

กรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงส่วนปลายระยะลุกลาม ที่ผ่าตัดชนิด Laparoscopic Abdominoperineal Resection และเปิดทวารเทียมถาวร เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดทั้ง Bladder and Erectile dysfunction ในวัยทำงาน

มัลลิกา ไวยรุต

บทคัดย่อ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของไทย จากสถิติทะเบียนมะเร็ง สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี ๒๕๖๓ พบว่าอุบัติการณ์การเป็นโรคมะเร็งรายใหม่ มีจำนวน ๘,๘๖๕ ราย พบเพศชาย มากกว่าเพศหญิง ปัจจุบันการรักษาเป็นแบบ multimodality treatment การผ่าตัดเป็นการรักษาหลัก ส่วนการให้ยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาคิดขึ้น จึงมีความยุ่งยากซับซ้อนใช้ระยะเวลาการรักษา อย่างไรก็ตามผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัด พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องใช้ความรู้ ทักษะ ความชำนาญเฉพาะทางและประสบการณ์โดยใช้กระบวนการพยาบาล ตามแนวคิด Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) program ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการเตรียมความพร้อมเข้ารับการผ่าตัดได้อย่างปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัด รวมถึงสร้างศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เมื่อกลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัวอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ถึงแม้ว่าผู้ป่วยบางรายเกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ และการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (Bladder and Erectile dysfunction) เป็นต้น **วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาการประยุกต์กระบวนการพยาบาล ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงส่วนปลายระยะลุกลาม ที่ผ่าตัดชนิด Laparoscopic Abdominoperineal Resection และเปิดทวารเทียมถาวร เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดทั้ง Bladder and Erectile dysfunction ในวัยทำงาน ในการพัฒนาคุณภาพ

ผลการศึกษา พบว่าบทบาทของพยาบาลเฉพาะทางออสโตมีและแผล และพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงส่วนปลายระยะลุกลาม ที่ได้รับการผ่าตัด Laparoscopic Abdominoperineal Resection และเปิดทวารเทียมถาวร เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดทั้ง Bladder and Erectile dysfunction ในชายวัยทำงาน อายุ ๔๘ ปี สามารถช่วยจัดการกับความยุ่งยากซับซ้อนของโรค การรักษา และผู้ป่วยและครอบครัว สามารถวางแผนกิจกรรมการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ยอมรับทวารเทียมถาวร รวมทั้งเมื่อเกิดปัญหาจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ยังช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายความวิตกกังวล และสามารถปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม และกลับมาใช้ชีวิตสุขภาพทางเพศได้ อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สรุปและข้อเสนอแนะ การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงส่วนปลายระยะลุกลาม ที่ได้รับการผ่าตัด Laparoscopic Abdominoperineal Resection ควรใช้กระบวนการพยาบาล ตามแนวคิด ERAS program โดยพยาบาลเฉพาะทางออสโตมีและแผลและพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม ที่ต้องร่วมประสานดูแลผู้ป่วย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพผู้ป่วยเกิดการยอมรับทวารเทียมถาวร และปัญหาจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของไทย จากสถิติทะเบียนมะเร็ง สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี ๒๕๖๓ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, ๒๕๖๓) พบว่าอุบัติการณ์การเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง รายใหม่ มีจำนวน ๘,๘๖๕ รายพบมากเป็นอันดับ ๑ ในเพศชายร้อยละ ๒๐.๗ และเป็นอันดับ ๒ ในเพศหญิงร้อยละ ๑๒.๒ เป็นโรคที่พบได้บ่อยในช่วงอายุ ๕๐ ปีขึ้นไป โดยพบมะเร็งลำไส้ตรงในเพศชายมากกว่าเพศหญิงประมาณ ๓ : ๒

ปัจจุบันการรักษาเป็นแบบ multimodality treatment การผ่าตัดเป็นการรักษาหลัก ส่วนการให้ยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาคือดีขึ้น จึงมีความยุ่งยากซับซ้อน ใช้ระยะเวลาการรักษา อย่างไรก็ดี ตามในรายที่ผ่าตัดมะเร็งลำไส้ตรงส่วนปลาย ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในทุกด้าน ทั้งการมีทวารเทียมถาวร การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเช่น การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ และการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (Bladder and Erectile dysfunction) เป็นต้น ทำให้เกิดความเครียดกังวลหรือบางรายปฏิเสธการรักษาโดยเฉพาะผู้ป่วยในวัยทำงาน พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องใช้ความรู้ ทักษะการพยาบาล ความชำนาญให้สอดคล้องกับแผนการรักษา โดยใช้กระบวนการพยาบาล เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวเผชิญกับปัญหาต่างๆได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการประสานการทำงานร่วมกับทีมสหสาขา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากความสำคัญดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการศึกษาปัญหาของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ตรงส่วนปลายระยะลุกลาม ที่ผ่าตัดชนิด Laparoscopic Abdominoperineal Resection และเปิดทวารเทียมถาวรเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดทั้ง Bladder and Erectile dysfunction ในวัยทำงาน ใช้การผสมผสานแนวคิดทฤษฎีต่างๆ ได้แก่ กระบวนการพยาบาลแบบแผนสุขภาพ และประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Sister Callista Roy's Adaptation Theory or Roy's Adaptation Model, RAM) และการสร้างเสริมพลังอำนาจ ซึ่งนำไปสู่การสร้างกรอบแนวคิดในการรวบรวมข้อมูล และประเมินภาวะสุขภาพ รวมถึงการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมเหมาะสม และใช้กระบวนการพยาบาล ตามโปรแกรม Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) ประกอบด้วย การวางแผน การประเมิน การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การลดความตึงเครียดทางกาย การดูแลผู้ป่วยขณะได้รับการผ่าตัด และการดูแลหลังการผ่าตัด และการเคลื่อนไหวร่างกาย และลุกเดิน โดยเร็วหลังการผ่าตัด โดยมีวัตถุประสงค์ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการเตรียมความพร้อมเข้ารับการผ่าตัดได้อย่างปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัด รวมถึงสร้างศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเมื่อกลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัวอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ถึงแม้ว่าผู้ป่วยบางรายเกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ และการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (Bladder and Erectile dysfunction) เป็นต้น

กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา

ลำไส้ตรง เป็นส่วนสุดท้ายของลำไส้ใหญ่ต่อจาก Sigmoid colon ไปจดกับทวารหนัก (Anus) มีความยาว

๑๕ เซนติเมตร โดยแบ่งออกเป็นตอนบน (Upper Rectum) ตอนกลาง (Middle Rectum) และตอนล่าง (Lower Rectum) โดยมีความยาวส่วนละ ๕ เซนติเมตร จะเริ่มต้นที่กระดูก sacrum ที่ ๓ และโค้งตามแนวกระดูกมาสิ้นสุดที่ anal verge ที่ระดับ apex ของ prostate ในเพศชายหรือส่วนปลายล่างของ vagina ในเพศหญิง

- ลำไส้ตรงตอนบน (Upper Rectum) จัดเป็น intraperitoneal organ เนื่องจากมี mesentery มาหุ้มรอบลำไส้ตรง
- ส่วนตอนกลาง (Middle Rectum) และตอนล่าง (Lower Rectum) จัดเป็น extraperitoneal organ เนื่องจาก ไม่มี mesentery มาหุ้มรอบลำไส้ตรง จะไม่มี haustra coli และไม่มี omental appendices ลำไส้ตรงบริเวณก่อนทะลุผ่าน pelvic diaphragm ลงไปมีลักษณะเป็นกระเปาะเรียกว่า rectum ampulla ซึ่งเป็นที่พักอุจจาระรอการขับถ่ายออกไป และมี transverse fold of rectum

หน้าที่ของลำไส้ใหญ่และทวารหนักช่วยย่อยอาหารเพียงเล็กน้อย ถ่ายกากอาหาร (waste product) ออกจากร่างกาย ดูดซึมน้ำและอิเล็คโทรไลต์จากอาหารที่ถูกย่อยแล้ว เช่น โซเดียม และเกลือแร่อื่น ๆ ที่อยู่ในกากอาหาร รวมทั้งวิตามินบางอย่างที่สร้างจากแบคทีเรีย ซึ่งอาศัยอยู่ในลำไส้ใหญ่ ทวารหนักทำหน้าที่เก็บอุจจาระไว้จนกว่าจะถึงเวลาอันสมควรที่จะมีการขับถ่ายอุจจาระ (Defecation)

มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (Colorectal cancer)

มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หมายถึง โรคที่เซลล์เยื่อบุลำไส้ใหญ่มีการเปลี่ยนแปลง โดยมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนมากขึ้นจนควบคุมไม่ได้ การเปลี่ยนแปลงนี้อาจใช้เวลานานเป็นปี ในระยะแรกเซลล์อาจเป็นเพียงเนื้องอกธรรมดา แต่หากปล่อยไว้ไม่รักษาหรือตัดทิ้ง เนื้องอกอาจลุกลามกลายเป็นมะเร็งได้ พบได้ตั้งแต่บริเวณ Caecum, Ascending colon, Transverse colon, Descending colon, Sigmoid colon, Rectum และ Anus ลุกลามไปผนังลำไส้ ต่อม้ำเหลืองรอบข้างแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ ส่งผลให้การทำงานของอวัยวะเหล่านั้นผิดปกติ เรียกว่า metastasis ส่วนมากเป็น adenocarcinoma และเป็นบริเวณใกล้ทวารหนัก ลักษณะที่มองเห็นได้ชัดด้วยตาเปล่า

มะเร็งลำไส้ตรงจะขยายตัวตามแนวขวาง เป็นวงรอบหรือเกือบรอบทำให้ท่อลำไส้บริเวณนั้นแคบลง และที่ผิวอาจเป็นแผลด้วย ลักษณะเช่นนี้ทำให้เกิดการอุดตันของลำไส้ได้ง่าย การศึกษาทางพยาธิวิทยาพบว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเริ่มจาก intramucosal epithelial lesions ของ adenomatous polyps หรือที่ glands ของเยื่อบุลำไส้ เมื่อขยายตัวใหญ่ขึ้นจึงลุกลามผ่าน muscularis mucosae หลังจากนั้นจึงลุกลามเข้าหลอดเลือดหรือทางเดินน้ำเหลือง ไปสู่ต่อมน้ำเหลืองเฉพาะบริเวณ (regional lymph nodes) อวัยวะหรือเนื้อเยื่อที่ ติดกับลำไส้ และอวัยวะที่อยู่ห่างออกไปตามลำดับ

อาการแสดงทางคลินิก

ในระยะแรกมักไม่มีการแสดงและใช้เวลานานหลายปี ก่อนที่จะเริ่มมีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด อย่างไรก็ตาม แม้จะไม่มีอาการ ก็อาจมีเลือดออกจากก้อนมะเร็งโดยไม่สังเกตเห็น แต่ตรวจพบได้โดยวิธีทางเคมี (occult blood) เมื่อก้อนโตมากขึ้นกลายเป็นแผล จึงจะมีอาการเลือดออก ลำไส้อุดตัน หรือลำไส้ทะลุ ส่วนใหญ่

พบว่าผู้ป่วยมักมีอาการเลือดออกบริเวณไส้ตรงมีเลือดปนออกมากับอุจจาระ มีอาการปวดเวลาขับอุจจาระ และมักมีอาการท้องเสีย หรือท้องผูกเรื้อรังร่วมด้วยเสมอ โดยสามารถสรุปอาการต่างๆ ได้ดังนี้ คือ ถ่ายอุจจาระมีเลือดปน อุปนิสัยการขับถ่ายเปลี่ยนไป เช่น เคยถ่ายอุจจาระทุกวันก็เปลี่ยนไป มีอาการท้องผูก อุจจาระมีขนาดเล็กลง ปวดมวนท้อง ปวดถ่ายอุจจาระบ่อยๆ อย่างไม่เคยเป็นมาก่อน โลหิตจางโดยไม่ทราบสาเหตุ

การวินิจฉัยโรค

๑. การตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (fecal occult blood test) เป็นวิธีที่นิยมใช้กันแพร่หลายในปัจจุบัน สามารถทำได้โดยใช้ปริมาณอุจจาระเพียงเล็กน้อยเท่านั้น
๒. การตรวจรูทวารหนัก (digital rectal exam) คือการตรวจภายในรูทวารหนัก โดยแพทย์จะใช้นิ้วสอดเข้าไปทางทวารหนัก เพื่อตรวจคลำดูก้อน หรือลักษณะที่ผิดปกติภายในรูทวารหนัก
๓. การส่องกล้องตรวจบริเวณลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (colonoscopy) โดยการใช้กล้องยาวชนิดอ่อนซึ่งโค้งงอได้สอดเข้าไปทางทวารหนักเพื่อตรวจหาพยาธิสภาพ ในลำไส้ใหญ่ตั้งแต่ส่วนปลายจนถึงส่วนต้นและยังสามารถใส่อุปกรณ์เพิ่มเติมเพื่อตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจได้ colonoscopy เป็นการตรวจที่มีความแน่นอนมากที่สุด
๔. การส่องกล้องตรวจบริเวณลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (sigmoidoscopy) เป็นการส่องกล้องตรวจลำไส้ โดยการใช้อุปกรณ์เป็นท่อสอดเข้าไปทางรูทวารหนักเพื่อดูบริเวณรูทวารหนัก และลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย ทำให้สามารถตรวจพบมะเร็งระยะเริ่มแรกและ adenoma
๕. การเอกซเรย์สวนสารทึบรังสีทางทวาร (barium enema) เป็นเทคนิคหนึ่งของการเอกซเรย์บริเวณทางเดินอาหารส่วนล่างโดยการนำสารทึบแสงเข้าไปเคลือบตามลำไส้ผ่านทางทวารหนักเพื่อตรวจดูความผิดปกติ
๖. การตรวจ carcinoembryonic antigen (CEA) ในเลือด การตรวจเลือดเพื่อหาค่า CEA นำมาใช้ประโยชน์ในการตรวจก่อนและหลังการผ่าตัด เพื่อกำหนด staging และติดตามผลการรักษา
๗. การตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ (biopsy) โดยนำชิ้นเนื้อที่ตัดจากการส่องกล้องมาตรวจดูเซลล์และเนื้อเยื่อด้วยกล้องจุลทรรศน์โดยแพทย์เพื่อตรวจหาเซลล์มะเร็งและลักษณะเซลล์ที่ผิดปกติ
๘. การเอกซเรย์ด้วยคอมพิวเตอร์ความเร็วสูง (virtual colonography) คือ เทคนิคการใช้เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (computed tomography)
๙. การตรวจเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) เป็นการอาศัยการเหนี่ยวนำของคลื่นแม่เหล็ก ไฟฟ้าและประมวลผลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ เพื่อสร้างภาพต่อเนื่องของลำไส้และอวัยวะภายใน อาจทำการฉีดสารแกโดลิเนียม (Gadolinium) เข้าทางหลอดเลือดดำร่วมด้วย ซึ่งสารนี้จะไปสะสมอยู่รอบ ๆ เซลล์มะเร็ง จึงทำให้เห็นภาพเอกซเรย์ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น
๑๐. การตรวจเอกซเรย์ทรวงอก (Chest x-ray) เพื่อดูว่ามะเร็งได้แพร่กระจายไปยังปอดหรือไม่
๑๑. การตรวจความสมบูรณ์ของเลือด (CBC) เพื่อดูจำนวนเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือด วัดปริมาณฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง และตรวจคุณสมบัติต่างๆของเม็ดเลือด
๑๒. การตรวจด้วยสารเภสัชรังสี (PET scan) เป็นการตรวจโดยการฉีดสารรังสีให้ถูกดูดซึมในอวัยวะ และ

เนื้อเยื่อ แล้วจึงทำการถ่ายภาพ ซึ่งจะช่วยให้สามารถตรวจได้ทั้งร่างกาย ข้อบ่งชี้การตรวจ ดังนี้

- ใช้แยกระหว่างรอยแผลเป็นกับการเป็นซ้ำของโรคโดยมีความไวในการตรวจร้อยละ ๙๐-๙๗ ความจำเพาะร้อยละ ๘๙-๑๐๐
- เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการรักษา
- เพื่อประเมินระยะของโรคก่อนการผ่าตัด

การแบ่งความรุนแรงของโรคมะเร็ง

โดยอาศัยการแพร่กระจายตามผลพยาธิสภาพ ได้แก่ stage ๐ เซลล์มะเร็งเติบโตอยู่ในชั้นเยื่อบุลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง stage ๑ เซลล์มะเร็งลุกลามผ่านทะลุเยื่อบุลำไส้ใหญ่และไส้ตรง แต่ยังไม่ผ่านทะลุตลอดผนังของลำไส้ stage ๒ เซลล์มะเร็งลุกลามผ่านทะลุทุกชั้นของผนังลำไส้ใหญ่และไส้ตรง แต่ไม่ลุกลามไปที่ต่อมน้ำเหลืองข้างเคียง stage ๓ เซลล์มะเร็งลุกลามผ่านทะลุทุกชั้นของผนังลำไส้ใหญ่และไส้ตรง แล้วลุกลามไปที่ต่อมน้ำเหลืองแต่ยังไม่ลุกลามไปสู่อวัยวะอื่นๆของร่างกาย และ stage ๔ เซลล์มะเร็งลุกลามไปยังอวัยวะต่างๆ เช่น ตับปอด เยื่อบุช่องท้อง และรังไข่ เป็นต้น

การรักษา

มีเป้าหมายหลักคือ ระยะเริ่มแรก ถ้าได้รับการตรวจวินิจฉัยเร็วการรักษาที่จะทำให้ผู้ป่วยหายจากโรค แต่กรณีที่เป็นมากแล้วหรือโรคลุกลามเกินกว่าจะรักษาให้หายขาดได้ ก็มุ่งเน้นที่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ โดยการรักษาก็ขึ้นอยู่กับระยะของโรค ว่ามีการแพร่กระจายไปมากน้อยเพียงใด

แนวทางการรักษามะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก นอกจากใช้การผ่าตัดแล้วอาจใช้ยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาหรือทั้งสองอย่างร่วมเป็นการรักษาเสริม กรณีรักษาเสริมก่อนเริ่มการรักษาหลักด้วยการผ่าตัดเรียกว่า Neoadjuvant หรือเป็นการรักษาเสริมตามหลังการผ่าตัด เรียกว่า Adjuvant ส่วนการใช้รังสีรักษาจะใช้เพื่อมุ่งเน้นที่จะลดโอกาสการเป็นซ้ำเฉพาะที่ของโรค (Local recurrence) และเพิ่มโอกาสของการผ่าตัดที่ไม่ต้องการตัดกล้ามเนื้อหูรูดออกไป (sphincter preservation) การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จำเป็นต้องอาศัยทีมแพทย์ในสาขาต่างๆ มาร่วมกันวางแผนการรักษาที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

การผ่าตัด

เป็นการรักษาที่ได้ในระบะแรกของโรคมะเร็ง ซึ่งการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง นั้นสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การผ่าตัดแบบใช้กล้องผ่าตัด (Laparoscopy) การผ่าตัดเฉพาะที่ (Local excision) และการผ่าตัดใหญ่ทางหน้าท้อง (Surgery) โดยขึ้นอยู่กับระยะของมะเร็ง หรือตำแหน่งของมะเร็ง และเมื่อนำชิ้นเนื้อไปส่งตรวจจะเป็นการพยากรณ์โรค (Prognosis) ว่ามะเร็งจะหายขาดหรือกลับเป็นอีกครั้ง (Recurrent)

การผ่าตัดผ่านทางกล้อง (Laparoscopic surgery)

เป็นที่ยอมรับทั่วโลกว่า เป็นการผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ เทียบเท่ากับการผ่าตัดแบบทั่วไป เป็นการผ่าตัดผ่านรูเล็ก ๆ ที่เจาะผ่านผนังหน้าท้องเข้าไปในช่องท้อง โดยใช้กล้องเรียวเล็กผ่านเข้าไปส่องดูอวัยวะในช่องท้อง ศัลยแพทย์จะดูภาพผ่านจอขณะที่ทำผ่าตัดด้วยเครื่องมือเรียวเล็กผ่านรูเล็ก ๆ เหล่านี้ แทนที่จะต้องผ่าตัดผ่านแผล

ใหญ่เช่นการผ่าตัดตามวิธีปกติ การใช้กล้องส่องจะช่วยขยายภาพที่กำลังทำผ่าตัดให้ใหญ่เห็นชัดกว่าธรรมดา และมี การใช้ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เพื่อให้ช่องท้องขยายตัวกว้างออกให้เครื่องมือเข้าไปทำงานได้โดยสะดวกมีข้อดีพื้นตัว ได้เร็ว เจ็บปวดได้น้อยกว่า บาดแผลเล็ก การทำงานของลำไส้กลับมาได้เร็วกว่าปกติ ระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลไม่นาน การผ่าตัดการมองเห็นอวัยวะในช่องท้องจะดีกว่าดูด้วยตาเปล่าเพราะขยายถึง ๒๐ เท่าและการจับต้อง ก้อนมะเร็งจะน้อยกว่า

การผ่าตัดเฉพาะที่ (Local excision)

สามารถผ่าตัดได้ในมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะแรก ๆ ซึ่งอาจทำได้โดยไม่ต้องผ่าตัดเปิดช่องท้อง โดย แพทย์จะใช้วิธีการส่องกล้องผ่านทางรูทวารหนักและลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย และทำการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออก (Transanal local excision/ Transanal endoscopic microsurgery) ลักษณะเป็นติ่งเนื้อ เรียกการผ่าตัดแบบนี้ว่า Polypectomy

การตัดต่อลำไส้ (Resection)

ในกรณีที่ย้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ โดยศัลยแพทย์อาจต้องทำการตัดเอาก้อนมะเร็งและลำไส้ส่วนที่ไม่เป็น มะเร็งรอบๆบางส่วนออก รวมทั้งต่อมน้ำเหลือง หลังจากนั้นจึงทำการต่อลำไส้ส่วนที่ดีที่ที่เหลืออยู่เข้าด้วยกัน นอกจากนี้แพทย์จะตัดต่อมน้ำเหลืองใกล้ๆ เพื่อตรวจหาเซลล์มะเร็งร่วมด้วย

ในกรณีที่ย้อนมะเร็งเกิดขึ้นที่บริเวณทวารหนัก(Anus) หรือไส้ตรงส่วนปลาย (Lower rectum) และก้อนมะเร็ง อยู่ในระยะเริ่มแรก การผ่าตัดสามารถตัดออกผ่านทางทวารหนักได้ แต่ถ้าก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ การผ่าตัด Abdominoperineal Resection (APR) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องมีทวารเทียมถาวร (Permanent Colostomy)

การรักษาด้วยการผ่าตัด Abdominoperineal Resection (APR) นี้เป็นวิธีการรักษาที่ดี อาจมีความเสี่ยง เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ และก่อให้เกิดผลกระทบต่อแบบแผนของชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด Abdominoperineal Resection (APR)

เนื่องมาจากแบคทีเรีย(bacteria)ในลำไส้ที่ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย (infection) และลักษณะทางกาย วิชาคที่มีเส้นเลือดเส้นประสาทมาเลี้ยงมาก รวมทั้งความแคบของช่องเชิงกราน ทำให้ผ่าตัดได้ยากขึ้น สิ่งที่สำคัญ อีกประการหนึ่ง คือ เทคนิคการผ่าตัดที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้เสมอ ได้แก่

๑. แผลติดเชื้อ (wound infection) เกิดได้บ่อยกว่าการผ่าตัดอวัยวะอื่นในช่องท้อง เพราะเชื้อแบคทีเรียของ ลำไส้จะปนเปื้อนแผลขณะผ่าตัด
๒. ถ่ายอุจจาระบ่อย (Fecal Incontinence)
๓. ความผิดปกติของกระเพาะปัสสาวะ (Bladder dysfunction) ผู้ป่วยไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ (urinary incontinence) ส่วนใหญ่จะเป็นชั่วคราว อาจจำเป็นต้องคาสายสวนปัสสาวะไว้หลายวันหรือต้องมีการ ตรวจการทำงานของกระเพาะปัสสาวะเพื่อกระตุ้นการถ่ายปัสสาวะ
๔. ความผิดปกติทางเพศ (Sexual dysfunction) หรือ การหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (erectile dysfunction) อวัยวะเพศชายของผู้ป่วยชายไม่แข็งตัวและไม่มีน้ำอสุจิออก

ทั้งการกลั้นปัสสาวะไม่ได้และการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ เกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ อกซชาติ หลอดเลือดและเส้นประสาทที่ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบคาเวอร์โนซา (cavernosal smooth muscle) ที่เกี่ยวข้องกับการแข็งตัวขององคชาติและควบคุมการขยับปัสสาวะ พบได้ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง ที่ต้องผ่าตัดอยู่ในอุ้งเชิงกราน

๕. รอยต่อลำไส้รั่ว (Anastomosis Leakage) มีโอกาสเกิดขึ้นได้ในการตัดต่อลำไส้เล็กในอุ้งเชิงกราน โดยเฉพาะในผู้ที่เคยได้รับการรักษาบริเวณนี้มาก่อน ถ้ารอยรั่วมีขนาดใหญ่จะมีผลหลายอย่าง ได้แก่

- อุ้งเชิงกรานอักเสบเป็นหนอง
- รอยต่อตีบในภายหลัง

๖. รอยต่อลำไส้ตีบ (Anastomosis stricture) อาจเกิดขึ้นในระยะแรกหลังผ่าตัด เพราะรอยต่อบวม หรือถูกบีบรัดจากพังผืด หรือเกิดขึ้นหลายเดือนหลังผ่าตัด จากแผลเป็นรอยต่อที่หดลง หรือจากมะเร็งที่เกิดขึ้นใหม่ การรักษาตามสาเหตุและการรุนแรงของอาการ อาจรวมถึงการผ่าตัดเพื่อคลายการบีบรัดจากพังผืด ทำการตัดต่อลำไส้ใหม่ หรือผ่าตัดเพื่อนำลำไส้มาเปิดหน้าท้อง

ในปัจจุบันผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดสามารถกลับบ้านได้เร็วขึ้น เนื่องจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ร่วมกันกำหนดแผนการดูแลรักษาโดยการนำ Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) program มาใช้ในการดูแล ซึ่งพบว่าระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลลดลง ลดค่าใช้จ่าย และลดระยะเวลาในการรอเตียง ERAS program ประกอบด้วย ๔ กิจกรรม ได้แก่ ๑) การวางแผน การประเมิน การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและการรับการรักษาใน โรงพยาบาล ๒) การลดความตึงเครียดทางกาย ๓) การดูแลผู้ป่วยขณะได้รับการผ่าตัด และการดูแลหลัง การผ่าตัด และ ๔) การเคลื่อนไหวร่างกายและลุกเดินโดยเร็วหลังการผ่าตัด

บทบาทของพยาบาลในการนำโปรแกรม ERAS ไปใช้ในทางปฏิบัติทางพยาบาล ประกอบด้วย การวางแผน การประเมิน การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การลดความตึงเครียดทางกาย การดูแลผู้ป่วยขณะได้รับการผ่าตัด และการดูแลหลังการผ่าตัด และการเคลื่อนไหวร่างกาย และลุกเดินโดยเร็วหลังการผ่าตัด โดยมีวัตถุประสงค์ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการเตรียมความพร้อมเข้ารับการผ่าตัดได้อย่างปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัด รวมถึงสร้างศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เมื่อกลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัวอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ถึงแม้ว่าผู้ป่วยบางรายเกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดก็ตาม เช่น การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ และการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (Bladder and Erectile dysfunction) เป็นต้น

พยาบาลที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องมีความรู้ ความชำนาญ มีประสบการณ์ในการพยาบาล เฉพาะทาง ให้การพยาบาลที่สอดคล้องในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างมีประสิทธิภาพ และปลอดภัย พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติดูแลตนเอง และส่งเสริมกำลังใจกับผู้ป่วย ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ การปฏิบัติตนและการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการวางแผนจำหน่ายร่วมกับพยาบาลเฉพาะทางออสโตมีและ ติดตามผู้ป่วยกระทั่งกลับมาพบแพทย์ในช่วงระหว่าง ๒-๔ สัปดาห์ ภายหลังกลับบ้าน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการประยุกต์กระบวนการพยาบาลใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งไส้ตรงส่วนปลายระยะลุกลามที่ผ่าตัดชนิด Laparoscopic Abdominoperineal Resection และเปิดทวารเทียมถาวร เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดทั้ง Bladder and Erectile dysfunction ในวัยทำงาน ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

ระยะเวลาที่ศึกษา ๑๐ กันยายน ๒๕๖๓ – ๓๐ เมษายน ๒๕๖๔

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. เลือกกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยมะเร็งไส้ตรงส่วนปลายระยะลุกลาม ที่ได้รับการรักษา multimodality treatment และมีการผ่าตัดชนิด Laparoscopic Abdominoperineal Resection เคยปฏิเสธการมีทวารเทียม เป็นcaseที่น่าสนใจ เนื่องจากมีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล ซึ่งต้องใช้ทักษะและความชำนาญในการดูแล
๒. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์จากผู้ป่วยและครอบครัว
๓. ศึกษา ค้นคว้าข้อมูลการรักษาโรคมะเร็งไส้ใหญ่และไส้ตรงและการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง จากตำราเอกสารทางวิชาการ งานวิจัย และเว็บไซต์ทางการแพทย์
๔. รวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย สอดคล้องกับการรักษาพร้อมทั้งประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลในการดูแลและติดตามอย่างต่อเนื่อง
๕. ปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยที่เป็นกรณีศึกษา
๖. ประสานการดูแลกับทีมพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพร่วมในการดูแลกรณีศึกษา
๗. ประเมินผลการปฏิบัติงานเป็นระยะๆ
๘. ปรับปรุงแก้ไขปัญหาให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย
๙. สรุปกรณีศึกษา ผลลัพธ์การดูแล และสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษา
๑๐. รวบรวม จัดทำรูปเล่ม

ผลการศึกษา

การศึกษาในกรณีศึกษาครั้งนี้ ขอนำเสนอผลการศึกษาตามขั้นตอนตามกระบวนการพยาบาล ดังนี้

๑. การประเมินภาวะสุขภาพ พบว่ากรณีศึกษา ชายไทย อายุ ๔๘ ปี น้ำหนัก ๖๒ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๘ เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย ๒๑.๙๖ กิโลกรัม/ ตารางเมตร สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง อาชีพธุรกิจส่วนตัว (ผู้รับเหมาก่อสร้าง) ผู้ดูแลหลักคือภรรยา ไม่แพ้ย่า ไม่พบสารเสพติดใดๆ

ผู้ป่วยมีประวัติ ๖ เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการท้องผูกสลับท้องเสีย น้ำหนักลดลง ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ได้รับการตรวจวินิจฉัยเป็น Ca. Lower Rectum ชนิด poorly differentiated adenocarcinoma จึงถูกส่งตัวมารักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

พบแพทย์ทางศัลยกรรมมะเร็งระบบทางเดินอาหาร แพทย์ส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ส่วนปลายและสั่งตรวจ MRI ยืนยันเป็นโรคมะเร็งลำไส้ตรงส่วนปลาย ระยะ ๒ (Ca. Lower Rectum T๓M๐N๐) ไม่มีการกระจายเข้าหลอดเลือดหรือต่อมน้ำเหลือง แต่มีการอุดตันของลำไส้และลูกกลมบริเวณ Dentate line แพทย์วางแผนการรักษาแบบ multimodality treatment. ได้อธิบายผู้ป่วยและภรรยาทราบ โดยรักษา Neoadjuvant CCRT และผ่าตัด Laparoscopic Abdominoperineal resection แต่ผู้ป่วยมีปัญหาการอุดตันของลำไส้ตรงส่วนปลายและอุจจาระมีเลือดปนออกมา แพทย์จำเป็นต้องผ่าตัดเปิด Loop sigmoid colostomy ก่อนให้ Neoadjuvant CCRT ได้ส่งปรึกษาทีมพยาบาลเฉพาะทางออสโตมีและแผล ในวันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๓ เพื่อ Pre counseling open colostomy ผู้ป่วยปฏิเสธการมีทวารเทียม ขอรักษาการให้ Neoadjuvant CCRT จนครบตามแผนการรักษา ผู้ป่วยมีการปวดทวารบริเวณก้นมากขึ้น แพทย์ทางศัลยกรรมมะเร็งระบบทางเดินอาหาร ได้รับการตรวจส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย เพื่อประเมินหลังให้ Neoadjuvant CCRT ยังพบรอยโรคตำแหน่งเดิม แต่ขนาดก้อนมะเร็งลดลง แพทย์วางแผนการผ่าตัด Laparoscopic Abdominoperineal resection ตามแผนการรักษา

การผ่าตัด Laparoscopic abdominoperineal resection วันที่ ๒ เมษายน ๒๕๖๔ และด้วยหัตถการการผ่าตัดนี้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีทวารเทียมถาวร จึงส่งปรึกษาทีมพยาบาลเฉพาะทางออสโตมีและแผล ในวันที่ ๓ มีนาคม ๒๕๖๔ เพื่อ Pre counseling open permanent colostomy ซ้ำ ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ การดำเนินชีวิต การทำงาน และได้ร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กับเพื่อนผู้ป่วยที่มีทวารเทียม มีการรักษาคัลยกัน และเป็นวิทยาทาน ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายความวิตกกังวลบ้าง และตัดสินใจผ่าตัดตามแผนการรักษา ยอมรับการมีทวารเทียมถาวร

ระยะแรกรับ ผู้ป่วยค่อนข้างซีด อ่อนเพลียเล็กน้อย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ของวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๔ Hct. ๓๖.๓% และ HGB ๑๑.๓% พบค่าต่ำกว่าปกติบ่งบอกถึง ภาวะซีด โลหิตจาง (Anemia) อาจเกิดจากการสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง จากการได้รับการรักษา Neoadjuvant CCRT มาก่อน และการรับประทานอาหารได้ไม่มาก และ ตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดสูงเล็กน้อย ๑๓๐ mg/dl ไม่มีโรคประจำตัวไม่เป็นเบาหวาน อาจเกิดจากยังมีภาวะเครียดการมีทวารเทียม และขาดความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ประเมินความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และทบทวนการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด อธิบายความจำเป็นการมีทวารเทียมถาวร จากพยาบาลเฉพาะทางออสโตมีและแผล (ET Nurse) ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะทวารเทียม ทักษะคิดและการยอมรับทวารเทียม การอธิบายความจำเป็นที่ต้องมีทวารเทียม การประเมินความพร้อมทางด้านร่างกาย การเคลื่อนไหวของนิ้วมือ สายตา ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง หรือการหาผู้ดูแลหลักดูแลผู้ป่วย การให้ความรู้และเลือกถ่วงรองรับอุจจาระที่เหมาะสม การใช้คลิป VDO เพื่ออธิบายลักษณะทวารเทียมและสาธิตการดูแลทวารเทียม และการเลือกตำแหน่งทวารเทียมที่เหมาะสมก่อนผ่าตัด โดยวางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก และได้รับการดูแลจากสหวิชาชีพพร้อมกันตามโปรแกรม Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)

ระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

ผู้ป่วยสามารถปรับสภาพจิตใจให้เข้าสู่สภาพปกติโดยเร็ว ดังนี้

หลังผ่าตัด ๒๔ ชม.แรก ผู้ป่วยจะได้รับการดูแล ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ภาวะสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด ภาวะขาดสมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ภาวะความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด รวมถึงการประเมินความสมบูรณ์และการทำงานของทวารเทียม การดูแลด้านจิตใจ โดยการให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมองเห็นทวารเทียม สัมผัสทวารเทียม เพื่อสร้างความคุ้นเคยและปรับสภาพจิตใจให้ยอมรับกับภาพลักษณ์ใหม่ และกระตุ้นให้ผู้ป่วย Early ambulation เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนของเลือด และกระตุ้นการทำงานของลำไส้ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการทำงานปอด

วันที่ ๒-๓ หลังผ่าตัด กระตุ้นให้ผู้ป่วย Early ambulation อย่างต่อเนื่อง สอนสาธิตการดูแลทวารเทียม ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก เรื่องการระบายสิ่งขับถ่าย การทำความสะอาดทวารเทียมและถุงรองรับอุจจาระที่ห้องน้ำ สอน สาธิตการทำควาสะอาดเปลี่ยนแป้น และการติดอุปกรณ์ให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลร่วมกับพยาบาลผู้สาธิต การให้คำแนะนำการสังเกตทวารลักษณะเทียมที่ผิดปกติและการป้องกัน แก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการดูแล ได้แก่ ผิวหนังโดยรอบทวารเทียมเกิดระคายเคือง การบาดเจ็บของทวารเทียม เป็นต้น การให้คำแนะนำในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การทำงานและการออกกำลังกาย เป็นต้น พร้อม Empowerment เพื่อให้เกิดความมั่นใจมากขึ้น

ระยะวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เรื่องการดูแลทวารเทียมและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

วันที่ ๕ หลังผ่าตัด จนถึงวันก่อนจำหน่าย ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักจะได้รับทวนซ้ำการฝึกทักษะการดูแลทวารเทียม การทำความสะอาด การเปลี่ยนแป้นและถุงรองรับอุจจาระ โดยการสอนสาธิตจากคู่มือการดูแลตนเอง สำหรับผู้ที่มีทวารเทียม (Colostomy) และประเมินความสามารถและทักษะในการดูแลทวารเทียมของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดทวารเทียม

ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ๙ วันจนถึงวันก่อนจำหน่าย และไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้หลังจากเอาสายสวนปัสสาวะออก (Bladder dysfunction) ต้องใส่สายสวนปัสสาวะกลับบ้าน ได้อธิบายสาเหตุการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด อาจเกิดได้แค่ชั่วคราว และให้ความรู้การดูแลสายสวนปัสสาวะที่ถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจ และการมาตามนัดของแพทย์หลังจำหน่าย ๒ อาทิตย์

ระยะการมาตรวจตามนัด

ผู้ป่วยจะได้รับการนัดพบแพทย์ตรวจที่คลินิกระบบทางเดินอาหาร ๒ สัปดาห์หลังจำหน่าย วันที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๖๔ แพทย์มีคำสั่งเอาสายสวนปัสสาวะออก และสามารถปัสสาวะเองได้ แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนการดูแลทวารเทียมถาวรและสายสวนปัสสาวะ มีภรรยาเป็นผู้ดูแลหลักให้ความช่วยเหลือ ดูแลใกล้ชิด ผู้ป่วยมีอาการปวดบริเวณท่อปัสสาวะมาก ส่งปรึกษาแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะ

พบแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๔ ปัญหาอวัยวะเพศไม่แข็งตัว แพทย์วินิจฉัยโรค R/O Neurapraxia (peripheral nerve injury) Plan Conservative treatment นัดติดตามหลังผ่าตัด ๓ เดือน

- มีนั้ดพยาบาลเฉพาะทางออสโตมีและแผล (ET Nurse) ที่คลินิกออสโตมีและแผล เพื่อประเมินการดูแล ทวารเทียม เบิกถูรองรับอุจจาระตามสิทธิการรักษา และนั้ดติดตามพร้อมแพทย์ทุกครั้ง ผู้ป่วยยอมรับการมีทวาร เทียมถาวรมากขึ้น รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด Bladder and Erectile dysfunction.จากการได้รับการ ติดตาม ประเมินอย่างต่อเนื่อง ให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิถีปฏิบัติที่ถูกต้องตนเอง และให้กำลังใจ.

๒. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และวางแผนการพยาบาลแบบองค์รวม

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยรายนี้ ได้นำกระบวนการพยาบาลมาใช้เป็นแนวทางในการดูแล ผู้ป่วย ครอบครัวกระบวนการ ๔ ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด ระยะการวางแผนจำหน่าย และ ระยะการมาตรวจตามนัด รายละเอียดดังนี้

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

๑. วิตกกังวลโรคมะเร็งลำไส้ตรงและภาพลักษณ์การมีทวารเทียม การดำเนินชีวิตระหว่างการรักษา Neoadjuvant CCRT
๒. วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการมีทวารเทียมถาวร ภายหลังการรักษาNeoadjuvant CCRT ครบ
๓. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดทรวงบริเวณก้น ก่อนกานผ่าตัด
๔. เสี่ยงต่อการมีตำแหน่งทวารเทียมที่ไม่เหมาะสม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

๕. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทวารเทียมในระยะแรกหลังผ่าตัด
๖. ปวดแผลผ่าตัด
๗. เสี่ยงต่อการเกิดความไม่สมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการงดน้ำ งดอาหารทั้งก่อน และหลังผ่าตัด
๘. มีโอกาสเกิดอาการท้องอืด เนื่องจากได้รับการผ่าตัดบริเวณช่องท้อง
๙. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในร่างกาย
๑๐. มีโอกาสเกิดภาวะการเห็นคุณค่าตนเองลดลง (Low self- esteem) เนื่องจากภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง ภายหลังการทำผ่าตัดเปิดทวารเทียมถาวร

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะวางแผนจำหน่าย

๑๑. มีความผิดปกติของกระเพาะปัสสาวะ(Bladder dysfunction) ชั่วคราว จากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด
๑๒. พร่องความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะการมาตรวจตามนัด

๑๓. มีความผิดปกติทางเพศ (Erectile dysfunction) ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

การวางแผนการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๑ วิตกกังวลโรคมะเร็งลำไส้ตรงและภาพลักษณ์การมีทวารเทียม การดำเนินชีวิตระหว่างการรักษา Neoadjuvant CCRT

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยบอกว่า “หมอแจ้งว่าต้องเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง แต่ตอนนี้ยังถ่ายอุจจาระได้ ถ้าผ่าตัดแล้วกลัวว่าจะไปทำงานไม่ได้ ยกของหนักได้มัย เพราะตนเองเป็นผู้รับเหมาตกแต่งภายใน กลัวมีกลิ่นเหม็นแล้วคนอื่นรังเกียจ ขอรักษาทางเคมีบำบัดและรังสีรักษาก่อน”
๒. ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล เมื่อพูดคุยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการผ่าตัดเปิดทวารเทียม แพทย์ส่งปรึกษาให้ Pre operative counseling กับทีมพยาบาลเฉพาะทางออสโตมีและแผล

เป้าหมายการพยาบาล

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ระยะดำเนินการของโรคและการรักษา
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล การยอมรับการมีทวารเทียมก่อน Neoadjuvant CCRT

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ยอมรับฟังและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
๒. มีการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ได้

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ด้วยการแนะนำตัวเอง
๒. ประเมินอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วย (self concept) วิธีการปรับตัวภาวะเจ็บป่วย หากผู้ป่วยเป็นผู้มีอัตมโนทัศน์ดี ย่อมจะช่วยให้รู้จักและเข้าใจตนเอง ยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น และสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆได้ดี
๓. สำรวจปัญหาและความคิดของผู้ป่วย ความกังวล หรือไม่ยอมามีทวารเทียม มักจะมีคำถามเกี่ยวกับการรักษาวิธีอื่นๆ ระยะการมีทวารเทียม หรือโอกาสที่จะกลับไปขับถ่ายตามปกติ เป็นต้น
๔. นำผลจากการประเมินที่ได้ไปวางแผนการพยาบาล โดยยึดหลักให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งวิถีชีวิตและความเป็นอิสระแห่งตน ดูแลให้มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตไปจากเดิมให้น้อยที่สุด
๕. ประเมินพื้นฐานความรู้และความพร้อมในการเรียนรู้ของผู้ป่วย เพื่อใช้ในการกำหนดแผนการให้คำปรึกษา
๖. อธิบายให้ทราบถึงความจำเป็นการผ่าตัดเปิดทวารเทียม เพื่อให้เกิดความเข้าใจและร่วมมือ ทั้งนี้ควรมีญาติหรือบุคคลในครอบครัวเข้าร่วมให้ข้อมูลและรับฟังความรู้สึกข้อมูลที่ให้ด้วย เพื่อวางแผนการดูแลให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อการมีทวารเทียมได้ คลายความวิตกกังวลและมีกำลังใจในการรักษา รวมถึงให้ความร่วมมือในการรักษา

๗. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด อธิบายถึงกายวิภาคและสรีรวิทยาของทางเดินอาหาร ขั้นตอนแผนการรักษา ความจำเป็นของการผ่าตัดที่ต้องมีทวารเทียมทางหน้าท้อง ตำแหน่งและลักษณะของทวารเทียม สาธิตการใช้อุปกรณ์รองรับอุจจาระ การทำงานของทวารเทียมทางหน้าท้อง ความสามารถในการทำกิจกรรม การดำเนินชีวิตประจำวันหลังผ่าตัด ระหว่างการให้การรักษา Neoadjuvant CCRT อย่างคร่าวๆ แหล่งประโยชน์ที่สามารถขอความช่วยเหลือ รวมทั้งให้ผู้ป่วยได้สัมผัสอุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น ถังรองรับอุจจาระ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นภาพ และเข้าใจมากยิ่งขึ้น ลดความกลัว วิตกกังวลต่อการผ่าตัดที่จะเกิด
๘. เปิดโอกาสให้พูดคุยกับผู้ป่วยมีทวารเทียมในวัยทำงาน และมีการรักษา Neoadjuvant CCRT แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในเรื่องการใช้ชีวิตอยู่กับทวารเทียม สนับสนุนในเรื่องการปรับตัว และการยอมรับกับภาพลักษณ์ใหม่ที่เปลี่ยนไป
๙. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ ชักถามปัญหาและข้อข้องใจต่างๆ พูดยุติความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ทักษะที่สำคัญคือ การฟังอย่างตั้งใจ พยายามสบตา พร้อมทั้งสังเกตสิ่งผู้ป่วยแสดงออกมา และให้ข้อมูลความเป็นจริง พร้อมสรุปความรู้ความเข้าใจ สิ่งผู้ป่วยคาดหวัง โดยใช้คำถามเปิด หรือให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ด้วยตนเองถึงผลดีของการมีทวารเทียม และให้ผู้ป่วยได้เลือกแนวทางการรักษาและตัดสินใจด้วยตนเอง
๑๐. ให้กำลังใจ เสริมสร้างพลังอำนาจ และส่งเสริมความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลว่าการผ่าตัดนั้นเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุด ปรับความคิดเป็นเชิงบวกเพื่อสามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบใหม่อย่างมีคุณภาพต่อไป

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติ(ภรรยา) มีสีหน้าวิตกกังวล เข้าใจความจำเป็นที่ต้องผ่าตัดเปิดทวารเทียม แต่ปฏิเสธยังไม่อยากมี ยังมีความคาดหวังว่าอาจจะไม่ต้องมีทวารเทียม ขอรับการรักษา Neoadjuvant CCRT กังวลว่าหลังผ่าตัด จะใช้ชีวิตไม่เหมือนเดิมจะทำงานไม่ได้ เนื่องจากเป็นหัวหน้าครอบครัว รายได้หลักมาจากตนเอง ภรรยาเป็นแม่บ้าน และลูกสาวสองคนยังอยู่ในวัยเรียน ตอนนี้ยังขบถายได้จึงยังไม่ตัดสินใจจะผ่าตัด

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๒ วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการมีทวารเทียมถาวร ภายหลังให้การรักษา Neoadjuvant CCRT ครบ

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยทำการรักษา Neoadjuvant CCRT ครบตามแผนการรักษา แพทย์นัดผ่าตัด Laparoscopic Abdominoperineal resection ส่งปรึกษาทีมพยาบาลเฉพาะทางออสโตมีและแผล สำหรับ Pre operative counseling for permanent colostomy

๒. ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล และบอกว่า “หมอแจ้งว่าต้องผ่าตัดเอามะเร็งออก ต้องมีทวารเทียมถาวรและมีการเย็บปิดกัน ก่อนมะเร็งยังอยู่ตำแหน่งเดิมภายหลัง Neoadjuvant CCRT ผมก็ต้องยอมครับ แต่จริงๆ แล้วไม่ยอมก็มี”
๓. ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด
๔. เป็นการดูแลทางการแพทย์ ERAS Program ในการให้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด Laparoscopic Abdominoperineal resection

เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความพร้อม มีความเข้าใจ ลดความวิตกกังวล และยอมรับการมีทวารเทียมถาวร

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ยอมรับฟังและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
๒. มีการปรับตัว และยอมรับการมีทวารเทียมถาวร

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ทักษะที่สำคัญคือ การฟังพร้อมทั้งสังเกตสิ่งที่ผู้ป่วยแสดงออก ทั้งคำพูด น้ำเสียงและท่าทาง พยายามให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความคิด ความเข้าใจเรื่องโรคและการผ่าตัด การมีทวารเทียมถาวร
๒. สำรวจปัญหาและความคิดของผู้ป่วย ความกังวลการมีทวารเทียมถาวร
๓. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยให้ซักถามข้อข้องใจ และระบายความรู้สึก เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และบอกถึงปัญหาความต้องการการช่วยเหลือต่างๆ
๔. ให้ข้อมูลก่อนการผ่าตัดและการเปิดทวารเทียมโดยบูรณาการกระบวนการ ERAS program (Bryan & Dukes, ๒๐๑๐) มีรายละเอียดดังนี้
 - ทีมพยาบาลเฉพาะทางออสโตมีและแผล ให้คำปรึกษา Pre operative counseling อธิบายและให้ข้อมูลถึงความจำเป็นการผ่าตัดเปิดทวารเทียม เพื่อให้เกิดความเข้าใจและร่วมมือ ทั้งนี้ควรมีญาติหรือบุคคลในครอบครัว เข้าร่วมให้ข้อมูลและรับฟังความรู้ข้อมูลที่ให้ด้วย เพื่อวางแผนการดูแลให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อการมีทวารเทียมได้ คลายความวิตกกังวล มีกำลังใจในการรักษา และให้ความร่วมมือในการรักษา รวมถึงให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด อธิบายถึงกายวิภาคและสรีรวิทยาของทางเดินอาหาร ตำแหน่งและลักษณะของทวารเทียม สาธิตการใช้อุปกรณ์ที่รองรับอุจจาระ การทำงานของทวารเทียมความสามารถในการทำกิจกรรม การดำเนินชีวิตประจำวัน หลังผ่าตัด แหล่งประโยชน์ที่สามารถขอความช่วยเหลือ และระยะเวลาอนโรงพยาบาล รวมทั้งให้ผู้ป่วยได้สัมผัสอุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น ถังรองรับอุจจาระ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นภาพและเข้าใจมากยิ่งขึ้นลดความกลัว วิตกกังวลต่อการผ่าตัดที่จะเกิด

- การกำหนดตำแหน่งทวารเทียม (Stoma site marking) ก่อนผ่าตัด โดยทีมพยาบาลเฉพาะทาง ออสโตมีและแผล ตำแหน่งบริเวณ Left lower Quadrant บนกล้ามเนื้อ Rectus muscle บริเวณที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายภายหลังผ่าตัดให้มากที่สุด ตำแหน่งมองเห็นได้ชัด สามารถปิดถุงรองรับอุจจาระได้สะดวกและสามารถทำได้ด้วยตนเองด้วยความมั่นใจ
- การดูแลเตรียมผิวหนังด้วยคลิปเปอร์ (Clipping) ตอนเช้าก่อนผ่าตัด เพื่อลดการติดเชื้อ เป็นไปตามหลักฐานเชิงประจักษ์เรื่อง การกำจัดขนก่อนการผ่าตัดเพื่อลดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด
- อธิบายการเตรียมลำไส้ก่อนผ่าตัด เพื่อไม่ให้มีสิ่งตกค้าง ลดแบคทีเรียในลำไส้ใหญ่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อภายหลังผ่าตัด โดยเริ่มจากการรับประทานอาหารไม่มีกาก อาหารเหลวใส สารเกลือแร่และยาระบายตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ (จุฬาพรประสังสิต, ๒๕๖๑)
- อธิบายการให้ยาแก้ปวดประสาทร ก่อนนอน ก่อนวันผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวล
- สร้างความเข้าใจเพื่อส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัด ควรปฏิบัติให้เร็วที่สุด ภายใน ๒๔-๔๘ ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดเพื่อกระตุ้นการทำงานของลำไส้ และกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต เช่น ท่อระบายสารเหลวจากกระเพาะอาหารถึงจมูก (NG Tube) จะถูกนำออก สำหรับท่อระบายสารเหลวจากแผล (wound drain) จะนำออกเมื่อปริมาณสิ่งคัดหลั่งจากแผลมีน้อยกว่า ๕๐ มล.ต่อวัน
- อธิบายเรื่องการตรวจวัดสัญญาณชีพ เพื่อประเมินอาการผิดปกติหลังผ่าตัด การประเมินความปวด โดยใช้การประเมินโดยใช้ Pain rating scale และการจัดการความปวดโดยใช้ยาตามแผนการรักษา ควบคุมความปวดได้ดี จะส่งผลให้การเคลื่อนไหว ลุกจากเตียงหลังผ่าตัดได้เร็ว
- สอนสาธิตการบริหารการหายใจและการไอ (Deep breathing and cough exercise) เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนทางปอด ร่วมกับการใช้เครื่อง Spirometer (Tri-flow) ช่วยในการหายใจ โดยให้ปฏิบัติ ๑๐ ครั้งต่อรอบ วันละ ๓-๕ รอบหรือมากกว่า การไอให้ใช้หมอนรองหรือกอดบริเวณแผลผ่าตัดไว้ เพื่อลดอาการตึงแผล
- สอนสาธิตการบริหารขา (Leg exercise) เมื่อเริ่มรู้สึกตัวหลังผ่าตัด ให้ขยับร่างกายทันที โดยเริ่มจากการบริหารขา เพื่อให้เลือดไหลเวียนดีขึ้น โดยปฏิบัติดังนี้ หมุนข้อเท้าวนด้านซ้าย วนด้านขวาสลับกัน กระดกข้อเท้าขึ้นลง และเกร็งขายืดขาเหยียดตรง ควรปฏิบัติ ๔-๕ ครั้ง ทุกครึ่งชั่วโมงในขณะที่ตื่น
- อธิบายการรับประทานอาหารหลังผ่าตัด (Step diet) การเริ่มจิบน้ำ อาหารเหลว อาหารอ่อน และอาหารธรรมดาที่เหมาะสมกับโรคร่วมผู้ป่วย ประเมินการบริโภคอาหาร และซักถามการ

ทำงานของระบบทางเดินอาหาร การผายลม อาการปวดแน่นท้องและการเริ่มขับถ่ายอุจจาระทางทวารเทียม

- ผู้ป่วยจะได้รับอนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาลในสัปดาห์ที่ ๑-๒ หลังผ่าตัด ก่อนออกจากโรงพยาบาล พยาบาลจะสอน สาธิต การฝึกทักษะ การดูแลทวารเทียมด้วยตนเองให้กับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้สามารถกลับไปดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและมีคุณภาพชีวิตที่ดี
๕. เปิดโอกาสให้พูดคุยกับผู้ป่วยมีทวารเทียมถาวรในวัยทำงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในเรื่องการใช้ชีวิตอยู่กับทวารเทียม สนับสนุนในเรื่องการปรับตัว และการยอมรับกับภาพลักษณ์ใหม่ที่เปลี่ยนไป
 ๖. ให้กำลังใจ เสริมสร้างพลังอำนาจ และส่งเสริมความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลว่าการผ่าตัดนั้นเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุด ปรับความคิดเป็นเชิงบวกเพื่อสามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบใหม่อย่างมีคุณภาพ
 ๗. สอบถามความรู้กลับในสิ่งที่ให้ความรู้ อธิบายและทดลองให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติจนสามารถทำได้ถูกต้องก่อนการผ่าตัดและเปิดโอกาสให้ซักถามในสิ่งที่สงสัยอีกครั้ง

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติ(ภรรยา) ยังคงมีสีหน้าวิตกกังวล แต่เข้าใจความจำเป็นที่ต้องผ่าตัดและมีทวารเทียมถาวร มีการแลกเปลี่ยนพูดคุยกับเพื่อนผู้ป่วยมีทวารเทียม (Ostomate) ที่ประกอบอาชีพและการใช้ชีวิตคล้ายๆกัน จึงทำให้ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล และมั่นใจในการผ่าตัดมากขึ้นว่าจะสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้เหมือนเดิม รวมถึงมีความรู้ความเข้าใจ สามารถตอบได้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง และตัดสินใจให้ความร่วมมือในการผ่าตัดครั้งนี้ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการปรับตัวของรอย ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับสิ่งเร้าจากการรักษา การผ่าตัดที่ได้รับ และญาติ(ภรรยา)ร่วมเป็นแรงสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ได้

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๓ ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดหน่วงบริเวณก้น ก่อนทานผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยบอก มีระดับความปวด (pain score) ๓ - ๗ คะแนน ปวดมากเวลานั่งนานๆ ต้องนั่งขยับไปมา และแสดงสีหน้าไม่สุขสบาย คิ้วขมวด

เป้าหมายการพยาบาล

๑. เพื่อให้ระดับความปวด (pain score) ลดลงน้อยกว่า ๓ คะแนน
๒. ผู้ป่วยมีสีหน้าดีขึ้น ทำนั่งสุขสบายและสามารถนั่งได้นานมากขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ระดับความปวด(pain score) ลดลงน้อยกว่า ๓ คะแนน
๒. ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใส ทำทางสุขสบาย

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินความปวดของผู้ป่วย โดยการสอบถามและสังเกตสีหน้า ท่าทางที่แสดงออกถึงความปวด เพื่อประเมินระดับความปวดแบบตัวเลข (numeric rating scale)
๒. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจสาเหตุของอาการปวด และแผนการรักษาที่ได้รับ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และญาติซักถามปัญหาและข้อข้องใจต่างๆ
๓. ควบคุมอาการปวด อธิบายการรับประทานยาแก้ปวดตามแพทย์สั่งแพทย์ tramadol ๑ tab oral prn ทุก ๖-๘ ชั่วโมง พร้อมทั้งการประเมินความปวด โดยใช้แบบประเมินความปวดแบบตัวเลข (numeric rating scale) ซึ่งมีคะแนน ๐-๑๐ คะแนน การได้ยาแก้ปวดตามแพทย์สั่งแพทย์ ต้องควบคุมอาการปวดให้อยู่ที่ระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๓ หากอาการปวดไม่บรรเทา ควรรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาบรรเทาปวดที่เหมาะสม
๔. จัดทำที่สุขสบาย หรือใช้หมอนรองก้นเพื่อกระจายและลดแรงกดเพื่อให้สุขสบายมากขึ้น
๕. แนะนำใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความเจ็บปวด เช่น การจินตนาการถึงสิ่งที่ผ่อนคลาย การฟังเพลง การอ่านหนังสือ เป็นต้น

ประเมินผลการพยาบาล

หลังจากรับประทานยาแก้ปวดและใช้หมอนรองก้น ระดับความปวดลดลงเท่ากับ ๒-๓ คะแนน ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้นสามารถนั่งได้นานขึ้น

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๔ เสี่ยงต่อการมีตำแหน่งทวารเทียมที่ไม่เหมาะสม

ข้อมูลสนับสนุน

๑. สรีระของผู้ป่วย มีผนังหน้าท้องหนา มีพุง และใส่กางเกงเอวต่ำ
๒. การผ่าตัด Laparoscopic Abdominoperineal Resection ตำแหน่งทวารเทียม อยู่บริเวณ LLQ

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยมองเห็นชัดเจน และสามารถดูแลทวารเทียมได้ด้วยตนเอง

เกณฑ์การประเมินผล

ตำแหน่งทวารเทียมหลังผ่าตัดอยู่ในตำแหน่งที่กำหนดไว้ก่อนผ่าตัด และผู้ป่วยมองเห็นได้ชัดเจน

กิจกรรมการพยาบาล

๑. อธิบายผู้ป่วยและญาติให้ทราบถึงความสำคัญ ตระหนักถึงความจำเป็นการกำหนดตำแหน่งทวารเทียมที่เหมาะสมก่อนการผ่าตัด เพื่อให้เกิดความเข้าใจและร่วมมือ
๒. กำหนดตำแหน่งทวารเทียมที่เหมาะสมโดยการทำ Stoma mark site ตำแหน่งบริเวณ LLQ บนกล้ามเนื้อ Rectus muscle บริเวณที่ผู้ป่วยก็มองเห็นได้ชัดเจน

๓. ควรหลีกเลี่ยงบริเวณดั่งนี้เส้นรอบเอว สะดือ รอยแผลเป็นหน้าท้องจากการผ่าตัดครั้งก่อน รอยพับย่นของผิวหนังหน้าท้องหรือบริเวณปุ่ม หรือกระดูกที่นูนขึ้น เช่น iliac crest หรือชายโครง โดยขณะที่พิจารณาตำแหน่ง ควรให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถ เช่น นั่ง นอน บิดตัว เอี้ยวตัว หรือก้มตัว เพื่อหาตำแหน่งที่ดีที่สุดที่ผู้ป่วยมองเห็นชัดเจน และทำเครื่องหมายบริเวณที่จะทำการทวารเทียม โดยใช้ปากกาที่ลบไม่ได้ ทำเครื่องหมายไว้เป็นรูปวงกลม หรือ กากบาท และปิดแผ่นฟิล์มใสปิดไว้
๔. เยี่ยมติดตาม ประเมินตำแหน่งทวารเทียมภายหลังผ่าตัด

ประเมินผลการพยาบาล

ประเมินหลังผ่าตัด พบว่าตำแหน่งทวารเทียมอยู่บริเวณLLQ บนกล้ามเนื้อRectus muscle ที่กำหนดไว้ก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยนั่งสามารถมองเห็นได้ชัดเจน

การวางแผนการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๕ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทวารเทียมในระยะแรกหลังผ่าตัด
ข้อมูลสนับสนุน

๑. หลังผ่าตัด Laparoscopic Abdominoperineal Resection ๒๔-๗๒ ชม.แรก มีแผลLaparoscopic บริเวณหน้าท้อง ๔ จุด ตำแหน่งทวารเทียมถาวร (End colostomy) บริเวณ LLQ
๒. การประเมินความสมบูรณ์รูเปิดของทวารเทียม (Stoma) อยู่บริเวณ LLQ บนกล้ามเนื้อ Rectus muscle ที่กำหนดไว้ก่อนผ่าตัด ลักษณะทรงกลม สีแดงชุ่มชื้น ขนาด ๔๐ มม. ยื่นปกติ ๒ ซม. ครอบคลุม colostomy แบบใส ไม่มีรั่วซึม

เป้าหมายการพยาบาล

ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของรูเปิดของทวารเทียม (Stoma) และผิวหนังรอบทวารเทียม

เกณฑ์การประเมินผล

๑. มีความสมบูรณ์ของรูเปิดของทวารเทียม (Stoma) และผิวหนังรอบทวารเทียม
๒. ถุง colostomy ไม่มีการรั่วซึมก่อนกำหนด ๓ วัน

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินความสมบูรณ์ทวารเทียมภายใน ๒๔ ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดเพื่อสังเกต ฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด ได้แก่ stomal ischemia , necrosis , stomal bleeding เป็นต้น หรือการรั่วซึมของอุปกรณ์บ่อยครั้ง เพื่อนำมาวางแผนการดูแลและจัดเตรียมอุปกรณ์ที่เหมาะสม

๒. ประสานการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างทีมพยาบาลเฉพาะทางออสโตมีและแผล และพยาบาลหอผู้ป่วยใน เพื่อประเมิน และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง
๓. ถ้าเกิดปัญหาหรือ มีความผิดปกติรูเปิดของทวารเทียม (Stoma) เช่น stomal ischemia , necrosis , stomal bleeding เป็นต้น ควรรายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาให้การรักษาที่เหมาะสม
๔. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความรู้ และร่วมเฝ้าระวัง ประเมินลักษณะรูเปิดของทวารเทียม (Stoma) และผิวหนังรอบทวารเทียมที่ปกติ หรือความผิดปกติ ที่ต้องบอกพยาบาล และรายงานแพทย์ เพื่อหาวิธีแก้ไขดูแลรักษาได้อย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้
๕. วางแผนการเยี่ยม ประเมิน ติดตามทุกวัน และ Empowerment ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีส่วนร่วมในการดูแล ประเมินทวารเทียม
๖. กระตุ้นให้ผู้ป่วย Early ambulation หลัง ๒๔ ชม.แรก เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนของเลือด และกระตุ้นการทำงานของลำไส้

ประเมินผลการพยาบาล

มีความสมบูรณ์ของรูเปิดของทวารเทียม (Stoma) และผิวหนังรอบทวารเทียม colostomy bag ไม่มีการรั่วซึม มีสิ่งขับถ่ายลักษณะเป็นลม และเป็น mucus สีน้ำตาลอ่อน ไม่มีอาการท้องอืด ซึ่งหมายถึงมีการทำงานของลำไส้

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๖ ปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

๑. บ่นปวดแผลผ่าตัด ระดับความปวด ๕-๖ คะแนน ปวดมากเวลาขยับตัว และปวดกันมาก
๒. ขณะเคลื่อนไหวร่างกาย มีสีหน้าคิ้วขมวด และมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยมาก
๓. หลังผ่าตัด Laparoscopic Abdominoperineal Resection มีแผล Laparoscopic บริเวณหน้าท้อง ๔ จุด ตำแหน่งทวารเทียมถาวร LLQ แผลเย็บบริเวณฝีเย็บ (perineum) on tube drain with bag ๑ สาย สารคัดหลังสีแดง ปริมาณ ๓๐ มิลลิลิตร.

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยบ่นปวดแผลผ่าตัดลดลง สุขสบายมากขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ปวดแผลผ่าตัดลดลง สุขสบายขึ้น ระดับความปวด (pain score) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๓คะแนน
๒. สามารถเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกายได้ตามปกติ ไม่มีสีหน้าคิ้วขมวด และสามารถนอนหลับพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

๑. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ ทราบสาเหตุการบริเวณปวดแผลผ่าตัด แผนการรักษา พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา และข้อข้องใจต่างๆ
๒. ประเมินความปวดของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง โดยการสอบถามและสังเกตสีหน้า ท่าทางที่แสดงออกถึงความปวด เพื่อประเมินระดับความปวดแบบตัวเลข (numeric rating scale) ซึ่งมีคะแนน ๐-๑๐ คะแนน
๓. ควบคุมอาการปวด อธิบายการรับประทานยาแก้ปวดตามแพทย์สั่งแพทย์ tramadol ๑ tab oral prn ทุก ๖-๘ ชั่วโมง พร้อมทั้งการประเมินความปวด โดยใช้แบบประเมินความปวดแบบตัวเลข (numeric rating scale) ซึ่งมีคะแนน ๐-๑๐ คะแนน การได้ยาแก้ปวดตามแพทย์สั่งแพทย์ ต้องควบคุมอาการปวดให้อยู่ที่ระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๓ รวมถึงประเมินระดับความรู้สึกตัว(sedation score) หลังได้รับยาบรรเทาอาการปวด
๔. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาแพทย์ Mo.๓ mg IV prn ทุก ๓ ชั่วโมง และ paracetamol ๕๐๐ mg. ๑ tab oral prn ทุก ๖ ชั่วโมง ประเมินอาการปวดซ้ำภายหลังที่ได้รับยาแก้ปวด ๑/๒ ชั่วโมง หากอาการปวดไม่บรรเทา ควรรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาบรรเทาปวดตามความเหมาะสม
๕. จัดท่านอนที่สุขสบายท่ากึ่งนั่ง (semi-Fowler's position) และใช้หมอนรองกัน เพื่อให้สุขสบายมากขึ้น และทำให้บริเวณหน้าท้องหย่อนตัว ช่วยบรรเทาความเจ็บปวด และลดการดึงแผลฝีเย็บ
๖. สอน แนะนำสาธิตให้ผู้ป่วยประคองหรือกดแผลผ่าตัด บริเวณหน้าท้องด้วยผ้าหรือหมอนนิ่มๆเวลาไอ จาม และขณะที่ผู้ป่วยพลิกหรือตะแคงตัว เพื่อหลีกเลี่ยงการกระทบกระเทือนแผลผ่าตัด
๗. ดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบาย เช่น จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ดูแลให้ผู้ปวยนอนบนเตียง ที่มีผ้าปูเตียงเรียบร้อย และสะอาด การสัมผัสแผลผ่าตัดอย่างนุ่มนวล และดูแลไม่ให้สายท่อระบายสารคัดหลังตั้งรั้งหรือเป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหวร่างกาย ให้ความมั่นใจว่าจะถอดท่อระบายเมื่อหมดความจำเป็น
๘. สอน แนะนำสาธิตเทคนิค หรือวิธีการที่ช่วยให้มีการผ่อนคลาย(relaxation technique) เพื่อบรรเทาอาการปวดแผล เช่น การหายใจเข้า-ออกลึกๆ การฟังเพลง การอ่านหนังสือ เป็นต้น
๙. เบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยจากอาการปวด โดยการพูดคุยและสัมผัสอย่างอ่อนโยน ให้การพยาบาลท่าที่ที่นุ่มนวล

ประเมินผลการพยาบาล

หลังให้การพยาบาลและดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาแพทย์ระดับความปวด ลดลงเท่ากับ ๒ คะแนน ระดับความรู้สึกตัว (sedative score) ๐ คะแนน ผู้ป่วยสามารถนั่ง พูดคุยกับพยาบาลด้วยสีหน้ายิ้มแย้ม และสามารถนอนหลับพักผ่อนได้

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๗ เสี่ยงต่อการเกิดความไม่สมดุลของน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการเตรียมลำไส้ งดน้ำงดอาหารทั้งก่อนและหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยได้รับการเตรียมลำไส้ก่อนการผ่าตัด ยาระบาย Polyethylene glycol (PEG) ๒,๐๐๐ มิลลิลิตร
๒. หลังผ่าตัด on NG Tube มีcontent ๕๐-๑๐๐ มิลลิลิตรต่อวันและ on tube drain content ออกมากกว่า ๑๐๐ มิลลิลิตรต่อวัน
๓. คำสั่งแผนการรักษา งดน้ำงดอาหารทั้งก่อนและหลังผ่าตัด
๔. ระดับค่าโปแทสเซียมในเลือดน้อยกว่า ๓.๕ mEq/L
๕. ระดับค่าโซเดียมในเลือดน้อยกว่า ๑๓๕ mEq/L

เป้าหมายการพยาบาล

มีความสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ไม่มีอาการแสดงภาวะขาดน้ำ เช่น ผิว ปากแห้ง ปัสสาวะออกน้อย สีเหลืองเข้ม
๒. ระดับค่าโปแทสเซียมในเลือดปกติ ๓.๕-๕.๐ mEq/ L
๓. ระดับค่าโซเดียมในเลือดปกติ ๑๓๕-๑๔๕ mEq/ L
๔. ไม่มีอาการและการแสดงภาวะอิเล็กโทรไลต์ เช่น อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ซึม สับสน กล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นต้น
๕. มีความสมดุลของปริมาณน้ำเข้าและออกในร่างกาย
๖. ปัสสาวะมีความจำจางเพาะน้อยกว่า ๑.๐๒๕

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ เช่น ปากแห้ง ทรายน้ำ ผิวหนังขาดความตึงตัว อ่อนเพลีย ซีพจรเต้นเร็ว ปัสสาวะมีความจางจำเพาะมากกว่า ๑.๐๒๕
๒. ดูแลเฝ้าระวังอาการแสดงของการเปลี่ยนแปลงระดับอิเล็กโทรไลต์ ดังนี้
 - ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (hyponatremia) อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน สับสน อ่อนเพลียและมีตะคริวที่ท้อง เป็นต้น
 - ภาวะโปแทสเซียมในเลือดต่ำ (hypokalemia) อาจมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ซีพจรเต้นไม่สม่ำเสมอ คลื่นไส้ อาเจียน ซึมลง ลำไส้มีการเคลื่อนไหวลดลง เป็นต้น

๓. ตรวจสอบสัญญาณชีพ ทุก ๔ ชั่วโมง บันทึกและรายงานให้แพทย์ทราบในทันทีเมื่อพบความผิดปกติ
๔. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและสารอาหารทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา
๕. บันทึกจำนวนปัสสาวะทุก ๑-๒ ชั่วโมง ถ้าปัสสาวะน้อยกว่า ๐.๕-๑.๐ มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง รายงานให้แพทย์ทราบทันที
๖. บันทึกความสมดุลของปริมาณน้ำเข้าและออกในร่างกายทุก ๘ ชั่วโมง รวมทั้งสังเกตสี ลักษณะของเหลว (content) ที่ออกมาจากกระเพาะอาหาร และสังเกตสี ลักษณะ ของปัสสาวะและอุจจาระที่ออกมา
๗. ส่งตรวจและติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา เช่น การเจาะเลือดเพื่อหาค่า อิเล็กโทรไลต์ตรวจค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ เป็นต้น

ประเมินผลการพยาบาล

๑. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงภาวะขาดน้ำ มีความสมดุลของปริมาณน้ำเข้าและออกในร่างกาย
๒. มีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย ไม่มีอาการ และการแสดงภาวะอิเล็กโทรไลต์ เช่น อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ซึม สับสน กล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นต้น
๓. ระดับค่าโพแทสเซียมและโซเดียมในเลือดปกติ และปัสสาวะมีความจำถ่วงเพาะปกติ น้อยกว่า ๑.๐๒๕

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๘ มีโอกาสเกิดอาการท้องอืด เนื่องจากได้รับการผ่าตัดบริเวณช่องท้อง

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ได้รับการผ่าตัด Laparoscopic Abdominoperineal resection
๒. บ่นท้องอืด แน่นอึดอัดมาก
๓. เคาะท้องได้ยินเสียงโปร่ง(tympany) ท้วท้อง
๔. Bowel sound ลดลง น้อยกว่า ๖-๑๐ ครั้งต่อนาที

เป้าหมายการพยาบาล

ไม่เกิดภาวะท้องอืด

เกณฑ์การประเมินผล

๑. บอกว่าแน่นอึดอัดท้องน้อยลง
๒. หน้าท้องยุบลง ท้องนูนขึ้น เคาะท้องได้ยินเสียงโปร่งเฉพาะบริเวณกระเพาะอาหาร
๓. มีเสียงการทำงานของลำไส้ (bowel sound) ปกติ ๖-๑๐ ครั้งต่อนาที
๔. มีเรอ หรือมีลม effluent ออกมาในถุงรองรับอุจจาระ (colostomy bag)

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินอาการท้องอืด ฟังเสียงการทำงานของลำไส้ (bowel sound) อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ของการเคลื่อนไหวร่างกาย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมี early ambulation ภายใน ๒๔-๔๘ ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ให้พลิกตะแคงตัวบ่อยๆ บนเตียง ลูกนั่ง ลูกเดินเข้าห้องน้ำ หรือเดินเล่นหลังรับประทานอาหาร เพื่อกระตุ้นการทำงานของลำไส้ ป้องกันการเกิดภาวะท้องอืด
๒. ดูแลท่อระบายจากทางเดินอาหาร (NG tube) ให้มีการระบายของเหลวและก๊าซได้สะดวก
๓. ดูแลให้ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารเป็นลำดับ (step diet) ตามแผนการรักษา โดยให้เริ่มจิบน้ำก่อน หากไม่มีอาการอืดแน่น ท้องให้เริ่มเป็นอาหารเหลว และอาหารอ่อนย่อยง่าย ตามลำดับแนะนำให้หลีกเลี่ยงอาหารที่ย่อยยาก และทำให้มีก๊าซมาก เช่น อาหารมัน อาหารประเภทถั่ว น้ำอัดลม เป็นต้น
๔. ประเมินและสังเกต การเรอของผู้ป่วยหรือมีลม effluent ออกมาในถุงรองรับอุจจาระ (colostomy bag) ซึ่งแสดงการทำงานของลำไส้
๕. ดูแลให้ได้รับยารับประทานยาแก้ท้องอืดตามแผนการรักษา

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่มีอาการท้องอืด ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน สามารถ Early ambulation

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๙ มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

๑. หลังผ่าตัด Laparoscopic Abdominoperineal Resection มีแผล Laparoscopic บริเวณหน้าท้อง ๔ จุด บวม แดง และเจ็บ แผลเย็บบริเวณฝีเย็บ on tube drain with bag ๑ สาย สารคัดหลังสีแดง ปริมาณ ๓๐ มิลลิลิตร
๒. Retained Foley's catheter จนถึงวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
๓. อุณหภูมิร่างกายมากกว่า ๓๗.๕ องศาเซลเซียส

เป้าหมายการพยาบาล

ปลอดภัยจากการไม่ติดเชื้อในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

๑. แผลผ่าตัดและแผลบริเวณ on tube drain ไม่มีการติดเชื้อ แห้ง สะอาด ไม่บวมแดง และอีกเสบ ลักษณะ content ที่ออกจากแผลผ่าตัดมีสีและกลิ่นปกติ
๒. Retained Foley's catheter ปัสสาวะออกดี สีเหลืองใส ไม่มีควมผิดปกติ
๓. ผลตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ WBC ๔,๐๐๐-๙,๐๐๐ เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินลักษณะแผลผ่าตัด ว่ามีการติดเชื้อหรือไม่ เช่น มีไข้ ปวดแผล แผลบวม แดง ร้อน หรือมี discharge คล้ายหนองและ/หรือมีกลิ่นเหม็น หรือถ้าพบการติดเชื้อ ควรรายงานแพทย์ทันที รวมทั้งอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงสาเหตุ อาการ และอาการแสดงของการติดเชื้อตำแหน่งของแผลผ่าตัด ควรแจ้งแพทย์และพยาบาลทราบในทันที
๒. ทำความสะอาดแผลโดยยึดหลัก aseptic technique.
๓. ให้ความรู้ และแนะนำผู้ป่วยไม่ให้สัมผัสบริเวณแผลผ่าตัดและแผลบริเวณ on tube drain กับมือโดยตรง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ
๔. ดูแลสายระบายไม่ให้หักพับงอ ติดพลาสติกเพื่อยึดสายให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่ดึงรั้ง
๕. บันทึกปริมาณ สี กลิ่นและลักษณะของสารคัดหลั่ง และผิดปกติควรรายงานแพทย์ทันที
๖. ดูแลความสะอาด และการทำงานของระบบ Foley's catheter ไม่ให้ติดเชื้อ ปัสสาวะไหลลงถุงได้สะดวก พร้อมทั้งบันทึก สี จำนวน และลักษณะของปัสสาวะที่ออก และผิดปกติควรรายงานแพทย์ทันทีเพื่อรักษาที่เหมาะสมต่อไป รวมถึงการสอน สาธิตการดูแล Foley's catheter ที่ถูกต้องกับผู้ป่วยและญาติที่ดูแล เมื่อแพทย์จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
๗. ประเมินอาการ อาการแสดงของเยื่อช่องท้องอักเสบจากการทะลุ ได้แก่ ปวดท้อง หน้าท้องแข็งตึง กดเจ็บมากเมื่อปล่อย (Rebound tenderness) มีไข้ อุณหภูมิร่างกายสูงมากกว่า 38.5°C
๘. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก ๔ ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะการติดเชื้อในร่างกาย
๙. ดูแลความสะอาดของร่างกาย เสื้อผ้า และสิ่งแวดล้อม
๑๐. ติดตามผลตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ ผลการเพาะเชื้อ และรายงานแพทย์ เพื่อวางแผนการรักษาที่เหมาะสม
๑๑. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา และประเมินอาการข้างเคียงจากการได้ยา

ประเมินผลการพยาบาล

๑. แผลผ่าตัดและแผลบริเวณ on tube drain ไม่มีการติดเชื้อ มีอาการปวดแผลผ่าตัด ระดับความปวด ๒ คะแนน ไม่มีอาการปวดในท้อง
๒. Retained Foley's catheter ปัสสาวะออกดี สีเหลืองใส ผู้ป่วยและญาติที่ดูแลสามารถดูแลได้ถูกต้อง
๓. สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ อุณหภูมิ 37°C อกศาเซลเซียส อัตราการหายใจสม่ำเสมอ ๑๖ ครั้ง/นาที ชีพจร ๘๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๒๐/๖๒ มิลลิเมตรปรอท

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๑๐ มีโอกาสเกิดภาวะการเห็นคุณค่าตนเองลดลง (Low self-esteem) เนื่องจากภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงภายหลังการทำผ่าตัดเปิดทวารเทียมถาวร

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ผู้ป่วยไม่กล้ามองทวารเทียม ขณะพยาบาล ระบายอุจจาระและทำความสะอาดถุงรองรับอุจจาระ
๒. การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ตรง ต้องรับการผ่าตัดและมีทวารเทียมถาวรเป็นสิ่งเร้าตรง (Focal Stimuli) ที่เข้ามากระทบต่อผู้ป่วยโดยมีสิ่งเร้าร่วม (Contextual Stimuli) ได้แก่ เศรษฐฐานะทางสังคม ครอบครัวและบทบาทหน้าที่ คือ เป็นหัวหน้าครอบครัว สามี บิดา และหัวหน้างาน

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยยอมรับและมีทัศนคติที่ดีต่อการมีทวารเทียมถาวร

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยเข้าใจให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง และสามารถดูแลทวารเทียมด้วยตนเองได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

๑. พูดคุยซักถามและสังเกตพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก เมื่อกล่าวถึงทวารเทียม เพื่อประเมินทัศนคติของผู้ป่วยที่มีต่อทวารเทียม
๒. ให้ข้อมูลย้อนกลับที่ดีที่ช่วยสนับสนุนผู้ป่วยสร้างความเชื่อมั่นเน้นให้เห็นถึงอาการที่ดีขึ้น
๓. ทบทวนให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงสภาวะของโรคและแผนการรักษา รวมทั้งความจำเป็นต้องมีทวารเทียมถาวร พร้อมเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย และครอบครัว
๔. แนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักกับทวารเทียมของตนเองมากขึ้น โดยกระตุ้นให้เริ่มมองและสัมผัสด้วยมือ
๕. สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลทวารเทียม ขณะให้การพยาบาลต้องระวังการแสดงออกถึงความรังเกียจและให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ
๖. สังเกตการแสดงออกของภรรยาต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย พร้อมทั้งให้กำลังใจและเสริมสร้างความมั่นใจ
๗. ให้ข้อมูลการดูแลเมื่อมีทวารเทียมถาวร และให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและภรรยาว่าสามารถดำรงชีวิตได้เป็นปกติถึงแม้ จะมีทวารเทียมก็ตาม
๘. ให้ความมั่นใจของทีมดูแลและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษากิจกรรมต่างๆที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้หลังผ่าตัด ยกย่องชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง
๙. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พบปะพูดคุยกับเพื่อนผู้มีทวารเทียม เพื่อเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การใช้ชีวิตอยู่กับทวารเทียมและคลายความวิตกกังวล

๑๐.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ ซักถามปัญหาและข้อข้องใจต่างๆ พูดยุติบายความรู้สึก ทักหะที่สำคัญคือ การฟังอย่างตั้งใจ พยายามสบตา พร้อมทั้งสังเกตสิ่งผู้ป่วยแสดงออกมา และให้ข้อมูลความเป็นจริง พร้อมสรุปความรู้ความเข้าใจ สิ่งที่ผู้ป่วยคาดหวังโดยใช้คำถามเปิด หรือให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ด้วยตนเองถึง ผลดีของการมีทวารเทียมสามารถดำรงชีวิตได้เป็นปกติ

ประเมินผลการพยาบาล

วันแรกหลังผ่าตัด ขณะพยาบาลระบายอุจจาระและทำความสะอาดถุงรองรับอุจจาระ ผู้ป่วยนอนนิ่ง วันที่ ๒ หลังผ่าตัด พยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยมองและสัมผัสบริเวณทวารเทียม ผ่านถุงรองรับอุจจาระ ผู้ป่วยมองและสัมผัส แต่ยังไม่ให้พยาบาลช่วยเหลือและทำความสะอาดถุงรองรับอุจจาระ วันที่ ๓-๔ หลังผ่าตัด ผู้ป่วยเริ่มสนใจเรียนรู้ การดูแลทวารเทียมมากขึ้น เริ่มซักถามและต้องการให้ภรรยาเรียนรู้วิธีการเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระร่วมกับ ผู้ป่วย สีหน้าท่าทางวิตกกังวลลดลง มีภรรยาคอยให้กำลังใจอยู่ข้างเตียง จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยสามารถเผชิญกับสิ่งเร้า จากโรคมะเร็งลำไส้ตรงและการผ่าตัด มีภรรยาพร้อมเป็นแรงสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวทางด้านร่างกายหลัง ผ่าตัด ด้านอัตโนมัตินที่ศึนการเปลี่ยนแปลงด้านภาพลักษณ์กับการมีทวารเทียมถาวร การปรับตัวด้านการฟังพา อาศัยระหว่างผู้ป่วยและภรรยาได้อย่างเหมาะสม

การวางแผนการพยาบาลระยะวางแผนจำหน่าย

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๑๑ มีความผิดปกติของกระเพาะปัสสาวะ(Bladder dysfunction) ชั่วคราวจาก ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

๑. จากรายละเอียด Operative Note พบว่า Cancer in Lower rectum found as fibrotic tissue with ulcer, invaded anteriorly to prostate and posterior to presacral tissue
๒. การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด Laparoscopic Abdominoperineal Resection จากระบบ ประสาทที่ควบคุมการถ่ายปัสสาวะได้รับผลกระทบจากการผ่าตัด
๓. คำสั่งแพทย์ Retained Foley's catheter เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

เป้าหมายการพยาบาล

๑. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ยอมรับการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และมีความจำเป็นต้องใส่สายสวน ปัสสาวะไว้ชั่วคราว
๒. สามารถดูแลสายสวนปัสสาวะได้ถูกต้อง ไม่ติดเช็ดูทางเดินปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมิน

๑. ผู้ป่วยเข้าใจให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง และสามารถดูแล Foley's catheter ได้ถูกต้อง
๒. ไม่มีไข้ อุณหภูมิ ๓๖.๕- ๓๗.๔ องศาเซลเซียส ปัสสาวะสีใส ไม่มีตะกอนขุ่นหรือหนอง

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือ ประเมินความรู้ของผู้ป่วยและญาติ เพื่อเป็นพื้นฐานในการให้ความรู้
๒. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ ทราบถึงความจำเป็นที่ต้องจำเป็นต้องคาสายสวนปัสสาวะกลับบ้าน จากการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ระบบประสาทที่ควบคุมการถ่ายปัสสาวะได้รับความกระทบกระเทือนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพื่อเกิดความเข้าใจและให้ความร่วมมือ
๓. เปิดโอกาสให้พูดคุยกับผู้ป่วยมีทวารเทียมที่มีปัญหาเช่นเดียวกับผู้ป่วย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อสนับสนุนในเรื่องการปรับตัวการใส่สายสวนปัสสาวะกลับบ้าน
๔. ให้ผู้ป่วยและญาติ ชักถามปัญหาและข้อข้องใจต่างๆ พูดยุติความรู้สึกริดก ให้อำลางใจ
๕. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสายสวนปัสสาวะด้วยตนเองที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ดังนี้
 - ดูแลให้ถุงปัสสาวะอยู่ต่ำกว่าบริเวณกระเพาะปัสสาวะเสมอ เพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับของน้ำปัสสาวะ ซึ่งอาจก่อให้เกิดการติดเชื้อได้ ถ้าจำเป็นต้องยกถุงปัสสาวะให้สูงกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะจะต้องพับสายสวนปัสสาวะก่อนชั่วคราว โดยการใช้มือพับหรือใช้ยางรัดสายสวนปัสสาวะแล้วรีบคลายออกเมื่อจัดวางให้อยู่ในสภาพเดิม
 - ดูแลสายสวนปัสสาวะและถุงปัสสาวะให้เป็นระบบปิดเสมอ โดยต้องไม่มีรอยแตกรั่วซึม ซึ่งเป็นช่องทางนำเชื้อโรคเข้าสู่ระบบได้
 - ดูแลสายสวนปัสสาวะไม่ให้เลื่อนเข้า-ออกหรือเกิดการดึงรั้งของสาย ในผู้ชายยึดสายสวนปัสสาวะติดบนหน้าท้องเหนือหัวหน่าว และไม่ดึงสายสวนปัสสาวะออกเองเพราะอาจเกิดอันตรายต่อท่อปัสสาวะ
 - ไม่ควรนั่งทับสายสวนปัสสาวะหรือนั่งทับถุงร่อนน้ำปัสสาวะ และสังเกตว่าปัสสาวะไหลลงถุงร่อนรับน้ำปัสสาวะได้สะดวก
 - เทปัสสาวะออกจากถุงวันละ ๒-๓ ครั้ง หรืออย่างน้อยทุก ๓ ชั่วโมงหรือไม่เกิน ๒/๓ ของถุงทำ ความสะอาดรูเปิดของท่อปัสสาวะด้วยสำลีชุบ ๗๐%แอลกอฮอล์ก่อนและหลังเทปัสสาวะออก
 - ดื่มน้ำให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายอย่างน้อยวันละ ๘-๑๒ แก้ว หรือไม่น้อยกว่า ๒,๐๐๐ ซีซี และควรมีการเปลี่ยนอริยาบถเสมอเพื่อป้องกันการตกตะกอนของปัสสาวะ

- ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และรูเปิดของท่อปัสสาวะทุกวัน วันละ ๒ ครั้ง เข้า-เย็น ด้วยสบู่และน้ำ
- สามารถอาบน้ำทำความสะอาดได้ตามปกติ และไม่ควรรอยแบ่งบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์
- บันทึกจำนวนปัสสาวะในแต่ละวันเพื่อดูปริมาณของปัสสาวะ และสังเกตหากมีอาการผิดปกติ เช่น ปัสสาวะขุ่น เป็นตะกอน ปวดท้อง ปัสสาวะมีกลิ่นเหม็นปวดแสบร้อนบริเวณท่อปัสสาวะ หนาวสั่น มีไข้ ควรปรึกษาแพทย์

ประเมินผลพยาบาล

ผู้ป่วยเข้าใจความจำเป็นที่ต้องใส่สายสวนปัสสาวะไว้ชั่วคราว และสามารถดูแล Foley's catheter ได้ถูกต้อง ไม่มีตะกอนขุ่นงา ไม่มีไข้ อุณหภูมิ ๓๖.๕- ๓๗.๔ องศาเซลเซียส

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๑๒ พร่องความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

๑. ได้รับการผ่าตัด Laparoscopic Abdominoperineal Resection และมีทวารเทียมถาวร
๒. สอบถามถึงการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านและแผนการรักษาหลังผ่าตัด

เป้าหมายการพยาบาล

๑. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
๒. สามารถปฏิบัติตัวดูแลตนเองได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

๑. สามารถตอบคำถามและบอกวิธีการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างถูกต้อง
๒. สามารถทำแผล การดูแลทวารเทียมถาวร และสายสวนปัสสาวะได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการเรียนรู้การดูแลทวารเทียม สายสวนปัสสาวะและกแผลผ่าตัด

๒. สอนและแนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแล เรื่องการดูแลแผลผ่าตัดโดยหลังผ่าตัดประมาณ ๕-๗วัน ยังต้องระวังไม่ให้แผลถูกน้ำ ไม่ควรใช้แปรงหรือยาทาบริเวณแผล เมื่อแผลหายดีแล้ว สามารถอาบน้ำได้ โดยใช้สบู่ลูบเบาๆบริเวณแผล และใช้ผ้าเช็ดนุ่มๆ ซับเบาๆ ให้แห้ง
๓. สอนและแนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแล เรื่องการดูแลสายสวนปัสสาวะที่ถูกต้อง
๔. ให้ความรู้ สอน และแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ให้ผู้ป่วยรีบมาพบแพทย์ก่อนนัด เมื่อแผลมีการติดเชื้อ มีความผิดปกติของทวารเทียม และสายสวนปัสสาวะ หรือมีไข้สูงมากกว่า ๓๘ องศาเซลเซียส
๕. ให้ความรู้ แนะนำผู้ป่วยในเรื่องแผนการรักษา การมาตามนัดของแพทย์ทุกครั้ง เพื่อติดตามการรักษา โรคมาเร็งลำไส้ตรงอย่างต่อเนื่อง อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง
๖. ให้ความรู้ แนะนำเรื่องการทำกิจกรรมต่างๆ โดยสามารถทำกิจกรรมเบาๆ ได้แต่ควรหลีกเลี่ยงการทำงานหนักในระยะ ๔-๖ สัปดาห์หลังผ่าตัด ให้หาเวลาพักผ่อนในตอนกลางวัน อย่างน้อยวันละ ๒๐ นาที พยายามนอนให้ได้ประมาณ ๘-๑๐ ชั่วโมงต่อคืน แนะนำให้หาโอกาสผ่อนคลายความเครียด เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง ปลูกต้นไม้ เป็นต้น
๗. อธิบายถึงการมีเพศสัมพันธ์ว่าสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ โดยหลีกเลี่ยงท่าที่ อาจกระทบกระเทือนแผลผ่าตัด ทวารเทียมถาวร การผ่าตัดลำไส้ตรงส่วนล่าง อาจมีผลต่อสมรรถภาพทางเพศทั้งในผู้ป่วยผู้ชายและผู้หญิง
๘. สอนและสาธิตเรื่องการดูแลทวารเทียม ดังนี้
 - การเตรียมอุปกรณ์รองรับอุจจาระ มีให้เลือกใช้ ๒ ชนิด
 - ชนิด ๑ ขึ้นปลายเปิด มีแป้น skin barrier เพื่อสามารถดูดซับความชื้น และป้องกันการระคายเคืองผิวหนังสำหรับปิดครอบรูทวารเทียม สามารถตัดแต่งตามขนาดจริงของรูเปิด
 - ชนิด ๒ ขึ้นประกอบด้วย แป้น(flange) ลักษณะเป็น skin barrier เพื่อสามารถดูดซับความชื้น มีความยืดหยุ่น มีช่องกลมสำหรับปิดครอบรูเปิดทวารเทียม สามารถตัดแต่งตามขนาดจริง และรอบช่องมีขอบกลมสำหรับติดอุปกรณ์รองรับอุจจาระ เลือกตามขนาดต่างๆ ได้ สามารถติดกับผิวหนังได้นานประมาณ ๕-๗ วัน และรองรับอุจจาระ ใช้ประกบคู่กันกับตัวแป้น สามารถนำกลับมาล้างทำความสะอาดใช้ใหม่ได้
 - การทำความสะอาดทวารเทียม สามารถน้ำสะอาด เช็ดทำความสะอาดทวารเทียมและผิวหนังโดยรอบจนสะอาด ซับผิวหนังให้แห้งและปิดอุปกรณ์รองรับอุจจาระให้แนบสนิทกับผิวหนัง สังเกตผิวหนังว่ามีอาการระคายเคืองหรือไม่ ถ้ามีอาการระคายเคืองต้องแจ้งพยาบาลเพื่อแก้ไข อาจต้องพิจารณาปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ หรือใช้ผลิตภัณฑ์ดูแลผิวหนังตามความเหมาะสม
 - ควรวัดขนาดและตัดขนาดแป้นให้ขนาดพอดี/ใหญ่กว่าทวารเทียมเล็กน้อย ประมาณ ๒ มิลลิเมตร ไม่ตัดขนาดเล็กเกินไป เพราะเกิดแผลที่ทวารเทียม หรือไม่ตัดขนาดใหญ่ เพราะอุจจาระจะทำให้ผิวหนังโดยรอบทวารเทียมระคายเคือง เกิดแผลได้ แล้วติดอุปกรณ์กับผิวหนังกรณีใช้รุ่นชนิด ๒ ขึ้น นำอุปกรณ์รองรับอุจจาระประกบคู่กันกับตัวแป้นให้แนบสนิท

- การระบายอุจจาระอยู่ในถุงประมาณ ๑/๓-๑/๒ ของถุงรองรับอุจจาระ เพื่อป้องกันการตั้งรั้งเป็นสาเหตุการหลุด/รั่วซึมที่เร็วขึ้น และล้างทำความสะอาดด้วยน้ำสะอาด เช็ดปลายถุงให้แห้งและปิดปลายถุง
- ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารที่เหมาะสม สามารถรับประทานอาหารได้ทุกชนิดตามความต้องการ ควรเคี้ยวอาหารให้ละเอียดโดยเฉพาะอาหารที่แข็ง และมีกากใยสูง ควรตัดให้มีขนาดเล็กก่อนรับประทานเพื่อป้องกัน อาการท้องผูก และดื่มน้ำหลังรับประทานอาหารเพื่อให้อาหารย่อยได้ดีและขับถ่ายสะดวก ควรรับประทานอาหารให้ตรงเวลาเพื่อให้มีการขับถ่ายอุจจาระที่เป็นเวลา
- การควบคุมการเกิดกลิ่นและก๊าซ สาเหตุเกิดจากการดูดน้ำจากหลอด การพูดคุยระหว่างรับประทานอาหาร การเคี้ยวหมากหรือหมากฝรั่ง และการสูบบุหรี่ วิธีการที่ดีที่สุดในการควบคุมกลิ่น คือ การรักษาความสะอาดของถุงรองรับอุจจาระอย่างดี และเปลี่ยนถุงอุจจาระเมื่ออุจจาระอยู่ในถุงประมาณ ๑/๓ ของถุง ปิดถุงรองรับอุจจาระให้แน่นสนิท หากร่างกายหรือเสื้อผ้าเปื้อนอุจจาระควรรีบทำความสะอาดร่างกายทันที หรือ มีอุปกรณ์ในการควบคุมกลิ่นและก๊าซหลายชนิดที่สามารถป้องกันและลดกลิ่นอุจจาระได้แก่ deodorant, room deodorants, oral deodorizing agent เป็นต้น การรับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น คื่นช่าย ตำลึง ผักบุง สามารถลดกลิ่นของอุจจาระได้ดี
- ควรหลีกเลี่ยงงานที่ต้องใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง เช่น ยกของหนัก เพราะทำให้เกิดภาวะลำไส้บวมหรือโป่งออก (Peristomal hernia) และลำไส้ยาวออกมาผิดปกติ (Parastomal Prolapse) ได้เช่นกัน นอกจากนี้งานประเภทที่ต้องทำงานกลางแจ้ง เหงื่อออกมาก อาจทำให้ถุงหลุดง่าย อาจต้องมีการวางแผนแก้ไขร่วมกัน ผู้ป่วยควรเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ และถุงรองรับอุจจาระไว้ให้พร้อม เพื่อสามารถเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระได้ทันทีเมื่อเกิดปัญหา
- การแต่งกาย สามารถสวมเสื้อผ้าได้ตามปกติแต่ไม่ควรรัดแน่นอาจจะใส่ถุงผ้าครอบถุงรองรับอุจจาระ และสามารถอาบน้ำได้ตามปกติ ถึงแม้จะติดแล้วยังติดถุงรองรับอุจจาระ
- ให้คำแนะนำอาการผิดปกติที่ควรไปพบแพทย์ทันที ดังนี้ ปวดท้อง หน้าท้องแข็งตึง อุจจาระออกน้อยกว่าปกติ ลำไส้กลิ้ง ไม่ผายลม คลื่นไส้ อาเจียน ควรดื่มน้ำและอาหารไว้ก่อน อาจมีการอุดตันของลำไส้เกิดขึ้นหรือผิวหนังโดยรอบทวารเทียม มีอาการคัน ผิวหนังอักเสบ หรือติดแป้นแล้วหลุดก่อนเวลา หรือมีการรั่วซึมของอุจจาระที่ทำให้ต้องเปลี่ยนแป้นบ่อยขึ้น หรือผิวหนังโดยรอบทวารเทียม บวมหรือโป่งออก (Peristomal hernia) ทวารเทียมมีเลือดสดๆออก มีภาวะยี่นยาวผิดปกติหรือตีบตัน เป็นต้น
- การให้ข้อมูลในด้านแหล่งสนับสนุนทางสังคม การเบิกอุปกรณ์ถุงรองรับอุจจาระตามสิทธิการรักษา สถานพยาบาลที่สามารถให้ความช่วยเหลือ หรือให้คำปรึกษาการดูแลทวารเทียม
- การดูแลนัดติดตามอย่างต่อเนื่อง
- ประเมินความรู้หลังการสอน สาทิตโดยสอบถามผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านและแผนการรักษาหลังผ่าตัด

- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวซักถามในสิ่งที่สงสัย

ประเมินผลพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติ(ภรรยา) มีความรู้ความเข้าใจ บอกวิธีการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เมื่อกลับไปอยู่บ้านได้
อย่างถูกต้อง

การวางแผนการพยาบาลระยะการมาตรวจตามนัด

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๑๓ มีความผิดปกติทางเพศ (Erectile dysfunction)จากภาวะแทรกซ้อนหลัง
ผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

๑. จากรายละเอียด Operative Note พบว่า Cancer in Lower rectum found as fibrotic tissue with ulcer, invaded anteriorly to prostate and posterior to presacral tissue
๒. การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด Laparoscopic Abdominoperineal Resection จากระบบประสาทที่ควบคุมการทำงานของอวัยวะเพศได้รับผลกระทบจากการผ่าตัด
๓. ผู้ป่วยมีปัญหาอวัยวะเพศไม่แข็งตัว (Erectile dysfunction)แพทย์วินิจฉัยโรค R/O Neurapraxia (peripheral nerve injury) หลังผ่าตัด

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยและคู่สมรส ยอมรับการเกิดปัญหาอวัยวะเพศไม่แข็งตัว (Erectile dysfunction)หลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยและคู่สมรส เข้าใจสถานะของการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ตรง ยอมรับการเกิดภาวะแทรกซ้อนปัญหาอวัยวะเพศไม่แข็งตัว (Erectile dysfunction) หลังผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ทักษะที่สำคัญคือ การฟังพร้อมทั้งสังเกตสิ่งที่ผู้ป่วยแสดงออก ทั้งคำพูด น้ำเสียงและท่าทาง พยายามให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความคิด ความเข้าใจเรื่องโรคและปัญหาอวัยวะเพศไม่แข็งตัว (Erectile dysfunction)
๒. เปิดโอกาสผู้ป่วยให้ซักถามข้อข้องใจ และระบายความรู้สึก เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และบอกถึงปัญหาความต้องการการช่วยเหลือ เกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ อวัยวะเพศไม่แข็งตัว (Erectile dysfunction) เช่น สาเหตุ ระยะเวลา การรักษา และผลกระทบ เป็นต้น ทั้งนี้ควรแนะนำให้

ผู้ป่วยทราบด้วยวาสามารถรักษาให้ดีขึ้น ได้โดยปรึกษาแพทย์เฉพาะทางเพื่อวางแผนการฟื้นฟูภาวะ
ดังกล่าวร่วมกัน

๓. เปิดโอกาสให้พูดคุยกับผู้ป่วย มีทวารเทียมถาวรและมีปัญหาอวัยวะเพศไม่แข็งตัว (Erectile dysfunction) หลังผ่าตัดแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในเรื่องการใช้ชีวิต สนับสนุนในเรื่องการปรับตัว และการยอมรับกับภาพลักษณ์ใหม่ที่เปลี่ยนไป
๔. สอนการออกกำลังกายกล้ามเนื้อเชิงกราน (pelvic floor muscles) การฝึกออกกำลังกายกล้ามเนื้ออุ้ง
ใต้รับการยอมรับว่า ชายแก่ไขว่เสนาประสาทที่ได้รับบาดเจ็บ สามารถงอกขึ้นใหม่และฟื้นฟูตัวเองอย่าง ต
อเนื่องหลังผ่าตัดอาจใช้เวลามากกว่า ๑ ปี การฟื้นฟูที่มีประสิทธิผลจะเกิดขึ้นได้ หากมีเลือดมาเลี้ยง ที่มี
ออกซิเจนไปยังบริเวณบาดเจ็บได้ดี สัญญาณแสดงว่าสมรรถนะทางเพศของผู้ป่วยเริ่มดีขึ้น ดูได้จากมีการ
แข็งตัวขององคชาติเมื่อตื่นนอน
๕. ให้อาหารแก่ผู้สมรสเกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ อันเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดรักษา
และไม่เกี่ยวข้องกับความสามารถของสามี
๖. ให้ความสำคัญแก่ผู้สมรสเกี่ยวกับความสำคัญของการรักษาความสัมพันธ์ระหว่างกัน แม้อยู่ในภาวะหย่อน
สมรรถภาพทางเพศ
๗. ให้กำลังใจ เสริมสร้างพลังอำนาจ และส่งเสริมความมั่นใจให้กับผู้ป่วย ปรับความคิดเป็นเชิงบวกเพื่อ
สามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบใหม่อย่างมีคุณภาพ

ประเมินผลพยาบาล

ผู้ป่วยเข้าใจสถานะของการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ตรง ยอมรับการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

ปัญหาอวัยวะเพศไม่แข็งตัว (Erectile dysfunction)

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๔๘ ปี มีอาการท้องผูกสลับท้องเสีย น้ำหนักลดลงมาประมาณ ๖ เดือน ได้รับตรวจ
และวินิจฉัยโรค พบว่าโรคมะเร็งลำไส้ตรงส่วนปลาย (Ca. Lower Rectum) ชนิด poorly differentiated
adenocarcinoma ที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า และถูกส่งตัวมารักษาต่อสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบแพทย์ทาง
ศัลยกรรมมะเร็งระบบทางเดินอาหาร แพทย์ส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ส่วนปลายและส่องตรวจ MRI เพิ่ม ยืนยันเป็น
โรคมะเร็งลำไส้ตรงส่วนปลายระยะ ๒ (Ca. Lower Rectum T๓MoNo) มีการอุดตันของลำไส้และลูกกลามบริเวณ
Dentate line แพทย์วางแผนการรักษาแบบ multimodality treatment ได้อธิบายผู้ป่วยและภรรยาทราบ โดย
รักษา Neoadjuvant CCRT และผ่าตัด Laparoscopic Abdominoperineal resection แต่ผู้ป่วยมีปัญหาการ
อุดตันของลำไส้ตรงส่วนปลาย และอุจจาระมีเลือดปนออกมา แพทย์จำเป็นต้องผ่าตัดเปิด Loop sigmoid colostomy
ก่อนให้การรักษา Neoadjuvant CCRT ได้ส่งปรึกษาทีมพยาบาลเฉพาะทางออสโตมีและแผล ในวันที่ ๑๐ กันยายน
๒๕๖๓ เพื่อ Pre counseling open colostomy ผู้ป่วยปฏิเสธการมีทวารเทียม ขอรักษาการให้ Neoadjuvant

CCRT ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัด ๒ Cycle (LV ๕-FU) การฉายรังสี ๒๕ ครั้ง ครอบคลุมแผนการรักษา และมีการปวด
หน่วงบริเวณก้นมากขึ้น แพทย์ทางศัลยกรรมมะเร็งระบบทางเดินอาหาร ได้รับการตรวจสอบกล้องตรวจลำไส้ใหญ่
ส่วนปลาย เพื่อประเมินหลังให้ Neoadjuvant CCRT ยังพบรอยโรคตำแหน่งเดิม แต่ขนาดก้อนมะเร็งลดลง แพทย์
วางแผนการผ่าตัด Laparoscopic abdominoperineal resection วันที่ ๒ เมษายน ๒๕๖๔ และด้วยหัตถการ
การผ่าตัดนี้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีทวารเทียมถาวร จึงส่งปรึกษาทีมพยาบาลเฉพาะทางออสโตมีและแผล ในวันที่ ๓
มีนาคม ๒๕๖๔ เพื่อ Pre counseling open permanent colostomy ซ้ำ ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์
การดำเนินชีวิต การทำงาน และได้ร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กับเพื่อนผู้ป่วยที่มีทวารเทียม มีการรักษาคัลยกัน
และเป็นวิทยทำงาน ส่งผลทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจผ่าตัดตามแผนการรักษา ยอมรับการมีทวารเทียมถาวร แต่ผู้ป่วยมี
ความวิตกกังวล และขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวในระยะก่อน หลังผ่าตัดและการดูแลทวารเทียม

ดังนั้นพยาบาลควรมีการวางแผนการพยาบาล ให้ครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และระยะ
วางแผนจำหน่าย มีการติดตามต่อเนื่องระยะที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด จึงมีวางแผนการดูแลแบบ Enhanced
Recovery After Surgery (ERAS) Program ใช้ในทางปฏิบัติทางการพยาบาล ส่วนสำคัญคือการทำหน้าที่ในการ
ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อน และหลังผ่าตัด การดูแลหลังการผ่าตัดในเรื่องความปวด การกระตุ้นให้ผู้ป่วย
เคลื่อนไหว การบริหารการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การดูแลภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น อาการคลื่นไส้
อาเจียน ปวดแน่นท้อง เป็นต้น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนกลับบ้าน มีผลช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมี
ประสิทธิภาพลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัด รวมถึง
สร้างศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ไม่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนการดูแลทวารเทียมถาวร

ภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยยังพบปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งใส่สายสวนปัสสาวะชั่วคราวและมีปัญหา
อวัยวะเพศไม่แข็งตัว (Bladder and Erectile dysfunction) จึงเกิดความเครียด และวิตกกังวลมีการส่งปรึกษา
แพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะหลังผ่าตัด ๓ อาทิตย์ หลังเอาสายสวนปัสสาวะออก ผู้ป่วยสามารถปัสสาวะตามปกติ
แต่มีปัญหาอวัยวะเพศไม่แข็งตัว (Erectile dysfunction) แพทย์วินิจฉัยโรค R/O Neurapraxia (peripheral
nerve injury) มีการมาพบแพทย์ตามนัดอย่างต่อเนื่อง แต่ปัญหาอวัยวะเพศไม่แข็งตัว ยังคงมีอาการเช่นเดิม
ผู้ป่วยและภรรยาเข้าใจจากการอธิบายจากแพทย์สาเหตุการเกิดและทำใจได้ ยอมรับการเกิดภาวะแทรกซ้อนนี้ได้
การให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัว ควรเน้นการให้ข้อมูลให้ความรู้สึกถึงสถานการณ์ของปัญหา เนื่องจากเป็น
เรื่องทีละเอียดอ่อน ต้องสร้างความเชื่อใจไว้วางใจและเต็มใจที่จะรับฟังปัญหาต่างๆไม่ว่าจะเป็นเรื่องการมีทวาร
เทียมถาวร สุขภาพทางเพศ ซึ่งจะทำให้ชีวิตคู่ของผู้ป่วยมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีเหมือนก่อนผ่าตัด

พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับการเปลี่ยนแปลงร่างกาย ที่เกิดจากการรักษาพยาบาล
ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตัวเอง และมีวิถีชีวิตต่อไปได้อย่างอิสระ ไม่ต้องพึ่งพา

และเป็นภาระต่อผู้อื่น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจ และเห็นคุณค่าของชีวิต มีความรู้สึกเป็นตัวของตัวเอง อย่างสมบูรณ์

ข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงส่วนปลาย (Ca. Lower Rectum) กรณีศึกษารายนี้ พบเมื่ออายุ ๔๘ ปี เป็นกำลังสำคัญหลักของครอบครัว มีความกลัว วิตกกังวลแผนการรักษาโดยเฉพาะการผ่าตัดการมีทวารเทียมถาวร ดังนั้น การดูแลทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยแบบ Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) program โดยมีเป้าหมายการฟื้นฟูสภาพร่างกายอย่างรวดเร็ว ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ลดอุบัติการณ์การเกิดผลแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด และสามารถกลับบ้านเร็วขึ้น อย่างมีคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะการเตรียมพร้อมด้านจิตใจในผู้ป่วยรายนี้ ต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักในคุณค่าของตนเอง เกิดการยอมรับและสามารถจะเผชิญปัญหาได้ด้วยตนเอง เช่น การมีทวารเทียมถาวร การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การใส่สายสวนปัสสาวะชั่วคราวและมีปัญหาอวัยวะเพศไม่แข็งตัว เป็นต้น บทบาทพยาบาลเฉพาะทางออสโตมีและแผล(ET Nurse) จำเป็นต้องใช้ประสบการณ์ ความรู้ ความชำนาญ เข้าใจในปัญหาผู้ป่วยในเรื่องการให้คำปรึกษา เสริมสร้างพลัง(Empowerment) และการดูแลทางการพยาบาลเพื่อที่จะตอบสนองตามความต้องการ มีติดตามประเมินอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลแก้ปัญหาไปด้วยกัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวยอมรับเกิดความมั่นใจสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ใกล้เคียงกับภาวะปกติ อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

บรรณานุกรม

- กฤษณ์ กิติสิน. (๒๕๖๑). Management of peritoneal carcinomatosis from colorectal cancer. ใน นพตัญย ชัยสมบุญและคณะ (บรรณาธิการ). ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ เล่มที่ ๕๖: Dealing With Colorectal Disease ๒๐๑๘. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
- กษยา ตันติผลาชีวะ. (๒๕๖๑). Familial Colorectal cancer. ใน นพตัญย ชัยสมบุญและคณะ (บรรณาธิการ) ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ เล่มที่ ๕๖: Dealing With Colorectal Disease ๒๐๑๘. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๒). สถิติด้านสถานะสุขภาพ Health status statistics. ใน สรุปลสถิติที่สำคัญ พ.ศ. ๒๕๖๒ (Statistical Thailand). นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ๒๕๕๕. หน่วยที่ ๗ ทฤษฎีและแนวทางประยุกต์สู่การปฏิบัติ: ทฤษฎีเน้นผู้รับบริการ. เอกสารประกอบการสอนรายวิชา Nursing theory. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทร์เพ็ญ สันตวาจา. (๒๕๕๓). แนวคิดพื้นฐาน ทฤษฎี และกระบวนการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ ๖). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- จุฬาร ประสงค์และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์ (๒๕๕๘). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้และรูเปิดทางหน้าท้อง: ประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ. กรุงเทพฯ พี เอ ลีฟวิ่ง จำกัด
- จุฬาร ประสงค์. (๒๕๖๑). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. ใน สุวรรณศิริเลิศ ตระกูลและเนตรสุวีณัฏเจริญจิตสวัสดิ์. บทความวิชาการการศึกษาต่อเนื่องสาขาการพยาบาลศาสตร์ เล่มที่ ๑๘ การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์.
- ชนุตพร รัตนมงคล, ศิริอรสินธุ์, ทิพา ต่อสกุลแก้วและเชิดศักดิ์ ไอรณรัตน์. (๒๕๕๙). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งชนิดปฐมภูมิของกระเพาะอาหารตัดทางเดินน้ำดีลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง.วารสารสภาการพยาบาล, ๓๑(๓), ๙๗-๑๐๙.
- ชนิกา นิมสันต์. (๒๕๕๙). ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ชนิดถาวรในโรงพยาบาลรามธิบดี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). ปทุมธานี. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. สืบค้นจาก <http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/๒๐๑๕>
- ชิตขวรรณ คงเกษม, สุณีย์ ละกาปิ่น และปิยะธิดา จึงสมาน. ๒๕๖๐. โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง [Online]. Available from: http://www.thaiphn.org/journal/thai/๒๕๖๐/๓๑_๑/๐๖.pdf [๑๕ เมษายน ๒๕๖๔].
- ธีรนุช บุญพิพัฒนาพงษ์แล สมพร วรรณวงศ์. (๒๕๕๗). มาตรฐานการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง: วจนแห่งศิลป์. (พิมพ์ครั้งที่ ๑). สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

บันลือ เฉลยกิตติ.(๒๕๕๔).Bowel Preparation.ใน ปริญญา ทวีชัยการ(บรรณาธิการ).ตำรามะเร็งลำไส้ใหญ่และ
ทวารหนัก.(หน้า ๕๖๔-๖๙).กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

บุศราชัยทัศน์. (๒๕๕๙). การดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผ่าตัดเปิดทวารใหม่: บทบาท
พยาบาลเฉพาะทางบาดแผลออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย,๙(๑),
๑๙-๓๓.

บัลลังก์ มัยเพือก.(๒๕๕๓).มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง.วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ,
๑๗(๑):๒๙-๔๒

ประพนธ์ กาญจนศิลป์. (๒๕๖๑).การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colorectal Cancer
Screening) ในนพ.दनัย ชัยสมบุญและคณะ (บรรณาธิการ). ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ เล่มที่ ๕๖:
Dealing With Colorectal Disease ๒๐๑๘. กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร.

ปราณี ฟูไเราะ.(๒๕๕๖).คู่มือยา.(พิมพ์ครั้งที่ ๓).กรุงเทพฯ:N P Press Limited Partnership

พัสมณท์ คุ่มทวีพร. (๒๕๕๓). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง การป้องกันและการดูแลผู้ป่วย Oncology Nursing:
Prevention and Caring.กรุงเทพฯ: ฮายาบุสะ กราฟฟิก.

พาริตา อิบราฮิม. (๒๕๕๑). ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ ๕ กรุงเทพฯ: สาม
เจริญพานิชย์.

วิศรา ตูยานนท์.(๒๕๕๑).การพยาบาลมะเร็งลำไส้ใหญ่ผ่านกล้องวีดีทัศน์.หน่วยผ่าตัดช่องท้องและหลอดเลือด
งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช.

วิษณุ ปานจันทร์, เสาวคนธ์ ศุกรโยธิน, อาคม ชัยวีระวัฒน์ และวีรวุฒิ อิมสำราญ. (๒๕๕๘). แนวทางการตรวจคัด
กรอง วินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง.กรุงเทพฯ: โฆษิตการพิมพ์ จำกัด

ศิริพรรณ ภมรพล.(๒๕๖๑).วารสารสภาการพยาบาลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารใหม่ชนิดถาวร:
ประเด็นท้าทายบทบาทพยาบาล,๓๓(๔) ๑๙-๓๒. [Online]. Available from:file:///C:/
Users/Welcom/Downloads/๑๑๘๗๖๓-Article%๒๐Text-๔๕๐๒๘๘-๑-๑๐-
๒๐๑๘๑๒๒๕%๒๐(๑).pdf; Vol. ๓๓ No.๔ October-December ๒๐๑๘

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (๒๕๖๓).Cancer in thailand vol.X,๒๐๑๖-๒๐๑๘.[Online]. Available
from:https://www.nci.go.th/e_book/cit_x/index.html

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (๒๕๖๓). สถิติมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. รายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาลปี
๒๕๖๓ (Hospital-Based Cancer Registry ๒๐๒๐).[Online]. Available from:www.nci.go.th

สุพจน์ พงษ์ประสพชัย, พิเศษ พิเศษพงษา, มล.ทยา กิตติยากรและ อองอาจ ไพโรสถทรงกร.(๒๕๕๘).มะเร็งลำไส้
ใหญ่(พิมพ์ครั้งที่ ๑).กรุงเทพฯ:สาขาวิชาโรกระบบทางเดินอาหาร คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล.

เอมปภา ปรีชาธีรศาสตร์. ๒๕๖๐. บทบาทพยาบาลเฉพาะทางดูแลบาดแผล ออสโตมี และ ควบคุมการ
ขับถ่ายไม่ได้:กรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรง[Online]. Available from:
file:///C:/Users/Admin/Downloads/๙๖๘๘๙-Article%๒๐Text-๒๔๒๕๓๐-๑-๑๐-
๒๐๑๗๐๘๒๔%๒๐(๑).pdf [๓ กันยายน ๒๕๖๓].

American Cancer Society. Cancer Facts and Figures, ๒๐๒๑. [cited ๒๐๒๑ Sep ๔] Available
from: [http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/
document/acspc-๐๔๗๐๗๙.pdf](http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/document/acspc-๐๔๗๐๗๙.pdf)

Anal Canal Available from: <http://www.Anatomy of the anus> Anal l Cancer Information
(ucsf.edu)๑ เมษายน ๒๕๖๔

Blood supply, venous and lymphatic drainage of the Rectum[Online]. Available from:
[https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=SURG%๒F๗๙๗๔๓&topicKey=SUR
G%๒F๑๕๐๑๗&source=see_link๑๕](https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=SURG%๒F๗๙๗๔๓&topicKey=SUR
G%๒F๑๕๐๑๗&source=see_link๑๕)เมษายน ๒๕๖๔

Macquarie University.๒๐๑๕, FEBRUARY๑๙.Biomarker discovery offers clearer prognosis for
bowel and rectal cancer patients.[Online]. Available from:
[https://www.mq.edu.au/newsroom/๒๐๑๕/๐๒/๑๙/biomarker-discovery-offers-clearer-
prognosis-for-bowel-and-rectal-cancer-patient](https://www.mq.edu.au/newsroom/๒๐๑๕/๐๒/๑๙/biomarker-discovery-offers-clearer-
prognosis-for-bowel-and-rectal-cancer-patient)

Medicpro.in,๒๐๒๑.Ostomy Care.๒๒ March ๒๐๒๑. Available from:
https://medicpro.in/ostomy_care/ActiveLife ๒๒๗๗๑ One-Piece Drainable Cut-to-Fit
Pouch with Stomahesive Skin Barrier online at Low Prices in India - Medicpro.in

MAG Medical.OSTOMY SUPPLIES. ๒๒ March ๒๐๒๑. Available from:
<https://www.owlmedical.com/products/hollister-new-image-๑๙๑๕๔>

Netsch DS. Anatomy and physiology of the gastrointestinal tract. In: Carmel JE,
Colwell JC, Goldberg MT. editors. Ostomy management. Philadelphia: Wolter Kluner;
๒๐๑๖. p. ๑-๑๕.

NatthawanWanarakcharoen&PikulYodrak. Nursing excellence of Colorectal Cancer by ET
Nurses [Online]. Available from:
[https://www.si.mahidol.ac.th/Th/division/nursing/NDivision/N_qd/admin/download_files/
๒๒๓_๗๒_๑.pdf](https://www.si.mahidol.ac.th/Th/division/nursing/NDivision/N_qd/admin/download_files/
๒๒๓_๗๒_๑.pdf) [๒๐๒๐ September ๐๖].

