

Perioperative Nursing in Subtotal gastrectomy with Billroth II : A case study

Sirirat Jaruratchakul*

ABSTRACT

- Background** : In patient with pylorus obstruction, gastrojejunostomy was undergone in order to reconstruct gastrojejunal connection. Major complication following the surgery is anastomosis which may result in mortality unless patient evaluation had not been performed. The major surgery is time-consuming and complicated procedure therefore the expert surgical nurse team is required. Objectives of nursing care are providing patient safety, no complication, improve quality of life and had ability to live their everyday life.
- Objective** : To provide patient evaluation, care plan and nursing care to patient with subtotal gastrectomy with Billroth II in which focus to patient safety and no complication in all three phase of the surgery
- Method** : A selective case was included during underwent the surgery. Patient data was retrospectively collected from patient's chart and record.
- Result** : A male patient aged 68 years, married, weight 41 kilograms with history of diabetes and hypertension for 16 years. Patient was undergone two laparoscopic surgeries for peptic ulcer perforation in 1992 and 1997. Patient had epigastric pain, vomiting, poor oral intake and constipation two weeks before hospitalization. Patient was diagnosed with distal gastric obstruction and subtotal gastrectomy with Billroth II reconstruction was performed. Surgical nurse team had applied Orem's theory of nursing system to all three phase of surgical nursing care to aggregate patient information and manage care plan which included 1) wholly compensatory system during perioperative phase 2) partially compensatory system during pre and post operative phase 3) supportive system and patient education before discharge. The potential risks of this patient were 1) risk of perioperative and post operative infection 2) risk of delayed or cancelled operation according to patient's physical and mental status 3) risk of massive bleeding during operation 4) risk of hypothermia 5) risk of inadequate oxygen supplementation during patient transfer. Total surgical time was 2 hours and 15 minutes with 300 ml of blood loss. There was no serious complication during perioperative and post operative periods. Patient was gradually improved and able to manage self care before discharge. Total length of hospital stay was 16 days.
- Conclusion** : Nursing care plan in major surgery was complicated and require monitoring process in all three phases of the surgery to prevent bleeding complication, shock and postoperative infection which may lead to patient's mortality otherwise patient evaluation and perioperative nursing care were not promptly provided. Consequently, patient was safe from surgical complications and able to manage self care at home.
- Keywords** : Perioperative nursing care, subtotal gastrectomy with Billroth II reconstruction

* Registered Nurse, (Professional Level), Department of Nurse, Srisaket Hospital

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระเพาะอาหารส่วนปลายเชื่อมต่อกับลำไส้เล็กส่วนกลาง : กรณีศึกษา

ศิริรัตน์ จารุรัชกุล, พย.บ.*

บทคัดย่อ

ความเป็นมาของปัญหา : ผู้ป่วยกระเพาะอาหารส่วนปลายอุดตันจะได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหารส่วนปลายเชื่อมต่อกับลำไส้เล็กส่วนกลาง ภาวะแทรกซ้อนตามหลังการผ่าตัดกระเพาะได้แก่ รอยต่อรั่ว เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่ทำให้เกิดภาวะช็อก ภาวะติดเชื้อซึ่งเป็นผลทำให้ผู้ป่วยถึงขั้นเสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการประเมินแก้ไข การผ่าตัดนี้เป็นการผ่าตัดใหญ่ ซึ่งมีความยุ่งยาก ซับซ้อน ใช้เวลานานในการผ่าตัดและต้องใช้ทีมพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะด้านในการทำ ผ่าตัด โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและกลับไปใช้ชีวิตประจำวันในสังคมได้ตามปกติ

วัตถุประสงค์ : เพื่อสามารถประเมินสภาพผู้ป่วย วางแผน และให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดกระเพาะอาหารส่วนปลาย เชื่อมต่อกับลำไส้เล็กส่วนกลางให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้ง 3 ระยะของการผ่าตัดผ่าตัด

วิธีการศึกษา : ศึกษารายการณีกัดเลือกผู้ป่วยแบบเจาะจง 1 ราย ขณะผู้ป่วยมารับการผ่าตัดและติดตามเก็บข้อมูลย้อนหลัง จากเอกสาร เวชระเบียนผู้ป่วย

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยชายอายุ 68 ปีสถานภาพคู่ น้ำหนัก 41 กิโลกรัม มีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน รับการรักษา และประทุกันยาประจำเป็นเวลา 16 ปีที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ผู้ป่วยเคยผ่าตัดกระเพาะทะลุ 2 ครั้งในปี พ.ศ. 2535 และพ.ศ. 2540 ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องใต้ลิ้นปี่ อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย ไม่ถ่ายอุจจาระ 5 วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยไปรับ การรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน และได้ส่งต่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีสะเกษผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่า มีภาวะอุดตันของกระเพาะอาหารส่วนปลาย ได้รับการผ่าตัด ผ่าตัดกระเพาะอาหารส่วนปลายเชื่อมต่อกับลำไส้เล็ก ส่วนกลางทีมพยาบาลห้องผ่าตัดได้ใช้ ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มด้านระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System) มาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลทางห้องผ่าตัดทั้ง 3 ระยะคือ 1) ระบบทดแทนทั้งหมดในระยะ ผ่าตัด 2) ระบบทดแทนบางส่วน ในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด 3) ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน เพื่อนำไปสู่การรวบรวมข้อมูลการวางแผนป้องกันปัญหาได้รวดเร็ว ปัญหาของผู้ป่วยรายนี้คือ 1) ร่างกายมีโอกาเสี่ยง ต่อการติดเชื้อในขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด 2) มีโอกาเสี่ยงต่อการงัดหรือเลื่อนผ่าตัด เนื่องจากความไม่พร้อมด้านร่างกาย และจิตใจ 3) มีโอกาสเกิดการเสียเลือดมากขณะผ่าตัด 4) มีโอกาสเกิด เสียต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ 5) ผู้ป่วยมีโอกาได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายขณะ เคลื่อนย้ายส่งกลับหอผู้ป่วยใช้เวลาในการผ่าตัด 2 ชั่วโมง 15 นาที เสียเลือดในการทำผ่าตัดประมาณ 300 ml. ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ ที่เป็นอันตรายขณะทำผ่าตัดและหลังผ่าตัดผู้ป่วยอาการดีขึ้นมาก ช่วยเหลือตนเอง ได้ดี จำหน่ายกลับบ้าน รวมระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาล 16 วัน

สรุป : การวางแผนการพยาบาลด้วยความรู้ความชำนาญเฉพาะด้านในการทำผ่าตัดใหญ่ซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อน เฝ้ารอสังเกตทั้ง 3 ระยะของการผ่าตัด ทำให้สามารถป้องกันอันตราย จากการสูญเสียเลือด เกิดภาวะ ช็อก รอยต่อรั่วเกิดภาวะติดเชื้อซึ่งเป็นผลทำให้ผู้ป่วยถึงขั้นเสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการประเมินปัญหาและให้การ พยาบาลในขณะผ่าตัด ได้ทันเวลาที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนสามารถช่วยตนเอง และกลับบ้านได้

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดผ่าตัดกระเพาะอาหารส่วนปลายเชื่อมต่อกับลำไส้เล็กส่วนกลาง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

บทนำ

ผู้ป่วยที่มีภาวะอุดตันของกระเพาะอาหารส่วนปลาย (gastric outlet obstruction) ซึ่งเกิดได้จากหลายสาเหตุ อาทิเช่น โรคของกระเพาะอาหารเองได้แก่ โรคแผลในกระเพาะอาหารที่เป็นเรื้อรังมานาน (chronic peptic ulceration) โรคมะเร็งของกระเพาะอาหารอุดตัน (obstructivegastric cancers)^(1,2,3,4,5,6)

กระเพาะอาหารส่วนปลายอุดตันมีผลทำให้กระเพาะอาหารส่วนปลายมีขนาดใหญ่ขึ้นและบีบตัวน้อยลงมีอาหารตกค้างอยู่ในกระเพาะอาหารในปริมาณมากแพทย์จะพิจารณาผ่าตัดกระเพาะอาหารส่วนปลายเชื่อมต่อกับลำไส้เล็กส่วนกลางเพื่อช่วยป้องกันการเกิดแผลที่ลำไส้เล็กส่วนต้นซ้ำอีกภายหลังผ่าตัด⁽³⁾ ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดกระเพาะอาหารทั้งจากโรคมะเร็งและไม่ใช้โรคมะเร็ง หลังการผ่าตัดระยะต้น ซึ่งได้แก่ รอยต่อรั่ว (Anastomosis leakage) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่ทำให้เกิดภาวะช็อกภาวะติดเชื้อซึ่งเป็นผลทำให้ผู้ป่วยถึงขั้นเสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการประเมินแก้ไขและให้การรักษาทันที⁽³⁾ และภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาในระยะยาว (Postgastrectomy Syndromes) ได้แก่ Dumping syndrome , Afferent loop syndrome และปัญหา Nutrition deficiencies^(2,4) ต่างๆ เป็นต้น

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเป็นบริการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดให้การดูแลตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด โดยครอบคลุมถึงการประสานงานกับทีมพยาบาล วิสัยทัศน์ในการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปด้วยดีรวมทั้งประสานกับทีมการพยาบาลในหอผู้ป่วยหรือหน่วยบริการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดอีกด้วยพยาบาลผ่าตัดนอกจากมีความรู้พื้นฐานทางการพยาบาลแล้วต้องมีความรู้เกี่ยวกับ

ขั้นตอนและวิธีการผ่าตัด มีทักษะในการจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ในการผ่าตัดรู้หลักการทำให้ปลอดเชื้อ (sterilization) การทำลายเชื้อ (disinfectants) เทคนิคการปลอดเชื้อ (aseptic technique) หน้าที่สำคัญของพยาบาลห้องผ่าตัด อีกประการหนึ่งคือ การส่งเครื่องมือและการช่วยผ่าตัดที่มีความชำนาญเฉพาะทางด้านอุปกรณ์หรือเครื่องมือพิเศษที่ได้รับการฝึกฝนพิเศษในการช่วยทำผ่าตัด ให้การผ่าตัดดำเนินไปด้วยความราบรื่นมีประสิทธิภาพและดูแลอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อที่หอผู้ป่วย⁽⁷⁾

จากรายงานของโรงพยาบาลศรีสะเกษ สถิติการผ่าตัดผู้ป่วยผ่าตัดกระเพาะอาหารส่วนปลายเชื่อมต่อกับลำไส้เล็กส่วนกลางของงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศรีสะเกษ ในปี พ.ศ. 2554-2556 เท่ากับ 5,9,6 รายตามลำดับ และการผ่าตัดนี้เป็นการผ่าตัดใหญ่ซึ่งมีความยุ่งยาก ซับซ้อน ใช้เวลานานในการผ่าตัดและต้องใช้ทีมที่มีความชำนาญเฉพาะด้านในการทำผ่าตัด นอกจากนี้ยังได้นำทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม⁽⁸⁾ ด้านระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System) มาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลทางห้องผ่าตัดคือ 1) ระบบทดแทนทั้งหมดในระยะผ่าตัด 2) ระบบทดแทนบางส่วน ในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด 3) ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน เพื่อนำไปสู่การรวบรวมข้อมูลการวางแผนป้องกันปัญหาได้รวดเร็ว โดยมีเป้าหมายการบริการผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลแบบองค์รวมทุกระยะการผ่าตัด ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันในสังคมได้ตามปกติ

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อสามารถประเมินสภาพผู้ป่วย วางแผน และให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดกระเพาะอาหารส่วนปลายเชื่อมต่อกับลำไส้เล็กส่วนกลางให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้ง 3 ระยะของการผ่าตัด

ขอบเขตการศึกษา

ศึกษาผู้ป่วย 1 รายที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะอุดตันของกระเพาะอาหารส่วนปลายและได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหารส่วนปลายเชื่อมต่อกับลำไส้เล็กส่วนกลางที่งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่างวันที่ 26 สิงหาคม พ.ศ.2556 ถึง 11 กันยายน พ.ศ. 2556

วิธีการศึกษา

คัดเลือกผู้ป่วยแบบเจาะจง 1 รายที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะอุดตันของกระเพาะอาหารส่วนปลายและได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหาร

การวินิจฉัยและการรักษา

ส่วนปลายเชื่อมต่อกับลำไส้เล็กส่วนกลางที่ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศรีสะเกษ ทำการศึกษาประวัติ การดำเนินโรคของผู้ป่วย ปัญหาสุขภาพ การผ่าตัด และการรักษาพยาบาลย้อนหลังโดยรวบรวมข้อมูล จากเวชระเบียน และการศึกษาแบบติดตามไป นับจากวันที่ได้รับการวินิจฉัย จนกระทั่งจำหน่าย

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายอายุ 68 ปี สถานภาพคู่ น้าหนัก 41 กิโลกรัม มีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน รับประทานยาประจำเป็นเวลา 16 ปี ผู้ป่วยเคยผ่าตัดกระเพาะทะลุ 2 ครั้งในปีพ.ศ. 2535 และพ.ศ. 2540 ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องได้ลึ้นปี อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย ไม่ถ่ายอุจจาระ 5 วัน ก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ต่อมาโรงพยาบาลชุมชนส่งต่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ

วันที่	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	การรักษา
26 ส.ค. 2556	- CBC WBC4870 cells/cu.mm Hb8.28 g/dL Hct24.7 % Platelet count361,000 cells/cu.mm Neutrophil53 % Lymphocyte38 % Monocyte3% Eosinophil5 % - BUN7mg/dL - Creatinine1.3mg/dL - Na 147 mmol/L	- งดอาหารและน้ำ - Retained NG tube and Larvage with NSS. - 5% D/NSS 1000 cc vein drip 50 cc /ชั่วโมง - Packed red blood cell 1 Unit vein drip4 ชั่วโมง - Hct .หลังเลือดหมด (Hct.= 32 %) - Omeprazole 40 mg. veinทุก12ชั่วโมง - Glucolyte-2 1000 cc.+addamel 10 cc. x 2 ขวด vein drip 80 cc/ชั่วโมง - Dextrostixทุก 6 ชั่วโมง

วันที่	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	การรักษา
26 ส.ค. 2556 (ต่อ)	- K 3.6mmol/L - Total protein 5.5g/dL - Albumin 2.3g/dL - Globulin 3.2g/dL - Dextrostix ทุก 6 ชั่วโมง 10.00 น. = 119 mg% 16.00 น. = 139 mg% 22.00 น. = 127 mg% 06.00 น. = 175 mg%	
31 ส.ค. 2556	- CBC - WBC 5380 cells/cu.mm - Hb 10.6 g/dL - Hematocrit 32.8% - Platelet count 296,000 cells/cu.mm - BUN 5 mg/dL - Creatinine 1.4mg/dL - Na 139 mmol/L - K 4.1 mmol/L - Albumin 2.5 g/dL - Magnesium 1.7 mg/dL - Phosphorus 3.2 mg/dL - Calcium 7.5 mg/dL	- Glucolyte-2 1000 cc.+addamel 10 cc. x 2 ขวด vein drip 80 cc/ชั่วโมง - เจาะ Bun, Cr, Electrolyte, Albumin, Ca, Mg, Po4 - 50% MgSO₄ 4 cc +5%D/W 100 cc. vein drip ทุก 4 ชั่วโมง
2 ก.ย. 2556	- Hematocrit = 33% - Dextrostix = 133 mg%	- Set OR for Explor lap 3 ก.ย.2557 เวลา 8.30 น. - จอง Packed red blood cell 2 unit - Retrained Folye's cath - 5%D/N/2 1000 cc +Kcl 20 Mg vein drip 100 cc/hr - Acetar 1000 cc. vein drip 100 cc/ชั่วโมง - PGS 2 ล้วน unit ฉีดทางเส้นเลือดดำ - Ceftriaxone 1 gm ฉีดทางเส้นเลือดดำ - metronidazole 500 mg ฉีดทางเส้นเลือดดำ
3 ก.ย.2556	Hematocrit = 33%	- Post operative for Explor lap lysis adhesion, Subtotal gastrectomy with Billroth II anastomosis -งดอาหารและน้ำ - 5% Acetar 1000 cc.x 2 vein drip 80 cc/ชั่วโมง

วันที่	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	การรักษา
3 ก.ย.2556 (ต่อ)		- Dynastat 20 mg. vein drip at OR then ทุก 12 ชั่วโมง - PGS 1 MU ฉีดทางเส้นเลือดดำทุก 4 ชั่วโมง - Ceftriaxone 1 gm. ฉีดทางเส้นเลือดดำทุก 12 ชั่วโมง - Metronidazole 500 mg ฉีดทางเส้นเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง - On Patient Controlled Analgesia - Morphine 1 mg /mlฉีดทางเส้นเลือดดำ1 dose

วันที่ 26 สิงหาคม พ.ศ. 2556 ผู้ป่วยถูกส่งต่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะอุดตันของกระเพาะอาหารส่วนปลาย

วันที่ 2 กันยายน พ.ศ.2556 เตรียมผู้ป่วยเพื่อการผ่าตัดกระเพาะอาหารส่วนปลายเชื่อมต่อกับลำไส้เล็กส่วนกลาง เยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อให้ข้อมูลเบื้องต้นและประเมินผู้ป่วย เพื่อเตรียมผู้ป่วยด้านความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจในการผ่าตัด

วันที่ 3 กันยายน พ.ศ.2556 ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดกระเพาะอาหารส่วนปลายเชื่อมต่อกับลำไส้เล็กส่วนกลางใช้เวลาผ่าตัด 2 ชั่วโมง 15 นาที ขณะผ่าตัดและเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด 1 วัน ไม่พบภาวะแทรกซ้อน เช่น ช็อก การตกเลือด อาเจียน อาการแทรกซ้อนทางปอดหรือ dumping syndrome ผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้กลับบ้านได้เมื่อ วันที่ 11 กันยายน พ.ศ. 2556 รวมวันนอนโรงพยาบาล 16 วัน

การวินิจฉัยและแผนการพยาบาล 3 ระยะของการผ่าตัด⁽⁹⁾

ระยะก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับการผ่าตัดเนื่องจากเคยผ่าตัดมาแล้ว 2 ครั้ง กลัวไม่หาย

การพยาบาลเยี่ยมผู้ป่วยก่อนวันผ่าตัดเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย พร้อมทั้งทำความรู้จัก ชื่อสกุล และตัวผู้ป่วย ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในเรื่องข้อมูลการเจ็บป่วยและการผ่าตัด ในการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดได้แก่ ความสะอาดร่างกาย การงดน้ำงดอาหารและหลังผ่าตัดได้แก่การฝึกการหายใจและการไอที่ถูกต้องการพลิกตะแคงตัวและการลุกนั่ง ตรวจสอบเวชระเบียนการลงนามยินยอมรักษาและการผ่าตัด

ผลการพยาบาล

ผู้ป่วยพูดคุย ชักถามข้อมูลด้วยสีหน้าคลายกังวล ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมสำหรับการผ่าตัด การประเมินผู้ป่วยเมื่อถึงห้องผ่าตัด ผู้ป่วยมีความกังวลเล็กน้อย ทีมงานผ่าตัดได้พูดคุยอธิบายให้ผู้ป่วยได้เข้าใจอีกครั้งในขั้นตอนการดมยาสลบ และการผ่าตัดอย่างสั้นๆ

ขณะระอการผ่าตัดผู้ป่วยมีโอกาสเกิดปัญหาที่ห้องผ่าตัดดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีโอกาสต่อการงัดหรือเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากความไม่พร้อมด้านร่างกายและจิตใจ

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว โรค ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน และมีภาวะขาดสารอาหาร Albumin 2.3 g/dl Total protein 5.5 g/dl และมีน้ำหนัก 41 กิโลกรัม Hematocrit หลังให้เลือดก่อนผ่าตัด 32 %

การพยาบาล

ทีมงานผ่าตัด ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยร่วมกัน โดยรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากการซักประวัติ การตรวจร่างกายผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสีหรือผลการตรวจพิเศษอื่น ๆ รวมทั้งความพร้อมด้านร่างกายจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย ก่อนผ่าตัดตรวจสอบการงดน้ำงดอาหารไม่น้อยกว่า 6-8 ชั่วโมงและความพร้อมของการจ้องเลือดและการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ บันทึกกรายงานและส่งต่อข้อมูลที่เป็นประเด็นสำคัญ ภาวะเสี่ยงที่พบกับทีมผู้ดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด วางแผนการเตรียมเครื่องมือเครื่องใช้พิเศษอื่นๆ ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปอย่างราบรื่น จัดเตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้อุปกรณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวกับการผ่าตัด ให้พร้อมเหมาะสมกับตำแหน่งของการผ่าตัด เตรียมการทำความสะอาดบริเวณที่จะทำการผ่าตัดได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับการผ่าตัด เช่น แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง เพื่อสะดวกในการทายาฆ่าเชื้อ การปูผ้าคลุมผ่าตัดแบบปลอดเชื้อ

ผลการประเมิน

ผู้ป่วยให้ความร่วมมือและมีความพร้อมในการผ่าตัด รายงานต่างๆของผู้ป่วยถูกต้องตรงกัน และผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามวันเวลาที่กำหนด

การนำทฤษฎีของโอเร็ม⁽⁸⁾ มาประยุกต์ใช้
ในการพยาบาลทางห้องผ่าตัดในระยะนี้คือ

ระบบทดแทนบางส่วน

เป็นระบบการพยาบาลให้การช่วยเหลือที่ขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วย โดยพยาบาลจะช่วยผู้ป่วยสนองต่อความต้องการ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยรวมรับผิดชอบในหน้าที่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ผู้ป่วยจะพยายามปฏิบัติตามกิจกรรมในเรื่องที่เป็นการตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นเท่าที่สามารถทำได้ ส่วนบทบาทของพยาบาลจะต้องปฏิบัติตามกิจกรรมการดูแลบางอย่างสำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถกระทำได้ เพื่อชดเชยข้อจำกัดและเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และกระตุ้นให้มีการพัฒนาความสามารถในอนาคต การพยาบาลระบบนี้ผู้ป่วยต้องมีบทบาทในการปฏิบัติตามกิจกรรมการดูแลบางอย่างด้วยตนเอง

ระยะขณะผ่าตัด

ตั้งแต่เริ่มลงมีดผ่าตัด จนกระทั่งสิ้นสุดการเย็บปิดแผล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีโอกาสเสี่ยงต่อการผ่าตัดผิดคน ผิดประเภทการผ่าตัด

การพยาบาล

มีการทำกิจกรรม Sign in ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ทักทายผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล และพร้อมที่จะรับการผ่าตัด ตรวจสอบเวชระเบียนและอุปกรณ์ต่างๆที่หอผู้ป่วยเตรียมมาให้อีกครั้ง เพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคน ตรวจสอบการเตรียมร่างกายทั่วไป เช่น เครื่องประดับ ชุดขึ้นในฟันปลอม การงดน้ำงดอาหาร ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการฟิล์มเอ็กซเรย์ ตลอดจนประเมินสภาพร่างกายจากการตรวจสัญญาณชีพของผู้ป่วยหลังให้ยาระงับความรู้สึก Time out ก่อนลงมีดเพื่อทบทวนความพร้อมในทีมผ่าตัด

ผลการพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัยได้รับการผ่าตัด ถูกคน ถูกแพทย์ และถูกชนิดการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มีโอกาสเกิดภาวะบาดเจ็บจากการจัดทำและการใช้อุปกรณ์เครื่องจี้ไฟฟ้า

การพยาบาล

จัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสมสำหรับการผ่าตัดในท่านอนหงาย แขนทั้งสองข้างกางไม่เกิน 90 องศา ใช้สายรัดบริเวณต้นขาเหนือเข่าขึ้นไปและระวังการเปิดเผยร่างกายส่วนที่ควรปกปิด ประเมินสภาพผู้ป่วยภายหลังการจัดทำสำหรับการผ่าตัด ตรวจสอบเครื่องจี้ไฟฟ้าและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งาน ตรวจสอบการเตรียมร่างกายต่างๆไป เช่น เครื่องประดับ เลือกลำคอ และติดแผ่น Dispersive electrode กล้ามเนื้ออ่อนของขาข้างใดข้างหนึ่ง เฝ้าระวังการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้าในขณะที่ผ่าตัดให้ทำงานเป็นปกติ หลังผ่าตัดประเมินอาการและอาการแสดงการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า ตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงของบริเวณผิวหนังที่ติดแผ่น Dispersive electrode เช่น รอยนูน รอยแดง หรือผิวหนังไหม้ กรณีที่พบสิ่งผิดปกติรายงานแพทย์และบันทึกข้อมูลเพื่อติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

ผลการพยาบาล

หลังผ่าตัดผู้ป่วยไม่มีการบาดเจ็บจากการจัดทำผ่าตัดและการใช้อุปกรณ์เครื่องจี้ไฟฟ้า

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 มีโอกาสเกิดการฉีกขาดของเส้นเลือดเสียเลือดมากขณะผ่าตัดเนื่องจาก มีเส้นเลือดและอวัยวะสำคัญใกล้บริเวณผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1.การดึงรั้ง Gastrosplenic และ leinocolic ligament สามารถทำให้เกิดการฉีกขาดของเส้นเลือด splenic vein หรืออาจมี splenic parenchymal injury

2.กระเพาะอยู่ใกล้ม้ามอุบัติเหตุที่เกิดกับม้าม (splenic injury) อาจเกิดขึ้นได้เกือบตลอดเวลาระหว่างการผ่าตัดกระเพาะอาหาร

การพยาบาล

เตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ และเครื่องมือสำรองในภาวะฉุกเฉิน เช่น เครื่องจี้ไฟฟ้า (Electro Surgery) เครื่องดูดสารคัดหลั่ง (Suction) ไฟผ่าตัด เครื่องมือช่วยพื้นคั่นซีฟ และยาเครื่องมือที่ใช้ในภาวะฉุกเฉิน ไฟฉุกเฉิน ให้สามารถใช้งานได้มีประสิทธิภาพและปลอดภัยเตรียมเครื่องมือผ่าตัด เครื่องผ้าที่ปราศจากเชื้อและเตรียมเครื่องมือครบตามชนิดของการผ่าตัดนั้น ๆ วัสดุผูกเย็บให้พร้อมในการใช้งาน เตรียมตัวเข้าร่วมทีมผ่าตัดตามเทคนิคขั้นตอนของการผ่าตัด ส่งเครื่องมือถูกต้องตามขั้นตอนการผ่าตัดและตามหลักการ Standard Precautions ช่วยผ่าตัดโดยระมัดระวังการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการดึงรั้งของ Retractor เครื่องจี้หรือการวาง Plate และดูแลให้คงสภาพปราศจากเชื้อบริเวณผ่าตัดตลอดเวลา สังเกตความก้าวหน้าของกระบวนการผ่าตัด คาดการณ์ถึงความต้องการของทีมผ่าตัด และจัดหาเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นได้ทันเวลา เตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน เช่น อุปกรณ์ช่วยพื้นคั่นซีฟ การจัดการกับอุปกรณ์ เครื่องมือที่อาจชำรุดหรือการใช้เครื่องมือเพิ่ม

ผลการพยาบาล

ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการผ่าตัดผู้ป่วยเสียเลือดจากการผ่าตัด 200 ml.

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 มีโอกาสเสี่ยงจากการมีอุปกรณ์ เครื่องมือ ตกค้างในช่องท้องหลังการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

เป็นผ่าตัดใหญ่ที่ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนาน และมีการใช้เครื่องมืออุปกรณ์และผ้าซับโลหิตเป็นจำนวนมาก

การพยาบาล

ทีมพยาบาลห้องผ่าตัดร่วมกันตรวจนับและเป็นพยานยืนยันในการตรวจสอบจำนวนอุปกรณ์เครื่องมือ ผ้าซับโลหิต ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และก่อนปิดแผล และบันทึกไว้เป็นหลักฐาน ตรวจนับยืนยันจำนวนอุปกรณ์ เครื่องมือ ผ้าซับโลหิต ก่อนเย็บปิดแผล ตาม Count Procedure และบันทึกไว้เป็นหลักฐาน ไม่นำเครื่องมือออกนอกห้องผ่าตัดจนกว่าจะเสร็จสิ้นการผ่าตัด กรณีเครื่องมือหรือผ้าซับโลหิตไม่ครบต้องรีบรายงานให้ศัลยแพทย์ทราบ ค้นหาใหม่ทันที Sign out ก่อนปิดแผลผ่าตัดและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด

ผลการพยาบาล

จำนวนเครื่องมือและผ้าซับโลหิต ครบถูกต้องตรงกันก่อน ขณะและหลังผ่าตัดไม่มีสิ่งของตกค้างในร่างกายหลังการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 มีโอกาสเกิดการติดเชื้อแผลผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการอาจทำให้ภูมิคุ้มกันในการป้องกันการติดเชื้อน้อยลง และเป็นการผ่าตัดใหญ่ใช้เวลานาน

การพยาบาล

เตรียมห้องผ่าตัดตามมาตรฐานความสะอาดของห้องผ่าตัด ทีมพยาบาลห้องผ่าตัดปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่างเคร่งครัด การจัดอันดับผู้ป่วยเป็นลำดับแรกของการ

ผ่าตัด นอกจากนี้ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะก่อนการผ่าตัดตามแผนการรักษาของแพทย์การทำความสะอาดผิวหนังก่อนทำการผ่าตัดโดยการฟอกด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ เพื่อเป็นการลดจำนวนเชื้อโรค และทายาฆ่าเชื้อซ้ำก่อนลงมือผ่าตัด เพื่อป้องกันมิให้เกิดการติดเชื้อหลังผ่าตัดตรวจสอบการปลอดเชื้อเครื่องมือและอุปกรณ์ก่อนใช้ทุกครั้ง ขณะผ่าตัดใช้หลักปราศจากเชื้ออย่างเคร่งครัด จำกัดจำนวนบุคลากรเข้าออกในห้องผ่าตัด

ผลการพยาบาล

หลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีอุณหภูมิของร่างกาย 37.9-38.5 องศาเซลเซียส วันที่ 3 ของการผ่าตัดอุณหภูมิของร่างกายอยู่ที่ 36.9-37.0 องศาเซลเซียส และหลังผ่าตัดใน 2 วันแรก แผลผ่าตัดไม่มีการติดเชื้อ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 มีโอกาสเกิดเสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำเนื่องจากผู้ป่วยสูงวัย ผอมมากมีเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังและไขมันน้อย

การพยาบาล

จัดเตียงผ่าตัดไม่ให้เปียกชื้น ใช้เบาะไฟฟ้าปูรองบนเตียงผ่าตัดเพื่อปรับเพิ่มอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วย ขณะผ่าตัด ฟอกผิวหนังไม่ให้แห้ง ใช้สารน้ำที่อุ่นในการล้างช่องท้องในขณะการผ่าตัด ประเมินและเฝ้าระวังอุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมถึงเฝ้าระวังการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ใช้ผ้าห่มที่อบอุ่นในตู้อบคลุมร่างกายเพื่อเพิ่มความอบอุ่นให้กับผู้ป่วยเมื่อเสร็จสิ้นผ่าตัด

ผลการพยาบาล

หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายปกติระหว่าง 36.6 – 37 องศาเซลเซียส ไม่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ

การนำทฤษฎีของโอเร็ม⁽⁸⁾ มาประยุกต์ใช้

ในการพยาบาลทางห้องผ่าตัดในระยนี้คือ

ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system)

เป็นบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดที่ต้องกระทำเพื่อทดแทนความสามารถของผู้รับบริการ โดยสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดชัดเจนภาวะไร้สมรรถภาพในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองและช่วยประคับประคองและปกป้องจากอันตรายต่างๆและผู้ที่มีความต้องการระบบ การพยาบาลแบบนี้เพราะผู้ป่วยไม่สามารถจะปฏิบัติในกิจกรรมที่จะกระทำอย่างจริงจังไม่ว่ารูปแบบใดๆ ทั้งสิ้น เนื่องจากผู้ป่วยได้ยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทันที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 ผู้ป่วยมีโอกาสดีได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายขณะเคลื่อนย้ายส่งกลับหอผู้ป่วย

การพยาบาล

ดูแลและทำให้ทางเดินหายใจโล่งดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ ออกซิเจน 100% สังเกตและบันทึก Vital sign , EKG, CVP และ Oxygensaturation ทุก 5, 10, 15 นาที ก่อนการเคลื่อนย้ายตรวจสอบมอนิเตอร์ต่างๆ ถึงออกซิเจนที่จะติดไปกับเตียงผู้ป่วยให้พร้อมใช้งาน

ผลการการพยาบาล

ผู้ป่วยมีอัตราการหายใจปกติทางเดินหายใจโล่งไม่หอบ ไม่เขียวกลับถึงหอผู้ป่วยอย่างปลอดภัย

การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 ผู้ป่วยมีโอกาสดีเกิดภาวะแทรกซ้อน ช็อก อาเจียน การตกเลือด อาการแทรกซ้อนทางปอด dumping syndrome หลังผ่าตัด

การพยาบาล

1. การดูแลระบบทางเดินหายใจ มีภาวะ malnutrition ร่วมกับการผ่าตัดช่องท้องส่วนบนจะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเดินหายใจได้ง่าย ควรระคับประคองผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดใหม่ ๆ ร่วมกับการให้ยาระงับปวด Patient-controlled analgesia แก่ผู้ป่วยเต็มที่

2. การดูแลด้านระบบสารน้ำและเกลือแร่ เนื่องจากการผ่าตัดชนิดนี้ผู้ป่วยจะต้องดมยาสลบอยู่เป็นเวลานาน และเป็นผู้ป่วยสูงอายุ ถ้าปริมาณสารน้ำมากเกินไปอาจทำให้ปริมาณน้ำในกระแสเลือดมากเกินไปได้

3. การให้สารอาหารแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียด ซึ่งร่างกายจะต้องการพลังงานและโปรตีนในปริมาณที่สูง และในขณะเดียวกันผู้ป่วยเหล่านี้จะต้องงดน้ำงดอาหารหลังผ่าตัด 7 วัน ดังนั้นการให้สารอาหารเพื่อให้พลังงานแก่ผู้ป่วยนั้นสามารถให้ทางหลอดเลือดดำ อาจจะให้ในรูปของสารละลายกลูโคส และสารละลายกรดอะมิโน ส่วนใหญ่จะเริ่มให้สภาวะทั่วๆไปของผู้ป่วยคงที่ คือประมาณ 48-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

4. การดูแลสายสวนจมูกกระเพาะอาหาร (nasogastric tube) เพื่อช่วยดูดน้ำย่อยในกระเพาะอาหารหลังผ่าตัดเพื่อช่วยลดอาการแน่นอึดอัดหลังผ่าตัด ในกรณีที่สายหลุดไม่ควรใส่กลับเข้าไปใหม่ เพราะอาจใส่เข้าไปกระพุ้งทำให้ร่อยต่อกระเพาะอาหารฉีกขาดเกิดการรั่วของรอยเย็บ หากจำเป็นต้องใส่ใหม่ควรใส่ด้วยความระมัดระวัง

ผลการพยาบาล 24- 72 ชั่วโมงแรก

ผู้ป่วย รู้สึกตัวดีสื่อสารรู้เรื่อง on patient controlled analgesia (PCA) หายใจหอบขึ้น on O₂ canular ทำทางอ่อนเพลียสายสวนจมูกกระเพาะอาหารมีสารคัดหลั่งสีเขียวประมาณ 100-200

มิลลิลิตร ท้องอืดเล็กน้อย ช่วยเหลือตนเองบนเตียงได้บ้าง แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม แผลท่อนระบายมีสารคัดหลั่งซึมติดก๊อสเล็กน้อย มีไข้ 37.9-38.5 องศาเซลเซียสในวันที่ 3 ของการผ่าตัด

ผลการประเมิน หลังผ่าตัด 3 วันจนกลับบ้าน

1. ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ปวดแผลพองทอนได้ แผลท่อนระบายทางหน้าท้องซึมน้อยลง รับประทานอาหารได้ท้องไม่อืด ทาทางสดชื่น แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้วันที่ 11 กันยายน พ.ศ.2556 หลังการผ่าตัด 8 วัน

การให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน

1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยส่งเสริมภาวะแทรกซ้อนตลอดจนให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรคดังนี้

- พักผ่อนให้เพียงพอทั้งร่างกายและจิตใจ ลดภาวะเครียดและความวิตกกังวลต่างๆ

- หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสจัดและการใช้ยาที่ทำให้เกิดการระคายเคืองและการอักเสบของเยื่อทางเดินอาหารเพื่อไม่ให้กลับเป็นซ้ำ

- เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพควรไปพบแพทย์ ไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง

2. ประสานงานกับหน่วยงานอนามัยชุมชนศูนย์บริการสาธารณสุขที่ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่ให้ช่วยเหลือในการเยี่ยมบ้าน

การนำทฤษฎีของโอเร็มมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลทางห้องผ่าตัด⁽⁸⁾

3) ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนกลับบ้านการปฏิบัติตนต่อเนื่องเมื่ออยู่บ้านให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง

อภิปรายผล

ผู้ป่วยชายอายุ 68 ปี น้ำหนัก 41 กิโลกรัม ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเมื่อ 26 สิงหาคม พ.ศ.2556 ด้วย

อาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เป็นๆหายเป็นมา 2 เดือนผู้ป่วยมีโรคประจำตัว ความดัน เบาหวาน ได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะอุดตันของกระเพาะอาหารส่วนปลายและทำผ่าตัดกระเพาะอาหารส่วนปลายเชื่อมต่อกับลำไส้เล็กส่วนกลาง เมื่อ วันที่ 3 กันยายน พ.ศ.2556 ใช้เวลาผ่าตัด 2.15 ชั่วโมง ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อน เช่น ช็อก อาเจียน การตกเลือดอาการแทรกซ้อนทางปอด หรือ dumping syndrome ผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้กลับบ้านได้เมื่อวันที่ 11 กันยายน พ.ศ.2556 รวมวันนอนโรงพยาบาล 16 วัน

การนำไปใช้ประโยชน์

1. เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระเพาะอาหารส่วนปลายอุดตัน

2. เพื่อเป็นแนวทางในการปฐมนิเทศพยาบาล การศึกษาสำเร็จใหม่

3. เพื่อให้ผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการได้รับการรักษาอย่างถูกต้องครอบคลุมและปลอดภัยตามมาตรฐานวิชาชีพ

ความยุ่งยากปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้สูงอายุ ที่มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน และมีภาวะทุพโภชนาการ ได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหารส่วนปลายเชื่อมต่อกับลำไส้เล็กส่วนกลางมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างตามมาซึ่งเป็นผลทำให้ผู้ป่วยต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานานและอาจกลับเป็นซ้ำได้เมื่อกลับไปบ้าน ดังนั้นพยาบาลควรให้ความรู้ในเรื่องโรคการรับประทานอาหารและยา การมาตรวจตามแพทย์นัดหรือหากมีอาการผิดปกติ ก่อนวันนัดให้มาพบแพทย์ทันทีและมีการส่งต่อกับศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ควรจัดทำคู่มือและมีการจัดอบรมทีมการพยาบาลห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลและให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดระบบทางเดินอาหารเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและสามารถกลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัวได้ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบคุณคุณศัลยแพทย์ 2 ท่านได้แก่นายแพทย์อนันต์โชค เพชรเกษม และนายแพทย์ลักษณะเลิศ วรรณภาสนี ที่ท่านได้ให้คำปรึกษาและให้ความรู้ข้อเสนอแนะในการศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบคุณคุณทิวาวรรณ สายสุต หัวหน้างานห้องผ่าตัด ที่ได้ให้คำปรึกษาและให้การสนับสนุน ขอขอบคุณคุณมณฑนา จิระกังวาน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลศรีสะเกษ ที่ให้คำแนะนำและช่วยเหลือและขอขอบพระคุณ นายแพทย์อุดม เพชรภูวดี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ ที่อนุญาตให้ทำการศึกษา ให้คำแนะนำและช่วยเหลือทั่วไป

เอกสารอ้างอิง

1. Castellanos AE. Gastric Outlet Obstruction. Medscape [serial online] 2013 May 9 [cited 2014 Jan 17] Available from: URL <http://emedicine.medscape.com/article/190621>.
2. จักรพันธ์ เอื้อนเรศรัษฎ์. Complications of gastric cancer surgery. ใน: พรพรหม เมืองแมน, ณัฐพล สันตะระกุล, ประยุทธ์ ศิริวงศ์, เพชร เกษตรสุวรรณ, ธวัชชัย อัครวิพุธ, บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์ทั่วไป vol. 10. กรุงเทพฯ: ไซสติกการพิมพ์; 2553: หน้า 175-238.
3. จินตนา บุตรดา. การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารส่วนปลายอุดตัน. ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพระยะ. [ออนไลน์].

2552 [สืบค้น 10 กุมภาพันธ์ 2557]; เข้าถึงได้ที่: www.msd.bangkok.go.th./Jintana_V2.pdf.

4. ชาญวิทย์ ตันดีพิพัฒน์. Stomach. ใน: ทวีสิน ตันประยูร, สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ, พัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ, บรรณาธิการ. ตำราศัลยศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: ปรินซ์อินเตอร์พรีส; 2550; หน้า 701-19.
5. มงคล ตัญจพัฒน์กุล. Gastric Cancer: Surgical Management. ใน: ณรงค์ไวทยากร, อรุณ เฒ่าสวัสดิ์, ชุมศักดิ์ พุกษาพงษ์, ทองดี ชัยพานิช, บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 7. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร; 2532; หน้า 440-53.
6. อรรถวุฒิ เชื้อทอง. Post Gastrectomy Syndrome. ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. [ออนไลน์]. 2557 [สืบค้น 17 มกราคม 2557]; เข้าถึงได้ที่: http://medinfo2.psu.ac.th/surgery/collective_review.htm.
7. กันยา ออประเสริฐ, ศิริพร พุทธิรังสี, บรรณาธิการ. สมรรถนะของพยาบาลผ่าตัด. เอกสารปรับปรุงวิชาการ ประจำปีครั้งที่ 8 ชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทยเรื่องการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลห้องผ่าตัด, 28-29 มิถุนายน 2546; ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุม (ไบเทค). กรุงเทพมหานคร: แอล.ที.เพรส, 2546.
8. เมธาวิทย์ ไชยะจิตรกำธร. การนำทฤษฎีทางการพยาบาลต่าง ๆ มาใช้ในการดูแลสุขภาพ. ศาสตร์การพยาบาลและสาธารณสุข. [ออนไลน์]. 11 กรกฎาคม 2556. [สืบค้น 17 มกราคม 2557]; เข้าถึงได้ที่: http://methawitpublichealth.blogspot.com/2013/07/blog-post_11.html.
9. กรมการแพทย์ สำนักงานการพยาบาล. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล ปรับปรุงครั้งที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2551: หน้า 259-82.