

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายผ่านกล้อง โดยประยุกต์  
ใช้ Enhanced Recovery After Surgery (ERAS protocol) : กรณีศึกษา

อังศวีร์ ภูมทองสมพงษ์

**บทคัดย่อ**

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ใหญ่ส่วนปลายเป็นโรคมะเร็งที่พบได้มากเป็นอันดับที่ 3 ของโรคมะเร็งทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยและมีแนวโน้มผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี โดยพบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ใหญ่ส่วนปลายมากในระยะที่ 4 ในกลุ่มผู้ป่วยอายุเฉลี่ยมากกว่า 50 ปี นอกจากนี้ยังพบแนวโน้มการเกิดโรคในกลุ่มคนที่มีอายุน้อยลง

ปัจจุบันแนวทางการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มี 3 วิธีหลัก คือ ศัลยกรรม รังสีรักษา และเคมีบำบัดตามลำดับ ในผู้ป่วยที่มีมะเร็งระยะต้น ๆ มักจะใช้วิธีการผ่าตัดซึ่งมีบทบาทสำคัญในการรักษา มีการพัฒนาการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ ช่วยในการผ่าตัด โดยวิธีการผ่าตัดผ่านกล้อง ให้ผลการรักษาไม่ต่างกับการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง แต่ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเร็ว ลดระยะเวลาการใช้เวลารักษาในโรงพยาบาล และมีคุณภาพชีวิตที่ดีการผ่าตัดผ่านกล้องเป็นนวัตกรรมใหม่ที่ทำให้เกิดความเจริญอย่างมาก การผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ใหญ่ส่วนปลายผ่านกล้องได้รับความนิยมเพิ่มมากขึ้น ซึ่งข้อดีของการผ่าตัดผ่านกล้อง คือ เจ็บปวดน้อย เสียเลือดน้อยกว่า และกลับบ้านได้เร็ว แต่มักใช้ระยะเวลาผ่าตัดนานกว่า การช่วยสนับสนุนหรือส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)) เป็นการจัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยตั้งแต่มีก่อนผ่าตัดจนถึงหลังผ่าตัด เพื่อให้การทำงานของระบบหัวใจ ระบบหายใจ และระบบทางเดินอาหารกลับมาทำงานได้ตามปกติ และผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วขึ้น ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและกลับบ้านเร็วขึ้น

วัตถุประสงค์ในการศึกษา : เพื่อศึกษาการประยุกต์กระบวนการพยาบาล โดยวิธีส่องกล้องที่มีการพัฒนาขึ้นมาแทนการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง โดยประยุกต์ใช้ ERAS Protocol ในการดูแลรักษาพยาบาล และเพื่อนำไปเป็นแนวทางในการเตรียมการพยาบาลผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ในระยะ ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังการผ่าตัด รวมถึงการให้คำแนะนำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

สถาบันมะเร็งแห่งชาติเริ่มนำ Enhanced Recovery After Surgery (ERAS protocol) มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย ผู้เขียนจึงสนใจศึกษาผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายผ่านกล้อง โดยประยุกต์ใช้ Enhanced Recovery After Surgery (ERAS protocol) ผลการศึกษาพบว่า : ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวเร็วขึ้น โดยผู้ป่วยสามารถ ฟื้นตัวได้ภายใน 24 ชั่วโมง ลดระยะเวลาการนอน และกลับบ้านเร็วขึ้นภายใน 6 วัน ติดตามต่อเนื่องผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ และมาส่องกล้องตามนัด Sigmoidoscopy finding: Intact anastomosis (ผล:ไม่มีรอยรั่วบริเวณรอยต่อลำไส้)

**คำสำคัญ:** มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย, การผ่าตัดผ่านกล้อง, Enhanced Recovery After Surgery

## บทนำ

ปัจจุบันโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 ของโลก จากสถิติทั่วโลก พบว่าในปี 2020 มีจำนวนผู้ป่วย ทั่วโลกสูงถึง 19.3 ล้านคน คาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 47 ในปี 2040<sup>1</sup> ขณะเดียวกันโรคมะเร็งก็เป็นสาเหตุหลักการเสียชีวิตของคนไทยมากกว่า 20 ปี นับตั้งแต่ ปี 2542 และที่สำคัญ คือ พบผู้ป่วยรายใหม่จากโรคมะเร็งเฉลี่ยวันละ 336 ราย หรือคิดเป็น 122,757 รายต่อปี<sup>2</sup> โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ใหญ่ส่วนปลายเป็นโรคมะเร็งที่พบได้มากเป็นอันดับที่ 3 ของโรคมะเร็งทั่วโลก<sup>1</sup> รวมทั้งประเทศไทยและมีแนวโน้มผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี โดยพบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ใหญ่ส่วนปลายมากในระยะที่ 4 ในกลุ่มผู้ป่วยอายุเฉลี่ยมากกว่า 50 ปี นอกจากนี้ยังพบแนวโน้มการเกิดโรคในกลุ่มคนที่มีอายุน้อยลง<sup>2</sup> มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ใหญ่ส่วนปลายเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ เนื่องจากปัจจัยในการกระตุ้นให้เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ เช่น บริโภคเนื้อสัตว์ การได้รับสารเคมีต่างๆ และการขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น นอกจากนี้ประชาชนยังไม่มี ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งระบบทางเดินอาหารจะคล้ายกับโรคแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหารอย่างอื่น ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์เมื่อมีอาการของโรคในระยะลุกลามไปแล้ว ทำให้การรักษาได้ผลไม่ดีเท่าที่ควร อัตราการอยู่รอดหลังมีอาการมักจะอยู่ได้ไม่เกิน 5 ปี

การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มี 3 วิธีหลัก คือ ศัลยกรรม รังสีรักษา และเคมีบำบัดตามลำดับ ในผู้ป่วยที่มีมะเร็งระยะต้น ๆ มักจะใช้วิธีการผ่าตัด ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการรักษา มีการพัฒนาการใช้

เทคโนโลยีใหม่ๆ ช่วยในการผ่าตัด โดยวิธีการผ่าตัดผ่านกล้อง ให้ผลการรักษาไม่ต่างกับการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง แต่ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเร็ว ลดระยะเวลาการใช้เวลารักษาในโรงพยาบาล และมีคุณภาพชีวิตที่ดี การผ่าตัดผ่านกล้องเป็นนวัตกรรมใหม่ที่ทำให้เกิดความเจริญอย่างมาก การผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ใหญ่ส่วนปลายผ่านกล้องได้รับความนิยมเพิ่มมากขึ้น ซึ่งข้อดีของการผ่าตัดผ่านกล้อง คือ เจ็บปวดน้อย เสียเลือดน้อยกว่า และกลับบ้านได้เร็ว แต่มักใช้ระยะเวลาผ่าตัดนานกว่า<sup>3</sup> การช่วยสนับสนุน หรือส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)) เป็นการจัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ออกผ่าตัดจนถึงหลังผ่าตัด เพื่อให้การทำงานของระบบหัวใจ ระบบหายใจ และระบบทางเดินอาหารกลับมาทำงานได้ตามปกติ และผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติส่งผลให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วขึ้น ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและกลับบ้านเร็วขึ้น

กรอบแนวคิดที่นำมาใช้เป็นแนวทางคือทฤษฎีการปรับตัวของรอย ซึ่งอธิบายเกี่ยวกับการปรับตัวของบุคคลว่า บุคคลจะต้องมีการปรับตัวต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบการปรับตัวจะต้องเป็นไปในทางบวก เพื่อทำให้เกิดการปรับตัว 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย อตมโนทัศน์ บทบาทหน้าที่ และการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น หากมนุษย์ปรับตัวไม่ได้ ย่อมก่อให้เกิดการเจ็บป่วย เป้าหมายของการพยาบาลคือการส่งเสริม ดำรงรักษา และฟื้นฟูความสามารถในการปรับตัวของบุคคล เพื่อสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข (Roy and Robert, 1981: 289-291)

**การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย  
ผ่านกล้อง โดยประยุกต์ใช้ Enhanced  
recovery after surgery (ERAS protocol)**

**ในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ**

มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยดังนี้

**การดูแลระยะก่อนนอนโรงพยาบาล (OPD)**

- การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด โดยเฉพาะเรื่อง  
การสื่อสารแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ความร่วมมือ  
ในการดูแล

- ให้แนะนำ งดสูบบุหรี่ งดดื่ม  
เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ อย่างน้อย 2 สัปดาห์

- ให้แนะนำการให้ยาระงับอาการปวดต่อเนื่อง  
หรือให้หลังผ่าตัดเพื่อระงับอาการปวดของแผล  
ผ่าตัด

- นัดปรึกษาศัลนิกรเพื่อเตรียมความพร้อมก่อน  
ผ่าตัดตามข้อบ่งชี้ ได้แก่ วิสัญญี ทางเดินหายใจ ไต  
และ ออสโตมีและแผล

- ให้คำแนะนำ สอนชุด Tri-flow เพื่อบริหารปอด  
ก่อนผ่าตัด การไออย่างมีประสิทธิภาพ การ  
กระแอมหรือ การพ่นลม (QR Code)

- ให้คำแนะนำเรื่องหยุดยาละลายลิ่มเลือด และยา  
โรคประจำตัว (ถ้ามี)

- เช่นเอกสารยินยอมการผ่าตัด จอเตียง ประเมิน  
ราคาอุปกรณ์ผ่าตัด

- ตรวจ X-ray ปอด , ตรวจ EKG

**การดูแลระยะก่อนผ่าตัด (IPD)**

**Day admit:** ทบทวนและให้ความรู้ ดังนี้

- การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

- การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด โดยเฉพาะเรื่อง  
การสื่อสารแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ความร่วมมือ  
ในการดูแล

- การจัดการเรื่องความปวด

- การฝึกการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพด้วย  
อุปกรณ์ Tri-flow

- การไออย่างมีประสิทธิภาพ การกระแอมหรือการ  
พ่นลม

- การเคลื่อนไหวโดยการพลิกตะแคงตัวบนเตียง  
การลุกนั่งหลังผ่าตัด และการลุกจากเตียง  
หลังผ่าตัด ภายใน 24 ชั่วโมง ขณะมีอุปกรณ์ต่างๆ  
เช่น สายน้ำเกลือ สายสวนปัสสาวะ สายระบาย  
ชนิดต่างๆจากแผล เป็นต้น

- Check list: R/L, CT, MRI และการงดยา  
Anticoagulant งดบุหรี่เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ  
งดยาสมุนไพร

- Mechanical Bowel preparation ตามสูตร  
ERAS protocol (PEG): พร้อมประเมินและบันทึก  
ประสิทธิภาพการขับถ่ายอุจจาระหลังรับประทาน  
ยาระบาย ให้ผู้ป่วยดื่ม NCI CARB Drink (เครื่องดื่ม  
คาร์โบไฮเดรต) ตามสูตร ERAS protocol (100 g  
ก่อนนอน และ 50 g ตอนเช้าก่อนไปผ่าตัด)

- ให้ผู้ป่วยดื่ม NCI CARB Drink (เครื่องดื่ม  
คาร์โบไฮเดรต) ตามสูตร ERAS protocol (100 g  
ก่อนนอนและ 50 g ตอนเช้าก่อนไปผ่าตัด)

**Day Surgery:** Antimicrobial prophylaxis

- Skin preparation ก่อนไป OR ด้วยน้ำยาทำลาย  
เชื้อ 4% W/V Chlorhexidine in liquid Soap

- ให้ผู้ป่วยดื่ม NCI CARB Drink (เครื่องดื่ม  
คาร์โบไฮเดรต) ตามสูตร ERAS protocol 50 g  
ตอนเช้าก่อนไปผ่าตัด

**การดูแลระยะระหว่างผ่าตัด (OR/Anesthesia)**

- มีการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมห้องผ่าตัดและ  
วิสัญญี

-การทำ Sign in/Time out

- การดูแลและเฝ้าระวังขณะผ่าตัดตาม Standard anesthesia Protocol เช่น การควบคุมอุณหภูมิร่างกาย การให้สารน้ำระหว่างผ่าตัด
- มีการสื่อสารระหว่างทีมหากเกิดปัญหาขณะผ่าตัด มีการเตรียมความพร้อมของทีม อุปกรณ์ ยา และเวชภัณฑ์ต่างๆ ในกรณีเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน
- การดูแลอาการปวดหลังผ่าตัดโดยทีมวิสัญญี (Protocol ERAS) ตลอดจนการตรวจเยี่ยมประเมินภาวะแทรกซ้อนต่างๆหลังได้รับการระงับความรู้สึกภายใน 24-72 ชั่วโมง

#### การดูแลระยะหลังผ่าตัด (IPD)

##### 1. Post op care in 24 hrs. (Immediate care)

- Observe Airway
- Observe Bleeding: กรณีมี Active bleeding รายงาน Surgeon ทันที

##### 2. Post op care หลัง 24 hrs-72 hrs.

##### (Intermediate care)

- Monitor complication: SSI, Anastomosis leakage
- off foley's cath within 48 hrs.
- off ATB in 72 hrs.

##### 3. Early ambulation ตาม program

##### : Day 0 (24 ชม. แรก)

- พลิกตะแคงตัวอย่างน้อยทุก 2 ชม.
- กระตุ้น กระแอม ไอและหายใจอย่างมีประสิทธิภาพตามที่ฝึกปฏิบัติมาก่อนผ่าตัด

##### : Day 1

- เริ่มลุกนั่งบนเตียง และเมื่อพร้อมให้ลุกเดินได้เป็นระยะทางสั้นๆ 10 เมตร ทำวันละ 3 รอบ

- ฝึกบริหารปอดด้วย Tri-flow 10 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง

##### : Day 2

- ให้ผู้ป่วยลุกเดินจากเตียง โดยเพิ่มระยะทางการเดินประมาณ 50 เมตร วันละ 3 รอบ ถ้าแข็งแรงดีให้ เพิ่มระยะทาง/เพิ่มรอบได้

- ฝึกบริหารปอดด้วย Tri-flow 10 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง

##### : Day 3 ถึงวันจำหน่าย

- ให้ผู้ป่วยลุกเดินเพิ่มระยะทางตามกำลังอย่างน้อย 200 เมตร วันละ 3 รอบ
- ฝึกบริหารปอดด้วย Tri-flow 10 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง

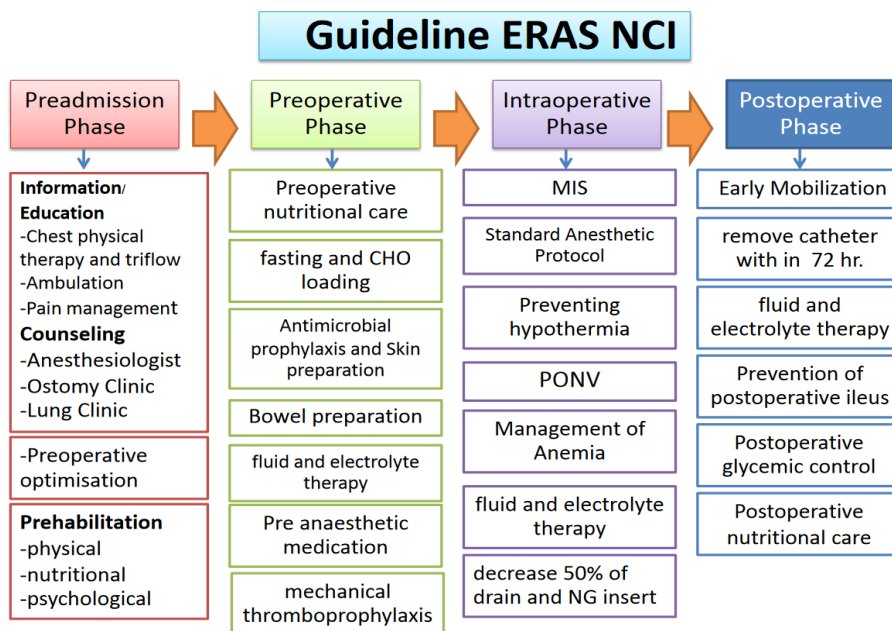
#### การดูแลระยะจำหน่าย (Discharge plan)ให้ ความรู้เกี่ยวกับ

- การใช้ชีวิตที่บ้าน, อาหาร, ยา HM, ยา U/D (เช่น ยาละลายลิ่มเลือด), การสังเกตแผล, อาการผิดปกติที่เข้ารพ.ใกล้บ้าน อาการที่ต้องมา NCI

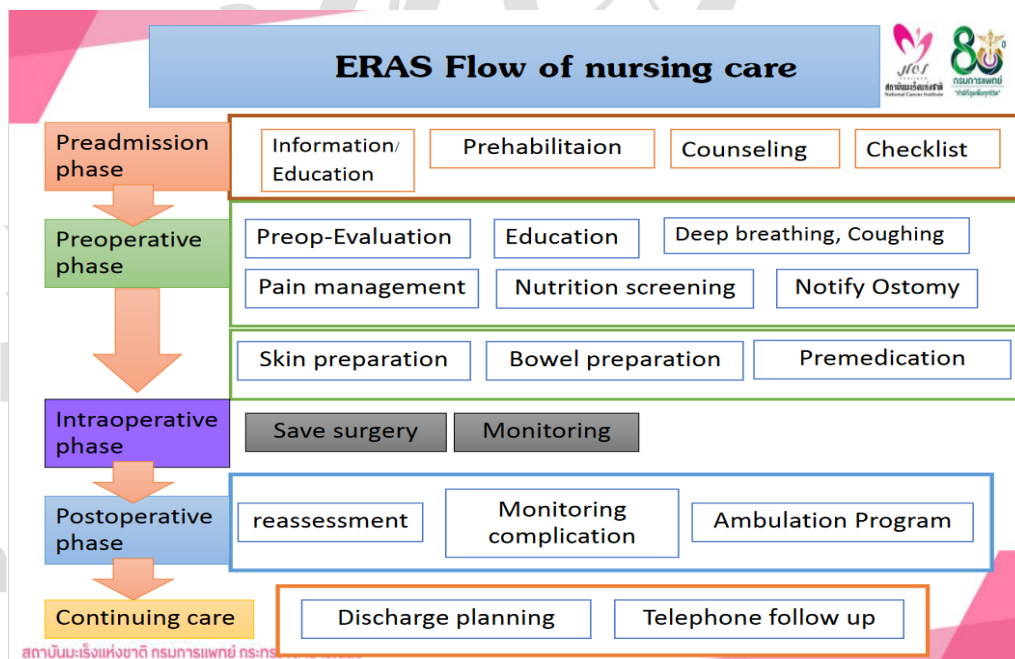
#### การดูแลระยะหลังผ่าตัด (OPD)

เป็นการติดตามผู้ป่วย หลังผ่าตัดโดยแบ่งออกเป็น 2 ช่วงการติดตาม ได้แก่ สัปดาห์ที่ 2 และ สัปดาห์ที่ 6 หลังผ่าตัด เพื่อประเมินแผลผ่าตัด ติดเชื้อ และภาวะโภชนาการ

แนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ ลำไส้ใหญ่ส่วนปลายและลำไส้ใหญ่ส่วนปลายแบบฟื้นตัวเร็ว สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (ERAS Protocol in Colorectal cancer patient NCI)



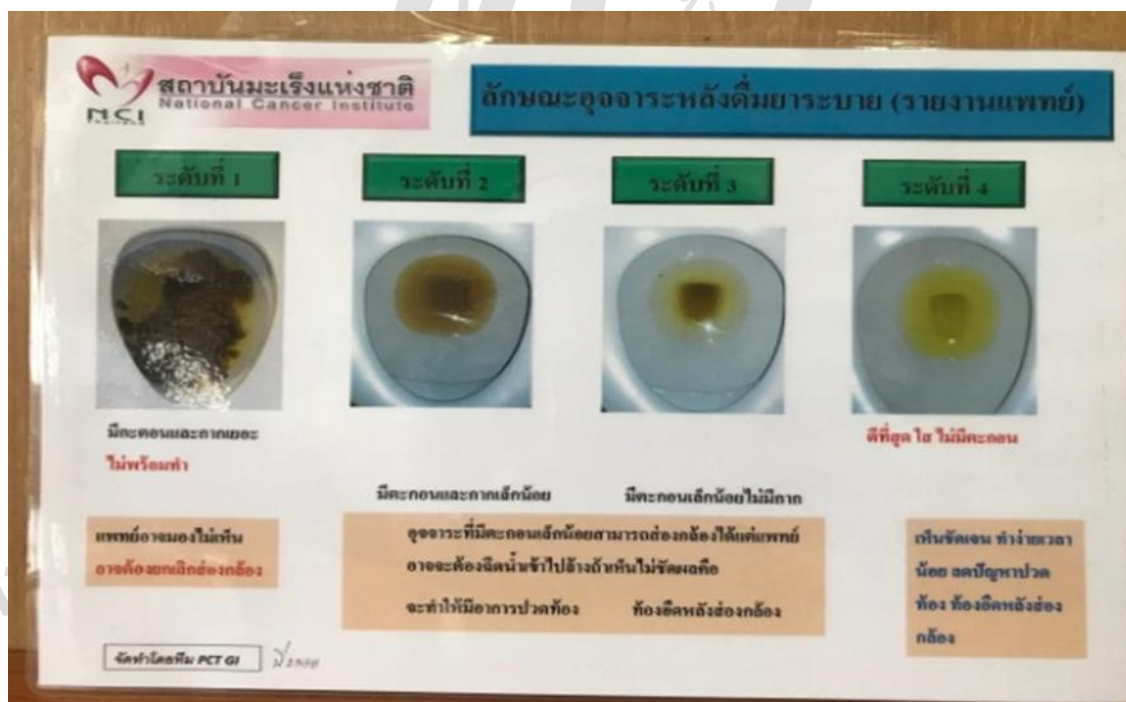
แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ ลำไส้ใหญ่ส่วนปลายและลำไส้ใหญ่ส่วนปลายแบบฟื้นตัวเร็ว สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (ERAS Protocol in Colorectal cancer patient NCI)



วิธีการฝึกการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพด้วยอุปกรณ์ Tri-flow



แนวทางการบันทึกประสิทธิภาพการขับถ่ายอุจจาระหลัง Mechanical Bowel preparation ตามสูตร ERAS protocol (PEG)



### การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดแบ่งเป็น 3 ระยะ

1. การพยาบาลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด
2. การพยาบาลผู้ป่วยในระหว่างผ่าตัด
3. การพยาบาลผู้ป่วยในหลังผ่าตัด

### การพยาบาลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด

ระยะเวลาก่อนผ่าตัด รวมถึงระยะเวลาที่ผู้ป่วยรับรู้การวินิจฉัยและรอเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล กล่าวคือตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มตระหนักว่ามีบางสิ่งผิดปกติ และแพทย์วินิจฉัยว่าต้องทำผ่าตัด หรือตัวผู้ป่วยสงสัยว่าจะต้องทำผ่าตัด จนกระทั่งเวลาที่แพทย์จะลงมีดผ่าตัด ซึ่งอาจกินเวลาเป็นชั่วโมงหรือหลายสัปดาห์ เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยและญาติควรได้รับการเตรียมข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา การสนับสนุนทางจิตใจ การเตรียมตัวเพื่อรับการผ่าตัดให้พร้อมที่สุด เพื่อลดความวิตกกังวลและสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมก่อนผ่าตัด รวมทั้งได้คำแนะนำ การดูแลในระยะเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลก่อน และหลังผ่าตัด การดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านและการติดตามหลังการจำหน่าย

### การประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ ของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากก่อนการผ่าตัด

เมื่อรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล พยาบาลจะต้องประเมินสภาวะทั้งทางด้านร่างกาย และจิตสังคมของผู้ป่วยโดย

1. ประเมินและบันทึกผลการประเมินสภาพร่างกาย สภาวะสมดุลทางด้านร่างกายก่อนการผ่าตัด มีความสำคัญเท่าๆกับความสมดุลทางด้านจิตใจ ทั้งนี้เพื่อเป็นการป้องกันหรือแก้ไขมิให้เกิดความผิดปกติ หรือโรคแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การเตรียมทางด้านร่างกายต้องคำนึงถึงสิ่งต่างๆดังต่อไปนี้

1.1 ประวัติโรคประจำตัว โรคทางพันธุกรรม ประวัติความเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ปัญหาของผู้ป่วยที่อาจมีผลต่อการผ่าตัด และการฟื้นฟูสุขภาพ เช่น ภาวะซีด โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไต ฯลฯ

1.2 ประวัติการแพ้ยา / อาหาร

1.3 ประวัติการใช้ยาที่มีผลต่อการผ่าตัด เช่น ยาในกลุ่ม steroid NSAID , ยาในกลุ่มละลายลิ่มเลือด และป้องกันการแข็งตัวของเลือด

1.4 ประวัติการผ่าตัด / การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล

1.5 อาการและอาการแสดงของโรค การตรวจดูความพร้อมของร่างกาย ได้แก่ การตรวจ CBC, Blood Chemistry, Serological Examination, การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

(EKG) การตรวจปัสสาวะ ตรวจการทำงานของปอด (chest X-ray)

2. ประเมินความรู้ ความพร้อมด้านร่างกาย เอกสารก่อนการผ่าตัด

3. ประเมินและบันทึกเกี่ยวกับบทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว ได้แก่ อายุ อาชีพ

เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม จำนวนบุตร ซึ่งอาจมีผล

ต่อความเชื่อ การรับรู้และการยอมรับเกี่ยวกับโรคที่เป็น การรักษาของแพทย์ การเปลี่ยนแปลงภายหลังการผ่าตัด และการปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัด

4. ประเมินและบันทึกสภาพจิตใจ ได้แก่ อารมณ์ของผู้ป่วย ความมั่นคงทางจิตใจ ความวิตกกังวล ความเครียด ความกลัว การสูญเสียภาพลักษณ์ การปรับตัวต่อภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นในชีวิต และสิ่งที่ผู้ป่วยยึดถือ

5. ประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม เศรษฐกิจ คารักรักษา

### ก่อนผ่าตัด (Pre-operative)

1. การให้ข้อมูลผู้ป่วยและให้คำปรึกษา : การให้ความรู้ก่อนการผ่าตัดกับผู้ป่วยที่จะครอบคลุมในเรื่อง การให้ข้อมูลก่อนการผ่าตัด การเตรียมตัวผ่าตัดและ Bowel preparation การประเมิน และ จัดการ ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด การฝึกบริหารร่างกายเพื่อเตรียม Early ambulation การฝึก Breathing exercise & Effective cough เพื่อป้องกันภาวะ Lung complication รวมทั้งการให้ความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตัว เมื่อกลับบ้าน ซึ่งได้การนำ ERAS protocol มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย

2. ประเมินภาวะโภชนาการ : ภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสารอาหารก่อนการผ่าตัด มีพลังงานสำรองในร่างกายไม่เพียงพอ เมื่อต้องเผชิญกับภาวะ การเผาผลาญที่เพิ่มสูงขึ้นภายหลังการผ่าตัด จะมีผลให้แผลผ่าตัดสมานตัวช้าลงเกิดภาวะอ่อนล้า และการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องได้

3. ฟื้นฟูสภาพร่างกายก่อนผ่าตัด : ฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดสามารถประเมินได้หลายมิติได้แก่ มิติ ด้านร่างกายซึ่งประกอบไปด้วย การปฏิบัติกิจกรรม การทำหน้าที่ของอวัยวะภายใน การลดลงของความระดับ ความเจ็บปวดและระดับความอ่อนล้า และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มิติด้านจิตใจ ประเมินด้วย การรับรู้ ประสบการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัดที่ดีและการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี มิติด้านสังคม ประเมินด้วย การมีปฏิสัมพันธ์ ทางสังคมที่ดีซึ่งการประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้องในแต่ละระยะสะท้อนถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยใน ระยะหลังผ่าตัดได้อย่างชัดเจนและนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการรักษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพ เป้าหมายสำคัญ ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับ

4. การเตรียมลำไส้ก่อนผ่าตัด : การเตรียมลำไส้ก่อนผ่าตัดแบบ Mechanical bowel preparation (MBP) เพื่อทำความสะอาดลำไส้ไม่ให้มีอุจจาระทำให้แรงดันในลำไส้ลดลง ทำการผ่าตัดง่ายขึ้น และเชื่อว่า ลดการขาดเลือดของรอยต่อของลำไส้ได้ ปัจจุบันมีการศึกษาเปรียบเทียบการเตรียม และไม่ได้เตรียมลำไส้ ก่อนผ่าตัด พบว่า ไม่มีความแตกต่างของการรั่วของรอยต่อของลำไส้ อัตราการตาย อัตราการผ่าตัดซ้ำ และการติดเชื้อแผลผ่าตัด จึงไม่แนะนำการเตรียมลำไส้เป็นกิจวัตร อาจเลือกทำในผู้ป่วยบางราย

5. Preoperative fasting: ERAS society แนะนำให้ดื่มเครื่องดื่มที่มีคาร์โบไฮเดรต ได้เพราะไม่มีหลักฐานว่ามี Delayed gastric emptying time ในของเหลวแต่มี delayed gastric emptying time ในของแข็งที่ทำให้อาจเกิดการสำลักได้ สำหรับคนอ้วนที่ไม่มีโรคร่วมพบว่า gastric fluid volume และ pH ไม่แตกต่างจากคนปกติ เมื่อดื่มเครื่องดื่มคาร์โบไฮเดรต จึงแนะนำให้ดื่มเครื่องดื่ม คาร์โบไฮเดรต 2 ชั่วโมงก่อนผ่าตัดได้ แนวทางการดูแลโดยผู้ป่วยทุกคนควรจะได้รับอาหารธรรมดา 6 ชม. ก่อนการผ่าตัดและอาหารเหลว 2 ชม. ก่อนการผ่าตัด และควรได้รับคาร์โบไฮเดรต 800 ml ก่อนเที่ยงคืนของวันผ่าตัดและ 400 ml ใน 2-3 ชม. ก่อนผ่าตัดอาจจะเป็นทางอาหารเหลว หรือจากการ Loading จะช่วยให้ลำไส้มีการฟื้นตัวและกลับมาทำหน้าที่ได้อย่างรวดเร็ว

6. Anti-thrombotic prophylaxis: ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ สามารถเกิดขึ้นได้ในการผ่าตัด มะเร็ง หรือผ่าตัดใหญ่ ซึ่งสามารถป้องกันได้โดยการให้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด (Low molecular weight heparin (LMWH) หรือ unfragmented heparin) ๒ - ๑๒ ชั่วโมงก่อนผ่าตัด และต่อเนื่องไปจนผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้ดีหรืออาจนานถึง ๔ สัปดาห์และอาจใช้ compressive stocking หรือ intermittent pneumatic compression devices ร่วมด้วย

7. Anti-microbial prophylaxis: ผู้ป่วยควรได้รับ single-dose antibiotic prophylaxis เนื่องจากการใช้ single-dose prophylaxis จะมีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับ multidose regimens ในการต่อต้านทั้งเชื้อ aerobic และ anaerobic การบริหารยาควรให้ก่อนที่จะลงมีดผ่าตัดโดยการให้ยาก่อนผ่าตัดจะช่วยลดการเกิดการติดเชื้อที่แผลภายหลังผ่าตัดโดยการบริหาร antibiotic prophylaxis ทันทีก่อนผ่าตัดจะเพิ่มประสิทธิภาพในการต่อต้านเชื้อโรคต่อเนื่องไปจนถึงหลังผ่าตัดระหว่างผ่าตัด

#### การพยาบาลผู้ป่วยในระยะระหว่างผ่าตัด

1. ชนิดของแผลผ่าตัด : ชนิดของการผ่าตัดมีอิทธิพลต่ออัตราการตายหลังผ่าตัด โดยการผ่าตัดแบบส่องกล้องและแนวการผ่าตัดแบบขวางจะลดลงของภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ หลังผ่าตัดเช่น อาการปวดภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินหายใจ การเกิดไส้เลื่อน และช่วยให้การทำหน้าที่ของระบบทางเดินหายใจกลับมาทำหน้าที่ได้อย่างรวดเร็ว

2. การบำบัดด้วยออกซิเจน : ออกซิเจนที่ผู้ป่วยได้รับควรเป็นออกซิเจนบริสุทธิ์ 80% ดูแลให้ได้รับทั้งในขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดจะช่วยลดลงของความเสี่ยงในการเกิดแผลติดเชื้อและลดลงของอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด

3. ยาระงับปวด : ผู้ป่วยควรได้รับ mid-thoracic epidural ก่อนผ่าตัดหลีกเลี่ยงชนิดที่เป็น long-acting opioid และอาจมี local anesthetic ให้ร่วมด้วยแต่เป็นควรเป็นแบบ low-dose opioid

4.การใส่สายระบายทางจมูก : การใส่สายระบายทางจมูก ในรายที่การทำหน้าที่ของลำไส้คืนกลับมาแล้ว และไม่มีภาวะแทรกซ้อนในเรื่องของปอด และเกี่ยวกับแผลผ่าตัด ผู้ป่วยควรได้รับการนำสายระบายทางจมูกออกโดยเร็ว ไม่ควรใส่ต่อเนื่อง

5.ป้องกันอุณหภูมิกายต่ำ ขณะผ่าตัด : ควบคุมอุณหภูมิกายให้คงที่ขณะผ่าตัดจะช่วยลดการตอบสนองของระบบเผาผลาญ ระบบต่อมไร้ท่อ การตอบสนองของประสาทซิมพาเทติก มีความสมดุลของกระบวนการ fibrinolytic-coagulatory โดยผู้ป่วยควรได้รับอากาศที่มีอุณหภูมิเหมาะสมขณะผ่าตัดและการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำควรที่ได้รับการอุ่นให้มีอุณหภูมิพอเหมาะ จะช่วยป้องกันการติดเชื้อมีแผลและลดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด

6.การจัดการสารน้ำ : ในรายที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนพิจารณาให้เริ่มอาหารเหลวทางปากในระยะ 2 ชม. ภายหลังจากผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เป้าหมายคือผู้ป่วยควรจะได้รับ fluid intake ประมาณ 4,800 มล. ทางการรับประทานภายหลังจากผ่าตัดและไม่ควรได้รับสารน้ำ ทางหลอดเลือดดำต่อเนื่องเมื่อพิจารณาแล้วว่าผู้ป่วยได้รับสารอาหารทางการรับประทานอย่างพอเพียงแล้ว นอกจากนี้เป้าหมายคือควรควบคุมความสมดุลของสารน้ำ ที่บริหารในช่วงขณะผ่าตัดเพื่อให้มีปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายเพียงพอ

7.หลีกเลี่ยงการใส่สายระบายสารคัดหลั่งจากช่องท้อง: สายระบายต่าง ๆ ทางหน้าท้องถ้าเป็นไปได้ไม่ควรกระทำเป็นประจำในผู้ป่วยทุกราย เนื่องจากจะเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดรอยรั่วบริเวณที่ตัดต่อลำไส้, แผลผ่าตัดแยก, แผลติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่พบภายนอกช่องท้อง

8.สายสวนปัสสาวะ: ควรใส่ในช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับ thoracic epidural ควรนำออกให้เร็วที่สุดเมื่อหมดฤทธิ์ของ thoracic epidural

#### การพยาบาลผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด

หลังผ่าตัดผู้ป่วยจะมีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง ขนาด 1-3 เซนติเมตร ประมาณ 5 ตำแหน่ง ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีอาการตึงที่แผลบ้าง และอาจเจ็บบริเวณลำไส้ใหญ่ส่วนปลายที่ใส่เครื่องมือต่อลำไส้ใหญ่โดยทั่วไปผู้ป่วยจะต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลภายหลังจากผ่าตัด 4-5 วัน

1. จัดการกับอาการคลื่นไส้อาเจียน: เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนจะส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง ควรพิจารณาเลือกใช้ยาต้านการคลื่นไส้อาเจียน ในรายที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดเพื่อส่งเสริมให้มีการเริ่มอาหารอย่างให้เร็วภายหลังจากผ่าตัดเพื่อให้กระเพาะอาหารและลำไส้กลับมาทำงานโดยเร็วที่สุด

2. เริ่มรับประทานอาหารให้เร็วหลังผ่าตัด: ผู้ป่วยควรได้รับอาหารให้เร็วภายหลังจากผ่าตัด มีหลายงานวิจัยกล่าวว่าการเริ่มอาหารที่เร็วจะลดลงของการเกิดการติดเชื้อมีแผลหลังผ่าตัด มีการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ

และมีอาการอ่อนล้าลดลง ผู้ป่วยมีจำนวนวันนอนที่ลดลง มีการลดลงของการแพร่ผ่านผนังเยื่อของลำไส้เล็ก แผลหายเร็วและมีความสมดุลของไนโตรเจน โดยเริ่มรับประทานอาหารทางการรับประทานในช่วง 4 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

3. ยาระงับปวด : ผู้ป่วยควรได้รับ continuous epidural mid-thoracic low-dose Local anesthetic/ สำหรับ opioid จะเริ่มในวันที่ 2 หลังผ่าตัด จะพิจารณาเมื่อผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้ดีไม่มีปัญหา ในการทำหน้าที่ของระบบหายใจ ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน และไม่มีปัญหาในเรื่อง gastric emptying

4. สายสวนปัสสาวะ: การคาสายสวนปัสสาวะจะใช้ในกรณีที่มิปัสสาวะคั่งค้าง ซึ่งการใส่สายสวนปัสสาวะนานจะทำให้มีผลกระทบต่อการทำงานที่ของกระเพาะปัสสาวะที่ผิดปกติ ซึ่งสัมพันธ์กับระยะเวลา ในการคาสายสวนปัสสาวะไว้ จึงควรเอาออกให้เร็วที่สุด

5. เริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว: การนอนนานไม่เพียงแต่จะทำให้เกิด insulin resistance สูญเสีย มวลกล้ามเนื้อ และ thromboembolism เพิ่มขึ้นเท่านั้น แต่ยังทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การทำหน้าที่ของปอดและปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงเนื้อเยื่อลดลงอีกด้วย ดังนั้นผู้ป่วยควรมีการเริ่ม ทำกิจกรรมด้วยตนเองและเริ่มเคลื่อนไหวร่างกาย โดยในระยะเริ่มแรกอาจต้องการการประสานงานจาก ทีมสุขภาพ เป้าหมายคือให้ผู้ป่วยเริ่มลุกจากเตียง 2 ชม. หลังผ่าตัด การเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายจะเริ่มในวันที่ 1 หลังผ่าตัดโดยจะให้ผู้ป่วยลุกนั่งอย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวัน

#### การจัดการทางการพยาบาลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

พิจารณาการฟื้นตัวของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดอาศัยเกณฑ์การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (Discharge criteria) ได้แก่ สามารถควบคุมความปวดได้ด้วยยาแก้ปวดชนิดรับประทาน รับประทานอาหาร ได้เอง โดยไม่ต้องให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ พึ่งพาตนเองและสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ด้วยตนเอง ในระดับที่เทียบเท่ากับความสามารถก่อนผ่าตัด โดยกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยจะเริ่มตั้งแต่ในระยะ preadmission counselling ถ้าผู้ป่วยมี criteria ตรงตามเกณฑ์ที่กล่าวข้างต้น ถือว่าผู้ป่วยมีความพร้อม ในการจำหน่ายกลับบ้านพิจารณาจาก

1) ความสามารถในการรับประทานอาหาร: ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้โดยไม่มีอาการ คลื่นไส้อาเจียน ท้องอืดหรือปวดท้อง และสามารถดื่มน้ำหรือของเหลวได้ โดยที่ไม่ต้องได้รับสารน้ำทาง หลอดเลือดดำ และสามารถรับประทานอาหารทางสายยางได้

2) การฟื้นตัวในการทำงานที่ของระบบทางเดินอาหารส่วนล่าง : พิจารณาจากการที่ผู้ป่วยสามารถ ผายลมได้และมีการเคลื่อนไหวของลำไส้

3) ความสามารถในการควบคุมความปวดได้ด้วยยาแก้ปวดชนิดรับประทาน : สามารถเคลื่อนไหว ร่างกายได้ เช่น ลุกนั่ง เดินโดยปราศจากความปวดแม้ในขณะที่ผู้ป่วยพัก pain score น้อยกว่าหรือเท่ากับ

4 คะแนน

4) ความสามารถในการเคลื่อนไหวและการดูแลตนเอง: พิจารณาจากสามารถเดิน ยืนและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ได้แก่ เดินเข้าห้องน้ำด้วยตนเองได้แต่งตัว อาบน้ำ ขึ้นลงบันได

5) ผลการตรวจร่างกาย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่พบความผิดปกติของภาวะแทรกซ้อนและปัญหาที่ไม่สามารถรักษาได้ทางอายุรกรรม: อุณหภูมิกายปกติชีพจร ความดันโลหิตและการหายใจสม่ำเสมอ เทียบเท่ากับก่อนผ่าตัด ความเข้มข้นของฮีโมโกลบินอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด กระเพาะปัสสาวะว่างมีระดับการทำงานหน้าที่ของกระเพาะปัสสาวะใกล้เคียงกับระยะก่อนผ่าตัด การขับถ่ายเป็นปกติ

#### ระยะติดตามผล (Fearon et al., 2005; Abraham, Albayati, 2011)

1. ติดตามผลลัพธ์การดูแล : เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยแล้วควรมีการติดตามต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน โดยพยาบาล เพื่อติดตามปัญหาขณะที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน เช่น ติดตามว่าผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามคำแนะนำหรือไม่หรือสอบถามถึงปัญหาที่ผู้ป่วยพบอาจเป็นปัญหาทางด้านร่างกาย เช่น การเกิดรอยร้าวบริเวณที่ตัดต่อลำไส้ซึ่งเป็นปัญหาที่สามารถพบได้ร้อยละ 1-3 เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านจนทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล โดยติดตามทางโทรศัพท์ในระยะ 24-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดและติดตามอีกครั้งที่แผนกผู้ป่วยนอกในระยะ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด

2. ติดตามผลการดำเนินงาน : ควรมีกำหนดเป้าหมายโดยแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์การดูแล จากนั้นจึงประเมินผลจากการให้การดูแลต้องมีการทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินผลลัพธ์การดูแลโดยพิจารณาจาก อัตราการป่วย การเกิดภาวะแทรกซ้อน การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล อัตราการตาย เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อประโยชน์การทำงานและพัฒนาระบบการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

#### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการพยาบาล

##### การพยาบาลผู้ป่วยระยะระหว่างผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 1 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลจะเรื่องการผ่าตัด เนื่องจากใช้ EAS Protocol กังวลและกลัวว่าจะมีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับโรค การรักษา การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการรักษาด้วยการผ่าตัดด้วยวิธีให้ยาระงับความรู้สึก

##### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยและญาติด้วยท่าทีที่เป็นกันเอง ให้การพยาบาลอย่างสุภาพ ตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวางแผนผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกและปัญหาของตนออกมา สามารถให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ครบถ้วน ตามแนวทาง ERAS Protocol ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
2. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค กระบวนการผ่าตัดการพยาบาล

3. ให้ข้อมูลในเรื่องต่างๆที่ผู้ป่วยวิตกกังวล อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจพยาธิสภาพของความผิดปกติต่างๆที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวยอมรับสภาพความเจ็บป่วยได้
4. เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยโดยการอธิบาย/ให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา วิธีการผ่าตัด การใช้ยาระงับความรู้สึก แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย พร้อมแจกเอกสารให้อ่านประกอบเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความกังวล
5. ขั้นตอนการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย เกี่ยวกับการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การเตรียมความสะอาดผิวหนังบริเวณที่ต้องผ่าตัด ประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ร่วมมือกับแพทย์ในการแก้ไขความผิดปกติ
6. เป็นสื่อเชื่อมสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวให้เข้าใจต่อกัน เข้าใจความรู้สึกอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดจากการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดเกิดความอบอุ่น

#### ประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล และให้ความมั่นใจว่าจะดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด
2. ผู้ป่วยรับรู้และยอมรับการผ่าตัด สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด
3. ผู้ป่วยมีความพร้อมต่อการผ่าตัด ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

#### การพยาบาลผู้ป่วยระยะระหว่างผ่าตัด

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 2** ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วไป (general anesthesia)

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและบันทึกระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพ
2. ประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ดูแลความสบายเพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยทำความสะอาดช่องปากและให้ยาตามแผนการรักษา
3. จัดทำอนุป้องกันการสำลักอาเจียน โดยให้อนตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง
4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารปอดเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เพื่อป้องกันภาวะปอดแฟบ

#### การประเมิน

1. หลังทำผ่าตัดประมาณ 30 นาที เรียกกระตุ้นผู้ป่วยรู้สึกตัว สีมต่า สัญญาณชีพ ชีพจรมีค่าระหว่าง 84 -90ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/80 – 140/90 มิลลิเมตรปรอท
2. ไม่มีอาการสำลัก มีเสมหะเหนียว suctionกระตุ้นให้อบอ่อยๆ

## การพยาบาลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัด

### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3 ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะติดเชื้อบริเวณผ่าตัด

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตลักษณะของผิวหนัง อาการอักเสบ บวม แดง บริเวณแผลผ่าตัด หากมีลักษณะอักเสบ ควรรายงานแพทย์
2. ดูแลแผลให้สะอาดและไม่เปียกน้ำ
3. ดูแลท่อระบายน้ำเหลืองไม่ให้เกิดการเลื่อนหลุด และดูแลขดระบายสารคัดหลั่งให้เป็นระบบ สุญญากาศ ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันไม่ให้ น้ำเหลืองคั่งที่แผล
4. ตรวจสอบประเมินลักษณะของของเหลว (content) ที่ออกจากท่อระบายสารคัดหลั่งที่ออกจาก หากพบมีความผิดปกติ เช่น เป็นสีแดงเข้มเหมือนเลือดออกจำนวนมากอาจหมายถึงการมีเลือดออกใต้แผลผ่าตัด ให้รีบรายงานแพทย์
5. ให้อาปฏิชีวนะ ตามผลการรักษาเพื่อป้องกันการอักเสบของแผล
  - Cef-3 2 gm. iv OD x 3 day
  - Flagyl 500mg. iv q 8hr x 3 day

#### การประเมิน

1. บริเวณแผลผ่าตัดที่ใกล้สะดือและหน้าท้องไม่มีอาการบวม แดง ร้อน
2. แผลผ่าตัดแห้งดีไม่มีลักษณะของการติดเชื้อ

### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 4 ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะไม่ความสมบูรณ์ของเนื้อเยื่อที่ตัดต่อลำไส้ใหญ่ส่วนปลายเนื่องจากการติ่งรังของเนื้อเยื่อบริเวณรอยต่อ

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกต ประเมินอาการผิดปกติ อาการปวดแน่นท้องหากพบรีบรายงานแพทย์ทันที
2. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที จนกว่าผู้ป่วยจะรู้สึกตัว และทุก 30 นาทีและทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าอาการจะคงที่ หลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรก หรือจนกว่าอาการคงที่
3. สังเกตลักษณะของแผลบริเวณหน้าท้อง ไม่มีเลือดซึมหรือ บวมขึ้น รายงานแพทย์ทันที

#### การประเมิน

1. หลังผ่าตัดไม่มีอาการปวดท้อง
2. ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติ ไม่มีอาการปวดแน่นท้อง

## ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 5 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย ผ่านกล้อง

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและบันทึกอาการปวดตึงแผลจาก pain scale หรือจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย ลักษณะท่าทางและสัญญาณชีพเป็นระยะๆ
2. ให้การพยาบาลเพื่อลดอาการปวดแผล โดยจัดท่านอนอยู่ป่วยให้อยู่ในท่า low Fowler's position เพื่อลดอาการตึงแผลและส่งเสริมการไหลเวียนโลหิต
3. ให้ยาบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษา และประเมินอาการข้างเคียงหลังให้ยา
4. อธิบายให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อลดความวิตกกังวล โดยบอกสาเหตุของการปวดแผล
5. ประเมินอาการปวดภายหลังให้ยาแก้ปวด
6. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นที่ต้องใส่ท่อที่ทวารหนัก

### การประเมิน

1. อาการปวดแผลทุเลาลง มีความสุขสบายมากขึ้น พักหลับได้
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับสภาพการมีท่อที่ทวารหนักจากแผลผ่าตัด
4. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือดีในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

## ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 6 ผู้ป่วยมีโอกาสมีเลือดหรือซีรัมคั่งอยู่ใต้แผลผ่าตัด (hematoma, seroma)

### กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตภาวะบวมตึงบริเวณแผลผ่าตัด ถ้ามีน้ำเหลืองคั่งอยู่จะบวมตึงและกดนุ่ม
2. คอยสังเกตลักษณะของแผลบริเวณ rectal tube ไม่ให้เลื่อนหลุด เนื่องจากเป็นท่อค้ำไม้ให้ ลำไส้บิดรัด
3. สังเกตลักษณะของพลาสติกที่ปิดแผลหากมีเลือดซึม อาจหมายถึงการมีเลือดออกใต้บาดแผล ผ่าตัดให้รีบรายงานแพทย์

### การประเมิน

1. ผิวหนังบริเวณแผลผ่าตัดไม่บวมตึง
2. ผู้ป่วยไม่มีภาวะเลือดคั่ง หรือซีรัมคั่งอยู่ใต้แผล

## ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 7 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการ ปวดตึงต้นคอ ไหล่ เนื่องจากการมีคาร์บอน ไดออกไซด์ซึมเข้าสู่ร่างกาย

### กิจกรรมการพยาบาล

1. การปล่อยความดันก๊าซเข้าช่องท้อง ต้องปล่อยระดับความดันต่ำ ไม่ควรเกิน 15 มิลลิเมตรปรอทต่อลิตร
2. ก่อนเสร็จการผ่าตัดควรไล่อากาศที่เหลือในช่องท้องออกให้มากที่สุด
3. ส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมี early ambulation โดยให้ผู้ป่วยขยับหัวไหล่

### การประเมิน

1. ผู้ป่วยสามารถบริหารลำคอและหัวไหล่ได้อย่างปกติ
2. ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

### พยาบาลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 8** ผู้ป่วยพร้อมความรู้และกังวลในเรื่องการปฏิบัติตนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านของผู้ป่วยและญาติ
2. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนในเรื่อง
  - 1) ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเกี่ยวกับอาหารและการขยับถ่าย
  - 2) การรับประทานยา
  - 3) การมาพบแพทย์ตามนัดการตรวจประจำปี
  - 4) อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด และเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นเพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างต่อเนื่อง
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามและระบายความรู้สึก
4. วางแผนร่วมกับญาติผู้ป่วยในการให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจกับผู้ป่วย
5. แนะนำแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือ เช่น ค่ายรักษา แนะนำเกี่ยวกับบัตรประจำตัว และการขอคำปรึกษาแนะนำทางโทรศัพท์ และจะมีพยาบาลโทรติดตามหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกรณีผู้ป่วยมีอาการผิดปกติและอยู่ต่างจังหวัด

### การประเมิน

1. ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น สามารถปรับตัวต่อโรคและการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ผู้ป่วยและญาติรับฟังอย่างตั้งใจ ซักถามเป็นระยะเมื่อไม่เข้าใจ
3. ผู้ป่วยและญาติรับทราบวันที่มาตรวจตามนัดหลังผ่าตัด
4. ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัดได้

## การวางแผนก่อนจำหน่าย

การวางแผนจำหน่ายเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้านโดยใช้หลักการ DMETHOD ในการให้คำแนะนำการดูแลตนเองในหัวข้อต่างๆ ดังนี้

### D (Disease)

อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงโรค แผนการรักษา และพยาศภาพที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับ และการมาตรวจติดตามนัดหลังผ่าตัด

### M (Medication)

1. ยากลับบ้าน (Home medication) ที่ผู้ป่วยได้รับ คือ

- Miracid 20 mg 2x1 oral ac.

มีข้อบ่งใช้ คือ รักษาโรคกรดไหลย้อน ออกฤทธิ์โดยไปยับยั้งการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 เวลา ก่อนอาหารเช้าและก่อนอาหารเย็น

- Flagyl 400 mg 1x3 oral pc.

มีข้อบ่งใช้ คือ เป็นยาปฏิชีวนะ ซึ่งทำหน้าที่ฆ่าเชื้อแบคทีเรียภายในร่างกาย รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 เวลา หลังอาหารเช้า หลังอาหารกลางวัน และหลังอาหารเย็น

การใช้ยาปฏิชีวนะนี้ อาจทำให้ท้องเสียซึ่งแสดงถึงการติดเชื้อครั้งใหม่ได้ ควรไปพบแพทย์ทันที หากมีอาการท้องเสียรุนแรง ถ่ายเป็นน้ำหรือถ่ายปนเลือด ควรรับประทานยาให้ครบตามแพทย์สั่ง อย่าหยุดรับประทานยาเองโดยที่ไม่ปรึกษาแพทย์

- Lexinor 40 0mg 1x2 oral pc.

มีข้อบ่งใช้ คือ เป็นยาปฏิชีวนะ ซึ่งทำหน้าที่ฆ่าเชื้อแบคทีเรียชนิดแกรมลบ (Gram-negative bacteria) การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะรับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 เวลา หลังอาหารเช้า และหลังอาหารเย็น

ผลข้างเคียงค่อนข้างน้อย อาจพบได้บ้าง เช่น ผื่นคัน ปวดศีรษะ เวียนศีรษะคลื่นไส้ อาเจียนควร รับประทานยาให้ครบตามแพทย์สั่ง อย่าหยุดรับประทานยาเองโดยที่ไม่ปรึกษาแพทย์

- Paracetamol 500mg 1 tap oral prn q 6hr

มีข้อบ่งใช้ คือ เพื่อบรรเทาอาการปวด รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หรือทุก 6 ชั่วโมงห้ามใช้เกิน 8 เม็ดต่อวัน เพราะอาจเป็นพิษต่อดับ

หากเกิดอาการที่สงสัยว่าอาจแพ้ยา เช่น บวมที่ใบหน้า เปลือกตา ริมฝีปาก ลมพิษ ผื่นแดง ควรหยุด ยาและกลับมาพบแพทย์ทันทีหากจำเป็นต้องกินยานี้ต่อเนื่องแล้วเกิดอาการ เช่น อาการปวดท้อง คลื่นไส้

อาเจียน ท้องอืด ตัวเหลือง ตาเหลือง บัสสาวะสีเข้มขึ้นต้องหยุดยาแล้วรีบไปพบแพทย์ทันทีการกินยาเกินกว่าขนาดที่ระบุไว้ อาจทำให้เกิดตับอักเสบ และนำไปสู่ภาวะตับวายได้

### E (Environment)

เนื่องจากผู้ป่วยอาศัยอยู่กับครอบครัวในจังหวัดนนทบุรี เป็นอาคารพาณิชย์ 3 ชั้น แนะนำให้จัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัย สะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่มีปัญหาในการมาโรงพยาบาล หรือสถาบันมะเร็งแห่งชาติ มีการติดตามและใช้สิทธิการรักษาอย่างต่อเนื่องทุกครั้ง แนะนำแหล่งประโยชน์ในชุมชน ประสานและส่งต่อรพ.ใกล้บ้าน

### T (Treatment)

1. เน้นเรื่องการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านและรับประทานยาตามแพทย์สั่ง
2. แนะนำผู้ป่วยทำความสะอาดแผลที่กิน โดยเช็ดให้แห้งทุกครั้งที่เปียกน้ำ
3. แนะนำผู้ป่วยไม่แกะเกาแผล สามารถอาบน้ำได้ แผลปิด tegaderm และเช็ดให้แห้ง

### H (Health)

หลังผ่าตัดสามารถออกกำลังกายทำได้แนะนำให้ออกกำลังกายเบาๆ เช่น การเดินเร็ว การทำกิจกรรมเบาๆในบ้าน เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน เป็นต้น ควรหลีกเลี่ยงกีฬาที่หักโหมรุนแรง และไม่ควรรยกของหนักเพราะอาจเป็นสาเหตุการเกิดไส้เลื่อนได้ ถ้าออกกำลังกายหรืออากาศร้อน มีการเสียเหงื่อมากขึ้น ให้ดื่มน้ำเพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ

### O (Out Patient referral)

1. แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ
2. แนะนำอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด
  - 2.1 ไข้สูง แผลบวมแดงอักเสบ เป็นหนอง
  - 2.2 ปวดท้องมาก บัสสาวะไม่ออก ท้องแน่นตึง คลื่นไส้ อาเจียน มากกว่า 2 ชั่วโมง
  - 2.3 ท้องอืด ไม่ผายลม ไม่ถ่ายอุจจาระใน 1 วัน ให้รีบ ติดต่อมาเพื่อพบแพทย์

### สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษา 2 เดือน ก่อนมาท้องผูกถ่ายอุจจาระลำบาก อุจจาระปนเลือดและใช้ยาระบายเป็นบางครั้ง จึงมาตรวจสถาบันมะเร็งแห่งชาติแพทย์นัด Colonoscopy พบก้อนเนื้อในลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย Ulcerative mass involved 60% wall of lower rectum 2 cm from Dentate line ตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ ผลเป็น Adenocarcinoma จึงนัดทำ Colostomy วันที่ 13 มกราคม 2566 และให้ยาเคมีร่วมกับฉายรังสีครบ วันที่ 10 มีนาคม 2566 และครบยาเคมีบำบัด วันที่ 3 เมษายน 2566 และนัด colonoscopy วันที่ 5 เมษายน 2566 หลัง CCRT 7 สัปดาห์ ผลตรวจพบว่า : Ulcerative lesion in lower rectum involved about 40% cir ,at 1 cm proximal to Dentate line และวันที่ 12 พฤษภาคม 2566 นัดผ่าตัด Laparoscopic low

anterior resection ใช้ระยะเวลาผ่าตัด 6 ชั่วโมง เสียเลือดในท้องผ่าตัด 50 ml. ได้รับการเตรียมร่างกายโดย  
 ประยุกต์ใช้ Enhanced recovery after surgery (ERAS protocol) ในการดูแลรวมระยะเวลานานอนพักรักษา  
 ตัวในหอผู้ป่วย 6 วัน (11-16 พฤษภาคม 2566) วันที่ 18 พฤษภาคม 2566 โทรเยี่ยมติดตามคนไข้  
 ตาม Protocol ประเมินเรื่องอาการปวดและตำแหน่งที่ปวด: ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดแต่รู้สึกตึงด้านในแผล  
 บริเวณก้นไม่มีมูกเมือก การทำกิจวัตรประจำวัน: สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้หลังจากจำหน่ายจาก  
 โรงพยาบาล 1 วันเช่น รดน้ำต้นไม้ เดินออกกำลังกาย การผายลม ขับถ่าย: ได้ทาง colostomy (ผู้ป่วยสามารถ  
 ดูแลตัวเอง) และนัดมา Sigmoidoscope 24 พฤษภาคม 2566 finding: Intact anastomosis (ผลปกติไม่มี  
 รอยรั่วบริเวณรอยต่อลำไส้)

#### ข้อเสนอแนะ

การใช้ Enhanced recovery after surgery (ERAS protocol) ในการดูแลผู้ป่วย การสื่อสารเป็น  
 สิ่งสำคัญ ทั้งผู้ป่วย ญาติ และทีมสหสาขาวิชาชีพ และควรนำแนวทางนี้ไปปรับใช้ในการปฏิบัติทางการ  
 พยาบาลผู้ป่วยภายหลังผ่านพ้นภาวะวิกฤต เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพด้านการดูแลที่ต่อเนื่อง รวมทั้งประเมิน  
 ผลลัพธ์ระยะยาว ติดตามความยั่งยืนในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และอาจปรับใช้ในผู้ป่วยศัลยกรรมอื่นเพื่อ  
 ให้การจัดการหลังผ่าตัดเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

*NCI*  
 Thailand

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ  
 National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization [WHO]. (2020). Cancer statistics. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
2. National Cancer Institute. (2020). Hospital - based cancer registry 2020. Retrieved from [https://www.nci.go.th/e\\_book/hosbased\\_2563/index.html](https://www.nci.go.th/e_book/hosbased_2563/index.html)
3. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2563). สถิติมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. รายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล ปี 2563 (Hospital-Based Cancer Registry 2020). [Online]. Available from: [www.nci.go.th](http://www.nci.go.th)
4. วิศิธา ตูยานนท์. (2551). การพยาบาลมะเร็งลำไส้ใหญ่ผ่านกล้องวิดีโอที่ศัลยกรรม. หน่วยผ่าตัดช่องท้องและหลอดเลือด งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช.
5. วิษณุ ปานจันทร์, เสาวคนธ์ ศุภโรยอิน, อาคม ชัยวีระวัฒน์ และวีรวิทย์ อิมสำราญ. (2558). แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย. กรุงเทพฯ: โฆสิตการพิมพ์ จำกัด
6. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2563). สถิติมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย. รายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาลปี 2563 (Hospital-Based Cancer Registry 2020). [Online]. Available from: [www.nci.go.th](http://www.nci.go.th)
7. สมพร ยาเกาและ จุฬาทพร ประสงค์สิต. (ม.ป.ป.). Flow การดูแลผู้ป่วย Specific Disease. [Online]. Available from: [https://www.si.mahidol.ac.th/Th/division/nursing/NDivision/N\\_APN/admin/download\\_files/10\\_100\\_1.pdf](https://www.si.mahidol.ac.th/Th/division/nursing/NDivision/N_APN/admin/download_files/10_100_1.pdf) [6 กันยายน 2563].
8. สุพจน์ พงษ์ประสพชัย, พิเศษ พิเศษพงษา, มล.ทยา กิตติยากรและ งามอาจ ไพรสณตรงกูร. (2558). มะเร็งลำไส้ใหญ่ (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
9. American Cancer Society. Cancer Facts and Figures, 2021. [cited 2021 Sep 4] Available from: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/document/acspc-047079.pdf>

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ  
National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ