การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดระหว่างการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนโค้งมุมตับอ่อนและม้าม : กรณีศึกษา

Nursing Care for a Patient with Hemorrhagic Shock During Surgery for Colon Cancer at the Hepatic and Splenic Flexures: A Case Study.

(Received: October 27,2026 ; Revised: October 29,2026 ; Accepted: October 31,2026)

จรัสศรี แก้วมณี[1]
Jarassri Kaewmanee[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์บทบาทการพยาบาลระยะขณะผ่าตัดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด โดยครอบคลุมสมรรถนะหลัก 5 ด้าน ได้แก่ การประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การเฝ้าระวังสัญญาณชีพและการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิต การบริหารจัดการสารน้ำและส่วนประกอบของโลหิต การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าปัจจัยหลายประการเป็นสมรรถนะที่สำคัญต่อการเพิ่มอัตราการรอดชีวิตและการลดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ (1) การประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างรวดเร็วและแม่นยำ (2) การเฝ้าระวังค่าพลศาสตร์การไหลเวียนอย่างเคร่งครัด และ (3) การจัดการภาวะช็อกอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย การให้สารน้ำทดแทน การให้ส่วนประกอบของโลหิต และการควบคุมแหล่งเลือดออก นอกจากนี้ การบูรณาการแนวปฏิบัติการพยาบาลที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในทีมสหสาขาวิชาชีพมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการส่งเสริมผลลัพธ์ทางคลินิก

คำสำคัญ: ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด ระหว่างการผ่าตัด มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนโค้งมุมตับอ่อนและม้าม

Abstract

This case study aimed to delineate essential intraoperative nursing care for colorectal cancer patients experiencing hemorrhagic shock, encompassing five core domains: continuous patient assessment, hemodynamic monitoring, fluid and blood product management, interdisciplinary coordination, and complication prevention.

Results: The findings demonstrated that several factors emerged as critical competencies for improving survival rates and minimizing complications: (1) timely and accurate patient assessment, (2) rigorous hemodynamic monitoring, and (3) systematic shock management—incorporating fluid resuscitation, blood component transfusion, and hemorrhage source control. Furthermore, integrating evidence-based nursing practice with effective interdisciplinary team communication was essential for enhancing clinical outcomes.

Keywords: Patients with hemorrhagic shock, during surgery, cancer of the pancreatic angle of the colon and spleen.

บทนำ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (colorectal cancer: CRC) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลก โดยข้อมูลปี ค.ศ. 2022 จาก GLOBOCAN รายงานว่ามีผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 1,926,425 ราย คิดเป็นประมาณร้อยละ 7.9 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมด และเป็นมะเร็งชนิดที่พบบ่อยเป็นอันดับ 3 ของโลก[1] ขณะที่ภูมิภาคเอเชียมีสัดส่วนผู้ป่วยสูงถึงประมาณ 50.2% ของผู้ป่วยโรคมะเร็งทั่วโลก สะท้อนภาวะโรคที่เพิ่มขึ้นในภูมิภาคนี้ ซึ่งในปี ค.ศ. 2023 แนวโน้มของโรคยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา และพบอัตราการเพิ่มของผู้ป่วยในกลุ่มอายุน้อยมากขึ้น ซึ่งมีรายงานว่าพบในผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 55 ปีคิดเป็นประมาณ 20% ของ

[1] กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลบ้านหมี่

ผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี[2] ในปี ค.ศ. 2024 แม้ว่ายังไม่มีตัวเลข global update ที่เปลี่ยนแปลงมากจากปี 2022 อย่างมีนัยสำคัญ แต่แนวโน้มยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีการคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มมากกว่า 3.5 ล้านรายภายในปี ค.ศ. 2050 แสดงถึงภาวะโรคในระยะยาวที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[3]

สำหรับประเทศไทยนั้น อุบัติการณ์ของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติพบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ.2565 - 2567 จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ โดยประมาณ คือ 14,000 ราย/ปี, 15,000 ราย/ปี, 16,000 ราย/ปี ตามลำดับ[4] และจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยประมาณ 5,000 ราย/ปี, 5,500 ราย/ปี, 5,500 ราย/ปี ตามลำดับ จัดอยู่ในอันดับ 3 ของการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งทั้งหมด จากการศึกษารายงานย้อนหลังทั้ง 3 ปีดังกล่าว พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยส่วนใหญ่มีอายุ 50 ปี ขึ้นไป และตรวจพบระยะลุกลาม และระยะแพร่กระจายรวมกันมากกว่า 50%[5] สะท้อนให้เห็นแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งด้านอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิต ซึ่งสวนทางกับความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์และระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน จากการศึกษาสาเหตุของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เกิดจากผลกระทบจากปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม เพศ อายุ พันธุกรรม เช่น พฤติกรรมการดำเนินชีวิต การบริโภคเนื้อแดงและเนื้อแปรรูป อาหารที่ไม่มีกากใย อาหารที่มีไขมันสูง อาหารประเภทปิ้ง ย่าง รมควัน ภาวะอ้วน การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการขาดการออกกำลังกาย ซึ่งส่งผลโดยตรงกับภาวะสุขภาพ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อบุลำไส้จากภาวะปกติไปสู่การเป็นมะเร็ง[6] การตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้จึงมีความสำคัญในการป้องกัน คัดกรอง และการลดอุบัติการณ์ของโรคในระยะยาว แต่สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะสุดท้ายนั้น การรักษาโดยการผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาหลักในผู้ป่วยระยะนี้ ซึ่งการผ่าตัดลำไส้ใหญ่มีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยหลังการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้แก่ แผลผ่าตัดติดเชื้อ (2 – 25%) ภาวะลำไส้รั่วบริเวณรอยต่อ (3 – 9%) ลำไส้ไม่ทำงานชั่วคราว(10 – 20%) และภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด (1 – 6%)[7,8] ซึ่งภาวะลำไส้รั่วและภาวะช็อกจากการเสียเลือดนั้น เป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีความรุนแรงสูงและสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ[9] ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยจึงต้องเน้นการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ ในการเฝ้าระวังและติดตามภาวะแทรกซ้อน และการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ เน้นการดูแลแบบองค์รวมในทุกระยะของการผ่าตัด โดยเฉพาะการนำแนวทาง ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) คือ การลดความเครียดจากการผ่าตัด ส่งเสริมการฟื้นตัวอย่างรวดเร็ว ผ่านการดูแลที่เป็นระบบในระยะก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด มาใช้ ซึ่งช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลานอนโรงพยาบาล และอัตราการเสียชีวิต[10] ทั้งนี้บทบาทสำคัญของพยาบาล คือการประเมิน เฝ้าระวัง และบูรณาการหลักฐานทางวิชาการเข้าสู่การปฏิบัติ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดต่อผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนโค้งมุมตับอ่อนและม้ามที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด

2. เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนโค้งมุมตับอ่อนและม้าม ที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด ให้มีประสิทธิภาพ และได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

วิธีการศึกษา

เป็นการวิเคราะห์บทบาทการพยาบาลระยะขณะผ่าตัดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด โดยครอบคลุมสมรรถนะหลัก 5 ด้าน ได้แก่ การประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

การเฝ้าระวังสัญญาณชีพและการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิต การบริหารจัดการสารน้ำและส่วนประกอบของโลหิต การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป กรณีศึกษา เป็นผู้ป่วยชายไทย อายุ 73 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ภูมิลำเนา อ.บ้านหมี่ จ.ลพบุรี สถานภาพสมรส ไม่ได้ประกอบอาชีพ สิทธิ์เบิกกรมบัญชีกลาง น้ำหนัก 61 Kg ส่วนสูง 165 cm BMI 22.42 ไม่พบประวัติแพ้อาหารและยา ปฏิเสธการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ไม่พบประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ปวดแน่นท้องและท้องอืดมาก คลื่นไส้อาเจียน 1 ครั้ง รับประทานอาหารไม่ได้ 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ปวดแน่นท้อง ท้องอืด จนนอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อย มีอาการคลื่นไส้ ไม่ถ่ายอุจจาระ ผ่ายลมได้

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ประมาณ 20 ปี รักษาที่โรงพยาบาลบ้านหมี่ ปฏิเสธการขาดยา มีประวัติเลือดออกในสมองจากการได้รับอุบัติเหตุและได้รับการผ่าตัดสมอง เมื่อ 10 ปีที่แล้ว ที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Hematology: RBC Count 4.48 × 10^6 cells/cumm (ค่าปกติ 4-6 × 10^6 cells/cumm), **Hb** 7.9 g/dl (ค่าปกติ 13-16 g/dl), **HCT** 28.1% (ค่าปกติ 39-50%), **Plt Count** 488,100 cells/cumm (ค่าปกติ 150,000-400,000 cells/cumm), **WBC Count** 13,122 cells/cumm (ค่าปกติ 4,500-11,000 cells/cumm), **Neutrophil** 82% (ค่าปกติ 40-75%), **Lymphocyte** 16% (ค่าปกติ 20-40%), **PT** 11.20 second (ค่าปกติ 8.62-13.06 second), **PTT** 23.90 second (ค่าปกติ 20.42-32.00 second) **Chemistry: Na** 130 mmol/l (ค่าปกติ 135-145 mmol/l), **K** 4.8 mmol/l (ค่าปกติ 3.5-5.1mmol/l), **Cl** 97 mmol/l (ค่าปกติ 101-109 mmol/l), **CO2** 19 mmol/l (ค่าปกติ 24-34 mmol/l), **BUN** 29 mgdl (ค่าปกติ 8-20 mgdl), **Cr** 1.25 mg/dl (ค่าปกติ 0.51-1.17 mg/dl), **eGFR** 57 ml/min (ค่าปกติ 60-130 ml/min)

ผลการตรวจทางรังสี

Film acute abdomen : Small bowel and large bowel dilatation with multiple air fluid level

CTWA : -Irregular circumferential wall thickening and enhancing at mild descending colon associated with peri colonic fat infiltration. CA descending colon with extra serosal invasion

-Dilatation with fluid-filled bowel loops at proximally large bowel and small bowel loops favored bowel obstruction

EKG 12 lead : Normal sinus rhythms regular rate 96 bpm normal QRS amplitude no ST change

การตรวจร่างกายระบบสำคัญ

Vital signs : BT 37.1° c, PR 96 bpm, RR 20 bpm, BP 139/87 mmHg, Neuro sign GCS 15 คะแนน, Braden Scale 16 คะแนน, Pain Score 7 คะแนน

GA : Good consciousness

Respiratory system : equal breast sound both lung, clear, no wheezing

Cardiovascular system : normal S1 S2, no murmur

Abdomen : mark tender epigastrium, distension, guarding

Extremities : no limit ROM

Neurological : E4V5M6, Grade V all extremities

การวินิจฉัยของแพทย์ :

Obstructed CA descending colon with IC valve incompetent

การผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับ

Open Left hemicolectomy with repair splenic vein and abdominal toilet under General Anesthesia

กิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนผ่าตัด **ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแน่นท้องและท้องอืดมาก จากการอุดตันของลำไส้ใหญ่** **ข้อมูลสนับสนุน**ปวดแน่นท้องและท้องอืดมาก คลื่นไส้อาเจียน 1 ครั้ง รับประทานอาหารไม่ได้ 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล Pain Score 7 คะแนน	**กิจกรรมการพยาบาล** ตรวจสอบสัญญาณชีพ และ Pain Scale ทุก 1 ชั่วโมง ประเมินตำแหน่งการปวด อาการปวด ลักษณะของการปวด ความรุนแรงของการปวด อาการท้องอืด และคลื่นไส้อาเจียน จัดท่านอนในท่าศีรษะสูง(Fowler's position) เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัวทำให้อาการปวดลดลง อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึง สาเหตุของอาการปวดท้อง ส่งเสริมใช้เทคนิคผ่อนคลายเพื่อบรรเทาปวด โดยการหายใจ เข้าออกยาวๆ ลึกๆ ดูแลให้งดอาหารและน้ำ และใส่สายยางให้อาหาร เพื่อระบายสารเหลวและเศษอาหารเป็นการลดความดันในกระเพาะอาหารและลำไส้ ดูแลตรวจเยี่ยมอาการของ ผู้ป่วยบ่อยครั้ง สัมผัสเพื่อให้ ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย เปิดโอกาสให้ญาติได้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ชวนพูดคุย ปลอบโยนให้กำลังใจ ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และสังเกตอาการข้างเคียงหลังได้รับยาบรรเทาปวด อธิบายผู้ป่วยและญาติให้ทราบถึงแผนการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเพื่อแก้ไขสาเหตุของอาการปวดท้อง **การประเมินผล** ผู้ป่วยอาการปวดลดลง Pain Score 4-5 คะแนน NG tube มี Content เป็นน้ำสีใส ออก 300 ml ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน
ผู้ป่วยมีภาวะร่างกายขาดสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ เนื่องจากการผู้ป่วยมีคลื่นไส้ อาเจียน และรับประทานอาหารได้น้อย **ข้อมูลสนับสนุน** ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบภาวะโซเดียมในเลือดต่ำผิดปกติ (hyponatremia) ค่าNa 130 mmol/l, Cl 97 mmol/l, CO2 19 mmol ปัสสาวะออก 150 ml/ 8 hr. ผลการตรวจ Cr 1.25 mg/dl	**กิจกรรมการพยาบาล** ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 30-60 นาที PR 96-102 bpm, BP 120/80-130/90 mmHg ดูแลให้สารน้ำ 0.9% NaCl 1,000 ml ทางหลอดเลือดดำภายใน 30 นาที จำนวน 500 ml หลังจากนั้นให้ในอัตรา 100 ml/hr. ติดตามบันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชม. และปริมาณสารน้ำเข้าออกจากร่างกาย ทุก 4 ชั่วโมง เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของการขาดสารน้ำและอาการแสดงของภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ ได้แก่ ริมฝีปากแห้ง, กระหายน้ำ, ความตึงตัวของผิวหนังผิดปกติ, อ่อนเพลีย, ซึมลง และอ่อนแรง **การประเมินผล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่พบอาการอ่อนเพลีย และกล้ามเนื้ออ่อนแรง ไม่มีอาการคลื่นไส้ และอาเจียน ไม่พบความผิดปกติของการขาดสมดุลของสารน้ำ Na 136 mmol/l, K 3.7 mmol/l CL 102 mmol/l, CO2 26 mmol/l, Cr 1.1 mg/dl
ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และขาดความรู้และความพร้อมในการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล ถามเรื่องการผ่าตัดและการปฏิบัติตัวเพื่อรับการผ่าตัดบ่อยครั้ง	**กิจกรรมการพยาบาล** สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ การทำความรู้จัก ชื่อ สกุล เพื่อให้เกิดความปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบายความวิตกกังวล ซักถามข้อสงสัย พร้อมประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติต่อการทำผ่าตัดในครั้งนี้ อธิบายเรื่องโรคและอาการ แผนการรักษา ขั้นตอนการให้การพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย พร้อมให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาล เพื่อให้เกิดความมั่นใจและความร่วมมือในการ

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	รักษาพยาบาล ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดร่วมกับการเสริมสร้างกำลังใจเพื่อให้คลายวิตกกังวล **การประเมินผล** ผู้ป่วยพักผ่อนได้ ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายกังวล และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี
อาจเกิดความไม่พร้อมในการทำผ่าตัดและผ่าตัดผิดคน, ผิดแพทย์เนื่องจาก มีเวลาในเตรียมผ่าตัดจำกัด **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยเวลา 14.10 น. แพทย์สั่งผ่าตัด Exploratory Laparotomy with Left hemicolectomy Under General Anesthesia เวลา 15.00 น. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบผล HCT 28.1%	**กิจกรรมการพยาบาล** ให้ผู้ป่วยและญาติลงนามยินยอมผ่าตัดในเอกสาร ตรวจสอบสิทธิ์การรักษาพยาบาล ความพร้อมด้านร่างกาย ถอดโลหะทุกชนิดที่ติดตัวมากับผู้ป่วย ดูแลความสะอาดของร่างกาย ตรวจสอบการงดน้ำและอาหารก่อนการผ่าตัด ใส่สายสวนปัสสาวะ ดูแลให้ได้รับเลือด PRC 1 u และ FFP 2 u ตามแผนการรักษาของแพทย์ ให้ยาปฏิชีวนะฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ เพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัด ตามแผนการรักษาของแพทย์ แจ้งข้อมูลการผ่าตัด วันที่ เวลา ที่ศัลยแพทย์ระบุ พร้อมอาการและอาการแสดง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมถึงปัญหาของผู้ป่วย ให้ทีมผ่าตัดรับทราบโดยละเอียดเพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา, วางแผนให้การพยาบาลต่อเนื่อง, เตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ผ่าตัดพิเศษต่อไป ลงบันทึกปัญหาและการให้การพยาบาลในระบบ, ลงบันทึกตารางการผ่าตัดให้ถูกต้องครบถ้วน ตามแผนการผ่าตัดของศัลยแพทย์ ตรวจความพร้อมก่อนส่งผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดอีกครั้งเมื่อได้รับการแจ้งว่าจะมารับผู้ป่วยจากห้องผ่าตัด ตรวจเอกสารการรับผู้ป่วยอย่างละเอียดตรงกันก่อนส่งผู้ป่วยไปยังห้องผ่าตัด **การประเมินผล** ผู้ป่วยและเวชระเบียน มีพร้อมเพื่อเข้ารับการผ่าตัดตามเวลาที่กำหนด
ขณะผ่าตัด ขณะผ่าตัดพบ Circumferential mass at descending colon, no liver or peritoneal nodule Proximal margin 10 cm and distal margin 10 cm Pancreatic injury gr 2 at body, Pancreatic and Splenic vein injury ทำการผ่าตัด Open Left hemicolectomy with repair splenic vein and abdominal toilet สัญญาณชีพ PR 89-126 ครั้ง/นาที BP 82/50 – 136/94 mmHg O2sat 92 -100% ใช้เวลาในการผ่าตัด 5 ชม. 10 นาที ปริมาณเลือดที่ออกภายในช่องท้องขณะผ่าตัด 1,800 ml ได้รับ PRC 6 u, FFP 3 u และสารน้ำทางหลอดเลือดดำ รวมทั้งหมด 6,047 ml, ปริมาณปัสสาวะที่ออกทั้งหมด 350 ml ชิ้นเนื้อที่ผ่าตัดออกคือ descending colon ขนาด 10x18 cm	
เสี่ยงต่อการเกิดความผิดผลาดในการผ่าตัด (ผิดคน/ผิดหัตถการ/ผิดแพทย์/การส่งสิ่งส่งตรวจผิด/การมีสิ่งของตกค้างในร่างกาย) เนื่องจากความเร่งรีบในการเตรียมผ่าตัด **ข้อมูลสนับสนุน** การเตรียมผ่าตัดใช้เวลาที่จำกัด บุคลากรปฏิบัติงานภายใต้ความเร่งรีบ เวลาในการผ่าตัด 5 ชม. 10 นาที ชิ้นเนื้อที่ผ่าตัดออกคือ descending colon	**กิจกรรมการพยาบาล** ก่อนนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ทำ Sign-In โดยทีมผ่าตัดตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของเวชระเบียน และการระบุตัวผู้ป่วย อย่างเคร่งครัด ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ก่อนทำการผ่าตัด หยุดและทำ Surgical Time out โดยให้ทีมผ่าตัด นำโดยศัลยแพทย์, วิสัญญี และพยาบาลทบทวนร่วมกัน ตามแนวทางปฏิบัติ เมื่อทีมผ่าตัดพร้อม เริ่มทำการผ่าตัด เมื่อการผ่าตัดสิ้นสุดลง ทำ Sign-out โดยทีมผ่าตัด ทวนสอบชื่อหัตถการ, สิ่งส่งตรวจ, สิ่งที่ติดไปกับผู้ป่วย, ความครบถ้วนของเครื่องมือผ่าตัด, ผ้าซับโลหิต, และผ้า Gauze เข้าใจตรงกัน เริ่มปิดแผลผ่าตัด เมื่อขั้นตอนการผ่าตัดเสร็จ ก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดและก่อนย้ายผู้ป่วยไปรักษาต่อยังหอผู้ป่วย ตรวจสอบเวชระเบียน, สิ่งส่งตรวจ, ชื่อผู้ป่วยอย่างละเอียดให้ถูกต้องตรงกัน แจ้งข้อมูล, ปัญหา, กิจกรรมการพยาบาล, แผนการรักษาของแพทย์ โดยละเอียดแก่ทีมพยาบาล พร้อมลงบันทึกในแบบบันทึกทางการพยาบาลของห้องผ่าตัดเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อไป **การประเมินผล** ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดถูกคน ถูกหัตถการไม่มีสิ่งตกค้างอยู่ในร่างกายผู้ป่วย สิ่งส่งตรวจครบถ้วน
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด(การผูกรัดจัดท่า, การใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า, การใช้เครื่องมือ และการติดเชื้อ) เนื่องจากการผ่าตัดใหญ่ที่มีระยะเวลานานและการใช้อุปกรณ์ช่วยผ่าตัดหลายชนิด	**กิจกรรมการพยาบาล** จัดผ้าปูเตียงผ่าตัดให้ยาวถึงปลายเท้า บริเวณช่วงลำตัวผู้ป่วยเพิ่มผ้าปูเตียงหนากว่าส่วนอื่น เพื่อช่วยซับน้ำที่อาจเกิดขึ้นระหว่างผ่าตัด ลดความเสี่ยงที่จะเกิดอาการพองไหม้บริเวณผิวหนังที่ผู้ป่วยนอนกดทับจากการใช้เครื่องจี้ตัดด้วยไฟฟ้า จัดท่าให้ผู้ป่วยนอนหงาย(Supine position) ระมัดระวังปุ่มกระดูกและเส้นประสาท ตรวจสอบโลหะที่อาจติดมากับผู้ป่วย เตรียมเครื่องจี้ไฟฟ้าให้พร้อมใช้งาน ติดแผ่นเจลนำกระแสไฟฟ้า นำผ้าคลุมตั้งแต่บริเวณหน้าอกถึงปลายเท้า ใช้อุปกรณ์ผูก

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน ใช้เวลาในการผ่าตัด 5 ชม. 10 นาที และเปิดเครื่องมือเพิ่มจำนวนมาก เนื่องจาก Pancreatic and Splenic vein injury	รัดบริเวณต้นขา ทีมผ่าตัดตรวจสอบตัวบ่งชี้การทำให้ปราศจากเชื้อของเครื่องผ้า/เครื่องมือผ่าตัดทุกชิ้นก่อนเปิด หากพบมีการปนเปื้อนให้เปลี่ยนทันที เมื่อทีมผ่าตัดพร้อมทำผ่าตัด ทีมวิสัญญีเริ่มขบวนการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย พยาบาลช่วยรอบนอก เปิดผ้าคลุมเฉพาะส่วนที่จะทำผ่าตัดออก ตรวจสอบและเช็ดทำความสะอาดสะดือ Scrub ผิวหนังบริเวณหน้าท้อง ทีมผ่าตัดคลุมผ้าปราศจากเชื้อ เปิดเฉพาะบริเวณหน้าท้องที่จะทำผ่าตัด ทุกขั้นตอนทำตามมาตราฐานของห้องผ่าตัดอย่างเคร่งครัด เริ่มทำผ่าตัด พยาบาลส่งเครื่องมือตรวจสอบและรักษาความสะอาดเครื่องมือผ่าตัดให้พร้อมใช้งาน, ดูแลบริเวณผ่าตัดรวมถึงเครื่องมือผ่าตัดให้ปราศจากเชื้อตลอดเวลา คาดการณ์ล่วงหน้า, ส่งเครื่องมืออย่างแม่นยำ และถูกต้องตามขั้นตอนการผ่าตัด พยาบาลช่วยผ่าตัด ทบทวนขั้นตอนและกายวิภาคอย่างละเอียดเพื่อให้คาดเดาสถานการณ์ถัดไปได้ รวมถึงการจัด Exposure ให้ชัด นิ่ง แห้ง ตลอดเวลา, การจัดการเนื้อเยื่ออย่างนุ่มนวล, การจัดการภาวะวิกฤต, การสื่อสารและการทำงานทีม ร่วมถึงช่วยระมัดระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการใช้เครื่องมือผ่าตัดอีกด้วย พยาบาลช่วยรอบนอก คอยเฝ้าระวังความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น ถ้าพบแจ้งทีมผ่าตัดทันที รวมถึงควบคุมเปิด-ปิดประตูห้องผ่าตัด และจำกัดจำนวนบุคลากรที่เข้า-ออกให้น้อยที่สุด **การประเมินผล** ผู้ป่วยไม่เกิดการบาดเจ็บจากการผูกรัดจัดท่าในการผ่าตัด ไม่พบรอยช้ำแดง, รอยพองไหม้จากการกดทับและการใช้จี้ไฟฟ้า, ไม่พบอาการบาดเจ็บจากการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ถ่างขยาย และไม่พบการละเมิดหลักปราศจากเชื้อ
เกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด เนื่องจาก Splenic vein injury **ข้อมูลสนับสนุน** เลือดที่ออกภายในช่องท้องขณะผ่าตัด 1,800 ml ปริมาณปัสสาวะที่ออกทั้งหมด 350 ml BP 82/50 – 92-65 mmHg สัญญาณชีพ PR 100-126 bpm	**กิจกรรมการพยาบาล** ทีมวิสัญญีตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก15 นาที maintain MAP ≥65 mmHg เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญได้อย่างเพียงพอขณะทำผ่าตัด ตรวจสอบพร้อมจดบันทึกจำนวนและลักษณะเลือดที่ออกภายในช่องท้องจากผ้าซับโลหิต, ขวดดูดสุญญากาศ ทุก 15 นาที ติดตามปริมาณปัสสาวะ(Urine Output) รายชั่วโมง โดยเป้าหมายคือ > 0.5 ml/kg/hr. รายงานสถานะความพร้อมของเลือดและปริมาณเลือดที่ออกให้ทีมผ่าตัดทราบเป็นระยะ เพื่อวางแผนบริหารการให้เลือด, ส่วนประกอบของเลือด และสารน้ำ ตามแนวทาง Balanced Resuscitation (เช่น สัดส่วน PRC:FFP:Platelet = 1:1:1) ผ่านเครื่องอุ่นสารน้ำ(Rapid Infuser/Fluid Warmer) เตรียมและบริหารยาที่ช่วยในการหยุดเลือดตามคำสั่งการรักษาของทีมวิสัญญีและศัลยแพทย์ พยาบาลช่วยผ่าตัด ช่วยดูดซับเลือด, ดึงถ่างให้ตรงตำแหน่งที่เลือดออก พร้อมช่วยห้ามเลือดตามขั้นตอนอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ศัลยแพทย์มองเห็นตำแหน่งเลือดออกชัดเจน และใช้เวลาในการหยุดเลือดที่ออกให้น้อยที่สุด พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด เตรียมวัสดุอุปกรณ์ ในการช่วยห้ามเลือดให้มีจำนวนเพียงพอ เตรียมเครื่องจี้ห้ามเลือดไฟฟ้า, เครื่องมือที่ใช้ห้ามเลือดให้มีขนาดที่เหมาะสมให้พร้อมใช้งาน และมีประสิทธิภาพ พยาบาลช่วยรอบนอก ช่วยประสานงานขอเลือด, เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉิน และอำนวยความสะดวกให้ทีมผ่าตัดทำงานอย่างราบรื่นและรวดเร็ว **การประเมินผล** ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อคจากการเสียเลือด ได้รับการห้ามเลือดบริเวณ splenic vein ผู้ป่วยได้รับเลือด, ส่วนประกอบของเลือดและสารน้ำทางหลอดเลือดดำทั้งหมด 6,047 ml ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด หลังผ่าตัดผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวจากการได้รับยาสลบ สัญญาณชีพ BP 82/50 – 136/94 mmHg, PR 80-126 bpm, O2sat 95 - 100 % ปริมาณปัสสาวะที่ออกทั้งหมด 350 ml ไม่มีเลือดปน ปริมาณเลือดที่ออกทั้งหมด 1,800 ml HCT 32.9 % ส่งต่อผู้ป่วยไปเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่หอผู้ป่วยหนัก
เสี่ยงต่ออุณหภูมิร่างกายไม่สมดุล(ภาวะตัวเย็น) เนื่องจากการสูญเสียเลือดจำนวน	**กิจกรรมการพยาบาล** ใช้ผ้าเครื่องเป่าลมร้อนคลุมบริเวณหน้าอก, แขนทั้ง 2 ข้าง และปรับ OR temp ≥21 – 24°C เพื่อรักษาอุณหภูมิกาย > 36°C ประเมินสัญญาณชีพที่สัมพันธ์กับ hypothermia เช่น Bradycardia / tachycardia, Hypotension,

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
มาก และการสัมผัสอุณหภูมิห้องผ่าตัดเป็นเวลานาน **ข้อมูลสนับสนุน** ผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง ใช้เวลาในการผ่าตัด 5 ชม. 10 นาที เลือดที่ออกภายในช่องท้องขณะผ่าตัด 1,800 ml ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ รวมทั้งหมด 6,047 ml	Arrhythmia อุ่นสารน้ำและเลือดก่อนให้(Fluid warming) ควบคุม temp ~37°C, อุ่น N.S.S ก่อนนำมาใช้กับผู้ป่วย คลุมผ้าชุบน้ำอุ่นบริเวณลำไส้ที่อยู่นอกช่องท้อง ประสานงานทีมวิสัญญี monitor temp อย่างต่อเนื่องทุก 15-30 นาที **การประเมินผล** ค่า BT 36.5 - 37.2°C สัญญาณชีพ BP 82/50 – 136/94 mmHg, PR 80-126 bpm, RR 20 bpm, O2sat 95 - 100 % ผู้ป่วยฟื้นตัวจากการระงับความรู้สึกได้ตามเกณฑ์ และไม่มีการสั่นหนาว
ระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด ไม่รู้สึกตัว ใส่ท่อช่วยหายใจ PR 108 bpm, BP 109/64 mmHg O2sat 99 % แผลปิดบริเวณหน้าท้อง ไม่มีเลือดซึม Tube drain 2 เส้น ตำแหน่งสีข้างด้านซ้าย มีcontent ลักษณะสีแดงจางออกคาสาย เวลาที่ใช้ในทำการผ่าตัด 5 ชม.10 นาที เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะช็อคจากการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด สูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัดประมาณ 1,800 ml จึงย้ายผู้ป่วยไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยหนัก เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด หลังผ่าตัด 1 วัน ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพคงที่ ได้รับการถอดท่อช่วยหายใจ และย้ายกลับไปหอผู้ป่วยศัลยกรรม ผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาที่ต้องเฝ้าระวังและจัดการดังนี้	
ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วไป และการใช้เครื่องช่วยหายใจระหว่างการผ่าตัด **ข้อมูลสนับสนุน** ได้รับ General anesthesia ใส่ Endotracheal tube และใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้รับยาคลายกล้ามเนื้อ สูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัดประมาณ 1,800 ml	**กิจกรรมการพยาบาล** ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย สังเกตลักษณะการหายใจ เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจน ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ต่อเครื่องช่วยหายใจ ตั้งค่าตามแผนการรักษาของแพทย์ ดูแลเครื่องช่วยหายใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ดูดเสมหะเป็นระยะเพื่อป้องกันการอุดกั้นทางเดินหายใจ จัดท่าให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงในท่าที่ผู้ป่วยสุขสบาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สงบเงียบ เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อน ลดการใช้ออกซิเจนของร่างกาย รายงานแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง, หายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น, หัวใจเต้นเร็ว มีภาวะ Cyanosis และO2sat < 95% ติดตามสัญญาณชีพทุก 30นาที ถึง1ชั่วโมง monitor EKG และ O2sat **การประเมินผล** ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน หายใจไม่เหนื่อยหอบ ฟังปอดไม่มีเสียงเสมหะ พบเสียงหายใจเท่ากันทั้งสองข้าง ท่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง ไม่เลื่อนหลุดหรืออุดตัน O2sat 98 - 100% CXR: no pulmonary congestion หลังผ่าตัด 1 วัน ถอดท่อช่วยหายใจได้ และสามารถหายใจได้เอง สัญญาณชีพคงที่
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกซ้ำเนื่องจาก การบาดเจ็บเส้นเลือดและภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติหลังการเสียเลือดจำนวนมาก **ข้อมูลสนับสนุน** ทำการผ่าตัด Open Left hemicolectomy with repair splenic vein and abdominal toilet เลือดที่ออกภายในช่องท้องขณะผ่าตัด 1,800 ml ได้รับ PRC 6 u, FFP 3 u และสารน้ำทางหลอดเลือดดำ รวมทั้งหมด 6,047 ml Tube drain 2 เส้น ตำแหน่งสีข้างด้านซ้าย มี content ลักษณะสีแดงจางออกคาสาย	**กิจกรรมการพยาบาล** ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว และภาวะ hemodynamic อย่างใกล้ชิดทุก 15–30 นาที (ระยะแรก) ประเมินและบันทึกแผลผ่าตัด ตรวจสอบแผลผ่าตัด ดูการซึมของเลือด สังเกตุปริมาณ/สีของ drain (เช่น >100 mL/hr. หรือสีแดงสด) สังเกตอาการปวดท้องอย่างรุนแรง ท้องอืดตึง หรือมีภาวะหน้าท้องแข็งเกร็งกดเจ็บทั่วทั้งท้อง พบรอยเขียวคล้ำรอบสะดือ(Cullen's sign) หรือบริเวณสีข้าง(Grey Turner's sign) ประเมินอาการแสดงของ coagulopathy เช่น petechiae, ecchymosis, bleeding จาก puncture site บันทึก urine output <0.5 mL/kg/hr. = abnormal, monitor ABG, ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น Hct, Hb, PT, PTT และ Lactate เพื่อดูภาวะเนื้อเยื่อ ขาดออกซิเจน ถ้าพบสิ่งผิดปกติรายงานแพทย์ทราบทันที เตรียม PRC, FFP, Platelet ตามแผนการรักษา รักษา normothermia ดูแลร่างกายผู้ป่วยให้อบอุ่น, อุ่นสารน้ำ/เลือดก่อนให้เสมอ ลดการกระตุ้น/กิจกรรมที่เพิ่ม bleeding จำกัดการเคลื่อนไหวที่เพิ่ม intra-abdominal pressure หลีกเลี่ยงการเบ่ง ประคองแผลขณะไอหลีกเลี่ยง IM injection **การประเมินผล** ผู้ป่วยไม่มีภาวะเลือดออกซ้ำ รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพคงที่ แผลผ่าตัดแห้งดี content Drain ลักษณะเลือดแดงเจางออกทั้งหมด 280 ml Hct 32–34% และไม่ลดลงต่อเนื่อง Urine output 200 – 300 ml/8hr.

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
อาจเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์หลังผ่าตัด เนื่องจากเสียเลือดขณะผ่าตัดและการงดน้ำและอาหาร **ข้อมูลสนับสนุน** สูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัดประมาณ 1,800 mL ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ รวมทั้งหมด 6,047 ml งดน้ำและอาหาร (NPO) ต่อเนื่องหลังผ่าตัด หลังผ่าตัด 2 วัน ปัสสาวะ 8 ชั่วโมงออก 200 ml ฟังเสียงปอดพบ Fine Crepitation Both Lungs, Chest X-ray พบ Cephalization หายใจเหนื่อย RR 24-26 bpm	**กิจกรรมการพยาบาล** ประเมินและติดตามสัญญาณชีพ ทุก 15-30 นาที บันทึกสารน้ำเข้าและออกจากร่างกายทุก 8 ชม. หากปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 ml/hr. ต้องรายงานแพทย์ทันที เพราะบ่งบอกถึงภาวะขาดน้ำหรือไตเริ่มทำงานบกพร่อง ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ ติดตามค่า Electrolytes เพราะการผ่าตัดลำไส้มักมีการสูญเสีย K , Na ซึ่งส่งผลต่อการเต้นของหัวใจและการบีบตัวของลำไส้ สังเกตอาการปากแห้ง ความยืดหยุ่นของผิวหนัง (Skin turgor) สังเกตอาการของภาวะ K และ Na ต่ำ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือท้องอืดผิดปกติ และซึม/สับสน ประเมิน GI function คือ bowel sound (ประมาณ 5–30 ครั้ง/นาที) และผายลม ดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษา เพื่อให้ร่างกายได้สารน้ำอย่างเพียงพอ พบภาวะน้ำเกิน ดูแลให้ยาขับปัสสาวะทางหลอดเลือดดำ ให้ O2 และปรับลดการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำลง ตามแผนการรักษา หลังผ่าตัดวันที่ 4 แพทย์เริ่มให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ หลังผ่าตัดวันที่ 7 แพทย์เริ่มให้รับประทานอาหารตามขั้นตอนหลังผ่าตัด กระตุ้นให้ Ambulate เป็นเวลา 30-60 นาที เพื่อป้องกันอาการท้องอืด แนะนำและส่งเสริมให้ผู้ป่วยขยับตัวบนเตียงมากขึ้น **การประเมินผล** ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะน้ำเกิน ริมฝีปากชุ่มชื้น ผิวหนังไม่แห้ง ใน 8 ชั่วโมงปัสสาวะออก 350 ml ไม่พบท้องอืด ลำไส้เคลื่อนไหวดี ผายลมได้ รับประทานอาหารได้ เริ่มขับถ่ายเป็นกาก ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ BUN 24 mg/dl, Cr 0.93 mg/dl, Na 136 mmol/L, Cl 111 mmol/L, K 4.5 mmol/L, CO2 18 mmol/L สัญญาณชีพคงที่
ผู้ป่วยมีภาวะไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดแผลผ่าตัด **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยบ่นปวดแผลผ่าตัดปวดมากขึ้นเมื่อไอ หายใจลึก หรือเปลี่ยนท่า มีแผลผ่าตัดช่องท้อง เกร็งหน้าท้อง ไม่กล้าขยับตัว เคลื่อนไหวหรือพลิกตัวยาก Pain Score 8 – 10	**กิจกรรมการพยาบาล** ประเมินระดับความปวด(Pain scale) เป็นระยะ สังเกตความปวดจากสีหน้า และท่าทางของผู้ป่วย ดูแลจัดท่า semi-fowler's position เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้อง และทรวงอกคลายตัว ลดการตึงตัวของแผลผ่าตัด ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินประสิทธิภาพของยาแก้ปวดที่ได้รับ โดยรายงานอาการให้แพทย์ทราบ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ ทราบถึงสาเหตุของอาการปวดบริเวณตำแหน่งผ่าตัด และแผนการรักษา พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามปัญหาและข้อสงสัย สอน แนะนำ สาธิตให้ผู้ป่วย ประคองแผลผ่าตัดด้วยมือหรือหมอนนิ่มๆ เมื่อจะไอหรือจาม และเปลี่ยนอิริยาบถหรือพลิกตะแคงตัว เพื่อลดการกระทบกระเทือนแผลผ่าตัด ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล ระวังสายหรือท่อระบายต่างๆ ไม่ให้ดึงรั้ง แนะนำและสาธิตวิธีการผ่อนคลาย โดยการหายใจ เข้า-ออกลึกๆ การนั่งสมาธิ ดูทีวี พูดคุย เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากอาการปวด **การประเมินผล** ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวด ทางหลอดเลือดดำ วันละ 1-2ครั้ง อาการปวดแผลลดลง Pain Score < 3 ไม่บ่นปวดแผล สุขสบายขึ้น สามารถหายใจลึก ไออย่างมีประสิทธิภาพ และใช้หมอนประคองแผลได้ สามารถพลิกตัว ลุกนั่ง และเริ่มเดินได้ตามแผนการรักษา สามารถนอนหลับและพักผ่อนได้
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (การรั่วของลำไส้ที่ต่อและการติดเชื้อแผลผ่าตัด)เนื่องจาก ผ่าตัดต่อลำไส้และอาจการปนเปื้อนในช่องท้อง **ข้อมูลสนับสนุน** ทำการผ่าตัด Open Left hemicolectomy with repair splenic vein and abdominal toilet เวลาที่ใช้ในทำการผ่าตัด 5 ชม.10 นาที เลือดที่ออกภายในช่องท้องขณะผ่าตัด 1,800 ml ได้รับ PRC 6 u, FFP 3 u และสารน้ำทางหลอด	**กิจกรรมการพยาบาล** ประเมินสัญญาณชีพและภาวะติดเชื้อ BT (>38℃), HR↑, RR↑, BP↓,ประเมิน qSOFA (quick SOFA) คือเครื่องมือคัดกรอง sepsis แบบรวดเร็ว ใช้ 3 ตัวชี้วัด: RR ≥ 22 ครั้ง/นาที, BP (SBP ≤ 100 mmHg), ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป (GCS < 15) ถ้าพบ ≥ 2 ข้อ คือเสี่ยง sepsis สูง และ early warning score คือการประเมินอาการทรุดลงของผู้ป่วย โดยสังเกตุจาก HR, BP, RR, BT, SpO_2, ระดับความรู้สึกตัว คะแนนยิ่งสูง = ผู้ป่วยยิ่งเสี่ยงอาการทรุดลง ประเมินอาการบ่งชี้ anastomotic leakage คือปวดท้องเพิ่มขึ้น, ท้องอืด/กดเจ็บ, ไม่มี bowel sound, มีภาวะ peritonitis ประเมินแผลผ่าตัดติดเชื้อ (Surgical site) คือบวม แดง ร้อน, มีหนอง, wound dehiscence ประเมินลักษณะและปริมาณ drainage สี (ขุ่น/เขียว/

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เลือดดำ รวมทั้งหมด 6,047 ml Tube drain 2 เส้น	กลิ่นเหม็น) ปริมาณเพิ่มขึ้นผิดปกติ ประเมินการทำงานของระบบทางเดินอาหาร คือ bowel sound, stool ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วัดสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ <180 mg/dL ทำแผลและให้ยาปฏิชีวนะ ตามแผนการรักษาของแพทย์ รายงานแพทย์ทราบเมื่อพบอาการผิดปกติของผู้ป่วย **การประเมินผล** ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของการรั่วของลำไส้ รวมถึงการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด หลังผ่าตัด 10 วัน ตัดไหมแผลผ่าตัด และถอดสายระบายในช่องท้องออก แผลผ่าตัดแห้งติดดี แผลท่อระบายไม่มีสิ่งคัดหลั่งซึม ผล CTWA: no intra - abdominal collection สัญญาณชีพคงที่ เริ่มรับประทานอาหารได้ตามแผน
ขาดความรู้และความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจในการดูแลตนเองที่บ้าน ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวลและสอบถามบ่อยครั้ง เรื่องการปฏิบัติตัว อาหาร กิจกรรมที่สามารถทำได้ และการรักษาเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน	**กิจกรรมการพยาบาล** ตรวจเยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ สร้างความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้านแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยให้ ความรู้เรื่องโรค การผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ และการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด แนะนำรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ เน้นอาหารประเภทโปรตีนสูง ย่อยง่าย และควรมีอาหารเสริมระหว่างมื้ออาหาร อาหารควรเป็นอาหารที่มีน้ำตาลน้อย รสจืด การดูแลทำความสะอาดร่างกาย รวมถึงการทำแผลท่อระบายวันละ 1 ครั้ง แนะนำการรับประทานยา ตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด สังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เช่น รับประทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดแน่นท้อง ขับถ่ายผิดปกติ และมีเลือดออก มีไข้ แผลผ่าตัด/แผลท่อระบายมีสิ่งคัดหลั่งซึม เป็นต้น ที่พักอาศัยควรมีอากาศถ่ายเท ไม่แออัด และเลี่ยงบุคคลที่เป็นโรคติดต่อ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยเน้นกิจกรรมเบาๆ เช่น การเดิน แนะนำผู้ป่วยมาตรวจตามนัด พร้อมฟังผลตรวจชิ้นเนื้อ **การประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน มีความมั่นใจในการดูแลตนเอง ระบุอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ได้ มาพบแพทย์ตามนัดและมีการติดต่อโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีเพื่อนัดวันเวลาในการรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาต่อเป็นที่เรียบร้อย

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 73 ปี มีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง รักษาที่โรงพยาบาล ปฏิเสธขาดยา มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดแน่นท้อง ท้องอืดมาก ไม่ผายลม ไม่ถ่าย มีคลื่นไส้อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล แรกรับผู้ป่วย รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง coma score : E4V5M6 Pain Score 7 คะแนน ไม่มีตาตัว เหลือง ฟังปอดไม่พบเสียงผิดปกติ บริเวณท้อง พบท้องอืดตึง กดเจ็บ เกร็งแข็ง เคาะมีเสียงโปร่ง ตรวจสัญญาณชีพปกติ เอกซเรย์ท้องพบ Small bowel and large bowel dilatation with multiple air fluid level เอกซเรย์คอมพิวเตอร์บริเวณท้องทั้งหมด พบ Irregular circumferential wall thickening and enhancing at mid descending colon associated with peri colonic fat infiltration . CA descending colon with extra serosal invasion. Dilatation with fluid filled bowel loops at proximally large bowel and small bowel loops favored bowel obstruction. ได้รับการวินิจฉัยเป็น CA descending colon with bowel obstruction. สั่งผ่าตัด Exploratory Laparotomy with Left hemicolectomy Under General Anesthesia ก่อนการผ่าตัด ปัญหาที่พบไม่สุขสบาย, ภาวะร่างกายขาดสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่, ความไม่พร้อมในการทำผ่าตัด, ให้การพยาบาลและดูแลให้ยาตามแผนการรักษา ผู้ป่วยสามารถเข้ารับผ่าตัดได้ตามเวลาที่กำหนด ขณะผ่าตัดมี Pancreatic and splenic vein injury ปัญหาที่พบเสี่ยงต่อการเกิดความผิดผลาดในการผ่าตัด, เสี่ยงต่อ

การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด, ภาวะช็อกจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด, เสี่ยงต่ออุณหภูมิร่างกายไม่สมดุล, แพทย์ทำผ่าตัด Open Left hemicolectomy with repair splenic vein and abdominal toilet หลังผ่าตัดเสร็จผู้ป่วยปลอดภัยดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ย้ายผู้ป่วยไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยหนัก หลังผ่าตัด 1 วัน มีอาการดีขึ้น หายใจไม่เหนื่อย ปวดแผลลดลง ถอดท่อช่วยหายใจ ย้ายผู้ป่วยไปพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม ปัญหาที่พบเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกซ้ำ, อาจเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเลคโทรลัยต์, ภาวะไม่สุขสบาย, เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด, ขาดความรู้และความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจในการดูแลตนเองที่บ้าน ดูแลให้การพยาบาลแบบองค์รวมอย่างใกล้ชิด และให้ยาตามแผนการรักษา จนอาการดีขึ้น สัญญาณชีพเป็นปกติ สามารถหายใจได้เอง ช่วยเหลือตัวเองได้ดี และรับประทานอาหารได้ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน หรือท้องอืด ขับถ่ายได้เอง หลังผ่าตัดวันที่ 10 ตัดไหมแผลผ่าตัด/ถอดสาย Tube drain ทั้ง 2 เส้น แผลผ่าตัดแห้งติดดี/แผลdrain เริ่มแห้ง แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ แนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด, การรับประทานยาและดูแลแผลสายระบายตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลทั้งหมด 13 วัน ศัลยแพทย์นัดตรวจหลังการผ่าตัดและฝังผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา พบ Histologic type: Adenocarcinoma with mucinous component, Histologic grade: G2, moderately differentiated ผู้ป่วยและญาติร่วมกับศัลยแพทย์วางแผนการรักษา โดยผู้ป่วยและญาติเลือกแนวทางการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ศัลยแพทย์เขียนหนังสือส่งตัวและส่งต่อข้อมูลให้กับพยาบาลประจำจุดประสานงานติดต่อโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีเพื่อนัดวันเวลาในการรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาต่อเป็นที่เรียบร้อย

สรุปและอภิปรายผล

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนโค้งมุมตับอ่อนและม้าม ที่เผชิญภาวะช็อกจากการเสียเลือดวิกฤตขณะผ่าตัด ถือเป็นบททดสอบสำคัญของการทำงานร่วมกันของทีมผ่าตัด และทีมสหสาขาในการบริหารจัดการภาวะแทรกซ้อนอย่างเร่งด่วน โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยผ่านภาวะวิกฤติฉุกเฉินที่เกิดขึ้น รักษาการไหลเวียนเลือดเพื่อนำออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อให้เพียงพอ ช่วยป้องกันไม่ให้อวัยวะสำคัญล้มเหลว ผ่านการใช้แนวทาง Balanced Massive Transfusion Protocol เพื่อรักษาความสมดุลของสารน้ำและส่วนประกอบของเลือด หัวใจสำคัญคือการเฝ้าระวังและตัดวงจร Lethal Triad (ภาวะเลือดเป็นกรด, การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ และตัวเย็น) รวมถึงการควบคุมต้นเหตุที่ทำให้เกิดภาวะช็อกนี้ โดยพยาบาลช่วยผ่าตัดต้องพัฒนาสมรรถนะในการช่วยผ่าตัดในกรณีผ่าตัดยุ่งยากซับซ้อน ให้เกิดความเชี่ยวชาญ เพื่อให้การผ่าตัดราบรื่น รวดเร็ว รวมถึงการยกระดับการพยาบาลจากการสังเกตุอาการทั่วไปไปสู่การประเมิน การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ป้องกันการบาดเจ็บของอวัยวะข้างเคียงและการติดเชื้อในช่องท้อง โดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อการตัดสินใจทางคลินิกที่แม่นยำและทันท่วงทีในสถานการณ์วิกฤต[7,8]

เอกสารอ้างอิง

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, Jemal A.(2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024;74(3):229-263.
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F.(2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209-249.

3. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2566). สถิติมะเร็งในประเทศไทย (Thailand National Cancer Registry). กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2566
4. Rothrock, J. C. (2022). Alexander's care of the patient in surgery (17th ed.). Elsevier
5. Keum N, Giovannucci E.(2019). Global burden of colorectal cancer: emerging trends, risk factors and prevention strategies. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2019;16(12):713-732.
6. Pommergaard HC, Gessler B, Burcharth J, Angenete E, Haglind E, Rosenberg J.(2014). Preoperative risk factors for anastomotic leakage after low anterior resection for rectal cancer: a systematic review and meta-analysis. Colorectal Dis. 2014;16(10):753-765.
7. Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, et al.(2019). Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations: 2018. World J Surg. 2019;43(3):659-695.
8. World Health Organization (WHO). (2018). Global guidelines for the prevention of surgical site infection.
9. Hyman, N., et al. (2007). Anastomotic leaks after intestinal anastomosis. Annals of Surgery, 245(2), 254–258.
10. Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2021). NANDA International nursing diagnoses: Definitions and classification 2021–2023. Thieme.