

รายงานกรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนซีกมอยด์ผ่านทางกล้องวิดิทัศน์ที่มีโรคร่วม

วนิดา พงษ์พานิช, พย.บ

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตราด

บทคัดย่อ

สรุป : ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 62 ปี มีประวัติโรคความดันโลหิตสูงรักษาไม่ต่อเนื่อง หยุดยาและรับประทานสมุนไพร มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ 10 มวนต่อวันนาน 30 ปี มีอาการถ่ายเป็นมูกเลือด แพทย์ส่องตรวจลำไส้ใหญ่ ส่งตรวจชิ้นเนื้อพบเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนซีกมอยด์ ปฏิเสธการรักษาและขาดนัด หน่วยมะเร็งติดตามมารับการรักษาโดยการผ่าตัดผ่านทางกล้องวิดิทัศน์ ก่อนผ่าตัดมีความดันโลหิตสูง 170/100 มิลลิเมตรปรอท ได้รับการรักษาโดยรับประทานยาแอมโลดิปีน (amlodipine) 5 มิลลิกรัม 1 เม็ด หลังรับประทานยา ความดันโลหิต 147/82 มิลลิเมตรปรอท มีภาวะซีด ฮีมาโตคริต 29.3 % ให้เลือด (packed red cells) 1 ยูนิต หลังให้เลือด ฮีมาโตคริต 35% ระหว่างการผ่าตัดมีการใส่แก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ในช่องท้องความดัน 15 มิลลิเมตรปรอท เพื่อช่วยให้เห็นบริเวณผ่าตัดได้ชัดเจน ขณะผ่าตัดได้ 2 ชั่วโมง 5 นาที ผู้ป่วยมีภาวะคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง ความดันโลหิต 80/50 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 42 ครั้งต่อนาที ค่าความเข้มข้นของคาร์บอนไดออกไซด์ในการหายใจออกสุด (end-tidal CO₂) 50 มิลลิเมตรปรอท คลื่นไฟฟ้าหัวใจมีภาวะหัวใจเต้นช้ากว่าปกติ แพทย์ได้หยุดผ่าตัดและหยุดจ่ายแก๊สชั่วคราว ให้ยาอะโทรปีน (atropine) 0.6 มิลลิกรัมเข้าทางหลอดเลือดดำ หลังได้ยา 2 นาทีอาการกลับมามาก ความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60 ครั้งต่อนาที ค่าความเข้มข้นของคาร์บอนไดออกไซด์ในการหายใจออกสุด 35 มิลลิเมตรปรอท คลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นปกติ (normal sinus rhythm) จึงผ่าตัดต่อ ได้ปรับลดการจ่ายแก๊ส เหลือ 12 มิลลิเมตรปรอท และเพิ่มอุณหภูมิห้องจาก 21 เป็น 23 องศาเซลเซียส แพทย์ได้ใช้อุปกรณ์ตัดต่อลำไส้ช่วยในการเย็บและตัดต่อ ทดสอบไม่พบว่ามีกรร่วของลำไส้ ใช้เวลาผ่าตัด 5 ชั่วโมง เสียเลือด 30 ซีซี ฮีมาโตคริต 33% สัญญาณชีพขณะผ่าตัดชีพจร 60-80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/90-180/100 มิลลิเมตรปรอท ค่าออกซิเจนในเลือด 99-100% ได้สารน้ำออร์มัลซาลีน (normal saline) 0.9% 850 ซีซี และสารละลายริงเกอร์อะซิเตต (ringer acetate solution) 1100 ซีซี เข้าทางหลอดเลือดดำ ปัสสาวะออก 210 ซีซี สีเหลืองใส ไม่บาดเจ็บจากการจัดทำ การใช้เครื่องจี้ไฟฟ้าและไม่มีภาวะลิ่มเลือดอุดตัน หลังผ่าตัดปวดแผลมากระดับความปวด = 7 ได้รับยาแก้ปวดมอร์ฟีน (morphine) 4 มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำ อาการปวดทุเลาลง ระดับความปวด = 3 แผลผ่าตัดแห้งดี ท่อระบายมีสารคัดหลังสีแดงจาง หลังผ่าตัด 7 วันแพทย์ให้เอาท่อระบายออก ลูกเดินช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีไข้ ท้องไม่อืด ถ่ายอุจจาระปกติ เอาสายสวนปัสสาวะออก ถ่ายปัสสาวะปกติ สัญญาณชีพอุณหภูมิ 36-37 องศาเซลเซียส ชีพจร 62-78 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 145/80-170/95 มิลลิเมตรปรอท ได้รับยา ความดันโลหิตสูงตามแผนการรักษา แพทย์จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 1 พฤษภาคม 2566 นัดตัดไหมและฟังผลตรวจทางพยาธิวิทยา วันที่ 8 พฤษภาคม 2566 นัดพบแพทย์ที่หน่วยมะเร็งวันที่ 17 พฤษภาคม 2566 รวมระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล 8 วัน

บทนำ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นเนื้องอกชนิดที่เป็นเนื้อร้ายเจริญขึ้นบริเวณผนังลำไส้ใหญ่ ชนิดที่พบบ่อยคือ มะเร็งที่เติบโตมาจากเนื้อเยื่อที่มีลักษณะเป็นต่อมในลำไส้ใหญ่ก่อนที่เซลล์จะกลายเป็นมะเร็ง บางครั้งอาจพบ ลักษณะคล้ายติ่งเนื้องอกในลำไส้ขึ้นมาก่อนได้ ซึ่งการผ่าตัดติ่งเนื้องอกออก สามารถป้องกันไม่ให้เซลล์เปลี่ยนแปลง เป็นมะเร็ง ถ้าไม่ได้รับการรักษา อาจลุกลามทะลุผนังลำไส้หรือแพร่กระจายไปตับ ปอด สมองหรือกระดูกได้ มักพบในอายุ 60-65 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะทราบว่าเป็นมะเร็งในระยะที่เป็นมากแล้ว (ไพรสุดา บัวลอย และ รัชต์วรรณ ณ ตะกั่วทุ่ง, 2560) จากรายงานสถิติสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี 2565 พบว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เป็น 1 ใน 5 ของมะเร็งที่พบบ่อยในคนไทย มีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 16,000 คนต่อปี เป็นชาย 8,658 คน และหญิง 7,281 คน เสียชีวิตประมาณ 5,500 คนต่อปี สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ภาวะอ้วน น้ำหนักเกิน ประวัติในครอบครัวหรือตนเองเป็นติ่งเนื้อในลำไส้ หากพบมะเร็งในระยะเริ่มแรกหรือ ระยะก่อนเป็นมะเร็ง จะส่งผลให้การรักษาได้ผลดี (กรมการแพทย์, 2565) ในจังหวัดตราดมีข้อมูลสถิติผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่ปีงบประมาณ 2564, 2565 และ 2566 = 35, 40 และ 41 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 8.6, 10.53 และ 9.49 ของผู้ป่วยมะเร็งในจังหวัดตราดทั้งหมด โดยพบมากเป็นลำดับสอง รองจากมะเร็งเต้านม (หน่วยมะเร็ง โรงพยาบาลตราด, 2566) การรักษาหลักคือการผ่าตัด กรณีมีการลุกลามจะให้ยาเคมีบำบัด อาจ ร่วมกับยาพุ่งเป้าและการฉายรังสี การผ่าตัดมี 2 วิธีคือ การผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องและการผ่าตัดผ่านทางกล้อง วิดทัศน์ ปัจจุบันการผ่าตัดผ่านทางกล้องวิดทัศน์ช่วยลดการเกิดพังผืดหรือลำไส้อุดตัน เจ็บแผลน้อยกว่า พ้นตัวเร็ว ใช้ชีวิตปกติได้เร็วกว่าแต่มีข้อบ่งชี้ในการเปลี่ยนเป็นผ่าตัดแบบเปิด เช่น ภาวะเลือดออกควบคุมไม่ได้ พังผืดใน ช่องท้องไม่สามารถเลาะได้ อวัยวะข้างเคียงบาดเจ็บไม่สามารถซ่อมแซมผ่านทางกล้องได้ การผ่าตัดไม่ก้าวหน้า เป็นเวลานาน (ไพรสุดา บัวลอย และรัชต์วรรณ ณ ตะกั่วทุ่ง, 2560)

ปัจจัยเสี่ยงในการผ่าตัด พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่ได้รับการรักษาโรคอย่างต่อเนื่อง หรือขาดการรักษา ในระหว่างการได้รับยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัดอาจมีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรง ดังนั้น ก่อนผ่าตัดหากผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงกว่า 180/110 มิลลิเมตรปรอท ถ้าไม่รีบควบคุมควรเลื่อนการผ่าตัดไปก่อน เพื่อประเมินและควบคุมระดับความดันโลหิตให้เหมาะสม (สุนีย์ ศรีสว่าง, จตุพงษ์ พันธวิไล และศักดิ์ระพี ชัยอินทริอาจ, 2561) และมักพบว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มีภาวะโลหิตจาง ซึ่งมาจากการมีเลือดออกจากรูก่อนมะเร็ง (จิรนนท์ ทิพยดาราพาณิชย์, 2565) และผู้ป่วยที่มีภาวะโลหิตจาง (Anemia) ก่อนผ่าตัด ได้แก่ ฮีโมโกลบินน้อยกว่า 10 กรัมต่อเดซิลิตร หรือฮีมาโตคริตน้อยกว่า 30 เปอร์เซ็นต์อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ในระบบหัวใจและหลอดเลือดได้ แพทย์อาจพิจารณาให้เลือดก่อนผ่าตัด (มลฤดี มาลา, 2558)

บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์ ผ่านทางกล้องวิดทัศน์ที่มีโรคร่วม

การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด (รัตนา เพิ่มเพ็ชร และเบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ, 2559)

การเยี่ยมก่อนผ่าตัด เพื่อลดความวิตกกังวล ป้องกันภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังผ่าตัด ค้นหาปัญหา และประเมินความเสี่ยง เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนแก้ปัญหาาร่วมกันในทีมสหสาขาและให้การพยาบาลอย่างเหมาะสม ดังนี้

1. การประเมินผู้ป่วยได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วย การผ่าตัด การแพ้ยา ชนิดการผ่าตัดและตำแหน่งที่ทำ ผ่าตัด การลงนามยินยอมผ่าตัด ผลการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจ พิเศษอื่น ๆ

2. สร้างสัมพันธภาพ ความไว้วางใจแก่ผู้ป่วย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด เปิดโอกาสให้ซักถาม ตอบคำถามข้อสงสัย รับฟังความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อช่วยลดความวิตกกังวล
3. ประเมินปัญหาและความเสี่ยงของผู้ป่วย ประเมินสภาพร่างกาย ข้อจำกัดและปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วย กรณีที่มีความดันโลหิตสูง ต้องควบคุมไม่ให้เกิน 180/110 มิลลิเมตรปรอท โดยให้รับประทานยาลดความดันโลหิตก่อนมาผ่าตัด ถ้ามีภาวะช็อคอาจต้องให้เลือดก่อนการผ่าตัด
4. การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ได้แก่ การงดน้ำงดอาหาร การถอดฟันปลอม เครื่องประดับต่าง ๆ การทำความสะอาดร่างกาย
5. การเตรียมความพร้อมของห้องผ่าตัด เครื่องมืออุปกรณ์สำหรับผ่าตัด

การพยาบาลระยะผ่าตัด (รัตนา เพิ่มเพ็ชร และเบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ, 2559)

1. ตรวจสอบความถูกต้องตามแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก (sign in) ร่วมกับพยาบาลวิสัญญี วิสัญญีแพทย์ โดยยืนยันความถูกต้อง ชื่อ-สกุลผู้ป่วย ตำแหน่ง ชนิดของการผ่าตัด ใบยินยอมผ่าตัด ประวัติแพ้ยา การมีโอกาสเสียเลือด การเตรียมเลือดและสารน้ำที่จะให้ทดแทน
2. ตรวจสอบรายการตามแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยก่อนลงมีดผ่าตัด (time out) ร่วมกับพยาบาลวิสัญญี วิสัญญีแพทย์ ศัลยแพทย์ โดยยืนยันความถูกต้องของตัวบุคคล ชนิดของอวัยวะและข้างที่ทำผ่าตัด การให้ยาและอุปกรณ์พิเศษที่ต้องใช้เพิ่มเติม สมาชิกในทีมผ่าตัดแนะนำชื่อและบทบาทตนเอง ชนิดของการผ่าตัด ตำแหน่งผ่าตัด การให้ยาปฏิชีวนะก่อนลงมีด ศัลยแพทย์ทบทวนขั้นตอนผ่าตัดที่สำคัญ ระยะเวลาผ่าตัด การเสียเลือด ปัญหาที่ต้องระวัง ทบทวนประสิทธิภาพของการปราศจากเชื้อของเครื่องมือ ดิจภาพรังสีที่ต้องใช้ขณะผ่าตัด (นงเยาว์ เกษตริภบาล และคณะ, 2558)
3. การจัดทำชิ้นขาหยั่ง (Lithotomy) งอข้อสะโพกเป็นมุม 80 องศากับลำตัว และกางออกไม่เกิน 45 องศาจากแนวกลางตัว ระวังการบาดเจ็บต่อเส้นประสาท เนื้อเยื่อ และข้อสะโพกเลื่อนหลุด ใส่อุปกรณ์กันไหล่เพื่อป้องกันตัวเลื่อนไหลขณะปรับท่าศีรษะต่ำ (Nurse Soulciet, 2565)
4. การใช้อุปกรณ์ป้องกันหลอดเลือดอุดตันด้วยแรงดันอากาศอัตโนมัติที่ขา 2 ข้างขณะทำผ่าตัด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกที่บริเวณขาจากการผ่าตัดที่ใช้เวลานาน
5. ร่วมตรวจนับผ้าก๊อช ผ้าซับโลหิต จำนวนเครื่องมือ อุปกรณ์ก่อนการผ่าตัด และก่อนเย็บปิดแผล ร่วมกับทีมผ่าตัด เพื่อป้องกันการตกค้างในร่างกาย และลงบันทึกข้อมูลไว้เป็นหลักฐาน
6. ใช้งานเครื่องมืออุปกรณ์ได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐาน เพื่อป้องกันการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อ และการเสียเลือด ส่งเครื่องมือ/ช่วยผ่าตัดได้ถูกต้อง รวดเร็ว โดยยึดหลักปราศจากเชื้อ
7. ประสานงานกับทีมผ่าตัด ในการดูแลผู้ป่วยขณะผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นดังนี้
 - 7.1 ประเมินและเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพผู้ป่วย จากการใส่แก๊สคาร์บอนไดออกไซด์เข้าในช่องท้อง เนื่องจากเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง หรือแทรกตามผิวหนัง แก๊สมีอุณหภูมิต่ำ อาจเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำได้ (บุญเรือน เรืองโรจน์แข, 2563)
 - 7.2 ประเมินและเฝ้าระวังสภาวะผู้ป่วย เมื่อมีการปรับท่านอนศีรษะต่ำ (trendelenburg) ขณะผ่าตัด

เพราะมีผลเพิ่มปริมาณเลือดที่ไหลกลับหัวใจ เพิ่มความดันโลหิตเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูง อัตราการเต้นของหัวใจ และปริมาณเลือดหลังหัวใจคลายตัว (cardiac output) ลดลง และยังมีผลเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะและความดันในลูกตา โดยสังเกตการบวมของใบหน้า ลำคอ และกล่องเสียง การเลื่อนของท่อหายใจ เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทัน (Nurse soulciety.2565)

7.3 ประเมินและเฝ้าระวังภาวะซีด กรณีมีการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด เพื่อพิจารณาให้เลือดทดแทน

8. สังเกตความก้าวหน้าของกระบวนการผ่าตัด คาดการณ์ถึงความต้องการของทีมผ่าตัด และจัดหาเครื่องมือเครื่องใช้ได้ทันเวลา และเตรียมพร้อมรับสถานการณ์วิกฤติ เมื่อพบปัญหาขณะผ่าตัด

การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด (รัตนา เพิ่มเพ็ชร์ และเบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ, 2559)

1. ตรวจสอบผู้ป่วยตามแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัด (sign out) ร่วมกับ วิทยาลัยพยาบาล วิทยาลัยแพทย์ ศัลยแพทย์ ทบพวนชนิดของการผ่าตัด ความครบถ้วนของเครื่องมือ ผ้าก๊อช ผ้าซับโลหิต เข็มเย็บ สิ่งส่งตรวจ ปัญหาที่พบ ส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลห้องพักรักษาตัวเพื่อดูแล ต่อเนื่อง (นงเยาว์ เกษตรีภิบาล และคณะ, 2558)
2. ประเมินสภาพผู้ป่วย ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ การหายใจ
3. ตรวจสอบบาดแผลผ่าตัด การทำงานของท่อระบาย ตรวจสอบการบาดเจ็บจากการใช้เครื่องจีไฟฟ้า โดยสังเกตบริเวณผิวหนัง ว่ามีรอยแดง ตุ่มน้ำพองหรือไม่
4. จัดทำผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล เป็นท่านอนหงายปกติ ประเมินการบาดเจ็บจากการจัดท่าโดยสังเกต รอยกดทับ ปลายเท้าตกหรือการเคลื่อนของกระดูกข้อสะโพก
5. ดูแลห่มผ้าให้ผู้ป่วยได้รับความอบอุ่นและรู้สึกสบายและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง
6. เยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วยเพื่อประเมินและให้คำแนะนำดังนี้

(รัตนา เพิ่มเพ็ชร์ และเบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ, 2560)

- 6.1 ประเมินอาการปวดไหล่จากการระคายเคืองบริเวณกระบังลมหรือเส้นประสาทพินิกซ์ จากแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ดูดซึมเข้ากระแสเลือด และขับออกทางการหายใจออก ใช้เวลา 1-2 วัน โดยแนะนำให้ผู้ป่วยหายใจลึกๆยาวๆบ่อยครั้ง
- 6.2 ประเมินอาการปวดแผล บันทึกระดับความปวด ปรับเตียงเป็นท่าศีรษะสูง เพื่อให้หน้าท้องหย่อน ลดอาการปวดแผลลงได้บ้าง
- 6.3 ประเมินการติดเชื้อแผลผ่าตัด การทำงานของท่อระบาย สังเกตสีของสารคัดหลั่งถ้าเป็นสีคล้าย อุจจาระแสดงว่าอาจมีการรั่วของลำไส้ที่เย็บต่อ ต้องรายงานแพทย์ทันที กระตุ้นให้ลุกจากเตียง ใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดเพื่อให้กระเพาะอาหารและลำไส้ทำหน้าที่ได้เร็วขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน ระบบทางเดินหายใจและระบบไหลเวียนเลือด (ศิริพรรณ ภมรพล, 2559)
- 6.4 แนะนำการดื่มน้ำอาหารต่อหลังผ่าตัดจนกว่าแพทย์อนุญาตเพื่อป้องกันการรั่วของลำไส้ที่เย็บ
- 6.5 แนะนำให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อคลายความวิตกกังวล การปฏิบัติตัว เมื่อกลับบ้านได้แก่ การดูแลแผลผ่าตัด การพักผ่อนให้เพียงพอ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง หลีกเลี่ยงการยกของหนักเกิน 4 กิโลกรัมใน 6 สัปดาห์แรก การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรพบแพทย์ก่อนวันนัด การมารับการรักษาต่อเนื่องตามนัด

ระยะเวลาที่ดำเนินการ

ตั้งแต่วันที่ 23 เมษายน 2566 ถึงวันที่ 25 เมษายน 2566 รวมรับไว้ในการดูแล 3 วัน และดูแลในห้องผ่าตัด วันที่ 24 เมษายน 2566 ตั้งแต่เวลา 09.00 น.-15.25 น.รวมระยะเวลาดูแลในห้องผ่าตัด 6 ชั่วโมง 25 นาที

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจรสม่ำเสมอ 68 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 148/82 มิลลิเมตรปรอท

ส่วนสูง 160 เซนติเมตร น้ำหนัก 51 กิโลกรัม ดัชนีมวลกาย (BMI) ปกติ 19.92

ระบบผิวหนัง มีความยืดหยุ่นดี ไม่มีผื่นคัน ไม่มีแผล

ศีรษะ ใบหน้าและลำคอ รูปร่างปกติ ไม่มีบาดแผล เปลือกตาซีดเล็กน้อย สีมาโทคริต 27.3% ตาไม่แฉะ ไม่มีขี้ตา หูได้ยินชัดเจน จมูกไม่มีน้ำมูก ริมฝีปากคล้ำเล็กน้อย คอไม่โต คลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองที่คอ

ระบบหายใจ หายใจเอง ทรวงอกขยายเท่ากันทั้งสองข้าง ฟังปอดไม่พบเสียงผิดปกติ

ระบบหัวใจและหลอดเลือด หัวใจเต้นสม่ำเสมอ ฟังไม่มีเสียงผิดปกติ ไม่เจ็บหน้าอก ไม่มีอาการบวมที่ใบหน้า ปลายมือ ปลายเท้า เล็บไม่เขียว เส้นเลือดที่คอไม่โป่งพอง

ระบบทางเดินอาหาร ไม่มีแผลในปาก คลำไม่พบก้อนในท้อง ตับ ม้ามไม่โต

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก แขน ขาสมส่วน ปุ่มกระดูกไม่โปน กล้ามเนื้อไม่ลีบ เคลื่อนไหวได้ปกติ

ระบบประสาท รู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง มุมปากไม่ตก ไม่มีอาการชาปลายมือ ปลายเท้า

ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ ปัสสาวะไม่แสบขัด ไม่ขุ่น อวัยวะสืบพันธุ์ปกติ ไม่มีผื่นแดง ไม่คัน ไม่มีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติ

ผลการตรวจพิเศษ/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ				
สิ่งที่ส่งตรวจ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ		การแปลผล
		23 เมษายน 66	25 เมษายน 66	
Complete blood count				
RBC	4.7-6.2 $10^3/UL$	3.23 $10^3/UL$	3.79 $10^3/UL$	ต่ำกว่าเกณฑ์
HGB	13.0-16.7 g/dL	9.1 g/dL	10.4 g/dL	ต่ำกว่าเกณฑ์
Hct.	40.5-50.8 %	27.3 %	31.4 %	ต่ำกว่าเกณฑ์
RDW	11.9-14.8 %	16.3 %	17.6 %	สูงกว่าเกณฑ์
Neutrophil	43.7-70.9 %	59.5 %	75.8 %	หลังผ่าตัดสูงกว่าเกณฑ์

การวิเคราะห์ - ผู้ป่วยมีภาวะซีดก่อนผ่าตัด เนื่องจากการสูญเสียเลือดในลำไส้ใหญ่ จากประวัติการขับถ่ายอุจจาระ เป็นมูกปนเลือดมา 3 เดือน ก่อนผ่าตัดแพทย์ได้ให้เลือด 1 ยูนิตทำให้ความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้น ค่าฮีมาโตคริต 35% หลังผ่าตัดยังมีภาวะซีด 31.4% เนื่องจากการสูญเสียเลือด น้ำและเกลือแร่ขณะผ่าตัด

- หลังผ่าตัดมีค่านิวโทรฟิล (Neutrophil) สูงกว่าเกณฑ์เนื่องจากผู้ป่วยมีบาดแผลผ่าตัดทำให้ร่างกายต้องสร้างมากขึ้นเพื่อเป็นกลไกต่อสู้กับเชื้อโรคป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

สิ่งที่ส่งตรวจ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ		การแปลผล
		23 เมษายน 66	25 เมษายน 66	
Blood Chemistry				
BUN	8-20 mg/dL	15.9 mg/dL	20.5 mg/dL	หลังผ่าตัดสูงกว่าเกณฑ์เล็กน้อย
Chloride	101-109 mmol/L	110.0 mmol/L	112.0 mmol/L	สูงกว่าเกณฑ์
Phosphorus	2.5-4.5 mg/dL	-	2.2 mg/dL	หลังผ่าตัดต่ำกว่าเกณฑ์
<p>การวิเคราะห์ - หลังผ่าตัดมีค่าปริมาณไนโตรเจนในเลือด (BUN) สูงกว่าเกณฑ์เล็กน้อย เกิดจากการเสียเลือด น้ำและเกลือแร่จากการผ่าตัด</p> <p>- ค่าคลอไรด์ (Chloride) สูงกว่าเกณฑ์เล็กน้อยทั้งก่อนและหลังผ่าตัด อาจเกิดจากอาการท้องเสีย จากระับประทานยาระบายเตรียมลำไส้ก่อนผ่าตัด และการเสียเลือด น้ำและเกลือแร่จากการผ่าตัด</p> <p>- ค่าฟอสฟอรัส (Phosphorus) ต่ำกว่าเกณฑ์เล็กน้อย อาจบ่งบอกถึงการขาดสารอาหาร เนื่องจากการงดน้ำงดอาหารก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัดแพทย์ยังคงให้งดน้ำงดอาหารต่ออีก 2 วัน</p>				

ผลการตรวจพิเศษ

- การส่องกล้องลำไส้ใหญ่และตัดชิ้นเนื้อตำแหน่งลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์ (sigmoid colon) ส่งตรวจวันที่ 3 มกราคม 2566 ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาพบว่าเป็นมะเร็ง (moderately differentiated adenocarcinoma)
- การถ่ายภาพรังสีทรวงอก วันที่ 23 เมษายน 2566 ผลการตรวจปกติ
- การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจวันที่ 23 เมษายน 2566 ผลการตรวจปกติ (normal sinus rhythm)

การวินิจฉัยโรค มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์ (CA. sigmoid colon)

การผ่าตัด ผ่าตัดลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์ผ่านทางกล้องวิดิทัศน์ (Laparoscopic sigmoidectomy)

วันที่ 24 เมษายน 2566 วิธีระงับความรู้สึก ให้ยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกาย (general anesthesia)

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ระยะก่อนผ่าตัด

1. ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เรื่องโรค การผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด
2. มีโอกาสสงัดหรือเลื่อนผ่าตัดจากภาวะโรคร่วมความดันโลหิตสูงและซีด

ระยะขณะผ่าตัด

3. มีภาวะแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูงขณะผ่าตัด
4. เสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการจัดท่าและการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก
5. เสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติ
6. เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า

ระยะหลังผ่าตัด

7. ผู้ป่วยไม่สุขสบาย ปวดแผลผ่าตัด เนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บจากการผ่าตัด
8. เสี่ยงต่อการติดเชื้อบาดแผลผ่าตัด
9. ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองและแผนการรักษาต่อเนื่อง

รายละเอียดข้อวินิจฉัยทางการแพทย์แต่ละข้อ

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ระยะก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ 1 ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เรื่องโรค การผ่าตัด และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

- ข้อมูลสนับสนุน**
1. ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวลไม่สดชื่น และไม่เคยรับการผ่าตัดมาก่อน
 2. แพทย์วางแผนผ่าตัดเมื่อ 3 เดือนก่อน แต่ผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัดโดยให้ข้อมูลว่าแพทย์บอกว่าอาจต้องยกกล้ามเนื้อขาซ้ายถ่ายทางหน้าท้อง ผู้ป่วยวิตกกังวลเรื่องการสูญเสียภาพลักษณ์และเป็นอุปสรรคในการทำงาน
 3. ผู้ป่วยสอบถามว่าหลังผ่าตัดสามารถขับถ่ายทางทวารหนักได้ตามปกติหรือไม่

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล
 2. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ความจำเป็นในการรักษา และให้ความร่วมมือในการเตรียมความพร้อมก่อนและหลังผ่าตัด
 3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในแนวทางการรักษาของแพทย์

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใสคลายความวิตกกังวล
2. ผู้ป่วยยอมรับ ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและลงนามในใบยินยอมผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำตัวเองให้ผู้ป่วยทราบ แจ้งวัตถุประสงค์ในการเยี่ยม สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยท่าทีสุภาพ อ่อนโยน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ
2. อธิบายเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ผลการรักษาจะค่อนข้างดี เนื่องจากยังไม่แพร่กระจายไปยังอวัยวะข้างเคียง ก้อนเนื้อก้อนยังมีขนาดเล็กทำให้แพทย์สามารถเย็บต่อลำไส้ได้ ผู้ป่วยมีโอกาสขับถ่ายอุจจาระได้ตามปกติหลังผ่าตัด อธิบายให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในการรักษาของแพทย์และทีมผ่าตัดที่จะดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดขณะผ่าตัด สำหรับการผ่าตัดจะต้องยกกล้ามเนื้อขาซ้ายถ่ายทางหน้าท้องหรือไม่ ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรคและการตัดสินใจของแพทย์ในการให้การรักษาซึ่งแพทย์จะพิจารณาและเลือกการรักษาที่ดีที่สุดและปลอดภัยที่สุดแก่ผู้ป่วย
3. ให้คำแนะนำเตรียมความพร้อมการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด ดังนี้
 - การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดได้แก่ การเตรียมความพร้อมร่างกาย การรับประทานอาหารระบาย การงดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน การถอดเครื่องประดับ ฟันปลอม การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยจะพบในห้องผ่าตัด และระยะเวลาในการทำผ่าตัดประมาณ 5 ชั่วโมง
 - การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้แก่ การลุกเดินภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เพื่อให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหว ลดอาการท้องอืด การดูแลแผลผ่าตัดและท่อระบาย ขณะพลิกตะแคงตัวหรือลุกเดินระวังอย่าให้ดึงรั้ง จะทำให้มีอาการเจ็บ การใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้เพื่อดูการทำงานของไต การงดน้ำงดอาหารหลังผ่าตัด 2-3 วันเพื่อให้ลำไส้ได้รับการฟื้นฟูจนกว่าแพทย์จะสั่งให้เริ่มรับประทาน
 - การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเมื่อกลับบ้านได้แก่ การดูแลแผลผ่าตัดไม่ให้เปียกน้ำ ทำแผลที่อนามัยใกล้บ้านวันละครั้ง การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ได้แก่ อาหารที่มีโปรตีน และธาตุเหล็ก เช่น ไข่ ปลา ถั่วเหลือง นมสด แนะนำเลิกสูบบุหรี่ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง พักผ่อนให้เพียงพอ การลุกนั่งหรือยืนให้ค่อย ๆ ทำเพราะอาจเกิดอาการหน้ามืด เวียนศีรษะขณะเปลี่ยนท่าหรือลุกเดิน

การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ทันทีก่อนวันนัด เช่น ปวดท้อง ท้องอืดแน่น มีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน การขับถ่ายที่ผิดปกติ การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง มาพบแพทย์ตามนัดและมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

4. พுகุ้ยให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดระยะเวลาผ่าตัดจากทีมผ่าตัด

5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัย และรับฟังด้วยท่าทีสนใจ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสีหน้าแจ่มใสขึ้น
2. ให้ผู้ป่วยทบทวนการปฏิบัติตัวที่ได้ให้คำแนะนำ สามารถอธิบายได้อย่างถูกต้อง
3. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มีโอกาสสูงหรือเลื่อนผ่าตัดจากภาวะโรคความดันโลหิตสูง และซีด

ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือโรคความดันโลหิตสูงมา 10 ปี ขาดการรักษามา 3 ปี ความดันโลหิตช่วงที่รับเข้าโรงพยาบาลเพื่อรอผ่าตัดอยู่ในช่วง 160/90-170/100 มิลลิเมตรปรอท

2. มีภาวะซีด ประวัติถ่ายอุจจาระเป็นมูกปนเลือดมา 3 เดือน ฮีมาโตคริตวันที่ 23 เมษายน 2566 = 27.3%

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการผ่าตัด และได้รับการผ่าตัดตรงตามเวลากำหนด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามกำหนดเวลานัดหมาย
2. ความดันโลหิตไม่เกิน 180/110 มิลลิเมตรปรอท หรือค่าไตเอสโตลิกไม่มากกว่า 110 มิลลิเมตรปรอท
3. ค่าฮีโมโกลบิน มากกว่า 10 กรัมต่อเดซิลิตร หรือฮีมาโทคริตมากกว่า 30%
4. ไม่มีเลือดปนออกมาในอุจจาระ หรือมีเล็กน้อย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประสานพยาบาลหออผู้ป่วยเพื่อติดตามค่าความดันโลหิต ค่าฮีมาโทคริตของผู้ป่วยเพื่อให้มีความพร้อมรับการผ่าตัด

2. ตรวจสอบการรับประทานยาแอมโลดิปีน 5 มิลลิกรัม 1 เม็ด และตรวจประเมินค่าความดันโลหิตหลังรับประทานยา ก่อนมาห้องผ่าตัด

3. ตรวจสอบการได้รับเลือด 1 ยูนิตทางเส้นเลือดดำและประเมินฮีมาโทคริตหลังได้รับเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์

4. สอบถามข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการถ่ายอุจจาระมีเลือดปนหรือไม่ มากน้อยเพียงใด

การประเมินผล ผู้ป่วยมีความพร้อมผ่าตัดได้รับการผ่าตัดตรงตามเวลานัดหมาย ถ่ายอุจจาระยังคงมีเลือดปนเล็กน้อย วันที่ 23 เมษายน 2566 ฮีมาโทคริตหลังให้เลือด = 35% วันที่ 24 เมษายน 2566 ก่อนส่งมาห้องผ่าตัดให้รับประทานยาแอมโลดิปีน 5 มิลลิกรัม 1 เม็ด โดยดื่มน้ำไม่เกิน 30 ซีซี และวัดค่าความดันโลหิตได้ 147/82 มิลลิเมตรปรอท เริ่มผ่าตัดเวลา 10.05 น.-15.05 น. รวมใช้เวลาผ่าตัด 5 ชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะขณะผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีภาวะแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูงขณะผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน 1. ในการผ่าตัดผ่านทางกล้องวิดิทัศน์ มีการใส่แก๊สคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้อง อัตราการจ่ายแก๊ส 4 ลิตรต่อนาที ความดันในช่องท้อง 15 มิลลิเมตรปรอทเพื่อทำให้เกิดพื้นที่ว่างให้เห็นอวัยวะต่าง ๆ ได้ชัดเจน

2. การผ่าตัดใช้เวลา 5 ชั่วโมง

3. ขณะผ่าตัดได้ 2 ชั่วโมง 5 นาที ประเมินพบชีพจรลดลง 42 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/50 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของคาร์บอนไดออกไซด์ในการหายใจออกสุด 50 มิลลิเมตรปรอท คลื่นไฟฟ้าหัวใจมีภาวะหัวใจเต้นช้ากว่าปกติ แพทย์ได้หยุดผ่าตัด และหยุดจ่ายแก๊สเป็นเวลา 2 นาที

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง

เกณฑ์การประเมินผล

ชีพจรมากกว่า 50 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตสูงกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของคาร์บอนไดออกไซด์ในการหายใจออกสุดอยู่ในช่วง 35-45 มิลลิเมตรปรอท คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่พบความผิดปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. หยุดจ่ายแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ชั่วคราว ประเมินอาการผู้ป่วยร่วมกับวิสัญญีพยาบาล เมื่อวิสัญญีแพทย์แก้ไขภาวะผิดปกติได้แล้ว จึงจ่ายแก๊สเข้าไปใหม่ โดยปรับลดปริมาณแก๊สลงเหลือ 12 มิลลิเมตรปรอท ปรับอุณหภูมิห้องจาก 21 เป็น 23 องศาเซลเซียส เพื่อช่วยให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น

2. ในขณะที่แพทย์หยุดการผ่าตัดเพื่อรอวิสัญญีแพทย์แก้ปัญหาภาวะผิดปกติของผู้ป่วย ได้เตรียมความพร้อมชุดเครื่องมือผ่าตัดเปิดช่องท้องและขอเสริมทีมผ่าตัดเนื่องจากถ้าผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น อาจต้องยุติการผ่าตัดผ่านทางกล้องและผ่าตัดเปิดช่องท้องแทน

3. ประเมินอาการผู้ป่วยร่วมกับวิสัญญีแพทย์และศัลยแพทย์ ได้แก่ สัญญาณชีพ ค่าความเข้มข้นของคาร์บอนไดออกไซด์ในการหายใจออกสุด และตรวจสอบคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

4. พยาบาลในทีมผ่าตัดมีการเตรียมความพร้อมเครื่องมืออุปกรณ์ ช่วยให้แพทย์ผ่าตัดได้สะดวก เพื่อลดระยะเวลาการทำผ่าตัดของผู้ป่วยให้สั้นที่สุด พยาบาลส่งเครื่องมือจัดเตรียมตัวตัดต่อลำไส้ให้พร้อมใช้งาน ใช้เครื่องดูดควันทุกครั้ง ที่มีการใช้จัดเนื้อเยื่อในช่องท้องเพื่อให้แพทย์มองเห็นอวัยวะในช่องท้องได้ชัดเจน การผ่าตัดใช้เวลานาน อาจพบปัญหาปริมาณแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์หมดขณะผ่าตัด ได้คอยสังเกตและเฝ้าระวังหากแก๊สหมดระหว่างการผ่าตัดอยู่ในช่วงวิกฤติ อาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ได้มีการเตรียมแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์สำรองไว้ในห้อง 1 ท่อ และได้แจ้งพนักงานเปลให้เตรียมพร้อมเข้าไปช่วยเปลี่ยนท่อแก๊ส

การประเมินผล ระหว่างผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยเริ่มมีภาวะคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง แพทย์ได้หยุดผ่าตัด 2 นาที วิสัญญีแพทย์ได้ให้ยาอะโทรปีน 0.6 มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำ หลังให้ยา 2 นาที ประเมินสัญญาณชีพชีพจร 60 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของคาร์บอนไดออกไซด์ในการหายใจออกสุด 35 มิลลิเมตรปรอท คลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น normal sinus rhythm แพทย์จึงทำการผ่าตัดต่อ การผ่าตัดดำเนินไปได้ราบรื่น สัญญาณชีพขณะผ่าตัดชีพจร 60-80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/90-180/100 มิลลิเมตรปรอท ระดับออกซิเจนในเลือด 99-100% ไม่พบปัญหาเครื่องมือ อุปกรณ์ไม่พร้อมใช้งาน เสร็จสิ้นการผ่าตัดเวลา 15.05 น. รวมใช้เวลาผ่าตัด 5 ชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการจัดท่าและการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก

ข้อมูลสนับสนุน 1. ขณะผ่าตัดได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกาย ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ การผ่าตัดใช้เวลา 5 ชั่วโมง

- วัตถุประสงค์**
2. ผู้ป่วยนอนในท่าขึ้นขาหยั่งและศีรษะต่ำขณะผ่าตัด
 1. ป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันจากการนอนผ่าตัดเป็นเวลานาน
 2. เพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากการจัดทำผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการชา ปวด บวม ชา 2 ข้างหลังผ่าตัด
2. ไม่มีการบาดเจ็บของผิวหนัง กล้ามเนื้อ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ใช้อุปกรณ์ป้องกันหลอดเลือดอุดตันด้วยแรงดันอากาศอัตโนมัติที่ขาสองข้างขณะทำผ่าตัด

2. จัดทำโดยพยาบาล 3 คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน ช่วยกันจัดท่ายกขาวางบนขาหยั่งพร้อมกันช้า ๆ เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของข้อสะโพก ก้นของผู้ป่วยอยู่บริเวณรอยต่อส่วนล่างของเตียง ปรับขาหยั่งให้รองรับพอดีและเหมาะสมกับช่วงความยาวของขาผู้ป่วย เพื่อป้องกันการดึงของกล้ามเนื้อบริเวณต้นขาให้ข้อสะโพกงอเป็นมุม 80 องศากับลำตัวและกางออกไม่เกิน 45 องศาจากแนวกลางตัวเพื่อป้องกันการบาดเจ็บของเส้นประสาทบริเวณหัวเข่าและข้อสะโพก แขนของผู้ป่วยวางแนบลำตัวและมีผ้าหุ้มแขนไว้ เพื่อป้องกันแขนห้อยตกขณะผ่าตัด

3. ใช้อุปกรณ์กันไหลที่บริเวณไหล่ทั้ง 2 ข้างของผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเลื่อนไหลของผู้ป่วยจนพลัดตกเตียงในการจัดทำศีรษะต่ำ

4. ใช้ผ้าพับทับกัน 4 ชั้น สอดใต้แผ่นหลังผู้ป่วยเพื่อไม่ให้หลังแอ่น ให้หลังอยู่ในแนวราบกับพื้นเตียงผ่าตัดเพื่อป้องกันอาการปวดหลัง

5. การปรับท่าศีรษะต่ำเมื่อแพทย์เริ่มเลาะบริเวณลำไส้ใหญ่จะค่อย ๆ ปรับช้า ๆ โดยแจ้งให้วิสัญญีพยาบาลทราบก่อน เพื่อระวังการเลื่อนของท่อช่วยหายใจและตรวจสอบสัญญาณชีพ เนื่องจากเลือดจะไหลเวียนเข้าหัวใจเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อาจทำให้เกิดภาวะหัวใจวายได้

การประเมินผล ไม่มีการเลื่อนของท่อช่วยหายใจขณะปรับท่าศีรษะต่ำ หลังผ่าตัดไม่พบรอยแดง รอยกดทับหรืออาการบวมที่ขาทั้งสองข้าง ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดขา ปวดหลัง อาการชาหรือปลายเท้าตก ข้อสะโพกเคลื่อนไหวได้ปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติ

- ข้อมูลสนับสนุน**
1. อุณหภูมิในห้องผ่าตัด 21 องศาเซลเซียส
 2. การผ่าตัดใช้เวลานาน 5 ชั่วโมง
 3. การผ่าตัดผ่านทางกล้องวิดิทัศน์ ต้องใส่แก๊สคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้องเกือบตลอดระยะเวลาของการทำผ่าตัด ซึ่งแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์มีอุณหภูมิต่ำ (-78 องศาเซลเซียส)

- วัตถุประสงค์**
1. ป้องกันการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ
 2. ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 36 องศาเซลเซียส
2. ไม่มีอาการหนาวสั่น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ห่อผ้าคลุมตัวผู้ป่วยให้ความอบอุ่นตั้งแต่แรกรับเข้าห้องผ่าตัด
2. ไม่เปิดเผยร่างกายผู้ป่วยเกินความจำเป็น
3. ใช้แก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ผ่านเครื่องทำความอุ่น เพื่อช่วยลดอุณหภูมิของแก๊ส
4. ใช้น้ำเกลือล้างแผลอุ่นในการชะล้างภายในช่องท้องขณะผ่าตัด
5. ใช้เครื่องเป่าลมร้อนคลุมบริเวณหน้าอก แขนสองข้าง
6. ปรับอุณหภูมิห้องให้เหมาะสม 23 องศาเซลเซียส ประเมินอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยทุก 15 นาที

การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีอาการหนาวสั่น ปลายมือปลายเท้าไม่ซีด ไม่เย็น อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า

ข้อมูลสนับสนุน มีการใช้เครื่องจี้และตัดด้วยไฟฟ้าตลอดระยะเวลาในการทำผ่าตัด

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า

เกณฑ์การประเมินผล

ผิวหนังบริเวณที่ติดแผ่นสื่อนี้ บริเวณก้นและแผ่นหลังไม่มีผื่นแดงหรือผิวหนังไหม้พุพอง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบความพร้อมใช้งานของเครื่องจี้ไฟฟ้า
2. เลือกชนิดของสื่อนำไฟฟ้าให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ติดสื่อนำไฟฟ้าให้เต็มแผ่น ให้สัมผัสกับผิวหนังที่แห้งบริเวณกล้ามเนื้อขนาดใหญ่ที่ไม่มีขน ติดให้ใกล้บริเวณผ่าตัดมากที่สุด หลีกเลี่ยงบริเวณที่อาจมีโอกาสเปียกชื้นขณะผ่าตัด

3. ก่อนใช้งานปุ่มปรับระดับต้องอยู่ที่ระดับ 0 เสมอ ปรับขนาดการตั้งค่ากำลังไฟฟ้าของการจี้และตัดให้เหมาะสมกับตัวผู้ป่วยและชนิดของการผ่าตัด

4. ตรวจสอบร่างกายผู้ป่วยว่าไม่ได้สัมผัสกับสื่อนำไฟฟ้ารอบตัวและได้ถอดเครื่องประดับหรืออุปกรณ์ที่นำไฟฟ้าออกจากร่างกาย

5. เมื่อได้ยินเสียงสัญญาณเตือนของเครื่อง ต้องตรวจสอบเครื่องจี้ไฟฟ้า ตัวผู้ป่วยบริเวณที่ติดสื่อนำไฟฟ้าทันที เพื่อหาสาเหตุและให้การแก้ไข

6. ปิดเครื่องจี้ไฟฟ้าทันทีเมื่อเสร็จผ่าตัด

7. การตรวจสอบการบาดเจ็บของผิวหนัง ได้แก่ ผื่นแดง ผิวหนังไหม้บริเวณที่ติดสื่อนำไฟฟ้าร่างกายผู้ป่วย หลังการผ่าตัดและเมื่อติดตามเยี่ยมในหอผู้ป่วย

การประเมินผล ผู้ป่วยถอดเครื่องประดับก่อนมาผ่าตัด เครื่องจี้ไฟฟ้าอยู่ในสภาพพร้อมใช้งานและไม่พบปัญหาขณะใช้งาน หลังผ่าตัดผิวหนังผู้ป่วยไม่มีผื่นแดง และไม่มีรอยไหม้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยไม่สุขสบาย ปวดแผลผ่าตัด เนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บจากการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยสีหน้าไม่สุขสบาย บ่นปวดแผลผ่าตัด

2. ประเมินระดับความปวด = 7

วัตถุประสงค์ เพื่อบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัด ให้ผู้ป่วยพักฟื้นได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถนอนพักฟื้นได้
2. ประเมินระดับความปวด ≤ 3

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความปวดโดยการพูดคุย สังเกตอาการแสดงของอาการปวดว่ามีเพียงใด
2. จัดทำอนอนให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย โดยปรับหัวเตียงให้สูงเล็กน้อยเพื่อให้หน้าท้องหย่อน ลดการดึงของแผล แนะนำช่วยเหลือในการจัดวางท่าระบายจากแผลผ่าตัด เพื่อไม่ให้ตึงรั้งขณะผู้ป่วยเคลื่อนไหว
3. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ปลอดภัยให้กำลังใจ พร้อมทั้งอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงสาเหตุของการปวดแผล
4. ประสานพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในการให้ยาแก้ปวดมอร์ฟีน 4 มิลลิกรัมเข้าหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา แนะนำผู้ป่วยเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาแก้ปวด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน มึนงง หัวใจเต้นช้า ความดันโลหิตลดลง

การประเมินผล ผู้ป่วยสีหน้าแจ่มใสขึ้น บอกรับปวดแผลผ่าตัดน้อยลงระดับความปวด = 3 นอนหลับพักผ่อนได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 เสี่ยงต่อการติดเชื้อบาดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน 1. มีบาดแผลที่หน้าท้องด้านซ้ายยาวประมาณ 7.5 เซนติเมตร เพื่อยกกล้าไส้ขึ้นมาตัดก่อนเนือมะเร็งทางหน้าท้อง

2. ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด วันที่ 25 เมษายน 2566 ค่านิวโทรฟิล 75.8 %

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อบาดแผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผิวหนังบริเวณรอบแผลผ่าตัดไม่มีอาการบวม แดง ร้อน กดเจ็บหรือมีการแยกของแผล
2. บาดแผลไม่มีสิ่งคัดหลั่ง สี กลิ่นที่ผิดปกติ
3. ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายน้อยกว่า 37.5 องศาเซลเซียส
4. ผู้ป่วยตอบได้ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด
5. ค่าเซลล์เม็ดเลือดขาว น้อยกว่า 10 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบการปลอดเชื้อของเครื่องมือ อุปกรณ์ผ่าตัด และส่งเครื่องมือผ่าตัดโดยใช้หลักปราศจากเชื้อ
2. เตรียมห่วงสำหรับถ่างแผลบริเวณหน้าท้อง (Wound protector) ให้แพทย์ใช้ในขั้นตอนการยกกล้าไส้ขึ้นมาตัดทางหน้าท้องเพื่อป้องกันกล้าไส้ไม่ให้สัมผัสกับแผลผ่าตัด
3. ทำแผลโดยใช้หลักเทคนิคปลอดเชื้อ สังเกตอาการผิดปกติของแผล เช่น บวม แดง ร้อน มีสารคัดหลั่งซึมออกจากแผล ถ้ามีอาการดังกล่าวให้รายงานแพทย์ทันที
4. ประเมินสัญญาณชีพ เมื่อพบว่าไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส แจ้งพยาบาลเจ้าของไข้รายงานแพทย์

5. ประเมินและติดตามการได้รับยาปฏิชีวนะเซฟไตรอะโซน (ceftriaxone) 2 กรัม เข้าหลอดเลือดดำ วันละครั้งและเมโทรนิดาโซล (metronidazole) 500 มิลลิกรัมเข้าหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา

6. ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการดูแลแผลผ่าตัด เช่น ระวังไม่ให้แผลผ่าตัดเปียกน้ำ สังเกตแผลผ่าตัด ถ้ามี บวม แดง ร้อน มีน้ำเหลืองหรือหนองซึม ให้แจ้งพยาบาลหรือแพทย์ทราบ

การประเมินผล แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีอาการปวด บวม แดง ร้อน ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 37.4 องศาเซลเซียส ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ไม่มีอาการข้างเคียงหลังได้รับยา ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการดูแลแผลผ่าตัดและอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ได้ถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองและแผนการรักษาต่อเนื่อง

ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยไม่มารับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงต่อเนื่อง หยุดยาและทำยาสมุนไพรรับประทานเอง

2. มีประวัติสูบบุหรี่วันละ 10 มวน เป็นเวลานาน 30 ปี

3. ผู้ป่วยปฏิเสธการทำผ่าตัดหลังตรวจพบเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไม่มาพบแพทย์ตามนัด

4. หลังผ่าตัดผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

5. กังวลเรื่องงานกลัวว่าจะถูกออกจากงานจากการขาดงานบ่อย และการขาดรายได้

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้องตามคำแนะนำ และมารับการรักษาต่อเนื่องตามนัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยเข้าใจและเชื่อมั่นแนวทางการรักษาของแพทย์

2. ผู้ป่วยบอกวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำตนเองให้ผู้ป่วยทราบอีกครั้งโดยบอกว่าเป็นพยาบาลที่เคยมาเยี่ยมก่อนผ่าตัด และได้ดูแลผู้ป่วยขณะที่อยู่ในห้องผ่าตัด เพื่อสร้างสัมพันธภาพและให้ผู้ป่วยไว้วางใจ

2. ประเมินปัญหา ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วยของผู้ป่วย การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพที่ผ่านมา

3. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจพยาธิสภาพของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ความจำเป็นที่ต้องมารับการรักษาตามแพทย์นัดต่อเนื่อง หลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่จำเป็นต้องใช้การรักษาด้านอื่น ร่วมกับการผ่าตัด เช่น การให้ยาเคมีบำบัด หรือรังสีรักษาเพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคมะเร็งให้หายขาด และไม่กลับมาเป็นซ้ำระหว่างรักษาด้วยเคมีบำบัดผู้ป่วยสามารถปฏิบัติงานได้บ้างตามสภาวะของผู้ป่วย

4. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ เห็นความสำคัญของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง ไม่ควรหยุดยาหรือหายามารับประทานเองเพราะอาจควบคุมโรคไม่ได้และอาจเกิดโรคร้ายตามมาได้แก่ เส้นเลือดหัวใจตีบ ภาวะหัวใจวาย หรือภาวะเส้นเลือดสมองแตก และแนะนำให้เลิกบุหรี่ โดยอธิบายให้เห็นโทษของบุหรี่ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เป็นความดันโลหิตสูงได้ ถ้าเลิกบุหรี่ไม่ได้สามารถมาขอรับคำปรึกษาที่คลินิกกอดบุหรี่ของโรงพยาบาลได้ ซึ่งเปิดให้บริการทุกวันในเวลาราชการ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อโรค ได้แก่ ลดอาหารเค็มหรืออาหารที่มีโซเดียมมากเกินไป เช่น กะปิ, น้ำปลา, ของหมักดอง ลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ลดอาหารที่มีไขมันสูง เช่น เนื้อติดมัน, หนังสัตว์, ไข่แดง, หอยนางรม, อาหารประเภทผัดหรือทอด

5. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าการนำสมุนไพรมารับประทานอย่างไม่ถูกต้อง อาจก่อให้เกิดโทษ

ต่อผู้ใช้ได้ โดยอาจเกิดความเป็นพิษ อาการไม่พึงประสงค์ การปนเปื้อนในสมุนไพร หรือเกิดปฏิกิริยาทำให้เกิดการแพ้ได้ หากต้องการรับประทานยาสมุนไพร ควรปรึกษาแพทย์แผนไทย

6. รับฟังปัญหาและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ เพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการดูแลแผลผ่าตัดและอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ได้

7. ให้ผู้ป่วยทบทวนการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน ที่ได้ให้คำแนะนำไว้ก่อนผ่าตัด

8. ประสานกับหน่วยมะเร็งในการให้ข้อมูลการรับยาเคมีบำบัดตามแนวการรักษาของแพทย์ และติดตามผู้ป่วยมารับการรักษาตามนัด

9. ประสานกับนายจ้างในเรื่องการขอยุติงานในช่วงพักฟื้นหลังผ่าตัด และในระยะเวลาที่ต้องเข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

การประเมินผล

ผู้ป่วยแสดงความมุ่งมั่นที่จะมาพบแพทย์เพื่อรับการรักษาหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการรักษาโรคความดันโลหิตสูง พุดทบทวนการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง พยาบาลหน่วยมะเร็งได้ให้ข้อมูลการรับยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยให้ความสนใจและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวดี นายจ้างได้มาเยี่ยมผู้ป่วยพูดให้กำลังใจและยืนยันว่าจะยังคงจ้างผู้ป่วยทำงาน เนื่องจากผู้ป่วยเป็นคนที่มีความรับผิดชอบและปฏิบัติงานดี ในช่วงที่เข้ารับการรักษาจะไม่ตัดเงินเดือน ผู้ป่วยมีสีหน้ายิ้มแย้มขึ้นและคลายความวิตกกังวลลง

การนำไปใช้ประโยชน์

- เพื่อเพิ่มพูนความรู้แก่ผู้ศึกษา ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนซีกมอยด์ที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ส่วนซีกมอยด์ผ่านทางกล้องวิดิทัศน์

- ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนซีกมอยด์ผ่านทางกล้องวิดิทัศน์

ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนซีกมอยด์ผ่านทางกล้องวิดิทัศน์ที่มีโรคร่วม จำนวน 1 ราย ตั้งแต่วันที่ 23 เมษายน 2566 ถึงวันที่ 25 เมษายน 2566 รวมรับไว้ในการดูแล 3 วัน ระยะเวลาดูแลในห้องผ่าตัด 6 ชั่วโมง 25 นาที

ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนซีกมอยด์ผ่านทางกล้องวิดิทัศน์ ถูกคน ถูกตำแหน่ง ขณะผ่าตัดมีภาวะแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในเลือดแต่ได้รับการประเมินและแก้ไขอย่างรวดเร็ว ทำให้อาการกลับมาเป็นปกติและสามารถดำเนินการผ่าตัดต่อไปได้ หลังผ่าตัดมีอาการดีขึ้น ปลอดภัยจากการบาดเจ็บจากการจัดท่า การใช้เครื่องจีไฟฟ้า การใช้เครื่องมืออุปกรณ์ ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากโรคร่วม เช่น การเสียเลือดมาก ภาวะช็อก จากโรคความดันโลหิตสูงและขีด ไม่มีการติดเชื้อบาดแผลผ่าตัด ไม่มีการรั่วของลำไส้ที่มีการตัดต่อ ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการดูแลตนเองเมื่อกลับไปบ้าน ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการดูแลรักษาพยาบาล และเห็นความสำคัญในการมารับการรักษาต่อเนื่องตามนัด

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์. (2565). มีนาคม ร่วมใจด้านภัยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง. สืบค้นจาก

https://www.dms.go.th/Select_Landding_page

จิรนนท์ ทิพยตราพาณิชย์. (2565). การให้ยาระงับความรู้สึกและการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวร่วมกับการให้ยาชาช่องเหนือไขสันหลัง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีภาวะซีด ที่มารับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ และนิ่วถุงน้ำดี : กรณีศึกษา_ สืบค้นจาก

<http://www.photharamhosp.go.th/about/tree-menu>

นงเยาว์ เกษตริภิบาล, ยอดยิ่ง ปัญจสวัสดิ์วงศ์, จิตตาภรณ์ จิตรีเชื้อ, นเรนทร์ โชติรสนิรมิต, สมใจ ศิระกมล และปาริชาติ ภัควิภาส. (2558). คู่มือการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย. สืบค้นจาก

<http://164.115.27.97/digital/files/original>

บุญเรือน เรืองโรจน์แข. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายผ่านกล้องวิดีโอทัศน: กรณีศึกษา. สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/article>

ไพรสุดา บัวลอย และรัชต์วรรณ ณ ตะกั่วทุ่ง. (2560). Perioperative Nursing in Laparoscopic Right Hemicolectomy. ใน ไพรสุดา บัวลอย, จริยา แซ่โจ้ว, สิริพงศ์ ชิวธนากรณกุล, ศุภวัฒน์ เลหาวิริยะกมล และนนท์อัคร วิบูลย์ขวัญ (บ.ก.) การพยาบาลศัลยศาสตร์และห้องผ่าตัดทันสมัย 3. (น.121-126). กทม.: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.

มลฤดี มาลา. (2558). ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบหัวใจและหลอดเลือดระหว่างให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยสูงอายุ. สืบค้นจาก

<https://he01.tcithaijo.org/scnet/article/download>

รัตนา เพิ่มเพ็ชร์ และเบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ. (2559). บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด: การให้ข้อมูลในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด. สืบค้นจาก <https://he02.tei.thaijo.org/article>

ศิริพรรณ ภมรพล. (2559). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังการผ่าตัด *The Role of Nurses in Promoting Early Postoperative Ambulation.* สืบค้นจาก

<https://he02.tci-thaijo.org/article>

สุนีย์ ศรีสว่าง, จตุพงษ์ พันธวิไล และ ศักดิ์ระพี ชัยอินทรีอาจ. (2561). อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2557-2559. สืบค้นจาก

<https://www.cmneuro.go.th/load>

หน่วยมะเร็ง โรงพยาบาลตราด. (2566). ข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในจังหวัดตราด

Nurse Souciety. (2565). การจัดทำผู้ป่วยในการผ่าตัด. สืบค้นจาก

<https://nursesouciety.com/position>