

การพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเพื่อการผ่าตัดต่อมธัยมัสในผู้ป่วยโรคมัยแอสทีเนียเกรวิส: กรณีศึกษา
ศิริวรรณ อาจบุราย พย.บ. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานวิสัญญีพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลบุรีรัมย์
ณรงค์กร ชัยวงศ์ ป.ร.ด. อาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

บทคัดย่อ

การผ่าตัดต่อมธัยมัส (Thymectomy) เป็นวิธีหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยโรคมัยแอสทีเนียเกรวิส (Myasthenia gravis) บทบาทพยาบาลวิสัญญี ในการให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความซับซ้อนและมีความสำคัญเริ่มตั้งแต่การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ การเตรียมและจัดหาอุปกรณ์เฝ้าระวังในการให้ยาระงับความรู้สึก และหลังผ่าตัดการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การระงับปวดที่มีประสิทธิภาพเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิตและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถกลับไปใช้ชีวิตต่อไป บทความนี้เป็นการศึกษาข้อมูลรายกรณี (case study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาและให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคมัยแอสทีเนียเกรวิสที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเพื่อการผ่าตัดต่อมธัยมัส กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี แผนกศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน ผู้ป่วย 1 ราย ที่เข้ารับการผ่าตัดในเดือนกันยายน 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบบันทึกรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย 2) แบบบันทึกการประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และ 3) แบบบันทึกการแผนการพยาบาล

ผลการศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 37 ปี แพทย์วินิจฉัยโรค generalized Myasthenia gravis Stage 2B มาตามนัดเพื่อผ่าตัดต่อมธัยมัสโดยการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่าง แบ่งการดูแลด้านการพยาบาลวิสัญญีออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อน ระหว่าง และหลังให้ยาระงับความรู้สึก ในระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยพบปัญหา ดังนี้ 1) วิดกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการให้ยาระงับความรู้สึก 2) มีโอกาสเกิดภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงเฉียบพลัน เนื่องจากงดยาคุมกำเนิดก่อนผ่าตัด ปัญหาในระหว่างระงับความรู้สึก ได้แก่ 1) เสี่ยงต่อภาวะช่วยหายใจและใส่ท่อช่วยหายใจยาก เนื่องจากความผิดปกติทางสรีระของผู้ป่วย 2) เสี่ยงต่อภาวะหลอดลมหดเกร็งเฉียบพลัน เนื่องจากกล้ามเนื้อหดรัดตัวไม่ดีพอ 3) มีโอกาสเกิดการภาวะตื่น (awareness) ขณะผ่าตัด เนื่องจากร่างกายมีการตอบสนองต่อยาหดรัดกล้ามเนื้อไม่แน่นอน 4) เสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำขณะผ่าตัด และปัญหาที่พบระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก ได้แก่ 1) เสี่ยงต่อภาวะการหายใจไม่มีประสิทธิภาพภายหลังผ่าตัด 2) มีโอกาสเกิดการหายใจไม่เพียงพอภายหลังถอดท่อช่วยหายใจ 3) ไม่สุขสบายปวดแผลผ่าตัดบริเวณหน้าอก

การประเมินผลหลังให้การพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลลดลง มีความพร้อมในการผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ขณะผ่าตัดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สัญญาณชีพคงที่ ส่วนระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ เนื่องจากแบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ โดยหายใจตื้นและช้าจากการปวดแผลผ่าตัด ได้รับการแก้ไขปัญหาโดยการจัดการความปวดแบบผสมผสานและสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ อาการดีขึ้นจำหน่ายกลับบ้าน รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาล 10 วัน

คำสำคัญ: การพยาบาล, การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่าง, ผ่าตัดต่อมธัยมัส, โรคมัยแอสทีเนียเกรวิส

Nursing Care of General Anesthesia for Thymectomy in Patients with Myasthenia Gravis: Case Study

Siriwan Artburai B.N.S, Registered Nurse, Professional Level, Nurse Anesthetist Department, Buriram Hospital.

Narongkorn Chaiwong Ph.D. Lecturer, Faculty of nursing, Buriram Rajabhat University.

Abstract

Thymectomy is one of the treatment methods for patients with Myasthenia gravis. The roles of anesthetist nurse in administering anesthesia to patients in this group are complex and crucial, beginning with preparing the patient physically and mentally, organizing and obtaining equipment, monitoring during anesthesia administration, and postoperative complications monitoring. Effective pain management is a crucial aspect that helps patients safely recover from their life-threatening conditions and avoid complications, allowing them to recover leading to their normal healthy status. This is a case study, the objective was to investigate the nursing outcomes of administering general anesthesia for thymectomy department of Cardio-Vascular-Thoracic surgery, Buriram Hospital Retrospective data were collected from the medical records of 1 patient Who undergone thymectomy in September 2022. The tools used to collect data include: 1) case recording form gather information from patient medical records, 2) health assessment records and 3) nursing planning records.

Results: Thai 37 years old female patient, was diagnosed generalized myasthenia gravis Stage 2B. Chief complaint was followed appointment for thymus surgery under general anesthesia. Anesthesia nursing care divided to 3 phases: before, during and after receiving anesthesia. In the period before anesthesia was administered, patients encounter the following problems: 1) anxiety due to lack of knowledge on how to do before and after anesthesia had given. 2) There was risk of acute muscle weakness due to stopping and changing immunosuppressive drugs to prepare before surgery. During anesthesia, problems were found: 1) risk of difficult ventilation and endotracheal intubation due to the patient's physiological abnormalities, 2) risk of acute bronchospasm due to muscles did not relaxed enough, 3) awareness because the body did not respond well to the muscle relaxation drugs and 4) hypothermia during surgery. After the anesthesia was given, problems were found: 1) risk of ineffective breathing after surgery, 2) risk of hypoventilation after removing the endotracheal tube, 3) discomfort for wound pain.

After nursing care, evaluation showed patients had knowledge and understood about how to do before and after surgery. Anxiety decreased, and status prompt to surgery both physically and mentally. There was no complication during the administration of anesthesia with stable vital sign. The post-operative period found that patient required re-intubation due to wound pain and dyspnea, that relief by effective pain management and multimodal analgesia. This allowed her to recover leading to patient extubation and no other complications, resulting in 10 days hospital stay.

Keyword : Nursing care, general anesthesia, Thymectomy, myasthenia gravis, MG

บทนำ

มัยแอสทีเนียเกรวิส (Myasthenia gravis: MG) หรือโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง จัดเป็นโรคภูมิคุ้มกันต่อต้านภูมิคุ้มกันตนเอง (autoimmune disease) ที่เกิดจากจำนวน acetylcholine receptors ที่ postsynaptic membrane ของ neuromuscular junction น้อยลง ซึ่งมีสาเหตุจากการมี acetylcholine antibody เกิดขึ้นในร่างกาย¹ ส่งผลให้การทำงานของสารสื่อประสาทบริเวณช่องว่างระหว่างเส้นประสาทและกล้ามเนื้อลายบกพร่อง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงได้ทั่วทั้งร่างกาย ซึ่งจะเป็นมากขึ้นเมื่อมีการออกกำลังกายหรือออกแรงทำงาน มีรายงานการศึกษาพบว่า ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยที่เป็นมัยแอสทีเนียเกรวิสจะมีความผิดปกติของต่อมธัยมัส (thymus gland) ซึ่งอาจเป็นแบบ hyperplasia หรือ Thymoma ทำให้จำเป็นต้องรับการผ่าตัดเพื่อให้ดีขึ้น โดยการตัดเอาต่อมธัยมัสออก² และจากการให้บริการการระงับความรู้สึกศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ซึ่งเปิดบริการปี พ.ศ. 2565-2566 พบผู้ป่วยโรค generalized Myasthenia gravis เข้ารับการผ่าตัดต่อมธัยมัส จำนวน 3 ราย³ นับได้ว่าเป็นการผ่าตัดที่หาพบได้ยากและมีความซับซ้อนตั้งแต่เปิดบริการ ซึ่งโรคดังกล่าวมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงต่อระบบต่าง ๆ และระบบที่สำคัญ คือ ระบบทางเดินหายใจซึ่งเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต โดยเฉพาะการให้การระงับความรู้สึกในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความสำคัญอย่างมากเนื่องจากผู้ป่วย Myasthenia gravis มักจะได้รับยาากลุ่มออกฤทธิ์เพิ่มการทำงานของสารสื่อประสาท เช่น Pyridostigmine ซึ่งมีผลอย่างมากต่อการเลือกใช้ยาหย่อนกล้ามเนื้อระหว่างการผ่าตัด รวมถึงการใช้ยากดภูมิคุ้มกันกลุ่มสเตียรอยด์ (Steroid) เป็นเวลานานซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของต่อมหมวกไตผิดปกติ

ในการปฏิบัติการพยาบาลระงับความรู้สึกสำหรับผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวจึงมีความจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ร่วมกับประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง(King)⁴ โดยทฤษฎีนี้ได้กล่าวถึงพยาบาลและผู้ป่วยมีจุดมุ่งหมายร่วมกันในการดูแลสุขภาพแล้ว ทำให้มีโอกาสบรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายได้อย่างมาก โดยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลจะประกอบด้วย 1) พฤติกรรมของ

ผู้รับบริการ (action) 2) ปฏิบัติการตอบสนองระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการตามการรับรู้ (reaction) 3) สิ่งรบกวนหรือปัญหาของผู้รับบริการ (disturbance) 4) การตั้งเป้าหมายร่วมกัน (mutual goal setting) 5) การค้นหาวิธีการเพื่อดำเนินสู่เป้าหมายร่วมกัน (explore means to achieve goal) 6) การตกลงยอมรับวิธีปฏิบัติร่วมกัน (agree on means to achieve goal) 7) การบรรลุเป้าหมายของการปฏิสัมพันธ์ (transaction) ซึ่งเป้าหมายดังกล่าวร่วมกันคือ การที่ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนการให้ยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัด โดยเริ่มตั้งแต่ขั้นตอนการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึก ประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจประเมินระดับการอ่อนแรง ระดับความรุนแรงของโรค การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อนำมาวางแผนการระงับความรู้สึก⁵ รวมถึงให้ข้อมูลความเสี่ยงต่างๆ ในการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก พุดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้เปิดโอกาสให้ซักถามในประเด็นต่าง ๆ สอนวิธีการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและฝึกปฏิบัติร่วมกัน ได้แก่ การฝึกบริหารการหายใจ การประเมินความปวด การพลิกตะแคงตัว การไออย่างมีประสิทธิภาพ การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด การดูแลบาดแผล นอกจากนี้ทีมวิสัญญีแพทย์และพยาบาลวิสัญญีประชุมปรึกษาวางแผนการระงับความรู้สึกร่วมกันวิเคราะห์คาดการณ์ปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย พิจารณาวางแผนการใช้อุปกรณ์พิเศษ C-MAC Video laryngoscope ช่วยใส่ท่อช่วยหายใจเนื่องจากผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจยาก การเลือกใช้ยาสลบ (induction) กลุ่มยาหย่อนกล้ามเนื้อ non depolarizing muscle relaxant และการให้ volatile anesthetic agents เตรียมอุปกรณ์พิเศษในการเฝ้าระวังการทำงานของกล้ามเนื้อลายที่ควบคุมการหายใจโดยตรง (Train of Four: TOF) รักษาระดับความลึกของการระงับความรู้สึกให้เกิดความสมดุล ระยะหลังผ่าตัด เป็นการประเมินประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อลายที่ช่วยในการหายใจเพื่อพิจารณาวางแผนถอดท่อช่วยหายใจหลังผ่าตัด การเตรียม Invasive Monitor Arterial blood-pressure, End Tidal CO₂ รวมถึงเตรียมผ้าห่มล้อนเพื่อใช้ป้องกันอุณหภูมิร่างกายต่ำขณะผ่าตัด เป็นต้น

จากเหตุผลดังกล่าวผู้เขียนจึงมีความสนใจศึกษากรณีศึกษา (case study) การพยาบาลการให้ยาระงับ

ความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเพื่อการผ่าตัดต่อมธัยมัสในผู้ป่วยโรคภัยแอสทีเนียเกรวิส ซึ่งมักพบว่ามีอาการและซับซ้อนในการระงับความรู้สึก ดังนั้นพยาบาลวิสัญญีจึงต้องมีการวางแผนเตรียมความพร้อมตั้งแต่ระยะก่อนระงับความรู้สึก ระยะการระงับความรู้สึก และระยะหลังระงับความรู้สึก เพื่อลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในแต่ละระยะของการให้ยาระงับความรู้สึก อีกทั้งยังเกิดความปลอดภัยและเป็นผลดีกับผู้ป่วยยิ่งขึ้น นอกจากนี้ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็น แนวทางการปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรทางวิสัญญีในการวางแผนให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดต่อมธัยมัสหรือการผ่าตัดทรวงอกผู้ป่วยรายอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. ประเมินสภาพผู้ป่วยโรคภัยแอสทีเนียเกรวิสที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเพื่อการผ่าตัดต่อมธัยมัส
2. ศึกษาการวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเพื่อการผ่าตัดต่อมธัยมัสในผู้ป่วยโรคภัยแอสทีเนีย เกรวิส

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษากรณีศึกษา โดยใช้ข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน ด้วยการเก็บข้อมูลย้อนหลังผู้ป่วย 1 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จากผู้ป่วยโรคภัยแอสทีเนียเกรวิสที่เข้ารับการผ่าตัดต่อมธัยมัสโดยการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่าง (general anesthesia: GA) ของกลุ่มงานพยาบาลวิสัญญี แผนกศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ช่วงเดือน กันยายน พ.ศ. 2565 โดยผู้เขียนได้ขออนุมัติหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและผู้อำนวยการโรงพยาบาลในการศึกษาและเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย ศึกษาเอกสารวิชาการเกี่ยวกับโรคภัยแอสทีเนียเกรวิส การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเพื่อการผ่าตัดต่อมธัยมัส รวมถึงศึกษาทฤษฎีการพยาบาลของคิง⁴ การรายงานกรณีศึกษาจะไม่ระบุชื่อหรือสื่อถึงข้อมูลส่วนบุคคล ผู้รับบริการ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) เวชระเบียนผู้ป่วยและแบบบันทึกรวบรวมข้อมูลตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 2) แบบบันทึกแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีของคิง⁴

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 37 ปี อาการสำคัญ มาตามนัด ผ่าตัดต่อมธัยมัส

ประวัติปัจจุบัน 5 ปีก่อนมาโรงพยาบาลด้วยแขนและขาอ่อนแรงทั้ง 2 ข้าง แพทย์วินิจฉัยโรค generalized myasthenia gravis Stage 2B รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการกลืนและเคี้ยวอาหารลำบาก ไม่มีอาการสั่นและพูดเสียงขึ้นจมูก แพทย์แนะนำให้เข้ารับการผ่าตัด ผู้ป่วยยินยอมผ่าตัดต่อมธัยมัส ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร และการผ่าตัด

ประวัติการรับยา Azathioprine 50 mg 1 tab pc เข้าเย็น, Calcium 600 mg 1 tab pc เข้าเย็น, Vitamin D2 1 cap pc เข้าเย็น, Omeprazole 20 mg 1 cap pc เข้า, Prednisolone 5 mg 3 tab pc เข้า, Pyridostigmine 60 mg 1 tab pc, Trimetazidine 20 mg 2 tab pc เข้า

อาการแรกเริ่มที่คลินิกเตรียมความพร้อมก่อนระงับความรู้สึก สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 116/65 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือด 98 % น้ำหนัก 68 กิโลกรัม ส่วนสูง 164 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 25.28 kg/m²

การประเมินภาวะสุขภาพ

การประเมินแบบแผนสุขภาพตามกรอบแนวคิดของกอร์ดอน พบว่า แบบแผนที่ 1 การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแล ผู้ป่วยรับทราบเรื่องโรคภัยแอสทีเนียเกรวิสที่เป็นอยู่ มีความกังวลเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของโรค และต้องการลดระดับการใช้ยาสเตียรอยด์ในระยะยาว และขาดความรู้ขั้นตอนการเตรียมตัวให้ยาระงับความรู้สึก และภาวะแทรกซ้อนของยาหย่อนกล้ามเนื้อ แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร 3 เดือนผู้ป่วยกลืนและเคี้ยวลำบาก กลืนน้ำลำบาก รับประทานได้ครั้งละน้อย ไม่มีอาการสั่น แบบแผนที่ 4 ไม่ได้ออกกำลังกายเนื่องจากเมื่อเดินประมาณ 100 เมตร กล้ามเนื้อขาอ่อนแรงและกล้ามเนื้ออกอ่อนแรงช่วงบ่ายและสายของทุกวัน ผู้ป่วยหายใจไม่อิ่มเมื่อมีการออกกำลังกายในช่วงบ่าย แบบแผนที่ 6 สถิติปัญหาและการรับรู้ ขา อ่อนแรง หนักตาตก แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ ผู้ป่วยปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์

ประจำเดือนล่าสุด วันที่ 16-19 สิงหาคม 2565 แบบ
แผนที่ 10 การปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด
รู้สึกกลัวและกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดในครั้งนี้

ผลการตรวจร่างกาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รูปร่างอวบ
ท้วม ใบหน้าใหญ่ คอหนา คางสั้น มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์
ดัชนีมวลกาย 25.28 kg/m^2 , หนึ่งตาตกลึกน้อย มองเห็น
ปกติ ใบหน้าปกติ กำลังแขนเกรด 4 ทั้ง 2 ข้าง กำลังขาเกรด
4 ทั้ง 2 ข้าง ASA status class 3, Mallampati class 3,
Inter-Incisor distance 4 เซนติเมตร, thyromental dis-
tance 7 เซนติเมตร, sternomental distance 13
เซนติเมตร ฟันปกติไม่มีโยก

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและตรวจพิเศษ :
Hb 10 g/dl, Hct 33 %, WBC 11,330 cell/UL,
Platelet count 395,000 cell/UL, PT 10.8 วินาที,
INR 0.99 วินาที, PTT 23.7 วินาที, BUN 12 mg/dl,
Cr 0.7mg/ml, Sodium 140 mmol/L, Potassium
3.7 mmol/L, Chloride 108 mmol/L, CO_2 23
mmol/L ผลตรวจคลื่นหัวใจ (EKG) พบภาวะ 1st de-
gree AV Block ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ผลตรวจ
เอกซเรย์ปอด ผลปกติ ผลตรวจ CT-Chest: not Seen
Thymoma

แพทย์วินิจฉัยเป็น generalized myasthenia
gravis Stage2B นัดมาผ่าตัด Median Sternotomy
with Thymectomy กำหนดผ่าตัดวันที่ 21 สิงหาคม
2565 เวลา 09.00 น. ก่อนผ่าตัดส่งปรึกษาอายุรแพทย์
ด้านระบบประสาท แพทย์ลงความเห็นอนุญาตให้ผ่าตัด
ได้ อธิบายความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น
การคาท่อช่วยหายใจหลังผ่าตัด หรือการเกิดภาวะ
Myasthenia crisis หลังผ่าตัด 5-10 % มีการรักษา
เพิ่มเติม ให้หยุดยา Azathioprine 50 mg หลังผ่าตัด 2
สัปดาห์ หลีกเลี่ยงการใช้ neuromuscular blocking
agent ระหว่างการระงับความรู้สึก และส่งปรึกษาวิสัญญี
แพทย์ ลงความเห็นอนุญาตให้ผ่าตัดได้ อธิบายความ
เสี่ยง การคาท่อช่วยหายใจหลังผ่าตัด ความเสี่ยงต่าง ๆ
ที่เกิดขึ้น และการจัดการความปวดหลังผ่าตัด การรักษา
เพิ่มเติม เตรียมเตียงผู้ป่วยวิกฤต (intensive care unit :
ICU) ให้ยา Hydrocortisone 100 mg 6.00 น., Pyri-
dostigmine 60 mg 1 tab รับประทานพร้อมน้ำหวาน
ใส 200 ซีซี, Technique General Anesthesia แบบ

Balance anesthesia with endotracheal tube, เตรียม
Invasive Monitor Arterial blood- pressure, EKG,
Oxygen saturation, End Tidal CO_2 , Temperature
ทุก 5 นาที และเตรียม IV 2 เส้นเบอร์ 16 เตรียมเลือด
สำรอง PRC 2 ยูนิต, FFP 2 ยูนิต

การให้บริการทางวิสัญญีระยะผ่าตัด

ระหว่างผ่าตัดให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย
(general anesthesia แบบ Balance Anesthesia)
นำสลบด้วย Propofol 150 มิลลิกรัม, Cisatracurium
6 มิลลิกรัม, fentanyl 150 ไมโครกรัม และทำการใส่ท่อ
ช่วยหายใจ ET No.7.0 ลึก 20 เซนติเมตร ควบคุมการสลบ
ของผู้ป่วยด้วย Air:O₂ อัตราส่วน 1:1 ลิตรต่อนาที และยา
ดมสลบ Desflurane 2.0 - 2.5 เปอร์เซ็นต์ ให้ยาหย่อน
กล้ามเนื้อ Cisatracurium 1 mg ทุก 30 นาที ให้ยาระงับ
ปวด และ Fentanyl 50 ไมโครกรัม เป็นระยะๆ ตรวจวัด
สัญญาณชีพ (monitoring) ประกอบด้วย Invasive Arteri-
al Blood- pressure, EKG, oxygen saturation End
Tidal CO_2 , Temperature ทุก 5 นาที ผู้ป่วยอยู่ในระยะ
ควบคุมการให้ยาระงับความรู้สึกดีแล้ว เปิดเส้นเลือดดำ
เพิ่มเติมอีกสองเส้น ทำการเก็บแขนสองข้างแนบลำตัว จัด
ท่าระหว่างการผ่าตัดท่านอนหงาย (Supine) ศัลยแพทย์
เริ่มผ่าตัด ช่วงนี้วิสัญญีพยาบาลต้องควบคุมการหายใจ
ผู้ป่วยด้วย เครื่องช่วยหายใจควบคุมปริมาตร Mode VCV
ด้วย Tidal volume 8 ซีซี/กิโลกรัม อัตราการหายใจ
10-12 ครั้ง/นาที โดยดูค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจ
ออกประกอบด้วยในการปรับการตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจ
และใส่ความดันบวกช่วงหายใจออก Positive End- Expir-
atory Pressure (PEEP) 5 เซนติเมตรน้ำ ป้องกันการเกิด
Lung Atelectasis จำกัดความดันในทางเดินหายใจ (Peak
Inspiratory Pressure) ให้ต่ำกว่า 35 เซนติเมตรน้ำ
สัญญาณชีพระยะผ่าตัด ความดันโลหิต 110/70-120/80
มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิร่างกาย 35.0-35.6 องศา
เซลเซียส ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 %
ค่า ETCO_2 30 เซนติเมตรน้ำ ระยะเวลาผ่าตัด 2 ชั่วโมง
55 นาที เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 150 ซีซี จำนวนปัสสาวะ
150 ซีซี

การให้บริการทางวิสัญญีระยะหลังผ่าตัด

หลังผ่าตัดวิสัญญีแพทย์พิจารณา ค่าท่อช่วยหายใจ กลับหอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจและหลอดเลือด พยาบาลวิสัญญี ส่งต่อข้อมูลที่สำคัญ Ventilator Setting VC-CMV TV 450 ml, RR 12 Times/min, FiO₂ 0.6, PEEP 5 cmH₂O, Monitoring Invasive Arterial blood- pressure, EKG, Oxygen saturation, End Tidal CO₂, Temperature, Hct 33 %, เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 150 ซีซี, ได้รับสารน้ำ 1,200 ml ดูแลส่งกลับหอผู้ป่วย ผู้ป่วยตื่นดี รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ ความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 110-120/70-90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรอยู่ระหว่าง 90-100 ครั้งต่อนาที คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ปกติ Oxygen saturation (SpO₂) อยู่ระหว่าง 98-100 เปอร์เซ็นต์ หายใจ สม่ำเสมอ มีสาย Chest Drain 2 ขวด มีปริมาณ bleeding ประมาณ 10 มิลลิลิตร NPO ปวดแผลหน้าอกเวลาหายใจและขยับตัว Pain score 6-8 คะแนน ได้ Morphine 30 มิลลิกรัม ผสม 5%DW 100 ml vein 12 ซีซี/ชั่วโมง และ Fentanyl (10:1) IV 3 ซีซี/ชั่วโมง, Hydrocortisone 100 mg ทุก 12 ชั่วโมง, FFP 1 ยูนิต IV 60 ซีซี/ชั่วโมง

หลังผ่าตัดวันที่ 1 สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบ Potassium 2.88 mmol/L แพทย์ให้ 0.9% NSS 1000 ml + KCL 40 mEq IV rate 80 ซีซี/ชั่วโมง

หลังผ่าตัดวันที่ 2 ถอดสายสวนปัสสาวะ ถอด arterial blood- pressure (ABP) ย้ายกลับหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ชั้น 6 เวลา 22.00 น. ผู้ป่วยเหนื่อยมากขึ้น หายใจได้น้อย แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจอีกครั้ง, Hydrocortisone 100 มิลลิกรัม, Dexamethasone 4 มิลลิกรัม IV, Ventilator Setting VC-CMV TV 450 ซีซี, RR 12 Times/min, FiO₂ 0.6 เปอร์เซ็นต์, PEEP 5 เซนติเมตรน้ำ ปวดแผลผ่าตัด คะแนนความปวด (pain score) 8/10 คะแนน แพทย์พิจารณาให้ Fentanyl Patch 25 ไมโครกรัม 3 วัน

หลังผ่าตัดวันที่ 3 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจได้เองมากขึ้น Ventilator Setting VC-CMV TV 450 ซีซี, RR 12 Times/min, FiO₂ 0.6 เปอร์เซ็นต์, PEEP 5 เซนติเมตรน้ำ ปวดแผลผ่าตัด Pain Score 3 คะแนน นอนพักผ่อนได้

หลังผ่าตัดวันที่ 4 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจได้เองมากขึ้น Hydrocortisone 100 มิลลิกรัม ทุก 12 ชั่วโมง, MO 30 มิลลิกรัม ผสม 5%DW 100 ml vein 12 ซีซี/

ชั่วโมง, ถอด Chest Drain 2 ขวด, feed BD (1.5:1) 250 ซีซี x 4 feeds น้ำตาม 30 ml/feeds, Azathioprine 50 mg 2 tab pc เข้า, Calcium 600 mg 1 tab pc เข้าเย็น, Tramol 50 มิลลิกรัม 1 เม็ด หลังอาหาร เข้า เย็น, Air-X เม็ด หลังอาหาร เข้าเที่ยงเย็น, Pyridostigmine 60 mg 1 เม็ด ก่อนอาหาร เข้าเที่ยงเย็น ก่อนนอน, Trimetazidine 20 mg 2 เม็ดหลังอาหารเช้า, Augmentin 2.2 mg IV ทุก 12 ชั่วโมง , Wean CPAP ได้

หลังผ่าตัดวันที่ 5 แพทย์พิจารณาถอดท่อช่วยหายใจ ดูแลให้ออกซิเจนผ่านหน้ากาก 6 ลิตร/นาที ค่าความอิ่มตัว ออกซิเจนในเลือด 98 เปอร์เซ็นต์ Hydrocortisone 100 มิลลิเมตร ทุก 12 ชั่วโมง Morphine 30 มิลลิกรัม ผสม 5%DW 100 ml IV drip 5 ml/hr.

หลังผ่าตัดวันที่ 7 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ปวดแผลเล็กน้อย อาการทุเลา แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน และให้ล้างแผล หน้าอกทุกวัน นัดตัดไหม วันที่ 7 ตุลาคม 2565 และนัดติดตามอาการ วันที่ 14 ตุลาคม 2565

ยากลับบ้าน Azathioprine 50 มิลลิกรัม 1 เม็ด หลังอาหาร เข้าเย็น, Calcium 600 มิลลิกรัม 1 เม็ดหลังอาหาร เข้าเย็น, Vitamin D2 1 เม็ดหลังอาหารเย็น, Omeprazole 20 มิลลิกรัม 1 เม็ดหลังอาหารเช้า เที่ยงเย็น, Prednisolone 5 มิลลิกรัม 3 เม็ดหลังอาหารเช้า, Pyridostigmine 60 mg 1 เม็ด หลังอาหารเช้า, Trimetazidine 20 mg 2 เม็ดหลังอาหารเช้า, Norgesic 1 เม็ด เวลาปวดทุก 8 ชั่วโมง, Augmentin 1 เม็ด หลังอาหาร เข้าเย็น รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาล 10 วัน

การพยาบาลการให้การรับความรู้สึกรู้สึกแบบตัวร่างกายเพื่อการผ่าตัดต่อมธัยมัส (ต่อ)

ข้อมูลสับสน	เป้าหมาย/ เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล/ การประเมินผล	วิเคราะห์เหตุผลสับสน
2. มีโอกาสเกิดภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงเฉียบพลัน เนื่องจาก งดและเปลี่ยนยากล้ามเนื้อหัวใจ เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดธัยมัสออก ข้อมูลจากการประเมิน: “กลัวอาการอ่อนแรงกำเริบ เนื่องจากแพทย์สั่งงดยากล้ามเนื้อหัวใจร่างกาย หนึ่งตามก Ice test ให้ผลบวก, ผู้ป่วยเดินได้ประมาณ 100 เมตร จะมีอาการขาอ่อนแรงทดสอบผู้ป่วยให้ลุก-นั่งสลับกันพบว่าผู้ป่วยมีขาอ่อนแรง	เป้าหมาย ป้องกันการเกิดภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงเฉียบพลัน	กิจกรรมการพยาบาล 1. แนะนำผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติ เช่น อาการหายใจลำบากหายใจสั้น ตื่น หายใจเร็ว ให้รีบแจ้งพยาบาล 2. ดูแลให้ยา Hydrocortisone 100mg IV, Pyridostigmine 60 mg 1 tab เวลา 06.00 น. ก่อนผ่าตัด 3. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ 4. ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ 5. จัดสิ่งแวดล้อมลดการรบกวน การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีภาวะหนึ่งตามก ไม่มีอาการขาอ่อนแรง	เนื่องจากผู้ป่วยมีประวัติการใช้ยากล้ามเนื้อหัวใจมานาน 5 ปี ก่อนผ่าตัดมีความจำเป็นต้องงดยากล้ามเนื้อหัวใจ เนื่องจากยากล้ามเนื้อหัวใจ non depolarizer การที่ผู้ป่วยหยุดยากล้ามเนื้อหัวใจนาน 6-8 ชั่วโมงส่งผลต่อการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อมีความรุนแรงมากขึ้นส่งผลทำให้เกิดภาวะการหายใจล้มเหลวอย่างเฉียบพลัน ดังนั้นการพยาบาลก็จะเป็นการเฝ้าระวังการเกิดอาการแทรกซ้อนดังกล่าว สอนให้ผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการและการแสดงที่ผิดปกติ

การพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเพื่อการผ่าตัดต่อมธัยมัส

ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	
ข้อมูลสนับสนุน		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน	

การประเมินผล ในระยะนำสลบ สามารถช่วยหายใจได้โดยใช้ Mask No.4 with Oral Air way No.3 และสามารถใส่ท่อช่วยหายใจโดยใช้ C-MAX with Stylet สำเร็จ 1 ครั้ง ไม่มีภาวะตัวเขียว ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98% ไม่มีกราลำลึกน้ำและเศษอาหารเข้าสู่ทางเดินหายใจ

การพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึกแบบตัวร่างกายเพื่อการผ่าตัดต่อมธัยมัส (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ข้อมูลสนับสนุน		เป้าหมาย/เกณฑ์การประเมินผล		กิจกรรมการพยาบาล/การประเมินผล		วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน
2. เสี่ยงต่อภาวะหลอดลมหดเกร็งเฉียบพลัน (Bronchospasm) เนื่องจากกล้ามเนื้อหอย่นตัวไม่ดีพอ		เป้าหมาย เพื่อป้องกันภาวะหลอดลมหดเกร็งเฉียบพลัน		กิจกรรมการพยาบาล		ภาวะหลอดลมหดเกร็งเฉียบพลันที่เกิดขึ้นในขณะที่ยังสลบไม่ลึกพอและมีการกระตุ้นหลอดลมในขณะที่ยังสลบไม่ลึกพอเกิดจากที่ผู้ป่วยได้รับยานาสลบหรือยาหอย่นกล้ามเนื้อขนาดเล็กขนาดน้อยไปไม่เหมาะสมกับน้ำหนักผู้ป่วย หรือยานาสลบออกฤทธิ์ช้า ซึ่งการป้องกันการเกิด Bronchospasm มีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้ ⁶
ข้อมูลจากการประเมิน: ผู้ป่วยมีประวัติการใช้ยาในกลุ่ม pyridostigmine ออกฤทธิ์เพิ่มการทำงานของสารสื่อประสาทเป็นเวลานาน ซึ่งอาจมีผลต่อยาหอย่นกล้ามเนื้อทำงานไม่มีประสิทธิภาพ		เกณฑ์การประเมิน 1. สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้สำเร็จ 2. ไม่เกิดภาวะหลอดลมหดเกร็งเฉียบพลัน เช่น ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดไม่ต่ำกว่า 95 % 3. ไม่เกิดภาวะตัวเขียว (cyanosis)		1. Pre-oxygen 6 LPM อย่างน้อย 5 นาทีก่อนนำสลบ 2. ดูแลท่าทางเดินหายใจให้โล่ง 3. นำสลบด้วย Propofol 150 mg IV ดูแลให้ยา Cisatracurium 6 mg IV 4. เพิ่มความเข้มข้นของยาสลบ สังเกตเมื่อผู้ป่วยสลบลึกและกล้ามเนื้อหอย่นตัว พ่นยาชาบริเวณกล่องเสียง และหลอดคอ ทำการ Laryngoscope และสอดท่อช่วยหายใจเข้าหลอดคอ อย่างนุ่มนวล		
		การประเมินผล สามารถใส่ท่อช่วยหายใจสำเร็จ 1 ครั้ง ไม่เกิดภาวะหลอดลมหดเกร็งเฉียบพลัน ค่าความอิ่มตัวในเลือด 99 -100 % ไม่เกิดภาวะ Cyanosis				
				1. ควรใช้ยานาสลบที่มีฤทธิ์เร็วและสั้น เช่น Propofol 2. ยาหอย่นกล้ามเนื้อ Depolarizer(Succinyl Choline) ไม่แน่นอนแต่ถ้าได้รับการรักษาระยะหนึ่งและผู้ป่วยอาการสงบสามารถใช้ได้ช่วงระยะนำสลบ (1.5mg/kg) และในระยะผ่าตัดสามารถเลือกใช้ยาหอย่นกล้ามเนื้อชนิด Non-Depolarizer ควรใช้ Cisatracurium ขนาดลดลง เริ่มต้นด้วย 1/10 ของขนาดปกติก็อาจเพียงพอก็สามารถผ่าตัดได้ ⁸ 3. ยาดมสลบ (Inhaled agent) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความไวต่อการใช้อาดมสลบและ Isoflurane, Halothane ส่งผลทำให้กระตุ้นให้เซลล์สร้างแอนติบอดีเพิ่มขึ้นควรหลีกเลี่ยงการใช้ยา 2 ตัว ควรเลือก ใช้อาดมสลบที่ส่งผลต่อการสร้างแอนติบอดีน้อย ไม่สะสมในเซลล์ คือ Sevoflurane, Desflurane ⁸ 4. ยา Opioids ควรเลือกใช้ยาที่ออกฤทธิ์สั้นและหมดฤทธิ์เร็วไม่กดการหายใจ คือ Fentanyl 2µg/kg ⁴		

การพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเพื่อการผ่าตัดต่อมธัยมัส

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล/ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมาย/เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล/การประเมินผล	วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน
3. ผู้ป่วยมีโอกาสดึงการ ภาวะตื่น (awareness) ขณะผ่าตัดเนื่องจาก ร่างกายมีการตอบสนองต่อยาหย่อน กล้ามเนื้อไม่แน่นอน	เป้าหมาย เพื่อป้องกันภาวะตื่นขณะ ผ่าตัด	กิจกรรมการพยาบาล 1. เลือกใช้ Muscle relaxant กลุ่ม Non-Depolarizer ควรใช้ Cisatracurium ขนาดลดลง เริ่มต้นด้วย 1/10 ของ ขนาดปกติ 2. Monitoring Invasive Monitor Arterial blood pressure, EKG, Oxygen saturation, End Tidal CO ₂ , Temperature ทุก 5 นาที 3. ติดตั้งและติดตามผล TOF ตลอดจนการผ่าตัด เพื่อประเมินระดับความรู้สึกของยาสลบ	เนื่องจากผู้ป่วย Myasthenia gravis มีการตอบสนองต่อ ยาหย่อนกล้ามเนื้อไม่แน่นอน ผู้ป่วยรายนี้มีอาการโรค รุนแรงได้รับการรักษาด้วยยา Anticholinesterase pyridostigmine) จะตอบสนองต่อยาหย่อนกล้ามเนื้อ มากผิดปกติ ทำให้ฤทธิ์ยาอยู่ได้นาน การใช้ยาหย่อน กล้ามเนื้อควรขนาดลดลง เริ่มต้นด้วย 1/10 ของขนาดปกติ ก็เพียงพอสามารถผ่าตัดได้ การที่ได้รับยาหย่อน กล้ามเนื้อน้อยกว่าขนาดปกติมีโอกาสเกิดภาวะตื่นขณะ ผ่าตัด การผ่าระวังและติดตามการทำงานของกล้ามเนื้อ หลังได้รับยาหย่อนกล้ามเนื้อเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญ เครื่องมือที่ใช้ผ่าระวังและเป็นที่นิยมรับในปัจจุบัน คือ Train-of-four stimulation (TOF) เพื่อช่วยในการควบคุม รักษาความลึกของการระงับความรู้สึกที่เพียงพอ
ข้อมูลจากการประเมิน : ผู้ป่วยมี ประวัติการใช้ยากลุ่มออกฤทธิ์เพิ่ม การทำงานของสารสื่อประสาท pyridostigmine เป็นเวลานาน	เกณฑ์การประเมิน 1. ค่า Train-of-four stimulation (TOF) ratio = 0 2. สัญญาณชีพในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 110/70-140/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80-90 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนใน เลือด 99-100 % 3. ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวขณะผ่าตัด	5. ควบคุมการหายใจตลอดเวลา Mode VCV Tidal Volume 450 ซีซี RR 14 ครั้ง/นาที PEEP 5 เซนติเมตรน้ำ 6. ดูแลให้ยา Cisatracurium ระยะนำสลบ 6 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ และระยะผ่าตัดให้ 1 มิลลิกรัมทาง หลอดเลือดดำ ใน 1 ชั่วโมง 2 ครั้ง	

การประเมินผล

ค่า TOF ratio = 0 สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิตอยู่ใน ช่วง 110/70-140/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80-90 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99-100 % ET CO₂ 30-35 เซนติเมตรน้ำ ติดตามเย็บหลังผ่าตัด ผู้ป่วยบอกว่าไม่รู้สึกตัวขณะผ่าตัด จำเหตุการณ์ไม่ได้

การพยาบาลการให้การรับรู้ถึงแบบร่างกายเพื่อการผ่าตัดต่อมธัยมัส (ต่อ)

ข้อมูลสนับสนุน/ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมาย/เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล/การประเมินผล	วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน
4. เสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (hypothermia) ขณะผ่าตัด	เป้าหมาย ป้องกันการเกิดอุณหภูมิร่างกายต่ำอย่างต่อเนื่อง	1. เตรียมอุปกรณ์ keep warm ระหว่างการผ่าตัดให้พร้อมใช้งาน วางแผ่นรองนอนควบคุมความร้อนโดยใช้ผ้าอุ่นห่มบริเวณขาหนีบเต้านม และใช้ผ้าห่มลมร้อน (Forced-air warmer) และตั้งอุณหภูมิของเครื่องเป่าลมอุ่นไว้ที่ 43 องศาเซลเซียสตลอดการผ่าตัด	ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia; Core Temperature < 36.0 องศาเซลเซียส) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยระหว่างการดมยาสลบผ่าตัด โดยมีอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 64.3-70.0 ⁹ ซึ่งก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกายผู้ป่วยได้หลายระบบ เช่น เกิดภาวะแข็งตัวของเลือดผิดปกติทำให้เสียเลือดระหว่างผ่าตัดมากขึ้น หัวใจเต้นผิดปกติภาวะกรดในร่างกายนเพิ่มขึ้น ยาหย่อนกล้ามเนื้อหมดฤทธิ์ช้าลงพื้นที่ซ้จากยาคมสลับ และผ่าตัดติดเชื้ ดังนั้นการควบคุมรักษาระดับอุณหภูมิร่างกายระหว่างผ่าตัดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (> 36.0 องศาเซลเซียส) ตามมาตรฐานเป็นสิ่งจำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ผ่าตัดเปิดช่องอกที่มีบาดแผลขนาดใหญ่ เช่น Median Sternotomy การที่มีสูญเสียความร้อนออกทางแผลผ่าตัดทางตรงออกไปกับน้ำที่ระเหยออกจากแผลผ่าตัดปริมาณมาก
ข้อมูลสนับสนุน การผ่าตัด Thyrectomy เป็นการผ่าตัดใหญ่ ต้องเปิดทรวงอก มีโอกาสเสียเลือดมาก รวมถึงบรรยากาศในห้องผ่าตัดอุณหภูมิต่ำ	เกณฑ์การประเมิน - อุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 36-37 องศาเซลเซียส - ไม่มีอาการตัวเย็น - สัญญาณชีพคงที่ ไม่เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ - หลังผ่าตัดไม่มีช็อคและหนาวสั่น	2. วัดอุณหภูมิทาง Esophagus และทาง Rectum 3. ใช้สารน้ำที่อุ่นในการล้างหรือเทในช่องทรวงอก 4. ดูแลให้ร่างกายผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่แห้งและสะอาด 5. ใช้ผ้าห่มให้อุ่นก่อนใช้คลุมผู้ป่วยเมื่อเสร็จผ่าตัด 6. เฝ้าระวังอาการและการแสดงที่เกิดจากอุณหภูมิเปลี่ยนแปลง ประเมินสัญญาณชีพและคลื่นไฟฟ้าหัวใจต่อเนื่อง	

การพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึกลักษณะทั่วไปร่างกายเพื่อการผ่าตัดต่อมธัยมัส (ต่อ)

ชื่อวิธีฉีดยาพยาบาล/ ข้อมูลสนับสนุน		เป้าหมาย/ เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล/ การประเมินผล	วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน
ระยะหลังระงับความรู้สึกลักษณะทั่วไปร่างกาย				
1. เสี่ยงต่อภาวะการหายใจไม่ มีประสิทธิภาพภายหลังผ่าตัด เนื่องจากกล้ามเนื้อช่วยในการหายใจทำงานไม่เต็มที่ ร่วมกับมีแผลผ่าตัดเปิด ทรวงอก	เป้าหมาย ผู้ป่วยหายใจได้เพียงพอ	เกณฑ์การประเมิน - อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง ต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของ ออกซิเจนในเลือด 98-100 % - ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับ เครื่องช่วยหายใจ หรือหายใจได้ ตามเครื่อง	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินลักษณะการหายใจความสามารถ ในการหายใจเอง monitor สัญญาณชีพ ค่า ออกซิเจนปลายนิ้วตลอดเวลา 2. ดูแลค่าพารามิเตอร์ตามแผนการรักษา เพื่อสังเกตและเฝ้าระวังการหายใจไม่เพียงพอ 3. เลือก Mode ของเครื่องช่วยหายใจ ตั้ง ปริมาณความเข้มข้นออกซิเจนให้ตาม แผนการรักษา 4. ประเมินความสุขสบายผู้ป่วยระหว่างการ ใช้เครื่องช่วยหายใจ 5. อธิบายถึงเหตุผลการค่าพารามิเตอร์ช่วยหายใจ ให้ ผู้ป่วยและญาติรับทราบเพื่อลดความวิตกกังวล	ภาวะการหายใจไม่มีประสิทธิภาพหลังระงับความรู้สึกลักษณะทั่วไป 1. การที่กล้ามเนื้อหายใจส่วนบนหย่อนตัว เกิดจากผู้ป่วยยังไม่ฟื้น จากฤทธิ์ยาผสมสลบ ยาหย่อนกล้ามเนื้อและยาระงับปวด ทำให้กล้ามเนื้อ ทงเดินหายใจส่วนบนยังไม่กลับมาทำงานปกติ 2. การคงเหลือของฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ อาจแสดงไม่พบทันทีหลัง ถอดท่อช่วยหายใจ เพราะกล้ามเนื้อจะบวมจะกลับมาทำงานก่อน กล้ามเนื้อทางเดินหายใจส่วนบน เมื่อผู้ป่วยยังใส่ท่อหายใจอยู่พบว่าผู้ป่วย หายใจได้อย่างพอเพียง แต่เมื่อถอดท่อหายใจออกแล้วไม่มีสิ่งกระตุ้น ผู้ป่วยหายใจได้น้อย เนื่องจากกล้ามเนื้อทางเดินหายใจส่วนบนยังไม่ กลับมาทำงานปกติ ปัจจัยที่ทำให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อออกฤทธิ์นานกว่าปกติ ในผู้ป่วยรายนี้ การได้รับยา Anticholinesteres¹⁰ ดังนั้น หลังผ่าตัดวิสัญญี แพทย์พิจารณาค่าพารามิเตอร์ช่วยหายใจกลับเพื่อเฝ้าระวังระบบทางเดินหายใจ สัมเหลวจาก กล้ามเนื้อคลายอ่อนแรงได้และการดูแลอย่างใกล้ชิดอย่างน้อย 24 ชั่วโมง และต้องเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิดให้สังเกตอาการต่อใน ICU และสอดคล้องกับการศึกษาภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคภัยไข้เจ็บที่นิยมกรวิส คือภาวะหายใจล้มเหลวเนื่องจากอาการอ่อนแรงจากโรคนี้ซึ่งต้องการการ ช่วยหายใจไม่ว่าจะต้องใส่ท่อช่วยหายใจหรือไม่ก็ตาม โดยเกิดขึ้นเป็นเวลา อย่างน้อย 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อเนื้อทางเดิน หายใจส่วนบนและใบหน้า ทำให้ทางเดินหายใจแคบลง จึงเกิดการอุดตัน หรือสำลักได้ง่าย การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อกะบังลมและกล้ามเนื้อช่วย หายใจจะทำให้ปริมาตรการหายใจลดลง (Tidal volume) เกิดการค้างของ คาร์บอนไดออกไซด์และออกซิเจนในเลือดต่ำลงกล้ามเนื้อดังกล่าวต้องออก แรงมากขึ้นจนเกิดการล้ามากขึ้น⁷
	เป้าหมาย ผู้ป่วยหายใจได้เพียงพอ			

การพยาบาลการให้การรับรู้ถึงแบบร่างกายเพื่อการผ่าตัดต่อมธัยมัส (ต่อ)

ข้อมูลสนับสนุน	ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมาย/เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล/การประเมินผล	วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน
2. มีโอกาสเกิดการหายใจไม่เพียงพอหลังถอดท่อช่วยหายใจ	เป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสถานะหายใจปกติ สามารถ ไอ และขับเสมหะได้ อย่างมีประสิทธิภาพป้องกันการขาดออกซิเจน	เกณฑ์การประเมิน	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินลักษณะการหายใจไม่เพียงพอ ได้แก่ หายใจเร็ว ตื้น ใช้กล้ามเนื้อ ทรวงอกในการช่วยหายใจ ภายหลังถอดท่อช่วยหายใจ 2. จัดทำให้อุปกรณ์บนหน้าผากศีรษะสูง 30-45 องศา แตะหน้าไปทางด้านซ้าย เพื่อเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง 3. ให้ออกซิเจน Mask with bag 8 ลิตร/นาที่ สังเกตลักษณะหายใจและอัตราการหายใจ 4. ตรวจวัดระดับออกซิเจนในเลือดตลอดเวลา 5. กระตุ้นให้อุปกรณ์หายใจ เพื่อขับเสมหะ หรือใช้เครื่องดูดเสมหะออกในปากให้ช่วยในการหายใจ และสามารถไอและขับเสมหะได้	เนื่องจากโรคภัยไข้เจ็บที่ผู้ป่วยเป็นโรค เป็นความผิดปกติของ Receptor ที่กล้ามเนื้อช่วยหายใจในการหายใจ และมีโอกาสที่กล้ามเนื้อ กะบังลมและกล้ามเนื้อช่วยหายใจส่วนมาก จะทำให้เกิดภาวะระบบหายใจล้มเหลว ภายหลังถอดท่อช่วยหายใจ ⁷ รวมถึงผู้ป่วยมีแผลที่ทรวงอก การหายใจแต่ละครั้ง จะมีการปวดแผลมาก หากผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดการ ความปวดที่เพียงพอก็จะทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าหายใจได้เต็มที่ อาจส่งผลต่อการระบายอากาศลดลง
ข้อมูลจากการประเมิน :	เกณฑ์การประเมิน			
S/P Thymectomy POD1	1. อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง			
มีแผลทรวงอกขนาดยาว 10 เซนติเมตร	ต่อมา ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98-100 %			
ช่วยหายใจ หลังถอดท่อหายใจ	2. ผู้ป่วยหายใจได้เอง ไม่เหนื่อย หอบ ไม่ใช้กล้ามเนื้อทรวงอกช่วยในการหายใจ และสามารถไอและขับเสมหะได้			
6-8 ครั้งต่อวันที่				

การประเมินผล ผู้ป่วยหายใจได้เองและไอได้ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98-100 % หลังผ่าตัดวันที่ 2 แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ จากอาการผู้ป่วยหายใจดีขึ้น สัน ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 88 %

การพยาบาลการให้ยาเร่งรับความรู้สึกลับแบบทั่วร่างกายเพื่อการผ่าตัดต่อมธัยมัส (ต่อ)

ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมาย/ เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล/ การประเมินผล	วิเคราะห์เหตุผลสนับสนุน
3. ปวดรุนแรงเนื่องจากเนื้อเยื่อ ได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด บริเวณทรวงอก	เป้าหมาย ปวดผลผ่าตัดลดลง	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินระดับความเจ็บปวดผลผ่าตัด โดยใช้ Numeric rating scale 2. จัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย โดยจัดตั้ง เล็กน้อย 30-45 องศา 3. ดูแลสายระบายไม่ให้เกิดการดึงแผลของผู้ป่วย และ ไม่ให้สายหัก พับข้อ ซึ่งจะก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อ แผล 4. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์คือ Morphine 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ เมื่อมีอาการ ปวดมาก ทุก 4 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา ประเมิน sedation score หลังให้ยา 5. แนะนำให้มีการประคบแผลผ่าตัด ขณะผู้ป่วยต้อง เคลื่อนไหวร่างกายหรือมีการไอ 6. บรรเทาอาการปวดด้วยเทคนิคการผ่อนคลาย การนวด หรือใช้ดนตรีบำบัด	การผ่าตัดต่อมธัยมัสคือการผ่าตัดใหญ่ หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีผลเจ็บบริเวณกลางหน้าอกขนาดใหญ่ เนื้อเยื่อ ต่าง ๆ ได้รับบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อ (nociceptive pain) หลังจากเกิดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อ ร่างกายจะมีการ หลั่งสารอีกเสบเฉพาะที่ออกมา สารเหล่านี้สามารถทำ ให้เกิดความไวต่อสิ่งกระตุ้นความเจ็บปวดมากขึ้น ทั้ง บริเวณแผลและบริเวณใกล้เคียง เป็นผลมาจากการที่ ระบบประสาทส่วนปลายและระบบประสาทส่วนมีความ อ่อนไหวและไวต่อการกระตุ้นมากขึ้น ¹⁰ ซึ่งผู้ป่วย รายนี้มีการใช้ยากลุ่ม โอปิออยด์ (opioids) อย่างเดียว คือ Morphine ทางหลอดเลือดดำเพียงอย่างเดียว จากการศึกษา พบว่าเนื่องจากอาการปวดเฉียบพลัน หลังการผ่าตัดทรวงอกเกิดจากหลายสาเหตุ ทำให้ไม่ สามารถรักษาได้ด้วยวิธีเดียว ในทางปฏิบัติจึงนิยมระงับ ปวดด้วยวิธีผสมผสาน (multimodal analgesia) ได้แก่ การระงับปวดเฉพาะส่วนคือการระงับปวดโดยการ บริหารยาอย่างต่อเนื่องทางช่องเหนือเยื่อหุ้มไขสัน หลัง(Epidural) ร่วมกับยากลุ่มโอปิออยด์(opioids) ¹² หรือร่วมกับยาให้ยาในกลุ่มต้านการอักเสบที่ไม่ใช่ สเตียรอยด์ (NSAIDs) ¹³
ข้อมูลจากการประเมิน : S/P Thymectomy POD1 มีแผล ทรวงอกขนาด 10 เซนติเมตร ปวดผลระดับ 10 คะแนน ผู้ป่วยร้องขอยาแก้ปวด	เกณฑ์การประเมิน 1. คะแนนความปวด < 4 คะแนน 2. สีหน้าท่าทางสุขสบาย นอนหลับ พักได้ 3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ค่าปกติ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 %	การประเมินผล ผู้ป่วยปวดผลมาก คะแนนความปวด 8 คะแนน และ หายใจสั้น หลังให้ยาอาการปวดลดลง PS 4-5/10 สามารถพักได้	

บทวิจารณ์

ผู้ป่วยโรค generalized myasthenia gravis รายนี้มีอาการเด่นคือ แขนและขาอ่อนแรงทั้งสอง และมีปัญหา กลืนและเคี้ยวลำบาก การวางแผนระดับความรู้สึกมีความ ยุ่งยากในการประสานงานกับ อายุแพทย์ศัลยแพทย์ หอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจและหลอดเลือด เพื่อร่วมกันวางแผนการ ระดับความรู้สึกในการผ่าตัด Thymectomy โดยการ ประยุกต์ทฤษฎีทางการพยาบาลของคิง⁴ ระหว่างทีมการ พยาบาลและผู้ป่วยโดยกำหนดเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วย ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับ ความรู้สึกและการผ่าตัด ร่วมกันลงความเห็นในการปรับยา กดภูมิคุ้มกัน 1 วันก่อนผ่าตัด ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการ อ่อนแรงเฉียบพลันได้ และนำมาวางแผนแนวทางการ ปฏิบัติการพยาบาลในการเฝ้าระวังสัญญาณชีพคือ 1) Monitoring Invasive Monitor Arterial blood- pressure, EKG, Oxygen saturation, End Tidal CO₂, Temperature ทุก 5 นาที และมีการเฝ้าระวังการหดตัวของกล้ามเนื้อลายเพิ่มเติม 2) Monitoring for Neuromuscular Blockade¹² ตลอดการผ่าตัด การเตรียมอุปกรณ์เฝ้าระวัง เหล่านี้เป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลวิสัญญีในการระงับ ความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดที่มีความซับซ้อน และมีภาวะคุกคาม ต่อชีวิตผู้ป่วย อีกทั้งการศึกษาความรู้โรค Myasthenia gravis รวมถึงอุปกรณ์พิเศษ Neuromuscular Blockade การอ่านผล การรายงานศัลยแพทย์เมื่อเกิดความผิดปกติ อีกทั้งนำมาเป็นข้อมูลพิจารณาถอดท่อช่วยหายใจ และหลัง ผ่าตัดการประเมินถอดท่อช่วยหายใจ ต้องอาศัยความรู้ และความชำนาญในการเทคนิค negative inspiratory pressures 20 cmH₂O ควรทำในผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการ ผ่าตัดทรวงอก การระงับปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยรายนี้ได้ ใช้ Morphine ทางหลอดเลือดดำ และหลังจากถอดท่อช่วย หายใจในวันที่ 2 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยปวดแผลมากขึ้น ซึ่ง ความปวดเป็นตัวกระตุ้นการสร้างแอนติบอดีมากขึ้นจึงทำ ให้ประสิทธิภาพการหายใจได้น้อย เกิดภาวะแทรกซ้อน MG crisis ทำให้ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ จาก การศึกษา พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความปวดหลัง ผ่าตัดอยู่ในระดับความรุนแรงน้อยจนถึงปานกลาง ขนาด แผลผ่าตัด และชนิดการผ่าตัด เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับความปวด ซึ่งส่งผลต่อการหายใจและความจุของ ปริมาตรปอด (Vital Capacity) ของผู้ป่วย เนื่องจากการ

ผ่าตัดต่อมธัยมัสออกเป็นการผ่าตัดใหญ่ หลังผ่าตัดผู้ป่วยมี แผลเปิดบริเวณกลางหน้าอกขนาดใหญ่ เนื้อเยื่อต่าง ๆ ได้รับบาดเจ็บ (nociceptive pain) เกิดการปวดแผลผ่าตัด เมื่อเกิดอาการปวดผู้ป่วยไม่กล้าขยับตัวและการหายใจเข้า ออกไม่มีประสิทธิภาพ โดยจะพบว่าผู้ป่วยหายใจตื่นเร็ว เสมหะคั่งค้างในปอดเนื่องจากไอไม่ออก และต่อมาหายใจ ไม่เพียงพอ เกิดการหายใจล้มเหลวต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจ⁷ ดังนั้นควรรับผู้ป่วยทุกรายไว้ใน หออภิบาลและต้องช่วยหายใจต่อไปอีกระยะหนึ่ง วิธีการ ระงับปวดขณะและหลังผ่าตัดที่เหมาะสมกับการผ่าตัด คือ combined Epidural-General Anesthesia⁸

สรุปผลการศึกษา

ผู้ป่วยรายนี้มีความผิดปกติของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้อง กับการหายใจซึ่งจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดและให้ยาระงับ ความรู้สึกทำให้มีผลโดยตรงกับระบบหายใจมีโอกาสเสี่ยง สูงที่เกิดภาวะหายใจล้มเหลว (MG crisis) ทั้งในระยะก่อน ระหว่าง หลังผ่าตัด พยาบาลวิสัญญีผู้มีบทบาทสำคัญในการ ประเมินรวบรวม วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผล ทางการพยาบาล และเฝ้าระวังสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดที่ เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาในการให้ยาระงับความรู้สึก การใช้ เครื่องมือพิเศษ Neuromuscular Blockade และการ ประเมินความปวดและการระงับปวดที่มีประสิทธิภาพที่ดี และเหมาะสมสามารถทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะ หายใจล้มเหลวผู้ป่วยผ่าตัดต่อมธัยมัสออกได้ ดังนั้น พยาบาลวิสัญญีจำเป็นต้องศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม ข้อมูลผู้ป่วย ระดับความรุนแรงของโรค และการระงับปวดแบบ ผสมผสาน

ข้อเสนอแนะ

1. ระยะก่อนระงับความรู้สึก

1) ผู้ป่วยผ่าตัดทรวงอกทุกรายต้องได้รับการ ประเมินความจุของปริมาตรปอด (vital capacity) เพื่อ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการถอดท่อช่วยหายใจ

2) ผู้ป่วยผ่าตัดทรวงอกทุกรายต้องได้รับการสอน สาธิต ฝึกการหายใจให้ลึกและการไอที่ถูกต้อง การใช้ Spirometers เป็นการบริหารปอดวิธีที่ง่ายและปลอดภัย เพื่อให้เกิดการถ่าง ขยายปอดแบบคงค้าง ป้องกันเกิดภาวะแทรกซ้อนปอดแฟบหรือ ขยายไม่เต็มที่จากการที่มีแผลผ่าตัดบริเวณทรวงอก

3) ในผู้ป่วยทำการผ่าตัดทรวงอกแบบเปิดทุกราย (ในรายที่ไม่มีข้อห้าม) จำเป็นต้องมีการวางแผนการระงับปวดด้วยเทคนิคพิเศษ เช่น Epidural catheter ร่วมกับการระงับปวดวิธีผสมผสาน (multimodal analgesia)

4) ให้ความรู้ ความเข้าใจเรื่องการระงับปวดให้แก่ผู้ป่วย ดังนี้ การประเมินความปวดด้วยตนเอง การใช้เครื่องมือประเมินความปวด เป้าหมายการลดปวด วิธีการระงับปวดขณะ-หลังผ่าตัด ข้อดี ข้อเสียของการวิธีการระงับปวดหลังผ่าตัด

2. ระยะระหว่างระงับความรู้สึก

ควรมีการ monitoring for neuromuscular blockade ในผู้ป่วยผ่าตัดทรวงอกทุกราย เป็นเครื่องมือในการติดตามและเฝ้าระวังการทำงานของกล้ามเนื้อหลังได้รับยาหย่อนกล้ามเนื้อ และช่วยในการควบคุมระดับความลึกการสลบ และเป็นข้อมูลช่วยในตัดสินใจพิจารณาถอดท่อช่วยหายใจหลังผ่าตัด

3. ระยะหลังระงับความรู้สึก

ควรระงับปวดด้วยเทคนิคพิเศษ ได้แก่ Epidural catheter ร่วมกับการระงับปวดวิธีผสมผสาน (multimodal analgesia) และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพื่อประเมินความปวดและภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกภายใน 24 ชั่วโมงแรกและติดตามต่อเนื่องหลังผ่าตัดในวันที่ 2 – 3 วางแผนร่วมกับวิสัญญีแพทย์ในการประเมินความพร้อมการหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยพัฒนา protocol การหย่าเครื่องช่วยหายใจสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงที่เนื้องอกที่เนื้องอกที่ได้รับการผ่าตัดทรวงอก

เอกสารอ้างอิง

1. Bradley, EG., Adam SDR. Myasthenia Gravis, neuromuscular junction disorders and episodic muscular weakness. New York: McGraw-Hill international book company; 1983.
2. Papatestas, AE. Jenkins, G. Kornfeld, P, Eisenkraft, J.B., Fagerstrom, R.P., Pozner J, et al. Effect of thymectomy in Myasthenia Gravis. Ann Surg 1987;206(1):79-88.

3. โรงพยาบาลบุรีรัมย์. งานสถิติศัลยกรรมทรวงอก . สถิติศัลยกรรมทรวงอก. บุรีรัมย์: งานสถิติศัลยกรรมทรวงอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์; 2566.

4. King, I. M. A theory for nursing: Systems, Concept, Process. New York: A Wiley medical publication; 1981.

5. วินิตา เฝ้าสันเทียะ, สุทธิวรรณ ธรรมวัตร, จินตติตา จิตติวัฒน์. โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิดไมแอสทีเนียกรวิส. ว. เกษตรศาสตร์อีสาน 2561; 14 (2) : 16-25

6. Mishel, M.H. Uncertainty in Illness. Journal Annual Review of Nursing Scholarship 1998; 20(4):225-232.

7. ก้องเกียรติ ภูณัทกัณฑ์กร. Standard Treatment in Myasthenia Gravis. Thai Journal of Neurology 2017;3(33):1-8.

8. พจนีย์ จันทร์คำ. การศึกษาย้อนหลังเป็นเวลา 10 ปี ในผู้ป่วยมายแอสทีเนีย เกรวิส ที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทมัสออก ณ โรงพยาบาลรามธิบดี [อินเทอร์เน็ต]. 2552 [เข้าถึงเมื่อ 20 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.rama.mahidol.ac.th/nursing/sites/default/files/public/journal/2542/issue_01/07.pdf

9. มนสิชา สมจิตร, นรินทร์ พลายละหาร, อัครวัฒน์ สีนเกื้อกุลกิจ, วิลาวัลย์ สมดี, วิริยา ถินสีลอง, พุ่มพวง สารพะพานิชย์. การศึกษาเปรียบเทียบอุณหภูมิแกนของผู้ป่วยที่ใช้ Forced-Air Warming. ศรีนครินทร์เวชสาร 2564;36(4):401-408.

10. กัสมา นิยมพานิชพัฒนา. การดูแลต่อเนื่องอย่างปลอดภัยในห้องพักฟื้น. ใน: วิมลรัตน์ ศรีราช, อรลักษณ์ รอดอนันต์, บรรณาธิการ. ก้าวไกลวิสัญญี 4.0. กรุงเทพฯ: ธนาเพลส; 2562.

11. มาร์วิน เทพโสพรรณ, พิพัฒน์ แซ่ยับ, พรพรรณ เฉลิมกิจพานิชย์, ปองขวัญ จินาวรรณ. การระงับปวดเฉียบพลันแบบสหสาขา. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์; 2565.

12. ศิริลักษณ์ สุขสมปอง. การระงับปวดสำหรับการผ่าตัดทรวงอก: แบบเปิดและแบบผ่านกล้อง. การระงับปวดเฉียบพลัน Acute Pain Management. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิวีจ; 2562.

1.3. Paul, G, Bruce F, Robert K, Michael k, M.Christine Stock. Clinical Anesthesia. 6th ed. Wolters Kluwer: Lippincott Williams&Wilkins; 2009.

14. บุศรา ศิริวันสาธต์, พิชยา ไวทยะวิญญู, นฤนาท โลมะรัตน์. Anesthesia & Perioperative Care. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง; 2563.