

การพยาบาลผู้ป่วยเป็นโรคอ้วนที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ในการทำผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารโดยใช้กล้องผ่านทางหน้าท้อง

ศิริพร ยุติธรรม

กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชลบุรี

บทคัดย่อ

การผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารเป็นวิธีหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยเป็นโรคอ้วนที่มีโรคอื่นร่วมด้วย ซึ่งรักษาโดยวิธีลดน้ำหนักชนิดอื่นแล้วไม่ได้ผล มักจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบบต่าง ๆ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง ความดันโลหิตสูง ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ โรคระบบทางเดินอาหาร รวมไปถึงสุขภาพจิต ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับยาระงับความรู้สึก จึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ขณะให้ยาระงับความรู้สึก ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางเดินหายใจ ภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก และการฟื้นจากยาสลบช้า เป็นต้น วิสัญญีพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย จึงต้องมีความรู้ในเรื่องของโรคที่ผู้ป่วยจะมาผ่าตัด และการพยาบาลให้การระงับความรู้สึกตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วย การวางแผนการเฝ้าระวังเพื่อให้ผู้ป่วย มีความปลอดภัยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึก จึงได้ทำการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกายในการทำผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารโดยใช้กล้องผ่านทางหน้าท้อง เปรียบเทียบจำนวน 2 ราย เพื่อแสดงให้เห็นแนวทางในการพยาบาล ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกายในการทำผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารโดยใช้กล้องผ่านทางหน้าท้อง

ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาที่ 1: หญิงไทยอายุ 23 ปี ให้ประวัติว่า 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลปวดจุกแน่นหน้าอก แพทย์วินิจฉัยว่า Morbid obesity with gall stone ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด Laparoscopic sleeve gastrectomy with cholecystectomy ใช้วิธีให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายขณะทำผ่าตัดพบความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด 95% หายใจได้ไม่เพียงพอขณะทำผ่าตัดและหลังผ่าตัดและมีอาการหนาวสั่นที่ห้องพักฟื้น รวมถึงมีอาการปวดแผลหลังผ่าตัด เนื่องจากการตัดนิ้วที่ถุงน้ำดีร่วมด้วย หลังจากการแก้ไขปัญหาก็ให้การพยาบาลช่วยเหลือจนปลอดภัย และทบทวนความรู้ก่อนกลับบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้ รวมรักษาที่โรงพยาบาลชลบุรี 7 วัน กรณีศึกษาที่ 2: ชายไทยอายุ 29 ปี แพทย์นัดมาผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหาร แพทย์วินิจฉัย Super morbid obesity รักษาโดยการผ่าตัด Laparoscopic sleeve gastrectomy มีความเสี่ยงในเรื่องการใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก ขณะนำสลบช่วยหายใจได้โดยใช้อุปกรณ์ช่วย และสามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้โดยวิธี Video laryngoscope ขณะผ่าตัดมีภาวะความดันโลหิตต่ำ 80/40 มิลลิเมตรปรอท เนื่องจากได้รับยา Amlodipine 5 มิลลิกรัมก่อนมาห้องผ่าตัด และความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำ 90% มีปัสสาวะออกน้อยขณะผ่าตัด หลังได้รับการดูแลรักษาจนปลอดภัย แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน รวมรักษาที่โรงพยาบาลชลบุรี 11 วัน

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วย, ยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกาย, การผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารโดยใช้กล้องผ่านทางหน้าท้อง

Abstract: Nursing Care for Morbid Obesity by General Anesthesia in Laparoscopic Sleeve Gastrectomy

Siriporn Yutithum, B.N.S

Nurse Anesthetist, Department of Anesthesiology Nurse,
Nursing Organization, Chonburi Hospital

Laparoscopic Sleeve gastrectomy is the treatment of choice for treating morbid obesity that failure from using other methods, Morbid obesity cause a various systemic diseases such as cardiovascular problems, Cerebrovascular disease, hypertension, obstructive sleep apnea, gastrointestinal problems and resulting increase complications in the general anesthesia procedure. Anesthetists nurse has an important role in providing nursing and anesthesia by use nursing procedures. For this reason, pre-anesthesia assessment, planning, and monitoring are very importance for the patient's safety and to prevent the post operative complications. This study is present 2 patients who underwent the Laparoscopic Sleeve Gastrectomy under general anesthesia. Result of study show Case study 1: Thai female 23 years old, her chief complaint is dyspepsia, 1 day before admission. The diagnosis was morbid obesity and gall stone. She was treated with LSG under GA. Intraoperative complications were hypoxia (O₂ sat 95%) and apnea. post operative complications in the recovery room were apnea, shivering and post operative pain due to combine Cholecystectomy. After solving the problems use nursing procedures to be safe and review the knowledge before returning home so that the patient can take care of himself. 7 days of admission in Chonburi Hospital. Case study 2: Thai male 29 years old. The physician given the diagnosis is super morbid obesity, then decide to the surgery for him. Evaluation found difficult intubation, ventilation in the general anesthesia and Video laryngoscope method was used to do the intubation. Intraoperative complications are hypotension (80/40 mmHg) due to Amlodipine 5 mg was given as a preoperative drug, hypoxia (O₂ sat 90%), oliguria in the second hour of operation, 11 days for admission in Chonburi Hospital.

Anesthetists nurse has an important role in providing nursing and anesthesia by use nursing procedures. For this reason, pre-anesthesia assessment, planning, and monitoring are very importance for the patient's safety and to prevent the postoperative complications.

Keywords: Nursing Care for Morbid obesity, General Anesthesia, Laparoscopic Sleeve Gastrectomy

บทนำ

ความอ้วน หรือ ภาวะอ้วนเป็นภาวะที่มีการเพิ่มขึ้นของน้ำหนัก หรือปริมาณไขมันในร่างกาย ปัจจุบันเป็นปัญหาสุขภาพโภชนาการที่พบมากที่สุดในโลก โดยผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักตัวเกิน มีค่าดัชนีมวลกาย 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร มี 6 พันล้านราย เป็นโรคอ้วน⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจและรายงานสุขภาพประชาชน โดยการตรวจร่างกาย คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปในปี พ.ศ.2552 พบว่ามีน้ำหนักเกินและอ้วนมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 2 เท่าในรอบทศวรรษ เมื่อเทียบกับ 10 ประเทศในเอเชีย ชายไทยอยู่ในอันดับ 4 หญิงอันดับ 2 โดยพบว่าความอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ โรคข้อเสื่อม ความพร่องทางภาวะจิตใจและสังคม⁽²⁾ เมื่อความอ้วนมากคู่กับโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ จึงเป็นทางเลือกสำหรับแพทย์ที่จะต้องพิจารณาผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารโดยใช้กล้องผ่านทางหน้าท้อง เนื่องจากผู้ป่วยมีพยาธิสภาพและสรีรวิทยาเปลี่ยนแปลงมาก และลดขนาดของแผลผ่าตัด จากสถิติการผ่าตัดในโรงพยาบาลชลบุรี พบว่า มีผู้ป่วยโรคอ้วนที่เข้ารับการรักษาในการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารโดยใช้กล้องผ่านทางหน้าท้อง เริ่มผ่าตัดมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2557 มีจำนวน 3 ราย ในปี พ.ศ.2558 เพิ่มขึ้นเป็น 8 ราย ปี พ.ศ.2559 เพิ่มขึ้นเป็น 10 ราย และสถิติผ่าตัด ในปี พ.ศ. 2560- 2563 ได้ทำผ่าตัดเพื่อลดขนาดกระเพาะอาหาร ผ่านทางหน้าท้องโดยได้รับการระบุความรู้สึกชนิดทั่วร่างกายจำนวน 27, 31, 9 และ 19 ราย ตามลำดับ⁽³⁾

การผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารโดยใช้กล้องผ่านทางหน้าท้องโดยการให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยโรคอ้วนมีความยุ่งยากและซับซ้อนมาก จึงต้องมีการเยี่ยมประเมินความพร้อมของผู้ป่วยเพื่อวางแผนการให้การพยาบาล ก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก การให้ยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกายทำให้ผู้ป่วยหมดสติชั่วคราว ป้องกันผู้ป่วยจากความเจ็บปวดในระหว่างการผ่าตัด หยุดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย ช่วยให้อาหารเนื้อคลายตัวเพื่อที่ศัลยแพทย์จะสามารถทำการผ่าตัดได้ และด้านจิตใจช่วยลดความวิตกกังวล ความเครียดของผู้ป่วย⁽⁴⁾

ดังนั้นบทบาทของวิสัญญีพยาบาลจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัยทุกกระบวนการในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนระหว่างให้การระงับความรู้สึก การจัดทำเพื่อการระงับความรู้สึกและขณะผ่าตัด การดูแลเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ระหว่างและหลังการให้ยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกาย ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในห้องพักฟื้น⁽⁵⁾ และส่งต่อในรายที่ต้องเข้าตึกวิกฤตหอบผู้ป่วยหนักไอซียู เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย รวมถึงการแนะนำการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดและการดูแลตัวเองที่บ้าน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกาย ในการทำผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารโดยใช้กล้องผ่านทางหน้าท้อง
2. เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรด้านวิสัญญีในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกายในการทำผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารโดยใช้กล้องผ่านทางหน้าท้อง

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในคนอ้วนที่มีผลต่อการให้ยาระงับความรู้สึก⁽⁶⁾

1. การเปลี่ยนแปลงในระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือด จากการเพิ่มขึ้นของไขมันที่บริเวณอวัยวะภายในต่าง ๆ เป็นสัดส่วนโดยตรงกับการเพิ่มขึ้นของ BMI จึงเป็นการเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จากการเพิ่มขึ้นของปริมาณเลือดทั้งหมดและเลือดที่ออกจากหัวใจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจวายทั้งด้านซ้ายและขวา ทำให้ปริมาณเลือดไหลกลับหัวใจลดลงจากหน้าท้องผู้ป่วยที่หนาตัวขึ้นและการไหลของเลือดดำ จากขาและร่างกายช่วงล่างที่ใหญ่โตขึ้นเพิ่มโอกาสเสี่ยงของการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำ

2. ระบบหายใจ การเพิ่มขึ้นของมวลกายและไขมันในร่างกายส่งผลให้เพิ่มความต้องการออกซิเจนและการเผาผลาญในร่างกายทำให้มีคาร์บอนไดออกไซด์มากขึ้นและมีภาวะคอตัน ไขมันสะสมที่คอหนาทำให้เกิดความลำบากในการช่วยหายใจด้วยหน้ากากออกซิเจน และการใส่ท่อช่วยหายใจ

3. ระบบประสาท เสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดและการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองเนื่องจากเลือดแข็งตัวได้ง่าย

4. การทำงานของไต ลดลงจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและเป็นเบาหวานร่วมด้วย

5. การทำงานของตับลดลงจากไขมันที่เพิ่มขึ้น เลือดแข็งตัวได้ง่าย ทำให้อุดหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองและหัวใจได้ง่าย ยาที่ขับถ่ายทางตับมีฤทธิ์นานขึ้น

6. ทางเมตาบอลิซึมและต่อมไร้ท่อ มีการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี เป็นเบาหวานง่ายและต่อมไทรอยด์ทำงานลดลง

7. การทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ มีปริมาณความเป็นกรดของน้ำย่อยในกระเพาะอาหารเพิ่มมากขึ้น เพิ่มโอกาสเกิดการดูดซึมได้ง่าย

การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของผู้ป่วยอ้วนที่มีผลต่อการให้ยาระงับความรู้สึก⁽⁷⁾

1. ผู้ป่วยโรคอ้วนมีการเปลี่ยนแปลงของทางเดินหายใจ จากการมีไขมันกดขวาง เช่น ก้มหน้าไม่ลง อ้าปากไม่ได้กว้าง แก้มย้วยมาก ลิ้นใหญ่ ทางหายใจในช่องปากแคบ เมื่อผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกจึงมีโอกาสสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบหายใจ คือ ทางเดินหายใจอุดตัน และใส่ท่อช่วยหายใจยาก

2. ระบบไหลเวียนเลือดและหัวใจผู้ป่วยโรคอ้วนร้อยละ 50 มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย และร้อยละ 5 – 10 มีความดันเลือดสูงมาก และยังพบโรคเบาหวานและหัวใจล้มเหลว การวัดความดันเลือดต้องใช้ pressure Cuff ที่มีขนาดเหมาะสม

3. ระบบทางเดินอาหาร ตับและตับอ่อน มักพบผู้ป่วยโรคอ้วนมีไขมันเกาะตับ (Fatty liver) นำไปสู่การเกิดตับแข็ง การทำงานของหูดท่ออาหารส่วนล่างลดลงร่วมกับมีปริมาณน้ำย่อยในกระเพาะอาหารสูงเกิดการสำลึกลำไส้ย่อยเข้าหลอดลมได้ง่ายขึ้น

4. ระบบอื่น ๆ ได้แก่ ภาวะข้อเสื่อม ข้ออักเสบ ความอ้วนทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวไม่ถนัด อาจล้มได้ง่าย การที่มีไขมันบริเวณผิวหนังมากทำให้การเปิดหลอดเลือดดำเพื่อให้สารน้ำทำได้ยาก

5. ด้านจิตใจ ในผู้ป่วยโรคอ้วนรุนแรงมักมีความรู้สึกซึมเศร้า ไม่มั่นใจในตนเอง และอายุรูปร่างของตนเอง

การประเมินสภาพและการเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึกเป็นสิ่งสำคัญ ถ้าเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนมีโอกาเป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยขณะได้รับยาระงับความรู้สึกได้ เช่น การสำลักน้ำและอาหารเข้าไปในทางเดินหายใจ ทำให้เกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 23 ปี ผู้ป่วยมีน้ำหนัก 103 กิโลกรัม สูง 162 เซนติเมตร ให้ประวัติว่า 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ปวดจุกแน่นหน้าอกด้านขวา ร่วมกับมีอาการเหนื่อย แน่นหน้าอก มาพบแพทย์วินิจฉัยว่า Morbid obesity with gall stone จึงต้องรักษาโดยการผ่าตัด Laparoscopic sleeve gastrectomy with cholecystectomy ผลการตรวจประเมินความเสี่ยงทางวิสัญญี พบว่า ASA CLASS 3 (BMI 39.3 กิโลกรัม/ตารางเมตร OSA (Obstructive Sleep Apnea) โดยประเมินตรวจ STOP – BANG = 4 เริ่มมีภาวะความดันโลหิตสูง และตรวจ Mallampati class 2 ไม่มีฟันโยก ฟันปลอม มีประวัติสูบบุหรี่ไฟฟ้ามา 5 เดือน หยุดได้ 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล เคยได้รับการผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดี เมื่อ 5 เดือนก่อน แต่ครั้งนี้ผู้ป่วยมีอาการเป็นซ้ำอีก จึงต้องได้รับการผ่าตัด และได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย General anesthesia แบบ Balance anesthesia ทำผ่าตัดผ่านอุ้งน้ำดี แกรับความดันโลหิต 131/99 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 86 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95% ในระยะนำสลบสามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้ ไม่มีปัญหาระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึก รวมระยะเวลาการผ่าตัด และการให้ยาระงับความรู้สึก 1 ชั่วโมง 45 นาที หลังเสร็จผ่าตัดสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ จึงส่งผู้ป่วยมาห้องพักฟื้น ผู้ป่วยตื่นดี หายใจได้เอง ยังต้องให้ออกซิเจน mask with bag 8 ลิตร/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98% มีอาการปวดแผล คะแนนความปวดระดับ 7 ได้รับยา Morphine 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ และมีหนาวสั่น ได้ให้ผ้าห่มอุ่นไอร้อน และยา Pethidine 20 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ อาการดีขึ้น หลังจากนั้นผู้ป่วย คลื่นไส้ อาเจียน ได้รับยา Ondansetron 8 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ จึงสงบและดีขึ้น ดูแลต่อเนื่องนาน 1 ชั่วโมง ได้ประเมินตามเกณฑ์ห้องพักฟื้น Modified Aldrete's Recovery score เท่ากับ 10 ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 86 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 - 100% มีท้องอืดเล็กน้อย แผลไม่มีเลือดซึม ได้รับสารน้ำ Ringer lactate 120 cc ทางหลอดเลือดดำ 150 ml/hr ระดับคะแนนความปวดลดลงเท่ากับ 2 ไม่มีอาการหนาวสั่น และไม่มีภาวะคลื่นไส้ อาเจียนอีก หายใจได้เองโดยไม่ต้องให้ออกซิเจน ส่งกลับหอผู้ป่วย ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99% หลังผ่าตัดมีปวดแผลเล็กน้อย หลังผ่าตัด 3 วัน ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมนอนโรงพยาบาลทั้งหมด 7 วัน

การพยาบาลระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

ปัญหาที่ 1 มีความวิตกกังวล กลัวการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล บอกกลัว เคยทำผ่าตัดครั้งก่อนแล้วมีอาการปวดแผลหลังจกดมยาสลบแล้ว และสอบถามเกี่ยวกับสิทธิการรักษา

วัตถุประสงค์ เพื่อคลายความวิตกกังวล มีความพร้อมยอมรับการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายถึงการทำผ่าตัดโดยการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยจะหลับขณะผ่าตัด มีพยาบาลวิสัญญีดูแลใกล้ชิดตลอดการผ่าตัด

2. อธิบายถึงความพร้อมของทีมแพทย์ผ่าตัด ทีมพยาบาลห้องผ่าตัดและทีมวิสัญญี ที่จะดูแลผู้ป่วยเมื่อมาทำผ่าตัด ขั้นตอนเมื่อมาถึงห้องผ่าตัด การเตรียมให้ยาระงับความรู้สึก ความจำเป็น ผลดีของการผ่าตัดและตำแหน่งแผล การปฏิบัติตนก่อนและหลังการได้รับยาระงับความรู้สึก รวมทั้งเรื่องสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าผู้ป่วยใช้ได้เนื่องจากมีโรคอื่นร่วมด้วย

3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย อธิบายพร้อมให้กำลังใจ และให้เซ็นใบยินยอมการผ่าตัด และการยินยอมให้ยาระงับความรู้สึก

การประเมินผล ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น เข้าใจยอมรับในการผ่าตัด ร่วมมือในการดูแล มีญาติมาเยี่ยม ให้กำลังใจในการผ่าตัด ทำให้มีความพร้อมในการผ่าตัดมากขึ้น เซ็นใบยินยอมการผ่าตัด และการให้ยาระงับความรู้สึกสามารถนอนหลับได้ก่อนวันมาผ่าตัด

การพยาบาลระยะให้ยาระงับความรู้สึก

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนและสำลักน้ำย่อยเข้าปอด

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยเป็นโรคอ้วนมีค่า BMI = 39 กิโลกรัม/ตารางเมตร ร่วมกับมีภาวะ OSA จากการประเมินการตรวจ STOP-BANG = 4 ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95%

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และป้องกันการสำลักน้ำ หรืออาหารเข้าปอด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบระยะเวลาการงดน้ำ และอาหารครบ 8 ชั่วโมง ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก
2. ให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน 100% นาน 5 นาที ทางหน้ากากช่วยหายใจและเตรียมอุปกรณ์ช่วยหายใจที่เหมาะสม
3. เตรียมอุปกรณ์ดูดเสมหะให้พร้อมใช้งาน ติดเครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด และเครื่องวัดคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออกตลอดเวลา ปรับการให้ยาระงับความรู้สึกให้เหมาะสม เพื่อรักษาความดันโลหิตให้อยู่ในช่วง 100/60 – 150/90 มิลลิเมตรปรอท ติดตามเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ตรวจสอบเครื่องช่วยหายใจ ไม่ให้มีการหัก พับ งอ รั่ว และระมัดระวังข้อต่อต่าง ๆ ไม่เกิดการหลุด ขณะให้การพยาบาล หรือปรับเปลี่ยนท่าขณะผ่าตัด ฟังปอดเพื่อให้ได้ยินเสียงปกติ

4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนทางท่อช่วยหายใจ ต่อเครื่องช่วยหายใจโดยตั้ง Mode Pressure Control ให้ออกซิเจน 60% เนื่องจากขณะให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจได้เอง

5. สังเกตเลือดที่ออกจากบาดแผล สีเล็บ ริมฝีปากไม่มีสีคล้ำ

การประเมินผล การพยาบาลระยะนำสลบ และใส่ท่อช่วยหายใจผ่านไปโดยราบรื่น ไม่มีการสำลักน้ำ หรืออาหารเข้าปอด ฟังปอดโล่งเท่ากันทั้งสองข้าง ไม่มีภาวะเขียว หรือพร่องออกซิเจน ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 – 100% ค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก 30 – 34 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 100/60 – 150/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 70 – 110 ครั้ง/นาที คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม

การพยาบาลระยะหลังได้รับยาระงับความรู้สึก

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงจากการหายใจไม่เพียงพอ

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยโรคอ้วนมีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ และการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 94% หายใจตื่นทรวงอกขยายตัวได้น้อย มีคางสั้น ลิ้นตก ไอและขับเสมหะได้น้อย

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะหายใจปกติ สามารถไอและขับเสมหะได้อย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันการขาดออกซิเจน

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดท่าผู้ป่วยให้นอนหนุนหมอนศีรษะต่ำ 45 องศา ตะแคงหน้าไปทางด้านซ้าย เพื่อเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง
2. ให้ออกซิเจน mask with bag 8 ลิตร/นาที่ สังเกตลักษณะหายใจและอัตราการหายใจ
3. ตรวจสอบสัญญาณชีพทุก 5 นาที โดยเฉพาะความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดตลอดเวลา
4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการไอ เพื่อขับเสมหะ หรือใช้เครื่องดูดเสมหะ
5. สังเกตสีผิว ปลายมือ ปลายเท้าไม่เขียวคล้ำ
6. ดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและเพื่อทราบถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย สามารถแก้ไขได้อย่างทันที่

การประเมินผล ผู้ป่วยหายใจได้เพียงพออย่างสม่ำเสมอ ทรวงอกขยับขึ้นลงดี ความอิ่มตัวของออกซิเจนขณะผู้ป่วยหายใจเองได้ 99% หายใจ 18 – 20 ครั้ง/นาที่ ชีพจร 80 – 90 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิต 100/70 – 140/90 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยไม่มีภาวะผิวกายเขียวและสีเล็บปกติแดงดี

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากภาวะหนาวสั่น

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัด อุณหภูมิต่ำกว่า 25 องศาเซลเซียส นาน 1 ชั่วโมง 50 นาที

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย ลดอาการหนาวสั่น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบเสื้อผ้าไม่เปียกชื้น ใช้ผ้าห่อลมร้อน ตั้งอุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส
2. ให้ออกซิเจนทาง mask with bag 6 ลิตร/นาที่
3. ให้ยา Pethidine 20 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ

การประเมินผล: ผู้ป่วยสุขสบาย นอนหลับได้ ร่างกายอบอุ่น ขณะส่งกลับหอผู้ป่วย ไม่มีอาการหนาวสั่น วัดอุณหภูมิกายผู้ป่วยได้ 36.5 องศาเซลเซียส

ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดเป็นรูที่หน้าท้อง 3 ตำแหน่ง แสดงสีหน้าเจ็บปวด นอนไม่หลับ ระดับคะแนนความปวดเท่ากับ 7

วัตถุประสงค์ เพื่อให้อาการปวดลดลง ผู้ป่วยสุขสบาย พักผ่อนได้มากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัว ไม่ดันอวัยวะในช่องอก

2. ปลุกเรียกผู้ป่วยให้รู้สึกตัว แจ้งให้ทราบว่าผ่าตัดเสร็จแล้วอยู่ในห้องพักฟื้น 1 ชั่วโมง พุดให้กำลังใจตามความต้องการของผู้ป่วย

3. ให้ยาแก้ปวด Morphine 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการจัดการความปวดที่ห้องพักฟื้น

4. แนะนำการไอที่ถูกวิธี โดยให้หายใจเข้าลึก ๆ แล้วไอออกมาแรง ๆ

การประเมินผล: เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวมากขึ้น หลังจากได้ยาระงับปวดเป็น Morphine 3 มิลลิกรัม แล้วผู้ป่วยสงบ ผู้ป่วยนอนพักผ่อนได้ คะแนนความปวดลดลง จาก 7 -> 5 -> 2 สามารถส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยได้

ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยมีภาวะคลื่นไส้ อาเจียน

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยผ่าตัดโดยใช้กล้องส่องผ่านทางหน้าท้อง มีการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าทางช่องท้อง วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย ลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง ประมาณ 45 องศา เพื่อลดความดันในช่องท้อง
2. จัดให้นอนตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อลดการสำลักน้ำย่อยเข้าปอด ขณะผู้ป่วยมีอาเจียน
3. ให้ยาลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็น Ondansetron 8 มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำ

การประเมินผล ผู้ป่วยอาเจียน 1 ครั้ง เป็นน้ำและลม หลังจัดท่าและให้ยาแก้คลื่นไส้ อาเจียน แล้วผู้ป่วยสุขสบายขึ้น ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้

ปัญหาที่ 5 ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหาร

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยเคยผ่านวุ้นในอุ้งน้ำดีมา 1 ครั้ง แต่ครั้งนี้มีการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารร่วมด้วย ผู้ป่วยสอบถามเรื่องการรับประทานอาหารว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไร

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจหลังทำผ่าตัด มีความมั่นใจในการปฏิบัติตนและดูแลตนเองได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงการปรับอาหารในชีวิตประจำวัน เนื่องจากหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารมีขนาดเล็กลง การดูดซึมสารอาหารได้น้อยลง ส่งผลให้คนไข้รับประทานอาหารได้น้อยลงกว่าเดิม และไม่ค่อยรู้สึกหิว เนื่องจากการผ่าตัดจะทำให้ฮอร์โมนที่ทำให้รู้สึกหิวลดลง มีฮอร์โมนที่ทำให้รู้สึกอิ่มมากขึ้น

2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็นในการดูแลตัวเองเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และต้องมีความตั้งใจในการดูแลตนเองต่อเนื่อง เพื่อไม่ให้น้ำหนักกลับไปขึ้นอีกครั้ง

3. ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารหลังผ่าตัด 1 วัน ต้องเคี้ยวให้ละเอียด โดยเคี้ยว 15 ครั้ง ต่อ 1 คำ ใช้เวลาในการรับประทานอาหารประมาณ 30 นาที จะทำให้การย่อยและดูดซึมอาหารได้ดีขึ้น โดยเริ่มรับประทานอาหารเป็นอาหารเหลวก่อน 2 สัปดาห์ จึงเริ่มอาหารอ่อนหลังสัปดาห์ที่ 2 เลือกรับประทานอาหารที่ดีมีประโยชน์ เน้นอาหารที่ให้โปรตีน เพื่อสร้างกล้ามเนื้อ และฝึกในทุกมือเพราะฝึกให้พลังงานต่ำ มีไฟเบอร์ เกลือแร่และวิตามินมาก

4. แนะนำผู้ป่วยให้ดื่มน้ำมาก ๆ ระยะแรกหลังผ่าตัด อย่างน้อยวันละ 1.5 ลิตร และในระยะยาววันละ 2-3 ลิตร เพื่อช่วยให้ไตทำงานได้ดี ป้องกันไม่ให้เกิดนิ่วในไต

5. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยทำงานที่ไม่ต้องออกแรงมาก ห้ามยกของหนัก ไม่ออกแรงหักโหมเป็นเวลาอย่างน้อย 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด

6. แนะนำให้มีการวางแผนการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ หลังกลับไปอยู่บ้าน โดยเพิ่มความหนักของการออกกำลังกายขึ้นเรื่อย ๆ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง
7. แนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนให้เพียงพอ การนอนหลับเพียงพอ 6-8 ชั่วโมง/วัน จะทำให้ร่างกายได้พักอย่างเพียงพอ ซ่อมแซมระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ระหว่างที่กำลังหลับ
8. แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น มีไข้ ปวดแน่นท้อง ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ถ้ามีอาการดังกล่าวต้องรีบมาพบแพทย์
9. อธิบายให้เห็นความสำคัญของการมาพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอตามนัด เพื่อปรับขนาดยาต่าง ๆ และรับประทานวิตามินและเกลือแร่ตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ โดยจะมีการดูแลผ่าตัดและตรวจเลือดเป็นระยะ ๆ

ผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 29 ปี มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเป็น 177 กิโลกรัม จาก 150 กิโลกรัม ภายใน 1 เดือน แพทย์วินิจฉัย Super morbid obesity รักษาโดยการผ่าตัด Laparoscopic sleeve gastrectomy ก่อนผ่าตัด พบว่ามีประวัติ ความดันโลหิตสูงและเบาหวานร่วมด้วย ปรีกษาอายุรแพทย์ ให้เห็นว่าสามารถผ่าตัดได้ จากการประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยทางวิสัญญี ก่อนให้ยาระงับความรู้สึกอยู่ใน ASA class 4 (BMI 54.6 กิโลกรัม/ตารางเมตร ความดันโลหิตสูง เบาหวาน OSA (Obstructive Sleep Apnea) โดยประเมินการตรวจ STOP – BANG = 6 ตรวจ Mallampati class 3 ไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน ต้องได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกาย (General anesthesia) แบบ Balance anesthesia ทำผ่าตัดท่านอนหงาย ผู้ป่วยต้องได้รับการจัดทำศีรษะต่ำและขาสูง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงระบบไหลเวียนเลือดและระบบหายใจตลอดเวลา ได้รับยานำก่อนยาระงับความรู้สึก คือ Amlodipine 5 มิลลิกรัม 1 เม็ด ก่อนมาห้องผ่าตัด แกร็บ ความดันโลหิต 136/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 96% ในระยะนำสลบการใส่ท่อช่วยหายใจ ต้องเตรียมอุปกรณ์สำหรับใส่ท่อช่วยหายใจยาก สามารถใส่ท่อช่วยหายใจโดยใช้ Video laryngoscope with stylet ระยะเวลาการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึกรวม 2 ชั่วโมง 35 นาที ระหว่างผ่าตัดพบ ความดันโลหิตต่ำ 80/40 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 96 ครั้ง/นาที ได้รับยาเพิ่มความดันเป็น Ephedrine 12 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ความดันขึ้นเป็น 140/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 ครั้ง/นาที เสียเลือด 10 มิลลิลิตร มีปัสสาวะออก 20 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ได้รับสารน้ำเป็น NSS ทางหลอดเลือดดำ 400 มิลลิลิตร/ชั่วโมงเป็นปริมาณรวมทั้งหมด หลังเสร็จผ่าตัดสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ให้ออกซิเจน mask with bag 10 ลิตร/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98% ชีพจร 106 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อที่หอผู้ป่วยหนัก จากการตรวจเย็บม ผู้ป่วยได้รับ ออกซิเจน mask with bag 10 ลิตร/นาที นาน 2 วัน ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99% ขณะหลังยังมีค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำ 90% ต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจแรงและลึก หลังผ่าตัด 3 วันผู้ป่วยหายใจเองได้ โดยไม่ต้องใช้ออกซิเจนช่วย ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 96% และมีปัสสาวะน้อย หลังผ่าตัด 1 วัน ได้รับสารน้ำเป็น Ringer lactate 3500 มิลลิลิตร/วัน ปัสสาวะออก 100 มิลลิลิตร/ชั่วโมง สามารถถอดสายสวนปัสสาวะออกได้ ผู้ป่วยปัสสาวะเองได้ ไม่มีอาการปวด หรือแสบขัด สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 89 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/90 มิลลิเมตรปรอท ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นอนโรงพยาบาลทั้งหมด 11 วัน

การพยาบาลระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล กลัวการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีสีหน้ากังวล บอกกลัว เพราะไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน กลัวการต้องนอนอยู่โรงพยาบาลนาน เพราะเป็นหัวหน้าครอบครัว

วัตถุประสงค์ เพื่อคลายความวิตกกังวล และมีความพร้อมยอมรับการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายถึงการผ่าตัดโดยการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยจะหลับขณะผ่าตัด มีพยาบาลวิสัญญีดูแลใกล้ชิดตลอดการผ่าตัด

2. อธิบายถึงความพร้อมของทีมแพทย์ผ่าตัดและยังได้รับคำปรึกษาจากอายุรแพทย์ว่าผู้ป่วยสามารถได้รับการผ่าตัดได้ ทีมพยาบาลห้องผ่าตัดและทีมวิสัญญีที่จะดูแลผู้ป่วยเมื่อมาทำผ่าตัด ขั้นตอนเมื่อมาถึงห้องผ่าตัด การเตรียมให้ยาระงับความรู้สึก ความจำเป็น ผลดีของการผ่าตัดและตำแหน่งแผล การปฏิบัติตนก่อนและหลังการได้รับยาระงับความรู้สึก รวมทั้งเรื่องสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ป่วยใช้ได้เนื่องจากมีโรคอื่นร่วมด้วย

3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย อธิบายพร้อมให้กำลังใจ และให้เซ็นใบยินยอมการผ่าตัดและการยินยอมให้ยาระงับความรู้สึก

ประเมินผล ผู้ป่วยมีความเข้าใจมากขึ้น ให้ความร่วมมือในการรับฟัง ซักถาม มีความพร้อมในการผ่าตัดและรับการระงับความรู้สึกมากขึ้น ผู้ป่วยเซ็นใบยินยอมรับการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึก

การพยาบาลระยะให้ยาระงับความรู้สึก

ปัญหาที่ 1 มีภาวะเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนและสำลักน้ำย่อยเข้าปอดได้

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีค่า BMI = 54.6 กิโลกรัม/ตารางเมตร ร่วมกับมีภาวะ OSA จากการประเมิน STOP-BANG = 6 Mallampati class 3 ผู้ป่วยต้องได้รับยาสลบและยาหย่อนกล้ามเนื้อ ทำให้ไม่มี protective reflex

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และป้องกันการสำลักน้ำ หรืออาหารเข้าปอด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบระยะเวลาการงดน้ำและอาหาร 8 ชั่วโมง ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

2. ให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน 100% นาน 5 นาที ทางหน้ากากช่วยหายใจก่อนเริ่มให้นาสลบ

3. เตรียมอุปกรณ์เพิ่มในการช่วยใส่ท่อช่วยหายใจยาก laryngoscope ชนิด Macintosh blade No.4, Mc.Coy blade No.4, Video laryngoscope, laryngeal mask No.3, 4, Stylet และเตรียมสาย Suction No.14, 16 ให้พร้อมใช้งาน

4. เตรียมความพร้อมของทีมวิสัญญี วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล ที่มีประสบการณ์และความชำนาญ

5. ติดเครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดและเครื่องวัดคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออกตลอดเวลา

6. สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพอย่างน้อยทุก 5 นาที เพื่อเฝ้าระวังอาการผิดปกติ

การประเมินผล ผู้ป่วยในระยะนำสลบ สามารถช่วยหายใจได้ โดยใช้ Mask No.4 with Oral air way No.4 และสามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้ โดยใช้ Video laryngoscope with Stylet ไม่มีภาวะเขียว

หรือพร่องออกซิเจน ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98–100% ค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจ 30–40 มิลลิเมตรปรอท หลังจากใส่ท่อช่วยหายใจได้แล้ว ความดันโลหิต 100/60 – 170/100 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 70 – 110 ครั้ง/นาที ไม่มีการสำลักน้ำ หรืออาหารเข้าปอด ฟังเสียงปอดโล่งเท่ากัน ทั้งสองข้าง

ปัญหาที่ 2 มีภาวะความดันโลหิตต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนท่าตลอดเวลา ขณะทำผ่าตัดตามความถนัดของศัลยแพทย์ ปรับเตียงทั้งศีรษะสูงและต่ำมากกว่า 45 องศา ผู้ป่วยได้รับยา Amlodipine 5 มิลลิกรัม 1 เม็ด ก่อนมาห้องผ่าตัด ความดันโลหิต 80/40 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์ ป้องกันไม่ให้เกิดความดันโลหิตต่ำกว่าปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ปรับความเข้มข้นของยาดมสลบให้เพียงพอ โดยไม่ให้มีขนาดสูงเกินไป
2. ดูแลให้สารน้ำชดเชยให้เพียงพอเวลาผ่าตัด 2 ชั่วโมง 25 นาที เสียเลือด 10 มิลลิลิตร ได้รับสารน้ำ Ringer lactate ทางหลอดเลือดดำ 400 ml/hr เป็นปริมาณรวม 1200 ml มีปัสสาวะออก 110 มิลลิลิตร ให้ยา Ephedrine 6 มิลลิกรัมทางหลอดเลือด 2 ครั้ง ซึ่งเป็นยาเพิ่มความดัน
3. วัดสัญญาณชีพอย่างน้อยทุก 5 นาที หรือมีการเปลี่ยนแปลง วัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดตลอดเวลา

ประเมินผล ขณะให้ยาระงับความรู้สึกครึ่งชั่วโมง ความดันโลหิต 80/40 มิลลิเมตรปรอท ลดความเข้มข้นของยาดมสลบ Desflurane ลง และได้รับสารน้ำ Ringer lactate 400 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ให้ยาเพิ่มความดัน Ephedrine 6 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ 2 ครั้ง จากนั้น ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 100/60 – 140/100 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70 – 90 ครั้ง/นาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100%

ปัญหาที่ 3 ปัสสาวะออกน้อย

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะในห้องผ่าตัด ปริมาณปัสสาวะออก < 0.5 มิลลิลิตรต่อ กิโลกรัมต่อชั่วโมง ปัสสาวะมีสีเหลืองเข้ม

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ปัสสาวะออกตามปกติ 0.5 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง ตามจำนวนสารน้ำที่ให้ชดเชย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลการไหลของปัสสาวะสะดวกมาตามสาย รีดสายยาง เพื่อไม่ให้เกิดการตกตะกอน ดูแลสายปัสสาวะไม่ให้หัก พับ งอ และให้ต่ำกว่าระดับเตียงผ่าตัด สังเกตสีและลักษณะของปัสสาวะที่ออก วัดตวงปัสสาวะผู้ป่วยทุก 30 – 60 นาที
2. บันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาที ตลอดการผ่าตัด
3. ให้สารน้ำให้เพียงพอับความต้องการผู้ป่วยในขณะดื่มน้ำ งดอาหารก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด

ประเมินผล ผู้ป่วยได้รับสารน้ำขณะผ่าตัดไม่เพียงพอ จึงต้องมีการให้ที่หอผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยมีปัสสาวะออก 100 มิลลิลิตร/ชั่วโมง หลังจากให้สารน้ำเพิ่ม Ringer lactate 400 มิลลิลิตร/ชั่วโมง สัญญาณชีพปกติ อัตราการเต้นของหัวใจ 70 – 90 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 100/60 – 140/90 มิลลิเมตรปรอท

การพยาบาลระยะหลังได้รับยาระงับความรู้สึก

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการหายใจไม่เพียงพอ

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยที่อ้วนมีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับและการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย มีอัตราเสี่ยงสูงในกรณีที่จะต้องกลับมาใส่ท่อช่วยหายใจใหม่ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 94% หายใจตื้นทรวงอกขยายตัวได้น้อย มีคางสั้น ลิ้นตก ไอและขับเสมหะได้น้อย

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะการหายใจปกติ สามารถไอและขับเสมหะได้อย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันการขาดออกซิเจน

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดท่าผู้ป่วยให้นอนหนุนหมอนศีรษะต่ำ 45 องศา ตะแคงหน้าไปทางด้านซ้าย เพื่อเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง
2. ให้ออกซิเจน mask with bag 8 ลิตร/นาที่ สังเกตลักษณะหายใจและอัตราการหายใจ
3. ตรวจสอบสัญญาณชีพทุก 5 นาที โดยเฉพาะความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดตลอดเวลา
4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการไอ เพื่อขับเสมหะ หรือใช้เครื่องดูดเสมหะ
5. สังเกตสีผิว ปลายมือ ปลายเท้าไม่เขียวคล้ำ
6. ดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและเพื่อทราบถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย สามารถแก้ไขได้อย่างทันที่

การประเมินผล ผู้ป่วยหายใจเข้าได้เพียงพอ ทรวงอกขยับขึ้นลงตามการขยายตัวของช่องอกอย่างสม่ำเสมอ ความอิ่มตัวของออกซิเจนขณะผู้ป่วยหายใจเองได้ 99 % หายใจ 18 – 20 ครั้ง/นาที่ ชีพจร 80 – 90 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 100/70 – 140/90 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยไม่มีภาวะผิวหนังเขียวและสีเล็บปกติแดงดี

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดเป็นรูที่หน้าท้อง 3 ตำแหน่ง แสดงสีหน้าเจ็บปวด นอนไม่หลับ ระดับคะแนนความปวด เท่ากับ 7

วัตถุประสงค์ เพื่อให้อาการปวดลดลง ผู้ป่วยสุขสบาย พักผ่อนได้มากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัว ไม่ดันอวัยวะในช่องอก
2. ปลุกเรียกผู้ป่วยให้รู้สึกตัว แจ้งให้ทราบว่าผ่าตัดเสร็จแล้วอยู่ในห้องพักฟื้น 1 ชั่วโมง พุดให้กำลังใจถามความต้องการของผู้ป่วย
3. ให้ยาแก้ปวด Morphine 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการจัดการความปวดที่ห้องพักฟื้น
4. แนะนำการไอที่ถูกวิธี โดยให้หายใจเข้าลึก ๆ แล้วไอออกมาแรง ๆ

การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวมากขึ้นขณะนอนอยู่หรือผู้ป่วยหนักผู้ป่วยนอนพักผ่อนได้คะแนนความปวด เท่ากับ 2

ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหาร

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยไม่เคยผ่าตัดมาก่อน จึงไม่มั่นใจในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยสอบถามเรื่องการรับประทานอาหารว่าต้องเลือกหรือจำกัดการรับประทานอาหารหรือไม่

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจการปฏิบัติตัวหลังทำผ่าตัด มีความมั่นใจในการปฏิบัติตน และสามารถดูแลตนเองได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงการปรับอาหารในชีวิตประจำวัน เนื่องจากหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารมีขนาดเล็กลง การดูดซึมสารอาหารได้น้อยลง ส่งผลให้คนไข้รับประทานอาหารได้น้อยลงกว่าเดิมมาก และไม่ค่อยรู้สึกหิว เนื่องจากการผ่าตัดจะทำให้ฮอร์โมนที่ทำให้รู้สึกหิวลดลง มีฮอร์โมนที่ทำให้รู้สึกอิ่มมากขึ้น

2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็นในการดูแลตัวเองเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และต้องมีความตั้งใจในการดูแลตนเองต่อเนื่อง เพื่อไม่ให้น้ำหนักกลับไปขึ้นอีกครั้ง

3. ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารหลังผ่าตัด 1 วัน ต้องเคี้ยวให้ละเอียด โดยเคี้ยว 15 ครั้ง ต่อ 1 คำ ใช้เวลาในการรับประทานอาหารประมาณ 30 นาที จะทำให้การย่อยและดูดซึมอาหารได้ดีขึ้น โดยเริ่มรับประทานอาหารเป็นอาหารเหลวก่อน 2 สัปดาห์ จึงเริ่มอาหารอ่อนหลังสัปดาห์ที่ 2 เลือกรับประทานอาหารที่ดีมีประโยชน์ เน้นอาหารที่ให้โปรตีน เพื่อสร้างกล้ามเนื้อ และฝึกในทุกมื้อเพราะฝึกให้พลังงานต่ำ มีไฟเบอร์ เกลือแร่และวิตามินมาก

4. แนะนำผู้ป่วยให้ดื่มน้ำมาก ๆ ระยะแรกหลังผ่าตัด อย่างน้อยวันละ 1.5 ลิตร และในระยะยาว วันละ 2-3 ลิตร เพื่อช่วยให้ไตทำงานได้ดี ป้องกันไม่ให้เกิดนิ่วในไต

5. แนะนำให้ผู้ป่วยทำงานที่ไม่ต้องออกแรงมาก ห้ามยกของหนัก ไม่ออกแรงหักโหมเป็นเวลาอย่างน้อย 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด

6. แนะนำให้มีการวางแผนการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ หลังกลับไปอยู่บ้าน โดยเพิ่มความหนักของการออกกำลังกายขึ้นเรื่อยๆ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง

7. แนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนให้เพียงพอ การนอนหลับเพียงพอ 6-8 ชั่วโมง/วัน จะทำให้ร่างกายได้พักอย่างเพียงพอ ซ่อมแซมระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ระหว่างที่กำลังหลับ

8. แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น มีไข้ ปวดแน่นท้อง ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ถ้ามีอาการดังกล่าวต้องรีบมาพบแพทย์

9. อธิบายให้เห็นความสำคัญของการมาพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอตามนัด เพื่อปรับขนาดยาต่าง ๆ และรับประทานวิตามินและเกลือแร่ตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ โดยจะมีการดูแลผ่าตัดและตรวจเลือดเป็นระยะ ๆ

การประเมินผล ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น คลายความวิตกกังวล รับฟังคำแนะนำด้วยท่าทีสนใจ ชักถามปัญหาต่าง ๆ จนผู้ป่วยเข้าใจดี

จากการศึกษาดังกล่าว สามารถเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับการรับความรู้สึกร่างกายในการทำผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหาร โดยใช้กล้องผ่านทางหน้าท้อง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยเป็นโรคอ้วนที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในการทำผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหาร โดยใช้กล้องผ่านทางหน้าท้อง

เรื่อง	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	ผลการเปรียบเทียบ
1. การวินิจฉัย	Morbid obesity with gall stone	Super morbid obesity with Hypertension	ทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคอ้วนที่จำเป็นต้องผ่าตัด กรณีที่ 1 เป็นผู้หญิงมีโรคร่วมที่จะต้องได้รับการผ่าตัดอยู่แล้ว กรณีที่ 2 เป็นผู้ชายที่เป็นโรคอ้วนที่มีภาวะแทรกซ้อน จากโรคอื่น ๆ
2. สาเหตุ - สาเหตุหลักของโรคเกิดจากพฤติกรรมการบริโภค การไม่ออกกำลังกาย กรรมพันธุ์, ปัญหาสุขภาพ และยาบางชนิด	หญิงไทยอายุ 22 ปี BMI = 39.3 มีโรค gall stone ร่วมด้วย 1 วัน ก่อน น มา โรงพยาบาล มีปวด จุก แน่น ท้องและ เหนื่อยแน่นหน้าอก	ชายไทย อายุ 29 ปี BMI = 54.6 มีภาวะแทรกซ้อน จากโรคอ้วนลงพุงเป็น เบาหวาน ความดัน โลหิตสูง ต้องรับประทานยาตลอด	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคอ้วน กรณีที่ 1 เป็นผู้หญิงน้ำหนัก 103 กก. สูง 162 ซม. มีนิสัยชอบรับประทานอาหาร 4-5 มื้อ/วัน ดื่มเหล้าสุบะบุรี ตั้งแต่อายุ 18 ปี กรณีที่ 2 เป็นผู้ชาย อายุ 29 ปี น้ำหนัก 177 กก. สูง 180 ซม. มีประวัติสุบะบุรีนาน 10 ปี หยุดสุบะบุรีได้ 2 ปี ทำงานประจำวันละ 10 ชั่วโมงไม่มีเวลาออกกำลังกาย
3. การผ่าตัดรักษา	Laparoscopic sleeve gastrectomy with Cholecystectomy	Laparoscopic sleeve gastrectomy	กรณีที่ 1 ผู้ป่วยมาด้วยอาการจุกแน่นหน้าท้องแพทย์จึงผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารร่วมกับตัดนิ่วในถุงน้ำดี กรณีที่ 2 แพทย์นัดผู้ป่วยมาทำผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหาร
4. การประเมินความเสี่ยงทางวิสัญญี แบ่งเป็นกลุ่ม ได้ 6 กลุ่มตามพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ตั้งแต่แข็งแรงจนถึงมีภาวะสมองตาย	ASA class 3 (Morbid obesity) BMI = 39.3, OSA=6	ASA class 4 (Super morbid obesity) BMI = 54.6, HT, DM OSA = 4	ทั้ง 2 กรณีเป็นโรคอ้วน แต่กรณีที่ 2 มีความเสี่ยงต่อการได้รับยาระงับความรู้สึก เนื่องจากเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและมีน้ำหนักตัวที่มากเกินไป

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยเป็นโรคอ้วนที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในการทำผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหาร โดยใช้กล้องผ่านทางหน้าท้อง (ต่อ)

เรื่อง	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	ผลการเปรียบเทียบ
5. Mallampati classification เป็นการตรวจความสามารถในการเห็นโครงสร้างในช่องปากและคอ ช่วยการประเมิน difficult airway	Mallampati class 2	Mallampati class 3	กรณีที่ 2 มีความเสี่ยงทาง Air way มากกว่าต้องใช้ Oral airway No.4 ช่วยในผู้ป่วยขณะหลับ และสามารถใส่ท่อช่วยหายใจ โดยใช้ Video laryngoscope with Stylet กรณีที่ 1 ช่วยหายใจโดยใช้อุปกรณ์พื้นฐาน
6. วิธีการให้ยาระงับความรู้สึก	ใช้การให้ยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกายแบบ Balance และใช้ยาดมสลบเป็น Sevoflurane	ใช้การให้ยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกายแบบ Balance และใช้ยาดมสลบเป็น Desflurane	ทั้ง 2 รายเป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคอ้วน ผ่าตัดโดยวิธีเดียวกัน จึงให้ยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกายและผู้ป่วย กรณีที่ 2 เลือกใช้ Desflurane เนื่องจากเป็นตัวละลายในไขมันได้น้อยทำให้ทำให้ผู้ป่วยหลับได้เร็ว ไม่มีเหลือค้างในปอดและถุงลม
7. การใช้ยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด การเลือกใช้น้ำสลบยาหย่อนกล้ามเนื้อ ยาแก้ปวดจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้ป่วยทั้งสิ้น	ใช้ยา Propofol นำสลบ ใช้ยา Succinylcholine เป็นยาหย่อนกล้ามเนื้อสำหรับใส่ท่อช่วยหายใจและขณะผ่าตัดใช้ยาดมสลบ Sevoflurane ร่วมกับยาแก้ปวด Morphine	ใช้ยา Propofol นำสลบ ใช้ยา Rocuronium เป็นยาหย่อนกล้ามเนื้อสำหรับใส่ท่อช่วยหายใจและขณะผ่าตัดโดยใช้ยาดมสลบเป็น Desflurane ร่วมกับยาแก้ปวด Fentanyl	Propofol เป็นยาที่ใช้ได้ในผู้ป่วยอ้วน เพราะนำสลบได้เร็วและตื่นเร็ว ในกรณีผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจยาก สามารถปลุกให้ผู้ป่วยตื่นกลับมาหายใจเองได้ กรณีที่ 1 ผู้ป่วย BMI = 39.3 เคยผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึกมาก่อน มีอาการปวดแผลหลังผ่าตัด จึงใช้ยาดมสลบเป็น Sevoflurane และยาแก้ปวดเป็น Morphine ซึ่งมีฤทธิ์ยาวนานกว่า

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยเป็นโรคอ้วนที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในการทำผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหาร โดยใช้กล้องผ่านทางหน้าท้อง (ต่อ)

เรื่อง	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	ผลการเปรียบเทียบ
			กรณีที่ 2 ผู้ป่วย BMI = 54.6 มีความเสี่ยงด้าน Air way สูง จึงเลือกใช้ Rocuronium ซึ่งออกฤทธิ์ได้เร็ว สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้ในระยะสั้น ใช้ยาดมสลบเป็น Desflurane เนื่องจากหมดฤทธิ์เร็ว ทำให้ฟื้นจากยาดมสลบ ได้อย่างรวดเร็ว ใช้ยาแก้ปวด เป็น Fentanyl เพ ร า ะ มี ก า รเปลี่ยนแปลงระบบไหลเวียนน้อยกว่าMorphine เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย
8. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล - ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก	วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด และการระงับความรู้สึกกลัวปวดแผล	วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด และการระงับความรู้สึกกลัวไม่ฟื้นจากยาดมสลบ เพราะอ้วนมาก	กรณีที่ 1 วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและกลัวปวดแผลเนื่องจากต้องทำ 2 หัตถการ กรณีที่ 2 วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด และการได้รับยาระงับความรู้สึกกลัวไม่ฟื้นจากยาดมสลบ เนื่องจากการผ่าตัดครั้งแรก ซึ่งเหตุผลแตกต่างกันไปตามสภาวะผู้ป่วย ภายหลังการเยี่ยมผู้ป่วยทั้ง 2 มีความเข้าใจและยอมรับการผ่าตัดมากขึ้น

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในการทำผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหาร โดยใช้กล้องผ่านทางหน้าท้อง (ต่อ)

เรื่อง	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	ผลการเปรียบเทียบ
- ระยะให้ยาระงับความรู้สึก	เสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนและสำลักน้ำย่อยเข้าปอดจากภาวะเครียดและการมีปัญหาคือ difficult airway	เสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนและสำลักน้ำย่อยเข้าปอดจากภาวะเครียดและภาวะน้ำหนักเกินมาก ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนได้ไม่ดี	ทั้ง 2 กรณีมีความเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนและสำลักน้ำย่อยเข้าปอดจากภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ซึ่งในระยะนำสลบ กรณีที่ 2 จะมีความเสี่ยงมากกว่าจาก difficult airway
	ไม่เกิดความดันโลหิตต่ำ	ความดันโลหิตต่ำ อาจเนื่องจากได้รับประทาน ยาลดความดันมาก่อนผ่าตัด ทำให้ระบบไหลเวียนมีการเปลี่ยนแปลง	กรณีที่ 2 เกิดความดันโลหิตต่ำจากสภาวะของร่างกายและการได้รับยาลดความดันร่วมกับการได้รับยาระงับความรู้สึกและจากการเปลี่ยนท่าผ่าตัดบ่อย ๆ ทำให้ระบบการไหลเวียนมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา
	ใส่สายสวนปัสสาวะออกดี สีเหลืองใส	ใส่สายสวนปัสสาวะไว้ขณะผ่าตัดชั่วโมงที่ 2 ปัสสาวะออก 10 มิลลิลิตร/ชั่วโมง มีสีเหลืองเข้ม	กรณีที่ 2 ประเมินการให้สารน้ำ ไม่เพียงพอกับน้ำหนักผู้ป่วยและระยะเวลาการผ่าตัดของผู้ป่วยนานถึง 2 ชั่วโมง 35 นาที มีการให้สารน้ำ Ringer lactate 400 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ที่หอผู้ป่วยหนัก ปัสสาวะออก 100 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในการทำผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหาร โดยใช้กล้องผ่านทางหน้าท้อง (ต่อ)

เรื่อง	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	ผลการเปรียบเทียบ
- ระยะเวลาหลังให้ยาระงับความรู้สึก	อาจเกิดภาวะขาดออกซิเจนหลังพักฟื้นจากยาระงับความรู้สึกไม่พบ	อาจเกิดภาวะขาดออกซิเจนหลังพักฟื้นจากยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยหายใจได้น้อย ต้องเข้าหอผู้ป่วยหนัก ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 94%	เป็นภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจหลังให้ยาระงับความรู้สึกพบได้ในผู้ป่วยเป็นโรคอ้วน กรณีที่ 1 สามารถหายใจได้แรงดี สังเกตอาการในห้องพักฟื้นได้ กรณีที่ 2 หายใจได้น้อยไม่เพียงพอ ต้องให้ออกซิเจนความเข้มข้นสูง และสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดที่หอผู้ป่วยหนัก
	เกิดภาวะคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัด	ไม่เกิดภาวะคลื่นไส้ อาเจียน	กรณีที่ 1 ทำผ่าตัด 2 ชนิดร่วมกัน และได้รับยาแก้ปวด Morphine ซึ่งมีผลทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้ กรณีที่ 2 ผู้ป่วยกึ่งหลับและได้ยาแก้ปวดเป็น Fentanyl
	ปวดแผลขณะอยู่ในห้องพักฟื้น	หลับ ยังไม่ปวดแผล ขณะอยู่หอผู้ป่วยหนัก	กรณีที่ 1 ผู้ป่วยตื่นดี หายใจได้แรงขึ้น เริ่มมีการขยับตัวทำให้ปวดแผลผ่าตัดได้และทำผ่าตัดร่วมกัน 2 ชนิด กรณีที่ 2 ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนต่อเนื่องที่หอผู้ป่วยหนักต้องสังเกตการหายใจต่อ การได้รับยาแก้ปวดมากทำให้ผู้ป่วยหายใจช้าได้ ซึ่งยาแก้ปวดมีฤทธิ์กดการหายใจ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในการทำผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหาร โดยใช้กล้องผ่านทางหน้าท้อง (ต่อ)

เรื่อง	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	ผลการเปรียบเทียบ
	เกิดอาการหนาวสั่นขณะอยู่ในห้องพักฟื้น	ไม่พบอาการหนาวสั่นขณะอยู่ใน ห้องพักฟื้น	กรณีที่ 1 ผู้ป่วยตื่นดี หายใจได้เอง และแรง มีภาวะท้องอืด เนื่องจากมีก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ยังเหลือค้างอยู่มีผลทำให้ผู้ป่วยหนาวสั่นได้ จึงได้รับยาPethidine 20 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ร่วมกับให้ความอบอุ่นและให้ออกซิเจนร่วมด้วย เพื่อขับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ออกให้มากที่สุด กรณีที่ 2 ผู้ป่วยไม่หนาวสั่น ได้รับออกซิเจนตลอดเวลาและดูแลต่อเนื่องที่หอผู้ป่วยหนัก
	ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดที่บ้าน	ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดที่บ้าน กลัวรับประทานไม่ได้	ทั้ง 2 กรณี ขาดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด จึงได้ให้คำแนะนำด้านโภชนาการ และการออกกำลังกาย หลังแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน

บทสรุป การผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารผ่านกล้องทางหน้าท้องที่ทำให้กลับคืนสู่สภาวะปกติได้เร็ว สามารถลดภาวะแทรกซ้อน จากการให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยโรคอ้วน วิทยาลัยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้การผ่าตัดประสบความสำเร็จ จึงต้องมีการวางแผนที่รอบคอบ โดยการเตรียมพร้อมผู้ป่วย ทั้งสภาวะร่างกายและจิตใจ การเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ประเมินสภาพร่างกายและจิตใจ ให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการให้ยาระงับความรู้สึก การเฝ้าระวังปัญหาภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเป็นโรคอ้วนที่มีอุบัติการณ์สูงกว่าในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักปกติ โดยวิทยาลัยพยาบาลต้องตระหนักถึงการเตรียมพร้อมก่อนในการให้ยาระงับความรู้สึก ทั้งในด้านบุคลากรและอุปกรณ์ การช่วยเหลือเมื่อเกิดผลแทรกซ้อนขณะผ่าตัดและการดูแลระยะหลังผ่าตัด นอกจากนี้ความร่วมมือเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่อายุรแพทย์ ศัลยแพทย์ จิตแพทย์ วิสัญญีแพทย์ การพยาบาลทั้งในหอผู้ป่วยวิกฤตและทั่วไป การฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดและการแนะนำทางด้านโภชนาการ เป็นส่วนช่วยสนับสนุนที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยลดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization media care. Obesity and overweight Fact sheet. 2015 April 17. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/fs311/en>.
2. ทักษพล ธรรมรังสี. วิฤตปัญหาโรคอ้วน ภัยเศรษฐกิจ พืชสังคม : สถานการณ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 2554. 20(1).
3. แผนกวิสัญญีโรงพยาบาลชลบุรี. รายงานการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารผ่านกล้องทางหน้าท้องโดยการใส่ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย. 2562.
4. พรทิพย์ ศุภมณี, วิไลพรรณ สมบุญตนนท์, อุมพร ลัทธิกาวิบูลย์, และกิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์. ประสิทธิภาพของการเย็บเพื่อให้ความรู้ก่อนผ่าตัดต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดใหญ่ทางนรีเวชกรรม โรงพยาบาลศิริราช. วารสารพยาบาลศาสตร์, 2553. 28(1), 47-57.
5. จรียา เลิศอรรมณมณี. การระงับความรู้สึกสำหรับผู้ป่วยอ้วน. ในอังกาบ ปราการรัตน์, วิมลลักษณ์ สนั่นศิลป์, ศิริลักษณ์ สุขสมpong, ปฐิภาณ ตุ่มทอง. (บรรณาธิการ) ตำราวิสัญญีวิทยา พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ. 2556. 665-675.
6. Whitlock G, Learington S, Sherliker P, Clarke R, Emberson J, Halsey J, et al. Body-mass index and cause-specific mortality in 900000 adult : collaborative analysis of 57 prospective studies. Lancet 2009;373:1083-96.
7. Alberti KG, Zimmet P, Shaw J. The metabolic syndrome-a new worldwide definition. Lancet 2005;336:1059-62.