

## การพยาบาลผู้ป่วยลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดปอดเฉียบพลันหลังการผ่าตัดช่องท้อง ในโรคไส้เลื่อนสะดือ

### Nursing care for acute pulmonary embolism in post-operative incarcerated umbilical hernia hernia

พินรัฐ สุนทรเสถียร\*

Pinrat Soontornsathien\*

\*โรงพยาบาลบ้านโป่ง อ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี

\*Banpong hospital, Banpong District, Ratchaburi Province

(Received: May 22, 2023; Revised: June 21, 2023; Accepted: June 27, 2023)

#### บทคัดย่อ

ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดปอดเฉียบพลันที่เกิดภายหลังการผ่าตัดช่องท้อง เป็นภาวะฉุกเฉินทางระบบหัวใจและหลอดเลือด อาการสำคัญคือ หายใจหอบเหนื่อยอย่างเฉียบพลัน ความดันโลหิตต่ำ ช็อก และเสียชีวิตในที่สุดหากได้รับการแก้ไขไม่ทัน จากกรณีศึกษาผู้ป่วยเป็นโรคไส้เลื่อนสะดือติดคาและลำไส้อุดตัน การวินิจฉัยได้จากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจพิเศษในผู้ป่วยรายนี้ ได้แก่ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง และการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทำให้ผู้ป่วยได้รับการป้องกันแก้ไขภาวะแทรกซ้อนทันเวลาพ้นจากภาวะวิกฤตได้ บทบาทพยาบาลมีหน้าที่ดังนี้ 1) แก้ไขภาวะวิกฤต 2) การบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงโดยการใช้เน้น เรื่องการใช้สลายการอุดตันลิ่มเลือดในระยะแรก และระยะยาวคือ คือป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันซ้ำ 3) การพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่องเน้นการส่งเสริมและฟื้นฟูผู้ป่วย และ4) การวางแผนการจำหน่าย เพื่อเสริมความสามารถอย่างมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน

**คำสำคัญ :** โรคลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดปอดเฉียบพลัน, โรคไส้เลื่อนสะดือติดคา, โรคลำไส้อุดตัน

#### Abstract

Acute pulmonary embolism after abdominal surgery is a cardiovascular emergency. The main symptoms are sudden shortness of breath, hypotension, cardiogenic shock and eventually death if not resolved in time. According to the case study, the patients had incarcerated umbilical hernia and intestinal obstruction. Diagnosis can be obtained from history taking, physical examination. Special tests in this patient include an electrocardiogram, ultrasonography and computed tomography. This allows patients to be prevented and resolve complications in a timely manner and recover from critical conditions. The roles of nurses are as follows: 1) Resolve crises 2. Administration of high-risk drugs with a focus on thrombolytic agents in the early stages and in the long term is prevention of recurrence of thromboembolism. 3) Continuity of care nursing that emphasizes on patient promotion and rehabilitation, and 4) Discharge planning to enhance the family's participation in caring for the patient upon return home.

**Key word:** Acute Pulmonary Embolism, Incarcerated Umbilical Hernia, Intestinal obstruction

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดปอดเฉียบพลันที่เกิดภายหลังการผ่าตัดช่องท้อง คือภาวะที่เกิดจากการที่มีลิ่มเลือดเกิดขึ้นในหลอดเลือดดำ และหลุดไปอุดตันที่หลอดเลือดที่ปอดทำให้เลือดดำไม่สามารถไปแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนเกิดภาวะออกซิเจนพร่อง (hypoxia)<sup>1</sup> และหากก้อนลิ่มเลือดมีขนาดใหญ่จะส่งผลให้ปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาที (cardiac output) ลดลงผู้ป่วยจะมีความดันโลหิตลดลงเกิดภาวะช็อก และเสียชีวิต อุบัติการณ์พบ 39–115 คน ต่อแสนประชากร อัตราเสียชีวิตสูงร้อยละ 15 - 80<sup>2</sup> ปัจจัยเสี่ยงมีทั้งกรรมพันธุ์ทำให้เกิดความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด และปัจจัยเกิดภายหลัง เช่น สูงอายุ (พบมากในผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี ทั้งชายและหญิง)<sup>3</sup> ภาวะอ้วน หลังผ่าตัด มะเร็ง ได้รับฮอร์โมนทดแทน จำกัดการเคลื่อนไหว ตั้งครรภ์ บาดเจ็บ เป็นต้น กลไกที่ทำให้เกิดลิ่มเลือดมี 3 ปัจจัย (Virchow's triad)<sup>1</sup> ได้แก่ 1) การไหลเวียนของเลือดลดลงเกิดจากร่างกายไม่ได้เคลื่อนไหว (immobilization) 2) มีความผิดปกติของเลือดที่ทำให้เกิดลิ่มเลือดได้ง่าย (hypercoagulable states) 3) มีผนังหลอดเลือดดำที่ผิดปกติเกิดจากมี local trauma หรือมีการอักเสบ

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดจากภาวะไส้เลื่อนสะดือติดคา คือ ผู้ป่วยมีอวัยวะภายในช่องท้องบางส่วนเคลื่อนตัวผ่านรูหรือต้นตัวผ่านผนังหน้าท้องที่หย่อนยานสูญเสียความแข็งแรง เนื่องจากมีแรงดันในช่องท้อง ปรากฏเป็นก้อนตุงออกมาให้เห็นภาวะไส้เลื่อนที่เกิดขึ้น บางครั้งสามารถดันกลับเข้าไปในช่องท้องได้อย่างเดิม แต่หากไม่สามารถดันกลับเข้าไปเกิดไส้เลื่อนติดคา (incarcerated) จะต้องทำการรักษาโดยการผ่าตัดฉุกเฉินเพื่อป้องกันไม่ให้ลำไส้ส่วนที่ติดค้างอยู่ถูกบีบรัดจนบวมและขาดเลือดไปเลี้ยงจนลำไส้เน่าตายได้ โดยการรักษาใช้ระยะเวลาประมาณ 6 ชั่วโมง<sup>4</sup> การผ่าตัดเพื่อนำลำไส้หรืออวัยวะอื่นให้กลับไปอยู่ในตำแหน่งเดิม และเย็บซ่อมรูหรือเสริมความแข็งแรงให้กับกล้ามเนื้อหรือพังผืดที่มีพยาธิสภาพ โดยพบว่าภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือภาวะลิ่มเลือดอุดตันปอดมีอาการทางคลินิกดังนี้ หายใจไม่อึดและรองลงมาคืออาการเจ็บหน้าอก<sup>5</sup> อาการที่พบน้อยได้แก่ไอหรือไอเป็นเลือด หอบหืดและภาวะหัวใจหยุดเต้นฉับพลัน การตรวจร่างกายพบมากคือ หัวใจเต้นเร็ว รองลงมา คือพบเสียงแครคเคิล (crackles), โพรซาร์ตซาวนด์ (right sided S4), ราวนด์ เพาโมนิคเว้าท์ (loud pulmonic valve P2 loud P2) ใช้ ความดันโลหิตต่ำ ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดต่ำผลทางห้องปฏิบัติการได้แก่การวิเคราะห์ก๊าซจากหลอดเลือดแดงพบค่าความแตกต่างของแรงดันก๊าซออกซิเจนระหว่างในถุงลมและในเลือดแดง (Alveolar to arterial O<sub>2</sub> Gradient) ผิดปกติหรือพบ เรโซไพราทอริอัลคาโลซิส (respiratory alkalosis) ผลเอกซเรย์ปอดพบแฮมตันฮัมป์ไชยน์ (Hampton hump sign) แต่พบเพียงร้อยละ 0.8 และ เวสเตอร์มาร์ค ซายด์ (Westermarck sign) พบเพียงร้อยละ 0.4 เท่านั้น การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบผิดปกติ ชนิด เอส 1 คิว 3 ที 3 (S1Q3T3 pattern) (S wave in lead I, Q wave in lead III, inverted T wave in lead III), อินคอมพลีท ไรท์บันเดิลบรานซ์บล็อก

(incomplete right bundle branch block; RBBB) โดยมักพบกรณีอาการรุนแรงใช้ทำนายว่าผู้ป่วยเป็นโรคลิ้นเลือดอุดตันในปอดเฉียบพลันได้<sup>6</sup> การตรวจเพื่อยืนยันในผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ดีที่สุดคือการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ฉีดสีหลอดเลือดแดงปอด (computer tomography pulmonary angiography, CTPA)<sup>7</sup> การรักษาแบ่งตามความรุนแรงคือ 1.ชนิดรุนแรง (massive pulmonary embolism) ได้แก่ 1) มีภาวะหัวใจหยุดเต้น 2) ช็อค คือ ความดันตัวบน (systolic blood pressure) น้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท หรือต้องใช้ยากระตุ้นความดันโลหิต ร่วมกับมีอวัยวะล้มเหลว เช่น ชี้นิ้ว ตัวเย็น ปัสสาวะออกน้อย 2.ชนิดไม่รุนแรง (non-massive pulmonary embolism) คือกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าเกณฑ์ชนิดรุนแรงโดยชนิดรุนแรงควรได้ยา thrombolytics agent หากมีข้อห้ามการให้ยาทางเลือกคือผ่าตัดเอาลิ้นเลือดออก (pulmonary embolectomy) รองลงมาคือการให้ยาสลายลิ้นเลือดผ่านทางสายสวน (percutaneous catheter-directed treatment) ส่วนในผู้ป่วยไม่รุนแรงการรักษาคือการให้ยาละลายลิ้นเลือดแบบฉีด (parenteral anticoagulation) เฮพาริน (heparin) หรือ โลว์โมเลกุลาร์ เวท เฮพาริน (low molecular weight heparin) ระยะยาวผู้ป่วยเกือบทุกรายจะได้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน (vitamin K anticoagulant) คือ วาร์ฟาริน (warfarin) รับประทานอย่างน้อย 3 เดือน แต่ผู้ป่วยมะเร็งที่ยังไม่หายขาดแนะนำให้ใช้ยาละลายลิ้นเลือด low molecular weight heparin มากกว่าการใช้ยาชนิดรับประทานใน 6 เดือนแรก และอาจต้องให้ยาไปตลอดชีวิตหรือจนกว่ามะเร็งจะหายขาด<sup>6</sup>

อุบัติการณ์ลิ้นเลือดอุดตันหลอดเลือดปอดเฉียบพลันเป็นภาวะฉุกเฉินมีความรุนแรงถึงแก่ชีวิต แม้จะได้รับการประเมิน และเฝ้าระวังอย่างดีแล้วก็ตาม บทบาทพยาบาลที่สำคัญการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดลิ้นเลือดอุดตันปอดและเฝ้าระวังโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตคือ ภาวะพร่องออกซิเจน ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นเร็วเพื่อให้การช่วยเหลือโดยเร็วกรณีฉุกเฉินขอหมอดสตีทำการกู้ชีพ ช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ คัดกรองวินิจฉัยแยกโรคติดตามผลการตรวจสำคัญใช้แนวทางการบริหารยาความเสี่ยงสูงในการเฝ้าระวังการให้ยาหลอดเลือด ละลายลิ้นเลือดและยาต้านเกร็ดเลือดอย่างปลอดภัยใช้ความรู้และกระบวนการพยาบาลในการประเมินความต้องการและปัญหาดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤต และให้การพยาบาลต่อเนื่องตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย มีการวางแผนจำหน่ายโดยญาติและผู้ป่วยมีส่วนร่วมเสริมพลังในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านอย่างเหมาะสม โดยมีเป้าหมายผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤตและปราศจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยภาวะลิ้นเลือดอุดตันหลอดเลือดปอดเฉียบพลัน เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลและช่วยชีวิตผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน

### วิธีการดำเนินการ

1. เลือกผู้ป่วยศัลยกรรมเกิดภาวะวิกฤตฉุกเฉินที่เข้ารับการรักษาที่ห้องผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่และให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการแก้ไขปัญหาสุขภาพผู้ป่วย
2. วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยใช้หลักการ D METHOD
3. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล

### กรณีศึกษา

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 67 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร เคยผ่าตัดทำหมันนานมากกว่า 20 ปี น้ำหนัก 93 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร ให้ประวัติ 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ถ่ายเหลวเป็นน้ำ 5-6 ครั้งต่อวัน ไม่มีมูกเลือดปน คลื่นไส้อาเจียน 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล แน่นท้อง ท้องอืด ไม่ถ่ายอุจจาระ จึงมาโรงพยาบาล แพทย์ตรวจร่างกายพบมีก้อนนูนบริเวณสะดือด้านขวา แดง คลำอุ่น วินิจฉัยโรคไส้เลื่อนสะดือติดคา (incarcerated umbilical hernia) และลำไส้อุดตัน (small bowel obstruction) รับไว้รักษาในโรงพยาบาลวันที่ 15 ธันวาคม 2565 เวลา 21.49 น. ตีกลัวยกรรรมหญิงสามัญ และในวันที่ 16 ธันวาคม 2565 เข้ารับการผ่าตัดไส้เลื่อนทางหน้าท้องใช้เวลาผ่าตัด 1 ชั่วโมง 20 นาที หลังการผ่าตัดรู้สึกตัวดี หายใจได้เอง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ วันที่ 17 ธันวาคม 2565 เวลา 09.30 น. ให้เริ่มเออร์ แอมบูเรชั่น (early ambulation) ผู้ป่วยลุกยืนข้างเตียงมีอาการวูบ หน้ามืดไม่รู้สึกตัวมือเท้าม่วง ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดแดงปลายนิ้ว 65 เปอร์เซ็นต์ ความดันโลหิต 131/76 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 120 ครั้งต่อนาที หายใจ 14 ครั้งต่อนาที ให้การช่วยเหลือด้วยการบีบถุงลมช่วยหายใจผ่านหน้ากากครอบร่วมกับออกซิเจน 10 ลิตรต่อนาที เจาะเลือดตรวจน้ำตาลปลายนิ้วได้ 114 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ นานประมาณ 10 นาที ผู้ป่วยตื่นถามตอบรู้เรื่อง รูม่านตาขนาด 3 มิลลิเมตรเท่ากัน 2 ข้าง ตอบสนองต่อแสง แขนขา 2 ข้างมีแรงเท่ากันดี ไม่มีอาการอ่อนแรง ความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดได้ 89 เปอร์เซ็นต์ขณะให้ออกซิเจนทางหน้ากากต่อถุงลม 10 ลิตรต่อนาที บ่นแน่นอก ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ S1Q3T3 pattern ส่งตรวจโทรโปนินไอ (troponin I) ตัวนผล 7.9 กิโลกรัมต่อมิลลิลิตร แพทย์วินิจฉัยโรคล้มเลือดอุดตันหลอดเลือดปอดจึงใส่ท่อช่วยหายใจเบอร์ 7.5 ลึก 21 เซนติเมตร บีบถุงลมช่วยหายใจ (ambu bag) ร่วมกับออกซิเจน 10 ลิตรต่อนาที ประเมินแผนกอายุรกรรมร่วมรักษาตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (ECHO) และส่งตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์หลอดเลือดแดงปอดพบมีลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดปอดเฉียบพลัน ย้ายผู้ป่วยเข้ารักษาที่ห้องผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ เวลา 11.50 น. แกรับย้ายผู้ป่วยรู้เรื่องดี ไม่มีแขนขาอ่อนแรงความดันโลหิต 155/100 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 122 ครั้งต่อนาที หายใจ 26 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดปลายนิ้ว 86 เปอร์เซ็นต์ หลังรับย้ายใส่เครื่องช่วยหายใจแพทย์ให้การรักษาด้วยยาละลาย

ลิ้มเลือดมีความดันโลหิตต่ำ 89-90/50-60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 116-120 ครั้งต่อนาที หายใจ 22-28 ครั้งต่อนาที

### การพยาบาล

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงเนื่องจากการอุดตันหลอดเลือดปอดเฉียบพลัน

### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีอาการ ภูเขา หอบ หายใจไม่สะดวก ปลายมือปลายเท้าเขียวเฉียบพลัน ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงสามัญ
2. ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดแดงปลายนิ้วเท่ากับ 86 เปอร์เซ็นต์
3. ชีพจร 122 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 155/100 มิลลิเมตรปรอท
4. ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หลอดเลือดแดงปอด พบมีลิ้มเลือดอุดตันหลอดเลือดปอดเฉียบพลัน (extensive acute pulmonary embolism)

**วัตถุประสงค์การพยาบาล** ปลอดภัยจากภาวะพร่องออกซิเจน

### เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100-140/60-90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที
2. ไม่มีอาการแสดงภาวะพร่องออกซิเจน เช่น ปลายมือ ปลายเท้าเขียว (cyanosis) เหนื่อยออก ตัวเย็นระดับความรู้สึกตัวลดลงจากเดิม
3. ความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดแดงปลายนิ้วเท่ากับ 95 - 100 เปอร์เซ็นต์
4. หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ รูปแบบการหายใจสม่ำเสมอ ไม่ใช้กล้ามเนื้อสเตอร์โนคลีโดมาสตอยด์ (sternocleidomastoid muscles), กล้ามเนื้อทราพีเซียส (trapezius, pectoralis muscles) ช่วยในการหายใจ

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการแสดงภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น กระสับกระส่าย หายใจไม่สะดวก ปลายมือปลายเท้าเขียว ริมฝีปากเขียวระดับความรู้สึกตัวลดลง
2. ติดตามสัญญาณชีพทุก 15 นาที ติดตามความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดแดงปลายนิ้วอย่างต่อเนื่อง
3. ให้ออกซิเจนโดยใช้เครื่องช่วยหายใจดูแลเครื่องให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพโดยตรวจสอบเครื่องก่อนใช้งานต่อสายวงจรถูกต้อง ทำ self-test ก่อนใช้งานทุกครั้ง
4. ให้การพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจดังนี้
  - 4.1 ปรับตั้งการทำงานตามแผนการรักษาแพทย์ คือ PCV mode RR 16 Pc 18 FiO2 1.0 PEEP 5 ตรวจสอบและลงบันทึกการปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจให้ตรงตามแผนการรักษาทุกเวร

4.2 ตรวจสอบและปรับตั้งค่าสัญญาณเตือนให้เหมาะสมโดยเฉพาะค่าแรงดันสูงสุดขณะหายใจเข้าไม่เกิน 50 เซนติเมตรน้ำ เพื่อป้องกันการบาดเจ็บเนื้อเยื่อปอดจากการช่วยหายใจที่มีแรงดันมากเกินไป

4.3 ตรวจสอบท่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่งถูกต้องสายวงจรไม่หักพับ ดึงรั้งไม่มีน้ำขังในสาย

4.4 ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งโดยการดูดเสมหะก่อนให้อาหารและยาหรือเมื่อมีความจำเป็น

4.5 ใช้เทคนิคปราศจากเชื้อในการปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ตามแนวทาง WHAP E ดังนี้

4.5.1 Weaning หย่าเครื่องช่วยหายใจเร็วที่สุด โดยใช้แนวทางหย่าเครื่องช่วยหายใจ

4.5.2 Hand hygiene ใช้หลัก 5 moment for hand hygiene ก่อนสัมผัสผู้ป่วย ก่อนทำหัตถการ หลังสัมผัสผู้ป่วย หลังสัมผัสสิ่งคัดหลั่งผู้ป่วย หลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมผู้ป่วย

4.5.3 Aspiration precaution ป้องกันการสำลัก โดยจัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา ตรวจสอบให้ cuff pressure ของท่อช่วยหายใจอยู่ระหว่าง 30 เซนติเมตรน้ำ ดูดเสมหะเหนือ cuff tube ก่อนดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ ให้อาหารสายยางโดยการหยดใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง

4.6.4 Precaution contamination ใช้เทคนิคปราศจากเชื้อในการปฏิบัติการพยาบาล ทำความสะอาดปากและฟันทุก 8 ชั่วโมง

4.6.5 Environment เน้นทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมในห้องผู้ป่วยแยกอุปกรณ์เฉพาะคน

4.7 ติดตามผลการตรวจภาพรังสีทรวงอกตามแผนการรักษา

#### **ประเมินผลการพยาบาล**

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัว รู้เรื่องดี ผิวหนังอุ่น ปลายมือเท้าแดงดี
2. อัตราการหายใจ 16-18 ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ
3. ความดันโลหิต 90/57-110/67 ชีพจร 90-100 ครั้งต่อนาที
4. ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดแดงปลายนิ้ว 96-99เปอร์เซ็นต์

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2** เกิดภาวะช็อกจากหัวใจเนื่องจากปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง  
**ข้อมูลสนับสนุน**

1. ผู้ป่วยมีภาวะลิ้มเลือดออกทั้งหลอดเลือดปอดผลตรวจตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (ECHO) มีภาวะหัวใจห้องล่างขวาขยายตัวกดเบียดหัวใจห้องล่างซ้าย

2. ความดันโลหิตต่ำ 89/50 มิลลิเมตรปรอทชีพจร 120 ครั้งต่อนาที

3. ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดแดงปลายนิ้ว 86 เปอร์เซ็นต์ ปลายมือเท้าเขียวเย็น

**วัตถุประสงค์การพยาบาล** ปลอดภัยจากภาวะช็อก ไม่เกิดภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ



### เกณฑ์การประเมินผล

1. ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100-140/60-90 มิลลิเมตรปรอท ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตมากกว่า 65 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรอยู่ในช่วง 60-100 ครั้งต่อนาที
2. ผิวหนัง ปลายมือปลายเท้าอุ่น capillary refill  $\leq$  2 วินาที
3. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

### กิจกรรมการพยาบาล

1. บันทึกและติดตามสัญญาณชีพ ทุก 5-15 นาที ประเมินอาการแสดงภาวะช็อกได้แก่ ความดันซิสโตลิกต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท มีอาการแสดงภาวะ hypoperfusion ตัวเย็น ปลายมือเท้าเย็น ชีต capillary refill  $>$  2 วินาที ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

2. ดูแลให้ได้รับยาหดหลอดเลือด (vasopressor) ได้แก่ norepinephrine ขนาด 4 มิลลิกรัม ผสม 5% D/W 250 มิลลิลิตร หยดเข้าหลอดเลือดดำด้วยเครื่องควบคุมการให้สารละลาย เพิ่มความดันโลหิตให้มากกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตมากกว่า 65 มิลลิเมตรปรอท

3. ดูแลให้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic agent) เพื่อช่วยให้เลือดไหลเวียนปกติ ได้แก่ alteplase (rt-PA) ใช้ขนาด 100 มิลลิกรัม ผสม 0.9% NSS 100 มิลลิลิตร หยดเข้าหลอดเลือดดำด้วยเครื่องควบคุมการให้สารละลาย ให้หมดภายใน 2 ชั่วโมงและให้ต่อด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ ยา unfractionated heparin 5000 ยูนิต ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ และให้ต่อเนื่องใช้ heparin 10000 ยูนิต ผสม 0.9% NSS 100 มิลลิลิตร หยดเข้าหลอดเลือดดำ 900 ยูนิตต่อชั่วโมงปรับขนาดยาตามแผนการรักษาให้การพยาบาลผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด ดังนี้

3.1 ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ เรื่องการให้ยาละลายลิ่มเลือดเหตุผลความจำเป็นและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

3.2 ประเมินผู้ป่วย ชักประวัติเกี่ยวกับข้อห้ามและข้อควรระวังในการให้ยาละลายลิ่มเลือด

3.3 ประเมินสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่องก่อนเริ่มยา และระหว่างให้ยา หลังให้ยาหมด

3.4 เฝ้าระวังติดตามระดับความรู้สึกตัวและอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท Glasgow Coma Score (GCS) เพื่อประเมินภาวะเลือดออกในสมอง

3.5 เฝ้าระวังติดตามภาวะเลือดออก (bleeding) ส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น เลือดออกในทางเดินอาหาร (เลือดออกไรฟัน อาเจียนเป็นเลือดถ่ายดำ) เลือดออกทางเดินปัสสาวะ

3.6 Bleeding precaution ต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง งดฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อระวังการเกิดอุบัติเหตุ

3.7 ติดตามค่าการแข็งตัวของเลือด (activated partial thromboplastin time) และค่าความเข้มข้นของเลือดตามแผนการรักษา

4. บันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1-2 ชั่วโมง ให้ได้ปริมาณปัสสาวะมากกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

5. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออก ทุก 8 ชั่วโมง

### ประเมินผลการพยาบาล

1. ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 98/56-120/69 มิลลิเมตรปรอท ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต มากกว่า 65 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90-100 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นหัวใจสม่ำเสมอ
2. ผิวหนัง ปลายมือปลายเท้าอุ่น capillary refill เท่ากับ 2 วินาที
3. ปัสสาวะออก 60-80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง
4. รู้สึกตัว รู้เรื่องดี สัญญาณประสาทไม่เปลี่ยนแปลง

### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลวเนื่องจากเสียเลือด

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. มีเลือดสดซึมออกจากแผลผ่าตัดใต้ลิ้นหน้าท้องจำนวน 100 มิลลิลิตร
  2. มีเลือดสดออกทางสายให้อาหารจำนวน 20 มิลลิลิตร
  3. ค่าความเข้มข้นของเลือดลดลง เท่ากับ 24 เปอร์เซ็นต์ ฮีโมโกลบิน เท่ากับ 7.9 กรัมเปอร์เซ็นต์
- วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลวจากเสียเลือด

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100-140/60-90 มิลลิเมตรปรอท ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตมากกว่า 65 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรอยู่ในช่วง 60-100 ครั้งต่อนาที
2. ผิวหนัง ปลายมือปลายเท้าอุ่น capillary refill  $\leq$  2 วินาที
3. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง
4. ไม่พบเลือดออก ค่าความเข้มข้นของเลือด  $\geq$  30 เปอร์เซ็นต์

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที อาการแสดงภาวะช็อก ได้แก่ ความดันซิสโตลิกต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท นานกว่า 30 นาที มีอาการแสดงภาวะ hypoperfusion ตัวเย็น ปลายมือเท้าเย็น ชีต capillary refill  $>$  2 วินาที ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง
2. ประเมินภาวะเสียเลือดในร่างกายติดตามความเข้มข้นเลือด ทุก 6 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา
3. เตรียมเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ Packed Red Cell 2 ยูนิต
4. ให้สารน้ำและเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตอาการภาวะแทรกซ้อน จากการให้สารน้ำและเลือด
5. ให้ยายับยั้งการหลั่งกรดรักษาแผลในกระเพาะอาหาร losec 40 มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำทุก 12 ชั่วโมงตามแผนการรักษา
6. หยุดเลือดจากแผลผ่าตัดโดยตัดไหมเปิดแผล ใช้น้ำยา adrenaline 1:1000 ชุบผ้าก๊อช ปิดแผลโดยใช้แรงกด
7. ล้างกระเพาะอาหารทางสายให้อาหารด้วย 0.9% NSS จนใส ต่อดึงไว้ประเมินเลือดออกในทางเดินอาหาร



8. บันทึกประเมิน ปริมาตรเลือดที่ออกทุกครั้ง และสารน้ำที่เข้าและออก ทุก 8 ชั่วโมง  
**ประเมินผลการพยาบาล**

1. ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 98/56-120/69 มิลลิเมตรปรอทค่าเฉลี่ยความดันโลหิต มากกว่า 65 มิลลิเมตรปรอทชีพจร 90-100 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นหัวใจสม่ำเสมอ
2. ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลง
3. ผิวหนัง ปลายมือปลายเท้าอุ่น capillary refill เท่ากับ 2 วินาที
4. ปัสสาวะออก 60-80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง
5. ไม่พบเลือดออกจากแผลและในทางเดินอาหารค่าความเข้มข้นของเลือดเท่ากับ 30 เปอร์เซ็นต์

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4** ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

**ข้อมูลสนับสนุน**

1. มีแผลผ่าตัดหน้าท้องยาว 10 เซนติเมตร ตัดไหมเปิดแผลทำแผลโดยใช้แรงกดเพื่อห้ามเลือดไว้
2. ผู้ป่วยกระสับกระส่าย ปวดแผล คะแนนความปวดเท่ากับ 8 คะแนน
3. ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-24 ครั้งต่อนาที

**วัตถุประสงค์** ทุเลาอาการปวด พักผ่อนได้

**เกณฑ์การประเมินผล**

1. ปวดแผลน้อยลงระดับความปวดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ไม่มีอาการกระสับกระส่าย
2. ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-24 ครั้งต่อนาที

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. ประเมินอาการปวดจากสีหน้าท่าทาง สัญญาณชีพที่เปลี่ยนแปลงไป และจากการสอบถามผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือบอกระดับความปวดที่สำคัญคือ การบอกระดับการปวดด้วยตัวเลข ตั้งแต่ 0-10<sup>8</sup>
2. จัดท่านอนกึ่งนั่ง หรือ เปลี่ยนท่าตะแคง แนะนำการหายใจเพื่อลดการเกร็งตึงกล้ามเนื้อ
3. ให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา morphine 5 มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำนาน 5 นาที และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท หายใจช้ากว่า 10 ครั้งต่อนาที

4. ติดตามสัญญาณชีพทุก 5 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง หลังจากนั้นทุก 1 ชั่วโมง
5. ประเมินระดับความปวดซ้ำใน 15 นาที หลังได้รับยา
6. ประเมิน sedative score หลังได้รับยา morphine

**ประเมินผลการพยาบาล**

1. ทุเลาอาการปวดระดับความปวดลดลงเท่ากับ 2 คะแนน หลับได้ ไม่กระสับกระส่าย
2. ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที

### **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากอยู่ในภาวะวิกฤต** **ข้อมูลสนับสนุน**

1. ผู้ป่วยและญาติมีหน้าวิตกกังวลซักถามถึงอาการเจ็บป่วย
2. ผู้ป่วยไม่มีญาติคอยเฝ้าดูแลเนื่องจากต้องนอนในห้องผู้ป่วยหนัก

**วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความกังวลสามารถปรับตัวและเผชิญปัญหาในภาวะวิกฤตได้อย่างเหมาะสม

#### **เกณฑ์การประเมินผล**

1. ผู้ป่วยและญาติทุเลากังวล
2. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจแผนการรักษาพยาบาล และยอมรับอาการผู้ป่วยได้

#### **กิจกรรมการพยาบาล**

1. สร้างสัมพันธภาพกับญาติและผู้ป่วย เปิดโอกาส ให้สอบถามข้อสงสัย ระบายความรู้สึก
2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การรักษาพยาบาลที่ได้รับ การตัดสินใจรับการรักษาและลงนามเอกสารยินยอมรับการรักษาแจ้งระเบียบการเยี่ยม และการปฏิบัติตัวขณะรับการรักษา
3. ประสานให้ได้พบแพทย์ รับทราบข้อมูลโรค แนวทางการรักษาการทำหัตถการ
4. ดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องความสบายของร่างกาย สุขวิทยาส่วนบุคคลสนองตอบความต้องการขั้นพื้นฐานตามความเหมาะสมกำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่สามารถทำร่วมกันได้เพื่อหลีกเลี่ยงการรบกวนผู้ป่วย
5. ประเมินความวิตกกังวล พุดคุย ผ่อนคลายความเครียดและให้กำลังใจผู้ป่วย

#### **ประเมินผลการพยาบาล**

1. ผู้ป่วยและญาติทุเลากังวล สีหน้าผ่อนคลายลง
2. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจแผนการรักษาพยาบาล และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

#### **การพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง**

ผู้ป่วยรู้สึกตัว ถามตอบรู้เรื่องดี หลังให้ยาละลายลิ่มเลือด 1 วัน พ้นจากภาวะช็อกสามารถเลิกใช้ยาหดหลอดเลือดได้ในวันที่ 19 ธันวาคม 2565 ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/60-120/70 มิลลิเมตรปรอทชีพจร 90-100 ครั้งต่อนาที ปัสสาวะออกดีไม่มีภาวะไตวาย ภาวะพร่องออกซิเจนทุเลาสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจออกได้ในวันที่ 20 ธันวาคม 2565 หลังถอดท่อช่วยหายใจแพทย์ให้ใส่ออกซิเจนแรงดันสูง (high flow) ไว้ก่อนไม่พบเลือดออกจากแผลผ่าตัด และทางเดินอาหารจึงเริ่มให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดเพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดซ้ำ

### **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดปอดซ้ำ**

#### **ข้อมูลสนับสนุน**

1. ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดปอดเฉียบพลันหลังรับยาละลายลิ่มเลือด

2. สูงอายุ 67ปี หลังรับการผ่าตัดช่องท้องภาวะไส้เลื่อนสะดือ
3. ภาวะอ้วน น้ำหนัก 93 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย (BMI) 34

**วัตถุประสงค์** ปลอดภัยจากภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดปอดซ้ำ

#### **เกณฑ์การประเมินผล**

1. ไม่พบอาการแสดงภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดปอด ไอ เหนื่อย เหนียว เจ็บอกวูบ
2. ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100-140/60-90 มิลลิเมตรปรอท ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตมากกว่า 65 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรอยู่ในช่วง 60-100 ครั้งต่อนาที
3. ความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดแดง เท่ากับ 95-100 เปอร์เซ็นต์

#### **กิจกรรมการพยาบาล**

1. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง เฝ้าระวัง อาการแสดงภาวะช็อกเฉียบพลัน ได้แก่ ความดันซิสโตลิกต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ตัวเย็น ปลายมือเท้า ชีต capillary refill > 2 วินาที ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิตรต่อชั่วโมง

2. ประเมินอาการแสดงภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดปอดเช่นเหนื่อยหอบ ไอเจ็บหน้าอก แสบ หรือเจ็บขัด หน้ามืด วูบ มือเท้าเขียวเย็น ความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดแดงต่ำ ≤ 90 เปอร์เซ็นต์

3. ให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด unfractionated heparin 10000 ยูนิต ผสม 0.9%NSS 100 มิลลิตร หยดเข้าหลอดเลือดดำโดยเป้าหมายให้ค่าการแข็งตัวของเลือด (activated partial thromboplastin time) อยู่ในระดับ 1.5-2.5 เท่าของค่าควบคุมภายใน 24 ชั่วโมงคู่กับการให้ยาชนิดรับประทาน wafarin 5 มิลลิกรัม วันละ 1 เม็ด ก่อนนอนโดยให้ค่าระยะเวลาในการแข็งตัวของเลือดINR (international normalized ratio) 2-3 เท่า ประมาณ 48 ชั่วโมงก่อนหยุดยา heparin เพื่อลดความเสี่ยงจากการเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดปอดซ้ำ

4. สังเกตติดตามค่าการแข็งตัวของเลือด ตามแผนการรักษา

5. เฝ้าระวังติดตามภาวะเลือดออก (bleeding) ในร่างกาย เช่น เลือดออกในทางเดินอาหาร เลือดออกทางเดินปัสสาวะ ระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณประสาทเปลี่ยนจากเลือดออกในสมอง

6. สังเกตประเมินการทำงานหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง (ECHO) ตามแผนการรักษา

7. กระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกาย จัดทำหุ่นยกขาสูงครึ่งละ 30 นาทีต่อวัน

#### **การประเมินผล**

1. ไม่พบอาการแสดงภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดปอด เช่น ไอ เหนื่อย เหนียว เจ็บอก วูบ
2. ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/60-120/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90-100 ครั้งต่อนาที
3. ความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดแดง เท่ากับ 95-97 เปอร์เซ็นต์
4. ผลการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง (ECHO) ไม่พบลิ่มเลือดในหลอดเลือดปอด

### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 เสี่ยงติดเชื้อแผลผ่าตัดหน้าท้อง

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. แผลผ่าตัดไส้เลื่อนสะดือหน้าท้อง ตัดไหมเปิดไว้แผลแดงมีเลือดแดงจางซึม
2. มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 38.1 – 38.5 องศาเซลเซียส
3. ผลตรวจCBC ค่าเม็ดเลือดขาว 10,450 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร นิวโทรฟิลล์

82 เปอร์เซ็นต์

**วัตถุประสงค์** ปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อแผลผ่าตัด

#### เกณฑ์การประเมิน

1. แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีปวด บวมแดง ร้อน สารคัดหลั่งจากแผลไม่มีกลิ่นเหม็น
2. ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36 – 37.4 องศาเซลเซียส
3. ผลตรวจ CBC เม็ดเลือดขาว 5,000-10,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร นิวโทรฟิลล์

40-70 เปอร์เซ็นต์

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการติดเชื้อแผลผ่าตัด ลักษณะ ปวด บวม แดง ร้อน รอบแผล สิ่งคัดหลั่งจากแผล
2. สังเกตและติดตามผลเฉพาะเชื้อตามแผนการรักษา
3. ปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลทำแผลผ่าตัดโดยใช้หลักสะอาดปราศจากเชื้อ
4. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย ทุก 4 ชั่วโมง
5. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ meropenem 1 กรัมฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ตามแผน

การรักษาแพทย์

6. จัดให้ได้รับสารอาหารเพียงพอ มีประโยชน์ โปรตีนสูง เนื้อสัตว์ ไข่ เพื่อส่งเสริมการหาย

ของแผล

#### ประเมินผลการพยาบาล

1. แผลแห้งดี แพทย์เย็บปิดแผลได้ในวันที่ 24 ธันวาคม 2565
2. ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36.7– 37.4 องศาเซลเซียส
3. ผลตรวจ CBC ค่าเม็ดเลือดขาว 6,550 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร นิวโทรฟิลล์ 70 เปอร์เซ็นต์

### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการดูแลตนเองเรื่องการให้ยา

ด้านการแข็งตัวของเลือด

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. แพทย์จำหน่ายกลับบ้านให้ยาด้านการแข็งตัวของเลือดวาร์รินรับประทานต่ออีก 3 เดือน
2. ญาติและผู้ป่วยไม่มีความรู้และประสบการณ์ในการใช้ยาด้านการแข็งตัวของเลือด
3. ญาติและผู้ป่วยมีสีหน้ากังวลเมื่อทราบว่าต้องรับยาด้านการแข็งตัวของเลือดต่อเนื่องกลับบ้าน

**วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

**เกณฑ์การประเมิน**

1. ผู้ป่วยและญาติ มีความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด
2. ผู้ป่วยและญาติ ทุเลาความวิตกกังวล

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องการดูแลต่อเนื่องโดยใช้หลัก D METHOD
2. ประเมินสุขภาพจิตในวอร์ดคลินิกและหน่วยงานเวชกรรมสังคมช่วยดูแลต่อเนื่อง

**การประเมินผล**

1. ผู้ป่วยและญาติบอกชื่อยา ขนาดที่รับประทาน วิธีรับประทาน สิ่งที่ต้องเฝ้าระวังได้ถูกต้อง
2. ผู้ป่วยและญาติทราบการตรวจติดตาม ต่อเนื่องเมื่อใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด

### สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 67 ปี รับไว้รักษาในโรงพยาบาลวันที่ 15 ธันวาคม 2565 เวลา 21.49 น. วินิจฉัยโรคไส้เลื่อนสะดือติดคา (incarcerated umbilical hernia) และลำไส้อุดตัน (small bowel obstruction) ตีกลัวยกรรมหญิงสามัญ และในวันที่ 16 ธันวาคม 2565 เข้ารับการผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อผูกตัดถุงไส้เลื่อน เย็บซ่อมแซมผนังหน้าท้อง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 20 นาที หลังการผ่าตัด รู้สึกตัวดี หายใจได้เอง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ วันที่ 17 ธันวาคม 2565 เวลา 09.30 น. ให้เริ่ม early ambulation ผู้ป่วยลุกยืนข้างเตียง มีอาการรบกวน หน้ามืด ไม่รู้สึกตัว มือเท้าม่วง ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดแดงปลายนิ้ว 65 เปอร์เซ็นต์ ให้การช่วยเหลือด้วยการบีบถุงลมช่วยหายใจผ่านหน้ากากครอบร่วมกับออกซิเจน 10 ลิตรต่อนาที นานประมาณ 10 นาที ตื่นขึ้นค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดแดงปลายนิ้ว 89 เปอร์เซ็นต์ ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ส่งตรวจวินิจฉัยพบมีภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดปอดเฉียบพลัน (acute massive pulmonary embolism) ย้ายผู้ป่วยเข้ารับการรักษที่ห้องผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ เวลา 11.50 น. แพทย์ให้การรักษาในภาวะฉุกเฉินด้วยยาละลายลิ่มเลือด alteplase (rt-PA) เกิดภาวะแทรกซ้อนเลือดออกจากแผลผ่าตัด แพทย์ตัดไหมเปิดแผลและห้ามเลือด ให้เลือดทดแทน ใช้กระบวนการพยาบาลดูแลในภาวะวิกฤตเพื่อเฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจน ภาวะช็อกจากหัวใจและการบริหารยาความเสี่ยงสูง จนผู้ป่วยปลอดภัยพ้นภาวะวิกฤตและภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจสำเร็จในวันที่ 20 ธันวาคม 2565 และการดูแลในระยะต่อเนื่อง ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดเพื่อป้องกันเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดปอดซ้ำโดยได้รับยา unfractionated heparin หยดเข้าหลอดเลือดดำ ร่วมกับให้ยา warfarin รับประทาน โดยมีปรับยาและติดตามค่าการแข็งตัวของเลือดจนได้ระดับเป้าหมาย วันที่ 23 ธันวาคม 2565 แผลไม่มีเลือดออกแพทย์เย็บปิดแผลให้ หลังให้ยาครบ 5 วันสามารถหยุดยา unfractionated heparin

ได้ และรับยา warfarin รับประทานต่อเนื่องจนครบ 3 เดือน วางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้านให้คำแนะนำ การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด อธิบายโรค เหตุผลในการใช้ยา การปฏิบัติตัวลดความเสี่ยงภาวะเลือดออกง่าย การสังเกตอาการผิดปกติจากภาวะเลือดออกง่าย และส่งปรึกษาเภสัชกร โภชนาการให้คำแนะนำยา และอาหารส่งเวชกรรมสังคมเพื่อดูแลต่อเนื่อง นัดตรวจคลินิกเฉพาะทาง ติดตามผู้ป่วยหลังกลับบ้าน รู้เรื่องช่วยเหลือตัวเองได้ดี วันที่ 17 มกราคม 2566 ค่า INR 1.09 วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2566 INR 2.29 วันที่ 13 มีนาคม 2566 INR 1.87 ไม่มีเลือดออกผิดปกติ

### ข้อเสนอแนะ

1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวโดยเร็วที่สุด (early ambulation) ภายหลังการผ่าตัด และการสอนการยกขาสูงกว่าหัวใจ การบริหารกล้ามเนื้อเท้าและข้อเท้า (foot & ankle exercise) เพื่อกระตุ้นกลไกการหดตัวและคลายตัวของกล้ามเนื้อลายบริเวณน่องเพื่อช่วยเพิ่มการไหลของเลือดกลับสู่หัวใจ<sup>9</sup> ควรทำในผู้ป่วยทุกรายที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ และไม่มีข้อห้ามและเริ่มได้ตั้งแต่ระยะพักฟื้นบนเตียง

2. การรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป เรื่องอาการของลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดแขนขา และปอด เพื่อให้สังเกตอาการและเข้ารับการตรวจวินิจฉัยรักษา และการลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค

3. จากการทบทวนวรรณกรรม การใช้อุปกรณ์ในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้าม เช่น อุปกรณ์ป้องกันลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำส่วนลึก (pneumatic pump) เป็นวิธีป้องกันเชิงกลที่มีหลักฐานยืนยันประสิทธิภาพมากที่สุด<sup>10</sup> ปีบไล้เลือดต่อเนื่องในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะหลังผ่าตัดที่ต้องนอนนิ่งนาน หรือผู้ป่วยมะเร็ง และควรมีการประเมินอาการและการแสดงของการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตันในผู้ป่วยทุกวัน ได้แก่ อาการบวม แดง กดเจ็บ หลอดเลือดดำขยายที่บริเวณขนาหรือขา อุณหภูมิสูงขึ้น และพบ Homan's sign คือมีอาการปวดที่น่องเมื่อกระดกปลายเท้าขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

1. ทศพล ลัมพิจารณ์กิจ.โรคลิ่มเลือดอุดตันในปอด (pulmonary embolism)[อินเทอร์เน็ต]. ธันวาคม 2557[เข้าถึงเมื่อ 8 พ.ค 2566].เข้าถึงได้จาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/med/sites/default/files/public/pdf/medicinebook1/Pulmonary%20embolism%20%E0%B8%AD%20%E0%B8%97%E0%B8%A8%E0%B8%9E%E0%B8%A5.pdf>
2. ชนกพร ดาววัน.การผ่าตัดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดปอดเฉียบพลันและการใช้เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอด. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร.2564.;24(2):101-15.
3. เยาวลักษณ์ หอมวงศา, จิราภรณ์ ขวนรัมย์, ศิริวรรณ อาจบุราย. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันปอดเฉียบพลัน ในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึก. วารสารการแพทย์โรงพยาบาล ศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรัมย์. 2563; 35(3): 543-54.

4. อุดม แสงทรัพย์. อันตรายอย่าปล่อยให้ไส้เลื่อนติดคา[อินเทอร์เน็ต]กรุงเทพ: โรงพยาบาลกรุงเทพ [เข้าถึงเมื่อ 6พ.ค2566]. เข้าถึงได้จาก <https://www.bangkokhospital.com/content/incarcerated-hernia>.
5. บุรพา ปุสธรรม. โรคไส้เลื่อนอุดตันในหลอดเลือดปอดเฉียบพลัน. ศรีนครินทร์เวชสาร 2557; 29(5): 485-96.
6. วรณภรณ์ สิงหาจุลเกต.การศึกษาลักษณะอาการทางคลินิก ปัจจัยเสี่ยง และผลการรักษาของผู้ป่วยโรคไส้เลื่อนอุดตันในปอดเฉียบพลันในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว. บุรพาเวชสาร. 2564 ;8(2):86-99.
7. ไพสิน รัตนวัฒน์กุล. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาสไส้เลื่อนอุดตันในหลอดเลือดแดงปอดฉบับปรับปรุงใหม่. วารสารอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2560; 3:2:1-9.
8. ปิยศักดิ์วิทย์บุรณานนท์,ปรัชญ์วิไล นุชประมุข. การศึกษาหาระดับคะแนนความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางศัลยกรรมแบบไม่ฉุฉฉฉฉฉ โดยใช้แบบคำสั่งการรักษาระงับปวดหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง 2563; 64(2):127-31.
9. กันตา ชื่นจิต.ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายเข้าร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อความเร็วในการไหลเวียนกลับของเลือดดำบริเวณขาหนีบในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. วารสารเกื้อการุณย์ 2560;24(1):165:77.
10. สินธิป พัฒนะคุหา, ปรัชญพร คำเมืองลือ, สยาม ทองประเสริฐ, อภิชนา ไชวินทะ, อติศักดิ์ ตันติวรวิทย์.การป้องกันภาวะไส้เลื่อนอุดตันหลอดเลือดดำสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2561; 28(1): 24-31.