การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองแตก ที่ได้รับการผ่าตัดสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ : กรณีศึกษา

รุ่งนภา การะเกตุ*

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองแตกเป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรม การวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็ว การดูแลรักษาก่อนผ่าตัด รวมถึงการเลือกวิธีผ่าตัดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ โดยจะมีผลในการเกิดภาวะแทรกซ้อนและโอกาสในการรอดชีวิตของผู้ป่วย ปัจจุบันมีการนำเทคโนโลยีมาช่วยเสริมประสิทธิภาพในการรักษาด้วยการผ่าตัดสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง (Endovascular aortic aneurysm repair: EVAR) ภายใต้การดูภาพถ่ายรังสีขณะผ่าตัดเป็นการผ่าตัดแนวทางใหม่ วิธีนี้จะทำให้บาดแผลมีขนาดเล็ก ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล

กรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทย อายุ 60 ปี เข้ารับการรักษาด้วยอาการปวดท้องอย่างรุนแรงร้าวไปหลังร่วมกับปวดขาหนีบข้างขวา ตรวจร่างกายพบก้อนในช่องท้อง แพทย์วินิจฉัยเป็น Concealed ruptured abdominal aortic aneurysm with hypertensive emergency ได้รับการผ่าตัดสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง (EVAR) ปัญหาทางการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด ได้แก่ ปวดท้องอย่างรุนแรง เสี่ยงต่อภาวะช็อกจากการแตกซ้ำของหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพอง และขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยการผ่าตัด ขณะทำผ่าตัดเฝ้าระวังภาวะจากการเสียเลือดและลิ่มเลือดไปอุดตันที่หลอดเลือดส่วนปลายรวมถึงการฉีกขาดและหลอดเลือดทะลุ หลังผ่าตัดให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการปวด ป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด การพยาบาลภาวะเลือดจางหลังผ่าตัด ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาล 9 วัน ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ และยังคงเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จากขั้นตอนการผ่าตัดที่มีความยุ่งยากซับซ้อน มีการใช้อุปกรณ์พิเศษประเภทต่างๆ พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ความชำนาญและทักษะเฉพาะ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองแตก, การผ่าตัดสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางหลอดเลือดแดง, ความดันโลหิตสูงแบบวิกฤต, ภาวะเลือดจาง

---

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานห้องผ่าตัด กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช

บทนำ

โรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองแตก คือ ภาวะที่มีเลือดออกจากผนังของหลอดเลือดแดงเข้าสู่บริเวณเยื่อบุช่องท้องหรือชั้นหลังเยื่อบุผนังช่องท้องเป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรม[1-5] ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนเนื่องจากมีอัตราการเสียชีวิตสูง จากสถิติในสหรัฐอเมริกา มีผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าวประมาณ 15,000 คนต่อปีและพบว่า 90-95%[6] เสียชีวิตก่อนมาโรงพยาบาล สถิติในประเทศไทยผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพอง 5-10 คนต่อประชากรแสนคน ส่วนอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองยังไม่แน่ชัดเนื่องจากผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนมาโรงพยาบาลและไม่ได้เข้ารับการรักษา[3] ปัจจุบันมีการนำเทคโนโลยีการพัฒนาเทคนิค และวิธีการผ่าตัดรูปแบบใหม่ช่วยเสริมประสิทธิภาพในการรักษา การผ่าตัดสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง (Endovascular aortic aneurysm repair : EVAR) ภายใต้การดูภาพถ่ายรังสีขณะผ่าตัดเป็นการผ่าตัดแนวทางใหม่ จากการศึกษาพบว่าวิธีดังกล่าวมีข้อดีหลายประการเมื่อเปรียบเทียบกับการผ่าตัดแบบเปิดคือ บาดแผลมีขนาดเล็ก มีความรุนแรงและเจ็บปวดน้อยกว่าเสียเลือดขณะผ่าตัด และการติดเชื้อน้อยกว่า ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้เร็ว ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล

โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราชเริ่มผ่าตัดด้วยวิธี EVAR เป็นครั้งแรกในปี 2562 และมีสถิติของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี EVAR ตั้งแต่ปี 2563-2565 จำนวน 25, 24 และ 26 รายตามลำดับ ดังนั้นการพัฒนาแนวทางให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองแตกที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี EVAR เป็นการผ่าตัดแนวทางใหม่ ซึ่งเป็นเทคนิคพิเศษที่ต้องอาศัยความรู้ความชำนาญ และทักษะเฉพาะเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัด และการเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์พิเศษต่างๆ ที่ใช้ในการผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดมีความสำคัญอย่างยิ่งในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย การประเมินความเสี่ยง และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างผ่าตัดและสามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว และเหมาะสมรวมถึงมีการประสานงานกับทีมบุคลากรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการวางแผนการพยาบาล และการส่งต่อข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพองในช่องท้องแตก ที่ได้รับการผ่าตัดสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ทบทวนเอกสาร ตำรา งานวิจัย การวินิจฉัย การรักษา และการพยาบาลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพองในช่องท้องแตก ที่ได้รับการผ่าตัดสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง

2. คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง จากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพองในช่องท้องแตกที่ได้รับการผ่าตัดสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง ในช่วงเดือนกันยายน ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565

3. รวบรวมข้อมูล ประเมินสุขภาพ ความต้องการทางการพยาบาล นำกรณีศึกษามาวิเคราะห์ปัญหา

4. กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล นำแผนการพยาบาลไปใช้ ประเมินผล และสรุปอภิปรายผล

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 60 ปี น้ำหนัก 75 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร รู้สึกตัวดี เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการปวดท้องอย่างรุนแรงร้าวไปหลังร่วมกับปวดขาหนีบข้างขวา สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 68 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 166/110 มิลลิเมตรปรอท pain score 10 คะแนน ได้รับยา Labatalol 10 มิลลิกรัม 2 dose และ Morphine 4 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ตรวจร่างกายพบ pulsatile and expansile abdominal mass ส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ได้รับการวินิจฉัย Concealed ruptured abdominal aortic aneurysm with hypertensive emergency แพทย์วางแผนให้การรักษาด้วยการผ่าตัดวิธีการผ่าตัดสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง (EVAR) รับผู้ป่วยไว้ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

เยี่ยมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วยและเอกสารใบแสดงความยินยอมเข้ารับการผ่าตัด ประเมินการได้รับยา Labatalol 10 มิลลิกรัม 2 ครั้ง และ Labatalol (1:1) อัตรา 2 มิลลิกรัม/นาที จอง PRC 6 ยูนิต FFP 6 ยูนิต Platelet concentrate 20 ยูนิต ใส่สายสวนปัสสาวะ ติดตามค่า Hct ทุก 1 ชั่วโมง ได้รับยา Morphine 4 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ดูแลพักรอบนเตียง จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา ดูแลได้รับออกซิเจน 3 ลิตร/นาที ประสานงานกับศัลยแพทย์ วิสัญญี ทีมผ่าตัด วางแผนร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย ความดันโลหิต 156/104 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 66 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hb 14.7 g/dl, Hct 41.7 %, WBC 12,190 cell/ul, Platelet Count 239,000 cell/uL, PT 12.1 seconds, PTT 23.7 seconds, INR 1.04, BUN 19.1 mg/dl, Creatinine 1.14 mg/dl, sodium 142.9 mmol/L, potassium 3.9 mmol/L, chloride 105 mmol/L, EGFR 70.00 ml/min/1.73 m^2

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะช็อกเนื่องจากเสียเลือดจากการแตกซ้ำของหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนช่องท้องที่มีการโป่งพอง

1. ผู้ป่วยมีภาวะ Concealed ruptured abdominal aortic aneurysm (6.6 x 5.6 x 7.2 mm)

2. ความดันโลหิต 166/110 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือด

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพ ระดับ systolic blood pressure < 140 มิลลิเมตรปรอท diastolic blood pressure > 90 มิลลิเมตรปรอท ระดับความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงไม่เกิน 20%[7] อัตราการเต้นของหัวใจ 60 - 80 ครั้ง/นาที

2. ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดผู้ป่วย > 30 %

3. ไม่มีอาการแสดงของภาวะช็อกจากการเสียเลือดได้แก่ หน้ามืด ใจสั่น หายใจลำบาก แน่นท้องมากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง

2. ดูแลได้รับยา Labetalol และสารน้ำ 0.9 % NSS 1000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ

3. ตรวจวัดระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงทุก 1 ชั่วโมง ถ้าพบว่าผิดปกติให้รายงานแพทย์

4. ประเมินอาการผิดปกติของผู้ป่วย ได้แก่ อาการเจ็บแน่นหน้าอก หน้ามืด ใจสั่น ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำกว่าระดับปกติ หายใจลำบากหากพบต้องรีบรายงานแพทย์ทันที

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีอาการแน่นหน้าอก หน้ามืด ไม่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ชีพจร 68 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตช่วง 130/75-145/86 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ปวดท้องเนื่องจากหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองแตก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกปวดท้องมาก pain score 10 คะแนน

2. ท้องเกร็ง สีหน้าแสดงความเจ็บปวด

3. หายใจเบา

วัตถุประสงค์ ปวดท้องลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. pain score < 3 คะแนน

2. ไม่มีอาการกระสับกระส่าย

3. นอนหลับพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยจากสีหน้าท่าทางและสัญญาณชีพเป็นระยะ

2. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล และเบามือดูแลเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง

3. ดูแลได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย pain score 1-2 คะแนน นอนหลับพักผ่อนได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวลไม่ยิ้มแย้ม
2. ผู้ป่วยและญาติสอบถามเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวลและรับทราบแนวทางการรักษา

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติรับทราบในแผนการรักษา และสีหน้าไม่แสดงอาการวิตกกังวล
2. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลด้านจิตใจสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยอธิบายข้อสงสัย ให้คำปรึกษาและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย
2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษา
3. พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติด้วยท่าทีเป็นมิตร และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนให้การพยาบาลและหัตถการ
4. จัดสิ่งแวดล้อมให้สภาพสงบเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าผ่อนคลายความวิตกกังวล ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

การพยาบาลระยะผ่าตัด

รับผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด จัดท่านอนหงายโดยเก็บแขนด้านซ้ายแนบลำตัวและกางแขนขวาออก ช่วยแพทย์ในการใส่สาย C-line ที่คอด้านขวาและทำ arterial line ที่แขนซ้ายฟอกทำความสะอาดผิวหนังตั้งแต่บริเวณราวนมจนถึงเข่าทั้ง 2 ข้าง ปูผ้าปราศจากเชื้อ เตรียมเครื่องมือผ่าตัดให้พร้อมใช้ และส่งเครื่องมือผ่าตัดตามขั้นตอนขานชื่อเครื่องมือ ชนิด และขนาดอุปกรณ์ก่อนเปิดใช้งานซ้ำทุกครั้ง บันทึกลงในแบบบันทึก จัดเตรียม stent graft ที่มีขนาดและจำนวนตามการวางแผนของแพทย์ เมื่อมีการใช้อุปกรณ์ประเภท catheter, guide wire ระวังการเลื่อนหลุดโดยใช้ clamp ยืนยันตำแหน่งภายหลังผ่าตัดตรวจนับเครื่องมืออุปกรณ์ให้ครบร่วมกับพยาบาลช่วยเหลือรอบนอก ทำผ่าตัด EVAR สำเร็จโดยใช้เวลาผ่าตัด 4 ชั่วโมง 15 นาที เสียเลือดขณะผ่าตัด 300 มิลลิลิตร ได้รับสารทึบรังสี 60 มิลลิลิตร บันทึกลงในแบบบันทึกการผ่าตัด stent graft (Main body 28/102 mm, Iliac limb Right 16/93, left 20/124) ไม่มี endoleak ปัสสาวะออก 400 มิลลิลิตร

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจเต้นผิดจังหวะ เนื่องจากปริมาณเลือดนำออกซิเจนไม่เพียงพอจากการเสียเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีเลือดปริมาณมากจากการแตกของหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนช่องท้องโป่งพอง อยู่ในเยื่อบุช่องท้อง

2. ผู้ป่วยเสียเลือดจากการผ่าตัด 300 มิลลิลิตร

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจเต้นผิดจังหวะ

เกณฑ์การประเมินผล

1. คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ
2. ไม่เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. เฝ้าระวังติดตามสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง
2. ติดตามผลของ EKG monitor ตลอดระยะเวลาของการผ่าตัดร่วมกับวิสัญญี หากผิดปกติรายงานแพทย์
3. ประเมินอาการเจ็บหน้าอก จุกแน่น
4. ดูแลให้ออกซิเจน High Flow อัตรา 40 ลิตร/นาที
5. จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา และ absolute bed rest

ประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บหน้าอกหรือจุกแน่นหน้าอก คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 36.6-37 องศาเซลเซียส ชีพจร 68-80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 115/84-143/69 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 มีโอกาสเกิดภาวะการทำงานของไตบกพร่อง

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 300 ซีซี
2. มีการเสียเลือดจากการแตกของหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพอง
3. ผลการตรวจค่า BUN 22.8 mg./dL, EGFR 70 ml/min/1.73 m^2

วัตถุประสงค์ ปลอดภัยจากภาวะไตทำงานบกพร่อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ปัสสาวะออกมากกว่า 0.5 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง
2. ผลการตรวจค่าการทำงานของไต

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและจดบันทึกการได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา
2. ติดตามและบันทึกปัสสาวะทุกชั่วโมง ปัสสาวะออกควรมากกว่า 0.5 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง หากปัสสาวะไม่ออกตามเกณฑ์รายงานแพทย์ทราบทันที
3. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับค่าที่แสดงถึงการทำงานของไต

การประเมินผล

ปัสสาวะสีเหลืองใสออก 100 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ค่าการทำงานของไตอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 มีโอกาสเกิดผื่นลมพิษ อาการบวมรอบดวงตาจากการแพ้สารทึบรังสี

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีการใช้สารทึบรังสีระหว่างผ่าตัด 60 มิลลิลิตร
2. ไม่เคยรับการตรวจภูมิแพ้

วัตถุประสงค์ ปลอดภัยจากการอาการแพ้สารทึบรังสี

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการแพ้สารทึบรังสี ได้แก่ ผื่นลมพิษ บวมรอบดวงตา
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบประวัติการแพ้สารทึบรังสีการแพ้อาหารทะเล และประวัติการป่วยเป็นโรคหอบหืด
2. สังเกตอาการแพ้จากการได้รับสารทึบรังสี ได้แก่ ผื่นลมพิษบวมรอบดวงตาหัวใจเต้นช้าลงความดันต่ำ
3. บันทึกชนิด จำนวน สารทึบรังสีที่ผู้ป่วยได้รับในแบบบันทึกการพยาบาลระยะผ่าตัด
4. รายงานให้แพทย์ทราบทันทีเมื่อพบอาการผิดปกติเพื่อดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันท่วงที

การประเมินผล

ไม่มีผื่นลมพิษ ไม่มีอาการบวมรอบดวงตา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 มีโอกาสเกิดการติดเชื้อจากการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีแผลผ่าตัดที่บริเวณขาหนีบทั้ง 2 ข้าง
2. มีการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์หลายชนิดในการผ่าตัด
3. มีการใช้ antibiotic prophylaxsis
4. มีการใส่วัสดุสังเคราะห์ (prosthsesis) ในร่างกายผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ ปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อ

เกณฑ์การประเมินผล

1. เครื่องมือเครื่องใช้ อุปกรณ์ในการผ่าตัดทุกชนิดต้องมีตัวบ่งชี้ทางเคมี (Internal indicator) ที่ชัดเจนในการผ่านกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ
2. พยาบาลและบุคลากรในทีมผ่าตัดปฏิบัติตามระเบียบของห้องผ่าตัดและยึดหลักเทคนิคปราศจากเชื้ออย่างเคร่งครัด
3. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงที่จะบ่งบอกถึงการติดเชื้อ ได้แก่ มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย > 37.5 องศาเซสเซียส

กิจกรรมการพยาบาล

1. ปฏิบัติตามกฎระเบียบของห้องผ่าตัดและยึดหลักเทคนิคปลอดเชื้ออย่างเคร่งครัด
2. ตรวจสอบเครื่องมือและอุปกรณ์ทุกชนิดที่ใช้ในการผ่าตัดตามมาตรฐานของการทำให้ปราศจากเชื้อ
3. ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณตั้งแต่ราวนมถึงบริเวณหัวเข่าทั้ง 2 ข้าง ด้วยน้ำยา betadine scrub และทาด้วยน้ำยา 2% Chrohexidine
4. ตรวจสอบดูแลการให้ ABO จากวิสัญญีก่อนการผ่าตัด
5. ระมัดระวังการฟุ้งกระจายของฝุ่นละอองโดยจำกัดบุคลากรในห้องผ่าตัด
6. ปิดแผลด้วยผ้าปิดแผลที่ผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อ

การประเมินผล

ผู้ป่วยได้รับการเตรียมผิวหนังก่อนการผ่าตัดตามมาตรฐานอย่างถูกต้อง เครื่องมือเครื่องใช้และอุปกรณ์ได้รับการทำให้ปราศจากเชื้ออย่างถูกต้องตามมาตรฐาน พยาบาลและบุคลากรในทีมปฏิบัติตามมาตรฐาน ตามหลักการปราศจากเชื้ออย่างถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 มีโอกาสเปลี่ยนแผนการผ่าตัดแบบเปิดจากการฉีกขาดหรือทะลุของหลอดเลือดจากการผ่าตัด EVAR

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีการใช้อุปกรณ์ประเภท guide wire ซึ่งมีโอกาสทิ่มแทงหลอดเลือด
2. มีการใช้ catheterในการผ่าตัดหลายขนาด ตั้งแต่ 8-16 มิลลิเมตร
3. หลอดเลือดที่เป็นทางขึ้นของ stent graft มีขนาด 7 มิลลิเมตร

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเกิดการฉีกขาดหรือทะลุของหลอดเลือดจากการทำผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผลการตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์หลอดเลือด femoral artery มีขนาด 7 มิลลิเมตร
2. ผลการฉีดสีในขณะผ่าตัดไม่เกิดการรั่วของสารทึบรังสีออกนอกเส้นเลือด
3. ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยลดลงไม่เกิน 20% เมื่อเปรียบเทียบกับความดันโลหิตเดิม
4. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะหัวใจเต้นเร็ว (Tachycardia) ซึ่งหมายถึงเต้นเร็วเพิ่มขึ้นจากเดิม 10-20 ครั้ง/นาที และภาวะความดันโลหิตลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประสานกับศัลยแพทย์ตลอดระยะเวลาการผ่าตัด เพื่อประเมินภาวะเสี่ยงของผู้ป่วย
2. เฝ้าระวังติดตามสัญญาณชีพ ค่าความดันโลหิตร่วมกับวิสัญญี หากผิดปกติรายงานแพทย์
3. ประสานทีมวิสัญญีประเมินภาวะของการสูญเสียโลหิต จัดเตรียมเลือดให้พร้อมใช้ได้ทันทีที่ต้องการ
4. ติดตามการผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง เตรียมอุปกรณ์เครื่องมือให้พร้อมสำหรับการทำผ่าตัดชนิดเปิดในทันทีที่เกิดภาวะหลอดเลือดฉีกขาด

5. ส่งเครื่องมือผ่าตัดได้ถูกต้องตามขั้นตอนและเฝ้าระวังการเลื่อนตำแหน่งของอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด

การประเมินผล

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี EVAR ไม่ต้องเปลี่ยนเป็นการผ่าตัดแบบเปิด ผลการฉีดสีหลังผ่าตัด ไม่พบการรั่วของสารทึบรังสีออกนอกเส้นเลือด สัญญาณชีพของผู้ป่วยขณะผ่าตัดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 เสี่ยงต่อภาวะอุดตันของหลอดเลือดส่วนปลายจากลิ่มเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีการใช้เครื่องฉีดสารทึบรังสีในขณะผ่าตัด ซึ่งอาจมีฟองอากาศคั่งค้างในกระบอกสี
2. มีการใช้ catheter ใส่เขาออกภายในหลอดเลือดตลอดการผ่าตัด

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะลิ่มเลือดไปอุดตันที่หลอดเลือดส่วนปลายจากการทำผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีฟองอากาศคั่งค้างในเครื่องฉีดสารทึบรังสี power injector
2. หลังการใช้งาน catheter ทุกครั้งต้องสวนล้างด้วย heparin solution ไม่มีลิ่มเลือดค้างใน catheter
3. ตรวจวัดชีพจรที่ปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง ได้ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดเตรียมสารทึบรังสีในเครื่องฉีดสารทึบรังสี โดยดูแลไม่ให้มี ฟองอากาศในเครื่อง
2. ก่อนการฉีดสีต้องตรวจสอบก่อนส่งศัลยแพทย์ มีการไล่ฟองอากาศในสายต่อทุกครั้ง
3. สวนล้างสาย catheter ทุกครั้งหลังการใช้งานด้วย heparin solution

การประเมินผล

ไม่มีฟองอากาศ ลิ่มเลือดหลุดเข้าไปในหลอดเลือดผู้ป่วยขณะการทำผ่าตัด ไม่มีการอุดตัน ตรวจวัดชีพจรที่ปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง ได้ปกติ

การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

การเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด มีจุดประสงค์เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วย ผลลัพธ์ของการรักษาก่อนการผ่าตัด และติดตามเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น เพื่อให้การช่วยเหลือและติดตามความก้าวหน้าของการฟื้นตัวของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและกลับสู่ภาวะปกติได้อย่างปลอดภัย กลับสู่สภาวะปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ย้ายผู้ป่วยจากห้องผ่าตัดไปยังหอผู้ป่วยหนักส่งต่อข้อมูลพยาบาลที่ได้รับการดูแลต่อ ชื่อ-สกุล อายุ ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด EVAR ภายใต้การระงับความรู้สึกแบบ LA with MAC เสียเลือดขณะผ่าตัด 300 มิลลิลิตร ได้รับสารน้ำ 2600 มิลลิลิตร ได้รับสารทึบรังสี 60 มิลลิลิตร ปัสสาวะออก 400 มิลลิลิตร รู้สึกตัวดีอุณหภูมิร่างกาย 34 องศาเซลเซียส ได้รับการดูแลร่างกายให้อบอุ่นกลับสู่ภาวะปกติ อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.1-37.2 องศาเซลเซียส ปลอดภัยจากภาวะพร่องออกซิเจน วัดออกซิเจนในร่างกาย 99-100% วัด CVP ได้ 10 cmH_2O ได้รับ Oxygen high flow อัตรา 40 ลิตร/นาที จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา ดูแลได้รับ labetalol (100 มิลลิกรัม

ใน 0.9% NSS 100 มิลลิลิตร) ได้รับยา Cefazolin 1 กรัม ให้ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง เฝ้าระวังการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิตตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง ทุก 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 96/63-128/86 มิลลิเมตรปรอท ตรวจชีพจรที่เท้าทั้งสองข้างได้ชัดเจน ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจลักษณะปกติ ดูแลควบคุมปริมาณสารน้ำตามแผนการรักษาดูแลได้รับ 0.9% NSS 1000 มิลลิลิตร อัตรา 120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ให้ยาแก้ปวด Morphine 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 4-6 ชั่วโมง แผลผ่าตัดที่ขาหนีบทั้ง 2 ข้างไม่มีเลือดออก มีภาวะซีดได้รับการแก้ไขกลับสู่ปกติ ผล Hct 39.6 %

วินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 10 มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

1. อุณหภูมิร่างกาย 34 องศาเซลเซียส
2. การผ่าตัดใช้เวลานาน 4 ชั่วโมง 15 นาที
3. มีการเปิดเผยร่างกายเพื่อใช้ในการผ่าตัด ตั้งแต่ราวนมจนถึงเข่าทั้งสองข้าง
4. อุณหภูมิในห้องผ่าตัด 20-22 องศาเซลเซียส

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายอบอุ่นขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายไม่ต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส
2. ผู้ป่วยไม่มีอาการสั่น ปลายมือ ปลายเท้า ผิวหนังอุ่นและไม่มีสีคล้ำ
3. ติดตามค่า SaO_2 มากกว่า 95 เปอร์เซ็นต์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความอบอุ่นร่างกายโดย ห่มผ่าให้มิดชิด ไม่เปิดเผยร่างกายผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น
2. ให้ผู้ป่วยนอนบนเตียงที่ปรับอุณหภูมิได้ เพื่อให้ร่างกายอบอุ่นอยู่เสมอ
3. ดูแลได้รับ Oxygen high flow อัตรา 40 ลิตรต่อนาที
4. ติดตามวัดอุณหภูมิของร่างกายทุก 1 ชั่วโมง

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีอาการสั่น ปลายมือปลายเท้า ผิวหนังอุ่น และไม่มีสีคล้ำ อุณหภูมิกายอยู่ในช่วง 36.0–37.2 องศาเซลเซียส

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 11 มีภาวะเลือดจางจากการสูญเสียเลือด จากการแตกของหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนช่องท้องและเสียเลือดจากการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. การเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 300 มิลลิลิตร
2. ผู้ป่วยมีภาวะ Concealed ruptured abdominal aortic aneurysm

3. ผลการตรวจ Hct 25.3%, 28.6%, 29%

วัตถุประสงค์

1. เพื่อรักษาระดับความเข้มข้นในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ
2. มีการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผลความเข้มข้นของเม็ดเลือดไม่ต่ำกว่า 30%
2. ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด
3. ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงทุก 6 ชั่วโมง ถ้าต่ำกว่า 30% รายงานแพทย์
2. ดูแลได้รับเลือดตามแผนการรักษา และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหลังจากได้รับเลือดทดแทน
3. ดูแลได้รับออกซิเจนอัตรา 3-5 ลิตร/นาที
4. เฝ้าระวังอาการผิดปกติของผู้ป่วย เหนื่อยหอบ หายใจเร็ว

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจปกติ อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/70-140/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 68-90 ครั้ง/นาที ค่า SaO_2 > 95%

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 12 เสี่ยงต่อภาวะความดันในช่องท้องสูงขึ้นจากการเสียน้ำและเลือดในช่องท้อง

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีการเสียน้ำและเลือดปริมาณมากอยู่ในผนังเยื่อบุช่องท้องอาจเกิดการกดเบียดอวัยวะในช่องท้องเป็นเวลานาน
2. มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ 34 องศาเซลเซียส

วัตถุประสงค์ ปลอดภัยจากภาวะความดันในช่องท้องสูง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการแสดงของภาวะความดันในช่องท้องสูง ได้แก่ ท้องตึง หรือป่องขึ้น กดเจ็บ
2. วัดแรงดันในช่องท้อง (IAP : Intra abdominal pressure) < 20 cm H_2O[9]

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา วัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง
2. ดูแลการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์

3. บันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ควร > 3 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง หากปัสสาวะไม่ออกตามเกณฑ์รายงานแพทย์ทราบทันที

4. ติดตามวัดความดันในช่องท้องทุก 4 ชั่วโมง ถ้าสูงกว่า 20 cmH_2O รายงานแพทย์ทันที

5. ให้ยาแก้ปวด Mo 4 มิลลิกรัม ทุก 4 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีอาการ ท้องไม่อืด ไม่ตึง ไม่มีอาการกดเจ็บ ความดันโลหิต 121/65-151/73 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 66-80 ครั้ง/นาที ปัสสาวะออก > 30 ค่า IAP 14-20 cm H_2O

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 13 ปวดแผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดที่ขาหนีบทั้ง 2 ข้าง
2. ผู้ป่วยบ่นปวดแผลผ่าตัด สีหน้าแสดงความเจ็บปวด
3. คะแนนความเจ็บปวด 6/8 คะแนน

วัตถุประสงค์ บรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่บ่นปวดแผลผ่าตัด pain score < 3 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1.ประเมินความเจ็บปวดโดยใช้ pain score

2. ดูแลได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา และประเมินประสิทธิภาพของยาแก้ปวดที่ได้รับ

3. พูดคุยเพื่อให้กำลังใจในการเผชิญกับความเจ็บปวด ร่วมกับการฝึกหายใจเข้าออก การทำสมาธิ

ประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย อาการปวดทุเลาลง pain score 3 คะแนน นอนหลับพักผ่อนได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 14 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เรื่องการเจ็บป่วยและปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยซักถามถึงวิธีการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด
2. ผู้ป่วยไม่เคยได้รับการผ่าตัด
3. ผู้ป่วยไม่เคยเข้ารับการตรวจรักษาความสุขกาย

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เรื่องการเจ็บป่วยและปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

เกณฑ์การประเมินผล บอกการปฏิบัติตัวภายหลังกลับบ้านได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความพร้อมในการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด

2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ งดอาหารรสเค็ม งดสูบบุหรี่ การออกกำลังกายที่เหมาะสม

3. รับประทานยาตามแพทย์สั่งและมาตรวจตามนัดทุกครั้ง

4. สังเกตอาการผิดปกติเช่นปวดท้อง มีอาการปวดหรือชาบริเวณปลายขาให้มาพบแพทย์

5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยหรือสิ่งที่ต้องการทราบเพิ่มเติม

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกวิธีปฏิบัติตัวภายหลังกลับบ้านได้อย่างถูกต้อง

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 60 ปี เข้ารับการรักษาด้วยอาการปวดท้องอย่างรุนแรงร้าวไปหลังร่วมกับปวดขาหนีบข้างขวาตรวจร่างกายพบ Pulsatile and expansile abdominal mass คะแนนความปวดระดับ 10 ตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ ได้รับการวินิจฉัยภาวะ Concealed ruptured abdominal aortic aneurysm with Hypertensive emergency ได้รับการรักษาเบื้องต้นโดยการทำ permissive hypotensive resuscitation[2] และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดง (EVAR) ได้สำเร็จ โดยใช้ Stent graft, Main body 28/102 มิลลิเมตร Iliac limb 16/93, 20/124 มิลลิเมตร ภายใต้การระงับความรู้สึกแบบยาชาเฉพาะที่ร่วมกับการเฝ้าระวังทางวิสัญญี ใช้ระยะเวลาผ่าตัด 4 ชั่วโมง 15 นาที เสียเลือด 300 มิลลิลิตร ได้รับสารน้ำ 2600 มิลลิลิตร ได้รับสารทึบรังสี 60 มิลลิลิตร ระหว่างผ่าตัดไม่พบการรั่วจากหลอดเลือดเทียม (endoleak) ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ หลังผ่าตัด ส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตพบภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำและภาวะโลหิตจาง ได้รับการแก้ไขเข้าสู่ภาวะปกติ รวมระยะเวลา 5 วัน อาการทั่วไปคงที่ย้ายผู้ป่วยรับการดูแลต่อที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 เวลา 4 วัน ผู้ป่วยฟื้นตัวดีขึ้นตามลำดับ ร่วมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 9 วัน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดมาตรวจคลินิกความดันโลหิตสูง 2 สัปดาห์ และคลินิกศัลยกรรมหลอดเลือด 1 เดือน สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ และติดตามการเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ความยุ่งยากในการดำเนินการ/ปัญหา/อุปสรรค

1. ภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองแตกเป็นการฉุกเฉิน ที่ต้องให้การช่วยชีวิตผู้ป่วยอย่างรวดเร็วการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดไม่สามารถทำได้เหมือนในผู้ป่วย elective repair การกู้ชีพเบื้องต้นโดยยึดหลัก permissive hypotensive resuscitation โดยการจำกัดปริมาณการให้สารน้ำและได้ระยาลดระดับความดันโลหิตตามแผนการรักษามีความสำคัญ เพื่อป้องกันการเกิดการแตกซ้ำและลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

2. การได้รับการตรวจวินิจฉัยทางรังสีเป็นเรื่องจำเป็นมากในการวางแผนการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ในผู้ป่วยที่อาการยังคงที่เพียงพอ การมีระบบประสานงานที่รวดเร็วกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น รังสีแพทย์ หน่วย

เคลื่อนย้าย หน่วยเวชระเบียน เพื่อลดระยะเวลาจากขั้นตอนปกติ และมีระบบประสานกับทีมพยาบาลห้องผ่าตัด ทีมวิสัญญีแพทย์ เพื่อเตรียมการดูแลผู้ป่วยอย่างเร่งด่วน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เร็วและมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

3. ในการทำผ่าตัด ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ ทีมผ่าตัด และบุคลากรที่เกี่ยวข้องต้องมีการวางแผนร่วมกันก่อนการผ่าตัดมีการอภิปรายถึงภาวะของโรค ขั้นตอนการผ่าตัด และการเฝ้าระวังเป็นพิเศษในขั้นตอนที่สำคัญระหว่างทำการผ่าตัด เพื่อป้องกันความผิดพลาด และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในขณะผ่าตัด ชี้แจงบทบาทหน้าที่ของทุกคนในทีมมีการสื่อสาร และประสานงานตลอดการผ่าตัดพร้อมทั้งบันทึกข้อมูลอย่างครบถ้วน

ข้อเสนอแนะ

1. การผ่าตัดวิธีสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางหลอดเลือดแดงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนช่องท้องโป่งพองแตกเป็นการผ่าตัดที่มีความยุ่งยาก พยาบาลห้องผ่าตัดจึงต้องมีการเรียนรู้วิวัฒนาการใหม่และพัฒนาตนเองเพื่อให้มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยระยะผ่าตัด เชี่ยวชาญในการเตรียมความพร้อมของห้องผ่าตัด จัดเตรียมอุปกรณ์ สำหรับการทำหัตถการผ่านทางสายสวนโดยอาศัยเครื่องเอ็กซเรย์เตียงผ่าตัดแบบพิเศษ เครื่องฉีดสารทึบรังสี สามารถใช้อุปกรณ์ประเภท guide wire catheter และ stent graft ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ในขณะศัลยแพทย์ใส่ stent graft พยาบาลส่งผ่าตัดต้องระวังไม่ให้ stiff wire มีการเลื่อนตำแหน่งเพราะอาจทำให้ต้องเริ่มการใส่ guide wire หรือ catheter เข้าไปใหม่ทำให้เสียเวลาในการผ่าตัดนานขึ้น หรือการเลื่อนอาจทำให้เกิดการทิ่มหลอดเลือดทำให้ทะลุได้

2. ในการผ่าตัดทุกครั้งต้องมีการจัดเตรียมเครื่องมือสำหรับการผ่าตัดแบบเปิดไว้ให้พร้อมใช้ เพราะหากเกิดการฉีกขาดหรือทะลุของหลอดเลือด ทำให้ต้องเปลี่ยนเป็นการผ่าตัดแบบเปิดจะสามารถทำผ่าตัดช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที

3. ต้องมีการป้องกันอันตรายจากรังสี แก่ทุกคนในทีมผ่าตัดโดยการจัดเตรียมชุดตะกั่วป้องกันรังสีให้เพียงพอ และตรวจสอบคุณภาพตามมาตรฐานไม่มีการแตกหัก และติดตามปริมาณรังสีที่ได้รับจากการติดตลับบันทึกปริมาณรังสีประจำตัวบุคคลตามการรายงานผลของแผนกรังสีวิทยาของโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของบุคคลากรในทีมทุกคนที่เกี่ยวข้อง

ผู้ป่วยที่มีการแตกของหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพอง เป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงมีโอกาสแย่ลงจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ ในระหว่างรอการวินิจฉัยที่ห้องฉุกเฉิน ระหว่างการส่งตรวจทางรังสี หรือระหว่างการเตรียมผ่าตัด ดังนั้นในสถานพยาบาลที่มีการรักษาผู้ป่วยภาวะดังกล่าว ควรมีการสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีการกำหนดหน้าที่ของแพทย์ พยาบาลหอผู้ป่วย พยาบาลห้องผ่าตัด วิสัญญี และบุคลากรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน เพื่อลดระยะเวลาหรือลดความสับสนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการตรวจรักษา การใช้แนวทางหรือการรักษาที่เป็นมาตรฐานของแต่ละสถานพยาบาลจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

เอกสารอ้างอิง

1. ปิยนุช พูตระกูล, กฤตยา กฤตยาทีรณ, ณัฐวุฒิ เสริมสาธนสวัสดิ์, คามิน ชินศักดิ์ชัย. ศัลยศาสตร์หลอดเลือดประยุกต์ เล่ม 6. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; 2562.
2. ปิยนุช พูตระกูล, กฤตยา กฤตยาทีรณ, ณัฐวุฒิ เสริมสาธนสวัสดิ์, คามิน ชินศักดิ์ชัย. ศัลยศาสตร์หลอดเลือดประยุกต์ เล่ม 7. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; 2563
3. ปิยนุช พูตระกูล, กฤตยา กฤตยาทีรณ, ณัฐวุฒิ เสริมสาธนสวัสดิ์, คามิน ชินศักดิ์ชัย. ศัลยศาสตร์หลอดเลือดประยุกต์ เล่ม 8. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; 2564.
4. ปิยนุช พูตระกูล, กฤตยา กฤตยาทีรณ, ณัฐวุฒิ เสริมสาธนสวัสดิ์, คามิน ชินศักดิ์ชัย. ศัลยศาสตร์หลอดเลือดประยุกต์ เล่ม 10. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; 2566.
5. ประมุข มุทิรางกูร. ภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรมหลอดเลือด. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์; 2553.
6. อรรถภูมิ สู่ศุภอรรถ. ข้อมูลสุขภาพโรคและการรักษา [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ15 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: www.Bangkokhearthopital.com
7. ฐิติมา จำนงค์เลิศ. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดใหญ่ในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางหลอดเลือดร่วมกับการทำทางเบี่ยงหลอดเลือดในระยะผ่าตัด [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ22 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www2.si.mahidol.ac.th
8. พัชรี ประทีปไพศาลกุล. การพยาบาลผู้ป่วยเส้นเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางหลอดเลือดแดง [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://wwwVachira Phuket.go.th
9. สุภาพรณ์ ตัณฑ์สระ. การพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังภาวะความดันในช่องท้องสูงจากการเสียเลือด-น้ำในผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องจากอุบัติเหตุ : กรณีศึกษา [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 4 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www he02.tci-thaijo.org.th