การพยาบาลผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่โป่งพองแต่กำเนิดที่ได้รับการระงับความรู้สึก ในการผ่าตัด-ต่อลำไส้ใหญ่ผ่านรูทวาร : กรณีศึกษา

อังษณา แก้วประเสริฐ*

บทคัดย่อ

โรคลำไส้ใหญ่โป่งพองแต่กำเนิด (Hirschsprung's Disease) เป็นโรคเกิดจากความผิดปกติของเซลล์ปมประสาทในผนังของลำไส้ใหญ่ตั้งแต่เกิด ลำไส้ใหญ่ส่วนล่างไม่มีเซลล์ปมประสาท ไม่สามารถบีบตัวขับลมและอุจจาระออกได้ ในขณะที่ลำไส้ใหญ่ส่วนบนที่มีเซลล์ปมประสาท พยายามบีบตัวมากขึ้นเพื่อขับลมและอุจจาระออกมา จึงเกิดการขยายและพองตัวของลำไส้ที่มีเซลล์ปมประสาท สามารถตรวจพบได้ตั้งแต่แรกเกิด การรักษาทำได้โดยการผ่าตัดผ่านทางรูทวารหนัก ซึ่งได้ผลการรักษาที่ดี อัตราการเสียชีวิตต่ำ แต่การผ่าตัดในผู้ป่วยที่เป็นเด็กทารกจะมีความยุ่งยากซับซ้อน ต้องการผู้เชี่ยวชาญในการรักษาพยาบาล มีการใช้อุปกรณ์พิเศษต่างๆ ที่มีความเฉพาะเจาะจงแตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป

จากกรณีศึกษา เด็กทารก อายุ 4 เดือน 17 วัน น้ำหนัก 7.1 กิโลกรัม มาโรงพยาบาลด้วย อาการท้องอืด ไม่ค่อยถ่าย แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น โรคลำไส้ใหญ่โป่งพองแต่กำเนิด (Hirschsprung's Disease) แพทย์จึงนัดมาทำการผ่าตัด-ต่อลำไส้ใหญ่ผ่านทางรูทวาร (Transanal endorectal Pull – through) ปัญหาทางการพยาบาลที่พบในผู้ป่วยมีดังนี้ ระยะก่อนให้การระงับความรู้สึก มารดาและญาติของผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ขาดความรู้และความเข้าใจในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึก เสี่ยงต่อภาวะช็อกเนื่องจากการเสียเลือด เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอจากการอุดกั้นของทางเดินหายใจ และเสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิกายต่ำระหว่างการผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวด เฝ้าระวังภาวะหยุดหายใจหลังผ่าตัด และการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างเคลื่อนย้ายจากห้องพักฟื้นไปยังหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม (PICU) ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ให้คำแนะนำแก่มารดาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังได้ยาระงับความรู้สึก อาการที่อาจจะเกิดขึ้นได้ การแก้ไขเบื้องต้น รวมถึงการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ภาวะผิดปกติที่จำเป็นต้องพามาพบแพทย์ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ฟื้นตัวได้ดี จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ รวมระยะเวลานอนในโรงพยาบาล 7 วัน

คำสำคัญ : Hirschsprung's diseases , Transanal endorectal pull-through , การระงับความรู้สึก

---

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช

บทนำ

โรคลำไส้ใหญ่โป่งพองแต่กำเนิด (Hirschsprung's Disease) คือโรคที่ไม่มีเซลล์ปมประสาทในผนังของลำไส้ใหญ่ตั้งแต่เกิด ทำให้ลำไส้ใหญ่ส่วนล่างที่ไม่มีเซลล์ปมประสาท ไม่สามารถบีบตัวขับลมและอุจจาระออกได้ ผู้ป่วยมีอาการเหมือนลำไส้อุดตันจากลำไส้ใหญ่ส่วนล่างทำงานไม่ได้ ในขณะเดียวกันลำไส้ใหญ่ส่วนบนที่เซลล์ปมประสาทพยายามบีบตัวมากขึ้นเพื่อขับลมและอุจจาระออกมา จึงเกิดการขยายและพองตัวของลำไส้ที่มีเซลล์ปมประสาทพบได้ประมาณร้อยละ 80 อุบัติการณ์การเกิดโรค 1 ต่อ 5,000 ของการเกิดมีชีพ สัดส่วนเพศชายต่อหญิง ประมาณ 4 ต่อ 1[3] สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคในสายตระกูลตั้งแต่ร้อยละ 4 ถึง 8 ซึ่งมีความเสี่ยงในการเกิดโรคในผู้สืบสายเลือดมาก การตรวจพบสามารถพบได้ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงเด็กโต ในทารกแรกเกิดจะไม่ถ่ายขี้เทาใน 48 ชั่วโมง ท้องอืดมาก อาเจียน การใช้ปรอทกระตุ้นทวารหนักดูการขับถ่ายขี้เทา หรือใช้ลูกโป่งสวนทวารหนักขนาด 10 มล. หรือการใช้นิ้วก้อยตรวจทางรูทวารหนักในทารกแรกเกิด แล้วทารกมีอุจจาระ ผายลมพุ่งออกมาอย่างแรงทางรูทวารหนักจะช่วยในการวินิจฉัยโรคและช่วยให้ท้องอืดน้อยลง เด็กเล็กและเด็กโตอาจมีท้องผูก ไม่สามารถถ่ายอุจจาระได้เองต้องสวนทวารเป็นประจำ ในบางรายจะถ่ายอุจจาระเหลว กระปริบกระปรอย พร้อมกับมีไข้ ตรวจร่างกายอาจคลำพบก้อนอุจจาระในช่องท้อง น้ำหนักตัวน้อย ร้อยละ 2 ของผู้ป่วยพบลำไส้แตกทะลุมีอาการท้องอืดมาก มีไข้สูง ซึมไม่ผายลม ผู้ป่วยโรคลำไส้โป่งพองแต่กำเนิดพบความผิดปกติร่วมบ่อยที่สุด คือ กลุ่มอาการดาวน์ ภาวะผิดรูปของทวารหนักและลำไส้ตรง[3] การวินิจฉัยโรคสามารถทำได้ 5 วิธี โดยการซักประวัติการขับถ่าย อาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องอืดมาก อาเจียน การตรวจเอ็กซเรย์ช่องท้องด้วยการสวนแป้งแบเรี่ยมทางทวารหนักจะพบมีการแคบของลำไส้ตรง เห็นการเปลี่ยนแปลงขนาดของลำไส้ที่เปลี่ยน แปลงจากบริเวณที่มีปมประสาทกับไม่มีปมประสาท (transitional zone) และ ส่วนบนของลำไส้ที่มีปมประสาทมีการขยายขนาด การตรวจวัดความดันภายในลำไส้ตรง และทวารหนักเพื่อดูการหดรัดตัว และการคลายตัวของหูรูดทวารหนักด้านใน แต่ทารกที่เป็นโรคนี้หูรูดทวารหนักด้านในจะไม่มีการคลายตัว การใช้เครื่องมือพิเศษดูดเอาชิ้นเนื้อบริเวณเยื่อบุผิวภายในลำไส้ตรง และชิ้นเนื้อใต้เยื่อเมือกไปตรวจ การตัดชิ้นเนื้อโดยการดมยาสลบเพื่อตัดผนังกล้ามเนื้อส่วนลำไส้ตรงไปตรวจจะไม่พบเซลล์ประสาทซึ่งวิธีนี้ให้ผลการวินิจฉัยเที่ยงตรงที่สุด วิธีการรักษาทำได้โดยการผ่าตัด 3 แบบคือ การตีบแคบของลำไส้ตรงชนิดกลุ่มสั้น คือ การผ่าตัดลำไส้ผ่านทางรูทวารหนักไม่มีแผลผ่าตัดที่ผนังหน้าท้อง การผ่าตัดนี้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากผังผืดอุดตันลำไส้ การเจ็บปวดหลังผ่าตัดน้อย การผ่าตัดนี้สามารถทำผ่าตัดได้ตั้งแต่ทารกแรกคลอดเป็นวิธีที่ได้ผลดี ภายหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงผู้ป่วยจะเริ่มรับประทานอาหารได้ผู้ป่วยมักจะมีการถ่ายอุจจาระเหลวบ่อยครั้งในช่วงแรกต้องคอยดูแลทำความสะอาดรอบๆรูทวารให้ดี การถ่ายอุจจาระจะเป็นปกติในเวลาต่อมา ในผู้ป่วยที่ตรวจพบการตีบแคบของลำไส้ตรงชนิดกลุ่มยาว (long segment total colonic aganglionosis) การรักษาทำผ่าตัด ileostomy ก่อนร่วมกับการทำ patch procedure ทำ abnormal assisted endorectal pull through ในผู้ป่วยบางรายที่ไม่พบการแคบของลำไส้ตรงแต่มีอาการท้องผูกเรื้อรังรักษาแบบประคับประคองไม่ดีขึ้น ตรวจร่างกายไม่พบแผลฉีกขาดที่ทวารหนัก สงสัยว่าอาจจะเป็นลำไส้ใหญ่โป่งพองชนิดกลุ่มสั้นมาก การรักษา

คือการผ่าตัดกล้ามเนื้อหูรูด (sphincteromyectomy) การรักษาทั้ง 3 แบบผลการรักษาดีภาวะแทรกซ้อนน้อย สามารถใช้ชีวิตปกติได้หลังผ่าตัด

จากศักยภาพของโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราชซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิชั้นสูง ประกอบกับมีแพทย์เฉพาะทางด้านกุมารศัลยศาสตร์ กุมารแพทย์เวชศาสตร์ทารกแรกเกิดและปริกำเนิด สถิติการผ่าตัดผู้ป่วยเด็กทารกในปี2565 จำนวน 58 ราย เป็นเด็กทารกลำไส้ใหญ่โป่งพองแต่กำเนิดจำนวน 7 ราย จากคำกล่าวที่ว่าเด็กไม่ใช่ผู้ใหญ่ย่อส่วน การพยาบาลทางวิสัญญีเด็กทารก (อายุ 1เดือน-1ปี) ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยเปราะบาง ต้องการความละเอียดอ่อนในการดูแล และต้องใช้อุปกรณ์พิเศษที่มีความยุ่งยากซับซ้อนแตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป ทั้งด้านการเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ ยา การคำนวณสารน้ำ และเลือดเพื่อทดแทนให้เพียงพอ ระหว่างการระงับความรู้สึก การควบคุมอุณหภูมิกายระหว่างผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำ การเฝ้าระวังภาวะหยุดหายใจหลังผ่าตัด เพื่อพัฒนาศักยภาพด้านความรู้ วิธีการปฏิบัติการพยาบาลทางวิสัญญีให้ครอบคลุมทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการให้การระงับความรู้สึก ผู้ศึกษาได้เล็งเห็นความสำคัญจึงเลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคลำไส้โป่งพองแต่กำเนิด (Hirschsprung’s Disease) ที่เข้ารับการผ่าตัด-ต่อลำไส้ใหญ่ผ่านทางรูทวาร (Transanal endorectal pullthrough) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและได้รับการฟื้นฟูสภาพจนสามารถกลับบ้านไปอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคลำไส้โป่งพองแต่กำเนิด (Hirschsprung’s Disease) ที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัด-ต่อลำไส้ใหญ่ผ่านทางรูทวาร (Transanal endorectal pullthrough)

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ทบทวนเอกสาร ตำรา งานวิจัย การวินิจฉัย การรักษา และการพยาบาลเกี่ยวกับโรคลำไส้ใหญ่โป่งพองแต่กำเนิด (Hirschsprung’s Disease) ที่เข้ารับการผ่าตัด-ต่อลำไส้ใหญ่ผ่านทางรูทวาร (Transanal endorectal pullthrough) โดยการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว

2. คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง จากผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่โป่งพองแต่กำเนิด (Hirschsprung’s Disease) ที่เข้ารับการผ่าตัด-ต่อลำไส้ใหญ่ผ่านทางรูทวาร (Transanal endorectal pullthrough) ที่หอผู้ป่วยกุมาร 5 (อายุ0-2ปี) ในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ - เมษายน พ.ศ 2566

3. รวบรวมข้อมูล ประเมินสุขภาพ ความต้องการทางการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดจากทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเรม

4. กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล นำแผนการพยาบาลไปใช้ ประเมินผล และสรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย : ผู้ป่วยเด็กทารก อายุ 4 เดือน 17 วัน น้ำหนัก 7.1 กิโลกรัม และส่วนสูง 63 เซนติเมตร เป็นตามเกณฑ์อายุ พัฒนาการสมวัยสามารถส่งเสียงอ้อแอ้ จำหน้าแม่ได้ ยกศีรษะขณะนอนคว่ำ เอื้อมมือคว้าสิ่งของได้ อาชีพในปกครอง สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพนอกเขต อำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี ผู้ดูแลคือ มารดา และบิดา ไม่มีประวัติแพ้ยาและอาหาร

อาการสำคัญ : แพทย์นัดมาทำการผ่าตัด-ต่อลำไส้ใหญ่ผ่านทางรูทวาร (Transanal endorectal pullthrough)

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : หลังผ่าตัดคลอด ได้ 2 วัน หลังดูดนมและน้ำมีอาการท้องอืด ไม่ค่อยถ่าย โรงพยาบาลเอกชนส่งตัวผู้ป่วยมารักษาโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลำไส้ใหญ่โป่งพองแต่กำเนิด (Hirschsprung’s Disease) เมื่ออายุ 4 เดือนแพทย์จึงนัดมาทำการผ่าตัด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ไม่มี

การวินิจฉัยโรค : โรคลำไส้ใหญ่โป่งพองแต่กำเนิด (Hirschsprung’s Disease)

การรักษาของแพทย์ : รับไว้รักษาที่หอผู้ป่วยกุมาร 5 (0-2ปี) แผนการรักษาของแพทย์ CBC CXR PCR for COVID-19 จองเลือด 70 มิลลิลิตร 2 ถุง เข้ารับการผ่าตัด-ต่อลำไส้ใหญ่ผ่านทางรูทวาร (Transanal endorectal pullthrough)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : Hb 11.5 g/dl Hct 34.9 % WBC 7,860 cell/ul Platelet Count 490,000 cell/uL PCR for COVID-19 negative

การประเมินก่อนให้การระงับความรู้สึก : ผู้ป่วยเด็กทารกอายุ 4 เดือน 17 วัน น้ำหนัก 7.1 กิโลกรัม ส่วนสูง 63 เซนติเมตร รู้สึกตัวดี เล่นได้ไม่ซึม ดื่มนมและน้ำได้ดี ท้องอืดเล็กน้อย สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 145 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 126/67 มิลลิเมตรปรอท หายใจ 40 ครั้ง/นาที แพทย์นัดให้มานอน เพื่อเตรียมผ่าตัด แพทย์มีแผนการรักษา CBC CXR PCR for COVID-19 จองเลือด 70 มิลลิลิตร 2 ถุง ให้รับประทานอาหารเหลวใส หลังจากนั้นให้งดน้ำและอาหาร ให้ 5%D/N/3 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงทางหลอดเลือดดำ Ceftriazone 200 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ Metronidazole 70 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำก่อนไปห้องผ่าตัด Setผ่าตัด-ต่อลำไส้ใหญ่ผ่านทางรูทวาร (Transanal endorectal pullthrough)

การประเมินและการเตรียมผู้ป่วย การเยี่ยมและเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อให้คำแนะนำแก่มารดาและญาติผู้ป่วยถึงขั้นตอนการระงับความรู้สึกมีความสำคัญมาก ได้แก่การให้ยาเพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยมีความพร้อม วิธีการที่ใช้เพื่อนำสลบ รวมถึงแผนการผ่าตัด การดูแลหลังผ่าตัดและการระงับปวด การที่มารดาและญาติผู้ป่วยทราบขั้นตอนจะช่วยเตรียมผู้ป่วยและให้ความร่วมมือกับขั้นตอนต่างๆ ในการผ่าตัดได้ดี เด็กในแต่ละวัยมีพัฒนาการ ประสบการณ์ และการตอบสนองต่อความเครียดแตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นเด็กวัยใดก็ตามการอธิบายแก่มารดาและญาติผู้ป่วยเป็นคำง่ายๆ จะช่วยให้เข้าใจได้มากขึ้น การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความกังวลอนุญาตให้มารดาและญาติอยู่ระหว่างการนำสลบจะช่วยให้เกิดความร่วมมือเพิ่มขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มารดาและญาติผู้ป่วยขาดความรู้และความเข้าใจในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการให้การระงับความรู้สึก

ข้อมูลสนับสนุน

1. จากการสอบถามมารดาและญาติผู้ป่วยไม่มีความรู้ในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการให้การระงับความรู้สึก

2. มารดาและญาติผู้ป่วยไม่รู้จักงานวิสัญญีมีสีหน้าสงสัยเมื่อวิสัญญีแนะนำตัวเองว่ามาจากแผนกวิสัญญี

วัตถุประสงค์

มารดาและญาติผู้ป่วย เข้าใจและสามารถเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกได้อย่างถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. มารดาและญาติผู้ป่วย มีความรู้สามารถเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึกได้

2. ผู้ป่วยมีความพร้อมสามารถเข้ารับการผ่าตัดได้ตามแผนที่กำหนดไว้

กิจกรรมการพยาบาล

1. เยี่ยมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึกและผ่าตัดที่หอผู้ป่วย 1วัน[6]

2. อธิบายให้มารดาและญาติผู้ป่วย ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการระงับความรู้สึก รวมทั้งความเสี่ยงและผลแทรกซ้อนอันอาจเกิดจากการให้ยาระงับความรู้สึกอย่างละเอียดก่อนเซ็นชื่อในใบยินยอมให้ทำการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด

3. อธิบายขั้นตอนการเตรียมร่างกายที่ผู้ป่วยจะได้รับคืนก่อนวันผ่าตัดเช่นการทำความสะอาด งดน้ำและอาหารหลัง 04.00 น. อธิบายกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องถูกรบกวน จากการประเมินสัญญาณชีพในระยะแรกหลังการผ่าตัด

4. ให้ความรู้เกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัด อย่างคร่าวๆ แก่มารดาและญาติผู้ป่วย

5. ประเมินสภาพผู้ป่วยจากการซักประวัติตรวจร่างกาย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อวางแผนให้การระงับความรู้สึกร่วมกับทีมและวิสัญญีแพทย์

การประเมินผล

1. มารดามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการระงับความรู้สึกและโรคที่เป็นอยู่

2. ผู้ป่วยพร้อมเข้ารับการผ่าตัด ภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวตามแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มารดาและญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึกความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

มารดาและญาติผู้ป่วยมีสีหน้า ท่าทางรู้สึกวิตกกังวลและซักถามเกี่ยวการระงับความรู้สึกและกังวลว่าบุตรตนเองจะเจ็บปวดหลังผ่าตัด

วัตถุประสงค์ เพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาและญาติผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมินผล

มารดาผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายความวิตกกังวลและความกลัว

กิจกรรมการพยาบาล

1. วิสัญญีพยาบาลแนะนำตัวด้วยท่าทีที่เป็นมิตร เป็นผู้ดูแลและให้การระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วย เพื่อให้มารดาผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ

2. อธิบายถึงสิ่งที่มารดาและผู้ป่วยต้องพบเจอ สภาพห้องผ่าตัดอย่างคร่าว ๆ ในขณะอยู่ในห้องผ่าตัด เพื่อมารดาผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลขณะเข้าห้องผ่าตัด

2.1 เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาลประเมินผู้ป่วยซ้ำดังนี้ โดยตรวจสอบ ชื่อ – นามสกุล อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด การงดน้ำและอาหาร บันทึกการส่งผ่าตัด

2.2 ขั้นตอนเตรียมนำสลบ จัดท่านอนหงาย ติดอุปกรณ์เครื่องติดตามสัญญาณชีพ ให้ออกซิเจนผ่าน Face mask

2.3 ขั้นนำสลบฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ เมื่อผู้ป่วยหลับจะมีการใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อควบคุมการหายใจ

2.4 ระหว่างผู้ป่วยผ่าตัดอยู่จะมีวิสัญญีพยาบาลดูแลตลอดเวลา และให้ยาแก้ปวดเป็นระยะตามแผนการรักษาของแพทย์

2.5 หลังผ่าตัดเสร็จวิสัญญีพยาบาลจะถอนฤทธิ์ยาสลบ และแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ เมื่อผู้ป่วยตื่นหายใจดี จะพิจารณาถอดท่อช่วยหายใจ นำส่งไปห้องพักฟื้นและหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม (PICU) ต่อเพื่อการดูแลใกล้ชิด

2.6 หลังผ่าตัดถ้ายังไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ อาจต้องรอเวลาให้ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจไว้ก่อนและจะถอดให้เมื่อผู้ป่วยตื่นดี หายใจดี

3. อธิบายให้มารดาและญาติผู้ป่วยเข้าใจถึงสภาพหลังผ่าตัด โดยจะมีสายน้ำเกลือ 2 เส้น ผ้าก๊อซปิดแผลผ่าตัดที่รูทวารหนัก มีสายคาทางจมูก NG tube มีสายปัสสาวะคาไว้ก่อน

4. เปิดโอกาสให้มารดาและญาติผู้ป่วยซักถามและระบายความรู้สึก อธิบายและให้คำแนะนำเกี่ยวกับข้อซักถามของมารดาและญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวลตามการรับรู้ของมารดาและญาติผู้ป่วยที่เหมาะสม และด้วยความเต็มใจ

5. แนะนำให้มารดาและญาติผู้ป่วยมีส่วนร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย ถ้าเด็กร้องกวน ไม่หลับ แจ้งพยาบาลเพื่อประเมินให้ยาแก้ปวด

การประเมินผล

มารดาและญาติผู้ป่วยมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล พูดคุยซักถามสิ่งที่ตนเองกังวลใจด้วยความเป็นกันเอง และเข้าใจแนวทางให้การระงับความรู้สึก และระงับปวดแก่บุตรตนเอง

การประเมินระยะให้การระงับความรู้สึก

ระหว่างผ่าตัดผู้ป่วยได้การระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว (general anesthesia) แบบสมดุลทั้ง 3 ด้าน (ยาที่คงการหลับ ยาหย่อนกล้ามเนื้อ ยาแก้ปวด) เฝ้าระวังสัญญาณชีพแบบมาตรฐาน (monitoring) Temperature , EKG , NIBP ,O_2 saturation , end tidal CO_2 with gas analyzer ก่อนให้การระงับความรู้สึก Pre-oxygenation with oxygen 100 % นำสลบด้วย Thiopental 25+25 มิลลิกรัม เมื่อผู้ป่วยหลับช่วยหายใจผ่าน face mask No.2 ใส่ท่อช่วยหายใจด้วย Atracurium 4 มิลลิกรัม (ท่อช่วยหายใจ No.4.0 ลึก 11 เซนติเมตร) รักษาระดับการหย่อนของกล้ามเนื้อด้วย Atracurium 1 มิลลิกรัมทุก 45 นาที ควบคุมระดับความลึกในการระงับความรู้สึกด้วย AIR : O_2 : sevoflurane 1 : 1 : up to 2 % หลังจากใส่ท่อช่วยหายใจและปิดด้วยเทปกาว เปิดหลอดเลือดดำเพิ่มอีก 1 เส้นเพื่อรองรับการให้สารน้ำและเลือดอย่างรวดเร็วกรณีเสียเลือด ควบคุมความปวดระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัดด้วย fentanyl 10 มิลลิกรัม และวิสัญญีแพทย์ทำ Caudal block ด้วย 0.25% Marcaine with adrenaline 1:200,000 จำนวน 7 มิลลิลิตร จัดท่าผ่าตัด lithotomy position โดยการนอนหงายหนุนใต้ก้นกบเล็กน้อย แยกขาให้เห็นรูทวารหนักเพื่อทำผ่าตัดได้สะดวก ในขั้นตอนการจัดท่าข้อพึงระวังคือ การบาดเจ็บของเส้นประสาทใต้เข่า (popliteal nerve) เฝ้าระวังสัญญาณชีพตลอดเวลา เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยระหว่างได้รับการระงับความรู้สึก พร้อมทั้งบันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาที การผ่าตัดสำเร็จดีไม่มีภาวะแทรกซ้อนใช้เวลาในการผ่าตัด 2 ชั่วโมง 15 นาที เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 10 มิลลิลิตร ได้รับสารน้ำเป็น Acetar 50 มิลลิลิตร 0.9%NSS 5 มิลลิลิตร ปัสสาวะออกระหว่างผ่าตัด 12 มิลลิลิตร หลังผ่าตัดเสร็จปิดinhalation ให้ oxygen 100 % แก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อด้วย atropine 0.15 มิลลิกรัมและ neostigmine 0.35 มิลลิกรัม ผู้ป่วยตื่นดีสามารถถอดท่อช่วยหายใจออกได้ ย้ายเข้าห้องพักฟื้นเพื่อเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะช็อกเนื่องจากการเสียเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยเป็นเด็กเล็กสามารถทนต่อการเสียเลือดเพียง 85 มิลลิลิตร

วัตถุประสงค์

เพื่อทดแทนสารน้ำ เลือดและสารประกอบของเลือดอย่างเพียงพอตามปริมาณการเสียเลือดจากการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะหัวใจเต้นเร็ว อัตราการเต้นของหัวใจ 90-140 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงไม่เกิน 20 เปอร์เซ็นต์ของความดันโลหิตเดิม

2. ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงไม่ต่ำกว่า 30 เปอร์เซ็นต์

3. ปริมาณเลือดที่สูญเสียจากการผ่าตัด (Estimated blood loss) ไม่เกินปริมาตรเลือดที่ยอมให้เสีย (allowable blood loss) ไม่เกิน 85 มิลลิลิตร

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบเลือดสำหรับผ่าตัดให้พร้อมใช้กับธนาคารเลือด

2. ตรวจสอบบริเวณที่เปิดหลอดเลือดดำเพื่อให้สารน้ำอยู่ในสภาพปกติไม่บวมหรืออยู่นอกหลอดเลือด จำนวน 2 เส้น

3. คำนวนการทดแทนการเสียเลือดของผู้ป่วย สามารถยอมรับการเสียเลือดได้ประมาณ 85 มิลลิลิตร กรณีเสียเลือดไม่เกินที่คำนวนไว้ทดแทนด้วยสารน้ำ Acetar ในสัดส่วน 1 : 3

4. การทดแทนสารน้ำระหว่างผ่าตัดโดยคำนวณจากสูตร Holliday segar 4 - 2 - 1[4] Third space losses การผ่าตัด-ต่อลำไส้ใหญ่ผ่านทางรูทวาร (Transanal endorectal pullthrough) ใช้สูตร 4 - 5 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง ผู้ป่วยรายนี้คำนวณโดยใช้ 5 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง[6]

5. เฝ้าระวังการเสียเลือดจากบริเวณแผลผ่าตัด ผ้าซับเลือด ก๊อส และขวดsuction

6. เฝ้าระวังสัญญาณชีพ ความดันโลหิต ชีพจรและระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยระหว่างได้รับการระงับความรู้สึก พร้อมบันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาที[10] หากพบความผิดปกติแจ้งวิสัญญีแพทย์เพื่อทำการแก้ไขอย่างรวดเร็ว

การประเมินผล

ใช้เวลาผ่าตัด 2 ชั่วโมง 15 นาที เสียเลือด 10 มิลลิลิตร ได้ Acetar 50 มิลลิลิตร 5%D/N/3 60 มิลลิลิตร ปัสสาวะออก 12 มิลลิลิตร อัตราการเต้นของหัวใจ 140-160 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 65/20-95/50 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิกายต่ำระหว่างการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยเป็นเด็กเล็กมีโอกาสสูญเสียความร้อนจากพื้นที่ผิวร่างกายอย่างรวดเร็วเนื่องจากเด็กเล็กมีพื้นที่ผิวมากเมื่อเทียบกับร่างกาย

2. ใช้เวลาผ่าตัดมากกว่า 2 ชั่วโมง

3. ยาระงับความรู้สึกมีฤทธิ์ขยายหลอดเลือดและก๊าซที่ใช้ระงับความรู้สึกเป็นก๊าซแห้ง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ

2. เพื่อให้การออกฤทธิ์และการขับถ่ายของยาหย่อนกล้ามเนื้อปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ควบคุมอุณหภูมิกายมากกว่า 36.0 องศาเซลเซียสจับตัวผู้ป่วยอุ่นดีปลายมือ ปลายเท้าไม่เย็น

2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติสามารถวัดระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน จากปลายมือได้ตลอดเวลา

3. คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

4. ผู้ป่วยฟื้นจากยาดมสลบโดยไม่มีภาวะผู้ป่วยตื่นช้าหรือไม่ตื่นจากยาสลบหลังได้รับยาแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ

กิจกรรมการพยาบาล

1. เฝ้าระวังสัญญาณชีพ ความดันโลหิต ชีพจรและระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน

2. วัดอุณหภูมิแกนกลางของร่างกาย (core temperature) เพื่อประเมินการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ

3. คลุมร่างกายส่วนที่สามารถห่มได้ด้วยผ้าห่มเป่าลมร้อนเพื่อเพิ่มความอบอุ่นให้ร่างกาย

4. ปรับอุณหภูมิห้องผ่าตัด ไม่ควรต่ำกว่า 25 องศาเซลเซียส[10]

5. อุ่นสารน้ำก่อนให้ผู้ป่วย

6. ปรับปริมาณยาดมสลบซึ่งมีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดขยายตัวและเสริมด้วยยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ (pioid analgesia)

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำขณะผ่าตัด อุณหภูมิกายอยู่ระหว่าง 36.8 – 37.1 องศาเซลเซียส ผู้ป่วยตัวไม่เย็น ปลายมือปลายแขนอุ่น เล็บเป็นสีชมพูระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนได้ 95-99% คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ สัญญาณชีพปกติ ชีพจร 140 – 170 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 60-90/30-45 มิลลิเมตรปรอท ฟื้นจากยาดมสลบได้ตามเวลาไม่มีภาวะตื่นช้าหรือไม่ตื่นจากยาสลบหลังได้รับยาแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนในขณะใส่ท่อช่วยหายใจเนื่องจากมีออกซิเจนสำรองน้อย

ข้อมูลสนับสนุน

1. การให้การระงับความรู้สึกต้องมีการใส่ท่อช่วยหายเพื่อช่วยหายใจตลอดการผ่าตัด

2. ทารกมีออกซิเจนสำรองในปอดจำนวนน้อยสามารถทนต่อภาวะขาดออกซิเจนได้ในระยะเวลาสั้นๆ

3. ทารกมีสรีระทางเดินหายใจอยู่ทางด้านหน้า ศีรษะโต ลิ้นใหญ่

วัตถุประสงค์

เพื่อไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจนขณะใส่ท่อช่วยหายใจ

เกณฑ์การประเมินผล

สัญญาณชีพคงที่ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 92%

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดเตรียมท่อช่วยหายใจขนาด 3.5 4.0 4.5 อุปกรณ์ช่วยใส่ท่อช่วยหายใจให้เหมาะสมกับเด็กทารก Blade ตรง No. 2 guide wire ขนาดเล็ก Face mask No.2 แบบกลม oral air way No.1 2 C - MAC พร้อมBlade ตรงสำหรับเด็ก[4]

2. จัดท่าในการใส่ท่อช่วยหายใจโดยการหนุนศีรษะเล็กน้อยด้วย ring gel สำหรับเด็กทารก

3. ใส่ท่อช่วยหายใจด้วยวิสัญญีพยาบาลที่มีความชำนาญในการใส่ท่อช่วยหายใจ

4. เมื่อใส่ท่อช่วยหายใจแล้วตรวจสอบตำแหน่งท่อช่วยหายใจให้ถูกต้อง และติดด้วยแถบกาวเหนียว เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ

การประเมินผล

ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจนขณะใส่ท่อช่วยหายใจ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดเท่ากับ 99 %

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลวิสัญญีระยะถอดท่อช่วยหายใจ(Emergence)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 6 เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอจากการอุดกั้นของทางเดินหายใจขณะถอดท่อช่วยหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเป็นเวลานาน ได้รับการดมยาสลบ และยาหย่อนกล้ามเนื้อ อายุหลังปฏิสนธิ 58 อาทิตย์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันการอุดกั้นทางเดินหายใจ
2. เพื่อให้เนื้อเยื่อของร่างกายและสมองได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. รู้สึกตัวดี หายใจสม่ำเสมอ ทางเดินหายใจโล่งไม่มีสิ่งอุดกั้น
2. ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดไม่น้อยกว่า 92 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. เฝ้าระวังสัญญาณชีพ ความดันโลหิต ชีพจรและระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน
2. ผู้ป่วยเริ่มหายใจเองได้บ้างจึงให้ยาแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ
3. ผู้ป่วยตื่นดีหายใจสม่ำเสมอแรงดี Tidal volum 6 มิลลิลิตร/กิโลกรัมและ Vital capacity 20 มิลลิลิตร/กิโลกรัม[6]
4. ถอดท่อช่วยหายใจหลังจากยาหย่อนกล้ามเนื้อและยาสลบ Desflurane หมดฤทธิ์

การประเมินผล

รู้สึกตัว ตื่นดี หายใจสม่ำเสมอ ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน 100 %

การประเมินหลังให้การระงับความรู้สึก(ห้องพักฟื้น)

แรกรับที่ห้องพักฟื้น ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พักหลับได้เป็นช่วงๆ สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 140 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 89/44 มิลลิเมตรปรอท อัตราหายใจ 40 ครั้ง/นาที มีแผลผ่าตัดบริเวณทวารหนัก ปิดก๊อสไว้ไม่มีเลือดซึม ใส่สาย NG tube และ ใส่Foley’s catheter งดน้ำและอาหาร ให้สารน้ำ 5%D/N/3 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ปัสสาวะออก 5 มิลลิลิตร ให้ยา Fentanyl 5 ไมโครกรัม ทางหลอดเลือดดำ หลังจากได้รับยาแก้ปวดสามารถหลับได้ไม่ร้องกวน ดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานห้องพักฟื้นเป็นเวลา 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยสัญญาณชีพปกติ

ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม (PICU) ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เพื่อเฝ้าระวังสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด และส่งต่ออาการผู้ป่วยให้หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม (PICU) นำส่งผู้ป่วยโดยวิสัญญีพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการเคลื่อนย้ายอย่างปลอดภัยระหว่างห้องพักฟื้นไปหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม (PICU)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 ปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยเด็กทารกหลังการผ่าตัด-ต่อลำไส้ใหญ่ผ่านทางรูทวาร (Transanal endorectal Pull – through) ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว ร้องกวน ไม่หลับ

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่ร้องกวน นอนหลับได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการเจ็บแผลจากการร้อง แสยะปาก เบะปาก จมูกย่น คิ้วย่น ปิดตาแน่น แขนขางอ/เหยียด กระสับกระส่าย วุ่นวาย[6]

2. ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของวิสัญญีแพทย์ Fentanyl 5 ไมโครกรัมทางหลอดเลือดดำช้า ๆ พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียง เช่นการหายใจช้าลง หลับลึกปลุกไม่ตื่น ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนต่ำลง เพื่อการแก้ไขที่รวดเร็ว

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่ร้องกวน นอนหลับได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 เสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจน จากการอุดกั้นทางเดินหายใจระหว่างเคลื่อนย้ายจากห้องพักฟื้นไปยังหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยเด็กเล็กหลังการผ่าตัด-ต่อลำไส้ใหญ่ผ่านทางรูทวาร (Transanal endorectal Pull – through) ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว อายุหลังปฏิสนธิ 58 สัปดาห์

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจนจากการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะเคลื่อนย้าย

เกณฑ์การประเมินผล

สัญญาณชีพผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติได้แก่อัตราการหายใจ 30-40 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 80-140 ครั้ง/นาที ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดไม่น้อยกว่า 92 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตุอัตราและลักษณะการหายใจ ภาวะการอุดกั้นทางเดินหายใจ การขยายตัวของทรวงอก

2. จัดท่าให้ทางเดินหายใจโล่งในท่านอนตะแคง

3. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยเปิดความเข้มข้น 4 ลิตร/นาที[4]

4. สังเกตุการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพระหว่างเคลื่อนย้ายผู้ป่วย สังเกตสีผิวบริเวณริมฝีปาก เล็บมือ เล็บเท้า และระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน ขณะเคลื่อนย้ายตลอดเวลา

5. ส่งต่อข้อมูลให้กับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม เกี่ยวกับการให้การระงับความรู้สึก ชนิดการผ่าตัด การเสียเลือด และภาวะแทรกซ้อนขณะให้การระงับความรู้สึกเพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจนจากการอุดกั้นทางเดินหายใจระหว่างเคลื่อนย้ายจากห้องพักฟื้นไปหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม อัตราการเต้นของหัวใจ 125 ครั้ง/นาที หายใจสม่ำเสมอ 30 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์

สรุปและอภิปรายผล

โรคลำไส้ใหญ่โป่งพองแต่กำเนิด(Hirschsprung’s Disease) สามารถตรวจพบได้ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงเด็กโต วิธีการรักษาคือการผ่าตัด Transanal endorectal Pull – through โดยสามารถผ่าตัดได้ตั้งแต่แรกเกิด ผลการผ่าตัดได้ผลดี อัตราการเสียชีวิตต่ำ สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติหลังการผ่าตัดแก้ไขแล้ว ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคลำไส้ใหญ่โป่งพองแต่กำเนิด(Hirschsprung’s Disease) ชนิดกลุ่มสั้นหลังคลอด 2 วัน แพทย์นัดผ่าตัดเมื่ออายุ 4 เดือน 17 วัน ภายใต้การระงับความรู้สึกทั่วตัว การผ่าตัดสำเร็จด้วยดี หลังผ่าตัดสามารถถอดท่อช่วยหายใจออกได้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังให้การระงับความรู้สึก ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลจำนวน 7 วัน

ความยุ่งยากในการดำเนินการ/ปัญหา/อุปสรรค

การระงับความรู้สึกเด็กทารกมีความละเอียดอ่อนทั้งด้านตัวผู้ป่วยซึ่งเป็นเด็กเล็ก อุปกรณ์ เครื่องมือ สารน้ำ เลือดส่วนประกอบของเลือด ยาที่ใช้ในทางวิสัญญี การเตรียมความพร้อมทางด้านตัวผู้ป่วย รวมถึงการสนับสนุนด้านจิตใจมารดาและญาติผู้ป่วย ผู้ป่วยรายนี้มีอายุหลังปฏิสนธิ 58 อาทิตย์ มีโอกาสจะเกิดภาวะหยุดหายใจหลังให้การระงับความรู้สึก ดังนั้นการเฝ้าระวังหลังผ่าตัด การส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยให้กับหอผู้ป่วยจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน วิสัญญีพยาบาลที่ให้การระงับความรู้สึกเด็กทารก รวมถึงเด็กทารกแรกเกิดในปัจจุบันยังไม่มีการฝึกอบรมด้านการพยาบาลวิสัญญีเด็กเล็ก เพื่อให้มีความรู้ ความสามารถ ในการดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กที่มารับการระงับความรู้สึก

ข้อเสนอแนะ

การจัดทำผลงานกรณีกรณีศึกษาเรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่โป่งพองแต่กำเนิดที่ได้การระงับความรู้สึกในการผ่าตัด-ต่อลำไส้ใหญ่ผ่านทางรูทวาร” พบว่ายังมีข้อจำกัดสำหรับพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โดยสามารถสรุปข้อค้นพบเพื่อ เสนอแนะเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดังนี้

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในเด็กทารกในช่วงการนำสลบและถอดท่อช่วยหายใจคือ ภาวะการอุดกลั้นทางเดินหายใจจากภาวะกล่องเสียงหดเกร็ง (Laryngo spasm) ซึ่งเกิดจากน้ำมูก และเสมหะจากการร้องไห้ในขณะรอเข้าห้องผ่าตัด ซึ่งใน ปัจจุบันทางโรงพยาบาลยังไม่มีจุดดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าห้องผ่าตัด (Pre operative room) เป็นสัดส่วนที่ชัดเจน ผู้ศึกษามีความเห็นว่าควรจัดพื้นที่การดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าห้องผ่าตัด โดยจัดพื้นที่สำหรับเด็กทารกและผู้ปกครองให้เป็นสัดส่วน มีของเล่นสำหรับเด็กแต่ละช่วงอายุ เพื่อให้เด็กคลายความกลัว ลดการร้องไห้ ไม่ตื่นตระหนก ลดภาวะแทรกซ้อนจากการอุดกลั้นทางเดินหายใจ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยขาดออกซิเจนและเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะเด็กทารกไม่สามารถทนต่อการขาดออกซิเจนได้ เนื่องจากมีออกซิเจนสำรองในปอดน้อย

เอกสารอ้างอิง

1. ประภา รัตนไชย, สมบูรณ์ เทียนทอง, สุปราณี นิรุตติศาสน์, วิชัย อิทธิชัยกุลฑล, ศสิกานต์ นิมมานรัชต์, ปิ่น ศรีประจิตติชัย, และคณะ. แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด (Clinical guidance for acute postoperative pain management). ม.ป.ท.: ม.ป.พ.; 2562. 10-5.
2. ปราณี ทู้ไพเราะ. คู่มือข้อวินิจฉัยการพยาบาล Handbook of nursing diagnosis. กรุงเทพฯ: NP press limited partnership; 2566. 164-74.
3. ไพเราะ กุรุพินฑารักษ์. คู่มือการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลำไส้ใหญ่โป่งพองแต่กำเนิด(Hirschsprung’s Disease) [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.; 2557 [เข้าถึงเมื่อ1ต.ค.2566]. เข้าถึงได้จาก:https://www.si.mahidol.ac.th/th/division/hph/admin/news_files/294_49_1.pdf
4. มานี รักษาเกียรติศักดิ์, เบญจรัตน์ หยกอุบล, กำแหง วัชรักษะ, ขนิษฐา ไกรประสิทธิ์ และปาริชาต อภิเดชากุล. ตำราวิสัญญีพื้นฐานและหน่วยงานปฏิบัติ Basic anesthesia and procedural unit. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศิริราช คณะแพทย์ศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560. 345-92.
5. รังสรรค์ นิรามิษ. Hirschsprung’s disease and allied disorders. วารสารกรมการแพทย์. 2561; (4):5-9.
6. ศิริวรรณ จิรสิริธรรม. ตำราวิทยาศาสตร์พื้นฐานทวิสัญญีวิทยารามาธิบดี(RAMATHIBODI TEXTBOOK OF BASIC SCIENCE IN ANESTHESIOLOGY). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559. 1132-47.
7. ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุคนธิ์. ตำราการพยาบาลเด็กเล่ม 2 (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่2). นนทบุรี: สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสซิ่ง; 2561. 1095-196.

8. สุปราณี นิรุตติศาสน์, ปรีดา ทัศนประดิษฐ. สาระสำคัญในการจัดการความปวด. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์แอนพับลิซซิ่ง จำกัด(มหาชน); 2559. 39-51.
9. อัครพล มุ่งนิรันดร์. โรคทางศัลยกรรมเด็กที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติผู้ป่วยนอก. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560. 175-91.
10. อัญชลี อัตชู, อักษร พลูปิติพร, มานี รักษาเกียรติศักดิ์, พรอรุณ เจริญราช และนรุตม์ เรืองอนกูล. การให้การระงับความรู้สึกในผู้ป่วยเด็ก. ตำราฟื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2558. 453-67.