



รายงานกรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ตรงอุดตันและเปิดลำไส้ใหญ่ทางหน้าท้อง (Colostomy)

รัชณี ฉิมนุมาศ, พย.บ.

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม กลุ่มการพยาบาล

โรงพยาบาลตราด

E-mail: ratchanee5729@gmail.com

บทคัดย่อ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยวัยสูงอายุมีอาการปวดทั่วท้อง ไม่ถ่ายอุจจาระ ไม่ผายลม ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดแพทย์วินิจฉัยโรคเบื้องต้น เป็นลำไส้อุดตันและเลือดออกทางเดินอาหารส่วนล่าง ให้สารน้ำ ทางหลอดเลือดดำ On NG tube และ Foley catheter และส่งต่อมารักษาในโรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัด แพทย์ส่งตรวจ CT Whole abdomen with contrast พบ เป็นมะเร็งลำไส้ตรงอุดตันและมีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังตับและปอด ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของโรคมานาน 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลไม่ได้ไปตรวจรักษา การขับถ่ายผิดปกติจนไม่สามารถขับถ่ายอุจจาระได้ มีอาการเบื่ออาหาร ทำให้รับประทานอาหารได้น้อย แพทย์วางแผนการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดหน้าท้องและอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจพยาธิสภาพของโรคและวิธีการการผ่าตัด หลังผ่าตัดต้องยกลำไส้ใหญ่มาเปิดไว้หน้าท้องเพื่อระบายอุจจาระ ผู้ป่วยและญาติกังวลผลการผ่าตัดและสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด อธิบายการรักษา วิธีการผ่าตัด และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดจนเข้าใจดี ยินยอมรับการผ่าตัด ก่อนทำผ่าตัด ผู้ป่วยมีภาวะช็อค ภาวะโซเดียมคลอไรด์ในเลือดต่ำ มีภาวะไตและตับเสียหายที่ แก้วไขภาวะช็อคโดยการให้เลือดชนิด Pack red cell แก้วไขภาวะ Dehydration และสังเกตภาวะ Hypovolemic shock ให้สารน้ำและ 7.5 % NaHCO₃ ทางหลอดเลือดดำ ประเมินสัญญาณชีพและปัสสาวะ จนปลอดภัยจากภาวะ Hypovolemic shock และไม่พบการทำงานของไต ตับ และปอดล้มเหลว ให้ยาปฏิชีวนะ คือ Ceftriaxone 2 กรัม และ Metronidazole 500 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อลุกลามจากการแพร่กระจายของมะเร็ง ผู้ป่วยอยู่ในภาวะปกติก่อนทำผ่าตัด แพทย์ทำผ่าตัด Exploratory Laparotomy with lysis adhesion and sigmoid loop colostomy พบ obstructed rectal cancer หลังผ่าตัดเป็นผู้ป่วยกึ่งวิกฤต กลับมาพักในหอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรม ให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะร่างกายพร่องออกซิเจน และภาวะ Hypovolemic shock ให้ออกซิเจน สารน้ำทางหลอดเลือดดำ โดยประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมงจนปกติ ไม่มีภาวะร่างกายพร่องออกซิเจน และภาวะ Hypovolemic shock สามารถถอดออกซิเจนและหายใจเองได้ มีไข้ เช็ดตัวลดไข้ มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อแผลผ่าตัด เปิดทำแผลผ่าตัดหน้าท้องทุกวัน ไม่พบอาการแผลอักเสบบวมแดง ปวดแผลผ่าตัดประเมิน pain score มากกว่า 5 คะแนน ให้ยาแก้ปวดเป็น Morphine ทางหลอดเลือดดำ อาการปวดทุเลาลง เปลี่ยนเป็นยารับประทานแก้ปวดได้ตามลำดับ ผู้ป่วยมีทวารใหม่ทางหน้าท้อง (Colostomy) มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ รู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์และความเชื่อมั่นในตนเอง มีการเสริมสร้างความเชื่อมั่น ให้กำลังใจในการรักษา จนสามารถปรับตัวเข้ากับทวารใหม่ได้ เมื่อผู้ป่วยสามารถ ลุกนั่งได้ กระตุ้น early ambulation มีอุจจาระออกทางถุง colostomy ใช้ถุงแบบเปิดปลายถุงเทจจากระยะออกได้ ต่อมามีการปรึกษาพยาบาลเฉพาะทาง ET nurse มาให้คำแนะนำและสอนการใช้ถุง colostomy แบบต่างๆ จนกระทั่งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเข้าใจสามารถเปลี่ยนแปลงได้ แพทย์เริ่มให้อาหารทางปาก จิบน้ำ อาหารเหลว อาหารอ่อน ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ตามลำดับ หลังผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อนอื่น วางแผนจำหน่าย

ผู้ป่วย มีการให้คำแนะนำ ทบทวนการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน การดูแลทวารใหม่ ให้กำลังใจผู้ป่วย ให้ตรวจตามนัดและฟังผลตรวจชิ้นเนื้อ ส่งข้อมูลต่อในระบบ Thai COC เพื่อให้เครือข่ายบริการใกล้บ้านติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ผู้ป่วยและญาติพร้อมกลับบ้าน จำหน่ายอาการดีขึ้น รวมระยะเวลาอนโรงพยาบาลและระยะที่อยู่ในการดูแล 7 วัน

บทนำ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (colorectal cancer) มีอัตราการเกิดโรสูงอย่างต่อเนื่อง จากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง พบว่าเป็นอันดับ 3 ของประเทศในเพศชาย และอันดับ 2 ในเพศหญิง ที่น่ากังวลคือ อัตราการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบผู้ป่วยรายใหม่ปีละ 15,939 คนต่อปี และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 5,476 คนต่อปี เฉลี่ยมีผู้ป่วยรายใหม่วันละ 44 คน และเสียชีวิตวันละ 15 คน (วีรภูมิ อิมสำราญ, 2566) มะเร็งลำไส้ตรง (rectal cancer) เกิดจากการแบ่งตัวผิดปกติของเซลล์บริเวณลำไส้ตรง มักทำให้มีการถ่ายเป็นเลือด หรือขับถ่ายผิดปกติไปจากเดิม โดยความเสี่ยงของการเกิดโรครได้แก่ ประวัติโรคมะเร็งในครอบครัว การสูบบุหรี่ โรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ตรงมีหลายวิธีคู่กัน ทั้งการผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด และการฉายแสง หากก้อนมะเร็งมีขนาดเล็ก อาจรักษาด้วยการผ่าตัดอย่างเดียว ถ้าก้อนมีขนาดใหญ่หรือทะลุออกมานอกผนังลำไส้ตรง อาจต้องมีการฉายแสงร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดให้ก้อนมีขนาดเล็กก่อนผ่าตัด (Chulacancer, 2566) การรักษาด้วยการผ่าตัดหน้าท้องและเปิดลำไส้ใหญ่ทางหน้าท้องหรือทวารเทียมทางหน้าท้อง (Colostomy) เป็นวิธีการรักษาที่ช่วยระบายอุจจาระผ่านทางหน้าท้อง ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ทางหน้าท้องมีผลต่อสภาพลักษณะอย่างรุนแรง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทุกด้าน จำเป็นต้องได้รับการดูแล ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะโรครอื่นร่วม พยาบาลที่ดูแลจำเป็นต้องใช้ความรู้ ทักษะ ความชำนาญ โดยใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วย ศัลยกรรม ช่วยให้ผู้ป่วยมีการเตรียมความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัดได้อย่างปลอดภัย และสามารถดูแลตนเองเมื่อมีทวารใหม่ได้ (จिरภา แก้วใหญ่, 2566)

กายวิภาคของลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (อรอนงค์ ทัพสุวรรณ์, 2557; สมนึก นิลบุหงา และอุดมศรี โข้วพิทพรชัย, 2557 ; จिरภา แก้วใหญ่, 2566)

ลำไส้ใหญ่ (colon) และลำไส้ตรง (rectum) เป็นอวัยวะส่วนปลายของระบบทางเดินอาหารที่มีลักษณะกลวง ผนังด้านในมีต่อมสร้างน้ำเมือก แต่ไม่มีต่อมสร้างน้ำย่อยอาหาร ผนังมีความยืดหยุ่นสูง เพื่อทำหน้าที่เก็บกักเศษอาหารที่ผ่านกระบวนการดูดซึมอาหารต่อมาจากลำไส้เล็ก ทำหน้าที่ในการดูดน้ำ วิตามินและเกลือแร่ พวกโซเดียมและโพแทสเซียมออกจากกากอาหาร เป็นหน้าที่สำคัญ รวมทั้งขับถ่ายกากอาหารสู่ภายนอก ปกติลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงมีความยาวโดยรวมประมาณ 100-150 เซนติเมตร โดยทางศัลยกรรมมีการแบ่งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง โดยแบ่งตามระบบหลอดเลือดแดงของลำไส้ใหญ่และไส้ตรง 3 ส่วน คือ 1) ลำไส้ใหญ่ซีกขวาซึ่งรวมตั้งแต่ไส้ติ่ง (vermiform appendix) กระพุ้งลำไส้ใหญ่/ไส้ตัน (cecum) ลำไส้ใหญ่ส่วนขึ้น (ascending colon) ลำไส้ใหญ่ส่วนโค้งใต้ตับ (hepatic flexure), และลำไส้ใหญ่ส่วนขวาง (transverse colon) 2) ลำไส้ใหญ่ซีกซ้าย รวมตั้งแต่ลำไส้ใหญ่ส่วนโค้งใต้ม้าม (splenic flexure), ลำไส้ใหญ่ส่วนลง (descending colon) และลำไส้ใหญ่ส่วนซีกมอยด์ (sigmoid colon) 3) ลำไส้ตรง (rectum) เป็นส่วนปลายของลำไส้ใหญ่มีความยาวประมาณ 12 เซนติเมตร ส่วนต้นต่อกับ sigmoid colon ส่วนปลายต่อกับ anal canal ลำไส้ตรง สามารถขยายใหญ่ได้มากเพื่อรองรับอุจจาระ

ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (อรอนงค์ ทัพสุวรรณ, 2557)

ปัจจุบันคนไทยเริ่มมีพฤติกรรมการใช้ชีวิตและบริโภคอาหารแบบชาวตะวันตก ทำให้อัตราการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงเพิ่มขึ้นเป็นอันดับต้นๆ และเพิ่มขึ้นตามวัย ปกติจะพบน้อยในคนอายุไม่ถึง 40 ปี แต่โอกาสเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นทันทีหลังอายุ 50 ปี ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ได้แก่ 1) เพศและเชื้อชาติ ชาวอเมริกันผู้ชายมีความเสี่ยงเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงมากกว่าผู้หญิง คนผิวดำจะมีความเสี่ยงมากกว่าคนผิวขาว 2) อายุ มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงพบมากหลังอายุ 50 ปี อายุมากขึ้นอุบัติการณ์จะสูงขึ้น 3) การบริโภคอาหารที่อุดมไปด้วยไขมันและแคลอรีสูงแต่มีกากใยต่ำ 4) เคยเป็นเนื้องอกชนิด polyp ที่ลำไส้ใหญ่ เนื้องอกชนิดนี้ไม่ร้ายแรง แต่ถ้าทิ้งไว้นานๆ ก็กลายเป็นเนื้อร้ายได้ 5) มีประวัติคนในครอบครัวที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง 6) การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงและมีอัตราการตายสูงขึ้น 7) การดื่มสุรา 8) มีประวัติของโรคลำไส้อักเสบที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ และ 9) มีญาติใกล้ชิดเป็นโรคเนื้องอกของมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ชนิดที่เรียกว่า familial polyposis

พยาธิวิทยาของมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (อรอนงค์ ทัพสุวรรณ, 2557; จิรภา แก้วใหญ่, 2566)

มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (colorectal cancer) หมายถึง ภาวะที่พบเนื้องอก ชนิดร้าย (malignant tumor) บริเวณลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยเซลล์มีการแบ่งตัวที่ไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้เกิดเป็นเนื้องอก (tumor) ซึ่งแบ่งตัวทำลายเนื้อเยื่อและอวัยวะใกล้เคียง และสามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นใกล้เคียงตามกระแสเลือด และน้ำเหลือง (metastasis) มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ส่วนมากเป็น adenocarcinoma และเป็นใกล้ทวารหนัก (anal) ลักษณะที่มองเห็นได้ชัดด้วยตาเปล่าของมะเร็งลำไส้ใหญ่แตกต่างตามตำแหน่ง ถ้าเป็นบริเวณ cecum หรือ ascending colon มักเป็นลักษณะก้อนขนาดใหญ่ จนเลือดมาเลี้ยงไม่พอ เกิดการตายเฉพาะส่วน (necrosis) ได้ง่าย ทำให้มีเลือดออก ลักษณะเป็นก้อนนี้พบในตำแหน่งอื่นได้เช่นกัน เช่น ลำไส้ใหญ่ซีกซ้าย มะเร็งไส้ตรง มะเร็งจะขยายตัวตามแนวขวางเป็นวงรอบหรือเกือบรอบทำให้ลำไส้ตรงแคบลงเป็นแผล ลักษณะเช่นนี้ทำให้เกิดการอุดตันของลำไส้ตรงได้ง่าย ตำแหน่งของมะเร็งมีความสำคัญต่อการแพร่กระจาย บริเวณลำไส้ตรง เป็นอวัยวะที่ถูกตรึงอยู่กับที่ไม่มี serosa มะเร็งจึงลุกลามผ่านผนังออกมาสู่เนื้อเยื่อรอบๆ ได้ง่ายไปสู่กระเพาะปัสสาวะ ช่องคลอด หรือเส้นประสาทในอุ้งเชิงกราน ถ้ามะเร็งอยู่ที่บริเวณ 1 ใน 3 ส่วนล่างของไส้ตรง ซึ่งหล่อเลี้ยงด้วยระบบเลือด 2 ชุด การลุกลามอาจผ่านไป 2 ทาง คือ ผ่าน superior hemorrhoidal vein เข้าสู่ portal vein ไปตับ หรือผ่าน middle hemorrhoidal vein เข้าสู่ inferior vena cava ไปปอด ถ้ามะเร็งอยู่บริเวณ 2 ใน 3 ส่วนบนของไส้ตรง หลอดเลือดดำ portal vein และ vertebral vein (Batson's vertebral venous plexus) จึงอาจมีการลุกลามไปที่กระดูกสันหลังส่วนเอวและอกได้ สำหรับลำไส้ใหญ่ที่อยู่เหนือลำไส้ตรง มะเร็งจะลุกลามผ่านผนังออกมาไปยังต่อมน้ำเหลืองเฉพาะบริเวณแล้วแพร่กระจายต่อไปตามทางเดินน้ำเหลืองและแพร่กระจายตามหลอดเลือดดำไปสู่ตับ และแพร่กระจายไปสู่ปอดอีกทอดหนึ่ง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ที่พบบ่อยๆคือ ภาวะลำไส้อุดตัน (Obstruction) ภาวะลำไส้แตกทะลุ (Perforation) ก้อนมะเร็งติดอวัยวะใกล้เคียง (Locally advanced) ก้อนมะเร็งกระจายทั่วท้อง (Peritoneal metastasis)

ระยะการลุกลามของมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (อรอนงค์ ทัพสุวรรณ, 2557)

มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง สามารถแบ่งระยะโรคแบบ TNM ซึ่งเป็นการกำหนดระยะของโรคตามแบบมาตรฐานสากลทั่วโลกกำหนดขึ้นโดย International Union Against Cancer (UICC) และ The American Joint Committee on Cancer (AJCC) ซึ่งระยะโรคแบบ TNM กำหนด T (Tumor) ขนาดก้อนจำนวนก้อน ตำแหน่งที่ก้อนอยู่ N (Lymph nodes) ต่อมน้ำเหลืองที่มะเร็งลุกลามไป และ M (Metastasis) โดยพิจารณาจากปัจจัย 3 อย่างคือ 1) ความลึกที่มะเร็งบุกรุกเข้าไปในผนังลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 2) การ

แพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง และ 3) การแพร่กระจายของมะเร็งไปอวัยวะอื่น จากข้อมูลของ 3 ปัจจัยนี้ สามารถกำหนดระยะของมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ได้ 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 หมายถึง มะเร็งยังจำกัดอยู่แค่ชั้นในของผนังลำไส้และไม่แพร่กระจายไปถึงต่อมน้ำเหลืองหรืออวัยวะ มะเร็งระยะนี้เบาสุด การพยากรณ์ของโรคที่ดี รักษาการผ่าตัดอย่างเดียวก็มีโอกาสหายขาดสูง มักไม่ต้องใช้ยาเคมีบำบัดหรือรังสีบำบัด

ระยะที่ 2 หมายถึง มะเร็งที่กินลึกลงไปผนังลำไส้กว่าระยะที่ 1 ทะลุกล้ามเนื้อของผนังลำไส้ใหญ่ออกไป แต่ยังไม่ไปต่อมน้ำเหลืองหรืออวัยวะที่ห่างออกไป มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงปลายระยะที่ 2 อาจมีความเสี่ยงสูงที่จะกลับมาเป็นขึ้นใหม่ แพทย์ด้านพยาธิวิทยาที่ตรวจวิเคราะห์ชิ้นเนื้อที่ศัลยแพทย์ตัดออกมาจะช่วยบอกได้ว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการกำเริบขึ้นหรือไม่ ถ้ามีความเสี่ยงควรได้รับยาเคมีบำบัด ถ้ามะเร็งอยู่ใกล้ทวารหนักอาจต้องใช้รังสีบำบัดด้วย

ระยะที่ 3 หมายถึง มะเร็งได้แพร่กระจายสู่ต่อมน้ำเหลืองแล้ว แต่ยังไม่ลุกลามไปอวัยวะอื่นที่อยู่ห่างออกไป มะเร็งระยะนี้มีความเสี่ยงสูงที่จะกลับมาเป็นใหม่การรักษา คือ รักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือรังสีบำบัด อาจช่วยป้องกันไม่ให้มะเร็งกลับมาเป็นใหม่ และช่วยเพิ่มอัตราการอยู่รอดจากมะเร็งชนิดนี้ให้สูงขึ้น

ระยะที่ 4 หมายถึง มะเร็งที่แพร่กระจายไปยังส่วนอื่นของร่างกายแล้ว เช่น ตับ กระดูก เป็นระยะสุดท้ายของมะเร็งแล้ว รักษาไม่หาย ได้แค่บรรเทาอาการต่างๆ ให้ลดลง ไม่ให้ทรมาน

อาการและอาการแสดง (อรอนงค์ ทศสุวรรณ 2557; จิรภา แก้วใหญ่, 2566)

มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงโตช้าอาจอยู่นานถึง 5 ปี โดยไม่แสดงอาการและใช้เวลานานก่อนที่จะเริ่มมีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด แม้ไม่มีอาการ แต่ก็อาจมีเลือดออกจากรูก่อนมะเร็งโดยไม่สังเกตเห็น แต่อาจตรวจพบ occult blood ในอุจจาระ เมื่อก่อนโตมากขึ้นกลายเป็นแผล จึงมีอาการเลือดออก ลำไส้อุดตันหรือลำไส้ทะลุ ส่วนใหญ่จะพบว่าผู้ป่วยมีอาการเลือดออกปนมากับอุจจาระ มีอาการปวดเวลาขับถ่ายอุจจาระ มักมีอาการท้องเสียหรือท้องผูกเรื้อรังร่วมด้วยเสมอ อุปนิสัยการขับถ่ายเปลี่ยนแปลงไป ปวดมวนท้อง ปวดถ่ายอุจจาระบ่อย อย่างไม่ทราบสาเหตุ มีภาวะโลหิตจาง อาการอาจขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่ก้อนมะเร็ง มะเร็งบริเวณลำไส้ตรงซึ่งเป็นตำแหน่งที่อุจจาระมารวมกันเป็นก้อนแล้ว เลือดจะอยู่ที่ผิวก้อนอุจจาระผู้ป่วย อาจมีอาการปวดเบ่งเนื่องจากมีความรู้สึกเหมือนมีก้อนอุจจาระค้างอยู่ตลอดเวลา การลุกลามเข้าไปสู่อวัยวะรอบๆ ทำให้เกิดอาการอื่น เช่น ถ่ายปัสสาวะเป็นเลือด อาการปวดบริเวณฝีเย็บหรือก้นกบ อุจจาระมีก้อนขนาดเล็กกลิ้ง การขับถ่ายไม่สม่ำเสมอ ปวดท้องถ่าย เป็นต้น

การตรวจคัดกรอง และวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (จิรภา แก้วใหญ่, 2566)

การตรวจคัดกรองที่พบมะเร็งได้รวดเร็วและวินิจฉัยที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการการรักษาที่เร็วขึ้น มีผลต่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

1. การตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (Fecal occult blood test) เป็นวิธีที่นิยมใช้กันแพร่หลายในปัจจุบัน

2. การตรวจรูทวารหนัก (digital rectal exam) คือการตรวจภายในรูทวารหนัก โดยแพทย์จะใช้นิ้วสอดเข้าไปทางทวารหนัก เพื่อตรวจคลำดูก้อนหรือลักษณะที่ผิดปกติภายในรูทวารหนัก

3. การส่องกล้องบริเวณลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (colonoscopy) โดยการใส่กล้องยาวชนิดอ่อนซึ่งโค้งงอได้ ส่องเข้าทางทวารหนักเพื่อตรวจพยาธิสภาพในลำไส้ใหญ่ตั้งแต่ส่วนปลายจนถึงส่วนต้น

4. การส่องกล้องตรวจบริเวณลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (sigmoidoscopy) เป็นการส่องกล้องตรวจลำไส้ โดยใส่กล้องเป็นท่อสอดเข้าไปทางรูทวารหนักเพื่อดูบริเวณทวารหนัก และลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย ทำให้สามารถตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงระยะเริ่มแรกและ adenoma ได้

5. การเอกซเรย์สวนสารทึบรังสีทางทวารหนัก (barium enema) โดยการนำสารทึบแสงเข้าไปเคลือบลำไส้ผ่านทางทวารหนักและเอกซเรย์ผ่านทางเดินอาหารส่วนล่าง
6. การตรวจ carcinoembryonic antigen (CEA) ในเลือด การตรวจเลือดหาค่า CEA นำมาใช้ประโยชน์ในการตรวจก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อกำหนด staging และติดตามผลการรักษา
7. การตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ (biopsy) โดยนำชิ้นเนื้อที่ตัดจากการส่องกล้องมาตรวจดูเซลล์และเนื้อเยื่อด้วยกล้องจุลทรรศน์โดยแพทย์เพื่อตรวจหาเซลล์มะเร็งและลักษณะเซลล์ที่ผิดปกติ
8. การเอกซเรย์ด้วยคอมพิวเตอร์ความเร็วสูง (Virtual colonography) คือเทคนิคการใช้เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (computed tomography)

การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (จรรยา แก้วใหญ่, 2566)

1. การรักษาด้วยการผ่าตัดออก (resection) เป็นการรักษาหลักที่มีเป้าหมายคือ การตัดลำไส้ช่วงที่เป็นมะเร็งออกทั้งหมดร่วมกับเนื้อดีบางส่วนอย่างน้อยให้เหลือส่วนที่เป็นมะเร็งข้างละ 5 เซนติเมตร แพทย์สามารถต่อลำไส้ได้ รวมทั้งตัดต่อม้าม น้ำเหลืองบริเวณนั้นออกให้หมดด้วย ประกอบด้วย 1.1) local resection เป็นการผ่าตัดเอาเฉพาะส่วนที่เป็นก้อนมะเร็งออก ใช้ในรายที่มะเร็งยังอยู่ในบริเวณลำไส้ 1.2) radical resection เป็นการผ่าตัดบริเวณกว้างโดยตัดเอาส่วนของมะเร็งที่มีการกระจายไปยังเนื้อเยื่อข้างเคียงออกด้วย ถ้าเป็นที่กล้ามเนื้อต้องตัดออกทั้งหมด 1.3) radical bloc excision of lymphatics เป็นการผ่าตัดบริเวณกว้างโดยตัดเอาส่วนของมะเร็งที่มีการกระจายไปยังต่อมมน้ำเหลืองใกล้เคียงออก ใช้ในรายที่มะเร็งที่จุดเริ่มต้นอยู่ใกล้กับต่อมมน้ำเหลืองข้างเคียงของส่วนนั้นกระจายไปต่อมมน้ำเหลืองแล้ว 1.4) extensive radical surgical procedures เป็นการผ่าตัดอย่างครอบคลุมกว้างขวาง ทำในกรณีที่ก้อนเนื้อมะเร็งกระจายเข้าไปในเนื้อเยื่อหรืออวัยวะข้างเคียง (local invasion) เช่น ในช่องมดลูก รังไข่ เป็นต้น แต่ยังไม่แพร่กระจายไปอวัยวะไกลๆ การรักษาโดยการผ่าตัดเอาลำไส้ส่วนที่เป็นมะเร็งออกยังเป็นวิธีที่ดีที่สุดและมีโอกาสหายขาดได้มากที่สุด แต่ถ้าเป็นมะเร็งที่อยู่ใกล้ทวารหนักมาก ทำให้ศัลยแพทย์ไม่อาจเย็บลำไส้ต่อกลับให้เหมือนเดิมได้ จึงต้องมีการย้ายทวารหนักมาไว้ที่หน้าท้อง ที่เรียกว่า colostomy ส่วนลำไส้ที่นำมาเปิดที่ผนังหน้าท้องเรียกว่า stoma ซึ่งจะต้องใช้อุปกรณ์ที่รองรับอุจจาระที่ขับออกมา ขนาด stoma อาจแตกต่างกัน สีมักจะเป็นสีแดงอมชมพู หลังผ่าตัดเสร็จเรียบร้อยประมาณ 7-10 วัน แผลบริเวณ stoma ก็จะแห้งสนิท

สำหรับภาวะมะเร็งไส้ตรงอุดตัน มีวิธีการผ่าตัดรักษาหลายวิธี เช่น 1) Proximal colostomy with subsequent resection, 2) Hartmann's procedure, 3) Bowel resection with primary anastomosis after intraoperative lavage with proximal protective ostomy, และ 4) Transanal colonic decompression เป็นต้น

2. การรักษาด้วยเคมีบำบัดใช้รักษาประกอบการผ่าตัดเพื่อลดโอกาสกำเริบของมะเร็งและโอกาสรอดชีวิตยืนยาวขึ้นแม้ว่าการรักษาส่วนใหญ่จะเป็นการผ่าตัดเอาก้อนเนื้องอกออกไป แต่พบว่าเกิดการกลับมาใหม่ได้มากประมาณ 50-60 เปอร์เซ็นต์

3. การรักษาด้วยการฉายรังสี เป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษา โดยเฉพาะเมื่อก้อนเนื้องอกนั้นลุกลามออกไปยังอวัยวะหรือออกมาเกาะผนังช่องท้อง

4. การรักษาด้วย immune targeted therapy โดยการใช้ monoclonal antibody เชื่อมกับ cytotoxic agents ทำให้สามารถกำหนดให้ยารวมตัวเฉพาะตำแหน่งที่มีเซลล์มะเร็ง



การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ตรงอุ้งคอตันและเปิดลำไส้ใหญ่ทางหน้าท้อง (Colostomy)

(อรอนงค์ ทัพสุวรรณ์, 2557; วิจิตรา กุสมภ์, และคณะ 2560; เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์ และคณะ, 2561)

1. การพยาบาลผู้ป่วยแรกรับ

1.1 การประเมินผู้ป่วย ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงอุ้งคอตัน เป็นการผ่าตัดอุ้งคอตัน เพื่อป้องกันภาวะพร่องของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ต้องงดน้ำงดอาหารทางปาก ใส่สาย N-G tube เพื่อระบายสิ่งคัดหลั่งออกจากการกระเพาะ ใส่สาย Foley catheter ประเมินปัสสาวะไม่น้อยกว่า 100 มิลลิลิตรต่อ 4 ชั่วโมง

1.2 ประเมินภาวะช็อก ระดับความรู้สึกตัว โดยการดูแลทางเดินหายใจโล่ง ให้ออกซิเจนได้ตามแผนการรักษา EKG monitor และวัดสัญญาณชีพ วัด SpO₂ ทุก 1-2 ชั่วโมง

1.3 ติดตามผลการตรวจเลือด Complete blood count (CBC) Hb, Hct, electrolyte, BUN, Creatinin, LFT รายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ

1.4 เตรียมเลือด ให้เลือด ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เช่น crystalloid, colloid ตามแผนการรักษา

1.5 ให้อาหารหลังกรดและสิ่งคัดหลั่งในทางเดินอาหาร กลุ่ม vasopressin/octreotide ตามแผนการรักษา

1.6 ประเมินภาวะไข้ การติดเชื้อในช่องท้อง และให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์

1.7 เตรียมผู้ป่วยและช่วยแพทย์ทำหัตถการเช่น ส่องกล้อง ตรวจพิเศษ และทำผ่าตัดตามแผนการรักษา

1.8 ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่มีภาวะวิตกกังวลเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตและ/หรือการทำหัตถการในการรักษา โดยอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เปิดโอกาสให้ซักถามพูดคุย ระบายความสงสัยที่มีต่อการรักษาพยาบาล อนุญาตให้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ตามความเหมาะสม อำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พบปะพูดคุย ประชุมปรึกษารักษาหรือกับกับแพทย์ผู้ดูแลรักษา ในการบอกความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค การดำเนินการของโรค และผลการรักษาพยาบาล ตลอดจนการแสดงให้เห็นว่าได้ช่วยเหลืออย่างเต็มที่แล้ว

2. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด

2.1 ประเมินสภาพผู้ป่วย ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงอุ้งคอตัน เป็นการผ่าตัดอุ้งคอตัน พูดคุยซักถามอาการ ประเมินอาการปวดท้องโดย การสังเกต สอบถามความรุนแรงจากผู้ป่วย หากพบอาการผิดปกติรายงานแพทย์ทันที

2.2 อธิบายเหตุผลที่ต้องทำการผ่าตัดและให้ผู้ป่วยเซ็นยินยอมรับการผ่าตัดตามแบบฟอร์มที่กำหนดไว้ พร้อมทั้งมีพยานเซ็นกำกับ

2.3 แนะนำให้ผู้ป่วยงดน้ำงดอาหาร และดูแลให้สารน้ำสารอาหารทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยที่มีภาวะโลหิตจาง แพทย์มักให้เลือดทดแทนก่อนผ่าตัด ประเมินฮีมาโตคริต (Hct) หลังให้เลือด และจางเลือด-เตรียมเลือดไปห้องผ่าตัด ต้องบันทึกสารน้ำเข้า/ออกของร่างกายเพื่อดูภาวะสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์

2.4 สังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสี และการตรวจพิเศษอื่น ๆ

2.5 ประเมินความวิตกกังวล สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกและซักถามสิ่งที่สงสัย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการและแนวทางการรักษา

2.6 เตรียมความพร้อม เอกสาร สิ่งที่ต้องนำไปห้องผ่าตัดให้พร้อม ประสานห้องผ่าตัด ทีมวิสัญญี และการนำส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด

3. การพยาบาลผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัด

3.1 ประเมินทางด้านร่างกาย ตรวจสอบสัญญาณชีพ ภาวะช็อก ตรวจสอบแผลผ่าตัดเพื่อประเมินการเสียเลือด หรือสารคัดหลั่ง โดยบันทึกลักษณะและจำนวน รวมถึงติดตาม ประเมินฮีมาโต คริต (Hct) เป็นระยะ

3.2 ประเมินทางด้านระบบประสาทของผู้ป่วย หลังได้รับยาระงับความรู้สึกตัวชนิดทั่วร่างกาย

3.3 ประเมินภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ให้ออกซิเจนแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจนตามแผนการรักษา Monitor Vital signs, SpO₂ และ EKG ทุก 1 ชั่วโมงจนเข้าสู่ภาวะปกติ

3.4 ประเมินความเจ็บปวดแผลผ่าตัดของผู้ป่วยว่าอยู่ระดับใด เพื่อพิจารณาให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

3.5 ประเมินภาวะสมดุลน้ำและอิเล็กโทรไลต์ และดูแลให้ได้รับสารน้ำและ Electrolyte บันทึกสารน้ำเข้า-ออกของร่างกาย

3.6 แนะนำผู้ป่วยเมื่อรู้สึกตัวหลังผ่าตัด ให้เริ่มขยับพลิกตะแคงตัวบนเตียงได้ วันต่อมาจึงค่อย ๆ ลุกนั่งบนเตียง ถ้าไม่มีอาการเวียนศีรษะ สามารถยืนหรือเดินรอบ ๆ เตียงตามลำดับ เพื่อกระตุ้นให้กระเพาะอาหารและลำไส้ทำงานได้ดี ป้องกันอาการท้องอืดแน่นท้อง ซึ่งจะมีผลต่อแผลผ่าตัด ทำให้แผลเจ็บตึงและแผลติดเชื้อได้

3.7 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารตามลำดับ เมื่อแพทย์ตรวจดูแล้วพบว่ากระเพาะอาหารและลำไส้เริ่มทำงาน แพทย์จะให้เริ่มจิบน้ำได้ หลังจากนั้นถ้าไม่มีอาการท้องอืด แน่นท้อง แพทย์จึงเริ่มให้รับประทานอาหารเหลว, อ่อน ประเมินการรับประทานอาหาร อาการผิดปกติที่เกิดจากการรับประทานอาหารทุกมื้อ

3.8 กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้า ออกลึก ๆ ยาว ๆ เป็นพัก ๆ และ Early ambulation เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของปอด

3.9 การประเมินแผลผ่าตัด สังเกตแผลติดเชื้อ แผลแยก ระมัดระวังอย่าให้แผลเปียกน้ำ ถ้าไม่พบอาการผิดปกติ ประมาณ 7-10 วันหลังผ่าตัด แพทย์จะพิจารณาตัดไหม

4. การพยาบาลผู้ป่วยเปิดลำไส้ใหญ่ทางหน้าท้อง (Colostomy)

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ทางหน้าท้อง จะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การทำงาน การเข้าสังคม ด้านจิตใจจะรู้สึกสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง กลัวสังคมรังเกียจ ปรับตัวไม่ได้ อาจเกิดการแยกตัวจากสังคม พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด มีบทบาทหน้าที่ในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับทวารใหม่ได้ตามปกติ การดูแลหลังผ่าตัดเป็นการดูแลเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและการทำงานของทวารใหม่ การพยาบาลที่สำคัญได้แก่

4.1 เฝ้าระวังภาวะสูญเสียเลือดจากแผลผ่าตัด ภาวะความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด

4.2 ประเมินภาวะสมดุลน้ำและอิเล็กโทรไลต์ และดูแลให้ได้รับสารน้ำและ Electrolyte บันทึกสารน้ำเข้า/ออกของร่างกาย

4.3 การประเมินลักษณะผิดปกติและการทำงานของทวารใหม่ เช่น stoma ischemia, necrosis, bleeding, retraction หรือ mucotaneous suture line separate

4.4 การป้องกันภาวะไส้เลื่อน ควรเริ่มหลังผ่าตัดทันที โดยใช้มือหรือหมอนประคองแผลและทวารใหม่ เวลาไอ

4.4 การดูแลด้านจิตใจ ลดความวิตกกังวลและให้ผู้ป่วยปรับสภาพจิตใจให้เข้าสู่ภาวะปกติ พยาบาลต้องให้ความสนใจให้ความรู้สึกเป็นกันเอง เข้าใจความต้องการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีทวารใหม่ ไม่แสดงสีหน้าและท่าทางรังเกียจ



4.5 วางแผนในการดูแล การสอน การให้ข้อมูล ร่วมกับการสาธิตการดูแลทวารใหม่ การเปลี่ยนถุงรองรับ การใช้ถุงรองรับหลายรูปแบบ แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง โดยพยาบาลคอยดูแล ให้คำแนะนำสิ่งที่ขาดเพิ่มเติม และชมเชยให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้เอง

5. การพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (จิรภา แก้วใหญ่, 2566)

5.1 สอนแนะนำผู้ป่วยและญาติเรื่องการดูแลแผลผ่าตัดโดยหลังผ่าตัด 5-7 วันต้องระวังไม่ให้แผลถูกน้ำ ไม่ควรใช้แปรง ยาทาบริเวณแผล ถ้าพบว่าแผลมีอาการอักเสบ ปวด บวมแดงน้ำเหลืองไหลต้องแจ้งให้แพทย์ทราบ

5.2 ให้ความรู้และอธิบายการดูแลตนเองที่มีทวารใหม่ ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจว่าแพทย์ได้ตัดลำไส้ใหญ่ออกบางส่วน และนำลำไส้ส่วนที่ดีแปลงออกมาเป็นทวารใหม่เปิดออกทางหน้าท้อง อูจจาจะไม่สามารถขับออกทางทวารหนักได้ สังเกตสีของทวารใหม่ว่าผิดปกติหรือมีเลือดออกบ่อยหรือไม่ การใช้ colostomy bag ต้องทำความสะอาดผิวหนังโดยรอบและเปลี่ยนถุงอย่างสม่ำเสมอ

5.3 ให้ความรู้และแนะนำเรื่อง การรับประทานอาหารอ่อนในระยะแรกจนถึงอาหารปกติธรรมดา เคี้ยวอาหารให้ละเอียดและช้าๆ รับประทานอาหารในปริมาณที่น้อยในแต่ละมื้อแต่เพิ่มจำนวนมื้อให้มากขึ้น การทำกิจกรรมต่างๆโดยสามารถทำกิจกรรมเบาๆได้ หลีกเลี่ยงการทำงานหนักในระยะ 4-6 สัปดาห์ หาเวลาพักผ่อนอย่างน้อย 8-10 ชั่วโมงต่อคืน หาโอกาสคลายเครียด อ่านหนังสือ ปลูกต้นไม้ ปฏิบัติตามวิถีความเชื่อตามศาสนาที่นับถือ

5.4 ประเมินความรู้หลังการสอน สอบถามผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านและแผนการรักษาหลังผ่าตัด

5.5 แนะนำการมาตรวจตามแพทย์นัดและติดตามตรวจร่างกายอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งลูกกลมไปส่วนอื่นๆของร่างกาย

5.6 ให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ต่างๆ ส่งต่อและประสานงานเครือข่ายบริการเพื่อติดตามการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ระยะเวลาที่ดำเนินการ

ตั้งแต่วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2566 ถึง วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

สัญญาณชีพ: อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 82/56 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation; SpO₂) เท่ากับ 98 เปอร์เซ็นต์ (%)

ลักษณะทั่วไป: ชายไทย ผิวแห้ง ขาดความตึงตัว ไม่มีภาวะบวม ไม่มีตัวเหลือง ไม่มีรอยโรค สูง 167 เซนติเมตรน้ำหนัก 57 กิโลกรัม ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index; BMI) เท่ากับ 20.43 กิโลกรัมต่อตารางเมตร รู้สึกตัวดี เรียกถามตอบตามคำสั่งได้ปกติ

ระบบทางเดินหายใจ: หายใจได้เอง ไม่มีอาการเหนื่อย ทรวงอกสมมาตรได้รูปปกติไม่บุ๋มหรือบวม การขยายตัวสัมพันธ์กับการหายใจเข้า-ออก ฟังปอดไม่มีเสียงผิดปกติ

ระบบหัวใจและหลอดเลือด: ฟังเสียงการเต้นของหัวใจไม่พบ murmur จังหวะการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ จับชีพจรอัตราการเต้นสม่ำเสมอ ปลายมือปลายเท้าไม่มีเขียวคล้ำ

ระบบเลือด ต่อม้ำเหลือง และต่อมไร้ท่อ: ไม่มีจ้ำเลือด หรือจุดเลือดออก ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ไม่มีอาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด คล้ำต่อม้ำเหลือง ที่คอ รักแร้ ขาหนีบ ไม่พบอาการบวมโต



คีรีษะ ไบหน้า และลำคอ: คีรีษะ รูปร่างปกติ ผมนสีดำปนหงอก ไบหน้า ได้รูป ไม่บิดเบี้ยว การเคลื่อนไหวบนไบหน้าปกติ ลำคอ คลำต่อมไทรอยด์ ต่อมน้ำเหลือง และ ต่อมนทอนซิล ไม่บวมโต เยื่อตาเหลือง ไม่มีต่อกระจก สายตาศปกติมองเห็นชัดเจนทั้ง 2 ข้าง ไบหูรูปร่างปกติ ได้ยินเสียงชัดเจนทั้ง 2 ข้าง จมูก รูปร่างสมมาตรปกติ รับกลิ่นได้ปกติดี ริมฝีปากแห้ง ไม่มีแผลในช่องปาก เคี้ยวอาหาร รับประทานอาหารได้ตามปกติ ไม่มีฟันปลอม

ระบบทางเดินอาหารและช่องท้อง: ท้องโตนูนกว่าปกติ ไม่มีเส้นเลือดดำขยายใต้ผิวหนัง ไม่มีรอยแผล กดเจ็บ ท้องตึง มีอาการปวดทั่วท้อง คลำไม่พบตับ ม้ามโต ฟัง Bowel sound ได้ 1-2 ครั้งต่อนาที ไม่ถ่ายอุจจาระ

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก: รูปร่างปกติ การทรงตัวปกติ การทำงานของข้อและกล้ามเนื้อทั้งด้านซ้ายและขวามีกำลังปกติ

ระบบประสาท: รู้สึกตัวดี พูดคุยได้ไม่สับสน ทำตามคำสั่งได้ ตอบสนองต่อการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปกติ ไม่มีอาการชาปลายมือปลายเท้า

ระบบเดินทางปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์: ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีเลือดออกปลายอวัยวะเพศ

ผลการตรวจพิเศษ

1. CT whole Abdomen with contrast (วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2566)

พบ The circumferential mass involving the middle rectum about 7 cm in 7 length and 1.5 cm in maximal wall thickness. The mass causes upstream dilatation of the entire colon, up to 7.5 cm in maximal diameter, likely obstructive rectal cancer. A few right internal iliac nodes , up to 1.1 cm in short axis. Extensive liver metastasis scattered throughout both lobes, up to 11 cm. Multiple lung metastasis scattered in both lung, up to 2.2 cm.

2. EKG 12 leads contrast (วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2566) พบ Normal sinus rhythm, ST& wave abnormality , consider inferior ischemia

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. Complete Blood Count (วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2566)

สิ่งที่ส่งตรวจ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ	แปลผล
WBC	5.6-10.6 10 ³ /uL	11.46	สูงกว่าปกติ
HBG	12.0-14.3 g/dl	6	ต่ำกว่าปกติ
Hct	36.0-47.7 %	18	ต่ำกว่าปกติ
Platelets	140-400 10 ³ /uL	715	ปกติ
Neutrophils	43.7-70.9 %	85.9	สูงกว่าปกติ
Lymphocyte	20.1-44.5 %	8.4	ต่ำกว่าปกติ

การวิเคราะห์ผล

การตรวจ CBC พบ ค่าเม็ดเลือดขาวสูง (11.46 10³/uL) Neutrophils สูง (85.9%) แสดงถึงการอักเสบเกิดขึ้นในร่างกาย ร่างกายจึงสร้างเม็ดเลือดขาวชนิดนี้มาป้องกันการติดเชื้อไวรัส แบคทีเรีย เชื้อรา และมีการแพร่กระจายมะเร็งสู่อวัยวะอื่น คือ ตับ ปอด ส่วนค่าเม็ดเลือดขาว Lymphocyte ต่ำ (8.4 %) แสดงถึงร่างกายมีภาวะภูมิคุ้มกันต้านทานโรคต่ำ เนื่องมาจากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง และไขมันสูง เคยได้รับยาหลายชนิดร่วมกับภาวะเครียดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีภาวะซีดเรื้อรัง (HBG 6 g/dl, Hct 18 %)

ร่วมกับมีพยาธิสภาพของมะเร็งโรคลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่เรื้อรัง ทำให้มีปัญหาการรับประทานอาหารได้น้อย ขาดสารอาหารที่จำเป็น และส่งผลกระทบต่อระบบย่อยอาหาร การดูดซึมแร่ธาตุ โดยเฉพาะธาตุเหล็ก ที่ช่วยในการสร้างเม็ดเลือดแดง

2. Blood Urea Nitrogen (BUN), Creatinine, Electrolyte

สิ่งที่ตรวจ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ		แปลผล
		22 ก.พ. 65	23 ก.พ.65	
BUN	8-20 mg/dl	99.0	71.9	สูงกว่าปกติ
Cr	0.72-1.18 mg/dl	2.74	1.75	สูงกว่าปกติ
GFR	90-120	23.4	40.25	ต่ำกว่าปกติ
Sodium	136.0-146.0 mmol/L	126.0	139.7	ต่ำกว่าปกติ
Potassium	3.5-5.1 mmol/L	4.4	4.25	ปกติ
CL	101-109 mmol/L	96.0	106.0	ต่ำกว่าปกติ
CO ₂	21-31 mmol/L	13.0	19.1	ต่ำกว่าปกติ

การวิเคราะห์ผล

ค่า BUN, Creatinine สูงกว่าปกติ แสดงถึงสมรรถภาพการทำงานของไตลดลง ทำให้เกิดของเสียคั่งในร่างกาย และค่า GFR ต่ำกว่าปกติ อัตราการกรองของไตเสื่อมสภาพลง ส่งผลให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน และมีภาวะโลหิตจางเรื้อรังได้ สาเหตุเกิดจากผู้ป่วยอยู่ในวัยสูงอายุไตย่อมเสื่อมสภาพตามอายุและอาจเกิดจากภาวะขาดน้ำรุนแรงจากการสูญเสียหน้าที่ของการดูดซึมน้ำจากพยาธิสภาพของมะเร็งลำไส้ตรงอุดตัน นอกจากนี้พบภาวะโซเดียมคลอไรด์ในเลือดต่ำ เกิดจากระบบการดูดซึมน้ำและเกลือแร่ การขาดสารอาหารจากการรับประทานอาหารได้น้อย

3. Liver Function test (LFT) (วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2566)

สิ่งที่ตรวจ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ	แปลผล
Total protein	6.6-8.3 g/dl	6.9	ปกติ
Albumin	3.5-5.2 g/dl	3.4	ต่ำกว่าปกติ
Globulin	2.5-3.5 g/dl	3.5	ปกติ
SGOT (AST)	< 35 U/L	49	สูงกว่าปกติ
SGPT (ALT)	< 35 U/L	24	ปกติ
Alkaline phosphatase	30-120 U/L	604	สูงกว่าปกติ
Total bilirubin	0.3-1.2 mg/dl	0.62	ปกติ
Direct bilirubin	0.0-0.2 mg/dl	0.50	สูงกว่าปกติ

การวิเคราะห์ผล

ค่าAlbumin ในเลือดต่ำผิดปกติเล็กน้อย แสดงถึงภาวะร่างกายขาดสารอาหารจากผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยและมีปัญหาของระบบการย่อยและการดูดซึมอาหาร ส่วนค่า SGOT (AST) Alkaline phosphatase สูงกว่าปกติแสดงถึงภาวะตับเสียหายที่เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งลำไส้ตรงอุดตัน ระยะเวลาที่เกิดอาการของโรคหลายเดือน ผู้ป่วยไม่ได้ไปตรวจรักษา ทำให้โรคลุกลามแพร่กระจายไปยังตับ (ผล CT whole Abdomen with contrast พบ Extensive liver metastasis scattered throughout both lobes, up to 11 cm.) ทำให้การทำงานของตับเสียหายที่ เมื่อตรวจเลือดจึงพบค่า SGOT (AST) Alkaline phosphatase สูง ส่วนค่า Direct bilirubin ที่สูงผิดปกติ เกิดจากปัญหาของระบบการย่อยและการดูดซึมอาหาร และระบบขับถ่ายอุจจาระของผู้ป่วยผิดปกติทำให้เกิด bilirubin คั่งในเลือดได้

4. Carcinoembryonic antigen (CEA) (วันที่ 23 ก.พ. 66)

สิ่งที่ส่งตรวจ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ	แปลผล
CEA	0.0-5.0 ng/ml	5,662	สูงมากผิดปกติ

การวิเคราะห์ผล

CEA เป็นโปรตีนชนิดหนึ่งที่พบในร่างกายใช้ในการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคมะเร็งโดยเฉพาะมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ซึ่งการตรวจพบค่า CEA ที่สูงมากผิดปกติของผู้ป่วยสามารถใช้พยากรณ์โรคเบื้องต้นถึงความรุนแรงพยาธิสภาพและระยะของมะเร็งลำไส้ตรงอุดต้นนี้ได้

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย (Final Diagnosis)

Obstructed rectal cancer (มะเร็งลำไส้ตรงอุดต้น)

การผ่าตัด (วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2566)

Exploratory Laparotomy with lysis adhesion and sigmoid loop colostomy

(การผ่าตัดเปิดหน้าท้องและพังผืดและเปิดลำไส้ใหญ่ทางหน้าท้อง)

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ระยะก่อนทำผ่าตัด

1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypovolemic Shock จากขาดสารน้ำและอาหารร่วมกับภาวะช็อคเรื้อรัง
2. ภาวะโซเดียมคลอไรด์ในเลือดต่ำ
3. เสี่ยงต่อการติดเชื้ออุลูลามในช่องท้องจากการแพร่กระจายของมะเร็งและอวัยวะเสียหายที่
4. ผู้ป่วยและญาติมีความกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ตรงอุดต้นและเปิดลำไส้ใหญ่ทางหน้าท้อง

ระยะหลังทำผ่าตัด

5. มีโอกาสเกิดภาวะเนื้อเยื่อร่างกายพร่องออกซิเจนและภาวะ Hypovolemic shock หลังผ่าตัด
6. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด
7. เสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลผ่าตัด
8. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลทวารใหม่และภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป
9. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้าน

ระยะก่อนทำผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypovolemic Shock จากขาดสารน้ำและอาหารร่วมกับภาวะช็อคเรื้อรัง

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีประวัติท้องผูก ถ่ายเป็นมูกเลือด รับประทานอาหารได้น้อย 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล
2. สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.0-36.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 98-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 20-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 80/52-82/56 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ 98 เปอร์เซ็นต์
3. ฮีมาโตคริต (Hct) 18 %, ฮีโมโกลบิน (HBG) 6 g/dl (22 กุมภาพันธ์ 2566)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันภาวะ Hypovolemic Shock

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่พบอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น หมดสติ
2. อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ในช่วง 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 18-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO₂) มากกว่าหรือเท่ากับ 95 %
3. ฮีมาโตคริต (Hct) มากกว่า 30 %, ฮีโมโกลบิน (HBG) เท่ากับ 12.0-14.3 g/dL
4. ปัสสาวะออกมากกว่า 100 มิลลิลิตรต่อ 4 ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะช็อก ระดับความรู้สึกตัว อาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น หมดสติ
 2. ดูแลทางเดินหายใจโล่ง จัดท่านอนหัวสูง 15-30 องศา และ ให้ Oxygen cannula 3 ลิตร/นาที่
 3. ติดเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจและสัญญาณชีพ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ประเมินสัญญาณชีพ
- อาการระบบประสาท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ทุก 1-2 ชั่วโมง และ 4 ชั่วโมงจนปกติ
4. ให้สารน้ำ ๐.๙ % NSS ๑,๐๐๐ มิลลิลิตรหยุดทางหลอดเลือดดำ อัตรา ๑๐๐ มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และ Acetar 1,000 มิลลิลิตรหยุดทางหลอดเลือดดำ 140 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ตามการรักษาของแพทย์
 5. ให้ Pack red cell 3 ยูนิต และสังเกตอาการแพ้เลือด คือ หายใจหอบเหนื่อย มีผื่นลมพิษผิวหนัง
 6. ประเมิน ฮีมาโตคริต (Hct) หลังให้เลือดหมด 2 ชั่วโมง
 7. ประเมินและบันทึกปัสสาวะทุก 4 ชั่วโมง

การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่พบอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น หมดสติ
2. ก่อนส่งผ่าตัดอุณหภูมิ 37.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/60 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ 98 เปอร์เซ็นต์
3. Hct หลังให้เลือดหมด 3 ยูนิต เท่ากับ 32%
4. ปัสสาวะสีเหลืองใสจาก Foley catheter จำนวน 300 มิลลิลิตรต่อ 4 ชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ภาวะโซเดียมคลอไรด์ในเลือดต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลตรวจ Electrolyte พบ Sodium 126 mmol/L, CO₂ 13 mmol/L
2. ผู้ป่วยอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย ก่อนมาโรงพยาบาล
3. On NG tube มี Content ออกสีเหลือง 50 มิลลิลิตร

วัตถุประสงค์

1. มีภาวะสมดุลของโซเดียมคลอไรด์ในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีภาวะช็อก อาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง เพื่อ กระสับกระส่าย ปัสสาวะออกน้อย เหงื่อออกมือเท้าเย็น
2. ระดับโซเดียมคลอไรด์ในเลือด อยู่ในช่วงปกติ คือ Sodium 136-146 mmol/L, Chloride 101-111 mmol/L
3. มีความสมดุลน้ำเข้าและน้ำออก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ อาการระบบประสาท ภาวะช็อกจากโซเดียมต่ำ ได้แก่อารมณ์อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เพื่อ กระสับกระส่าย ปัสสาวะออกน้อย เหงื่อออกมือเท้าเย็น
2. ให้สารน้ำ 0.9 % NSS 1,000 มิลลิลิตรหยดทางหลอดเลือดดำอัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง
3. บันทึกลักษณะปัสสาวะและปริมาณน้ำเข้าและน้ำออกทุก 8 ชั่วโมง
4. เจาะเลือดส่งตรวจและติดตามผลค่า Sodium และ Chloride

การประเมินผล

1. ก่อนส่งผ่าตัดไม่มีภาวะช็อก อาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง เพื่อ กระสับกระส่าย ปัสสาวะออกน้อย เหงื่อออกมือเท้าเย็น
2. หลังผ่าตัดเจาะเลือดส่งตรวจพบระดับโซเดียมคลอไรด์ในเลือดปกติ คือ Sodium 139.7 mmol/L, Chloride 106 mmol/L (23 กุมภาพันธ์ 2566)
3. ผลการประเมินน้ำเข้า/น้ำออก เท่ากับ 2,050/700, 4,350/32154, และ 4,600/4,300 มิลลิลิตร (22,23, และ 24 กุมภาพันธ์ 2566) ตามลำดับ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการติดเชื้อลุกลามในช่องท้องจากการแพร่กระจายของมะเร็งและอวัยวะเสียหายที่

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผล CT whole Abdomen with contrast (22 กุมภาพันธ์ 2566) พบ obstructive rectal cancer. A few right internal iliac nodes , up to 1.1 cm in short axis. Extensive liver metastasis scattered throughout both lobes, up to 11 cm. Multiple lung metastasis scattered in both lung, up to 2.2 cm.
2. ตรวจเลือด พบค่า BUN 99.0 mg/dl, Cr 2.74 mg/dl, GFR 23.4 และ liver function Test ผิดปกติ พบ Alkaline phosphatase 604 mg/dl, SGOT 49 U/L, Direct bilirubin 0.5 mg/dl (22 กุมภาพันธ์ 2566)
3. ผล CBC พบ WBC $11.46 \times 10^3/uL$, Neutrophils 85.9 %

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันการติดเชื้อลุกลามในช่องท้อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีไข้ สัญญาณชีพปกติ คืออุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ในช่วง 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 18-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท และจำนวนปัสสาวะ (Urine output) มากกว่า 100 มิลลิลิตรต่อ 4 ชั่วโมง
2. ตรวจหน้าท้องไม่พบอาการท้องแข็งตึง
3. ผลการตรวจ BUN อยู่ในช่วง 8-20 mg/dl, Cr 0.72-1.18 mg/dl, GFR 90-120
4. ผลการตรวจ CBC พบค่าปกติของ WBC $4.6-10.6 \times 10^3/uL$ และ Neutrophils 43.7-70.9 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมิน ระดับความรู้สึกตัว ภาวะไข้ ประเมินอุณหภูมิ สัญญาณชีพ ทุก 2-4 ชั่วโมงจนปกติ
2. ให้ยาปฏิชีวนะคือ ให้ ยา Ceftriaxone 2 กรัม ผสม ใน 5%D/W 100 มิลลิลิตร และ Metronidazole 500 มิลลิกรัม หยอดทางหลอดเลือดดำ และสังเกตอาการข้างเคียงของยา คือ คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นคันผิวหนัง
3. ให้ NSS 1,000 มิลลิลิตรหยอดทางหลอดเลือดดำ free flow และ ให้ 7.5 % NaHCO₃ 100 มิลลิลิตร หยอดทางหลอดเลือดดำ ใน 30 นาที ทันที
4. เช็ดตัวลดไข้ และแนะนำญาติเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ต้องแจ้งพยาบาลทราบ
5. ตรวจหน้าท้อง และประเมินจำนวนและลักษณะ Content จาก NG tube และดูแลสายไม่ให้เลื่อนหลุด
6. ส่งตรวจและติดตามผลการตรวจเลือดเพื่อประเมินการทำงานของไต ตับ และภาวะการติดเชื้อ

การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวปกติ อยู่ในช่วง 36.5-38.9 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ในช่วง 60-122 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 20-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง มิลลิเมตรปรอท และจำนวนปัสสาวะ (Urine output) ออก 300-400 มิลลิลิตรต่อ 4 ชั่วโมง
2. ก่อนส่งผ่าตัด ตรวจหน้าท้องไม่พบอาการท้องแข็งตึง NG tube มี Content คาสายสีเขียว
3. ผลการตรวจ BUN 71.9 mg/dl, Cr 1.75 mg/dl, GFR 40.25 (23 กุมภาพันธ์ 2566)
4. แพทย์ไม่ส่งตรวจ CBC และ LFT ซ้ำ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยและญาติมีความกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ตรงอุดตันและเปิดลำไส้ใหญ่ทางหน้าท้อง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยสีหน้าไม่สดชื่น ถามว่า “จะผ่าตัดเมื่อไร อันตรายไหม”
2. ญาติสอบถาม “หลังผ่าตัดต้องนอนพักที่ไหน” และ “ลำไส้ที่มาเปิดหน้าท้องน่ากลัวไหม”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดและให้ความร่วมมือในการเตรียมผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นกังวลน้อยลง
2. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาและปฏิบัติตามคำแนะนำการเตรียมผ่าตัดได้
3. ผู้ป่วยพร้อมผ่าตัดและเซ็นยินยอมทำผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพผู้ป่วย พุดคุยซักถามอาการ ประเมินความกังวล สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา ข้อสงสัยเกี่ยวกับการรักษาและประสานงานกับแพทย์
2. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดสิ่งรบกวนเพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อน ดูแลสาย NG tube, Foley cath, ไม่ให้รัดตึง พับงอ และเลื่อนหลุด
3. ให้ความรู้กับผู้ป่วยในการพูดคุยรับฟังด้วยความรู้สึกอบอุ่น เข้าใจ และเห็นความสำคัญกับการระบายความรู้สึกของผู้ป่วย พร้อมทั้งให้กำลังใจในการรักษา

4. อธิบายเหตุผลที่ต้องทำการผ่าตัดและให้ผู้ป่วยเซ็นยินยอมรับการผ่าตัดตามแบบฟอร์มที่กำหนดไว้ พร้อมทั้งญาติและเจ้าหน้าที่ เซ็นพยานกำกับ

5. อธิบายขั้นตอนของการผ่าตัดอย่างสั้นๆและเข้าใจง่าย เช่น การงดน้ำงดอาหารก่อนผ่าตัด การฝึกการหายใจ การนอนนิ่งๆนานๆ สภาพห้องผ่าตัด การใช้ยาระงับความรู้สึก อาการที่อาจเกิดขึ้นได้หลังผ่าตัด พอสั่งเขป เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ

6. เตรียมความพร้อม เอกสาร สิ่งที่ต้องนำไปห้องผ่าตัดให้พร้อม ให้ผู้ป่วยงดน้ำงดอาหาร ประเมินภาวะขาดน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ประสานงานห้องผ่าตัด วัสดุอุปกรณ์พยาบาล และการนำส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น มีกังวลน้อยลง
2. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจคำแนะนำ ปฏิบัติตามคำแนะนำและยินยอมทำผ่าตัด ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมพยาบาลดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนก่อนทำผ่าตัด
3. สามารถส่งผ่าตัดได้ตามเวลาที่กำหนด

ระยะหลังทำผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 มีโอกาสเกิดภาวะเนื้อเยื่อร่างกายพร่องออกซิเจนและภาวะ Hypovolemic shock หลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. แพทย์ทำผ่าตัด Exploratory Laparotomy with lysis adhesion and sigmoid loop colostomy พบ obstructed rectal cancer (ระยะเวลาในการทำผ่าตัด 1 ชั่วโมง 40 นาที) มี Estimate Blood loss 50 มิลลิลิตร (22 กุมภาพันธ์ 2566)
2. แพทย์สั่งให้ Pack Red Cell 2 ยูนิต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพและเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ
2. เพื่อป้องกันภาวะช็อกจากการเสียเลือดหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยหายใจเองได้ ไม่มีอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน คือ อาการชกเกร็ง กระสับกระส่าย เหงื่อออกตัวเย็นปลายมือปลายเท้าเขียว ความดันโลหิตต่ำ
2. ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีกระสับกระส่าย ขนาดและปฏิกิริยาของรูมานตาต่อแสงปกติ การเคลื่อนไหวแขนขาปกติ
3. สัญญาณชีพปกติ คืออุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ในช่วง 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 18-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO2) อยู่ในช่วง 95-100 %
4. ระดับฮีมาโตคริต(Hct) มากกว่าหรือเท่ากับ 30 % ระดับ ฮีโมโกลบิน (HGB) 12.0-14.3 g/dL
5. ไม่เลือดที่ออกจากแผลหรือ Colostomy และ NG tube
6. ปัสสาวะออกมากกว่า 100 มิลลิลิตรต่อ 4 ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ได้รับ Oxygen mask with bag 10 ลิตรต่อนาที และ canula 3 ลิตรต่อนาที ตามลำดับ และประเมินภาวะขาดออกซิเจน เช่น อาการกระสับกระส่าย เหงื่อออกตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าเขียว ความดันโลหิตต่ำ



2. ติดเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจและสัญญาณชีพ ตรวจวัดสัญญาณชีพ ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ประเมินระดับความรู้สึกตัว และอาการทางระบบประสาท ทุก 1-2 ชั่วโมง และทุก 4 ชั่วโมงจนอาการปกติ
3. ประเมินและเฝ้าระวังการเกิดการ อุดกั้นทางเดินหายใจและดูดเสมหะให้ ทางเดินหายใจโล่ง
4. จัดท่านอน Semi-Flower position เพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนเพื่อให้ผู้ป่วยหายใจเองได้ดีขึ้น
5. ประเมินภาวะ Cyanosis, ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (Sleep apnea)
6. ให้สารน้ำสารน้ำ Acetar 1,000 มิลลิลิตรหยุดทางหลอดเลือดดำ 150 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และ 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์
7. ประเมินภาวะเลือดออกจากแผลผ่าตัด, Content จาก NG tube และ Colostomy
8. ประเมินภาวะช็อค, ตรวจเลือดดูค่าของฮีมาโตคริต (Hct), ฮีโมโกลบิน (HGB)
9. ประเมินและบันทึกปัสสาวะทุก 4 ชั่วโมงตามการรักษาของแพทย์

การประเมินผล

1. สามารถถอดออกซิเจนออกได้หลังผ่าตัด 2 วัน (วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566) ผู้ป่วยหายใจเองได้ ไม่มีอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน คือ อาการชักเกร็ง กระสับกระส่าย เหงื่อออกตัวเย็นปลายมือปลายเท้าเขียว ความดันโลหิตต่ำ
2. ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีกระสับกระส่าย ขนาดและปฏิกิริยาของรูมานตาต่อแสงปกติ การเคลื่อนไหวแขนขาปกติ
3. สัญญาณชีพปกติ คืออุณหภูมิอยู่ในช่วง อุณหภูมิอยู่ในช่วง 37.0-38.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 102-116 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/70-129/95 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ 98-100 เปอร์เซ็นต์
4. ระดับฮีมาโตคริต (Hct) หลังผ่าตัดเมื่อให้เลือดหมด 2 ชั่วโมงเท่ากับ 34 %
5. แผลผ่าตัดหน้าท้องปิด Seal ไว้ไม่มีเลือดซึม Colostomy มี Content สีแดงเล็กน้อย NG tube มี Content สีเขียว 15 มิลลิลิตร
6. ปัสสาวะออกมากกว่า 300-500 มิลลิลิตรต่อ 4 ชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีแผลผ่าตัดหน้าท้องปิด Seal มีเลือดซึม และ Colostomy bag ที่หน้าท้องด้านซ้ายมี Content สีแดงเล็กน้อย
2. ผู้ป่วยทำหน้าวินิวคิ้วขมวด สีหน้าไม่สุขสบาย บอกปวดแผลผ่าตัด นอนไม่หลับ
3. ประเมิน pain score 8 คะแนน (23 กุมภาพันธ์ 2566)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

2. สีหน้าสดชื่น เคลื่อนไหวร่างกาย และ early ambulation ได้
3. ประเมิน pain score อยู่ในระดับ 1-3 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความปวด (Pain management) และดูแลตามระดับความปวด (pain score) โดยใช้เกณฑ์ คือ ระดับคะแนนความปวด 1-3 คะแนน จัดทำนอนให้สุขสบาย ใช้เทคนิคผ่อนคลาย และเบี่ยงเบนความปวด ระดับคะแนน 4-6 คะแนน บรรเทาด้วยยาแก้ปวดรับประทาน และระดับคะแนน 7-10 คะแนน แสดงถึงอาการปวดรุนแรง ดูแลให้ยาแก้ปวดทางหลอดเลือดดำ ตามการรักษาของแพทย์

2. ให้ยาแก้ปวด Morphine 3 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ตามการรักษาของแพทย์ และสังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ หน้ามืด ง่วงนอน แจ้งญาติทราบถ้ามีอาการให้แจ้งพยาบาลทันที และเมื่อรับประทานอาหารได้ ให้ยา Paracetamol 500 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทานเวลาปวดหรือมีไข้ทุก 4-6 ชั่วโมง

3. จัดทำนอน Semi-Flower position ให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อน ลดความตึงตัวของบาดแผล

4. กระตุ้นให้ early ambulation ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ช่วยพยุงลุกนั่งได้ และพาเดิน

5. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ไม่พละุกพล่าน งดการเยี่ยมในช่วงที่ผู้ป่วยหลับ

6. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลและหลีกเลี่ยงการรบกวนผู้ป่วยบ่อยๆ โดยให้การพยาบาลผู้ป่วยหลายๆอย่างในครั้งเดียวเพื่อให้ผู้ป่วยได้พัก

การประเมินผล

1. สีหน้าสดชื่น เคลื่อนไหวร่างกาย และ early ambulation ได้

2. หลังให้ยาแก้ปวด ประเมิน pain score อยู่ในระดับ 3-4 คะแนน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 เสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. เปิดแผลหน้าท้อง Dressing เป็นแผลเย็บมีมีเลือดซึม และ Stoma ปิด Colostomy bag ที่หน้าท้องด้านซ้าย เริ่มมีอุจจาระออกเป็นน้ำเหลว 200-300 มิลลิลิตรต่อ 8 ชั่วโมง

2. มีไข้ อุณหภูมิ 38.0-38.9 องศาเซลเซียส (23-25 กุมภาพันธ์ 2566)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันการติดเชื้อลุกลาม

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีไข้ สัญญาณชีพปกติคืออุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ในช่วง 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 18-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท

2. ไม่พบอาการและอาการแสดงของแผลติดเชื้อ รอบแผลผ่าตัดไม่บวมแดง ไม่มี Discharge ที่ซึมออกมาจากแผลผ่าตัด และอุจจาระไม่เป็นแผลผ่าตัด

3. Stoma สีชมพู ไม่มีเนื้องาย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการของการติดเชื้อ ระดับความรู้สึกตัว วัดไข้ สัญญาณชีพ

2. ให้ยา Ceftriaxone 2 กรัม ผสม ใน 5%D/W 100 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำ วันละครั้ง ต่อเนื่องทุกวัน และ Metronidazole 500 มิลลิกรัม หยดทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมงต่อเนื่อง และสังเกตอาการข้างเคียงของยา คือ คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นคันผิวหนัง

3. เช็ดตัวลดไข้ ดูแลความสะอาดร่างกายและความสุขสบายให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน



4. ตรวจสอบ Discharge ที่ซึมออกมาจากแผลผ่าตัด แผลแยก ระวังอย่าให้แผลเปียกน้ำ
5. ตรวจสอบลักษณะของ Stoma ทุกวัน แนะนำญาติสังเกตถ้าพบ Stoma สีคล้ำมีเนื้อตาย ต้องรีบแจ้งทันที
6. ทำแผลผ่าตัดด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ เช็ดแผลด้วย NSS ล้างแผล และปิด Colostomy bag ชนิดปลายเปิด ระวังการเปลี่ยน Colostomy bag
7. สอนญาติผู้ดูแลในการทำความสะอาด Colostomy bag ปลายเปิด ระวัง อุจจาระมาปนเปื้อนแผลผ่าตัด

การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกรู้สึกตัวปกติ ยังมีไข้ต่ำๆ มีไข้ สัญญาณชีพปกติคืออุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.2-38.2 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ในช่วง 80-110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 20-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 110/80-135/95 มิลลิเมตรปรอท
2. ไม่พบอาการและอาการแสดงของแผลติดเชื้อ รอบแผลผ่าตัดไม่บวมแดง ไม่มี Discharge ที่ซึมจากแผลผ่าตัด และอุจจาระไม่ปนเปื้อนแผลผ่าตัด ญาติสามารถทำความสะอาดออกจาก Colostomy bag ได้
3. Stoma สีชมพู ไม่มีเนื้อตาย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลทวารใหม่และภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลยังขาดความมั่นใจในการดูแล สอบถาม “ถ้าออกจากโรงพยาบาลไปแล้วจะทำอะไรได้บ้าง เดินทางไปไหนจะทำอย่างไรกับอุจจาระ”
2. ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลยังไม่สามารถเปลี่ยนถุง Colostomy bag ได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจและมีทัศนคติที่ดีต่อทวารใหม่และสามารถดำเนินชีวิตตามปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลสามารถดูแล Stoma และเปลี่ยนถุง Colostomy bag และดูแลตนเองได้
2. ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลยอมรับและสามารถปรับตัวเข้ากับทวารใหม่ได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประสานพยาบาลเฉพาะทาง Enterostomal Therapy nurse (ET nurse) มาสอนและให้คำแนะนำการดูแล stoma และการใช้ colostomy bag แบบต่างๆ
2. การดูแลด้านจิตใจ ลดความวิตกกังวลและให้ผู้ป่วยปรับสภาพจิตใจให้เข้าสู่ภาวะปกติ ให้ความสนใจให้ความรู้สึกเป็นกันเอง เข้าใจความต้องการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีทวารใหม่ ไม่แสดงสีหน้าและท่าทางรังเกียจ
3. ให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง โดยพยาบาลคอยดูแลให้คำแนะนำสิ่งที่ขาดเพิ่มเติมและชมเชยให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้เอง
4. ให้ความรู้และอธิบาย ให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจว่าแพทย์ได้ตัดลำไส้ใหญ่ออกบางส่วน และนำลำไส้ส่วนที่ดีแปลงออกมาเป็นทวารใหม่เปิดออกมาทางหน้าท้อง อุจจาระไม่สามารถขับออกทางทวารหนักได้อีก
5. แนะนำการสวมใส่เสื้อผ้าที่หลวม หลีกเลี่ยงเสื้อผ้าที่เสียดสีแผลและทวารใหม่ และสามารถปิดทวารใหม่หน้าท้องได้ เมื่อออกไปกิจกรรมนอกบ้าน
6. แนะนำกิจกรรมทางสังคมที่ผู้ป่วยสามารถไปร่วมทำได้ เช่น ไปวัดทำบุญ กิจกรรมผู้สูงอายุ โดยทำกิจกรรมที่เบาๆ



การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลประเมินการดูแล stoma การเปลี่ยนถุง colostomy bag และการเปิดเท อูจจาระ

2. ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลสามารถทำได้ดี ยอมรับและสามารถปรับตัวเข้ากับทวารใหม่ได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองต่อเนื่ องที่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

1. แพทย์แจ้งผู้ป่วยกลับพักฟื้นที่บ้านพร้อมทวารใหม่ทางหน้าห้อง

2. ผู้ป่วยและญาติสอบถามการดูแลแผลผ่าตัดและแผนการรักษาของแพทย์

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว และสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

2. ผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและพร้อมกลับบ้าน

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอนแนะนำผู้ป่วยและญาติเรื่องการดูแลแผลผ่าตัดโดยหลังผ่าตัด 5-7 วันต้องระวังไม่ให้แผลถูกน้ำ ไม่ควรใช้แป้ง ยาทาบริเวณแผล ถ้าพบว่าแผลมีอาการอักเสบ ปวด บวมแดงน้ำเหลืองไหลต้องแจ้งให้แพทย์ ทราบ

2. สังเกตสีของทวารใหม่ว่าผิดปกติหรือมีเลือดออกบ่อยหรือไม่ การใช้ colostomy bag ต้องทำ ความสะอาดผิวหนังโดยรอบและเปลี่ยนถุงอย่างสม่ำเสมอ

3. ให้ความรู้และแนะนำเรื่อง การรับประทานอาหารอ่อนในระยะแรกจนถึงอาหารปกติธรรมดา เคี้ยว อาหารให้ละเอียดและช้าๆ รับประทานอาหารในปริมาณที่น้อยในแต่ละมื้อแต่เพิ่มจำนวนมื้อให้มากขึ้น ดื่มน้ำวันละ 2,000-3,000 มิลลิลิตร เพื่อป้องกันการขาดสารน้ำและอาหาร

4. การทำกิจกรรมต่างๆโดยสามารถทำกิจกรรมเบาๆได้ หลีกเลี่ยงการทำงานหนักในระยะ 4-6 สัปดาห์ พักผ่อน นอนหลับอย่างน้อย 8-10 ชั่วโมงต่อคืน หาโอกาสคลายเครียด อ่านหนังสือ ปลุกต้นไม้ ปฏิบัติตามวิถีความเชื่อตามศาสนาที่นับถือ

5. ประเมินความรู้หลังการสอน สอบถามผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ บ้านและแผนการรักษาหลังผ่าตัด

6. แนะนำการมาตรวจตามแพทย์นัดและติดตามตรวจร่างกายอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดมะเร็ง ลูกกลมไปส่วนอื่นๆของร่างกาย

7. ให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ต่างๆ และส่งต่อและประสานงานเครือข่ายบริการเพื่อติดตาม การดูแลต่อเนื่ องที่บ้าน

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและพร้อมกลับบ้าน



การนำไปใช้ประโยชน์

ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ตรงอุดตันและเปิดลำไส้ใหญ่ทางหน้าท้อง (Colostomy) ก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด การดูแลทวารใหม่ทางหน้าท้อง การเตรียมความพร้อมและการดูแลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมและผู้สนใจ

ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ตรงอุดตันและเปิดลำไส้ใหญ่ทางหน้าท้อง (Colostomy) จำนวน 1 ราย รับผิดชอบในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2566 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2566 รวมระยะเวลาศึกษาในโรงพยาบาลและระยะเวลาในความดูแล 7 วัน

ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ตรงอุดตันและเปิดลำไส้ใหญ่ทางหน้าท้อง (Colostomy) ผู้ป่วยมีปัญหาลำไส้อุดตันและเลือดออกทางเดินอาหารส่วนล่าง แพทย์ตรวจพบ เป็นก้อนมะเร็งอุดตันส่วนไส้ตรง (obstructive rectal cancer) และก้อนเนื้ออกมีขนาดใหญ่ เป็นพยาธิสภาพของโรคที่ต้องทำผ่าตัดทันทีและตำแหน่งของโรคไม่สามารถตัดต่อลำไส้ได้ และต้องเปิดลำไส้ใหญ่ทางหน้าท้องเพื่อระบายอุจจาระ เป็นภาวะฉุกเฉิน ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลกับการผ่าตัด แพทย์และพยาบาลได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคพยาธิสภาพ พยากรณ์โรค ให้เข้าใจมีการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยมีภาวะช็อค การทำงานของไต ตับเสียหายที่ ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ แพทย์ได้แก้ไขให้อยู่ในภาวะปกติก่อนทำผ่าตัด แพทย์ทำผ่าตัด Exploratory Laparotomy with lysis adhesion and sigmoid loop colostomy หลังผ่าตัดกลับมาอยู่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย เป็นผู้ป่วยประเภทกึ่งวิกฤต ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะร่างกายพร่องออกซิเจน ภาวะช็อกจากการเสียเลือด มีแผลผ่าตัดหน้าท้องและทวารใหม่ทางหน้าท้อง (Colostomy) มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลทวารใหม่ ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป พยาบาลมีการใช้กระบวนการพยาบาลดูแล ที่สำคัญคือการพยาบาลผู้ป่วยกึ่งวิกฤตก่อนทำผ่าตัดและหลังผ่าตัด การดูแลแผลผ่าตัดหน้าท้องและทวารใหม่ทางหน้าท้อง เฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดหลังผ่าตัด เช่น การติดเชื้อแผลผ่าตัด ภาวะขาดสารน้ำและสารอาหาร การฟื้นฟูผู้ป่วย ให้ความสำคัญด้านการพยาบาลจิตใจ ตลอดจนการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งต้องมีกระบวนการและการทำงานเป็นทีมจากสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายบริการที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยได้รับการดูแลหลังผ่าตัดอย่างดีมีความปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ดูแล colostomy เองได้ กลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลและการรักษาของแพทย์

เอกสารอ้างอิง

เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์, ปรางทิพย์ นายพุทธ และ วัลย์ลดา ฉันทน์เรืองวณิชย์. (2561). *สาระหลัก*

ทางการพยาบาลศัลยศาสตร์ เล่ม 1 (พิมพ์ครั้งที่ 5). โรงพิมพ์วัฒนาการพิมพ์ กรุงเทพฯ.

จิรภา แก้วใหญ่. (2566). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (Colostomy) และมีโรคร่วม Nursing Care of Colorectal Cancer Patients with Colostomy and has a common disease.*

<https://www.yrh.moph.go.th/uploads/2023/08>

วีรวุฒิ อิมสำราญ. (2566). *มะเร็งลำไส้ใหญ่ฯไม่ไกลตัว*. สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

<https://www.pr.moph.go.th/detail>



- วิจิตร กุสุมมภ์, ฉันทดา ตระการวณิชย์, ภัสพร ขำวิชา, ไพบุลย์ โชตินพรัตน์ภัทร, สุนันทา ครองยุทธ,
รัตนา จารุวรรณ, อรุณี เสงยศมาก, ธัญญลักษณ์ วจนะวิศิษฐ และ อภิญญา กุลทะเล. (2560).
การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ: แบบองค์รวม (พิมพ์ครั้งที่ 6). สหประชาพานิชย์.
- สมนึก นิลบุหงา และ อุดมศรี โชว์พิทพรชัย. (2557). ระบบทางเดินอาหารและการประยุกต์. สำนักพิมพ์
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรอนงค์ ทัพสุวรรณ. (2557). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดย
การผ่าตัด. งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
- Chulacancer. (2566). มะเร็งลำไส้ตรง. [https://www. Chilacancer.net>patient-knowleage-view](https://www.Chilacancer.net>patient-knowleage-view)