# การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดกลีบปอด โดยการส่องกล้อง : กรณีศึกษา

ปัทมา สุดโต*

**บทคัดย่อ**

การผ่าตัดปอดโดยวิธีการส่องกล้อง (Video Assisted thoracic Surgery) ปัจจุบันนิยมทำกันแพร่หลายมากขึ้น เพื่อประโยชน์สำหรับการวินิจฉัย และการรักษา เช่น ฝีในปอด มะเร็งปอด การติดเชื้อราในปอด และการบาดเจ็บต่อกลีบปอด แม้ว่าผู้ป่วยจะฟื้นตัวในช่วงหลังผ่าตัดได้เร็ว แต่ก็อาจจะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายต่างๆ ได้เช่น โรคปอดบวมจากการติดเชื้อในปอด ภาวะเลือดออก ความเสียหายต่ออวัยวะใกล้บริเวณใกล้เคียง และอาการแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึก ซึ่งเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลังการได้รับยาระงับความรู้สึก วิสัญญีพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความชำนาญในการให้ยาระงับความรู้สึก เพื่อที่จะสามารถประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมทั้งเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิง อายุ 26 ปี น้ำหนัก 76.5 กิโลกรัม สูง 172 เซนติเมตร มาโรงพยาบาลด้วยอาการไอเป็นเลือดสดๆ ส่งตรวจเสมหะ (sputum AFB) 3 วัน ผลตรวจพบปกติ และส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอกพบก้อนที่ปอดขนาด 1.6x1.4 เซนติเมตร แพทย์จึงนัดมาทำการผ่าตัดกลีบปอดโดยการส่องกล้อง (Video Assisted Thoracic Surgery with Right upper lung Lobectomy) ปัญหาทางการพยาบาลที่พบในผู้ป่วยมีดังนี้ ระยะก่อนให้การระงับความรู้สึก ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล ขาดความรู้และความเข้าใจในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึก ขณะให้ยาระงับความรู้สึกเสี่ยงต่อภาวะช็อกเนื่องจากการเสียเลือด เสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนขณะใส่ท่อช่วยหายใจแบบยุบปอด และเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนขณะจัดท่าผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวด เฝ้าระวังภาวะหยุดหายใจหลังผ่าตัด และการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างเคลื่อนย้ายจากห้องพักฟื้นไปยังหอผู้ป่วยหนัก (ISCCU) ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังได้ยาระงับความรู้สึก อาการที่อาจจะเกิดขึ้นได้ การแก้ไขเบื้องต้น รวมถึงการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ภาวะผิดปกติที่จำเป็นต้องพามาพบแพทย์ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ฟื้นตัวได้ดี จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ รวมระยะเวลานอนในโรงพยาบาล 5 วัน

**คำสำคัญ** : โรคมะเร็งปอด, การผ่าตัดกลีบปอดโดยการส่องกล้อง, การระงับความรู้สึก

---

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช

**บทนำ**

มะเร็งปอด (lung cancer) เป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก ที่เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ในเนื้อปอดจากการเจริญอย่างรวดเร็วและไม่สามารถควบคุมได้[1] ซึ่งเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตจำนวนมาก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ.2561 พบว่ามะเร็งปอดเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตทั่วโลกมากที่สุด ถึง 1.80 ล้านคน และพบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นมากกว่า 18 ล้านคน รวมถึงมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเพิ่มสูงขึ้น เป็น 9.6 ล้านคน โดยร้อยละ 50 ของผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งรายใหม่และผู้เสียชีวิตอยู่ในทวีปเอเชีย ทั้งนี้แนวโน้มในปี พ.ศ. 2583 หรืออีก 22 ปีข้างหน้าจะมีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้น 29.30 ล้านคน และอัตราการเสียชีวิตจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 16.30 ล้านคน[2] สำหรับสถานการณ์โรคมะเร็งปอดในประเทศไทย สถิติจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติปีพ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ราว 400 คนต่อวัน โดยในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดราว 11% ทำให้มะเร็งปอดจัดเป็นโรคมะเร็งที่คนไทยเป็นมากเป็นอันดับ 2 และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของคนไทยในเพศชายรองจากมะเร็งตับ[3]

อาการของโรคมะเร็งปอดนั้นขึ้นอยู่กับว่าตัวเซลล์มะเร็งปอดนั้นอยู่ที่ตำแหน่งใดในร่างกาย ส่วนใหญ่มักมาด้วยอาการไอเรื้อรัง บางครั้งไอแบบมีเสมหะปนเลือด เหนื่อย หายใจไม่สะดวก เบื่ออาหาร น้ำหนักลดมากในช่วงเวลาสั้น ๆ เป็นต้น บางคนอาจจะมาด้วยอาการทางระบบประสาทถ้าเซลล์มะเร็งปอดแพร่กระจายไปอยู่ที่สมองหรือไขสันหลัง เช่น อาการแขนขาอ่อนแรง ชา กลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ หรือบางคนมีอาการปวดกระดูกมากหากถ้าเซลล์มะเร็งปอดแพร่กระจายไปอยู่ที่กระดูก หรือบางคนมีอาการปวดท้องมากถ้าเซลล์มะเร็งปอดแพร่กระจายไปอยู่ที่ตับ เป็นต้น[3] ปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งปอดมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรค หรือมุ่งเน้นบรรเทาอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น[4] สำหรับวิธีการรักษามีหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด และการรักษาโดยให้ยามุ่งเป้าทำลายเซลล์[5]

ในทศวรรษที่ผ่านมาการผ่าตัดทรวงอกผ่านกล้อง (VATS) มีความก้าวหน้าอย่างมากและเป็นวิธีการผ่าตัดที่ใช้บ่อยที่สุดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งปอดทั่วโลก[6-7] พบว่ามีอัตรารอดชีพหลังผ่าตัด 3 ปี ร้อยละ 73.8[8] และ 5 ปี ร้อยละ 68.1[9] สำหรับประเทศไทยการผ่าตัดทรวงอกผ่านกล้องเป็นทางเลือกของการผ่าตัดรักษามะเร็งปอด[10] โดยการผ่าตัดทรวงอกผ่านกล้องเป็นวิธีการผ่าตัดที่ได้ผลเทียบเท่ากับการผ่าตัดแบบเปิดทรวงอก (open thoracotomy)[11] การผ่าตัดทรวงอกผ่านกล้องมีข้อดี คือ แผลเล็ก อาการปวดหลังผ่าตัดน้อยภาวะแทรกซ้อนน้อยและใช้เวลาในการรักษาในโรงพยาบาลสั้นกว่าเมื่อเทียบกับการผ่าตัดแบบเปิดทรวงอก[12] อย่างไรก็ตามยังมีข้อเสียเช่นกัน เช่น พื้นที่ผ่าตัดน้อย และการผ่าต่อมน้ำเหลืองไม่สมบูรณ์[13-14] ทั้งนี้การผ่าตัดทรวงอกผ่านกล้อง (VATS) ส่วนใหญ่ต้องทำภายใต้การดมยาสลบ (General anesthesia) ร่วมกับการใช้วิธีแยกช่วยหายใจด้วยปอดทีละข้าง (selective lung ventilation) ซึ่งวิสัญญีแพทย์สามารถทำได้โดยการใช้อุปกรณ์อุดกั้นหลอดลม (bronchial blocker) หรือท่อช่วยหายใจชนิดพิเศษ (double lumen endobronchial) ซึ่งขณะผ่าตัดจะหยุดช่วยหายใจปอด

ข้างที่ทำผ่าตัดให้ปอดยุบตัวและเกิดช่องว่างในช่องทรวงอก ช่วยให้การผ่าตัดทำง่ายขึ้น เห็นพยาธิสภาพต่างๆ ของปอดชัดเจนขึ้น และโอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุต่อเนื้อปอดลดลง[15]

จากศักยภาพของโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราชซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิชั้นสูง ประกอบกับมีแพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก พบว่าสถิติการผ่าตัดทรวงอกผ่านกล้อง (VATS) ในช่วงระหว่างเดือนกันยายน - พฤศจิกายน 2566 จำนวน 144 ราย ซึ่งอุบัติการณ์การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป 5 ราย การหลงเหลืออยู่ของฤทธิ์ยาระงับความรู้สึก และทางเดินหายใจถูกกดจากยาแก้ปวด 3 ราย และภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด 20 ราย[16] ซึ่งการผ่าตัดชนิดนี้เป็นการผ่าตัดชนิดให้ยาระงับความรู้สึก (General anesthesia) ร่วมกับการใช้วิธีแยกช่วยหายใจด้วยปอดทีละข้าง (selective lung ventilation) โดยวิสัญญีพยาบาลมีหน้าที่ให้การระงับความรู้สึกตามความเหมาะสมในระหว่างการจัดการทางเดินหายใจ ได้แก่ ให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย การให้ยาให้อยู่ในภาวะสงบ หรือการเฝ้าระวังและเตรียมพร้อมสำหรับกรณีฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้น (Monitored Anesthesia Care) โดยไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ ดังนั้นวิสัญญีพยาบาลควรมีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านการเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ ยา และเลือดเพื่อทดแทนให้เพียงพอให้พร้อมใช้และสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ รวมถึงมีการเฝ้าระวังในระยะระหว่างให้การระงับความรู้สึกต้องใช้ความรู้และประสบการณ์สูงในการเลือกและจัดเตรียม Invasive Monitoring เพื่อการเฝ้าระวังขั้นสูง ทั้งยังต้องมีการคาดการณ์วิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างผ่าตัด ซึ่งส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดด้วย นอกจากนี้ยังต้องมีความรู้ในการปรับขนาดยา ปรับระดับความลึกของการให้ยาระงับความรู้สึกให้เหมาะสมกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ทั้งนี้นอกจากการใช้ความรู้ทางวิสัญญีวิทยาแล้วยังต้องใช้ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับบริการระงับความรู้สึกแต่ละประเภทด้วยโดยให้อยู่ภายใต้มาตรฐานความปลอดภัยสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการและครอบครัว ผู้ศึกษาจึงสนใจกรณีศึกษานี้เพื่อเพิ่มความรู้และใช้เป็นแนวปฏิบัติการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการผ่าตัดปอดโดยวิธีการส่องกล้อง เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยให้ปลอดภัย

**วัตถุประสงค์**

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดกลีบปอดโดยการส่องกล้อง

**วิธีดำเนินการศึกษา**

1. ทบทวนเอกสารวิชาการ ตำรา งานวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการผ่าตัดกลีบปอดโดยวิธีส่องกล้อง (Video Assisted Thoracic Surgery) โดยการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว
2. คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง จำนวน 1ราย จากผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่มาผ่าตัดกลีบปอดโดยใช้กล้อง (Video Assisted Thoracic Surgery) เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วย ICCU ในช่วงเดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2566

3. รวบรวมข้อมูล ประเมินสุขภาพ ความต้องการทางการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดจากทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเรม

4. กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล นำแผนการพยาบาลไปใช้ ประเมินผลและสรุปกรณีศึกษา

**กรณีศึกษา**

**ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย** หญิงไทย อายุ 26 ปี น้ำหนัก 76.5 กิโลกรัม และส่วนสูง 162 เซนติเมตร BMI 29.19 kg/cm$^3$ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้าง สิทธิการรักษาบัตรทองในเขต ปฏิเสธการแพ้ยาและสารเคมีใดๆ

**อาการสำคัญ** แพทย์นัดมาทำผ่าตัดกลีบปอด (Video Assisted Thoracic Surgery)

**ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน** 2 เดือนก่อนมา มีอาการไอเป็นเลือดสดๆ มาตรวจโรงพยาบาล ส่งตรวจคัดกรองวัณโรค AFB negative CT chest พบ RUL nodule 1.6x1.4 cm consult CVT แพทย์นัดมาผ่าตัดกลีบปอด (Video Assisted Thoracic Surgery)

**ประวัติการเจ็บป่วยใน** ปฏิเสธโรคติดต่อและโรคร้ายแรงใดๆ

**การวินิจฉัยโรค** Right upper lung nodule with CA lung

**การรักษาของแพทย์** รับไว้รักษาที่หอผู้ป่วย ICCU แผนการรักษาตรวจ CBC , bun ,Cr ,electrolyte ,CXR ,EKG, coagulogram, HIV และจองเลือด PRC 2 unit

**ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ** Hb 9.8 g/dl Hct 30.7 % WBC 7,860 cell/ul Platelet Count 455,000 cell/uL PCR for COVID-19 negative

**การตรวจพิเศษอื่นๆ** CXR พบจุดบริเวณปอด CT chest พบ right upper lung nodule ขนาด 1.6x1.4x1.2เซนติเมตร

**การประเมินสภาพอาการ และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล**

จากกรณีศึกษาสรุปสภาพอาการได้เป็น 3 ระยะ และในแต่ละระยะสามารถวิเคราะห์ และรวบรวมปัญหาทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล และข้อมูลต่างๆ นำมาสู่การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ได้ดังนี้

**การประเมินสภาพอาการทั่วไปก่อนให้การระงับความรู้สึก** หญิงไทย อายุ 26 ปี น้ำหนัก 76.5 กิโลกรัม และส่วนสูง 162 เซนติเมตร รู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่อง หายใจไม่เหนื่อย มีไอบ้างเป็นบางครั้ง สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 126/67 มิลลิเมตรปรอท หายใจ 20 ครั้ง/นาที แพทย์นัดให้มานอน เพื่อเตรียมผ่าตัดกลีบปอด (Video Assisted Thoracic Surgery) แพทย์มีแผนการรักษาตรวจ CBC , bun ,Cr ,electrolyte ,CXR ,EKG, coagulogram, HIV และจองเลือด PRC 2 unit ให้รับประทานอาหารธรรมดา

หลังจากนั้นให้งดน้ำและอาหารหลัง 24.00 น. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9%NSS อัตราเร็ว 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง และ Cefazolin 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำก่อนไปห้องผ่าตัด

**การประเมินและการเตรียมผู้ป่วย** การเยี่ยมและเตรียมก่อนผ่าตัดเพื่อให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติถึงขั้นตอนการระงับความรู้สึกซึ่งมีความสำคัญมาก ได้แก่ การให้ยาเพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยมีความพร้อม วิธีการที่ใช้เพื่อนำสลบ และแผนการผ่าตัด รวมถึงการดูแลหลังผ่าตัดร่วมกับการระงับปวด การที่ผู้ป่วยและญาติทราบขั้นตอนต่างๆ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเตรียมตัว และให้ความร่วมมือกับขั้นตอนต่างๆ ในการผ่าตัดได้ดี ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนมีประสบการณ์ และการตอบสนองต่อความเครียดแตกต่างกัน ดังนั้นการอธิบายขั้นตอนต่างๆเมื่อต้องเข้ารับการผ่าตัดโดยการสร้างสัมพันธภาพ และใช้คำง่ายๆ จะช่วยให้เข้าใจได้มากขึ้น

จากข้อมูลการประเมินสภาพอาการทั่วไปและการเตรียมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึก พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลวิสัญญี ดังนี้

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1** ขาดความรู้ ความเข้าใจในการเตรียมความพร้อมก่อนการให้การระงับความรู้สึก

**ข้อมูลสนับสนุน** ซักถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด

**วัตถุประสงค์** ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ และมีความพร้อมก่อนการให้การระงับความรู้สึก

**เกณฑ์การประเมินผล**

1. มีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจก่อนให้ยาระงับความรู้สึก
2. เข้ารับการผ่าตัดได้ตามแผนที่กำหนดไว้

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. เยี่ยมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึกและผ่าตัดที่หอผู้ป่วย 1 วัน โดยการทบทวนเวชระเบียน การซักประวัติโรคประจำตัว การตรวจร่างกาย เพื่อประเมินความพร้อม และความเสี่ยงต่างๆที่อาจเกิดขึ้น[17-18]
2. สร้างสัมพันธภาพ พูดคุย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามแผนการให้ยาระงับความรู้สึก
3. ให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังให้ยาระงับความรู้สึก รวมถึงระยะเวลาการผ่าตัด เพื่อสร้างความเข้าเกี่ยวกับความเข้าใจก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก[18]
4. อธิบายขั้นตอนการเตรียมร่างกายที่จะได้รับคืนก่อนวันผ่าตัดเช่นการทำความสะอาด งดน้ำและอาหารหลัง 24.00 น. อธิบายกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องถูกรบกวน จากการประเมินสัญญาณชีพในระยะแรกหลังการผ่าตัด[18]
5. ให้กำลังใจ ให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วยว่าทีมรักษาพยาบาลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย

**การประเมินผล**

พร้อมเข้ารับการผ่าตัด ภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวตามแผนการรักษา และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2** วิตกกังวลเกี่ยวกับการได้รับการระงับความรู้สึกจากการผ่าตัด

**ข้อมูลสนับสนุน**

1. มีสีหน้าวิตกกังวล
2. ซักถามเกี่ยวกับการผลจากการได้รับการระงับความรู้สึก

**วัตถุประสงค์** ลดความวิตกกังวล

**เกณฑ์การประเมินผล**

1. มีสีหน้าสดชื่น
2. ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. สร้างสัมพันธภาพ พูดคุย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามแผนการให้ยาระงับความรู้สึก
2. ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยโดยสังเกตสีหน้าท่าทาง และสอบถามถึงความกังวลใจของผู้ป่วย
3. อธิบายถึงสิ่งที่ต้องพบเจอ สภาพห้องผ่าตัดอย่างคร่าว ๆ ในขณะอยู่ในห้องผ่าตัดเพื่อคลายความวิตกกังวลขณะเข้าห้องผ่าตัด
4. อธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการระงับความรู้สึก รวมทั้งความเสี่ยงและผลแทรกซ้อนอันอาจเกิดจากการให้ยาระงับความรู้สึกอย่างละเอียดก่อนเซ็นชื่อในใบยินยอมให้ทำการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด ดังนี้

- เมื่อมาถึงห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาลประเมินผู้ป่วยซ้ำ โดยตรวจสอบ ชื่อ – นามสกุล อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด การงดน้ำและอาหาร บันทึกการส่งผ่าตัด
- ขั้นตอนเตรียมนำสลบ จัดท่านอนหงาย ติดอุปกรณ์เครื่องติดตามสัญญาณชีพ ให้ออกซิเจนผ่าน Face mask
- ขั้นนำสลบ ฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ เมื่อผู้ป่วยหลับจะมีการใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อควบคุมการหายใจ
- ระหว่างผ่าตัดจะมีวิสัญญีพยาบาลดูแลตลอดเวลา และให้ยาแก้ปวดเป็นระยะตามแผนการรักษา
- หลังผ่าตัดเสร็จวิสัญญีพยาบาลจะถอนฤทธิ์ยาสลบ และแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ เมื่อตื่นหายใจดี จะพิจารณาถอดท่อช่วยหายใจ และนำส่งห้องพักฟื้น หอผู้ป่วยหนัก ISCCU ต่อเพื่อการได้รับการดูแลใกล้ชิดต่อไป
- หลังผ่าตัดถ้ายังไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ อาจต้องรอเวลาให้ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจไว้ก่อน และจะถอดให้เมื่อผู้ป่วยตื่นดี หายใจดี

5. อธิบายเกี่ยวกับการผ่าตัดกลีบปอดโดยวิธีส่องกล้อง ข้อดี ข้อเสีย ความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด

6. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสภาพหลังผ่าตัด โดยจะมีสายน้ำเกลือ มีการใส่ท่อระบายทรวงอก มีสายปัสสาวะคาไว้ก่อน

7. เปิดโอกาสให้ซักถามและระบายความรู้สึก อธิบายและให้คำแนะนำเกี่ยวกับข้อซักถามตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่เหมาะสม และด้วยความเต็มใจ

**การประเมินผล**

คลายความกังวล มีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส เข้าใจแนวทางให้การระงับความรู้สึกให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

**การประเมินสภาพอาการระยะให้การระงับความรู้สึก** ระหว่างผ่าตัดผู้ป่วยได้การระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว (general anesthesia) แบบสมดุลทั้ง 3 ด้าน (ยาที่คงการหลับ ยาหย่อนกล้ามเนื้อ ยาแก้ปวด) เฝ้าระวังสัญญาณชีพแบบมาตรฐาน (monitoring) Temperature , EKG, NIBP ,O2 saturation , end tidal $CO_2$ with gas analyzer ก่อนให้การระงับความรู้สึก Pre-oxygenation with oxygen 100 % ฉีดยานำสลบผู้ป่วยเมื่อพบว่าผู้ป่วยหลับช่วยหายใจผ่าน face mask แล้วทำการฉีดยาคลายกล้ามเนื้อกลุ่ม depolarize หลังจากนั้นทำการใส่ท่อช่วยหายใจ แบบ Double lumen tube ตามที่ได้วางแผนร่วมกับวิสัญญีแพทย์ พร้อมประเมินการใส่ท่อช่วยหายใจว่าอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยดูว่าท่อช่วยหายใจผ่าน vocal Cord, ดูค่า End tidal $CO_2$ และ ฟัง Lung 5 ตำแหน่ง เมื่อพบว่า double lumen tube อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ติดพลาสเตอร์ยึด double lumen tube ให้แน่น และดูแลจัดท่านอนตะแคง (lateral decubitus) ในขั้นตอนการจัดท่าข้อพึงระวังคือ suprascapular injury, peroneal nerve injury และ sciatic nerve injury ได้ โดยในระหว่างให้การระงับความรู้สึกมีการติดตามเฝ้าระวังสัญญาณชีพตลอดเวลา เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยพร้อมทั้งบันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาที การผ่าตัดสำเร็จดีไม่มีภาวะแทรกซ้อนใช้เวลาในการผ่าตัด 4 ชั่วโมง เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 200 มิลลิลิตร ได้รับสารน้ำเป็น Acetar 1,200 มิลลิลิตร ปัสสาวะออกระหว่างผ่าตัด 240 มิลลิลิตร หลังผ่าตัดเสร็จผู้ป่วยเริ่มหายใจได้เอง แก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อด้วย atropine 1.50 มิลลิกรัมและ neostigmine 2.5 มิลลิกรัม ผู้ป่วยตื่นดีสามารถถอดท่อช่วยหายใจออกได้ ย้ายเข้าห้องพักฟื้นเพื่อเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด

จากข้อมูลการประเมินสภาพอาการขณะให้ยาระงับความรู้สึก พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลวิสัญญีดังนี้

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3** เสี่ยงต่อภาวะช็อกเนื่องจากการเสียเลือด

**ข้อมูลสนับสนุน**

1. Hb 11.6 gm%
2. เสียเลือดในระหว่างการผ่าตัด 200 มิลลิลิตร

**วัตถุประสงค์** ไม่เกิดภาวะช็อก

**เกณฑ์การประเมินผล**

1. ค่าความเข้มข้นของเลือดมากกว่า 30% หรือ Hemoglobin มากกว่า 10 gm%

2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/80 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว > 95%

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. ติดตามและบันทึกสัญญาณชีพ และระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนทุก 5 นาที พร้อมสังเกตและประเมินเปลือกตา ปลายมือปลายเท้าเย็นซีด อุณหภูมิกาย สีผิว เหงื่อออก ตัวเย็น ของผู้ป่วยทุก 15 นาที เพื่อประเมินสภาวะสมดุลของการไหลเวียนเลือดในร่างกาย

2. ดูแลสังเกตและประเมินเลือดที่เสียไปขณะผ่าตัดโดยพิจารณาจากบริเวณแผลผ่าตัด ผ้าซับเลือด ก๊อส และขวด suction เพื่อเฝ้าระวังภาวะช็อกจากการผ่าตัด

3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ Acetar 1000 มิลลิลิตร อัตราเร็วปรับตามสภาพอาการที่เปลี่ยนแปลงให้เพียงพอขณะเสียเลือด เพื่อชดเชยเลือดที่เสียไป

4. ติดตามผล ค่าความเข้มข้นของเลือด (Hemoglobin) ถ้า น้อยกว่า 10 gm% ให้รายงานวิสัญญีแพทย์เพื่อทำการแก้ไขอย่างรวดเร็ว

5. ดูแลบันทึกน้ำเข้าและน้ำออกเพื่อประเมินภาวะสมดุลของสารน้ำและระบบไหลเวียนของร่างกายขณะผ่าตัด ถ้าน้อยกว่า 0.5-1 cc/kg/ชั่วโมง รายงานวิสัญญีแพทย์เพื่อทำการแก้ไขอย่างรวดเร็ว

**การประเมินผล**

ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก สัญญาณชีพ 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/61 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 99-100%

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4** เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนในระยะนำสลบเนื่องจากใส่ท่อช่วยหายใจยากและได้รับยานำสลบและยาหย่อนกล้ามเนื้อ

**ข้อมูลสนับสนุน** ได้รับยานำสลบและยาหย่อนกล้ามเนื้อขณะใส่ Tube double lumen ยุบปอด

**วัตถุประสงค์** ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ระหว่างการนำสลบจากการใส่ท่อช่วยหายใจยาก

**เกณฑ์การการประเมินผล**

1. ริมฝีปาก ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว

2. ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วมากกว่าหรือเท่ากับ 95%

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. เตรียมอุปกรณ์ใส่ท่อช่วยหายใจยาก เช่น video laryngoscope ,stylet, fiber optic, test tube double lumen ให้พร้อมก่อนใส่ท่อหายใจเพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน

2. ติดอุปกรณ์ในการเฝ้าระวังสัญญาณชีพ ขณะให้การระงับความรู้สึก เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจน Pre Oxygenation 100% ประมาณ 3-5 นาที ร่วมกับจัดท่า sniff position เพื่อเปิดทางเดินหายใจให้โล่งในขณะใส่ท่อช่วยหายใจ

3. ให้ยานำสลบ และให้ยาคลายกล้ามเนื้อ เมื่อครบระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยา ทำการใส่ท่อช่วยหายใจแบบ Double lumen โดยร่วมกับวิสัญญีแพทย์ พร้อมทั้งประเมิน tube double lumen หลังใส่ ฟังปอดทั้ง 2 ข้าง และฟังปอดทีละข้าง หลังทำ One lung โดยร่วมกับวิสัญญีแพทย์ เพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน

**การประเมินผล**

ไม่มีอาการและอาการแสดงภาวะพร่องออกซิเจน สัญญาณชีพอุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 122/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราหายใจ 20 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 98-100%

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5** เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลง

**ข้อมูลสนับสนุน** ได้รับการใส่ Tube double lumen ยุบปอด ในขณะผ่าตัดกลีบปอดเพื่อการรักษา

**วัตถุประสงค์** ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน

**เกณฑ์การประเมินผล**

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/80 มิลลิเมตรปรอท

2. ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว > 95%

3. Capillary refill time < 2 วินาที

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ หายใจเหนื่อย ริมฝีปาก ปลายมือปลายเท้าเขียว

2. ตรวจสอบตำแหน่งความถูกต้องของท่อช่วยหายใจ โดยฟังปอดให้ได้ยินเสียงลมที่ชัดเจน และ check tube double lumen ด้วย fiber optic อีกครั้งเพื่อให้ตำแหน่ง tube อยู่เหมาะสมขณะผ่าตัด

3. ตรวจสอบข้อต่างๆ เพื่อป้องกันการหลุดเลื่อนของท่อ tube double lumen

4. ดูแลเครื่องดมยาสลบให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพขณะผ่าตัด

5. ดูแลบันทึกสัญญาณชีพและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดทุก 5 นาที พร้อมสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด

**การประเมินผล**

ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด อยู่ในเกณฑ์ปกติ 98-100% ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6** เสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิกายต่ำระหว่างการผ่าตัด

**ข้อมูลสนับสนุน**

1. ห้องผ่าตัดมีอุณหภูมิ 24 ± 2° C
2. ใช้เวลาในการผ่าตัด 4 ชั่วโมง

**วัตถุประสงค์** ป้องกันอุณหภูมิร่างกายต่ำ

**เกณฑ์การประเมินผล**

1. อุณหภูมิกายมากกว่า 36.0 องศาเซลเซียส สัมผัสผิวกายอุ่นดีปลายมือ ปลายเท้าไม่เย็น
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติสามารถวัดระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน จากปลายมือได้ตลอดเวลา
3. คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ
4. ผู้ป่วยฟื้นจากยาดมสลบโดยไม่มีภาวะผู้ป่วยตื่นช้าหรือไม่ตื่นจากยาสลบหลังได้รับยาแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. ติดตามและบันทึกสัญญาณชีพ และระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนทุก 5 นาที ควบคู่กับการตรวจดูผิวกาย ปลายมือปลายเท้าเพื่อประเมินสภาพร่างกาย[19]
2. วัดอุณหภูมิแกนกลางของร่างกาย (core temperature) ไม่ให้อุณหภูมิกายต่ำกว่า 35 องศาเซลเซียส เพื่อประเมินการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ
3. ดูแลคลุมร่างกายส่วนที่สามารถห่มได้ด้วยผ้าห่มเป่าลมร้อนเพื่อเพิ่มความอบอุ่นให้ร่างกาย
4. ดูแลปรับอุณหภูมิห้องผ่าตัด ไม่ควรต่ำกว่า 25 องศาเซลเซียส[19]
5. ดูแลให้สารน้ำที่อุ่นทางหลอดเลือดดำเพื่อลดอาการหนาวสั่น
6. ดูแลปรับปริมาณยาดมสลบซึ่งมีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดขยายตัว และเสริมด้วยยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ (Opioid analgesia)

**การประเมินผล**

ไม่เกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำขณะผ่าตัด สัญญาณชีพ 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/61 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 99-100% ฟื้นจากยาดมสลบได้ตามเวลาไม่มีภาวะตื่นช้า หรือไม่ตื่นจากยาสลบหลังได้รับยาแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ

**การประเมินสภาพอาการหลังให้การระงับความรู้สึก (ห้องพักฟื้น)** แรกรับที่ห้องพักฟื้น ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พักหลับได้เป็นช่วงๆ มีสีหน้านิ่วเป็นช่วงๆ ประเมินระดับความปวดได้ 6 คะแนน สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราหายใจ 20 ครั้ง/นาที มีแผลท่อระบายทรวงอกปิดก๊อสไว้ไม่มีเลือดซึม ใส่สายสวนปัสสาวะ งดน้ำและอาหาร ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5%D/N/2 อัตราเร็ว 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ยา Fentanyl (10:1) ทางหลอดเลือดดำ อัตราเร็ว 2 ซีซี/

ชั่วโมง หลังจากได้รับยาแก้ปวดสามารถหลับได้ ดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานห้องพักฟื้นเป็นเวลา 1 ชั่วโมง สัญญาณชีพปกติ ย้ายกลับไปยังหอผู้ป่วยหนัก ISCCU เพื่อเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด โดยมีการส่งต่ออาการผู้ป่วยและได้รับการเคลื่อนย้ายนำส่งผู้ป่วยโดยวิสัญญีพยาบาลได้อย่างปลอดภัยตลอดระยะทางระหว่างห้องพักฟื้นไปหอผู้ป่วยหนัก ISCCU

จากข้อมูลการประเมินสภาพอาการหลังให้ยาระงับความรู้สึก พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลวิสัญญีดังนี้

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่** 7 ปวดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บ

**ข้อมูลสนับสนุน**

1. มีแผลหลังผ่าตัด VATS with RUL lobectomy 1 ชั่วโมง บริเวณลำตัวด้านขวา
2. มีสีหน้านิ้วเป็นช่วงๆ ประเมินระดับความปวดจากสีหน้าได้ 6 คะแนน

**วัตถุประสงค์** บรรเทาอาการปวด

**เกณฑ์การประเมินผล**

1. ระดับความปวดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 คะแนน
2. สีหน้าสดชื่น นอนหลับพักผ่อนได้

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. ประเมินความเจ็บปวดโดยการซักถาม การสังเกตสีหน้า และการแสดงออก โดยใช้ Numerical Pain Rating Scale (NRS) เป็นเครื่องมือในการประเมินความปวด[17]
2. ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา และอยู่ในท่าที่สุขสบาย เพื่อให้กล้ามเนื้อหย่อนตัวลดอาการปวดตึงแผล
3. บอกให้ผู้ป่วยทราบถึงการพยาบาลก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง และให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวลและรวดเร็วทุกครั้ง
4. ดูแลให้การระบายสารคัดหลั่งจากสายระบายทรวงอกให้มีการไหลได้สะดวก ไม่หักพับงอ ป้องกันการคั่งค้างของสารคัดหลั่งในทรวงอก ซึ่งจะทำให้เกิดความเจ็บปวดได้
5. ดูแลติดสายท่อระบายทรวงอกให้แน่นสนิท ไม่เคลื่อนไป มา และไม่ตึงเกินไป เพื่อป้องกันการกระทบกระเทือนบริเวณบาดแกลจากเคลื่อนของท่อระบายทรวงอก
6. ติดตามและบันทึกสัญญาณชีพ และระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนทุก 5 นาที ควบคู่กับการประเมินระดับความปวดเป็นระยะเพื่อประเมินสภาพร่างกาย
7. ดูแลให้ยาระงับปวด Fentanyl (10:1) ทางหอลดเลือดดำ อัตราเร็ว 2 ซีซี/ชั่วโมง ตามแผนการรักษาพร้อมติดตามผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เช่น การหายใจช้าลง หลับลึกปลุกไม่ตื่น ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนต่ำลง เพื่อการแก้ไขที่รวดเร็ว

**การประเมินผล**

รู้สึกตัวดี มีอาการปวดลดลงประเมินความปวดได้ 4 คะแนน นอนหลับพักผ่อนได้ แต่ยังคงมีหลับๆ ตื่นๆ มีสีหน้านิ่วคิ้วขมวดเวลาขยับตัว สัญญาณชีพ 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/61 มิลลิเมตรปรอท

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8** มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเดินหายใจจากการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายและยังฟื้นจากยาดมสลบไม่เต็มที่

**ข้อมูลสนับสนุน**

1. ระดับความรู้สึกตัวซึมปลุกตื่น ลืมตาเมื่อเรียก
2. ระดับออกซิเจนในเลือด มากกว่า 90% ขณะให้ออกซิเจน

**วัตถุประสงค์** ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางเดินหายใจจากการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายและยังฟื้นจากยาดมสลบไม่เต็มที่

**เกณฑ์การประเมินผล**

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/80 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว > 95%
2. รู้สึกตัวดี รู้เวลา บุคคลและสถานที่ถูกต้อง เล็บมือเล็บเท้า เปลือกตาและริมฝีปากไม่ซีด

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง 15-30 องศา เพื่อเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง
2. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน Mask with bag 10 ลิตร/นาที
3. ติดตามและบันทึกสัญญาณชีพ และระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนทุก 5 นาที ควบคู่กับการประเมินระดับความปวดเป็นระยะเพื่อประเมินสภาพร่างกาย
4. ประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในห้องพักฟื้นโดยใช้แบบประเมิน Modified Aldrete's Post Anesthetic Recovery Score[17]

**การประเมินผล**

รู้สึกตัวดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางเดินหายใจจากการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายและยังฟื้นจากยาดมสลบไม่เต็มที่ สัญญาณชีพ 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/61 มิลลิเมตรปรอท ประเมิน Modified Aldrete's Post Anesthetic Recovery Score ได้ 10 คะแนน สามารถถอดท่อช่วยหายใจออกได้ ย้ายกลับไปยังหอผู้ป่วยหนัก ISCCU ภายหลังดูแลที่ห้องพักฟื้นประมาณ 1 ชั่วโมง

**สรุปและอภิปรายผล**

มะเร็งปอดเกิดจากการเจริญเติบโตอย่างผิดปกติที่ไม่สามารถควบคุมได้ของเซลล์เยื่อบุถุงลมและหลอดลม ทำให้เกิดเป็นกลุ่มก้อนของเซลล์ผิดปกติ ซึ่งสามารถกระจายไปยังอวัยวะข้างเคียง ต่อมน้ำเหลือง และ

อวัยวะอื่นๆ ที่ไกลออกไปได้ ปัจจุบันพบว่าการรักษาที่ได้รับความนิยมทำกันแพร่หลายมากขึ้น คือ การผ่าตัดปอดโดยวิธีการส่องกล้อง(Video Assisted thoracic Surgery) ซึ่งมีข้อดีคือแผลผ่าตัดเล็กกว่า อันตรายน้อยกว่า อยู่โรงพยาบาลสั้นกว่า อาการแทรกซ้อนน้อยกว่าการผ่าตัด Thoracotomy โดยกรณีศึกษารายนี้ได้รับการวินิจฉัย Right upper lung nodule with CA lung จากผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอกพบมีก้อนขนาด 1.6x1.4x1.2 cm บริเวณปอดส่วนบนขวา (Posterior segment of RUL) แพทย์พิจารณารักษาด้วยการผ่าตัดกลีบปอดด้วยวิธีการส่องกล้อง (Video Assisted Thoracic Surgery) ภายใต้การระงับความรู้สึกทั่วตัว การผ่าตัดสำเร็จด้วยดี หลังผ่าตัดสามารถถอดท่อช่วยหายใจออกได้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังให้การระงับความรู้สึก ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องในหอผู้ป่วยหนัก ISCCU ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลจำนวน 5 วัน

**ความยุ่งยากในการดำเนินการ**

จากกรณีศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอด ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดกลีบปอดโดยใช้กล้อง (VATS) มีโอกาสจะเกิดภาวะหยุดหายใจหลังให้การระงับความรู้สึก วิสัญญีพยาบาลผู้ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดระหว่างผ่าตัดจำเป็นต้องมีการเตรียมพร้อมในเรื่องการเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ สารน้ำ เลือด ส่วนประกอบของเลือด ยาที่ใช้ในทางวิสัญญี เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด โดยเฉพาะการเฝ้าระวังหลังผ่าตัด การส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยให้กับหอผู้ป่วยจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว รวมถึงบุคลากรที่เป็นผู้ให้การระงับความรู้สึกจำเป็นต้องมีประสวบการณ์ ความรู้ ความเชี่ยวชาญเป็นพิเศษ

**ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ**

วิสัญญีพยาบาลที่ให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดกลีบปอดโดยใช้กล้อง (VATS) การสอบถามข้อมูลและการซักประวัติจากญาติและผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดในครั้งนี้ ทำให้ทราบข้อมูลหรือการสร้างสัมพันธ์ในช่วงแรกรับค่อนข้างยาก ไม่ครอบคลุม

**ข้อเสนอแนะ**

การผ่าตัดกลีบปอดโดยใช้กล้อง (VATS) ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกแบบ General Anesthesia มีความยุ่งยากซับซ้อนในการใส่ท่อช่วยหายใจ ใส่ Double lumen tube โดยวิสัญญีแพทย์ต้องมีทักษะความสามารถ วิสัญญีแพทย์ต้องมีส่วนร่วมกับการใส่ Double lumen tube ทุกครั้ง ร่วมด้วยกับการใช้ fiberoptic check confirm โดยวิสัญญีแพทย์

**เอกสารอ้างอิง**

1. American Lung Association. Lung cancer fact sheet [Internet]. 2015 [cited 2024 Feb 9]. Available from: http://www.lung .org/lung-disease/lung-cancer/resources/facts-figures/lung-cancer-fact-sheet.html

2. World health organization. WHO definition of palliative care [Internet]. 2018[cited 2024 Feb 9]. Available from: http//www.who.int/cancer/palliative/definition/en.
3. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์. แนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งปอด (ปรับปรุงครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โฆสิตการพิมพ์; 2558.
4. Johnson, M. J., Kanaan, M., Richardson, G., Nabb, S., Torgerson, D., English, A., . . . Booth, S. A randomised controlled trial of three or one breathing technique training sessions for breathlessness in people with malignant lung disease. BioMed Central Medicine. 2015;13(1):1-11. doi:10.1186/s12916-015-0453-x.
5. อัญติมา กิจศรีนภดล, ประทุม สร้อยวงค์ และพิกุล พรพิบูลย์. การประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการในการปฏิบัติการพยาบาล: กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. 2562;11(1):98-110.
6. Lewis RJ, Caccavale RJ, Sisler GE, Mackenzie JW. Video-assisted thoracic surgical resection of malignant lung tumors. J Thorac Cardiovasc Surg. 1992;104(6):1679–85.
7. Shaw JP, Dembitzer FR, Wisnivesky JP, Litle VR, Weiser TS, Yun J,et al. Video-assisted thoracoscopic lobectomy: state of the art and future directions. Ann Thorac Surg. 2008;85(2):S705-9.
8. Marijic P, Walter J, Schneider C, Schwarzkopf L. Cost and survival of video-assisted thoracoscopic lobectomy versus open lobectomy in lung cancer patients: a propensity score-matched study. Eur J Cardiothorac Surg. 2020;57(1):92-99.
9. Triviño A, Congregado M, Loscertales J, Jiménez-Merchán R, Pinos-Vélez N, Cózar F, et al. Experience and development of the video-assisted thoracic surgery lobectomy technique: comparative study with conventional surgery in stage I non-small cell lung cancer. Arch Bronconeumol. 2014;50(2):57–61.
10. Rakeid S, Panchan V, Imsamran W, Phakdeeniti S, Chaiwerawattana A. Guidelines for the diagnosis and treatment of lung cancer. Bangkok: Kosit press company limited; 2016.
11. Al-Ameri M, Bergman P, Franco-Cereceda A, Sartipy U. Video-as-sisted thoracoscopic versus open thoracotomy lobectomy:a Swedish nationwide cohort study. J horac Dis. 2018;10(6):3499-506.

12. Jawitz OK, Wang Z, Boffa DJ, Detterbeck FC, Blasberg JD,Kim AW. The differential impact of preoperative comorbidity on perioperative outcomes following thoracoscopic and open lobectomies. Eur J Cardiothorac Surg. 2017;51(1):169-74
13. Nwogu CE, D'Cunha J, Pang H, Gu L, Wang X, Richards WG, et al.VATS lobectomy has better perioperative outcomes than open lobectomy: CALGB 31001, an ancillary analysis of CALGB 140202 (Alliance). Ann Thorac Surg. 2015;99(2):399-405.
14. Whitson BA, Andrade RS, Boettcher A, Bardales R, Kratzke RA, Dahlberg PS, et al. Video-assisted thoracoscopic surgery is more favorable than thoracotomy for resection of clinical stage Inon-small cell lung cancer. Ann Thorac Surg. 2007;83(6):1965–70.
15. บุลวัชร์  หอมวิเศษ. ศัลยกรรมทรวงอกผ่านกล้อง. ธรรมศาสตร์เวชสาร. 2555;12(1):127-137.
16. โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช สุพรรณบุรี.รายงานสถิติงานเวชระเบียน ประจำปี 2566; 2566.
17. ศิริวรรณ จิรสิริธรรม. ตำราวิทยาศาสตร์พื้นฐานทวิสัญญีวิทยารามาธิบดี. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
18. ยุพิน บุญปถัมภ์, จงกลนี ดาววิจิตร, อรุณีย์ ไชยชมภ. ผลของการประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่คลินิกวิสัญญีต่อการประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกอย่างน้อย 1 วันก่อนผ่าตัดและการงดเลื่อนผ่าตัดในผู้ป่วยแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564;30(4):706-716.
19. ฐิติมา จำนงค์เลิศ, วรารัตน์ บุญญสะ, วราลักษณ์ บุญชัย, นุชนาถ ฤทธิสนธิ์ นุชสรา พานสัมฤทธิ์ นัทฐา พธิโยธิน และคณะ. อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะอุณหภูมิต่ำในผู้ป่วยขณะผ่าตัด. วารสารสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย. 2555;5(2):19-30.