เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการทางเว็บไซต์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกลีบตับข้างขวา

ชญาภา สงวนทรัพย์
โรงพยาบาลพิจิตร

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกลีบตับข้างขวา
(Perioperative Nursing Care for Right Hepatectomy)

ชญาภา สงวนทรัพย์, พย.บ.
โรงพยาบาลพิจิตร
ChayapaSanguansab
Phichit Hospital

บทคัดย่อ

ที่มา: มะเร็งเซลล์ตับเป็นโรคที่ในระยะแรกมักไม่แสดงอาการ มักปรากฏอาการเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายการวินิจฉัยโรคจึงมักล่าช้า ทำให้โอกาสในการรักษาให้หายขาดลดลง การผ่าตัดจึงเป็นแนวทางที่ให้โอกาสหายขาดสูงที่สุด
วัตถุประสงค์: เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเซลล์ตับที่ได้รับการผ่าตัดและวิเคราะห์บทบาทสำคัญของพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ก่อน ระหว่าง และหลังการผ่าตัด รวมถึงการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและการส่งเสริมการฟื้นตัวอย่างมีประสิทธิภาพ
กรณีศึกษา: ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 64 ปี ดัชนีมวลกาย 22.20 โรคประจำตัวความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง มาโรงพยาบาลด้วยปวดใต้ชายโครงขวาร่วมกับมีไข้เป็นเวลา 10 วัน การตรวจอัลตราซาวด์และ CT whole abdomen พบก้อนในกลีบตับขวาขนาด 8.6×11.6×8 ซม. แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Hepatocellular carcinoma (HCC) ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดกลีบตับข้างขวา (Right Hepatectomy) หลังการผ่าตัดอาการทุเลา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมระยะนอนโรงพยาบาล 14 วัน
ผลการศึกษา: ปัญหาการพยาบาลที่พบประกอบด้วย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด ความเสี่ยงต่อภาวะช็อกจากการเสียเลือด ความเสี่ยงต่อการมีสิ่งตกค้างในร่างกายอาการปวดหลังผ่าตัดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทสำคัญยิ่งในการดูแลแบบองค์รวม การให้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนการจัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งาน จนถึงการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยสูงสุดและฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว
สรุปผล: การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดตับจากมะเร็งเซลล์ตับต้องอาศัยบทบาทของพยาบาลอย่างรอบด้าน ทั้งการพยาบาลแบบองค์รวม ทักษะการพยาบาลเฉพาะทางห้องผ่าตัด การจัดการอุปกรณ์อย่างเป็นระบบ และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยกระบวนการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิผล

Abstract

Introduction: Hepatocellular carcinoma typically presents asymptomatically in its early stages, with symptoms manifesting only in advanced disease. This delayed presentation results in late diagnosis, significantly reducing the likelihood of curative treatment. Surgical resection remains the treatment modality offering the highest curative potential.

Objective: To establish guidelines for nursing care of hepatocellular carcinoma patients undergoing surgical resection and to analyse the critical role of operating room nurses in providing comprehensive patient care throughout the preoperative, intraoperative, and postoperative periods, including complication surveillance and effective recovery promotion.

Case study: A 64-year-old Thai female patient with a body mass index of 22.20 and underlying diseases of hypertension and hyperlipidemia presented with right hypochondriac pain accompanied by fever for 10 days. Ultrasonography and CT whole abdomen revealed a mass in the right hepatic lobe measuring 8.6×11.6×8 cms. The patient was diagnosed with Hepatocellular carcinoma (HCC) and underwent Right Hepatectomy. Postoperatively, symptoms resolved without complications, with a total hospital stay of 14 days.

Results: Key nursing diagnosiss identified included anxiety regarding surgery, risk of hypovolemic shock from hemorrhage, risk of retained foreign objects, postoperative pain, and postoperative self-care management. Operating room nurses played a crucial role in holistic care delivery, providing accurate and comprehensive information, ensuring equipment readiness, and maintaining vigilant complication surveillance, resulting in optimal patient safety and rapid recovery.

Conclusion: Nursing care for hepatectomy patients with hepatocellular carcinoma requires comprehensive nursing competence, encompassing holistic care approaches, specialized perioperative nursing skills, systematic equipment management, and effective communication. Standardised nursing processes effectively reduce complication risks and promote optimal patient recovery outcomes.

บทนำ

โรคมะเร็งเซลล์ตับ(Hepatocellular carcinoma:HCC)เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต จากมะเร็งเป็นอันดับ3 ของโลก และเป็นสาเหตุทำให้คนทั่วโลกเสียชีวิตประมาณ 600,000 คนต่อปี ในประเทศไทย ข้อมูลจาก GLOBOCAN 2022 รายงานว่ามีผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีรายใหม่จำนวน 27,936 ราย และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 26,000–26,704 รายในปี พ.ศ.2566 หรือเฉลี่ย 3 รายต่อชั่วโมง อัตราตายอยู่ที่ 34 ต่อแสนประชากรในผู้ชาย และ 12–13 ต่อแสนประชากรในผู้หญิง (GLOBOCAN, 2022)

ในระดับเขตสุขภาพที่ 3 พบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งตับรายใหม่ 670 รายในปี พ.ศ. 2565, 742 รายในปีพ.ศ. 2566 และ 360 รายใน 9 เดือนแรกของปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 สำหรับจังหวัดพิจิตรพบผู้ป่วยรายใหม่ 83 รายในปีพ.ศ.2565, 83 รายในปี พ.ศ.2566 (อัตรา 27.09 ต่อแสนประชากร) และ 28 รายใน 9 เดือนแรกของปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ตัวเลขเหล่านี้สะท้อนถึงภาวะโรคมะเร็งตับที่ยังสูงและเน้นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดมีความสำคัญต่อความสำเร็จในการรักษา ซึ่งทำให้จำนวนการผ่าตัดมะเร็งตับเพิ่มขึ้นเป็น 4, 4 และ 15 รายในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2565–2567) แม้ปัจจุบันจะมีความก้าวหน้าในการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วย แต่ยังมีความท้าทาย เช่น การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การดูแลแบบเฉพาะบุคคล และการฟื้นฟูผู้ป่วย

อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งเซลล์ตับชนิดHepatocellularcarcinoma

อาการผู้ป่วยอาจเริ่มมีอาการไม่เฉพาะเช่นเบื่ออาหารคลื่นไส้ น้ำหนักลดอ่อนเพลียจุกแน่นท้องปวดบริเวณใต้ชายโครงขวาหรือคลำได้ก้อนผู้ป่วยที่มีโรคตับแข็งระยะทรงตัวอาจมีอาการจากการเสื่อมหน้าที่ของตับอาการแสดงของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับระยะของโรคและภาวะการทำงานของตับของผู้ป่วย

การวินิจฉัยโรคมะเร็งตับ

1. จากการซักประวัติและการตรวจร่างกาย
2. การตรวจเลือดดูการทำงานของตับและไวรัสตับอักเสบชนิด บีและซี
3. เจาะเลือดตรวจ Alfa-fetoprotein (AFP) และ Carcinoembryonic Antigen (CEA) ถ้ามีระดับในเลือดสูงอาจเป็นโรคมะเร็งตับได้
4. การตรวจทางรังสีที่ตับและช่องท้องเช่นการตรวจอัลตร้าซาวด์(Ultrasound) การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CTscan) การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า(MRI)
5. Biopsy คือการนำชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิส่วนชิ้นเนื้อจะได้จากการใช้เข็มเจาะหรือใช้วิธีการผ่าตัด

การรักษาโรคมะเร็งตับชนิดHepatocellularcarcinoma

การรักษาโรคมะเร็งตับจะขึ้นกับสภาวะความรุนแรงของโรคขนาดและลักษณะของเซลล์มะเร็งระยะของโรคที่เป็นหน้าที่ของตับในขณะนั้นและการแพร่กระจายของมะเร็งโดยแพทย์จะพิจารณาวิธีการรักษาที่ดีที่สุดและเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายซึ่งมีวิธีการต่างๆดังต่อไปนี้

1. การผ่าตัด (Surgery) เป็นการรักษาเพื่อให้หายขาดการผ่าตัดเนื้องอกออกและพบว่าตัดได้หมด(Negativemargin)เป็นโอกาสเดียวที่จะรักษาให้หายขาดได้
2. การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเปลี่ยนตับ (Liver Transplantation)
3. การรักษาแบบประคับประคอง สำหรับผู้ป่วยที่มะเร็งแพร่กระจาย (Metastatic disease) ยังคงเป็นวิธีที่ปลอดภัยและเหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
4. การจี้ด้วยคลื่นความถี่สูง (Radio frequency ablation:RFA)
5. การใส่ท่อระบายน้ำดี (Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage:PTBD) ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถผ่าตัดได้หรือปฏิเสธการผ่าตัดการระบายน้ำดีจะช่วยลดความทรมานจากการคันเนื่องจากการอุดตันของท่อน้ำดี
6. การฉีดยาเคมีบำบัดและสารอุดเส้นเลือดตับที่เลี้ยงก้อนมะเร็งตับ (Transarterial chemoembolization: TACE)

7. การฉายแสงที่ก้อนมะเร็ง (Radiationtherapy) เป็นการรักษาแบบประคับประคองลดอาการเจ็บปวดจากก้อนมะเร็ง

8. การรักษาด้วยยาคือมะเร็งตับระยะแพร่กระจายหรือมะเร็งตับที่ผ่าตัดไม่ได้เป็นการรักษาเพื่อลดอาการและยืดชีวิตของผู้ป่วย

กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 64 ปี 5 เดือน เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้าง สถานภาพสมรส น้ำหนัก 59.6 กิโลกรัม ส่วนสูง 163 เซนติเมตร (BMI 22.20) ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุราไม่มีประวัติแพ้ยา ไม่เป็นไวรัสตับอักเสบบีและซี โรคประจำตัวได้แก่ ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง รับการรักษาต่อเนื่องที่รพ.สต.อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล (Chief Complaint)“ปวดใต้ชายโครงขวาและมีไข้เป็นครั้งคราวเป็นเวลา 10 วันก่อนมาโรงพยาบาล พร้อมน้ำหนักลด 2 กิโลกรัมต่อสัปดาห์”ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (Present Illness) ผู้ป่วยมีอาการปวดใต้ชายโครงขวาเรื้อรัง 10 วัน มีไข้ไม่สม่ำเสมอร่วมกับเบื่ออาหารและน้ำหนักลดลงอย่างรวดเร็ว แพทย์ทำการตรวจอัลตราซาวด์เมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2567 พบก้อนที่ตับขวาลักษณะ echoic mass ขนาด 8.5 × 10 × 11.5 ซม. ลุกลามเข้าสู่หลอดเลือด portal vein ด้านขวา จึงส่งต่อทำCT whole abdomen วันที่ 11 ตุลาคม2567 ผลพบก้อนขนาดใหญ่ในกลีบตับขวาขนาด 8.6 × 11.6 × 8 ซม. ลักษณะสอดคล้องกับ Hepatocellular carcinoma (HCC) แต่ไม่พบการแพร่กระจายไปยังปอดหรือตับส่วนอื่น แพทย์วางแผนรักษาด้วยการผ่าตัดและส่งผู้ป่วยเข้าระบบประเมินก่อนผ่าตัด (PPAC) เมื่อวันที่ 16 ตุลาคม 2567 ผู้ป่วยนัด Admit วันที่ 20 ตุลาคม 2567 เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต / โรคประจำตัว

- ความดันโลหิตสูง (HT) ไขมันในเลือดสูง (DLP) ควบคุมด้วยยา
- ไม่มีประวัติการผ่าตัดใหญ่ไม่มีประวัติไวรัสตับอักเสบบีและซี

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ (Physical Examination) ขณะ Admit (20 ตุลาคม 2567)

Vital signs: BP 123/70 mmHg, PR 90/min, RR 20/min, Temp 36.2°C, SpO2 99%

General appearance: รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ

HEENT: ปกติ ไม่มีดีซ่านชัดเจน

Chest: ฟังปอดเสียงปกติ ไม่พบ crackles/wheezing

CVS: หัวใจเต้นสม่ำเสมอ ไม่มี murmur

Abdomen: ตับคลำไม่ชัดเจน กดเจ็บใต้ชายโครงขวาเล็กน้อย ไม่พบกดเจ็บเฉพาะที่ ไม่มีท้องมาน

Extremities: ไม่มีบวม ไม่มีอาการชา

Skin: ไม่มีผื่น ไม่มีแผล

การประเมินด้านจิตใจและสังคม (Psychosocial Assessment)

ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลการผ่าตัดและความรุนแรงของโรค แต่มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากครอบครัว สามีและบุตรดูแลใกล้ชิด ผู้ป่วยให้ความร่วมมือดีในการรักษาและยอมรับแนวทางการรักษาแบบผ่าตัด

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ (20 ต.ค.2567)

ชนิดการตรวจ	ผลLab	ค่าปกติ	การแปลผล
AFP	4.2 ng/ml	0.0-13.6 ng/ml	ปกติ
CEA	1.54 ng/ml	0.0-5.20 ng/ml	ปกติ
CA 19-9	11	0.00-39.00 u/ml	ปกติ
ALP	91 u/l	35-104 u/l Female	ปกติ
AST	24 u/l	0-32 u/l Female	ปกติ
ALT	7 u/l	0-35 u/l Female	ปกติ

การตรวจพบค่า AFP และเอนไซม์ตับอยู่ในเกณฑ์ปกติในผู้ป่วยรายนี้ที่มีก้อนมะเร็งขนาดใหญ่ อธิบายได้ว่าผู้ป่วยรายนี้เป็นกลุ่มมะเร็งตับชนิดไม่สร้างสารบ่งชี้(Non-secreting HCC) ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 30-40 ของผู้ป่วยมะเร็งตับทั้งหมด นอกจากนี้ การที่ค่าการทำงานของตับปกติบ่งชี้ว่าเนื้อตับส่วนที่เหลือยังสามารถทำงานชดเชยหน้าที่ได้ดี (Good Functional Reserve) และไม่มีภาวะตับแข็งรุนแรง ซึ่งเป็นปัจจัยบวกที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยรายนี้สามารถเข้ารับการผ่าตัดใหญ่ (Right Hepatectomy) ได้อย่างปลอดภัยและมีโอกาสฟื้นตัวได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีค่าการทำงานของตับผิดปกติร่วมด้วย

รังสีวินิจฉัย Ultrasound (3 ต.ค. 2567) พบ echoic liver tumor ขนาด 8.5 × 10 × 11.5 ซม. ที่กลีบตับขวาลุกลามเข้าสู่ right portal vein.CT whole abdomen (11 ต.ค. 2567) Mild hepatomegaly,Hepatic cyst 0.9 ซม. ที่ตับซ้ายMass occupying nearly whole right liver lobe ขนาด 8.6 × 11.6 × 8 ซม.Suspicious for HCC,No liver/lung metastasis 24 ต.ค. 2567 ผ่าตัด Right Hepatectomy with C-line with IOUS ใช้เวลาในการผ่าตัด 3 ชั่วโมง 50 นาที เสียเลือดขณะผ่าตัด 500 ML ได้รับเลือด PRC 1 unit ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอาการทุเลาผู้ป่วยจำหน่ายวันที่ 3 พ.ย. 2567 รวมระยะนอนโรงพยาบาล 14 วัน

สรุปปัญหาทางการพยาบาลของกรณีศึกษา 5 ระยะ

<u>การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด</u> (Pre-operative nursing)

1. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

<u>การพยาบาลขณะรอผ่าตัด</u> (Immediate pre-operative nursing)

1. ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการผ่าตัดผิดคน ผิดหัตถการ
2. ผู้ป่วยมีโอกาสบาดเจ็บจากการเคลื่อนย้าย

<u>การพยาบาลระยะผ่าตัด</u> (Intra–operativenursing))

1. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเสียเลือดขณะผ่าตัด
2. ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีสิ่งตกค้างในร่างกาย
3. ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด
4. ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า
5. ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิกายต่ำ (Hypothermia)
6. เสี่ยงต่อการเก็บและส่งชิ้นเนื้อไม่ถูกต้องครบถ้วนตามแผนการรักษา

<u>การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด</u> (Immediate post-operative nursing)

1. เสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

<u>พยาบาลระยะหลังผ่าตัด</u> (Post – operative nursing)

1. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด
2. เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด
3. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเนื่องจากปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดไม่ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด (Pre-operative nursing)

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. สีหน้าดูวิตกกังวลมีการถามซ้ำหลายรอบ กลัวเจ็บ ไม่เคยผ่าตัดใหญ่ ไม่เข้าใจขั้นตอนการผ่าตัด
2. มีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง
3. Plan ระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว General Anesthesia

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและ หลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ความวิตกกังวลลดลง มีสีหน้าแจ่มใสขึ้น
2. สามารถบอกถึงการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดตับกลีบขวา (Right lobe hepatectomy) ได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. เยี่ยมผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนผ่าตัด 1 วัน โดยการทักทายแนะนำตนเองด้วยท่าทีสุภาพ อ่อนโยน สร้างสัมพันธภาพและแจ้งวัตถุประสงค์การเยี่ยมเพื่อให้ผู้ป่วยคุ้นเคยกับพยาบาลห้องผ่าตัดได้รับความไว้วางใจและคลายวิตกกังวล เพื่อรวบรวมปัญหาและประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
2. ศึกษาประวัติจากบันทึกรายงานและจากการซักประวัติ
3. ประเมินระดับการรับรู้ของผู้ป่วยทางกาย ภาวะทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและอุปสรรค ที่ขัดขวางการรับรู้
4. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยในเรื่องโรคและการผ่าตัดที่จะได้รับ
5. ให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและเหตุผลความจำเป็นในการรักษาโดยวิธีการผ่าตัด

    5.1 อธิบายขั้นตอนและระยะเวลาในการผ่าตัดอย่างคร่าวๆ

    5.2 อธิบายถึงสถานที่ที่ผู้ป่วยจะพักฟื้น หลังออกจากห้องผ่าตัดเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยมีแพทย์และพยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิด

    5.3 แนะนำเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดซึ่งผู้ป่วยจะมีสายน้ำเกลือ มีสายทางจมูก เพื่อระบายน้ำย่อยจากกระเพาะอาหารมีสายสวนปัสสาวะจะต้องคาไว้ระยะหนึ่งจะถอดสายออกเมื่อผู้ป่วยอาการคงที่แล้ว
6. อธิบายการเตรียมตัวเพื่อการผ่าตัดดังนี้

    6.1 การงดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน แต่จะมีการให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ

    6.2 เครื่องหมายแสดงตัวผู้ป่วยมีป้ายชื่อ-สกุล ผูกติดข้อมือ เพื่อป้องกันการผ่าตัด ผิดคน ผิดหัตถการ

    6.3 การเตรียมผิวหนังและการดูแลความสะอาดของร่างกาย อาบน้ำ สระผม ตัดเล็บ สวมใส่เสื้อผ้าสะอาดก่อนไปห้องผ่าตัด

    6.4 ก่อนมาห้องผ่าตัดถอดฟันปลอม (ถ้ามี) ตลอดจนของมีค่าและเครื่องประดับ
7. แนะนำและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบริการที่ผู้ป่วยจะได้รับในวันที่ผ่าตัด สถานที่ บรรยากาศสิ่งแวดล้อมและการแต่งกายของเจ้าหน้าที่ในห้องผ่าตัด
8. ให้ความรู้อธิบายวิธีการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางปอด เช่นสอนวิธีการหายใจลึกๆ การไอเอาเสมหะออก การลุกออกจากเตียงโดยเร็ว (early ambulate) เพื่อป้องกันท้องอืดท้องผูกและช่วยกระตุ้นให้ลำไส้กลับมาทำงานได้ปกติ
9. สอบถามความรู้กลับในสิ่งที่ให้ความรู้ไปแล้วทดลองให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติและเปิดโอกาสให้ซักถามในสิ่งที่สงสัย

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น
2. สามารถตอบคำถามเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลขณะรอผ่าตัด (Immediate pre-operative nursing) เป็นการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยนับตั้งแต่รับผู้ป่วยมาห้องผ่าตัดจนถึงขึ้นเตียง พร้อมทำการผ่าตัด

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการผ่าตัดผิดคน ผิดหัตถการ

ข้อมูลสนับสนุน

1. อาจมีผู้ป่วยที่มี ชื่อ-นามสกุล เหมือนกัน
2. มีผู้ป่วยที่รอผ่าตัดมากกว่า 1 คนอาจทำให้เกิดความผิดพลาดในการนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดได้

วัตถุประสงค์การพยาบาล:เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการผ่าตัดผิดคน ผิดหัตถการ

เกณฑ์การประเมินผล:ผู้ป่วยได้รับการการผ่าตัดถูกคน ถูกหัตถการ

กิจกรรมการพยาบาล

1. พยาบาลประจำห้องผ่าตัด
   1.1 ตรวจสอบผู้ป่วยโดยการถาม ชื่อ–สกุล ให้ตรงตามป้ายข้อมือแฟ้มประวัติผู้ป่วยและใบรับผู้ป่วย
   1.2 ตรวจอุปกรณ์ที่เตรียมมาห้องผ่าตัดให้ครบถูกต้องตามเอกสาร Operative checklist
   1.3 ตรวจสอบความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด ได้แก่ การงดน้ำ งดอาหาร และการเตรียมผิวหนังบริเวณผ่าตัด
2. มีกระบวนการทำSurgical Safety Checklist

2.1 Sign in ทำก่อนเริ่มให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ประกอบด้วยทีมแพทย์ผ่าตัดทีมพยาบาลห้องผ่าตัด และทีมวิสัญญี โดยพยาบาลช่วยรอบนอก ทำการขออนุญาต sign inสอบถามชื่อ - สกุล กับป้ายข้อมือ เวชระเบียน ใบเซ็นยินยอมผ่าตัด และใบรับผู้ป่วยให้ตรงกัน สอบถามถึงตำแหน่งผ่าตัด หัตถการรายงานความพร้อมของพยาบาลส่งเครื่องมือ เครื่องมือผ่าตัดและเครื่องมือพิเศษ

2.2 Time out ทำก่อนเริ่มทำหัตถการผ่าตัด โดยทุกทีมหยุดทุกกิจกรรมและมีส่วนร่วมในการทำ time out พยาบาลช่วยรอบนอก ทำการขออนุญาต time out ขานชื่อ - สกุล อายุ ผู้ป่วย โรคและหัตถการ แพทย์ยืนยันความถูกต้องของข้อมูล พยาบาลช่วยรอบนอกสอบถามชื่อ – สกุลทีมแพทย์ผ่าตัด ทีมวิสัญญี และทีมพยาบาลห้องผ่าตัดภาวะที่ต้องเฝ้าระวังพิเศษขณะผ่าตัดและเครื่องมือพิเศษที่ต้องการใช้ พยาบาลส่งเครื่องมือรายงานความพร้อมและภาวะปลอดเชื้อของอุปกรณ์และเครื่องมือผ่าตัด

2.3 Sign out ทำก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด พยาบาลช่วยรอบนอกทำการ ขอ sign out ตรวจสอบชื่อ-สกุล การวินิจฉัยสุดท้ายหัตถการ แพทย์ผ่าตัดยืนยันความถูกต้องของข้อมูล หากมีการส่งตรวจชิ้นเนื้อ ต้องมีการยืนยันความถูกต้องของประเภทชิ้นเนื้อ ชนิดของการส่งตรวจ มีการส่งต่อข้อมูลสำคัญที่ต้องดูแลต่อเนื่องให้กับทางห้องพักฟื้นและหอผู้ป่วย พยาบาลส่งเครื่องมือและพยาบาลช่วยรอบนอก ยืนยันความถูกต้องครบถ้วนของก๊อซผ้าซับเลือด และเครื่องมือผ่าตัดและทำก่อนเจ้าหน้าที่จะออกจากห้องผ่าตัดมีการทบทวนหัตถการร่วมกับทีมผ่าตัดและลงบันทึกข้อมูลเรียบร้อย

ประเมินผลการพยาบาล: การระบุตัวผู้ป่วยถูกต้อง ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดถูกคน ถูกหัตถการ

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยมีโอกาสบาดเจ็บจากการเคลื่อนย้าย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ รูปร่างผอม
2. ผู้ป่วยท่าทางอ่อนเพลีย

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากการเคลื่อนย้าย

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยไม่ได้รับบาดเจ็บ ไม่เกิดอุบัติเหตุขณะเคลื่อนย้ายเข้าห้องผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์พร้อมใช้งานของเปลนอนที่ใช้กับผู้ป่วยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากเตียงหรือเปลที่อาจมีสภาพที่ไม่สมบูรณ์
2. ใช้รถเข็นที่มีที่ล็อคล้อและยกที่กั้นเตียงขึ้นทุกครั้ง

3. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเปลนอนไปยังเตียงผ่าตัดควรปฏิบัติ ดังนี้

3.1 บอกผู้ป่วยก่อนการเคลื่อนย้ายทุกครั้งลดระดับเตียงผ่าตัดให้เท่ากับเปลนอนและไม่มีช่องว่าง โดยมีพยาบาลรอรับผู้ป่วยด้านตรงข้าม แล้วแจ้งให้ผู้ป่วยเคลื่อนตัวมายังเตียงผ่าตัด

3.2 ตรวจสอบการบาดเจ็บของผิวหนัง ข้อกระดูกและปุ่มกระดูกก่อนและหลังการเคลื่อนย้ายทุกครั้ง

ประเมินผลการพยาบาล:ผู้ป่วยปลอดภัยไม่ได้รับบาดเจ็บขณะเคลื่อนย้ายเข้าห้องผ่าตัด

วินิจฉัยการพยาบาลระยะผ่าตัด (Intra-operative nursing) เป็นการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยนับตั้งแต่เริ่มผ่าตัดจนเสร็จการผ่าตัด

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเสียเลือดขณะผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ได้รับการผ่าตัดตับกลีบขวาแบบเปิดหน้าท้อง (Rightlobe hepatectomy) อวัยวะที่ทำการผ่าตัดมีความซับซ้อนและมีเส้นเลือด right hepatic vein, right hepatic Artery, right portal vein

2. เป็นการผ่าตัดที่ใช้เวลานาน 4 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อป้องกันการเสียเลือดขณะผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติอุณหภูมิ 36.5-37.3 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 90/60-120/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที O2 Sat 96 -100%

2. ความเข้มข้นของเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 37.0 - 45.7%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการแสดงผลทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษต่างๆ เพื่อประเมินพยาธิสภาพโรคของผู้ป่วย

2. จัดเตรียมเครื่องมือให้พร้อมใช้ โดยเฉพาะสำหรับห้ามเลือด เช่นเครื่องจี้ไฟฟ้า เครื่องจี้อาร์กอน

3. จัดเตรียมเครื่องมือสำหรับการหยุดเลือดให้พร้อม จัดเตรียมสารห้ามเลือด surgicel,fibrillar และไหมเย็บ Prolene 5/0,6/0

4. ประเมินการสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัดอย่างถูกต้อง โดยบันทึกจำนวนเลือดที่ออกในขวด suction และผ้าซับเลือด

5. สังเกตอาการผิดปกติและบันทึกรายงานแพทย์ได้แก่ สัญญาณชีพที่ผิดปกติ แผลผ่าตัดมีเลือดออกไม่หยุด เป็นต้น

6. ติดตามการจองเลือดตามแผนการรักษา

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียสความดันโลหิต 136/84 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 86 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที และผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำชดเชย บริเวณแผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม

2. ขณะผ่าตัดเสียเลือด 500 มิลลิลิตร มีการตรวจความเข้มข้นของเลือด= 35.6% ให้เลือด PRC 1 unit ติดตามค่าความเข้มข้นของเลือดหลังผ่าตัด = 39.1%

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีสิ่งตกค้างในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน: ระหว่างการผ่าตัดมีการใช้ก๊อซ ผ้าซับเลือด และอุปกรณ์เครื่องมือผ่าตัด

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อป้องกันสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมินผล: ไม่มีก๊อซ ผ้าซับเลือดและอุปกรณ์เครื่องมือผ่าตัดตกค้างในร่างกายผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจนับก๊อซ ผ้าซับเลือด อุปกรณ์เครื่องมือผ่าตัด ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัดและระหว่างที่มีการเปลี่ยนพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด โดยนับร่วมกับพยาบาลช่วยรอบนอก 2 รอบทุกครั้ง

2. ลงบันทึกในกระดานตรวจนับและลงบันทึกในแบบฟอร์มการพยาบาล (OR nurse record) ให้ครบถ้วน

3. ทำการ Sign out ก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดทำพร้อมกันทั้ง 3 ทีม พยาบาลรอบนอกบอกชื่อ-สกุล ของผู้ป่วย การผ่าตัด การวินิจฉัยโรค และยืนยันร่วมกับทีมผ่าตัดถึงการตรวจนับก๊อซ ผ้าซับเลือดและอุปกรณ์เครื่องมือหลังผ่าตัด

ประเมินผลการพยาบาล: ไม่มีสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วย

ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตับกลีบขวาแบบเปิดหน้าท้อง (Right lobe hepatectomy) ใช้เวลาในการผ่าตัดนาน 4 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์การพยาบาล: ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อของตำแหน่งผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผิวหนังบริเวณผ่าตัดสะอาด ไม่แพ้น้ำยา
2. เครื่องมือปราศจากเชื้อพร้อมใช้งาน
3. แผลผ่าตัดไม่ติดเชื้อ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบการคงสภาพความปราศจากเชื้อของเครื่องมือและวัสดุทางการแพทย์ที่ใช้ในการผ่าตัด โดยดูจาก External Indicator,Internal Indicator และวันหมดอายุ เพื่อป้องกันการติดเชื้อของแผลผ่าตัดจากอุปกรณ์และเครื่องมือ ที่ไม่ปราศจากเชื้อ

2. ประเมินผิวหนังก่อนและหลังการทำความสะอาดด้วย 4% Chlorhexidine Gluconate นาน 5 นาที และ Paint 2% chlorhexidine in water โดยวนออกจากตำแหน่ง ลง Incision 6– 8 นิ้ว พร้อมลงบันทึกในแบบบันทึกการผ่าตัดเพื่อลดจำนวนเชื้อโรคบริเวณผิวหนังที่จะทำการผ่าตัด ป้องกันการติดเชื้อ และประเมินการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังจากการแพ้น้ำยาฆ่าเชื้อ

3. คลุมผ้าปราศจากเชื้อตามหลักปราศจากเชื้อ (Sterile technique) โดยเว้นช่องผ้าให้พอเหมาะกับการผ่าตัดเพื่อจำกัดขอบเขตบริเวณผ่าตัดป้องกันการปนเปื้อน (Contaminate)

4. เตรียมตัวเข้าช่วยผ่าตัดโดยล้างมือแบบ Surgical hand washing สวมเสื้อกาวน์และถุงมือโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ (Sterile technique) เพื่อป้องกันการนำเชื้อสู่ผู้ป่วย

5. นำยาปฏิชีวนะที่มากับผู้ป่วยส่งให้วิสัญญี เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะก่อนลงมีด 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง

6. บุคลากรในทีมผ่าตัดปฏิบัติตามกฎระเบียบของแผนการพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างเคร่งครัด

7. ระวังการฟุ้งกระจายของฝุ่นละอองโดยจำกัดบุคลากรเข้า-ออกห้องผ่าตัดไม่เดินเข้าออกบ่อยๆไม่สะบัดผ้า

8. ปฏิบัติตามหลักการปราศจากเชื้อ (Sterile technique) และบริเวณผ่าตัดคงสภาพ ปราศจากเชื้อไว้ตลอดเวลา

ประเมินผลการพยาบาล:

1. ผิวหนังบริเวณผ่าตัดสะอาดไม่มีอาการแพ้
2. เครื่องมือปราศจากเชื้อพร้อมใช้งาน
3. แผลผ่าตัดปิดด้วยผ้าก๊อซปราศจากเชื้อ

ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตับกลีบขวาแบบเปิดหน้าท้อง (Right lobe hepatectomy)
2. ใช้อุปกรณ์ห้ามเลือดเครื่องจี้ไฟฟ้า

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผิวหนังผู้ป่วยไม่มีรอยไหม้หรือรอยแดงบริเวณที่ติดแผ่นสื่อนำไฟฟ้า
2. อวัยวะข้างเคียงไม่ได้รับบาดเจ็บขณะใช้จี้ไฟฟ้า

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบสิ่งที่เป็นสื่อนำไฟฟ้าไม่ให้ติดมากับตัวผู้ป่วย เช่น สร้อย แหวน ตะกรุด
2. พิจารณาเลือกแผ่นสื่อนำไฟฟ้าให้เหมาะกับผู้ป่วยและพื้นผิวหนังที่ต้องการวางและหลีกเลี่ยงการวางแผ่นสื่อบริเวณที่มีแผลเป็น ผิวหนังที่มีรอยโรค บริเวณที่มีขนมาก บริเวณที่ใส่ Implant และบริเวณที่เป็นปุ่มกระดูก และต้องวางตำแหน่งที่มีกล้ามเนื้อมากไม่มีขนและอยู่ใกล้ตำแหน่งที่ผ่าตัดมากที่สุด
3. ตรวจสอบการต่อจี้ไฟฟ้าและแผ่นสื่อนำไฟฟ้าให้เรียบร้อยและปรับระดับความแรงของไฟฟ้าตามอวัยวะที่ทำการผ่าตัดเนื่องจากระดับความแรงของจี้ที่มากเกินไปอาจมีอันตรายต่อเนื้อเยื่อผู้ป่วยขณะผ่าตัดได้
4. นำผ้ามาวางข้างลำตัวทั้ง 2 ข้างกันน้ำไหลนองใต้ตัวผู้ป่วย เพื่อป้องกันอันตรายที่เกิดจากจี้ไฟฟ้า
5. ตรวจสอบอุปกรณ์ เครื่องมือที่ต่อกับเครื่องจี้ทุกชนิดให้พร้อมใช้งาน มีฉนวนหุ้มเครื่องมือสมบูรณ์เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของอวัยวะข้างเคียงภายในบริเวณผ่าตัด

การประเมินผลการพยาบาล:

1. ผิวหนังบริเวณต้นขาขวาที่ติดแผ่นสื่อนำไฟฟ้าไม่มีรอยแดงหรือรอยไหม้
2. ขณะผ่าตัดอวัยวะข้างเคียงไม่ได้รับบาดเจ็บจากการใช้จี้ไฟฟ้าผ่าตัด

ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิกายต่ำ (Hypothermia)

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยผ่าตัดตับกลีบขวาแบบเปิดหน้าท้อง (Right Lobe Hepatectomy) เปิดผิวหนังและฟอกน้ำยาฆ่าเชื้อตั้งแต่ใต้ราวนมจนถึงต้นขา
2. อุณหภูมิห้องผ่าตัดเปิดที่ 22 องศาเซลเซียส

วัตถุประสงค์การพยาบาล: ป้องกันอันตรายจากภาวะอุณหภูมิกายต่ำ

เกณฑ์การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติอุณหภูมิ 36.5-37.3 องศาเซลเซียส
2. ผู้ป่วยไม่มีอาการหนาวสั่นหลังจากผ่าตัดเสร็จ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ความอบอุ่นแก่ผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดและหลังผ่าตัด โดยห่มผ้าไม่ให้ร้อนหรือหนาวจนเกินไปทั้งก่อนและหลังผ่าตัด
2. เตรียมที่นอนลมอุ่น (Warmer blanket) ปรับอุณหภูมิไว้ที่ 40 องศาเซลเซียส ตรวจสอบความพร้อมใช้งาน ตั้งอุณหภูมิที่ 40 องศาเซลเซียส และตรวจสอบความแดงของผิวหนังบริเวณที่ สัมผัสที่นอนไฟฟ้า
3. เตรียมผิวหนังบริเวณผ่าตัด โดยเปิดเผยร่างกายผู้ป่วยเฉพาะบริเวณผ่าตัดคลุมบริเวณส่วนอื่นให้มิดชิด
4. ดูแลผ้าคลุมขณะผ่าตัดถ้าเปียกชุ่มเลือดควรปูผ้าแห้งทับป้องกันผู้ป่วยหนาวเย็น
5. ประเมินภาวะออกซิเจนในกระแสเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ
6. เพิ่มอุณหภูมิภายในห้องผ่าตัดก่อนผ่าตัดเสร็จประมาณ 10 นาที
7. ใช้น้ำเกลืออุ่นล้างช่องท้อง
8. ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายผู้ป่วยโดยการคลุมผ้า

ประเมินผลการพยาบาล:

1. ผู้ป่วยไม่เกิดอุณหภูมิกายต่ำหลังผ่าตัดอุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 113/74 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 86 ครั้ง/นาที ปริมาณออกซิเจนในเลือด (O2 sat) 100% ก่อนย้ายไปห้องพักฟื้น
2. ผู้ป่วยไม่มีอาการหนาวสั่นหลังจากผ่าตัดเสร็จ

ปัญหาที่ 6 เสี่ยงต่อการเก็บและส่งชิ้นเนื้อไม่ถูกต้องครบถ้วนตามแผนการรักษา
ข้อมูลสนับสนุน: มีการตัดอวัยวะส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ได้แก่ Right lobe hepatic
วัตถุประสงค์การพยาบาล: เก็บชิ้นเนื้อส่งตรวจได้ถูกต้องและครบถ้วน
เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยได้รับการส่งตรวจชิ้นเนื้อถูกต้องและครบถ้วน
กิจกรรมการพยาบาล

1. พยาบาลส่งเครื่องมือส่งชิ้นเนื้อให้พยาบาลช่วยรอบนอกเก็บให้ถูกต้องครบถ้วน โดยระบุ ชื่อ-สกุล HN AN วันที่ส่ง ชื่อแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด ระบุชนิดและตำแหน่งของชิ้นเนื้อให้ชัดเจน
2. ประเมินขนาดและลักษณะชิ้นเนื้อที่ออกจากผู้ป่วย เลือกภาชนะใส่ชิ้นเนื้อให้เหมาะสม
3. นำชิ้นเนื้อแช่ในน้ำยาฟรอมารีนความเข้มข้น 10% ให้ท่วมชิ้นเนื้อ
4. การทำ Sign out ก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดทำพร้อมกันทั้ง 3 ทีม พยาบาลรอบนอกบอกชื่อ-สกุล ของผู้ป่วย การผ่าตัดการวินิจฉัยโรคและยืนยันความถูกต้องของชิ้นเนื้อกับแพทย์จำนวนชิ้น ชนิดของชิ้นเนื้อ ตำแหน่งของชิ้นเนื้อ และประเภทการส่งตรวจ
5. แจ้งแพทย์เขียนใบส่งตรวจชิ้นเนื้อ ตรวจสอบความถูกต้องของใบส่งชิ้นเนื้อ ลงบันทึกในระบบคอมพิวเตอร์และสมุดส่งตรวจชิ้นเนื้อ

ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยได้รับการส่งตรวจชิ้นเนื้อที่ถูกต้องและครบถ้วน

วินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัด (Immediate post-operative nursing)
เป็นการประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดทันที
ปัญหาที่ 1 เสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
ข้อมูลสนับสนุน: การผ่าตัดใช้เวลา 4 ชั่วโมง และผู้ป่วยได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย หลังผ่าตัดผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย
วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดการบาดเจ็บจากการเคลื่อนย้าย
เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเคลื่อนย้าย
กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยเพื่อนำไปวางแผนการพยาบาลได้ถูกต้อง
2. ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาและผูกยึดบริเวณเหนือเข่าไว้กับเตียงด้วยสายรัดขนาดความกว้าง 4-5 นิ้ว จนกว่าจะย้ายออกจากห้องผ่าตัดเพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากการตกเตียง
3. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยร่วมกับวิสัญญีก่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัด เพื่อป้องกันอุบัติเหตุขณะรอเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
4. ใช้บุคลากรและอุปกรณ์ช่วยเคลื่อนย้ายอย่างเหมาะสม จัดวางแขนผู้ป่วยแนบลำตัว ใช้แผ่นกระดานเคลื่อนย้ายผู้ป่วย มีการนับให้สัญญาณโดยวิสัญญี แล้วทำการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงผ่าตัดมายังเปลนอนด้วยความนุ่มนวล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเคลื่อนย้าย
5. หลังจากย้ายผู้ป่วยจากเตียงผ่าตัดไปยังเปลให้ยกที่กั้นเตียงขึ้นทั้งสองข้าง เพื่อป้องกันผู้ป่วยตกเตียง

ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเคลื่อนย้าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด (Post – operative nursing) เยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบ่นปวดแผลบริเวณหน้าท้อง
2. มีสีหน้าไม่สดชื่นขยับตัวได้น้อย
3. มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง ยาวประมาณ 20 เซ็นติเมตร

วัตถุประสงค์การพยาบาล: ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเจ็บปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเจ็บปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. จาก Pain score 0 -3

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวการณ์รับรู้ ภาวะสุขภาพ และผลกระทบจากการปวดแผล เช่นทำให้ผู้ป่วยต้องออกแรงในการหายใจมากขึ้นและสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยพูดจาปลอบโยนให้กำลังใจ
2. ประเมินตำแหน่งลักษณะความเจ็บปวดและความรุนแรงของความเจ็บปวดของผู้ป่วยด้วยมาตรวัดความเจ็บปวดแบบ Pain score 0 - 10
3. จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงประมาณ 30 องศา (Semi fowler's position) หมอนรองใต้เข่า หรือท่าที่ผู้ป่วยรู้สึกสบาย
4. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล หลีกเลี่ยงการกระทบกระเทือนแผล
5. ทบทวนความรู้กับผู้ป่วยและญาติในการควบคุมด้วยตนเองที่เคยแนะนำในระยะก่อนผ่าตัด
6. สอนให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคผ่อนคลายคือการบริหารลมหายใจให้เป็นจังหวะ (Rhythmic deep breathing exercise)
7. แนะนำให้ผู้ป่วยใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจไปสู่สิ่งอื่น
8. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดถึงประสิทธิภาพของการช่วยเหลือ เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดว่ามีความพึงพอใจเพียงใด
9. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงแผนการรักษาของแพทย์ในการใช้ยาบรรเทาความเจ็บปวดตามแผนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงวิธีการดูแลและขอความช่วยเหลือจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย

ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยปวดแผลทนได้ไม่ต้องการยาแก้ปวด pain score 5

ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน:

1. มีแผลผ่าตัดที่ใต้ชายโครงขวาค่อนมาด้านซ้าย ยาวประมาณ 20 เซนติเมตร
2. อุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วย 1 วัน หลังผ่าตัด 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 72- 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที

วัตถุประสงค์การพยาบาล: ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด แผลแห้งดีไม่มีลักษณะบวมแดงไม่มี Discharge ซึมที่แผล
2. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.5-37.3 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 90/60-120/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที O2 Sat 96 -100%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินลักษณะแผลผ่าตัดและดูแลวัสดุที่ใช้ปิดแผลให้อยู่ในสภาพที่สามารถปิดแผลให้สนิทป้องกันการปนเปื้อนที่แผลผ่าตัดได้
2. วางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยในการดูแลตนเองที่ถูกต้องและอธิบายให้ผู้ป่วยรักษา

ความสะอาดของร่างกายตามปกติและคอยดูแลรักษาความสะอาดของผิวหนัง ห้ามไม่ให้แผลผ่าตัดถูกน้ำ แนะนำการรักษาความสะอาดของมือ

3. ประเมินสัญญาณชีพและอุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วยจากแบบบันทึกสัญญาณชีพ

4. ประเมินแผลผ่าตัดไม่มีอาการบวมแดงร้อน แผลไม่มีสารคัดหลั่งออกมา ไม่มีแผลแยก

ประเมินผลการพยาบาล:

1. แผลผ่าตัดแห้ง ไม่มีบวมแดงร้อนไม่มีแผลแยก

2. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 72- 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 136/74 มิลลิเมตรปรอท O2 Sat 99%

ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเนื่องจากปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดไม่ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยถามว่าต้องงดอาหารอะไรบ้าง ต้องปฏิบัติตัวหลังกลับบ้านอย่างไรบ้าง สีหน้ามีความวิตกกังวล
วัตถุประสงค์การพยาบาล: ให้ผู้ป่วยได้รับความรู้และสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง
เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับโรคที่เป็นและการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านอย่างถูกต้อง
กิจกรรมการพยาบาล: ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน โดยให้ความรู้ดังนี้

บาดแผล ให้ทำแผลทุกวันๆละ 1ครั้งที่สถานพยาบาลใกล้บ้านแต่หากแผลเปียกน้ำ ให้รีบทำความสะอาดเช็ดให้แห้งทันที และสังเกตอาการผิดปกติที่จะต้องกลับมาพบแพทย์ แผลปวด บวม แดง ร้อน หรือมีไข้ให้รีบมาพบแพทย์ทันที โดยไม่ต้องรอให้ถึงวันนัด

อาหาร รับประทานอาหารที่ย่อยง่ายป้องกันท้องอืดในช่วงแรก เนื่องจากตัดตับกลีบขวาและถุงน้ำดีออกไป ต่อไปร่างกายจะปรับตัวได้ เช่น แกงจืดผักต้มเปื่อย รับประทานผัก ผลไม้ โปรตีนจาก เนื้อปลาและไข่ งดอาหารที่มีไขมันสูง ของทอดหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารหมักดอง หรืออาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส

การออกกำลังกาย แนะนำให้ออกกำลังกายได้เบา ๆ โดยการเดินอย่างน้อยวันละไม่ต่ำกว่า 30 นาที

การรับประทานยา ให้รับประทานยาตามเวลาและขนาดที่แพทย์สั่ง ไม่ควรซื้อยารับประทานเองการมาตรวจตามนัด อธิบายและเน้นให้เห็นความสำคัญในการมาตรวจตามนัดเพื่อประเมินผลการรักษาที่ผ่านมาและจะได้ทราบแนวทางการรักษาต่อ

ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกถึงการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านได้อย่างถูกต้อง

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ถึงแม้เราจะทราบกลไกและสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งตับชนิด Hepatocellular carcinoma แต่ยังไม่มีวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพที่ได้ผลดีที่สุดการป้องกันจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการดำเนินการต่อโรคมะเร็งชนิดนี้ สาเหตุสำคัญของการเกิดโรคมะเร็งตับชนิด Hepatocellular carcinoma ในประเทศไทยคือการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบเรื้อรังปัจจุบันการผ่าตัดเป็นวิธีเดียวที่สามารถรักษาโรคนี้ให้หายขาดได้แต่มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ไม่สามารถรับการผ่าตัดได้เพราะผู้ป่วยมักจะมาพบแพทย์ในระยะท้ายของโรคดังนั้นมาตรการในการพัฒนาผลการรักษาให้ดีขึ้นคือ การเฝ้าระวังการเกิดโรคมะเร็งชนิดนี้ในกลุ่มผู้มีความเสี่ยงสูงได้แก่ผู้ป่วยโรคตับอักเสบเรื้อรังและโรคตับแข็งการให้วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีแก่ทารกแรกเกิดทุกรายการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับมะเร็งตับคือการป้องกันและตรวจคัดกรองหามะเร็งตับ

สรุปกรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 64 ปี 5 เดือน เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้าง สถานภาพสมรส น้ำหนัก 59.6 กิโลกรัม ส่วนสูง 163 เซนติเมตร (BMI 22.20) ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ไม่มีประวัติแพ้ยา โรคประจำตัวได้แก่ ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง รับการรักษาต่อเนื่องที่รพ.สต.อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลปวดใต้ชายโครงขวาและมีไข้เป็นครั้งคราวเป็นเวลา 10 วันก่อนมาโรงพยาบาล พร้อมน้ำหนักลด 2 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ ร่วมกับเบื่ออาหารและน้ำหนักลดลงอย่างรวดเร็ว แพทย์ทำการตรวจอัลตราซาวด์พบก้อนที่ตับขวาขนาด

8.5 × 10 × 11.5 ซม. ลุกลามเข้าสู่หลอดเลือด portal vein ด้านขวา จึงส่งต่อทำ CT whole abdomen ผลพบก้อนขนาดใหญ่ในกลีบตับขวา 8.6 × 11.6 × 8 ซม. ลักษณะสอดคล้องกับ Hepatocellular carcinoma (HCC) แต่ไม่พบการแพร่กระจายไปยังปอดหรือตับส่วนอื่นแพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดปัญหาสำคัญที่พบระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลการผ่าตัดและความรุนแรงของโรค แต่มีแรงสนับสนุนทางสังคมดีจากครอบครัวสามีและบุตรดูแลใกล้ชิด ผู้ป่วยให้ความร่วมมือดีในการรักษาและยอมรับแนวทางการรักษาผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถตัดก้อนมะเร็งออกได้หมดขณะผ่าตัดเสียเลือด 500 มิลลิลิตรได้รับเลือด (PRC) 1unit หลังผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวดีสัญญาณชีพปกติ อุณภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 122/62 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด และส่งกลับหอผู้ป่วย ICU เพื่อสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด 1 วัน แผลผ่าตัดไม่มี discharge ซึม และให้ผู้ป่วยได้รับความรู้และสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้องผู้ป่วยอาการทุเลาสามารถกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย ใช้ระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลทั้งสิ้น 14 วัน แพทย์นัดติดตามผลการรักษา 2 สัปดาห์

เอกสารอ้างอิง

กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2567). *รายงานสรุปสถานการณ์สุขภาพและการดำเนินงานด้านมะเร็งครบวงจรของเขตสุขภาพที่ 3 สำหรับการตรวจราชการรอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567*. เอกสารอัดสำเนา.

คณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (2554). *คู่มือการใช้ยาสำหรับพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 9). ธนบรรณการพิมพ์.

จารุวรรณ มานะสุรการ. (2556). *ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: ผลกระทบและการพยาบาล*. คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

เต็มชัย ไชยนุวัติ และไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล. (2553). *โรคตับและทางเดินน้ำดี*. (พิมพ์ครั้งที่ 1).กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

ปราณี ทู้ไพเราะ. (2558). *คู่มือยา*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: LT. PressCo.,Ltd.

เฟื่องเพชร เกียรติเสวี. (2554). *มะเร็งตับ*.กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.

วิพร เสนารักษ์. (2556). *การวินิจฉัยการพยาบาล*.พิมพ์ครั้งที่ 7. ขอนแก่น:ขอนแก่นการพิมพ์.

สถาบันพระบรมราชชนก. กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 3*.พิมพ์ครั้งที่ 6. นนทบุรี:บริษัทยุทธรินทร์การพิมพ์.จำกัด

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2567). *รายงานสถิติมะเร็งระดับโรงพยาบาลประจำปี พ.ศ. 2565 (Hospital-basedcancer registry 2022)*. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สมจิต หนุเจริญกุล. (2552). *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 3*.พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ:ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ. พริ้นติ้ง.

สุปราณี เสนาดิสัย. (2551). *การพยาบาลพื้นฐานแนวคิดและการปฏิบัติ*.พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ:โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี.