

การพยาบาลวิสัญญีเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วตัว สำหรับการผ่าตัด มะเร็งตับอ่อนบริเวณส่วนหัวของตับอ่อนร่วมกับ ทางเดินน้ำดีส่วนปลายด้วยวิธี Whipple's Operation

Anesthetic Nursing to Prevent Complications in Patients Undergoing General Anesthesia for Pancreatic Head Cancer Surgery with Distal Bile Duct Resection via Whipple's Operation.

(Received: August 24,2025 ; Revised: August 27,2025 ; Accepted: August 29,2025)

จิตรา สีสไ¹

Jitra Srisai¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลวิสัญญีเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วตัว สำหรับการผ่าตัดมะเร็งตับอ่อนบริเวณส่วนหัวของตับอ่อนร่วมกับทางเดินน้ำดีส่วนปลายด้วยวิธี Whipple's Operation โดยศึกษาในผู้ป่วยหญิงไทยหม้าย อายุ 63 ปี มารับการรักษาที่โรงพยาบาลอ่างทองด้วยอาการปวดท้องเป็น ๆ หาย ๆ ตัวตาเหลือง น้ำหนักลด แพทย์ตรวจวินิจฉัยเป็นมะเร็งตับอ่อนบริเวณส่วนหัวของตับอ่อนร่วมกับทางเดินน้ำดีส่วนปลายและวางแผนการรักษาโดยการผ่าตัดด้วยวิธี Whipple's Operation พยาบาลวิสัญญีเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง

ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ กลัวการได้รับยาระงับความรู้สึกและกลัวการผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพวิสัญญีได้ให้ความรู้ การเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ขณะให้ยาระงับความรู้สึก และหลังการให้ยาระงับความรู้สึก ติดตามเยี่ยมประเมินสภาพและให้การพยาบาลที่หอผู้ป่วย รวมทั้งให้ความรู้และแนะนำเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์เมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน

คำสำคัญ: มะเร็งตับอ่อน, การผ่าตัดด้วยวิธี Whipple's Operation, ภาวะแทรกซ้อน, การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วตัว

Abstract

This case study aimed to examine anesthetic nursing care for the prevention of complications in a patient undergoing general anesthesia for pancreatic head cancer with distal bile duct involvement requiring Whipple's procedure. The study focused on a 63-year-old Thai widowed female patient admitted to Ang Thong Hospital presenting with intermittent abdominal pain and jaundice. Following diagnosis of pancreatic head cancer with distal bile duct obstruction, the treatment plan involved surgical intervention via Whipple's operation. During preoperative assessment at the female surgical ward.

Result: the anesthetist nurse identified the patient's anxiety regarding her condition, fear of anesthesia, and apprehension about the surgery. The nurse anesthetist provided comprehensive education covering pre-anesthetic preparation, intraoperative care, and postoperative recovery. Continuous monitoring and nursing care were provided in the ward, along with discharge planning that included patient education and guidance about available support resources following hospital discharge.

Keywords: Pancreatic cancer, Whipple's operation, complications, general anesthetic nursing care

บทนำ

การให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็ง
ตับอ่อนบริเวณส่วนหัวร่วมกับทางเดินน้ำดีส่วนปลาย
ด้วยวิธี Whipple's operation นับเป็นการผ่าตัด

ใหญ่ที่มีความซับซ้อนสูงและมีความเสี่ยงต่อ
ภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่
ได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วตัว¹ วิสัญญีพยาบาล
มีบทบาทสำคัญตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด

¹ พย.บ. โรงพยาบาลอ่างทอง

และหลังผ่าตัด ในการประเมินความเสี่ยง ป้องกัน และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จากการศึกษาของโรงพยาบาลศูนย์ใหญ่และโรงพยาบาลทั่วไปในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนี้มีอัตราการภาวะแทรกซ้อนทางเดินหายใจสูงถึง 25-35%²

ความท้าทายสำคัญในการให้ยาระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดนี้คือ การจัดการระบบไหลเวียนโลหิตและระบบหายใจที่อาจไม่เสถียร เนื่องจากการผ่าตัดใช้เวลานาน 4-8 ชั่วโมง (และมี การสูญเสียเลือดค่อนข้างมาก) เฉลี่ย 500-1000 มล (วิสัญญีพยาบาลจำเป็นต้องเตรียมพร้อมสำหรับ ภาวะความดันโลหิตต่ำ (hypotension) จาก เลือดออกและการเปลี่ยนแปลงของสารน้ำในร่างกาย นอกจากนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุมากและมีโรค ประจำตัวร่วม เช่น เบาหวานและโรคหัวใจ ซึ่งเพิ่ม ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด การ ประเมินความเสี่ยงก่อนผ่าตัด) pre-anesthetic evaluation) จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง รวมถึง ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่วิสัญญีพยาบาลต้องเฝ้า ระวังคือ ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (hypothermia) จากระยะเวลาการผ่าตัดที่ยาวนานและภาวะเสีย สมดุลเกลือแร่จากการสูญเสียสารน้ำ การใช้เทคนิค การระงับปวดหลายรูปแบบ) multimodal analgesia) รวมถึง epidural analgesia และ opioid-sparing techniques ช่วยลดความเครียด จากการผ่าตัดและเร่งกระบวนการฟื้นตัวหลังผ่าตัด³ การจัดการทางเดินหายใจก็มีความสำคัญเนื่องจาก ตำแหน่งการผ่าตัดอยู่ใกล้กะบังลม อาจส่งผลต่อการ หายใจและการระบายอากาศระหว่างผ่าตัด ภาวะ หายใจล้มเหลว ปอดแฟบ (Atelectasis) และภาวะ ทางเดินหายใจอุดตัน ซึ่งสัมพันธ์กับการใช้ยาระงับ ความรู้สึกชนิดทั่วตัว⁴ วิสัญญีพยาบาลจำเป็นต้องมี ทักษะความเชี่ยวชาญในการการประเมินอย่างเป็น ระบบ ทั้งขณะให้ยาระงับความรู้สึกตลอดการผ่าตัด และการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดในระยะพักฟื้น สามารถ ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ได้ การศึกษาของเวน เกอร์และคณะ⁴ ชี้ให้เห็นว่าการดูแลตามแนวทาง

ปฏิบัติที่ดีสามารถลดอัตราการภาวะแทรกซ้อนทางเดิน หายใจได้ถึง 40%

ในบริบทของโรงพยาบาลอ่างทอง ซึ่งเป็น โรงพยาบาลทั่วไป ขาดข้อมูลสถิติที่ชัดเจนเกี่ยวกับ อัตราภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด Whipple's operation อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนเวช ระเบียนย้อนหลัง 3 ปี พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัจจัย เสี่ยงเพิ่มเติม เช่น อายุมาก มีโรคประจำตัว ซึ่งเพิ่ม ความท้าทายในการดูแลของวิสัญญีพยาบาล การ ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia) และการ จัดการทางเดินหายใจในระยะหลังผ่าตัดเป็นบทบาท หลักที่ต้องอาศัยทักษะและความเชี่ยวชาญของ วิสัญญีพยาบาลโดยเฉพาะ

การศึกษานี้จึงมุ่งเน้นการพัฒนารูปแบบ การพยาบาลเฉพาะทางของวิสัญญีพยาบาลเพื่อลด ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด Whipple's operation โดยเฉพาะการเฝ้าระวังและ จัดการภาวะปวด รวมถึงภาวะแทรกซ้อนทางระบบ หายใจที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัดบริเวณช่องท้อง ส่วนบนซึ่งรวมถึงการจัดการด้านวิสัญญีวิทยาที่ เหมาะสม สามารถลดระยะเวลาพักฟื้นและลดอัตรา การเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีนัยสำคัญ⁴ โดยผู้ ศึกษาได้ประยุกต์ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มและ กระบวนการพยาบาล (Nursing process) มาเป็น แนวทางปฏิบัติ ซึ่งกระบวนการพยาบาลจะช่วยให้ ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องแบบองค์รวม (Holistic patient care) ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะ ผ่าตัด และหลังผ่าตัด รวมถึงป้องกันและเฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด

ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิสัญญี ปฏิบัติงาน กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี จึงได้ทำการศึกษา ผู้ป่วยเฉพาะรายเรื่องการพยาบาลวิสัญญีเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก ชนิดทั่วตัว สำหรับการผ่าตัดมะเร็งตับอ่อนบริเวณ ส่วนหัวของตับอ่อนร่วมกับทางเดินน้ำดีส่วนปลาย ด้วยวิธี Whipple's Operation โดยได้นำทฤษฎีการ พยาบาลของโอเร็ม^{5,6}นำมาประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วย โดยประยุกต์ใช้ตามแนวคิดกระบวนการพยาบาลที่

สามารถใช้ได้ตั้งแต่ขั้นประเมินสภาพเป็นต้นไป เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล และเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วตัว สำหรับการผ่าตัดมะเร็งตับอ่อนบริเวณส่วนหัวของตับอ่อนร่วมกับทางเดินน้ำดีส่วนปลายด้วยวิธี Whipple's Operation ตามมาตรฐานการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลวิสัญญีเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วตัวสำหรับการผ่าตัดมะเร็งตับอ่อนบริเวณส่วนหัวของตับอ่อนร่วมกับทางเดินน้ำดีส่วนปลายด้วยวิธี Whipple's Operation

วิธีการศึกษา/ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. คัดเลือกผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนบริเวณส่วนหัวของตับอ่อนร่วมกับทางเดินน้ำดีส่วนปลายด้วยวิธี Whipple's Operation จากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอ่างทอง ในช่วงวันที่ 1 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2567-วันที่ 30 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 1 ราย

2. ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมี การผ่าตัด แบบแผนการดำเนินชีวิตจากเวชระเบียน โดยการสัมภาษณ์ สังเกตจากผู้ป่วยและญาติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ แผนการรักษาของแพทย์

3. ศึกษาค้นคว้าการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากเอกสาร ตำรา ผลงานวิชาการ บทความ ตลอดจนงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งตับอ่อนบริเวณส่วนหัวของตับอ่อนร่วมกับทางเดินน้ำดีส่วนปลายด้วยวิธี Whipple's Operation

4. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ปัญหา นำมาวางแผนให้การพยาบาลทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด

5. ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน

6. สรุปผลการศึกษาเพื่อรวบรวมข้อมูลและปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา

7. จัดพิมพ์รูปเล่ม ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความถูกต้องของรายงานพร้อมแก้ไข และเผยแพร่ผลงานที่ศึกษา

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอม และให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป แหล่งที่มาของข้อมูล (ผู้ป่วยญาติ แพทย์ประวัติ) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 63 ปี น้ำหนัก 51 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาอิสลาม การศึกษาประถมศึกษาชั้นปีที่ 4 สถานภาพหม้าย อาชีพรับจ้าง รายได้ 7,000 บาทต่อเดือน สิทธิในการรักษา หลักประกันสุขภาพ โรงพยาบาลอ่างทอง มีภูมิลำเนาอยู่จังหวัดอ่างทอง อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล 3 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการตัว ตาเหลือง ทานข้าวได้น้อย เบื่ออาหาร ปวดท้องเป็น ๆ หาย ๆ น้ำหนักลด ผู้ป่วยไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลโพธิ์ทอง แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น R/O Acute Cholangitis with pancreatic cancer จึงแนะนำให้มาตรวจที่โรงพยาบาลอ่างทองเพื่อพบแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรม แกร็บไว้ในโรงพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง วันที่ 10 มกราคม พ.ศ. 2565 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารรู้เรื่อง ประเมินสัญญาณ

ชีพแรก รับ BP= 157/81 mmHg, P=76 bpm, RR=20 bpm, T=37 °C ผู้ป่วยสามารถทำตามคำสั่งได้ ตรวจประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Score : GCS) ได้ E4V5M6 ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุรุนแรงและไม่เคยได้รับการผ่าตัดใด ๆ มาก่อน การตรวจพิเศษทางห้องปฏิบัติการ CT Upper abdomen พบก้อน (mass) บริเวณตับอ่อนบริเวณส่วนหัวของตับอ่อนร่วมกับทางเดินน้ำดีส่วนปลาย (Uncinate CA of pancreas) มีการขยายตัวของท่อทางเดินน้ำดีและมีการอุดตันที่ท่อทางเดินน้ำดีส่วนปลาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ Hct=32% (ค่าปกติ=34-45%) และผลการตรวจ eGFR=66.77 (ค่าปกติ= 90-100ml/min/1.73 m²) วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ 11 ตุลาคม 2567 เวลา 10.59 น. วันที่ผ่าตัด 15 ตุลาคม พ.ศ. 2567 วันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล 15 พฤศจิกายน 2567 เวลา 16.00 น. รวมระยะเวลาที่รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล 35 วัน

แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งตับอ่อนบริเวณส่วนหัวของตับอ่อนร่วมกับทางเดินน้ำดีส่วนปลาย (Uncinate CA of pancreas) และวางแผนผ่าตัดด้วยวิธี Whipple's Operation วันที่ 15 ตุลาคม พ.ศ. 2567 ก่อนการผ่าตัดในวันที่ 14 ตุลาคม พ.ศ. 2567 พยาบาลวิสัญญีไปเยี่ยมประเมินผู้ป่วยที่หอศัลยกรรมหญิง โดยแจ้งวัตถุประสงค์การมาเยี่ยมเพื่อประเมินสภาพผู้ป่วย โดยให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด รวมถึงวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้เข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค ความจำเป็นในการทำผ่าตัด เตรียมร่างกายจิตใจของผู้ป่วยให้มีความพร้อมในการผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและกลัวการผ่าตัด ผู้ขอรับการประเมินได้ให้คำแนะนำและอธิบายขั้นตอนวิธีการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด อธิบายถึงแผนการดูแลการผ่าตัด การระงับความรู้สึก ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งให้โอกาสผู้ป่วยและญาติซักถาม พุดคุยและอภิปรายเพิ่มเติมในประเด็นที่เกี่ยวข้อง รวมถึงเหตุผลและความจำเป็น

ของการผ่าตัดและวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อการรักษาและแก้ไขพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ข้อดี ข้อเสียของการผ่าตัดและสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและญาติเพื่อลดความวิตกกังวล

วันที่ 15 มกราคม พ.ศ. 2567 ผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัดได้รับการประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกและก่อนผ่าตัดเบื้องต้นซ้ำอีกครั้งที่จุดห้องผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง อาการทั่วไปปกติ มีอาการปวดท้องด้านขวาเล็กน้อย ก่อนทำการผ่าตัดมีการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดต่าง ๆ ให้พร้อมใช้ นำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด พร้อมตรวจสอบ (Sign in) ข้อมูลผู้ป่วยให้ถูกต้องก่อนการระงับความรู้สึก เมื่อได้รับการระงับความรู้สึก จัดท่าผู้ป่วยให้นอนท่านอนหงาย (supine position) เป็นหลัก และอาจปรับเป็นท่า reverse Trendelenburg (ศีรษะสูงเล็กน้อย) เพื่อช่วยให้ศัลยแพทย์เห็น surgical field ชัดเจนขึ้นระหว่างการผ่าตัด การพยาบาลที่ได้รับคือป้องกันการบาดเจ็บจากการจัดทำผ่าตัดโดยเฉพาะระวังการกดหรือยืดเส้นประสาท brachial plexus (จัดแขนงอไม่เกิน 90°) และ ulnar nerve (ป้องกันการกดทับข้อศอก)

ขณะผ่าตัด ตรวจนับเครื่องมือและผ้าซับเลือด ก่อนเริ่มการผ่าตัด ติดแผ่นสื่อไฟฟ้า เครื่องจี้ไฟฟ้า เพื่อป้องกันอุบัติเหตุผิวหนังไหม้จากเครื่องจี้ไฟฟ้า ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณท่าผ่าตัดเพื่อลดปริมาณเชื้อโรคบริเวณผิวหนังที่จะทำผ่าตัด ก่อนให้ยาระงับความรู้สึกและก่อนแพทย์ลงมือผ่าตัด มีการยืนยันผู้ป่วยตำแหน่งผ่าตัด ทิ่มผ่าตัด และวิธีการผ่าตัด (time out) แพทย์ทำการผ่าตัดโดยใช้กล้องช่วยในการผ่าตัด (Laparoscopic) โดยศัลยแพทย์ทางเดินปัสสาวะผ่าตัดไตขวาและนำไตออกเพื่อทำการส่งตรวจพยาธิวิทยา ก่อนแพทย์เย็บปิดช่องท้อง พยาบาลส่งเครื่องมือตรวจนับเครื่องมือผ่าตัด ผ้าก๊อช และผ้าซับเลือดให้ครบถ้วน ขณะผ่าตัดผู้ป่วยเสียเลือด 500 ซีซี ตรวจระดับความเข้มข้นของเลือด= 27 % วิสัญญีแพทย์พิจารณาการรักษาร่วมกับศัลยแพทย์ให้ PRC 1 ยูนิต ระหว่างผ่าตัดไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น อาทิเช่น ไม่พบการบาดเจ็บ

ของอวัยวะต่าง ๆ จากการใช้เครื่องมือการผ่าตัด ไม่พบรอยไหม้ หรือตุ่มน้ำพองบริเวณที่ติดแผ่นสื่อนี้ เช็ดทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย ดูแลให้ความอบอุ่นร่างกาย (Keep warm) และนำส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยหนักวิกฤตแผนกศัลยกรรม (ไอซียูศัลยกรรม) รวมระยะเวลาผ่าตัด 6 ชั่วโมง หลังผ่าตัด 15 นาที ผู้ศึกษาติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินอาการผู้ป่วย ตรวจสอบ แก้ปัญหาและให้ข้อมูลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง โดยมีรายละเอียดดังนี้

วันที่ 16 ตุลาคม พ.ศ.2567 ผู้ป่วยหายใจเองไม่ได้ On Endotracheal tube no 7.5 mm. fix 22 cm. และใช้เครื่องช่วยหายใจ Monitor Electrocardiography (EKG) Show Sinus tachycardia, On NG tube ไว้ สำหรับให้ยาและใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง ปิด fixomull stretch ไว้ On LRI 1000 ml IV rate 80 ml/hr. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 64 ครั้งต่อนาที การหายใจ 24 ครั้งนาที ความดันโลหิต 130/60 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยมีอาการปวดตึงแผลผ่าตัดปานกลาง Pain score 5 คะแนน on epidural catheter with 0.0625%+MO 0.02 mg/hr. drip rate 5 cc/hr. ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 128/87 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ปริมาณของเลือดหรือสิ่งคัดหลั่งที่ระบายออกมาในท่อระบายชนิด Jackson pratt drain จำนวน 15 ซีซี ตำแหน่งของท่อระบายอยู่ตำแหน่งเดิม การทำงานของท่อระบายเป็นสัญญาณปกติ และผิวหนังรอบ ๆ แผลที่มีท่อระบายไม่บวม แดง ร้อน ท้องไม่อืด ยังมีไข้ 37.8-39.6 องศาเซลเซียส ปัสสาวะออก 300 ซีซี/วัน สีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ไม่เกิดการบาดเจ็บต่อเส้นประสาท (nerve injury) ไม่เกิดภาวะหลอดเลือดอุดตัน (venous thrombosis) ไม่เกิดแผลกดทับบริเวณแขนที่วางบนที่พักแขน วันที่ 31

ตุลาคม พ.ศ.2567 ผู้ป่วยออกจากไอซียูศัลยกรรมมา รักษาต่อที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง เริ่มจิบน้ำได้ ยังมีอาการปวดแผลเล็กน้อยถึงปานกลาง Pain score 4-5 คะแนน ยังมีไข้ 37.9-38.1°C ต่อมาผู้ป่วยมี

อาการดีขึ้น ช่วยเหลือตนเองได้ดี ไม่ปวดแผล แผลผ่าตัดแห้งดี

วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ.2567 ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อน ไม่มีอาการแน่นท้อง ปวดแผลเล็กน้อย หลังผ่าตัด Pain score 3 คะแนน และได้ย้ายไปรับการรักษาต่อที่หอศัลยกรรม วันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ.2567 ผู้ป่วยได้รับการถอดสายสวนปัสสาวะ หลังถอดสายสวนปัสสาวะ ผู้ป่วยปัสสาวะเอหิงค์ได้ ไม่แสบขัด สีเหลืองใส

วันที่ 4 พฤศจิกายน พ.ศ.2567 ผู้ป่วยสามารถถอดท่อระบายเลือดออกได้ รับประทานอาหารปกติ แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม มีการประเมินการทำงานของลำไส้ การติดเชื้อของแผล ค่าการทำงานของไต ค่าความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์อย่าง ต่อเนื่องและได้รับการถอดท่อระบายชนิด Jackson pratt drain แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน

วันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ.2567 รวมระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล 35 วัน และนัดติดตามอาการและแจ้งผลตรวจชิ้นเนื้ออีก 2 สัปดาห์ ผลการตรวจพยาธิสภาพพบ CA head carcinoma of pancreas พยาบาลวิสัญญีดูแลให้ความรู้ เรื่องการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน แพทย์พยาบาล ผู้ป่วย และญาติได้ร่วมวางแผนการรักษา ต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความมั่นใจและลดความวิตกกังวล

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Hct=27% (ค่าปกติ=34-45%) แสดงว่าค่า Hct มีค่าต่ำกว่าเกณฑ์ ในผู้ป่วยมะเร็งไตการผลิตฮอร์โมนสร้างเม็ดเลือดแดง (erythropoietin) ลดลง ซึ่งทำให้ไขกระดูกได้รับการกระตุ้นลดลง ดังนั้นความเข้มข้นของเลือดจึงลดลง

BUN= 16 mg/dl เกณฑ์ปกติของค่า BUN ในวัยผู้ใหญ่ คือ 8-20 mg/dL เกณฑ์ปกติของเด็ก คือ 5-18 mg/dL ค่า BUN ในเลือดที่สูงเกินกว่าเกณฑ์ จัดเป็นตัวบ่งบอกถึงสัญญาณของความผิดปกติการทำงานของไตหลายประการ เช่น ภาวะขาดสารอาหารหรือร่างกายมีการดูดซึมสารอาหารได้ไม่เพียงพอ นอกจากนี้อาจเป็นตัวบ่งชี้การทำงานของตับ หรือการได้รับยาบางชนิดในปริมาณที่มากเกินไป

¹⁰ ในกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ค่า BUN อยู่ในเกณฑ์ปกติ

Creatinine= 0.87 mg/dl (ค่าปกติ=0.5-1.5 mg) โดยปกติสารครีเอตินินจะถูกขับออกทางปัสสาวะอย่างสมบูรณ์ แต่หากยังตรวจพบสารนี้ในกระแสเลือดเกินกว่าค่าปกติ แสดงว่าไตมีทำงานบกพร่อง ไม่สามารถขับสารนี้ออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น เกิดจากการอุดตันในทางเดินปัสสาวะ ยาที่ทำลายเนื้อไต เนื้ออกที่ไต หรือร่างกายขาดน้ำ ในกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ค่า Creatinine อยู่ในเกณฑ์ปกติ

eGFR=66.77 (ค่าปกติ = 90-100ml/min/1.73 m²) เป็นตัวบ่งชี้ประสิทธิภาพและอัตราการขับของเสียผ่านหน่วยกรองของไต โดยทั่วไปค่าปกติอยู่ที่ 90 มิลลิลิตรต่อนาทีหรือมากกว่า (ml/minute) ในกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ค่า eGFR ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติแสดงว่าการทำงานของไตส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพและความเร็วในการขับของเสียออกจากตัวกรองที่ไตและเป็นโรคไตระยะที่ 2

ตรวจปัสสาวะเบื้องต้น (Urine Examination; UA) ดูค่าเม็ดเลือดแดง (Red Blood Cells)= 0-1

cells/HD และเม็ดเลือดขาว (White Blood Cells)=2-3 cells/HD เพื่อหาความเสี่ยงการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะหรือภาวะบาดเจ็บในทางเดินปัสสาวะ ในกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ค่า UA อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

จากการศึกษากรณีศึกษา ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี ศึกษาสังเคราะห์ความรู้จากทฤษฎีและกระบวนการพยาบาลที่นำมาประยุกต์ใช้กับกรณีศึกษา เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ภายใต้มาตรฐานการพยาบาล และเพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บความรู้สึกรุนแรงทั่วตัว สำหรับการผ่าตัดมะเร็งตับอ่อนบริเวณส่วนหัวของตับอ่อนร่วมกับทางเดินน้ำดีส่วนปลายด้วยวิธี Whipple's Operation ปลอดภัย และให้การพยาบาลระงับความรู้สึกมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น ผู้ศึกษาได้สรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่พบในกรณีศึกษาเรียงลำดับความสำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยในแต่ละระยะโดยมีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด (เยี่ยมผู้ป่วยในวันที่ 14 ตุลาคม พ.ศ.2567 เวลา 15.00 น.) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีอาการไม่สุขสบายจากอาการปวดเรื้อรัง อันเนื่องมาจากการอักเสบของตับอ่อน ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยแจ้งว่ามีอาการปวดท้องรุนแรง มีอาการกระสับกระส่าย สัญญาณชีพมีการเปลี่ยนแปลง ความดันโลหิต 159/98 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเต้นเร็ว 96 ครั้งต่อนาที แสดงสีหน้าอึดอัดไม่สุขสบาย และประเมินความปวดได้ 7 คะแนนจาก 10 คะแนน วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายและได้รับการบรรเทาอาการปวดท้อง เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยมีสีหน้าสดใส แสดงท่าที่ผ่อนคลาย ผู้ป่วยรายงานว่าอาการปวดลดลงหรือหายไป (pain score น้อยกว่า 3 คะแนน) สัญญาณชีพกลับสู่ค่าปกติ สามารถพักผ่อนได้อย่างเพียงพอ	กิจกรรมพยาบาล การประเมินลักษณะการปวด ตำแหน่ง ระดับ ความรุนแรงของอาการปวด อาการไม่สุขสบายอื่นๆ และความต้องการการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความไม่สุขสบาย ติดตามและประเมินอาการผิดปกติ ได้แก่ มีไข้สูง ท้องอืดท้องแน่น ปวดท้องรุนแรง กดเจ็บบริเวณรอบสะดือ (Cullen's sign) หรือเกิดรอยช้ำบริเวณข้างลำตัว (Grey Turner's sign) และรายงานแพทย์ทันทีหากพบความผิดปกติ จัดการให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเพียงพอเพื่อลดการหลั่งเอนโดรจินจากตับอ่อน ซึ่งเกิดจากระบบการเมแทบอลิซึมที่เพิ่มสูงขึ้น จัดทำให้อาการปวดลดลงในท่า Semi-Fowler's position (ศีรษะสูง 45-60 องศา) โดยยกเข้าน้อย 15-20 องศา หรือจัดท่าอื่นๆ ที่ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย เช่น จัดท่านอนตะแคงด้วยการงอเข่าเข้าหาท้อง (Modified knee-chest position) เพื่อลดแรงกดดันของกะบังลมต่อบริเวณที่มีการอักเสบและช่วยบรรเทาอาการปวด ส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่เงียบสงบ ลดแสงสว่างที่รบกวน ประยุกต์ใช้เทคนิคการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา ร่วมกับการให้ยาแก้ปวด ได้แก่ การทายาเจลและชา การเปียงเบนความสนใจ เทคนิคการผ่อนคลาย และการสนับสนุนทางจิตใจผ่านการสื่อสาร ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา ได้แก่ ยาแก้ปวด ยาปฏิชีวนะ ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ยาลดอาการหลังกรดและน้ำย่อยตับอ่อน รวมถึงดูแลให้ดื่มน้ำและอาหารทางปากตามแผนการรักษา โดยให้ผู้ป่วยบ้วนปากหรือแปรงฟันเพื่อรักษาความชุ่มชื้นของช่องปากและสร้างความสุขสบาย การประเมินผล ผู้ป่วยมีสีหน้าสดใสนิ่งและไม่มีอาการปวดท้อง โดยมีคะแนนการประเมินความปวด (pain score) น้อยกว่า 3 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับไม่ปวดถึงปวดเล็กน้อย สัญญาณชีพกลับสู่ค่าปกติ ได้แก่ ความดันโลหิต 118/76 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที และอัตราการหายใจสม่ำเสมอ 20 ครั้งต่อนาที ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้อย่างเพียงพอและมีคุณภาพ หลังจากได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาและการจัดท่าในท่า Semi-Fowler's position ที่เหมาะสม แสดงให้เห็นว่าการดูแลพยาบาลแบบองค์รวมที่ผสมผสานระหว่างการพยาบาลและเทคนิคไม่ใช้ยามีประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปวดและส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วย
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนก่อนและหลังการผ่าตัดรวมถึงกระบวนการให้ยาระงับความรู้สึก ข้อมูลสนับสนุน ผลการตรวจ CT scan ของช่องท้องส่วนบนแสดงภาพมะเร็งบริเวณ Uncinate process ของตับอ่อน ผู้ป่วยจะต้องรับการผ่าตัดเพื่อเอาเนื้องอกในบริเวณหัวตับอ่อนพร้อมส่วนหนึ่งของท่อน้ำดีส่วนปลายโดยใช้เทคนิค Whipple's operation ผู้ป่วยแสดงสีหน้ากังวลใจและแสดงความกระวนกระวายใจ โดยผู้ป่วยให้อ้อยแฉ่งว่า "ไม่ทราบว่าควรปฏิบัติตัวอย่างไรดี ภายหลังการผ่าตัดและการได้รับการระงับความรู้สึกแล้วจะมีผลกระทบอย่างไร ระยะเวลาการพักฟื้นตัวในสถานพยาบาลจะนานเพียงใด" วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลรักษาตนเองทั้งในช่วงก่อนและหลังการผ่าตัด เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยมีความสามารถในการตอบคำถามและแสดงทักษะย้อนกลับเกี่ยวกับเทคนิคการหายใจและการไอที่มีประสิทธิผล การเคลื่อนไหวร่างกายอย่างรวดเร็ว และการจัดการอาการเจ็บปวด ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจและร่างกายที่พร้อมสำหรับการรับการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยไม่ประสบภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด ได้แก่ ภาวะปอดยุบตัว การอักเสบของปอด การอุดตันของหลอดเลือดดำในส่วนลึก ภาวะท้องพองและภาวะท้องผูก	กิจกรรมพยาบาล ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับลักษณะของโรค กระบวนการรักษา ผลที่คาดหวังจากการผ่าตัด วิธีการและผลกระทบจากการได้รับยาระงับความรู้สึกอย่างภาพรวม รวมถึงสภาพของผู้ป่วยและอุปกรณ์การแพทย์ที่จะติดตามร่างกายภายหลังการผ่าตัดอธิบายขั้นตอนการเตรียมร่างกายของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดตามแนวทางการรักษาของแพทย์ ประกอบด้วย การทำความสะอาดร่างกายตั้งแต่ศีรษะจนถึงปลายเท้า รวมทั้งการอาบน้ำและสระผมด้วยสบู่หรือน้ำยาฆ่าเชื้อโรค การตัดแต่งเล็บให้สั้น การหยุดการรับประทานอาหารและการดื่มน้ำเป็นเวลา 6-8 ชั่วโมง หรือตั้งแต่หลังเที่ยงคืนก่อนวันผ่าตัด เพื่อให้ระบบทางเดินอาหารว่างเปล่า ป้องกันการสำลักอาหารเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ จัดการให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามกำหนดของแพทย์ก่อนเข้าห้องผ่าตัด เช่น ยาลดความวิตกกังวล โดยอนุญาตให้ดื่มน้ำในปริมาณน้อยที่สุดไม่เกิน 30 มิลลิตร ก่อนเข้าห้องผ่าตัด พร้อมบันทึกเวลาที่ให้ยาและเฝ้าระวังอุบัติเหตุที่อาจเกิดจากการง่วงนอน การเตรียมการส่งตรวจและการเจาะเลือดเพื่อสำรองเลือดก่อนการผ่าตัดตามแผนการรักษา หากผลการตรวจเลือดมีความผิดปกติต้องรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาแก้ไขก่อนผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด การเตรียมเภสัชภัณฑ์และเครื่องมือที่จำเป็นสำหรับการผ่าตัดตามแผนการรักษา การขอความยินยอมสำหรับการผ่าตัดโดยต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด ประโยชน์ที่ได้รับ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ก่อนการลงนามในใบยินยอมการผ่าตัด และต้องมีญาติสายตรงเป็นพยานในการลงนาม เพื่อป้องกันปัญหาทางกฎหมาย ให้ผู้ผู้ป่วยฝึกทรีนนิ่งที่มีค่าและถอดเครื่องประดับ อุปกรณ์ต่างๆ เช่น คอนแทคเลนส์ ฟันปลอม เครื่องจัดฟัน เครื่องกระตุ้นหัวใจ หากมีอุปกรณ์ที่ไม่สามารถถอดออกได้ให้รายงานแพทย์และแพทย์วิสัญญีแพทย์ พร้อมบันทึกในแบบฟอร์มการตรวจสอบอุปกรณ์ก่อนเข้าห้องผ่าตัดให้ครบถ้วน เนื่องจากการสวมใส่เครื่องประดับและอุปกรณ์ต่างๆ อาจก่อให้เกิดอันตรายในการผ่าตัด เช่น การดูดติดหรือการลัดไหมขณะใช้เครื่องมือผ่าตัด การอุดกั้นทางเดินหายใจจากฟันปลอมหลุด สอนการออกกำลังกายบนเตียงผู้ป่วย ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการลุกจาก

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	เตียงและการเดินอย่างรวดเร็ว เพื่อเป็นการปรับสภาพร่างกายของผู้ป่วยที่ต้องนอนในท่าราบเป็นเวลานาน ซึ่งเมื่อเปลี่ยนท่าทางอาจทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่าทาง ประกอบด้วย การหายใจเข้าออกอย่างลึก การไอที่มีประสิทธิภาพ การออกกำลังกายของขาทั้งสองข้าง การพลิกตัวซ้ายขวาบนเตียง และการลุกจากเตียง และการเดินอย่างรวดเร็ว การควบคุมและการบรรเทาอาการเจ็บปวดโดยการอธิบายเกี่ยวกับวิธีการประเมินและการจัดการความเจ็บปวดของผู้ป่วย การประเมินผล ผู้ป่วยมีความสามารถตอบคำถามและสาธิตทักษะย้อนกลับเกี่ยวกับเทคนิคการหายใจและการไอที่มีประสิทธิภาพ การเคลื่อนไหวร่างกายอย่างรวดเร็ว และการจัดการอาการเจ็บปวด ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจและร่างกายที่พร้อมสำหรับการรับการรักษา ผ่าตัด โดยมีสัญญาณชีพในเกณฑ์ปกติก่อนการผ่าตัด
ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลระยะผ่าตัด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีความเสี่ยงต่อการเกิดข้อผิดพลาดในการผ่าตัด อันได้แก่ การผ่าตัดผู้ป่วยที่ผิดตัวบุคคล ผิดด้านข้าง หรือ ผิดบริเวณที่กำหนด ข้อมูลสนับสนุน ในแต่ละวันมีผู้ป่วยจำนวนมากที่เข้ารับบริการในห้องผ่าตัด โดยแผนกศัลยกรรมมีห้องผ่าตัดทั้งหมด 2 ห้อง และแพทย์ที่รับผิดชอบผู้ป่วยรายนี้มีการจัดตารางผ่าตัดในวันดังกล่าวทั้ง 2 ห้อง วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับมาตรฐานความปลอดภัย และปราศจากความผิดพลาดในการผ่าตัดทั้งด้านตัวบุคคล ด้านข้าง และประเภทของหัตถการ เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยได้รับการดำเนินการผ่าตัดในตัวบุคคลที่ถูกต้องและหัตถการที่เหมาะสม	กิจกรรมพยาบาล - กระบวนการยืนยันความถูกต้องและความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการเริ่มหัตถการในห้องผ่าตัด (Sign In) เป็นขั้นตอนเบื้องต้นที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางการแพทย์ โดยทีมบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์วิสัญญีพยาบาลวิสัญญี และพยาบาลประจำห้องผ่าตัด จะร่วมกันดำเนินการตรวจสอบข้อมูลสำคัญของผู้ป่วย ได้แก่ ชื่อ-สกุล ตำแหน่งของการผ่าตัด ประเภทของหัตถการ และความถูกต้องของเอกสารยินยอมการรักษา โดยอาศัยการสื่อสารโดยตรงกับผู้ป่วยเป็นหลัก เพื่อความแม่นยำสูงสุด นอกจากนี้ยังรวมถึงการทำเครื่องหมายระบุบริเวณผ่าตัด (site marking) ซึ่งต้องมีการยืนยันร่วมกันระหว่างทีม การตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์และเภสัชภัณฑ์ที่จำเป็นในกระบวนการระงับความรู้สึก การติดตั้งและทดสอบการทำงานของ pulse oximeter การสอบถามประวัติการแพ้ยา ความเสี่ยงในการใส่ท่อช่วยหายใจ และการประเมินความเสี่ยงของการเสียเลือดในระดับสูง โดยหากพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยง ให้เตรียมการใส่สายสวนหลอดเลือดและสารทดแทนที่เหมาะสมไว้ล่วงหน้า - ขั้นตอนก่อนการลงมือผ่าตัด (Time Out) เป็นช่วงเวลาที่ยามแพทย์ต้องหยุดกิจกรรมชั่วคราวเพื่อดำเนินการตรวจสอบร่วมกันอย่างเป็นระบบ โดยมีเป้าหมายเพื่อยืนยันความถูกต้องขั้นสุดท้าย และสร้างความเข้าใจร่วมกันระหว่างสมาชิกในทีม ทีมบุคลากรประกอบด้วยแพทย์ศัลยกรรม แพทย์วิสัญญี/พยาบาลวิสัญญี และพยาบาลประจำห้องผ่าตัด ซึ่งจะเริ่มจากการแนะนำตัวและระบุตำแหน่งหน้าที่ของตนเอง จากนั้นดำเนินการยืนยันชื่อผู้ป่วย ประเภทของหัตถการ และตำแหน่งที่จะผ่าตัด พร้อมทั้งตรวจสอบการให้ยาปฏิชีวนะภายในช่วงเวลา 30-60 นาทีก่อนเริ่มผ่าตัด แพทย์ศัลยกรรมจะทบทวนขั้นตอนการผ่าตัด จุดเสี่ยงที่อาจเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และประเมินระยะเวลาและปริมาณการเสียเลือดโดยประมาณ ในขณะที่แพทย์วิสัญญีและพยาบาลวิสัญญีจะเน้นการทบทวนประเด็นความเสี่ยงเฉพาะรายของผู้ป่วย ด้านพยาบาลประจำห้องผ่าตัดจะทำหน้าที่ตรวจสอบความพร้อมของ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์	กิจกรรมการพยาบาล
	เครื่องมือ อุปกรณ์ปลอดเชื้อ และข้อมูลทางคลินิกหรือภาพถ่ายรังสีที่จำเป็นต้องใช้ระหว่างการผ่าตัด 3. ขั้นตอนก่อนที่ผู้ป่วยจะออกจากห้องผ่าตัด (Sign Out) ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลและอุปกรณ์ทั้งหมดหลังจากสิ้นสุดการผ่าตัด โดยทีมแพทย์จะร่วมกันยืนยันประเภทของหัตถการที่ดำเนินการ รวมถึงการบันทึกข้อมูลอย่างถูกต้องในเอกสารทางการแพทย์ มีการระบุอุปกรณ์หรือวัสดุทดแทนที่ใส่ในร่างกายผู้ป่วย การตรวจนับเครื่องมือผ่าตัด ผ้าซับเลือด และเข็มเย็บให้ครบถ้วน พร้อมทั้งการติดฉลากตัวอย่างส่งตรวจให้ถูกต้อง หากพบปัญหาเกี่ยวกับเครื่องมือผ่าตัด ต้องมีการบันทึกรายละเอียดและแนวทางการแก้ไข นอกจากนี้ แพทย์ ศัลยกรรมและแพทย์วิสัญญี/พยาบาลวิสัญญี จะทบทวนเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างหัตถการและการให้ยาระงับความรู้สึก และส่งต่อข้อมูลให้ทีมในหน่วยพักฟื้นอย่างเป็นระบบ โดยพยาบาลประจำห้องผ่าตัดจะเป็นผู้ประกาศรายการตรวจสอบทั้งหมดให้ทีมแพทย์รับทราบและยืนยันร่วมกัน เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องหลังการผ่าตัดเป็นไปอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ การประเมินผล ผู้ป่วยได้รับการดำเนินการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึกในตัวบุคคลที่ถูกต้องและประเภทการผ่าตัดที่เหมาะสม มีการปฏิบัติตามกระบวนการป้องกันเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกันได้จากการผ่าตัดครบทั้ง 3 กระบวนการ ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากกระบวนการผ่าตัด โดยมีภาระบ่งชี้ผู้ป่วยประเภทของการผ่าตัด และการตรวจสอบบริเวณข้างที่จะผ่าตัดร่วมกับผู้ป่วย ทีมแพทย์ และวิสัญญี ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับยาระงับความรู้สึก การตรวจสอบเอกสารต่างๆ ที่มาจากผู้ป่วย ผลการตรวจเอกซเรย์ต่างๆ ผลการตรวจ CT scan ให้สอดคล้องกับชื่อ-สกุลของผู้ป่วย การดำเนิน time out เพื่อเป็นการระบุตัวผู้ป่วยครั้งสุดท้าย โดยประเภทของการผ่าตัดและการตรวจสอบบริเวณที่จะผ่าตัดก่อนเริ่มดำเนินการผ่าตัด
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการใช้เครื่องมือผ่าตัดด้วยไฟฟ้าระหว่างการผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน ในห้องผ่าตัดมีการใช้อุปกรณ์และเครื่องมือหลากหลายประเภทที่อาศัยพลังงานไฟฟ้าเป็นแหล่งพลังงานหลัก เช่น เครื่องมือสำหรับจี้ห้ามเลือดและตัดเนื้อเยื่อด้วยกระแสไฟฟ้า ซึ่งมีศักยภาพก่อให้เกิดความร้อนสะสมบริเวณที่สัมผัสผิวหนังผู้ป่วย หากไม่มีการควบคุมและประเมินการใช้งานอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่การเกิดบาดแผลไหม้หรือฟอง โดยเฉพาะเมื่อมีการใช้อุปกรณ์อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานระหว่างการผ่าตัด วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการเกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่ออันเนื่องมาจากการใช้เครื่องมือผ่าตัดที่ใช้พลังงานไฟฟ้า และเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยสูงสุดตลอดระยะเวลาที่อยู่ในห้องผ่าตัด เกณฑ์การประเมินผล ไม่พบสัญญาณของความเสียหายต่อผิวหนังผู้ป่วย เช่น รอยแดง รอยไหม้ หรือแผลฟอง ในบริเวณที่มีการสัมผัสกับอุปกรณ์ ได้แก่ บริเวณวางแผ่นสื่อนำกระแสไฟฟ้า (electrode	กิจกรรมพยาบาล เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากการใช้เครื่องมือผ่าตัดด้วยไฟฟ้า พยาบาลควรดำเนินการตามแนวทางดังต่อไปนี้ 1. ปฏิบัติตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยในการใช้เครื่องมือที่ใช้พลังงานไฟฟ้าอย่างเคร่งครัด 2. ทบทวนการใช้งานอุปกรณ์ก่อนการผ่าตัด ระบุยี่ห้อและรหัสของเครื่องมือในแบบฟอร์มที่เกี่ยวข้อง 3. ตรวจสอบสภาพความสมบูรณ์ของปลั๊กไฟ สายไฟ แผ่นสื่อนำกระแสไฟฟ้า หัวจี้ และอุปกรณ์ควบคุมการทำงาน หากพบความชำรุดต้องเปลี่ยนอุปกรณ์ทันทีและรายงานตามขั้นตอนที่กำหนด 4. ทดสอบระบบความปลอดภัยของอุปกรณ์ ได้แก่ ความสมบูรณ์ของฉนวนหุ้ม การทำงานของสัญญาณเตือน และไฟแสดงสถานะบนแผงควบคุม 5. หลีกเลี่ยงการใช้แผ่นสื่อนำกระแสไฟฟ้าที่ออกแบบให้ใช้เพียงครั้งเดียว และเลือกใช้แผ่นที่ยังอยู่ในบรรจุภัณฑ์ปิดสนิท เพื่อป้องกันการเสื่อมคุณภาพของเจลนำไฟฟ้า

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
pad), จุดติดตั้งอิเล็กโทรดตรวจวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ, พื้นที่ผิวหนังที่สัมผัสกับอุปกรณ์ขยายแผล หรืออุปกรณ์ผ่าตัดอื่น ๆ	การประเมินผล ภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยไม่แสดงอาการของการบาดเจ็บที่ผิวหนัง เช่น รอยแดงหรือรอยไหม้พองในบริเวณที่สัมผัสกับอุปกรณ์ผ่าตัดด้วยไฟฟ้า ซึ่งสะท้อนถึงความสำเร็จของมาตรการป้องกันที่พยาบาลดำเนินการอย่างเหมาะสมและเป็นระบบ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกเนื่องจากเสียเลือดและสารน้ำขณะผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1) ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บความรู้สึกรุนแรงทั่วตัวสำหรับการผ่าตัดมะเร็งตับอ่อนบริเวณส่วนหัวของตับอ่อนร่วมกับทางเดินน้ำดีส่วนปลายด้วยวิธี Whipple's Operation จะมีความซับซ้อนในบริเวณผ่าตัดที่เข้าถึงได้ยาก โดยเฉพาะตับอ่อนซึ่งเป็นอวัยวะที่อยู่ลึก ทั้งยังอยู่ใกล้หลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ โดยเฉพาะเส้นเลือดใหญ่คือ portal vein, Hepatic artery, aorta 2) ขณะผ่าตัดผู้ป่วยสูญเสียเลือด 500 ซีซี ซีพจร 80-90 ครั้ง/นาที เจาะความเข้มข้นของเลือดในห้องผ่าตัดได้ 27 % (ก่อนผ่าตัด 32%) 3) การผ่าตัดใช้เวลา 6 ชั่วโมง 15 นาที เป้าหมายการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกเนื่องจากเสียเลือดและสารน้ำขณะผ่าตัด	กิจกรรมการพยาบาล 1) ประเมินสัญญาณชีพผู้ป่วยร่วมกับทีมวิสัญญีจนกว่าจะสิ้นสุดการผ่าตัดเพื่อทราบการเปลี่ยนแปลงและแก้ไขได้ทันเวลาที่ 2) ตรวจสอบสภาพของเครื่องมือ ได้แก่ เครื่องจี้ไฟฟ้า เครื่องดูดของเหลว อุปกรณ์พิเศษในการผ่าตัดผ่านกล้องให้พร้อมใช้งาน 3) ประเมินสภาพการสูญเสียเลือดร่วมกับทีมวิสัญญีโดยสังเกตจำนวนเลือดในขวดดูดของเหลว การประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่พบภาวะ Hypovolemic shock และ Massive blood loss ระหว่างผ่าตัด สามารถทำผ่าตัดได้ราบรื่น ขณะผ่าตัดผู้ป่วยสูญเสียเลือด 500 ซีซี ซีพจร 80-90 ครั้ง/นาที เจาะความเข้มข้นของเลือดในห้องผ่าตัดได้ 27 % (ก่อนผ่าตัด 32%) ได้รับ PRC 1 ยูนิต ระหว่างผ่าตัด
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด (เย็บหลังผ่าตัดวันที่ 16 ตุลาคม พ.ศ.2567 เวลา 15.00 น) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีอาการไม่สุขสบายเนื่องจากความเจ็บปวดบริเวณแผลผ่าตัดภายหลังการผ่าตัด Whipple's operation ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดแบบ Whipple's operation เมื่อวันที่ 15 ตุลาคม พ.ศ. 2567 โดยมีแผลผ่าตัดขนาดใหญ่ตั้งแต่บริเวณใต้ชายโครงจนถึงใต้สะดือ ภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมสื่อถึงความเจ็บปวดชัดเจน ได้แก่ มีสีหน้าเศร้าหมอง คิ้วขมวด เคลื่อนไหวร่างกายได้จำกัด และนอนอยู่ในท่าเดิมอย่างต่อเนื่อง ทั้งยังมีอุปกรณ์ทางการแพทย์หลายชนิดติดตามร่างกาย เช่น สายให้ยาแก้ปวดทางไขสันหลัง สายให้น้ำเกลือทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง หลอดดูดกรดในกระเพาะอาหาร ท่อระบายของเหลว (Jackson drain) จำนวน 2 เส้น และสายสวนปัสสาวะแบบคงที่ ข้อมูลจากการประเมินสัญญาณชีพพบความดันโลหิต 168/98 มม.ปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที และแบบประเมินความปวดได้ 10 คะแนนเต็ม ซึ่งสะท้อนถึงภาวะเจ็บปวดอย่างรุนแรง วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ลดอาการเจ็บปวดบริเวณแผลผ่าตัด และสามารถฟื้นฟูร่างกายได้อย่างเหมาะสม เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลาย อาการปวดลดลงอย่างชัดเจน คะแนนประเมินความปวดน้อยกว่า 3 คะแนน สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ และสามารถเคลื่อนไหวร่างกายบนเตียงได้ด้วยตนเอง	กิจกรรมพยาบาล เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด พยาบาลควรประเมินระดับความเจ็บปวดอย่างเป็นระบบ โดยใช้แบบประเมินความปวดด้วยตัวเลข คำพูด และการแสดงสีหน้า ประกอบกับการสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วย พร้อมดำเนินการให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ได้แก่ การให้ morphine ขนาด 3 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ควบคู่กับการติดตามภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะกดการหายใจ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ภายใน 30-60 นาทีหลังได้รับยา และประเมินความปวดซ้ำภายหลังการให้ยาแล้ว การจัดท่านอนแบบยกศีรษะสูง (Semi-Fowler's position) เพื่อช่วยลดความตึงของกล้ามเนื้อหน้าท้อง และลดแรงดึงรั้งบริเวณแผล การให้คำแนะนำในการประคบแผลด้วยมือขณะเคลื่อนไหวหรือไอ เพื่อป้องกันการสำลักต่อแผลผ่าตัด และส่งเสริมการใช้เทคนิคการหายใจเข้าและลึก รวมถึงกิจกรรมเบี่ยงเบนความสนใจ เพื่อลดการรับรู้ความเจ็บปวด นอกจากนี้ พยาบาลควรดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ สนับสนุนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น ช่วยเหลือในการเปลี่ยนท่าทาง การทำความสะอาดร่างกาย และจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบปลอดจากสิ่งรบกวน รวมถึงการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเริ่มลุกเดิน (early ambulation) เมื่อเหมาะสม เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดและส่งเสริมการสมานแผล การประเมินผล ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลาย สามารถนอนหลับพักผ่อนได้อย่างมีคุณภาพ เคลื่อนไหวเปลี่ยนท่านอนได้ด้วยตนเอง และรายงานความรู้สึกเจ็บแผลเพียงเล็กน้อยขณะเคลื่อนไหว โดยคะแนนความปวดลดลงเหลือ 3 คะแนน สะท้อนถึงประสิทธิภาพของการดูแลบรรเทาอาการปวดอย่างเหมาะสมและครอบคลุม
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีโอกาสเกิด Hypovolemic shock เนื่องจากสูญเสียเลือดและน้ำในขณะผ่าตัด	กิจกรรมพยาบาล การติดตามและบันทึกการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพทุกครึ่งชั่วโมงถึง 1 ชั่วโมง ใน 12 ชั่วโมงแรก หลังจาก

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีบาดแผลจากการผ่าตัดบริเวณช่องท้อง ได้รับการดำเนินการผ่าตัดแบบ Whipple's operation ซึ่งจำเป็นต้องตัดเอาอวัยวะในหลายส่วน รวมถึงหลอดเลือดและท่อน้ำเหลือง มีท่อระบายของเหลว Jackson drain บริเวณหน้าท้อง จำนวน 2 เส้น ต่อเข้ากับถุงรองรับ สารของเหลวที่ระบายออกมาทางท่อมีลักษณะสีแดงสด ปริมาณประมาณ 50 มิลลิลิตร มีประวัติการสูญเสียเลือดระหว่างการผ่าตัด 500 มิลลิลิตร และได้รับการให้เลือดแดง (PRC) ขณะผ่าตัด 1 ยูนิต ภายหลังการผ่าตัดได้รับเลือดแดง (PRC) ขณะผ่าตัด 2 ยูนิต และ FFP 2 ยูนิต แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องมีเลือดซึมออกมเล็กน้อย วัตถุประสงค์ เพื่อการป้องกันและเฝ้าระวังภาวะ Hypovolemic shock ภายหลังการผ่าตัด เกณฑ์การประเมินผล แผลผ่าตัดไม่มีการซึมเลือดและไม่มีการสะสมเลือด (Hematoma) ท่อระบาย Jackson drain บริเวณหน้าท้อง 2 เส้น มีการระบายของเหลวออกมาน้อยกว่า 200 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ไม่มีไข้ ความดันโลหิตมากกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 80-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-24 ครั้งต่อนาที) ค่าความเข้มข้นของเลือดมากกว่า 30% และปริมาณปัสสาวะมากกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง	นั้นทุก 1 ชั่วโมง การดูแลให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายเพื่อการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ และการให้ออกซิเจนผ่านหน้ากากพร้อมถังลม 5 ลิตรต่อนาทีตามแผนการรักษา การสังเกตและบันทึกปริมาณเลือดที่ออกจากแผลผ่าตัดและท่อระบาย เช่น ท่อดูดสารย่อยจากกระเพาะอาหาร หากปริมาณเลือดที่ออกจากท่อระบายเป็นเลือดสดมากกว่า 400 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงใน 1 ชั่วโมง, 200 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง x 2 ชั่วโมง, 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง x 4 ชั่วโมง หรือมีภาวะขาดปริมาตรเลือด เช่น ความดันโลหิตต่ำ ปาลายมือปลายเท้าเย็น ให้รีบรายงานแพทย์ การดูแลท่อระบาย Jackson drain ที่ระบายจากช่องท้องให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมและรักษาระบบปิดตลอดเวลา เพื่อป้องกันเลือดคั่งบริเวณแผลและสังเกตการทำงานของท่อระบายทั้ง 2 เส้นให้มีประสิทธิภาพ การบันทึกและสังเกตลักษณะสิ่งคัดหลั่งจาก Jackson drain โดยสังเกตสี ลักษณะ และปริมาณที่ออก ทุก 1 ชั่วโมง จนครบ 4 ชั่วโมงแรกภายหลังการผ่าตัด รายงานแพทย์หากมีปริมาณมากกว่า 150-200 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และสีไม่จางลง เมื่อครบ 24 ชั่วโมงภายหลังการผ่าตัด การดูแลท่อที่ใส่เข้าไปในกระเพาะอาหารต่อเข้ากับถุงรองรับพร้อมสังเกตสีและจำนวนของสารย่อยที่ดูดออกมา การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนและระมัดระวังการกระทบกระเทือนต่อแผลผ่าตัด การดูแลให้ได้รับสารทดแทนและผลิตภัณฑ์เลือด PRC, FFP ทดแทนตามแผนการรักษา เพื่อชดเชยการสูญเสียเลือดในภาวะที่ต้องหยุดการรับประทานอาหารและน้ำภายหลังการผ่าตัด การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct, Hb กรณีที่ผิดปกติ (Hct น้อยกว่า 30%, Hb น้อยกว่า 10 mg%) PT, PTT, INR เพื่อเฝ้าระวังภาวะเลือดออก หากมีผลการตรวจเลือดที่ต่ำกว่าปกติให้รายงานแพทย์ทันที การประเมินผล ผู้ป่วยมีปริมาณเลือดออกที่ท่อระบายเส้นแรกเท่ากับ 35 มิลลิลิตรต่อ 24 ชั่วโมง และเส้นที่สองเท่ากับ 40 มิลลิลิตรต่อ 24 ชั่วโมง มีเลือดซึมออกมาจากแผลผ่าตัดในปริมาณเล็กน้อย ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะดี สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ยังคงมีไข้เล็กน้อย อุณหภูมิร่างกาย 37.8 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 128/84 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 74 ครั้งต่อนาที การหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ชีพจรส่วนปลายมีความแรง การทดสอบการไหลเวียนเลือดปลายนิ้ว 2 วินาที ผิวหนังอุ่น ผลการตรวจ HB 9 mg/dl ผลการตรวจ Hct 31% ปริมาณปัสสาวะออกมา 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีความเสี่ยงต่อการเกิดความรู้สึกไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับการดำเนินการผ่าตัดเพื่อเอาเนื้องอกบริเวณหัวตับอ่อนออก เมื่อวันที่ 15 ตุลาคม 2567 ยังคงต้องงดการรับประทานอาหารและน้ำทางปาก มีสารย่อยจากกระเพาะอาหารผ่านท่อ NG tube ลักษณะสีเขียว ปริมาณออกมา 110 มิลลิลิตรต่อกะ ยังคงมีอาการเหนื่อยง่าย การเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหาร 1-2 ครั้งต่อนาที เกณฑ์การประเมินผล 1) ไม่พบอาการและอาการแสดงของ 2) ภาวะขาดสารน้ำ คือ ช่องปากแห้งกร้าน ความกระหายน้ำ ผิวหนังขาดความ	กิจกรรมพยาบาล การประเมินอาการและสัญญาณของภาวะขาดสารน้ำ คือ ช่องปากแห้งกร้าน ความกระหายน้ำ ผิวหนังขาดความยืดหยุ่น อ่อนล้าเหนื่อยง่าย ชีพจรเต้นเร็วผิดปกติ ปัสสาวะมีความหนาแน่นจำเพาะมากกว่า 1.030 การเฝ้าระวังอาการและสัญญาณของภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ คือ คลื่นไส้อาเจียน สับสนไม่รู้สีกตัว สั่นสะเทือน อ่อนล้าเหนื่อยง่าย มีอาการปวดกล้ามเนื้อแบบกระตุกและอาการของภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ คือ กล้ามเนื้อมีความแรงลดลง ชีพจรเต้นผิดจังหวะไม่สม่ำเสมอ คลื่นไส้อาเจียน ระดับสติลดลงง่วงซึม ถ้าได้มีการเคลื่อนไหวช้าลง การบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง การดูแลให้ได้รับสารทดแทนทางหลอดเลือดดำตาม

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ความยืดหยุ่น อ่อนล้าเหนื่อยง่าย ชีพจรเต้นเร็วผิดปกติ ปัสสาวะมีความหนาแน่นจำเพาะมากกว่า 1.030 3) ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ คือ คลื่นไส้อาเจียน สับสนไม่รู้สีกตัว สั่นสะเทือน อ่อนล้าเหนื่อยง่าย มีอาการปวดกล้ามเนื้อแบบกระตุก 4) ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ คือ กล้ามเนื้อมีความแรงลดลง ชีพจรเต้นผิดจังหวะไม่สม่ำเสมอ คลื่นไส้อาเจียน ระดับสติลดลงง่วงซึม ลำไส้มีการเคลื่อนไหวช้าลง ปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกายสมดุลกัน สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผลการตรวจวิเคราะห์อิเล็กโทรไลต์อยู่ในเกณฑ์ปกติ Na 135-145 mmol/L, K 3.5-5 mmol/L, Cl 96-113 mmol/L, CO2 22-26 mmol/L	แผนการรักษา การสังเกตลักษณะ สี และปริมาณของสารของเหลวที่ออกจากท่อ NG tube ท่อระบายต่างๆ ลักษณะของอุจจาระและปัสสาวะ หากพบความผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์ การบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 4-8 ชั่วโมง หากออกน้อยกว่า 0.5 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง ต้องรายงานแพทย์ การสังเกตและติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การวิเคราะห์อิเล็กโทรไลต์ การประเมินผล ผู้ป่วยไม่พบอาการและสัญญาณของภาวะขาดสารน้ำและเกลือแร่ ปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย คือ 1,500 มิลลิลิตร/1,400 มิลลิลิตร สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต 128/84 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 74 ครั้งต่อนาที การหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ผลการตรวจวิเคราะห์อิเล็กโทรไลต์ Na 135 mmol/L, K 3.6 mmol/L
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน Postoperative pancreatic fistula (POPF) ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเอามะเร็งส่วนหัวของตับอ่อนออก วันที่ 15 ตุลาคม 2567 เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีอาการแสดงของ Postoperative pancreatic fistula (POPF)	กิจกรรมการพยาบาล ประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง สังเกตสารคัดหลั่งในช่องระบาย ทั้งสี และปริมาณ 3 วัน หลังผ่าตัด สังเกต Serum amylase จากเลือด และสายระบายที่ออกมาหากมีค่า amylase ในสายระบาย (drain fluid) ที่สูงมากกว่าสามเท่าของค่าสูงสุดของค่าปกติ (upper normal limit) รีบรายงานแพทย์ทันที การประเมินผล พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ค่า amylase ในสายระบาย สดส่วน น้อยกว่าค่า Serum amylase ไม่พบการรั่วซึมหลังการผ่าตัด 1 สัปดาห์หลังผ่าตัด สามารถ off drain ออกได้

การวางแผนก่อนจำหน่าย ผู้ป่วยที่ได้รับการรับความรู้สึกละเอียดถี่ถ้วน สำหรับการผ่าตัดมะเร็งตับอ่อนบริเวณส่วนหัวของตับอ่อนร่วมกับทางเดินน้ำดีส่วนปลายด้วยวิธี Whipple's Operation เป้าหมายการผ่าตัดและให้ยาระงับความรู้สึก คือการเอาก้อนมะเร็งออกทั้งหมดโดยไม่เหลือเซลล์มะเร็งบริเวณขอบก้อน (free surgical margin , RO margin) ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อการพยากรณ์โรคที่ดีสำหรับการเตรียมผู้ป่วย ปัจจัยที่ต้องประเมินก่อนผ่าตัด ได้แก่ อายุ สภาพร่างกาย ภาวะโภชนาการ และโรค เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดในระหว่างการผ่าตัดและภายหลังการผ่าตัด ความสำเร็จของการผ่าตัด ขึ้นอยู่กับสภาพของโรคหรือของผู้ป่วยที่ตรวจพบจากการผ่าตัดมากกว่าการประเมินก่อนผ่าตัด

สรุปและอภิปรายผล

ในการศึกษากรณีศึกษาผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วตัวสำหรับการผ่าตัดมะเร็งตับอ่อนบริเวณส่วนหัวของตับอ่อนร่วมกับทางเดินน้ำดีส่วนปลายของโรงพยาบาลอ่างทองนี้ มีการวางแผนการรักษาคือผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี Whipple's Operation เป็นการผ่าตัดที่ยุ่งยากซับซ้อน⁷ เนื่องจากตำแหน่งการผ่าตัดอยู่ใกล้กะบังลม อาจส่งผลต่อการหายใจและการระบายอากาศระหว่างผ่าตัด ภาวะหายใจล้มเหลว ปอดแฟบ (Atelectasis) และภาวะทางเดินหายใจอุดตัน พยาบาลวิสัญญีต้องมีความรู้ ความสามารถในการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อความปลอดภัยในการลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยจากการได้รับยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัด ขณะผ่าตัดมีความเสี่ยงที่จะเกิดการบาดเจ็บต่ออวัยวะใกล้เคียงและอาจเกิดภาวะช็อกเนื่องจากเสียเลือด (Massive blood loss) และ สารน้ำ (Hypovolemic shock) ขณะผ่าตัด⁸ พยาบาลวิสัญญี

ต้องมีความพร้อมในการปรับเปลี่ยนหัตถการการผ่าตัดอย่างรวดเร็วแม่นยำ เพื่อให้ศัลยแพทย์สามารถทำผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เกิดขึ้น จากการให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยระดับความรู้สึกระดับสูงสำหรับการผ่าตัดมะเร็งตับอ่อนบริเวณส่วนหัวของตับอ่อนร่วมกับทางเดินน้ำดีส่วนปลายด้วยวิธี Whipple's Operation ของกรณีศึกษา นี้ ควรมีการจัดอบรม และให้ความรู้เรื่องอุปกรณ์ เครื่องมือ ตามวิวัฒนาการของเครื่องมืออุปกรณ์ เพื่อช่วยให้การผ่าตัดดำเนินไปด้วยดี การผ่าตัดราบรื่นมีประสิทธิผลและลดระยะเวลาการผ่าตัดได้มาก

ผู้ป่วยกรณีศึกษาได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งตับอ่อนบริเวณส่วนหัวของตับอ่อนร่วมกับทางเดินน้ำดีส่วนปลาย ได้รับการรักษาหลักคือ การผ่าตัด Whipple's operation โดยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว ก่อนผ่าตัดได้รับทราบข้อมูล การผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ ขณะผ่าตัด และ หลังผ่าตัด ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและครอบครัว หลังผ่าตัดพบภาวะแทรกซ้อน ก่อนผ่าตัดได้รับทราบข้อมูลการผ่าตัดและ

ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและครอบครัว หลังผ่าตัดผู้ป่วยปลอดภัยไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด สามารถถอดสายระบายทั้งหมดได้ แผลผ่าตัดไม่พบอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ Bowel Function เริ่มกลับคืนสู่สภาพเดิม รับประทานอาหารได้มากขึ้น หลังจาก consult PMR กระตุ้น Passive Ambulation ผู้ป่วยมีการ Ambulation สม่าเสมอ การขับถ่ายอุจจาระสามารถขับถ่ายได้โดยไม่ต้องใช้ยาระบาย พบว่ามีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งหมด 9 ข้อ และได้รับการแก้ไขพร้อมทั้งให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ผู้ป่วยกลับบ้านในวันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลอ่างทองเป็นเวลา 34 วัน แพทย์นัดติดตามการรักษาในวันที่ 28 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ที่ห้องตรวจศัลยกรรมและฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาพบว่า เป็นมะเร็งตับอ่อนบริเวณส่วนหัวของตับอ่อนร่วมกับทางเดินน้ำดีส่วนปลาย แพทย์แนะนำให้มาตรวจตามนัด เพื่อติดตามประเมินอาการ และรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. Ghaferi AA, Schwartz TA, Birkmeyer JD.(2021). Variation in hospital mortality associated with inpatient surgery. J Surg Res. 2021;259:148–157.
2. Thai Anesthesia Incidents Study.(2020). A prospective analysis of perioperative anesthesia-related events in Thailand. Thai J Anesthesiol. 2020;46(2):45–53.
3. Wick EC, Grant MC, Wu CL.(2021). Postoperative multimodal analgesia pain management with nonopioid analgesics and techniques: A review. JAMA Surg. 2021;155(8):1–9.
4. Weinger MB, Gaba DM, Howard SK.(2018). Real-time error detection in anesthesia care using the SCOPE algorithm. Anesth Analg. 2018;126(1):223–232.
5. จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ.(2563). พฤติกรรมสุขภาพ: แนวคิดทฤษฎีและการประยุกต์ใช้. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2563.
6. สมจิต หนูเจริญกุล. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563.
7. Srisukho S, Thawitsri T, Chotirosniramit A.(2022). Outcomes of pancreaticoduodenectomy in a tertiary care center in Thailand: A 10-year experience. Thai J Surg. 2022;43(2):45–52.
8. Bassi C, Marchegiani G, Dervenis C, Sarr M, Abu Hilal M, Adham M, et al.(2018). The 2016 update of the International Study Group (ISGPS) definition and grading of postoperative pancreatic fistula: 11 years after. Surgery. 2018;161(3):584–591. doi:10.1016/j.surg.2016.11.014