

**การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัด
เปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (Colostomy) และมีโรคร่วม
Nursing Care of Colorectal Cancer Patients with
Colostomy and has a common disease.**

จิรภา แก้วใหญ่*

บทคัดย่อ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิต ของประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย การผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (Colostomy) เป็นวิธีการรักษาเพื่อช่วยระบายอุจจาระผ่านทางหน้าท้อง บุคคลที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียมมีผลกระทบต่อสภาพลักษณะ อย่างรุนแรง จึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในทุกด้าน

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (Colostomy) และมีโรคร่วม

วิธีการศึกษา: เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง และมีโรคร่วม ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย1 โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จำนวน1ราย โดยใช้กระบวนการพยาบาล การดูแลผู้ป่วย 3 ระยะ คือระยะแรก รับ ระยะการดูแลต่อเนื่องจนถึงระยะการวางแผนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยชายไทยอายุ 84 ปี มีอาการถ่ายอุจจาระเป็นมูกปนเลือด ปวดเบ่งบริเวณทวารหนัก น้ำหนักลดลง 3 เดือน ตัดชิ้นเนื้อตรวจพบเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและมีโรคร่วม คือ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลและขาดความรู้ความเข้าใจในการการปฏิบัติตัวในระยะก่อนและหลังผ่าตัดและการดูแลทวารเทียม ปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไขก่อนที่จะได้รับการจำหน่ายกลับบ้านรวมระยะเวลาในโรงพยาบาล 17 วัน ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง ควรได้รับการดูแลจากพยาบาลที่ผ่านการอบรมพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางทางด้านการดูแลแผลออสโตมีและควบคุมการขับถ่าย (ET Nurse) เพื่อให้มีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมมีประสิทธิภาพไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ : โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก, ผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง , โรคร่วม

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย1กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

Nursing Care of Colorectal Cancer Patients with Colostomy and has a common disease.

Jirapa Khawyai*

Abstract

Colorectal cancer is a major public health problem and known as a top cause of death globally, including Thailand. A colostomy is procedures may be done as part of treatment to help drainage of feces. The patients who underwent colostomy have a serious impact and affect the quality of life in all aspects.

Objective: To study nursing, patients with colorectal cancer that have been surgery to open the intestines. The belly (colostomy) and has a common disease.

Education method: Stomach and joint disease That was treated in the male surgery ward 1 Chaophrayayommarat Hospital by Use the nursing process Caring for patients 3 phases is the first phase. Continuous care distance until planning Disadvantaged from the hospital

Results: 84 years old Thai male patients with defecation Pain in the anus weight Decreased for 3 months. The doctrine cut off the pieces, found colon cancer and anus and anus. Diabetes and high blood pressure Patients and relatives are worried and lacking knowledge and understanding of practice. In the past and after surgery and anal care All problems have been resolved before being Set up home, including the period of the hospital for 17 days without complications.

Conclusions and recommendations: Patients with colorectal cancer that have been surgery to open the abdomen. Received care of nurses who have been trained in specialized nurses in Australian wound care and control the excretion (ET Nurse) to have knowledge. The ability to take care of the holistic patients is not effective complications.

Keywords: Colorectal cancer, Colostomy, Common disease

*Professional nurse Male surgery patient Nursing Work Group Chaophrayayommarat Hospital

*Jirapa Khawyai, E-mail: jirapa.2509@gmail.com, Tel: 0891626636

บทนำ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colorectal cancer) มีอัตราการเกิดโรคสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติประเทศไทยพบว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นโรคมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับสามในเพศชาย และอันดับสองในเพศหญิง พบผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 16,000 คนต่อปี และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 5,500 คนต่อปี ที่น่ากังวลคือ อัตราการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยทุกๆ วันมีผู้ป่วยรายใหม่วันละ 44 คนและเสียชีวิตจากโรคนี้นับวันละ 15 คน¹

การผ่าตัดทวารเทียมทางหน้าท้อง (Colostomy)² เป็นวิธีการรักษาร่วมกับการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยวิธีอื่น ซึ่งเป็นวิธีการรักษาเพื่อช่วยระบาย อุจจาระผ่านทางหน้าท้อง บุคคลที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียมมีผลกระทบต่อสภาพลักษณะ อย่างรุนแรง ร่วมกับผู้ป่วยกลุ่มนี้มีสิ่งกังวลหวั่นไยมากมาย จึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในทุกด้าน ผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะโรคร่วมที่จำเป็นต้องได้รับการควบคุมให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนอันเป็นผลมาจากโรคร่วมนี้ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องใช้ความรู้ ทักษะ ความชำนาญ โดยใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการเตรียมความพร้อมเข้ารับการผ่าตัดได้อย่างปลอดภัยและสามารถดูแลตนเอง เมื่อมีทวารเทียมและโรคร่วมได้

จากความสำคัญดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการศึกษาปัญหาของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (Colostomy) และนำมาวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลในด้านการประเมินติดตามอาการ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทั้งก่อนผ่าตัดขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและได้รับการฟื้นฟูสภาพจนสามารถกลับไปอยู่บ้านได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

พยาธิกำเนิดและลักษณะทางคลินิก

ลำไส้ใหญ่ (colon) และทวารหนัก (rectum)³ เป็นอวัยวะส่วนปลายของระบบทางเดินอาหารที่มีลักษณะกลวง ผนังด้านในมีต่อมสร้างน้ำเมือก แต่ไม่มีต่อมสร้างน้ำย่อยอาหาร ผนังมีความยืดหยุ่นสูง เพื่อทำหน้าที่เก็บกักเศษอาหารที่ผ่านขบวนการดูดซึมสารอาหารต่อมาจากลำไส้เล็ก ทำหน้าที่ในการดูดน้ำ วิตามิน และเกลือแร่พวกโซเดียมและโพแทสเซียมออกจากกากอาหารเป็นหน้าที่สำคัญ รวมทั้งขับถ่ายกากอาหารออกสู่ภายนอก ลำไส้ใหญ่ และทวารหนักมีความยาวโดยรวมประมาณ 100-150 เซนติเมตร ในทางศัลยกรรมมีการแบ่งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็น 3 ส่วน โดยแบ่งตามระบบหลอดเลือดแดงของลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก³

1. ลำไส้ใหญ่ซีกขวา ซึ่งหมายรวมถึงไส้ติ่ง (vermiform appendix) กระพุ้งลำไส้ใหญ่/ไส้ตัน (cecum) ลำไส้ใหญ่ส่วนขึ้น (ascending colon) ลำไส้ใหญ่ส่วนโค้งใต้ตับ (hepatic flexure) และลำไส้ใหญ่ส่วนขวาง (transverse colon)

2. ลำไส้ใหญ่ซีกซ้าย ซึ่งหมายรวมถึงลำไส้ใหญ่ส่วนโค้งใต้ม้าม (splenic flexure), ลำไส้ใหญ่ส่วนลง (descending colon) และลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์ (sigmoid colon)

3. ลำไส้ตรง (rectum) เป็นส่วนปลายของลำไส้ใหญ่ มีลักษณะเป็นท่อนตรง ยาวประมาณ 15 เซนติเมตร ตรงปลายของไส้ตรงจะเป็นทวารหนัก

หน้าที่ของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ช่วยย่อยอาหารเพียงเล็กน้อย ถ่ายระบายกากอาหาร (waste product) ออกจากร่างกาย ดูดซึมน้ำและอิเล็กโทรไลต์จากอาหารที่ถูกย่อยแล้ว เช่น โซเดียม และเกลือแร่อื่นที่อยู่ในกากอาหาร รวมทั้งวิตามินบางอย่างที่สร้างจากแบคทีเรีย ซึ่งอาศัยอยู่ในลำไส้ใหญ่ ทวารหนักทำหน้าที่

เก็บอุจจาระไว้นานกว่าจะถึงเวลาอันสมควรที่จะถ่ายออกนอกร่างกาย

พยาธิวิทยาของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colorectal cancer) หมายถึง ภาวะที่พบเนื้องอกชนิดร้าย (malignant tumor) บริเวณลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก โดยเซลล์ที่มีการแบ่งตัวที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้เกิดเป็นเนื้องอก (tumor) ซึ่งแบ่งตัวทำลายเนื้อเยื่อและอวัยวะใกล้เคียง และสามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นที่อยู่ไกลไปตามกระแสเลือด และน้ำเหลืองเรียกว่า metastasis มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักส่วนมากเป็น adenocarcinoma และเป็นบริเวณใกล้ทวารหนัก ลักษณะที่มองเห็นได้ชัดด้วยตาเปล่าของมะเร็งลำไส้ใหญ่แตกต่างกันตามตำแหน่ง ถ้าเป็นที่ไส้ตัน (cecum) หรือลำไส้ใหญ่ส่วนขึ้น (ascending colon) มักมีลักษณะเป็นก้อนขนาดใหญ่ จนเลือดมาเลี้ยงไม่พอ เกิดการตายเฉพาะส่วน (necrosis) ได้ง่าย ทำให้มีเลือดออกลักษณะเป็นก้อนนี้พบในตำแหน่งอื่นได้เหมือนกันแม้แต่ในไส้ตรง อย่างไรก็ตามที่ลำไส้ใหญ่ซีกซ้ายและไส้ตรงมะเร็งจะขยายตัวตามแนวขวางเป็นวงรอบหรือเกือบรอบทำให้ท่อลำไส้บริเวณนั้นแคบลง และที่ผิวอาจเป็นแผลด้วย ลักษณะเช่นนี้ทำให้เกิดการอุดตันของลำไส้ได้ง่าย การศึกษาทางพยาธิวิทยาพบว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักเริ่มจาก intramucosal epithelial lesions ของ adenomatous polyps หรือที่ glands ของเยื่อบุลำไส้ เมื่อขยายตัวใหญ่ขึ้นจึงลุกลามผ่าน muscularis mucosae หลังจากนั้นจึงลุกลามเข้าหลอดเลือดหรือทางเดินน้ำเหลือง ไปสู่ต่อมน้ำเหลืองเฉพาะบริเวณ (regional lymph nodes) อวัยวะหรือเนื้อเยื่อที่ ติดกับลำไส้ และอวัยวะที่อยู่ห่างออกไปตามลำดับ⁴

อาการและอาการแสดง

มะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักโตช้าอาจอยู่นานถึง 5 ปี โดยไม่แสดงอาการและใช้เวลานานหลายปีก่อนที่จะเริ่มมีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด อย่างไรก็ตาม แม้จะไม่มีอาการ ก็อาจมีเลือดออกจากก้อนมะเร็งโดยไม่สังเกตเห็น แต่อาจตรวจพบได้โดยวิธีทางเคมี (occult blood) เมื่อก้อนโตมากขึ้นกลายเป็นแผล จึงจะมีอาการเลือดออก ลำไส้อุดตัน หรือลำไส้ทะลุ ส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยมักมีอาการเลือดออกบริเวณไส้ตรงมีเลือดปนออกมากับอุจจาระ มีอาการปวดเวลาขับอุจจาระ และมักมีอาการท้องเสีย หรือท้องผูกเรื้อรังร่วมด้วยเสมอ โดยสามารถสรุปอาการต่างๆ ได้ดังนี้ คือ ถ่ายอุจจาระมีเลือดปน อุปนิสัยการขับถ่ายเปลี่ยนไป เช่น เคยถ่ายอุจจาระทุกวันก็เปลี่ยนไป มีอาการท้องผูก อุจจาระมีขนาดเล็กลง ปวดมวนท้อง ปวดถ่ายอุจจาระบ่อยๆ อย่างไม่เคยเป็นมาก่อน โลหิตจางโดยไม่ทราบสาเหตุ³⁻⁴

การวินิจฉัยโรค

1. การตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (fecal occult blood test) เป็นวิธีที่นิยมใช้กันแพร่หลายในปัจจุบัน
2. การตรวจรูทวารหนัก (digital rectal exam) คือการตรวจภายในรูทวารหนัก โดยแพทย์จะใช้นิ้วสอดเข้าไปทางทวารหนัก เพื่อตรวจคลำดูก้อน หรือลักษณะที่ผิดปกติภายในรูทวารหนัก
3. การส่องกล้องตรวจบริเวณลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (colonoscopy) โดยการใช้กล้องยาวชนิดอ่อนซึ่งโค้งงอได้ ส่องเข้าไปทางทวารหนักเพื่อตรวจหาพยาธิสภาพ ในลำไส้ใหญ่ตั้งแต่ส่วนปลายจนถึงส่วนต้นและยังสามารถใส่อุปกรณ์เพิ่มเติมเพื่อตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจได้ colonoscopy เป็นการตรวจที่มีความแม่นยำมากที่สุด
4. การส่องกล้องตรวจบริเวณลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (sigmoidoscopy) เป็นการส่องกล้องตรวจลำไส้ โดยการใช้กล้องเป็นท่อสอดเข้าไปทางรูทวารหนักเพื่อดูบริเวณรูทวารหนัก และลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย ทำให้สามารถตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักระยะเริ่มแรก และ adenoma ได้⁵

5. การเอกซเรย์สวนสารทึบรังสีทางทวาร (barium enema) เป็นเทคนิคหนึ่งของการเอกซเรย์บริเวณทางเดินอาหารส่วนล่างโดยการนำสารทึบแสงเข้าไปเคลือบตามลำไส้ผ่านทางทวารหนักเพื่อตรวจดูความผิดปกติ
6. การตรวจ carcinoembryonic antigen (CEA) ในเลือด การตรวจเลือดเพื่อหาค่า CEA นำมาใช้ประโยชน์ในการตรวจก่อนและหลังการผ่าตัด เพื่อกำหนด staging และติดตามผลการรักษา
7. การตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ (biopsy) โดยนำชิ้นเนื้อที่ตัดจากการส่องกล้องมาตรวจดูเซลล์และเนื้อเยื่อด้วยกล้องจุลทรรศน์โดยแพทย์เพื่อตรวจหาเซลล์มะเร็งและลักษณะเซลล์ที่ผิดปกติ
8. การเอกซเรย์ด้วยคอมพิวเตอร์ความเร็วสูง (virtual colonography) คือ เทคนิคการใช้เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (computed tomography)

การรักษา

การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักมี 4 วิธี ดังนี้

1. การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยการผ่าตัดเอาออก (resection) เป็นการรักษาหลักของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป้าหมายของการผ่าตัด คือการตัดลำไส้ช่วงที่เป็นมะเร็งออกทั้งหมด ร่วมกับเนื้อดีบางส่วนให้มากพอ อย่างน้อยให้เหลือส่วนที่มองเห็นว่าเป็นมะเร็งข้างละ 5 เซนติเมตร โดยมากแพทย์สามารถต่อลำไส้ได้ รวมทั้งตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณนั้นออกให้หมดด้วย

1.1. การผ่าตัดเอาเฉพาะส่วนของก้อนมะเร็งออก (local resection) ใช้ในรายที่โรคมะเร็ง ยังอยู่เฉพาะในบริเวณลำไส้ การกระจายของเซลล์มะเร็ง เข้าไปในผิวหนังส่วนข้างเคียง เพียงไม่กี่มิลลิเมตรจากขอบจุดเริ่มต้น จึงไม่ต้องตัดห่างมาก

1.2. การผ่าตัดบริเวณกว้างโดยตัดเอาส่วนของมะเร็งที่มีการกระจายไปยังเนื้อเยื่อข้างเคียง ออกด้วย (radical resection) มะเร็งมีการกระจายแทรกไปในเนื้อเยื่อข้างเคียงมากจากจุดเริ่มต้น เมื่อตัดออกจึงต้องเอาออกกว้าง ถ้าเป็นทึกลำเนื้อ ต้องตัดออกทั้งหมด

1.3. การผ่าตัดบริเวณกว้างโดยตัดเอาส่วนของมะเร็งที่มีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียงออกด้วย (radical bloc excision of lymphatics) ใช้ในรายที่โรคมะเร็งที่ จุดเริ่มต้นอยู่ใกล้กับต่อมน้ำเหลืองข้างเคียงของส่วนนั้นกระจายไปต่อมน้ำเหลืองแล้ว

1.4. การผ่าตัดอย่างครอบคลุมกว้างขวาง (extensive radical surgical procedures) ทำในกรณีที่ก้อนเนื้อมะเร็งกระจายเข้าไปในเนื้อเยื่อหรืออวัยวะข้างเคียง (local invasion) แต่ยังไม่มีการกระจายไปที่ไกลๆ เช่น การผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักส่วนปลาย ที่เข้าไป ในอวัยวะข้างเคียง อาจจะต้องตัดอวัยวะนั้นๆ เช่น ในช่องมดลูก รังไข่ เป็นต้น

การรักษาโดยการผ่าตัดเอาลำไส้ส่วนที่มีมะเร็งออกยังเป็นวิธีที่ดีที่สุดและมีโอกาสหายขาดได้มากที่สุด แต่ปัญหาจะเกิดขึ้นในกรณีที่มะเร็งอยู่ใกล้ทวารหนักมาก ทำให้ศัลยแพทย์ไม่อาจเย็บลำไส้ต่อกลับให้เหมือนเดิมได้ กรณีเช่นนี้ อาจต้องมีการย้ายทวารหนักไปไว้ที่ท้องน้อย เรียกว่า colostomy ส่วนของลำไส้ที่นำมาเปิดที่ผนังหน้าท้อง เรียกว่า stoma⁶ ซึ่งจะมีการใช้อุปกรณ์เพื่อช่วยรองรับอุจจาระที่ร่างกายขับถ่ายออกมา ขนาดของ stoma แตกต่างกันได้ และอาจมีสีที่แตกต่างกันได้เช่นกัน โดยทั่วไป มักจะเห็นเป็นสีแดงออกชมพู หลังจากผ่าตัดเสร็จเรียบร้อยแล้วประมาณ 7-10 วัน แผลที่บริเวณ stoma ก็จะแห้งสนิท⁷

2. การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ด้วยเคมีบำบัดใช้รักษาประกอบกับการผ่าตัด เพื่อลดโอกาสกำเริบของมะเร็ง และโอกาสรอดชีวิตยืนยาวขึ้นแม้ว่าการรักษาส่วนใหญ่จะเป็นการผ่าตัดเอาก้อนเนื้อออกออกไป แต่พบว่าเกิดการกลับมาใหม่ ได้มากประมาณ 50-60% การรักษาด้วยเคมีบำบัด เป็นการรักษาเพื่อลดการกลับมาใหม่
 3. การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักด้วยการฉายรังสี เป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษา โดยเฉพาะเมื่อก้อนเนื้อนั้นลุกลามออกไปยังอวัยวะ หรือออกมาเกาะยังผนังหน้าท้อง
 4. การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วย immune targeted Therapy โดยการใช้ monoclonal antibody เชื่อมกับ cytotoxic agents ทำให้สามารถกำหนดให้ยาโจมตีเฉพาะตำแหน่งที่มีเซลล์มะเร็ง
- วัตถุประสงค์**

เพื่อศึกษาการพยากรณ์ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (Colostomy) และมีโรคร่วม

วิธีดำเนินการศึกษา

1. คัดเลือกกรณีศึกษาจากผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (Colostomy) และมีโรคร่วม ที่เข้ารับการรักษที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย1 ในช่วงเดือน พฤศจิกายน พ.ศ 2565 เลือกผู้ป่วยเฉพาะเจาะจง 1 ราย
2. ศึกษาค้นคว้าเอกสารวิชาการ ตำรางานวิจัยเกี่ยวกับ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การรักษาและการพยากรณ์ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (Colostomy) และมีโรคร่วมจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย
3. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ประเมินปัญหาความต้องการการพยากรณ์ โดยใช้กรอบแนวคิดจากทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเรม กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาลก่อนการผ่าตัด 1 วัน จนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
4. นำกรณีศึกษามาวิเคราะห์ปัญหา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผล สรุปอภิปรายผล

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย: ผู้ป่วยชายไทยอายุ 84 ปี สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธรูปร่างผอม อาชีพข้าราชการบำนาญ สิทธิการรักษาเบิกได้ ผู้ดูแลคือภรรยาและบุตร ไม่แพ้ยา ไม่เสพสารเสพติดใดๆ

การวินิจฉัยโรค: Lower rectum cancer with Diabetes Mellitus and Hypertension

อาการสำคัญ: แพทย์นัดมานอนโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (Colostomy)

ประวัติการเจ็บป่วย: 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการถ่ายอุจจาระเป็นมูกปนเลือด ปวดเบ่งบริเวณทวารหนัก น้ำหนักลดลง รับประทานอาหารได้น้อยลง มีอาการแน่นอึดท้อง 2เดือนต่อมาแพทย์นัดทำ colonoscopy ตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจผลเป็น Adenocarcinoma จึงนัดมาผ่าตัด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต: มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมา 9 ปี ได้รับการรักษาด้วยยา รับประทานจากโรงพยาบาลศูนย์อย่างต่อเนื่องไม่ขาดยา

อาการแรกเริ่ม: วันที่ 1 พฤศจิกายน 2565 รับไว้รักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย1 สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/78 มิลลิเมตรปรอท

การตรวจร่างกาย: ภาวะซีดเล็กน้อย ตรวจพบ ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ปกติ 156 mg/dL ผลการตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ CT scan of whole abdomen ร่วมกับ การตรวจทวารหนักผ่านทาง

กล้อง Colonoscopy with Biopsy พบก้อนเนื้อ rectal mass ขนาด 2.5 เซนติเมตร ไม่มีการแพร่กระจายไป
ต่อมน้ำเหลือง บริเวณใกล้เคียง ไม่พบลำไส้อุดตัน กระเพาะ อาหาร ตับ และลำไส้เล็กปกติ ผลชิ้นเนื้อพบ
Adenocarcinoma, well differentiated

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: วันที่ 1 พฤศจิกายน 2565 CBC:- Hct. 32.5% WBC 8,780 cell/uL PMN
72.0% lymphocyte 20.0% Platelet count 439,000 cell/uL Electrolyte:- Na 135.3 mmol/L K⁺ 4.5
mmol/L Cl 100 mmol/L CO₂ 25.5 mmol/L Sugar 77 mg/dl BUN 21.2 mg/dl Creatinine 1.18 mg/dL
EGFR 56.33 ml/min LFT:-Total Protein 7.0 g/dl Globulin 3.3 g/dl Albumin 3.7 g/dl Total bilirubin
0.30 mg/dl Direct Bilirubin 0.15 mg/dl SGOT 16 U/L SGPT 14 U/L Alkaline phosphatase 54 U/L

วันที่ 3 พฤศจิกายน 2565 :- Na 133.8 mmol/L K⁺ 4.3 mmol/L Cl 95mmol/L CO₂ 22.3 mmol/L Hct. 32%

วันที่ 5 พฤศจิกายน 2565 CBC:- Hct. 36.3% WBC 16,140 cell/uL PMN 87.0% lymphocyte 7.0%
Platelet count 335,000 cell/uL Na 140.0 mmol/L K⁺ 4.6 mmol/L วันที่ 8 พฤศจิกายน 2565:- Na
131.0 mmol/L K⁺ 3.2 mmol/L วันที่ 9 พฤศจิกายน 2565:- Na 134.5 mmol/L K⁺ 3.2 mmol/L

วันที่ 11 พฤศจิกายน 2565:- Na 134.9 mmol/L K⁺ 4.1 mmol/L ผลการตรวจน้ำตาลในเลือด :-วันแรก
DTX.=77mg/dl ในวันที่ 2,3,4 และ5 DTX.181,198, 192 และ 156 mg/dl ในวันที่ 6,7,8 และ 9 ของการ
นอนโรงพยาบาล DTX.=85,172,259 และ190 mg/dl ในวันที่10,11,12 และ13ของการนอนโรงพยาบาล
DTX.=150,135,124และ118หลังจากนั้นDTX.อยู่ในช่วงระหว่าง105-130 mg/dl

การรักษา

ระยะแรก : Set ทำผ่าตัด Exploratory laparotomy with abdominoperineal resection (APR)²
วันที่ 4 พฤศจิกายน 2565 ใช้เวลาผ่าตัด 2 ชั่วโมง 40 นาที Estimated blood loss=300 ml ได้ Pack Red Cell
1unit ในห้องผ่าตัด ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง
ประเมินความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการดูแลแผลออสโตมีและ
ควบคุมการขับถ่าย (ET Nurse)⁸ วันที่ 1-3 ก่อนการผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการประเมินความรู้ความเข้าใจ
เกี่ยวกับลักษณะทวารเทียม ทศนะคติและการยอมรับทวารเทียม การอธิบายความจำเป็นที่ต้องมีทวารเทียม
การประเมินความพร้อมทางด้านร่างกาย การเคลื่อนไหวของนิ้วมือ สายตา ความสามารถในการช่วยเหลือ
ตนเองการให้ความรู้และเลือกวัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายและประเมินการแพ้วัสดุรองรับสิ่งขับถ่าย การให้คู่มือการ
ดูแลทวารเทียม การเลือกตำแหน่งทวารเทียมที่เหมาะสม⁹ โดยวางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล
หลัก การใช้หุ่นจำลองเพื่ออธิบายลักษณะทวารเทียมและสาธิตการดูแลทวารเทียม

ระยะหลังผ่าตัด: ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
ผู้ป่วยสามารถปรับสภาพจิตใจให้เข้าสู่สภาพปกติโดยเร็ว¹⁰ ดังนี้

วันที่ 0-1 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อเฝ้าระวัง
ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ภาวะสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด ภาวะขาดสมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์
ภาวะความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด รวมถึงการประเมินลักษณะและการทำงานของทวารเทียม การดูแลด้าน
จิตใจ โดยการให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมองเห็นทวารเทียม สัมผัสทวารเทียม เพื่อสร้างความคุ้นเคยและปรับ
สภาพจิตใจให้ยอมรับกับภาพลักษณ์ใหม่

วันที่ 2-3 หลังผ่าตัด สอนสาธิตการดูแลทวารเทียมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก เรื่องการทำความสะอาด สะอาดทวารเทียมและถุงรองรับสิ่งขับถ่าย สาธิตการเปลี่ยนแป้นและให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลฝึกทำความสะอาด ทวารเทียมร่วมกับพยาบาลผู้สาธิตการให้คำแนะนำการสังเกตทวารลักษณะเทียมที่ผิดปกติและการป้องกัน แก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการดูแล ได้แก่ ผิวหนังระคายเคือง การบาดเจ็บของทวารเทียม ทวารเทียมยื่นมากกว่าปกติ หรือทวารเทียมต่ำกว่าระดับผิวหนัง การเกิดไส้เลื่อนข้างทวารเทียม¹¹⁻¹² การให้คำแนะนำในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การทำงานและการออกกำลังกาย

ระยะวางแผนจำหน่าย : ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านเรื่องการดูแลทวารเทียมและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ วันที่ 5 หลังผ่าตัดจนถึงวันก่อนจำหน่ายผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักจะได้รับการฝึกทักษะการดูแลทวารเทียม การทำความสะอาด การเปลี่ยนแป้นและถุงรองรับสิ่งขับถ่าย โดยการสอนสาธิตจากคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ที่มีทวารเทียม (Colostomy) และประเมินความสามารถและทักษะในการดูแลทวารเทียมของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

ระยะการติดตามหลังจำหน่าย: ผู้ป่วยจะได้รับการนัดพบแพทย์ตรวจที่คลินิกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกและนัดพบอายุรแพทย์โรคมะเร็ง ประมาณ 2 สัปดาห์หลังจำหน่าย และนัดพบพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการดูแลแผลออสโตมีและควบคุมการขับถ่าย (ET Nurse) ที่คลินิกทวารเทียมหลังผ่าตัดประมาณ 1 เดือนเพื่อเบิกวัสดุรองรับสิ่งขับถ่าย (Colostomy bag) ประเมินปัญหาภาวะแทรกซ้อนและการดูแลทวารเทียมของผู้ป่วย

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อน และหลัง ผ่าตัดรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก

ข้อมูลสนับสนุน: มีสีหน้าวิตกกังวล รับประทานอาหารได้น้อย นอนไม่หลับ ไม่สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง

เป้าหมายการพยาบาล: คลายความวิตกกังวลและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน และหลัง ผ่าตัดรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

เกณฑ์การประเมินผล: บอกว่าคลายความวิตกกังวลลง มีสีหน้าแจ่มใสขึ้น พักผ่อนได้ สามารถบอกถึงการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัดรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล:

1. ประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ของผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพที่ดี เปิดโอกาสให้ซักถามข้อข้องใจ และระบายความรู้สึก เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และบอกถึงปัญหาความต้องการการช่วยเหลือต่างๆ
2. สอนให้ความรู้ อธิบายให้ผู้ป่วยได้ทราบเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และแผนการรักษาพยาบาลตามความเหมาะสม รวมทั้งแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องกับสภาวะของโรค
3. สอนให้ความรู้เกี่ยวกับเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด การดมยาสลบ การงดน้ำงดอาหาร การสวนอุจจาระ การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางปอด เช่น สอนวิธีการหายใจลึกๆ การไอ

เอาเสมหะออก การใช้เครื่องบริหารปอด Tri-flow การป้องกันท้องอืด ท้องผูก ด้วยการลุกออกจากเตียง โดยเร็ว (early ambulate) การพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันแผลกดทับ

4. สอบถามความรู้กลับ ในสิ่งที่ให้ความรู้ไปแล้ว และทดลองให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติจนสามารถทำได้ถูกต้องก่อน การผ่าตัดและเปิดโอกาสให้ซักถามในสิ่งที่สงสัย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: ปวดแผลผ่าตัด pain score มากกว่า 5 คะแนน แสดงสีหน้า หน้ามึนคิ้วขมวด เวลาขยับตัว ได้รับการผ่าตัด Exploratory laparotomy with abdominoperineal resection (APR) มีแผลยาวประมาณ 8-9 นิ้ว บริเวณกึ่งกลางท้อง และแผลผ่าตัดบริเวณก้น นอนนิ่งๆ บนเตียง ไม่อยากขยับตัว

เป้าหมายการพยาบาล: บอกว่าปวดแผลลดลง สุขสบายขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล: บอกว่าปวดแผลลดลง สุขสบายขึ้น ระดับความปวด (pain score) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน ไม่มีอาการเจ็บปวด เช่น หน้ามึนคิ้วขมวด สามารถนอนหลับพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล:

1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบสาเหตุของการปวดบริเวณตำแหน่งแผลผ่าตัดบริเวณกึ่งกลางท้อง และแผนการรักษา พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และญาติซักถามปัญหาและข้อข้องใจต่างๆ
2. ประเมินความปวดแผลผ่าตัดเป็นระยะๆ โดยใช้แบบประเมินความปวดแบบตัวเลข (numeric rating scale) ซึ่งมีคะแนน 0-10 คะแนน รวมทั้งสังเกตความปวดจากสีหน้า และท่าทางของผู้ป่วย
3. ดูแลเปลี่ยนท่านอนให้กับผู้ป่วยในท่า semi-Fowler's เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้อง และทรวงอกคลายตัว ลดการดึงตัวของแผลผ่าตัด สอนแนะนำสาธิตให้ผู้ป่วยประคองแผลผ่าตัดด้วยมือหรือหมอนนิ่มๆ เวลาไอหรือจาม และขณะที่ผู้ป่วยพลิก หรือตะแคงตัว เพื่อหลีกเลี่ยงการกระทบกระเทือนแผลผ่าตัด
4. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ดูแลให้ผู้ป่วยนอนบนเตียงที่มีผ้าปูเตียงเรียบตึง และสะอาดปราศจากฝุ่นละออง สัมผัสแผลผ่าตัดอย่างนุ่มนวล และเบามือ รวมทั้งระวังสาย หรือท่อระบายต่างๆ ไม่ให้ดึงรั้ง
5. สอน แนะนำ สาธิตเทคนิค หรือวิธีการที่ช่วยให้มีการผ่อนคลาย การหายใจเข้า-ออกลึกๆ การนั่งสมาธิ การฟังเพลง การดูทีวี ฟุดคุย และสัมผัสอย่างอ่อนโยน ให้การพยาบาลด้วยท่าที่นุ่มนวล
6. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ และประเมินประสิทธิภาพของยาแก้ปวดที่ได้รับ โดยให้รายงานอาการให้แพทย์ทราบในทันที หากอาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะความเข้มข้นของเลือดต่ำจากการเสียเลือดหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: เสียเลือดจากการผ่าตัด 300 มิลลิลิตร แผลผ่าตัดมีเลือดซึมหรือ content จาก drain ออกปริมาณมากกว่า 200 มิลลิลิตรต่อวัน ค่าความเข้มข้นเลือดน้อยกว่า 32 %

เป้าหมายการพยาบาล: ปลอดภัยไม่เกิดอันตรายจากภาวะความเข้มข้นของเลือดต่ำ

เกณฑ์การประเมิน: เสียเลือดจากการผ่าตัดน้อยกว่า 100 มิลลิลิตร แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ปริมาณ content จาก drain ออกปริมาณน้อยกว่า 200 มิลลิลิตรต่อวันค่าความเข้มข้นเลือด (hematocrit) อยู่ในเกณฑ์ปกติ 32-38% ฮีโมโกลบิน 12-18 กรัมต่อเดซิลิตร ไม่มีอาการอ่อนเพลีย ผิวหนังซีด เย็น

กิจกรรมการพยาบาล:

1. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ระดับความรู้สึกตัวผิดปกติ กระสับกระส่าย ชีพจรเบา หายใจหอบลึก ความดันโลหิตต่ำลง ปลายมือปลายเท้าเย็น
2. สังเกตระดับความรู้สึกตัว สีมัวโดยดูได้จากสีของผิวหนังบริเวณฝ่ามือ ใต้เล็บ หรือดูจากสีของเยื่อぶด้านในของเปลือกตาล่าง ถ้าซีดหรือตัวเย็น เมื่อพบความผิดปกติ ต้องรายงานแพทย์ทันที
3. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อเพิ่มปริมาณสารน้ำในระบบไหลเวียนโลหิต ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับ PRC ตามแผนการรักษาของแพทย์
4. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนในท่าศีรษะอยู่ระดับเดียวกับทรวงอก ปลายเท้าสูงประมาณ 20-30 องศา เพื่อให้โลหิตไหลเวียนเข้าสู่หัวใจ และอวัยวะสำคัญๆ ได้ดียิ่งขึ้น เช่น สมอ เป็นต้น
5. ดูแลให้ผู้ป่วยงดน้ำ งดอาหารทุกชนิดทางปาก เพื่อลดการทำงานของกระเพาะอาหาร และลำไส้ ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อลดการหลังกรดในกระเพาะอาหาร
6. สังเกตลักษณะสี และปริมาณของสารคัดหลั่งจาก NG tube บันทึกจำนวนสารน้ำ เข้าออกของร่างกายอย่างน้อย 1 ครั้งต่อแวน ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิเมตรต่อชั่วโมง ให้รีบรายงานแพทย์
7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผล CBC, Hct, PT, PTT เพื่อประเมินการสูญเสียเลือด และวางแผนให้การรักษาต่อไป

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มีโอกาสเกิดความไม่สมดุลของน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการงดน้ำ งดอาหารทั้งก่อนและหลังผ่าตัดโรคกระเพาะลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก

ข้อมูลสนับสนุน: ระดับ K ในเลือดน้อยกว่า 3.5 mEq/L ระดับ Na ในเลือดน้อยกว่า 135 mEq/L ได้รับการงดน้ำ และอาหารทั้งก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด มี content ออกมาจากสาย radivac drain มากกว่า 100 มิลลิตรต่อวัน มี content ออกจาก NG tube มากกว่า 300 มิลลิตรต่อวัน

เป้าหมายการพยาบาล: มีสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์

เกณฑ์การประเมินผล: ไม่มีอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ เช่น ผิวแห้ง ปากแห้ง ปัสสาวะน้อยสีเหลืองเข้ม สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-80 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วงน้อยกว่า 120/80 มิลลิเมตรปรอท Na 135-145 mEq/L K 3.5-5.0 mEq/L ปัสสาวะมีความถ่วงจำเพาะมากกว่า 1.025 ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะอิเล็กโทรไลต์ต่ำ

กิจกรรมการพยาบาล:

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ เช่น ปากแห้ง กระหายน้ำ ผิวหนังขาดความตึงตัว อ่อนเพลีย ชีพจรเต้นเร็ว ปัสสาวะมีความถ่วงจำเพาะมากกว่า 1.025
2. ดูแลเฝ้าระวังอาการแสดงของการเปลี่ยนแปลงระดับอิเล็กโทรไลต์ ดังนี้ ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (hyponatremia) อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน สับสน อ่อนเพลียและมีตะคริวที่ท้อง ภาวะโปแทสเซียมในเลือดต่ำ (hypokalemia) อาจมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ชีพจรเต้นไม่สม่ำเสมอ คลื่นไส้ อาเจียน ซึมลง
3. ตรวจสอบสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง บันทึกและรายงานให้แพทย์ทราบในทันที เมื่อพบความผิดปกติ ดูแลให้ได้รับสารน้ำและสารอาหารทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา
4. บันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 1-2 ชั่วโมง ถ้าปัสสาวะน้อยกว่า 0.5-1.0 มิลลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง รายงานให้

แพทย์ทราบทันที บันทึก intake/out put ทุก 8 ชั่วโมง รวมทั้งสังเกตสี ลักษณะของเหลว (content) ที่ออกมาจากกระเพาะอาหาร และสังเกตสี ลักษณะ ของปัสสาวะและอุจจาระที่ออกมา

5. สังเกตและติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา เช่น การเจาะเลือดเพื่อหาค่าอิเล็กโทรไลต์ ตรวจค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ เป็นต้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 มีโอกาสเกิดอาการท้องอืด เนื่องจากการผ่าตัดบริเวณช่องท้อง

ข้อมูลสนับสนุน: ได้รับการผ่าตัด Exploratory laparotomy with abdominoperineal resection (APR) บ่นแน่นอึดอัดท้องมาก ท้องโต แข็ง อืด ตั้ง เคาะท้องได้ยินเสียงโปร่ง (tympany) ท้องท้อง เสียงการทำงานของลำไส้ (bowel sound) ลดลงน้อยกว่า 6-10 ครั้งต่อนาที

เป้าหมายการพยาบาล: ไม่เกิดภาวะท้องอืด

เกณฑ์การประเมินผล: บอกว่าแน่นอึดอัดท้องน้อยลง หน้าท้องยุบลง ท้องนิ่มขึ้น เคาะท้องได้ยินเสียงโปร่ง เฉพาะบริเวณกระเพาะอาหาร มีเสียงการทำงานของลำไส้ (bowel sound) ปกติ 6-10 ครั้งต่อนาที สามารถเรอหรือผายลมหรือมีลมออกมาในถุง colostomy

กิจกรรมการพยาบาล:

1. ประเมินอาการท้องอืด ฟังเสียงการทำงานของลำไส้ (bowel sound) อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ของการเคลื่อนไหวร่างกายและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมี early ambulation ให้พลิกตะแคงตัวบ่อยๆ บนเตียง ลูกนั่ง ลูกเดินเข้าห้องน้ำ หรือเดินเล่นหลังรับประทานอาหาร
2. ดูแลท่อระบายจากทางเดินอาหาร (NG tube) ให้มีการระบายของเหลวและก๊าซได้สะดวก
3. ดูแลให้ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารเป็นลำดับ (step diet) โดยให้เริ่มจิบน้ำก่อน หากไม่มีอาการอึดแน่นท้องให้เริ่มเป็นอาหารเหลว และอาหารอ่อนย่อยง่ายตามลำดับแนะนำให้หลีกเลี่ยงอาหารที่ย่อยยากและทำให้มีก๊าซมาก เช่น อาหารมัน อาหารประเภทถั่ว น้ำอัดลม เป็นต้น
4. สังเกตและสอบถามว่าผู้ป่วยสามารถเรอหรือผายลมหรือมีลมออกมาในถุง colostomy หรือไม่ ดูแลให้ได้รับยาขับประทุษณยาแก้ท้องอืดตามแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 มีโอกาสเกิดภาวะการเห็นคุณค่าตนเองลดลง (Low self-esteem) เนื่องจากภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงภายหลังการทำผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (Colostomy)

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยไม่กล้ามองแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องและไม่ยอมสัมผัสทวารเทียม

เป้าหมายการพยาบาล: เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปและมีทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยเข้าใจ ให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง ปรับเปลี่ยนทัศนคติและยอมรับการเปลี่ยนแปลง

กิจกรรมการพยาบาล:

1. พูดคุย ชักถามและสังเกตพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกเมื่อกล่าวถึงทวารเทียม ให้ข้อมูลย้อนกลับที่ดี ที่ช่วยสนับสนุนผู้ป่วย สร้างความเชื่อมั่น เน้นให้เห็นถึงอาการที่ดีขึ้น
2. แนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักกับทวารเทียมของตนเองมากขึ้น โดยใช้ถ้อยคำที่นุ่มนวล กระตุ้นให้เริ่มมองและสัมผัสด้วยมือ สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลทวารเทียม⁷

3. สังเกตการแสดงออกของญาติ ต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยพร้อมทั้งให้กำลังใจและเสริมสร้าง ความมั่นใจ ยกย่อง ชมเชย เมื่อผู้ป่วยหรือผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาลระยะเตรียมจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านและแผนการรักษาหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: มีช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (Colostomy) สอบถามถึงการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และแผนการรักษาหลังผ่าตัด

เป้าหมายการพยาบาล: ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน รวมทั้งแผนการรักษาหลังผ่าตัดรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และสามารถปฏิบัติตัวดูแลตนเองได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล: สามารถตอบคำถามและบอกวิธีการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างถูกต้อง สามารถทำแผลและบอกวิธีการดูแลช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (colostomy) ได้ถูกต้อง และบอกแนวทางการรักษาของตนเองได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล:

1. สอนแนะนำผู้ป่วยและญาติเรื่องการดูแลแผลผ่าตัดโดยหลังผ่าตัดประมาณ 5-7 วัน ยังต้องระวังไม่ให้แผลถูกน้ำไม่ควรใช้แปรง หรือยาทาบริเวณแผล แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านให้ผู้ป่วยรีบมาพบแพทย์เมื่อแผลมีการติดเชื้อเช่น อาการอักเสบ ปวด บวมแดงและมีน้ำเหลืองไหล
2. ให้ความรู้และแนะนำผู้ป่วยและญาติในเรื่องแผนการรักษาและความรู้เกี่ยวกับยาเคมีบำบัด หรือการฉายแสง อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพเพื่อเตรียมตัวรักษาต่อไป
3. ให้ความรู้และแนะนำเรื่องการทำกิจกรรมต่างๆ โดยสามารถทำกิจกรรมเบาๆ ได้ แต่ควรหลีกเลี่ยงการทำงานหนักในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังผ่าตัด
4. ให้ความรู้และแนะนำให้หาเวลาพักผ่อนในตอนกลางวัน อย่างน้อยวันละ 20 นาที พยายามนอนให้ได้ประมาณ 8-10 ชั่วโมงต่อคืน แนะนำให้หาโอกาสผ่อนคลายความเครียด เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง ปลูกต้นไม้ ทำสมาธิ รวมไปถึงการไปเที่ยวตามสถานที่ต่างๆ ที่มีอากาศปลอดโปร่งไม่แออัด
5. ให้ความรู้ สอน แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนในระยะแรกจนถึงอาหารปกติธรรมดา เคี้ยวอาหารให้ละเอียดและช้าๆ รับประทานอาหารในปริมาณที่น้อยในแต่ละมื้อแต่เพิ่มจำนวนมื้อให้มากขึ้น
6. ให้ความรู้และอธิบายคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ที่มีการทวารเทียม (Colostomy) ให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจว่าแพทย์ได้ตัดลำไส้ใหญ่ออกบางส่วน และนำลำไส้ส่วนที่ติ่งปลงออกมาเป็นทวารเทียมเปิดออกทางหน้าท้อง อูจจะไม่สามารถขับออกทางทวารหนักได้เช่นเดิมแต่จะขับออกทางทวารเทียมแทน สังเกตสีของทวารเทียมว่าไม่ผิดปกติและ ไม่มีเลือดออกบ่อยจนเกินไป การใช้ colostomy bag ต้องทำความสะอาดผิวหนังโดยรอบและเปลี่ยนถุงอย่างสม่ำเสมอ⁷
7. แนะนำ ให้มาตรวจตามแพทย์นัดและติดตามตรวจร่างกายเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือการเกิดโรคมะเร็งที่อวัยวะส่วนอื่นๆ ของร่างกาย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามในสิ่งที่สงสัย
8. ประเมินความรู้หลังการสอนโดย สอบถามผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และแผนการรักษาหลังผ่าตัด

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ พบว่าผู้ป่วยอายุ 84 ปีป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและมีโรคร่วมคือ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและขาดความรู้ความเข้าใจในการการปฏิบัติตัวในระยะก่อนและหลังผ่าตัดและการดูแลทวารเทียม ดังนั้นพยาบาลควรมีการวางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้ง 3 ระยะทั้งระยะก่อนผ่าตัดระยะดูแลต่อเนื่องและระยะการวางแผนจำหน่ายเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้การควบคุมและติดตามระดับน้ำตาลในเลือดทั้งก่อนและหลังผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากภาวะ Hyperglycemia และ Hypoglycemia ผู้ป่วยได้รับยาลดระดับน้ำตาล การ monitor และประเมินความดันโลหิต ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตอยู่ในระดับที่จะไม่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

ข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังทำผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (Colostomy) นั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งปัญหาเหล่านี้บุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักและให้ความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการดูแลแผลออสโตมีและควบคุมการขับถ่าย (ET Nurse) เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการประเมินผู้ป่วยเพื่อนำมาวางแผนและให้การช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถปรับตัว ยอมรับ และมีทัศนคติที่ดีต่อการมีทวารเทียม เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ใกล้เคียงกับภาวะปกติอย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (Colostomy) จึงควรผ่านการอบรมพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางทางด้านการดูแลแผลออสโตมีและควบคุมการขับถ่าย (ET Nurse) เพื่อให้มีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ควรพัฒนาคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ที่มีทวารเทียม (Colostomy) เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลใช้เป็นแนวทางในการดูแลทวารเทียมได้อย่างถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

บรรณานุกรม

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับประชากร. จำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ [อินเทอร์เน็ต].มปท; c2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก:
<https://thainews.prd.go.th/th/news/detail/TCATG220319202153784>
2. วิภาวดี ว่องวรนนท์. ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรงและทวารหนักที่มีทวารเทียมในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้. [อินเทอร์เน็ต]. มปท; c2560 [เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก:<https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2016/12975/1/418856.pdf>
- 3.วริศรา ตุลยานนท์. การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดลำไส้ใหญ่ ผ่านทางกล้องวิดิทัศน์. งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช. 2551.
4. อรอนงค์ ทักษสุวรรณ. คู่มือการพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด. งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. [อินเทอร์เน็ต]. มปท; c2557 [เข้าถึงเมื่อ 12 มิถุนายน 2566].เข้าถึงได้จาก:
<https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/193/CAColon.pdf>
5. บุศรา ชัยทัศน์. การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผ่าตัดเปิดทวารใหม่: บทบาทพยาบาลเฉพาะทางบาดแผลออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย. 2559
6. จุฬพร ประสงค์ และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้และรูเปิดทางหน้าท้อง: ประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิ่ง.จำกัด. 2558.
7. ประทิน ไชยศรี. คู่มือการเตรียมผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดเปิดช่องทวารใหม่ (colostomy). พิมพ์ครั้งที่ 1 เชียงใหม่: ดาราวรรณการพิมพ์. 2554.
8. อีรนุช บุญพิพัฒนาพงศ์. ภาวะแทรกซ้อนของทวารเทียม. ในจันทร์ฉาย แซ่ตั้ง. คู่มือการดูแลบาดแผลและทวารเทียม. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์. 2551.
9. ไพบุลย์ จิระไพศาลพงศ์. ความรู้ทั่วไปทวารเทียมหรือทวารใหม่. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพฯเวชสาร. 2555.
10. สมพร วรรณวงศ์. การดูแลทวารเทียมและรูเปิดปัสสาวะทางหน้าท้อง ในอีรนุช บุญพิพัฒนาพงศ์และสมพร วรรณวงศ์. การดูแลบาดแผลและทวารเทียม. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์. 2553.
11. Cottam, J., Richards, K, A., & Blackman, A. Results of anationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery. The Association of Coloproctology of Great Britain and IRELAND. Colorectal Disease, 2007.
12. Gray, M., Colwell, J. C., Doughty, D., Goldberg, M., Hoeflok, J., Manson, A., Rao, S. Peristomal moisture-associated skin damage in adults with fecal ostomies: a comprehensive review and consensus. Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing. 2013.