

กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อการผ่าตัดลดขนาด  
กระเพาะอาหารด้วยกล้องวิดีโอ

Case study: Nursing obese patients receiving systemic anesthesia for gastric reduction surgery  
with a video camera.

(Received: December 17,2023 ; Revised: December 25,2023 ; Accepted: December 29,2023)

จันทนา สาทกลาง<sup>1</sup>  
Jantana Satklang<sup>1</sup>

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคอ้วนในการให้ยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกายเพื่อการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารด้วยกล้องวิดีโอ โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงผู้ป่วยโรคอ้วนที่มีค่าดัชนีมวลกาย(BMI) มากกว่า 40 Kg/M<sup>2</sup> ซึ่งเป็นเคสแรกของโรงพยาบาลปากช่องนานา ระหว่างวันที่ 24 -30 กันยายน 2566 จำนวน 1 ราย

ผลการศึกษา พบว่า หญิงไทยอายุ 30 ปี แพทย์นัดมาผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารด้วยกล้องวิดีโอ แพทย์วินิจฉัย Morbid Obesity with OSA with Hypertension ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหาร (Laparoscopic sleeve gastrectomy) ใช้วิธีให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ก่อนเริ่มดมยาสลบพบความดันโลหิตสูงได้รับยา Labetalol 15 mg ทางหลอดเลือดดำ มีความเสี่ยงในเรื่องการใส่ท่อช่วยหายใจยาก ขณะนำสลบช่วยหายใจได้โดยใช้อุปกรณ์ช่วยและสามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้โดยวิธี Video Laryngoscope ขณะผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อน สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ หลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้นมีอาการปวดแผลผ่าตัดมาก หลังจากแก้ไขปัญหาลดปวดด้วยส่งกลับดูแลต่อที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 1วัน มีปัญหา ปวดแผล แก้ไขปัญหาลดปวด และย้ายไปยังหอผู้ป่วยศัลยกรรม 5 วันรวมระยะเวลาการรักษา 6 วัน จากการให้การพยาบาลโดยการวางแผนการพยาบาลทางวิสัญญีทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด รวมทั้งการติดต่อประสานงานกับผู้ป่วยเพื่อวางแผนดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้

**คำสำคัญ** การให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย , โรคอ้วน , การผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารด้วยกล้องวิดีโอ

Abstract

This study was case study aimed to guide the nursing care of obese patients in the administration of systemic anesthesia for gastric reduction surgery with a video camera. The study model was a case study of obesity patients with a greater BMI. 40 Kg/M<sup>2</sup> the first case of Pakchong Nana Hospital during 24-30 September 2023

The results of the study found that 30-year-old Thai woman, doctor appointment for gastric reduction surgery with video camera Doctor Diagnosis Morbid Obesity with OSA with Hypertension was treated by laparoscopic sleeve gastrectomy. There is a risk of difficulty intubating. During anaesthesia, ventilation can be done using an assistive device and intubation can be done by video laryngoscope. After surgery at the recovery room, there was a lot of pain in the surgical wound. After solving the problem until it is safe, send it to the surgical intensive care unit for 1 day. Troubled, wound pain. The problem was resolved and transferred to the surgical ward for 5 days for a total of 6 days of treatment. This includes liaising with wards to plan ongoing care. As a result, the patient's condition improves. Without serious complications, can return to daily life.

**Keywords:** systemic anesthesia, obesity, gastric reduction surgery with a video camera

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลปากช่องนานา

## บทนำ

อุบัติการณ์โรคอ้วน (Obesity) มีภาวะน้ำหนักมากกว่ามาตรฐานค่าดัชนีมวลกาย Body mass index (BMI) มากกว่าหรือเท่ากับ 30 Kg/m<sup>2</sup> ในประเทศไทย ภาพรวมทั้งประเทศมีแนวโน้มสูงขึ้น มีผู้ป่วยด้วยโรคอ้วนกว่า 20 ล้านคนจากประชากรทั้งหมด ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562- 2563 พบว่า คนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป มีภาวะอ้วน ร้อยละ 42.2 และอ้วนลงพุง ร้อยละ 39.4 นำมาซึ่งความเสี่ยงกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ( Non-communicable Diseases : NCDs ) ได้แก่ โรคหัวใจ และหลอดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง มะเร็ง รวมถึงโรกระบบทางเดินหายใจ ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ โรคข้อเสื่อม ความพร่องทางภาวะจิตใจและสังคม เมื่อภาวะอ้วนมาคู่กับภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และการรักษาโรคอ้วนโดยวิธีอื่นไม่ได้ผล การผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารด้วยกล้องวิดิทัศน์จึงเป็นอีกหนึ่งทางเลือกหนึ่งในการแก้ไขภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้น ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ที่ผ่านมา มีผู้ป่วยโรคอ้วนที่ต้องมาผ่าตัดและให้บริการทางวิสัญญี ทั้งหมด 631 ราย ในผู้ป่วยทั้งหมด 4622 ราย และเดือนกันยายน เริ่มมีการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารด้วยกล้องวิดิทัศน์เป็นเคสแรกของโรงพยาบาลปากช่องนานา จนถึงปัจจุบันมีทั้งหมด 3 ราย

การผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารด้วยกล้องวิดิทัศน์โดยการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในผู้ป่วยโรคอ้วนที่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ร่วมด้วยจึงมีความยุ่งยากซับซ้อนมากทั้งจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระและการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ และเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึก พยาบาลวิสัญญีจึงมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความปลอดภัยทุกกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย เริ่มตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ขณะให้ยาระงับความรู้สึก การดูแลจัดทำเพื่อระงับความรู้สึกและการ

ป้องกันอุบัติเหตุการได้รับบาดเจ็บต่ออวัยวะของผู้ป่วย ขณะหลับ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังผ่าตัด การดูแลต่อที่ห้องพักฟื้น การส่งต่ออาการผู้ป่วยที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม การติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัดรวมถึงการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษา การพยาบาล ผู้ป่วยโรคอ้วนในการให้ยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกายเพื่อการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารด้วยกล้องวิดิทัศน์
2. นำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางสำหรับวิสัญญีพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคอ้วนในการให้ยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกายเพื่อการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารด้วยกล้องวิดิทัศน์

## ผลการศึกษา

**ข้อมูลทั่วไป** ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 30 ปี เข้ารับการรักษาวันที่ 24 กันยายน พ.ศ.2566

**อาการสำคัญ** มาตามนัดนอนโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัด

**ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน** Case Morbid obesity น้ำหนัก 120 kg. สูง 164 cm.(BMI =44.62kg/m<sup>2</sup>) 5 เดือนก่อน มาตรวจเพื่อปรึกษาเรื่องการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหาร มีประวัตินอนกรน แต่ยังไม่ประวัติหยุดหายใจขณะนอนหลับ เหนื่อยง่าย มีปัญหาทอนซิลอักเสบบ่อยเกือบทุกเดือน ทำการลดน้ำหนักมาแล้วหลายวิธีแต่ไม่ได้ผล

## ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

**โรคประจำตัว** Hypertension on ยา Nifedipine (20mg.) 1x1, Enalapril (20mg.) 1x1 per oral OD

**ปฏิเสธแพ้ยา** ไม่เคยผ่าตัดมาก่อน ประวัติครอบครัวไม่มีใครผ่าตัดมสลบ ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่

**การประเมินสภาพร่างกาย**

-ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ  
สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 °c ชีพจร 76 ครั้ง/นาที  
อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 138/69  
mmHg. SpO2 98 %

### Physical Examination

General Appearance : Thai female ,looking well,  
cooperative

Skin: Not pale ,no abnormal pigmentation

Head& Neck : Normal shape , symmetry , no  
mass and lesion

Eye: Normal eye movement , no ptosis,  
conjunctiva not pale

Ears: Normal hearing , no abnormal looking

Nose: symmetrical , no septal deviation

Mouth & Thorat : No oral ulcer ,tonsil not  
enlargement ,Malampati class II

Respiratory system : Normal chest contour ,  
normal breath sound

Cardiovascular system : Regular pulsation ,  
normal S1S2 ,no murmur

Abdomen: Fatty contour , Active bowel sound

Extremity: No pitting edema ,Motor power  
extremity grade 5

- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC 9,860 u/L ,  
HCT 42.9% , Hb 13.9 g/dl , PLT 371,000 u/L  
BUN 15.2 mg/L , Cr 1.0 mg/dl , K 4.1 mmol/L, NA  
138 mmol/L , Cl 103 mmol/L , Co2 23 mmol/L  
Total protein 8.2 g/dl , Albumin 4.2 g/dl ,Direct  
Bilirubin 0.10 Total Bilirubin 0.65 mg/dl ,SGOT 19  
U/L, SGPT 22 U/L ,Alkaline phosphatase 69 U/L

- Chest X ray : No infiltration , NO  
cardiomegaly , EKG : Normal sinus rhythm

- Echocardiogram : Normal LA and LV  
size,normal IV systolic function( LEVF 87) no  
significant VHD

-Sleep test : AHI 32.1 Lowest Oxygen  
saturation : 83% ( sever obstructive sleep apnea  
with moderate desaturation ) กำลัง On CPAP

**การวินิจฉัย** : Morbid obesity with Hypertension  
with obstructive sleep apnea

**ASA classification III** : Morbid obesity ,  
Hypertension , obstructive sleep apnea

**แพทย์พิจารณาผ่าตัด Laparoscopic sleeve  
Gastrectomy**

การรักษาที่ได้รับก่อนมาผ่าตัด 0.9% NSS 1000 ml  
rate 80 ml / hr , Enoxaparin 60 mg. SC 20.00 น.  
prophylaxis DVT และPE ,Enalapril 20 mg. 1 tab  
และ Nifedipine 20mg. 1 tab oral เข้าก่อนมาผ่าตัด

### ขณะผ่าตัดและระงับความรู้สึก

แรกรับที่ห้องผ่าตัดผู้ป่วย สัญญาณชีพ ชีพจร 76  
ครั้ง/นาที SpO<sub>2</sub> 96% room air ความดันโลหิตสูง  
205/164 mmHg ได้รับยา Labetalol 15 mg. IV หลัง  
ให้ยา วัดความดันโลหิตซ้ำ 155/90 mmHg. ได้รับการ  
ให้การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (general  
anesthesia with balance anesthesia ) จัดท่านอน  
Ramp position ในการ

ใส่ท่อช่วยหายใจได้ โดยใช้ Video Laryngoscope จัด  
ท่าผ่าตัดในท่ากึ่งยืน เอียงเตียงประมาณ 45 องศา ดูแล  
จัดท่ายึดตรึงตัวผู้ป่วย ใช้อุปกรณ์ support ร่างกาย  
และป้องกันอุบัติเหตุ นำเครื่อง Sequential  
compressive device (SCD)มาใช้เพื่อป้องกัน Deep  
vein thrombosis บริเวณขา และ Pulmonary  
embolism ให้ยา Augmentin 1.2 gm. IV ก่อนการ  
ผ่าตัด ไม่มีปัญหาระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึก  
สัญญาณชีพ stable ใช้เวลาในการผ่าตัดและให้ยา  
ระงับความรู้สึก 2 ชั่วโมง 45 นาที ได้ Crystalloid  
isotonic solution total 800 มิลลิลิตร perioperative  
blood loss 10 มิลลิลิตร urine output total 180  
มิลลิลิตร หลังเสร็จผ่าตัดสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้  
ย้ายผู้ป่วยมายังห้องพักรักษา โดยมีการใช้เครื่องวัด

ออกซิเจนปลายนิ้ว Observe ภาวะพร่องออกซิเจน  
ระหว่างนำส่งมายังห้องพักรักษา

#### การดูแลระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึกที่ห้องพักรักษา

ผู้ป่วยตื่นเมื่อเรียกในช่วงแรก หายใจได้เองให้ออกซิเจน canular 3 L/M ค่า SpO<sub>2</sub> 96-99% จัดทำนอนหงายศีรษะสูง 30° มีอาการปวดแผลมาก Pain score 10 คะแนน ให้ยา Fentanyl 25 mcg. IV คลื่นไส้ ให้ยา Ondansetron 8 mg. IV หลังให้ยาประเมินอาการซ้ำยังไม่ทุเลา รายงานแพทย์ให้ Pethidine 50 mg. IV หลังให้อีก 5 นาที ยังไม่ทุเลาให้ Paracetamol 1 gm. IV drip หลังให้ยาผู้ป่วยปวดทุเลานอนพักได้ อีก 15 นาทีต่อมา ประเมินอีกครั้ง Pain score 8 คะแนน รายงานแพทย์วิสัญญีให้ Dynastat 40 mg .IV ประเมินอาการซ้ำ 15 นาที pain score 7 คะแนน ให้ Morphine 8 mg. IV และอีก 15 นาที Pain score 5 คะแนน ให้ Morphine 8 mg ตามแผนการรักษา และ

Metoclopramid 10 mg. IV ป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังจากได้รับยาแก้ปวดประเมินอาการซ้ำ Pain score 3 คะแนน ปวดทุเลาลง ดูแลต่อเนื่องที่ห้องพักรักษา 2 ชั่วโมง 15 นาที ประเมินตามเกณฑ์ห้องพักรักษา Modified Aldrete's Recovery score เท่ากับ 10 ความดันโลหิต 144/95 mm/Hg. ชีพจร 79 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที SpO<sub>2</sub> 98 % ผู้ป่วยหายใจสม่ำเสมอไม่มีภาวะหยุดหายใจขณะหลับ จึงไม่ได้ On CPAP ท้องอืดเล็กน้อย แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ได้รับสารน้ำ Acetar 550 ml. urine output total 420 ml. ไม่มีอาการหนาวสั่น ไม่คลื่นไส้อาเจียน ประสานส่งกลับดูแลต่อที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ให้ On O<sub>2</sub> canular 3 L/M ระหว่างนำส่ง

#### การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดและระงับความรู้สึก

#### ตารางที่ 1 การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดและระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1</b> วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน S :</b> ผู้ป่วยบอกว่ากลัวและกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด เพราะยังไม่เคยผ่าตัดและดมยาสลบมาก่อน</p> <p>O : จากการสังเกตผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล ขณะพูดคุยด้วย</p> <p><b>วัตถุประสงค์</b> เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล</p> <p><b>เกณฑ์การประเมินผล</b> ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น คลายความวิตกกังวล พร้อมการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึก</p>	<p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ความวิตกกังวลและซักถามในสิ่งที่สงสัยพร้อมทั้งรับฟังปัญหาความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยใช้คำพูดและท่าทางการแสดงออกที่นุ่มนวลเป็นมิตร</li> <li>2.อธิบายถึงการผ่าตัดโดยการให้ยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยจะหลับขณะผ่าตัด มีพยาบาลวิสัญญีดูแลอย่างใกล้ชิด</li> <li>3.อธิบายถึงความพร้อมของทีมผ่าตัดและทีมวิสัญญี ที่จะดูแลผู้ป่วยเมื่อมารับการผ่าตัด แจ้งขั้นตอนเมื่อมาถึงห้องผ่าตัด การเตรียมให้ยาระงับความรู้สึก ผลดีของการผ่าตัดและตำแหน่งของแผลการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการได้รับยาระงับความรู้สึก</li> <li>4.อธิบายถึงการประเมินความปวดหลังผ่าตัดและการได้รับยาแก้ปวดหลังผ่าตัด</li> <li>5.หลังผ่าตัดจะย้ายผู้ป่วยไปดูแลต่อเนื่องยังหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม เพื่อการดูแลอย่างใกล้ชิดและประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย เมื่ออาการปลอดภัยแล้วจะย้ายกลับหอผู้ป่วยดังเดิม</li> </ol> <p><b>การประเมินผลการพยาบาล</b> (ประเมินวันที่ 24 กันยายน พ.ศ. 2566)</p> <p>ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น เข้าใจและยอมรับการผ่าตัด มีญาติคอยดูแลทำให้มีกำลังใจที่จะมาผ่าตัด ในคืนก่อนมาผ่าตัดผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้</p>
<p><b>การพยาบาลผู้ป่วยระยะขณะผ่าตัดและระงับความรู้สึก</b></p> <p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1</b> เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตที่สูง</p>	<p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.พูดคุยเบี่ยงเบนความสนใจเพื่อให้ผู้ป่วยลดอาการตื่นเต้น</li> <li>2.พิจารณาให้ยาลดความดันโลหิตก่อนการนำสลบ Labetalol 15 mg. IV</li> <li>3. หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่กระตุ้น Sympathetic เช่น Ketamine นำสลบโดยการให้ยา Propofol, Etomidat</li> </ol>

ตารางที่ 1 การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดและระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p><b>ข้อมูลสนับสนุน S :</b> ผู้ป่วยบอกว่าตื่นเต้นเมื่อเข้ามาในห้องผ่าตัด</p> <p><b>O :</b> ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตก่อนการนำสลบ 205/164 mmHg</p> <p><b>วัตถุประสงค์</b> ป้องกันไม่ให้ความดันโลหิตสูงกว่าปกติ</p> <p><b>เกณฑ์การประเมินผล</b></p> <p>1.สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อยู่ในช่วง 20 % ของค่า Mean arterial pressure</p> <p>2. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงขณะผ่าตัด</p>	<p>4. ใส่ท่อช่วยหายใจด้วย Succinylcholine ทำให้กล้ามเนื้อหยาบตัวเต็มที่ ลดการตอบสนองของอัตราการเต้นของหัวใจและความดันเลือด ใส่ท่อช่วยหายใจด้วยความนุ่มนวล ลดการกระตุ้น reflex ทางเดินหายใจ</p> <p>5.ปรับความเข้มข้นของยาดมสลบให้เพียงพอ โดยไม่ให้ขนาดสูงหรือต่ำเกินไป</p> <p>6.วัดสัญญาณชีพ ทุก 5 นาที หรือมีการเปลี่ยนแปลง วัด SpO2 ตลอดเวลา ใช้ cuff BP ที่เหมาะสม</p> <p>7.สังเกตภาวะผิดปกติที่ทำให้ความดันโลหิตสูง Hypercarbia ,Hypoxemia , Pain</p> <p><b>การประเมินผลการพยาบาล</b></p> <p>ก่อนระงับนำสลบ ความดันโลหิต 205/164 mmHg. ให้ยา Labetalol 15 mg. IV เพื่อลดความดัน หลังให้ยา ความดันโลหิต 155/90 mmHg.สามารถเริ่มให้ยานำสลบได้ โดยใช้ยา Propofol 200 mg. Intubation ด้วยSuccinylcholine 125 mg.หลัง Intubation ความดันโลหิต 130/85 mmHg ชีพจร 92 ครั้ง/นาที เพิ่มความเข้มข้นของยาดมสลบ Desflurane ให้ยา Fentanyl ตลอดการผ่าตัด 125 mcg. ความดันโลหิต อยู่ระหว่าง110/60-140/90 mmHg. SpO2 95-98%</p>
<p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2</b> ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากภาวะ Difficult airway</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน S :</b> ผู้ป่วยแข็งแรงมีอาการขณะหลับมีอาการนอนกรนบ่อย</p> <p><b>O :</b> ผู้ป่วย มีภาวะ Morbid obesity , OSA ม BMI 44.62 kg/ m<sup>2</sup> Malampati class II</p> <p><b>วัตถุประสงค์</b> เพื่อไม่ให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน</p> <p><b>เกณฑ์การประเมินผล</b></p> <p>1.สัญญาณชีพความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ SpO<sub>2</sub> 95-100% , SaO<sub>2</sub> ≥ 95 %</p> <p>2.มีอาการแสดงของภาวะไม่พร่องออกซิเจนได้แก่ สีผิว ปาก ปลายมือ ปลายเท้าไม่ซีดหรือเขียว</p>	<p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <p>1. ตรวจสอบเครื่องมือยาสลบและอุปกรณ์ช่วยหายใจให้พร้อมใช้ เช่น Stylet , Blade ชนิดต่างๆ ,Video Laryngoscope , LMA , Fiberoptic,ท่อช่วยหายใจขนาดต่างๆ, สายSuction, oral airway , nasal airway, หน้ากากช่วยหายใจขนาดที่เหมาะสม Monitoring ต่างๆ</p> <p>2. เตรียมทีมสำหรับการช่วยเหลือหากเกิดการใส่ท่อช่วยหายใจยากเกิดขึ้น</p> <p>3. อธิบายทำความเข้าใจกับผู้ป่วยถึงโอกาสที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจขณะนี้</p> <p>4. จัดท่านอน Ramp position</p> <p>5.Preoxygenation ด้วยการสูดดมออกซิเจน 100% ทางหน้ากาก 6 ลิตรต่อนาที นาน 3 - 5 นาที เพื่อป้องกันภาวะ desaturation ขณะให้การระงับความรู้สึก ใส่ท่อช่วยหายใจแบบ Rapid sequenced induction ด้วย Succinylcholine ตรวจสอบตำแหน่งท่อช่วยหายใจให้อยู่ในที่หลอดลมประเมินการทำงานของ ETCO<sub>2</sub> เพื่อให้แน่ใจว่าท่อช่วยหายใจอยู่ในหลอดลมตลอดเวลา</p> <p>6.เฝ้าระวังการทำงานของเครื่องดมยาสลบ, ดูแลช่วยหายใจขณะให้การระงับความรู้สึก โดยยึดหลัก lung protective ventilation ได้แก่ Tidal volume 6 ml/kg , Respiratory rate 12 /min , PEEP 5 cmH<sub>2</sub>O , I:E = 1:2 , FIO<sub>2</sub> = 0.5 ตรวจสอบตำแหน่งของท่อหายใจ ไม่ให้อุดตัน เลื่อนหลอด ฟันงอ หากพบว่ามีสารคัดหลังหรืออุดกั้น ควรจัดการ suction clear airway เพื่อให้ช่วยหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพป้องกันการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนขณะได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย</p> <p>7. ประเมินสัญญาณชีพและลงบันทึก ทุก 5 นาที ทำการถอดท่อช่วยหายใจเมื่อผู้ป่วยตื่นดี</p> <p><b>การประเมินผลการพยาบาล</b></p> <p>สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้ด้วย Video Laryngoscope สัญญาณชีพ ชีพจร 92ครั้ง/นาที SpO<sub>2</sub> 95-98% ความดันโลหิต 130/85 mmHg.ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน อาการแสดงของภาวะ cyanosis , สีผิว ปาก ปลายมือ ปลายเท้าไม่ซีดหรือเขียว</p>
<p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3</b> ผู้ป่วยมีโอกาสพร่องออกซิเจนและสูดสำลักน้ำย่อยเข้าปอด</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน o :</b> ผู้ป่วย มีภาวะ Morbid obesity , OSA BMI 44.62 kg/ m<sup>2</sup> SpO<sub>2</sub> 96 %</p>	<p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <p>1.ตรวจสอบระยะเวลางดน้ำงดอาหารครบ 8 ชั่วโมง ก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก</p> <p>2. เตรียมอุปกรณ์ดูแลให้พร้อม Monitoring ต่างๆ NIBP SpO<sub>2</sub> ETCO<sub>2</sub></p> <p>3.ให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน 100 % นาน 5 นาทีทางหน้ากากช่วยหายใจและเตรียมอุปกรณ์ช่วยหายใจที่เหมาะสมใส่ท่อช่วยหายใจแบบ Rapid sequenced induction with cricoid pressure ด้วย Succinylcholine</p> <p>4. จัดท่านอน Ramp position ในการใส่ท่อช่วยหายใจ</p> <p>5. ให้ยา Opioid Fentanyl เพราะทำให้คลื่นไส้อาเจียนน้อย ให้ยา Ondansetron Metoclopramide</p>

## ตารางที่ 1 การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดและระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p><b>วัตถุประสงค์</b> เพื่อให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ป้องกันการสำลักน้ำและอาหารเข้าปอด</p> <p><b>เกณฑ์การประเมินผล</b></p> <p>1. สัญญาณชีพความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ SpO<sub>2</sub> 95-100%, SaO<sub>2</sub> ≥ 95 %</p> <p>2. มีอาการแสดงของภาวะไม่พร้อมออกซิเจนได้แก่ สีผิว ปาก ปลายมือ ปลายเท้าไม่ซีดหรือเขียว</p>	<p>6. ประเมินสัญญาณชีพและลงบันทึก ทุก 5 นาที เพื่อเฝ้าระวังอาการผิดปกติ ทำการถอดท่อช่วยหายใจเมื่อผู้ป่วยตื่นดี มี airway reflex ที่ดี</p> <p><b>การประเมินผลการพยาบาล</b></p> <p>ผู้ป่วยไม่มีการสำลักน้ำย่อยเข้าปอด Lung clear สัญญาณชีพ ชีพจร 92ครั้ง/นาที SpO<sub>2</sub> 95-98% ความดันโลหิต 130/85 mmHg.ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน อาการแสดงของภาวะ cyanosis , สีผิว ปาก ปลายมือ ปลายเท้าไม่ซีดหรือเขียว</p>
<p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่4</b> ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนระบบไหลเวียนเลือดและระบบหายใจและภาวะก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์คั่งจากการผ่าตัดด้วยกล้องวีดีทัศน์</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน s :</b> ผู้ป่วยบอกว่าผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารด้วยกล้องวีดีทัศน์</p> <p><b>o :</b> แพทย์ set ผ่าตัด Laparoscopic sleeve Gastrectomy under GA ,มีภาวะ Morbid obesity</p> <p><b>วัตถุประสงค์</b> ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบไหลเวียนเลือดและระบบหายใจของผู้ป่วย</p> <p><b>เกณฑ์การประเมินผล</b></p> <p>1.สัญญาณชีพความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ SpO<sub>2</sub> 95-100% , ETCO<sub>2</sub> &lt;40mmHg</p> <p>2..ไม่มีภาวะ Gas embolism Pneumothorax , Pneumomediastinum , Pneumopericardium , subcutaneous emphysema</p>	<p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <p>1.ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาที</p> <p>2.เฝ้าระวังการเพิ่มสูงขึ้นของCO2 ปรับเพิ่ม อัตราการหายใจมากกว่าเพิ่ม Tidal volume , airway pressure &lt; 30 cmH<sub>2</sub>O, ETCO<sub>2</sub> &lt;40mmHg</p> <p>3.ติดตาม pressure ในท้องให้อยู่ในช่วง 15-20 mmHg หากมีค่าเกินแจ้งทีมผ่าตัดและช่วยหายใจขณะให้การระงับความรู้สึก โดยยึดหลัก lung protective ventilation ได้แก่ Tidal volume 6 ml/kg , Respiratory rate 12 /min , PEEP 5 cmH<sub>2</sub>O , I:E = 1:2 , FiO<sub>2</sub> = 0.5 ตรวจสอบตำแหน่งของท่อหายใจไม่ให้หลุดตัน เลื่อนหลอด พับงอ</p> <p><b>การประเมินผลการพยาบาล</b></p> <p>ระหว่างผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อน สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 110/55-150/70mmHg. SpO<sub>2</sub> 95-98%, Airway pressure 24-26 cmH<sub>2</sub>O, ETCO<sub>2</sub> 31-36 mmHg</p>
<p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่5</b> เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและระบบประสาทจากการจัดท่านอนศีรษะสูง</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน s :</b> แพทย์แจ้งว่าต้องนอน ผ่าตัดศีรษะสูง 45 °</p> <p><b>O:</b> ผู้ป่วย มีภาวะ Morbid obesity , OSA BMI 44.62 kg/ m<sup>2</sup></p>	<p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <p>1.ช่วยดูแลจัดทำท่าการผ่าตัดหาอุปกรณ์ช่วยรัดตรึงผู้ป่วยกับเตียงผ่าตัดอย่างดีเพื่อป้องกันการเลื่อนตัวของผู้ป่วย จัดทีมที่มีส่วนร่วมในการผ่าตัดมาช่วยจัดทำเนื่องจากผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวมาก</p> <p>2.ใช้ผ้าหรือวัสดุที่มีความยืดหยุ่นอ่อนนุ่มในการ support ตามข้อต่อและปุ่มกระดูกต่างๆ</p> <p>3.หลังผ่าตัดเสร็จประเมินรูปร่างกายผู้ป่วย ผิวหนังมีร่องรอยบาดแผล</p> <p><b>การประเมินผลการพยาบาล</b></p> <p>ระหว่างผ่าตัดไม่พบว่ามีอวัยวะส่วนใดตกจากเตียงผ่าตัด หลังตื่นจากยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยไม่มีอาการชา แขนและขา ตามลำตัวไม่มีแผลรอยแดง</p>

ตารางที่ 1 การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดและระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p><b>วัตถุประสงค์</b> เพื่อไม่เกิดการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและระบบประสาท ไม่เกิดอุบัติเหตุ พลัดตกจากเตียงผ่าตัด</p> <p><b>เกณฑ์การประเมินผล</b> ผู้ป่วยไม่มีอวัยวะส่วนใดตกหล่นจากเตียง หลังผ่าตัดเสร็จไม่มีอาการชาแขนขา ไม่เกิดแผลกดทับตามร่างกาย</p>	
<p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6</b> เสี่ยงต่อภาวะลิ่มเลือดอุดตันทุกระยะของการผ่าตัด</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน S :</b>ผู้ป่วยข้อมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง</p> <p><b>o :</b> ผู้ป่วย มีภาวะ Morbid obesity , OSA BMI 44.62 kg/ m<sup>2</sup> ตัด Laparoscopic sleeve Gastrectomy ใช้เวลาในการผ่าตัดเกิน 45 นาที</p> <p><b>วัตถุประสงค์</b> ป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน</p> <p><b>เกณฑ์การประเมินผล</b> สัญญาณชีพระบบไหลเวียนเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ</p>	<p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.มีการประเมินความเสี่ยงที่จะเกิดลิ่มเลือดอุดตันตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจากคัลยแพทย์ ให้ Enoxaparin 60 mg. SC 20.00 น. prophylaxis DVT และPE ก่อนมาผ่าตัด 12 ชั่วโมง</li> <li>2.นำเครื่อง Sequential compressive device (SCD)มาใช้เพื่อป้องกัน Deep vein thrombosis บริเวณขา และ Pulmonary embolism ต่อเนื่องทั้งขณะผ่าตัด ห้องพักฟื้น และในหอผู้ป่วย</li> <li>3. ติดตามเฝ้าระวังสัญญาณชีพ ไคซ้แก่ NIBP SpO2 EKG ETCO2 Airway pressure</li> <li>4. ประเมินภาวะ Pulmonary embolism ภาวะพร่องออกซิเจน ความดันโลหิตต่ำ หายใจเร็ว ETCO2 ลดลง</li> <li>5. แจ้งวิสัญญีแพทย์ คัลยแพทย์และทีมผ่าตัดหากพบความเสี่ยงที่เกิดขึ้น</li> <li>6. หยุดการผ่าตัด ให้ออกซิเจน 100 % กรณีเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นให้การช่วยฟื้นคืนชีพ</li> <li>7.ช่วงพักฟื้นที่หอผู้ป่วย กระตุ้นแนะนำผู้ป่วยให้มี Early ambulation เพื่อให้ร่างกายฟื้นตัวได้เร็ว ระบบการทำงานของลำไส้กลับมาทำงานได้เร็วขึ้น</li> </ol> <p><b>การประเมินผลการพยาบาล</b></p> <p>ผู้ป่วยไม่พบภาวะ Deep Vein Thrombosisและ Pulmonary embolism ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 110/55-150/70mmHg. SpO2 95-98%, Airway pressure 24-26 cmH2O, ETCO2 31-36 mmHg</p>
<p><b>การพยาบาลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดและระงับความรู้สึก</b></p> <p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1</b> เสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการหายใจลดลง</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน o :</b> ผู้ป่วย มีภาวะ Morbid obesity , OSA BMI 44.62 kg/ m<sup>2</sup> , Sleep test : AHI 32.1 On CPAP ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย SpO2 96 % หายใจตื่นทรงอกขยายตัวได้น้อย</p> <p><b>วัตถุประสงค์</b> เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอ ไอและขับเสมหะออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p><b>เกณฑ์การประเมินผล</b> สัญญาณชีพความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ SpO<sub>2</sub> 95-100% ไม่มีภาวะ cyanosis</p>	<p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ปลุกเรียกผู้ป่วยให้รู้สึกตัว แจ้งให้ทราบว่าผ่าตัดเสร็จแล้วและอยู่ที่ห้องพักฟื้น</li> <li>2. จัดท่านอนให้นอนศีรษะสูง 45 ° ตะแคงหน้าเพื่อเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง</li> <li>3. ให้ออกซิเจน Canular 3L/M สังเกตการหายใจ หากมีภาวะหยุดหายใจขณะหลับ ให้ on CPAP ต่อ</li> <li>4. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที ดูแลอย่างใกล้ชิด</li> <li>5. สังเกตสีผิว ปลายมือ ปลายเท้าไม่เขียวคล้ำ</li> <li>6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการไอ เพื่อขับเสมหะ</li> </ol> <p><b>การประเมินผลการพยาบาล</b> ผู้ป่วยหายใจได้เพียงพอสม่ำเสมอ ทรงอกขยายขึ้นลงได้ดี หายใจ 20 ครั้ง/ นาที SpO<sub>2</sub> 96-99 % ชีพจร 70-80 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/50-167/91 mmHg ไม่มี cyanosis</p>
<p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2</b> ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน S :</b> ผู้ป่วยบอกว่าปวดแผลมาก</p>	<p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินความรุนแรงของอาการปวดแผล โดยใช้มาตรวัด Numerical rating scale ตั้งแต่ 0–10 คะแนน</li> <li>2. ให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่เหมาะสม จัดให้นอนในท่าศีรษะสูง (fowler’s position) เพราะทำให้บริเวณคอหอยอ่อนตัว เป็นการลดการดึงของแผล ช่วยบรรเทาอาการปวดแผล</li> </ol>

## ตารางที่ 1 การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดและระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>O: Laparoscopic sleeve Gastrectomy สัญญาณชีพ ชีพจร 70-80 ครั้ง / นาที , อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที , SpO<sub>2</sub> 96-99% , ความดันโลหิต 109/57-167/91 mmHg</p> <p>วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยสุขสบาย ปวดแผลผ่าตัดน้อยลง</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>1.ผู้ป่วยมีสีหน้าท่าทางสดชื่น นอนหลับพักผ่อนได้ , Pain score &lt; 3 คะแนน</p> <p>2.สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ, ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 90/60-140/90 mmHg, SpO<sub>2</sub> 95 - 100%</p>	<p>3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวด เพื่อบรรเทาอาการปวดตามดูแลแผนการรักษา และสังเกตอาการ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน ง่วงซึม รายงานแพทย์หากอาการไม่ดีขึ้น</p> <p>4. มีการเฝ้าระวังการง่วงซึมของผู้ป่วย โดยใช้ sedation score</p> <p>5. มีการสังเกตบันทึกอาการเปลี่ยนแปลง วัดความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ ทุก 15 นาที</p> <p><b>การประเมินผลการพยาบาล</b></p> <p>ผู้ป่วย sedation score 0-1 , Pain score = 10 คะแนนดูแลให้ยา Fentanyl 25 mcg. IV คลื่นไส้ให้ยา Ondansetron 8 mg. IV หลังให้ยาประเมินอาการซ้ำยังไม่ทุเลา รายงานแพทย์ให้ Pethidine 50 mg. IV หลังให้อีก 5 นาที ยังไม่ทุเลาให้ Paracetamol 1 gm. IV drip หลังให้ยาผู้ป่วยปวดทุเลาจนนอนพักได้ อีก 15 นาทีต่อมา ประเมินอีกครั้ง Pain score 8 คะแนน รายงานแพทย์วิธีสัญญาณให้ Dynastat 40 mg. IV ประเมินอาการซ้ำ 15 นาที pain score 7 คะแนน ให้ Morphine 8 mg. IV และอีก 15 นาที Pain score 5 คะแนน ให้ Morphine 8 mg ตามแผนการรักษา และ Metoclopramid 10 mg. IV ป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียน หลังจากได้รับยาแก้ปวดประเมินอาการซ้ำ Pain score 3 คะแนน ปวดทุเลาลง ดูแลต่อเนื่องที่ห้องพักฟื้น 2 ชั่วโมง 15 นาที ประเมินตามเกณฑ์ห้องพักฟื้น Modified Aldrete's Recovery score เท่ากับ 10 ความดันโลหิต 144/95 mmHg, ชีพจร 79 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที SpO<sub>2</sub> 98 %</p>
<p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3</b> ผู้ป่วยมีภาวะคลื่นไส้อาเจียน</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน S :</b> ผู้ป่วยบอกว่าคลื่นไส้</p> <p>O: ผู้ป่วยผ่าตัด Laparoscopic sleeve Gastrectomy โดยใช้กล้องวีดีทัศน์ส่องผ่านทางหน้าท้อง มีการใช้ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าทางช่องท้อง</p> <p><b>วัตถุประสงค์</b> เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย ลดอาการคลื่นไส้อาเจียน</p> <p><b>เกณฑ์การประเมินผล</b> ผู้ป่วยไม่มีคลื่นไส้อาเจียน สีหน้าสดชื่น</p>	<p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <p>1. ให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 45 ° เพื่อลดความดันในช่องท้อง</p> <p>2. จัดให้นอนตะแคงหน้าด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อลดการสำลักน้ำย่อยเข้าปอด ขณะอาเจียน</p> <p>3. ให้อาการคลื่นไส้อาเจียน Ondansetron 8 mg. และ Metoclopramid 10 mg IV ตามแผนการรักษา</p> <p><b>การประเมินผลการพยาบาล</b></p> <p>ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ แต่ไม่อาเจียน หลังจากจัดท่านอนและให้ยาแล้ว อาการทุเลาลง นอนพักได้</p>
<p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4</b> ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด Laparoscopic sleeve Gastrectomy</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน S :</b> ผู้ป่วยสอบถามเรื่องการรับประทานอาหาร</p> <p>O: ผู้ป่วยผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหาร</p> <p><b>วัตถุประสงค์</b> เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจหลังผ่าตัด มีความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้าน</p>	<p>1. อธิบายถึงการปรับอาหารในชีวิตประจำวัน เนื่องจากกระเพาะอาหารมีขนาดลดลง การดูดซึมลดลง ทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลงกว่าเดิมมาก จะรู้สึกไม่ค่อยหิว จากการผ่าตัดทำให้ฮอร์โมนที่ทำให้รู้สึกหิวลดลง มีฮอร์โมนที่ทำให้รู้สึกอิ่มมากขึ้น</p> <p>2. อธิบายถึงความจำเป็นในการดูแลตนเองเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย ต้องมีความตั้งใจทำสม่ำเสมอ ไม่นำน้ำหนักกลับคืนมา</p> <p>3. แนะนำการรับประทานอาหารหลังผ่าตัด วันแรกหลังผ่าตัดทานได้เฉพาะน้ำซุพ หรือน้ำผลไม้ ครั้งละประมาณ 30 ml. ดื่มน้ำให้ได้ 1,500 -2,000 ml./วัน ป้องกันไม่ให้เกิดนิ่วในไตและขาดสารน้ำ ในการเคี้ยวอาหาร ให้เคี้ยว 15 ครั้ง/คำ 2 สัปดาห์ รับประทานอาหารที่ต้องบดละเอียด ควรมิโปรตีนสูง เพื่อสร้างกล้ามเนื้อ ทานครั้งละ 30 ml. มีผักในทุกมื้อผักให้พลังงานต่ำมีไฟเบอร์ เกลือแร่และวิตามิน</p> <p>4. แนะนำไม่ให้ยกของหนัก ไม่ออกแรงหักโหม อย่างน้อย 6 สัปดาห์ หลังผ่าตัด</p> <p>5. มีการประสานสหสาขาวิชาชีพมาช่วยให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว</p> <p><b>การประเมินผลการพยาบาล</b> ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจในการปฏิบัติตัว มีความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้าน</p>

## อภิปรายผล

จากการให้การพยาบาลทางวิสัญญีทั้ง 3 ระยะของการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก<sup>1,2</sup> ผู้ป่วยพักฟื้นตัวอยู่ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 1 วัน หอผู้ป่วยผู้ป่วยศัลยกรรม 5 วันรวมระยะเวลาการรักษา 6 วัน มีปัญหาในระยะก่อนนำสลบผู้ป่วยตื่นเต้นขณะเข้าห้องผ่าตัด มีความดันโลหิตสูง ได้รับยาช่วยลดความดันจนสามารถให้ยาระงับความรู้สึกและผ่าตัดได้ ภาวะ Difficult airway สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้ระหว่างผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีและการผ่าตัด มีปัญหาปวดแผลมากหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้นได้รับการแก้ไข control pain จนอาการดีขึ้นได้รับการดูแลจากสหสาขาวิชาชีพในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ในวันที่ 30 กันยายน 2566 นัดติดตามผลการรักษา 5 วัน จากการศึกษาการพยาบาลโรคอ้วนเพื่อผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารด้วยกล้องวิดิทัศน์ วิสัญญีพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในทุกขั้นตอน เผื่อระวัง

ปัญหาภาวะแทรกซ้อน ดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ประสานการทำงานเป็นทีม มีส่วนสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

## ข้อเสนอแนะ

1. มีแนวปฏิบัติในการให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยรายโรคที่ชัดเจนและเหมาะสมและปฏิบัติตามแนวเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยได้รับบริการที่มาตรฐานตามตัวชี้วัดคุณภาพบริการ

2. ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันทั้งองค์กร เพื่อให้ได้มาตรฐานการพยาบาลโดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและทำงานอย่างเป็นระบบ

3. ควรมีการถ่ายทอดรูปรูปการเตรียมอุปกรณ์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคอ้วนที่ผ่าตัดลดกระเพาะอาหารด้วยกล้องวิดิทัศน์ ถ่ายรูปการจัดท่าที่ถูกต้อง ให้เป็นแนวทางสำหรับวิสัญญีพยาบาลที่ยังไม่เคยให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดชนิดนี้และเป็นแนวทางปฐมนิเทศวิสัญญีพยาบาลใหม่

## เอกสารอ้างอิง

- เบญจรัตน์ หยกอุบล, นรุตม์ เรือนอนุกุล, อรัญญา รอดอนันต์, และงามจิตร์ ภักดิ์วิทย์.(2564). วิสัญญีมีภูมิ. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย,2564
- ฐิติมา ชินะโชติ, แสงโสม ปรียะวรารักษ์, และธารทิพย์ ประณูพรพา.(2541)., วิสัญญีวิทยาระดับพื้นฐาน.(พิมพ์ครั้งที่1).กรุงเทพฯ:พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด.
- เยาวลักษณ์ หอมวิเศษวงศา, จิราภรณ์ ชวนรัมย์, และศิริวรรณ อาจบุราย.(2563).การพัฒนาแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดปอดเฉียบพลัน ในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก(รายงานการวิจัย).วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรัมย์,543-554.สืบค้นจาก<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/248111>
- สุริยะ พันธุ์ชัย.(2556) การรักษาโรคอ้วนด้วยวิธีการผ่าตัด(Bariatric Surgery)(รายงานการวิจัย).ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, การประชุมวิชาการ ครั้งที่29 ,2556 สืบค้นจาก [http://202.28.95.4/library/main/eproceeding/Sym\\_116\\_126.pdf](http://202.28.95.4/library/main/eproceeding/Sym_116_126.pdf)
- กัธร ยลสุริย์นวงศ์, ชนิดของการผ่าตัดโรคอ้วน(Bariatric Surgery).โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ สืบค้นจาก <https://secoms.medicine.psu.ac.th/Information1.php?S=37>
- โครงการสุขภาพคนไทย.2557.ตัวชี้วัด“โรคอ้วน”สุขภาพคนไทยไทย 2557 (หน้า6-32).นครปฐม: สถาบันวิจัย ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล