



การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนตรงผ่านกล้องวิดิทัศน์ ของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

Perioperative Nursing for Laparoscopic Low Anterior Resection

(Received: September 17,2023 ; Revised: September 24,2023 ; Accepted: September 25,2023)

ศุภพร สุวรรณดี¹

Suleeporn Suwandee¹

บทคัดย่อ

กรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 71 ปี มาด้วยอาการถ่ายอุจจาระกะปริดกะปรอย มีมูกเลือดปน ส่งตรวจ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบว่ามีก้อนในช่องท้องส่วนล่างข้างซ้าย ได้รับการส่องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพื่อนำชิ้นเนื้อไปส่งตรวจ Colonoscopy with biopsy วินิจฉัยแรกรับ CA middle rectum แพทย์มีแผนการรักษาโดยวิธีผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนตรงผ่านกล้องวิดิทัศน์ (Laparoscopic Low Anterior Resection) ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากพยาบาลห้องผ่าตัดทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด และได้รับการผ่าตัดมะเร็งที่ลำไส้ใหญ่ส่วนตรงโดยวิธีผ่านกล้อง (Laparoscopic Low Anterior Resection) สำเร็จอย่างปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด หลังผ่าตัดฟื้นตัวได้เร็ว ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 8 วัน

คำสำคัญ : มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก, การผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนตรงผ่านกล้องวิดิทัศน์

ABSTRACT

Case Study : 71-year-old Thai female patient presented with symptoms of bowel habit change and bloody stool. Computed tomography revealed a mass in the lower left abdominal cavity. Further examination, including colonoscopy with biopsy, confirmed the diagnosis of middle rectal cancer. The medical team planned to perform laparoscopic low anterior resection, a surgical procedure using video – assisted technology. The patient received comprehensive nursing care throughout the preoperative, intraoperative, and postoperative phases. The surgery was successfully completed without complication, and the patient had a rapid recovery. The nursing team provided guidance on postoperative self – care, including an 8 – day hospital stay.

Keywords : Colorectal cancer, laparoscopic colorectal surgery, video – assisted colorectal surgery

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับสองของโลก มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นมะเร็ง (colorectal carcinoma) ที่พบมากที่สุดเป็นอันดับสาม และเป็นสาเหตุการตายจากมะเร็งอันดับที่ 4 ของโลก⁸ และมีอุบัติการณ์สูงขึ้นเรื่อยๆ ในประเทศไทย สาเหตุของการมีอุบัติการณ์และอัตราการตายที่สูงขึ้นดังกล่าว น่าจะมาจากการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่มีไขมันจากสัตว์มากขึ้น^{4,9} การ

ผ่าตัดถือเป็นการรักษาหลักของมะเร็งในกลุ่มนี้ ซึ่งการผ่าตัดมีความยุ่งยากและซับซ้อน และเป็นการผ่าตัดที่นำเทคโนโลยีขั้นสูงมาใช้ เพราะการผ่าตัดแบบผ่านกล้องวิดิทัศน์จำเป็นต้องใช้พยาบาลที่มีความรู้ทักษะเชี่ยวชาญเฉพาะ นอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแล้ว หน้าที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆที่จำเป็นในการผ่าตัดให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน เพื่อให้การผ่าตัด มีประสิทธิภาพ

¹ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

จากข้อมูลทะเบียนมะเร็ง สถาบันมะเร็ง
แห่งชาติ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ในปี พ.ศ.2563
มีจำนวน

14,865 ราย และในปี พ.ศ.2564 พบ 16,545 ราย
จะเห็นได้ว่ามีอุบัติการณ์ที่สูงขึ้น ปัจจุบันการ
รักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้มี
วิวัฒนาการความก้าวหน้ามากขึ้น และมีหลายวิธี
ด้วยกัน ได้แก่ การผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด การ
จะเลือกใช้การรักษาแบบใดขึ้นอยู่กับระยะและการ
กระจายของโรคและสภาพของผู้ป่วย ซึ่งอาจใช้วิธี
ใดวิธีหนึ่งหรือหลายวิธีร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาส
รอดชีวิตและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขนาน
กว่า 5 ปี

อาการและอาการแสดง

มีอาการถ่ายเป็นเลือดแดงสดเจือปน ไม่ปนอยู่
ในเนื้ออุจจาระ มีอาการปวดเบ่งปวดถ่าย หรือรู้สึก
เหมือนถ่ายไม่สุด^{2,3,4,7}

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่ 15 พฤศจิกายน 2564

ผลการตรวจ complete blood count
ผล white blood count 4,810 cell/mm³,
neutrophil 59%, lymphocyte 32.3%,
monocyte 6.04%, eosinophil 1.8%, basophil
0.2%, hematocrit 43.5%, platelet count
237,000 cell/mm³, PT 10.5 sec, PTT 24.9
sec, INR 0.88

Electrolyte ผล Na 133 mmol/L, K 3.61
mmol/L, Cl 106 mmol/L, Co₂ mmol/L

BUN 10 mg/dl, creatinine 0.68 mg/dl,
eGFR 88.3 ml/min/1.73m

ผลการตรวจเอกซเรย์

วันที่ 15 พฤศจิกายน 2564

เอกซเรย์ปอด ผล No cardiomegaly,
Faint calcified aortic knob, No pleural
effusion, No pulmonary congestion, No
pulmonary infiltration

เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ผล necrotic

node at Lt.mesorectal region, upper rectal
mass ขนาด

4.1x3.5x4.5 cm

ผลการส่องกล้องทางลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (
colonoscopy with biopsy)

ผล พบก้อนที่ตำแหน่งลำไส้ตรงระยะ 10 ซม.
ห่างจากทวารหนัก

ผลตรวจชิ้นเนื้อพบเป็นมะเร็ง Adeno
carcinoma of rectum

รายงานกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 71 ปี เชื้อชาติไทย
สัญชาติไทย จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 7
ประกอบอาชีพรับจ้าง น้ำหนัก 59 กิโลกรัม มี
บุตรชาย 1 คน บุตรสาว 1 คน เข้ารับการรักษาที่
โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เมื่อวันที่ 15
พฤศจิกายน 2564 ตามแพทย์นัด

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการ
ถ่ายอุจจาระกะปริดกะปรอย มีเลือดปน

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวด
ท้องหน่วงๆบริเวณท้องน้อยด้านซ้าย ถ่ายอุจจาระ
กะปริดกะปรอย ถ่ายไม่สุด อุจจาระลำเล็กลงและ
มีเลือดปน ตรวจพบก้อนที่บริเวณท้องส่วนล่าง
ด้านซ้าย

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว
ไม่เคยผ่าตัด

การตรวจร่างกาย

ผู้ป่วยหญิงไทย ผิวดำแดง รูปร่างท้วม
น้ำหนัก 59 กิโลกรัม ไม่มีจ้ำเลือดหรือผื่นคันตาม
ร่างกาย ศีรษะและใบหน้าสมส่วน ไม่มีบิดเบี้ยว
รู้สึกตัวดี ขับถ่ายปัสสาวะได้เอง สปีกดี สัญญาณ
ชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 68 ครั้ง
ต่อนาที การหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต
100/70 มิลลิเมตรปรอท แพทย์วางแผนทำผ่าตัด
การวินิจฉัย

CA middle rectum

การผ่าตัด

เป็นการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ส่วนตรงผ่านกล้อง
วิดิทัศน์ (Laparoscopic low anterior
resection) วันที่ 17 พฤศจิกายน 2564

การพยาบาล^{1,7}

ผู้ป่วยหญิงรายนี้เข้ารับการรักษาที่
โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ในวันที่ 15
พฤศจิกายน 2564 เพื่อเตรียมความพร้อมในการ
ทำผ่าตัด ลำไส้ใหญ่ส่วนตรงผ่านกล้องวิดิทัศน์ (Laparoscopic low anterior
resection) ในวันที่ 17 พฤศจิกายน 2564 วาง
แผนการพยาบาลเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด (ที่
หอผู้ป่วย) พยาบาลห้องผ่าตัดไปเยี่ยมผู้ป่วยที่หอ
ผู้ป่วย
ก่อนผ่าตัด 1 วัน (16 พฤศจิกายน 2564) พบว่า
ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวลเรื่องการเจ็บป่วย กลัวการ
ผ่าตัดเนื่องจากไม่เคยผ่าตัด สร้างสัมพันธภาพ โดย
พูด คอย ให้กำลังใจผู้ป่วย อธิบายเรื่องโรคและความ
จำเป็นในการผ่าตัด ขั้นตอนการผ่าตัดอย่างคร่าวๆ
แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด การ
เตรียมความพร้อมในการผ่าตัด โดยจะมีการเตรียม
ลำไส้โดยได้รับยา ระบาย Swiff 45 ml.เวลา
14.00 น.และเวลา 18.00 น. ผู้ป่วย สีหน้าสดชื่น
คลายความวิตกกังวล

2. การพยาบาลผู้ป่วยระยะผ่าตัด แบ่งเป็น
3 ระยะ ดังนี้

2.1 การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (ในห้อง
ผ่าตัด) เริ่มตั้งแต่รับผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด รอ
ผ่าตัด

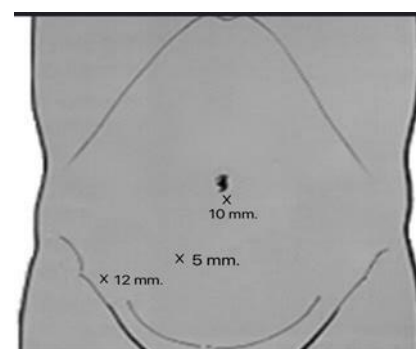
และนำผู้ป่วยขึ้นเตียงผ่าตัด ได้พูด คอย ทักทาย
ผู้ป่วย ตรวจสอบชื่อ นามสกุลของผู้ป่วยกับแฟ้ม
ประวัติ ถูกต้องตรงกัน ดูแลการตรวจทาง
ห้องปฏิบัติการ และการเซ็นยินยอมผ่าตัดของ
ผู้ป่วยถูกต้องตามการวินิจฉัยและตรงตามรายการ
ผ่าตัดที่แพทย์ระบุไว้ แขนงป้ายระบุห้องผ่าตัดให้
เห็นชัดเจนก่อนนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด นำผู้ป่วย

เข้าห้องผ่าตัด เคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเปลนอนสู่
เตียงผ่าตัด ใช้ผ้ารัดบริเวณเหนือขาไว้
ขณะเดียวกันพยาบาล ส่งเครื่องมือและพยาบาล
ช่วยรอบนอก เปิดเครื่องมือที่ผ่านการนึ่งฆ่าเชื้อลง
บนโต๊ะที่เปิดห่อผ้าที่ผ่านการนึ่งฆ่าเชื้อ เพื่อเตรียม
ความพร้อมของเครื่องมือ เครื่องใช้ วัสดุ อุปกรณ์
ที่ต้องใช้ในการผ่าตัดให้ถูกต้องและครบถ้วน
เพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปด้วยดี

2.2 การพยาบาลผู้ป่วยขณะผ่าตัด (ในห้อง
ผ่าตัด) เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึก
จนกระทั่งผู้ป่วยสิ้นสุดการผ่าตัด เมื่อวิสัญญีดม
ยาสลบผู้ป่วยแล้ว พยาบาลช่วยผ่าตัดช่วยแพทย์
จัดทำผู้ป่วย

ขึ้นขาหยั่ง โดยระมัดระวังไม่ให้เกิดการกดทับบริเวณ
ที่มีเส้นประสาทบริเวณเข่าด้านนอกทั้ง 2 ข้างของ
ผู้ป่วย จากนั้นทำความสะอาดบริเวณที่จะผ่าตัด
ตั้งแต่ราวนมถึงหัวเหน่าและบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์
จนถึงก้น และเริ่มทำการผ่าตัดตามขั้นตอน ดังนี้

2.2.1 การลงมิดบริเวณใต้สะดือเพื่อใส่
Balloon trocarขนาด 10 mm.เป็น Port ที่ 1
และต่อสายเพื่อใส่แก๊ส Co2 เข้าท้อง เพื่อทำให้
ภายในท้องมีช่องโพรงสำหรับทำผ่าตัดได้ จากนั้น
ใส่กล้องเข้าไปใน Port นี้ แพทย์จะสำรวจอวัยวะ
ภายในช่องท้อง ลงมิด Port ที่ 2 ใส่ Trocar 5
mm.บริเวณต่ำลงมาจาก Port ที่ 1 และเยื้องมา
ทางด้านขวา ลงมิด Port ที่ 3 เพื่อใส่ Trocar 12
mm.ห่างจาก Port ที่ 2 ออกมาทางด้านข้างลำตัว
ด้านขวา ดังรูป ⁹



2.2.2 การเลาะเนื้อเยื่อและเส้นเลือดเพื่อตัดก้อนมะเร็งลำไส้ใหญ่ออก โดยแพทย์จะใช้อุปกรณ์ตัดและปิดหลอดเลือดตัดเลาะเนื้อเยื่อและเส้นเลือด ซึ่งจะต้องระมัดระวังการเกิดการบาดเจ็บของอวัยวะข้างเคียงตลอดจนความเสี่ยงในการสูญเสียเลือด พยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องมีทักษะในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ดังกล่าวเป็นอย่างดี รวมถึงผู้ถือกล้องให้แพทย์เห็นบริเวณผ่าตัดได้อย่างชัดเจน

2.2.3 การตัดลำไส้ใหญ่ที่เป็นมะเร็งออก โดยแพทย์จะใช้อุปกรณ์ตัดและเย็บลำไส้อัตโนมัติทางด้านส่วนท้ายของลำไส้ใหญ่ที่เป็นมะเร็ง จากนั้นเปิดขยายแผลที่ท้องตำแหน่งที่ลงมิดตำแหน่งที่ 1 เพื่อตัดปลายลำไส้ส่วนหัวของก้อนมะเร็ง และนำก้อนมะเร็งออก และนำส่วนประกอบของอุปกรณ์ตัดเย็บลำไส้อัตโนมัติแบบวงกลมส่วนที่เป็นปลายแหลมสอดเข้าไปในลำรูของลำไส้และเย็บติดกันไว้

2.2.4 การต่อลำไส้ โดยพยาบาลช่วยผ่าตัดจะใส่เครื่องมือตัดต่อลำไส้อัตโนมัติแบบวงกลมเข้ามาทางรูทวารหนัก เพื่อมาประกบกับปลายอีกด้านหนึ่งที่แพทย์ใส่ส่วนประกอบของเครื่องมือไว้ และนำมาประกบกันเพื่อทำการตัดและเย็บลำไส้ที่ถูกตัดออกทั้ง 2 ด้านเข้าด้วยกัน

2.2.5 การทดสอบรูรั่วของลำไส้ที่ถูกตัดเย็บ โดยแพทย์จะใส่ 0.9% N.S.S ลงไปในช่องท้องให้ท่วมบริเวณรอยต่อของลำไส้ที่ถูกตัดเย็บ พยาบาลช่วยผ่าตัดใช้ ลูกสูบลยางบีบลมเข้าไปในรูทวารหนัก หากมีรูรั่วก็จะเห็นเป็นฟองอากาศ

2.2.6 การใส่สายระบายเลือดและสารคัดหลั่งในช่องท้อง เมื่อทดสอบไม่มีรูรั่วของการต่อลำไส้แล้ว แพทย์จะทำการใส่สายระบายเลือดและสารคัดหลั่งในช่องท้อง 1 เส้น เพื่อสังเกตการเลือดและสารคัดหลั่งในช่องท้อง จากนั้นตรวจนับผ้าซับเลือด เครื่องมืออุปกรณ์ ครบตามจำนวน แพทย์จึงเย็บปิดช่องท้อง ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนตรงผ่านกล้องวิดิทัศน์สำเร็จ ใช้เวลาผ่าตัด

3 ชั่วโมง 30 นาที สูญเสียเลือดจำนวน 50 ซีซี ต่อสายระบายเลือดที่หน้าท้อง 1 เส้น

2.3 การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด (ในห้องผ่าตัด) เริ่มตั้งแต่เสร็จสิ้นการผ่าตัดนำผู้ป่วยไปยังห้องพักฟื้น 1 - 2 ชั่วโมง จนกระทั่งผู้ป่วยมีอาการคงที่และนำผู้ป่วยส่งกลับหอผู้ป่วย ตรวจสอบความเรียบร้อยของท่อระบายเลือดและสารคัดหลั่งทำงานได้ดี สภาวะร่างกายไม่มีรอยฟกช้ำจากการผูกมัด ไม่มีรอยไหม้จากการใช้ไฟฟ้า แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม

2.4 การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด (ที่หอผู้ป่วย) พยาบาลห้องผ่าตัดไปเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด ดังนี้

หลังผ่าตัดวันที่ 1 ผู้ป่วยสามารถหายใจเองได้ มีอาการปวดแผลผ่าตัด ได้รับยาแก้ปวด Morphine 3 mg ทางหลอดเลือดดำ ทุก 3 ชั่วโมง หลังได้รับยาแก้ปวด อาการทุเลา พักผ่อนได้ ท้องไม่อืด

หลังผ่าตัดวันที่ 2 ยังมีอาการปวดแผลผ่าตัดพอทนได้ เริ่มจิบน้ำได้

หลังผ่าตัดวันที่ 3 อาการปวดแผลผ่าตัดทุเลาลง แพทย์ให้น้ำสายระบายเลือดออกได้ ได้รับอาหารเหลวใส ไม่มีอาการท้องอืด

หลังผ่าตัดวันที่ 7 ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดแผลผ่าตัด รับประทานอาหารอ่อนได้ ผู้ป่วยได้รับการตัดไหม แผลแห้งดี ไม่ซึม

หลังผ่าตัดวันที่ 8 ประเมินการทำงานของลำไส้ มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ดี แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมระยะเวลาในการรักษาตัวที่โรงพยาบาล 8 วัน แพทย์นัดติดตามอาการและแจ้งผลตรวจชิ้นเนื้ออีก 2 สัปดาห์ ผลการตรวจพยาธิสภาพ Moderately Differentiated adenocarcinoma invades through muscularis into pericolic T3N2Mo stage 3C ให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน แพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยและญาติ ได้ร่วมกันวางแผนการรักษาต่อเนื่องและการรับการรักษาเคมีบำบัดต่อไป



การพยาบาลผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยวิตกกังวลและกลัวการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล บอกว่าไม่เคยผ่าตัดไม่รู้ว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไร เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและความกลัวการผ่าตัด และมีความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด	กิจกรรมการพยาบาล อธิบายถึงเหตุผลและความจำเป็นที่ต้องผ่าตัด ให้ความรู้เรื่องโรคและการผ่าตัด แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด การประเมินผล ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นคลายความวิตกกังวล สามารถตอบคำถามเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้
การพยาบาลระยะผ่าตัด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะช็อกเนื่องจากการสูญเสียเลือด ข้อมูลสนับสนุน 1. การผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่จัดเป็นอวัยวะที่มีเส้นเลือดสำคัญและเส้นเลือดใหญ่มาหล่อเลี้ยงจำนวนมาก 2. มีการตัดเลาะเนื้อเยื่อและเส้นเลือดบริเวณผ่าตัด 3. การผ่าตัดใช้เวลานานมากกว่า 3 ชั่วโมง เป้าหมายการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินสัญญาณชีพผู้ป่วยร่วมกับวิสัญญี เพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลงขณะผ่าตัด 2. สำรวจสภาพวัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ในการห้ามเลือดให้พร้อมใช้ ได้แก่ เครื่องจีไฟฟ้า อุปกรณ์ตัดและซีลเส้นเลือด วัสดุผูกเย็บเส้นเลือด ตลอดจนเครื่องดูดของเหลว 3. ประเมินการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัดร่วมกับวิสัญญี การประเมินผล ขณะผ่าตัดผู้ป่วยสูญเสียเลือด 50 ซีซี สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ชีพจรอยู่ระหว่าง 80-90 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 100/70 - 120/80 มิลลิเมตรปรอท
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำ ข้อมูลสนับสนุน 1. การผ่าตัดต้องจัดทำขึ้นขาหยั่ง (Lithotomy) 2. การผ่าตัดใช้เวลานาน 3 ชั่วโมง 30 นาที 3. ผู้ป่วยอายุ 71 ปี ผิวหนังบาง ความตึงตัวของผิวหนังลดลง เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำ	กิจกรรมการพยาบาล 1. จัดทำผู้ป่วยในการทำผ่าตัดโดยคำนึงถึงอายุ น้ำหนักตัว สภาพของผิวหนัง ข้อจำกัดด้านร่างกายของผู้ป่วยชนิดของการผ่าตัด และระยะเวลาในการผ่าตัด จัดเตรียมอุปกรณ์ในการจัดทำให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย 2. จัดทำผู้ป่วยนอนหงายราบ ยกขาสองข้างพร้อมกัน แยกขาขวางบนขาหยั่ง ก้นของผู้ป่วยอยู่บริเวณรอยต่อส่วนล่างของเตียง ใช้หมอนทรายห่อผ้านุ่มๆ รองใต้ก้น ให้ก้นเลยออกมาจากขอบหมอนทรายเล็กน้อย เพื่อสะดวกในการผ่าตัด ปรับขาหยั่งให้รองรับพอดีและเหมาะสมกับช่วงความยาวของผู้ป่วย เพื่อป้องกันการดึงของกล้ามเนื้อบริเวณต้นขา แขนของผู้ป่วยวางแนบลำตัว ระวังการกดทับบริเวณเข่าด้านนอกและข้อพับ ซึ่งอาจเกิดการกดทับเส้นประสาท Common Peroneal Nerve และ Obturator Nerve ได้ และไม่ยกขาผู้ป่วยสูงเกิน 90 องศา 1,5,6 เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของข้อสะโพก ผู้กรัดขาผู้ป่วยไม่แน่นเกินไป 3. ขณะผ่าตัดทีมผ่าตัดระมัดระวังการกดทับบริเวณขาของผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	4.เมื่อผ่าตัดเสร็จพยาบาลยกขาจากขาห้อยพร้อมกันทั้งสองข้างอย่างช้าๆ เนื่องจากการนอนท่าขึ้นขาห้อยนานๆทำให้มีเลือดมาคั่งที่อุ้งเชิงกราน เมื่อยกขาในแนวราบจะทำให้เลือดไหลลงกลับสู่บริเวณขาอย่างรวดเร็ว ทำให้ความดันโลหิตต่ำลงได้ การประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ CO_2 ในเลือดสูงและการเกิดมีลมรั่วตามชั้นใต้ผิวหนัง ข้อมูลสนับสนุน มีการใช้ CO_2 ใส่เข้าไปในช่องท้องเพื่อทำให้ภายในช่องท้องขยายกว้างขึ้น เพื่อให้การทำผ่าตัดผ่านกล้องได้สะดวก เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ CO_2 ในเลือดสูงและการเกิดมีลมรั่วตามชั้นใต้ผิวหนัง	กิจกรรมการพยาบาล 1.ระยะเริ่มต้นการจ่ายแก๊สดูแลควบคุมแรงดันของเครื่องจ่ายแก๊ส CO_2 ให้จ่ายแก๊สด้วยแรงดันต่ำปานกลางและสูง ตามลำดับ จนถึงระดับที่เหมาะสม (15 มิลลิเมตรปรอท) 2.ประสานงานกับวิสัญญีในการลดอัตราการเป่าแก๊ส CO_2 ของเครื่องควบคุมการจ่ายแก๊ส กรณีที่ผู้ป่วยมี end – tidal carbondioxide ที่เพิ่มมากขึ้นจนอาจทำให้เกิดภาวะ CO_2 คั่ง 3.ไล่แก๊ส CO_2 ออกจากช่องท้องให้หมดก่อนที่จะถอด Trocar ออกจากร่างกายผู้ป่วย 4.สำรวจผิวหนังผู้ป่วยบริเวณหน้าท้องและหน้าอก เพื่อดูลักษณะการบวมเกรบที่ผิวหนังเป็นระยะๆ การประเมินผล ระดับแรงดันของเครื่องจ่ายแก๊ส CO_2 อยู่ในระดับคงที่ (15 มิลลิเมตรปรอท) ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะ CO_2 คั่งที่ตามชั้นใต้ผิวหนัง ค่า end-tidal CO_2 35-45 มิลลิเมตรปรอท ไม่พบผิวหนังบริเวณท้องและหน้าอกผิดปกติ
การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยหลังผ่าตัดตะแคงลำไส้ใหญ่ผ่านกล้อง 1 วัน บ่นปวดแผลผ่าตัด Pain score 4-5 เป้าหมายการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัด	กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินความเจ็บปวดโดยสังเกตจากอาการแสดง และคำบอกเล่าของผู้ป่วย ควรให้การระงับความเจ็บปวดตามแผนการรักษา 2.จัดท่านอนให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สุขสบาย ศีรษะสูงเล็กน้อย อาจใช้หมอนหรือผ้าห่มรองบริเวณปุ่มกระดูกและข้อพับต่างๆ โดยระวังสายต่างๆที่ต่อจากตัวผู้ป่วยไม่ให้ดึงรั้งจนเกินไป 3.แนะนำวิธีผ่อนคลายเพื่อเบี่ยงเบนความเจ็บปวด โดยให้ผู้ป่วยสูดหายใจเข้าออกลึกๆ 4.ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ 5.สอนการประเมินความเจ็บปวดให้ผู้ป่วย การประเมินผล ผู้ป่วยสีหน้าผ่อนคลาย บรรเทาความเจ็บปวด
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ข้อมูลสนับสนุน	กิจกรรมการพยาบาล 1.อธิบายให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ พักผ่อนให้เพียงพอ 2.รับประทานยาให้ครบตามแพทย์สั่ง



ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ผู้ป่วยถามว่าเมื่อกลับไปอยู่บ้านต้องดูแลตัวเองอย่างไร เป้าหมายการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	3.แนะนำเรื่องการรับประทานอาหารที่ย่อยง่ายมีพลังงานสูงและมีกากน้อยในช่วงแรก เช่น ปลา ไข่ ผักผลไม้ หลีกเลี่ยงผักที่มีกลิ่นฉุนเพราะจะทำให้ท้องผูก 4.แนะนำให้สังเกตแผลผ่าตัด หากมีบวม แดง ให้มาพบแพทย์ 5.แนะนำให้มาตรวจตามนัดเพื่อติดตามผลการรักษา 6.ประสานข้อมูลการดูแลผู้ป่วย ให้ทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การประเมินผล ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้านมากขึ้น สามารถตอบคำถามได้

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

กรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนตรงรายนี้ ได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดผ่านกล้องวิดิทัศน์ ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่ยุ่งยากซับซ้อน มีการนำเทคโนโลยีขั้นสูงมาใช้ในการผ่าตัด ซึ่งมีผลดีต่อผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยจะมีแผลผ่าตัดแค่เป็นรูเจาะ 2 รู และแผลที่เปิดเพื่อนำก้อนมะเร็งออกยาวไม่เกิน 5 เซนติเมตร การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อน้อยกว่าการผ่าตัดเปิดแบบวิธีดั้งเดิม และมีการนำเครื่องมืออุปกรณ์พิเศษ เช่น ตัดและปิดหลอดเลือด เครื่องมือตัดต่อลำไส้อัตโนมัติ พยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องมีความรู้และทักษะในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์เป็นอย่างดี จึงจะสามารถช่วยแพทย์ในการทำผ่าตัดให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี อีกทั้งการผ่าตัดต้องทำในอุ้งเชิงกราน อาจทำให้การผ่าตัดมีความยุ่งยาก ลำบากมากขึ้น มีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่ออวัยวะข้างเคียงได้ ซึ่งอาจทำให้มีการสูญเสียเลือดมากขึ้น พยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องมีความพร้อมและรวดเร็วหากต้องมีการปรับเปลี่ยนการผ่าตัดเป็นแบบเปิด ส่งผลให้ศัลยแพทย์ทำผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

สรุป

การผ่าตัดลำไส้ใหญ่และทวารหนักผ่านกล้องวิดิทัศน์เป็นที่นิยมมากในปัจจุบัน⁹ เนื่องจาก

ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดที่เล็กลง ความเจ็บปวดแผลผ่าตัดน้อย ระยะพักฟื้นในโรงพยาบาลสั้น และสามารถกลับไปดำรงชีวิตตามปกติได้เร็วกว่าการผ่าตัดแบบวิธีเปิด การผ่าตัดลำไส้ใหญ่ผ่านกล้องวิดิทัศน์จำเป็นต้องอาศัยทีมงานในการทำผ่าตัด ไม่ว่าจะเป็นความชำนาญของศัลยแพทย์ ทักษะและประสบการณ์ของพยาบาลห้องผ่าตัดในการเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ ที่จำเป็นในการผ่าตัด นอกจากนี้พยาบาลห้องผ่าตัดยังต้องมีความรู้และทักษะการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์พิเศษเป็นอย่างดี ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างรวดเร็วและปลอดภัย พยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดเพื่อเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมในการผ่าตัด และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดถูกคน ถูกตำแหน่ง และถูกชนิดของการผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการแก้ปัญหา ให้การพยาบาลทั้งร่างกายและจิตสังคม โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและพฤติกรรมการพยาบาลบนพื้นฐานของจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมการวิชาการ.งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและพักฟื้น ปี 2560-2561.เชียงใหม่ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,2561
- 2.ชนินทร์ ลิ้มวงศ์. พันธุศาสตร์ของมะเร็งลำไส้ใหญ่และมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ถ่ายทอดโรคมะเร็งทางพันธุกรรม.ใน : ต้น คงเป็นสุข , วีรพัฒน์ สุวรรณธรรมา, วรุตม์ โล่ศิริวัฒน์, บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ เล่ม 52. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2559
- 3.ชาญวิทย์ ตันพิพัฒน์, ธนิต วัชรพุก. ตำราศัลยศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2561
- 4.พรชัย โอเจริญรัตน์.clinical application of molecular genetic in colorectal cancer. ในประยุทธ์ ศิริวงษ์, สมบุญ เจริญเศรษฐมท และปริญญาทวีชัยการ(บรรณาธิการ), ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 32.พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2560
- 5.วิฑูร ชินสว่างวัฒนกุล. Laparoscopic colectomy. ในจักรพันธ์ เอื้อนเรศเศรษฐ, วีรพัฒน์ สุวรรณธรรมา, อรุณ โรจนสกุล (บรรณาธิการ), ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 26. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2561
- 6.วุฒิชัย ธนาพงศ์ธร. ตำราการผ่าตัดช่องท้องโดยวิธีส่องกล้อง. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2562
- 7.วันดี สำราญราษฎร์. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก.พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2560
- 8.สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับประชากร. จำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ [อินเทอร์เน็ต].2563.[เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้ จาก:<http://tcb.nci.go.th/CWEEB/cwebBase.do?mode=initialApplication>
- 9.Dwivedi A, Chahin F, Agrawal S, Chau WY, Tootla A, Tootla F and Silva YJ .Laparoscopic colectomy vs. open colectomy for sigmoid diverticular disease. Dis Colon Rectum 2010;45(10)8:1309-14.