

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ด้วยการส่องกล้อง: กรณีศึกษา

Nursing Care of Laparoscopic Low Anterior Resection: Case Study

เบญจมาศ พิ्लीก, พย.บ.

Benjamas Piluk, B.N.S.

Abstract

Colorectal cancer is the third most common cancer worldwide and the fourth leading cause of cancer-related mortality. It can occur in any part of the large intestine, including the colon, located within the abdominal cavity, and the rectum, situated in the pelvic cavity. Prompt and appropriate treatment significantly reduces mortality rates. Laparoscopic surgery has been widely accepted across the global medical field as a highly effective procedure. Its advantages include a faster recovery period, reduced postoperative pain, smaller incisions compared to open surgery, quicker restoration of gastrointestinal function, and shorter hospital stays.

As treatment guidelines continue to evolve, operating room nurses must continuously enhance their competencies, particularly in providing expert surgical nursing care and ensuring proper preparation of the operating room and specialized instruments required for the procedure. Therefore, this study focuses on caring for a patient undergoing laparoscopic colorectal cancer surgery, aiming to identify problems and provide comprehensive nursing care during the preoperative, intraoperative, and postoperative phases to ensure patient safety, prevent complications, and promote a return to normal daily activities.

This case study involves a 65-year-old female patient who presented with abdominal bloating, abnormal bowel movements, and weight loss for four months. She was diagnosed with rectosigmoid adenocarcinoma with bowel obstruction, and had previously undergone loop transverse colostomy in April 2024. The patient was scheduled for laparoscopic low anterior resection. Throughout the period of care, the full nursing process was utilized, addressing both physical and psychological needs before, during, and after surgery. The patient received complete nursing care in accordance with professional standards, ensuring safety, preventing complications, and enabling her to return to normal daily life.

Laparoscopic surgery is a complex procedure requiring expert knowledge and nursing proficiency. Operating room nurses must accurately prepare surgical instruments and equipment and possess an understanding of each surgical step. The application of the nursing process to assess and solve problems contributes to a smooth surgical procedure, patient safety, and prevention of complications.

Keywords: colorectal cancer, laparoscopic colorectal cancer surgery

วันที่รับ (received) 19 กันยายน 2568

วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 7 พฤศจิกายน 2568

วันที่ตอบรับ (accepted) 28 พฤศจิกายน 2568

Published online ahead of print 4 ธันวาคม 2568

กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์
Department of Nursing, Sawanpracharak Hospital, Nakhon Sawan

Corresponding Author: เบญจมาศ พิ्लीก

กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

Email: benjamaspiluk2509@gmail.com

doi:

บทคัดย่อ

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colorectal Cancer) เป็นมะเร็งที่มีอุบัติการณ์สูงเป็นอันดับ 3 และเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับที่ 4 ในโลก มะเร็งลำไส้ใหญ่สามารถเกิดขึ้นได้ ทั้งในส่วนของลำไส้ใหญ่ที่ตั้งอยู่ในช่องท้อง (Colon) และลำไส้ใหญ่ส่วนปลายที่ตั้งอยู่ในอุ้งเชิงกราน (Rectum) การรักษาที่รวดเร็วและเหมาะสมจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ การผ่าตัดด้วยกล้องส่องภายในช่องท้อง (Laparoscopic Surgery) ได้รับการยอมรับในวงการแพทย์ทั่วโลกว่าเป็นหัตถการที่มีประสิทธิภาพสูง ข้อได้เปรียบของการผ่าตัดด้วยเทคนิคนี้ ประกอบด้วย ระยะเวลาในการฟื้นตัวที่รวดเร็วกว่า ระดับ

ความเจ็บปวดที่ลดลง ขนาดของแผลผ่าตัดที่เล็กกว่าการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง การฟื้นตัวของระบบทางเดินอาหารที่เร็วกว่า และระยะเวลาในการรักษาตัวที่โรงพยาบาลที่สั้นกว่า เนื่องจากแนวทางการรักษาที่มีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง บุคลากรพยาบาลห้องผ่าตัดจึงจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพและยกระดับสมรรถนะของตนเองอย่างต่อเนื่อง ให้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม การเตรียมความพร้อมและอุปกรณ์พิเศษสำหรับการทำหัตถการ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจ ดำเนินการศึกษาผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ด้วยการส่องกล้องเพื่อศึกษาปัญหา นำข้อมูลที่ศึกษามาสังเคราะห์และปรับใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ด้วยการส่องกล้อง ให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลและ ให้ความร่วมมือต่อแผนการรักษาพยาบาลสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงอายุ 65 ปีมีอาการท้องอืด ถ่ายอุจจาระผิดปกติ และน้ำหนักลดลงเป็นเวลา 4 เดือน ได้รับการวินิจฉัยเป็น Adenocarcinoma Rectosigmoid พร้อม Bowel Obstruction เคยได้รับการทำ Loop Transverse Colostomy เดือนเมษายน 2567 แพทย์นัดทำผ่าตัด Laparoscopic Low Anterior Resection ระหว่างรับผู้ป่วยไว้ในหอผู้ป่วย ได้ใช้กระบวนการพยาบาลครบวงจรตั้งแต่ก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัด ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลอย่างครบถ้วน ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน กลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

การผ่าตัดด้วยกล้องส่องภายในช่องท้อง (Laparoscopic Surgery) มีความยุ่งยากซับซ้อน พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีความเชี่ยวชาญ จัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือถูกต้องครบถ้วน มีความรู้ความเข้าใจขั้นตอนการผ่าตัด สามารถนำกระบวนการพยาบาล มาวิเคราะห์ แก้ไขปัญหาจะช่วยให้การผ่าตัดราบรื่น ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ: มะเร็งลำไส้, การผ่าตัดมะเร็งลำไส้ด้วยการส่องกล้อง

บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นมะเร็งที่มีอุบัติการณ์สูงเป็นอันดับ 3 และเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับที่ 4 ในโลก¹ เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญ จากสถิติสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ.2564 พบอุบัติการณ์ของมะเร็งลำไส้ใหญ่และมะเร็งลำไส้ตรง 19.0 คน² ต่อประชากรแสนคน และมีแนวโน้มสูงขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา อุตการณ์หรือโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่^{3,4,5} จะเพิ่มขึ้นตามวัย ปกติจะพบน้อยในคนอายุไม่ถึง 40 ปี แต่โอกาสเสี่ยงจะเพิ่มเป็น 2 เท่าของอายุ 50 ปี และความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นอีก ถ้าหากมีปัจจัยเสริมดังต่อไปนี้ มีญาติใกล้ชิดเช่นพ่อแม่หรือพี่น้องเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ มีญาติใกล้ชิด

ที่เป็นโรคเนื้องอกของลำไส้ใหญ่ เป็นโรคลำไส้อักเสบ ถ้าเป็นเรื้อรังเกิน 10 ปี มีโอกาสเป็นมะเร็งเพิ่ม 5-10 เท่า เคยเป็นเนื้องอกชนิด Polyps ของลำไส้ใหญ่ เนื้องอกนี้ส่วนใหญ่จะไม่กลายเป็นมะเร็ง แต่ถ้าทิ้งไว้ให้เจริญเติบโตบนผนังของลำไส้ใหญ่ไปนานๆ จะกลายเป็นเนื้องอก Polyps ทำให้มีอาการถ่ายเป็นเลือดหรือมีก้อนย่อยเวลาเบ่งถ่าย ถ้ามีขนาดใหญ่จะขับ Mucous ออกมา ทำให้ถ่ายเป็นมูกวนละหลายครั้ง มะเร็งลำไส้ใหญ่เกิดจากการเปลี่ยนแปลง ทางจุลชีววิทยาของลำไส้ ปกติจะมีการแบ่งตัว เพิ่มเป็น Adenomatous Polyps และเจริญผิดปกติจนกลายเป็นมะเร็ง (Adenoma carcinoma) อาการและอาการแสดง^{3,4} ถ่ายเป็นเลือดถ่ายมีเลือดปน หรือตรวจพบจาก Fit Test ผลผิดปกติ อุจจาระมีเลือดปนสีแดงหรือคล้ำเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด ระบบขับถ่ายเปลี่ยนแปลงอย่างผิดปกติเช่นท้องผูกเรื้อรังสลับกับท้องเสียบ่อยๆ อุจจาระมีขนาดเล็กหรือรูปร่างผิดปกติ อุจจาระเหล่านี้อาจเกิดจากก้อนมะเร็งขวางทางเดินอุจจาระ ปวดท้องเรื้อรัง โดยไม่ทราบสาเหตุ ท้องอืดท้องเฟ้ออาเจียนบ่อย น้ำหนักลดลงอย่างผิดปกติ เหนื่อยง่าย ซีดหน้ามืดเป็นลม

การตรวจวินิจฉัยโรคทำโดยใช้วิธีตรวจทวารหนัก^{1,4,5} เพื่อตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนักส่วนปลาย การตรวจหาเลือดในอุจจาระ การส่องกล้องตรวจทวารหนัก Colonoscopy การถ่ายภาพรังสีของลำไส้ใหญ่ (Barium enema) การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ CT Scan การรักษา มีการรักษาได้หลายวิธีขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพ ตำแหน่ง ขนาด และระยะของโรค การผ่าตัดแพทย์จะตัดเนื้อร้ายทั้งหมด ร่วมกับเนื้อดีบางส่วน กรณีที่ไม่สามารถต่อลำไส้ได้ แพทย์จะเปิดลำไส้ไว้ที่ผนังหน้าท้องถ่ายอุจจาระทางหน้าท้องโดยมีถุงรองรับอุจจาระขอบเขตการตัดลำไส้ใหญ่ที่มีมะเร็งอยู่ จะขึ้นอยู่กับตำแหน่งของพยาธิสภาพ⁷ การให้เคมีบำบัดเพื่อฆ่าเซลล์มะเร็งที่เหลือจากการผ่าตัด การให้รังสีรักษา โดยมากจะให้ก่อนผ่าตัดเพื่อลดขนาดของเนื้อร้ายหรือให้หลังการผ่าตัด เพื่อทำลายเซลล์เนื้อร้ายที่เหลือ ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้นว่าการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสามารถทำได้หลายวิธีแต่วิธีการรักษาที่นิยมมากที่สุดวิธีหนึ่งคือ การทำผ่าตัดผ่านกล้อง นับว่าเป็นเทคนิคการผ่าตัดที่ค่อนข้างใหม่ และจัดว่าเป็นการผ่าตัดในกลุ่มของ Advance Laparoscopic Surgery¹ ได้รับการยอมรับในวงการแพทย์ทั่วโลกว่าเป็นหัตถการที่มีประสิทธิภาพสูง

โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ได้ทำการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ด้วยการส่องกล้อง (Laparoscopic low anterior resection) ตั้งแต่ พ.ศ. 2564 จนถึงปัจจุบัน ทำผ่าตัดได้ 50 ราย แพทย์มีแนวโน้มเลือกการผ่าตัดด้วยการส่องกล้องเป็นวิธีผ่าตัดมากขึ้น เนื่องจากมีขนาดของแผลผ่าตัดที่เล็กกว่าการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง ระยะเวลาในการฟื้นตัวที่รวดเร็วกว่า ระดับความเจ็บปวด

ที่ลดลง การฟื้นตัวของระบบทางเดินอาหารที่เร็วกว่า และระยะเวลาในการรักษาตัวที่โรงพยาบาลที่สั้นกว่า แต่การผ่าตัดมีความยุ่งยากซับซ้อน ดังนั้นทีมพยาบาลจึงต้องมีทักษะและความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการผ่าตัด รู้จักเครื่องมือและวิธีใช้การจัดเตรียมอุปกรณ์พิเศษให้พร้อมใช้เพื่อให้การผ่าตัดราบรื่น บุคลากรพยาบาลห้องผ่าตัดจึงจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพและยกระดับสมรรถนะของตนเองอย่างต่อเนื่อง ให้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม การเตรียมความพร้อมและอุปกรณ์พิเศษสำหรับการทำหัตถการ โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจ ดำเนินการศึกษาผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ด้วยการส่องกล้องเพื่อนำข้อมูลใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน กลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัญหาและให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่ทำการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยการส่องกล้องใน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ทั้งระยะก่อน ระหว่างและหลังผ่าตัด
2. เพื่อนำข้อมูลที่ศึกษามาสังเคราะห์และนำไปใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ด้วยการส่องกล้อง ให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลและ ให้ความร่วมมือต่อแผนการรักษาพยาบาล

ขั้นตอนการดำเนินงาน

วิธีดำเนินการศึกษา

วิธีการศึกษาเป็นการศึกษาผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยการส่องกล้อง ห้องผ่าตัดชั้น 4 ห้อง 1 โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ในวันที่ 26 สิงหาคม 2567 โดยผู้ป่วยเข้ารับการรักษาดังแต่วันที่ 25 สิงหาคม 2567 ถึง 31 สิงหาคม 2567

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาขออนุมัติคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เอกสารรับรองเลขที่ COE. No52/2568 ลงวันที่ 9 กันยายน 2568 จึงได้รวบรวมข้อมูลโดยทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง ยึดหลักการพิทักษ์สิทธิ์โดยไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วย รวบรวมข้อมูลจากเอกสารวิชาการ ศึกษา ปรัชญาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง แล้วจึงนำข้อมูลมาทบทวนโดยใช้กระบวนการพยาบาล⁷ ในการให้การพยาบาลทั้ง 3 ระยะคือ ระยะก่อน ระหว่างและหลังผ่าตัด โดยยึดกระบวนการพยาบาล 4 ขั้นตอนคือ

1. ประเมินสถานะสุขภาพ โดยศึกษาจากเอกสาร การซักประวัติตรวจร่างกายประเมินสัญญาณชีพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ประวัติการ เจ็บป่วยปัจจุบันและในอดีต ประวัติการแพ้ยา

2. วางแผนการพยาบาล จากข้อมูลที่ได้รับรวมได้จากเอกสาร
3. ปฏิบัติตามแผนการจัดพยาบาลที่วางไว้
4. ติดตามประเมินผลตามแผนการพยาบาลสรุปและเผยแพร่ความรู้ที่ได้จากการทำกรณีศึกษา

ผลการศึกษา

การศึกษาในกรณีศึกษานี้ นำเสนอผลการศึกษาแบ่งเป็น 3 ส่วนคือ การประเมินภาวะสุขภาพ การวางแผนการพยาบาล การประเมินผลมีรายละเอียดดังนี้

การประเมินภาวะสุขภาพ

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 65 ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส คู่อาชีพรับจ้าง รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ 25 สิงหาคม 2567 แพทย์วินิจฉัย CA Rectosigmoid Colon แพทย์นัดมาผ่าตัดมะเร็งลำไส้ด้วยการส่องกล้อง 4 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการท้องอืดถ่ายอุจจาระเป็นลำเล็กสลับถ่ายเหลวปวดท้องด้านซ้ายเป็นบางครั้ง 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการท้องอืดมากขึ้นไม่ถ่ายอุจจาระ น้ำหนักลดลง มาตรวจรักษาวันที่ 4 เมษายน 2567 แพทย์วินิจฉัย โรค Bowel Obstruction ทำ Loop Transverse Colostomy ส่ง Pathology พบ Adenocarcinoma Rectosigmoid CT Scan พบ Mass at Rectosigmoid ทำ Colonoscopy วันที่ 9 เมษายน 2567 พบ Rectosigmoid Mass ขนาด 15 cm from AV จึงส่ง ทำ CCRT เพื่อลดขนาดก้อน 25 ครั้ง CT Scan ซ้ำก่อนมีขนาดลดลง แพทย์นัดมาผ่าตัด Laparoscopic Low Anterior Resection วันที่ 25 สิงหาคม 2567

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

เป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน DLP รักษาที่โรงพยาบาลบรรพตและโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ มาประมาณ 3 ปี กินยาสม่ำเสมอ ไม่มีประวัติแพ้ยา สารเคมีหรือโลหะใดๆ ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ โรคทางกรรมพันธุ์ ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุอื่น ๆ มาก่อน

การตรวจร่างกายแรกพบ

ลักษณะทั่วไป ผู้ป่วยหญิงไทย รูปร่างท้วม รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง เดินได้เองความดันโลหิต 128/78 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 14 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส น้ำหนัก 50 กิโลกรัม MEMS Score 2 คะแนน

ระบบหัวใจและหลอดเลือด: ฟังการเต้นของหัวใจ ปกติ สม่ำเสมอ, เส้นเลือดดำที่คอไม่โป่งพอง ระบบโลหิตและน้ำเหลือง คลำต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ รักแร้ และขาหนีบ ไม่พบ

ระบบทางเดินอาหาร: ตัว ตา ไม่เหลือง, คลำไม่พบก้อนในท้อง ท้องนุ่ม กดไม่เจ็บ, คลำตับและม้ามไม่ได้, ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ

ระบบทางเดินปัสสาวะ: คลำไตไม่ได้ ไม่มีอาการกดเจ็บ

บริเวณใด ตรวจปัสสาวะพบ น้ำปัสสาวะสีเหลืองใส ระบบ
ต่อมไร้ท่อ: ต่อมไทรอยด์ไม่โต, ความสามารถในการทำกิจกรรม
ต่างๆปกติ, ผลการตรวจ Glucose 98 mg/dL (ค่าปกติ
74-99 mg/dL) เพราะผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน รักษาสม่ำเสมอ
ระบบขับถ่าย: ถ่ายอุจจาระเป็นลำเล็กสลับกับถ่ายเหลว
ทำ Colostomy ไว้

ระบบประสาท: รู้สึกตัวดี ตอบคำถามได้ถูกต้องทันที ปฏิบัติ
ตามคำสั่งได้, ตาทั้งสองข้างมองเห็นภาพได้ปกติ ระบบกล้ามเนื้อ
กระดูกสันหลังและลำตัว: มือ ข้อมือ ข้อศอก รูปร่างลักษณะ
ปกติ ไม่มีการหักงอไม่มีอาการบวม แขนและขาปกติ ไม่บวม

แข็งแรงดี ไม่มีความผิดปกติของระบบนี้

สภาวะด้านจิตใจและอารมณ์: ผู้ป่วยใจเย็น ชอบคุย ให้
ความร่วมมือในการตรวจร่างกาย และตอบคำถามดี, ผู้ป่วยมี
ความวิตกกังวล เรื่องโรค และการผ่าตัด ให้การพยาบาล
ทางด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย

การตรวจทางรังสี: Chest x-ray Normal heart size, Both
hilar regions appear normal CT scan พบ Mass at
rectosigmoid

การตรวจคลื่นหัวใจ: EKG normal

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ 25 สิงหาคม 2567

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ		ผลการตรวจ	ค่าปกติ	แปลผล
CBC	HCT	36.3 %	40.3-51.9	ปกติ
	Hb	11.7 g/dl	12.7-16.9 g/dL	ปกติ
	Platelet count	$310 \times 10^3 \text{ cell/mm}^3$	$179-453 \times 10^3 \text{ cell/mm}^3$	ปกติ
	PT and INR	11.4 sec	11.0-13.4 sec	ปกติ
Chemistry	BUN	12 mg/dL	6-20 mg/dL	ปกติ
	Cr.	0.42 mg/dL	0.67-1.17 mg/dL	ต่ำกว่าปกติ
Electrolyte	Sodium	139 mmol/L	136-145 mmol/L	ปกติ
	Potassium.	3.79 mmol/L	3.4-4.5 mmol/L	ปกติ
	Chloride	103 mmol/L	101-109 mmol/L	ปกติ
	CO ₂	26 mmol/L	21-31 mmol/L	ปกติ
	Glucose	98 mg/dL	74-99 mg/dL	ปกติ

แผนการรักษาของแพทย์

วันที่ 25 สิงหาคม 2567 รับผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลที่
หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่ปวดท้อง ท้องอืด
เล็กน้อย ความดันโลหิต 128/78 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 84
ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 14 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.9 องศา
เซลเซียส น้ำหนัก 50 กิโลกรัม MEMS Score 2 คณะ
แพทย์สั่งผ่าตัด Lap LAR GA OR 4 วันที่ 26 สิงหาคม 2567
ให้ดื่มน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน เตรียมร่างกายให้ผู้ป่วย
สวนอุจจาระให้เพื่อเป็นการเตรียมลำไส้ก่อนผ่าตัด สวนปัสสาวะ
5% D/N/2 1000 ml IV drip rate 80 ml/hr. Clean+ Prep
skin at Abdomen, G/M PRC 2 unit เตรียม Antibiotic
Ceftriaxone 2 gm iv Metronidazole 500 mg iv drip
ไปห้องผ่าตัด ติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

วันที่ 26 สิงหาคม 2567 รับผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ได้รับ
ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว General Anesthesia ระยะเวลา
ผ่าตัด 3 ชั่วโมง ตลอดระยะการผ่าตัดสัญญาณชีพปกติ
การผ่าตัดประสบความสำเร็จผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ออกจากห้องผ่าตัด 15.55 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่เหนื่อยหอบ
อัตราการหายใจ 14 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/78 มิลลิเมตร
ปรอท ชีพจร 84 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส
แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีเลือดซึม แผลที่วาง Jackson Drain ไม่ซึม
Drain ออกเป็นเลือด 20 cc มีแผล Colostomy ที่หน้าท้อง
ด้านซ้าย ไม่มีอุจจาระออก ปวดแผลเล็กน้อย Pain score 3-4
ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน NPO on Acetar 1000 ml IV drip
rate 80 ml/hr. Retained foley catheter ปัสสาวะสีเหลืองใส

วันที่ 27 สิงหาคม 2567 ผู้ป่วยสดชื่นขึ้น, ยังมีอาการ
อ่อนเพลียเล็กน้อย, ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัด Pain Score 4 ให้
Tramal 50 mg IV เพื่อบรรเทาอาการปวด Colostomy มี
อุจจาระออกเล็กน้อย สังเกตผิวหนังของผู้ป่วยว่ามีการคั่งของ
ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (Subcutaneous Emphysema)
ไม่พบอาการบวมตามบริเวณใบหน้า ลำคอ บ่า, แผลผ่าตัดแห้งดี
ไม่มีเลือดซึม แผลที่วาง Jackson Drain ไม่ซึม Drain ออก
เป็นเลือด 20 cc ไม่ปวดท้อง ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดแผล
เล็กน้อยจัดให้นอนท่า Fowler Position และ Bed Rest ผู้ป่วย

พักผ่อนได้ รับประทานอาหารอ่อนได้ ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 134/67 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 76 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ปัสสาวะสีเหลืองใส

วันที่ 28 สิงหาคม 2567 ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นปวดแผล Trocar เล็กน้อย Pain score 2-3 แผลจาก Trocar ซึ่มเล็กน้อย Drain ออก 20 ml สีแดงจางๆ รับประทานอาหารได้ กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วเพื่อช่วยส่งเสริมการไหลเวียนของโลหิต การทำงานของระบบทางเดินอาหาร ผู้ป่วยได้รับการเจาะ DTX ทุก 4 ชั่วโมง ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ DTX 04.00 น. 115 mg% 10.00 น. DTX 91 mg% 14.00 น. DTX 209 mg% ให้ RI 2u sc ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 84 ครั้ง/นาที หายใจ 16 ครั้ง/นาที

วันที่ 29 สิงหาคม 2567 ผู้ป่วยปวดแผล Trocar เล็กน้อย Pain score 2-3 แผลจาก Trocar ซึ่มเล็กน้อย DTX 04.00 น. 159 mg% 10.00 น. DTX 238 mg% ให้ RI 6u sc 14.00 น. DTX 261 mg% ให้ RI 6u sc รับประทานอาหาร และพักผ่อนได้ ความดันโลหิต 134/72 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 76 ครั้ง/นาที หายใจ 16 ครั้ง/นาที

วันที่ 30 สิงหาคม 2567 ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นไม่ปวดแผล แผลจาก Trocar ไม่ซึ่ม DTX 04.00 159 mg% 10.00 น. DTX 238 mg% ให้ RI 6u sc 14.00 น. DTX 261 mg% ให้ RI 6u sc ผู้ป่วยอาการดีขึ้น รับประทานอาหาร และพักผ่อนได้ ความดันโลหิต 134/72 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 76 ครั้ง/นาที หายใจ 16 ครั้ง/นาที

วันที่ 31 สิงหาคม 2567 Drain ไม่ออกเพิ่ม แพทย์สั่ง Off Jackson Drain อาการทั่วไปปกติดี แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ มาพบแพทย์ตามนัด 3 สัปดาห์ เปิดแผล Off Staple วันที่ 10 กันยายน 2567 ผู้ป่วยได้รับการดูแลในโรงพยาบาล สวรรค์ประชารักษ์ 7 วัน และสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย

จากปัญหาดังกล่าวแบ่งการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ด้วยการส่องกล้องออกเป็น 3 ระยะ

การวางแผนการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด^{8,9}

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วัน พบผู้ป่วยมีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง เบาหวาน

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวพร้อมที่จะเข้ารับการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวพร้อมที่จะเข้ารับการผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอบถามชื่อ-นามสกุลให้ตรงกับป้ายชื่อมือ แฝ้มประวัติ

ตารางการผ่าตัดประจำวัน รวมทั้งสอบถามผู้ป่วยถึงชนิดของการผ่าตัด ตำแหน่ง ข้างและอวัยวะที่ทำผ่าตัด พร้อมทั้งบันทึกลงในแบบบันทึกการตรวจสอบการระบุตัวผู้ป่วยเพื่อการผ่าตัด

2. ตรวจสอบหนังสือขอรับการตรวจรักษาโดยวิธีการผ่าตัด และการระบับความรู้สึกให้ตรงกับชนิดของการผ่าตัดจะต้องลงนามอย่างถูกต้องครบถ้วนจากผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรม แพทย์ที่เป็นผู้ให้ข้อมูล และพยาบาล

3. ตรวจสอบความพร้อมของโลหิตสำรองไว้ใช้ในกรณีเสียเลือดมาก

4. อธิบายผู้ป่วยเกี่ยวกับกรงดื่มน้ำและงดอาหารหลังเที่ยงคืน เพื่อป้องกันการสำลักและอาเจียนเศษอาหารเข้าปอดขณะให้ยาระบับความรู้สึกแบบทั่วไป สวมอุจจาระเพื่อเตรียมลำไส้สวนปัสสาวะตามแผนการรักษา

5. ตรวจสอบการเตรียมผิวหนังในบริเวณที่จะทำผ่าตัดด้วยการโกนขนตั้งแต่บริเวณใต้ราวนมทั้งสองข้าง จนกระทั่งถึงบริเวณหน้าขาทั้งสองข้าง เพื่อลดการติดเชื้อของแผลผ่าตัด

6. สอบถามประวัติการแพ้ยา อาหาร และสารเคมี โดยเฉพาะยาปฏิชีวนะ ถ้ามีต้องรายงานแพทย์ทันที

7. สอบถามประวัติการเจ็บป่วย การผ่าตัดในอดีต การสูบบุหรี่ ผู้ป่วยมีประวัติความดันโลหิตสูง เบาหวาน ดูแลให้รับประทานยาและเจาะเลือดตามแผนการรักษา

การประเมินผล ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว พร้อมทั้งจะเข้ารับการผ่าตัด

การวางแผนการพยาบาลในระยะผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ผู้ป่วยมีโอกาสดำเนินการผ่าตัดผิดคน ผิดการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วัน มีผู้ป่วยผ่าตัด 20-30 รายต่อวัน

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยจากการทำผ่าตัด ผิดคน ผิดการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดถูกต้องคน และถูกชนิดของการผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ระบุตัวผู้ป่วยด้วยการสอบถามชื่อ นามสกุลผู้ป่วยให้ตรงกับป้ายชื่อมือ และแฝ้มประวัติ

2. ตรวจสอบสิ่งของ และเอกสารต่างๆ รวมทั้งผลการตรวจทางรังสีที่มากับผู้ป่วยได้แก่ Film CT Ultrasound เป็นต้น ให้ตรงกับชื่อ นามสกุลของผู้ป่วย

3. ทำ Time out ก่อนลงมือผ่าตัด เพื่อเป็นการระบุตัวผู้ป่วยร่วมกันระหว่างทีม ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ และทีมพยาบาล ด้วยการระบุชนิดของการผ่าตัด ข้างและตำแหน่งที่ทำผ่าตัด

การประเมินผล ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดถูกต้องคน และถูกชนิดของการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดท่า (Lithotomy position) ขณะทำผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน การเตรียมผู้ป่วยผ่าตัด จัดท่า (Lithotomy position) ขณะทำผ่าตัด ระยะเวลาผ่าตัดนาน 3 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนในการจัดท่า (Lithotomy position) ขณะทำผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่เกิดการบาดเจ็บของเส้นประสาทบริเวณต้นแขนและขา ผู้ป่วยไม่มีรอยกดทับในบริเวณที่เป็นปุ่มกระดูกขณะผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมและเหมาะสมสำหรับการจัดท่า ได้แก่ อุปกรณ์ผูกยึดขา (Restraint Strap) อุปกรณ์รองรับสันเท้า
2. เตรียมบุคลากรให้พร้อมสำหรับการจัดท่าอย่างน้อย 4 คน โดยยืนในตำแหน่งศีรษะของผู้ป่วย 1 คน ตำแหน่งด้านข้างลำตัวข้างละ 2 คน และตำแหน่งปลายเท้า 1 คน
3. จัดให้แขนทั้งสองข้างของผู้ป่วยแนบลำตัว ตำแหน่งข้อต่อต่างๆ หรือส่วนนูนของร่างกายควรวางอยู่บนผ้านิ่ม เพื่อป้องกันอันตรายจากการกดทับเส้นประสาท Median และ Ulnar
4. การใส่แผ่นรองรับที่ขาทั้งสองข้าง ขาแยกออกจากกันพอสมควร ปรับขาให้เหมาะสมกับช่วงความยาวของขาผู้ป่วย ป้องกันการตึงกล้ามเนื้อต้นขาเพื่อป้องกันอันตรายจากการกดทับเส้นประสาท Femoral Nerve
5. พับผ้าขาวเตียงผ่าตัดที่อยู่ใต้ลำตัวของผู้ป่วยคลุมแขนทั้งสองข้างแนบลำตัว เพื่อป้องกันแขนเลื่อนตกจากเตียงผ่าตัดขณะทำผ่าตัด
6. ปรับเตียงผ่าตัดให้ศีรษะต่ำประมาณ 30-40 องศา

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่เกิดการบาดเจ็บของเส้นประสาทบริเวณต้นแขนและขา ไม่มีรอยกดทับในบริเวณที่เป็นปุ่มกระดูกขณะผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการสูญเสียโลหิตมากระหว่างผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยผ่าตัดในช่องท้องเลาะเนื้อเยื่อมะเร็งและเส้นเลือด การผ่าตัดใช้เวลานาน 3 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยจากการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล สัญญาณชีพปกติ ไม่มีภาวะช็อค ตัวเย็น ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะ Shock

กิจกรรมการพยาบาล

1. เตรียมเครื่องจี้ไฟฟ้า ได้แก่ Electrosurgical Bipolar และอุปกรณ์ที่ใช้ในการห้ามเลือด ให้พร้อมใช้งานในขณะผ่าตัด
2. เตรียมเครื่องมือที่ใช้หนีบห้ามเลือด Hem-o-lock clip ให้มีขนาดเหมาะสมและอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน
3. ช่วยวิสัญญีแพทย์ประสานงาน เพื่อนำเลือดและสารประกอบ

ของเลือดมาให้พร้อมใช้ในขณะผ่าตัด

4. เฝ้าระวังระดับแรงดันในช่องท้องให้อยู่ระหว่าง 11-15 มิลลิเมตรปรอท¹ เพื่อรักษาพื้นที่ในการทำผ่าตัดให้คงที่ ทำให้ศัลยแพทย์มองเห็นบริเวณที่ทำผ่าตัดได้ชัดเจนตลอดเวลาการผ่าตัด

5. ประสานงานกับวิสัญญีแพทย์ในการประเมินภาวะของการสูญเสียโลหิต โดยดูปริมาณของเลือดในขวดของเครื่องดูดสุญญากาศ (Suction) พร้อมทั้งจดบันทึกจำนวนสารน้ำที่ใช้ล้างในช่องท้องลงในแบบบันทึกของพยาบาลห้องผ่าตัด (Perioperative Nursing Document) เตรียม PRC 2 unit สำรองไว้

6. จัดเตรียมเครื่องมือการผ่าตัดแบบเปิดไว้ให้พร้อม ในกรณีที่มีการเสียเลือดและการผ่าตัดโดยใช้กล้องไม่สามารถห้ามเลือดได้

การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สนิทปกติไม่ซีด และเย็น ความดันโลหิต 130/70-140/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 66-90 ครั้ง/นาที หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะ Shock

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia)

ข้อมูลสนับสนุน การผ่าตัดใช้เวลานาน 3 ชั่วโมง อุณหภูมิห้อง 21 องศาเซลเซียส

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยอุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36-37 องศาเซลเซียส ไม่มีอาการสั่น ปลายมือปลายเท้าไม่เย็น และไม่มีสีคล้ำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ไม่เปิดเผยร่างกายของผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น ด้วยการใช้ผ้าคลุมบริเวณที่ไม่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด ได้แก่ หน้าอก และต้นขาถึงปลายขา
 2. ใช้เครื่องเป่าร้อนคลุมบริเวณหน้าอก และส่วนล่างของร่างกายขณะผ่าตัด
 3. ใช้เครื่องสำหรับอุ่นก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ก่อนที่จะใส่เข้าไปในช่องท้อง เพื่อให้อุณหภูมิของก๊าซอุ่นก่อนใส่เข้าไปในช่องท้องของผู้ป่วย
 4. ปรับระดับของอุณหภูมิในห้องผ่าตัด ให้อยู่ระหว่าง 20-24 องศาเซลเซียส เพื่อป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการหนาวสั่น ทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น และร่างกายต้องการใช้ออกซิเจนมากขึ้น
- การประเมินผล** ผู้ป่วยอุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.8-37.2 องศาเซลเซียส ไม่มีอาการสั่น ปลายมือปลายเท้าไม่เย็น และไม่มีสีคล้ำ
- ข้อวินิจฉัยการพยาบาล** ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการตกค้างของเครื่องมือ ผ้าซับโลหิตในแผลผ่าตัด
- ข้อมูลสนับสนุน** การผ่าตัดในช่องท้อง ใช้เวลาผ่าตัดนาน 3 ชั่วโมง มีการเปลี่ยนทีมพยาบาลในการส่งเครื่องมือ ตรวจนับจำนวน

เครื่องมือ วัสดุของมีคม และผ้าซับโลहित

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยจากการมีสิ่งตกค้างในแผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีเครื่องมือ และผ้าซับโลहितค้างในแผลผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจนับจำนวนเครื่องมือ วัสดุของมีคม และผ้าซับโลहितระหว่างพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดและพยาบาลช่วยรอบนอกก่อนใช้และก่อนเย็บปิดแผลผ่าตัด หรือทุกครั้งที่มีการเพิ่มเติมให้ในระหว่างการผ่าตัด อย่างน้อย 2 ครั้ง พร้อมทั้งลงใน Perioperative Nursing Document เป็นหลักฐาน
2. ตรวจสอบความพร้อมใช้ของเครื่องมือ วัสดุของมีคม และผ้าซับโลहित ก่อนนำมาใช้ในการผ่าตัด เพื่อป้องกันการตกค้างของชิ้นส่วนในแผลผ่าตัด
3. นำผ้าซับโลहितที่ตรวจพบว่ามีจำนวนไม่ครบออกไปจากห้องผ่าตัดทันที เพื่อป้องกันการสับสนในการตรวจนับ

การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีเครื่องมือ และผ้าซับโลहितค้างในแผลผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล เสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่องท้องและแผลผ่าตัดเนื่องจากการส่องกล้องและเนื้อเยื่อถูกทำลาย

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดมีแผลที่หน้าท้อง ใส่ท่อระบายสารคัดหลั่งไว้ ใช้ระยะเวลาผ่าตัดนาน 3 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล ไม่มีการติดเชื้อในช่องท้องและแผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล แผลผ่าตัดปกติ ไม่บวมแดง

กิจกรรมการพยาบาล

1. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัดให้ผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อ
2. ทำความสะอาดผิวหนังหน้าท้องและต้นขาด้วยน้ำยา 2% Chlorhexidine แล้วใช้ผ้าปลอดเชื้อปูบริเวณที่ทำผ่าตัดเพื่อป้องกันการปนเปื้อนเชื้อโรค
3. ดูแลท่อระบายสารคัดหลั่ง ไม่ให้หักพับหรือเลื่อนหลุด และสังเกตลักษณะสารคัดหลั่ง
4. ประเมินการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดโดยสังเกตลักษณะบวมแดงๆ แผล และสารคัดหลั่งที่ซึมจากแผล
5. ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm iv Metronidazole 500 mg iv drip ตามแผนการรักษาของแพทย์

การประเมินผล แผลผ่าตัดไม่บวมแดง สารคัดหลั่งจากท่อระบายไม่มีกลิ่นเหม็น

การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีแผลที่หน้าท้อง บ่นปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย Pain Score 3-4

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลหลังผ่าตัด

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล ผู้ป่วยบรรเทาการปวดแผลหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่บ่นปวดแผลผ่าตัด ปวดแผลลดลงพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเจ็บปวดโดยใช้ Pain Score ทุก 15 นาที ใน 2 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดจากนั้นทุกๆ 1 ชั่วโมง จำนวน 4 ครั้ง และทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 72 ชั่วโมง
2. ให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา Tramal 50 mg(v)
3. จัดให้ผู้ปวยนอนท่า Fowler's position และช่วยเหลือพลิกตะแคงให้นอนในท่าที่สบาย
4. ดูแลด้วยการสัมผัส (Touch technique) ผู้ป่วย ซึ่งเป็นการสื่อสารที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ และช่วยให้เกิดการผ่อนคลายและบรรเทาความเจ็บปวด

การประเมินผล ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดลดลง พักผ่อนได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง¹

ข้อมูลสนับสนุน

1. ในการผ่าตัดมีการใช้ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ เพิ่มพื้นที่ในช่องท้อง
2. การผ่าตัดใช้เวลา 3 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง

เกณฑ์การประเมินผล 1. ไม่เกิดภาวะก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง
2. CO₂ Insufflator อยู่ในระดับปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ระดับความดันของเครื่องจ่ายก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (CO₂ Insufflator) อยู่ในระดับที่เหมาะสม ซึ่งในช่วงแรกของการผ่าตัดที่เริ่มมีการเป่าก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้องเพื่อขยายพื้นที่ในช่องท้อง (Pneumoperitoneum) อัตราการไหลเวียนไม่ควรเกิน 3 ลิตรต่อนาทีจนกระทั่งในช่องท้องของผู้ป่วยถูกควบคุมให้อยู่ในระดับคงที่ประมาณ 14-15 มิลลิเมตรปรอท หลังจากนั้นจึงจะปรับอัตราการไหลของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ให้เป็น 6 ลิตรต่อนาที¹
2. ประสานงานกับศัลยแพทย์ในการลดอัตราการเป่าก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ของเครื่องควบคุมการจ่ายก๊าซ โดยลดความดันในช่องท้องให้ต่ำกว่า 14 มิลลิเมตรปรอท และปรับเตียงผ่าตัดให้ผู้ปวยอยู่ในแนวราบปกติหรือศีรษะสูง เพื่อให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ ในกรณีที่ผู้ป่วยมี End-tidal Carbon Dioxide เพิ่มขึ้นจนเกิดภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง อยู่ได้ผิวหนัง
3. เฝ้าระดับของ PCO₂ ในกระแสเลือดจาก CVP line ซึ่งค่าปกติเท่ากับ 35-45 มิลลิเมตรปรอท หรือระดับของ End-tidal Volume จากเครื่อง Capnometer จะต่ำกว่าในกระแสเลือด

ประมาณ 3-5 มิลลิเมตรปรอท

4. ประเมินลักษณะผิวหนังของผู้ป่วยเป็นระยะๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณหน้าท้องและหน้าอก ที่อาจเกิดภาวะก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์คั่งอยู่ใต้ผิวหนัง (Subcutaneous emphysema)

การประเมินผล

1. อัตราการไหลของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์อยู่ในระดับที่เหมาะสม ประมาณ 3-6 ลิตรต่อนาที

2. ความดันในช่องท้องของผู้ป่วยอยู่ในระดับคงที่ ประมาณ 14-15 มิลลิเมตรปรอท

3. ผู้ป่วยมีระดับ End-tidal CO₂ ประมาณ 27-31 มิลลิเมตรปรอท
ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ผู้ป่วยมีโอกาสดังกล่าวเห็นคุณค่าตนเองลดลงเนื่องจากภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงภายหลังทำการหาวเทียม²

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีทวารเทียมที่หน้าท้อง ผู้ป่วยกลัวคนอื่นรังเกียจ ลูกต้องเป็นภาระมาเปลี่ยนแผลให้

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนทัศนคติและยอมรับการเปลี่ยนแปลง สามารถดูแลทวารเทียมได้

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยเข้าใจให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง ปรับเปลี่ยนทัศนคติและยอมรับการเปลี่ยนแปลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินผู้ป่วยโดยพูดคุย ชักถามและสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยที่แสดงออกเมื่อกล่าวถึง Stoma และขณะทำแผลเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่ายเพื่อนำมาปรับความพร้อมด้านอัตมโนทัศน์ และปรับตัวด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกัน

2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมให้สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างคนปกติ รวมทั้งให้ข้อมูลย้อนกลับที่ดี สร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้ป่วย

การประเมินผล ผู้ป่วยเข้าใจให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง ยอมรับการเปลี่ยนแปลง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกวิธีดูแลตนเองเมื่ออยู่บ้านได้

กิจกรรมการพยาบาล

ได้ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติให้ทราบถึงวิธีการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ดังนี้

1. ระวังไม่ให้แผลถูกน้ำ เปิดแผล Off Staple ได้วันที่ 10 กันยายน 2567

2. รับประทานยาให้ถูกต้องและตรงตามแผนการรักษาของแพทย์

3. สอนวิธีดูแลแผลและ Colostomy ที่หน้าท้องแผลผ่าตัด ถ้ามีอาการผิดปกติต้องรีบมาโรงพยาบาล

4. แนะนำให้มาตรวจตามนัด อีก 3 สัปดาห์

การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกวิธีดูแลตนเองเมื่ออยู่บ้านได้ สิ้นหายใจแจ่มใส พร้อมกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน

วิจารณ์

จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของทีมสหสาขาวิชาชีพ เนื่องจากการผ่าตัดมีความยุ่งยาก ซับซ้อน ประกอบกับการที่ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นความดัน เบาหวาน การเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด การแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทีมผ่าตัด แพทย์ผ่าตัด วิสัญญีแพทย์และ พยาบาล Scrub Nurse Circulate ต้องมีความรู้ ความสามารถในการจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ในการผ่าตัดโดยเฉพาะ พยาบาลห้องผ่าตัด ต้องมีความรู้ความสามารถเข้าใจขั้นตอนการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วย สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและประเมินสภาพได้ถูกต้อง รวดเร็วโดยยึดทฤษฎีและหลักการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม ที่ให้กับผู้ป่วย ต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง โดย เริ่มตั้งแต่การให้การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด โดยการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการแก้ปัญหา ให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายจิตใจและสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยและมีความรู้ในการปฏิบัติตัว ได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้ร่างกายกลับสู่สภาวะปกติได้อย่างรวดเร็ว และ เกิดความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ พร้อมทั้งส่งเสริมให้ครอบครัว/ญาติ เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว/ญาติ และสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยปลอดภัยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สรุป

กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงอายุ 65 ปี มีอาการท้องอืด ถ่ายอุจจาระผิดปกติ และน้ำหนักลดลงเป็นเวลา 4 เดือน ได้รับการวินิจฉัยเป็น Adenocarcinoma Rectosigmoid พร้อม Bowel Obstruction เคยได้รับการทำ Loop Transverse Colostomy เดือนเมษายน 2567 หลังผ่าตัด Laparoscopic Low Anterior Resection ระหว่างรับผู้ป่วยไว้ในกการดูแล ได้ใช้กระบวนการพยาบาลในการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ขณะผ่าตัดการจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ในการผ่าตัดให้พร้อม เข้าใจขั้นตอนการผ่าตัด การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ช่วยให้ การผ่าตัดดำเนินไปอย่างราบรื่นและปลอดภัย หลังผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่เหนื่อยหอบ แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีเลือดซึม On

Jackson Drain มีเลือดออกเล็กน้อย ผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาล 7 วัน จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ได้ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยเข้าใจและพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ นัดตรวจตามนัด 3 สัปดาห์ ส่งต่อผู้ป่วยรักษาและรับยาที่โรงพยาบาลบรรพต เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตามความเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. จากศึกษาผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ด้วยการส่องกล้องพบว่า การนำแนวคิดและหลักการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวมมาใช้เป็นพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย จะช่วยให้พยาบาลกำหนดบทบาทของตนเองได้อย่างเหมาะสมเกิดประสิทธิภาพสูงสุดเป็นไปตามมาตรฐานการ
2. นำผลการศึกษาไปพัฒนาแบบแผนการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ด้วยการส่องกล้อง

เอกสารอ้างอิง

1. วริศรา ตูยานนท์. การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดลำไส้ใหญ่ผ่านทางกล้องวิดิทัศน์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: หน่วยผ่าตัดช่องท้องและหลอดเลือด, งานการพยาบาลผ่าตัด, ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช; 2551. [เข้าถึงเมื่อ 22 มีนาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/165/sins-manual-2551-01.pdf>.
2. แสงรุ่ง สุขจิระทวี. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่มีภาวะรอยต่อลำไส้รั่วหลังผ่าตัดและผ่าตัดเปิดทวารเทียม [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2563–2565. เข้าถึงเมื่อ 19 มีนาคม 2568. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nci.go.th/journal/Sangrung2023.pdf>.
3. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. มะเร็งลำไส้ใหญ่ [อินเทอร์เน็ต]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 22 กันยายน. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.rama.mahidol.ac.th/health_service/th/km/09feb2018-1836
4. พรชัย โอเจริญรัตน์. Molecular Biology of colorectal cancer. ใน: ปริญา ทวีชัยการ, บรรณาธิการ. ตำรามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. เล่ม 1. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2554
5. พรชัย โอเจริญรัตน์. Clinical application of Molecular Genetic in colorectal cancer. ใน: ประยุทธ์ ศิริวงศ์, สมบุญ เจริญเศรษฐมท, ปริญา ทวีชัยการ, บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 32. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: กรุงเทพมหานคร; 2549.
6. สุกพล จินดาทรัพย์. ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่ ลำไส้ตรง และทวารหนัก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์; 2544.
7. สุกจน์ พงศ์ประสภัย, พิเศษ พิเศษพงษา, มลทยา กิตติยากร, งามอาจ ไพโรจน์ทรงกร. มะเร็งลำไส้ใหญ่. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
8. กัลยา ออประเสริฐ. กลยุทธ์ในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. วารสารพยาบาลท้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย. 2543;5(1):1–5.
9. วิจิตรา กุสมภ์, บรรณาธิการ. กระบวนการพยาบาลและข้อวินิจฉัยการพยาบาล: การนำไปใช้ในคลินิก. กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์; 2556.