

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่อุดตันที่มีภาวะซ็อก

เกษร บัวคำโคก

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลปากช่องนานา

บทคัดย่อ

มะเร็งลำไส้ใหญ่อุดตันถือเป็นภาวะวิกฤตที่ต้องได้รับการแก้ไขเร่งด่วน การที่ผู้ป่วยมีภาวะลำไส้อุดตันจากมะเร็ง มักจะมีภาวะเสี่ยงต่อการขาดสารน้ำและเกลือแร่ต่างๆ หรือมีลำไส้รั่ว แดกทะลุ และส่งผลให้เกิดภาวะซ็อก ไตวายเฉียบพลัน และเสียชีวิตได้

กรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทย อายุ 65 ปี ปวดทั่วท้อง ท้องอืดตึง ไม่ถ่ายอุจจาระ ก่อนมาโรงพยาบาล 4 วัน แพทย์วินิจฉัย Colonic obstruction R/O CA Colon ทำผ่าตัด Explor - lap with Sigmoid colostomy ในระยะก่อนผ่าตัด ให้การพยาบาลแก้ไขภาวะซ็อกเนื่องจากความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ส่งเสริมเพิ่มประสิทธิภาพการหายใจ บรรเทาอาการปวดท้อง และลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย ก่อนการผ่าตัด หลังผ่าตัดยังเสี่ยงต่อภาวะซ็อกซ้ำ ได้ให้การพยาบาลควบคุมสารน้ำ บริหารยาเพื่อแก้ไขภาวะซ็อก จนปลอดภัย หลังผ่าตัด 6 วัน ให้การดูแลก่อนและหลังการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่เพื่อวินิจฉัยเพิ่มเติม พบก้อนมะเร็งที่ทวารหนัก และส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องพบการลุกลามของมะเร็ง ในระหว่างดูแลผู้ป่วย เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่บาดแผล ให้การบำบัดความปวดและดูแลบาดแผลอย่างถูกวิธี ไม่พบการติดเชื้อ วางแผนจำหน่ายโดยสอนการดูแล Colostomy ผู้ป่วยและญาติจนปฏิบัติได้ สามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้รวมระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาลจำนวน 12 วัน จากการติดตามผลการรักษาไม่พบภาวะแทรกซ้อน

บทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมมีส่วนสำคัญอย่างมากในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยในระยะวิกฤต ทั้งระยะก่อนซ็อก ระยะซ็อก และระยะหลังซ็อก เพราะแต่ละระยะสามารถทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยได้แก่ ไตวายเฉียบพลัน ภาวะหายใจล้มเหลว แผลติดเชื้อ ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้และพัฒนาทักษะ ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อที่จะนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดคุณภาพทางการพยาบาล

คำสำคัญ : การพยาบาล, มะเร็งลำไส้ใหญ่อุดตัน, ภาวะซ็อก

Abstract : The study of obstructed colon cancer patient with shock: case study

The obstructed colon cancer is a crisis that must have been urgent fix. The patient with obstructed colon from cancer is usually risk for the lack of fluid and electrolyte or leaky gut syndrome resulting in shock, acute kidney failure and die.

In a case study, the patient, 65 years old, had symptoms with stomach cramps, flatulence and constipation for 4 days before admission to hospital. Doctor diagnosed colonic obstruction R/O CA colon. Therefore, the patient was treated by explor - lap with sigmoid colostomy. Before sigmoid colostomy, the patient was receiving the nursing to fix the shock due to the imbalance of fluid and electrolyte. Further, the increasing efficiency of breathing, reducing of stomach cramps, and anxiety of patients were treated before surgery. After a sigmoid colostomy, the patient may risk for shock. Thus, the nursing care by controlling fluid and electrolyte and drug administration is a solution for fixing the risk. After surgery for 6 days, the patient was receiving the nursing before and after endoscopic examination of the colon for further diagnosis. It was found the cancerous lumps in the anus. Moreover, the progression of cancer was found in the abdominal cavity after x-ray computer determination .In periods of wound infection risk, the correct treatment of pain and wound after surgery resulted that it's not found the wound infection. The patient and patient relatives were trained for nursing care after colostomy during stay at home. After that, the patient was discharged (12 days of hospital admission). From the follow-up, the complications were not found.

The role of the nurse in the surgical ward is very important in the nursing care. The patient in crisis periods, before shock until after shock, is possible to risk of death. The complications, acute kidney failure, respiratory failure and wound infection of patient were often found. Therefore, the nurse must have the knowledge, skills development and expertise in patient care leading to effective nursing practice corresponding to the problems of each patient and increasing nursing quality.

Keywords: Nursing, Obstructed colon cancer, Shock

บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่ และลำไส้ตรงเป็นโรคที่มีอุบัติการณ์สูงในประเทศแถบตะวันตก เช่น สหรัฐอเมริกา และประเทศทางยุโรป ในสหรัฐอเมริกา ประชากรมีโอกาสที่จะเป็นมะเร็งลำไส้ตรงตลอดชีวิตประมาณ ร้อยละ 6 หรือ 1 ต่อ 20 ของประชากร ประมาณการว่ามีผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้น 138,000 รายต่อปี และจะมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ตรงประมาณ 60,000 คนต่อปี¹ สำหรับประเทศไทย มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง มีอุบัติการณ์ต่ำกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว และจากสถิติของสถาบันมะเร็ง มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง มีอุบัติการณ์สูงเป็นอันดับ 4 ในเพศชาย รองจากมะเร็งตับ ปอด และ ต่อมลูกหมาก ส่วนในเพศหญิงพบมากเป็นอันดับ 3 รองจากมะเร็งปากมดลูก และ เต้านม² ซึ่งสถิติของโรงพยาบาลปากช่องนานา ปี 2560-2562 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และลำไส้ตรงแผนกผู้ป่วยในจำนวน 14, 26 และ 35 รายตามลำดับ³

ถึงแม้ว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่ และลำไส้ตรงอาจเกิดขึ้นได้ในทุกอายุ แต่อัตราเสี่ยงของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ และลำไส้ตรงจะสูงขึ้นในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะถูกวินิจฉัยในช่วงอายุระหว่าง 50-70 ปี นอกจากนี้ อัตราเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคลำไส้อักเสบบางชนิด (Crohn's disease และ Ulcerative colitis) ผู้ที่มีประวัติมีติ่งเนื้อออก (Polyp) ในลำไส้ใหญ่ หรือมีประวัติโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ในครอบครัวผู้ที่เป็นมะเร็งจำนวนมากจะไม่มีอาการให้เห็นในระยะแรกๆ จนกว่าติ่งเนื้อออกจะมีขนาดค่อนข้างใหญ่ หากสามารถตรวจพบก้อนเนื้อออกในระยะเริ่มแรกหรือพบในขณะที่เป็นติ่งเนื้อออก (Polyp) ผลการรักษา จะดีและมีโอกาสหายขาดได้ ดังนั้นจึงมีคำแนะนำให้มีการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ตรงตั้งแต่ไม่มีอาการ⁴

มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง สามารถรักษาโดยการผ่าตัดเอาลำไส้ส่วนที่มีมะเร็งรวมถึงเส้นเลือด และต่อมน้ำเหลืองบริเวณเนื้อออกออก ในผู้ป่วยส่วนใหญ่ลำไส้จะถูกต่อเข้าหากันใหม่และผู้ป่วยจะสามารถถ่ายอุจจาระทางทวารหนักได้ตามปกติ โดยปกติการผ่าตัดจะทำผ่านแผลผ่าตัดทางหน้าท้อง ในปัจจุบัน ศัลยแพทย์สามารถทำการผ่าตัดโดยใช้กล้อง (Laparoscopic Surgery) ในผู้ป่วยที่มีเนื้อออกขนาดเล็ก ซึ่งจะทำให้แผลผ่าตัดมีขนาดเล็กลงและผู้ป่วยจะมีการปวดบริเวณแผลหลังผ่าตัดลดลง ถ้ามะเร็งเกิดขึ้นที่บริเวณลำไส้ตรงส่วนปลาย หรือทวารหนัก และก้อนเนื้อออกอยู่ในระยะเริ่มแรก การผ่าตัดสามารถทำได้โดยตัดเอาเนื้อออกออกผ่านทางทวารหนัก อย่างไรก็ตามถ้าก้อนเนื้อออกมีขนาดใหญ่และใกล้ปากทวารหนักมาก การผ่าตัดอาจจะต้องผ่าตัดเอาทั้งลำไส้ตรงและทวารหนักออกทั้งหมด ทำให้ไม่สามารถต่อลำไส้เข้าหากันได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องมีลำไส้เทียมมาเปิดที่ผนังหน้าท้อง

นอกจากความทุกข์ทรมานจากการรักษา การผ่าตัดลำไส้เทียมมาเปิดที่ผนังหน้าท้องยังส่งผลต่อผู้ป่วยหลายอย่างทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการใช้ชีวิตประจำวัน⁵ ดังนั้นบทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรม มีส่วนสำคัญอย่างมากในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยนับตั้งแต่แรกเริ่ม มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ก่อนและหลังผ่าตัด จนจำหน่ายกลับบ้าน พยาบาลต้องมีความรู้ ความชำนาญในการพยาบาลเฉพาะทาง การดูแลแผลและออสโตมี เพื่อที่จะนำไปสู่การปฏิบัติงานทางการพยาบาลที่สอดคล้องในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย และมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจ กลับสู่สภาพปกติโดยเร็ว

กรณีศึกษา**ข้อมูลทั่วไป**

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 65 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้างทั่วไป
จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 20 พฤษภาคม 2562

การวินิจฉัยโรคเมื่อแรกรับ Colonic obstruction, R/O CA Colon

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย CA Rectum with Colonic obstruction with shock

อาการสำคัญ

ปวดทั่วท้อง ท้องอืดตึง ไม่ถ่ายอุจจาระ ก่อนมาโรงพยาบาล 4 วัน

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการท้องผูกสลับกับท้องเสีย เป็นๆ หายๆ เวลาถ่ายอุจจาระ
จะมีเลือดปนเป็นบางครั้ง 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล เริ่มมีอาการปวดท้องมากขึ้น ไม่ถ่ายอุจจาระ
ชื่อยาระบายมารับประทานเองอาการไม่ดีขึ้น 4 วันก่อนมาโรงพยาบาล ปวดทั่วท้อง ท้องอืดตึง ไม่ถ่าย
อุจจาระ ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

เป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 2 ปี รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

ทุกคนในครอบครัวสุขภาพแข็งแรงดี ไม่มีประวัติเจ็บป่วยร้ายแรงหรือโรคทางพันธุกรรม

ประวัติส่วนตัวและแบบแผนการดำเนินชีวิต

เป็นหัวหน้าครอบครัวอยู่กับภรรยาและบุตรสาวอีก 2 คน

การประเมินสภาพร่างกาย

รูปร่างสมส่วน สูง ผิวนวล รุ้สึกตัว หายใจเหนื่อย กระสับกระส่าย บ่นแน่นท้อง ท้องอืดตึงมาก
ไม่มีปัสสาวะออก

สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 112 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที
ความดันโลหิต 90/58 มิลลิเมตรปรอท

ระบบประสาท: ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี การรับรู้ เวลา สถานที่และบุคคลถูกต้อง มีการเคลื่อนไหวร่างกาย
ปกติ บอกตำแหน่งการสัมผัสได้

ผิวหนัง: ผิวสีขาวยellowish ผิวแห้ง เล็บมือสะอาดตัดสั้น ดูซีด

ศีรษะและใบหน้า: ผมสีดำเข้มขาว ตัดสั้น ไม่มีบาดแผล คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ ตาทั้งสองข้าง
ลักษณะสมมาตรกันดี หนังตาไม่ตก มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง เส้นผ่านศูนย์กลางของรูม่านตา
2 มิลลิเมตร การมองเห็นปกติ ไบอู จมูก มีลักษณะภายนอกปกติ

ทรวงอกและทางเดินหายใจ: ทรวงอกรูปร่างปกติลักษณะสมมาตรกันดี ลักษณะการหายใจเหนื่อย
อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ฟังปอดไม่มีเสียง Crepitation หรือ Wheezing

หัวใจและหลอดเลือด: การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่มีเสียง Murmur ชีพจร 112 ครั้ง/นาที
จังหวะสม่ำเสมอ ไม่มีเส้นเลือดขดที่ขา

ช่องท้องและทางเดินอาหาร: ไม่ผายลม ไม่ถ่ายอุจจาระ ท้องอืดตึงมาก

กล้ามเนื้อและกระดูก: โครงสร้างร่างกายปกติ แขนขาไม่มีรอยโรคของการหักหรือผิดปกติ Motor power grade 5

การประเมินสภาพด้านสังคม

สภาพจิตใจ: เป็นคนใจเย็น สุขุม มีน้ำใจ

อัตมโนทัศน์: มีความพึงพอใจในความเป็นอยู่ การดำรงชีวิตของตนเอง

ความทรงจำ: มีความจำในอดีต และปัจจุบันดี สามารถเล่าเรื่องราวต่างๆ ได้ครบถ้วน

การรับรู้: สามารถระบุ วันเวลา สถานที่ บุคคลได้ตามความเป็นจริง

กระบวนการคิด: มีกระบวนการคิดที่สมเหตุสมผล

การดูแลตนเอง: มีความเข้าใจในการเจ็บป่วยของตนเอง สามารถดูแลตนเองร่วมกับบุตรหลาน ในเรื่องกิจวัตรประจำวันได้

แบบแผนการเผชิญปัญหา: ยอมรับสภาพความเป็นจริงและยอมรับการรักษา แต่กลัวเป็นภาระของบุตรหลาน

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่ 20 พฤษภาคม 2562

ผลการตรวจ Complete blood count ผล White blood count 6,400 cells/cell/mm³, Neutrophil 77%, Lymphocyte 14%, Monocyte 9%, Eosinophil 0%, Basophil 0%, Hematocrit 26.2%, Platelet count 436,000 cell/mm³.

Electrolyte ผล Na 135.9 mmol/L, K 3.1 mmol/L, Cl 101.2 mmol/L, CO₂ 21.2 mmol/L

BUN 12 mg/dl, Creatinine 1.06 mg/dl

Urine Analysis ผล Normal

วันที่ 22 พฤษภาคม 2562

ผลการตรวจ Complete blood count ผล White blood count 6,360 cells/cell/mm³, Neutrophil 81%, Lymphocyte 12%, Monocyte 7%, Hematocrit 27%, Platelet count 391,000 cell/mm³.

Electrolyte ผล Na 140.3 mmol/L, K 3.9 mmol/L, Cl 107.3 mmol/L, CO₂ 21.4 mmol/L

BUN 28.4 mg/dl, Creatinine 1.85 mg/dl

วันที่ 24 พฤษภาคม 2562

ผลการตรวจ Complete blood count ผล White blood count 13,160 cells/cell/mm³, Neutrophil 86%, Lymphocyte 8%, Monocyte 6%, Hematocrit 27.7%, Platelet count 473,000 cell/mm³.

Electrolyte ผล Na 138.9 mmol/L, K 3.9 mmol/L, Cl 105.8 mmol/L, CO₂ 19.1 mmol/L

BUN 26.7 mg/dl, Creatinine 1.00 mg/dl

ผลการตรวจทางรังสีวิทยา

วันที่ 20 พฤษภาคม 2562 Film acute abdomen : large bowel obstruction

วันที่ 28 พฤษภาคม 2562 CT Whole abdomen : Rectal malignancy with extensive nodal metastasis

ผลการตรวจ Colonoscope : Circumferential mass at rectum 12 cms from AV

สรุปการรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล

วันที่ 20 พฤษภาคม 2562 รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัว หายใจเหนื่อย บ่นแน่นท้อง ท้องอืดตึงมาก ไม่มีปัสสาวะออก สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 112 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/58 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือด (O₂ saturation = 97-98%) ความเข้มข้นเลือด 26.2% ผล Film acute abdomen large bowel obstruction วางแผนการพยาบาลประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะช็อค ดูแลให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอให้ O₂ mask with reserivior bag 10 LPM เพิ่มจำนวนสารน้ำทางหลอดเลือดดำและควบคุมปริมาตรน้ำในระบบไหลเวียน ให้เม็ดเลือดแดง จำนวน 2 ยูนิต ประเมินจำนวนปัสสาวะเพื่อเฝ้าระวังภาวะไตวายเฉียบพลัน วินิจฉัยแรกรับ Colonic obstruction R/O Ca colon แพทย์วางแผนผ่าตัดฉุกเฉิน ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง หายใจเหนื่อยมากขึ้น เฝ้าติดตามสัญญาณชีพและระดับออกซิเจนในร่างกายอย่างใกล้ชิด

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Explor - lap with Sigmoid colostomy ระยะเวลาในการผ่าตัด 2 ชั่วโมง เสียเลือดในระหว่างการผ่าตัด 200 ซีซี พบความดันโลหิตลดต่ำลงในระหว่างผ่าตัด ภายหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยยังเสี่ยงต่อภาวะช็อคจากพร่องสารน้ำ ดูแลให้ยา Dopamine (1:1) บริหารยาให้ได้ตามแผนการรักษาควบคุมหยุดโดยใช้ Infusion pump ประเมินจำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน ปลายมือปลายเท้าเย็น ดูแลทางเดินหายใจ ดูดน้ำลายในปาก O₂ saturation อยู่ระหว่าง 96-99% ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดหน้าท้อง มีเลือดซึมเล็กน้อย มี Colostomy ด้านซ้ายใกล้กับแผลผ่าตัด Stoma สีชมพู มีเลือดออกเล็กน้อย ปิด Colostomy bag ไว้ ระดับความปวดแผล Pain score 9-10 คะแนน ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยาแก้ปวดมอร์ฟีน ติดตามอาการหลังให้ยา ประเมินอัตราการหายใจที่ผิดปกติ (ช้ากว่า 12 ครั้ง/นาที) ไม่พบภาวะดังกล่าว ภายหลังได้รับยาแก้ปวด Pain score 5-6 คะแนน

48 ชั่วโมง หลังผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พ้นจากภาวะช็อค สัญญาณชีพปกติ O₂ sat อยู่ระหว่าง 99-100 % ผู้ป่วยได้รับการบำบัดความเจ็บปวดจนทุเลาอาการปวดแผลลง Pain score 4-5 คะแนน ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางบาดแผล เนื่องจากเป็นแผลผ่าตัด Delay suture อยู่ใกล้ถุง Colostomy ให้การดูแลบาดแผลอย่างถูกวิธี แนะนำการดูแลบาดแผลแก่ผู้ป่วยร่วมด้วย ให้ยาปฏิชีวนะต่อเนื่อง ไม่พบผลข้างเคียงของยาและไม่พบการติดเชื้อทางบาดแผล 6 วันหลังผ่าตัด วินิจฉัยเพิ่มเติมด้วยการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ พบ Circumferential mass at rectum 12 cms from AV จึงส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องเพิ่ม พบ Rectal malignancy with extensive nodal metastasis ในระหว่างที่ดูแลรักษาพยาบาล ได้เริ่มฟื้นฟูสภาพร่างกายและวางแผนจำหน่ายจากทีม Wound care โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง ภาวะลักษณะและสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลในเรื่องการรักษาและขาดความรู้

ในการดูแลตนเอง ได้ดูแลทางด้านจิตใจและให้ข้อมูลเรื่องการดูแลตนเอง เพื่อบริหารกิจประจำวันเป็นระยะ ๆ ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคกระเพาะลำไส้ใหญ่ การดูแลบาดแผล และ Colostomy เปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดูแล รวมทั้งการวางแผนจำหน่าย โดยเน้นการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัด การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจในการรักษาตัว ต่อเนื่องที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ต่อมาผู้ป่วยแจ่มใสดี ญาติสามารถช่วยเปลี่ยนถุงอุจจาระได้ มีการเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ โดยอาการทุเลา ในวันที่ 29 พฤษภาคม 2562 รวมระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาลจำนวน 9 วัน

ภายหลังจำหน่ายแพทย์นัดผู้ป่วยกลับมาตรวจซ้ำอีก 2 สัปดาห์ ติดตามผลขึ้นเนื้อ ผู้ป่วยกลับมาตรวจตามนัด ผู้ป่วยสดชื่นขึ้นกว่าเดิม สามารถเปลี่ยนถุงอุจจาระได้เอง ผิวหนังรอบ Stoma ไม่มีแผล ผู้ป่วยยอมรับได้กับภาพลักษณ์ใหม่ พยายามรับประทานอาหารได้มากขึ้น แพทย์วางแผนส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เพื่อให้เคมีบำบัดร่วมกับฉายแสง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

การพยาบาลก่อนผ่าตัด

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะช็อคเนื่องจากความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ จากภาวะทางเดินอาหารอุดตัน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยปวดท้อง ไม่ผายลม ไม่ถ่ายอุจจาระ ท้องอืดตึงมาก
2. ผล Film acute abdomen large bowel obstruction
3. ใส่สายสวนปัสสาวะ ไม่มีปัสสาวะออก
4. Na 135.9 mmol/L, K 3.1 mmol/L, Cl 101.2 mmol/L, CO2 21.2 mmol/L, BUN 12 mg/dl, Creatinine 1.06 mg/dl
5. ชีพจร 112 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/58 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์

ปลอดภัยจากภาวะช็อค

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวดี
2. ไม่มีอาการแสดงของช็อค ได้แก่ อาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น
3. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 ซีซี/ชั่วโมง
4. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท
5. การไหลเวียนของเลือดที่ส่วนปลาย (Capillary refill time) \leq 2 วินาที

การพยาบาล

1. เพิ่มปริมาณสารน้ำในหลอดเลือดดำ โดยดูแลให้ได้รับ IV fluid ตามแผนการรักษา ให้ 0.9 % NaCl 1000 ml iv drip 120 ml/hr ควบคุมจำนวนหยดให้ผู้ป่วยได้รับตามแผนการรักษา และดูแลให้ PRC gr. O จำนวน 2 units แก้ไขภาวะซีด

2. จัด Position ในท่านอนหงาย ศีรษะและปลายเท้าสูงเล็กน้อย เพื่อช่วยในการไหลเวียนของเลือดกลับสู่หัวใจเพิ่มขึ้น ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจไปเลี้ยงสมองมากขึ้น
3. ให้ O2 mask with reservoir bag 10 LPM เพื่อให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ
4. วัดสัญญาณชีพทุก 30 นาทีเพื่อประเมินการไหลเวียนและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
5. ประเมินภาวะช็อค จากระดับความรู้สึก อาการกระสับกระส่าย ผิวน้ำแข็งขึ้น เหงื่อออก ชีพจรเบาเร็ว หายใจเร็ว
6. ใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อประเมินหน้าที่การทำงานของไต
7. บันทึกจำนวนน้ำที่ร่างกายได้รับ และบันทึกจำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง และประเมินความสมดุลในรอบ 24 ชั่วโมง

การประเมินผล

รู้สึกตัวดี มีอาการกระสับกระส่ายเนื่องจากมีอาการปวดแน่นท้อง ท้องแข็งตึงมาก สัญญาณชีพ ชีพจร 100-118 ครั้ง/นาที หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 98/54-131/78 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะออกในชั่วโมงแรก 50 ซีซี

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากปริมาณเลือดไหลเวียนลดลงขณะช็อค

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบ่นเหนื่อยเป็นพัก ๆ หายใจไม่อิ่ม
2. อัตราการหายใจ 22-24 ครั้ง/นาที
3. ระดับออกซิเจนในร่างกาย 96%

วัตถุประสงค์

ไม่เกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว
2. อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที
3. ระดับออกซิเจนในร่างกาย >95%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ O2 mask with reservoir bag 10 LPM เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนให้กับเนื้อเยื่อของร่างกาย
2. ประเมินสังเกตจุดบันทึกอาการแสดง Vital signs ทุก 1 ชั่วโมง และอาการของภาวะขาดออกซิเจน ได้แก่ ซีด ตัวเย็น กระสับกระส่าย หายใจเหนื่อยหอบ ปลายมือปลายเท้าเขียว
3. Monitor O2 saturation เพื่อประเมินระดับออกซิเจนในร่างกาย
4. Monitor EKG เพื่อติดตามการทำงานของหัวใจ
5. เตรียมพร้อมสำหรับการช่วยใส่ท่อหายใจ และใส่เครื่องช่วยหายใจ และเตรียมทำหัตถการอื่น ๆ ให้พร้อมจะช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันที เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะพร่องออกซิเจน

6. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอเพื่อลดการใช้ออกซิเจน โดยทำกิจกรรมพยาบาลในคราวเดียวกัน และให้ญาติเยี่ยมตามความเหมาะสม

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อย มีกระสับกระส่ายบางครั้ง ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที O2 saturation 97-98 %

ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดท้อง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบ่นปวดท้อง ไม่ผายลม ไม่ถ่ายอุจจาระ ท้องอืดตึงมาก
2. ผล Film acute abdomen large bowel obstruction
3. Pain score 8 คะแนน
4. ขณะที่ปวดท้องมาก ชีพจร 112 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 119/58

มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์

เพื่อให้อาการปวดท้องลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยนอนพักได้ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย
2. Pain score 4 - 5 คะแนน
3. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบสัญญาณชีพ และ Pain score ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการปวดและความรุนแรงที่เพิ่มขึ้น
2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงสาเหตุของอาการปวดท้อง จัดท่านอนในท่าศีรษะสูง (Fowler's position) เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัว ทำให้อาการปวดลดลง
3. ดูแลให้งดอาหารและน้ำ ใส่ NG tube ต่อกับ Gomco suction เพื่อระบายสารเหลวและเศษอาหารเป็นการลดความดันในลำไส้และการเพาะอาหารช่วยบรรเทาอาการปวด อธิบายถึงความสำคัญและความจำเป็นของการงดอาหารและน้ำให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษาพยาบาล การงดอาหารและน้ำจะช่วยลดการกระตุ้นการทำงานของลำไส้ ทำให้อาการปวดท้องลดลง
4. แนะนำให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย โดยหายใจเข้าออกยาวๆ ลึกๆ
5. ดูแลตรวจเยี่ยมอาการของผู้ป่วยบ่อย ๆ สัมผัสเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย แนะนำให้ญาติเฝ้าอาการใกล้ชิด ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ชวนพูดคุย ปลอดภัยให้กำลังใจ
6. ดูแลให้ยาลดปวด MO 3 mg iv dilute และสังเกตอาการหลังให้ยาไม่พบความผิดปกติ
7. อธิบายผู้ป่วยและญาติให้ทราบถึงแผนการรักษาต่อไป คือการผ่าตัดเพื่อแก้ไขสาเหตุของอาการปวดท้อง พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาและข้อสงสัยต่างๆ

การประเมินผล

ผู้ป่วยปวดท้องลดลง นอนพักได้ Pain score 5 คะแนน ชีพจร 100-110 ครั้งต่อนาที การหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/60-127/68 มิลลิเมตรปรอท

ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและอาการผู้ป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยถามว่าให้ยาระบายแทนการผ่าตัดได้หรือเปล่า
2. บุตรสาวถามถึงอันตรายที่จะเกิดได้กับผู้ป่วยระหว่างผ่าตัด
3. ผู้ป่วยและญาติแสดงสีหน้าวิตกกังวลเมื่อทราบว่าต้องผ่าตัด

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการ และแผนการรักษาของแพทย์
2. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือและปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดได้ถูกต้อง

การพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ
2. สอบถามพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัย รวมทั้งตอบปัญหาของผู้ป่วยและญาติด้วยท่าทีที่เห็นใจ แสดงความเป็นกันเอง เพื่อลดความวิตกกังวล
3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษาและเหตุผลที่ต้องเตรียมการผ่าตัดว่า ผู้ป่วยมีภาวะลำไส้อุดตัน ต้องแก้ไขด้วยการผ่าตัดและอาจต้องนำลำไส้มาเปิดเป็นทวารเทียมที่หน้าท้อง จากนั้นให้ผู้ป่วยและญาติเซ็นใบยินยอมทำการผ่าตัดและรักษาพยาบาล ภายหลังให้ข้อมูลเรื่องโรคแล้ว
4. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อเตรียมผ่าตัดฉุกเฉิน อธิบายขั้นตอนในห้องผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึก และบุคลากรในห้องผ่าตัดที่พร้อมให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความกลัว และวิตกกังวล

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการ และแผนการรักษาของแพทย์ ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดได้ถูกต้อง

การพยาบาลหลังผ่าตัด

ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อคเนื่องจากภาวะพร่องสารน้ำและเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

1. จำนวนเลือดที่เสียในระหว่างการผ่าตัด 200 ซีซี
2. ความดันโลหิตลดต่ำลงในระหว่างผ่าตัด 85/56-100/64 มิลลิเมตรปรอท
3. ระหว่างผ่าตัดปัสสาวะออกช้า 30-40 ซีซี

วัตถุประสงค์

ไม่เกิดภาวะช็อค

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวดี
2. ไม่มีอาการแสดงของช็อค ได้แก่ อาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น
3. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 ซีซี/ชั่วโมง
4. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท
5. การไหลเวียนของเลือดที่ส่วนปลาย (Capillary refill time) \leq 2 วินาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ ตามแผนการรักษาคือ 0.9 % NaCl 1,000 ml iv drip 100 ml/hr
2. เพิ่มการบีบตัวของหัวใจโดยการให้ Dopamine 500 mg ใน 5% D/W 500 ml ปรับ Rate ตั้งแต่ 10 μ d/min เพิ่มทีละ 5 μ d/min ปรับจนถึง 30 μ d/min Keep systolic pressure มากกว่า 80 mmHg
3. On Monitor NIBP เพื่อตรวจวัดสัญญาณชีพโดยเฉพาะความดันโลหิตและชีพจรที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติหลังการผ่าตัด ได้ตรวจวัดเป็นระยะๆ คือ 15 นาที 4 ครั้ง, ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนคงที่ หลังจากนั้นวัดทุก 4 ชั่วโมง
4. สังเกตอาการกระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวลดลง ผิวหนังเย็นชื้น เหงื่อออกมาก Capillary refill time $>$ 2 วินาที ซึ่งเป็นอาการของ Hypovolemic shock ไม่พบภาวะดังกล่าว
5. สังเกตลักษณะหน้าท้อง บาดแผลและปริมาณสิ่งคัดหลั่งต่างๆ ที่ออกจากบาดแผล และ Stoma เพื่อประเมินการสูญเสียน้ำและเลือด
6. สังเกตและบันทึกจำนวนปัสสาวะที่ออกมาทุกชั่วโมง น้อยกว่า 30 ml/hr รายงานแพทย์ซึ่งไม่พบภาวะดังกล่าว
7. ตรวจสอบและบันทึกปริมาณสารน้ำเข้าสู่ร่างกาย และสารน้ำออกจากร่างกาย ทุก 4 ชั่วโมง
8. เจาะเลือดหาค่าความเข้มข้นเลือด (Hct) ทันทีภายหลังผ่าตัด

การประเมินผล

ระดับความรู้สึกตัวดี พูดคุยถามตอบรู้เรื่อง หน้าท้องไม่อืดตึง แผลผ่าตัดและ Stoma ไม่มีเลือดซึมเพิ่ม Hct หลังผ่าตัด 31 % จำนวนน้ำที่ร่างกายได้รับ 2,500-3,200 ml/day จำนวนน้ำที่ร่างกายขับออกทางปัสสาวะ 450-500 ml/8 hr. สัญญาณชีพ ชีพจร 100-110 ครั้ง/นาที การหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70-128/94 มิลลิเมตรปรอท

ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีแผลผ่าตัดแนว midline 14 เซนติเมตร เปิดทวารเทียมท้องด้านซ้าย
2. ผู้ป่วยบอกรอนอนไม่หลับ ปวดแผล
3. Pain score 10 คะแนน
6. ชีพจร 100 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาทีความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์

เพื่อให้อาการปวดแผลลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยนอนพักได้ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย หน้าเขียวขมวด
2. Pain score 4-5 คะแนน
3. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินพฤติกรรมกรรมการแสดงความเจ็บปวดของผู้ป่วย และ Pain score ตรวจบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง
2. จัดท่านอน Fowler's position โดยไขหัวเตียงสูง 45-60 องศา และไขส่วนล่างตรงบริเวณเข่าสูง 15-20 องศา ให้กล้ามเนื้อหน้าท้องมีการหย่อนตัว ลดอาการเจ็บตึงแผล
3. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและระบายความรู้สึกต่าง ๆ รวมทั้งให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการปฏิบัติตามความเหมาะสม เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วย เป็นการลดความเจ็บปวด
4. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล แสดงท่าทีที่เป็นกันเอง เห็นอกเห็นใจผู้ป่วย ดูแลด้านจิตใจ โดยการพูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจ สัมผัส เอาใจใส่อย่างใกล้ชิด และอธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับระยะเวลาในการเจ็บปวด แผลผ่าตัดจะปวดมากกว่าเป็นเวลา 3 วันแรกหลังผ่าตัด
5. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบเท่าที่สามารถทำได้ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและสุขสบายขึ้นสามารถพักผ่อนได้เต็มที่
6. จัดกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ให้รับกวนการพักผ่อนของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด ประเมินระยะเวลาที่ผู้ป่วยนอนพักได้
7. แนะนำวิธีการพลิกตะแคงตัวหรือเปลี่ยนอิริยาบถ โดยใช้มือ 2 ข้างประคองบริเวณแผลผ่าตัด เพื่อช่วยลดภาวะการเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง และช่วยลดการสั่นสะเทือนของแผลผ่าตัด จะทำให้อาการปวดแผลลดลง ขณะเคลื่อนย้ายหรือเปลี่ยนท่านอน ให้ทำด้วยความระมัดระวัง และดูแลไม่ให้อุปกรณ์ต่าง ๆ ดึงรั้ง ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล
9. สอนการไออย่างถูกวิธี โดยใช้มือประคองแผลผ่าตัดและหายใจเข้าลึก ๆ ซ้ำ ๆ ผ่านทางจมูกและหายใจออกช้าๆ ผ่านทางปาก จำนวน 5 ครั้ง ในขณะที่หายใจเข้าครั้งสุดท้ายให้ผู้ป่วยอ้าปาก และไอออกมาจากส่วนลึกของลำคอ 1-2 ครั้ง เป็นการช่วยขับเสมหะออกมาและลดการสั่นสะเทือนของบาดแผลใช้มือประคองแผลทุกครั้ง
10. ดูแลให้ยาแก้ปวด MO 3 mg dilute iv prn ทุก 4 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาพร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
11. ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น
12. ประเมินพฤติกรรมกรรมการแสดงความเจ็บปวด Pain score หลังให้การพยาบาล

การประเมินผล

ในระยะ 1-2 วันแรก ผู้ป่วยปวดแผลมาก มีสีหน้าเขียวคล้ำ ยังไม่กล้าขยับร่างกาย พฤติกรรม ความเจ็บปวดอยู่ระดับ 5-6 ในวันที่ 3-4 หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยบ่นปวดแผลน้อยลง พฤติกรรมความเจ็บปวด อยู่ระดับ 4-5 นอนหลับพักผ่อนได้ 7-8 ชั่วโมง/วัน ความดันโลหิต 120/78-140/95 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 98-100 ครั้ง/นาที หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที

ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยเสี่ยงติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยลูปแผลบ่อ
2. แผล Colostomy อยู่ใกล้กับบริเวณแผลผ่าตัด
3. อุณหภูมิร่างกาย 37.9-38 องศาเซลเซียส ชีพจร 100-102 ครั้ง/นาที (หลังผ่าตัด 1-2 วันแรก)
4. ผล CBC (24 พฤษภาคม 2562) WBC count = 13,160 cells/mm³ Neutrophil 86 %

วัตถุประสงค์

ไม่เกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ลักษณะบาดแผล ขอบแผลไม่บวมแดง ไม่มี Discharge เป็นหนอง ไม่มีกลิ่นเหม็น
2. อุณหภูมิร่างกายปกติ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินดูลักษณะบาดแผล สังเกตลักษณะของ Discharge ทุกครั้งที่ทำแผล รอยบวมแดง
2. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง
3. ทำแผลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ ทำแผลผ่าตัดแบบ Dry dressing โดยใช้ สำลีชุบ NSS เช็ดบริเวณริมแผลวนจากด้านในออกด้านนอกรอบแผล แล้วจึงปิดแผล
4. เปลี่ยนถุง Colostomy ให้ว่างไม่มีอุจจาระ เพื่อป้องกันอุจจาระที่รั่วออกมาปนเปื้อนบาดแผล
5. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงประเมินภาวะติดเชื้อที่แผล
6. สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลบาดแผล ระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ ไม่ใช้มือหรือวัตถุสิ่งของถูก ต้องบริเวณบาดแผล เพราะอาจจะเป็นการเพิ่มเชื้อโรคสู่บาดแผล
7. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ รักษาความสะอาดของร่างกายทั่วไป เช่น ผม ปาก เล็บ ฟัน และผิวหนัง เพื่อลดการติดเชื้อ
8. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ประเภทโปรตีน และมีวิตามินซีสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ นม ไข่ และผลไม้ เช่น ส้ม เพื่อส่งเสริมการหายของแผล
9. ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา คือ Metronidazole 500 mg iv drip ทุก 8 ชั่วโมง Ceftriaxone 2 gm iv OD และสังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ผื่น คลื่นไส้ อาเจียน

การประเมินผล

ผู้ป่วยดูแลบาดแผลได้อย่างถูกต้อง บาดแผลผ่าตัดแห้งดี Stoma แดงดี รอบแผลไม่มีอีกเสบ บวมแดง อุจจาระออกดี อุณหภูมิร่างกาย 36.8-37.6 องศาเซลเซียส

ปัญหาที่ 8 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ข้อมูลสนับสนุน

6 วันหลังผ่าตัด แพทย์วินิจฉัยเพิ่มเติมด้วยการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ

วัตถุประสงค์

ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดท้อง ท้องแข็งตึง
2. ไม่มีเลือดออกหรือถ่ายอุจจาระเป็นเลือดทางทวารหนัก หรือทาง Colostomy
3. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ภายหลังการส่องกล้องให้ผู้ป่วยงดอาหารและน้ำ 6 ชั่วโมง เพื่อสังเกตอาการผิดปกติ
2. สังเกตอาการปวดท้อง ลักษณะหน้าท้องเพื่อประเมินการมีเลือดออก หรือการบาดเจ็บในช่องท้องจากการส่องกล้อง
3. ผู้ป่วยได้รับการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ ห้ามแบ่ง อาจทำให้เลือดออกบริเวณที่ตัดชิ้นเนื้อได้
4. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 2 ชั่วโมง เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
5. หลังการงดอาหารและน้ำครบ 6 ชั่วโมง เริ่มให้รับประทานอาหารอ่อนได้ และหลีกเลี่ยงอาหารมัน รสจัด และสังเกตอาการปวดท้อง

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดท้อง ท้องแข็งตึง ไม่มีเลือดออกหรือถ่ายอุจจาระเป็นเลือดทางทวารหนัก หรือทาง Colostomy ชีพจร 90-100 ครั้ง/นาที หายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/68-120/94 มิลลิเมตรปรอท

ปัญหาที่ 9 ผู้ป่วยมีความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ เนื่องจากต้องขับถ่ายอุจจาระทางหน้าท้อง

ข้อมูลสนับสนุน

1. หลังแพทย์แจ้งว่าต้องเปิดทวารเทียมและต้องขับถ่ายอุจจาระทางหน้าท้องเป็นระยะเวลานาน ผู้ป่วยหน้าตาไม่แจ่มใส เวลาพูดคุยหรือปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
2. ผู้ป่วยบอกว่า รู้สึกอายเวลาที่มึกลิ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใส
2. เข้าใจและยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ให้ความร่วมมือในการช่วยเหลือดูแลตนเอง

การพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย พุดคุยสอบถามปัญหาความต้องการของผู้ป่วยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร เห็นใจ

2. แสดงออกถึงการยอมรับและเข้าใจผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และรู้ว่าพยาบาลมีความจริงใจในการช่วยเหลือ เช่น การสัมผัส การเยี่ยมดูแลผู้ป่วยบ่อย ๆ

3. อธิบายเกี่ยวกับอาการที่เป็นอยู่ว่า ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่ลำไส้ จำเป็นต้องตัดลำไส้ส่วนนั้นออก ทำให้ไม่สามารถขับถ่ายอุจจาระทางทวารหนักได้ จำเป็นต้องดึงเอาลำไส้มาเปิดอย่างถาวรทางหน้าท้อง เพื่อให้มีการขับถ่ายแทน ซึ่งมีหลายคนที่ต้องขับถ่ายแบบนี้เช่นกันและสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ ถ้าปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเหตุผลและความจำเป็น และเสริมสร้างกำลังใจ

4. สอนวิธีการ สาธิต และย้าให้ผู้ป่วยเปลี่ยนถุงอุจจาระ และการลดกลิ่น เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจมากขึ้น เมื่อมีการพบปะหรือเข้าสังคม โดย

4.1 สอนให้ผู้ป่วยใช้น้ำยาดับกลิ่น และใส่เสื้อผ้าที่ปิดมิดชิด

4.2 สอนให้ผู้ป่วยเปลี่ยนถุงอุจจาระเอง และให้ถุงว่างอยู่เสมอ

4.3 หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดกลิ่น ได้แก่ ถั่ว ปลา ไข่ หัวหอม และกะหล่ำปลี

4.4 ใช้น้ำยาแอสไพริน หรือใช้สารดูดกลิ่นลงในถุงเพื่อดูดกลิ่น

5. แนะนำวิธีการปรับแก้หรือเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม และเทคนิคการผ่อนคลาย สังเกตพฤติกรรมที่แสดงถึง ภาวะซึมเศร้า เช่น อาการเหม่อลอย ถ้าพบมีอาการให้ปรึกษาจิตเวช

6. แนะนำช่วยเหลือผู้ป่วยในการวางแผนเพื่อที่จะดูแลตนเอง และเพื่อที่จะจะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ โดยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำ และร่วมมือในการรักษาพยาบาล เพื่อผลดีกับตัวผู้ป่วยเอง

7. จัดเตรียมอุปกรณ์ Stoma bag ที่ต้องใช้เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ประกอบด้วย ถุง Stoma bag พลาสเตอร์เหนียวขนาด 1 นิ้ว สำลือก้อนใหญ่ น้ำเกลือสำหรับล้างแผล

8. สนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

9. เตรียมข้อมูลเกี่ยวกับการใช้บริการในชุมชน และหน่วยงานที่สามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ เพื่อวางแผนให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใสขึ้น พุดคุยกับเจ้าหน้าที่และเพื่อนข้างเตียงดี เข้าใจและยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป ให้ความร่วมมือในการช่วยเหลือดูแลตนเอง สามารถเปลี่ยนถุงอุจจาระเองได้ และคอยถามอย่างสม่ำเสมอเกี่ยวกับการรักษาต่อไป

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษาเมื่อมีภาวะลำไส้อุดตันและขาดเลือด มีการดูดซึมของพิษ และเกิด Translocation ของแบคทีเรียจนทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อและตามมาด้วยภาวะช็อก ซึ่งถือเป็นภาวะวิกฤติและสำคัญมาก ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขอย่างถูกต้องทันที ส่งผลให้ไตวายเฉียบพลันทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ ในผู้ป่วยรายนี้เกิดจากภาวะพร่องสารน้ำ จากการอุดตันของลำไส้ ได้รับสารน้ำและอาหารไม่เพียงพอ การพยาบาลที่สำคัญแก้ไขโดยการเพิ่มปริมาตร และสารน้ำ เม็ดเลือดแดง ให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

ด้วยการให้ออกซิเจน ติดตามสัญญาณชีพ การทำงานของไตอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกและส่งผลให้ห้องผ่าตัดอย่างปลอดภัย ภายหลังจากผ่าตัดยังคงเสี่ยงต่อภาวะช็อกซ้ำ ให้อาการกระตุ้น Dopamine ซึ่งถือเป็นยา High alert drug พยาบาลต้องบริหารยา ประเมินความผิดปกติจากการได้รับยา เช่น การควบคุมยาโดยให้ได้ตามแผนรักษา โดยใช้เครื่องควบคุมหยดสารน้ำ ปรับระดับยาจนผู้ป่วยปลอดภัยพ้นจากภาวะช็อก

ภายหลังจากผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตแล้ว สิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งคือด้านจิตใจ และการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยบุตรมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย การดูแลด้านสภาพลักษณะของผู้ป่วย มีความสำคัญมากเพราะผู้ป่วยจะต้องถ่ายอุจจาระทางหน้าท้องตลอดชีวิต จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ สามารถดูแลตนเองได้ดี และถูกต้อง พยาบาลได้เตรียมความพร้อมตั้งแต่ภายหลังจากผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรกให้ผู้ป่วยและญาติทราบความจำเป็นของการที่ต้องให้อุจจาระทางหน้าท้องจากการอุดตันของก้อนมะเร็ง สอนการปฏิบัติตัวและการดูแล Colostomy โดยญาติมีส่วนร่วมในการดูแลทุกระยะ ทำให้ผู้ป่วยและญาติยอมรับและปฏิบัติตามแผนการสอนได้อย่างดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

บทสรุป

ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง นับเป็นภาวะวิกฤตทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยชีวิตผู้ป่วยจึงต้องมีความรู้ ความสามารถในการประเมินผู้ป่วยได้ถูกต้อง เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการตลอดจนวางแผนการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสมและสอดคล้องกับการรักษาของแพทย์ ควรมีทักษะความชำนาญหลายๆ ด้าน มีการวางแผนในหน่วยงานและเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ ให้พร้อมอยู่เสมอจะทำให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้ถูกต้องรวดเร็ว นอกจากนี้โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ยังมีโอกาสที่จะกลับมาเป็นซ้ำอีกหากผู้ป่วยไม่เข้าใจถึงการป้องกันและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน พยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทในการให้ความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Siegel RL., Miller KD., Jemal A. Cancer statistics, 2015. CA Cancer J Clin; 2015; 65(1): 5-29.
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ. สถิติโรคมะเร็งประจำปี พ.ศ.2561 กรุงเทพมหานคร: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2561.
3. งานสถิติมะเร็ง. สถิติโรคมะเร็งประจำปี พ.ศ.2562. โรงพยาบาลปากช่องนานา; 2562.
4. อานาจ ศรีรัตนบัลล์. โรคลำไส้การวินิจฉัย และการรักษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
5. บุศรา ชัยทัศน. การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม : บทบาทพยาบาลเฉพาะทางบาดแผล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้. วารสารสภากาชาดไทย; 2559; 9(1): 19-33.