

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายผ่านกล้องวิดิทัศน์: กรณีศึกษา

บุญเรือน เรืองโรจน์แห
กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลอ่างทอง

บทคัดย่อ

กรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายผ่านกล้องวิดิทัศน์ ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 78 ปี เข้ารับการรักษา ด้วยอาการท้องผูกสลับท้องเสียมีเลือดสดปน รับการส่องตรวจลำไส้ใหญ่ และทวารหนักเพื่อนำชิ้นเนื้อส่งตรวจ พบมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย แพทย์นัดผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ ส่วนปลายผ่านกล้องวิดิทัศน์

ปัญหาการพยาบาลที่พบในผู้ป่วยรายนี้คือก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยวิตกกังวลเรื่องโรค กลัวการผ่าตัดและการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน ขณะผ่าตัดมีความยุ่งยากซับซ้อน บริเวณผ่าตัดอยู่ในอุ้งเชิงกราน มีการใช้กล้องวิดิทัศน์ใช้อุปกรณ์พิเศษใส่เข้าไปเลาะตัดเนื้อเยื่อเพื่อตัดก้อนมะเร็งลำไส้ใหญ่ออก ร่วมกับใช้ เครื่องมือตัดต่อลำไส้อัตโนมัติ เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการใช้เครื่องมือไฟฟ้า การเกิดภาวะช็อกจากเสียเลือดและสารน้ำ การเกิดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง การเกิดภาวะลมรั่วในเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง อาจเปลี่ยนการผ่าตัดแบบเปิดได้ หลังการผ่าตัดเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังผ่าตัด มีความไม่สุขสบายจากความเจ็บปวดแผลผ่าตัด

หลังจากใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย นำมาวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยฟื้นจากภาวะการเจ็บป่วยและปลอดภัยจากภาวะวิกฤติ พร้อมรับการรักษาเคมีบำบัดรวมระยะเวลาอนโรพยาบาลทั้งหมด 13 วัน

คำสำคัญ: มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย, การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย

Abstract : Nursing care for colorectal carcinoma and lower anterior resection patients with laparoscopy : case study

Mrs. Boonruean Rueangrojkhae

Department of Nursing, Angthong Hospital, Angthong Province

Regard to the case study related to the hall for colorectal carcinoma patient with laparoscopy, Thai female patient age 78 years admitted with alternating constipation and diarrhea mixed with fresh blood, and the biopsy results showed colorectal cancer. Doctor made an appointment for colorectal surgery by laparoscopic - low anterior resection.

Nursing problems found in this patient was preoperative. The patient worried about the disease, afraid of surgery and conduct when returning home. While the surgery was complicated. The surgical area was in the pelvis. There were special laparoscopies – low anterior resection cutting tissue for ridding of colorectal cancer with automatic anastomosis stapler, at risk of tissue injury from using an electric cauterization, the occurrence of shock from waste blood and fluid, high carbon dioxide in the blood, subcutaneous emphysema. It may change to open surgery. Postoperative may risk of hemorrhage after surgery. There was discomfort from the pain and surgical wounds.

After using the nursing processes as a tool to assess the patient's health care, it took to the nursing's diagnosing, planning, doing, and evaluating in preoperative, and postoperative period. The patient recovered from illness, was safe from crises and was ready to receive chemotherapy. Length of stay in hospital 13 days.

Keywords : colorectal carcinoma, nursing care for colorectal carcinoma surgery patients with laparoscopy

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุของการตาย อันดับสองของประชากรทั่วโลก มะเร็งที่พบ 5 อันดับแรกในเพศชาย ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งกระเพาะอาหาร และมะเร็งตับ ตามลำดับ ในเพศหญิง ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งปอด มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งกระเพาะอาหาร ตามลำดับ⁽¹⁾ มะเร็งลำไส้ใหญ่เกิดขึ้นที่บริเวณผนังลำไส้ใหญ่จากติ่งเนื้อที่ยื่นออกมาและโตขึ้นเรื่อย ๆ จนเปลี่ยนสภาพเป็นเนื้อร้ายหรือมะเร็ง⁽²⁾ ซึ่งใช้เวลาหลายปีส่วนใหญ่จะเจริญเติบโตช้า ๆ พบได้ในทุกอายุแต่อุบัติการณ์จะมากขึ้นในประชากรที่อายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป⁽³⁾

จากข้อมูลทะเบียนมะเร็งระดับประชากร สถาบันมะเร็งแห่งชาติ⁽⁴⁾ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มีอยู่ในฐานข้อมูล ผ่านการตรวจสอบความซ้ำ และมีวันวินิจฉัยตั้งแต่ วันที่ 1 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 7 พฤษภาคม 2563 มีจำนวน 8,865 ราย จากโรงพยาบาลที่ส่งข้อมูลมา 113 โรงพยาบาล ใน 55 จังหวัด ทั้งนี้มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colon and rectum) ถือได้ว่าเป็นโรคมะเร็งอันดับหนึ่งของเพศชายและอันดับสามของเพศหญิง ปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้มีความก้าวหน้าและมีหลายวิธีด้วยกัน เช่น การผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด การจะเลือกใช้วิธีใดขึ้นอยู่กับระยะการเป็นโรค การกระจายของโรค และสภาพของผู้ป่วย⁽⁵⁾ ซึ่งอาจใช้วิธีใดวิธีหนึ่งหรือหลายวิธีรวมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งมีโอกาสรอดชีวิตนานกว่า 5 ปี มีจำนวนมากขึ้น

ในปัจจุบันมีความยุ่งยากซับซ้อนเพิ่มขึ้นตามวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะโรคร่วมที่จำเป็นต้องได้รับการควบคุมให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนอันเป็นผลมาจากโรคร่วมนี้ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องใช้ความรู้ ทักษะ ความชำนาญในการบูรณาการแนวทางการจัดการตนเองสู่ผู้ป่วย รวมถึงผู้ดูแล

ช่วยจัดการกับความยุ่งยากซับซ้อนของโรค การรักษา และผู้ป่วยสามารถวางแผนกิจกรรมการดูแลตนเอง ได้ดีขึ้น ยอมรับ การเจ็บป่วยได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงถือได้ว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ก่อนเข้ารับการผ่าตัด เพื่อป้องกัน และช่วยลดผลกระทบต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายให้ ผู้รับการผ่าตัดนั้นหายจากโรคและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตลอดจนฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว สามารถกลับไปดำรงบทบาท หน้าที่ของตนเองในครอบครัวและสังคมได้ตามศักยภาพสูงสุดของแต่ละบุคคล ทั้งนี้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ต้องได้รับการผ่าตัดบางราย มีภาวะโรคร่วม ได้แก่โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในระดับปกติก่อนทำการผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น การติดเชื้อ เลือดออกง่าย และภาวะสมองขาดเลือด⁽⁶⁾ผู้ป่วยที่มีน้ำตาลในเลือดสูงมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระดับหลอดเลือดขนาดใหญ่และขนาดเล็กมีอัตราการตายระหว่างผ่าตัดสูงกว่า คนปกติถึง 5 เท่า⁽⁷⁾

โรงพยาบาลอ่างทองเป็นโรงพยาบาลเครือข่ายคุณภาพระดับทุติ-ตติยภูมิให้บริการผู้ป่วยทั้งในเขต บริการและส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอ่างทองและใกล้เคียง ในปีพ.ศ.2560-2562 มีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจำนวน 237,418,319 รายตามลำดับ และได้รับการ ผ่าตัดจำนวน65,83,83 ตามลำดับ⁽⁸⁾ ปี2563มีศัลยแพทย์เพิ่มขึ้น ได้เริ่มนำการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนักโดยผ่านกล้องวิดิทัศน์มาใช้ ข้อดีของการผ่าตัดชนิดนี้คือมีแผลผ่าตัดเล็ก เจ็บปวดแผลผ่าตัดน้อย ลำไส้กลับมาทำงานได้ตามปกติเร็วขึ้นมีระยะพักฟื้นในโรงพยาบาลสั้นและสามารถกลับไปดำเนินชีวิต ตามปกติได้เร็วขึ้น ผู้ศึกษาเลือกศึกษาผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายผ่านกล้องวิดิทัศน์ (laparoscopic -low Anterior Resection) รายนี้ เนื่องจากการผ่าตัดที่ยุ่งยากซับซ้อน บริเวณผ่าตัด ลำไส้อยู่ในที่แคบคือในอุ้งเชิงกราน ซึ่งมีความลำบากในการตัดต่อ มีการใช้กล้องร่วมกับการเปิดแผลผ่าตัด เล็กที่ผิวหนัง และใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้องเพื่อขยายพื้นที่รอบๆอวัยวะและใช้อุปกรณ์ พิเศษใส่ผ่านอุปกรณ์เข้าไปเลาะและตัดเนื้อเยื่อเพื่อตัดก้อนมะเร็งลำไส้ใหญ่ออก รวมทั้งต้องใช้เครื่องมือตัด ต่อลำไส้อัตโนมัติซึ่งจะช่วยให้การตัดต่อลำไส้สะดวกรวดเร็วและได้ผลดีแม้ในที่แคบ มีความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ได้ตลอดเวลาในขณะที่ผ่าตัดอาจมีโอกาสเปลี่ยนแผนการรักษาเป็นการผ่าตัดแบบเปิดได้หากทำไม่สำเร็จหรือ เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่นการบาดเจ็บต่ออวัยวะต่างๆจากการใส่ก๊าซในช่องท้อง⁽⁹⁾

ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดจึงต้องมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด มีการตรวจประเมินสภาพ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจให้พร้อมที่จะรับการรักษผ่าตัดตามแผนการรักษาให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อน มีการใช้เครื่องมือพิเศษที่เป็นวิวัฒนาการทางการแพทย์ที่พยาบาลต้องศึกษาหาความรู้ เพิ่มเติมและต้องมีความชำนาญ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดจึงต้องใช้ ความระมัดระวังเป็นพิเศษเมื่อเกิดภาวะวิกฤติต้องสามารถประเมินและตัดสินใจแก้ไขได้ทันที

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายผ่านกล้องวิดิทัศน์ ในโรงพยาบาลอ่างทอง

รายงานกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 78 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย มาโรงพยาบาลอ้างท้องตามแพทย์นัดเพื่อวางแผนทำผ่าตัด ผู้ป่วยมีประวัติท้องผูกสลับท้องเสียและมีเลือดสดปน อ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนัก 44 กิโลกรัม ทำการตรวจวินิจฉัยโรคโดยการส่องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เมื่อ 2 สัปดาห์ก่อน (วันที่ 13 พ.ย. 2562) พบก้อนตำแหน่งลำไส้ตรง (Mass at rectum) ระยะ 15 ซม. จากรูทวารหนัก ผลตรวจชิ้นเนื้อพบเป็นมะเร็ง (Adenocarcinoma of rectum) ผลเลือดตรวจเซลล์มะเร็งลำไส้ใหญ่พบผิดปกติ (CEA17.39 u/mL) ผลตรวจคอมพิวเตอร์ (C.T. whole abdomen) พบมีก้อนขนาด 4.2x3.6x4.7 ซม. ศัลยแพทย์วางแผนให้การรักษาผ่าตัด ส่งผู้ป่วยพบอายุรแพทย์เพื่อเตรียมผ่าตัดด้วยโรคเบาหวานระหว่างนั้นมีอาการใจสั่น ตรวจน้ำตาลในเลือด 40mg% ได้รับ 50% glucose 50ml ทางหลอดเลือดดำและมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์โดยมีค่าโปแทสเซียมต่ำ (2.9mEq/L) จึงต้องนอนโรงพยาบาลก่อนกำหนดเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์คือ 80-200mg% และแก้ไขภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ แพทย์วางแผนการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายผ่านกล้องวิดิทัศน์ (Lap-LAR) ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาวินาที 28 พฤศจิกายน 2562 อาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มาโดยรณอน อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/86 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนักตัว 44 กิโลกรัม ปฏิเสธการแพ้ยา ไม่แพ้อาหารใดๆ ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและการฉายรังสีทรวงอกปกติ ความเข้มข้นในเลือด 29mg% มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน รับประทานยาต่อเนื่อง แพทย์ผ่าตัด Lap-LAR (3 ธันวาคม 2562)

ก่อนวันผ่าตัด (2 ธันวาคม 2562) เข้าเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการผ่าตัดผ่านกล้อง การปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล เพื่อเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค ความจำเป็นในการทำผ่าตัด เตรียมร่างกายจิตใจของผู้ป่วยให้มีความพร้อมในการผ่าตัด⁽⁸⁾ ผู้ป่วยได้รับเตรียมตัวผ่าตัดพร้อมก่อนผ่าตัดด้วย โดยทำความสะอาดลำไส้ก่อนวันผ่าตัดซึ่งถือว่ามีความสำคัญของการทำผ่าตัดโดยให้ยาระบาย PEG 1 ลิตร เวลา 12:00น , 14:00น. และสวนล้างลำไส้ด้วยโซเดียมคลอไรด์ 100 ซีซี ร่วมด้วย

วันผ่าตัด (3 ธันวาคม 2562) ได้รับการผ่าตัดก้อนมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายออกด้วยวิธีผ่าตัดผ่านกล้องวิดิทัศน์ ร่วมกับการใช้เครื่องมือพิเศษในการตัดต่อลำไส้ใหญ่และเย็บลำไส้แบบอัตโนมัติ ใช้เวลาผ่าตัด 6 ชั่วโมง สูญเสียเลือดจำนวน 300 ซีซี ความเข้มข้นเลือด 28% ได้ PRC 1 ยูนิต ต่อสายระบายเลือดไว้ที่หน้าท้องและที่ก้น หลังผ่าตัดผู้ป่วยได้ถูกใส่ท่อช่วยหายใจไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ประเมินปัสสาวะมากกว่าหรือเท่ากับ 120 ซีซีใน 4 ชั่วโมง ติดตามความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ และอาการปวดแผลผ่าตัด ซึ่งพบว่าหลังผ่าตัดผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดมาก Pain Score 5 คะแนน ได้ยาฉีดแก้ปวด Morphine 4 mg ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง หลังได้รับยาแก้ปวด อาการทุเลา pain score เหลือ 2-3 พักผ่อนได้

หลังผ่าตัดวันที่ 1 ผู้ป่วยสามารถหายใจเองได้ ให้ O₂ mask with Bag 6 ลิตรต่ออนาที่ ยังมีอาการปวดแผลผ่าตัด ได้รักษาการแก้ไขอาการปวดได้ยาฉีดแก้ปวด Morphine 4 mg ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง หลังได้รับยาแก้ปวด อาการทุเลา พักผ่อนได้ ท้องไม่อืด ยังมีคงไข้ 37.8-39.6 องศาเซลเซียส

หลังผ่าตัดวันที่ 2 ออกจากไอซียูมาหอผู้ป่วยห้องพิเศษ เริ่มจิบน้ำได้ ยังมีอาการปวดแผล ได้รับการแก้ไขอาการปวด Morphine 4 mg prn.ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง พักผ่อนได้ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ยังคงมีไข้ 37.9-38.1°C

หลังผ่าตัดวันที่ 3 ได้รับอาหารเหลวใส ไม่มีอาการแน่นท้อง ปวดแผลเล็กน้อย

หลังผ่าตัดวันที่ 7 สามารถถอดท่อระบายเลือดออกได้ และให้อาหารอ่อน แผลผ่าตัดไม่ซึม

มีการประเมินการทำงานของลำไส้ การติดเชื้อของแผล ความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์อย่างต่อเนื่อง แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมระยะเวลาในการรักษาตัวที่โรงพยาบาล 13 วัน และนัดติดตามอาการและแจ้งผลตรวจชิ้นเนื้ออีก 2 สัปดาห์ ผลการตรวจพยาธิสภาพ Moderately Differentiated adenocarcinoma invades through muscularis into pericolic T3N2Mo stage 3C พยาบาลห้องผ่าตัดได้ให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองเมื่อกลับไปบ้าน แพทย์ พยาบาล ผู้ป่วย และญาติได้ร่วมวางแผนการรักษาต่อเนื่อง เพื่อรับการรักษาเคมีบำบัดต่อไป

การพยาบาลผู้ป่วย

การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและความกลัวเรื่องการผ่าตัดและขาดความรู้ ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยมีสีหน้ากังวล บอกกลัวการผ่าตัด และถามเกี่ยวกับโรค

เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและความกลัวเรื่องการผ่าตัดและมีความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัดอธิบายถึงเหตุผลและความจำเป็นของการผ่าตัดเพื่อการรักษาและแก้ไขพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ข้อดี ข้อเสียของการผ่าตัด ให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดพอสังเขป

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีสีหน้าท่าทางผ่อนคลายความวิตกกังวล สามารถตอบการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้ ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเข้ารับการผ่าตัด

การพยาบาลระยะผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีโอกาเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการใช้เครื่องมือไฟฟ้า

ข้อมูลสนับสนุน

มีการใช้เครื่องมือตัดไฟฟ้าเป็นระยะเวลานานในการผ่าตัด

เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้เครื่องมือไฟฟ้า

กิจกรรมการพยาบาล

- 1.การตรวจสอบการใช้งานของเครื่องจีไฟฟ้า
- 2.การติดแผ่นสื่อน้ำไฟฟ้าให้อยู่ในความเรียบร้อย
- 3.ตรวจสอบความพร้อมใช้ของอุปกรณ์เครื่องมือทุกชิ้น ให้นวนหุ่มอยู่ในสภาพดี ไม่มีการฉีกขาด
- 4.ตรวจสอบการตั้งค่ากำลังไฟฟ้าของเครื่องจีไฟฟ้าให้ถูกต้องเหมาะสมกับการผ่าตัด

การประเมินผล

ไม่พบรอยไหม้ หรือตุ่มน้ำพองบริเวณที่ติดแผ่นสื่อน้ำ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกเนื่องจากเสียเลือดและสารน้ำขณะผ่าตัด**ข้อมูลสนับสนุน**

- 1.ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายจัดเป็นอวัยวะที่มีเส้นเลือดหล่อเลี้ยงจำนวนมากโดยเฉพาะเส้นเลือดใหญ่คือ inferior mesenteric artery, superior mesenteric artery, aorta และยังใกล้เคียงกับอวัยวะสำคัญ ๆ เช่น ท่อไต
- 2.การผ่าตัดใช้เวลานานมากกว่า 3 ชั่วโมง

เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกเนื่องจากเสียเลือดและสารน้ำขณะผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

- 1.ประเมินสัญญาณชีพผู้ป่วยร่วมกับทีมวิสัญญีจนกว่าจะสิ้นสุดการผ่าตัดเพื่อทราบการเปลี่ยนแปลงและแก้ไขได้ทันที่
- 2.ตรวจสอบสภาพของเครื่องมือ ได้แก่ เครื่องจีไฟฟ้า เครื่องดูดของเหลว อุปกรณ์พิเศษในการผ่าตัดผ่านกล้อง ให้พร้อมใช้งาน
- 3.ประเมินสภาพการสูญเสียเลือดร่วมกับทีมวิสัญญีโดยสังเกตจำนวนเลือดในขวดดูดของเหลว

การประเมินผล

ขณะผ่าตัดผู้ป่วยสูญเสียเลือด 300 ซีซี ชีพจร 80-90 ครั้ง/นาที เจาะความเข้มข้นของเลือดในห้องผ่าตัดได้ 28% (ก่อนผ่าตัด 29%) ได้รับ PRC1 ยูนิต

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง และภาวะมีลมรั่วแทรกตามใต้ผิวหนัง**ข้อมูลสนับสนุน**

มีการใช้ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ใส่เข้าไปในช่องท้องเพื่อขยายบริเวณผ่าตัดให้กว้างขึ้น สะดวกต่อการผ่าตัดด้วยกล้อง

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัยต่อการเกิดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง และภาวะมีลมรั่วแทรกตามใต้ผิวหนัง

กิจกรรมการพยาบาล

1.ดูแลให้ระดับความดันของเครื่องจ่ายก๊าซ (gas insufflator) อยู่ในระดับที่เหมาะสมในช่วงแรกของการผ่าตัดที่เริ่มเป่าก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้องผู้ป่วยให้ใช้อัตราไม่เกิน 3 ลิตรต่อนาทีจนความดันในช่องท้องผู้ป่วยถูกควบคุมให้อยู่ในระดับคงที่ ประมาณ 14-15 มิลลิเมตรปรอท และต่อมาจึงปรับอัตราการเป่าก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ให้เป็น 6 ลิตรต่อนาที

2.ประสานงานกับวิสัญญีและแพทย์ในการลดอัตราการเป่าก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ของเครื่องควบคุมการจ่ายก๊าซ กรณีที่ผู้ป่วยจะมี end-tidal carbondioxide ที่เพิ่มมากขึ้นจนอาจทำให้เกิดภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง

3.ก่อนนำท่อ troca ออกจากช่องท้องผู้ป่วย ให้มีการไล่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ออกให้หมดให้มากที่สุด

4.ประเมินผิวหนังของผู้ป่วยบริเวณหน้าท้องและหน้าอกดูลักษณะการบวมเกรบของผิวหนังเป็นระยะ

การประเมินผล

ระดับความดันของเครื่องจ่ายก๊าซ อยู่ในระดับที่เหมาะสม 3-6 ลิตรต่อนาทีความดันในช่องท้องผู้ป่วยคงที่ 14-15 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์คั่งอยู่ใต้ผิวหนัง ค่า end-tidal CO₂ เท่ากับ 35-45 มิลลิเมตรปรอท ไม่พบผิวหนังบริเวณท้องและทรวงอกผิดปกติ

การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายผ่านกล้องวิดิทัศน์ เป้าหมายการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยบรรเทาการเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยรับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายผ่านกล้องวิดิทัศน์ บ่นปวดแผลผ่าตัดมาก ระดับคะแนนความเจ็บปวดเท่ากับ 5

กิจกรรมการพยาบาล

- 1.สอนการประเมินความเจ็บปวดให้ผู้ป่วย
- 2.ประสานพยาบาลหอบุคลากรให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ คือมอร์ฟิน 4 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 4 ชั่วโมง เมื่อมีอาการปวด (มากกว่าหรือเท่ากับ 4)
- 3.แนะนำช่วยเหลือในการจัดวางท่าอระบายนจากแผลผ่าตัดเพื่อไม่ให้ตึงรั้งขณะผู้ป่วยเคลื่อนไหว
- 4.ประเมินสีหน้าท่าทาง สัญญาณชีพช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องความปวดแนะนำให้ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย

การประเมินผล

ผู้ป่วยประเมินความปวดได้ถูกต้อง ได้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ อาการปวดทุเลา สีหน้าผ่อนคลาย พักผ่อนได้ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 128/87 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยถามว่ามีอาหารแสดงกับโรคที่เป็นหรือไม่

เป้าหมายการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้คำแนะนำเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านดังนี้

1.1 รับประทานยาให้ครบตามแพทย์สั่ง

1.2 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพอนามัยให้แข็งแรงอยู่เสมอออกกำลังกายโดยการเดินหรือบริหารแขนขา

1.3 การรับประทานอาหาร ควรรับประทานอาหารที่ย่อยง่ายมีพลังงานสูงและมีกากน้อย ในช่วงแรก เช่น ปลา ไข่ ผักผลไม้ที่ผ่านการปรุงแล้ว หลีกเลี่ยงผักที่มีกลิ่นฉุนเพราะจะทำให้ท้องผูก ควรจำกัดอาหารที่ทำให้ท้องเสีย เช่น ผลไม้ดิบ ผักดิบ แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด และการรักษาต่อเนื่อง

2. ประสานข้อมูลการดูแลผู้ป่วย ให้ทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้านและสามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ในการศึกษากรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายมีการวางแผนการรักษาคือการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายผ่านกล้องวิดิทัศน์เป็นการผ่าตัดที่ย่างยากซับซ้อน มีการนำเทคโนโลยีใหม่ๆมาช่วยในการผ่าตัด การผ่าตัดนี้มีผลดีต่อผู้ป่วย การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อน้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิด พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีความรู้ ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ อุปกรณ์พิเศษในการทำผ่าตัดผ่านกล้องรวมถึงเครื่องมือตัดต่อลำไส้อัตโนมัติที่ใช้เฉพาะผ่าตัดลำไส้ที่อยู่ในที่แคบคือในอุ้งเชิงกราน ขณะผ่าตัดมีความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นคือบาดเจ็บต่ออวัยวะใกล้เคียง เสียเลือด พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีความพร้อมในการปรับเปลี่ยนหัตถการเป็นการผ่าตัดแบบเปิดอย่างรวดเร็วแม่นยำเพื่อศัลยแพทย์สามารถทำผ่าตัดให้ผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆเกิดขึ้นจากการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและควรมีการจัดอบรมและให้ความรู้เรื่องอุปกรณ์ เครื่องมือตามวิวัฒนาการของเครื่องมืออุปกรณ์เพื่อช่วยให้การผ่าตัดดำเนินไปด้วยดี การผ่าตัดราบรื่นมีประสิทธิภาพ ลดระยะเวลาการผ่าตัดได้มาก

สรุป

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 78 ปีมาโรงพยาบาลด้วยขับถ่ายผิดปกติได้รับการตรวจและวินิจฉัยโรคว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (CA rectum) ก้อนมะเร็งอยู่ห่างจากทวารหนัก 15 ซม.ขนาด 4.2×3.6×4.7 ซม. ก่อนผ่าตัดได้รับการแก้ไขรักษาให้ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ ผ่าตัดได้ แพทย์วางแผนผ่าตัดด้วยวิธีผ่านกล้องวิดิทัศน์ มีการใช้เครื่องมือตัดต่อลำไส้อัตโนมัติ ใช้เวลาผ่าตัด 6 ชั่วโมง ระหว่างผ่าตัดเสียเลือดจำนวน 300 ซีซี หลังผ่าตัดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาพบว่าเป็น Moderately Differentiated adenocarcinoma invades through muscularis into pericolic T3N2Mo stage 3C หลังผ่าตัดมีอาการปวดแผล ท้องอืดเล็กน้อย แพทย์ให้งดอาหารและน้ำ การทำงานของลำไส้ดี ในวันที่ 2 หลังผ่าตัดเริ่มให้จิบน้ำได้ ปรับเป็นอาหารเหลวใส ในวันที่ 7 หลังผ่าตัดเริ่มให้อาหารอ่อน

ผู้ป่วยไม่มีอาการท้องอืด แผลแห้งดี ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลรวม 13 วัน แพทย์นัดมาตรวจอีก 2 สัปดาห์ จากนั้นส่งต่องานเคมีบำบัดผู้ป่วยยอมรับสภาพการเจ็บป่วยได้ สามารถกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้าน และพร้อมรับการรักษาด้วยเคมีบำบัดต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Cancer,Fact sheet.February2018.[internet2018-mar-3];Available from://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/.
2. ชนินทร์ ลิ้มวงศ์.พันธุศาสตร์ของมะเร็งลำไส้ใหญ่และมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ถ่ายทอดโรคมะเร็งทางพันธุกรรม.ใน: ตัน คงเป็นสุข, วีรพัฒน์ สุวรรณธรรมา, วรุตม์ โล่ศิริวัฒน์, บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ เล่ม52. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; 2557:1-23.
3. สุวรรณณี สิริเลิศตระกูล. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. ในสุวรรณณี สิริเลิศตระกูล, สุลักษณ์ วงษ์จรรโลงศิลป์, ประไพ อริยประยูร, บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. สมุทรปราการ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สันทวิกิจ พรินต์ติ้ง; 2555:111-124.
4. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.ทะเบียนมะเร็งระดับประชากร.จำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 8 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก:http://tcb.nci.go.th/CWEB/cwebBase.do?mode=initialApplication
5. ปวิข สุธารัตน์. Pitfal in laparoscopic colorectal surgery. ใน:ตัน คงเป็นสุข, บุญชัย งามสิริมาศ, อธิรณ บัญพิพัฒน์พงศ์, วรุตม์ โล่ศิริวัฒน์, บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ เล่ม54. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; 2559:275-331.
6. วันดี สำราญราษฎร์. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี;ปีที่1ฉบับที่2.2561[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 8 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/article/view/169888/122156.
7. อติคุณ ธนกิจ. การระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบไร้ท่อ. ใน:วิมลรัตน์ ศรีราช, อรลักษณ์ รอดอนันต์, นรุตม์ เรือนอนุกุล, บรรณาธิการ. ก้าวไกลวิสัญญี4.0 ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: บริษัทนาเพลส จำกัด, 2562:420-444.
8. โรงพยาบาลอ่างทอง. รายงานสถิติการผ่าตัดโรงพยาบาลอ่างทองปีงบประมาณ 2560-2562. อ่างทอง: ศูนย์สารสนเทศโรงพยาบาลอ่างทอง; 2562.
9. ฐิติกัญญา ดวงรัตน์. การระงับความรู้สึกผู้ป่วยส่องกล้องท่อ. ใน:วิมลรัตน์ ศรีราช, อรลักษณ์ รอดอนันต์, นรุตม์ เรือนอนุกุล, บรรณาธิการ. ก้าวไกลวิสัญญี 4.0 ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: บริษัทนาเพลส จำกัด, 2562:249-267.