



การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดมะเร็งไตในเด็ก

ภาณุชา อูระขึ้น

*Corresponding author E-mail: nong.panicha@gmail.com

(Received: July 30, 2026; Revised: August 30, 2026; Accepted: August 31, 2026)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในการผ่าตัดมะเร็งไต โดยคัดเลือกผู้ป่วยเด็กที่มีการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวน 1 ราย วิสัยทัศน์พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลและให้คำแนะนำแก่ครอบครัวผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัด โดยใช้กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด การพยาบาลระยะระงับความรู้สึก และการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด ผลการศึกษา พบว่า

การพยาบาลที่สำคัญของผู้ป่วยรายนี้ ประกอบด้วย 1) ระยะก่อนผ่าตัดเน้นแก้ไขภาวะช็อคจากก้อนมะเร็งไต 2) การพยาบาลขณะให้ยาระงับความรู้สึกเน้นป้องกันการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน และป้องกันการภาวะช็อคจากการเสียเลือด และ 3) การพยาบาลระยะหลังผ่าตัดเน้นป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจและระบบไหลเวียนเลือด ผลการรักษา หลังจากผ่าตัดมะเร็งไตไม่พบภาวะวิกฤตจากการสูญเสียเลือด ภาวะอุณหภูมิในร่างกายต่ำ การมีความดันโลหิตสูงหรือต่ำผิดปกติ และการกดทับของเส้นประสาท

ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยระงับความรู้สึกผ่าตัดมะเร็งไตในเด็กที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย มุ่งเน้นให้วิสัยทัศน์พยาบาลมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วย เพื่อลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วย ทั้งในระหว่างและหลังการระงับความรู้สึก โดยครอบคลุมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด การดูแลขณะระงับความรู้สึก และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: มะเร็งไตในเด็ก การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย การระงับความรู้สึกผู้ป่วยเด็ก



Anesthetic Nursing Care for a Pediatric Patient Undergoing Wilms Tumor Surgery under General Anesthesia

Panicha Urachuen

Abstract

This case study aimed to examine anesthetic nursing care for a pediatric patient undergoing Wilms' tumor surgery under general anesthesia. One pediatric patient with a complex medical condition and a high risk of perioperative complications was selected for the study. The nurse anesthetist played an important role in providing care and guidance to the patient and family throughout the surgical period. Nursing care was based on the nursing process, comprising health assessment, nursing diagnosis, nursing care planning, nursing implementation, and nursing evaluation. The nursing care plan was organized into three phases: preoperative care, care during anesthesia, and postoperative care.

The findings revealed that the major nursing interventions for this patient were as follows: 1) during the preoperative phase, nursing care focused on correcting anemia associated with the renal tumor; 2) during the administration of general anesthesia, nursing care focused on preventing hypoxemia and hypovolemic shock due to blood loss; and 3) during the postoperative phase, nursing care focused on preventing respiratory and circulatory complications. Following renal cancer surgery, the patient experienced no critical complications related to blood loss, hypothermia, abnormal hypertension or hypotension, or nerve compression.

In conclusion, anesthetic nursing care for pediatric patients undergoing renal cancer surgery under general anesthesia should provide nurse anesthetists with a systematic approach to patient care aimed at reducing the risk of potentially life-threatening complications during and after anesthesia. Such care should encompass comprehensive preoperative preparation, vigilant monitoring and appropriate management during general anesthesia, and appropriate postoperative care and recovery to promote patient safety and favorable outcomes.

Keywords: Wilms' tumor, General anesthesia, Pediatric anesthesia

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งไตในเด็กเป็นโรคมะเร็งที่มีความสำคัญทางกุมารเวชศาสตร์ โดยเนื้องอกไตที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยเด็ก คือ Wilms tumor มักพบในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และเป็นมะเร็งในเด็กที่มีโอกาสรักษาหายขาดสูงมาก หากได้รับการรักษาที่ถูกต้องและทันถ่วงที (Kostadinov et al., 2015; Matinyan et al., 2015) โดย Wilms tumor อาจเกิดที่ไตข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง ผลกระทบต่อผู้ป่วย เช่น ก้อนที่โตกดเบียดอวัยวะ



ภายในช่องท้อง ความดันโลหิตสูง ภาวะ Bleeding tumor โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กส่งผลต่อการวางแผนการพยาบาลขณะระงับความรู้สึก ซึ่งการรักษาต้องอาศัยการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพด้วยการผ่าตัดร่วมกับยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาตามระยะของโรค การผ่าตัดไตออก (nephrectomy) มีบทบาทสำคัญในการควบคุมมะเร็งไตจึงถือเป็นทางเลือกการรักษาที่ดีสำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีข้อจำกัดด้านการรักษา (National Cancer Institute, 2025; PDQ Pediatric Treatment Editorial Board, 2025) แต่สำหรับผู้ป่วยเด็กการผ่าตัดจำเป็นต้องพิจารณาหลาย ๆ ด้านทั้งความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ และครอบครัว (Phothong et al., 2025)

สำหรับผู้ป่วยเด็กการผ่าตัดมะเร็งไตด้วยการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (general anesthesia) มีความซับซ้อนและต้องอาศัยการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เนื่องจากผู้ป่วยเด็กมีร่างกายและจิตใจที่ยังไม่สมบูรณ์แตกต่างจากผู้ใหญ่ ประกอบกับ ผู้ป่วยที่มีก้อนมะเร็งไตขนาดใหญ่อาจมีความดันในช่องท้องสูงส่งผลต่อการหายใจ รวมถึงอาจพบภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะช็อค ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด และความผิดปกติของการทำงานของไตร่วมด้วย (Kostadinov et al., 2015) และระหว่างการผ่าตัดมีความเสี่ยงต่อการเสียเลือดอย่างรวดเร็วและความไม่คงที่ของระบบไหลเวียนโลหิต โดยเฉพาะในกรณีที่มีก้อนเนื้องอกกลูกกลมเข้าสู่หลอดเลือดดำใหญ่หรือมี tumor thrombus (NCI, 2025) ดังนั้นการดูแลด้านวิสัญญีจึงต้องครอบคลุมตั้งแต่การเตรียมความพร้อมระยะก่อนผ่าตัด การพยาบาลระหว่างผ่าตัด และการพยาบาลหลังผ่าตัด ซึ่งต้องเตรียมความพร้อมทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และอุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อให้มีความพร้อมให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ (จิราภรณ์ โกธานา, 2560; อังกาบ ปราการรัตน์ และคณะ, 2556)

ดังนั้นพยาบาลวิสัญญีจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดมะเร็งไตในทุกระยะของการผ่าตัด ตั้งแต่การประเมิน การเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึก การเตรียมอุปกรณ์และยา การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ การประเมินการฟื้นตัว การจัดการความปวด ซึ่งการดูแลดังกล่าวต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจและความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพ ดังนั้น การศึกษากรณีการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดมะเร็งไตจึงมีความสำคัญในการวิเคราะห์ปัญหา ความเสี่ยง และกระบวนการพยาบาลวิสัญญีในแต่ละระยะ เพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวทางการพยาบาลวิสัญญี เพิ่มคุณภาพการดูแล และลดความเสี่ยงเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการผ่าตัดมะเร็งไต

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในการผ่าตัดมะเร็งไต

วิธีดำเนินการศึกษา

1. เลือกกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยค้นหาผู้ป่วยที่น่าสนใจที่มารับการผ่าตัด เป็นการศึกษาแบบย้อนไปข้างหลังและเป็นกรณีศึกษาที่น่าสนใจจำนวน 1 รายและขออนุญาตผู้ปกครองของผู้ป่วย
2. ศึกษาประวัติผู้ป่วย จากใบบันทึก เวชระเบียน รวมถึง ใบบันทึกการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกของวิสัญญีพยาบาลจากการศึกษาผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รหัส อวช.21/68
3. รวบรวมข้อมูล และนำมาวิเคราะห์ เพื่อหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
4. วางแผนให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่เลือก
5. รวบรวมและจัดทำเป็นรายงานกรณีศึกษา



ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ประวัติผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยเด็กชาย อายุ 2 ปี 3 เดือน น้ำหนัก 10 กิโลกรัม ส่วนสูง 90 เซนติเมตร วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 27 กุมภาพันธ์ 2567 เวลา 21.47 น. ณ.หอผู้ป่วยวิกฤต (ICUกุมาร) จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต วันที่ 2 เมษายน 2567

วันที่รับไว้ในการดูแล:

วันที่ 5 มีนาคม 2567 เวลา 15.30 น. - 16.30 น. (เยี่ยมที่หอผู้ป่วย)

วันที่ 6 มีนาคม 2567 เวลา 10.00 น. - 15.30 น. (ขณะทำผ่าตัด)

วันที่ 7 มีนาคม 2567 เวลา 10.00 น. - 11.00 น. (เยี่ยมที่หอผู้ป่วย)

รายงานประวัติ

อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล ปวดท้อง อาเจียน ท้องบวม 1 ซม. ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน 2 เดือนก่อนผู้ป่วยบ่นปวดท้อง ทานข้าวน้อยลง 3 สัปดาห์ ญาติสังเกตพบว่า ท้องบวม น้ำหนักลด 2 กิโลกรัม 1 ชั่วโมง สะดุดล้ม ท้องกระแทกขูดนม จากนั้นปวดท้อง อาเจียน 2 ครั้ง หน้าท้องบวมคล้ำ จึงพามาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธโรคประจำตัว

ประวัติการผ่าตัดและการได้รับการระงับความรู้สึก ปฏิเสธ

ประวัติส่วนตัวและแบบแผนการดำเนินชีวิต

คลอดครบกำหนด พัฒนาการปกติ ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์

สัญญาณชีพ

อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 102 ครั้งต่อนาที การหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 108/62 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ 98%

หน้าท้อง

ท้องบวมโต

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการวันที่ 4 มีนาคม พ.ศ. 2567: CBC : Hct 27.6%, WBC 11,480 Cell/cu.mm., Platelet count 389,000 Cell/ul, Electrolyte: Sodium 135.2 mmol/L, Potassium 3.55 mmol/L, Chloride 96.6 mmol/L, CO₂ 21.41 mmol/L, BUN 4 mg/dl, Cr 0.34 mg/dl, GFR - ml/min, Coagulogram PTT24.8 sec, PT 14.2 sec, INR 1.2, APTT ratio 0.91

ผลการตรวจทางรังสีวิทยา: Chest X-ray วันที่ 4 มีนาคม พ.ศ. 2567 ผลปกติ

: CT chest/Whole abdomen วันที่ 4 มีนาคม พ.ศ. 2567 ผล A.7.8*8.9*11.1 cm. large heterogeneous enhancing hypo - hyperdensity lesion at lower pole of the left kidney, surrounding left perinephric hematoma, compatible with known bleeding Wilms' tumor

การวินิจฉัยครั้งแรก R/O Bleeding Wilms' tumor

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย Lt.Wilms' tumor

การผ่าตัด Explore Laparotomy with Radical nephrectomy with Left adrenalectomy with Appendectomy

รังสีรักษา: RT 10-16 F

สรุปอาการอาการแสดงและแผนการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยเด็กชายอายุ 2 ปี 3 เดือน ASA3 (จากภาวะช็อคและก้อนเนื้อในช่องท้อง) ปฏิเสธโรคประจำตัว มาโรงพยาบาลด้วยสะดือคดล้ม ท้องกระแทกขดนม ปวดท้องอาเจียน 2 ครั้ง แพทย์วินิจฉัยโรค Left wilms' Tumor ได้รับการผ่าตัด Explore laparotomy with Radical nephrectomy with Left adrenalectomy Appendectomy with Central line insertion at Rt.internal jugular Vein ระยะก่อนระงับความรู้สึก ผู้ป่วยมีภาวะช็อค Hct 23% ได้รับ LPPRC total 3 U หลังได้รับเลือด Hct 34% ไดยาแก้ปวดเป็น pethidine 7 mg. prn ทุก 4 ชม. ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ผลตรวจเอกซเรย์ปอดปกติ ให้เริ่มดื่มน้ำอาหารหลังเวลา 24.00น.เพื่อทำผ่าตัด แพทย์เจ้าของไข้และทีมวิสัญญีแพทย์ตรวจเยี่ยมให้ข้อมูลการผ่าตัด วิสัญญีพยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ญาติ รับทราบและเข้าใจ ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5%D/N/3 1000 ml.IV rate 50 ml./hr.และ เตรียมอุปกรณ์ เลือด ICU ครบตามคำสั่งแพทย์

วันที่ 6 มีนาคม 2567 ระยะขณะให้ยาระงับความรู้สึก เริ่มนำสลบผู้ป่วยด้วยการให้ยานำสลบ thiopental 100 mg. morphine 2 mg.และ cisatracurium 2mg.ทางสายน้ำเกลือได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจเบอร์ 5.5 uncuff ลึก 14 cm. ไม่เกิดภาวะการใส่ท่อช่วยหายใจยาก ไม่แพ้ยาที่ใช้ ในระยะรักษาระดับของการสลบ ผู้ป่วยมีความดันโลหิต 120/90-100/50 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรอยู่ช่วง 90 - 110 ครั้งต่อนาที ควบคุม การหายใจด้วยเครื่องช่วยใจ ค่า SpO₂ 100% ค่าแรงดันหลอดลมสูงสุดขณะหายใจเข้า (Airway Pressure) 14-19 เซนติเมตรน้ำ ค่า ETCO₂ 29-34 มิลลิเมตรปรอท ในการทำผ่าตัดใช้เวลาทั้งสิ้น 7 ชั่วโมงนอนท่า supine เกือบแขนทั้ง 2 ข้าง ไม่พบการบาดเจ็บของอวัยวะต่างๆ ผู้ป่วยเสียเลือดจากการทำผ่าตัด 250 มิลลิลิตร ได้รับสารน้ำรวมทั้งสิ้น 600 มิลลิลิตร ได้รับเลือด 265 มิลลิลิตรปัสสาวะออกทางสายสวน ปัสสาวะ 104 มิลลิลิตร ท้ายที่สุดในการผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการฉีดยาชา 0.5 % Marcaine 5 ml. รอบแผล เพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัด

ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก หลังเสร็จสิ้นการผ่าตัดนำส่งผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โดยคำนึงท่อช่วยหายใจไว้เนื่องจากการเสียเลือดและระยะเวลาในการผ่าตัดนาน ระหว่างนำส่งผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน พยาบาลผู้นำส่งเฝ้าระวังสัญญาณชีพด้วย monitor ยาและอุปกรณ์ช่วยชีวิตพร้อมช่วยหายใจด้วย อัตราเร็ว 20-30 ครั้ง/นาที โดยท่อช่วยหายใจไม่เลื่อนหลุด หัก พับ งอ จนถึงหอผู้ป่วยอย่างปลอดภัย ระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยตื่นดี สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ในวันรุ่งขึ้น 9.15น.ต่อมาผู้ป่วยได้รับการฉายแสง 10 ครั้ง อาการดีขึ้น ไม่พบภาวะแทรกซ้อนและสามารถจำหน่ายไปพักรักษาต่อที่บ้านได้อย่างปลอดภัย

วินิจฉัยทางการพยาบาล

1. การพยาบาลระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะช็อคจากก้อนมะเร็งไต

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการแรกพบค่า HCT 23%



2. ผู้ป่วยมีก้อนที่ท้องได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งไต

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะช็อค

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีค่าความเข้มข้นเลือดอยู่ในภาวะปกติ 30-51%
2. ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติ
3. ไม่มีอาการอ่อนเพลีย เหงื่อออก ตัวเย็น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับเลือด LPPRC 450 ml. ⑤ drip ตามแผนการรักษา และติดตามผลเลือด หลังให้เลือดหมด 4 ชั่วโมง

2. ติดตามสัญญาณชีพเพื่อดูค่าออกซิเจนปลายนิ้ว ชีพจร และความดันโลหิต
3. แนะนำไม่กด คล้ำ บริเวณก้อนหน้าท้อง และระวังอุบัติเหตุ
4. ติดตามอาการผิดปกติจากการให้เลือด เช่น มีผื่นคัน หายใจไม่สะดวก และมีไข้ เป็นต้น

หากมีอาการผิดปกติรายงานแพทย์ทราบ

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อาการช็อคลดลง หลังการได้รับ LPPRC 450 ml. ⑤ drip ไม่มีอาการผิดปกติ ค่าความเข้มข้นเลือด 34 % สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที การหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 108/62 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ 98%

2. การพยาบาลขณะให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนขณะได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ต้องใส่ท่อหายใจและควบคุมการหายใจตลอดเวลา
2. ผู้ป่วยเด็กอาจมีภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก จากลักษณะกายวิภาค
3. ผู้ป่วยเด็กอาจมีภาวะพร่องออกซิเจนอย่างรวดเร็ว เนื่องจากก้อนในช่องท้องที่โตมากจะดันกะบังลมขึ้นไปด้านบน ทำให้ปริมาตรปอดลดลง
4. ขณะใส่ท่อหายใจผู้ป่วยได้รับยาหย่อนกล้ามเนื้อทำให้ผู้ป่วยหยุดหายใจ

วัตถุประสงค์

เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนขณะได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. สามารถช่วยหายใจและใส่ท่อช่วยหายใจได้
2. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะ hypoxemia ค่า SpO₂ ไม่ต่ำกว่า 95%
3. สัญญาณชีพปกติ



4. ค่า ETCO_2 อยู่ในเกณฑ์ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. เตรียมอุปกรณ์สำหรับช่วยหายใจ และ oropharyngeal airway ขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ขณะนำสลบเนื่องจากผู้ป่วยได้รับยาหย่อนกล้ามเนื้อขณะใส่ท่อหายใจ ต้องช่วยควบคุมทางเดินหายใจป้องกันภาวะขาดออกซิเจน

2. เตรียมเครื่องดูดเสมหะและสายดูดเสมหะให้พร้อมใช้งาน รวมทั้งตรวจสอบเครื่องและวงจรการให้ยาระงับความรู้สึกอย่างถูกต้องและครบถ้วน

3. ให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน 100% 6 ลิตร นาน 5 นาทีก่อนให้ผู้ป่วยหลับ เพื่อสำรองออกซิเจนไว้ขณะใส่ท่อหายใจ เตรียมท่อหายใจหลายขนาดเพื่อเลือกขนาดได้พอดีกับผู้ป่วย ไม่เกิดลมรั่ว

4. ใส่ท่อช่วยหายใจและตรวจสอบตำแหน่งท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม โดยฟังลมผ่านปอดทั้งสองข้างให้เท่ากัน ยึดท่อหายใจด้วยพลาสติก เพื่อป้องกันการหัก พับ งอของท่อช่วยหายใจ ควบคุมการหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจอัตโนมัติ ตั้งปริมาตรอากาศ 100 มิลลิลิตร และอัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที

5. ติดตามเฝ้าระวังดูค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด ตลอดระยะเวลาในการให้ยาระงับความรู้สึกโดยในผู้ป่วยรายนี้ได้ทำการวางทิวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด ไว้ที่นิ้วมือข้างซ้าย ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด SpO_2 ไม่ควรต่ำกว่า 95 เปอร์เซ็นต์

6. เฝ้าระวังดูค่า ETCO_2 ให้อยู่ระหว่าง 30-40 mmHg และ airway pressure ไม่ให้สูงจากเดิม

7. ตรวจสอบสัญญาณชีพตลอดเวลาและจดบันทึกในระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก

การประเมินผล

1. สามารถช่วยหายใจและใส่ท่อช่วยหายใจชนิด uncuff ขนาด 5.5 ลีท 14 เซนติเมตร

2. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะ hypoxemia ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95-100 เปอร์เซ็นต์

3. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที การหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท

4. ค่า ETCO_2 มีค่า 31-36 mmHg. และ airway pressure 17-20 mmHg.

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงหรือต่ำจากพยาธิสภาพของโรค

ข้อมูลสนับสนุน

1. ตัวเนื้องอกขนาดใหญ่กดทับหลอดเลือดแดงของไต ทำให้เด็กมีความดันโลหิตสูงก่อนผ่าตัด

2. หลังตัดก้อนเนื้องอกอาจทำให้ความดันโลหิตต่ำอย่างรุนแรงฉับพลัน (Severe Hypotension)

3. แรกวันที่หอบผู้ป่วยฉุกเฉินผู้ป่วยความดันโลหิต 150/97 มิลลิเมตรปรอท HR 124 ครั้งต่อนาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดความดันเลือดตกขณะผ่าตัด

2. เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดความดันเลือดสูงขณะใส่ท่อช่วยหายใจ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสัญญาณชีพปกติระหว่างการระงับความรู้สึก



กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 5 นาที
2. ดูแลให้สารน้ำและเลือดทดแทนให้เพียงพอตามแผนการรักษาของแพทย์
3. ระวังความรู้สึกในระดับที่เหมาะสม ไม่ตื่นหรือลึกลับเกินไป
4. ติดตามประเมินค่าความเข้มข้นในเลือด หลังได้รับเลือดหมด
5. ดูแลสายสวนหลอดเลือดดำใหญ่ที่คอให้พร้อมใช้งาน และแทงเข็มเพื่อให้ชุดเขยสารน้ำและเลือดโดยเลือกขนาดเหมาะสมในการชดเชยได้ในกรณีฉุกเฉิน
6. เตรียมยาช่วยชีวิตให้พร้อมใช้เสมอขณะให้การระวังความรู้สึก

การประเมินผล

สัญญาณชีพปกติไม่สูงหรือต่ำกว่า 20% ของค่าพื้นฐานเดิมของผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเสียเลือดขณะผ่าตัดจากเนื้องอกมีหลอดเลือดมาเลี้ยงมากและเปราะบาง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยเสียเลือดขณะผ่าตัด 250 มิลลิลิตร
2. ค่าความเข้มข้นเลือดเริ่มต้น 31%

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดความดันเลือดตกขณะผ่าตัด
2. ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและเลือดเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสัญญาณชีพปกติ
2. ค่าความเข้มข้นของเลือดไม่ต่ำกว่า 30%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 5 นาที
2. ดูแลให้สารน้ำและเลือดทดแทนให้เพียงพอ
3. สังเกตสีผิว เปลือกตา ไม่ซีดหรือคล้ำ
4. ตรวจสอบความเข้มข้นในเลือดเมื่อผู้ป่วยเสียเลือดไปปริมาณครึ่งหนึ่งของการเสียเลือดที่ยอมรับได้
5. แทงเข็มเพื่อให้ชุดเขยสารน้ำและเลือดโดยเลือกขนาดเหมาะสมในการชดเชยได้ในกรณีฉุกเฉิน

ฉุกเฉิน

6. พิจารณารายงานวิสัญญีแพทย์เมื่อค่าความเข้มข้นในเลือดต่ำกว่า 30%

การประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที การหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท
2. ค่าความเข้มข้นของเลือด ไม่ต่ำกว่า 30%



ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการจัดท่านอนขณะผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวเพื่อการผ่าตัดไต ผู้ป่วยไม่รู้ตัวขณะผ่าตัด ไม่สามารถบอกและดูแลตนเองได้

2. จัดท่านอนหงายเก็บแขนทั้งสองข้าง และต้องหนุนบริเวณใต้ลำตัว

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการจัดท่าเพื่อผ่าตัดไต

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีรอยฟกช้ำ หรือแผลกดทับบริเวณต่างๆร่างกาย เคลื่อนไหวร่างกายได้ปกติไม่มี

อาการชา

2. สัญญาณชีพปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดเตรียมเตียงผ่าตัดให้พร้อมใช้งานและเหมาะสมสำหรับใช้ในการผ่าตัด จัดเตรียมเจลนิ่มรอง

ศีรษะ

2. จัดทำให้ผู้ป่วยโดยคำนึงสิ่งต่างๆ ดังนี้

- ต้องไม่ขัดขวางต่อระบบการหายใจของผู้ป่วย
- ต้องคำนึงถึงสภาพผิวหนัง และข้อจำกัดทางด้านร่างกายของผู้ป่วย รวมทั้งความต้องการของ

ศัลยแพทย์

- จัดท่าผู้ป่วยอยู่ในแนวที่ไม่เกิดการบาดเจ็บต่อกล้ามเนื้อและเส้นประสาท รวมทั้งไม่เกิดการกดทับของปุ่มกระดูก โดยการจัดลำตัวของผู้ป่วยให้แนวของกระดูกสันหลังอยู่ในลักษณะเส้นตรง การหนุนบริเวณไหล่ต้องตรวจสอบบริเวณกระดูกสันหลังที่คอไม่ให้แหม่งมากจนเกินไป ควรมีผ้ามารองบริเวณคอและนำเจลมารองศีรษะ

- หลีกเลี่ยงไม่ให้ส่วนต่างๆของผู้ป่วยสัมผัสกับส่วนที่เป็นโลหะของเตียง เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากการใช้เครื่องจีไฟฟ้า และการบาดเจ็บจากความเย็นของโลหะ

3. ขณะเลื่อนตัวผู้ป่วยควรปฏิบัติให้พร้อมกัน เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ รวมทั้งดูแลท่อนช่วยหายใจไม่ให้เลื่อนหลุด

4. ปิดตาทั้งสองข้างของผู้ป่วย เพื่อป้องกันการขีดข่วนและถลอกบริเวณดวงตา

5. หลังการจัดท่าผู้ป่วยทุกครั้งควรฟัดทั้งสองข้างอีกครั้ง เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ

6. ขณะจัดแขนผู้ป่วยแนบลำตัว ดูแลใช้ผ้านุ่มรองปุ่มกระดูกต่างๆ ไว้ไม่ให้กดทับกับเตียง เพื่อป้องกันการกดทับเส้นประสาท

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดท่า ไม่มีรอยฟกช้ำ หรือแผลกดทับบริเวณต่างๆ ร่างกาย หลังพ้นจากยาสลบผู้ป่วยตื่นแขนขาขยับได้ดี ไม่มีอาการชา

2. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที การหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท



ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่ออันตรายจากการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยทำผ่าตัดอยู่ในห้องผ่าตัดที่มีอุณหภูมิต่ำกว่า 25 องศาเซลเซียส
2. ยาระงับความรู้สึกทำให้เกิด vasodilatation ทำให้มีการนำความร้อนจากส่วนกลางไปยัง

ผิวหนังและบรรยากาศ ทำให้อุณหภูมิร่างกายต่ำลง

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำระหว่างการระงับความรู้สึก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ คือมีอุณหภูมิร่างกายไม่น้อย 36 องศาเซลเซียส
2. ผู้ป่วยไม่มีอาการหนาวสั่นในระยะที่พ้นจากการระงับความรู้สึก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ห่มผ้าให้แก่ผู้ป่วยหนาพอควร และไม่ขัดขวางการผ่าตัด ใช้อุปกรณ์การให้ความอบอุ่นเตรียมเครื่องเป่าลมร้อน forced air warmer โดยเปิดอุณหภูมิ 43 องศาเซลเซียส เพื่อให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายของผู้ป่วย

2. ควบคุมอุณหภูมิห้องผ่าตัดโดยปรับอากาศ 20-24 องศาเซลเซียส เพื่อให้ห้องผ่าตัดมีอุณหภูมิที่อุ่นเหมาะสมก่อนผู้ป่วยมาถึงและไม่ลดอุณหภูมิจนกว่าจะฟอกและคลุมผ้าผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว

3. ดูแลอุณหภูมิร่างกายที่ให้กับผู้ป่วย อุณหภูมิไม่เกิน 39 องศา

4. ปิดเครื่องปรับอากาศก่อนเปิดผ้าที่คลุมตัวผู้ป่วย

5. ติดตามอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยตลอดเวลาที่ได้รับการผ่าตัด และควบคุมระดับอุณหภูมิให้อยู่ระหว่าง 36-37 องศาเซลเซียส เพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ

6. ดูแลเปลี่ยนผ้าที่เปียกชื้นออกจากตัวผู้ป่วย เพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อน

การประเมินผล

1. วัดอุณหภูมิระหว่างผ่าตัดได้ไม่ต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส
2. ผู้ป่วยไม่มีอาการหนาวสั่น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 6 เสี่ยงต่อภาวะพร่องสารน้ำเกลือแร่และการสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัดตั้งแต่ 21.00 น และเข้าห้องผ่าตัดเวลา 09.00 น รวมเวลาดังกล่าวทั้งหมดทั้งน้ำและอาหาร 12 ชั่วโมง

2. ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว (general anesthesia) เป็นเวลา 420 นาที

3. ผู้ป่วยเสียเลือดขณะผ่าตัด 250 มิลลิลิตร

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและเลือดทดแทนอย่างเพียงพอ



เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. ผิวหนังของผู้ป่วยไม่บวมหรือแห้งเกินไป ปลายนิ้วมือแดงไม่ซีดขาว
3. ได้รับสารน้ำตามปริมาณที่ผู้ป่วยควรได้รับ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและคำนวณปริมาณสารน้ำที่ผู้ป่วยควรได้รับทดแทนในระหว่างการผ่าตัดและดูแลให้ได้รับสารน้ำเพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย

2. คำนวณการให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ โดยทดแทนสารน้ำอิเล็กโตรลัยต์ ขดเซซสารน้ำที่ขาดไปก่อนการผ่าตัด (NPO deficit), ส่วนที่ร่างกายใช้ตามปกติ (maintenance fluid) ส่วนที่ขดเซซการสูญเสียบริเวณผ่าตัด (third space loss) การสูญเสียทางลมหายใจและทดแทนการสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด ซึ่งสามารถคำนวณการให้สารน้ำดังนี้ ผู้ป่วยงดน้ำและอาหาร ตั้งแต่ 18.00 น. ถึง 13.00 น. รวม 18 ชั่วโมง น้ำหนักของผู้ป่วย 10 กิโลกรัม

- Maintenance fluid = $(4 \times 10) = 40$ มิลลิลิตร

- Deficit fluid = $(MT \times \text{จำนวนชั่วโมงที่ NPO}) = 40 \times 18 = 720$ มิลลิลิตร (ผู้ป่วยได้รับสารน้ำระหว่างงดน้ำและอาหารมาแล้ว 250 มิลลิลิตร ดังนั้น Deficit fluid = $720 - 250 = 470$)

- Third space loss = 5 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง (Major operation) = 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทั้งหมด แบ่งเป็น crystalloid 600 มิลลิลิตร PRC 140 มิลลิลิตร

3. บันทึกความดันโลหิต และชีพจรทุก 5 นาที เพื่อติดตามดูความเปลี่ยนแปลงจากภาวะพร่องสารน้ำ หรือได้รับสารน้ำมากเกินไป ถ้าพบความผิดปกติให้รายงานแพทย์ทราบทันที

4. ประเมินการเสียเลือด และรายงานแพทย์เมื่อมีการเสียเลือดมากเกินไปร้อยละ 15 ของปริมาณเลือดทั้งหมดในร่างกาย

5. ดูแลให้เข็ม (IV catheter) อยู่ในหลอดเลือด โดยการตรึงแน่น ไม่ให้เลื่อนหลุด และสังเกตผิวหนังโดยรอบ ถ้าพบว่าการรั่วหรืออักเสบแดงต้องเปลี่ยนตำแหน่งเข็มทันทีให้เรียบร้อย

6. ประเมินสภาพผู้ป่วย ตรวจสอบปลายนิ้วมือของผู้ป่วยแดงไม่ซีดขาว แสดงถึงผู้ป่วยมีการไหลเวียนโลหิตดี ติดตามการผ่าตัดตลอดเวลา เพื่อประเมินการเสียเลือด โดยดูจากบริเวณที่ทำผ่าตัด ขวดเลือดที่ดูดขณะทำผ่าตัดและผ้าซับเลือด ถ้าเสียเลือดมากต้องทดแทนด้วยสารน้ำหรือเลือด ซึ่งผู้ป่วยรายนี้เสียเลือดในการผ่าตัดประมาณ 300 มิลลิลิตร จึงให้เลือดทดแทน 140 มิลลิลิตร และขดเซซด้วยสารน้ำเป็น 0.9 % NSS 600 มิลลิลิตร

การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ ความดันโลหิต systolic ขณะผ่าตัดอยู่ระหว่าง 100-130 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิต diastolic อยู่ระหว่าง 60-90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่าง 70-100 ครั้งต่อนาที

2. ผิวหนังผู้ป่วยปกติไม่บวมหรือแห้งเกินไป ปลายนิ้วมือแดงไม่ซีดขาว

3. ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว (general anesthesia) เป็นเวลา 420 นาที ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำทั้งหมดในห้องผ่าตัด 600 มิลลิลิตร PRC 140 มิลลิลิตร



3. การพยาบาลหลังให้ยาระงับความรู้สึก

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจและระบบไหลเวียนเลือดขณะเคลื่อนย้ายไปดูแลที่หอผู้ป่วยวิกฤต

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจกลับหอผู้ป่วยวิกฤต
2. ผู้ป่วยเสียเลือดขณะผ่าตัด 250 มิลลิลิตร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยขณะเคลื่อนย้ายไปหอผู้ป่วยวิกฤต
2. ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอขณะเคลื่อนย้าย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่พบการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจขณะเคลื่อนย้ายไปหอผู้ป่วยวิกฤต
2. สัญญาณชีพไม่เปลี่ยนแปลงค่าปริมาณออกซิเจนในเลือดไม่ต่ำกว่า 95 เปอร์เซ็นต์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ส่งข้อมูลผู้ป่วยกับพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตและประสานพยาบาลห้องผ่าตัดเตรียมย้าย

ผู้ป่วย

2. ย้ายผู้ป่วยลงเปล ปลดท่อช่วยหายใจออกจากเครื่องดมยาสลบควบคุมการหายใจด้วย

ออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ ทาง self-inflating bag

3. ย้ายสาย central line สายน้ำเกลือและอุปกรณ์ในตัวผู้ป่วย ด้วยความระมัดระวัง
4. เฝ้าระวังสัญญาณชีพตลอดระยะการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยวิกฤต
5. ประสานการดูแลอย่างต่อเนื่องและลงบันทึกสัญญาณชีพใน post anesthesia record

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดขณะเคลื่อนย้ายไปหอผู้ป่วยวิกฤต
2. สัญญาณชีพในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ 36.7-37.2 องศาเซลเซียส

ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที การหายใจ

24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 เสี่ยงต่อการมีเลือดออกจากแผลผ่าตัดและการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดในช่องท้อง

วัตถุประสงค์

เพื่อเฝ้าระวังภาวะเลือดออกและการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน

1. แผลผ่าตัดไม่มีเลือดหรือหนองออกจากแผล
2. สัญญาณชีพในเกณฑ์ปกติ
3. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ



กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพแผลผ่าตัด ตรวจสอบว่าเลือดออกจากแผลหรือไม่
2. ประเมินสัญญาณชีพและอุณหภูมิผู้ป่วย
3. รายงานคัลยแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ

การประเมินผล

1. แผลผ่าตัดไม่มีเลือดหรือหนองออกจากแผล
2. สัญญาณชีพในเกณฑ์ปกติ
3. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ 36.7-37.2 องศาเซลเซียส

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจขณะระงับความรู้สึกและใส่ค้ำไปย้งห่อผู้ป่วย
2. ผู้ป่วยได้รับยาหลายชนิด

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการดมยาสลบ ได้แก่ เสียงแหบ คลื่นไส้ อาเจียนมาก

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยสัญญาณชีพปกติ
2. ผู้ป่วยตื่น ระดับความรู้สึกตัวดี เหมือนก่อนระงับความรู้สึก
3. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง

กิจกรรมการพยาบาล

1. เยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24 – 48 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อน
2. สอบถามญาติและผู้ป่วยอาการหลังผ่าตัด
3. หากพบอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อน รายงานวิสัญญีแพทย์เพื่อแก้ไขภาวะแทรกซ้อน

ให้หมดไป

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจได้ ไม่มีเสียงแหบ
2. ผู้ป่วยจิบน้ำได้ไม่ คลื่นไส้ อาเจียน
3. ผู้ป่วยหายใจ Room air SpO₂ 98%

สรุป

การพยาบาลผู้ป่วยระงับความรู้สึกผ่าตัดมะเร็งไตในเด็กที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายมุ่งเน้นให้วิสัญญีพยาบาลมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยซึ่งมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ เพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วย ทั้งในระหว่างและหลังการระงับความรู้สึก โดยครอบคลุมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด การดูแลขณะระงับความรู้สึก และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างเหมาะสม



การให้การระงับความรู้สึกในผู้ป่วยเด็กนั้น แตกต่างจากการระงับความรู้สึกผู้ใหญ่ การมีความรู้ความเข้าใจในความแตกต่างทางกายภาพ และสรีรวิทยาเป็นอย่างดีสามารถทำให้การระงับความรู้สึกราบรื่นและปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดทำแนวทางการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยเด็ก
2. ควรมีการติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

เอกสารอ้างอิง

จิราภรณ์ โกรานา. (2560). *Pediatric pre-operative, intra-operative and post-operative care*.

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

<http://www.med.cmu.ac.th/dept/surgery/2017>

อังกาบ ปราการรัตน์, ประดิษฐ์ ประทีปวิช, และวรรณ สมบูรณ์วิบูลย์. (2556). *ตำราวิสัญญีวิทยา*.

เอพลัส พริน.

Kostadinov, I., Slavov, S., Stankova, T., & Dinev, D. (2015). Anesthesia management of a 20-month-old patient with giant unilateral Wilms tumor. *Case Reports in Anesthesiology*, 2015, 406358. <https://doi.org/10.1155/2015/406358>

Matinyan, N., Saltanov, A., Martynov, L., & Kazantsev, A. (2015). Anesthesia management of a 20-month-old patient with giant unilateral Wilms tumor. *Case Reports in Anesthesiology*, 2015, Article 487219. <https://doi.org/10.1155/2015/487219> PubMed

National Cancer Institute. (2025). Wilms tumor and other childhood kidney tumors treatment (PDQ®)—Health professional version.

PDQ Pediatric Treatment Editorial Board. (2025). Wilms tumor and other childhood kidney tumors treatment (PDQ®): Health professional version. National Cancer Institute.

Phothong, C., et al. (2025). Predictors of surgical complications and survival in pediatric Wilms' tumor: A 20-year retrospective study from two Thai centers. *Cancers*.