

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดระบายหนองบริเวณลำคอที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป
และมีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท: กรณีศึกษา

Nursing care of the patient undergoing surgery drainage pus from neck
under general anesthesia and complications of neurological: case study

(Received: March 30,2024 ; Revised: April 7,2024 ; Accepted: April 8,2024)

สุชาดา อินทรเวศน์วิไล¹
Suchada Intaravetvilai¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดระบายหนองบริเวณลำคอที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปและมีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท โดยศึกษาในผู้ป่วยหญิง อายุ 38 ปี มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน มาด้วยอาการสำคัญ คอด้านซ้าย บวม และปวด

จากการศึกษาพบว่า การพยาบาลที่สำคัญ ในระยะเยี่ยมก่อนระงับความรู้สึก คือ การลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด ระยะระงับความรู้สึก ได้แก่ การป้องกันภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนจากการใส่ท่อช่วยหายใจลำบากและภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด การเพิ่มปริมาณสารน้ำและเลือดในระบบไหลเวียนเลือดอย่างเพียงพอ ระยะหลังระงับความรู้สึก ได้แก่ เพิ่มปริมาณเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงสมองอย่างเพียงพอ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากเนื้อเยื่อสมองขาดเลือดไปเลี้ยง ระยะเยี่ยมหลังระงับความรู้สึก ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยให้สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันตนเองได้ ผลจากการพยาบาลผู้ป่วยปลอดภัยจากการใส่ท่อช่วยหายใจยากและภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด เนื้อเยื่อสมองไม่ขาดเลือดเพิ่มขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากสมองขาดเลือด เช่น สมองบวมและความดันในกะโหลกศีรษะสูง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้

คำสำคัญ การผ่าตัดระบายหนองบริเวณลำคอ, การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป, ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท

Abstract

This study is a case study. The objective was to study the nursing care of patients undergoing surgery drainage pus from the neck under general anesthesia and complications of neurological. This patient is a 38-year-old female with a history illness of type 2 diabetes mellitus. The patient came with the chief complaint of left-side neck swelling and pain.

This study found that an important nursing cares each period namely the visit pre-anesthesia period reduces anxiety about surgery, the anesthesia period includes prevention of tissue hypoxia from difficult intubation and hypovolemic shock, increasing fluid and blood adequate in the circulation system, the anesthesia period includes increasing blood and oxygen adequate flow to the cerebral, prevention of complication cerebral ischemia. the visit post-anesthesia period includes participation in the physical rehabilitation of the patient so that can take care of her daily routine. The results of nursing care can be safe from difficult intubation and hypovolemic shock, no complication from cerebral ischemia such as brain edema, increase in cranial pressure complication, and own daily routine.

Keywords: Surgery drainage pus from neck, General anesthesia, complications of neurological

บทนำ

การอักเสบในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก (Deep neck abscess) เป็นการอักเสบติดเชื้อในช่องว่างระหว่างชั้นเยื่อหุ้มกระดูกและกล้ามเนื้อบริเวณคอ¹

ถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางโสต คอ นาสิก ที่คุกคามชีวิต เนื่องจากลักษณะกายวิภาคบริเวณลำคอที่ซับซ้อนทำให้การติดเชื้อในตำแหน่งนี้ถูกวินิจฉัยและหาตำแหน่งการติดเชื้อได้ค่อนข้างยาก² พบอุบัติการณ์ในประเทศ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

ไทยร้อยละ 10-20 โดยสัมพันธ์กับกลุ่มผู้ป่วยอายุ 41-50 ปี ที่มีปัญหาช่องปากและฟันอยู่เดิม กลุ่มผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น ติดเชื้อ HIV เบาหวาน มะเร็งเม็ดเลือดขาว ผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดและสาร สเตียรอยด์ ตำแหน่งที่พบการติดเชื้อมากที่สุดคือ Submandibular space ร้อยละ 34.4 และ Parotid space ร้อยละ 11.5³ เมื่อเกิดการอักเสบในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ได้แก่ ภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน (Upper airway obstruction) ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Septicemia) ภาวะติดเชื้อในช่องอก (Mediastinitis), ภาวะหลอดเลือดดำส่วนคออุดตัน (Jugular vein thrombosis) หนองในโพรงเยื่อหุ้มปอด (Thoracic empyema) เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (Pericarditis) ภาวะลิ่มเลือดที่หลอดเลือดดำ (Venous thrombosis) หลอดเลือดแดงแตกโรติโดโป่งพองและแตก (Carotid aneurysm and Carotid rupture) เป็นต้น² ในประเทศไทยพบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 5-10 และพบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 0.9-1.5¹ ซึ่งแนวทางการรักษาประกอบด้วย การเจาะดูดหรือการผ่าตัดระบายหนอง การให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ โดยการผ่าตัดระบายหนอง มักพบภาวะแทรกซ้อนเลือดออกมากผิดปกติ การบาดเจ็บต่อเส้นประสาท cranial nerves และเส้นเลือด carotid artery, internal jugular vein²

จากข้อมูลโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ในปี 2562 - 2564 พบผู้ป่วยที่มีการอักเสบในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกจำนวน 97, 26, และ 26 รายตามลำดับ โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดระบายหนองจากช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก จำนวน 4, 6, และ 10 ราย⁴ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่ามีความจำเป็นที่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าหากผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด จะมีความรุนแรง ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีเสียชีวิตและพิการได้ โดยเฉพาะ เกิดการบาดเจ็บต่อเส้นเลือด Carotid artery, Internal jugular vein และการบาดเจ็บต่อ cranial nerves ผู้

ศึกษาในฐานะเป็นวิสัญญีพยาบาล จึงมีความสนใจศึกษาผู้ป่วยที่มีการอักเสบในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกและได้รับการผ่าตัดระบายหนอง เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการประกอบการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดระบายหนองบริเวณลำคอที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปและมีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดระบายหนองบริเวณลำคอที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปและมีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท โดยศึกษาในผู้ป่วยหญิง อายุ 38 ปี มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน มาด้วยอาการสำคัญ คอด้านซ้าย บวม และปวด

ผลการศึกษา

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิง อายุ 38 ปี รับเข้ารักษาในโรงพยาบาล ด้วยอาการคอด้านซ้าย บวม และปวด 1 สัปดาห์ ก่อนมา ไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลในกรุงเทพฯ ได้รับยาฉีดและยารับประทาน อาการไม่ดีขึ้น แพทย์ แนะนำให้ทำผ่าตัด จึงมารักษาตามสิทธิ์ ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคเบาหวาน 1 ปี ได้รับการรักษาโดย ฉีด Insulin เข้า เย็น และรับประทานยา Metformin (500 mg) 1 tab bid pc แกร็บ รู้ตัวดี พูดคุยสื่อสารรู้เรื่อง คอด้านซ้ายบวมแดง ปวด อ้าปากได้น้อยประมาณ 2 FB สัญญาณชีพแรกรับปกติ BT= 36.5 °C, PR= 72 beat/min, RR= 20 beat/min, BP= 125/77 mmHg, SpO₂ = 96% การวินิจฉัยโรคแรกรับ Neck abscess แพทย์ส่งทำ CT Neck with contrast พบ 5.0 x 3.5x3.0 cm multiloculated rim-enhancing hypodense lesion at left posterior cervical space deep to left sternocleidomastoid muscle likely

abscess จึงพิจารณาทำผ่าตัด Drainage branchial cleft with biopsy wall for pathology under GA with ET tube ระหว่างทำผ่าตัด 1 ชั่วโมง พบมี tear jugular vein และ carotid artery สูญเสียเลือด ประมาณ 1,300 ml ผู้ป่วยมีภาวะช็อก BP= 80/50 mmHg ได้รับการ resuscitate fluid ด้วย Ringer lactate 900 ml ⑤ drip, Voluven 500 ml ⑤ drip และให้ PRC 2 unit ⑤ drip พร้อมกับเย็บซ่อมแซม jugular vein หลังได้รับการรักษา BP ปกติ= 110/70 – 120/70 mmHg urine flow ทาง foley's cath ออกดี แพทย์ทำผ่าตัดต่อจนเสร็จ รวมระยะเวลา ผ่าตัด 3 ชั่วโมง 30 นาที ตลอดการผ่าตัดสูญเสียเลือด ทั้งหมด 1,500 ml สัญญาณชีพหลังผ่าตัดเสร็จปกติ BP= 110/70 – 120/70 mmHg, PR = 78 beat/min, SpO₂= 99-100 % ผู้ป่วยเรียกปลุกตื่น หายใจเองได้ดี ทำตามสั่งได้ Reverse muscle relaxant ถอดท่อช่วยหายใจออก ย้ายมาห้องพักฟื้น ระหว่างสังเกตอาการในห้องพักฟื้นพบว่า ผู้ป่วยซึมลง มี Facial palsy ด้านขวา ลิ้มตาได้ไม่เท่ากัน อ้าปาก ไม่ได้ หายใจมีเสียง secretion และ stridor แขนและ ขาด้านขวาอ่อนแรง motor power grade 0 pupil Ø 2 mm RTL BE จึงรายงานวิสัญญีแพทย์และ ศัลยแพทย์เจ้าของไข้ มาประเมินอาการผู้ป่วย ให้ใส่ ET tube และย้ายผู้ป่วยไปดูแลที่หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม หลังย้ายผู้ป่วยได้รับการใส่ Ventilator ส่ง ทำ CTA brain พบ Total occlusion of left common carotid artery and cervical internal carotid artery. Acute Infarct in the left MCA territory involving left frontal lobe and left insular cortex. Thrombosis of left internal jugular vein แพทย์วางแผนจะเริ่มยาละลายลิ่มเลือด แต่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงเนื่องจากหลังผ่าตัด แพทย์จึง ให้ติดต่อส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลระดับ มหาวิทยาลัย เพื่อทำ neuro intervention แต่ได้ รับ

แผนการพยาบาล

คำแนะนำว่าการทำ intervention จะเพิ่มความเสี่ยง มากขึ้น ให้รักษาทางยาและติดตามอาการต่อ แพทย์ เจ้าของไข้จึงปรึกษาอายุรแพทย์ร่วมดูแลเรื่องการ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แพทย์อายุรกรรม ประสาทและประสาทศัลยแพทย์ร่วมดูแลรักษาเรื่อง ความผิดปกติการทำงานของสมอง ซึ่งผู้ป่วยได้รับการ รักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ ASA และยาช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือดในสมองและ ซ่อมแซมเซลล์ประสาทที่เสียหายและปรับการทำงานของ เซลล์ประสาท ได้แก่ Cerebrolysin IV drip และ Somazina IV drip, ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ Insulin, Metformin และติดตามความก้าวหน้าการ ดูแลรักษาด้วยการส่งทำ CT Brain, CTA Brain, MRI, MRV, MRA Brain เป็นระยะๆ พบว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับ หายใจเองได้ดี สามารถถอด ET tube และ Ventilator ได้ อาการอ่อนแรงของขาข้างขวาดีขึ้น motor power grade 3 จึงย้ายออก หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม มาดูแลที่ หอผู้ป่วยศัลยกรรม หลัอง ผู้ป่วยมีปัญหาอาการแขน ขาข้างขวาอ่อนแรง การกลืนผิดปกติ ได้รับการทำ Gastrostomy และให้อาหารทาง Gastrostomy การพูดผิดปกติอยู่ใน กลุ่ม Motor's aphasia ได้รับการดูแลเพื่อฟื้นฟู สภาพร่างกายอย่างต่อเนื่องจากนักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด จนสามารถลุกเดินช่วยเหลือตัวเอง ได้ พูดคุยสื่อสารได้ แต่นึกคำพูดไม่ค่อยออกและมี เสียงแหบ แขนขวาอ่อนแรง motor power grade 4 แขนซ้าย และ ขา 2 ข้าง กำลังปกติ กลืนน้ำได้ เล็กน้อย ไม่สำลัก ใส่สายให้อาหารทางหน้าท้องไว้ มารดาแจ้งว่าจะขอรับผู้ป่วยกลับบ้าน และไปรักษา ต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน จังหวัดภูเก็ต แพทย์จึง เขียนใบส่งต่อไปยังโรงพยาบาลตามความประสงค์ ของญาติ และจำหน่ายผู้ป่วย โดยนัดมาติดตาม อาการหลังจำหน่าย 6 เดือน รวมระยะเวลารักษาตัว ในโรงพยาบาล 70 วัน

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ประเมินผลการพยาบาล การใส่ท่อหายใจสำเร็จได้ในครั้งเดียวไม่มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน SpO₂ 100% EKG show normal sinus rhythm สัญญาณชีพก่อนให้ยาระงับความรู้สึกอยู่ในเกณฑ์ปกติ
ระยะระงับความรู้สึก ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอันตรายจากฤทธิ์ยาระงับความรู้สึก ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกวิธีดมยาสลบ วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากฤทธิ์ยาระงับความรู้สึก	1. ชักประวัติ และตรวจสอบประวัติการดมยาสลบของผู้ป่วย และครอบครัว รวมถึงประวัติการแพ้ยาหรืออาหารต่าง ๆ 2. ดูแลเลือกชนิดของยาและให้ปริมาณยาตามสลบตามมาตรฐาน และเหมาะสมกับการผ่าตัด 3. Monitor สัญญาณชีพผู้ป่วยระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก และสังเกตอาการผิดปกติอย่างใกล้ชิด ประเมินผลการพยาบาล หลังทำผ่าตัดเสร็จผู้ป่วยตื่น ไม่เกิดอันตรายจากฤทธิ์ยาระงับความรู้สึก
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกและทำผ่าตัดในท่านอนหงาย (Supine position) โดยหนุนคอและขา ตะแคงหน้า เพื่อสะดวกต่อการทำผ่าตัด วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการบาดเจ็บที่เกิดจากการจัดทำเพื่อทำผ่าตัด ได้แก่ แผลกดทับ, nerve หรือหลอดเลือดบริเวณลำคอถูกกดทับ, corneal abrasion	1. จัดท่านอนหงาย สำหรับการผ่าตัด ให้เหมาะสมและถูกต้อง และสะดวกกับการผ่าตัด 2. ป้ายตาผู้ป่วยด้วย eye ointment และปิดเปลือกตาด้วยพลาสติกในการระงับความรู้สึกผู้ป่วย เพื่อป้องกัน corneal abrasion 3. ดูแลให้สายต่าง ๆ ที่ติดตัวผู้ป่วยไม่ให้ดึงรั้ง เช่น สายสวนปัสสาวะ สายให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 4. เฝ้ารวังและสังเกตภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการจัดทำผู้ป่วยทุก 1 ชั่วโมง ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดการบาดเจ็บจากการจัดทำเพื่อทำผ่าตัด ได้แก่ แผลกดทับ, nerve หรือหลอดเลือดบริเวณลำคอถูกกดทับ, corneal abrasion
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยมีภาวะ ช็อกเนื่องจากสูญเสียเลือดในขณะผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน มี carotid artery และ internal jugular vein injury ขณะผ่าตัด เสียเลือดจากการผ่าตัด 1,300 ml, BP = 80/50 mmHg, Hemoglobin 8.9 g/dl วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดในระบบไหลเวียนเลือด	1. เตรียมเปิดเส้นเลือดดำเพิ่มอีก 1 เส้นตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ด้วย IV catheter เบอร์ใหญ่ เนื่องจากการผ่าตัดต้องเก็บแขนผู้ป่วยแนบตัวทั้ง 2 ข้าง 2. เตรียมเลือด (PRC 2 unit) ให้พร้อมใช้ โดยประสานกับธนาคารเลือดก่อนเริ่มทำผ่าตัด 3. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 5 นาที 4. สังเกตและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง 5. ประเมินปริมาณเลือดที่สูญเสียในการผ่าตัด 6. ดูแลให้สารน้ำ crystalloid ได้แก่ 0.9 % NSS (V) drip และ RLS (V) drip 7. ดูแลให้สารน้ำ colloid ได้แก่ Voluven (V) drip 8. ดูแลให้ Pack red cell 2 unit (V) drip เพื่อทดแทนเลือดที่สูญเสียไป 9. ประเมิน เฝ้ารวังการเกิดภาวะน้ำเกิน จากการฟังเสียงปอดพบ fine crepitation 10. ประเมิน adequate volume และ tissue perfusion จากค่า mean arterial pressure (MAP) $\geq$ 65 mmHg, urine output $>$ 0.5 ml/kg/hr, capillary refill time $<$ 2 second, SpO₂ $>$ 95% 11. ติดตามผลการตรวจ Hemoglobin ในห้องผ่าตัด ประเมินผลการพยาบาล สูญเสียเลือดในขณะผ่าตัดรวม 1,500 ml ได้รับสารน้ำทดแทนการเสียเลือดด้วย Pack red cell 2 unit (530 ml), Voluven 500 ml, Ringer lactate solution 1,500 ml ปัสสาวะออกดี 1,000 ml/ 3 hr vital signs BP 110/70 – 120/70 mmHg, PR 78 beat/min SpO₂ 99 - 100 % Hemoglobin 9.1 g/dl
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำเนื่องจากการผ่าตัดและการระงับ	1. ให้ความอบอุ่นร่างกายผู้ป่วยด้วยผ้าห่มเป่าลมร้อน (Bair Hugger) 2. อุ่นสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำก่อนให้ผู้ป่วยตลอดการผ่าตัด 3. ใช้ fresh gas flow (FGF) ที่ต่ำประมาณ 1-2 lit/min

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ความรู้สึกละเลยเวลานาน สูญเสียเลือดมาก และอุณหภูมิในท้องผ่าตัดเย็น ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกวิธีดมยาสลบ และทำผ่าตัดนาน 3 ชั่วโมง 30 นาที เสียเลือด 1,500 ml และได้รับการให้เลือดและสารน้ำทดแทนขณะทำผ่าตัด อุณหภูมิในท้องผ่าตัด 20 °C อุณหภูมิกาย 35.8 °C วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ร่างกายมีอุณหภูมิสูงขึ้นหรืออบอุ่นขึ้นและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากอุณหภูมิกายต่ำ และสูญเสียความร้อนจากร่างกาย	4. ปรับเพิ่มอุณหภูมิในห้องผ่าตัด และควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ระหว่าง 23.0 -25.0 °C 5. สังเกตและประเมินอุณหภูมิกาย (Core temperature) ตลอดการผ่าตัด และลงบันทึกทุก 10 นาที 6. เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากภาวะอุณหภูมิกายต่ำ ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะหนาวสั่น ภาวะเลือดแข็งตัวยากทำให้สูญเสียเลือดมากขณะผ่าตัด ประเมินผลการพยาบาล ตลอดการผ่าตัดผู้ป่วยมีอุณหภูมิกายอยู่ในระดับต่ำเล็กน้อยระหว่าง 35.8 – 36.0 °C ไม่พบภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และภาวะหนาวสั่น (Shivering)
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะการเสียสมดุลของสารน้ำ และเกลือแร่ในร่างกายเนื่องจากสูญเสียน้ำและเกลือแร่ในระหว่างการผ่าตัด และผลข้างเคียงจากยาระงับความรู้สึก ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกวิธีดมยาสลบ มีผลทำให้กดระบบไหลเวียน ลดปริมาณเลือดไปสู่หัวใจ ไต ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง ทำให้เกิดการเสียสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ สูญเสียเลือดจากการผ่าตัด 1,500 ml ได้รับยาหย่อนกล้ามเนื้อ succinylcholine อาจทำให้โปแตสเซียมในเลือดสูงได้ วัตถุประสงค์การพยาบาล ป้องกันการเกิดการเสียสมดุลปริมาตรของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย	1. วางแผนการทดแทนสารน้ำ และดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำให้เพียงพอ ได้แก่ 0.9 % NSS (V) drip และ RLS (V) drip 2. ดูแลเฝ้าระวังสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด พร้อมจดบันทึกทุก 5 นาที เมื่อพบผิดปกติ รายงาน วิทยาลัยแพทย์และศัลยแพทย์ที่ทำผ่าตัด เพื่อทำการแก้ไข 3. สังเกตและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 ml/kg/hr รายงานวิทยาลัยแพทย์และศัลยแพทย์ที่ทำผ่าตัด เพื่อทำการแก้ไข 4. ติดตามเฝ้าระวังการผ่าตัดอย่างใกล้ชิด เพื่อประเมินการผ่าตัดว่ามีผลกระทบต่อการทำงานของไตและหลอดเลือดน้อยเพียงใด เพื่อวางแผนในการแก้ไข 5. เฝ้าสังเกตภาวะ Arrythmia จาก EKG monitor 6. เฝ้าระวังและประเมินการสูญเสียเลือดตลอดการผ่าตัด เพื่อเตรียมการให้เลือดหรือให้สารน้ำทดแทน ประเมินผลการพยาบาล สูญเสียเลือดในขณะผ่าตัดรวม 1,500 ml ได้รับสารน้ำทดแทนการเสียเลือดด้วย Pack red cell 2 unit (530 ml), Voluven 500 ml, Ringer lactate solution 1,500 ml ปัสสาวะออกดี 1,000 ml/3hr vital signs BP 110/70 – 120/70 mmHg, PR 78 beat/min SpO₂ 99 - 100 % EKG ไม่พบ tall peak T wave
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 ผู้ป่วยมีโอกาสรู้สึกตัวขณะผ่าตัด (Awareness) เนื่องจากได้รับยาระงับความรู้สึกไม่เพียงพอ ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกวิธีดมยาสลบ ช่วงที่ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตลดลงขณะเสียเลือด มีการลดระดับยาดมสลบลง วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการรู้สึกตัวขณะผ่าตัด (Awareness) ฟันตัวจากฤทธิ์ยาดมสลบได้เหมาะสมหลังหยุดให้ยาระงับความรู้สึก	1. ให้ N₂O: O₂ ในอัตราส่วน 1 : 1 lit/min และ Sevoflurane 2 % ในช่วงแรกของการระงับความรู้สึก 2. ติดตามระดับความลึกของการหลับโดยใช้ hemodynamic response ได้แก่ MAP เพื่อปรับเพิ่มหรือลด Sevoflurane ระหว่างการระงับความรู้สึก และปรับตามความเหมาะสมระหว่างทำผ่าตัด และให้ Dormicum เข้า vein ในช่วงที่มีการลดปริมาณยาดมสลบชนิดสุดท้าย 3. ให้ muscle relaxant (Tracrium) และยาระงับปวด (Fentanyl) ตามขนาดและเวลาที่เหมาะสม 4. ปรับตั้งค่า Ventilator ให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย 5. เมื่อการผ่าตัดเสร็จ จัดท่านอนหงาย ปิด ยาดมสลบชนิดสุดท้ายและเปิด O₂ 100 % ในอัตรา 6 lit/min เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ diffusion hypoxia 6. ให้ reversal agents ด้วย Atropine 1.2 mg (V) และ Prostigmine 2.5 mg (V) ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวตลอดระยะเวลาผ่าตัด ไม่มีอาการและอาการแสดงของความเจ็บปวด และ light anesthesia
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำกว่าปกติ	1. ติดตามผลการตรวจค่าน้ำตาลในกระแสเลือดทางห้องปฏิบัติการ DTX ในห้องผ่าตัด 2. เฝ้าระวังสัญญาณชีพผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมี underlying DM ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง งดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัด วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) และระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia)	3. เฝ้าระวังอาการแสดงของระดับน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) ได้แก่ ปัสสาวะออกมาก DTX > 180 mg% 4. เฝ้าระวังอาการแสดงของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ได้แก่ เหงื่อออก ตัวเย็น อุณหภูมิร่างกายต่ำ HR เร็ว ไม่สม่ำเสมอ DTX < 70 mg% ประเมินผลการพยาบาล ผล DTX ในห้องผ่าตัด 178 mg%
ระยะหลังระงับความรู้สึก ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 12 ผู้ป่วยมีภาวะเนื้อเยื่อสมองขาดเลือดเนื่องจากมีลิ้มเลือดอุดตันเส้นเลือด ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยซึมลง อ้าปากไม่ได้ มี right facial palsy แขนขาขวาอ่อนแรง ยกขยับต้านแรงไม่ได้ motor power grade 0 ผล CT scan brain พบ acute left Middle Cerebral Artery (MCA) infraction caused by thrombus วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเนื้อเยื่อสมองขาดเลือดไปเลี้ยงและเพิ่มปริมาณเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงสมอง	1. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ ได้แก่ หายใจมีเสียงเสมหะ หายใจหอบ หายใจลำบาก ใช้แรงในการหายใจมากขึ้น ผู้ป่วยไอบอมีเสียงเสมหะ โดยก่อนดูดเสมหะให้ O₂ 100% อย่างน้อย 1 นาที (Hyper-Oxygenation) โดยบีบ self-Inflating bag หรือให้ทางเครื่องช่วยหายใจใช้สายดูดเสมหะ ขนาดเบอร์ 14F แรงดันในการดูดเสมหะระหว่าง 100–120 มิลลิเมตรปรอท โดยการดูดเสมหะแต่ละครั้งนานไม่เกิน 15 วินาที ท่างันประมาณ 2 – 3 นาที จึงดูดเสมหะครั้งต่อไป 2. ดูแลใส่ท่อช่วยหายใจ (Reintubation) ได้แก่ เตรียมอุปกรณ์ในการใส่ท่อช่วยหายใจยาก ได้แก่ Video laryngoscope และเครื่องมือดูดเสมหะให้พร้อมใช้งาน จัดท่า sniffing position เพื่อสะดวกในการใส่ท่อช่วยหายใจ ด้วยความนุ่มนวลเนื่องจากผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดบริเวณลำคอ ให้อาหารย่นกลืนเนื้อ คือ Succinylcholine ในขนาด 1-2 mg/kg ใส่ท่อช่วยหายใจด้วยความรวดเร็วและนุ่มนวล และประเมินความถูกต้องเหมาะสมของตำแหน่งภายหลังใส่ท่อช่วยหายใจ สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อสมองออกซิเจนจากลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ค่า SpO₂ ค่า Capnograph ค่าความดันโลหิต สัตวิริมีฝึกปาก ลิ้น ขณะใส่ท่อช่วยหายใจและหลังใส่ท่อช่วยหายใจ 3. ประเมินสัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว (GCS) ขนาดและการมีปฏิกิริยาต่อแสงของรูม่านตา ทั้ง 2 ข้าง การเคลื่อนไหวของแขนขา ทั้ง 2 ข้าง ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองบกพร่อง เช่น ผู้ป่วยซึมลง สับสน หมดสติ 4. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา ศีรษะและคออยู่ในแนวเดียวกัน ไม่บิดหมุนซ้ายขวา ระวังคอพับหรือแขนขาเกินไป และการงอของสะโพกเกิน 90 องศา เพื่อส่งเสริมให้เลือดดำจากสมองไหลกลับหัวใจได้ดีขึ้น 5. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะสมองขาดเลือดรุนแรงขึ้นหรือมีเนื้อสมองตายเพิ่มขึ้น ได้แก่ GCS ลดจากเดิมมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน รูม่านตาทั้ง 2 ข้างไม่เท่ากันต่างกันเกิน 1 มิลลิเมตร ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง
	แขนขาทั้ง 2 ข้าง อ่อนแรงลงจากเดิม ชีพจรช้าไม่สม่ำเสมอ ความดันโลหิตสูง หายใจช้าหรือหยุดหายใจ ความดันชีพจร (Pulse pressure) > 60 mmHg ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัว ทำตามสั่งได้เล็กน้อย pupil Ø 2 mm RTL BE มี right facial palsy แขนขาขวาอ่อนแรง ยกขยับต้านแรงไม่ได้ motor power เท่าเดิม คือ grade 0 EKG show normal sinus rhythm Vital signs BP 140/90 mmHg, PR 90 beat/min, SpO₂ 100%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 13 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด และออกซิเจนในปอดลดลงจากการเคลื่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน ขณะเคลื่อนย้ายไป ICU ผู้ป่วยได้รับคาท่อช่วยหายใจไว้ วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด และเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอขณะเคลื่อนย้าย	1. ดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ และปาก คอให้โล่ง ก่อนเคลื่อนย้าย 2. ตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ และการยึดตรึงท่อช่วยหายใจ 3. ดูแลท่อช่วยหายใจ ไม่ให้ตึงรั้ง เลื่อนหลุด หัก พับ งอ 4. ระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย มีวิสัญญีพยาบาลติดตามผู้ป่วยพร้อมด้วยอุปกรณ์ช่วยหายใจ Self-inflating bag และเครื่องติดตามสัญญาณชีพ (Non-Invasive Blood Pressure) เครื่องวัดความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (Pulse Oximeter) 5. ดูแลบีบ Self-inflating bag ต่อกออกซิเจน 100% ระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	6. ประเมินและสังเกตภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน จากอาการและอาการแสดง ได้แก่ หายใจลำบาก ปลายมือ ปลายเท้า ริมฝีปาก ลิ้น เขียวคล้ำ ผิวหนังซีด เย็น ระดับความรู้สึกตัวลดลง $SpO_2 < 90\%$ ประเมินผลการพยาบาล ระหว่างการเคลื่อนย้าย ผู้ป่วยไม่มีภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน SpO_2 อยู่ในช่วง 99-100 % สัญญาณชีพปกติ ท่อช่วยหายใจ ไม่เลื่อนหลุด
ระยะเยี่ยมหลังรับความรู้สึก ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 14 ผู้ป่วยปวดแผลเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดบริเวณลำคอ ด้านซ้าย วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้อาการปวดแผลลดลง	1. ประเมินความรุนแรงของความเจ็บปวดใช้ numeric rating scale (NRS) และสังเกตสีหน้า พฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงถึงความเจ็บปวด และ ประสานงานกับพยาบาลหอผู้ป่วยเพื่อพิจารณาให้ยาแก้ปวด เมื่อประเมินความปวดอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป (NRS ≥ 4 คะแนน) 2. แนะนำวิธีการจัดการความปวดด้วยตนเองโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การทำสมาธิ ฟัง ธรรมชาติ หายใจเข้า ออกลึกๆ ซ้ำๆ อ่านหนังสือ ฟังเพลง เป็นต้น 3. หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้บริเวณแผลผ่าตัดได้รับความกระทบกระเทือนบริเวณแผลผ่าตัด และการรบกวนผู้ป่วยในขณะที่พักผ่อน 4. จัดท่านอนให้ผู้ป่วยได้อยู่ในท่าที่รู้สึกสบาย ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยนอนหลับได้ ไม่ได้รับยาแก้ปวด ระดับความปวด (Pain scale) 2 คะแนน
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 15 ผู้ป่วยมีโอกาสดังแผลผ่าตัดหายช้าและติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดบริเวณลำคอ ด้านซ้าย ใส่ Penrose drain ไว้ DTX 236 mg% วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อส่งเสริมการหายของแผลผ่าตัด ป้องกันการติดเชื้อของแผลผ่าตัด และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์เหมาะสม	1. เยี่ยมประเมินลักษณะบาดแผล และลักษณะ ปริมาณสารคัดหลั่งที่ออกจากแผล ในกรณีพบความผิดปกติของแผลและสารคัดหลั่ง แจ้งให้พยาบาลหอผู้ป่วยรับทราบความผิดปกติ 2. แนะนำผู้ป่วยในการดูแลแผลผ่าตัดให้สะอาด ไม่ให้แผลเปียกน้ำ ไม่แกะเกาแผล ถ้าแผลเปื่อยช้ำสารคัดหลั่งให้แจ้งพยาบาลทราบเพื่อทำแผลให้ใหม่ 3. แนะนำให้หลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหวบริเวณคอ เพื่อให้เนื้อเยื่อบริเวณแผลได้พักและไม่เกิดการกระทบกระเทือนบาดแผล 4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาฉีดระดับน้ำตาลตามแผนการรักษา ได้แก่ Regular insulin SC ตาม sliding scale, Novomix SC เข้า เย็น ตามแผน การรักษา 5. ติดตามผลการตรวจค่าน้ำตาลในเลือด เพื่อประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ประเมินผลการพยาบาล แผลผ่าตัดแห้ง มี discharge ออกจาก Penrose drain สีเหลืองเล็กน้อย หลังผ่าตัดได้ 2 วัน off Penrose หลังผ่าตัดได้ 7 วัน ตัดไหมที่แผลผ่าตัด แผลแห้ง ดีดี DTX อยู่ในช่วง 83 -129 mg% แพทย์ off Novomix ให้ Metformin แทน
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 16 ผู้ป่วยมีภาวะพร่องการดูแลกิจวัตรประจำวันเนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายซีกขวาลดลง ข้อมูลสนับสนุน แขน ขาข้างขวาอ่อนแรง แขนขวา motor power grade 3 ขาขวา motor power grade 4 วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายให้ผู้ผู้ป่วยสามารถดูแลกิจวัตรประจำวันตนเองได้ ADL 10 คะแนน (มีภาวะพึ่งพาปานกลาง)	1. ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 2. ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหว และเปลี่ยนอิริยาบถของร่างกายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และกล้าที่จะเคลื่อนไหวร่างกายด้วยตนเองและทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ 3. จัด Unit ของผู้ป่วยให้สามารถหยิบของใช้ได้สะดวก 4. ให้ความแนะนำในการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น การลุกนั่ง การลุกยืนข้างเตียง การบริหารร่างกาย แขน ขาข้างที่อ่อนแรง เพื่อให้กล้ามเนื้อแข็งแรงเพิ่มขึ้น ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยดูแลกิจวัตรประจำวันตนเองได้ ลุกเดินเข้าห้องน้ำได้เอง แขนขวาอ่อนแรง motor power grade 4 แขนซ้าย และขา 2 ข้าง กำลังปกติ motor power grade 5 ADL 18 คะแนน (ไม่มีภาวะพึ่งพา)

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 17 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดปอดอักเสบจากการสำลักเนื่องจากมีภาวะการกลืนลำบาก ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมี facial palsy จิบน้ำกลืนไม่ได้ และมีอาการไอ วัตถุประสงค์การพยาบาล ป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก	1. ร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย นักกิจกรรมบำบัดให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเรื่อง วิธีบริหารการกลืน โดยฝึกควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อริมฝีปาก กระพุ้งแก้ม และลิ้น โดยการยืดยิมฟัน หมัมริมฝีปาก ห่อปาก เป่าลม เคลื่อนไหวลิ้น และริมฝีปากบน-ล่าง ฝึกหัดการกลืน โดยให้หัดกลืนน้ำลายของตนเอง และน้ำ 2. ประเมินอาการและอาการแสดงของการเกิดปอดอักเสบ ได้แก่ มีไข้ ไอมีเสมหะ เจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อย 3. คิดตามประเมินความสามารถในการกลืน ประเมินผลการพยาบาล ไม่เกิดปอดอักเสบ ฝึกกลืนน้ำได้เพียง 1 ml ใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy ; PEG) ไว้
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 18 ผู้ป่วยมีภาวะบกพร่องการสื่อสารเนื่องจากมีพยาธิสภาพในสมอง ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยพูดคุ้ยสื่อสารได้ แต่ช้า นึกคำพูดไม่ค่อยออก และมีเสียงแหบ วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร	1. ร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย นักกิจกรรมบำบัดให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเรื่อง ฝึกนิกคำ เริ่มจากการใช้ของจริงก่อน เช่น ให้นานาฬิกา ปากกา กระดาษ เป็นต้น ถ้าผู้ป่วยนึกคำไม่ออก อาจใช้คำแรกเพื่อช่วยผู้ป่วยได้ 2. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการเสียงแหบ ถ้าไม่หายภายใน 6 เดือน หลังผ่าตัด ให้มาพบแพทย์ ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยนึกคำออกได้มากขึ้น การพูดเร็วขึ้น เสียงยังแหบ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 19 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยสับสนวิถีกังวล และซักถามการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	1 ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปบ้าน เรื่อง การบริหารร่างกาย โดยเฉพาะแขนขาที่อ่อนแรง การให้อาหารทางสายยางหน้าท้อง การฝึกการกลืน การฝึกการพูด การนิกคำ การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ การมาตรวจตามนัด 2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติพูดคุย ซักถามข้อสงสัย ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกถึงการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปบ้านได้อย่างถูกต้อง

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยกรณีศึกษานี้ แพทย์วินิจฉัยเป็น Neck abscess และทำผ่าตัด Drainage branchial cleft with biopsy wall for pathology under GA ขณะผ่าตัดเกิด tear jugular vein และ carotid artery ทำให้สูญเสียเลือดมาก จนเกิดภาวะช็อก ซึ่งจากการศึกษาวรรณกรรมพบว่าการทำผ่าตัดชนิดนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้บาดเจ็บต่อเส้นเลือดหรือเส้นประสาทในบริเวณใกล้เคียง^{2,5} ซึ่งได้รับการเตรียมความพร้อมสารน้ำและเลือดตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและเลือดทดแทนอย่างทันเวลา ผู้ป่วยไม่เกิดการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายล้มเหลว และได้รับการผ่าตัดจนเสร็จ แต่เมื่อนำผู้ป่วยมาสังเกตอาการที่ห้องพักฟื้นพบมีอาการของภาวะสมองขาดเลือด (Stroke) สาเหตุเกิดจากลิ่มเลือด อุดตัน carotid artery ซึ่ง

จากการมีเลือดออกขณะเกิด tear carotid artery ร่างกายจะมีกระบวนการสร้างลิ่มเลือด เพื่อหยุดเลือดและซ่อมแซมหลอดเลือดที่บาดเจ็บ ลิ่มเลือดนี้อาจหลุดลอยไปตามกระแสเลือดและเกิดการอุดตันหลอดเลือดได้⁶ โดยเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นได้บ่อย ทำให้ขาดการเผื่อระวังการเกิดภาวะนี้ตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัด อีกทั้งเกิดกับผู้ป่วยที่ยังไม่ตื่นดีจากการระงับความรู้สึก ทำให้การเผื่อระวังทำได้ยาก หากอาการและอาการแสดงยังไม่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

1. กำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องเผื่อระวัง สังเกตอาการเตือนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดหลังได้รับการผ่าตัด ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะการไหลเวียนเลือดไม่เพียงพอ (Hypoperfusion) เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะ

สูญเสียสารน้ำและเลือดมากระหว่างทำผ่าตัด ผู้ป่วย
ทำผ่าตัดบริเวณลำคอ 2) ผู้ป่วยที่มีการจัดทำบิด หรือ
หักพับอวัยวะบริเวณลำคอระหว่างทำผ่าตัด การผ่าตัดทำ
นั่ง หรือการผ่าตัดที่ทำ deliberate hypotension
ร่วมด้วย เช่น การผ่าตัดกระดูกไข สันหลัง

2. เก็บข้อมูลจำนวนผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดและเป็น
กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดไปเลี้ยงสมองอุดตัน
เฉียบพลัน เพื่อใช้เป็นข้อมูลเสนอผู้บริหารพิจารณา
จัดหาเครื่องตรวจการไหลเวียนในหลอดเลือดแดงที่
อยู่บริเวณใต้ฐานสมองภายในกะโหลกศีรษะด้วยคลื่น
ความถี่สูงไว้ที่ห้องผ่าตัด

เอกสารอ้างอิง

1. จิราพร ตระการจันทร์ศิริ. การติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัย
ภูเบศร. บุรพาเวชสาร 2566; 10(1): 38-53.
2. อัศวิน เรืองมงคลเลิศ. การอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มชั้นลึกของโรงพยาบาลนครพนม. วารสารโรงพยาบาลนครพนม 2559;
4(3): 5-15.
3. ราไฟ เกตุจิระโชติ. การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อรุนแรงบริเวณช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกในโพรงใต้คาง. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
2563; 17(2): 196-205.
4. ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. รายงานผู้ป่วยรายโรคปี พ.ศ 2562- 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2565
[สืบค้นเมื่อ 13 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงจาก: http://somdetdata.moph.go.th/data_sys/report_/
5. James WD. Branchial cleft cyst treatment management. [internet]. 2020 [cited 2022 June 13]. Available from:
<https://emedicine.medscape.com/article/1110351-treatment?form=fpf>
6. ประยุทธ์ ภูวรัตน์าววิธ. ความรู้พื้นฐานทางเภสัชวิทยาที่เภสัชกรทราบเกี่ยวกับยาต้านการเกิดลิ่มเลือด. [อินเทอร์เน็ต]. 2561
[สืบค้นเมื่อ 13 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงจาก: <https://www.wongkampat.com/upfilecpe/CPE240.pdf>