

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่มีภาวะรอยต่อลำไส้รั่วหลังผ่าตัด และ ผ่าตัดเปิดทวารเทียม

แสงรุ่ง สุขจิระทวี

บทคัดย่อ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย การรักษาด้วยการผ่าตัดและเกิดภาวะแทรกซ้อนคือ รอยต่อลำไส้รั่ว ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดฉุกเฉินเปิดทวารเทียม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยในทุกด้าน

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่มีภาวะรอยต่อลำไส้รั่วหลังผ่าตัด และผ่าตัดเปิดทวารเทียม

วิธีการศึกษา: เลือกรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่มีภาวะรอยต่อลำไส้รั่วหลังผ่าตัด และผ่าตัดเปิดทวารเทียม ที่เข้าพักหอผู้ป่วยพิเศษ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 1 ราย โดยใช้กระบวนการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม และการดูแลต่อเนื่องจนถึงการวางแผนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยชายไทยอายุ 73 มีอาการถ่ายอุจจาระเป็นเลือดสด และมีน้ำหนักลด 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ไปตรวจที่โรงพยาบาลชุมพร แพทย์ตรวจทวารหนัก พบ Mass ประมาณ 5 cm ทำ CT whole abdomen พบ Mass at mid rectum ขนาด 6.8 .x 3.3 cm. อยู่เหนือตำแหน่ง anal verge 9.2 cm. ทำ sigmoidoscopy with biopsy x 2 ครั้ง แต่ไม่ได้ชิ้นเนื้อ ญาติจึงขอมารักษาต่อที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ แพทย์ set ผ่าตัด Lap LAR + Ileostomy แต่ผู้ป่วยปฏิเสธการมีทวารเทียมใหม่หลังผ่าตัด แพทย์จึงทำ Colonic stent 28/10/63 (Rectal Cancer with impending obstruction) และให้ผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้าน และนัดผู้ป่วยมาผ่าตัดทำ Laparoscopic Low Anterior Resection (LAR) หลังผ่าตัดมีปัญหาภาวะรอยต่อลำไส้รั่ว (Anastomosis leakage) ต้องผ่าตัดฉุกเฉินเปิดทวารเทียม ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลและขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวในระยะก่อนและหลังผ่าตัด และการดูแลทวารเทียมซึ่งไม่ได้รับรู้มาก่อนเพราะเป็นการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน แต่ปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไขก่อนจำหน่ายรวมระยะเวลาอนโรงพยาบาล 29 วัน

สรุปและข้อเสนอแนะ: ผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉินเปิดทวารเทียมควรมีสื่อในการสอน เช่น Video การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดลำไส้ที่เปิดทวารเทียม เพราะการอธิบายในการเตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัดลำไส้เปิดทวารเทียมเพียงอย่างเดียวอาจไม่ชัดเจน ควรได้รับการประเมินร่างกายและจิตใจจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ

คำสำคัญ: โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง, ภาวะรอยต่อลำไส้รั่ว, ผ่าตัดเปิดทวารเทียม

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการป่วยและการตายอันดับ 2 ของประชากรทั่วโลก¹ องค์การระหว่างประเทศเพื่อการวิจัยโรคมะเร็ง หรือ IARC (International Agency for Research on Cancer) ขององค์การอนามัยโลก รายงานสถานการณ์มะเร็งทั่วโลกประจำปี 2018 ประมาณการณ์ผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งรายใหม่จะเพิ่มขึ้นเป็น 18.1 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 9.6 ล้านคน ทั้งนี้ เมื่อเจาะลึกถึงประเภทของมะเร็ง IARC พบว่า มีผู้ป่วยรายใหม่ล้มป่วยด้วยโรคมะเร็งปอดและมะเร็งเต้านมมากที่สุด รองลงมาคือ มะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยผู้ป่วยรายใหม่โรคมะเร็งเกือบครึ่งหนึ่งและผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเกินครึ่งหนึ่งนั้นอยู่ในทวีปเอเชีย² สำหรับประเทศไทยจากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2564 พบอุบัติการณ์ของมะเร็งลำไส้ใหญ่และมะเร็งลำไส้ตรง 19.0 คนต่อประชากรแสนคน เป็นอันดับที่ 2 ในเพศชาย และ 10.1 คนต่อประชากรแสนคน เป็นอันดับที่ 3 ในเพศหญิง³ อายุที่พบว่าเป็นมะเร็งส่วนใหญ่มากกว่า 50 ปี มีอัตราการรอดชีพ 1, 3 และ 5 ปี ร้อยละ 90.11, 77.40 และ 69.21 ตามลำดับ⁴

มะเร็งลำไส้ใหญ่สามารถเกิดขึ้นได้กับลำไส้ใหญ่ทุกส่วน ทั้งลำไส้ใหญ่ที่อยู่ในช่องท้องหรือโคลอน (Colon) กับลำไส้ใหญ่ส่วนที่อยู่ในอุ้งเชิงกรานหรือเร็คตัม (Rectum) มะเร็งลำไส้ใหญ่ของทั้ง 2 ส่วนจะมีการตรวจวินิจฉัยและระยะโรคคล้ายคลึงกัน ผู้ป่วยที่มีการตรวจวินิจฉัยของโรคที่แน่นอนแล้วแพทย์ศัลยกรรมส่วนใหญ่จะรักษาด้วยการผ่าตัดส่องกล้อง ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นปัญหาสำคัญในการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงในปัจจุบันได้แก่รอยต่อลำไส้ใหญ่หรือลำไส้ตรงรั่วซึม (Colorectal anastomosis complication) เกิดขึ้นได้บ่อยและมีผลกระทบรุนแรงมีอุบัติการณ์ร้อยละ 1.5-6 โดยอุบัติการณ์เกิดจะสูงในกลุ่มมีการต่อในตำแหน่งที่ต่ำ (Low colorectal and coloanal anastomosis) จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดและเปิดทวารเทียม ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจจากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป อาจรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์จึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดตลอดจนหลังผ่าตัด โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นขั้นตอนประกอบด้วย การประเมินสภาวะสุขภาพอนามัย การวินิจฉัยทางการแพทย์ การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด สำหรับในการศึกษาผู้ป่วยนั้น อาจนำทฤษฎีทางการแพทย์มาประยุกต์ใช้เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาให้เกิดความครอบคลุมมากขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวดูแลทวารเทียมและดูแลตนเองได้เมื่อกลับบ้าน ช่วยสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป

พยาธิกำเนิดและลักษณะทางคลินิก

ลำไส้ใหญ่เป็นส่วนที่ต่อมาจากลำไส้เล็กส่วนปลาย (terminal ileum) มีความยาว 150 เซนติเมตร ประกอบด้วย 2 ส่วนใหญ่ๆ คือ colon และ rectum เป็นส่วนท้ายสุดของระบบทางเดินอาหาร ซึ่งต่อกับทวารหนัก (anal canal) ลำไส้ตรงยาวประมาณ 12-15 เซนติเมตร เริ่มที่ sacral promontory (S3) โดยลำไส้ใหญ่ แบ่งเป็นส่วนต่างๆ ดังนี้⁵

1. ลำไส้ตัน (Cecum) เป็นที่ตั้งต้นของลำไส้ใหญ่ ลักษณะเป็นกระพุ้งใหญ่ มีลิ้นซึ่งทำด้วยรอยพับของเยื่อบุลำไส้ (mucous membrane) เรียกว่า ทวารลำไส้ใหญ่ (ileocecal valve) ปิดกั้นระหว่างลำไส้เล็กส่วนปลายกับลำไส้ตัน ทำหน้าที่ให้อาหารผ่านเข้าไปในลำไส้ใหญ่ทางเดียวไม่ให้ไหลย้อนกลับมาในลำไส้เล็กอีก

2. ลำไส้ใหญ่ (colon) เป็นส่วนที่ต่อจากลำไส้ตัน (cecum) แบ่งออกเป็นตอนๆ ดังนี้

- ลำไส้ใหญ่ส่วนขึ้น (ascending colon) คือ ลำไส้ใหญ่ที่ต่อจากลำไส้ตันทอดขึ้นข้างบนถึงระดับใต้ต่อขอบล่างของไต อยู่เหนือต่อกล้ามเนื้อ quadratus lumborum และ transverse abdominis มีความยาวประมาณ 20 เซนติเมตร

- ลำไส้ใหญ่ส่วนขวาง (transverse colon) คือ ลำไส้ใหญ่ส่วนที่ทอดขวางช่องท้องไปทางซ้ายโดยเริ่มตั้งแต่ hepatic flexure จนถึง splenic flexure เป็นส่วนที่มีความยาวมากที่สุด คือ ประมาณ 40 เซนติเมตร

- ลำไส้ใหญ่ส่วนลง (descending colon) คือ ลำไส้ใหญ่ส่วนที่ทอดลงมาข้างล่างซ้ายของช่องท้อง มีความยาวประมาณ 30 เซนติเมตร

- ลำไส้ใหญ่ซิกมอยด์ (sigmoid colon) มีความยาวประมาณ 15-50 เซนติเมตร เริ่มจากขอบกระดูกเชิงกรานจนถึง promontory ของกระดูก sacrum รูปร่างเคี้ยวคดเล็กน้อยไม่แน่นอนและจะขดอยู่ที่ด้านซ้ายของช่องท้อง

3. ลำไส้ตรง (rectum) บริเวณส่วนล่างมีลักษณะพองโตออกมามาก เพื่อเก็บอุจจาระไว้ โดยมีลิ้นช่วยพยุงตำแหน่งที่ตั้งในเพศชายอยู่ข้างหลังกระเพาะปัสสาวะ ในเพศหญิงอยู่ข้างหลังมดลูก ปกติ rectum จะมีความยาวประมาณ 12-15 เซนติเมตร และถูกแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ลำไส้ตรงส่วนบน (upper rectum) ลำไส้ตรงส่วนกลาง (middle rectum) ลำไส้ตรงส่วนล่าง (lower rectum) โดยแต่ละส่วนมีความยาวประมาณ 4 เซนติเมตร โดย rectum และทวารหนักจะเป็นส่วนที่ต่อจากส่วนปลายของ sigmoid colon ส่วนของ rectum จะต่างจากลำไส้ใหญ่ คือ ผนังด้านนอกบางส่วนจะมีเฉพาะ longitudinal muscle และไม่มี mesentery, sacculation และ appendices epiploic

4. ท่อทวารหนัก (anal canal) เป็นส่วนปลายล่างของลำไส้ใหญ่ ยาวประมาณ 1-1.5 นิ้ว มีช่องเปิดออกสู่ภายนอกเรียกว่า ปากทวารหนัก (anus) ที่ปากทวารหนักจะมีกล้ามเนื้อหูมล้อมเป็นวงอยู่ โดยรอบ 2 วง วงในเรียกว่าหูรูดชั้นใน (internal sphincter) วงนอกเรียกว่าหูรูดชั้นนอก (external sphincter) กล้ามเนื้อเหล่านี้มีหน้าที่สำหรับเปิดให้อุจจาระผ่านออกไปแล้วปิดอย่างเดิม

หน้าที่ของลำไส้ใหญ่ ช่วยย่อยอาหารเพียงเล็กน้อย ถ่ายระบายกากอาหาร (waste product) ออกจากร่างกาย ช่วยดูดซึมน้ำและอิเล็คโตรลัยต์จากอาหารที่ถูกย่อยแล้ว เช่น โซเดียม และเกลือแร่อื่นที่เหลืออยู่ในกากอาหาร รวมทั้งวิตามินบางอย่างที่สร้างจากแบคทีเรีย ซึ่งอาศัยอยู่ในลำไส้ใหญ่ ได้แก่ วิตามินบีรวม วิตามินเค และลำไส้ใหญ่ยังทำหน้าที่เก็บอุจจาระไว้จนกว่าจะถึงเวลาอันสมควรที่จะถ่ายออกนอกร่างกาย

พยาธิวิทยาของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง

มะเร็งลำไส้ใหญ่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางจุลชีววิทยาของลำไส้ ปกติจะมีการแบ่งตัวเพิ่มเป็น adenomatous polyp และเจริญผิดปกติจนกลายเป็นมะเร็งต่อมา (adenoma-carcinoma sequence) โดยมีการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติของเยื่อบุจนเกิดเป็นมะเร็ง ซึ่งเป็นความผิดปกติที่เกิดจากการกลายพันธุ์ที่กระตุ้นยีนก่อมะเร็ง (oncogenes) และยับยั้งการทำงานของยีนระงับมะเร็ง (tumor suppressor genes) การเกิดการกลายพันธุ์ของยีนจะต้องเกิดอย่างน้อย 4-5 ยีน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็ง⁶

อาการและอาการแสดง

อาการที่จะนำมาพบแพทย์ส่วนใหญ่มากที่สุดคือ มีเลือดออกทางทวารหนัก, ปวดท้อง, change of bowel habit เช่น มีท้องเสีย ท้องผูก หรือมีอุจจาระลำเล็กลง⁷ อย่างไรก็ตาม อาการจะขึ้นกับตำแหน่ง ขนาด และขอบเขตของก้อน⁸ ดังนั้น มะเร็งทางขวาของ colon มักไม่มีอาการถ่ายเป็นเลือดให้เห็น แต่ตรวจพบ occult blood ในอุจจาระทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง มะเร็งทางซ้ายของ colon มีอาการถ่ายเป็นเลือดแดงหรือแดงคล้ำ บางครั้งมีมูกเลือดปน เมื่อมะเร็งลุกลามเป็นวงรอบลำไส้ทำให้ลำไส้ตีบเกิดอาการท้องผูก ถ่ายเป็นก้อนเล็กลง มีท้องผูกสลับท้องเสียบ่อยๆ เมื่อมีอาการตีบมากทำให้อาการลำไส้อุดตันชัดเจน เช่น ท้องอืด ปวดท้องมะเร็งใน rectum มีอาการถ่ายเป็นเลือดแดงชัดเจนไม่ปนอยู่ในเนื้ออุจจาระ มีอาการปวดเบ่ง ปวดถ่าย หรือรู้สึกเหมือนถ่ายไม่สุด (tenesmus)

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงใช้ประวัติและการตรวจร่างกายเป็นสำคัญ การตรวจด้วยวิธีต่างๆ มีดังนี้⁸

1. **นิ้วตรวจทวารหนัก (Digital rectal exam)** คือ การที่แพทย์สวมถุงมือแล้วใช้นิ้วชี้ทวารหล่อลื่นเพื่อสอดนิ้วเข้าไปผ่านรูทวารหนัก เพื่อตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนักส่วนปลาย

2. **การตรวจหาเลือดในอุจจาระ (Fecal occult blood test)** โดยปกติอุจจาระที่เราขับถ่ายทุกวันไม่มีเลือดปนอยู่เลย แต่ถ้าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่แล้วอาจทำให้เลือดออกปนเปื้อนมาในอุจจาระจะสามารถตรวจพบได้

3. **การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก** เนื่องจากมะเร็งของลำไส้ใหญ่ส่วนใหญ่จะเป็นที่ลำไส้ใหญ่ส่วนปลายต่อเนื่องถึงทวารหนัก จึงต้องมีการชะล้างลำไส้ใหญ่อย่างดี โดยใช้ยาถ่ายหรือการสวนทวาร อาจใช้กล้องส่องตรวจทวารหนักแบบสั้น (Sigmoidoscopy) ซึ่งมีความยาว 25 เซนติเมตร ส่องดูผนังทวารหนักซึ่งจะวินิจฉัยเนื้องอกชนิด polyp และมะเร็งขนาด 1 เซนติเมตร ขึ้นไปได้กว่า 95% ในกรณีที่ต้องการส่องกล้องตรวจในตำแหน่งที่สูงขึ้นไปอาจใช้ Colonoscope ซึ่งมีความยาวประมาณ 160 เซนติเมตร ทำให้สามารถส่องดูได้ทั่วลำไส้ใหญ่

4. **การถ่ายภาพรังสีของลำไส้ใหญ่** การสวนแป้งแบเรียมเข้าไปฉายลำไส้ใหญ่ แล้วถ่ายภาพเอกซเรย์เรียกว่า Barium enema ใช้เวลาตรวจประมาณ 30 นาที ซึ่งถ้าหากรังสีแพทย์ใช้เทคนิคสวนแป้งแบเรียมร่วมกับแก๊ส คือ ลมเข้าไปด้วยแล้วจะเรียกว่า Double contrast Barium enema โดยจะทำให้ภาพที่เห็นสามารถช่วยการวินิจฉัยที่แม่นยำขึ้น

การรักษา

การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มี 3 วิธี

1. การผ่าตัด (Surgery) การรักษาในมะเร็งลำไส้ตรงใช้การผ่าตัดเป็นหลัก โดยการผ่าตัดมุงที่จะตัดก้อนมะเร็งออกทั้งหมดพร้อมกับเนื้อเยื่อรอบๆก้อนมะเร็ง การตัดต้องตัดให้ห่างก้อนมะเร็งให้เพียงพอ โดยปกติจะตัดห่างก้อนมะเร็ง 2 เซนติเมตร ยกเว้นในราย Poorly differentiated adenocarcinoma ต้องตัดห่างจากมะเร็ง 5 เซนติเมตร และต้องตัดอวัยวะรอบข้างออกบางส่วนหรือตัดออกทั้งหมด รวมทั้งต้องตัดต่อมน้ำเหลืองที่รองรับออกไปพร้อมกัน เนื่องจากลำไส้ตรงอยู่ในอุ้งเชิงกรานทำให้การผ่าตัดมีความยากลำบากและซับซ้อน จึงมีอัตราการรื้อของรอยต่อได้ร้อยละ 5-20⁹

1.1) มะเร็งของลำไส้ตรงส่วนบน (Upper rectum) (เกิน 10-15 เซนติเมตร จากปากทวารหนัก) รักษาโดยทำ Anterior resection แต่ถ้าสภาพผู้ป่วยไม่ดีพอก็อาจนำปลายบนมาเปิดเป็น Colostomy และเย็บปิดปลายล่าง (Hartmann's operation) แทนการนำสองปลายมาต่อกัน^{10,11}

1.2) มะเร็ง Middle rectum (5-10 เซนติเมตร จากปากทวารหนัก) รักษาโดยทำ Low anterior resection ซึ่งเหมือนกับ Anterior resection แต่ต้องเลาะ Rectum จนถึง Pelvic

diaphragm และต้องตัด Lateral Ligament ของ Rectum เพื่อช่วยให้ดึงตัว Rectum ขึ้นมาได้มากขึ้น รอยต่อลำไส้กับ Rectum ที่เหลือจะอยู่ลึกกว่า Peritoneal reflection¹⁰ การตัดต่อลำไส้ตรงมีอัตราการ รั่วของรอยต่อได้ร้อยละ 5-20 ศัลยแพทย์อาจพิจารณาทำ diverting stoma (loop transverse colostomy หรือ loop ileostomy) และทำ Pelvic drainage โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดภาวะ รอยต่อลำไส้รั่วได้ง่าย เช่น ผู้ป่วยได้รับ neoadjuvant chemoradiation มาก่อน มีภาวะทุพโภชนาการ และรอยต่ออยู่ใกล้ขอบทวารหนักมากเป็นต้น^{9,11}

1.3) มะเร็งของ Lower rectum (0-5 เซนติเมตร จากปากทวารหนัก) รักษาโดยทำ Abdominoperineal resection (APR) ซึ่งเป็นการผ่าตัดในทำนองเดียวกับ Low anterior resection คือตัดส่วนเนื้อเนื้อมะเร็งอย่างน้อย 5 เซนติเมตร และส่วนปลายต่อเนื้อมะเร็ง 2 เซนติเมตร^{10,11} ร่วมกับการตัดกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก และผิวหนังรอบทวารหนักออก จากนั้นนำเอาลำไส้ส่วน Sigmoid colon ขึ้นมาเปิดที่ผนังหน้าท้องด้านซ้ายให้เป็นทางออกของอุจจาระอย่างถาวร (Permanent colostomy) เย็บ ปิดตรงเนื้อส่วนปลายของลำไส้ส่วน Sigmoid colon และผ่าตัดเย็บปิด Anus เดิม¹⁰

การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงนิยมมากที่สุดวิธีหนึ่งคือ การทำผ่าตัดผ่านกล้องวิดิทัศน์ (laparoscope) ซึ่งในปัจจุบันนิยมทำ Laparoscopic colectomy (LCO) หรือเรียกการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ ผ่านกล้องวิดิทัศน์ เป็นเทคนิคการผ่าตัดที่ค่อนข้างใหม่ และจัดว่าเป็นการผ่าตัดในกลุ่มของ advanced laparoscopic surgery เป็นที่ยอมรับทั่วโลกว่าเป็นการผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับการผ่าตัดแบบ ทั่วไป⁸

2. การรักษาด้วยรังสีรักษา (Radiation therapy) เป็นการรักษาเสริมการผ่าตัด (adjuvant treatment) โดยอาจให้ก่อนการผ่าตัด (pre-operation Radiotherapy) เพื่อลดการเกิดโรครื่นใหม่ในอุ้งเชิงกราน หรือในกรณีโรคเป็นมากจนไม่สามารถผ่าตัดก่อนมะเร็งหรือผ่าตัดแล้วไม่สามารถเลาะก้อนมะเร็งออกได้ หมด (locally advance disease) หรือเมื่อโรคกลับเป็นซ้ำ (local recurrence) การให้รังสีรักษาก็เป็น การรักษาแบบประคับประคอง (palliative treatment) ในปัจจุบันนี้การให้รังสีรักษานิยมให้ร่วมกับเคมี บำบัดเรียกว่า concurrent chemoradiotherapy เพื่อเพิ่มผลการควบคุมโรคในอุ้งเชิงกราน (local control) และอัตราการรอดชีวิตได้ดีกว่าการฉายรังสีเพียงอย่างเดียว¹²

3. เคมีบำบัด (Chemotherapy) เป็นการรักษาเสริม (adjuvant) ในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่อยู่ใน ระยะที่ 2 หรือ 3 มีประโยชน์มาก เนื่องจากสามารถรักษาให้หายขาดจากการผ่าตัดเพียงอย่างเดียวซึ่งเป็น มาตรฐานการรักษาในปัจจุบัน สำหรับกลุ่มที่นิยมใช้ในการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่มี ประสิทธิภาพ คือ 5-FU ร่วมกับ leucovorin และในระยะแพร่กระจายจะใช้ irinotecan, Oxaliptin,

Cepecitabine (Meloda) และลำไส้คือ bevacizumab (Avastin) ส่วนสูตรยาจะใช้สูตร FOLFOX4 เป็นเวลา 6 เดือน¹³

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่มีภาวะรอยต่อลำไส้รั่วหลังผ่าตัด และผ่าตัดเปิด ทวารเทียม

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เลือกกรณีศึกษาจากผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่มีภาวะรอยต่อลำไส้รั่วหลังผ่าตัดและผ่าตัดเปิดทวารเทียมภายในหอผู้ป่วยพิเศษในช่วงเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 เลือกผู้ป่วยแบบเฉพาะเจาะจง 1 ราย
2. ศึกษาค้นคว้าเอกสารวิชาการ ตำราวิจัยเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง การรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดลำไส้ที่มีภาวะรอยต่อลำไส้รั่วหลังผ่าตัดและเปิดทวารเทียม
3. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน ชักประวัติผู้ป่วยและญาติ ประเมินความต้องการการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดจากทฤษฎีทางการพยาบาลของรอย กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาลก่อนการผ่าตัด 1 วัน จนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
4. นำกรณีมาศึกษาวิเคราะห์ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติงานการพยาบาล ประเมินผล สรุปกรณีศึกษา

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย: ผู้ป่วยชายไทย อายุ 73 ปี นับถือศาสนาพุทธรูปร่างผอม ไม่ได้ประกอบอาชีพ สิทธิการรักษาบัตรทอง ผู้ดูแลคือภรรยาและบุตรสาว ไม่แพ้ยา ปฏิเสธดื่มสุราแต่สูบบุหรี่กับใบจาก 1-2 มวนต่อวันตั้งแต่อายุประมาณ 20 ปี

การวินิจฉัยโรค: Malignant neoplasm of rectum

อาการสำคัญ: แพทย์นัดมาผ่าตัด Laparoscopic Low Anterior Resection

ประวัติการเจ็บป่วย: 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการถ่ายอุจจาระเป็นเลือดสด มีน้ำหนักลด ไปตรวจที่โรงพยาบาลชุมพร แพทย์ตรวจทวารหนัก พบ Mass ประมาณ 5 cm ทำ CT whole abdomen พบ Mass at mid rectum ขนาด 6.8 .x 3.3 cm. อยู่เหนือตำแหน่ง anal verge 9.2 cm. ทำ sigmoidoscopy with biopsy x 2 ครั้ง แต่ไม่ได้ชิ้นเนื้อ ญาติจึงขอมารักษาต่อที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ แพทย์ set ผ่าตัด Lap LAR + Ileostomy แต่ผู้ป่วยปฏิเสธการมีทวารเทียมใหม่หลังผ่าตัด แพทย์จึงทำ Colonic stent 28/10/63 (Rectal Cancer with impending obstruction) และให้ผู้ป่วยกลับไปพัก

พื้นที่บ้านเพื่อจะนัดผู้ป่วยมาผ่าตัดอีกครั้ง วันนี้ครบนัดมา admit เพื่อผ่าตัดทำ Laparoscopic Low Anterior Resection

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต: มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงมา 10 ปี ได้รับการรักษาด้วยยาจากโรงพยาบาลศูนย์อย่างต่อเนื่องไม่ขาดยา

อาการแรกเริ่ม: วันที่ 10 พฤศจิกายน 2563 รับไว้ที่หอผู้ป่วยพิเศษ สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 129/73 มิลลิเมตรปรอท การตรวจร่างกาย: ภาวะซีดเล็กน้อย ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ รูปร่างผอม ผิวดำแดง ผิวหนังชุ่มชื้น ไม่ขาดแผลบริเวณผิวหนัง มีสีหน้าวิตกกังวล พูดคุยและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการพยาบาล General condition น้ำหนัก 54 กิโลกรัม ส่วนสูง 169 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 18.91 kg/m²

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: วันที่ 10 พฤศจิกายน 2563 CBC:-WBC 10,000 cell/uL, RBC 4,220 cell/uL, Platelet count 364,000 cell/uL, HCT 30.2 %, HGB 9.2 g/dL, Electrolyte:- Na 137 mmol/L, K⁺ 3.94 mmol/L, Cl 100 mmol/L, CO₂ 27.7 mmol/L, BUN 16 mg/dL, Creatinine 1.12 mg/dL วันที่ 13 พฤศจิกายน 2563 CBC:-WBC 12,520 cell/uL, RBC 4,450 cell/uL, Platelet count 368,000 cell/uL, HCT 31.5 %, HGB 9.8. g/dL, Electrolyte:- Na 138 mmol/L, K⁺ 3.76 mmol/L, Cl 101 mmol/L, CO₂ 27.6 mmol/L, Creatinine 0.88 mg/dL, วันที่ 15 พฤศจิกายน 2563 CBC:-WBC 14,240 cell/uL, RBC 3,670 cell/uL, Platelet count 322,000 cell/uL, HCT 26.6 %, HGB 8.1 g/dL, Electrolyte:- Na 140 mmol/L, K⁺ 3.72 mmol/L, Cl 99 mmol/L, CO₂ 28.9 mmol/L, BUN 14 mg/dL, Creatinine 0.86 mg/dL วันที่ 16 พฤศจิกายน 2563 CBC:-WBC 12,330 cell/uL, RBC 4,800 cell/uL, Platelet count 366,000 cell/uL, HCT 35.1 %, HGB 11.3 g/dL, Electrolyte:- Na 141 mmol/L, K⁺ 3.54 mmol/L, Cl 104 mmol/L, CO₂ 27 mmol/L, BUN 18 mg/dL, Creatinine 0.85 mg/dL

การรักษา

ระยะแรกเริ่ม: Set ทำผ่าตัด Laparoscopic Low Anterior Resection (LAR) 10 พฤศจิกายน 2563 ใช้เวลาผ่าตัด 5 ชั่วโมง 30 นาที Estimated blood loss 50 ml ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ได้รับการประเมินความรู้เรื่องโรคและความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจจากพยาบาล วันที่ 1 ก่อนผ่าตัดจะได้รับการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด และได้รับการประเมินความรู้การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ร่วมกับให้คู่มือการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามข้อสงสัยและระบายความรู้สึก ก่อนผ่าตัดผู้ป่วยมีภาวะซีด Hematocrit 30.2

%, Hemoglobin 9.2 g/dL ได้รับ PRC 1 unit อธิบายความจำเป็นที่ต้องได้รับ PRC สังเกตอาการอย่างใกล้ชิดระหว่างให้และหลังให้เลือด

ระยะหลังผ่าตัด: ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยสามารถปรับสภาพจิตใจให้เข้าสู่สภาพปกติโดยเร็ว ดังนี้

วันที่ 0-1 หลังผ่าตัด (ครั้งที่ 1) Laparoscopic Low Anterior Resection (LAR) ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด เช่นเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนระยะ 24-48 ชั่วโมง แรกหลังผ่าตัด ภาวะความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด

วันที่ 2-3 หลังผ่าตัด (ครั้งที่ 1) Laparoscopic Low Anterior Resection (LAR) ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด และ Post op day 3 พบภาวะรอยต่อลำไส้รั่วหลังผ่าตัด (Anastomosis leakage) Tube drain มีลักษณะสีคล้ายอุจจาระ ไม่มีไข้ T 36.9 C, BP 158/105 mmHg, PR 64/min, RR 20/min รายงานแพทย์ แพทย์ set OR Emergency for Explore Lap colostomy 15 พ.ย.2565 เตรียมร่างกายและจิตใจผู้ป่วยก่อนรับการผ่าตัดฉุกเฉินเปิดทวารเทียม โดยให้ข้อมูลก่อนการผ่าตัดทวารเทียมเพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบคลายความกังวล โดยบูรณาการกระบวนการ ERAS program¹⁴

วันที่ 0-1 หลังผ่าตัด (ครั้งที่ 2) Emergency for Explore Lap colostomy ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด เช่นเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ภาวะความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด รวมถึงการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับ Stoma หลังผ่าตัด และประเมินลักษณะการทำงานของทวารเทียม

วันที่ 2-3 หลังผ่าตัด (ครั้งที่ 2) Emergency for Explore Lap colostomy สอนสาธิตการดูแลทวารเทียมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก เรื่องการทำความสะอาดทวารเทียมและถุงรองรับสิ่งขับถ่าย สาธิตการเปลี่ยนเบ้าและให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลฝึกทำความสะอาดทวารเทียมร่วมกับพยาบาลผู้สาธิต ให้คำแนะนำสังเกตลักษณะทวารเทียมที่ผิดปกติ และการป้องกันแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการดูแล ได้แก่ ผิวหนังระคายเคือง การบาดเจ็บของทวารเทียม ทวารเทียมยื่นมากกว่าปกติ การให้คำแนะนำในกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การทำงาน การออกกำลังกาย การดูแลด้านจิตใจ เพื่อป้องกันเกิดภาวะการฉีกขาด เห็นคุณค่าตนเองลดลง โดยการให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมองเห็นทวารเทียม สัมผัสทวารเทียม เพื่อสร้างความคุ้นเคยและปรับสภาพจิตใจให้ยอมรับกับภาพลักษณ์ใหม่

วันที่ 4-24 หลังผ่าตัด (ครั้งที่ 2) Emergency for Explore Lap colostomy ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด เช่น ดูแลไม่ให้ติดเชื้อที่แผลหลังผ่าตัด ดูแลป้องกันไม่ให้ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเนื่องจากคาสายสวนปัสสาวะเป็นเวลานาน (Off foley's cath ในวันที่ 7 หลัง

ผ่าตัด) ดูแลให้เริ่ม Step diet ภายหลังผ่าตัด ได้แก่ เริ่มจิบน้ำ > อาหารเหลวใส > อาหารอ่อน และ กระตุ้น Ambulate หลังรับประทานอาหาร ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักได้รับการสอนและฝึกทักษะการดูแล ทวารเทียม การทำความสะอาดการเปลี่ยนแป้นและถุงรองรับสิ่งขับถ่ายเพื่อเพิ่มความมั่นใจ เพื่อให้ผู้ป่วย ยอมรับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปและมีทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

ระยะวางแผนจำหน่าย: ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เรื่องการระย ะการดูแลทวารเทียมและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ วันที่ 4 หลังผ่าตัด (ครั้งที่ 2) จนถึงวันก่อน จำหน่ายผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักจะได้รับการฝึกทักษะการดูแลทวารเทียมการทำความสะอาดการเปลี่ยน แป้นและถุง รองรับสิ่งขับถ่ายโดยการสอน สาธิต จากคู่มือ การดูแลตนเองสำหรับผู้ที่มีการทวารเทียม (Colostomy) และ ประเมินความสามารถและทักษะในการดูแลทวารเทียมของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเพื่อ ป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

ระยะการติดตามหลังจำหน่าย: ผู้ป่วยจะได้รับการนัดพบแพทย์ตรวจที่คลินิกทางเดินอาหารและตับ 5/1/64 นัดพบแพทย์เฉพาะทางรังสี 12/1/64 นัดพบอายุรแพทย์โรคมะเร็ง 13/1/64 และนัดพบ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ด้านการดูแลแผลออสโตมีและควบคุมการขับถ่าย (ET Nurse) ที่คลินิก ทวารเทียมหลังผ่าตัด 5/1/64 เพื่อเบิกวัสดุรองรับสิ่งขับถ่าย (Colostomy bag) ประเมินปัญหา ภาวะแทรกซ้อนและการดูแลทวารเทียมของผู้ป่วย

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1: ตัวนำออกซิเจนลดลงเนื่องจากมีภาวะซีด

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยบอกว่าเหนื่อยง่ายเวลาทำกรรม Hematocrit 30.2 %, Hemoglobin 9.2 g/dL

วัตถุประสงค์การพยาบาล: ได้รับออกซิเจนเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

เกณฑ์การประเมิน: Oxygen saturation \geq 95 %, Hct \geq 30.2 %, Hb \geq 9.2 g/dL

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะซีด อาการหายใจหอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเขียว
2. ดูแลให้ได้รับอาหารครบ 5 หมู่ รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง รับประทานอาหารดโพลีค
3. ดูแลให้ได้รับการพักผ่อน เพราะการพักผ่อนจะช่วยลดการใช้ออกซิเจนในร่างกาย
4. ติดตามสัญญาณชีพและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง ทุก 4 ชั่วโมง
5. ดูแลให้ได้รับ PRC 1unit ใน 4 ชั่วโมง สังเกตอาการอย่างใกล้ชิดระหว่างให้และหลังให้เลือด
- 6- ติดตามผล Lab Hb, Hct, MCV

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2: วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยบอกว่า “ส่องกล้องเพื่อผ่าตัดเข้าไปแล้ว ไม่รู้จะเจออะไรบ้าง จะเป็นอย่างไรบ้าง สีหน้าเคร่งเครียด คิ้วขมวดไม่ค่อยยิ้ม ซักถามถึงการผ่าตัด

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมิน: สีหน้าไม่เคร่งเครียดหรือกังวล สนใจสภาพแวดล้อมและไม่ตกใจง่าย นอนหลับได้ปกติ โดยไม่ต้องใช้ยานอนหลับ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้การดูแลด้วยท่าที่เป็นมิตร พร้อมจะให้ความช่วยเหลือ
2. ให้ข้อมูลก่อนการผ่าตัดทวารเทียมเพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบคลายความกังวล โดยบูรณาการกระบวนการ ERAS program¹⁴มีรายละเอียด ดังนี้
 - 2.1) อธิบายการควบคุมอาการปวดหลังผ่าตัด การประเมินโดยใช้ Pain rating scale และการจัดการความปวดโดยใช้ยาตามแผนการรักษา
 - 2.2) สอนสาธิตการบริหารการหายใจและการไอ (Deep breathing and cough exercise)
 - 2.3) สอนสาธิตการบริหารขา (Leg exercise) เมื่อเริ่มรู้สึกตัวหลังผ่าตัดให้เริ่มทำ
 - 2.4) สร้างความเข้าใจเพื่อส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัด ควรปฏิบัติให้เร็วที่สุดภายใน 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด พยาบาลจะช่วยกระตุ้นการบริหารขา ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยลุกนั่งเพื่อส่งเสริมการทำงานของปอด กระตุ้นให้เดินอย่างน้อย 2 ครั้งต่อวัน
 - 2.5) อธิบายการรับประทานอาหารหลังผ่าตัด (Step diet) การเริ่มจิบน้ำ อาหารเหลว อาหารอ่อน และอาหารธรรมดาที่เหมาะสมกับโรคร่วม
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยต่างๆ และตอบคำถามเพื่อคลายความวิตกกังวล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 : ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยบอกว่า ปกติเป็นคนแข็งแรงดี ไม่เคยได้รับการผ่าตัดใหญ่ ซักถามถึงขั้นตอนการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมิน: ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบ ผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมลำไส้ก่อนผ่าตัด โดยการรับประทานอาหารเหลวใส เช่น น้ำหวาน น้ำซूप ฯลฯ 1 วัน ก่อนเข้ารับการผ่าตัด

2. แนะนำผู้ป่วยเรื่องการทำความสะอาดร่างกายโดยเวลา 18.00 น. ก่อนวันผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับน้ำยา 4 % Chlorhexidine in soap ใช้อาบน้ำแทนสบู่เพื่อลดจำนวนปริมาณเชื้อโรคนอกก่อนเข้ารับการผ่าตัด และผู้ป่วยจะได้รับการดูแลทำความสะอาดผิวหนังบริเวณผ่าตัด (Prep skin) ในเวลา 06.00 น. วันผ่าตัด
3. อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบ ผู้ป่วยจะได้รับประทานยา Pre med เวลา 20.00 น. คื่นก่อนผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอก่อนการผ่าตัด และให้งดน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืนของวันผ่าตัด
4. ทบทวนและเน้นย้ำเรื่องการ breathing exercise ผ่านการดูด Tri-flow โดยสาธิตการดูดอย่างถูกวิธี และ กระตุ้นให้ผู้ป่วยดูด Tri-flow อย่างน้อยวันละ 200 ครั้ง
5. อธิบายผู้ป่วยให้ทราบเกี่ยวกับการให้คะแนนระดับความปวด เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน
6. แนะนำผู้ป่วยให้ทำความสะอาดเล็บมือ เล็บเท้า เพื่อให้สังเกตความผิดปกติได้สะดวกระหว่างผ่าตัด
7. แนะนำผู้ป่วยเรื่องการถอดฟันปลอม และการฟากของมีค่าก่อนเข้ารับการผ่าตัด
8. อธิบายเกี่ยวกับการได้รับสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอก่อนได้รับการผ่าตัด
9. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติสอบถามข้อสงสัยรวมทั้งอธิบายเพิ่มเติม และให้กำลังใจผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 : ฝ้าระว่างภาวะแทรกซ้อนระยะ 24-48 ชม.แรกหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: ระยะเวลาในการผ่าตัดทั้งหมด 5 ชั่วโมง 30 นาที EBL 50 มิลลิลิตร หลังผ่าตัด Lap LAR มีแผลผ่าตัด LC 4 จุด, On Tube drain ช้างซ้าย

วัตถุประสงค์การพยาบาล: ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 24-48 ชม.แรก

เกณฑ์การประเมิน: ผู้ป่วยตื่น รู้ตัวดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-130/90 มิลลิเมตรปรอท Urine output > 0.5-1 cc/kg/hr. แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง no bleeding, Tube drain no active bleeding

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพตาม Routine post op care
2. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ตรวจจับ ตรวจสอบ Conscious ของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัด 24 – 48ชม. และ ประเมินการเคลื่อนไหวของแขนขา รีเฟล็กซ์ต่างๆ กำลังความตึงตัวของกล้ามเนื้อ รวมทั้งประเมินลักษณะผิวหนัง เช่น สีต เยียวคล้ำ และความตึงตัวของผิวหนัง เป็นต้น
3. ดูแลให้ได้รับ on O2 face mask 10 LPM และประเมิน O2 sat ทุก 1 ชั่วโมง
4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา ได้แก่ Acetar 1,000 ml IV 100 m/hr.

5. ประเมินแผลผ่าตัด เพื่อสังเกตการณ์มีเลือดออก หรือ discharge ซึม จากแผลผ่าตัด
6. สังเกต sign bleeding เช่น ปวดท้องมาก ท้องมี guarding และ observe content ที่ออกจาก Tube drain if bloody content > 200 ml/hr. รายงานแพทย์ให้รับทราบ
7. ดูแล Tube drain ให้เป็นระบบปิด
8. Record I/O ทุก 8 ชั่วโมง ประเมิน urine output if < 0.5-1 cc/kg/hr. ควรรายงานแพทย์
9. ดูแลให้ผู้ป่วย On Pneumatic pressure ที่ขาทั้ง 2 ข้าง เป็นเวลา 24 ชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะ Deep vein thrombosis สอนการขยับและกระดกปลายเท้า หรือทำ Active exercise สังเกตลักษณะสี อุณหภูมิของปลายเท้า อาการปวด บวม และประเมินชีพจรที่หลังเท้าทั้ง 2 ข้าง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 : ไม่สุขสบายจากการปวดแผล

ข้อมูลสนับสนุน: บอกว่าปวดแผล Pain score 5 คะแนน สีหน้าไม่สุขสบาย คิ้วขมวด มีแผลผ่าตัดด้วย กล้องที่หน้าท้อง 4 จุด และแผล tube drain 1 สายที่หน้าท้องข้างซ้าย

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อให้ผู้ป่วยทุเลาจากอาการปวดแผลหลังผ่าตัด สุขสบายมากยิ่งขึ้น

เกณฑ์การประเมิน: ผู้ป่วยปวดแผลลดลง Pain \leq 3 คะแนน สุขสบายขึ้น สามารถนอนพักผ่อนได้ ผู้ป่วย ไม่บ่นปวดแผล สีหน้าสดชื่นขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้สึกเจ็บปวด โดยการซักถาม และใช้ Pain score รวมทั้งสังเกตอาการของผู้ป่วยที่ แสดงถึงความเจ็บปวด เช่น หน้านูนคิ้วขมวด ร้องครวญคราง
2. บันทึกระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วย
3. อธิบายถึงสาเหตุของการปวดแผล และวิธีการการช่วยเหลือโดยมียาแก้ปวด คือ MO 2 mg vein สามารถฉีดซ้ำอีกห่างกันประมาณ 4 ชั่วโมง
4. ดูแลจัดทำให้ผู้ป่วยสุขสบายมากที่สุด โดยจัดท่านอน Fowler's position
5. จัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบเหมาะสมกับการพักผ่อนของผู้ป่วย
6. แนะนำให้ผู้ป่วยฟังเพลง อ่านหนังสือ ฝึกการหายใจเข้า-ออก หรือกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบเพื่อผ่อนคลาย และเบี่ยงเบนความสนใจ
7. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล และช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆตามความเหมาะสม
8. ดูแลแนะนำและช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหวซ้าๆและการเปลี่ยนอิริยาบถของร่างกายที่ถูกต้อง
9. ดูแลไม่ให้สายท่อระบายเลือดหรือสารคัดหลั่งมีการดึงรั้ง หรือเป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหว
10. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามผลการรักษา ประเมินอาการข้างเคียงของ MO เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน รวมทั้งประเมิน Sedation score หลังได้รับยา และประเมิน Pain score ซ้ำหลังให้การพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 : เกิดภาวะรอยต่อลำไส้รั่ว (Anastomosis leakage) หลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: Tube drain มีลักษณะสีคล้ายอุจจาระ ไม่มีไข้ T 36.9 C BP 158/105mmhg PR 64/min RR 20/min หลังผ่าตัด Day 3 วันที่ 15 พ.ย. 2563

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Anastomosis leakage

เกณฑ์การประเมิน: ไม่เกิดการติดเชื้อในช่องท้องจากภาวะ Anastomosis leakage. สัญญาณชีพปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินลักษณะของ Tube drain ทั้งปริมาณ สี เพื่อดูความผิดปกติทุกเวร
2. รายงานแพทย์ให้รับทราบปริมาณ และลักษณะสีของ Tube drain
3. ประเมินสัญญาณชีพเพื่อประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อและ I/O q 8 hr
4. ดูแลให้ได้รับอาหารตามแผนการรักษา คือ ดูแลให้ดื่มน้ำและอาหาร ดูแลให้สารน้ำ Kabiven 1600 Kcal vein drip 60 ml/3 ให้ 3 วัน
5. ประเมินติดตามลักษณะ Fluid จาก Jackson ทุกเวร และ Record Jackson drain OD
6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้ทำการตรวจเอกซเรย์ช่องท้อง
7. ดูแลให้ได้ใส่ NG tube No 16 ตามแผนการรักษา
8. ดูแลเตรียมผู้ป่วยผ่าตัด Emergency for Explore Lap colostomy

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 : ฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับ stoma หลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: ได้รับการผ่าตัด Explore Lap Colostomy

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับ stoma และผิวหนังโดยรอบ

เกณฑ์การประเมิน: มี stoma สีแดง ไม่เกิดภาวะขาดเลือดมาเลี้ยง (stomal necrosis) ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้กับ stoma และผิวหนังโดยรอบ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะ stoma ขาดเลือดมาเลี้ยง (stomal necrosis) สังเกตลักษณะและสีของ stoma ถ้า stoma มีสีม่วงคล้ำ หรือสีน้ำตาล รีบรายงานแพทย์
2. ประเมินภาวะเลือดออกจาก stoma หากมีปริมาณมากอาจมี stump หลุด ควรรีบรายงานแพทย์
3. ประเมินความสมบูรณ์ของ stoma และผิวหนังโดยรอบ โดยประเมินในเรื่อง สี ความยืดหยุ่น รูปร่าง และขนาด ความยื่นของ stoma จากผิวหนังหน้าท้อง ตำแหน่งของ stoma กับผิวหนัง รวมทั้งรอยเย็บระหว่าง stoma กับผิวหนัง

4. ประเมินและบันทึกลักษณะของสิ่งขับถ่ายที่ออกจาก Ileostomy ทั้งสี กลิ่น และจำนวน ใช้ถุงรองรับสิ่งขับถ่ายให้เหมาะสมกับลักษณะของ content เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้
5. ติดตามประเมินผลและบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ
6. ประสานงานกับพยาบาล Ostomy เพื่อวางแผนดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 : เผื่อระวังการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: ได้รับการผ่าตัด Explore Lap Colostomy มีแผลผ่าตัดที่หน้าท้องตามยาว On colostomy ด้านซ้าย On tube drain with bag

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน: แผลมีลักษณะแห้งดี ไม่มีลักษณะการอักเสบ บวมแดง สัญญาณชีพปกติไม่มีไข้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ เพื่อประเมิน sign การติดเชื้อทุก 4 ชั่วโมง
2. ประเมินลักษณะแผลผ่าตัด สี อาการบวมแดง ร้อน และลักษณะของน้ำเหลืองจากท่อระบายน้ำเหลือง การซึมเปื้อนของแผล รวมทั้งแผลเปียกน้ำ หรือผ้าปิดแผลเลื่อนหลุด
3. ดูแล Dressing แผลให้ทุกวัน เพื่อป้องกันแผลติดเชื้อและป้องกันการเกิดผื่นแพ้พลาสติกปิดแผล
4. แนะนำให้ผู้ป่วยดูแลแผลด้วยตนเอง เช่น ไม่แกะเกาแผล ระวังไม่ให้แผลโดนน้ำ แจ้งพยาบาลทุกครั้งที่แผลเปียกน้ำ หรือผ้าปิดแผลหลุด
5. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriazone 2 gm iv OD และ Metronidazole 500mg iv q 8 hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์
- 6 ส่งเสริมการหายของแผล โดยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและ สารอาหารอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9: เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเนื่องจากคาสายสวนปัสสาวะเป็นเวลานาน

ข้อมูลสนับสนุน: retain foley's cath No.14 แพทย์มี Order retain foley's cath at least 7 days

วัตถุประสงค์การพยาบาล: ผู้ป่วยไม่ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมิน: ไม่มี sign ของการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้แก่ ไม่มีปัสสาวะขุ่น ปัสสาวะมีเลือดปน ปวดท้องน้อย หรือมีไข้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์
2. ดูแลให้น้ำปัสสาวะไหลสะดวก ไม่ให้สายพับหักงอ เทลุงปัสสาวะใช้หลักปราศจากเชื้อและระบบปิด แนะนำให้ถุงปัสสาวะอยู่ต่ำกว่าระดับเข่า ทุกครั้งที่เดิน ambulate

3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอวันละ 2,000 – 3,000 มิลลิลิตร.

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 : Step diet ภายหลังจากผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: หลังการผ่าตัด Explore Lap Colostomy แพทย์เริ่ม step diet จิบน้ำ > เหลวใส > อาหารอ่อน ตามลำดับ

วัตถุประสงค์การพยาบาล: ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเริ่มรับประทานอาหารหลังการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน: รับประทานอาหารได้ ไม่มีปวดท้อง ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน Bowel ทำงานตามปกติ
กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจแพทย์ให้เริ่มรับประทานอาหาร โดยเริ่มจากจิบน้ำ > เหลวใส > อาหารอ่อน ตามลำดับ
2. ก่อนรับประทานอาหาร ควรทำความสะอาดช่องปากคนไข้และจัดในท่าพักที่สบาย
3. จัดอาหารให้น้ำรับประทาน ใช้ภาชนะที่สวยงาม สะอาด และดูแลให้ได้รับอาหารตรงตามแผนการ
4. หลังรับประทานอาหาร กระตุ้นให้ Ambulate เป็นเวลา 30 นาที เพื่อป้องกันอาการท้องอืด
5. ประเมินการทำงานของระบบทางเดินอาหาร การผายลม ประเมินจากถุง Colostomy โป่งพอง อาการปวดแน่นท้อง อาการคลื่นไส้ อาเจียน และรายงานแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11: มีโอกาสเกิดภาวะการณ เห็นคุณค่าตนเองลดลง (Low self- esteem) เนื่องจากภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงภายหลังจากการทำผ่าตัดทวารเทียม

ข้อมูลสนับสนุน: บอกว่ายังไม่กล้าดูทวารเทียม ผู้ป่วยไม่มองแผลผ่าตัดและไม่กล้าสัมผัสทวารเทียม

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปและมีทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยเข้าใจ ให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง ปรับเปลี่ยนทัศนคติและยอมรับการเปลี่ยนแปลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสิ่งเร้าตรงในระยะหลังผ่าตัดเปิดทวารเทียม โดยพูดคุยซักถาม และสังเกตพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกเมื่อกล่าวถึง stoma และขณะล้างทำความสะอาดเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย เพื่อนำมาปรับความพร้อมทางด้านอัตมโนทัศน์และปรับตัวด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกัน
2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมให้สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างคนปกติ รวมทั้งให้ข้อมูลย้อนกลับที่ดีสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้ป่วย บอกความก้าวหน้าของการรักษา และเน้นให้เห็นถึงอาการที่ดีขึ้น เช่น มีการหายของแผล การไม่มีภาวะแทรกซ้อนของ stoma หลังผ่าตัด

3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวเพื่อเผชิญกับสิ่งเร้า โดยแนะนำให้ผู้ป่วยรู้จัก stoma ของตัวเองโดยใช้คำอธิบายต่างๆ กระตุ้นให้ผู้ป่วยสัมผัสด้วยตา ด้วยมือ อธิบายเหตุผล ขั้นตอนการพยาบาลเกี่ยวกับ Ostomy และสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมขณะให้การพยาบาล ไม่แสดงออกถึงความรังเกียจ และให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ สร้างความมั่นใจในแผนการรักษา และกระตุ้นผู้ป่วยให้ความร่วมมือตลอดการรักษา
4. สังเกตการแสดงออกของญาติ ต่อความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เนื่องจากการได้รับการช่วยเหลือดูแลจากสมาชิกครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยเหลือมีกำลังใจ ส่งเสริมให้เกิดการปรับตัวโดยเฉพาะการพึ่งพาระหว่างกันดีขึ้น พยาบาลยกย่องชมเชยผู้ดูแลพร้อมทั้งให้กำลังใจเมื่อสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้องเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 12: เตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจในการดูแล stoma ด้วยตัวเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยและญาติบอกว่ายังไม่มีความรู้เรื่องการดูแลทวารเทียมและการติดอุปกรณ์ออสโตมี หลังผ่าตัด Explore Lap Colostomy Day 23 แพทย์ plan D/C

วัตถุประสงค์การพยาบาล: ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ดูแลทวารเทียมและติดอุปกรณ์ได้ถูกต้องไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

เกณฑ์การประเมิน: ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และเต็มใจในการดูแลทวารเทียม สามารถติดอุปกรณ์ทวารเทียมได้ถูกต้องไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจเยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ
2. สร้างความมั่นใจในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเองแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยดำเนินการค่อยเป็นค่อยไปอย่างต่อเนื่อง โดยให้ความรู้ในเรื่อง ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับทวารเทียม การทำความสะอาด stoma และผิวหนังโดยรอบ การเปลี่ยนถุง การปิดถุง การทำความสะอาดถุงรองรับสิ่งขับถ่าย รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลทวารเทียมด้วยตัวเอง โดยสาธิตและให้ฝึกปฏิบัติดูแลทวารเทียมพร้อมอธิบายอย่างเป็นขั้นตอนง่ายๆ ถึงวิธีการดูแลทำความสะอาด เปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย การปิดถุงเทสิ่งขับถ่ายและวิธีการดูแลถุงรองรับสิ่งขับถ่าย จนผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยและปฏิบัติได้อย่างคล่องมือ จึงปล่อยให้ผู้ป่วยหรือญาติทำด้วยตนเอง โดยพยาบาลคอยให้ความช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดในระยะแรก
3. ประเมินผลและบันทึกการปรับตัวของผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นระยะๆ เพื่อวางแผนให้การพยาบาลขั้นถัดไป
4. ยกย่องชมเชยเมื่อผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลสามารถกระทำกิจกรรมที่เป็นการช่วยเหลือตนเองได้สำเร็จ
5. ประสานงานแจ้งพยาบาลแผนก ออสโตมีให้รับทราบ เพื่อดูแลประสานกัน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 13: Discharge plan

ข้อมูลสนับสนุน: มีทวารเทียม (Colostomy) สอบถามเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมิน: มีความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเมื่อกลับบ้าน สามารถในการดูแลทวารเทียมได้

กิจกรรมการพยาบาล

วางแผนการพยาบาลโดยใช้หลัก “D - METHOD

D: Diagnosis ให้ความรู้เรื่องโรค การผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ และการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด

M: Medicine แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยา HM ตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด

E: Environment แนะนำที่พักอาศัยควรมีอากาศถ่ายเท ไม่แออัด และเลี้ยงบุคคลที่เป็นโรคติดต่อ

T: Treatment ในความรู้และอธิบายคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยที่มีทวารเทียม สังเกตสีของทวารเทียมว่าไม่มีผิดปกติ ไม่มีเลือดออก การใช้ถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ต้องทำความสะอาดผิวหนังโดยรอบและเปลี่ยนถุงอย่างสม่ำเสมอ

H: Health ส่งเสริมฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แนะนำการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยเริ่มจากกิจกรรมเบาๆ เช่น การเดิน วิ่งเหยาะๆ ดูแลสุขอนามัยบุคคลอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยสามารถอาบน้ำได้ปกติทั้งขณะใส่ถุงรองรับของเสียและถอดถุงรองรับของเสีย

O: Out patient แนะนำผู้ป่วยมาตรวจตามนัด คือนัดพบแพทย์ตรวจที่คลินิกทางเดินอาหารและตับ 5/1/64 นัดพบแพทย์เฉพาะทางรังสี 12/1/64 นัดพบอายุรแพทย์โรคมะเร็ง 13/1/64 และนัดพบพยาบาล Ostomy 5/1/64

D: Diet แนะนำรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ เน้นอาหารประเภทโปรตีนสูง เนื้อสัตว์ และอาหารเสริมระหว่างมื้ออาหาร อาหารควรเป็นอาหารย่อยง่าย และหลีกเลี่ยงอาหารเส้นใยสูง จำเป็นต้องระมัดระวังระโดยเฉพาะช่วงหลังผ่าตัด 6-8 สัปดาห์ ซึ่งลำไส้ยังบวม เพื่อป้องกันลำไส้อุดตัน แนะนำเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดก๊าซและกลิ่น แนะนำดื่มน้ำวันละ 10-12 แก้ว ทุกวัน เพื่อป้องกันการสูญเสียน้ำที่ปนกับอุจจาระ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 73ปี เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยพิเศษวันที่ 10 พฤศจิกายน 2563 เข้ารับการผ่าตัด Laparoscopic Low Anterior Resection (LAR) 12 พฤศจิกายน 2563 หลังผ่าตัดวันที่ 3 เกิดภาวะแทรกซ้อน Anastomosis leakage แพทย์ Set ผ่าตัด Emergency for Explore Lap Colostomy (15 พฤศจิกายน 2563) ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวระยะก่อนและหลังผ่าตัดและการดูแลทวารเทียม เนื่องจากเป็นการผ่าตัดฉุกเฉินที่ต้องเปิดทวารเทียมซึ่ง

ส่งผลต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลควรมีการวางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ ทั้งระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดและระยะการวางแผนจำหน่าย เพื่อเตรียมความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยผ่าตัดอย่างปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัดเปิดทวารเทียม นอกจากนี้การที่ประเมินภาวะแทรกซ้อน Anastomosis leakage ได้รวดเร็วของพยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันถ่วงทีช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ชี้ให้เห็นว่า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง เนื่องจากช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและให้ความร่วมมือในการรักษา ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หลังผ่าตัด การอธิบายหรือบอกเล่าเพียงอย่างเดียวอาจไม่ชัดเจน ควรมีสื่อในการสอนเช่น Video สอนการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดลำไส้ที่เปิดทวารเทียมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ ปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาและลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล

บรรณานุกรม

1. World Health Organization. Cancer. [Internet]. 2018 [Cited 2020 March 24]. Available form: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer99>
2. International Agency for Research on Cancer. Latest global cancer data: cancer burden rises to 18.1 million new case and 9.6 million cancer deaths in 2018. [Internet]. 2018 [Cited 2019 November 19]. Available form: https://www.iarc.fr/en/mediacentre/pr/2018/pdfs/pr263_E.pdf
3. กลุ่มงานเทคโนโลยีและสารสนเทศสถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2564. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2562]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nci.go.th/e_book/hosbased_2564/index.html
4. สุภัทรา ชุมดินพิทักษ์. อัตราการรอดชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการรอดชีพผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2565;37:38-48.
5. อรุณ โรจนสกุล. Colon and Rectum. ใน: ทวีสิน ต้นประยูร, สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และ พัฒน์พงษ์ นาวีเจริญ. ตำราศัลยศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: ปรีชาธรรมอินเตอร์พรีน จำกัด; 2550. หน้า 849-871.

6. วริศรา ตูยานนท์. การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดลำไส้ใหญ่ผ่านทางกล้องวิดีโอ. [อินเทอร์เน็ต]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 21 พฤศจิกายน 2562]. เข้าถึงได้จาก:
<https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/165/sins-manual-2551-01.pdf>
7. พรชัย โอเจริญรัตน์. Molecular Biology of Colorectal Cancer. ใน: ปริญญา ทวีชัยการ. ตำรา มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเล่ม 1. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2554. หน้า 1-20.
8. American cancer society. Colorectal cancer early detection, diagnosis, and staging. [Internet]. 2018 [Cited 2019 November 22]. Available form:
<https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8606.00.pdf>
9. สุพจน์ พงศ์ประสพภัย, พิเศษ พิเศษพงษา, มลทยา กิตติยากร, องอาจ ไพรสมณฑกร. มะเร็งลำไส้ใหญ่. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สาขาวิชาโรคมะเร็งทางเดินอาหาร คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558
10. วิษณุ ปานจันทร์, เสาวคนธ์ ศุกรโยธิน, อาคม ชัยวีระวัฒน์, วีรวุฒิ อิมสำราญ. แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง. กรุงเทพฯ: บริษัท โฆสิตการพิมพ์ จำกัด; 2558
11. ปวิธ สุธารัตน. Rectal Cancer. [อินเทอร์เน็ต]. มปป. [เข้าถึงเมื่อ 23 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก:
<https://w1.med.cmu.ac.th/surgery/images/documents/year4/GI/Physiologic%20Change%20In%20Laparoscopic%20Surgery.pdf>
12. วุฒิสิริ วีรสาร. Radiotherapy and colorectal. ใน: ปริญญา ทวีชัยการ. ตำรา มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเล่ม 1. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2554. หน้า 519-529
13. เอื้อมแซ สุขประเสริฐ. ความก้าวหน้าในการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะแพร่กระจาย. วารสารอายุรศาสตร์อีสาน. 2551; 7: 1-6.
14. Bryan, S., & Dukes, S. The enhanced recovery programmed for patients: An audit. British Journal of Nursing. 2010; 19: 831-4.