



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

ที่ ภก ๐๐๓๓.๒๐๓.๐๘๗

วันที่ ๗ มกราคม ๒๕๖๘

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

ข้าพเจ้า นางสาวบงกช น้อยสินธุ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ทำโครงการวิจัยเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องลดขนาดกระเพาะอาหารในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมและมีภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหารหลังผ่าตัด: กรณีศึกษา เนื่องจากโครงการวิจัยดังกล่าวได้ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว

ในการนี้ ข้าพเจ้าจึงขออนุญาตเผยแพร่ผลงานวิจัยผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นการเปิดเผยข้อมูลและการให้บริการสาธารณะผ่านระบบสารสนเทศของหน่วยงาน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบได้โปรดลงนามในแบบฟอร์มการขอเผยแพร่ฯ และอนุญาตให้เผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตต่อไป จะเป็นพระคุณยิ่ง

๒๖

(นางสาวบงกช น้อยสินธุ์)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ..... ๗๖๕๕

(นางกฤตพร เมืองพร้อม)

หัวหน้าพยาบาล

๐๗๒/๓.

(นายวิระศักดิ์ หล่อทองคำ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
๒๗ ก.พ. ๒๕๖๘

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนกลาง
ตามประกาศโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๖
สำหรับหน่วยงานในสังกัดโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อหน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

วัน/เดือน/ปี : ๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

หัวข้อ : การพยาบาลผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องลดขนาดกระเพาะอาหารในผู้ป่วย
ที่มีโรคร่วมและมีภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหารหลังผ่าตัด: กรณีศึกษา

Link ภายนอก :

หมายเหตุ :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล

25

(นางสาวบงกช นุ้ยสินธุ์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

ผู้พิจารณารับรอง

๓

(นายแพทย์ทัตปณ สัมปทณรักษ์)

ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการด้านวิจัยและพัฒนา

วันที่ *๒๑ ก.พ. ๒๕๖๘*

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่

กม

(นายวุฒิชัย ช่างคิด)

ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ

วันที่ *๒๗ ก.พ. ๒๕๖๘*

การพยาบาลผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องลดขนาดกระเพาะอาหารในผู้ป่วยที่มีโรคร่วม
และมีภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหารหลังผ่าตัด : กรณีศึกษา

(Nursing care of morbidly obese patients with comorbidities undergoing laparoscopic sleeve
gastrectomy complicated by postoperative bleeding : A case study)

บงกช นุ้ยสินธุ์ พว.*

Bongkot nuysin RN

บทคัดย่อ

บทนำ ภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหารหลังผ่าตัดโดยการส่องกล้องลดขนาดกระเพาะอาหาร เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ โดยมีรายงานอุบัติการณ์ การเกิด 0-4.0 % ซึ่งเป็นภาวะที่วินิจฉัยและจัดการให้ทัน่วงที่ได้ยาก ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น มีอัตราการเสียชีวิตมากขึ้น

วัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องลดขนาดกระเพาะอาหารที่มีโรคร่วมและบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเพื่อเป็นการความพร้อมก่อนผ่าตัด และการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพื่อเฝ้าระวังและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน

วิธีการดำเนินงาน คัดเลือกผู้ป่วยแบบเจาะจง 2 ราย โดยเป็นผู้ป่วยโรคอ้วนและมีโรคร่วม ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องลดขนาดกระเพาะอาหารและมีภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหารหลังผ่าตัด รับการรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษห้วงพอแฉ่ม 2 โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ในเดือนกันยายน ถึงเดือนตุลาคม 2566 เก็บข้อมูลพื้นฐานจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ผู้ป่วย ร่วมกับการประเมินโดยใช้แบบแผนสุขภาพตามกรอบแนวคิดกอร์ดอน 11 แบบแผน, ทฤษฎีระบบการพยาบาล แบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม และ กระบวนการพยาบาลในการให้การพยาบาล

ผลการศึกษา ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหารหลังผ่าตัด โดยการส่องกล้องลดขนาดกระเพาะอาหาร โดยรายที่ 2 มีภาวะรุนแรงกว่ามีการทำผ่าตัดซ้ำและภาวะช็อกจากการเสียเลือด วิเคราะห์พบทั้ง 2 ราย มีปัจจัยเสี่ยงเรื่องโรคร่วม แต่ทั้ง 2 ราย ได้รับการพยาบาลแบบองค์รวมและจำหน่ายกลับบ้านได้ โดยการสื่อสารและการร่วมมือประสานงานระหว่างทีมการแพทย์และบุคลากรทางการพยาบาล เน้นป้องกันภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อให้มีชีวิตอย่างมีคุณภาพ

สรุปและข้อเสนอแนะ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด และดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด จึงควรมีแนวทางการดูแลเพื่อเฝ้าระวังและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนการดูแลปัญหาทางการพยาบาลอื่น ๆ ตามบริบทของปัจเจกบุคคลของกรณีศึกษาทั้งสองรายแบบองค์รวม

คำสำคัญ : โรคอ้วน, การผ่าตัดส่องกล้องลดขนาดกระเพาะอาหาร, กระบวนการพยาบาล

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

Corresponding E-mail : mainuysin@gmail.com โทรศัพท์ 094-5932328

Abstract

Introduction : Postoperative bleeding following laparoscopic sleeve gastrectomy is a significant complication with a reported incidence of 0-4.0%. This condition is challenging to diagnose and manage promptly, resulting in prolonged hospitalization and increased mortality rates.

Objective : To compare case studies of obese patients with comorbidities who underwent laparoscopic sleeve gastrectomy and examine the nursing role in patient care, focusing on preoperative preparation and postoperative care to monitor and address complications.

Methods : Two specific cases were selected involving obese patients with comorbidities who underwent laparoscopic sleeve gastrectomy and experienced postoperative gastric bleeding. The patients were treated at Luang Por Chaem 2 Special Ward, Vachira Phuket Hospital from September to October 2023. Data was collected from medical records, patient interviews, and assessments using Gordon's 11 Functional Health Patterns, Orem's Supportive-Educative Nursing System Theory, and the nursing process.

Results : Both patients experienced postoperative gastric bleeding following laparoscopic sleeve gastrectomy. Case 2 was more severe, requiring reoperation and experiencing hemorrhagic shock. Analysis showed both cases had risk factors related to comorbidities. However, both patients received holistic nursing care and were successfully discharged. This was achieved through effective communication and coordination between medical teams and nursing staff, emphasizing complication prevention and proper self-care practices for quality of life.

Conclusion and Recommendations: Nurses play a crucial role in patient care, including preoperative preparation and postoperative care. Guidelines should be established for monitoring and managing potential complications, as well as addressing other nursing concerns within the context of individualized holistic care for both case studies.

Keywords : Obesity, Laparoscopic sleeve gastrectomy, Nursing process

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคอ้วน (Morbid obese patients) เป็นปัญหาสุขภาพทางสาธารณสุขในปัจจุบันที่สำคัญ ที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปัจจุบันประชากรโลกมากกว่า 1 พันล้านคน มีภาวะอ้วน (Obese) สำหรับประเทศไทย รายงานความชุกของภาวะอ้วน จากคลังข้อมูลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (HDC) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565 พบว่าคนไทยที่มีดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร มากถึงร้อยละ 33.99, 34.66 และ 34.85 (HDC, 2566) ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามต่อชีวิตอันเกิดขึ้นเนื่องจากโรคอ้วน ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย ≥ 40 กก./ม.2 และมีไขมันสะสมในร่างกายจำนวนมาก โดยเฉพาะบริเวณช่องท้องและอวัยวะ ก่อให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน ส่งผลทำให้เกิดกลุ่มโรคเมตาบอลิก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และเบาหวานชนิดที่ 2 ตามมานอกจากนี้อาจส่งผลให้มีระบบการหายใจที่ผิดปกติ ทำให้เกิดภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับได้ และยังก่อให้เกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ มากมาย รวมทั้งทำให้คุณภาพชีวิตลดลง และเพิ่มอุบัติการณ์การเจ็บป่วยและอัตราเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

การรักษาโรคอ้วนจะมุ่งเน้นการควบคุมน้ำหนักให้สมดุล ต้องอาศัยปัจจัยต่าง ๆ อาทิ เช่น การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การออกกำลังกาย การตระหนักในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง ภาวะโภชนาการที่เหมาะสม การจัดการด้านพฤติกรรม และภาวะจิตใจ หากมีการจัดการตามที่กล่าวมาแล้ว ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมน้ำหนักให้สมดุลได้ ก็จำเป็นต้องทำการรักษาด้วยการผ่าตัดแล้วแต่กรณี การผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุด และเป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลายทั่วโลก ซึ่งหลักการผ่าตัดมีหลายรูปแบบ คือ การจำกัดปริมาณกระเพาะอาหาร และการจำกัดปริมาณกระเพาะอาหารร่วมกับการลดการดูดซึมสารอาหาร และมีเทคนิคการผ่าตัดในปัจจุบันที่นิยม ในประเทศไทย 2 วิธี คือ การผ่าตัดโดยการส่องกล้องลดขนาดกระเพาะอาหาร (sleeve gastrectomy) และการผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วนร่วมกับการตัดต่อกระเพาะอาหารและลำไส้ (Roux-en-Y gastric bypass; RYGB) การผ่าตัดแต่ละวิธีจะประสบผลสำเร็จเมื่อผู้ป่วยสามารถคงสภาพการลดน้ำหนักส่วนเกินได้มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 ของน้ำหนักตั้งต้นก่อนผ่าตัด เนื่องจากบาดแผลมีขนาดเล็ก ผู้ป่วยปวดแผลน้อย และมีภาวะแทรกซ้อนน้อย และลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารผ่านการส่องกล้อง ต้องอาศัยศัลยแพทย์ที่เชี่ยวชาญเฉพาะทาง และพยาบาลต้องเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยและเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด โดยอัตราเสียชีวิตผู้ป่วยที่ได้รับผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารผ่านการส่องกล้อง อยู่ระหว่างร้อยละ 0.03-0.2 (Arterburn, Telem, Kushner, & Courcoulas, 2020) และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ร้อยละ 1-29 (Pavone, Gerundo, Pacilli, Fersini, Ambrosi, & Tartaglia, 2022) ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยหลังผ่าตัดระยะแรก (ภายใน 30 วัน) ได้แก่ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (Venous thromboembolism) Staple line leak Wound infection และ Gastrointestinal or intra-abdominal bleeding เป็นต้น (Arterburn et al., 2020)

ภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหารหลังผ่าตัดโดยการส่องกล้องลดขนาดกระเพาะอาหาร เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ โดยมีรายงานอุบัติการณ์ การเกิด 0-4.0 % ซึ่งเป็นภาวะที่วินิจฉัยและจัดการให้ทันท่วงที่ได้ยาก ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น มีอัตราการเสียชีวิตมากขึ้น (Serrot, Szomstein, & Rosenthal, 2020)

จากสถิติการผ่าตัดลดน้ำหนักในประเทศไทยปี พ.ศ. 2547-2553 พบจำนวน 420 ราย (พูนพงศ์ ทิมรัตน์, 2554) สำหรับโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ได้พัฒนาการผ่าตัดกระเพาะลดน้ำหนักมาอย่างต่อเนื่องปีพ.ศ. 2563-2566 พบจำนวน 320, 432, 619 และ 747 รายตามลำดับ (เวชสถิติโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต 2567)

สถิติหน่วยงานหลวงพ่อแخمมีจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการเพื่อทำผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหาร ปีพ.ศ. 2563-2566 พบจำนวน 158, 223, 349 และ 303 รายตามลำดับ

จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงนำเสนอกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคอ้วนกลุ่มเสี่ยงสูงจากโรคประจำตัวที่เข้ามารับการทำผ่าตัดลดขนาดของกระเพาะอาหาร (laparoscopic Sleeve gastrectomy) จำนวน 2 ราย ที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษหลวงพ่อแخم 2 โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ผู้ศึกษาได้นำ 1.แนวคิดการประเมินแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon, M,1994) แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (the theory of self-care) โดยใช้ทฤษฎีย่อยคือทฤษฎีระบบการพยาบาล ด้านทฤษฎีระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (สมจิต หนูเจริญกุล,2543) และ 2.กระบวนการพยาบาล เปรียบเทียบข้อมูลภาวะสุขภาพ นำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่การประเมินสภาพ วินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง วางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD โดยแบ่ง การพยาบาลเป็น 3 ระยะ คือระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด ระยะฟื้นฟูและวางแผนการจำหน่าย

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษากลุ่มผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องลดขนาดกระเพาะอาหารในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมและมีภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหารหลังผ่าตัด เพื่อเป็นแนวทางการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลตามมาตรฐานคุณภาพการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะที่นอนโรงพยาบาล ภายหลังจากพ้นภาวะวิกฤต เข้าสู่ระยะฟื้นฟูการวางแผนจำหน่ายเมื่อกลับบ้าน การประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติ ให้ความรู้คำแนะนำป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การดูแลตนเอง ให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมั่นใจในการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องลดขนาดกระเพาะอาหารในผู้ป่วยที่มีโรคร่วม และมีภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหารหลังผ่าตัด กรณีศึกษา 2 ราย
2. เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องลดขนาดกระเพาะอาหารในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมและมีภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหารหลังผ่าตัด โดยใช้กระบวนการพยาบาล

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากการศึกษารณีศึกษาที่ผ่านมา (retrospective case study) ใช้วิธีการคัดเลือกผู้ป่วยแบบเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ป่วยศัลยกรรมที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคอ้วนที่มีโรคประจำตัวร่วม และเข้ารักษาตัวในหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรมเพื่อทำการผ่าตัดโดยการส่องกล้องลดขนาดกระเพาะอาหาร โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ในช่วงเดือนกันยายน-ตุลาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 2 ราย กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก ๆ คือ

1. การประเมินสถานะสุขภาพผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยใช้กรอบแนวคิด 11 รูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health patterns) เป็นกรอบแนวคิด ของ มาร์จอร์รี่ กอร์ดอน (Gordon, 1994) ซึ่งแบ่งเป็น 11 หมวดหลักได้แก่ 1) การรับรู้ภาวะสุขภาพและการจัดการ 2) โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร 3) การขับถ่าย 4) กิจกรรมและการออกกำลังกาย 5) การพักผ่อนนอนหลับ 6) การรับรู้และความคิด 7) การรับรู้ตนเองและการดูแลตนเอง 8) บทบาทและความสัมพันธ์ 9) เพศสภาพและการสืบพันธุ์ 10) การปรับตัวและความเครียด 11) คุณค่าและความเชื่อ การใช้กรอบแนวคิดนี้จะช่วยให้การประเมินครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน ไม่ใช่เน้นแต่เพียงการดูแลด้านร่างกายเท่านั้น (Ladha & Sharma, 2021)

2. กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem,2001) (the theory of self-care) เป็นทฤษฎีที่ย่อยด้านทฤษฎีระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านการให้ความช่วยเหลือ 4 วิธี ได้แก่ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุนและการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดี (สมจิต หนูเจริญกุล,2543)

3. กระบวนการพยาบาล (nursing process) เป็นวิธีการที่เป็นระบบในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีแบบแผน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การประเมิน (assessment) การวินิจฉัย (diagnosis) การวางแผน (planning) การปฏิบัติ (implementation) และการประเมินผล (evaluation) นำมาประยุกต์ใช้ตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ (Potter et al., 2021)

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษากรณีศึกษา 2 ราย ได้ผ่านการขออนุญาตผู้ป่วย เพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา โดยขอความยินยอมด้วยลายลักษณ์อักษร เช่นตียินยอม ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษารณีศึกษา 2 กรณีนี้ ไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยและข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมศึกษาเป็นความลับ

กรณีศึกษารายที่ 1



หญิงไทย อายุ 39 ปีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 4 กันยายน 2566 case Morbid obesity น้ำหนัก 135 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 cms BMI = 49.6 แพทย์นัดมาทำผ่าตัด laparoscopic Sleeve gastrectomy โรคประจำตัวเป็นไขมันและความดันโลหิตสูง รับประทานยาประจำตัว Amlodipine (5mg) 1 เม็ดหลังอาหารเช้า, losartan (100mg) 1 เม็ดหลังอาหารเช้า, Hydralazine (25mg) 1 เม็ดหลังอาหารเช้า เคยใช้วิธีลดน้ำหนักมาหลายวิธี แต่ไม่สามารถลดได้ ชอบรับประทานขนมหวาน มีความกังวล และมีความเครียดง่าย การนอนหลับจะมีเสียงกรน มีอาการอ่อนเพลียบ่อยอยากนอนตลอดเวลา ต้องการมาทำผ่าตัดเพื่อลดโรครักษาสุขภาพ แพทย์ SET OR for Laparoscopic vertical gastropasty under GA 5 กันยายน เวลา 16.30 น. วันที่ 1 หลังผ่าตัด ญาติพุงลูกเดินเข้าห้องน้ำได้หลังจากเอาสายสวนปัสสาวะออก สีหน้าไม่สดชื่นประเมินความเจ็บปวด 5 คะแนนดูแล ให้ยาแก้ปวด Dynastat 1 amp iv q 12 hr ตามแผนการรักษาครบวันนี้ วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5-37.2 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 170/98-182/98 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 88-90ครั้งต่อนาที, อัตราการหายใจ 24-26 ครั้งต่อนาที, ค่าออกซิเจนในเลือด 88-93 % แผลผ่าตัด หน้าท้อง 5 จุด ปิดพลาสติกกันน้ำไว้ ไม่มีเลือด จุกแน่นท้องเล็กน้อยไม่ผายลม หายใจเหนื่อย ดูแลให้ดูแลให้ on O2 canular 3 LMP ไว้ รายงานแพทย์ศัลยกรรมให้ปรึกษาอายุรกรรมแพทย์ แพทย์อายุรกรรมสงสัยภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute kidney injury) และภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ (Obstructive Sleep Apnea) ให้เจาะเลือด ตรวจ ABG CBC BUN Cr LFT และส่ง CXR ให้ปรึกษา On CPAP ผลเลือดออก ระดับเม็ดเลือดขาว =14,300 cells/ul ความเข้มข้นเม็ดเลือดแดง=30.9 vol % PT=13.4 sec PTT=32.1 sec BUN=21 mg/dl Creatinin=1.49mg/dl GFR=33.8 sodium=135 mmol/l potassium=4.50 PH=7.370 Pco2=23.5 mmHg po2=60.0 mmHg Blood Gas analysis = 560.9 mmHg แพทย์เจ้าของไข้พิจารณาให้ load 0.9 % Normal saline 1000 มิลลิลิตรใน 2 ชั่วโมง และให้ PRC 2 Unit และใส่สายสวนปัสสาวะ ประเมินปัสสาวะให้มากกว่า 60 cc/hr แต่ผู้ป่วยปัสสาวะออก 30 cc/hr ซึ่งน้อยกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้และให้ส่งทำ CT whole abdomen emergency และ off clexane 60 mg sc สงสัยภาวะเลือดออกในท้อง เวลารายงานผล CT possibly small intra-peritoneal hematoma without obvious active contrast extravasation แพทย์รับทราบ มีเลือดออกในท้องไม่มากไม่ต้องทำผ่าตัดซ้ำ ให้ติดตามผล Lab อีกครั้ง หลังผ่าตัดวันที่ 2 ติดตามผล Het ทุก 4 ชั่วโมง ผล 31%, 32.8%, 33%, 31% ตามลำดับ BUN =15 mg/dl Creatinin=0.97mg/dl GFR=73.8 sodium=138 mmol/l potassium=3.90 mmol/l chloride=109mmol/l วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.6-37.0

เวลา 03.00 น. รายงานแพทย์ ให้เพิ่ม rate สารน้ำ 0.9 % Normal saline 1000 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำ ในอัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง นัดส่งทำ CT whole abdomen emergency และเจาะผลเลือดเพิ่ม ระดับเม็ดเลือดขาว = 17,280 cells/ul ความเข้มข้นเม็ดเลือดแดง = 35.7 vol % เกล็ดเลือด 349,000 ผล CT อ่านผล Moderate amount of hemoperitoneum / focal hyperdense collection hepatogastric area near surgical clips, suspected focal round shape contrast collection size about 0.8 cm (series 15, image 48), possible focal contrast extravasation. Angiography may give more information ผลมีเลือดออกในท้อง แพทย์ set or for Laparoscopic stop bleeding now กลับจากห้องผ่าตัด เวลา 10.15 น. ในเวรเข้าต่อมาใช้เวลาในการผ่าตัดรวม 2 ชั่วโมง 15 นาที EBL 1300 ml ได้ PRC 2 Unit ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักศีรษะสูง ติดตามสัญญาณชีพทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง ทุก 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง หลังจากนั้นทุก 1 ชั่วโมง จนสัญญาณชีพคงที่ ผู้ป่วยสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 90/62 - 100/68 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 70-92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ค่าออกซิเจนในเลือด 95-97 % ดูแลให้ on O₂ canular 3 LMP ไร่ แผลผ่าตัดหน้าท้อง 4 จุด ปิดพลาสติกกันน้ำไว้ ไม่มีสิ่งคัดหลั่งออกมา งดอาหารและน้ำ ให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาชนิด 0.9 % Normal saline 1000 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำ ในอัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และตาม FFP 1000 ml. ปัสสาวะจากสายไหลดี ประเมินทุก 4 ชม ให้มากกว่าหรือเท่ากับ 120 ml. ติดตามผล ดูแลให้ on O₂ canular 3 LMP ไร่ ติดตามผลเลือดหลังเลือดหมด Hct = 28 vol % หลังผ่าตัดวันที่ 1 สีหน้าไม่สดชื่น จุกแน่นท้อง ประเมินความเจ็บปวด 5 คะแนนดูแล ให้ยาแก้ปวด Dynastat 1 amp iv q 12 hr แพทย์มีคำสั่ง ให้เริ่มฉีดยา Clexane 60 mg SC ในวันพรุ่งนี้ และให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาชนิด 0.9 % Normal saline 1000 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำ ในอัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5-37.2 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 118/60-144/80 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 88-92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที, ค่าออกซิเจนในเลือด 96-98 % แผลผ่าตัดหน้าท้อง 5 จุด ปิดพลาสติกกันน้ำไว้ ไม่มีเลือดหรือสิ่งคัดหลั่งซึม หลังผ่าตัดวันที่ 2 ญาติพียงลูกเดินเข้าห้องน้ำได้หลังจากเอาสายสวน ปัสสาวะออก ประเมินความเจ็บปวด 5 คะแนนดูแล ให้ยาแก้ปวด Dynastat 1 amp iv q 12 hr. ครบตามแผนการรักษา แพทย์มีคำสั่ง จิบน้ำได้มากกว่า 1000 cc ให้หยุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำได้ และให้ส่งปรึกษานักโภชนาการเกี่ยวกับโปรแกรมการรับประทานหลังผ่าตัดและนักกายภาพบำบัด นักกายภาพฝึกการหายใจและออกกำลังกายตามโปรแกรม หลังผ่าตัดวันที่ 3 ผู้ป่วยสามารถลุกเดินทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง สีหน้าสดชื่น แพทย์อายุรกรรมต่อมไร้ท่อ ให้เริ่มนม once pro (1:1) 100 ml x 3 มื้อ และติดตามผลเลือด CBC BUN Cr electrolyte วันที่ 4 สีหน้าสดชื่น เริ่มอาหารเหลวและนม once pro ได้ ไม่อาเจียน และ ติดตามผลเลือดและรายงานแพทย์ ระดับเม็ดเลือดขาว = 10,840 cells/ul ความเข้มข้นเม็ดเลือดแดง = 33 vol % เกล็ดเลือด 397,000 cells/ul Blood Urea Nitrogen 8 mg/dl Creatinin 0.46 mg/dl sodium = 139 mmol/L potassium = 3.34mmol/L chloride = 109 mmol/L CO₂ = 14 mmol/L แพทย์พิจารณา ให้ ยา kcl elixir 30 ml 1 dose และอนุญาตให้กลับได้ ให้ยากลับบ้านเป็นยาเคลือบกระเพาะและวิตามิน และงดยาป้องกันลิ่มเลือด แพทย์ศัลยกรรมนัด อีก 2 อาทิตย์เพื่อติดตามอาการผลการรักษาและประเมินอาการอีกครั้ง 8 ธันวาคม 2566 แพทย์อายุรกรรมต่อมไร้ท่อประเมินความดันโลหิต ให้กลับได้ นัดติดตามอาการผลการรักษาและประเมินอาการอีกครั้ง 17 มกราคม 2567 รวมเวลาที่รักษาตัวในโรงพยาบาล 5 วัน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย (กรณีศึกษา)

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2	วิเคราะห์
เพศและอายุ	หญิงไทยอายุ 39 ปี อาชีพค้าขาย	หญิงไทย อายุ 34 ปี อาชีพพนักงานธุรกิจ	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นวัยกลางคน อายุใกล้เคียงกัน พบว่าอายุที่ เพิ่มขึ้น มีผลต่อการเกิดโรคอ้วน เนื่องจากอัตราการเผาผลาญ ลดลง
อาการสำคัญ	แพทย์นัดมาทำผ่าตัดลด ขนาดกระเพาะอาหาร เนื่องจากมีโรคประจำตัว และน้ำหนักมากเกินเกณฑ์ ปวดข้อเท้า เหนื่อยง่าย และนอนกรน	แพทย์นัดมาทำผ่าตัดลด ขนาดกระเพาะอาหาร เนื่องจากมีโรคประจำตัว และต้องการรูปร่างที่สวยงาม ส่งเสริมภาพลักษณ์	ทั้ง 2 ราย เป็นเคสที่ไม่เร่งด่วน ความจำเป็นต่างกัน รายที่ 1 น้ำหนักตัวมากกว่า มีโรคที่ ต้องการรักษาสุขภาพ รายที่ 2 เพื่อภาพลักษณ์และต้องการ หายจากโรคประจำตัว
โรคประจำตัว การผ่าตัด ประวัติการ ใช้ยา	- HT /DLP/Fatty liver 7 ปี Prediabetes (เพิ่งมาตรวจเจอ) รับประทานยาตลอด - ไม่เคยมีประวัติการผ่าตัด - Amlodipine (5mg) 1 เม็ดหลังอาหารเช้า - losartan (100mg) 1 เม็ดหลังอาหารเช้า - Hydralazine (25mg) 1 เม็ดหลังอาหารเช้า	- HT 5 ปี ซึ่ยอมรับประทานเอง ไม่ต่อเนื่อง - Migraine 10 ปี ซึ่ ยอมรับ รับประทานเองเมื่อมีอาการ - มีประวัติการผ่าตัดคลอด - Enalapril (20mg) 1/2 เม็ด หลังอาหารเช้า - Migana 1 เม็ด หลังอาหารเช้า - Ibuprofen (400mg) 1 เม็ด หลังอาหาร	ทั้ง 2 ราย มีโรคร่วมเหมือนกันที่ คือ ความดันโลหิต รายที่ 1 มีโรค ไขมันและน้ำตาลในเลือดสูง ร่วมด้วย โดยพบว่า ความอ้วน เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ระดับไขมัน ในเลือดผิดปกติ โดยเฉพาะ รายที่ 2 ไม่สามารถควบคุมโรคได้ เนื่องจาก ไม่ได้รักษาต่อเนื่อง ซึ่ยอมรับประทานเอง
ประวัติส่วน	ชอบรับประทานของทอด และน้ำหวานทุกวัน ไม่ ออกกำลังกาย มีอาการ อ่อนเพลียบ่อย ครอบครั แนะนำให้มาทำผ่าตัด เพื่อลด โรครักษาสุขภาพ	เป็นนักธุรกิจ การทำงานผ่าน ระบบออนไลน์ ใช้โทรศัพท์ ติดต่อกัน และการรับประทาน อาหารไม่เป็นเวลา ใช้ยาลด น้ำหนักมาตลอด ไม่มีเวลา ออกกำลังกาย	สาเหตุหลักของโรคอ้วน ทั้ง 2 ราย เกิดจากการใช้กิจกรรมทาง กายน้อย กรมพันธุ์ พฤติกรรมการ บริโภค การไม่ออกกำลังกาย ปัญหาสุขภาพ สิ่งแวดล้อม ปัจจุบันเทคโนโลยีสมัยใหม่ เข้ามามีบทบาทในการใช้ชีวิต เพิ่มมากขึ้น เช่น การทำงาน ผ่านระบบออนไลน์ จึงนำไปสู่ การเกิดโรคอ้วน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย (กรณีศึกษา) (ต่อ)

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2	วิเคราะห์
การวินิจฉัยเบื้องต้น	Morbid obesity with Hypertension with Dyslipidemia with Fatty liver disease น้ำหนัก 135 kg ส่วนสูง 160 cms BMI = 49.6	Morbid obesity with Hypertension น้ำหนัก 85.2 kg ส่วนสูง 160 cms BMI = 33.28	ทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคอ้วน และมีโรคประจำตัวแทรกซ้อน ส่งผลต่อการดำรงชีวิตพิจารณาให้ผ่าตัดได้ ทั้ง 2 ราย มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เนื่องจากพยาธิสภาพของร่างกายและโรคความดันโลหิตสูง
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติ	WBC = 6780 cells/ul Hct = 41.4 % Plt = 259,000 cells/ul FBS = 113 mg/dl HbA1C = 6.7 cholesterol = 145 mg/dl HDL = 55 mg/dl LDL = 71 mg/dl	WBC = 8190 cells/ul Hct = 41 % Plt = 323,000 cells/ul FBS = 107 mg/dl HbA1C = 5.6 % cholesterol = 260 mg/dl Triglyceride = 150 HDL = 44 mg/dl LDL = 74 mg/dl	ผลตรวจห้องปฏิบัติการ รายที่ 1 มีผลน้ำตาลในเลือดค่อนข้างสูง แพทย์วินิจฉัยครั้งนี้ว่ามีภาวะ Prediabetes (ภาวะสุขภาพที่เกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ) รายที่ 2 ผลเลือดมีค่าระดับไขมันในเลือดค่อนข้างสูง
การผ่าตัด	Laparoscopic vertical gastroplasty under GA วันที่ 5 กันยายน 2566 เวลา 16.30 น.	1.Laparoscopic vertical gastroplasty under GA 19 ต.ค. 2566 เวลา 16.30 น. 2.Laparoscopic stop bleeding วันที่ 20 ต.ค. 2566	ทั้ง 2 ราย แพทย์ทำผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหาร โดยการส่องกล้องเหมือนกัน
การผ่าตัด	 รูปแผลผ่าตัด 5 จุด	 รูปแผลผ่าตัด 4 จุด	รายที่ 1 แผลผ่าตัด 5 จุด เนื่องจากผู้ป่วยที่มีน้ำหนักมาก มีผนังหน้าท้องที่หนามาก และมีตับที่โตและหนัก ทำให้เป็นอุปสรรค รายที่ 2 น้ำหนักตัวไม่มากทำให้ไม่เป็นปัญหาในการทำผ่าตัด แต่ หลังผ่าตัดมีอาการจุกแน่นมากมีเลือดออกในท้อง แพทย์จึงต้องทำผ่าตัดครั้งที่ 2 เพื่อส่องกล้องหยุดเลือดในท้อง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย (กรณีศึกษา) (ต่อ)

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2	วิเคราะห์
ภาวะแทรกซ้อนและการรักษา	<p>ผู้ป่วยทำผ่าตัด Laparoscopic vertical gastroplasty หลังผ่าตัด 1 วัน ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย จุกแน่นท้องเล็กน้อย แพทย์ศัลยกรรมสงสัยภาวะpostoperative bleeding postop ให้ส่งทำ CT whole abdomen emergency และ off clexane 60 mg sc และให้ปรึกษาอายุรกรรม แพทย์อายุรกรรมสงสัยภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute kidney injury) และภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ (Obstructive Sleep Apnea) แพทย์ให้เจาะเลือดระดับพบว่า มีค่าไตผิดปกติและมีภาวะซีด เม็ดเลือดขาว=14,300 cells/ul ความเข้มข้นเม็ดเลือดแดง=30.9 vol % BUN = 21mg/dl Creatinin=1.49mg/dl GFR=33.8 PH=7.370 Pco2=23.5 mmHg po2= 60.0 mmHg แพทย์พิจารณาให้ load 0.9 % Normal saline 1000 มิลลิลิตรใน 2 ชั่วโมง ให้ PRC 2 Unit และต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ (Continuous Positive Airway Pressure)</p>	<p>ผู้ป่วยทำผ่าตัด Laparoscopic vertical gastroplasty หลังกลับจากผ่าตัดลงเตียง ผู้ป่วยบ่นปวดแน่น ท้อง ดูแลให้ยาแก้ปวด Dynastat 1 amp iv q 12 hr นอนพักได้ 3 ชั่วโมง หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีเริ่มมีอาการกระสับกระส่าย ปวดไหล่ซ้ายทะลุหลังคล้ายมีบางสิ่งทิ่มแทงนอนราบไม่ได้ ไม่ปวดแผลท้องไม่อึดติง วัดสัญญาณชีพปกติ ดูแลจัดท่านอนให้นอนศีรษะสูง ดูแลให้ on O2 canular 3 LMP ไว้ ประเมินแผลผ่าตัด และ observe Abdominal sign ความเจ็บปวดระดับ 6 คะแนน รายงานแพทย์ให้ ฉีดยา Morphine 3 mg ซ้ำอีกครั้ง และเจาะ Het = 42 % 6 ชั่วโมงต่อมาผู้ป่วยสีหน้าไม่สดชื่นปวดร้าวไปไหล่ซ้าย ทะลุหลัง จุกแน่นท้องมากขึ้น กระสับกระส่าย ท้องนูน ไม่มี guarding วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 149/97 มิลลิเมตรปรอท ซีฟจร 96 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ค่าออกซิเจนในเลือด 98 % แผลผ่าตัดหน้าท้อง 4 จุดไม่ซีม รายงานแพทย์ ให้เพิ่ม rate สารน้ำ 0.9 % Normal</p>	<p>ทั้ง 2 ราย มีโรคร่วม คือ ความดันโลหิตสูงเหมือนกัน อาจเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เลือดออกในท้องได้ ในรายที่ 1 แม้จะดูแลควบคุมโรคได้ดีกว่า แต่ยังพบว่า มีเลือดออกหลังผ่าตัดได้จำนวนไม่มากแพทย์จึงไม่ต้องทำผ่าตัดซ้ำเพื่อการหยุดเลือด ให้ได้สารน้ำและเลือดทดแทน แต่รายที่ 1 การทำงานของไตลดลงเฉียบพลัน จากภาวะแทรกซ้อนที่หลังผ่าตัดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเบาหวานร่วมด้วย และภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ (Obstructive Sleep Apnea) ร่วมกับการหายใจลำบาก เนื่องจากโรคอ้วน BMI=49.6 ทำให้มีไขมันที่สะสมในเนื้อเยื่อบริเวณรอบคอ (pharyngeal soft tissues) ซึ่งทำให้ทางเดินหายใจแคบลง ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (obstructive sleep apnea) มีภาวะนอนกรนก่อนทำผ่าตัด แต่ไม่เคยรักษามาก่อน หลังผ่าตัดจึงเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ หลังผ่าตัด แพทย์ให้ on CPAP 40% แทน on O2 canular จนควบคุมอาการได้เป็นปกติ รายที่ 2 ขณะทำผ่าตัด มีระดับความดันโลหิตสูงซึ่งยังควบคุมได้ไม่ดีปัญหาเรื่องความดันโลหิตสูง มีเหตุปัจจัย</p>

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย (กรณีศึกษา) (ต่อ)

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2	วิเคราะห์
	<p>CPAP 40% แทน on O2 canular ใส่สายสวน ปัสสาวะ ประเมินปัสสาวะ ให้มากกว่า 60 cc/hr ปัสสาวะออก 30 cc/hr ผล CT อ่านว่า possibly small intra-peritoneal hematoma without obvious active contrast extravasation รายงานแพทย์รับทราบ มีเลือดออกในท้องไม่มากไม่ ต้องทำผ่าตัดซ้ำ ให้ติดตามผล Lab วันที่ 2 หลังผ่าตัด ติดตามผล Het ทุก 4 ชั่วโมง ผล 31%, 32.8%, 33%, 31% ตามลำดับ หายใจไม่ เหนื่อย แพทย์พิจารณาให้ off CAPA จิบน้ำได้ ปัสสาวะได้ปกติ</p>	<p>saline 1000 มิลลิลิตรทาง หลอดเลือดดำ ในอัตรา 120 ให้ส่งทำ CT whole abdomen emergency และเจาะผลเลือดเพิ่มระดับเม็ด เลือดขาว=17,280 cells/ul ความเข้มข้นเม็ดเลือดแดง = 35.7 vol % CT whole อ่านผล moderate amount of hemoperitoneum แพทย์ set or for Laparoscopic stop bleeding now เป็น ครั้งที่ 2 ผ่าตัด EBL 1300 ml กลับจากห้องผ่าตัด ตอนเช้า ได้ PRC 2 Unit สารน้ำทาง หลอดเลือดดำตามแผนการ รักษาชนิด 0.9 % Normal saline 1000 มิลลิลิตรทาง หลอดเลือดดำ ในอัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และตาม FFP 1000 ml. ปัสสาวะ จากสายไหลดี ประเมินทุก 4 ชม ให้มากกว่าหรือเท่ากับ 120 ml. ติดตามผล ดูแลให้ on O2 canular 3 LMP ไว้ ติดตามผลเลือดหลังเลือด หมด Hct = 28 vol % หลัง ผ่าตัดวันที่ 2 ผู้ป่วยสามารถ ยืนข้างเตียง ญาติพยุงลุก เดินเข้าห้องน้ำได้หลังจาก เอาสายสวนปัสสาวะออก ประเมินความเจ็บปวด 5 คะแนนดูแลให้ยาแก้ปวด Dynastat 1 amp iv q 12 hr. ครอบคลุมตามแผนการรักษาหลัง ผ่าตัดวันที่ 3-4 แพทย์ให้ สารน้ำ ไม่ต้องให้เลือด ติดตามผลเลือดต่อ ยังมี</p>	<p>ที่ส่งเสริมให้เลือดออก และการเตรียมตัวก่อนมาทำ ผ่าตัดไม่ได้งดยา brufen ในกลุ่ม NSAIDs (दारारวรรณและคณะ,2019) เนื่องจากผู้ป่วยปวดไม่เกรน บ่อย ไม่สามารถหยุดยาได้ และลิ่มแข็งไว้ก่อนทำผ่าตัด ทำให้เกิดภาวะเลือดออกใน ช่องท้องจำนวน 1300 CC แพทย์รักษาโดย ทำผ่าตัด ส่องกล้องหยุดเลือดเป็นครั้งที่ 2 และหลังผ่าตัดรักษา โดยการให้เลือด PRC 2 Unit สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาชนิด 0.9 % Normal saline 1000 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำ ในอัตรา 120 มิลลิลิตรต่อ ชั่วโมง และตาม FFP 1000 ml ติดตามผลเลือด ติดตาม ประเมินการรับประทาน อาหาร จนอาการเข้าสู่ภาวะ ปลอดภัย ควบคุมได้</p>

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย (กรณีศึกษา) (ต่อ)

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2	วิเคราะห์
		อาการจุกแน่นท้องเล็กน้อย ไม่ผายลม แพทย์มีคำสั่ง จิบน้ำได้มากกว่า 1000 cc ให้หยุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำได้ ผู้ป่วยสามารถ ลุกเดินได้ดี ผลเลือดความเข้มข้นเม็ดเลือดแดง = 33 vol % potassium = 3.34 mmol/l แพทย์ พิจารณาให้ ยา kcl elixir 30 ml 1 dose เริ่มอาหารเหลว และนม once pro ได้ไม่อาเจียน	
ระยะเวลาอนนอน โรงพยาบาล	5 วัน	5 วัน	ระยะเวลาในการนอนพัก รักษาตัวเท่ากันทั้ง 2 ราย แต่รายที่ 1 หลังผ่าตัดต้องเฝ้าระวังการหายใจ เนื่องจากเกิดภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ (Obstructive Sleep Apnea) ภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute kidney injury) และภาวะ postoperative bleeding postop มีแพทย์ดูแลร่วมกัน ทั้งศัลยกรรมและอายุรกรรม แพทย์ไม่ต้องการผ่าตัดซ้ำ เรื่องการหายใจ ให้ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด (Continuous Positive Airway Pressure) ให้สารน้ำและเลือด และติดตามผลเลือด จนปกติ รายที่ 2 หลังทำผ่าตัดมีเลือดออกจำนวนมากกว่า แพทย์ต้องทำการผ่าตัดซ้ำ ครั้งที่ 2 เพื่อระงับเลือด เฝ้าระวังภาวะเลือดออกซ้ำและผลเกลือแร่ต่ำ ได้รับการรักษาอาการเข้าสู่ภาวะปกติจนปลอดภัย

ตารางที่ 2 ตารางการประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	รับรู้ว่าเป็นโรคอ้วน และมีโรคประจำตัว แต่ขาดการดูแลตนเอง วิดกกังวลเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วย และกลัวการผ่าตัดขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด มีความคาดหวังให้สุขภาพแข็งแรง ลดโรค	รับรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน และเรื่องความดันโลหิตสูง แต่ขาดความเข้าใจ ไม่ได้ดูแลตนเอง ไม่ได้รักษาต่อเนื่อง วิดกกังวลเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วยและการทำผ่าตัด มีความคาดหวังเรื่องภาพลักษณ์ ความสวยงามเนื่องจากต้องติดต่องาน ทำธุรกิจ
แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	รับประทานอาหารวันละ 4-5 มื้อ ไม่ควบคุมอาหาร น้ำหนักขึ้นง่าย หลังเข้ารับการรักษาต้องรับประทานอาหารตามโปรแกรมการผ่าตัดลดกระเพาะอาหาร สามารถจิบน้ำ อาหารเหลวได้ ไม่มีอาการคลื่นไส้	รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา กินอาหารทุกชนิดที่สะดวกในช่วงเวลาเร่งด่วน เนื่องจากทำงานธุรกิจ ไม่มีเวลา หลังเข้ารับการรักษามีอาการคลื่นไส้ ไม่อาเจียน มีปัญหาเกลือแร่ โดยเฉพาะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ได้รับการรักษาให้ยาและรับประทานอาหารเหลวได้
แบบแผนที่ 3 การขับของเสีย	ขับถ่ายอุจจาระปกติ หลังผ่าตัดใส่สายสวนปัสสาวะ เมื่อเอาสายปัสสาวะออกสามารถปัสสาวะได้ปกติ	ขับถ่ายอุจจาระยาก ท้องผูก หลังผ่าตัดใส่สายสวนปัสสาวะ และเมื่อเอาสายปัสสาวะออก สามารถปัสสาวะได้ปกติ
แบบแผนที่ 4 การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม	ไม่เคยออกกำลังกาย เนื่องจากน้ำหนักมาก เหนื่อยง่าย หลังผ่าตัดทำกิจกรรมได้บนเตียง ambulate เล็กน้อย	ไม่มีเวลาออกกำลังกาย หลังผ่าตัดสูญเสียเลือด ส่งผลต่อการทำกิจกรรม ambulate ได้เล็กน้อย อ่อนเพลีย
แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ	นอนวันละ 7 ชั่วโมง มีภาวะหยุดหายใจขณะหลับไม่ได้รับการรักษา	นอนวันละ 6 ชั่วโมง ไม่ค่อยหลับสนิท
แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้	จบการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 6 มีการรับรู้ ความเข้าใจปกติ	จบการศึกษาปริญญาตรี มีการรับรู้ ความเข้าใจปกติ
แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	รับรู้ภาวะเจ็บป่วยของตนเอง และไม่แน่ใจว่าจะหายจากโรค มีความวิตกกังวล และมีความเครียดสูงจากภาวะเจ็บป่วย การเจ็บป่วยต้องพึ่งพาสามี สามีมีผลต่อการตัดสินใจในการทำผ่าตัดครั้งนี้	รับรู้ภาวะเจ็บป่วยของตนเอง และไม่แน่ใจว่าจะหายจากโรค มีความกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย ให้ความสำคัญกับการมีคุณค่าพึ่งพาตนเอง และภาพลักษณ์ความสวยงาม
แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว	ทำงานค้าขายด้วยกันกับสามี มีความกังวลสูง มีบุตร 2 คน อยู่ในวัยเรียน ครอบครัวมีส่วนร่วมในตัดสินใจในการผ่าตัดรักษาครั้งนี้	ทำงานธุรกิจส่วนตัว มีบุตร 1 คน บุตรกำลังเรียนชั้นประถมที่ 4 การเจ็บป่วยในครั้งนี้ต้องพึ่งพาลาน สามีทำงานธุรกิจไม่ค่อยมีเวลาให้ครอบครัว
แบบแผนที่ 9 เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์	แสดงออกถึงเพศหญิงอย่างเหมาะสม แต่งงาน มีบุตร 2 คน	แสดงออกถึงเพศหญิงอย่างเหมาะสม แต่งงาน มีบุตร 1 คน

ตารางที่ 2 ตารางการประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (ต่อ)

11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด	ก่อนทำผ่าตัดผู้ป่วยจะมีความกังวลสูง เนื่องจากไม่เคยทำผ่าตัด มีสามีและครอบครัวคอยให้กำลังใจ	ผู้ป่วยสีหน้ากังวลขณะเข้ารับการรักษา และเครียด เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหลังทำผ่าตัดและทำผ่าตัดซ้ำ
แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ	มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ คือคนในครอบครัว จึงต้องรักษาสุขภาพตนเองให้ดี	นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญนานๆ ครั้ง ให้คุณค่าและเชื่อมั่นในตนเอง

สรุป

จากการประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบการประเมินสุขภาพ 11 แบบแผน Gordon และทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem,2001) เป็นแนวคิดที่แสดงถึงเอกลักษณ์ของวิชาการพยาบาลที่ชัดเจน ได้เน้นถึงการมีส่วนร่วมรับผิดชอบตนเองของผู้รับบริการเป็นการรับผิดชอบในการดูแลตนเองของผู้รับบริการ พยาบาลเป็นผู้วินิจฉัยออกแบบการพยาบาล วางแผนและปฏิบัติการเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองอย่างครบถ้วน ในภาวะที่ผู้ป่วยขาดการดูแลตนเองหรือต้องการการดูแลตนเอง ในภาวะที่มีการเบี่ยงเบนทางสุขภาพที่มีมากกว่าความสามารถในการดูแลตนเองแล้ว พยาบาลจะต้องใช้วิธีการและเทคนิคการช่วยเหลือต่าง ๆ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง จนสามารถดูแลตนเองได้ในที่สุด การนำทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม และแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน มาประยุกต์ใช้กับกระบวนการพยาบาล โดยมีความสอดคล้องกับทฤษฎีหรือศาสตร์อื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการตามมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ตามที่ได้ตั้งความคาดหวังไว้ให้เกิดกับผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ การประเมินภาวะสุขภาพพบปัญหาทั้ง 2 รายคล้ายกัน ได้แก่ ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก แบบแผนการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคอ้วน โรคประจำตัว คือความดันโลหิตสูง จึงเกิดความวิตกกังวลต่อสุขภาพ การเจ็บป่วย การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียดสูง กระทบต่อแบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร ส่วนปัญหาเกี่ยวกับการระบบหายใจ การพักผ่อนนอนหลับ พบใน (กรณีศึกษาที่ 1) มีอาการนอนกรนที่เป็นอยู่เดิมและไม่เคยตรวจรักษา หลังผ่าตัดมีภาวะแทรกซ้อนเลือดออกในกระเพาะอาหารเหมือนกัน จึงนำมากำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล ซึ่งการวินิจฉัยที่ดีเหมือนกันจะทำให้พยาบาลสามารถที่จะพัฒนาการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็ว มี ประสิทธิภาพ สอดคล้องกับกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ระยะเวลาให้ความรู้และการสนับสนุนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักขณะอยู่โรงพยาบาล ในระยะนี้ จะทำกิจกรรมในวันที่ 2 ภายหลังการผ่าตัดและวันก่อนจำหน่ายผู้ป่วย 1 วัน ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที ความรู้ที่ให้แก่ผู้ป่วยคือ ความรู้เรื่องโรคอ้วน ความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคอ้วนด้วยวิธีการผ่าตัด และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก ภายหลังการให้ความรู้ มีการกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด และมีการประเมินติดตามเป็นระยะ และ ระยะเวลาให้การสนับสนุนเมื่อกลับบ้าน ในระยะนี้ จะเป็นการกำกับติดตามเพื่อกระตุ้นเตือน และชี้แนะให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ การติดตามมาตรวจตามนัด การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ การประสานงานระหว่างทีมสุขภาพ แพทย์ พยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวแบบปกติได้เร็วขึ้น สอดคล้องกับความต้องการการเรียนรู้ และสภาพปัญหาที่ผู้ป่วยสนใจ ทุกระยะตั้งแต่การเตรียมก่อนทำผ่าตัด การพยาบาลหลังผ่าตัด การพยาบาลระยะฟื้นฟูและวางแผนจำหน่าย ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองได้ดีขึ้น เพื่อให้การพยาบาลได้เหมาะสมครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณและสังคม

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย นำมาวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะดังนี้

การพยาบาลก่อนทำการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก

ข้อมูลสนับสนุน

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยบอกว่ากลัวและกังวลการผ่าตัด เพราะยังไม่เคยผ่าตัด และการดมยาสลบมาก่อน จากการสังเกตผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล ขณะพูดคุยด้วย

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยบอกกังวล มีสีหน้าเครียดก่อนไป ห้องผ่าตัด

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล พร้อมการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึก

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบาย/ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับ พยาธิสภาพของโรค การผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึกสภาพร่างกายภายหลังผ่าตัด เช่น เครื่องปั๊มขาด้วยลมเพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน การมีแผลหน้าท้อง 4 -5 จุด การมีสายสวนปัสสาวะ การให้น้ำเกลือและการบรรเทาปวด

2. ประเมินแหล่งการติดเชื้ออื่น ๆ ในร่างกาย เช่น ฟันผุ ฝี ไข้หวัด หรือการติดเชื้อบริเวณอื่น ถ้าพบรายงานแพทย์เพื่อทำการรักษาก่อนผ่าตัด

3. การฝึกบริหารการหายใจโดยการใช้เครื่องบริหารการหายใจ (Tri flow spirometry) และในผู้ป่วยรายที่มีภาวะการหายใจผิดปกติ แพทย์จะแนะนำให้ผู้ป่วยให้ใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกอย่างต่อเนื่อง (CPAP) ขณะนอนหลับเพื่อป้องกันการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน

4. เตรียมความสะอาดของร่างกายทั่วไป

5. การดูแลผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับการฉีดยากลุ่ม heparin ที่มีน้ำหนักโมเลกุลต่ำ ปริมาณ 0.4 - 0.6 มิลลิลิตร เป็นเวลา 12 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำระหว่างผ่าตัด

6. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ สารอาหารและยาให้ครบตามแผนการรักษา

7. ตรวจสอบความพร้อมในเรื่อง การรับรู้และยอมรับการผ่าตัด พร้อมทั้งไปเซ็นชื่อยินยอมผ่าตัด เตรียมผล Lab, EKG, Film ตามแผนการรักษา -อุปกรณ์และยาที่ต้องเตรียมไปห้องผ่าตัด

8. งดอาหารและน้ำดื่มหลังเที่ยงคืนก่อนผ่าตัด

การประเมิน

1. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

2. ผู้ป่วยได้รับการเตรียมทางด้านร่างกายพร้อมสำหรับการผ่าตัด

3. ผู้ป่วยรับรู้และยอมรับการผ่าตัด เอกสาร ผลการตรวจต่าง ๆ อุปกรณ์และยาพร้อม

ประเมินผลการพยาบาล สีหน้าสดใส ผ่อนคลาย สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ให้ความร่วมมือในการรักษา การเซ็นใบยินยอม

การพยาบาลหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2

กรณีศึกษาที่1 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการหายใจลดลง

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยแจ้งว่ามีอาการขณะหลับ นอนกรนบ่อย หายใจตื่นทรงอกขยายตัวได้น้อย มีอาการหายใจลำบาก มีภาวะ OSA (Obstructive Sleep Apnea) Morbid obesity SpO₂ = 88 - 93% ผล ABG PH = 7.370 Pco₂ = 23.5 mmHg po₂ = 60.0 mmHg HCO = 15 mmHg

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากเสียเลือดหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับผ่าตัด Laparoscopic stop bleeding under General Anesthesia ใช้เวลาในการทำผ่าตัด 2 ชั่วโมง และได้รับการระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกายขณะผ่าตัด สูญเสียเลือดในขณะผ่าตัด 1,300 มิลลิลิตร Hct= 28 % Hb= 7.0 gm/ dL

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอ ไอ และ ขับเสมหะออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เกณฑ์การประเมินผล

กรณีศึกษาที่ 1 สัญญาณชีพความดันโลหิต อยู่ในเกณฑ์ปกติ SpO₂ 95 - 100% ค่า ABG และเกลือแร่ ในร่างกายปกติ

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน (cyanosis) ทางเดินหายใจโล่ง ไม่มี เสียงเสมหะ สัญญาณชีพ อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ ความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 100/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80 - 100 ครั้งต่อนาที การหายใจ 16 - 24 ครั้งต่อนาที SpO₂ = 95 - 100 % Hct = 37-47%

กิจกรรมการพยาบาล

1. กรณีศึกษาที่1 ปรีกษาอายุรกรรมแพทย์ ดูแลให้ on CPAP 40 % สังเกตลักษณะหายใจและอัตราการหายใจ
2. กรณีศึกษาที่2 ดูแลให้ on O₂ canular 3 LMP ไว้ ตามแผน การรักษา ประเมินระดับความรู้สึกตัว และ Glasgow Coma Score ทุก 1-2 ชั่วโมง และสัญญาณชีพทุก 15 นาที จนคงที่ แล้วจึงเป็นทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจน Keep SpO₂ ≥ 90 %
3. จัดท่านอนให้นอนศีรษะสูง 30-45° เพื่อให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ กะบังลมหย่อนตัว และเพิ่มปริมาตรในช่องอก ทำให้ปอดสามารถขยายตัวได้ดีขึ้น และสอนการหายใจที่มีประสิทธิภาพ (deep breathing exercise)
4. ประเมินสัญญาณชีพ วัดความดันโลหิตทุก 15 นาที 30 นาที และทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจน Keep SpO₂ ≥ 90%
5. การตรวจร่างกายทั่วไป อาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ลักษณะการหายใจที่สัมพันธ์กัน ฟังเสียงหายใจ เสียงปอด
6. ติดตามผลเกลือแร่และ ABG ตามแผนการรักษา หากพบ ความผิดปกติควรรีบรายงานแพทย์ เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการรักษา (กรณีศึกษาที่1)
7. กระตุ้นและสอนให้ผู้ป่วยไออย่างถูกวิธี และให้ผู้ป่วยหายใจลึก ๆ และเปลี่ยนท่าบ่อย ๆ เพื่อให้เสมหะ ขับออกได้สะดวกขึ้นและช่วยให้ปอดขยายตัวได้ทั่วถึงทุกส่วน
8. ติดตามผลภาพถ่ายรังสีปอดและรายงานผลให้แพทย์ทราบ (กรณีศึกษาที่1)
9. ดูแลอย่างใกล้ชิด สังเกตสีผิว ปลายมือ ปลายเท้าไม่เขียวคล้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย และเพื่อทราบถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยสามารถแก้ไขได้อย่างทันท่วงที
10. รายงานอาการให้แพทย์ทราบทันที เมื่อพบความผิดปกติ เช่น หายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น หรือ หายใจลำบาก เป็นต้น เพื่อร่วมวางแผนในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

ประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยหายใจได้เพียงพอสม่ำเสมอ ทรวงอกขยายขึ้นลงได้ดี หายใจ 20 ครั้ง/นาที สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิตอยู่ในช่วงปกติ SpO₂ 95 - 100% ชีพจร 70 - 80 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/50 - 167/91 มิลลิเมตรปรอท ไม่มี cyanosis

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจอย่างมีประสิทธิภาพอัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ค่าความเข้มข้นของเลือด = 31% ความดันโลหิต 125/63 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที การหายใจปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3

กรณีศึกษาที่ 1 มีของเสี้ยคั่งในร่างกายเนื่องจากมีภาวะไตวายเฉียบพลัน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ BUN = 21 mg/dl Creatinin = 1.49mg/dl GFR = 33.8
PH = 7.370 Pco₂ =23.5 mmHg po₂ =60.0 mmHg
2. ผู้ป่วยมีภาวะหายใจเหนื่อยอัตราการหายใจ 24 - 26 ครั้งต่อนาที O₂ Sat 88 - 93%
3. ปริมาณปัสสาวะออกเท่ากับ 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัว หายใจเหนื่อยลดลง ภาวะของเสี้ยคั่งในร่างกายลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. เพื่อลดระดับผลเลือด BUN Creatinine ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยค่าปกติของ BUN 8-20 mg/dl และค่าปกติของ Creatinine 0.72-1.18 mg/dl GFR 90-120
2. ผู้ป่วยหายใจปกติอัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 16-20 ครั้ง/นาที ชีพจรและการเต้นของหัวใจเต้นปกติ 60-80 ครั้ง/นาที
3. ปริมาณปัสสาวะออก > 30 ซีซี/ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการผิดปกติของผู้ป่วย เช่น อาการหายใจเหนื่อย อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน หดสติ
2. ดูแลให้เครื่องช่วยหายใจ (Continuous Positive Airway Pressure (CPAP)) 40% สังเกตลักษณะหายใจและอัตราการหายใจ ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอเหมาะสมกับผู้ป่วย
3. ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง ประเมิน SpO₂ > 95 %
4. แพทย์พิจารณาให้ load 0.9 % Normal saline 1000 มิลลิลิตรใน 2 ชั่วโมง ให้ PRC 2 Unit
5. ใส่สายสวนปัสสาวะ ประเมินปัสสาวะให้มากกว่า 60 cc/hr ปัสสาวะออก 30 cc/hr
5. บันทึกสารน้ำเข้าออกร่างกายทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะสมดุลของน้ำที่เข้าออกในร่างกาย
6. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อดูแลแนวโน้มหลังได้รับการรักษา

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัวดี อาการหายใจเหนื่อยลดลง หายใจ 20-24 ครั้ง/นาที ไม่มีไข้ ไม่คลื่นไส้ อาเจียน สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิตอยู่ในช่วงปกติ SpO₂ 95-100% ชีพจร 70-80 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/50-167/91 มิลลิเมตรปรอท
2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมีแนวโน้มลดลงจนอยู่ในเกณฑ์ปกติ BUN 8 mg/dl Creatinine 0.77 mg/dl GFR=97.6 (9 กันยายน 2566)
3. จำนวนปัสสาวะออกได้มากขึ้นเฉลี่ย 100-800 cc/ชั่วโมง
4. ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือดจากการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน ผ่าตัด Laparoscopic stop bleeding เสียเลือด 1,300 มิลลิลิตร ความเข้มข้นของเลือด = 28 % ความดันโลหิต 90/62 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที

วัตถุประสงค์การพยาบาล ปลอดภัยจากภาวะช็อก จากการเสียเลือด

เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีอาการแสดงของภาวะช็อกจากการเสียเลือด ไม่กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น สัญญาณชีพ อัตราการหายใจ 16-24 ครั้งต่อนาที ชีพจร 80-100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตมากกว่า 100/60 มิลลิเมตรปรอท ความเข้มข้นของเลือด มากกว่า 30 % SpO₂ = 95-100 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดและประเมินสัญญาณชีพตามแนวทางดูแลให้ on O₂ canular 3 LMP ไว้ ตามแผนการรักษา ประเมินระดับความรู้สึกตัว และ Glasgow Coma Score ทุก 1-2 ชั่วโมง และประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที จนคงที่ แล้วจึงเป็นทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะพร้อมออกซิเจน Keep Spo₂ ≥ 90 %

2. ติดตามค่าความเข้มข้นของเลือด ทุก 4-6 ชั่วโมง ถ้าผลเลือดลดลงจากเดิม ให้รีบรายงานแพทย์ เพื่อการรักษา

3. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะช็อกจากการเสียเลือด และการเสียเลือดภายในร่างกาย เช่น หน้าท้องแข็งตึง กดเจ็บ ซึ่งบ่งถึงภาวะตกเลือดในช่องท้อง

4. ให้ PRC 2 Unit สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาชนิด 0.9 % Normal saline 1000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ ในอัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และตาม FFP 1000 ml. ดูแลให้สารน้ำ เลือด และส่วนประกอบของเลือด ทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาของแพทย์ และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำและให้เลือด

5. ประเมินความสมดุลของสารน้ำที่เข้าออกจากร่างกายโดยเฉพาะจำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง

ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึมความดันโลหิต 144/89 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 89 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ค่าความเข้มข้นของเลือด = 30.2% (วันที่ 23 กรกฎาคม 2566) หลังได้ PRC 2 Unit และ FFP 1000 ml SpO₂ = 100% ปัสสาวะเหลืองใสออก 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อภาวะลิ่มเลือดอุดตัน

ข้อมูลสนับสนุน

กรณีศึกษาที่ 1 มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง ไ้ไขมันสูง ผู้ป่วยมีภาวะ Morbid obesity, OSA BMI 49 kg/m² ผ่าตัด Laparoscopic sleeve Gastrectomy ใช้เวลาในการผ่าตัดเกิน 45 นาที บ่นปวด การเคลื่อนไหวน้อยบนเตียง

กรณีศึกษาที่ 2 มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงเคลื่อนไหวน้อย มีภาวะ Morbid obesity ผ่าตัด Laparoscopic sleeve Gastrectomy

วัตถุประสงค์ ป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน

เกณฑ์การประเมินผล สัญญาณชีพระบบไหลเวียนเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลและติดตามบันทึก สังเกตลักษณะหายใจและอัตราการหายใจ ประเมินระดับความรู้สึกตัว และ Glasgow Coma Score ทุก 1-2 เพื่อประเมินภาวะพร้อมออกซิเจน Keep Spo₂ ≥ 90 % ดูแลให้ on O₂ canular 3 LMP ไว้ ตามแผน การรักษา (กรณีศึกษาที่ 2) ดูแลให้ on CPAP 40 % (กรณีศึกษาที่ 1)

2. ดูแลให้ได้รับยาการฉีดยา Clexane 60 mg SC หลังผ่าตัด 1 วัน ตามแผนการรักษา
 3. มีการประเมินความเสี่ยงที่จะเกิดลิ่มเลือดอุดตัน ใช้แบบประเมิน Caprini score ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ศัลยแพทย์จะให้ยา Enoxaparin 60 mg prophylaxis DVT ก่อนมาผ่าตัด 12 ชั่วโมง หลังทำผ่าตัดทำการดูแลผู้ป่วย เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับการฉีดยากลุ่มเฮพารินที่มีน้ำหนักโมเลกุลต่ำปริมาณ 0.4-0.6 ประเมินอาการแสดงที่เกิดจากภาวะเลือดออก เช่น ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเร็วขึ้น ความเข้มข้นของเม็ดเลือดลดลง และสังเกตภาวะเลือดออกทั้งภายในและภายนอกร่างกาย
 4. ใช้เครื่อง Sequential compressive device (SCD) มาใช้เพื่อป้องกัน Deep vein thrombosis บริเวณขา และ Pulmonary embolism ติดตาม เฝ้าระวังสัญญาณชีพ ประเมินภาวะ Pulmonary embolism ติดตามเฝ้าระวัง สัญญาณชีพ ประเมินภาวะ Pulmonary embolism ภาวะพร่องออกซิเจน ความดันโลหิตต่ำ หายใจเร็ว
 5. กระตุ้นแนะนำผู้ป่วยให้มี Early ambulation เพื่อให้ร่างกายฟื้นตัวได้เร็ว ระบบการทำงานของลำไส้กลับมาทำงานได้เร็วขึ้นเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่ปวดมีน็ศีรษะ ลูกได้
 6. ประเมินอาการลิ่มเลือดอุดตันอวัยวะส่วนปลาย (Lower extremity deep venous thrombosis (DVT)) เช่น อาการปลาย มือปลายเท้าเย็น ปวดกล้ามเนื้อ แขนขาอ่อนแรง
- การประเมินผลการพยาบาล** ภายหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยสามารถลุกนั่ง ลุกเดินรอบ ๆ เตียง ในระยะใกล้ ๆ ภายในห้องได้ ห้องน้ำได้ ผู้ป่วยไม่พบภาวะ Deep Vein Thrombosis และ Pulmonary embolism ขาไม่บวม สัญญาณชีพระบบไหลเวียนเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

การพยาบาลระยะฟื้นฟูและวางแผนจำหน่าย

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ระยะฟื้นฟู

ข้อมูลสนับสนุน

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยบอกกลัวเวลานอนจะมีอาการหายใจเหนื่อย มีสีหน้ากังวล ลุกเดินน้อย

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยกังวลเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร กลัวอาการปวดท้อง สีหน้าไม่สดชื่น

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจหลังผ่าตัด มีความมั่นใจในการดูแลฟื้นฟูสภาพขณะอยู่โรงพยาบาล

การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจหลังผ่าตัดในเรื่อง 1.การหายใจ 2.การดูแลแผล 3.การจัดการความปวด 4.การรับประทานอาหาร 5.การออกกำลังกาย 6.อารมณ์และการจัดการกับความเครียด

กิจกรรมการพยาบาล

1. การดูแลระบบทางเดินหายใจ พยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการบริหารการหายใจ โดยการหายใจเข้า - ออกลึกๆ การไออย่างมีประสิทธิภาพ หากมีเสมหะที่ไม่อาจขับออกมาได้ดูแลเคาะปอดให้กับผู้ป่วย เพื่อกระตุ้นการขับเสมหะ

2. การดูแลการทำงานของหัวใจ ประเมินติดตามสัญญาณชีพของผู้ป่วย นับอัตราการเต้นของชีพจร ฟังเสียงการเต้นของหัวใจ และคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หากมีอาการผิดปกติให้รายงานแพทย์

3. การดูแลการไหลเวียนของเลือด พยาบาลมีการประเมินความดันโลหิต สังเกตการณ์ไหลกลับของเลือดส่วนปลาย การประเมินสีของผิวหนัง เยื่อบุตา ริมฝีปาก และการตรวจวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด หากพบว่ามีอาการผิดปกติรายงานแพทย์ และเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะพร่องออกซิเจน ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา นอกจากนี้ ต้องดูแลผู้ป่วยให้มีการขยับแขน-ขา และลุกจากเตียง โดยเร็วเพื่อป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำลึกที่ขาด้วย

4. การดูแลความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ พยาบาลตรวจสอบ สมดุลปริมาณน้ำเข้า-ออก

5. การดูแลแผล ทำความสะอาดแผลด้วยหลักปราศจากเชื้อ แนะนำการดูแลแผลและสังเกตอาการผิดปกติที่บ่งบอกถึงการติดเชื้อ

6. การจัดการความเจ็บปวด การประเมินความปวด การจัดการความปวดโดยการใช้ยาการจัดการความปวด โดยไม่ใช้ยา เช่น การนวดสัมผัส การใช้เทคนิคผ่อนคลาย การเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นต้น

7. การควบคุมอาหารตามแผนการรักษาของแพทย์และคำแนะนำจากโภชนาการ (กรณีไม่มีอาการผิดปกติ) ถ้าผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้โดยไม่ต้องมีอาการจุก แน่น หรือ คลื่นไส้อาเจียนจึงจะได้รับประทานอาหารตามโปรแกรม

8. ชั่งน้ำหนักวันละครั้งตอนเช้าก่อนรับประทานอาหารเช้า และการบันทึกเพื่อดูแนวโน้มของน้ำหนัก

9. การรับประทานน้ำ > 2 ลิตร/วัน โดยจิบทีละนิด ไม่ใช่หลอด แน่นให้หยุดทันที แต่ให้ห่างจากมื้ออาหาร 30-45 นาที วันที่ 1 หลังผ่าตัด เริ่มจิบน้ำ ไม่ดูจากหลอด วันที่ 2 หลังผ่าตัด รับประทานซุสใส วันที่ 3 หลังผ่าตัด แกงจืด เต้าหู้ หมูสับ ปลาหนึ่ง

10. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เน้นการเสริมสร้างความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ เช่น หลังผ่าตัดต่ำกว่า 1เดือน ทำกายบริหาร (ไม่ใช่แรงต้าน) เดินช้า/เดินธรรมดา ปั่นจักรยานอยู่กับที่ ระยะเวลา 30 นาที – 1 ชั่วโมง ระยะ 4 - 6 สัปดาห์ ทำกายบริหาร (ไม่ใช่แรงต้าน) เดินเร็ว ปั่นจักรยานอยู่กับที่ ระยะเวลา 30 นาที – 1 ชั่วโมง ระยะ 6 สัปดาห์ขึ้นไป วิ่งเหยาะ ๆ เดินเร็วขึ้น ว่ายน้ำ เดินแอโรบิก ออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน (ดัมเบลหนัก 1 - 2 กก) แบดมินตัน ฟุตบอล ระยะเวลา 30 นาที – 1 ชั่วโมง และถ้ามีอาการผิดปกติขณะออกกำลังกาย เช่น เจ็บแน่นหน้าอก ตัวเย็น ผิวซีดเวียนศีรษะ มึนงง เซ คลื่นไส้อาเจียน ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ขามาก เกร็งเป็นตะคริว เหนื่อยมากจนพูดไม่เป็นประโยค หายใจหอบเหนื่อย หายใจสั้น ๆ ถี่มาก ๆ ควรหยุดออกกำลังกายและปรึกษาแพทย์

11. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจัดการต่อความวิตกกังวล

การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยหายใจสะดวก สัญญาณชีพปกติ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด $\geq 95\%$ ไม่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำลึกที่ขาด้วย แผลไม่มีปวด บวม แดง ร้อน ผู้ป่วยหน้าตาสดชื่น หลับรับประทานอาหารตามแผนการรักษาได้ ไม่มีจุกแน่น คลื่นไส้อาเจียน แนวนอนน้ำหนักลดลง

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 7

ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเองที่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยบอกมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง ไชมันสูง นอนกรน จะหายหรือไม่ หลังจากทำผ่าตัด เกี่ยวกับอาหารว่าต้องรับประทานอย่างไร ใช้เวลานานกี่เดือน จึงจะหายเป็นปกติ

กรณีศึกษาที่ 2 จะกลับมารับประทานได้แบบเดิมได้เมื่อไร จะกลับมาอ้วนหรือไม่ มีสีหน้ากังวล ยาวิตามินต้องรับประทานไปตลอดหรือไม่ภาวะแทรกซ้อนจะเกิดขึ้นได้อีกหรือไม่

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจหลังผ่าตัด มีความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้าน

การประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยสามารถอธิบายการดูแลตนเอง เมื่อกลับบ้านได้ถูกต้อง
2. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ การปฏิบัติตัวต่อเองที่บ้านอย่างถูกต้อง
3. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น คลายความวิตกกังวล
4. ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

การปฏิบัติแผนการจำหน่ายที่ใช้ คือ หลัก D-METHOD เพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถผู้ป่วย ในการกลับไปดำรงชีวิตอยู่บ้าน

1. Disease (D) ให้ความรู้เรื่องโรคอ้วนที่เป็นอยู่ถึงสาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องปัจจัยภายในประกอบไปด้วย พันธุกรรม อายุ อัตราการเผาผลาญ ของร่างกายทำให้มีการสะสมของไขมันปัจจัยภายนอก พฤติกรรมการรับประทานอาหาร

2. Medication (M) แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับยาที่ได้รับอย่างละเอียด รวมถึงสรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อนรวมถึงข้อห้ามของการใช้ยา โดยให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำ ซึ่งเป็นยารักษาโรครวมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เนื่องจากโรคอ้วนที่ผู้ป่วยยังคงใช้อยู่ รวมทั้งวิตามินและแร่ธาตุเสริมต่าง ๆ และยาลดกรดประเภท Proton pump Inhibitor ที่ผู้ป่วยจะได้รับภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก รวมถึงการหลีกเลี่ยงการใช้ยาต้านการอักเสบ ชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAID) ซึ่งมีผลต่อกระเพาะอาหารโดยตรงและแพทย์มักจะให้ผู้ป่วยรับประทานยาลดกรดประเภท proton pump inhibitor เป็นช่วงระยะเวลา 2 - 6 เดือนภายหลังการผ่าตัด เพื่อป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร (ธีรพล อังกุลภักติกุล, 2554) สำหรับวิตามินและแร่ธาตุเสริม ผู้ป่วยควรรับประทานทุกวันตามคำแนะนำของแพทย์

3. Environment และ Economic (E, E) แนะนำความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การดูแลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษา หากผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย พยาบาลประจำหอผู้ป่วยแนะนำเกี่ยวกับสิทธิที่ผู้ป่วยใช้ในการรักษา หรือประสานงานให้ติดต่อกับต้นสังกัด

4. Treatment (T) แนะนำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเนื่องจากโรคอ้วน และผู้ป่วยจะต้องสังเกตอาการของตนเอง เช่น การสังเกตอาการของการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันดำลึกที่ขา (Deep vein thrombosis) ซึ่งจะเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตันที่ปอดด้วย อาการที่พบ ได้แก่ ปวดเมื่อยที่ขาและน่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเวลายืนนาน ๆ ขาบวม คล้ำที่ขาจะร้อน หรือคล้ำได้หลอดเลือดเป็นเส้นแข็ง มีไข้ต่ำ ๆ สีของผิวหนังมีการเปลี่ยนแปลง โดยเริ่มแรกผิวหนังจะมีสีแดง หากเกิดนานไปผิวหนังจะเปลี่ยนเป็นสีคล้ำการ फैาระวังอันตรายจากการทำหน้าที่ของปอดผิดปกติ (Pulmonary dysfunction) เมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายกลับบ้านแล้ว ผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจผิดปกติที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกต่อเนื่อง (CPAP) จะต้องใช้ต่อเนื่องไปจนกว่าจะได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ให้หยุดใช้ ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยก็ต้องมีการฝึกบริหารการหายใจร่วมด้วย รวมถึงผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้เครื่อง CPAP มาก่อนก็ต้องมีการฝึกบริหารการหายใจร่วมด้วย เพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ของปอดให้กลับสู่ภาวะปกติ และมีการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนภายในปอดอย่างมีประสิทธิภาพ การสังเกตอาการของการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด (Wound infection) แผลผ่าตัดมักจะหายภายใน 7 - 14 วันภายหลังการผ่าตัด ถ้าหากเกินจากเวลานี้ไปแล้วผู้ป่วยยังมีการแผลผ่าตัดบวมแดง ร้อน กดเจ็บ มีสารคัดหลั่งไหลออกมาจากแผลผ่าตัด ร่วมกับมีไข้ แสดงว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด การสังเกตอาการของภาวะขาดสารอาหาร (Nutritional deficiencies) ภาวะขาดสารอาหาร โดยเฉพาะอาหารประเภทโปรตีนสามารถเกิดขึ้นได้ อาการที่เกิดขึ้นได้แก่ มีภาวะอ่อนแรง บวมปลายมือปลายเท้า ตรวจเลือดพบระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่าปกติ อาจมีอาการลำไส้บีบรัดตัวมากกว่าปกติหรือมีไขมันปนมากับอุจจาระ การมาตรวจติดตามผลตามนัดอย่างต่อเนื่องจะสามารถตรวจพบภาวะขาดสารอาหารได้ การเลือกรับประทานอาหารที่หลากหลาย และการรับประทานวิตามินและแร่ธาตุเสริม จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะขาดสารอาหารชนิดต่าง ๆ ได้ (พุขมรงค์ ทิมรัตน์, 2554)

5. Health (H) แนะนำผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ เพื่อคงไว้ซึ่งการลดน้ำหนักส่วนที่เกิน ดังนี้ การมีกิจกรรมทางกายและการพักผ่อน แนะนำให้ผู้ป่วยงดยกของหนักเป็นเวลา 3 เดือนภายหลังการผ่าตัด แต่ผู้ป่วยสามารถเริ่มเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายเบาๆ ได้ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 ภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักหรือเมื่อแผลผ่าตัดแห้งสนิท ควรเพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย หรือออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน นอกจากนี้ ต้องได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอให้ได้ 6 – 8 ชั่วโมงต่อคืน เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีภาวะอ่อนเพลียจากการรับประทานอาหารได้ลดลง การจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ให้เป็นอุปสรรคต่อการชดเชยการลดลงของน้ำหนัก โดยการเลือกตามกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบ ผู้ป่วยต้องมีการกำกับและควบคุมตนเอง โดยการชั่งน้ำหนักของตนเองทุกวัน คำนวณ พลังงานของตนเอง เพื่อให้ทราบถึงสมดุลพลังงาน ในแต่ละวัน รวมถึงความก้าวหน้าในการลดลงของน้ำหนัก ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนชนิดของ อาหาร และเพิ่มการออกกำลังกายได้ทันเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีน้ำหนักกลับคืนมา

6. Outpatient (O) แนะนำให้ผู้ป่วยเข้าใจและทราบถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัด ต้องทราบว่าสามารถติดต่อขอความช่วยเหลือจากใครได้บ้าง ในกรณีที่เกิดภาวะฉุกเฉิน รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วย ให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง การมาตรวจติดตามผลอย่างสม่ำเสมอเป็นการประเมินติดตามการลดลงของน้ำหนักของผู้ป่วย อีกทั้งเป็นการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดด้วย ถ้าพบภาวะผิดปกติต่าง ๆ ควรปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ทุกครั้ง ไม่แนะนำให้รักษาหรือซื้อยามารับประทานเอง เนื่องจากยาบางชนิดมีผลโดยตรงกับกระเพาะอาหาร หากรับประทานยาที่มีผลต่อกระเพาะอาหารจะส่งผลให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารตามมาได้

7. Diet (D) แนะนำการรับประทานอาหาร ดังนี้ จิบน้ำตลอดทั้งวัน ควรดื่มน้ำ 1.5 - 2 ลิตรต่อวัน แต่ไม่ควรดื่มน้ำก่อนหรือหลังรับประทานอาหาร 30- 45 นาที เมื่อเริ่มทานอาหารได้ ควรหยุดทานเมื่อรู้สึกอิ่ม หากไม่หยุดทาน จะเกิดอาการจุก แน่นท้อง หรือคลื่นไส้อาเจียนได้ ทานช้า ๆ เคี้ยวให้ละเอียด ประมาณ 30 - 50 ครั้ง/คำ และ 1 มื้อไม่ควรเกิน 30 นาที เริ่มทานอาหารชนิดใหม่ที่ละเอียดเมื่อทานได้ โดยไม่มีอาการ แน่นท้องหรือคลื่นไส้ ทานอาหารจำพวกโปรตีนเป็นมื้อหลัก โดยเริ่มทานก่อนอาหารจำพวกข้าว แป้ง หลีกเลี่ยง เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง มีแก๊ส และส่วนผสมของคาเฟอีน รวมถึงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง ทานวิตามินและแร่ธาตุเสริมตามคำแนะนำของแพทย์

การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่องที่บ้านอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น คลายความวิตกกังวล

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ที่เป็นโรคอ้วน มักมีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่เกิดขึ้น เนื่องจากการที่มีไขมันมาสะสมในร่างกายจำนวนมาก ก่อให้เกิดภาวะที่ต่ออินซูลินส่งผลทำให้เกิดกลุ่มโรคเมตาบอลิก เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน เป็นต้น (Nightingale et al., 2015) นอกจากนี้ ยังมีโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตอีกด้วย การรักษาโรคอ้วนคือการลดน้ำหนัก การลดน้ำหนักด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคอ้วนอาจไม่สามารถทำได้ การผ่าตัดลดน้ำหนักจึงเป็นการรักษาโรคอ้วนที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกายมาก ๆ ร่วมกับมีภาวะโรคร่วม เพื่อจะได้สามารถรักษาและบรรเทาโรคร่วมที่เกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีปัญหาสุขภาพ ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และมีโรคประจำตัวร่วม มาเป็นระยะเวลาานาน

ใช้วิธีการลดน้ำหนักมาหลายวิธีไม่ได้ผล ได้รับการวินิจฉัย เป็นโรคอ้วนที่จำเป็นต้องผ่าตัด การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดจะมีความคล้ายคลึงกัน โดยให้การพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ประเด็นปัญหาที่สำคัญ ได้แก่ ขาดความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด และวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดส่องกล้องลดขนาดกระเพาะอาหาร และการพยาบาลระยะหลังผ่าตัดจะมีความแตกต่างกันตามภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเฉพาะราย เช่น ภาวะเลือดออก (Bleeding) การรั่วของรอยต่อที่กระเพาะอาหารหรือลำไส้ (Anastomosis Leakage) ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน (Venous thromboembolism) (สุริยะ พันธุ์ชัย, 2556) รวมถึงควรหยุดหรือเลี่ยงการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs (non-steroidal anti-inflammatory drugs) เช่น Ibuprofen, Naproxen หรือ Aspirin เป็นต้น ก่อนอย่างน้อย 1 สัปดาห์ เพื่อลดโอกาสเกิดภาวะเลือดออกภายหลังการผ่าตัด (दारारธรรมและคณะ, 2019) สอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ การจัดการภาวะเลือดออกหลังการผ่าตัดต้องได้รับการวินิจฉัยทางคลินิก เลือดออกอาจหยุดเองหรือต้องทำการผ่าตัดหยุดเลือดซ้ำ ซึ่งการ CT angiogram เพื่อค้นหาแหล่งที่มาของการตกเลือด และอาจเกิดการอุดตันของหลอดเลือดแดงเลือดออกในภายหลังโดยไม่จำเป็นต้องทำการผ่าตัดซ้ำ (Yong, Poh, Eng, Pasupathy, Chan, Lee & Lim, 2019) นอกจากการรักษาตามหลักวิชาการแล้ว การพยาบาลแบบองค์รวมโดยใช้กรอบแนวคิด 11 รูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม โดยใช้ทฤษฎีย่อย คือ ทฤษฎีระบบการพยาบาลเป็นกรอบในการวางแผนการพยาบาล และกระบวนการพยาบาลยังเป็นปัจจัยที่ช่วยให้การดูแลครอบคลุมทุกมิติของความเป็นมนุษย์ ไม่เน้นเพียงการรักษาทางกายเท่านั้น แต่รวมถึงการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวมตลอดการรักษา นับตั้งแต่ระยะวิกฤตหลังผ่าตัดที่ต้องพึ่งพาทีมการรักษาอย่างสิ้นเชิง เมื่อพ้นภาวะคุกคามชีวิตแล้วก็เข้าสู่การฟื้นฟูสภาพและการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้าน (Ladha & Sharma, 2021) เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกลับมาเป็นซ้ำกระบวนการนี้ต้องอาศัย การทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดของทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งการมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้ป่วย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (Potter et al., 2021)

จากการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีทั้งความเหมือนและแตกต่าง โดยปัญหาที่เหมือนกัน ได้แก่ ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก, ภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการหายใจลดลง เสี่ยงต่อภาวะลิ่มเลือดอุดตัน ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ระยะฟื้นฟูการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ส่วนปัญหาที่แตกต่างกันได้แก่ กรณีศึกษาที่ 1 มีของเสียดังในร่างกายนี้อาจมีภาวะไตวายเฉียบพลัน เกิดภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (Obstructive Sleep Apnea) ความไม่สมดุลของกรด-ด่างในร่างกายนี้อาจทำงานของไตลดลงหลังผ่าตัด เกิดภาวะ AKI with acute blood loss มีเลือดออกในกระเพาะหลังผ่าตัดแต่ไม่ต้องทำผ่าตัดซ้ำ ในขณะที่ กรณีศึกษาที่ 2 มีการทำผ่าตัดซ้ำ และเฝ้าระวังภาวะช็อกจากการเสียเลือด ความผิดปกติของเกล็ดเลือดในเลือด ทำให้การประเมินและการให้การพยาบาลต้องครอบคลุมปัญหาเฉพาะที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยแต่ละราย การวางแผนจำหน่ายติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยการนำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) มาพัฒนาร่วมกับแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก โดยการนำระบบการพยาบาลแบบให้ความรู้และการสนับสนุน (Educative - Supportive system) มาใช้เพื่อลดความพร่องในการดูแลตนเอง โดยจะมีการประเมินความรู้

ในเรื่องที่ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักยังพร้อมหรือมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องเป็นรายบุคคล สอนและสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักสามารถคิดพิจารณา ไตร่ตรอง และตัดสินใจ ที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักด้วยการใช้คำถามสร้างแรงจูงใจ และส่งเสริม ให้มีทักษะและเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด มีการกำกับติดตาม เป็นระยะ ๆ ทั้งในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและภายหลังการจำหน่าย เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจ มีความมั่นใจ และมีวินัยในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก หากผู้ป่วย ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแบบแผนการดำเนินชีวิตได้ จนเกิดความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้นผู้ป่วย จึงต้องได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาลเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องของตนเองด้วยวิธีกระทำ การชี้แนะการสอน การสนับสนุน และส่งเสริมผู้ป่วย เพื่อรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ความผาสุกและคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะ

1. จัดทำแนวทางการดูแลเพื่อเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดส่องกล้องลดขนาดกระเพาะอาหาร และการดูแลในระยะหลังทำผ่าตัดโดยทีมพยาบาล
2. ควรสนับสนุนให้เกิดการทำงานเป็นทีมที่มีศักยภาพทั้งภายในทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีโรคเรื้อรังร่วมที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ทักษะ และประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัดตั้งแต่ก่อนมานอนโรงพยาบาลและการวางแผนการจำหน่าย
3. ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาลในระยะยาว โดยมีการติดตามการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง หลังจำหน่าย และประเมินผลของการจัดการพยาบาลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความสามารถในการดูแลตนเอง และการลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว ซึ่งจะช่วยยืนยันประสิทธิผลของการดูแลแบบองค์รวมได้ ชัดเจนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- दारารวรรณและคณะ.(2019) การเตรียมความพร้อมสำหรับวันผ่าตัด, ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการผ่าตัดโรคอ้วน
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (<https://secoms.medicine.psu.ac.th>)
- พูนงศ์ ทิมรัตน์. (2554). Bariatric and Metabolic Surgery: An Overview. ใน อีรพล อังกุลภักดีกุล,
ปรีดา สัมฤทธิ์ประดิษฐ์ และ ไพศาล พงศ์ชัยฤกษ์ (บรรณาธิการ), ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ เล่ม ๔๔ ฉบับเฉลิม
พระเกียรติ ๘๔ พรรษา มหาราช. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
- ศูนย์ข้อมูลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (Health data center: HDC) [serial online] 2566.Available
form: URL : [https:// HDC - Report \(moph.go.th\)](https://HDC-Report(moph.go.th))
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). การดูแลตนเองกับทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม. ใน สมจิต หนูเจริญกุล
(บรรณาธิการ), การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ (น. 115-136). กรุงเทพฯ: หจก. วี. เจ. พรินติ้ง.
- สุริยะ พันธุ์ชัย. (2556). การรักษาโรคอ้วนด้วยวิธีการผ่าตัด (Bariatric Surgery). Srinagarind Med J, 28, 116-126
- Arterburn, D. E., Telem, D. A., Kushner, R. F., & Courcoulas, A. P. (2020). Benefits and risks of
bariatric surgery in adults: a review. *Jama*, 324(9), 879-887.
- Gordon, M. (1994). *Nursing diagnosis: Process and Application*. New York: McGraw-Hill.
- Ladha, S., & Sharma, S. (2021). Nursing care plan: A tool to deliver quality nursing care. *Journal
of Health Management*, 23(3), 540–550. <https://doi.org/10.1177/09720634211029564>
- Nightingale, C. E., Margaron, M. P., Shearer, E., Redman, J. W., Lucas, D. N., Cousins, J.M., & . . .
Griffiths (Chair), R. (2015). Guidelines Peri-operative management of the obese surgical
patient 2015. *Anesthesia*, 70, 859-876.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6 th ed.). St. Louis: Mosby
- Pavone, G., Gerundo, A., Pacilli, M., Fersini, A., Ambrosi, A., & Tartaglia, N. (2022). Bariatric
surgery: to bleed or not to bleed? This is the question. *BMC surgery*, 22(1), 331.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2021). *Fundamentals of Nursing*
(10th ed.). Elsevier
- Serrot, F. J., Szomstein, S., & Rosenthal, R. J. (2020). Postoperative bleeding in the bariatric
surgery patient. *The ASMBS Textbook of Bariatric Surgery*, 217-223.
- Yong, S., Poh, B., Eng, A., Pasupathy, S., Chan, W. H., Lee, P. C., & Lim, E. K. W. (2019). Post-
operative bleeding complications in laparoscopic sleeve gastrectomy: sources, solutions
and lessons learnt from a single cohort of patients. *Digestive Medicine Research*,