

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในการผ่าตัด
รักษาโรคต่อมลูกหมากโตที่มีโรคร่วม : กรณีศึกษา
Geriatric Nursing with Comorbidities Undergoing General Anesthesia for
Benign Prostatic Hyperplasia Surgery: Case study

วัชรารณณ์ จำใช้
Wacharaporn jumchai
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร
Chaophraya Abhaibhubejhr Hospital

บทคัดย่อ

ต่อมลูกหมากโต (Benign Prostatic Hyperplasia – BPH) เป็นภาวะที่ต่อมลูกหมากโตขึ้นอย่างผิดปกติ จนไปเบียดท่อปัสสาวะให้แคบลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปัสสาวะลำบาก โรคนี้เป็นโรคที่พบได้เป็นปกติและการเกิดมักจะสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น จากสถิติงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ปีงบประมาณ 2564 – 2566 มีผู้มารับบริการผ่าตัดรักษาต่อมลูกหมากโต จำนวน 35, 41, 59 รายตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เฉลี่ยร้อยละ 76 และมีโรคประจำตัวร่วม โดยพบว่าขณะผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น Hypothermia เป็นต้น ผู้ศึกษาจึงได้คัดเลือกผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในการผ่าตัดรักษาโรคต่อมลูกหมากโตที่มีโรคร่วมจำนวน 1 ราย ในการศึกษาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในการผ่าตัดรักษาโรคต่อมลูกหมากโตที่มีโรคร่วม รวบรวมข้อมูลจากซักประวัติผู้ป่วยและญาติ ทบทวนเวชระเบียน การตรวจร่างกาย โดยใช้แบบประเมินมาตรฐาน การบริการพยาบาลวิสัญญี สำนักการพยาบาลกรมการแพทย์ โดยให้การพยาบาลตั้งแต่ระยะก่อน ขณะและหลัง ให้ยาระงับความรู้สึก หลังให้การพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

คำสำคัญ : การพยาบาล, การระงับความรู้สึก, การผ่าตัดต่อมลูกหมากโต, ผู้สูงอายุ

Abstract

Benign Prostatic hyperplasia (BPH) is a condition in which the prostate gland grows abnormally until it squeezes and narrows the urethra. As a result, the patient has difficulty urinating. This disease is common, and its occurrence is often related to advancing age. From statistics on anesthesia nursing work Chao Phraya Abhaibhubejhr Hospital There are 35,41,59 people receiving surgery for treatment of enlarged prostates in the fiscal years 2021–2023, respectively. Most of the patients are elderly. average 76 percent and have co-morbidities It was found that complications, such as hypothermia, occurred while the patient was undergoing surgery. The study therefore selected one elderly patient who received general anesthesia for surgery to treat an enlarged prostate with co-morbidities. The objective of the study was to study nursing care for elderly patients who received general anesthesia for surgery to treat enlarged prostates with comorbidities. Gather information from patient and relative histories. Review medical records. physical examination Using the standard assessment form for anesthesia nursing services Bureau of Nursing, Department of Medical Services By providing nursing care from an early stage During and after giving anesthesia After providing nursing care, the patient was found to be safe. No complications able to use daily life as normal.

Keywords: Nursing Care, Anesthesia, Transurethral Resection of Prostate, elderly people,

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) คาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ.2050 จำนวนประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกจะเพิ่มสัดส่วนเป็นเท่าตัว จากร้อยละ 11 เป็นร้อยละ 22 โดยสรุป คือ 1 ใน 5 ของประชากรโลกจะมีอายุ 65 ปีขึ้นไป นั่นหมายความว่า สังคมโลกกำลังจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ สำหรับประเทศไทยสำนักงานสถิติแห่งชาติระบุว่าประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปีพ.ศ.2547 -2548 กล่าวคือ ในขณะนั้น มีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 10.4 ของประชากรทั้งหมด โดยจากผลสำรวจครั้งที่ 5 ของปี พ.ศ.2557 พบว่ามีประชากรที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปร้อยละ 14.9 ของประชากรทั้งหมดหรือ 9.5 ล้านคน และคาดว่าประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในช่วงปี พ.ศ.2567 – 2568 (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ, 2560) โดยเมื่ออายุมากขึ้น จะส่งผลทำให้อวัยวะต่าง ๆ มีการเสื่อมสภาพลงและอาจมีโรคประจำตัวตามมา ทำให้ผู้สูงอายุที่มารับการระงับความรู้สึกจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าคนหนุ่มสาว และมีอัตราการตายจะสูงขึ้นเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย (วิทยา เลิศวิริยะกุล, 2555)

ต่อมลูกหมากโต (Benign Prostatic Hyperplasia – BPH) เป็นภาวะที่ต่อมลูกหมากซึ่งอยู่ล้อมรอบท่อปัสสาวะมีขนาดโตขึ้นอย่างผิดปกติจนไปเบียดท่อปัสสาวะให้แคบลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปัสสาวะลำบาก โรคนี้พบได้บ่อยและการเกิดมักจะมีสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น จากสถิติงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ปีงบประมาณ 2564-2566 พบว่า มีผู้เข้ารับการผ่าตัดรักษาต่อมลูกหมากโตจำนวน 35, 41, 59 รายตามลำดับ และในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุถึงร้อยละ 94.46, 95.34, 96.55 ตามลำดับ จากการทบทวนเวชระเบียนพบว่า ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยภายหลังการผ่าตัด ได้แก่ ภาวะ Hypothermia ซึ่งทำให้เกิดภาวะหนาวสั่น (shivering) มีอุบัติการณ์การเกิดสูงถึงร้อยละ 65 ภายหลังจากการได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ผลกระทบจากภาวะหนาวสั่นนี้จะทำให้ร่างกายต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น เพิ่มการทำงานของระบบประสาท Sympathetic มีผลทำให้เพิ่ม Cardiac output เกร็ดเลือดทำงานผิดปกติ มีเลือดซึมออกมาก ตื่นซ้า หรือยาหย่อนกล้ามเนื้อออกฤทธิ์นาน

จากข้อมูลดังกล่าวในข้างต้น ผู้สูงอายุที่มารับการผ่าตัดหรือระงับความรู้สึกจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าคนหนุ่มสาว ดังนั้น การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในการผ่าตัดรักษาโรคต่อมลูกหมากโตที่มีโรคร่วม พยาบาลวิสัญญีควรมีความรู้ ความเข้าใจในการให้ยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยสูงอายุ การพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด เพื่อสามารถประเมินสภาพร่างกาย ให้ยาระงับความรู้สึกที่เหมาะสม และให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องส่งผลให้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และอันตรายจากการผ่าตัดได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในการผ่าตัดรักษาโรคต่อมลูกหมากโตที่มีโรคร่วม

วิธีดำเนินการศึกษา

คัดเลือกผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดและให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายจำนวน 1 ราย ที่ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ชักประวัติผู้ป่วยและญาติ การตรวจร่างกายโดยใช้แบบประเมินมาตรฐานการบริการพยาบาล วิสัญญี สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ ระหว่างเดือนมกราคม 2565 - เดือนสิงหาคม 2566

โรคต่อมลูกหมากโต (Benign Prostatic Hyperplasia : BPH)

เป็นภาวะที่ต่อมลูกหมากมีขนาดใหญ่ขึ้นผิดปกติ เป็นอาการที่มักเกิดในเพศชายเมื่อมีอายุมากขึ้นโดยก่อให้เกิดอาการ เช่น ปัสสาวะติดขัด ปัสสาวะไม่สุด ซึ่งนำไปสู่โรคติดเชื้อในกระเพาะปัสสาวะ โรคในทางเดินปัสสาวะหรือโรคไต (พิชณู มหาวงศ์, 2558)

อาการและอาการแสดง (Sign and symptom) คือ ปัสสาวะบ่อย ตื่นมาปัสสาวะตอนกลางคืน ปัสสาวะออกช้า ปัสสาวะไหลอ่อนหรือปัสสาวะขาดเป็นช่วง ๆ ปัสสาวะไม่สุด ปัสสาวะออกยากต้องเบ่ง และกลั้นปัสสาวะไม่ได้

สาเหตุ ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนว่าสาเหตุหลักของต่อมลูกหมากโตคืออะไร แต่เชื่อว่าสาเหตุเบื้องต้นน่าจะมาจากภาวะฮอร์โมนเพศชายไม่สมดุล

การวินิจฉัย ทำได้โดยจากการซักประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วย โดยการตรวจ Digital Rectal Exam : DER เพื่อดูว่าต่อมลูกหมากมีขนาดโตขึ้นหรือไม่ , Urinalysis ,PSA (Prostate -Specific Antigen)

การรักษาโรคต่อมลูกหมากโต ประกอบด้วย

1. การรักษาโดยการฉายยา

1.1 ยากลุ่ม Alpha blockers ช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อบริเวณคอกระเพาะปัสสาวะและกล้ามเนื้อต่อมลูกหมาก ทำให้ปัสสาวะได้ง่ายขึ้น ได้แก่ alfuzosin, doxazosin, tamsulosin, silodosin อาการข้างเคียง เช่น วิงเวียนศีรษะหรือมีภาวะน้ำอสุจิไหลกลับเข้าไปในกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งไม่เป็นอันตราย

1.2 ยากลุ่ม 5 Alpha Reductase Inhibitor ยากลุ่มนี้ทำให้ต่อมลูกหมากหดตัว เช่น finasteride , dutasteride ใช้ระยะเวลา 6 เดือนจึงจะเห็นผล ผลข้างเคียง คือ ความต้องการทางเพศลดลง

1.3 การใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน ในกรณีใช้ยาชนิดใดชนิดหนึ่งไม่ได้ผล

2. การรักษาโดยการผ่าตัด ใช้รักษาในกรณีอาการของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง การรักษาด้วยยาไม่ได้ผล ผู้ป่วยมีภาวะทางเดินปัสสาวะอุดตัน มีนิ่วในกระเพาะปัสสาวะหรือโรคไต โดยการผ่าตัดต่อมลูกหมากโตสามารถผ่าตัดโดยการส่องกล้องผ่านทางเดินปัสสาวะซึ่งเรียกว่า Transurethral Resection of Prostate หรือ TUR-P (วิรัตน์ วศินวงศ์, 2558) เป็นการนำเอาบางส่วนของต่อมลูกหมากออกหรือออกทั้งหมดโดยใช้กล้องส่องผ่านท่อปัสสาวะจากนั้นแพทย์จะตัดต่อมลูกหมากออกเป็นชิ้นเล็กๆ ด้วยเครื่องมือแบบขดลวดสำหรับตัดและจี้ด้วยไฟฟ้าแบบประจุเดียวโมโนโพล่า ที่มีความปลอดภัยสูงเพื่อตัดและหยุดเลือดไปพร้อมกัน ขณะผ่าตัดจะใช้สารละลายล้าง (irrigation solution) เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะโป่งสามารถผ่าตัดได้ โดยสารละลายล้างจะมีคุณสมบัติไม่นำไฟฟ้า ไม่เป็นพิษต่อร่างกาย ขับออกจากร่างกายได้ง่าย โปร่งใส ง่ายต่อการทำให้ปลอดภัย ราคาไม่แพงและต้องมีความเข้มข้นใกล้เคียงกับเลือด สารละลายที่นิยมใช้ ได้แก่ น้ำกลั่น ถึงแม้ความเข้มข้นจะต่ำกว่าเลือดมากแต่สามารถนำมาเป็นสารละลายล้างได้ ส่วนสารละลายอื่น ๆ ได้แก่ glycine, mannitol (ความเข้มข้นร้อยละ 1.2-1.5), glucose (ความเข้มข้นร้อยละ 3 - 5) การดูดซึมของสารละลายที่มากเกินไปหรือระยะเวลาผ่าตัดที่

นานเป็นสาเหตุของ TURP syndrome ในขณะที่ผ่าตัดผู้ป่วยต้องได้ยาระงับความรู้สึก มีวิธีในการระงับความรู้สึกมี 2 วิธี ดังต่อไปนี้ (วีรัตน์ วศินวงศ์, 2558)

2.1 การระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน คือ Spinal block ให้ได้ระดับการชาสูงถึงระดับทรวงอกที่10 (T10) ข้อดีคือสามารถวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนได้รวดเร็ว เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกตัวสามารถสังเกตอาการผิดปกติได้ชัดเจนจึงเป็นที่นิยมใช้ถ้าผู้ป่วยไม่มีข้อห้าม

2.2 การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (General anesthesia) สามารถทำได้แต่ไม่เป็นที่นิยมเนื่องจากประเมินภาวะ TURP syndrome ได้ยาก เพราะ classic triad ของ TURP syndrome คือ pulse pressure กว้าง หัวใจเต้นช้า สติสัมปชัญญะเปลี่ยนแปลง

ภาวะแทรกซ้อน ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยผ่าตัดต่อมลูกหมากโตแบบ TUR-P มีดังต่อไปนี้

1. TUR-P syndrome เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากน้ำที่สวนล้างซึมเข้าสู่กระแสโลหิตมาก ทำให้เกิดภาวะโซเดียมต่ำ อาการแสดงในระยะแรก คือ ผู้ป่วยจะกระสับกระส่าย คลื่นไส้ อาเจียน มึนงง หายใจหอบ ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นช้า จนถึงการไหลเวียนเลือดล้มเหลว อาการทางระบบประสาท คือ ซึม ชัก หมดสติ ซึ่งมีสาเหตุมาจาก

1.1 ภาวะน้ำเกินในร่างกาย (circulatory overload) เกิดจากการดูดซึมของสารละลายที่ใช้ล้างระหว่างผ่าตัดมากเกินไป ปริมาณการดูดซึมขึ้นกับระดับความสูงของสารน้ำจากตัวผู้ป่วย ความสูงของระดับสารละลายต้องสูงไม่เกิน 30 เซนติเมตรจากเตียงผ่าตัด

1.2 Water intoxication เกิดจากการเพิ่มปริมาณน้ำในร่างกายมากเกินไป จนเกิดสมองบวม

1.3 ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำเกิดจากมีการเจือจางของโซเดียมในเลือดจากปริมาณสารละลายที่ถูกดูดซึม

1.4 ภาวะเม็ดเลือดแดงแตก เกิดจากการใช้น้ำกลั่นเป็นสารละลายชะล้าง พบได้ร้อยละ 30 -70 อาการแสดง ได้แก่ ไข้ หนาวสั่น ผิวหนังเย็น แน่นหน้าอก หลุดลมหุดเกร็ง ถ้ารุนแรงผู้ป่วยจะเสียชีวิตจากภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูงและ Ventricular fibrillation

2. ภาวะเลือดออก เป็นภาวะที่พบได้ของการผ่าตัด โดย จะพบว่าปริมาณเลือดที่สูญเสียจะแปรตามน้ำหนักของต่อมลูกหมากที่ตัดออกมา การสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัดเกิดได้ประมาณ 2 - 4 มิลลิลิตร/นาที

3. การทะลุของกระเพาะปัสสาวะ พบได้ร้อยละ 1 -2 โดยอาจเกิดจากอุปกรณ์ที่ใช้ หรือการขยายโป่งพองของกระเพาะปัสสาวะมากเกินไป ผู้ป่วยจะมีอาการ แน่นท้อง ท้องโต ซีด เหงื่อออก ความดันโลหิตต่ำ คลื่นไส้ อาเจียน

4. ภาวะ Septicemia เกิดจากการแพร่กระจายของเชื้อแบคทีเรีย เข้าสู่กระแสเลือดทางหลอดเลือดดำของต่อมลูกหมาก ผู้ป่วยจะมีอาการ ไข้ หนาวสั่น พบได้ร้อยละ 6 -7 อัตราการตายประมาณร้อยละ 25-75

5. ภาวะ Hypothermia พบว่าอุณหภูมิของผู้ป่วยลดลงได้ประมาณ 1 องศาเซลเซียส/ชั่วโมง ในระหว่างทำผ่าตัด TUR- P และพบภาวะหนาวสั่นได้ร้อยละ 16

6. ภาวะแทรกซ้อนจากการจัดท่า การจัดท่า Lithotomy ระหว่างผ่าตัดทำให้ความยืดหยุ่นของปอดลดลง กระบังลมถูกดันสูงทำให้ Residual volume, functional residual capacity, closing volume, vital capacity ลดลง และอาจเกิดการกดทับเส้นประสาท common peroneal, obturator, sciatic ได้

7. ภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบ (บุศรา ศิริวันสามนต์, พิชยา ไวทยะวิญญูและปฏิภาณ ตุ่มทอง, 2560)

7.1 ภาวะแทรกซ้อนในระยะ Induction ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ทางเดินหายใจส่วนบนอุดตันกล่องเสียงหดเกร็ง ภาวะช่วยหายใจลำบาก การบาดเจ็บต่อริมฝีปาก ฟัน ช่องปาก หรือการเจ็บคอหลังการใส่ท่อช่วยหายใจ

7.2 ภาวะแทรกซ้อนในระยะ Maintenance ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจเต้นเร็ว หัวใจเต้นช้า หัวใจขาดเลือด หัวใจหยุดเต้น หลอดลมหดเกร็ง ภาวะขาดออกซิเจน คาร์บอนไดออกไซด์คั่ง Pulmonary edema Hypothermia การแพ้ยาหรือสารน้ำบางชนิด แพ้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือด Awareness

7.3 ภาวะแทรกซ้อนในระยะ Emergence ได้แก่ ภาวะตื่นช้า ทางเดินหายใจส่วนบนอุดตันหลังถอดท่อช่วยหายใจ การสูดสำลักอาหารเข้าปอด

อีกทั้งปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มอัตราการตายระหว่างการผ่าตัดTUR-P คือ ต่อมลูกหมากขนาดใหญ่มากกว่า 45 กรัม การผ่าตัดที่นานเกิน 1 ชั่วโมง ภาวะ Acute urinary retention ผู้ป่วยอายุมากกว่า 80 ปี (วิรัตน์ วศินวงศ์, 2558)

การพยาบาลให้ยาระงับความรู้สึก

การพยาบาลวิสัญญีในการให้ยาระงับความรู้สึก เป็นบริการพยาบาลผู้ป่วยที่รับบริการทางวิสัญญี โดยให้การพยาบาลตั้งแต่ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ระยะให้ยาระงับความรู้สึก ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก ภายใต้การกำกับของวิสัญญีแพทย์ ประกอบไปด้วย

1. การพยาบาลระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก วิสัญญีพยาบาลประเมินปัญหา ความต้องการ และเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนรับบริการทางวิสัญญี ให้ข้อมูลเรื่องการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด รายละเอียดการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก รวมทั้งขั้นตอนการดูแลหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นจากการผ่าตัด ส่วนการประเมินสภาวะความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการระงับความรู้สึกพิจารณาจากหลายปัจจัย เช่น ชนิดการผ่าตัด ความเร่งด่วนของการผ่าตัด โรคประจำตัวของผู้ป่วยและยาที่ผู้ป่วยรับประทานก่อนการผ่าตัด นำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการดูแลรักษาและเตรียมผู้ป่วยให้เหมาะสมก่อนการระงับความรู้สึก

2. การพยาบาลระยะให้ยาระงับความรู้สึก วิสัญญีพยาบาลให้บริการทางวิสัญญีโดยการเฝ้าระวังและดูแลให้ยาระงับความรู้สึกร่วมกับวิสัญญีแพทย์ หลังจากประเมินผู้ป่วยและร่วมปรึกษากับวิสัญญีแพทย์เพื่อเลือกวิธีที่เหมาะสมกับผู้ป่วย การเลือกวิธีระงับความรู้สึกพิจารณาตามชนิดของการผ่าตัดและโรคประจำตัวของผู้ป่วย ดังนี้

2.1 การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General anesthesia) วิสัญญีพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกให้ปลอดภัย ดังต่อไปนี้

2.1.1 นำสลบ (induction) โดยประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ตรวจสอบความพร้อมของเครื่องมือระงับความรู้สึก ปฏิบัติการให้ยาระงับความรู้สึกในการนำสลบ ตามขั้นตอนของแต่ละวิธีการนำสลบ เฝ้าระวัง Oxygenation, Ventilation, Circulation, Consciousness อุณหภูมิร่างกายเป็นระยะ บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลในการนำสลบอย่างครบถ้วน

2.1.2 ดำเนินการให้ยาระงับความรู้สึก (Maintenance) ดูแลจัดทำให้เหมาะสมตามชนิดและ

วิธีการระงับความรู้สึก เพื่อป้องกันอวัยวะอื่นเกิดอันตราย ปฏิบัติการใส่ท่อ Endotracheal ตามแนวทางที่กำหนด เฝาระวังระดับของการสลบ เฝาระวังบันทึกสัญญาณชีพ ปริมาณสารน้ำเข้า - ออกร่างกาย ระดับความรู้สึกอย่างต่อเนื่อง เฝาระวังระบบไหลเวียน ระบบทางเดินหายใจ ติดตามความก้าวหน้าของการผ่าตัดเพื่อบริหารการระงับความรู้สึก เฝาระวังการเตือนของอุปกรณ์ในการให้ยาระงับความรู้สึก และตรวจสอบการไหลของก๊าซ ข้อต่อต่าง ๆ ไม่มีการหักงอ หรือเลื่อนหลุด สื่อสารข้อมูลที่จำเป็นแก่ศัลยแพทย์และพยาบาลทีมผ่าตัดเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ประเมินผู้ป่วยตลอดเวลา เพื่อป้องกันอันตรายที่เกิดขึ้นในระหว่างผ่าตัด และตัดสินใจขอความช่วยเหลือจากวิสัญญีแพทย์ และช่วยแก้ไขปัญหาฉุกเฉินวิกฤติได้ถูกต้องทันที่ในระหว่างผ่าตัด บันทึกปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก วิธีการ ยา อุปกรณ์ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และการแก้ไขในแบบฟอร์มรายงานการให้ยาระงับความรู้สึกอย่างครบถ้วน

2.1.3 ดูแลให้ฟื้นจากสลบ (Emergence) โดยประเมินสภาวะการหายใจของผู้ป่วย สนิม อัตรา และลักษณะการหายใจ ทดสอบการแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ตรวจวัด และประเมินสัญญาณชีพพร้อมบันทึก เฝาระวังการให้ยา Narcotic และ Sedative ปฏิบัติการถอดท่อหายใจตามหลักของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย

2.2 การระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน (Regional anesthesia) วิสัญญีพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกให้ปลอดภัย โดยประเมินสภาวะผู้ป่วยก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ จัดทำผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่ถูกต้องสำหรับการให้ยาทางไขสันหลัง ทดสอบระดับการชาของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับที่ต้องการ ร่วมกับทีมผ่าตัด จัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสมสำหรับการผ่าตัด เฝาระวังบันทึกสัญญาณชีพ ปริมาณการเสียเลือด สารน้ำเข้า - ออกจากร่างกาย รายงานความเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมมือแก้ปัญหาตามแผนการรักษาของแพทย์ บันทึกรายงานการปฏิบัติการพยาบาลอย่างถูกต้องครบถ้วน

3. การพยาบาลระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก วิสัญญีพยาบาลให้การพยาบาลเพื่อความปลอดภัยและสุขสบาย ประสานห้องพักรักษาให้เตรียมสถานที่และอุปกรณ์ที่ต้องใช้กับผู้ป่วย ประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ก่อนเคลื่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัด เคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปห้องพักรักษา ส่งอาการผู้ป่วย พยาบาลประจำห้องพักรักษา ประเมินระดับความรู้สึกตัว ระดับการชา ลักษณะการหายใจ ลักษณะสีผิว วัดสัญญาณชีพ ดูการทำงานของสายระบายต่างๆ บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลอย่างถูกต้องครบถ้วน

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 71 ปี มาด้วยอาการ ปัสสาวะไม่สะดวก มีประวัติ โรคไตเรื้อรัง ,โรคความดันโลหิตสูง ,โรคไขมันในเลือดสูง,โรคเบาหวาน ,โรคอ้วน แพทย์ตรวจร่างกายและ ส่ง CT SCAN พบ Right distal UC จึงให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อทำการผ่าตัด Right URSL ใช้กล้องส่องผ่านกระเพาะปัสสาวะ แต่ไม่สามารถใส่กล้องได้เนื่องจากต่อมลูกหมากโต แพทย์จึงให้เข้ารับการรักษาโรคต่อมลูกหมากโตโดยวิธีการผ่าตัดแบบ Transurethral Resection of Prostate (TURP)

ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก เยี่ยมประเมินผู้ป่วยที่หอบผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โดยใช้ Pre - Anesthesia Evaluation Form ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท สีหน้าวิตกกังวล ได้พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ อธิบายการให้ยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัด บอกความจำเป็นในการงดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัด แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด วาง

แผนการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายร่วมกับการใส่ท่อช่วยหายใจ ตรวจร่างกายพบ BMI 38.51 (Morbid obesity) Mallampati's classification class II ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ Premature Atrial Complex (PAC) rate 78/min เอกซเรย์ปอด พบ Mild cardiomegaly การตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ Chronic kidney disease stage 4 (ค่า eGRR 25.02 ml/min/1.73m²) ผู้ป่วยรายนี้อยู่ใน physical status (American Society of Anesthesiology) ASA class 3 ศัลยแพทย์จึงส่งปรึกษาอายุรแพทย์ก่อนการผ่าตัด อายุรแพทย์ประเมินผู้ป่วยแจ้งว่าสามารถผ่าตัดได้ มีคำสั่งการรักษาเป็น Regular insulin 100 units +NSS 100ml (1:1) IV drip 1 unit/hr. คู่กับ 5%D/N/2 1,000 ml IV drip 80 ml/hr โดยเริ่มให้เวลา 06.00น. และให้เจาะ DTX ทุก 2 ชั่วโมง สามารถปรับ RI ได้ตามแผนการรักษา ค่า DTX 6.00 น. ได้เท่ากับ 108 mg% DTX 8.00 น. ได้เท่ากับ 109 mg%

ระยะให้ยาระงับความรู้สึก เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล ตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วย ไบยีนยอมผ่าตัด และติดเครื่องมือเฝ้าระวังสัญญาณชีพ สัญญาณชีพแรกเริ่ม ความดันโลหิต 128/77 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 74 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 100% จึงเริ่มให้ยาระงับความรู้สึกโดยให้ยา Thiopental 300 mg. ทางหลอดเลือดดำ ร่วมกับยาคลายกล้ามเนื้อ Succinylcholine 100 mg. หลังจากนั้นใส่ท่อช่วยหายใจขนาด 7.5 ID มี cuff ลึก 22 cms. หลังใส่ท่อช่วยหายใจสำเร็จจึงให้ยาคลายกล้ามเนื้อ Cisatracurium 6 mg. ทางหลอดเลือดดำร่วมกับ Fentanyl 50 mcg. สัญญาณชีพระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก ความดันโลหิตอยู่ในช่วง SBP =110-170 มิลลิเมตรปรอท DBP=80-90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 60 – 110 ครั้ง/นาที SpO₂ 100% ขณะทำการผ่าตัด ติดตามประเมินสัญญาณชีพทุก 5 นาที พบว่าผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูง 170/90 มิลลิเมตรปรอท จึงเพิ่มยาระงับปวด Fentanyl 50 mcg. ตามแผนการรักษาของวิสัญญีแพทย์ อุณหภูมิร่างกาย อยู่ระหว่าง 36.5-36.6 องศาเซลเซียส ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดทุก 2 ชั่วโมง ระดับน้ำตาลอยู่ในช่วง 113 – 151 mg% ประเมินการเสียเลือด สารน้ำที่ได้รับทดแทน และสารละลายที่สวนล้างทุก 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 100 มิลลิลิตร ได้รับสารน้ำ Normal saline solution 600 มิลลิลิตร ทำการสวนล้างด้วย sterile water 25,000 มิลลิลิตร ตัดชิ้นเนื้อน้ำหนัก 33 gms หลังการผ่าตัดเสร็จสิ้น ใส่สายสวนปัสสาวะ 3 ทาง Irrigate ด้วย NSS 1,000 drip ปัสสาวะเป็นสีแดงจาง รวมระยะเวลาผ่าตัดและระงับความรู้สึก 1 ชั่วโมง 55 นาที ตลอดการผ่าตัดให้ความอบอุ่นร่างกายโดยใช้ warm Blanket และให้สูดดมออกซิเจน 100% เมื่อเสร็จผ่าตัดปิดยาดมสลบทุกชนิด ผู้ป่วยเริ่มหายใจเองได้ ให้ยา Reverse muscle relaxant เพื่อให้การทำงานของกล้ามเนื้อที่ควบคุมการหายใจกลับเป็นปกติ เมื่อผู้ป่วยตื่นดี ปฏิบัติการและการทำงานของกล้ามเนื้อที่ควบคุมการหายใจกลับเป็นปกติ อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้ง/นาที การหายใจ 16 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 150/80 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ 100% จึงถอดท่อช่วยหายใจออก สามารถหายใจได้เอง โดยไม่มีภาวะ cyanosis

ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก ดูแลเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปห้องพักฟื้น วิสัญญีพยาบาลส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้พยาบาลประจำห้องพักฟื้น ให้ nasal cannula 3 ลิตร/นาที ติดตามประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพทุก 5 นาที ประเมินความปวด ประเมินสีปัสสาวะ สัญญาณชีพขณะอยู่ในห้องพักฟื้น อุณหภูมิ 36.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 60 - 80 ครั้ง/นาที การหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต SBP =140-150 มิลลิเมตรปรอท DBP=70-80 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 -100% หลังจากผู้ป่วยได้รับการดูแลในห้องพักฟื้น 1 ชั่วโมง สัญญาณชีพคงที่ รู้สึกตัวดี Pain score = 2 คะแนน มีปัสสาวะออกประมาณ 100 มิลลิลิตร สีแดงจาง จึงส่งกลับหอผู้ป่วยพิเศษสู่วินาศด้วย Post Anesthetic Recovery score = 10 สัญญาณชีพก่อนส่งกลับ ความดันโลหิต 149/74 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 64 ครั้ง/นาที การหายใจ 18

ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100% รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแลของวิสัญญีพยาบาลในห้องผ่าตัด 2 ชั่วโมง 55 นาที

หลังจากนั้นได้ติดตามเยี่ยมประเมินหลังการระงับความรู้สึกที่หอผู้ป่วยพิเศษสุวัฒนา วันที่ 19 พฤษภาคม 2565 ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึก เช่น ปากแตก ฟันหัก คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.0 - 37.2 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต SBP =122-139 มิลลิเมตรปรอท DBP=67-72 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 70-84 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99% Pain score = 2 คะแนน ไม่พบภาวะ TURP syndrome ไม่มีภาวะหนาวสั่น ปัสสาวะสีเหลืองใส ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล 5 วัน อาการทุเลา แพทย์จึงอนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาล ในวันที่ 21 พฤษภาคม 2565 เวลา 15.00น.

จากการซักประวัติผู้ป่วยและญาติ การทบทวนเวชระเบียน การตรวจร่างกายของผู้ป่วยพบว่าปัญหาที่ต้องได้รับการพยาบาลแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

1. ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติตัวก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยและญาติไม่สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกได้ถูกต้อง **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องทั้งก่อนและหลังได้รับยาระงับความรู้สึก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนให้ยาระงับความรู้สึกได้ถูกต้อง
2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการเตรียมตัวก่อนไปห้องผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างความคุ้นเคย พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ
2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงเหตุผล การปฏิบัติตัว เช่น การงดน้ำ และอาหารทางปาก การทำความสะอาดร่างกาย การถอดเครื่องประดับออกจากร่างกาย เช่น แหวน สร้อย นาฬิกา และฟันปลอม
3. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก และเปิดโอกาสให้ซักถาม
4. อธิบายถึงความจำเป็นที่ผู้ป่วยและญาติต้องเซ็นชื่อยินยอมและเป็นพยาน ก่อนให้แพทย์ทำการรักษาและให้ยาระงับความรู้สึก

การประเมินผล

ผู้ป่วยเข้าใจการปฏิบัติตัว ผู้ป่วยและญาติตอบคำถามได้และปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง

วินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2

มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ปกติก่อนเข้ารับการระงับความรู้สึก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ค่าน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 100-200 mg% ตามแผนการรักษาของวิสัญญีแพทย์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้สารน้ำ 5%D/N/2 1,000 ml IV Drip 80 ml/hr คู่กับ Regular insulin 100 units +NSS 100 ml (1:1) IV drip 1 unit/hr. เริ่มเวลา 06.00 น.
3. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดทุก 2 ชั่วโมง
4. ดูแลปรับปริมาณ Regular insulin 100 units +NSS 100 ml (1:1) IV drip ตามระดับน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีภาวะระดับน้ำตาลสูงก่อนผ่าตัด ค่า DTX ได้ 108, 109 mg%

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีภาวะเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจยาก

ข้อมูลสนับสนุน มีภาวะโรคอ้วน BMI 38.51, ตรวจร่างกายพบ Mallampati class 2

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยสามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้สำเร็จและไม่เกิดการบาดเจ็บที่รุนแรงต่อทางเดินหายใจ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น สามารถวัดค่าความอิ่มตัวของ $SPO_2 > 92\%$
2. ผู้ป่วยไม่ได้รับบาดเจ็บ เช่น ปากแตก ฟันหักจากการใส่ท่อช่วยหายใจ

กิจกรรมการพยาบาล

1. เตรียมอุปกรณ์และท่อช่วยหายใจขนาดต่างๆ ไว้ให้พร้อมใช้งาน
2. จัดท่าผู้ป่วยให้เหมาะสม(RAMP Position) Pre oxygenation ด้วย Oxygen 100% ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก
3. นำสลบด้วยขนาดยาที่เหมาะสมไม่กระตุ้น Reflex ต่าง ๆ ของผู้ป่วย
4. เตรียมชุดอุปกรณ์ใส่ท่อช่วยหายใจ ให้พร้อมใช้งาน ได้แก่ Laryngeal mask airway (LMA) Video laryngoscope, C-MAC Laryngoscope, Fiber Optic
5. ใส่ท่อช่วยหายใจอย่างนุ่มนวล ระมัดระวังการบาดเจ็บที่ริมฝีปากและในช่องปาก ประสานทีมทันตแพทย์ ในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุฟันโยกมากขึ้นหรือฟันหลุด เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
6. ประสานทีมวิสัญญีแพทย์ ศัลยแพทย์และทีมห้องผ่าตัดให้พร้อม กรณีใส่ท่อช่วยหายใจไม่ได้ เพื่อทำการเปิดทางเดินหายใจกรณีฉุกเฉิน

การประเมินผล

สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้สำเร็จในครั้งที่แรก ผู้ป่วยไม่มีฟันหัก ริมฝีปากไม่แตก ทางเดินหายใจของผู้ป่วยไม่ได้รับบาดเจ็บค่าความอิ่มตัวของ SPO_2 มากกว่า 92%

2. ระยะเวลาให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว จากการใส่ท่อช่วยหายใจ และให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีโรคจำตัวความดันโลหิตสูง, ผู้ป่วยสูงอายุ 71 ปี มีโรคร่วมโรคไตเรื้อรัง, ความดันโลหิต 170/90 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์

เพื่อเฝ้าระวังและแก้ไขภาวะความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว จากการใส่ท่อช่วยหายใจและให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 110/70-140/90 มิลลิเมตรปรอท
2. ชีพจรอยู่ระหว่าง 60-90 ครั้ง/นาที
3. ระดับความอิ่มตัวออกซิเจนในกระแสเลือดอยู่ระหว่าง 95-100 %
4. คลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น sinus rhythm ไม่มีความผิดปกติที่บ่งชี้ถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวและตรวจวัดสัญญาณชีพก่อนรับผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด โดยพูดคุยให้การประเมินผลข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด และทำความเข้าใจกับผู้ป่วย เพื่อให้รู้สึกผ่อนคลาย
2. ให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน 100% ผ่านทางหน้ากาก 6 ลิตร/นาที นาน 3-5 นาที
3. นำสลบด้วย Thiopental 300 มิลลิกรัม และตามด้วย Succinylcholine 100 มิลลิกรัมโดยฉีดเข้าหลอดเลือดดำ
4. ใส่ท่อช่วยหายใจได้ blow cuff ตรวจสอบให้แน่ใจว่าท่อหายใจอยู่ใน trachea fix ที่ 22 เซนติเมตร
5. เปิดออกซิเจนและไนตรัสออกไซด์ในอัตราส่วน 50% เปิด Desflurane 3% แล้วจึงจัดทำในการผ่าตัด
6. ให้ยาแก้ปวด ได้แก่ Fentanyl 50 mcg ทางหลอดเลือดดำ เพื่อลด Reflex ที่ทำให้หัวใจเต้นเร็ว
7. ดูแลให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อได้แก่ Cisatracurium 6 mg ทางหลอดเลือดดำ
8. เฝ้าระวังการเกิดภาวะ Hypoxia Hypercarbia และ Tachycardia ตลอดการผ่าตัดเพราะอาจจะทำให้เกิดชีพจรเร็วและความดันโลหิตสูงด้วยการติดตาม monitor ได้แก่ NIBP, SpO₂, EKG, ETCO₂ ตลอดการผ่าตัด
9. ควบคุมระดับความรู้สึกของการให้ยาระงับความรู้สึกให้เพียงพอต่อการผ่าตัดโดยการควบคุมความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 100/60 - 140/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่าง 60-100 ครั้ง/นาที ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดอยู่ระหว่าง 98-100% และค่า ETCO₂ อยู่ระหว่าง 30-35 มิลลิเมตรปรอท
10. หากพบความผิดปกติของสัญญาณชีพแจ้งทีมการผ่าตัด เพื่อทำการช่วยเหลือและป้องกันการเกิดภาวะผิดปกติระหว่างการผ่าตัด
11. เมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัดต้องแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อเมื่อผู้ป่วยตื่นดี สามารถหายใจได้เองอย่างเพียงพอ ยกศีรษะได้ กล้ามเนื้อแขนขาแข็งแรง จึงถอดท่อช่วยหายใจออกและให้ออกซิเจน 100 % ต่ออีกประมาณ 5 นาที เพื่อป้องกันภาวะ Hypoxia และ Hypercarbia จากนั้นจึงย้ายผู้ป่วยเข้าห้องพักฟื้น

การประเมินผล

ขณะใส่ท่อช่วยหายใจ ความดันโลหิต 130/80-150/90 มิลลิเมตรปรอท หลังให้ยาระงับความรู้สึก ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 110/70 – 150/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 60 – 100 ครั้ง/นาที คลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น sinus rhythm ระดับความอิ่มตัวออกซิเจนในกระแสเลือด 100 %

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 มีโอกาสเกิดภาวะTURP syndrome

ข้อมูลสนับสนุน ทำการสวนล้างด้วย sterile water 25,000 มิลลิลิตร, ระดับของโซเดียมในเลือด 136 mEq/L
วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันภาวะTURP syndrome ระหว่างผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 110/70-140/90 มิลลิเมตรปรอท
2. ชีพจรอยู่ระหว่าง 60-90 ครั้ง/นาที
3. ระดับความอิ่มตัวออกซิเจนในกระแสเลือดอยู่ระหว่าง 95-100 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. ติดตามประเมินสัญญาณชีพ ชีพจรเต้นช้าลง ความดันโลหิตสูง pulse pressure กว้าง (Wide pulse pressure คือ PP มากกว่า 50% ของ SBP)
2. แจกปริมาณสารน้ำที่ใช้สวนล้าง ให้ทีมผ่าตัดทราบเป็นระยะๆ ขณะผ่าตัด
3. ดูแลให้ออกซิเจน 50 % ผ่านทางท่อช่วยหายใจ
4. ประเมินระดับระดับโซเดียมในเลือดและแก้ไขภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ ตามแผนการรักษา

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีความดันโลหิตอยู่ช่วง 100/60 – 140/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร อยู่ในช่วง 62-100 ครั้ง/นาที มีระดับความอิ่มตัวออกซิเจนในกระแสเลือด 100 % ขณะได้รับการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 มีโอกาสเกิดอันตรายจากภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำขณะผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีอุณหภูมิก่อนผ่าตัด 36.5 องศาเซลเซียส
2. ผู้ป่วยสูงอายุ 71 ปี
3. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดในห้องผ่าตัดที่มีอุณหภูมิห้อง 20-22 องศาเซลเซียส
4. ใช้เวลาในการให้ยาระงับความรู้สึก 1 ชั่วโมง 55 นาที
5. ระหว่างการทำผ่าตัด มีการใช้สารน้ำในการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือความดันโลหิตสูงจากภาวะอุณหภูมิกายต่ำ

เกณฑ์การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกาย 36.5 – 37.4 องศาเซลเซียส
2. ผู้ป่วยไม่มีอาการหนาวสั่น
3. ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตอยู่ในช่วง 110/70-140/90 มิลลิเมตรปรอทและคลื่นไฟฟ้าหัวใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ

เกณฑ์ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. เปิดเผยร่างกายผู้ป่วยเท่าที่จำเป็นในขณะที่ทำความสะอาดบริเวณผ่าตัดและปิดส่วนที่ไม่จำเป็นเพื่อป้องกันการสูญเสียอุณหภูมิของร่างกาย
 2. คลุมผู้ป่วยด้วยถุงพลาสติกที่บริเวณลำตัว แขนทั้ง 2 ข้างและศีรษะ
 3. ใช้อุปกรณ์ช่วยให้ความร้อนคือ force air warming system (bair hugger)
 4. ให้สารน้ำที่ผ่านการอุ่นด้วยเครื่องอุ่นสารน้ำโดยเฉพาะ
 5. ปิดเครื่องปรับอากาศทันทีเมื่อเสร็จผ่าตัด
 6. หากผู้ป่วยมีอาการหนาวสั่นต้องให้ออกซิเจนเพิ่มเพราะขณะที่เกิดอาการหนาวสั่นร่างกายต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้นประมาณ 400 % ซึ่งถ้าไม่ให้ออกซิเจนร่วมด้วย จะทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้
- การประเมินผล**

หลังให้การพยาบาล อุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 36.5 – 36.6 องศาเซลเซียส ไม่มีอาการหนาวสั่น ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 100/60 – 140/70 มิลลิเมตรปรอท คลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น sinus rhythm

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำผู้ป่วยสำหรับการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยรับการผ่าตัด TURP จัดทำในการผ่าตัดนอนหงายชันขาหยั่ง (Lithotomy position)
2. ใช้เวลาในการผ่าตัด 1 ชั่วโมง 55 นาที

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการจัดทำในการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 110/70-140/90 มิลลิเมตรปรอท เมื่อมีการเปลี่ยนท่าหลังเสร็จผ่าตัด
2. ไม่มีแผลกดทับ
3. ไม่มีการบาดเจ็บจากการจัดทำ หรือจากการปรับระดับเตียง

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดทำผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวลให้ขาทั้งสองข้างทำมุมกางออกจากแนวกลางลำตัวเท่าๆ กันประมาณ 30-45 องศา ให้ข้อสะโพกงอไม่เกิน 90 องศา
2. ป้องกันการกดทับบริเวณก้น ข้อพับเข่า ด้วยการใช้นุ่นๆรองบริเวณก้นและข้อพับเข่า
3. ให้นุ่นหมอนในระดับที่พอเหมาะเพื่อให้ศีรษะและคออยู่ในท่าที่ผู้ป่วยรู้สึกสบาย
4. ระวังไม่ให้ส่วนของร่างกายทับสายต่างๆ เช่น สายวงจรของเครื่องดมยา สายสารน้ำ สายอุปกรณ์เฝ้าระวังต่างๆ โดยไม่ให้สายต่าง ๆ อยู่ในสภาพตึงเกินไปและไม่หักพับงอ
5. ควรระมัดระวังในช่วงการยกขากลับมาอยู่ในแนบราบหลังเสร็จผ่าตัด การวางขาต้องยกให้เข้าและข้อเท้ามาชิดกันแล้วจึงวางขาสองข้างพร้อมกันช้าๆ เพื่อช่วยให้ระบบไหลเวียนเลือดปรับตัวได้ทัน
6. วัดความดันโลหิตซ้ำอีกครั้งหลังจัดทำผู้ป่วยกลับมาสู่ในท่านอนหงายปกติแล้ว

การประเมินผล

หลังเสร็จผ่าตัดเมื่อมีการเปลี่ยนท่า ความดันโลหิตของผู้ป่วยเท่ากับ 140/80 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับบริเวณก้นและข้อพับเข่า ไม่พบการผิดปกติของข้อสะโพก ไม่มีการบาดเจ็บจากการจัดทำหรือจากการปรับระดับเตียง

3. ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด TURP และได้ยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกาย ใช้เวลาในการผ่าตัด 1 ชั่วโมง 55 นาที

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. Post Anesthetic Recovery score ≥ 9 ก่อนส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย
2. Pain score ≤ 3
3. ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนก่อนส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย
4. ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/60 -150/90 มิลลิเมตรปรอท (เปลี่ยนแปลงไม่เกินร้อยละ 20 ของผู้ป่วย)
5. ชีพจรอยู่ในช่วง 60-90 ครั้ง/นาที คลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น sinus rhythm (เปลี่ยนแปลงไม่เกินร้อยละ 20 ของผู้ป่วย)
6. การหายใจอยู่ในช่วง 14-24 ครั้ง/นาที
7. ระดับความอิ่มตัวออกซิเจนในกระแสเลือดอยู่ในช่วง 95-100 %
8. อุณหภูมิกาย อยู่ในช่วง 36.0 – 37.5 องศาเซลเซียส

กิจกรรมการพยาบาล

1. เมื่อส่งผู้ป่วยมายังห้องพักรักษาตัววิสัญญีพยาบาลประจำห้องผ่าตัดต้องแจ้งรายละเอียดให้พยาบาลห้องพักรักษาตัวทราบ เกี่ยวกับผู้ป่วย ชื่อ - สกุล อายุ การผ่าตัด ปัญหาก่อนผ่าตัด การแพ้ยา การเปลี่ยนแปลงในระหว่างผ่าตัด การแก้ไขและที่ต่อแก้ไขต่อไปในระยะหลังผ่าตัด รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ
2. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ติดตามสัญญาณชีพ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ทุก 5-10 นาที จนกว่าผู้ป่วยจะมีสัญญาณชีพเป็นปกติ
3. ประเมินค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด (SpO₂) ควรอยู่ระหว่าง 98-100 % ถ้าน้อยกว่าร้อยละ 90 ต้องให้ออกซิเจนไว้ก่อนเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจน และคาร์บอนไดออกไซด์ค้าง
4. ประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนในระบบต่าง ๆ ของร่างกายหลังผ่าตัดและส่งเสริมร่างกายให้ฟื้นจากโรคได้เร็วขึ้น
5. ดูแลให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายเพื่อป้องกันอาการหนาวสั่นเนื่องจากจะทำให้ร่างกายต้องการใช้ออกซิเจนจำนวนมากถึง 300-400 %
6. ให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจนทาง cannula 3 lits/min เพื่อป้องกันภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
7. เตรียมยาชนิดต่าง ๆ ที่จำเป็นให้พร้อมใช้งาน ได้แก่ Ephedrine ยาแก้ปวดกลุ่ม opioid เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างทันท่วงทีเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น
8. ประเมินสีของผิวหนัง สังเกตจากเปลือกตา ปลายเล็บมือ ถ้ามีสีซีด หรือเขียวคล้ำ ให้คำนึงถึงการหายใจไม่เพียงพอ ระบบไหลเวียนเลือดต่ำ ต้องรีบหาสาเหตุ รายงานแพทย์เพื่อให้ได้รับการแก้ไข
9. บันทึก Intake และ Output สังเกตดูสี จำนวนของปัสสาวะ

10. บันทึกรายงานให้คะแนนหลังจากได้รับยาระงับความรู้สึก Post Anesthetic Recovery score (PAR score)

การประเมินผล

ผู้ป่วยได้รับการดูแลในห้องพักฟื้น 1 ชั่วโมง รู้สึกตัวดี หายใจได้เอง ไม่มีอาการหายใจลำบาก ปวดแผลเล็กน้อย Pain score = 2 ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน อุณหภูมิกายอยู่ในช่วง 36.5 – 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ในช่วง 62-80 ครั้ง/นาที การหายใจอยู่ในช่วง 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/80 - 150/80 มิลลิเมตรปรอท คลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น sinus rhythm ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดอยู่ในช่วง 98-100 % ไม่มี active bleeding และ retained Foley catheter ว่างมีปัสสาวะออกประมาณ 100 มิลลิลิตร สีแดงจาง ก่อนส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย Post Anesthetic Recovery score = 10 ติดตามเยี่ยมประเมินหลังการระงับความรู้สึก วันที่ 19 พฤษภาคม 2565 ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึก รู้สึกตัวดี อุณหภูมิเท่ากับ 36.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจเท่ากับ 80/นาที ความดันโลหิตเท่ากับ 122/69 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดเท่ากับ 99% Pain score 2 คะแนน ไม่พบภาวะ TURP syndrome ไม่มีภาวะหนาวสั่น ไม่มี active bleeding ปัสสาวะสีเหลืองใส ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง

สรุปผลการศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 71 ปี สถานภาพ คู่ รั่วไว้ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร วันที่ 17 สิงหาคม 2565 เวลา 10.27น มีประวัติ โรคไตเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคอ้วน นีวไนไตด้านขวา ได้รับการรักษาโดยการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก (ESWL), นีวกระเพาะปัสสาวะ, ภาวะไตด้านขวาบวม น้ำ ทำการรักษาโดยใส่สายระบายปัสสาวะในท่อไต วันที่ 29 ธันวาคม 2564 แพทย์ทำผ่าตัดนีวไนท่อไตโดยใช้กล้องส่องผ่านกระเพาะปัสสาวะ (URSL) แต่ใส่กล้องไม่ได้เนื่องจากต่อมลูกหมากโต แพทย์จึงนัดผู้ป่วยมาอนโรงพยาบาลเพื่อทำการผ่าตัดต่อมลูกหมากโดยใช้วิธีส่องกล้อง (Transurethral Resection of Prostate : TUR-P) ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดโดยการส่งปรึกษาอายุรแพทย์เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากผู้ป่วยมีโรคร่วมและสูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลได้เยี่ยมประเมินสภาพผู้ป่วย ตรวจร่างกาย ทบทวนเวชระเบียนและผลตรวจทางห้องปฏิบัติ รายงานวิสัญญีแพทย์รับทราบ ดูแลให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเพื่อทำการผ่าตัด TUR – P ในการผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อนขณะทำผ่าตัดและหลังผ่าตัด สามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้โดยผู้ป่วยอาการทุเลา แพทย์จึงอนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาลในวันที่ 21 พฤษภาคม 2565 เวลา 15.00น. ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล 5 วัน

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาระบบการปรึกษาระหว่างแผนกเพื่อร่วมประเมินผู้ป่วยก่อนระงับความรู้สึก ช่วยลดอัตราการเลื่อน/งดผ่าตัด
2. พัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยในขณะที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

เอกสารอ้างอิง

- กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ. (2560). สูงวัยในศตวรรษที่21:การเฉลิมฉลองและความท้าทายบทสรุปสำหรับผู้บริหาร/กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (พิมพ์ครั้งที่ 1). กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ.
- บุศรา ศิริวันสาณต์, พิทยา ไวทยะวิญญู และปฎิภาณ ตุ่มทอง. (2560). Anesthesia and Perioperative Care. กรุงเทพฯ : พี.เอ.สัฟวิง จำกัด.
- พิษณุ มหาวงศ์. (2558). โรคที่พบบ่อยในศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุกัญญา เดชอาคม.(2558). การให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยโรคอ้วน. ในอักษร พุทธินิติพร, มาณี รักษาเกียรติศักดิ์พรอรุณ เจริญราช และนรุตม์ เรือนอนุกุล (บ.ก.). ตำราฟื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา (พิมพ์ครั้งที่ 1). (หน้า 215-223).ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์.
- วิทยา เลิศวิริยะกุล. (2558). การให้ยาระงับความรู้สึกผู้สูงอายุ. ใน วิรัตน์ วศินวงศ์, ธวัช ชาญชนานนท์, ศศิกานต์ นิมมานรัชต์ และธิดา เอื้อกฤดาธิการ. (บ.ก.). ตำราวิสัญญีวิทยาคลินิก (พิมพ์ครั้งที่ 3). (น.79-86). หน่วยผลิต ตำราคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วิรัตน์ วศินวงศ์, ธวัช ชาญชนานนท์, ศศิกานต์ นิมมานรัชต์ และธิดา เอื้อกฤดาธิการ. (บ.ก.). ตำราวิสัญญีวิทยาคลินิก (พิมพ์ครั้งที่ 3). (น.79-86). หน่วยผลิต ตำราคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.