

การพยาบาลปรีศัลยกรรมในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับยาระงับความรู้สึก ทั่วร่างกาย ในการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลาย มาทำทางระบายน้ำปัสสาวะ: กรณีศึกษา 2 ราย

ละมัยศิลป์ เหมะธูรินทร์¹

บทคัดย่อ

การให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายมาทำทางระบายน้ำปัสสาวะ เป็นการให้ยาระงับความรู้สึกกับผู้ป่วยแบบทั่วไปที่ย่างยากซับซ้อน ฤทธิ์ของยากดการหายใจผู้ป่วยหมดสติจากการให้ยาตามสลบ อาจมีภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจเกิดจากภาวะขาดออกซิเจนที่รุนแรงจนเสียชีวิตเกิดขึ้นได้ทั้งในขณะและหลังผ่าตัด วิทยาลัยพยาบาลต้องมีความรู้ ในการประเมินการค้นหาคำปัญหา อย่างรวดเร็ว และการแก้ไขปัญหาภาวะแทรกซ้อนอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ในการศึกษา เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลปรีศัลยกรรมผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ในการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายมาทำทางระบายน้ำปัสสาวะ กรณีศึกษา 2 ราย

รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ ประกอบด้วยข้อมูลทุกด้านทุกระยะการผ่าตัด จนได้รับการเยี่ยมหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง

ผลการศึกษา กรณีศึกษา 2 ราย มีส่วนคล้ายกันในเรื่องการผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึก และแตกต่างในเรื่องภาวะการแทรกซ้อน ผู้ป่วยรายที่ 1 มีโรคประจำตัวคือ เบาหวาน และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ คือ Right Bundle Branch Block และสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด 1,500 มิลลิลิตร และต้องใส่ท่อช่วยหายใจกลับตีก SICU ผู้ป่วยรายที่ 2 หลังผ่าตัดได้ใช้ PCA (Patient Controlled Analgesia) สูญเสียเลือดขณะผ่าตัด 460 มิลลิลิตร ให้ O₂ canular 3lpm กลับตีก SICU ซึ่งทั้งสองรายได้รับการแก้ไขภาวะแทรกซ้อนทันทีอย่างปลอดภัยทั้งระยะผ่าตัดและระยะพักฟื้น

สรุป จากการศึกษกรณีศึกษา 2 ราย พบว่า การทำผ่าตัดผู้ป่วยทั้ง 2 รายปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ในการให้ยาระงับความรู้สึก และได้รับประเมินอาการ รวมทั้งให้การดูแลอย่างครอบคลุม

คำสำคัญ: การพยาบาลปรีศัลยกรรม, โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ, การให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย, การผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลาย มาทำทางระบายน้ำปัสสาวะ

วันที่รับบทความ
5 ธันวาคม 2566

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข
26 ธันวาคม 2566

วันที่ตอบรับบทความ
30 ธันวาคม 2566

โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: lamaisin@gmail.com

Perioperative Nursing Care for Bladder Cancer Patients undergoing Radical cystectomy with Ileal conduit under General Anesthesia at Sakonnakhon Hospital : 2 Case Studies

Lamaisin Hemathurin¹

Abstract

Giving General Anesthesia for Radical cystectomy with Ileal conduit is the advance and complex general anesthesia. The general anesthesia which affects on patients to unconscious by anesthesia. The complication breathing function can cause side effect to respiratory systems. The effects caused from severe hypoxia to death could occur both during and after surgery. The nurses anesthesia are required sufficient knowledge in early detected to assessment the problem and be promptly troubleshoot to efficiently nursing for patient safety.

Objective Aim to perform the comparative study of perioperative nursing between bladder cancer patient received general anesthesia during create ileal conduit, 2 case studies

Research design Performing in comparative study, compare between 2 case studies by collecting data from patients' medical records from the beginning, including information in every phrase until 48 hours postoperative care.

Finding In both case studies, there is similarity and difference which are general anesthesia and complications respectively. One of the patients has diabetes and arrhythmia which is the right bundle branch block. The patient lost blood during surgery for 1,500 ml. and was put in intubation, then returned to SICU. As for the second patient, the PCA was used after operation as a result of losing blood while operation for 460 ml. and Oxygen cannula 3 lpm was given, then returned to SICU. The complications were promptly and safely resolved in both patients both in operation and recovery phase.

Conclusion and discussion From both case studies, the results showed that the operations were performed safely and no severe complication from general anesthesia. Assessment and post surgery care was performed inclusively.

Keywords: Perioperative nursing care, Bladder cancer, General anesthesia, Radical cystectomy with Ileal conduit.

Received
5 December 2023

Revised
26 December 2023

Accepted
30 December 2023

¹Sakon Nakhon Hospital, Corresponding author, e-mail: lamaisin@gmail.com

บทนำ

โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ จากสถิติปี 2564 2565 และ 2566 พบว่ามีจำนวน 23, 11, 23 ราย ตามลำดับ (สารสนเทศ สถิติให้บริการผ่าตัดผู้ป่วย โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ) โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ พบได้บ่อยเป็นอันดับ 7 ของมะเร็งซึ่งพบในเพศชายทั่วโลก และเป็นอันดับที่ 11¹ ของมะเร็งที่พบบ่อยในทั้งสองเพศ The worldwide age-standardized incidence rate (ต่อประชากร 100,000 รายต่อปี) เท่ากับ 9.0 สำหรับเพศชาย และ 2.2 สำหรับเพศหญิง age-standardised mortality rate (ต่อประชากร 100,000 รายต่อปี) เท่ากับ 3.2 สำหรับเพศชายและเท่ากับ 0.9 สำหรับเพศหญิง จากข้อมูลเมื่อปี พ.ศ. 2555 อุบัติการณ์ของมะเร็งกระเพาะปัสสาวะและอัตราการตายแตกต่างกันในแต่ละประเทศเนื่องจากปัจจัยเสี่ยง² การตรวจพบและการวินิจฉัยและการรักษา³ ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะจะแสดงออกด้วยโรคซึ่งจำกัดอยู่ที่เยื่อเมือก (mucosa) (stage Ta, CIS) หรือใต้เยื่อเมือก (submucosa) (stage T1) ซึ่งจะมีการพยากรณ์โรคดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ stage T2-4⁴ ที่ได้รับการรับรู้ความรู้สึกทั่วร่างกาย ในการผ่าตัดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายมาทำทางระบายน้ำปัสสาวะ ภายหลังได้รับการดูแลรักษาการแก้ไขภาวะวิกฤติผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้น พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการประเมินอาการและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพพยาบาลและการศึกษาทฤษฎีทางการพยาบาลการประยุกต์ใช้เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะขณะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาเชิงลึกการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับการรับรู้ความรู้สึกทั่วร่างกาย ในการผ่าตัดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายมา

ทำทางระบายน้ำปัสสาวะ โดยศึกษากรณีศึกษา จำนวน 2 ราย

วัตถุประสงค์

เพื่อนำความรู้ที่ได้จากการศึกษากรณีศึกษา 2 ราย ไปปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับการรับรู้ความรู้สึกทั่วร่างกาย ในการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายมาทำทางระบายน้ำปัสสาวะให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อทีมวิสัญญีพยาบาล

วิธีการดำเนินงาน

1. เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายมาทำทางระบายน้ำปัสสาวะ ที่เข้ารับการรักษายาบาลในโรงพยาบาล สกลนครจำนวน ศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย
2. ทบทวนความรู้พยาธิสภาพการดำเนินโรค ทบทวนวรรณกรรม ปรีกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ด้านศัลยกรรมกระเพาะปัสสาวะ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล
3. ศึกษาประวัติการดำเนินโรคปัจจัยเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน การรักษาพยาบาล การผ่าตัด การวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยประยุกต์จากแนวคิด² ทฤษฎีทางการพยาบาลโอเรม
4. เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ปัญหาความต้องการทางการพยาบาลของผู้ป่วยและครอบครัว
5. วางแผนการพยาบาลและประเมินปัญหา ภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่ขั้นเตรียมผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด รวมทั้งดูแลต่อเนื่องจนจำหน่าย
6. สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ จัดทำเอกสารเพื่อเผยแพร่

พยาธิสภาพการรักษาและการพยาบาลที่สำคัญ ในประเทศไทยมะเร็งของกระเพาะปัสสาวะเป็นมะเร็งของระบบทางเดินปัสสาวะที่พบได้บ่อยที่สุด มีอุบัติการณ์ประมาณ 4.9 ต่อประชากร 100,000 คน และเป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับ 6 ในเพศชายทั้งหมด อยู่ในช่วงอายุ 50-70 ปี ซึ่งร้อยละ 90 เป็น transitional cell carcinoma และประมาณร้อยละ 75-80 ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งของกระเพาะปัสสาวะจัดอยู่ในกลุ่มของเนื้องอกของเซลล์บุผิว (Superficial carcinoma) ส่วนใหญ่เกิดขึ้นมาจากเยื่อบุภายในของกระเพาะปัสสาวะมีการแบ่งตัวเพิ่มมากกว่าปกติ จนกลายเป็นก้อนเนื้องอกขึ้นมา และเจริญเติบโตขึ้นเรื่อยๆ จนอาจโตเต็มกระเพาะปัสสาวะ และแผ่ขยายลุกลามออกไปยังอวัยวะข้างเคียงและต่อมน้ำเหลือง หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ จะได้รับการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดรวมทั้งเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณข้างเคียงออก และภายหลังการตัดกระเพาะปัสสาวะออกแล้วจะต้องทำให้ทางปัสสาวะออกใหม่ (Urinary diversion) ซึ่งมีด้วยกันหลายวิธี ในปัจจุบันยังไม่มีวิธีที่ดีที่สุด สำหรับใช้กับผู้ป่วยทุกราย ขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ความรู้ความเข้าใจ และความร่วมมือของผู้ป่วย รวมทั้งประสบการณ์และความถนัดของศัลยแพทย์ด้วย แต่ส่วนใหญ่ศัลยแพทย์จะพิจารณาทำทางให้ปัสสาวะออกใหม่ด้วยการนำท่อไตทั้งสองข้างต่อเข้ากับลำไส้เล็กส่วนปลาย (Ileum) ที่ตัดแยกออกมาเป็นช่วงสั้นๆ ประมาณ 10-15 เซนติเมตร เพื่อเป็นทางให้น้ำปัสสาวะออกมาทางหน้าท้อง ภายหลังการผ่าตัดมีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเข้าสู่ไตน้อยกว่าการใช้ลำไส้ใหญ่ส่วนปลายมาทำทางออกของน้ำปัสสาวะ (Ureterosigmoidostomy) เนื่องจากลำไส้เล็กส่วนปลายที่นำมาต่อกับท่อไตนั้น มีประสิทธิภาพในการบีบรัด (Peristalsis movement) ทำให้น้ำปัสสาวะมีการขับออกข้างนอกทางเดียวไม่มีการไหลย้อนกลับไปยังส่วนบน ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดการ

คั่งของน้ำปัสสาวะที่หลอดไต (Hydronephrosis) กรวยไต (Hydropelvis) หรือที่ไต (Hydronephrosis) ได้ มีผลทำให้เนื้อเยื่อบริเวณเหล่านี้ถูกทำลาย และเป็นนิ่วได้ง่าย

จากสถิติจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษา กรณีตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ในการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด และนำลำไส้เล็กส่วนปลายมาทำทางระบายน้ำปัสสาวะ

หลักการรักษาด้วยการผ่าตัด (Principles of Surgical Management)

การผ่าตัดเนื้องอกกระเพาะปัสสาวะด้วยการส่องกล้องทางท่อปัสสาวะเพื่อประเมินระยะโรค (Transurethral Resection of The Bladder Tumor (TUR-BT) for Staging

1. ตัดให้ลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อเนื้องอกกระเพาะปัสสาวะสำหรับการวินิจฉัยในสิ่งส่งตรวจ
2. การตัดให้ลึกถึงชั้นกล้ามเนื้ออาจถูกกลืนได้ในกรณีที่ข้อมูลบ่งว่าเนื้องอกเป็น low grade Ta ในกรณีที่ทราบอยู่แล้วว่าเป็น Cis
3. ตัดชั้นเนื้อบริเวณข้างเคียงก่อนเนื้องอก
4. พิจารณาตัดชั้นเนื้อต่อมลูกหมากในกรณีที่สงสัยลุกลามไปที่ต่อมลูกหมาก
5. ก้อนเนื้องอกประเภท papillary ควรทำ TURBT ชั่ว (ภายใน 6-12 สัปดาห์) เมื่อพบกรณี ดังนี้
 - การตัดเนื้องอกไม่สมบูรณ์ในครั้งแรก (Incomplete initial Resection)
 - ไม่ตัดชั้นกล้ามเนื้อเนื้องอกกระเพาะปัสสาวะในกรณี high -grade disease
 - ก้อนเนื้องอกขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่าหรือเท่ากับ 3 เซนติเมตรหรือมีก้อน
6. ก้อนเนื้องอกประเภท sessile หรือ invasive appearing tumor ซึ่งน่าจะเป็น muscle invasive ควรทำ TURBT ชั่ว (ภายใน 6-12 สัปดาห์) เมื่อพบกรณีดังนี้

- ไม่ได้ชั้นกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะในกรณี high-grade disease
- การผ่าตัดครั้งแรกไม่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับระยะหรือความเสี่ยงของโรคซึ่งมีผลต่อการเลือกการรักษา
- การผ่าตัดครั้งแรกไม่สมบูรณ์ในกรณีเลือกการรักษาประเภทอนุรักษ์กระเพาะปัสสาวะ ก่อนเนื้องอกประเภท sessile หรือ invasive appearing tumor และลักษณะคลินิกอื่น ซึ่งจะเป็น muscle invasive ไม่สามารถทำ TURBT ได้หมด อาจพิจารณาตัดเนื้องอกเฉพาะบางส่วนเพื่อการวินิจฉัยโรค
- ใส่เคมีบำบัดในกระเพาะปัสสาวะทันทีหลังการผ่าตัด TURBT ภายใน 24 ชั่วโมงในกรณีของ NMIBC เมื่อไม่สงสัยว่ามีกระเพาะปัสสาวะทะลุจากการผ่าตัด
- Gemcitabine (category 1) และ mitomycin (category 1) เป็นสารที่ถูกเลือกใช้มากที่สุดสำหรับกลุ่มเคมีบำบัดที่นำมาใช้ในกระเพาะปัสสาวะ

การผ่าตัด radical cystectomy(6)

1. ในกรณีมะเร็งกระเพาะปัสสาวะกลุ่ม non-muscle invasive นั้นการผ่าตัด radical cystectomy สามารถถูกเลือกทำได้สำหรับกลุ่ม high-grade cT1 ซึ่งยังคงมีมะเร็งหลงเหลืออยู่หรือพบการลุกลามถึงชั้นกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะเมื่อทำ TURBT ชั่ว
2. Radical cystectomy ควรทำภายใน 3 เดือนหลังการวินิจฉัย ในกรณีที่ไม่มีแผนการรักษาที่จะให้ก่อนการผ่าตัด
3. เป็นทางเลือกสำหรับการรักษาขั้นต้นของ cT2, cT3 และ cT4a ในกรณีของผู้ป่วย cT4b ซึ่งได้รับเลือกมาอย่างดี และตอบสนองต่อการรักษาขั้นต้น ก็อาจเหมาะสมกับการผ่าตัดประเภทนี้
4. ควรให้เคมีบำบัดก่อนผ่าตัด ซึ่งควรมี cisplatin-based อยู่ในสูตรการทำ radical cystectomy โดยไม่ได้รับเคมีบำบัดก่อนผ่าตัดเป็นทางเลือกสำหรับ

ผู้ป่วยซึ่งไม่เหมาะสมกับการได้รับเคมีบำบัด Radical cystectomy technique and extent

ในผู้ชายมาตรฐานการทำ Radical cystectomy คือการผ่าตัด Bladder, prostate, seminal vesicle, $\pm$ distal urethra และ regional lymph node การทำ prostate-sparing cystectomy ถือเป็นทางเลือกที่ต้องระมัดระวังในกรณีที่ไม่มีมะเร็ง prostate urethra และเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากในปัจจุบันการทำ extended lymphadenectomy ยังไม่สามารถสรุปได้ถึง overall survival ได้ แต่การตัดต่อมน้ำเหลืองที่มากกว่า 10 ต่อมนจะช่วยเรื่อง Overall survival Pelvic organ preservation techniques in men ยังไม่มีข้อสรุปว่า techniques ใดจะดีกว่าในเรื่อง preserves function และ oncological outcomes ได้แบ่ง techniques เป็น 4 แบบ ดังนี้

Prostate sparing cystectomy เป็นการเก็บส่วนของ seminal vesicles, vas deferens และ neurovascular bundles

Capsule sparing cystectomy เป็นการเก็บ capsule ของต่อมลูกหมากโดย adenoma ตัดออกโดยวิธี TURP หรือ bloc ร่วมกับ bladder เหลือ Seminal vesicles, vas deferens และ neurovascular bundles

Seminal sparing cystectomy เป็นการเก็บ Seminal vesicles, vas deferens และ neurovascular bundles

Nerve sparing cystectomy เป็นการเก็บ neurovascular bundles การเลือกผู้ป่วยที่จะทำ techniques เหล่านี้ต้องเป็น organ-confined disease และต้องไม่มี tumor บริเวณ prostate urethra หรือ bladder neck

การวินิจฉัย urethral invasion ก่อนการผ่าตัด cystectomy หรือ positive urethral frozen section ถือเป็นข้อห้ามในการผ่าตัด neobladder reconstruction

การพยาบาลที่สำคัญ กรณีศึกษา 2 รายนี้ ได้ขอวินิจฉัยการพยาบาลเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนให้

ยาระงับความรู้สึก ระยะขณะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก และระยะหลังการให้ยาระงับความรู้สึก⁵

ผลการศึกษา

จากการศึกษา กรณีศึกษาเปรียบเทียบ การพยาบาลประคับประคองในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ในการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายมาทำทางระบายน้ำปัสสาวะ 2 ราย พบว่าผู้ป่วยมีอาการของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ โดยปัสสาวะเป็นเลือด และมีผล CT SCAN คือ มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

กรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทย อายุ 60 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้องน้อยปัสสาวะมีเลือดปน เคยนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลได้รับการผ่าตัดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะด้วยวิธีส่องกล้องทางทวารปัสสาวะ Transurethral resection of bladder tumor (TURBT) และนัดมาฟังผลชิ้นเนื้อยืนยันคือเป็นมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ แพทย์มีแผนการรักษาต่อเนื่องคือเตรียมผ่าตัดการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายมาทำทางระบายน้ำปัสสาวะ (Radical cystectomy with ileal conduit) โดยมีการเตรียมเลือดก่อนผ่าตัด ตรวจเอกซเรย์ปอด ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผู้ป่วยรายนี้พบคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ คือ Right bundle branch block และมีโรคประจำตัวคือ เบาหวาน น้ำตาลในเลือดก่อนผ่าตัด 146 mg% ผ่าตัดโดยได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป โดยจัดท่านอนบนขาห้อย เพื่อทำการผ่าตัด ขณะผ่าตัดสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ สูญเสียเลือด 1,500 มิลลิลิตร ความเข้มข้นเลือดก่อนผ่าตัด 40 VOL % ได้รับ Pack Red Cell group A Rh Positive 2 unit รวมเป็น 413 มิลลิลิตร ขณะผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อน มีการเฝ้าระวัง อาการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพอยู่ตลอดเวลา รวมเวลาผ่าตัด 420 นาที ติดตามอาการผู้ป่วยที่ห้องพักฟื้น สัญญาณชีพคงที่แผลผ่าตัดไม่ซึม ย้ายออกส่งต่อหอ

ผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โดยวิสัญญีนำส่งผู้ป่วยรู้ตัว GCS E1V1M6 on ET tube No.8 ซีด 21 หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง RR 16 ครั้ง ต่อนาที O2 sat 84- 95 % On NG Tube with bag content 5 มิลลิลิตร on C – LINE at Right SCV, on Heparin Lock แขนซ้าย monitor EKG Normal sinus Rythm HR 72 – 82 ครั้งต่อนาที แผลหน้าท้องซึมเล็กน้อย on ileal conduit ด้านขวา on tube drain ด้านซ้าย content สีน้ำตาลเนื้อ Retained Foley's catheter urine flow สีน้ำตาลไม่มีตะกอน ดูแลด้านกายจิตใจ ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้การพยาบาลอย่างครอบคลุม 4 มิติ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ หลังผ่าตัดวันที่ 1 ได้รับการถอด Endotracheal tube โดยให้ Oxygen Mask with Bag 10 LPM หลังผ่าตัด 2 วัน สามารถหายใจโดยใช้ Oxygen Cannula 3 lpm ไม่มีอาการเหนื่อย อาการคงที่ ย้ายตักสัณฐานหลังผ่าตัดวันที่ 2 อาการทั่วไปคงที่ หลังผ่าตัดวันที่ 9 แพทย์มีแผนการรักษาต่อเนื่องคือ ผ่าตัด debride with suture แผลหน้าท้อง และมีการผ่าตัด Revise feeding tube in ileal conduit อาการหลังผ่าตัดระยะพักฟื้นที่ตักสัณฐานสัญญาณชีพปกติ ไม่มีการติดเชื้อมีรับประทานอาหารได้ ไม่มีท้องอืด แผลแห้งไม่ซึม จำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล รวมวันนอน 33 วัน

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 58 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการปัสสาวะมีเลือดปน ปวดท้องน้อยบางครั้ง ผล CT scan เป็นมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ แพทย์วางแผนการรักษาโดยการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายมาทำทางระบายน้ำปัสสาวะ (Radical cystectomy with ileal conduit) ไม่มีโรคประจำตัวเตรียมผ่าตัด เตรียมเลือดและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการความเข้มข้นของเลือด 26 vol% ให้ Pack Red Cell 1 unit ก่อนผ่าตัด และได้รับการผ่าตัดตามแผนการรักษา โดยผู้ป่วยรายนี้ได้ให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ใช้เวลาในการผ่าตัดรวม 230 นาที ระหว่างผ่าตัดจัดท่านอนหงายขณะได้รับยาระงับความรู้สึก สูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 500 ml.

หลังผ่าตัดได้รับการประเมินและให้การพยาบาลระยะหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้น สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ หัวใจเต้นปกติ คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ สัญญาณชีพคงที่มี เครื่องควบคุมความเจ็บปวดด้วยตนเอง PCA (Patient Controlled Analgesia) เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ มีความปลอดภัยสูง ให้ยาระงับปวดเข้าทางหลอดเลือดดำหรือช่องเหนือไขสันหลัง กลับตีกผู้ป่วยหนักคัดยกรมรู้ตัว หายใจไม่หอบ Glasgow Coma Scale (GCS) E4V5M6 on Oxygen Cannula 3 ltr/min Oxygen Sat 100% on NG tube with bag monitor EKG ปกติ on C-line มีแผลผ่าตัดหน้าท้อง มี Jackson. Drain on Foley's Catheter traction on right ileal conduit ต่อลง bag ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยรายนี้ เฝ้าระวังภาวะเนื้อเยื่อพร่อง

ออกซิเจน เฝ้าระวังการติดเชื้อประเมินอาการสูญเสียเลือดหลังผ่าตัด ดูแลป้องกันภาวะไม่สมดุลของสารน้ำเข้าออกในร่างกาย และดูแลได้รับสารน้ำเพียงพอ ตรวจน้ำตาลในเลือด 96 mg.% และ pain management โดยมุ่งเน้น แนะนำการใช้เครื่อง PCA ให้การพยาบาลโดยหลักการ Aseptic Technique และการบริหารยาปฏิชีวนะอย่างครอบคลุมและถูกต้อง ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยให้สะอาด ปราศจากเชื้อ ความชื้นในเลือด 29 vol% ไม่มีการสูญเสียเลือดเพิ่ม สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติให้ความรู้เรื่องการดูแล Urostomy จำหน่ายกลับบ้านรวมวันนอนโรงพยาบาล 17 วัน

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลการดำเนินของโรค

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors)	ผู้ป่วยชายไทย อายุ 60 ปี มีโรคประจำตัวเบาหวาน	ผู้ป่วยชายไทย อายุ 58 ปี ไม่มีโรคประจำตัว
อาการสำคัญ	- ปัสสาวะมีเลือดปนสองเดือน - เคยได้รับการผ่าตัด TURBT	- ปัสสาวะมีเลือดปน 1 เดือน - ไม่เคยได้รับการผ่าตัด
การตรวจวินิจฉัย	- ตรวจ CT - ผ่าตัด TURBT - CXR, EKG ผล Ab Normal - ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ผลตรวจ CA Bladder	- ไม่ได้ CT - ไม่ได้ผ่าตัด - CXR, EKG ผลปกติ - ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ผลตรวจ CA Bladder
การทำผ่าตัด	การผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายมาทำทางระบายน้ำปัสสาวะ	การผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายมาทำทางระบายน้ำปัสสาวะ
ระยะเวลาการผ่าตัด	420 นาที	230 นาที
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล	33 วัน	17 วัน
ปัญหาหลังผ่าตัด	มี EKG ผิดปกติและสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 1,500 ml. on ET tube ย้ายหอผู้ป่วยหนักคัดยกรม	หายใจเองได้ on oxygen canular 3 lpm ย้ายหอผู้ป่วยหนักคัดยกรมพร้อมเครื่อง PCA

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปแบ่งเป็น 3 ระยะ ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล⁶

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ระยะก่อนการให้ยาระงับ ความรู้สึกแบบทั่วไป	- ขาดความรู้เรื่องโรคเมเร็งกระเพาะปัสสาวะ - ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อน-ขณะและหลังการให้ยาระงับความรู้สึก - วิตกกังวลเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปและการผ่าตัด	- ขาดความรู้เรื่องโรคเมเร็งกระเพาะปัสสาวะ - ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อน-ขณะและหลังการให้ยาระงับความรู้สึก - วิตกกังวลเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปและการผ่าตัด
ระยะขณะการให้ยาระงับ ความรู้สึกแบบทั่วไป	- เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด - เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกขณะทำหัตถการ - เสี่ยงต่อการเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ - เสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ - เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ระบบหายใจล้มเหลวและเสียชีวิตจากการเกิดลมในช่องเยื่อหุ้มปอด	- เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ขณะผ่าตัด - เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกขณะทำหัตถการ - เสี่ยงต่อการเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ - เสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ - เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ระบบหายใจล้มเหลวและเสียชีวิตจากการเกิดลมในช่องเยื่อหุ้มปอด
ระยะหลังการให้ยาระงับ ความรู้สึกแบบทั่วไป	- เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจลำบาก ภาวะเลือดมีออกซิเจนต่ำ - ปวดแผลหลังผ่าตัด - ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	- เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจลำบาก ภาวะเลือดมีออกซิเจนต่ำ - ปวดแผลหลังผ่าตัด - ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ตารางที่ 3 กิจกรรมทางการพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึก แบ่งเป็น 3 ระยะ

กิจกรรมทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ระยะก่อนการให้ยาระงับ ความรู้สึก	1. เยี่ยมผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก 1 วัน⁵ ที่หอผู้ป่วย 1.1 ให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับโรค การระงับความรู้สึกแบบทั่วไปและการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด 1.2 ประเมินและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยในอดีต การใช้ยาที่มีผลต่อการให้ยาระงับความรู้สึก การแพ้ยา แพ้อาหาร การดื่มสุรา ประวัติการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ประวัติครอบครัวที่ผ่าตัด ชักถามอาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น นอนราบไม่ได้ การไอเรื้อรัง หอบหืด ภูมิแพ้ โรคปอด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปัญหาและความต้องการ สภาพความพร้อมด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย 1.3 ประเมินสภาพผู้ป่วยตาม ASA Class เพื่อทราบความแข็งแรง สมบูรณ์และความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการให้ยาระงับความรู้สึก 1.4 ประสานงานและให้ข้อมูลการเตรียมผู้ป่วยก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกกับการพยาบาลประจำหอผู้ป่วย 1.5 บันทึกการพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่มอบให้ผู้ป่วยและครอบครัว สรุปผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย	1. เยี่ยมผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก 1 วัน ที่หอผู้ป่วย 1.1 ให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับโรค การระงับความรู้สึกแบบทั่วไปและการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด 1.2 ประเมินและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยในอดีต การใช้ยาที่มีผลต่อการให้ยาระงับความรู้สึก การแพ้ยา แพ้อาหาร การดื่มสุรา ประวัติการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ประวัติครอบครัวที่ผ่าตัด ชักถามอาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น นอนราบไม่ได้ การไอเรื้อรัง หอบหืด ภูมิแพ้ โรคปอด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปัญหาและความต้องการ สภาพความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย 1.3 ประเมินสภาพผู้ป่วยตาม ASA Class เพื่อทราบความแข็งแรง สมบูรณ์และความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการให้ยาระงับความรู้สึก 1.4 ประสานงานและให้ข้อมูลการเตรียมผู้ป่วยก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกกับการพยาบาลประจำหอผู้ป่วย 1.5 บันทึกการพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่มอบให้ผู้ป่วยและครอบครัว สรุปผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ตารางที่ 3 กิจกรรมทางการพยาบาลการให้ยาระับความรู้สึก แบ่งเป็น 3 ระยะ (ต่อ)

กิจกรรมทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ระยะก่อนการให้ยาระับความรู้สึก (ต่อ)	2. ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการให้บริการทางวิสัญญีเพื่อวางแผนการให้ยาระับความรู้สึก	2. ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการให้บริการทางวิสัญญีเพื่อวางแผนการให้ยาระับความรู้สึก
ระยะขณะการให้ยาระับความรู้สึก	1. ก่อนเริ่มให้ยาระับความรู้สึก ตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วยอีกครั้ง รวมทั้ง ชื่อ-สกุล ตำแหน่งที่ผ่าตัด การงดน้ำและอาหาร การสำรองเลือด ทีม ศัลยแพทย์ ทีมวิสัญญี เครื่องดมยา ยาระับความรู้สึก ยาช่วยชีวิตและอุปกรณ์ต่าง ๆ พร้อมใช้งาน 2. ตรวจวัดสัญญาณชีพตลอดเวลา การเฝ้าระวังสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด ทุก 1-5 นาที เพื่อประเมินผลและเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด เพื่อแก้ปัญหาได้ทันเวลาที่ และประเมินระดับความรู้สึกในการให้ยาระับความรู้สึกอย่างเหมาะสม 3. ดูแลให้ยาระับความรู้สึกตามแผนการให้ยาระับความรู้สึกร่วมกับวิสัญญีแพทย์ 4. ดูแลจัดทำนอนหงายบนขาหยั่ง 5. ประเมินการเสียเลือดตลอดเวลา 6. ดูแลให้สารน้ำที่อุ่นแก่ผู้ป่วย แต่ไม่สูงกว่าอุณหภูมิกายอย่างเพียงพอ 7. เฝ้าระวังการให้สารน้ำที่เหมาะสมและจำนวนปัสสาวะที่ออกต่อชั่วโมงอย่างน้อย 0.5 ม.ล./ก.ก/ช.ม. 8. ใช้ผ้าห่มชนิด Bair hugger warming system ที่อุณหภูมิ 38-42 องศาเซลเซียส ป้องกันการสูญเสียความร้อน	1. ก่อนเริ่มให้ยาระับความรู้สึก ตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วยอีกครั้งรวมทั้ง ชื่อ-สกุล ตำแหน่งที่ผ่าตัด การงดน้ำและอาหาร การสำรองเลือด ทีมศัลยแพทย์ ทีมวิสัญญี เครื่องดมยา ยาระับความรู้สึก ยาช่วยชีวิตและอุปกรณ์ต่าง ๆ พร้อมใช้งาน 2. ตรวจวัดสัญญาณชีพตลอดเวลา การเฝ้าระวังสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด ทุก 1-5 นาที เพื่อประเมินผลและเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด เพื่อแก้ปัญหาได้ทันเวลาที่ และประเมินระดับความรู้สึกในการให้ยาระับความรู้สึกอย่างเหมาะสม 3. ดูแลให้ยาระับความรู้สึกตามแผนการให้ยาระับความรู้สึกร่วมกับวิสัญญีแพทย์ 4. ดูแลจัดทำนอนหงายผู้ป่วยบนเตียงผ่าตัด 5. ประเมินการเสียเลือดตลอดเวลา 6. ดูแลให้สารน้ำที่อุ่นแก่ผู้ป่วย แต่ไม่สูงกว่าอุณหภูมิกายอย่างเพียงพอ 7. เฝ้าระวังการให้สารน้ำที่เหมาะสมและจำนวนปัสสาวะที่ออกต่อชั่วโมงอย่างน้อย 0.5 ม.ล./ก.ก/ช.ม. 8. ใช้ผ้าห่มชนิด Bair hugger warming system ที่อุณหภูมิ 38-42 องศาเซลเซียส ป้องกันการสูญเสียความร้อน

ตารางที่ 3 กิจกรรมทางการพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึก แบ่งเป็น 3 ระยะ (ต่อ)

กิจกรรมทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ระยะขณะการให้ยาระงับความรู้สึก (ต่อ)	8. ตรวจ Chest x-ray เมื่อมีข้อบ่งชี้	9. ตรวจ Chest x-ray เมื่อมีข้อบ่งชี้ 10. ใส่เครื่อง PCA ส่งผู้ป่วยดูแลเฝ้าระวังผู้ป่วยทางระบบหายใจและระบบไหลเวียนโลหิตอย่างใกล้ชิดที่หออภิบาลผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม
ระยะหลังการให้ยาระงับความรู้สึก	1. การถอดท่อช่วยหายใจพิจารณาจากผู้ป่วยตื่นดี ทำตามคำสั่งได้ หายใจเองได้ พอเพียง สัญญาณชีพระหว่างผ่าตัด ความคงที่การเสียเลือด และได้น้ำหรือเลือดทดแทนเพียงพอหรือไม่ ระยะเวลาในการผ่าตัดนานกี่ชั่วโมงใช้ประกอบการตัดสินใจในการถอดท่อช่วยหายใจ -กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 1 พิจารณาคาท่อช่วยหายใจนำส่งผู้ป่วยไปดูแลต่อที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 2 วัน จนสัญญาณชีพปกติ จึงถอดท่อ 2. ให้ยาแก้ปวดเป็น ตามแผนการรักษาของแพทย์ 3. ประเมินระดับความปวดเป็นระยะ ๆ และให้ยาแก้ปวดตามแนวทางและประเมินการง่วงซึมหลังการให้ยาแก้ปวด 4. ให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างนุ่มนวล 5. พุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ 6. ประเมินและให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านแก่ผู้ป่วยและญาติ แนะนำการรับประทานยาและอาหารตามเวลา 7. แนะนำการออกกำลังกายและการช่วยเหลือตัวเองในการใช้ชีวิตประจำวัน	1.การถอดท่อช่วยหายใจพิจารณาจากผู้ป่วยตื่นดี ทำตามคำสั่งได้ หายใจเองได้ พอเพียง สัญญาณชีพระหว่างผ่าตัด ความคงที่การเสียเลือด และได้น้ำหรือเลือดทดแทนเพียงพอหรือไม่ ระยะเวลาในการผ่าตัด -กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 2 เสริมผ่าตัดหายใจดีสม่ำเสมอ สัญญาณชีพปกติ จึงถอดท่อหายใจออก ให้ออกซิเจนต่อทาง Mask with bag 6 ลิตรต่อนาที่และหายใจปกติ 2. ย้ายเตียงผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 3. ให้ยาแก้ปวดเป็น ตามแผนการรักษาของแพทย์ 4. ประเมินระดับความปวดเป็นระยะๆ และให้ยาแก้ปวดตามแนวทางและประเมินการง่วงซึม (sedation score) หลังการให้ยาแก้ปวด 5. ให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างนุ่มนวล 6. พุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ 7. ประเมินและให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านแก่ผู้ป่วยและญาติ แนะนำการรับประทานยาและอาหารตามเวลา 8. แนะนำการออกกำลังกายและการช่วยเหลือตัวเองในการใช้ชีวิตประจำวัน

ตารางที่ 3 กิจกรรมทางการพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึก แบ่งเป็น 3 ระยะ (ต่อ)

กิจกรรมทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ระยะหลังการให้ยาระงับความรู้สึก (ต่อ)	8. สอนแนะนำการดูแลแผลผ่าตัด แนะนำให้สังเกตอาการผิดปกติ 9. การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเฉพาะโรคและการทำผ่าตัดที่ได้รับ	9. สอนแนะนำการปฏิบัติตัวเฉพาะโรคและการทำผ่าตัดที่ได้รับ

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป เพื่อผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายมาทำทางระบายน้ำปัสสาวะ ทั้ง 2 ราย มีความแตกต่างกัน รายที่ 1 พบคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติ Right Bundle Branch Block เฝาระวังภาวะแทรกซ้อน ปลอดภัยออกจากห้องผ่าตัด โดยประเมินอาการว่า on ET Tube กลับหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม เฝาระวังภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ป้องกันภาวะ Hypovolemic shock เนื่องจากสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 1,500 ml. มีการวางแผนการพยาบาลทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ระยะขณะให้ยาระงับความรู้สึก และระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก แต่รายที่ 2 ก็ได้รับการผ่าตัดชนิดเดียวกันระหว่างผ่าตัดมีการประเมินภาวะช็อค โดยความเข้มข้นเลือด 29 vol% ได้รับ Pack Red Cell 1 unit ก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดมีการประเมินปัญหาอย่างครอบคลุม กลับจากห้องผ่าตัด on O2 Canular 5 lpm พร้อมกับเครื่องควบคุมความเจ็บปวดด้วยตนเอง ได้รับการแก้ไขปัญหามาตรกซ้อนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ควบคุมความสมดุลของสารน้ำเข้าออก ประเมินการเจ็บปวด

เพื่อถอดเครื่อง PCA สามารถดูแลตนเองได้ ดังนั้นการให้ยาระงับความรู้สึกวิสัญญีพยาบาลซึ่งเป็นหนึ่งในทีมที่ให้การพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถและปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐานการดูแลทุกระยะของการให้ยาระงับความรู้สึก เพื่อให้ผู้ป่วยรับการผ่าตัดด้วยความปลอดภัยต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. วิสัญญีพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด การประเมินและค้นหาปัญหา เฝาระวังอาการเปลี่ยนแปลงทั้งก่อนขณะและหลังการให้ยาระงับความรู้สึก มีการทบทวนการดูแล และฟื้นฟูความรู้ทางวิชาการวิสัญญีอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมประสิทธิภาพของบุคลากรทางวิสัญญีพยาบาลด้วยการจัดอบรม ติวถามและมีการแลกเปลี่ยนความรู้ทางวิชาการและการพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่องภายในหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ

2. ทีมวิสัญญีจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด เพื่อวิสัญญีพยาบาลปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันและผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

เอกสารอ้างอิง

1. ดนัย มโนรมณ์ และคณะ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ. หน้า 7พิมพ์ครั้งที่ 1 บริษัทโกลด์การพิมพ์ จำกัด, 2563
2. สาธิต ศิริบุญฤทธิ์. เนื้องอกในศัลยกรรมระบบปัสสาวะ. ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็ม แอนด์ เอ็ม เลเซอร์พริ้นต์; 2562.
3. กรมสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [19 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก:
<http://training.dms.moph.go.th/rtcd/storage/app/uploads/public/59b/9e7//59b9e79536bef196682686.pdf>
4. กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาการสาธารณสุขช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 2544-2549. 2565. [19 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmsic.moph.go.th/index/download/6999>
5. อังกา ปราการรัตน์และคณะ. ตำราวิสัญญีวิทยา. ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: เอ-พลัส พริ้น; 2556.
6. พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาลแบบแผนสุขภาพ การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์อักษร; 2558.