



การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงส่วนปลายที่ได้รับการผ่าตัดและเปิดทวารเทียม Nursing care for patients with distal rectal cancer who have undergone surgery and colostomy

เพ็ญศรี แพรสุวรรณ¹

บทคัดย่อ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย การผ่าตัดเป็นการรักษาหลัก ส่วนการให้ยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาให้ดีขึ้น จึงมีความยุ่งยากซับซ้อนใช้ระยะเวลาการรักษา ในผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดลำไส้บางส่วนการเปิดลำไส้ออกทางหน้าท้อง ซึ่งทำให้ลำไส้ได้รับความกระทบกระเทือนและเป็นอันตรายได้ การตกเลือดขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด และการได้รับยาระงับความรู้สึก รวมถึงภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไป ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจของผู้ป่วย ดังนั้น พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมผู้ดูแล จะต้องสามารถให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ตั้งแต่การเตรียมก่อนผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การดูแลหลังผ่าตัดในระยะวิกฤตและการฟื้นฟูผู้ป่วย การวางแผนจำหน่ายเพื่อเตรียมความพร้อมของทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลให้สามารถดูแลตนเองขณะมีทวารเทียมเปิดทางหน้าท้องและมีโคร่วม

กรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทยอายุ 48 ปี อาชีพรับจ้าง มีอาการท้องเสีย ถ่ายเหลวเป็นประจำ 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล เริ่มถ่ายเป็นมูกมีเลือดปน ท้องผูก ได้รับการตรวจวินิจฉัยเป็น CA Colon ตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจพบ Adenocarcinoma, well differentiated แพทย์นัดผ่าตัด Loop sigmoid colostomy ต่อมาแพทย์นัดตรวจ CT whole abdomen พบก้อนเนื้อขนาด 3x2x1 เซนติเมตร บริเวณลำไส้ตรงส่วนปลาย ไม่พบลำไส้อุดตัน กระเพาะอาหาร ตับ และลำไส้เล็กปกติ แพทย์วินิจฉัย CA Lower Rectum รักษาโดยวิธีการผ่าตัดแบบ Low Anterior Resection ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว ไชมันในเลือดสูงและความดันโลหิตสูง พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ทั้งด้านร่างกายและจิตใจทำให้ผู้ป่วยและญาติคลายความกังวล มีความมั่นใจในการดูแลตนเอง หลังผ่าตัดไม่มีภาวะแทรกซ้อน ทวารเทียมทำงานปกติ ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูร่างกายหลังผ่าตัดได้เหมาะสม สามารถดูแลทวารเทียมและย้อมรับได้ที่ต้องขับถ่ายอุจจาระทางหน้าท้อง แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน รวมเวลารักษาในโรงพยาบาล 15 วัน

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงส่วนปลาย, การผ่าตัด, ทวารเทียม

¹โรงพยาบาลอ่างทอง



ABSTRACT

Colorectal cancer It is an important public health problem and a cause of death for people around the world, including Thailand. Surgery is the main treatment. As for giving chemotherapy and radiotherapy It increases the efficiency of treatment better. Therefore, there is complexity in the treatment period. This patient was treated by partial intestinal surgery, opening the intestines through the abdomen. This causes the intestines to be affected and be dangerous. Bleeding during surgery, after surgery, and receiving anesthesia Including the patient's image that has changed. Affects the patient's mental health. Therefore, the surgical ward nurse who cares Must be able to provide appropriate nursing care to ensure patient safety. From preparation before surgery both physically and mentally. Critical postoperative care and patient rehabilitation Discharge planning is to prepare both patients and caregivers to be able to take care of themselves while having an abdominal prosthetic fistula and co-morbidities.

Case study: A 48-year-old Thai male patient, a self-employed worker, has diarrhea. Had regular loose stools for 3 months before coming to the hospital. Started having blood in the mucus stool, constipation. Diagnosed as CA Colon. Biopsy was sent to find out. Adenocarcinoma, well differentiated The doctor scheduled a Loop sigmoid colostomy surgery. Later, the doctor scheduled a CT whole abdomen examination and found a lump measuring 3x2x1 centimeters in the distal part of the rectum. No intestinal obstruction was found. The stomach, liver, and small intestine were normal. The doctor diagnosed CA Lower Rectum and treated it with Low Anterior Resection surgery. The patient has congenital disease Hyperlipidemia and high blood pressure Nurses use the nursing process to care for patients before and after surgery. Both physically and mentally, it makes patients and relatives relieve their worries. Be confident in taking care of yourself There were no complications after surgery. The anus is functioning normally. Patients can recover properly after surgery. Can take care of the artificial anus and accept having to defecate through the abdomen. The doctor sent it home. Total treatment time in Hospital 15 days

Keywords: Nursing care for patients with distal rectal cancer, Surgery, colostomy

¹Angthong Hospital

1. ความสำคัญและความเป็นมา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของไทย จากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปัจจุบันมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรงในประเทศไทยพบมากเป็นอันดับสามในเพศชาย และอันดับสองในเพศหญิง อัตราการเกิดโรค มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบผู้ป่วยรายใหม่วันละ 44 คน หรือประมาณ 15,939 คนต่อปี และมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคนี้เฉลี่ยวันละ 15 คน หรือ 5,476 คนต่อปี¹ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มาพบแพทย์ส่วนใหญ่จะเป็นมะเร็งในระยะลุกลามหรือมารับการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง สาเหตุที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาพบแพทย์ช้า หรือมาพบแพทย์ไม่ต่อเนื่องเป็นเพราะขาดความรู้ความเข้าใจในส่วนของตัวโรค การตรวจ การรักษา การปฏิบัติตัวเมื่อเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และความกลัวในเรื่องของผลข้างเคียง ปัจจุบันการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่มีความก้าวหน้ามากขึ้น มีโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ให้กับกลุ่มประชากรที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป มะเร็งลำไส้ใหญ่จำนวนมากจะไม่มีอาการให้เห็นในระยะแรกๆ จนกว่าตัวเนื้องอกจะมีขนาดค่อนข้างใหญ่ หากสามารถตรวจพบก้อนเนื้องอกระยะเริ่มแรก หรือพบในขณะที่เป็นติ่งเนื้องอก (polyp) ผลการรักษาจะดีและมีโอกาสหายขาด สำหรับการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงแบ่งการรักษาตามระยะการดำเนินโรค โดยในกลุ่มผู้ป่วยระยะเริ่มแรกนั้นสามารถทำการรักษาโดยการส่องกล้องทางเดินอาหารแบบตัดติ่งเนื้องอกแบบขึ้นเดียว ผู้ป่วยไม่มีแผลผ่าตัดทางหน้าท้อง ในกรณีที่มีการลุกลามมากขึ้นบางกรณีสามารถรักษาโดยการผ่าตัดส่องกล้องแบบแผลเล็ก เพื่อทำการตัดลำไส้ใหญ่ไส้ตรงและต่อมน้ำเหลืองข้างเคียง และทำการตัดต่อลำไส้ใหญ่ซึ่งเป็นการรักษาที่ปลอดภัยและเป็นมาตรฐาน ผู้ป่วยบางรายสามารถหลีกเลี่ยงการมีช่องถ่ายอุจจาระทางหน้าท้อง (ทวารเทียม) ถาวรได้ รวมถึงการรักษาร่วมได้แก่ การให้ยาเคมีบำบัด การฉายแสง นำก่อนผ่าตัดหรือหลังผ่าตัด ซึ่งทำให้เพิ่มโอกาสการหายของโรคและลดอัตราการกลับเป็นซ้ำได้ ทั้งนี้แม้ตัวโรคมักมีการลุกลาม หรือแพร่กระจายไป การรักษาโดยการให้ยาเคมีร่วมกับยาเคมีพุ่งเป้า หรือภูมิคุ้มกันบำบัดช่วยชะลอการดำเนินของโรค ผู้ป่วยสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีระดับหนึ่งได้ในระยะเวลานั้น²

สถิติโรงพยาบาลอ่างทอง ปี 2564 – 2566 พบผู้ป่วยวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 175 , 227 และ 264 ราย และได้รับการผ่าตัดจำนวน 136, 129 และ 108 รายตามลำดับ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเข้ารับการดูแลรักษาที่หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม จำนวน 36, 45 และ 29 รายตามลำดับ ผ่าตัดเปิดทวารเทียม จำนวน 6, 5 และ 7 รายตามลำดับ³ หลังผ่าตัดมักพบปัญหาเรื่องการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ไม่ยอมรับสภาพลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไป นำมาซึ่งภาวะติดเชื้อมาก่อนผ่าตัด และปัญหาอื่นๆตามมา โดยเฉพาะในรายที่ต้องผ่าตัดเร่งด่วนเพื่อช่วยชีวิตลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตทั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ซึ่งพยาบาลผู้ดูแลในหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรมจะต้องมีความรู้ความสามารถในการให้การพยาบาลทั้งก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดในผู้ป่วยลำไส้ใหญ่ซึ่งจะช่วยลด ภาวะแทรกซ้อน ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย ปรับสภาพจิตใจ ยอมรับสภาพลักษณะใหม่ สามารถดูแลตัวเองได้อย่างเหมาะสม

ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการศึกษาปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงส่วนปลายที่ได้รับการผ่าตัด และเปิดทวารเทียม และนำมาวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลในด้านการประเมินติดตามอาการ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทั้งก่อนผ่าตัดขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและได้รับการฟื้นฟูสภาพจนสามารถกลับไปอยู่บ้านได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁴

2. วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและจัดทำรายงานการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงส่วนปลายที่ได้รับการผ่าตัดและเปิดทวารเทียม

3. ความหมายของโรค

3.1 ความหมายของโรค พยาธิสรีระวิทยา สาเหตุปัจจัย อาการ ภาวะแทรกซ้อน การรักษา มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง⁴

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง มะเร็งลำไส้ใหญ่ หมายถึง เซลล์เยื่อบุผิวลำไส้ใหญ่เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ภายใต้ปัจจัยก่อมะเร็งต่างๆ เช่น สภาพแวดล้อมหรือพันธุกรรม เป็นต้น ตำแหน่งที่เกิดโรคบ่อยคือ ลำไส้ตรงและส่วนที่อยู่ระหว่างลำไส้ตรงกับลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์ (sigmoid colon) อัตราการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่รองลงมาจากรวมโรคมะเร็งกระเพาะอาหารและโรคมะเร็งหลอดอาหาร

พยาธิกำเนิดและลักษณะทางคลินิก ลำไส้ใหญ่เป็นส่วนที่ต่อมาจากลำไส้เล็กส่วนปลาย (terminal ileum) มีความยาว 150 เซนติเมตร ประกอบด้วย 2 ส่วนใหญ่ๆ คือ colon และ rectum เป็นส่วนท้ายสุดของระบบทางเดินอาหาร ซึ่งต่อกับทวารหนัก (anal canal) ลำไส้ตรงยาวประมาณ 12-15 เซนติเมตร หน้าที่ของลำไส้ใหญ่ ช่วยย่อยอาหารเพียงเล็กน้อย ถ่ายระบายกากอาหาร (waste product) ออกจากร่างกาย ช่วยดูดซึมน้ำและอิเล็กโทรไลต์จากอาหารที่ถูกย่อยแล้ว เช่น โซเดียม และเกลือแร่อื่นที่เหลืออยู่ในกากอาหาร รวมทั้งวิตามินบางอย่างที่สร้างจากแบคทีเรีย ซึ่งอาศัยอยู่ในลำไส้ใหญ่ ได้แก่ วิตามินบีรวม วิตามินเค และลำไส้ใหญ่ ยังทำหน้าที่เก็บอุจจาระไว้จนกว่าจะถึงเวลาอันสมควรที่จะถ่ายออกนอกร่างกาย

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

อาการและอาการแสดง มะเร็งทางขวาของ colon มักไม่มีการถ่ายเป็นเลือดให้เห็น แต่ตรวจพบ occult blood ใน อุจจาระทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง เนื่องจากมะเร็งในตำแหน่งนี้ไม่ลามเป็นวงรอบลำไส้ และลำไส้มีขนาดใหญ่ ประกอบกับอุจจาระไม่แข็ง ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์เมื่อโรคเป็นมากแล้ว ด้วยอาการคลำได้ก้อนบริเวณ right lower quadrant มะเร็งทางซ้ายของ colon มีการถ่ายเป็นเลือดแดงหรือเลือดคล้ำ บางครั้งมีเลือดปนมูก เมื่อมะเร็ง ลามเป็นวงรอบลำไส้ทำให้ลำไส้ตีบเกิดอาการท้องผูก ถ่ายเป็นก้อนเล็กกลม มีท้องผูกสลับท้องเสียบ่อยๆ เมื่อมีอาการตีบมากทำให้อาการอุดตันลำไส้ชัดเจน เช่น ท้องอืด ปวดท้องเป็นพัก ๆ อาการจะดีขึ้นเมื่อถ่ายลมออก มะเร็งใน rectum มีอาการถ่ายเป็นเลือดแดงชัดเจนไม่ปนอยู่ในเนื้ออุจจาระ มีอาการปวด เบ่ง ปวด ถ่าย หรือรู้สึกเหมือนถ่ายไม่สุด ถ้ามะเร็งลุกลามไปที่ sacrum ทำให้ปวดบริเวณ perineum และก้น

การวินิจฉัยโรค การวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงใช้ประวัติและการตรวจร่างกายเป็นสำคัญ เช่น ใช้นิ้วตรวจทวารหนัก แพทย์สวมถุงมือแล้วใช้นิ้วชี้ทวารหล่อลื่นเพื่อสอดนิ้วเข้าไปผ่านรูทวารหนัก การตรวจหาเลือดในอุจจาระ การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และการถ่ายภาพรังสีของลำไส้ใหญ่การสวนแป้งแบเรียมเข้าไปฉาบลำไส้ใหญ่ แล้วถ่ายภาพเอกซเรย์

ภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยมีการอุดตันของลำไส้ โอกาสเสี่ยงต่อการเลือดออกและเกิดรูในลำไส้ใหญ่หรือลำไส้ตรง ความเสี่ยงอื่นๆ ได้แก่ การติดเชื้อและอาการข้างเคียงในผู้ป่วยที่ใช้ยาสลบ

การรักษา มีการรักษาได้หลายวิธีขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพ ตำแหน่ง ขนาดและระยะของโรค ดังนี้

1. การผ่าตัด คือ เอาลำไส้ส่วนที่เป็นโรคและต่อมน้ำเหลืองออกไป ก่อนทำผ่าตัดต้องเตรียมลำไส้ใหญ่ให้สะอาดปราศจากอุจจาระและแบคทีเรีย แพทย์จะตัดเนื้อร้ายทั้งหมดร่วมกับเนื้อดีบางส่วน โดยมากแพทย์สามารถต่อลำไส้ได้ แต่บางรายไม่สามารถต่อลำไส้ได้แพทย์จะเปิดลำไส้ไว้ที่ผนังหน้าท้องถ่ายอุจจาระทางหน้าท้องโดยมีถุงรองรับอุจจาระ ขอบเขตการตัดลำไส้ใหญ่ที่มีมะเร็งขึ้นอยู่กับตำแหน่งของพยาธิสภาพ
2. การให้เคมีบำบัด คือ การให้ยาสารเคมีซึ่งอาจจะให้ก่อนการผ่าตัด/หรือหลังผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษาหรือไม่ก็ได้ การใช้เคมีบำบัดขึ้นกับข้อชี้ทางการแพทย์ไม่จำเป็นต้องให้ทุกราย แพทย์จะพิจารณาเป็นรายๆไป
3. การให้รังสีรักษา โดยมากให้ก่อนผ่าตัดเพื่อลดขนาดของเนื้อร้ายหรือให้หลังการผ่าตัดเพื่อทำลายเซลล์เนื้อร้ายที่เหลือ

3.2 ผ่าตัดเปิดทวารเทียม Colostomy⁵ ทวารเทียมหรือทวารใหม่ หรือเรียกทับศัพท์ว่า "ออสโตมี" เป็นการนำลำไส้มาเปิดออกทาง หน้าท้องเพื่อขับถ่ายของเสีย ทวารเทียมจะทำใน 2 ระบบคือ ระบบทางเดินอาหารโดยทำหน้าที่เป็นทางออกเพื่อขับถ่ายอุจจาระ อาจเป็นแบบถาวรหรือแบบชั่วคราว ซึ่งสามารถ ผ่าตัดปิดทวารเทียมให้ถ่ายทางทวารหนักได้เหมือนเดิมขึ้นกับภาวะโรคของแต่ละคน อีกระบบคือระบบทางเดินปัสสาวะโดยทวารเทียม ทำหน้าที่เป็นทางออกเพื่อขับถ่ายน้ำปัสสาวะ ในผู้ป่วยที่ทราบว่าจะต้องทำการผ่าตัดมีทวารเทียม มักมีความเครียดและ มีความวิตกกังวล เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะของตนเอง จากร่างกายปกติมาเป็นบุคคลที่ต้องขับถ่ายทางหน้าท้อง ซึ่งไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ อาจจะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านกิจวัตรประจำวัน การใช้ชีวิตในสังคม และอาจกระทบถึงบทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว แต่ถ้าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องทวารเทียมและการดูแลทวารเทียม อีกทั้งได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดโดยการพูดเชิงบวก การไม่แสดงท่าทีรังเกียจจะสามารถสร้างกำลังใจที่ดีให้แก่ผู้ป่วยให้รับรู้ได้ถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองยังเป็นที่รักและต้องการของบุคคลรอบข้างจะทำให้สามารถปรับตัวยอมรับสถานการณ์และโรคที่กำลังเผชิญอยู่ได้

ทั้งนี้ ก่อนการผ่าตัดทำทวารเทียมผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการผ่าตัด การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การเลือกและวิธีใช้ผลิตภัณฑ์รองรับของเสีย ซึ่งในปัจจุบันมีให้เลือกใช้ได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ผู้ป่วยสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ ไปทำงานได้ ไปเที่ยว เล่นกีฬาเบาๆ ที่ไม่กระทบกระเทือนทวารเทียมได้ และยังสามารถเข้าสังคมได้ตามปกติ ผู้ป่วยจะได้รับการสอนให้ดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง ซึ่งไม่ใช่เรื่องยากและคุณภาพชีวิตยังคงเดิม

3.3 การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงส่วนปลายที่ได้รับการผ่าตัดและเปิดทวารเทียม

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง หลังผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (Colostomy) ในการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ได้ให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งสามารถนำข้อมูลจากการประเมินและรวบรวมเป็นปัญหาทางการพยาบาล 3 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกเริ่ม ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนก่อนจำหน่าย ดังนี้

1. การพยาบาลระยะแรกเริ่ม พยาบาลศึกษาประวัติการรักษา และติดตามการรักษาจากหอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมชาย เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาล เป็นการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ สร้างความมั่นใจ ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ลดความวิตกกังวล แจ้งข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด อธิบายถึงความจำเป็นในการผ่าตัดและขั้นตอนเกี่ยวกับการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด เช่น การเตรียมลำไส้ การงด นั้งดอาหาร การรักษาความสะอาดของร่างกาย

2. การพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง การประเมินสภาพปัญหาผู้ป่วยหลังผ่าตัด ได้แก่ การเสียเลือด การประเมินภาวะช็อก โดยประเมินสัญญาณชีพ เฝ้าระวังอาการเริ่มแรกของการตกเลือด โดยสังเกตสีปริมาณ สิ่งคัดหลั่งที่ออกจากแผล ประเมินระดับความรู้สึกตัว ภาวะชืดของผู้ป่วย ประเมินอาการปวดแผลโดยใช้การวัดระดับ ความเจ็บปวด (Pain Score) ให้การรักษาพยาบาล โดยให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์และประเมินอาการ ปวดแผลซ้ำหลังให้ยาแก้ปวด ดูแลไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ภาวะการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด, ภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ, ภาวะท้องอืด ให้การพยาบาลโดยการตรวจวัดสัญญาณชีพ ประเมินอาการปวด บวม แดง ร้อน มีสิ่งคัดหลั่งบริเวณแผลผ่าตัด ทำแผลโดยใช้หลักปราศจากเชื้อ ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ดูแล ทำแผล ด้วยหลัก Aseptic technique ทุกครั้ง ดูแลให้น้ำปัสสาวะไหลสะดวก กระตุ้นให้มี Early Ambulation หลัง ผ่าตัด เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว

3. การพยาบาลระยะวางแผนก่อนจำหน่าย วางแผนการจำหน่าย แนะนำวิธีดูแลตนเองเมื่อจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพเพื่อเตรียมตัวรักษาต่อไป แนะนำให้มา ตรวจตามแพทย์นัดและติดตามตรวจร่างกายเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือการเกิดโรคมะเร็งที่อวัยวะส่วนอื่นๆ ของร่างกาย

3.4 ทฤษฎีการใช้กระบวนการพยาบาล/การพยาบาลแบบองค์รวม กระบวนการพยาบาล (nursing process) เป็นขั้นตอนหรือกระบวนการที่บุคลากรพยาบาลนำการพยาบาลไปสู่ผู้ใช้บริการ ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ปัจจุบันจึงมีการนำกรอบความคิดมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาลในการประเมินภาวะ สุขภาพ และข้อวินิจฉัยการพยาบาล ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ (Functional Health pattern) 11 แบบแผน ของมาร์จอรี่ กอร์ดอน มาเป็นกรอบแนวคิดในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมการพยาบาลแบบองค์รวม ทั้งทางด้านร่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ

4. วิธีการศึกษา

4.1 เลือกผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงส่วนปลาย ได้รับการผ่าตัดและเปิดทวารเทียม ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม โรงพยาบาลอ่างทอง จำนวน 1 ราย แนะนำตัว และขออนุญาตกับผู้ป่วย นำมาเป็นกรณีศึกษา อธิบายวัตถุประสงค์การศึกษาโดยศึกษา ตั้งแต่วันที่ 24 มกราคม 2566 เวลา 10.00 น. ถึงวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา รวม 15 วัน

4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วย ในการซักประวัติของผู้ป่วยและญาติ การสังเกตอาการ

4.3. ทบทวนวรรณกรรมศึกษาแผนการดูแลรักษา

4.4 ศึกษาผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน คือ ประเมินภาวะสุขภาพ ระบุข้อวินิจฉัยทางการ พยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการติดตามประเมินผล

4.5 สรุปรายงานผลการศึกษา

5. สรุปผลการศึกษา

5.1 การรายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 48 ปี น้ำหนัก 74 กิโลกรัม ส่วนสูง 171 เซนติเมตร ภูมิลำเนาอำเภอกวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้าง สิทธิประกันสังคม ผู้ดูแลคือภรรยาและบุตร ไม่แพ้ยา ไม่เสพสารเสพติดใดๆ โรคประจำตัว ไชมันในเลือดสูงและความดันโลหิตสูง ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่ขาดยา วันที่ 24 มกราคม 2566 เวลา 09.38 น. นัดผ่าตัดแบบ Low Anterior Resection บริเวณลำไส้ตรงส่วนปลาย ให้ประวัติว่า 1 ปีก่อน ท้องเสีย ถ่ายเหลวเป็นประจำ 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล เริ่มถ่ายเป็นมูกมีเลือดปน ท้องผูก ได้รับการตรวจวินิจฉัยเป็น CA Colon ตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ วันที่ 12 กันยายน 2565 พบ Adenocarcinoma, well differentiated แพทย์นัดผ่าตัด Loop sigmoid colostomy เมื่อวันที่ 11 ตุลาคม 2565 ตรวจ CT whole abdomen พบก้อนเนื้อขนาด 3 x 2 x 1 เซนติเมตร บริเวณลำไส้ตรงส่วนปลาย ไม่พบลำไส้อุดตัน กระเพาะอาหาร ตับ และลำไส้เล็กปกติ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Electrolyte พบว่า Sodium 139 cumm./L, Potassium 3.2 cumm./L, Chloride 103 cumm./L, CO₂ 25 cumm./L และผล BUN 16 mg./dl.

การวินิจฉัยโรค CA Lower Rectum

การรักษา ผ่าตัดมะเร็งลำไส้ตรงส่วนปลาย แบบ Low Anterior Resection

5.2 สรุปแผนการรักษา

การวางแผนให้การดูแลการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงส่วนปลายที่ได้รับการผ่าตัดและเปิดทวาร เทียมตามปัญหาผู้ป่วย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะแรกรับ ให้คำแนะนำและคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติถึงวิธีการรักษา การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ดูแลการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อป้องกันภาวะการณเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ในร่างกาย และประเมินสัญญาณชีพและบันทึกสารน้ำเข้าออกทุก 4 ชั่วโมง

ระยะต่อเนื่อง ดูแลและจัดการความเจ็บปวด โดยการดูแลให้ Morphine 4 mg ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ทุก 4 ชั่วโมง และ Paracetamol จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่า Fowler's position ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อน ประเมินอาการปวดแผลผ่าตัดของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดยการสอบถามและการสังเกต สีหน้าท่าทางของผู้ป่วย ที่แสดงออกถึงความเจ็บปวด ดูแลไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ภาวะการณติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด ภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ภาวะท้องอืด ดูแลทำแผล ด้วยหลัก Aseptic technique ทุกครั้ง ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 mg. iv OD และ Metronidazole 500 mg. iv q 4 hr. สังเกตบริเวณแผลผ่าตัด การซึมเปื้อนของแผล สังเกตสีและสิ่งคัดหลั่งที่ออกจากแผล ตรวจสอบการทำงานของ Jackson pratt drain และบันทึก ลักษณะปริมาณเลือดที่ออกมา ดูแลให้น้ำปัสสาวะไหลสะดวก กระตุ้นให้มี Early Ambulation หลังผ่าตัด ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ PRC 2 unit เพื่อลดภาวะช็อคจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด เจาะ Hct ให้ทุก 6 ชั่วโมง และติดตามผล Hct เพื่อประเมินการสูญเสียเลือด และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว เนื่องจากผู้ป่วยโรคประจำตัว ไชมันในเลือดสูงและความดันโลหิตสูง โดยการประเมินสัญญาณชีพ 4 ชั่วโมง และเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว DTX ทุก 8 ชั่วโมง ดูแลให้ยา Amlodipine 5 ml + H₂O 30 ml. ตามแผนการรักษาของแพทย์ และเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการใช้ยา Amlodipine

ระยะวางแผนการจำหน่าย แนะนำวิธีดูแลตนเองเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพเพื่อเตรียมตัวรักษาต่อไป แนะนำให้มาตรวจตามแพทย์นัดและติดตามตรวจร่างกายเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือการเกิดโรคมะเร็งที่อวัยวะส่วนอื่นๆของร่างกาย

5.3 การวางแผนปฏิบัติการพยาบาล

การพยาบาลระยะแรกเริ่ม

วันที่ 24 มกราคม 2566 เวลา 20.30 น. รับย้ายผู้ป่วยชาย อายุ 48 ปี จากหอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมชาย ผู้ป่วย On colostomy หน้าท้องด้านซ้าย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่ปวดท้อง ท้องไม่อืด มีสีหน้าวิตกกังวลเล็กน้อย อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 123/88 มิลลิเมตรปรอท การติดตามประวัติการรักษา เวลา 10.00 น. Admit หอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมชาย ผู้ป่วยมาตามนัดผ่าตัด CA Lower Rectum ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวไขมัน ในเลือดสูงและความดันโลหิตสูง รับการรักษาอย่างต่อเนื่องไม่ขาดยา เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC, BUN, Cr, E'lyte, Anti-HIV, DTX, LFT, EKG จอง PRC 2 unit Set OR for LAR

ปัญหาทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด

วันที่ 24 มกราคม 2566 ผู้ป่วยมีทวารเทียม (Colostomy) ด้านซ้าย แพทย์นัดผ่าตัด CA Lower Rectum แบบ Low Anterior Resection ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีสีหน้าแสดงอาการวิตกกังวล ญาติสอบถามระยะเวลาผ่าตัดกี่ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้คำแนะนำและคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติถึงวิธีผ่อนคลายความเครียด ความวิตกกังวลต่างๆ สร้างสัมพันธภาพที่ดี เปิดโอกาสให้ซักถามข้อข้องใจและระบายความรู้สึก
2. อธิบายให้ผู้ป่วยได้ทราบเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ และแผนการรักษาพยาบาล แนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องกับสภาวะของโรค สอนให้ความรู้หรืออธิบายเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด การดมยาสลบ การงดน้ำงดอาหาร การสวนอุจจาระ
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยต่างๆ และตอบคำถามเพื่อคลายความวิตกกังวล
4. ติดตามอาการเลือด เพื่อติดตามผลการจอง PRC 2 ยูนิท และตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ครบถ้วนก่อนส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด
5. ติดตามประสานงานกับพยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อส่งต่อเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ ประวัติของผู้ป่วย อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย การรักษาพยาบาลที่ได้ให้กับผู้ป่วยไปแล้ว

การประเมินผลทางการพยาบาล ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

ปัญหาทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำอิเล็กโตไลต์ในร่างกาย

วันที่ 24 มกราคม 2566 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Electrolyte:- Sodium 139 cumm./L, Potassium 3.2 cumm./L, Chloride 103 cumm./L, CO₂ 25 cumm./L, BUN 16 mg/dl. อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 145/100 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบสัญญาณชีพจร ประเมินการทำหน้าที่ของระบบประสาท เช่น ระดับความรู้สึกตัว อาการกระสับกระส่าย ปวดศีรษะ ชัก การมองเห็น
2. บันทึกน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายทุก 4 ชั่วโมง
3. ดูแลให้ E.KCL 30 ml. 2 dose ทางปาก สังเกตอาการข้างเคียงระหว่างให้ยา
4. ติดตามผล Electrolyte และรายงานผลเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ

การประเมินผลทางการพยาบาล หลังได้ยา KCL ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ Electrolyte:- Sodium 141 cumm./L, Potassium 3.54 cumm./L, Chloride 104 cumm./L, CO₂ 27 cumm./L, BUN 18 mg/dl.

การพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง

วันที่ 25 มกราคม 2566 เวลา 14.45 น. – 17.45 น. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Low Anterior Resection บริเวณลำไส้ตรงส่วนปลาย ขนาดแผล 7.5 เซนติเมตร เสียเลือด 200 มิลลิลิตร รวมระยะเวลาผ่าตัด จำนวน 3 ชั่วโมง เวลา 19.00 น. รับผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี On colostomy หน้าท้องด้านซ้าย มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องด้านขวาแผลปิด seal ไว้ไม่มี discharge ซึม On silicone drain ต่อลง Urine bag ไว้มี discharge สีแดงจางออกติดกันถุง มี content สีเขียว, Retained Foley's cath ไว้ Urine flow ดีสีเหลืองใสมี Urine ในถุงประมาณ 400 ลูกบาศก์ เซนติเมตร แขนซ้าย On 0.9% NSS 1000 cc IV drip 80 cc/hr, On NG tube หายใจ On Oxygen cannula ไว้ 3 L/M ไม่เหนื่อย อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 73 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 133/89 มิลลิเมตรปรอท ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ 0.9% NSS 1,000 ml. iv drip 80 ml/hr. ดูแลให้ยา Cef-3 2 gm IV OD, Metronidazole 500 mg IV ทุก 8 ชั่วโมง ผู้ป่วยไม่มีอาการข้างเคียงจากการได้รับยา มีอาการปวดแผล pain score = 5 คะแนน ดูแลให้ยา Morphine 4 mg IV ทุก 4 ชั่วโมง เจาะ Hct ทุก 6 ชั่วโมง เจาะน้ำตาลปลายนิ้ว DTX ทุก 8 ชั่วโมง ประเมินสัญญาณชีพและบันทึกสารน้ำเข้าออกทุก 4 ชั่วโมง ดูแลแผลผ่าตัดและสายระบายจากช่องท้อง เฝ้าระวังภาวะการตกเลือด สังเกตสีและสิ่งคัดหลั่งที่ออกจากแผลสี gastric content ประเมินระดับความรู้สึกตัว และภาวะช็อค ติดตามผล Hct และ DTX จัดทำนอนศีรษะสูง ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้

ปัญหาทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี pain score = 5 แสดงสีหน้าเจ็บแผลเวลาขยับตัว ช่วยเหลือตัวเองได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ Morphine 4 mg. ฉีดเข้าหลอดเลือดดำทุก 4 ชั่วโมง หากอาการปวดยังไม่ทุเลาลงหลังให้ยาไปแล้วประมาณ 30 นาที รายงานแพทย์รับทราบ เพื่อพิจารณาเพิ่มขนาดของยาแก้ปวดหรือให้แนวทางการรักษาอื่นต่อ เช่น Paracetamol

2. จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่า fowler 's position เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัวดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างสุขสบาย โดยการจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ จัดกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ไม่ให้รบกวนผู้ป่วยโดยไม่จำเป็นและดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล

3. ประเมินอาการปวดแผลผ่าตัดของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดยการสอบถามและการสังเกตสีหน้าท่าทางของผู้ป่วยที่แสดงออกถึงความเจ็บปวด

การประเมินผลทางการพยาบาล ผู้ป่วยนอนพักผ่อนได้ pain score = 3 ลงตามลำดับ

ปัญหาทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

วันที่ 26 มกราคม 2566 เวลา 22.00 น. อุณหภูมิร่างกาย 39 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาทีอัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 117/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง

2. ดูแลทำแผล ด้วยหลัก Aseptic technique ทุกครั้ง

3. ดูแลให้ยา Ceftriazone 2 mg. ฉีดเข้าหลอดเลือดดำทุก 4 ชั่วโมง 1 ครั้ง

4. ดูแลให้ยา Metronidazole 500 mg. ฉีดเข้าหลอดเลือดดำทุก 4 ชั่วโมง

5. สังเกตบริเวณแผลผ่าตัด การซึมเปื้อนของแผล สังเกตสีและสิ่งคัดหลั่งที่ออกจากแผล ตรวจสอบการทำงานของ Jackson pratt drain และบันทึกลักษณะ ปริมาณเลือดที่ออกมา

6. แนะนำให้ผู้ป่วยดูแลแผลด้วยตนเอง เช่น ไม่แกะเกาแผล ระวังไม่ให้แผลโดนน้ำ แจ้งพยาบาลทุกครั้งเมื่อแผลเปียกน้ำ หรือผ้าปิดแผลหลุด

7. ประเมินสัญญาณชีพและบันทึกสารน้ำเข้าออกทุก 4 ชั่วโมง

8. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อน

การประเมินผลทางการพยาบาล ผู้ป่วยไม่ติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2566 แพทย์สั่ง Off staple แผลแห้งดีดี ไม่บวม อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 117/84 มิลลิเมตรปรอท , Hct 40 %

ปัญหาทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

วันที่ 26 มกราคม 2566 เวลา 22.00 น. อุณหภูมิร่างกาย 39 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 117/90 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วย On Retained Foley's cath วั Urine flow ดีสีเหลืองใส มี Urine ในถุงประมาณ 1,000 ลูกบาศก์เซนติเมตร

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้น้ำปัสสาวะไหลสะดวก ไม่ให้สายพับหักงอ เท่งปัสสาวะใช้หลักปราศจากเชื้อและระบบปิด แนะนำให้ถุงปัสสาวะอยู่ต่ำกว่าระดับเข้า

2. ดูแลให้ 0.9% NSS 1,000 ml. iv drip 100 ml./hr.

3. ประเมินสัญญาณชีพและบันทึกสารน้ำเข้าออกทุก 4 ชั่วโมง รวมทั้งสังเกตสีของปัสสาวะ

4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อน

การประเมินผลทางการพยาบาล ผู้ป่วยไม่ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2566 Off foley's cath หลังนำสายสวนปัสสาวะออกผู้ป่วยปัสสาวะได้เองไม่มีแสบขัด อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 75 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 114/90 มิลลิเมตรปรอท

ปัญหาทางการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยไม่สุขสบาย เนื่องจากท้องอืด

ผู้ป่วยมีอาการท้องอืด Colostomy ไม่มี facies อุณหภูมิกาย 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 102/74 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำการลุกเดินอย่างรวดเร็ว ภายหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง เพื่อกระตุ้นการทำงานของลำไส้ และกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต

2. กระตุ้นให้มี Early Ambulation โดย ภายหลังผ่าตัด พลิกตัวบนเตียงโดยได้รับความช่วยเหลือ วันแรกหลังผ่าตัด ให้ลูกนั่งบนเตียงโดยไขเตียงให้ศีรษะสูง 45 องศา ปลายเท้าสูง 10-15 องศา วันที่สองหลังผ่าตัด ลูกนั่งห้อยเท้าข้างเตียง ยืนและนั่งเก้าอี้ข้างเตียง วันที่สามหลังผ่าตัด เริ่มให้ผู้ป่วยเดินรอบๆ เตียง

3. สังเกตว่าผู้ป่วยสามารถเรอหรือมีลมออกมาทางถุง colostomy หรือไม่

การประเมินผลทางการพยาบาล วันที่ 29 มกราคม 2566 ผู้ป่วยลุกเดินได้ หายใจไม่เหนื่อย รับประทานอาหารเหลวใส ท้องไม่อืด Colostomy มี fecies ออกเล็กน้อย อุณหภูมิกาย 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 127/90 มิลลิเมตรปรอท

ปัญหาทางการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยมีภาวะช็อคจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Low Anterior Resection บริเวณลำไส้ตรงส่วนปลาย ขนาดแผล 7.5 เซนติเมตร เสียเลือด 200 มิลลิลิตร วันที่ 28 มกราคม 2566 Jackson pratt drain สีแดงสด Urine bag มี content ออกมาประมาณวันละ 305 ลูกบาศก์เซนติเมตร Hct 28 % อุณหภูมิกาย 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/76 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ PRC 1 unit วันที่ 29 มกราคม 2566 และอีก 1 unit วันที่ 31 มกราคม 2566 สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงขณะได้รับเลือด เช่น ไข้สูง มีผื่นขึ้น แขนงหน้าอก หายใจไม่ออก เป็นต้น
2. ดูแลแผลผ่าตัด สังเกตสีและสิ่งคัดหลั่งที่ออกจากแผล ตรวจสอบการทำงานของ Jackson pratt drain และบันทึก ลักษณะ ปริมาณเลือดที่ออกมา
3. เจาะ Hct ให้ทุก 6 ชั่วโมง และติดตามผล Hct เพื่อประเมินการสูญเสียเลือด
4. ตรวจสอบสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง
5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อน

การประเมินผลทางการพยาบาล ผู้ป่วยได้รับ PRC 2 unit Hct 39 %

ปัญหาทางการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูง

วันที่ 25 มกราคม 2566 เวลา 06.00 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีสีหน้าแสดงอาการวิตกกังวล ท้องไม่อืด อุณหภูมิร่างกาย 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 145/100 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ยา Amlodipine 5 ml + H₂O 30 ml. ฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการใช้ยา Amlodipine อาการบวมตามมือ เท้า ขาส่วนล่าง ข้อเท้า ปวดศีรษะ ท้องเสีย มีนหัว หน้ามืด เหนื่อยง่าย ซึม หน้าแดง ใจสั่น ท้องอืด
2. ประเมินสัญญาณชีพและบันทึกสารน้ำเข้าออกทุก 4 ชั่วโมง
3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อน

การประเมินผลทางการพยาบาล วันที่ 25 มกราคม 2566 เวลา 14.00 น. ก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยความดันโลหิตลดลง อุณหภูมิกาย 36.72 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 133/89 มิลลิเมตรปรอท

ปัญหาที่ 9 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

วันที่ 25 มกราคม 2566 เวลา 19.00 น. ผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี On colostomy หน้าท้องด้านซ้าย มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องด้านขวาแผลปิด seal

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าจะได้รับการผ่าตัด Low Anterior Resection บริเวณลำไส้ตรงส่วนปลาย ขนาดแผล 7.5 เซนติเมตร เสียเลือด 200 มิลลิลิตร ระยะเวลาผ่าตัด จำนวน 3 ชั่วโมง
 2. แนะนำวิธีการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ภายหลังจากผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก แพทย์ยังให้งดน้ำงดอาหารทุกชนิด และจะได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำแทน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด หลังจากนั้นจะเริ่มจิบน้ำ และรับประทานอาหารเหลวได้ แนะนำการลุกเดินอย่างรวดเร็ว ภายหลังจากผ่าตัด 24 ชั่วโมง เพื่อกระตุ้นการทำงานของลำไส้และกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต แนะนำการฝึกหายใจ เพื่อเป็นการบริหารปอด
 3. สอนวิธีบอกระดับความปวดแผลผ่าตัดโดยใช้แบบประเมินความปวดแผลตัวเลข 0 - 10 คะแนน และแนะนำผู้ป่วยขอยาแก้ปวดตามระดับคะแนน
 4. แนะนำญาติ หากต้องการทำกิจกรรมใดๆเกี่ยวกับผู้ป่วย เช่น ลุก นั่ง หรือนอน หากมีอาการผิดปกติของผู้ป่วย ควรแจ้งพยาบาลทันที
 5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามในสิ่งที่สงสัย
- การประเมินผลทางการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติหลังผ่าตัดได้

การพยาบาลระยะวางแผนการพยาบาลและเตรียมจำหน่าย

แผลแห้งดีดี ไม่บวม Jackson pratt drain สีแดงคล้ำ Urine bag มี content ประมาณวันละ 5 ลูกบาศก์เซนติเมตร อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 108/84 มิลลิเมตรปรอท ,Hct 40 % แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจ เรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านและแผนการรักษาหลังผ่าตัด ได้รับการแนะนำวิธีดูแลตนเองเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ปัญหาที่ 10 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอนแนะนำผู้ป่วยและญาติเรื่องการดูแลแผลผ่าตัดโดยหลังผ่าตัดประมาณ 5-7วัน ยังต้องระวังไม่ให้แผลถูกน้ำไม่ควรใช้แปรง หรือยาทาบริเวณแผล ให้ผู้ป่วยรีบมาพบแพทย์เมื่อแผลมีการติดเชื้อเช่น อาการอักเสบ ปวด บวมแดงและมีน้ำเหลืองไหล
2. ให้ความรู้และแนะนำการดูแลตนเองในเรื่อง การทำกิจกรรมต่างๆ โดยสามารถทำกิจกรรมเบาๆ ได้ แต่ควรหลีกเลี่ยงการทำงานหนักในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังผ่าตัด การพักผ่อนในตอนกลางวัน อย่างน้อยวันละ 20 นาที พยายามนอนให้ได้ประมาณ 8-10 ชั่วโมงต่อคืน ให้หาโอกาสผ่อนคลายความเครียด เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง ปลูกต้นไม้ ทำสมาธิรวมไปถึงการไปเที่ยวตามสถานที่ต่างๆ ที่มีอากาศปลอดโปร่งไม่แออัด รับประทานอาหารอ่อนในระยะแรก จนถึงอาหารปกติธรรมดา เคี้ยวอาหารให้ละเอียดและช้าๆ รับประทานในปริมาณที่พอเหมาะ
3. แนะนำการปฏิบัติตัวในการดูแลทวารเทียม (Colostomy) อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพเพื่อเตรียมตัวรักษาต่อไป ให้การรับประทานอาหาร ที่เหมาะสม การเลือกและวิธีใช้ผลิตภัณฑ์รองรับของเสีย ซึ่งในปัจจุบันมีให้เลือกใช้ได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ผู้ป่วยสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ ไปทำงานได้ ไปเที่ยว เล่นกีฬาเบาๆ ที่ไม่กระทบกระเทือนทวารเทียมได้ และยังสามารถเข้าสังคมได้ตามปกติ สอนผู้ป่วยให้สามารถดูแลทวารเทียมได้ด้วยตนเอง ซึ่งไม่ใช่เรื่องยากและคุณภาพชีวิตยังคงเดิม

4. แนะนำให้มาตรวจตามแพทย์นัดและติดตามตรวจร่างกายเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือการเกิดโรคมะเร็งที่อวัยวะส่วนอื่นๆของร่างกาย

5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม ประเมินความรู้หลังการสอนโดย สอบถามผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านและแผนการรักษาหลังผ่าตัด

การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติ(ภรรยา) มีความรู้ความเข้าใจ บอกวิธีการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างถูกต้อง

8. สรุปผลการศึกษา

รับย้ายผู้ป่วยชาย อายุ 48 ปี เมื่อวันที่ 24 มกราคม 2566 ผู้ป่วยมาตามนัดผ่าตัดแบบ Low Anterior Resection Tumor Location : lower rectum ในวันที่ 25 มกราคม 2566 ผู้ป่วยมีประวัติ 1 ปีก่อน ท้องเสีย ถ่ายเหลวเป็นประจำ 3 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล เริ่มถ่ายเป็นมูกมีเลือดปน ท้องผูก ได้รับการตรวจวินิจฉัยเป็น CA Colon ตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ วันที่ 12 กันยายน 2565 พบ Adenocarcinoma, well differentiated แพทย์นัดผ่าตัด Loop sigmoid colostomy เมื่อวันที่ 11 ตุลาคม 2565 ตรวจ CT whole abdomen เมื่อวันที่ 10 มกราคม 2566 แพทย์ยืนยัน CA Lower Rectum ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว ไชมันโนเลือดสูง และความดันโลหิตสูง รับการรักษาอย่างต่อเนื่องไม่ขาดยา

ระยะแรกรับ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด ก่อนผ่าตัดมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Electrolyte:- Sodium 139 cumm/L, Potassium 3.4 cumm/L, Chloride 105 cumm/L, CO₂ 30 cumm/L, BUN 13 mg/dl, แพทย์ให้ E.KCL 30 ml ทางปาก 2 dose วันที่ 25 มกราคม 2566 ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Low Anterior Resection บริเวณลำไส้ตรงส่วนปลาย ขนาดแผล 7.5 เซนติเมตร เสียเลือด 200 มิลลิลิตร รวมระยะเวลาผ่าตัด จำนวน 3 ชั่วโมง

ระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง วันที่ 25 มกราคม 2566 ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Low Anterior Resection บริเวณลำไส้ตรงส่วนปลาย ขนาดแผล 7.5 เซนติเมตร เสียเลือด 200 มิลลิลิตร หลังผ่าตัดผู้ป่วยกลับเข้ารักษาที่หอผู้ป่วยพิเศษ ศัลยกรรมชาย ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด แนะนำวิธีการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ภายหลังจาก 24 ชั่วโมงแรก แพทย์ยังให้งดน้ำงดอาหารทุกชนิด และจะได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำแทน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด หลังจากนั้นจะให้เริ่มจิบน้ำ และรับประทานอาหารเหลวได้ แนะนำการลุกเดินอย่างรวดเร็ว ภายหลังจาก 24 ชั่วโมง เพื่อกระตุ้นการทำงานของลำไส้และกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต แนะนำการฝึกหายใจ เพื่อเป็นการบริหารปอด ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลผ่าตัด pain score = 5 แสดงสีหน้าเจ็บแผลเวลาขยับตัว ดูแลให้ Morphine 4 mg. ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ทุก 4 ชั่วโมง และยาแก้ปวดตามแผนการรักษา จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่า fowler 's position เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัวดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างสุขสบาย โดยการจัดสิ่งแวดล้อม ให้สงบ จัดกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ไม่ให้รบกวนผู้ป่วยโดยไม่จำเป็นและดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล

ระยะดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด ภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ พยาบาลล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง ดูแลทำแผลด้วยหลัก Aseptic technique ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนรักษา กระตุ้นให้ Early Ambulation ดูแลพลิกตัวบนเตียง วันแรกหลังผ่าตัด ให้ลูกนั่งบนเตียงโดยไขเตียงให้ศีรษะสูง 45 องศา ปลายเท้าสูง 10-15 องศา วันที่สองหลังผ่าตัด ลูกนั่งห้อยเท้าข้างเตียง ยืนและนั่งเก้าอี้ข้างเตียง วันที่สามหลังผ่าตัด เริ่มให้ผู้ป่วยเดินรอบๆ เตียง เพื่อป้องกันภาวะท้องอืด ผู้ป่วยมีภาวะช็อคจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ PRC 2 unit หลังได้รับเลือดตามแผนการรักษา Hct เท่ากับ 39 %

ระยะวางแผนจำหน่าย แผลแห้งดีดี ไม่บวม แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ผู้ป่วยและญาติยังขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน แนะนำวิธีดูแลตนเองเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำหน่ายวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2566 รวมอยู่โรงพยาบาล 15 วัน แพทย์นัดตรวจติดตามอาการวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2566 Follow up 2 สัปดาห์หลังการจำหน่ายตามนัด แผลผ่าตัดแห้งดีดี ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ colostomy มี fecies ออกปกติ ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด รับประทานอาหารได้ ไม่มีอาการท้องอืด

9. อภิปรายผลการศึกษา

ผู้ป่วยชายอายุ 48 ปี น้ำหนัก 74 กิโลกรัม ส่วนสูง 171 เซนติเมตร นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษา ระดับปริญญาตรี อาชีพพนักงานของรัฐ สมาชิกในครอบครัวมีจำนวน 4 คน ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว อยู่กับภรรยา และบุตร 2 คน ภรรยาเป็นผู้ดูแลระหว่างรักษาตัวที่โรงพยาบาลและบ้าน ผู้ป่วยรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ และทานเองได้ขอรับประทานเนื้อสัตว์ติดมันและปิ้งย่าง ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ ผู้ป่วยพักผ่อนนอนหลับวันละ 8 – 10 ชั่วโมง 5 เดือนก่อนจะเข้ารับการผ่าตัด ผู้ป่วยผ่าตัด Loop sigmoid colostomy ด้านซ้าย ชับถ่ายทาง colostomy วันละครั้ง ซึ่งผู้ป่วยและญาติมีความรู้เรื่องการดูแล Colostomy เป็นอย่างดี และยังมีโรคประจำตัว คือ ไชมันในเลือดสูงและความดันโลหิตสูง แต่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องไม่ขาดยา ผู้ป่วยมาตามนัดผ่าตัดแบบ Low Anterior Resection Tumor Location : lower rectum

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง หลังผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (Colostomy) ให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งสามารถนำข้อมูลจากการประเมินและรวบรวมเป็นปัญหาทางการพยาบาล 3 ระยะ ได้แก่ การพยาบาลระยะแรก รับ พยาบาลศึกษาประวัติ การศึกษา และติดตามการรักษาจากหอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมชาย เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาล เป็นการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ สร้างความมั่นใจ ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ลดความวิตกกังวล แจ่มข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด อธิบายถึงความจำเป็นในการผ่าตัดและขั้นตอนเกี่ยวกับการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด เช่น การเตรียมลำไส้ การงด น้ำงดอาหาร การรักษาความสะอาดของร่างกาย การพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง การประเมินสภาพปัญหาผู้ป่วยหลังผ่าตัด ได้แก่ การเสียเลือด การประเมินภาวะช็อก โดยประเมินสัญญาณชีพ เฝ้าระวังอาการเริ่มแรกของการตกเลือด โดยสังเกตสีปริมณสิ่งคัดหลั่งที่ออกจากแผล ประเมินระดับความรู้สึกตัว ภาวะชืดของผู้ป่วย ประเมินอาการปวดแผลโดยใช้ การวัดระดับความเจ็บปวด (Pain Score) ให้การรักษาพยาบาล โดยให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์และประเมินอาการปวดแผลซ้ำหลังให้ยาแก้ปวด ดูแลไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ภาวะการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด, ภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ, ภาวะท้องอืด ให้การพยาบาลโดยการตรวจวัดสัญญาณชีพ ประเมินอาการปวด บวม แดง ร้อน มีสิ่งคัดหลั่งบริเวณแผลผ่าตัด ทำแผลโดยใช้หลักปราศจากเชื้อ ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ดูแลทำแผล ด้วยหลัก Aseptic technique ทุกครั้ง ดูแลให้น้ำปัสสาวะไหลสะดวก กระตุ้นให้ Early Ambulation หลังผ่าตัด เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว และการพยาบาลระยะวางแผนก่อนจำหน่าย วางแผนการจำหน่าย แนะนำวิธีดูแลตนเองเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพเพื่อเตรียมตัวรักษาต่อไป แนะนำให้มาตรวจตามแพทย์นัดและติดตามตรวจร่างกายเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือการเกิดโรคมะเร็งที่อวัยวะส่วนอื่นๆของร่างกาย

10. ข้อเสนอแนะ

10.1 ควรมีการทบทวนความรู้ ทักษะในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง หลังผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (Colostomy) ในระยะต่อเนื่อง เพื่อให้พยาบาลมีสมรรถนะในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง หลังผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (Colostomy)

10.2 ควรนำการใช้ Enhanced recovery after surgery (ERAS protocol) ในการดูแลผู้ป่วย การสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญ ทั้งผู้ป่วย ญาติ และทีมสหสาขาวิชาชีพ และควรนำแนวทางนี้ไปปรับใช้ในการปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยภายหลังผ่านพ้นภาวะวิกฤต เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพด้านการดูแลที่ต่อเนื่อง รวมทั้งประเมินผลลัพธ์ระยะยาว ติดตามความยั่งยืนในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และอาจปรับใช้ในผู้ป่วยศัลยกรรมอื่นเพื่อให้การจัดการหลังผ่าตัดเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

10.3 ควรจัดทำคู่มือการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง หลังผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (Colostomy) ในระยะต่อเนื่อง เพื่อให้พยาบาลให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง หลังผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (Colostomy) ไปในทิศทางเดียวกัน

11. เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับประชากร. จำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่. (2565)
เข้าถึงได้จาก: <https://thainews.prd.go.th/th/news/detail/TCATG220319202153784>
2. วีรวิทย์ อิมสำราญ. มะเร็งลำไส้ใหญ่ฯไม่ไกลตัว. สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566) เข้าถึงได้จาก: <https://www.pr.moph.go.th>detail>
3. โรงพยาบาลอ่างทอง. สถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ปี 2564 – 2566. (2566)
4. จิรภา แก้วใหญ่. การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (Colostomy) และมีโรคร่วม Nursing Care of Colorectal Cancer Patients with
5. หน่วยสารสนเทศมะเร็ง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
เข้าถึงได้จาก: http://medinfo2.psu.ac.th/cancer/db/news_ca.php?newsID=73&typeID=18

.....