

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมทอนซิลในเด็กอ้วนที่มีภาวะหยุดหายใจ

ขณะหลับ: กรณีศึกษา

(Nursing Care of Tonsillectomy in Obese Children with Obstructive Sleep Apnea: Case Study)

อรศศิ์ กรอบทอง

Ornsasi Krobtong

โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี

Inburi Hospital, Sing Buri Province

บทคัดย่อ

การผ่าตัดต่อมทอนซิลในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะอ้วน และมีข้อบ่งชี้ของภาวะหยุดหายใจขณะหลับ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินหายใจได้มาก ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและคุกคามชีวิตเกิดขึ้นได้ทั้งระหว่างและหลังการผ่าตัด ดังนั้นการให้การพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม และครอบคลุม ช่วยลดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมทอนซิลในเด็กที่มีภาวะอ้วน และหยุดหายใจขณะหลับ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมต่อไป กรณีศึกษา เป็นผู้ป่วยเด็กอายุ 7 ปี มาพบแพทย์ด้วยอาการหายใจเสียงดัง นอนกรน กลั้นหายใจและสะดุ้งตอนกลางคืนบ่อยครั้ง จากการซักประวัติและตรวจร่างกายพบดัชนีมวลกาย 38.89 ต่อมทอนซิลและอะดีนอยด์โต มีภาวะหยุดหายใจขณะหลับ แพทย์จึงให้การรักษาโดยการผ่าตัดต่อมทอนซิลด้วยวิธีดมยาสลบ การให้การพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจก่อนการผ่าตัด รวมทั้งการให้การพยาบาลใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ที่มุ่งเน้นการดูแลและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางเดินหายใจ เลือดออกในช่องคอ และการบรรเทาปวด ช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างและหลังการผ่าตัดได้ ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้ดี สามารถหายใจได้สะดวก ไม่มีอาการปวดสำคัญ มีเลือดออกจากแผลผ่าตัดเล็กน้อย มีอาการเจ็บคอเล็กน้อย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรงใดๆ จากกรณีศึกษา พบว่าการให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด รวมทั้งการให้ความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวก่อนกลับบ้านเป็นสิ่งที่ช่วยให้ประสิทธิภาพการรักษาดีขึ้น ผู้ป่วยฟื้นตัวได้ดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางเดินหายใจ การติดเชื้อ หรือมีเลือดออกที่แผลผ่าตัด และยังช่วยให้คุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น

คำสำคัญ: การพยาบาล, ผ่าตัดต่อมทอนซิล, ภาวะแทรกซ้อน, ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ, เด็กอ้วน

Abstracts

Tonsillectomy in pediatric patient who was indicated of obstructive sleep apnea syndrome and obesity is at an increased risk for respiratory system complications when compared with the surgery under indication of frequent infection. Serious and life-threatening complications can occur both during and after surgery. Therefore, proper and comprehensive nursing care helps to reduce the incidence of complications that may occur. The objective of this study was to determine the effectiveness of nursing care of tonsillectomy in child who is obese and

obstructive sleep apnea. An appropriate care can be standardized across all inpatient units and use for further care plan. A case study was a 7 year old child. He was presented at the hospital with harsh sound breathing, snoring and had frequently been startled in the middle of night. On history taking and physical examination found body mass index of 38.89, adenotonsillar hypertrophy and obstructive sleep apnea. The bilateral tonsillectomy under anesthetic procedure was then scheduled. The nursing care for physical and psychological preparations of pediatric patient and family in the preoperative phase and the management on breathing, bleeding, and pain relief within the first 24 h after surgery are important to reduce the complication on both peri- and post-operation. Patient could breathe easily, no choking, slight bleeding from the surgical wound, slight sore throat and did not have any serious complications. In this study, the comprehensive nursing on both pre- and post-operation together with the well education for home care helps to increase the efficacy of treatment, patient recovered well, did not has respiratory complication, surgical wound infection or secondary bleeding, moreover, it also promotes the quality of life for patient and family.

Keywords: Nursing care, tonsillectomy, complications, obstructive sleep apnea, obese children

บทนำ

ข้อบ่งชี้ที่สำคัญในการผ่าตัดต่อมทอนซิล (Tonsillectomy) คือ ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (obstructive sleep apnea) เนื่องจากมีต่อมทอนซิลโต (tonsillar hypertrophy) จนอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน และการอักเสบติดเชื้อที่ต่อมทอนซิลบ่อยครั้ง (recurrent tonsillitis)^(1,2) ต่อมทอนซิลเป็นกลุ่มเนื้อเยื่อน้ำเหลือง (lymphoid tissue) ที่ตั้งอยู่ในส่วนของคอหอย ซึ่งเป็นท่อทางเดินร่วมของระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินอาหาร ต่อมทอนซิล 2 ต่อมที่มองเห็นได้ชัดเจนเมื่อให้เด็กอ้าปากแลบลิ้น หรือใช้ไม้กดลิ้น ตั้งอยู่ด้านข้างของช่องปาก (Palatine tonsil) อีก 2 ต่อมตั้งอยู่ลึกลงไป ที่โคนลิ้น (lingual tonsil) และมีต่อมทอนซิลเดี่ยว ที่ตั้งอยู่ช่องหลังของโพรงจมูก (nasopharynx) เรียกว่าต่อมอดีนอยด์ (adenoid tonsil) ภายในต่อมทอนซิลมีเม็ดเลือดขาวหลายชนิด ทำหน้าที่หลักคอยดักจับ ทำลายเชื้อโรค และสารแปลกปลอมที่ผ่านเข้ามาในระบบทางเดินหายใจ หน้าร่องลงมาคือสร้างเซลล์ภูมิคุ้มกัน เนื่องจากต่อมทอนซิล ตั้งอยู่ในช่องปากซึ่งเป็นส่วนที่รับเชื้อได้ง่าย ทำให้

เกิดอักเสบได้บ่อยครั้ง เมื่อเชื้อโรคหรือสารก่อภูมิแพ้เข้าสู่ต่อมทอนซิลเซลล์เม็ดเลือดขาวในต่อม จะจับกินทำลายเชื้อโรค เนื้อเยื่อของต่อมจะถูกกระตุ้นให้สร้างและหลั่งสารสื่ออักเสบ เนื้อเยื่อที่บาดเจ็บหรือถูกทำลาย จะถูกแทนที่ด้วยเนื้อเยื่อพังผืด (fibrosis)⁽³⁾ เมื่อต่อมทั้งสองเกิดการอักเสบบ่อยครั้งจึงมีการขยายขนาดขึ้น และทำให้เกิดพยาธิสภาพต่าง ๆ ตามมา อาการนำที่พบบ่อยคือ คัดจมูก เสียงอู้อ้อหรือเสียงขึ้นจมูก หายใจทางปาก หายใจเสียงดัง ในกรณีที่ต่อมทอนซิลโตมากอาจทำให้เกิดการนอนกรน และมีภาวะหายใจลำบากเนื่องจากการอุดกั้นของทางเดินหายใจ โดยอาจมีการอุดกั้นทั้งหมดในช่วงระยะเวลาหนึ่ง (apnea) หรือการอุดกั้นบางส่วนเป็นระยะเวลานานทำให้การหายใจเข้าแผ่วลง (hypopnea) ในเด็กที่มีดัชนีการหยุดหายใจและการหายใจแผ่วมากกว่า 1.5 (Apnea-hypopnea index, AHI) จะได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (obstructive sleep apnea, OSA)^(4,5) ซึ่งพบว่าต่อมทอนซิล และอะดีนอยด์โต ร่วมกับภาวะอ้วน เป็นสาเหตุสำคัญของภาวะหยุดหายใจขณะหลับ

ในเด็ก^(6,7) ในกลุ่มเด็กอ้วน พบมีรายงานของอุบัติการณ์ของภาวะหยุดหายใจขณะหลับ สูงถึง 37-46% ซึ่งพยาธิสภาพเกิดจากไขมันใต้ผิวหนังกดเบียดบริเวณลำคอทำให้ช่องว่างลำคอแคบลง ร่วมกับปริมาตรของช่องปอดที่ลดลงจากไขมันหน้าท้อง ทำให้แรงกระตุ้นในการหายใจขณะหลับลดลง⁽⁸⁾ และเมื่อมีการพร่องของออกซิเจนในขณะนอนหลับเด็กจะถูกกระตุ้นให้สะดุ้งตื่นเป็นช่วง ๆ กระทั่งต่อคุณภาพการนอนหลับ และการแลกเปลี่ยนก๊าซของร่างกาย และทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนทางด้านหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท ความจำ การเรียนรู้ การเจริญเติบโต รวมทั้งพฤติกรรมต่าง ๆ

ในกรณีที่ผู้ป่วยเด็กมีทอนซิลโต ร่วมกับอาการบ่งชี้ของภาวะหยุดหายใจขณะหลับ และมีภาวะอ้วนทางเลือกในการรักษาลำดับแรก คือ ตัดต่อมทอนซิล (Tonsillectomy) และหรือการตัดต่อมอดีนอยด์ออก (adenoidectomy)⁽⁹⁻¹¹⁾ จากรายงานการศึกษาทบทวนอย่างมีระบบ (systemic reviews) ของ Reckley และคณะ (2018) พบว่าการผ่าตัดทอนซิลเป็นทางเลือกอันดับแรกที่ทำให้ประสิทธิภาพการรักษาในผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้⁽¹²⁾ หลังผ่าตัดดัชนีการหยุดหายใจและการหายใจแผ่ว (AHI) ลดลง ระดับออกซิเจนต่ำสุดขณะหลับสูงขึ้น⁽¹³⁾ และไม่ส่งผลกระทบต่อระบบการภูมิคุ้มกันโรคของร่างกาย พบว่าหลังจากตัดต่อมทอนซิลออก ภูมิคุ้มกันจะลดลงชั่วคราวแต่ไม่ทำให้เกิดการติดเชื้อบ่อยขึ้นกว่าปกติ เนื่องจากบริเวณคอยังมีต่อมน้ำเหลืองอื่นที่ช่วยทำหน้าที่ในการต่อต้านเชื้อโรค⁽³⁾ นอกจากนี้จากรายงานของ Goldstein และคณะพบว่าอารมณ์ พฤติกรรมและคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีภาวะหยุดหายใจขณะหลับและได้รับการผ่าตัดต่อมทอนซิลดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ^(14,15) แม้การผ่าตัดต่อมทอนซิลจะเป็นหัตถการที่ไม่ซับซ้อนแต่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทั้งระหว่างและหลังการผ่าตัด พบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต่อมทอนซิลในเด็กอ้วน และมีภาวะหยุดหายใจขณะหลับพบได้สูงกว่าในเด็กที่ได้รับการผ่าตัดด้วยข้อบ่งชี้อื่น ๆ ^(16,17,18) เนื่องจากการผ่าตัดทอนซิลใช้วิธีดมยาสลบในการผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่อาจเกิดขึ้นได้ระหว่างผ่าตัด คือ การสำลักอาหารและน้ำเข้าสู่ปอด ดังนั้นการดูแลให้ผู้ป่วยเด็กงดน้ำและอาหารอย่างอย่างน้อย 6 ชั่วโมงก่อนการผ่าตัด จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องดูแลและเน้นย้ำผู้ปกครองให้ปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด คือ ภาวะแทรกซ้อนของระบบหายใจ เช่น การหายใจลำบากเนื่องจากอาการบวมของลิ้นและเพดานปาก การเกร็งตัวของกล่องเสียง มีค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงลดลง ต้องใช้แรงในการหายใจมากขึ้น มีเลือดออกที่แผลผ่าตัดอุดกั้นทางเดินหายใจ หรือจากปัจจัยเสี่ยงอื่นที่เกิดจากภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจรุนแรง ความอ้วน ความผิดปกติของระบบประสาทกล้ามเนื้อ⁽¹⁾ นอกจากนี้ยังมีอาการ คลื่นไส้อาเจียน ปวดแผล และภาวะขาดน้ำ ภายหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมงยังอาจเกิด secondary bleeding และมีอาการปวดแผลได้ในช่วง 2-3 วันแรก และอาจยาวนานถึง 2 สัปดาห์^(17,19) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานได้น้อยลง ส่งผลต่อการฟื้นฟูร่างกาย การหายของแผล นอกจากนี้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กยังมีข้อจำกัดในเรื่องการทำความเข้าใจ การให้ความร่วมมือ การสื่อสารที่ไม่ชัดเจน การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดที่ไม่ถูกต้องทำให้มีภาวะเสี่ยงต่อการอุดกั้นทางเดินหายใจซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่วิกฤตรุนแรงเป็นอันตรายต่อชีวิต ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการ และอาการแสดง มีศักยภาพในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดต่อมทอนซิล ทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด สามารถประเมินสภาพผู้ป่วยได้รวดเร็วเพื่อให้การพยาบาลที่ถูกต้องทันเวลา รวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหลังได้รับการรักษาพยาบาล การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมทอนซิล ในเด็กที่มีภาวะอ้วนและหยุดหายใจขณะหลับ และเพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมต่อไป

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป อาการสำคัญ และประวัติเจ็บป่วย ปัจจุบัน (Profile, chief complaint and present illness)

ผู้ป่วยเด็กอายุ 7 ปี รูปร่างอ้วน น้ำหนัก 58.6 กิโลกรัม ส่วนสูง 125 เซนติเมตร (ดัชนีมวลกาย, BMI 38.89) ผิวขาวเหลือง เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ การศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 25 มิถุนายน 2561 มาโรงพยาบาลด้วยอาการหายใจและนอนกรนเสียงดัง สะดุ้งตื่นเวลากลางคืนบ่อยครั้ง ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบันมีประวัตินอนกรนหายใจเสียงดังมาตั้งแต่เด็ก ไม่เคยรับการตรวจรักษามาก่อน เมื่อ 8 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล มาพบแพทย์ที่คลินิกหู คอ จมูกด้วยอาการนอนกรนมาก กลืนหายใจและสะดุ้งตื่นเกือบทุกคืน แพทย์ตรวจพบภาวะอ้วนต่อมทอนซิลและอะดีนอยด์โต และภาวะที่มีการตีบแคบลงของทางเดินหายใจ (Upper airway resistance syndrome) แนะนำให้ลดน้ำหนักและนัดติดตามเรื่องต่อมทอนซิลและอะดีนอยด์โต 2 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาลกลับมาพบแพทย์ด้วยอาการนอนกรนเสียงดังเพิ่มขึ้น นอนสะดุ้งตื่นบ่อยครั้งขึ้น ไม่สามารถควบคุมน้ำหนักได้ น้ำหนักเพิ่มขึ้นจากเดิม 7 กิโลกรัม 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลอาการนอนกรนเสียงดัง และสะดุ้งตื่นบ่อยครั้งทุกคืนไม่ทุเลาลง นอนหายใจไม่สะดวกต้องลุกมานั่งหายใจนาน 10-15 นาที และน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 1 กิโลกรัม แพทย์จึงพิจารณาให้การรักษาด้วยการผ่าตัด Tonsillectomy

การวินิจฉัยเบื้องต้น

1. ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (Obstructive Sleep Apnea, OSA)
2. ภาวะอ้วน (Obesity)
3. ต่อมทอนซิลและอะดีนอยด์โต (Hypertrophy of Tonsils with Hypertrophy Adenoid)

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และโรคประจำตัว

มารดาให้ประวัติกรวยไตตั้งตั้งแต่แรกเกิด ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลรามาริบัติจนอาการดีขึ้น ขณะนี้ไม่มีนัดตรวจติดตาม ผู้ป่วยเคยผ่าตัด Circumcision เมื่ออายุ 20 วัน มีโรคประจำตัว คือ ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (Iron deficiency anemia) ไม่ได้ตรวจรักษาต่อเนื่อง เนื่องจากไม่มีอาการผิดปกติ

การใช้ยาและการแพ้ยา

ไม่มียาประจำ ปฏิเสธการแพ้ยา อาหารและสารเคมี ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ปฏิเสธโรคติดต่อร้ายแรงและโรคทางพันธุกรรมอื่น ๆ

การประเมินสภาพร่างกาย จิตใจและสังคม

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รูปร่างอ้วน หายใจเสียงดังตลอดเวลา เหนื่อยง่าย ไม่มีเสียง Wheezing หรือเสียงเสมหะที่ทรวงอก มีอาการเจ็บคอมากเวลากินอาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง ตรวจร่างกายพบต่อมทอนซิลทั้งสองข้างโต (3+) อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ชีพจร 120 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 138/72 มิลลิเมตรปรอท ไม่พบภาวะซีด ไม่มีอาการตัวเหลือง ผู้ป่วยไม่ค่อยพูด วิดกกังวลและกลัวการทำผ่าตัด

แผนการรักษา

- ส่งปรึกษาวิสัญญีแพทย์เพื่อร่วมประเมินร่างกายก่อนทำผ่าตัด
- นัดนอนโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยหู คอ จมูก (25 มิ.ย. 2561)
- Set OR for tonsillectomy & adenoidectomy under general anesthesia (26 มิ.ย. 2561)
- CBC, renal function test, UA
- Film CXR
- Group matching จองเลือด Whole Blood 2 unit
- NPO ตั้งแต่ 24.00น.
- IV. fluid 5% NSS/3 500 ml rate 20 cc/h

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง :

- CBC: WBC 10.6×10^3 cell/mcL (สูง), RBC 5.25×10^6 cell/mcL, hemoglobin 12.3g/dl, HCT.39.9% (ต่ำ), MCV 76.0 fL(ต่ำ), MCH 23.4 pg (ต่ำ), MCHC 30.8 g/dl (ต่ำ), neutrophils 76.9%, eosinophils 3.3%, lymphocytes 17.7%, basophils 0.1%, monocytes 2.0%, RDW 13.3%, platelets 397,000/cumm, RBC morphology normochronic

- Renal function test: BUN 13 mg/dl, creatinine 0.42 mg/dl, GFR (CKD-EPI) 126.9 ml/min/1.73mm

- Chest X-ray ไม่พบหัวใจโต สภาพปอดปกติ

- EKG ปกติ

การทำผ่าตัดที่ได้รับ Tonsillectomy (26 มิ.ย. 2561) ระยะเวลาในการผ่าตัด 1 ชม. 25 นาที)

การให้ยาระงับความรู้สึก General anesthesia

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 29 มิ.ย. 2561

การพยาบาลก่อนการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1: ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวลเกี่ยวกับโรค และการทำผ่าตัด

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวคลายความวิตกกังวล ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยและครอบครัว มีสีหน้าผ่อนคลาย ให้ความร่วมมือการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. พูดคุยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ
2. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด

3. ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา ขั้นตอนการผ่าตัด การมีแผลในช่องคอ การได้รับสารน้ำอาการและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พูดคุยซักถาม ระบายความรู้สึก ความวิตกกังวล หรือข้อสงสัย และรับทราบข้อมูลตามแผนการรักษาพยาบาล

การประเมินผล ผู้ป่วยและครอบครัวมีสีหน้าผ่อนคลาย ให้ความร่วมมือในการรักษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2: มีภาวะเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัด

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล ไม่เกิดการสำลักเข้าปอด, ไม่เกิดการเสียดอกผิดปกติจากการทำผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. เตรียมความพร้อมของร่างกายก่อนการทำผ่าตัดและการดมยาสลบ

2. ดูแลให้ได้รับการตรวจเลือด การทำงานของไต ภาพถ่ายรังสีทรวงอก และการตรวจคลื่นหัวใจก่อนผ่าตัด

3. ดูแลให้ได้รับการตรวจประเมินสภาพร่างกายทางเดินหายใจ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากวิสัญญีแพทย์และพยาบาลเพื่อประเมินความพร้อมของร่างกาย และความเสี่ยงในการเข้ารับการผ่าตัดด้วยวิธีดมยาสลบ

4. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

- ดูแลให้ดื่มน้ำดื่มน้ำอย่างน้อย 6 ชม.

- แนะนำให้ทำความสะอาดร่างกาย และช่องปาก

เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนเรื่องการติดเชื้อ

- แนะนำให้รับประทานยาตามแผนการรักษา

5. ติดป้ายแจ้งเตือนการงดน้ำงดอาหาร รอผ่าตัดในบริเวณที่เห็นได้ชัดเจน

6. ดูแลให้ได้รับการตรวจความเข้มข้นของเลือดจางเลือด (whole blood) และมีเลือดสำรองเพียงพอตามแผนการรักษา

การประเมินผล สามารถรับการผ่าตัดได้ตามแผนการรักษา ไม่มีการสูดสำลักอาหารและน้ำ ไม่มีการเสียเลือดปริมาณมาก การไหลเวียนเลือดดี สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

การพยาบาลหลังการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3: ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน และทางเดินหายใจอุดตัน
วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนและทางเดินหายใจอุดตัน หลังการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีอาการแสดงของการหายใจลำบาก เช่นการกระสับกระส่าย แน่นอึดอัด หายใจไม่ออก, ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน $\geq 95\%$

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดท่านอนให้ศีรษะสูง
2. ตรวจและบันทึกวัดสัญญาณชีพ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด
3. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนทางจมูก 3 ลิตร/นาทีตามแผนการรักษา หากมีค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน $\leq 95\%$ และรายงานแพทย์
4. ประคบเย็นที่คอ แนะนำเรื่องการงดใช้เสียง เช่น ตะโกนดัง ๆ
5. ฝึการหายใจ ความรู้สึกตัว อาการหายใจลำบาก

การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการแสดงของการหายใจลำบาก อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 112/78 mmHg ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 97-99%

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4: ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกผิดปกติที่แผลผ่าตัด

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเลือดออกรุนแรงที่แผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีภาวะเลือดออกผิดปกติที่แผลผ่าตัด, ความดันโลหิต $\geq 90/60$, ชีพจร ≤ 120 ครั้ง/นาที

กิจกรรมการพยาบาล:

1. แนะนำไม่ให้ไอหรือขากเสมหะแรง ๆ
 2. จัดอาหารเหลว เย็นให้ผู้ป่วยแทนน้ำประเภทอาหารให้เหมาะสมตามอาการ
 3. สังเกตอาการเลือดออกโดยให้บ้วนน้ำลายใส่ภาชนะที่จัดเตรียมไว้
 4. ถ้ามีเลือดออกให้นอนพักและประคบเย็น
 5. ติดตามสัญญาณชีพตามเกณฑ์
- การประเมินผล** ไม่พบเลือดออกปนมากับน้ำลายหรือเสมหะ, ความดันโลหิต 112/78 MmHg ชีพจร 98 ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัด

วัตถุประสงค์การพยาบาล บรรเทาอาการเจ็บปวด
เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยมี Pain scale น้อยกว่า 3 และสามารถนอนหลับพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน จัดให้นอนตะแคง ดูแลความสะอาดช่องปาก
2. ประเมินอาการปวดแผลโดยใช้แผ่นภาพหน้าคน (face pain scale)
3. จัดสภาพแวดล้อมแวดล้อมให้เหมาะสม
4. จัดอาหารเหลวเย็น หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด

การประเมินผล วันที่ 1 และ 2 หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการปวดแผลในลำคอเวลากลืนน้ำลาย pain scale 3 อาการปวดบรรเทาได้ด้วยการรับประทานยาตามแผนการรักษา วันที่ 3 หลังผ่าตัด pain scale 1-2 พักผ่อนได้ดี ไม่ต้องใช้ยาแก้ปวด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6: ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อภายหลังผ่าตัด

วัตถุประสงค์การพยาบาล ป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล แผลผ่าตัดไม่มีอาการอักเสบ ปวด บวมมากขึ้น, อุณหภูมิร่างกาย ≤ 37.5 °C ชีพจร ≤ 120 ครั้ง/นาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำให้ผู้ป่วยบ้วนปาก กลั้วคอเบาๆ ด้วยน้ำเกลือปราศจากเชื้อ หรือน้ำสะอาดก่อนและหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง

2. สังเกตความผิดปกติของการติดเชื้อ เช่น อาการปวดบวม แดง ร้อนในช่องคอมากผิดปกติ อาการใช้สารคัดหลั่งออกจากแผล

3. แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตดู ลักษณะช่องคอ บริเวณแผลผ่าตัด สารคัดหลั่งจากแผลก่อนและหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง

4. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีใช้อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.5-36.8°C ไม่พบอาการแสดงของการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7: ผู้ป่วยเสี่ยงต่อพร่องสารน้ำและสารอาหาร

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและสารอาหารอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของการขาดน้ำ รับประทานตามปริมาณที่จัดให้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำแก่ผู้ป่วยตามแผนการรักษา

2. ปรีกษาโภชนาการจัดอาหารเหลวเย็นให้ผู้ป่วย

3. ประเมินการได้รับสารน้ำ และสารอาหารในแต่ละวัน ร่วมกับสังเกตอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ

การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีอาการขาดน้ำรับประทานที่จัดให้ได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8: ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ สามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเมื่อกลับบ้าน

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยและครอบครัวตอบคำถามเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้องและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่อกลับบ้าน

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำเรื่องการงดใช้เสียงดัง การร้อง หรือตะโกน ให้พูดคุยก่อนที่จำเป็น ในช่วง 7 วันหลังผ่าตัด

2. แนะนำเรื่องการรับประทานอาหารอ่อน รสจืด อาหารที่มีความเย็น เช่น ไอศกรีม น้ำเย็น ต่อเนื่องอย่างน้อย 7-14 วัน หลังผ่าตัด

3. แนะนำให้กลั้วคอ บ้วนปากทุกครั้งหลังการรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

4. แนะนำให้ดื่มน้ำวันละ 2,000 - 3,000 มิลลิลิตร

5. แนะนำให้หลีกเลี่ยงจากแหล่งชุมชน สถานที่มีคนแออัด ผู้คนควัน และผู้ที่ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

6. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องลักษณะแผลผ่าตัด ทอนซิล ว่าอาจจะมีฝ้าขาวปกคลุมที่แผลทั้ง 2 ข้าง ห้ามเช็ดหรือแกะออก เพราะจะทำให้เลือดออกได้ ฝ้าแผลจะหายได้เองใน 7-14 วัน และแผลผ่าตัดจะหายเป็นปกติใน 14-28 วัน

7. ถ้ามีเลือดออกมาก มีอาการอักเสบบวมในช่องคอ มีไข้ ให้รีบมาพบแพทย์

8. แนะนำให้รับประทานยาตามแพทย์สั่งจนหมด

9. แนะนำเรื่องการคุมกำเนิด การเลือกชนิดอาหารที่ควรรับประทาน และการออกกำลังกายเพื่อควบคุมดัชนีมวลกายให้เหมาะสม

10. แจ้งนัดตรวจแผล และฟังผลชิ้นเนื้อหลังผ่าตัด เพื่อติดตามผลการรักษา

การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติรับรู้และเข้าใจเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านและการมาตรวจตามนัด ไม่มีเลือดออกเพิ่มหลังกลับจากโรงพยาบาล รับประทานอาหาร และยาตามคำแนะนำได้ แผลผ่าตัดมีฝ้าขาวคลุมแผล แต่ไม่มีอาการบวมแดงรอบแผลผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการกรนลดลง ไม่สะดุ้งตื่น สามารถนอนหลับได้ดีขึ้น

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยเด็กอ้วนที่มีภาวะหยุดหายใจขณะหลับที่สัมพันธ์กับการมีต่อมทอนซิลโต หลังได้รับการรักษาด้วยยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น หรือมีความรุนแรงมากขึ้น แพทย์จะแนะนำให้ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดต่อมทอนซิลทั้งสองข้างออก ซึ่งเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพ โดยทั่วไปแล้วการผ่าตัดจะช่วยให้อาการของภาวะหยุดหายใจขณะหลับดีขึ้น และลดจำนวนครั้งของการหยุดหายใจ ขณะหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติราวร้อยละ 85⁽¹⁷⁾ การผ่าตัดต่อมทอนซิลในกลุ่มเสี่ยงเช่น เด็กเล็ก เด็กที่มีภาวะอ้วน เด็กที่มีภาวะหยุดหายใจขณะหลับ พยาบาลต้องเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย และครอบครัวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ข้อมูลประวัติต่างๆ เช่น โรคประจำตัว ยาที่รับประทานประจำ การแพ้ยา และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นข้อมูลที่สำคัญในการประเมินความเสี่ยงในการผ่าตัด พยาบาลควรให้ความรู้และคำแนะนำที่ชัดเจนโดยเฉพาะการงดน้ำและอาหารก่อนการผ่าตัด เนื่องจากเด็กอ้วนมักจะหิวบ่อย รับประทานอาหารบ่อยครั้ง และอาจร้องขอ ซึ่งถ้าผู้ดูแลไม่เคร่งครัดจะเสี่ยงต่อการสูดสำลักระหว่างการดมยาสลบ⁽³⁾ จากกรณีศึกษาพบว่า การให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด รวมทั้งการให้ความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวก่อนกลับบ้านเป็นสิ่งที่ช่วยให้ประสิทธิภาพการรักษาดีขึ้น ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางเดินหายใจ ไม่มีการติดเชื้อ หรือมีเลือดออกที่แผลผ่าตัด ดังนั้นพยาบาลควรมีความสามารถในการประเมินสภาพผู้ป่วย วินิจฉัยปัญหาและจัดลำดับความสำคัญในการให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว จะช่วยป้องกันและแก้ไขการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตต่างๆ ไปได้อย่างปลอดภัย นอกจากนี้พยาบาลสามารถนำประสบการณ์ของผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญกับอาการเจ็บป่วยบ่อยครั้ง ความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น เช่น การกินอาหาร

ลำบาก การนอนหลับไม่เพียงพอ จนถึงการนำไปสู่การผ่าตัด มาใช้เป็นประเด็นในการพูดคุยให้ความรู้ เพื่อสร้างแรงจูงใจทั้งผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลเพื่อลดน้ำหนัก ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขลักษณะนิสัยการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายซึ่งจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวให้ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Gigante J. Tonsillectomy and adenoidectomy. *PEDIATR REV* 2005;26:199-203.
2. Patel HH, Straight CE, Lehman EB, Tanner M, Carr MM. Indications for tonsillectomy: a 10 year retrospective review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2014;78:2151-5.
3. ปารยะ อาศนะเสน. การผ่าตัดต่อมทอนซิล. *คลินิก* 2560;33,1277-81. [อินเทอร์เน็ต] วารสารหู คอ จมูก และโบทัน (ไทย). [เข้าถึงเมื่อ 29 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.rcot.org/2016/People/Detail/44>
4. อรุณวรรณ พฤทธิพันธุ์, วนพรอนันตเสรี และธีรเดช คุปตานนท์. การวินิจฉัยภาวะ OSA ในเด็ก. ใน อรุณวรรณ พฤทธิพันธุ์, สุชาติ ศรีทิพย์วรรณ และธีรเดช คุปตานนท์ บรรณาธิการ. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาเด็กที่นอนกรน และมีต่อมทอนซิลและหรืออะดีนอยด์โต. [อินเทอร์เน็ต] ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยและสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. [เข้าถึงเมื่อ 27 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaipediatrics.org/pages/Doctor/Detail/8/98>
5. Ruehland WR, Rochford PD, Dip G, O'Donoghue FJ, Pierce RJ, Singh P, Thornton AT. The new AASM criteria for scoring hypopneas: Impact on the apnea hypopnea index. *Sleep* 2009;32:150-7.

6. Kang KT, Chou CH, Weng WC, Lee PL, Hsu WC. Associations between adenotonsillar hypertrophy, age, and obesity in children with obstructive sleep apnea. *PLoS One* 2013;8:e78666.
7. Tal A, Obstructive sleep apnea syndrome: Pathophysiology and clinical characteristics. In: Sheldon SH, Ferber R, Kryger MH, Gozal D, editors. *Principles and Practice of Pediatric Sleep Medicine 2nd ed.* China: Elsevier Inc; 2014;p.215-20.
8. พิบูล วชิรลาภไพฑูริย์. การผ่าตัดต่อมทอนซิล, อะดีโนออยด์ ในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะอ้วนและหยุดหายใจขณะหลับ. *กุมารเวชสาร* 2552;16:133-4.
9. Baugh RF, Archer SM, Mitchell RB, Rosenfeld RM, Amin R, Burns JJ, et al. Clinical practice guideline: tonsillectomy in children. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2011;144:S1-30.
10. Marcus CL, Brooks LJ, Draper K A, Gozal D, Halbower AC, Jones J, et al. Diagnosis and management of childhood obstructive sleep apnea syndrome. *Pediatrics* 2012;130:e714-55.
11. Ward SLD, Perez IA. Treatment options in obstructive sleep apnea. In: Sheldon SH, Ferber R, Kryger MH, Gozal D, editors. *Principles and Practice of Pediatric Sleep Medicine 2nd ed.* China: Elsevier Inc; 2014;p.255-62.
12. Reckley LK, Fernandez-Salvador C Camacho M. The effect of tonsillectomy on obstructive sleep apnea: an overview of systematic reviews. *Nat Sci Sleep* 2018;10:105-10.
13. เฉลิมไทย เอกศิลป์, ประวิทย์เจตนชัย, นพรัตน์ธรรมศิริ. ภาวะ OSA ในเด็กอ้วน ใน อรุณวรรณ พงุทธิพันธุ์, สุชาติ ศรีทิพย์วรรณ และธีรเดช คุปตานนท์ บรรณาธิการ. *แนวทางการวินิจฉัยและรักษาเด็กที่นอนกรนและมีต่อมทอนซิลและหรืออะดีโนออยด์โต.* [อินเทอร์เน็ต] ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยและสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, 2558. [เข้าถึงเมื่อ 27 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaipediatrics.org/pages/Doctor/Detail/8/98>
14. Goldstein NA, Fatima M, Campbell TF, Rosenfeld RM. Child behavior and quality of life before and after tonsillectomy and adenoidectomy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002;128:770-5.
15. Marcus CL, Moore RH, Rosen CL, Giordani B, Garetz SL, Taylor HG, et al. A randomized trial of adenotonsillectomy for childhood sleep apnea. *N Engl J Med* 2013;368:2366-76.
16. Gozal D, Kheirandish-Gozal L. Sleep apnea in children - Treatment considerations. *Paediatr Respir Rev* 2006;7 Suppl 1:S58-61.
17. สุชาติ ศรีทิพย์วรรณ, กนกพร อุดมอิทธิพงศ์ และสุมาลี อ้นตระกูล. 2558. การรักษาผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะ OSA ใน อรุณวรรณ พงุทธิพันธุ์, สุชาติ ศรีทิพย์วรรณ และธีรเดช คุปตานนท์ บรรณาธิการ. *แนวทางการวินิจฉัยและรักษาเด็กที่นอนกรนและมีต่อมทอนซิลและหรืออะดีโนออยด์โต.* [อินเทอร์เน็ต] ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยและสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. [เข้าถึงเมื่อ 27 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaipediatrics.org/pages/Doctor/Detail/8/98>
18. Chan J, Edman JC, Koltai PJ. Obstructive sleep apnea in children. *Am Fam Physician.* 2004;69:1147-54.
19. Mitchell RB, Archer SM, Ishman SL, Rosenfeld RM, Coles S, Finestone SA, et al. Clinical practice guideline: Tonsillectomy in children (update)-executive summary. *Review Otolaryngol Head Neck Surg* 2019;160:187-205.