



คู่มือการพยาบาล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองที่มารับการผ่าตัด
สอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางหลอดเลือดแดง
ในระยะก่อนผ่าตัดและระยะติดตามผลหลังผ่าตัด

นางอภานันท์ ลีละตานนท์

นางสาวเสาวภา ศรีพรหม

งานการพยาบาลผ่าตัด

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2564

แบบตรวจสอบคู่มือการพยาบาล

1. ชื่อคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนท้องโป่งพองที่มารับการผ่าตัดใส่หลอดเลือดเทียมชนิด
ขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางหลอดเลือดแดง ในระยะก่อนผ่าตัดและตรวจติดตามผลหลังผ่าตัด

2. ชื่อผู้จัดทำ นางอานันท์ ลีละตานนท์ ตำแหน่ง พยาบาล

สังกัดฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช งานการพยาบาลผ่าตัด

โทรศัพท์ 085-1663936 อีเมล aphanan.phi@gmail.com

3. ชื่อผู้ร่วมจัดทำ

☐ ไม่มี เนื่องจากดำเนินการเพียงผู้เดียว

☒ มี จำนวน 1 คน

1. นางสาวเสาวภา ศรีพรหม ตำแหน่ง พยาบาล

สังกัดฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช งานการพยาบาลผ่าตัด

โทรศัพท์ 082-3914569 อีเมล saowapa113@hotmail.com

4. พี่เลี้ยง

☐ ไม่มี

☒ มี นางโสมพันธ์ เจือแก้ว ตำแหน่ง พยาบาลชำนาญการพิเศษ

สังกัดฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช งานการพยาบาลผ่าตัด

โทรศัพท์ 096-1454099 อีเมล sommapun.si@gmail.com

ลงชื่อ อานันท์ ลีละตานนท์ ผู้จัดทำ
(นางอานันท์ ลีละตานนท์)

ขอรับรองว่าคู่มือการพยาบาล มีคุณสมบัติสอดคล้องตามที่มหาวิทยาลัยกำหนดและสอดคล้องกับลักษณะงานที่
ผู้จัดทำคู่มือการพยาบาลรับผิดชอบ

ลงชื่อ โสมพันธ์
(นางโสมพันธ์ เจือแก้ว)

พี่เลี้ยง

ลงชื่อ โสมพันธ์
(นางสาวญาณนันท์ รัตนธีรวิเชียร)

กรรมการคู่มือปฏิบัติงานฯ

ลงชื่อ ญาณนันท์
(นางสาวญาณนันท์ รัตนธีรวิเชียร)

งานวิจัยฯ

ลงชื่อ โสมพันธ์
(นางเอื้องพร พิทักษ์สังข์)

หัวหน้างานวิจัยและสารสนเทศการพยาบาล

คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองที่มารับการผ่าตัดสอดใส่หลอดเลือดเทียม

ชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางหลอดเลือดแดงในระยะก่อนผ่าตัด และระยะติดตามผลหลังผ่าตัด

นางอาภานันท์ ลีละตานนท์ พนักงานมหาวิทยาลัย

นางสาวเสาวภา ศรีพรหม พนักงานมหาวิทยาลัย

งานการพยาบาลผ่าตัด

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2564

คณะกรรมการตรวจสอบคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองที่มารับการผ่าตัดสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางหลอดเลือดแดงในระยะก่อนผ่าตัด และระยะติดตามผลหลังผ่าตัด


.....

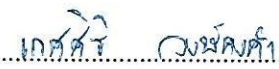
(นางโสมพันธ์ เจือแก้ว)

พี่เลี้ยงคู่มือการพยาบาล


.....

ผู้ทรงคุณวุฒิคู่มือการพยาบาล

(อาจารย์ รศ.นต.นายแพทย์ คามิน ชินศักดิ์ชัย)


.....

ผู้ทรงคุณวุฒิคู่มือการพยาบาล

(อาจารย์ ดร.เกศศิริ วงษ์คงคำ)

ลิขสิทธิ์ของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

คำนำ

คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองที่มารับการผ่าตัดสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางหลอดเลือดแดงในระยะก่อนผ่าตัด และระยะติดตามผลหลังผ่าตัดฉบับนี้ จัดทำขึ้นสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยตรวจรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษและติดตามผลรวมไปถึงผู้ที่สนใจ เพื่อใช้เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองอย่างมีประสิทธิภาพ โดยในปัจจุบันวิธีการผ่าตัด EVAR เป็นที่นิยมเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีแผลผ่าตัดขนาดเล็ก ใช้เวลาในการพักฟื้นที่โรงพยาบาลสั้นกว่า มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการเสียชีวิตจากการผ่าตัดน้อยกว่า ทำให้การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองมีประสิทธิภาพ มีความปลอดภัย และครอบคลุมตามสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า และจากการที่มีการพัฒนาวิธีการรักษาเพิ่มมากขึ้น พยาบาลในหน่วยงานจึงต้องมีการเตรียมพร้อม และพัฒนาความรู้อยู่เสมอ เพื่อให้ทันตามเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เกิดขึ้น ดังนั้น ผู้จัดทำจึงได้รวบรวมข้อมูลทางทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์นำมาประกอบในการทำคู่มือ เพื่อให้เกิดประโยชน์กับการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยตรวจ ฯ ทั้งนี้ เพื่อเป้าหมายทางการพยาบาลให้ผู้ป่วยปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัด

การจัดทำคู่มือการพยาบาลเล่มนี้สำเร็จล่วงไปได้ด้วยดี ทั้งนี้ ผู้จัดทำต้องขอขอบคุณครอบครัวที่เป็นกำลังใจให้ในการทำคู่มือ ขอขอบคุณนางโสมพันธ์ เจือแก้ว พยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษ หน่วยตรวจรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษและติดตามผล รศ.นต.นพ.คามิน ชินศักดิ์ชัย อาจารย์แพทย์สาขาศัลยศาสตร์หลอดเลือด ภาควิชาศัลยศาสตร์ และ อ.ดร.เกศศิริ วงษ์คงคำ อาจารย์สังกัดภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นอย่างสูงที่ช่วยชี้แนะแนวทางในการทำคู่มือการพยาบาล สุดท้ายนี้ผู้จัดทำขอขอบคุณผู้ร่วมงาน บุคลากรทางการแพทย์ทุกท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือตลอดมา

อาภานันท์ สีสะตานนท์

เสาวภา ศรีพรหม

ผู้จัดทำ

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	I
สารบัญภาพ	V
สารบัญตาราง	VI
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์	2
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	2
ขอบเขตของคู่มือการพยาบาล	2
นิยามศัพท์	2
บทที่ 2 บทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ	
ลักษณะงานที่ปฏิบัติ	4
โครงสร้างฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช	7
โครงสร้างงานการพยาบาลผ่าตัด	8
โครงสร้างหน่วยตรวจรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษและติดตามผล	9
บทที่ 3 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพอง และการรักษา	
โดยการผ่าตัดสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางหลอดเลือดแดง	
กายวิภาคและสรีรวิทยาของหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้อง	10
กายวิภาคลักษณะชั้นของผนังหลอดเลือดแดง	12
หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง	12
โรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพอง	13
การแบ่งชนิดของหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง	13
อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพอง	15
ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพอง	16
การวินิจฉัยโรค	17
แนวทางการรักษา	18

บทที่ 3 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพอง และการรักษา	
โดยการผ่าตัดสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางหลอดเลือดแดง (ต่อ)	
ข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัด	20
การรักษาโดยการผ่าตัดสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางหลอดเลือดแดง (Endovascular Abdominal Aortic Aneurysm Repair: EVAR)	20
ข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัด EVAR	21
ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการทำผ่าตัด	24
บทที่ 4 หลักการพยาบาลและกรณีศึกษา	
การพยาบาลผู้ป่วยโรค AAA ที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธี EVAR ในระยะก่อนผ่าตัด	27
การประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด	28
การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองปริแตกในขณะรอผ่าตัด	30
คำแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนท้องโป่งพองในระยะก่อนผ่าตัด	36
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด	36
การพยาบาลผู้ป่วยโรค AAA ที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธี EVAR ในระยะติดตามผลหลังผ่าตัด	44
คำแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรค AAA ในระยะติดตามผลหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน	44
คำแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรค AAA ในระยะติดตามผลหลังผ่าตัด	45
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะติดตามผลหลังผ่าตัด	46
กรณีศึกษา	50
ประวัติและการรักษา	50
การวางแผนการพยาบาลกรณีศึกษา	56
สรุปผลการดูแลของกรณีศึกษา	69
ข้อเสนอแนะของกรณีศึกษา	70
บทที่ 5 ปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการแก้ไขปัญหา	71
บรรณานุกรม	76

ภาคผนวก

- ก จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
- ข Flow care process of aortic aneurysm at OPD unit (pre-operative)
- ค แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตก/หกล้มสำหรับหน่วยบริการผู้ป่วยนอก (ผู้ป่วยผู้ใหญ่)
Fall Prevention in Adult (Out patient)
- ง Flow care process of aortic aneurysm at OPD unit (post-operative)
- จ ประวัติผู้จัดทำคู่มือการพยาบาล

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 หลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้อง	11
2 กายวิภาคผนังหลอดเลือดแดง	12
3 หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพองแท้	
(A) รูปลกระสวย (fusiform aneurysm) (B) รูปลกระเปาะ (saccular aneurysm)	14
4 หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพองเทียม (false aneurysm, pseudoaneurysm)	14
5 หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพองแบ่งตามบริเวณที่มีพยาธิสภาพ	15
6 ขั้นตอนการสอดใส่กราฟต์เข้าไปยังบริเวณหลอดเลือดที่มีการโป่งพอง	21
7 กายวิภาคของ AAA ที่เหมาะสมสำหรับการรักษาด้วยวิธี EVAR ตามหลัก instruction of use guideline (IFU)	22
8 หลอดเลือดเทียมมาตรฐาน	23
9 Chimney graft technique (Ch-EVAR)	24
10 Type of endoleak	26
11 QR code Line Official Aortic Clinic	35
12 QR code application เรื่องโรคหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง รู้เร็ว รักษาทัน	38

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 อัตราการขยายขนาดของ aneurysm เทียบกับขนาดเมื่อแรกพบ	19
2 ความเสี่ยงในการแตกของ aneurysm เมื่อเทียบกับขนาดของ aneurysm เมื่อแรกพบ	19
3 ระยะเวลาในการทำอัลตราซาวด์เพื่อติดตามขนาด aneurysm จาก initial size	19
4 คำแนะนำในการรับประทานยา antihypertensive drugs ในผู้ป่วย AAA ที่มาเข้ารับการผ่าตัด	32
5 สรุปลักษณะแทรกซ้อนภายหลังทำผ่าตัด EVAR ที่อาจเกิดขึ้นในระยะเวลาที่มาตรวจติดตามอาการตามนัด	49
6 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	51
7 ปัญหา/อุปสรรค และแนวทางในการแก้ไขปัญหาในระยะก่อนผ่าตัด	71
8 ปัญหา/อุปสรรค และแนวทางในการแก้ไขปัญหาในระยะติดตามผลหลังผ่าตัด	73

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพอง (Abdominal Aortic Aneurysm: AAA) ถือเป็นภัยเงียบ เนื่องจากในระยะเริ่มต้นผู้ป่วยมักไม่แสดงอาการผิดปกติใด ๆ ทำให้การวินิจฉัยโรคเป็นไปด้วยความยาก กระทั่งหลอดเลือดมีการขยายขนาดมากขึ้น ถึงจะเริ่มมีการแสดงอาการของโรค¹ ซึ่งหากผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้เข้ารับการรักษาที่ทัน่วงที อาจนำไปสู่การเกิดภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองปริแตก (ruptured Abdominal Aortic Aneurysm: rAAA) ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 80-90² ดังนั้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงควรได้รับการวางแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง และติดตามสังเกตอาการตนเองอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะดังกล่าว

สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพอง ที่มาเข้ารับการตรวจที่หน่วยตรวจรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษและติดตามผล ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2560 - สิงหาคม 2564 มีจำนวนทั้งสิ้น 618, 700, 581 และ 553 รายตามลำดับ³ เมื่อการโป่งพองของหลอดเลือดมีขนาดใหญ่ขึ้น และอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำในการรักษาด้วยการผ่าตัด ซึ่งการผ่าตัดสามารถทำได้ 2 วิธี คือการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องและใส่หลอดเลือดเทียมทดแทน (Open Surgical Repair: OSR) และการผ่าตัดโดยการใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางหลอดเลือดแดง (Endovascular Abdominal Aortic Aneurysm Repair: EVAR) พบว่าสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดด้วยวิธี EVAR ของภาควิชาศัลยศาสตร์ ตั้งแต่ปี 2559 – 2564 โดยเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 80 ของผู้ป่วย AAA ทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด⁴ EVAR จึงเป็นวิธีการผ่าตัดที่ได้รับความนิยม เนื่องจากมีแผลผ่าตัดขนาดเล็ก เสียเลือดน้อย ใช้เวลาในการผ่าตัดสั้น ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิต^{2, 5} ระยะเวลาในการพักฟื้นสั้นกว่าเมื่อเทียบกับการผ่าตัดแบบ OSR²

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ป่วย AAA ที่ได้รับการวางแผนผ่าตัดมักเกิดความกลัววิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด ความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนจากโรคขณะรอผ่าตัด ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันความก้าวหน้าของโรคและป้องกันความเสี่ยงทั้งระยะก่อนและหลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มนี้ถ้าได้รับการประเมิน ให้ความรู้ คำแนะนำ และการวางแผนดูแลตั้งแต่แรกรับ จะสามารถลด

ความเสี่ยงจากการเกิดภาวะ rAAA ในขณะรอผ่าตัด ลดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด ลดอัตราการตาย และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้²

ผู้จัดทำ จึงได้จัดทำคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองที่มารับการรักษาโดยการผ่าตัด EVAR ในระยะก่อนผ่าตัดและระยะติดตามผลหลังผ่าตัด เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยแก่พยาบาลในหน่วยตรวจรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษและติดตามผล ที่หมุนเวียนมาปฏิบัติงาน รวมไปถึงบุคลากรทางการแพทย์ท่านอื่นที่สนใจ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองที่มารับการรักษาโดยการผ่าตัด EVAR ในระยะก่อนผ่าตัด และระยะติดตามผลหลังผ่าตัดได้ตามมาตรฐานการพยาบาล เป็นไปในแนวทางเดียวกันอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัด EVAR ในระยะก่อนผ่าตัดและระยะติดตามผลหลังผ่าตัด ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

พยาบาลสามารถให้การดูแล วางแผนการพยาบาล และให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองที่มารับการรักษาโดยการผ่าตัด EVAR ในระยะก่อนผ่าตัด และระยะติดตามผลหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขอบเขตของคู่มือการพยาบาล

คู่มือการพยาบาลนี้ใช้สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี EVAR ในระยะก่อนผ่าตัดและระยะติดตามผลหลังผ่าตัด

นิยามศัพท์

โรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพอง (Abdominal Aortic Aneurysm: AAA)
หมายถึง โรคของหลอดเลือดแดงใหญ่ (aorta) ส่วนท้องที่มีการขยายขนาดของเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่าขนาดปกติ 1.5 เท่า หรือมีการขยายขนาดมากกว่า 3 เซนติเมตร² ทั้งในแนวด้านหน้า-หลัง (anterior-posterior) หรือด้านขวาง (transverse)

การผ่าตัดสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางหลอดเลือดแดง (Endovascular Abdominal Aortic Aneurysm Repair: EVAR) หมายถึง การทำผ่าตัดโดยการใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ (stent graft) ผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่ทางขาหนีบทั้ง 2 ข้าง เพื่อสอดใส่เข้าไปแทนที่หลอดเลือดแดงใหญ่ที่มีการโป่งพองในช่องท้อง⁶

ภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองปริแตก (ruptured Abdominal Aortic Aneurysm: rAAA) หมายถึง ภาวะที่หลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องที่มีการโป่งพองขยายขนาดเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว จนเกิดการแตกออก และทำให้เลือดออกภายใน (internal bleeding) โดยเลือดอาจยังอยู่ภายในช่องท้องหรือลำไส้ ผู้ป่วยอาจมีภาวะช็อคและเสียชีวิตได้⁷

บทที่ 2

บทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ

หน่วยตรวจรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษและติดตามผล งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช เป็นหน่วยงานที่ให้บริการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคเฉพาะทางแก่ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในเวลาราชการ โดยมีพยาบาลหมุนเวียนปฏิบัติหน้าที่ในห้องตรวจแต่ละห้องทุก 2-3 เดือน ประกอบด้วย 3 ห้องตรวจ ดังนี้

1. ห้องตรวจสยาminster 103 โรคจักษุ ให้บริการผู้ป่วยโรคตาที่มารับการตรวจรักษาด้วยแสงเลเซอร์ และตรวจติดตามผลหลังผ่าตัด

2. ห้องตรวจสยาminster 102 โรคหู คอ จมูก ให้บริการผู้ป่วยโรคทาง หู คอ จมูก ที่มารับการตรวจรักษาด้วยกล้อง Endoscope และติดตามผลหลังการผ่าตัด

3. ห้องตรวจโรคสยาminster 101 โรคทางศัลยกรรม ให้บริการตรวจรักษา ตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัด การนัดผ่าตัด และระยะตรวจติดตามผลหลังผ่าตัดใน 3 สาขา ประกอบด้วย

- สาขาศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก
- สาขาศัลยกรรมตกแต่ง
- สาขาศัลยกรรมหลอดเลือด

ในคู่มือฉบับนี้จะขอกำหนดเฉพาะลักษณะงานที่ปฏิบัติในห้องตรวจโรคสยาminster 101 สาขาศัลยกรรมหลอดเลือด ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด และระยะตรวจติดตามผลภายหลังผ่าตัด

ลักษณะงานที่ปฏิบัติ

ให้บริการผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการทางการพยาบาล ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) ตั้งแต่ผู้ป่วยมารับการบริการที่หน่วยงาน โดยการสังเกตและสอบถามข้อมูลสุขภาพ นำข้อมูลที่ได้มาประกอบการวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) ให้เหมาะสมกับสภาวะโรคและปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย และวางแผนการพยาบาล (Planning) ให้สอดคล้องกับแผนการรักษา ให้การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) ร่วมกับทีมสหสาขา และประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) ภายหลังการให้บริการทั้งในระยะก่อนผ่าตัด และระยะตรวจติดตามผลหลังผ่าตัด โดยให้การพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มโรคศัลยกรรมหลอดเลือด ดังนี้

- กลุ่มผู้ป่วยโรคไต (Kidney Disease) โดยการซักประวัติปริมาณ สี และความถี่ของปัสสาวะที่ออกในแต่ละวัน ประเมินระดับความดันโลหิต ร่วมกับการตรวจร่างกาย เพื่อประเมินอาการบวมตามใบหน้า แขน-ขา เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับสภาวะโรคก่อนการผ่าตัด เช่น การบริหารเส้นเลือดเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการทำผ่าตัด การเลือกสายที่ใช้ในการฟอกเลือด แนะนำเรื่องสิทธิการรักษา การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะโรค การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ฯลฯ

- กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดดำทำงานบกพร่องเรื้อรัง (Chronic Venous Insufficiency: CVI) โดยการซักประวัติอาการปวดตึงน่อง หรือเป็นตะคริวเวลายืนนานๆ การตรวจร่างกาย เพื่อประเมินสภาพสีผิวหนัง อาการบวม แดง รวมถึงการประเมินแผล เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ ให้ความรู้เรื่องโรคและแนวทางการรักษา เช่น การใส่ถุงน่องทางการแพทย์ (stocking) การดูแลและวิธีการทำแผล การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ฯลฯ

- กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดแดงอุดตันขั้นวิกฤต (Chronic Limb Threatening Ischemia: CLTI) โดยการซักประวัติอาการปวดเฉียบพลัน อาการชาบริเวณปลายมือและเท้า ตรวจร่างกาย เพื่อประเมินสภาพสีผิวและความชื้นของผิวหนัง รวมถึงการคลำชีพจรบริเวณแขนขา เตรียมผู้ป่วยก่อนการตรวจสมรรถภาพหลอดเลือดแดง (Ankle Brachial Index : ABI) ให้ความรู้เรื่องโรคและแนวทางการรักษา เช่น การทำแผล การผ่าตัดขยายเส้นเลือด (Angioplasty) การควบคุมภาวะโรคประจำตัว การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ฯลฯ

- กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเส้นเลือดขอด (Varicose Vein) โดยการซักประวัติอาการปวดตึงขาและน่องขณะยืนนานๆ ตรวจร่างกายเพื่อประเมินตำแหน่ง ขนาด และสภาพผิวหนังบริเวณที่เกิดภาวะเส้นเลือดขอด เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ ให้ความรู้เรื่องโรคและแนวทางการรักษา เช่น การใส่ถุงน่องทางการแพทย์ (stocking) การฉีดสารเคมีที่เส้นเลือดขอดเพื่อทำให้เส้นเลือดตีบ (Sclerotherapy) การใช้เลเซอร์ความร้อนหรือคลื่นวิทยุความถี่สูงเพื่อสลายเส้นเลือดขอดที่มีปัญหา (Radio Frequency Ablation: RFA) การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ฯลฯ

- กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพอง โดยการซักประวัติอาการปวดท้องปวดท้องร้าวไปด้านหลัง การตรวจร่างกาย เพื่อประเมินตำแหน่งและขนาดของก้อนบริเวณหน้าท้อง เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ ให้บริการตรวจและติดตามผลในผู้ป่วยที่มีขนาดหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองขนาดเล็ก ในกรณีที่ผู้ป่วยมีขนาดของหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองมากกว่า 5 เซนติเมตรในเพศหญิง และ 5.5 เซนติเมตรในเพศชาย หรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ rAAA จะได้รับการวางแผนผ่าตัด โดยให้การพยาบาล ดังต่อไปนี้

ระยะก่อนผ่าตัด

ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติในเรื่องการรับรู้ของโรค ให้ความรู้เรื่องโรค แนวทางการรักษา การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การปฏิบัติตัวขณะรอผ่าตัด และให้คำแนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด การตรวจสอบเอกสารสิทธิการรักษาประจำตัวผู้ป่วย ให้คำแนะนำการทำนัดหมายการตรวจพิเศษต่างๆ ได้แก่ การตรวจเลือด การตรวจจากห้องศูนย์ภาพวินิจฉัย เป็นต้น ประสานงานส่งต่อศูนย์ประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด (SiPAC)

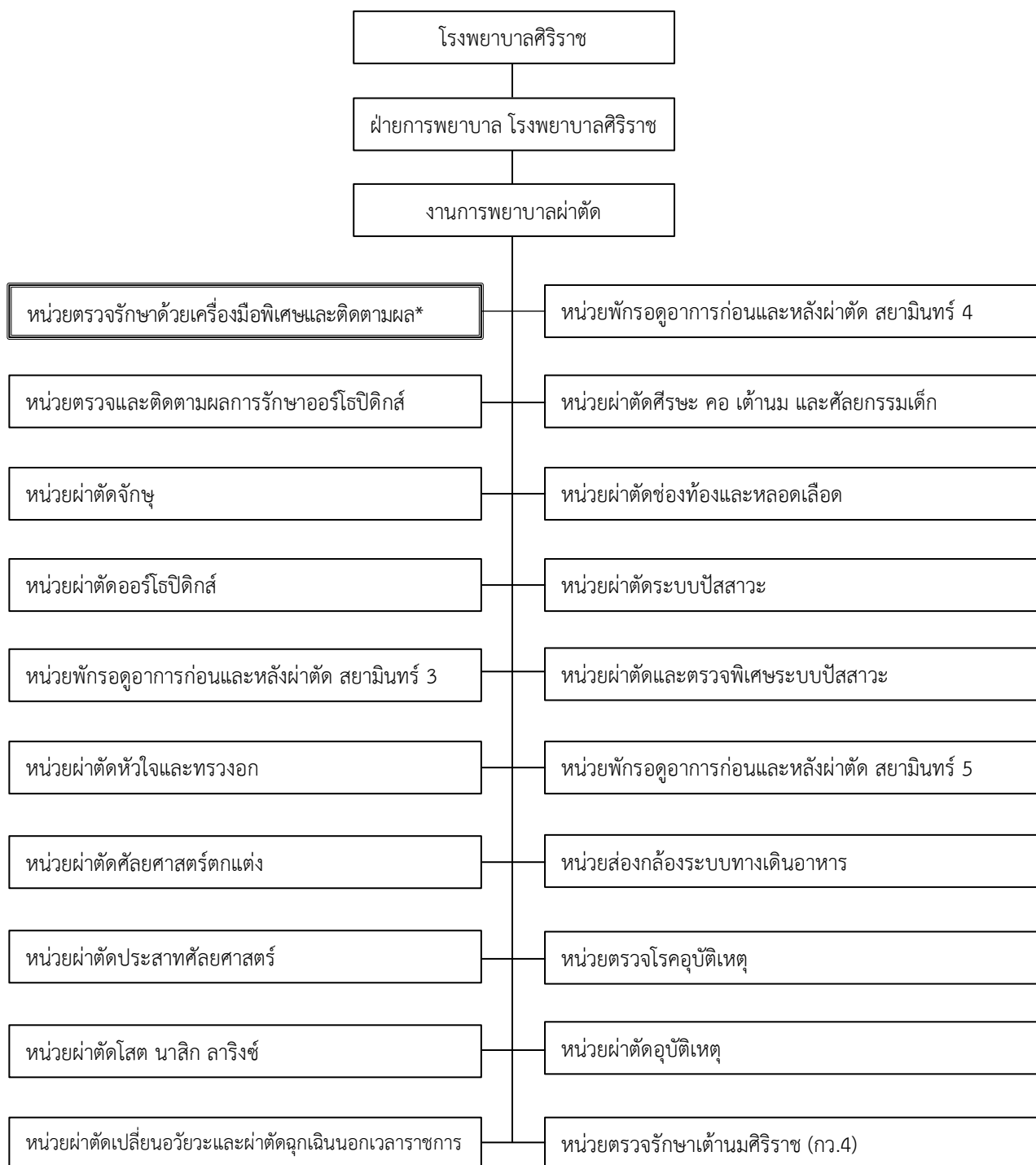
ระยะตรวจติดตามการรักษาภายหลังผ่าตัด

ติดตามผู้ป่วยที่มีนัดตรวจติดตามอาการภายหลังทำผ่าตัดตามแผนการรักษาของแพทย์เจ้าของไข้ ดูแลจัดลำดับในการตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง ตรวจติดตามผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หลอดเลือดแดงใหญ่ตามแผนการรักษา ช่วยแพทย์ในการทำหัตถการต่างๆ เช่น การทำแผล โดยเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนทำหัตถการ การเฝ้าระวังสัญญาณชีพ ภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการ ช่วยควบคุมตรวจสอบความสมบูรณ์การบันทึกทางการพยาบาล และเวชระเบียนผู้ป่วยให้ถูกต้องครบถ้วน ให้คำแนะนำการดูแลแผลหลังผ่าตัด คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ร่วมกับมีระบบติดตามผู้ป่วยให้มาตรวจติดตามอาการตามนัด ดูแลติดต่อประสานกับแพทย์หน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง รวมถึงการดูแลจัดสภาพแวดล้อมในหน่วยตรวจฯ ให้เป็นระเบียบเรียบร้อยและถูกสุขลักษณะ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ปลอดภัย และบุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างสะดวกและมีความปลอดภัย

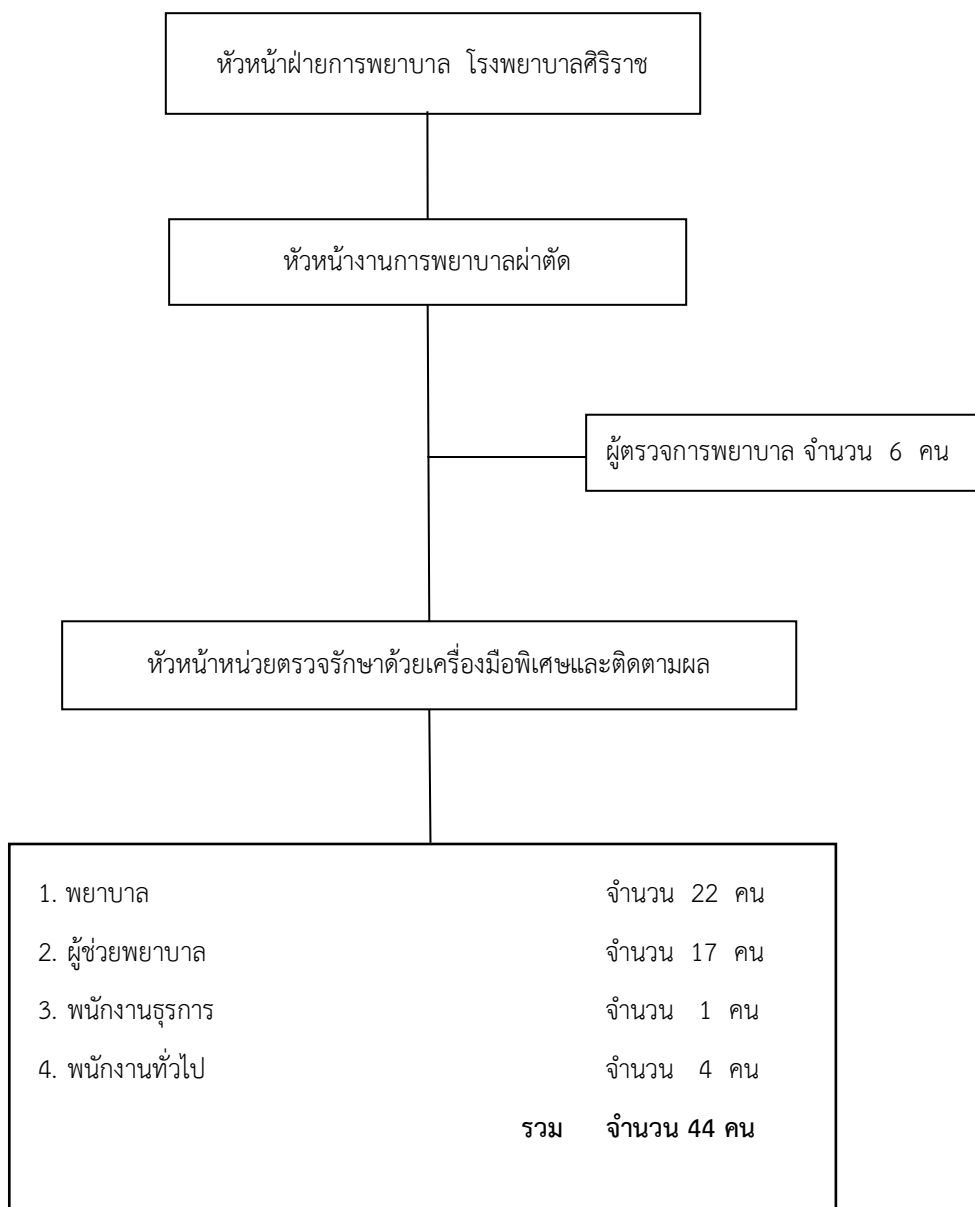
โครงสร้างฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช



โครงสร้างงานการพยาบาลผ่าตัด



โครงสร้างหน่วยตรวจรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษและติดตามผล



บทที่ 3

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพอง และการรักษา โดยการผ่าตัดสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางหลอดเลือดแดง

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองที่อยู่ระหว่างรอเข้ารับการผ่าตัด EVAR นั้นถือเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากในระหว่างรอรับการผ่าตัด ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการปริแตกของหลอดเลือด ซึ่งนำไปสู่การเสียชีวิต ดังนั้น พยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด จนถึงระยะติดตามผลหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล โดยมีเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

กายวิภาคและสรีรวิทยาของหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้อง

หลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้อง (abdominal aorta) เป็นส่วนหนึ่งของหลอดเลือดแดงใหญ่ (aorta) โดยเป็นส่วนที่ต่อมาจากหลอดเลือดแดงใหญ่บริเวณทรวงอก (thoracic aorta) มีจุดเริ่มต้นตั้งแต่ aortic hiatus ของกะบังลมจนถึงกระดูกสันหลังส่วนเอวระดับที่ 4 (L4) โดยส่วนปลายของหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้อง (abdominal aorta) จะแตกแขนงออกเป็น 2 แขนง คือ left common iliac arteries และ right common iliac arteries เพื่อไปเลี้ยงขาทั้ง 2 ข้าง รวมถึงอวัยวะในอุ้งเชิงกราน

นอกจากนี้ หลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้อง (abdominal aorta) ยังมีการแตกแขนงหลอดเลือด เพื่อไปเลี้ยงอวัยวะภายในช่องท้องต่าง ๆ ดังภาพที่ 1 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้⁸

- **Celiac trunk** เป็นแขนงแรกของ abdominal aorta ที่มีวางตัวด้าน anterior และเป็นส่วนที่ต่อมาจาก aortic hiatus มีความยาวประมาณ 1.5-2 เซนติเมตร celiac trunk ทำหน้าที่ส่งเลือดไปเลี้ยงยังทางเดินอาหารส่วนต้น ได้แก่ บริเวณส่วนปลายของหลอดอาหารจนถึงลำไส้เล็กส่วนต้น (duodenum) ตับ ตับอ่อน ถุงน้ำดี และม้าม นอกจากนี้ยังแตกแขนงออกเป็นหลอดเลือดแดงหลักอีก 3 แขนง คือ left gastric artery, splenic artery และ common hepatic artery

- **Superior mesenteric artery** อยู่ต่ำกว่า celiac trunk ประมาณ 1 เซนติเมตร โดยอยู่ในระดับเดียวกันกับกระดูกสันหลังส่วนเอวระดับที่ 1-2 และอยู่ทางด้านหลังของตับอ่อนและ splenic vein ทำหน้าที่ส่งเลือดไปเลี้ยงยังทางเดินอาหารส่วนกลาง ได้แก่ ลำไส้เล็กส่วนต้น (duodenum) จนถึง 2 ใน 3 ของลำไส้ใหญ่ส่วนขวาง (transverse colon)

- **Inferior mesenteric artery** อยู่ทางด้าน anterior หรือ left anterolateral ของหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้อง (abdominal aorta) ที่ระดับกระดูกสันหลังส่วนเอวระดับที่ 3 และอยู่เหนือ aortic bifurcation ประมาณ 3-4 เซนติเมตร ทำหน้าที่ส่งเลือดไปเลี้ยงยังบริเวณ distal transverse, descending และ sigmoid colon

- **Inferior phrenic artery** อยู่เหนือ celiac trunk ทำหน้าที่ส่งเลือดไปเลี้ยงบริเวณกระบังลม หลอดอาหาร และบริเวณ suprarenal gland นอกจากนี้ จากการศึกษาพบว่า inferior phrenic artery ยังเป็นหลอดเลือดที่ส่งเลือดไปเลี้ยงตับในผู้ป่วยมะเร็งตับอีกด้วย

- **The left and right middle suprarenal artery** อยู่บริเวณมุมด้านข้างของหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้อง (abdominal aorta)

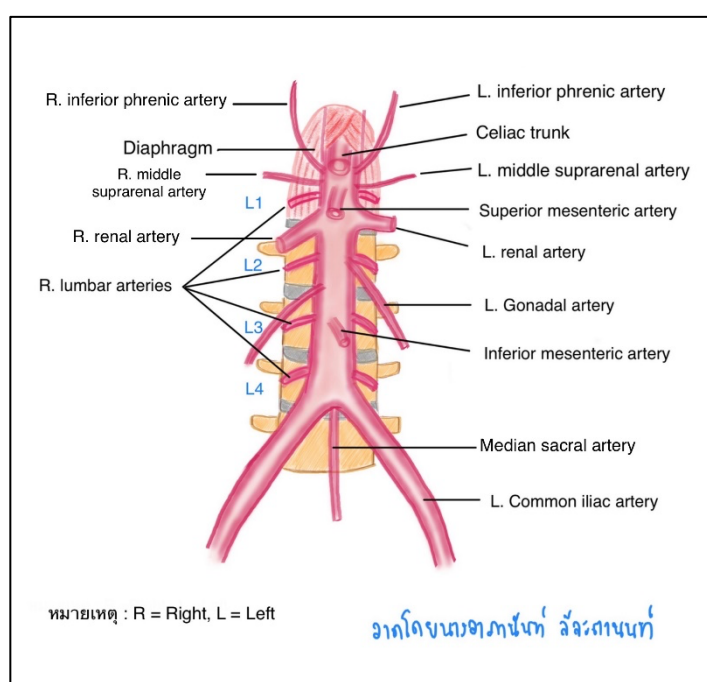
- **The left and right renal artery** อยู่ใต้ superior mesenteric artery ทำหน้าที่ส่งเลือดไปเลี้ยงที่ไต

- **Gonadal artery** อยู่ต่ำกว่าหลอดเลือดแดงของไต (renal artery) ทำหน้าที่ส่งเลือดไปเลี้ยงยังบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ในเพศชายที่บริเวณอัณฑะ และที่บริเวณรังไข่ในเพศหญิง

- **Lumbar artery** อยู่บริเวณ posterolateral ของหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้อง (abdominal aorta) และมีแขนงย่อย 4 แขนง ทำหน้าที่ส่งเลือดไปเลี้ยงบริเวณกล้ามเนื้อ quadratus lumborum ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อหลังส่วนที่ลึกที่สุด⁹

- **Median sacral artery** เป็นแขนงเล็กๆ อยู่บริเวณด้านหลังของหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้อง (abdominal aorta) อยู่เหนือ bifurcation เล็กน้อย ทำหน้าที่ส่งเลือดไปเลี้ยงยังบริเวณก้นกบ (coccyx) กระดูกสันหลังส่วนเอว และกระดูกสันหลังส่วนกระเบนเหน็บ (sacrum)¹⁰

ภาพที่ 1 หลอดเลือดแดงใหญ่
ส่วนท้อง
ที่มา : ภาพวาดโดย
นางอภานันท์ ลีละตานนท์



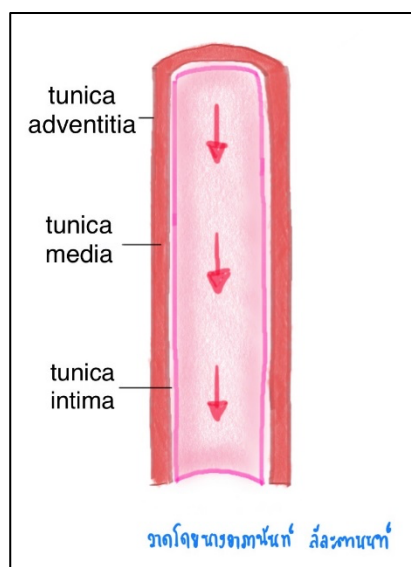
กายวิภาคลักษณะชั้นของผนังหลอดเลือดแดง

ผนังหลอดเลือดแดงประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ชั้น¹¹ ดังภาพที่ 2 ได้แก่

1.ผนังชั้นใน (tunica intima) ประกอบด้วยชั้นของ endothelium และ internal elastic membrane ซึ่งเป็นส่วนที่ช่วยให้สารต่างๆสามารถกระจายเข้าสู่ผนังหลอดเลือด

2.ผนังชั้นกลาง (tunica media) ประกอบด้วยชั้นของกล้ามเนื้อเรียบ (smooth muscle) และ elastic fiber เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งมีส่วนในการทำงานของการหดหรือขยายตัวของหลอดเลือด

3.ผนังชั้นนอก (tunica adventitia) ประกอบด้วยชั้นของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันชนิด fibrous connective tissue มีหลอดเลือดขนาดเล็กที่เรียกว่า vasa vasorum ซึ่งทำหน้าที่นำเลือดมาเลี้ยงยังผนังหลอดเลือด และมีแขนงเส้นประสาทที่เรียกว่า nervi vascularis ที่ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบที่ผนังหลอดเลือด



ภาพที่ 2 กายวิภาคผนังหลอดเลือดแดง

ที่มา : ภาพวาดโดย นางอภานันท์ ลีละตานนท์

หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง

มาจากคำในภาษากรีกว่า *aneurysma* (aneurysma) หมายถึง การขยายขนาด (widening) ของผนังหลอดเลือดที่มีการขยายตัว¹² และไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ หรือการที่หลอดเลือดมีการขยายขนาดมากกว่าร้อยละ 50 ของขนาดเดิม² กระบวนการดังกล่าวเกิดขึ้นจาก ผนังหลอดเลือดได้รับการกระตุ้นจากปัจจัยแวดล้อม ได้แก่ ภาวะหลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis)⁷ โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) การสูบบุหรี่ (smoking) การได้รับอุบัติเหตุ (trauma) การติดเชื้อเฉียบพลัน เช่น เชื้อ brucellosis, เชื้อ salmonellosis เป็นต้น การติดเชื้อเรื้อรัง เช่น เชื้อ tuberculosis หรือ

โรคที่เกิดจากการอักเสบของหลอดเลือด ได้แก่ กลุ่มอาการเบเซ็ท (Behcet's syndrome), โรคทากายาสึ (Takayasu disease) เป็นต้น² และปัจจัยทางพันธุกรรม ได้แก่ กลุ่มของเอนไซม์ที่ทำหน้าที่ย่อยสลายโปรตีน (MMPs), กลุ่มโปรตีน cytokines, สารยับยั้งเนื้อเยื่อของ metalloproteinases (TIMPs) และกลุ่มโปรตีน PAI-1 เป็นต้น ส่งผลให้กระบวนการผลิตเอนไซม์ที่ใช้อยู่ elastin เพิ่มมากขึ้น ในขณะที่กระบวนการการสร้าง elastin ทำงานลดลง จนเกิดการย่อยสลายของ elastin ที่มากขึ้นในผนังหลอดเลือดแดงชั้นกลาง (tunica media) ซึ่งส่งผลทำให้ผนังหลอดเลือดเสียความแข็งแรง ร่างกายจะชดเชยภาวะดังกล่าวด้วยกระบวนการสังเคราะห์ collagen เพิ่มขึ้น และทำการ remodeling ที่ผนังหลอดเลือดแดงชั้นนอก (tunica adventitia) เพื่อไปทดแทน elastin ที่ขาดหายไป แต่ถ้ากระบวนการชดเชยดังกล่าวไม่ประสบความสำเร็จ จะทำให้ผนังหลอดเลือดมีการขยายตัวเพิ่มมากขึ้น จนทำให้ผนังหลอดเลือดแดงแตกได้ในที่สุด²

โรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพอง

โรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองที่มีอัตราการขยายขนาด 0.2-0.3 เซนติเมตรต่อปี¹³ หากหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพองมีการขยายขนาดเพิ่มมากขึ้น อาจนำไปสู่ภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองปริแตก (ruptured Abdominal Aortic Aneurysm: rAAA) ซึ่งการเกิดภาวะนี้ทำให้เกิดการเสียชีวิต¹² คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 80-90²

การแบ่งชนิดของหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง

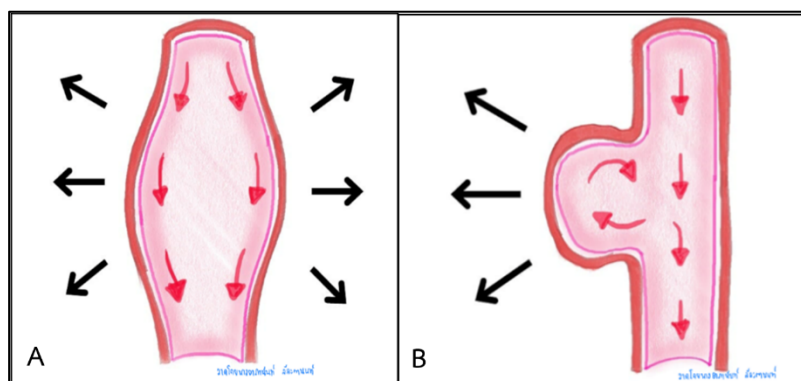
สามารถแบ่งได้ตามลักษณะทางกายวิภาคของผนังหลอดเลือดแดงไปส่วนที่มีการโป่งพอง และตามตำแหน่งที่มีพยาธิสภาพ ดังนี้^{12, 13}

1. แบ่งตามลักษณะทางกายวิภาคของผนังหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนที่มีการโป่งพอง

1.1. หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพองแท้ (true aneurysm) หมายถึง การเกิดพยาธิสภาพที่ผนังหลอดเลือดแดงใหญ่ที่มีการโป่งพองครบทั้ง 3 ชั้น ได้แก่ ผนังชั้นใน (tunica intima) ผนังชั้นกลาง (tunica media) และผนังชั้นนอก (tunica adventitia) รูปแบบการโป่งพองแบ่งออกเป็น

- การโป่งพองรูปกระสวย (fusiform aneurysm) คือ aneurysm ที่โป่งพองทุกด้าน มีสาเหตุการเกิดจากการเสื่อมสภาพ (degeneration) ของผนังหลอดเลือด ดังภาพที่ 3 (A) ซึ่งพบการเกิด aneurysm รูปแบบนี้เป็นส่วนใหญ่⁶

- การโป่งพองรูปกระเปาะ (saccular aneurysm) คือ aneurysm ที่มีการโป่งพองด้านเดียว การโป่งพองรูปแบบนี้จะเกิดการแตกได้ง่าย และมักมีสาเหตุการเกิดจากการติดเชื้อ ดังภาพที่ 3 (B)



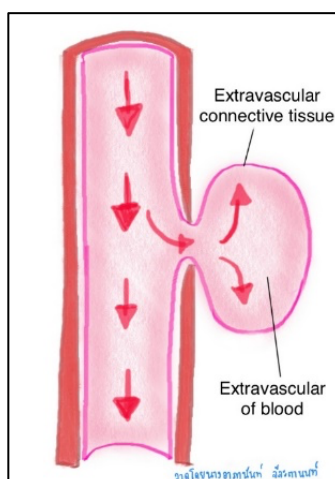
ภาพที่ 3 หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพองแท้

(A) รูปกระสวย (fusiform aneurysm) (B) รูปกระเปาะ (saccular aneurysm)

ที่มา : ภาพวาดโดย นางอภานันท์ ลีละตานนท์

1.2. หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพองเทียม (false aneurysm, pseudoaneurysm)

หมายถึง การเกิดพยาธิสภาพที่ผนังหลอดเลือดแดงใหญ่ที่มีการโป่งพองไม่ครบทั้ง 3 ชั้น ส่วนใหญ่มักเกิดหลอดเลือดโป่งพองชนิดนี้ภายหลังการติดเชื้อ การฉีกขาดจากการบาดเจ็บ การโดนแทงเข็ม หรือการรั่วของหลอดเลือดภายหลังทำผ่าตัดหรือหัตถการ ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพองเทียม (false aneurysm, pseudoaneurysm)

ที่มา : ภาพวาดโดย นางอภานันท์ ลีละตานนท์

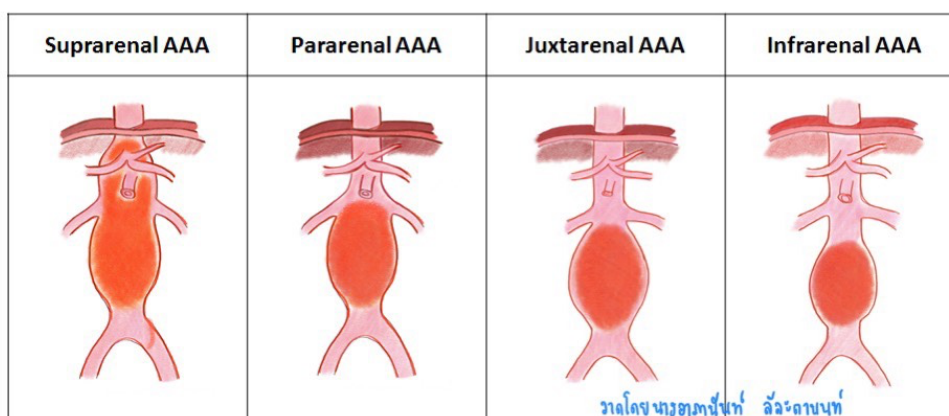
2. แบ่งตามตำแหน่งที่มีพยาธิสภาพ²

2.1. Suprarenal (visceral) AAA คือ AAA ที่พบในตำแหน่งเหนือต่อหลอดเลือดแดงของไต (renal artery) มักมีความเกี่ยวข้องกับ superior mesenteric และ celiac artery พบการเกิด AAA ชนิดนี้ประมาณร้อยละ 5-15

2.2. Pararenal AAA คือ AAA ที่พบในตำแหน่งเดียวกับหลอดเลือดแดงของไต (renal artery)

2.3. Juxtarenal AAA คือ AAA ที่พบในตำแหน่งที่ชิดติดกับหลอดเลือดแดงของไต (renal artery) โดยที่ขนาดของหลอดเลือดแดงของไต (renal artery) มีขนาดปกติ พบการเกิด AAA ประเภทนี้ประมาณร้อยละ 15²

2.4. Infraarenal AAA คือ AAA ตำแหน่งที่อยู่ต่ำกว่าหลอดเลือดแดงของไต (renal artery) และเป็นประเภทที่พบบ่อยที่สุด² ประมาณร้อยละ 95¹³ ของการเกิด AAA



ภาพที่ 5 หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพองแบ่งตามบริเวณที่มีพยาธิสภาพ

ที่มา : ภาพวาดโดย นางอภานันท์ ลิ้มวัฒนะ

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพอง

โดยทั่วไปผู้ป่วยมักไม่แสดงอาการใดๆ แต่เมื่อหลอดเลือดแดงมีการโป่งพองมากขึ้น ผู้ป่วยจะมาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้อง¹⁴ ปวดร้าวไปทางด้านหลัง อาการปวดอาจจะมีอาการถาวร หรือมีอาการเป็นๆหายๆ อาจคลำพบก้อนเด่นได้บริเวณหน้าท้องหรือสะดือ ซึ่งการเด่นของก้อนสัมพันธ์กับการเต้นของหัวใจ (palpable and pulsatile abdominal mass)¹⁵ นอกจากนี้ อาจมาจากการที่ก้อนกดเบียดอวัยวะอื่นได้ เช่น การอุดตันของท่อไต (ureteric obstruction) หรือมีลิ่มเลือดอุดตันที่ขา (distal embolization) ในกรณีที่เกิดภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองปริแตก (ruptured Abdominal Aortic Aneurysm: rAAA) ผู้ป่วยจะมาด้วยอาการ *classic triad* คือมีอาการปวดท้องหรือปวดร้าวไปที่หลังอย่างรุนแรง คลำได้ก้อนที่เด่นสัมพันธ์กับชีพจรบริเวณหน้าท้อง และมีภาวะความดันโลหิตต่ำ⁶

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพอง

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนท้องโป่งพองประกอบด้วย ปัจจัยหลายส่วน ได้แก่

1. อายุ

พบในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป¹⁶ จากการศึกษาของ Society for Vascular Surgery พบว่าประชากรในประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป มีประวัติโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองถึงร้อยละ 5¹⁷

2. เพศ

พบโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองในผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง¹ โดยพบในอัตราส่วน 4:1¹⁸ แต่ความเสี่ยงในการแตกของหลอดเลือดแดงใหญ่ที่มีการโป่งพอง พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย¹⁹

3. เชื้อชาติ

จากการศึกษาพบว่า โรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองมักพบในกลุ่มคนผิวขาวหรือชาวคอเคเซียน (Caucasians) มากกว่าคนผิวสี^{2, 16}

4. ประวัติการสูบบุหรี่

จากการศึกษาพบว่า การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพอง¹⁵ เนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่ทำให้เกิดการอักเสบของผนังหลอดเลือด²⁰ และยังส่งผลต่อการขยายขนาดของหลอดเลือด^{19, 21} โดยการสูบบุหรี่ทำให้เพิ่มอัตราการขยายขนาดของหลอดเลือดแดงใหญ่เฉลี่ย 0.35 มม.ต่อปี²² คิดเป็นร้อยละ 35² นอกจากนี้ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการแตกของหลอดเลือดแดงใหญ่ และพบว่าในผู้ป่วยเพศชายที่มีประวัติสูบบุหรี่มากกว่าวันละ 1 ซอง จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองถึง 15 เท่า

5. โรคประจำตัว

มักพบในผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง (hypertension)¹⁶ โรคไขมันในเลือดสูง (dyslipidemia)²³ โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease: CAD) ภาวะหลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis)^{2, 16} โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) โรคอ้วน (obesity)²⁴ ผู้ป่วยที่มีประวัติภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction) โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease)¹⁷ และโรคถุงลมโป่งพอง (pulmonary emphysema)²⁵

6. ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

พบว่าถ้าคนในครอบครัวมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพอง มีภาวะหลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis) หรือมีประวัติญาติสายตรงป่วยด้วยโรคความผิดปกติของ

เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน เช่น กลุ่มอาการมาร์แฟน (Marfan's syndrome)¹⁶ โรคหนังยืดผิดปกติ (Ehlers-Danlos syndrome) เป็นต้น²⁶ อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพอง

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพอง สามารถวินิจฉัยได้หลายวิธี ดังนี้

1. การตรวจร่างกาย²⁷

- **การคลำ (palpation)** สามารถคลำได้ก้อนบริเวณสะดือหรือเหนือสะดือ และอาจคลำได้ชีพจรร่วมด้วย นอกจากการคลำบริเวณช่องท้องแล้ว ควรประเมินชีพจรบริเวณ popliteal และ femoral artery ร่วมด้วย²⁸

- **การฟัง (auscultation)** อาจฟังได้เสียง bruit บริเวณเหนือหลอดเลือดแดงใหญ่ (aorta)¹⁶ ในผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพอง ซึ่งเสียงดังกล่าวมีสาเหตุมาจากการไหลวนของกระแสเลือดในหลอดเลือด (turbulent blood flow)²⁹

ทั้งนี้ในการตรวจร่างกายโดยการคลำ หรือการฟังผ่านทางหน้าท้อง อาจคลำและฟังได้ไม่ชัดเจนในกรณีที่ผู้ป่วยมีหลอดเลือดโป่งพองขนาดเล็ก มีภาวะโรคอ้วน มีไขมันสะสมบริเวณหน้าท้องมาก หรือมีอาการแน่นท้องในขณะตรวจร่างกาย

2. การตรวจพิเศษต่างๆ^{2, 7} ได้แก่

- **อัลตราซาวด์บริเวณช่องท้อง (abdominal ultrasonography, duplex ultrasound)²** เป็นการตรวจที่นิยมใช้ในการประเมินขนาด และตำแหน่งของหลอดเลือดแดงใหญ่ที่มีการโป่งพอง³⁰ เนื่องจากเป็นการตรวจที่ไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวด (non invasive test) เป็นการตรวจที่มีความน่าเชื่อถือ⁶ ค่าใช้จ่ายในการตรวจไม่แพง และสามารถวินิจฉัยโรคเบื้องต้นได้ รวมไปถึงสามารถใช้ในการตรวจติดตามอาการผู้ป่วยได้ และจากการศึกษาพบว่าการทำอัลตราซาวด์บริเวณช่องท้อง มี sensitivity, specificity อยู่ที่ร้อยละ 95-100 ตามลำดับ³¹

- **เอกซเรย์คอมพิวเตอร์บริเวณช่องท้อง (Computer tomography: CT)** เป็นวิธีที่ปัจจุบันนิยมใช้ในการวินิจฉัย เนื่องจากสามารถเห็นพยาธิสภาพ ขนาด และตำแหน่งของหลอดเลือดแดงใหญ่ที่มีการโป่งพองได้อย่างชัดเจน รวมไปถึงยังเป็นวิธีที่แพทย์จะนำผลที่ได้มาใช้ในการวางแผนการรักษาและการผ่าตัด

- **การตรวจหลอดเลือดแดงโดยการฉีดสารทึบรังสี (Computer tomography angiography: CTA)** เป็นวิธีการตรวจที่ปัจจุบันถือว่าเป็นวิธีมาตรฐานในการวินิจฉัย และวางแผนการรักษา โดยวิธีการตรวจนี้สามารถดูขนาด ตำแหน่งของหลอดเลือดแดงใหญ่ รวมไปถึงแขนงหลอดเลือดต่างๆ โดยการฉีดสารทึบรังสีร่วมกับการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ซึ่งแพทย์จะใช้ผลการตรวจจากการทำ CTA

ร่วมกับผล CT ในการวินิจฉัยและวางแผนการรักษา แต่การตรวจชนิดนี้มีข้อจำกัดในผู้ป่วยที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง เนื่องจากต้องมีการฉีดสารทึบรังสี ซึ่งอาจส่งผลกับการทำงานของไต²⁶

- การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic resonance angiogram: MRA) เป็นการตรวจวินิจฉัยในกรณีที่ต้องการหลีกเลี่ยงการฉีดสารทึบรังสีในการทำ CTA นิยมตรวจในผู้ป่วยที่การทำงานของไตไม่ดี หรือผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้สารทึบรังสี²⁸

- การถ่ายภาพรังสีช่องท้อง (plain abdominal X-ray) สามารถเห็นภาพขนาดของหลอดเลือดที่มีการโป่งพองได้ เนื่องจากการโป่งพองของหลอดเลือดมักเกิดจากการพองของแผ่นไขมันที่เกิดจากเกลือแคลเซียม และเรียกเกลือแคลเซียมหรือหินปูนที่มาเกาะผนังหลอดเลือดนี้ว่า “eggshell” ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 60³²

แนวทางการรักษา

เมื่อตรวจพบหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองในขนาดที่ไม่โตมาก และไม่แสดงอาการแพทย์จะแนะนำให้มาตรวจติดตามอาการเป็นระยะ ให้ยาากลุ่มต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet) เช่น aspirin, clopidogrel กลุ่มยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) เช่น warfarin เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ให้ยาควบคุมความดันโลหิตในกลุ่ม β -blockers เช่น atenolol, propranolol เพื่อควบคุมและลดแรงดันเลือดที่กระทำต่อผนังหลอดเลือด ให้ยาควบคุมระดับไขมันในหลอดเลือดกลุ่ม statin ในกรณีที่ตรวจพบระดับไขมันในหลอดเลือดสูง² นอกจากนี้ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่อาจกระตุ้นให้เกิดภาวะ rAAA ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 50-90³³ ได้แก่ คำแนะนำการงดสูบบุหรี่ เพราะจากการศึกษาพบว่า การหยุดสูบบุหรี่ช่วยลดอัตราการขยายขนาดของหลอดเลือดที่มีการโป่งพอง 0.4 มิลลิเมตรต่อปี³⁴ รวมถึงการควบคุมโรคไขมันในเลือดสูง และโรคความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ^{30, 35} ระวังเรื่องการเบ่งถ่ายอุจจาระ ร่วมกับแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะโรค คือ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง อาหารที่มีไขมันสูง แนะนำให้รับประทานอาหาร ผักผลไม้ที่มีกากใยสูง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะท้องผูก รวมไปถึงให้คำแนะนำการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากอัตราการขยายขนาดจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อ AAA มีขนาดที่ใหญ่ขึ้น และ AAA ที่มีขนาดใหญ่จะขยายขนาดได้เร็วกว่า AAA ที่มีขนาดเล็ก² โดยพบอัตราการขยายขนาดของ AAA เทียบกับขนาดเมื่อแรกพบ ซึ่งมีรายละเอียดดังตารางที่ 1 นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะ rAAA มากที่สุด คือ ขนาดของ AAA เมื่อแรกพบ¹³ โดยพบอัตราการเสี่ยงของการเกิด rAAA ที่ 12 เดือน เทียบกับขนาดของ AAA เมื่อแรกพบ ซึ่งมีรายละเอียดดังตารางที่ 2

ดังนั้น แนวทางการรักษาจึงเริ่มตั้งแต่การมาตรวจติดตามอาการ และความก้าวหน้าของโรคอย่างสม่ำเสมอ ควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ตารางที่ 1 อัตราการขยายขนาดของ AAA เทียบกับขนาดเมื่อแรกพบ²²

Expansion rate (mm/year)	AAA baseline diameter (cm.)
1.9	2.8 – 3.9
2.7	4.0 – 4.5
3.5	4.6 – 8.5

ตารางที่ 2 ความเสี่ยงในการแตกของ AAA เมื่อเทียบกับขนาดเมื่อแรกพบ^{2, 36}

AAA baseline diameter (cm.)	Risk of rupture
3.0 – 3.9	< 1%
4.0 – 4.9	1%
5.0 – 5.9	1 - 11%
6.0 – 6.9	10 – 22%
≥7.0	30 - 33%

การผ่าตัดรักษา รวมไปถึงการมาตรวจติดตามผลภายหลังทำผ่าตัด โดยพิจารณาจากอาการของผู้ป่วย อัตราการขยายขนาดของ AAA เทียบกับขนาดเมื่อแรกพบดังตารางที่ 1 และขนาดของ AAA ตาม Guidelines ของ Society of Vascular Surgery (SVS) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระยะเวลาในการทำอัลตราซาวด์เพื่อติดตามขนาด AAA เมื่อเทียบกับขนาดเมื่อแรกพบ^{2, 37}

AAA size (cm.)	Imaging rescreening interval
2.5 - < 3.0	After 10 years
3.0 – 3.9	3 years
4.0 – 4.9	12 month
5.0 – 5.4	6 month

ข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัด²

1. กลุ่ม Symptomatic AAA ผู้ป่วยทุกรายที่มีอาการจาก AAA ได้แก่ อาการปวดท้อง ร้าวไปด้านหลัง ปวดบริเวณก้นที่หน้าท้อง หรือมีอาการปวดบริเวณสีข้าง มีภาวะ rAAA หรือมีภาวะ thromboembolism มีภาวะขาขาดเลือดจากการมีลิ่มเลือดอุดตัน (limb ischemia) มีการกดเบียดอวัยวะข้างเคียง (compression symptom) ต้องเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด

2. กลุ่ม Asymptomatic AAA ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการและอาการแสดงใดๆ แต่มีขนาดของ AAA ตั้งแต่ 5.5 เซนติเมตรเป็นต้นไป หรือมีการขยายขนาดมากกว่า 1 เซนติเมตรต่อปี (rapidly expanding AAA) ในผู้ป่วยเพศชายที่มีขนาดของเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่าหรือเท่ากับ 5.5 เซนติเมตร และในผู้ป่วยเพศหญิงที่มีขนาดของเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 5 เซนติเมตร ผู้ป่วยที่มีลักษณะดังกล่าว ต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด

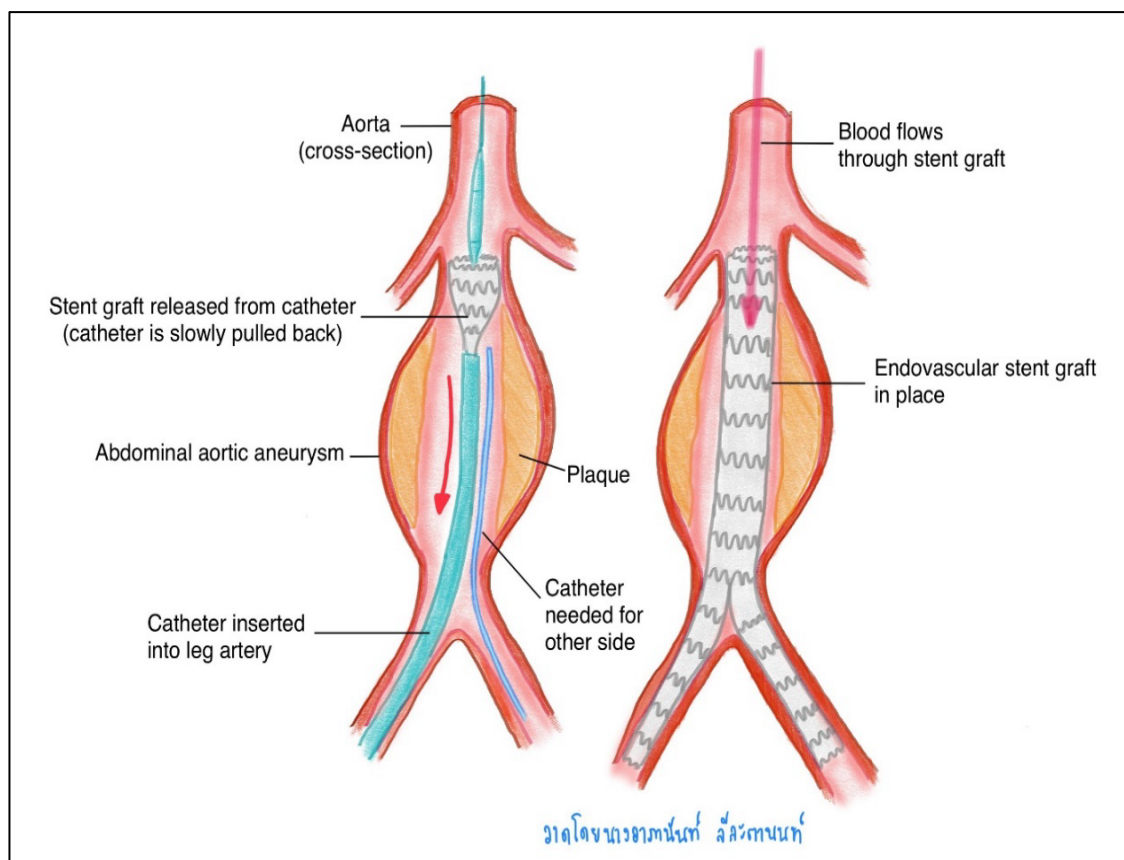
ในปัจจุบัน แนวทางการรักษาโดยการผ่าตัดโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองสามารถทำได้ 2 วิธี^{38, 39} ดังนี้

1.การผ่าตัดโดยการเปิดหน้าท้อง (open surgical repair: OSR)

เป็นการผ่าตัดวิธีมาตรฐานสำหรับการรักษา AAA โดยเปิดแผลผ่านทางหน้าท้องตั้งแต่บริเวณใต้ลิ้นปี่ (Xiphoid process) จนถึงบริเวณขาหนีบ แล้วใส่หลอดเลือดเทียมทดแทนในบริเวณส่วนของหลอดเลือดแดงใหญ่ที่มีการโป่งพอง ซึ่งการผ่าตัดวิธีนี้มีอัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 2-5¹⁴ การผ่าตัดชนิดนี้มีข้อดีคือ สามารถรักษา AAA ได้ทุกรูปแบบ ใช้เครื่องมือในการทำผ่าตัดไม่มาก แต่มีข้อเสียคือ มีความรุนแรงในการผ่าตัดและการเสียเลือดที่มากกว่า อีกทั้งยังใช้เวลาในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานกว่าการผ่าตัดแบบ EVAR¹³

2.การผ่าตัดโดยการสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางหลอดเลือดแดง (Endovascular Abdominal Aortic Aneurysm Repair: EVAR)

การทำผ่าตัด EVAR จะทำผ่าตัดโดยการบริหารยาเฉพาะที่ เพื่อการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย (regional anesthesia) หรือสามารถใช้วิธีการบริหารยาระงับความรู้สึกโดยทั่วไป (general anesthesia) หลังจากนั้นจะเริ่มทำการผ่าตัดโดยการกรีดแผลผ่าตัดขนาดเล็กบริเวณขาหนีบทั้งสองข้าง เพื่อเป็นทางผ่านเข้าไปยัง femoral artery หลังจากนั้นจะสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ (aortic stent graft) เข้าไป โดยมี guidewires และ catheters เป็นตัวนำ ตำแหน่งที่เหมาะสมในการใส่ graft คือ บริเวณที่ครอบคลุมด้านบน และด้านล่างของหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนที่มีการโป่งพอง หลังจากนั้นจะนำปลอกที่หุ้ม graft ออก เพื่อให้ graft ยึดติดกับหลอดเลือดแดงใหญ่และให้เลือดสามารถผ่านได้ รวมไปถึงเป็นการลดแรงดันจากผนังหลอดเลือดแดงใหญ่ หลังจากนั้นจะทำการตรวจสอบความเรียบร้อยตำแหน่งของ graft โดยการทำ angiogram ก่อนทำการเย็บปิดแผล² ดังภาพที่ 6



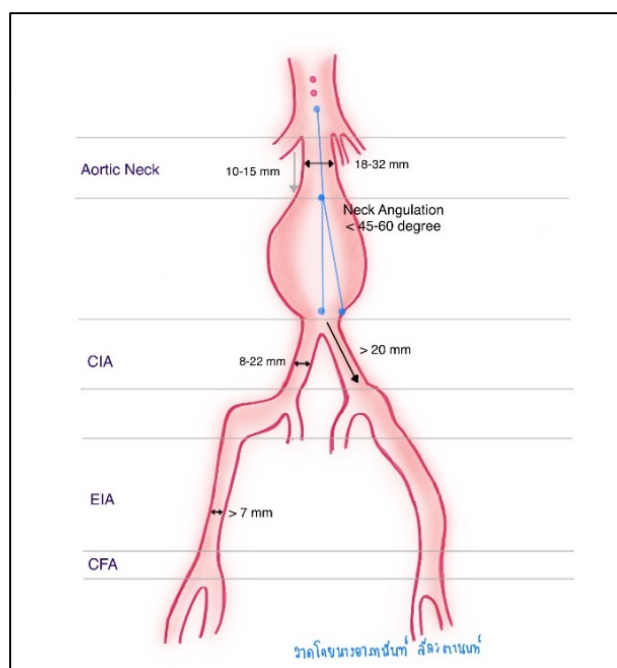
ภาพที่ 6 ขั้นตอนการสอดใส่กราฟต์เข้าไปยังบริเวณหลอดเลือดที่มีการโป่งพอง
ที่มา : ภาพวาดโดย นางอภานันท์ ลีละตานนท์

ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด EVAR³⁹

1. ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้ารับการผ่าตัดแบบเปิด (open surgical repair: OSR) ได้ และมีโรคร่วมที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ โรคเกี่ยวกับหัวใจอย่างรุนแรง (severe heart disease) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังชนิดรุนแรง (severe chronic obstructive pulmonary disease) โรคไตทำงานบกพร่อง (poor renal function) หรือมีโรคร่วมอื่นๆ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (stroke), โรคเบาหวาน (diabetes), โรคความดันโลหิตสูง (hypertension)⁷
2. ผู้ป่วยเพศหญิงที่มีขนาด AAA 5 เซนติเมตร และในเพศชายที่มีขนาด AAA 5.5 เซนติเมตร^{6, 7}
3. ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงและมีขนาดของ AAA มากกว่า 5.5 เซนติเมตร หรือมีอัตราการขยายขนาดมากกว่า 0.5 เซนติเมตรในระยะเวลา 6 เดือน⁴⁰
4. ผู้ป่วยที่มีลักษณะทางกายวิภาคของหลอดเลือดแดงที่เหมาะสมในการทำผ่าตัดตามหลักการพิจารณาของ instruction of use guideline (IFU) ดังภาพที่ 7

สำหรับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดแบบ EVAR มีปัจจัยที่ควรคำนึง 2 ข้อ ดังนี้²

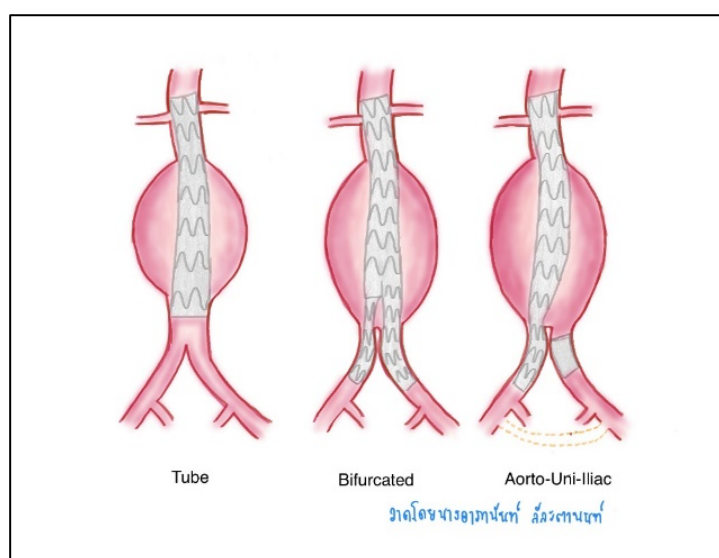
1.ปัจจัยด้านผู้ป่วย (Patient factor) ได้แก่ โรคร่วมต่างๆ และสิ่งสำคัญที่สุดคือ ลักษณะทางกายวิภาค (anatomy) ของ AAA ว่ามีความเหมาะสมกับการทำผ่าตัด EVAR หรือไม่ โดยมีหลักในการพิจารณาตามหลัก instruction of use guideline (IFU)⁴¹ ดังภาพที่ 7 ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้



ภาพที่ 7 กายวิภาคของ AAA ที่เหมาะสมสำหรับการรักษาด้วยวิธี EVAR
ตามหลัก instruction of use guideline (IFU)
ที่มา : ภาพวาดโดย นางอภานันท์ ลีละตานนท์

- ความยาวของ aortic neck ควรมีความยาวมากกว่า 10-15 มิลลิเมตร จากส่วนต่ำสุดของหลอดเลือดแดงของไต (renal artery) ถึงส่วนเริ่มต้นของ AAA และเส้นผ่าศูนย์กลางของ aortic infrarenal neck ควรอยู่ระหว่าง 18-32 มิลลิเมตร
- เส้นผ่าศูนย์กลางของ distal aorta บริเวณ aortic bifurcation ควรมากกว่า 18 มิลลิเมตร ถ้าน้อยกว่านี้ควรเลือกชนิดของ graft เป็น aorto-uni-iliac (AUI) stent graft
- เส้นผ่าศูนย์กลางของ common iliac artery ควรมีขนาดระหว่าง 8-22 มิลลิเมตร และความยาวของ common iliac artery ที่พอสำหรับ distal landing zone ควรมากกว่า 20 มิลลิเมตร
- เส้นผ่าศูนย์กลางของ external iliac artery ควรมากกว่า 7 มิลลิเมตร เพื่อให้ main body ของ aortic stent graft สามารถผ่านไปได้

2.ปัจจัยด้านอุปกรณ์ (Device factor) การออกแบบของ graft ในแต่ละชนิด ว่ามีความสามารถในการยึดเกาะกับผนังหลอดเลือดที่เหมาะสมกับ anatomy ของผู้ป่วยแต่ละคนหรือไม่ ซึ่งโดยปกติการเลือก graft จะเลือกขนาดที่ใหญ่กว่าขนาดของหลอดเลือดประมาณร้อยละ 10-20 เพื่อให้ graft คงรูปอยู่ในหลอดเลือด ในปัจจุบันตามมาตรฐานแบ่งหลอดเลือดเทียมเป็น 3 ชนิด คือ tube, bifurcated หรือ Aorto-Bi-Iliac (ABI) และ Aorto-Uni-Iliac (AUI)⁶ ดังภาพที่ 8



ภาพที่ 8 หลอดเลือดเทียมมาตรฐาน

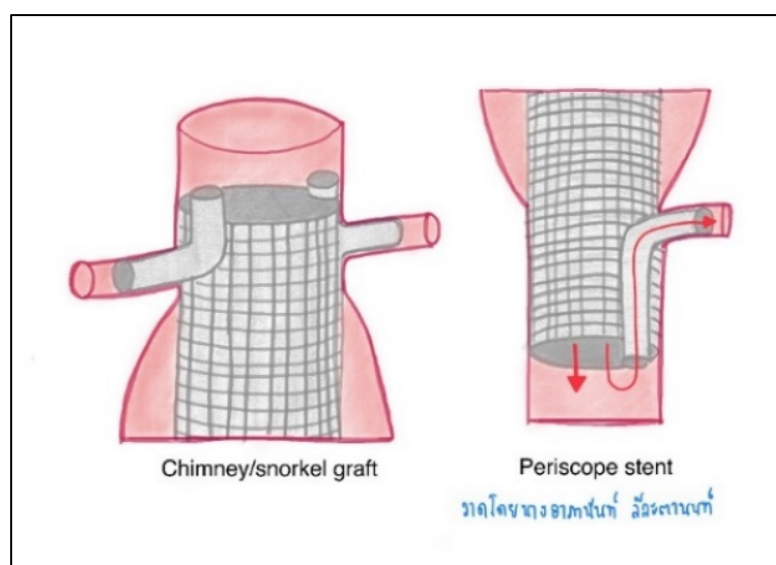
ที่มา : ภาพวาดโดย นางอรุณรัตน์ สัณฐานนท์

ในกรณีผ่าตัดรักษา juxtarenal AAA ซึ่งมี proximal neck length ที่สั้นมาก อาจทำให้หลอดเลือดเทียมแบบปกติไม่สามารถยึดเกาะผนังหลอดเลือดได้ หรืออาจปิดบริเวณหลอดเลือดแดงของไต (renal artery) ได้ จึงมีการคิดค้นวิธีการผ่าตัดใหม่ขึ้นมา 2 วิธี¹³ ดังนี้

- Fenestrated endograft (FEVAR) เป็นการผ่าตัด โดยการสั่งทำหลอดเลือดเทียมให้ตรงตามสรีรวิทยาของหลอดเลือดของผู้ป่วย ซึ่งใช้เวลาในการสั่งทำ graft ประมาณ 6-12 สัปดาห์ ข้อดีคือผู้ป่วยได้ graft ที่พอดีกับสรีรวิทยาของตนเอง แต่ข้อเสียคือต้องใช้เวลาในการรอ graft นาน และมีราคาแพง⁵ ดังนั้น graft ชนิดนี้จึงไม่นิยมใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉิน²

- Chimney/snorkel graft technique (Ch-EVAR) เป็นการผ่าตัดสอดใส่หลอดเลือดเทียมขนานไปกับหลอดเลือดแดงใหญ่ เพื่อเป็นรูเปิดให้เลือดไหลไปเลี้ยงยังอวัยวะในต่างๆ ของ supra aortic artery ได้แก่ visceral artery และหลอดเลือดแดงของไต (renal artery) ควบคู่ไปกับหลอดเลือดเทียมหลัก⁴² ดังภาพที่ 9 การผ่าตัดวิธีนี้มีความรุนแรงน้อย และใช้เวลาในการทำผ่าตัดผ่านกล้อง fluoroscope น้อยกว่าการผ่าตัดแบบ fenestrated และช่วยลดความเสี่ยงในการเกิด

ภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด ได้แก่ อาการปวดบริเวณก้นที่มาจากการที่ internal iliac artery อุดตัน (buttock claudication) ภาวะเนื้อตายที่บริเวณก้นจากการที่เกิดภาวะอัมพาตเชิงกรานขาดเลือดอย่างรุนแรง (buttock necrosis) และภาวะลำไส้ขาดเลือด (bowel ischemia) เป็นต้น มักใช้การผ่าตัดสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดนี้ในผู้ป่วยกรณีเร่งด่วน หรือในผู้ป่วยที่ภาวะ rAAA และการผ่าตัดวิธีนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิด endoleak ประเภท type I ประมาณร้อยละ 10.7¹³



ภาพที่ 9 Chimney graft technique (Ch-EVAR)

ที่มา : ภาพวาดโดย นางอภานันท์ สีสถานนท์

ภาวะแทรกซ้อนภายหลังทำผ่าตัด

ในที่นี้จะกล่าวถึง early complication (ที่เกิดขึ้นได้ 30 วัน) ภายหลังทำผ่าตัด² ดังนี้

1. บริเวณแผลผ่าตัด ได้แก่

- **infection** สามารถสังเกตได้จากบริเวณแผลจะมีการอักเสบ บวม แดง ร้อน หรือมีสิ่งคัดหลั่งไหลออกจากแผล ซึ่งสามารถพบได้ร้อยละ 9-16² ปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ ได้แก่ สุขลักษณะที่ไม่ดี การดูแลบริเวณแผลผ่าตัดไม่ดี

- **haematoma** เป็นภาวะที่มีเลือดคั่งใต้ชั้นผิวหนัง มีสาเหตุมาจากการที่ผนังหลอดเลือดถูกทำลาย ทำให้เลือดไหลออกมาอยู่ในเนื้อเยื่อ อาจมีขนาดเล็กจนถึงขนาดใหญ่จนเกิดการบวมขึ้นได้

- **pseudoaneurysm at groin** คือ การเกิดพยาธิสภาพที่ผนังหลอดเลือดบริเวณขาหนีบที่มีการโป่งพองไม่ครบทั้ง 3 ชั้น มีสาเหตุมาจากการเจาะหรือแทงทะลุที่ผนังหลอดเลือด⁴³ ซึ่ง pseudoaneurysm สามารถขยายขนาดเพิ่มขึ้นจนปริแตก⁴⁴

2. Endograft migration เป็นภาวะที่ graft เคลื่อนที่ออกจากตำแหน่งที่ถูกตอกภายหลัง ทำผ่าตัด คือ เคลื่อนที่ออกมากกว่า 5-10 มิลลิเมตร อาจมีสาเหตุมาจากการที่ graft กางได้ไม่สมบูรณ์ หรือผนังของหลอดเลือดแดงใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงภายหลังใส่ graft ได้ เมื่อพบการเกิดภาวะนี้ จะต้องรีบทำการผ่าตัดซ่อมแซมโดยด่วน พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะนี้ประมาณร้อยละ 1-10⁴⁰

3. Endograft infection เป็นภาวะที่เกิดการติดเชื้อที่ graft ในขณะที่ทำผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีอาการไข้ มีปริมาณเม็ดเลือดขาวสูงขึ้นมากผิดปกติ (leukocytosis) และมีอาการปวดหลัง (back pain) การรักษาจะเป็นการใช้ยาปฏิชีวนะ หรืออาจทำการเปลี่ยนชนิดของ graft ใหม่ เป็น graft ที่เคลือบด้วยยาปฏิชีวนะ พบอุบัติการณ์การเกิดร้อยละ 0.4-3⁴⁰

4. Limb kinking or occlusion หมายถึง ภาวะที่มีการบิดหรืออุดตันที่หลอดเลือดส่วนปลายมีสาเหตุมาจากขนาดที่ลดลงอย่างรวดเร็วของ aneurysm ภายหลังใส่ graft ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาอาจนำไปสู่การเกิดภาวะหลอดเลือดส่วนปลายขาดเลือดขั้นรุนแรง (acute lower extremity ischemia) พบอัตราการเกิดภาวะนี้ร้อยละ 7 นอกจากนี้ยังพบว่าการเกิด limb kinking or occlusion เป็นสาเหตุลำดับที่ 3 ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ามารับการรักษาภายหลังทำผ่าตัด EVAR ในระยะเวลา 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 60²

5. Postimplantation syndrome คือ ภาวะที่ภายหลังทำผ่าตัด EVAR ผู้ป่วยมีไข้สูง มากกว่า 38 องศาเซลเซียส และมีภาวะเม็ดเลือดขาวสูง (leukocytosis) มากกว่า 12,000 cell/ml และไม่พบการติดเชื้ออื่นๆ สามารถพบการเกิดภาวะนี้ได้ประมาณร้อยละ 35² และปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือ มักพบในผู้ป่วยที่ใช้ stent graft ที่ทำมาจากโพลีเอสเตอร์ การรักษาใช้วิธีการรักษาตามอาการ⁴⁵ หรืออาจให้ยา aspirin เพื่อลดการอักเสบ และไม่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะ⁴⁰

6. Endoleak คือ การไหลเวียนของเลือดอย่างต่อเนื่องใน aneurysm sac ภายหลังทำผ่าตัด EVAR²⁶ พบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 15-20² อาจมีสาเหตุมาจากการเลือก graft ไม่เหมาะสม หรือตำแหน่งที่ใช้วาง graft ไม่เหมาะสม ซึ่งสามารถตรวจวินิจฉัยภาวะ endoleak ได้จากการทำ CT scan หรือการทำ duplex scan นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งประเภทของ endoleak ออกเป็น 5 ประเภท ดังภาพที่ 10 ดังนี้

6.1. Type I (Attachment site) เป็นการรั่วบริเวณช่องว่างระหว่าง graft กับผนังหลอดเลือดที่เรียกว่า “seal zone” ช่องว่างตรงนี้จะเป็ทางให้เลือดไหลเข้าไปจนถึงบริเวณ aneurysm sac และทำให้ aneurysm sac มีขนาดใหญ่มากขึ้น ซึ่งสาเหตุอาจเกิดจากการเลือก graft ไม่เหมาะสม หรืออาจเกิดจากการที่หลอดเลือดมีการขยายตัวหลังการผ่าตัด ซึ่งการเกิดภาวะนี้ อาจทำให้ sac มีการขยายขนาดมากขึ้นจนอาจเกิดการปริแตกได้ จึงควรเข้ารับการผ่าตัดซ่อมแซมโดยด่วน¹⁵

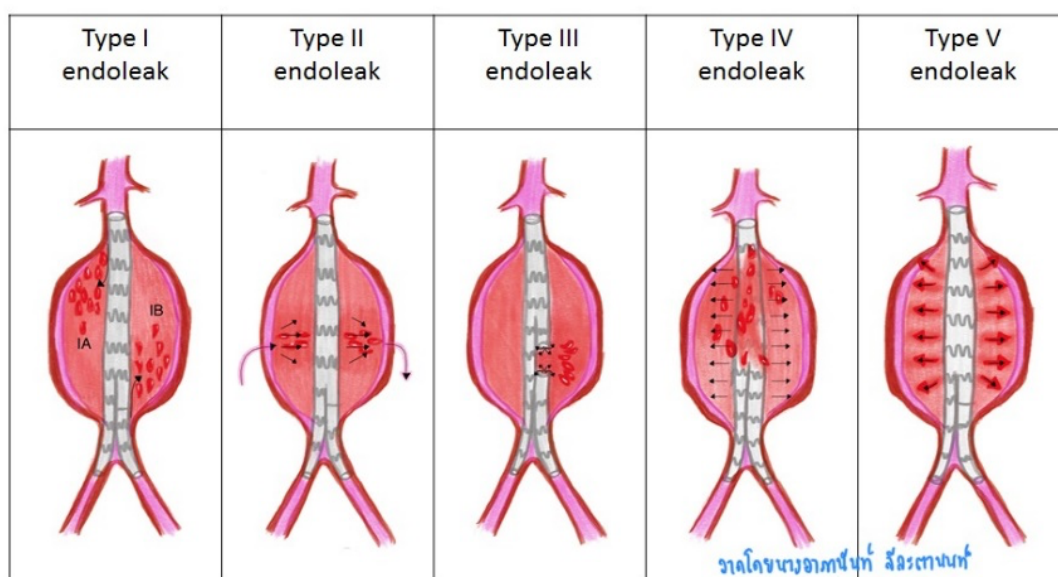
6.2. Type II (Branched) เป็นผลจากการเพิ่มแรงดันภายในแขนงหลอดเลือดด้านข้างของหลอดเลือดแดงใหญ่ (collateral vessels) ได้แก่ หลอดเลือดแดงบริเวณเอว (lumbar artery),

inferior mesenteric artery ส่งผลทำให้มีเลือดไหลย้อนกลับเข้าไปใน aneurysm sac ซึ่งการเกิด endoleak ประเภทนี้พบได้บ่อย¹¹ ประมาณร้อยละ 14-23.5¹¹ การรักษาจะเป็นการตรวจติดตามขนาดของ aneurysm ในกรณีที่ aneurysm มีขนาดโตขึ้นจะทำการรักษาด้วยวิธีการอุดหลอดเลือดแดง(embolization) ด้วยวัสดุพิเศษ เช่น ขดลวดเล็กๆ (coils) หรือกาว (glue) บริเวณตำแหน่งแขนงหลอดเลือดที่เกิดการไหลย้อน การเกิด endoleak ประเภทนี้มีความเสี่ยงในการปริแตกต่ำ คือน้อยกว่าร้อยละ 1¹⁵

6.3.Type III (Graft defect) เป็นการรั่วระหว่างตัว graft ที่เชื่อมต่อกัน ซึ่งมีสาเหตุมาจากการแยกหรือขาดออกจากกันของวัสดุที่ทำ graft ส่งผลทำให้มีการเพิ่ม systemic pressure ใน aneurysm sac ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองปริแตก (ruptured abdominal aortic aneurysm: rAAA) ได้ จึงควรได้รับการรักษาผ่าตัดแก้ไขโดยด่วน¹⁵

6.4.Type IV (Graft wall porosity) เป็นการรั่วจากวัสดุของ graft ปัจจุบันพบได้น้อย การรักษาทำได้โดยการตรวจติดตามขนาดของ aneurysm เป็นระยะ

6.5.Type V (Endotension) เป็นการที่ aneurysm sac ขยายขนาดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุว่ามีการรั่วมาจากบริเวณใด



ภาพที่ 10 Type of endoleak

ที่มา : ภาพวาดโดย นางอาภาพันธ์ ลีละตานนท์

บทที่ 4

หลักการพยาบาลและกรณีศึกษา

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพอง ที่มารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดแบบ EVAR ในระยะก่อนการผ่าตัด มีหลักการสำคัญคือ ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองปริแตก (ruptured abdominal aortic aneurysm: rAAA) การให้ความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตัวในระยะก่อนการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง ลดความวิตกกังวล และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนก่อนทำผ่าตัด ในระยะติดตามผลหลังผ่าตัด มีหลักการสำคัญคือการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังทำผ่าตัด ทั้งนี้ การพยาบาลทั้งในระยะก่อนผ่าตัดและติดตามผลหลังผ่าตัด มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย สามารถดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับโรคได้อย่างเหมาะสม รวมถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ภายหลังได้รับการผ่าตัด โดยในคู่มือฉบับนี้จะกล่าวถึงการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยวิธีการ EVAR โดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด และระยะติดตามผลภายหลังผ่าตัด ดังนี้

การพยาบาลผู้ป่วยโรค AAA ที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธี EVAR ในระยะก่อนผ่าตัด

เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองเข้ารับบริการ ณ หน่วยตรวจฯ จะได้รับการบริการตาม Flow care process of aortic aneurysm at OPD unit (pre-operative) (ภาคผนวก ข) โดยเริ่มจากการประเมินอาการและอาการแสดงของโรค โดยแบ่งประเภทผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่มคือ

- กลุ่มผู้ป่วยที่แสดงอาการ คือ ผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องหรือปวดท้องร้าวไปด้านหลังอย่างรุนแรง คลำพบก้อนที่เด่นสัมพันธ์กับชีพจรบริเวณหน้าท้อง มีภาวะความดันโลหิตต่ำ หรือมี signs of shock ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับการส่งต่อไปยังแผนกฉุกเฉิน

- กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่แสดงอาการ คือ ผู้ป่วยที่มีขนาด AAA น้อยกว่า 5.5 เซนติเมตรในเพศชาย และ 5 เซนติเมตรในเพศหญิง หรือเป็นผู้ป่วยที่ยังไม่ต้องเข้ารับการผ่าตัดทันที ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะได้รับการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจประเมินขนาดของ AAA โดยการตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง (abdominal ultrasonography, duplex ultrasound) และ/หรือการตรวจหลอดเลือดแดงโดยการฉีดสารทึบรังสี (Computer tomography angiography: CTA) พบพยาบาลเพื่อให้คำแนะนำและสอนสุขศึกษาเรื่องโรค ปัจจัยเสี่ยง และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับสภาวะโรค

รวมถึงได้รับการนัดหมายตรวจติดตามอาการเป็นระยะทุก 3, 6 และ 12 เดือน ในกรณีที่มีการวางแผนผ่าตัด แพทย์จะส่งผู้ป่วยปรึกษาหน่วยประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด (SiPAC) เพื่อประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนทำการผ่าตัด หลังจากผู้ป่วยพบแพทย์ที่หน่วย SiPAC แพทย์จะนัดมาวางแผนการผ่าตัด และส่งพบพยาบาลนัดผ่าตัด เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด การเตรียมเอกสารการจองเตียง รวมถึงเอกสารตรวจร่างกายก่อนเข้าพักในโรงพยาบาล หลังจากนั้น แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติติดต่อเรื่องการจองเตียงที่หน่วย Admission center ซึ่งในระยะก่อนทำการผ่าตัด จะมีระยะเวลาที่ต้องใช้ในการรอเข้ารับการผ่าตัด ทั้งนี้ระยะเวลาในการรอผ่าตัด ขึ้นอยู่กับขนาดของ AAA อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย รวมไปถึงระยะเวลาที่ใช้ในการรอการผลิตหลอดเลือดเทียมที่เหมาะสมกับผู้ป่วย (ในกรณีผู้ป่วยที่ต้องใช้หลอดเลือดเทียมชนิดสังเคราะห์)

การประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด

การซักประวัติ

- ประวัติอาการและอาการแสดงที่สำคัญ รวมไปถึงระยะเวลามีอาการดังกล่าวที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพอง เช่น การคลำได้ก้อนบริเวณสะดือหรือเหนือสะดือ และอาจคลำได้ชีพจรร่วมด้วย อาการปวดท้อง อาการปวดท้องร้าวไปด้านหลัง เป็นต้น

- ประวัติโรคประจำตัว ระยะเวลาที่เป็นโรค การรักษาในปัจจุบันและการตรวจติดตามอาการ เช่น โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) โรคไขมันในเลือดสูง (dyslipidemia) โรคเบาหวาน (diabetes mellitus) เป็นต้น เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis) และความเสี่ยงต่อระบบไหลเวียนโลหิต

- ประวัติการใช้ยาโรคประจำตัว และยาที่อาจเพิ่มความเสี่ยงในการผ่าตัด ได้แก่ กลุ่มยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet) เช่น aspirin, clopidogrel (plavix®), ticlopidine (ticlid®), Ibuprofen กลุ่มยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) เช่น warfarin (orfarin®), dabigatran (pradaxa®), rivaroxaban (xareto®) อาหารเสริมหรือผักผลไม้ที่อาจส่งผลต่อการเกิดภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก ได้แก่ น้ำมันปลา โสม ตังกุย แป๊ะก๊วย กระเทียม ขิง วิตามินอี ฟิเวอร์ฟิว (Feverfew) อีฟนิ่งพริมโรส (Evening primrose) เซนต์จอห์นเวิร์ต (St John's Wort) เป็นต้น⁴⁶

- ประวัติเลือดออกแล้วหยุดยาก หรือภาวะผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด เพื่อวางแผนในการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด

- ประวัติการแพ้ยา อาหาร หรือสารเคมีต่างๆ หากพบว่าผู้ป่วยมีการแพ้ รายงานให้แพทย์ทราบ เพื่อวางแผนการรักษาและการใช้ยาในระหว่างการทำผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้อย่างปลอดภัย

- ประวัติการสูบบุหรี่ เนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่ ทำให้เกิดการอักเสบของผนังหลอดเลือดแดง²⁰ และส่งผลต่อการขยายขนาดของหลอดเลือด ทำให้ต้องเพิ่มแรงดันในการส่งเลือดไปเลี้ยงยังอวัยวะต่างๆในร่างกายมากขึ้น อาจทำให้หลอดเลือดที่มีการโป่งพองปริแตกและเสียชีวิตได้

- ประวัติการฟอกไต ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นโรคไตวาย และต้องทำการฟอกเลือด เพื่อวางแผนวันและเวลาที่เหมาะในการฟอกเลือดก่อนวันเข้านอนที่โรงพยาบาล⁴⁷

การประเมินสัญญาณชีพ ได้แก่ อุณหภูมิ ชีพจร การหายใจ ความดันโลหิต ระดับออกซิเจนในกระแสเลือด เพื่อเป็นค่ามาตรฐานของผู้ป่วย ในกรณีที่วัดความดันโลหิตแล้วค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (Systolic BP: SBP) ของแขนทั้ง 2 ข้างต่างกันมากกว่า 15 mmHg อาจบ่งชี้ถึงการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงซับเคลเวียนตีบ (subclavian artery stenosis) ได้²

การตรวจร่างกายบริเวณที่วางแผนทำผ่าตัด ได้แก่ บริเวณขาหนีบทั้ง 2 ข้าง ว่ามีอาการผิดปกติหรือมีอาการติดเชื้อหรือไม่ ได้แก่ อาการบวม แดง ร้อน หรือเป็นแผลหรือไม่

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อเป็นการประเมินและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด และวางแผนในการให้การดูแลรักษา² ดังนี้

- ตรวจสภาพความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดข้น (polycythemia) และภาวะโลหิตจาง (anemia) นอกจากนี้กรณีที่ผู้ป่วยมีระดับฮีโมโกลบิน (hemoglobin) ในร่างกาย < 7 g/dL แนะนำให้มีการให้สารประกอบของเลือดก่อนทำการผ่าตัด

- ตรวจนับเม็ดเลือดขาว (white blood cell count) เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

- ตรวจนับเกล็ดเลือด (platelet count) เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติ ในกรณีที่ค่าเกล็ดเลือด < 150,000/ μ L แนะนำให้ปรึกษาแพทย์หน่วยโลหิตวิทยา ร่วมประเมินก่อนการผ่าตัด

- ตรวจการแข็งตัวของเลือด (bleeding time, PT, APTT)) เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก

- ตรวจสมดุลเกลือแร่ และกรด-ด่างในเลือด (common electrolytes)

- ตรวจการทำงานของไต (Bun, Cr) เพื่อประเมินการทำงานของไต³⁰ เนื่องจากก่อนเข้ารับการผ่าตัดผู้ป่วยจะต้องทำการตรวจพิเศษ ได้แก่ การเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์บริเวณช่องท้อง ซึ่งจะมีการฉีดสารทึบรังสี จึงต้องทำการตรวจดูการทำงานของไตว่าอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถตรวจได้หรือไม่ หากค่าการทำงานของไตไม่ดี แพทย์อาจพิจารณาให้ตรวจพิเศษด้วยวิธีอื่นแทน เช่น การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic resonance angiogram: MRA) เป็นต้น

- ตรวจประเมินการติดเชื้อไวรัสภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Anti-HIV) ไวรัสตับอักเสบบี (antigen HBs) และไวรัสตับอักเสบซี (anti-HCV antibody)

- ตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก (chest x-ray)

- ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiography: ECG) แนะนำตรวจล่วงหน้าไม่เกิน 30 วันก่อนทำการผ่าตัด เพื่อเป็นการประเมินความเสี่ยงต่อการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด³⁰

การใช้สิทธิการรักษา พร้อมให้คำแนะนำเรื่องการใช้สิทธิ การตรวจสอบสิทธิ และแจ้งค่า ผ่าตัดที่นอกเหนือจากสิทธิให้แก่ผู้ป่วยและญาติ

การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองปริแตกในขณะรอผ่าตัด

ในผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดแดงส่วนท้องโป่งพอง การดูแลและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับสภาวะโรคเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เนื่องจากหากผู้ป่วยปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จะช่วยป้องกันความก้าวหน้าของโรค และป้องกันไม่ให้เกิดภาวะ rAAA ในขณะรอผ่าตัด ลดการเสียชีวิตขณะรอผ่าตัด โดยคำแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ได้แก่

1. แนะนำกิจกรรมที่ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ การออกแรงยกของหนักมากกว่า 5 กิโลกรัม² การเบ่งถ่ายอุจจาระ กิจกรรมที่อาจชน กระแทก หรือกระทบกระเทือนบริเวณช่องท้อง หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ในท่าที่มีการกระทบกระเทือนบริเวณช่องท้อง หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่เป็นการเพิ่มระดับความดันโลหิตอย่างฉับพลัน เช่น การทำ Valsalva maneuver หรือการเคลียร์หู ซึ่งเป็นการบังคับอากาศออกจากร่างกายด้วยการปิดปาก บีบจมูก แล้วพยายามหายใจออกทางจมูก¹⁶ เป็นต้น เนื่องจากกิจกรรมดังกล่าวเป็นการเพิ่มแรงดันภายในช่องท้อง อาจทำให้เกิดภาวะ rAAA ได้

2. แนะนำเรื่องการควบคุมภาวะโรคประจำตัว โดยการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ในกลุ่มโรค² ดังต่อไปนี้

- โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) เนื่องจากความดันโลหิตที่สูงขึ้นส่งผลทำให้หลอดเลือดบริเวณที่มีการโป่งพองขยายขนาดเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยกลุ่มที่แนะนำให้รับประทานอย่างต่อเนื่องจนถึงวันผ่าตัด ได้แก่ กลุ่ม calcium channel blocker, alpha-2 agonist, vasodilation และ nitrates กลุ่มที่แนะนำให้หยุดในวันที่ทำผ่าตัด เนื่องจากอาจส่งผลทำให้ไตทำงานผิดปกติ ได้แก่ กลุ่ม angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitors และ angiotensin receptor blockers กลุ่มที่แนะนำให้หยุดในวันที่ทำผ่าตัด เนื่องจากอาจส่งผลทำให้เกิดภาวะ hypovolemia และ hypokalemia ได้แก่ กลุ่ม loop diuretics และ thiazides diuretics และกลุ่มที่แนะนำให้รับประทานอย่างต่อเนื่องก่อนทำการผ่าตัด หรือแนะนำให้รับประทานก่อนผ่าตัด เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่ กลุ่ม beta blocker ซึ่งมีรายละเอียดดังตารางที่ 4

- โรคไขมันในเลือดสูง (dyslipidemia) และโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease) เนื่องจากเมื่อมีไขมันมาเกาะที่บริเวณผนังหลอดเลือด จะส่งผลทำให้หัวใจต้องออกแรงบีบตัวเพิ่มมากขึ้น ความดันภายในหลอดเลือดสูงเพิ่มขึ้น และทำให้หลอดเลือดบริเวณที่มี

ตารางที่ 4 คำแนะนำในการรับประทานยา antihypertensive drugs ในผู้ป่วย AAA ที่มาเข้ารับการรักษา

คำแนะนำในการ รับประทานยา	กลุ่มยา antihypertensive drugs	ตัวอย่างยา	การออกฤทธิ์ของยา	อาการข้างเคียงจากยา
1.กลุ่มที่แนะนำให้ รับประทานยา ต่อเนื่องจนถึงวันผ่าตัด	Calcium channel blockers	Amlodipine, Felodipine, Verapamil, Diltiazem	ออกฤทธิ์ปิดกั้นไม่ให้แคลเซียมเข้าสู่ผนังหลอดเลือด ในเซลล์ ทำให้กล้ามเนื้อหลอดเลือดขยายตัว ส่งผล ทำให้ความดันโลหิตลดลง ⁴⁹	ใจสั่น ปวดศีรษะ ข้อเท้าบวม ท้องผูก
	Alpha-2 agonist	clonidine, methyl dopa, guanabenz, guanfacine, lofexidine	ออกฤทธิ์กระตุ้นตัวรับ α_2 ในระบบประสาท ส่วนกลาง ส่งผลให้เกิดการหลั่งสารสื่อประสาท กลุ่มsympathetic ทำให้ความดันในหลอดเลือด ส่วนปลายลดลง และลดอัตราการเต้นของหัวใจ ส่งผลทำให้ระดับความดันโลหิตในร่างกายลดลง ⁴⁹	ปวดหัว เวียนหัว ง่วงซึม คัดตึงเต้านม ท้องอืด ท้องผูก ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดข้อ
	vasodilation	hydralazine, minoxidil	ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งไม่ให้กล้ามเนื้อของผนัง หลอดเลือดหดตัว ส่งผลทำให้หลอดเลือดขยายตัว และเลือดไหลผ่านได้ดี ทำให้หัวใจไม่ต้องออกแรง บีบตัวมากขึ้น เพื่อส่งเลือดไหลไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ⁴⁹	หน้าแดง ใจสั่น ปวดหัว
	nitrates	Nitroglycerin, Isosorbide, Nitroprusside	ออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือด ส่งผลทำให้ลดอัตราการ บีบตัวของหัวใจ(systolic blood pressure)	ปวดศีรษะ สับสน มีไข้ มีนงง อาเจียน หน้ามืดเป็นลม หายใจเหนื่อย หมดสติ

ที่มา : ดัดแปลงจาก Laurent S. Antihypertensive drugs. Pharmacol Res. 2017;124:116-25.

ตารางที่ 4 คำแนะนำในการรับประทานยา antihypertensive drugs ในผู้ป่วย AAA ที่มาเข้ารับการผ่าตัด (ต่อ)

คำแนะนำในการ รับประทานยา	กลุ่มยา antihypertensive drugs	ตัวอย่างยา	การออกฤทธิ์ของยา	อาการข้างเคียงจากยา
2.กลุ่มที่แนะนำให้ หยุดในวันที่ทำผ่าตัด เนื่องจากอาจส่งผลทำ ให้ไตทำงานผิดปกติ	angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitors	benazepril, captopril, cilazapril, enalapril, fosinopril, imidapril, lisinopril, moexipril, perindopril, quinapril, ramipril,trandolapril, zofenopril	ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการทำงานของ angiotensin ส่งผลทำให้หลอดเลือดขยายตัว	ไอแห้งๆ เกิดภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูง
	angiotensin receptor blockers	candesartan, prosartan, irbesartan, losartan, olmesartan, elmisartan, valsartan	ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งไม่ให้ angiotensin จับกับ ตัวรับของเซลล์ ทำให้การหดตัวของหลอดเลือดเกิด น้อยลง หลอดเลือดขยายตัวมากขึ้น	เกิดภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูง
3.กลุ่มที่แนะนำให้หยุดใน วันที่ทำผ่าตัดเนื่องจาก อาจส่งผลทำให้เกิดภาวะ hypovolemia และ hypokalemia	Loop diuretics	furosemide, metanide, torsemide	ออกฤทธิ์โดยการขับเกลือออกจากร่างกายในรูปของ ปัสสาวะ ส่งผลทำให้ความดันโลหิตลดลง	ทำให้ร่างกายขาดน้ำ ระดับโปแตสเซียมใน เลือดผิดปกติ ระดับไขมันในเลือดสูง

ที่มา : ดัดแปลงจาก Laurent S. Antihypertensive drugs. Pharmacol Res. 2017;124:116-25.

ตารางที่ 4 คำแนะนำในการรับประทานยา antihypertensive drugs ในผู้ป่วย AAA ที่มาเข้ารับการผ่าตัด (ต่อ)

คำแนะนำในการ รับประทานยา	กลุ่มยา antihypertensive drugs	ตัวอย่างยา	การออกฤทธิ์ของยา	อาการข้างเคียงจากยา
3.กลุ่มที่แนะนำให้หยุด ในวันที่ทำผ่าตัด เนื่องจากอาจส่งผลทำ ให้เกิดภาวะ hypovolemia และ hypokalemia (ต่อ)	Thiazides diuretics	bendroflumethiazide, chlorothiazide, chlortalidone, hydrochlorothiazide, indapamide, polythiazide, trichlormethiazide	ออกฤทธิ์โดยการขับเกลือออกจากร่างกายในรูปของ ปัสสาวะ ส่งผลทำให้ความดันโลหิตลดลง	ทำให้ร่างกายขาดน้ำ ระดับโปแตสเซียมใน เลือดผิดปกติ ระดับไขมันในเลือดสูง
4.กลุ่มที่ได้รับยาอย่าง ต่อเนื่องก่อนทำการ ผ่าตัด หรือแนะนำให้ รับประทานก่อนทำการ ผ่าตัด เพื่อความ ปลอดภัยของผู้ป่วย	Beta blocker	Acebutolol (Sectral), Atenolol (Tenormin), Bisoprolol (Zebeta), Metoprolol (Lopressor, Toprol XL), Nadolol (Corgard), Nebivolol (Bystolic), Propranolol (Inderal, InnoPran XL)	ออกฤทธิ์โดยการไปยับยั้งการทำงานของ epinephrine หรือ adrenaline ส่งผลทำให้หัวใจ บีบตัวช้าลง และช่วยทำให้หลอดเลือดขยายตัว ส่งผลทำให้เลือดไหลเวียนได้ดี และลดระดับความ ดันโลหิต	อาการอ่อนเพลีย ซึมเศร้า ฝันร้าย เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ

ที่มา : ดัดแปลงจาก Laurent S. Antihypertensive drugs. Pharmacol Res. 2017;124:116-25.

การป้องกันขยายขนาดเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจะได้รับการรับประทานยาในกลุ่ม statin ได้แก่ atorvastatin (Lipitor), fluvastatin (Lescol XL), lovastatin (Altoprev), pitavastatin (Livalo), pravastatin (Pravachol), rosuvastatin (Crestor, Ezallor) และ simvastatin เป็นต้น เนื่องจากมีกลไกการออกฤทธิ์ลด LDL ในกระแสโลหิต ทำให้ควบคุมระดับไขมันในกระแสเลือดได้ นอกจากนี้ยังสามารถใช้ป้องกัน และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเกี่ยวกับระบบหลอดเลือดหัวใจได้อีกด้วย โดยยาในกลุ่มนี้มีอาการข้างเคียง ได้แก่ วิงเวียน คลื่นไส้ อาเจียนปวดศีรษะ มวนท้อง⁴⁸

-โรคเบาหวาน (diabetes mellitus) แนะนำให้จัดการรับประทานยาควบคุมเบาหวาน ในวันที่ทำผ่าตัด นอกจากนี้ อาจพิจารณาชนิดที่มีผล long-action เช่น insulin เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดให้อยู่ระหว่าง 140 ถึง 180 mg/dL โดยยาในกลุ่มนี้มีอาการข้างเคียง ได้แก่ ปวดศีรษะ รู้สึกเหมือนหิวมากผิดปกติ เหงื่อออก กระสับกระส่าย วิงเวียนศีรษะ มือสั่น ใจสั่น เป็นต้น

รวมถึงการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะโรค ได้แก่ อาหารที่มีโซเดียมต่ำ อาหารที่มีไขมันต่ำ ผักผลไม้ที่มีกากใยสูง เพื่อลดการดูดซึมไขมันเข้าร่างกาย และช่วยเรื่องระบบขับถ่าย เช่น ถั่ว ผัก ธัญพืชต่างๆ เป็นต้น เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัวที่อาจส่งผลให้เกิดการงดหรือเลื่อนการผ่าตัด

3. ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด และยาต้านเกล็ดเลือด เนื่องจากยาในกลุ่มดังกล่าว ช่วยทำให้เลือดที่อยู่ใน aneurysm ไม่จับตัวเป็นก้อน ส่งผลทำให้เลือดไหลเวียนได้ดี และป้องกันการเกิดภาวะ rAAA โดยแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด ให้คำแนะนำการสังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ อาการเลือดออกตามไรฟัน จุดจ้ำเลือดตามร่างกาย เลือดกำเดาไหลไม่หยุด ปัสสาวะมีสีแดงหรือสีน้ำตาลแดง มีเลือดปนมากับอุจจาระ หากมีอาการดังกล่าวแนะนำให้หยุดยา และไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล เน้นย้ำให้ผู้ป่วยเจาะเลือดเพื่อติดตามค่าประสิทธิภาพการรักษาของยาในกระแสเลือด (INR) อย่างสม่ำเสมอ

4. หากพบว่าผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ให้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับผลเสียจากการสูบบุหรี่ที่ส่งผลต่อสภาวะโรค คือ การสูบบุหรี่ทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis) ซึ่งส่งผลทำให้ระบบหมุนเวียนเลือดทำงานมากขึ้น เกิดการเพิ่มแรงดันในการส่งเลือดไปเลี้ยงยังอวัยวะต่างๆ ในร่างกายมากขึ้น อาจทำให้หลอดเลือดที่มีการป้องกันปรแตก และเสียชีวิตได้ พร้อมทั้งแนะนำวิธีการเลิกบุหรี่ เช่น การกินของเปรี้ยว การใช้หญ้าดอกขาว การอมผลิตภัณฑ์ลูกอมเลิกบุหรี่ หรือแผ่นฟิล์มลด-เลิกบุหรี่⁵² เป็นต้น นอกจากนี้ แนะนำให้ปรึกษาศัลยแพทย์เลิกบุหรี่ เนื่องจากในปัจจุบันมีวิธีการใช้นิโคตินทดแทน (Nicotine Replacement Therapy)⁵³ ในการช่วยเลิกบุหรี่ ได้แก่ หมากฝรั่งนิโคติน (nicotine gum) แผ่นแปะนิโคติน (transdermal nicotine patch) นิโคตินเม็ดอม (nicotine lozenge) นิโคตินสเปรย์พ่นทางจมูก (nicotine nasal

spray) นิโคตินแบบสูบ (nicotine oral inhaler) และ นิโคตินอมใต้ลิ้น (nicotine sublingual tablet) เป็นต้น

5.แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาวะโรค ตาม The American College of Sports Medicine (ACSM) แนะนำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งที่มีขนาด AAA ไม่เกิน 5.5 เซนติเมตร สามารถออกกำลังกายได้ โดยให้ออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic) แบบหนักปานกลาง (moderate intensity activities) และระหว่างออกกำลังกายให้มีการควบคุมระดับความดันโลหิต ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ rAAA ให้ควบคุมให้ระดับ systolic blood pressure < 180 mmHg และในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ rAAA เช่น ผู้ป่วยเป็นเพศหญิง หรือ aneurysm มีขนาดใหญ่ ให้ควบคุมให้ระดับ systolic blood pressure < 160 mmHg การออกกำลังกายแบบหนักปานกลาง (moderate intensity activities) จะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจและการหายใจเร็วเพิ่มมากขึ้น ขณะออกกำลังกายผู้ป่วยจะยังสามารถพูดได้แต่ไม่สามารถร้องเพลงได้ ตัวอย่างประเภทของการออกกำลังกายชนิดนี้ ได้แก่ เดินเร็ว ปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ ตัดหญ้า เล่นเทนนิส เป็นต้น โดยแนะนำเวลาที่ใช้ในการออกกำลังกายในแต่ละครั้งประมาณ 30-60 นาที ความถี่ประมาณ 5-7 ครั้งต่อสัปดาห์⁵⁴ หรือประมาณ 150 นาทีต่อสัปดาห์⁵⁵

6.แนะนำให้สังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ อาการปวดท้องมากขึ้น ปวดท้องร้าวไปที่ด้านหลัง ปวดท้องร้าวลงมาที่ขาหนีบหรือบริเวณต้นขา ซึ่งส่วนใหญ่มักมีอาการปวดบริเวณด้านซ้าย มีอาการปวดรุนแรงและมีอาการคงที่¹⁶ คลำได้ก้อนบริเวณหน้าท้อง ก้อนที่หน้าท้องมีขนาดใหญ่ขึ้น หากมีอาการดังกล่าวแนะนำให้มาพบแพทย์ก่อนวันนัดผ่าตัด หรือโทรติดต่อขอคำปรึกษาที่คลินิกหลอดเลือดแดงในช่องท้องโป่งพอง เบอร์โทรศัพท์ 02-419-7838 ในวันและเวลาทำการ 7.00-15.00 น. หรือติดต่อผ่านทาง Line Official Account: Aortic Clinic ID : @mqv8813j หรือตาม QR Code ดังภาพที่ 11

ภาพที่ 11 QR code Line Official Aortic Clinic
ที่มา : นางอาภานันท์ ลีละตานนท์



คำแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนท้องโป่งพองในระยะก่อนผ่าตัด

1.ให้คำแนะนำเรื่องการงดยาต้านการแข็งตัวของเลือด และยาต้านเกล็ดเลือดตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ ซึ่งตาม guideline ของ Journal of Vascular Nursing² แนะนำให้งดยาในกลุ่มต่างๆ ดังนี้

- กลุ่ม heparin, low molecular weight heparin (LMWH), warfarin งดก่อนทำการผ่าตัด 5 วัน

- dabigatran งดก่อนทำการผ่าตัด 1-2 วัน

- rivaroxaban และ endoxaban งดอย่างน้อย 24 ชั่วโมงก่อนทำการผ่าตัด

- apixaban งดอย่างน้อย 24-48 ชั่วโมงก่อนทำการผ่าตัด

แต่ในกลุ่มที่เสี่ยงต่อภาวะเลือดไหลไม่หยุด แนะนำให้งด 72 ชั่วโมงก่อนทำการผ่าตัด² นอกจากนี้ยังช้กประวัติการรับประทานอาหาร วิตามินเสริม หรือสมุนไพรที่อาจส่งผลต่อการเกิดภาวะเลือดหยุดยาก ได้แก่ วิตามินอี น้ำมันตับปลา โสม แป๊ะก๊วย กระเทียม วิตามินอี ตังกุย ถั่งเช่า เห็ดหลินจือ เป็นต้น⁵⁰ รวมถึงให้คำแนะนำการงดการรับประทานอาหารเสริม วิตามิน หรือสมุนไพรบางชนิดอย่างน้อย 2 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด⁵¹ ได้แก่ น้ำมันปลา โสม ตังกุย แป๊ะก๊วย⁵⁰ กระเทียม ขิง วิตามินอี ฟิเวอร์ฟิว (Feverfew) อีฟนิ่งพริมโรส (Evening primrose) เซนต์จอห์นเวิร์ต (St John's Wort) เป็นต้น⁴⁶

2.ให้คำแนะนำเรื่องการเตรียมสิทธิพื้นฐานให้เรียบร้อยก่อนทำการผ่าตัด เนื่องจากเป็นการผ่าตัดที่มีค่าใช้จ่ายสูง และอาจมีค่าใช้จ่ายส่วนเกินนอกเหนือจากสิทธิตามชนิดของสิทธิขั้นพื้นฐาน

3.ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะไตวาย และต้องทำการฟอกเลือด แนะนำให้ฟอกเลือด 1 วันก่อนเข้านอนที่โรงพยาบาล⁵⁶ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะไม่สมดุลของกรด-ด่าง รวมถึงภาวะน้ำเกินในร่างกาย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด

รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วย โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมถึงการพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติในระยะก่อนผ่าตัด พบประเด็นปัญหาทางการพยาบาลที่อาจพบได้ในระยะก่อนผ่าตัด ซึ่งสามารถตั้งเป็นข้อวินิจฉัยการทางการพยาบาล ดังนี้

1.ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองปริหรือแตกก่อนทำการผ่าตัด จากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง

2.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด

3.ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้อง โป่งพองปริหรือแตกก่อนทำการผ่าตัด จากการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองปริหรือแตกก่อนทำผ่าตัด จากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง

ข้อมูลสนับสนุน

1.ผู้ป่วย AAA เพศชายพบขนาดก้อน AAA เส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 5 เซนติเมตร และในเพศหญิงมากกว่า 5.5 เซนติเมตร หรือมีก้อนขนาดเล็กร่วมกับมีอาการปวดท้องร่วมด้วย²

2.มีประวัติโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) โรคไขมันในหลอดเลือดสูง (dyslipidemia) โรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease) ภาวะหลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis)² และมีประวัติรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ

3.ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสูบบุหรี่²

4.ผู้ป่วยยังคงมีพฤติกรรมยกของหนัก หรือทำกิจกรรมที่ต้องออกแรง

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองปริหรือแตกก่อนทำผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1.ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน AAA ปริหรือแตกก่อนทำผ่าตัด

2.ผู้ป่วยและญาติรับทราบถึงความสำคัญในการควบคุมโรคประจำตัว

3.ผู้ป่วยเข้าใจเหตุผล และให้ความร่วมมือในการเลิกพฤติกรรมสูบบุหรี่

กิจกรรมการพยาบาล

1.สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ โดยการใช้คำพูดที่สุภาพ เริ่มจากการกล่าวแนะนำตัว เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ

2.ประเมินระดับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติ โดยการพูดคุย สอบถาม สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยและญาติขณะให้บริการ

3.อธิบายเกี่ยวกับโรค อาการและอาการแสดง อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ก่อนวันผ่าตัด รวมถึงการปฏิบัติตนระหว่างรอการผ่าตัด ในเรื่องดังต่อไปนี้

- ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับสภาวะโรค โดยจัดทำ application ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง รู้เร็ว รักษาทัน เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้ศึกษา ทำความเข้าใจในระหว่างรอเข้ารับการรักษา ซึ่งสามารถเข้าถึง application ได้จากการ scan QR code ดังภาพที่ 12



ภาพที่ 12 : QR code application เรื่องโรคหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง รู้เร็ว รักษาทัน

ที่มา : พว.โสสมพันธ์ เจือแก้ว

- ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวระหว่างรอเข้ารับการรักษาผ่าตัด คือ ห้ามคล้ำหรือกดบริเวณก่อนที่หน้าท้อง เนื่องจากเป็นการเพิ่มแรงดันภายในช่องท้อง อาจทำให้หลอดเลือดที่มีการโป่งพองปริแตกได้

- ให้ความรู้เรื่องการควบคุมโรคประจำตัวระหว่างรอทำผ่าตัด โดยการรับประทานยาประจำตัวอย่างสม่ำเสมอในโรคดังต่อไปนี้ โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) ดังตารางที่ 4 โรคเบาหวาน (diabetes mellitus) โรคไขมันในหลอดเลือดสูง (dyslipidemia) และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease) ตามการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองปริแตกในขณะรอผ่าตัดหน้า 30-35

- ให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะโรค โดยแนะนำให้หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อาหารรสจัด อาหารที่มีโซเดียมสูง เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างรอทำผ่าตัด รวมไปถึงในระยะหลังทำผ่าตัด แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารและผักผลไม้ที่มีกากใยสูง เพื่อลดการดูดซึมไขมันเข้าร่างกายและช่วยเรื่องระบบขับถ่าย ทำให้ไม่เกิดภาวะท้องผูก ได้แก่ ผักใบเขียว ผลไม้ตามฤดูกาล ซึ่งภาวะดังกล่าวจะส่งผลทำให้เกิดการเพิ่มแรงดันในหลอดเลือดแดงส่วนท้องได้

- อธิบายถึงผลเสียจากการสูบบุหรี่ รวมถึงให้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับผลเสียจากการสูบบุหรี่ที่ส่งผลต่อสภาวะโรค คือ การสูบบุหรี่ทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัว(atherosclerosis) ซึ่งส่งผลทำให้ระบบหมุนเวียนเลือดทำงานมากขึ้น เกิดการเพิ่มแรงดันในการส่งเลือดไปเลี้ยงยังอวัยวะต่างๆในร่างกายมากขึ้น อาจทำให้หลอดเลือดที่มีการโป่งพองปริแตกและเสียชีวิตได้ พร้อมทั้งแนะนำวิธีการเลิกบุหรี่ เช่น การกินของเปรี้ยว การใช้หญ้าดอกขาว การอมผลิตภัณฑ์ลูกอมเลิกบุหรี่ หรือแผ่นฟิล์มลด-เลิกบุหรี่ เป็นต้น ในผู้ป่วยที่ต้องการคำปรึกษาเพิ่มเติมในการเลิกสูบบุหรี่ แนะนำให้ปรึกษาศลินิกเลิกบุหรี่

- ให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อลดการเกิดภาวะแรงดันในช่องท้องสูง ซึ่งอาจส่งผลทำให้เกิดการปริแตกบริเวณหลอดเลือดแดงส่วนที่มีการโป่งพอง ได้แก่ การควบคุมการขับถ่ายเพื่อไม่ให้เกิดภาวะท้องผูก หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่อาจกระทบกระเทือนบริเวณหน้าท้อง หลีกเลี่ยงการยกของหนักมากกว่า 5 กิโลกรัม เป็นต้น²

- แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาวะโรคของผู้ป่วยตามการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองปริแตกในขณะรอผ่าตัดหน้า 35

- แนะนำให้สังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ อาการปวดท้องมากขึ้น ปวดท้องร้าวไปที่ด้านหลัง ปวดท้องร้าวลงมาที่ขาหนีบหรือบริเวณต้นขา ซึ่งส่วนใหญ่มักมีอาการปวดบริเวณด้านซ้าย มีอาการปวดรุนแรงและมีอาการคงที่¹⁶ คลำได้ก้อนบริเวณหน้าท้อง ก้อนที่หน้าท้องมีขนาดใหญ่ขึ้น หากมีอาการดังกล่าวแนะนำให้มาพบแพทย์ก่อนวันนัดผ่าตัด หรือโทรติดต่อขอคำปรึกษาที่คลินิกหลอดเลือดแดงในช่องท้องโป่งพอง เบอร์โทรศัพท์ 02-419-7838 ในวันและเวลาทำการ 7.00-15.00 น. ติดต่อผ่านทาง Line Official Account: Aortic Clinic ID : @mqv8813j หรือจาก QR Code ดังภาพที่ 11

4.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย และอธิบายข้อมูลเพิ่มเติม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยโรค AAA ได้รับการวางแผนทำผ่าตัดด้วยวิธี EVAR ซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ มีค่าใช้จ่ายในการทำผ่าตัดสูง และเป็นโรคที่คนส่วนใหญ่ไม่รู้จัก ทำให้ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการผ่าตัด เกิดความวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายที่ใช้การทำผ่าตัด ซึ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้มีความผิดปกติของระบบไหลเวียนเลือดในระหว่างก่อนผ่าตัดจนถึงระยะหลังผ่าตัด และอาจทำให้ใช้ระยะเวลาพักฟื้นในโรงพยาบาลนานขึ้น⁵⁷

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

- 1.ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น บอกกังวลลดลง
- 2.ผู้ป่วยและญาติ สามารถอธิบายถึงโรคและการผ่าตัดที่ได้รับ
- 3.ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ และสามารถอธิบายถึงสิทธิการรักษาขั้นพื้นฐานของตนเองได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ โดยการใช้คำพูดที่สุภาพ เริ่มจากการกล่าวแนะนำตัว เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึก รวมถึงความวิตกกังวลที่มี

2. ประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ โดยการสอบถามร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยและญาติในขณะที่ตอบคำถาม

3. ประเมินระดับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการผ่าตัดของผู้ป่วยและญาติ โดยการสอบถาม

4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา โดยทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการประสานงานระหว่างทีมแพทย์ วิสัญญีแพทย์ และผู้ป่วย ในการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด

5. อธิบายให้ทราบถึงขั้นตอนต่างๆ ในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ เข้าใจ เพื่อให้สามารถปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง ดังนี้

- อธิบายเกี่ยวกับโรค และแผนการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมถึงการมาตรวจตามนัดหลังทำผ่าตัด ผ่านสื่อการสอนการให้คำแนะนำผู้ป่วยโดยการใช้ QR Code ดังภาพที่ 12

- ส่งปรึกษาหน่วยประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด (SiPAC) เพื่อประเมินความพร้อมในการผ่าตัดจากวิสัญญีแพทย์

- เตรียมผลตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ และการตรวจพิเศษอื่น เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการประเมินความพร้อมร่างกายก่อนทำผ่าตัด ก่อนส่งหน่วย SiPAC

- วางแผนงดยาต้านเกล็ดเลือด และยาต้านการแข็งตัวของเลือด โดยให้คำแนะนำตามคำแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนท้องโป่งพองในระยะก่อนผ่าตัด หน้า 36

- แนะนำการควบคุมโรคประจำตัวขณะรอผ่าตัด โดยการรักษาโรคประจำตัวอย่างสม่ำเสมอ ตามการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองปริแตกในขณะรอผ่าตัด หน้า 31-34

- ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะรอการผ่าตัด โดยแนะนำให้หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่กระแทกกระแทกบริเวณช่องท้อง หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ในท่าที่มีการกระแทกบริเวณหน้าท้อง หลีกเลี่ยงการเบ่งถ่ายอุจจาระและการเกิดภาวะท้องผูก เนื่องจากจะเป็นการเพิ่มแรงดันในช่องท้อง อาจส่งผลทำให้หลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนที่มีการโป่งพองปริแตกได้ โดยแนะนำ

ให้รับประทานผักผลไม้ และธัญพืชที่มีกากใยสูง ดื่มน้ำวันละ 8-10 แก้ว หรือการรับประทานยาระบาย เช่น senokot มะขามแขก เพื่อป้องกันภาวะท้องผูก

- แนะนำให้ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ BMI = 18.5-24.9 kg/M²
- ชี้แจงเรื่องสิทธิการรักษา การเตรียมสิทธิขึ้นพื้นฐานและค่าใช้จ่ายส่วนเกิน

จากสิทธิที่ต้องจัดเตรียม การตรวจสอบสิทธิ

- ให้คำแนะนำการติดต่อหน่วยจองเตียง เพื่อชี้แจงแนวทางการเตรียมตัวเพื่อเข้าพักในโรงพยาบาล และอัตราค่าบริการห้องพัก

6.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติสอบถามข้อสงสัยโดยใช้คำถามปลายเปิด และอธิบายข้อมูลเพิ่มเติม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองปริหรือแตกก่อนทำการผ่าตัด จากการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยโรค AAA ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีประวัติโรคประจำตัวที่มีความเกี่ยวข้องกับระบบไหลเวียนเลือด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในหลอดเลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะหลอดเลือดแข็งตัว เป็นต้น ทำให้มีค่าความดันโลหิตผิดปกติ คือ อาจมีค่า systolic pressure มากกว่าหรือน้อยกว่า 100-140 mmHg และ ค่า diastolic pressure มากกว่าหรือน้อยกว่า 60-90 mmHg รวมถึงมีประวัติรับประทานยาในกลุ่มยา Beta-blockers, Calcium channel blockers, Diuretic drugs ซึ่งมีอาการข้างเคียงทำให้มีอาการปวดศีรษะ วิงเวียน บ้านหมุน การทรงตัวไม่ดี ตามัว อาจนำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม หรือการกระแทกอย่างแรงบริเวณช่องท้อง ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองปริหรือแตกได้

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองปริหรือแตกก่อนทำการผ่าตัดจากการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

เกณฑ์การประเมินผล

- 1.ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม
- 2.ค่าความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ systolic pressure= 100-140 mmHg และ diastolic pressure= 60-90 mmHg⁵⁸

3.ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจ รับรู้การข้างเคียงจากยาที่รับประทาน
ประจำที่ส่งผลอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

กิจกรรมการพยาบาล

1.ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตก/หกล้มสำหรับหน่วยบริการผู้ป่วยนอก (ผู้ใหญ่) Fall Prevention in Adult (out patient) (ภาคผนวก ค)

2.ประเมินสัญญาณชีพแรกรับ ร่วมกับประเมินระดับความรู้สึกตัว กรณีที่ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตต่ำ คือ systolic pressure ≤ 100 mmHg และ diastolic pressure ≤ 60 mmHg หรือมีค่าความดันโลหิตสูง คือ systolic pressure ≥ 140 mmHg และ diastolic pressure ≥ 90 mmHg ดูแลเปลี่ยนเป็นรถนั่งหรือเปลขณะรอตรวจ และให้การพยาบาล ดังนี้

- กรณีผู้ป่วยนั่งรถนั่ง ดูแลให้ผู้ป่วยนั่งให้หลังชิดพนักพิงและเท้าทั้ง 2 ข้างวางบนที่รองเท้า ไม่ก้มหยิบของที่พื้น กรณีที่ผู้ป่วยนอนเปล ดูแลจัดทำ โดยให้ผู้ป่วยนอนบริเวณกึ่งกลางเปลนอน ศีรษะและปลายเท้าไม่ยื่นเลยปลายเปล

- ระหว่างรอตรวจ ดูแลล้อคล้อรถนั่งทั้ง 2 ข้าง หรือ ยกข้างเตียงเปลทั้งสองข้างขึ้นตลอดเวลา ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ ให้มีญาติเฝ้าดูแลขณะอยู่บนรถนั่งหรือเปลนอน หากผู้ป่วยเข้าห้องน้ำ แนะนำให้กดกริ่งสัญญาณเมื่อทำธุระเสร็จ หรือแนะนำให้ญาติอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา กรณีมีอาการผิดปกติระหว่างรอแพทย์ เช่น มีอาการคล้ายจะเป็นลม หน้ามืด วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น ให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่ทันที

- กรณีผู้ป่วยนอนเปล ดูแลให้มีผู้ดูแลช่วยเหลือขณะขึ้นหรือลงจากเปล ห้ามนั่งห้อยขาข้างเปล

- ขณะรอตรวจสังเกตและติดตามการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ร่วมกับประเมินอาการผู้ป่วยทุก 15-30 นาที ตามความเหมาะสม

- ติดสัญลักษณ์ป้าย Fall ไว้ที่รถนั่งหรือเปลนอน เพื่อเป็นการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน พร้อมแนะนำให้ญาติเฝ้าระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

3.ซักประวัติการรับประทานยากลุ่มเสี่ยงที่อาจทำให้มีอาการเวียนศีรษะ มึนงง บ้านหมุน การทรงตัวไม่ดี ได้แก่ กลุ่มยา Beta-blockers, Calcium channel blockers, Diuretic drugs ยารักษาโรคเบาหวาน หรือกลุ่มยารักษาโรคทางระบบประสาท เป็นต้น

4.อธิบายผลเสียของการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม ที่ส่งผลกระทบต่อโรคหลอดเลือดแดงส่วนท้องโป่งพอง ได้แก่ อาจทำให้หลอดเลือดบริเวณที่มีการโป่งพองปริแตก ซึ่งส่งผลทำให้เลือดไหลออกมาเป็นจำนวนมาก จนอาจทำให้เสียชีวิตได้

5.สอน สาธิต ขั้นตอนวิธีการลุกนั่งจากที่นอนที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและญาติ ดังนี้

- แนะนำให้ผู้ป่วยนอนตะแคงตัวไปด้านใดด้านหนึ่ง

- ให้ผู้ป่วยห้อยขาข้างข้างเตียง โดยใช้มืออีกข้างยันพื้นเตียง
- ใช้ศอกข้างที่อยู่ติดกับพื้นเตียง ยันพื้นเตียง เพื่อช่วยพยุงและรับน้ำหนักตัว
- เมื่อลุกขึ้นมานั่งข้างเตียงแล้ว ให้นั่งพักซักระยะหนึ่ง เพื่อประเมินว่ามีอาการ

วิงเวียนศีรษะหรือไม่ หากไม่มีอาการ สามารถลุกจากเตียงได้

6. ให้คำแนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมบริเวณโดยรอบตัวผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มแก่ผู้ป่วยและญาติ ในเรื่องต่างๆ ดังต่อไปนี้

- ดูแลจัดบริเวณบ้านให้มีแสงสว่างเพียงพอ โดยเฉพาะบริเวณทางเดินไปห้องนอนและห้องน้ำ แนะนำไม่ให้มีสิ่งกีดขวาง หรือไม่ให้มีน้ำหยดตามทางเดิน
- แนะนำให้จัดหาเตียงนอน แก้วน้ำที่มีความสูงที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้อย่างสะดวก

- แนะนำเรื่องสุขภัณฑ์ในห้องน้ำ โดยแนะนำให้ให้เป็นโถส้วมแบบชักโครก แทนการใช้ส้วมซึมแบบนั่งยอง เนื่องจากเสี่ยงต่อการมีอาการหน้ามืดภายหลังทำกิจธุระ หากไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ แนะนำให้ใช้เก้าอี้พลาสติกแบบมีพนักพิงมาเจาะรู เพื่อนำไปวางครอบกับโถส้วมแบบเดิม แนะนำเรื่องการใช้วัสดุในการปูพื้นห้องน้ำเป็นแบบที่ไม่ลื่น แนะนำเรื่องการแบ่งพื้นที่เปียกและแห้งในห้องน้ำ รวมไปถึงควรมีวัสดุกันลื่นภายในห้องน้ำ

- แนะนำเรื่องการจัดวางสิ่งของต่างๆ ควรวางในบริเวณชั้นล่างๆ เพื่อความสะดวกในการหยิบใช้งานของผู้ป่วย เนื่องจากรายงานของการสำรวจประชากรสูงอายุในปี พ.ศ. 2557 พบว่าร้อยละ 39 ของผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มจากการสะดุดล้มสิ่งกีดขวางมากที่สุด⁵⁹

7. แนะนำญาติให้พาผู้ป่วยไปตรวจสุขภาพตาเป็นประจำ เพื่อเป็นการประเมินเรื่องการมองเห็นของผู้ป่วย เนื่องจากเมื่อสูงอายุมากขึ้น ความสามารถในการมองเห็นลดลง ซึ่งเป็นผลมาจากเลนส์ตาหนาตัว ขุ่นมัวและแข็ง ลานสายตาแคบ ทำให้การมองเห็นภาพหรือการรับรู้ความลึกตื้นของพื้นผิวลดลง⁵⁹

8. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย

9. ประเมินสัญญาณชีพและอาการผู้ป่วยอีกครั้ง ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

การพยาบาลผู้ป่วยโรค AAA ที่มารับการผ่าตัดด้วยวิธี EVAR ในระยะติดตามผลหลังผ่าตัด

ในระยะติดตามผลหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการบริการตาม Flow Care process of aortic aneurysm at OPD unit (post-operative) (ภาพผนวก ง) โดยในระยะนี้จะเน้นในเรื่องการมาตรวจติดตามอาการตามนัด เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังทำผ่าตัด ได้แก่ การเกิด endoleak เนื่องจากการศึกษาพบว่าภายหลังผ่าตัดสามารถเกิด endoleak ได้ถึงร้อยละ 11-30² การเกิดภาวะหลอดเลือดเทียม (graft) ไม่อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม² เป็นต้น โดยแบ่งประเภทผู้ป่วยตามวิธีการทำผ่าตัดออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี OSR และกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี EVAR ในที่นี้จะขอกล่าวถึงเฉพาะกลุ่ม EVAR โดยในสัปดาห์ที่ 1-2 หลังผ่าตัด แพทย์จะนัดมาตรวจติดตามอาการเพื่อประเมินแผลผ่าตัด ในระยะ 1,6 เดือนหลังผ่าตัด แพทย์จะนัดตรวจติดตามอาการ มีการตรวจพิเศษเพื่อเป็นการประเมินตำแหน่งของหลอดเลือดเทียม (graft) และประเมินการเกิด endoleak โดยการตรวจหลอดเลือดแดงโดยการฉีดสารทึบรังสี (Computer tomography angiography: CTA) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคไต หรือมีค่าการทำงานของไต (Bun, Cr) สูง อาจพิจารณาทำอัลตราซาวด์บริเวณช่องท้อง (abdominal ultrasonography, duplex ultrasound) ร่วมกับการเอ็กซเรย์ระบบทางเดินปัสสาวะ (plain KUB) และติดตามผลหลังผ่าตัดต่อเนื่องปีละครั้ง โดยแพทย์จะนัดมาตรวจติดตามอาการ มีการเจาะเลือด เพื่อตรวจดูค่าการทำงานของไต (Bun, Cr) ค่าความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) รวมไปถึงการตรวจ CTA การทำ duplex ultrasound หรือการทำ plain KUB

ทั้งนี้ การมาตรวจติดตามอาการตามนัดภายหลังทำผ่าตัด EVAR ถือเป็นสิ่งสำคัญในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดต้องใช้การตรวจพิเศษในการวินิจฉัย เช่น การทำ CTA การทำ duplex ultrasound หรือการทำ plain KUB ดังนั้น หากผู้ป่วยมาตรวจติดตามอาการตามนัดทุกครั้ง กรณีที่พบภาวะแทรกซ้อนจะทำให้สามารถวางแผน และรับการรักษาได้อย่างทันท่วงที นอกจากนี้ ในระยะหลังผ่าตัดการปฏิบัติตัวในการดูแล ควบคุมภาวะโรคประจำตัว การรับประทานยา การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะโรค และการออกกำลังกายหรือการทำกิจกรรมที่เหมาะสมยังถือเป็นหลักสำคัญในการดูแลผู้ป่วย AAA ในระยะหลังผ่าตัดด้วย

คำแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรค AAA ในระยะติดตามผลหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

1. ทบทวนการดูแลแผลผ่าตัดบริเวณขาหนีบภายหลังตัดไหม โดยแผลสามารถโดนน้ำได้ ภายหลังตัดไหมประมาณ 1-2 วัน ทำความสะอาดบริเวณแผลผ่าตัดโดยใช้น้ำสบู่ เช็ดให้แห้ง และสามารถทายาเบตาดีน เพื่อให้แผลแห้งและป้องกันการติดเชื้อ รวมถึงให้คำแนะนำสังเกตอาการผิดปกติบริเวณแผลผ่าตัด ได้แก่ มีไข้ แผลมีการบวม แดง ร้อน หรือมีสิ่งคัดหลั่งไหลซึมออกมาจากบริเวณแผล หากมีอาการดังกล่าวแนะนำให้มาติดต่อที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน

2.ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดยเน้นการรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง เพื่อช่วยในการหายของแผลผ่าตัด แนะนำให้รับประทานผัก ผลไม้และธัญพืชที่มีการใยสูง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะท้องผูก²

3.ให้คำแนะนำเกี่ยวกับกิจกรรมที่สามารถทำได้ภายหลังทำผ่าตัด ได้แก่ การทำกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ แต่ควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก เช่น การยกของหนักมากกว่า 5 กิโลกรัม เพื่อป้องกันการฉีกขาดบริเวณแผลผ่าตัด²

4.ให้คำแนะนำเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ โดยให้งดการมีเพศสัมพันธ์ภายหลังทำผ่าตัด จนกว่าแผลผ่าตัดจะหาย หรือประมาณ 1-2 สัปดาห์หลังทำผ่าตัด⁶⁰

5.แนะนำการมาตรวจฉุกเฉิน กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ได้แก่ อาการปวดท้องมากขึ้น หรือคลำพบบริเวณหน้าท้อง หรือมีอาการผิดปกติทางระบบหัวใจและปอด ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก (chest pain) หายใจลำบาก (dyspnea) การบวมที่อวัยวะส่วนปลาย (peripheral edema) มีเสมหะมาก (productive sputum)² โดยเบื้องต้นแนะนำให้เข้ารักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือเข้ารับการตรวจได้ที่หน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ตึกอุบัติเหตุ ชั้น 1 ตลอด 24 ชั่วโมง

คำแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรค AAA ในระยะติดตามผลหลังผ่าตัด

1.การรับประทานอาหาร หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงและโซเดียมสูง เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัว(atherosclerosis) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสหวานจัด แนะนำให้ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในกระแสเลือด (HbA1C) ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ ไม่เกินร้อยละ 7 รวมทั้งแนะนำให้รับประทานผัก ผลไม้ และธัญพืชที่มีกากใยสูง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะท้องผูก²

2.ทบทวนวิธีการรับประทานยาโรคประจำตัว และเน้นย้ำเรื่องตรวจติดตามอาการโรคประจำตัวอย่างสม่ำเสมอ

3.เน้นย้ำเรื่องการงดสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการสูบบุหรี่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis) ส่งผลทำให้หลอดเลือดเกิดการโป่งพอง และอาจนำไปสู่การกลับเป็นซ้ำของโรค

4.แนะนำเรื่องการป้องกันการติดเชื้อบริเวณ graft โดยแนะนำให้ปรึกษาแพทย์ เรื่องการรับประทานยาปฏิชีวนะก่อนทำฟัน เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ graft² จากการทำฟัน

5.ชี้แจงถึงความสำคัญในการมาตรวจติดตามอาการภายหลังทำผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการตรวจติดตามอาการ และเพื่อเป็นการประเมินภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้น เช่น การเกิด endoleak หรือการกลับเป็นซ้ำของโรค เป็นต้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะติดตามผลหลังผ่าตัด

ในระยะหลังผ่าตัด สิ่งที่เป็นประเด็นปัญหาสำคัญ คือ เรื่องการมาตรวจตามนัดภายหลังทำผ่าตัด การดูแลแผลผ่าตัดบริเวณขาหนีบ การขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัด รวมถึงการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังทำผ่าตัด ซึ่งจากการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วย โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจพิเศษอื่นๆ ได้แก่ ผลอัลตราซาวด์ช่องท้อง ผลตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ รวมถึงการพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ สามารถนำเอาตั้งเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะติดตามผลหลังผ่าตัด ได้ดังนี้

- 1.ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดที่ขาหนีบ
- 2.ผู้ป่วยและญาติเสี่ยงต่อการขาดทักษะ/พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดที่ขาหนีบ

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยโรค AAA ผ่าตัดด้วยวิธี EVAR มีแผลผ่าตัดบริเวณขาหนีบ ซึ่งเป็นบริเวณจุดซ่อนเร้นที่อาจทำให้แผลผ่าตัดเกิดการอักเสบ/เปื่อย จึงทำให้เชื้อโรคเข้าสู่แผลได้ง่ายกว่าแผลผ่าตัดในตำแหน่งอื่นๆของร่างกาย และพบอัตราการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดร้อยละ 8.9-17.8⁶¹

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อที่บริเวณแผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

- 1.บริเวณแผลผ่าตัดไม่เกิดการอักเสบ/เปื่อย
- 2.บริเวณแผลผ่าตัดไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ ได้แก่ อาการบวม แดง ร้อน หรือมีสิ่งคัดหลั่งไหลซึมออกจากบริเวณแผลผ่าตัด
- 3.อุณหภูมิร่างกายไม่สูงกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 12-20 ครั้ง/นาที

กิจกรรมการพยาบาล

- 1.ประเมินอาการแสดงของการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด ได้แก่ แผลแยก บวม แดง ร้อน หรือมีสิ่งคัดหลั่งไหลออกมาจากบริเวณแผลผ่าตัด และรายงานให้แพทย์เจ้าของไข้ทราบเมื่อพบความผิดปกติ
- 2.ประเมินสัญญาณชีพ ได้แก่ อุณหภูมิร่างกาย ชีพจร ความดันโลหิต และอัตราการหายใจหากพบว่ามีอุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจรเต้นเร็วมากกว่า 80 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต systolic pressure ≥ 140 mmHg และ diastolic pressure ≥ 90 mmHg รวมถึงมีอัตราการหายใจ ≥ 20 ครั้ง/นาที รายงานให้แพทย์เจ้าของไข้ทราบ

3.ดูแลช่วยแพทย์ตัดไหมและทำแผลบริเวณแผลผ่าตัดที่ขาหนีบ โดยใช้หลัก aseptic technique⁶²

4.แนะนำวิธีการดูแลทำความสะอาดบริเวณขาหนีบ เพื่อไม่ให้เกิดความอับชื้นหรือเปียก ซึ่งอาจทำให้เกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

5.ให้คำแนะนำเรื่องโภชนาการที่เหมาะสมกับสภาวะโรคของผู้ป่วย ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง เพื่อส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพแข็งแรง ช่วยเรื่องการหายของแผล และป้องกันการติดเชื้อ

6.แนะนำการมาตรวจฉุกเฉิน ในกรณีที่แผลมีความผิดปกติ ได้แก่ อาการปวด บวม แดง ร้อน รวมถึงบริเวณแผลผ่าตัดแยก โดยสามารถติดต่อได้ที่ห้องตรวจฉุกเฉิน ตึกผู้ป่วยนอกชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช หรือทางช่องทาง Line Official Account: Aortic Clinic ID : @mqv8813j หรือจาก QR Code ดังภาพที่ 11

7.ติดตามผู้ป่วยให้มาตรวจตามนัด โดยการโทรแจ้งเตือนก่อนวันนัดหมายอย่างน้อย 1 วันก่อนถึงวันนัดตรวจ จากพยาบาลประจำคลินิกหลอดเลือดแดงในช่องท้องโป่งพอง

8.ประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติภายหลังที่ได้รับคำแนะนำจากพยาบาล พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยโดยการใช้อคำถามปลายเปิด และอธิบายเพิ่มเติม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 ผู้ป่วยและญาติเสี่ยงต่อการขาดทักษะ/พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1.ผู้ป่วย AAA หลังทำผ่าตัด EVAR ครั้งแรก สอบถามเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และข้อควรระวังภายหลังทำผ่าตัด

2.ผู้ป่วยภายหลังทำผ่าตัด EVAR ได้รับการใส่ graft ต้องได้รับการตรวจติดตามประเมินภายหลังทำผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังทำผ่าตัด ได้แก่ endograft migration, endoleak เป็นต้น ซึ่งภาวะดังกล่าวสามารถวินิจฉัยได้จากการทำ CT scan หรือการทำ duplex ultrasound ซึ่งควรได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง² เมื่อมีการติดตามผลหลังผ่าตัดเป็นเวลานาน จึงทำให้ผู้ป่วยและญาติมีโอกาสลืมหรือไม่มาตรวจตามนัดได้ง่ายกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ สามารถปฏิบัติตัวภายหลังทำผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

1.ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกถึงการปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัดได้

2. ไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยมาตรวจก่อนวันนัดจากการปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัด
ไม่เหมาะสม

3. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญในการมาตรวจติดตามผลหลังทำผ่าตัด

4. ผู้ป่วยและญาติมาตรวจติดตามผลหลังทำผ่าตัดตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้ ความเข้าใจเรื่องการปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัดของผู้ป่วยและญาติ
โดยการสอบถามด้วยคำถามปลายเปิด

2. แนะนำ ร่วมกับเปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไป
อยู่ที่บ้าน

3. ให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ในเรื่องดังต่อไปนี้

- การดูแลแผลผ่าตัด โดยแนะนำให้สังเกตอาการผิดปกติบริเวณแผลผ่าตัด ได้แก่ บวม แดง ร้อน หรือมีสิ่งคัดหลั่งไหลซึมออกจากแผล หากมีอาการดังกล่าว ให้มาพบแพทย์ก่อนวันนัด

- การรับประทานอาหาร แนะนำให้รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง และโซเดียมสูง รวมทั้งแนะนำให้รับประทานผัก ผลไม้ และธัญพืชที่มีใยสูง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะท้องผูก

- แนะนำให้รับประทานยาโรคประจำตัว และตรวจติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอ

- เน้นย้ำเรื่องการควบคุมภาวะโรคประจำตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในหลอดเลือดสูง โดยการรับประทานยาโรคประจำตัวอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะโรค ส่งเสริมให้ผู้ป่วยยังคงพฤติกรรมเลิกลดสูบบุหรี่ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรค และป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองปริแตก

- ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ แต่ควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องออกแรงมากกว่า 5 กิโลกรัม หรือกิจกรรมที่อาจกระทบกระเทือนบริเวณช่องท้อง เพื่อป้องกันการฉีกขาดบริเวณแผลผ่าตัด

- ให้คำแนะนำเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ โดยให้งดการมีเพศสัมพันธ์หลังทำผ่าตัด จนกว่าแผลผ่าตัดจะหาย หรือประมาณ 1-2 สัปดาห์หลังทำผ่าตัด

4. แนะนำการมาตรวจฉุกเฉิน กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ โดยสามารถติดต่อได้ที่ห้องตรวจฉุกเฉิน ตึกผู้ป่วยนอกชั้น 1 และแนะนำช่องทางในการติดต่อกับเจ้าหน้าที่นอกเวลาราชการผ่านทาง Line Official Account: Aortic Clinic โดยการเพิ่มเพื่อนจาก Line ID : @mqv8813j หรือจาก QR Code ดังภาพที่ 11

5.อธิบายถึงความจำเป็นในการมาตรวจติดตามภายหลังทำผ่าตัด เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนภายหลังทำผ่าตัด EVAR ที่อาจเกิดขึ้นในระยะเวลาที่มาตรวจติดตามอาการตามนัด ซึ่งมีรายละเอียด ดังตารางที่ 5 และอธิบายภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้นตามหน้า 24-26

ตารางที่ 5 สรุปภาวะแทรกซ้อนภายหลังทำผ่าตัด EVAR ที่อาจเกิดขึ้นในระยะเวลาที่มาตรวจติดตามอาการตามนัด

ระยะเวลาหลังผ่าตัด Complication	Wound infection	Endograft infection	Endograft migration	Limb kinking/ occlusion	Post implantation syndrome	Endoleak
1 สัปดาห์	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1 เดือน	-	-	✓	✓	✓	✓
6 เดือน	-	-	-	✓	-	✓
1 ปี	-	-	-	✓	-	✓
ทุกปี	-	-	-	-	-	✓

6.จัดทำแผนติดตามอาการผู้ป่วยภายหลังทำผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยยังคงอยู่ในกระบวนการติดตามอาการภายหลังทำผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง และโทรแจ้งเตือนก่อนวันนัดหมายอย่างน้อย 1 วันก่อนถึงวันนัดตรวจ โดยพยาบาลประจำคลินิกหลอดเลือดแดงในช่องท้องโป่งพอง

7.ประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติภายหลังที่ได้รับคำแนะนำจากพยาบาล พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย โดยการใช้คำถามปลายเปิด

กรณีศึกษา

ประวัติและการรักษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยสูงอายุ เพศชาย อายุ 72 ปี สถานภาพสมรส เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาจังหวัดชุมพร จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัว 20,000 – 30,000 บาทต่อเดือน แหล่งข้อมูลได้จากผู้ป่วย บุตรสาว และเวชระเบียนประวัติผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

ผู้ป่วยได้รับการได้รับการวินิจฉัยเป็น Asymptomatic Infrarenal AAA เนื่องจากคลำพบก้อนเด่นได้ที่สัมพันธ์กับชีพจรบริเวณหน้าท้อง (palpable and pulsatile abdominal mass) ผล CT scan พบ Fusiform shape infrarenal AAA, 5.3 cm. จึงได้รับการส่งตัวจากโรงพยาบาลชุมพร เขตอุดมศักดิ์มาตรวจที่โรงพยาบาลศิริราช

อาการสำคัญ

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็น Asymptomatic Infrarenal AAA วันนี้ผู้ป่วยและญาติมาฟังผลการประเมินความพร้อมก่อนการผ่าตัด และวางแผนนัดวันผ่าตัดกับแพทย์เจ้าของไข้

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ให้ประวัติคลำพบก้อนเด่นได้ที่ท้อง ไม่มีอาการปวดร้าวไปที่หลัง ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์ แพทย์ส่งทำ CT Whole Abdomen พบ Fusiform shape infrarenal AAA, 5.3 cm. in AP diameter จึงส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลศิริราช

8 วันก่อนมาตรวจที่โรงพยาบาลศิริราช แพทย์ส่งทำอัลตราซาวด์บริเวณช่องท้อง (abdominal ultrasonography, duplex ultrasound) และส่งปรึกษาศัลยแพทย์ประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด (SiPAC) พร้อมทั้งนัดวันทำ CTA Whole Aorta

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและโรคประจำตัว

- ให้ประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในหลอดเลือดสูง และโรคจิตเภท รักษาโดยการรับประทานยาที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีเมื่อ 5 ปีก่อน

- ปฏิเสธการแพ้ยา สารเคมี และอาหารทะเล
- ปฏิเสธการรับประทานยาสมุนไพร ยาเสพติด แอลกอฮอล์
- ให้ประวัติสูบบุหรี่ 20 มวน/วัน ต่อเนื่องมาเป็นเวลา 30 ปี

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ประเมินสภาพร่างกายเฉพาะในระบบที่เกี่ยวข้องกับโรคและการเจ็บป่วย ได้แก่

รูปร่างทั่วไป : ชายวัยสูงอายุ น้ำหนัก 64 กิโลกรัม ส่วนสูง 164 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย 23.80 Kg/m²

ผิวหนังและเล็บ : ผิวอมเหลือง ไม่มีตาตัวเหลือง ผิวหนังบริเวณขาหนีบทั้งสองข้าง ไม่มีบาดแผล

ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ทรวงอกมีรูปร่างปกติ ลักษณะสมมาตรทั้งสองข้าง ไม่มีมือกำบวม ออกถึง ออกไก่ การเคลื่อนไหวของทรวงอกสอดคล้องกับลักษณะการหายใจเข้าออก

หัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจ 66 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/73 mmHg ผล EKG เป็น sinus rhythm. No ST change. ไม่มีเสียง murmur ไม่เคยมีอาการหอบเหนื่อยหรือแน่นหน้าอก คลำชีพจรบริเวณ femoral artery, popliteal artery, dorsalis pedis artery และ posterior tibia artery ชีพจรเต้นแรงสม่ำเสมอเท่ากันทั้งสองข้าง 2+

ระบบประสาท : มีระดับความรู้สึกตัวปกติ สามารถระบุชื่อ-นามสกุลได้อย่างถูกต้อง สามารถระบุวัน เวลา สถานที่ บุคคลได้อย่างถูกต้อง การได้ยิน การพูด การรับกลิ่น การรับรู้สัมผัสปกติ ให้ประวัติไม่เคยมีอาการชักหรือหมดสติ ประเมินความแข็งแรงของระบบกล้ามเนื้อ (motor system) กล้ามเนื้อลำตัว แขนขา ทั้งสองข้างมีแรงเท่ากัน มีความตึงตัวดี สามารถต้านแรงผู้ประเมินได้ ไม่มีอาการเกร็ง ประเมินระบบประสาทรับความรู้สึก (sensory system) สามารถแยกวัตถุแหลมหรือคมได้ รับรู้ความเจ็บปวด สามารถบอกตำแหน่ง และสามารถประเมินคะแนนความเจ็บปวด (pain score) ได้ Glasgow Coma Scale = 15 คะแนน

ช่องท้องและระบบทางเดินอาหาร: คลำพบก้อนเด่นได้ที่หน้าท้องบริเวณ Left upper quadrant มีจังหวะการเต้นสัมพันธ์กับชีพจร ฟังเสียง bowel sound ได้ปกติ

ระบบขับถ่าย: ผู้ป่วยให้ประวัติถ่ายอุจจาระทุก 3-5 วัน อุจจาระเป็นสีน้ำตาลปนเหลืองเป็นลำอุจจาระปกติ ไม่มีถ่ายเหลว ไม่มีถ่ายดำหรือมูกปนเลือด ไม่มีริดสีดวงทวาร ปัสสาวะได้เอง ไม่มีแสบขัด ช่วงกลางวันปัสสาวะ 3 ครั้ง กลางคืนปัสสาวะ 2 ครั้ง ปัสสาวะเป็นสีเหลืองเข้มเล็กน้อย

ตารางที่ 6 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจ วัน เดือน ปี	ผลการตรวจ			ค่าปกติ
	1 ปีก่อน	10 เดือนก่อน	9 เดือนก่อน	
Clinical chemistry				
Bun (mg/dl)	5.8	8.9	11.4	8-23
Creatinine (mg/dl)	0.91	0.98	1.07	0.67-1.17

ที่มา : นางอภานันท์ ลีละตานนท์

ตารางที่ 6 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

การตรวจ วัน เดือน ปี	ผลการตรวจ			ค่าปกติ
	1 ปีก่อน	10 เดือนก่อน	9 เดือนก่อน	
Clinical chemistry				
**eGFR(CKD-EPI equation)	83.9	76.71	68.98	
Sodium (mmol/L)	142	141	141	136-145
Potassium (mmol/L)	3.9	4.3	3.8	3.4-4.5
Chloride (mmol/L)	105	106	105	98-107
Bicarbonate (mmol/L)	22	22	25	22-29
Hematology				
Hemoglobin (g/dl)	11.5	12.3	12.1	12.7-16.9
Hematocrit (%)	34.9	36.1	37.0	40.3-51.9
RBC Count (x10*6/ul)	4.35	4.38	4.43	4.2-6.1
WBC Count (x10*3/ul)	8.15	7.35	6.39	4.5-11.3
Platelet count (x10*3/ul)	258	222	177	160-356
Absolute neutrophils (x10*3/ul)	2.84	2.90	3.39	2.1-7.2
% Neutrophils (%)	34.9	39.4	53.0	40.0.-70.3
% Lymphocytes (%)	28.1	41.2	30.0	18.7-48.3
% Monocytes (%)	8.5	5.7	8.6	3.9-12.3
% Eosinophils (%)	28.0	13.2	8.1	0.8-9.2
% Basophils (%)	0.5	0.5	0.3	0.1-1.4

ที่มา : นางอภานันท์ ลีละตานนท์

ตารางที่ 6 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

การตรวจ วัน เดือน ปี	ผลการตรวจ			ค่าปกติ
	1 ปีก่อน	10 เดือนก่อน	9 เดือนก่อน	
Coagulation				
PT (sec.)	-	11.4	11.3	10.3-12.3
APTT (sec.)	-	24.1	24.0	21.5-30.5

ที่มา : นางอภานันท์ ลีละตานนท์

ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (1ปีก่อน)

- Within Normal Limit. Sinus rhythm. No ST change.

จากการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบว่ามีรูปแบบการเดินของหัวใจปกติ

ผลเอกซเรย์ปอด

Chest PA UPRIGHT (1ปีก่อน)

No active pulmonary infiltration is noted. No cardiomegaly is observed.

Both costophrenic sulci appear unremarkable. Degenerative change of spine with mild scoliosis.

ผลเอกซเรย์ปอดไม่มีฝ้าที่ตัวปอด ไม่มีภาวะหัวใจโต ไม่มีกระดูกบริเวณอกที่ผิดปกติ พบกระดูกสันหลังคดเล็กน้อย

ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

THORACO-ABDOMINAL CTA (1ปีก่อน)

- A fusiform infrarenal AAA, 5.2x4.9 cm. ; begins at 3.8 cm. below both main renal arteries, length = 8.0 cm., and ends at bifurcation. Angulation at neck = 30 degree.

- No evidence of IMH or dissection.

- Mild fusiform dilatation of right distal CIA, diameter = 2.4 cm., length 5.8 cm. from distal part to bifurcation.

- Moderate stenosis at proximal SMA.

- หลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองรูปแบบกระสวยขนาด 5.2x4.9 เซนติเมตร จุดที่เริ่มโป่งพองอยู่ที่ระยะ 3.8 เซนติเมตร ความยาวหลอดเลือดแดงใหญ่ที่อยู่ต่ำกว่าตำแหน่งของ หลอดเลือดแดงของไตมีขนาด 8 เซนติเมตรจนถึง bifurcation

- ไม่พบภาวะเลือดออกในชั้นกล้ามเนื้อของผนังหลอดเลือด และภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ฉีกขาด

- บริเวณส่วนปลายของหลอดเลือด SMA พบมีการตีระดับปานกลาง
ผลอัลตราซาวด์ช่องท้อง

DUPLEX ABDOMEN (1ปีก่อน)

-Infrarenal AAA with Rt.CIA aneurysm. Aorta at SMA $\varnothing$ 1.99 cm. Aorta max $\varnothing$ 4.71 cm. Ao bifurcation $\varnothing$ 2.05 cm. Lt. CIA $\varnothing$ 1.6 cm. Rt. CIA $\varnothing$ 2.6 cm.

- พบหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองที่ตำแหน่งต่ำกว่าหลอดเลือดแดงของไต และพบการโป่งพองที่หลอดเลือดแดงอุ้งเชิงกรานข้างขวา ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของหลอดเลือดแดงใหญ่ที่ SMA มีขนาด 1.99 เซนติเมตร ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากที่สุดของหลอดเลือดแดงใหญ่มีขนาด 4.71 เซนติเมตร ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง ณ จุดแยกของหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องมีขนาด 2.05 เซนติเมตร ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของหลอดเลือดแดงอุ้งเชิงกรานด้านซ้าย มีขนาด 1.6 เซนติเมตร และขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของหลอดเลือดแดงอุ้งเชิงกรานด้านขวามีขนาด 2.6 เซนติเมตร

ประวัติยาที่ได้รับในปัจจุบัน

- 1.Aspirin (81) Sig. 1 tab per Oral OD. PC. เช้า
- 2.Atenolol (50) Sig. 1/2 tab per Oral OD. PC. เช้า
- 3.Simvastatin (10) Sig. 1 tab per Oral OD. PC. เย็น
- 4.Quetiapine (200) Sig. 1 tab per Oral OD. HS.
- 5.Mianserin (30) Sig. 1 tab per Oral OD. HS.
- 6.Lorazepam (2) Sig. 1 tab per Oral OD. HS.
- 7.Senokot Sig. 2 tab per Oral OD. HS.

ปัญหาที่พบในขณะนี้

- ผู้ป่วยและญาติไม่ทราบวิธีการรักษาและไม่ทราบวิธีการผ่าตัด
- ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกับการผ่าตัด
- ผู้ป่วยมีโอกาสดังกล่าวหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองปริหรือแตกก่อนทำผ่าตัด เนื่องจากยังมีพฤติกรรมสูบบุหรี่และมีปัญหาท้องผูก
- ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ มีประวัติรับประทานยาในกลุ่ม antihypertensive drugs, antipsychotic drugs ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

แผนการพยาบาลผู้ป่วย ณ จุดตรวจคลินิกหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพอง

- ให้การพยาบาลโดยการซักประวัติ ตรวจสอบคำสั่งการรักษาจากคอมพิวเตอร์ในระบบ Si Enterprise เพื่อความถูกต้อง และให้คำแนะนำขั้นตอนในการตรวจร่างกายแก่ผู้ป่วยและญาติ
- ดูแลเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมในการตรวจร่างกาย
- ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและภายหลังทำผ่าตัด ให้คำแนะนำเรื่องสิทธิการรักษา
- ส่งเสริม และให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ ในการดูแลตนเองตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด จนถึงระยะติดตามผลหลังผ่าตัด

การวางแผนการพยาบาลกรณีศึกษา

สภาพผู้ป่วยแรกรับไว้ในความดูแล (การเยี่ยมครั้งที่ 1)

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 72 ปี รูปร่างสมส่วน รู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง สามารถตอบชื่อ-นามสกุล ได้ถูกต้อง ประเมินสัญญาณชีพอุณหภูมิ 37°C ชีพจร 66 /min หายใจ 20 /min ความดันโลหิต 128/73 mmHg วันนี้มาพบแพทย์เนื่องจากได้รับการส่งต่อมารักษาโรค AAA แพทย์ส่งทำ duplex ultrasound พบ Aorta max $\varnothing$ 4.71 cm. ตรวจร่างกายพบก้อนเต้นได้บริเวณหน้าท้องที่สัมพันธ์กับชีพจร ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Asymptomatic Aortoiliac aneurysm วางแผนผ่าตัด Set OR for EVAR with Rt. IBD จากการซักประวัติ สอบถาม และสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยและบุตรสาวมีสีหน้าวิตกกังวล สอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ผู้ป่วยสอบถามว่า “โรคนี้อันตรายมากไหม แล้วต้องทำตัวยังไงก่อนผ่าตัด แล้วการผ่าตัดเป็นแบบไหน” และสอบถามว่า “ยังสูบบุหรี่ได้ไหม”

จากข้อมูลดังกล่าว สามารถตั้งเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด ได้ดังนี้

- 1.ผู้ป่วยและบุตรสาวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด EVAR เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด
- 2.ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองปริหรือแตกก่อนทำผ่าตัด เนื่องจากยังมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม
- 3.ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองปริหรือแตกก่อนทำผ่าตัด จากการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 ผู้ป่วยและบุตรสาวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด EVAR
เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- 1.ผู้ป่วยสอบถามว่า “โรคนี้อันตรายมากไหม แล้วต้องทำตัวยังไงก่อนผ่าตัด”
- 2.ผู้ป่วยและบุตรสาวไม่ทราบวิธีการทำผ่าตัด โดยสอบถามว่า “การผ่าตัดเป็นแบบไหน”

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยและบุตรสาวคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

- 1.ผู้ป่วยและบุตรสาวเข้าใจ สามารถบอกถึงวิธีการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง
- 2.ผู้ป่วยและบุตรสาวรับทราบ และเข้าใจถึงวิธีการทำผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและบุตรสาว โดยการใช้คำพูดที่สุภาพ เริ่มจากการกล่าวแนะนำตัว เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึก รวมถึงความวิตกกังวล

2. ประเมินระดับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับตัวโรค และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังของ ผู้ป่วยและบุตรสาว โดยการสอบถาม

3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและบุตรสาว มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา โดยทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการประสานงานระหว่างทีมแพทย์ และผู้ป่วย ในการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด

4. อธิบายเกี่ยวกับโรค แผนการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงการปฏิบัติตัว ก่อนการผ่าตัดตามรายละเอียดการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองปริแตกในขณะรอผ่าตัด หน้า 30-35 หรือสามารถ scan QR Code เพื่อศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับโรคใน application ได้ดังภาพที่ 12

5. แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ได้แก่ อาการปวดท้องมากขึ้น อาการปวดท้องร้าวไปที่หลัง หรือคลำพบก้อนเด่นได้ที่หน้าท้องมีขนาดใหญ่ขึ้น เป็นต้น

6. ประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยและบุตรสาวโดยการสอบถาม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และบุตรสาวได้สอบถามข้อมูลที่สงสัยเพิ่มเติมก่อนจำหน่ายออกจากหน่วยตรวจ

การประเมินผล

ผู้ป่วยและบุตรสาวมีความเข้าใจ สามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวก่อนเข้ารับการผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง ในเรื่องการควบคุมภาวะโรคประจำตัว โดยการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การทำกิจกรรม ที่หลีกเลี่ยงการกระแทกกระเทือนบริเวณช่องท้อง หรือการทำกิจกรรมที่จะเพิ่มแรงดันภายในช่องท้อง อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัดทำผ่าตัด นอกจากนี้แนะนำ Line official account เพื่อเป็นช่องทางติดต่อสื่อสารกับทีมสุขภาพ เพื่อให้คำแนะนำ ช่วยเหลือผู้ป่วยและบุตรสาว โดยสามารถ scan จาก QR code ดังภาพที่ 11 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อนี้ได้รับการแก้ไขและหมดไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้อง

โป่งพองปริหรือแตกก่อนทำผ่าตัด เนื่องจากยังมีพฤติกรรม

ไม่เหมาะสม

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยให้ประวัติสูบบุหรี่ 20 มวน/วัน ต่อเนื่องกันมาเป็นเวลา 30 ปี

- 2.ผู้ป่วยสอบถามว่ายังสูบบุหรี่ต่อได้หรือไม่
- 3.ผู้ป่วยให้ประวัติท้องผูก ต้องเบ่งถ่ายทุกครั้งเพื่อให้ถ่ายอุจจาระ ถ่ายอุจจาระทุก 3-5 วัน
- 4.ผู้ป่วยมีประวัติรับประทานยาโรคประจำตัวที่มีผลข้างเคียงทำให้เกิดภาวะท้องผูก ได้แก่ Atenolol (50) Sig. 1/2 tab per Oral OD. PC. เช้า, Mianserin (30) Sig. 1 tab per Oral OD. HS., Lorazepam (2) Sig. 1 tab per Oral OD. HS.

5.ประเมินสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 128/73 mmHg

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองปริหรือแตกก่อนทำผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

- 1.ผู้ป่วยรับทราบถึงผลกระทบจากการสูบบุหรี่
- 2.ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือเลิกสูบบุหรี่
- 3.ผู้ป่วยไม่ออกแรงเบ่งขณะถ่ายอุจจาระ และสามารถอุจจาระได้อย่างน้อย 1 ครั้ง/วัน
- 4.ผู้ป่วยประเมินสัญญาณชีพ ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ systolic pressure= 100-140 mmHg และ diastolic pressure= 60-90 mmHg
- 5.ไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยต้องทำผ่าตัดก่อนวันนัดทำผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1.สอบถามและประเมินพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ การทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย รวมถึงการขับถ่ายอุจจาระของผู้ป่วย และประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและบุตรสาว

2.อธิบายถึงผลเสียและผลกระทบจากการสูบบุหรี่ พร้อมชี้ชวนให้เลิกสูบบุหรี่ (รายละเอียด หน้า 34) เพื่อเป็นการลดความเสี่ยงต่อการเพิ่มขนาดของหลอดเลือดแดงที่มีการโป่งพอง

3.ให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับสภาวะโรคความดันโลหิตสูงในระยะก่อนผ่าตัด โดยมีรายละเอียดตามหน้า 31-34 เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ systolic pressure= 100-140 mmHg และ diastolic pressure= 60-90 mmHg

4.อธิบายผลกระทบจากการเกิดภาวะท้องผูกที่มีผลต่อภาวะโรค คือ เมื่อเกิดภาวะท้องผูก ผู้ป่วยต้องออกแรงเบ่งในการขับถ่ายอุจจาระ ส่งผลให้เกิดการเพิ่มแรงดันภายในช่องท้อง เมื่อแรงดันภายในช่องท้องสูงขึ้น อาจทำให้เกิดภาวะ rAAA ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 80-90²

5.ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะท้องผูก ในเรื่องดังต่อไปนี้

- การรับประทานผัก ผลไม้ และธัญพืชที่มีกากใยสูง ได้แก่

ผักใบเขียวต่างๆ เช่น แครอท ข้าวโพด บล๊อคโคลี ผักโขม

พืชตระกูลถั่ว เช่น ถั่วเขียว ถั่วแดง ถั่วลิสง เมล็ดทานตะวัน เมล็ดฟักทอง

ผลไม้ เช่น มะละกอ กล้วย ส้ม แอปเปิ้ล ฝรั่ง มะม่วง อะโวคาโด

ธัญพืช เช่น ธัญพืชไม่ขัดสีทุกชนิด ข้าวกล้อง ข้าวหอมนิล ข้าวสาลี

- การดื่มน้ำวันละ 8-10 แก้ว เพื่อให้อุจจาระอ่อนตัว

- การออกกำลังกายที่เหมาะสมตามรายละเอียดหน้า 35

6.รายงานปัญหาที่พบให้แพทย์ทราบ แพทย์สั่งการรักษา Senokot sig. 2 tabs per Oral hs. ดูแลให้คำแนะนำผู้ป่วยในการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง พร้อมให้คำแนะนำการสังเกตอาการข้างเคียงจากยา ได้แก่ อาการท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน อาการปวดเกร็งช่องท้อง ปัสสาวะเป็นสีผิดปกติ หากมีอาการดังกล่าวให้หยุดรับประทานยา และให้มาพบแพทย์

7.ให้คำแนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันทำผ่าตัด ได้แก่ อาการปวดท้องมากขึ้นหรือมีอาการปวดท้องร้าวไปที่ด้านหลัง คลำได้ก้อนบริเวณหน้าท้อง ก้อนที่หน้าท้องมีขนาดใหญ่มากขึ้น หากมีอาการดังกล่าวให้รีบไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือห้องตรวจฉุกเฉิน ตึกผู้ป่วยนอกชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช

8.แนะนำช่องทางในการติดต่อกับเจ้าหน้าที่คลินิกหลอดเลือดแดงในช่องท้องโป่งพอง เพื่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมตามรายละเอียดหน้า 35

9.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและบุตรสาวสอบถามข้อสงสัย โดยใช้คำถามปลายเปิด

การประเมินผล

ประเมินสัญญาณชีพแรกได้รับความดันโลหิต 128/73 mmHg อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยรับทราบ เข้าใจ สามารถตอบคำถามเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะท้องผูกได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ผู้ป่วยบอกว่า “ต่อไปจะไม่เบ่งถ่ายแล้ว แล้วก็กินผักเยอะขึ้น” ประเมินผลเรื่องการสูบบุหรี่ ผู้ป่วยสามารถบอกผลเสียและผลกระทบจากการสูบบุหรี่ได้ และบอกว่า “จะพยายามเลิกสูบบุหรี่แล้วกัน” พุดคุยให้กำลังใจและให้ข้อมูลเพิ่มเติมในเรื่องการเลิกสูบบุหรี่ โดยแนะนำเบอร์สายด่วนศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ โทร.1600 รอดิตตามประเมินผลในการเยี่ยมครั้งถัดไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองปริหรือแตกก่อนทำผ่าตัด จากการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

ข้อมูลสนับสนุน

1.ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ อายุ 72 ปี

2.ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ประเมินสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 128/73 mmHg และโรคจิตเภท

3.ผู้ป่วยมีประวัติรับประทานยารักษาโรคประจำตัว ที่มีผลข้างเคียงทำให้มีอาการปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ บ้านหมุน ง่วงซึม การทรงตัวไม่ดี ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม ได้แก่ ยา Atenolol (50) Sig. 1/2 tab per Oral OD. PC. เช้า, Simvastatin (10) Sig. 1 tab per Oral OD. PC. เย็น, Quetiapine (200) Sig. 1 tab per Oral OD.HS., Mianserin (30) Sig. 1 tab per Oral OD. HS. และ Lorazepam (2) Sig. 1 tab per Oral OD. HS.

4.ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มได้ความเสี่ยงระดับ R5 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองปริหรือแตกก่อนทำผ่าตัด จากการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

เกณฑ์การประเมินผล

- 1.ไม่พบบาดแผลจากการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มตามร่างกายของผู้ป่วย
- 2.ผู้ป่วยรับประทานยาโรคประจำตัวอย่างสม่ำเสมอ
- 3.ผู้ป่วยและบุตรสาวรับทราบ เข้าใจถึงอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาโรคประจำตัว ที่มีผลข้างเคียงที่อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มได้
- 4.ผู้ป่วยและบุตรสาวรู้ถึงการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

กิจกรรมการพยาบาล

1.ประเมินสัญญาณชีพ การรับรู้ การเคลื่อนไหว และประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มโดยใช้แบบประเมินตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตก/หกล้มสำหรับหน่วยบริการผู้ป่วยนอก (ผู้ใหญ่) Fall Prevention in Adult (out patient) พบผู้ป่วยมีความเสี่ยงระดับ R5 คือ เป็นผู้ป่วยได้รับยากลุ่มเสี่ยง เช่น ยาระงับประสาท, Antihistamine, ACE inhibitors ดูแลให้ผู้ป่วยนั่งรถเข็น แขนงป้าย Fall และให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยนั่งหลังชิดเก้าอี้ ขาวางบนที่วางเท้าทั้ง 2 ข้าง กรณีที่ต้องการเข้าห้องน้ำ แนะนำให้บุตรสาวดูแลตลอดเวลา และให้แจ้งเจ้าหน้าที่หรือกตกรังเมื่อต้องการความช่วยเหลือ

2.อธิบายผลเสียของการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม ที่ส่งผลกระทบต่อโรคหลอดเลือดแดงส่วนท้องโป่งพอง ได้แก่ อาจทำให้หลอดเลือดบริเวณที่มีการโป่งพองแตก ซึ่งส่งผลทำให้เลือดไหลออกมาเป็นจำนวนมาก จนอาจทำให้เสียชีวิตได้

3.อธิบายยาและอาการข้างเคียงของยาประจำที่ผู้ป่วยรับประทาน ที่อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

- ยา Atenolol เป็นยาที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง มีผลข้างเคียง ได้แก่ อาการปวดศีรษะ วิงเวียน บ้านหมุน ท้องผูก

- ยา Simvastatin เป็นยาที่ใช้ในการรักษาโรคไขมันในหลอดเลือดสูง มีผลข้างเคียง ได้แก่ อาการปวดศีรษะ มีผื่นคันตามลำตัว ปวดตามตัวหรือทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง คลื่นไส้ อาเจียน

- ยา Quetiapine เป็นยาที่ใช้ในการรักษาโรคจิตเภท มีผลข้างเคียง ได้แก่ วิงเวียน บ้านหมุน การทรงตัวไม่ดี คลื่นไส้ อาเจียน ปวดบริเวณข้อต่างๆ รวมไปถึงบริเวณหลัง คอ และหูทั้ง 2 ข้าง

- ยา Mianserin เป็นยาที่ใช้รักษาโรคทางจิตเวช ในเรื่องด้านการซึมเศร้า มีผลข้างเคียง ได้แก่ ทำให้รู้สึกง่วงนอน วิงเวียนศีรษะ ปากแห้ง ท้องผูก

- ยา Lorazepam เป็นยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรควิตกกังวลจากระดับสารเคมีในสมองไม่สมดุลกัน หรืออาจใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับ มีผลข้างเคียง ได้แก่ อาการง่วงนอน วิงเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ตามัว ท้องผูก

4.สอน สาธิต วิธีการลุกนั่งจากที่นอนที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและบุตรสาว เพื่อนำไปปรับใช้ ขณะอยู่ที่บ้าน ดังนี้

- แนะนำให้ผู้ปวยนอนตะแคงตัวไปด้านใดด้านหนึ่ง
- ให้ผู้ป่วยห้อยขาลงข้างเตียง โดยใช้มืออีกข้างยันพื้นเตียง
- ใช้ศอกข้างที่อยู่ติดกับพื้นเตียง ยันพื้นเตียง เพื่อช่วยพยุงและรับน้ำหนักตัว
- เมื่อลุกขึ้นมา นั่งข้างเตียงแล้ว ให้นั่งพักซักระยะหนึ่ง เพื่อประเมินว่ามีอาการวิงเวียนศีรษะหรือไม่ หากมีอาการ สามารถลุกจากเตียงได้

5.แนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมบริเวณโดยรอบตัวผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตก หกล้มแก่ผู้ป่วยและญาติ ในเรื่องต่างๆ ดังต่อไปนี้

- ดูแลจัดบริเวณบ้านให้มีแสงสว่างเพียงพอ โดยเฉพาะบริเวณทางเดินไปห้องนอนและห้องน้ำ แนะนำไม่ให้มีสิ่งกีดขวาง หรือไม่ให้มีน้ำหยดตามทางเดิน

- แนะนำให้จัดหาเตียงนอน เก้าอี้ที่มีความสูงที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้อย่างสะดวก

- แนะนำเรื่องสุขภัณฑ์ในห้องน้ำ โดยแนะนำให้ให้เป็นโถส้วมแบบชักโครกแทนการใช้ส้วม ชี้นแบบนั่งยอง เนื่องจากเสี่ยงต่อการมีอาการหน้ามืดภายหลังทำกิจธุระ หากไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ แนะนำให้ใช้เก้าอี้พลาสติกแบบมีน้กพิงมาเจาะรู เพื่อนำไปวางครอบกับโถส้วมแบบเดิม แนะนำเรื่องการใช้วัสดุในการปูพื้นห้องน้ำเป็นแบบที่ไม่ลื่น แนะนำเรื่องการแบ่งพื้นที่เปียกและแห้งในห้องน้ำ รวมไปถึงควรมีวัสดุกันลื่นภายในห้องน้ำ

- แนะนำเรื่องการจัดวางสิ่งของต่างๆ ควรวางในบริเวณชั้นล่างๆ เพื่อความสะดวกในการหยิบใช้งานของผู้ป่วย

6.แนะนำบุตรสาวให้พาผู้ป่วยไปตรวจสุขภาพตาเป็นประจำ เพื่อเป็นการประเมินเรื่องการมองเห็นของผู้ป่วย

7.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและบุตรสาวซักถามข้อสงสัย

8.ประเมินสัญญาณชีพ และอาการผู้ป่วยอีกครั้งก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

การประเมินผล

ผู้ป่วยและบุตรสาวเข้าใจ สามารถบอกอาการข้างเคียงจากยาโรคประจำตัวที่ส่งผลทำให้มีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด บ้านหมุน ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มได้อย่างถูกต้อง และสามารถบอกการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มได้ ประเมินสัญญาณชีพ ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ความดันโลหิต 120/68 mmHg ไม่มีอาการเวียนศีรษะ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อนี้ได้รับการแก้ไขและหมดไป

สภาพผู้ป่วยแรกรับไว้ในความดูแลภายหลังทำผ่าตัดวันที่ 8 (การเยี่ยมครั้งที่ 2)

ผู้ป่วยชายไทยสูงอายุ นักรถเข็นมาตรวจ รู้สึกตัวดี สีสหน้าสดชื่น สามารถระบุชื่อ-นามสกุลได้ถูกต้อง เป็นผู้ป่วยภายหลังทำผ่าตัด EVAR เป็นครั้งแรก วันนี้มาตรวจตามนัดภายหลังทำผ่าตัด ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.3°C ชีพจร 60 /min หายใจ 20 /min ความดันโลหิต 109/59 mmHg มีแผลผ่าตัดบริเวณขาหนีบทั้งสองข้าง บริเวณรอบแผลผ่าตัดมีจ้ำเลือด (ecchymosis) ยังไม่ได้รับการตัดไหม สอบถามอาการปวดบริเวณแผลผ่าตัด PS = 0 ขณะนี้รับประทานยา Aspirin (81) sig. 1 tab per Oral OD. PC., Simvastatin (10) sig. 1 tab per Oral OD. HS., Risperidone GPO (2) sig. 1 tab per Oral OD. HS., Lorazepam (1) sig. 2 tab per Oral OD. HS., Atenolol (50) sig. ½ tab per Oral OD. PC. เข้า และ Quetiapine (200) sig. 1 tab per Oral OD. HS. ผู้ป่วยสอบถามว่า “ผ่าเสร็จแล้วกลับไปทำอะไรได้บ้าง ยกของหนักๆได้ไหม” บุตรสาวให้ประวัติผู้ป่วยยังคงมีพฤติกรรมสูบบุหรี่วันละ 1-2 มวน ผู้ป่วยสอบถามเรื่องการมาตรวจตามนัดว่า “หลังผ่าเสร็จแล้ว จำเป็นต้องมาตรวจตามนัดทุกครั้งไหม ถ้าไม่มาจะเป็นอะไรไหม” และสอบถามเรื่องความถี่ในการมาตรวจติดตามอาการภายหลังทำผ่าตัด โดยสอบถามว่า “ผ่าเสร็จแล้ว แล้วต้องมาตรวจอีกกี่ครั้ง พอที่บ้านอยู่ไกล อยู่ที่ชุมพร”

สภาพผู้ป่วยแรกรับไว้ในความดูแลภายหลังทำผ่าตัด 1 เดือน (การเยี่ยมครั้งที่ 3)

ผู้ป่วยชายไทยสูงอายุ รู้สึกตัวดี สีสหน้าสดชื่นดี สามารถระบุชื่อ-นามสกุลได้อย่างถูกต้อง ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.4°C ชีพจร 70 /min หายใจ 20 /min ความดันโลหิต 120/65 mmHg วันนี้มาตรวจตามนัดภายหลังทำผ่าตัด 1 เดือน และมาตรวจ CTA ผล CTA no endoleak, no kinking ผู้ป่วยไม่บ่นปวดท้อง บริเวณแผลผ่าตัดทั้งสองข้างแผลปิดสนิท ไม่มีจุดจ้ำเลือด (ecchymosis) ขณะนี้รับประทานยา Aspirin (81) sig. 1 tab per Oral OD. PC., Simvastatin (10) sig. 1 tab per Oral OD. HS., Risperidone GPO (2) sig. 1 tab per Oral OD. HS., Lorazepam (1) sig. 2 tab per Oral OD. HS., Atenolol (50) sig. ½ tab per Oral OD. PC. เข้า และ

Quetiapine (200) sig. 1 tab per Oral OD. HS. สอบถามเรื่องการงดสูบบุหรี่ ผู้ป่วยบอกว่า “หยุดสูบบุหรี่ได้หลายวันแล้ว ลุงจะพยายามเลิกให้ได้”

การวางแผนการพยาบาลในระยะติดตามผลหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญในระยะหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยรายนี้ ได้แก่

- 1.ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด
- 2.ผู้ป่วยและบุตรสาวเสี่ยงต่อการขาดทักษะในการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัด
- 3.ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วย AAA ภายหลังทำผ่าตัด EVAR 8 วัน มีแผลผ่าตัดบริเวณขาหนีบ ซึ่งเป็นบริเวณจุดซ่อนเร้นที่เกิดความอับชื้นได้ง่าย แผลผ่าตัดยังไม่ได้รับการตัดไหม บริเวณโดยรอบแผลผ่าตัดมีจ้ำเลือด (ecchymosis)

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

- 1.บริเวณแผลผ่าตัดไม่เกิดการแยกของแผล
- 2.บริเวณแผลผ่าตัดไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ ได้แก่ อาการปวด บวม แดง ร้อน หรือมีสารคัดหลั่งไหลซึมออกจากบริเวณแผลผ่าตัด
- 3.อุณหภูมิร่างกายไม่สูงกว่า 37.5°C

กิจกรรมการพยาบาล

- 1.ประเมินสัญญาณชีพแรกรับของผู้ป่วย อุณหภูมิร่างกาย 36.3°C ชีพจร 60 /min หายใจ 20 /min ความดันโลหิต 109/59 mmHg
- 2.ประเมินความผิดปกติบริเวณแผลผ่าตัดที่ขาหนีบทั้งสองข้าง ไม่พบอาการแสดงถึงภาวะติดเชื้อ บริเวณโดยรอบแผลผ่าตัดมีจ้ำเลือด (ecchymosis) แผลผ่าตัดยังไม่ได้รับการตัดไหม
- 3.ดูแลช่วยแพทย์ตัดไหมและทำแผลบริเวณขาหนีบทั้งสองข้าง โดยใช้ 2% chlorhexidine in alcohol 70% เช็ดบริเวณแผลและบริเวณรอบๆแผล ปิดทับด้วยแผ่นเทปใสปิดแผลกันน้ำ เพื่อป้องกันน้ำเข้าสู่แผลผ่าตัด และลดอัตราเสี่ยงต่อการติดเชื้อ
- 4.ให้คำแนะนำเรื่องการดูแลแผลผ่าตัดภายหลังตัดไหม โดยสามารถแกะแผ่นเทปใสปิดแผลกันน้ำ ออกได้หลังจากตัดไหมประมาณ 2-3 วัน

5.ให้ความรู้เกี่ยวกับจุดจ้ำเลือด (ecchymosis) บริเวณขาหนีบทั้งสองข้าง ซึ่งเกิดจากการที่มีเลือดออกใต้ผิวหนังจากการที่หลอดเลือดได้รับการกระทบกระเทือน ในที่นี้มีสาเหตุจากการผ่าตัดกรีดหลอดเลือดบริเวณขาหนีบ จุดจ้ำเลือดนี้สามารถดูดซึมและหายได้เอง โดยสีที่แสดงออกจะต่างกันตามระยะเวลาที่เลือดออก ในช่วงแรกจะมีสีม่วงแดงและค่อยๆเปลี่ยนเป็นสีเขียวเหลืองจนจางหายไป⁶³ ซึ่งมีความแตกต่างจากจุดจ้ำเลือดที่เกิดจากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด หรือยาต้านเกร็ดเลือด ที่จะมียักษณะจุดจ้ำเลือดเป็นสีม่วงจนถึงม่วงเข้ม และสามารถขยายขนาดได้

6.ให้คำแนะนำเรื่องโภชนาการที่ส่งเสริมการหายของแผล ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ นม ไข่ เป็นต้น ซึ่งมีส่วนช่วยเรื่องการหายของแผล และป้องกันการติดเชื้อ⁶⁴

7.ให้คำแนะนำการดูแลบริเวณแผลผ่าตัด และทบทวนอาการผิดปกติที่แผลที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ได้แก่ อาการปวด บวม แดง ร้อน รวมถึงบริเวณแผลผ่าตัดแยก

8.ติดตามผู้ป่วยให้มาตรวจตามนัด โดยการโทรแจ้งเตือนก่อนวันนัดหมายอย่างน้อย 1 วัน ก่อนถึงวันนัดตรวจ

9.ประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยและบุตรสาวภายหลังที่ได้รับคำแนะนำจากพยาบาล พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย โดยการใช้คำถามปลายเปิด

การประเมินผล

ผู้ป่วยได้รับการตัดไหมและทำแผลบริเวณขาหนีบทั้งสองข้าง ผู้ป่วยและบุตรสาวรับทราบเข้าใจ สามารถบอกการปฏิบัติภายหลังตัดไหมได้อย่างถูกต้อง โดยเรื่องการดูแลแผลภายหลังตัดไหมญาติบอกว่า “หลังจากวันนี้อีก 2 วันถึงแกะพลาสติกออกแล้วอาบน้ำได้ ถ้าแผลแยก มีน้ำซึมออกมาหรือแดง บวม ให้ไปหาหมอใกล้บ้าน ส่วนจุดแดงๆที่ขาหนีบเดี๋ยวจะค่อยๆจางหายไป” ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.3°C ไม่มีไข้ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อนี้ได้รับการแก้ไขและหมดไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 ผู้ป่วยและบุตรสาวเสี่ยงต่อการขาดทักษะในการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- 1.ผู้ป่วยภายหลังทำผ่าตัดครั้งแรก
- 2.ผู้ป่วยและบุตรสาวสอบถามเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด
- 3.ผู้ป่วยสอบถามว่า “แล้วผ่าเสร็จแล้วกลับไปทำอะไรได้บ้าง ยกของหนักๆได้ไหม”
- 4.ผู้ป่วยสอบถามว่า “หลังผ่าเสร็จแล้ว กลับไปสูบบุหรี่ได้ไหม”
- 5.ผู้ป่วยและบุตรสาวสอบถามถึงความจำเป็นในการมาตรวจหลังทำผ่าตัด โดยสอบถามว่า “หลังผ่าเสร็จแล้ว จำเป็นต้องมาตรวจตามนัดทุกครั้งไหม ถ้าไม่มาจะเป็นอะไรไหม”

6.ผู้ป่วยและบุตรสาวสอบถามถึงจำนวนครั้งในการมาตรวจตามนัดภายหลังทำผ่าตัด โดยสอบถามว่า “ผ่าเสร็จแล้ว แล้วต้องมาตรวจอีกกี่ครั้ง พอที่บ้านอยู่ไกล อยู่ที่ไหน”

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยและบุตรสาวมีทักษะในการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยและบุตรสาวสามารถบอกการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัดได้

กิจกรรมการพยาบาล

1.ประเมินความรู้ ความเข้าใจเรื่องการปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัดของผู้ป่วยและบุตรสาว โดยการสอบถามด้วยคำถามปลายเปิด

2.แนะนำ ร่วมกับเปิดโอกาสให้บุตรสาวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

3.ทบทวนความรู้เรื่องการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ในเรื่องดังต่อไปนี้

- การดูแลแผลผ่าตัดภายหลังตัดไหม โดยมีรายละเอียดการพยาบาลผู้ป่วยภายหลังได้รับการตัดไหมในข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 หน้า 63

- การรับประทานอาหาร แนะนำให้รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง และโซเดียมสูง เพื่อลดความเสี่ยงในการเพิ่มแรงดันภายในหลอดเลือด ซึ่งอาจทำให้หลอดเลือดเกิดการโป่งพองได้ รวมทั้งแนะนำให้รับประทานผัก ผลไม้ และธัญพืชที่มีใยสูง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะท้องผูก

- แนะนำให้รับประทานยาโรคประจำตัว และตรวจติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอ เพื่อควบคุมภาวะโรคประจำตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

- แนะนำเรื่องการงดสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการโป่งพองของหลอดเลือดแดง และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ โดยแนะนำปรึกษาคลินิกเลิกบุหรี่ หรือ เบอร์สายด่วนศูนย์เลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ โทร.1600

- ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวัน โดยผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ แต่ควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องออกแรงมากกว่า 5 กิโลกรัม เพื่อป้องกันการฉีกขาดบริเวณแผลผ่าตัด รวมถึงแนะนำประเภทของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

- ให้คำแนะนำเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ โดยให้งดการมีเพศสัมพันธ์หลังทำผ่าตัดจนกว่าแผลผ่าตัดจะหาย หรือประมาณ 1-2 สัปดาห์หลังทำผ่าตัด

4.แนะนำอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ได้แก่ มีอาการปวดท้อง ปวดท้องร้าวไปที่หลัง แผลผ่าตัดแยกหรือมีสิ่งคัดหลั่งไหลซึมออกจากแผล พร้อมทั้งแนะนำช่องทางในการติดต่อขอคำปรึกษาจากคลินิกหลอดเลือดแดงในช่องท้องโป่งพอง เบอร์โทรศัพท์ 02-419-7838 ในวันและ

เวลาทำการ 7.00-15.00 น. หรือติดต่อผ่านทาง Line Official Account: Aortic Clinic ID : @mqv8813j หรือตาม QR Code ดังภาพที่ 12

5.อธิบายถึงความจำเป็นในการมาตรวจติดตามภายหลังทำผ่าตัด โดยอธิบายว่าการทำผ่าตัดด้วยวิธีการ EVAR มีความจำเป็นต้องตรวจติดตามผลในระยะหลังผ่าตัดต่อเนื่องทุกปี เพื่อประเมินตำแหน่งของ graft โดยการทำให้ CTA, duplex ultrasound หรือ KUB รวมถึงเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน² โดยภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่พบภายหลังผ่าตัด ได้แก่ การเกิด endoleak ซึ่งอาจเสี่ยงทำให้เกิดภาวะ rAAA ได้

6.อธิบายกิจกรรมที่ต้องทำในวันนัดต่างๆดังนี้

- 1 เดือนหลังทำผ่าตัด นัดตรวจทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์บริเวณช่องท้อง ซึ่งเป็นการตรวจพิเศษเพื่อประเมินตำแหน่งของหลอดเลือดเทียมว่าอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ และประเมินการเกิดภาวะแทรกซ้อน endoleak ภายหลังทำผ่าตัด

- 6 เดือนหลังทำผ่าตัด เป็นการนัดมาตรวจเพื่อประเมินขนาดของหลอดเลือดบริเวณช่องท้องว่ามีการโป่งพองเพิ่มขึ้นหรือไม่ โดยการใช้การอัลตราซาวด์บริเวณช่องท้อง และนัดตรวจเอกซเรย์ระบบทางเดินปัสสาวะ (plain KUB) เพื่อตรวจหาความผิดปกติในช่องท้องบริเวณไต ท่อไตและกระเพาะปัสสาวะ

7.ติดตามผู้ป่วยให้มาตรวจตามนัด โดยพยาบาลประจำคลินิกหลอดเลือดแดงในช่องท้อง โป่งพองโทรแจ้งเตือนก่อนวันนัดหมายอย่างน้อย 1 วันก่อนถึงวันนัดตรวจ

8.ประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยและบุตรสาวภายหลังที่ได้รับคำแนะนำจากพยาบาล พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย โดยการใช้คำถามปลายเปิด

การประเมินผล (การเยี่ยมครั้งที่ 2)

ผู้ป่วยและบุตรสาวรับทราบ เข้าใจการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด สามารถบอกกิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะโรค การรับประทานยาโรคประจำตัวอย่างสม่ำเสมอ อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด รวมถึงการมาตรวจติดตามอาการตามนัด ภายหลังทำผ่าตัด โดยผู้ป่วยบอกว่า “จะมาตรวจตามหมอนัดทุกครั้ง” และผู้ป่วยบอกว่า “จะพยายามเลิกบุหรี่ให้ได้” รอดติดตามประเมินเรื่องการงดสูบบุหรี่ในการเยี่ยมครั้งถัดไป

การประเมินผล (การเยี่ยมครั้งที่ 3)

จากการสอบถามผู้ป่วยเรื่องการงดสูบบุหรี่ ผู้ป่วยบอกว่า “หยุดสูมาได้หลายวันแล้ว ลุงจะพยายามเลิกให้ได้” พุดคุยให้กำลังใจพร้อมสนับสนุนให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ต่อ ขอบิณิจฉัยทางการพยาบาลนี้ได้รับการแก้ไขและหมดไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

ข้อมูลสนับสนุน

- 1.ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ 72 ปี
- 2.ผู้ป่วยภายหลังทำผ่าตัดวันที่ 8 การเคลื่อนไหวยังไม่สะดวก เนื่องจากมีแผลผ่าตัดบริเวณขาหนีบ และยังไม่ได้รับการตัดไหม
- 3.ผู้ป่วยนั่งรถเข็นมาตรวจ
- 4.ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มได้ความเสี่ยงระดับ R5 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม
- 5.ผู้ป่วยมีประวัติรับประทานยา Risperidone GPO (2) sig. 1 tab per Oral OD. HS., Lorazepam (1) sig. 2 tab per Oral OD. HS., Atenolol (50) sig. ½ tab per Oral OD. PC. เข้า และ Quetiapine (200) sig. 1 tab per Oral OD. HS. ที่มีอาการข้างเคียงที่อาจส่งผลทำให้เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มได้ เช่น เวียนศีรษะ ง่วงซึม เห็นภาพซ้อน หรือการมองเห็นเปลี่ยนไป เป็นต้น

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

เกณฑ์การประเมินผล

- 1.ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม
- 2.ค่าความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ systolic pressure= 100-140 mmHg และ diastolic pressure= 60-90 mmHg⁵⁸

กิจกรรมการพยาบาล

- 1.ประเมินสัญญาณชีพแรกรับและระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย อุณหภูมิ 36.4°C ชีพจร 70 /min หายใจ 20 /min ความดันโลหิต 120/65 mmHg สามารถบอกชื่อ-นามสกุลของตนเองได้ ไม่มีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด
- 2.ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตก/หกล้ม สำหรับหน่วยบริการผู้ป่วยนอก (ผู้ใหญ่) Fall Prevention in Adult (out patient) พบมีความเสี่ยงระดับ R5 คือ เป็นผู้ป่วยได้รับยากลุ่มเสี่ยง เช่น ยาระงับประสาท, Antihistamine, ACE inhibitors ในผู้ป่วยรายนี้คือ ยา Risperidone GPO (2) sig. 1 tab per Oral OD. HS., Lorazepam (1) sig. 2 tab per Oral OD. HS., Atenolol (50) sig. ½ tab per Oral OD. PC. เข้า และ Quetiapine (200) sig. 1 tab per Oral OD. HS.

3.ให้คำแนะนำผู้ป่วยและบุตรสาวในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มระหว่างรอเข้ารับการรักษา ดังต่อไปนี้

- แนะนำให้บุตรสาวดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ดูแลให้ผู้ป่วยนั่งให้หลังชิดพนักพิง และเท้าทั้ง 2 ข้างวางบนที่รองเท้า ไม่ก้มหยิบของที่พื้น กรณีที่ต้องการหยิบของที่พื้นแนะนำให้เรียกบุตรสาวหรือเจ้าหน้าที่

- ดูแลล้อคล้อรถนั่งทั้ง 2 ข้าง เพื่อป้องกันการลื่นไถลของรถเข็น

- กรณีผู้ป่วยเข้าห้องน้ำ แนะนำให้กดกริ่งสัญญาณเมื่อทำธุระเสร็จ หรือแนะนำให้บุตรสาวอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา กรณีมีอาการผิดปกติระหว่างรอแพทย์ เช่น มีอาการคล้ายจะเป็นลม หน้ามืด วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น ให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่ทันที

- ขณะรอตรวจสังเกตและติดตามการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ร่วมกับประเมินอาการผู้ป่วยทุก 15-30 นาที ตามความเหมาะสม

- ติดสัญญาณภัย Fall ไว้ที่รถนั่ง เพื่อเป็นสัญญาณและเพื่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน

4.ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดขณะตรวจรักษา

5.ประเมินสัญญาณชีพและอาการผู้ป่วยอีกครั้ง ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

การประเมินผล (การเยี่ยมครั้งที่ 2)

ไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มในขณะรอตรวจ และภายหลังตรวจเสร็จ ผู้ป่วยไม่มีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด ประเมินสัญญาณชีพแรกจับชีพจร 60 /min หายใจ 20 /min ความดันโลหิต 109/59 mmHg และประเมินสัญญาณชีพก่อนจำหน่าย ชีพจร 64/min หายใจ 20 /min ความดันโลหิต 118/62 mmHg ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อนี้ยังคงอยู่ และต้องได้รับการติดตามประเมินการพลัดตกหกล้มต่อไป เนื่องจากผู้ป่วยยังคงได้รับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล (การเยี่ยมครั้งที่ 3)

ไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มในขณะรอตรวจ และภายหลังตรวจเสร็จ ประเมินสัญญาณชีพแรกจับชีพจร 70 /min หายใจ 20 /min ความดันโลหิต 120/68 mmHg และประเมินสัญญาณชีพก่อนจำหน่าย ชีพจร 68/min หายใจ 20 /min ความดันโลหิต 122/58 mmHg สอบถามอาการผู้ป่วยไม่มีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อนี้ยังคงอยู่ และต้องได้รับการติดตามประเมินการพลัดตกหกล้มต่อไป เนื่องจากผู้ป่วยยังคงได้รับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

ดูแลเน้นย้ำเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยให้เหมาะสม รวมถึงเน้นย้ำเรื่องวิธีการลุกนั่งจากที่นอนที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและบุตรสาว เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มขณะอยู่ที่บ้าน

สรุปผลการดูแลของกรณีศึกษา

ผู้ป่วยสูงอายุ เพศชาย อายุ 72 ปี รู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง สามารถบอกชื่อ-นามสกุลตัวเองได้ถูกต้อง ให้ประวัติคลำพบก้อนเด่นได้ที่หน้าท้อง และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค Asymptomatic Infrarenal AAA รับการรักษาโดยการผ่าตัด EVAR with Rt.IBD ระหว่างรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลพบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยทั้ง 2 ระยะ ดังนี้

ระยะก่อนผ่าตัด พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญ 3 ข้อ ได้แก่

- 1.ผู้ป่วยและบุตรสาวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด EVAR เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด
- 2.ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองปริหรือแตกก่อนทำผ่าตัด เนื่องจากยังมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม
- 3.ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองปริหรือแตกก่อนทำผ่าตัด จากการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้ง 3 ข้อ ได้รับการแก้ไขและหมดไป

ระยะติดตามผลหลังผ่าตัด พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญ 4 ข้อ ได้แก่

- 1.ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด
- 2.ผู้ป่วยและบุตรสาวเสี่ยงต่อการขาดทักษะในการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัด
- 3.ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อ 1,2 ได้รับการแก้ไขและหมดไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อ 3 ยังคงอยู่และยังคงต้องได้รับการประเมินต่อไป เนื่องจากผู้ป่วยยังคงได้รับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

จากกรณีศึกษาจะเห็นได้ว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญ ตั้งแต่การประเมินแรกรับการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย และนำมาตั้งเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อวางแผนการให้การพยาบาลตั้งแต่แรกรับ ระยะก่อนผ่าตัด จนถึงระยะติดตามผลหลังผ่าตัด ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่เหมาะสม จะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดจนถึงระยะติดตามผลหลังผ่าตัด ส่งผลทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะของกรณีศึกษา

1.ด้านการให้ความรู้การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยกรณีศึกษานี้ มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มาเป็นระยะเวลานาน เมื่อได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวในระยะก่อนผ่าตัด โดยการงดหรือเลิกสูบบุหรี่ ผู้ป่วยมีความเข้าใจ รับทราบถึงผลกระทบจากการสูบบุหรี่ที่มีผลต่อโรค และมีความตั้งใจในการงดหรือเลิกพฤติกรรมดังกล่าว แต่เนื่องจากการงดหรือเลิกสูบบุหรี่กะทันหัน มีโอกาสที่จะไม่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากการปรับพฤติกรรมที่ทำมาอย่างยาวนาน ดังนั้น การที่พยาบาลสามารถประเมินปัญหา แล้วนำมาตั้งเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ใช้กระบวนการทางพยาบาลในการให้การดูแล ส่งเสริม ให้กำลังใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและมีกำลังใจในการงดหรือเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งส่งผลดีต่อสุขภาพของผู้ป่วย

2.ด้านการให้คำแนะนำการมาตรวจติดตามอาการตามนัด เนื่องจากการทำผ่าตัดด้วยวิธี EVAR ต้องใช้ระยะเวลาในการติดตามอาการภายหลังทำผ่าตัดเป็นระยะเวลาต่อเนื่องทุกปี ดังนั้น การให้คำแนะนำ คำอธิบายถึงความสำคัญในการมาตรวจตามนัดในวันต่างๆ รวมถึงการอธิบาย หัตถการหรือการตรวจพิเศษในวันนัดนั้นๆ จะทำให้ผู้ป่วยและบุตรสาวรับทราบ เข้าใจความสำคัญในการมาตรวจ รวมถึงสามารถปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม

บทที่ 5

ปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการแก้ไขปัญหา

จากการปฏิบัติงานในหน่วยตรวจรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษและติดตามผล ทางผู้จัดทำได้สรุปปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการแก้ไข เพื่อเป็นประโยชน์แก่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยตรวจฯ รวมไปถึงบุคลากรทางแพทย์ท่านอื่นที่มีความสนใจในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพอง โดยแบ่งปัญหา/อุปสรรคที่พบในระยะก่อนผ่าตัดออกเป็น 3 ข้อ คือ

- 1.ผู้ป่วยทั่วไปขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพอง และขาดความตระหนักถึงความรุนแรงของโรค
- 2.ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวขณะรอรับการผ่าตัดไม่เหมาะสม ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองปริหรือแตกก่อนวันผ่าตัด
- 3.ปัญหาด้านเศรษฐกิจสถานะในเรื่องค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัย และค่าใช้จ่ายในการทำผ่าตัด ซึ่งมีรายละเอียดแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ปัญหา/อุปสรรค และแนวทางในการแก้ไขปัญหาในระยะก่อนผ่าตัด

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางในการแก้ไขปัญหา
1. ผู้ป่วยทั่วไป ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพอง และขาดความตระหนักถึงความรุนแรงของโรค	- โรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองเป็นโรคที่คนส่วนใหญ่ไม่ค่อยรู้จัก จะมาตรวจรักษาต่อเมื่อมีอาการแสดง เช่น อาการปวดท้อง ปวดท้องร้าวไปที่ด้านหลัง คลำก้อนเด่นได้ที่หน้าท้อง เป็นต้น ทำให้ได้รับการวินิจฉัยและรับการรักษาล่าช้า ส่งผลทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองปริแตก (rAAA) ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 80-90² - ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่ค่อยแสดงอาการเมื่อการโป่งพองยังมีขนาดเล็ก ในกลุ่มที่ไม่แสดงอาการมักพบโดยบังเอิญจากการตรวจสุขภาพ การรักษาผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว จึงรักษาแบบประคับประคอง และตรวจติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ สิ่งที่สำคัญคือการควบคุมปัจจัย

ตารางที่ 7 ปัญหา/อุปสรรค และแนวทางในการแก้ไขปัญหาในระยะก่อนผ่าตัด (ต่อ)

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางในการแก้ไขปัญหา
1. ผู้ป่วยทั่วไป ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพอง และขาดความตระหนักถึงความรุนแรงของโรค (ต่อ)	เสี่ยง ได้แก่ การควบคุมภาวะโรคประจำตัว โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง (hypertension) โรคไขมันในเลือดสูง (dyslipidemia) หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูงและไขมันสูง แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะท้องผูก ให้ความรู้และคำแนะนำในการงดสูบบุหรี่ แนะนำให้ดเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนรวมถึงแอลกอฮอล์ทุกชนิด - จัดโครงการ CSR เพื่อประชาสัมพันธ์ความรู้ให้กับผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง รู้เร็ว รักษาทัน รวมถึงจัดทำ application ในการส่งต่อความรู้ในรูปแบบที่เข้าใจง่าย และเข้าถึงง่ายได้ด้วยการใช้ smartphone โดยการ scan QR code ดังภาพที่ 12
2. ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวขณะรอรับการผ่าตัดไม่เหมาะสม ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองปริหรือแตกก่อนวันผ่าตัด	- ประเด็นปัญหาสำคัญในระหว่างรอเข้ารับการผ่าตัด คือ ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะรอเข้ารับการผ่าตัด ซึ่งหากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง จะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ rAAA ดังนั้น การพยาบาลที่สำคัญคือการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การควบคุมภาวะโรคประจำตัวให้อยู่ในภาวะปกติ การงดหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่จะทำให้ขนาดของ AAA เพิ่มมากขึ้น - ในผู้ป่วยกลุ่ม juxtarenal AAA ที่ต้องรอการสังัด fenestrated graft เน้นย้ำเรื่องการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม การควบคุมระดับความดันโลหิต การงดสูบบุหรี่ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ rAAA ในขณะรอ graft เนื่องจากการสังัด graft ต้องใช้ระยะเวลาประมาณ 6-12 สัปดาห์ - ในผู้ป่วยที่พบการรูปร่างการโป่งพองแบบ saccular แม้จะพบการโป่งพองในขณะก่อนยังมีขนาดเล็ก แต่จะถูกจัดว่าเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัด (elective case)³⁹ เช่นเดียวกับผู้ป่วยเพศชายที่มีขนาด AAA มากกว่า 5.5 เซนติเมตร และในเพศหญิงที่มีขนาดมากกว่า 5 เซนติเมตร เนื่องจากการโป่งพองรูปร่างนี้เป็นการโป่งพองรูปร่างนี้เป็นการโป่งพองเพียงด้านเดียว

ตารางที่ 7 ปัญหา/อุปสรรค และแนวทางในการแก้ไขปัญหาในระยะก่อนผ่าตัด (ต่อ)

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางในการแก้ไขปัญหา
2.ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวขณะรอรับการผ่าตัดไม่เหมาะสม ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองปริหรือแตกก่อนวันผ่าตัด (ต่อ)	ทำให้ผนังหลอดเลือดบาง หากเกิดการกระทบกระเทือน หรือมีการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ดี จะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ rAAA ซึ่งอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้
3.ปัญหาด้านเศรษฐกิจสถานะในเรื่องค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัย และค่าใช้จ่ายในการทำผ่าตัด	เนื่องจากวิธีทำผ่าตัด EVAR เป็นการผ่าตัดโดยใช้เทคโนโลยีที่มีราคาสูง ดังนั้น การเตรียมสิทธิการรักษาขั้นพื้นฐาน รวมถึงการ เตรียมส่วนเกินที่นอกเหนือจากสิทธิขั้นพื้นฐานจึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งส่วนใหญ่ค่าผ่าตัดจะสามารถเบิกได้ตามสิทธิ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีสิทธิขั้นพื้นฐาน หรือไม่สามารถชำระค่าผ่าตัดได้ จะประสานงานหน่วยสังคมสงเคราะห์ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย

ในระยะติดตามผลหลังผ่าตัด พบประเด็นปัญหา/อุปสรรค ซึ่งสามารถสรุปได้ทั้งหมด 3 ข้อ คือ

- 1.ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวภายหลังทำผ่าตัด รวมถึงขาดช่องทางในการติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ ในกรณีที่มียาหรือปัญหาเวลาทำการของโรงพยาบาล
 - 2.ผู้ป่วยและญาติไม่ทราบถึงความสำคัญในการมาตรวจติดตามอาการภายหลังทำผ่าตัด
 - 3.บุคลากรในหน่วยงานต้องพลัดเปลี่ยนหมุนเวียนเข้ามาทำงานในคลินิกหลอดเลือดแดงในช่องท้องโป่งพอง และรับภาระในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการในหน่วยงานเป็นจำนวนมาก
- ซึ่งมีรายละเอียดแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ปัญหา/อุปสรรค และแนวทางในการแก้ไขปัญหาในระยะติดตามผลหลังผ่าตัด

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางในการแก้ไขปัญหา
1.ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวภายหลังทำผ่าตัด รวมถึงขาดช่องทางในการติดต่อ	- ทบทวนความรู้ในการดูแลตนเองภายหลังทำผ่าตัดในเรื่องการดูแลบริเวณแผลผ่าตัด และให้ความรู้ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค โดยเน้นย้ำเรื่องการควบคุมภาวะโรคประจำตัวอย่างต่อเนื่อง คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในหลอดเลือดสูง

ตารางที่ 8 ปัญหา/อุปสรรค และแนวทางในการแก้ไขปัญหาในระยะติดตามผลหลังผ่าตัด (ต่อ)

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางในการแก้ไขปัญหา
1.สื่อสารกับเจ้าหน้าที่ในกรณีที่มีปัญหานอกเวลาทำการของโรงพยาบาล (ต่อ)	การรับประทานยาโรคประจำตัวอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะยาควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับไขมันในกระแสเลือด ควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะโรค โดยหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูงและไขมันสูง เพื่อลดความเสี่ยงในการเพิ่มแรงดันภายในหลอดเลือด ซึ่งอาจทำให้หลอดเลือดมีการโป่งพองซ้ำ หรือบริเวณ graft มีการปริหรือแตกได้ เน้นย้ำเรื่องการงดสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง รวมถึงหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่อาจกระทบกระเทือนหรือเป็นการเพิ่มแรงดันภายในช่องท้อง แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เนื่องจากอาจเป็นการกลับเป็นซ้ำของโรค หรือเป็นอาการแสดงของภาวะหลอดเลือดใหญ่ในช่องท้องโป่งพองปริหรือแตก ได้แก่ อาการปวดท้องมากขึ้น อาการปวดหรือเจ็บท้องร้าวไปที่ด้านหลัง คลำได้ก้อนเด่นใต้ที่หน้าท้อง นอกจากนี้แนะนำให้ควบคุมภาวะโรคประจำตัวที่อาจส่งผลต่อการทำงานของไต เนื่องจากผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจติดตามอาการโดยการทำ CTA ต่อเนื่องทุกปี และต้องมีการฉีดสารทึบรังสีซึ่งส่งผลต่อการทำงานของไต - จัดทำช่องทางการติดต่อสื่อสารที่เข้าใจง่าย เข้าถึงง่าย มีประสิทธิภาพ และมีความต่อเนื่อง โดยการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีที่มีในปัจจุบัน คือ application LINE โดยการทำ Line Official Aortic Clinic โดยการ scan QR code ดังภาพที่ 11 หรือ ผ่าน LINE ID : @mqv8813j ซึ่งผู้ป่วยใหม่ทุกรายที่อยู่ระหว่างรอเข้ารับการผ่าตัดจะได้รับการ add friend เข้ามาอยู่ใน Line Official Aortic Clinic
2.ผู้ป่วยและญาติไม่ทราบถึงความสำคัญในการมาตรวจติดตามอาการภายหลังทำผ่าตัด	ในผู้ป่วยโรค AAA ที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี EVAR จะได้รับการใส่ graft เพื่อทดแทนบริเวณหลอดเลือดที่มีการโป่งพอง การผ่าตัดด้วยวิธีนี้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังทำผ่าตัด ได้แก่ endoleak, graft infection, graft migration ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวสามารถวินิจฉัยได้จากการทำ CTA โดยต้องมีการตรวจติดตามอาการอย่างน้อย

ตารางที่ 8 ปัญหา/อุปสรรค และแนวทางในการแก้ไขปัญหาในระยะติดตามผลหลังผ่าตัด (ต่อ)

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางในการแก้ไขปัญหา
2.ผู้ป่วยและญาติไม่ทราบถึงความสำคัญในการมาตรวจติดตามอาการภายหลังผ่าตัด (ต่อ)	1 ครั้งต่อปี เพื่อประเมินตำแหน่งของ graft และประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว และเนื่องจากการทำ CTA ต้องฉีดสารทึบรังสี (contrast) ซึ่งส่งผลต่อการทำงานของไต ดังนั้น ผู้ป่วยจึงควรควบคุมภาวะโรคประจำตัวที่ส่งผลต่อไต เพื่อชะลอความเสี่ยงของไต นอกจากนี้ยังมีกระบวนการติดตามผู้ป่วยเพื่อตรวจติดตามอาการภายหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ Line official account ดังภาพที่ 11 และการโทรแจ้งเตือนผู้ป่วยก่อนถึงวันนัด
3.บุคลากรในหน่วยงานต้องผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนเข้ามาทำงานในคลินิกหลอดเลือดแดงในช่องท้องโป่งพอง และรับภาระในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการในหน่วยงานเป็นจำนวนมาก	- นำเสนอแนวทางการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพอง ทั้งในระยะก่อนผ่าตัดและระยะติดตามผลภายหลังผ่าตัด ตามเอกสารแนบ (ภาคผนวก ค,จ) แก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานปฏิบัติงานในการให้การดูแลผู้ป่วยไปในแนวทางเดียวกัน ผู้ป่วยได้รับการบริการตรงตามมาตรฐานการพยาบาล - จัดกิจกรรมทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดแดงส่วนท้องโป่งพองให้กับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ได้แก่ การนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษาในที่ประชุมหน่วยงานประจำวันพุธ - จัดทำแผนการสอนสุขศึกษา เรื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนท้องโป่งพอง ให้แก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน เพื่อเป็นการทบทวนความรู้และนำเสนอความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบัน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานได้รับทราบข้อมูลที่ทันสมัย

สรุป

ประเด็นปัญหาและอุปสรรคในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพอง ทั้งในระยะก่อนผ่าตัดและในระยะติดตามผลหลังผ่าตัด จะเป็นเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับสภาวะโรค โดยในระยะก่อนผ่าตัด จะเน้นในเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ rAAA ก่อนผ่าตัด ในระยะติดตามผลหลังผ่าตัด จะเน้นการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรค โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ รวมถึงการมาตรวจตามนัด ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย รวมถึงสนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม

บรรณานุกรม

1. Kato M, Kubo A, Green FN, Takagi H. Meta-analysis of randomized controlled trials on safety and efficacy of exercise training in patients with abdominal aortic aneurysm. *Journal of vascular surgery*. 2019;69(3):933-43.
2. Kohlman-Trigoboff D, Rich K, Foley A, Fitzgerald K, Arizmendi D, Robinson C, et al. Society for Vascular Nursing endovascular repair of abdominal aortic aneurysm updated nursing clinical practice guideline. *J Vasc Nurs*. 2020;38(2):36-65.
3. โรงพยาบาลศิริราช. สถิติผู้ป่วยที่รับการรักษาที่คลินิกหลอดเลือดแดงในช่องท้องโป่งพอง ณ หน่วยตรวจรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษและติดตามผล สยามินทร์ ชั้น 1 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2560 - เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2562.
4. ภาควิชาศัลยศาสตร์ สาขาศัลยศาสตร์หลอดเลือด โรงพยาบาลศิริราช. สถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดโดยการใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางหลอดเลือดแดง ปี พ.ศ.2559-2561.
5. กิตติญาณกรณ พันธ์วิไล, อรุณช อุทัยกุล, ชมลวรรณ ยอดกลกิจ, วุฒิชัย แสงประกาย. การพัฒนาและผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวน (EVAR). *วารสารการพยาบาล* 2563;22(2):58-70.
6. ไพบุลย์ เจริญอนุกุลกิจ, พงศ์ธร ต้นติวรรัตน์. การรักษาหลอดเลือดโป่งพองโดยการสวนหลอดเลือดในปัจจุบัน. *วารสารพยาบาลตำรวจ* 2562;11(1):243-52.
7. Shaw PM, Loree J, Gibbons RC. Abdominal Aortic Aneurysm. *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing Copyright © 2020, StatPearls Publishing LLC.; 2020.
8. Ahluwalia N, Futterman B. Anatomy, Abdomen and Pelvis, Celiac Trunk. *StatPearls* [Internet]: StatPearls Publishing; 2018.
9. Tezuka F, Sakai T, Nishisho T, Takata Y, Higashino K, Takao S, et al. Variations in arterial supply to the lower lumbar spine. *Eur Spine J*. 2016;25(12):4181-7.
10. Pawlina W, Ross MH. *Histology: a text and atlas: with correlated cell and molecular biology*: Lippincott Williams & Wilkins; 2018.

11. Songür A, Toktaş M, Alkoç O, Acar T, Uzun İ, Baş O, et al. Abdominal aorta and its branches: morphometry. Variations in autopsy cases. *Eur J Gen Med*. 2010;7(3):321-5.
12. ณัฏฐวดี เวียงเพิ่ม. รายงานผู้ป่วย: การใช้บอลูนอุดหลอดเลือดเพื่อช่วยในการผ่าตัดเปิดในผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองและแตก. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม* 2562;16(3):33-42.
13. มาลี เบญจพลากร. การพยาบาลระดับความรู้สึผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพอง ผ่าตัดสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านสายสวน: กรณีศึกษา. *สวรงค์ประชารักษ์เวชสาร* 2561; 15(3): 85-94.
14. Wanhainen A, Verzini F, Van Herzelee I, Allaire E, Bown M, Cohnert T, et al. Editor's Choice - European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2019 Clinical Practice Guidelines on the Management of Abdominal Aorto-iliac Artery Aneurysms. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2019;57(1):8-93.
15. Ruangpratheep C. The Essentials of Pericardial Diseases. *Royal Thai Army Medical Journal*. 2019;72(1):53-60.
16. Ehrman JK, Fernandez AB, Myers J, Oh P, Thompson PD, Keteyian SJ. Aortic Aneurysm: DIAGNOSIS, MANAGEMENT, EXERCISE TESTING, AND TRAINING. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 2020;40(4):215-23.
17. Guirguis-Blake JM, Beil TL, Senger CA, Whitlock EP. Ultrasonography screening for abdominal aortic aneurysms: a systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine*. 2014;160(5):321-9.
18. Papadakis MA, McPhee SJ, Bernstein J. Abdominal Aortic Aneurysm. *Quick Medical Diagnosis & Treatment* 2020. New York, NY: McGraw-Hill Education.
19. Akai A, Watanabe Y, Hoshina K, Obitsu Y, Deguchi J, Sato O, et al. Family history of aortic aneurysm is an independent risk factor for more rapid growth of small abdominal aortic aneurysms in Japan. *Journal of Vascular Surgery*. 2015;61(2):287-90.
20. Vardulaki K, Walker N, Day N, Duffy S, Ashton H, Scott R. Quantifying the risks of hypertension, age, sex and smoking in patients with abdominal aortic aneurysm. *British journal of surgery*. 2000;87(2):195-200.
21. Grøndal N, Søgård R, Lindholt JS. Baseline prevalence of abdominal aortic aneurysm, peripheral arterial disease and hypertension in men aged 65–74 years from a population screening study (VIVA trial). *BJS (British Journal of Surgery)*. 2015;102(8):902-6.

22. Robbins DA. Current modalities for abdominal aortic aneurysm repair: Implications for nurses. *Journal of Vascular Nursing*. 2010;28(4):136-46.
23. Kapila V, Jetty P, Doug Wooster M, Vucemilo V. 2018 Screening for abdominal aortic aneurysms in Canada: Review and position statement from the Canadian Society of Vascular Surgery. The Canadian Society for Vascular Surgery. 2018.
24. Keisler B, Carter C. Abdominal aortic aneurysm. *American family physician*. 2015;91(8):538-43.
25. พงษ์ กาญจนสุทธิรักษ์. โรค Abdominal Aortic Aneurysm (AAA). ใน: บุรพา กาญจนบัตร, ไวกุณฐ์ สถาปนาวัตร, บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์หลอดเลือดในเวชปฏิบัติทั่วไป ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ไชยสถานการพิมพ์; 2561. หน้า 199-211.
26. Sakalihan N, Michel J-B, Katsargyris A, Kuivaniemi H, Defraigne J-O, Nchimi A, et al. Abdominal aortic aneurysms. *Nature Reviews Disease Primers*. 2018;4(1):34.
27. Pettersson M, Hansson A, Brodersen J, Kumlien C. Experiences of the screening process and the diagnosis abdominal aortic aneurysm among 65-year-old men from invitation to a 1-year surveillance. *Journal of Vascular Nursing*. 2017;35(2):70-7.
28. Antoniou S, Antoniou G, Granderath F, Simopoulos C. The role of matrix metalloproteinases in the pathogenesis of abdominal wall hernias. *Eur J Clin Invest*. 2009;39(11):953-9.
29. Rasmor M, Brown CM, Wachs JE. Physical examination for the occupational health nurse: skills update. *AAOHN J*. 2003;51(9):390-401.
30. Moll FL, Powell JT, Fraedrich G, Verzini F, Haulon S, Waltham M, et al. Management of abdominal aortic aneurysms clinical practice guidelines of the European society for vascular surgery. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2011;41 Suppl 1:S1-S58.
31. Sakalihan N, Limet R, Defawe OD. Abdominal aortic aneurysm. *The Lancet*. 2005;365(9470):1577-89.
32. Lumsden AB, Lin PH, Bush RL, Chen C. Arterial disease. *Schwartz's Principles of Surgery McGraw-Hill, New York*. 2005:717-808.
33. ปรีชา แก้วกัญญา. How do I Treat Abdominal Aortic Rupture in My Rural Hospital? ใน: คามิน ชินศักดิ์ชัย, กฤตยา กฤตยาภิรม, ปิยนุช พุตรระกูล, บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์หลอดเลือด ประยุกต์ เล่ม 5. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; 2561. หน้า 25-37.

34. Brady AR, Thompson SG, Fowkes FGR, Greenhalgh RM, Powell JT. Abdominal aortic aneurysm expansion: risk factors and time intervals for surveillance. *Circulation*. 2004;110(1):16-21.
35. Lin P, Kougiass P, Bechara C, Cagiannos C, Huynh T, Chen C. Arterial disease. *Schwartz's principles of surgery 9th ed* New York: McGraw-Hill. 2010:730-6.
36. Swart M, McCarthy R. Shared decision making for elective abdominal aortic aneurysm surgery. *Clin Med (Northfield IL)*. 2019;19(6):473-7.
37. Wassef M, Baxter BT, Chisholm RL, Dalman RL, Fillinger MF, Heinecke J, et al. Pathogenesis of abdominal aortic aneurysms: a multidisciplinary research program supported by the National Heart, Lung, and Blood Institute. *Journal of vascular surgery*. 2001;34(4):730-8.
38. วิทวัส ตันตรัตนพงษ์. Management in Small Size AAA: When is Surgery Needed?. ใน: ปิยนุช พุทธระกูล, กฤตยา กฤตยาภิรณ, ณัฐวุฒิ เสริมสาธณสวัสดิ์, คามิน ชินศักดิ์ชัย, บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์หลอดเลือดประยุกต์ เล่ม 6 Decion Making in Vascular Surgery. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; 2562. หน้า 365-72.
39. Chaikof EL, Dalman RL, Eskandari MK, Jackson BM, Lee WA, Mansour MA, et al. The Society for Vascular Surgery practice guidelines on the care of patients with an abdominal aortic aneurysm. *Journal of Vascular Surgery*. 2018;67(1):2-77.e2.
40. Daye D, Walker TG. Complications of endovascular aneurysm repair of the thoracic and abdominal aorta: evaluation and management. *Cardiovasc Diagn Ther*. 2018;8(Suppl 1):S138-S56.
41. Schanzer A, Greenberg RK, Hevelone N, Robinson WP, Eslami MH, Goldberg RJ, et al. Predictors of abdominal aortic aneurysm sac enlargement after endovascular repair. *Circulation*. 2011;123(24):2848-55.
42. Donas KP, Eisenack M, Panuccio G, Austermann M, Osada N, Torsello G. The role of open and endovascular treatment with fenestrated and chimney endografts for patients with juxtarenal aortic aneurysms. *Journal of Vascular Surgery*. 2012;56(2):285-90.
43. Stolt M, Braun-Dullaeus R, Herold J. Do not underestimate the femoral pseudoaneurysm. *Vasa*. 2018;47(3):177-86.
44. Peters S, Braun-Dullaeus R, Herold J. Pseudoaneurysm. *Hamostaseologie*. 2018;38(03):166-72.

45. Patel RP, Katsargyris A, Verhoeven ELG, Adam DJ, Hardman JA. Endovascular Aortic Aneurysm Repair with Chimney and Snorkel Grafts: Indications, Techniques and Results. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2013;36(6):1443-51.
46. Tan CSS, Lee SWH. Warfarin and food, herbal or dietary supplement interactions: A systematic review. *Br J Clin Pharmacol*. 2020.
47. Daugirdas JT, Depner TA, Inrig J, Mehrotra R, Rocco MV, Suri RS, et al. KDOQI clinical practice guideline for hemodialysis adequacy: 2015 update. *Am J Kidney Dis*. 2015;66(5):884-930.
48. Zodda D, Giammona R, Schifilliti S. Treatment Strategy for Dyslipidemia in Cardiovascular Disease Prevention: Focus on Old and New Drugs. *Pharmacy*. 2018;6(1):10.
49. Laurent S. Antihypertensive drugs. *Pharmacol Res*. 2017;124:116-25.
50. Di Minno A, Frigerio B, Spadarella G, Ravani A, Sansaro D, Amato M, et al. Old and new oral anticoagulants: Food, herbal medicines and drug interactions. *Blood Reviews*. 2017;31(4):193-203.
51. Spolarich AE, Andrews L. An Examination of the Bleeding Complications Associated with Herbal Supplements, Antiplatelet and Anticoagulant Medications. *American Dental Hygienists Association*. 2007;81(3):67.
52. เมธาวดี มณีนิล, ศศิณา บัวสุข. การพัฒนาผลิตภัณฑ์แผ่นฟิล์มสมุนไพรลด-เลิกบุหรี่. *วารสารวิชาการสถาบันการอาชีวศึกษา*. 2563;5(1):110-7.
53. Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, Bullen C, Lancaster T. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018(5).
54. McElrath M, Myers J, Chan K, Fonda H. Exercise adherence in the elderly: Experience with abdominal aortic aneurysm simple treatment and prevention. *Journal Of Vascular Nursing*. 2017;35(1):12-20.
55. Spanos K, Tsilimparis N, Kölbel T. Exercise after aortic dissection: to run or not to run. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*. 2018;55(6):755-6.
56. Ikizler TA, Burrowes JD, Byham-Gray LD, Campbell KL, Carrero J-J, Chan W, et al. KDOQI clinical practice guideline for nutrition in CKD: 2020 update. *Am J Kidney Dis*. 2020;76(3):S1-S107.

57. Thuchart S, Asdornwised U, Pinyopasakul W, Trakarnsanga A. The effects of concrete-objective information program on pre-operative anxiety in abdominal surgery patients. *Nursing Science Journal of Thailand*. 2019;37(2):78-91.
58. Association AH. What is high blood pressure? South Carolina State Documents Depository. 2017.
59. จิตติมา ทาสวรรณอินทร์. การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์*. 2559;5(2):119-31.
60. Levine GN, Steinke EE, Bakaeen FG, Bozkurt B, Cheitlin MD, Conti JB, et al. Sexual Activity and Cardiovascular Disease. *Circulation*. 2012;125(8):1058-72.
61. แสงโสม ทรัพย์มนตรี, นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, นงค์คราญ วิเศษกุล. การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพ. *พยาบาลสาร* 2563;47(3):204-14.
62. Sonoiki T, Young J, Alexis O. Challenges faced by nurses in complying with aseptic non-touch technique principles during wound care: a review. *Br J Nurs*. 2020;29(5):S28-S35.
63. Epperla N, Mazza JJ, Yale SH. A review of clinical signs related to ecchymosis. *WMJ*. 2015;114(2):61-5.
64. Barchitta M, Maugeri A, Favara G, Magnano San Lio R, Evola G, Agodi A, et al. Nutrition and Wound Healing: An Overview Focusing on the Beneficial Effects of Curcumin. *Int J Mol Sci*. 2019;20(5):1119.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ



ฝ่ายการพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล
โทร. 0851663936

ที่ อว 78.072/Eng7298/2563

วันที่ 23 พฤศจิกายน 2563

เรื่อง เชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิคู่มือการพยาบาล รศ.น.ต.นพ.คามิน ชินศักดิ์ชัย
เรียน หัวหน้าภา.ศัลยศาสตร์

ด้วย นางอาภานันท์ ลีละตานนท์ ตำแหน่งพยาบาล (พม.) SAPID 10023764 และ นางสาวเสาวภา ศรีพรหม ตำแหน่ง พยาบาล (พม.) SAP ID 10023651 สังกัด งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ได้จัดทำคู่มือการพยาบาลเรื่อง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนท้องโป่งพองที่มารับการผ่าตัดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางหลอดเลือดแดงในระยะก่อนผ่าตัดและระยะติดตามผลหลังผ่าตัด

ในการนี้ฝ่ายการพยาบาลฯจึงขอเรียนเชิญ รศ.น.ต.นพ.คามิน ชินศักดิ์ชัย ตำแหน่ง อาจารย์ประจำสาขาศัลยศาสตร์หลอดเลือดสังกัด ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตรวจสอบคู่มือการพยาบาลดังกล่าวเพื่อความถูกต้องและเป็นประโยชน์ทางวิชาการ

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาและดำเนินการต่อไปด้วยจักเป็นพระคุณ

วิศิษฐ์ วามวาณิชย์
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์วิศิษฐ์ วามวาณิชย์)
ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล

ร่าง น.ส. อาภานันท์ ภิรมยาภรณ์

ตรวจสอบ น.ส. ญาณนันท์ รัตนธีรวิเชียร, นาง วิมลรัตน์ ด้านวิริยะกุล, น.ส. จิตรา เกิดเพชร, น.ส. กรองแก้ว โสรัจธรรมกุล, นาง วัฒนพรรณ ฤกษ์มงคล, นาง เอื้องพร พัทธสังข์, นาง อรภรณ์ ดำรงวัฒนกุล, นาง ดารณี พิพัฒน์กุลชัย, นาง ดารณี พิพัฒน์กุลชัย, น.ส. อินทิรา บุญบางเก็ง



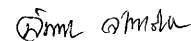
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
สำนักงานคณบดี งานบริหารจัดการ
โทรศัพท์ ๐๒-๔๑๙๗๔๖๖-๘๐ ต่อ ๑๒๐๗
โทรสาร ๐๒-๔๑๒-๘๔๑๕

ที่ อว ๗๘.๐๕/๐๐๓๒๖
วันที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔
เรื่อง อนุมัติให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ตามหนังสือที่ อว ๗๘.๐๗/๐๐๒๔๙ ลงวันที่ ๑๙ มกราคม ๒๕๖๔ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ได้เรียนเชิญ อาจารย์ ดร.เกศศิริ วงษ์คงคำ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคู่มือการพยาบาล เรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนท้องโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางหลอดเลือดแดงในระยะก่อนผ่าตัดและระยะติดตามผลหลังผ่าตัด” ให้กับนางอาภานันท์ ลีละตานนท์ ตำแหน่ง พยาบาล (พนักงานมหาวิทยาลัย) และนางสาวเสาวภา ศรีพรหม ตำแหน่ง พยาบาล (พนักงานมหาวิทยาลัย) สังกัด งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ความละเอียดทราบแล้วนั้น

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง และยินยอมให้ อาจารย์ ดร.เกศศิริ วงษ์คงคำ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคู่มือการพยาบาล ดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ฉันทิกา จันท์เปี้ย)

รองคณบดีฝ่ายบริหาร

ปฏิบัติหน้าที่แทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

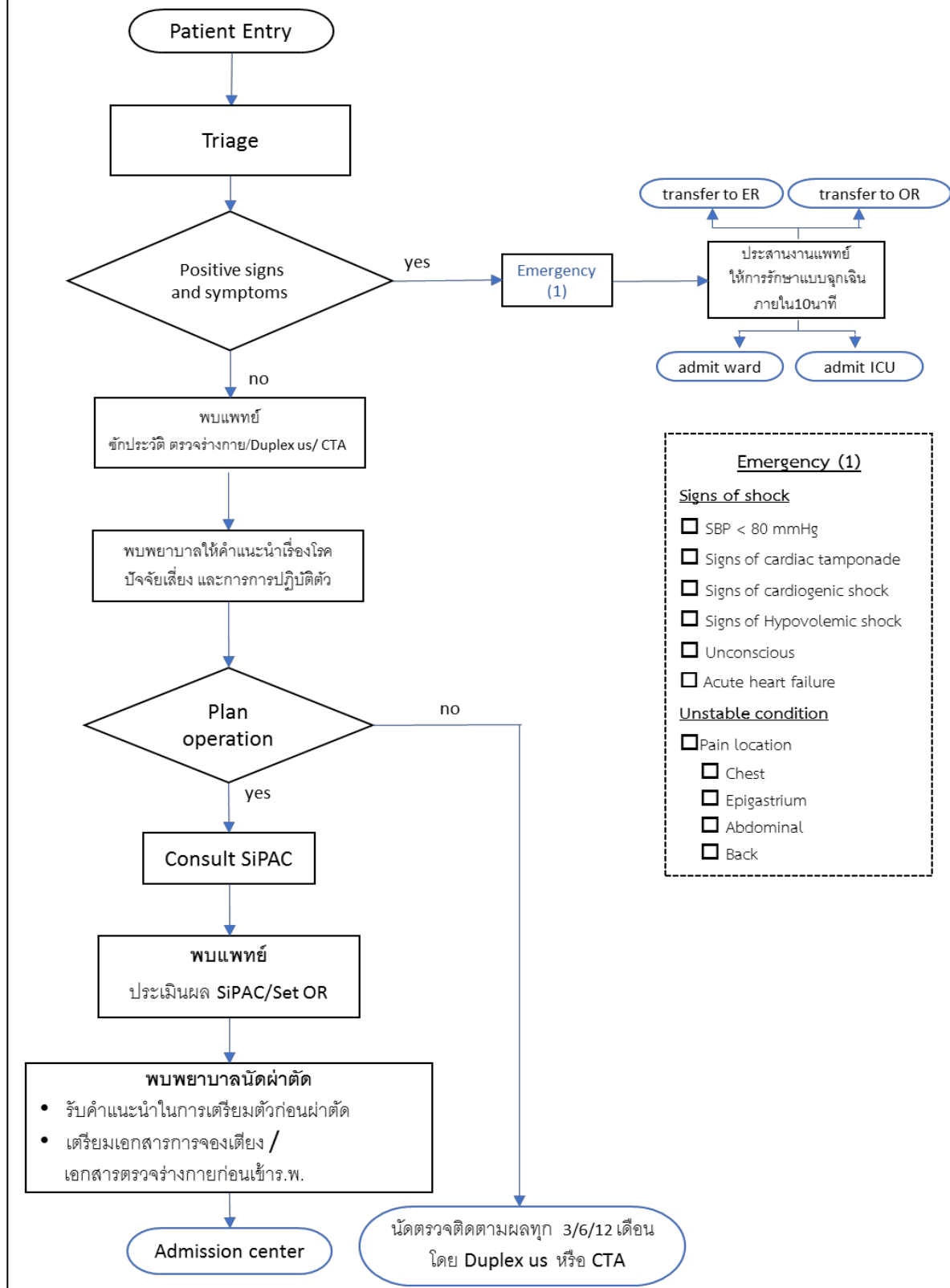
งานบริหารและธุรการดำเนินการ
ในระบบ E-Doc & HR ES แล้ว

☐ ส่งต้นฉบับ.....
☒ ไม่ส่งต้นฉบับ.....
☐ สำเนา.....

ภาคผนวก ข

Flow care process of aortic aneurysm at OPD unit
(pre-operative)

Care process of aortic aneurysmat OPD unit (pre operative)



ภาคผนวก ค

แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตก/หกล้มสำหรับหน่วยบริการผู้ป่วยนอก (ผู้ใหญ่)

Fall Prevention in Adult (Out patient)

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการพลัดตก/หกล้มในผู้ป่วยผู้ใหญ่เปเล-รณนึ่งที่มารับบริการ
ผู้ป่วยนอก

ตัวชี้วัด

1. การปฏิบัติ

1.1 อัตราการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ: Fall Prevention 100%

2. ผลลัพธ์

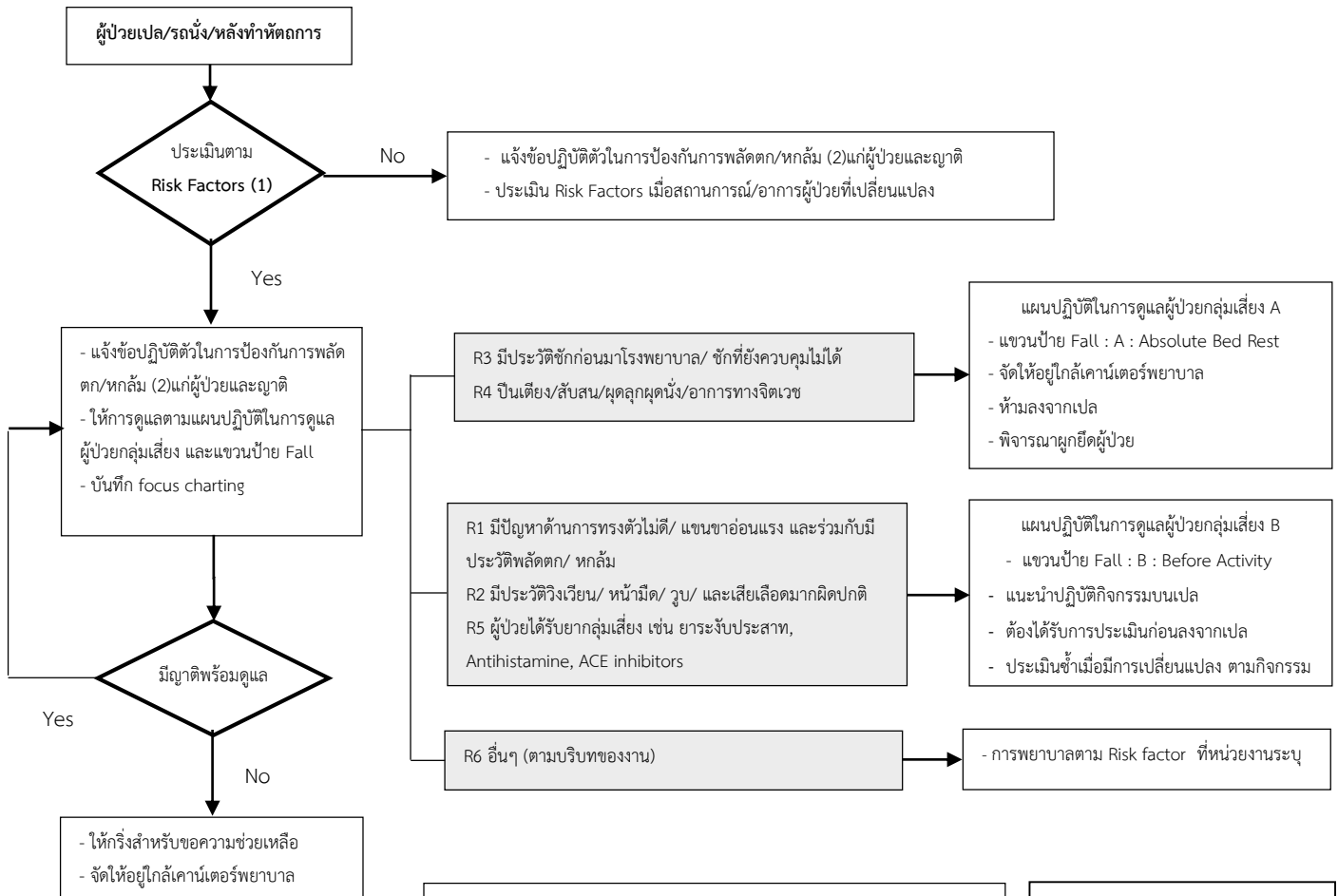
2.1 อัตราการพลัดตก/หกล้มภาพรวม(C-I) ≤ 0.2 ครั้ง/ 1,000 visit

2.2 อัตราการพลัดตก/หกล้มแบบ Injury (D-I) < 0.1 ครั้ง/ 1,000visit

☐ R0 : No Risk / ขยับแขนขาไม่ได้

Risk Factors (1)

- ☐ R1 : มีปัญหาด้านการทรงตัวไม่ดี/แขนขาอ่อนแรง และร่วมกับมีประวัติ
พลัดตก/ หกล้ม
- ☐ R2 : มีประวัติวิงเวียน/ หน้ามืด/ วูบ/ และเสียเลือดมากผิดปกติ
- ☐ R3 : มีประวัติชักร่อนมาโรงพยาบาล/ ชักที่ยังควบคุมไม่ได้
- ☐ R4 : ปั่นเตียง/สับสน/ผุดลุกผุดนั่ง/อาการทางจิตเวช
- ☐ R5 : ผู้ป่วยได้รับยากลุ่มเสี่ยง เช่น ยาระงับประสาท, Antihistamine,
ACE inhibitors
- ☐ R6 : อื่นๆ (ตามบริบทของงาน).....



วิธีการให้ข้อมูลข้อปฏิบัติในการป้องกันการพลัดตก/หกล้ม

- ให้คำแนะนำข้อปฏิบัติในการป้องกันการพลัดตก/หกล้ม (2)
- SCAN QR code เพื่อรับทราบข้อปฏิบัติตัว
- แนะนำปฏิบัติตามโปสเตอร์คำแนะนำข้อปฏิบัติในการป้องกันการพลัดตก/ หกล้ม

ข้อปฏิบัติในการป้องกันการพลัดตก/ หกล้ม (2)

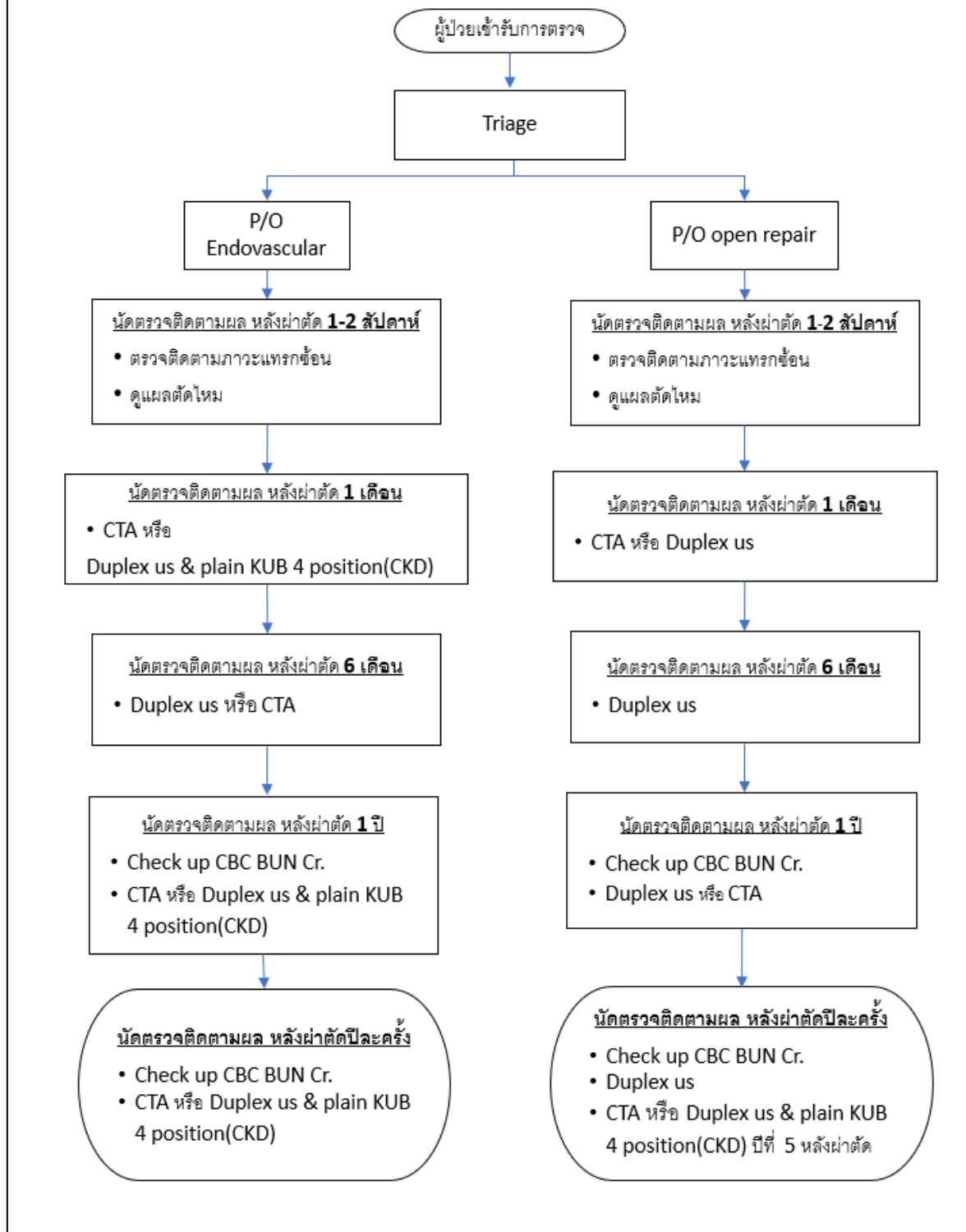
1. ดูแลให้ผู้ป่วยอยู่บริเวณกึ่งกลางเปลนอน ศีรษะและปลายเท้าไม่ยื่นเลยปลายเปล
2. ระหว่างรอตรวจ ดึงกั้นเปลขึ้นตลอดเวลา
3. ขึ้น/ ลงเปลด้วยบันได โดยมีผู้ดูแลช่วยเหลือขณะขึ้น/ ลงจากเปล
4. ห้ามนั่งห้อยขาข้างเปล
5. ผู้ป่วยรณนึ่ง นั่งหลังชิดพนัก และไม่ให้มือห้อยของที่พื้น
6. ดูแลให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าและเคลื่อนไหวช้าๆ
7. กรณีเข้าห้องน้ำ กรุณาตรึงเพื่อให้มีผู้ช่วยเหลือก่อนลุกจากโถนั่ง



ภาคผนวก ง

Flow care process of aortic aneurysm at OPD unit
(post-operative)

Care process of aortic aneurysm at OPD unit (post operative)



ภาคผนวก จ

ประวัติผู้จัดทำคู่มือการพยาบาล

ประวัติผู้จัดทำคู่มือการพยาบาล

ชื่อ – สกุล	นางอาภานันท์ ลีละตานนท์
วัน เดือน ปีเกิด	19 มกราคม 2533
ประวัติการศึกษา	
ระดับมัธยมศึกษา	โรงเรียนศึกษานารี จบ พ.ศ. 2551
ระดับปริญญาตรี	พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จบ พ.ศ. 2555
ประวัติการทำงาน	
ปีพ.ศ. 2555-2560	พยาบาลระดับปฏิบัติการ หอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง ตึกสลาकिनแบ่งรัฐบาล ชั้น 2
ปีพ.ศ. 2560-ปัจจุบัน	พยาบาลระดับปฏิบัติการ หน่วยตรวจรักษาด้วยเครื่องมือ พิเศษและติดตามผล

ประวัติผู้จัดทำคู่มือการพยาบาล

ชื่อ – สกุล	นางสาวเสาวภา ศรีพรหม
วัน เดือน ปีเกิด	11 มกราคม 2530
ประวัติการศึกษา	
ระดับมัธยมศึกษา	โรงเรียนจอมพระประชาสรรค์ จบ พ.ศ. 2548
ระดับประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล	โรงเรียนผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช จบ พ.ศ. 2549
ระดับปริญญาตรี	พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จบ พ.ศ. 2555
ประวัติการทำงาน	
ปีพ.ศ. 2549-2551	ผู้ช่วยพยาบาล หอผู้ป่วย เจ้าฟ้ามหาจักรี ชั้น 4
ปีพ.ศ. 2555-2558	พยาบาลระดับปฏิบัติการ หอผู้ป่วยตึก 84 ปี ชั้น 4 ตะวันตก
ปีพ.ศ. 2558-ปัจจุบัน	พยาบาลระดับปฏิบัติการ หน่วยตรวจรักษาด้วยเครื่องมือ พิเศษและติดตามผล