

## การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่需要做 second-look operation

มยุรัตน์ วิรัชชัย วท.บ (พยาบาลและผดุงครรภ์)

**บทคัดย่อ :** การทำผ่าตัด second-look operation ในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ ในโรงพยาบาลรามธิบดี มีแนวโน้มที่จะนำการผ่าตัดผ่านกล้องมาใช้มากขึ้น ซึ่งการผ่าตัดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดตามระยะของโรค (surgical staging) ครบแล้ว การดูแลผู้ป่วยต้องมีการดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด รวมถึงการป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดผลแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ หรือเสียเลือดในขณะผ่าตัด ที่สำคัญคือ การดูแลด้านจิตใจเนื่องจากผู้ป่วยต้องผ่านการผ่าตัดทางหน้าท้องและรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมาแล้ว ดังนั้นผู้ป่วยสมควรต้องได้รับการดูแลให้กำลังใจจากบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและไม่สิ้นหวังกับการรักษา

**คำสำคัญ :** *second-look operation*

---

\* พยาบาลประจำการ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่需要做 second-look operation

ผู้ป่วยมะเร็งรังไข่พบได้บ่อยเป็นอันดับ 2 ของมะเร็งทางนรีเวชรองลงมาจากมะเร็งปากมดลูก และเป็นอันดับ 6 ของมะเร็งทั้งหมดที่พบในหญิงไทย (วสันต์ ลีนะสมิตและสฤกพรณ วิไลลักษณ์, 2542) รังไข่เป็นอวัยวะที่เป็นแหล่งกำเนิดของเนื้องอกได้หลายชนิด แบ่งตาม Histologic classification ของ WHO โดยจัดแบ่งกลุ่มตามเซลล์ที่เป็นต้นกำเนิดที่สำคัญ มี 3 กลุ่มใหญ่ คือ Common epithelial tumor มีกำเนิดจาก coelomic epithelium ที่คลุมภายนอกรังไข่ พบได้บ่อยที่สุด ร้อยละ 65-85 รองลงมาคือ Germ cell tumor มีกำเนิดจาก germinal epithelium พบประมาณ ร้อยละ 10 ส่วน Sex-cord stromal tumor ซึ่งมีกำเนิดจาก mesenchymal tissue ของรังไข่ พบได้น้อยกว่า ร้อยละ 5 ของมะเร็งรังไข่ทั้งหมด โดยอาการนำที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์บ่อยที่สุดคือ อาการท้องโตอืดขึ้นเนื่องจากในท้องมีน้ำหรือมีก้อนเนื้องอกใหญ่ แน่นอึดอัดในท้อง ปวดท้อง อาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น เบื่ออาหาร อาหารไม่ย่อย ท้องผูก แน่นเพื่อ คลื่นไส้ อาเจียน อาการอื่นๆ ที่พบได้ เช่น ปัสสาวะบ่อย น้ำหนักตัวลด มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด โดยเฉพาะในวัยใกล้หมดระดู

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ในปัจจุบันยังมีปัญหาเนื่องจากผู้ป่วยไม่มีอาการอะไรเมื่อโรคอยู่ในระยะต้น ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยที่มาพบแพทย์โรคได้มีการกระจายไปมากแล้ว โอกาสหายมีน้อยมาก อัตราตายที่ 5 ปี ประมาณร้อยละ 20 (วสันต์ ลีนะสมิตและสฤกพรณ วิไลลักษณ์, 2542) การรักษาส่วนใหญ่เป็นแบบผสมผสานประกอบด้วย การผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา โดยการผ่าตัดมีจุดประสงค์เพื่อกำหนดระยะของโรค (surgical staging) คือการทำ

total abdominal hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy, infra-colic omentectomy และ retroperitoneal lymph node sampling เพื่อให้ทราบถึงการกระจายของโรคที่ถูกต้องกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งในระยะต้น (stage I, II) เพราะการรักษาภายหลังการผ่าตัดจะไปตาม staging ที่สรุปได้จากผลพยาธิวิทยา การทำ pelvic & para-aortic lymphadenectomy จึงมีความสำคัญในการระบุระยะของโรคที่ถูกต้อง (วสันต์ ลีนะสมิตและสฤกพรณ วิไลลักษณ์, 2542) แต่ในกรณีที่โรคเป็นมากแล้วอาจไม่มีความจำเป็น จุดประสงค์อีกอย่างของการผ่าตัดคือ การเอาก้อนมะเร็งออกเพื่อบรรเทาอาการ ตรวจขอบเขตการแพร่กระจายของมะเร็ง และลดปริมาณเซลล์มะเร็งให้เหลือน้อยที่สุด (ไม่ควรเกิน 2 ซม.) เมื่อการผ่าตัดเสร็จสิ้นต้องมีการบันทึกขนาดและตำแหน่งของเซลล์มะเร็งที่เหลืออยู่อย่างละเอียด ยิ่งผู้ป่วยมีเซลล์มะเร็งเหลือน้อย การตอบสนองต่อเคมีบำบัดก็มากขึ้น และจะมีระยะเวลารอดตายเฉลี่ยดีกว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีเซลล์มะเร็งเหลืออยู่มาก และได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดเป็นแบบเดียวกัน

การผ่าตัดเอาเนื้อมะเร็งออกให้ได้มากที่สุดอย่างเดียวไม่สามารถรักษา epithelial ovarian cancer ให้หายได้ จำเป็นต้องรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหลังผ่าตัด (postoperative chemotherapy) ร่วมด้วย ซึ่งพบว่า platinum compound เป็นยาที่ได้ผลดีที่สุดทั้งที่ใช้เป็น single agent และ combination ปัจจุบันการให้ paclitaxel (Taxol) ก็ได้ผลดีเช่นกัน การประเมินผลการรักษาเพื่อตัดสินใจว่าจะหยุดการให้เคมีบำบัด หรือให้การรักษาอื่นๆ ต่อไป ในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดรวมกับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจนครบ และตรวจทางคลินิกแล้วไม่พบมะเร็ง ที่นิยมในปัจจุบันคือการทำ second-look operation ซึ่งจะทำในผู้ป่วย

## การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องทำ second-look operation

ที่ไม่มีอาการทางคลินิก และระดับ serum CA-125 อยู่ในระดับปกติ (<35 ยูนิต/มล.) (ตำรา ตรีสุโกศล และสุรางค์ ศรีรัตนชาติ, 2544) ทั้งนี้จะหยุดการให้ยาเคมีบำบัดในกรณี negative second-look operation ผู้ป่วยจะได้ไม่ต้องเสี่ยงต่อผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดต่อไป วิธีการดังกล่าวยังมีประโยชน์ในแง่ของการหลีกเลี่ยงการหยุดรักษาก่อนเวลาอันควรโดยทำ secondary cytoreductive surgery ร่วมด้วย และสามารถใส่ประเมินการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยโดยทำ intraperitoneal biopsy และ peritoneal washing เพื่อช่วยประกอบการตัดสินใจเลือกการรักษาขั้นต่อไปจากพยาธิสภาพที่พบ

ปัจจุบันการทำ second-look operation มี 2 แบบ คือ second-look laparotomy และ second-look laparoscopy วิธีการแรกเป็นการทำผ่าตัดเปิดหน้าท้อง ตรงตำแหน่งของแผลผ่าตัดเดิมเข้าไปตามชั้นต่าง ๆ จนถึงในช่องท้องหากไม่พบ Tumor ก็พิจารณาทำ peritoneal washing และ biopsy จากหลาย ๆ ตำแหน่ง ในช่องท้อง ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเหมือนการทำผ่าตัดใหญ่ และได้รับผลแทรกซ้อนจากการดมยาสลบ และต้องอยู่โรงพยาบาลนานเท่ากับการผ่าตัดใหญ่ทั่วไป ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยคือ การอักเสบติดเชื้อของแผลผ่าตัด ทางเดินปัสสาวะอักเสบและปอดอักเสบ ส่วนวิธีการหลังจะทำผ่าตัดผ่านกล้องทางหน้าท้อง เป็นการผ่าตัดที่เล็กกว่า ผลดีคือลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการติดเชื้อจากการผ่าตัด กลับสู่สภาพปกติได้เร็วกว่า อยู่โรงพยาบาลน้อยวันกว่า การผ่าตัดทางหน้าท้อง (สมบุรณ์ บุญเกียรติและ วุฒวรรณ ผาโคตร, 2547) อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยมี Adhesion จากการผ่าตัดครั้งแรกมากอาจไม่สามารถทำผ่าตัดด้วยวิธีนี้ได้ และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนการบาดเจ็บของลำไส้หรือกระเพาะปัสสาวะ

ได้เช่นกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความชำนาญของทีมแพทย์ผู้ผ่าตัด การทำผ่าตัดวิธีนี้มีแนวโน้มจะทากันมากขึ้น ในปัจจุบัน หลายโรงพยาบาลในต่างประเทศ มีรายงานการทำ second-look laparoscopy แทนการทำผ่าตัด second-look laparotomy ในโรงพยาบาลรามาธิบดีก็มีแนวโน้มที่จะนำวิธีนี้มาใช้มากขึ้นเช่นกัน การพยาบาลผู้ป่วยในระยะผ่าตัดที่ถูกต้องจึงมีความสำคัญที่บุคลากรทางด้านการพยาบาลควรจะให้คำแนะนำและเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

### การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

พยาบาลห้องผ่าตัดควรมีการเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยเพื่อแนะนำสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด สิ่งที่ผู้ป่วยจะได้รับเมื่อเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดมารับที่หอผู้ป่วย ให้ข้อมูลขั้นตอนการผ่าตัดและการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด พอสังเขป บอกระยะเวลาที่ใช้ในการทำผ่าตัด ระยะเวลาหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ชักถามผู้ป่วยเรื่องโรคประจำตัวหรืออาการแพ้ยาประเภทใดบ้าง ตรวจสอบความพร้อมของเอกสาร เช่น ผลเลือด CBC, X-ray, EKG, การจ้องขอเลือดผ่าตัด (เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย ยาเคมีบำบัดมาก่อน ผู้ป่วยอาจมีภาวะซีดเนื่องจากยาเคมีบำบัดกดการทำงานของไขกระดูกในการสร้างเม็ดเลือดแดง) และที่สำคัญการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต้องเตรียมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้พร้อมที่จะได้รับการผ่าตัดพยาบาลห้องผ่าตัดไม่ควรละเลยในการให้กำลังใจและคำอธิบายข้อข้องใจ เพื่อให้ผู้ป่วย คลายความวิตกกังวลต่างๆในเรื่องโรค การผ่าตัด ความปลอดภัย ซึ่งจะได้รับจากทีมงานที่จะทำผ่าตัด

## การดูแลผู้ป่วยระหว่างผ่าตัด

การดูแลผู้ป่วยระหว่างผ่าตัด second-look laparotomy มีกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัดเช่นเดียวกันกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดทางหน้าท้องโดยทั่วไป แต่การผ่าตัด second-look laparoscopy นั้นมีเครื่องมือและอุปกรณ์ไฟฟ้าจำนวนมากมาเกี่ยวข้องด้วยเครื่องมือและอุปกรณ์ส่วนใหญ่มีราคาแพงและเป็นเทคโนโลยีใหม่ ๆ ที่เป็นความรู้เฉพาะทางที่จะต้องเรียนรู้วิธีการใช้ การดูแลรักษาเครื่องมือให้สามารถใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ กิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระหว่างผ่าตัดผ่านกล้อง จึงต้องคำนึงถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดระยะเวลาของการผ่าตัดดังต่อไปนี้

### 1. ภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาสลบและการจัดท่านอน

ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการให้ยาสลบในผู้ป่วยผ่าตัดผ่านกล้อง พบได้ไม่แตกต่างจากการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง ยาสลบมีผลกดการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ และทำให้หัวใจเต้นช้าลง การเป่าก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (CO<sub>2</sub>) เพื่อเพิ่มความดันในช่องท้องและการจัดท่านอนศีรษะต่ำจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการกระตุ้นให้เกิดการตอบสนองของเส้นประสาท Vagus อย่างรุนแรง (Vago-vagal reflex) ซึ่งมีผลทำให้เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นได้ นอกจากนี้ในภาวะที่มี CO<sub>2</sub> คั่งในเลือด การใช้ยาสลบจะเพิ่มอัตราการเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะได้ (เททิเยู ถิ่นธรา, 2546)

กิจกรรมการพยาบาล ต้องสังเกตและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดเกี่ยวกับความดันเลือด ชีพจร คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก (end-tidal CO<sub>2</sub>) ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (oxygen saturation) การจัดท่านอนให้แขนทั้ง

สองข้างแนบชิดกับลำตัวแทนการนอนกางแขน 90 องศา จะช่วยป้องกันการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ Brachial plexus และการหาผ้าห่มรองรับใต้เข่าทั้งสองข้างในท่านอนหงายแยกเข่าห่างจากกัน จะช่วยป้องกันการบาดเจ็บจากการกดทับเส้นประสาท common peroneal และ tibial ซึ่งมีผลต่อการขยับข้อเท้าของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดได้

### 2. ภาวะแทรกซ้อนจากการแทงเข็ม Veress

การแทงเข็ม Veress เพื่อเป่าก๊าซ CO<sub>2</sub> เข้าในช่องท้อง ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกของการส่องกล้อง เนื่องจากไม่สามารถมองเห็นอวัยวะภายในช่องท้องได้ปลายเข็มได้ในขณะแทง อันตรายจึงเกิดได้ในผู้ป่วยทุกราย และมีความเสี่ยงสูงขึ้นในผู้ป่วยที่มีพังผืดของลำไส้ติดกับผนังหน้าท้อง โดยมักเกิดการบาดเจ็บต่อลำไส้ กระเพาะอาหาร กระเพาะปัสสาวะ และหลอดเลือดใหญ่หลังช่องท้อง อันตรายต่ออวัยวะภายในส่วนใหญ่มักต้องให้การรักษาโดยผ่าตัดเปิดหน้าท้องเพื่อเย็บซ่อมอวัยวะนั้น ๆ

กิจกรรมการพยาบาล ต้องเฝ้าระวังอันตรายที่จะเกิดกับอวัยวะภายในตลอดระยะเวลาที่ทำผ่าตัด ต้องมีความพร้อมที่จะเปิดผ่าตัดทางหน้าท้องได้ทันทีที่เกิดปัญหาผู้ป่วยและเมื่อทีมแพทย์ตัดสินใจเปลี่ยนจากวิธีผ่านกล้องมาเป็นเปิดผ่าตัดทางหน้าท้อง

### 3. ภาวะแทรกซ้อนจากการเป่าก๊าซ

นิยมใช้ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เนื่องจากไม่ติดไฟและละลายในน้ำหรือเลือดได้ดี จึงสามารถลดอัตราการตายจากภาวะฟองอากาศอุดตันหลอดเลือดได้มากกว่าก๊าซชนิดอื่น อันตรายจากการเป่าก๊าซขึ้นอยู่กับตำแหน่งหรืออวัยวะที่เป่าก๊าซเข้าไปและปริมาณของก๊าซ ภาวะมีก๊าซในเนื้อเยื่อ (emphysema) พบได้ง่าย แต่มักไม่มีอันตรายรุนแรง แต่จะทำให้ช่องท้องแคบลงทำผ่าตัดได้ลำบากขึ้น แพทย์จะตรวจสอบ

## การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องทำ second-look operation

ตำแหน่งปลายเข็ม Veress จนแน่ใจว่าอยู่ในช่องท้อง ก่อนเริ่มเป่าก๊าซเสมอ โดยเริ่มเป่าด้วยอัตราต่ำประมาณ 1 ลิตรต่อนาที ทั้งนี้เพื่อให้มีเวลาตรวจสอบว่าก๊าซเข้าในช่องท้อง และหากปลายเข็มอยู่ในตำแหน่งไม่เหมาะสม ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจะไม่รุนแรง การเป่าก๊าซเข้าไปในหลอดเลือดใหญ่จะเกิดภาวะฟองอากาศอุดตันหลอดเลือดทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ความรุนแรงของอาการขึ้นกับอัตราการไหลของก๊าซเข้าสู่กระแสเลือด ดังนั้นจึงควรจำกัดอัตราการไหลของก๊าซให้ไม่เกิน 9 ลิตรต่อนาที และความดันไม่เกิน 15 mmHg. ถ้าเกินต้องหยุดเป่าก๊าซทันที ปรับเตียงราบ และจัดให้ผู้ป่วยนอนตะแคงด้านซ้ายเป็นการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นได้เร็วที่สุด (หทัย ถิ่นธารา, 2546) และเมื่อสิ้นสุดการผ่าตัดแพทย์จะทำการไล่ก๊าซ CO<sub>2</sub> ออกจากช่องท้องให้มากที่สุด เนื่องจากก๊าซความดันสูงจะมีผลต่อการกระตุ้นเส้นประสาท phrenic บริเวณกระบังลม การยืดขยายของกล้ามเนื้อและการที่ก๊าซ CO<sub>2</sub> ละลายน้ำกลายเป็นกรดอ่อน มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการปวดไหล่ภายหลังผ่าตัดได้

กิจกรรมการพยาบาล ต้องเฝ้าระวังเรื่องการปรับอัตราการไหลและความดันของก๊าซที่เข้าสู่ช่องท้องให้เป็นไปอย่างถูกต้องตามการรักษาของแพทย์เพื่อลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการเป่าก๊าซ ติดตามซักถามอาการปวดไหล่ที่อาจเกิดได้จากการที่ก๊าซ CO<sub>2</sub> เหลือค้างในช่องท้อง เพื่อพิจารณาให้ยาบรรเทาอาการปวดตามความเหมาะสม

### 4. ภาวะแทรกซ้อนจากการแทง trocar เพื่อสอดกล้องส่องช่องท้อง

อันตรายที่เกิดขึ้นมักรุนแรงเพราะ trocar มีขนาดใหญ่กว่าเข็ม Veress แพทย์ต้องใช้ความระมัดระวังและป้องกันปัญหาได้โดยการเป่าก๊าซเข้าในช่องท้องให้เพียงพอก่อนแทง trocar ภาวะแทรกซ้อนมักเกิดจากมี

พังผืดยึดลำไส้ติดกับผนังหน้าท้องและเทคนิคการแทงไม่ถูกต้อง หากพบว่ามีเลือดออกหรือมีกากอาหารไหลออกมาเมื่อดึง trocar ออก แสดงว่าเกิดอันตรายต่อหลอดเลือดใหญ่ด้านหลังเยื่อช่องท้องคือหลอดเลือด commoniliac หรือเกิดการบาดเจ็บจากการแทงทะลุกระเพาะอาหารหรือลำไส้ ภาวะเลือดออกที่ไม่สามารถห้ามเลือดได้จากการบาดเจ็บของหลอดเลือดใหญ่และการบาดเจ็บของลำไส้ที่มีกากอาหารรั่วเป็นสาเหตุสำคัญที่ต้องรีบเปิดผ่าตัดทางหน้าท้องฉุกเฉินเพื่อแก้ไขทันที

ส่วนภาวะแทรกซ้อนจากการแทง trocar 5 mm. บริเวณท้องน้อยสองจุด เพื่อสอดเครื่องมือผ่าตัดพบได้น้อย เพราะสามารถเลือกตำแหน่งที่แทงได้ และมองเห็นปลาย trocar ผ่านกล้องส่องช่องท้องได้ตลอดเวลา หลอดเลือดบริเวณท้องน้อยที่จะได้รับบาดเจ็บจากการแทง trocar คือหลอดเลือด superficial และ inferior epigastric หากมีเลือดออกจากบริเวณนี้สามารถหยุดเลือดได้โดยใช้ไฟฟ้า (Chartchai Srisombut, 2003)

กิจกรรมการพยาบาล ต้องเฝ้าระวังอันตรายที่อาจเกิดจากการแทง trocar และเตรียมความพร้อมที่จะเปิดผ่าตัดทางหน้าท้องได้ทันทีที่เกิดปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ ส่วนการจี้หยุดเลือดด้วยไฟฟ้าต้องต่อสายจี้เข้ากับเครื่องจี้ไว้ให้พร้อมใช้งานตลอดเวลา และระมัดระวังตรวจสอบไม่ให้มีการรั่วของกระแสไฟฟ้า

### 5. ภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บของหลอดเลือดใหญ่ ลำไส้ และกระเพาะปัสสาวะ

มักเกิดจากการแทง trocar เพื่อสอดกล้องหรือสอดเครื่องมือผ่าตัด ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือผู้ป่วยมีพังผืดภายในช่องท้องจากที่เคยผ่าตัดเปิดหน้าท้องมาก่อนแล้ว ซึ่งสามารถป้องกันได้โดยเลือกตำแหน่งแทง

trocar ที่ปลอดภัยกว่า เช่น บริเวณช่องท้องส่วนบน ด้านซ้ายซึ่งมักไม่มีพังพืด การบาดเจ็บของกระเพาะปัสสาวะป้องกันได้โดยการสวนปัสสาวะด้วยสายสวนคาเว้ตลอดระยะเวลาผ่าตัดเพื่อไม่ให้กระเพาะปัสสาวะโป่งในขณะแทงเข็ม Veress หรือ trocar (หัตถิญา ถิ่นธรา, 2546) แต่การบาดเจ็บของหลอดเลือดใหญ่ ลำไส้ และกระเพาะปัสสาวะที่รุนแรง เป็นสาเหตุสำคัญของการผ่าตัดเปิดหน้าท้องฉุกเฉินทั้งสิ้น เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อเนื่อง

กิจกรรมการพยาบาล ต้องมีความรู้ความเข้าใจข้อจำกัดของการทำผ่าตัดผ่านกล้อง ภาวะแทรกซ้อนมากกว่าครึ่งเกิดขึ้นในขั้นตอนการเข้าสู่ช่องท้อง จึงต้องเฝ้าระวังและสังเกตให้เห็นปัญหาพร้อมกับทีมแพทย์ผ่าตัดตลอดระยะเวลาที่ทำผ่าตัด มีการเตรียมพร้อมในการแก้ไขปัญหาร่วมกับทีมแพทย์ได้โดยรวดเร็ว เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

#### 6. ภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ

เนื่องจากการผ่าตัดผ่านกล้องมีการใช้เครื่องมือจำนวนมากและมีราคาแพง เครื่องมือบางชนิดมีเพียงชุดเดียว เช่น กล้อง Telescope, camera head connecting cable เป็นต้น เครื่องมือพิเศษบางชนิดไม่สามารถทำให้ปลอดเชื้อด้วยวิธีการนึ่งหรืออบก๊าซ ethylene oxide ได้ เช่น กล้อง Telescope, light cable, camera head connecting cable เป็นต้น จึงต้องใช้การแช่น้ำยาฆ่าเชื้อ 2 % glutaraldehyde เพื่อให้ปลอดเชื้อในการทำผ่าตัด และการส่ง-รับเครื่องมือเพื่อต่อกับอุปกรณ์ไฟฟ้า เช่น สายนำก๊าซ CO<sub>2</sub> กับเครื่อง CO<sub>2</sub> laparoflator, light cable กับเครื่อง light source, สาย camera head connecting cable กับเครื่อง Endovision Telecam, สาย suction irrigate กับเครื่อง suction irrigation ไฟฟ้า, สายจี้กับเครื่องจี้ไฟฟ้า เป็นต้น ต้องระวังการปนเปื้อนเชื้อโรคในทุกขั้นตอนของการผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล ต้องระมัดระวังเครื่องมือที่มีราคาแพงและมีเพียงชิ้นเดียวแต่ต้องใช้ทำการผ่าตัดหลายครั้ง เครื่องมือที่ไม่สามารถนึ่งหรืออบก๊าซ ethylene oxide เพื่อปลอดเชื้อ ต้องทำให้เครื่องมือปลอดเชื้อโดยการแช่น้ำยาฆ่าเชื้อ 2 % glutaraldehyde ให้ทุกส่วนของเครื่องมือจุ่มอยู่ในน้ำยา และใช้น้ำปลอดเชื้อล้างน้ำยาฆ่าเชื้อออกจากเครื่องมือ สิ่งที่สำคัญของการปฏิบัติคือ ต้องระวังการปนเปื้อนเชื้อโรคจากการบกพร่องทางเทคนิคตลอดระยะเวลาของการเตรียมและการต่ออุปกรณ์ทุกชนิด

#### 7. ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้อุปกรณ์ไฟฟ้า

เนื่องจากการผ่าตัดผ่านกล้องมีอุปกรณ์ไฟฟ้าที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดหลายชนิด เช่น เครื่องจ่ายก๊าซ CO<sub>2</sub> เครื่องกำเนิดแสง เครื่องจ่ายและดูดน้ำ เครื่องจี้หยุดเลือดไฟฟ้า เป็นต้น อุปกรณ์ไฟฟ้าทุกชนิดหากไม่มีความพร้อมใช้งานย่อมมีผลให้เกิดความล่าช้าในการผ่าตัด และเป็นสาเหตุของภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วยได้เช่นกัน

กิจกรรมการพยาบาล ดูแลเครื่องใช้ไฟฟ้าทุกชนิดให้อยู่ในสภาพดี มีความพร้อมใช้งาน และทดสอบก่อนใช้งานเสมอ ดังนี้

เครื่องจ่ายก๊าซ CO<sub>2</sub> ระหว่างผ่าตัดต้องระวังเรื่องก๊าซหมดถัง เพราะช่องท้องผู้ป่วยจะแฟบไม่สามารถทำผ่าตัดต่อได้เลย ก่อนใช้งานต้องตรวจสอบปริมาณก๊าซที่เหลือในถังโดยดูจำนวนขีดไฟสีเขียวที่แสดงบนเครื่อง ถ้าเปลี่ยนเป็นไฟสีแดงแสดงว่าไม่มีก๊าซเหลือในถังเลย จึงต้องเตรียมให้มีถังสำรองไว้เสมอ ทดสอบการใช้งานโดยเมื่อเปิดเครื่องให้หย่อนสายนำก๊าซลงในน้ำจะมีก๊าซพุ่งขึ้นเป็นฟอง และเมื่อใช้งานเสร็จให้ปิดวาล์วที่ถังก๊าซก่อนเสมอ เพื่อไม่ให้ก๊าซเหลือค้างในเครื่องจ่ายก๊าซ

## การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องทำ second-look operation

เครื่องกำเนิดแสง เมื่อเปิดเครื่องไฟติดสว่างดี หลังการใช้งานจะมีความร้อนที่สาย light cable ด้านที่ต่อกับกล้อง Telescope ต้องระวังอย่าให้ถูกกับผิวหนังของผู้ป่วยเพราะจะเกิดรอยแผลไฟไหม้ได้

เครื่อง suction irrigation ไฟฟ้า ต้องต่อสายยางจ่ายน้ำเข้าและดูดน้ำออกให้ถูกต้องตามตำแหน่งการใช้งาน ระหว่างผ่าตัดระวังสายยางน้ำหักหรือพังงอ เพราะน้ำจะไม่ไหลเข้าและดูดออกไม่ได้ตามต้องการ และต้องเตรียมขวดน้ำ 0.9 % normal saline solution สำรองไว้ให้มีใช้อย่างต่อเนื่องตลอดการทำผ่าตัด

เครื่องจี้หยุดเลือดไฟฟ้า ใช้ทั้งชนิด monopolar และ bipolar โดยต่อกับเครื่องมือผ่าตัดให้ถูกต้องตามประเภทของการใช้งาน ชนิด monopolar ต้องติดแผ่น disposable conductor plate ที่บริเวณต้นขาด้านหน้าเหนือหัวเข่าให้แนบสนิทกับผิวหนังของผู้ป่วย ต่อสายจี้เข้ากับเครื่องให้เรียบร้อย วาง foot switch แยกชนิด monopolar และ bipolar ไว้พร้อมใช้งาน เวลาจี้ตัดหรือหยุดเลือดจะใช้ทีละระบบ ไม่ใช่พร้อมกันทั้งสองระบบเพราะจะเกิดอันตรายจากการเปลี่ยนทางเดินของกระแสไฟฟ้าไปในบริเวณที่ไม่ต้องการได้ สังเกตผิวหนังของผู้ป่วยบริเวณโดยรอบแผ่น plate ว่ามีรอยแดงหรือรอยไหม้เกิดขึ้นหรือไม่ เพื่อประเมินอาการบาดเจ็บจากการใช้อุปกรณ์ไฟฟ้า (ศรีเวียงแก้ว เต็งเกียรติ์ตระกูล, 2547)

### การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ (Vital signs) ติด Monitor ประเมินค่า Aldrete's score (คะแนนเต็ม 10) และค่า SpO<sub>2</sub>
2. จัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสมกับระดับความรู้สึก และชนิดของการผ่าตัด เพื่อให้เกิดความสบาย

3. ให้ Oxygen with nebulizer แก่ผู้ป่วย โดยเปิดประมาณ 6-10 มิลลิลิตร/นาที

4. ตรวจสอบสภาวะเลือดออกจากแผลผ่าตัด ดูที่ผ้าปิดแผล (dressing) ทุกจุดของแผลผ่าตัด

5. สังเกตพร้อมทั้งบันทึกจำนวนปัสสาวะ ลักษณะ และจำนวนที่มีปรากฏ

6. ตรวจดูสารน้ำ/เลือดที่ให้ ดูบันทึกปริมาณสารน้ำ/เลือดที่ผู้ป่วยได้รับมาว่าเพียงพอหรือไม่

7. ถ้ามีอาการหนาวสั่น ให้ keep warm ตามความเหมาะสม

8. อาการปวดแผลผ่าตัด พิจารณาการให้ยาแก้ปวด

9. อาการคลื่นไส้อาเจียน ให้ผู้ป่วยนอนตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อป้องกันสำลัก และรายงานวิสัญญีแพทย์ เพื่อพิจารณาให้ยา antiemetics

10. ฝ้าระวังอาการผู้ป่วยทุก 5 นาที จนคงที่ บันทึกอาการตั้งแต่แรกรับลงใน PACU record เพื่อส่งต่อข้อมูลไปยังหอผู้ป่วย

11. หลังจากประเมินอาการผู้ป่วยแล้วได้ total score for discharge (คะแนนเต็ม 16) จะต้องได้ 13 คะแนนหรือมากกว่า (ศรีเวียงแก้ว เต็งเกียรติ์ตระกูล, 2547) จึงจำหน่ายผู้ป่วยจากห้องพักฟื้นไปยังหอผู้ป่วย

12. ดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยขณะเคลื่อนย้ายตลอดระยะทางจนถึงหอผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา

### สรุป

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องทำ second-look operation ที่สำคัญคือ การดูแลด้านจิตใจเนื่องจากผู้ป่วยต้องผ่านการผ่าตัดทางหน้าท้อง และได้รับผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมาแล้ว ยังจะ

ต้องได้รับการทำผ่าตัดอีกครั้งหนึ่งด้วยวิธีผ่าตัดหน้าท้องซ้ำรอยเดิมหรือจะเป็นวิธีผ่าตัดผ่านกล้องเพื่อประเมินผลการรักษาก็ตาม สภาพร่างกายที่ต้องได้รับการดูแลไม่ให้เกิดการติดเชื้อหรือเสียเลือด จิตใจของผู้ป่วยยิ่งต้องได้รับการดูแลให้กำลังใจจากบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและไม่สิ้นหวังกับการรักษา

### เอกสารอ้างอิง

ดำรง ตรีสุโกศลและสุรางค์ ตรีรัตนชาติ. (2544). เนื้องอกรังไข่และมะเร็งรังไข่. ใน กิจประมุข ตันตยาภรณ์, เขื่อนตันนรินทร์, สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล, ดำรง ตรีสุโกศล (บรรณาธิการ.), *นรีเวชวิทยา*. (พิมพ์ครั้งที่ 3) (หน้า201-236). กรุงเทพฯ: โอ. เอส. พริ้นติ้งเฮ้าส์.

วสันต์ สิ้นะสมิตและสฤกพรพรณ วิไลลักษณ์. (2542). มะเร็งรังไข่ชนิด epithelium. ใน วสันต์ สิ้นะสมิต, สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ (บรรณาธิการ.), *ตำรามะเร็งนรีเวชวิทยา*. (พิมพ์ครั้งที่ 1) (หน้า579- 599). กรุงเทพฯ: บริษัท โฮลิสติก พับลิชชิ่ง จำกัด.

ศรีเวียงแก้ว เต็งเกียรติ์ตระกูล. (2547). *การจัดทำผู้ป่วยเพื่อทำผ่าตัด*. เอกสารคำสอนวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศาสตรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 93-103.

สมบูรณ์ บุญเกียรติและวรุณวรรณ ผาโคตร. (2547). *การพยาบาลเวชปฏิบัติทางนรีเวชกรรม*. กรุงเทพฯ: บริษัท เค. เอส. พี การพิมพ์ จำกัด.

หทัย ถิ่นธารา. (2546). *การผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช*. กรุงเทพฯ: บริษัท โฮลิสติกพับลิชชิ่ง จำกัด.

Chartchai Srisombut. (2003). Complication in laparoscope's. *International workshop on gynecologic endoscopy*, 35-42.

## Nursing care for second-look operation

Mayuratna Wiratchai \* B.Sc. (Nursing and Midwifery)

**Abstract :** Trend of second-look laparoscopy in patient with ovarian cancer is increasing in Ramathibodi Hospital. This procedure is used to evaluate the result of Chemotherapy according to surgical staging. Nursing care should be provided preoperatively, intraoperatively and postoperatively for preventing complications such as infection and blood loss during operation. Then the most important is psychological care of patients, because they had suffered from previous laparotomy and chemotherapy. So the medical team ought to increase careful care of patients for a will to live with happiness.

**Keyword :** second-look operation

---

\* Register nurse, Department of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University