

## บทบาทพยาบาลในการเตรียมลำไส้ ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

กัณฑ์ชญา เขียดน้อย<sup>1</sup>

ฐิติชญาณ์ ปิยภัทรธน์ไชย<sup>2</sup>

*บทคัดย่อ* โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่นั้น หากได้รับการตรวจพบและเริ่มการรักษาในระยะเริ่มต้น ส่งผลให้การรักษาก็ได้ผลดีเช่นเดียวกับมะเร็งชนิดอื่น ๆ การได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐานในการตรวจประเมินพยาธิสภาพของลำไส้ใหญ่รวมถึงการตรวจคัดกรองต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดีและเป็นที่ยอมรับทั่วโลก ประสิทธิภาพและความสามารถตรวจพบความผิดปกติของลำไส้ใหญ่ขึ้นอยู่กับคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ก่อนการส่องกล้องและความสะอาดของลำไส้ใหญ่เป็นสำคัญ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญที่จะดูแลให้บุคคลกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ให้พร้อมเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้ถูกต้องและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด (วารสารโรคมะเร็ง 2567;44:40-49)

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล การเตรียมลำไส้ใหญ่ การตรวจส่องกล้อง มะเร็งลำไส้ใหญ่

---

<sup>1</sup>สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

<sup>2</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต E-mail: jiraporn.o@rsu.ac.th

## Nurse's Role in Bowel Preparation of Colorectal Cancer Patient Undergoing Colonoscopy

By Kanticha khiadnoi<sup>1</sup>, Thitchaya Piyaphattanuschai<sup>2</sup>

<sup>1</sup>National Cancer Institute, Ministry of Public Health, <sup>2</sup>School of Nursing, Rangsit University

**Abstract** Colorectal cancer can be screened and early detected. Early screening is beneficial for treating colorectal cancer, leading to effective treatment as for other cancers. A colonoscopy is the worldwide standard method for assessing colonic pathologies and other screening tests. The efficacy and ability to detect colonic abnormalities depend primarily on the effective colonoscopy preparation and the cleanliness of the bowel. Therefore, The Nurse has an important role to provide care for high-risk group and colorectal cancer patients prepare the patients for receiving the procedure to achieve the maximum accuracy and efficiency of the results. (*Thai Cancer J 2024;44:11-20*)

**Keywords:** nurse role, bowel preparation, colonoscopy

### บทนำ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (colorectal cancer) เป็นสาเหตุของโรคที่พบว่าทำให้ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตเป็นลำดับต้น ๆ จากสถิติขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ในปี 2020 พบว่ามีอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งทั้งประชากรเพศชายและเพศหญิงประมาณ 19.29 ล้านราย โดยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำนวน 1.93 ล้านราย และอัตราการเสียชีวิตเป็นลำดับที่ 2<sup>1</sup> และผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ในประเทศไทยมากกว่าร้อยละ 60 ตรวจพบโรคในระยะสุดท้าย ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงรวมถึงมีอัตราการรอดชีพต่ำ ดังนั้นการตรวจคัดกรองปัจจัยเสี่ยงเพื่อที่จะสามารถป้องกันก่อนการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพราะการตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะแรกสามารถจะรักษาให้หายได้ถึงร้อยละ 95 อย่างไรก็ตามการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้โดยภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ ลำไส้ใหญ่ทะลุหลังการส่องกล้องซึ่งมีสาเหตุมาจากการเตรียมลำไส้ก่อนการส่องกล้องไม่ดีพอ<sup>2</sup>

ปัจจุบันการเตรียมลำไส้ใหญ่เพื่อเข้ารับการส่องตรวจลำไส้ใหญ่ ส่วนใหญ่จะให้ผู้ป่วยเตรียมตัวทำความสะอาดลำไส้ใหญ่มาจากที่บ้านก่อนวันนัดหมายเป็นเวลา 1-3 วัน โดยผู้ที่เข้ารับการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทุกรายจะได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาล พร้อมทั้งได้รับเอกสารการเตรียมตัว ซึ่งการเตรียมตัวของสมาคมส่องกล้องระบบทางเดินอาหารแห่งยุโรป 2019 (European Society of Gastrointestinal Endoscopy) มีข้อปฏิบัติ คือ (1) การรับประทานอาหารที่มีเส้นใยต่ำก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (2) ขั้นตอนและวิธีการรับประทานยาระบาย (3) การหยุดให้ยาที่มีผลต่อการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (4) การสังเกตความ

สะอาดของลำไส้ใหญ่โดยการดูจากลักษณะของอุจจาระ (5) ระยะเวลาหลังรับประทานยาระบายควรได้รับการส่องกล้องภายใน 5 ชั่วโมง เพื่อผลของการเห็นลำไส้ที่ชัดเจน อย่างไรก็ตามพบว่าผู้เข้ารับการส่องกล้องยังเตรียมลำไส้ไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ต้องได้รับการเตรียมเพิ่มเติมโดยการสวนล้างลำไส้หรือได้รับยาระบาย และมีผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องอีกเป็นจำนวนมากต้องยกเลิกการตรวจในวันนั้น และต้องทำการนัดหมายในวันอื่น<sup>3</sup>

### ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเตรียมลำไส้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมการเตรียมลำไส้ก่อนส่องกล้องดีกว่าเพศชายและมีระดับความสะอาดของลำไส้ก่อนการส่องกล้องดีกว่าเพศชาย<sup>4</sup> และอายุมากขึ้นการปฏิบัติตนในการเตรียมลำไส้ให้สะอาดลดลง<sup>5</sup> การขาดความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติตนเพื่อการเตรียมลำไส้ตามแผนการรักษา ไม่มีความรู้ในการปฏิบัติตนและไม่ทราบว่าต้องปฏิบัติตนอย่างไร<sup>5</sup> ขาดความตระหนักในความสำคัญของการเตรียมลำไส้และรู้สึกว่าเป็นภาระ<sup>6</sup> การได้รับยาหลายชนิด โดยเฉพาะกลุ่มที่ได้รับยาแก้ปวด ทำให้ลำไส้ไม่สะอาดเพียงพอที่จะทำการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ผู้ที่มีอาการท้องผูกเรื้อรังมีผลต่อการเตรียมลำไส้ด้วยเช่นกัน<sup>7</sup> การรับประทานอาหารที่มีเส้นใยน้อย<sup>8</sup>

### 2. ปัจจัยด้านการรักษา

2.1 แผนการปรับเปลี่ยนอาหารเป็นการรับประทานอาหารกากใยน้อย<sup>9</sup> ผลข้างเคียงของการรับประทานยาทำให้รับประทานยาไม่ครบถ้วน<sup>10</sup> ความทนต่อรสชาติของยาระบาย ปริมาณของยาระบายที่ได้รับ<sup>11</sup> การใช้ยาที่มีผลต่อการทำงานของลำไส้ทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวช้า เช่น การได้รับยาแก้ปวดขั้นตอนในการเตรียมยุ่งยาก<sup>12</sup>

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การรักษา การสื่อสารที่ระหว่างผู้ให้การรักษาหรือผู้ให้ความรู้ที่เข้าใจง่าย ชัดเจนและไม่ซับซ้อนจะทำให้บุคคลเข้าใจและปฏิบัติตนได้ดี พบว่าการแจกคู่มือการปฏิบัติตนและการให้ความรู้โดยใช้สื่อต่าง ๆ และการโทรศัพท์ติดตาม กระตุ้นเตือน จะทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาหรือปฏิบัติตนก่อนเข้ารับการส่องกล้องและไม่รู้สึกว่าเป็น<sup>12</sup>

### การเตรียมลำไส้ใหญ่เพื่อเข้ารับการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่

การเตรียมตัวในการเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ โดยมีวัตถุประสงค์ คือ ลดอัตราการค้างของอุจจาระในลำไส้ใหญ่ออกได้ทั้งหมด เพิ่มการมองเห็นผนังลำไส้และตรวจหาพยาธิสภาพในลำไส้ขณะส่องกล้องได้อย่างชัดเจน และลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้องได้ ส่วนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ที่ไม่มีประสิทธิภาพและไม่สามารถเห็นทุกส่วนของลำไส้ใหญ่ เป็นผลมาจากการทำความสะอาดลำไส้ใหญ่ที่ไม่สะอาด ร้อยละ 25<sup>13</sup> ส่งผลให้แพทย์ไม่สามารถมองหาความผิดปกติในลำไส้ใหญ่ชัดเจน หรือไม่สามารถตัดติ่งเนื้อ หรือไม่สามารถตัดติ่งเนื้อหรือคีบชิ้นเนื้อส่งตรวจได้อย่างไม่มีประสิทธิภาพ มีผลกระทบเกิดจุดเลือดออกจากการทำ biopsy หรือ polypectomy หากไม่สามารถควบคุมจุดที่เลือดออกได้จะทำให้ผู้ป่วยเสียเลือดออกมามากทำให้เกิดเสียชีวิตได้<sup>2</sup> และภาวะลำไส้ทะลุ (perforation) จากการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ พบได้ประมาณร้อยละ 0.3 ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการรักษาและการเสียชีวิต มีตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยก่อนส่องกล้องให้พร้อม เตรียมลำไส้ใหญ่ให้สะอาด แพทย์สามารถวินิจฉัยลำไส้ทะลุได้รวดเร็วและเลือกการรักษาที่เหมาะสม

ในกลุ่มที่วินิจฉัยล่าช้ามักทำให้ผลการรักษาไม่ดี<sup>2</sup> หรือในบางกรณีหากพบว่าการประเมินความสะอาดของลำไส้ใหญ่ไม่ดีแพทย์อาจมีการพิจารณาขลิบเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน<sup>14</sup> ดังนั้นพยาบาลมีบทบาทและหน้าที่ในการคัดกรองประเมินผู้ป่วยก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่จนถึงภายหลังการได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

### บทบาทพยาบาลในการเตรียมลำไส้ ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เข้ารับการส่องกล้อง

#### 1. การพยาบาลระยะก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่

1.1 พยาบาลประจำห้องตรวจ ในระยะนี้มีความสำคัญอย่างมากต่อผู้ป่วย พยาบาลจะต้องประเมินภาวะสุขภาพเพื่อวางแผนในการให้ข้อมูลก่อนส่องกล้อง รวมทั้งต้องซักประวัติและประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วย การรักษา การแพ้ยา แพ้อาหาร การแพ้สารทึบแสง โรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ประวัติการใช้ยาซึ่งมีข้อควรระวังในผู้ป่วยเฉพาะโรคเช่น ผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดจะต้องรับประทานยา 7 วัน ก่อนส่องกล้อง ผู้ป่วยที่รับประทานยาที่มีส่วนผสมควรหยุดอย่างน้อย 5 วัน ก่อนส่องกล้อง เป็นต้น ทั้งนี้พยาบาลต้องให้ความรู้ผู้ป่วยในเรื่องการเลือกชนิดของอาหารที่รับประทาน 2 วัน และ 1 วัน ก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ซึ่งผู้ป่วยจะต้องเตรียมตัวขณะอยู่ที่บ้านดังนี้

ก่อนได้รับการส่องกล้อง 2 วัน อาหารที่รับประทานได้ ได้แก่ ข้าวต้มไม่ใส่ผัก ใส่น้ำมันปลาได้ โจ๊ก เต้าหู้ไข่ เต้าหู้ปลา เต้าหู้แผ่น ไข่ตุ๋น ไข่ต้ม อาหารที่ต้องงด ได้แก่ อาหารที่ย่อยยาก มีกากใยอาหารสูง ขจัดออกจากลำไส้ได้ช้า อาหารที่มีกากใยสูง พบมากในผักและผลไม้ ธัญพืช ข้าวไม่ขัดสี รวมถึงการงดเครื่องดื่มที่มีผลต่อการบีบตัวของลำไส้ ดังนั้นการรับประทานอาหารก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่จึงมีความสำคัญ ถ้าหากบุคคลไม่สามารถปฏิบัติตามในการเลือกรับประทานอาหารก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้ จะทำให้อุจจาระตกค้างในลำไส้<sup>4</sup> ทำให้ลำไส้ไม่สะอาดไม่สามารถเข้ารับการส่องกล้องได้อย่างปลอดภัยและเพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้สูงขึ้นอีกด้วย ดังนั้นการเลือกและปรับเปลี่ยนชนิดการรับประทานอาหารที่เหมาะสมจะเกี่ยวข้องกับกลไกขับถ่าย 2 ส่วน คือ การบีบตัวของลำไส้ที่ปกติและลักษณะของอาหารที่รับประทานเมื่อมีการรับประทานอาหาร อาหารจะอยู่ในระบบทางเดินอาหารและจะผ่านระบบการย่อยอาหาร ดูดซึมและถูกขับถ่ายออกมาภายใน 24-72 ชั่วโมง ถ้าอาหารที่รับประทานเข้าไปเป็นอาหารที่แข็งย่อยยากก็จะทำให้อุจจาระค้างในลำไส้ยาวนานเกิน 72 ชั่วโมง<sup>14</sup>

ก่อนได้รับการส่องกล้อง 1 วัน อาหารที่รับประทานได้ ได้แก่ เมื่อเช้า ข้าวต้มไม่ใส่ผัก ไข่ต้ม เนื้อสัตว์ทุกชนิด โจ๊กไม่ใส่ผัก ไข่ต้ม เนื้อสัตว์ทุกชนิด ไข่ตุ๋น มื้อกลางวันและมื้อเย็น รับประทานอาหารเหลวใส ไม่มีกาก น้ำดื่มสะอาด น้ำผลไม้ไม่มีสี ไม่มีกาก เช่น น้ำแอปเปิ้ล น้ำมะนาว เป็นต้น อาหารที่ต้องงดรับประทาน ได้แก่ เนื้อ หมู ปลา อาหารแปรรูป ผักผลไม้ทุกชนิด ธัญพืช ข้าวขัดสี ซีเรียล<sup>15</sup> ชา กาแฟ ของหวานทุกชนิด น้ำหวานสีแดง เนื่องจากจะสับสนกับสีของอุจจาระและสีเลือด

พยาบาลต้องแนะนำผู้ป่วยเรื่องการเตรียมตัวเข้ามานอนโรงพยาบาล 1 วัน ก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่และต้องงดน้ำและอาหารทางปาก ทุกชนิดตั้งแต่เวลา 24.00 น. วันก่อนส่องกล้อง เว้นเฉพาะยาระบายสามารถรับประทานได้เวลา 06.00 น. เข้าวันส่องกล้องลำไส้ใหญ่เพื่อไม่ให้มีอุจจาระตกค้างในลำไส้ใหญ่ขณะส่องกล้องและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างส่องกล้องลำไส้ใหญ่ เช่น ลำไส้ใหญ่ทะลุจากการมีอุจจาระ

ตกค้างไม่สามารถมองเห็นลำไส้ได้ชัดเจน และป้องกันการสำลักในขณะที่ให้การระงับความรู้สึกขณะส่องกล้องลำไส้ใหญ่<sup>9</sup>

1.2 พยาบาลหอผู้ป่วย พยาบาลต้องมีการซักประวัติเพิ่มเติมทั้งประวัติการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ครั้งก่อนหน้า ประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ข้อจำกัดทางร่างกายและการสื่อสาร การประเมินสภาพจิตใจ ความวิตกกังวลพยาบาลต้องบอกถึงความสำคัญของการเตรียมลำไส้ให้สะอาดเพื่อการส่องกล้องลำไส้ใหญ่โดยให้คำแนะนำผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยาระบายเพื่อขับอุจจาระที่ตกค้าง เพื่อให้แพทย์ได้เห็นลักษณะพื้นผิวของลำไส้ได้อย่างชัดเจน โดยผู้ป่วยจะต้องรับประทานยาระบาย 2 ครั้ง<sup>16</sup> ดังนี้

ครั้งที่ 1 รับประทานยาระบายเวลา 18.00 น. ปริมาณ 45 มิลลิลิตร ถ้าเป็นยาระบายโซเดียมพอสเฟต หรือ 1 ลิตร สำหรับยาระบายโพลีเอทิลีนไกลคอล

ครั้งที่ 2 เวลา 06.00 น. เช้าวันก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ หลังทานยาระบาย ให้รับประทานน้ำตาม อย่างน้อย 1 ลิตร ให้คำแนะนำเรื่องการดื่มน้ำตามอย่างน้อย 1 ลิตร โดยรับประทานภายใน 1 ชั่วโมง เพื่อให้ลำไส้สะอาดไม่มีอุจจาระค้างในลำไส้ จากนั้นพยาบาลต้องให้คำแนะนำเรื่องการสังเกตและประเมินลักษณะอุจจาระ โดยผู้ป่วยจะรู้สึกปวดถ่ายอุจจาระหลังจากรับประทานยาระบายครั้งแรกไปแล้ว 2 ชั่วโมง และในครั้งที่ 2 หลังรับประทานยาระบายไปแล้ว 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยจะปวดจนไม่สามารถกลั้นอุจจาระได้ ผู้ป่วยอาจมีถ่ายเหลวได้เฉลี่ย 6-8 ครั้ง ให้ผู้ป่วยสังเกตลักษณะอุจจาระ โดยพยาบาลหอผู้ป่วยจะต้องสอบถามผู้ป่วยถึงปริมาณลักษณะและสีของอุจจาระที่ผู้ป่วยถ่ายออกมา หลังรับประทานยาระบายกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำตามจนกว่าอุจจาระมีลักษณะใสพยาบาลให้ความรู้และทบทวนการปฏิบัติตนขณะส่องกล้องและหลังส่องกล้องลำไส้ใหญ่เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

การสังเกตและประเมินลักษณะสิ่งขับถ่าย ผู้ป่วยที่เข้ารับการเตรียมลำไส้ก่อนส่องกล้องจะต้องรับประทานยาระบายเพื่อช่วยให้ลำไส้สะอาดปราศจากอุจจาระสามารถมองเห็นพื้นผิวได้ชัดเจน ผู้ป่วยจึงต้องสังเกตลักษณะสิ่งขับถ่ายหรืออุจจาระที่ออกมาภายหลังรับประทานยาระบาย โดยทั่วไปจะมีการขับถ่ายอุจจาระครั้งแรกภายใน 2 ชั่วโมง หลังรับประทานยาระบายครั้งแรก และ 1 ชั่วโมง หลังรับประทานยาระบายครั้งที่ 2 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 83-87 จะถ่ายอุจจาระภายใน 30 นาที ถึง 6.30 ชั่วโมง ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีการสอบถาม สังเกตลักษณะอุจจาระ ปริมาณ จำนวนครั้ง เพื่อประเมินความพร้อมเบื้องต้นของความสะอาดของลำไส้ก่อนเข้ารับการส่องกล้อง โดยลักษณะสิ่งขับถ่ายที่เหมาะสมในการเข้ารับการส่องกล้อง

การเฝ้าระวังความผิดปกติระหว่างการเตรียมลำไส้ การเตรียมลำไส้เพื่อเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ พยาบาลต้องจำกัดการรับประทานอาหารบางชนิดให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ก่อนทำการส่องกล้องเป็นเวลา 2 วัน โดยการปรับเปลี่ยนอาหารจากที่เคยรับประทานตามปกติเป็นอาหารกากใยน้อยและอาหารเหลวใส<sup>9</sup>และการงดน้ำงดอาหารทางปากอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ร่วมกับการรับประทานยาระบาย เพื่อขจัดกากอาหารออกจากลำไส้จะทำให้ผู้ป่วยมีการขับถ่ายอุจจาระออกจนหมด ผู้ป่วยจะมีการสูญเสียน้ำออกมาทางอุจจาระ บางรายจะเกิดอาการอ่อนเพลียถึงแม้ว่าจะได้รับสารน้ำและสารละลายทางหลอดเลือดดำแล้วก็ตาม จึงต้องมีการเฝ้าระวังความผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้นได้

การประเมินความสะอาดของลำไส้ใหญ่ภายหลังรับประทานยาระบาย การประเมินลักษณะอุจจาระเพื่อแสดงว่าลำไส้ใหญ่ภายหลังได้รับยาระบาย มีความสะอาดที่จะมองเห็นเยื่อบุผนังของลำไส้ใหญ่ได้เพียงพอ หากพบว่าลักษณะอุจจาระที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ประเมินตัวเอง และแจ้งกับพยาบาลยังไม่อยู่ในเกณฑ์ การประเมินพยาบาลจะต้องรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาการรับประทานยาระบายเพิ่มเติม/หรือการสวนล้างลำไส้ใหญ่เพิ่ม โดยมีเครื่องมือวัดและเกณฑ์การประเมินที่ใช้การแพร่หลาย 3 แบบ ดังนี้ คือ Aronchick bowel preparation scale, Ottawa Bowel Preparation Scale, และ Boston Bowel Preparation Scale<sup>17</sup> รายละเอียดของแบบประเมินแต่ละชุด มีดังนี้

1. Aronchick Bowel Preparation Scale (ABPS) แบ่งความสะอาดของลำไส้โดยรวมแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ ดีมาก (excellent) ดี (good) พอใช้ (fair) แย่ (poor) และไม่เพียงพอต้องเตรียมลำไส้อีกครั้ง (Inadequate: Repeat preparation) วิธีการประเมินแบบนี้สามารถทำได้ง่าย สื่อสารเข้าใจง่าย แต่ขาดความละเอียดเนื่องจากในการประเมินไม่มีรายละเอียดความสะอาดของลำไส้ใหญ่แต่ละส่วน<sup>18</sup>

2. Ottawa Bowel Preparation Scale (OBPS) ประกอบด้วยการประเมินความสะอาดของลำไส้ใหญ่ที่แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ลำไส้ใหญ่ส่วนด้านขวา (right-sided colon) ลำไส้ใหญ่ส่วนด้านกลาง (transverse and descending colon) และลำไส้ใหญ่ด้านซ้ายและทวารหนัก (recto-sigmoid colon) ซึ่งมีคะแนนความสะอาดตั้งแต่ 0 ถึง 4 รวมกับการประเมินปริมาณของเหลวที่ตกค้างในลำไส้ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 2 ซึ่งระดับคะแนน 0 มีความสะอาดของลำไส้ใหญ่ดีเยี่ยมและคะแนนที่ 14 มีความสะอาดของลำไส้ใหญ่ไม่เพียงพอ<sup>18</sup>

3. Boston Bowel Preparation Scale (BBPS) ประเมินความสะอาดของลำไส้ใหญ่แบ่งออกเป็น 3 ส่วนตามตำแหน่งลำไส้ใหญ่ เช่นเดียวกับ Ottawa Bowel Preparation Scale แต่การให้คะแนนความสะอาดตรงข้ามกันกล่าวคือ มีคะแนนความสะอาดตั้งแต่ 0-3 และให้คะแนนรวมคือ 0 คะแนน มีความสะอาดของลำไส้ใหญ่ไม่เพียงพอ และ 9 คะแนน มีความสะอาดของลำไส้ใหญ่ดีมากที่สุด<sup>18</sup>

## 2. การพยาบาลระยะส่องกล้องลำไส้ใหญ่

2.1 ประสานงานกับทีมพยาบาลประจำหอผู้ป่วย/ทีมวิสัญญีพยาบาล/ศัลยแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนการส่องกล้องโดยการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนส่องกล้องสร้างสัมพันธภาพ พร้อมทั้งทำความรู้จัก ชื่อ สกุล และตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันการส่องกล้องผิดคน

2.2 ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารในเรื่องการลงนามยินยอมส่องกล้อง ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และเอกสารสิทธิในการรักษาพยาบาล

2.3 ประเมินความพร้อมด้านจิตใจและดูแลด้านจิตใจเพื่อลดความวิตกกังวลและความกลัวต่อการส่องกล้อง

2.4 ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโดยรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสี หรือผลการตรวจพิเศษอื่น ๆ รวมทั้งความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วย ก่อนส่องกล้อง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม หรือระบายความรู้สึก

2.5 ประเมินระดับความพร้อมของการเตรียมความสะอาดลำไส้ใหญ่ก่อนส่องกล้องโดยการตรวจสอบจาก Nurse note และการซักถามผู้ป่วย

2.6 แจกข้อมูลให้กับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในกรณีนี้ การเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสีหรือผลการตรวจพิเศษอื่น ๆ ไม่ครบ อาการผิดปกติที่ยังควบคุมไม่ได้

2.7 นำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์ อภิปรายและวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในขณะส่องกล้อง

2.8 ปฏิบัติการพยาบาลช่วยส่องกล้องตามมาตรฐานการพยาบาลช่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่ตามกระบวนการพยาบาล

2.9 บันทึกกิจกรรมระหว่างการส่องกล้อง ได้แก่ ระยะเวลาเริ่มส่องกล้อง ระยะเวลาการใส่กล้องเข้าไปจนถึงลำไส้ใหญ่ส่วนปลายสุด (Cecum, Terminal ileum) ระยะเวลาในการถอยกล้อง ระดับความสะอาดของลำไส้ สิ่งที่ตรวจพบ หัตถการที่ผู้ป่วยได้รับ ปริมาณยาที่ได้รับ เวลาสิ้นสุดการส่องกล้อง

2.10 ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนในห้องพักฟื้นก่อนส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยโดยการประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัว บันทึกข้อมูลและการส่งต่อการรักษาพยาบาลแก่พยาบาลหอผู้ป่วยเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง

### 3. การพยาบาลระยะหลังส่องกล้องลำไส้ใหญ่

3.1 ประเมินสัญญาณชีพผู้ป่วย 15 นาที 4 ครั้ง ตามมาตรฐานการพยาบาลหลังการทำหัตถการประเมินอาการท้องอืด แน่นท้อง อาการปวดท้องมาก เพื่อระวังภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นจากการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

3.2 ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำและอาหารประมาณ 1 ชั่วโมง หลังการตรวจจนกว่าอาการทั่วไปหรือระดับความรู้สึกตัวปกติ

3.3 แนะนำผู้ป่วยว่าอาการท้องอืด แน่น เกิดจากการที่แพทย์ใส่ลมเข้าไปในลำไส้เพื่อการตรวจ ลักษณะอาการแบบนี้มักหายไปในเวลาไม่นาน ในช่วงแรกหลังส่องกล้องผู้ป่วยจะมีความรู้สึกปวดท้องถ่ายได้บ่อย ๆ ดังนั้นหากพักอยู่ในบริเวณใกล้ห้องน้ำจะมีความสะดวกไม่ต้องเดินไกลหากต้องการเข้าห้องน้ำ

3.4 แนะนำผู้ป่วยว่าอาจมีเลือดปนบ้างเล็กน้อยใน 2 วันแรก กรณีตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ

3.5 ให้คำแนะนำว่าการส่องกล้องลำไส้ใหญ่เป็นหัตถการที่มีความปลอดภัยสูง โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน คือ ลำไส้ใหญ่ทะลุหรือฉีกขาดซึ่งต้องผ่าตัดซ่อมแซมมีน้อยมาก เลือดที่ออกจากการตัดชิ้นเนื้อหรือดึงเนื้อลำไส้ใหญ่มักหยุดได้เอง หากผู้ป่วยมีอาการปวดท้องเฉียบพลัน ไข้ หรือมีเลือดออกจากทวารหนักมากกว่าครึ่งถ้วยกาแฟ ให้รีบรายงานพยาบาลทราบการประเมิน

4. การติดตามภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ พยาบาลต้องติดตามภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนล่าง แม้จะพบได้น้อยแต่อาจมีผลอย่างรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ โดยอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนล่างอยู่ที่ร้อยละ 0.3 โดยเฉพาะการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนล่างร่วมกับการตัดติ่งเนื้อที่ลำไส้ พบได้ถึงร้อยละ 2.3 ซึ่งประกอบไปด้วย การมี

เลือดออก (bleeding) การทะลุของลำไส้ (perforation) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและภาวะเส้นเลือดสมองอุดตันหรือแตก<sup>14</sup> โดยมีรายละเอียดดังนี้

- เลือดออกหลังการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ อุบัติการณ์การเกิดภาวะเลือดออกหลังการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนล่าง พบได้ร้อยละ 0.1 ถึง 0.6 ซึ่งสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดคือภาวะเลือดออกหลังการตัดติ่งเนื้อลำไส้ ซึ่งเกิดขึ้นได้ตั้งแต่การตัดติ่งเนื้อทันทีหรือออกภายหลังการทำหัตถการได้นานถึง 29 วัน<sup>19</sup>

- ลำไส้ทะลุจากการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ อุบัติการณ์ของภาวะลำไส้ทะลุพบประมาณร้อยละ 0.03-0.7 ซึ่งเกิดได้มากขึ้นถ้ามีการทำหัตถการรักษาร่วมด้วย ผู้ป่วยที่มีลำไส้ทะลุจะมีอาการปวดท้อง ตามมาด้วย tachycardia และอาการแสดงทางหน้าท้อง การเห็นอวัยวะภายใน เช่น ลำไส้เล็ก หรือ omentum ระหว่างการส่องกล้องถือว่าได้มีการทะลุเกิดขึ้นแล้ว<sup>19,20</sup>

### สรุปและข้อเสนอแนะ

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ เป็นการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างพยาบาลห้องตรวจผู้ป่วยนอก พยาบาลหอผู้ป่วย และพยาบาลห้องส่องกล้อง จะต้องมีการประสานงานกันเพื่อส่งต่อข้อมูลและดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ทั้ง 3 ระยะเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองก่อนการส่องกล้องที่เหมาะสมสามารถเข้ารับการส่องกล้องได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

### เอกสารอ้างอิง

1. International Agency of Research on Cancer [Internet]. France: Cancer today; c2020 [updated 2020 Dec]. [cited 2023 Sep 25]. Available from: [http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/10\\_8\\_9-Colorectum-fact-sheet.pdf](http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/10_8_9-Colorectum-fact-sheet.pdf)
2. Piya L. Colonic perforation after colonoscopy and endoscopic management. *Region 4-5 Medical Journal* 2018;36:190-7.
3. Lorenzo-Zúñiga V, Moreno-de-Vega V, Boix J. Preparation for colonoscopy. Types of scales and cleaning products. *Revista Espanola de Enfermedades Digestivas* 2015;104:426-31.
4. Chang CW, Shih SC, Wang HY, Chu CH, Wang TE, Hung CY, Chen MJ: Meta-analysis: the effect of patient education on bowel preparation for colonoscopy. *Endosc Int Open* 2015;03:E646-E652.
5. Zhang YY, Niu M, Wu ZY, Wang XY, Zhao YY, Gu J. The incidence of and risk factors for inadequate bowel preparation in elderly patients: a prospective observational study. *Saudi Journal of Gastroenterology* 2018;24:87-92.
6. Sharara AI, El Reda ZD, Harb AH, Abou Fadel CG, Sarkis FS, Chalhoub JM, Abou Mrad R. The burden of bowel preparations in patients undergoing elective colonoscopy. *United European Gastroenterol Journal* 2016;4:314-8.

7. Elvas L, Brito D, Areia M, Carvalho R, Alves S, Saraiva S, et al. Impact of personalized patient education on bowel preparation for colonoscopy: prospective randomized controlled trial. *GE Portuguese Journal of Gastroenterology* 2016;24:22–30.
8. Shah SA, Zhou E, Parikh ND. Factors affecting outpatient bowel preparation for colonoscopy. *International Journal of Gastrointestinal Intervention* 2019;8:70-3.
9. Nguyen DL, Jamal MM, Nguyen ET, Puli SR, Bechtold ML. Low-residue versus clear liquid diet before colonoscopy: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Gastrointest Endoscopy* 2016;83:499-507.
10. Rotondano G, Rispo A, Bottiglieri ME, De Luca L, Lamanda R, Orsini L, Mauro B. Quality of bowel cleansing in hospitalized patients undergoing colonoscopy: a multicentre prospective regional study. *Digestive and Liver Disease* 2015;47:669-74.
11. Martel M, Barkun AN, Menard C, Restellini S, Kherad O, Vanasse A. split-dose preparations are superior to day-before bowel cleansing regimens: a meta-analysis. *Gastroenterology* 2015;149:79-88.
12. Kang X, Zhao L, Leung F, Luo H, Wang L, Wu J, Guo X. Delivery of instructions via mobile social media app increases quality of bowel preparation. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2016;14:429-35.
13. Saltzman JR, Cash BD, Pasha SF, Early DS, Muthusamy VR, Khashab MA, Acosta RD. Bowel preparation before colonoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy* 2015;81:781-94.
14. Lorenzo-Zuniga V, Moreno de Vega V, Marin I, Barbera M, Boix J. Improving the quality of colonoscopy bowel preparation using a smart phone application: a randomized trial. *Digestive Endoscopy* 2015;27:590-5.
15. Alvarez-Gonzalez MA, Pantaleon MA, Flores-Le Roux JA, Zaffalon D, Amorós J, Bessa X, et al. Randomized clinical trial: a normocaloric low-fiber diet the day before colonoscopy is the most effective approach to bowel preparation in colorectal cancer screening colonoscopy. *Diseases of the Colon and Rectum* 2019;62:491-7.
16. Menees BS, Kim MH, Wren P, Zikmund Fisher BJ, Elta GH, Foster S, et al. Patient compliance and suboptimal bowel preparation with split-dose bowel regimen in average-risk screening colonoscopy. *NIH Public Access for Gastrointestinal Endoscopy* 2014; 23:1-17.
17. Lorenzo-Zuniga V, Moreno de Vega V, Marin I, Barbera M, Boix J. Improving the quality of colonoscopy bowel preparation using a smart phone application: a randomized trial. *Digestive Endoscopy* 2015;27:590-5.

18. Kastenber D, Bertiger G, Brogadir S. Bowel preparation quality scales for colonoscopy. World Journal of Gastroenterology 2018;24:2833-43.
19. Lee DW, Koo JS, Kang S, Kim SY, Hyun JJ, Jung SW, Lee SW. Association between bowel habits and quality of bowel preparation for colonoscopy. Medicine (United States) 2017;96:1-5. doi:10.1097/MD.00000000000007319
20. Hassan C, East J, Radaelli F, Spada C, Benamouzig R, Bisschops R, et al. Bowel preparation for colonoscopy: European society of gastrointestinal endoscopy (ESGE) Guideline-update 2019. Endoscopy 2019;51:775-94.