

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม : กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing care for colon and rectal cancer patients undergoing colostomy
: a case study of two cases.

(Received: December 16,2025 ; Revised: December 20,2025 ; Accepted: December 22,2025)

เกศินี หัตถพนม¹

Kesine Hatthaphanom¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ที่เข้ารับการรักษาที่ตึกศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลบรบือ ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด และการวางแผนจำหน่าย โดยการรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ และเวชระเบียน การประเมินอาการ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย นำข้อมูลมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล และมีการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ที่เข้ารับการรักษาที่ตึกศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลบรบือ ดำเนินการศึกษา ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน – 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 จากกรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทย อายุ 75 ปี รูปร่างค่อนข้างอ้วน มาด้วยอาการปวดจุกแน่นท้อง เป็นก่อนมา 1 วัน 4 วันก่อนมา ผู้ป่วยไม่ถ่าย ไม่ผายลม ไม่มีอาเจียน

ผลการศึกษา พบว่า แพทย์วินิจฉัยเป็น CA descending colon with complete colonic obstruction ทำผ่าตัด Explore laparotomy with loop Transvers colostomy under GA ขณะเข้ารับการรักษาผู้ป่วยมีภาวะ Gout attack และ Hypoglycemia หลังได้รับการรักษาอาการดีขึ้นควบคุมอาการปวดและระดับน้ำตาลได้ ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุมีอาการตามัวเล็กน้อยและจำที่สอนไม่ค่อยได้ทำให้การสอนญาติในการดูแลแผล Colostomy และการเปลี่ยนถุง Colostomy bag มีความยากลำบากพอสมควรทุกครั้งที่มีการสอนทำแผลทวารเทียมและเปลี่ยนถุง Colostomy bag กรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทย อายุ 77 ปี รูปร่างผอม มาด้วยอาการปวดแน่นท้องรอบสะดือเป็นก่อนมา 1 วัน แพทย์วินิจฉัยเป็น CA rectum with complete colonic obstruction ทำผ่าตัด Explore laparotomy with loop Transvers colostomy under GA ขณะเข้ารับการรักษาผู้ป่วยมีภาวะ Hypokalemia และ Hypoglycemia หลังได้รับการรักษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ หลังผ่าตัดวันที่ 8 ศัลยแพทย์พิจารณาส่องกล้องลำไส้ใหญ่และตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจเพื่อประกอบการรักษา ผู้ป่วยและญาติยังไม่สามารถยอมรับความจริงเรื่องการเจ็บป่วย ญาติที่ดูแลผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเรื่องการผ่าตัดได้ การพยาบาลที่สำคัญคือ การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย และจิตใจให้กับผู้ป่วยและญาติ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับทวารเทียม และผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการกำหนดตำแหน่งทวารเทียมที่เหมาะสม การพยาบาลเพื่อแก้ไขและบรรเทาปัญหาเฉียบพลันที่กำลังคุกคามชีวิต การจัดการความปวดเพื่อลดความทุกข์ทรมาน การพยาบาลเพื่อป้องกันการภาวะแทรกซ้อนจากมีทวารเทียม การให้ความรู้ ฝึกทักษะ ผู้ป่วยและผู้ดูแล เสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยทั้งสองรายไม่มีภาวะแทรกซ้อนสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

คำสำคัญ : มะเร็งลำไส้ใหญ่, การผ่าตัดเปิดทวารเทียม, การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

Abstract

This study was a comparative study of two case studies to examine the nursing care of colon and rectal cancer patients undergoing colostomy surgery at the Surgery and Orthopaedic Surgery Building, Borabue Hospital, from preoperative, intraoperative, and postoperative stages, including discharge planning. Data were collected from patients, relatives, and medical records. Symptoms were assessed, medical histories taken, and physical examinations were performed. The data were used to determine nursing diagnoses, develop nursing care plans, and continuously evaluate nursing outcomes. This study compared the nursing care of colon and rectal cancer patients undergoing colostomy surgery at the Surgery and

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบรบือ

Orthopaedic Surgery Building, Borabue Hospital, from June 1 to November 30, 2025. Case 1 involved a 75-year-old Thai male who was relatively obese. He presented with general abdominal pain 1 day before the visit. For 4 days before the visit, the patient had not defecated, farted, or vomited.

Results: The doctor diagnosed CA descending colon with complete colonic obstruction. An explore laparotomy with a loop transversal colostomy under GA was performed. During the admission, the patient had a gout attack and hypoglycemia. After receiving treatment, the patient's symptoms improved and the pain and blood sugar levels were controlled. The patient had a problem with an elderly caregiver who had slight blurred vision and could not remember the instructions. This made teaching the family about colostomy wound care and changing the colostomy bag quite difficult every time there was a teaching session on stoma care and colostomy bag changing. Case Study 2: A 77-year-old Thai man with a thin build presented with abdominal pain around the navel 1 day before the visit. The doctor diagnosed CA rectum with complete colonic obstruction. An explore laparotomy with a loop transversal colostomy under GA was performed. During the admission, the patient had hypokalemia and hypoglycemia. After treatment, the laboratory test results were normal. On the 8th day after the surgery, the surgeon considered colonoscopy and biopsy for further analysis. Patients and their relatives are still unable to accept the reality of their illness. Relatives who care for patients are unable to make decisions about surgery. Key nursing interventions include physical and psychological preparation for patients and relatives. This includes providing information about colostomy and ensuring that all patients are assigned the appropriate colostomy placement. Nursing interventions address and alleviate acute, life-threatening problems, pain management to reduce suffering, and preventing complications from colostomy. Nursing interventions include providing education, training, and skills development for patients and caregivers, as well as empowering them to care for themselves. Both patients had no complications and were discharged home.

Keywords : Colon Cancer, Colostomy Surgery, Colon Cancer Nursing

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของคนทั่วโลก และมีแนวโน้มว่าจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก ปี 2561 พบว่า มะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นมะเร็งที่พบบ่อยใน 5 อันดับแรกของโลก ในบรรดาผู้ป่วยใหม่จำนวน 18.1 ล้านราย พบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ 1.8 ล้านราย จำนวนผู้เสียชีวิต 9.6 ล้านคน เป็นผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ 881,000) และจากสถิติกระทรวงสาธารณสุข ปี 2560 - 2562 พบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก 4781, 5068 และ 5476 ราย อัตราตายต่อแสนประชากร คิดเป็น 7.3, 7.7 และ 8.4 ตามลำดับ¹ มะเร็งลำไส้ใหญ่สามารถเกิดขึ้นได้กับลำไส้ใหญ่ทุกส่วน ทั้งลำไส้ใหญ่ที่อยู่ในช่องท้องหรือโคลอน (Colon) กับลำไส้ใหญ่ส่วนที่อยู่ในอุ้งเชิงกรานหรือเร็คตัม (Rectum) มะเร็งลำไส้ใหญ่ของทั้ง 2 ส่วนจะมีการตรวจวินิจฉัยและระยะโรค

คล้ายคลึงกัน ผู้ป่วยที่มีการตรวจวินิจฉัยของโรคที่แน่นอนแล้วแพทย์ศัลยกรรมส่วนใหญ่จะรักษาด้วยการผ่าตัด จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดและเปิดทวารเทียม ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจจากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป อาจรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ปัจจุบันการรักษา มะเร็งลำไส้ใหญ่มีหลายวิธี เช่นการผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด หากก้อนมะเร็งอยู่ใกล้หูรูดทวารหนัก ศัลยแพทย์จำเป็นต้องยกลำไส้มาเปิดทางหน้าท้องเป็นทวารเทียมเพื่อระบายอุจจาระเป็นแบบชั่วคราวหรือถาวร² ผู้ป่วยที่เปิดลำไส้หน้าท้อง (colostomy) ต้องปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ การจัดการกับ กลิ่น ก๊าซ การมีเพศสัมพันธ์ การเดินทาง และข้อจำกัดด้านการรับประทานอาหาร การดูแลผู้ป่วยตลอดจนการให้

คำแนะนำ ให้ความรู้ความเข้าใจก่อนผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ควรคำนึงถึงความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมกับการยอมรับสภาพตนเอง หลังผ่าตัดจะต้องให้คำแนะนำประคับประคองให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้คลายความวิตกกังวลส่งผลให้เกิดความร่วมมือการรักษาพยาบาล จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและลดระยะเวลาการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบสาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษา และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็ง

ลำไส้ใหญ่ จำนวน 2 ราย ที่เข้ามารับการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ในโรงพยาบาลบรบือ ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน – 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย แบบรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลสามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวม และใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ชายไทย อายุ 75 ปี รูปร่างค่อนข้างอ้วน เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบรบือ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม เมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม 2568 เวลา 07.51 น. มาด้วยอาการปวดจุกแน่นท้อง เป็นก่อนมา 1 วัน 4 วัน ก่อนมา ผู้ป่วยไม่ถ่าย ไม่ผายลม ไม่มีอาเจียน ไม่ได้รับการรักษาที่ไหน 1 วันก่อนมามีอาการปวดจุก แน่นท้องท้อง มีอาเจียน 1 วัน ไม่ถ่าย ไม่มีไข้ ญาติจึงพามารักษาที่โรงพยาบาล ศัลยแพทย์วินิจฉัยลำไส้อุดตันแบบสมบูรณ์ จึงส่งทำ CT Whole abdomen Emergency, Retain NG decompression แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น CA descending colon with complete colonic obstruction ศัลยแพทย์จึง Set OR for Explore laparotomy with loop Transvers colostomy under GA วันที่ 16 กรกฎาคม 2568 ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยพร้อมผ่าตัด ศัลยแพทย์ทำการผ่าตัด Explore laparotomy with loop Transvers colostomy under General anesthesia ใช้เวลาในการผ่าตัด 1 ชั่วโมง 56 นาที พบน้ำในช่องท้อง 100 ml Blood loss 10 ml ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวโรงพยาบาลบรบือ 8 วัน ขณะเข้ารับการรักษาผู้ป่วยมีภาวะ Gout attack ดูแลให้ได้รับยา Dexamethasone 4 mg (V), Colchicin (0.6 mg) 1x3 po pc และ Hypoglycemia	ชายไทย อายุ 77 ปี รูปร่างผอม เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบรบือ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม เมื่อวันที่ 11 สิงหาคม 2568 เวลา 06.28 น. ผู้ป่วยมาด้วยอาการปวดแน่นท้องรอบสะดือเป็นก่อนมา 1 วัน 2 วันก่อนมามีอาการถ่ายเหลววันละ 4-5 ครั้ง ไม่มีอาเจียน ไม่มีไข้ ไม่ได้รับการรักษาที่ไหน 1 วันก่อนมามีอาการปวดแน่นท้องรอบสะดือไม่ถ่าย ไม่มีอาเจียน ผายลมปกติ ญาติจึงพามารักษาที่โรงพยาบาล ศัลยแพทย์สงสัยลำไส้อุดตันจึงส่งทำ CT Whole abdomen Emergency, Retain NG decompression แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น CA rectum with complete colonic obstruction ศัลยแพทย์จึง Set OR for Explore laparotomy with loop Transvers colostomy under GA วันที่ 12 สิงหาคม 2568 เวลา 13.00 น. ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยพร้อมผ่าตัด ศัลยแพทย์ทำการผ่าตัด Explore laparotomy with loop Transvers colostomy under General anesthesia ใช้เวลาในการผ่าตัด 1 ชั่วโมง 36 นาที พบน้ำในช่องท้อง 20 ml Blood loss 20 ml หลังผ่าตัดผู้ป่วยปวดแผลพอน Pain score 3 – 5 คะแนน แพทย์ให้ยาแก้ปวด Dynastat 40 mg (V) ทุก 12 ชั่วโมง 4 วัน, Morphine 3 mg (V) prn ทุก 4 ชั่วโมง ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวโรงพยาบาลบรบือ

ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<p>ดูแลให้ได้รับยา 5%DN/2 1,000 ml (V) drip 80 ml/hr. หลังได้รับการรักษาอาการทุเลาลง ผู้ป่วยหลังผ่าตัดปวดแผลพอนสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ แผลไม่มี Bleeding ซึม รอบแผลไม่มีปวด บวม แดงร้อน ไม่มีอาการของการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด สอนผู้ป่วย และญาติในการดูแลถุง Colostomy สามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง แพทย์จึงอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน โดยให้ยามารับประทานที่บ้าน นัดผู้ป่วยล้างแผลที่ รพ.สต. ห้วยเตย และพบศัลยแพทย์ที่ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกศัลยกรรม 1 สัปดาห์ (13 ส.ค.68) ได้ส่งข้อมูลเยี่ยมบ้านให้ รพ.สต. ที่รับผิดชอบและติดตามอาการผู้ป่วย 30 วันจนจำหน่ายออกจากการดูแล</p>	<p>11 วัน ขณะเข้ารับการรักษาผู้ป่วยมีภาวะ Hypokalemia ดูแลให้ได้รับยา 0.9% NSS 1,000 ml+KCL 40 mEq (V) drip 80 ml/hr. และ Hypoglycemic coma ดูแลให้ได้รับยา 50% glucose 50 ml (V) push หลังได้รับการรักษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ หลังผ่าตัดวันที่ 8 ศัลยแพทย์พิจารณาส่องกล้องลำไส้ใหญ่และตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจเพื่อประกอบการรักษา ผู้ป่วยหลังผ่าตัดปวดแผลพอนสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ แผลไม่มี Bleeding ซึม รอบแผลไม่มีปวด บวม แดงร้อน ไม่มีอาการของการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด สอนผู้ป่วยและญาติในการดูแลถุง Colostomy สามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง แพทย์จึงอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน โดยให้ยามารับประทานที่บ้าน นัดผู้ป่วยล้างแผลที่ รพ.สต. โนนราษี ทุกวันนัดตัดไหม 7 วัน ที่ รพ.สต. โนนราษี และพบศัลยแพทย์ที่ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกศัลยกรรม 2 สัปดาห์ (8 ก.ย. 68) ได้ส่งข้อมูลเยี่ยมบ้านให้ รพ.สต. ที่รับผิดชอบและติดตามอาการผู้ป่วย 30 วันจนจำหน่ายออกจากการดูแล</p>

กิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาล

ปัญหาการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด เป้าหมายของการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมด้านร่างกายเพราะจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนระหว่างทำผ่าตัดและและหลังผ่าตัดส่วนการเตรียมด้านจิตใจให้กับผู้ป่วย พยาบาลต้องมีทักษะในการสื่อสารที่ดีมีการประเมินสภาพจิตใจระหว่างให้ข้อมูลโดยดึงญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลแก้ปัญหาไปด้วยกัน ผู้ป่วยจะเกิดความมั่นใจและพร้อมที่จะเผชิญกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล 1. ให้การดูแลด้วยท่าที่เป็นมิตร พร้อมจะให้ความช่วยเหลือ 2. แจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการผ่าตัดทวารเทียม ซึ่งการผ่าตัดจะมีท่อและสายต่าง ๆ ติดตัวผู้ป่วย ตำแหน่งของแผลผ่าตัดและทวารเทียม การให้ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทวารเทียมและถุงอุ้งกระเพาะอุจจาระที่ 3. อธิบายการควบคุมอาการปวดหลังผ่าตัด การประเมินโดยใช้ Pain rating scale และการจัดการความปวดโดยใช้ยาตามแผนการรักษา หากควบคุมความปวดได้ดี จะส่งผลให้การเคลื่อนไหว หลุกจากเตียงหลังผ่าตัดก็จะทำได้เร็ว 4. สอนสาธิตการบริหารการหายใจและการไอ (Deep breathing and cough exercise) เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนทางปอด ร่วมกับการใช้เครื่อง Spirometer (Tri-flow) ช่วยในการหายใจ โดยให้ปฏิบัติ</p>
<p>การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด เป้าหมายของการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย เพราะจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนระหว่างทำผ่าตัดและและหลังผ่าตัดส่วนการเตรียม ด้านจิตใจให้กับผู้ป่วย พยาบาลต้องมีทักษะในการสื่อสารที่ดี มีการ ประเมินสภาพจิตใจระหว่างให้ข้อมูลโดยดึงญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลแก้ปัญหาไปด้วยกัน ผู้ป่วยจะเกิดความมั่นใจและพร้อมที่ จะเผชิญกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง</p>	<p>10 ครั้ง ทุกหนึ่งชั่วโมง 5. สอนสาธิตการบริหารขา (Leg exercise) เมื่อเริ่มรู้สึกตัวหลังผ่าตัดให้เริ่มทำทันที เพื่อให้เลือดไหลเวียนดีขึ้น โดยปฏิบัติดังนี้ หมุนข้อเท้าทางด้านซ้าย วนด้านขวา สลับกัน กระดกข้อเท้าขึ้นลง และเกร็งขายืดขาเหยียดตรง ควรปฏิบัติ 4-5 ครั้ง ทุกครั้งชั่วโมงในขณะที่ตื่น 6. สร้างความเข้าใจเพื่อส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัด ควรปฏิบัติให้เร็วที่สุดภายใน 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวและไม่มีข้อจำกัดในการลุกจากเตียงได้แก่ มีอัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 40 ครั้ง/นาที หรือ มากกว่า 130 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจมากกว่า 35 ครั้ง/นาที เป็นระยะเวลา นานกว่า 30 นาที ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวน้อยกว่า 85 มิลลิเมตรปรอท หรือ มากกว่า 200 มิลลิเมตรปรอท พยาบาลจะช่วยกระตุ้นการบริหารขา ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยลุกนั่งเพื่อส่งเสริมการทางานของปอด กระตุ้นให้เดินอย่างน้อย 2 ครั้งต่อวัน (ศิริพรรณ ภมรพล, 2559)</p>

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาล

ปัญหาการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>7. อธิบายการรับประทานอาหารหลังผ่าตัด (Step diet) การเริ่มจิบน้ำอาหารเหลว อาหารอ่อนและอาหารธรรมดาที่เหมาะสมกับโรคร่วมเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินการบริโภคอาหารและซักถามการทำงานของระบบทางเดินอาหาร การผายลม อาการปวดแน่นท้อง และการเริ่มขับถ่ายอุจจาระทางทวารเทียม</p> <p>8. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียม เรื่อง ดูแลและทำความสะอาดผิวหนังบริเวณผ่าตัดและทวารเทียม ให้คู่มือ แนะนำอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับทวารเทียมที่หน้าท้อง ได้แก่ แป้นและถุงรองรับอุจจาระจะเป็นชนิดขึ้นเดียวซึ่งในระยะแรกจะใช้ถุงรองรับอุจจาระชนิดขึ้นเดียวใส เพื่อสังเกตลักษณะของทวารเทียม คือ มีสีชมพูแดง รูปร่างกลม อยู่เหนือผิวหนังประมาณ 2.5 เซนติเมตร และมีรอยไหมเย็บรอบทวารเทียมกับผิวหนัง โดย 2-3 วันแรกหลังผ่าตัดจะไม่มีอุจจาระ แนะนำวิธีการถ่ายเทของเสียออกจากถุงรองรับอุจจาระ การแต่งกาย อาหาร การออกกำลังกาย การเตรียมอุปกรณ์ กรรไกรตัดแป้นปิดหน้าท้องน้ำยาทำความสะอาดถุงรองรับอุจจาระ (จุฬารักษ์ ประสงค์ และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์, 2558) และให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการสอนสาธิตการใช้อุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่าย และการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดทวารเทียมจากพยาบาลเฉพาะทางบาดแผลและทวารเทียมจนผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้</p>
<p>การพยาบาลระยะผ่าตัด ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผ่าตัด ผ่าตัดผิดคน ผิดข้างผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจสอบการระบุตัวตนของผู้ป่วย 2. ชื่อหัตถการที่ทำการผ่าตัด 3. ตรวจสอบตำแหน่งที่จะทำการผ่าตัดตำแหน่งที่จะลงมีด 4. เตรียมความพร้อมอุปกรณ์สำหรับการผ่าตัดและส่งเครื่องมือตามหลักปราศจากเชื้ออย่างรวดเร็วและถูกต้อง 5. ประเมินและร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง 6. ตรวจสอบตรวจสอบเครื่องมือผ้าซับเลือดให้ตรงกันทั้งก่อนและหลังผ่าตัด 7. จัดสิ่งขึ้นเนื้อที่ตัดออกจากร่างกายผู้ป่วยให้ถูกต้องตามขั้นตอน 8. เตรียมอุปกรณ์และดูแลการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากห้องผ่าตัดไปยังห้องพักฟื้นไปยังหอผู้ป่วย 9. ส่งต่อข้อมูลที่สำคัญที่ต้องดูแลให้ห้องพักฟื้น 10. บันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาทีเพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติและให้การช่วยเหลือได้ทันที 11. ดูแล ให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ Aceta 1000 ml. iv drip 200 ml/hr. 12. เจาะ HCT ตามแผนการรักษา 13. ประเมินอาการเสียเลือดขณะผ่าตัดตลอดเวลา 14. ประเมินปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมงเพื่อ ดูการทำงานของไตหาก < 30 ml/hr. รายงานแพทย์ทันที 15. ประเมินอาการและการแสดงเป็นระยะเพื่อดูการเปลี่ยนแปลง
<p>การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด เป้าหมายของการพยาบาลเพื่อแก้ไขและบรรเทาปัญหาหลังผ่าตัดเทียบปล้นที่กำลังคุกคามชีวิตเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนคงที่ ประเมินระดับความรู้สึกตัวลดลง ถ้าผู้ป่วยกระสับ กระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ชีพจรมากกว่า 100 ครั้ง/นาที หายใจเร็วและลึกมากกว่า 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต <90/60 mmHg รายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาทันที 2. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน Mask with bag 8 L/m ตามแผนการรักษา ติดตามค่าออกซิเจนในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 95% ขึ้นไป หากผิดปกติรายงานแพทย์

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาล

ปัญหาการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>3. การประเมินลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ภายใน 24 ชั่วโมงแรกเพื่อสังเกตภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น หลังการผ่าตัดทันที ได้แก่ Stoma ischemia, necrosis, bleeding เป็นต้น</p> <p>4. ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ได้แก่ หายใจหอบเหนื่อย กระสับกระส่าย สับสน หัวใจเต้นเร็ว ดูแลให้ได้รับสารน้ำและยาทาง</p>
<p>การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด (ต่อ) เป้าหมายของการพยาบาลเพื่อแก้ไขและบรรเทาปัญหาหลังผ่าตัดเฉียบพลันที่กำลังคุกคามชีวิตเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล (ต่อ) หลุดเลือดดำตามแผนการรักษา</p> <p>5. ติดตามความสมดุลของเกลือแร่เนื่องจากมีการตัดลำไส้ใหญ่ออกตามพยาธิสภาพ ทำให้การดูดซึมน้ำและอิเล็กโทรไลต์ลดลง</p> <p>6. บันทึกสารน้ำเข้า-ออกทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะสมดุลของสารน้ำ</p> <p>7. แจ้งอาการของผู้ป่วยและอธิบายให้ญาติเข้าใจถึงแผนการรักษาภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด และเปิดโอกาสให้ญาติซักถามข้อสงสัย</p>
<p>การพยาบาลระยะต่อเนื่อง เป้าหมายระยะนี้คือ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะหายใจล้มเหลว ปวด การได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ความสามารถในการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวันลดลง</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินการหายใจ อาการปวดแผลผ่าตัด แผลผ่าตัด 2. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง 3. สังเกต Abdominal sign ได้แก่ ท้องอืด แน่นตึง ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน 4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและยาตามแผนการรักษาของแพทย์และสังเกตผลข้างเคียง 5. ดูแลความสะอาดร่างกายและจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยพักผ่อน 6. ประเมินลักษณะของ stoma: end colostomy, round shape, pink color, size, mucocutaneous skin suture line intact, peristomal skin normal 7. ดูแลและสังเกตลักษณะ stoma ชุ่มชื้น ผิวมันวาว สีชมพูไม่มีสีแดงคล้ำ หรือสีซีด ความสูงอยู่เหนือผิวหนังประมาณ 2.5 เซนติเมตร ไม่ยื่นออกมามาก (prolapse) หรืออยู่ต่ำกว่าระดับผิวหนัง (retraction) และผิวหนังรอบบริเวณ stoma ไม่มี skin irritation หรือ skin excoriation 8. ประเมินการทำงานของลำไส้ในการขับถ่ายอุจจาระทางทวารใหม่ จากการผายลมหรืออุปกรณ์รองรับอุจจาระไปง 9. กระตุ้น early ambulation เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน 10. ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อการดูแลทวารใหม่เพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อกลับบ้านในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และการดูแลทวารใหม่เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การอุดกั้นของลำไส้แผลเย็บระหว่างผิวหนัง และ stoma แยก ผิวหนังรอบๆ stoma เป็นแผล stoma มีเลือดออกหรือมีสีคล้ำลง stoma prolapse หรือ retraction เป็นต้น 11. สอนและสาธิตขั้นตอนการเปลี่ยนและปิดถุงรองรับสิ่งขับถ่ายให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1) เช็ดทำความสะอาดช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้องและผิวหนังรอบช่อง
<p>การพยาบาลระยะต่อเนื่อง (ต่อ) เป้าหมายระยะนี้คือ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะหายใจล้มเหลว ปวด การได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ความสามารถในการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวันลดลง</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล (ต่อ) เปิดลำไส้ด้วยน้ำสะอาด อาจใช้สบู่อ่อน ทำความสะอาดผิวหนังรอบๆเมื่อสกปรก น้ำจะไม่เข้าเพราะช่องเปิดลำไส้เปิดทางหน้าท้องจะมีแต่การบีบตัวไล่ น้ำออกสามารถอาบน้ำได้ เช็ดผิวหนังรอบๆ ให้แห้งก่อนที่จะติดถุง ถ้ามีขนบริเวณรอบๆ ช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง ควรตัดหรือโกนขนเพื่อป้องกันการอักเสบของรูขุมขนซึ่งอาจเกิดขึ้นได้เมื่อติดถุงรองรับอุจจาระ การใช้สบู่ที่มีส่วนผสมของสารบำรุงผิวหนังพวกมอยเจอร์ไรเซอร์ ทำให้การยึดติดของถุงรองรับอุจจาระไม่แน่น หรือแนะนำให้ใช้สบู่อย่างอ่อน เช่น สบู่เด็ก ไม่มีส่วนผสมของน้ำมันและล้าให้สะอาด เนื่องจากอาจมีการตกค้างของสบู่ ทำให้เกิดผิวหนังอักเสบได้</p>

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาล

ปัญหาการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>2) การใช้ผลิตภัณฑ์เคลือบผิว/ปกป้องผิวรอบช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (Skin protectant or Moisture barrier) ทาบริเวณรอบๆ ช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง ผลิตภัณฑ์เคลือบผิวทำหน้าที่เหมือนผิวหนังชั้นบน ป้องกันการดูดซึมของสารระคายเคืองจากปัสสาวะและอุจจาระ ลดการเสียดสี ป้องกันการสูญเสียน้ำทางผิวหนัง สามารถให้ความชุ่มชื้น และช่วยป้องกันผิวหนังลอกหลุดจากการลอก เปลี่ยนถุงรองรับของเสีย มีอยู่หลายรูปแบบได้แก่ cream, liquid wipes, liquid spray ในกรณีที่ใช้ในรูปแบบ cream ต้องทาบางๆและรอให้แห้งก่อน จึงปิดถุงรองรับของเสีย</p> <p>3) การเทถุงรองรับอุจจาระเมื่ออุจจาระอยู่ในถุงประมาณ 1/3 ของถุง ถ้ามากกว่านี้ทำให้เกิดแรงดึงรั้งเป็นสาเหตุให้ถุงรองรับอุจจาระแยกหลุดจากแผ่นรองที่ติดกับผิวหนังได้</p> <p>4) การเปลี่ยนและการติดถุงรองรับอุจจาระ มีวิธีการดังนี้ คือ เช็ดผิวหนังรอบๆ ช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้องให้แห้ง วัดขนาดของช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง และตัดขนาดของถุงให้ใหญ่กว่าช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้องประมาณ 2 มิลลิเมตร ไม่ติดถุงชิดกับช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้องมากเกินไปเพราะขอบถุงจะทำให้ช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้องเกิดแผลได้ ไม่ติดถุงห่างกับช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้องมากเกินไป เพราะอุจจาระจะทำให้ผิวหนังรอบช่องเปิดลำไส้ระคายเคือง เกิดแผลได้</p>
<p>การพยาบาลระยะจำหน่าย</p> <p>เป้าหมายเป็นการเตรียมผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ให้มีความรู้ ความเข้าใจ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน สามารถใช้อุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่ายได้ด้วยความมั่นใจ ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองและ</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคกระเจ็งลำไส้ สาเหตุ อาการและอาการแสดง แนวทางการดูแลรักษา พร้อมทั้งกำลังใจผู้ป่วยและญาติในการยอมรับการเจ็บป่วยและปฏิบัติตามแนวทางการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด 2. ให้ความรู้เรื่องยา ข้อบ่งใช้ การออกฤทธิ์ วิธีการใช้ยา ขนาด ปริมาณ จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ผลข้างเคียง รวมทั้งการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องและครบถ้วน
<p>การพยาบาลระยะจำหน่าย (ต่อ)</p> <p>มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดี ถูกต้องเหมาะสม ช่วยเสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเอง ตามหลัก D-M-E-T-H-O-D</p>	<ol style="list-style-type: none"> 3. ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อม สิ่งของ สถานที่ที่ที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพใช้แหล่งประโยชน์จากชุมชนสังคม 4. ให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับแผนการรักษา การปฏิบัติตัวการพักผ่อนนอนหลับ การลดความวิตกกังวลไม่เครียด ทำอารมณ์ให้แจ่มใส 5. ให้ความรู้การสังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ การมีอุจจาระออกน้อยลงหรือไม่ออกเลย ปวดเพิ่มขึ้น หรืออาการที่แสดงว่ามีการติดเชื้อ มีแผลรอบทวารเทียม ผิวหนังรอบๆ stoma บวมบูนหรือโป่งออกเมื่อนอนราบไม่กลับคืน stoma มีความผิดปกติ มีเลือดสดๆ ออกไม่หยุดเมื่อทำการห้ามเลือดที่ stoma หรือมีลำไส้ยื่นยาว stoma ตีบตัน หรือมีถ่ายเป็นเลือดออกมาจากลำไส้ 6. ให้คำแนะนำติดตามการรักษา การตรวจตามนัดหากมีอาการผิดปกติให้ไปพบแพทย์ก่อนวันนัด 7. ประเมินทักษะในการดูแลทวารเทียมของผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อให้มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติที่ถูกต้องและส่งเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติ 8. แนะนำให้รับประทานอาหารได้ทุกชนิด ควรดื่มน้ำสะอาด อาหารหมักดอง อาหารที่ทำให้เกิด gas รวมทั้งการปรับเปลี่ยนสุขนิสัยในการรับประทานอาหาร ได้แก่ ควรรับประทานอาหารเพียงพอบ่อยๆ ไม่ควรอิมจนเกินไป ควรเคี้ยวอาหารให้ละเอียดโดยเฉพาะอาหารที่แข็ง และมีกากใยสูง ควรเคี้ยวให้ละเอียดเพื่อป้องกันอาการท้องผูก ทำให้เกิดการอุดตันของลำไส้ ควรหลีกเลี่ยงการพูดคุยขณะรับประทานอาหาร ควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว สำหรับอาหารที่ไม่คุ้นเคยควรเริ่มรับประทานเพียงเล็กน้อย

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาล

ปัญหาการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>9. การดูแลความสะอาดร่างกาย ผู้ป่วยสามารถอาบน้ำได้ตามปกติทั้งขณะใส่ถุงรองรับอุจจาระ ด้วยการปิดพลาสติกกันน้ำ เพื่อยืดระยะเวลาการเปลี่ยนแป้น และในวันที่ถอดถุงรองรับอุจจาระออกเพื่อเปลี่ยนแป้น โดยการตักน้ำอาบ หรืออาบน้ำด้วยฝักบัว แต่ไม่ควรใช้น้ำฉีดบริเวณ stoma หลังจากอาบน้ำเสร็จให้ซับน้ำบริเวณ stoma ให้แห้ง แล้วจึงเปลี่ยนอุปกรณ์ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการอาบน้ำคลอง</p> <p>10. การป้องกันและดูแลรักษาผิวหนังโดยรอบ stoma ทำความสะอาดรอบๆ stoma ด้วยน้ำสะอาด ซับให้แห้ง ไม่ควรขัด ถูหรือเกาบริเวณรอบๆ stoma เพราะจะทำให้เกิดแผลและมีการติดเชื้อได้ สังเกตอาการอักเสบของผิวหนัง เช่น ผิวหนังมีผื่นแดง มีอาการคัน ผิวหนังแห้ง แตก ลอกเป็นแผล ในระยะแรกที่ยังมี Mucocutaneous suture line หรือรอยแผลเย็บควรใช้ skin barrier powder โรยบางๆ ลูบผงบ้างออกด้วยกระดาษชำระก่อนปิดแป้น</p>
<p>การพยาบาลระยะจำหน่าย (ต่อ)</p>	<p>11. การแต่งกาย สามารถแต่งกายได้ตามปกติ แนะนำผู้ป่วยใส่เสื้อผ้าที่มีเนื้อผ้าหนาและสีเข้ม เพื่อไม่ให้ถุงรองรับอุจจาระนูนออกมาให้เห็นชัดเจน และไม่กดบริเวณ stoma</p> <p>12. การเดินทาง สามารถเดินทางไกลได้ แต่ควรเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นไปด้วยตลอดเวลาและควรเตรียมให้มีจำนวนมากเพียงพอในกรณีที่มีความจำเป็นใช้รับด่วนหรือฉุกเฉิน</p> <p>13. การทำงาน ผู้ป่วยสามารถทำงานได้ตามปกติ งดเว้น การยกของหนักหรือภาวะที่ทำให้แรงดันในช่องท้องสูง ซึ่งจะมีผลกระทบต่อ stoma ทำให้เกิด stoma herniation หรือ prolapse stoma</p> <p>14. การพักผ่อนและการออกกำลังกายสามารถออกกำลังกายเบาๆ เช่น การบริหารแขนและขา แต่ไม่ควรหักโหม หรือเล่นกีฬาที่มีการกระทบกระแทกที่จะเป็นอันตรายต่อ stoma ได้</p> <p>15. การนอนหลับ ก่อนนอนควรทำความสะอาดถุงรองรับอุจจาระ หรือเทอุจจาระให้เรียบร้อย และไม่ควรรอนทับบริเวณ stoma</p>

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีสาเหตุการเกิดโรคไม่แน่นอนชัดและสมาชิกในครอบครัวไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เกิดได้ทั้งจากพันธุกรรมและพฤติกรรม การดำเนินชีวิต ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักพบโรคมะเร็งตั้งแต่อายุน้อยกว่า 45 ปีขึ้นไป แต่อุบัติการณ์จะเพิ่มเมื่ออายุมากขึ้นโดยเฉพาะจะเพิ่มมากเมื่ออายุมากกว่า 50 ปีส่วนสาเหตุจากพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิต ได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์จะมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (จุฬาพร ประสงค์ และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์, 2558) ซึ่งอาการที่พบได้แก่ อุจจาระเหลวกับอุจจาระแข็งสลับกัน เลือดปนอุจจาระท้องอืดแน่นท้อง น้ำหนักลด อาเจียน อาจตรวจพบว่ามีอาการซีด ซึ่งเกิดจากการเสีย

เลือดปนมาในอุจจาระแต่มองไม่เห็นด้วยตาเปล่า มักจะเกิดจากการที่ก้อนมะเร็งมีการแตกเป็นแผล (ulcer) เกิดการเสียเลือดที่ล้นน้อยจนเกิดอาการของโรคโลหิตจางได้ (จุฬารัตน์ วรศิริ, 2559) ผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น ไม่มีแรง ซีด เป็นต้นนอกจากนี้ผู้ป่วยที่อาการลุกลามมากมักมาด้วยอาการของลำไส้อุดตัน ซึ่งจะมีอาการปวดท้องท้องอืด อาเจียน และถ่ายอุจจาระหรือผายลมลดลง (จุฬาพร ประสงค์ และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์, 2558) กรณีศึกษารายที่ 1 มาด้วยอาการปวดจุกแน่นทั่วท้อง เป็นก่อนมา 1 วัน 4 วันก่อนมา ผู้ป่วยไม่ถ่าย ไม่ผายลม ไม่มีอาเจียน ได้รับการวินิจฉัยเป็นลำไส้อุดตันและมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้รับการผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่มาเปิดทางหน้าท้อง กรณีศึกษารายที่ 2 มาด้วยอาการปวดแน่นท้อง

รอบสะดือเป็นก่อนมา 1 วัน 2 วันก่อนมามีอาการถ่ายเหลววันละ 4-5 ครั้ง ไม่มีอาเจียน ไม่มีไข้ ได้รับการวินิจฉัยเป็นลำไส้อุดตันและมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้รับการผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่มาเปิดทางหน้าท้อง

ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม นับเป็นภาวะวิกฤตทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยชีวิตผู้ป่วยจึงต้องมีความรู้ ความสามารถในการประเมินผู้ป่วยได้ถูกต้อง เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการตลอดจนวางแผนการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม และสอดคล้องกับการรักษาของแพทย์

จากการรวบรวมข้อมูลทางสุขภาพ โดยใช้การประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนในทั้ง 2 ราย ได้กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลครอบคลุม 4 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะวิกฤติ ระยะต่อเนื่อง และระยะจำหน่าย

จากผลการศึกษาเปรียบเทียบ 2 กรณี พบว่ามีการวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัดที่เหมือนกัน คือ ผู้ป่วยมีอาการปวดแน่นอึดอัดท้องจากการอุดตันลำไส้ ญาติและผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาวะ โรคและการรักษาที่ได้รับ ในระยะผ่าตัด ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล ผู้ป่วยผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด มีความไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผล ระยะต่อเนื่องได้รับการสอนการดูแลแผล Colostomy โดยพยาบาล ประจำผู้ป่วย ศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูกและข้อ และมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเหมือนกัน ระยะจำหน่ายญาติและผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เมื่อกลับบ้านเนื่องจากมีทวารเทียม และการสูญเสีย ภาวลักษณ์ ส่วนการวินิจฉัยการพยาบาลที่ต่างกัน ระยะหลังผ่าตัด กรณีศึกษารายที่ 1 มีภาวะปวดตามข้อจาก โรคประจำตัวเดิมเป็น Gout ในขณะที่กรณีศึกษารายที่ 2 มีอาการไอมีเสมหะหลังผ่าตัด ส่วนในระยะต่อเนื่อง กรณีศึกษารายที่ 2 มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ เนื่องจากการเตรียมลำไส้เพื่อทำการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ผลการศึกษาเปรียบเทียบ 2 กรณี

พบว่า มาด้วยอาการปวดท้องเหมือนกัน แพทย์วินิจฉัยลำไส้อุดตันจากผล CT Whole abdomen กรณีศึกษารายที่ 1 พบว่าเป็น CA descending colon with complete colonic obstruction ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 พบว่าเป็น CA rectum with complete colonic obstruction ทั้งสองรายได้รับการรักษา โดยการผ่าตัดทางหน้าท้องเปิดทวารเทียม ชนิด Colostomy เหมือนกัน กรณีศึกษารายที่ 1 มีโรคประจำตัวได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลเป็นประจำญาติสามารถยอมรับกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ไม่เคยเจ็บป่วยได้รับข่าวร้ายทำให้ผู้ป่วยและญาติทำใจยอมรับไม่ได้ พยาบาลผู้ดูแลต้องใช้ความรู้ทั้งศาสตร์และศิลป์ในการดูแลครอบคลุมทั้ง กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ให้ความเวลาและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ตัดสินใจรับการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากระยะวิกฤตโดยเร็ว กรณีศึกษาทั้ง 2 ได้รับการดูแลตามมาตรฐานจนสามารถจำหน่ายกลับบ้านโดยมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองได้ตามอัตรภาพและมาตรฐานตามนัด

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ภายหลังได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม มีการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาการขับถ่ายอุจจาระ ส่งผลกระทบ ทั้งด้านร่างกาย จิตอารมณ์ และสังคม ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง การดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียมต้องให้ครอบคลุมประเด็นสำคัญ ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ซึ่งประกอบด้วย การประเมินสภาพจิตใจ การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย และการเตรียมลำไส้ การดูแลระยะหลังผ่าตัด ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีความรู้ความชำนาญในงานสูงมาก สามารถประเมินลักษณะของทวารเทียม ลักษณะของสิ่งขับถ่าย การฝึกทักษะการใช้อุปกรณ์การสอนและให้คำแนะนำผู้ป่วย เพราะถึงแม้ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดแล้ว ผู้ป่วยยังต้องการ การดูแลต่อเนื่อง โดยการส่งต่อข้อมูลสู่ชุมชนในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง^{3,4,5}

ข้อเสนอแนะ

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม สามารถนำกระบวนการพยาบาล มาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย มีการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการผ่าตัดตามแผนการรักษา และไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังการรักษา อีกทั้งยังสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีสุขภาวะ ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ควรส่งพยาบาลไปอบรมเฉพาะทาง Entrostomal Therapy Nurse (ET Nurse) ในการดูแลพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องตรวจโรค ศัลยกรรมและพยาบาลให้สามารถดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

2. ควรมีช่องทางติดต่อ เช่น Line official ให้ผู้ป่วยขอคำปรึกษาหลังจำหน่ายกรณีมีปัญหาด้านการดูแลตนเอง เช่น ไม่สามารถติดอุปกรณ์ได้ มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2560). สถิติสาธารณสุข 2560-2562. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข.
2. วันดี สารราษฎร์. (2561). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า, 1(2), 96-111.
3. จุฬารพร ประสงค์. (2561). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. ใน สุวรรณีย์ สิริเลิศตระกูล และ เนตร์สุวิณัฎฐ์จิตรสวัสดิ์. บทความวิชาการ การศึกษาต่อเนื่องสาขาการพยาบาลศาสตร์ เล่มที่ 18 การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์.
4. สุวรรณีย์ สิริเลิศตระกูล. (บรรณาธิการ). (2555). การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. สมุทรปราการ: สันทวีกิจพริ้นติ้ง
5. เอ็มปภา ปรีชาธีรศาสตร์. (2560). บทบาทพยาบาลเฉพาะทางดูแลบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ : กรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรง. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย, 10(1), 22-34.