# บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นตัวการทำงานของลำไส้หลังการผ่าตัดช่องท้อง

# The Nurse' s Role in Promoting Bowel Function Recovery after Abdominal Surgery

**นภาพร วงศ์วิวัฒนนุกิจ*** **Naphaphorn Wongwiwatthananukit***


## บทคัดย่อ

การผ่าตัดช่องท้อง เป็นการผ่าตัดชนิดหนึ่งที่มีจุดประสงค์เพื่อที่จะวินิจฉัย หรือรักษาอวัยวะที่ผิดปกติต่าง ๆ ในช่องท้องและอุ้งเชิงกราน ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่พบได้บ่อย คือ ภาวะลำไส้หยุดเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด จึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องให้มีการฟื้นตัวของลำไส้โดยเร็วที่สุด ทั้งนี้พยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะลำไส้หยุดเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด ระยะการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ กลไกการควบคุมการทำหน้าที่ของลำไส้ ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นตัวของลำไส้ ลักษณะทางคลินิก อาการ อาการแสดง และการป้องกัน โดยประยุกต์ใช้เทคนิควิธีการต่าง ๆ สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยส่งเสริมการฟื้นตัวของการทำงานของลำไส้หลังผ่าตัดช่องท้องได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป


**คำสำคัญ:** การผ่าตัดช่องท้อง, การฟื้นตัวของการทำงานลำไส้, ภาวะลำไส้หยุดเคลื่อนไหว


## Abstract

Abdominal surgery is one type of surgical procedure aimed to diagnose or treat abnormal organs in the abdomen or pelvis. Currently, the most common negative outcome of this surgery is postoperative bowel ileus. This condition necessitates a key role and responsibility for nurses for postoperative nursing care. Many methods of nursing care are agreed upon with the goal of speedy recovery of the patient post operation. In this way, nurses should know and understand about postoperative bowel ileus, the recovery stages of the gut, its pathophysiological mechanism, as well as other healing factors, clinical, signs, symptoms and prevention. This ongoing education should be applied using multimodalities of best practices, to efficiently promote bowel function recovery after abdominal surgery.


**Keyword:** Abdominal surgery, Bowel function recovery, Bowel ileus


* *อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ*

* *Instructor of McCormick Faculty of Nursing, Payap University, naphaphorn@gmail.com*

**บทนำ**

การผ่าตัดช่องท้อง (abdominal surgery) เป็นการผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะต่าง ๆ ภายในช่องท้อง (intra-abdominal organs) รวมถึง อวัยวะภายในอุ้งเชิงกราน (extra-abdominal structures) เช่น ต่อมลูกหมาก กระเพาะปัสสาวะ เป็นต้น เพื่อจุดมุ่งหมายในการวินิจฉัย รักษาโรค และภาวะต่าง ๆ ด้วยเทคนิคและวิธีการที่เหมาะสม (Cao, Duangpaeng, & Hengudomsub, 2013; McGrath, Pomerantz, Beauchamp, Evers, & Mattox, 2012) การผ่าตัดช่องท้องมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ได้แก่ ภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด (postoperative bowel ileus or postoperative ileus) (Vather, Grady, Bissett, & Dinning, 2013; Story & Chamberation, 2009) ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย อาจต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น (Goldstein et al., 2007) หรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ จนอาจเสียชีวิตได้ (Story & Chamberation, 2009)

**ภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด**

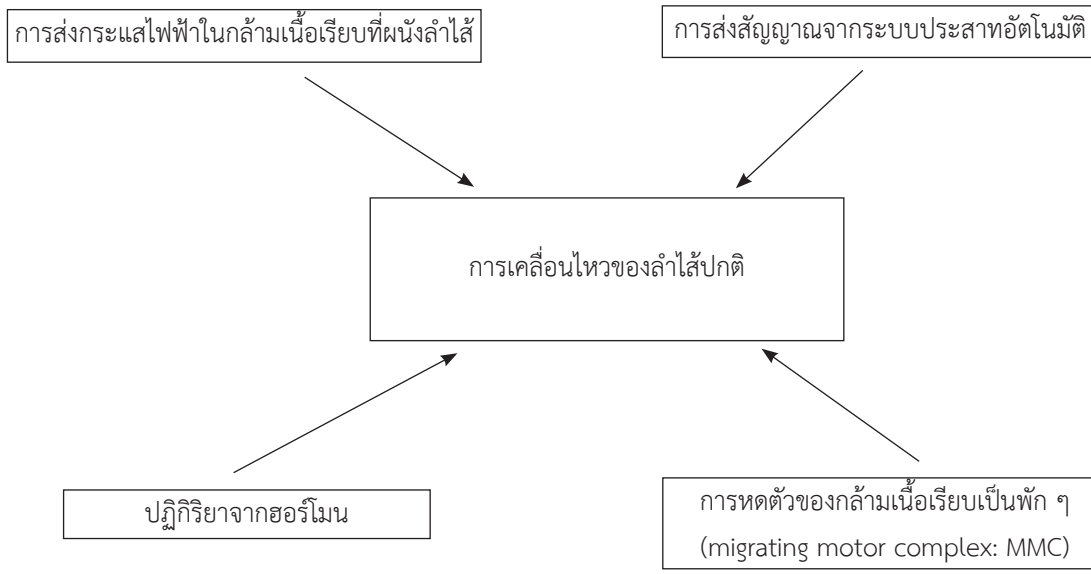
ภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด (postoperative bowel ileus) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยหลังการผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งมีสาเหตุหลายประการ ได้แก่ การผ่าตัดเปิดช่องท้องที่มีการสัมผัสลำไส้ในขณะทำการผ่าตัดส่งผลต่อการเคลื่อนไหวของลำไส้ในระยะหลังผ่าตัดได้ (Vuttanon, 2011) มีความผิดปกติของกล้ามเนื้อและเส้นประสาท เช่น โรคพาร์กินสัน ทำให้การกลับมาเคลื่อนไหวของลำไส้แบบบีบรูด (peristalsis) ช้า อีกทั้งการได้รับยาระงับปวดกลุ่ม opioids ได้แก่ morphine หรือ pethidine ซึ่งมีฤทธิ์ระงับความเจ็บปวด แต่มีผลข้างเคียงในการลดการบีบรัดตัวของลำไส้ จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดโดยไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ (Sethi, 2018) ซึ่งภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดนี้ส่งผลทำให้ไม่มีการบีบตัวของลำไส้ เกิดการสะสมของของเหลวและแก๊สทำให้เพิ่มความดันในช่องท้อง ท้องจึงมีขนาดโตขึ้น ผู้ป่วยจะรู้สึกแน่นอึดอัดไม่สุขสบาย ไม่เรอ ไม่ผายลม ไม่ขับถ่ายอุจจาระ ปวดท้อง คลื่นไส้ และอาเจียน ตรวจไม่พบเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ หรือมีการเคลื่อนไหวอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (Thapsuwan, 2016) หากเวลาที่ลำไส้กลับมาเคลื่อนไหวได้อีกครั้งนานกว่าปกติ (prolong postoperative ileus หรือ paralytic ileus) จะส่งผลให้เกิดภาวะลำไส้เน่าตาย เกิดการติดเชื้อขึ้นได้ (Sethi, 2018) จากการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์ภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดช่องท้องพบได้บ่อยที่สุดอยู่ระหว่างอัตรา 10-20% (Chapman, Thorpe, Vallance, Harji, Lee, & Fearnhead, 2019) ขึ้นกับนิยามการแบ่งการหยุดการเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัด ลักษณะทางคลินิก และการกำหนดรหัสโรค ICD บางรายงานมีอัตราที่ 15% ( Wolthuis et al., 2016). โดยมีรายงานของ Goldstein et al. (2007) พบว่าภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดส่งผลให้ผู้ป่วยต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น มีค่าเฉลี่ยวันนอนโรงพยาบาล (LOS) มากกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะนี้ อย่างน้อย 5 วัน ค่าใช้จ่ายต่อครั้งในการรักษาตัวในโรงพยาบาลสูงประมาณ 2 เท่าของการผ่าตัดที่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน (Iyer, Saunders, & Stemkowski, 2009) และค่าใช้จ่ายโดยรวมทั้งหมดสูงมากถึง 1,500 ล้านเหรียญสหรัฐต่อปี ผู้ป่วยบางรายอาจมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ หลังการผ่าตัดร่วมด้วยดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น หรืออาจมีภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวภายใน 30 วันหลังผ่าตัด (delayed postoperative ileus) หรือ ออกจากโรงพยาบาล และกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีกครั้ง (readmission) และมีความเสี่ยงต่ออัตราการเจ็บป่วย และอัตราตายที่สูงในที่สุด (Asgeirsson et al., 2010)

ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นตัวของลำไส้จากการหยุดเคลื่อนไหวชั่วคราวให้กลับทำหน้าที่โดยเร็วภายหลังการผ่าตัดช่องท้อง เพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ ระยะการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ กลไกการควบคุมการทำหน้าที่ของลำไส้ ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นตัวของลำไส้ ลักษณะทางคลินิก

อาการ อาการแสดง และการป้องกัน (Bragg, Lobo, El-Sharkawy, Psaltis, & Maxwell-Armstrong, 2015) ดังจะได้กล่าวต่อไป

**การฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ (Bowel function recovery)**

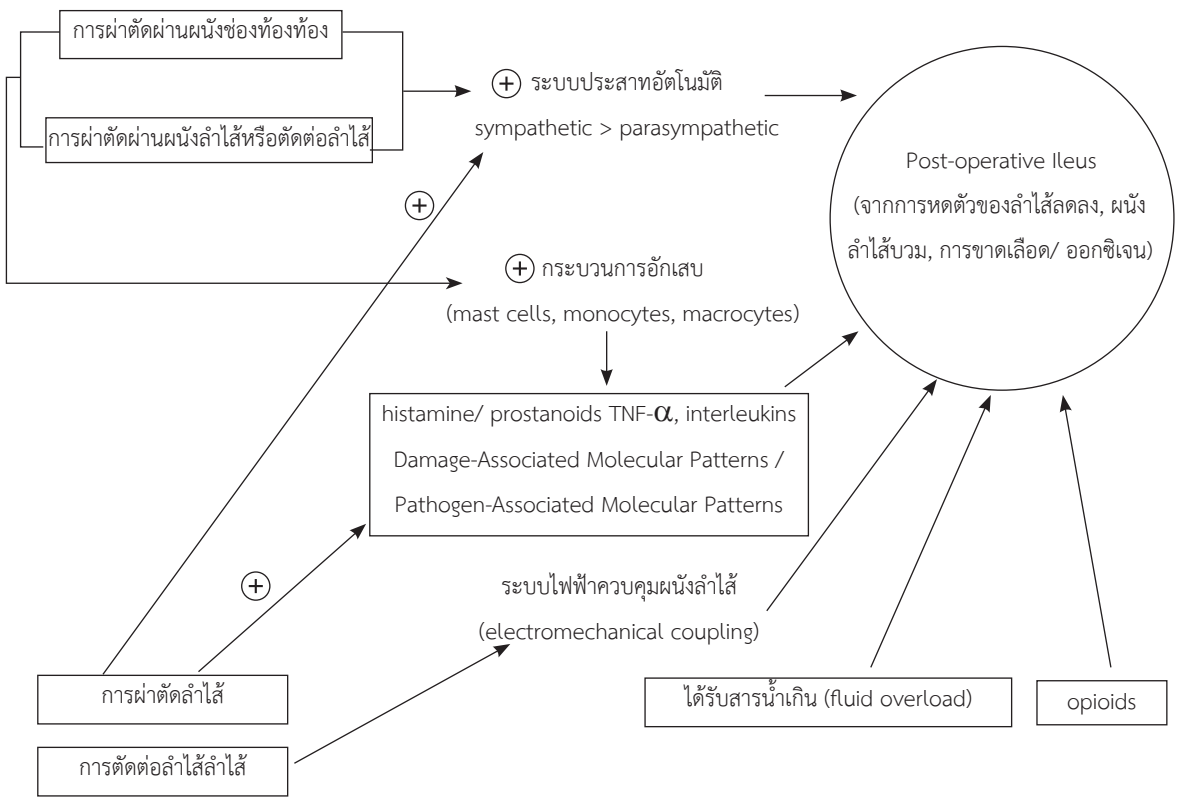
กลไกการเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติเกิดจากการทำงานร่วมกันระหว่างการเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหาร การดูดซึมสารอาหารผ่านเยื่อบุทางเดินอาหาร และ reflex การขับถ่าย โดยการเคลื่อนไหวของลำไส้ขึ้นอยู่กับการส่งกระแสไฟฟ้าในกล้ามเนื้อเรียบที่ผนังลำไส้ การส่งสัญญาณจากระบบประสาทอัตโนมัติ ปฏิกิริยาจากฮอร์โมนและการหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบเป็นพัก ๆ (migrating motor complex: MMC) ทำงานร่วมกัน ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวของลำไส้ (Augestad & Delaney, 2010) ดังแผนภูมิที่ 1




**แผนภูมิที่ 1 กลไกการเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ** ที่มา : Augestad & Delaney. (2010)

โดย ทั่วไปในผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ลำไส้เล็กจะมีการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ก่อนภายใน 6-24 ชั่วโมง ตามด้วยการฟื้นตัวของกระเพาะอาหารใน 24-48 ชั่วโมง และลำไส้ใหญ่ภายใน 48-72 ชั่วโมง หรือ 3 วันหลังผ่าตัด (Cagir, 2018) ปัจจัยใดๆ ก็ตามที่ส่งผลกระทบทางลบต่อการฟื้นตัวของลำไส้ใหญ่ ย่อมทำให้เกิดภาวะลำไส้หยุดทำงานหลังผ่าตัดที่ยาวนานออกไป อาการและอาการแสดงที่สำคัญ ได้แก่ ท้องอืด ไม่ผายลม ไม่ขับถ่ายอุจจาระ ไม่มีเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งอาการอาเจียนที่เกิดขึ้น อาจทำให้มีการสำลักของเหลวจากกระเพาะอาหารกลับสู่หลอดอาหารได้ง่าย นอกจากนี้อาจเกิดผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดจากแผลผ่าตัด ทั้งอาการปวดแผล แผลติดช้า การเคลื่อนไหวได้น้อย ภาวะเสี่ยงจากปอดมีลิ่มเลือดอุดตัน ปอดติดเชื้อ ปอดแฟบ เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น สูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น และความพึงพอใจในการรักษาพยาบาลลดลง (Story & Chamberation, 2009; Phamornpon, 2013) กลุ่มเสี่ยงและปัจจัยต่อการเกิดภาวะนี้ ได้แก่ 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัด ทั้งนี้อายุที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้สัดส่วนน้ำในร่างกายลดลง ระดับอัลบูมินในเลือดลดลง มีสัดส่วนเนื้อเยื่อเกี่ยวพันในผนังลำไส้มากขึ้น กล้ามเนื้อในผนังลำไส้ใหญ่ฝ่อลง ทำให้การทนต่อยากลุ่ม Opioids ลดลง รวมทั้งการตอบสนองจากการลดการกระตุ้นของประสาทพาราซิมพาเธติก และ endocrine และ neurohormonal pathway ลดลง ส่งผลให้ลำไส้

มีการบีบตัวลดลง และฟื้นตัวได้ช้ากว่าวัยอื่น ๆ จากการศึกษาของ Bragg et al. (2015) พบว่า เพศชาย เพิ่มความเสี่ยงต่อการตอบสนองการอักเสบมากขึ้น ทำให้ลำไส้หยุดทำงานนานขึ้น 2) กลุ่มที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคไตเรื้อรัง (CKD) โรคหลอดเลือดส่วนปลาย (peripheral vascular disease) โรคหลอดเลือดหัวใจ (CAD) โรคอ้วน (obesity) หรือดัชนีมวลกายมากเกินเกณฑ์ มีไขมันเกาะยึดลำไส้มาก มีผลต่อฮอร์โมนที่ควบคุม ทำให้มีการบีบตัวของลำไส้ลดลง การได้รับการผ่าตัดช่องท้องมาก่อน เพิ่มความเสี่ยงต่อลำไส้หยุดทำงานมากขึ้น จากจำนวนพังผืดและการทำหัตถการต่อลำไส้เพิ่มขึ้น (gut handling) 3) ระยะเวลาการผ่าตัด ปริมาณการสูญเสียเลือดในระหว่างการผ่าตัด ยาระงับปวด และยาระงับความรู้สึก ยิ่งระยะเวลาการผ่าตัดที่นาน ทำให้มีการบาดเจ็บและปฏิกิริยาตอบสนองต่อการอักเสบ และระบบฮอร์โมน ทำให้ลำไส้หยุดการทำหน้าที่เคลื่อนไหวเป็นเวลานานขึ้น รวมทั้งการตอบสนองต่อระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเธติก ทำให้ลดการเคลื่อนไหวของลำไส้ ยาระงับปวด และความรู้สึก มีผลต่อการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเธติก และยับยั้งการหลั่งสารสื่อประสาท acethycholine ทำให้ลำไส้ทำงานลดลงตามปริมาณที่ได้รับ 4) ระดับเกลือแร่ต่าง ๆ ได้แก่ โพแตสเซียม โซเดียม แคลเซียม และแมกนีเซียม พบว่า ระดับโพแตสเซียมที่ต่ำทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวลดลง ถ้าได้รับโพแตสเซียมเพิ่มขึ้น ภาวะลำไส้หยุดทำงานจะดีขึ้น เช่นเดียวกับภาวะโซเดียมต่ำ แคลเซียมต่ำ และแมกนีเซียมที่สูงขึ้น (Vather & Bissett, 2013) ดังแผนภูมิที่ 2




**แผนภูมิที่ 2 กลไกการเกิดโรค** ดัดแปลงจาก: Bragg et al. (2015)

กลไกการเกิดโรค เป็นผลจากปัจจัยร่วมกันหลายๆ อย่าง จากระบบประสาทอัตโนมัติ, กระบวนการอักเสบ, สารควบคุมหรือฮอร์โมน, เกลือแร่/ สารน้ำ และยาที่ได้รับ ตามปกติการเคลื่อนไหวบีบตัวของลำไส้ขึ้นอยู่กับการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติพาราซิมพาเธติก และยับยั้งซิมพาเธติก ในระยะแรกของการเกิดปฏิกิริยาต่อการผ่าตัด เป็นผลมาจากการกระตุ้นผ่านระบบประสาทและการตอบสนองต่อประสาทในช่วงผ่าตัด และหลังผ่าตัดระยะแรก การผ่าตัดผ่านผิวหนังกระตุ้น corticotropin releasing factor และสารอื่นๆ ผ่านระบบอดรีเนอจิก ทำให้ลำไส้หยุดการเคลื่อนไหว ระยะต่อมาเกิดหลังจากการผ่าตัด 3-4 ชั่วโมง ผ่านกระบวนการอักเสบ มีการปล่อยสารก่อให้เกิดการอักเสบต่าง ๆ (pro-inflammatory cytokines, chemotines) ในผนังเส้นเลือดลำไส้และกระตุ้นเม็ดเลือดขาวชนิดต่างๆ หลายชนิด มายังผนังกล้ามเนื้อลำไส้และปล่อย prostaglandin, nitric oxide ยับยั้งการบีบตัวของกล้ามเนื้อเรียบ ทำให้ลำไส้หยุดการทำหน้าที่ชั่วคราว ส่วนเกลือแร่ที่ผิดปกติ เช่น โพแตสเซียมที่ลดต่ำลง ก็มีผลให้ลดระดับการกระตุ้นไฟฟ้าของผนังกล้ามเนื้อเรียบ และแคลเซียมเข้าในเซลล์ลดลง ทำให้ลำไส้หยุดการเคลื่อนไหว ผนังลำไส้บวมส่งผลให้ลำไส้ยืดตัวมาก และกล้ามเนื้อลายคลายตัว ลดการเคลื่อนไหวของลำไส้ เช่นเดียวกับภาวะโซเดียมต่ำ และการได้รับสารน้ำเกิน อาจทำให้เกิดการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเธติก หรือฮอร์โมน หรือเกิดภาวะลำไส้บวม ส่งผลให้ลำไส้หยุดการทำงานเช่นกัน (Bragg et al., 2015)

**แนวทางป้องกันและการจัดการดูแลรักษาภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด**

**ตารางที่ 1** รูปแบบวิธีการป้องกันและดูแลรักษา Postoperative bowel ileus ตามแนวหลักฐานเชิง**ประจักษ์** ที่มา: Story & Chamberation (2009); Bragg et al. (2015)

| วิธีการ | กลไก | ประโยชน์ | ระดับหลักฐาน* |
|---|---|---|---|
| nonpharmacological | | | |
| nasogastric decompression | ป้องกันการไหลย้อนของเหลวในกระเพาะอาหาร | ไม่มี, เพิ่มภาวะแทรกซ้อนโดยรวมทั้งหมด | Ia |
| minimal invasive surgery | ลดการบาดเจ็บเนื้อเยื่อ<br>ลดการทำหัตถการต่อลำไส้<br>ลดการอักเสบ | มี | Ia |
| early ambulation | กระตุ้นการฟื้นตัว | มี/ ไม่มี | Ib |
| early enteral feeding | เสริมสร้างร่างกาย<br>ลดการดื้อต่ออินซูลิน | มี | Ia |
| gum chewing (sham-feeding) | กระตุ้นการเลียนแบบกินอาหาร, การให้อาหารหลอก | มี | Ia |
| coffee | การกระตุ้นลำไส้ | อาจมี | - |

ระดับหลักฐานตามแนวหลักฐานเชิงประจักษ์อ้างอิงจาก World Health Organization :http://www.euro.who.int.

จากการศึกษารูปแบบวิธีการป้องกันและดูแลรักษาภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด โดยการไม่ใช้ยาตามแนวระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ขององค์การอนามัยโลก พบว่า การผ่าตัดส่องกล้อง หรือ การศัลยกรรมผ่าตัดผ่านกล้อง (minimally invasive surgery) จะช่วยทำให้แผลผ่าตัดมีขนาดเล็กลง ลดอาการปวดแผล ลดการอักเสบและบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ ลดการทำหัตถการโดยตรงต่อลำไส้ ทำให้ใช้ระยะเวลาในการพักฟื้นน้อยกว่า เช่นเดียวกับวิธีการเริ่มให้รับประทานอาหารเข้าสู่ทางเดินอาหารโดยเร็วหลังผ่าตัด (early enteral feeding) เป็นการช่วยลดระยะเวลาของภาวะลำไส้หยุดเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดได้ เนื่องจากอาหารช่วยกระตุ้นให้มีการบีบตัวของทางเดินอาหาร และกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมน ส่งผลให้ลำไส้ฟื้นตัวได้เร็วขึ้น สอดคล้องกับวิธีการเคี้ยวหมากฝรั่ง หรือการให้อาหารหลอก (gum chewing or sham-feeding) เพราะการเคี้ยวหมากฝรั่งประกอบด้วย กลไกการเคี้ยว การรับรส และการรับกลิ่น ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดสัญญาณประสาทส่งไปยัง cerebral cortex และ hypothalamus แล้วลงมากระตุ้นให้ vagus nerve ไปกระตุ้นเซลล์ประสาทที่อยู่ในกระเพาะอาหาร ลำไส้เล็กและตับอ่อน ให้หลั่งสารสื่อประสาทและฮอร์โมนต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยกระตุ้นกล้ามเนื้อเรียบของระบบทางเดินอาหาร ทำให้ลำไส้ฟื้นตัวกลับมาทำงานได้ตามปกติ โดยเราสามารถประเมินได้จากการฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ การผายลม และการถ่ายอุจจาระหลังผ่าตัด (Duangchan, Toskulkao, Danaidusadeekul, & Iramaneerat, 2016)

จากรูปแบบวิธีการป้องกันและดูแลรักษาภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นได้ว่าพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่ต้องดูแลผู้ป่วยภายหลังออกจากห้องผ่าตัดอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง จึงได้มีการสรุปทบทวนบทบาทสำคัญที่ช่วยในการส่งเสริมการฟื้นตัวของลำไส้ภายหลังการผ่าตัดช่องท้องดังจะได้กล่าวต่อไป

**บทบาทพยาบาลกับการส่งเสริมการฟื้นตัวของลำไส้ภายหลังการผ่าตัดช่องท้อง**

การพยาบาลผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด (postoperative nursing) มีวัตถุประสงค์สำคัญ คือ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายหลังการผ่าตัด ช่วยให้ผู้ป่วยหายกลับเข้าสู่สภาพปกติได้เร็วขึ้น และ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด โดยเฉพาะอย่ายิ่งภาวะลำไส้หยุดเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด ซึ่งพยาบาลถือเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยพยาบาลสามารถติดตามประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัด และเฝ้าระวังการฟื้นตัวของลำไส้ภายหลังการผ่าตัดจาก postoperative bowel ileus ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Kiattisin, Kasemkitwattana, & Chayaput, 2010; Phamornpon, 2013)

บทบาทพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมการฟื้นตัวการทำงานของลำไส้ภายหลังการผ่าตัดช่องท้อง ได้แก่ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกออกจากเตียงและเดินโดยเร็ว (early ambulation) รวมถึงการช่วยจัดท่าพลิกตะแคงตัว (turning) ซึ่งจะช่วยส่งเสริมการทำงานของลำไส้ เป็นการกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวแบบบีบรูด (peristalsis) โดยเร็ว (Katz & Nelson, 2013, Vuttanon, 2011). ทั้งนี้พยาบาลต้องมีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนลุกออกจากเตียงและเดินโดยเร็วให้แก่ผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด โดยสอนและแนะนำเกี่ยวกับเรื่องการออกกำลังกายบนเตียง (bed exercise) และการบริหารการหายใจ (breathing exercise) จะช่วยให้ผู้ป่วยหลังออกจากห้องผ่าตัดสามารถปฏิบัติได้ทันทีเมื่อรู้สึกตัว (Vuttanon, 2011)

จะเห็นได้ว่าในทางปฏิบัติ พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องมักใช้วิธีการกระตุ้นการฟื้นตัวโดยให้ผู้ป่วยลุกออกจากเตียงและเดินโดยเร็ว (early ambulation) ทั้งนี้ข้อจำกัดของผู้ป่วยที่พบ คือ อาการปวดแผลหลังผ่าตัด ซึ่งนับเป็นปัจจัยสำคัญที่เกิดจากตัวผู้ป่วยเอง ทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธไม่ให้ความร่วมมือในการกระตุ้นการฟื้นตัวโดยเร็ว (Story & Chamberation, 2009) ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการประเมินและวางแผนให้การพยาบาล เพื่อควบคุมอาการเจ็บปวดหลัง

ผ่าตัดจึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้เร็วขึ้นด้วย การดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวดแผลหลังผ่าตัด โดยการประเมินระดับความเจ็บปวดแผลผ่าตัด หากผู้ป่วยมีระดับความเจ็บปวดแผลผ่าตัดรุนแรง ต้องรายงานศัลยแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้รับยาในกลุ่มระงับปวดนี้มีผลทำให้ลำไส้หยุดเคลื่อนไหวด้วย (Sethi, 2018) ดังนั้นการใช้เทคนิควิธีการเบี่ยงเบนความสนใจหรือการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาจึงเป็นสิ่งที่สามารถทำได้ หากผู้ป่วยมีระดับความเจ็บปวดไม่รุนแรง ประเมินแล้วพบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดน้อยกว่า 3 คะแนน แนะนำให้ใช้เทคนิคผ่อนคลาย จะช่วยลดการได้รับยาระงับปวดกลุ่ม opioids ซึ่งมีผลข้างเคียงในการยับยั้งการทำงานของลำไส้ โดยมีการศึกษาพบว่า การวางแผนติดตามประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้เทคนิควิธีการต่างๆ จะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ได้แก่ การใช้วิธีการจัดการความเจ็บปวดแบบผสมผสานในการใช้ยาบรรเทาปวดโดยการประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งการจัดการความเครียด ให้ข้อมูลและฝึกปฏิบัติตนในเรื่อง เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ และการผ่อนคลาย เช่น การนวด การจัดท่าผู้ป่วย การสัมผัส การฟังดนตรี หรือเทคนิคการผ่อนคลายแบบทั่วร่างกาย พยาบาลและทีมต้องประเมินความชอบและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้มีการเตรียมความพร้อมในการใช้เทคนิคต่าง ๆ ทำให้การนำไปใช้ได้อย่างถูกต้องและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด (Chapman, Thorpe, Vallance, Harji, Lee, & Fearnhead, 2019; Kiattisin, Kasemkitwattana, & Chayaput, 2010)

นอกจากนี้พยาบาลยังต้องทำการประเมินการฟื้นตัวของลำไส้ โดยการสอบถามอาการอืดอัดแน่นท้อง การผายลม ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ และการขับถ่ายอุจจาระ เมื่อลำไส้เริ่มกลับมาเคลื่อนไหว จึงอาจพิจารณาดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารหลังผ่าตัดโดยเร็ว โดยมีการศึกษาพบว่าการเริ่มรับประทานอาหาร และการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วภายหลังการผ่าตัดจะช่วยลดภาวะลำไส้หยุดทำงานหลังผ่าตัด และส่งเสริมการฟื้นตัวการทำหน้าที่ของลำไส้ได้ (Wang, Jiang, Xu, Gong, Bao, Xie, & Li, 2011) ทั้งนี้มีการศึกษาพบว่าการพิจารณาดูแลให้อาหารหลังผ่าตัดโดยเร็วซึ่งต้องเฝ้าระวังและประเมินการทำงานของลำไส้ด้วย จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าการดูแลให้ผู้ป่วยเคี้ยวหมากฝรั่งในระหว่างที่งดน้ำและอาหารภายหลังผ่าตัด จะช่วยกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ให้กลับมาทำหน้าที่ได้โดยเร็ว แต่ก็มีความเสี่ยงที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการสำลักได้ โดยเฉพาะในวัยผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยที่มีปัญหาการเคี้ยวและการกลืนด้วย (Katz & Nelson, 2013, Story & Chamberation, 2009)

สำหรับการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก็เป็นสิ่งจำเป็น ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดที่ต้องงดน้ำและอาหาร ต้องได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทน มีการศึกษาพบว่าการงดน้ำงดอาหารหลังผ่าตัด ส่งผลให้ทางเดินอาหารไม่ได้รับการกระตุ้นบีบรัดตัวและหากมีการงดน้ำงดอาหารหลังผ่าตัดเป็นระยะเวลานาน การฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ก็จะยิ่งช้าลง ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน จึงต้องมีการงดน้ำและอาหารทางปากเป็นระยะนานยิ่งขึ้นอีก (Nakeeb et al., 2009) อีกทั้งการที่ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็นเวลานานยังส่งผลต่อระดับเกลือแร่ในร่างกายด้วย ดังนั้นจึงต้องมีการประเมินและติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ระดับเกลือแร่ต่างๆ โพแตสเซียม โซเดียม แคลเซียม และแมกนีเซียม โดยเฉพาะระดับโพแตสเซียม หากพบค่าที่ต่ำกว่าปกติจะทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวลดลง เช่นเดียวกับภาวะโซเดียมต่ำ แคลเซียมต่ำ และแมกนีเซียมที่สูงขึ้น รวมถึงการบันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย เนื่องจากการได้รับสารน้ำเกิน อาจทำให้เกิดภาวะลำไส้บวม ส่งผลให้ลำไส้หยุดการทำงานเช่นกัน (Bragg et al., 2015)

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นตัวของลำไส้ภายหลังการผ่าตัดช่องท้องที่พยาบาลต้องประเมินเพิ่มเติม ได้แก่ ระยะเวลาที่เข้ารับการผ่าตัด และระยะเวลาที่ได้รับยาระงับความรู้สึก เนื่องจากการที่ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดเป็นเวลานาน ย่อมส่งผลให้ลำไส้ได้รับบาดเจ็บและต้องหยุดเคลื่อนไหวเป็นเวลานาน ส่งผลให้ลำไส้ใช้เวลาในการฟื้นตัวหลังผ่าตัดนานยิ่งขึ้น (Vather, R. et

al., 2013) รวมถึงปริมาณการเสียเลือดในระหว่างการผ่าตัด พบว่าการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัดปริมาณมาก เป็นตัวบ่งชี้ว่าลำไส้ได้รับบาดเจ็บอย่างมาก ซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดภาวะลำไส้หยุดเคลื่อนไหวเป็นเวลานานได้ (Kiattisin, Kasemkitwattana, & Chayaput, 2010; Phamornpon, 2013)

ท้ายที่สุดคือการติดตามประเมินผลการพยาบาล ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญในกระบวนการพยาบาล ทั้งนี้เพื่อเป็นการติดตามผลการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับอันจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ไม่มีภาวะ postoperative bowel ileus ที่อาจเกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถกลับคืนสู่สภาพปกติโดยเร็วที่สุด

**สรุป**

ภาวะลำไส้หยุดเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งโดยปกติระยะการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่แตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้บทบาทพยาบาลในด้านการส่งเสริมการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้จึงเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องสามารถฟื้นฟูร่างกายให้หายเป็นปกติโดยเร็วที่สุด ทั้งนี้เพื่อช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยต้องรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น และมีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นด้วย

## เอกสารอ้างอิง

Asgeirsson, T., El-Badnwi, K. I., Mahmood, A., Barletta, J., Luchtefeld, M., & Senagore, A. J. (2010). Postoperative ileus; It costs more than you expect. *Journal of the American College of Surgeons*, 210(2), 228-31.

Augestad, K. M., & Delaney, C. P. (2010). Postoperative ileus: Impact of Pharmacological treatment, laparoscopic surgery and enhanced recovery pathways. *World Journal of Gastroenterology*, *16*(17), 2067-74.

Bragg, D., Lobo, D. N., El-Sharkawy, A. M., Psaltis, E., & Maxwell-Armstrong, C. A. (2015). Postoperative ileus: recent developments in pathophysiology and management. *Clinical Nutrition journal*, *34*(3), 367-76.

Cao Do, C., Duangpaeng, S., & Hengudomsub, P. (2013). Factors related to preoperative anxiety among patients undergoing abdominal surgery in Phu Tho Province general hospital, Vietnam. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal, 8*(4), 155-62.

Cagir, B. (2018). *Postoperative ileus*. Retrieved July 10, 2019, from https://emedicine.medscape.com/article/2242141-overview

Chapman, S.J., Thorpe, G., Vallance, A. E., Harji, M. J., Lee, M. J., & Fearnhead, N. S. (2019). Systematic review of definitions and outcome measures for return of bowel function after gastrointestinal surgery. *British Journal of Surgery*, 3, 1-10.

Duangchan, C., Toskulkao, T., Danaidusadeekul, S., & Iramaneerat, C. (2016). Effect of Gum chewing on bowel motility in patients with colorectal cancer after open colectomy: A randomized controlled trial. *Siriraj Medical Journal*, *68*(3), 135-41.

Goldstein, J. L., Matoszewski, K. A., Delaney, C. P., Senagore, A., Chiao, E. F., Shah, M.,...Bramley, T. (2007). Inpatient economic burden of postoperative ileus associated with abdominal surgery in the United states. *Pharmacy and Therapeutics (journal), 32*, 82-90.

Iyer, s., Saunders, W. B., & Stemkowski, S. (2009). Economic burden of postoperative ileus associated with colectomy in the United states. *Journal of managed care pharmacy*, 15, 485-94.

Katz, F., & Nelson, A. (2013). Simple steps to hasten post-operative recovery. *Journal of Women's Health Care*, 2(4).

Kiattisin, P., Kasemkitwattana, S., & Chayaput, P. (2010). Postoperative recovery in patient with abdominal surgery: An Integrative Review.*Thai Journal of Nursing Council*, 25(2), 87-98. (In Thai)

McGrath, M. H., Pomerantz, J., Beauchamp, R. D., Evers, B. M., & Mattox, K. L. (2012). *Sabiston Textbook of Surgery* (19th ed.). Philadelphia, PA: Elsevier Saunders.

Nakeeb, A. E., Fikry, A., Metwally, T. E., Fouda, M., Youssef, M., Ghazy, H., Badr, S., Khafagy, W., & Farid, W. (2009). Early oral feeding in patients undergoing elective colonic anastomosis. *International Journal of Surgery*, 7, 206–209.

Phamornpon, S. (2013). Role of nurses in promoting postoperative bowel function recovery. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 6(1), 1-11. (In Thai)

Thapsuwan, O. (2016). Role of nurses in promoting postoperative abdominal distention. *Siriraj Medical bulletin,* 9(3), 189-193. (In Thai)

Story, S. K., & Chamberation, R. S. (2009). A comprehensive review of evidence-based strategics to prevent and treat postoperative ileus. *Digestive Surgery*, 26(4), 265-275.

Sethi, S. (2018). *What to know about ileus*. Retrieved July 10, 2019, from https://www.medicalnewstoday.com/articles/322149.php

Vather, R., & Bissett, I. (2013). Management of prolonged post-operative ileus: evidence-based recommendations. *ANZ Journal of Surgery*, 83(5), 319-24.

Vather, R., Grady, G. O., Bissett, I. P., & Dinning, P. G. (2013). Pathophysiological, translational and clinical aspects of postoperative ileus - A review. *Proceedings of the Australian Physiological Society*, 44, 85-99.

Vuttanon, N. (2011). *Nursing practice in surgical clinics.* Chiangmai: Nuntapunprinting Co., Ltd. (In Thai)

Wang, G., Jiang, Z.W., Xu, J., Gong, J.F., Bao, Y., Xie, L.F., & Li, J.S. (2011). Fast-track rehabilitation program vs conventional care after colorectal resection: A randomized clinical trial. *World Journal of Gastroenterology*, 17(5): 671–676.

Wolthuis, A. M., Bislenghi, G., Lambrecht, M., Fieuws, S., de Buck van Overstraeten, A., Boeckxstaens, G., & D'Hoore, A. (2016). Incidence of prolonged postoperative ileus after colorectal surgery: systematic review and meta-analysis. *Colorectal Disease*, 18(1), 1-9.