

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดผ่านกล้องวิดิทัศน์ โดยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย: กรณีศึกษา

พจมาศ เพ็ชรี
โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา

รับต้นฉบับ 8 ธันวาคม 2568

ปรับแก้ไข 11 เมษายน 2569

รับลงตีพิมพ์ 18 เมษายน 2569

บทคัดย่อ

ปัจจุบันการผ่าตัดผ่านกล้องวิดิทัศน์ ได้รับความนิยมมากขึ้นเนื่องจากมีข้อดีกว่าการผ่าตัดเปิดช่องท้อง คือแผลผ่าตัดมีขนาดเล็ก ลดการสูญเสียเลือด ลดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อ หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการปวดน้อย การฟื้นตัวเร็ว การติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดลดลง ลดการนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย และลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน การผ่าตัดผ่านกล้องวิดิทัศน์ เป็นการผ่าตัดใหญ่ แต่เปิดแผลเล็ก การให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มีหัตถการซับซ้อน และมีความเสี่ยงสูงในการผ่าตัด จึงนำมาทำกรณีศึกษาเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้

วัตถุประสงค์

1. ให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดผ่านกล้องวิดิทัศน์ ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้
2. ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมของผู้ป่วยผ่าตัดผ่านกล้องวิดิทัศน์ ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายทั้งก่อนและหลังผ่าตัด

วิธีดำเนินการ

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องวิดิทัศน์ โดยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ในโรงพยาบาลพุทธโสธร จำนวน 1 ราย ระหว่าง วันที่ 1 พฤษภาคม 2568 - 3 พฤษภาคม 2568 รวม 3 วัน โดยวิสัญญีพยาบาล รวบรวมข้อมูล

จากประวัติการรักษาผู้ป่วย และ การสัมภาษณ์ผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการพยาบาล 3 ระยะ คือ ติดตามเยี่ยม ก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก ให้การพยาบาลระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึก และหลังการให้ยาระงับความรู้สึก

ผลการศึกษา

พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดผ่านกล้องวิดิทัศน์ ได้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ได้รับการพยาบาลอย่างถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และสามารถดูแลตนเองก่อน และหลังการให้ยาระงับความรู้สึก ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

สรุป

ผู้ป่วยผ่าตัดผ่านกล้องวิดิทัศน์ โดยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ความสำเร็จของการผ่าตัดขึ้นอยู่กับ การประเมินผู้ป่วย การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ การให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มีหัตถการซับซ้อน และมีความเสี่ยงสูงในการผ่าตัด วิสัญญีพยาบาลต้องมีความรู้ความชำนาญและทักษะในการพยาบาลผู้ป่วย ศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม ให้ทันต่อเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการทางวิสัญญี

คำสำคัญ

ผ่าตัดผ่านกล้องวิดิทัศน์, ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย, การพยาบาลแบบองค์รวม, วิสัญญีพยาบาล

Nursing care of patient laparoscopic liver resection under general anesthesia : A case study

Potchamat Pechree
Buddhasothorn Hospital

Abstract

Laparoscopic surgery is increasingly favored over open surgery due to its benefits, including smaller incision, reduced blood loss, less tissue trauma, decreased postoperative pain, faster recovery, lower rates of surgical site infection, shorter hospital stays, reduced healthcare cost, and fewer complications. Although liver resection is a major surgical procedure, it can be safely performed using minimally invasive laparoscopic techniques. Anesthetic management in patients with complex conditions and high surgical risk is essential. This case aims to contribute to and disseminate clinical knowledge.

Objective

1.To provide safe and effective nursing care for patients undergoing laparoscopic liver resection under general anesthesia, aiming to prevent avoidable complications.

2. To promote appropriate self-care abilities in patients undergoing laparoscopic liver resection under general anesthesia, both preoperatively and postoperatively.

Methodology

This Descriptive study involved of a patient undergoing laparoscopic liver resection under general anesthesia at Buddhasothorn Hospital. Data were collected from a single case over a 3-day period (May 1-3, 2025). Nursing data were

obtained from medical records and patient interviews. The nursing process was applied in three phases: pre-anesthesia care, intra-anesthesia care and post-anesthesia care.

Results

The patient undergoing laparoscopic liver resection under general anesthesia received appropriate nursing care, experienced no complications, and demonstrated the ability to perform appropriate self-care both before and after anesthesia.

Summary

Laparoscopic liver resection under general anesthesia can be performed safely without complications. Surgical outcomes depend on thorough patient assessment, multidisciplinary teamwork, and appropriate anesthetic management, particularly in high-risk patients. Nurse Anesthetist should maintain up to date knowledge and skills to enhance the quality of care.

Keyword

Liver resection, Laparoscopic surgery, General anesthesia, Holistic nursing care, Nurse Anesthetist.

บทนำ

ตับแข็งที่เป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคมะเร็งตับ (Hepatocellular carcinoma:HCC) พบได้ ประมาณ ร้อยละ 80-90 ของผู้ที่เป็นมะเร็งตับ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับมากกว่าผู้ที่ไม่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เฉลี่ยประมาณ 15 เท่า การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง มีโอกาสเกิดมะเร็งตับสูงกว่าผู้ที่ติดเชื้อประมาณ 18 เท่า ในเพศชาย และ 7 เท่าในเพศหญิง การดื่มแอลกอฮอล์จัดเป็นปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งตับที่พบบ่อยรองลงมา¹ และยังมีแนวโน้ม เพิ่มมากขึ้น มะเร็งตับเป็นโรคที่มีลักษณะพยาธิสภาพของการแบ่งเซลล์มะเร็งที่ค่อนข้างรวดเร็วและผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคตับเรื้อรังอยู่เดิม จากสถิติของโรงพยาบาลพุทธโสธร พบผู้ป่วยมะเร็งตับ ปี 2565,2566 และ 2567 จำนวน 180,164 และ 227 ราย ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ทำให้เกิดมะเร็งตับ ปี 2565,2566 และ 2567 จำนวน 65,58 และ 75 ราย ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ทำให้เกิดมะเร็งตับ ปี 2565,2566 และ 2567 จำนวน 29,14 และ 44 ราย² ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ มะเร็งตับเป็นโรคมะเร็งที่สามารถรักษาให้หายขาดได้หากตรวจพบในระยะแรก การผ่าตัดเป็นวิธีเดียวที่จะรักษามะเร็งชนิดนี้ให้หายขาดได้และการผ่าตัดแบบแผลเปิดหน้าท้อง (Open liver resection) ถือเป็นมาตรฐานในการรักษา³ ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่มีความยุ่งยากซับซ้อน แผลผ่าตัดแผลใหญ่ ใช้ระยะเวลาผ่าตัดนานส่งผลให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มาก อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันมีการพัฒนาเทคโนโลยีและเทคนิคในการผ่าตัดให้เป็นเทคนิคการผ่าตัดแบบผ่านกล้องมากยิ่งขึ้น (Laparoscopic liver resection) ซึ่งเป็นเทคนิคการผ่าตัดที่ค่อนข้างใหม่และจัดว่าเป็นกลุ่ม Advance laparoscopic surgery ที่ศัลยแพทย์ให้ความสนใจและเพิ่มทักษะกันมากขึ้นเป็นลำดับ⁴ โรงพยาบาลพุทธโสธร มีศัลยแพทย์เฉพาะทางด้านตับอ่อน และ ทางเดินน้ำดี ได้เริ่มดำเนินการผ่าตัดเป็นครั้งแรก ในเดือน กรกฎาคม 2567 ปัจจุบันมีการผ่าตัดตับผ่านกล้องวิดิทัศน์ ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2567 - 31 พฤษภาคม 2568 จำนวน 6 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการผ่าตัดตับผ่านกล้องวิดิทัศน์เป็นหัตถการศัลยกรรมแบบแผล

ขนาดเล็ก (minimally invasive surgery) ซึ่งมีข้อดีหลายประการ ได้แก่ การลดขนาดแผลผ่าตัด การลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัด การลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้รวดเร็ว ส่งผลให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลลดลง⁵

ดังนั้น การพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึกเป็นการพยาบาลเฉพาะทาง ที่ต้องอาศัยการบูรณาการกระบวนการองค์ความรู้จากภาคทฤษฎีสู่การปฏิบัติทางคลินิกอย่างเป็นระบบ โดยสอดคล้องกับการก้าวหน้าทางวิทยาการทางการแพทย์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องและเป็นพลวัต การให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยเป็นการพยาบาลเชิงรุกใช้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีหลักฐานอ้างอิง สามารถป้องกันและลดความผิดพลาดได้อย่างเป็นรูปธรรม เพราะความผิดพลาดแม้เพียงเล็กน้อย อาจนำความสูญเสียอย่างใหญ่หลวงให้กับผู้ป่วยและบุคลากรรอบข้างเป็นอย่างมาก วิทยาลัยพยาบาลต้องมีความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง ได้รับการฝึกฝนทักษะเป็นพิเศษสามารถประยุกต์ใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาลความรู้ความเข้าใจในด้านกายวิภาคศาสตร์ พยาธิสรีรวิทยา และสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัดให้มีความพร้อมในการให้บริการซึ่งแสดงถึงลักษณะงานในด้านวิชาชีพได้อย่างชัดเจน³

การให้ยาระงับความรู้สึกการผ่าตัดตับผ่านกล้องวิดิทัศน์ (Laparoscopic liver resection) มีความซับซ้อนมากกว่าการผ่าตัดทั่วไป มีการใส่แก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ เข้าไปในช่องท้อง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิตและระบบหายใจอย่างมีนัยสำคัญ อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึกได้^{6,7} นอกจากนี้ การผ่าตัดตับมีเป้าหมายสำคัญในการควบคุมการเสียเลือดให้น้อยที่สุด โดยเฉพาะในระยะของการตัดเนื้อตับ⁸ ความท้าทายดังกล่าวทำให้การพยาบาลด้านวิสัญญีในการผ่าตัดชนิดนี้ต้องอาศัยความรู้ ความเชี่ยวชาญ และการปรับตัวให้ทันต่อความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งผู้ป่วยแต่ละรายยังมีลักษณะทาง พยาธิสรีรวิทยาที่แตกต่างกัน ส่งผลให้แนวทางการให้ยาระงับความรู้สึกต้องได้รับการปรับให้เหมาะสมเป็นรายบุคคล วิสัญญีพยาบาลจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาองค์ความรู้ และทักษะทางคลินิก อย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่ม

ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีความปลอดภัยสูงสุด และลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะระหว่างและหลังให้ยาระงับความรู้สึก

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและเป็นแนวทางการให้การพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดตับผ่านกล้องวิดิทัศน์ อย่างปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองก่อนและหลังการให้ยาระงับความรู้สึกผ่าตัดตับผ่านกล้องวิดิทัศน์ ได้ถูกต้องเหมาะสม

วิธีดำเนินการ

กรณีศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive case study) จำนวน 1 ราย แบบเฉพาะเจาะจงผู้ป่วยที่มาผ่าตัดตับผ่านกล้องวิดิทัศน์ โดยให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ระหว่าง วันที่ 1 พฤษภาคม 2568 - 3 พฤษภาคม 2568 รวม 3 วัน โดยวิสัญญีพยาบาลรวบรวมข้อมูลจากประวัติการรักษาผู้ป่วย และการสัมภาษณ์ผู้ป่วย โดยใช้จากตำรา และ เอกสาร งานวิจัยต่างๆ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ผู้ศึกษาได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลพุทธโสธร (BSH-IRB 025/2568) เก็บข้อมูลที่ได้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย ทั้งทางตรงและทางอ้อม และมีการนำเสนอข้อมูลในภาพรวมทางวิชาการเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเท่านั้น โดยติดตามเยี่ยม 3 ระยะ คือ ติดตามเยี่ยมก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก ให้การพยาบาลระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึก และติดตามเยี่ยมหลังการให้ยาระงับความรู้สึก

ผลการศึกษา

จากกรณีศึกษาการพยาบาลให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดตับผ่านกล้องวิดิทัศน์ โดยใช้กระบวนการพยาบาล ผลการประเมินภาวะสุขภาพ พบผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 78 ปี น้ำหนัก 50 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย (BMI) 20.81 อาชีพแม่บ้าน อยู่บ้าน ปักผัก พิษสวนครัว เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาประถมศึกษาที่ 4 มีบุตร 2 คน 8 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลรักษาเรื่องปัสสาวะเป็นเลือด ศัลยแพทย์ทางเดินปัสสาวะ ส่งตรวจ

เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT KUB) ผลตรวจทางเดินปัสสาวะปกติ แต่พบก้อนที่ตับกลีบขวา จึงส่งต่อศัลยแพทย์ตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี แพทย์ทำการตรวจร่างกายและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบเป็นไวรัสตับอักเสบบี ศัลยแพทย์ตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี ส่งตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI liver) พบ liver mass segment 5/6 ขนาด 3.6 เซนติเมตร มีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง แพทย์นัดผ่าตัด วันที่ 2 พฤษภาคม 2568 รับไว้เข้านอนโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง วันที่ 1 พฤษภาคม 2568 เวลา 11.25 นาฬิกา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 135/85 มิลลิเมตรปรอท ได้รับการวินิจฉัยโรคเมื่อแรกเริ่ม Liver mass เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ให้น้ำและอาหารก่อนเที่ยงคืน Lorazepam 0.5 มิลลิกรัม 1 เม็ด ก่อนนอน Acetate ringers 1,000 มิลลิตร หดทางหลอดเลือดดำ 60 มิลลิตรต่อชั่วโมง Amlodipine 5 มิลลิกรัม 2 เม็ด, Tenofovir Alafenamide (TAF) 25 มิลลิกรัม 1 เม็ด เช้าวันผ่าตัด เตรียม G/M PRC 2 unit, G/M LPPC 4 unit, G/M FFP 2 unit จอง ICU post-op เตรียม Metronidazole injection 500 มิลลิกรัม, Ceftriaxone injection 2 กรัม, NG สีส้ม, Foley No.14 เตรียมไปห้องผ่าตัด วันที่ 2 พฤษภาคม 2568 ได้ทำการผ่าตัด Laparoscopic right posterior sectionectomy เวลา 09:00 นาฬิกา.

อาการสำคัญ

แพทย์นัดผ่าตัดตับผ่านกล้องวิดิทัศน์

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน

8 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลรักษาเรื่อง ปัสสาวะเป็นเลือด ทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ พบตับมีรอยโรคในกลีบด้านขวา ขนาด 1.8x3.3 เซนติเมตร จึงส่งปรึกษาศัลยแพทย์ตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี

7 เดือนก่อน ศัลยแพทย์ตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี ส่งตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า พบ ถุงน้ำ ขนาด 3.2x3.2 เซนติเมตร ที่ Segment 7 ซึ่งบ่งชี้ว่าเป็นเนื้องอกชนิดถุงน้ำ นัดผ่าตัด 8 มกราคม 2568

3 เดือนก่อน ระบบภาพถ่ายรังสีล้มเหลว (PACS)

จึงเลื่อนการผ่าตัด และ ส่งตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าซ้ำอีกครั้ง พบก้อนที่ตับมีขนาดใหญ่ขึ้น เป็น 3.6 เซนติเมตร
วันนี้แพทย์นัดผ่าตัดจึงมาโรงพยาบาล

ประวัติโรคประจำตัว

ความดันโลหิตสูง เป็นมา 5 ปี มียาลดความดันโลหิต Amlodipine 5 มิลลิกรัม 2 เม็ด หลังอาหารเช้า, Enalapril 5 มิลลิกรัม 1 เม็ด หลังอาหารเช้า รับประทานยาสม่ำเสมอ

ไขมันในเลือดสูง เป็นมา 6 เดือน ทานยาลดไขมัน Simvastatin 20 มิลลิกรัม 1 เม็ด ก่อนนอน

ไวรัสตับอักเสบบี ตรวจพบหลังจากเจอก้อนเนื้อที่ตับประมาณ 6 เดือนที่แล้ว รักษาด้วยยา Tenofovir Alafenamide (TAF) 25 มิลลิกรัม 1 เม็ด หลังอาหารเช้า รับประทานยาสม่ำเสมอ

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

เคยเป็นสภาวะเป็นเลือดเมื่อ 8 เดือนก่อน

ประวัติการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก

ไม่เคยรับการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก

ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี

ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร สารเคมี

ประวัติการได้รับสารเสพติด

ปฏิเสธการใช้สารเสพติด บุหรี่ แอลกอฮอล์ ยาสมุนไพร

ประวัติการเจ็บป่วยครอบครัว

ญาติและคนในครอบครัวปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการเสียชีวิตจากการระงับความรู้สึก

ผลตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT)

(13 สิงหาคม 2567) No evidence of KUB mass stone, hydronephrosis or hydroureter in this study. Visualized live shows no hypodense lesion in right lobe size 1.8x3.3 cm. indeterminate nature.

ผลตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI)

(23 สิงหาคม 2567) MRI liver: complex cyst

size 3.2x3.2 cm. at segment 7, complex cyst or biliary cyst neoplasm or IPNB

(28 มกราคม 2568) Replete MRI liver: increase size liver mass segment 5/6 size 3.6 cm.

ผลตรวจเอกซเรย์ปอด (Chest X-ray)

(6 มีนาคม 2568) ผลปกติ

ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG)

(6 มีนาคม 2568) Sinus rhythm rate 84 bpm.

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

(6 มีนาคม 2568) Complete Blood count: WBC 7,090 cells/cumm, Hemoglobin 13.3 g/dl, Hematocrit 42 %, Platelet count 265,000 cells/cumm, Blood chemistry: BUN 11 mg/dl, Creatinine 0.59 mg/dl, eGFR 88.27 ml/min/1.73 m², PT 12.8 sec, INR 1.08 sec, PTT 26.8 sec Electrolyte: Na 139 mmol/L, K 3.5 mmol/L, Cl 102 mmol/L, CO₂ 27 mmol/L

การตรวจร่างกาย

1. ระบบศีรษะใบหน้าและลำคอ

รูปร่างของศีรษะ : ขนาดปกติกลม เรียบ ไม่มีบาดแผล ไม่มีอาการปวดศีรษะ

ผม : ผมสั้น สะอาด

ตา : มองเห็นชัดเจนดีทั้ง 2 ข้าง ไม่มีตาพร่ามัว

รูปร่างตา : รูปร่างกลม ขนาด 2 มิลลิเมตร เท่ากัน

ทั้ง 2 ข้าง มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติทั้ง 2 ข้าง

หู : รูปร่างปกติ ไม่มีการอักเสบ

การได้ยินปกติ

จมูก : รูปร่างปกติ ได้สัดส่วน การได้รับกลิ่นดี

ปาก : ไม่มีฟันโยก ไม่มีฟันปลอม อ้าปากได้ปกติ

ตรวจประเมินทางเดินหายใจ Modified Mallampati classification มองเห็นลิ้นไก่ เพดานอ่อน เท่ากับ class I

คอ : บริเวณลำคอปกติ คล้ำไม่พบก้อน คอไม่โต

ระยะ thyromental distance 12 เซนติเมตร

2. ระบบผิวหนัง: ผิวคล้ำดำแดง ไม่มีตุ่มเหลือง

ลักษณะผิวหนังชุ่มชื้น ไม่มีโรคผิวหนัง หรือรอยผื่นคัน ผิวหนังไม่มีการติดเชื้อ

3. ระบบหัวใจและหลอดเลือด: ฟังเสียงหัวใจไม่พบเสียงผิดปกติ อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้งต่อนาที ชีพจรสม่ำเสมอ
4. ระบบทางเดินหายใจ: ขนาดทรวงอกทั้งสองข้างมีรูปร่างปกติสมมาตรกัน การเคลื่อนไหวของทรวงอก 2 ข้างเท่ากัน ไม่มีเหนื่อยหอบหรือหายใจลำบาก ฟังปอดพบเสียงลมเข้าปอดเท่ากันทั้งสองข้าง อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที
5. ระบบโลหิตและน้ำเหลือง: ไม่มีจุดหรือช้ำตามผิวหนัง ต่อม้ำเหลืองบริเวณท่าย่อย คอเหนือไหปลาร้า รักแร้ และขาหนีบไม่โต
6. ระบบทางเดินอาหาร: ไม่มีอาการคลื่นไส้/อาเจียน ไม่มีท้องโต/ท้องอืด ปวดท้อง ตับไม่โต
7. ระบบต่อมไร้ท่อ: คลำไม่พบต่อมไทรอยด์โต กดไม่เจ็บ
8. ระบบประสาท: รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง รับรู้ต่อเวลา สถานที่ และบุคคล ได้ดี
9. ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก: แนวกระดูกสันหลังตรงปกติ มีความแข็งแรง กล้ามเนื้อแขน ขา เคลื่อนไหวได้ปกติ
10. ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบขับถ่าย: ปัสสาวะได้เอง วันละ 4-5 ครั้ง ไม่มีอาการแสบขัด ขับถ่ายอุจจาระทุกวัน วันละครั้ง
11. ระบบสืบพันธุ์: ไม่เคยมีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติออกจากอวัยวะสืบพันธุ์ อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ

ประเมิน ASA Physical Status Classification 3

อายุ 78 ปี ผู้สูงอายุ มีโรคร่วมความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และ ไวรัสตับอักเสบบี

การวินิจฉัยโรค

Liver mass segment 5/6

การรักษา

Laparoscopic right posterior sectionectomy วันที่ 2 พฤษภาคม 2568 เวลา 09:00 นาฬิกา

การได้ยาระงับความรู้สึก

ให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายร่วมกับการใส่ท่อช่วยหายใจ (General anesthesia with endotracheal tube)

การเยี่ยมผู้ป่วยระยะก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก วันที่ 1 พฤษภาคม 2568 เวลา 13:00-14:00 นาฬิกา เยี่ยมประเมินที่หอผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วันรวมเวลา 1 ชั่วโมง ที่ตึกศัลยกรรมหญิง เพื่อประเมินปัญหาความต้องการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ พบผู้ป่วยหญิงไทยรูปร่างผอม รู้สึกตัวดี นั่งอยู่บนเตียงพร้อมญาติ ตรวจสอบเวชระเบียน ชื่อ-ชื่อสกุล อายุ 78 ปี น้ำหนักตัว 50 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 135/75 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและภาพถ่ายรังสีทรวงอกปกติ ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ Sinus Rhythm rate 84 ครั้งต่อนาที left anterior fascicular block อาการปกติ ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ปกป้องอายุป่วยเฉพาะทางหัวใจ อนุญาตให้ทำผ่าตัดได้ ผลตรวจภาพถ่ายด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า(MRI) Liver: Liver mass segment 5/6 ขนาด 3.6 เซนติเมตร ศัลยแพทย์เฉพาะทางด้านตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี วินิจฉัย เป็นอาการก้อนเนื้อที่ตับ (Liver mass segment 5/6) แนะนำและวางแผนผ่าตัดตับผ่านกล้องวิดิทัศน์ (Laparoscopic right posterior sectionectomy) วันที่ 2 พฤษภาคม 2568 เวลา 09:00 นาฬิกา

พยาบาลแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ พูดคุยซักถามประวัติการเจ็บป่วย โรคประจำตัว ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติตัวในการเข้ารับบริการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และ ญาติซักถามปัญหาที่วิตกกังวล แนะนำขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนเข้ารับบริการระงับความรู้สึก ประเมินระบบทางเดินหายใจ Modified Mallampati classification class 1 ประเมินผู้ป่วย ASA classification class 3 มีโรคร่วมความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และ ไวรัสตับอักเสบบี วางแผนให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลระยะก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เรื่องโรค, การผ่าตัด, การให้ยาระงับความรู้สึกและการปฏิบัติตัว ก่อนและหลังการให้ยาระงับความรู้สึก ข้อมูลสนับสนุน 1.ได้รับการผ่าตัดเป็นครั้งแรก 2.ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล ไม่สดชื่น และไม่เคยรับการผ่าตัดมาก่อน 3.ผู้ป่วยได้รับข้อมูลจากแพทย์ว่าเป็นการผ่าตัดใหญ่ อาจมีการสูญเสียเลือดจำนวนมากและหลังผ่าตัดอาจต้องคาท่อช่วยหายใจและอยู่ห้องผู้ป่วยหนัก(ICU)มีความกังวลหลังผ่าตัดกลับบ้านไปทำงาน ปลุกฝึกสวนครัวไม่ได้ 4.ญาติผู้ป่วยถามว่าหลังผ่าตัดต้องคาท่อช่วยหายใจ หลายวันไหมแล้วจะถอดออกได้เมื่อไหร่ วัตถุประสงค์ 1.เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล 2.เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ความจำเป็นในการรักษาและให้ความร่วมมือในการเตรียมความพร้อมก่อนและหลังผ่าตัด 3.เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ ในแนวทางการรักษาของแพทย์ เกณฑ์การประเมินผล 1.ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าแจ่มใส คลายความวิตกกังวล 2.ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ และมีความเข้าใจถึงความจำเป็นในการรักษาและให้ความร่วมมือในการเตรียมความพร้อมก่อนและหลังผ่าตัด และปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง 3.ผู้ป่วยละญาติมีความมั่นใจ ในแนวทางการรักษาของแพทย์	1.แนะนำตัวเองให้ผู้ป่วยและญาติทราบ แจ้งวัตถุประสงค์ในการเยี่ยม สร้างสัมพันธภาพที่ดี กับผู้ป่วยและญาติด้วยท่าทีสุภาพ อ่อนโยน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ 2. อธิบายเกี่ยวกับเนื้องอกที่ตับซึ่งยังไม่รู้ว่าเป็นเนื้องอกดี หรือ เนื้องอกร้ายต้องตัดชิ้นเนื้อไปส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อน ความจำเป็นที่ต้องผ่าตัดโดยเร็ว เดิมขนาดของเนื้องอก 3.2 เซนติเมตรปัจจุบันเนื้องอกมีขนาดโตขึ้นเป็น 3.6 เซนติเมตรถ้าไม่รีบรักษา เนื้องอกอาจมีขนาดใหญ่ขึ้น และ อาจมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นข้างเคียง ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานได้ การได้รับการรักษาเร็ว และนำชิ้นเนื้อไปส่งตรวจ จะได้รู้ว่าเป็นเนื้อดีหรือเนื้อร้าย ช่วยลดความวิตกกังวลไปได้ ตอนนี้เนื้องอกมีขนาดเล็ก การรักษามีโอกาสที่จะหายจากโรคสูงแพทย์ได้วางแผนการผ่าตัดตับผ่านกล้อง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว เจ็บแผลผ่าตัดน้อย แต่ถ้ายิ่งผ่าตัดผ่านกล้องไม่สำเร็จ หรือการผ่าตัดมีความยุ่งยากอาจจะต้องเปลี่ยนแผนเป็นการผ่าตัดเปิดช่องท้องแผลผ่าตัดอาจจะเจ็บมากกว่า และพักฟื้นยาวนานกว่า ขอให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในการรักษาของแพทย์ และทีมผ่าตัดที่จะดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดขณะผ่าตัดและการตัดสินใจของแพทย์ในการให้การรักษาซึ่งแพทย์จะพิจารณาและเลือกการรักษาที่ดีที่สุดและปลอดภัยที่สุดแก่ผู้ป่วย 3.การใส่ท่อช่วยหายใจหลังผ่าตัดทีมวิสัญญีจะพิจารณาตามความเหมาะสมถ้าขณะผ่าตัดตับผ่านกล้องสำเร็จไม่สูญเสียเลือดมาก การผ่าตัดไม่นานและไม่มีการแทรกซ้อนขณะผ่าตัดจะถอดท่อช่วยหายใจหลังผ่าตัดเสร็จ แต่ถ้าการผ่าตัดผ่านกล้องไม่สำเร็จต้องเปิดผ่าตัดทางช่องท้อง มีการสูญเสียเลือดและสารน้ำจำนวนมาก การผ่าตัดนาน ร่วมกับผู้ป่วยสูงอายุ ทางทีมวิสัญญีอาจต้องคาท่อช่วยหายใจกลับหอบผู้ป่วยหนัก (ICU) ซึ่งทางทีมวิสัญญีจะพิจารณาและเลือกการรักษาที่ดีที่สุดและปลอดภัยที่สุดแก่ผู้ป่วย 4.ให้คำแนะนำเตรียมความพร้อมการปฏิบัติตัว ก่อนและหลังการให้ยาระงับความรู้สึกดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	การปฏิบัติตัวก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก -การเตรียมด้านร่างกาย ความสะอาดของร่างกาย อาบน้ำ สระผม ตัดเล็บ ถอดเครื่องประดับของมีค่า ทุกชนิด เปลี่ยนเสื้อผ้าชุดใหม่เพื่อลดการติดเชื้อแผลผ่าตัด -งดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัด 8 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการสำลักน้ำ และอาหารเข้าทางเดินหายใจ ขณะได้รับยาระงับความรู้สึก -เช้าวันผ่าตัดเวลา 06:00 นาฬิกา พยาบาลจะนำยา ลดความดันโลหิตสูงและยาต้านไวรัสตับอักเสบที่เคยกินทุกวัน มาให้ทาน Amlodipine(5) 2 เม็ด และ Tenofovir (25) 1 เม็ด และดื่มน้ำตาม 30 มิลลิลิตร วันผ่าตัด -เมื่อถึงห้องผ่าตัดวิสัญญีพยาบาลจะประเมินผู้ป่วยอีกครั้ง ชักถามการงดน้ำและอาหารและการกินยาเช้าวันผ่าตัดเพื่อเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึก -ให้ข้อมูลและอธิบายผลข้างเคียงในการให้ยาระงับความรู้สึก เช่น การบาดเจ็บในช่องปากเพราะต้องใส่ท่อช่วยหายใจและอาจเจ็บคอระคายเคืองคอ ไอ มีเสมหะ คลื่นไส้ อาเจียนเป็นต้น ไม่ต้องกังวลเจ้าหน้าที่จะระวังให้มากที่สุดและดูแลอย่างดี -อธิบายบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยก่อนและขณะเริ่มให้ยาระงับความรู้สึก ระหว่างการระงับความรู้สึก วิสัญญีพยาบาลจะเฝ้าติดตามและดูแลตลอดเวลา เมื่อการผ่าตัดสิ้นสุดลง สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้จะนำผู้ป่วยมาห้องพักรฟื้นจะมีวิสัญญีพยาบาลดูแลจนผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีความพร้อมในการจำหน่ายออกจากห้องพักรฟื้นจึงส่งกลับหอผู้ป่วยหนัก (ICU) เพื่อดูแลอย่างใกล้ชิดหลังผ่าตัด -อธิบายถึงสิ่งที่จะพบ เช่น การแต่งกายของเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด แต่งชุดสีเขียว วิสัญญีพยาบาลแต่งชุดสีม่วง สวมหมวก มีผ้าปิดปากและปิดจมูก เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและอุปกรณ์ต่างๆในห้องผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	การปฏิบัติตัวหลังการให้ยาระงับความรู้สึก -แนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เช่น การลุกเดินจากเตียงโดยเร็ว(Early ambulation) การจัดการกับความปวด การให้คะแนนระดับความปวด (Pain score) สอนวิธีการฝึกหายใจที่ถูกต้อง (Deep breathing exercise) การไอ เพื่อขับเสมหะออกได้อย่างมีประสิทธิภาพหลังผ่าตัด(Effective cough) และการดูแลแผลผ่าตัด ให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าทำได้เพื่อลดความวิตกกังวล -หลังผ่าตัดดื่มน้ำและอาหารต่อจนกว่าแพทย์จะอนุญาตให้เริ่มรับประทานอาหารได้ -หลังผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมง ควรลุกเดินโดยเริ่มเดินจากข้างๆเตียงก่อน เพื่อให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวลดอาการท้องอืด และป้องกันการเกิดภาวะปอดแฟบจากการนอนนานๆ -พูดคุยให้กำลังใจกับผู้ป่วยและญาติให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดระยะเวลาผ่าตัด 5.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย และรับฟังด้วยท่าทีสนใจ ประเมินผล 1.ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึก ให้ความร่วมมือและยอมรับการผ่าตัดผ่านกล้อง และลงนามยินยอมในใบยินยอมการผ่าตัดและให้ยาระงับความรู้สึก 2.ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัดและให้ยาระงับความรู้สึกได้ถูกต้อง

การพยาบาลผู้ป่วยระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก(ในห้องผ่าตัด)วันที่ 2 พฤษภาคม 2568 เวลา 09:00-15:15 นาฬิกา ให้การพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึกในห้องผ่าตัด รวมเวลา 6 ชั่วโมง 15 นาที

ผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัดเวลา 08:30 นาฬิกา แนะนำตนเองอีกครั้ง พูดคุย เพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวล ตรวจสอบชื่อ-สกุล ผู้ป่วย ใบยินยอมการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก ของมีค่า สิ่งที่ดีมาพร้อมผู้ป่วย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และภาพถ่ายรังสีทรวงอก การเตรียมเลือดพร้อมใช้ การดื่มน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 145/70 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 77 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ได้รับสารน้ำ Acetate ringer 1,000 มิลลิลิตร อัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ทางหลอดเลือดดำ อธิบายและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยอีกครั้งก่อนให้ยาระงับความรู้สึก เตรียมอุปกรณ์ที่ต้องใช้ในการระงับความรู้สึก ตรวจสอบเครื่องดมยาสลบให้พร้อมใช้งาน เครื่องติดตามการทำงาน(Monitor) ตามมาตรฐาน ดังนี้ เครื่องวัดความดันโลหิต (Noninvasive blood pressure)เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ(Electrocardiography)เครื่องวัดปริมาณออกซิเจนในเลือด(Pulse oximeter)เครื่องวัดค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก(End tidal carbon dioxide)เครื่องดูดเสมหะพร้อมสายดูดเสมหะ ท่อช่วยหายใจ 3 ขนาด เตรียมยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึก ยานำสลบ ยาหย่อนกล้ามเนื้อ ยาแก้ปวด ยาลดความดันโลหิต ยาเพิ่มความดันโลหิต และเตรียมกล่องยาสำหรับช่วยชีวิตฉุกเฉินพร้อมใช้ เตรียมอุปกรณ์ทำหัตถการ Invasive blood pressure และ Central venous pressure ทีมผ่าตัด ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล และ พยาบาลห้องผ่าตัด ร่วมกันตรวจสอบความพร้อม ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและให้ยาระงับความรู้สึก (Surgical safety check list) ตรวจสอบชื่อ-สกุล ตำแหน่งการผ่าตัด วิธีการผ่าตัด ใบยินยอมการผ่าตัด (sign in) เวลา 09:00 นาฬิกา นำสลบโดยวิสัญญีแพทย์ ผู้ป่วยนอนหงายหนุนหมอนสูง 10 เซนติเมตร ให้ ออกซิเจนผ่านทางหน้ากากยาง 100 เปอร์เซ็นต์ 6 ลิตรต่อนาที นาน 5 นาที บริหารยาแก้ปวด ชนิดสารเสพติด Morphine 5 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ เพื่อลดความปวด นำสลบด้วย Propofol 100

มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ บริหารยาหย่อนกล้ามเนื้อเพื่อช่วยในการใส่ท่อช่วยหายใจ Succinyl choline 100 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ เมื่อผู้ป่วยหยุดหายใจ Ventilate ช่วยหายใจรอเวลา 60วินาที ใส่ท่อช่วยหายใจ เบอร์ 7 ลึก 18 เซนติเมตร ใส่ลม blow cuff ท่อช่วยหายใจ 5 มิลลิลิตร ตรวจสอบตำแหน่งท่อช่วยหายใจ โดยใช้ Stethoscope ฟังปอดทั้ง 2 ข้างทั้งด้านบนและด้านล่างให้ได้ยินเสียงลมเท่ากัน ยึดท่อช่วยหายใจด้วยพลาสติกเหนียว บริเวณมุมปากด้านขวา ควบคุมการหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมด้วยปริมาตร 400 มิลลิลิตร อัตราการหายใจ 12 ครั้งต่อนาที ออกซิเจนและแอร์อัตราส่วน 1 ต่อ 1 ลิตรต่อนาที Volatile agent Sevoflurane 2 เปอร์เซ็นต์ บริหารยาหย่อนกล้ามเนื้อเพื่อควบคุมการหายใจและการผ่าตัด Cis-atracurium 6 มิลลิกรัม และบริหาร Cis-atracurium หยดต่อเนื่อง 4 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง ทางหลอดเลือดดำ เนื่องจากการผ่าตัดใช้เวลานาน วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 160/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ ค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก 30 มิลลิเมตรปรอท ปริภาวิสัญญีแพทย์เพิ่มความเข้มข้น Volatile agent Sevoflurane เป็น 2.5 เปอร์เซ็นต์ วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 130/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 60 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ ค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก 30 มิลลิเมตรปรอท วัดอุณหภูมิแกนกลางร่างกาย โดยใส่ Esophageal temperature probe อุณหภูมิแกนกลาง 36.0 องศาเซลเซียส บันทึก urine out put ทุก 1 ชั่วโมง เตรียมและช่วยวิสัญญีแพทย์ทำหัตถการ Invasive blood pressure เพื่อวัดความดันหลอดเลือดแดงและ Central venous pressure เพื่อวัดค่าความดันหลอดเลือดดำส่วนกลาง ค่าความดันหลอดเลือดแดง 120/65 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันหลอดเลือดแดงเฉลี่ย 75 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันหลอดเลือดดำส่วนกลาง 6.4 มิลลิเมตรปรอท ค่าคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ ค่าแรงดันในหลอดเลือดขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ 15 เซนติเมตรน้ำบันทึกในใบให้ยาระงับความรู้สึก ทุก 5 นาทีหรือบ่อยกว่าถ้ามีอาการเปลี่ยนแปลง เปิดหลอดเลือดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เบอร์ 18 เพิ่มเพื่อเตรียมความพร้อม

ในการให้เลือดและสารประกอบของเลือด อบอุ่นร่างกายโดยใช้เครื่องควบคุมอุณหภูมิด้วยแรงลมร้อน ใส่บิบ์คั้นด้วยแรงลมเป็นระยะเพื่อป้องกันภาวะลิ้มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำบริเวณขาทั้ง 2 ข้าง (Pneumatic compression)

ขณะทำผ่าตัดมีการใส่แก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ 12 มิลลิเมตรปรอท เข้าช่องท้องหลังใส่เกิด ความดันโลหิตต่ำ 80/50 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 50 ครั้งต่อนาที ปฏิบัติวิสัญญีแพทย์ให้ Ephedrine 6 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ เพิ่มการให้สารน้ำ แจ่มคลายแพทย์หยุดการใส่แก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ในช่องท้อง 2 นาที ความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท ปฏิบัติวิสัญญีแพทย์ให้ Ephedrine 6 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำเป็นครั้งที่ 2 ความดันโลหิตเพิ่มเป็น 110/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 70 ครั้งต่อนาที แจ่มคลายแพทย์ดำเนินการผ่าตัดต่อได้ ค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก 30-44 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันในหลอดเลือดขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ 18-22 เซนติเมตรน้ำ ปรับให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม โดยปรับปริมาตรหายใจเข้า ออกปรับอัตราการหายใจ ปรับลดปริมาตรแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์เข้าช่องท้อง ระหว่างผ่าตัดเนื้อตับ และตัดเส้นเลือด ศัลยแพทย์ ขอลด central venous pressure น้อยลงจากค่า baseline เดิม เพื่อลดการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด ปฏิบัติวิสัญญีแพทย์ให้ Acetate ringer 1,000 มิลลิลิตร อัตรา 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง พร้อมทั้งบันทึก urine output keep 0.3 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง ถ้าปัสสาวะ ออกน้อยกว่า 0.3 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง ให้ challenge IV fluid Acetate ringer ครั้งละ 200 มิลลิลิตร จน urine ออกตามเกณฑ์ และศัลยแพทย์ให้ฉีด Indocyanine Green 0.25 มิลลิกรัม 2 ครั้ง เพื่อตรวจดูการทำงานของเนื้อตับ หลังตัดตับให้สารน้ำ Acetate ringer 1,300 มิลลิลิตร ปัสสาวะออก 50 มิลลิลิตร เสร็จผ่าตัดเวลา 15.15 นาฬิกา ปริมาณเลือดที่เสีย 100 มิลลิลิตร อุณหภูมิแกนกลาง 35.5-37.0 องศาเซลเซียส ค่าความดันหลอดเลือดแดงเฉลี่ย 65-90 มิลลิเมตรปรอท Acetate 2,300 มิลลิลิตร ปัสสาวะ 200 มิลลิลิตร Morphine 10 มิลลิกรัม Cis-atracurium 23 มิลลิกรัม ปิด Volatile agent Sevoflurane ผู้ป่วยเริ่มหายใจ รายงานวิสัญญีแพทย์ร่วมประเมินถอดท่อช่วยหายใจ Reverse

ให้ Neostigmine 2.5 มิลลิกรัม เพื่อแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ และ Atropine 1.2 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ เพื่อลดสารคัดหลั่งน้ำลาย และป้องกันฤทธิ์ข้างเคียงจากยาแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยทำตามคำสั่งได้ ลืมตา กำมือได้แน่น ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ ค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก 30 มิลลิเมตรปรอท ปริมาตรหายใจเข้าออก 250-300 มิลลิลิตร ถอดท่อช่วยหายใจได้ และให้ออกซิเจนผ่าน Mask with reservoir bag 6 ลิตรต่อนาที ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 130/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ตรวจสอบรายละเอียดการผ่าตัด ปลอดภัยและสิ้นสุดการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก (Sign out) ร่วมกัน ย้ายผู้ป่วยลงเปล และนำส่งห้องพักฟื้น ส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่องและปัญหาที่พบระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึกให้วิสัญญีประจำห้องพักฟื้น

ให้การพยาบาลหลังให้ยาระงับความรู้สึก(ห้องพักฟื้น)วันที่ 2 พฤษภาคม 2568 เวลา 15:15-16:15 นาฬิกา รวมเวลา 1 ชั่วโมง

เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องพักฟื้นวิสัญญีพยาบาลเรียกชื่อผู้ป่วยเพื่อดูความรู้สึกตัว เมื่อเรียกผู้ป่วยลืมตา บอกวงนอน อยากนอน ทำตามคำสั่งได้ มีแผลผ่าตัดเล็กๆ บริเวณหน้าท้อง มีทั้งหมด 5 จุด ไม่มีเลือดซึม ดูแลให้สารน้ำ Acetate ringer 700 มิลลิลิตร ในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ดูแลให้ออกซิเจนทางหน้ากาก Mask with reservoir bag 6 ลิตรต่อนาที ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 5 นาที ประเมินความง่วงซึม (Sedation score) คะแนนการฟื้นจากยาระงับความรู้สึก (Post anesthetic recovery score : PARS) และระดับความปวด (Pain score) ทุก 15 นาที วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 120/65 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70 ครั้งต่อนาที อัตราหายใจ 16 ครั้งต่อนาที ค่าปริมาณออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ ประเมินระดับความง่วงซึมเท่ากับ 1 คะแนน ระดับความปวดเท่ากับ 3 คะแนน หลับพักผ่อนได้ ก่อนส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามคำสั่งได้ ไม่มีอาการเหนื่อย หอบ ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ Acetate ringer ทางหลอดเลือดดำ 100 มิลลิลิตร ไม่มีเลือดจากแผลผ่าตัด ปัสสาวะ ออก

300 มิลลิลิตร ระหว่างอยู่ในห้องพักฟื้น ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังการระงับความรู้สึก ประเมิน Post anesthetic recovery score (PAR score) ได้ 10

คะแนน ระดับความปวด เท่ากับ 3 คะแนน ส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่องให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลผู้ป่วยระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย และการผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยสูงอายุ 78 ปี มีโรคประจำตัวร่วม คือ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และ ไวรัสตับอักเสบ 2. การผ่าตัดตับเป็นหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง 3. ประเมิน ASA physical status classification ของผู้ป่วยอยู่ในระดับ 3 วัตถุประสงค์ 1. เพื่อประเมินและเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับการให้ยาระงับความรู้สึก และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกและผ่าตัด 2. เพื่อวางแผนขณะผ่าตัดเพื่อครอบคลุมทั้งด้านร่างกายจิตใจและวางแผนการให้ยาระงับความรู้สึกให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะที่รับยาระงับความรู้สึก เช่น ความดันโลหิตต่ำรุนแรง ภาวะช็อก การสูดสำลักสารน้ำและอาหารเข้าปอด เป็นต้น 2. มีการวางแผนการระงับความรู้สึกและเลือกยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย 3. เตรียมความพร้อมเครื่องมือ อุปกรณ์ครบถ้วนพร้อมใช้	1. เยี่ยมผู้ป่วยล่วงหน้า 1 วันก่อนได้รับบริการทางวิสัญญี เพื่อประเมินและรวบรวมข้อมูล จากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยปัจจุบัน โรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยา อาหารการกิน สารเสพติด การใช้ยาสมุนไพร ยาที่ใช้ประจำปัจจุบัน ประวัติการผ่าตัดหรือการได้รับยาระงับความรู้สึก รวมถึงประวัติสมาชิกในครอบครัวที่มีปัญหาจากการผ่าตัด หรือการระงับความรู้สึก และตรวจสอบความพร้อมเข้าวันผ่าตัดอีกครั้ง 2. รวบรวมและวิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผลการเอกซเรย์ปอด ตรวจสอบการจางเลือด และสารประกอบของเลือด ผลการจางเลือดได้ PRC 2 unit, FFP 2 unit LPPC 4 unit พร้อมใช้ จอง ICU post-op care 3. ติดตามค่าสัญญาณชีพที่หอผู้ป่วย อาการและอาการแสดงของภาวะความดันโลหิตต่ำหรือความดันโลหิตสูง พบว่าความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที 4. ติดตามผลการตรวจโดยสหวิชาชีพจากอายุรแพทย์ preoperative evaluation แพทย์โรคหัวใจให้ทำผ่าตัดได้ให้ยาดยา Enalapril (5) เข้าวันผ่าตัด และให้ทาน Amlodipine (5) 2 เม็ด, Tenofovir alafenamide (25) 1 เม็ดเข้าวันผ่าตัด 5. ประเมินการได้รับสารน้ำทดแทนหลังงดอาหารและน้ำ เพื่อป้องกันภาวะพร่องน้ำ ให้สารน้ำทดแทน Acetate ringer 1,000 มิลลิลิตร ในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง 6. ประสานงานกับวิสัญญีแพทย์ ประเมินผู้ป่วย ASA physical status classification 3 (ผู้สูงอายุ, ความดันโลหิตสูง, ไขมันในเลือดสูง, ไวรัสตับอักเสบ) วางแผนให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	7. ทวนเวลาในการดื่มน้ำอาหาร และการงดยา Enalapril กับผู้ป่วยเข้าวันก่อนผ่าตัดและ ทานยา Amlodipine, Tenofovir alafenamide เข้าวันผ่าตัด 8.เลือกใช้ยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ได้แก่ Propofol, Succinylcholine, Cis-atracurium, Morphine เตรียมยา เพิ่มความดันลดความดันและยาสำหรับกรณีเกิดภาวะวิกฤตฉุกเฉิน พร้อมใช้ 9.เตรียมความพร้อมของทีมวิสัญญี เครื่องดมยาสลบ และเครื่องมือ 10.ประสานงานกับทีมผ่าตัดในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ประเมินผล 1. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะได้รับยาระงับความรู้สึก เช่น ความดันโลหิตต่ำรุนแรง ภาวะช็อก การสูดสำลักสารน้ำและอาหารเข้าปอด สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/60 - 140/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 60-90 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด100 เปอร์เซ็นต์ 2.วางแผนให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General anesthesia with Endotracheal tube Balance technique) 3.ประสานงานกับทีมผ่าตัด เตรียมความพร้อมทีมวิสัญญี เครื่องดมยาสลบ ยา อุปกรณ์เครื่องมือในการระงับความรู้สึก มีความพร้อมใช้งาน
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการให้ยาระงับความรู้สึกผิดคน ข้อมูลสนับสนุน - มีจำนวนห้องผ่าตัดหลายห้อง ทำให้มีการรับผู้ป่วยมาพร้อมกัน - ผู้ป่วยมีชื่อ-ชื่อนามสกุลคล้ายๆ กัน - มีการผ่าตัดวันละหลายคนในห้องผ่าตัดเดียวกัน วัตถุประสงค์ เพื่อให้ระบุผู้ป่วย ตำแหน่ง ให้ถูกต้องชัดเจน	- เยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึกก่อนผ่าตัด 1 วัน ตรวจสอบชื่อ-ชื่อสกุล การวินิจฉัยโรค การเซ็นใบยินยอมผ่าตัด จากตัวผู้ป่วยและแฟ้มประวัติ - ผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัดยืนยันความถูกต้อง ตรวจสอบชื่อ-ชื่อสกุลจากผู้ป่วย ป้ายข้อมือและแฟ้มเอกสารให้ตรงกัน - ตรวจสอบใบยินยอมผ่าตัด ผู้ป่วยและญาติลงนามกำกับ - ตรวจสอบการผ่าตัดจากผู้ป่วย และแฟ้มเอกสาร

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกถูกคน ถูกตำแหน่ง การผ่าตัด	5. ตรวจสอบระบุตำแหน่งที่จะทำผ่าตัด (mark site) บริเวณท้อง 6. ตรวจสอบรายละเอียดการผ่าตัดปลอดภัย (Surgical safety check list) ทีมผ่าตัด ศัลยแพทย์,วิสัญญีแพทย์,วิสัญญีพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัดร่วมกันทำตรวจสอบความถูกต้องก่อนให้ยาระงับความรู้สึก (Sign in) โดยร่วมกันตรวจสอบความถูกต้อง ชื่อ-ชื่อสกุล ชนิดการผ่าตัด และใบยินยอมผ่าตัด เครื่องดมยาสลบ เครื่องมืออุปกรณ์ พร้อมใช้งาน หลังให้ยาระงับความรู้สึก ตรวจสอบรายละเอียดการผ่าตัด ปลอดภัยระยะก่อนลงมีด (Time out) โดยร่วมกับ ศัลยแพทย์และทีมผ่าตัด โดยแนะนำชื่อและบทบาทของตนเอง ทบทวนปัญหาที่ต้องเฝ้าระวัง เป็นพิเศษ ระยะเวลาการผ่าตัด ผ่าตัดเสร็จทบทวนรายละเอียดการผ่าตัดปลอดภัยระยะก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (sign out) โดยร่วมกับศัลยแพทย์และทีมผ่าตัด ทบทวนเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างผ่าตัด การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด ประเมินผล ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกถูกคน ถูกตำแหน่ง การผ่าตัด
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการใส่แก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ เข้าในช่องท้อง ผลจากการดิ่งรั้งอวัยวะภายในช่องท้อง และการบาดเจ็บจากการจัดทำผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1.การผ่าตัดมีการใส่แก๊สคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้องอัตราการจ่าย 4 ลิตรต่อนาที ความดันในช่องท้อง 12 มิลลิเมตรปรอท 2.หลังใส่แก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ ความดันโลหิต 80/50 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 50 ครั้งต่อนาที ค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก 44 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันในหลอดเลือดขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ 22 เซนติเมตรน้ำ	1.แจ้งศัลยแพทย์ให้หยุดการใส่แก๊สคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่อง ท้องทันทีให้การแก้ไขภาวะความดันโลหิตต่ำและหัวใจเต้นช้าจนดีขึ้นแจ้ง ศัลยแพทย์ ดำเนินการผ่าตัดต่อ 2.ดูแลให้ยา Ephedrine 6 มิลลิกรัม เพิ่มความดันโลหิตและสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาของวิสัญญีแพทย์ 3.ประสานงาน ภายในทีมผ่าตัดระหว่างศัลยแพทย์ ทีมพยาบาลห้องผ่าตัด ปรับค่าความดันในช่องท้องIntraabdominal pressure ควบคุมระหว่าง 8-12 มิลลิเมตรปรอท เพื่อป้องกันไม่ไห้แรงดันในช่องท้องสูง 4.ปรับตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจและติดตาม การเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดตลอดระยะเวลาการทำผ่าตัด ควบคุมการหายใจให้ได้ ปริมาตรอากาศ (Tidal volume) 6-8 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัม อัตราการหายใจ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
3.ผู้ป่วยได้รับการจัดท่า Reverse Trendelenburg ผ่าตัดตัดผ่านกล้องและใส่แก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ในช่องท้องตั้งแต่วันที่ 10.35-14.30 นาฬิกา วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย เกณฑ์การประเมิน 1.ค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออกอยู่ระหว่าง 30-38 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95 เปอร์เซ็นต์ ค่าความดันในหลอดเลือดขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ ไม่เกิน 30 เซนติเมตรน้ำ 2.สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 100/60-160/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 60-90 ครั้ง/นาที คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ 3.ไม่พบภาวะแทรกซ้อน Pneumomediastinum, Pneumothorax, Subcutaneous emphysema, Hypercarbia, Hypoxia หรือ ภาวะ Gas embolism และการบาดเจ็บจากการจัดท่าผ่าตัด	ปรับตั้งให้ได้ค่าความดันในหลอดเลือดขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ ไม่เกิน 30 เซนติเมตรน้ำ ค่า PEEP 3-5 เซนติเมตรน้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอ และการช่วยหายใจที่มีประสิทธิภาพ 5.จัดท่าผู้ป่วยให้เหมาะสม ใช้ผ้าห่มป้องกันการกดทับบริเวณเส้นประสาท ต้นแขน ข้อศอก ใช้อุปกรณ์รัดป้องกันการเลื่อนลงในท่าศีรษะสูง ตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจไม่เกิดการพับ หัก งอ หรือ เลื่อนหลุด 6.ควบคุมระดับความลึกของยาดมสลบ ให้หายอ่อนก้ามเนื้ออย่างเพียงพอ 7.ประเมินความผิดปกติที่อาจพบได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และรายงานวิสัญญีแพทย์, ศัลยแพทย์ เพื่อร่วมกันแก้ไขได้ทันเวลาที่ 8.เฝ้าระวัง บันทึกและติดตามสัญญาณชีพทุก 5 นาที ติดตามการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด และค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก อย่างใกล้ชิด ประเมินผล 1.ค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออกอยู่ระหว่าง 30-35 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ ค่าความดันในหลอดเลือดขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ อยู่ระหว่าง 15-22 เซนติเมตรน้ำ 2.สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 100/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 70-80 ครั้งต่อนาที มิลลิเมตรปรอท คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ 3.ไม่พบภาวะแทรกซ้อน Pneumomediastinum, Pneumothorax, Subcutaneous emphysema, Hypercarbia, Hypoxia หรือ ภาวะ Gas embolism ที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยและไม่พบการบาดเจ็บจากการจัดท่าผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสูญเสียเลือดมากขณะผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1.ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตัด วัตถุประสงค์ 1.เพื่อป้องกันการเกิดภาวะสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด 2.ผู้ป่วยปลอดภัยจากการสูญเสียเลือด เกณฑ์การประเมินผล 1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/60 -160/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 60-90 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดไม่ต่ำกว่า 95 เปอร์เซ็นต์ 2. ความดันหลอดเลือดแดงเฉลี่ย อยู่ในช่วง 65-90 มิลลิเมตรปรอท 3. คลื่นไฟฟ้าหัวใจ Normal sinus rhythm ไม่มี ST-T change	1.ประเมินความเสี่ยงต่อการเสียเลือดตั้งแต่ไปเยี่ยมผู้ป่วย ประเมินภาวะสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เสียเลือดมาก เช่น ภาวะเลือดแข็งตัวผิดปกติ, โลหิตจาง, ภาวะขาดธาตุเหล็ก เป็นต้น 2. ประเมินผลตรวจทางห้องปฏิบัติการผล Coagulopathy ถ้ามีความผิดปกติต้องมีการแก้ไขภาวะเหล่านี้อีกก่อน 3.เตรียมความพร้อมของเลือด ประสานงานกับธนาคารเลือดเพื่อเตรียมเลือดและสารประกอบของเลือดให้พร้อมสำหรับการให้ทดแทน อย่างทันที่ทั้งที่ตามแผนการรักษา 4.การควบคุมความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลาง เป้าหมาย การรักษา ค่าความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลางให้ต่ำ (Low central venous pressure) มักจะน้อยกว่า 5 มิลลิเมตรปรอทเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยลดการสูญเสียเลือดระหว่างการตัดเนื้อตับ (parenchymal transection) เนื่องจากจะช่วยลดความดันในหลอดเลือดดำตับและ ไซนัสซอยด์ (sinusoids) ทำให้เส้นเลือดเหล่านี้ยุบตัวลงและควบคุมเลือดออกได้ง่ายขึ้น 5.ติดตามค่าความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลางอย่างใกล้ชิด ควบคุมการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (Restrictive fluid management) ตามแผนการรักษา เพื่อรักษาระดับความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลางให้ต่ำ อย่างระมัดระวังภาวะแทรกซ้อนอื่นๆด้วยเช่น ภาวะความดันโลหิตต่ำ หรือ ไตวายเฉียบพลัน 6.วัดและบันทึกปริมาณการเสียเลือดอย่างละเอียดและต่อเนื่อง (Estimated blood loss: EBL)จากภาชนะดูด (Suction canister) 7.จัดท่าผู้ป่วยในท่า ผู้ป่วยในท่า Reverse Trendelenburg เพื่อช่วยลดความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลาง 8.เตรียมยาสำหรับห้ามเลือดหรือยาอื่นๆ เช่น Vitamin K, Transamine ให้พร้อมใช้ 9.วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ความดันโลหิต ความดันในหลอดเลือดแดง ความดันในหลอดเลือดแดงเฉลี่ย ความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลาง อัตราการเต้นของหัวใจ อย่างใกล้ชิดอย่างน้อยทุก 5 นาทีตลอดระยะเวลา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะช็อกจากการเสียเลือดได้แก่ ตัวเย็น ภาวะซีด ชีพจรมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตน้อยกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท 10.ดูแลการให้ Indocyanine Green 0.25 มิลลิกรัม เพื่อให้ศัลยแพทย์แยกเนื้อตับปกติและเนื้อตับที่เป็นมะเร็งได้อย่างแม่นยำและควบคุมการเสียเลือดให้น้อยที่สุด 11.ประสานทีมพยาบาลผ่าตัดเตรียมอุปกรณ์พิเศษที่ศัลยแพทย์ใช้ในการตัดเนื้อตับและห้ามเลือดให้พร้อมและทำงานได้ดี เช่น เครื่องมือห้ามเลือด เครื่องมือแยกเนื้อเยื่อด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง เครื่องมือปิดผนึกหลอดเลือด ประเมินผล 1.ประเมินสัญญาณชีพ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 70-80 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ 2.ความดันหลอดเลือดแดงเฉลี่ย 70-80 มิลลิเมตรปรอท 3.คลื่นไฟฟ้าหัวใจ Normal sinus rhythm ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของ ST
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากอุณหภูมिर่างกายต่ำ ข้อมูลสนับสนุน 1. ในระหว่างผ่าตัดอุณหภูมิห้องผ่าตัดอยู่ในช่วง 18-20 องศาเซลเซียส 2. มีการปิดเผยร่างกายขณะผ่าตัด 3. อุณหภูมิแกนกลาง โดยวัด Esophageal temperature probe 35.5 องศาเซลเซียส 4. ระยะเวลาผ่าตัดนาน 6 ชั่วโมง 15 นาที วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะอุณหภูมिर่างกายต่ำ	1. ฝักระวังสัญญาณชีพทุก 5 นาที ค่าปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือด (SpO2) ค่าคาร์บอนไดออกไซด์จากลมหายใจออก และบันทึกอุณหภูมิร่างกายทุก 15 นาที 2. ควบคุมอุณหภูมिर่างกายผู้ป่วยให้ใกล้เคียงปกติ เปิดเผยร่างกายผู้ป่วยเท่าที่จำเป็น บริเวณที่ไม่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด ห่มผ้าให้ปิดมิดชิดให้ความอบอุ่นร่างกายด้วยเครื่องควบคุมอุณหภูมิด้วยแรงลมร้อน ปรับอุณหภูมิเครื่องให้เหมาะสมกับอุณหภูมिर่างกายผู้ป่วย (อุณหภูมิแกนกลางอยู่ในช่วง 36.5-37.5 องศาเซลเซียส) 3. ให้สารน้ำ Acetate ringer ให้อุ่นเสมอโดยควบคุมด้วยเครื่องอุ่นสารน้ำที่อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส 4. วัดอุณหภูมิแกนกลาง โดยวัด Esophageal temperature probe ตลอดเวลา และบันทึกอุณหภูมิ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เกณฑ์การประเมินผล 1. อุณหภูมิแกนกลาง (Esophageal temperature probe) 36.5-37.0 องศาเซลเซียส 2. ขณะให้ยาระงับความรู้สึกปลายมือ ปลายเท้าอุ่น หลังผ่าตัดผู้ป่วยไม่มีอาการหนาวสั่น ปลายมือ ปลายเท้าอุ่น	แกนกายทุก 15 นาที 5. ปิดเครื่องปรับอากาศก่อนเสร็จผ่าตัดอย่างน้อย 10 นาที 6. ดูแลห่มผ้าให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเสร็จเรียบร้อยแล้ว ประเมินผล อุณหภูมิแกนกลาง Esophageal temperature probe 36.5 - 37.0 องศาเซลเซียส สัมผัสตัวผู้ป่วย ปลายมือ ปลายเท้าอุ่น ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 70-80 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.5 -37.0 องศาเซลเซียส คาร์บอนไดออกไซด์จากลมหายใจออก อยู่ในช่วง 30-35 มิลลิเมตรปรอท
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายมีโอกาสได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอภายหลังได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ฤทธิ์ยาสลบ Sevoflurane ยังค้างอยู่ เป็นผลให้ผู้ปวยยังตื่นไม่ดี ง่วงซึม หลับ 2. ใช้เวลาในการผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึก 6 ชั่วโมง 15 นาที วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เกณฑ์การประเมิน 1. อัตราการหายใจสม่ำเสมอในช่วง 18-20 ครั้งต่อนาที 2. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 95 เปอร์เซ็นต์ 3. ผู้ป่วยตื่น รู้สึกตัวดี ไม่มีริมฝีปาก ปลายมือและปลายเท้าเขียว ไอ้ขับเสมหะได้ ไม่มีเสียงหายใจครืดคราด	1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที ตลอดระยะเวลาการดูแลในห้องพักฟื้น ประเมินอาการและการแสดงของภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน เช่น ริมฝีปาก ปลายมือและปลายเท้าเขียว 2. ประเมินระดับความรู้สึกตัว โดยประเมินระดับความง่วงซึม (Sedation score) ประเมินการฟื้นจากยาระงับความรู้สึก (Post anesthetic recovery score: PARS) และระดับความปวด (Pain score) ทุก 15 นาที 3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน ผ่านหน้ากากออกซิเจนแบบมีถุง (Mask with bag) 6 ลิตรต่อนาที 4. จัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับเปิดทางเดินหายใจ ให้พร้อมใช้งาน เช่น Oral/ nasal airway อุปกรณ์ดูดเสมหะ 5. ดูแลเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง โดยตั้งคางเปิดทางเดินหายใจและจัดท่านอนตะแคงศีรษะ 6. ดุน้ำลายและเสมหะให้ผู้ป่วย เมื่อมีเสียงกรน ครืดคราด เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี กระตุ้นผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ ยาวๆ และไออย่างมีประสิทธิภาพ การประเมินผล ผู้ป่วยตื่น รู้สึกตัวดี หายใจสม่ำเสมอ การหายใจอยู่ในช่วง 18 - 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 130/80-140/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 70-80 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.5-36.7 องศาเซลเซียส ไม่มีอาการทางเดินหายใจอุดตัน ไม่มีเสมหะ ไม่มีริมฝีปาก เล็บมือและเท้าเขียว

การเย็บผู้ป่วยระยะหลังการให้ยาระงับความรู้สึก วันที่ 3 พฤษภาคม 2568 เวลา 15:30-16:30 นาฬิกา เย็บประเมนรวมเวลา 1 ชั่วโมง เย็บประเมนที่ห่อผู้ป่วยหนัก ติดตามเย็บผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึก 24 ชั่วโมง รู้สึกตัวดี สีหน้าแจ่มใส ไม่มีไข้ หายใจปกติ ใส่ oxygen canular 3 ลิตรต่อนาที ท้องอืดเล็กน้อยผายลมได้ ยังไม่ถ่าย ไม่คลื่นไส้ อาเจียน แพทย์ให้งดน้ำและอาหารต่อ ให้สารน้ำเป็น Acetate ringer 1,000 มิลลิลิตร อัตราเร็ว 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง แผลผ่าตัดแห้งดีไม่มีเลือดซึม ปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย ระดับความเจ็บปวด เท่ากับ 3 มี Morphine 3 มิลลิกรัม ทุก 4 ชั่วโมง เวลามีอาการปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 76 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์

สรุปและอภิปราย

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก ผ่าตัดตับผ่านกล้องวิดิทัศน์รายนี้ สามารถดับเนื้องอกได้สำเร็จ จากความก้าวหน้าทางการแพทย์ของการผ่าตัดร่วมกับการทำงานเป็นสหวิชาชีพ รวมถึงมีการระงับความรู้สึกและการควบคุมความปวดอย่างมีประสิทธิภาพส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย และการดูแลต่อเนื่องในระยะก่อนผ่าตัดจนถึงระยะหลังผ่าตัด วิทยาลัยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการพยาบาลแบบองค์รวม ได้แก่ การประเมินผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล การวินิจฉัยทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น วิทยาลัยพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก โดยเฉพาะในกรณีการผ่าตัดที่มีความซับซ้อน เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูงสุด

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการเฝ้าระวังเชิงรุก: โดยวิสัญญีพยาบาล ควรให้ความสำคัญกับการประเมินและการจัดการภาวะแทรกซ้อนจากการใส่แก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ ระหว่างหัตถการ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ และหัวใจเต้นช้าได้อย่างรวดเร็ว ทั้งนี้ควรมีการติดตามสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด และรายงานแพทย์ผู้ดูแลทันที เมื่อพบความผิดปกติ เช่น ความดันโลหิตลดลง หรืออัตราการเต้นของหัวใจช้าลง แจ้งศัลยแพทย์หยุดใส่แก๊สคาร์บอนไดออกไซด์โดยทันที ตามข้อบ่งชี้ นอกจากนี้ ควรมีการเตรียมความพร้อมด้านการรักษาโดยเตรียมยา Ephedrine 30 มิลลิกรัม และ Atropine 0.6 มิลลิกรัม รวมถึงการให้สารน้ำเพิ่มเติม เพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินและลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

2. การให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มีหัตถการซับซ้อนยุ่งยากและมีความเสี่ยงสูงในการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก วิสัญญีพยาบาล ต้องมีความรู้ความชำนาญและทักษะในการให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อน ระหว่างและหลังการให้ยาระงับความรู้สึก ศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม เพื่อให้ทันต่อเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไป พัฒนาคุณภาพการบริการทางวิสัญญี เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

3. ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดตับ มีขั้นตอนการระงับความรู้สึกที่ยุ่งยากซับซ้อน เนื่องจากมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน วิสัญญีพยาบาลต้องมีความรู้และเตรียมความพร้อมในการให้ยาระงับความรู้สึก สามารถป้องกัน วินิจฉัย และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินอย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะเมื่อมีการแตกของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงตับ เมื่อเกิดขึ้นผู้ป่วยจะเสียเลือดปริมาณมากเป็นเหตุของการเสียชีวิต หรืออวัยวะสำคัญสูญเสียหน้าที่ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในเวลาต่อมา เพื่อให้การพยาบาลที่มีมาตรฐานอย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการวางแผนและสื่อสารระหว่างทีมวิสัญญีแพทย์และทีมศัลยแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัด ผู้ให้การระงับความรู้สึกควรศึกษาหาความรู้พัฒนาการใหม่ๆ ที่ใช้ในการ เฝ้าระวังและควรมีการจัดอบรมเชิงวิชาการและปฏิบัติการ ให้แก่วิสัญญีพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. รุ่งฤดี ชัยธีรกิจ. มะเร็งตับและท่อน้ำดี. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาโรคทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
2. งานข้อมูลทางการแพทย์ โรงพยาบาลพุทธโสธร. สถิติผู้ป่วยในโรงพยาบาลพุทธโสธร ประจำปี 2565-2567. ฉะเชิงเทรา: โรงพยาบาลพุทธโสธร; 2567.
3. วิไลจิต จันทรสุตธา. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตับแบบส่องกล้อง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2566;8:348-56. Available from: <https://he03.tci-thaijo.org>
4. ปณต ยิ้มเจริญ. Preoperative consideration in laparoscopic surgery. ใน: การประชุมวิชาการศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ครั้งที่ 47; 2568; [สถานที่ประชุมไม่ปรากฏ]. [แหล่งพิมพ์ไม่ปรากฏ]: ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย; 2568. Available from: <https://www.rcst.or.th>
5. ลีติกัญญา ดวงรัตน์. การระงับความรู้สึกผู้ป่วยส่องกล้อง. ใน: ก้าวไกลวิสัญญี 4.0. กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2562:249-66.
6. อาภากร คุณาวุฒิ. การระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดโดยการส่องกล้อง. ใน: วิสัญญีบูรณาการ 2. [สถานที่พิมพ์ไม่ปรากฏ]: [สำนักพิมพ์ไม่ปรากฏ]; 2568:157-76.
7. อรลักษณ์ รอดอนันต์. การระงับความรู้สึกในการผ่าตัดด้วยวิธีส่องกล้อง. ใน: วิสัญญีมีภูมิหรือยัง. กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2564:111-43.
8. สุกัญญา ภักดีสงคราม. การระงับความรู้สึกในการผ่าตัดตับ. ใน: วิสัญญีบูรณาการ 2. [สถานที่พิมพ์ไม่ปรากฏ]: [สำนักพิมพ์ไม่ปรากฏ]; 2568:229-44.
9. เฉลิมรัฐ ปัญชรเทวกุล. Gastroenterology and hepatology. กรุงเทพมหานคร: งานโรคทางเดินอาหาร กลุ่มงานอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์; 2564.
10. สุวรรณ วิงวอน. การพยาบาลผู้ป่วยนิวในทางเดินน้ำดีที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน. วารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร. 2566;39:145-51.