

บทความวิชาการ

การดูแลผู้ป่วยนรีเวชที่มารับการผ่าตัด แบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง

จิราภรณ์ ทองดอนจุก พย.บ.

พยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

ปัจจุบันในประเทศไทยการผ่าตัดทางนรีเวชผ่านทางหน้าท้องแบบตั้งเดิมยังคงเป็นการผ่าตัดหลัก แต่พบว่าการผ่าตัดทางนรีเวชผ่านกล้องมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากสถิติของภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พบว่า อัตราการผ่าตัดทางนรีเวชผ่านกล้องมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน จนกำลังจะกลายเป็นการผ่าตัดหลักของโรคทางนรีเวชในหลายๆ โรค ทั้งนี้เนื่องจากการผ่าตัดชนิดนี้ให้ผลการผ่าตัดที่ดีกว่าแผลผ่าตัดมีขนาดเล็ก อาการเจ็บแผลค่อนข้างน้อย การฟื้นตัวของผู้ป่วยเร็วขึ้น ทำให้สามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติเร็วขึ้นด้วย อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้องนั้นอาจมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ทำให้เกิดอันตรายต่ออวัยวะภายในช่องท้องหรือก่อให้เกิดความไม่สุขสบายบางอย่าง เช่น ปวดร้าวหัวไหล่และแน่นท้อง เนื่องจากก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ที่ใส่เข้าช่องท้องขณะผ่าตัดจะดันบริเวณกระบังลมและช่องท้อง การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด ภายหลังผ่าตัด และก่อนกลับบ้านจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง

พยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีความใกล้ชิดและให้การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา จึงมีบทบาทสำคัญทั้งในการช่วยแพทย์ในการรักษาและการพยาบาลผู้ป่วย ตั้งแต่การเตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ ในระยะก่อนผ่าตัด และระหว่างผ่าตัด การดูแลอย่างใกล้ชิด สังเกตอาการ และช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจภายหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลตัวเองเมื่อกลับบ้าน โดยให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวในเรื่องต่างๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับสู่ภาวะปกติภายหลังการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ผู้ป่วยทางนรีเวช การผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง การพยาบาลก่อนผ่าตัด การพยาบาลหลังผ่าตัด แผนการจำหน่ายผู้ป่วย

ความสำคัญของปัญหา

ในระยะ 10 กว่าปีที่ผ่านมา วิทยาการในการผ่าตัดทางนรีเวชมีความก้าวหน้าและพัฒนามากขึ้นอย่างต่อเนื่อง คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โดยภาควิชาสูติศาสตร์ – นรีเวชวิทยา ได้นำวิธีการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง (laparoscopic surgery) มาใช้ในการผ่าตัดอวัยวะในอุ้งเชิงกรานทดแทนการผ่าตัดชนิดเดิมอย่างกว้างขวางขึ้น ซึ่งเห็นได้จากการผ่าตัดทางนรีเวชผ่านกล้องของภาควิชาฯ เพิ่มขึ้นจากจำนวน 450 รายในปี 2543 คิดเป็นประมาณร้อยละ 20 ของการผ่าตัดทางนรีเวชทั้งหมด เพิ่มขึ้นเป็น 1,132 รายในปี 2555 คิดเป็นเกือบร้อยละ 50 ของการผ่าตัดทางนรีเวชทั้งหมด¹ ทั้งนี้เนื่องจากการผ่าตัดดังกล่าว ทำให้ลดความเจ็บปวดหลังจากการผ่าตัดลงได้มาก จากการที่ผู้ป่วยจะมีแผลผ่าตัดเป็นรูเล็กๆขนาดประมาณ 0.5–1 เซนติเมตร จำนวน 2–4 ตำแหน่ง ผู้ป่วยสามารถกลับคืนสู่สภาพปกติภายหลังการผ่าตัดได้เร็วขึ้น^{2,3} ดังนั้นการมีความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนและหลังการผ่าตัดโดยการส่องกล้องจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างมาก ทั้งนี้พยาบาลเป็นทีมบุคลากรในทีมสุขภาพที่ใกล้ชิด และให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะก่อนและหลังผ่าตัด รวมทั้งให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตัวเองอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน โดยทั่วไปผู้ป่วยมักมีความวิตกกังวลและกลัวเมื่อรู้ว่าป่วยและต้องรักษาด้วยการผ่าตัด ไม่ว่าจะ เป็นวิธีเดิมหรือการส่องกล้องก็ตาม บทความนี้จึงมุ่งหวังว่าจะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยนรีเวชซึ่งจำเป็นต้องรับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง เพื่อให้มีความรู้และความเข้าใจรวมทั้งทักษะในการดูแล เตรียมความพร้อม ตลอดจนให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะ

ก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้าน นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยต่อไป

การผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้องนั้น มีประสิทธิภาพสูง สะดวก รวดเร็วและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย อย่างไรก็ตามก็ยังมีข้อจำกัดบางประการ ทั้งนี้ในการพิจารณาใช้วิธีการผ่าตัดด้วยวิธีนี้จึงต้องคำนึงถึงข้อบ่งชี้ ข้อดี ข้อเสีย ข้อห้ามและภาวะแทรกซ้อนด้วย

ข้อบ่งชี้¹ (Indications)

โดยทั่วไปข้อบ่งชี้สำคัญสำหรับการผ่าตัดวิธีนี้ไม่แตกต่างจากวิธีเดิมมากนัก เช่น ทำในผู้ป่วย myoma uteri, pelvic endometriosis, adenomyosis, mental retardation cervical cancer และ endometrial cancer เป็นต้น อย่างไรก็ตามอาจจะมียข้อจำกัดพอสมควรในการผ่าตัดผู้ป่วยมะเร็งซึ่งต้องขึ้นอยู่กับชนิดและความรุนแรงของโรคมะเร็ง รวมทั้งความชำนาญของแพทย์ผู้ผ่าตัดด้วย

วิธีการผ่าตัดผ่านกล้องส่องทางหน้าท้องทางนรีเวช³

ก่อนการผ่าตัดผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง แพทย์จะทำการดมยาสลบให้กับผู้ป่วย หลังจากนั้น จะทำการผ่าตัดอวัยวะในอุ้งเชิงกรานสตรี ด้วยการใช้เครื่องมือผ่าตัดชนิดพิเศษร่วมกับกล้องขยายและจอร์รับภาพโดยไม่ต้องเปิดหน้าท้องให้เป็นแผลกว้าง โดยเจาะช่องที่ผนังหน้าท้อง ส่วนมากเจาะตรงบริเวณสะดือให้เป็นช่องกว้างประมาณ 0.5 - 1 เซนติเมตร เพื่อสอดกล้องขยายเข้าไปในช่องท้อง กล้องจะทำหน้าที่นำภาพอวัยวะในช่องท้องถ่ายทอดออกมาให้แพทย์ได้เห็นทางจอโทรทัศน์ จากนั้น

แพทย์จะเจาะช่องที่ผนังหน้าท้องขนาดช่องละ 0.5 เซนติเมตร อีก 2 - 3 ช่อง เพื่อสอดใส่เครื่องมือผ่าตัด ชนิดพิเศษเข้าไปในช่องท้อง ทำให้สามารถมองภาพที่จอโทรทัศน์ ขณะทำผ่าตัด แพทย์จะใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้องเพื่อขยายขนาดช่องท้องให้ใหญ่ขึ้น เพิ่มพื้นที่ในการส่องกล้องผ่าตัด จากนั้นทำการผ่าตัดตามที่ได้วางแผนไว้ ทำให้ภายหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีแผลขนาดเล็กๆ ที่หน้าท้องขนาด 0.5-1 เซนติเมตร จำนวน 2-5 แผล ซึ่งจะขึ้นอยู่กับความยากง่ายของการผ่าตัด



ภาพที่ 1 แสดงการผ่าตัดด้วยกล้องโดยการเจาะหน้าท้องเป็นรูเล็กๆ สี่ตำแหน่ง และมองเห็นการใส่เครื่องมือผ่านเข้าไปผ่าตัดในช่องท้อง

ที่มา www.vichaiyut.co.th/html/jul/.../p01.asp

หากเปรียบเทียบกับวิธีการผ่าตัดวิธีเดิมข้อดีที่เห็นได้อย่างชัดเจนคือ ในเรื่องของความเจ็บปวด การผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้องมีระดับความเจ็บปวดน้อยกว่า การฟื้นตัวเร็วกว่า ทำให้จำนวนวันนอนพักที่โรงพยาบาลสั้นกว่า สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้เร็วกว่า นอกจากนี้แผล

ผ่าตัดของการผ่าตัดแบบผ่านกล้องเป็นแผลขนาดเล็กและมีโอกาสเกิดพังพืดในช่องท้องหลังการผ่าตัดน้อยกว่า

ข้อเสีย^{3,4}

การผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องหน้าท้องเป็นการผ่าตัดที่ทำได้ยากกว่าและใช้เวลานานกว่าการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง ต้องใช้แพทย์ผู้ชำนาญและเชี่ยวชาญเฉพาะในการผ่าตัด เพราะหากไม่มีความชำนาญอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา นอกจากนี้อุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ทำการผ่าตัดมีหลายชนิด บางอย่างเป็นอุปกรณ์พิเศษเฉพาะด้าน ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างสูง เฉลี่ย 20,000 บาท ต่อรายเทียบกับการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง (ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล) และการทำผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้องยังไม่สามารถทำได้ในโรงพยาบาลทุกแห่ง เพราะต้องอาศัยเครื่องมืออุปกรณ์และแพทย์ที่มีความชำนาญพิเศษเฉพาะด้านในการทำผ่าตัด

ข้อห้าม^{4,5,6}

มีน้อยมากขึ้นอยู่กับวิสัยศัญญาแพทย์เป็นหลัก บางสถาบันที่มีความก้าวหน้าอย่างมากอาจไม่ถือเป็นข้อห้าม เช่น

- โรคหัวใจขั้นรุนแรง เนื่องจาก ผู้ป่วยอาจไม่สามารถทนต่อการผ่าตัดในท่านอนหงายศีรษะต่ำเป็นระยะเวลาสั้น หรือการที่ความดันในช่องท้องเพิ่มมากขึ้นจากการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้อง

- ผู้ป่วยมีการไหลเวียนเลือดไม่คงที่ เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะช็อคจากการเสียเลือดมาก เนื่องจากการแตกของการตั้งครรภ์นอกมดลูก

- ผู้ป่วยมีภาวะลำไส้อุดตัน ทำให้ลำไส้โป่งพองมาก
 - แพทย์ผู้ผ่าตัดไม่มีประสบการณ์เพียงพอ
- ข้อห้ามบางกรณี** เช่น
- ผู้ป่วยที่เคยได้รับการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องมาแล้วหลายครั้ง
 - ผู้ป่วยตั้งครรภ์เกิน 20 สัปดาห์
 - ผู้ป่วยที่ร่างกายอ่อนแอมากๆ
 - ผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นมะเร็ง โดยเฉพาะมะเร็งรังไข่ที่มีโอกาสแตกของก้อนขณะทำการผ่าตัด

การผ่าตัดกับภาวะแทรกซ้อน^{3,4,5,7,}

ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดวิธีนี้ส่วนใหญ่ มักเกิดจากความประมาทและเครื่องมือเสื่อมประสิทธิภาพ รวมทั้งการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อมหรือไม่ถูกต้องทำให้เกิดอันตรายต่ออวัยวะภายในช่องท้อง ที่พบบ่อยคือ

1. Bowel injuries กรณีที่ผู้ป่วยเกิดรูทะลุ ลำไส้ ผู้ป่วยจะเกิดภาวะ Peritonitis โดยมีอาการปวดท้อง ไข้สูง และมีจำนวนเม็ดเลือดขาวสูงภายใน 48 – 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด

2. Vascular injuries ส่วนใหญ่มักเกิดจากการแทงของ veress needle ในการใช้เทคนิคการผ่าตัด part แรก แบบ closed technique

3. Thermal injury ระหว่างทำการผ่าตัดหากไม่ระมัดระวัง ความร้อนจากเครื่องมือที่ชำรุดอาจทำอันตรายต่ออวัยวะภายในช่องท้องต่างๆ ได้เช่น ลำไส้ ท่อไต กระเพาะปัสสาวะ และผนังหน้าท้อง ผนังลำไส้ที่ถูกความร้อนจนสุก จะไม่ทะลุทันที ดังนั้นผู้ป่วยอาจจะมีอาการของ Bowel perforation ภายหลังจากผ่าตัดประมาณ 1 สัปดาห์

4. Subcutaneous emphysema เกิดจากก๊าซที่ใช้ในระหว่างผ่าตัดแทรกผ่านเข้าสู่ชั้นใต้ผิวหนัง ซึ่งสามารถตรวจพบได้โดยการคลึงผิวหนังบริเวณหน้าท้อง จะมีเสียงกรอบแกรบ นอกจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวแล้วยังอาจพบภาวะ hemorrhage, infection, adhesions และ urinary retention รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้แต่ไม่เป็นอันตรายต่อชีวิต เพียงแต่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย เช่น ภาวะแน่นอึดอัดท้อง อาการปวดร้าวหัวไหล่ เนื่องจากก๊าซที่ใส่เข้าไปในช่องท้องไปดันกระบังลม ซึ่งก๊าซที่คงค้างอยู่ใต้กระบังลมจะลดลงและหมดไปภายใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด อาการเหล่านี้สามารถบรรเทาได้ด้วยการจัดท่านอนภายหลังผ่าตัดและการลุกเดิน ภายหลังผ่าตัดเมื่อแพทย์อนุญาตหรือประทานยาแก้ปวดตามแพทย์สั่ง และอาการจะหายกลับเป็นปกติได้ภายใน 1-2 วันหลังผ่าตัด

การพยาบาลผู้ป่วยหรือผู้ที่มารับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง

จากประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมา เมื่อแพทย์ลงความเห็นว่าจะต้องรักษาด้วยการผ่าตัด ไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดวิธีเดิมหรือการส่องกล้องก็ตาม ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและญาติ ทำให้เกิดความวิตกกังวลและความกลัวต่างๆ ทั้งเรื่องโรคที่เป็น เรื่องการรักษา ขั้นตอนการผ่าตัด ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น ตลอดจนความไม่สุขสบายต่างๆ รวมทั้งการพักผ่อนหลังการผ่าตัดเนื่องจาก ผู้ป่วยและญาติไม่รู้ว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไร และมีความปลอดภัยหรือมีอันตรายต่อชีวิตมากน้อยเพียงใด ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เตรียมความพร้อม ช่วยแพทย์ในระหว่างการรักษา รวมทั้งดูแลภายหลังการผ่าตัด และเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย

กลับบ้าน ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยให้การดูแลพยาบาลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

การพยาบาลผู้ป่วยหรือเวชก่อนผ่าตัด^{9,10}

การดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดนั้นเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจเพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทั้งในขณะทำการผ่าตัด และภายหลังการผ่าตัด ซึ่งควรเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยรับรู้การวินิจฉัยโรคและการรักษาจากแพทย์ผู้ตรวจ

1. การเตรียมผู้ป่วยทางด้านจิตใจ

การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจเป็นสิ่งที่สำคัญ พยาบาลควรประเมินสภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยหลังจากรับรู้การวินิจฉัยและแผนการรักษาเพื่อนำไปสู่การวางแผนการดูแลและเตรียมความพร้อมทางจิตใจ ทั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะมีความกลัวและวิตกกังวลค่อนข้างสูง ทำให้เกิดภาวะเครียดซึ่งจะส่งผลกระทบต่อเตรียมความพร้อมด้านร่างกายด้วย การประเมินสภาวะจิตใจอาจใช้หลักของการให้คำปรึกษามาประเมินปัญหาและให้การดูแลด้านจิตใจ นอกจากนี้อาจเสริมให้สุขศึกษาโดยใช้คำอธิบายง่ายๆ และหลีกเลี่ยง คำตอบที่จะเพิ่มความกังวลต่อผู้ป่วย รวมทั้งควรใช้ท่าที่ที่นุ่มนวลให้ความเป็นกันเองและความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ

2. การเตรียมผู้ป่วยทางด้านร่างกาย

ความพร้อมทางด้านร่างกายของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมากสำหรับการทำการผ่าตัด ไม่ว่าจะเป็นวิธีการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องหรือแบบส่องกล้อง ดังนั้นผู้ป่วยแต่ละรายจะได้รับการประเมิน

และเตรียมทางด้านร่างกายอย่างละเอียด เกือบทุกระบบของร่างกาย อาจแบ่งเป็น

2.1 การเตรียมร่างกายทั่วๆ ไป ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินสภาวะทางร่างกายก่อนนัดทำการผ่าตัด เพื่อประเมินปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย ซึ่งอาจเป็นข้อห้ามในการผ่าตัด หากไม่ได้รับการแก้ไขปัญหานั้นๆ ก่อน จะทำให้เกิดอันตรายในระหว่างการผ่าตัด ดังนั้นก่อนเข้ารับการผ่าตัด ผู้ป่วยทุกรายจึงจำเป็นต้องตรวจหา CBC, FBS, BUN, Creatinine, Electrolyte, Liver function test, VDRL, HBsAg, anti-HIV, Urine analysis Chest x-ray และ ECG หากพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางร่างกายที่จะส่งผลกระทบต่อทำการผ่าตัดแล้ว แพทย์จะรักษาอาการเหล่านั้นให้ดีขึ้นเพียงพอสำหรับการผ่าตัดได้อย่างปลอดภัย หลังจากรู้วันผ่าตัดแล้วผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมความพร้อมทางร่างกายดังนี้

- ดูแลการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอก่อนรับการผ่าตัด

- งดอาหารและน้ำดื่มอย่างน้อย 6 – 8 ชั่วโมง

- สอนและฝึกเทคนิคการหายใจ และฝึกการไออย่างมีประสิทธิภาพ (effective cough)

- การทำความสะอาดร่างกาย รวมทั้งการเตรียมลำไส้ให้สะอาดโดยการสวนอุจจาระถือว่ามีความสำคัญ เนื่องจากหากเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เช่น การฉีกขาดของลำไส้ แพทย์สามารถเย็บซ่อมแซมได้ทันที ไม่ต้องผ่าตัดยกลำไส้มาเปิดที่หน้าท้อง

2.2 การเตรียมร่างกายเฉพาะที่ เนื่องจากบริเวณผิวหนังมีเชื้อจุลินทรีย์มาก จึงต้องเตรียมทำความสะอาดบริเวณที่จะทำการผ่าตัด โดยการโกนขนและเช็ดทำความสะอาดด้วยน้ำยา antiseptic เช่น

2% chlorhexidine in alcohol 70% ตั้งแต่บริเวณใต้
ราวนมลงมาถึงต้นขาทั้ง 2 ข้าง รวมทั้งฝีเย็บด้วย

การพยาบาลผู้ป่วยหนีเวชภายหลังการผ่าตัด^{9,11,12}

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทาง
หน้าท้องจะมีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อและสูญเสียเลือด
รวมทั้งมีความเจ็บปวด เช่นเดียวกับการผ่าตัด
โดยทั่วไป แต่อาจมีปริมาณการสูญเสียและการ
เจ็บปวดน้อยกว่า อย่างไรก็ตามการผ่าตัดวิธีนี้ยังมี
ผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วย
เกิดภาวะเครียด วัตถุประสงค์ของการพยาบาลใน
ระยะหลังการผ่าตัดที่สำคัญคือ การดูแลให้ผู้ป่วย
กลับคืนสู่ภาวะปกติอย่างรวดเร็วโดยพยายามให้
ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดและไม่สบายน้อยที่สุด
รวมทั้งป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยแบ่งการ
ดูแลภายหลังผ่าตัดเป็นระยะดังนี้

1. การดูแลภายหลังการผ่าตัดทันที เป็นการ
ดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมงแรก ซึ่ง
ต้องมีการสังเกตอาการและดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อให้
การช่วยเหลือหรือแก้ไขอันตรายที่อาจเกิดขึ้น เช่น
ภาวะตกเลือดมากจนเกิดภาวะ shock กิจกรรมการ
พยาบาลที่ต้องทำในระยะนี้คือ

- สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพซึ่งจะช่วยให้
ตรวจพบอาการผิดปกติ เช่น อาการตกเลือดภายใน
ช่องท้อง เป็นต้น โดยการประเมินชีพจร อัตราการ
หายใจ และความดันโลหิตทุก 1 ชั่วโมง อุณหภูมิ
ร่างกายทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง

- ประเมินการไหลเวียนของโลหิต โดยสังเกต
ริมฝีปาก ผิวหนัง และสีเล็บ

- สังเกตและตรวจดูแผลผ่าตัด ว่ามีเลือดออก
ผิดปกติหรือไม่ รวมทั้งสิ่งขับหลังออกจากช่องคลอด

- ประเมินสภาวะร่างกายทั่วไป เช่น การ
ตรวจดูระบบทางเดินหายใจว่าหายใจโล่งสะดวกดี
หรือไม่

- บันทึกปริมาณของสารน้ำที่ได้รับ และ
ปัสสาวะที่ขับออกว่ามีปริมาณปกติ และสมดุลหรือไม่
รวมทั้งดูแลให้ได้รับสารน้ำ เลือด หรือยา ครบตาม
แผนการรักษา

- ดูแลความสบายสบายทั่วๆ ไป ได้แก่ อาการ
ปวดแผลผ่าตัด และอาการข้างเคียงจากการได้รับ
การระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด เช่น อาการคลื่นไส้
อาเจียน รวมทั้งดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป

- ระมัดระวังอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น เช่น
ตกเตียง เนื่องจากผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึก
ระหว่างผ่าตัด อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการสับสนหรือ
มึนงงมาก ควรยกที่กั้นเตียงเพื่อความปลอดภัย

- ขั้นตอนการผ่าตัด ต้องมีการใส่ก๊าซ
คาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปขยายพื้นที่ในช่องท้องแล้ว
ปล่อยก๊าซออกเมื่อเสร็จสิ้นหลังผ่าตัด ซึ่งก๊าซที่คง
ค้างอยู่ใต้กระบังลมจะลดลงและหมดไปภายใน 48
ชั่วโมงหลังผ่าตัด ดังนั้นผู้ป่วยอาจมีอาการปวดร้าว
หัวไหล่และแน่นท้องได้ บทความสุขภาพจาก
ต่างประเทศในเรื่องการจัดท่านอนผู้ป่วยภายหลังทำ
ผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง และจาก
ประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้ป่วยภายหลัง
ผ่าตัดแบบผ่านกล้องส่องทางหน้าท้อง พบว่าอาการ
เหล่านี้จะเป็นอยู่ไม่นาน หากจัดผู้ป่วยให้นอนในท่า
ศีรษะต่ำก้นสูง (trendelenburg position) โดยใช้
หมอนหนุนใต้สะโพกจะช่วยให้อาการทุเลาลงได้
ภายใน 2 – 3 ชั่วโมง นอกจากนี้ควรสังเกตดูว่ามีลม
รั่วแทรกซึมใต้ผิวหนังมากน้อยเพียงใด โดยการกดที่
ผิวหนัง ดูว่ามีเสียงกรอบแกรบอยู่ใต้ผิวหนังหรือไม่

หากมีลมแทรกอยู่ใต้ผิวหนังควรแนะนำผู้ป่วยว่า
ภาวะนี้จะหายได้เอง และไม่มีอันตรายใดๆ¹³⁻¹⁴

2. การดูแลหลังผ่าตัดทั่วไป เป็นการดูแล
ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดแล้วเกิน 24 ชั่วโมง ผู้ป่วย
อาจมีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาระงับความรู้สึก
แต่พบน้อยกว่าการผ่าตัดวิธีเดิมมาก เนื่องจากผู้ป่วย
สามารถเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดได้ดีกว่า รวมทั้งการ
ติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ซึ่งจะมีอาการปวด บวมแดง และ
ร้อนรอบๆ แผล อาจเกิดขึ้นได้หลังผ่าตัด 36 – 48
ชั่วโมง ดังนั้นพยาบาลจึงควรประเมินและสังเกต
อาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และรับรายงานแพทย์หาก
พบอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติ นอกจากการ
สังเกตภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แล้วการดูแลระยะนี้
ผู้ป่วยควรได้รับการแนะนำและกระตุ้นเรื่องการดูแล
ตัวเองเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายภายหลังผ่าตัดให้กลับ
ปกติได้อย่างเร็วที่สุด เช่น การเคลื่อนไหวร่างกาย
การลุกเดิน อาหารที่ควรรับประทาน การดูแลแผล
ผ่าตัดด้วยตัวเอง และการทำความสะอาดร่างกาย
เป็นต้น

3. การดูแลด้านจิตใจภายหลังผ่าตัด การ
ประเมินสภาวะทางจิตใจและการดูแลเป็นสิ่งจำเป็น
อย่างยิ่งสำหรับการพยาบาลผู้ป่วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับผล
ของการผ่าตัดนั้นๆ จะส่งผลกระทบต่อการดำเนิน
ชีวิตของผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด การผ่าตัดด้วยวิธีนี้
แผลที่เกิดขึ้นจะมีขนาดเล็กและไม่ทำให้ความสวยงาม
ของผิวหนังหน้าท้องเสีย ยกเว้นกรณีที่ต้องมีการ
ผ่าตัดวิธีเดิมร่วมด้วย พยาบาลเป็นบุคลากรที่
ใกล้ชิดผู้ป่วย จึงควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุย
ระบายความรู้สึกหรือซักถามข้อข้องใจต่างๆ รวมทั้ง
สนับสนุนและประคับประคองด้านจิตใจด้วย

การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน^{9,12}

เมื่อแรกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล พยาบาลต้อง
มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (discharge planning)
และเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยสำหรับการดูแล
ตัวเองเมื่อกลับบ้าน โดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับปฏิบัติ
ตัวตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด จนถึงการปฏิบัติตัวเมื่อ
กลับไปอยู่บ้าน พร้อมเน้นย้ำให้ผู้ป่วยเข้าใจและเกิด
ความมั่นใจในการดูแลตัวเองเมื่ออยู่บ้าน

การดูแลตัวเองที่ผู้ป่วยควรรู้จักคือ

1. แนวทางในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน
ได้แก่

- การรับประทานยาให้ครบตามแพทย์สั่ง โดย
ครบตามจำนวนและเวลาที่กำหนด

- การดูแลแผลผ่าตัด โดยมาตรวจหลังผ่าตัด
เพื่อประเมินผลและตัดไหมตามแพทย์นัด

- ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีนี้จะสามารถ
เคลื่อนไหวและทำงานได้ตามปกติเร็วขึ้น อาจ
พักผ่อนหลังผ่าตัดประมาณ 1 – 2 สัปดาห์ก็สามารถ
ทำงานตามปกติได้

- การรักษาความสะอาดร่างกายและอวัยวะ
สืบพันธุ์

- ข้อจำกัดในการปฏิบัติตัว เช่นงดทำกิจกรรม
ที่ต้องออกแรงมากหรือกิจกรรมที่เพิ่มแรงดันในช่อง
ท้อง เช่น ยกของหนักหรือการนั่งยองๆ เพราะจะทำให้
แผลผ่าตัดแยกได้ งดการออกกำลังกายที่ต้องเกร็ง
หน้าท้องภายใน 6 เดือนแรก ส่วนการมีเพศสัมพันธ์
ควรงดมีเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัดอย่างน้อย 6 สัปดาห์

2. อาหารที่ควรรับประทาน เช่น เนื้อสัตว์ นม
ไข่ เป็นต้น นอกจากนี้ควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ
1 ลิตร

3. อาการผิดปกติที่ผู้ป่วยต้องสังเกต เช่น
มีไข้สูง มีเลือดสดๆ ออกจากแผลผ่าตัดและทาง

ช่องคลอด ปวดท้องน้อยมาก ต้องรีบมาพบแพทย์ ก่อนวันนัด

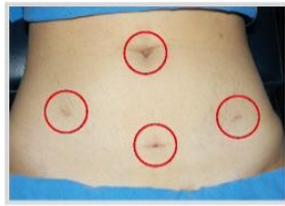
4. เน้นการมาตรวจตามนัดภายหลังจากผ่าตัด และการตัดไหมเมื่อครบ 7 วัน



แผลผ่าตัดผ่านกล้องแผลเดียว

(หลังผ่าตัด 1 ปี)

1 year postoperative wound



แผลผ่าตัดผ่านกล้องทั่วไป

หลายแผล (หลังผ่าตัด 1 ปี)

1 year postoperative wound

ที่มา sriphat.med.cmu.ac.th/thai/knowledge-10

การผ่าตัดทางนรีเวชแบบผ่านกล้องส่องทาง หน้าท้อง (laparoscopic surgery) ถือเป็นวิธีที่ได้รับความนิยมมากขึ้นตามลำดับ เนื่องจากสะดวก รวดเร็ว และมีความปลอดภัยต่อผู้ป่วยมากขึ้น ทั้งนี้ ขึ้นกับความชำนาญของแพทย์ ความพร้อมของ อุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ รวมทั้งการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ ตลอดจนอารมณ์และสังคมอย่างมีคุณภาพ โดยควรเริ่มตั้งแต่เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจก่อนเข้ารับการผ่าตัด จนกระทั่งให้การดูแลทั้งในระหว่างที่ทำผ่าตัด ภายหลังจากผ่าตัดและให้คำแนะนำ ก่อนกลับบ้าน สิ่งสำคัญคือผู้ป่วยและญาติควรเข้าใจ ว่าการส่องกล้องเข้าไปนั้นถ้าพบว่าไม่สามารถทำการ ผ่าตัดด้วยวิธีนี้ได้ แพทย์จำเป็นต้องใช้การผ่าตัดแบบ เปิดหน้าท้องเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อผลที่จะ เกิดหลังการผ่าตัด รวมทั้งต้องเน้นย้ำให้ผู้ป่วย ตระหนักในการปฏิบัติตัวให้ถูกต้องภายหลังจาก

ผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยใช้เวลาอยู่โรงพยาบาลสั้นมาก ประมาณ 2 – 3 วัน เนื่องจากแผลผ่าตัดมีขนาดเล็ก ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้เร็ว ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า ตัวเองปกติเหมือนก่อนผ่าตัด จึงขาดการสังเกต อาการข้างเคียงละเอียดของการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดที่ ถูกต้องซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการ ผ่าตัดได้ เช่น แผลแยก แผลติดเชื้อได้

พยาบาลจึงต้องเน้นย้ำให้ผู้ป่วยตระหนักถึง อันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นจากการไม่ปฏิบัติตาม คำแนะนำ และเนื่องจากเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วย ตลอดเวลา จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลตั้งแต่ก่อน ผ่าตัด จนกระทั่งกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะทั้ง ร่างกายและจิตใจกลับสู่ปกติได้อย่างเหมาะสม รวดเร็ว

เอกสารอ้างอิง

1. อัมพันธ์ เณลิมโชคเจริญกิจ และปวีตร สุจริตรพงศ์. การลดภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้อง แบบ Total Laparoscopic Hysterectomy. ใน: ประสงค์ ตันมหาสมุทร พงษ์ หัส จันทรประภาพ อรรถพล ใจชื่น ธันยรัตน์ วงศ์วานรักษ์ และ ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์, บรรณาธิการ. สุขิต นรีเวช ทันยุค. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง; 2556: 198-211.
2. แสงชัย พงษ์พิพันธุ์. การผ่าตัดเอามดลูกที่มี พยาธิสภาพผิดปกติออก ด้วยกล้องส่องช่องท้อง. (ออนไลน์). 2552. เข้าถึงเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2556. เข้าถึงได้จาก: [http:// www.vichaiyat.co.th/html/jul/article/p01.asp](http://www.vichaiyat.co.th/html/jul/article/p01.asp)
3. พงษ์ศักดิ์ ศิลป์ชัยวัฒนา. ความรู้สู่ประชาชน เรื่องการแพทย์ทางเลือก...ผ่าตัดทางนรีเวชผ่าน กล้อง. (ออนไลน์). 2553. เข้าถึงเมื่อ 10

- กุมภาพันท์ 2556 เข้าถึงได้จาก: http://www.si.mahidol.ac.th/th/department/obstretics_gynecology/dept_article_detail.asp?a_id=533
- กรกฎ ศิริมัย และปวีตร สุจริตพงศ์. บทบาทของการผ่าตัดผ่านกล้องทางหน้าท้องกับการรักษาอาการปวดท้องน้อย. ใน: ประสงค์ ตันมหาสมุทร พงษ์สิทธิ์ จันทรประภาพ อรรถพล ใจชื่น ธัญยารัตน์ วงศ์วานิชย์ และตรีภพ เลิศบรรณพงษ์, บรรณาธิการ. สูติฯ นรีเวชทันยุค 2012. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิ่ง; 2555: 347-59.
 - ปวีตร สุจริตพงศ์ และพงษ์ศักดิ์ ชัยศิลป์วัฒนา. การผ่าตัดทางนรีเวชผ่านกล้อง. ใน วีรศักดิ์ วงศ์ศิริพร มณีรัตน์ ไชยานนท์ ประสงค์ ตันมหาสมุทร มงคล เบญจภิบาล และไอรินรัตน์ เรืองขจร, บรรณาธิการ. ตำรานรีเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิ่ง; 2554: 279-94.
 - William WH. Gynecologic laparoscopy. [internet]. 2013 [Cited 2013 Oct 6] Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/265201-overview#a05>.
 - พงษ์ศักดิ์ ชัยศิลป์วัฒนา. การส่องกล้องผ่าตัดทางนรีเวชวิทยา. ใน: สมบูรณ์ คุณาธิคม สุวนิตย์ วีรศักดิ์วิชา และภาคภูมิ โพธิ์พงษ์ บรรณาธิการ. นรีเวชวิทยา. กรุงเทพฯ:พี.เอ.ลิฟวิ่ง; 2542:491-6.
 - Stanley, I., Laurence, A., & Hill, J. (2002). Disappearance of intraperitoneal gas following gynecological laparoscopy. *Anesthesia*, 57, 57-61 [internet]. 2002 [Cited 2012 Dec 6] Available from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2044.2002.02358.x/pdf>.
 - นันทนา ธนาโนวรรณ. การพยาบาลสตรีก่อนได้รับการผ่าตัดด้วยกล้องส่องทางหน้าท้อง. ใน: นันทนา ธนาโนวรรณ, บรรณาธิการ. ตำราการพยาบาลนรีเวช (ฉบับองค์รวม). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: วี.พี.รีน 1999; 2553: 174-7.
 - Preoperative care. [internet]. 2007 [Cited 2012 Sep 6]. Available from <http://www.surgeryencyclopedia.com/Pa-St/Preoperative-Care.html>.
 - Postoperative care. [internet]. 2007 [Cited 2012 Sep 6] Available from <http://www.surgeryencyclopedia.com/Pa-St/Postoperative-Care.html>.
 - Jennie AW. Care of postoperative patient. [internet]. 2003. [Cited 2012 Sep 10] Available from <http://www.nursingtimes.net/care-of-the-postoperative-patient/200004.article>.
 - Sharay Bartow. Recovery After laparoscopy. 2010. [internet]. 2013 [Cited 2012 Dec 5] Available from <http://www.suite101.com/a/recovery-after-laparoscopy-a203377>.
 - Marcy Brinkley. How to treat gas pain after laparoscopic gallbladder surgery. 2010. [internet]. 2013. [Cited 2012 Dec 5] Available from <http://www.livestrong.com/article/182083-how-to-treat-gas-pain-after-laparoscopic-gallbladder-surgery/>.