

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก: กรณีศึกษา Nursing care for Patients with Ruptured Abdominal Aortic Aneurysm: A Case Study

รุ่งทิพา วงศ์วิริยชาติ

Rungtiwa wongwiriya

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok

E mail: pauvnamvwj@gmail.com

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตกที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการพยาบาลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยหนัก เนื่องจากผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด พยาบาลจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนสำคัญหลังผ่าตัดและการพยาบาลหลังได้รับการผ่าตัด บทความนี้มีวัตถุประสงค์นำเสนอเกี่ยวกับชนิด สาเหตุโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพอง พยาธิสภาพวิทยาการอาการและอาการแสดง การวินิจฉัยโรค การรักษาหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก ภาวะแทรกซ้อนสำคัญหลังผ่าตัด การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก และแผนการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา เพื่อให้ผู้ที่สนใจนำความรู้ไปดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องส่งผลให้ประสิทธิภาพการพยาบาลดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด, หลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก, กรณีศึกษา

Abstract

A patient with abdominal aortic aneurysm after surgery needs to receive closed nursing care in the intensive care unit due to the risks of getting complications after the surgery. Nurses should know about important complications and nursing care after the surgery to prevent the risks. This article aims to provide knowledge about the types, causes, pathology, symptoms, and diagnoses of ruptured abdominal aortic aneurysm. Treatment, complications, and nursing care for patients after surgeries were also discussed in the article. Moreover, nursing care of a case study of patient with a ruptured abdominal aortic aneurysm after surgery was presented to people who are interested in this issue for good care to achieve higher nursing efficiency.

Keywords: Nursing care for patients with postoperative, Ruptured abdominal aortic aneurysm, Case study

บทนำ

โรคหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพอง (Abdominal Aortic Aneurysm) หมายถึง การโป่งพองของหลอดเลือดแดงใหญ่ (Aorta) โดยมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า หรือเท่ากับ 3 เซนติเมตร โดยอาจกว้างออกในแนวด้านหน้า (Anteroposterior) หรือด้านตัดขวาง (Transverse) ก็ได้ โดยที่พบบ่อยที่สุดคือตำแหน่งที่ต่ำกว่าหลอดเลือดแดง Renal หรือเรียกว่า Infrarenal type (พงษ์ กาญจนสุทธิรักษ์, 2561) โรคหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพอง (Abdominal aortic aneurysm) ที่ไม่ได้รับการรักษามีขนาดใหญ่ขึ้นเรื่อย ๆ และปริแตกในที่สุด โดยเมื่อแตกแล้วหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีผู้ป่วยมักเสียชีวิตทั้งสิ้น แม้จะได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน ก็ยังคงมีอัตราการเสียชีวิตถึงประมาณร้อยละ 50 (บุรพา กาญจนบัตร, 2561)

การผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก ซึ่งจะต้องดำเนินการอย่างรีบด่วน เพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยมักมีปัญหาการเสียชีวิตจำนวนมากก่อนและขณะผ่าตัด ดังนั้นการพยาบาลหลังผ่าตัดจึงต้องดูแลโดยพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก เนื่องจากผู้ป่วยยังอยู่ในภาวะวิกฤตต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด บทความนี้นำเสนอสาระเกี่ยวกับชนิด สาเหตุโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพอง พยาธิสภาพวิทยาการ อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยโรค การรักษาหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก ภาวะแทรกซ้อนสำคัญหลังผ่าตัด การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก โดยระยะฟื้นตัวระยะแรกและระยะฟื้นตัวระยะปานกลาง และกรณีศึกษา ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตกต่อไป

ชนิดของหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพอง

โรคหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพอง แบ่งประเภทของการโป่งพองของหลอดเลือด ตามชั้นของผนังหลอดเลือดแดงที่โป่งพองได้ แบ่งออกได้ 2 ประเภท คือ ดังนี้ 1) การโป่งพองของผนังหลอดเลือดแดงทั้ง 3 ชั้น 2) การโป่งพองของผนังหลอดเลือดแดงบางชั้นเท่านั้น การโป่งพองของผนังหลอดเลือดชนิดนี้จะมีการโป่งยื่นของผนังหลอดเลือดเพียงบางชั้น ส่วนใหญ่มักพบผนังชั้นนอก (สมพร ชินโนรส, 2559) หรือแบ่งตามตำแหน่งที่มีพยาธิสภาพได้ 3 ชนิด ดังนี้ 1) หลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองที่ต่ำกว่าเส้นเลือดแดงไปเลี้ยงไต (Infrarenal abdominal aortic aneurysm) หมายถึง หลอดเลือดโป่งพองตำแหน่งต่ำกว่าเส้นเลือดแดงของไต ซึ่งการโป่งพองหลอดเลือดชนิดนี้พบเป็นส่วนใหญ่ ประมาณ 95% ของ โรคหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพอง 2) หลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองในตำแหน่งชิดติดกับหลอดเลือดแดงไปเลี้ยงไต 3) หลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองที่อยู่เหนือเส้นเลือดแดงไปเลี้ยงไต (เกศศิริ วงษ์คงคำ, 2559) การโป่งพองของผนังหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้อง มีปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุการเกิดหลายประการ ดังกล่าวต่อไป

สาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพอง

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดแดงช่องท้องใหญ่โป่งพอง แบ่งออกเป็น 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ดังนี้ (Schreiber, 2018)

ปัจจัยที่แก้ไขไม่ได้

1. เพศ พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพองในเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยเพศชาย พบมากในผู้ที่อายุมากกว่า 55 ปี และเพศหญิงอายุตั้งแต่อายุ 65 ปี ขึ้นไป
2. พบในผู้ที่มียีนผิดปกติในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพองมากกว่าผู้ที่ไม่มียีนผิดปกติในครอบครัวเป็นโรคนี้
3. พบในคนผิวขาว โดยเฉพาะในยุโรปเหนือมากกว่ากลุ่มอื่น

ปัจจัยที่แก้ไขได้ ปัจจัยที่ส่งผลให้มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดแดงช่องท้องใหญ่โป่งพอง

1. การสูบบุหรี่ พบผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดโรคนี้นี้มากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่
2. ภาวะหลอดเลือดแข็ง (Atherosclerosis)
3. โรคความดันโลหิตสูงผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเนื่องจากความดันโลหิตสูงทำให้แรงดันเพิ่มขึ้นและหลอดเลือดที่มีการโป่งพองขยายใหญ่ขึ้นทำให้เสี่ยงต่อการปริแตก
4. ภาวะไขมันในเลือดสูง
5. โรคเบาหวาน

พยาธิสภาพวิทยาการเกิดหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก

โรคหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพอง เกิดจากการที่ผนังหลอดเลือดแดงเออร์ต้าอ่อนแอลงจากการเพิ่มของ เมทัลโลโปรตีนเอส (Metalloproteinase) ซึ่งย่อยสลายโปรตีนในผนังหลอดเลือดร่วมกับการอักเสบและภาวะหลอดเลือดแข็ง (Secondary arteriosclerosis) (พงษ์ กาญจนสุทธิรักษ์, 2561) โรคหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก เกิดจากการที่แรงตึงของผนังหลอดเลือดเพิ่มขึ้นตามการขยายขนาดของหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพอง จนเกิดการปริแตก เลือดไหลผ่านผ่านชั้น Adventitia ของผนัง หลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพอง การแตกของหลอดเลือดแดงช่องท้องที่โป่งพองนี้มักเกิดที่ด้านหลังและเกิดการเซาะไปทาง Retroperitoneal space ปัจจัยสำคัญที่สุดที่ทำให้เกิด หลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องปริแตก คือ ขนาดของหลอดเลือดที่โป่งพอง โดยพบว่าเมื่อเส้นผ่าศูนย์กลางมีขนาดมากกว่า 5.5 เซนติเมตร โอกาสที่จะเกิดการแตกจะเพิ่มขึ้นเป็นทวีคูณเมื่อเทียบกับขนาดที่เล็กกว่า หลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองที่มีขนาดมากกว่า 8 เซนติเมตร มีโอกาสแตกได้ มากถึงร้อยละ 30-50 ต่อปี (บุรพา กาญจนบัตร, 2561) การปริแตกของหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้อง ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน อย่างไรก็ตามการปริแตกของหลอดเลือดดังกล่าว ประเมินได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากเกิดขึ้นภายในช่องท้อง บางรายมีอาการไม่ชัดเจน ดังนั้นการประเมินอาการได้อย่างรวดเร็วและนำผู้ป่วยเข้าสู่การวินิจฉัยเพื่อยืนยันโรค ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่การรักษาได้ทันท่วงทีจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องปริแตกที่พบได้หลัก ๆ ซึ่งประกอบด้วย (กำพล เลหาญแสง, 2560)

1. อาการปวดท้องและหลัง เกิดจากเลือดคั่งใน Retroperitoneal space บางรายอาจมาด้วยอาการปวดร้าวลงสะโพกเนื่องจากมีเลือดคั่งใน Psoas muscle
2. คลำได้ก้อนที่ช่องท้องเด่นตามซีฟจร หรือผู้ป่วยมีประวัติหลอดเลือดแดงช่องท้องโป่งพอง ช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยโรคมากขึ้น เพราะผู้ป่วยที่มีประวัติของโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพอง อยู่แล้ว หรือตรวจพบก้อนที่ช่องท้องเด่นตามซีฟจร ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของโรค ซึ่งหากขนาดใหญ่มาก ๆ ก็จะมีความเสี่ยงในการปริแตกสูงอยู่แล้ว
3. มีอาการความดันโลหิตต่ำเช่น ซีด ตัวเย็น ใจสั่น หน้ามืด หมดสติ ได้ เนื่องจากมีการเสียเลือดออกไปในช่องท้อง หรือ Retroperitoneal แม้ว่าการแตกของผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารักษาที่โรงพยาบาลมักจะเป็น Contained rupture ที่ไม่ได้เสียเลือดรุนแรงทันที แต่ผู้ป่วยเหล่านี้ก็ยังมีอาการความดันโลหิตต่ำได้เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากสูงอายุ

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก มีอาการคล้ายกับหลายอาการจากหลายโรค ดังนั้นการวินิจฉัยโรคด้วยการตรวจพิเศษจึงมีความสำคัญ ที่จะช่วยการวินิจฉัยได้ถูกต้องและแม่นยำมากขึ้น

การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก

การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก สามารถตรวจได้ 2 วิธีการ คือ

1. การตรวจช่องท้องด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง หรือ อัลตราซาวด์ (Ultrasonography) การตรวจวิธีนี้สามารถตรวจพบการโป่งพองได้อย่างแม่นยำ สามารถบอกรายละเอียดของตำแหน่ง รูปร่างลักษณะและขนาดของหลอดเลือดส่วนที่มีการโป่งพองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (เกศศิริ วงษ์คงคำ, 2559)

2. การตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computed tomography) ถือเป็นการวินิจฉัยทางรังสีที่มีความแม่นยำสูงที่สุดในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก พร้อมทั้งมีความรวดเร็วและสามารถให้ข้อมูลที่มีความสำคัญในการรักษาผู้ป่วยทางในด้านการวินิจฉัยแยกโรค การวางแผนการผ่าตัด (กิตติคุณ ออสกุล, 2558)

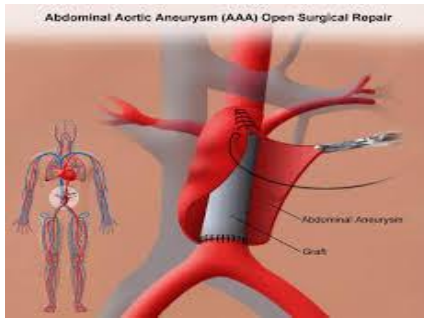
สิ่งที่ต้องพึงระลึกไว้เสมอ คือ หลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก เป็นภาวะฉุกเฉิน ความล่าช้าของขั้นตอนต่าง ๆ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการแตกเลือดที่มีอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะนำไป เพื่อให้ได้การวินิจฉัยที่ถูกต้องจะมีข้อมูลด้านกายวิภาคที่จำเป็น เพื่อประกอบการเลือกขนาดของหลอดเลือดเทียมในการรักษาผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องปริแตก

การรักษาโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก

โรคหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตกถือเป็นภาวะฉุกเฉิน ที่ต้องให้การรักษาอย่างเร่งด่วน เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูงมากหากไม่ได้รับการรักษา ดังนั้นผู้ป่วยที่การรักษาด้วยการผ่าตัดซ่อมแซมเส้นเลือดต้องทำอย่างรวดเร็วเพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตมากที่สุด ระยะเวลาในซ่อมแซมหลอดเลือดควรน้อยกว่า 90 นาที โดยใช้หลักการ 30-30-30 นาที โดย 30 นาทีแรกใช้ในประเมินและวินิจฉัย 30 นาทีต่อมาใช้ในการส่งตัวผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพการผ่าตัด และ 30 นาทีสุดท้ายระยะเวลาในการรักษา (Kohimam-Trigoboff, et al, 2020) โดยการรักษาด้วยการผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองมี 2 รูปแบบ ดังนี้

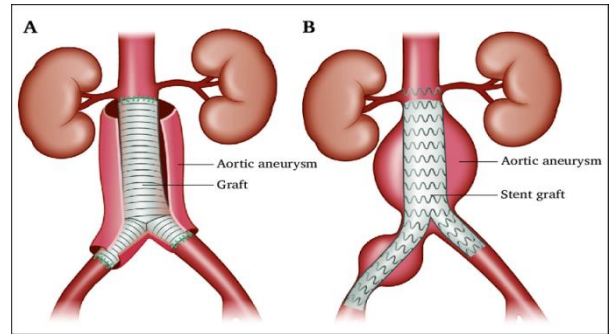
1. การผ่าตัดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางช่องท้อง (Open repair with graft replacement) เป็นการผ่าตัดมาตรฐาน โดยการผ่าตัดช่องท้อง แล้วนำหลอดเลือดเทียมไปเย็บเชื่อมต่อกับหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องแทนส่วนที่หลอดเลือดโป่งพอง โดยการผ่าตัดเมื่อผ่าตัดหน้าท้องและเห็นหลอดเลือดแดงใหญ่ชัดเจนแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับยา Heparin จึงทำการหนีบหลอดเลือดแดงแดงใหญ่เหนือตำแหน่งที่มีการโป่งพอง และหนีบหลอดเลือด Iliac arteries ทั้งสองด้าน จากนั้นเย็บหลอดเลือดเทียมทั้งด้านบนและล่าง และเย็บผนังหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองเข้าหากันปิดหลอดเลือดเทียม เพื่อป้องกันการเกิดพังผืดจากลำไส้เล็กมาติด และป้องกันการเกิด Aortoenteric fistula (กิตติคุณ ออสกุล, 2558) การผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องผลการรักษาในระยะยาวดี แต่ต้องใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนาน หลังผ่าตัดผู้ป่วยฟื้นตัวได้ช้า (เกศศิริ วงษ์คงคำ, 2559)

2. การผ่าตัดสอดใส่หลอดเลือดเทียม (Endovascular aneurysm repair) เป็นการผ่าตัดสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดหุ้มด้วยขดลวด (Stent graft) ผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบทั้ง 2 ข้าง เพื่อสอดหลอดเลือดเทียมเข้าไปใส่แทนที่หลอดเลือดแดงใหญ่ที่โป่งพองช่องท้อง เป็นทางเลือกใหม่ ข้อดีของการผ่าตัดชนิดนี้ คือ ผู้ป่วยฟื้นตัวหลังผ่าตัดเร็วขึ้นเนื่องจากมีแผลขนาดเล็ก ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลลดลง (Schreiber, 2018) มีข้อเสียคือต้องใช้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (เกศศิริ วงษ์คงคำ, 2559)



รูปภาพแสดงที่ 1 : การผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง Open repair AAA

ที่มา: <https://home.kku.ac.th/srinagarindgroup/05>



รูปภาพแสดงที่ 2 : การผ่าตัดแบบ Endovascular aneurysm repair

ที่มา: https://www.researchgate.net/figure/A-Open-surgery-for-an-abdominal-aortic-aneurysm-open-AAA-repair-The-affected_fig2_329422282

ภาวะแทรกซ้อนสำคัญหลังผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก

สำหรับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง เพื่อซ่อมแซมหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพอง มีภาวะแทรกซ้อนสำคัญหลังผ่าตัด ได้แก่ (พงษ์ กาญจนสุทธิรักษ์, 2561)

1. การตกเลือดหลังผ่าตัด อาจเกิดจากการเสียเลือดระหว่างผ่าตัดปริมาณมากจนขาดเกล็ดเลือดและปัจจัยในการแข็งตัวของเลือด นอกจากนี้ยังต้องนึกถึงการหยุดเลือดระหว่างผ่าตัดที่ไม่สมบูรณ์ ทำให้ยังมีจุดตกเลือดอยู่ภายในช่องท้อง ซึ่งอาจจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดซ้ำด้วยที่พบได้บ่อยคือ การตกเลือดจากruptureของหลอดเลือดแดงที่เย็บไว้ไม่สนิท

2. ภาวะไตวายเฉียบพลันพบได้ทั้งในภาวะที่มีการแตกของหลอดเลือดแดงโป่งพองและภาวะที่มีการแตกของหลอดเลือดแดงที่โป่งพอง เกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ภาวะขาดเลือดไปเลี้ยงไต ทั้งจากภาวะช็อกก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด หรือหลังผ่าตัด เกิดจากการหนีบหลอดเลือดเออร์ต้า เหนือหลอดเลือด Renal artery ทำให้ขาดเลือดชั่วคราวเกิดจาก Calcium plaque ที่ผนังหลอดเลือดหลุดเข้าไปอุด รวมทั้งจากการซ่อมหลอดเลือดเองอาจทำให้เกิดการอุดตัน โดยที่พบว่าผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องปริแตกจะเกิดได้สูงถึง 40%

3. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ในขณะที่ผู้ป่วยช็อก การให้สารน้ำที่ไม่เพียงพอจะทำให้เลือดไปยัง Coronary artery ได้น้อยและเกิดลักษณะของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากที่สุด การป้องกันคือพยายามรักษาระดับความดันที่เพียงพอต่อ Coronary perfusion

4. ภาวะหายใจวายเฉียบพลัน การรักษาโดยการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง ในผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก ผู้ป่วยจะมีแผลหน้าท้องขนาดใหญ่ ทำให้รบกวนการหายใจหลังผ่าตัดของผู้ป่วย นอกจากนั้นสำหรับภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องปริแตก จำเป็นต้องมีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และการผ่าตัด Repair abdominal aortic aneurysm ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิด Acute respiratory distress syndrome (ARDS) ตามหลังการผ่าตัด ซึ่งพบได้ 40%

5. ภาวะลำไส้ขาดเลือด ภาวะลำไส้ส่วนลำไส้ใหญ่ขาดเลือดหลังผ่าตัด โดยอาการขาดเลือดจะเริ่มจากชั้น mucosa ก่อนหากขาดเลือดรุนแรงมากขึ้นจะเริ่มมีการขาดเลือดของ Submucosa muscularis propria และ Serosa ทำให้อาการแสดงแตกต่างกัน ตั้งแต่ไม่มีอาการ มีอาการถ่ายเป็นเลือด จนถึงลำไส้เน่าจำเป็นต้องตัดลำไส้ออกสาเหตุเกิดจากภาวะช็อก หรือขณะที่หนีบหลอดเลือดแดง ทำให้เลือดไปเลี้ยงยังลำไส้ลดลง และเกิดการขาดเลือดในที่สุด ภาวะที่รุนแรงและมีอัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ 40-60

6. ภาวะที่มีความดันในช่องท้องสูง คือ ภาวะที่ในช่องท้องมีแรงดันสูงมากจนทำให้เกิดการกดหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะภายใน ส่งผลให้อวัยวะภายในเกิดการบวม ผู้ป่วยมีอาการอัดแน่นท้องและลำไส้เคลื่อนไหวน้อยลง (Bowel ileus) และหากความดันในช่องท้องสูงมาก จะกดหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตทำให้เลือดไปไตได้น้อยลง จนเกิดภาวะปัสสาวะออกน้อย และหากความดันในช่องท้องยังคงสูงขึ้นไปเรื่อย ๆ อาจส่งผลให้เลือดดำกลับสู่หัวใจน้อยลง และผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกจนเสียชีวิตได้ ดังนั้นควรเฝ้าติดตามด้วยการวัดความดันในช่องท้องผ่านทาง Bladder ทุกราย หากระดับของ Bladder pressure มากกว่า 25 mmHg แนะนำให้ทำการผ่าตัดเพื่อลดแรงดันในช่องท้อง เมื่อลำไส้ยุบลงจึงทำการ ปิดช่องท้องซึ่งใช้เวลาประมาณ 2-3 วันหลังผ่าตัด เฉลี่ยพบประมาณ 15% ของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก

7. ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ หลังผ่าตัดพบได้ประมาณร้อยละ 18 โดยมากจะเกิดที่น่องมีแค่เพียงร้อยละ 4 ที่มีการอุดตันของหลอดเลือดดำที่ขาในระดับเข้าขึ้นไป

8. การขาดเลือดไปเลี้ยงขาเฉียบพลัน อาจเกิดจากการอุดตันของก้อนเลือดที่เกิดหลังการทำ Aortic cross clamp และอาจเกิดจากการให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดไม่เพียงพอก่อน Cross clamp

การพยาบาลผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางช่องท้อง

หลังจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดซ่อมหลอดเลือดแดงโป่งพอง โดยการผ่าตัดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางช่องท้อง มีแนวทางการพยาบาล (Schreiber, 2018) ดังนี้

1. ติดตามสัญญาณชีพผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด
2. ประเมินการทำงานของหัวใจ
3. ประเมินการไหลเวียนเลือดขาสองข้าง โดยการประเมินชีพจรของเท้าผู้ป่วยทั้ง 2 ข้าง โดยใช้เครื่อง Doppler
4. การจัดท่านอน ควรจัดท่านอนราบ 6 ชั่วโมง เมื่อสัญญาณชีพคงที่ ควรจัดนอนศีรษะสูง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 45 องศา เพื่อการตีเกล็ดผ่าตัด
5. ลดความปวด โดยการให้ยาลดปวดที่เพียงพอแก่ผู้ป่วย
6. บันทึกสภาวะน้ำเข้าและออกร่างกาย โดยทำอย่างต่อเนื่องหลังผ่าตัดจนกระทั่งผู้ป่วยเริ่มลุกจากเตียงได้
7. ประเมินภาวะอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึก (Deep vein thrombosis)
8. ดูแลให้เลือดผู้ป่วยกรณีผู้ป่วยมีค่าฮีโมโกลบิน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 g/dl
9. ดูแลและบายจากกระเพาะอาหาร โดยการดูแลการใส่สายยางเข้าสู่กระเพาะอาหารผ่านทางรูจมูก (Nasogastric tube) ลดการตีจากกระเพาะอาหารผู้ป่วย

10. ดูแลให้ได้รับสารอาหารให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย
11. การให้ความรู้ผู้ป่วยการดูแลตนเองหลังผ่าตัด การสังเกตอาการต่างๆที่ต้องมารับการรักษาที่โรงพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก มีความยากลำบากและซับซ้อนกว่าหลังผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองทั่วไป การพยาบาลในระยะหลังผ่าตัด จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยต้องพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต (เกศศิริ วงษ์คงคำ, 2559) โดยให้การพยาบาลตามระยะการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ดังนี้

1. การพยาบาลในระยะฟื้นตัวระยะแรก (Early recovery phase) เป็นช่วงการฟื้นตัวจากการดมยาสลบ การพยาบาลผู้ป่วยในระยะนี้ถือเป็นภาวะวิกฤต พยาบาลต้องเฝ้าระวังและประเมินค้นหาภาวะผิดปกติอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดังนี้

1.1 ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 30 นาทีใน 12 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้นทุก 1 ชั่วโมง เฝ้าระวังภาวะช็อกจากการเสียเลือด

1.2 ประเมินความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย โดยการวัดความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลาง เพื่อประเมินปริมาณเลือดที่เข้าสู่หัวใจ โดยใช้ค่า CVP ร่วมกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเป็นแนวทางใน

การรักษา ค่า CVP ปกติ เท่ากับ 6-12 เซนติเมตรน้ำ ถ้า CVP ต่ำแสดงว่าร่างกายขาดน้ำ ปริมาณน้ำและเลือดในร่างกายลดลง ถ้า CVP สูง แสดงว่าปริมาณน้ำและเลือดในร่างกายมากกว่าปกติ

1.3 ประเมินปริมาณเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะอวัยวะที่สำคัญ คือ สมอง ประเมินการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว การรับรู้ เกี่ยวกับบุคคล เวลา สถานที่ การเคลื่อนไหวร่างกายและปฏิกิริยาตอบสนอง ประเมินการทำหน้าที่ของไต บันทึกจำนวนปัสสาวะ ทุก 1 ชั่วโมง ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5-1 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง หรือ 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ควรรายงานแพทย์ และติดตามผล BUN, Creatinine ประเมินการไหลเวียนของเลือดส่วนปลาย โดยการคลำชีพจรส่วนปลาย อุณหภูมิของผิวหนัง สีของปลายมือปลายเท้า Capillary refill time

1.4 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาที่มีฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของหัวใจเพื่อ เพิ่มประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ เช่น Dobutamine, Dopamine และยาในกลุ่ม Norepinephrine ติดตามเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการให้ยาอย่างใกล้ชิด

1.5 ประเมินการนำออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อของร่างกาย ผู้ป่วยที่ใช้ เครื่องช่วยหายใจควรดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการดูดเสมหะ จัดท่าอนศิระสูง ติดตามผล Arterial blood gas ถ้าระบบไหลเวียนคงที่ควรได้รับการพิจารณาถอดท่อช่วยหายใจ ประเมินระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (O_2 Saturation) และติดตามระดับฮีโมโกลบินในเลือด ซึ่งเป็นตัวนำออกซิเจนไปสู่เซลล์ต่างๆ ในร่างกาย

1.6 ประเมินภาวะตกเลือด บันทึกลักษณะ ปริมาณเลือดที่ออกจากสายระบาย และบริเวณแผลผ่าตัดทุก 30 นาที ในระยะแรกหลังผ่าตัด ถ้าปริมาตรของเหลวที่ออกเป็นเลือดสดจำนวน 400 มิลลิลิตร ใน 1 ชั่วโมงแรก ควรรายงานแพทย์ทันที หรือปริมาตรของเหลวที่ออกเป็นเลือดสด 200 มิลลิลิตรติดต่อกัน 2 ชั่วโมง หรือ 100 มิลลิลิตรติดต่อกัน 4 ชั่วโมง ร่วมกับมีอาการแสดงทางคลินิกที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีปริมาณเลือดต่ำจากการสูญเสียเลือด เช่น ความดันโลหิตต่ำ ปลายมือปลายเท้าเย็น ควรรายงานแพทย์ทันที และติดตามผลการตรวจเลือด Hemoglobin, Hematocrit และ Coagulation เพื่อพิจารณาให้เลือด หรือส่วนประกอบของเลือดทดแทนในรายที่มีความผิดปกติหรือให้สารน้ำโดยควบคุมให้ Mean arterial blood pressure (MAP) มากกว่า 65 มิลลิเมตรปรอท

1.7 ดูแลให้ความอบอุ่นร่างกายโดยใช้ผ้าห่มหนาๆ หรือใช้ผ้าห่มไฟฟ้า เนื่องจากภาวะอุณหภูมิต่ำทำให้หลอดเลือดหดตัวความดันโลหิตสูง ส่งผลให้เกิดเลือดออกบริเวณแผลได้ นอกจากนี้ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำยังส่งผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำให้การทำหน้าที่ของ Neutrophil และ Macrophage ลดลง เพิ่มฤทธิ์ของยาเสพติดและยาคลายกล้ามเนื้อ ทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากยาเสพติดช้า

1.8 ดูแลจัดการบรรเทาอาการปวดหลังการผ่าตัด เพื่อส่งเสริมความสบาย ระบบไหลเวียนโลหิตคงที่ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางปอด ทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวโดยเร็ว โดยการดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ผู้ป่วยที่ยังไม่ฟื้นจากฤทธิ์ยาเสพติด ควรประเมินความปวดจากสัญญาณชีพที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว กระสับกระส่าย หลังให้ยาควรประเมินผลข้างเคียงของยา ในผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี ประเมินระดับความเจ็บปวดโดยใช้เครื่องมือประเมินระดับความเจ็บปวดตามเหมาะสมกับความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วยทุก 4 ชั่วโมง แล้วพิจารณาให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ถ้าปวดมากกว่าระดับ 3 คะแนน แนะนำให้ผู้ป่วยขอยาตั้งแต่เริ่มปวดเพื่อระงับปวดอย่างทันที่ จัดท่าอนศิระให้ผู้ป่วยนอนในท่า Semi-fowler's position เพื่อลดการดึงของแผล

2. การพยาบาลในระยะฟื้นตัวปานกลาง (Intermediate recovery phase) เป็นช่วงเวลาที่ร่างกายมีการทำหน้าที่ของสัญญาณชีพเป็นปกติกระทั่งพร้อมที่จะกลับบ้าน การพยาบาลในระยะนี้ อาจเป็นปัญหาที่ต่อเนื่องมาตั้งแต่ปัญหาที่พบในระยะแรก และพบเพิ่มเติมคือ

2.1 ป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด โดยประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ โดยบันทึกสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิ และประเมินแผลผ่าตัด อาการบวมแดง ร้อน อักเสบ ปวดแผลมาก หากมีสิ่งคัดหลั่งซึมควรทำแผลด้วยหลัก Aseptic technique ส่งเสริมภาวะโภชนาการ ให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำสารอาหารอย่างเพียงพอ เพื่อส่งเสริมการหายของแผลผ่าตัด และดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

2.2 ให้การพยาบาลในมิติด้านจิตใจ จิตสังคม ผู้ป่วยบางรายอาจมีความรู้สึกกลัววิตกกังวลเกี่ยวกับอาการ ความผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด ให้การพยาบาลโดย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึก และรับฟังด้วยความเข้าใจ เห็นใจ อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงระยะต่างๆของการฟื้นตัวทางด้านร่างกาย โดยอาจแนะนำให้พูดคุยกับผู้ป่วยที่เคยผ่าตัดแล้วมีกระบวนการฟื้นตัวที่ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สนับสนุนให้กำลังใจ โดยแนะนำญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และให้คำแนะนำการปฏิบัติที่เหมาะสมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวที่ดีขึ้น

กรณีศึกษา

การประเมินภาวะสุขภาพ

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย ผู้ป่วยหญิงไทย เพศ หญิง อายุ 76 ปี สถานภาพสมรส สมรส เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ การศึกษา ป.4 อาชีพ แม่บ้าน รายได้ ไม่มีรายได้เป็นของตนเองแต่ได้รับการดูแลจากบุตร

การวินิจฉัย Ruptured Infrarenal Abdominal Aortic aneurysm

อาการสำคัญนำส่ง Refer จากโรงพยาบาลชุมชนด้วย ปวดท้องร้าวไปหลัง ตรวจพบ Abdominal Aortic Aneurysm ความดันโลหิตต่ำ 18 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (Present Illness: P.I.) 18 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดหลังร้าวไปหลัง ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ได้รับแก้ปวดฉีดยา แต่ไม่ทุเลา ทำ ultrasound พบ Abdominal Aortic Aneurysm ขนาด 5 เซนติเมตร มีความดันโลหิตต่ำ ให้ NSS 3000 ml IV load ได้ PRC 2 unit IV drip ส่งตรวจ CTWA พบ Ruptured Abdominal Aortic Aneurysm จึง refer มาโรงพยาบาล

โรคประจำตัว: โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)

ประวัติผ่าตัด ปฏิเสธ ประวัติแพ้ยา แพ้ Penicillin

การผ่าตัด

ครั้งที่ 1 Explore laparotomy with open repair Abdominal Aortic Aneurysmectomy with temporary abdominal closure

ครั้งที่ 2 Re-Explore Laparotomy with Lt Hemicolectomy with stop bleed with temporary closure

การตรวจร่างกายตามระบบ

ลักษณะทั่วไป: หญิงไทยวัย 76 ปี ผู้ป่วยรู้สึกตัว GCS E4VtM6 on ET-Tube No. 8 Land Mark. 20 เซนติเมตร มุมปาก with Ventilator Carina PC-AC RR 16 PC 16 PEEP 5 FiO₂ 0.4 มีแผลหน้าท้องปิด Vacuum dressing on Foley's cath urine สีเหลืองใส

สัญญาณชีพ: สัญญาณชีพแรกเริ่ม BP 84/46 mmHg PR 120 ครั้ง/นาที RR 16 ครั้ง/นาที BT 35 องศาเซลเซียส

สภาพทั่วไปเมื่อรับผู้ป่วย รับย้ายผู้ป่วยจากห้องผ่าตัด ไม่ได้ Reverse ผู้ป่วยยังไม่รู้สึกตัว E1M1VT แขนขา 2 ข้างยังไม่มีแรง ปลายมือปลายเท้าซีด เย็น on ET-Tube No. 8 Land Mark. 20 เซนติเมตร มุมปาก with Ventilator Carina PC-AC RR 16 PC 16 PEEP 5 FiO₂ 0.4 หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง ไม่หอบเหนื่อย O₂ sat ปลายนิ้ว 98-99% On NG-tube ต่อลงขด On Triple lumen at Rt jugular vein Monitor CVP 6 mmHg On

Acetar 1,000 ml v drip 100 ml/hr ให้ Fentanyl 2,000 mcg in NSS 100 ml IV drip 10 ml/hr On Levophed 8 mg in 5% D/W 100 ml IV drip 40 ml/hr On Adrenaline 10 mg in NSS 100 ml IV drip 10 ml/hr มีแผลผ่าตัดหน้าท้องยาว 25 เซนติเมตร เป็นแผลเปิดช่องท้องปิด Vacuum dressing ลักษณะ content จากแผลทางหน้าท้องเป็นเลือดสด 200-400 ml/hr On Foley's cath ปัสสาวะสีเหลืองออกน้อย 10 ml/hr สัญญาณชีพแรก รับ BP 84/46 mmHg PR 120 ครั้ง/นาที RR 16 ครั้ง/นาที BT 35 องศาเซลเซียส

แผนการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบและแผนการพยาบาลขณะรักษาตัวที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 มีภาวะ Hypovolemic shock จากมีภาวะเลือดออกมากหลังผ่าตัด หลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก เนื่องจากปัจจัยการแข็งตัวของเลือดลดลง

S :-

- O : ความดันโลหิต 84/46 mmHg MAP 59 mmHg
- : Blood Loss ในห้องผ่าตัด 8,000 ml
- : Content จากแผล Vacuum เป็นเลือดสด ออก 200-400 ml/hr
- : CVP 6 mmHg, Urine ออกน้อย 10 ml/hr
- : อัตราการเต้นของหัวใจ 120-125 ครั้ง/นาที
- : ปลายมือปลายเท้าเย็น Capillary refill 3 วินาที
- : Conscious ปลุกตื่นลืมตา E₂M₅V_T
- : ตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hb 4.6 g/dl Hct 13% Plt 56,000 cells/cu.mm

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Hypovolemic shock

เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล

1. ค่าความดัน โลหิตไม่ต่ำกว่า 90/60 mmHg , MAP 65 mmHg , CVP 8 -12 mmHg
2. Hct มากกว่า 30 %
3. ค่า PT 12.6 sec PTT 29 sec จากค่า control, INR น้อยกว่า 2.5 sec
4. Urine out put มากกว่าเท่ากับ 0.5-1 ml/kg/hr
5. Capillary filling time < 2 วินาที
6. ไม่พบภาวะเลือดออกจากแผลหน้าท้อง Content จากแผลน้อยกว่า 100 ml/hr
7. ไม่พบอาการที่แสดงถึงภาวะเลือดออกในช่องท้อง เช่น กระสับกระส่าย ตัวเย็น ระดับความรู้สึกตัวลดลง

กิจกรรมทางการพยาบาล

1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 15- 30 นาที เพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลง เมื่อพบความผิดปกติ เช่น ชีพจรเต้นเบา ต่ำกว่า 60 ครั้ง/นาที หรือ มากกว่า 120 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตลดลงมากกว่าเดิม 20 mmHg รายงานแพทย์

2. สังเกตและเฝ้าระวังอาการเลือดออกหลังผ่าตัดโดยการ สังเกต บันทึกลักษณะ ปริมาณ content ที่ออกจากแผลผ่าตัดหน้าท้อง ทุก 1 ชั่วโมง ถ้าพบมีเลือดออกจากแผลผ่าตัดหน้าท้อง มากกว่า 400 ml/hr ใน 1 ชั่วโมง หรือมากกว่า 200 ml/hr ใน 2 ชั่วโมง หรือมากกว่า 100 ml/hr ใน 4 ชั่วโมง หรือประเมินอาการแสดงทางหน้าท้อง ถ้าพบท้องอืดตึงมากขึ้น มีภาวะ guarding รายงานแพทย์ทันที

3. ดูแลให้เลือด PRC จำนวน 2-unit IV drip และให้ส่วนประกอบของเลือด FFP 1,200ml IV drip free flow, Cryoprecipitate 10-unit IV drip free flow และให้ Plt.conc 10-unit IV drip free flow ตามแผนการรักษาของแพทย์ เฝ้าสังเกตอาการและเฝ้าระวังอาการต่างๆขณะให้เลือด เช่น อาการอาการแสดงของการแพ้เลือดคือ มีผื่นขึ้นลำตัว หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ

4. ดูแลให้สารน้ำ Acetar 1,000 ml IV drip 100 ml/hr
5. ดูแลให้ได้รับยาเพิ่มความดันโลหิต Levophed 8 mg in 5% D/W 100 ml IV drip 10 ml/hr และ Adrenaline 10 mg + 5%D/W 100 ml IV drip 5 ml/hr ปรับขนาดยาทุก 15-30 นาที โดยรักษาความดันโลหิตมากกว่า 90/60 mmHg และน้อยกว่า 140/90 mmHg MAP 65 mmHg ฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการให้ยา ฝ้าระวังภาวะ vasoconstriction และ Arrhythmia
6. ดูแลให้ยา Transamine 500 mg IV ทุก 6 ชั่วโมง
7. ติดตามค่าความเข้มข้นของเลือดปลายนิ้ว ทุก 4 ชั่วโมง หากพบ ลดลง มากกว่า 3% หรือน้อยกว่า 30% ให้รายงานแพทย์ทราบ เพื่อเตรียมเลือดและส่วนประกอบของเลือด
8. ติดตามผล CBC, PT, PTT, INR เพื่อประเมินภาวะเลือดออกมากผิดปกติ
9. ประเมินระดับความรู้สึกตัวและ neuro sign ทุก 1 ชั่วโมง และประเมิน CVP ทุก 2 ชั่วโมงโดยให้ค่า CVP อยู่ระหว่าง 8-12 mmHg เพื่อประเมินสารน้ำในร่างกาย
10. ประเมินและบันทึกปริมาณ Urine ทุก 1 ชั่วโมง ถ้าพบurineออกน้อยกว่า 0.5 ml/kg/hr รายงานให้แพทย์ทราบ เพื่อฝ้าระวังการทำงานของไตที่ผิดปกติจากการขาดเลี้ยงไปเลี้ยงจากการสูญเสียเลือด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด และบันทึก Intake Out put เพื่อประเมินภาวะสมดุลสารน้ำในร่างกาย

การประเมินผลทางการพยาบาล

1. สัญญาณชีพปกติ ค่าความดันโลหิต 120/80-130/86 mmHg, MAP 65-80 mmHg, อัตราการเต้นของหัวใจ 80-100 ครั้งต่อนาที
2. ไม่พบอาการที่แสดงถึงภาวะเลือดออกในช่องท้อง เช่น กระสับกระส่าย ตัวเย็น พบเลือดเก่าๆออกจากแผลหน้าท้อง ปริมาณContentจากแผลเป็นเลือดเก่าๆ ประมาณ 100-200 มิลลิลิตร/8ชั่วโมง
3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct 30-33 % plt. 117,000 cells/cu.mm ค่า PT 12.5 sec PTT 27.19 sec จากค่า control INR 1.12-1.5 sec
4. ผู้ป่วยเริ่มต้นรู้ตัวรู้เรื่อง ทำตามสั่งได้ Capillary filling time 1 วินาที
5. ปัสสาวะออก 60 ml/hr, CVP 8-12 mmHg

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 ประสิทธิภาพการหายใจลดลงเนื่องจากการได้รับยาดมสลบในห้องผ่าตัดและตัวนำออกซิเจนลดลงจากภาวะเลือดออกมากหลังผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองปริแตก

S : -

O : ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 76 ปี หลังผ่าตัด Explor-lap with open repair abdominal aortic aneurysmectomy ได้รับการดมยาสลบขณะผ่าตัด

: หลังผ่าตัด On ET-Tube No 8 LM 20

: Conscious นอนซึม ปลุกตื่นลืม E2M5VT

: Blood Loss ในห้องผ่าตัด 8,000 ml

: ABG : pH 7.16 paCO₂ 36.8 mmHg paO₂ 189.5 mmHg HCO₃ 12.8 mmol/L, SaO₂ 99.3% , Blood lactate 11.2 mmol/L

: Hb 4.6 g/dl

: secretion สีขาวขุ่น

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล

1. หายใจสม่ำเสมอ RR 16-20 ครั้ง/นาที
2. ลักษณะการหายใจปกติ ไม่มีหอบเหนื่อย ไม่ใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ

3. O_2 sat > 95%
4. ผล ABG ปกติ pH 7.35-7.45 $paCO_2$ 35-45 mmHg paO_2 80-100 mmHg, HCO_3 22-26 mmol/L
5. ฟัง lung ไม่มีเสียงผิดปกติ เช่น crepitating, wheezing, Rhonchi
6. ผล CXR Improve ขึ้น ไม่มี infiltration
7. ไม่มีอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น ตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าเย็นเขียว
8. ผู้ป่วยสามารถเริ่มหายใจเองได้ ปรับลด setting ventilator ลงได้ เป็น SIMV Mode SPONT Mode และถอดท่อช่วยหายใจได้ตามลำดับ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินลักษณะการหายใจของผู้ป่วย สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพ และระดับความรู้สึกตัวทุก 15 นาที และทุก 1 ชั่วโมง ถ้าผิดปกติโดยเฉพาะการหายใจรายงานแพทย์ เพื่อทำการแก้ไข
2. จัดท่านอนศีรษะสูงอย่างน้อย 30 องศา เพื่อให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลง ไม่ดันปอดทำให้ปอดขยายตัวได้ดี และระบายอากาศได้ดีขึ้น
3. ดูแล On ventilator ปรับ setting PC-AC RR 18 PC 20 PEEP 5 FiO_2 0.6 ตามแผนการรักษา สังเกตและประเมินอาการ ลักษณะการหายใจของผู้ป่วย และประเมินการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้ทำงานได้อย่างปกติ สายไม่รั่ว ไม่พับงอ ดูแลไม่ให้มีน้ำขังในสายท่อช่วยหายใจ
4. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งโดยช่วย Suction clear away ทุก 2-4 ชั่วโมงหรือทุกครั้งที่มี เสมหะในท่อช่วยหายใจอย่างถูกวิธีด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อและความนุ่มนวล เพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง โดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและรับทราบก่อนการดูดเสมหะ จัดท่านอนศีรษะ 30 องศา ใช้ความแรงดันไม่เกิน 100-120 mmHg หลังดูดเสมหะให้เพิ่มปริมาณ O_2 เข้มข้นสูงนาน 30-60 วินาที พร้อมทั้งสังเกตลักษณะ สี ปริมาณของเสมหะ
5. ฟังปอดทั้งสองข้างเพื่อประเมินการระบายอากาศ ตำแหน่งท่อช่วยหายใจ และปริมาณของเสมหะก่อนและหลังการดูดเสมหะ
6. ประเมินสัญญาณชีพ การหายใจ และ ติดตามประเมิน O_2 sat ถ้าน้อยกว่า 95 % หายใจเหนื่อย อัตราการหายใจมากกว่า 30 ครั้ง/นาที ใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ รายงานแพทย์
7. ดูแลให้เลือด PRC จำนวน 2 unit IV drip เพื่อเพิ่มตัวนำออกซิเจน พร้อมทั้งประเมิน อาการ เฝ้ารวังการแพ้เลือดขณะให้เลือดเช่น อาการอาการแสดงของการแพ้เลือด คือ มีผื่นขึ้นลำตัว หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ
8. สังเกตอาการ Cyanosis ปลายมือปลายเท้าเขียว ตัวเย็น
9. ติดตามผล chest X-ray เพื่อประเมินตำแหน่งท่อช่วยหายใจและติดตามความก้าวหน้าของปอด และติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC, ABG, Blood lactate
10. ประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และปรับการตั้งค่าของเครื่องช่วยหายใจเพื่อหย่าเครื่องช่วยหายใจ และถอดท่อช่วยหายใจ

ประเมินผลทางการพยาบาล

1. สัญญาณชีพปกติ ค่าความดันโลหิต 120/80 - 130/86 mmHg, MAP 65-80 mmHg, อัตราการเต้นของหัวใจ 80-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ RR 16-20 ครั้งต่อนาที
2. ลักษณะการหายใจปกติ หายใจสม่ำเสมอ ไม่มีหอบเหนื่อย
3. O_2 sat 98-99 %
4. ฟัง lung ไม่มีเสียงผิดปกติ เช่น crepitating, wheezing, Rhonchi
5. ผล CXR Improve ขึ้น ไม่มี infiltration
6. ไม่มีอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น ตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าเย็นเขียว
7. ABG: pH 7.33 $PaCO_2$ 21.2 mmHg PaO_2 324 mmHg HCO_3 11.1 mmol/L SO_2 99.8%

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้แก่ Limb ischemia, Acute renal failure, Acute myocardial infraction, Abdominal compartment syndrome

S :

O : Post op Explore -lap Open repair abdominal aortic aneurysmectomy

: ขณะผ่าตัด Clamp aorta 1 ชั่วโมง 25 นาที

: Blood Loss ในห้องผ่าตัด 8,000ml

: ระยะเวลาในการผ่าตัด 4 ชั่วโมง 50 นาที

: Content จาก Vacuum dressing ที่แผลเป็นเลือดสด ออก 200-400 ml/hr

: ความดันโลหิต 84/60 mmHg MAP 59 mmHg

: Urine ออกน้อย 10 ml/hr

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล

1. ไม่มีภาวะ Limb ischemia : คลำชีพจรบริเวณขาทั้ง 2 ข้างได้ทุกตำแหน่ง ไม่มีอาการ 6 P ได้แก่ Pain อาการปวดมาก Paresthesia อาการชาหรือสูญเสียการรับรู้ความรู้สึก Poikiothermia ผิวหนังเย็น Paralysis คือ เคลื่อนไหวบริเวณนั้นไม่ได้หรือได้น้อย Pallor บริเวณนั้นซีดเขียว คล้ำ และ Pulsessness คลำชีพจรบริเวณนั้นได้เบา คลำไม่ได้

2. ไม่มีภาวะ Acute renal failure ปัสสาวะออกดี 0.5ml/kg/hr

3. ไม่มีภาวะ Myocardial infraction ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) Normal sinus rhythm

4. ไม่มีภาวะ Abdominal compartment syndrome ไม่มีท้องอืดตึง Bladder pressure <25 mmHg

กิจกรรมทางการพยาบาล

1. ประเมินสภาพของผู้ป่วย ประเมินภาวะขาดเลือดของขา โดยการประเมินระดับการเคลื่อนไหวของขาทั้งสองข้าง และประเมินจังหวะการเต้น ความแรงของชีพจร บริเวณขาหนีบ (Femoral artery) ข้อพับ (Popliteal artery) หลังเท้า (Dorsalis pedis) และตาตุ่มด้านใน (Posterior tibia) ของขาทั้งสองข้าง หากพบความผิดปกติ คลำชีพจรไม่ได้ ชีพจรเบา ให้รายงานแพทย์ทันที

2. ประเมินอาการของ Acute Limb ischemia ตาม 6 P ดังนี้

2.1 Pain อาการปวดมากหลังการอุดตันจากเนื้อเยื่อขาดเลือด

2.2 Paresthesia อาการชาหรือสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกบริเวณที่ขาดเลือด

2.3 Poikiothermia ผิวหนังเย็นบริเวณที่มีการอุดตัน

2.4 Paralysis เคลื่อนไหวบริเวณนั้นไม่ได้หรือได้น้อย

2.5 Pallor บริเวณนั้นซีดเขียว คล้ำจากการขาดเลือด

2.6 Pulsessness คลำชีพจรบริเวณนั้นได้เบา คลำไม่ได้หากพบความผิดปกติ ให้รายงานแพทย์ทันที

3. ส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดไปที่อวัยวะส่วนปลายโดยการยกศีรษะสูงกว่าขาหลีกเลี่ยงการยกขาสูงกว่าหัวใจ

4. ให้ความอบอุ่นด้วยผ้าห่มไฟฟ้า (Blanket wamner) หรือใช้ผ้าคลุม

5. ประเมินภาวะ Acute renal failure โดยประเมินปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ถ้าพบปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 ml/kg/hr รายงานแพทย์ และติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ BUN Cr ถ้าพบค่าผิดปกติ รายงานแพทย์

6. ประเมินภาวะ Myocardial infraction โดยติดตาม EKG ตลอดเวลา และประเมินการแสดงของผู้ป่วย หากพบสัญญาณเตือน เช่น อาการเจ็บ แน่นหน้าอกเหมือนถูกบีบรัด หรือกดทับ อาการเจ็บหน้าอกที่ร้าวไปกราม

สะบักหลัง แขนซ้าย หัวไหล่ อาการอื่นๆร่วม เช่น เหงื่อแตก ใจสั่น คลื่นไส้ จะเป็นลม หน้าซีด อาการใจสั่น หรือเหนื่อยผิดปกติ EKG ผิดปกติ รายงานแพทย์ทันที

7. ประเมิน Abdominal compartment syndrome โดยประเมินอาการทางหน้าท้อง และติดตามวัดความดันในช่องท้อง ผ่านทาง Bladder ถ้าพบความผิดปกติ ระดับของ Intra-abdominal pressure โดยวัดทุก 8 ชั่วโมง มากกว่า 12 mmHg รายงานแพทย์ทันที

8. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 15 - 30 นาที เพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลง เมื่อพบความผิดปกติ เช่น ชีพจรเต้นเบาต่ำกว่า 60 ครั้ง/นาที หรือ มากกว่า 120 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าเดิม 20 mmHg รายงานแพทย์

9. สังเกตและเฝ้าระวังอาการเลือดออกหลังผ่าตัดโดยการ สังเกต และบันทึกลักษณะและ ปริมาณ content ที่ออกจากแผลผ่าตัดหน้าท้อง ทุก 1 ชั่วโมง ถ้าพบมีเลือดออกจากแผลผ่าตัดหน้าท้องมาก รายงานแพทย์

10. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ เลือด และส่วนประกอบของเลือดตามแผนการรักษาและบันทึกน้ำเข้า - ออกจากร่างกายเพื่อประเมินภาวะสมดุลสารน้ำในร่างกาย

ประเมินการพยาบาลทางการพยาบาล

1. ไม่มีภาวะ Limb ischemia : คลำชีพจรบริเวณขาทั้ง 2 ข้างได้ทุกตำแหน่ง ไม่มีอาการ 6 ไม่มีอาการปวด ไม่มีอาการชา ผิวหนังอุ่น Capillary filling time น้อยกว่า 2 วินาที ขยับเคลื่อนไหวได้ดี Motor power grade 5 ขาสองข้างไม่ซีด เขียว คลำ Capillary filling time 1 วินาที คลำชีพจรที่ขาทั้งสองข้างได้ทุกตำแหน่ง

2. ปัสสาวะออกดี 60 ml/hr

3. ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก EKG Normal sinus rhythm rate 80-100 ครั้งต่อนาที

4. ไม่มีภาวะ Abdominal compartment syndrome ไม่มีท้องอืดตึง Bladder pressure 12 mmHg

5. สัญญาณชีพปกติ ค่าความดันโลหิต 120/80-130/86 mmHg, MAP 65-80 mmHg, อัตราการเต้นของหัวใจ 80-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ RR 16-20 ครั้งต่อนาที

6. ไม่พบอาการที่แสดงถึงภาวะเลือดออกในช่องท้อง เช่น กระสับกระส่าย ตัวเย็น พบเลือดเก่า ๆ ออกจากแผลหน้าท้อง ปริมาณ Content จากแผลเป็นเลือดเก่า ๆ ประมาณ 100-200 มิลลิลิตร/8ชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดจากเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บจากการผ่าตัด และมีแผลเปิดช่องท้องปิดแผลด้วยแรงดันลบ

S : ผู้ป่วยพักหน้าเวลาพยาบาลถามระดับความปวด

O : แผลบริเวณหน้าท้องมีแผลยาวประมาณ 25 cm ปิดแผลด้วย Vacuum dressing ใช้ Pressure -100 mmHg

: ผู้ป่วยมีสีหน้าไม่สุขสบาย ไม่ค่อยเคลื่อนไหว หน้ามืด คิวขมวด

: Pain score 8 คะแนน

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล : เพื่อบรรเทาอาการปวดแผล

เกณฑ์ประเมินทางการพยาบาล

1. ผู้ป่วยบอกอาการปวดลดลง

2. ผู้ป่วยมีสีหน้าท่าทางสดชื่น แจ่มใสขึ้น ผ่อนคลาย สุขสบายขึ้น

3. ผู้ป่วยไม่แสดงอาการปวดเวลาพลิกตะแคงตัว นอนหลับได้

4. Pain scale < 4 คะแนน

กิจกรรมทางการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกเจ็บปวดบริเวณแผลผ่าตัดหน้าท้อง ทุก 4 ชั่วโมง โดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวด โดยใช้มาตรวัดความปวด Behavior Pain Scale (BPS) เพื่อประเมิน Pain score รวมถึงสัญญาณชีพ ที่แสดงถึงความเจ็บปวด ได้แก่ ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงเพื่อประเมิน และ ติดตามอาการเจ็บปวด
2. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการ รักษา ได้แก่ Fentanyl 2,000 mcg in NSS 100 ml IV drip 10 ml/hr เพื่อบรรเทาความปวด และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงขณะให้ยา
3. ดูแลจัดท่านอนที่เหมาะสม Semi-fowler's position เพื่อให้หน้าท้องหย่อนตัวลดความตึงของแผล เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด
4. ดูแลแผลเปิดช่องท้องด้วยแรงดันลบ - 80 ถึง -100 mmHg บันทึกสัญญาณชีพ และระดับความปวด ทุก 4 ชั่วโมง หากมีอาการปวดที่บริเวณแผลมากค่อยๆลดแรงดูดลงจนถึงระดับที่ผู้ป่วยไม่มีอาการปวด รายงานแพทย์เพื่อประเมินและให้ยาแก้ปวดร่วมด้วย ดูแลจัดท่าให้สบาย
5. ช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พร้อมทั้งแนะนำการปฏิบัติตัว เพื่อบรรเทาอาการปวด ได้แก่ ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ไม่มีแสง เสียงรบกวนการพักผ่อน ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล รวดเร็ว ช่วย support แผลผ่าตัด

ประเมินผลทางการพยาบาล

1. อาการเจ็บปวดลดลง ไม่บ่นปวดแผล
2. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น แจ่มใสขึ้น
3. ผู้ป่วยไม่แสดงอาการปวด หน้าไม่ซีดขาว เวลาลุกห้อยขา ตัว เคลื่อนไหวเปลี่ยนท่าได้
4. Pain scale 3 คะแนน
5. สัญญาณชีพปกติ ค่าความดันโลหิต 120/80-130/86 mmHg, MAP 65-80 mmHg, อัตราการเต้นของหัวใจ 80-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ RR 16-20 ครั้งต่อนาที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5 เสี่ยงต่อการปริแตกของหลอดเลือดแดงที่ซ่อมแซมเนื่องจากความดันโลหิตสูง

S : -

O : Post op Explore -lap open repair abdominal aortic aneurysmectomy

: ความดันโลหิต 206/106 mmHg

: ตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Plt 56,000cells/cu.mm, PT 23.6 sec, PTT 46.4 sec, INR 2.11sec

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อป้องกันการปริแตกของหลอดเลือดแดงที่ซ่อมแซม

เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล

1. สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 90/60-140/90 mmHg อัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้งต่อนาที
2. ไม่พบภาวะเลือดออกจากแผลหน้าท้อง ปริมาณContent จากแผลน้อยกว่า 100 ml/hr
3. ไม่พบอาการที่แสดงถึงภาวะเลือดออกในช่องท้อง เช่น กระสับกระส่าย ตัวเย็น ชีพจรเบาเร็ว ระดับความรู้สึกตัวลดลง
4. คลำชีพจรบริเวณขาหนีบ (femoral artery) ข้อพับ (popliteal artery) หลังเท้า (dorsalis pedis) และ ตาตุ่มด้านใน (posterior tibia) ของขาทั้งสองข้างได้

กิจกรรมทางการพยาบาล

1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 15 - 30 นาที เพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลง เมื่อพบความผิดปกติ เช่น ชีพจรเต้นเบา ต่ำกว่า 60 ครั้ง/นาที หรือ มากกว่า 120 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตลดลงมากกว่าเดิม 20 mmHg รายงานแพทย์
2. ประเมินภาวะเลือดหลังผ่าตัดโดยการ สังเกต และบันทึกลักษณะและปริมาณ content ที่ออกจากแผลผ่าตัดหน้าท้อง ถ้าพบมีเลือดออกจากแผลผ่าตัดหน้าท้อง มากกว่า 400 ml/ชั่วโมงใน 1 ชั่วโมง หรือ มากกว่า 200 ml/ชั่วโมง ใน 2 ชั่วโมง หรือมากกว่า 100ml/ชั่วโมง ใน 4 ชั่วโมง หรือประเมินอาการแสดงทางหน้าท้อง ถ้าพบท้องอืดตึงมากขึ้น มีภาวะ guarding รายงานแพทย์ทันที
3. ดูแลให้ยา Nicardipine 20 mg + NSS 100 ml IV drip ปรับเพิ่มลดยา ควบคุมความดันโลหิตให้ได้ SBP มากกว่า 90 น้อยกว่า 140 mmHg และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการให้ยา เช่น ความดันโลหิตต่ำ ปวดศีรษะ หน้ามืด หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออก ปากแห้ง ชาปลายมือปลายเท้า
4. ประเมินสภาพของผู้ป่วย ประเมินการทำงานของหลอดเลือดแดงที่ข้อมแขน โดยการประเมินจังหวะการเต้น ความแรงของชีพจร บริเวณขาหนีบ(femoral artery) ข้อพับ (popliteal artery) หลังเท้า(dorsalis pedis) และตาตุ่มด้านใน (posterior tibia) ของขาทั้งสองข้าง หากพบความผิดปกติ คลำชีพจรไม่ได้ ชีพจรเบา ให้รายงานแพทย์ทันที

การประเมินผลทางการพยาบาล

1. สัญญาณชีพปกติ ค่าความดันโลหิต 120/80-130/86 mmHg, MAP 65-80 mmHg, อัตราการเต้นของหัวใจ 80-100 ครั้งต่อนาที
2. ไม่พบภาวะเลือดออกจากแผลหน้าท้อง ปริมาณ Content จากแผล 100-200ml/8hr
3. ไม่พบอาการที่แสดงถึงภาวะเลือดออกในช่องท้อง ผู้ป่วยเริ่มตื่นรู้ตัวรู้เรื่อง ทำตามสั่งได้ Capillary filling time 1 วินาที ไม่มีอาการกระสับกระส่าย
4. คลำชีพจรบริเวณ บริเวณขาหนีบ(femoral artery) ข้อพับ (popliteal artery) หลังเท้า (Dorsalis pedis) และตาตุ่มด้านใน (Posterior tibia) ของขาทั้งสองข้างได้ทุกตำแหน่ง

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 76 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการ ปวดท้อง ร้าวไปหลัง ความดันโลหิตต่ำ 18 ชั่วโมง ไปรับการรักษาที่ โรงพยาบาลชุมชน ได้รับการรักษาโดยให้ยาแก้ปวดแบบฉีด อาการปวดท้องไม่ทุเลา ตรวจ ultrasound พบ Abdominal Aortic Aneurysm ขนาด 5 เซนติเมตร มีความดันโลหิตต่ำ ให้ สารน้ำ NSS 3000 ml IV load ให้ PRC 2 unit IV ส่งตรวจ CTWA พบ Ruptured Infrarenal Abdominal Aortic Aneurysm ส่งตัวมาโรงพยาบาล เข้ารับการรักษาตัวที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก E4V5M6 BP drop 60/40 mmHg ได้ PRC 1 unit IV push 1 unit IV drip ได้รับการผ่าตัด 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ผ่าตัด Open repair abdominal aortic aneurysmectomy with temporary closure ผ่าตัดครั้งที่ 2 Re-Explore-Lap ผ่าตัด Lt Hemicolecotomy with stop bleed with temporary closure โดยการผ่าตัดครั้งที่ 2 พบ Descending colon with sigmoid colon with terminal ileum ischemia พบ Active bleeding hematoma at RLQ และ Patent anastomosis graft หลังได้รับการผ่าตัด พบปัญหาทางการพยาบาล คือ มีภาวะ Hypovolemic shock จากมีภาวะเลือดออกมาก หลังผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตกเนื่องจากปัจจัยการแข็งตัวของเลือดลดลงประสิทธิภาพการหายใจลดลงเนื่องจากการได้รับยาผสมสลายในท้องผ่าตัดและตัวนำออกซิเจนลดลงจากภาวะเลือดออกมากหลังผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ได้แก่ Limb ischemia, Acute renal failure, Acute myocardial infarction, Abdominal compartment syndrome ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดจากเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บจากการผ่าตัดและมีแผลเปิดช่องท้องปิดด้วยแรงดันลบ

เสี่ยงต่อการปริแตกของหลอดเลือดแดงที่ซ่อมแซมเนื่องจากความดันโลหิตสูง หลังจากได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยอาการดีขึ้นและได้ย้ายไปยังหอผู้ป่วยสามัญและฟื้นฟูอาการจนสามารถกลับบ้านได้

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะคุกคามชีวิตหลายประการที่เกิดจากการแตกของหลอดเลือดแดงใหญ่และการผ่าตัด โดยเฉพาะการเสียเลือดจำนวนมาก ส่งผลให้เกิดภาวะช็อก ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการหายใจวายเฉียบพลัน และอาการแทรกซ้อนจากการที่เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆไม่เพียงพอ ที่สำคัญได้แก่ เนื้อเยื่อที่ขาดเลือด ไตวายเฉียบพลัน กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ความดันในช่องปิตของกล้ามเนื้อท้องสูง พยาบาลจึงมีความรู้ความเข้าใจและประเมินสภาพผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว เพื่อประสานการรักษาผู้ป่วยได้ทันเวลาที่ ส่งผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วยช่วยให้รอดชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ควรมีการจัดทำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพอง
 2. ควรมีแนวทางการนิเทศติดตาม ผลการปฏิบัติการพยาบาลและการส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ
- ในด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพอง
3. ควรมีการวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพอง

เอกสารอ้างอิง

- กำพล เลหาพิณแสง. (2560). *ศัลยศาสตร์หลอดเลือด*. กรุงเทพฯ: พี.บี.ฟอเรน บุ๊คส์ เซ็นเตอร์.
- กิตติคุณ ออสกุล. *Collective rivew Rupture Abdominal aortic aneurysm*. สืบค้นจาก <http://medinfo2.psu.ac.th/surgery/Collective%20review/2558/15>
- เกศศิริ วงษ์คงคำ, และอรชุนา นากรณ์. (2559). *การพยาบาลศัลยศาสตร์: ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด*. กรุงเทพฯ: หจก.เอ็นพีเพรส
- บุรพา กาญจนบัตร และ ไกยณัฐ สถาปนาวัตร. *ศัลยศาสตร์หลอดเลือดในเวชปฏิบัติทั่วไป*. (พิมพ์ครั้งที่3). กรุงเทพฯ: บริษัทโอสถการพิมพ์ จำกัด
- พงษ์ กาญจนสุทธิรักษ์. (2561). หลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพอง Abdominal Aortic Aneurysma(AAA). ใน บุรพา กาญจนบัตร, ไกยณัฐ สถาปนาวัตร (บ.ก.), *ศัลยศาสตร์หลอดเลือดในเวชปฏิบัติทั่วไป*. (หน้า199-211). (พิมพ์ครั้งที่3). กรุงเทพฯ: โอสถการพิมพ์
- สมพร ชินโนรส. (2559). *การพยาบาลทางศัลยศาสตร์ เล่ม4*. (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพฯ : บริษัท ร้าไทยเพรส จำกัด
- Kohlman-Trigoboff D., Rich K., Foley A., Fitzgerald K., Arizmendi D., Robinson C., Brown R., Treat Jacobson D. (2020). Clinical practice guideline: Society for vascular nursing endovascular repair of abdominal aortic aneurysm updated nursing clinical practice guideline. *Journal of Vascular Nursing*, 38(2), 36-64. <https://doi.org/10.1016/j.jvn.2020.01.004>
- Schreiber, M. L. (2018). Evidence-based practice. Acute respiratory distress syndrome. *MEDSURG Nursing*, 27(1), 59–65.