

กรณีศึกษา : การพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะการกลับเป็นซ้ำ
ที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเปิดทวารเทียมส่วนลำไส้เล็ก
Peristomal skin excoriation and short bowel syndrome

สาวิตี น้อยนวล

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็ง เป็นหนึ่งในโรคเรื้อรังอันดับต้นของสาเหตุการป่วยและตายของประชาชนชาวไทย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เป็นปัญหาการเจ็บป่วยการเสียชีวิต รวมทั้งปัญหาเรื่องภาระโรค (Burden of Disease) ที่ทำให้ประชาชนสูญเสียการมีคุณภาพชีวิตที่ดี อีกทั้งนำความทุกข์ทรมานมาสู่ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยต้องทนทรมานกับความเจ็บปวด อาการไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ และผลกระทบด้านจิตใจ โดยเฉพาะในช่วงระยะท้ายก่อนการเสียชีวิต มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (colorectal cancer) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ 1 ใน 5 อันดับแรกของประเทศ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2565) และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ภาพรวมอุบัติการณ์มะเร็งลำไส้ใหญ่ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่รายใหม่ 16.9 คน ต่อประชากร 100,000 คน ค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย, 2565) ภาวะลำไส้ใหญ่อุดตัน เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยถึงร้อยละ 10-26 ของมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะลุกลาม การรักษามักทำโดยการผ่าตัดเปิดลำไส้ผ่านทางหน้าท้องหรือทวารเทียม เพื่อระบายอุจจาระออกทางหน้าท้อง (Diverting colostomy) (กรรณิการ์ เลหาวิจิตร และทวี รัตนชอุก, 2558)

จากสถิติผู้รับบริการคลินิกออสโตมีและแผล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2564-2566 มีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงรายใหม่ ที่เข้ารับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมจำนวนโดยเฉลี่ย 140 รายต่อปี มากกว่าร้อยละ 70 เป็นผู้ป่วยระยะลุกลาม (advance colorectal cancer) พบปัญหาการอุดตันของลำไส้ร่วมด้วยการผ่าตัดเปิดทวารเทียมในกลุ่มผู้ป่วยนี้ จึงเป็นการผ่าตัดที่หวังผลการรักษาแบบประคับประคอง (surgical palliative procedure) เพื่อลดภาวะไม่สุขสบายหรืออาการทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น มักเป็นการผ่าตัดแบบฉุกเฉินหรือไม่มีการวางแผนการผ่าตัดมาก่อน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในเรื่องการยอมรับการมีทวารเทียม การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยเฉพาะในรายที่เปิดทวารเทียมส่วนลำไส้เล็ก (Ileostomy) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียมส่วนลำไส้เล็ก ลักษณะของอุจจาระที่ออกมา จะมีลักษณะเป็นน้ำ ค่อนข้างเหลว มีโอกาสที่จะสูญเสียสารน้ำและเกลือแร่ได้มากกว่าทวารเทียมส่วนลำไส้ใหญ่ (colostomy) อาจมีภาวะกลุ่มอาการของลำไส้สั้น (short bowel syndrome) ร่วมด้วย และยังพบภาวะแทรกซ้อนผิวหนังระคายเคืองจากการสัมผัสอุจจาระมากกว่าผู้ป่วยที่มีทวารเทียมส่วนลำไส้ใหญ่ (ณัฐวรรณ วรรณรักษ์เจริญ, 2562) การมาพบแพทย์ตามนัดหรือการมานอนโรงพยาบาลเพื่อการรักษาที่บ่อยครั้ง ทำให้เกิดความเครียด กังวล ท้อแท้ ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นอย่างมาก

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

เพื่อศึกษาพยาธิสภาพ การดำเนินของโรค และการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะการกลับเป็นซ้ำ ที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเปิดทวารเทียมส่วนลำไส้เล็ก เพื่อนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะการกลับเป็นซ้ำ หลังได้รับการผ่าตัด Explore Lap with lysis adhesion gastrojejunostomy with loop ileostomy แบบฉุกเฉิน จากการส่งปรึกษามาขอรับบริการ
2. รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย โดยการซักประวัติจากผู้ป่วยและญาติ
3. ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลจากประวัติผู้ป่วยในระบบ HIS ของโรงพยาบาล
4. ศึกษาการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะการกลับเป็นซ้ำ ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม รวมทั้งการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง จากผู้เชี่ยวชาญ ตำรา วารสาร งานวิจัยและเว็บไซต์ต่างๆ
5. สร้างแผนการดูแลผู้ป่วย และตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ
6. ปฏิบัติงานการพยาบาลกับผู้ป่วยที่เป็นกรณีศึกษาตามแผนที่วางไว้
7. ประเมินผลการปฏิบัติงานการศึกษาเป็นระยะๆ
8. ปรับปรุงแก้ไขปัญหาให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย
9. สรุปผลและสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกรณีศึกษา มารวบรวมจัดทำเป็นรูปเล่ม เปรียบเทียบ วิเคราะห์ เพื่อเสนอแนวทางการพยาบาลที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (Colon cancer) (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2564)

มะเร็งลำไส้ใหญ่ (colon cancer) เป็นโรคที่เซลล์ปกติในลำไส้ใหญ่มีการเปลี่ยนแปลง เริ่มเกิดขึ้นที่ผิวเยื่อผนังลำไส้ใหญ่ โดยมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็วไม่หยุดยั้งจนควบคุมไม่ได้ การเปลี่ยนแปลงนี้อาจใช้เวลาเป็นปี โดยเซลล์เปลี่ยนแปลงจากเดิมไปเป็นระยะก่อนมะเร็ง (Dysplasia) ในระยะแรกๆ เซลล์อาจเป็นเพียงแค่งเนื้อธรรมดา (Polyp) แต่หากปล่อยทิ้งไว้โดยไม่ทำการรักษาหรือตัดทิ้ง เนื้อนี้อาจลุกลามกลายเป็นมะเร็งได้ (ธนศ พงศ์ธีรรัตน์, 2562) ถ้าวินิจฉัยได้เร็วและได้รับการรักษาที่เหมาะสม ตั้งแต่ระยะแรก ผู้ป่วยจะมีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี ถึงร้อยละ 90 แต่ถ้าเป็นระยะท้าย ซึ่งมีการแพร่กระจายไปอวัยวะอื่นๆ อัตราการรอดชีวิตเหลือเพียงร้อยละ 10

ชนิดของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ สามารถแบ่งชนิดตามกลไกการเกิดโรคเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1) **Sporadic Colorectal Cancer** ไม่มีประวัติมะเร็งลำไส้ใหญ่ในครอบครัว พบร้อยละ 70-85 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ทั้งหมด โดยมากพบในอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 80 เริ่มจากติ่งเนื้อในลำไส้ชนิด adenomatous polyps มาก่อน มีส่วนน้อยที่เป็น non-polypoidal (flat หรือ depressed) lesions และเปลี่ยนแปลงกลายเป็นมะเร็งลำไส้ (de novo cancers) ซึ่งการเกิดมะเร็งในลักษณะนี้พบมากขึ้นในคนไทย

2) **Familial Colorectal Cancer** มีประวัติมะเร็งลำไส้ใหญ่ในครอบครัว ความผิดปกติอาจเกิดจากปัจจัยทางพันธุกรรมหรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมเดียวกัน พบประมาณร้อยละ 20-25 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ทั้งหมด

3) **Hereditary Colorectal Cancer Syndrome** พบประมาณร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ทั้งหมด ซึ่งมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม

กายวิภาคและสรีรวิทยาของลำไส้ใหญ่ (ธเนศ พงศ์ธีรรัตน์, 2562)

ลำไส้ใหญ่ (large intestine) เป็นทางเดินอาหารส่วนปลาย มีลักษณะเป็นท่อกวาง มีความยาวประมาณ 1.5 เมตร เส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 6 เซนติเมตร เริ่มจากลำไส้ใหญ่ส่วนต้น (cecum) ถึงทวารหนัก (anus) สำหรับเป็นทางผ่านของอาหารที่ผ่านการย่อยและดูดซึมมาแล้วจากลำไส้เล็ก ซึ่งในส่วนของลำไส้ใหญ่จะยังมีการดูดน้ำกลับจากกากอาหาร ทำให้กากอาหารมีลักษณะเป็นก้อนแข็งขึ้นและกลายเป็นอุจจาระ ก่อนขับออกนอกร่างกายทางทวารหนัก ลำไส้เล็กถูกยึดกับผนังช่องท้องทางด้านหลัง เรียกว่า mesocolon บริเวณรูเปิดเข้าสู่ลำไส้ใหญ่ส่วนต้น เรียกว่า ileocecal valve ลักษณะสำคัญของลำไส้ คือ มีลักษณะเป็นปล้องที่เรียกว่า Haustrum หรือ sacculation ซึ่งเกิดจากชั้นกล้ามเนื้อเรียบที่เรียงตัวตามยาวของลำไส้เรียกว่า tenia coli และยังมีพบส่วนของติ่งไขมันจำนวนมากที่ยื่นออกมาเรียก fat appendix epiploica ลำไส้ใหญ่ แบ่งออกได้ ดังนี้

1) **ส่วนต้น (Cecum)** มีลักษณะเป็นกระเปาะที่ต่อมาจากลำไส้เล็กส่วนปลาย (Ileum) เป็นส่วนต้นของลำไส้ใหญ่ที่ลำไส้เล็กมาเปิดเข้าช่องเปิดเรียกว่า ileocecal valve อยู่ทางด้านขวาของร่างกาย บริเวณ Right iliac fossa ยาวประมาณ 5-7 เซนติเมตร และตรงปลายมี Vermiform appendix หรือไส้ติ่ง ซึ่งเป็นหลอดเล็กปลายตันห้อยอยู่

2) **ส่วนโคลอน (Colon)** ลักษณะเป็นท่อยาว เป็นส่วนที่ต่อจากส่วนต้น (Cecum) แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

2.1) **ลำไส้ใหญ่ส่วนขึ้น (Ascending colon)** มีความยาวประมาณ 12-20 เซนติเมตร จนถึง right hepatic flexure โดยวางตัวอยู่ทางด้านขวาของช่องท้องจนถึงใต้ตับ แล้วจะหักมุม 90 องศา ไปทางซ้าย จุดหักมุม เรียกว่า Right hepatic flexure

2.2) **ลำไส้ใหญ่ส่วนขวาง (Transverse colon)** ต่อจาก Right hepatic flexure ทอดขนานขวางไปกับช่องท้องจนถึงด้านซ้ายของช่องท้อง เมื่อถึงใต้ม้าม (spleen) จะหักมุม 90 องศา วกลงด้านล่าง ทำให้เกิด Left splenic flexure

2.3) **ลำไส้ใหญ่ส่วนลง (Descending colon)** เป็นส่วนที่ต่อจาก Left splenic flexure จะทอดขนานกับแนวกระดูกสันหลัง จนไป left iliac fossa ไม่มี mesentery เป็น retro-peritoneal organ

2.4) **ลำไส้ใหญ่ส่วนคด (Sigmoid colon)** ต่อจากลำไส้ใหญ่ส่วนลง (Descending colon) ถึงบริเวณ iliac crest ด้านซ้าย จะขดเป็นรูปตัว S (S-shaped) จะมี sigmoid mesocolon มาช่วยแขวนตัว

3) **ส่วนไส้ตรง (Rectum)** ลักษณะเป็นท่อตรง ต่อจากลำไส้ใหญ่ส่วนคด (Sigmoid colon) ยาว

ประมาณ 12 เซนติเมตร รูปร่างโค้งตามความโค้งของ sacrum และ coccyx ไปประมาณ 3 เซนติเมตร ตรงปลายของไส้ตรงจะเป็นทวารหนัก ทางด้านล่างของไส้ตรงในเพศชายอยู่หลังต่อมลูกหมาก และในเพศหญิงอยู่หลังช่องคลอด

ผนังลำไส้ใหญ่ แบ่งออกเป็น 4 ชั้น ดังนี้

1) ชั้นในสุด เป็นชั้นของเยื่อเมือก เรียก mucosa หรือ mucous coat เป็น simple columnar epithelium ที่มี goblet cell เป็นจำนวนมาก ประกอบด้วยเยื่อบุผิว (epithelium) และต่อมสร้างน้ำย่อยต่างๆ แตกต่างกันไปตามหน้าที่ของแต่ละส่วน มีหน้าที่สำคัญในการหลั่งน้ำย่อย (secretion) และดูดซึม (absorption) อาหารเข้าสู่กระแสเลือด ผนังชั้นนี้ไม่มี villi หรือ circular folds มีแต่ intestinal glands ซึ่งจะขับเมือก (mucous) ออกมาเป็นจำนวนมาก จะเห็นว่า ไม่มีการสร้างเอนไซม์ (enzyme) ที่บริเวณลำไส้ใหญ่เลย จะมีแต่เฉพาะเซลล์เมือกที่บุผนังลำไส้ใหญ่เท่านั้นที่สร้างเมือกออกมาเป็นจำนวนมาก มีลักษณะชั้น ฤทธิ์เป็นด่าง pH 8-8.5 ทำหน้าที่หล่อลื่นกากอาหารให้เคลื่อนไปได้สะดวก การที่ลำไส้ใหญ่ไม่มีเอนไซม์เนื่องจากอาหารที่ผ่านกระเพาะถึงลำไส้ใหญ่นั้น ส่วนใหญ่จะเป็นกากอาหารที่เหลวและไม่ย่อยแล้ว แต่ยังมีส่วนที่เป็นน้ำและเกลือแร่มาก

2) ชั้นใต้เยื่อเมือก เรียก submucosa หรือ submucous coat เป็นชั้นของ connective tissue มีพวก dense fibrous tissue ซึ่งมีหลอดเลือด ท่อน้ำเหลือง และกลุ่มประสาทที่เรียก Meissner's nerve plexus มีต่อมสร้างน้ำย่อยบ้าง ในหลอดอาหารและส่วนต้นของ duodenum แทรกอยู่ มีหน้าที่นำเลือดไปหล่อเลี้ยงหรือกำจัดของเสียออกจากชั้น mucosa กลุ่มประสาท Meissner's plexus มีหน้าที่ช่วยควบคุมการเคลื่อนไหวและการสร้างน้ำย่อย

3) ชั้นกล้ามเนื้อ (muscular coat) เป็นกล้ามเนื้อเรียบสองชั้น ชั้นนอกเป็นกล้ามเนื้อเรียงตามความยาวของทางเดินอาหาร เรียกว่า กล้ามเนื้อยาว (outer longitudinal arrangement) ซึ่งมีลักษณะพิเศษคือ มีการหนาตัวขึ้นเป็นแถบตามยาว 3 แถบ เรียกว่า Taeniae coli แรงดึงตัวของแถบเหล่านี้ ดึงให้ลำไส้ใหญ่มีลักษณะเป็นกระเปาะ ที่เรียกว่า Haustra มีหน้าที่ช่วยขับไล่อาหารไปยังส่วนถัดไป ชั้นในเรียงเป็นวงตามเส้นรอบวงของทางเดินอาหาร เรียกว่า กล้ามเนื้อวงกลม (inner circular arrangement) มีหน้าที่ควบคุมเส้นผ่าศูนย์กลางของท่อทางเดินอาหารและช่วยคลุกเคล้าอาหาร ระหว่างชั้นกล้ามเนื้อทั้งสองนี้จะมีหลอดเลือด ท่อน้ำเหลือง และกลุ่มประสาท Auerbach's plexus อยู่

4) ชั้นนอกสุด เป็นชั้นของ serosa หรือ serous coat จะมีถุงไขมันเล็กๆมาเกาะ เรียกว่า appendices epiploicae หากท่ออาหารส่วนไหน มี mesentery มายึดเกาะ serosa ก็จะเกิดจาก visceral layer ของ peritoneum ซึ่งเป็นทางที่หลอดเลือดและท่อน้ำเหลืองผ่านเข้ามายังท่อทางเดินอาหาร ส่วนบริเวณที่ไม่มี mesentery ก็จะเกิดจากพวก fibrous tissue ที่อยู่รอบๆ ชั้นนี้ มีหน้าที่สร้างความชุ่มชื้นเพื่อหล่อลื่นผิวของทางเดินอาหารและป้องกันการยึดติดกัน และช่วยลดแรงเสียดทานเมื่อทางเดินอาหารเหล่านี้มาถูไถกัน

ระบบไหลเวียนหลอดเลือดระบบน้ำเหลือง

ระบบไหลเวียนหลอดเลือดแดง

ลำไส้ใหญ่ ได้รับเลือดจากแขนงต่างๆของ Superior mesenteric artery (SMA) และ Inferior mesenteric artery (IMA) บางส่วนมาจาก middle rectal artery ของ internal iliac artery และ inferior iliac artery ของ internal pudendal artery โดย Superior mesenteric artery จะแตกแขนงเป็น Left colic artery, sigmoid artery และ superior rectal artery

ระบบไหลเวียนหลอดเลือดดำ

เลือดดำจากลำไส้ใหญ่ส่วน cecum ถึงบริเวณ 2 ส่วน 3 ด้านขวาของลำไส้ใหญ่ส่วน transverse colon จะระบายเข้าสู่ Superior mesenteric vein

เลือดดำจากบริเวณ 1 ส่วน 3 ด้านซ้ายของลำไส้ส่วน transverse colon จนถึงลำไส้ส่วน anal canal บริเวณเหนือต่อ dentate line จะระบายเข้าสู่ inferior mesenteric vein และ internal iliac vein

ระบบไหลเวียนระบบน้ำเหลือง

น้ำเหลืองจากลำไส้ใหญ่ จะระบายเข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ตามแนวของหลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงลำไส้ใหญ่ส่วนนั้นๆ ดังนี้

- 1) น้ำเหลืองจากลำไส้ใหญ่ส่วน cecum ถึงลำไส้ใหญ่ส่วน transverse colon จะระบายเข้าสู่ Superior mesenteric lymph nodes
- 2) น้ำเหลืองจากลำไส้ใหญ่ส่วน descending colon ถึงลำไส้ใหญ่ส่วน anal canal บริเวณเหนือต่อ dentate line ส่วนใหญ่ระบายเข้าสู่ inferior mesenteric lymph node บางส่วนระบายเข้าสู่ internal iliac lymph nodes
- 3) น้ำเหลืองจากลำไส้บริเวณต่ำกว่า dentate line ส่วนใหญ่ระบายเข้าสู่ superficial inguinal lymph nodes บางส่วนระบายเข้าสู่ Superior rectal lymph nodes และ inferior rectal lymph node

การทำงานของลำไส้ใหญ่ (จุฬาร ประสังสิต, 2562)

1) การเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่ แบ่งเป็น

1.1) Mixing movement เป็นการบีบตัวเพื่อผสมกากอาหาร เกิดขึ้นจาก Haustral Segment บีบตัวเป็นช่วงสั้นๆ สลับกันไปมา เรียกว่า Haustion เกิดการทำงานของกล้ามเนื้อ Tienia coli เพื่อให้อาหารได้สัมผัสกับ Mucosa ของลำไส้ใหญ่ได้มากขึ้น ยังผลให้ลำไส้ใหญ่ดูดซึมน้ำและเกลือแร่ได้เพิ่มมากขึ้น

1.2) Peristalsis wave คล้ายกับที่เกิดขึ้นในลำไส้เล็ก เป็นการบีบตัวเพื่อผลักไล่กากอาหารลงสู่ส่วนของลำไส้ตรง การบีบตัวเพื่อไล่กากอาหารจะเกิดขึ้นภายหลังจากการรับประทานอาหาร

1.3 Massive movement เป็นการหดตัวแบบ Massive peristalsis ซึ่งจะเกิดได้ประมาณวันละ 3-4 ครั้ง เพื่อที่จะเคลื่อนกากอาหารจากลำไส้ใหญ่ส่วนต้นไปยังลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย เกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบลำไส้ใหญ่ การควบคุมการเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่ เกิดจากคุณสมบัติของกล้ามเนื้อเรียบ

เอง (Myogenic) และการควบคุมโดย Intrinsic nerve นอกจากนี้ยังพบอีกว่า เมื่ออาหารตกลงมาถึงกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็กส่วน Duodenum มีผลทำให้เกิดการหดตัวของลำไส้ใหญ่แบบ Massive contraction เรียก reflex เหล่านี้ว่า Gastro colic หรือ Duodenocolic reflexes

2) การขับถ่ายอุจจาระ (Defecation) เมื่อกากอาหารจากลำไส้ใหญ่ส่วนปลายเข้าสู่ลำไส้ตรง โดยอาศัย Massive peristalsis จะทำให้ส่วนของลำไส้ตรงยืดขยายออก ซึ่งเป็นการเริ่มต้นของการขับถ่ายอุจจาระแล้วตามด้วยวงจร reflex ซึ่งขณะนี้ Internal anal sphincter คลายตัวด้วยและเริ่มถ่ายอุจจาระผ่านทางทวารหนัก ในขณะที่เดียวกันจะมีการหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้อง และการหายใจลึกๆ จะดึงกระบังลมลงช่วยเพิ่มความดันในช่องท้องให้มากขึ้น ดันกากอาหารออกมาทางทวารหนักได้ ถ้าการขับถ่ายอุจจาระไม่เกิดขึ้น กากอาหารจะกลับเข้าไปสู่ลำไส้ใหญ่ส่วนปลายอีกครั้ง รอจนกว่าจะมี Massive peristalsis อีกครั้งหนึ่งปกติกากอาหารจะลงมาถึงลำไส้ใหญ่ส่วนต้นภายใน 4 ชั่วโมง และมาถึงลำไส้ใหญ่ส่วนปลายภายใน 24 ชั่วโมง แต่กากอาหารบางส่วนยังคงค้างอยู่ได้ถึง 3-4 วัน ก่อนจะออกมาเป็นอุจจาระ อาหารที่มีกากอาหารมากจะผ่านลำไส้ใหญ่ได้เร็วกว่าอาหารที่มีกากน้อย ความรู้สึกอยากถ่ายอุจจาระเกิดขึ้นเมื่อกากอาหารเข้ามาในลำไส้ตรง และกระตุ้น stretch receptor ในผนังของลำไส้ตรง ความรู้สึกอยากถ่ายนี้จะถูกระงับได้ชั่วคราว โดยการเกร็งบีบกล้ามเนื้อหูรูดของทวารหนัก และกล้ามเนื้อ pelvic diaphragm แต่ในที่สุด เมื่อกลั้นไม่ได้อีกต่อไปกล้ามเนื้อ internal และ external sphincter และ pelvic floor จะ relax และมีการเบ่งอุจจาระ โดยเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องร่วมกับ Valsalva maneuver

3) การหลั่งน้ำย่อยและการควบคุมการหลั่งน้ำเมือก ลำไส้ใหญ่มักจะมีน้ำเมือก (Mucus) ออกมาประมาณวันละ 60 มิลลิลิตร มี pH ประมาณ 7.5-8.0 พบว่าบริเวณลำไส้ใหญ่จะไม่มีการสร้างน้ำย่อยออกมาเลย น้ำเมือก (Mucus) ที่หลั่งออกมาก็เพื่อจะหล่อลื่นกากอาหารและเคลือบผนังลำไส้ไว้ เพื่อป้องกันอันตรายต่อเยื่อ การหลั่งน้ำเมือก (Mucus) พบว่าจะเพิ่มมากขึ้น ถ้ามีการกระตุ้นเส้นประสาท Parasympathetic (Pelvic nerves) หรือมีการระคายเคืองเกิดขึ้นที่ผนังเยื่อลำไส้ใหญ่

4) การดูดซึม (Absorbing) หน้าที่ส่วนใหญ่ของลำไส้ใหญ่ ได้แก่ การดูดซึมน้ำ เกลือแร่ และสารที่ละลายน้ำ โดยดูดซึมที่บริเวณลำไส้ใหญ่ส่วน Cecum และลำไส้ใหญ่ส่วน Ascending ในระยะเวลา 1 วัน มี Liquid chime ไหลจากลำไส้เล็กเข้าสู่ลำไส้ใหญ่ประมาณวันละ 500-1,000 มิลลิลิตร ซึ่งลำไส้ดูดซึมไปอีกจนเหลือออกมาเป็นอุจจาระวันละ 100-200 มิลลิลิตร โดยมีเกลือแร่ปนอยู่เล็กน้อย ลำไส้ใหญ่สามารถดูดซึมน้ำได้ถึงวันละ 2,000 มิลลิลิตร

ระบาดวิทยาของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในประเทศไทย

จากข้อมูลทะเบียนมะเร็งในประเทศไทย ใน Cancer in Thailand Vol. IX 2013-2015 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง พบเป็นอันดับ 3 ในเพศชาย (รองจากมะเร็งตับและมะเร็งปอด) มีอุบัติการณ์คือ 16.2 ต่อประชากรแสนคน และเป็นอันดับ 4 ในเพศหญิง (รองจากมะเร็งเต้านม มะเร็งตับและมะเร็งปากมดลูก) มีอุบัติการณ์ 11.2 ต่อประชากรแสนคน โดยกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ จะอาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและ

ในเขตเมืองใหญ่ๆ อายุที่พบส่วนใหญ่มากกว่า 50 ปี อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลในหลายๆ โรงพยาบาลพบว่า แนวโน้มเริ่มเป็นในคนอายุน้อยลง

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2560) สาเหตุและปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ยังไม่ทราบแน่ชัด พบปัจจัยส่งเสริมที่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรค ดังต่อไปนี้

ปัจจัยความเสี่ยงจากตัวบุคคล (Non-modifiable risk factors) ปัจจัยที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้

1) อายุ (Age) พบว่า อัตราการเกิดมะเร็งลำไส้เพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มคนอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป และเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในอายุมากกว่า 50 ปี โดยผู้ป่วยมะเร็งลำไส้มากกว่าร้อยละ 90 มีอายุมากกว่า 50 ปี และยิ่งในช่วงอายุ 60-79 ปี พบว่ามีโอกาสเสี่ยงมากถึง 50 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มคนอายุน้อยกว่า 40 ปี แต่อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันพบผู้ป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ในกลุ่มคนอายุ 20-49 ปี เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

2) ประวัติการเกิดมะเร็งลำไส้ในครอบครัว (Family history of colorectal cancer) แม้ว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ส่วนใหญ่จะเกิดในคนที่ครอบครัวไม่มีประวัติการเป็นมะเร็งลำไส้ แต่พบว่า มีโอกาสมากกว่าร้อยละ 20 ในการป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ของคนที่มีประวัติมีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ในครอบครัว สำหรับเหตุผลยังไม่ชัดเจน แต่เชื่อว่าอาจเกิดจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม และสิ่งแวดล้อมที่มีลักษณะเหมือนกันร่วมกันหลายปัจจัย

3) การถ่ายทอดทางพันธุกรรม (Inherited Genetic Risk) ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 5-10 ของมะเร็งลำไส้ เป็นผู้ป่วยที่เกิดจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ได้แก่ Familial adenomatous polyposis (FAP), Hereditary non polyposis colorectal cancer (HNPCC) หรือ Lynch syndrome ในผู้ป่วย FAP ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 1 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ทั้งหมด สาเหตุเกิดจากการ mutation ของ APC tumor suppressor gene ถ่ายทอดผ่าน Autosomal dominant manner โดยมาปรากฏด้วยอาการติ่งเนื้อในลำไส้มากกว่า 100 เม็ดขึ้นไป มักปรากฏตั้งแต่อายุยังน้อย และกลายเป็นมะเร็งตั้งแต่อายุยังน้อย หากอายุ 40 ปีขึ้นไป โดยมากมักกลายเป็นมะเร็งลำไส้เกือบทั้งหมดหากไม่ได้รับการผ่าตัด ฉะนั้น การตรวจวินิจฉัยตั้งแต่ตั้งครรภ์ จึงจำเป็นในกรณีที่มีประวัติเป็น FAP และต้องการมีบุตร

4) ประวัติการเกิดลำไส้อักเสบ (Personal history of Inflammatory bowel disease) ลำไส้อักเสบเรื้อรัง (Inflammatory bowel disease) สามารถแบ่งได้สองโรค คือ Ulcerative colitis และ Crohn's disease ในส่วนของ Ulcerative colitis สาเหตุเกิดจากการอักเสบในส่วนของ mucosa ของลำไส้ แต่สำหรับ Crohn's disease สาเหตุเกิดจากการอักเสบตลอดชั้นของลำไส้ ดังนั้น ในผู้ป่วยที่เป็นลำไส้อักเสบเรื้อรัง จึงจำเป็นต้องได้รับการตรวจคัดกรองโรคลำไส้ขึ้นเป็นพิเศษ

5) ประวัติการเกิดติ่งเนื้อในลำไส้ (Personal history of Adenomatous polyp) ประวัติติ่งเนื้อในลำไส้ ที่เพิ่มความเสี่ยงการเกิดมะเร็งลำไส้ Neoplastic polyp อันได้แก่ tubular และ villous adenomas ซึ่งเป็นรอยโรคที่สามารถกลายเป็นมะเร็งลำไส้ได้ในอนาคต ผลสำรวจในสหรัฐอเมริกา พบว่า ในช่วงชีวิตมีโอกาสที่จะเกิดติ่งเนื้อได้ร้อยละ 19 และร้อยละ 95 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้แบบ Sporadic มีการเกิดจาก adenomatous polyp สำหรับการพัฒนาการเกิดมะเร็งลำไส้จากติ่งเนื้อนั้น ใช้ระยะเวลา 5-10 ปี ดังนั้น

หากเราตรวจพบและรักษาตั้งแต่ตั้งเนื้อ จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้ได้ แต่อย่างไรก็ตาม การมีประวัติการเกิดตั้งเนื้อในลำไส้แบบ Neoplastic polyp ได้เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้ในตำแหน่งอื่นๆ ของลำไส้เพิ่มขึ้นด้วย

ปัจจัยจากการดำเนินชีวิต (Lifestyle-related factors)

1) อาหาร (Nutritional Practices) อาหารเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญในการเกิดมะเร็งลำไส้ การกินอาหารที่มีไขมันสูง โดยเฉพาะไขมันจากสัตว์ เป็นปัจจัยหนึ่ง que เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้ โดยการ degrade ตัว bile salt ด้วยแบคทีเรียในลำไส้ ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้ คือ องค์ประกอบของ N-nitroso compound การบริโภคเนื้อสัตว์ สัตว์เนื้อแดง ในปริมาณสูง เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้ โดยการย่อยสลาย Heme iron ในเนื้อแดง นอกจากนี้ การปรุงอาหารด้วยอุณหภูมิสูง เช่น การปิ้งย่าง เป็นผลทำให้เกิด heterocyclic amines และ poly aromatic hydrocarbon ซึ่งสารประกอบทั้งคู่ล้วนมีคุณสมบัติเป็นสารก่อมะเร็ง บางงานวิจัยพบว่า ในคนที่กินผักผลไม้ น้อยเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้ เพิ่มการ transit time ทำให้ อุจจาระค้างอยู่ในลำไส้ นานขึ้น

2) การออกกำลังกายและน้ำหนักเกิน (Physical activity and obesity) มีรายงานการออกกำลังกาย และน้ำหนัก มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงของมะเร็งลำไส้ เมื่อออกกำลังกายและการเพิ่ม Metabolic rate จะส่งผลให้ลำไส้มีทำงานมากขึ้น เคลื่อนตัวมากขึ้น มีการเพิ่มการใช้งานออกซิเจน ผลในระยะยาวจะทำให้ความดันในร่ายกายลดลง insulin resistant ลดลง และยังส่งผลในเรื่องของน้ำหนักตัว ที่ลดลงด้วย ผลที่ตามมาจากการที่น้ำหนักตัวลดลง ทำให้ Estrogen ในเลือดลดลง จากการที่ Estrogen ซึ่งเชื่อว่าการมีในระดับสูง จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งขึ้น

3) การสูบบุหรี่ (Cigarette smoking) ความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับมะเร็งปอดนั้น มีรายงานออกมาชัดเจน และในส่วนของมะเร็งลำไส้ นั้นพบว่า ร้อยละ 12 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ นั้นสูบบุหรี่ พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการเกิดและเจริญเติบโตขึ้นของ Adenomatous polyp การสูบบุหรี่ ในระยะยาวพบว่ามีความสัมพันธ์กับ Adenomatous polyp ขนาดใหญ่

4) การดื่มแอลกอฮอล์ (Heavy alcohol consumption) เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้ เช่นกันกับการสูบบุหรี่ ผลลัพธ์ที่ได้จากการย่อยสลายแอลกอฮอล์ คือ Acetaldehyde ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง ตัวหนึ่ง โดยบุหรี่จะกระตุ้นให้เกิดการ mutation ของ DNA และแอลกอฮอล์จะไปยับยั้งกระบวนการซ่อมแซม เซลล์ทำให้ทำงานได้ไม่ดี อีกทั้งแอลกอฮอล์ยังเป็นเป็นตัวกระตุ้นก่อให้เกิดมะเร็ง และยังทำให้เพิ่มการสร้าง Prostaglandins, Lipid peroxidation และเพิ่ม Free radical oxygen อีกด้วย

การทราบถึงปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้ ช่วยในการหลีกเลี่ยง การเฝ้าระวัง และการ คัดกรองในกลุ่มเสี่ยง ดังนั้นการออกกำลังกาย การกินอาหาร และการระวังไม่ให้ น้ำหนักเกิน จึงเป็นสิ่งที่ช่วย ลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดและช่วยลดอัตราการตายจากมะเร็งลำไส้ใหญ่

อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (จุฬาพร ประสงค์, 2562)

อาจไม่มีอาการผิดปกติบ่งชี้ในระยะแรก หรือบางครั้งอาการที่พบอาจคล้ายกับอาการของโรคอื่น จนกว่าเนื้อจะมีขนาดใหญ่ โดยกลุ่มอาการและอาการแสดงที่พบบ่อย ได้แก่

1) อาการอ่อนล้า น้ำหนักลด ชีต กล้ามเนื้อลีบ เป็นกลุ่มอาการของภาวะทุพโภชนาการ (malnutrition) มีสาเหตุจากก้อนมะเร็งเจริญเติบโตและเมตาบอลิซึมสูง การเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งจะกระตุ้นการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ให้หลังสารที่ทำให้เกิดการอักเสบ (mediator inflammation) เข้าไปรบกวนเมตาบอลิซึมของร่างกาย มีการสลายสารอาหารเพื่อให้ได้พลังงาน (catabolism) มากขึ้น แต่ไม่สามารถสะสมเป็น Lean Body Mass ในร่างกายได้ ทำให้กล้ามเนื้อลีบ เซลล์มะเร็งกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันให้หลัง Inflammatory cytokines และ interleukins ไปก่อกำเนิด erythropoietin ก่อกำเนิดเซลล์เม็ดเลือดแดง (erythroid progenitor cells) มีการนำธาตุเหล็กมาใช้บกพร่อง ส่งผลให้เม็ดเลือดแดงอายุสั้นลง เกิดภาวะ iron deficiency สำหรับมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนต้น อาจตรวจพบว่า มีอาการซีด ซึ่งเกิดจากการเสียเลือดโดยที่ไม่มีเลือดออกในอุจจาระให้เห็นด้วยตาเปล่า อาจคล้ายกับที่บริเวณท้องน้อยด้านขวา

2) อาการปวดท้อง ท้องอืดแน่น ถ่ายอุจจาระลำเล็ก สาเหตุเกิดจากเซลล์มะเร็งที่งอกขยาย ทำให้ลำไส้ใหญ่เกิดการอุดตันบางส่วน (partial large bowel obstruction) ลักษณะการปวดขึ้นอยู่กับขนาดของก้อนและตำแหน่งที่พบ การงอกขยายของเซลล์มะเร็งเข้าไปในผนังลำไส้เริ่มจาก intramucosal submucosal เข้าสู่ชั้นกล้ามเนื้อ (muscularis) การบีบตัว circular and longitudinal smooth muscle ของลำไส้ไม่มีประสิทธิภาพ ลำไส้ไม่ทำงาน (paralytic ileus) การอุดตันของเซลล์มะเร็งมักเกิดบริเวณลำไส้ใหญ่ด้านซ้าย (distal bowel) เพราะเส้นผ่านศูนย์กลางขนาดลำไส้แคบกว่าลำไส้ใหญ่ด้านขวา ทำให้ผนังลำไส้ด้านบน (proximal bowel) ของเซลล์มะเร็งมีแรงดันมากขึ้นมากกว่า 40 mmHg ซึ่งจะกระตุ้น visceral sensory receptor (nociceptors) ทำให้เกิดอาการปวดท้องและแรงดัน ทำให้เนื้อเยื่อของผนังลำไส้เปราะบางแตกง่าย มักจะเกิดบริเวณ cecum เนื่องจากผนังลำไส้บางกว่าบริเวณอื่น

3) อาการถ่ายอุจจาระลำบาก ถ่ายไม่ออก ถ่ายไม่สุด ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ มีมูกเลือดปน ปวดเบ่ง ปวดบริเวณทวารหนัก มีสาเหตุจากการอุดตันของก้อนมะเร็ง บริเวณที่เกิดได้บ่อย คือ มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนของลำไส้ตรงและทวารหนัก เซลล์มะเร็งงอกขยายปิดช่องของลำไส้ การงอกขยายเป็นแบบครบวง (annular type) ทำให้ถ่ายอุจจาระลำบาก เกิดแรงดันมีผลให้เส้นเลือด superior rectal, inferior mesenteric, middle rectal และ inferior rectal ถูกทำลาย เซลล์มะเร็งกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท pelvic nerve plexus และ pudendal nerve ทำให้เกิดอาการปวดท้องเบ่ง ปวดบริเวณทวารหนัก

4) อาการท้องอืดบวม แน่นท้องมากขึ้น ไม่ถ่ายอุจจาระ ไม่ผายลม สาเหตุเกิดจากก้อนมะเร็งงอกขยายจนปิดกั้นทางเดินของลำไส้ใหญ่ทั้งหมด (complete large bowel obstruction) ลำไส้ใหญ่บริเวณเหนือตำแหน่งที่ก้อนมะเร็งอุดตัน มีการสะสมของเสียเกิดการอักเสบโป่งพอง ไม่สามารถขับของเสียและแก๊สในทางเดินอาหารได้ แรงดันในช่องท้องสูงกว่าแรงดันในหลอดเลือด อาจทำให้ลำไส้มีการแตกทะลุ

(perforation) เป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการผ่าตัดลำไส้เปิดออกทางหน้าท้องแบบชั่วคราวก่อน (loop colostomy) เพื่อลดแรงดันที่ผนังลำไส้ใหญ่

5) อาการกดเจ็บทั่วท้อง หน้าท้องเกร็ง ทนทาน มีไข้สูงมากกว่า 38 องศาเซลเซียส ซีพีอาร์มากกว่า 100 ครั้ง/นาที WBC สูงกว่าปกติ เป็นกลุ่มอาการที่แพทย์ส่วนใหญ่วินิจฉัยว่าเป็นการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง สาเหตุเกิดจากลำไส้แตกทะลุ และ/หรือผนังลำไส้เกิดการขาดเลือด colic artery and vein และ mesenteric artery and vein ทำให้เลือดไม่สามารถมาเลี้ยงผนังลำไส้เกิดการขาดเลือด ลำไส้เน่าตาย (bowel ischemia)

การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2560 และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2564) มีการตรวจหลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีก็มีข้อดีและข้อจำกัดแตกต่างกันไป ได้แก่

1) การตรวจร่างกาย

1.1) **การตรวจร่างกายทั่วไป** เป็นการตรวจความแข็งแรงของผู้ป่วย อาการซีดเหลือง การทำงานของระบบหายใจ หัวใจและหลอดเลือด การตรวจช่องท้อง เพื่อประเมินว่ามีอุจจาระคั่งในลำไส้มากหรือไม่ มีตับโต คลำได้ก้อนภายในช่องท้องหรือไม่ บางรายหากมีการกระจายไปที่เยื่อภายในช่องท้อง (carcinomatosis peritonei) อาจตรวจพบมีน้ำในช่องท้อง (ascites) หรือก้อนที่สะดือ รวมถึงการคลำต่อมน้ำเหลืองบริเวณเหนือไหปลาร้าและขาหนีบทั้ง 2 ข้าง

1.2) **การตรวจร่างกายทางทวารหนัก** อาจคลำได้ก้อนซุซุขระที่เยื่อภายในไส้ตรง หากก้อนมะเร็งอยู่บริเวณส่วนล่างหรือส่วนกลางของไส้ตรง มีมูกเลือดหรือสีของอุจจาระผิดปกติติติปลายนิ้ว ควรประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก ขนาด ความลึกของก้อนมะเร็ง รวมทั้งการลุกลามสู่อวัยวะข้างเคียง เช่น ต่อมลูกหมาก ช่องคลอด และกระดูกก้นกบ เนื่องจากเป็นข้อพิจารณาในการเลือกวิธีผ่าตัด

2) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจหาเม็ดเลือดแดงในอุจจาระ (Fecal Occult Blood Test : FOBT) เป็นวิธีที่ใช้แพร่หลาย จากข้อมูลทางยุโรปและสหรัฐ พบว่า ร้อยละ 1-2.6 ของผู้ที่ให้ผลบวกของ FOBT มีโอกาสเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ข้อจำกัดของวิธีนี้ คือ ความไวต่ำและมีผลบวกสูง โดยเฉพาะผู้ที่ชอบบริโภคเนื้อแดง หรือผักจำพวกผักกาดกะหล่ำดอก บล็อกโคลี หัวไชเท้า แคนตาลูป ฯลฯ ควรรับประทานอาหารดังกล่าว 3 วัน ก่อนเก็บตัวอย่างอุจจาระมาตรวจ และอาจต้องเก็บตัวอย่างอุจจาระมาตรวจซ้ำเพื่อเพิ่มความแม่นยำ

3) การตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องมือพิเศษ

3.1) **การตรวจลำไส้ใหญ่โดยการสวนแป้งและเอกซเรย์ (Double (air) Contrast Barium Enema : DCBE)** เป็นทางเลือกหนึ่งในการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ในอดีต โดยใช้แป้งแบบเตรียมสวนเข้าทางทวารหนัก ประสิทธิภาพในการตรวจนี้ไม่ชัดเจน ความไวในการตรวจน้อยกว่าการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ถ้าตั้งเนื้ออกขนาดเล็กกว่า 1 ซม. ข้อจำกัดอีกอย่าง คือ ผู้รับการตรวจอาจไม่สามารถทนการตรวจได้

เพราะต้องอัดแป้งเข้าไป ประกอบกับต้องกลืนทวารหนัก พลิกตะแคงไปมา และยังต้องการรังสีแพทย์ ผู้มีประสบการณ์ ความชำนาญในการอ่านผลเป็นอย่างดี

3.2) การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) การส่องกล้องเป็นวิธีที่มี Cost Effective สูงสุดในปัจจุบัน สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ จึงเป็นที่แนะนำของสมาคมแพทย์ต่าง ๆ ทั่วโลก นอกจากจะเห็นเนื้องอกชัดเจนแล้ว ยังสามารถนำติ่งเนื้องอกออกได้โดยไม่ต้องผ่าตัด อย่างไรก็ตาม วิธีนี้จัดว่ามีภาวะแทรกซ้อนได้ร้อยละ 0.03-0.72 มีค่าใช้จ่ายสูง ผู้รับการตรวจต้องอดอาหาร และเตรียมลำไส้ใหญ่ให้โล่งว่าง ทั้งยังต้องการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการส่องกล้องตรวจ เพื่อความแม่นยำและลดภาวะแทรกซ้อนในการตรวจ

3.3) การตรวจลำไส้ใหญ่ด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Colonography) เป็นการนำ Helical CT ซึ่งมีความละเอียดสูง มาประกอบภาพ 3 มิติของลำไส้ใหญ่ ข้อดีคือ ทำให้เร็วและปลอดภัย เห็นภาพได้ตลอดความยาวลำไส้ใหญ่และมองเห็นนิ่วนอกต่อมน้ำเหลืองรอบ ๆ ลำไส้ใหญ่ แต่ก็มีข้อจำกัดหลายอย่างคือ ความไวและความจำเพาะไม่มาก ทั้งยังต้องเตรียมและต้องเป่าลมเข้าลำไส้ใหญ่ อย่างไรก็ตาม เครื่องมือชนิดนี้ยังมีไม่มากและไม่สามารถเบิกจ่ายค่าตรวจจากระบบประกันสุขภาพได้

3.4) การตรวจหาดีเอ็นเอ (Fecal DNA Testing) มีความไวในการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่มากกว่าการตรวจ FOBT ถึง 4 เท่า แต่มีความไวครึ่งหนึ่งเมื่อเทียบกับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ การตรวจนี้อาจเป็นที่ยอมรับให้ใช้เป็นเครื่องมือในการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ในอนาคต

การวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ใหญ่ (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2560)

การวินิจฉัยโรคจะใช้วิธีตรวจหลายวิธีเพื่อวินิจฉัย จะพิจารณาจากปัจจัยต่างๆประกอบ เช่น อายุและสุขภาพ ประเภทของมะเร็ง ระดับความรุนแรงของอาการ เป็นต้น โดยวิธีการวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ใหญ่ สามารถทำได้ดังนี้

1) **การตัดชิ้นเนื้อ (biopsy)** เป็นวิธีการวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่แม่นยำที่สุดและเป็นมาตรฐานของการวินิจฉัยโรค และเพื่อการตรวจทางชีวโมเลกุลของมะเร็ง

2) **การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (computed tomography scan หรือ CT scan)** สามารถใช้ในการตรวจสอบตำแหน่งของโรคและการกระจายไปยังส่วนต่างๆของร่างกายได้

3) **การตรวจอัลตราซาวด์** เป็นการตรวจด้วยคลื่นความถี่สูง วิธีนี้จะบอกได้ว่ามะเร็งได้แพร่กระจายสู่ตับหรืออวัยวะอื่นหรือไม่

4) **การเอกซเรย์ปอด** เป็นการตรวจดูว่ามะเร็งได้แพร่กระจายไปยังปอดหรือไม่

5) **Positron emiss ion tomography (PET) scan** เป็นการตรวจโดยการฉีดสารรังสีให้ถูกดูดซึมในอวัยวะและเนื้อเยื่อและทำการถ่ายภาพ ทำให้สามารถตรวจได้ทั้งร่างกาย

พยาธิวิทยาของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (อรอนงค์ ทัพสุวรรณ, 2557)

มะเร็งลำไส้ใหญ่มักเป็นชนิด adenocarcinoma และเป็นบริเวณใกล้ทวารหนัก ลักษณะที่มองเห็นได้ชัดด้วยตาเปล่าของมะเร็งลำไส้ใหญ่แตกต่างกันตามตำแหน่ง ถ้าเป็นที่ส่วนต้น (cecum) หรือลำไส้

ใหญ่ส่วนขึ้น (ascending colon) มักมีลักษณะเป็นก้อนขนาดใหญ่จนเลือดมาเลี้ยงไม่พอ เกิดการตายเฉพาะส่วน (necrosis) ได้ง่าย ทำให้มีเลือดออก ลักษณะเป็นก้อนพบในตำแหน่งอื่นได้เหมือนกันแม้ในไส้ตรง อย่างไรก็ตาม ลำไส้ใหญ่ซีกซ้ายและไส้ตรง มะเร็งจะขยายตัวตามแนวขวางเป็นวงรอบหรือเกือบรอบทำให้ท่อลำไส้บริเวณนั้นแคบลงและที่ผิวอาจเป็นแผลด้วย ลักษณะเช่นนี้ ทำให้เกิดการอุดตันของลำไส้ได้ง่าย

การศึกษาทางพยาธิวิทยาพบว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่เริ่มจาก intramucosal epithelial lesions ของ adenomatous polyps หรือที่ glands ของเยื่อบุลำไส้เมื่อขยายตัวใหญ่ขึ้นจึงลุกลามผ่าน muscularis mucosae หลังจากนั้นจึงลุกลามเข้าหลอดเลือดหรือทางเดินน้ำเหลืองไปสู่ต่อมน้ำเหลืองเฉพาะบริเวณ (regional lymph nodes) อวัยวะหรือเนื้อเยื่อที่ติดกับลำไส้และอวัยวะที่อยู่ห่างออกไปตามลำดับ มีน้อยรายที่มีการแพร่กระจายโดยไม่ผ่าน muscularis mucosae

ตำแหน่งของมะเร็งมีความสำคัญต่อการแพร่กระจาย สำหรับลำไส้ใหญ่ส่วนที่อยู่เหนือไส้ตรง มะเร็งจะลุกลามผ่านผนังออกมาไปยังต่อมน้ำเหลืองเฉพาะบริเวณ แล้วแพร่กระจายต่อไปตามทางเดินน้ำเหลืองและแพร่กระจายตามหลอดเลือดดำไปสู่ตับ ส่วนการแพร่กระจายไปปอดนั้นเป็นการแพร่กระจายไปจากตับอีกทอดหนึ่ง

ลักษณะพยาธิสภาพ (Pathology) ของมะเร็งลำไส้ใหญ่ (chula cancer, 2566) สามารถแบ่งได้ตามลักษณะของก้อนมะเร็งที่มองเห็นเป็น 4 ลักษณะ

1) Fungating (Exophytic) ลักษณะนี้จะเห็นเป็นก้อนยื่นออกจากผิวเยื่อบุลำไส้ใหญ่เข้าไปใน Lumen และมักจะพบอยู่ด้านใดด้านหนึ่งของผนังลำไส้ใหญ่ ส่วนใหญ่จะพบก้อนมะเร็งแบบนี้ที่ลำไส้ใหญ่ส่วนต้นหรือส่วนขาขึ้น พบว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่ประมาณหนึ่งในสามจะเป็นแบบ Fungating

2) Ulcerating ก้อนมะเร็งจะมีลักษณะเหมือนเป็นแผล (Ulcer) ที่ผิว และมักจะมีเลือดออกจากก้อนมะเร็งได้ง่าย ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยอาการอุจจาระเป็นเลือด หรือตรวจพบผลบวกของ Stool Occult Blood พบว่าสองในสามของมะเร็งลำไส้ใหญ่จะมีลักษณะแบบนี้

3) Stenosing บางครั้งก้อนมะเร็งจะเจริญเติบโตเข้าไปใน Lumen ของลำไส้ใหญ่ จนทำให้ทางเดินลำไส้แคบตีตัน

4) Constricting (Annular and Circumferential) เป็นลักษณะของก้อนมะเร็งที่ได้ไปตามผนังของลำไส้ใหญ่จนรอบ Lumen เกิดลักษณะเฉพาะที่เรียกว่า Napkin-ring ที่เห็นใน Barium Enema ซึ่งมักจะพบในมะเร็งที่เกิดทางด้านซ้ายของลำไส้ใหญ่ (Left-sided Colon Cancer) ทำให้เกิดการอุดตันของลำไส้ใหญ่ เชื่อว่าเกิดขึ้นจากการที่เซลล์มะเร็งแพร่กระจายไปตาม Circumferential Lymphatics

การประเมินระยะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (ธนศ พงศ์ธีรรัตน์, 2562 และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2564)

จุดประสงค์เพื่อวางแผนในการรักษาและพยากรณ์โรค ระบบการประเมินระยะของโรคที่นิยมใช้ คือ TNM staging system ของ American joint committee on cancer (AJCC) กำหนดจาก T (Tumor)

ขนาดก้อน จำนวนก้อนตำแหน่งที่ก้อนอยู่ N (Lymph nodes) ต่อมน้ำเหลืองที่มะเร็งลุกลามไป และ M (Metastasis) แสดงรายละเอียดไว้ดังนี้คือ

ลักษณะบริเวณก้อนมะเร็ง : Primary Tumor (T)

T _x	ไม่สามารถประเมินก้อนมะเร็งได้
T ₀	ไม่พบก้อนมะเร็งในชั้นเนื้อเยื่อที่ผ่าตัดได้
T _{is}	มะเร็งอยู่ในชั้นเยื่อบุผิว หรือเนื้อเยื่อเกี่ยวพันในชั้นเยื่อบุผิว (lamina propria)
T ₁	มะเร็งลุกลามถึงชั้นใต้เยื่อบุผิว (submucosa)
T ₂	มะเร็งลุกลามถึงชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ตรง (muscularis propria)
T ₃	มะเร็งลุกลามผ่านชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ตรง เข้าสู่เนื้อเยื่อโดยรอบซึ่งไม่มีเยื่อช่องท้องปกคลุม(non peritonealized pericolic or pericorectal tissues)
T _{4a}	มะเร็งทะลุเยื่อบุด้านนอกลำไส้ตรงสู่ช่องท้อง(perforation of visceral peritoneum)
T _{4b}	มะเร็งลุกลามไปยังอวัยวะอื่น

ลักษณะของต่อมน้ำเหลืองข้างเคียง : Regional Lymph Nodes (N)

N _x	ไม่สามารถประเมินได้
N ₀	ไม่มีการกระจายของมะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลืองในบริเวณนั้น
N ₁	มีการกระจายของมะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลือง 1-3 ต่อมน้ำ
N _{1a}	มีการกระจายของมะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลือง 1 ต่อมน้ำ
N _{1b}	มีการกระจายของมะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลือง 2-3 ต่อมน้ำ
N _{1c}	มีการกระจายของมะเร็งไปที่เนื้อเยื่อข้างเคียงลำไส้ตรง ที่ไม่ใช่ต่อมน้ำเหลือง
N ₂	มีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองเท่ากับหรือมากกว่า 4 ต่อมน้ำ
N _{2a}	มีการกระจายของมะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลือง 4-6 ต่อมน้ำ
N _{2b}	มีการกระจายของมะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลืองมากกว่า 7 ต่อมน้ำขึ้นไป

การแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น : Distant Metastasis (M)

M _x	ไม่สามารถประเมินได้
M ₀	ไม่มีการกระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น
M ₁	มีการกระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น
M _{1a}	มีการกระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น 1 อวัยวะ
M _{1b}	มีการกระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นมากกว่า 1 อวัยวะหรือสู่ช่องท้อง

ตารางแสดงการแบ่งระยะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (จุฬาพร ประสงค์, 2562)

ระยะ	การแพร่กระจาย
stage 0	มะเร็งยังอยู่เฉพาะในเยื่อลำไส้ (mucosa) และอยู่แค่ในติ่งเนื้อ ยังไม่แพร่ออกนอกลำไส้
stage I	เซลล์มะเร็งลุกลามผ่านทะลุชั้นเยื่อ (mucosa) ลุกลามไปถึงชั้นกล้ามเนื้อของผนังลำไส้ใหญ่ แต่ยังไม่ทะลุตลอดผนังของลำไส้ใหญ่ อัตราการรอดชีวิตใน 5 ปีแรก หลังวินิจฉัยอยู่ที่ประมาณร้อยละ 95
stage II	เซลล์มะเร็งทะลุผ่านในชั้นกล้ามเนื้อของผนังลำไส้ใหญ่ผ่านเข้าชั้น submucosa หรือทะลุผ่านผนังลำไส้ใหญ่เข้าสู่อวัยวะข้างเคียง แต่ยังไม่แพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง อัตราการรอดชีวิตใน 5 ปีแรก หลังวินิจฉัยอยู่ที่ประมาณร้อยละ 60
stage III	มะเร็งแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียงแล้วแต่ยังไม่แพร่กระจายไปสู่อวัยวะอื่นๆของร่างกาย อัตราการรอดชีวิตใน 5 ปีแรก หลังวินิจฉัยอยู่ที่ประมาณร้อยละ 35-60
stage IV	มะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่างๆ เช่น ตับ ปอด กระดูก และรังไข่ อัตราการรอดชีวิตใน 5 ปีแรก หลังวินิจฉัยเหลือแค่ร้อยละ 3 เท่านั้น

หมายเหตุ. จาก *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้และรูเปิดทางหน้าท้อง: ประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ*, โดย จุฬาพร ประสงค์, กาญจนา รุ่งแสงจันทร์และยุวรัตน์ ม่วงเงิน (บรรณาธิการ). 2562. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พี.เอ. ลิฟวิ่ง จำกัด.

การแบ่งความรุนแรงของโรคมะเร็ง (degree of malignant neoplasms) พิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงของนิวเคลียส การแบ่งเซลล์มะเร็งที่แตกต่างจากลักษณะของเซลล์ปกติ แบ่งออกเป็น 4 เกรด (grade) (Broder's classification) เรียงลำดับความรุนแรงจากน้อยไปมาก ซึ่งกำหนดโดย American Society of Clinical Oncology (ASCO) (2013) ดังนี้ (ณัฐมย์ ชูติกาโม, 2559)

- Gx เซลล์มะเร็งไม่สามารถระบุได้**
- G1** เซลล์มะเร็งทั้งหมดมีการพัฒนาจนคล้ายเซลล์ของเนื้อเยื่อเดิม (well differentiated)
- G2** เซลล์มะเร็ง 3 ใน 4 มีการพัฒนาจนคล้ายเซลล์เนื้อเยื่อ (moderate differentiated)
- G3** เซลล์มะเร็งครึ่งหนึ่งมีการพัฒนาจนคล้ายเซลล์เนื้อเยื่อเดิม (poorly differentiated)
- G4** เซลล์มะเร็งเพียง 1 ใน 4 เท่านั้นที่สามารถพัฒนาจนคล้ายเซลล์เนื้อเยื่อเดิม (undifferentiated)

การแพร่กระจายของโรค (chula cancer, 2566)

ตำแหน่งของเนื้องอกลำไส้ใหญ่ที่เกิดบริเวณลำไส้ใหญ่ที่มีเยื่อช่องท้องปกคลุม (Intraperitoneum) หรือมะเร็งที่เกิดที่ลำไส้ใหญ่ในส่วนที่ไม่มีเยื่อช่องท้องปกคลุม (Extraperitoneum) จะมีผลต่อลักษณะการ

แพร่กระจายของโรค โดยที่มะเร็งที่เกิดบริเวณลำไส้ใหญ่ที่มีเยื่อช่องท้องปกคลุม เวลาโรคลุกลามจะแพร่กระจายไปตามเยื่อช่องท้อง (Peritoneal Seeding) ส่วนมะเร็งที่เกิดที่ลำไส้ใหญ่ในส่วนที่ไม่มีเยื่อช่องท้องปกคลุมจะมีการกลับเป็นซ้ำแบบเฉพาะที่ (Local Recurrence) สูง

ภาวะแทรกซ้อนจากมะเร็งลำไส้ใหญ่ (อรอนงค์ ทัพสุวรรณ, 2557)

เนื่องจากมะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นโรคที่มีการลุกลามจึงอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มีดังต่อไปนี้

- 1) การทะลุของลำไส้ การทะลุอย่างเฉียบพลันทำให้เกิดโรคเยื่อช่องท้องอักเสบเฉียบพลัน การทะลุที่เกิดขึ้นช้าๆ บริเวณที่จะถูกหุ้มไว้ เป็นการอักเสบที่มีลักษณะเป็นก้อนเฉพาะที่
- 2) การมีเลือดออก ถ้ามะเร็งลุกลามถึงหลอดเลือดขนาดใหญ่ที่ผนังลำไส้ จะทำให้มีเลือดออกอย่างรวดเร็ว
- 3) การอุดตันของลำไส้ใหญ่ (gut obstruction) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถขับถ่ายอุจจาระออกได้ปกติ สามารถเกิดขึ้นเพียงบางส่วน (partial obstruction) หรือเป็นการอุดตันแบบทั้งหมดก็ได้ (complete obstruction) โดยความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับตำแหน่งและชนิดของการอุดตัน อาจเกิดในภาวะฉุกเฉินได้ นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากการลุกลามของมะเร็งเข้าไปภายในเยื่อช่องท้อง จนทำให้ลำไส้ไม่ทำงาน ผู้ป่วยจะมีอาการ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องอืด และท้องผูก ไม่ถ่าย ไม่ผายลม
- 4) การกดอวัยวะใกล้เคียง ได้แก่ มดลูก ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ หรือท่อปัสสาวะ ทำให้เกิดอาการจากการถูกกด เช่น การกดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบทำให้ปัสสาวะบ่อย เป็นต้น
- 5) การเกิดแผลทะลุ การลุกลามทะลุเข้าอวัยวะอื่น เช่น รั่วเข้าไส้ตรงกับช่องคลอด หรือระหว่างลำไส้กับภาวะเยื่อช่องท้อง เป็นต้น

การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (ธนศ พงศ์ธีรรัตน์, 2562 และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2564)

การรักษาหลัก ประกอบด้วยการผ่าตัดเพื่อตัดเอาก้อนมะเร็งลำไส้ใหญ่นั้น ร่วมกับตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำไส้ส่วนที่มีมะเร็งออกไป ต่อจากนั้นอาจจะมีการให้ยาเคมีบำบัดร่วมด้วย มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสสูงสุดในการหายขาดจากโรคมะเร็ง อวัยวะใกล้เคียงสามารถทำงานในสภาวะปกติได้มากที่สุด และมีรูปร่างลักษณะใกล้เคียงลักษณะเดิม การรักษาจะใช้วิธีใด ขึ้นอยู่กับระยะของโรคว่ามีการแพร่กระจายไปมากน้อยเพียงใด โดยวิธีการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ให้ได้ผลดี ต้องเป็นการรักษาแบบสหสาขาวิชา โดยสามารถสรุปการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ ดังนี้

การผ่าตัด (Surgery) ขึ้นอยู่กับอาการและความรุนแรงของโรค ได้แก่ (จุฬาร ประสังสิต, 2562)

ระยะที่ 0 (stage 0) ระยะก่อนมะเร็ง เซลล์มะเร็งจะอยู่บริเวณผนังลำไส้ สามารถรักษาได้โดยการส่องกล้องเพื่อเข้าไปตัดชิ้นเนื้อออก

ระยะที่ 1 (stage I)– ระยะที่ 2 (stage II) เซลล์มะเร็งลุกลามเข้าไปบริเวณผนังกล้ามเนื้อของลำไส้ใหญ่แต่ยังไม่แพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง สามารถรักษาได้โดยผ่าตัดตามตำแหน่งที่พบในลำไส้ ส่วนใหญ่

ผู้ป่วยที่ตรวจพบในระยะที่ 2 จะมีการตรวจยีน (genome testing) เพิ่มเติม เพื่อพิจารณาว่าจำเป็นต้องให้ยาเคมีบำบัด (chemotherapy) ร่วมด้วยหรือไม่ เพราะการรักษาด้วยเคมีบำบัดช่วยลดโอกาสกลับมาเป็นซ้ำได้

ระยะที่ 3 (stage III) เซลล์มะเร็งลุกลามไปยังบริเวณต่อมน้ำเหลือง ต้องมีการตรวจยีน (genome testing) ร่วมด้วย สามารถรักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัด (chemotherapy) หรือยามุ่งเป้า (targeted therapy) แต่จะมีการฉายรังสี (radiotherapy) ร่วมด้วยในกรณีที่พบบริเวณลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ระยะที่ 4 (stage IV) เซลล์มะเร็งแพร่กระจายไปทั่วทั้งต่อมน้ำเหลืองและอวัยวะต่างๆ เช่น ตับ ปอด กระเพาะอาหาร รังไข่ ต้องรักษาเริ่มต้นโดยการให้เคมีบำบัด (chemotherapy) ร่วมกับการฉายรังสี (radiotherapy) แล้วตามด้วยการผ่าตัดก้อนมะเร็งในตำแหน่งที่พบ รวมถึงตำแหน่งที่ลุกลามไปยังอวัยวะใกล้เคียง

การผ่าตัดจะได้ผลดี ถ้าสามารถตัดเซลล์มะเร็งออกได้หมดและเหลือเฉพาะลำไส้ส่วนที่ติเอาไว้เย็บต่อกัน (End to end anastomosis) รวมทั้งสามารถตัดหลอดเลือด หลอดน้ำเหลือง และต่อมน้ำเหลืองที่มีการแพร่กระจายออกได้หมด โดยการผ่าตัดที่ใช้บ่อย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ (สุพจน์ พงศ์ประสพชัย และคณะ, 2558)

1) การผ่าตัดเปิดทางหน้าท้อง (Conventional Surgery) เป็นการรักษามาตรฐาน ใช้ในกรณีที่อวัยวะในช่องท้องมีอาการบาดเจ็บ หรือมีรอยโรคขนาดใหญ่รวมทั้งการกระจายของโรค อย่างไรก็ตาม ข้อเสียจากการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง คือจะต้องเปิดแผลขนาดใหญ่เพียงพอที่จะมองเห็นอวัยวะข้างในได้ชัดเจน มีการใช้เครื่องมือช่วยถ่างขอบแผล เพื่อให้ขนาดแผลกว้างขึ้นขณะผ่าตัด ทำให้อวัยวะภายในบวมจากการชอกช้ำของเนื้อเยื่อ ส่งผลให้เกิดความดันช่องท้องเพิ่มสูงขึ้นจนเป็นอันตราย แผลผ่าตัดติดเชื้อ แผลผ่าตัดแยก การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจหรือระบบอื่นๆ การตัดผ่านกล้ามเนื้อหน้าท้องที่แข็งแรง ก็ทำให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดช้า โดยเฉพาะการทำงานของลำไส้และอวัยวะในช่องท้อง จึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น อีกทั้งในกรณีที่แผลอยู่ในที่ที่มองเห็นได้ชัด อาจมีผลด้านความสวยงาม

2) การผ่าตัดด้วยกล้องส่อง (Laparoscopic Surgery) เป็นการผ่าตัดโดยใช้กล้องส่องเข้าไปในบริเวณที่จะผ่าตัด อุปกรณ์และเครื่องมือที่จะใช้ในระหว่างผ่าตัดต้องผ่านรูที่เจาะผ่านผนังหน้าท้องเข้าไป และใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (CO₂ Insufflation) ขยายช่องท้องด้วยแรงดันพอสมควรที่ทำให้เห็นอวัยวะภายในช่องท้องชัดเจน ผลของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา แรงดันทำให้มีการดึงเหยียดของกระบังลมร่วมกับมีการระคายเคืองจากก๊าซต่อเส้นประสาทที่มาเลี้ยงกระบังลม ส่งผลให้ภายหลังผ่าตัดอาจมีอาการปวดหัวไหล่ได้ รวมทั้งการเปลี่ยนท่าของผู้ป่วยมีผลต่อระบบหัวใจและปอด อีกทั้งแม้ลดเวลา

ในการนอนโรงพยาบาล แต่ก็มีค่าใช้จ่ายส่วนเกินสำหรับค่าอุปกรณ์ ซึ่งมีราคาที่แพง

การผ่าตัดแบ่งออกเป็น 5 ประเภท ดังต่อไปนี้

1) การตัดส่วนที่เป็นมะเร็งออกจากร่างกาย และนำส่วนปลายของลำไส้ส่วนที่เหลือเย็บต่อกัน (Segmental resection with end to end anastomosis) เช่น การตัดลำไส้ใหญ่ด้านขวาออก (Right hemicolectomy)

2) การผ่าตัดเปิดหน้าท้องและบริเวณฝีเย็บ (Abdominoperineal resection: AP resection or APR) เป็นการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ตรงส่วนปลายและทวารหนัก ซึ่งไม่สามารถเก็บรักษาหูดทวารหนักได้ แล้วนำลำไส้ส่วน Sigmoid colon หรือ Descending colon มาเปิดผ่านหน้าท้อง (Permanent colostomy) เพื่อเป็นทางระบายให้อุจจาระออก

3) การผ่าตัดไส้ตรง (Anterior Resection: AR or Low Anterior Resection: LAR) เป็นการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ตรง โดยตัดลำไส้ตรงผ่านทางแผลหน้าท้อง ซึ่งสามารถเย็บต่อลำไส้ใหญ่หรือเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง (Temporary colostomy) ผู้ป่วยจะมีทวารเทียมแต่แพทย์จะพิจารณาเย็บต่อลำไส้อีกครั้งในภายหลัง

4) การผ่าตัด Hartmann's Procedure หรือ Hartmann Resection คือ การผ่าตัดลำไส้ใหญ่ descending colon และ/หรือส่วน sigmoid colon และ/หรือส่วน upper rectum แล้วเปิดลำไส้ใหญ่เป็นทวารเทียมชนิด End colostomy แล้วเย็บปิดลำไส้ใหญ่ส่วนปลายทิ้งไว้ในช่องท้อง ซึ่งแพทย์จะพิจารณาเย็บต่อลำไส้อีกครั้งในภายหลัง

5) การผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่มาเปิดทางหน้าท้อง (Colostomy) เป็นการผ่าตัดเอาส่วนของลำไส้ใหญ่มาเปิดทางหน้าท้อง เพื่อเป็นทางออกของอุจจาระ ซึ่งส่วนของลำไส้ที่นำมาเปิดที่ผนังหน้าท้องนี้ เรียกว่า stoma โดยมีทั้งแบบชั่วคราว (Temporary colostomy) และ แบบถาวร (Permanent colostomy)

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

การผ่าตัดบริเวณลำไส้ใหญ่ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มาก เนื่องมาจากแบคทีเรียในลำไส้ที่ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย (infection) และลักษณะทางกายวิภาคที่มีเส้นเลือด เส้นประสาทมาเลี้ยงมาก รวมทั้งความแคบของช่องเชิงกรานทำให้ผ่าตัดได้ยากขึ้น ภาวะแทรกซ้อนที่พบ ได้แก่

1) แผลติดเชื้อ (wound infection) เกิดได้บ่อยกว่าการผ่าตัดอวัยวะอื่นในช่องท้อง เพราะเชื้อแบคทีเรียของลำไส้จะปนเปื้อนแผลขณะผ่าตัด เนื่องจากเป็นแผลผ่าตัดปนเปื้อนเชื้อโรคเล็กน้อย (Clean-Contaminated Wound) เสี่ยงต่อการติดเชื้อร้อยละ 5-10 (ฉนิชา ปิยสุนทรวงษ์ และคณะ, 2557)

2) ถ่ายอุจจาระบ่อย (Fecal Incontinence) เกิดได้หลายสาเหตุ จากการผ่าตัดทำให้ลำไส้สั้นลง ความรู้สึกแยกแยะจำนวนและลักษณะของอุจจาระผิดปกติไป พบในผู้ที่มีการผ่าตัดใกล้ปากทวารหนัก หรือมีการฉายรังสีบริเวณทวารหนักร่วมกับการผ่าตัด อาการถ่ายอุจจาระเช่นนี้จะดีขึ้น และเป็นปกติหรือเกือบปกติภายใน 1-2 ปี หลังการผ่าตัด ในระยะแรก อาจต้องควบคุมโดยการให้ยาที่เหมาะสมเพื่อลดการขับถ่าย

3) ความผิดปกติของกระเพาะปัสสาวะ (Bladder dysfunction) ผู้ป่วยไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ (urinary incontinence) ส่วนใหญ่จะเป็นชั่วคราว อาจจำเป็นต้องคาสายสวนปัสสาวะไว้หลายวันหรือต้องมีการตรวจการทำงานของกระเพาะปัสสาวะเพื่อกระตุ้นการถ่ายปัสสาวะ

4) ความผิดปกติทางเพศ (Sexual dysfunction) หรือ การหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (Erectile dysfunction) อวัยวะเพศชายของผู้ป่วยชายไม่แข็งตัวและไม่มีการหลั่งอสุจิออก การผ่าตัด Abdominoperineal resection (APR) อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบประสาทอัตโนมัติทั้งซิมพาเทติกและพาราซิมพาเทติกที่ควบคุมการทำงานของอวัยวะเพศชาย กล่าวคือ เส้นประสาทที่ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบคาเวอร์โนซา (cavernosa smooth muscle) ที่เกี่ยวข้องกับการแข็งตัวขององคชาติ และควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ อยู่ในกระดูกสันหลังระดับ lumbar ที่ 1-3 และ sacrum ที่ 2-4 และสิ้นสุดที่ presacral region อยู่ในอุ้งเชิงกราน

5) รอยต่อลำไส้รั่ว (Anastomosis Leakage) มีโอกาสเกิดขึ้นได้ในการตัดต่อลำไส้เล็กในอุ้งเชิงกราน โดยเฉพาะในผู้ที่เคยได้รับการรักษาบริเวณนี้มาก่อน ถ้ารอยรั่วมีขนาดใหญ่จะมีผล ได้แก่ อุ้งเชิงกรานอักเสบ เป็นหนอง เกิดการติดเชื้อในช่องท้องได้

6) รอยต่อลำไส้ตีบ (Anastomosis stricture) อาจเกิดขึ้นในระยะแรกหลังผ่าตัด เพราะรอยต่อบวมหรือถูกบีบรัดจากพังผืด หรือเกิดขึ้นหลายเดือนหลังผ่าตัดจากแผลเป็นรอยต่อที่หดลงหรือจากมะเร็งที่เกิดขึ้นใหม่ การรักษาตามสาเหตุและการรุนแรงของอาการ อาจรวมถึงการผ่าตัดเพื่อคลายการบีบรัดจากพังผืด ทำการตัดต่อลำไส้ใหม่หรือผ่าตัดเพื่อนำลำไส้มาเปิดหน้าท้อง

การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (ณัฐธรมย์ ชุตติกาโม, 2559)

เป็นวิธีการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีประสิทธิภาพ สามารถรักษามะเร็งที่มีการแพร่กระจายหรือเป็นการรักษาร่วมก่อนและ/หรือหลังผ่าตัด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้หายจากโรค (curative) โดยเคมีบำบัดจะไปทำลายเซลล์มะเร็งในลักษณะการทำลายแบบ Fractional cell kill โดยสามารถทำลายเซลล์ร้อยละ 99.90 แต่ในขณะที่เดียวกันเซลล์มะเร็งอาจมีการเจริญเติบโตขึ้นใหม่ได้ จึงจำเป็นต้องให้เคมีบำบัดหลายครั้งเพื่อลดปริมาณเซลล์มะเร็งจนถึงศูนย์ โดยอาจใช้เวลาในการรักษานาน 6-12 เดือน โดยจะให้ 4-6 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 3-4 สัปดาห์ อาจใช้เวลาในการให้ยาแต่ละครั้ง 1-2 วัน หรือ 5 วัน โดยขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็ง ชนิดของเคมีบำบัด แผนการรักษา ผลการตอบสนองต่อการรักษาและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีต่อผลข้างเคียงจากการได้ยาเคมีบำบัด โดยมีเป้าหมายการรักษา ดังนี้

1) **การรักษาเสริมก่อนผ่าตัด (Neoadjuvant chemotherapy)** เป็นการให้เคมีบำบัดเบื้องต้นก่อนการผ่าตัดหรือฉายรังสี เพื่อช่วยทำให้มะเร็งมีขนาดของก้อนหรือบริเวณที่เป็นโรคลดลง สามารถทำการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกได้เป็นจำนวนมากและสะดวก หรือทำให้บริเวณที่ต้องฉายรังสีมีขนาดแคบลง วิธีนี้อาจเรียกว่า cytoreductive, inductive หรือ primary chemotherapy

2) **การรักษาเสริมหลังผ่าตัด (Adjuvant chemotherapy)** เป็นการให้เคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออก และมีจำนวนต่อม่อน้ำเหลืองที่เป็นมะเร็งมาก ซึ่งมีโอกาสในการเป็นมะเร็งซ้ำค่อนข้างสูง

โดยถ้าหากพบว่ามีต่อมน้ำเหลืองมากกว่า 5 ต่อมน จะมีโอกาสในการกลับเป็นมะเร็งซ้ำสูงถึงร้อยละ 50 ซึ่งการให้เคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดนี้ ควรให้ทันทีที่แผลผ่าตัดแห้งเนื่องจากจำนวนเซลล์มะเร็งต่ำ ในปัจจุบันเชื่อว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่ มีลักษณะการดำเนินโรคที่แพร่กระจายไปทั้งระบบ (systemic disease)

3) การรักษาเพื่อบรรเทาอาการ (Palliative Chemotherapy) การใช้เคมีบำบัดควบคุมยับยั้งมะเร็งที่กระจายไปอวัยวะอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับการไม่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ซึ่งผลการวิจัยทางการแพทย์รับรองวิธีการรักษาโรคด้วยสูตรยา หากผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่เหมาะสมต่อการใช้ยาเคมีบำบัด การรักษานั้นสามารถช่วยผู้ป่วยได้ตามหลักฐานการวิจัย

ยาเคมีบำบัดที่ใช้ มักเป็นยากลุ่ม 5-fluorouracil (5-FU), irinotecan และ oxaliplatin การให้ยาเคมีบำบัดส่งผลต่อเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติ เป็นสาเหตุให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด อาการข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ อาการแพ้ยา การอักเสบของเนื้อเยื่อบริเวณที่ให้ยา อาการชาบริเวณปลายมือปลายเท้า คลื่นไส้ อาเจียน อักเสบเยื่อช่องปาก (Stomatitis) และระบบทางเดินอาหาร ท้องเสีย การติดเชื้อ ภาวะเลือดออกง่าย ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ เป็นต้น

ปัจจุบันมีการพัฒนาการรักษาแนวใหม่เป็นการรักษาแบบมุ่งเป้า (targeted therapy) สามารถยับยั้งการเจริญเติบโตของหลอดเลือด เพื่อยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง ยาที่ใช้มี 2 ชนิด ได้แก่ (ประไพ เจริญทวี, 2556)

bevacizumab ผลข้างเคียงที่สำคัญ คือ ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน เลือดออกง่าย แผลแยก ดังนั้น ควรแนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการต่างๆ ได้แก่ อาการปวดท้องจากแผลในกระเพาะอาหาร เลือดออกผิดปกติตามอวัยวะต่างๆ เช่น อาเจียนมีเลือดปน อาการปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก เหนื่อยหอบ ซึ่งเป็นอาการของความดันโลหิตสูงรุนแรง หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ ใจสั่น หัวใจเต้นผิดปกติหวั่นไหว

cetuximab ผลข้างเคียงที่สำคัญ คือ ท้องเสีย มีผื่น ผิวแห้ง ลอก ผิวหนังไวต่อแสงแดดทำให้เกิดไหม้ดำได้ ผื่นลักษณะคล้ายสิ่ว มักเกิดบริเวณหน้า ทรวงอกด้านบนและหลัง หรืออาจเกิดบริเวณอื่นๆของร่างกายร่วมกับอาการอักเสบของผิวหนัง ทำให้เกิดอาการคันได้ แนะนำผู้ป่วยทาครีมบำรุงผิวเพิ่มความชุ่มชื้น หลีกเลี่ยงถูกแสงแดดโดยตรง อาการต่างๆ จะหายไปประมาณ 2 เดือนหลังสิ้นสุดการรักษา

การใช้รังสีรักษา (Radiation therapy) (ณัฐธรมย์ ชุตติกาโม, 2559)

เป็นการนำเอาสารกัมมันตภาพรังสีมาใช้โดยอาศัยประจุรังสี (Ionizing radiation) ไปทำลายดีเอ็นเอ ทำให้เนื้องอกถูกทำลายและเซลล์ไม่สามารถเกิดการขยายจำนวนเพิ่มขึ้น (Reproduction) ต่อได้ ทำให้เซลล์ตายในช่วงการแบ่งนิวเคลียส (Mitosis) โดยที่อวัยวะยังคงรูปร่างเดิมอยู่ได้ อาจรักษาให้หน้าที่และความสวยงามของอวัยวะยังคงอยู่ มีการใช้อินทราครีซีได้หลายรูปแบบ เช่น รังสีแกมมา รังสีเอกซ์ บีตาพาติเคิลและแสงอัลตราไวโอเล็ต การรักษานิยมใช้รังสีขนาดสูง (4,000-6,000 เซนติเกรย์) มีบทบาทในการรักษาเสริมในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ อาจใช้ก่อนผ่าตัดหรือหลังผ่าตัด (adjuvant treatment) เพื่อช่วยลดโอกาสเกิดโรคซ้ำใหม่ในอุ้งเชิงกราน หรือกรณีที่เป็นมากจนไม่สามารถผ่าตัดเลาะก้อนมะเร็งออกได้หมด (locally advanced

disease) หรือเกิดโรคใหม่หลังจากรักษาไปแล้ว (local recurrence) หรือใช้การรักษาแบบประคับประคอง (palliative treatment)

การดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ (สุพจน์ พงศ์ประสพชัย, 2558 และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2561) มะเร็งลำไส้ใหญ่ มีความก้าวหน้าในการรักษามากและได้ผลดีที่สุดเมื่อเทียบกับมะเร็งทางเดินอาหารอื่นๆ ผู้ป่วยส่วนหนึ่ง ไม่อาจรักษาให้หายจากโรคและโรคดำเนินมาถึงระยะท้าย สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้โดยการดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) คือ การดูแลที่มีมุ่งเน้นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยลดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลแบบประคับประคอง สามารถให้การรักษาควบคู่กับการรักษาหลัก เช่น ผู้ป่วยก็ยังได้รับการรักษาแบบมาตรฐานได้แก่ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การรักษาด้วยการฉายรังสี โดยไม่ได้จำกัดการรักษาที่ผู้ป่วยควรได้รับ แต่ในระยะท้ายที่สภาวะร่างกายของผู้ป่วยอาจไม่เหมาะสมกับการรักษาเดิม การรักษาแบบประคับประคองจะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องโรค การรักษา การพยากรณ์ของโรค ผลประโยชน์และความเสี่ยงจากการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจในการรับการรักษาได้ดียิ่งขึ้น โดยการดูแลแบบประคับประคองจะคำนึงถึงความต้องการและความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัวร่วมด้วยเสมอ แนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ การสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ แนวทางการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ การบำบัดอาการ (symptom control) การดูแลด้านจิต สังคม และจิตวิญญาณ

การพยากรณ์โรค (prognosis) ของมะเร็งลำไส้ใหญ่ ขึ้นอยู่กับปัจจัยดังต่อไปนี้ (อรอนงค์ ทัพสุวรรณ์, 2557 และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2564)

ปัจจัยทางพยาธิวิทยา ได้แก่ ระยะของโรคมะเร็ง (stage) เนื้อมะเร็งนั้นทำให้เกิดลำไส้อุดตันหรือทะลุ และระดับ carcino-embryonic antigen (CEA) ในกระแสเลือดก่อนการรักษา การกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง (recurrence)

ปัจจัยทางคลินิก ได้แก่

1) อายุของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี ลักษณะของโรคมะเร็งมีความรุนแรง
2) ตำแหน่งของมะเร็ง มะเร็งที่ลำไส้ใหญ่ซีกซ้าย (transverse colon, descending colon and Sigmoid colon) การพยากรณ์โรคดีกว่าที่ลำไส้ใหญ่ซีกขวา (cecum and ascending colon) ดีกว่าที่บริเวณไส้ตรงต่อกับลำไส้ใหญ่ส่วนโค้งและบริเวณไส้ตรง ตามลำดับ

3) ระดับของ serum carcino-embryonic antigen (CEA) ถ้าระดับ CEA ก่อนผ่าตัดสูง การพยากรณ์โรคจะไม่ดีเท่าที่ควร

มะเร็งลำไส้ใหญ่ อัตราการอยู่รอดเกิน 5 ปี ในรายงานผู้ป่วย 119,000 ราย แบ่งตาม TNM staging ที่รายงานล่าสุด พบว่า Stage I (T1-2N0) ร้อยละ 93, Stage IIA (T3N0) ร้อยละ 85, Stage IIB (T4N0) ร้อยละ 72, Stage IIIA (T1-2 N1) ร้อยละ 83, Stage IIIB (T3-4 N1) ร้อยละ 64, Stage IIIC (N2) ร้อยละ 44 และ Stage IV ร้อยละ 8

การติดตามการรักษา (Follow-up) (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2564) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ขึ้นกับระยะของโรค คือ

กลุ่มที่ 1 รอยโรคระยะที่ 1 แนะนำให้ส่องกล้องทางเดินอาหารหลังการผ่าตัดปีที่ 1 หรือให้ทำให้เร็วที่สุด ถ้าก่อนผ่าตัดไม่ได้ complete colonoscopy หลังจากนั้นพิจารณาทำทุก 3-5 ปี ยกเว้นมี advanced adenoma คือ villous polyp, polyp มากกว่า 1 cm และ high grade dysplasia แนะนำให้ส่องกล้องทุก 1 ปี จนกว่าจะปกติ

กลุ่มที่ 2 รอยโรคระยะที่ 2-4 หลังการผ่าตัด สามารถติดตามอาการ โดยการตรวจร่างกาย เจาะระดับ CEA ในเลือด ทุก 3-6 เดือน ในช่วง 2 ปีแรก หลังจากนั้นติดตามอาการทุก 6 เดือนจนครบ 5 ปี แนะนำให้ส่องกล้องทางเดินอาหารหลังการผ่าตัดปีที่ 1 หรือให้ทำให้เร็วที่สุด ถ้าก่อนผ่าตัดไม่ได้ complete colonoscopy หลังจากนั้นพิจารณาทำทุก 3-5 ปี และทำ CT chest หรือ CXR, CT abdomen/pelvis หรือ abdominal ultrasonography อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 5 ปี ติดต่อกัน

การป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (อรอนงค์ ทักษสุวรรณ, 2557)

ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ อุดมไปด้วยเส้นใยอาหารจากผักและผลไม้ ลดการรับประทานเนื้อแดง ร่วมกับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและการควบคุมน้ำหนัก การใช้สารเคมีหรือยาเพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งนั้น มีรายงานการศึกษาสารเคมีหรือยาหลายชนิด เช่น วิตามินเอ วิตามินอี วิตามินดี วิตามินซี กรดโฟลิก แคลเซียม ซิลิเนียม ยาแอสไพริน ยาแก้ปวดกลุ่ม cox-2 inhibitor ยาลดไขมันกลุ่ม statin และฮอร์โมนบางชนิด พบว่า อาจมีผลในการป้องกันการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ แต่อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน จึงยังไม่เป็นข้อแนะนำให้ใช้สารดังกล่าวเพื่อป้องกันการป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่ในประชากรทั่วไป

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาสนใจศึกษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะการกลับเป็นซ้ำ ที่ได้รับการผ่าตัด Explore lap with gastrojejunostomy และเปิดทวารเทียมส่วนลำไส้เล็ก มีภาวะแทรกซ้อนเกิดแผลระคายเคืองบริเวณผิวหนังรอบทวารเทียม (Peristomal skin excoriation) และมีอาการของภาวะลำไส้สั้น (short bowel syndrome) ร่วมด้วย จึงทำการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะลุกลามและระยะการกลับเป็นซ้ำ การผ่าตัด gastrojejunostomy การผ่าตัดเปิดทวารเทียม ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเปิดทวารเทียมส่วนลำไส้เล็กและภาวะลำไส้สั้น โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

มะเร็งระยะลุกลาม (Advanced cancer) และมะเร็งกลับซ้ำ (Recurrent cancer) (ฉัตรกมล เจริญวิภาดา, 2560 และ chula cancer, 2566)

มะเร็งระยะลุกลาม (Advanced cancer) หมายถึง มะเร็งที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งจะแตกต่างกับมะเร็งระยะแพร่กระจาย (metastatic cancer) เนื่องจากมะเร็งระยะลุกลามไม่จำเป็นต้องมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นเสมอไป ยกตัวอย่างเช่น มะเร็งสมองบางชนิดที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จัดเป็นมะเร็งระยะลุกลาม แม้ยังไม่มีมีการแพร่กระจายก็ตาม ในทำนองเดียวกัน มะเร็งระยะแพร่กระจายก็ไม่จำเป็นต้องเป็นมะเร็งระยะลุกลาม เช่น มะเร็งของอวัยวะ แม้ว่าจะมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นแล้ว แต่ก็ยังมีวิธีรักษาได้

มะเร็งระยะลุกลามเฉพาะที่ (locally advanced cancer) หมายถึง มะเร็งที่มีการเจริญเติบโตออกไปนอกอวัยวะนั้นๆ แล้ว แต่ยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นในร่างกาย มะเร็งในระยะนี้ ที่สามารถรักษาให้หายได้ เช่น มะเร็งต่อมลูกหมากมะเร็งระยะลุกลามเฉพาะที่ และระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ เช่น มะเร็งตับอ่อน เป็นต้น ส่วนใหญ่มะเร็งระยะลุกลาม มักเกิดขึ้นภายหลังจากที่เป็นมะเร็งแล้วระยะหนึ่ง และการรักษา ที่ได้รับไม่สามารถหยุดยั้งการเจริญของมะเร็งได้ อาการของผู้ป่วยเหล่านี้มักแยลงและจำเป็นต้องได้รับการรักษา โดยอาการที่มักพบบ่อย ได้แก่ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด อาการปวด เช่น ปวดกระดูกจากการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังกระดูก ปวดท้องจากการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังตับ และอาการเหนื่อยหอบจากการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังปอด เป็นต้น

ดังนั้น การรักษามะเร็งลำไส้ระยะลุกลาม แม้ไม่มีวิธีทำให้หายขาดจากโรคได้ แต่การรักษาเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากตัวโรคและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งยังช่วยยืดชีวิตของผู้ป่วยด้วย โดยผู้ป่วยและญาติสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาได้ตามความต้องการของตนเอง เพื่อที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้อย่างมีความสุข ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ไม่มีอาการ ได้เปลี่ยนจากการผ่าตัดมาเป็นการให้ยาเคมีบำบัด นอกจากนี้มีอาการแทรกซ้อนจากมะเร็งต้นกำเนิด (primary tumor) เช่น ลำไส้ใหญ่อุดตัน (obstruction), ทะลุ (perforation) หรือเลือดออก (bleeding) ซึ่งพบได้บ่อย อาจรุนแรงถึงชีวิต จนต้องรักษาด้วยการผ่าตัด ภาวะลำไส้ใหญ่อุดตันเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุด คือ ร้อยละ 10-26 ของมะเร็งลำไส้ระยะลุกลาม โดยพบที่ลำไส้ด้านซ้าย (sigmoid, descending colon) มากกว่าด้านขวา (caecum, ascending, transverse colon) และลำไส้ตรง (rectum)

มะเร็งกลับซ้ำ (Recurrent cancer) หมายถึง การกลับมาเป็นซ้ำของมะเร็งหลังจากรักษาจนมีการหายขาดของโรค (Remission) แล้ว มะเร็งกลับซ้ำอาจเป็นแบบเฉพาะที่ (Local recurrence) ในบริเวณข้างเคียง (Regional recurrence) และแบบมีการแพร่กระจาย (Metastatic recurrence) ซึ่งการรักษามะเร็งทำได้ยากกว่าการรักษาครั้งแรก แต่ยังไม่จัดเป็นมะเร็งระยะลุกลาม หากยังสามารถรักษาให้หายได้ ในกรณีที่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น (Metastatic recurrence) แล้ว มักจัดว่าเป็นมะเร็งระยะลุกลาม

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะการกลับซ้ำ ที่มีการผ่าตัด Gastrojejunostomy หรือ Billroth II

การผ่าตัด Gastrojejunostomy หรือ Billroth II เป็นการผ่าตัดเอากระเพาะอาหารส่วนปลายเชื่อมต่อกับลำไส้เล็กส่วนกลาง โดยอาหารจากกระเพาะอาหารจะไม่ผ่านลำไส้เล็กส่วนต้น หรือบริเวณที่การอุดตันโดยตรง จะทำการผ่าตัดในแนวกลางลำตัว ตั้งแต่ระดับเหนือสะดือจนถึงกระดูกหน้าอก ผู้ป่วยจะมีแผลรอยแผลผ่าตัดในแนวกลางร่างกาย (ศิริรัตน์ จารุรัชกุล, 2560)

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 1) ปอดแฟบหลังผ่าตัด 2) เกิดภาวะปอดอักเสบหรือปอดอักเสบบริเวณทอกลม 3) การเกิดหลอดเลือดดำอุดตัน 4) การเกิดลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด 5) การเกิดภาวะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด 6) กล้ามเนื้ออ่อนแรงทั่วๆ ไป 7) การติดเชื้อที่แผล

การรั่วของรอยต่อ (Leakage of gastrojejunostomy anastomosis) (อรรถวุฒิ เชื้อทอง, ม.ป.ป.) อาจเกิดขึ้นได้ หากทำการตัดต่อลงที่เนื้อเยื่อที่ไม่สมบูรณ์ เนื้อเยื่อที่มีการอักเสบ หรือมีความตึงบริเวณรอยต่อ ทำให้มีโอกาสรั่วของรอยต่อได้สูง

อาการที่ควรตระหนักของภาวะนี้ คือ ผู้ป่วยมีอาการปวด มีไข้ และมีอาการของการติดเชื้อ การตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีทางรังสีวิทยา ได้แก่ การทำ water soluble contrast study เพื่อหาตำแหน่งและขนาดของ รูรั่ว เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้การรักษาต่อไป หาก content จากรูรั่ว ไม่กระจายไปทั่วๆท้อง และอาการของผู้ป่วยไม่ได้มีภาวะติดเชื้อรุนแรง การรักษาคควรพิจารณาให้งดอาหารและน้ำ ใส่สายยางทางจมูก (NG Tube) เพื่อลดแรงดัน (decompression) การให้ยาปฏิชีวนะ รวมถึงการทำการระบาย (drainage) ด้วย PCD (Percutaneous Drainage) ในกรณีที่รูรั่วขนาดใหญ่และมีการกระจายของ content ไปทั่วๆท้อง การพิจารณาการผ่าตัดเพื่อตัดรอยต่อ (anastomosis site) เดิมออกแล้วต่อใหม่

ทวารเทียม (จุฬารพร ประสงค์, 2562)

ทวารเทียมหรือทวารใหม่ หรือเรียกทับศัพท์ว่า "ออสโตมี" เป็นการนำลำไส้มาเปิดออกทางหน้าท้อง เพื่อขับถ่ายของเสียระบบทางเดินอาหาร โดยทำหน้าที่เป็นทางออกเพื่อขับถ่ายอุจจาระ อาจเป็นแบบถาวร หรือแบบชั่วคราว ซึ่งสามารถผ่าตัดต่อปิดทวารเทียมให้ถ่ายทางทวารหนักได้เหมือนเดิม วัตถุประสงค์ดังนี้

- 1) ป้องกันหรือลดปริมาณอุจจาระที่จะผ่านลงสู่รอยโรค รอยต่อลำไส้ หรือแผลหลังได้รับการผ่าตัดที่ไม่ต้องการให้อุจจาระผ่าน
- 2) เป็นทางออกถาวรของอุจจาระ ในกรณีที่ลำไส้ตรงส่วนปลายหรือทวารหนักได้รับการผ่าตัดออก
- 3) เพื่อการรักษาจากการบาดเจ็บรอยต่อลำไส้ชนิดของทวารเทียม

แบ่งตามระยะเวลาการใช้งาน เป็น 2 ชนิด ได้แก่

- 1) ชนิดถาวร (Permanent colostomy) หมายถึง การทำผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้องที่ไม่มีโอกาสจะต่อลำไส้ให้กลับไปมีการขับถ่ายอุจจาระตามเดิมได้ ผู้ป่วยต้องมีทวารเทียมไปตลอดชีวิต เช่น การผ่าตัด Abdominoperineal Resection (APR)
- 2) ชนิดชั่วคราว (Temporary colostomy) หมายถึง การเปลี่ยนทางผ่านของอุจจาระทำทางเปิดทางเบี่ยงชั่วคราว เป็นการแก้ไขความผิดปกติของลำไส้ และแผลรอยต่อลำไส้ส่วนนั้นหายดีแล้วก็จะปิดทวารเทียมภายหลัง

ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดเปิดทวารเทียม

- 1) เพื่อลดแรงดันในระบบทางเดินอาหาร และระบายสารคัดหลั่งจากระบบทางเดินอาหารเหนือบริเวณที่ลำไส้อุดตัน
- 2) เพื่อไม่ให้สารคัดหลั่งจากระบบทางเดินอาหารผ่านรอยต่อของลำไส้ ซึ่งอาจจะมีรั่วหรือไม่ให้ผ่านบริเวณที่เป็นรูติดต่อด (fistula) เช่น การทะลุระหว่างลำไส้และช่องคลอด
- 3) เพื่อทำหน้าที่แทนทวารหนักในผู้ที่ทำ Abdominoperineal Resection (APR) หรือ ในกรณีที่ยังไม่สามารถต่อลำไส้หลังผ่าตัดได้

4) ลำไส้มีความผิดปกติแต่กำเนิด (Congenital anomalies) เช่น ไม่มีรูทวารหนัก (Imperforated anus) หรือมีการตีบแคบของรูทวารหนัก

5) ลำไส้ใหญ่มีการทะลุ หรือมีการติดเชื้อ เช่น colitis, Crohn's disease หรือ Diverticulitis

6) มะเร็งของลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เกิดภาวะลำไส้อุดตัน

7) ลำไส้ใหญ่ได้รับการบาดเจ็บ จากอุบัติเหตุถูกแทงหรือรูทวารหนักได้รับบาดเจ็บ มีแผลทะลุ

ลักษณะของอุจจาระและการทำงานของทวารเทียม จะมีความแตกต่างกันตามส่วนของลำไส้ที่นำมาเปิดทางหน้าท้อง คือ (วิภาวดี ว่องวรานนท์, 2559)

ทวารเทียมส่วนลำไส้ใหญ่ (colostomy) ส่วนขึ้น (ascending colostomy) เริ่มทำงานประมาณวันที่ 3 หลังผ่าตัด ลักษณะของเสียที่ออกมาจะเป็นเหลวๆ ส่วนแนวขวาง (transverse colostomy) เริ่มทำงานในวันที่ 3-4 หลังผ่าตัด อุจจาระจะมีลักษณะเหลวข้นปนเนื้ออุจจาระมากขึ้นและมีกลิ่น ส่วนลง (Descending colostomy) ปกติลำไส้จะเริ่มทำงานหลังผ่าตัด 4-5 วัน หลังผ่าตัดระยะแรกอุจจาระจะมีลักษณะเหลว มีกลิ่นเหม็น และจะค่อยๆเปลี่ยนเป็นกากมากขึ้นจนมีลักษณะเป็นก้อน ส่วนคด (sigmoid colostomy) เริ่มทำงานในวันที่ 5 หลังผ่าตัด อุจจาระจะมีลักษณะเป็นก้อนใกล้เคียงปกติ มีปริมาณน้ำไม่มากเนื่องจากถูกดูดซึมกลับก่อนที่จะถึงลำไส้ส่วนนี้ อาจถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง มีกลิ่น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาหารที่รับประทาน ผู้ป่วยสามารถฝึกหัดควบคุมการขับถ่ายอุจจาระออกเป็นเวลาได้

ทวารเทียมส่วนลำไส้เล็ก (Ileostomy) เริ่มทำงานภายใน 48-72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด อุจจาระจะมีลักษณะเหลว เป็นน้ำสีเขียวย ออกประมาณวันละ 1,500-1,800 ซีซีต่อวัน ในระยะนี้อาจเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรลัยต์ ผู้ป่วยควรได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ เมื่อลำไส้เริ่มปรับตัวและดูดซึมได้มากขึ้น อุจจาระจะมีลักษณะข้นขึ้น และมีปริมาณลดลง แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ในช่วง 3 วันแรกหลังการผ่าตัด อุจจาระที่ออกมาจะมีลักษณะคล้ายน้ำดี และมีน้ำจำนวนมาก จะมีปริมาณเพิ่มขึ้นและมากที่สุดวันที่ 3 หรือ 4 หลังการผ่าตัด

ระยะที่ 2 ในระหว่างวันที่ 4-6 หลังการผ่าตัด อุจจาระจะข้นขึ้นและปริมาณลดลงเล็กน้อย

ระยะที่ 3 ในระหว่างสัปดาห์ที่ 2- 8 หลังการผ่าตัด อุจจาระจะมีปริมาณลดลงและออกอย่างคงที่ ทำให้อุจจาระข้นขึ้นและเหลือประมาณวันละ 200-700 ซีซีต่อวัน

ภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดเปิดทวารเทียม แบ่งได้เป็น 2 ระยะ คือ

ระยะแรกหลังผ่าตัด (Early complication) เกิดขึ้นภายใน 30 วันหลังผ่าตัด เช่น ลำไส้เปิดเน่าตาย (necrosis) มักพบใน 24-72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ภาวะที่รอยเย็บระหว่างทวารใหม่กับผิวหนังแยก (mucocutaneous separation) มีการคั่งของโพรงหนองบริเวณรอบทวารเทียม (parastomal abscess) เป็นต้น

ระยะยาว (Late complication) ระยะเวลาเป็นเดือนหรือเป็นปี เช่น ภาวะลำไส้ยื่นเปิดผิดปกติ (stomal prolapse) ภาวะไส้เลื่อน (parastomal hernia) ภาวะช่องเปิดลำไส้ตีบ (stomal stenosis) เป็นต้น

ภาวะแทรกซ้อนบางชนิดเกิดขึ้นได้ทั้ง 2 ระยะ เช่น ภาวะเลือดออกทางลำไส้เปิด (stomal bleeding) ขึ้นกับสาเหตุที่พบ ภาวะลำไส้เปิดถูกดึงรั้งเข้าไปในช่องท้อง (stomal retraction) โดยอาจเกิดจากปัจจัยอื่นๆ เช่น ภาวะทุพโภชนาการ การได้รับยา steroids หรือผู้ป่วยอ้วนขึ้นทำให้ผนังหน้าท้องหนาขึ้น เป็นต้น

ผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียม ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความผิดปกติของระบบทางเดินอาหารและระบบขับถ่าย การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งล้วนกระทบต่อสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยสรุปได้ดังนี้ (อรอนงค์ ทัพสุวรรณ, 2557 และณัฐธรมย์ ชุตติกาโม, 2559)

1) ภาวะทุพโภชนาการ จากการรับประทานอาหารลดลง ไม่อยากอาหารเพราะกลัวว่าจะทำให้เกิดอาการท้องผูก ร่วมกับการสูญเสียเลือดจากอาการถ่ายเป็นเลือด อีกทั้งก่อนมะเร็งทำให้เกิดการเผาผลาญในร่างกายสูงขึ้น ทำให้ร่างกายสูญเสียโปรตีนและไขมันที่สะสมในร่างกาย จึงมีอาการแสดงด้วยการมีน้ำหนักลด อ่อนเพลีย และอาจมีภาวะโลหิตจางตามมา

2) การสูญเสียการควบคุมการขับถ่าย เป็นผลจากการที่ก้อนมะเร็งไปขวางหรือไปกดตำแหน่งภายในลำไส้ ทำให้ขัดขวางการเคลื่อนไหวลำไส้และการทำงานของลำไส้ในส่วนนั้นๆ อีกทั้งอาจเกิดการขาดเลือดไปเลี้ยงทำให้เกิดการตายของลำไส้บางส่วนได้ นอกจากนี้ ผลจากการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออก ทำให้บางครั้งต้องมีการผ่าตัดอวัยวะส่วนนั้นออกทั้งหมด เกิดการสูญเสียอวัยวะ มีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของอวัยวะนั้นๆ ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะนั้นๆ ลดลงหรือไม่สามารถทำงานได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งก้อนมะเร็ง ชนิดการผ่าตัด และสภาพร่างกายผู้ป่วยโดยทั่วไป ในรายที่ทำผ่าตัดเปิดทวารเทียม ผู้ป่วยจะสูญเสียความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ สิ่งที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยมาก คือการที่ต้องเผชิญกับการมีถุงรองรับอุจจาระ การขับถ่ายไม่เป็นเวลา การเกิดกลิ่นและลมของอุจจาระ

3) การขับถ่ายเปลี่ยนแปลง มีลักษณะอุจจาระไหลออกมาจากทวารเทียมมากผิดปกติ สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการรับประทานอาหารและชนิดของอาหารที่รับประทาน การรับประทานอาหารที่ไม่คุ้นเคย ส่งผลให้ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระออกทางทวารเทียมจำนวนมาก อีกทั้งอุจจาระอาจมีลักษณะเหลวมากกว่าปกติ การขับถ่ายอุจจาระมากผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียน้ำและเกลือแร่ จึงอาจเกิดอาการขาดน้ำ (dehydration) และอ่อนเพลียตามมา

4) ไม่สุขสบายจากอาการผิดปกติของผิวหนังรอบทวารเทียม (peristomal skin disorders) ในผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง อาจมีอาการผิดปกติต่างๆเกิดขึ้นกับผิวหนังรอบทวารเทียม ซึ่งเป็นผลจากทวารเทียม อุจจาระ รวมทั้งการดูแลที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดและไม่สุขสบายตามมา

5) ปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ มักมีปัญหาการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ เนื่องจากการผ่าตัดไปกระทบต่ออวัยวะบริเวณอุ้งเชิงกราน ซึ่งมีผลต่อระบบประสาทที่ควบคุมการทำงานของอวัยวะเพศ อีกทั้งผู้ป่วยทวารเทียม มักจะรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ มีความวิตกกังวลในความรู้สึกที่มีต่อตนเองและที่คู่สมรสมีต่อผู้มีทวารเทียม รวมถึงการกลัวที่จะมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส ความต้องการทางเพศเป็นหนึ่งในความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน เป็นเรื่องจำเป็นและขาดไม่ได้ในชีวิตสมรส ทำให้ชีวิตสมรสสมบูรณ์แบบและ

มีความสุขได้อย่างแท้จริง โดยบริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทย ทำให้การพูดเรื่องเพศเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยทวารเทียมจึงมักถูกละเลยในการพูดถึงความต้องการทางเพศด้วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกคับข้องใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพทางเพศที่เกิดขึ้น ถ้าหากไม่ได้รับการให้คำปรึกษาที่ดี ก็จะส่งผลกระทบต่อทำให้เกิดปัญหาครอบครัว ที่พบมากที่สุดคือ การแตกแยกในครอบครัว ปัญหาการหย่าร้าง บางรายอาจรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ถึงกับอยากฆ่าตัวตาย

6) สูญเสียภาพลักษณ์ การผ่าตัดเปิดทวารเทียม เป็นการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการขับถ่าย ที่ต้องมาขับถ่ายออกทางหน้าท้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกผิดปกติ รู้สึกว่าตนเองพิการ เป็นที่รังเกียจของสังคมจากการที่ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง การที่ผู้ป่วยมีช่องเปิดของลำไส้ใหญ่ทางหน้าท้องและต้องขับถ่ายโดยมีผู้มองเห็นการขับถ่ายอย่างเปิดเผย และลำไส้ใหญ่ที่เปิดออกทางหน้าท้องก็เปรียบเหมือนมีแผลที่เปิดตลอดเวลา แม้ไม่มีความเจ็บปวดแต่ก็ทำให้เกิดความกลัว ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม เกิดความรู้สึกเกลียดตนเอง สงสารตนเอง การรับรู้คุณค่าในตนเองลดลง (low self-esteem) กลัวตาย กลัวถูกทอดทิ้งและพยายามแยกตัวออกจากสังคม โดยจะกล่าวถึงภาพลักษณ์ของออสโตเมท (Body Image of Ostomate) ได้ดังนี้

ออสโตเมท (ostomate) หมายถึง ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (ณัฐธรมย์ ชุตติกาโม, 2559)

ภาพลักษณ์ (Body Image) หมายถึง การรับรู้ที่บุคคลนั้นรู้สึกและมีทัศนคติต่อร่างกายและความสามารถในตนเองประกอบด้วย ดังนี้ (จุฬาร ประสังสิต, 2562)

- ภาพลักษณ์ของร่างกายที่เป็นจริง (body reality) เป็นการรับรู้ของบุคคล ที่มีต่อร่างกายหรือลักษณะทางกายภาพที่เป็นจริง เช่น ผู้ป่วยรับรู้ว่ามึลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

- ภาพลักษณ์ของร่างกายในอุดมคติ (body ideal) เป็นการรับรู้ความต้องการของบุคคลต่อร่างกาย หรือลักษณะทางกายภาพของตนเองว่ามีความต้องการหรืออยากให้เป็นอย่างไร เช่น ผู้ป่วยอยากให้หน้าท้องเรียบเนียนไม่มีใครเห็น

- ภาพลักษณ์ของร่างกายตามการแสดงออก (body presentation) เป็นรูปแบบการแสดงออกต่อร่างกายตนเองจากการปรับระหว่างความเป็นจริงกับความคาดหวัง เช่น ผู้ป่วยหาถุงผ้ามาครอบปิดบริเวณลำไส้เปิดทางหน้าท้องเพื่อไม่ให้ใครเห็น

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาพลักษณ์ 1) อายุ วัยทำงานจะได้รับผลกระทบจากสังคมต่อภาพลักษณ์มากกว่าวัยสูงอายุที่ส่วนใหญ่ดำเนินชีวิตอยู่ที่บ้าน 2) เพศ ผู้หญิงจะคำนึงถึงภาพลักษณ์ ความสวยงามมากกว่าผู้ชาย 3) วัฒนธรรมสิ่งแวดล้อม การเลี้ยงดู รวมทั้งครอบครัว ซึ่งขึ้นกับการรับรู้ ความคาดหวังของสังคม ดังนั้นการมีทัศนคติเชิงลบ อาจมีผลกระทบให้การรับรู้ภาพลักษณ์ไม่ดี 4) สถานภาพทางสังคม มีอิทธิพลทำให้บุคคลมีความต้องการในการยอมรับ เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจและเพิ่มระดับการยอมรับตนเอง 5) เทคโนโลยีหรือสื่อต่างๆ ที่ทันสมัยมากขึ้น ทำให้ได้รับข้อมูลที่มีความหลากหลายทั้งเชิงบวกและเชิงลบ

7) ความวิตกกังวล ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ จะไม่ยอมรับว่าเป็นความจริง โกรธ และเป็นเรื่องปกติที่มีการเชื่อมโยงไปสัมพันธ์กับการต้องติดถุงหน้าท้องเพื่อรองรับสิ่งขับถ่าย ซึ่งทำให้ง่วงและกลัวมากขึ้น เมื่อได้รับแจ้งว่าอาจต้องมีทวารเทียมหรือจำเป็นต้องมีทวารเทียม ผู้ป่วยเกิดความทุกข์

เพิ่มขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ กังวลเกี่ยวกับผลการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน และกลัวตาย รวมไปถึง ผู้ดูแลบางรายมีอาการหงุดหงิด ความรู้สึกผิด และวิตกกังวลตามไปด้วย สิ่งสำคัญที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยมาก คือการที่ต้องเผชิญกับการมีถุงรูดรับอุจจาระ การขับถ่ายไม่เป็นเวลา การเกิดกลิ่นและลมของอุจจาระ สิ่งเหล่านี้สร้างความคับข้องใจแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล กลัวคนอื่นรังเกียจ ผู้ป่วยจะรู้สึกเหมือน ร่างกายของเขา กลับกลายเป็นเด็กอีกครั้งหนึ่ง ที่ไม่สามารถบอกหรือควบคุมการขับถ่ายได้ เป็นภาวะที่คุกคาม ทั้งร่างกายและจิตใจ เพิ่มพูนความรู้สึกหมดหวังและท้อแท้ ผู้ป่วยเหล่านี้มักจะแสดงอาการโกรธ ซึมเศร้า หมดหวังในชีวิต มองเห็นว่าการมีช่องเปิดของลำไส้ใหญ่ทางหน้าท้อง และการมีอุจจาระไหลตลอดเวลา เป็นสิ่ง สกปรก เนื่องจากสิ่งที่ออกมาทางช่องเปิดของลำไส้ใหญ่คืออุจจาระ ซึ่งเป็นสิ่งปฏิกูล น่ารังเกียจไม่ว่าจะ เป็น ลักษณะ สี กลิ่น และวิธีขับถ่าย ซึ่งปกติจะต้องเป็นสิ่งที่ปฏิบัติในที่ลับตาคน

8) ภาวะซึมเศร้า ผลจากการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์และความวิตกกังวล อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิด ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมอย่างถาวร จะต้องใช้ชีวิตอยู่กับการมีลำไส้เปิดออกทาง หน้าท้อง ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนเองพิการ เป็นที่รังเกียจของสังคม ซึ่งถ้าผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวยอมรับการมี ทวารเทียมได้ ก็จะเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา เมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่ดีแล้วมีผลทำให้ทัศนคติไม่ดี และมี พฤติกรรมไม่เหมาะสมกับโรคและการดูแลตนเอง ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพการมีทวารเทียม ตลอดจน วิธีการขับถ่ายทางหน้าท้องที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้เอง มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน อีกทั้งการมองเห็นถุงบรรจุอุจจาระทางหน้าท้องเหมือนกับการมองเห็นโรคมะเร็งที่ไม่มีวันหาย ซึ่งส่งผล ทางด้านจิตใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

9) ปัญหาค่าใช้จ่าย เนื่องจากขั้นตอนในการวินิจฉัยและรักษามีหลายขั้นตอน และต้องใช้ระยะเวลา ยาวนานในการรักษา และติดตามอาการ ส่งผลให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา การเดินทางมาตรวจ และ ค่าใช้จ่ายในการทำหัตถการต่างๆ นอกจากนี้ ผลกระทบทางร่างกายและจิตใจ ทำให้บทบาทในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง ในรายที่ร่างกายอ่อนเพลียจากโรคมะเร็งหรือรายที่ต้องเข้ารับการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วย ไม่สามารถออกไปทำงานหารรายได้มาเลี้ยงครอบครัว ผู้ป่วยบางรายต้องเปลี่ยนงานที่ทำประจำหรือลาออก จากงาน รวมทั้งการดูแลทวารเทียมมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างมาก เช่น อุปกรณ์ถุงรูดรับอุจจาระ เป็นต้น ส่งผล กระทบต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัว รวมทั้งอาจมีผลต่อสมาชิกในครอบครัวต้องลางาน ผลัดเปลี่ยนกันมาดูแล ผู้ป่วย ทำให้สูญเสียรายได้ประจำ

10) บทบาทหน้าที่ในการใช้ชีวิตในสังคมของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง มีข้อจำกัดหลายประการ เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งกาย การทำงาน การเดินทางไกล การนอนหลับพร้อมถุงรูดรับอุจจาระ และการต้องขับถ่ายทางหน้าท้อง เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นใจต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน มีพฤติกรรม เก็บตัวอยู่กับบ้าน แยกตัวจากสังคม มีการเปลี่ยนแปลงอาชีพการงาน บางรายต้องออกจากงานมาอยู่บ้าน ส่งผลกระทบต่อรายได้และค่าใช้จ่ายในครอบครัว และมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่จากผู้นำครอบครัวมา เป็นผู้ป่วย

11) ผลกระทบต่อครอบครัว เมื่อมีคนในครอบครัวเป็นโรคมะเร็ง ครอบครัวมักมีความทุกข์ เกิดความเครียด และวิตกกังวล ในผู้ป่วยที่มีทวารเทียมซึ่งยังปรับตัวในการดูแลตนเองไม่ได้ ครอบครัวจำเป็นต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จึงส่งผลให้ครอบครัวเกิดความเครียดและวิตกกังวล และพบปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัวตามมา

ภาวะลำไส้สั้น (short bowel syndrome) (กุสุมา ชินอรุณชัย, 2558)

คือภาวะที่ทางเดินอาหาร ไม่สามารถทำหน้าที่ย่อยและดูดซึมทั้งสารอาหาร เกลือแร่ และวิตามิน ได้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายเมื่อได้รับอาหารปกติ เป็นหนึ่งในภาวะลำไส้ล้มเหลว (intestinal failure) ที่พบได้บ่อยที่สุด โดยภาวะลำไส้สั้นเป็นความผิดปกติทางกายภาพและสรีรวิทยาของทางเดินอาหาร จากการผ่าตัดตัดต่อลำไส้หรือจากโรคที่ทำให้มีพื้นที่ผิวในการดูดซึมสารอาหารลดลง จนเป็นผลให้ร่างกายขาดสารอาหารและสารน้ำ ดังนั้น การให้การดูแลผู้ป่วยลำไส้สั้น จึงต้องพิจารณาจากทั้งลักษณะทางกายวิภาค และสรีรวิทยาของทางเดินอาหาร โดยต้องพิจารณาวางแผนให้โภชนบำบัดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งในแง่ของโภชนาการ การให้การดูแลทางการแพทย์อื่นๆ เพื่อความสมดุลของสารน้ำ สารอาหาร และเกลือแร่ การให้โภชนบำบัดในผู้ป่วยลำไส้สั้น ประกอบไปด้วย การให้อาหารผ่านทางเดินอาหาร ซึ่งจะช่วยกระตุ้นการปรับตัวของทางเดินอาหาร การให้สารอาหารผ่านทางหลอดเลือดดำ การให้สารน้ำ การให้ยาเพื่อควบคุมการสูญเสียสารน้ำ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนี้ การดูแลสภาวะจิตใจของผู้ป่วยและญาติ ก็มีความสำคัญเช่นกัน

การให้โภชนบำบัดในผู้ป่วยภาวะลำไส้สั้น เป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะลำไส้สั้น คือ การให้สารอาหาร วิตามิน เกลือแร่ และสารน้ำที่เหมาะสม เพื่อคงภาวะโภชนาการและสมดุลสารน้ำที่ดี พร้อมกับการกระตุ้นลำไส้ส่วนที่ยังทำงานให้ปรับตัว จนสามารถการให้สารน้ำและสารอาหารทางหลอดเลือดดำได้ ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยโรคลำไส้สั้น ต้องมีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันดูแล โดยประเมินจากกายวิภาค พยาธิสรีรวิทยา และการปรับตัวของทางเดินอาหารให้ผู้ป่วยที่มีภาวะลำไส้สั้น ความยาวของลำไส้ ที่เหลือ และกายวิภาคของลำไส้เล็กส่วนที่เหลือว่าต่อเนื่องกับลำไส้ใหญ่หรือไม่ จะช่วยทำนายความรุนแรงและประเมินความต้องการด้านโภชนาการว่า ผู้ป่วยรายใดที่มีความจำเป็นต้องได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำ ที่บ้าน ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้เล็กจำนวนมากในระยะแรกจะมีการสูญเสียสารน้ำและเกลือแร่เป็นปัญหาสำคัญ การดูแลให้สารน้ำและเกลือแร่จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อรักษาชีวิต และควบคุมสัญญาณชีพให้คงที่ โภชนบำบัดในระยะนี้ ผู้ป่วยส่วนมากยังรับประทานอาหารผ่านทางเดินอาหารไม่ได้ ดังนั้น จึงมักจะได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำในช่วงระยะเวลา 7-10 วันแรก ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

การติดตามผู้ป่วยภาวะลำไส้สั้นหลังให้โภชนบำบัดในระยะยาว ทีมผู้ให้การดูแล ควรติดตามเรื่องอาการ การรับประทานอาหาร ปริมาณปัสสาวะ ปริมาณสารน้ำที่ออกต่อวัน ตรวจร่างกาย เพื่อประเมินลักษณะการขาดสารอาหารหลักและสารอาหารรอง และประเมินภาวะขาดสารน้ำ ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยภาวะลำไส้สั้น แนะนำให้ประเมินอิเล็กโทรไลต์ รวมถึงแคลเซียม แมกนีเซียม และฟอสฟอรัส ระดับ

วิตามิน แร่ธาตุต่าง ๆ โดยความถี่ของการตรวจนั้น อาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล โดยควรติดตามประเมินเกลือแร่และการตรวจเม็ดเลือดแบบสมบูรณ์ (complete blood count) บ่อย ๆ เพื่อประเมินการขาดสารน้ำภาวะไตวาย และโลหิตจาง ส่วนวิตามินและแร่ธาตุนั้น ควรประเมินอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และควรประเมินวิตามินที่ละลายในไขมัน (วิตามินเอ ดี อี และ เค) วิตามินบี 12 โฟเลต ธาตุเหล็กสังกะสี และทองแดง นอกจากนี้ อาจต้องประเมินปริมาณปัสสาวะเป็นระยะโดยเป้าหมาย คือ ให้มีปัสสาวะอย่างน้อย 1,000 มิลลิลิตรต่อวัน มีปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ (urine Na) มากกว่า 20 mEq/L ควรตรวจการทำงานของตับเป็นระยะ หากพบว่ามีระดับของ alkaline phosphatase ระดับเอนไซม์ตับหรือบิลิรูบินมีแนวโน้มสูงขึ้น อาจบ่งบอกถึงภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ (PN-related cholestasis และ hepatic injury)

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (อินทิรา มหาวิรนนท์, 2560 และไลทอง ภัทรปรียากุล, 2562)

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เป็นการให้การดูแลที่มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริม ช่วยเหลือและดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆ อันจะนำไปสู่ภาวะปกติสุข เป็นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ พยาบาลต้องประเมินผู้ป่วยในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ การประเมินปัญหาและความต้องการ ตลอดจนศึกษาผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งให้ข้อมูลญาติผู้ดูแลผู้ป่วย นำมาสรุปประเด็นปัญหา เพื่อหาแนวทางให้การพยาบาล ดังนี้

1) การพยาบาลตามกลุ่มอาการ ได้แก่

1.1) อาการปวด

1.1.1) ประเมินอาการปวด โดยใช้แบบฟอร์ม Pain Assessment Chart ทำการบันทึกสิ่งต่างๆ ต่อไปนี้ ตำแหน่งที่ปวด โดยใช้ Body Chart ลักษณะความปวด สาเหตุการปวด ความรุนแรงของความปวด ระยะเวลาที่เริ่มปวด ช่วงระยะเวลาที่เกิดอาการปวด ผลการบำบัดที่เคยได้รับมาก่อน

1.1.2) ให้ยาแก้ปวดตามที่แพทย์กำหนด ยาที่ใช้มี 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) Non opioid analgesic 2) Weak opioid analgesic 3) Strong opioid analgesic

1.1.3) ให้ยาเพิ่มจากช่วงเวลาปกติ (PRN) ในกรณีที่ปวด

1.1.4) ติดตามดูแลสภาพทนต่อยา (Tolerance)

1.1.5) ติดตามดูแลผลข้างเคียง (Side effect) ที่อาจเกิดขึ้น

1.1.6) ค้นหาปัจจัยที่กระทบ ควบคุมความปวด

1.1.7) การให้คำแนะนำก่อนการบำบัดรักษาของแพทย์

1.1.8) การให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน

1.2) การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาาระบบทางเดินหายใจ

1.2.1) ประเมินสภาพผู้ป่วย

1.2.2) ค้นหาสาเหตุที่สามารถแก้ไขได้

- 1.2.3) ประเมินความรุนแรงของอาการ
- 1.2.4) ป้องกันสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาระบบทางเดินหายใจ
- 1.2.5) ดูแลผู้ป่วยได้รับยา การรักษาตามแผนการรักษา
- 1.3) การให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบทางเดินอาหาร
 - 1.3.1) ประเมินสภาพผู้ป่วยจากการสอบถามข้อมูล ฝ้าสังเกตอาการ การวินิจฉัยแยกโรค ภาวะโภชนาการของผู้ป่วย
 - 1.3.2) หาสาเหตุหรือปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้ ประวัติโรคประจำตัว
 - 1.3.3) ประเมินความรุนแรงของอาการ ผลกระทบที่เกิดจากการได้รับการรักษา
 - 1.3.4) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแนวทางการรักษาของแพทย์
 - 1.3.5) การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารอย่างเพียงพอและเหมาะสม
 - 1.3.6) ประสานงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพ เพื่อร่วมกันวางแผนให้การดูแล
 - 1.4) การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบปัสสาวะ
 - 1.4.1) ประเมินอาการผู้ป่วย
 - 1.4.2) ค้นหาสาเหตุที่สามารถแก้ไขได้โดยเฉพาะการติดเชื้อ
 - 1.4.3) ประเมินภาวะสมดุลของน้ำและเกลือแร่
 - 1.4.4) ให้ผู้ป่วยได้รับยาและปฏิบัติการต่างๆ ตามที่กำหนด
 - 1.4.5) ประสานงานกับบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแล
 - 1.5) ปัญหาอาการบริเวณผิวหนัง
 - 1.5.1) ประเมินอาการผู้ป่วย
 - 1.5.2) ค้นหาสาเหตุที่สามารถแก้ไขได้
 - 1.5.3) ป้องกันไม่ให้ผิวหนังแห้ง
 - 1.5.4) ประเมินผลกระทบในด้านต่างๆ
 - 1.6) ปัญหาด้านจิตใจ พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ต้องตระหนักอยู่ตลอดเวลาว่า การพยาบาลทุกอย่างที่ให้มีคุณค่าแก่ผู้ป่วยอย่างยิ่ง ต้องทบทวนและให้ความสำคัญกับพฤติกรรมบริการที่ต้องใช้ควบคู่กับทักษะอื่นๆ ได้แก่
 - 1.6.1) สนทนาได้ตอบข้อซักถามได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 - 1.6.2) การใช้มือสัมผัสสื่อถึงความห่วงใย ความเอาใจใส่
 - 1.6.3) การฟังความคิดและบางอย่างที่แฝงมาในคำพูด
 - 1.6.4) เข้าถึงความรู้สึก ไม่ปฏิเสธที่จะตอบคำถามผู้ป่วย
 - 1.6.5) การยอมรับคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย
 - 1.6.6) ความรู้ความสามารถทางการพยาบาล

2) การสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกสบายแก่ผู้ป่วย หมายถึง มีการจัดหาวิธีการหรือดำเนินการต่างๆ มาช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ผ่อนคลาย มีความสุข เพิ่มคุณภาพชีวิต เช่น การทำสมาธิ การนวด การใช้ดนตรีบำบัด เป็นต้น

3) การประเมินสภาพจิตใจอย่างต่อเนื่อง หมายถึง ให้การดูแลผู้ป่วย ฝ้าระวัง ติดตามประเมิน การเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจของผู้ป่วยเป็นระยะๆ เพื่อหาแนวทางป้องกันและหาแนวทางแก้ไขปัญหาลดความวิตกกังวล ความเครียดที่เกิดขึ้น

4) การฟื้นฟูสภาพร่างกาย หมายถึง มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยรับกับภาวะแทรกซ้อนหรือความไม่สุขสบายที่จะเกิดขึ้น จากการลุกลามของโรคหรือเกิดจากการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข

5) การบรรเทาอาการ หมายถึง มีการประเมินการเปลี่ยนแปลงซึ่งเป็นสาเหตุของความทุกข์ทรมานและความไม่สุขสบายของผู้ป่วย และหาแนวทางแก้ไขอาการนั้นๆ เช่น การพลิกตะแคงตัวเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตป้องกันการเกิดแผลกดทับ

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย แนวคิดสมรรถนะของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของมูลเลนและโทมัส ประกอบด้วย สมรรถนะ 4 ด้าน คือ (ธีรพร สติรอังกูร และคณะ, 2564)

1) ด้านการประเมินและวางแผนการดูแล (Assessment and care planning competence) ให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในด้านการประเมินและวางแผนการดูแล โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) เลือกใช้เครื่องมือในการประเมินสภาพ รวมทั้งการกำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการ มีการทบทวนและติดตามแผนอย่างต่อเนื่อง ทำหน้าที่ประสานงานร่วมกับทีมสุขภาพในโรงพยาบาลและในชุมชน รวมทั้งการเสริมสร้างพลังอำนาจ สอนและฝึกทักษะให้สามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพ

2) ด้านทักษะการสื่อสาร (Communication skill competence) ใช้ทักษะสื่อสารในการประเมิน การรับรู้ของผู้ป่วยและญาติต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้อย่างไรบ้าง โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย ให้ข้อมูลการวางแผนล่วงหน้าอย่างสม่าเสมอและต่อเนื่อง ในประเด็นของอาการที่เปลี่ยนแปลง แผนการรักษาความก้าวหน้าของโรค รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม แสดงความคิดเห็นร่วมวางแผนการดูแล แสดงออกถึงการเคารพความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและญาติ ด้วยความอ่อนโยน อ่อนน้อม เห็นอกเห็นใจ

3) ด้านการจัดการกับอาการ (Symptom management competence) ประเมินอาการ ความรุนแรง ตำแหน่งความทนต่ออาการ วิธีการจัดการกับอาการ มีการสอนทักษะการดูแล ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการจัดการอาการรบกวน ฝึกทักษะการใช้เครื่องผลิตออกซิเจนที่บ้าน การใช้ยาแก้ปวด การขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ รวมทั้งการประสานกับศูนย์เครื่องมือแพทย์ในการยืมอุปกรณ์ไปใช้ที่บ้าน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถจัดการอาการได้อย่างเหมาะสม

4) ด้านการวางแผนการรักษาล่วงหน้า (Advance care planning competence) วางแผนร่วมกับทีมสุขภาพในโรงพยาบาล กรณีผู้ป่วยเป็นมะเร็งปอดระยะลุกลามจะทำให้อาการทรุดลงรวดเร็วและอาจเสียชีวิตภายในเวลาอันใกล้ สิ่งที่สำคัญสำหรับระยะนี้คือ การบรรเทาอาการ (Symptom Control) การจัดการตัวโรค (Disease management) และการช่วยเหลือด้านอารมณ์สังคมและจิตวิญญาณ (Psycho-social and spiritual care) ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญของการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า

การพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม (จุฬาพร ประสงค์, 2562)

วัตถุประสงค์ของการผ่าตัดอาจเป็นการรักษาให้หายขาด หรือเป็นการรักษาแบบประคับประคอง ซึ่งสิ่งสำคัญคือ การกำหนดเป้าหมายร่วมกันของผู้ป่วยและแพทย์ผู้ให้การรักษา Surgical palliative procedure คือ การผ่าตัดที่หวังผลการรักษาเพื่อประคับประคอง มักเป็นการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนบริเวณลำไส้เปิด รวมถึงปัญหาด้านจิตใจจากการไม่ได้ถูกเตรียมพร้อมก่อนการผ่าตัด ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองที่มีทวารเทียม คือ ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงของอาการและการดำเนินของโรคเป็นระยะ ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง การมองเห็น การรับรู้ที่เปลี่ยนแปลง อยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น จึงเป็นประเด็นสำคัญที่พยาบาลต้องมีความรู้ในการดูแลทวารเทียม ปัญหาของผิวหนังรอบทวารเทียม รวมถึงการดูแลผู้ป่วยในช่วงระยะท้าย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

การกำหนดเป้าหมายในการดูแลร่วมกับผู้ป่วย เป้าหมายที่สำคัญอันดับแรก คือ จัดการอาการรบกวนที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย ให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นอิสระในการจัดการอาการรบกวน และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป้าหมายรอง คือ การดูแลไม่ให้เกิดแผลหรือภาวะแทรกซ้อนจากการมีทวารเทียม การจัดการกลิ่นรบกวน ควบคุมการบรรเทาอาการปวด

หลักในการดูแล การกำหนดวัตถุประสงค์ วางเป้าหมายในการดูแลร่วมกับผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัว รวมถึงสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมดูแล

- 1) กำหนดเป้าหมายการดูแลทวารเทียมให้ตรงกับเป้าหมายและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
- 2) ประเมินผลกระทบจากการมีทวารเทียมที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับ ในประเด็นปัญหาการดูแลอาการทุกข์ทรมาน ภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น เพื่อร่วมกันวางแผนให้การช่วยเหลือ
- 3) ประเมินทวารเทียมทุกครั้งที่ให้การดูแลและติดตามเป็นระยะ รวมทั้งลงบันทึกหลังจากการประเมินและให้การดูแล เพื่อติดตามความก้าวหน้าและวางแผนปรับปรุงวิธีการดูแลให้เหมาะสม
- 4) ประเมินวิธีการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย คือ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความสบาย
- 5) การดูแลผิวหนังเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนรอบทวารเทียม

5.1) การดูแลเพื่อป้องกัน peristomal skin complication คือ การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวหนังรอบทวารเทียมตามความเหมาะสม เช่น skin barrier film ทำหน้าที่เสมือนผิวหนังชั้นบนที่ช่วย

ปกป้องผิวระคายเคืองจากการสัมผัสกับ effluent ลดการเสียดสี ช่วยให้ผิวชุ่มชื้น และช่วยป้องกันผิวหนังหลุดลอกจากการลอกเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย

5.2) การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ (ostomy appliances) ที่เหมาะสมกับผิวหนังบริเวณหน้าท้องของผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

5.3) การเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย การระบายสิ่งขับถ่ายเมื่อมีปริมาณ 1/3 ของถุง ช่วยลดการดั่งรัง หลุดง่าย และต้องเปลี่ยนถุงบ่อยครั้งจนทำให้ผิวหนังรอบลำไส้ถูกทำลาย

ปัญหาสุขภาพที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง

1) ผู้ป่วยมีข้อจำกัดด้านระบบประสาทสั่งการและระบบประสาทรับความรู้สึก (motor and sensory deficits) การสอนหรือฝึกทักษะการดูแลทวารเทียมต้องปรับมาสอนกับผู้ดูแลผู้ป่วยแทน ความท้าทายในการดูแลคือ การดูแลให้ผู้ป่วยยังมีความรู้สึกเป็นอิสระ มีความภาคภูมิใจ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในระยะเจ็บป่วยและอยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่ง่ายต่อการใช้งาน เช่น one-piece colostomy bag หรือ moldable two-piece colostomy bag หลีกเลี่ยงการใช้แป้นชนิดที่ต้องวัดและตัด

2) ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการมองเห็น (Vision deficits) ทำให้ความสามารถในการวัดขนาดแป้นการตัดแป้น การเลือกระบายอาจทำได้ไม่ถนัด การไม่สามารถดูแลตนเองได้ ส่งผลต่อความเป็นอิสระของผู้ป่วย ควรใช้อุปกรณ์ที่ง่าย ฝึกและสอนผู้ป่วยกับผู้ดูแลไปพร้อมๆ กัน

3) ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านการรับรู้และเข้าใจ (Cognitive deficits) การวางแผนการดูแลเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องทำร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว ระบุผู้ให้การดูแลหลัก (main caregiver) การฝึกและสอนให้กับผู้ดูแลหรือบุคคลในครอบครัว และการประเมินความรู้สึกการเป็นภาระของผู้ดูแล (caregiver burden) ที่อาจเกิดขึ้นได้ เมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยทั้งหมด หากประเมินพบปัญหาต้องให้การช่วยเหลือโดยสลับผู้ดูแลได้พักผ่อน

ภาวะแทรกซ้อนบริเวณผิวหนังรอบทวารเทียม (peristomal complications)

1) การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณหน้าท้อง เช่น ผิวไม่เรียบ หน้าท้องยื่นจากมีน้ำในช่องท้อง (ascites) รอยแผลเป็นจากการผ่าตัดหรือการบาดเจ็บ การมีก้อนเนื้อในช่องท้อง การมีน้ำหนัลดตัวลดลง ทำให้ผิวหนังรอบๆ ลำไส้เปิดเกิดเป็นรอยพับย่น จำเป็นต้องได้รับการประเมินและเลือกใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสม

2) รอยเย็บระหว่างผิวหนังกับลำไส้เปิดแยกออกจากกัน (mucocutaneous suture line separation) อาจเกิดจากปัจจัยต่างๆ เช่น ภาวะทุพโภชนาการ ต้องได้รับการดูแลที่เหมาะสมและติดตามประเมินเป็นระยะ

3) ผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสารระคายเคือง (peristomal skin irritation) เช่น การสัมผัสสิ่งขับถ่าย หากทำความสะอาดไม่หมด อาจหลงเหลือสิ่งตกค้างอยู่ มักทำให้ระคายเคือง เห็นเป็นรอยแดง ผื่น มีอาการคัน อาจใช้ผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวหนัง เปลี่ยนถุงทันทีเมื่อมีอาการรื้อซึม กรณีผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องให้คำแนะนำกับผู้ดูแลแทน เพื่อป้องกันผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสารระคายเคือง

4) ภาวะไส้เลื่อน (parastomal hernia) เกิดจากการมีกล้ามเนื้อหน้าท้องไม่แข็งแรง หรือจากเทคนิคการผ่าตัดช่องเปิดของลำไส้โดยไม่ผ่านชั้นกล้ามเนื้อ rectus จึงไม่มีกล้ามเนื้อพุงลำไส้เปิด หากผู้ป่วยไอหรือร้องไหยใจหอบเหนื่อย ทำให้ลำไส้ในช่องท้องไหลมากองที่ชั้นใต้ผิวหนัง จะเห็นผิวหนังรอบๆ ลำไส้เปิดมีลักษณะบวม เป็นสาเหตุของการติดถุงได้ยาก แนะนำใช้ผ้าหรือผ้ายัดรัดหน้าท้องพุงหน้าท้อง (ตัดช่องไว้เพื่อให้สอดถุงรองรับสิ่งขับถ่ายได้) ใช้เข็มขัดช่วยยึดแป้น จะช่วยทำให้แป้นแนบสนิทกับผิวหนังดีขึ้น หลีกเลี่ยงการยกของหนัก การเบ่ง ไอหรือจามเรื้อรัง

5) หลอดเลือดดำโป่งพองบริเวณผิวหนังรอบลำไส้เปิด (carput medusa) พบในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตพอร์ทัลสูงและโรคตับระยะสุดท้าย โรคมะเร็งหรือตับแข็ง อาการที่พบได้ เช่น ผิวหนังรอบลำไส้เปิดมีสีม่วงคล้ำหรือมีเส้นเลือดโป่งพอง ควรระมัดระวังในการดึงลวดออกจากผิวหนัง เพราะอาจทำให้เลือดออกง่ายและหยุดยาก แนะนำสวมใส่เสื้อผ้าหลวมๆ ลดการเสียดสี หลีกเลี่ยงการใช้ถุงแบบ 2 ชั้น เพราะต้องกดแป้นเวลาติดถุง เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดเลือดออก แนะนำและฝึกการกดเบาๆ บนผิวหนัง เพื่อหยุดเลือด และรีบมาพบแพทย์หากเลือดออกไม่หยุด

การดูแลที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิต จำเป็นต้องสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยเริ่มตั้งแต่การเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจในระยะก่อนผ่าตัด การดูแลผู้ป่วยในระยะแรกหลังผ่าตัด และการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดในระยะการปรับตัว สิ่งสำคัญ คือ การให้สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลมีโอกาสเรียนรู้ ได้รับการเตรียมความพร้อมและมีส่วนร่วมในการดูแลทุกขั้นตอน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลตลอดจนสมาชิกในครอบครัว สามารถยอมรับและปรับตัวต่อการมีทวารเทียม โดยสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงกับระยะก่อนเจ็บป่วย และใช้ชีวิตอยู่กับการมีทวารเทียมได้อย่างมีความสุข

บทบาทพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียม ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (ostomate) มีการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้าง ความสัมพันธ์และหน้าที่ของอวัยวะในร่างกาย ทำให้ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ส่งผลกระทบต่ออาการลักษณะและแบบแผนการดำเนินชีวิต รู้สึกสูญเสียความมั่นใจ สูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง โดยจะกล่าวถึงบทบาทในแต่ละด้าน ดังต่อไปนี้ (ณัฐธรมย์ ชูติกาโม, 2559)

1. บทบาทด้านการปฏิบัติการพยาบาล การดูแลด้านร่างกาย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1.1) การประเมินสภาพร่างกายทั่วไป เพื่อติดตามอาการและสภาพของผู้ป่วยเมื่อมาพบแพทย์ตามนัด (Follow up) และค้นปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่บ้าน และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากทวารเทียม ซึ่งได้จากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เมื่อพบอาการผิดปกติพยาบาลสามารถประเมินปัญหา รวมทั้งรายงานอาการให้แพทย์ทราบเพื่อหาแนวทางการรักษาต่อไป เช่น อาการอ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้อาเจียน อาการปวดแผลหน้าท้องหรือแผลบริเวณก้น ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวด เป็นต้น

1.2) การประเมินทวารเทียม เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหรืออาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับทวารเทียม ได้แก่

1.2.1) ชนิดของทวารเทียม (stoma type) ส่วนของลำไส้ที่นำมาเปิดเป็น stoma (segment of bowel) ซึ่งสามารถดูได้จากรายงานการผ่าตัดของแพทย์

1.2.2) ความสมบูรณ์ของทวารเทียม (stoma viability) สังเกตจากลักษณะสีและความยืดหยุ่นของทวารเทียม ซึ่งลักษณะปกติจะมีสีแดงหรือชมพู มีความชุ่มชื้น ผิวเป็นมัน เรียบ นุ่ม ซึ่งเป็นปกติของผิวลำไส้

1.2.3) การยื่นของทวารเทียม (stoma height) ควรยื่นออกมาจากผนังหน้าท้องประมาณ 1-1.5 นิ้ว และมีช่องเปิดอยู่ตรงกลางยอดทวารเทียม เพื่อสะดวกในการปิดถุงและดูแลรักษาผิวหนังรอบๆ ช่องเปิดลำไส้ และเพื่อให้ของเสียหรืออุจจาระที่ออกมาตกลงสู่ถุงที่ปิดได้พอดี ถ้าทวารเทียมอยู่ระดับเดียวกับผิวหนังหรืออยู่ต่ำกว่าระดับผิวหนัง จะทำให้การดูแลรักษาผิวหนังรอบๆ ยาก เนื่องจากของเสียจะซึมได้ง่าย และทำให้ผิวหนังเกิดการระคายเคืองเกิดการอักเสบได้ง่าย ถ้าทวารเทียมยื่นออกมาจากหน้าท้องยาวเกินไป อาจเกิดการกระแทกกระแทก ช้ำ และเสียดสีกับอุปกรณ์ เสื้อผ้า เกิดเป็นแผลเป็นบนทวารเทียมได้ง่าย

1.2.4) ตำแหน่งของทวารเทียม (abdominal location) บริเวณหน้าท้องที่เปิดทวารเทียม ควรมีการบันทึกรายละเอียดว่าอยู่บริเวณหน้าท้องด้านซ้ายหรือด้านขวา ด้านบนหรือด้านล่าง โดยตำแหน่งของทวารเทียมที่ดี ควรอยู่ในบริเวณที่ไม่ทำให้เกิดปัญหาในการปิดถุงรองรับของเสีย เช่น ใกล้แผลผ่าตัด รอบเอว สะดือ รอยย่นของผิวหนังหรือปุ่มกระดูก

1.2.5) โครงสร้างของทวารเทียม (stoma construction) ดูจากรายงานการผ่าตัด และรูปแบบของการผ่าตัด เช่น double barrel ostomy จะเห็นช่องเปิด 2 แห่ง คือ ส่วน proximal loop จะเป็นทางออกของอุจจาระ และส่วน distal loop จะเป็นทางออกของ mucous

1.2.6) ผิวหนังปกติรอบทวารเทียม (peristomal skin) จะเป็นผิวที่สมบูรณ์แข็งแรง ลักษณะสีไม่แตกต่างกับบริเวณใกล้เคียง ปราศจากการระคายเคืองของผิวหนัง ไม่พบผื่นแดง ผิวหนังเปื่อยเป็นตุ่มหนอง หรือลอกเป็นแผล มีน้ำเหลือง

1.2.7) รูปร่างและขนาดของทวารเทียม (size and shape) รูปร่างและขนาดอาจจะกลมหรือรี ขนาดของทวารเทียมที่ดี ควรมีเส้นผ่านศูนย์กลาง 1-1.5 นิ้ว จึงควรวัดขนาดและบันทึกไว้ หลังผ่าตัดจะเกิดการบวมเล็กน้อย และจะลดขนาดลงภายใน 6-8 สัปดาห์

1.2.8) รอยต่อระหว่างผิวหนังกับทวารเทียม (mucocutaneous suture line) เป็นรอยเย็บระหว่างผิวหนังกับทวารเทียม สังเกตว่ามีรอยแยกปริของแผล มีอาการแพ้ของผิวหนังหรือติดเชื้อบริเวณรอยเย็บหรือไม่ เพื่อนำมาวางแผนป้องกันการเกิด separation

1.2.9) สิ่งคัดหลั่งจากทวารเทียม (Effluent) ลักษณะของอุจจาระมีลักษณะเป็นก้อนแตกต่างกันขึ้นอยู่กับตำแหน่งของทวารเทียม

1.3) การดูแลด้านจิตใจ ผู้ป่วยแต่ละรายจะมีภาวะอารมณ์แตกต่างกันไป อาจอยู่ในภาวะโศก ภาวะปฏิเสธ ภาวะซึมเศร้า ควรประเมินภาวะอารมณ์ด้านจิตใจก่อนให้การพยาบาล เช่น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบาย

ความคับข้องใจในการรักษา และการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง พุดคุยให้กำลังใจ รวมทั้งเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดร่วมรับฟังปัญหาเพื่อวางแผนการช่วยเหลือผู้ป่วยร่วมกัน

2. บทบาทผู้ให้ความรู้ เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดหลังผ่าตัด พยาบาลต้องประเมินสภาพของผู้ป่วย ให้ความรู้และคำแนะนำเพิ่มเติม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้ป่วยจะสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น พยาบาลต้องส่งเสริมผู้ป่วยให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ ความสามารถในการคาดการณ์ โดยผู้ป่วยต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา ความรู้เกี่ยวกับทวารเทียมภายหลังผ่าตัด การดูแลทวารเทียม และการสังเกตอาการผิดปกติของทวารเทียม ความสามารถในการตัดสินใจกระทำการดูแลตนเองทุกด้านตามที่กล่าวมา และความสามารถในการลงมือปฏิบัติทุกด้านตามที่กล่าวมา พยาบาลผู้ดูแลจำเป็นต้องให้ความรู้ที่ถูกต้องและเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยในขณะนั้น โดยสามารถสรุปได้ ดังนี้

2.1) การรับประทานน้ำและอาหารที่เหมาะสม ผู้ป่วยควรได้รับน้ำอย่างเพียงพอวันละ 2,000 ซีซี และต้องปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร โดยสามารถรับประทานอาหารได้เกือบทุกชนิดตามความต้องการ ควรรับประทานให้ครบ 3 มื้อ ในเวลาเดียวกันทุกๆ วัน จะช่วยให้การควบคุมการขับถ่ายดีขึ้น เมื่อถ่ายอุจจาระลักษณะปกติมากขึ้น ก็สามารถเพิ่มอาหารชนิดอื่นๆ ได้ ดังนี้

- หลีกเลี่ยงอาหารรสจัดและของหมักดอง เพื่อป้องกันอาการท้องเดินและถ่ายอุจจาระมากผิดปกติ
- รับประทานอาหารที่ป้องกันอาการท้องผูก ได้แก่ ต้มน้ำและน้ำผลไม้วันละ 6-8 แก้ว/วัน ผัก ผลไม้ เป็นต้น ในกรณีที่อยู่จากระหลวมมากให้ทานอาหารที่ลดยาก เช่น เนื้อสัตว์ ปลา ข้าวขาว ถั่วฝักยาว ขนบ่ง เป็นต้น และงดผักผลไม้

- หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดแก๊สมาก เช่น ถั่วเปลือกแข็ง เปียร์ น้ำอัดลม แดงกวา กะหล่ำปลี หัวหอม ผักโขม ข้าวโพด หัวผักกาด เป็นต้น

- หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดกลิ่น ได้แก่ ปลา ไข่ หน่อไม้ฝรั่ง กระเทียม เครื่องเทศ ถั่ว ผักกาด หัวหอม กะหล่ำปลี ชะอม ผักกระเฉด สะตอ กระถิน เป็นต้น

2.2) การดูแลกระบวนการขับถ่ายและการขับของเสียให้เป็นปกติ ผู้ป่วยจึงต้องการความรู้ในการดูแลทวารเทียม ดังนี้

- ลักษณะทั่วไปของช่องเปิดทวารเทียม ได้แก่ รูปร่างของทวารเทียม อาจมีลักษณะกลมหรือรี ขนาดของทวารเทียมที่ดี ควรมีเส้นผ่านศูนย์กลาง 1-1.5 นิ้ว มีสีชมพูหรือแดง ชุ่มชื้น ผิวเรียบ ไม่มีกลิ่นเหม็นหรือเลือด ในการควบคุมการขับถ่าย และไม่มีประสาทรบกวนความรู้สึกเจ็บปวด แต่มีเส้นเลือดฝอยมาเลี้ยงมาก ในขณะทำความสะอาดอาจมีเลือดออกได้บ้าง ทวารเทียมจะเปลี่ยนขนาดได้หลังผ่าตัด 6-8 สัปดาห์ จึงควรวัดขนาดทุกครั้งที่เปลี่ยนอุปกรณ์ เพื่อจะได้ตัดขนาดของแป้นได้เหมาะสมกับขนาดของทวารเทียมที่เปลี่ยนแปลงไป

- ลักษณะของสิ่งขับหลังจากทวารเทียม ปกติใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด จะมีลักษณะเป็นของเหลว หลังจากนั้น ลักษณะของเสียและการทำงานจะแตกต่างกันไปตามประเภทของทวารเทียม ได้แก่ gastrointestinal stoma ของเสียหรืออุจจาระจะประกอบด้วย แบคทีเรีย น้ำ กากอาหาร น้อย น้ำดี เมื่อก

เกลือของสารอนินทรีย์ เซลล์เยื่อผิวและอื่นๆ จะมีค่า pH ประมาณ 7.0-7.5 หลังจากนั้น จะมีการเริ่มทำงานของลำไส้ แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับส่วนของลำไส้ที่นำมาเปิดเป็นทวารเทียม และส่วนต่างๆ ของลำไส้ที่ถูกตัดออกไป ดังนี้

Jejunostomy ปกติจะเริ่มทำงานภายใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ของเสียที่ออกมีลักษณะเป็นของเหลว เป็นน้ำปนเมือกสีเขียวเข้มประมาณ 2,400 ซีซี/วัน ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลเรื่องการได้รับสารน้ำและอิเล็กโทรลัยท์อย่างเพียงพอ

Ileostomy หลังผ่าตัด ปกติจะเริ่มทำงานภายใน 48-72 ชั่วโมง ของเสียที่ออกมาในระยะแรก จะมีลักษณะเป็นของเหลวปนเมือกเหนียวสีเขียว เมื่อลำไส้มีการเคลื่อนไหวจะมีของเสียลักษณะเป็นของเหลว ออกประมาณ 1,000-1,800 ซีซี/วัน ทั้งนี้เอง จากสูญเสียระบบการดูดซึมของลำไส้ ในระยะนี้จึงมีความสำคัญมาก หลังผ่าตัดลำไส้จะปรับตัวในการดูดซึมกลับสู่ร่างกายได้ดีขึ้น ทำให้ของเหลวที่ขับออกมามีลดลงเหลือ 500-800 ซีซี/วัน

Cecostomy ลำไส้จะเริ่มทำงานประมาณวันที่ 3 หลังผ่าตัด ลักษณะของเสียที่ออกมาจะเป็นของเหลวคล้าย ileostomy เนื่องจากเป็นลำไส้ใหญ่ส่วนที่ต่อจาก ileocecal valve ส่วนใหญ่ cecostomy ไม่นิยมทำ เนื่องจากบริเวณที่เปิดเป็นทวารเทียม จะอยู่ด้านล่างของท้องน้อยด้านขวา และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย

Transverse colostomy ปกติลำไส้จะเริ่มทำงานหลังผ่าตัด 3-4 วัน ลักษณะอุจจาระที่ออกมาค่อนข้างเหลวคล้ายแป้งเปียก บางครั้งอาจมีกากปน และมีกลิ่นเหม็นรุนแรง ส่วนใหญ่ทวารเทียมจะอยู่บริเวณระดับเอวผู้ป่วย มักเป็น loop stoma

Descending หรือ sigmoid colostomy ปกติลำไส้จะเริ่มทำงานหลังผ่าตัด 4-5 วัน หลังผ่าตัดระยะแรก อุจจาระจะมีลักษณะเหลว มีกลิ่นเหม็น และจะค่อยๆ เปลี่ยนเป็นกากมากขึ้นจนมีลักษณะเป็นก้อน ผู้ป่วยสามารถฝึกหัดควบคุมการขับถ่ายอุจจาระออกเป็นเวลาได้

2.3) วิธีการทำความสะอาดช่องเปิดทวารเทียมและผิวหนังโดยรอบ ภายหลังจากผ่าตัด 6-8 สัปดาห์ ทวารเทียมจะยุบวมและมีขนาดคงที่ สามารถเช็ดทำความสะอาดด้วยน้ำสะอาดหรือสบู่อ่อนที่ไม่มีส่วนผสมของน้ำมัน ซึ่งจะทำให้การยึดติดของถุงรองรับอุจจาระไม่แน่น แล้วซับให้แห้งทุกครั้งที่เปลี่ยนถุง ถ้ามีขนควรตัดหรือโกนขน เพื่อป้องกันการอักเสบของรูขุมขน ไม่ควรใช้แอลกอฮอล์ เพราะจะทำให้ผิวหนังโดยรอบทวารเทียมเกิดการระคายเคืองได้ง่าย ขณะอาบน้ำสามารถทำความสะอาดเหมือนการล้างทวารหนักตามธรรมดา เนื่องจากน้ำจะไม่ผ่านเข้าช่องเปิด ลำไส้จะบีบตัวจากส่วนต้นไปยังส่วนปลายเสมอ

2.4) การเทของเสียออกจากถุงรองรับอุจจาระ ในรายที่ใช้ถุงแบบขึ้นเดียวปลายเปิด ให้นั่งบนโถส้วมหรือเก้าอี้ขาแยก ปลดปล่อยปลายถุงลงช่องระหว่างขา พร้อมทั้งเปิดปลายถุงในโถส้วมหรือภาชนะที่เตรียมรองรับไว้ เมื่อถ่ายเทของเสียออกเสร็จแล้วใส่น้ำเข้าทางปลายถุงล้างอุจจาระให้สะอาด และเช็ดด้วยกระดาษชำระก่อนปิดถุงอีกครั้ง สำหรับผู้ที่ใช้ถุงแบบ 2 ชั้น อาจปล่อยของเสียออกแบบเดียวกับถุงขึ้นเดียวก็ได้ หรือถอดถุงออกจากแป้น แล้วจึงปล่อยของเสียลงในโถส้วม พร้อมทั้งทำความสะอาดถุง โดยการใช้น้ำฉีดล้างจากด้านบนถุง

ลงไปจนสะอาดแล้วจึงปิดถุงไว้เช่นเดิม การระบายอุจจาระเมื่ออุจจาระอยู่ในถุงประมาณ 1/3-1/2 ของถุงรองรับอุจจาระ เพื่อป้องกันการติ่งรังเป็นสาเหตุการหลุดรั่วซึมที่เร็วขึ้น

2.5) การเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ทำด้วยความนุ่มนวล โดยการใช้นิ้วมือข้างหนึ่งกดผิวหนังบริเวณที่ติดกับแป้นไว้ แล้วใช้มืออีกข้างหนึ่งค่อยๆ ลอกแป้นออกจากผิวหนัง ลอกแป้นจากขอบด้านบนของแผ่นลงมาด้านล่างตรงข้ามกัน พยายามไม่ให้เป็นการดึงแป้นข้างเดียว จะช่วยลดการเกิดอันตรายต่อผิวหนัง

2.6) การปิดถุงรองรับสิ่งขับถ่าย เมื่อทำความสะอาดทวารเทียมและผิวหนังรอบๆแล้ว ปิดถุงรองรับสิ่งขับถ่ายเพื่อป้องกันผิวหนังรอบๆ สัมผัสกับอุจจาระที่ผ่านออกจากลำไส้ ซึ่งจะทำให้ระคายเคืองและเกิดเป็นแผลได้ง่าย ถุงรองรับสิ่งขับถ่ายสำเร็จรูปที่มีขายทั่วไป แบ่งออกเป็น 2 แบบ ได้แก่ แบบขึ้นเดียว และแบบ 2 ชั้น บริเวณปากถุงจะมีรูเปิด ก่อนใช้ต้องวัดและตัดขนาดแป้นให้พอดีหรือใหญ่กว่าทวารเทียมเล็กน้อย ประมาณ 2-3 มิลลิเมตร ไม่ตัดขนาดเล็กเกินไปเพราะอาจเกิดแผลที่ทวารเทียม หรือไม่ตัดขนาดใหญ่เพราะอุจจาระจะทำให้ผิวหนังโดยรอบทวารเทียมระคายเคืองเกิดแผลได้ ลอกกระดาษที่ติดกับแผ่นกาวเหนียวออก วางแป้นที่มีกาวเหนียวให้แนบสนิทกับผิวหนังรอบๆทวารเทียม กดเบาๆอีกครั้งหนึ่ง เพื่อให้กาวติดแน่น และป้องกันการหลุดรั่ว การติดถุง ต้องพยายามไล่ลมให้มีความในถุงน้อยที่สุด ถ้าใช้ถุงรองรับอุจจาระชนิดขึ้นเดียวสามารถเปลี่ยนทุก 3-5 วัน แต่ถ้าใช้ถุงรองรับอุจจาระชนิดสองชั้น แป้นสามารถอยู่นานและเปลี่ยนทุก 5-7 วัน หรือเมื่อมีการรั่วซึม ถุงสามารถแกะล้างทำความสะอาดได้ทุกวันและนำมากลับใช้ได้ใหม่

2.7) การมีกิจกรรมและการพักผ่อน เป็นการดูแลให้คงไว้ซึ่งความสมดุล ซึ่งสิ่งที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยในการทำกิจกรรม คือ กลิ่นและลมที่ไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยควรได้รับความรู้ ดังนี้

- การควบคุมกลิ่นและก๊าซ ส่วนใหญ่มีสาเหตุเกิดมาจากการกลืนลมและก๊าซ จากปฏิกิริยาของแบคทีเรียที่ไม่สามารถย่อยสารอาหารคาร์โบไฮเดรต การกลืนลมจากการใช้หลอดดูดน้ำ การเคี้ยวหมากหรือหมากฝรั่ง การพูดคุยระหว่างการรับประทานอาหารและการสูบบุหรี่ ควรรับประทานอาหารที่ไม่ทำให้เกิดกลิ่นและก๊าซ การใส่สารป้องกันกลิ่น เช่น ใส่ผงถ่านไว้กับถุงรองรับสิ่งขับถ่าย สามารถช่วยลดกลิ่นอุจจาระลงได้ แต่วิธีการที่ดีที่สุดในการควบคุมกลิ่นคือ การรักษาความสะอาดเปลี่ยนถุงเมื่ออุจจาระอยู่ในถุงประมาณ 1/3-1/2 ของถุง และปิดให้แน่นสนิท

- การออกกำลังกายและการทำงาน การออกกำลังกายที่สามารถทำได้ เช่น การบริหารแขน ขาและลำตัว เป็นต้น ควรหลีกเลี่ยงงานหรือการออกกำลังกายที่ต้องใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง หลีกเลี่ยงการยกของหนัก เพราะเป็นการส่งเสริมการเกิดภาวะ Stomal prolapse และ Parastomal hernia ได้ ในระยะที่กลับไปทำงาน ผู้ป่วยควรเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ และถุงรองรับอุจจาระไว้ให้พร้อม เพื่อสามารถเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระได้ทันทีเมื่อเกิดปัญหา

- การมีเพศสัมพันธ์ สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ใน 6-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด คู่สามี-ภรรยาต้องทำความเข้าใจซึ่งกันและกัน อาจพิจารณาทำที่ที่เหมาะสมในการร่วมรัก รวมทั้งเตรียมความพร้อม โดยทำความสะอาดร่างกายและเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระให้เรียบร้อยก่อน เพื่อช่วยเสริมความมั่นใจ นอกจากนี้ อาจใส่ถุงคลุมที่มีลวดลายสวยงามครอบถุงรองรับอุจจาระ จะช่วยเสริมบรรยากาศในการมีเพศสัมพันธ์ขึ้น

- การนอนหลับพักผ่อน ผู้ป่วยมักประสบปัญหาการเลื่อนหลุดหรือการรั่วซึมของถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและรบกวนการนอนหลับพักผ่อน ควรจัดรับประทานเมื่อใกล้เวลาเข้านอน เทอจชำระล้างและตรวจสอบความเรียบร้อยของถุงก่อนเข้านอน อีกทั้งปรับเปลี่ยนท่านอน โดยท่าที่เหมาะสมในการนอนคือ ท่านอนหงาย งดการนอนคว่ำเนื่องจากอาจทำให้ถุงรองรับสิ่งขับถ่ายเลื่อนหลุด

2.8) การสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับทวารเทียม ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย มักพบในผู้ป่วยที่ขาดความรู้และปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง จึงต้องให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการสังเกตและดูแลตนเอง ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ได้แก่

- การระคายเคืองของผิวหนังรอบบริเวณช่องเปิดลำไส้จากอุจจาระ (peristomal skin irritation) พบว่าการทำลายผิวหนังรอบทวารเทียม เกิดจากสารขับหลังจากลำไส้เล็ก ในส่วนของลำไส้ใหญ่มีน้อย ซึ่งสามารถป้องกันได้โดยการเลือกถุงรองรับอุจจาระที่มีขนาดเหมาะสมกับทวารเทียม

- การติดเชื้อ (infection) ของผิวหนังรอบๆทวารเทียม เชื้อที่พบได้บ่อยคือ candida albicans ซึ่งเป็นเชื้อราที่อยู่ประจำในทางเดินอาหารและลำไส้ใหญ่

- การแพ้ (allergic contact dermatitis) อาการแพ้ของผิวหนังรอบๆทวารเทียม เกิดจากการแพ้สารต่าง ๆ จากแผ่นแป้นรอง ถุงรองรับสิ่งขับถ่าย พลาสติก

- การตีบแคบของทวารเทียม (stricture stoma) รูเปิดของทวารเทียมแคบลง อุจจาระไม่ออก

- การอุดตัน (obstruction) มักเกิดจากอุจจาระแข็ง มีการอักเสบของลำไส้ เมื่อเกิดการอุดตัน ผู้ป่วยจะมีอาการท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียนและปวดท้องร่วมด้วย

- การยื่นมากกว่าปกติ (prolapse stoma) หรือไส้เลื่อน (parastomal hernia) ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์เพื่อทำการผ่าตัดแก้ไขในรายที่จำเป็น เพื่อทำ prolapse repair

- การทะลุของลำไส้ (perforate) มักเกิดจากการใส่เครื่องมือเข้าไป เช่น สายยางสวนล้างลำไส้ การอักเสบของลำไส้ เป็นต้น ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์เพื่อทำการผ่าตัดแก้ไข

- การบาดเจ็บ (injury) และการกระทบกระเทือนต่อทวารเทียม เนื่องจากทวารเทียมไม่มีเส้นประสาทส่วนปลายมาเลี้ยง จึงไม่มีความรู้สึกเจ็บปวด การบาดเจ็บอาจเกิดขึ้นได้ โดยขาดความระมัดระวังจากสาเหตุ เช่น ตัดอุปกรณ์แคบเกินไป เป็นต้น จึงต้องระมัดระวังไม่ให้ขอบของแผ่นรองกดหรือรัดช่องเปิดลำไส้ ทำให้เกิดการบาดเจ็บได้

- อาการท้องเสียหรืออุจจาระออกทางทวารเทียมมากผิดปกติ (diarrhea) สาเหตุส่วนใหญ่มักเกิดจากการรับประทานอาหาร ควรมาพบแพทย์เพื่อให้ยารักษาอาการท้องเสีย

2.9) การแนะนำอุปกรณ์ถุงรองรับสิ่งขับถ่ายที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย ให้ข้อมูลรายละเอียดของอุปกรณ์ อุปกรณ์เสริมต่างๆ สิทธิการเบิกอุปกรณ์ และให้ข้อมูลแหล่งสนับสนุนทางสังคม สถานพยาบาลที่สามารถช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา หรือสามารถขอรับบริการเบิกอุปกรณ์กลับบ้าน

การให้ความรู้และเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว กระบวนการสอนให้ข้อมูลด้านสุขภาพ เป็นกิจกรรมทางการพยาบาลที่มีความสำคัญและเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้องและ

ฝึกทักษะที่จำเป็นที่ต้องกลับไปดูแลตัวเอง รวมทั้งมีทัศนคติทางบวกต่อการดูแลตัวเอง สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตต่อไปได้ โดยกระบวนการสอนให้ข้อมูลด้านสุขภาพคล้ายกับกระบวนการพยาบาล ได้แก่ (จุฬาร ประสังสิต, 2562)

1) การประเมินปัญหา (assessment) เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุด พยาบาลต้องมีทักษะในการประเมินปัญหาผู้ป่วยในทุกๆ ด้าน เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนการสอน ดังนี้

1.1) ตัวผู้ป่วยที่มีผลต่อการเรียนรู้

- ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความพร้อมทางด้านอารมณ์จิตใจ ทัศนคติต่อโรค ความต้องการเป้าหมายในชีวิต ระดับสติปัญญา ความจำระดับพื้นฐาน ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น วุฒิภาวะ ความเครียด

- ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ภาวะสุขภาพด้านอื่นๆ เช่น ตามัว แขนอ่อนแรง มือสั่น

1.2) ครอบครัวและสังคมที่แวดล้อมผู้ป่วย ได้แก่ บทบาทหน้าที่ภายในครอบครัว ปัญหาด้านสุขภาพของคนในครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ปฏิสัมพันธ์ของคนในครอบครัวและความสัมพันธ์ของชุมชนที่เกี่ยวกับผู้ป่วย

1.3) สื่อการสอนที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เนื่องจากแต่ละคนมีความต้องการเรียนรู้ด้วยสื่อต่างๆ ต่างกัน บางคน ชอบดู ฟัง ฝึกเอง พยาบาลต้องเลือกสื่อการสอนให้เหมาะสม เช่น VDO ภาพพลิก แผ่นพับ อินโฟกราฟิก เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) การวางแผนการสอน (planning) พยาบาลร่วมกันวางแผนกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยสอบถามความต้องการให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์และทีม การวางแผนการสอนที่ดี คือ การร่วมมือกันระหว่างทีมผู้รักษา ผู้ป่วย/ครอบครัว และพยาบาล พยาบาลควรมีแผนการสอนและบันทึกการสอนในแต่ละครั้ง เพื่อที่จะได้มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลโดยไม่ขัดแย้งกัน การทำข้อตกลงร่วมกันและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมจะทำให้เกิดการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) การดำเนินการสอน (implementation) ขั้นตอนนี้มีความสำคัญที่ต้องใช้ทักษะในกระบวนการให้เกิดการสื่อสารแบบสองทาง เพื่อเป็นการประเมินผู้ป่วยเป็นระยะว่ามีความรู้ความเข้าใจถูกต้องหรือไม่ ในส่วนของพยาบาล ต้องมีการใช้ทั้งภาษาพูดที่เหมาะสมกับผู้เรียน การใช้น้ำเสียงและภาษาร่างกายให้เหมาะสม มีการสบตาผู้ฟัง ยิ้มแย้ม เป็นกันเอง แสดงท่าทีห่วงใยเป็นมิตร ให้เกิดความไว้วางใจ นอกจากนั้น พยาบาลต้องมีทักษะในการใช้เทคนิคการสอนต่างๆ เช่น กระบวนการเสริมพลัง กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เลือกอุปกรณ์ต่างๆเอง ให้ความสำคัญกับความคิดเห็นของผู้ป่วย กระตุ้นให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ชมเชยให้กำลังใจอยู่เสมอ แม้จะเป็นการกระทำเพียงเล็กน้อยก็ตาม ระยะเวลาในการดำเนินการสอนอาจมีความยืดหยุ่นตามวัย ความพร้อมของผู้ป่วยแต่ละคน

4) การประเมินผล (evaluation) วิธีที่ใช้ในการประเมินผลมีหลายวิธีตามบริบท เช่น การตั้งคำถามให้ผู้ผู้ป่วยตอบ การทวนความ การสาธิตย้อนกลับ เป็นต้น การประเมินผลการสอนมีหลายระยะขึ้นกับวัตถุประสงค์การสอน ได้แก่ การสอนให้ข้อมูลความรู้ ภายหลังสอนอาจจะประเมินผลทันที ส่วนการฝึกทักษะ

ต่างๆ อาจจะทำให้ผู้ป่วยได้ทดลองปฏิบัติจนมั่นใจก่อน แล้วจึงประเมินผลในวันก่อนกลับบ้าน ทั้งนี้พยาบาลต้องมีการประเมินตนเองด้วยว่า มีจุดพัฒนาเพื่อให้เกิดการสอนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การเสริมพลังอำนาจ จากแนวคิดของ Gibson อ้างถึงในยูวรัตน์ ม่วงเงิน (2562) กล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นแนวคิดที่อธิบายกระบวนการทางสังคม การแสดงถึงการยอมรับและชื่นชม การส่งเสริม การพัฒนา และเสริมสร้างความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง และรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือวิถีชีวิตของตนเองได้

3. บทบาทผู้ให้คำปรึกษา การมีทวารเทียมเป็นเรื่องที่ยอมรับได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับความรู้สึก ความคิดและทัศนคติของผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยที่เกิดความรู้สึกวิตกกังวล ไม่มั่นใจในภาพลักษณ์ของตนเองที่เปลี่ยนไป จะมีพฤติกรรมแสดงออกต่าง ๆ กัน บางคนแสดงความรังเกียจ ไม่สนใจทวารเทียม ไม่ยอมมอง ดังนั้น วิธีการเปลี่ยนความรู้สึกและทัศนคติเหล่านี้ พยาบาลควรให้การดูแล โดยการให้คำปรึกษา พูดคุยให้เกิดความสบายใจ ให้กำลังใจ ลดความขัดแย้ง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่ถูกทอดทิ้งและมีความเข้มแข็ง เกิดการยอมรับและเห็นคุณค่าของทวารเทียม โดยไม่เกิดความรู้สึกว่าเป็นปมด้อยหรือผิดปกติที่น่าอายต่อไป การแนะนำแหล่งประโยชน์และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ในกรณีที่มีอาการผิดปกติจากทวารเทียมหรือเคมีบำบัด รวมทั้งปัญหาหรือส่วนที่ต้องการความช่วยเหลือ

การให้คำปรึกษาก่อนผ่าตัดเปิดทวารเทียม (Preoperative Counseling for Ostomy Surgery) การให้คำปรึกษา เป็นการสื่อสารแบบสองทาง เน้นความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย พยาบาลต้องใช้ทักษะในการกระตุ้นและเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ให้แก่ผู้ป่วยและญาติ โดยเป้าหมายคือการยอมรับการมีทวารเทียมและยอมรับปัญหาที่กำลังเกิดขึ้น วางแผนร่วมกันในการดูแลตนเอง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม เห็นคุณค่าตนเอง และกลับไปดำเนินชีวิตหลังผ่าตัดอย่างมีความสุข ประเด็นสำคัญที่ใช้ในการวางแผนเตรียมผู้ป่วยก่อนให้คำปรึกษา และการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดในเรื่องสภาพหรืออาการ การดำเนินของโรค เหตุผลของการทำผ่าตัด การเปิดทวารเทียม ความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยแต่ละราย ความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยกับการมีทวารเทียม และการสนับสนุนจากครอบครัว หรือแหล่งประโยชน์ (จุฬารัตน์ ประสงค์, 2562)

ขั้นตอนในการให้คำปรึกษา มีดังนี้

1) สร้างสัมพันธภาพที่ดี ทักษะที่สำคัญคือ การฟังพร้อมทั้งสังเกตสิ่งที่ผู้ป่วยแสดงออก ทั้งคำพูด น้ำเสียงและท่าทาง พยายามให้ผู้ป่วยแสดงถึงความรู้สึก ความคิดความเข้าใจเรื่องโรคและการผ่าตัดการมีทวารเทียม

2) สสำรวจปัญหาและความคิดของผู้ป่วย ความกังวลหรือไม่ยอมรับการมีทวารเทียม มักจะมีคำถามเกี่ยวกับการรักษาวิธีอื่นๆ ระยะการมีทวารเทียม หรือโอกาสที่จะกลับไปขับถ่ายตามปกติ เป็นต้น

3) ความเข้าใจปัญหาและสาเหตุ โดยตั้งคำถามให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ด้วยตนเอง

4) การให้ผู้ป่วยได้วิเคราะห์ความแตกต่างและความเหมือนระหว่างบุคคล พยายามให้ผู้ป่วยเห็นข้อดีของตนเอง ไม่เปรียบเทียบกับผู้อื่น

5) การให้ผู้ป่วยได้วิเคราะห์และมองเห็นข้อดีในสิ่งที่เกิดขึ้น ทั้งที่เกิดจากโรค การรักษาโดยเฉพาะ การผ่าตัดเปิดทวารเทียม ที่ต้องปรับความคิดทัศนคติเป็นเชิงบวก จะช่วยลดความทุกข์ทรมาน การวางแผนร่วมกันในเรื่องการดูแลทวารเทียมของผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด การวางแผนจำหน่าย และการติดตามภายหลังจำหน่ายออกโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการกลับไปดูแลตัวเองที่บ้าน และการเข้าสังคม

4. บทบาทผู้ประสานงาน พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม ต้องประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม เมื่อพบอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น มีการรายงานแพทย์เจ้าของไข้ให้ทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมทั้งเป็นผู้ประสานงานกับทีมสหสาขาในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับการรักษาที่ตรงกับปัญหาของผู้ป่วยมากที่สุด อีกทั้งมีการรวบรวมข้อมูลนำเสนอปัญหาที่พบจากระบบเพื่อร่วมกันวางแผนในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

แนวทางการดูแลภาวะแทรกซ้อนของผิวหนังรอบทวารเทียม ภาวะแทรกซ้อนของทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียมเกิดขึ้นได้ตั้งแต่วันแรกหลังการผ่าตัดและเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ ความไม่พร้อมทางด้านร่างกาย มีโรคประจำตัว ความเร่งด่วนในการทำผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนบางกรณีสามารถป้องกันและลดความรุนแรงได้ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวัง สังเกต การให้ความช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อแก้ไขภาวะดังกล่าวได้ทันเวลาที่ (จุฬาพร ประสงค์, 2562)

จากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยและทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียมส่วนลำไส้เล็ก (Ileostomy) ลักษณะของอุจจาระที่ออกมาจะมีลักษณะค่อนข้างเหลว มีน้ำเป็นส่วนประกอบมาก ดังนั้นทวารเทียมชนิดนี้ จึงมีโอกาสที่จะสูญเสียสารน้ำและเกลือแร่ได้มากกว่าทวารเทียมลำไส้ใหญ่ จะพบภาวะแทรกซ้อนผิวหนังระคายเคืองจากการสัมผัสอุจจาระมากกว่า ปัญหาการดูแลตนเองเกี่ยวกับการปิดถุงรองรับสิ่งขับถ่ายไม่ได้ตามต้องการ จากสภาพร่างกาย จิตใจ การเปลี่ยนผู้ดูแล พยาธิสภาพของผิวหนังรอบทวารใหม่ หรือตำแหน่งของทวารใหม่ไม่เหมาะสม ทำให้ถุงรองรับสิ่งขับถ่ายรั่วซึมและหลุดง่าย ส่งผลกระทบในการใช้ชีวิตประจำวันของตัวผู้ป่วยเองและผู้ดูแล เกิดความลำบากยุ่งยากมากขึ้น ค่าใช้จ่ายที่ต้องซื้อถุงรองรับสิ่งขับถ่ายและผลิตภัณฑ์ต่างๆสูงขึ้น รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล อีกทั้งมีความหลากหลายเฉพาะตัวของแต่ละสถานพยาบาลที่ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ดังนั้น แนวปฏิบัติที่พึงกระทำเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาดังกล่าวคือ การให้แนวทางป้องกัน การกำหนดตำแหน่งทวารใหม่ก่อนการผ่าตัด รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม

ภาวะแทรกซ้อนของผิวหนังรอบทวารเทียม

1) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากแรงกระทำ การลอกกาวและถุงที่รุนแรงไม่ถูกวิธี จะทำให้ผิวหนังถลอก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ผิวหนังค่อนข้างบางและแห้ง เด็กและผู้สูงอายุมักได้รับบาดเจ็บจากการลอกกาว จากกาวที่เหนียวติดแน่น ผิวหนังอาจมีรอยแดง รอยถลอก มีอาการเจ็บ แสบ ในผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณผิวหนังใกล้เคียงรอบช่องเปิดลำไส้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลด้วยความเข้าใจและเอาใจใส่ รวมทั้งแนะนำอุปกรณ์หรือผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสม เพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายต่อผิวหนัง

แนวทางการดูแล

- ลอกถุงด้วยเทคนิคที่นุ่มนวล ทำความสะอาดผิวหนังรอบทวารเทียมอย่างเบามือ ไม่ขัดถูแรง
- เลือกแป้นที่มีลักษณะยืดหยุ่น บริเวณแป้นไม่แข็งจนเกินไป
- ติดตามประเมินการดูแล เพื่อไม่ให้กลับเป็นซ้ำ

2) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากผิวหนังรอบทวารเทียมสัมผัสกับสารต่างๆ

2.1) ผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสารระคายเคือง (irritant contact dermatitis) พบได้บ่อย ผิวหนังสัมผัสกับสารเคมีต่างๆ เช่น สบู่ อูจจาระ ปัสสาวะ หากทำความสะอาดไม่หมด หลงเหลือสิ่งตกค้างอยู่ มักทำให้ระคายเคือง เห็นเป็นรอยแดง ผื่น มีอาการคัน ผิวหนังลอกหลุดเป็นแผล มีสิ่งขับหลั่งออก เปียกชื้น และ อาจเกิดการติดเชื้อตามมา ส่งผลรบกวนต่อการติดถุงรองรับสิ่งขับถ่ายได้ การใช้ยาฆ่าเชื้อโรคทำความสะอาดผิวหนังเป็นสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง ทำให้ผิวหนังระคายเคือง ทำลายแบคทีเรียประจำถิ่น ที่คอยรักษาสมดุลของสภาวะแวดล้อม และป้องกันไม่ให้เชื้อก่อโรคแบ่งตัวเพิ่มจำนวน ส่งผลให้เกิดโรคได้ ในระยะยาวทำให้ผิวหนังแห้ง ขาดความชุ่มชื้น ความรุนแรงของผื่นแพ้สัมผัสขึ้นกับชนิดของสาร ความเป็นกรด-ด่าง ความเข้มข้นของสาร ระยะเวลาที่สัมผัส ความแข็งแรงของผิวหนัง มีแผลหรือผื่นบริเวณที่สัมผัส

แนวทางการดูแล

- หาสาเหตุ ประเมินการตัดขนาดแป้นให้พอดีกับลำไส้เปิด
- ทำความสะอาดผิวหนังด้วยน้ำสะอาด งดใช้น้ำยาฆ่าเชื้อ
- ป้องกันและหลีกเลี่ยงสารระคายเคืองต่างๆ สัมผัสผิวหนัง หากถุงหรือแป้นมีการรั่วซึม ควรรีบเปลี่ยนโดยเร็ว
- การใช้ผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวหนังต่างๆ ควรพิจารณาให้เหมาะสมและถูกวิธี หากใช้ปริมาณมากเกินไป อาจรบกวนการยึดติดของแป้นได้ ทำให้ถุงรั่วหลุดง่าย

2.2) ผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสารก่อภูมิแพ้ (allergic contact dermatitis) พบได้น้อย เกิดจากปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อสารก่อภูมิแพ้ ผิวหนังจะมีความไวต่อสารเคมี สิ่งสัมผัสแม้เพียงเล็กน้อย การเกิดผื่นนี้มักจะเกิดหลังจากการสัมผัสครั้งแรก 6-10 วัน ผิวหนังที่เคยถูกกระตุ้นแล้วอาจเกิดผื่นภายใน 4-12 ชั่วโมง ผิวหนังจะมีลักษณะแดง เป็นปื้น คันและผิวหนังอักเสบเป็นแผลได้

แนวทางการดูแล หลีกเลี่ยงการใช้วัสดุหรือผลิตภัณฑ์ที่แพ้ ปรับอุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่าย

การเลือกชนิดของถุงรองรับสิ่งขับถ่าย การใช้ถุงรองรับสิ่งขับถ่ายในผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง มีวัตถุประสงค์เพื่อรองรับสิ่งขับถ่าย ป้องกันกลิ่นรบกวน และปกป้องผิวหนังไม่ให้ถูกทำลายจากการสัมผัสสิ่งขับถ่าย ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการใช้ชีวิตประจำวัน ดังนั้น หากเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่ายไม่ถูกต้อง อาจทำให้มีสิ่งขับถ่ายรั่วซึม ส่งผลให้เกิดการระคายเคืองของผิวหนัง เกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจ กลัวคนรังเกียจ วิตกกังวลเมื่อต้องพบปะผู้คน เหน็ดเหนื่อยในการดูแลตนเอง

สาเหตุที่ทำให้ถุงรองรับสิ่งขับถ่ายหลุดง่าย มีหลายสาเหตุเช่น เหงื่อ ความเปียกชื้น ความร้อนจากสิ่งแวดล้อม การทาครีมหรือครีมบำรุงผิวที่มีส่วนผสมของน้ำมัน การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก เช่น อ้วน

หรือผอม การมีรอยพับย่นของผิวหนังรอบลำไส้เปิดหน้าท้อง รอยแผลเป็นต่างๆ การเลือกใช้อุปกรณ์ที่ไม่เหมาะสม รวมถึงขนาดของลำไส้เปิดหน้าท้องที่มีขนาดเล็กเกินไปหรือใหญ่เกินไป การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมที่ไม่ถูกวิธี เช่น ผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวชนิด paste ไม่แห้ง การเปลี่ยนผลิตภัณฑ์บ่อยเกินไปหรือการใช้อุปกรณ์ของผู้ป่วยรายอื่น รวมถึงการมีแก๊สหรือสิ่งขับถ่ายในถุงรองรับสิ่งขับถ่ายปริมาณมากกว่า 1/3 แล้วไม่ระบายทิ้ง และกิจกรรมที่ต้องเคลื่อนไหวและทำให้มีเหงื่อ หรือกีฬาประเภทว่ายน้ำ เป็นต้น

วิธีป้องกันการรั่วซึมของถุงรองรับสิ่งขับถ่าย

- 1) เลือกใช้ถุงรองรับสิ่งขับถ่ายและผลิตภัณฑ์ให้เหมาะสมกับลักษณะของทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม รวมถึงการเลือกใช้อุปกรณ์เสริมอื่นๆ ตามความจำเป็น
- 2) ระบายสิ่งขับถ่ายทิ้งเมื่อมีปริมาณ 1/3 ของถุงรองรับสิ่งขับถ่าย
- 3) ระบายแก๊สออกจากถุงทันทีเมื่อมีแก๊สหรือถุงโป่งพอง เนื่องจากแรงดันจากแก๊สจะทำให้ถุงรองรับสิ่งขับถ่ายรั่ว ในกรณีที่มีปริมาณแก๊สจำนวนมากอาจต้องใช้ถุงรองรับสิ่งขับถ่ายชนิดที่มีตัวช่วยระบายแก๊ส

การพยาบาลภาวะลำไส้สั้นและการดูแลด้านโภชนาการในผู้ป่วยที่มีทวารเทียม (จุฬาพร ประสงค์, 2562)

ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีปัญหาด้านการย่อยและการดูดซึม โดยที่ความรุนแรงขึ้นอยู่กับตำแหน่งของทางเดินอาหารที่เปิดทางหน้าท้อง กล่าวคือ ยิ่งรูเปิดของทางเดินอาหารเป็นทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีหน้าที่ดูดซึมสารอาหาร น้ำและเกลือแร่ ร่างกายจะเสียสมดุลน้ำและเกลือแร่ รวมถึงอาจเกิดภาวะขาดสารอาหาร (malnutrition) ร่วมด้วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบร่างกาย ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ดังนั้น ผู้ป่วยควรได้รับการเฝ้าระวังภาวะสมดุลน้ำและเกลือแร่ รวมถึงติดตามภาวะโภชนาการอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงด้านโภชนาการหรือผู้ป่วยที่มีภาวะเสียสมดุลน้ำและเกลือแร่ ควรได้รับการส่งเสริมด้านโภชนาการที่เหมาะสม

ลำไส้เล็ก (small intestine) มีบทบาทสำคัญในการย่อยและการดูดซึมของสารอาหาร ทั้งสารอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน โดยพบว่าร้อยละ 90 ของสารอาหารถูกดูดซึมบริเวณนี้

ลำไส้ใหญ่ (large intestine) เป็นทางผ่านของอาหารและน้ำย่อยที่ผ่านการดูดซึมสารอาหารจากลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่มีหน้าที่ในการดูดซึมน้ำและเกลือน้ำดี (bile salt) ที่ผลิตจากตับกลับสู่ร่างกาย นอกจากนี้แบคทีเรียในลำไส้ยังสร้าง vitamin K, vitamin B7, Vitamin B5

พยาธิสรีรวิทยาการเสียสมดุลของน้ำ เกลือแร่และภาวะขาดสารอาหาร ความรุนแรงขึ้นอยู่กับตำแหน่งของทางเดินอาหารที่เปิดออก ในผู้ป่วยที่มีรูเปิดจากลำไส้เล็ก 3 ส่วน คือ duodenum, jejunum และ ileum มีหน้าที่หลัก คือ การย่อยอาหารโดยเฉพาะอาหารประเภทไขมัน สารอาหารส่วนใหญ่จะถูกดูดซึมบริเวณนี้ ทั้งคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน เกลือแร่และวิตามินต่างๆ ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยมีรูเปิดจากลำไส้เล็ก เช่น ileostomy ทำให้สารอาหารต่างๆ ที่รับประทาน ไม่ได้รับการดูดซึมหรือดูดซึมได้ลดลง ตามความยาวของลำไส้เล็กที่เหลือจากส่วนต้นถึงตำแหน่งที่เป็นรูเปิด นอกจากนี้ น้ำและเกลือแร่ก็ได้รับการดูดซึมกลับลดลง ทำให้เกิดภาวะเสียสมดุลน้ำและเกลือแร่ ความรุนแรงของภาวะขาดสารอาหาร การเสียสมดุลน้ำและเกลือแร่ ขึ้นอยู่กับปริมาณของ effluent ซึ่งสัมพันธ์กับตำแหน่งของทางเดินอาหารที่เปิด

การประเมินภาวะเสียสมดุลน้ำ เกลือแร่และภาวะโภชนาการในผู้ป่วยที่มีทวารเทียม การประเมินภาวะเสียสมดุลน้ำ เกลือแร่ ควรทำควบคู่ไปกับการประเมินภาวะโภชนาการ ในกรณีสูญเสียปริมาณมาก จำเป็นต้องได้รับการประเมินระดับน้ำและเกลือแร่อย่างใกล้ชิด

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สะท้อนภาวะโภชนาการของผู้ป่วยคือ การตรวจวัดระดับโปรตีนในเลือด ซึ่งประกอบด้วย albumin, prealbumin, transferrin, retinol binding protein ระดับโปรตีนเหล่านี้ เป็นตัวบ่งชี้ภาวะขาดสารอาหารของผู้ป่วย ซึ่งแต่ละชนิดมีค่าครึ่งชีวิตที่แตกต่างกัน โปรตีนที่มีค่าครึ่งชีวิตสั้นที่สุด จะเป็นค่าที่บ่งบอกภาวะโภชนาการได้ดีที่สุด อย่างไรก็ตาม ค่าที่วัดได้อาจถูกรบกวนด้วยปัจจัยต่างๆ ทำให้มีข้อจำกัดในการประเมินภาวะโภชนาการได้

การประเมินภาวะโภชนาการ ความรุนแรงของภาวะขาดสารอาหารในผู้ป่วยแตกต่างกัน ขึ้นกับหลายปัจจัยทั้งลักษณะและปริมาณของอาหารที่รับประทาน ปริมาณของน้ำเกลือแร่และสารอาหารที่สูญเสียผ่านทางรูเปิด นอกจากนั้น ผู้ป่วยบางรายอาจมีสภาวะที่ต้องการใช้พลังงานสูง เช่น ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยที่มีแผล ดังนั้น การประเมินภาวะโภชนาการต้องใช้หลายวิธีประกอบกัน เพื่อวินิจฉัยภาวะขาดสารอาหาร ดังนี้

1) การซักประวัติ ควรซักประวัติเกี่ยวกับอาหารที่รับประทาน เช่น ลักษณะและปริมาณอาหารที่รับประทานได้ ปัญหาเกี่ยวกับการกลืน ภาวะเบื่ออาหาร ปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร ลักษณะและปริมาณ effluent ควรประเมินโรคร่วมและสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ควรตระหนักเป็นพิเศษในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ ผู้ป่วยหลังผ่าตัด และผู้ป่วยวิกฤต เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะการเผาผลาญสูง จำเป็นต้องได้รับสารอาหารทดแทนปริมาณสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไป

2) การตรวจร่างกาย ประกอบด้วย การประเมินลักษณะทางกายภาพ จะมีอาการแสดงเฉพาะ เช่น ในผู้ป่วยขาดโปรตีน ผิวหนังจะแห้งแตก เส้นผมขาดหลุดร่วง กล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นต้น นอกจากนั้นยังใช้วิธีการวัดสัดส่วน ประกอบด้วย การวัดดัชนีมวลกาย (BMI) และการวัดสัดส่วนโดยการวัดขนาดของชั้นผิวหนัง (Anthropometry)

ข้อจำกัดของการประเมินน้ำหนักของผู้ป่วย ไม่สามารถใช้น้ำหนักของผู้ป่วยที่มีภาวะบวม ภาวะน้ำเกินและในผู้ป่วยที่มีภาวะขาดน้ำ และอาจมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อ BMI

การวัดสัดส่วนโดยการวัดความหนาของชั้นผิวหนังบริเวณกล้ามเนื้อ triceps และ subscapular เป็นตำแหน่งที่ใช้บ่งชี้ปริมาณไขมันสะสมในชั้นผิวหนังของผู้ป่วย การวัดเส้นรอบวงแขนบริเวณ midarm muscle เป็นการวัดปริมาณมวลกล้ามเนื้อของผู้ป่วย วิธีการนี้ก็มีข้อจำกัดเช่นกัน เช่น ผู้ป่วยโรคไต ผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะบวม

การส่งเสริมด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยที่มีทวารเทียม

การให้สารอาหารผ่านทางเดินอาหาร (enteral feeding) ช่วยคงความสมบูรณ์ของทางเดินอาหาร ป้องกันภาวะ bacterial translocation วิธีนี้สะดวก ดูแลง่าย ราคาถูก และมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า

การให้สารอาหารทางหลอดเลือด (parenteral nutrition) ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดูดซึม ไม่สามารถให้สารอาหารผ่านทางเดินอาหารปกติได้เพียงพอ เช่น ในผู้ป่วยที่มีภาวะ ileus ภาวะ short bowel syndrome ควรให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำเสริม

กรณีศึกษา

ประวัติและข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 62 ปี ส่วนสูง 170 เซนติเมตร น้ำหนัก 63 กิโลกรัม เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาปริญญาตรี สถานภาพสมรส (แยกกันอยู่) อาชีพพนักงานบริษัท ปัจจุบันยังประกอบอาชีพอยู่ สิทธิการรักษาประกันสังคม (โรงพยาบาลนวมินทร์9) ที่อยู่/ภูมิลำเนา เขตบึงกุ่ม จังหวัดกรุงเทพมหานคร

ข้อมูลการเจ็บป่วย

การวินิจฉัยแรกรับ : ascending colon cancer (มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนขึ้น)

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย : locally advance recurrent ascending colon cancer (มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนขึ้นระยะการกลับซ้ำและลุกลามเฉพาะที่)

การรักษา : Surgical bypass (gastrojejunostomy) and Palliative chemotherapy

1. ผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อเลาะพังผืดในช่องท้องและนำเอากระเพาะอาหารเชื่อมต่อกับลำไส้เล็กส่วนกลางและเปิดทวารเทียมส่วนลำไส้เล็ก (explore lap with lysis adhesion gastrojejunostomy with loop ileostomy) วันที่ 22/8/66

2. ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 3 ครั้ง (cycle)

ครั้งที่ 1 CapeOx (21/9/2566)

ครั้งที่ 2 CapeOx (18/10/2566)

ครั้งที่ 3 CapeOx (8/11/2566)

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่กลับซ้ำ (recurrent colon cancer) refer NCI for proper management

ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน

Known case ascending colon cancer ได้รับการวินิจฉัย สิงหาคม 2565 รับการรักษา

ที่โรงพยาบาลนวมินทร์ 9 (โรงพยาบาลต้นสิทธิประกันสังคม) ได้รับการผ่าตัด subtotal right

hemicolectomy with end to end anastomosis 2 สิงหาคม 2565 (ผลชิ้นเนื้อ: Adenocarcinoma, well differentiated type. Size 2.8 x 2 cm., tumor invading to the pericolic fat.

Mesocolonic Nodes (2/34) ได้รับยาเคมีบำบัด 1 cycle ไม่ได้รับต่อ ผู้ป่วยทนผลข้างเคียงไม่ไหว

follow up ต่อเนื่อง ต่อมาเริ่มมีปวดท้องมากเป็นๆหายๆ รับการตรวจที่โรงพยาบาลนวมินทร์ 9 ตามสิทธิ

17 มิถุนายน 2566 CT whole abdomen ผลเป็น: Evidence of right hemicolectomy with end to end anastomosis developed a 4.4x2.8 cm. soft tissue mass about adjacent small bowel loop with enhancing thickened right sided mid abdomen, suggested recurrent tumor of colon cancer เข้ารับการผ่าตัด Explore lap to see 21 มิถุนายน 2566 finding: tumor 4 cm. from antrum to 2nd duodenum couldn't performed operation

แพทย์วินิจฉัย recurrent colon cancer จึงส่งตัวมารักษาต่อที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

โรคประจำตัว : ปฏิเสธ **ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต :** ปฏิเสธ

ประวัติการผ่าตัด : เข้ารับการผ่าตัด subtotal right hemicolectomy with end to end anastomosis วันที่ 2 สิงหาคม 2565 และ Explore lap to see วันที่ 21 มิถุนายน 2566 ที่โรงพยาบาลนวมินทร์ 9

ประวัติการแพ้ยาและอาหาร : ปฏิเสธ **ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มสุรา :** ปฏิเสธ

ประวัติการใช้ยาสมุนไพร : เคยใช้สมุนไพรประดง รับประทานครั้งละ 2 แคปซูล วันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น หยุดรับประทานเดือนมิถุนายน 2566

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว : ปฏิเสธโรคทางพันธุกรรม ปฏิเสธประวัติโรคมะเร็งในครอบครัว

สภาพเศรษฐกิจและครอบครัว

ผู้ป่วยมีอาชีพพนักงานบริษัท ปัจจุบันยังประกอบอาชีพอยู่ แยกกันอยู่กับสามีแต่ไม่ได้จดทะเบียนหย่า มีบุตรชายด้วยกัน 1 คน พักอยู่คนละบ้าน ไม่ค่อยได้ดูแลกัน มีน้องชายและน้องสะใภ้พักอยู่ต่างจังหวัด เดินทางกลับมาช่วยดูแลในระหว่างเจ็บป่วยและรับการรักษา ไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย

2. การประเมินสภาพและตรวจร่างกาย

การประเมินสภาพ

ลักษณะของผู้ป่วยเมื่อรับไว้ดูแล

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 62 ปี case locally advance recurrent ascending colon cancer มาพบแพทย์ด้วยได้รับการวินิจฉัยพบมะเร็งลำไส้ใหญ่กลับซ้ำ จากโรงพยาบาลนวมินทร์ 9 (โรงพยาบาลตันสิทธิ์ ประกันสังคม) ส่งตัวมารับการรักษาต่อที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ แพทย์มีแผนการรักษา Palliative chemotherapy and surgical bypass (gastrojejunostomy) เข้ารับการผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อเลาะพังผืดในช่องท้องและนำเอากระเพาะอาหารเชื่อมต่อกับลำไส้เล็กส่วนกลางและเปิดทวารเทียมส่วนลำไส้เล็ก (explore lap with lysis adhesion gastrojejunostomy with loop ileostomy) วันที่ 22/8/66

ดัชนีมวลกาย 21.80 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (สูง 170 เซนติเมตร น้ำหนัก 63 กิโลกรัม)

แรกรับไว้ในการดูแล วันที่ 23 สิงหาคม 2566 ได้รับการส่งปรึกษาร่วมดูแลจากหอผู้ป่วยหนัก หลังจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดแบบผูกเงิน และจำเป็นต้องมีทวารเทียมส่วนลำไส้เล็กทางหน้าท้องหลังผ่าตัด ผู้ป่วยไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในเรื่องการให้คำปรึกษา และการกำหนดตำแหน่งของทวารเทียมก่อนการผ่าตัด เยี่ยมประเมินผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยหนัก on Endotracheal Tube with ventilator VCV mode, on NG Tube with bag, มีแผลผ่าตัดหน้าท้องตามยาว (long midline) on tube drain 1 สาย ช้างซ้าย,

on ileostomy at RLQ, on IVF central line : 5%D/N/2 1000 cc. iv. Drip 80 cc/hr, retained foley's cath, on anti DVT both leg มีสีหน้าวิตกกังวล รู้สึกคับข้องใจที่ต้องมีลำไส้มาเปิดที่หน้าท้อง (สื่อสารโดยการเขียน) ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน Palliative Performance Scale (PPS) = 60% หมายถึง ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติและมีอาการของโรคอย่างมาก ต้องการความช่วยเหลือเป็นบางครั้ง/บางเรื่อง ยังรับประทานอาหารทางปากได้แต่รับประทานได้น้อยลง และเบื่ออาหาร รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ T = 36.3° c, P = 106 bpm, R = 20 bpm, BP 112/65 mmHg ประเมินและให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับความจำเป็นของการมีทวารเทียม ความรู้เรื่องทวารเทียมและการดูแลหลังผ่าตัด ให้ความร่วมมือในการพูดคุยซักถามประวัติ ถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีสับสน การแสดงออกของอารมณ์ปกติ แต่ผู้ป่วยยังคงมีสีหน้าวิตกกังวลเกี่ยวกับทวารเทียมและการดูแล นัดหมายพูดคุยเพื่อให้ข้อมูลและตอบข้อสงสัยเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง และสอน-สาธิตการดูแลทวารเทียมเมื่อเตรียมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การตรวจร่างกายตามระบบ

ระบบประสาทและสมอง : รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง การแสดงออกของอารมณ์ปกติ ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีชาปลายมือ ปลายเท้า การเคลื่อนไหวปกติ

ศีรษะและคอ

ศีรษะ : ใบหน้าสมมาตร ผมดำหนาตัวปกติ

ตา : เยื่อบุตาล่างซีดเล็กน้อย รูม่านตาตอบสนองต่อแสงดี การเคลื่อนไหวของตา 2 ข้างปกติ มองเห็นภาพปกติ อ่านหนังสือได้

หู : ได้ยินชัดเจน ไม่มีของเหลวไหลออกจากหู

จมูก : รูปร่างปกติ ได้กลิ่นปกติ ไม่มีของเหลวไหลออกจากจมูก

ริมฝีปากและช่องปาก : ริมฝีปากดูแห้ง เยื่อช่องปากสีชมพู ไม่มีแผล คอไม่แดง ทอนซิลปกติ ฟันไม่ผุ เสียงไม่แหบ

ลำคอ : ลำคอปกติ ไม่มีก้อนบวมโต

ระบบหัวใจและหลอดเลือด

ทรวงอก : ผิวหนังบริเวณหน้าอกปกติ

หัวใจ : หัวใจเต้นสม่ำเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจ 106 ครั้งต่อนาที

ปอด : หายใจสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที

เต้านม : ปกติ สมมาตร หัวนมสีน้ำตาลเข้ม

หลัง : ไม่มีผื่นหรือแผล ผิวหนังเรียบปกติ

ระบบทางเดินอาหาร

ท้อง : คลำบริเวณท้องนุ่ม บริเวณหน้าท้องมีแผลหลังผ่าตัด long midline

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก

แขน : เคลื่อนไหวได้ดี ขา : เคลื่อนไหวได้ดี ไม่มีผิดปกติ ทั้ง 2 ข้าง สมมาตรกันดี

ผิวหนัง : ไม่มีผื่นหรือแผล

ต่อมน้ำเหลือง : คลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองที่ไหปลาร้า รักแร้ ขาหนีบ

ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ : ปัสสาวะได้ปกติ ไม่มีแสบขัด

ระบบขับถ่าย : ถ่ายอุจจาระทางทวารเทียมทางหน้าท้อง อุจจาระเหลวเป็นน้ำ มีกากปนเล็กน้อย

การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health)

แบบแผนที่ 1 การรับรู้ด้านสุขภาพและการจัดการสุขภาพ

จากการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยบอก เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ ก็จะซึ่ยามารับประทานเอง ไม่ไปพบแพทย์ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี ตั้งแต่รู้ว่าตนเองป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ก็ดูแลตนเองมากขึ้น ไปรับการรักษาและพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ถ้ามีอาการผิดปกติก็จะรีบไปพบแพทย์ทันที ขณะนี้ทราบว่า เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และมีการลุกลามกลับซ้ำบริเวณที่เคยได้รับการผ่าตัดไปแล้ว มีความจำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัดอีกครั้งแบบฉุกเฉิน เพื่อแก้ไขภาวะลำไส้อุดตันและต้องมีทวารเทียมทางหน้าท้อง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา รับรู้ว่าโรคนี้น่าเป็นโรคร้ายแรงเมื่อถึงระยะท้ายที่โรคลุกลามมาก และมีความคิดว่าโรคที่เป็นเกิดจากพฤติกรรมของตนเองที่มักจะเครียดจากการทำงาน ไม่มีเวลาพักผ่อน ขาดการออกกำลังกาย เนื่องจากไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นมะเร็ง

จากการสังเกต ความสะอาดของร่างกายทั่วไปปกติดี สีหน้าท่าทางการตอบคำถามเป็นเหตุเป็นผล สอดคล้องกัน

การวินิจฉัยของแพทย์ มะเร็งลำไส้ใหญ่ (colon cancer) ได้รับการวินิจฉัย เดือนสิงหาคม 2565 เข้ารับการผ่าตัด subtotal right hemicolectomy with end to end anastomosis วันที่ 2 สิงหาคม 2565 ที่โรงพยาบาลนวมินทร์ 9 รับการรักษาและไปพบแพทย์ตามนัดอย่างต่อเนื่อง ตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่กลับซ้ำ (recurrent colon cancer) ส่งตัวมารักษาต่อที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เข้ารับการผ่าตัด explore lap with lysis adhesion gastrojejunostomy with loop ileostomy) แบบฉุกเฉิน วันที่ 22/8/66

สรุปปัญหา ผู้ป่วยมีความผิดปกติแบบแผนการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ คือ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาที่ได้รับ หลังทราบว่า เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และมีการลุกลามกลับซ้ำบริเวณที่เคยได้รับการผ่าตัดไปแล้ว มีความจำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัดอีกครั้งแบบฉุกเฉิน เพื่อแก้ไขภาวะลำไส้อุดตันและต้องมีทวารเทียมทางหน้าท้อง

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร

จากการสัมภาษณ์ ก่อนการเจ็บป่วยรับประทานอาหารวันละ 3- 4 มื้อ รับประทานอาหารได้ตามปกติ ไม่มีเบื่ออาหาร ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยวการกลืน ส่วนใหญ่ซื้ออาหารรับประทาน ไม่ได้ปรุงอาหารเอง ไม่ค่อยมีเวลา ชอบอาหารรสจัด ชอบรับประทานผลไม้ หากรับประทานผลไม้แล้ว จะรับประทานอาหารอย่างอื่นได้มากขึ้น ชอบรับประทานน้ำหวาน จากการเจ็บป่วยครั้งนี้ มีอาการปวดท้อง จุกแน่นท้อง ขับถ่ายอุจจาระลำบาก ทำให้มีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง ร่วมกับมีอาการเครียดและวิตกกังวล พยายาม

ผิรับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อ หรือปรับมื้ออาหารให้มากขึ้น เลือกรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย อาหารที่รับประทานแล้วไม่ทำให้อึดแน่นท้องมากขึ้น ซึ่งอาหารทางการแพทย์มารับประทานเสริม (Ensure) น้ำหนักตัวก่อนการเจ็บป่วย 70 กิโลกรัม มีน้ำหนักตัวลดลง 8 กิโลกรัม ในระยะเวลา 1 เดือน หลังเข้ารับการรักษาผ่าตัดเพื่อแก้ไขภาวะลำไส้อุดตันและต้องมีทวารเทียมส่วนลำไส้เล็กทางหน้าท้อง ผู้ป่วยต้องระบายนุ้จจาาระบ่อย หลังรับประทานประมาณ 15 นาที อุจจาาระจะออกเป็นน้ำเต็มถุง เข้าพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลนวมินทร์ (ต้นสิทธิประกันสังคม) บ่อยครั้ง ด้วยปัญหาารับประทานได้น้อย อ่อนเพลีย แพทย์ต้องส่งปรึกษาคลินิกโภชนาการ

จากการสังเกต รูปร่างผอม ผิวหนังดูแห้ง ไม่ชุ่มชื้น

การตรวจร่างกาย Severe malnutrition : น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร BMI 20.76

Percent weight change = 7%, on ileostomy at RLQ ครอบ colostomy bag ไว้ อุจจาาระในถุงออกเป็นน้ำสีเขียวยิ้ม มีกากปนเล็กน้อย

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC (20/9/66)	WBC	12.74	$10^3/uL$
	RBC	3.15	$10^6/uL$
	HGB	8.2	g/dL
	HCT	24.7	%
	Platelet count	435	$10^3/uL$
Electrolyte (20/9/66)			
	Sodium	134	mmol/L
	Potassium	3.00	mmol/L
	Chloride	93	mmol/L
	CO2	30.7	mmol/L
	Calcium	8.68	mg/dL
	I.PHOS	3.35	mg/dL
	Magnesium	2.32	mg/dL

สรุปปัญหา ผู้ป่วยมีความผิดปกติแบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญอาหาร มีอาการปวดท้อง อึดอัดแน่นท้อง ขับถ่ายอุจจาาระลำบาก ยังมีผายลมและเรอได้ ทำให้มีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง ร่วมกับมีอาการเครียดและวิตกกังวล มีน้ำหนักตัวลดลง 8 กิโลกรัม ในระยะเวลา 1 เดือน หลังเข้ารับการรักษาผ่าตัดเพื่อแก้ไขภาวะลำไส้อุดตันและต้องมีทวารเทียมส่วนลำไส้เล็กทางหน้าท้อง ผู้ป่วยต้องระบายนุ้จจาาระบ่อย หลังรับประทานประมาณ 15 นาที อุจจาาระจะออกเป็นน้ำเต็มถุง เข้าพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลนวมินทร์ (ต้นสิทธิประกันสังคม) บ่อยครั้ง ด้วยปัญหาารับประทานได้น้อย อ่อนเพลีย มีภาวะ Severe malnutrition,

BMI 20.76, Percent weight change = 7% ซึ่งนักโภชนาการแนะนำพลังงานที่ควรได้รับ 1,800 kcal/day โปรตีน 70-80 grams/day

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย

จากการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระผิดปกติ ถ่ายลำบาก ปวดท้อง จุกแน่นท้อง ยังมีผายลมและเรอได้ ขับถ่ายปัสสาวะได้ปกติ ไม่มีแสบขัด จากการมีมะเร็งลุกลามกลับซ้ำบริเวณที่เคยได้รับการผ่าตัดและมีลำไส้อุดตันร่วมด้วย ได้รับการผ่าตัดอีกครั้งแบบฉุกเฉิน เพื่อแก้ไขภาวะลำไส้อุดตันและต้องมีทวารเทียมส่วนลำไส้เล็กทางหน้าท้อง ซึ่งควบคุมการขับถ่ายไม่ได้เหมือนปกติ อุจจาระที่ออกเป็นน้ำ ต้องระบายอุจจาระทางปลายถุงบ่อ

ผลตรวจพิเศษ Film acute abdomen series (29/6/66) : newly developed dilated jejunum and ileum with slightly different level of air-fluid levels in the same loop, partial distal small bowel obstruction could not be excluded.

บันทึกการทำผ่าตัด (22/8/66) post operative diagnosis : locally advance colon cancer invade to pancreas duodenum and SMV (unresectable) with complete small bowel obstruction (ileum)

การตรวจร่างกาย on ileostomy at RLQ ครอบ colostomy bag ไว้ อุจจาระในถุงออกเป็นน้ำ สีเขียวเข้ม มีกากปนเล็กน้อย

สรุปปัญหา ผู้ป่วยมีความผิดปกติแบบแผนการขับถ่าย ขับถ่ายอุจจาระผิดปกติ ถ่ายลำบาก ปวดท้อง จุกแน่นท้อง ยังมีผายลมและเรอได้ จากการมีมะเร็งลุกลามกลับซ้ำบริเวณที่เคยได้รับการผ่าตัดและมีลำไส้อุดตันร่วมด้วย ได้รับการผ่าตัดอีกครั้งแบบฉุกเฉิน เพื่อแก้ไขภาวะลำไส้อุดตันและต้องมีทวารเทียมส่วนลำไส้เล็กทางหน้าท้อง ซึ่งควบคุมการขับถ่ายไม่ได้เหมือนปกติ

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย

จากการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยบอกว่าปกติสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำกิจวัตรประจำวันได้ดี ผู้ป่วยไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำ แต่หลังจากป่วย รู้สึกร่างกายอ่อนเพลียง่ายขึ้น เหนื่อยง่ายขึ้น เดินไกลรู้สึกเหนื่อยช่วยเหลือตนเองได้ลดลง ต้องให้น้องชายและน้องสะใภ้ช่วยดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวันต่างๆ การดูแลทวารเทียม รวมถึงการพามาโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาตามแพทย์นัด

จากการสังเกต รูปร่างผอม ดูอ่อนเพลีย ทำกิจกรรมได้บนเตียง ต้องมีน้องชายและน้องสะใภ้ช่วยเหลือเมื่อลุกจากเตียง เดินไกลมีอาการเซ การทรงตัวไม่ดี

การตรวจร่างกาย

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูกแขน : เคลื่อนไหวได้ดี ขา : เคลื่อนไหวได้ดี

ระบบหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ : หัวใจเต้นสม่ำเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจ 106 ครั้งต่อนาที

ปอด : หายใจสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที

สรุปปัญหา ผู้ป่วยมีความผิดปกติแบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกายรู้สึกร่างกายอ่อนเพลียง่ายขึ้น เหนื่อยง่ายขึ้น ช่วยเหลือตนเองได้ลดลง ต้องมีผู้ดูแลหลัก (care giver) เข้ามาช่วย

แบบแผนที่ 5 การนอนหลับและพักผ่อน

จากการสัมภาษณ์ ปกตินอนหลับพักผ่อน 5-6 ชั่วโมง/วัน ตั้งแต่ทราบว่าตนเองป่วยนอนไม่ค่อยหลับวิตกกังวล การมีทวารเทียมทางหน้าท้อง ต้องตื่นมาระบายอุจจาระบ่อย และปัสสาวะบ่อยขึ้น ทำให้พักผ่อนได้ไม่เต็มที่นอนหลับได้ 3-4 ชั่วโมง/วัน และหลับๆตื่นๆ

จากการสังเกต ผู้ป่วยมีสีหน้าอิดโรย อ่อนเพลีย ระหว่างพูดคุย

สรุปปัญหา ผู้ป่วยมีความผิดปกติแบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ นอนไม่ค่อยหลับวิตกกังวล ต้องตื่นมาระบายอุจจาระทางถุงหน้าท้องบ่อย และปัสสาวะบ่อยขึ้น นอนหลับได้ 3-4 ชั่วโมง/วัน ทำให้พักผ่อนได้ไม่เต็มที่

แบบแผนที่ 6 สถิติปัญญาและการรับรู้

จากการสัมภาษณ์ การรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งเรื่องการได้ยิน การมองเห็น การได้กลิ่น การรับรส และการสัมผัส ความสามารถในการจำปกติ

การตรวจร่างกาย ตา : มองเห็นภาพปกติ อ่านหนังสือได้ หู : ได้ยินชัดเจน

จากการสังเกต การรับรู้ต่อบุคคล สถานที่และเวลาปกติ ไม่แสดงความสับสนในระหว่างพูดคุย

สรุปปัญหา ผู้ป่วยไม่มีความผิดปกติแบบแผนสถิติปัญญาและการรับรู้

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

จากการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยทราบว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และมีการลุกลามกลับซ้ำบริเวณที่เคยได้รับการผ่าตัดไปแล้ว มีความจำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัดอีกครั้งเพื่อแก้ไขภาวะลำไส้อุดตัน มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา หลังผ่าตัดต้องมีทวารเทียมส่วนลำไส้เล็กทางหน้าท้อง ซึ่งควบคุมการขับถ่ายไม่ได้เหมือนปกติ ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง รู้สึกเหนื่อยที่ต้องขับถ่ายทางหน้าท้อง ไม่เหมือนคนปกติ กังวลในเรื่องกลิ่นอุจจาระ การแต่งกาย การเดินทาง เสียหายและต้องให้น้องชายและน้องสะใภ้ช่วยดูแล ผู้ป่วยติดดูเองไม่ได้ ด้วยร่างกายที่อ่อนเพลีย ช่วยเหลือตนเองได้ลดลง รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น

จากการสังเกต ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล เมื่อพูดถึงการมีทวารเทียมทางหน้าท้องและแผนการรักษาที่ได้รับ

สรุปปัญหา ผู้ป่วยมีความผิดปกติแบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ หลังผ่าตัดต้องมีทวารเทียมส่วนลำไส้เล็กทางหน้าท้อง ซึ่งควบคุมการขับถ่ายไม่ได้เหมือนปกติ ภาพลักษณ์และการใช้ชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลง ต้องเผชิญปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และต้องให้น้องชายและน้องสะใภ้ช่วยดูแล รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น

แบบแผนที่ 8 บทบาทและความสัมพันธ์

จากการสัมภาษณ์ ปัจจุบันผู้ป่วยอาศัยอยู่คนเดียว มีสามีแต่แยกกันอยู่ (ไม่ได้จดทะเบียนหย่า) มีบุตรชาย 1 คน พักอยู่คนละบ้าน พบปะกับญาติพี่น้องตามโอกาสสำคัญนานๆครั้ง ผู้ป่วยและครอบครัว

มีความสัมพันธ์ที่ห่างเหินกัน มีพี่น้องแต่ไม่ค่อยได้ติดต่อกัน ขณะที่ป่วยตนเองประกอบอาชีพพนักงานบริษัทอยู่พักอยู่คนเดียว ดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย มีน้องชายและน้องสะใภ้เดินทางมาพักด้วย หากต้องการความช่วยเหลือในช่วงที่ต้องพักฟื้น

จากการสังเกต ผู้ป่วยแสดงสีหน้าเศร้าเมื่อพูดถึงครอบครัว และวิตกกังวล หลังจากนั้นต้องขอความช่วยเหลือให้น้องมาช่วยดูแล

สรุปปัญหา ผู้ป่วยมีความผิดปกติแบบแผนบทบาทและความสัมพันธ์ ผู้ป่วยพักอยู่คนเดียว ครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ห่างเหินกัน ดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย จำเป็นต้องค้นหาผู้ดูแลหลักเพื่อช่วยเหลือในระหว่างเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 9 การเจริญพันธุ์และเพศสัมพันธ์

จากการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยแต่งงานแล้ว มีบุตรชาย 1 คน ปัจจุบันพักอยู่คนเดียว แยกกันอยู่กับสามีหมดประจำเดือนตอนอายุประมาณ 50 ปี ช่วงมีประเดือนประจำเดือนมาปกติ ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์

สรุปปัญหา ผู้ป่วยไม่มีความผิดปกติแบบแผนเพศและการสืบพันธุ์

แบบแผนที่ 10 การเผชิญปัญหาและความอดทนต่อความเครียด

จากการสัมภาษณ์ ก่อนการเจ็บป่วย ปกติเป็นคนเครียดง่าย วิตกกังวลง่าย ๆ กับเรื่องที่ยังไม่เกิด ในระยะแรกที่ทราบผลว่าตนเองมีอาการของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และมีการลุกลามกลับซ้ำบริเวณที่เคยได้รับการผ่าตัดไปแล้ว มีความจำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัดอีกครั้งเพื่อแก้ไขภาวะลำไส้อุดตัน มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา ก็รู้สึกเครียด ไม่อยากเป็นภาระ จะทำอะไรก็ไม่เหมือนเดิม เพราะพักอยู่คนเดียว ต้องขอให้น้องชายที่มีครอบครัวอยู่ต่างจังหวัด เดินทางกลับมาเพื่อช่วยเหลือในระหว่างเจ็บป่วย

จากการสังเกต สีหน้าเศร้าเมื่อพูดถึงโรครที่เป็นและการรักษาที่ได้รับ

สรุปปัญหา ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา ไม่อยากเป็นภาระ เพราะพักอยู่คนเดียว ต้องให้น้องชายที่อยู่ต่างจังหวัด เดินทางกลับมาเพื่อช่วยเหลือในระหว่างเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 11 ค่านิยมและความเชื่อ

จากการสัมภาษณ์ มีความเชื่อว่าโรคที่ตนเองเป็นเกิดจากเวรกรรม และอาจเกิดจากพฤติกรรมของตนเอง ศรัทธาในพระพุทธศาสนา ทำบุญตักบาตรตามวันสำคัญทางศาสนา ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเป็นประจำและมีโอกาส

จากการสังเกต ผู้ป่วยสวมสร้อยคอแขวนพระ

สรุปปัญหา ผู้ป่วยไม่มีความผิดปกติแบบแผนค่านิยมและความเชื่อ

สรุปแผนการรักษาของแพทย์

Surgical bypass (gastrojejunostomy) and Palliative chemotherapy

22 สิงหาคม 2566 เข้ารับการผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อเลาะพังผืดในช่องท้องและนำเอากระเพาะอาหารเชื่อมต่อกับลำไส้เล็กส่วนกลางและเปิดทวารเทียมส่วนลำไส้เล็ก (explore lap with lysis adhesion gastrojejunostomy with loop ileostomy)

23 สิงหาคม 2566 ได้รับการส่งปรึกษาร่วมดูแลจากหอผู้ป่วยหนัก หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน และจำเป็นต้องมีทวารเทียมส่วนลำไส้เล็กทางหน้าท้องหลังผ่าตัด ผู้ป่วยไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในเรื่องการให้คำปรึกษา และการกำหนดตำแหน่งของทวารเทียมก่อนการผ่าตัด เยี่ยมประเมินผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยหนัก on Endotracheal Tube with ventilator VCV mode, on NG Tube with bag, มีแผลผ่าตัดหน้าท้องตามยาว (long midline) on tube drain 1 สาย ข้างซ้าย, on ileostomy at RLQ, on IVF central line : 5%D/N/2 1000 cc. iv. Drip 80 cc/hr, retained foley's cath, on anti DVT both leg มีสีหน้าวิตกที่ต้องมีลำไส้มาเปิดที่หน้าท้อง (สื่อสารโดยการเขียน) รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ T = 36.3° c, P = 106 bpm, R = 20 bpm, BP = 112/65 mmHg ประเมินและให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับความจำเป็นของการมีทวารเทียมหลังผ่าตัด ความรู้เรื่องทวารเทียมและการดูแลหลังผ่าตัด ให้ความร่วมมือในการพูดคุยซักถามประวัติ ถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีสับสน การแสดงออกของอารมณ์ปกติ แต่ผู้ป่วยยังคงมีสีหน้าวิตกกังวลเกี่ยวกับทวารเทียมและการดูแล นัดหมายพูดคุยเพื่อให้ข้อมูลและตอบข้อสงสัยเป็นระยะอย่างต่อเนื่องในระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และสอน-สาธิตการดูแลทวารเทียม โดยละเอียดเมื่อเตรียมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4 กันยายน 2566 มาตรวจติดตามหลังผ่าตัดตามนัดที่แผนกทางเดินอาหารและตับ และติดตามการดูแลทวารใหม่การติดถุงรองรับสิ่งขับถ่ายที่คลินิกออสโตมีและแผล แผลผ่าตัดหน้าท้องแห้งดี ดูแลทวารเทียมได้ถูกต้อง ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยยอมรับทวารเทียมได้มากขึ้น เรียนรู้การติดถุงรองรับสิ่งขับถ่ายด้วยตนเองโดยมีน้องชายและน้องสะใภ้ช่วยเหลือ แพทย์ส่งปรึกษาแผนกเคมีบำบัดเพื่อ Palliative chemotherapy

21 กันยายน 2566 รับยาเคมีบำบัดสูตร CapeOx ครั้งที่ 1 อาการทั่วไปปกติ รับประทานอาหารได้ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สามารถรับยาเคมีบำบัดได้ตามแผนที่วางไว้

18 ตุลาคม 2566 รับยาเคมีบำบัดสูตร CapeOx ครั้งที่ 2 ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ให้ประวัติมีคลื่นไส้อาเจียนมาก หลังได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 1 ประมาณ 2 สัปดาห์ ไปพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลต้นสิทธิ ประกันสังคม ด้วยภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลิต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (9 ตุลาคม 2566) sodium 115, potassium 4.57, chloride 83, CO2 15.4, BUN 35.2, Cr 2.1, eGFR 24.68

8 พฤศจิกายน 2566 รับยาเคมีบำบัดสูตร CapeOx ครั้งที่ 3 มีอาการอ่อนเพลีย ชาปลายมือปลายเท้า เหนื่อยง่าย เหนื่อยมากขึ้นเมื่อมี activity ได้รับการส่งปรึกษาหน่วยการดูแลต่อเนืองที่บ้าน เพื่อนำเครื่องผลิตออกซิเจนไปใช้ดูแลต่อที่บ้าน ให้ประวัติ 26 ตุลาคม 2566 มีอาการคลื่นไส้อาเจียน

รับประทานอาหารไม่ได้ อ่อนเพลีย ไปพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลต้นสัทธิประกันสังคมด้วยภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลัยท์และมีภาวะซีดร่วมด้วย

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เนื่องจากการผ่าตัดยุ่งยาก ซับซ้อน

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 วิตกกังวลเกี่ยวกับโรค การผ่าตัดที่ได้รับ และการมีทวารเทียมทางหน้าท้อง เนื่องจากไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจก่อนทำผ่าตัด

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 พร่องความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด เนื่องจากไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจก่อนทำผ่าตัด

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 ไม่สุขสบายจากอาการปวดแผลผ่าตัดและอาการปวดเรื้อรังเดิมจากก้อนมะเร็ง

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5 มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ เนื่องจากการดูดซึมน้ำลดลงจากการผ่าตัดตัดต่อลำไส้และเปิดทวารเทียมส่วนลำไส้เล็ก (Ileostomy)

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 6 เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัด เนื่องจากตำแหน่งของทวารเทียมอยู่ใกล้กับแผลผ่าตัด

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 7 มีโอกาสเกิดระคายเคืองและผิวหนังถูกทำลายจากการสัมผัสกับอุจจาระ เนื่องจากมีทวารเทียมส่วนลำไส้เล็กทางหน้าท้อง (Ileostomy)

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 8 มีการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ เนื่องจากมีทวารเทียมส่วนลำไส้เล็กทางหน้าท้อง (Ileostomy)

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 9 แบบแผนการนอนหลับถูกรบกวน เนื่องจากวิตกกังวลเกี่ยวกับการมีบุตรหรือรับสิ่งขับถ่ายทางหน้าท้อง

2. การพยาบาลระยะก่อนจำหน่าย

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 วิตกกังวลจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม เนื่องจากพร่องความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการรบกวน

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 มีความบกพร่องในการปรับตัว เนื่องจากอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ และมีทวารเทียมทางหน้าท้อง

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 มีความพร้อมสำหรับการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

3. การพยาบาลระยะติดตามหลังจำหน่าย

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 มีภาวะระคายเคืองและผิวหนังรอบทวารเทียมถูกทำลายจากการสัมผัสกับอุจจาระ เนื่องจากมีทวารเทียมส่วนลำไส้เล็กทางหน้าท้อง (Ileostomy)

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อยและถ่ายอุจจาระเป็นน้ำทางทวารเทียมส่วนลำไส้เล็ก

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 มีภาวะขาดสารน้ำ สารอาหาร เนื่องจากพื้นที่การดูดซึมอาหารลดลงจากภาวะลำไส้สั้น

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 ขาดประสิทธิภาพในการดูแลตนเองจากความคงทนต่อการทำกิจกรรมลดลงและเหนื่อยง่าย

1. การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เนื่องจากเป็นการผ่าตัดยุ่งยากซับซ้อน เป้าหมายการพยาบาล ป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและผู้ป่วยสามารถปรับตัวด้านร่างกายได้

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวัง : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พ้นหายตามลำดับและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ตามแผนการรักษาของแพทย์

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับการรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.5-37.4 °C
2. ไม่มีอาการปวดในท้องอย่างรุนแรง หน้าท้องแข็งตึง กดเจ็บมากเมื่อปล่อย
3. ปัสสาวะสีแดงจางหรือใส ปริมาณ > 30 มล./ชั่วโมง
4. Intake/Output สมดุล
5. Hematocrit (HCT.) > 30%
6. ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อที่ปอด ได้แก่ ไข้สูง หายใจหอบเหนื่อย O₂ sat > 95 %
7. ไม่มีอาการปวดหรือรู้สึกเย็นบริเวณขาหรือน่อง
8. ไม่มีอาการแสดงของการเน่าตายทวารเทียม ได้แก่ ทวารเทียมสีคล้ำ ไม่ชุ่มชื้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ลักษณะแผล ภาวะเลือดออกไม่หยุด (bleeding) จากแผลผ่าตัด ปริมาณสารคัดหลั่งจากท่อระบาย ถ้าพบความผิดปกติประสานพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อพิจารณารายงานแพทย์

2. ประเมินลักษณะทวารเทียมภายใน 24 ชั่วโมงแรก เพื่อสังเกตภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัดทันที ได้แก่ Stoma ischemia, necrosis, bleeding เป็นต้น ถ้าพบอาการผิดปกติ ประสานพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อพิจารณารายงานแพทย์ต่อไป สิ่งที่ต้องประเมิน มีดังนี้ (ศุภิสรา สุวรรณชาติ และคณะ, 2563)

1) ชนิดและรูปแบบของรูเปิด ดูจากส่วนของลำไส้ที่นำมาเปิดทางหน้าท้องว่าเป็นแบบ loop หรือแบบ end colostomy

2) ตำแหน่งของลำไส้เปิด ซึ่งจะสัมพันธ์กับลักษณะของอุจจาระที่ออกเพื่อวางแผนการดูแล

3) ลักษณะของรูเปิด ได้แก่ สี ความสูง รูปร่างและขนาด โดยปกติทวารเทียมจะมีสีแดงหรือชมพู มีความชุ่มชื้น ผิวเป็นมัน เรียบ นุ่ม ยื่นออกมาประมาณ 2.5 เซนติเมตร เพื่อสะดวกต่อการปิดถุงและดูแลผิวหนังรอบๆ รูปร่างอาจกลมหรือรี มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 1-1.5 นิ้ว หลังผ่าตัดช่วงแรกอาจบวม ขนาดจะลดลงและคงที่ในระยะ 6-8 สัปดาห์

4) การปรีหรือแยกของรอยเย็บและรอยต่อระหว่างผิวหนังกับทวารเทียม

5) ลักษณะของสิ่งขับถ่ายจากทวารเทียม (effluent) ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด effluent ที่ออกจะเป็นน้ำเลือดใสๆที่ค้างในลำไส้ โดย ileostomy จะเริ่มทำงานภายใน 48-72 ชั่วโมงแรก หลังผ่าตัด effluent มีลักษณะเหนียว สี สีเขียว ออกประมาณ 1,500-1,800 มิลลิลิตรต่อวัน ระยะนี้อาจเกิดภาวะไม่สมดุลของน้ำและเกลือแร่ จากการดูดซึมของลำไส้ยังไม่ดี เมื่อลำไส้ดูดซึมได้มากขึ้น effluent จะเป็นมูกสีน้ำตาลและข้นมากขึ้น ปริมาณ 500-800 มิลลิลิตรต่อวัน (จุฬาร ประสังสิต และคณะ, 2562)

3. ประเมินอาการ อาการแสดงของเยื่อช่องท้องอักเสบจากการรั่วของรอยตัดต่อ ได้แก่ ปวดท้อง หน้าท้องแข็งตึง กดเจ็บมากเมื่อปล่อย (rebound tenderness) อุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38.5°C หรือต่ำกว่า 36°C ถ้าพบอาการผิดปกติ ประสานพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อพิจารณารายงานแพทย์ต่อไป

4. สังเกตปริมาณน้ำปัสสาวะ รวมทั้งปริมาณของเหลวที่ออกทางท่อระบายอื่นๆ ถ้าพบอาการผิดปกติ ประสานพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อพิจารณารายงานแพทย์ต่อไป

5. ทบทวนและให้คำแนะนำ กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอ และหายใจลึกๆ ทุก 2-4 ชั่วโมง และใช้อุปกรณ์บริหารปอด (incentive spirometer) เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินหายใจหลังผ่าตัด และใช้ผ้าพยุงท้องเพื่อบรรเทาอาการปวดแผล ช่วยส่งเสริมให้สามารถหายใจแบบลึกและไอได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6. แนะนำให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวในวันที่ 1 หลังผ่าตัด และสามารถลุกนั่งได้ (ambulate) หลังผ่าตัดวันที่ 2 และ 3 ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนและการเคลื่อนไหวของลำไส้

7. ติดตามผล CBC ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อเฝ้าระวังการสูญเสียเลือด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 วิตกกังวลเกี่ยวกับโรค การผ่าตัดที่ได้รับ และการมีทวารเทียมทางหน้าท้อง เนื่องจากไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจก่อนทำผ่าตัด

เป้าหมายการพยาบาล : ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค การผ่าตัดที่ได้รับ และการมีทวารเทียมทางหน้าท้อง ปรับสภาพจิตใจเข้าสู่สภาวะปกติ ปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ได้

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวัง ผู้ป่วยวิตกกังวลลดลงเกี่ยวกับโรค การผ่าตัดที่ได้รับ และการมีทวารเทียมทางหน้าท้อง ให้ความร่วมมือตามแผนการรักษาของแพทย์

เกณฑ์การประเมินผล

1. สีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้มแจ่มใส
2. ยอมรับการมีทวารเทียมหลังผ่าตัด จับต้องส่วนของร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงได้
3. ให้ความร่วมมือตามแผนการรักษาของแพทย์

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ด้วยการแนะนำตัวเองและทีมการดูแล แสดงท่าทียอมรับความเป็นบุคคล รวมถึงความเชื่อเรื่องสุขภาพของผู้ป่วย
2. ประเมินอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วย (self concept) วิธีการปรับตัวในภาวะเครียดและภาวะเจ็บป่วย การยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น และการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น
3. ประเมินพื้นฐานความรู้และความพร้อมในการเรียนรู้ของผู้ป่วย
4. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงความจำเป็นของการผ่าตัดที่ได้รับ ให้ข้อมูลตามความต้องการ และตามความจำเป็น ได้แก่ พยาธิสรีรภาพของโรคและการผ่าตัด สภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ได้แก่ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การมีแผลผ่าตัด และความจำเป็นที่ต้องมีทวารเทียมทางหน้าท้อง (ileostomy) การมีสายใส่เข้าไปในกระเพาะอาหารทางจมูก การจัดการความปวดหลังผ่าตัด การดูแลตนเองภายหลังผ่าตัด เป็นต้น โดยใช้คำพูดที่สั้น เข้าใจง่าย เหมาะกับระดับการรับรู้ของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจและร่วมมือ ซึ่งในผู้ป่วยที่ผ่าตัดไม่เร่งด่วนฉุกเฉิน (elective case) จำเป็นต้องได้รับการให้คำปรึกษา (pre-op counselling) โดยทีมพยาบาลออสโตมีและแผล (ET nurse) (จุฬาพร ประสงค์ และคณะ, 2562)
5. ให้ความรู้เกี่ยวกับถุงรองรับสิ่งขับถ่าย การดูแล การเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่ายคร่ำๆ เพื่อเกิดความรู้ ความเข้าใจ ด้วยคำพูดที่ชัดเจน เพื่อลดความกลัวและความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดที่ได้รับ
6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามปัญหาและข้อสงสัยข้อใจต่างๆ พูดยุติความรู้สึกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดที่เกิดขึ้น

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 พร่องความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด เนื่องจากไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจก่อนทำผ่าตัด

เป้าหมายการพยาบาล มีความรู้ ความเข้าใจการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยปรับตัวด้านร่างกายได้

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวัง ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดและดูแลตนเองได้ถูกต้อง ผู้ป่วยปรับตัวด้านร่างกายได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติบอกเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดได้ถูกต้องมากกว่าร้อยละ 80

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจด้วยการแนะนำตัวเองและทีมการดูแล แสดงท่าทียอมรับความเป็นบุคคล รวมถึงความเชื่อเรื่องสุขภาพของผู้ป่วย
2. ประเมินความรู้ของผู้ป่วยและญาติเพื่อเป็นพื้นฐานในการให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ
3. อธิบายให้ทราบถึงความจำเป็นของการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเพื่อเกิดความเข้าใจและร่วมมือ
4. แนะนำฝึกการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลม (Deep breathing exercise) เพื่อหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ปอดอักเสบ ปอดแฟบหลังการผ่าตัด

5. อธิบายการควบคุมอาการปวดหลังผ่าตัด การประเมินโดยใช้ Pain rating scale และการจัดการความปวดโดยใช้ยาตามแผนการรักษา หากควบคุมความปวดได้ดี จะส่งผลให้การเคลื่อนไหว ลูกจากเตียงหลังผ่าตัดก็จะทำได้เร็ว

6. สร้างความเข้าใจเพื่อส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัด ควรปฏิบัติให้เร็วที่สุดภายใน 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดีและไม่มีข้อจำกัดในการลุกจากเตียง ได้แก่ มีอัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 40 ครั้ง/นาที หรือมากกว่า 130 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจมากกว่า 35 ครั้ง/นาที เป็นระยะเวลาานานกว่า 30 นาที ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวน้อยกว่า 85 มิลลิเมตรปรอท หรือมากกว่า 200 มิลลิเมตรปรอท พยาบาลจะช่วยกระตุ้นการบริหารขา ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยลุกนั่ง เพื่อส่งเสริมการทำงานของปอด กระตุ้นให้เดินอย่างน้อย 2 ครั้งต่อวัน (ศศิธร มงคลสวัสดิ์, 2566)

7. อธิบายการรับประทานอาหารหลังผ่าตัด (Step diet) การเริ่มจิบน้ำอาหารเหลว อาหารอ่อนและอาหารธรรมดาที่เหมาะสมกับโรคร่วม เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินการบริโภคอาหารและซักถามการทำงานของระบบทางเดินอาหาร การผายลม อาการปวดแน่นท้อง และการเริ่มขับถ่ายอุจจาระทางทวารเทียม

8. แนะนำสังเกตอาการผิดปกติที่แสดงถึงการรั่วของรอยต่อหลังผ่าตัด คือ มีอาการปวด มีไข้ และมีอาการแสดงของการติดเชื้อ หากพบอาการผิดปกติดังกล่าว รีบแจ้งพยาบาลรายงานแพทย์ทราบ เพื่อตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาต่อไป

9. ค้นหาผู้ดูแลหลัก (care giver) เพื่อนัดหมายเรียนรู้การดูแลทวารเทียม

10. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียมคร่าวๆ เรื่อง การดูแลและทำความสะอาดทวารเทียม แนะนำอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับทวารเทียมทางหน้าท้อง ได้แก่ แป้นและถุงรองรับสิ่งขับถ่าย จะเป็นชนิดขึ้นเดียวและสองชั้น ซึ่งในระยะแรกจะใช้ถุงรองรับสิ่งขับถ่ายชนิดขึ้นเดียวใส เพื่อสังเกตลักษณะของทวารเทียม แนะนำวิธีการถ่ายเทของเสียออกจากถุงรองรับอุจจาระ (จุฬารัตน์ ประสงค์ และคณะ, 2562) และให้ความมั่นใจว่า ผู้ป่วยจะได้รับการสอนสาธิตการใช้อุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่าย คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดทวารเทียมจากพยาบาลเฉพาะทาง จนผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 ไม่สุขสบายจากอาการปวดแผลผ่าตัดและอาการปวดเรื้อรังเดิมจากก้อนมะเร็ง
เป้าหมายการพยาบาล บรรเทาจากอาการปวดแผลผ่าตัดและอาการปวดเรื้อรังเดิมจากก้อนมะเร็ง ปรับตัวด้านร่างกายได้

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวัง ผู้ป่วยทุเลาจากอาการปวดแผลผ่าตัด ambulate ได้ดีขึ้น และทุเลาจากอาการปวดเรื้อรังเดิมจากก้อนมะเร็ง สุขสบายขึ้น หลับพักผ่อนได้ สามารถปรับตัวกับการเจ็บป่วยและยอมรับกับอาการปวดที่เกิดขึ้นได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกปวดน้อยลง
2. สีหน้าผ่อนคลาย ไม่แสดงอาการปวด พักหลับได้

3. สัญญาณชีพคงที่
4. ค่าคะแนนความรุนแรงของความปวด ≤ 3 จากคะแนนเต็ม 10
5. ปรับตัวกับการเจ็บป่วยและให้ความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความปวดแบบครอบคลุม ได้แก่ ประเมินสาเหตุ ชนิด และความรุนแรงของความปวดอย่างต่อเนื่อง ด้วยการสังเกตจากสีหน้า ท่าทางของผู้ป่วย และใช้แบบประเมินความปวดแบบตัวเลข Numeric Rating Scale ซึ่งมีค่าคะแนน 0-10 คะแนน และประเมินสัญญาณชีพ (Vital sign)

2. ให้คำแนะนำและสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคและการดูแลรักษาเป็นระยะๆ การตั้งเป้าหมายของการดูแลให้เหมาะสมเป็นสิ่งจำเป็น และความเป็นจริงจากโรคที่แย่งลง จึงต้องอธิบายผลข้างเคียงกับผู้ป่วยและครอบครัวที่ดูแลร่วมด้วย (วีรวุฒิ อิมสำราญ, 2561)

3. แนะนำจัดท่านอนศีรษะสูง 45 องศา เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัว และลดการดึงของแผลช่วยบรรเทาจากอาการปวดแผลและอาการปวดเรื้อรังเดิม การไอเพื่อขับเสมหะทำให้ปวดมากขึ้น แนะนำใช้ผ้าพุงหน้าท้องและประคองแผลขณะไอ

4. ปลอบโยน ให้กำลังใจเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าจะได้รับการดูแล ช่วยให้คลายความวิตกกังวล

5. ติดตามการได้รับยาบรรเทาปวดหลังผ่าตัดตามแผนการรักษา (Inflagan 1000 mg iv drip in 30 min q 8 hr และ Nefopam 20 mg + NSS 100 ml iv drip in 1 hr then Nefopam 60 mg + NSS 500 ml iv drip in 24 hr)

6. หากอาการปวดไม่บรรเทา แนะนำแจ้งพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อขอรับยาแก้ปวดเพิ่ม (Morphine 3 mg iv prn q 3 hr) และประสานพยาบาลหอผู้ป่วยพิจารณารายงานแพทย์รับทราบ เพื่อปรับแผนการรักษาให้เหมาะสมต่อไป

7. ประเมินอุจจาระที่ออกทางถุงรองรับสิ่งขับถ่ายหลังบริหารยาบรรเทาอาการปวด หากพบมีเศษยาหรือเม็ดยาอยู่ภายในถุงรองรับอาจเกิดปัญหาการดูดซึมยา ต้องประสานพยาบาลประจำหอผู้ป่วยรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาเปลี่ยนยา ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมบริเวณลำไส้ส่วนต้น ileostomy อุจจาระที่ออกมีลักษณะเป็นน้ำ ความยาวของลำไส้เล็กสั้นลง ทำให้ความสามารถในการดูดซึมยาลดลงตามไปด้วย (จุฬารพร ประสงค์ และคณะ, 2562)

8. สอนและแนะนำผู้ป่วยให้เบี่ยงเบนความสนใจออกจากความปวดแผลผ่าตัด โดยใช้เทคนิคผ่อนคลาย หรือใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ ขึ้นกับความต้องการหรือประสบการณ์ที่ทำแล้วได้ผลของผู้ป่วย

9. ติดตามการเปลี่ยนแปลงของโรคมะเร็งและภาวะทางจิตเวช เช่น ทุกข์ วิตกกังวล ซึมเศร้า การปรับตัว การจัดการความปวดด้วยการใช้ยา ต้องมีการปรับเปลี่ยนตามลักษณะของการดำเนินโรคที่แย่งลงหรือปรับยาขึ้นเมื่อปวดมากขึ้น (วีรวุฒิ อิมสำราญ, 2561)

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5 มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ เนื่องจากการดูดซึมน้ำลดลงจากการผ่าตัดตัดต่อลำไส้และเปิดทวารเทียมส่วนลำไส้เล็ก (Ileostomy)

เป้าหมายการพยาบาล คงไว้ซึ่งภาวะสมดุลน้ำและอิเล็กโทรลัยท์

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวัง ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ ไม่พบอาการและอาการแสดงของภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลัยท์

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของ

- 1) ภาวะขาดน้ำ คือ ปากแห้ง กระหายน้ำ ผิวหนังขาดความตึงตัว อ่อนเพลีย ซีพจรเต้นเร็ว
- 2) ภาวะโซเดียมต่ำ คือ คลื่นไส้ อาเจียน สับสน สั่น อ่อนเพลีย มีตะคริว
- 3) ภาวะโพแทสเซียมต่ำ คือ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ซีพจรเต้นไม่สม่ำเสมอ คลื่นไส้ อาเจียน

ซีมลง ลำไส้มีการเคลื่อนไหวลดลง

2. ปริมาณน้ำเข้าและน้ำออกสมดุล

3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

4. ผลตรวจอิเล็กโทรไลต์ปกติ Na 135-145 mmol/L, K 3.5-5 mmol/L, Cl 96-113 mmol/L, CO₂ 22-26 mmol/L

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ คือ ปากแห้ง กระหายน้ำ ผิวหนังขาดความตึงตัว อ่อนเพลีย ซีพจรเต้นเร็ว

2. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรลัยท์ เช่น ใจสั่น เวียนศีรษะ ท้องอืด หน้ามืด เป็นลมขณะเปลี่ยนท่าหรือหัวใจเต้นผิดปกติขณะเปลี่ยนท่า

3. ประเมินปริมาณและลักษณะของ effluent ผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดเปิดทวารเทียมชนิด Ileostomy มีลักษณะอุจจาระเป็นน้ำ มีโอกาสเสียน้ำและอิเล็กโทรลัยท์มากกว่าทวารเทียมชนิด Colostomy (ศศิธร มงคลสวัสดิ์, 2566) รวมถึงปริมาณของน้ำที่สูญเสียทางอื่น เช่น อาเจียน ปริมาณปัสสาวะ

4. ติดตามการได้รับสารอาหารผ่านทางเดินอาหาร (enteral feeding) ตามแผนการรักษา (Ensure (0.5:1) 50 ml x 3 feed น้ำตาม 25 ซีซี/feed, จิบน้ำหวานทางปาก 100 ml/ 8hr, ensure ทางปาก (1:1) 50 ml oral tid.)

5. ติดตามการได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำชนิดสมบูรณ์ (Total parenteral nutrition: TPN) (kabivan 1,600 kcal iv drip in 24 hr x 7 day) ตามแผนการรักษา

6. ติดตามสัญญาณชีพ ปริมาณน้ำเข้า-ออก อย่างต่อเนื่อง

7. เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะโซเดียมต่ำ คือ คลื่นไส้ อาเจียน สับสน สั่น อ่อนเพลีย มีตะคริว อาการโพแทสเซียมต่ำ คือ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ซีพจรเต้นไม่สม่ำเสมอ คลื่นไส้ อาเจียน ซีมลง ลำไส้มีการเคลื่อนไหวลดลง

8. แนะนำให้ผู้ป่วยบ้วนปากและฟัน เนื่องจากอาจเกิดปากแห้งจากการงดน้ำและอาหาร เพื่อให้เกิดความสุขสบาย

9. ติดตามน้ำหนักตัวหลังผ่าตัด เพื่อประเมินภาวะพร่องสารอาหารและขาดน้ำ

10. ติดตามประเมินสมดุคของอิเล็กโทรลิตส์ ระดับยูเรีย ครีเอตินินในเลือด และประสานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเมื่อพบความผิดปกติ

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 6 เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัด เนื่องจากตำแหน่งของทวารเทียมอยู่ใกล้กับแผลผ่าตัด

เป้าหมายการพยาบาล ป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัด ปรับตัวด้านร่างกายได้

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวัง ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อแผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกาย < 37.5°C
2. แผลผ่าตัดไม่มีหนอง ไม่บวมแดง หรือปวดรุนแรง

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญของการป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด พร้อมกับขอความร่วมมือจากผู้ป่วยในการระวังไม่ให้แผลถูกน้ำ รวมถึงการแกะและเกาแผลผ่าตัด

2. ติดตามอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อแผลผ่าตัด โดยประเมินสัญญาณชีพ ลักษณะแผล สี และปริมาณสิ่งคัดหลั่งที่ซึมออกมาจากแผล และใช้หลักสะอาดปราศจากเชื้อเมื่อทำแผล

3. แนะนำผู้ป่วยสังเกตสี ลักษณะ และจำนวนของสิ่งขับถ่ายที่ออก

4. แนะนำผู้ป่วยสังเกตผิวหนังรอบแผลผ่าตัด ถ้ามีการอักเสบ เช่น ปวด บวม แดง ร้อน บริเวณแผลผ่าตัด ควรแจ้งพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อพิจารณารายงานแพทย์

5. ติดตามการได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา (ceftriaxone 2 gm iv OD, metronidazole 500 mg iv q 8 hr.) พร้อมกับสังเกตอาการข้างเคียงของยา

6. ประเมินตำแหน่งของ ileostomy กับแผลผ่าตัด ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดไม่เร่งด่วนฉุกเฉิน (elective case) จำเป็นต้องได้รับการกำหนดตำแหน่งของทวารเทียม (stoma siting) เพื่อให้ทวารเทียมอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ผู้ป่วยและญาติสามารถปิดถุงรองรับสิ่งขับถ่ายได้ง่าย มั่นใจในการดูแลตนเอง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผิวหนังรอบทวารเทียม ทำให้ปิดถุงรองรับสิ่งขับถ่ายได้นานขึ้น (จุฬารพร ประสังสิต และคณะ, 2562)

7. เมื่อมีการรั่วซึมควรเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่ายทันที และหลีกเลี่ยงไม่ให้ถุงปิดคลุมรอยเย็บของแผล ซึ่งจะช่วยให้แผลผ่าตัดติดเชื้อได้ (จุฬารพร ประสังสิต และคณะ, 2562)

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 7 มีโอกาสเกิดระคายเคืองและผิวหนังถูกทำลายจากการสัมผัสกับอุจจาระเนื่องจากมีทวารเทียมส่วนลำไส้เล็กทางหน้าท้อง (Ileostomy)

เป้าหมายการพยาบาล คงไว้ซึ่งความสมบูรณ์ของผิวหนังรอบทวารเทียม

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวัง ผิวหนังรอบทวารเทียมปกติ ไม่เกิดการระคายเคืองและผิวหนังรอบทวารเทียมถูกทำลายจากการสัมผัสกับอุจจาระ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผิวหนังรอบทวารเทียมปกติ ไม่เกิดการระคายเคืองและผิวหนังรอบทวารเทียมถูกทำลายจากการสัมผัสกับอุจจาระ
2. ติดถุงรองรับสิ่งขับถ่ายได้นานขึ้น 3-5 วัน/ชิ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินขนาดของทวารเทียมเพื่อเลือกใช้อุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่ายได้เหมาะสม โดยเลือกที่มีระบบนูน (convexity pouching system) จะทำให้ stoma นูนขึ้น ใช้ร่วมกับ skin barrier paste ช่วยในการปรับระดับผิวหนังรอบทวารเทียม ป้องกันการเกิดร่องใต้แป้น และใช้เข็มขัด (belt) ช่วยยึดแป้น ทำให้การยึดติดดียิ่งขึ้น อุจจาระสามารถลงสู่ถุงรองรับสิ่งขับถ่ายได้ง่ายขึ้น ลดการรั่วซึมบริเวณใต้แป้น (จุฬาพร ประสงค์ และคณะ, 2562)

2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงลักษณะของอุจจาระที่ออก เนื่องจากเป็นส่วนของลำไส้เล็ก ปริมาณน้ำ 750-1,000 มิลลิลิตรต่อวัน ชนิดสิ่งขับถ่ายเป็นน้ำปนเนื้อ เอนไซม์ช่วยย่อย ผิวหนังมักถูกทำลายได้ง่าย (จุฬาพร ประสงค์ และคณะ, 2562) ทวารเทียมชนิด Ileostomy มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนรอบทวารเทียมมากกว่าชนิด Colostomy (ศศิธร มงคลสวัสดิ์, 2566)

3. แนะนำเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่ายทันทีเมื่อมีรั่วซึม หรือมีการระคายเคืองต่อผิวหนัง เช่น ผิวหนังมีรอยแดงหรือคัน

4. ให้ผู้ป่วยและญาติระบายสิ่งขับถ่ายเมื่อมีปริมาณ 1/3 ของถุง เพื่อไม่ให้เกิดการตึงรั้งของถุงรองรับสิ่งขับถ่าย

5. ระบายแก๊สออกจากถุงทันทีเมื่อมีแก๊สหรือถุงโป่งพอง เนื่องจากแรงดันจากแก๊สจะทำให้ถุงรองรับสิ่งขับถ่ายรั่วได้

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 8 มีการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ เนื่องจากมีทวารเทียมส่วนลำไส้เล็กทางหน้าท้อง (Ileostomy) (พบปัญหาระหว่างวันที่ 23 สิงหาคม 2566 ถึงวันที่ 2 กันยายน 2566)

เป้าหมายการพยาบาล ส่งเสริมการปรับตัวต่อสภาพลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความเครียดกับการสูญเสียสภาพลักษณะ ยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและสภาพลักษณะ มีความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้น

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวัง ผู้ป่วยปรับตัวได้กับสภาพลักษณะใหม่ที่เปลี่ยนแปลงไป สามารถดำเนินชีวิตอยู่กับทวารเทียม (ileostomy) ได้ใกล้เคียงกับก่อนผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยปรับตัวได้กับภาพลักษณ์ใหม่ที่เปลี่ยนไป สามารถดำเนินชีวิตอยู่กับทวารเทียม (ileostomy) ได้ใกล้เคียงกับก่อนผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เชื่อมั่น และให้ความร่วมมือในการพยาบาล พุดคุย ซักถาม และสังเกตพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกเมื่อกล่าวถึงทวารเทียม และขณะล้างทำความสะอาดเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย
2. ประเมินสภาพจิตใจและความรู้สึกของผู้ป่วย ซึ่งมีผลต่อความสามารถในการเรียนรู้และการปรับตัว (ศุภิสรา สุวรรณชาติ และคณะ, 2563)
3. รับฟังผู้ป่วยและญาติอย่างตั้งใจและเข้าใจ ซักถามและประเมินการรับรู้ต่อทวารเทียมและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก
4. ประเมินความรู้สึกการสูญเสียภาพลักษณ์ของผู้ป่วย ให้การประคับประคองด้านจิตใจ และอธิบายให้ญาติเข้าใจถึงความรู้สึกของผู้ป่วย คอยให้กำลังใจ พุดในเชิงบวก เอาใจใส่ เพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป
5. อธิบายและทบทวนให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงสถานะของโรคและแผนการรักษา รวมทั้งความจำเป็นต้องมีทวารเทียม (ileostomy) ทางหน้าท้อง
6. อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้น คือ การมีทวารเทียมทางหน้าท้องอาจมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วย และต้องใช้เวลาในการยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป แนะนำให้ญาติให้กำลังใจ และควรระมัดระวังในเรื่องการแสดงออก เช่น ไม่แสดงท่าทีกลัวลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (ทวารเทียม) หรือแสดงท่าทีรังเกียจอุจจาระที่ออกมาจากลำไส้
7. แนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักกับทวารเทียมของตนเอง โดยใช้ถ้อยคำที่นุ่มนวล กระตุ้นให้เริ่มมอง สัมผัสด้วยมือ อธิบายเหตุผลขั้นตอนต่างๆ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม โดยระวังการแสดงออกถึงความรังเกียจ
8. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมองและสัมผัสลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (ทวารเทียม) เพื่อสร้างความคุ้นเคย (จุฬารพร ประสงค์ และคณะ, 2562)
9. ให้การดูแลผู้ป่วยสัมพันธ์กับกระบวนการปรับตัวให้เกิดการยอมรับ หรือแก้ปัญหาต่อการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ (จุฬารพร ประสงค์ และคณะ, 2562)
10. ส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วย แสดงความเห็นอกเห็นใจ สนับสนุนให้กำลังใจ เช่น เข้าใจในการปฏิเสธหรือไม่ยอมรับการมีทวารเทียมของผู้ป่วยในระยะแรก หรือให้กำลังใจ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติเปลี่ยนแปลงหรือถุงรองรับอุจจาระได้ (ศุภิสรา สุวรรณชาติและคณะ, 2563)
11. ให้การสนับสนุนผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อมูลย้อนกลับที่ดี สร้างความเชื่อมั่นและความรู้สึก โดยใช้เทคนิคการสัมผัส บอกความก้าวหน้าของการรักษาและเน้นให้เห็นถึงอาการที่ดีขึ้น

12. ตรวจเยี่ยมให้กำลังใจอยู่เสมอ สร้างความมั่นใจในแผนการรักษา และกระตุ้นผู้ป่วยให้เกิดความร่วมมือในการดูแลรักษา ให้ความมั่นใจของทีมดูแล และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา กิจกรรมต่างๆที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้หลังผ่าตัด

13. สังเกตการแสดงออกของญาติต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย พร้อมทั้งให้กำลังใจและให้ความมั่นใจในแผนการรักษา

14. ยกย่อง ชมเชยเมื่อผู้ป่วยหรือผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง

15. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและความคับข้องใจ

16. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้พบปะพูดคุยกับเพื่อนผู้มีทวารเทียม (ileostomy) เพื่อเรียนรู้ร่วมกันในเรื่องการใช้ชีวิตอยู่กับทวารเทียม และคลายความวิตกกังวล

วินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลข้อที่ 9 แบบแผนการนอนหลับถูกรบกวน เนื่องจากวิตกกังวลเกี่ยวกับการมีถุงรองรับสิ่งขับถ่ายทางหน้าท้อง

เป้าหมายการพยาบาล ลดความวิตกกังวล นอนหลับพักผ่อนได้ ปรับตัวด้านร่างกายได้

ผลลัพธ์ทางการแพทย์พยาบาลที่คาดหวัง ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ วิตกกังวลลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. นอนหลับพักผ่อนได้ ไม่ขอยานอนหลับ
2. ไม่มีอาการของการพักผ่อนไม่เพียงพอ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินร่วมกันเพื่อค้นหาสาเหตุของการนอนที่ผิดปกติ และจัดการสาเหตุอาการรบกวน
2. แนะนำหลีกเลี่ยงการนอนพักช่วงกลางวัน เพื่อส่งเสริมการนอนพักผ่อนช่วงกลางคืน
3. ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาด เสียงรบกวนให้น้อย แสงสว่างไม่มากเกินไป
4. ทำกิจกรรมการพยาบาลด้วยความนุ่มนวล และบอกผู้ป่วยก่อนทุกครั้งที่ทำกิจกรรม เพื่อป้องกันไม่
ให้ผู้ป่วยรู้สึกตกใจและสะดุ้งตื่นเมื่อทำกิจกรรม
5. ให้กิจกรรมการพยาบาลเท่าที่จำเป็นและเหมาะสม ลดการรบกวน
6. แนะนำระบายอุจจาระในถุงรองรับก่อนนอนหลับพักผ่อน และตรวจสอบการยึดติด หากพบปัญหา
ประสานพยาบาลหรือผู้ช่วยดูแลทันที ลดการรบกวนในระหว่างการนอนหลับ
7. แนะนำแจ้งพยาบาลประจำหอผู้ป่วยขอยานอนหลับหรือยาคลายกังวล หากจำเป็นและไม่สามารถ
นอนหลับได้เอง (Sertaline 50 mg 1 tab hs.)

2. การพยาบาลระยะก่อนจำหน่าย

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 วิตกกังวลจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม เนื่องจากพร่องความรู้ เกี่ยวกับการจัดการอาการรบกวน

เป้าหมายการพยาบาล ลดความวิตกกังวลจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม การจัดการกับอาการรบกวน ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ปรับตัวกับบทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไปได้ จากผู้นำเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวัง ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล ยอมรับอาการรบกวนที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะลุกลามและดูแลได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. สีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้มแจ่มใส ให้ความร่วมมือตามแผนการรักษาของแพทย์
2. ยอมรับอาการรบกวนที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะลุกลามและให้การดูแลได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความโศกเศร้ารับฟังอย่างตั้งใจ เคารพในความเป็นส่วนตัว สังเกตพฤติกรรมผู้ป่วย ให้ความสำคัญกับการแสดงออกทางอารมณ์ รับฟังความทุกข์ใจ ประกอบกับใช้การสัมผัสเพื่อปลอบประโลมใจ (ฉัตรกมล เจริญวิภาดา, 2561)

2. ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาอีกครั้ง เพื่อทบทวนข้อมูลการรับรู้ และการยอมรับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในขณะนั้น พร้อมทั้งให้คำปรึกษา แนะนำ และอธิบายในเรื่องแผนการรักษาแบบประคับประคอง และประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้าน

3. ลดความวิตกกังวล ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม โดยพูดคุยทำความเข้าใจกันระหว่างทีมรักษาพยาบาลและครอบครัว (Family meeting) ประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

4. แนะนำในเรื่องวิธีการดูแลเพื่อการบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระยะท้าย รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้กลวิธีในการจัดการความเครียด วิตกกังวลด้วยตนเอง

5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยปฏิบัติศาสนกิจ-พิธีกรรมที่นับถือ เพื่อตอบสนองความต้องการและบรรเทาความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ (Spiritual suffering) เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิต (ฉัตรกมล เจริญวิภาดา, 2561)

6. ด้านญาติผู้ดูแล ได้รับการประเมินความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับ สอนและฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การประเมิน และจัดการอาการในระยะท้ายที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น อาการเหนื่อยหอบ ปวด ท้องผูก เป็นต้น โดยให้คำแนะนำดังนี้ (ฉัตรกมล เจริญวิภาดา, 2561)

- 1) แนะนำจัดการอาการปวดโดยการใช่ยาและไม่ใช่ยา ประเมินระดับความเจ็บปวด ใช้มาตรวัดที่ผู้ป่วยเข้าใจสอบถามลักษณะอาการปวด เวลาและสิ่งกระตุ้นทำให้ปวดเพิ่มขึ้น อาจเลือกใช้วิธีบรรเทาความปวดโดยไม่ใช่ยา เช่น การดูแลทางกาย จัดท่านอนและนั่งให้เหมาะสมตามสภาพความเจ็บปวด การเบี่ยงเบนความสนใจการสัมผัส การลดสิ่งกระตุ้น เป็นต้น รวมทั้งให้แรงสนับสนุนด้านกำลังใจ เนื่องจาก

ปัญหาด้านจิตใจนั้น สามารถทำให้อาการทางกายนั้นกำเริบหรือรุนแรงมากขึ้น (ทิพย์เกษร วรณภักดิ์, 2562)

2) ส่งเสริมภาวะโภชนาการ แนะนำการทำความสะอาดปากและฟัน ดูแลให้ได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์อย่างเพียงพอ ผู้ป่วยจะมีอาการเบื่ออาหาร แนะนำญาติจัดสิ่งแวดล้อม ชนิดของอาหารที่ผู้ป่วยต้องการ โดยง่ายต่อการเคี้ยวกลืนและย่อยง่าย อาจแบ่งให้รับประทานครั้งละน้อยแต่เพิ่มมื้ออาหาร

3) ดูแลการนอนหลับ ประเมินร่วมกันหาสาเหตุของการนอนที่ผิดปกติ และจัดการสาเหตุอาการรบกวน เช่น ปวด แขนงท้อง วิดกกังวล เป็นต้น หลีกเลี่ยงการนอนพักช่วงกลางวัน เพื่อส่งเสริมการนอนพักผ่อนช่วงกลางคืน ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาด เสียงรบกวนให้น้อย แสงสว่างไม่มากเกินไป

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 มีความบกพร่องในการปรับตัว เนื่องจากอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ และมีทวารเทียมทางหน้าท้อง

เป้าหมายการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับอาการเจ็บป่วยและการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ส่งเสริมการปรับตัวได้

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยปรับตัวได้กับอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่และการมีทวารเทียมทางหน้าท้อง สามารถดำเนินชีวิตอยู่กับทวารเทียม (ileostomy) ได้ใกล้เคียงกับก่อนผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพจิตใจและความรู้สึกของผู้ป่วย ซึ่งมีผลต่อความสามารถในการเรียนรู้และการปรับตัว (ศุภิสรา สุวรรณชาติ และคณะ, 2563)

2. ให้การดูแลผู้ป่วยสัมพันธ์กับกระบวนการปรับตัวให้เกิดการยอมรับ ดังนี้ (จุฬารพร ประสงค์ และคณะ, 2562)

1) ระยะเกิดผลกระทบ พยาบาลควรให้กำลังใจและเสริมแรงให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าสามารถดูแลตนเองได้อย่างค่อยเป็นค่อยไป

2) ระยะหลบหนีความจริง พยาบาลควรให้การสนับสนุนหรือส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง ไม่ควรต่อต้านหรือหลบเลี่ยงผู้ป่วย

3) ระยะยอมรับความจริง ควรให้ครอบครัวของผู้ป่วยช่วยในการสนับสนุนให้กำลังใจ พยาบาลควรเตรียมข้อมูลให้ญาติโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย หากสามารถนำผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบเดียวกันมาพูดคุย จะทำให้มีกำลังใจและทัศนคติที่ดีขึ้น

4) ระยะฟื้นตัว พยาบาลควรให้กำลังใจ เสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วยเข้มแข็งมากขึ้น อาจชวนเป็นอาสาสมัครช่วยเหลือผู้ป่วยรายอื่นต่อไป

3. ให้การสนับสนุนผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อมูลย้อนกลับที่ดี สร้างความเชื่อมั่นและความรู้สึกโดยใช้เทคนิคการสัมผัส บอกความก้าวหน้าของการรักษาและเน้นให้เห็นถึงอาการที่ดีขึ้น

4. ยกย่อง ชมเชยเมื่อผู้ป่วยหรือผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง

5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและความคับข้องใจ

6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พบปะพูดคุยกับเพื่อนผู้มีทวารเทียมประเภทเดียวกัน (ileostomy) เพื่อเรียนรู้ร่วมกันในเรื่องการใช้ชีวิตอยู่กับทวารเทียม และคลายความวิตกกังวล

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 มีความพร้อมสำหรับการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน
เป้าหมายการพยาบาล เตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแล ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และมั่นใจการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน สามารถใช้อุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่ายได้ด้วย ความมั่นใจ ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองและมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม ช่วยเสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเอง

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวัง มีความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านอย่างถูกต้อง สามารถใช้อุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่ายได้ด้วย ความมั่นใจ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยและ/หรือญาติบอกได้ถึงวิธีดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้ถูกต้องร้อยละ 80

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินลักษณะของรูเปิดทวารเทียม ขนาด สี เพื่อสังเกตความผิดปกติและเป็นบรรทัดฐานสำหรับการประเมินครั้งต่อไป (ลักษณะของทวารเทียมที่ดี ควรมีสีแดง ชุ่มชื้น หลังผ่าตัดระยะแรก 2-3 วัน จะบวม)

2. ประเมินผิวหนังรอบๆรูเปิดทวารเทียม ตรวจสอบอาการแสดงของการระคายเคืองที่ผิวหนัง เนื่องจากสัมผัสกับต่างของน้ำอุจจาระ

3. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและ/หรือญาติในการมีส่วนร่วมดูแลทวารเทียม (ตามปกติในวันที่ 3-5 หลังผ่าตัด) ผู้ป่วยควรมีความพร้อมที่จะเรียนรู้การดูแลทวารเทียม เช่น การมองหรือสัมผัสทวารเทียม โดยเฉพาะอย่างยิ่งก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยและญาติควรเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่ายได้ด้วยตนเองอย่างน้อย 2-3 ครั้ง โดยมีพยาบาลเฝ้าดูอยู่ห่างๆ

4. ให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับแผนการรักษา การปฏิบัติตัวการพักผ่อนนอนหลับ การลดความวิตกกังวล ไม่เครียด ทำอารมณ์ให้แจ่มใส

5. กระตุ้น สนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติฝึกทักษะตามลำดับขั้น

6. สอนและสาธิตผู้ป่วยและญาติ เรื่องการเทอุจจาระและการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย การดำเนินการสอนต้องใช้ทักษะให้เกิดการสื่อสารแบบสองทาง เพื่อเป็นการประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ ว่ามีความรู้ความเข้าใจถูกต้องหรือไม่ ต้องมีการใช้ทั้งภาษาพูดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย การใช้น้ำเสียงและภาษาร่างกายให้เหมาะสม สบตาผู้ป่วย ยิ้มแย้ม เป็นกันเอง แสดงท่าทีห่วงใยเป็นมิตร ให้เกิดความไว้วางใจ ให้ความสำคัญกับความคิดเห็นของผู้ป่วย ระยะเวลาการดำเนินการสอนอาจยืดหยุ่นตามวัย ความพร้อมของผู้ป่วยแต่ละคน มีรายละเอียด ดังนี้ (จุฬารพร ประสังสิตและคณะ, 2562)

6.1 การเตรียมอุปกรณ์ทำความสะอาด ประกอบด้วย ถุงรองรับสิ่งขับถ่ายมีให้เลือกใช้ 2 ชนิด ดังนี้

6.1.1 ชนิด 1 ชั้น เป็นถุงปลายเปิดรูปทรงยาว ส่วนบนของถุงเป็นแผ่นกาว ประกอบด้วยตัวยาป้องกันการระคายเคืองที่ผิวหนังสำหรับปิดครอบรูทวารเทียม สามารถตัดแต่งตามขนาด

จริงของรูเปิดทวารเทียม ส่วนปลายมีท่อสำหรับระบายอุจจาระออกจากถุงพร้อมคลิปเปิด-ปิด เมื่อถุงถูกดึงออกแล้วจะไม่สามารถนำกลับมาใช้ใหม่ได้อีก

6.1.2 ชนิด 2 ชั้น ประกอบด้วย

1) แปนปิดรอรูเปิดทวารเทียม (flange) ลักษณะเป็นแผ่นกาวที่มีความยืดหยุ่น มีช่องกลมสำหรับปิดรอรูเปิดทวารเทียม สามารถตัดแต่งตามขนาดจริงของรูเปิดทวารเทียม และรอบช่องมีขอบกลมสำหรับติดถุงเก็บอุจจาระ เลือกขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางได้ ป้องกันผิวหนังระคายเคืองจากการสัมผัสอุจจาระ สามารถติดกับผิวหนังได้นานประมาณ 1 สัปดาห์

2) ถุงเก็บอุจจาระ ใช้คู่กับแผ่นแป้น ลักษณะคล้ายกับถุงชนิด 1 ชั้น แต่ส่วนบนของถุงจะเป็นร่องสำหรับติดกับขอบของส่วนแป้น ขณะที่ส่วนปลายมีท่อสำหรับระบายอุจจาระออกจากถุงพร้อมคลิปเปิด-ปิดถุง เมื่อแกะออกจากตัวแป้นแล้ว สามารถนำกลับมาล้างทำความสะอาดใช้ใหม่ได้อีก

6.1.3 สำลี

6.1.4 น้ำสะอาด

6.1.5 กระดาษชำระ

6.1.6 กรรไกร

6.1.7 ถุงพลาสติกสำหรับทิ้งวัสดุใช้แล้ว

6.2 วิธีทำความสะอาด

6.2.1 ล้างมือให้สะอาด

6.2.2 ผู้ป่วยอาจยื่นเปลี่ยนถุงโดยใช้กระจกส่อง หรือนั่งบนเก้าอี้ที่มีพนักพิงโดยนั่งในท่าที่สบาย จัดเครื่องแต่งกายให้สามารถมองเห็นตำแหน่งของทวารเทียมได้ชัดเจน

6.2.3 ลอกถุงที่ติดอยู่เดิมออก (กรณีใช้ถุงชนิด 1 ชั้น) หรือดึงแป้นออก (กรณีใช้ถุงชนิด 2 ชั้น) โดยใช้มือหนึ่งกดที่ผิวหนังในขณะที่มือหนึ่งค่อยๆ ลอกออกอย่างเบามือ

6.2.4 ใช้สำลีชุบน้ำสะอาด เช็ดทำความสะอาดทวารเทียมและผิวหนังรอบๆ จนสะอาด ซับผิวหนังรอบทวารเทียมให้แห้ง และปิดถุงรองรับอุจจาระให้แนบสนิทกับผิวหนัง สังเกตผิวหนังรอบทวารเทียมว่ามีการระคายเคืองหรือไม่ ถ้ามีการระคายเคืองต้องแจ้งพยาบาลเพื่อแก้ไข อาจต้องพิจารณาปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ หรือใช้ผลิตภัณฑ์ดูแลผิวหนังตามความเหมาะสม

6.3 เตรียมปิดถุงเก็บอุจจาระ โดย

6.3.1 กรณีใช้ถุงชนิด 1 ชั้น วัดขนาดของทวารเทียม และตัดอุปกรณ์ให้พอดีหรือกว้างกว่ารูเปิดทวารเทียม 2 มิลลิเมตร เพื่อป้องกันผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคืองจากการตัดอุปกรณ์กว้างเกินไป แล้วติดถุงให้แนบกับผิวหนัง

6.3.2 กรณีใช้ถุงชนิด 2 ชั้น วัดขนาดของทวารเทียม และตัดอุปกรณ์ให้พอดีหรือกว้างกว่ารูเปิดทวารเทียม 2 มิลลิเมตร เพื่อป้องกันผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคืองจากการตัดอุปกรณ์กว้าง

เกินไป แล้วติดแป้นให้แนบกับผิวหนัง นำถุงเก็บอุจจาระมาติดกับแป้นรับให้แนบสนิท ทดสอบโดยการกระตุก ถุงล่างเบาๆ ถ้าติดถูกต้องถุงจะไม่หลุดออกมา

6.4 วิธีเทอุจจาระออกจากถุงเก็บ พยาบาลสาธิตให้ผู้ป่วยดูโดยการเทถุงเปล่า

6.4.1 ผู้ป่วยควรเทอุจจาระออกจากถุง เมื่อมีอุจจาระอยู่ในถุงประมาณ 1/3-1/2 ของถุง เพราะถ้าปล่อยให้มียูจจาระอยู่ในถุงมากเกินไป จะทำให้ถุงหลุดออกจากผิวหนังได้

6.4.2 นั่งในท่าที่สบาย ดึงคลิปที่ปิดอยู่ออก เมื่อเทอุจจาระออกจนหมด ปิดคลิปกลับไปเช่นเดิม

7. ประเมินทักษะในการดูแลทวารเทียมของผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติ ที่ถูกต้องและส่งเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติ

8. ให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับทวารเทียม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (एमปลา परिชาธิรศาสตร์, 2560)

8.1 สามารถรับประทานอาหารได้ทุกชนิด ควรดื่มน้ำสะอาดบางประเภท เช่น อาหารรสจัด อาหารหมักดอง อาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส รวมทั้งการปรับเปลี่ยนนิสัยในการรับประทานอาหาร ได้แก่ ควรรับประทานอาหารเพียงพอแต่ละมือ ไม่ควรอ้วมจนเกินไป ควรเคี้ยวอาหารให้ละเอียด โดยเฉพาะอาหารที่แข็ง และมีกากใยสูง โดยเฉพาะ Ileostomy ควรเคี้ยวให้ละเอียดเพื่อป้องกันอาการท้องผูก ทำให้เกิดการอุดตันของลำไส้ ควรหลีกเลี่ยงการพูดคุยขณะรับประทานอาหาร ควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว สำหรับอาหารที่ไม่คุ้นเคยควรเริ่มรับประทานเพียงเล็กน้อย

8.2 การดูแลความสะอาดร่างกาย ผู้ป่วยสามารถอาบน้ำได้ตามปกติทั้งขณะใส่ถุงรองรับอุจจาระ และในวันที่ถอดถุงรองรับอุจจาระออกเพื่อเปลี่ยนแป้น หลังจากอาบน้ำเสร็จ ให้ซับน้ำบริเวณทวารเทียมให้แห้ง แล้วจึงเปลี่ยนอุปกรณ์

8.3 การป้องกันและดูแลรักษาผิวหนังโดยรอบทวารเทียม ทำความสะอาดรอบๆ ทวารเทียมด้วยน้ำสะอาด ซับให้แห้ง ไม่ควรขัดถูหรือเกาบริเวณรอบๆ ทวารเทียม เพราะทำให้เกิดแผลได้

8.4 การแต่งกาย สามารถแต่งกายได้ตามปกติ

8.5 การเดินทาง สามารถเดินทางไกลได้ แต่ควรเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นไปด้วยตลอดเวลา และควรเตรียมให้มีจำนวนมากเพียงพอ ในกรณีที่มีความจำเป็นใช้รับควานหรืออุกเงิน

8.6 การทำงาน ผู้ป่วยสามารถทำงานได้ตามปกติ งดเว้น การยกของหนักหรือภาวะที่ทำให้แรงดันในช่องท้องสูง ซึ่งจะมีผลกระทบต่อทวารเทียม ทำให้เกิด parastomal herniation หรือ prolapse stoma

8.7 การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย ในระยะ 2 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด ควรพักผ่อนอย่างเต็มที่ หลีกเลี่ยงการยกของหนักใน 6-8 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด หลังจากนั้นสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ รวมถึงการขับรถ

8.8 การนอนหลับ ก่อนนอนควรทำความสะอาดถุงรองรับอุจจาระ หรือเทอุจจาระให้เรียบร้อย

9. แนะนำอาหารที่มีวิตามินบี12 เช่น ตับ นม ไข่ หรือรับประทานยาวิตามิน B12 เนื่องจากผลของการตัดลำไส้ส่วน ileum ทำให้การดูดซึมเกลือน้ำดี (bile salt) และวิตามินบี 12 ลดลง (นักโภชนาการแนะนำให้ ensure 10 ซ้อน 1 ครั้ง/วัน และ Fresubin Supportan 1 ขวด เสริมด้วยซูปพิกทอง)

10. ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อม สิ่งของ สถานที่ที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ใช้แหล่งประโยชน์จากชุมชน สังคม

11. ติดตามและทบทวนการได้รับความรู้เรื่องยา ข้อบ่งใช้ การออกฤทธิ์ วิธีการใช้ยา ขนาด ปริมาณ จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ ผลข้างเคียง รวมทั้งการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องและครบถ้วน

12. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินทวารเทียม อาการผิดปกติและผิวหนังรอบทวารเทียม พร้อมแนะนำวิธีป้องกันและแก้ไข (จุฬาพร ประสงค์ และคณะ, 2562) อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ได้แก่ การมีอุจจาระออกน้อยลงหรือไม่ออกเลย ปวดเพิ่มขึ้น หรืออาการที่แสดงว่ามีการติดเชื้อ มีแผลรอบทวารเทียม หรือมีถ่ายเป็นเลือดออกมาจากทวารเทียม

13. แนะนำให้เห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด อาการที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด

14. นัดหมายติดตามประเมินผลการดูแลทวารเทียม การเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย เพื่อประเมินการดูแลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3. การพยาบาลระยะติดตามหลังจำหน่าย

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 มีภาวะระคายเคืองและผิวหนังรอบทวารเทียมถูกทำลายจากการสัมผัสกับอุจจาระ เนื่องจากมีทวารเทียมส่วนลำไส้เล็กทางหน้าท้อง (Ileostomy)

เป้าหมายการพยาบาล ลดการระคายเคืองและผิวหนังรอบทวารใหม่ถูกทำลายจากการสัมผัสกับอุจจาระ ปรับตัวด้านร่างกายได้

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวัง ผิวหนังรอบทวารเทียมหายเป็นปกติ ไม่เกิดการระคายเคืองและผิวหนังรอบทวารเทียมไม่ถูกทำลายจากการสัมผัสกับอุจจาระ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผิวหนังรอบทวารเทียมปกติ ไม่เกิดการระคายเคืองและผิวหนังรอบทวารเทียมไม่ถูกทำลายจากการสัมผัสกับอุจจาระ

2. ติดถุงรองรับสิ่งขับถ่ายได้นานขึ้น 3-5 วัน/ชิ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินขนาดของทวารเทียมเทียบเคียงจากเดิมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อปรับอุปกรณ์และเลือกใช้อุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่ายได้เหมาะสม โดยเลือกที่มีระบบนูน (convexity pouching system) จะทำให้ stoma นูนขึ้น ร่วมกับการใช้ skin barrier paste ช่วยในการปรับระดับผิวหนังรอบทวารเทียมป้องกันการเกิดร่องใต้แป้น และใช้เข็มขัด (belt) ช่วยยึดแป้น ทำให้การยึดติดดียิ่งขึ้น อุจจาระสามารถลงสู่ถุงรองรับสิ่งขับถ่ายได้ง่ายขึ้น ลดการรั่วซึมบริเวณใต้แป้น

2. แนะนำตรวจสอบแป้นรองรับอุจจาระบ่อย ๆ ถ้ามีการรั่วซึมหรือเปียกชื้นให้เปลี่ยนใหม่ทันที

3. ซึ่่นชมให้กำลังใจที่ผู้ป่วยและญาติดูแลได้ถูกต้อง เน้นย้ำยังคงต้องระบายน้สิ่งขับถ่ายเมื่อมีปริมาณ 1/3 ของถุง เพื่อไม่ให้เกิดการติ่งรั้งของถุงรองรับสิ่งขับถ่าย
4. ระบายแก๊สออกจากถุงทันทีเมื่อมีแก๊สหรือถุงโป่งพอง เนื่องจากแรงดันจากแก๊สจะทำให้ถุงรองรับสิ่งขับถ่ายรั่วได้
5. นัดติดตามประเมินการดูแลทวารเทียม ความคงทนในการติดอุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่ายทุกครั้ง ที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด

วินิจฉัยทางการแพทย์ข้อที่ 2 มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรลัยท์จากรับประทานอาหารได้น้อย และถ่ายอุจจาระเป็นน้ำทางทวารเทียมส่วนลำไส้เล็ก

เป้าหมายการพยาบาล คงไว้ซึ่งภาวะสมดุลน้ำและอิเล็กโตรลัยท์

ผลลัพธ์ทางการแพทย์ที่คาดหวัง ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรลัยท์ ไม่พบอาการและอาการแสดงของภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรลัยท์

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของ
 - 1) ภาวะขาดน้ำ คือ ปากแห้ง กระหายน้ำ ผิวหนังขาดความตึงตัว อ่อนเพลีย ซีพจรเต้นเร็ว
 - 2) ภาวะโซเดียมต่ำ คือ คลื่นไส้ อาเจียน สับสน สั่น อ่อนเพลีย มีตะคริว
 - 3) ภาวะโพแทสเซียมต่ำ คือ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ซีพจรเต้นไม่สม่ำเสมอ คลื่นไส้ อาเจียน ซึมลง ลำไส้มีการเคลื่อนไหวลดลง
2. ปริมาณน้ำเข้าและน้ำออกสมดุล
3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
4. ผลตรวจอิเล็กโตรไลต์ปกติ Na 135-145 mmol/L, K 3.5-5 mmol/L, Cl 96-113 mmol/L, CO₂ 22-26 mmol/L

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรลัยท์ เช่น อ่อนเพลีย ใจสั่น เวียนศีรษะ ท้องอืด หน้ามืด เป็นลมขณะเปลี่ยนท่า หรือหัวใจเต้นผิดปกติขณะเปลี่ยนท่า ความชุ่มชื้นของเยื่อในช่องปาก ความตึงของผิว เป็นต้น
2. ประเมินสัญญาณชีพ ปริมาณน้ำดื่ม การขับถ่ายปัสสาวะและปริมาณอุจจาระที่ออกทางทวารเทียม หน้าท้อง โดยซักถามจากผู้ป่วยและญาติ
3. ซักถามเกี่ยวกับอาหารที่รับประทาน เช่น ลักษณะและปริมาณอาหารที่รับประทานได้ สอบถามปัญหาเกี่ยวกับการกลืน ภาวะเบื่ออาหาร ปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร เช่น มีภาวะคลื่นไส้ อาเจียนหรือท้องเสีย สอบถามเกี่ยวกับลักษณะและปริมาณ effluent

4. แนะนำพบนักโภชนาการตามนัด เพื่อประเมินภาวะพร่องสารอาหารและขาดน้ำ และควรปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของนักโภชนาการ (ได้รับการปรับเปลี่ยนสูตรอาหารเป็น glucerna 10 ซ้อน 2 ครั้ง/วัน และ Fresubin Supportan หรือ oral impact 1 serve อาหารอื่นๆ เป็นอาหารอ่อนๆ ไข่ 3 ฟอง/วัน)

5. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินความสมดุลของอิเล็กโทรลิตส์ ระดับยูเรีย ครีเอตินินในเลือด ทุกครั้งที่มาพบแพทย์

6. ติดตามน้ำหนักตัวทุกครั้งที่มาพบแพทย์ เพื่อประเมินภาวะพร่องสารอาหารและขาดน้ำ

วินิจฉัยทางการแพทย์ ข้อที่ 3 มีภาวะขาดสารน้ำ สารอาหาร เนื่องจากพื้นที่การดูดซึมอาหารลดลงจากภาวะลำไส้สั้น

เป้าหมายการพยาบาล ไม่มีภาวะขาดสารน้ำ สารอาหาร ปรับตัวด้านร่างกายได้อย่างเหมาะสม

ผลลัพธ์ทางการแพทย์ที่คาดหวัง : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะขาดสารน้ำ สารอาหาร ไม่พบอาการและอาการแสดงของภาวะขาดสารน้ำ สารอาหาร

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ คือ ปากแห้ง กระหายน้ำ ผิวหนังขาดความตึงตัวอ่อนเพลีย ซีฟจรเต้นเร็ว
2. น้ำหนักไม่ลดลง/คงเดิม/เพิ่มขึ้น
3. รับประทานอาหารได้ตามปกติ/มากขึ้น
4. ผิวหนังชุ่มชื้น ริมฝีปากไม่แห้ง
5. อุจจาระทางทวารเทียมปกติทั้งปริมาณและลักษณะ
6. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะขาดสารน้ำ เช่น ผิวแห้ง ริมฝีปากแห้ง ตาลึกโหล หิวน้ำบ่อย ปัสสาวะน้อย ซีฟจรเบาเร็ว ซึมลง ผิวหนังเสียความยืดหยุ่น (skin turgor) ผิวหนังเย็นและซีด

2. ประเมินสัญญาณชีพ ปริมาณน้ำดื่ม การขับถ่ายปัสสาวะและปริมาณอุจจาระที่ออกทางทวารเทียมหน้าท้อง โดยซักถามจากผู้ป่วยและญาติ เพื่อประเมินการทำงานของลำไส้และภาวะขาดน้ำ

3. ซักถามเกี่ยวกับอาหารที่รับประทาน เช่น ลักษณะและปริมาณอาหารที่รับประทานได้ สอบถามปัญหาเกี่ยวกับการกลืน ภาวะเบื่ออาหาร ปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร เช่น มีภาวะคลื่นไส้ อาเจียนหรือท้องเสีย

4. ติดตามให้ได้รับประทานอาหารและอาหารทางการแพทย์ โดยแนะนำพบนักโภชนาการตามนัดทุกครั้ง เพื่อประเมินภาวะพร่องสารอาหารและขาดน้ำ และควรปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของนักโภชนาการ แนะนำพลังงานที่ควรได้รับ 1,800 kcal/day, protein 70-80 grams/day (ได้รับอาหารทางการแพทย์ชนิด peptamen 7 ซ้อน 1 ครั้ง/วัน, oral impact 1 ซอง/วัน, Fresubin Supportan 1 ขวด/วัน, glucerna 9 ซ้อน/วัน, albumin ชนิดเม็ด 2 เม็ด ครั้ง/วัน (3 เม็ดเท่ากับไข่ขาว 1 ฟอง), ไข่ทั้งใบ 6 ฟอง/วัน ผลไม้ 4-5

ส่วน/วัน, น้ำหวานน้ำตาลสูง (30 กรัม) 1 ขวด และอาหารทางปากธรรมชาติ 5-6 คำ/มื้อ เน้นย่ำรับประทาน
อาหารครึ่งละน้อยๆแต่บ่อยครั้ง ดื่มน้ำ 2,000 cc/day

5. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ eGFR, Blood sugar ทุกครั้งที่มาพบแพทย์ เพื่อประเมิน ความ
สมดุลของสารน้ำ สารอาหาร

6. ติดตามน้ำหนักตัวทุกครั้งที่มาพบแพทย์ เพื่อประเมินภาวะพร่องสารอาหารและขาดน้ำ

7. ประคับประคองด้านจิตสังคม สอนญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การช่วยให้ผู้ป่วยได้รับ
ประทานอาหารและอาหารทางการแพทย์ตามคำแนะนำของนักโภชนาการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารครบ
ตามความต้องการของร่างกาย

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 ขาดประสิทธิภาพในการดูแลตนเองจากความคงทนต่อการทำกิจกรรมลดลง
และเหนื่อยง่าย

เป้าหมายการพยาบาล คงไว้ซึ่งประสิทธิภาพในการดูแลตนเอง ปรับตัวด้านการพึ่งพาได้อย่างเหมาะสม

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวัง ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้เหมาะสมตามสภาพร่างกาย ญาติให้การช่วยเหลือ
ดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้เหมาะสมตามสภาพร่างกาย
2. ญาติให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำญาติช่วยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง
(Bedrest) จัดท่านอนศีรษะสูง (Fowler's position) ให้ออกซิเจนตามคำแนะนำ กระตุ้นให้หายใจอย่าง
ถูกต้อง (Deep breathing) ช่วยดูแลในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

2. เตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ ให้อยู่ใกล้มือผู้ป่วย เพื่อสะดวกในการหยิบใช้

3. จัดเครื่องใช้ภายในบ้านให้สะอาด ห้องน้ำพื้นแห้ง เป็นระเบียบ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

4. แนะนำญาติในการช่วยเหลือผู้ป่วยในบางกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยดำเนินกิจวัตรประจำวันได้สะดวก
ขึ้น เช่น การเตรียมอาหารพร้อมรับประทาน

5. ดูแลอุปกรณ์ช่วยเดินไม้เท้า cane 3 point ให้อยู่ในสภาพดีพร้อมใช้อยู่เสมอ

6. เสริมสร้าง empowerment ให้แก่ญาติผู้ดูแล เพื่อให้เกิดกำลังใจในการปฏิบัติ

7. บอกช่องทางติดต่อสื่อสาร หากต้องการความช่วยเหลือ กรณีผู้ป่วยมาไม่ไหวหรือญาติ

ไม่สะดวกมาติดต่อ เพื่อแบ่งเบาภาระการเดินทางมาโรงพยาบาล

8. นัดหมายโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมอาการที่บ้าน (call visit)

การวางแผนจำหน่ายเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้าน โดยใช้หลักการ D METHOD

(Disease)

อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงโรค แผนการรักษาและพยาธิสภาพที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะลุกลามและมีการกลับซ้ำเฉพาะที่ ได้รับการผ่าตัดเพื่อแก้ไขภาวะลำไส้อุดตันและจำเป็นต้องมีทวารเทียมทางหน้าท้องชั่วคราวหลังผ่าตัด ด้วยระยะของโรคที่เป็น มีอาการรบกวนหลายอาการที่เกิดขึ้น และต้องดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ได้แก่ อาการปวด อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า และจำเป็นต้องมีผู้ดูแลหลักช่วยเหลือ ผู้ป่วยและญาติ (น้องชายและน้องสะใภ้) เข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินโรค การดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านในเรื่องการจัดการอาการรบกวน และสาธิตวิธีการดูแลทวารเทียม การเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่ายได้ถูกต้อง รับรู้ว่าจะต้องมารับการรักษาและตรวจติดตามทุกครั้งตามแพทย์นัด

M (Medication)

1. ยากลับบ้าน (Home medication) ที่ผู้ป่วยได้รับ

- paracetamol (500) 1 tab oral prn q 6 hr.
- MTV 1 tab oral tid.
- omeprazole (20) 1 cap oral bid ac
- air-x 1 tab oral tid
- clexane 0.6 sc q 12 hr #2 wk
- colostomy bag
- Fentanyl 50 mcg/hr 1 patch AP q72 hr.
- MO IR 10 prn q 2 hr.
- Hepalac 30 ml hs. ถ้าไม่ถ่าย 3 วัน
- Venlafexine 75 mg 1 cap hs.
- Sertaline 50 mg 1 tabhs.

2. เป็นยาชนิดรับประทาน แนะนำดื่มน้ำตามมากๆ และเป็นยาควบคุมความปวดแบบแผ่นแปะ เน้นย้ำติดแผ่นยาให้ถูกต้องตามคำแนะนำ เน้นย้ำให้ผู้ป่วยรับประทานยาครบตามจำนวนแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ ไม่ซื้อยามารับประทานเอง และไม่รับประทานสมุนไพรที่ช่วยรักษามะเร็ง หากต้องการรับประทานให้ปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ก่อน หากพบว่ามึนงงหรือมีอาการให้รายงานแพทย์ทราบเมื่อมาพบแพทย์ตามนัด

E (Environment)

เนื่องจากผู้ป่วยอาศัยอยู่คนเดียวในกรุงเทพมหานคร บ้านพักเป็นทาวน์โฮม แนะนำให้จัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัย สะอาด สะดวก อากาศถ่ายเท ไม่อับชื้น ระวังการเกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม เนื่องจากพักอยู่คนเดียว โดยเฉพาะห้องน้ำ ต้องเดินเข้าห้องน้ำเพื่อระบายอุจจาระบ่อย ล้างมือให้สะอาด

ทุกครั้งหลังระบายนูจาระหรือหลังการดูแลทวารเทียม อาจหาถังขยะและสวมถุงขยะสำหรับรองรับสิ่งขับถ่ายไว้ใกล้ตัว ลดการเดินเข้าห้องน้ำบ่อยๆ

T (Treatment)

1. เน้นย้ำเรื่องการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านและรับประทานยาตามแพทย์สั่ง
2. แนะนำผู้ป่วยทำความสะอาดแผลผ่าตัดหน้าท้อง และผลจากการเอาสายระบายออกที่โรงพยาบาลใกล้บ้านทุกวันจนกว่าแผลจะหาย
3. แนะนำผู้ป่วยไม่แกะเกาแผล และไม่ให้แผลโดนน้ำจนกว่าแผลจะแห้งสนิท
4. เน้นย้ำเรื่องการดูแลทวารเทียมด้วยตนเองอย่างถูกต้อง หมั่นสังเกตอาการระคายเคืองของผิวหนังรอบทวารเทียม งตทาคริม หรือแป้งลงบนผิวหนังที่จะต้องปิดถุงรองรับสิ่งขับถ่าย เพราะจะทำให้ปิดถุงไม่อยู่

H (Health)

1. เน้นย้ำให้ผู้ป่วยเข้าใจบริเวณทวารเทียมไม่ใช่แผลผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถอาบน้ำได้ตามปกติทั้งขณะใส่ถุงและถอดถุงออก เพราะน้ำไม่สามารถเข้าไปในลำไส้เปิดได้
2. รับประทานอาหารตามคำสั่งแพทย์ และคำแนะนำของนักโภชนาการ เนื่องจากมีการตัดต่อลำไส้เล็กกับกระเพาะอาหาร มีผลต่อการย่อยและการดูดซึมกลับ ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ย่อยยาก กากใยสูง ควรเคี้ยวให้ละเอียดก่อนกลืน และดื่มน้ำทดแทนระหว่างมื้ออาหาร (รับประทานโจ๊ก จิบน้ำหวานทางปาก 100 ml/ 8hr. และ ensure ทางปาก (1:1) 50 ml oral tid.)
3. หลังผ่าตัด การออกกำลังกายจะทำได้เมื่อผู้ป่วยมีร่างกายแข็งแรงและไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องห้าม แนะนำให้ออกกำลังกายเบาๆ เช่น การเดินเร็ว การทำกิจกรรมเบาๆ ในบ้าน เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน เป็นต้น หลีกเลี่ยงการยกของหนัก เพราะอาจเป็นสาเหตุการเกิดไส้เลื่อนได้
4. เน้นย้ำผู้ป่วยเมื่อต้องออกจากบ้าน ให้เตรียมอุปกรณ์ต่างๆ ให้พร้อม ไม่ควรทิ้งอุปกรณ์ไว้ในที่มีอากาศร้อนหรือหนาวเกินไป อาจทำให้บริเวณแป้นถุงรองรับสิ่งขับถ่ายเสื่อมคุณภาพได้
5. แนะนำการป้องกันการติดเชื้อทั่วไป ควรสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้าน หลีกเลี่ยงสัมผัสคนป่วยติดเชื้อ

O (Out Patient referral)

1. แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ
2. แนะนำอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด
 - 2.1 ไข้สูง แผลบวมแดงอักเสบเป็นหนอง
 - 2.2 ปวดท้องมากท้องแน่นตึง คลื่นไส้ อาเจียน มากกว่า 2 ชั่วโมง
3. แนะนำอาการผิดปกติที่ต้องปรึกษาพยาบาลดูแลลำไส้เปิดหน้าท้อง (Enterostomal Therapy nurse)
 - 3.1 ถุงรองรับอุจจาระหลุดหรือรั่วบ่อย

3.2 ไม่สุขสบาย เกิดปัญหาเกี่ยวกับถุงรองรับอุจจาระที่ใช้ เช่น ลำไส้เปิดมีขนาดเล็กลง ถุงขนาดใหญ่เกินไป

3.3 ทวารเทียมยุบตัวลงไปต่ำกว่าระดับผิวหนังมากกว่าเดิม ขนาดเปลี่ยนแปลง ติดอุปกรณ์ ถุงรองรับสิ่งขับถ่ายได้ไม่เหมือนเดิม เกิดแผลระคายเคืองบริเวณผิวหนังรอบทวารเทียม

3.4 ผิวหนังรอบทวารเทียมมีการระคายเคืองเป็นผื่นแดง หรือเป็นแผล เกิดแผลเปื่อยจาก อุจจาระสัมผัสบริเวณผิวหนัง สาเหตุจากการปิดถุงที่ไม่พอดี หรือตำแหน่งทวารเทียมไม่เหมาะสม ทำให้เกิดมี รอยร้าวซึมน้ำของอุจจาระ รวมทั้งการแพ้กาวจากถุงรองรับอุจจาระ

3.5 น้ำหนักเพิ่มมากขึ้นหรือลดลง ทำให้เกิดปัญหาในการติดถุงรองรับอุจจาระ

4. ถ้ามีอุจจาระออกเป็นจำนวนมากและร่างกายได้รับน้ำเข้าไปไม่เพียงพอ ทำให้มีเกลือแร่ในร่างกาย เปลี่ยนแปลง เกิดภาวะขาดน้ำได้ อาการของภาวะขาดน้ำ ได้แก่ ปากแห้ง ผิวแห้ง ปัสสาวะลดลง เวียนศีรษะ ต้องดื่มน้ำให้เพียงพอ ถ้าอาการมากกว่า 2 หรือ 3 วัน ให้รีบมาพบแพทย์

5. กรณีฉุกเฉิน ควรเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านก่อน หรือมาพบแพทย์ก่อนวันนัด โดยต้อง มาให้ตรงกับวันที่แพทย์ออกตรวจ แนะนำแหล่งช่วยเหลือกรณีถุงรองรับอุจจาระหมดก่อนกำหนด

D (Diet)

1. แนะนำให้รับประทานอาหารตามคำสั่งแพทย์ และคำแนะนำของนักโภชนาการ เน้นโปรตีนสูง เพื่อ ส่งเสริมการหายของแผล

2. ควรรับประทานอาหารแต่พออิ่ม เคี้ยวอาหารให้ละเอียด เพราะอาจทำให้เกิดการอุดตันได้

3. อย่าพยายามลดจำนวนของเสียจากลำไส้เปิด โดยการไม่รับประทานอาหารเพราะลำไส้ยังทำงานอยู่ ตลอดเวลา ไม่ว่าจะมียาอาหารในกระเพาะอาหารหรือไม่ การที่กระเพาะอาหารว่าง จะทำให้เกิดการคลื่นไส้หรือ เกิดแก๊สได้

ประเภทอาหารที่มีผลต่อการขับถ่าย (รับประทานได้ทุกอย่างถ้าไม่มีข้อห้าม อาหารเหล่านี้เป็นเพียงคำแนะนำ ที่ควรหลีกเลี่ยงสำหรับผู้ป่วยที่มีทวารเทียม)

1. อาหารกากใยสูง ได้แก่ ผักผลไม้ จำพวกคื่นช่าย ข้าวโพดคั่ว ผลไม้แห้ง เมล็ดพืช มะพร้าว เห็ด มันฝรั่งพร้อมเปลือก องุ่น และ แอปเปิ้ลพร้อมเปลือก

2. อาหารที่ทำให้เกิดกลิ่น ได้แก่ อาหารทะเล โดยเฉพาะกุ้ง ไข่ปลา หน่อไม้ หัวหอม กระเทียม สะตอ กะหล่ำปลีขมทุเรียนเครื่องเทศ

3. อาหารที่ทำให้เกิดแก๊สได้แก่อาหารตระกูลถั่วเป็ยนน้ำอัดลมผักขมกะหล่ำปลีแดงกวาดังอกดิบ ข้าวโพด หัวหอม

4. อาหารที่ช่วยลดแก๊สและกลิ่น ได้แก่ โยเกิร์ต เนย นม

สรุปกรณีศึกษา

วันที่รับไว้ในการดูแล : 23 สิงหาคม 2566 วันที่สิ้นสุดการดูแล : 21 พฤศจิกายน 2566 รวม 60 วัน

หญิงไทย อายุ 62 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ประมาณเดือนสิงหาคม 2565 เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลนวมินทร์ 9 (โรงพยาบาลต้นสิทธิดีประกันสังคม) รับการผ่าตัด subtotal right hemicolectomy with end to end anastomosis วันที่ 2 สิงหาคม 2565 ให้การรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด 1 ครั้ง ทนต่ออาการข้างเคียงไม่ไหว ผู้ป่วยปฏิเสธการรับยาเคมีบำบัด แพทย์จึงนัดตรวจติดตามอย่างต่อเนื่อง ต่อมาเริ่มมีอาการปวดท้องมากเป็นๆหายๆ รับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลนวมินทร์ 9 ตามสิทธิ ก่อนวันนัด ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (17 มิถุนายน 2566) พบมีมะเร็งกลับซ้ำบริเวณที่เคยทำผ่าตัด ออกแล้ว เข้ารับการผ่าตัดอีกครั้ง (21 มิถุนายน 2566) วินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่กลับซ้ำ จึงส่งตัวมารักษา ต่อที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

จากการเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด ผลการตรวจทางเซลล์วิทยาและพยาธิวิทยา พบผู้ป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนขึ้นกลับซ้ำ (recurrent ascending colon cancer) และลุกลามเฉพาะที่ ชนิด adenocarcinoma ระยะที่ 3 (T₄N₁M₀) คือ มีเนื้องอกลุกลามไปบริเวณใกล้เคียง พบการกระจายไปต่อมน้ำเหลือง 2 ต่อมน ขนาดโตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 ซม.ยังไม่พบการกระจายไปอวัยวะอื่น แพทย์วางแผนการรักษาต่อด้วยการให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำแบบประคับประคองหลังจากผ่าตัดแก้ไขภาวะลำไส้อุดตัน

หลังเข้ารับการผ่าตัด Explore lap with lysis adhesion gastrojejunostomy with loop ileostomy แบบฉุกฉิน (วันที่ 22 สิงหาคม 2566) ใช้เวลาในการผ่าตัดนาน 3.30 ชั่วโมง สูญเสียเลือด 100 ซีซี. หลังผ่าตัดจำเป็นต้องมีทวารเทียมส่วนลำไส้เล็กทางหน้าท้องเพื่อระบายอุจจาระ ไม่ได้เตรียมความพร้อมในเรื่องการให้คำปรึกษาและการกำหนดตำแหน่งของทวารเทียมก่อนการผ่าตัด แกรับไว้ในความดูแล เยี่ยมประเมินผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยหนัก รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียง on Endotracheal Tube with ventilator VCV mode, on NG Tube with bag, มีแผลผ่าตัดหน้าท้องตามยาว (long midline) on tube drain 1 สาย ข้างซ้าย, on ileostomy at RLQ, on IVF central line : 5%D/N/2 1000 cc. iv. Drip 80 cc/hr, retained foley's cath, on anti DVT both leg มีสีหน้าวิตกกังวล รู้สึกคับข้องใจที่ต้องมีลำไส้มาเปิดที่หน้าท้อง

ปัญหาทางการพยาบาลที่พบ แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ 1) การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด ได้แก่ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เนื่องจากการผ่าตัดยุ่งยากซับซ้อน, วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคการผ่าตัดที่ได้รับและการมีทวารเทียมทางหน้าท้อง เนื่องจากไม่ได้เตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจก่อนทำผ่าตัด, พร่องความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด เนื่องจากไม่ได้เตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจก่อนทำผ่าตัด, ไม่สุขสบายจากอาการปวดแผลผ่าตัดและอาการปวดเรื้อรังเดิมจากก้อนมะเร็ง, มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ เนื่องจากการดูดซึมลดลงจากการผ่าตัดตัดต่อลำไส้และเปิดทวารเทียมส่วนลำไส้เล็ก (Ileostomy), เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัด เนื่องจากตำแหน่งของทวารเทียมอยู่ใกล้กับแผลผ่าตัด, มีโอกาสเกิดระคายเคืองและผิวหนังถูกทำลายจากการสัมผัสกับอุจจาระ เนื่องจากมีทวารเทียมส่วนลำไส้เล็ก

ทางหน้าท้อง (Ileostomy), มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ เนื่องจากมีทวารเทียมส่วนลำไส้เล็กทางหน้าท้อง (Ileostomy), แบบแผนการนอนหลับถูกรบกวน เนื่องจากวิตกกังวลเกี่ยวกับการมีถุงรองรับสิ่งขับถ่ายทางหน้าท้อง 2) การพยาบาลระยะก่อนจำหน่าย ได้แก่ วิตกกังวลจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม เนื่องจากพร่องความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการรบกวน, มีความบกพร่องในการปรับตัว เนื่องจากอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่และมีทวารเทียมทางหน้าท้อง, มีความพร้อมสำหรับการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน 3) การพยาบาลระยะติดตามหลังจำหน่าย ได้แก่ มีภาวะระคายเคืองและผิวหนังรอบทวารเทียมถูกทำลายจากการสัมผัสกับอุจจาระ เนื่องจากมีทวารเทียมส่วนลำไส้เล็กทางหน้าท้อง (Ileostomy), มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อยและถ่ายอุจจาระเป็นน้ำทางทวารเทียมส่วนลำไส้เล็ก, มีภาวะขาดสารน้ำ สารอาหาร เนื่องจากพื้นที่การดูดซึมอาหารลดลงจากภาวะลำไส้สั้น, ขาดประสิทธิภาพในการดูแลตนเองจากความคงทนต่อการทำกิจกรรมลดลงและเหนื่อยล้า

ผู้ศึกษาได้นำทฤษฎีทางการพยาบาลมาปรับใช้ในการดูแลกรณีศึกษารายนี้ เริ่มตั้งแต่รวบรวมข้อมูลสุขภาพกรณีศึกษาโดยใช้กรอบแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอน (Gordon's functional health) ใช้กระบวนการพยาบาล (nursing process) กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาทางการพยาบาล รวมทั้งนำทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's Adaptation Model) มาปรับใช้ในกระบวนการพยาบาลในเรื่องของการปรับตัวและประเมินผลตามแผนที่วางไว้ครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค พยาธิสรีรภาพของมะเร็งลำไส้ใหญ่ การลุกลามกลับซ้ำ การผ่าตัดเพื่อแก้ไขภาวะลำไส้อุดตัน วิธีการผ่าตัดที่ได้รับ ความจำเป็นของการมีทวารเทียมทางหน้าท้องเพื่อระบายอุจจาระ การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัด คำแนะนำในการดูแลทวารเทียม รวมทั้งการให้ความรู้การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อลดความวิตกกังวล และให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพหลังผ่าตัด

หลังได้รับการผ่าตัดและรับไว้ในความดูแล ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น รับทราบข้อมูลการรักษา ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อ รับประทานอาหารได้ตามคำแนะนำของแพทย์และนักโภชนาการ การทำงานของลำไส้ดี อุจจาระที่ออกทางทวารเทียมมีลักษณะเป็นน้ำมีกากปนน้อย ปริมาณมาก ต้องระบายอุจจาระบ่อย ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้พอควร จำเป็นต้องให้น้องชายและน้องสะใภ้มาช่วยดูแลทวารเทียมและช่วยติดอุปกรณ์ให้ ผู้ป่วยติดอุปกรณ์เองได้ค่อนข้างลำบาก เนื่องจากทวารเทียมอยู่ต่ำกว่าระดับผิวหนัง (stoma retraction) และตำแหน่งค่อนข้างต่ำ (bad site stoma) ก็มองไม่เห็น น้องชายและน้องสะใภ้เข้าใจและใส่ใจในการช่วยดูแล ปฏิบัติได้ถูกต้อง ผู้ป่วยเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ และด้านการพึ่งพาอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยรายนี้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 2 กันยายน 2566 รวมระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล 30 วัน แพทย์นัดครั้งต่อไปวันที่ 4 กันยายน 2566 ที่คลินิกทางเดินอาหารและตับเพื่อติดตามอาการและวางแผนการรักษาต่อไป

ปัญหาที่ยังต้องติดตามดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คือ มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ เนื่องจากการดูดซึมลดลงจากการผ่าตัดตัดต่อลำไส้และเปิดทวารเทียมส่วนลำไส้เล็ก (Ileostomy), มีโอกาสเกิดระคายเคืองและผิวหนังถูกทำลายจากการสัมผัสกับอุจจาระเนื่องจากมีทวารเทียมส่วนลำไส้เล็กทางหน้าท้อง (Ileostomy), ไม่สุขสบายจากอาการปวดแผลผ่าตัดและอาการปวดเรื้อรังเดิมจากก้อนมะเร็งและมีความบกพร่องในการปรับตัว เนื่องจากอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่และมีทวารเทียมทางหน้าท้องแนะนำช่องทางการติดต่อสื่อสาร กรณีพบปัญหาการดูแลทวารเทียม การติดอุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่ายหรือพบอาการผิดปกติก่อนวันนัด ได้แก่ เบอร์โทรศัพท์และไลน์ออฟฟิศเซียลของคลินิกออสโตมีและแผล หรือขอรับบริการที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ได้แก่ โรงพยาบาลนวมินทร์ 9 (ต้นสีทิพย์ประกันสังคม) เป็นโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยมีประวัติการรักษาเดิมอยู่ก่อนส่งตัวมารักษาต่อที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ หรือติดต่อพบพยาบาลเฉพาะทางที่คลินิกออสโตมีและแผลในวันและเวลาราชการได้ก่อนวันนัดหมาย

4 กันยายน 2566 มารับการตรวจติดตามตามนัดที่คลินิกทางเดินอาหารและตับเพื่อประเมินอาการและวางแผนการรักษา แพทย์วางแผนให้ยาเคมีบำบัดเพื่อประคับประคองอาการหลังผ่าตัด (Palliative chemotherapy) และเฝ้าระวังภาวะทุพโภชนาการ และความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ แผลผ่าตัดหน้าท้องแห้งดี ผู้ป่วยอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย อุจจาระเป็นน้ำ กากน้อย ออกปริมาณมาก เทอุจจาระทางปลายถุงวันละ 10 ครั้ง ครั้งละประมาณ 300 ซีซี.(ญาติประเมินด้วยตา) รับประทานอาหารประมาณ 15 นาที อุจจาระออกทางทวารเทียม พบปัญหาถุงรั่วซึมบ่อย เปลี่ยนอุปกรณ์บ่อยครั้งและมีปัญหาผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคือง ต้องปรับอุปกรณ์ที่เหมาะสมและให้คำแนะนำในใช้ผลิตภัณฑ์การดูแลผิวหนังรอบทวารเทียมที่เหมาะสม

13 กันยายน 2566 น้องชายมาติดต่อแทน เพื่อขอรับอุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่าย ให้ประวัติผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลนวมินทร์ 9 เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย แพทย์วินิจฉัย acute renal failure with sepsis ยังมีปัญหาผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคือง

20 กันยายน 2566 ผู้ป่วยมารับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 1 (1stCapeOx) ตามนัด น้องชายพาผู้ป่วยมาขอเรียนรู้วิธีการดูแลทวารเทียมและการติดอุปกรณ์อีกครั้ง เพื่อแก้ไขและป้องกันการเกิดผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคืองเพิ่มขึ้น เพื่อเตรียมความพร้อมในการเข้ารับยาเคมีบำบัดครั้งแรก ซึ่งหนึ่งในอาการข้างเคียงของการรับยาเคมีบำบัด คือ อาการท้องเสีย

11 ตุลาคม 2566 น้องชายมาติดต่อแทน ให้ประวัติว่า หลังผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดประมาณ 2 สัปดาห์ มีคลื่นไส้ อาเจียนมาก อ่อนเพลีย เข้าพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลนวมินทร์ 9 แพทย์วินิจฉัยมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ (electrolyte imbalance) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลนวมินทร์ 9 (7 ตุลาคม 2566) sodium 115 mmol/L, potassium = 4.57 mmol/L, chloride = 83 mmol/L, CO₂ = 15.4 mmol/L

18 ตุลาคม 2566 ผู้ป่วยมารับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 2 ตามนัด มีอาการอ่อนเพลีย หายใจเหนื่อยหอบ เมื่อมี activity ได้รับการส่งปรักษางานดูแลต่อเนืองที่บ้าน เพื่อยืมเครื่องผลิตออกซิเจนไปดูแลต่อที่บ้าน และได้รับประสานส่งต่อการดูแลไปที่โรงพยาบาลนวนินทร์ 9 เพื่อเข้ารับการดูแลต่อเนืองกรณีฉุกเฉินหรือต้องการการดูแลเร่งด่วนก่อนวันนัดหมาย

8 พฤศจิกายน 2566 ผู้ป่วยมารับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 3 ตามนัด ให้ประวัติมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน รับประทานได้น้อย 26 ตุลาคม 2566 ไปพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลนวนินทร์ 9 แพทย์วินิจฉัยมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ (electrolyte imbalance) และมีภาวะช็อค ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกท้อแท้จากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด

21 พฤศจิกายน 2566 ผู้ป่วยมาไม่ไหว พักรักษาตัวที่โรงพยาบาลนวนินทร์ 9 น้องชายติดต่อแทนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลนวนินทร์ 9 (21 พฤศจิกายน 2566) WBC= 820 ($10^3/uL$), ANC = 229 ($10^3/uL$), plt = 73,000 ($10^3/uL$)

1 ธันวาคม 2566 โทรติดตามเยี่ยมอาการผู้ป่วยทางโทรศัพท์ น้องชายแจ้งผู้ป่วยเสียชีวิตที่โรงพยาบาลนวนินทร์ 9 เมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2566 ด้วยอาการสงบ และได้รับประสานจากหน่วยดูแลต่อเนืองที่บ้านเรื่องผู้ป่วยเสียชีวิต

ข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษา ทำให้ทราบถึงความสำคัญของการนำกระบวนการพยาบาลและแนวคิดทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย การได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจอย่างครอบคลุม ก่อให้เกิดประโยชน์อย่างมากต่อผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีประสิทธิภาพและดียิ่งขึ้นต่อไป ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนผ่าตัดเปิดทวารเทียม ควรได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดทุกราย เพื่อลดความวิตกกังวลและทำให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามแผนการรักษาที่วางไว้ ลดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการรักษา อีกทั้งยังสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนผ่าตัดเปิดทวารเทียม ควรได้รับการกำหนดตำแหน่งของทวารเทียมทุกราย เพื่อดูแลตนเองได้ ลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้จากการมีทวารเทียมทางหน้าท้องและมั่นใจในการดูแลตนเอง

3. พัฒนาองค์ความรู้และสมรรถนะพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมอย่างต่อเนื่อง เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

4. มีการดูแลต่อเนือง แลกเปลี่ยนการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองและได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม กับทีมพยาบาลผู้ทำ

หน้าที่ดูแลผู้ป่วยระหว่างเข้าพักในโรงพยาบาล หน่วยดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในทุกระยะการรักษา

5. ส่งเสริมการพัฒนาองค์ความรู้และสมรรถนะพยาบาลเข้าอบรมหลักสูตรระยะสั้นและหลักสูตรเฉพาะพยาบาลเฉพาะทาง ET nurse ทั้งในและนอกโรงพยาบาล เพื่อเป็นเครือข่ายดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียมเอื้อต่อการเข้ารับบริการของผู้ป่วย

6. ควรสนับสนุนการมีอุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่ายที่หลากหลาย เพื่อความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้จากการมีทวารเทียมและเข้าถึงได้ทุกสิทธิประโยชน์

7. จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะลุกลามที่มีทวารเทียมและได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง และเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยประคับประคองสำหรับมะเร็งระบบอื่นที่ต้องมีทวารเทียม

8. จัดระบบการพยาบาลแบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยครอบครัวและชุมชน ให้การดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปยังบ้านและชุมชน ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะท้ายของชีวิต

การวางแผนจำหน่ายมีความสำคัญ เป็นกระบวนการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่องจากโรงพยาบาล โดยได้รับความร่วมมือประสานกันจากบุคลากรในทีมสุขภาพร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้พร้อมเพื่อกลับไปดูแลและฟื้นฟูที่บ้าน โดยมีทีมสุขภาพร่วมกันฝึกให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองที่บ้าน สามารถตัดสินใจและแก้ปัญหาโดยปรับใช้ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตใกล้เคียงกับก่อนการเจ็บป่วยมากที่สุด (คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, ม.ป.ป.) การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่แบบประคับประคองที่มีทวารเทียมจึงจำเป็นต้องมีระบบการให้การดูแลและการปรึกษาที่ชัดเจน ตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและวางแผนผ่าตัด เริ่มจากการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดทั้งทางร่างกายและจิตใจ การให้คำปรึกษา กำหนดตำแหน่งของทวารเทียมก่อนการผ่าตัด การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง รวมถึงระบบการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยในกรณีพบปัญหาการดูแลเกี่ยวกับการผ่าตัดหรือการดูแลทวารเทียม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ มีผลลัพธ์ในด้านการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตที่ดี (จุฬาร ประสังสิต และคณะ, 2562) ซึ่งในผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้ ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดเปิดทวารเทียม จำเป็นต้องได้รับการติดตามเยี่ยมประเมินหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเอง ส่งเสริมการยอมรับและปรับตัว และเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่าย โดยได้รับการฝึกทักษะการดูแลทวารเทียมจากพยาบาลเฉพาะทาง ET nurse มีอุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่ายที่เหมาะสม เข้าใจวิธีการจัดการอาการรบกวน และอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์และพยาบาลเฉพาะทางก่อนวันนัดหมาย ทราบช่องทางการติดต่อสื่อสาร และแหล่งประโยชน์ในการขอรับอุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่าย สถานพยาบาลที่สามารถติดต่อเพื่อขอรับการช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินเร่งด่วน จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ตามแผนที่แพทย์วางไว้ และทราบว่าต้องมาตรวจติดตาม และรับการรักษาต่อเนื่องตามแพทย์นัด

บรรณานุกรม

1. กรรณิการ์ เลหาวิจิตรและทวี รัตน์ชอุเอก. (2558)ใน สุพจน์ พงศ์ประสพชัยและคณะ (บ.ก.), *มะเร็งลำไส้ (Colorectal Cancer)*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
2. กษยา ตันติผลาชีวะ. (2561). Familial Colorectal cancer. ใน ดนัย ชัยสมบุญรณ์และคณะ (บ.ก.), *ศัลยศาสตร์วิวัฒน์เล่มที่ 56: Dealing With Colorectal Disease 2018*. กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร.
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2562). สถิติด้านสถานะสุขภาพ Health status statistics.ใน *สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ.2562 (Statistical Thailand)*. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข.
4. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. (ม.ป.ป.). *มะเร็งลำไส้ (Colorectal cancer)*. www.rama.mahidol.ac.th/cancer_center/th/colorectal.
5. จันทรเพ็ญ สันตวาจา. (2553). *แนวคิดพื้นฐาน ทฤษฎี และกระบวนการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่6). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
6. จุฬาร ประสงค์สิต. (2561). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. ในสุวรรณิ สิริเลิศตระกูลและเนตรสุวิณี เจริญจิตสวัสดิ์, *บทความวิชาการการศึกษาต่อเนื่อง สาขาการพยาบาลศาสตร์ เล่มที่ 18 การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง*. กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์.
7. จุฬาร ประสงค์สิต, กาญจนา รุ่งแสงจันทร์และยุวรัตน์ ม่วงเงิน (บ.ก.). (2562). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้และรูเปิดทางหน้าท้อง: ประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ* (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพฯ: พี.เอ. ลิฟวิ่ง จำกัด.
8. ฉัตรกมล เจริญวิภาดา. (2561). กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่อเนื่องจากสถานพยาบาลไปยังบ้านและชุมชนในบริบทของศูนย์การดูแลแบบประคับประคองหน่วยงานให้คำปรึกษา กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลคลองท่อม. *วารสารกระบี่เวชสาร*, 1(1), 11-21. <https://thaidj.org/index.php/kmj/article/view/>.
9. ชวนพิศ วงศ์สามัญและกล้าเผชิญ โชคบำรุง. (2557). *การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่20). ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
10. ญัฐวรรณ วรรณรักษ์เจริญ. (2562)ใน จุฬาร ประสงค์สิต, กาญจนา รุ่งแสงจันทร์และยุวรัตน์ ม่วงเงิน (บ.ก.), *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้และรูเปิดทางหน้าท้อง: ประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ* (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพฯ: พี.เอ. ลิฟวิ่ง จำกัด.
11. ณิช ปิยสุนทรารักษ์, ปราณี เคหะจินดาวัฒน์, กนกวรรณ บุญแสง และเพียรจิตต์ ภูมิสิริกุล. (2557). วิธีปฏิบัติใหม่แบบลดการปนเปื้อนในการผ่าตัดเพื่อลดอัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด. *Rama Nurse Journal*, 1(1), 109-120. https://www.rama.mahidol.ac.th/nursing/sites/default/files/public/journal/2553/issue_01/09.pdf

12. ดนัย ดุสรักษ์. (2560). *การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง*. กรุงเทพฯ: แดเน็กซ์คอร์ปอเรชั่น.
13. นิตยา มณีท่าโพธิ์, พรรณี ชูศรี, สมพร เจษฎาญาณเมธา, ปัญญา เกื้อนด่าง, และวิภาพร สิทธิศาสตร์. (2565). การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 4(4), 1/12-12/12. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnatned/article/view/260167>.
14. ทิพย์เกษร วรรณภักตร์. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 31(3), 1-10. <http://eresource.car.chula.ac.th/chula-ejournals/openpdf/openpdf.php?id=12756>.
15. ธเนศ พงศ์ธีรรัตน์. (2562). *อณูชีววิทยาของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรังสิต.
16. อีรพร สิริอังกูร, ศิริมา ลีละวงศ์ และ อุไรพร จันทะอุ่มเม้า. (2564). *รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแล* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : หจก. เทพเพ็ญวานิสย์.
17. ประสาร เปรมะสกุล. (2562). *คู่มือ แพลนแลบ ตรวจเลือด เล่มแรก* (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.
18. ประไพ เจริญที. (2556). *รู้ทันมะเร็งลำไส้ใหญ่และยาเคมีบำบัด*. https://www.rama.mahidol.ac.th/cancer_center/sites/default/files/public/pdf/Article/colon&chemotherapy.pdf
19. ปราณี ทุไพบราษ. (2556). *คู่มือยา* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: N P Press Limited Partnership.
20. พรรณทิพา คักดิ์ทอง. (2562). *คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ*(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
21. ยุพดี ศรีเบญจโชต. (2566). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ระยะสุดท้ายที่บ้าน : รายงานผู้ป่วย. *Phichit Public Health Research And Academic Journal*, 4(2), 135-143. <http://www.ppho.go.th/webppho/research/y4p2/b15.pdf>.
22. รชนี ผิวผ่อง. (2564). *การประเมินภาวะสุขภาพ*. <http://www.dspace.bru.ac.th>.
23. รัศพร วิลัยสัย, ธมลวรรณ ยอดทกกิจและรังสิมา เทียงเจียรธรรม. (2565). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารใหม่ที่อาศัยในสังคมเขตเมือง. *Vajira Nursing Journal*. 24(2), 54-69. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/vnj/article/view/259929/177810>.
24. วรวิทย์ จันท์สุวรรณ. (2565). *การเขียนอ้างอิงแบบ APA 7th*. https://web.rmutp.ac.th/woravith/?page_id=1840

25. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช. (2560). *ตำราวิชาการ การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง* (พิมพ์ครั้งที่1).
กรุงเทพฯ: แดเน็กซ์อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น จำกัด.
26. วิภาวดี ว่องวรนนท์. (2560). *ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ตรงและทวารหนักที่มี
ทวารเทียมในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้*[วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่), มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์].
<https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2016/12975/1/418856.pdf>
27. วิมลรัตน์ เตชะ. (2559). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม
และได้รับเคมีบำบัด. *วารสารเกื้อการุณย์*, 23 (1), 133-147. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kcn/article/view/62492/51432>.
28. วีรวิภา อิมสำราญและคณะ (บ.ก.). (2561). *แนวทางการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็ง*
(พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพฯ: โฆเซิตการพิมพ์ จำกัด.
29. ศศิธร มงคลสวัสดิ์. (2566). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม:
กรณีศึกษา 2 ราย Nursing Care of Colorectal Cancer Patients with Colostomy and
Ileostomy: Two case Studies. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 8(3), 581-590.
[https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/2019/1357.\[25/2/67\]](https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/2019/1357.[25/2/67])
30. ศาสตราจารย์พยาบาลและสาธารณสุข. (2556). *การนำทฤษฎีทางการพยาบาลต่าง ๆ มาใช้ในการดูแลสุขภาพ*.
https://methawitpublichealth.blogspot.com/2013/07/blog-post_11.html.
31. ศิริพร เสมสาร และสุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม. (2559). กรณีศึกษาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามแบบ
ประคับประคอง: บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง. *Rama nurse journal*, 23(1), 11-26.
<https://www.rama.mahidol.ac.th/ramanursej/rnj-v23-no1-jan-apr-2017-02>.
32. ศิริรัตน์ จารุชกุล. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระเพาะอาหารส่วนปลายเชื่อมต่อกับลำไส้เล็ก
ส่วนล่าง : กรณีศึกษา. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 29 (2), 81-92.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/127609>.
33. ศุภิสรา สุวรรณชาติ, สาดิ สายทอง แยมิลตัน, พิชญานันท์ แก้วอำไพ และสุวิมล มณีโชติ. (2563).
ทวารเทียม: บทบาทพยาบาลและประเด็นสำคัญในการดูแล. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*,
28(2), 203-213.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm/article/view/248490/168975>.
34. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2565). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2564*.
https://www.nci.go.th/th/cancer_record/download/HOSPITAL-BASED_2021.pdf.

35. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2564). *แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง*. [https://www.nci.go.th/th/cpg/CPG%20Colon%20\(020266-final\).pdf](https://www.nci.go.th/th/cpg/CPG%20Colon%20(020266-final).pdf).
36. สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย. (2565). *ข้อควรรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่*. https://www.gastrothai.net/th/knowledge-detail.php?content_id=347.
37. สุพจน์ พงศ์ประสพชัยและคณะ (บ.ก.). (2558). *มะเร็งลำไส้ (Colorectal Cancer)*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
38. สุวรรณิ สิริเลิศตระกูล, สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจกิจ, ประไพ อริยประยูรและแมนมนา จิระจรัส (บ.ก.). (2555). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. สมุทรปราการ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สันทวีกิจพรีนติ้ง.
39. ไททอง ภักทรปรียาภูล. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะลุกลามแบบประคับประคองที่บ้าน กรณีศึกษา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 2(2), 83-99. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/article/view/195436/146783>.
40. อรนนท์ หาญยุทธ. (2566). *กระบวนการพยาบาล: ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ Nursing Process: Theory to Practice (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: ธนอรุณการพิมพ์ จำกัด.
41. อรนนท์ หาญยุทธ. (2557). กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้ Nursing Process and Implications. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 137-143. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/30350/26164>.
42. อรรถวุฒิ เชื้อทอง. (ม.ป.ป.). *Post Gastrectomy Syndrome*. <http://medinfo2.psu.ac.th/surgery/Collective%20review/Postgastrectomy%20syndrome.pdf>
43. อรอนงค์ ทัพสุวรรณ์. (2557). *คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด*. <https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/193.pdf>.
44. อัญชลี พงศ์ชัยเดชา. (2562). *สรีรวิทยากระบบทางเดินอาหาร (Physiology of GI System)* (พิมพ์ครั้งที่ 1). เชียงใหม่: ภาควิชาสรีรวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
45. อินทิรา มหาวีรนนท์. (2560). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
46. เอมปภา ปรีชาธีรศาสตร์. (2560). บทบาทพยาบาลเฉพาะทางดูแลบาดแผล ออสโตมี และ ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้:กรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรง. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 1(1), 22-34. [file:///C:/Users/Admin/Downloads/96889-Article%20Text-242530-1-10-20170824%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Admin/Downloads/96889-Article%20Text-242530-1-10-20170824%20(1).pdf).

47. Britannica. (2024). *structures of the human large intestine, rectum, and anus*. [Image attached]. <https://www.britannica.com/science/large-intestine>
48. Chula cancer. (2566). *มะเร็งลำไส้ใหญ่*. <https://www.chulacancer.net/articles-page.php?id=450&keysname=academic>.
49. Lymphatic drainage of the colon Diagram Quizlet. (n.d.). [Image attached]. https://doibestmk.shop/product_details/1385492.html
50. Padmakumar, Dr. (n.d.). *Gastrojejunostomy*. [Image attached]. <https://www.drrpadmakumar.com/blog/laparoscopic-gastrojejunostomy/>.
51. NCCN. (2021). *Staging of the colon*. [Image attached]. <https://www.nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/colorectal-screening-patient.pdf>



ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ