาล (21 พฤศจิกายน 2566)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. พยาบาลสร้างสัมพันธภาพ มีการให้ข้อมูลและรับฟังข้อสงสัยผู้ป่วยก่อนเข้าห้องผ่าตัด</li> <li>2. มีการ Preoxygenation 3 – 5 นาที ก่อนการนำสลบ</li> <li>3. มีการเลือกให้ยานำสลบเป็น Propofol และ Etomidate ตลอดจนให้ Fentanyl 100 ไมโครกรัม ขณะก่อนการใส่ท่อช่วยหายใจ</li> <li>4. ไม่พบอาการผิดปกติในขณะนำสลบและใส่ท่อช่วยหายใจ</li> <li>5. ค่าความดันโลหิตก่อนการใส่ท่อช่วยหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ 68 ครั้ง/นาที ค่าความดันโลหิต 158/96 มิลลิเมตรปรอท ภายหลังการใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยมีสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้ง/นาที ค่าความดันโลหิต 178/92 มิลลิเมตรปรอท ค่า EtCO<sub>2</sub> เท่ากับ 30 มิลลิเมตร</li> </ol>

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>ปรอท และเมื่อผ่านไป 5 นาที พบสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 70 ครั้ง/นาที ค่าความดันโลหิต 150/88 มิลลิเมตรปรอท ค่า EtCO<sub>2</sub> เท่ากับ 30 มิลลิเมตรปรอท</p>
<p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4:</b> ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะสำคัญขณะได้รับการระงับความรู้สึกเนื่องจากภาวะอ้วนขึ้นรุนแรง ร่วมกับภาวะลำไส้ในการลำเลียงอาหารออกจากกระเพาะอาหารและการใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งอาจกระตุ้นการขย้อนหรืออาเจียน นำไปสู่การสำลักเข้าสู่ทางเดินหายใจ</p> <p><b>เป้าหมายการพยาบาลตามทฤษฎีคิง (King's Goal Attainment Theory)</b> ผู้ป่วยสามารถผ่านกระบวนการให้ยาระงับความรู้สึกและการใส่ท่อช่วยหายใจได้อย่างปลอดภัย โดยไม่เกิดภาวะสุดสำคัญ และการหายใจและระดับออกซิเจนในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติตลอดกระบวนการ</p> <p><b>การรับรู้ของผู้ป่วย (Subjective Data)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองมีภาวะอ้วนและมีภาวะโภชนาเกิน</li> <li>2. ภายหลังการรับประทานอาหารในบางครั้งผู้ป่วยรู้สึกอึดอัด แน่นท้อง</li> </ol> <p><b>การรับรู้ของพยาบาล (Objective Data)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยมีภาวะอ้วนขึ้นรุนแรง (BMI 57.95 kg/m<sup>2</sup>) ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะลำไส้ในการลำเลียงอาหารออกจากกระเพาะอาหาร</li> <li>2. มีลักษณะบ่งชี้ถึง Delayed Gastric Emptying เช่น เรอบ่อย แน่นท้อง</li> <li>3. เนื่องจากเป็นการผ่าตัดผ่านกล้องจึงกำหนดการระงับความรู้สึกเป็นแบบ General Anesthesia ร่วมกับการใส่ท่อช่วยหายใจ</li> </ol> <p><b>การตั้งเป้าหมายร่วมกัน (Mutual Goal)</b> วิสัญญีพยาบาลได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงจากการสำลัก และการทำข้อตกลงร่วมกับผู้ป่วยเกี่ยวกับแผนป้องกัน เช่น การงดอาหารน้ำล่วงหน้า การเตรียมเครื่องอุปกรณ์ต่างๆเมื่อภาวะสุดสำคัญ และ การใช้เทคนิค RSI โดยผู้ป่วยยินดีให้ความร่วมมือ</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินประวัติ ภาวะลำไส้ในการลำเลียงอาหารออกจากกระเพาะอาหาร (Delayed Gastric Emptying) และอาการระบบทางเดินอาหาร</li> <li>2. งดอาหารและน้ำอย่างเคร่งครัดตามแนวปฏิบัติการงดอาหารและน้ำของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ คือ มากกว่า 8 ชั่วโมง สำหรับอาหารแข็ง</li> <li>3. จัดท่าที่เหมาะสมในการใส่ท่อช่วยหายใจ คือ ท่า Head-Elevated Laryngoscopy Position (HELP) หรือเรียกอีกชื่อว่า Ramped Position โดยหนุนไหล่ ศีรษะ และหลัง ด้วยผ้าห่มพับหลายชั้น หรือใช้เตียงผ่าตัดที่ปรับได้ และปรับระดับจนกระทั่งช่องหู (External Auditory Meatus) อยู่ในแนวระดับเดียวกับกระดูกอกส่วนบน (Sternal Notch) การจัดทำนี้ช่วยเพิ่มการระบายของสารในกระเพาะอาหารด้วยแรงโน้มถ่วง (Gravity Drainage) เมื่อลำตัวส่วนบนยกสูง จะช่วยให้ของเหลวหรือสิ่งคั่งค้างในกระเพาะอาหาร ไหลย้อนลงตามแรงโน้มถ่วง ลดโอกาสที่สารเหล่านี้จะไหลย้อนขึ้นมาถึงหลอดอาหารและหลอดลมในระหว่างเนื้อม้วนทำให้หลับหรือขณะกล้ามเนื้อคลายตัว ประกอบกับลดแรงดันต่อกระเพาะอาหาร โดยเฉพาะในผู้ป่วยอ้วนในท่านอนหงายราบจะทำให้ช่องท้องดันกระบังลมขึ้น ก่อให้เกิดแรงกดต่อกระเพาะอาหารและหลอดอาหารเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการขย้อน การยกศีรษะและลำตัวส่วนบนจึงช่วยลดแรงดันภายในช่องท้องและความเสี่ยงต่อการไหลย้อน</li> <li>4. ใช้เทคนิค Rapid Sequence Induction (RSI) ซึ่งเป็นกระบวนการนำสลบแบบรวดเร็ว โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยหมดสติและคลายกล้ามเนื้อภายในระยะเวลาอันสั้น พร้อมกับหลีกเลี่ยงการ</li> </ol>

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>เพื่อความปลอดภัยสูงสุดในการให้ยาระงับความรู้สึกและการใส่ท่อช่วยหายใจ</p> <p><b>เกณฑ์การประเมิน (Evaluation Criteria)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยได้รับการงดน้ำและอาหารล่วงหน้าตามแนวทางที่กำหนด คือ 6 – 8 ชั่วโมง</li> <li>2. ไม่มีไม่เกิดอาการอาเจียนหรือขย้อนในระหว่างการนำสลบ</li> <li>3. ไม่มีภาวะออกซิเจนต่ำ (Desaturation) หรือ SpO<sub>2</sub> ต่ำกว่าร้อยละ 94</li> <li>4. ไม่มีการพบสารคัดหลั่งหรืออาหารตกค้างในหลอดลมหรือช่องปากหลังการใส่ท่อช่วยหายใจ</li> </ol>	<p>ช่วยหายใจด้วยถุงลมและหน้ากาก (Bag-Mask Ventilation) เพื่อไม่ให้เกิดการเพิ่มความดันในกระเพาะอาหาร อันอาจนำไปสู่การขย้อน ร่วมกับการใช้เทคนิค Cricoid Pressure หรือ Sellick's Maneuver ร่วมด้วย โดยเป็นการกดบริเวณกระดูกอ่อนไคคอยด์ในแนวตั้งลงด้านหลัง เพื่อปิดกั้นหลอดอาหารชั่วคราวในช่วงก่อนการใส่ท่อช่วยหายใจ ช่วยลดความเสี่ยงของการไหลย้อนของสิ่งคั่งค้างในกระเพาะอาหารเข้าสู่หลอดลมและปอด</p> <p>5. ภายหลังจากการใส่ท่อช่วยหายใจได้แล้ว ใส่สาย Orogastic Tube ขนาดเบอร์ 16 ลงในกระเพาะอาหารของผู้ป่วย และดูดเอาของเหลวหรือลมในกระเพาะอาหารออกให้หมด จะทำให้ปอดและกล้ามเนื้อกะบังลมสามารถขยายตัวได้เพิ่มขึ้น ทำให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซได้ดีขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยลดภาวะเสี่ยงในการสำลักของเหลวจากกระเพาะอาหารสู่ปอดในขณะที่ยาระงับความรู้สึก ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของการให้ยาระงับความรู้สึก</p> <p>6. เตรียมอุปกรณ์ดูดเสมหะ (Suction Machine) เพื่อให้สามารถดำเนินการช่วยเหลือได้อย่างทันที่ ในกรณีที่เกิดภาวะขย้อนหรือสำลักระหว่างการนำสลบหรือขณะใส่ท่อช่วยหายใจ โดยอุปกรณ์ควรได้รับการตรวจสอบให้อยู่ในสภาพสมบูรณ์ก่อนใช้งาน พร้อมทั้งวางตำแหน่งให้สามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับทางเดินหายใจ</p> <p>7. ระหว่างและหลังใส่ท่อช่วยหายใจต้องติดตามสัญญาณชีพและระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO<sub>2</sub>) อย่างใกล้ชิด เพื่อประเมินการตอบสนองของระบบไหลเวียนโลหิตและระบบหายใจในทันที ตรวจจับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะขาดออกซิเจน หัวใจเต้นผิดปกติ หายใจ และความดันโลหิตแปรปรวน</p>

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p><b>การประเมินผลการพยาบาล</b> (21 พฤศจิกายน 2566)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ผู้ป่วยได้รับการงดน้ำและอาหารล่วงหน้าตามแนวทางที่กำหนดมากกว่า 8 ชั่วโมง โดยงดอาหารและน้ำตั้งแต่เวลา 22.00 น. ในคืนก่อนการผ่าตัด และได้รับการระงับความรู้สึกเวลา 11.00 น. ในเช้าวันผ่าตัด รวม 10 ชั่วโมง</li> <li>ไม่พบอาการอาการอาเจียนหรือขย้อนในระหว่างและหลังการนำสลบ</li> <li>ไม่พบภาวะออกซิเจนต่ำในเลือดต่ำ โดยค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดอยู่ในช่วง ร้อยละ 98 – 100</li> <li>ไม่พบสารคัดหลั่งหรืออาหารตกค้างในหลอดลมหรือช่องปากหลังการใส่ท่อช่วย</li> </ol>
<p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5:</b> ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia) ขณะผ่าตัด เนื่องจากการได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วไป ระยะเวลาผ่าตัดนาน การสูญเสียความร้อนจากสภาพแวดล้อมของห้องผ่าตัด และภาวะอ้วนขึ้นรุนแรงที่มีการควบคุมการกระจายความร้อนผิดปกติ</p> <p><b>เป้าหมายการพยาบาลตามทฤษฎีคิง (King's Goal Attainment Theory)</b> ผู้ป่วยสามารถรักษาอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ในช่วงปกติ (36.0 – 37.5 องศาเซลเซียส) ตลอดระยะเวลาการผ่าตัด โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น หนาวสั่น ภาวะเลือดออกผิดปกติ หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ</p> <p><b>การรับรู้ของผู้ป่วย (Subjective Data)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ผู้ป่วยระบุว่าเคยรู้สึกหนาวสั่นเมื่อตอนผ่าตัดตลอดบุตร และรู้สึกกังวลว่าภายหลังผ่าตัดอาจจะมีอาการหนาวสั่น</li> <li>ผู้ป่วยรับรู้ว่าสภาพห้องผ่าตัดเย็นและไม่สบายตัว</li> </ol> <p><b>การรับรู้ของพยาบาล (Objective Data)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ผู้ป่วยมี BMI = 57.96 กิโลกรัม/ตารางเมตร ซึ่งจัดอยู่ในภาวะอ้วนขึ้นรุนแรง</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ประเมินอุณหภูมิของผู้ป่วยก่อนเข้าห้องผ่าตัดเพื่อเป็นค่ามาตรฐานระหว่างการผ่าตัดโดยพบอุณหภูมิอยู่ที่ 36.2 องศาเซลเซียส</li> <li>ใส่อุปกรณ์ตรวจวัดอุณหภูมิของร่างกายแบบต่อเนื่อง โดยสอดหัววัดเข้าไปทางรูจมูก เพื่อวัดอุณหภูมิจากบริเวณใกล้เคียงของกะโหลก (Nasopharynx) ซึ่งให้ค่าที่แม่นยำใกล้เคียงกับอุณหภูมิของร่างกายแกนกลาง (Core Body Temperature) โดยใส่ที่รูจมูกข้างซ้าย หลังใส่วัดอุณหภูมิของร่างกายได้ 36.5 องศาเซลเซียส</li> <li>มีการให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายผู้ป่วยบริเวณทรวงอกโดยใช้เครื่องเป่าลมร้อน (Forced-Air Warming Device) ซึ่งมีการตั้งอุณหภูมิไว้ที่ 43 องศาเซลเซียส เพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำที่อาจเกิดขึ้นระหว่างผ่าตัด ทั้งนี้มีการรองผ้าหนึ่งชั้นระหว่างเครื่องและผิวหนังของผู้ป่วย เพื่อป้องกันการสัมผัสความร้อนโดยตรงและลดความเสี่ยงต่อการเกิดผิวหนังไหม้จากความร้อน</li> <li>เลือกใช้สารน้ำที่ผ่านการอุ่นด้วยตู้ควบคุมอุณหภูมิ โดยตู้ดังกล่าวถูกควบคุมอุณหภูมิอยู่ที่ 43 องศาเซลเซียส</li> </ol>

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>2. ห้องผ่าตัดมีอุณหภูมิเฉลี่ย 20 – 22 องศาเซลเซียส</p> <p>3. ประเภทของการผ่าตัดเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่คาดว่าจะใช้เวลานาน (มากกว่า 3 ชั่วโมง)</p> <p>4. การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (General Anesthesia) ทำให้ศูนย์ควบคุมอุณหภูมิในสมองถูกกด</p> <p>5. ภาวะอ้วนทำให้กระบวนการถ่ายเทความร้อนผิดปกติ แม้ไขมันใต้ผิวหนังจะเก็บความร้อนได้ดี แต่พื้นผิวร่างกายขนาดใหญ่ ส่งผลให้เพิ่มการสูญเสียความร้อนผ่านผิวหนัง</p> <p>6. ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ที่เก็บอยู่ในถัง จะมีอุณหภูมิต่ำกว่าร่างกาย เมื่อถูกปล่อยเข้าสู่ห้องห้องโดยไม่ผ่านการอุ่นหรือทำให้ขึ้นจะดูดความร้อนจากเนื้อเยื่อรอบข้างทันที ประกอบกับเมื่อก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ถูกปล่อยออกจากแรงดันสูงในถังสู่ห้องที่แรงดันต่ำกว่า จะเกิดการขยายตัวของก๊าซทำให้อุณหภูมิของก๊าซลดลงมากกว่าขณะอยู่ในถัง</p> <p><b>การตั้งเป้าหมายร่วมกัน (Mutual Goal) วิสัยทัศน์</b>          พยาบาลได้อธิบายถึงความสำคัญของการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำระหว่างผ่าตัด และผู้ป่วยยินยอมให้ความร่วมมือ เช่น ยินดีใช้ผ้าห่มอุ่น ยอมรับการประเมินอุณหภูมิระหว่างการผ่าตัด และยอมรับมาตรการควบคุมอุณหภูมิ</p> <p><b>เกณฑ์การประเมิน (Evaluation Criteria)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. อุณหภูมิร่างกายขณะผ่าตัด <math>\geq</math> 36.0 องศาเซลเซียส</li> <li>2. ไม่มีอาการหนาวสั่นหลังผ่าตัด</li> <li>3. ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติหรือเลือดออกมากผิดปกติจากภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ</li> <li>4. ผู้ป่วยระบุว่า “รู้สึกอบอุ่น/ไม่หนาว” หลังการผ่าตัด</li> </ol>	<p>5. ติดตามและเฝ้าระวังภาวะอุณหภูมิต่ำโดยการติดตามค่าอุณหภูมิผ่านหน้าจอของเครื่องวัดสัญญาณชีพโดยรักษาระดับของอุณหภูมิให้อยู่ที่ 36–37 องศาเซลเซียส</p> <p>6. สังเกตอาการผิดปกติที่เกิดจากภาวะอุณหภูมิในร่างกายต่ำ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจเร็ว ผิวหนังซีดเย็น ความดันโลหิตต่ำ ปัสสาวะออกน้อย และหัวใจเต้นผิดปกติหรือหยุดเต้น</p> <p>7. บันทึกอุณหภูมิลงในแบบบันทึกการให้ยาระงับความรู้สึกทุก 15 นาที</p> <p><b>การประเมินผลการพยาบาล</b>  <b>(วันที่ 21 พฤศจิกายน 2566)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. อุณหภูมิร่างกายขณะผ่าตัด <math>\geq</math> 36.0 องศาเซลเซียส โดยมีค่าอยู่ที่ 36.2 – 36.6 องศาเซลเซียส</li> <li>2. ไม่พบอาการหนาวสั่นหลังผ่าตัด</li> <li>3. ไม่มีอาการแทรกซ้อนจากภาวะหัวใจเต้นผิดปกติหรือเลือดออกมากผิดปกติจากภาวะอุณหภูมิกายต่ำ</li> </ol>

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6:</b> เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและระบบประสาทจากการจัดท่าอนศิริษะต่ำในผู้ป่วยอ้วน ชั้นรุนแรงที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้อง</p> <p><b>เป้าหมายการพยาบาลตามทฤษฎีคิง (King's Goal Attainment Theory)</b> ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดท่าอนศิริษะต่ำ เช่น กล้ามเนื้ออักเสบ เส้นประสาทกดทับ หรือบาดเจ็บทางระบบประสาท สามารถเคลื่อนไหวร่างกายส่วนบนได้อย่างอิสระ และไม่รู้สึกปวดหรือชาหลังการผ่าตัด</p> <p><b>การรับรู้ของผู้ป่วย (Subjective Data)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>มีอาการปวดหลัง และหัวเข่าทั้งสองข้างไม่ได้รับการรักษา กินยาแก้ปวดตามอาการ</li> </ol> <p><b>การรับรู้ของพยาบาล (Objective Data)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ผู้ป่วยมี BMI = 57.96 กิโลกรัม/ตารางเมตร ซึ่งจัดอยู่ในภาวะอ้วนชั้นรุนแรง</li> <li>เนื่องจากการผ่าตัดผ่านกล้อง ในระหว่างการผ่าตัดได้รับการจัดท่า Lithotomy ร่วมกับท่าศิริษะต่ำ (Trendelenburg)</li> <li>จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในผู้ป่วยอ้วน โดยเฉพาะความหนาของชั้นไขมัน ทำให้ข้อต่อเคลื่อนไหวได้จำกัด เช่น ข้อสะโพกและข้อเข่า</li> </ol> <p><b>การตั้งเป้าหมายร่วมกัน (Mutual Goal)</b> วิสัยทัศน์พยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันตั้งเป้าหมายเพื่อลดความเสี่ยงของการบาดเจ็บจากการจัดท่าอนศิริษะต่ำ โดยเน้นความปลอดภัย ความสบาย และการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเหมาะสมหลังผ่าตัด</p> <p><b>เกณฑ์การประเมิน (Evaluation Criteria)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ไม่มีอาการชา ปวด หรือจำกัดการเคลื่อนไหวบริเวณต้นคอ ไหล่ แขน ภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด</li> <li>ไม่มีอาการบาดเจ็บของระบบประสาท เช่น เส้นประสาทแขนขา หรือ การตอบสนอง (Reflex) ลดลง</li> <li>ไม่พบจุดกดทับหรือบาดเจ็บแผลที่บริเวณรับแรงกดจากการจัดท่า</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ประเมินความเสี่ยงก่อนผ่าตัด โดยการตรวจสอบความสามารถในการเคลื่อนไหว สภาพกล้ามเนื้อและระบบประสาทของผู้ป่วย</li> <li>ร่วมกับทีมผ่าตัดในการจัดท่า โดยในท่า Lithotomy โดยเลือกขาหยั่งที่เหมาะสมกับน้ำหนักและขนาดของผู้ป่วย ในขณะการจัดท่า ประคองและยกขาทั้งสองข้างพร้อมกัน เพื่อป้องกันการบิดของกระดูกเชิงกราน จัดวางขาให้อยู่ในระดับสมดุลเท่ากัน เพื่อป้องกันการกดทับของเส้นประสาท Peroneal Nerve, Sciatic Nerve หลีกเลี่ยงการเหยียดขาและสะโพกมากเกินไป ตรวจสอบจุดเสี่ยงต่อการกดทับ เช่น ข้อเข่า ข้อเท้า สันเท้า และสะโพก โดยหาฟองน้ำมารองรับในจุดดังกล่าวเพื่อป้องกัน Pressure Sore ตลอดจนประเมินสีผิวการไหลเวียนปลายเท้า และอุณหภูมิของเท้าเพื่อดูสัญญาณของการกดทับหรือไหลเวียนไม่ดี และเนื่องจากผู้ป่วยน้ำหนักตัวค่อนข้างมาก จึงมีสายรัดบริเวณต้นขาโดยปลายของสายรัดเกี่ยวไว้กับเตียงผ่าตัด เพื่อป้องกันการเลื่อนตัวของผู้ป่วยในท่าศิริษะต่ำ</li> <li>เนื่องจากการผ่าตัดผ่านกล้องจำเป็นต้องเก็บแขนของผู้ป่วยทั้งสองข้าง ซึ่งแขนมีขนาดใหญ่ ผิวหนังหนา และเนื้อเยื่อไขมันมาก มีโอกาสส่งผลต่อแรงกดทับเส้นประสาท และการไหลเวียนโลหิตในแขนได้มากกว่าผู้ป่วยทั่วไป โดยในผู้ป่วยรายนี้ได้รองรับแขนผู้ป่วยด้วย Arm Less 1 ข้าง โดยใส่ในฝั่งตรงข้ามกับด้านที่ศัลยแพทย์หลักยืนทำหัตถการ และใส่ในลักษณะเก็บแขนแบบขนานกับเตียงผ่าตัด เพื่อรักษาแนวของร่างกายให้สอดคล้องกับหลักกายวิภาค ลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ และส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยระหว่างผ่าตัด</li> <li>ใช้สายรัดหน้าอก (Chest Strap) ในการยึดร่างกายผู้ป่วยบริเวณหน้าอกให้อยู่กับที่บนเตียงผ่าตัด โดยเลือกใช้วัสดุที่มีแรงรัดพอเหมาะ ไม่รัดแน่นจนเป็นอันตรายต่อระบบหายใจ หรือไหลเวียนโลหิต ทั้งนี้ยังได้ใช้อุปกรณ์ต้นไหล่ (Shoulder</li> </ol>

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>Support) เสริมในตำแหน่งไหล่ทั้งสองข้าง โดยตำแหน่งที่เหมาะสมในการวางที่ต้นไหล่คือบริเวณกระดูกอะโครเมียน (Acromion Process) ซึ่งเป็นส่วนปลายด้านข้างของกระดูกสะบัก (Scapula) เนื่องจากเป็นจุดที่สามารถรับแรงกดได้โดยไม่ส่งผลโดยตรงต่อโครงสร้างของเส้นประสาท Brachial Plexus บริเวณรักแร้</p> <p>5. ติดตามอาการหลังผ่าตัด โดยประเมินอาการปวดกล้ามเนื้อ และความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด</p> <p><b>การประเมินผลการพยาบาล</b> (วันที่ 21 พฤศจิกายน 2566)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ไม่พบอาการชา ปวด หรือมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวบริเวณต้นคอ ไหล่ แขน ภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ตลอดจนไม่พบอาการปวดหลัง และข้อเข่าเพิ่มมากขึ้นจากก่อนการผ่าตัด</li> <li>2. ไม่พบอาการบาดเจ็บของระบบประสาทในทุกๆ ตำแหน่ง</li> <li>3. มีพบจะกดทับรอยแดงเล็กน้อย เมื่อติดตามอาการภายหลัง 6 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด รอยดังกล่าวหายไป</li> </ol>

ตารางที่ 3 การพยาบาลผู้ป่วยในระยะหลังการให้ยาระงับความรู้สึก (วันที่ 20 - 22 พฤศจิกายน 2566)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1:</b> เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนภายหลังการผ่าตัด เนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง</p> <p><b>เป้าหมายการพยาบาลตามทฤษฎีคิง (King's Goal Attainment Theory)</b> ผู้ป่วยไม่มีอาการของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจลำบาก เขียวปากซีด ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 โดยไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ</p> <p><b>การรับรู้ของผู้ป่วย (Subjective Data)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพิ่งได้รับการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก</li> <li>2. บ่นว่ามีเสมหะตลอดเวลา</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน ประเมินอัตราการหายใจ ลักษณะการหายใจ ซีฟจร สีของเล็บ ปลายมือปลายเท้า เยื่อเมือกในช่องปาก ลักษณะการขีดหรือเขียว</li> <li>2. จัดทำนอนศีรษะสูง 30 - 45 องศา โดยการจัดทำในลักษณะนี้ช่วยให้กระบังลมสามารถเคลื่อนไหวได้อย่างอิสระมากขึ้นเมื่อเทียบกับท่านอนราบ ส่งผลให้ปอดสามารถขยายตัวได้ดีขึ้น และช่วยลดแรงต้านทานทางเดินหายใจ ลดการเกิดภาวะปอดแฟบ (Atelectasis)</li> <li>3. ให้ออกซิเจน Mask with Bag 8 LPM ตามแผนการรักษาของวิสัญญีแพทย์ เพราะคาร์บอนไดออกไซด์ที่ใช้ในการชองห้อง จะมีการ</li> </ol>

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p><b>การรับรู้ของพยาบาล (Objective Data)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยมี BMI = 57.96 กิโลกรัม/ตารางเมตร ซึ่งจัดอยู่ในภาวะอ้วนขั้นรุนแรง</li> <li>2. ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน Mask with Bag 8 LPM</li> <li>3. มีแนวโน้มมีภาวะหยุดหายใจฯหลับ เพราะผล STOP- BANG เท่ากับ 6/8 คะแนน ซึ่งแนวโน้มมีภาวะการหยุดหายใจขณะหลับ (Obstructive Sleep Apnea)</li> <li>4. วิสัญญีแพทย์สั่งพ่นยา Beradual 1 nebule q 6 hr.</li> </ol> <p><b>การตั้งเป้าหมายร่วมกัน (Mutual Goal)</b> ผู้ป่วยและวิสัญญีพยาบาลร่วมกันตั้งเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงของภาวะพร่องออกซิเจน และฟื้นฟูสมรรถภาพปอดให้กลับสู่ระดับปกติภายหลังการผ่าตัด</p> <p><b>เกณฑ์การประเมิน (Evaluation Criteria)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 อย่างต่อเนื่องภายใน 24 – 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด อัตราการหายใจอยู่ในช่วงปกติ 12 – 20 ครั้ง/นาที</li> <li>2. ไม่มีอาการเขียว (Cyanosis) หรือใช้กล้ามเนื้ออื่นๆช่วยในการหายใจ</li> <li>3. เสียงปอดปกติทั้งสองข้าง</li> </ol>	<p>ดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด ทำให้เกิดภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่งชั่วคราว จึงจำเป็นต้องสนับสนุนการแลกเปลี่ยนออกซิเจนอย่างเพียงพอเพื่อลดภาวะที่ร่างกายมีความเป็นกรด</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. จัดเตรียมอุปกรณ์ช่วยเปิดทางเดินหายใจให้พร้อมใช้งานอยู่เสมอหากเกิดภาวะฉุกเฉิน</li> <li>5. ดูแลให้ได้รับยา Beradual 1 nebule q 6 hr. ตามแผนการรักษา</li> <li>6. ฝ้าระวังภาวะ Re-sedation</li> </ol> <p><b>การประเมินผลการพยาบาล (วันที่ 21 พฤศจิกายน 2566)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนอยู่ในช่วงร้อยละ 98 – 100 อัตราการหายใจอยู่ในช่วงปกติ 18 – 22 ครั้ง/นาที</li> <li>2. ไม่พบอาการที่แสดงถึงภาวะพร่องออกซิเจนหรือการใช้กล้ามเนื้ออื่นๆช่วยในการหายใจ</li> <li>3. เมื่อฟังเสียงปอดของผู้ป่วย พบมีเสียงปอดทั้งสองข้าง</li> </ol>
<p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2:</b> มีความเสี่ยงต่อภาวะการฟื้นจากยาระงับความรู้สึกช้ากว่าปกติเนื่องจากภาวะอ้วนขั้นรุนแรง ซึ่งส่งผลต่อการกระจายและการกำจัดยาระงับความรู้สึกที่ล่าช้า อัตราการเผาผลาญต่ำ และมีการสะสมยาในไขมันมากกว่าปกติ</p> <p><b>เป้าหมายการพยาบาลตามทฤษฎีคิง (King's Goal Attainment Theory)</b> ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวจากยาระงับความรู้สึกได้อย่างสมบูรณ์ภายในระยะเวลาที่ปลอดภัย โดยมีสัญญาณชีพคงที่ ระดับความรู้สึกตัวดี และไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะหายใจล้มเหลวหรือจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ</p> <p><b>การรับรู้ของผู้ป่วย (Subjective Data)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองมีรูปร่างอ้วนมาก</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. วางแผนใช้ยาสลบในขนาดเหมาะสมโดยพิจารณาตาม Adjusted Body Weight เนื่องจากร่างกายของผู้ป่วยอ้วนมีปริมาณไขมันสูง มีผลต่อการกระจายของยาบางชนิด โดยเฉพาะยาที่ละลายในไขมัน จะสะสมในเนื้อเยื่อไขมันมาก ทำให้ฤทธิ์ยายาวนานขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยฟื้นตัวช้าภายหลังการผ่าตัดได้</li> <li>2. หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่สะสมในไขมันสูง เช่น Benzodiazepines หรือ Opioids ขนาดสูง เพราะยามีคุณสมบัติละลายในไขมันสามารถกระจายเข้าสู่เนื้อเยื่อไขมันได้ดี เกิดการสะสมของยา ทำให้ฤทธิ์ของยายาวนานแม้จะหยุดให้ยาแล้ว ทั้งนี้ภายหลังการหยุดให้ยา ยาจะค่อยๆ เคลื่อนกลับเข้าสู่กระแสเลือดจากเนื้อเยื่อไขมันส่งผลให้เกิด</li> </ol>

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>2. รู้สึกกลัวว่าจะไม่ฟื้นหลังจากการได้รับยาระงับความรู้สึก</p> <p><b>การรับรู้ของพยาบาล (Objective Data)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีภาวะอ้วนขั้นรุนแรง มีดั่งซีมวลกายสูงถึง 57.95 กิโลกรัม/ตารางเมตร</li> <li>2. มีแนวโน้มภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการประหม่น STOP-BANG</li> <li>3. มีความเสี่ยงต่อการระดมยาสลบในเนื้อเยื่อไขมัน</li> <li>4. ระยะเวลาผ่าตัดยาวนาน ส่งผลให้ได้รับยาระงับความรู้สึกต่อเนื่อง และยาสะสมในร่างกายเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในเนื้อเยื่อไขมันของผู้ป่วย</li> <li>5. กลไกการขับยาผ่านไตและตับไม่สมดุล</li> </ol> <p><b>การตั้งเป้าหมายร่วมกัน (Mutual Goal) ผู้ป่วยและวิสัญญีพยาบาลร่วมกันกำหนดเป้าหมาย</b> ต้องการฟื้นตัวได้ดีและปลอดภัยหลังการผ่าตัด โดยไม่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ และสามารถกลับไปหอผู้ป่วยสามัญได้อย่างปลอดภัย</p> <p><b>เกณฑ์การประเมิน (Evaluation Criteria)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีภายใน 60 - 90 นาทีหลังการผ่าตัด</li> <li>2. ผู้ป่วยหายใจได้เองโดยไม่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ</li> <li>3. สัญญาณชีพคงที่ BP, HR, RR, SpO<sub>2</sub> ในเกณฑ์ปกติ</li> <li>4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการคั่งค้างของยา เช่น การกดทางเดินหายใจ</li> </ol>	<p>Re-sedation หรือการกลับเข้าสู่ภาวะง่วง ซึม หลับ โดยในผู้ป่วยรายนี้ในระหว่างการผ่าตัดและระงับความรู้สึกมีการใช้ยาในกลุ่ม Opioids ร่วมกับ Dynastat 40 มิลลิกรัม ให้ทาง และ Infulgan 1000 มิลลิกรัม ให้ทางหลอดเลือดดำ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. ประเมินความสามารถในการหายใจอย่างใกล้ชิด</li> <li>4. ติดตามระดับความรู้สึกตัว (GCS) และสัญญาณชีพ ทุก 5 - 10 นาที ในห้องพักฟื้น (PACU)</li> <li>5. วางแผนให้ผู้ป่วยพักในห้องพักฟื้น จนครบเกณฑ์การส่งกลับหอผู้ป่วย โดยอยู่ภายใต้การติดตามอย่างใกล้ชิดในด้านสัญญาณชีพ การหายใจ ระดับความรู้สึกตัว และความปลอดภัยหลังการให้ยาระงับความรู้สึก เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยมีความพร้อมทางสรีรวิทยาก่อนส่งกลับหอผู้ป่วย</li> </ol> <p><b>การประเมินผลการพยาบาล (วันที่ 21 พฤศจิกายน 2566)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีภายใน 20 นาทีแรกที่อยู่ในห้องพักฟื้น</li> <li>2. ผู้ป่วยหายใจได้เองโดยไม่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ แต่ใส่เป็นออกซิเจน Mask with Bag 8 LPM ไว้ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดอยู่ในช่วงร้อยละ 98 - 100 และไม่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ</li> <li>3. สัญญาณชีพคงที่โดยค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 150 - 160/70 - 80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 70 - 76 ครั้ง/นาที และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดอยู่ในช่วงร้อยละ 98 - 100</li> <li>4. ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการคั่งค้างของยา เช่น การกดทางเดินหายใจ</li> </ol>
<p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3:</b> ไม่สุขสบายเนื่องจากอาการปวดแผลผ่าตัด</p> <p><b>เป้าหมายการพยาบาลตามทฤษฎีคิง (King's Goal Attainment Theory) ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้นภายใน 24 ชั่วโมง ระดับความปวดลดลงเหลือน้อยกว่า 3 จาก 10 คะแนน สามารถลุกนั่ง เดิน</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินระดับความปวดโดยใช้ Pain Scale ทุก 4 - 6 ชั่วโมง และแจ้งให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าเขาสามารถร่วมประเมินได้ สื่อสารให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าการจัดการความปวด เป็นแผนการส่วนหนึ่งของการฟื้นตัวที่ปลอดภัย</li> </ol>

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>หรือเปลี่ยนท่าได้โดยไม่ปวดจนต้องหยุดกิจกรรม และสามารถพักผ่อนได้อย่างมีคุณภาพ</p> <p><b>การรับรู้ของผู้ป่วย (Subjective Data)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>รู้สึกตึงๆบริเวณผ่าผ่าตัด</li> <li>คะแนนความปวดอยู่ในช่วง 3 – 6 คะแนน</li> </ol> <p><b>การรับรู้ของพยาบาล (Objective Data)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ผู้ป่วยใช้มือทั้งสองข้างจับบริเวณแผลบ่อยครั้ง</li> <li>ประเมินระดับความปวดได้ 3 – 6 คะแนน จาก 10 คะแนน</li> <li>ในระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยได้รับ Morphine 5 มิลลิกรัม และ Infulgan 1000 มิลลิกรัม</li> <li>วิสัญญีแพทย์มีคำสั่งให้ Acupan (20 mg./2ml/Amp) 4 Amp.+ 0.9% NSS 492 ml (Total 500 ml) iv drip in 24 hr.</li> <li>วิสัญญีแพทย์มีคำสั่งให้ Morphine 3 mg iv. prn q 3 hr.</li> </ol> <p><b>การตั้งเป้าหมายร่วมกัน (Mutual Goal) ผู้ป่วย และพยาบาลร่วมกันตั้งเป้าหมายในการลดความปวดลงให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ เพื่อให้สามารถพักผ่อน พึ่งตัว และเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างปลอดภัย</b></p> <p><b>เกณฑ์การประเมิน (Evaluation Criteria)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ผู้ป่วยระบุว่าความปวดลดลงหลังได้รับยา</li> <li>สามารถขยับตัวหรือทำกิจกรรมตามแผนการฟื้นฟูได้</li> <li>สามารถหลับพักผ่อนได้ดีในเวลากลางคืน</li> <li>ไม่มีผลข้างเคียงจากยาแก้ปวด เช่น ง่วงมาก คลื่นไส้ หรืออาการกดระบบหายใจ</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>พูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการควบคุมความปวด เช่น ระดับความปวดที่ผู้ป่วยยอมรับได้ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยแจ้งอาการปวดเมื่อเริ่มรู้สึกปวด ไม่ต้องรอจนมีระดับความปวดมาก</li> <li>ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการบรรเทาปวด เช่น การใช้ยา การหายใจช้าๆ การเบี่ยงเบนความสนใจ</li> <li>ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวด Acupan (20 mg./2ml/Amp) 4 Amp.+ 0.9% NSS 492 ml (Total 500 ml) iv drip in 24 hr. ตามแผนการรักษาของวิสัญญีแพทย์ เนื่องจากยาไม่กดการหายใจและไม่มีผลต่อไต</li> <li>ประเมินข้างเคียงของยาแก้ปวด เนื่องจากยา Acupan มีผลต่อการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง เพิ่มการหลั่ง Catecholamines ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็ว (Tachycardia) และความดันโลหิตเพิ่มขึ้น เพิ่มการทำงานของหัวใจ (Cardiac Workload) ซึ่งเป็นอันตรายในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด</li> <li>ติดตามอาการปวดของผู้ป่วยและประเมินซ้ำ โดยร่วมกับผู้ป่วยในการทบทวนว่า เป้าหมายได้ผลหรือไม่ และปรับแผนการดูแลตามความเหมาะสม</li> <li>บันทึกลักษณะอาการปวด ความรุนแรง และ ความถี่ของการปวด เพื่อเป็นข้อมูลในการติดตามให้ยาแก้ปวดครั้งต่อไป</li> </ol> <p><b>การประเมินผลการพยาบาล (วันที่ 21 พฤศจิกายน 2566)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ผู้ป่วยระบุว่าความปวดลดลงหลังได้รับยา และระดับคะแนนความปวดอยู่ที่ 2 – 3 คะแนน</li> <li>สามารถขยับตัวบนเตียงและทำกิจกรรมตามแผนการฟื้นฟูได้ เช่น สามารถดูด Spirometer ได้ โดยไม่บ่นว่าปวดแผล</li> <li>ผู้ป่วยหลับพักผ่อนได้ดีในเวลากลางคืน</li> <li>ไม่พบอาการข้างเคียงจากยาแก้ปวด เช่น ง่วงมาก คลื่นไส้ หรืออาการกดระบบหายใจ</li> </ol>

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4:</b> เสี่ยงต่อภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก เนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายลดลงภายหลังผ่าตัดร่วมกับภาวะอ้วนขั้นรุนแรง</p> <p><b>เป้าหมายการพยาบาลตามทฤษฎีคิง (King's Goal Attainment Theory)</b> ไม่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก หรือมีลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด และสามารถลุกเดินหรือขยับร่างกายได้ภายใน 48 ชั่วโมงภายหลังการผ่าตัด</p> <p><b>การรับรู้ของผู้ป่วย (Subjective Data)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยรับรู้ว่าภายหลังการผ่าตัดยังมีอาการเจ็บแผลอยู่ จึงไม่กล้าขยับตัวมาก</li> <li>2. ผู้ป่วยสามารถเดินได้ในระยะสั้นๆ</li> </ol> <p><b>การรับรู้ของพยาบาล (Objective Data)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยมี BMI = 57.96 kg/m<sup>2</sup> ซึ่งจัดอยู่ในภาวะอ้วนขั้นรุนแรง</li> <li>2. ผู้ป่วยเพิ่งได้รับการผ่าตัดผ่านกล้อง และยังไม่สามารถลุกเดินได้</li> <li>3. ในระหว่างการผ่าตัดอยู่ในท่านอนศีรษะต่ำ (Trendelenburg) ระหว่างผ่าตัดเป็นเวลานาน</li> <li>4. ยังไม่ได้เริ่มขยับร่างกายหรือฝึกเดินหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง</li> <li>5. ได้รับการใส่ Sequential Compression Device ที่ขาทั้งสองข้าง เพื่อป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตัน</li> </ol> <p><b>การตั้งเป้าหมายร่วมกัน (Mutual Goal)</b> ผู้ป่วยและพยาบาลตกลงร่วมกันในการวางแผนการเคลื่อนไหวร่างกายและใช้มาตรการทางการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำ และส่งเสริมการไหลเวียนโลหิตที่ดี</p> <p><b>เกณฑ์การประเมิน (Evaluation Criteria)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ไม่มีอาการบ่งชี้ของลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (VTE) เช่น อาการบวมแดงที่น่อง หรืออาการปวดขา</li> <li>2. ผู้ป่วยสามารถขยับข้อเท้า ขา หรือเปลี่ยนท่าได้เองในทุก 1 – 2 ชั่วโมง หลังการผ่าตัด</li> </ol>	<p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินอาการของลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (VTE) ทุก 8 ชั่วโมง</li> <li>2. ในระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่บนเตียง โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยหนัก ที่มีการขยับหรือเคลื่อนไหวตัวได้น้อย ร่วมกับผู้ป่วยในการตั้งเป้าหมาย เช่น การขยับข้อเท้าไปมา (Ankle Pump) หมุนข้อเท้า งอเข้าเป็นระยะๆ</li> <li>3. ดูแลการทำงานของ Sequential Compression Device ที่ขาทั้งสองข้าง ให้มีประสิทธิภาพ</li> <li>4. ประสานกับทีมสหสาขา เช่น กายภาพบำบัด เพื่อวางแผนการเคลื่อนไหวที่เหมาะสม</li> <li>5. ติดตามสัญญาณชีพและอาการผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิตและระบบหายใจอย่างใกล้ชิด</li> </ol> <p><b>การประเมินผลการพยาบาล (วันที่ 21 พฤศจิกายน 2566)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ไม่พบอาการบวมแดงที่น่อง หรือมีอาการปวดที่ขาทั้งสองข้าง</li> <li>2. ผู้ป่วยสามารถขยับข้อเท้า ขา หรือเปลี่ยนท่าได้เองในทุก 2 ชั่วโมง หลังการผ่าตัด</li> <li>3. ผู้ป่วยสามารถลุกนั่งได้เองภายใน 24 ชั่วโมงแรก หลังการผ่าตัด และเดินได้ภายใน - ชั่วโมง หลังการผ่าตัด</li> <li>4. ผู้ป่วยแสดงความเข้าใจในการป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (VTE) จึงพยายามให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาลอย่างเคร่งครัด</li> </ol>

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>3. ผู้ป่วยลุกนั่งและเดินได้ภายใน 48 ชั่วโมง หลังการผ่าตัด</p> <p>4. ผู้ป่วยแสดงความเข้าใจในการป้องกัน VTE และให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง</p>	
<p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5:</b> เสี่ยงต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดไม่คงที่ เนื่องจากผลของยาระงับความรู้สึก ภาวะอ้วนขึ้นรุนแรง และการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในระยะหลังการผ่าตัด</p> <p><b>เป้าหมายการพยาบาลตามทฤษฎีคิง (King's Goal Attainment Theory)</b> ผู้ป่วยจะมีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติภายใน 24 ชั่วโมงหลังการฟื้นจากยาระงับความรู้สึก โดยไม่มีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวหรือช็อก</p> <p><b>การรับรู้ของผู้ป่วย (Subjective Data)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยรู้ว่าตนเองเพิ่งออกจากห้องผ่าตัด และได้รับการระงับความรู้สึก</li> <li>2. ผู้ป่วยรู้ว่าตนเองตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 1 ปี</li> <li>3. รับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง 3 ตัว (Amlodipine (5 mg) 2*1 oral OD., Losartan (50 mg) 1*1 oral OD. และ Hydralazine (25 mg) 1*3 oral tid pc.)</li> </ol> <p><b>การรับรู้ของพยาบาล (Objective Data)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยมี BMI = 57.96 kg/m<sup>2</sup> ซึ่งจัดอยู่ในภาวะอ้วนขึ้นรุนแรง</li> <li>2. มีประวัติโรคความดันโลหิตสูง</li> <li>3. ความดันโลหิตในระหว่างการผ่าตัดอยู่ในช่วง &gt; 160/90 และ &lt; 90/60 มิลลิเมตรปรอท</li> <li>4. ในระหว่างการผ่าตัดได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต (Levophed 8 ไมโครกรัม)</li> </ol> <p><b>การตั้งเป้าหมายร่วมกัน (Mutual Goal)</b> ผู้ป่วยและพยาบาลร่วมกันตั้งเป้าหมายในการรักษาความคงที่ของระบบไหลเวียนโลหิต ลดปัจจัยกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงของความดันและชีพจร และคงความสมดุลของระบบหัวใจ</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ฝึการะวังและบันทึกสัญญาณชีพทุก 2 – 4 ชั่วโมง</li> <li>2. ประเมินความรู้สึกผิดปกติ เช่น ใจสั่น แน่นหน้าอก หรือหายใจเร็ว</li> <li>3. ปรับท่านั่งหรือท่านอนช้าๆ เพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า (Orthostatic Hypotension)</li> <li>4. ลดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ความดันและชีพจรผันผวน เช่น ความเจ็บปวดหรือความเครียด</li> <li>5. จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าศีรษะสูง 30 – 45 องศา เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนกลับของเลือด จากส่วนล่างของร่างกายเข้าสู่หัวใจ และทำนี้ช่วยให้ปอดสามารถขยายตัวได้ดี เพิ่มประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนออกซิเจน และยังช่วยป้องกันภาวะปอดแฟบด้วย</li> <li>5. ดูแลให้ได้รับยาโรคประจำตัวตามแผนการรักษา</li> <li>6. ประสานแพทย์เจ้าของไข้ หากพบสัญญาณชีพผิดปกติ</li> </ol> <p><b>การประเมินผลการพยาบาล (วันที่ 21 พฤศจิกายน 2566)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. สัญญาณชีพอยู่ในช่วงเกณฑ์ปกติ โดยค่าความดันโลหิตขณะอยู่ที่หอผู้ป่วยหนักอยู่ในช่วง 131/62 – 170/82 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 74 – 82 ครั้ง/นาที และค่าความดันโลหิตขณะอยู่ที่หอผู้ป่วยสามัญอยู่ในช่วง 121/59 – 156/87 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 68 – 78 ครั้ง/นาที</li> <li>2. สีมิว ปลายมือ ปลายเท้าของผู้ป่วยเป็นปกติ</li> <li>3. ไม่พบอาการวิงเวียน ปวดศีรษะ หน้ามืด แน่นหน้าอก</li> </ol>

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p><b>เกณฑ์การประเมิน (Evaluation Criteria)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. สัญญาณชีพอยู่ในช่วงเกณฑ์ปกติ</li> <li>2. สีผิว ปลายมือ ปลายเท้าปกติ คือ อุ่น และไม่มีลักษณะเขียว</li> <li>3. ไม่มีอาการวิงเวียน หน้ามืด แน่นหน้าอก หายใจหอบ</li> </ol>	
<p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6:</b> ขาดความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด เนื่องจากไม่ได้รับข้อมูลที่เหมาะสม และยังไม่มีความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับการฟื้นฟูร่างกายภายหลังการผ่าตัด</p> <p><b>เป้าหมายการพยาบาลตามทฤษฎีคิง (King's Goal Attainment Theory)</b> ผู้ป่วยและพยาบาลสามารถร่วมกันกำหนด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดอย่าง สามารถอธิบายและปฏิบัติตามคำแนะนำในการฟื้นฟูร่างกายได้อย่างเหมาะสม มีความมั่นใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน</p> <p><b>การรับรู้ของผู้ป่วย (Subjective Data)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ไม่แน่ใจว่ากลับบ้านแล้วต้องทำอะไร เห็นหมอบอกว่าปิดแผลแบบกันน้ำไว้</li> <li>2. หลังผ่าตัดแล้ว มันจะเป็นอีกไหม“</li> </ol> <p><b>การรับรู้ของพยาบาล (Objective Data)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยไม่มีท่าที่มั่นใจเมื่อต้องอธิบายวิธีดูแลแผล/กิจวัตรประจำวันหลังผ่าตัด</li> <li>2. ไม่สามารถอธิบายข้อควรระวังหลังผ่าตัดได้</li> <li>3. ยังไม่เข้าใจอาการผิดปกติที่ควรกลับมาพบแพทย์</li> </ol> <p><b>การตั้งเป้าหมายร่วมกัน (Mutual Goal)</b></p> <p>พยาบาลและผู้ป่วยตกลงร่วมกันในการเพิ่มความรู้ และทักษะของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง หลังการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปลอดภัย ลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน และฟื้นตัวได้เร็ว</p> <p><b>เกณฑ์การประเมิน (Evaluation Criteria)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยสามารถอธิบายการดูแลแผล การใช้ยา และข้อควรระวังหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินระดับความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วย และญาติก่อนการให้ข้อมูล</li> <li>2. แจ้งญาติ คือ บุตรสาวและสามีของผู้ป่วยถึงเป้าหมายของการดูแลหลังผ่าตัด</li> <li>3. ประยุกต์ใช้ D-METHOD มาเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน โดยมีรายละเอียด ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> <li>D: Define the Problem (การระบุปัญหา) พยาบาลประเมินพบว่า ผู้ป่วยมีข้อจำกัดด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัด เช่น การดูแลแผลผ่าตัด การใช้ยา การเคลื่อนไหว และการสังเกตสัญญาณอันตรายที่ควรพบแพทย์ ซึ่งหากไม่ได้รับคำแนะนำที่เหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนหรือการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ</li> <li>M: Monitor (การเฝ้าระวัง และติดตามสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง) มีการซักประวัติการดูแลภายหลังกลับบ้าน พบว่าสามีของผู้ป่วยเป็นผู้ดูแลหลักในช่วงกลางวัน และบุตรสาวจะช่วยดูแลในช่วงเย็นหลังเลิกงาน พยาบาลจึงจัดลำดับการให้คำแนะนำแก่ทั้งสองบุคคลตามบทบาทและช่วงเวลาการดูแล</li> <li>E: Evaluate Risks (การประเมินความเสี่ยง) พยาบาลประเมินว่าหากผู้ดูแลไม่เข้าใจการปฏิบัติตน อาจเสี่ยงต่อการเกิดแผลติดเชื้อ การรับประทานยาผิด การเคลื่อนไหวไม่ ส่งผลให้กระบวนการฟื้นตัวล่าช้า</li> <li>T: Target Goal (การกำหนดเป้าหมาย) พยาบาลได้อธิบายและตกลงเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยและญาติว่า ผู้ป่วยจะสามารถดูแลตนเองได้อย่างปลอดภัย เข้าใจแนวทางการปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัด และสามารถกลับไปใช้</li> </ul> </li> </ol>

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>2. ผู้ป่วยสามารถแสดงวิธีการทำแผลหรือการลุกเดินได้อย่างปลอดภัย</p> <p>3. ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับสัญญาณเตือนที่ควรพบแพทย์ได้</p>	<p>ชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพ ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน</p> <p>H: Health Teaching (การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและญาติอย่างเป็นระบบ) พยาบาลได้ให้คำแนะนำอย่างเป็นระบบ โดยใช้สื่อประกอบ เช่น แผ่นพับ และการสาธิตจริง ได้แก่</p> <p>1) วิธีดูแลแผลผ่าตัด สอนและสาธิตการดูแลแผลผ่าตัด แก่ผู้ป่วยและญาติในเช้าวันจำหน่าย หลังจากที่ศัลยแพทย์เปิดแผลเพื่อตรวจประเมินความเรียบร้อย โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเรียนรู้แบบเชิงปฏิบัติจริง ภายหลังจากประเมินแผล พยาบาลได้สาธิตการทำความสะอาดแผลอย่างถูกวิธีด้วยน้ำเกลือปลอดเชื้อ (Normal Saline) ใช้เทคนิคการเช็ดแผลจากด้านในออกด้านนอกเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อ พร้อมอธิบายหลักการเลือกใช้อุปกรณ์แผลชนิดโปร่งใส (Tegaderm Dressing) ตามคำสั่งของศัลยแพทย์ ทั้งนี้ภายหลังจากการสอนสาธิตเปิดโอกาสให้ญาติฝึกปฏิบัติจริงโดยอยู่ภายใต้การแนะนำอย่างใกล้ชิด เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและตรวจสอบความถูกต้องของแต่ละขั้นตอน ตลอดจนมีการอธิบายเพิ่มเติมในประเด็นสำคัญ เช่น การล้างมือก่อนสัมผัสแผล ความถี่ในการเปลี่ยนผ้าปิดแผล (เนื่องจากปิดแผลด้วย Tegaderm หากไม่ลอกหรือเลื่อนหลุดก็ไม่ต้องทำแผล) และสัญญาณเตือนของภาวะแทรกซ้อน เช่น บวม แดง มีหนอง หรือมีไข้</p> <p>2) แนวทางการใช้ยาอย่างถูกต้อง จากการซักประวัติพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาความดันโลหิตสูงไม่สม่ำเสมอ โดยมีกรับประทานยาไม่ตรงเวลา และบางมื้อมีการลืมรับประทานยาเป็นระยะ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่อาจส่งผลให้การควบคุมความดันโลหิตไม่ต่อเนื่องหรือไม่อยู่ในระดับเป้าหมายตามแผนการรักษา ภายหลังจากการผ่าตัดครั้งนี้ ผู้ป่วยได้รับ ยารักษาเพิ่มเติมหลายชนิด เช่น ยาปฏิชีวนะ ยาแก้ปวด ยาระบาย และวิตามิน ทำให้การจัดการเรื่องเวลาและวิธีรับประทานยามี</p>

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>ความซับซ้อนมากขึ้น หากไม่ได้รับคำแนะนำอย่างเหมาะสม อาจส่งผลให้เกิดการใช้ยาไม่ถูกต้อง เกิดผลข้างเคียง หรือประสิทธิผลของยาลดลง ทั้งนี้ได้แนะนำการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างละเอียดสรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อนรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาและสังเกตอาการผิดปกติ ดังนี้</p> <p>Celebrex (200 mg) 1 เม็ด หลังอาหารเช้าและเย็น เป็นยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ออกฤทธิ์ยับยั้งการเกิดการอักเสบและความเจ็บปวดในร่างกาย ยามีประสิทธิภาพในการลดอาการปวดและอักเสบ เช่น อาการข้อเสื่อม ข้ออักเสบรูมาตอยด์ และอาการปวดหลังการผ่าตัด การรับประทานยานี้ควรรับประทานพร้อมอาหารหรือหลังอาหารทันทีเพื่อป้องกันการระคายเคืองกระเพาะอาหาร ผู้ป่วยไม่ควรบดหรือเคี้ยวยา และควรรับประทานน้ำตามอย่างเพียงพอ ขณะใช้ยานี้ควรสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดท้อง อูจจาระดำ บวมเท้า แขนงหน้าอก หรือผื่นแพ้ เพราะอาจเป็นสัญญาณของภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญเนื่องจากยา Celebrex มีผลต่อระบบหัวใจ ไต และทางเดินอาหาร จึงควรใช้ด้วยความระมัดระวัง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หรือโรคไต และไม่ควรใช้ร่วมกับยา NSAIDs ตัวอื่น เว้นแต่ได้รับคำสั่งจากแพทย์</p> <p>Ciprofloxacin (500 mg) 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้าและเย็น เป็นยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อแบคทีเรียได้หลายชนิด โดยออกฤทธิ์ยับยั้งการเจริญเติบโตของแบคทีเรียที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อในร่างกาย เช่น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะทางเดินหายใจ ลำไส้ ผิวน้ำ หรือในกระดูกและข้อ ให้รับประทานก่อนอาหารเช้าและเย็น เพื่อให้การดูดซึมของยาเข้าสู่ร่างกายมีประสิทธิภาพดีที่สุด ผู้ป่วยควรรับประทานยาในช่วงท้องว่าง และดื่มน้ำตามมาก ๆ ห้ามเคี้ยวหรือแบ่งเม็ดยาโดยไม่ได้รับคำแนะนำ ระหว่างใช้ยาควรหลีกเลี่ยงการ</p>

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>ตีมนม หรือการรับประทานอาหารเสริมที่มีแคลเซียม เหล็ก หรือแมกนีเซียมในช่วงเวลาใกล้เคียงกับการรับประทานยา เพราะอาจลดการดูดซึมของยาและทำให้ยาออกฤทธิ์ได้น้อยลง รวมทั้งควรใช้ยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่งจนครบจำนวน แม้อาการจะดีขึ้นแล้วก็ตาม เพื่อป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา และควรสังเกตอาการไม่พึงประสงค์ เช่น ปวดท้อง ท้องเสีย เวียนศีรษะ หรือปวดเอ็นบริเวณข้อเท้า หากมีอาการเหล่านี้ควรรีบแจ้งแพทย์ทันที</p> <p>Omeprazole (20 mg) 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้าและเย็น เป็นยาที่ใช้เพื่อลดกรดในกระเพาะอาหาร โดยออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ที่หลั่งกรดในกระเพาะอาหาร จึงช่วยบรรเทาอาการปวดแสบปวดร้อนกลางอก อาการแน่นท้อง และรักษาโรคที่เกี่ยวข้องกับกรด เช่น โรคกรดไหลย้อน แผลในกระเพาะอาหาร และแผลในลำไส้เล็กส่วนต้น โดยทั่วไปแพทย์จะสั่งให้รับประทานก่อนอาหารเช้าและเย็น เพื่อให้ยาออกฤทธิ์ได้เต็มที่ ควรรับประทานยาก่อนอาหารอย่างน้อย 30 นาที และกลืนทั้งเม็ด ห้ามเคี้ยวหรือบด เนื่องจากยาเป็นแคปซูลชนิดพิเศษที่ออกฤทธิ์เฉพาะในลำไส้ การใช้ Omeprazole อย่างต่อเนื่องจะช่วยให้เยื่อในกระเพาะอาหารฟื้นตัว ลดการเกิดแผลใหม่ และป้องกันการกรดไหลย้อนซ้ำ ควรระมัดระวังการใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน เพราะอาจส่งผลต่อการดูดซึมแร่ธาตุ เช่น แคลเซียม แมกนีเซียม หรือวิตามิน B12 ได้ หากมีอาการผิดปกติ เช่น ท้องเสียเรื้อรัง ปวดท้องมากขึ้น หรือปัสสาวะสีเข้ม ควรรีบแจ้งแพทย์ทันที เพื่อพิจารณาหยุดยาหรือปรับแผนการรักษาให้เหมาะสม</p> <p>Motilium (10) 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้ากลางวันและเย็น เป็นยาที่ช่วยในเรื่องของระบบทางเดินอาหาร โดยเฉพาะอาการที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวของลำไส้ เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด แน่นท้อง และอาหารไม่ย่อย ยานี้ช่วยกระตุ้นให้กระเพาะอาหารบีบตัวดีขึ้น ทำให้</p>

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>การย่อยและการเคลื่อนตัวของอาหารลงลำไส้ เป็นไปอย่างราบรื่น ควรรับประทานยาก่อนอาหาร ประมาณ 15 – 30 นาที และควรรับประทานน้ำ ตามให้เพียงพอ เพื่อให้ยาออกฤทธิ์ได้ดีที่สุด ควรระวังในผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับหัวใจ โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือใช้ยาหลายชนิด ร่วมกัน เพราะอาจเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทาง หัวใจ ควรหลีกเลี่ยงการใช้ติดต่อกันเป็นระยะ เวลานานโดยไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์</p> <p>MOM (Milk of Magnesia) 30 มิลลิลิตร 1 ครั้งก่อนนอน เป็นยาระบายชนิดหนึ่งที่มี ส่วนประกอบหลักคือ แมกนีเซียมไฮดรอกไซด์ (Magnesium Hydroxide) ซึ่งออกฤทธิ์โดยการดึง น้ำเข้าสู่ลำไส้ ทำให้อุจจาระนุ่มขึ้นและกระตุ้นการ ขับถ่าย จึงนิยมใช้เพื่อบรรเทาอาการ ท้องผูก ชั่วคราว โดยเฉพาะในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีความ เสี่ยงต่อการกลืนอุจจาระหรือมีภาวะลำไส้ เคลื่อนไหวช้าลง แพทย์มักสั่งให้รับประทานก่อน นอน เนื่องจากช่วงเวลาก่อนนอนจะช่วยให้ยาออก ฤทธิ์ได้ในตอนเช้า ผู้ป่วยควรดื่มน้ำตามให้เพียงพอ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการขับถ่าย และไม่ควร รับประทานร่วมกับนมหรือยาบางชนิดในเวลา ใกล้เคียงกัน เช่น ยาปฏิชีวนะบางกลุ่ม เพราะอาจ รบกวนการดูดซึมของยาเหล่านั้น ยาอาจทำให้เกิด อาการข้างเคียง เช่น ปวดท้องเล็กน้อย ท้องเสีย หรือคลื่นไส้ โดยเฉพาะหากใช้ในขนาดมากเกินไป หรือติดต่อกันเป็นเวลานาน จึงควรใช้นานี้ภายใต้ คำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาล และไม่ควรใช้ เกิน 7 วัน</p> <p>Bco (Vitamin B-complex) 1 เม็ด หลัง อาหารเช้าและเย็น เป็นวิตามินรวมประกอบด้วย วิตามินบีหลายชนิด เช่น วิตามิน B1, B2, B6, B12, ไนอาซิน และกรดโฟลิก วิตามินเหล่านี้มีบทบาท สำคัญในการทำงานของระบบประสาท การสร้าง เม็ดเลือดแดง และช่วยในการเผาผลาญพลังงาน จากอาหารให้ร่างกายนำไปใช้ได้ อย่างมี ประสิทธิภาพ รับประทานยา Bco วันละ 1 เม็ด</p>

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>หลังอาหารเช้าและเย็น ช่วยเสริมวิตามินบีในผู้ที่มีภาวะขาดวิตามิน เช่น ผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยทั่วไปยานี้ปลอดภัยเมื่อรับประทานในขนาดที่เหมาะสมตามแพทย์สั่ง แต่หากรับประทานมากเกินไปอาจมีผลข้างเคียง เช่น ปัสสาวะมีสีเหลืองเข้ม หรือในบางรายอาจมีอาการคลื่นไส้ได้บ้าง</p> <p>2) ทำทางการลุกเดิน จากการสอบถามพบว่าเวลาที่ผู้ป่วยอยู่บ้านนอนบนเตียงเพราะลุกได้ง่าย เหมือนอยู่ที่โรงพยาบาล แต่ระดับของเตียงที่บ้านอาจจะเตี้ยกว่าที่โรงพยาบาลเล็กน้อย ดังนั้นควรลุกจากเตียงอย่างช้าๆ โดยพลิกตัวไปด้านหลังก่อน แล้วใช้แขนยันตัวขึ้นให้นั่งบนขอบเตียง พักสักครู่ก่อนจึงลุกยืน หากรู้สึกหน้ามืดควรหยุดพักทันที เมื่อกลับไปอยู่บ้านควรเดินภายในห้อง หรือในบริเวณบ้านอย่างน้อยวันละ 3 – 4 ครั้ง เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของเลือด ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน (DVT) และช่วยให้ลำไส้ทำงานได้ดีขึ้น</p> <p>3) การหายใจลึก (Deep Breathing Exercises) แนะนำให้ผู้ป่วยฝึกหายใจเข้าทางจมูกช้าๆ และลึกที่สุดเท่าที่ทำได้ จนรู้สึกว้าท้องขยาย จากนั้นกลืนหายใจไว้ประมาณ 3 วินาที แล้วค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออกทางปากช้าๆ ควรทำซ้ำวันละ 3 –5 รอบ ทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะปอดแฟบ และเสมหะคั่งค้าง รวมทั้งผู้ป่วยได้รับ Incentive Spirometer กลับบ้านไปด้วย จึงแนะนำให้ผู้ป่วยดูวันละ 100 ครั้ง โดยแบ่งเป็น เช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน ช่วงละ 25 ครั้ง เพื่อส่งเสริมการขยายตัวของปอด</p> <p>4) การขับถ่าย แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำให้เพียงพอ วันละประมาณ 2 ลิตร รับประทานผักผลไม้ และอาหารที่มีกากใย เช่น ก๋วยเตี๋ยว ส้ม ข้าวกล้อง เพื่อช่วยให้ระบบขับถ่ายทำงานได้ดี รวมทั้งแนะนำให้รับประทานยา Milk of Magnesia ตามคำสั่งแพทย์ ตลอดจนฝึกขับถ่ายให้เป็นเวลา และอย่าอดกลั้นเมื่อรู้สึกปวดถ่าย</p>

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>5) อาการผิดปกติที่ ควรพบแพทย์ ประกอบด้วยอาการต่างๆ ต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไข้สูง หนาวสั่น หรือมีอาการเหมือนเป็นไข้ อาจบ่งบอกถึงการติดเชื้อภายในร่างกายหรือบริเวณแผลผ่าตัด</li> <li>- แผลผ่าตัดบวม แดง ร้อน หรือมีหนองไหล อาจเกิดภาวะติดเชื้อบริเวณแผล หรือการสมานของแผลผิดปกติ</li> <li>- อาการปวดท้องมากขึ้นเรื่อยๆ หรือปวดแบบเฉียบพลัน โดยเฉพาะหากมีอาการแน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียนร่วมด้วย ควรพบแพทย์เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนภายใน</li> <li>- หายใจลำบาก แน่นหน้าอก หรือหอบเหนื่อยผิดปกติ อาจเป็นสัญญาณของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary Embolism) ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยโรคอ้วนที่ขึ้นรุนแรงภายหลังการผ่าตัด</li> <li>- มีขาบวม เจ็บ แดง หรือร้อนข้างใดข้างหนึ่ง เสี่ยงต่อภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (DVT)</li> <li>- คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้ หรือปัสสาวะน้อยผิดปกติ อาจเกี่ยวข้องกับภาวะขาดน้ำหรือผลข้างเคียงจากยา</li> </ul> <p>O: Outcome Measurement (การวัดผลลัพธ์) ตรวจสอบผลลัพธ์โดยใช้วิธีการถามย้อนพบว่า ผู้ป่วยและญาติสามารถอธิบายวิธีดูแลตนเองได้ครบถ้วน และแสดงความมั่นใจในการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน โดยผลการประเมิน สามีและบุตรสาวสามารถอธิบายขั้นตอนการดูแลแผล และการเปลี่ยนพลาสติก Tegaderm ได้ถูกต้อง ญาติสามารถอธิบายรายการยา เวลาใช้ และผลข้างเคียงที่ควรระวังได้ถูกต้อง ผู้ป่วยมีความเข้าใจในท่าทางการลุกเดิน และสามารถสาธิตให้ดูได้อย่างถูกต้อง สามารถระบุอาการผิดปกติที่ควรรีบพบแพทย์ ได้อย่างน้อย 3 ข้อ เช่น เหนื่อย แผลบวมแดง และปวดท้องรุนแรง ผู้ป่วยและญาติร่วมกันอธิบายแนวทางปฏิบัติหลังกลับบ้าน เช่น การรับประทานอาหารอ่อน ดื่มน้ำมาก และเดิน</p>

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>ภายในบ้านวันละหลายครั้ง แสดงความมั่นใจในการปฏิบัติตนหลังกลับบ้าน และทราบช่องทางติดต่อกลับโรงพยาบาลหากเกิดปัญหา</p> <p>D: Documentation (กระบวนการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย) พยาบาลได้บันทึกกิจกรรมการให้คำแนะนำในบันทึกทางการพยาบาลอย่างครบถ้วน รวมถึงผลการประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ</p> <p>4. ภายหลังการให้คำแนะนำเปิดโอกาสให้แสดงความกังวลและให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ</p>

### สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 58 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลโพธารามในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566 ด้วยอาการเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ผลการตรวจชิ้นเนื้อเยื่อโพรงมดลูก (Endometrial Biopsy) เบื้องต้นพบภาวะเยื่อบุโพรงมดลูกหนาตัวโดยไม่มีภาวะผิดปกติของเซลล์ (Endometrial Hyperplasia without Atypia) แพทย์จึงวางแผนติดตามอาการและตรวจซ้ำในระยะเวลา 6 เดือน ต่อมาในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ผู้ป่วยกลับมาตรวจตามนัดและรายงานว่ายังคงมีเลือดออกทางช่องคลอดอย่างต่อเนื่อง ผลการตัดชิ้นเนื้อครั้งที่สองยืนยันว่าเป็นมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก (Endometrial Carcinoma) แม้แพทย์แนะนำให้รักษาด้วยการผ่าตัดเป็นหลัก แต่ผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัดโดยขอรับการรักษาแบบประคับประคองด้วยการรับประทุษยา อย่างไรก็ตามมีอาการไม่ทุเลาและยังมีเลือดออกเป็นระยะ จึงมีความจำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัดในที่สุด แต่ด้วยข้อจำกัดทางร่างกายและโรคร่วม ได้แก่ ความดันโลหิตสูงและภาวะอ้วนขั้นรุนแรง (BMI 57.95 กิโลกรัม/ตารางเมตร) ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงในการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึก แพทย์จึงส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีความพร้อมด้านวิสัญญีและศัลยกรรมมะเร็งนรีเวชผู้ป่วยถูกส่งต่อมารักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และได้รับการวางแผนการผ่าตัดด้วยวิธีผ่าตัดผ่านกล้อง (Laparoscopic Surgery) เพื่อกำหนดระยะของโรค (Surgical Staging) โดยมีการประเมินความพร้อมก่อนผ่าตัดอย่างรอบด้าน ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยการปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจ วิสัญญีแพทย์ และพยาบาลผู้ให้คำปรึกษา รวมถึงการตรวจพิเศษ ได้แก่ Echocardiogram, CT Abdomen, CT Chest และ Doppler Ultrasound ภายหลังการประเมินครบถ้วน ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด Laparoscopic Surgical Staging เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 โดยเป็นการผ่าตัดมดลูก รังไข่ทั้งสองข้าง และเลาะต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกรานออก

ในระยะก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก (Pre-anesthesia Phase) ผู้ป่วยได้รับการรับไว้ในความดูแลของทีมวิสัญญีตั้งแต่วันที่ 17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 จากการปรึกษาของศัลยแพทย์เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก การประเมินในระยะนี้ถือเป็นขั้นตอนสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในระหว่างการผ่าตัด ทีมวิสัญญีได้ดำเนินการประเมินสภาพร่างกายอย่างละเอียด โดยมุ่งเน้นที่ระบบทางเดินหายใจและความยากในการใส่ท่อช่วยหายใจ (Difficult airway assessment) ร่วมกับการวางแผนการจัดการทางเดินหายใจอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังมีการประเมินระบบหัวใจและ

หลอดเลือด รวมถึงใช้แบบประเมิน STOP-BANG เพื่อคัดกรองภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น (Obstructive Sleep Apnea: OSA) ซึ่งเป็นภาวะที่อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา าระงับความรู้สึก ร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ค่าการทำงานของไต ตับ อิเล็กโทรไลต์ และระบบ การแข็งตัวของเลือด เพื่อประเมินความเสี่ยงทางระบบและปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะ ราย ในด้านจิตใจที่มิวิสัญญีพยาบาลได้ให้ความสำคัญกับการประเมินความวิตกกังวล ความกลัว ซึ่งอาจเกิด จากประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในอดีต การรับฟังอย่างเข้าใจ การให้ข้อมูลอย่างชัดเจน และการสร้าง สัมพันธภาพที่ดี เป็นแนวทางสำคัญในการบรรเทาความกังวล เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาได้ อย่างเหมาะสม จากการประเมินองค์รวมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ร่วมกับการพิจารณาปัจจัยเสี่ยงทาง ระบบ ที่มิวิสัญญีได้จัดระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยตามเกณฑ์ของ American Society of Anesthesiologists (ASA Physical Status Classification System) อยู่ที่ระดับ ASA Class 3 ทั้งนี้การ วางแผนการพยาบาลในระยะนี้อยู่ภายใต้กรอบแนวคิดของทฤษฎีการพยาบาลของคิง โดยมีข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาลที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) มีความวิตกกังวลและความกลัวต่อการผ่าตัดและการได้รับยา าระงับความรู้สึก 2) มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมจากการขาดความรู้ และ 3) มี ความเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตไม่คงที่จากโรคร่วมที่มีอยู่เดิม ทั้งหมดนี้สะท้อนถึงความจำเป็นของการ ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยมุ่งเน้นการสื่อสารเชิงสร้างสัมพันธ์ และการทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดระหว่าง ทีมสหสาขาวิชาชีพ

ในระยะของการให้ยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยได้รับการวางแผนเข้ารับการผ่าตัดผ่านกล้อง เพื่อ รักษามะเร็งเยื่อโพรงมดลูก จึงเลือกใช้วิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (General Anesthesia) ตาม แผนการดูแลที่วางไว้ โดยเริ่มนำสลบด้วยยา Etomidate, Propofol และ Fentanyl จากนั้นใช้ Succinylcholine ซึ่งเป็นยาคลายกล้ามเนื้อชนิดออกฤทธิ์เร็ว ในการอำนวยความสะดวกในการใส่ท่อช่วย หายใจ โดยใช้ท่อขนาด 7.5 ลีท 19 เซนติเมตร ร่วมกับ Video Laryngoscope เพื่อความปลอดภัยในการ จัดการทางเดินหายใจ และควบคุมการหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจ (Pressure Mode) ระหว่างการรักษา ระดับการสลบ ผู้ป่วยได้รับ Midazolam, Cisatracurium และก๊าซดมสลบ Desflurane 6% ร่วมกับ ส่วนผสมของออกซิเจนและไนตรัสออกไซด์ในอัตราส่วน 1:1 เพื่อรักษาระดับการระงับความรู้สึกอย่างคงที่ รวมทั้งได้รับ Morphine เพื่อควบคุมอาการปวดระหว่างผ่าตัด มีการป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (DVT) ด้วยอุปกรณ์ Sequential Compression Device และใช้ Nasopharyngeal Temperature Probe เผื่อระวังภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ในระหว่างการผ่าตัดมีการติดตามสัญญาณชีพอย่าง ต่อเนื่องด้วย ECG, NIBP, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> และการวัดอุณหภูมิร่างกาย ในช่วงที่มีการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ เพื่อขยายช่องท้อง ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตต่ำ ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้บ่อย และสามารถจัดการได้อย่าง เหมาะสมโดยทีมวิสัญญี ระหว่างการผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำรวม 1,200 มิลลิลิตร ปริมาณปัสสาวะ 250 มิลลิลิตร และสูญเสียเลือดประมาณ 40 มิลลิลิตร ใช้เวลาผ่าตัดทั้งหมด 3 ชั่วโมง 40 นาที โดยที่ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 90/60 – 183/88 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 68–94 ครั้ง/นาที SpO<sub>2</sub> อยู่ ที่ 98 – 100% และอุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 36.2–36.6 องศาเซลเซียส เมื่อสิ้นสุดการผ่าตัด ผู้ป่วยมีเกณฑ์ ครบถ้วนสำหรับการถอนท่อช่วยหายใจ จึงดำเนินการถอนท่อและย้ายผู้ป่วยเข้าสู่ห้องพักฟื้น (PACU) เพื่อ การติดตามอย่างใกล้ชิดต่อไป ทั้งนี้การดูแลผู้ป่วยในระยะการให้ยาระงับความรู้สึกได้ใช้กรอบแนวคิดจาก ทฤษฎีการพยาบาลของคิงในการวางแผนการพยาบาล โดยกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ 1) มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนจากภาวะอ้วนขั้นรุนแรง 2) มีความเสี่ยงต่อความ ดันโลหิตต่ำจากการใส่ก๊าซในช่องท้องร่วมกับยาระงับความรู้สึก 3) มีความเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงขณะใส่

ท้อช่วยหายใจจากโรคร่วมเดิม 4) มีความเสี่ยงต่อภาวะสำคัญจากการเคลื่อนย้ายของกระเพาะอาหารและการใส่ท่อช่วยหายใจ 5) มีความเสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำจากยาสลบและสภาพแวดล้อมห้องผ่าตัด และ 6) มีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากท่าผ่าตัดที่ส่งผลต่อระบบกล้ามเนื้อและประสาทในผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนขึ้นรุนแรง ซึ่งทั้งหมดสะท้อนถึงการดูแลแบบองค์รวมโดยอิงหลักการสื่อสาร ความร่วมมือ และเป้าหมายร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยตามแนวคิดของคิง

ในระยะหลังการให้ยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยได้รับการดูแลในห้องพักฟื้น (PACU) ซึ่งเป็นระยะสำคัญในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัด รวมถึงการประเมินการฟื้นตัวของระบบประสาทส่วนกลางและการควบคุมอาการปวดอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยรายนี้รู้สึกตัวดี มี Sedation Score เท่ากับ 0 และไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจหรือระบบไหลเวียนโลหิต สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยได้รับคะแนน Modified Aldrete Score เต็ม 10 คะแนน แสดงถึงความพร้อมในการย้ายไปสังเกตอาการต่อในหอผู้ป่วยหนัก ระหว่างการพักรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดจากทีมพยาบาล เนื่องจากมีภาวะอ้วนขึ้นรุนแรงร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด สัญญาณชีพของผู้ป่วยคงที่ ระบบหายใจและระบบไหลเวียนโลหิตทำงานได้ดี ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีภาวะสับสนหรืออาการทางระบบประสาทผิดปกติ แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายในช่องท้อง ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำร่วมกับยาบรรเทาปวด (Nefopam) อย่างต่อเนื่อง และได้รับการป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตัน อาการปวดอยู่ในระดับปานกลาง (Pain Score 4/10) และสามารถควบคุมได้ด้วยการให้ยา หลังจากได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยหนักเป็นเวลา 1 วัน ได้รับอนุญาตให้ย้ายไปยังหอผู้ป่วยสามัญ โดยมีการวางแผนจำหน่ายที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การให้ความรู้ และการเสริมพลังผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ทั้งนี้การพยาบาลในระยะหลังการให้ยาระงับความรู้สึกได้อิงแนวคิดจากทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง โดยกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลสำคัญ 6 ข้อ ได้แก่ 1) เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน 2) เสี่ยงต่อการฟื้นตัวช้าจากยาระงับความรู้สึก 3) ไม่สุขสบายจากอาการปวดแผลผ่าตัด 4) เสี่ยงต่อความไม่คงที่ของระบบไหลเวียนโลหิต 5) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทและหัวใจจากยาระงับความรู้สึก และ 6) ขาดความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด

ตลอดระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยรายนี้เป็นเวลา 6 วัน (17-22 พฤศจิกายน 2566) และติดตามอาการต่อเนื่องในวันที่ 7 ธันวาคม 2566 ทีมพยาบาลได้ใช้กระบวนการพยาบาลแบบองค์รวมภายใต้กรอบแนวคิดของคิง เพื่อส่งเสริมการบรรลุเป้าหมายร่วมระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และบริบทครอบครัว

### วิเคราะห์กรณีศึกษา

มะเร็งเยื่อโพรงมดลูกเป็นโรคที่พบได้บ่อยในสตรีวัยหมดระดู โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงทางเมตาบอลิก เช่น ภาวะอ้วนขึ้นรุนแรง รวมถึงความไม่สมดุลของฮอร์โมนเอสโตรเจน อย่างไรก็ตามแม้จะเป็นโรคที่มีลักษณะการดำเนินโรคที่สามารถตอบสนองต่อการรักษาได้ดีในระยะเริ่มต้น แต่ความเป็นจริงทางคลินิกกลับพบว่า ผู้ป่วยจำนวนมากเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพในระยะที่ลุกลามแล้ว อันเป็นผลมาจากการไม่สามารถรับรู้หรือประเมินอาการนำได้อย่างเหมาะสม กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 58 ปี รายนี้สะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างของระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ได้อย่างชัดเจน แม้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดซึ่งเป็นสัญญาณเตือนสำคัญของมะเร็งเยื่อโพรงมดลูก และได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างเหมาะสม แต่กลับปฏิเสธการรักษาในช่วงแรกเนื่องจากความกลัวและความไม่เข้าใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยการผ่าตัด ซึ่งเป็นวิธีการมาตรฐานในการรักษา

ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกการรักษาด้วยยาแทน ทั้งที่ประสิทธิผลของการรักษานั้นต่ำกว่า การผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญ

เมื่อพิจารณาในบริบทของความรอบรู้ด้านสุขภาพจะพบว่าผู้ป่วยรายนี้มีข้อจำกัดในระดับของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถประเมินและเลือกแนวทางการรักษาอย่างมีวิจารณญาณ หรือมีความสามารถในการประเมินข้อมูลสุขภาพ และใช้ข้อมูลในการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล แม้ผู้ป่วยจะสามารถเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยได้ แต่กลับไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา และผลกระทบระยะยาวจากการไม่รักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การตัดสินใจที่ล่าช้า และเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายทั้งต่อผู้ป่วยและระบบสุขภาพ ในด้านระบบบริการสุขภาพนั้น ชี้ให้เห็นความจำเป็นของการออกแบบบริการที่เข้าใจง่าย และการพัฒนาทักษะการสื่อสารของบุคลากร เพื่อสร้างการมีปฏิสัมพันธ์ที่ไว้วางใจผ่านกระบวนการสื่อสารที่เอื้อต่อความเข้าใจ เช่น การใช้ภาษาที่เป็นมิตร การให้ข้อมูลด้วยภาพหรือสื่อที่เข้าใจง่าย และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการตัดสินใจรักษา ทั้งนี้ควรมีการปรับระบบการให้คำปรึกษาทางคลินิก โดยใช้แนวคิดการตัดสินใจร่วมกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วยโดยมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันอย่างชัดเจน เปิดเผย และเป็นมิตร ทั้งในแง่ของข้อมูลทางคลินิก และค่านิยม ความเชื่อและความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก เพื่อสร้างความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัจจัยทางจิตสังคมซับซ้อน เช่น ความกลัว ความไม่มั่นใจ หรือการขาดการสนับสนุนจากครอบครัว ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเสนอให้มีการบูรณาการความรู้ด้านสุขภาพ เข้ากับนโยบายของโรคมะเร็งในสตรีผ่าน 3 แนวทาง คือ

- 1) การให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับอาการนำของโรคมะเร็งสตรี โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น หญิงอ้วนหรือมีโรคประจำตัว
- 2) การพัฒนาทักษะการสื่อสารของบุคลากร เพื่อสร้างการมีปฏิสัมพันธ์ที่เข้าใจง่ายและไว้วางใจได้
- 3) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถประเมินและเลือกแนวทางการรักษาอย่างมีวิจารณญาณด้วยข้อมูลที่เป็นกลาง ครบถ้วน และเหมาะสมกับบริบทของแต่ละคน

## ข้อเสนอแนะ

### 1. สิ่งที่ได้เรียนรู้

1.1 การวางแผนล่วงหน้าโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นหัวใจของความปลอดภัยในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง โดยเฉพาะในด้านการเตรียมการด้านวิสัญญี การจัดการทางเดินหายใจ การจัดทำผ่าตัด ติดตามและเฝ้าระวังในระหว่างการผ่าตัด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้ ตลอดจนการดูแลแบบต่อเนื่องตั้งแต่ระยะก่อน ระหว่าง และหลังการให้ยาระงับความรู้สึก ส่งผลให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้อย่างปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

1.2 ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง (King's Goal Attainment Theory) สามารถประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างความมั่นใจและความร่วมมือของผู้ป่วย แม้ในช่วงที่ผู้ป่วยยังมีความลังเลหรือความกลัว

1.3 ในบทบาทของพยาบาลวิสัญญี การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายใต้การระงับความรู้สึก ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงแค่การคำนวณขนาดยาและการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาระหว่างการผ่าตัดเท่านั้น หากแต่ยังครอบคลุมถึงการสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษาอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคซับซ้อน

หรือมีโรคร่วมหลายระบบ เช่น โรคอ้วนขึ้นรุนแรง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน หรือกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลอย่างรอบด้าน ประสบการณ์ในการทำงานของพยาบาลวิสัญญีเป็นปัจจัยสำคัญที่หล่อหลอมให้เกิดความไว้วางใจจากผู้ป่วยผ่านการสื่อสารอย่างมีอาชีพ การอธิบายข้อมูลทางการแพทย์อย่างเข้าใจง่าย และการสร้างความสัมพันธ์ในเชิงบวก โดยเฉพาะในช่วงก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกซึ่งผู้ป่วยมักเผชิญกับความกลัว ความกังวล หรือความไม่เข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการระงับความรู้สึกหรือความเสียหายที่อาจเกิดขึ้น ความสามารถในการให้คำปรึกษาอย่างมีทักษะของพยาบาลวิสัญญีพยาบาล จะช่วยคลายความวิตกกังวลและส่งเสริมให้เกิดการตัดสินใจร่วมกัน

## 2. อุปสรรคที่พบ

2.1 ผู้ป่วยมีความกลัวต่อการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึก จากประสบการณ์ในอดีต และขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและทางเลือกในการรักษา

2.2 การดูแลในช่วงหลังจำหน่ายผู้ป่วยแม้จะเป็นช่วงที่สิ้นสุดกระบวนการรักษาในโรงพยาบาล แต่ในความเป็นจริงกลับเป็นช่วงเปราะบางที่ต้องการการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกรณีผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังหรือเคยได้รับการรักษาด้วยโรคร้ายแรง เช่น มะเร็งเยื่อโพรงมดลูก อย่างไรก็ตามจากกรณีศึกษาพบว่า ระบบการดูแลในชุมชนหลังการจำหน่ายยังขาดความเข้มแข็ง ส่งผลให้ไม่สามารถประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้พฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานยา การดูแลแผล การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาพบแพทย์ตามนัด เป็นสิ่งที่ไม่สามารถประเมินได้ในระยะสั้น แต่ต้องอาศัยการติดตามในระยะยาวผ่านระบบสนับสนุนที่มีความต่อเนื่อง ความยากของการประเมินพฤติกรรมเกิดจากหลายปัจจัย ทั้งด้านเวลา ความหลากหลายของบริบทชีวิตผู้ป่วย ความรู้ ความเข้าใจ และการสนับสนุนจากครอบครัวหรือชุมชน

2.3 ผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลสุขภาพที่ทำให้เข้าใจง่ายและเพียงพอ ในช่วงแรกจึงทำให้เกิดการตัดสินใจล่าช้าในการรักษาและเพิ่มความเสี่ยงต่อการลุกลามของโรค

## 3. แนวทางการแก้ไขและพัฒนาในอนาคต

3.1 เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) แก่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงผ่านการารใช้สื่อสุขภาพที่เข้าใจง่าย เช่น วิดีโอ แผ่นพับ หรือการให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วม โดยเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วย

3.2 พัฒนาโมเดลการดูแลแบบต่อเนื่อง ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยเน้นการเชื่อมโยงข้อมูลกับระบบสุขภาพปฐมภูมิ เช่น ศูนย์สุขภาพชุมชน หรือระบบ Telehealth เพื่อให้เกิดการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่าย

3.3 สนับสนุนการฝึกอบรมบุคลากร โดยให้ใช้หลักการตัดสินใจร่วมกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วยโดยมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันอย่างชัดเจน เปิดเผย ทั้งในแง่ของข้อมูลทางคลินิก และค่านิยม ความเชื่อและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อเสริมสร้างความร่วมมือ ความเข้าใจ และลดความกลัว ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้ารับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

3.4 สนับสนุนการบูรณาการทฤษฎีทางการพยาบาล เช่น ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง (King's Goal Attainment Theory) ในการกำหนดแผนการดูแลรายบุคคล เพื่อสร้างเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งเป็นการยกระดับการดูแลเพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยได้ในระยะยาว

## เอกสารอ้างอิง

- ชีนา โอฟารัตนพันธ์. (2560). *Complication of Laparoscopic Gynecologic Surgery*. ใน พงษ์เกษม วรเศรษฐสิน และดำรง ตริสุโกศล. (บ.ก.), *การผ่าตัดมดลูกผ่านกล้อง* (น. 84 – 93). กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี จำกัด.
- จรรยา เลิศอรรมยมณี. (2556). *การให้ยาระงับความรู้สึกสำหรับผู้ป่วยโรคอ้วน*. ใน อังกาบ ปราการรัตน์, วิมลลักษณ์ สนั่นศิลป์, ศิริลักษณ์ สุขสมปอง, และปฎิภาณ ตุ่มทอง (บ.ก.), *ตำราวิสัญญีวิทยา*. กรุงเทพมหานคร: เอ-พลัส พริน.
- จันทนา สารทกลาง. (2566). *กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเพื่อการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารด้วยกล้องวิดีโอ*. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 8(3), 171 – 179.
- น้ำทิพย์ ไตรยสุนันท์. (2556). *การให้ยาระงับความรู้สึกสำหรับ Laparoscopic Surgery* (พิมพ์ครั้งที่ 4). ใน อังกาบ ปราการรัตน์, วิมลลักษณ์ สนั่นศิลป์, ศิริลักษณ์ สุขสมปอง, และปฎิภาณ ตุ่มทอง (บ.ก.), *ตำราวิสัญญีวิทยา* (น. 493–517). กรุงเทพมหานคร: เอ-พลัส พริน.
- พงษ์เกษม วรเศรษฐสิน และดำรง ตริสุโกศล. (2560) *การผ่าตัดมดลูกผ่านกล้อง*. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี จำกัด.
- พาริดา อิบราฮิม. (2551). *ปฏิบัติการพยาบาล ตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพานิชย์.
- ภัสสร ธรรมอักษร และอรุณทัย ศิริอัสวกุล. (2560). *การให้ยาระงับความรู้สึกสำหรับผู้ป่วยโรคอ้วน*. *เวชบัณฑิตศิริราช*, 10(1), 34 – 41.
- ภิญญาดา ปัญญาวรานันท์. (2565). *มะเร็งมดลูก (Uterine cancer)*. ใน ธารณี แม่นชนะ และคณะ (บ.ก.), *นรีเวชวิทยา เล่มที่ 3 ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*. พิมพ์ครั้งที่ 5: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วิวรรณ ตั้งจิตกมล. (2559). *มะเร็งเยื่อโพรงมดลูก (Endometrial Cancer)*. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี จำกัด.
- ศิริวรรณ ตั้งจิตกมล, และฉลอง ชิวเกียรียงไกร. (2554). *มะเร็งเยื่อโพรงมดลูก (Endometrial Cancer)*. ใน จตุพล ศรีสมบุรณ์ และชานาญ เกียรติพิรกุล (บ.ก.), *มะเร็งนรีเวชวิทยา (Gynecologic Oncology)* (น. 147–174). กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี จำกัด.
- สุกัญญา เดชอาคม. (2558). *การให้ยาระงับความรู้สึกสำหรับผู้ป่วยโรคอ้วน*. ใน อักษร พูลนิตพร มานี รักษาเกียรติศักดิ์ พรอรุณ เจริญราช และนรุตม์ เรือนอนุกุล. (บ.ก.), *ตำราพื้นฟูวิชาการ วิสัญญีวิทยา* (น. 215 - 221). ม.ป.ท.: กรุงเทพมหานคร.
- สิตากร เพชรวรา. (2566). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย*. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(1), 529 – 543.
- Afors, K., Centini, G., Murtada, R., Castellano, J., Meza, C., & Wattiez, A. (2015). Obesity in laparoscopic surgery. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 29(5), 554–564. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.02.001>

- Ishida, Y., Nakazawa, K., Okada, T., Tsuzuki, Y., Kobayashi, T., Yamada, R., & Uchino, H. (2021). Anesthetic management of a morbidly obese patient with endometrial cancer during robot-assisted laparoscopic surgery. *JA Clinical Reports*, 7(1), 1-5. <https://doi.org/10.1186/s40981-021-00434-y>
- Kaye, A. D., Lingle, B. D., Brothers, J. C., Rodriguez, J. R., Morris, A. G., Greeson, E. M., & Cornett, E. M. (2022). [Title of the article]. *Saudi Journal of Anesthesia*, 16(3), [332-338]. [https://doi.org/10.4103/sja.sja\\_235\\_22](https://doi.org/10.4103/sja.sja_235_22)
- Stewart, K. I. (2025). *Endometrial cancer*. Johns Hopkins Medicine. <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/endometrial-cancer>
- Seyni-Boureima, R., Zhang, Z., Antoine, M. M. L. K., & Antoine-Frank, C. D. (2022). A review on the anesthetic management of obese patients undergoing surgery. *BMC Anesthesiology*, 22, 98. <https://doi.org/10.1186/s12871-022-01579-8>
- Wynn-Hebden, A., & Bouch, D. C. (2020). Anaesthesia for the obese patient. *BJA Education*, 20(11), 388–395. <https://doi.org/10.1016/j.bjae.2020.07.003>