

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มีภาวะโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับการผ่าตัดตัดต่อลำไส้: กรณีศึกษา

ยุพิน เกตุดี

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชัยบาดาล

Received: 11 ต.ค.64

Revised: 8 ธ.ค.64

Accepted: 14 พ.ย.64

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นโรคที่มีความรุนแรง ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตค่อนข้างสูง ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ มักจะมีการมีอาการของโรคก่อนจึงมาพบแพทย์ ซึ่งการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยวิธีการผ่าตัดอาจช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้ ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

วิธีการศึกษา: ศึกษากรณีกัดเลือกผู้ป่วยแบบเจาะจง 1 ราย ขณะผู้ป่วยมารับการผ่าตัดและติดตามเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 83 ปี มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง มาด้วยอาการปวดท้องมาก ท้องอืด อาเจียน ไม่ถ่ายอุจจาระ ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน แพทย์วินิจฉัย Transverse Colon Cancer with Hypertension ได้รับการผ่าตัด exploratory laporatomy with Extened right hemicolectomy หลังผ่าตัด ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจ ให้การพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจตามมาตรฐาน ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงได้ให้ยาตามแผนการรักษา ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจได้ 6 วัน ผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับ สามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ รวมระยะเวลาในโรงพยาบาล 11 วัน

สรุป: พยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีทักษะความรู้ความชำนาญอย่างสูงในการปฏิบัติการ มีการประเมินความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การเตรียมอุปกรณ์ในการผ่าตัด เพื่ออำนวยความสะดวกให้ทีมผ่าตัดสามารถทำงานได้สะดวก และแก้ไขปัญหาได้ทันเวลาที่ และมีการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะ ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤต และกลับไปใช้ชีวิตประจำวันในสังคมได้ตามปกติ

คำสำคัญ: มะเร็งลำไส้ใหญ่, ความดันโลหิตสูง, การพยาบาล

Nursing Care of Colon Cancer Patients with Hypertension Undergoing Colon Surgery: A Case Study

Yupin Gatedee

Department of Nursing, Chaibadan Hospital.

Abstract

Introduction: Colon cancer is an aggressive disease, and put patients at a high risk of mortality most patients have had abnormal symptoms of disease before they visit doctors. The surgical treatment of colon cancer might increase the survival rate of patients. Therefore, the objective of this study was to ensure patient safety and no complications from the surgery.

Method: The study investigated a selective case who underwent the surgery. Data were collected from the case's medical records.

Result: A 83-year-old Thai female patient, with 10-year hypertension had severe abdominal pain, flatulence, and vomiting with no defecation one day before hospitalization. According to the medical diagnosis, the patient had transverse colon cancer with hypertension. The patient, then, underwent a laparoscopic extended right hemicolectomy. After surgery, the patient was intubated for six days, using a respirator, and provided nursing supportive care on standard ventilation. The patient was given medication according to the treatment plan after extubation, the patient's symptoms improved sequentially with no complications. After that, the patient was discharged. The total length of stay in the hospital was 11 days.

Conclusion: Operating room nurses play an important role in providing nursing care to surgical patients. Therefore, they must be highly skilled and have expertise in the nursing care process. The process was aimed to assess the patient health status before surgery, prepare proper surgical equipment, facilitate the surgical team to work more conveniently, fix problems that may arise, prevent complications before, during, and after surgery to keep patients safe from crisis and help them return to normal daily life in society.

Keyword: Colon cancer hypertension, Nursing care.

บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นโรคมะเร็งที่พบได้มากเป็นลำดับต้นๆ และเป็นปัญหาต่อการสาธารณสุขไทยในปัจจุบัน และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ จากสถิติของประชาชนทั่วโลกในปี.ศ.2563 องค์การอนามัยโลก พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ทั้งหมด จำนวน 1,931,590 คน คิดเป็นร้อยละ 10 ของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด และมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำนวน 935,173 คน คิดเป็นร้อยละ 9.4 ของผู้ป่วยเสียชีวิตจากมะเร็งทั้งหมด¹ สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่รายใหม่ 21,103 คนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 11.1 ของผู้ป่วย มะเร็งรายใหม่ทั้งหมดผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่สูงถึง 11,321 คนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 9 ของผู้ป่วยเสียชีวิตจากมะเร็งทั้งหมด² และจากข้อมูลทะเบียนมะเร็งของศูนย์มะเร็งลพบุรีมีแนวโน้มของมะเร็งลำไส้ใหญ่สูงอยู่ในอันดับที่ 5 ของมะเร็งที่พบบ่อย³ จากสถิติโรงพยาบาลชัยบาดาล พบว่าปีพ.ศ.2563-2564 มีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มารับบริการที่ห้องผ่าตัดจำนวน 20 และ 31 รายตามลำดับ⁴ ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่นั้นสามารถเกิดได้จากพันธุกรรม โดยจะมีความเสี่ยงสูงเมื่อพบประวัติในครอบครัวที่มีญาติสายตรงได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ การเป็น inflammatory bowel disease (ulcerative colitis หรือ Crohn's disease) การสูบบุหรี่ การบริโภคเนื้อแดง การดื่มแอลกอฮอล์ การเป็นโรคเบาหวาน การมีดัชนีมวลกาย (body mass index, BMI) สูง เป็นต้น มะเร็งลำไส้ใหญ่นั้นหากสามารถตรวจพบก้อนเนื้องอกในระยะเริ่มแรกหรือพบในขณะที่เป็นติ่งเนื้อ

ผลการรักษาจะดีและมีโอกาสหายขาดได้ ดังนั้นจึงมีคำแนะนำให้มีการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ตั้งแต่ไม่มีอาการเพื่อลดความรุนแรงและการสูญเสียชีวิต⁵

การผ่าตัดถือเป็นการรักษาหลักของผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยมีวัตถุประสงค์ 2 ประการ ได้แก่ การผ่าตัดเพื่อ ให้หายขาดและเมื่อมีการกระจายของโรคไปยังอวัยวะอื่นแล้ว⁶ เช่น การผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกแล้วนำส่วนปลายลำไส้ที่เหลือมาต่อกัน หรือการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ รวมทั้งกล้ามเนื้อหูรูดทั้งหมดของทวารหนักออกและปลายด้านบนของลำไส้มาเปิดที่หน้าท้อง การผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ถือเป็นการผ่าตัดใหญ่ทางศัลยกรรม และจะมีความเสี่ยงอันตรายต่อชีวิตมากขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มสูงอายุ เพราะการเปลี่ยนแปลงของอายุที่เพิ่มขึ้นมีผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของระบบไหลเวียนเลือดในหลายทางคือมีการแข็งตัวและสูญเสียความยืดหยุ่นของเส้นเลือดนำไปสู่โรคความดันโลหิตสูงได้ อีกทั้งผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัวอยู่ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง การได้รับการรักษาหรือควบคุมอาการได้ไม่ดีก่อนผ่าตัด จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนระบบหัวใจและหลอดเลือดได้ ในการประเมินผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดตามหลักสมาคมวิสัญญีแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวที่ควบคุมได้ไม่ดี มีอัตราการตายร้อยละ 1.8-4.3⁷ ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูงที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง ก็ยังมีโอกาสเกิดความเสี่ยงที่ก่อเกิดอันตรายต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นตามลำดับ แต่หากผู้ป่วยได้รับการเตรียมร่างกายและจิตใจก่อนรับการผ่าตัดเป็นอย่างดี ก็จะช่วย

ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดได้⁸ พยาบาลห้องผ่าตัดเป็นทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพ ดังนั้นสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัดจึงเป็นสิ่งสำคัญ⁹ พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีความรู้ความชำนาญในขั้นตอนและวิธีการผ่าตัด การส่งเครื่องมือและการช่วยผ่าตัด ให้การผ่าตัดดำเนินไปด้วยความราบรื่น มีประสิทธิภาพ มีทักษะในการจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ในการผ่าตัด รู้หลักการทำให้ปลอดเชื้อ การทำลายเชื้อ และประสานงานกับแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด พยาบาลประจำหอผู้ป่วย และทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆได้อย่างทันท่วงที และมีการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้หลังผ่าตัด การนำกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการปฏิบัติบนพื้นฐานของทฤษฎีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดทั้งร่างกายและจิตใจ ในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด¹⁰ ได้อย่างเหมาะสม ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ จะส่งผลให้ผู้ป่วยผ่าตัดเกิดความปลอดภัย

ดังนั้นผู้เขียนจึงสนใจที่ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มีภาวะโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการผ่าตัดตัดต่อลำไส้ เนื่องจากการผ่าตัดนี้เป็นการผ่าตัดใหญ่ซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อน ใช้เวลานานในการผ่าตัด และต้องใช้ทีมที่มีความชำนาญเฉพาะด้านในการผ่าตัด อีกทั้งผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุและมีโรคร่วมความดันโลหิตสูง หากมีการเตรียมร่างกายและจิตใจไม่เหมาะสม อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นอันตรายแก่ชีวิตได้ พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีความรู้และทักษะในการให้การพยาบาลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้ง 3 ระยะของการผ่าตัด

ขอบเขตการศึกษา ศึกษาผู้ป่วย 1 รายที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่มีภาวะโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการผ่าตัด ตัดต่อลำไส้ ที่งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลชัยบาดาล ระหว่างวันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ.2564 ถึง 11 มิถุนายน พ.ศ. 2564

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 83 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพ คู่ศาสนาพุทธ อาชีพ แม่บ้าน การศึกษา ไม่ได้เรียน วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 30 พฤษภาคม พ.ศ.2564

การวินิจฉัยโรคเมื่อแรกพบ Suspect Completed bowel obstruction U/D Hypertension
การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Transverse Colon Cancer with Hypertension

การผ่าตัด exploratory laparotomy with Extended right hemicolectomy 31 พฤษภาคม พ.ศ.2564

อาการสำคัญ

ปวดทั่วท้องมาก ท้องอืดตึง อาเจียน 2-3 ครั้ง ไม่ถ่ายอุจจาระ เป็นมากมา 1 วัน

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง เป็นๆหายๆ 4 วันก่อนมาโรงพยาบาล ปวดทั่วท้อง ท้องอืดตึง ไม่ถ่ายอุจจาระ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ปวดทั่วท้องมาก ท้องอืดตึง อาเจียน 2-3 ครั้ง ไม่ถ่ายอุจจาระ ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

เป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 10 ปี
รักษาที่โรงพยาบาลภูมิพล รับประทานยาต่อเนื่อง
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

ไม่มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงหรือ
โรคทางพันธุกรรม

ประวัติส่วนตัวและแบบแผนการดำเนินชีวิต

อยู่กับสามีที่อายุ 84 ปี และบุตรสาว
ไม่ได้ประกอบอาชีพอะไร บุตรดูแลค่าใช้จ่าย มี
บุตร 4 คน และใช้สิทธิการรักษาจาก
กรมบัญชีกลาง

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ลักษณะทั่วไป: รูปร่างเล็ก น้ำหนัก 43 กิโลกรัม
สูง 149 เซนติเมตร รู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย ปวดท้อง
ทั่วท้อง อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 92
ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดัน
โลหิต 142/90 มิลลิเมตรปรอท

ระบบประสาท: ระดับความรู้สึกตัวผู้ป่วยทาง
สมอง(Glasgow ComaScale/ GCS) 15 คะแนน
(E4M6V5) ขนาดของรูม่านตา 2 มิลลิเมตรและมี
ปฏิกิริยาสนองตอบต่อแสง

ผิวหนัง: ผิวสองสี เล็บมือสะอาดตัดสั้น

ศีรษะและใบหน้า: ผมสีขาวย ตัดสั้น ไม่มีบาดแผล
คลำไม่พบก้อน กัดไม่เจ็บ ตาทั้งสองข้างลักษณะ
สมมาตรกันดี หนังตาไม่ตก การมองเห็นปกติ ใบหู
จุก มีลักษณะภายนอกปกติ

ทรวงอกและทางเดินหายใจ: ปกติ

หัวใจและหลอดเลือด: การเต้นของหัวใจ
สม่ำเสมอ ไม่มีเสียง Murmur ชีพจร 92 ครั้ง/
นาที

ช่องท้องและทางเดินอาหาร: ไม่มีเสียง
เคลื่อนไหวของลำไส้ หน้าท้องแข็งตึง กัดเจ็บทั่ว
ท้อง

กล้ามเนื้อและกระดูก: แขนและขา motor
power grade 5 รูปร่างลักษณะปกติ

ประเมินสภาพจิตและสังคม สภาพจิตใจ: เป็น
คนใจเย็น, **อัตมโนทัศน์:** มีความพึงพอใจในความ
เป็นอยู่ การดำรงชีวิตของตนเอง, **ความทรงจำ:** มี
ความจำในอดีต และปัจจุบันดี, **การรับรู้:** สามารถ
ระบุ วันเวลา สถานที่ บุคคลได้ตามความเป็นจริง,
กระบวนการคิด: ความคิดสมเหตุสมผล, **แบบ
แผนการเผชิญปัญหา:** ส่วนใหญ่มีการเผชิญ
ปัญหาได้ด้วยตนเอง เข้าใจและยอมรับปัญหาที่
เกิดได้

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

LAB	30พ.ค.64	1มิ.ย.64	2มิ.ย.64	3มิ.ย.64	5มิ.ย.64	6มิ.ย.64	7มิ.ย.64	9มิ.ย.64
CBC								
-WBC ($10^3/\mu\text{L}$)	14,050	12,510	-	12,810	10,900	-	-	-
-neutrophil (%)	78	85	-	82	75	-	-	-
-lymphocyte (%)	15	10	-	12	16	-	-	-
-HCT (%)	38.7	37.5	-	33.3	33.2	-	-	-
-Plt count($10^3/\mu\text{L}$)	368,000	291,000		247,000	287,000	-	-	-

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

LAB		30พ.ค.64	1มิ.ย.64	2มิ.ย.64	3มิ.ย.64	5มิ.ย.64	6มิ.ย.64	7มิ.ย.64	9มิ.ย.64
-PT	(sec)	12.9	-	-	-	-	-	-	-
-PTT	(sec)	21.9	-	-	-	-	-	-	-
-INR		1.10	-	-	-	-	-	-	-
Electrolyte									
-Na	(mmol/L)	141	141	138	137	136	136	135	132
-K	(mmol/L)	3.7	2.8	2.8	3.2	3.3	3.0	2.5	3.8
-Cl	(mmol/L)	102	105	106	105	101	100	96	95
-CO2	(mmol/L)	23.7	22.5	20.5	22.8	25.6	28.1	29.9	26.4
-BUN	(mg/dL)	11	15	-	11	8	-	-	-
-Cr	(mg/dL)	0.65	0.67	-	0.56	0.54	-	-	-
-eGFR		82	81	-	86	87	-	-	-
-Ca+	(mg/dL)	-	8.1	-	-	-	-	-	-
-Mg+	(mg/dL)	-	1.6	-	-	-	-	1.3	2.3
-Phosphorus	(mg/dL)	-	1.4	-	-	-	-	-	-
-Albumin	(g/dL)	4.4	-	-	-	3.2	-	-	-

ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

CT Whole abdomen Using non-ionic contrast media วันที่ 30 พฤษภาคม 2564 พบว่า Complete colonic obstruction , CA Colon Should be consider

Surgical Pathology วันที่ 31 พฤษภาคม 2564 ส่งชิ้นเนื้อขนาดความยาว 28 ซม. ความกว้าง 4 ซม.(segment of terminal ileum, appendix, cecum to transverse colon .วันที่ 4 มิถุนายน 2564 ผลเป็น Adenocarcinoma no metastatic deposit in all 13 nodes (n=0/13)

รายงานกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 83 ปี มาโรงพยาบาล วันที่ 30 พฤษภาคม 2564 ด้วยอาการ ปวดทั่วท้องมาก ท้องอืดตึง อาเจียน 2-3 ครั้ง ไม่ถ่ายอุจจาระ เป็นมานาน 1 วัน ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูงไม่ขาดยา แรกผู้ป่วยรู้สึกตัวดี บ่นปวดแน่นทั่วท้อง ท้องอืดตึงมาก อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 142/90 มิลลิเมตรปรอท DTX=142 mg% แพทย์ตรวจร่างกาย ส่ง Film Acute Abdomen Series และทำ CT Whole Abdomen with CM พบ Complete colonic obstruction, CA Colon ศัลยแพทย์

เตรียมผ่าตัด exploratory laparotomy with Extended right hemicolectomy 31 พฤษภาคม พ.ศ.2564 เวลา 09.30 น. under GA ให้การรักษา NPO, on 0.9% NaCl 1000 ml IV 80ml/hr, on NG tube no 16 ต่อ gomco suction, retained Foley's cath no16, M/G จองPRC 4 unit, FFP 4 unit, ให้Ceftriaxone 2 gm IV OD, Metronidazole 500mg IV ทุก 8 ชั่วโมง จองเตียงICUไว้สำหรับหลังผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุที่จะได้รับการผ่าตัดใหญ่ทางหน้าท้อง ก่อนผ่าตัด 1 วันพยาบาลห้องผ่าตัดเข้าเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมพบว่าผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลกลัวเกี่ยวกับการผ่าตัด และผู้ป่วยไม่สบายเนื่องจากปวดท้อง ได้ให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด แก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคความจำเป็นในการผ่าตัด เตรียมร่างกายจิตใจให้พร้อมในการผ่าตัด วันที่ 31 พฤษภาคม 2564 ผู้ป่วยผ่าตัด exploratory laparotomy with Extended right hemicolectomy แพทย์ตัดชิ้นเนื้อ ส่งตรวจ Pathology ใช้เวลาผ่าตัด 4 ชั่วโมง 50 นาที สูญเสียเลือดจำนวน 300 ml ต่อสายระบายเลือดไว้ที่หน้าท้อง 1 เส้น ต่อลงถุง แพทย์พิจารณาให้เลือด PRC 1 unit IV drip และFFP 1 unit IV drip ขณะผ่าตัดผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัดผู้ป่วยยังคงถูกใส่ท่อช่วยหายใจ on ET Tube no7.5 mark 19 ไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยหนัก on Ventilator PCV mode MR20 IP20 PEEP6 FiO2 0.6 หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องความดันโลหิตสูง ความดันโลหิต 213/112 มิลลิเมตรปรอท ได้รายงานแพทย์ ให้ยา Nicardipine (1:5) IV 5ml/hr

titrate Keep Systolic blood pressure น้อยกว่า 180 มิลลิเมตรปรอท

วันที่ 1 มิถุนายน 2564 หลังผ่าตัด 1 วัน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4VTM6 on Ventilator พบว่าผู้ป่วยไม่มีความสมดุลของอิเล็กโตรไลต์ ได้ให้ยาและสารน้ำตามแผนการรักษา พร้อมสังเกตอาการผิดปกติขณะให้ยา และยังพบว่าผู้ป่วยไม่สบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดหน้าท้อง Pain Score 7 คะแนน ได้ยาฉีดแก้ปวด Morphine 3 mg IV เวลาปวด ทุก 8 ชั่วโมง หลังได้รับยาแก้ปวดผู้ป่วยบรรเทาอาการปวดลง 3วันหลังผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4VTM6 on Ventilator หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ 4 วันหลังผ่าตัด ผู้ป่วยหายใจได้เอง วางแผนหย่าเครื่องช่วยหายใจ Try-wean T-piece 10 LPM สลับกับ on Ventilator PSV mode PS 7 PEEP6 FiO2 0.4 เผื่อระวังการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ อัตราการหายใจ 22ครั้ง/นาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 99%-100% ชีพจร 70-80 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 145/90 มิลลิเมตรปรอท บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออก จากร่างกาย ปัสสาวะออกดี ประเมิน pain score 5-7 คะแนน ให้ยาแก้ปวด MO 4 mg IV prn for pain ทุก 8 ชั่วโมง ไม่พบอาการผิดปกติหลังได้รับยา อาการปวดทุเลา บาดแผลเลือดซึมเล็กน้อย 5วันหลังผ่าตัด ทำการถอดท่อช่วยหายใจ หลังถอดท่อช่วยหายใจ SPO2 97 % on O2 Mask with bag 10 LPM อาการทั่วไปดีขึ้น 6วันหลังผ่าตัด ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต ย้ายไปดูแลต่อเนื่องจากที่ติดศัลยกรรม มีการประเมินการทำงานของลำไส้ การติดเชื้อของแผล ความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรไลต์อย่างต่อเนื่อง ให้การพยาบาลป้องกันการเกิด

ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ การติดเชื้อที่ปอด ภาวะท้องอืด แผลติดเชื้อ กระตุ้นการเคลื่อนไหว แผลผ่าตัดหน้าท้อง แห้งดีไม่ซึม 8 วันหลังผ่าตัด เอาสายระบายเลือดที่แผลออก 10 วันหลังผ่าตัด ตัดไหมแผลที่หน้าท้องแผลดีดี อาการทั่วไปดีขึ้น แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน 11 มิถุนายน 2564 รวมระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล 11 วัน ให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน นัดให้มาตรวจติดตามอาการอีก 2 สัปดาห์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลและกลัวเกี่ยวกับการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล และบอกว่า “กลัวการผ่าตัด”, ญาติกังวลเนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุ อายุ 83 ปี, จากประวัติผู้ป่วยไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน

วัตถุประสงค์: ลดความวิตกกังวลและความกลัวเกี่ยวกับการผ่าตัด และมีความรู้ความเข้าใจสามารถปฏิบัติ

ตนได้ถูกต้องทุกระยะการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล สีหน้าสดชื่น ให้ความร่วมมือเกี่ยวกับการผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล:

การเตรียมด้านจิตใจ

1. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วัน เพื่อประเมินสภาพปัญหาต่างๆที่ทำให้ผู้ป่วยไม่พร้อมหรือเสี่ยงต่อการผ่าตัด ทำให้มีโอกาสแก้ไขปัญหาก่อนเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย ทักทายผู้ป่วยโดยการเรียกชื่อแนะนำตนเองและสถานที่ปฏิบัติงาน

2. ชี้แจงวัตถุประสงค์การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพื่อลดความวิตกกังวล และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด

3. อธิบายถึงพยาธิสภาพของโรค ข้อมูลการเจ็บป่วย เหตุผลและความจำเป็นของการผ่าตัดเพื่อ

การรักษาและแก้ไขพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ข้อดีข้อเสียของการผ่าตัด และความเสี่ยงของการผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้นได้ทำให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ และมีข้อมูลที่ร่วมตัดสินใจในแผนการรักษา ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุ มีโรคความดันโลหิตสูง และต้องได้รับการผ่าตัดช่องท้องซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ต้องใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนาน อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในห้องผ่าตัด (death on table, DOT) ได้ และผู้ป่วยยังมีความเสี่ยงต่อการต้องคาท่อช่วยหายใจมากกว่า 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุมีการฟื้นตัวด้านการทำงานของปอดช้า จึงอาจมีผลทำให้ไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ตามเวลาที่กำหนด

4. อธิบายถึงขั้นตอนการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ เกิดความมั่นใจ เรื่องจะได้รับการดูแลจากแพทย์และพยาบาลอย่างใกล้ชิด

5. ให้คำแนะนำข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่บรรยากาศสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด และสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด เช่น อาการปวดแผลหลังผ่าตัด สายท่อระบายต่างๆ ออกจากช่องท้องเพื่อระบายเลือด และน้ำเหลืองต่างๆ ออกจากแผล การใส่สายสวนทางจมูก เพื่อระบายน้ำย่อยต่างๆ จากกระเพาะอาหาร การงดน้ำและอาหารหลังการผ่าตัด การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำจนกว่าแพทย์จะให้รับประทานอาหารได้

6. สังเกตอาการแสดง ท่าทางคำพูด อารมณ์ของผู้ป่วย ตลอดจนความผิดปกติทางด้านร่างกาย

7. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติสอบถามข้อสงสัยและได้ระบายความรู้สึกโดยตอบข้อซักถามของผู้ป่วยด้วยท่าที นุ่มนวล ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย อยู่ในขอบเขตหน้าที่ที่สามารถตอบได้ และตั้งใจฟังการระบายความรู้สึกของผู้ป่วย อย่างเต็มใจ และเห็นใจ เพื่อให้คลายความวิตกกังวล

การเตรียมตัวร่างกาย

1. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ได้แก่การเตรียมร่างกายผู้ป่วย การงดน้ำและอาหารและให้คำแนะนำหลังผ่าตัดได้แก่การฝึกการหายใจ การไอที่ถูกวิธี และการพลิกตะแคงตัว/การนั่ง

2. ตรวจสอบเวชระเบียน การลงนามยินยอมรับการรักษาและการผ่าตัด

3. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงกฎระเบียบของทางโรงพยาบาลเพื่อจะได้ปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

การประเมินผล: ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายความวิตกกังวลลง ผู้ป่วยให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการ รักษาพยาบาล ยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของตนเองได้ และปฏิบัติตัวตามคำแนะนำที่ได้รับ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดท้อง

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยบ่นปวดท้อง ไม่ผายลม ไม่ถ่ายอุจจาระ ท้องอืดตึงมาก, CT Whole abdomen พบว่า Complete colonic obstruction, Pain score 7 คะแนน

วัตถุประสงค์: เพื่อให้อาการปวดท้องลดลง

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยนอนพักได้ ไม่มี

อาการกระสับกระส่าย, Pain score 3-5 คะแนน
กิจกรรมการพยาบาล: ตรวจสอบสัญญาณชีพและ Pain score เพื่อประเมินอาการปวดและความรุนแรงที่เพิ่มขึ้น, อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงสาเหตุของอาการปวดท้อง, จัดท่านอนในท่าศีรษะสูงเพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัวทำให้อาการปวดลดลง, ดูแลให้ดื่มน้ำและน้ำ ใส่ NG tube ต่อกับ gomco suction เพื่อระบายสารเหลวและเศษช่วยบรรเทาอาการปวด, การงดอาหารและน้ำจะช่วยลดการกระตุ้นการทำงานของลำไส้ทำให้อาการปวดท้องลดลง, แนะนำให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย โดยหายใจเข้าออกยาวๆ ลึกๆ, ดูแลให้ยาลดปวด MO 3 mg iv dilute ตามแผนการรักษาและสังเกตอาการผิดปกติหลังให้ยา, อธิบายผู้ป่วยและญาติให้ทราบถึงแผนการรักษาต่อไปคือการผ่าตัดเพื่อแก้ไขสาเหตุของอาการปวดท้อง พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม

การประเมินผล: ผู้ป่วยปวดท้องลดลง นอนพักได้ Pain score 4 - 5 คะแนน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารอาหาร

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยแจ้งว่าเบื่ออาหาร/รับประทานอาหารได้น้อย ผู้ป่วยอาเจียน 2-3 ครั้งต่อวัน ผู้ป่วยดื่มน้ำและอาหารเพื่อจะผ่าตัดช่องท้องและหลังผ่าตัดต้องงดน้ำและอาหารต่อ 3-5 วัน ผู้ป่วยรูปร่างเล็กค่อนข้างผอม ดัชนีมวลกาย Body Mass Index (BMI) 19.37 (ผู้ป่วยน้ำหนัก 43 กก./ส่วนสูง 149 ซม.)

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ได้รับอาหารเพียงพอและไม่มีภาวะขาดสารอาหาร

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้นตามเกณฑ์ที่กำหนด BMI ปกติ

(18.5-25.0kg/m²) เยื่อปูดามีสีแดง Hct > 36 % Serum albumin > 3 gm%

กิจกรรมการพยาบาล: ประเมินภาวะได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกายจากการรับประทาน ชั่งน้ำหนักและวัดดัชนีมวลกาย สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ปฏิบัติโภชนาคลินิก เพื่อกำหนดสารอาหารที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยและแผนการรักษา ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ส่งและติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct, alb ดูแลให้รับประทานยาตามแผนการรักษา ประเมินอาการขาดสารอาหารอย่างรุนแรง เช่น อาการกล้ามเนื้อขาลีบ เยื่อปูดาสีดำ อาการบวมจาก albumin ในเลือดต่ำ ดูแลผู้ป่วยหากมีคลื่นไส้อาเจียนและบันทึกจำนวน สี และลักษณะของอาเจียน ประเมินภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย เพื่อประเมินสภาวะผิดปกติในร่างกาย

การประเมินผล: ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้นตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ป่วยเยื่อปูดามีสีแดง Hct 33.2 % Serum albumin 3.3 (g/dL) BMI 18.5 kg/m² (ผู้ป่วยน้ำหนัก 41 กิโลกรัม/ส่วนสูง 149 เซนติเมตร)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะขณะผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypovolemic shock จากการเสียเลือดขณะผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: เป็นการผ่าตัดใหญ่ exploratory laparotomy with Extended right hemicolectomy ขึ้นเนื้อขนาดความยาว 28 ซม. ความกว้าง 4 ซม. (segment of terminal ileum, appendix, cecum to transverse colon) อาจเกิดการฉีกขาดของเส้นเลือดและต่อเนื้อเยื่อและอวัยวะที่สำคัญ, เลือดที่เสียในระหว่าง

การผ่าตัด 300 ซีซี, ระหว่างผ่าตัดปัสสาวะออก ชั่วโมงละ 30 ซีซี, ระยะเวลาผ่าตัด 4 ชั่วโมง 50 นาที

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะช็อคจากการเสียเลือด

เกณฑ์การประเมินผล: ระดับความรู้สึกตัวดี, ไม่มีอาการแสดงของช็อค ได้แก่ อาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น, ปัสสาวะออกมากกว่าหรือเท่ากับ 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง, ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท, การไหลเวียนของเลือดที่ส่วนปลาย ≤ 2 วินาที

กิจกรรมการพยาบาล: จัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ ตรวจสอบความพร้อมใช้งาน และจัดสำรองให้มีพร้อมใช้ เลือกเครื่องมือให้เหมาะสม, ตรวจสอบประสิทธิภาพการทำงานของเครื่อง Suction สามารถปรับเพิ่มและลดแรงดันได้, ตรวจสอบประสิทธิภาพการทำงานของเครื่องจี้ไฟฟ้า, เตรียมอุปกรณ์สำหรับห้ามเลือดให้มีพร้อมใช้งาน, ส่งเครื่องมือตามขั้นตอนการผ่าตัดด้วยความถูกต้อง รวดเร็วอย่างมีทักษะ, ประสานงานกับทีมวิสัญญีในการประเมินสัญญาณชีพและเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงทุก 5 นาที, พยาบาลช่วยแพทย์สังเกตจุดเลือดออกในขณะผ่าตัด, ตลอดจนช่วยแพทย์ในการห้ามเลือด, ให้สารน้ำ สารประกอบเลือด และเลือดตามแผนการรักษา, จัดเตรียมทีมเสริมเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด การสูญเสียเลือดขณะผ่าตัดเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์การเสียเลือดเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างทันท่วงที, บันทึกความสมดุลของปริมาณน้ำเข้า/ออกรวมถึงการสูญเสียเลือด

การประเมินผล: ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการผ่าตัด สัญญาณชีพปกติ ตลอดการผ่าตัด 4 ชั่วโมง 50 นาที ผู้ป่วยสูญเสียเลือดปริมาณ 300 มิลลิลิตร ปัสสาวะสีเหลืองเข้มออก 145 มิลลิลิตร. ปัสสาวะออกเท่ากับ 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อจากการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: ผิวหนังเป็นที่อยู่ของแบคทีเรียพวก Staphylococcus aureus species, เนื่องจากการผ่าตัดครั้งนี้เป็นการผ่าตัดลำไส้ใหญ่อาจทำให้มีสิ่งปนเปื้อนคืออุจจาระ ซึ่งส่วนใหญ่เชื้อที่อยู่ในลำไส้/อุจจาระส่วนใหญ่จะเป็น E.Coli ออกมาจากลำไส้ได้

วัตถุประสงค์: ไม่มีการเกิดภาวะติดเชื้อในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล: อุณหภูมิน้อยกว่า 37.5 องศาเซลเซียส, แผลผ่าตัดแห้งดี

กิจกรรมการพยาบาล: ปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้หลัก Aseptic technique และ Sterile technique, ประเมินสภาพผิวของผู้ป่วยว่ามีสิ่งผิดปกติ เช่น ผื่นแดง ตุ่มหนอง หรือบาดแผลหรือไม่, ทำความสะอาดผิวหนังด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อตามมาตรฐานการทำความสะอาดผิวหนังก่อนผ่าตัด, ปูผ้าสะอาดปราศจากเชื้อให้ถูกต้องโดยเปิดเฉพาะส่วนที่จะลงมีดเท่านั้น, ให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm IV OD, Metronidazole 500mg IV ทุก 8 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาพร้อมทั้งสังเกตอาการและบันทึกหลังการให้ยา

การประเมินผล: ผู้ป่วยไม่มีไข้ แผลผ่าตัดแห้งดี

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการผ่าตัดผิดคน และผิดประเภทการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: มีผู้ป่วยผ่าตัดหลายคนในระยะเวลาที่ใกล้เคียงกัน

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดถูกต้องและปลอดภัย ตามแผนการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล: มีการทำ Sign in ก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด, ทักทายผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและพร้อมที่จะรับการผ่าตัด, ตรวจสอบเวชระเบียนและอุปกรณ์ต่างๆที่หอผู้ป่วยเตรียมมาให้อีกครั้งเพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคน, ตรวจสอบการเตรียมร่างกายท่อนล่าง เช่น เครื่องประดับ ชุดชั้นใน ฟันปลอม การงดน้ำและอาหาร, ตรวจสอบผลทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจ CT Scan, ประเมินสภาพร่างกายจากการตรวจสัญญาณชีพของผู้ป่วยหลังให้ยาระงับความรู้สึก, ชาน Time out ก่อนลงมีดเพื่อทบทวนความพร้อมในทีมผ่าตัด

การประเมินผล ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างถูกต้องและปลอดภัย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะบาดเจ็บจากการจัดท่าและการใช้อุปกรณ์เครื่องจี้ไฟฟ้า

ข้อมูลสนับสนุน: จัดท่า Supine position ผู้ป่วยรูปร่างผอมมีปุ่มกระดูก การติด Electric plate ของเครื่องจี้ไฟฟ้าอาจไม่แนบสนิทกับผิวหนัง

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อไม่เกิดภาวะบาดเจ็บจากการจัดท่าและการใช้อุปกรณ์เครื่องจี้ไฟฟ้า

เกณฑ์การประเมินผล: ไม่มีการบาดเจ็บของเส้นประสาท เส้นเลือด กล้ามเนื้อและผิวหนัง

กิจกรรมการพยาบาล: จัดท่าผู้ป่วยให้เหมาะสมสำหรับการผ่าตัดในท่านอนหงาย แขนทั้งสองข้างกางไม่เกิน 90 องศา ใช้สายรัดบริเวณต้นขาเหนือเข่าขึ้นไป และระวังการเปิดเผยส่วนที่ควรปกปิด, ประเมินสภาพผู้ป่วยภายหลังการจัดท่าสำหรับการผ่าตัด, ตรวจสอบเครื่องจี้ไฟฟ้าและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งาน, ตรวจสอบการเตรียม

ร่างกายต่างๆ ไป เช่นเครื่องประดับ และติดแผ่น Dispersive electrode กล้ามเนื้อของขาต้าน ไตด้านหนึ่ง, เผาระวังการใช้เครื่องจีไฟฟ้า และตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังที่ติดแผ่น Electric plate เช่นรอยนูน รอยแดง หรือผิวหนังไหม้ กรณีพบสิ่งผิดปกติรายงานแพทย์และบันทึกข้อมูลเพื่อติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล: หลังผ่าตัดผู้ป่วยไม่มีการบาดเจ็บจากการจัดท่าและการใช้อุปกรณ์เครื่องจีไฟฟ้า

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการมีอุปกรณ์ เครื่องมือ ตกค้างในช่องท้อง

ข้อมูลสนับสนุน: เป็นการผ่าตัดใหญ่มีการใช้เครื่องมืออุปกรณ์และผ้าซับโลหิตเป็นจำนวนมาก และใช้เวลาในการผ่าตัดนาน 4 ชั่วโมง 50 นาที

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการมีอุปกรณ์ เครื่องมือ ตกค้างในช่องท้อง

เกณฑ์การประเมินผล: ไม่มีอุปกรณ์ เครื่องมือ ตกค้างในช่องท้อง

กิจกรรมการพยาบาล: ทีมพยาบาลห้องผ่าตัด ร่วมกันตรวจนับและเป็นพยานในการตรวจสอบจำนวนอุปกรณ์ เครื่องมือ ผ้าซับโลหิต ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และก่อนปิดแผล และบันทึกไว้เป็นหลักฐาน ตรวจนับยืนยันอุปกรณ์ เครื่องมือ ผ้าซับโลหิต ก่อนปิดแผลตาม Count Procedure และบันทึกไว้เป็นหลักฐาน ไม่นำเครื่องมือออกนอกห้องผ่าตัดจนกว่าจะเสร็จสิ้นการผ่าตัด กรณีเครื่องมือ หรือผ้าซับโลหิตไม่ครบต้องรับรายงานแพทย์ทราบ และค้นหาทันที Sign out ก่อนปิดแผลผ่าตัดและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด

การประเมินผล: จำนวนอุปกรณ์ เครื่องมือ ผ้าซับโลหิต ครบ ถูกต้องตรงกัน ไม่มีอุปกรณ์ เครื่องมือ ตกค้างในช่องท้องผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypothermia

ข้อมูลสนับสนุน: เป็นการผ่าตัดใหญ่ ใช้เวลาผ่าตัดนาน 4 ชั่วโมง 50 นาที และห้องผ่าตัดเป็นห้องปรับอากาศอุณหภูมิในห้องผ่าตัดเย็น 25 องศาเซลเซียส, ผู้ป่วยรูปร่างผอม น้ำหนัก 43 กิโลกรัม

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อรักษาสภาพอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ในระดับปกติ

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยไม่มีภาวะ Hypothermia

กิจกรรมการพยาบาล : ควบคุมอุณหภูมิห้องให้อยู่ระหว่าง 23-25 องศาเซลเซียส, คลุมผ้าให้ผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด และเปิดเฉพาะส่วนที่ต้องทำการผ่าตัด, ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายผู้ป่วยโดยการห่มผ้าหรือใช้Warmer, ดูแลให้ผ้าที่ปูรองตัวผู้ป่วยแห้งอยู่เสมอ, ใช้สารน้ำอุ่นล้างช่องท้อง, เปลี่ยนผ้าคลุมผู้ป่วยเมื่อเปียกจากการใช้สารน้ำอุ่นล้างช่องท้อง, ประเมินสภาพผิวหนังของผู้ป่วยว่ามีภาวะ Hypothermia หรือไม่ เช่นผิวหนังเย็น ปลายมือปลายเท้าเขียว

การประเมินผล: ผู้ป่วยไม่มีผิวหนังเย็น, ไม่มีปลายมือปลายเท้าเขียว, มีอุณหภูมิร่างกายปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: ผู้ป่วยมีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยสูงอายุ อายุ 83 ปี ผู้ป่วยหลังได้ยาระงับความรู้สึก หลังผ่าตัดยังไม่ตื่นดี มีอาการสลิ้มสลิ้อ E3ETM5 ผู้ป่วยยังon ET Tube No7.5 mark 19 จากห้องผ่าตัดย้ายเข้าห้อง

การพยาบาลผู้ป่วยหนักโดยพยาบาลห้องผ่าตัด ช่วยปั๊ม ถุงช่วยหายใจ (Ambu bag) ต่อกออกซิเจน 10 ลิตรต่อนาที ช่วยการหายใจของผู้ป่วย อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 68 ครั้ง/นาที การหายใจ 24 ครั้ง/นาที, หายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง, ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 95 %.

วัตถุประสงค์: เพื่อให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์ประเมินผล: หายใจไม่เหนื่อยหอบ ไม่กระสับกระส่าย ไม่มีภาวะ cyanosis ฟังเสียงลมเข้าปอดชัดเจนทั้งสองข้าง, ปอดขยายได้ดีเท่ากันทั้งสองข้าง, อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที, SPO2 > 95%

กิจกรรมการพยาบาล: ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ อาการ และอาการแสดงทุก 15 นาที แล้วปรับเป็นทุกๆ 1 ชั่วโมง, monitor NIBP ติดตามชีพจร อัตราการหายใจ ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง, ประเมินภาวะ cyanosis และ air hunger, สังเกตและบันทึกการใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยหายใจ, หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ, ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง, จัดท่านอนให้ศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อให้กระบังลมหย่อนเพิ่มพื้นที่การขยายของปอด ทำให้ได้รับออกซิเจนมากขึ้น, ดูแลเครื่องช่วยหายใจ on Ventilator PCV mode MR20 IP20 PEEP6 FiO2 0.6 ให้การพยาบาลระหว่างใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยตรวจสอบตำแหน่งที่เหมาะสมของท่อช่วยหายใจภายหลังใส่ท่อช่วยหายใจ, ยึดท่อช่วยหายใจให้อยู่กับที่โดยติดพลาสติกและใช้เชือกยึดท่อช่วยหายใจ ป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดดูแลและจัดสายต่อ

เครื่องช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่ไม่ตึงรั้ง, ดูแลเครื่องช่วยหายใจให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ให้สาย circuit หัก พังงอ หรือมีรอยรั่ว เต็มน้ำรักษาระดับความชื้น 1/3 ของกระป๋อง, วัดความดันของกระเปาะลมของท่อช่วยหายใจไม่ให้เกิน 20-30 เซนติเมตรน้ำเพื่อป้องกันการกดทับหลอดลม, ตัดท่อช่วยหายใจให้สั้นลงโดยตัดปลายท่อช่วยหายใจที่ยึดจากปากหรือจมูกที่ยาวเกิน 4-5 เซนติเมตร เพื่อลดภาวะบริเวณที่ไม่มียาอากาศไหลผ่าน (Dead space) และช่วยลดการเคลื่อนไหวของท่อช่วยหายใจทำให้สามารถจับยึดท่อโดยมือไม่หลุดในขณะที่ปั๊มถุงช่วยหายใจ, จัดบันทึกและตรวจสอบการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้ตรงกับเครื่องช่วยหายใจที่ตั้งไว้ทุกเวอร์, ดูแลเตรียมอุปกรณ์ ช่วยเหลือให้พร้อมในภาวะที่มีภาวะการหายใจล้มเหลว วางแผนหย่าเครื่องช่วยหายใจและเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมอธิบายขั้นตอนการหย่าเครื่องช่วยหายใจผู้ป่วยเข้าใจ

การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว และสามารถถอดท่อหายใจได้หลังจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 6 วัน ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 99-100%

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากความดันโลหิตสูง

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยเป็นความดันโลหิตสูงมาประมาณ 10 ปี หลังผ่าตัด, ความดันโลหิต 213/112 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง

เกณฑ์ประเมินผล: ระดับความรู้สึกตัวปกติ, ประเมินระดับความรู้สึกตัวผู้ป่วยทางสมอง (Glasgow Coma Scale/ GCS) การลืมตา (eye opening)

ไม่ต่ำกว่า 4 คะแนน การตอบสนอง โดยคำพูด (verbal response) ไม่ต่ำกว่า 5 คะแนน และการตอบสนองโดย การเคลื่อนไหว (motor response) ไม่ต่ำกว่า 6 คะแนน, ขนาดของรูม่านตา 2-4 มม. และมีปฏิกิริยาสนองตอบต่อแสง, การประเมินกำลังของแขนขา (Motor power) ไม่ต่ำกว่า 5 คะแนน, ระดับความดัน-โลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ ความดันโลหิต ไม่เกิน 140/90 mmHg

กิจกรรมการพยาบาล: ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพเพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และรายงานแพทย์กรณีพบอาการผิดปกติ, ให้อาบน้ำความดันโลหิตตามแผนการรักษาประเมินและติดตามอาการของผู้ป่วยหลังได้ยาลดความดันโลหิต, วัดและบันทึกสัญญาณชีพประเมิน GCS ตามมาตรฐานการพยาบาล ติดตามค่าระดับออกซิเจน วัดและบันทึกปริมาณน้ำเข้า – ออก ทุก 2 - 4 ชม. จัดทำนอนยกศีรษะสูงประมาณ 30 องศา, จัดสิ่งแวดล้อมให้อึดต่อการพักผ่อน เพื่อผ่อนคลายและส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วย

การประเมินผล: ผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวปกติ GCS 15คะแนน (E4V5M6) ขนาดของรูม่านตา 2 มม.และมีปฏิกิริยาสนองตอบต่อแสง motor power ปกติ ความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน: K 2.8 mEq/L, Mg+ 1.6 mEq/L

วัตถุประสงค์: เพื่อให้อิเล็กโทรไลต์ในร่างกายกลับสู่ภาวะปกติ

เกณฑ์การประเมิน: K 3-5.5 mEq/L, Mg+ 1.6-2.6 mEq/L

กิจกรรมการพยาบาล: ประเมินอาการที่บ่งบอกถึงการเปลี่ยนแปลง เช่น อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง

สับสน เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน, ติดตามคลื่นหัวใจไฟฟ้า (Monitor EKG) เพื่อดูลักษณะคลื่นหัวใจไฟฟ้าที่ผิดปกติและรายงานแพทย์ทันทีที่พบความผิดปกติ, ส่งตรวจอิเล็กโทรไลต์ทางห้องปฏิบัติการติดตามผลการตรวจ, ดูแลให้ได้รับสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ตามแผนการรักษา, ตรวจและบันทึกปริมาณน้ำเข้า – ออก ทุก 2 - 4 ชม., ประเมินภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายหลังให้การพยาบาลพร้อมบันทึกทุกเวร และรายงานแพทย์ทราบกรณีเกลือแร่ผิดปกติ

การประเมินผล: ระดับอิเล็กโทรไลต์อยู่ในเกณฑ์ปกติ K 3.8 mEq/L, Mg+ 2.4 mEq/L ไม่มีอาการผิดปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: มีแผลผ่าตัดที่หน้าท้องแนว midline 20 เซนติเมตร Pain score 7-9 คะแนน ชีพจร 100 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 170/100 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์: เพื่อให้สุขสบายปวดแผลลดลง

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยนอนพักได้ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย ไม่หาวถี่ คิ้วขมวด Pain score $\leq$ 5 คะแนน ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล: ประเมินพฤติกรรม การแสดงความเจ็บปวดของผู้ป่วย และ pain score ตรวจบันทึก สัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง จัดทำนอน Fowler's position เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องมีการหย่อนตัว ลดอาการเจ็บตึง ดูแลด้านจิตใจโดยการพูดคุยปลอบโยน จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบเท่าที่สามารถทำได้ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและสุขสบายขึ้น แนะนำวิธีการพลิกตะแคงตัว

หรือเปลี่ยนอิริยาบถ โดยใช้มือข้างที่ไม่บาดเจ็บ ประคองบริเวณ แผลผ่าตัด เพื่อช่วยลดการเกร็ง กล้ามเนื้อหน้าท้อง จะทำให้อาการปวดแผลลดลง สอนการไออย่างถูกวิธี โดยใช้มือประคองแผล ผ่าตัดและหายใจเข้าลึก ๆ ซ้ำ ๆ ผ่านทางจมูก และหายใจออกช้า ๆ ผ่านทางปาก จำนวน 5 ครั้ง ในขณะที่หายใจเข้าครั้งสุดท้ายให้ผู้ป่วยอ้าปาก และไอออกมาจากส่วนลึกของลำคอ 1-2 ครั้ง เป็นการ ช่วยขับเสมหะออกมาและลดการสั่นสะเทือน ของบาดแผลใช้มือประคองแผลทุกครั้ง ดูแลให้ยา แก้กตามแผนการรักษา พร้อมทั้งสังเกตอาการ ข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น

การประเมินผล: ผู้ป่วยนอนพักได้ ไม่มีอาการ กระสับกระส่าย สีหน้าสดชื่นขึ้น pain score 3-5 คะแนน ชีพจร 90-98 ครั้ง/นาที การหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: ผู้ป่วยและญาติขาด ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อ กลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยและญาติซักถามอาการ หลังจากผ่าตัดและไม่มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน เมื่อกลับบ้าน

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรค

เกณฑ์การประเมิน: ผู้ป่วยมีและญาติปฏิบัติตน ได้ถูกต้อง และสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตนได้

กิจกรรมพยาบาล:

1.ให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน โดยให้ คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการสังเกตอาการ ผิดปกติ เช่น แผลผ่าตัดอักเสบมีหนอง อาการ

ปวดท้อง ไม่ถ่ายอุจจาระ เป็นต้น, ให้คำแนะนำ การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ให้คำแนะนำ เรื่องการรับประทานยาตามแผนการรักษา ให้ คำแนะนำการดูแลความสะอาดร่างกาย และการ พักผ่อนให้เพียงพอทั้งร่างกายและจิตใจเพื่อลด ภาวะเครียดและความวิตกกังวลต่างๆ แนะนำให้ ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด หากมีอาการผิดปกติให้ไป พบแพทย์ก่อนวันนัด

2.ประสานข้อมูลการดูแลผู้ป่วยให้ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
การประเมินผล: ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความ เข้าใจเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่ บ้าน และสามารถตอบคำถามเรื่องการปฏิบัติตัว หลังผ่าตัดได้ถูกต้อง

บทสรุป

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ มีภาวะโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการผ่าตัดตัด ต่อลำไส้ ผู้ป่วยมาด้วยอาการ ปวดทั่วท้องมาก ท้องอืด อาเจียน ไม่ถ่ายอุจจาระ ก่อนมา โรงพยาบาล 1 วัน แพทย์วินิจฉัย Transverse Colon Cancer with Hypertension ได้ รับ การผ่าตัด exploratory laporotomy with Extened right hemicolectomy ซึ่งเป็นการ ผ่าตัดใหญ่ทางหน้าท้อง มีความยุ่งยากซับซ้อน และใช้ระยะเวลาผ่าตัด นาน 4 ชั่วโมง 50 นาที ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทุกระบบของ ร่างกาย ผู้ป่วยรายนี้มีการฟื้นตัวด้านการทำงาน ของปอดช้า ทำให้ไม่สามารถหย่าเครื่องช่วย หายใจได้ตามเวลาที่กำหนด คาท่อช่วยหายใจเป็น เวลา 6 วัน จึงสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับ สามารถจำหน่าย ผู้ป่วยกลับบ้านได้ รวมระยะเวลาอนใน โรงพยาบาล 11 วัน ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัด

จึงต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญอย่างสูงในการปฏิบัติงาน¹¹ เช่นในการประเมินสภาพความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การเตรียมอุปกรณ์ในการผ่าตัดที่พร้อมและเหมาะสม เพื่อให้การผ่าตัดเป็นไปอย่างราบรื่น และสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้หลังผ่าตัด มีการใช้กระบวนการพยาบาลในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยผ่านพ้นระยะวิกฤต ปลอดภัย และสามารถกลับมาดูแลตนเองได้ตามอัตรภาพ

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้ เป็นหญิงสูงอายุ อายุ 83 ปี รูปร่างเล็กผอม จากประวัติพบว่าผู้ป่วยปวดท้อง เป็นๆหายๆมา 1 เดือน ไม่ได้ไปรักษาที่ไหน ด้วยอุปนิสัยเป็นคนพุดน้อยใจเย็น มีความอดทนสูง เมื่อมีอาการมากถึงมาโรงพยาบาล ทำให้การดำเนินของโรคก้าวหน้ารุนแรงจนเกิดลำไส้ใหญ่อุดตัน ดังนั้นเมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนขวาง เบื้องต้นผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเมื่อรู้ว่าเป็นมะเร็งและต้องผ่าตัด เมื่อได้รับการอธิบายแผนการรักษา ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและยินยอมการรักษาและผ่าตัด การผ่าตัดครั้งนี้เป็นกรณีที่มีความยุ่งยากซับซ้อนเนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุและมีโรคร่วมความดันโลหิตสูง ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดวางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้ง 3 ระยะของการผ่าตัด อีกทั้งได้มีการวางแผนการจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและญาติ โดยการให้ความรู้ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนต่อเนื่องเมื่ออยู่บ้าน และการวางแผนการรักษาต่อเนื่องต่อไป และเสนอแนะญาติให้ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ เนื่องจาก มะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นโรคที่พบได้ทั้ง

ที่เกิดขึ้นเองจากความผิดปกติของตนเองและเกิดจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม อีกทั้งควรมีจัดทำคู่มือการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดลำไส้ใหญ่ทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติให้พยาบาลห้องผ่าตัดและทีมสุขภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2020). The Global Cancer Observatory. [online]. [cited 2020 December]; Available from: URL: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-factsheet.pdf>.
2. ธีรพร รุ่งวิจิตร, สีนินาฏ ขาวตระการ, จักรกฤษณ์ วังราชกูร์. (2564). ความชุกและการกระจายของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในจังหวัดเชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขสุลล่านนา, 17 (1) , 27-39.
3. ศูนย์มะเร็ง ลพบุรี สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข คู่มือโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. (มปท.); 2555.
4. รายงานประจำเดือนงานห้องผ่าตัด. โรงพยาบาลชัยบาดาล. (เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์). 2563-2564)
5. อำนาจ ศรีรัตนบัลล์. โรคลำไส้ การวินิจฉัยและการรักษา. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ.ทโรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
6. พิมพ์ชนก ทองจันทร์, พัสดา ภักดีกำจร, ธา รินี เพชรรัตน์. (2563). ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วย ก: โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรง. ศรีนครินทร์เวชสาร, 35 (1), 66-71.

7. ศิริพร ปิติมานะอารี. การประเมินและเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด: ตำราวิสัญญีวิทยา ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; 2556: หน้า 135-49.
8. นันทา เล็กสวัสดิ์. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด. พิมพ์ครั้งที่2 ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, (มปท.); 2554
9. สุภิดา สุวรรณพันธ์, มะลิวรรณ อังคณิตย, อาริยา สอนบุญ. (2563). สมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด และปฏิบัติบริการพยาบาลที่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 38 (3), 51-60.
10. รัตนา เพิ่มเพชร. บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด: การให้ข้อมูลในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 22 (1), 9-20.
11. บุญเรือน เรืองโรจน์แห. การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายผ่านกล้องวิดีโอทัศน : กรณีศึกษา. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร. 2563; 29(1) (Suppl1): 129-37.