

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งไตที่ได้รับการผ่าตัดเอาไตออกด้วยวิธีการส่องกล้อง
Nursing for A Renal Cell Carcinoma Patients Undergoing
Laparoscopic Radical Nephrectomy.

(Received: January 11,2024 ; Revised: January 29,2024 ; Accepted: February 2,2024

นงลักษณ์ จิตตานนท์¹

Nonglak Chittanon¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งไตที่ได้รับการผ่าตัดเอาไตออกด้วยวิธีการส่องกล้อง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของกอร์ดอนในกระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย นำมาวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยเป็นจากภาวะการเจ็บป่วยและปลอดภัยจากภาวะวิกฤต โดยศึกษาในผู้ป่วยหญิงไทยหม้าย อายุ 72 ปี มารับการรักษาที่โรงพยาบาล อ่างทองด้วยอาการปวดท้องด้านขวา ปัสสาวะเป็นเลือด แพทย์ตรวจวินิจฉัยเป็นมะเร็งไตขวาและวางแผนการรักษาโดยการผ่าตัดนำไตออกด้วยวิธีการส่องกล้อง พยาบาลวิชาชีพหัตถ์ผ่าตัดเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็งไตและกลัวการผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพหัตถ์ผ่าตัดได้ให้ความรู้ การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังการผ่าตัด ติดตามเยี่ยมประเมินสภาพและให้การพยาบาลที่หอผู้ป่วย รวมทั้งให้ความรู้และแนะนำเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์เมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลของกอร์ดอนร่วมกับแนวคิดของกระบวนการพยาบาลจัดลำดับกิจกรรมที่สัมพันธ์เชื่อมโยงในแต่ละขั้นตอนของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งไตที่ได้รับการผ่าตัดเอาไตออกด้วยวิธีการส่องกล้องได้รับการพยาบาลผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ เหมาะสมกับปัญหา ปราศจากภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดด้วยวิธีการส่องกล้อง

คำสำคัญ: มะเร็งไต, การผ่าตัดเอาไตออกด้วยวิธีการส่องกล้อง, การพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัด

Abstract

The objective of this case study was to study nursing for a renal cell carcinoma patient undergoing laparoscopic radical nephrectomy by applying Gordon's nursing theory in nursing practice as the instrument in assessing the health conditions of the patient for nursing diagnosis, planning, practice and evaluation preoperatively, perioperatively and postoperatively while the patient is recovering from illness and safe from crisis. The study was conducted on a Thai widower female patient aged 72 years who had been admitted to Ang Thong Hospital for treatment with pain in his right abdomen and bloody urine. The doctor diagnosed right renal cell carcinoma and planned treatment by laparoscopic radical nephrectomy. The surgical nurse visited the patient before the surgery in the women's special surgical ward and found that the patient had anxiety about kidney cancer and fear of surgery. The surgical nurse offered knowledge on preoperative preparation, as well as the perioperative and postoperative phases. The nurse also made follow-up visits to assess nursing care conditions in the ward in addition to instructing and advising on resources once the patient was discharged back home.

In this case study, the researcher applied Gordon's nursing theory with nursing practice concepts procedures in systematically sequencing the activities associated with each stage of care for the patient admitted for surgery. As a

¹ พย.บ. โรงพยาบาลอ่างทอง

result, the kidney cancer patient undergoing laparoscopic radical nephrectomy received effective surgical nursing services. The patient was safe and received quality nursing services suitable for the problem without complications from endoscopic surgery.

Keywords: renal cell carcinoma, laparoscopic radical nephrectomy, nursing care for patients undergoing surgical services

บทนำ

โรคมะเร็งไตเป็นโรคที่พบบ่อยเป็นอันดับ 3 ในระบบทางเดินปัสสาวะ และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากเป็นอันดับ 1 ของโรคมะเร็งทางเดินปัสสาวะ¹ พบอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งไตมากกว่า 430,000 คนทั่วโลกต่อปี² ในอเมริกาเหนือ ในปี ค.ศ. 2021 พบผู้ป่วยมะเร็งไตประมาณ 75,000 ราย มีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้นับว่า 13,000 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี³ ในประเทศไทยพบโรคมะเร็งไตมากเป็นอันดับ 22 ของมะเร็งทั้งหมด และมีอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งไต 1.6 ต่อ 10,000 ประชากร พบในชายมากกว่าหญิงสองเท่า และพบอายุเฉลี่ย 50-70 ปี⁴ อีกทั้งการพยากรณ์ของโรค 70-80% มีการแพร่กระจายสูง ขึ้นกับลักษณะชิ้นเนื้อและระยะของก้อนมะเร็งไตเป็นสำคัญ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การผ่าตัดโดยวิธีการส่องกล้อง (laparoscopic radical nephrectomy) จึงเป็นการรักษาทางเลือกแรก หากก้อนมะเร็งอยู่ในระยะไม่ลุกลาม ที่มีขนาดก้อนไม่เกิน 10 ซม. เท่านั้น^{5,6} และจากประเด็นความรุนแรงของโรคมะเร็งไตทำให้ประเทศชาติต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคผู้ป่วยสูญเสียเงินในการรักษาพยาบาลและขาดงาน ส่งผลต่อการขาดรายได้ของครอบครัว ก่อให้เกิดความวิตกกังวลทั้งจากอาการที่เป็นอยู่และค่าใช้จ่ายต่าง ๆ รวมทั้งอาจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งไตต่ำลงเมื่อเปรียบเทียบกับโรคอื่น ๆ³

การผ่าตัดไตหนึ่งข้าง ต่อมหมวกไต และต่อมน้ำเหลืองข้างเคียง (radical nephrectomy; RN) เป็นเทคนิคการผ่าตัดแบบส่องกล้อง (Laparoscopic Radical Nephrectomy; LRN) ผ่านทางรูขนาดเล็กทางหน้าท้อง มีข้อดีคือ มีอาการปวดแผลหลังการผ่าตัด

น้อยและสามารถฟื้นตัวกลับไปทำงาน และใช้ชีวิตประจำวันได้เร็วขึ้นเมื่อเทียบกับการผ่าตัดแบบปกติหรือการผ่าตัดแบบเปิดแผล (Open surgery)^{5,6} อย่างไรก็ตามการผ่าตัดด้วยการส่องกล้องยังเป็นการที่ซับซ้อนและต้องใช้เครื่องมือหรือเทคโนโลยีใหม่ ๆ เข้ามาใช้ในการผ่าตัด^{5,6} พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดต้องได้รับการฝึกฝนและต้องดูแลผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง อีกทั้งต้องเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถช่วยทำการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งไตที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการส่องกล้องของโรงพยาบาลอ่างทอง ปี พ.ศ. 2563-2565 มีจำนวน 1 ราย⁷ ซึ่งเป็นผู้ป่วยรายแรกและรายเดียวที่เข้ารับการผ่าตัดเอาไตออกด้วยวิธีการส่องกล้อง อีกทั้งพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดยังไม่เคยมีประสบการณ์เข้าช่วยแพทย์ผ่าตัดเอาไตออกด้วยวิธีการส่องกล้องมาก่อน รวมทั้งการผ่าตัดด้วยวิธีการส่องกล้องเป็นการผ่าตัดที่มีความยุ่งยากซับซ้อนและต้องใช้ทักษะในการจัดทำ (Kidney position) อย่างนุ่มนวลเพื่อผ่าตัด รวมทั้งทักษะในการให้ยาระงับความรู้สึกด้วยความระมัดระวังเพื่อให้ศัลยแพทย์ผ่าตัดราบรื่น ผู้ป่วยปลอดภัย ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดจำเป็นต้องมีความรู้ ความชำนาญ และบทบาทในการให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งไตที่ได้รับการผ่าตัดเอาไตออกด้วยวิธีการส่องกล้อง โดยผู้ศึกษาได้ประยุกต์ทฤษฎีการพยาบาลของกอร์ดอน⁸และกระบวนการพยาบาล (Nursing process)⁹ มาเป็นแนวทางปฏิบัติ ซึ่งกระบวนการพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องแบบองค์รวม (Holistic patient care) ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะ

ผ่าตัด และหลังผ่าตัด รวมถึงป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด

ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด จึงได้ทำการศึกษาผู้ป่วยเฉพาะรายเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งไตที่ได้รับการผ่าตัดเอาไตออกด้วยวิธีการส่องกล้อง เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล และเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยมะเร็งไตที่ได้รับการผ่าตัดเอาไตออกด้วยวิธีการส่องกล้องตามมาตรฐานการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลและจัดทำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งไต (Renal Cell Carcinoma) ที่ได้รับการผ่าตัดเอาไตออกด้วยวิธีการส่องกล้อง (Laparoscopic radical nephrectomy) ครอบคลุมทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด

2. เพื่อใช้เป็นแนวทางการจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือผ่าตัดต่าง ๆ ขั้นตอนการผ่าตัด และการส่งเครื่องมือช่วยแพทย์ในผู้ป่วยมะเร็งไต (Renal Cell Carcinoma) ที่ได้รับการผ่าตัดเอาไตออกด้วยวิธีการส่องกล้อง (Laparoscopic radical nephrectomy)

วิธีการศึกษา/ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. คัดเลือกผู้ป่วยมะเร็งไตที่ได้รับการผ่าตัดเอาไตออกด้วยวิธีการส่องกล้อง จากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอ่างทอง ในช่วงวันที่ 1 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2564-วันที่ 30 เดือนกันยายน พ.ศ. 2565 จำนวน 1 ราย

2. ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมี การผ่าตัด แบบแผนการดำเนิน

ชีวิตจากเวชระเบียน โดยการสัมภาษณ์ สังเกตจากผู้ป่วยและญาติ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ แผนการรักษาของแพทย์

3. ศึกษาค้นคว้าการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากเอกสาร ตำรา ผลงานวิชาการ บทความ ตลอดจนงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งไตที่ได้รับการผ่าตัดเอาไตออกด้วยวิธีการส่องกล้อง

4. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ปัญหามาวางแผนให้การพยาบาลทั้ง 3 ระยะคือ ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด

5. ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน

6. สรุปผลการศึกษาเพื่อรวบรวมข้อมูลและปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา

7. จัดพิมพ์รูปเล่ม ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของรายงานพร้อมแก้ไข และเผยแพร่ผลงานที่ศึกษา

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยเพศหญิงอายุ 72 ปี มาด้วยอาการปวดท้องข้างขวา ปัสสาวะเป็นเลือด โดยให้ประวัติว่า 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ปวดท้องด้านขวา ปัสสาวะขุ่น ปัสสาวะอึกเสบ ได้ยามารับประทาน อาการไม่ทุเลาต่อมาปัสสาวะปนเลือด จึงมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน แพทย์ทำ CT KUB พบก้อนที่ไตขวา จึงแนะนำให้มาตรวจที่โรงพยาบาลอ่างทองเพื่อพบแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ แรกรับไว้ในโรงพยาบาลหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม วันที่ 10 มกราคม พ.ศ. 2565 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารรู้เรื่อง ประเมินสัญญาณชีพแรกรับ BP= 157/81mmHg, P=76 bpm, RR=20 bpm, T=37 °C น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ส่วนสูง

158 เซนติเมตร ผู้ป่วยสามารถทำตามคำสั่งได้ ตรวจประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Score : GCS) ได้ E4V5M6 ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุรุนแรงและไม่เคยได้รับการผ่าตัดใด ๆ มาก่อน แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งไตขวา (Renal Cell Carcinoma Right) และวางแผนผ่าตัดเอาไตข้างขวาออกด้วยวิธีการส่องกล้อง (Laparoscopic Radical Nephrectomy Right) วันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2565 ก่อนการผ่าตัด ในวันที่ 11 มกราคม พ.ศ. 2565 พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดไปเยี่ยมประเมินผู้ป่วยที่หอพิเศษศัลยกรรม โดยแจ้งวัตถุประสงค์การมาเยี่ยมเพื่อประเมินสภาพผู้ป่วย โดยให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการผ่าตัดโดยวิธีการส่องกล้อง การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้เข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค ความจำเป็นในการทำผ่าตัด เตรียมร่างกายจิตใจของผู้ป่วยให้มีความพร้อมในการผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและกลัวการผ่าตัด ได้ให้ความรู้และเตรียมความพร้อมในการผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวล

วันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2565 ผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัดได้รับการประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเบื้องต้นซ้ำอีกครั้งที่จุดห้องรอผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง อาการทั่วไปปกติ มีอาการปวดท้องด้านขวาเล็กน้อย ก่อนทำการผ่าตัดมีการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดต่าง ๆ ให้พร้อมใช้ นำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด พร้อมตรวจสอบ (Sign in) ข้อมูลผู้ป่วยให้ถูกต้องก่อนการระงับความรู้สึก เมื่อได้รับการระงับความรู้สึก จัดท่าผู้ป่วยให้นอนตะแคงขวาขึ้น (Kidney position) การพยาบาลที่ได้รับคือป้องกันการบาดเจ็บจากการจัดท่าการผ่าตัดโดยใช้ Lateral support และใช้หมอนเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการบาดเจ็บต่อเส้นประสาท (nerve injury) จากการจัดท่านอนตะแคง (Kidney position) ขณะผ่าตัด ตรวจนับเครื่องมือและผ้าซับเลือดก่อนเริ่มการผ่าตัด ติดแผ่นสื่อน้ำไฟฟ้า เครื่องจี้ไฟฟ้าเพื่อป้องกันอุบัติเหตุผิวหนังไหม้จากเครื่องจี้

ไฟฟ้า ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณทำผ่าตัดเพื่อลดปริมาณเชื้อโรคบริเวณผิวหนังที่จะทำผ่าตัด ก่อนแพทย์ลงมีดผ่าตัด มีการยืนยันผู้ป่วยตำแหน่งผ่าตัด ทีมผ่าตัดและวิธีการผ่าตัด (time out) แพทย์ทำการผ่าตัดโดยใช้กล้องช่วยในการผ่าตัด (Laparoscopic) โดยศัลยแพทย์ทางเดินปัสสาวะผ่าตัดไตขวาและนำไตออกเพื่อทำการส่งตรวจพยาธิวิทยา ก่อนแพทย์เย็บปิดช่องท้อง พยาบาลส่งเครื่องมือตรวจนับเครื่องมือผ่าตัด ผ้าก๊อชและผ้าซับเลือดให้ครบถ้วน ขณะผ่าตัดผู้ป่วยเสียเลือด 300 ซีซี ตรวจระดับความเข้มข้นของเลือด = 28 % วิสัญญีแพทย์พิจารณาให้ PRC 1 ยูนิต ระหว่างผ่าตัดไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น เช็ดทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย ดูแลให้ความอบอุ่นร่างกาย (Keep warm) และนำส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยหนักวิกฤตแผนกศัลยกรรม (ไอซียูศัลยกรรม) รวมระยะเวลาผ่าตัด 6 ชั่วโมง หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ผู้ศึกษาติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินอาการผู้ป่วย ตรวจสอบ แก้ปัญหาและให้ข้อมูลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง โดยมีรายละเอียดดังนี้

หลังผ่าตัดวันที่ 1 ผู้ป่วยสามารถหายใจเองได้ ให้ O₂ mask with Bag 6 ลิตรต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ มีอาการปวดตึงแผลผ่าตัดปานกลาง Pain score 5 คะแนน ได้รับการรักษาแก้ไขอาการปวด โดยได้ยาฉีดแก้ปวด Morphine 4 mg ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง หลังได้รับยาแก้ปวด อาการทุเลา พักผ่อนได้ แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ปริมาณของเลือดหรือสิ่งคัดหลั่งที่ระบายออกมาในท่อระบายชนิด Jackson pratt drain จำนวน 15 ซีซี ตำแหน่งของท่อระบายอยู่ตำแหน่งเดิม การทำงานของท่อระบายเป็นสุญญากาศ และผิวหนังรอบ ๆ แผลที่มีท่อระบายไม่บวม แดง ร้อน ท้องไม่อืด ยังมีคงไข้ 37.8-39.6 องศาเซลเซียส ปัสสาวะออก 300 ซีซี/วัน สีเหลืองใส ไม่มีตะกอน

หลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้ป่วยออกจากไอซียูศัลยกรรมมารักษาต่อที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง เริ่มจิบน้ำได้ ยังมีอาการปวดแผลเล็กน้อยถึงปานกลาง Pain score 4-5

คะแนน ได้รักษาการแก้ไขอาการปวด Morphine 4 mg prn.ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง พักผ่อนได้ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ยังคงมีไข้ 37.9-38.1°C ปริมาณของเลือดหรือสิ่งคัดหลั่งที่ระบายออกมาในท่อระบายชนิด Jackson pratt drain จำนวน 10 ซีซี ปัสสาวะออก 400 ซีซี/วัน สีเหลืองใส ไม่มีตะกอน

หลังผ่าตัดวันที่ 3 ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อน ไม่มีอาการแน่นท้อง ปวดแผลเล็กน้อยหลังผ่าตัด Pain score 3 คะแนน และได้ย้ายไปรับการรักษาต่อที่หอพิเศษศัลยกรรมในวันที่ 5 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการถอดสายสวนปัสสาวะ หลังถอดสายสวนปัสสาวะ ผู้ป่วยปัสสาวะเองได้ ไม่แสบขัด สีเหลืองใส

หลังผ่าตัดวันที่ 8 ผู้ป่วยสามารถถอดท่อระบายเลือดออกได้ รับประทานอาหารปกติ แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม มีการประเมินการทำงานของลำไส้ การติดเชื้อของแผล ค่าการทำงานของไต ค่าความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ อย่างต่อเนื่องและได้รับการถอดท่อระบายชนิด Jackson pratt drain แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน วันที่ 20 มกราคม พ.ศ. 2565 รวมระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล 10 วัน และนัดติดตามอาการและแจ้งผลตรวจชิ้นเนื้ออีก 2 สัปดาห์ ผลการตรวจพยาธิสภาพพบ Right renal carcinoma พยาบาลห้องผ่าตัดดูแลให้ความรู้ เรื่องการดูแลตนเองเมื่อกลับไปบ้าน แพทย์ พยาบาล ผู้ป่วย และญาติได้ร่วมวางแผนการรักษาต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความมั่นใจและลดความวิตกกังวล

การวินิจฉัยเบื้องต้น

มะเร็งไตขวา (Renal Cell Carcinoma Right)

การตรวจพิเศษทางห้องปฏิบัติการ

Ultrasound K.U.B Impression: A 5.3*4.4*4.5*5.2 cm round shape isoechoic lesion with internal anechoic area (2.6*2.3 cm from necrosis or liquefy) at cortex mid part of night

kidney. DDX: Right Renal Cell Carcinoma (RCC) is primary considered.

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Hct=32% (ค่าปกติ=34-45%) แสดงว่าค่า Hct มีค่าต่ำกว่าเกณฑ์ ในผู้ป่วยมะเร็งไตการผลิตฮอร์โมนสร้างเม็ดเลือดแดง (erythropoietin) ลดลงซึ่งทำให้ไขกระดูกได้รับการกระตุ้นลดลง ดังนั้นความเข้มข้นของเลือดจึงลดลง¹⁰

BUN= 16 mg/dl เกณฑ์ปกติของค่า BUN ในวัยผู้ใหญ่ คือ 8-20 mg/dL เกณฑ์ปกติของเด็ก คือ 5-18 mg/dL ค่า BUN ในเลือดที่สูงเกินกว่าเกณฑ์ จัดเป็นตัวบ่งบอกถึงสัญญาณการทำงานของไตที่ลดสมรรถภาพลง จนไม่สามารถขับเอาออกเสียในเลือดออกได้หมด อาจเกิดจากปัจจัยหลายอย่าง เช่น ภาวะขาดน้ำ ภาวะทางเดินปัสสาวะถูก อุดกั้น เป็นต้น ในขณะเดียวกัน ค่า BUN ที่ต่ำกว่าเกณฑ์ซึ่งถือเป็นกรณีที่พบได้น้อย และเป็นสัญญาณความผิดปกติของไตหลายอย่างเช่นกัน เช่น ภาวะขาดสารอาหาร หรือร่างกายมีการดูดซึมสารอาหารไปใช้ไม่ได้ดีพอ รวมไปถึงอาจเป็นตัวบ่งบอกการทำงานของตับ หรือการกินยาบางชนิดมากเกินไป¹⁰ ในกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ค่า BUN อยู่ในเกณฑ์ปกติ

Creatinine= 0.87 mg/dl (ค่าปกติ=0.5-1.5 mg) โดยทั่วไปสารครีเอตินินจะต้องถูกขับออกทางปัสสาวะทั้งหมด แต่หากเรายังตรวจพบสารชนิดนี้ในกระแสเลือดอยู่ในระดับที่มากเกินไปก็แสดงว่าไตมีความบกพร่องจนไม่สามารถขับสารชนิดนี้ออกไปได้ทั้งหมด เช่นมีการอุดกั้นทางเดินปัสสาวะ ยาที่ทำลายเนื้อไต เนื่องจากไต หรือร่างกายขาดน้ำ¹⁰ ในกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ค่า Creatinine อยู่ในเกณฑ์ปกติ

eGFR=66.77 (ค่าปกติ= 90-100ml/min/1.73 m²) จัดเป็นตัวบ่งบอกถึงประสิทธิภาพและความเร็วในการขับของเสียออกจากตัวกรองที่ไต โดยทั่วไปมีเกณฑ์อยู่ที่ 90 มิลลิลิตรต่อนาที (ml/minute) ในกรณีศึกษา

ผู้ป่วยรายนี้ค่า eGFR ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติแสดงว่ามะเร็ง
ได้ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพและความเร็วในการขับ
ของเสียออกจากตัวกรองที่ไตและเป็นโรคไตระยะที่ 2¹⁰
ตรวจปัสสาวะเบื้องต้น (Urine Examination;
UA) ดูค่าเม็ดเลือดแดง (Red Blood Cells)= 0-1

cells/HD และเม็ดเลือดขาว (White Blood Cells)=2-
3 cells/HD เพื่อหาความเสี่ยงการติดเชื้อในระบบ
ทางเดินปัสสาวะหรือภาวะบาดเจ็บในทางเดินปัสสาวะ
¹⁰ ในกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ค่า UA อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลผู้ป่วยการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยวิตกกังวลต่อ โรคมะเร็งไตและกลัวการผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีสีหน้ากังวล บอกกลัวการผ่าตัด และถาม เกี่ยวกับโรคมะเร็งไต เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและความกลัวเรื่องการ ผ่าตัด และมีความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดและ หลังผ่าตัด	กิจกรรมการพยาบาล ให้คำแนะนำและอธิบายขั้นตอนวิธีการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด อธิบายถึง แผนการดูแล การผ่าตัด การระงับความรู้สึก ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งให้โอกาสผู้ป่วย และญาติซักถาม พูดคุยและอภิปรายเพิ่มเติมในประเด็นที่เกี่ยวข้อง รวมถึงเหตุผลและความ จำเป็นของการผ่าตัดเพื่อการรักษาและแก้ไขพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ข้อดี ข้อเสียของการผ่าตัดและ สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและญาติ การประเมินผล ผู้ป่วยมีสีหน้า ท่าทาง ผ่อนคลายความวิตกกังวล สามารถตอบขั้นตอนและข้อควรปฏิบัติทั้ง ในช่วงก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัดได้ ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเข้ารับการผ่าตัด
การพยาบาลระยะผ่าตัด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อ การบาดเจ็บต่ออวัยวะต่าง ๆ จากการใส่ trocar และ การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการใช้เครื่องมือไฟฟ้า ข้อมูลสนับสนุน 1. มีการใส่ trocar และ port เข้าช่องท้อง 2. มีการใช้เครื่องมือตัดไฟฟ้า เป็นระยะเวลานานในการ ผ่าตัด เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใส่ trocar และ port เข้าช่อง ท้องและจากการใช้เครื่องมือไฟฟ้า	กิจกรรมการพยาบาล 1. ตรวจสอบอวัยวะภายในต่าง ๆ หลังการใส่ trocar และ port 2. ตรวจสอบการใช้งานของเครื่องมือไฟฟ้าให้ทำงาน 3. การติดแผ่นสื่อน้ำไฟฟ้าให้อยู่ในความเรียบร้อย 4. ตรวจสอบความพร้อมใช้ของอุปกรณ์เครื่องมือทุกชิ้น ให้ฉนวนหุ้มอยู่ในสภาพดี ไม่มีการฉีก ขาด 5. ตรวจสอบการตั้งค่ากำลังไฟฟ้าของเครื่องมือไฟฟ้าให้ถูกต้องเหมาะสมกับการผ่าตัด การประเมินผล ไม่พบการบาดเจ็บของอวัยวะต่าง ๆ จากการใส่ trocar port ไม่พบรอยไหม้ หรือตุ่มน้ำพอง บริเวณที่ติดแผ่นสื่อน้ำ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ ช็อกเนื่องจากเสียเลือดและสารน้ำขณะผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งไตด้วยวิธีการส่องกล้อง (Laparoscopic radical nephrectomy) จะมีความ ซับซ้อนในบริเวณผ่าตัดที่เข้าถึงได้ยาก โดยเฉพาะไตซึ่ง เป็นอวัยวะที่อยู่ลึกและมีลำไส้ซ่อนอยู่ ทั้งยังอยู่ใกล้ หลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ โดยเฉพาะเส้นเลือดใหญ่คือ inferior mesenteric artery, superior mesenteric artery, aorta 2. ขณะผ่าตัดผู้ป่วยสูญเสียเลือด 300 ซีซี ชีพจร 80- 90 ครั้ง/นาที เจาะความเข้มข้นของเลือดในห้องผ่าตัด ได้ 28 % (ก่อนผ่าตัด 32%)	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินสัญญาณชีพผู้ป่วยร่วมกับทีมวิสัญญีจนกว่าจะสิ้นสุดการผ่าตัดเพื่อทราบการ เปลี่ยนแปลงและแก้ไขได้ทันทั่วทั้ง 2. ตรวจสอบสภาพของเครื่องมือ ได้แก่ เครื่องมือไฟฟ้า เครื่องดูดของเหลว อุปกรณ์พิเศษในการ ห้ามเลือดในการผ่าตัดผ่านกล้อง ให้พร้อมใช้งาน 3. ประเมินสภาพการสูญเสียเลือดร่วมกับทีมวิสัญญีโดยสังเกตจำนวนเลือดในขวดดูดของเหลว การประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่พบภาวะ Hypovolemic shock และ Massive blood loss ระหว่างผ่าตัด สามารถทำผ่าตัดได้ราบรื่น ขณะผ่าตัดผู้ป่วยสูญเสียเลือด 300 ซีซี ชีพจร 80-90 ครั้ง/นาที เจาะ ความเข้มข้นของเลือดในห้องผ่าตัดได้ 28 % (ก่อนผ่าตัด 32%) ได้รับ PRC 1 ยูนิต ระหว่างผ่าตัด กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินสัญญาณชีพผู้ป่วยร่วมกับทีมวิสัญญีจนกว่าจะสิ้นสุดการผ่าตัดเพื่อทราบการ เปลี่ยนแปลงและแก้ไขได้ทันทั่วทั้ง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
3. การผ่าตัดใช้เวลา 6 ชั่วโมง เป้าหมายการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกเนื่องจากเสียเลือดและสารน้ำขณะผ่าตัด	2. ตรวจสอบสภาพของเครื่องมือ ได้แก่ เครื่องจี้ไฟฟ้า เครื่องดูดของเหลว อุปกรณ์พิเศษในการห้ามเลือดในการผ่าตัดผ่านกล้อง ให้พร้อมใช้งาน 3. ประเมินสภาพการสูญเสียเลือดร่วมกับทีมวิสัญญีโดยสังเกตจำนวนเลือดในขวดดูดของเหลว การประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่พบภาวะ Hypovolemic shock และ Massive blood loss ระหว่างผ่าตัด สามารถทำผ่าตัดได้ราบรื่น ขณะผ่าตัดผู้ป่วยสูญเสียเลือด 300 ซีซี ซีฟร 80-90 ครั้ง/นาที เจาะความเข้มข้นของเลือดในห้องผ่าตัดได้ 28 % (ก่อนผ่าตัด 32%) ได้รับ PRC 1 ยูนิต ระหว่างผ่าตัด
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง (hypercarbia) และภาวะมีลมรั่วแทรกตามใต้ผิวหนัง (subcutaneous emphysema) ข้อมูลสนับสนุน มีการใช้ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ใส่เข้าไปในช่องท้องเพื่อขยายบริเวณผ่าตัดให้กว้างขึ้น สะดวกต่อการผ่าตัดด้วยกล้อง เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยต่อการเกิดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง (hypercarbia) และภาวะมีลมรั่วแทรกตามใต้ผิวหนัง (subcutaneous emphysema)	กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแลให้ระดับความดันของเครื่องจ่ายก๊าซ (gas insufflator) อยู่ในระดับที่เหมาะสมในช่วงแรกของการผ่าตัดที่เริ่มเป่าก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้องผู้ป่วยให้ใช้อัตราไม่เกิน 3 ลิตรต่อนาที จนความดันในช่องท้องผู้ป่วยถูกควบคุมให้อยู่ในระดับคงที่ ประมาณ 14-15 มิลลิเมตรปรอท และต่อมาจึงปรับอัตราการเป่าก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ให้เป็น 6 ลิตรต่อนาที 2. ประสานงานกับวิสัญญีและแพทย์ในการลดอัตราการเป่าก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ของเครื่องควบคุมการจ่ายก๊าซ กรณีที่ผู้ป่วยจะมี end-tidal carbon dioxide ที่เพิ่มมากขึ้นจนอาจทำให้เกิดภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง 3. ก่อนนำท่อ trocar ออกจากช่องท้องผู้ป่วย ให้มีการไล่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ออกให้หมดให้มากที่สุด 4. ประเมินผิวหนังของผู้ป่วยบริเวณหน้าท้องและหน้าอก ดูลักษณะการบวมเกรบของผิวหนังเป็นระยะ การประเมินผล ระดับความดันของเครื่องจ่ายก๊าซ อยู่ในระดับที่เหมาะสม 3-6 ลิตรต่อนาที ความดันในช่องท้องผู้ป่วยคงที่ 14-15 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์คั่งอยู่ใต้ผิวหนังค่า end-tidal CO₂ เท่ากับ 35-45 มิลลิเมตรปรอท ไม่พบผิวหนังบริเวณท้องและทรวงอกผิดปกติ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บต่อเส้นประสาท (nerve injury) จากการจัดท่านอนตะแคง (Kidney position) และเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดอุดตันจากระยะเวลาผ่าตัดนาน เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยจากการบาดเจ็บต่อเส้นประสาท (nerve injury) จากการจัดท่านอนตะแคง (Kidney position) และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดอุดตัน (venous thrombosis) จากระยะเวลาผ่าตัดนาน ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยได้รับจัดท่านอนตะแคง (Kidney position) 2. ระยะเวลาผ่าตัด 6 ชั่วโมง	กิจกรรมการพยาบาล หลังจากผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกแล้ว พลิกตะแคงตัวผู้ป่วย เอาด้านขวาขึ้นข้างบน ให้ด้านหลังชิดขอบเตียง จัดแขนข้างที่อยู่ด้านบนวางบนที่พิงแขน แขนข้างที่อยู่ด้านล่างวางข้างศีรษะ ใช้ผ้าผืนสอดใต้รักแร้ด้านล่าง ป้องกันการกดทับ Axillary nerve ขาที่อยู่ด้านล่างงอ ขาบนเหยียดตรง สอดหมอนระหว่างขาทั้งสองข้าง คัดรัดขาที่ต้นขา จัดให้ระดับเอวของผู้ป่วยอยู่บริเวณที่สามารถปรับยกส่วนบนของเตียงได้ ยก kidney bar หรือหักพับส่วนกลางของเตียงให้เป็นมุมขึ้น ตรงกับบริเวณซี่โครงซี่ที่ 12 กับ Iliac crest แล้วปรับเตียงให้บริเวณเอวด้านบน (ข้างที่จะทำผ่าตัด) เหยียดตึงออก ด้านล่างงอ โดยปรับยกเตียงเฉพาะส่วนบนลง ซึ่งจะทำให้บริเวณระหว่างซี่โครงและ Iliac crest แยกกว้างออกทำให้ผ่าตัดเข้าถึงตำแหน่งไตได้สะดวก ใช้พลาสติกแผ่น 2 นิ้ว ปิดพาดผ่าน บริเวณกระดูกโคนขา (Greater trochanter) ของกระดูก femur และติดพาดกระดูกสะบัก (Scapula) ยึดไว้กับเตียงเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเอนไปมาขณะทำผ่าตัด ประเมินผล ผู้ป่วยไม่เกิดการบาดเจ็บต่อเส้นประสาท (nerve injury) ไม่เกิดภาวะหลอดเลือดอุดตัน (venous thrombosis) ไม่เกิดแผลกดทับบริเวณแขนที่วางบนที่พิงแขน
การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดและปวดแผลบริเวณที่ใส่ท่อระบาย (Jackson pratt drain; JD)	กิจกรรมการพยาบาล 1. อธิบายและชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบเหตุผลของการได้รับการคาท่อระบายชนิด (JD) 2. สอนการประเมินความเจ็บปวดให้ผู้ป่วย

ตารางที่ ๑ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เป้าหมายการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยบรรเทาการเจ็บปวดจากแผลผ่าตัดและแผลบริเวณใส่ท่อระบาย (JD) Pain Score น้อยกว่า 3 สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยรับการผ่าตัดมะเร็งไตขวาที่ได้รับการผ่าตัดเอาไตออกและได้รับการใส่ท่อระบาย (JD) หลังการผ่าตัด บ่นปวดแผลผ่าตัดปานกลาง ระดับคะแนนความเจ็บปวดเท่ากับ 5	3. ประสานพยาบาลหอบหืดผู้ป่วยให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ คือมอร์ฟิน 4 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 4 ชั่วโมง เมื่อมีอาการปวด (มากกว่าหรือเท่ากับ 4) 4. แนะนำช่วยเหลือในการจัดวางท่อระบายจากแผลผ่าตัดเพื่อไม่ให้ดึงรั้งขณะผู้ป่วยเคลื่อนไหว และการทำงานของท่อระบาย (JD) ทำงานเป็นระบบสัญญาณ 5. ประเมินสีหน้าท่าทาง สัญญาณชีพช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องความปวด แนะนำใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การประเมินผล ผู้ป่วยประเมินความปวดได้ถูกต้อง ได้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดหรืออาการปวดลดลง สีหน้าผ่อนคลาย พักผ่อนได้ ท่อระบาย (JD) ไม่หักพับงอ ระบายเลือดและสารคัดหลั่งดีและไม่เล็ดลอด ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 128/87 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 เสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัดและแผลท่อระบาย (JD) เป้าหมายการพยาบาล เพื่อให้แผลผ่าตัดและแผลท่อระบาย (JD) ของผู้ป่วยไม่ติดเชื้อ ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยรับการผ่าตัดมะเร็งไตขวาที่ได้รับการผ่าตัดเอาไตออกและได้รับการใส่ท่อระบาย (Jackson pratt drain; JD) หลังการผ่าตัด	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินลักษณะผิวหนังของแผลรอบ ๆ ท่อระบาย สังเกตภาวะเลือดซึม หรืออาการแสดงของการติดเชื้อ 2. ล้างมือให้สะอาดหรือใช้ Waterless 20-30 วินาที เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ 3. ทำความสะอาดแผลด้วยวิธี dry dressing 4. บันทึกลักษณะของแผล สีกลิ่น ปริมาณของสารคัดหลั่ง และความผิดปกติที่พบหากพบความผิดปกติควรรีบรายงานแพทย์เพื่อทำการแก้ไขและรักษาต่อไป การประเมินผล ลักษณะผิวหนังของแผลผ่าตัดและแผลรอบ ๆ ท่อระบายไม่บวม แดง ร้อน ไม่พบภาวะเลือดซึม รอบ ๆ แผลท่อระบาย ไม่มีกลิ่น ปริมาณเลือดและสารคัดหลั่งออกประมาณวันละ 10-15 ซีซี ใน 2 วันแรกของการผ่าตัดและไม่มีเลือดและสารคัดหลั่ง ออกเพิ่มในวันที่ 3 ของการผ่าตัด แพทย์พิจารณาถอดท่อระบาย (JD) ในวันที่ 8 ของการผ่าตัด หลังถอดท่อระบาย แผลแห้งดี
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยถามว่ามีอาการแสดงกับโรคที่เป็นหรือไม่ ผู้ป่วยถามว่ามีอาการผิดปกติอย่างไรที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ผู้ป่วยถามว่าสามารถออกกำลังกายหรือยกของหนักหรือไม่ เป้าหมายการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน	กิจกรรมการพยาบาล 1. ให้คำแนะนำเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านดังนี้ 1.1 รับประทานยาให้ครบตามแพทย์สั่ง 1.2 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพอนามัยให้แข็งแรงอยู่เสมอออกกำลังกายโดยการเดินหรือบริหารแขนขา 1.3 สังเกตอาการผิดปกติดังนี้ - ใช้สูง หนาวสั่น - แผลบวมแดง เป็นหนอง หากมีอาการดังกล่าวให้มาพบแพทย์ก่อนนัด 1.4 มาตรวจตามแพทย์นัด 1.5 ห้ามยกของหนักหลังผ่าตัดต้องครบ 2-3 เดือน 1.6 งดสูบบุหรี่ ดื่มชา กาแฟ 1.7 งดอาหารหมักดอง 2. ประสานข้อมูลการดูแลผู้ป่วย ให้ทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การประเมินผล ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้านและสามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง การประเมินผล ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และสามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง

อภิปรายผล

ในการศึกษากรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งไตขวารายแรกของโรงพยาบาลอ่างทองนี้ มีการวางแผนการรักษาคือผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเอาไตออกด้วยวิธีการส่องกล้อง เป็นการผ่าตัดที่ยังยากซับซ้อน มีการนำเทคโนโลยีใหม่ ๆ มาช่วยในการผ่าตัด การผ่าตัดนี้มีผลดีต่อผู้ป่วยเนื่องจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อน้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิด พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดต้องมีความรู้ ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ อุปกรณ์พิเศษในการทำผ่าตัดผ่านกล้อง ขณะผ่าตัดมีความเสี่ยงที่จะเกิดการบาดเจ็บต่ออวัยวะใกล้เคียงและอาจเกิดภาวะช็อกเนื่องจากเสียเลือด (Massive blood

loss) และสารน้ำ (Hypovolemic shock) ขณะผ่าตัด¹¹ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดต้องมีความพร้อมในการปรับเปลี่ยนหัตถการเป็นการผ่าตัดแบบเปิดอย่างรวดเร็วแม่นยำ เพื่อให้ศัลยแพทย์สามารถทำผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เกิดขึ้น จากการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเอาไตออกด้วยวิธีการส่องกล้องของกรณีศึกษานี้ ควรมีการจัดอบรม และให้ความรู้เรื่องอุปกรณ์ เครื่องมือ ตามวิวัฒนาการของเครื่องมืออุปกรณ์ เพื่อช่วยให้การผ่าตัดดำเนินไปด้วยดี การผ่าตัดราบรื่นมีประสิทธิภาพ และลดระยะเวลาการผ่าตัดได้มาก

เอกสารอ้างอิง

1. พิษณุ มหาวงค์ และ สุริธร สุนทรพันธ์ [บรรณาธิการ]. (2558). โรคที่พบบ่อยในศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ. เชียงใหม่: หน่วยศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
2. Capitanio U, Bensalah K, Bex A, Boorjian SA, Bray F, Coleman J, et al. Epidemiology of Renal Cell Carcinoma. Eur Urol (2019) 75(1):74–84. doi: 10.1016/j.eururo.2018.08.036.
3. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209–49. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>.
4. วิโรจน์ ผลิตยาปัญญาวงศ์, วรพัฒน์ อัดเวทยานนท์ และ ชูศักดิ์ บริพัฒน์. (2559). การรักษาก้อนขนาดเล็กที่ไต.สงขลานครินทร์ เวชสาร, 34(3):141-51.
5. Ljungberg B, Albiges L, Abu-Ghanem Y, Bensalah K, Dabestani S, FernándezPello S, et al. European Association of Urology Guidelines on Renal Cell Carcinoma: The 2019 Update. Eur Urol (2019) 75(5):799– 810. doi: 10.1016/j.eururo.2019.02.011.
6. จิติกัญญา ดวงรัตน์. การระงับความรู้สึกผู้ป่วยส่องกล้อง. ใน:วิมลรัตน์ ศรีราช, อรลักษณ์ รอดอนันต์, นรุตม์ เรือนอนุกุล, บรรณาธิการ. ก้าวไกลวิสัญญี 4.0 ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: บริษัทนาเพลส จำกัด, 2562:249-267.
7. โรงพยาบาลอ่างทอง. รายงานสถิติการผ่าตัดโรงพยาบาลอ่างทองปีงบประมาณ 2560-2562. อ่างทอง: ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลอ่างทอง; 2565.
8. Gordon, M. (1994). Nursing diagnosis: Process and Application. New York: McGraw-Hill.
9. Jensen, S. (2019). Nursing health assessment: a best practice approach. Edition 3. Philadelphia: Wolters Kluwer Health
10. ขวนพิศ วงศ์สามัญ. (2556). การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 19. ขอนแก่น: ภาควิชาพื้นฐานการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
11. ศิริพร ปิติมานะอาร. (2556). การประเมินและเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. ในอังกาบ ปราการรัตน์, วิมลรัตน์ สนั่นศิลป์, ศิริลักษณ์ สุขสมpong, และปฐิภาณ ตุ่มทอง (บรรณาธิการ). ตำราวิสัญญีวิทยา (พิมพ์ครั้งที่ 4 หน้า 135 - 150). กรุงเทพฯ: เอ-พลัส พริน