

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดแผลรูทะลุ (Enterocutaneous fistula) และมีการติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา

Nursing Care Plan for Colon Cancer with Enterocutaneous Fistula and Sepsis Complication: Case Study

ชฎาพร เขตนิมิตร

Chadaporn Katnimit

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

* Register nurse (Professional) Vachira Phuket hospital, Thailand. e-mail: chadaphr3@gmail.com

Received 20/08/2022

Revised 20/10/2022

Accepted 12/11/2022

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: โรคมะเร็งลำไส้เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข โดยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในประชากรทั่วโลก การรักษาหลักของโรคนี้คือการผ่าตัด แต่ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น แผลรูทะลุ (Enterocutaneous fistula) และการติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การพยาบาลที่เหมาะสมมีบทบาทสำคัญในการลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพการฟื้นฟูของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย: (1) เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนแผลรูทะลุและการติดเชื้อในกระแสเลือด (2) เพื่อให้พยาบาลมีแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (3) เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ระเบียบวิธีการวิจัย: การศึกษานี้เป็น กรณีศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Case Study) โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย คัดเลือกผู้ป่วยจำนวน 2 ราย ที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้และเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ และการสังเกตการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้แนวทางวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเพื่อระบุปัญหาการพยาบาล ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และแนวทางแก้ไขที่เหมาะสม

ผลการวิจัย: ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นผู้ป่วยชายอายุ 48 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดปิดทวารเทียมและเกิดภาวะแผลรูทะลุหลังผ่าตัด มีการติดเชื้อในช่องท้อง ส่งผลให้ต้องได้รับการผ่าตัดภาวะแทรกซ้อนเป็นเวลานาน รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาล 117 วัน ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นผู้ป่วยชายอายุ 60 ปี ที่ได้รับการผ่าตัด Sigmoidectomy with end colostomy และเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ต้องได้รับการผ่าตัดและการรักษาภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (Septic Shock) รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาล 13 วัน แนวทางการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ การดูแลแผลรูทะลุโดยใช้เทคนิค Negative Pressure Wound Therapy (NPWT) การบริหารยาปฏิชีวนะ การเฝ้าระวังภาวะโภชนาการและภาวะขาดสารน้ำ รวมถึงการให้การสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

สรุปผล: ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การพยาบาลที่เป็นระบบและอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ สามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการจัดการแผลรูทะลุและการป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด นอกจากนี้ การประสานงานกับทีมสหวิชาชีพและการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วย มีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองต่อเนืองหลังจำหน่ายได้ดีขึ้น

คำสำคัญ : มะเร็งลำไส้, แผลรูทะลุ, การติดเชื้อในกระแสเลือด

Abstract

Background: Colon cancer is a major public health problem with an increasing trend in the population worldwide. The main treatment for this disease is surgery, but postoperative complications such as enterocutaneous fistula and sepsis are problems that affect the length of hospital stay and quality of life of patients. Appropriate nursing care plays an important role in reducing complications and increasing the efficiency of patients' recovery.

Objectives: (1) To study nursing care for colon cancer patients who develop complications of enterocutaneous fistula and sepsis. (2) To provide nurses with guidelines for planning effective care for patients undergoing colon cancer surgery. (3) To provide guidelines for practice in reducing complications and increasing the quality of life of patients.

Research methodology: This study was a descriptive case study using the nursing process as a guideline for patient care. Two patients who underwent colon cancer surgery and developed complications were selected. Data were collected from medical records, interviews, and nursing observations. Data were analyzed using content analysis to identify nursing problems, nursing diagnoses, and appropriate solutions.

Results: Patient 1 was a 48-year-old male patient who underwent colostomy closure and developed a postoperative fistula and intraabdominal infection. This resulted in long-term monitoring for complications, with a total hospital stay of 117 days. The second patient was a 60-year-old male patient who underwent sigmoidectomy with end colostomy and developed septic shock. He required monitoring and treatment for septic shock, with a total hospital stay of 13 days. Important nursing interventions included perforation wound care using Negative Pressure Wound Therapy (NPWT), antibiotic administration, nutritional monitoring, and dehydration, and providing psychological support to patients and their families.

Conclusion: The results of the study indicated that systematic and evidence-based nursing care can effectively reduce complications after colon cancer surgery, especially perforation wound management and prevention of septic shock. In addition, coordination with the multidisciplinary team and providing education to patients' relatives play an important role in helping patients to continue taking care of themselves after discharge.

Keywords: Colon Cancer, Enterocutaneous Fistula, Sepsis

บทนำ

สถานการณ์โรคมะเร็งลำไส้ในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น มีอุบัติการณ์สูงเป็นอันดับ 4 ในเพศชาย รองจาก มะเร็งตับ มะเร็งปอด และมะเร็งต่อมลูกหมาก สาเหตุของการเกิดโรคจากการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตโดยเฉพาะ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การรักษามะเร็งลำไส้ใช้วิธีการผ่าตัดเป็นการรักษาหลักโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการ วินิจฉัยโรค แก่ไขและซ่อมแซมหรือเพื่อบรรเทาอาการหรือความผิดปกติของโรค และมีโอกาสรอดชีวิตเกิน 5 ปี หลังการ

ผ่าตัดถึงร้อยละ 60 พยาบาลมีบทบาทสำคัญทั้งก่อนและหลังผ่าตัด โดยผู้ป่วยจะได้รับการประเมินสภาพตั้งแต่แรกรับไว้ในโรงพยาบาล ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดจะมีการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น มีการจัดการภาวะวิกฤตได้อย่างทันท่วงที มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่เหมาะสม มีการส่งเสริมการดูแลตนเอง จะช่วยลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย ทำให้ผู้ป่วยกลับบ้านไปใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ จากความสำคัญดังกล่าวจึงได้จัดทำรายงานการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วย

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากร จากสถิติของสถาบันวิทยามะเร็งโรงพยาบาลศิริราช ปี 2552 พบว่าอัตราการตายสูงเป็นอันดับ 4 ในเพศชาย รองจากมะเร็งตับ มะเร็งปอด และมะเร็งต่อมลูกหมาก จากสถิติโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดในปี 2563, 2564, 2565 จำนวน 42, 62 และ 37 ราย ตามลำดับ พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดร้อยละ 21.42, 12.90 และ 16.21 ตามลำดับ อัตราตายร้อยละ 9.52, 3.22 และ 5.4 ตามลำดับ การรักษาโดยการผ่าตัดส่วนที่เป็นมะเร็งรวมทั้งเส้นเลือดและต่อมน้ำเหลืองบริเวณนี้เองออก ลำไส้จะถูกต่อเข้าหากันใหม่และผู้ป่วยจะถ่ายอุจจาระทางทวารหนัก ถ้ามะเร็งอยู่บริเวณลำไส้ใหญ่ส่วนปลายหรือทวารหนัก และอยู่ในระยะเริ่มแรก การผ่าตัดทำโดยตัดเนื้อออกออกทางทวารหนัก แต่ถ้าก้อนเนื้องอกมีขนาดใหญ่และใกล้รูเปิดทวารหนักมาก จะต้องผ่าตัดเอาทั้งลำไส้ตรงและทวารหนักออกทั้งหมด ทำให้ไม่สามารถต่อลำไส้เข้าหากันได้ จึงจำเป็นต้องเปลี่ยนทางเดินอุจจาระให้มีการขับถ่ายทางหน้าท้องเรียกว่าทวารเทียม ในการผ่าตัดแบบ elective ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมล่วงหน้าก่อนผ่าตัด 2-3 วัน โดยเฉพาะการเตรียมลำไส้เพื่อลดจำนวนเชื้อโรค ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีการดำเนินของโรคไปมากก่อนมะเร็งจะไปอุดตันทางเดินอาหาร ผู้ป่วยจะมาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดแน่นท้องเนื่องจากการอุดตันของลำไส้ แพทย์จะผ่าตัดแบบฉุกเฉิน มีโอกาสเกิดการแตกทะลุของก้อนมะเร็งเกิดการปนเปื้อนในช่องท้องทำให้เกิดการติดเชื้อ ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ การติดเชื้อในกระแสเลือด การเกิดรอยรั่วของลำไส้ (Anastomosis leakage) แผลรูทะลุระหว่างทางเดินอาหารกับผิวหนัง (Enterocutaneous fistula) เป็นต้น ดังนั้นการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด การติดตามประเมินเฝ้าระวังหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่องจะช่วยลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจัดเป็น 1 ใน 5 อันดับโรคแรกของหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเพื่อทำผ่าตัด จะได้รับการวางแผนการดูแลรักษาตามมาตรฐานโดยทีมสหวิชาชีพตั้งแต่ระยะแรกรับก่อนผ่าตัด ระยะวิกฤตก่อนและหลังผ่าตัด ระยะฟื้นฟู และได้รับการวางแผนจำหน่าย มีการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการเจ็บป่วยในระยะวิกฤตซึ่งมีความเสี่ยงสูงและคุกคามต่อชีวิต ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคและจากการรักษาที่ป้องกันได้ ทีมพยาบาลจะต้องมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต สามารถประเมินผู้ป่วยวินิจฉัยทางการพยาบาล และให้การพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมมิติของสุขภาพอย่างครบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตสังคม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนเกิดแผลรูทะลุ (Enterocutaneous fistula) และติดเชื้อในกระแสเลือด กรณีศึกษาจำนวน 2 ราย
2. เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ในการวางแผนดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้โดยใช้กระบวนการพยาบาล
3. เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้

วิธีการศึกษา

1. ทบทวนงานวิจัย บทความทางวิชาการเกี่ยวกับการวินิจฉัย การรักษาและกิจกรรมทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้
2. คัดเลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
3. ศึกษาค้นหาปัญหาความต้องการ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์ เกณฑ์การประเมินผล กิจกรรมการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล และสรุปกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

รายงานกรณีศึกษาตอนที่ 1

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 48 ปี อาชีพค้าขาย ภูมิลำเนาจังหวัดภูเก็ต มาโรงพยาบาลวันที่ 22 พฤศจิกายน 2564 มาตามนัดแพทย์เพื่อติดตามอาการหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคมะเร็งลำไส้บริเวณ Transverse colon ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องทำ Segmental transverse colonic resection with end to end anastomosis and loop ileostomy เมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2564 ได้รับการผ่าตัด subtotal colectomy เมื่อวันที่ 8 กรกฎาคม 2564 ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ ไม่มีประวัติการแพ้ แพทย์ให้นอนโรงพยาบาลเพื่อทำผ่าตัดปิดทวารเทียม ileostomy แรกเริ่ม รู้สึกตัวดี อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 119/79 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Closure ileostomy ในวันที่ 23 พฤศจิกายน 2564 หลังผ่าตัดวันที่ 7 เมื่อเริ่มกินอาหารอ่อนเริ่มท้องอืด อาเจียนคล้ายอุจจาระ ส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ whole abdomen พบว่ามี Small bowel obstruction at ileal loop ในวันที่ 3 ธันวาคม 2564 แพทย์ผ่าตัดเปิดช่องท้องพบว่ามี collection และพบพังผืดบริเวณลำไส้เล็กจำนวนมาก ขณะผ่าตัดมีการฉีกขาดของลำไส้เล็ก (Accidental tear small bowel) แพทย์ทำ drainage and repair small bowel, right ileostomy หลังผ่าตัดใส่เครื่องช่วยหายใจ เฝาระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีสายระบาย 4 เส้น มี penrose drain 1 เส้น มีทวารเทียม right ileostomy แผลหน้าท้องแนวกึ่งกลางเย็บ retension งดน้ำงดอาหาร ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ หลังผ่าตัดวันที่ 3 ถอดท่อช่วยหายใจออก วันที่ ๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๔ Penrose drain มีหนองสีเขียวกะปี้ เริ่มกินอาหารเหลวมีสิ่งขับหลังออกทางแผลผ่าตัดสีเหลืองคล้ายอุจจาระแพทย์วินิจฉัยเป็นแผลรูทะลุ (enterocutaneous fistula) แพทย์ให้ตัดไหมช่วงกลางแผลผ่าตัด 5 stitch หลังตัดไหมแผลเปิดซึมมากสิ่งขับหลังในช่องท้องออกเป็นอุจจาระเหลวสีเหลืองปนกับน้ำในลำไส้ เปลี่ยนแผลปิดก๊อชชั้นใหญ่เวอร์ละ 2 ครั้ง ต่อมาสิ่งขับหลังในช่องท้องออกมากกว่า 500 ซี. ซี.ต่อวัน วันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๔ เริ่มทำแผลด้วยวิธีใช้แรงดูดสุญญากาศ (Negative pressure wound therapy) ให้สารอาหารทางสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดและปวดแสบผิวหนังจากการสัมผัสสิ่งขับหลังในช่องท้องที่มีความเป็นด่างสูงเนื่องจากการมีการรั่วของระบบ ปิดแผลด้วย Transparent film ให้แนบกับผิวหนังได้ยากเนื่องจากมีท่อระบายหลายสาย วันที่ 20 ธันวาคม ๒๕๖๔ ผิวหนังแดงมากขึ้น จึงปรึกษาทีมดูแลบาดแผลมารวบรวมแผนการดูแล วันที่ ๒๙ มกราคม ๒๕๖๕ แพทย์ผ่าตัด Debridement of wound infection , Explore wound เอาสายระบายออกทั้งหมดทำให้ไม่เกิดการรั่วของระบบ รอยแดงบริเวณผิวหนังรอบแผลรูทะลุลดลง ต่อมาสิ่งขับหลังในช่องท้องออกน้อยลง ผู้ป่วยปวดแสบแผลน้อยลง แผลผ่าตัดแคบลงมี 3 รู ปิดด้วย colostomy bag 2 ถุง ปิดถุงง่ายขึ้น ในระหว่างรับไว้ในการดูแลผู้ป่วยมีปัญหาที่ใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาล โดยมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลดังนี้

การพยาบาลก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยและญาติมีความกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยและญาติถามความเสี่ยงจากการผ่าตัด

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล

กิจกรรมทางการพยาบาล เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัย ให้ข้อมูลเรื่องโรค แนวทางการรักษา ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ให้ลงนามยินยอมรับการผ่าตัด

ประเมินผล ผู้ป่วยและญาติเข้าใจแผนการรักษาให้ความร่วมมือและปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง
การพยาบาลหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดแนว midline คะแนน Pain score 6-8 คะแนน

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล ปวดแผลผ่าตัดลดลง

กิจกรรมทางการพยาบาล ประเมิน Pain score ให้ยาแก้ปวด ประเมินอาการปวดหลังให้ยา จัดท่านอนศีรษะสูงให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัว ลดอาการปวดตึงแผล สอนวิธีเปลี่ยนอิริยาบถ

ประเมินผล ทุกเลาปวด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่องท้องหลังการทำผ่าตัดปิด ileostomy

ข้อมูลสนับสนุน หลังผ่าตัดเริ่มกินอาหารมีอาการปวดแน่นท้อง คลื่นไส้อาเจียนออกมาคล้ายอุจจาระ

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ

กิจกรรมทางการพยาบาล ประเมินความผิดปกติของ signs หน้าท้อง อาการปวด สังเกตอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออก ติดตามไข้ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผิดปกติรายงานแพทย์ ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ งดน้ำงดอาหาร สังเกตเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ รายงานแพทย์รับทราบ

ประเมินผล มีไข้ 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที หน้าท้องมี Guarding ผล CBC มี WBC 14,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์มี collection แพทย์วางแผนผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องระบายหนองและเปิดทวารเทียมเป็น Ileostomy

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 มีโอกาสเกิดความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์เนื่องจากหลังผ่าตัดเกิดแผลรูทะลุ

ข้อมูลสนับสนุน งดน้ำและอาหารเป็นเวลานาน แผลรูทะลุมีสิ่งขับหลังออกตลอดเวลา

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล มีความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์

กิจกรรมทางการพยาบาล ดูแลให้ได้รับยาและสารน้ำทางหลอดเลือดดำ เฝ้าระวังภาวะขาดน้ำ ความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ ติดตามผลอิเล็กโทรไลต์ บันทึกและประเมินสารน้ำเข้า – ออก รายงานแพทย์

ประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ หรือภาวะขาดความสมดุลของอิเล็กโทรไลต์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดแผลเนื่องจากผิวหนังสัมผัสสิ่งขับหลังในช่องท้อง

ข้อมูลสนับสนุน มีสิ่งขับหลังออกมากกว่า 500 ซี.ซีต่อวัน มีรอยแดงมากขึ้น ผู้ป่วยปวดแสบมากขึ้น

กิจกรรมทางการพยาบาล ทำแผลด้วยวิธีใช้แรงดูดสุญญากาศใช้น้ำเกลือฉีดล้างแผลปิดแผ่นโฟมพอดี้แผล สอดสาย NG เบอร์ 18 ให้อยู่ในโคม ต่อกับสายระบายเข้าขวดบรรจุสิ่งขับหลังซึ่งต่อกับเครื่องดูด ปิดแผลด้วย transparent film ปรับแรงดันลบ 50 – 125 มิลลิเมตรปรอท สิ่งขับหลังมีความเป็นเมือกมากเลือกทำงานแบบดูดตลอดเวลาเพื่อป้องกันการรั่วซึม เฝ้าระวังไม่ให้สายระบาย หัก พับ งอ หรืออุดตัน ดูแลซ่อ้มแซมหรือเปลี่ยนอุปกรณ์ทันทีเมื่อมีการรั่วซึม เปลี่ยนวัสดุปิดแผล 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ประเมินและบันทึกลักษณะของผิวหนังรอบแผลรูทะลุเมื่อเปลี่ยนแผล สังเกตการรั่วซึม ได้แก่ การโป่งพองของวัสดุปิดแผล ตรวจพบอุจจาระรั่วซึม มีเสียงลมรั่ว ถ้ามีแก้ไขปัญหาที่ทำให้ระบบรั่วซึม ปกษาศาที่มดูแลบาดแผล

ประเมินผล ปิดแผลได้นานขึ้น ผู้ป่วยปวดแสบแผลน้อยลง ได้รับการดูแลต่อเนื่องโดยทีมดูแลบาดแผล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อการเกิดทุพโภชนาการเนื่องจากมีแผลรุกรณะ High out put

ข้อมูลสนับสนุน สิ่งขับหลั่งมากกว่า 500 ซี.ซี.ต่อวัน จดน้ำหนักอาหารนาน BMI 22.5 albumin 2.5 g/dl

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีภาวะทุพโภชนาการ

กิจกรรมทางการพยาบาล ประเมินภาวะโภชนาการ ดูแลให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง บันทึกรับประทานอาหาร – ออก ให้พื้นที่เป็นอาหารเสริมทางการแพทย์ กระตุ้นให้กิน อาหารอ่อน ย่อยง่าย ดูแลให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ประเมินผล BMI 19.53 Albumin 2.8 g/dl Hct 35 % มีความสมดุลของสารน้ำเข้า- ออก รับประทานอาหารอ่อนและอาหารเสริมทางการแพทย์ได้มากขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 มีความวิตกกังวลและภาวะเครียดเนื่องจากสูญเสียภาพลักษณ์จากการมีแผลรุกรณะบริเวณหน้าท้องมีสารคัดหลั่งออกตลอดเวลา

ข้อมูลสนับสนุน มีความเครียดและความวิตกกังวลสูงเนื่องจากน้ำในช่องท้องออกตลอดเวลาแสบผิวหนัง

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล ลดความเครียดและความวิตกกังวล

กิจกรรมทางการพยาบาล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยและซักถาม ให้กำลังใจ ให้ความรู้และอธิบายให้ญาติเข้าใจใช้เวลาผู้ป่วยและญาติได้ปรึกษากับทีมสหวิชาชีพเพื่อร่วมวางแผนการดูแล

ประเมินผล ผู้ป่วยพูดคุยและซักถาม สนิทสนมขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว การดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย

ข้อมูลสนับสนุน บอกว่าไม่ทราบว่าดูแลแผลรุกรณะอย่างไร

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล ลดความวิตกกังวลในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

กิจกรรมทางการพยาบาล ให้คำแนะนำเรื่องการดูแลแผลรุกรณะ การสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ เช่น มีการอักเสบ บวม แดง มีไข้สูง มีอาการท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย ให้รับมาพบแพทย์ให้มาพบแพทย์ตามนัด ส่งต่อการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายให้ทีมดูแลบาดแผล

ประเมินผล ผู้ป่วยและญาติมีหน้าสดชื่นขึ้น สามารถตอบคำถามในเรื่องการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

แพทย์พิจารณาแล้วเห็นว่าผู้ป่วยสามารถกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้ จำหน่ายวันที่ 19 มีนาคม 2565 รวมระยะเวลาที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 117 วัน และนัดมาตรวจรักษาต่อเนื่องพบศัลยแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอก ได้รับการส่งต่อให้ศูนย์ดูแลบาดแผล คำแนะนำก่อนจำหน่าย ให้คำแนะนำในการดูแลแผลรุกรณะ การดูแลด้านโภชนาการ การรับประทานอาหารและอาหารเสริมทางการแพทย์ อาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ ได้แก่ ปวดแน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน แผลรุกรณะมีกลิ่นเหม็น มีลักษณะสีเปลี่ยนไปจากเดิม มีไข้สูง เป็นต้น

รายงานกรณีศึกษารายที่ 2

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 60 ปี อาชีพรับจ้าง ภูมิลำเนาจังหวัดชุมพร มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง ไช้หมันในเลือดสูง เบาหวาน เข้ารับการรักษาเมื่อวันที่ 26 พฤศจิกายน 2564 มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญปวดจุกทั่วท้อง 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล Refer จากโรงพยาบาลฉลอง ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : 10 วันก่อนมาโรงพยาบาล ปวดแน่นท้อง ไม่ถ่ายอุจจาระมา 5 วัน กินยาถ่ายแล้วไม่ถ่าย อาเจียน 2 ครั้ง กินได้น้อย วินิจฉัยโรคแรก : มะเร็งลำไส้ใหญ่บริเวณ sigmoid colon with incomplete bowel obstruction แรกเริ่ม รู้สึกตัวดี ท้องอืดตึง ปวดแน่นท้องมาก ตรวจ Abdomen พบ marked distension generalized mild tender แรกเริ่ม อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 110 ครั้ง

ต่อมาที่ หายใจ 26 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท วันที่ 27 พฤศจิกายน 2564 ผ่าตัดเปิดช่องท้อง sigmoidectomy with end colostomy มีการปนเปื้อนของอุจจาระในช่องท้อง ในการผ่าตัดแพทย์ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางและใส่ท่อช่วยหายใจ ใส่ท่อระบาย 1 สาย ผลผ่าตัดเป็นแผลเปิด หลังผ่าตัดให้ใส่เครื่องช่วยหายใจต่อ หลังผ่าตัดวันที่ 3 มีการติดเชื้อในกระแสเลือดเกิดภาวะ septic shock อุณหภูมิ 38.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 120 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 80/40 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 ซี.ซี.ต่อชั่วโมง จัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เจาะ Hemo culture ให้สารน้ำ ให้ยาเพิ่มความดันโลหิต Levophed ปรึษาฆ่าเชื้อ หลังผ่าตัดวันที่ 7 เอาท่อช่วยหายใจ สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง สายสวนปัสสาวะ สาย NG tube ออก หลังผ่าตัดวันที่ 11 เอาสายระบายออกจากแผล ผ่าตัดและเย็บแผล ในระหว่างรับไว้ในการดูแลผู้ป่วยมีปัญหาที่นำมาใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาล โดยมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลดังนี้

การพยาบาลก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกเนื่องจากความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ จากภาวะทางเดินอาหารอุดตัน

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยปวดท้อง ไม่ผายลม ผลฟิล์ม acute abdomen มี large bowel obstruction ใส่สายสวนปัสสาวะมีปัสสาวะออก 50 ซี.ซี. ภายใน 1 ชั่วโมง ผล Na 120 mmol/L K 4.3 mmol/L CL 95 mmol/L CO₂ 22.4 mmol/L BUN 23 mg/dl Creatinine 1.31 mg/dl ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที การหายใจ 26 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล ปลอดภัยจากภาวะช็อก

กิจกรรมทางการพยาบาล ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก เช่น สับสน ซึม ไม่รู้สึกตัว ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำน้อยกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพ O₂ saturation และคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ทุก 15 นาที เพื่อประเมินระบบไหลเวียน และคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผิดปกติรายงานแพทย์ ให้สารน้ำเพื่อทดแทนการสูญเสียน้ำจนสามารถรักษาความดันโลหิตได้มากกว่าหรือเท่ากับ 90/60 มิลลิเมตรปรอท ค่า Mean Arterial pressure มากกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท ใส่สายสวนปัสสาวะ บันทึกจำนวนทุก 1 ชั่วโมง ถ้าน้อยกว่า 30 ซี.ซี.ต่อชั่วโมง รายงานแพทย์ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา เฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา ใส่ Oxygen mask with reservoir bag 10 ลิตรต่อนาที เพื่อเพิ่มออกซิเจนในเนื้อเยื่อ

ประเมินผล ปัสสาวะออก 100 ซี.ซี.ต่อชั่วโมง ผล Na 134 mmol/L K 4.3 mol/L CL 99 mmol/L CO₂ 19 mmol/L BUN 23 mg/dl Creatinine 1.2 mg/dl ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที การหายใจ 26 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีไข้ ไม่เกิดภาวะช็อก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดท้อง

ข้อมูลสนับสนุน ปั่นแน่นท้อง ไม่ผายลม ไม่ถ่ายอุจจาระ ท้องอืดตึงมาก ผล Film acute abdomen large bowel obstruction Pain score 8 คะแนน

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้อาการปวดท้องลดลง

กิจกรรมทางการพยาบาล ประเมินสัญญาณชีพ และ pain score งดน้ำงดอาหาร ใส่ Ng tube ต่อกับ Gomco suction เพื่อระบายของเหลวและเศษอาหารเป็นการลดความดันในลำไส้และกระเพาะอาหารช่วยบรรเทาอาการปวด ดูแลให้ยาลดปวด morphine 3 mg vein และสังเกตอาการปวดหลังให้ยา

ประเมินผล Pain score 5 คะแนน ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที การหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท ได้รับการผ่าตัด sigmoidectomy with end colostomy

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยและญาติมีความกังวลและความกลัวเกี่ยวกับการผ่าตัด อาการผู้ป่วยและขาดความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน ญาติถามความเสี่ยงจากการผ่าตัด

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล

กิจกรรมทางการพยาบาล สร้างสัมพันธภาพที่ดีให้กำลังใจ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา อธิบายการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ให้ลงนามยินยอมรับการผ่าตัด

การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติ ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

การพยาบาลหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากได้รับยาสลบแบบ general anesthesia หลังผ่าตัดใส่เครื่องช่วยหายใจ

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน

กิจกรรมทางการพยาบาล อธิบายให้ทราบถึงความจำเป็นที่ต้องใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจ ดูแลท่อช่วยหายใจไม่ให้เลื่อนหลุด ฟังเสียงลมผ่านปอดประเมินทรวงอกขยายตัว ดูแลเครื่องช่วยหายใจให้ทำงานมีประสิทธิภาพ ติดตามผลเอกซเรย์ปอดเพื่อติดตามความผิดปกติของปอดหรือตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ ดูแลเสมหะ ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน ติดตามตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจความดันก๊าซในหลอดเลือดแดง และรายงานแพทย์

ประเมินผล ไม่มีอาการพร่องออกซิเจน สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ค่าออกซิเจน 98 - 100 %

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน มีแผลผ่าตัด midline มีทวารเทียมบริเวณหน้าท้องด้านซ้าย Pain score 7 คะแนน

กิจกรรมทางการพยาบาล ประเมิน Pain score ให้ยาแก้ปวด ประเมินอาการปวดหลังให้ยา จัดท่านอนศีรษะสูง ให้กลัมนื้อหน้าท้องมีการหย่อนตัว ลดอาการเจ็บตึงแผล พุดคูปลบอบโยนให้กำลังใจ **ประเมินผล** อาการปวดแผลผ่าตัดลดลง pain score 3 คะแนน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลงจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

ข้อมูลสนับสนุน อุณหภูมิ 38.6 องศาเซลเซียส ชีพจรเบาเร็ว 120 ครั้งต่อนาที หายใจตามเครื่องช่วยหายใจ 14 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 80/40 มิลลิเมตรปรอท Mean Arterial pressure 60 มิลลิเมตรปรอท SpO2 98 % เม็ดเลือดขาว 15,360 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร วินิจฉัย septic shock

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน

กิจกรรมทางการพยาบาล ประเมินลักษณะการหายใจขณะใส่เครื่องช่วยหายใจ ภาวะ cyanosis ชีพจรเบาเร็ว ปลายมือปลายเท้าเขียว จัดท่าศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อช่วยให้ปอดขยายตัว ดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพ ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพ O2 saturation และคลื่นไฟฟ้าหัวใจทุก 1 ชั่วโมง ประเมิน capillary refill ทุก 4 ชั่วโมง ประเมินเส้นร่วังอาการ และอาการแสดง เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและทราบถึงความรุนแรงของภาวะพร่องออกซิเจน ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา ดูแลการปรับให้ยาปฏิชีวนะ ประเมินอาการข้างเคียงของยา ประเมินและบันทึกสารน้ำเข้า – ออก ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 ซี.ซี.ต่อชั่วโมง ผิดปกติรายงานแพทย์

ประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจตามเครื่องช่วยหายใจ O2 saturation 98 % ชีพจร 96 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 37.8 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท เม็ดเลือดขาว 15,360 เซลล์ต่อลูกบาศก์ มิลลิเมตร

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 มีภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

ข้อมูลสนับสนุน มีการปนเปื้อนของอุจจาระในช่องท้อง วันที่ 2 หลังผ่าตัด อุณหภูมิ 38.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 120 ครั้งต่อนาที หายใจตามเครื่องช่วยหายใจ 14 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 80/40 มิลลิเมตรปรอท Mean Arterial pressure 60 มิลลิเมตรปรอท SpO2 98 % วินิจฉัย septic shock

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก

กิจกรรมทางการพยาบาล เจาะเลือด Hemoculture ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาดูแลให้สารน้ำอย่างเพียงพอ โดยให้ที่อัตรา 1,500 ใน 1 ชั่วโมงแรกที่มีภาวะช็อก ติดตามปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ วัด Central Venous Pressure (CVP) ค่าปกติ 10-15 cmH2O เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากการได้รับสารน้ำในปริมาณมากและรวดเร็ว การประเมินภาวะน้ำเกิน เช่น ไอ มีเสมหะเป็นน้ำมูกฟอง เมื่อฟังปอดจะได้ยินเสียง Crepitation รายงานแพทย์เพื่อส่งตรวจเอกซเรย์ปอดเพื่อประเมิน Pulmonary edema หรือหยุดการให้สารน้ำ ดูแลให้ยากระตุ้นการบีบหลอดเลือด (Vasopressors) เป็น Norepinephrine ภายหลังการให้ Fluid resuscitation เพื่อให้ได้ Mean Arterial pressure มากกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท ติดตามสัญญาณชีพและคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และปรับขนาดยาตามแผนการรักษาเฝ้าระวังประเมินอาการข้างเคียงจากการให้ยา ได้แก่ Bradycardia , cardiac arrhythmia , peripheral ischemia , skin necrosis เป็นต้น รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบว่า BP มากกว่า 160/90 มิลลิเมตรปรอท หรือชีพจรมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที มีอาการแสดงของ extravasation หรือ vasoconstriction บริเวณที่ให้ยาจะมีลักษณะซีด ขาวและเย็น หรือผู้ป่วยมีผลข้างเคียงจากความดันโลหิตสูงซึ่งขึ้นกับขนาดยา เช่น ปวดศีรษะ หัวใจเต้นช้า หรือเต้นผิดจังหวะ คลื่นไส้ อาเจียน และปัสสาวะคั่ง เป็นต้นติดตามและประเมินปริมาณปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมิน Tissue Perfusion และติดตามประสิทธิภาพการทำงานของไต เฝ้าระวังภาวะไตวาย รายงานแพทย์เมื่อปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 ซี.ซี. /กิโลกรัม/ชั่วโมง

ประเมินผล อุณหภูมิ 37.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที หายใจตามเครื่องช่วยหายใจ 14 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท Mean Arterial pressure 65 มิลลิเมตรปรอท SpO2 98 %

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 มีความวิตกกังวลเนื่องจากสูญเสียภาพลักษณ์จากการมีทวารเทียม

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกกังวล และไม่มั่นใจว่าจะสามารถดูแลทวารเทียมได้ด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล สามารถยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปและปรับตัวได้

กิจกรรมทางการพยาบาล อธิบายเรื่องเกี่ยวกับทวารเทียม การปฏิบัติตัวพร้อมรูปภาพสาธิตและฝึกทักษะให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจวิธีการดูแลทวารเทียม แนะนำวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน จัดเตรียมอุปกรณ์ที่ต้องใช้ในการดูแลทวารเทียม ประสานงานกับศูนย์ดูแลบาดแผลเพื่อส่งต่อการดูแล

ประเมินผล ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใสขึ้นสามารถทำความสะอาดทวารเทียมได้ด้วยตนเอง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านและขั้นตอนการรักษาหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน บอกว่าไม่ทราบว่าจะดูแลตนเองอย่างไร กังวลกับการรักษาต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล ลดความวิตกกังวล

กิจกรรมทางการแพทย์ ให้คู่มือคำแนะนำเรื่องการดูแลทวารเทียม หลีกเลี่ยงการทำงานหนัก 4-6 สัปดาห์ หลังผ่าตัด แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น แผลอักเสบ บวม แดง มีน้ำเหลือง มีไข้สูง มีอาการท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย หรือมีความผิดปกติของทวารเทียม ให้รีบมาพบแพทย์ ประเมินความรู้ย้อนกลับหลังให้คำแนะนำ แนะนำให้มีความรู้เรื่องการให้เคมีบำบัด การฉายแสง

ประเมินผล ผู้ป่วยมีหน้าสดขึ้นขึ้น สามารถตอบคำถามในเรื่องการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

แพทย์พิจารณาแล้วเห็นว่าผู้ป่วยสามารถกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้ จำหน่ายวันที่ 10 ธันวาคม 2565 นอนโรงพยาบาล 13 วัน และนัดมาตรวจรักษาต่อเนื่องพบศัลยแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อให้ได้รับการดูแล ทวารเทียมต่อเนื่องที่ศูนย์ดูแลบาดแผล ให้คำแนะนำและให้คู่มือในการดูแลทวารเทียม

บทสรุป

ผู้ป่วยรายที่ 1 เกิดภาวะแทรกซ้อนแผลรูทะลุระหว่างทางเดินอาหารกับผิวหนัง (Enterocutaneous fistula) เป็นแผลที่มีรูเชื่อมต่อกันระหว่างอวัยวะภายในระบบทางเดินอาหารกับผิวหนัง ทำให้มีสิ่งขับหลังไหลออกจากตำแหน่ง ทางเดินอาหารที่เกิดรูทะลุออกมาสู่ผิวหนังภายนอก ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการผ่าตัดปิดทวารเทียมหลังผ่าตัดเกิดการติดเชื้อใน ช่องท้องมีหนอง มีพังผืดบริเวณลำไส้เล็กจำนวนมาก ได้รับการจัดการการติดเชื้อ การระบายหนอง เปิดทวารเทียมใหม่อีก ครั้ง เมื่อมีการผ่าตัดแก้ไขเกิดแผลรูทะลุตามมา และเป็นแผลรูทะลุชนิด High out put แผลมีกลิ่นเหม็นรบกวน ส่งผลให้ ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความไม่สุขสบายจากสิ่งขับหลังเปื้อนเปรอะเปื้อน อาการปวด นอนไม่หลับ วิตกกังวล ต้องนอนโรงพยาบาลนาน ได้รับการปรึกษาและร่วมดูแลจากทีมดูแลบาดแผลโดยการทำแผลด้วยวิธีใช้แรงดูด สูญญากาศทำให้สามารถควบคุมสิ่งขับหลังที่ออกจากแผลรูทะลุ แผลรูทะลุแคบลง การงดน้ำงดอาหารเป็นเวลานานทำให้ ผู้ป่วยมีการเผาผลาญอาหารแบบ catabolism จึงต้องมีการให้สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ทดแทน มีการจัดการด้าน โภชนาการ ประเมินภาวะโภชนาการ วางแผนการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง และเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจึง ให้อาหารสำเร็จรูปที่ให้พลังงานสูง มีการปรึกษาทีม palliative care เพื่อจัดการความเจ็บปวด มีการประเมินสภาพจิตใจ ของผู้ป่วยให้การสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง มีการจัดการเฝ้าระวังการติดเชื้อทำให้ไม่เกิด ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยแผลรูทะลุเสียชีวิต ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อน จำหน่ายโดยทีมสหวิชาชีพ มีการยาเป็นผู้ดูแลได้รับความรู้และทักษะในการดูแลแผลรูทะลุก่อนจำหน่าย มีการติดตามดูแล แผลรูทะลุที่ศูนย์ดูแลบาดแผลต่อเนื่อง ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล 117 วัน

กรณีศึกษาที่ 2 มีการผ่าตัดมะเร็งลำไส้แบบฉุกเฉิน ก่อนผ่าตัดมีภาวะพร่องสารน้ำและเกลือแร่จากการอุดตัน ของลำไส้มีความเสี่ยงที่อาจเกิดอันตรายจากภาวะช็อก การพยาบาลที่สำคัญแก้ไขโดยการเพิ่มปริมาณสารน้ำ เม็ดเลือดแดง ให้ออกซิเจนเพื่อให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ มีการติดตามสัญญาณชีพ การทำงานของไต ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะ ช็อกได้รับการผ่าตัดอย่างปลอดภัยเนื่องจากก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ทำให้เกิดการแตกทะลุมีการปนเปื้อนของอุจจาระใน ช่องท้องขณะผ่าตัดจึงมีความเสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อในช่องท้อง วันที่ 3 หลังผ่าตัดพยาบาลประเมินเบื้องต้นพบว่ามีการ ติดเชื้อในกระแสเลือด เกิด septic shock มีการรายงานแพทย์ให้การรักษอย่างถูกต้องทันทั่วทั้งที่ โดยการให้สารน้ำ เจาะ Hemoculture และมีการปรับการให้ยาปฏิชีวนะอย่างรวดเร็ว ให้ยา Levophed มีฤทธิ์ช่วยบีบหลอดเลือดเพื่อเพิ่ม ปริมาณเลือดไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญ มีการบริหารยาอย่างเหมาะสม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา ผู้ป่วยปลอดภัยจาก ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่าย เตรียมความพร้อมของภรรยาซึ่งเป็นผู้ดูแล ได้รับการสอนและ ฝึกทักษะการดูแลทวารเทียม มีความพร้อมก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล 13 วัน

วิจารณ์

การผ่าตัดมะเร็งลำไส้จำเป็นต้องมีการวางแผนการทำผ่าตัดและมีเทคนิคในการทำผ่าตัดที่ดี การผ่าตัดในกรณีฉุกเฉินผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะเกิดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน ในการผ่าตัดทั้งแบบ elective และแบบฉุกเฉิน ควรมีการเตรียมผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ควรเน้นเรื่องโภชนาการ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด การดูแล การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล การให้คำแนะนำ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ได้รับการวางแผนจำหน่าย สามารถกลับไปดำเนินชีวิตในครอบครัวและสังคมได้

ข้อเสนอแนะ

1. Service plan สาขามะเร็ง ควรมีการประชุมสัมพันธวิธีให้ความรู้เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการตรวจคัดกรองโดยเฉพาะประชาชนที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป และประชากรกลุ่มเสี่ยง เพราะการรักษามะเร็งลำไส้ในระยะเริ่มต้นจะมีผลลัพธ์การรักษาที่ดี และโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดน้อยลง
2. กลุ่มงานศัลยกรรมควรมีการทบทวนความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ โดยเน้นการใช้เครื่องมือในการประเมินผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต การดูแลเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤต การดูแลแผลรูทวาร การจัดการด้านโภชนาการ เพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ
3. ทีมสหสาขาวิชาชีพควรมีการทบทวนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย และภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในผู้ป่วยทุกราย เพื่อนำไปปรับกระบวนการดูแลรักษาพยาบาลให้มีคุณภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. จุฬาร พรสังสิต, กาญจนา รุ่งแสงจันทร์. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง : ประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ. งานพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ : บริษัท พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด ; 2558
2. เนตรญา วิโรจวานิช. ประสิทธิภาพการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 2561;12 (1); 84-94
3. บุญขึ้น อัมมก. บทบาทของ ET Nurse. ใน ไพบุลย์ จิระไพศาลพงศ์ (บรรณาธิการ), ทวารเทียม หรือทวารใหม่: Colostomy / ileostomy กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; 2555 ; 30-48
4. ประไพพรรณ ฉายรัตน์ และสุพัฒศิริ ทศพรพิทักษ์กุล. ประสิทธิภาพของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 2560 ; 35 (3) ; 224-231
5. ไพบุลย์ จิระไพศาลพงศ์. (บรรณาธิการ). ความรู้ทั่วไปทวารเทียมหรือทวารใหม่ : Colostomy / Ileostomy. กรุงเทพมหานคร : กรุงเทพเวชสาร . 2555; 4-29

