

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางช่องท้อง

จิรณัฐ สมโชค ไวก้, Ph.D.¹

ศรัญญา จุฬาริ, ป.ร.ด.²

จันทร์ทิรา เจียรณัย, Ph.D.³

(วันที่ส่งบทความ: 5 กุมภาพันธ์ 63; วันที่แก้ไข: 28 พฤษภาคม 2563; วันที่ตอบรับ: 5 มิถุนายน 2563)

บทคัดย่อ

การผ่าตัดช่องท้องเป็นการผ่าตัดเพื่อการตรวจหาความผิดปกติ หรือทำการรักษาโดยการตัดหรือต่ออวัยวะต่างๆ ภายในช่องท้อง ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้องได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ทั้งนี้เพราะการผ่าตัดอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบต่อผู้ป่วยได้ อาทิเช่น มีความวิตกกังวล มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ มีภาวะตกเลือด มีอาการปวดแผลหลังผ่าตัด มีการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด เป็นต้น พยาบาลเป็นผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยตลอดทุกระยะของการผ่าตัด จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องมีความรู้ และเข้าใจบทบาทของตนเองเพื่อดูแลผู้ป่วยด้วยความมั่นใจและทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยตลอดจนเกิดผลลัพธ์ที่ดี บทความนี้นำเสนอสาระสำคัญของบทบาทพยาบาลในการให้การพยาบาลเพื่อจัดการภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการผ่าตัดช่องท้องทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด

คำสำคัญ: การผ่าตัดช่องท้อง การดูแลผู้ป่วย บทบาทพยาบาล

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

³รองศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

¹Corresponding author: จิรณัฐ สมโชค ไวก้, E-mail: jeranut@knc.ac.th

The Role of Nurses in Caring for Patients Undergoing Abdominal Surgery

Jeranut Somchock White, Ph.D.¹

Saranya Chularee, Ph.D.²

Chantira Chiaranai Ph.D.³

(Received: February 5th, 2020; Revised: May 28th, 2020; Accepted: June 5th 2020)

Abstract

Abdominal surgery is considered a major surgical procedure. Patients who undergo this type of surgery require a particular standard of nursing care to prevent trauma or other complications, such as anxiety, hypothermia, hemorrhage, pain, and surgical site infection (SSI). Nurses care for the patients throughout all stages of surgery. Therefore, it is necessary for nurses to acquire the knowledge and increase their awareness of their roles in caring for patients undergoing abdominal surgery. This will improve their confidence in performing high quality care and, thereby, increase patient safety and improve patient outcomes. This article will present the essence of the various impacts and complications that may arise with regard to abdominal surgery, as well as presenting these nursing roles in caring for patients who undergo abdominal surgery.

Keywords: abdominal surgery, nursing care, nurses' role

¹ Registered Nurse, Professional level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Prabormarajchanok Institute

² Assistant Professor, School of Adult & Aging Nursing, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology

³ Associate Professor, School of Adult & Aging Nursing, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology

¹ Corresponding Author: Jeranut Somchock White, E-mail: jeranut@knc.ac.th

บทนำ

การผ่าตัดช่องท้องคิดเป็น 1 ใน 3 ของการผ่าตัดทั้งหมดที่ทำในห้องผ่าตัดใหญ่เมื่อเทียบกับการผ่าตัดอื่นๆ ในห้องผ่าตัดใหญ่ ศัลยกรรม ซึ่งมีจำนวนการผ่าตัดทั้งสิ้น 3,719 รายต่อปี การผ่าตัดช่องท้อง ไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดของตับอ่อน ทางเดินน้ำดีและตับ (Hepato biliary pancreatic surgery), การผ่าตัดกระเพาะอาหารและลำไส้ (Gastrointestinal surgery), การผ่าตัดลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colorectal surgery), และการเปลี่ยนถ่ายตับ (Liver transplantation) มีจำนวนทั้งสิ้น 839 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.6 รวมทั้งการผ่าตัดผ่านกล้อง (Laparoscopic surgery) อีก 463 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.5 (งานเวชระเบียนและสถิติ กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลราชวิถี, 2560) แม้ว่าการผ่าตัดหน้าท้องจะเป็นการรักษาก็อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบหรือภาวะแทรกซ้อนได้ อาทิเช่น ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ภาวะตกเลือดขณะผ่าตัด ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ และการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด เป็นต้น ซึ่งผลกระทบหรือภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวอาจเกิดได้ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หรือหลังผ่าตัด และอาจมีความรุนแรงจนถึงขั้นทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความพร้อมทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงมีความรู้ในการปฏิบัติตนเพื่อลดการเกิดหรือลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ บทความนี้นำเสนอสาระสำคัญของผลกระทบหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้จากการผ่าตัดช่องท้อง รวมถึงการพยาบาล เพื่อให้ผู้อ่านเกิดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางช่องท้องเพิ่มขึ้น และสามารถนำความรู้สู่การปฏิบัติเพื่อช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วยได้

ความหมายของการผ่าตัดช่องท้อง

การผ่าตัดช่องท้อง (Abdominal surgery) เป็นวิธีการรักษาทางศัลยกรรมบริเวณช่องท้องเพื่อการสำรวจหาความผิดปกติ หรือทำการรักษาโดยการตัด ต่อ หรือ ซ่อมแซมอวัยวะต่าง ๆ ภายในช่องท้อง เช่น ลำไส้ ตับ ถุงน้ำดี กระเพาะอาหาร มดลูก เป็นต้น การผ่าตัดสามารถทำได้ทั้ง 1) การผ่าตัดแบบดั้งเดิม (Conventional surgery) กล่าวคือ มีการตัดผ่านผิวหนังทางหน้าท้อง (Open abdominal surgery or exploratory laparotomy) และ 2) การผ่าตัดช่องท้องผ่านกล้อง (Laparoscopic surgery) โดยสอดใส่ท่อที่มีกล้องและอุปกรณ์ในการตัดเย็บ เข้าไปทดแทนการผ่าตัดแบบดั้งเดิม วิธีการนี้ผู้ป่วยจะมีแผลขนาดเล็กบริเวณหน้าท้อง เสียเลือดน้อยกว่า ปวดแผลน้อยกว่า (Huang et al., 2015; ประเทือง เหลี่ยมพงศาพุทธิ และอุไรวรรณ คมไพบูลย์กิจ, 2560) ใช้เวลาในการผ่าตัดน้อยกว่า การกลับมาทำงานตามปกติของลำไส้เร็วกว่าและมีความเสี่ยงต่อระยะเวลาของการนอนโรงพยาบาลน้อยกว่า (Huang et al., 2015) แต่ทั้งนี้การเลือกวิธีการผ่าตัดขึ้นอยู่กับตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับการผ่าตัด รวมทั้งความเชี่ยวชาญของศัลยแพทย์ด้วยเช่นกัน อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัดแบบใด ย่อมมีความเสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดไม่มากก็น้อย

ผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดช่องท้อง

เมื่อผู้ป่วยได้รับแจ้งจากแพทย์ว่าต้องได้รับการผ่าตัดในช่องท้อง แม้ว่าจะรับรู้ว่าเป็นการรักษา แต่จากประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมเกี่ยวกับการผ่าตัดที่ผ่านมาอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณได้ ซึ่งผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวอาจเกิดขึ้นทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด

ระยะก่อนผ่าตัด

ผลกระทบต่อผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดด้านร่างกายและจิตใจที่มักพบบ่อยและเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะและหลังผ่าตัด คือ ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด (Pre-operative anxiety) เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าจะต้องได้รับการผ่าตัด ก็อาจมีความวิตกกังวล กลัว หรือรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับผลการรักษา กลัวการสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง กลัวว่าผลการตรวจชิ้นเนื้อที่ได้จากการผ่าตัดจะไม่ปกติ เป็นต้น ความวิตกกังวลส่งผลกระทบต่อร่างกายทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น และอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ อีกทั้งยังส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเป็นไปได้ช้า ปวดแผลมาก และเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ หลังผ่าตัดได้ เช่น แผลติดเชื้อ เพราะความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าจะไปกดการทำงานของร่างกายทำให้เกิดกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (Systemic inflammatory response syndrome [SIRS]) และการติดเชื้ออาจรุนแรงขึ้นจนกระทั่งติดเชื้อในกระแสเลือดหรือเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (Septic shock) และอาจเสียชีวิตได้ในที่สุด (เพิ่มเพ็ญ น้อยตุ่น, ธีรณัฐ ห่านรัตติย, ฉัตรชัย มิ่งมาลัยรักษ์, และศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์, 2560) การเตรียมผู้ป่วยด้านจิตใจก่อนผ่าตัดโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด การสอนเทคนิคการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด และการสอนเทคนิคการผ่อนคลายเพื่อลดความวิตกกังวล เมื่อผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง สมมุติเสมอ จะทำให้คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด วัดจาก 5 ตัวบ่งชี้ด้วยกัน คือ อาการปวด จำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวด จำนวนครั้งของการลุกขึ้นจากเตียงและเดินไปมาหลังผ่าตัด จำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวของลำไส้ (Bowel sound) และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (สราวุฒิ สีถาน, 2560) นั่นคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจก่อนผ่าตัด จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้มีความพร้อมและดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดได้ดีขึ้น ส่งผลให้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้

ระยะขณะผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดทางช่องท้องในระหว่างการผ่าตัดที่สำคัญคือ ภาวะตกเลือดขณะผ่าตัด และภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ภาวะตกเลือดขณะผ่าตัด (Intraoperative bleeding)

ในขณะผ่าตัดจะมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและมีการสูญเสียเลือด ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระบบไหลเวียนเลือดได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการผ่าตัดที่ย่างยากซับซ้อน มักจะใช้ระยะเวลาผ่าตัดนาน ร่างกายมีจะโอกาสสูญเสียเลือดมากขึ้น การผ่าตัดผ่านหน้าท้องทำให้มีการเสียเลือดและต้องได้รับเลือดทดแทนมากกว่าการผ่าตัด

ผ่านกล้องซึ่งมีแผลเล็กกว่า หากร่างกายมีการเสียเลือดมากกว่าร้อยละ 15-25 ของปริมาณเลือดทั้งหมด จะเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ (Hypotension) โดย Systolic blood pressure ต่ำลง Diastolic blood pressure สูงขึ้น ทำให้แรงดันชีพจร (Pulse pressure) แคบ ความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่ายและเกิดภาวะช็อก จนทำให้หยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest) ได้ (ประเทือง เหลี่ยมพงศาพทุธิ และ อุไรวรรณ คมไพบูลย์กิจ, 2560) ซึ่งสาเหตุหลัก ๆ ของภาวะตกเลือดในระบบทางเดินอาหารหลังผ่าตัด มักเกิดจากแผลในทางเดินอาหาร โดยเฉพาะแผลเปื่อยที่เยื่อทางเดินอาหารที่เกิดจากร่างกายมีภาวะเครียด (Stress ulcer) การเสียเลือดบริเวณที่มีการเย็บ บริเวณที่มีการอักเสบติดเชื้อหรือบริเวณที่มีภาวะขาดเลือดไปเลี้ยง (Irita, 2011) การเสียเลือดขณะผ่าตัดเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (ชนุดพร รัตนมงคล, ศิริอร สิ้นธุ, ทิพาต่อสกุลแก้ว, และเชิดศักดิ์ไธรมณีนรัตน์, 2559) อีกทั้งยังมีความสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิต โดยพบว่าผู้ที่มีการเสียเลือดขณะผ่าตัดมากกว่ามีเปอร์เซ็นต์รอดชีวิตน้อยกว่า (Liang et al., 2013)

2. ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia) และหนาวสั่น (Shivering)

ปกติอุณหภูมิร่างกายของคนเราอยู่ในช่วง 36.5-37.5 องศาเซลเซียส ส่วนภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia) เป็นภาวะที่อุณหภูมิแกนกลางของร่างกายต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส (Hart, Bordes, Hart, Corsino, & Hormon, 2011) ซึ่งในห้องผ่าตัดจะมีการควบคุมอุณหภูมิห้องระหว่าง 20-24 องศาเซลเซียส เพื่อควบคุมการเจริญเติบโตของเชื้อโรคในห้องผ่าตัด หากผู้ป่วยสัมผัสความเย็นในห้องผ่าตัดเป็นเวลานาน ๆ อาจทำให้อุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วยต่ำลงได้ (จิตติมา เจียรพินิจนันท์, วิชัย อิทธิชัยกุลทล, และโรจนรินทร์ โกมลหิรัญ, 2014) การผ่าตัดช่องท้องส่วนใหญ่มีการชำระล้างบริเวณผ่าตัดด้วยน้ำเกลือก่อนเย็บปิดหน้าท้อง และให้ยาระงับความรู้สึก ซึ่งยาระงับความรู้สึกจะลดความสามารถของร่างกายในการรักษาระดับอุณหภูมิให้อยู่ในภาวะปกติ (จิราภรณ์โสภริสุขุทธิ์, ปาริฉะ บิลล่าเต๊ะ, และจิราภา ไชยบุญดิษฐ์, 2562) ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย อุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วยจะกลับมาใกล้เคียงปกติในช่วงวันที่ 3-4 หลังได้ยาระงับความรู้สึก โดยจะมีการหดตัวของหลอดเลือดเพื่อรักษาอุณหภูมิ แต่ผู้ป่วยที่ได้ยาทางไขสันหลังจะยังคงมีการสูญเสียความร้อนอย่างต่อเนื่อง (ศรัญญา จุฬาริ, 2560) นอกจากนี้การเสียเลือดขณะผ่าตัดที่มากกว่า 1 ลิตร เป็นการทำให้มีการสูญเสียความร้อนจากแกนกลางของร่างกายโดยตรง (ชาโรณี ประจันทรันวล และคณะ, 2556) ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำยังเป็นสาเหตุสำคัญอย่างยิ่งต่อการเกิดการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด เนื่องจากอุณหภูมิที่ลดลงอาจมีผลโดยตรงต่อการทำหน้าที่ของเม็ดเลือดขาว (Neutrophils) เสียไป อุณหภูมิร่างกายที่ต่ำจะเป็นตัวกระตุ้นให้หลอดเลือดหดตัว การไหลเวียนเลือดลดลง ส่งผลให้เนื้อเยื่อขาดเลือดไปเลี้ยงและทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายล้มเหลว ทำให้ไม่สามารถต่อสู้กับภาวะติดเชื้อได้ (Hart et al., 2011; Baucom et al., 2015) ดังนั้นพยาบาลจึงควรตระหนักถึงปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เพื่อสามารถป้องกันภาวะดังกล่าวในผู้ป่วยได้

ระยะหลังผ่าตัด

การเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย และประเภทของการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่มักพบได้แก่ อาการปวดแผลผ่าตัด ปอดบวม ลำไส้หยุดทำงาน และติดเชื้อ

1. ปวดแผลหลังผ่าตัด (Post-operative pain [POP])

ความปวดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งหลังผ่าตัด (ศรัญญา จุฬาริ, 2560) โดยเฉพาะในระยะ 24 ชั่วโมงแรก โดยระดับความปวดส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง (จุฬารัตน์ สว่างชัย, และศรีสุดา งามขำ, 2560) อาการปวดเกิดได้จากการมีสารสื่อประสาทและเครื่องมือเข้าไปในอวัยวะชั้นลึก ทำให้เนื้อเยื่อช็อกชั่วคราวมากและความรุนแรงของความปวดจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยไอหรือเคลื่อนไหวร่างกาย (จุฬารัตน์ สว่างชัย และศรีสุดา งามขำ, 2560) ความปวดจะกระตุ้นระบบประสาท Sympathetic ทำให้การไหลเวียนเลือดและการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ทำให้อาการท้องอืดหลังผ่าตัดมากขึ้น (อรอนงค์ ทัพสุวรรณ์, 2559) ความปวดยังสัมพันธ์กับขนาดของแผลผ่าตัด โดยพบว่าแผลผ่าตัดที่มีขนาดเล็กกว่าจะมีอาการปวดน้อยกว่าแผลขนาดใหญ่ทำให้เคลื่อนไหวร่างกายลำบาก อาการปวดแผลยังส่งผลให้ระยะฟื้นตัวหลังผ่าตัดนานขึ้น เนื่องจากความปวดทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง จึงส่งผลให้เกิดอาการท้องอืดหลังผ่าตัดตามมา (Trang, Thosingha, & Chanruangvanich, 2017)

2. ภาวะแทรกซ้อนที่ปอด (Post-operative Pulmonary Complication [PPC])

ภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด ส่งผลให้ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เกิดภาวะปอดแฟบ (Atelectasis) หลอดลมอักเสบ (Bronchitis) ปอดบวม (Pneumonia) การหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) และเสียชีวิตตามมาได้ (Ufoaroh et. al., 2019) ภาวะปอดบวมหลังผ่าตัดมักพบในผู้ที่มีการผ่าตัดช่องท้องส่วนล่างมากกว่าผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องส่วนบน มักเกิดในผู้ที่สมองสูญเสียหน้าที่ หรือมีโรคหลอดเลือดสมองก่อนที่จะรับการผ่าตัด เพราะผู้ป่วยเหล่านี้ มักมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยหลังผ่าตัด และในผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนเพราะความสามารถในการหย่อนตัวของกระบังลมลดลง ส่งผลให้ความจุปอดลดลงด้วยจึงมีผลให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนได้ (Jakobson et al., 2014) นอกจากนี้ภาวะอัลบูมินในเลือดต่ำ (Mild hypo- albuminemia) คือต่ำกว่า 3 g/dl มีผลต่อการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้เม็ดเลือดขาว (Macrophage) ทำหน้าที่ในการจับกินเชื้อโรคได้น้อยลง เกิดภาวะปอดบวมหลังผ่าตัดได้ (Hu, Eisenstein, Parry, & Ramamoorthy, 2019)

3. ภาวะลำไส้หยุดทำหน้าที่หลังผ่าตัด (Post-operative Ileus [POI])

การผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึกทำให้กลไกการเคลื่อนไหวของลำไส้ถูกรบกวน โดยเฉพาะการผ่าตัดที่ตัดผ่านเยื่อช่องท้องและจัดการกับลำไส้เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดอาการท้องอืด โดยทำให้ระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic) ถูกกระตุ้น เกิดการยับยั้งการเคลื่อนไหวของลำไส้ ซึ่งผู้ป่วยจะมีทั้งอาการแน่นอืดท้อง (Abdominal distension) ไม่ถ่ายอุจจาระ คลื่นไส้อาเจียน และปวดท้อง ทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ อาจทำให้แผลหายช้าลง การเคลื่อนไหวร่างกายช้าลง เกิดภาวะปอดแฟบ ปอดบวม และหลอดเลือดดำอักเสบ (Deep vein thrombosis) โดยทั่วไปแล้วหลังการผ่าตัดบริเวณกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก การเคลื่อนไหวของลำไส้จะกลับมาทำงานได้ตามปกติภายใน 12-24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

ส่วนลำไส้ใหญ่จะใช้เวลานานกว่า โดยใช้เวลา 3-5 วันหลังผ่าตัด (Tu et al., 2014) ดังนั้นหากผู้ป่วยมีภาวะลำไส้หยุดทำงานหลังผ่าตัด อาจส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาก็จะมากขึ้นไปด้วย

4. การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด (Surgical site infection [SSIs])

การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดเป็นภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดที่พบเป็นอันดับต้น ๆ ของภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดทั้งหมด (ประภาพร จินันทุยา และบุญชู ศิริจินดากุล, 2555) การติดเชื้อที่แผลผ่าตัดโดยทั่วไปอาจพบได้ภายใน 30 วันหลังผ่าตัด หรืออาจเกิดภายใน 1 ปี ในกรณีที่มีการสอดใส่อุปกรณ์ในร่างกาย การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยอื่น ๆ และทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (Azoury et al., 2015) การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดแบ่งได้เป็น 1) ตำแหน่งติดเชื้ออยู่เฉพาะที่ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง (Superficial/incisional SSIs) 2) การติดเชื้อเข้าไปถึงชั้นพังผืดและกล้ามเนื้อ (Deep incisional SSIs) 3) การติดเชื้อเข้าไปถึงช่องกลวงของร่างกาย (Organ space SSIs) เช่น ช่องท้อง แม้ว่าการติดเชื้อของชั้นพังผืดและกล้ามเนื้อ และช่องกลวงของร่างกายจะพบได้น้อยกว่าการติดเชื้อที่ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง แต่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ หรือการเสียชีวิตมากกว่า อัตราการกลับเข้ามานอนโรงพยาบาลมากกว่า ระยะเวลาที่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น รวมถึงค่าใช้จ่ายก็มากกว่าด้วยเมื่อเทียบกับตำแหน่งติดเชื้อที่ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง (Azoury et al., 2015)

แหล่งที่มาของเชื้อมักมาจากผิวหนัง ทางเดินอาหาร และระบบสืบพันธุ์ โดยเชื้อที่พบว่าเป็นต้นเหตุมากที่สุดคือ *Staphylococcus aureus* ส่วนที่มาของเชื้อจากภายนอกในร่างกาย ได้แก่ เทคนิคปราศจากเชื้อที่ไม่ดี เครื่องมือเครื่องใช้ของห้องผ่าตัดที่ไม่ปลอดเชื้อ เชื้อแบคทีเรียในเนื้อเยื่อหรืออวัยวะจะเป็นตัวขัดขวางกระบวนการหายของแผลหลังผ่าตัด และนำไปสู่การรั่วของรอยต่อของอวัยวะ (Anastomotic leaks) แผลแยก (Wound dehiscence) และการติดเชื้อที่รอยกรีดที่ผิวหนัง (Azoury et al., 2015) กรณีที่ SSIs มีความรุนแรง ยากต่อการรักษา เช่น มีการติดเชื้อและทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อที่อยู่ลึก (Necrotizing deep soft tissue infections) อาจจำเป็นต้องทำการตกแต่งแผลผ่าตัด (Extensive surgical debridement) หรืออาจต้องเข้าทำการผ่าตัดหลายรอบ และอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ หรือในกรณีที่มีการใส่อุปกรณ์ไว้ในร่างกาย เช่น ตาข่ายสังเคราะห์ (Synthetic mesh) ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการควบคุมการติดเชื้อ (Azoury et al., 2015) โดยปกติเมื่อร่างกายมีบาดแผล จะพบอาการและอาการแสดงของ SIRS ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป ดังต่อไปนี้ คือ 1) อุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38 องศาเซลเซียส หรือต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส 2) หัวใจเต้นเร็วกว่า 90 ครั้ง/นาที 3) อัตราการหายใจเร็วกว่า 20 ครั้ง/นาที หรือ PaCO_2 น้อยกว่า 32 mmHg 4) เม็ดเลือดขาวสูงกว่า 12,000 mm^3 หรือน้อยกว่า 4,000 mm^3 หรือมีจำนวนเม็ดเลือดขาวตัวอ่อน (Immature bands forms) มากกว่า 10% (Ling et al., 2019) ดังนั้นหากพบ SIRS ร่วมกับมีการสงสัยการติดเชื้อในร่างกาย ผู้ป่วยอาจอยู่ในภาวะติดเชื้อ (Sepsis) ซึ่งจะพัฒนากลายเป็นภาวะช็อกจากการติดเชื้อได้ (Septic shock)

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้แผลหายช้า คือ ภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่มีระดับความรุนแรงมาก เนื่องจากภาวะทุพโภชนาการส่งผลให้มวลกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อในร่างกายลดลง ปริมาณโปรตีนและพลังงานของร่างกายลดลง ซึ่งการขาดโปรตีนทำให้การสร้างคอลลาเจนบกพร่อง แผลจะหายช้ากว่าปกติ (ชนุตพร รัตนมงคล และคณะ, 2559) ภาวะทุพโภชนาการยังทำให้การเผาผลาญพลังงานลดลง ทำให้การทำหน้าที่ของเนื้อเยื่อและร่างกายลดลง ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการอ่อนล้า บาดแผลสมานตัวช้า เกิดการติดเชื้อได้ง่าย การฟื้นตัวหลังผ่าตัดจึงช้ากว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีภาวะโภชนาการปกติ (สรารุณ สีสถาน, เกศรินทร์ อุทธิยะ ประสิทธิ์, ทิพา ต่อสกุลแก้ว, และธวัชชัย อัครวิพุธ, 2557)

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางช่องท้อง

จากภาวะแทรกซ้อนทั้งขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดที่กล่าวมาข้างต้น พยาบาลจึงควรมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องให้ได้รับความปลอดภัยจากการผ่าตัด การพยาบาลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางช่องท้องในระยะก่อน ขณะ และหลังการผ่าตัด ได้แก่ การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวล การพยาบาลเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการ การพยาบาลเพื่อป้องกันการเสียเลือด การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ การพยาบาลเพื่อลดอาการปวดแผล การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางปอด การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะลำไส้หยุดทำหน้าที่ และการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

การพยาบาลก่อนการผ่าตัด

1. การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค แนวทางการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด มีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วย การให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดแก่ผู้ป่วยผ่านสื่อวิดีโอที่มีผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ตรงจากการผ่าตัดเล่าถึงประสบการณ์การเข้ารับการผ่าตัด มีภาพ สถานที่ บุคคล และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งลำดับขั้นตอนและวิธีการต่าง ๆ ซึ่งเป็นข้อมูลจริงที่ผู้ป่วยได้พบเจอขณะเข้ารับการผ่าตัดจนกระทั่งเสร็จสิ้นกระบวนการผ่าตัด รวมทั้งความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลที่ผู้ป่วยรู้สึก แนวทางการเผชิญกับความวิตกกังวลเหล่านั้น ความรู้สึกเมื่อมาถึงห้องผ่าตัดหลังผ่าตัด และการพยาบาลที่ได้รับ สามารถลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดช่องท้องได้ (สรารุณ สีสถาน, 2560; ศิวพร ถือชาติ, อุษาวดี อัครวิเศษ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, และอัฐพร ตรีกาลสง่า, 2562) ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีบทบาทในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโดยจัดกิจกรรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนแก่ทั้งผู้ป่วยและญาติ เช่น ชนิดการผ่าตัด วิธีการ ผลที่เกิดจากการผ่าตัด ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นและการจัดการ ฯลฯ โดยอาจให้ข้อมูลผ่านสื่อหรือจัดให้ได้พูดคุยกับแพทย์เจ้าของไข้ หรือผู้เกี่ยวข้องเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเผชิญกับสถานการณ์การผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการ

ภาวะทุพโภชนาการก่อนผ่าตัด การขาดวิตามินและแร่ธาตุที่สำคัญ มีผลต่อการทำหน้าที่ของเซลล์ภูมิคุ้มกัน ทำให้เกิดปฏิกิริยาของร่างกายต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อหลังผ่าตัดรุนแรงขึ้น มีภาวะอักเสบสูงขึ้น ระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่า อัตราการรั่วของรอยตัดต่อสูงกว่า และระยะเวลาของการนอนโรงพยาบาลนานกว่า (Liu, Tang, Hu, Hui-Lan Yang, & Chang, 2015; ชนุดพร รัตนมงคล และคณะ, 2559) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการที่ดีก่อนผ่าตัดจึงเป็นบทบาทของพยาบาลที่สำคัญซึ่งสามารถทำได้ดังนี้

2.1 การประเมินภาวะโภชนาการ (Nutrition assessment) ทำได้โดยการประเมินน้ำหนักส่วนสูง คำนวณมวลกาย การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวที่ผ่านมา ประวัติการรับประทานอาหาร รวมทั้งอาการผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เบื่ออาหาร เป็นต้น โดยสามารถใช้เครื่องมือในการประเมินภาวะโภชนาการ อาทิเช่น BNT (Bhumibol Nutrition Triage), the Subjective Global Assessment (SGA) และ Malnutrition screening tool (MST) เป็นต้น นอกจากนี้พยาบาลควรตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจค่าอัลบูมินในเลือด (Serum albumin) ซึ่งค่าปกติ คือ 3-3.5 กรัม/กก. ของน้ำหนักตัว ถ้าต่ำกว่านี้แสดงว่าผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการ (Liu et al., 2015; ชนุดพร รัตนมงคล และคณะ, 2559)

2.2 แนะนำให้รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ คำนวณอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว (หากไม่มีข้อจำกัด) เพราะการได้รับสารอาหารอย่างครบถ้วน จะช่วยให้แผลหายเร็ว ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลได้ โดยจัดอาหาร ดังนี้ 1) โปรตีน: ให้รับประทานโปรตีน 0.8-1 กรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม เพราะเมื่อมีบาดแผลร่างกายจำเป็นต้องสร้างเนื้อเยื่อใหม่ ส่วนผู้ที่มีการติดเชื้ออาจต้องการโปรตีนมากกว่า 2 กรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม 2) คาร์โบไฮเดรตและไขมัน: ปกติร่างกายต้องการพลังงาน 20-25 กิโลแคลอรี/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม เมื่อร่างกายมีบาดแผลจะมีความต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นเป็น 35 กิโลแคลอรี/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม และพลังงานนี้จำเป็นต่อการรวมตัวของเม็ดเลือดขาว ช่วยให้กระบวนการอักเสบทำงานได้ดี ลดการติดเชื้อและส่งเสริมการหายของแผลให้เร็วขึ้น 3) สังกะสี: ปกติร่างกายต้องการวันละ 15 มิลลิกรัม แต่เมื่อมีบาดแผลร่างกายต้องการสูงขึ้นถึง 225 มิลลิกรัม/วัน เพื่อช่วยในการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ (Granulation tissue) บริเวณบาดแผล 4) วิตามิน: วิตามินช่วยส่งเสริมการหายของแผล โดยเฉพาะวิตามินซี ควรให้ได้วันละ 60 มิลลิกรัม/วัน เพื่อช่วยในการสังเคราะห์คอลลาเจน ช่วยต่อต้านการติดเชื้อ ช่วยในการสร้างเส้นเลือดฝอยใหม่ รวมทั้งสร้างความแข็งแรงของผนังหลอดเลือดไม่ให้แตกง่าย วิตามินเอ ต้องการ 600-800 ไมโครกรัม/วัน เพื่อช่วยในการสังเคราะห์คอลลาเจนและเนื้อเยื่อใหม่ต่อต้านเชื้อโรค และลดการติดเชื้อได้ วิตามินอี ต้องการจากสารอาหารวันละ 8 มิลลิกรัม เป็นสารต้านอนุมูลอิสระและช่วยส่งเสริมการหายของแผล วิตามินเค ต้องการ 90-120 ไมโครกรัม/วัน เพื่อช่วยในกระบวนการแข็งตัวของเลือดให้เป็นปกติ นอกจากนี้ร่างกายยังต้องการสารน้ำที่เพียงพอ อย่างน้อย 2,500 มิลลิลิตร/วัน เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนเลือดและความชุ่มชื้นของผิวหนังด้วย (นงนุช หอมเนียม, 2557) จึงสรุปได้ว่าการดูแลภาวะโภชนาการของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับปกติ มีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะช่วยในการสร้างเนื้อเยื่อ

ใหม่ แผลหายเร็ว ช่วยให้กระบวนการอักเสบทำงานได้ดี ลดการติดเชื้อ ช่วยในการสร้างเส้นเลือดฝอยใหม่ รวมทั้งสร้างความแข็งแรงของผนังหลอดเลือดไม่ให้เกิดง่าย ส่งเสริมการหายของแผล และลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย

การพยาบาลขณะผ่าตัด

1. การพยาบาลเพื่อป้องกันการเสียเลือดขณะผ่าตัด

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องที่สำคัญเพื่อลดภาวะเสียเลือดจากการผ่าตัดและทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วขึ้นมีแนวทางดังนี้

1.1 การประเมินความเสี่ยงของการเสียเลือด (Risk of bleeding assessment) สามารถประเมินได้จากการแข็งตัวของเลือดก่อนผ่าตัด เช่น ภาวะเกร็ดเลือดต่ำหรือทำงานผิดปกติ (Thrombocytopenia or platelet dysfunction) จะพบจุดเลือดออก (Petechial hemorrhage) จ้ำเลือดขนาดเล็ก (Purpura) เลือดออกทางเยื่อเมือก (Mucosal bleeding) เลือดกำเดาออกทางจมูก (Epistaxis) เลือดออกตามไรฟัน (Gingival bleeding) นอกจากนี้ยังสามารถประเมินได้จากการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Coagulopathy) ซึ่งจะพบเลือดออกในข้อ เลือดออกในกล้ามเนื้อ มีจ้ำเลือดขนาดใหญ่ (Ecchymosis) พยาบาลควรซักประวัติเกี่ยวกับการใช้ยา โดยเฉพาะยาที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด เช่น Aspirin, Warfarin เป็นต้น

1.2 การประเมินอาการและอาการแสดงของการเสียเลือดขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด (Peri-operative & post-operative bleeding assessment) ทำได้โดยการวัดและประเมินสัญญาณชีพทุก 5 นาที ขณะผ่าตัด ส่วนหลังผ่าตัดให้วัดและประเมินทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรก ต่อมาเป็นทุก 30 นาที และ ทุก 1 ชั่วโมง ในชั่วโมงถัดไป หากไม่มีอาการผิดปกติ ให้สังเกตต่อเนื่องทุก 4 ชั่วโมง ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการกระสับกระส่าย ปริมาณปัสสาวะต่อชั่วโมง เพื่อประเมินความก้าวหน้าของภาวะช็อกจากการเสียเลือด (Forsyth, Clarkson, & O'Boyle, 2018)

1.3 ดูแลเตรียมสารน้ำ รวมทั้งเลือดและส่วนประกอบของเลือดให้พร้อม เพราะภาวะเลือดออกขณะผ่าตัดเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องการรักษาอย่างเร่งด่วน เพื่อทดแทนสารน้ำและเลือดที่สูญเสียขณะผ่าตัด

1.4 ประเมินอาการและอาการแสดงของความผิดปกติที่ทำให้มีเลือดออกที่แผล เช่น แผลผ่าตัดแยก (Dehiscence) หรือแผลแยกมีอวัยวะโผล่ (Evisceration) พร้อมทั้งแนะนำการไอและหายใจที่มีประสิทธิภาพ ประเมินบาดแผล และแผลที่ระบายให้มีการระบายอย่างมีประสิทธิภาพ สังเกตสิ่งคัดหลั่งที่ออกมาทางท่อระบาย พยาบาลในฐานะผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดทั้งขณะและหลังผ่าตัดจึงควรสังเกตอาการและอาการแสดงของการเสียเลือดขณะและหลังผ่าตัดอย่างใกล้ชิด

2. การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ

ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำเป็นสิ่งที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง ซึ่งมักสัมพันธ์กับปัจจัยหลายประการ เช่น อุณหภูมิของห้องผ่าตัด ระยะเวลาการผ่าตัด เป็นต้น แนวทางการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะดังกล่าวมีดังนี้

1.1 ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำและปัจจัยเสี่ยง ดังนี้

1.1.1 ปัจจัยภายใน ได้แก่ 1) อายุ หากผู้ป่วยมีอายุเข้าสู่วัยกลางคนและวัยสูงอายุให้เฝ้าระวังเป็นพิเศษ เนื่องจากวัยสูงอายุจะมีไขมันหรือมวลกล้ามเนื้อน้อย ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง จึงสูญเสียความร้อนได้ง่ายและรวดเร็วกว่า ถึง 5.9 เท่า (ญานันท์ รัตนธีรวิเชียร, อุษาวดี อัครวิเศษ, นฤมล ทองคำ, และกรรณิกา กัลปียาปคุปต์, 2556) 2) อุณหภูมิภายใน: โดยเฉพาะอุณหภูมิภายในก่อนผ่าตัด หากพบว่าอุณหภูมิภายในต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส อาจต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษหลังผ่าตัด เนื่องจากมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นถึง 4.9 เท่า (ญานันท์ รัตนธีรวิเชียร และคณะ, 2556)

1.1.2 ปัจจัยภายนอก ได้แก่ 1) การชะล้างอวัยวะในช่องท้องขณะผ่าตัด เพราะการชะล้างส่งเสริมการระเหยความร้อนผ่านทางผิวหนัง แม้ผิวหนังจะถูกอุ่นให้มีอุณหภูมิเท่ากับอุณหภูมิห้องก็ตาม 2) ระยะเวลาการผ่าตัด หากการผ่าตัดนานกว่า 1 ชั่วโมงจะเป็นการส่งเสริมให้ร่างกายสัมผัสกับอากาศซึ่งทำให้มีการระเหยความร้อนได้มากถึง 400 กิโลแคลอรี/ชั่วโมง (ญานันท์ รัตนธีรวิเชียร และคณะ, 2556) 3) การเสียเลือดขณะผ่าตัด หากมีการเสียเลือดมากกว่า 1 ลิตร จะทำให้เกิดการสูญเสียความร้อนจากแกนกลางของร่างกายโดยตรง (ชาโรณี ประจันทรันวล และคณะ, 2556)

1.2 การให้ความอบอุ่นร่างกายในระยะก่อนผ่าตัด การพยาบาลที่ช่วยเพิ่มความอบอุ่นแก่ผู้ป่วยคือ ดูแลปรับอุณหภูมิห้องให้อยู่ในระดับ 21 องศาเซลเซียส ใช้ผ้าห่มไฟฟ้า (Bair hugger) เพื่อให้ร่างกายอบอุ่น 20-30 นาทีก่อนผ่าตัด (จิตติมา เจียรพินิจนันท์ และคณะ, 2014; จิราภรณ์ ไสบริสุทธิ และคณะ, 2562)

1.3 การดูแลขณะผ่าตัด หากมีการให้สารน้ำให้ทำการอุ่นสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำโดยใช้ Infusion warmer ให้อยู่ในอุณหภูมิ 38-39 องศาเซลเซียส กรณีที่ต้องมีการชะล้างอวัยวะบริเวณผ่าตัดควรอุ่นสารน้ำให้มีอุณหภูมิ 38-40 องศาเซลเซียส เพราะสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำในอุณหภูมิห้องทุก ๆ 1 ลิตรจะทำให้ผู้ป่วยร่างกายสูญเสียความร้อนถึง 0.25 องศาเซลเซียส (Sessler, 2010) ดูแลให้แก๊สที่ใช้ในการระงับความรู้สึกมีความชื้นและอุ่น แต่ไม่ควรเกิน 42 องศาเซลเซียส ดูแลผู้ป่วยคลุมร่างกายผู้ป่วยและเปิดเผยร่างกายน้อยที่สุด และดูแลบริเวณผ่าตัดให้แห้งและไม่เปียกชื้น เมื่อศัลยแพทย์เย็บปิดแผล ให้รีบทำความสะอาดผิวหนังและเช็ดให้แห้งโดยเร็ว หากพบว่าผู้ป่วยมีอุณหภูมิภายในต่ำขณะผ่าตัด ขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปห้องพักฟื้นควรให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจนเพิ่มได้ถึงร้อยละ 400-500 (Ganter et al., 2014)

1.4 การดูแลในห้องพักฟื้น หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการหนาวสั่นมาก วิทยาลัยแพทยศาสตร์ให้ยา Pethidine 0.5 mg/kg ทางหลอดเลือดดำ เนื่องจากยาจะมีผลโดยตรงต่อศูนย์ควบคุมอุณหภูมิร่างกาย หรือผ่าน Opioid receptor ทำงานเหมือนกับ N-methyl-D-aspartate (NMDA) receptor ที่ปรับอุณหภูมิร่างกายได้หลายระดับ (ศรีัญญา จุฬาริ, 2560ข) ดูแลให้ได้รับออกซิเจนทางหน้ากาก (Mask oxygen) เนื่องจากในขณะหนาวสั่นผู้ป่วยมีความต้องการออกซิเจนสูง ห่มด้วยผ้าห่มอุ่นหรือผ้าห่มไฟฟ้าเพื่อให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายและติดตามประเมินอุณหภูมิภายในจนกระทั่งปกติ (จิราภรณ์ ไสบริสุทธิ และคณะ, 2562)

กล่าวโดยสรุป การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิภายในต่ำสามารถทำได้ทั้งขณะและหลังผ่าตัด ด้วยการปรับอุณหภูมิห้องให้ไม่ต่ำกว่า 21 องศาเซลเซียส มีการอุ่นสารน้ำที่ใช้ในการชำระล้าง ดูแลห่มผ้าให้ผู้ป่วยทั้งขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยสูงอายุ พยาบาลควรเฝ้าระวังเป็นพิเศษ

การพยาบาลหลังผ่าตัด

1. การพยาบาลเพื่อลดอาการปวดแผลหลังผ่าตัด

อาการปวดหลังผ่าตัดจะมีลักษณะความปวดที่แตกต่างกันไปตามตำแหน่งของเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บ ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังผ่าตัด มักมีความไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมาน และส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการปวดหลังผ่าตัดมีดังนี้

1.1 การประเมินความปวดหลังผ่าตัด (Post-operative pain assessment) โดยยึดหลัก O, P, Q, R, S, T, U และ V (ศรัญญา จุฬาริ, 2560ก) ซึ่งได้แก่ 1) Onset (O) เช่น ประเมินว่าอาการเริ่มต้นเมื่อไร นานเท่าไรแล้ว บ่อยแค่ไหน 2) Provoking/palliating (P) เช่น ประเมินว่าอะไรที่ทำให้รู้สึกปวดรุนแรงขึ้น หรืออะไรที่ทำให้รู้สึกดีขึ้น 3) Quality (Q) โดยอธิบายเกี่ยวกับความรู้สึกปวดนี้ได้อย่างไรบ้าง 4) Region/ radiation (R) เช่น ประเมินว่าปวดบริเวณใด มีปวดร้าวไปที่ใดหรือไม่ 5) Severity (S) ประเมินว่าระดับของความปวดอยู่ในระดับใด 6) Timing/treatment (T) เช่น ประเมินว่าปวดตลอดเวลาหรือไม่ เวลาใดที่ดีขึ้นหรือแย่ลง ไข้ยาแก้ปวดบ่อยแค่ไหน ไข้ยาแล้วเป็นอย่างไร 7) Understanding/impact on you (U) โดยประเมินว่าความปวดนี้เกิดจากสาเหตุอะไร มีผลกระทบต่อตนเองอย่างไรบ้าง 8) Values (V) โดยประเมินว่าจะยอมรับความปวดได้ที่ระดับความปวดเท่าใด มีมุมมองอย่างอื่นเกี่ยวกับความปวดนี้ไหม มีอะไรเกี่ยวกับความปวดที่ยังไม่ได้อธิบายหรือไม่ หรือใช้เครื่องมือในการประเมิน ได้แก่ 1) Numerical Rating Scale (NRS) โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ให้คะแนนความปวด จากคะแนน 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย ถึง คะแนน 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด 2) Visual Analogue Scale (VAS) โดยให้ผู้ป่วยชี้จุด ซึ่งอยู่บนเส้นตรงที่มีความยาว 10 ซม. โดยจุด 0 ซม. ไม่ปวดเลย และปวดเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงจุด 10 ซม. หมายถึง ปวดมากที่สุด 3) แบบประเมินการขยับ: โดยให้ผู้ป่วยขยับร่างกายบริเวณที่ได้รับการผ่าตัด แล้วประเมินว่าขยับแล้วไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดมาก หรือไม่ขยับก็ปวด (ศรัญญา จุฬาริ, 2560ก) 4) การประเมินแบบ Behavioral Scales โดยสังเกตจากพฤติกรรมของผู้ป่วย ใช้ในผู้ป่วยที่ระดับความรู้สึกตัวน้อย สังเกตจากความดันโลหิต การร้องไห้ การเคลื่อนไหว การร้องกวน ทานอนและบ่นเรื่องปวด เป็นต้น การประเมินความปวดหลังผ่าตัด เป็นการช่วยให้พยาบาลได้ทราบข้อมูลที่แท้จริงเกี่ยวกับระดับ ลักษณะ ความถี่ของความปวดของผู้ป่วย และสามารถช่วยเหลือบรรเทาความปวดให้ผู้ป่วยได้ทันการ ซึ่งจะช่วยลดความไม่สุขสบาย ความทุกข์ทรมานที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยได้

1.2 การจัดการความปวดหลังผ่าตัด (Post-operative pain management) การจัดการมีหลายวิธีขึ้นกับชนิดการผ่าตัดและสภาพของผู้ป่วย แบ่งเป็น 1) การจัดการด้วยยาแก้ปวด (Pharmacological pain management) เนื่องจากการผ่าตัดช่องท้องถือเป็นการผ่าตัดใหญ่ ดังนั้นผู้ป่วยจึงมักเผชิญกับความปวดในระยะ 24 ชั่วโมงแรก การจัดการความปวดด้วยยาเป็นกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมความปวด (นภสร จันเพ็ชร, 2562) และ 2) การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา (Non-Pharmacological pain management) ได้แก่ การฝึกการหายใจลึก (Deep breathing) ซึ่งเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ลดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด เช่น ถ้าเกิดจากแผลไม่สะอาดควรดูแลทำแผลให้สะอาดปราศจากเชื้อ หรือจากความวิตกกังวล การคิดวนเวียนเกี่ยวกับบาดแผล โดยให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation technique) หรือใช้การเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) ด้วยวิธีการต่าง ๆ อาทิเช่น การฝึกหายใจ

(เยวาลักษณ์ หอมวิเศษวงศา และจิราภรณ์ ชวนรัมย์, 2562) คนตรีบำบัด (เพ็ญประภา อิ่มเอิบ, วรวิรรณ คงชุม, และกรณิศ หลิ่มสืบ, 2014) การอ่านหนังสือที่ชอบ การนั่งสมาธิ การใช้เทคนิคการอยู่กับปัจจุบัน (Here and now) รับรู้ถึงสภาวะของตนเองในปัจจุบัน (ศรัญญา จูพารี, 2560ก) ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการใช้วิธีจัดการความปวดแบบผสมผสาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด ควรทำทันทีเมื่อผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด

2. การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางปอดหลังผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อนที่ปอดในผู้ป่วยผ่าตัดเปิดช่องท้องที่พบได้ อาทิเช่น ปอดบวม (Pneumonia) ปอดแฟบ (Atelectasis) การหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute respiratory failure) มีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ สภาวะสุขภาพ ภาวะโภชนาการ สภาวะของสารน้ำในร่างกาย การผ่าตัด และการดมยาสลบ การพยาบาลเพื่อจัดการปัญหาภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว สามารถปฏิบัติได้ดังนี้

2.1 การประเมินสภาพปอดก่อนผ่าตัด (Pre-operative pulmonary assessment) โดยการซักประวัติ อาการไอ หายใจลำบากที่เกิดขึ้นก่อนผ่าตัด ตรวจบันทึกสัญญาณชีพ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation [spO₂]) และประเมินสมรรถภาพปอดด้วยการตรวจด้วยเครื่องตรวจสมรรถภาพปอด (Spirometry) หากค่า 1) Forced Vital Capacity (FVC) คือ ปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างรวดเร็วแรงจนหมด หลังจากหายใจเข้าอย่างเต็มที่ ค่า FVC แสดงถึงปริมาตรอากาศที่อยู่ในปอดเกือบทั้งหมด ค่านี้จะลดต่ำลงเมื่อเนื้อเยื่อปอดมีการเปลี่ยนแปลงเกิดเป็นพังผืดหรือปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ และ 2) Forced Expiratory Volume in one second (FEV 1) คือ ปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างรวดเร็วแรงในวินาทีที่ 1 ซึ่ง FEV 1 นี้ เป็นข้อมูลที่ใช้บ่อยที่สุดในการตรวจสมรรถภาพปอด หากผู้ป่วยมีอาการไอ หายใจลำบาก หรือมีค่า FEV1 และ FVC ต่ำ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางปอดหลังผ่าตัดได้ (Ufoaroh et al., 2019)

2.2 สอนการหายใจลึก (Deep breathing) และการไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective coughing) การหายใจลึก เป็นการหายใจลึกและยาว โดยจัดให้ผู้ป่วยนอนหงายราบชันเข่า หรืออยู่ในท่านั่ง หรือนอนศีรษะสูง วางมือบนหน้าท้อง แล้วให้หายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ (นับ 1 และ 2) แล้วหายใจออกทางปาก ห่อปากเล็กน้อย (นับ 1-2-3 และ 4) ให้ระยะเวลาการหายใจออกนานเป็น 2 เท่าของการหายใจเข้า เพื่อเพิ่มปริมาตรของอากาศที่เข้า-ออกในปอด ส่วนการไออย่างมีประสิทธิภาพนั้น ให้ผู้ป่วยนั่งหรือนอนศีรษะสูงในท่าผ่อนคลาย ฝึกหายใจลึก 3-5 ครั้ง แล้วสูดหายใจเข้าเต็มที่จากนั้นกลืนไว้แล้วหายใจออกพร้อมกับไอออกมา (ศรัญญา จูพารี, 2560ก)

2.3 การบริหารปอดด้วยเครื่องบริหารปอด (Incentive spirometer) ในปัจจุบันนิยมใช้เครื่องบริหารปอด (Triflow) ซึ่งอุปกรณ์จะมีช่องปริมาตรอากาศ 3 ช่อง ช่องแรกระบุ 600 มิลลิลิตร/วินาที ช่องที่ 2 ระบุ 900 มิลลิลิตร/วินาที และช่องที่ 3 ระบุ 1,200 มิลลิลิตร/วินาที การบริหารปอดวิธีนี้ จัดให้ผู้ป่วยนั่งหรือนอนศีรษะสูง อมปากคาบไว้ในปากให้แน่นสนิท หายใจเข้าช้า ๆ และลึก หายใจค้างไว้นานเท่าที่จะทำได้ อย่างน้อย 5 วินาที แล้วจึงปล่อยลมหายใจออก พักประมาณ 2-3 วินาที แล้วเริ่มต้นใหม่ ควรฝึกการบริหารหายใจวิธีนี้ประมาณ 5-10 ครั้ง/ชั่วโมง และพยายามดูอย่างน้อย 100 ครั้ง/วัน (ขนิษฐา รัตนกัลยา, 2561)

2.4 การเคลื่อนไหวร่างกายบนเตียงหรือลุกเดินได้โดยเร็ว (Early ambulation) สามารถลดภาวะแทรกซ้อนทางปอด และช่วยกระตุ้นให้ลำไส้ได้มีการเคลื่อนไหว Early ambulation ควรเริ่มทำตั้งแต่วันผ่าตัดวันแรก ผู้ป่วยที่ลุกออกจากเตียง เพียงไม่เกิน 10 เมตร มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของปอด (PPC) ถึง 3 เท่า (Haines, Skinner, & Berney, 2013) การไม่เคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัด มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาของการนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้น (Stethen et al., 2018) สรุปได้ว่าการพยาบาลเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่ปอดหลังผ่าตัด ควรฝึกทำตั้งแต่วะยะก่อนผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยคุ้นชินและสามารถปฏิบัติได้ทันทีเมื่อเริ่มรู้สึกตัวภายหลังผ่าตัด เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตของผู้ป่วยได้

3. การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะลำไส้หยุดทำงานที่หลังผ่าตัด

เป็นที่ทราบกันว่ายาดมสลบมีฤทธิ์ในการกดการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบของลำไส้ ทำให้ลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวไประยะเวลาหนึ่งหลังผ่าตัด พยาบาลสามารถลดภาวะแทรกซ้อนจากลำไส้หยุดทำงานหลังผ่าตัดได้ดังนี้

3.1 การประเมินภาวะลำไส้หยุดทำงานหลังผ่าตัด (Post-operative ileus assessment) ทำได้โดยการซักถามข้อมูลจากผู้ป่วยถึงความรู้สึกไม่สบายแน่นอึดอัดท้อง อาการหายใจไม่สะดวก อาการเรอ (Belching) และการผายลม (Flatus) นอกจากนี้ยังทำได้โดยการตรวจการเคลื่อนไหวของลำไส้ ซึ่งปกติมีการเคลื่อนไหว 5-34 ครั้ง/นาที หากลำไส้ยังทำงานได้ไม่เต็มที่หรือไม่ทำงาน อาจได้ยินเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงหรืออาจไม่ได้ยินเสียงเลย การประเมินวิธีสุดท้ายคือ การวัดขนาดความยาวรอบท้องระดับสะดือในขณะที่หายใจออกเต็มที่แล้วกลืนไว้ (อรอนงค์ ทัพสุวรรณ์, 2559)

3.2 การส่งเสริมให้ลุกเร็วหลังผ่าตัด (Early ambulation) พยาบาลควรกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้มีการเคลื่อนไหวและลุกนั่งหรือเดินภายใน 24 ชั่วโมงแรก เพื่อลดอาการท้องอืดหลังผ่าตัด (สิริอร ข้อยุ่น, วิศรดา ภูทวี, และอาภา ศรีสร้อย, 2562) โดยให้ผู้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติตั้งแต่วะยะก่อนผ่าตัด การใส่สายยางทางจมูกหลังผ่าตัด (Nasogastric tube placement) ซึ่งทำเพื่อระบายลมและสารคัดหลั่งจากระบบทางเดินอาหาร มีส่วนเกี่ยวข้องกับการฟื้นตัวของลำไส้หลังผ่าตัด (ศิริพรรณ ภมรพล, 2556) ช่วยเร่งให้การทำงานของลำไส้กลับมาเป็นปกติเร็วขึ้น ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางปอด ลดความเสี่ยงของการเกิดการรั่วซึมของรอยต่อลำไส้ (Leakage) ลดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด ลดอาการแน่นอึดอัดท้อง ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีความสุขสบายขึ้น และลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล แต่จากการศึกษาของ Wei et al. (2014) พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการใส่สายยางทางจมูกหลังผ่าตัดมีภาวะการทำงานของลำไส้กลับมาเป็นปกติได้เร็วกว่า ส่วนระยะเวลาการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล การทำงานของลำไส้ภาวะการรั่วซึมจากรอยต่อต่อลำไส้ อัตราการใส่สายยางทางจมูกซ้ำ ภาวะแทรกซ้อนของปอด อัตราป่วยและอัตราการตายไม่แตกต่างกัน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการใส่สายยางทางจมูกและกลุ่มที่ไม่ได้ใส่ อย่างไรก็ตามบทบาทของพยาบาลในข้อนี้คือ กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการใส่สายยางทางจมูก พยาบาลควรดูแลให้ NG-tube ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และติดตามการกลับมาทำหน้าที่ของลำไส้อย่างต่อเนื่อง

3.3 การให้เคี้ยวหมากฝรั่ง (Chewing gum) การเคี้ยวหมากฝรั่งเป็นกิจกรรมการพยาบาล

ที่ง่ายและสะดวก ใช้หลักการให้อาหารแบบหลอก (Sham feeding) โดยการเคี้ยวหมากฝรั่งชนิดที่ไม่มีน้ำตาล (Sugar free) การเคี้ยว การรับรส และการรับกลิ่นของหมากฝรั่ง จะกระตุ้นประสาท Vagus ที่ระบบทางเดินอาหาร ทำให้กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็กและตับอ่อนหลั่งสารสื่อประสาทและฮอร์โมน ได้แก่ แกสตริน (Gastrin), แพนครีเอติก พอลิเปปไทด์ (Pancreatic polypeptide) และนิวโรเทนซิน (Neurotensin) ซึ่งมีฤทธิ์ช่วยกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ การเคี้ยวหมากฝรั่ง จึงมีส่วนช่วยให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยสามารถผายลม ช่วยลดอาการท้องอืดและขับถ่ายอุจจาระได้เร็วขึ้นหลังผ่าตัด (Boarin, Villa, Monte, Abbadessa, & Manara, 2017)

กล่าวโดยสรุปสำหรับบทบาทของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะลำไส้หยุดทำหน้าที่หลังผ่าตัด คือ ต้องหมั่นประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้ ซึ่งทำได้ทั้งการฟังเสียงลำไส้เคลื่อนไหว การซักถามอาการผายลมและเรอ นอกจากนี้ควรดูแลให้ NG-tube ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัด

4. การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด

แน่นอนที่สุดว่าเมื่อผิวหนังถูกเปิด อวัยวะภายในถูกตัด ต่อ มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ ย่อมเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อให้แก่ผู้ป่วย พยาบาลควรมีบทบาทในการป้องกันการติดเชื้อดังนี้

4.1 การป้องกันการติดเชื้อในระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative prevention of surgical site infection) พยาบาลต้องเน้นให้ผู้ป่วยทำความสะอาดร่างกายก่อนผ่าตัดด้วยสบู่ทั่วไปหรือสบู่ฆ่าเชื้อที่มี Chlorhexidine gluconate (CHG) อย่างน้อย 1 คืนก่อนผ่าตัด การกำจัดขนมีความจำเป็นในรายที่มีข้อบ่งชี้เท่านั้น ซึ่งหากต้องกำจัดขนควรใช้ปัตตาเลี่ยน (Clipper) ไม่ควรใช้วิธีโกนขนเนื่องจากทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ผิวหนังได้ ทำให้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดเพิ่มขึ้น (Tanner, Norrie, & Melen, 2011) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (Antibiotic prophylaxis) ก่อนลงมีดภายใน 1 ชั่วโมง ยกเว้น ยา Vancomycin และ Fluoroquinolone ควรให้ภายใน 2 ชั่วโมงก่อนลงมีด กรณีผ่าตัดในระบบทางเดินอาหารบริเวณลำไส้ แนะนำให้รับประทานยาพร้อมกับเตรียมลำไส้ด้วย polyethylene glycol and sodium phosphate เพื่อลดปริมาณอุจจาระในลำไส้และปริมาณแบคทีเรียในระบบทางเดินอาหาร อีกทั้งควรส่งเสริมโภชนาการในผู้ป่วยที่น้ำหนักน้อยหรือเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ รวมทั้งผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการผ่าตัด สังเกต HbA1c และควบคุมให้ไม่เกิน 8% เพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อ นอกจากนี้ ทีมผ่าตัดควรทำความสะอาดมือด้วย Alcohol-based hand rub ซึ่งให้ผลดีกว่าการล้างด้วยสบู่ฆ่าเชื้อ โดยทำความสะอาดจากปลายนิ้วถึงโคนแขนก่อนสวมถุงมือปราศจากเชื้อเพื่อลดโอกาสปนเปื้อนที่ตำแหน่งผ่าตัด (Ling et al., 2019)

4.2 การป้องกันการติดเชื้อขณะผ่าตัด (Peri-operative prevention of surgical site infection) การควบคุมอุณหภูมิภายในให้อยู่ในภาวะปกติไม่ให้เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังผ่าตัดได้ (Hart et al., 2011) การฟอกผิวหนังบริเวณผ่าตัดด้วย Alcohol-based agent ยกเว้นมีข้อห้าม หลีกเลี่ยงการสวนล้างแผล (Wound irrigation) ก่อนเย็บปิดแผล เนื่องจากยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์

อย่างเพียงพอที่จะยืนยันว่าป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดได้ (Ling et al., 2019)

4.3 การดูแลบาดแผลหลังผ่าตัด (Post-operative wound care) โดยทั่วไปแล้วการดูแลบาดแผลหลังผ่าตัดช่องท้องช่วงที่ยังไม่ครบกำหนดตัดไหมหรือเป็นแผลที่มีท่อระบายจะเน้นไม่ให้แผลถูกน้ำเมื่อตัดไหมแล้วให้สังเกตความผิดปกติของบาดแผล และมาพบแพทย์ตามนัด แต่หากมีอาการผิดปกติต่อไปนี้ เช่น ปวดแผลมากขึ้น มีไข้ แผลผ่าตัดบวมแดงร้อน มีสิ่งคัดหลั่งสีผิดปกติหรือหนองซึมจากแผล ท้องอืดคลื่นไส้ อาเจียน ควรไปพบแพทย์เพื่อให้แพทย์ตรวจดูบาดแผลและรับการรักษาต่อไป อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีโรคร่วม เช่น เบาหวาน หัวใจ ชิด อาจทำให้แผลหายช้า เพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดได้ เพราะเนื้อเยื่อที่ได้รับการผ่าตัดขาดออกซิเจน (ขนุดพร รัตนมงคล และคณะ, 2559) ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดจึงครอบคลุมในเรื่องของการเตรียมความสะอาดของผิวหนัง ซึ่งสามารถทำได้ในทุกระยะของการผ่าตัด รวมถึงการให้ยาปฏิชีวนะ และการทำความสะอาดแผลผ่าตัดด้วย

บทสรุป

พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดช่องท้องตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด โดยการประเมินความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด เช่น ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด การเสียเลือดขณะผ่าตัด ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ อาการปวดแผลหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนทางปอดหลังผ่าตัด ภาวะลำไส้หยุดทำหน้าทีหลังผ่าตัด การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด เป็นต้น การสนับสนุนและให้ข้อมูลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งการให้การพยาบาลในขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด กระทำเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพได้อย่างรวดเร็ว ลดระยะเวลาในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- ขนิดฐา รัตนกลยา. (2561). การไ้ชการบริหารการหายใจโดยใช้เครื่องบริหารปอดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด. *วารสารพยาบาลทหารบก, 19*(ฉบับพิเศษ), 1-9.
- งานเวชระเบียนและสถิติ กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลราชวิถี. (2560). *รายงานสถิติประจำปีงบประมาณ 2560*. สืบค้นจาก <http://www.rajavithi.go.th/rj/wp-content/uploads/2019/02/stat 2560.pdf>
- จิตติมา เจียรพินิจนันท์, วิชัย อิทธิชัยกุลทล, และโรจนรินทร์ โกมลหิรัญ. (2014). อุบัติการณ์ของการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดทางสูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลรามาริบดี รามาริบดีเวชสาร, 37(2), 53-62.

- จิราภรณ์ ไสบริสุทธิ, ปาริฉะ บิลล่าเต๊ะ, และจิราภา ไชยบุญดิษฐ์. (2562). แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันและจัดการภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง. *วิสัญญีสาร*, 45(3), 104-110.
- จุฑารัตน์ สว่างชัย, และศรีสุดาจามจำ. (2560). ความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 11(ฉบับพิเศษ), 1-11.
- ชนุดพร รัตนมงคล, ศิริอร สิ้นธุ, ทิพา ต่อสกุลแก้ว, และเชิดศักดิ์ ไอรณรัตน์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งชนิดปฏุมภูมิของกระเพาะอาหาร ตับ ทางเดินน้ำดี ลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 31(3), 97-109.
- ชาโรณี ประจันทร่นวล, เทพกร สาธิตการมณี, สิริรัตน์ตรีพุทธรัตน์, สรรชัย ชีรพงษ์ศักดิ์, ดวงจิตานนท์เหล่าพล, และวิริยา ถิ่นชิลอง. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำขณะผ่าตัดในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการป้องกันตามมาตรฐาน: ศึกษาแบบ Case control. *วิสัญญีสาร*, 39(3), 183-191.
- ญาณันท์ รัตนธีรวิเชียร, อุษาวดี อัครวิเศษ, นฤมล ทองคำ, และกรรณิกา กัลป์ยาปคุปต์. (2556). อุบัติการณ์และปัจจัยทำนายการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 31(4), 34-44.
- นงนุช หอมเนียม. (2557). บทบาทพยาบาลในการใช้หลักโภชนาการที่ส่งเสริมการหายของแผล. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 6(2), 234-249.
- นภสร จันเพ็ชร. (2562). ศึกษาการจัดการความปวดและความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*, 13(1), 13-22.
- ประภาพร จินันทุยา, และบุญชู ศิริจินดากุล. (2555). ปัจจัยทำนายภาวะแทรกซ้อนระยะหลังผ่าตัดของผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหาร. *พยาบาลสาร*, 39(ฉบับพิเศษ), 74-85.
- ประเทือง เหลี่ยมพงสาพุทธิ, และอุไรวรรณ คมไพบูลย์กิจ. (2560). การผ่าตัดผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกในโรงพยาบาลลำปาง เปรียบเทียบระหว่างการผ่าตัดผ่านกล้องและการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง. *ลำปางเวชสาร*, 38(1), 10-18.
- เพิ่มเพ็ญ น้อยคุ่น, ธีรนุช ห้านิวัติชัย, ฉัตรชัย มิ่งมัลย์รักษ์, และศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายระยะ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดช่องท้อง. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 23(3), 269-283.
- เพ็ญประภา อิ่มเอิบ, วรวิมล คงชุ่ม, และกรณิศ หล่มสืบ. (2014). ผลของดนตรีบรรเลงต่อระดับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 23(3), 53-62.
- เยาวลักษณ์ หอมวิเศษวงศา, และจิราภรณ์ ชวนรัมย์. (2562). เปรียบเทียบความปวดหลังผ่าตัดระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับและไม่ได้รับการฝึกเทคนิคผ่อนคลายที่ใช้การฝึกหายใจในผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 34(2), 167-179.

- ศรัญญา จุฬาริ. (2560ก). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด. นครราชสีมา: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- ศรัญญา จุฬาริ. (2560ข). อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การจัดการและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วยในห้องพักฟื้น. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(4), 194-203.
- ศิริพรรณ ภูมิพล. (2556). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ยของลำไส้ภายหลังผ่าตัด. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 6(1), 1-11.
- ศิวพร ถือชาติ, อุษาวิทย์ อัครวิเศษ, วันเพ็ญ ภิญญากาศกุล, และอัฐพร ตระกาลสง่า. (2562). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 37(2), 78-91.
- สรวิชัย สีสาน. (2560). ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อการฟื้นตัวในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. *วารสาร มฉก. วิชาการ*, 20(40), 101-113.
- สรวิชัย สีสาน, เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์, ทิพา ต่อสกุลแก้ว, และรัชชชัย อัครวิพุธ. (2557). ปัจจัยทำนายฟื้นตัวในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(2), 21-35.
- สิริอร ข่อยน, วิศรา ภู่วี, และอาภา ศรีสร้อย. (2562). ผลของการใช้โปรแกรมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดร่วมกับเครื่องพองเดินหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 34(4), 386-392.
- อรอนงค์ ทัพสุวรรณ์. (2559). บทบาทของพยาบาลในการจัดการกับภาวะท้องอืดในผู้ป่วยศัลยกรรมที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง. *เวชบันทึกศิริราช*, 9(3), 189-193.
- Azoury, S., Farrow, N., Hu, Q., Soares, K., Hicks, C., Azar, F., ... Eckhause, F. (2015). Postoperative abdominal wound infection epidemiology, risk factors, identification, and management. *Chronic Wound Care Management and Research*, 2, 137-148.
- Baucom, R. B., Phillips, S. E., Ehrenfeld, J. M., Muldoon, R. L., Poulose, B. K., Herline, A. J., ... Geiger, T.M. (2015). Association of perioperative hypothermia during colectomy with surgical site infection. *JAMA: Journal of the American Medical Association Surgery*, 150, 570-5.
- Boarin, M., Villa, G., Monte, V. D., Abbadessa, F., & Manara, D. F. (2017). The use of chewing gum for postoperative ileus prevention in patients undergoing radical cystectomy. *International Journal of Urological Nursing*, 11(3), 129-135.
- Forsyth, M. G., Clarkson, D. J., & O'Boyle, C. P. (2018). A systematic review of the risk of postoperative bleeding with perioperative non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) in plastic surgery. *European Journal of Plastic Surgery*, 41, 505-510.
- Ganter, M. T., Blumenthal, S., Dubendorfer, S., Brunnschweiler, S., Hofer, T., Klaghofer, R., ... Hofer, C. K. (2014). The length of stay in the post-anesthesia care unit correlates with pain intensity, nausea and vomiting on arrival. *Perioperative Medicine Journal (London, England)*, 3(10). doi:10.1186/s13741-014-0010-8

- Haines, K. J. Skinner, E. H. & Berney, S. (2013). Association of postoperative pulmonary complications with delayed mobilisation following major abdominal surgery: an observational cohort study. *Physiotherapy*, 99(2), 119-125.
- Hart, S. R., Bordes, B., Hart, J., Corsino, D., & Hormon, D. (2011). Unintended perioperative hypothermia. *The Ochsner Journal*, 11(3), 259-270.
- Hu, E. H., Eisenstein, S., Parry, L., & Ramamoorthy, S. (2019). Preoperative malnutrition with mild hypoalbuminemia associated with postoperative mortality and morbidity of colorectal cancer: a propensity score matching study, *Nutrition Journal*, 18(33). doi:<https://doi.org/10.1186/s12937-019-0458-y>
- Huang, C., Shen, J. C., Zhang, J., Jiang, T., Wu, W. D., Cao, J., ... Qiu, Z. J. (2015). Clinical comparison of laparoscopy vs open surgery in a radical operation for rectal cancer: a retrospective case-control study. *World Journal of Gastroenterology*, 21(48), doi:10.3748/wjg.v21.i48.13532
- Irita, K. (2011). Risk and crisis management in intraoperative hemorrhage: Human factors in hemorrhagic critical events. *Korean Journal of Anesthesiology*, 60(3), 151-160.
- Jakobson, T., Jarjagin, J., Vipp, L., Padar, M., Parik, A-H., Starkopf, L., ... Starkopf, J. (2014). Postoperative complications and mortality after major gastrointestinal surgery. *Medicina*, 50, 111-117, doi:<https://doi.org/10.1016/j.medici.2014.06.002>
- Liang, Y. X., Guo, H. H., Deng, J. Y., Wang, B. G., Ding, X. W., Wang, X. N., ... Liang, H. (2013). Impact of intraoperative blood loss on survival after curative resection for gastric cancer. *World Journal of Gastroenterology*, 19(33), 5542-5550.
- Ling, M. L., Apisarnthanarak, A., Abbas, A., Morikane, K., Lee, K. Y., Warriar, A. & Yamada, K. (2019) Asia pacific society of infection control [APSIC] guideline for the prevention of surgical site infections. *BioMed Central*, 8(174). doi: <https://doi.org/10.1186/s13756-019-0638-8>
- Liu, M. Y., Tang, H. C., Hu, S. H., Hui-Lan Yang, H. L., & Chang, S. J. (2015). Influence of preoperative peripheral parenteral nutrition with micronutrients after colorectal cancer patients. *BioMed Research International*, 2015:1-6. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/535431>
- Sessler, D. I. (2010). Temperature regulation and monitoring. In R. D. Miller (Ed.), *Miller's Anesthesia* 7th eds. (pp. 1533-1556). New York: Churchill-Livingstone Elsevier.
- Stethen, T. W., Ghazi, Y. A., Heidel, R. E., Daley, B. J., Barnes, L., Patterson, D., & McLoughlin, J. M. (2018). Walking to recovery: the effects of missed ambulation events on postsurgical recovery after bowel resection. *Journal of Gastrointestinal Oncology*. 9(5), 953-961.
- Tanner, J., Norrie, P., & Melen, K. (2011). Preoperative hair removal to reduce surgical site infection. *National Library of Medicine*, 9(11). doi: 10.1002/14651858.CD004122.pub4

- Trang, N. T. T., Thosingha, O., & Chanruangvanich, W. (2017). Factors associated with recovery among patients after abdominal surgery. *Journal of Nursing Science*, 35(suppl 1), 4-12.
- Tu, C-P., Tsai, C-H., Tsai, C-C., Huang, T-S., Cheng, S-P. & Lui, T-P. (2014). Postoperative ileus in elderly, *International Journal of Gerontology*, 8(1), doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijge.2013.08.002>
- Ufoaroh, C. U., Ele, P. U., Anyabolu, A. E., Enemu, E. H., Emegoakor, C. D., Okoli, C. C., ... Anyabolu, E. N. (2019). Pre-operative pulmonary assessment and risk factors for post-operative pulmonary complications in elective abdominal surgery in Nigeria. *African Health Science*, 19(1), 1745-1756.
- Wei, Z. W., Li, J. L., Li, Z. S., Hao, Y. T., He, Y.-L., Chen, & W., Zhang, C. H. (2014). Systematic review of nasogastric or nasojejunal decompression after gastrectomy for gastric cancer. *European Journal of Surgical Oncology*, 40(12), 1763-1770.