

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียงเฉพาะราย

: รายงานผู้ป่วย 3 ราย

เอี่ยมพร ชมภูมี*

บทคัดย่อ

โรคมะเร็งกล่องเสียงเป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรงที่สามารถป้องกันได้และเป็นโรคที่รักษาให้หายได้ การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดขึ้นกับขนาดและตำแหน่งของมะเร็ง สำหรับการรักษาโดยการผ่าตัดกล่องเสียงออกทั้งหมดเป็นการผ่าตัดเอาพยาธิสภาพออกได้หมดและลดอัตราการลุกลามของมะเร็งได้ เป้าหมายสำคัญของการให้การพยาบาลทางห้องผ่าตัดเพื่อให้บริการการพยาบาลแบบองค์รวมทุกระยะการผ่าตัด การผ่าตัดราบรื่นสำเร็จลุล่วงด้วยดี ผู้ป่วยปลอดภัย และไม่มีภาวะแทรกซ้อน รายงานนี้จัดทำเพื่อศึกษาการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียง 3 ราย ซึ่งมีปัญหาแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย ในระหว่างการผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียง พยาบาลห้องผ่าตัดเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในระยะผ่าตัดที่จะทำให้การผ่าตัดเป็นไปด้วยความราบรื่น ใช้เวลาในการผ่าตัดน้อยและให้การรักษาได้ผลดี ผู้ป่วยมีความปลอดภัย โดยต้องมีความรู้ความสามารถในการบูรณาการความรู้เกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพของโรค ทฤษฎีทางการพยาบาลและการให้การพยาบาลทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดในแต่ละราย อย่างไรก็ตามในการผ่าตัดอาจมีการเปลี่ยนแปลงและบางครั้งก็ไม่เป็นไปตามขั้นตอนหรือคาดการณ์ได้ทั้งหมด พยาบาลห้องผ่าตัดจึงต้องมีวิจารณญาณ มีความชำนาญในการจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ การส่งเครื่องมือ ต้องพัฒนาศักยภาพของบุคลากรให้ทันเทคโนโลยีสมัยใหม่ การแก้ปัญหาในระยะวิกฤต เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การผ่าตัดสำเร็จลุล่วงด้วยดีและผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน นอกจากนั้น ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยอาจมีความวิตกกังวลมากกับภาพลักษณ์ การดูแลแผลเจาะคอ และการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น ทำให้สูญเสียความมั่นใจในตนเอง ซึ่งสามารถให้การช่วยเหลือได้โดยพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพให้คำแนะนำและสนับสนุนญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิด ตั้งแต่ก่อนการผ่าตัดและหลังการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อม สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันในสังคมได้

คำสำคัญ โรคมะเร็งกล่องเสียง การผ่าตัดกล่องเสียง การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด

* พยาบาลวิชาชีพ งานห้องผ่าตัด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

บทนำ

โรคมะเร็งกล่องเสียงเป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรงที่เกิดขึ้นบริเวณลิ้นปี่เปิดกล่องเสียง สายเสียงจริง สายเสียงเทียมครึ่งใน และได้กล่องเสียงผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 80 มีอายุ 50 ปีขึ้นไป และพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงประมาณ 7-10 เท่า สาเหตุสำคัญบ่งชี้ได้ชัดเจนว่าเกิดจากการสูบบุหรี่ และพบมากขึ้นในผู้ดื่มเหล้าร่วมด้วย ในประเทศสหรัฐอเมริกาโอกาสพบมะเร็งชนิดนี้มีประมาณร้อยละ 1-5 ของมะเร็งทั้งหมดหรือ 3-8 คนต่อประชากร 100,000 คน⁽¹⁾ โรคมะเร็งกล่องเสียงเป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรงที่สามารถป้องกันได้⁽²⁾ และเป็นโรคที่รักษาให้หายได้⁽³⁾ การรักษา มีทั้งวิธีการใช้รังสีรักษา การใช้ยาเคมีบำบัด และการผ่าตัด หรือใช้ร่วมกันตามระดับความรุนแรงของโรค⁽³⁾ การผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด อาจเป็นการรักษาในผู้ป่วยที่มะเร็งยังไม่ลุกลาม ในผู้ป่วยที่มะเร็งลุกลามแล้ว หรือในรายที่กลับเป็นซ้ำ⁽¹⁾ ผลจากการผ่าตัดทำให้ไม่มีช่องติดต่อระหว่างคอกับหลอดลม ผู้ป่วยต้องใช้หลอดลมที่เย็บติดกับผิวหนังที่คอและเจาะไว้เป็นรูถาวรเป็นทางสำหรับหายใจตลอดชีวิต และไม่สามารถออกเสียงได้ตามปกติ ซึ่งจะมีผลต่อการดำเนินชีวิตและภาวะจิตใจของผู้ป่วยเป็นอันมาก เป้าหมายสำคัญของการให้การรักษาทางห้องผ่าตัดก็เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด รวมทั้งให้ผู้ป่วย

สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี การผ่าตัดโรคมะเร็งกล่องเสียง เป็นการรักษาโดยการผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียงออกทั้งหมด สามารถเอาพยาธิสภาพของมะเร็งออกได้หมดและลดอัตราการลุกลามของมะเร็งได้ เป็นการผ่าตัดใหญ่ของศัลยกรรมของแผนก หู คอ จมูก ที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน มีความละเอียดอ่อน ใช้เวลานานในการผ่าตัด และมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรืออาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้สูงในระหว่างผ่าตัด ได้แก่ ขั้นตอนการตัดเปิดหลอดลมใหม่เพื่อเปลี่ยนท่อช่วยหายใจจาก endotracheal tube หรือ tracheostomy tube เป็น laryngectomy tube ในระหว่างขณะตัดยกกล่องเสียงออก การเสียเลือดระหว่างผ่าตัดเนื่องจากเป็นการผ่าตัดที่ใกล้เคียงเส้นเลือดใหญ่บริเวณคอ การติดเชื้อแผลผ่าตัด และการปนเปื้อนแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง เป็นต้น

ลักษณะงานของพยาบาลห้องผ่าตัดโดยทั่วไป คือ การดูแลผู้ป่วยที่เข้ามารับการผ่าตัดหรือการทำหัตถการต่างๆ ในห้องผ่าตัด นอกจากการส่งเครื่องมือหรือช่วยผ่าตัดแล้ว บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัดยังต้องรับผิดชอบให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดครอบคลุมระยะของการผ่าตัด ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด⁽⁴⁾ โดยนำกระบวนการทางการพยาบาลมาใช้เพื่อให้บริการการพยาบาลแบบองค์รวมในทุกระยะของการผ่าตัด

การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด เป็นการให้การพยาบาลผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมรับการผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และจัดเตรียมความพร้อมในห้องผ่าตัด ซึ่งได้แก่ การเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสภาพทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย สำหรับการวางแผนให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล และเพื่อเพิ่มความมั่นใจให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดโดยการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวทั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด การเตรียมเครื่องมือเครื่องใช้สำหรับการผ่าตัด การเตรียมบุคลากรและสถานที่ และการจัดเตรียมผู้ป่วยเพื่อรับการผ่าตัด โดยทั่วไปแล้ว กิจกรรมการพยาบาลในระยะนี้ได้แก่

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก
2. ประเมินระดับความวิตกกังวลและความสามารถในการรับรู้ของผู้ป่วยในเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด
3. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็นในการผ่าตัด ประโยชน์และ วิธีการผ่าตัดโดยสังเขป
 - การหายใจทางรูที่เจาะคอถาวร ผู้ป่วยจะต้องใส่ท่อทางเดินหายใจ ต้องงดน้ำและอาหารทางปาก โดยผู้ป่วยจะได้อาหารทดแทนทางหลอดเลือดหรือทางสายยาง
 - การติดต่อสื่อสารโดยการใส่

กระดาดและดินสอหรือปากกา การฝึกพูดใหม่ภายหลังการทำผ่าตัด

- อธิบาย ทบทวน และประเมินความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดในเรื่องการทำความสะอาดร่างกาย ผิวหนัง ผม เล็บ ความสะอาดในช่องปากและคอ การถอดฟันปลอม ของมีค่าเครื่องประดับ ก่อนไปห้องผ่าตัด

- การเตรียมการบริหารร่างกายเพื่อให้ปฏิบัติตนในระยะหลังผ่าตัด การบริหารการหายใจ การไอเพื่อขับเสมหะหลังผ่าตัด การบริหารคอใหญ่

- การลงนามยินยอมรักษาและการผ่าตัด

4. อธิบายให้ญาติผู้ป่วยทราบว่า การผ่าตัดอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงออกเป็นการคุกคามต่อความรู้สึกและภาพลักษณ์ ผู้ป่วยอาจกลัวถูกทอดทิ้ง เป็นภาระของสังคมและครอบครัว เป็นที่รังเกียจของสังคม ญาติจึงมีบทบาทสำคัญในการให้กำลังใจ ประคับประคอง ปลอบโยน ให้คลายความกังวล และควรดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจตนเอง ส่งเสริมให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่งเสริมให้มีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยอื่นๆ ส่งเสริมให้รู้จักกับผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียวกันและได้รับการผ่าตัดแล้ว ตลอดจนผู้ป่วยที่ใกล้จะกลับบ้าน แนะนำให้ได้รับการฝึกการติดต่อสื่อสาร โดยเขียนเป็นคำพูดกับผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกพูด

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียงเฉพาะราย

: รายงานผู้ป่วย 3 ราย

การพยาบาลขณะผ่าตัด

เป็นการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยนับตั้งแต่รับผู้ป่วยมาห้องผ่าตัดจนเสร็จสิ้นการผ่าตัด ประกอบด้วย การเตรียมบุคลากรและสถานที่ การเตรียมเครื่องมือเครื่องใช้ในการผ่าตัดของการผ่าตัดกล่องเสียงมีปัญหาสำคัญและความเสี่ยงที่แตกต่างจากการผ่าตัดใหญ่ทั่วไป คือ 1) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำสำหรับการผ่าตัด เนื่องจากการผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียงออกทั้งหมดเป็นการผ่าตัดที่ซับซ้อน ใช้เวลาประมาณ 3-4 ชั่วโมง ผู้ป่วยต้องอยู่ในท่านอนหงายราบและเหยียดคอในท่าเดียวเป็นเวลานาน 2) ความเสี่ยงจากการเปลี่ยนทางเดินหายใจใหม่⁽³⁾ เช่น เกิดการขาดออกซิเจน ปอดบวมจากการมีเลือดหรือน้ำเข้าในทางเดินหายใจ 3) เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตัดส่วนของหลอดอาหารหรือโคนลิ้นมากเกินไปหรือเกิดรูรั่วจากการเย็บซ่อมหลอดอาหาร 4) อาจเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด และการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง 5) ความเสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ

กิจกรรมการพยาบาลระยะนี้ ได้แก่

1. การเตรียมความพร้อมทางห้องผ่าตัด สถานที่ ทีมพยาบาลที่มีทักษะเฉพาะ เครื่องมือและอุปกรณ์สำหรับการผ่าตัด เพื่อให้การผ่าตัดราบรื่นปลอดภัย ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ
2. การตรวจสอบและระบุตัวที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง หรือผิดประเภทการผ่าตัด
3. การดูแลความปลอดภัยจากการจัดทำสำหรับการผ่าตัด ในท่านอนหงายหนุนไหล่และคอให้ระดับกระดูกสันหลังท่อนคอ ท่อนอก และเอวอยู่ในแนวเดียวกัน จัดขาทั้งสองข้างวางแยกกันเล็กน้อย ระวังอย่าให้ขาเกยกัน เพื่อป้องกันการกดทับหรือเสียดสีของเส้นประสาทบริเวณข้อพับขา ใช้หมอนหรือผ้ารองบริเวณที่มือน้ำหนักกดทับเช่น ท้ายทอย ต้นคอ สะบัก สะโพก สันเท้า แล้วใช้สายรัดลำตัวผู้ป่วยบริเวณต้นขาหนีบเข้า 2 นิ้วขึ้นไป (ภาพที่ 1)

ภาพที่ 1 แสดงการเตรียมและจัดทำผู้ป่วยสำหรับการผ่าตัด



4. การดูแลความปลอดภัยจากการใช้เครื่องมือเครื่องจักรและตัดด้วยไฟฟ้าขณะผ่าตัด^(7,8) โดยการตรวจสอบซ้ำว่าผู้ป่วยไม่มีเครื่องประดับหรือโลหะติดตัวมาด้วย สภาพผิวหนังผู้ป่วยบริเวณที่จะติดแผ่นลือไฟฟ้าหลักเฉียงบริเวณปุ่มกระดูกและที่มีกล้ามเนื้อน้อยหรือขนมาก เลือกแผ่นลือไฟฟ้าขนาดที่เหมาะสมกับบริเวณที่จะติดบนร่างกายผู้ป่วย โดยให้เลือกติดใกล้ตำแหน่งที่ผ่าตัดมากที่สุด และมีกล้ามเนื้อมากเช่น ต้นขา ตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือก่อนทุกครั้ง ทั้งเครื่องมือสายไฟและแผ่นลือ เปิดเครื่องและปรับระดับความแรงให้เหมาะสมกับการผ่าตัด เลือกและควบคุมการใช้เครื่องมือไฟฟ้าให้เหมาะสมกับเนื้อเยื่อและเส้นเลือดทุกครั้ง ระวังระมัดระวังในการใช้อุปกรณ์ที่ให้ความร้อน รวมทั้งเครื่องมือที่แหลมคม

5. การดูแลความปลอดภัยป้องกันอันตรายจากการลื่นล้มตกค้างในแผลผ่าตัด^(5,6) โดยตรวจนับจำนวนเครื่องมือเครื่องใช้และผ้าซับโลหิต รวมทั้งตรวจสอบส่วนประกอบของเครื่องมือระหว่างพยาบาลส่งเครื่องมือร่วมกับพยาบาลช่วยรอบนอกให้ครบถูกต้องตรงกันทุกครั้ง และทำการตรวจนับร่วมกันในการจัดเตรียมเครื่องมือก่อนผ่าตัด เมื่อเปิดวัสดุเพิ่มระหว่างผ่าตัด และก่อนเย็บปิดแผลผ่าตัดหลังผ่าตัด พร้อมรายงานแพทย์ผ่าตัดและบันทึกทางการพยาบาล

6. การดูแลความปลอดภัยป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ^(5,6) โดยการปรับอุณหภูมิห้องผ่าตัดให้เหมาะสมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ จัดเตียงผ่าตัดให้เรียบ สะอาด ใช้

เบาะไฟฟ้ารองผู้ป่วยบนเตียงผ่าตัดเพื่อปรับเพิ่มอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยขณะผ่าตัด ไม่เปิดเผยร่างกายของผู้ป่วยเกินความจำเป็น ใช้สารน้ำที่มีอุณหภูมิเท่ากันหรือสูงกว่าอุณหภูมิร่างกายในการล้างแผลผ่าตัด เมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด ต้องเก็บผ้าเปื้อนจากตัวผู้ป่วย ดูแลทำความสะอาดผิวหนังที่เป็นเลือดหรือน้ำยา สวมเสื้อผ้าที่แห้งสะอาด และห่มผ้าเพื่อเพิ่มอุณหภูมิแก่ร่างกายผู้ป่วย

7. การดูแลความปลอดภัยป้องกันอันตรายจากการสูญเสียเลือดในขณะผ่าตัด^(3,7) โดยการประเมินขั้นตอนการผ่าตัดของศัลยแพทย์และยืนในตำแหน่งที่เห็นบริเวณผ่าตัดชัดเจน จัดเตรียมเครื่องมือตามความเหมาะสม เตรียมไหมผูกเส้นเลือด อุปกรณ์ช่วยถ่างแผลที่เหมาะสม และส่งผ้าซับโลหิตเมื่อมีเลือดออกเพื่อให้เห็นบริเวณเลือดออกชัดเจน

8. การดูแลความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนการเปลี่ยนทางเดินหายใจใหม่⁽³⁾ เช่น การเกิดการขาดออกซิเจน ปอดบวมจากการมีเลือดหรือน้ำเข้าในทางเดินหายใจ⁽³⁾ โดยการประเมินบริเวณผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง ติดตามความพร้อมต่างๆ ของทีมในระหว่างขั้นตอนการผ่าตัด การเตรียมท่อหายใจใหม่แบบมีหลอดอยู่ภายใน ใช้ขนาดที่เหมาะสมที่จะใส่เป็นท่อหลอดลมคอชั่วคราวก่อนการตัดและเปิดหลอดลม มีการทดสอบบอลลูนของท่อหายใจว่าไม่รั่วและต้องจัดเตรียมให้เรียบร้อยสำหรับพร้อมใช้ จัดเตรียมวัสดุและสายดูดสุญญากาศ ซับและดูดเลือดจากบริเวณผ่าตัด เมื่อศัลยแพทย์เปิดเข้าหลอดลมแล้ว แจ้งให้

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียงเฉพาะราย

: รายงานผู้ป่วย 3 ราย

วิสัญญีเตรียมถอดท่อหายใจเก่า พร้อมทั้งส่งท่อหายใจใหม่ที่จะใส่ให้ผู้ป่วยทางเดินหายใจใหม่ อัดลมในบอลูนปริมาณที่เหมาะสมและตรวจสอบว่าไม่มีลมรั่ว

9. การดูแลความปลอดภัยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการตัดส่วนของหลอดอาหารหรือโคนลิ้นมากเกินไป หรือเกิดรูรั่วจากการเย็บซ่อมหลอดอาหาร⁽³⁾ โดยการประเมินบริเวณผ่าตัด ขั้นตอนการเลาะตัดกล่องเสียงจากหลอดอาหาร จัดเตรียมเครื่องมือสำหรับการเลาะแยกกล่องเสียงอย่างเหมาะสม จัดเตรียมส่งเครื่องมือสำหรับตัดและจีไฟฟ้าเพื่อใช้เลาะตัดกล้ามเนื้อและห้ามเลือด จัดเตรียมเครื่องมือสำหรับการยกและถ่างขยายแผลผ่าตัดเพื่อใช้รั้งกล้ามเนื้อออกทางด้านข้าง และใช้เกี่ยวกับกล่องเสียงขึ้นให้เห็นแนวต่อของกล่องเสียงด้านหลังที่ติดกับหลอดอาหารส่วนหน้า ประเมินบริเวณ defect ของหลอดอาหารและจัดเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ใหม่เย็บสำหรับใช้ในการเย็บซ่อมทั้งชั้นแรกและชั้นที่สอง

10. การป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดและการปนเปื้อนแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง⁽³⁾ โดยการประเมินบริเวณผ่าตัด จัดเตรียมสารน้ำสำหรับใช้ล้างแผลผ่าตัด ชับบริเวณผ่าตัดให้แห้ง ทิมผ่าตัดเปลี่ยนเสื้อกาวน์และถุงมือชุดใหม่ ปูผ้าคลุมบริเวณผ่าตัด จัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดและเครื่องมือชุดใหม่สำหรับเย็บซ่อมหลอดอาหารและเย็บปิดแผลผ่าตัด

11. ดูแลการส่งตรวจชิ้นเนื้อวินิจฉัย⁽³⁾ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมต่อเนื่องภายหลัง

การผ่าตัด โดยการเก็บชิ้นเนื้อส่งตรวจแช่ในฟอร์มาลินให้ท่วมชิ้นเนื้อ เขียนชื่อสกุลและข้อมูลให้ผู้ถูกต้อง ตรวจสอบให้ตรงกับใบคำขอส่งตรวจ พร้อมทั้งลงบันทึกทางการพยาบาล

การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเมื่อผู้ป่วยหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง บทบาทที่สำคัญของพยาบาลห้องผ่าตัดคือ การติดตามเยี่ยมและประเมินสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ใช้ความรู้จากศาสตร์ต่างๆ นำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับกระบวนการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยปกติระยะเวลาเยี่ยมประมาณ 1-2 วัน ซึ่งพยาบาลห้องผ่าตัดสามารถส่งต่อปัญหาของผู้ป่วยให้กับพยาบาลที่หอผู้ป่วยเพื่อให้การพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป กิจกรรมที่พยาบาลห้องผ่าตัดปฏิบัติ มีดังนี้

1. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วย โดยตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาล หรือสอบถามจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยและสังเกตจากตัวผู้ป่วยเอง

2. แนะนำตัวเองทุกครั้งเมื่อไปพบผู้ป่วย พูดคุยซักถามอาการทั่วไป โดยเฉพาะความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด ตรวจสอบสภาพแผลผ่าตัดว่ามีการอักเสบที่แสดงถึงการติดเชื้อหรือไม่ ตรวจสอบบันทึกสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิของร่างกายในช่วงระยะ 1-3 วันหลังผ่าตัด

3. อธิบายถึงสภาพลักษณะของแผล การเย็บแผล การหายของแผล และการเจ็บปวดหลังตัดไหม แนะนำและจัดท่านอนที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย เช่น จัดให้ผู้ป่วยนอนท่าหงายศีรษะสูง เป็นต้น

4. แนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวโดยเน้นการฟื้นฟูสภาพร่างกายและช่วยการหายของแผล ได้แก่ กระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกจากเตียงโดยเร็วที่สุดที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ ภายใน 24 ชั่วโมง การรับประทานอาหารซึ่งในระยะหลังผ่าตัดแพทย์จะให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเหลวทางท่ออาหารทางจมูกก่อน จนกระทั่งแพทย์ประเมินสภาพแผลหลุดอาหารติดดีไม่มีรั่วรั่วโดยสังเกตด้วยการกลืนแป้งแล้วถ่ายภาพรังสี (barium swallowing)⁽³⁾

5. ผู้ป่วยอาจยังอยู่ในภาวะไม่ยอมรับสภาพการสูญเสียภาพลักษณ์ ในกรณีนี้ผู้ป่วยอาจไม่ให้ความร่วมมือหรือมีสภาพอื่นๆ เช่น ร้องไห้ เศร้า ซึม สับสน เป็นต้น การพยาบาลต้องไม่แสดงอาการโกรธหรือตำหนิผู้ป่วย ควรปลอบโยนและใช้เวลาแก่ผู้ป่วย พยายามอธิบายสาเหตุของพฤติกรรมหรืออาการแสดงนั้นๆ ส่งต่อปัญหาที่พบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจให้กับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย พร้อมทั้งบันทึกสรุปอาการของ ผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะสภาพของแผลภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตลอดจนการพยาบาลที่ได้ให้กับผู้ป่วย

รายงานนี้ได้นำเสนอการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียง 3 ราย เพื่อศึกษาเปรียบเทียบและวิเคราะห์ลักษณะแตกต่างกันของการให้

การพยาบาลห้องผ่าตัดเฉพาะแต่ละกรณี ดังนี้

กรณีศึกษารายที่ 1

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 66 ปี ผู้ป่วยมีเสียงแหบ เจ็บคอ กลืนอาหารลำบาก 1 ปีก่อนมาโรงพยาบาล ได้รับการรักษาและตรวจวินิจฉัยด้วยการส่องกล้องส่งชิ้นเนื้อตรวจ พบว่าเป็นมะเร็งกล่องเสียงชนิด squamous cell carcinoma แพทย์ได้ส่งตัวเพื่อไปรับการฉายแสงที่ศูนย์มะเร็งครบ 35 ครั้ง และเมื่อ 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีก้อนที่คอ กลืนอาหารลำบาก หายใจไม่สะดวกขึ้นมาอีก ไปรับการตรวจรักษาที่ศูนย์มะเร็ง แพทย์ได้ส่งตัวกลับเพื่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ แพทย์ตรวจ indirect laryngoscopy พบว่ามีรอยโรคอยู่ที่บริเวณ glottis กระจายไป subglottis และสายเสียงเคลื่อนไหวน้อย ให้การวินิจฉัยโรคว่ามะเร็งของกล่องเสียง ระยะ T₂N₀ post radiation treatment และวางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียงออกทั้งหมด ขณะผ่าตัดพบว่ามะเร็งลุกลามไปที่สายเสียงจริง anterior commissure และ extend to supraglottic แพทย์เปลี่ยนการวินิจฉัยเป็น CA glottic T₃N₀ และได้ทำการผ่าตัดกล่องเสียงออกทั้งหมดโดยเก็บรักษาต่อมธัยรอยด์ทั้งสองข้างไว้ (total laryngectomy with preserve thyroid gland both lobe) ใช้เวลาทำผ่าตัด 2 ชม. 40 นาที เสียเลือดประมาณ 200 ซีซี.

การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยลักษณะพอม น้ำหนัก 51 กิโลกรัม รู้สึกตัวดี

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียงเฉพาะราย

: รายงานผู้ป่วย 3 ราย

ช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มีอาการตัวเหลืองและซีด ขาทั้งสองข้างไม่บวม สัญญาณชีพแรกจับ อุณหภูมิ 36.5°ซ ชีพจร 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/90 มิลลิเมตรปรอท ผิวหนังบริเวณคอแห้ง มีสีคล้ำ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการฉายรังสีมาก่อน ผู้ป่วยนอนอยู่โรงพยาบาล 10 วันก่อนได้รับการผ่าตัด

การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด พบปัญหาสำคัญคือ 1) ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยการผ่าตัด การสูญเสียภาพลักษณ์ การติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น และกลัวการผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยเคยรับการรักษาด้วยการฉายรังสีมาแล้ว 2) มีโอกาสเกิดการติดเชื้อ แผลผ่าตัดติดยาก เนื่องจากเนื้อเยื่อของผิวหนังได้รับการฉายรังสีมาก่อน⁽³⁾

การพยาบาลระยะผ่าตัด ปัญหาที่แตกต่างจากการผ่าตัดใหญ่ทั่วไป คือ 1) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำสำหรับการผ่าตัด 2) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนการเปลี่ยนทางเดินหายใจใหม่⁽³⁾ 3) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตัดส่วนของหลอดอาหารหรือโคนลิ้นมากเกินไปหรือเกิดรูรั่วจากการเย็บซ่อมหลอดอาหาร 4) มีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดและการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง 5) มีโอกาสเกิดเสียงต่อภาวะอุณหภูมิกายต่ำ

การพยาบาลหลังผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการดูแลป้องกันภาวะเสี่ยงทางเดินหายใจอุดตันหลังผ่าตัด โดยการประเมินการหายใจของผู้ป่วย ลักษณะเสมหะที่ออกมา อาการหายใจลำบาก สัญญาณชีพ เสียงหายใจ อัตราการหายใจ ดูแลให้ได้รับออกซิเจนที่มีความชื้นเพียงพอทางท่อ

หลอดลม กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยได้มีการหายใจลึกๆ และให้มีการไอที่มีประสิทธิภาพ ประเมินความจำเป็นในการช่วยดูดเสมหะเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถไอ ขับเสมหะออกมาได้ กระทำด้วยความนุ่มนวล พบว่าผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อทางเดินหายใจอุดตัน แพทย์จึงให้ส่งผู้ป่วยดูแลต่อที่หอผู้ป่วยหนัก 1 วัน เพื่อสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด เมื่อผู้ป่วยปลอดภัยจึงย้ายไปหอผู้ป่วยพิเศษ รวมวันนอนโรงพยาบาล 27 วัน

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลผ่าตัด ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการเปลี่ยนทางเดินหายใจใหม่ ไม่มีภาวะช็อค ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและไม่มีสิ่งตกค้างในแผลผ่าตัด

กรณีศึกษารายที่ 2

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 59 ปี มาด้วยอาการไอ เจ็บคอ หายใจลำบาก กลืนอาหารลำบาก 3-4 วันก่อน ผู้ป่วยมีอาการเสียงแหบ 5 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์ตรวจร่างกายและ indirect laryngoscopy พบว่ามีก้อนที่สายเสียงจริง รอยโรคมีลักษณะ cauliflower mass ที่ right aryepiglottic fold แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งกล่องเสียง วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด direct laryngoscopy with tele-esophagoscopy with total laryngectomy และ total thyroidectomy with right modified radical neck dissection Type 2 ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด โดยการส่องตรวจดูกล่องเสียงบริเวณ supraglottic, glottic, subglottic ด้วย laryngoscopy เพื่อให้เห็นตำแหน่งที่มีพยาธิสภาพก่อนการผ่าตัด และส่องตรวจดูบริเวณหลอดอาหารด้วย

กล้องขยายให้เห็นตำแหน่งที่มีพยาธิสภาพ และการผ่าตัดกล่องเสียงและต่อมธัยรอยด์ออกทั้งหมด รวมทั้งการตัดเลาะเอาต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอออกทั้งหมดแบบตัดแปลง ซึ่งเป็นเทคนิคการผ่าตัดเพื่อเลาะตัดต่อมน้ำเหลืองออกหมดพร้อมกับ sternocleidomastoid muscles แต่มีการเก็บรักษาเส้นประสาทไขสันหลังคู่ที่ 11 กับ internal jugular vein ไว้^(3,8) ขณะที่แพทย์ประเมินเพื่อหาตำแหน่งและพยาธิสภาพของโรคที่แน่ชัดก่อนทำการผ่าตัด พบ cauliflower mass at myoepiglottis fold, aryepiglottis fold and right false vocal cord ได้ทำการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่คอแบบตัดแปลงแบบ 2 และผ่าตัดกล่องเสียงออกทั้งหมดตามขั้นตอน ใช้เวลาผ่าตัด 4 ชั่วโมง 5 นาที เสียเลือดประมาณ 300 ซีซี. การวินิจฉัยโรคหลังผ่าตัด CA supraglottic T₃N₂M₀

การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
สภาพทั่วไปลักษณะผอม น้ำหนัก 50 กิโลกรัม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มีอาการตัวเหลืองและซีดขาทั้งสองข้างไม่บวม สัญญาณชีพเรก รับอุณหภูมิ 36.5 °ซ ชีพจร 84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/90 มิลลิเมตรปรอท ผิวหนังบริเวณคอแห้ง มีสีคล้ำ และคลำได้ก้อนที่คอ ผู้ป่วยนอนอยู่โรงพยาบาล 2 วันก่อนได้รับการผ่าตัด

การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด พบปัญหาสำคัญเหมือนกับรายแรก ส่วนที่แตกต่างคือ การเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมเพื่อการส่องตรวจพยาธิสภาพของกล่องเสียงก่อนการผ่าตัดด้วยกล้องก่อนการผ่าตัด

การพยาบาลระยะผ่าตัด ปัญหาที่แตก

ต่างจากการผ่าตัดรายแรกคือ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำสำหรับการส่องตรวจด้วยกล้อง และมีการผ่าตัดเลาะเอาต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอออกทั้งหมดแบบตัดแปลงเพิ่มเติม ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลในระยะนี้จะแตกต่างจากผู้ป่วยรายแรกคือ

- การเตรียมผู้ป่วยเพื่อรับการส่องตรวจภายในกล่องเสียงและหลอดอาหารก่อนด้วยกล้องภายหลังจากวิสัญญีแพทย์ให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยแล้ว โดยจัดเตรียมกล้องส่องตรวจและส่งเครื่องมืออุปกรณ์ การจัดทำผู้ป่วยเพื่อรับการส่องตรวจด้วยกล้อง เป็นท่าที่ทำให้กล่องเสียงและหลอดอาหารบริเวณคอและหลอดลมบริเวณคอเป็นแนวเส้นตรงเดียวกัน เพื่อป้องกันอันตรายต่อช่องทางที่ laryngoscope ใส่ผ่าน⁽¹⁾ โดยจัดให้ผู้ป่วยนอนหงายราบ คองอบนหน้าอก และศีรษะควรเหยียดบนคอ ซึ่งทำให้คางชี้ไปที่เพดาน⁽¹⁾ โดยประคองศีรษะไว้และให้ผู้ช่วยยกไหล่ขึ้นอย่างช้าๆ สอดผ้าม้วนหรือใช้หมอนหนุนไหล่รองใต้ไหล่และคอ จากนั้นจัดขาผู้ป่วยทั้งสองข้างวางแยกกันเล็กน้อย ไม่ให้ขาเกยกัน ใช้ผ้านุ่มขนาดไม่น้อยกว่า 4 นิ้ว เพื่อป้องกันการกดทับหรือเสียดสีของเส้นประสาทบริเวณข้อพับขา ใช้หมอนหรือผ้ารองบริเวณที่มีน้ำหนักกดทับเช่น ท้ายทอย ต้นคอ สะบัก สะโพก ใช้สายรัดลำตัวผู้ป่วยบริเวณต้นขาเหนือเข่า 2 นิ้วขึ้นไปด้วยความนุ่มนวล ไม่รัดแน่นเกินไป เพื่อป้องกันการตกเตียงขณะได้รับยาระงับความรู้สึก

- ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลทางห้องผ่า

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียงเฉพาะราย

: รายงานผู้ป่วย 3 ราย

ตัดที่แตกต่างกันและเพิ่มจากผู้ป่วยรายแรก คือ การเตรียมผิวหนังเพิ่มสำหรับการผ่าตัดเพื่อละลายต่อมน้ำเหลืองที่คอก่อนการผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียง ดูแลให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับการจัดทำสำหรับการผ่าตัด โดยการดูแลความปลอดภัยและป้องกันภาวะไหลย้อนกลับ ปวดตึงลำคอมากจากการผ่าตัดและต่อมน้ำเหลืองที่คอร่วมด้วย⁽³⁾ ต้องมีการหนุนรองอวัยวะบริเวณคอและไหล่ไม่ให้เหยียดตึงหรือหย่อนมากเกินไป

- การดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยและการส่งอุปกรณ์เครื่องมือผ่าตัดระหว่างผ่าตัดและต่อมน้ำเหลืองที่คอและพยายามระมัดระวังเส้นประสาทที่ 11 บริเวณ Erb's point เพื่อเก็บรักษาเส้นประสาทไว้ ต้องมีการเลือกใช้เครื่องมือที่เหมาะสม เช่น การใช้ dissecting sponge เป็นผ้ามีความนุ่ม เพื่อใช้ละลายแยกเส้นเลือดออกมาโดยไม่เกิดอันตรายต่อเส้นประสาทหรือเส้นเลือดผู้ป่วย การช่วยผ่าตัดและใช้เครื่องมือดึงถ่างด้วยความนุ่มนวล ป้องกันการเกิดอันตรายต่อเส้นประสาทหรือเส้นเลือด internal jugular vein ที่อยู่ภายใน carotid sheath มีการตรวจสอบการเกิดอันตรายต่อ vagus nerve, carotid artery และ thoracic duct ด้วยผ้าซับโลหิต และสังเกตมีน้ำสีเหลืองใสไหลออกมา⁽⁷⁾

- การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกับพยาบาลที่หอผู้ป่วย เพื่อการสังเกตอาการผู้ป่วยและการดูแลอย่างต่อเนื่องจากภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะแคลเซียมในกระแสเลือดต่ำ

การพยาบาลหลังผ่าตัด หลังผ่าตัดได้ส่งผู้ป่วยสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยหนัก 1 วัน ติดตาม

เยี่ยมผู้ป่วยเพื่อประเมินผลกิจกรรมพยาบาลผ่าตัดที่หอผู้ป่วย ซึ่งก็ไม่พบภาวะทางเดินหายใจอุดตัน วันต่อมาผู้ป่วยมีภาวะแคลเซียมในกระแสเลือดต่ำ เนื่องจากการทำงานของต่อมพาราไธรอยด์ไม่เพียงพอ ได้รับแคลเซียมทดแทนในรูป 10% calcium gluconate ทางหลอดเลือดดำ รวมวันนอนโรงพยาบาล 20 วัน

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลผ่าตัด ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการเปลี่ยนทางเดินหายใจใหม่ ไม่มีภาวะช็อคจากการเสียเลือด ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ไม่พบสิ่งตกค้างในแผลผ่าตัด และไม่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ หลังผ่าตัดเกิดภาวะแทรกซ้อนจากแคลเซียมในกระแสเลือดต่ำ แต่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจึงไม่เกิดภาวะอันตราย

กรณีศึกษาครั้งที่ 3

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 64 ปี ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก เหนื่อยมาก มีไข้ 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผลการส่องตรวจดูกล่องเสียงด้วย indirect laryngoscopy พบว่ามีรอยโรค left cauliflower mass with fixed left true vocal cord ให้การวินิจฉัยโรค upper airway obstruction with CA glottic T₃N₁M₀ ก่อนเนื่องจากอยู่ในกล่องเสียงและสายเสียงไม่เคลื่อนไหว คลำได้ต่อมน้ำเหลืองบวมโตต่อมเดียวด้านที่เป็นมะเร็งเส้นผ่านศูนย์กลางน้อยกว่า 3 ซม. และไม่มีการกระจายไปอวัยวะอื่น ร่วมกับภาวะหายใจส่วนบนอุดกั้น วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด 3 ระยะ คือ 1) tracheostomy

ในวันแรก 2) DL&tele-esophagoscopy & biopsy true vocal cord mass ในวันที่สอง 3) total laryngectomy & total thyroidectomy ในวันที่สาม ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดกล่องเสียงรวมทั้งการตัดเอาต่อมธัยรอยด์ออกทั้งหมด ใช้เวลาทำผ่าตัด 3 ชั่วโมง 40 นาที เสียเลือดประมาณ 300 ซีซี. พบ cauliflower mass at left true vocal cord with extend into subglottic, hard left thyroid, normal pyriform and posterior pharyngeal wall, left neck node area 2-3 size 1.5x2 cm. 2-3 node, pretracheal node size 1.5 cm การวินิจฉัยโรคหลังผ่าตัด CA glottic T₃N₁M₀

การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนผ่าตัด สภาพทั่วไป ลักษณะผอม น้ำหนัก 45 กิโลกรัม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ไม่มีอาการตัวเหลืองและซีด ขาทั้งสองข้างไม่บวม สัญญาณชีพเรก รับอุณหภูมิร่างกาย 37° ซีฟร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท ผิวหนังบริเวณคอแห้ง เจาะคอและใส่ท่อไว้แล้ว การขยายตัวของทรวงอกเท่ากันทั้งสองข้าง

การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด พบปัญหาสำคัญที่เหมือนกับรายแรก ส่วนที่แตกต่างคือผู้ป่วยหายใจลำบากต้องได้รับการผ่าตัดเจาะคอก่อนวันผ่าตัด และมีความเสี่ยงในการผ่าตัดมากขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยเป็นเบาหวาน⁽³⁾ ผู้ป่วยนอนอยู่โรงพยาบาล 4 วันก่อนได้รับการผ่าตัด กิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับ ได้แก่ การให้การพยาบาลผู้ป่วยเจาะคอเพื่อป้องกันภาวะอุดตันของเสมหะ

ในทางเดินหายใจ และตรวจสอบระดับของน้ำตาลในเลือดก่อนวันผ่าตัดซ้ำอีกครั้ง

การพยาบาลระยะผ่าตัด ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอุดกลืนของทางเดินหายใจ และการให้ยาระงับความรู้สึกระหว่างผ่าตัดจากปัจจัยด้านร่างกายผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วย ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการเจาะคอก่อนและเป็นเบาหวาน แต่ก็ได้รับการเตรียมก่อนผ่าตัดที่ดีจึงไม่มีภาวะซ้อนในระหว่างผ่าตัด หลังการผ่าตัดได้ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับพยาบาลหอผู้ป่วยเพื่อประเมินอาการเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแคลเซียมในกระแสเลือดต่ำ

การพยาบาลหลังผ่าตัด ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลขณะผ่าตัดที่หอผู้ป่วย พบผู้ป่วยมีภาวะแคลเซียมในกระแสเลือดต่ำเนื่องจากการทำงานของต่อมพาราธัยรอยด์ไม่เพียงพอได้รับแคลเซียมทดแทนในรูป 10% calcium gluconate ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ผู้ป่วยมีอาการทุเลาแผลผ่าตัดดี ไม่มีภาวะมือจับเปลี่ยน blue line tube เป็น silver tube หลังจากนั้นได้ส่งตรวจ barium swallowing เพื่อประเมินการติดของแผลเย็บที่หลอดอาหาร และส่งปรึกษาทันตกรรมดูแลช่องปากและฟันก่อนการส่งรักษาด้วยการฉายรังสีต่อที่ศูนย์มะเร็ง รวมวันนอนโรงพยาบาล 18 วัน

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลผ่าตัด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการเปลี่ยนทางเดินหายใจใหม่ ไม่มีภาวะช็อค ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ไม่พบสิ่งตกค้างในแผลผ่าตัด ส่งผู้ป่วยไปดูแลต่อที่ห้องพักฟื้นสัญญาณชีพสม่ำเสมอ ไม่มีภาวะทางเดิน

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียงเฉพาะราย : รายงานผู้ป่วย 3 ราย

หายใจอุดตัน จึงย้ายกลับหอผู้ป่วย หู คอ จมูก
วิจารณ์

โดยทั่วไปแล้ว การผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียง เป็นการผ่าตัดใหญ่ของศัลยกรรมของแผนกหู คอ จมูก มีลักษณะที่แตกต่างจากการผ่าตัดใหญ่ทั่วไป จากการศึกษาผู้ป่วย และการวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 3 ราย พบว่ามีลักษณะความเหมือนและแตกต่างกันของผู้ป่วยที่ส่งผลให้การให้การพยาบาลผู้ป่วยแต่ละรายแตกต่างกันไป โดยทั้งหมดเป็นเพศชาย อยู่ในวัยสูงอายุ คัมสุรา และสูบบุหรี่เป็นประจำทั้ง 3 ราย สอดคล้องกับรายงานอัตราการเกิดมะเร็งกล่องเสียงพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงคือ ชาย:หญิง = 8:1 ถึง 10:1 มักพบมากในผู้ป่วยวัยกลางคนหรือวัยสูงอายุระหว่าง 45-65 ปี⁽⁹⁾

ปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยต่อผลลัพธ์ของการพยาบาลคือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้นับว่าเป็นเพศชาย วัยสูงอายุมากกว่า 50 ปี และมักมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยคือ สูบบุหรี่ร่วมกับการคัมสุราเป็นประจำ ส่งผลให้อาจมีปัจจัยเสี่ยงต่อการผ่าตัดเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังการผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป และการหายของแผลผ่าตัด⁽³⁾

แผนการรักษาของแพทย์ส่วนใหญ่จะมีการรักษาร่วมกันทั้งการผ่าตัดและการฉายรังสีรักษาเพื่อหวังผลการรักษาที่ดี ซึ่งก็ขึ้นอยู่กับขนาดของก้อนมะเร็ง ตำแหน่ง และการลุกลามของโรค

ไปยังต่อมน้ำเหลือง

การวินิจฉัยทางการพยาบาลห้องผ่าตัดทั้ง 3 ระยะจะแตกต่างกัน ขึ้นกับตำแหน่งของพยาธิสภาพ ระดับความรุนแรงการลุกลามของโรค และสภาพร่างกายผู้ป่วยที่มีโรคอื่นร่วมด้วย ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดจึงควรต้องมีการประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนให้การพยาบาลทางห้องผ่าตัด เพื่อจะได้วางแผนการให้การพยาบาลทางห้องผ่าตัดที่เหมาะสม จัดเตรียมและส่งเครื่องมือได้เหมาะสม การผ่าตัดราบรื่นใช้เวลาน้อย⁽⁷⁾

การวางแผนการดูแลหลังผ่าตัด เพื่อเข้าพักรักษาตัวที่ห้องผู้ป่วยหนักขึ้นกับชนิดของการผ่าตัด ระยะเวลาการผ่าตัดและหอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยพักรักษา ในผู้ป่วยรายแรกต้องได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยหนักก่อนย้ายกลับหอผู้ป่วยพิเศษ ส่วนรายที่ 2 ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดหลายอย่าง ใช้เวลานาน มีการเลาะและตัดต่อมน้ำเหลืองที่คอร่วมด้วย ซึ่งอาจทำให้เกิดการบวมและอุดตันทางเดินหายใจขึ้นได้

จำนวนวันเพื่อเตรียมก่อนผ่าตัด ส่วนมากศัลยแพทย์จะนัดมา 2-3 วันเพื่อเตรียมก่อนผ่าตัด⁽¹⁰⁾ กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากการฉายรังสีมาก่อน จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลให้สภาพร่างกายได้รับสารอาหารที่เพียงพอ ร่างกายแข็งแรง จึงทำให้ระยะเวลาในการรักษาตัวนานกว่าอีก 2 ราย นอกจากนั้นยังขึ้นอยู่กับแผนการรักษาของแพทย์ ตำแหน่งของพยาธิสภาพ ระดับความรุนแรงของโรค และการมีโรคอื่นเสี่ยงต่อการผ่าตัดร่วมด้วย อีกทั้งการได้รับการ

เตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดยังส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยในขณะที่ผ่าตัดและหลังผ่าตัดอีกด้วย

ส่วนการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรค ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพเริ่มต้นที่สายเสียงมักจะแสดงอาการและอาการแสดงด้วยเสียงแหบก่อนเนื่องจากสายเสียงไม่สามารถเข้ามาชิดกันได้พอดีขณะออกเสียงเพราะมีก้อนเนื้ออกขวางอยู่ทำให้สามารถวินิจฉัยแยกโรคและได้รับการรักษาพยาบาลเร็วกว่า ส่วนผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพบริเวณอื่นที่ไม่ใช่สายเสียง เช่น supraglottic หรือ subglottic ในระยะแรกมักจะไม่มีอาการเสียงแหบแต่ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บคอเป็นเวลานาน ซึ่งจะมีอาการคล้ายกับโรคหัดหรือคอตีบ เมื่อมะเร็งลุกลามถึงสายเสียงจึงจะมีอาการเสียงแหบ ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาช้าและพบการลุกลามของโรครุนแรงมากกว่า การมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องจะให้ผลการรักษาพยาบาลดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องหรือปฏิเสธการรักษาในระยะแรกของโรค

ขั้นตอนของการผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียงอาจมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพหรือระยะความรุนแรงลุกลามของโรค พยาบาลห้องผ่าตัดเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในขณะที่ผ่าตัดที่จะทำให้การผ่าตัดเป็นไปด้วยความราบรื่น ใช้เวลาในการผ่าตัดน้อย การรักษาได้ผลดีและผู้ป่วยปลอดภัยจึงต้องมีความรู้ความสามารถในการบูรณาการความรู้เกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพของโรค ทฤษฎีทางการพยาบาลและการให้การพยาบาล ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด

ในแต่ละราย เนื่องจากในทุกสถานการณ์ของการผ่าตัดอาจมีการเปลี่ยนแปลง และบางครั้งอาจไม่เป็นไปตามขั้นตอนหรือคาดการณ์ได้ทั้งหมด พยาบาลห้องผ่าตัดจึงต้องมีวิจารณญาณ มีความชำนาญในการจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ การส่งเครื่องมือ ต้องพัฒนาศักยภาพของตนเองให้ทันเทคโนโลยีสมัยใหม่ สามารถแก้ปัญหาในระยะวิกฤต การเปลี่ยนแปลงขั้นตอนการผ่าตัด การเตรียมส่งตรวจกล้องเสียง หลอดอาหารหรือหลอดลม หรือบางรายอาจต้องมีการผ่าตัดเพื่อตัดต่อมไทรอยด์ที่คอออกด้วย รวมทั้งการป้องกันอุบัติเหตุความเสี่ยงขณะผ่าตัดอื่นๆ เช่น การมีสิ่งตกค้างหลังการผ่าตัด การผ่าตัดผิดคนผิดประเภท การเสียเลือดมากกว่าปกติ เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและการผ่าตัดสำเร็จลุล่วงด้วยดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นกับผู้ป่วย

ปัญหาวิกฤตสำคัญหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยอาจมีโอกาสดังกล่าวะอืดอกรู้สึกทางเดินหายใจ เนื่องจากการบวมของเนื้อเยื่อ และมีสารคัดหลั่งเสมหะเหนียวมาก⁽¹⁾ นอกจากนั้นปริมาณของการเสียเลือดระหว่างผ่าตัดที่แตกต่างกันขึ้นกับจำนวนเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดและการวางแผนผ่าตัดเพิ่มเติมตามความรุนแรงของโรคที่พบขณะผ่าตัด จึงจำเห็นต้องได้รับการประเมินและให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ในรายที่มีภาวะเสี่ยงอาจมีความจำเป็นต้องมีการวางแผนเพื่อส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการดูแลอย่างใกล้ชิดในห้องผู้ป่วยหนักก่อน

การรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียง

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียงเฉพาะราย : รายงานผู้ป่วย 3 ราย

สามารถรักษาให้หายขาดได้ ขึ้นกับระยะความรุนแรงของโรค และปัจจัยจากตัวผู้ป่วยเอง⁽¹⁾ หากผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่องหรือยินยอมมารับการรักษาแต่เนิ่นๆ ผู้ป่วยอาจไม่ต้องผ่าตัดต่อมธัยรอยด์ออกทั้งหมด หรืออาจไม่ต้องผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองออก ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตหลังการผ่าตัดด้วย ดังในผู้ป่วยรายที่ 2 และรายที่ 3 ที่ต้องมีการผ่าตัดต่อมธัยรอยด์ พาราธัยรอยด์ ออกด้วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการพร่องการทำงานของต่อมพาราธัยรอยด์ เกิดภาวะ hypocalcemia และผู้ป่วยต้องได้รับแคลเซียมเพิ่มหลังผ่าตัด⁽⁴⁾

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียงกรณีศึกษาทั้ง 3 ราย ได้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีจากผลการดูแลให้การพยาบาลได้รับการพยาบาล ครบคลุมทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด การพยาบาลระยะผ่าตัด การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด ปัญหาที่พบในระลอกก่อนผ่าตัดเป็นความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการรักษา กลัวการผ่าตัดมะเร็งของกล่องเสียง ทำให้สูญเสียภาพลักษณ์ การติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น และโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อในขณะที่ผ่าตัดและหลังผ่าตัด โดยเฉพาะผู้ป่วยรายที่ 1 ซึ่งเคยได้รับการฉายรังสีรักษาก่อนการผ่าตัดทำให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่ำเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และในผู้ป่วยรายที่ 3 ซึ่งมีโรคเบาหวานร่วมด้วย ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัด ได้รับข้อมูลในการปฏิบัติตัวให้พร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและยอมรับ

การผ่าตัด ทั้งยังช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัด

ในระหว่างการผ่าตัดผู้ป่วยแต่ละรายมีปัญหาที่แตกต่างกันเช่น ในรายที่ 2 ผู้ป่วยมีก้อนที่คอด้วย แพทย์จำเป็นต้องมีการวินิจฉัยเพิ่มเติมก่อนการผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดจึงต้องมีความพร้อมในการเตรียมและดูแลผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับการส่องตรวจภายในกล่องเสียงและหลอดอาหาร เพื่อหาตำแหน่งรอยโรคที่ชัดเจนก่อนพิจารณาการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่คอออก ร่วมกับการผ่าตัดเอามะเร็งกล่องเสียงทั้งหมด ผู้ป่วยทั้ง 3 ราย ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียงระหว่างการผ่าตัด และได้รับความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการผ่าตัด ไม่มีภาวะช็อคจากการเสียเลือด ไม่มีสิ่งตกค้างในแผลผ่าตัด นอกจากนั้นการประสานงานกันภายในทีมผ่าตัด ระหว่างแพทย์ผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัด และทีมวิสัญญีทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจ ในขณะที่เปลี่ยนท่อทางเดินหายใจใหม่ ไม่เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ และไม่ได้รับบาดเจ็บจากการจัดทำกรใช้เครื่องมือและเครื่องจี้ไฟฟ้า ได้รับการให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายและความสุขสบายก่อนเคลื่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัด

สำหรับในระยะหลังการผ่าตัดก็มีปัญหาที่แตกต่างกัน เนื่องจากผู้ป่วยรายที่ 1 มีประวัติได้รับรังสีรักษา ส่วนในรายที่ 2 มีการผ่าตัดหลายอย่างร่วมด้วยและใช้เวลาการผ่าตัดนาน จึงมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

เช่น ภาวะช็อคหลังการผ่าตัด ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ ทีมผ่าตัดจึงได้ประสานงานกับหอผู้ป่วยหนักส่งต่ออาการและให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดเป็นเวลา 1 วันจนอาการปกติ พันระยะเสี่ยงแล้วจึงย้ายกลับหอผู้ป่วยตามเดิม ส่วนในรายที่ 3 ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัดระยะเวลาที่นาน แต่หลังการผ่าตัดผู้ป่วยก็ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ประเมินอาการแล้วสามารถส่งกลับหอผู้ป่วยตามเดิมได้ ส่วนการติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินและติดตามให้การพยาบาลหลังการผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด สามารถรับประทานอาหารทางสายยางได้ และถอดท่อระบายของเหลว (drain) ได้ในวันที่ 2-3 หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะรับรู้ของแผลหลอดอาหารโดยการตรวจ barium swallowing และสามารถรับประทานอาหารอ่อนได้ในเวลาต่อมา

สรุป

ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียงอย่างครอบคลุมองค์รวม ต้องมีการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเนื่องจากในทุกสถานการณ์ของการผ่าตัดมีการเปลี่ยนแปลง บางครั้งไม่ได้เป็นไปตามขั้นตอนหรือคาดการณ์ได้ พยาบาลห้องผ่าตัดจำเป็นต้องมีการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะให้มีความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด สามารถประเมินสภาพผู้ป่วย อีกทั้งมีความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัดและเตรียมวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัดให้พร้อม สามารถแก้ปัญหาในระยะวิกฤติและป้องกันอุบัติการณ์ความเสี่ยงขณะผ่าตัด ให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การผ่าตัดราบรื่น โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ตลอดจนการให้ข้อมูลที่จำเป็นและเหมาะสมแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้ในสังคม

เอกสารอ้างอิง

1. สุทธิ ไกรตระกูล. Larynx trachea; Problems and Management. ภาควิชาโสต ศอ นาสิกและลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น, 2544
2. Sasaki CT, Carlson RD. Malignant neoplasms of the larynx. In: Fredrickson JM, eds. Otolaryngology Head and Neck Surgery Volume 3, 2nd edition. Missouri: Mosby-Year Book Inc., 1993
3. ศรีสุนทร งามวรพิพัฒน์. การพยาบาลหู คอ จมูก, พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข, 2545: 189-211.
4. ศิริพร พุทธรังษี. สมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด. ใน: ชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่ 8.

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียงเฉพาะราย

: รายงานผู้ป่วย 3 ราย

-
- การพัฒนาศักยภาพของพยาบาลห้องผ่าตัด.
กรุงเทพมหานคร: บริษัทแอล.ที.เพรส จำกัด,
2546: 39
5. กัลยา ออประเสริฐ. การบริหารความเสี่ยงในห้องผ่าตัด: สาเหตุและการป้องกัน. ใน: เรณู อาจสาธิต และ อรพรรณ โตสิงห์, บรรณาธิการ. พยาบาลกับการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรม, พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัทแอล.ที.เพรส จำกัด, 2546: 56-70.
 6. เรณู อาจสาธิต. ความเสี่ยงในห้องผ่าตัด: สาเหตุและการป้องกัน. ใน: เรณู อาจสาธิต และ อรพรรณ โตสิงห์, บรรณาธิการ. พยาบาลกับการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรม, พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัทแอล.ที.เพรส จำกัด, 2546: 44-53.
 7. รัตนาพันธ์ ไพบูลย์ และ นันทวี เอี่ยมรัตนกุล. การส่งเครื่องมือบริเวณคอส่วนไฮโปฟาริงซ์ (ลาริงซ์). ใน: อรอนงค์ พุ่มอาภรณ์, บรรณาธิการ. การพยาบาลทางห้องผ่าตัด. คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530: 510-51
 8. ชัย อยู่สวัสดิ์. มะเร็งกล่องเสียง (Laryngeal cancer). ใน: สุดาดี ประคุณหังสิต และ บุญชู กุลประดิษฐ์ธรรมณ์, บรรณาธิการ. ตำราโรค นาสสิกและลาริงซ์วิทยา, พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัทไฮลิสดิกพับลิชชิง จำกัด, 2540: 430-41.
 9. ประนอม หนูเพชร และ วิภา คันนื่อง. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียง. ใน: ช่อลดา พันธุเสนา, บรรณาธิการ. ตำราการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ 2 (ทางศัลยศาสตร์), พิมพ์ครั้งที่ 3. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์, 2544: 29-42.
 10. Nursing care of patients undergoing a Laryngectomy. <http://www.mhb.iemhbOurServicesPoliciesProceduresGuidelinesAppendix1EpisodicCareENTd9455.PDF.pdf> เข้าถึงเมื่อ 12 พ.ย. 2549: page 4.

The Perioperative Nursing care for Total Laryngectomy : the Study of 3 Cases

*Auemporn Chompumee**

Abstract

Cancer of larynx was the preventable and curative disease. Surgery was a treatment of choice. The aim of perioperative nursing care was the holistic care, which was the successful operation, the patient was safe and there was no complication. This study evaluated the perioperative nursing care performed in 3 total laryngectomy cases of elderly patients with history of drinking and smoking. All of them were safe. The types of operations, blood loss and hospital stays were different from one to another. Some of them were very worried about the appearances, the tracheotomy (or stoma) and communication with other people, and lost of self confidence. The advice, care and support from nurses and multidisciplinary team of the hospital for their relatives or couples since pre operation to post-operation to prepare the patients could help them to return to normal lives.

Keywords: cancer of larynx, total laryngectomy, perioperative nursing care

* Registered Nurse. Department of Nursing, Sappasithiprasong Hospital, Ubonratchathani.