



คู่มือการพยาบาล

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด

นางอรอนงค์ ทัพสุวรรณ

งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2557

## คำนำ

ปัจจุบันมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นโรคที่พบได้บ่อยมากขึ้นทุกปี โดยจากสถิติของประเทศไทย พบว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตสูงเป็นอันดับที่สามของผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง รองจากโรคมะเร็งปอด และโรคมะเร็งตับ และเนื่องจากการผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาหลักของการรักษา มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พยาบาลในหอผู้ป่วยจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ผู้ป่วย เข้ามาอนรับการรักษาในหอผู้ป่วยและได้รับการผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยมีการพักผ่อนสภาพที่ดีหลังผ่าตัด เสริมสร้างการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง มีความสุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่ที่บ้านได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยทั้งระยะ ก่อนและหลังผ่าตัดอย่างถูกต้องเหมาะสม เพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยให้แก่บุคลากรพยาบาล และนำความรู้ความเข้าใจไปใช้เป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือการพยาบาลฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลในหอผู้ป่วย ศัลยศาสตร์ระบบทางเดินอาหาร บุคลากรพยาบาลทั่วไป และผู้ที่สนใจ ได้มีแหล่งประโยชน์ในการศึกษาค้นคว้าและใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดต่อไป

ขอขอบพระคุณ ผศ.นพ.วิรุณ บุญนุช และ ผศ.ดร.วันเพ็ญ ภิญโญ โสภาสกุล ที่ได้กรุณา ตรวจสอบและแก้ไขเนื้อหาให้ถูกต้องสมบูรณ์

อรอนงค์ ทัพสุวรรณ

ผู้จัดทำ

มิถุนายน 2557

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญภาพ	ง
<b>บทที่ 1 บทนำ</b>	
ความเป็นมาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์	2
ประโยชน์ที่จะได้รับ	3
ขอบเขตของกลุ่มเป้าหมาย	4
คำจำกัดความเบื้องต้น นิยามศัพท์	5
<b>บทที่ 2 บทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ</b>	
หน้าที่หลักและเป้าหมายที่สำคัญของหอผู้ป่วย	4
บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่ง	4
ลักษณะงานที่ปฏิบัติ	4
โครงสร้างฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช	8
โครงสร้างงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ	9
โครงสร้างและสายการบังคับบัญชาของหอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ชั้น 16	10
<b>บทที่ 3 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคและการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก</b>	
กายวิภาคของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	11
หน้าที่ของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	14
พยาธิวิทยาของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	14
สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง	17
อาการและอาการแสดง	19
การวินิจฉัยโรคและวิธีการตรวจ	20
การพยากรณ์โรค	22
ภาวะแทรกซ้อนของโรค	23
วิธีการรักษาและการติดตามผลการรักษา	23
การป้องกัน	27

<b>บทที่ 4 การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นหลัก</b>	
การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	29
การพยาบาลระยะหลังผ่าตัดรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	31
<b>บทที่ 5 กรณีศึกษา</b>	
ข้อมูลทั่วไป	50
ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย	50
ข้อมูลแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วย	51
แผนการรักษาที่ได้รับ	54
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	59
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	62
สรุปการดูแลและข้อเสนอแนะ	79
<b>บทที่ 6 ปัญหาอุปสรรคและแนวทางในการแก้ไขปัญหา</b>	81
<b>บรรณานุกรม</b>	85
<b>ภาคผนวก</b>	
<b>ประวัติผู้จัดทำคู่มือการพยาบาล</b>	88

## สารบัญภาพ

	หน้า
รูปภาพที่ 1 แสดงกายวิภาคของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	11
รูปภาพที่ 2 ภาพส่วนประกอบของผนังลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	13
รูปภาพที่ 3 แสดงภาพพยาธิสภาพติ่งเนื้อในลำไส้แบบ adenomatous ที่อาจกลายเป็นมะเร็งได้ และภาพติ่งเนื้อแบบไม่ใช่มะเร็งที่อาจพบได้ในผนังลำไส้	15
รูปภาพที่ 4 แสดงการแบ่งระยะของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	17
รูปภาพที่ 5 แสดง colostomy stoma	24
รูปภาพที่ 6 แสดงตำแหน่งของ colostomy bag	25

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญ

รายงานสำรวจสถานการณ์มะเร็ง ปี พ.ศ. 2557 พบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพิ่มขึ้น ร้อยละ 23 เสียชีวิต 165 รายต่อวัน ขณะที่โรงพยาบาลต่างๆ มีผู้ป่วยเข้ารักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมากกว่า 8,000 รายต่อปี โดยทั่วไปประชากรมีโอกาสที่จะเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักประมาณร้อยละ 6 หรือ 1 ต่อ 20 ของประชากรทั้งหมด ประเมินการว่าจะมีผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้น 138,000 รายต่อปี และมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักประมาณ 60,000 คนต่อปี<sup>16</sup> จากสถิติของสถานวิทยามะเร็ง โรงพยาบาลศิริราช ปี 2552 พบว่า มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีอุบัติการณ์สูงเป็นอันดับ 4 ในเพศชาย รองจากมะเร็งตับ ปอด และต่อมลูกหมาก ส่วนในเพศหญิงพบมากเป็นอันดับ 3 รองจากมะเร็งปากมดลูกและเต้านม สำหรับหอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ชั้น 16 ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยที่ผู้จัดทำคู่มือปฏิบัติงานอยู่นั้นเป็นหอผู้ป่วยพิเศษเดี่ยว ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรมทั่วไปและศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โดยพบว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็น 1 ใน 5 อันดับ โรคของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยระหว่างปี พ.ศ. 2548-2552 ตัวเลขทางสถิติที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้นแสดงให้เห็นว่าอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สาเหตุของการมีอุบัติการณ์และอัตราการตายเพิ่มขึ้นดังกล่าว น่าจะมาจากการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมการรับประทานอาหารและเนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจะได้รับการวินิจฉัยเมื่อมีอายุมากกว่า 50 ปี โดยส่วนน้อยจะสามารถพบเมื่ออายุน้อยกว่า 40 ปี ประมาณร้อยละ 6-8<sup>1</sup> โรคมะเร็งชนิดนี้สามารถเกิดขึ้นได้กับลำไส้ใหญ่ทุกๆ ส่วน ซึ่งปัจจุบันพบว่าสถิติตำแหน่งจะเพิ่มมากในลำไส้ใหญ่ด้านขวา เนื่องจากการตรวจมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะเริ่มแรกจะสามารถพบได้โดยใช้วิธีตรวจทางทวารหนักมากกว่าร้อยละ 25 และการตรวจโดยการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (sigmoidoscope) พบได้ร้อยละ 50 ประกอบกับการดูแลรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของประเทศไทยในปัจจุบันยังไม่มีกำหนดแนวทางที่ชัดเจน การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยวิธีการผ่าตัดจึงเป็นการรักษาหลักวิธีหนึ่งในการรักษาเนื้อเยื่อหรืออวัยวะของร่างกายที่มีพยาธิสภาพให้กลับสู่สภาวะปกติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการวินิจฉัยโรค แก้อาการและซ่อมแซมหรือเพื่อบรรเทาอาการหรือความผิดปกติของโรค และมีโอกาสรอดชีวิตเกิน 5 ปี หลังการผ่าตัดถึงร้อยละ 60 โดยจะเพิ่มเป็นร้อยละ 80 ถ้าแพทย์สามารถวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้เร็วขึ้น<sup>16</sup>

เนื่องจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจัดเป็น 1 ใน 5 อันดับ โรคของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาของหอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ชั้น 16 ระหว่างปี พ.ศ. 2548-2552 ดังนั้นพยาบาลในหอผู้ป่วยจึงมี

บทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการผ่าตัดรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาอนรับการรักษาในหอผู้ป่วยจนกระทั่งผู้ป่วยตัดสินใจรับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินสภาพตั้งแต่แรกรับไว้ในโรงพยาบาล โดยใช้ความรู้ความสามารถ และทักษะในการสัมภาษณ์และการสังเกตผู้ป่วยอย่างละเอียดในด้านประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสีและการตรวจพิเศษอื่นๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน นำมาช่วยในการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนสามารถให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสมครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

เมื่อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด พยาบาลมีส่วนสำคัญในการดูแลให้ผู้ป่วยมีการพักผ่อนสภาพที่ดี หลังผ่าตัด ซึ่งเป็นสภาวะที่ร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยปรับหน้าที่เข้าสู่สภาวะปกติหรือทำหน้าที่ได้ดีที่สุดตามสภาพของร่างกายเท่าที่จะเป็นไปได้ ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้มีความสุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจในระยะเวลาที่เหมาะสมและปราศจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดที่ดีนั้นร่างกายจะกลับเข้าสู่สภาวะปกติทั้งร่างกายและจิตใจในระยะเวลาที่รวดเร็ว ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนอาจใช้เวลาที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะโรคประจำตัวของผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัด การใช้ยาระงับความรู้สึก ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด และเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เป็นต้น ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีแผนการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่เหมาะสม เพื่อเสริมสร้างการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย สามารถกลับบ้านได้โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ

เนื่องจากผู้จัดทำได้เห็นถึงความสำคัญดังกล่าว จึงได้จัดทำคู่มือการพยาบาลฉบับนี้ เพื่อให้บุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีรักษาด้วยการผ่าตัด การวางแผนการดูแลผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้บุคลากรพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุการเกิดอาการและอาการแสดง การวินิจฉัยโรค ภาวะแทรกซ้อนของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก สามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องครบถ้วน
2. เพื่อให้บุคลากรพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด โดยใช้กระบวนการพยาบาล
3. เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้บุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดรักษา มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
2. เพื่อลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ
3. เพื่อให้พยาบาลมีแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่ได้มาตรฐานเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

## ขอบเขตของกลุ่ม

คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยศาสตร์ระบบทางเดินอาหาร เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด โดยครอบคลุมการดูแลตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด

## คำจำกัดความเบื้องต้น คำนิยามศัพท์

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (colorectal cancer) หมายถึง ภาวะที่พบเนื้องอกชนิดร้าย (malignant tumor) บริเวณลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยเซลล์ที่มีการแบ่งตัวที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้เกิดเป็นเนื้องอก (tumor) ซึ่งแบ่งตัวทำลายเนื้อเยื่อและอวัยวะใกล้เคียงใกล้เคียง และสามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นที่อยู่ไกล โดยไปตามกระแสเลือดและน้ำเหลืองเรียกว่า metastasis



## บทที่ 2

### บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ

#### หน้าที่หลักและเป้าหมายที่สำคัญของหอผู้ป่วย

ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยแผนกศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ ที่เข้ารับการผ่าตัดและตรวจพิเศษต่างๆ โดยมุ่งเน้นให้การดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

#### บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่ง

ผู้จัดทำคู่มือการพยาบาลปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ชั้น 16 งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ให้การดูแลผู้ป่วยแผนกศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ จำนวนเตียงให้บริการ 12 เตียง สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย 5 อันดับ โรค ได้แก่ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก โรคมะเร็งเต้านม โรคข้อเข่าเสื่อม และโรคมะเร็งปอด ตามลำดับ โดยให้การดูแลตามมาตรฐาน ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับเพื่อตอบสนองปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดูแลรักษาพยาบาล รวมทั้งฟื้นฟูสุขภาพ มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ สามารถกลับบ้านได้ภายในเวลาที่กำหนดให้บริการแบบเกินความคาดหวัง ด้วยความถูกต้องและรวดเร็ว เพื่อสร้างความประทับใจให้แก่ผู้ใช้บริการ โดยเฉพาะการพัฒนาในด้านบริการ เพื่อตอบสนองความพึงพอใจของผู้ป่วยญาติ และผู้รับบริการ

#### ลักษณะงานที่ปฏิบัติ

##### งานด้านบริการ (งานปฏิบัติการพยาบาล)

ให้การดูแลผู้ป่วยแผนกศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ตามมาตรฐานวิชาชีพ ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับเพื่อตอบสนองปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดูแลรักษาพยาบาล รวมทั้งฟื้นฟูสุขภาพ มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ สามารถกลับบ้านได้ภายในเวลาที่กำหนดให้บริการแบบเกินความคาดหวัง ด้วยความถูกต้องและรวดเร็ว เพื่อสร้างความประทับใจให้แก่

ผู้ใช้บริการ โดยเฉพาะการพัฒนาในด้านบริการ เพื่อตอบสนองความพึงพอใจของผู้ป่วยญาติ และผู้รับบริการ ซึ่งมีลักษณะงานที่ปฏิบัติ ดังนี้

1. ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีมการพยาบาล มอบหมายงานให้แก่บุคลากรในทีมการพยาบาลตามความเหมาะสม ควบคุมดูแลให้ปฏิบัติการพยาบาลและผดุงครรภ์ตามมาตรฐานวิชาชีพและสนับสนุนการใช้กระบวนการพยาบาลวางแผนตัดสินใจสั่งการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลของบุคลากรในทีมการพยาบาลให้เป็นไปตามที่วางแผนไว้

2. ตรวจสอบผู้ป่วยแผนกศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ ทุกรายในการรับส่งเวร โดยสังเกตอาการซักถามปัญหาประเมินอาการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจพูดคุยให้กำลังใจ ผู้ป่วยประชุมปรึกษาก่อนและหลังปฏิบัติการพยาบาลนำข้อมูลที่ได้มาประเมินและวิเคราะห์เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลวางแผนให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย และติดตามประเมินผลรวมทั้งร่วมประเมินและวางแผนกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ให้การพยาบาลผู้ป่วยแผนกศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ในระยะแรกรับ โดยจัดลำดับความรุนแรงของผู้ป่วยประเมินความเสี่ยงจากการซักประวัติการตรวจร่างกายเอกสารต่างๆ รวมทั้งประสานงานปรึกษากับทีมสหสาขาวิชาชีพจากนั้นประเมินสัญญาณชีพผู้ป่วย

4. ให้การพยาบาลผู้ป่วยแผนกศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ได้รับผ่าตัดและได้รับการตรวจพิเศษต่างๆ โดยให้การดูแลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคมและจิตวิญญาณ ด้วยการใช้กระบวนการพยาบาลประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วย การวิเคราะห์และระบุปัญหาการวางแผนการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล โดยอาศัยความรู้เชิงประจักษ์ บูรณาการให้เกิดความรู้เพื่อให้การพยาบาลอย่างถูกต้องและเหมาะสม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวที่ดีภายหลังการผ่าตัด

5. ให้ข้อมูล ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับแผนการรักษาสิทธิการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลการลงนามยินยอมเพื่อรับการรักษาให้คำแนะนำเกี่ยวกับกฎระเบียบของโรงพยาบาลการปฏิบัติตัวขณะอยู่ในโรงพยาบาลประเมินความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติปัญหาจากปัจจัยอื่นๆ เช่น ปัจจัยด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจเพื่อให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสมใช้ทักษะในการตัดสินใจ และการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ตอบสนองความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ เพื่อสร้างความประทับใจให้แก่ผู้ใช้บริการ ป้องกันกรณีไม่พึงประสงค์อื่นๆที่อาจมีผลกระทบต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาลได้

6. ร่วมกับแพทย์ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยและให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงหรืออาการผิดปกติ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องและต่อเนื่อง

7. เป็นผู้นำทีมการพยาบาลในการปฏิบัติการช่วยชีวิตและเตรียมรถ emergency ให้มีอุปกรณ์พร้อมใช้

8. ควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค โดยปฏิบัติตามมาตรฐานการทำงานและยึดหลัก universal precaution technique ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด

9. เป็นพยาบาลที่เลี้ยง สอนแนะนำปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับการแผนกศัลยกรรมและศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ที่ได้รับผ่าตัดและได้รับการทำหัตถการต่างๆ ตลอดจนการใช้อุปกรณ์เครื่องมือพิเศษที่ใช้ภายในหอผู้ป่วย แก่บุคลากรระดับรองลงมา

10. ดูแลการส่งตรวจและส่งปรึกษาให้ถูกต้อง ครบถ้วน รวมทั้งติดตามผลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาพยาบาลที่เหมาะสมอย่างรวดเร็ว รวมถึงดูแลผู้ป่วยก่อนการเคลื่อนย้ายไปตรวจนอกหอผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินสภาพและจัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้

11. ติดต่อประสานงานกับบุคลากรในหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมแพทย์และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยอื่นๆ ห้องตรวจพิเศษต่างๆ ฝ่ายโภชนาการ ห้องจ่ายยา เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ เจ้าหน้าที่รังสี หน่วยตรวจสอบสิทธิ หน่วยเงินรายได้ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย

### งานด้านบริหาร

1. ปฏิบัติหน้าที่แทนหัวหน้าหอผู้ป่วยตามที่ได้รับมอบหมาย สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง

2. ร่วมประชุมกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและบุคลากรทุกระดับภายในหอผู้ป่วยเพื่อรับทราบนโยบาย ปรึกษาปัญหาและหาแนวทางแก้ไขปรับปรุงเกี่ยวกับการปฏิบัติงานภายในหอผู้ป่วย เพื่อปรับปรุงและพัฒนางานให้ได้มาตรฐานสอดคล้องกับนโยบาย ระเบียบวิธีปฏิบัติจากฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช รวมทั้งเสนอแนะแนวทาง ปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาหอผู้ป่วย เพื่อรับทราบนโยบายระเบียบ เสนอปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานและแนวทางแก้ไข

3. ร่วมประชุม วางแผนกับหัวหน้าหอผู้ป่วยจัดทำแผนพัฒนาบุคลากร

4. ร่วมเป็นกรรมการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรในหอผู้ป่วยกับหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลในการปรับปรุง พัฒนาศักยภาพ และประกอบการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากร ประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรในหอผู้ป่วยทุกระดับ

5. สำรวจความต้องการใช้ดูแลวัสดุ อุปกรณ์เครื่องมือพิเศษต่างๆ ให้เพียงพอและดำเนินการเพื่อซ่อมแซมเครื่องมือและครุภัณฑ์ต่างๆ อยู่ในสภาพดีพร้อมใช้งานได้ตลอดเวลาตลอดจนช่วยควบคุมการใช้ให้เป็นไปอย่างคุ้มค่า

6. รับผิดชอบดูแลสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยให้สะอาดถูกสุขลักษณะปลอดภัย เอื้ออำนวยในการปฏิบัติงานสำหรับผู้มาใช้บริการ ผู้ปฏิบัติงานและบุคลากรในทีมสุขภาพ

7. ช่วยจัดและปรับอัตรากำลังของบุคลากรในหน่วยงานให้เหมาะสมกับการปฏิบัติงานในแต่ละวันแต่ละเวร ในรอบ 24 ชั่วโมง

8. ช่วยควบคุมดูแลความประพฤติของบุคลากรระดับรองลงมา ให้มีมนุษยสัมพันธ์และเอื้อประโยชน์ต่อผู้มารับบริการตามมาตรฐานวิชาชีพ ส่งเสริมให้มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ร่วมงาน และเห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวมสัปดาห์ละ 5 วัน

9. กระตุ้นและส่งเสริมให้บุคลากรมีการพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่องสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ร่วมงานร่วมแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ให้ข้อมูล และข้อเสนอแนะเพื่อประกอบการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรในการพิจารณาความดีความชอบ

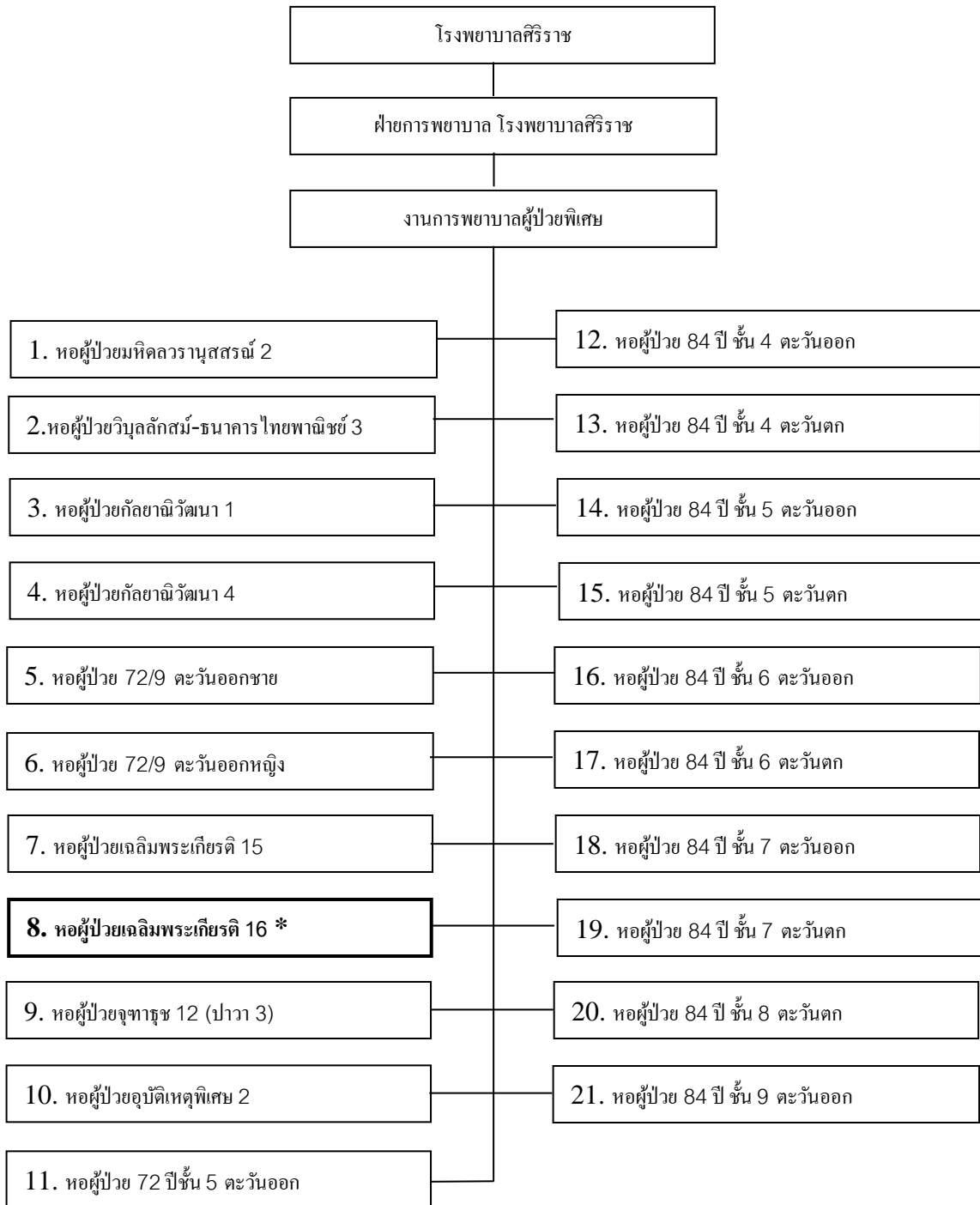
### งานด้านวิชาการ

1. กรรมการและเลขานุการดำเนิน โครงการเสริมทักษะการช่วยชีวิต (CPR) งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ประจำปี 2557
2. กรรมการวิชาการ งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ประจำปี 2557-2559
3. วิทยากรบรรยายเรื่อง "การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด" โครงการเผยแพร่ความรู้เสนอผลงานวิจัยโครงการ คู่มือ และนวัตกรรม งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ปี 2558
4. วิทยากรบรรยายเรื่อง "การรับเสด็จ และการถวายความเคารพ" ในโครงการพัฒนาศักยภาพพยาบาลในภารกิจพิเศษ ปี 2559

## โครงสร้างฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

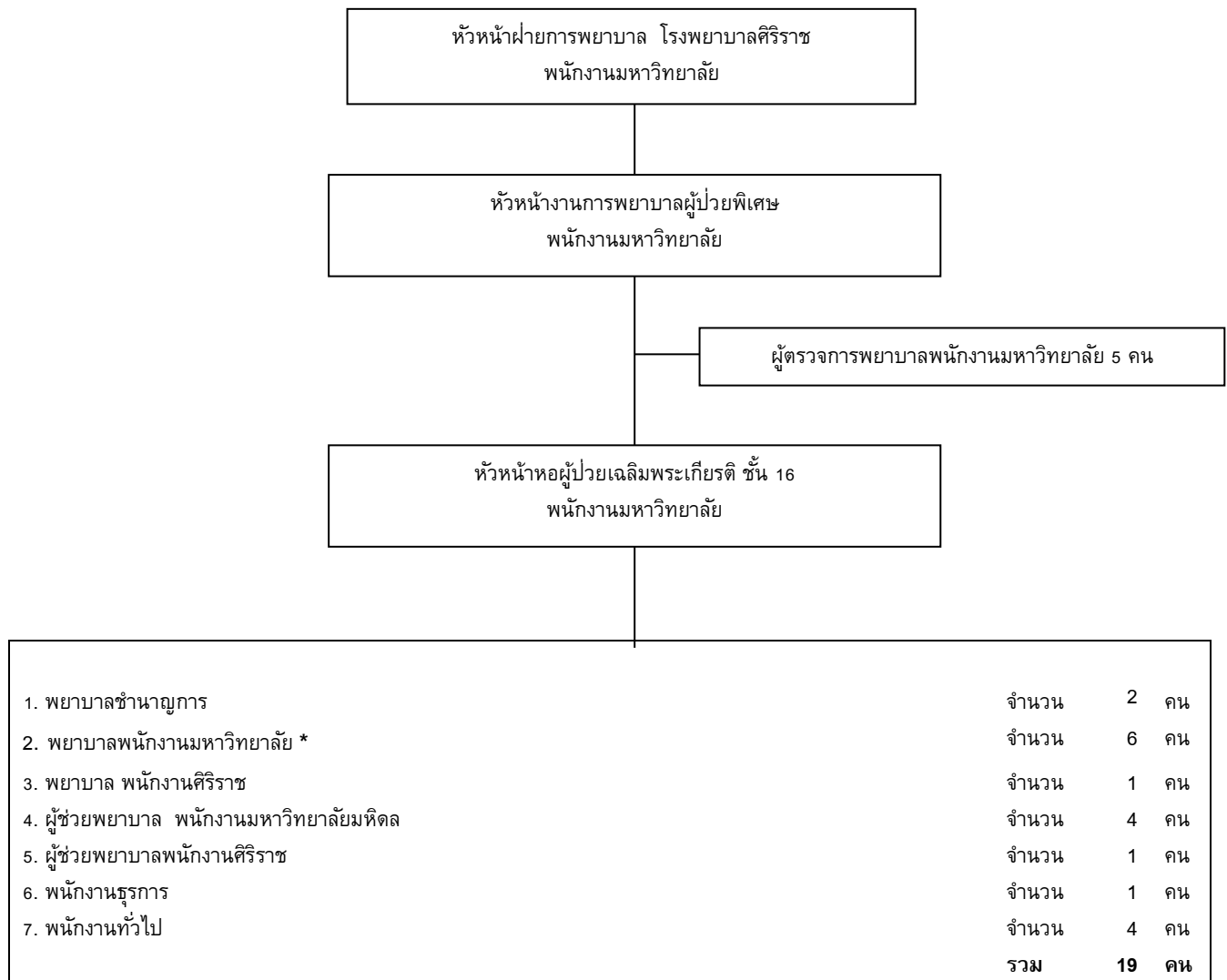


### แผนภูมิแสดงโครงสร้างงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ



หมายเหตุ \* พยาบาลพนักงานมหาวิทยาลัย เสนอขอกำหนดตำแหน่งพยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษ

## โครงสร้างและสายการบังคับบัญชาของหอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ชั้น 16



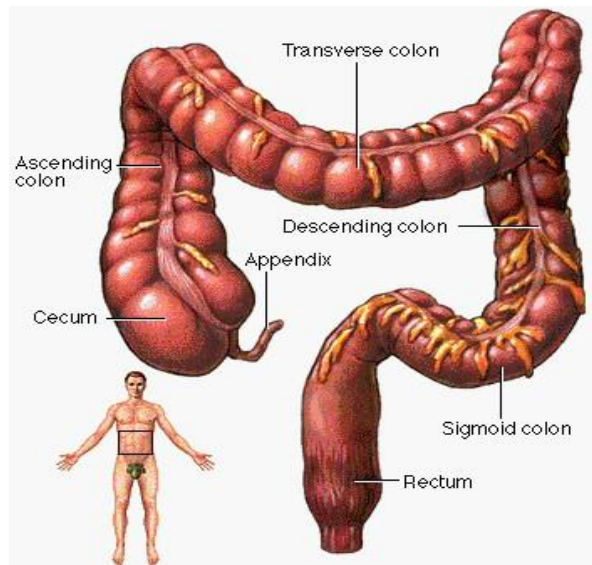
หมายเหตุ\* พยาบาลชำนาญการ (พนักงานมหาวิทยาลัย) เสนอขอกำหนดตำแหน่งพยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษ

### บทที่ 3

## ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคและการรักษา

#### กายวิภาคของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก<sup>16,14</sup>

ลำไส้ใหญ่ (colon) และทวารหนัก (rectum) เป็นอวัยวะส่วนปลายของระบบทางเดินอาหารที่มีลักษณะกลวง ผนังด้านในมีต่อมสร้างน้ำเมือก แต่ไม่มีต่อมสร้างน้ำย่อยอาหาร ผนังมีความยืดหยุ่นสูง เพื่อทำหน้าที่เก็บกักเศษอาหารที่ผ่านขบวนการดูดซึมสารอาหารต่อมาจากลำไส้เล็ก ทำหน้าที่ในการดูดน้ำ วิตามินและเกลือแร่พวกโซเดียมและโพแทสเซียมออกจากกากอาหาร เป็นหน้าที่ที่สำคัญ รวมทั้งขับถ่ายกากอาหารออกสู่ภายนอก ปกติลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีความยาวโดยรวมประมาณ 100-150 เซนติเมตร (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กายวิภาคของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ที่มา : <http://kitmarc.blogspot.com/2008/04/large-intestine.html>

(สืบค้นเมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2554 เวลา 18.25 น.)

#### ส่วนประกอบของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก<sup>15</sup> (ภาพที่ 1)

1. กระพุ้งลำไส้ใหญ่หรือไส้ตัน (cecum) เป็นที่ตั้งต้นของลำไส้ใหญ่ ลักษณะเป็นกระพุ้งใหญ่ มีลิ้นซึ่งทำด้วยรอยพับของเยื่อบุลำไส้ (mucous membrane) ปิดกั้นระหว่างลำไส้เล็กส่วนปลายและกระพุ้งลำไส้ใหญ่หรือไส้ตัน



2. ลำไส้ใหญ่ส่วนขึ้น (ascending colon) เป็นส่วนของโคลอนที่ขึ้นตรงขึ้นไปเป็นแนวตั้งฉากทางด้านขวาของช่องท้อง ยาวประมาณ 15 เซนติเมตร

3. ลำไส้ใหญ่ส่วนขวาง (transverse colon) เป็นส่วนที่วางพาดตามแนวขวางของช่องท้องยาวประมาณ 45 เซนติเมตร

4. ลำไส้ใหญ่ส่วนลง (descending colon) เป็นส่วนที่วิ่งตรงลงมาเป็นแนวตั้งฉากทางด้านซ้ายของช่องท้อง ยาวประมาณ 30 เซนติเมตร

5. ลำไส้ใหญ่ส่วนโค้ง (sigmoid colon) รูปร่างคดเคี้ยวมากน้อยไม่แน่นอนและจะขดอยู่ที่ด้านซ้ายของช่องท้องยาวประมาณ 45 เซนติเมตร

6. ลำไส้ตรง (rectum) เป็นส่วนปลายของลำไส้ใหญ่ มีลักษณะเป็นท่อตรง ยาวประมาณ 12 เซนติเมตร

7. ทวารหนัก (anal) เป็นส่วนสุดท้ายของลำไส้ใหญ่ ยาวประมาณ 2.5-3.5 เซนติเมตร ภายในประกอบด้วยกล้ามเนื้อหูรูด 2 แห่ง คือ หูรูดภายใน (internal sphincter) และหูรูดภายนอก (external sphincter)

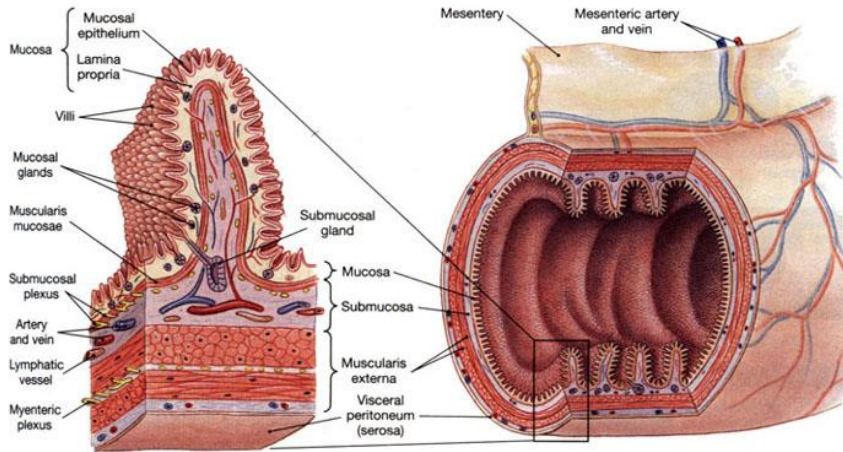
8. ไส้ติ่ง (vermiform appendix) อยู่ที่ส่วนต้นของกระพุ้งลำไส้ใหญ่ (cecum)

ในทางสัลยกรรม มีการแบ่งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็น 3 ส่วน ด้วยเหตุผลที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด โดยแบ่งตามระบบหลอดเลือดแดงของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ดังนี้

1. ลำไส้ใหญ่ซีกขวา ซึ่งหมายรวมถึงตั้งแต่ไส้ติ่ง (vermiform appendix) กระพุ้งลำไส้ใหญ่/ไส้ตัน (cecum) ลำไส้ใหญ่ส่วนขึ้น (ascending colon) ลำไส้ใหญ่ส่วนโค้งใต้ตับ (hepatic flexure) และลำไส้ใหญ่ส่วนขวาง (transverse colon)

2. ลำไส้ใหญ่ซีกซ้าย ซึ่งหมายรวมถึงตั้งแต่ลำไส้ใหญ่ส่วนโค้งใต้ม้าม (splenic flexure), ลำไส้ใหญ่ส่วนลง (descending colon) และลำไส้ใหญ่ส่วนซีกมอยด์ (sigmoid colon)

3. ลำไส้ตรง (rectum) เป็นส่วนปลายของลำไส้ใหญ่ มีลักษณะเป็นท่อตรง ยาวประมาณ 15 เซนติเมตร ตรงปลายของไส้ตรงจะเป็นทวารหนัก



ภาพที่ 2 : ภาพส่วนประกอบของผนังลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ที่มา : <http://www.krusarawut.net/wp/?p=1324>

(สืบค้นเมื่อวันที่ 21 สิงหาคม 2558 เวลา 12.12 น.)

### ส่วนประกอบของผนังลำไส้ใหญ่และทวารหนัก<sup>8</sup> (ภาพที่ 2)

1. ชั้นในสุดเป็นชั้นของเยื่อเมือก เรียก mucosa หรือ mucous coat ประกอบด้วยเยื่อบุผิว(epithelium) และต่อมสร้างน้ำย่อยต่างๆ แตกต่างกันไปตามหน้าที่ของแต่ละส่วนมีหน้าที่สำคัญในการหลั่งน้ำย่อย (secretion) และดูดซึม (absorption) อาหารเข้าสู่กระแสเลือด ผนังชั้นนี้มี villi หรือ circular folds มีแต่ intestinal glands ซึ่งจะขับเมือก (mucous) ออกมาเป็นจำนวนมาก จะเห็นว่าไม่มีการสร้างเอนไซม์ (enzyme) ที่บริเวณลำไส้ใหญ่เลย จะมีแต่เฉพาะเซลล์เยื่อเมือกที่บุผนังลำไส้ใหญ่เท่านั้นที่สร้างเมือกออกมาเป็นจำนวนมากมีลักษณะขุ่น ฤทธิ์เป็นด่าง pH. 8–8.5 ทำหน้าที่หล่อลื่นกากอาหารให้เคลื่อนผ่านไปได้อย่างสะดวก การที่ลำไส้ใหญ่ไม่มีเอนไซม์ เนื่องจากอาหารที่ผ่านกระเพาะมาถึงลำไส้ใหญ่นั้น ส่วนใหญ่จะเป็นกากอาหารที่เหลวและไม่ย่อยแล้ว แต่ยังมีส่วนที่เป็นน้ำและเกลือแร่มาก

2. ชั้นใต้เยื่อเมือกเรียก submucosa หรือ submucous coat มีพวก dense fibrous tissue ซึ่งมีหลอดเลือด ท่อน้ำเหลือง และกลุ่มประสาทที่เรียก Meissner's nerve plexus (มีต่อมสร้างน้ำย่อยบ้างในหลอดอาหารและส่วนต้นของ (duodenum) แทรกอยู่ มีหน้าที่นำเลือดไปหล่อเลี้ยงหรือกำจัดของเสียออกจากชั้น mucosa กลุ่มประสาท Meissner's มีหน้าที่ช่วยควบคุมการเคลื่อนไหวและการสร้างน้ำย่อย

3. ชั้นกล้ามเนื้อ (muscular coat) เป็นกล้ามเนื้อเรียบสองชั้น ชั้นนอกเป็นกล้ามเนื้อเรียงตามความยาวของทางเดินอาหาร เรียกว่า กล้ามเนื้อยาว (outer longitudinal arrangement) มีหน้าที่ช่วยขับไล่อาหารไปยังส่วนถัดไป ชั้นในเรียงเป็นวงตามเส้นรอบวงของทางเดินอาหาร เรียกว่า กล้ามเนื้อวงกลม (inner circular arrangement) มีหน้าที่ควบคุมเส้นผ่าศูนย์กลางของท่อทางเดินอาหาร และช่วยคลุกเคล้าอาหาร ระหว่างชั้นกล้ามเนื้อทั้งสองนี้จะมีหลอดเลือดท่อน้ำเหลืองและกลุ่มประสาท Auerbach's อยู่

4. ชั้นนอกสุดเป็นชั้นของ serosa หรือ serous coat หากท่ออาหารส่วนไหนมี mesentery มายึดเกาะ serosa ก็จะเกิดจาก visceral layer ของ peritoneum ซึ่งเป็นทางที่หลอดเลือดและท่อน้ำเหลืองผ่านเข้ามายังท่อทางเดินอาหารส่วนบริเวณที่ไม่มี mesentery ก็จะเกิดจากพวก fibrous tissue ที่อยู่รอบๆ ชั้นนี้มีหน้าที่สร้างความชุ่มชื้นเพื่อหล่อลื่นผิวของทางเดินอาหาร ปะป้องกันการใช้ติดกัน และช่วยลดแรงเสียดทานเมื่อทางเดินอาหารเหล่านี้มาถูไถกัน

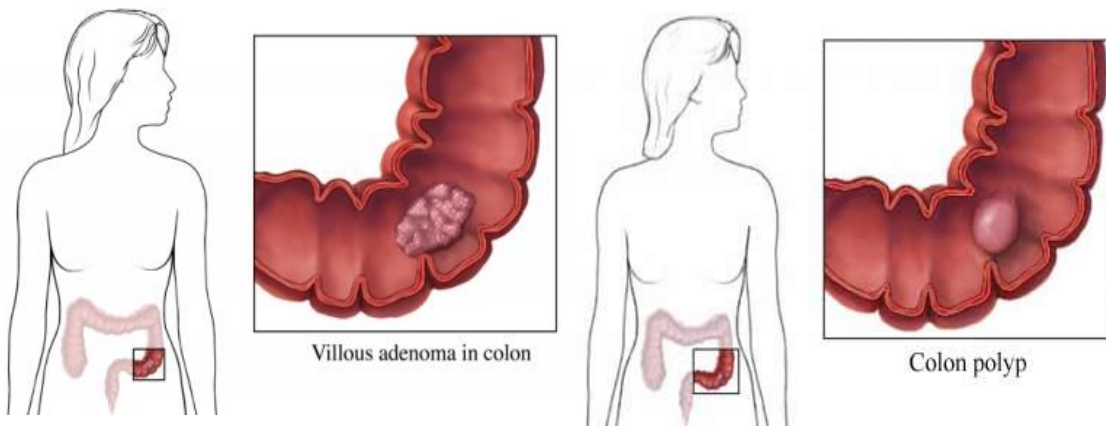
#### หน้าที่ของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

1. ช่วยย่อยอาหารเพียงเล็กน้อย
2. ถ่ายระบายกากอาหาร (waste product) ออกจากร่างกาย
3. ดูดซึมน้ำและอิเล็กโทรไลต์จากอาหารที่ถูกย่อยแล้ว เช่น โซเดียม และเกลือแร่อื่นที่อยู่ในกากอาหาร รวมทั้งวิตามินบางอย่างที่สร้างจากแบคทีเรีย ซึ่งอาศัยอยู่ในลำไส้ใหญ่ ได้แก่ วิตามินบีรวม วิตามินเค ด้วยเหตุนี้จึงเป็นหนทางสำหรับการให้น้ำ อาหาร และยา แก่ผู้บริหารทางทวารหนักได้
4. ทวารหนักทำหน้าที่เก็บอุจจาระไว้จนกว่าจะถึงเวลาอันสมควรที่จะถ่ายออกนอกร่างกาย

#### พยาธิวิทยาของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (CA colon) หมายถึง ภาวะที่พบเนื้องอกชนิดร้าย (malignant tumor) บริเวณลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยเซลล์ที่มีการแบ่งตัวที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้เกิดเป็นเนื้องอก (tumor) ซึ่งแบ่งตัวทำลายเนื้อเยื่อและอวัยวะใกล้เคียงใกล้เคียง และสามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นที่อยู่ไกลไปตามกระแสเลือดและน้ำเหลืองเรียกว่า metastasis

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักส่วนมากเป็น adenocarcinoma และเป็นบริเวณใกล้ทวารหนัก ลักษณะที่มองเห็นได้ชัดด้วยตาเปล่าของมะเร็งลำไส้ใหญ่แตกต่างกันตามตำแหน่ง ถ้าเป็นที่ไส้ตัน (cecum) หรือลำไส้ใหญ่ส่วนขึ้น (ascending colon) มักมีลักษณะเป็นก้อนขนาดใหญ่ จนเลือดมาเลี้ยงไม่พอ เกิดการตายเฉพาะส่วน (necrosis) ได้ง่าย ทำให้มีเลือดออก ลักษณะเป็นก้อนนี้พบในตำแหน่งอื่นได้เหมือนกันแม้แต่ในไส้ตรง อย่างไรก็ตามที่ลำไส้ใหญ่ซีกซ้ายและไส้ตรง มะเร็งจะขยายตัวตามแนวขวางเป็นวงรอบหรือเกือบรอบทำให้ท่อลำไส้บริเวณนั้นแคบลงและที่ผิวอาจเป็นแผลด้วย ลักษณะเช่นนี้ทำให้เกิดการอุดตันของลำไส้ได้ง่าย (ภาพที่ 3)



ภาพที่ 3 : ภาพพยาธิสภาพติ่งเนื้อในลำไส้แบบ adenomatous ที่อาจกลายเป็นมะเร็งได้ และภาพติ่งเนื้อแบบไม่ใช่นิโคติไรยแรงที่อาจพบได้ในผนังลำไส้

ที่มา : [http://www.beliefnet.com/healthandhealing/images/colon\\_polyp.jpg](http://www.beliefnet.com/healthandhealing/images/colon_polyp.jpg)

(สืบค้นเมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2554 เวลา 18.32 น.)

การศึกษาทางพยาธิวิทยาพบว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเริ่มจาก intramucosal epithelial lesions ของ adenomatous polyps หรือที่ glands ของเยื่อบุลำไส้ เมื่อขยายตัวใหญ่ขึ้นจึงลุกลามผ่าน muscularis mucosae หลังจากนั้นจึงลุกลามเข้าหลอดเลือดหรือทางเดินน้ำเหลือง ไปสู่ต่อมน้ำเหลืองเฉพาะบริเวณ (regional lymphnodes) อวัยวะหรือเนื้อเยื่อที่ติดกับลำไส้ และอวัยวะที่อยู่ห่างออกไปตามลำดับ มีน้อยรายที่มีการแพร่กระจายโดยไม่ผ่าน muscularis mucosae

ตำแหน่งของมะเร็งมีความสำคัญต่อการแพร่กระจาย เช่น บริเวณไส้ตรง (rectum) เป็นอวัยวะที่ถูกตรึงอยู่กับที่และไม่มี serosa มะเร็งจึงลุกลามผ่านผนังออกมาสู่เนื้อเยื่อรอบๆ ได้ง่ายไปสู่กระเพาะปัสสาวะ ช่องคลอด หรือเส้นประสาทในอุ้งเชิงกราน ถ้ามะเร็งอยู่ที่บริเวณหนึ่งในสามส่วนล่างของไส้ตรง (rectum) ซึ่งหล่อเลี้ยงด้วยระบบเลือด 2 ชุด การลุกลามอาจผ่านไปได้ 2 ทาง คือ ผ่าน superior hemorrhoidal vein เข้าสู่ portal vein ไปตับ หรือผ่าน middle hemorrhoidal vein เข้า inferior vena cava ไปปอด ถ้ามะเร็งอยู่ที่บริเวณสองในสามส่วนบนของไส้ตรง หลอดเลือดค้ำกลับสู่ระบบเลือดค้ำ portal vein และ vertebral veins (Batson's vertebral venous plexus) จึงอาจมีการลุกลามไปที่กระดูกสันหลังส่วนเอวและอกได้ สำหรับลำไส้ใหญ่ส่วนที่อยู่เหนือ ไส้ตรงมะเร็งจะลุกลามผ่านผนังออกมาไปยังต่อมน้ำเหลืองเฉพาะบริเวณ แล้วแพร่กระจายต่อไปตามทางเดินน้ำเหลืองและแพร่กระจายตามหลอดเลือดค้ำไปสู่ตับ ส่วนการแพร่กระจายไปปอดนั้นเป็นการแพร่กระจายไปจากตับอีกทอดหนึ่ง

## ระยะการลุกลามของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก<sup>2</sup>

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก สามารถแบ่งระยะโรคแบบ TNM ซึ่งเป็นการกำหนดระยะของโรคตามแบบมาตรฐานสากลทั่วโลกกำหนดขึ้น โดย International Union Against Cancer (UICC) และ The American Joint Committee on Cancer (AJCC) ซึ่งระยะโรคแบบ TNM กำหนดจาก T (Tumor) ขนาดก้อน จำนวนก้อน ตำแหน่งที่ก้อนอยู่ N (Lymph nodes) ต่อมน้ำเหลืองที่มะเร็งลุกลามไปและ M (Metastasis) โดยพิจารณาจากปัจจัย 3 อย่างคือ

1. ความลึกที่มะเร็งบุกรุกเข้าไปในผนังลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
2. การแพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง
3. การแพร่กระจายของมะเร็งไปอวัยวะอื่น

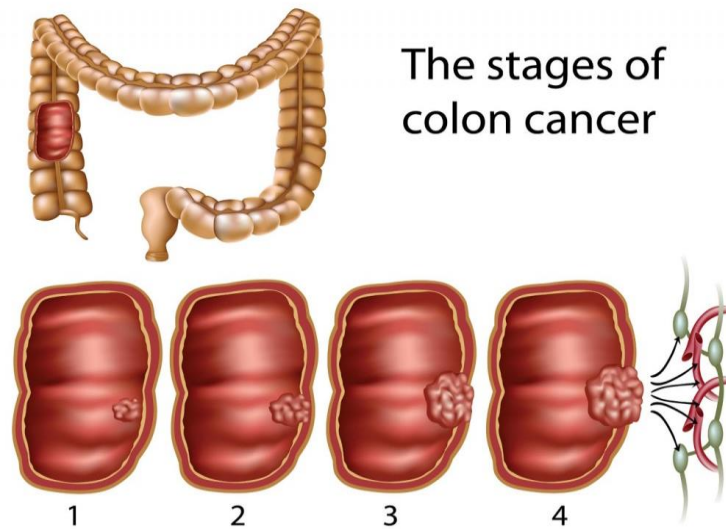
จากข้อมูลของปัจจัยทั้ง 3 อย่าง สามารถกำหนดระยะของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้ 4 ระยะ (ภาพที่ 4)

**ระยะที่ 1** หมายถึง มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มะเร็งยังจำกัดอยู่แค่ชั้นในของผนังลำไส้ และไม่แพร่ไปถึงต่อมน้ำเหลืองหรืออวัยวะ มะเร็งระยะนี้นับว่าเบาที่สุด และพยากรณ์โรคที่ดีที่สุด รักษาการผ่าตัดอย่างเดียวก็มีโอกาสหายขาดสูง มักไม่ต้องใช้ยาเคมีบำบัดหรือรังสีบำบัด

**ระยะที่ 2** หมายถึง มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่กินลึกลงไปผนังลำไส้กว่าระยะที่ 1 ทะลุกล้ามเนื้อของผนังลำไส้ใหญ่ออกไป แต่ยังไม่ไปต่อมน้ำเหลืองหรืออวัยวะที่ห่างออกไป มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักปลายระยะที่ 2 อาจมีความเสี่ยงสูงที่จะกลับเป็นขึ้นมาใหม่ พยาธิแพทย์ที่ตรวจวิเคราะห์ชิ้นเนื้อที่ศัลยแพทย์ตัดออกมาจะช่วยบอกได้ว่ามีความเสี่ยงสูงหรือไม่ ถ้ามีความเสี่ยงสูงที่มะเร็งจะกำเริบขึ้นมาอีกแพทย์จะแนะนำว่าท่านควรได้รับการรักษาด้วยยา ซึ่งจะไปฆ่าเซลล์มะเร็ง ถ้ามะเร็งอยู่ใกล้ทวารหนักอาจต้องใช้รังสีบำบัดด้วย

**ระยะที่ 3** หมายถึง มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่แพร่กระจายจากลำไส้เข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองแล้ว แต่ยังไม่บุกรุกอวัยวะอื่นที่อยู่ห่างออกไป มะเร็งระยะนี้มีความเสี่ยงสูงที่จะกลับมาเป็นใหม่ การรักษาคือรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือรังสีบำบัด อาจช่วยป้องกันไม่ให้มะเร็งกลับมาเป็นใหม่ และช่วยเพิ่มอัตราการอยู่รอดจากมะเร็งชนิดนี้ให้สูงขึ้น

**ระยะที่ 4** หมายถึง มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่แพร่กระจายไปยังส่วนอื่นของร่างกายแล้ว เช่นไปที่ตับหรือกระดูกเป็นระยะที่สุดของมะเร็งแล้ว รักษาไม่หาย ได้แค่บรรเทาอาการต่างๆ ให้ลดลง ไม่ให้ทรมาณ



ภาพที่ 4 : การแบ่งระยะของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ที่มา : <http://www.thaiherbcancer.com>

(สืบค้นเมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2554 เวลา 19.15 น.)

#### สาเหตุและการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก<sup>3</sup>

1. การรับประทานอาหารที่มีเส้นใยอาหารต่ำหรืออาหารที่มีปริมาณแคลเซียมน้อย ทำให้เกิดอาการท้องผูกหรือท้องเสียบ่อย และเป็นเวลานาน
2. เกิดก้อนเนื้องอกขึ้นในระบบทางเดินอาหาร โดยเฉพาะที่บริเวณลำไส้ ซึ่งอาจเกิดจากปฏิกิริยาออกซิเดชันได้
3. อาการที่สามารถถ่ายทอดได้ทางพันธุกรรม ซึ่งผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้มาก่อนจะมีอัตราเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งชนิดนี้ได้สูงขึ้น
4. รับประทานอาหารที่มีไขมันในปริมาณสูง
5. มีการรับสารพิษเข้าสู่ร่างกายและไปตกค้างที่ลำไส้
6. เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณลำไส้เกิดการเสื่อมสภาพ สูญเสียความยืดหยุ่นไป ทำให้เลือดไม่สามารถเข้าไปสามารถเข้าไปเลี้ยงที่บริเวณลำไส้ได้อย่างเพียงพอ

แต่อย่างไรก็ตาม สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่ชัดแต่เชื่อว่าเกิดจากการระคายเคืองหรือการถูกกระตุ้นอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาาน หรือเกิดจากความผิดปกติของการแบ่งตัวของเนื้อเยื่อของลำไส้ หรือเกิดจากความผิดปกติของรหัสพันธุกรรม พบว่าประชากรที่รับประทานผักผลไม้ไม่มากเท่าไร ยังมีโอกาสเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่น้อยมากเท่านั้น โดยไม่ขึ้นกับเชื้อชาติ จึงคิดว่าการรับประทานผักผลไม้เป็นประจำ จะช่วยในการป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้เป็นอย่างดี<sup>3</sup>

โดยปกติแล้วในลำไส้ของเราจะมีแบคทีเรียอยู่ 2 ชนิด คือ แบคทีเรียชนิดดี และแบคทีเรียชนิดไม่ดี ลำไส้ที่แข็งแรงมีประสิทธิภาพจะมีแบคทีเรียชนิดดีมาก และจะมีชนิดไม่ดีน้อย สำหรับการมีเศษอาหารตกค้าง น่าเสียดายในลำไส้ต่างๆ ก็กลายเป็นการเพิ่มการสะสมของแบคทีเรียชนิดไม่ดีไว้อย่างมากมาย โดยแบคทีเรียชนิดที่ไม่ดีนี้อาจเกิดจากการบูดเน่าสะสมของเศษอาหารในลำไส้ หรือเกิดจากการรับประทานอาหารที่ทำให้เกิดการบูดเน่า เช่น มีการวิจัยว่าการกินเนื้อสัตว์ ก่อให้เกิดการบูดเน่าในลำไส้ได้ ส่วนแบคทีเรียชนิดดีนั้นก็อาจมาจากการกินอาหารที่ดี การไม่สะสมของ

บูดเน่าไว้ในลำไส้ของหมักดองบางชนิดที่เกิดจากการหมักดองโดยวิธีธรรมชาติ จะทำให้เกิดแบคทีเรียชนิดดีได้ เช่น โยเกิร์ต หรือเต้าเจี้ยวที่เกิดจากการหมักแบบธรรมชาติ เป็นต้น และการรับประทานยาประเภทยาฆ่าเชื้อหรือ ยาปฏิชีวนะ (antibiotic) จะเป็นการทำลายแบคทีเรียชนิดดีให้ล้มตายลง ดังนั้นจึงควรปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร ก่อนรับประทานยาดังกล่าว<sup>3</sup>

ปัจจุบันคนไทยเริ่มมีพฤติกรรมการใช้ชีวิต และบริโภคอาหาร แบบชาวตะวันตก ทำให้อัตราการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจะเพิ่มขึ้นมาเป็นอันดับต้นๆ

ลำไส้ใหญ่และทวารหนักจะเพิ่มขึ้นตามวัย คือ ปกติจะพบน้อยในคนอายุไม่ถึง 40 ปี แต่โอกาสเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นที่หลังอายุ 50 ปี

### ปัจจัยเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก<sup>3</sup>

1. เพศและเชื้อชาติ ในชาวอเมริกันนั้นผู้ชายจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมากกว่าผู้หญิง คนผิวดำจะมีความเสี่ยงมากกว่าคนผิวขาว แต่คนผิวดำในทวีปแอฟริกากลับมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักต่ำมาก ดังนั้นความเสี่ยงเชิงเผ่าพันธุ์ อาจขึ้นกับว่าอยู่ในประเทศอุตสาหกรรมหรือไม่
2. อายุ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักพบได้มากหลังอายุ 50 ปี แต่โอกาสเกิดโรคจะมีการเพิ่มสูงขึ้นเป็นลำดับ หลังอายุ 40 ปี เป็นต้นไป โดยยิ่งอายุมากขึ้นอุบัติการณ์ก็จะสูงขึ้นด้วย
3. การบริโภคอาหารที่อุดมด้วยไขมัน และแคลอรีสูง แต่มีเส้นใยอาหารต่ำ
4. เคยเป็นเนื้องอกชนิด polyp ที่ลำไส้ใหญ่ ซึ่งเนื้องอกชนิดนี้ไม่ใช่เนื้องอกที่ร้ายแรง ส่วนใหญ่ไม่ก่อให้เกิดอาการหรืออันตรายใดๆ แต่ถ้าทิ้งไว้นานๆบางชนิดก็กลายเป็นเนื้อร้ายได้
5. มีประวัติคนในครอบครัวที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เช่น ถ้ามีน้องเป็นมะเร็งลำไส้ตรง คนหนึ่งแล้ว คนที่เหลือก็จะมีโอกาสเป็นมะเร็งแบบเดียวกันได้ราว 10-15% มีกิจกรรมที่ใช้กำลังกายปานกลาง จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักน้อยลง
6. การสูบบุหรี่ จากการศึกษาพบว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และเป็นปัจจัยที่ทำให้อัตราการตายสูงขึ้นด้วย

7. การดื่มสุรา หรือเบียร์อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้
8. ผู้ที่มีประวัติของโรคลำไส้อักเสบที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ เช่น IBD
9. มีญาติใกล้ชิดที่เป็น โรคเนื้องอกของลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก ชนิดที่เรียกว่า familial polyposis

### อาการและอาการแสดงของโรค<sup>3</sup>

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักโตช้าอาจอยู่นานถึง 5 ปี โดยไม่แสดงอาการ และใช้เวลานานหลายปีก่อนที่จะเริ่มมีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด อย่างไรก็ตามแม้จะไม่มีอาการก็อาจมีเลือดออกจากรูก่อนมะเร็ง โดยไม่สังเกตเห็น แต่อาจตรวจพบได้โดยวิธีทางเคมี (occult blood) เมื่อก่อนโตมากขึ้นกลายเป็นแผลจึงมีอาการเลือดออก ลำไส้อุดตัน หรือลำไส้ทะลุ ส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยมักมีอาการเลือดออกบริเวณไส้ตรง (ริดสีดวงทวาร) มีเลือดปนออกมากับอุจจาระ มีอาการปวดเวลาขับอุจจาระและมักมีอาการท้องเสียหรือท้องผูก เรื้อรังร่วมด้วยเสมอ โดยสามารถสรุปอาการต่างๆได้ดังนี้คือ

- ถ่ายอุจจาระมีเลือดปน
- อุบัติสัการขับถ่ายเปลี่ยนไป เช่น เคยถ่ายอุจจาระทุกวันก็เปลี่ยนไป มีอาการท้องผูก
- อุจจาระมีขนาดเล็กลง
- ปวดมวนท้อง
- ปวดถ่ายอุจจาระบ่อยๆ อย่างไม่เคยเป็นมาก่อน
- โลหิตจางโดยไม่ทราบสาเหตุ

นอกจากนี้ยังพบว่าอาการของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอาจขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่ก้อนมะเร็ง เช่น

1. มะเร็งที่ลำไส้ใหญ่ซีกขวา อาจมีอาการแสดงของโรคด้วยอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย หรือเจ็บหน้าอก ซึ่งเป็นอาการที่เกิดจากภาวะเลือดจาง อันเป็นผลของการเสียเลือดจากการมีเลือดออกซ้ำๆ เป็นเวลานาน บางกรณีมีอาการแสดงของโรคด้วยอาการถ่ายอุจจาระเป็นเลือด เนื่องจากมีเลือดออกมาจนสังเกตเห็นเลือดจะปนเป็นเนื้อเดียวกับอุจจาระเป็นสีน้ำตาลแดง เมื่อก่อนมะเร็งโตขึ้นจะเกิดอาการปวดท้องเล็กน้อยหรือก่อนอาจโตมากจนผู้ป่วยคลำก้อนได้ แต่ไม่ถึงกับเกิดลำไส้อุดตันชัดเจนเพราะลำไส้บริเวณนี้กว้าง

2. ลำไส้ใหญ่ซีกซ้าย ท่อลำไส้แคบกว่าซีกขวา และมะเร็งในบริเวณนี้มักลุกลามเป็นวงรอบผนังลำไส้ ทำให้เกิดการอุดตันได้ง่าย มีการแสดงของอาการของโรคด้วยอาการปวดท้องรุนแรงเหมือนลำไส้ถูกบิด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในช่วงหลังรับประทานอาหาร และมีการแปรปรวนของการถ่ายอุจจาระกล่าวคือ ระยะเวลาที่อุจจาระผ่านจุดอุดตันไม่ได้มีอาการท้องผูก หลังจากลำไส้บีบตัวรุนแรง จนอุจจาระส่วนที่ไหลผ่านไปได้จะเกิด



อาการท้องเดิน อาการท้องผูกอาจสลับกับอาการท้องเดินอยู่ระยะหนึ่ง จนกระทั่งเกิดการอุดตันทั้งหมด ในกรณีที่มีเลือดออกจะมีถ่ายเป็นเลือด ซึ่งมักเป็นเลือดสีแดงเห็นแยกเป็นส่วนต่างหากจากก้อนอุจจาระ

3. มะเร็งบริเวณไส้ตรง ซึ่งเป็นตำแหน่งที่อุจจาระรวมตัวกันเป็นก้อนแล้ว เลือดจะอยู่ที่ผิวก้อน อุจจาระผู้ป่วยอาจมีอาการปวดเบ่ง เนื่องจากมีความรู้สึกเหมือนมีก้อนอุจจาระค้างอยู่ตลอดเวลา การกลืนกลืนเข้าไปสู่อวัยวะรอบๆ ทำให้เกิดอาการจากอวัยวะเหล่านั้น เช่น ถ่ายปัสสาวะเป็นเลือด เลือดออกทางช่องคลอด อาการปวดบริเวณฝีเย็บ หรือก้นกบ อุจจาระมีก้อนเล็กกล การขับถ่ายไม่สม่ำเสมอ ปวดท้องถ่าย เป็นต้น

#### การวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก<sup>14</sup>

จากการซักประวัติ และตรวจร่างกาย ประกอบด้วยการถามประวัติอาการ โรคประจำตัว และประวัติการรักษาที่เคยได้รับมาก่อนรวมถึงการตรวจร่างกายเพื่อหาสัญญาณ หรืออาการแสดงของโรค เช่น ก้อน หรืออาการผิดปกติอื่นๆ รวมถึงการตรวจโดยใช้นิ้วตรวจทางทวารหนักร่วมกับการส่องกล้องภายในลำไส้ โดยเริ่มจากการใช้กล้องแบบสั้นก่อน (proctoscope) เมื่อมีความจำเป็นที่จะต้องใช้กล้องที่ยาวขึ้น (colonoscope) แพทย์อาจใช้การ x-ray โดยการใส่สารทึบรังสีเข้าไปในลำไส้ (barium enema) เมื่อพบก้อน แพทย์จะทำการตัดชิ้นเนื้อบางส่วน หรือทั้งหมดเพื่อส่งตรวจโดยใช้กล้องจุลทรรศน์เพื่อความเป็นก้อนชนิดใด เพื่อให้วิธีการรักษาที่ถูกต้อง เมื่อตรวจพบว่าเป็นมะเร็งจำเป็นต้องตรวจว่ามี การกระจายไปยังที่อื่นหรือไม่ โดยการ x-ray ปอด การทำ ultrasound ตับ หรือ x-ray computer นอกจากนี้ถ้ามีอาการเบื่ออาหาร และน้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ ถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือด ก็ควรมีการตรวจ แต่การตรวจหามะเร็งก่อนที่จะมีอาการจะได้ผลดีที่สุด ได้แก่ ผู้ที่อายุมากกว่า 40 ปี หรือผู้ที่มียีนพ่อแม่พี่น้องเป็นมะเร็ง โดยทำการตรวจหาเลือดในอุจจาระทุกปี การเจาะเลือดเพื่อตรวจหาสารมะเร็ง carcino-embryonic antigen (CEA) หรือการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (colonocope)

#### วิธีการตรวจเพื่อค้นหามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก<sup>14</sup>

##### 1. การตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (fecal occult blood test)

เป็นวิธีที่นิยมใช้กันแพร่หลายในปัจจุบัน เลือดในอุจจาระที่พบอาจไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า จึงต้องตรวจด้วยกระบวนการทางเคมี การตรวจจะได้ผลบวกเมื่อมีเลือดออกมากับอุจจาระประมาณวันละ 2 มิลลิกรัม เนื่องจากมะเร็ง หรือ adenoma อาจจะไม่มียีนเลือดออกทุกวัน จึงนิยมให้ตรวจติดต่อกันอย่างน้อย 3 วัน หากพบว่ามีเลือดปนออกมา ก็จำเป็นต้องตรวจเพิ่มว่าสาเหตุเกิดจากมะเร็งหรือไม่ การตรวจหาเลือดในอุจจาระที่ได้ผลดี ต้องงดการรับประทานอาหารหรือยาที่มีสารเหล็กเป็นส่วนประกอบอยู่อย่างน้อย 3 วัน ได้แก่ เลือด ตับ อวัยวะภายในของสัตว์ ยาที่มีธาตุเหล็ก เช่น ยาเพิ่มเลือด

## 2. การตรวจรูทวารหนัก (digital rectal exam)

คือการตรวจภายในรูทวารหนัก โดยแพทย์จะใช้นิ้วสอดเข้าไปทางทวารหนัก เพื่อตรวจคลำดูก้อนหรือลักษณะที่ผิดปกติภายในรูทวารหนัก แต่จะจำกัดการตรวจได้แค่บริเวณทวารหนักและลำไส้ตรงซึ่งเป็นส่วนปลายของลำไส้ใหญ่เท่านั้น โดยปกติแล้วแพทย์จะทำการตรวจด้วยวิธีนี้ก่อนทำ colonoscopy

## 3. การส่องกล้องตรวจบริเวณลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (colonoscopy)

โดยการใช้กล้องยาวชนิดอ่อนซึ่งโค้งงอได้ ส่องเข้าไป ทางทวารหนักเพื่อตรวจหาพยาธิสภาพในลำไส้ใหญ่ตั้งแต่ส่วนปลายจนถึงส่วนต้นและยังสามารถใส่อุปกรณ์เพิ่มเติมเพื่อตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจได้ colonoscopy เป็นการตรวจที่มีความแน่นอนมากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับการตรวจหา adenoma และมะเร็งขนาดเล็ก ในกรณีที่ทำ colonoscopy ไม่ได้อาจทดแทนได้ด้วยการตรวจ sigmoidoscopy ร่วมกับการทำ barium enema

## 4. การส่องกล้องตรวจบริเวณลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (sigmoidoscopy)

เป็นการส่องกล้องตรวจลำไส้ โดยการใช้กล้องเป็นท่อสอดเข้าไปทางรูทวารหนักเพื่อดูบริเวณรูทวารหนักและลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย ทำให้สามารถตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะเริ่มแรกและ adenoma ได้ นอกจากนี้หากพบติ่งเนื้อบริเวณดังกล่าวยังสามารถใส่อุปกรณ์เพื่อตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมได้ การสอดกล้องเข้าไปทางทวารหนัก อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึก อึดอัดและอยากถ่าย ผู้ได้รับการตรวจจึงมักได้รับการแนะนำให้ถ่ายหรือกินยาถ่ายก่อนเข้ารับการตรวจ เพื่อให้ลำไส้สะอาด

## 5. การเอ็กซเรย์สวนสารทึบรังสีทางทวาร (barium enema)

เป็นเทคนิคหนึ่งของการเอ็กซเรย์บริเวณทางเดินอาหารส่วนล่างโดยการนำสารทึบแสงเข้าไปเคลือบตามลำไส้ผ่านทางทวารหนักเพื่อตรวจดูความผิดปกติ ซึ่งความไวในการตรวจจับความผิดปกติของวิธีนี้มีมากถึงร้อยละ 70 ถ้าพบความผิดปกติ ต้องส่องกล้องตรวจเพิ่มเติมเพื่อเอาชิ้นเนื้อมาตรวจ

## 6. การตรวจ carcino-embryonic antigen (CEA) ในเลือด

การตรวจเลือดเพื่อหาค่า CEA นำมาใช้ประโยชน์ในการตรวจก่อนและหลังการผ่าตัด เพื่อกำหนด staging และติดตามผลการรักษา แต่สำหรับโรคที่ยังไม่มีอาการ CEA มี predictive value ต่ำ เนื่องจากการตรวจนี้มีความไวและความชี้เฉพาะค่อนข้างต่ำ จึงไม่มีคุณสมบัติเหมาะสมที่จะนำมาใช้เพื่อค้นหาโรคในประชากรทั่วไป

## 7. การตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ (biopsy)

โดยนำชิ้นเนื้อที่ตัดจากการส่องกล้องมาตรวจดูเซลล์และเนื้อเยื่อด้วยกล้องจุลทรรศน์โดยพยาธิแพทย์ เพื่อตรวจหาเซลล์มะเร็งและลักษณะเซลล์ที่ผิดปกติ

## 8. การเอกซเรย์ด้วยคอมพิวเตอร์ความเร็วสูง (virtual colonography)

คือเทคนิคการใช้เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (computed tomography) ในการถ่ายภาพรังสีต่อเนื่อง

หลายภาพและนำมาเรียงซ้อนกันและประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์ทำให้เกิดภาพคล้ายการส่องกล้อง เป็นการใส่โปรแกรมจากเครื่อง CT Scan เพื่อสร้างภาพ 3 มิติ ซึ่งสามารถตรวจตั้งเนื้อหรือพยาธิสภาพในลำไส้ได้ โดยอาจเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า colonography หรือ CT colonography วิธีนี้ไม่จำเป็นต้องให้ยานอนหลับแก่ผู้ที่เข้ารับการตรวจ สามารถใช้ตรวจดูลำไส้ได้ทั้งหมด และมีความไวสูงถึงประมาณร้อยละ 90 แต่อาจทำให้เกิดผลตรวจปลอมได้ เช่น ประเมินผลว่าก้อนอุจจาระที่ค้างอยู่ในลำไส้เป็นก้อนเนื้อ และหากพบตั้งเนื้อที่น่าสงสัย ก็จำเป็นต้องอาศัยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่เพิ่มเพื่อเอาชิ้นเนื้อมาตรวจอีกครั้งหนึ่ง การตรวจหาระยะของโรค เช่น

1. การตรวจช่องท้องด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์
2. การตรวจภาพเอกซเรย์ปอด
3. การตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการเพื่อดูการทำงานของตับ ไต หรือโรคเบาหวาน เป็นต้น
4. การตรวจภาพสแกนของกระดูก ถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดหลังมาก เพื่อตรวจว่าได้มีโรคแพร่กระจายไปกระดูกหรือไม่
5. การตรวจอัลตราซาวด์ตับ ถ้าสงสัยว่ามีโรคแพร่กระจายไปที่ตับ

#### การพยากรณ์โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก<sup>14</sup>

การพยากรณ์โรค (prognosis) ของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยดังต่อไปนี้

##### 1. ปัจจัยทางพยาธิวิทยา

- 1.1 ระยะของโรคมะเร็ง (stage) ว่าเซลล์มะเร็งนั้นจำกัดอยู่เพียงบริเวณเนื้อลำไส้ใหญ่ และทวารหนักหรือแพร่กระจายไปอวัยวะข้างเคียง
- 1.2 เนื้อมะเร็งนั้นทำให้เกิดลำไส้อุดตัน หรือลำไส้ทะลุร่วมด้วยหรือไม่
- 1.3 ระดับ carcinoembryonic antigen (CEA) ในกระแสเลือดก่อนการรักษา การกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง (recurrence)

##### 2. ปัจจัยทางคลินิก

- 2.1 อายุของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี ลักษณะของโรคมะเร็งมีความรุนแรง
- 2.2 ตำแหน่งของมะเร็ง มะเร็งที่ลำไส้ใหญ่ซีกซ้าย (transverse colon, descending colon and Sigmoid colon) การพยากรณ์โรคดีกว่าที่ลำไส้ใหญ่ซีกขวา (cecum and ascending colon) ดีกว่าที่บริเวณไส้ตรงต่อกับลำไส้ใหญ่ส่วนโค้ง และบริเวณไส้ตรงตามลำดับ
- 2.3 ระดับของ serum carcino-embryonic antigen (CEA) ถ้าระดับ CEA ก่อนผ่าตัดสูงการพยากรณ์โรคจะไม่ดีเท่าที่ควร

## ภาวะแทรกซ้อนจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก<sup>16</sup>

เนื่องจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นโรคที่มีการลุกลามจึงอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย บางครั้งอาการภาวะแทรกซ้อน เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มีดังต่อไปนี้

1. การทะลุของลำไส้ การทะลุอย่างเฉียบพลัน ทำให้เกิดโรคเยื่อช่องท้องอักเสบเฉียบพลัน การทะลุที่เกิดขึ้นช้าๆ บริเวณที่จะถูกหุ้มไว้ เป็นการอักเสบที่มีลักษณะเป็นก้อนเฉพาะที่
2. การมีเลือดออก ถ้ามะเร็งลุกลามถึงหลอดเลือดขนาดใหญ่ที่ผนังลำไส้จะทำให้มีเลือดออกอย่างรวดเร็ว
3. การอุดตันของลำไส้ โดยปกติ มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทำให้เกิดลำไส้อุดตันบางส่วนได้ อยู่แล้ว แต่อาจเกิดลำไส้อุดตันกะทันหัน ได้ด้วยสาเหตุต่างๆ เช่น มีก้อนอุจจาระแข็งไปอุด ก้อนมะเร็งเป็นตัวนำ ทำให้เกิดลำไส้กลืนกันหรือลำไส้บิดเป็นเกลียว เป็นต้น
4. การกดอวัยวะใกล้เคียง ก้อนมะเร็งที่มีขนาดใหญ่อาจกดมดลูก กระเพาะปัสสาวะ หรือท่อปัสสาวะ เป็นต้น ทำให้เกิดอาการจากการถูกกด เช่น การกดกระเพาะปัสสาวะทำให้ปัสสาวะบ่อย เป็นต้น
5. การเกิดแผลซอนทะลุ การลุกลามทะลุเข้าอวัยวะอื่น ทำให้แผลซอนทะลุ เช่น ระหว่างไส้ตรงกับช่องคลอด หรือ ระหว่างลำไส้กับกระเพาะอาหาร เป็นต้น

เมื่อพบมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักแล้ว การตรวจลำไส้ใหญ่ให้ทั่วถึงว่ามีความสำคัญ เพราะเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีพยาธิสภาพอื่นอยู่ด้วย เช่น มะเร็งอีกแห่งหนึ่ง หรือมี adenoma พยาธิสภาพเหล่านี้มีผลต่อแผนการผ่าตัด

## การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก<sup>2,15</sup>

การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยทั่วไปมี 4 วิธีดังนี้

### 1. การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยการผ่าตัด

การรักษาโดยการผ่าตัดเอาออก (resection) เป็นการรักษาหลักของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป้าหมายของการผ่าตัด คือ การตัดลำไส้ช่วงที่เป็นมะเร็งออกทั้งหมด ร่วมกับเนื้อดีบางส่วนให้มากพออย่างน้อยให้เหลือส่วนที่มองเห็นว่าเป็นมะเร็งข้างละ 5 เซนติเมตร โดยมากแพทย์สามารถต่อลำไส้ได้รวมทั้งตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณนั้นออกให้หมดด้วย ขอบเขตของการตัดลำไส้ใหญ่ที่มีมะเร็งขึ้นอยู่กัตำแหน่งของพยาธิสภาพ ผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายของโรคที่ดับแล้ว การพยากรณ์โรคจะเลวมาก ฉะนั้น หากสภาพอื่นๆ ของผู้ป่วยยังดีอยู่ ควรพิจารณาทำ hepatic resection ด้วย แม้ผู้ป่วยจะมีโรคที่ลุกลามแล้วการตัดลำไส้ส่วนที่มีก้อนมะเร็งออก ถ้าทำได้มีประโยชน์ในการป้องกันกันลำไส้ อุดตันหรือเลือดออก อย่างน้อยก็ชั่วคราวระยะเวลาหนึ่ง

**1.1. การผ่าตัดเอาเฉพาะส่วนของก้อนมะเร็งออก (local resection) ใช้ในรายที่โรคมะเร็งยังอยู่เฉพาะในบริเวณลำไส้** การกระจายของเซลล์มะเร็งเข้าไปในผิวหนังส่วนข้างเคียงเพียงไม่กี่มิลลิเมตรจากขอบจุดเริ่มต้น จึงไม่ต้องตัดห่างมาก

**1.2. การผ่าตัดบริเวณกว้างโดยตัดเอาส่วนของมะเร็งที่มีการกระจายไปยังเนื้อเยื่อข้างเคียงออกด้วย (radical resection)** มะเร็งมีการกระจายแทรกไปในเนื้อเยื่อข้างเคียงมาจากจุดเริ่มต้น เมื่อตัดออกจึงต้องเอาออกกว้าง ถ้าเป็นที่กล้ามเนื้อต้องตัดออกทั้งมัดจากตำแหน่งจุดเริ่มต้น เมื่อตัดจึงต้องเอาออกกว้าง ถ้าเป็นที่กล้ามเนื้อต้องตัดออกทั้งมัดจากตำแหน่งจุดเริ่มต้นถึงจุดกระจาย แต่การผ่าตัดแบบนี้ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยที่อาจจะเกิดขึ้นด้วย

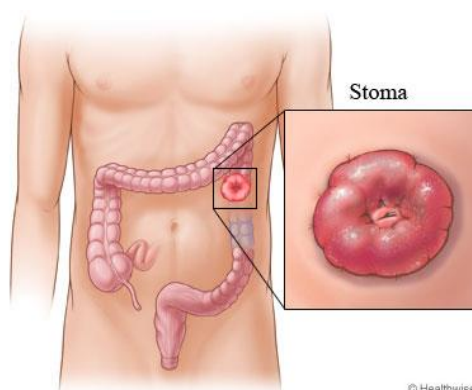
**1.3. การผ่าตัดบริเวณกว้างโดยตัดเอาส่วนของมะเร็งที่มีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียงออกด้วย (radical bloc excision of lymphatics)**

ใช้ในรายที่โรคมะเร็งที่จุดเริ่มต้นอยู่ใกล้กับต่อมน้ำเหลืองข้างเคียงของส่วนนั้น กระจายไปต่อมน้ำเหลืองแล้วโดยที่บอกไม่ได้จากการตรวจคลำ ซึ่งจะมีผลช่วยให้การผ่าตัดรักษาดีขึ้น

**1.4. การผ่าตัดอย่างครอบคลุมกว้างขวาง (extensive radical surgical procedures)**

ทำในบางกรณีที่ก้อนเนื้อมะเร็งกระจายเข้าไปในเนื้อเยื่อหรืออวัยวะข้างเคียง (local invasion) แต่ยังไม่มีการกระจายไปที่ไกลๆ เช่น การผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักส่วนปลายที่เข้าไปในอวัยวะข้างเคียง อาจจะต้องตัดอวัยวะนั้นๆ ในช่องมดลูก รังไข่ เป็นต้น

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักส่วนใหญ่จะเจริญเติบโตอย่างช้าๆ บางรายอาจแฝง อยู่ในร่างกายเกือบ 10 ปี แล้วยังอยู่ในสภาพที่ผ่าตัดรักษาให้หายขาดได้ เพราะยังไม่ลุกลามจนเกินขีดความสามารถในการรักษา การผ่าตัดเอาลำไส้ส่วนที่มีมะเร็งออกยังเป็นวิธีที่ดีที่สุดและมีโอกาสหายขาดได้มากที่สุด แต่ปัญหาจะเกิดขึ้นในกรณีที่มะเร็งอยู่ใกล้ทวารหนักมาก ทำให้ศัลยแพทย์ไม่อาจเย็บลำไส้ต่อกลับให้เหมือนเดิมได้ กรณีเช่นนี้อาจต้องมีการย้ายทวารหนักไปที่ท้องน้อย แล้วใส่ถุงคาถาเอาไว้รองรับ เรียกว่า colostomy ส่วนของลำไส้ที่นำมาเปิดที่ผนังหน้าท้อง เรียกว่า stoma (ภาพที่ 5) ซึ่งจะมีการใส่อุปกรณ์เพื่อช่วยรองรับอุจจาระที่ร่างกายขับถ่ายออกมา อุปกรณ์ดังกล่าวมีลักษณะเป็นถุง เรียกว่า colostomy bag ถุงดังกล่าวเป็นระบบปิด ป้องกันการไหลซึมของอากาศ ของเหลวต่างๆ และป้องกันกลิ่น อันไม่พึงประสงค์ของอุจจาระ (ภาพที่ 6)



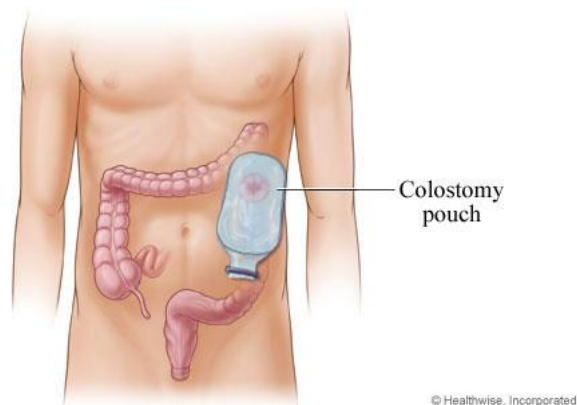
ภาพที่ 5 colostomy stoma

ที่มา : <http://www.webmd.com/digestive-disorders/colostomy-stoma>

(สืบค้นเมื่อวันที่ 25 ตุลาคม 2554 เวลา 09.15 น.)

การใช้ colostomy bag ต้องทำความสะอาดผิวหนัง โดยรอบและเปลี่ยนถุงอย่างสม่ำเสมอ บางครั้งอาจเห็นเลือดซึมออกมา จากบริเวณ stoma ได้บ้างเล็กน้อย โดยเฉพาะในช่วงแรกหลังผ่าตัด ขนาดของ stoma แตกต่างกันได้ และอาจมีสีที่แตกต่างกันได้เช่นกัน โดยทั่วไปมักจะเห็นเป็นสีแดงออกส้ม นอกจากนี้ ลักษณะของ stoma ที่เห็นจากภายนอกยังแตกต่างกัน ในช่วงเวลา ต่างๆของวัน ขึ้นกับการบีบตัวของลำไส้ในขณะนั้น

การเปลี่ยน colostomy bag ทำได้ไม่ยาก หลังจากผ่าตัดเสร็จเรียบร้อยแล้วประมาณ 7-10 วัน แผลที่บริเวณ stoma ก็จะแห้งสนิท และระบบขับถ่ายอุจจาระก็จะเข้าสู่ภาวะปกติเช่นกัน ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด colostomy เมื่อสวมใส่ผ้าปิดคลุม colostomy bag ไว้ก็สามารถเดินทางได้ตามปกติ โดยไม่เป็นที่น่ารังเกียจแต่อย่างใด ด้วยเหตุนี้การตรวจคัดลำไส้ใหญ่เพื่อหาเนื้องอกชนิดธรรมดา ที่เรียกว่า polyp จึงช่วยให้แพทย์ตัดออกแต่เนิ่นๆ ก่อนเนื้องอกกลายเป็นมะเร็ง



ภาพที่ 6 ตำแหน่งของ colostomy bag

ที่มา : <http://www.hindustanlink.com/health-care-blog/2010/10/12/colostomy-treatment/>

(สืบค้นเมื่อวันที่ 25 ตุลาคม 2554 เวลา 09.20 น.)

## 2. การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยเคมีบำบัด

ใช้ในการรักษาประกอบกับการผ่าตัด เพื่อลดโอกาสกำเริบของมะเร็งและโอกาสรอดชีวิต ยืนยาวขึ้น แม้ว่าการรักษาส่วนใหญ่จะเป็นการผ่าตัดเอาก้อนเนื้องอกออกไป แต่พบว่าเกิดการกลับมาใหม่ได้มากประมาณ 50-60% การรักษาด้วยเคมีบำบัดเป็นการรักษาเพื่อลดการกลับมาใหม่ การใช้เคมีบำบัดมี 2 รูปแบบ คือ แบบที่ใช้เสริมการรักษาโดยการผ่าตัด และแบบที่ใช้เป็นการรักษาหลักในผู้ป่วยที่มีโรคลุกลามเกินกว่าที่จะรักษาด้วยการผ่าตัดได้ โดยแพทย์จะพิจารณาเป็นรายๆ ไป

ในผู้ป่วยตั้งแต่ระยะที่ 2 เป็นต้นไปที่มีลำไส้ใหญ่ทะลุหรืออุดตัน เป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงมาก ต่อการกลับมาใหม่ของมะเร็ง โดยทั่วไปมักจะให้เคมีบำบัดประมาณ 6 ครั้ง (ขึ้นอยู่กับชนิดของยาเคมีบำบัด) จาก

รายงานการศึกษาพบว่า อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับการรักษาด้วยการผ่าตัดนั้น ดีกว่าการรักษาด้วยการผ่าตัดเพียงอย่างเดียว

ในกลุ่มผู้ป่วยระยะที่ 4 และกลุ่มที่เป็นการกลับมาใหม่นั้นพบว่า การพยากรณ์โรคไม่ดี การรักษาที่เป็นมาตรฐานในกลุ่มนี้คือการรักษาด้วยเคมีบำบัด ซึ่งมีหลายสูตร ขึ้นกับชนิด และระยะของเนื้องอก ในปัจจุบันมียาเคมีบำบัดใหม่ๆออกมาใช้ในการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ เช่น capecitabine (Xeloda) เป็นยาเคมีบำบัดชนิดรับประทาน ซึ่งใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อการรักษาเคมีบำบัดชนิดฉีดได้ ในการรักษานั้น แพทย์และผู้ป่วยต้องมาปรึกษากันในด้านของประโยชน์ และผลข้างเคียงจากการรักษาปัญหาก่อนหน้านี้คือ แพทย์ไม่สามารถทราบล่วงหน้าว่าผู้ป่วยรายใดอยู่ในกลุ่มที่จะได้ผลตอบสนองต่อเคมีบำบัดหลังผ่าตัด รายใดอยู่ในกลุ่มที่ไม่ได้ผล จึงทำให้เกิดเป็นความยากลำบากในการตัดสินใจการวางแผนการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะที่โรคลุกลาม ปัจจุบันเกิดความรู้ใหม่พบว่าสิ่งที่ช่วยทำนายผลการรักษาในกรณีดังกล่าวได้คือ ปริมาณดีเอ็นเอในเซลล์มะเร็ง

ปริมาณดีเอ็นเอในเซลล์มะเร็ง เรียกว่า DNA content พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระยะลุกลามที่มี ดีเอ็นเอเป็นชนิด tetraploid, peritetraploid และ multiploid tumours โดยจะตอบสนองดีมากต่อยาเคมีบำบัดสูตร irinotecan และ 5-FU ซึ่งให้ยาหลังผ่าตัด ด้วยแนวคิดและเทคนิคการตรวจ DNA content ของเซลล์มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ช่วยให้แพทย์ทราบว่าผู้ป่วยรายใดจะไม่ตอบสนองต่อยาเคมีบำบัดหลังผ่าตัด และเลือกการรักษาวิธีอื่นแทน ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อความสำเร็จในการรักษาโรดังกล่าว

### 3. การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยรังสี

การรักษาด้วยการฉายรังสีในมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักนั้นเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษา โดยเฉพาะเมื่อก่อนเนื้องอกลุกลามออกไปยังอวัยวะอื่นๆ หรือออกมาเกาะยังผนังหน้าท้อง ซึ่งการฉายรังสีนั้น ไม่เป็นการรักษาวิธีหลักในการรักษามะเร็งลำไส้ การรักษาด้วยการฉายรังสีมีการใช้ในกรณีคล้ายกับเคมีบำบัด คือ อาจใช้เสริมการรักษาโดยการผ่าตัด หรือใช้โดยลำพัง การเสริมการผ่าตัดก็ด้วยเหตุผลที่จะลดอัตราการเกิดโรคซ้ำ มีการให้รังสีในตำแหน่งที่มีก้อนมะเร็งหรือต่อมน้ำเหลือง วิธีให้มีทั้งการให้ก่อนผ่าตัด ให้หลังผ่าตัด หรือทั้งก่อนและหลัง ด้วยขนาดรังสีต่างๆ กัน การรักษามักใช้ระยะเวลาประมาณ 5-6 สัปดาห์ โดยฉายวันละ 1 ครั้ง ฉายติดต่อกัน รายงานผลมีแนวโน้มว่าอัตราการเกิดโรคซ้ำในกลุ่มที่ได้รับรังสีจะน้อยลง ผลต่อความยืนยาวของชีวิตอาจมีบ้างแต่ไม่มากนัก และการให้รังสีก็มีผลข้างเคียงด้วย เช่น radiation enteritis เป็นต้น การรักษาด้วยรังสีตามลำพังในผู้ป่วยที่มีโรคในระยะลุกลาม อาจใช้ช่วยยับยั้งกรณีที่มีเลือดออกหรือกรณีที่มีอาการปวด โดยเฉพาะอย่างยิ่งมะเร็งที่ไส้ตรง

#### 4. การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วย Immunotargeted Therapy

โดยการใช้ monoclonal antibody เชื่อมกับ cytotoxic agents ทำให้สามารถกำหนดให้ยารวมตัวเฉพาะตำแหน่งที่มีเซลล์มะเร็ง

##### การติดตามผลการรักษา

หลังได้รับการรักษาแล้ว ผู้ป่วยยังต้องมารับการตรวจอย่างต่อเนื่องเพื่อตรวจหาการกลับเป็นใหม่ หรือ การกระจายไปยังอวัยวะอื่น ใน 3 ปีแรกต้องได้รับการตรวจทุก 3 เดือน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตรวจเลือดหา CEA นอกจากนี้ยังมีการตรวจพิเศษอื่นๆ อีกทุก 6-12 เดือน เช่น การเอกซเรย์ปอด อัลตราซาวด์ หรือ CT scan การส่องกล้อง (colonoscopy) เพื่อดูลำไส้ใหญ่ส่วนที่เหลือ หรือ สวนแป้ง (barium enema) ทั้งนี้เพื่อตรวจการแพร่กระจายหรือการกลับเป็นใหม่เพื่อให้การรักษาโดยเร็วที่สุด หลังจาก 3 ปี แล้ว ความถี่ในการตรวจจะลดลง เช่น ทุก 6-12 เดือน

นอกจากหลังการรักษาแล้ว ที่ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์เป็นระยะๆ เพื่อติดตามดูว่ามีเนื้องอกกำเริบหรือไม่ ซึ่งผู้ป่วยเองก็ต้องหมั่นสังเกตอาการผิดปกติด้วยตัวเอง คือสังเกตลักษณะการถ่ายอุจจาระว่า มีอาการท้องร่วง เร็วรั้ง หรือท้องผูกผิดปกติหรือไม่ ปวดถ่ายแต่ถ่ายไม่ออก หรือถ่ายอุจจาระแล้วยังรู้สึกว่าจะยังไม่สุด และที่สำคัญ ให้สังเกตว่ามีเลือดออกปนมากับอุจจาระหรือไม่ โดยลักษณะเลือดที่ออกมาเป็นมูกเลือด หรือบางคนถ้ามีเนื้อร้ายบริเวณลำไส้ใหญ่ส่วนต้น เลือดจะปนอุจจาระออกมาทำให้อุจจาระกลายเป็นสีดำ ถ้าพบลักษณะสี อุจจาระจะเปลี่ยนไป ต้องปรึกษาแพทย์ทันที

##### การป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก<sup>3,6</sup>

การป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้แก่การรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ อุดมไปด้วยเส้นใยอาหารจากผักและผลไม้ ลดการรับประทานเนื้อแดง ร่วมกับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการควบคุม น้ำหนักการใช้สารเคมี หรือยาเพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งนั้น มีรายงานการศึกษาสารเคมี หรือยา หลายชนิด เช่น วิตามินเอ วิตามินอี วิตามินดี วิตามินซี กรดโฟลิก แคลเซียม ซีลีเนียม ยาแอสไพริน ยาแก้ปวดกลุ่ม cox-2 inhibitor ยาลดไขมันกลุ่ม statin และฮอร์โมนบางชนิด พบว่าอาจมีผลในการป้องกันการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน จึงยังไม่เป็นข้อแนะนำให้ใช้สารดังกล่าวเพื่อการป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในประชากร

ทั่ว ๆ ไป

1. รักษา benign adenoma ตั้งแต่นั้นๆ ถือว่าเป็นการป้องกันมะเร็ง
2. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีกากน้อย ให้อาหารที่มีกากประมาณวันละ 25.30 กรัม
3. ให้ลดอาหารประเภทเนื้อสัตว์
4. ให้ลดอาหารประเภทไขมัน (ให้ลดลงประมาณร้อยละ 10) สารจำพวก fat ซึ่งเป็นตัวทำให้มีโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสูง



5. ในรายที่มีประวัติทางกรรมพันธุ์ ควรจะตรวจร่างกายอย่างละเอียดตั้งแต่อายุ 25 ปี โดยอายุที่เกิดเป็นมะเร็งมากที่สุดคือ อายุ 44.6 ปี
6. หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์
7. ควบคุมน้ำหนักไม่ให้สูงกว่าปกติมากเกินไป
8. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
9. ให้สารที่เป็น colon cancer inhibitors ส่วนมากพบในผลไม้เป็นส่วนใหญ่
  - กลุ่ม Vitamins ได้แก่ Vitamin A ( beta carotene ), Vitamin C, Vitamin E (alpha tocopherol )
  - แร่ธาตุ ได้แก่ selenium ,calcium
  - กลุ่ม retinoids, plant steroids, carotenoids, phenol และ indole
  - Prostaglandin inhibitor
  - ผลไม้ที่มีสาร uronic acid
  - dithiothiones
  - flavones
  - thioethers
10. หลีกเลี่ยงสารที่ทำให้เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เช่น iron, sodium, dimethylhydrazine (ทดลองในสัตว์)
11. ให้คอยระวังในรายที่เป็นโรค diverticular diseases เพราะมีโอกาสเกิดมะเร็งสูงกว่าปกติ
12. ถ้าหากพบ โรคเป็น HNPCC (hereditary nonpolyposis colorectal carcinoma) แนะนำให้ทำ subtotal colectomy with hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy
13. ควรทำ prophylactic colectomy ในรายที่เป็นโรค ulcerative colitis
14. หลีกเลี่ยงการทำ ureteric implantation
15. หลีกเลี่ยงการทำ cholecystectomy

ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและการเกิดโรคของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเท่าที่มีอยู่ในปัจจุบัน ยังไม่มากพอที่แพทย์และทีมสุขภาพจะนำมาใช้เป็นพื้นฐานของการป้องกันก่อนเกิดโรค (primary prevention) มีผู้เสนอแนะให้หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูงและส่งเสริมให้รับประทานอาหารที่มีเส้นใยอาหารสูง แม้จะยังไม่มีหลักฐานสนับสนุนชัดเจนแต่ก็เป็นประโยชน์ในการป้องกันโรคอื่นด้วย เช่น โรคหัวใจ เป็นต้น

สำหรับการป้องกันเมื่อเกิดโรคแล้ว (secondary prevention) มีการนำมาใช้กับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมากพอสมควร เพราะในหลายประเทศโรคนี้เป็นกันมากจนเป็นปัญหาสาธารณสุข และโรคที่อยู่ในระยะที่ยังไม่แพร่กระจาย อาจารย์ภาให้หายได้ด้วยการผ่าตัดเอาออก

## บทที่ 4

# การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นหลัก

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาอนรับการรักษาในหอผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน โดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1. การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative Nursing Care)
2. การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด (Postoperative Nursing Care)

### การพยาบาลระยะก่อนการผ่าตัดรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การพยาบาลผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาอนรับการรักษาในหอผู้ป่วย พยาบาลเป็นบุคคลที่สำคัญในทีมสุขภาพที่จะช่วยแพทย์ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสม ตลอดจนให้การพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยโดยทั่วไปก่อนการผ่าตัดจนกระทั่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดดังนี้

#### 1. การเตรียมด้านจิตใจ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มักเป็นวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่มีบทบาทในการเป็นผู้นำครอบครัว ต้องมีหน้าที่รับผิดชอบมากมาย เมื่อเกิดการเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดย่อมมีทั้งความกลัว ความวิตกกังวลต่อการสูญเสียอวัยวะ ความพิการ การเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ ความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทเป็นผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตจากบ้านมาอยู่โรงพยาบาล การแยกจากครอบครัว เพื่อน ผู้ร่วมงาน สังคม ยิ่งผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย อาจเกิดความท้อแท้ หดหู่กำลังใจที่จะต่อสู้ หรือเผชิญปัญหาต่อไป สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวหลายๆ ด้าน จึงควรเตรียมผู้ป่วยดังนี้

- ศึกษาพื้นฐานอารมณ์ จิตใจ ภาวะสังคม เศรษฐกิจของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างละเอียดและมีความไวต่อปฏิบัติการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และจิตใจที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย

- ให้การยอมรับ ให้กำลังใจ และช่วยเหลือ เพื่อเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมที่จะรับการรักษา

- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การวินิจฉัย การตรวจพิเศษต่างๆ การรักษาพยาบาล การปฏิบัติก่อนและหลังผ่าตัด และการพยากรณ์โรค

#### 2. การเตรียมด้านร่างกาย

##### 2.1 การเตรียมด้านร่างกายทั่วไป

ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ถ้าไม่ใช้การผ่าตัดชนิดฉุกเฉิน จะได้รับการตรวจหลายอย่างหลายประเภท ทั้งนี้เพื่อให้การวินิจฉัยโรคอย่างถูกต้อง ก่อนที่จะเข้ารับการผ่าตัด เพราะถ้าแพทย์ยัง

ไม่สามารถวินิจฉัยโรคได้แน่นอนหรือสภาพร่างกายจิตใจไม่พร้อม เช่น มีภาวะพร่องโภชนาการ ซึ่งพบได้บ่อย ผู้ป่วยอาจต้องเลื่อนการผ่าตัดออกไปจนกว่าสุขภาพผู้ป่วยจะดีพร้อมจึงจะผ่าตัดได้ พยาบาลจึงต้องให้การดูแลผู้ป่วยให้มีความพร้อมด้านร่างกายเพื่อเข้ารับการผ่าตัด ดังนี้

1) อาหาร น้ำ และอิเล็กโทรไลต์ การได้รับอาหาร น้ำ และอิเล็กโทรไลต์ ที่เพียงพอก่อนการผ่าตัดเป็นสิ่งจำเป็นของผู้ป่วยทุกรายเพื่อร่างกายมีความพร้อมรับการผ่าตัดได้ ผลหายเร็ว การให้อาหารทางปากเป็นวิธีที่ดีที่สุด แต่ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ หรือได้รับอาหารทางปากไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ก็จำเป็นต้องให้อาหารทางหลอดเลือดดำ (parenteral nutrition) หรืออาหารเหลวชนิดพิเศษที่มีคุณค่าสูงทางการแพทย์ (medical food) เช่น Ensure<sup>®</sup>, parenteral เป็นต้น โดยพยาบาลต้องประเมินว่าผู้ป่วยได้รับอาหารเพียงพอหรือไม่ในแต่ละวัน ติดตามผลการตรวจค่าของอิเล็กโทรไลต์ บันทึกจำนวนน้ำที่เข้าออกของร่างกาย และสังเกตอาการไม่สมดุลของอาหาร น้ำ และอิเล็กโทรไลต์

2) การพักผ่อนและการออกกำลังกาย ถ้าผู้ป่วยนอนไม่หลับอาจแจ้งให้แพทย์ทราบเพื่อให้ยาระงับ (sedative) อย่างอ่อนเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน ถ้าผู้ป่วยแข็งแรงดี กระตุ้นให้ออกกำลังกายเบาๆ เช่น เดินเข้าห้องน้ำ ออกกำลังกายแขน ขา เบาๆ เป็นต้น

3) การขยับถ่าย ผู้ป่วยบางรายมีการขยับถ่ายอุจจาระผิดปกติ เช่น เป็นมูกปนเลือด มีภาวะอุจจาระดำ เนื่องจากมีเลือดปน (melena) ความผิดปกติเหล่านี้ ต้องสังเกตและบันทึกโดยละเอียด

4) สาธิต และอธิบายเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติตนในระยะก่อนและหลังผ่าตัดให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถฝึกปฏิบัติได้ดังนี้

- การพลิกตะแคงตัวบนเตียง หลังจากรับผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด และไม่มีข้อบ่งห้ามใดๆที่เป็นอันตราย พยาบาลช่วยพลิกตัวเปลี่ยนท่านอนจากนอนหงายเป็นนอนตะแคงซ้ายหรือขวาทุก

1 ชั่วโมงในระยะ 4-6 ชั่วโมงแรก และพลิกทุก 2 ชั่วโมง จนผู้ป่วยสามารถลุกนั่งได้ภายหลังผ่าตัด ทั้งนี้เพื่อลดอาการปวดเมื่อยภายหลังผ่าตัด

- การลุกนั่งบนเตียงหรือลุกจากเตียงภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยหลังผ่าตัด 18-24 ชั่วโมง พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยนั่งโดยไขหัวเตียงให้สูงประมาณ 30 องศาและยกขาขึ้นเล็กน้อย ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั้นจนแน่ใจว่าไม่มีอาการวิงเวียน หน้ามืด จึงไขหัวเตียงให้สูงถึง 45 องศา หลังจากนั้นพยาบาลช่วยยกประคองศีรษะผู้ป่วยขึ้นจากที่นอน จนกระทั่งสามารถนั่งได้ การฝึกนั่งทำวันละ 3-4 ครั้ง แต่แต่ละครั้งให้นั่งนานเท่าที่ผู้ป่วยทำได้ พยาบาลจะต้องทำเป็นขั้นตอน เช่น นั่งบนเตียง นั่งข้างเตียง เดินรอบๆเตียงระยะสั้นๆ โดยมีพยาบาลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด ในวันต่อมาเมื่อผู้ป่วยแข็งแรงดีจึงสามารถเพิ่มการช่วยเหลือตนเองให้มากขึ้นตามลำดับ

- การยืนและการเดิน ผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24-72 ชั่วโมง พยาบาลส่งเสริมให้มีการยืนและการเดิน โดยเริ่มจากให้ผู้ป่วยนั่งห้อยขาริมเตียง พยาบาลประคองให้ยืนข้างเตียงสักครู่แล้วเดิน 2-3 ก้าว ถ้าผู้ป่วยเหนื่อยหรือเจ็บแผลมาก ให้นั่งพักที่เก้าอี้ริมเตียงได้ก่อนเดินกลับเตียง การฝึกยืนและเดินทำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง แต่ครั้งนานตามความสามารถของผู้ป่วย จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถเดินได้ด้วยตนเองอย่างปลอดภัย

- การหายใจและไออย่างมีประสิทธิภาพ (deep breathing exercise—effective cough) ภายหลังจากผ่าตัดดมยาสลบ และการงดน้ำงดอาหารจะทำให้เสมหะแห้งและเหนียว ประกอบกับภายหลังจากผ่าตัด ผู้ป่วยมักหลีกเลี่ยงการหายใจเข้าลึกๆ เพราะกลัวเจ็บแผล ทำให้เกิดการคั่งค้างของเสมหะ ดังนั้นการหายใจลึกๆ จะช่วยให้หลอดลมเล็กขยายตัว และการไออย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยระบายเสมหะ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของทางเดินหายใจได้

## 2.2 การเตรียมร่างกายเฉพาะที่

1) การเตรียมผิวหนังบริเวณที่จะผ่าตัดจะเตรียมในตอนเช้าวันผ่าตัด หลักการเตรียมความสะอาดจะทำความสะอาดของผิวหนังรัศมีโดยรอบ 6-8 นิ้ว จากแนวที่จะลงมีดผ่าตัด

2) การเตรียมความสะอาดลำไส้ใหญ่ เรียกว่า sterile bowel เพื่อป้องกันการติดเชื้อของแผลผ่าตัด บริเวณลำไส้ใหญ่โดยวิธีการดังนี้

- กำจัดกากอาหารในลำไส้ใหญ่ออกให้หมดหรือมากที่สุด โดยการรับประทานยาระบายหรือยาถ่าย ปัจจุบันนิยมให้รับประทาน colyte จนถ่ายอุจจาระออกมาเป็นน้ำใส

- ไม่สร้างกากอาหารเพิ่ม โดยให้รับประทานอาหารกายน้อย (low residual diet) ประมาณ 2-3 วันก่อนผ่าตัดและ 1 วันก่อนผ่าตัดรับประทานอาหารเหลวใส (clear liquid diet) เช่น น้ำหวาน น้ำต้มผัก เป็นต้น

- ลดจำนวนแบคทีเรียในลำไส้ใหญ่ด้วยยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

โดยทั่วไป 2-3 วันก่อนการผ่าตัด แพทย์จะกำหนดให้รับประทานอาหารอ่อนหรืออาหารที่ดูดซึมเร็วและย่อยง่าย บางมืออนุญาตให้เป็นอาหารประเภทของเหลวใส เช่น น้ำผลไม้ น้ำซูปาใส เจลาติน จนเมื่อ 24 ชั่วโมงก่อนการผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับเพียงอาหารเหลวใส และมีคำสั่งให้งดอาหารหลังเที่ยงคืนก่อนผ่าตัด เนื่องจากหน้าที่ของลำไส้ใหญ่มีหน้าที่เก็บกากอาหาร จึงมีแบคทีเรียบริเวณนี้จำนวนมาก ก่อนการผ่าตัดจึงต้องมีการล้างทำความสะอาดลำไส้เพื่อป้องกันการติดเชื้อร่วมกับการเตรียมลำไส้ใหญ่ (bowel preparation) และการให้ยาปฏิชีวนะ ดังนี้

1) mechanical bowel preparation ควรจะมีการเตรียมลำไส้ใหญ่ก่อนการผ่าตัดกรณีไม่มีข้อห้าม อาจให้ยาระบายหรือสวนอุจจาระ แบบผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก ทั้งนี้ขึ้นกับความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

2) prophylactic antibiotics ให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำครอบคลุมเชื้อแบคทีเรีย gram- negative

## การพยาบาลระยะหลังการผ่าตัดรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การพยาบาลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเริ่มต้นจากระยะเวลาที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยมาถึงเตียงผู้ป่วยภายหลังจากผ่าตัดเสร็จเรียบร้อยแล้ว จนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อประเมินผลการรักษา หากพยาบาลสามารถให้การพยาบาลได้เหมาะสมถูกต้องและครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพและสามารถกลับไปอยู่ในสังคมได้ดี

## หลักการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีดังนี้

1. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการหายใจให้โล่ง และคงไว้ซึ่งการทำงานระบบหายใจ ภายหลังจากผ่าตัดระยะแรก ภาวะพร่องออกซิเจนเป็นภาวะที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย สาเหตุอาจเกิดจากการอุดกั้นทางเดินหายใจ ภาวะหายใจช้า (hypoventilation) มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด เป็นต้น

- การจัดท่านอน ให้นอนราบ ไม่หนุนหมอน ตะแคงหน้า ไปด้วยด้านหนึ่งป้องกันลื่นตก และการลำลัก อาเจียน ถ้าผู้ป่วยรู้สึกตัวอาจให้นอนราบหนุนหมอนได้ ยกเว้นในรายที่ได้รับยาชาเข้าทางไขสันหลัง ให้นอนราบอย่างน้อย 6-12 ชั่วโมง

- สังเกตการหายใจของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นได้ ได้แก่ การหายใจตื้นเร็ว จากการค้างของยาสงบ หายใจลึก ช้าลง จากฤทธิ์กดค้างของยาระงับปวดกลุ่ม narcotic และดูแลทางเดินหายใจให้โล่งอยู่เสมอ

- กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ และไออย่างมีประสิทธิภาพ และติดตามการปฏิบัติของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

- แนะนำเรื่องการเปลี่ยนท่านอนหรือพลิกตะแคงตัวบ่อยๆ และสำหรับในรายที่ไม่รู้สึกตัวควรพลิกตะแคงตัวให้ทุก 1-2 ชั่วโมง และในรายที่รู้สึกตัวควรจัดให้นอนท่าศีรษะสูง (Fowler's position) นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการลุกนั่งบนเตียงอย่างรวดเร็ว และลุกขึ้นเดินได้ภายใน 24 ชั่วโมง ถ้าไม่มีข้อห้ามตามแผนการรักษา

- กระตุ้นให้ทำกิจวัตรด้วยตนเอง เพื่อเพิ่มกิจกรรมการเคลื่อนไหวขณะอยู่บนเตียง และลดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนท่าเดิมนานๆ

- ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา เช่น ยาขับปัสสาวะ ยาปฏิชีวนะ รวมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยา

- สังเกตอาการบ่งชี้ภาวะแทรกซ้อนทางเดินหายใจ อาการผิดปกติที่เกิดขึ้น สัญญาณชีพ รวมถึงค่าออกซิเจนในเลือด ถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ต้องรายงานแพทย์และให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา

2. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการทำงานของระบบหัวใจ และไหลเวียน ปัญหาด้านระบบไหลเวียนที่พบบ่อยหลังผ่าตัดได้แก่ การเกิดความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตต่ำ และภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ (arrhythmia)

- ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง ทุก 30 นาที จำนวน 4 ครั้งและทุก 1 ชั่วโมงจนชีพจรสม่ำเสมอ ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดในระยะแรก โดยปกติอุณหภูมิของร่างกายปกติ อาจพบได้ว่ามีอุณหภูมิลดลงต่ำกว่าปกติได้ใน 2-3 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด และบางรายอาจมีอาการหนาวสั่นร่วมด้วย หลังจากนั้น ภายใน 24-48 ชั่วโมง ผู้ป่วยจะมีอุณหภูมิสูงกว่าปกติได้ถึง 38 องศาเซลเซียส ซึ่งเกิดจากปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายภายหลังการผ่าตัด จากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บหรือการเสียน้ำ หากมีไข้หลังวันที่ 3 ควรพิจารณาถึงการติดเชื้อ

- สังเกตลักษณะบาดแผล และปริมาณสิ่งคัดหลั่งต่างๆ ที่ออกจากร่างกายผู้ป่วยรวมถึงประเมินการสูญเสียสารน้ำที่เกิดขึ้น หากมีการหลั่งในปริมาณที่ผิดปกติให้รายงานแพทย์

- ดูแลให้ได้รับสารน้ำ เลือด หรือพลาสมาทดแทนทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาและตามอาการของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมักมีการสูญเสียเลือด สารเหลวในขณะที่ทำการผ่าตัดและภายหลังการการ

ผ่าตัดทางท่อระบายต่างๆ หรืออาจเกิดจากปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดจากการทำการผ่าตัด รวมทั้งการให้สารเหลวและอิเล็กโทรไลต์ทดแทนไม่เพียงพอ พยาบาลควรประเมินปริมาณ intake-output fluid และประเมินสังเกตอาการที่เกิดจากความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ด้วย เช่น สับสน กระหายน้ำ เยื่อบุต่างๆ แห้ง ผิวหนังเหี่ยวแห้งเป็นรอยเหี่ยวย่นหรือบวม กดบวม การเต้นของหัวใจไม่สม่ำเสมอ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ท้องอืด ชักเกร็ง ฯลฯ ซึ่งแสดงถึงการมีภาวะสารเหลวและขาดสมดุลของอิเล็กโทรไลต์

- ควรให้ผู้ป่วยนอนพักนิ่งๆ ในบริเวณที่มีเลือดออกมากๆ เพื่อลดการเคลื่อนไหวซึ่งจะมีผลทำให้เลือดออกมากขึ้น

- เตรียมเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นให้พร้อมในรายที่มีภาวะช็อก เช่น อุปกรณ์ดูดเสมหะ ออกซิเจน ยาช่วยเพิ่มความดันโลหิต เป็นต้น

- สังเกตบันทึก และติดตามผลการตรวจคลื่นหัวใจ โดยเฉพาะในรายที่มีการเต้นหัวใจผิดปกติ กล้ามเนื้อหัวใจตายหลังผ่าตัด

- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนทั้งร่างกาย และจิตใจจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ อยู่เป็นเพื่อนคอยให้กำลังใจ เพื่อลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น เป็นส่วนช่วยลดการใช้ออกซิเจนในร่างกายของผู้ป่วย

3. การพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดจากแผล โดยพยาบาลประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วย ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ดูแลจัดท่าที่เหมาะสมเพื่อลดการดึงรั้งจากการผ่าตัด แนะนำให้ทำกิจกรรมที่เบี่ยงเบนความสนใจและกิจกรรมที่เป็นการกระตุ้นให้หลังเอน โดรฟินเพื่อลดความรู้สึกเจ็บปวด

4. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการของผู้ป่วยที่ดี เพื่อลดอาการท้องอืด แน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน และส่งเสริมภาวะโภชนาการที่ดีหลังผ่าตัด

- ควรจัดท่าผู้ป่วย กระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกออกจากเตียง หรือนอนศีรษะสูงเพื่อลดอาการแน่นท้องท้องอืด

- ดูแลให้ได้รับสารอาหาร และพลังงานอย่างเพียงพอ สำหรับการผ่าตัดในช่องท้อง ทำให้ลำไส้หยุดทำงานชั่วคราว แพทย์จะพิจารณาให้รับประทานอาหาร เมื่อลำไส้มีการเคลื่อนไหว โดยประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้แบบบีบรัด และประเมินอย่างต่อเนื่องในระยะหลังผ่าตัด อาจประเมินทุก 4-8 ชั่วโมง นอกจากนี้ ควรสังเกตดูภาวะท้องอืด การปวดท้องจากแก๊ส ในช่วง 2 วันแรก หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับอาหารทางหลอดเลือดดำ แพทย์จะใส่ NG tube เพื่อสังเกตอาการ ระหว่างนี้ผู้ป่วยจะถูกงดอาหารและน้ำ เนื่องจากลำไส้ต้องการระยะเวลาฟื้นฟู ช่วงนี้ย่อมส่งผลกระทบต่อทางเดินอาหาร จนเมื่อรับประทานอาหารทางปากได้ แพทย์จะเอา NG tube ออกและอนุญาตให้ เริ่มรับประทานอาหารเหลวไปสู่อาหารเนื้อสัมผัสหยาบเป็นลำดับต่อไป อาหารที่จัดให้ผู้ป่วยจึงควรเป็นอาหารที่มีสารอาหารและพลังงานครบถ้วน หากผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ควรช่วยเหลือให้กำลังใจ ควรให้ผู้ป่วยบ้วนปากด้วยน้ำอุ่นและนอนพักผ่อน ถ้ามีอาการมากผู้ป่วยอาจได้รับยาแก้อาการคลื่นไส้ อาเจียน

- สังเกต และบันทึก ติดตามอาการเปลี่ยนแปลงที่บ่งชี้ถึงภาวะการย่อยและดูดซึมอาหารผิดปกติ เช่น ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก เพื่อปรับเปลี่ยนชนิดและวิธีการให้อาหาร ความถี่ ปริมาณ และความเข้มข้นของสูตรอาหารตามความเหมาะสม

### 5. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสุขสบายและความปลอดภัยของผู้ป่วย

- ดูแลความสุขสบายทั่วไป เช่น การนอนหลับ อากาโรคื่นไส้ การปวดถ่ายปัสสาวะทั้งนี้ควรซักถามความไม่สุขสบายที่เกิดจากสาเหตุต่างๆ และให้การดูแลแก้ไขตามอาการ
- การรักษาความสุขอนามัยส่วนบุคคล เกี่ยวกับความสะอาดของร่างกายทั่วไป โดยเฉพาะช่องปากหรือรายที่ใส่สายสวนปัสสาวะไว้
- ดูแลความปลอดภัยในรายที่ยังไม่ฟื้นจากยาสลบ หรือมีความรู้สึกตัวไม่ดี ควรยกראวกันเตียงผู้ป่วยก่อนออกจากเตียงผู้ป่วย

### 6. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการหายของแผล

- สังเกต และประเมินปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการหายของแผล ได้แก่ ตำแหน่งของแผลผ่าตัด ลักษณะของแผลเปิดหรือแผลปิด ภาวะโภชนาการของผู้ป่วย ภาวะโรค เช่น เบาหวาน และการติดเชื้อที่มีอยู่ สังเกตลักษณะสี จำนวนของสารเหลวที่ออกจากท่อระบายต่างๆ เช่น Jackson's drainage เป็นต้น
- สังเกตลักษณะแผลที่ผิดปกติ โดยเฉพาะแผลมีการติดเชื้อ เช่น ปวด บวม แดง ร้อน มีกลิ่นเหม็นหรือแผลมีหนองไหล รวมถึงการสังเกตผิวหนังรอบๆ แผลผ่าตัด ลักษณะสี กลิ่น ของสิ่งคัดหลั่ง
- ทำความสะอาดแผลด้วยหลักปราศจากเชื้อ เพื่อป้องกันการติดเชื้อของแผลซึ่งจะทำให้แผลหายช้า
- สอนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลแผล และวิธีการส่งเสริมการหายของแผล โดยเฉพาะการรับประทานอาหารที่มีโปรตีน และวิตามินซีสูง ลดการกระทบกระเทือนแผลผ่าตัดในช่วงที่ยังไม่ได้ตัดไหม การออกกำลังกายเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนเลือดมาเลี้ยงที่แผลดีขึ้น

### 7. คำแนะนำก่อนกลับบ้านสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

- การดูแลแผลผ่าตัดลำไส้ใหญ่ หลังผ่าตัดประมาณ 5-7 วัน ยังต้องระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ ไม่ควรใช้แป้ง หรือ ยา ทาบริเวณแผล เมื่อแผลหายดีแล้วสามารถอาบน้ำโดยใช้สบู่ถูเบาๆ บริเวณแผล และใช้ผ้าเช็ดตัวนุ่มๆ ซับเบาๆ ให้แห้งได้
- ควรรีบมาพบแพทย์เมื่อแผลมีการติดเชื้อ เช่น อาการอักเสบ ปวด บวมแดง และมีน้ำเหลืองไหลออกจากแผล เป็นต้น
- การออกกำลังกายไม่มีขีดจำกัดขึ้นอยู่กับผู้ป่วยสามารถทำได้เท่าใด เพียงแต่ให้พัก เมื่อรู้สึกเริ่มเหนื่อย การเดินออกกำลังกายเป็นวิธีที่ดีที่สุดหลังการผ่าตัด โดยเริ่มต้นจากที่ราบก่อน ทำทุกวัน วันละ 1-2 ครั้ง และค่อยๆ เพิ่มระยะทางให้มากขึ้น
- ทำกิจกรรมเบาๆ ได้ ควรหลีกเลี่ยงการทำงานหนักในระยะ 4-6 สัปดาห์ หลังผ่าตัด ถ้ารู้สึกเหนื่อยเวียนศีรษะเหมือนจะเป็นลม ให้หยุดและพักทันที
- หลังผ่าตัดเนื้อเยื่อแผลเป็นอาจพัฒนาเป็นพังพืด (adhesions) ได้ ซึ่งในบางรายเป็นเหตุให้ลำไส้อุดตันจนต้องผ่าตัดแก้ไข เป็นต้น ซึ่งปัญหาดังกล่าวข้างต้น ทีมแพทย์จะคอยระวังป้องกันให้อยู่แล้ว

- ควรหาเวลานอนพักผ่อนบ้าง โดยเฉพาะหลังออกจากโรงพยาบาลใหม่ๆ และหาเวลาพักผ่อนในตอนกลางวัน อย่างน้อยวันละ 20 นาที อาจไม่จำเป็นต้องนอนให้หลับ แต่พยายามนอนให้ได้ประมาณ 8-10 ชั่วโมงต่อคืน

- ควรหาโอกาสผ่อนคลายความเครียด เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง ปลูกต้นไม้ เล่นเกม ทำสมาธิ ทำการฝีมือ รวมไปถึงการไปท่องเที่ยวตามสถานที่ต่างๆ ที่มีอากาศปลอดโปร่ง ไม่แออัด เป็นต้น

- การมีเพศสัมพันธ์ สามารถเริ่มได้เมื่อรู้สึกพร้อมและต้องการ โดยหลีกเลี่ยงท่าที่อาจกระทบกระเทือนแผลผ่าตัด ถ้าเป็นการผ่าตัดลำไส้ตรงออกทั้งหมดและเปิดรูระบายอุจจาระทางหน้าท้อง อาจมีผลต่อสมรรถภาพทางเพศในผู้ชาย โดยมีผลทำให้จำนวนอสุจิน้อยลง เพราะประสาทควบคุมการหลั่งอสุจิถูกทำลาย ดังนั้น ในรายที่ต้องการมีบุตรอาจปรึกษาผู้เชี่ยวชาญก่อน สำหรับผู้หญิงอาจไม่ส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพทางเพศโดยตรงเพียงแต่หากมีพังผืด อาจเป็นสาเหตุให้รู้สึกเจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์ได้ ดังนั้นผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดลำไส้ในลักษณะดังกล่าวข้างต้นควรทำความเข้าใจกับสามี-ภรรยาถึงภาวะที่จะเกิดขึ้นเพื่อการมีชีวิตที่สมบูรณ์

- ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วน เน้นเป็นอาหารอ่อนในระยะแรกจนถึงอาหารปกติธรรมดา เคี้ยวอาหารให้ละเอียดและช้าๆ รับประทานอาหารในปริมาณที่น้อยในแต่ละมื้อ แต่เพิ่มจำนวนมื้อมากขึ้น อาจรับประทานอาหารแต่เฉพาะที่ชอบ แล้วรอกว่าความอยากอาหารจะกลับมาปกติ ในกรณีผักและผลไม้ อาจส่งผลให้เกิดอาการแน่นท้องและท้องอืดได้ ควรให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ละน้อยแล้วสังเกตอาการหลีกเลี่ยงผักบางชนิดซึ่งทำให้ท้องอืด โดยเฉพาะผักที่มีกลิ่นฉุน เพราะมีสารพวกกำมะถันอยู่มาก เช่น ต้นหอม หัวหอมใหญ่ เป็นต้น สำหรับผลไม้สามารถรับประทานได้ทุกชนิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลไม้ที่มีเส้นใยสูง เช่น ฝรั่ง แอปเปิล เป็นต้น ยกเว้นกรณีเพิ่งได้รับการผ่าตัด และควรเลือกชนิดที่ย่อยง่าย เช่น มะละกอสุก ส้ม แก้วมังกร เป็นต้น ควรเพิ่มการดื่มน้ำให้มากขึ้น เพื่อป้องกันการอุดตันของลำไส้จากเส้นใยอาหาร

- ในรายที่ถูกตัดลำไส้ใหญ่ออกบางส่วน ลำไส้ส่วนที่อยู่ส่วนหนึ่งจะถูกแปลงออกมาเป็นทวารเทียมเปิดออกทางหน้าท้อง หลังผ่าตัดอุจจาระไม่สามารถขับออกทางทวารหนักได้เช่นเดิมแต่จะขับออกทางทวารเทียมแทน โดยส่วนใหญ่ทวารเทียมจะอยู่ทางด้านซ้ายของหน้าท้องและต่ำกว่าสะดือเล็กน้อย ในหลายๆ รายอาจอยู่บริเวณอื่นขึ้นกับรอยโรคและความเห็นของแพทย์ ทวารเทียมจะมีสีแดง ซึ่งเป็นสีเดียวกับเนื้อเยื่อในช่องปาก โดยปกติควรมีลักษณะกลมหรืออาจรีได้เล็กน้อย เส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 2-5 เซนติเมตร หลังการผ่าตัดใหม่ๆ ทวารเทียมจะบวมและค่อยๆ เล็กลง ดังนั้นการตัดรูที่เป็นทวารเทียมมีความสำคัญมากที่จะต้องค่อยๆ ลดขนาดลงตามขนาดของรูทวารเทียม รูทวารเทียมจะเล็กลงและจะขยายออกเมื่อมีของเหลวไหลออกมา เนื้อเยื่อบริเวณนี้ไม่มีเส้นประสาทจึงไม่มีความรู้สึกเมื่อสัมผัสกับทวารเทียม ทวารเทียมอาจมีเลือดออกได้เล็กน้อยเมื่อสัมผัส เช่น ขณะเปลี่ยนถุงหรือทำความสะอาดรอบทวารเทียม เป็นต้น แต่ถ้าเลือดยังคงออกอยู่ ควรไปพบแพทย์ ควรหมั่นสังเกตสีของทวารเทียมว่าไม่ผิดปกติและไม่มียืดออกบ่อยจนเกินไป

การผ่าตัดถือเป็นการรักษาหลักวิธีหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนและหลังการผ่าตัด โดยนำกระบวนการพยาบาล



ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล มาใช้ในวางแผนทางการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ จะทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพที่ดีสามารถกลับเข้าสู่สภาวะปกติทั้งร่างกายและจิตใจได้ในระยะเวลาที่รวดเร็ว โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

### การพยาบาลตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** กลัวเมื่อทราบว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

#### ข้อมูลสนับสนุน

- บอกว่ากลัวเนื่องจากเป็นการผ่าตัดครั้งแรกและไม่ทราบว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไร
- บ่นกลัวไม่หาย กลัวตาย ไม่คิดว่าตนเองจะเป็นโรคมะเร็งซึ่งเป็นโรคร้ายแรง และยังไม่อยากตาย
- มีอาการซึมเศร้า ร้องไห้ ถามซ้ำด้วยประโยคเดิมๆ เกี่ยวกับโรค

#### มะเร็ง

- มีแววตาครุ่นคิดถอนหายใจบ่อยครั้ง
- รับประทานอาหารได้น้อยลง และนอนไม่หลับ

#### เป้าหมายการพยาบาล

มีพลังใจอันเข้มแข็งสามารถเผชิญกับความกลัวโรคมะเร็งได้อย่างเหมาะสม

#### เกณฑ์การประเมินผล

- แสดงออกทางอารมณ์ได้เหมาะสม สีหน้าท่าทางผ่อนคลาย ยิ้มแย้ม ไม่มีอาการซึมเศร้า
- รับประทานอาหารและนอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้น
- สามารถพูดคุยกับผู้ป่วยข้างเตียงได้ ไม่เงียบเฉย
- สามารถปรับตัวและยอมรับกับโรคที่เป็นได้ ให้ความร่วมมือในการรักษา

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประสานกับทีมแพทย์ผู้รักษาเพื่อให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเรื่องโรคและแผนการรักษา โดยคำนึงถึงระยะเวลาที่เหมาะสมในการบอก ความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ รายละเอียดที่จะบอก ยึดหลักในการพูดความจริงที่เกิดประโยชน์เท่านั้น เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับกับความเป็นจริง พร้อมกับประเมินเรื่องการปรับตัว การยอมรับ และการเผชิญกับความเจ็บป่วยจากพฤติกรรมของผู้ป่วย

2. อธิบายเกี่ยวกับเรื่องวิธีการรักษาที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยได้ เหตุผลในการที่แพทย์ตัดสินใจให้การรักษา และให้เวลาในการตอบคำถามข้อสงสัยของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องการรักษาและการรับผิดชอบตนเองเท่าที่จะทำได้

3. ยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วย โดยเฉพาะการปฏิเสธความจริงของผู้ป่วย การมีอาการที่กังวล อาการซึมเศร้า ให้การยอมรับและตอบสนองต่อความพยายามในการปรับตัวของผู้ป่วยในระยะต่างๆ

4. ส่งเสริมและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามความเชื่อเพื่อให้เกิดพลังใจที่เข้มแข็ง เช่นการสวดมนต์ ขอมพร ใ้ส่าบตร กราบพระพุทธรูป หรือพระภิกษุสงฆ์ที่ผู้ป่วยเคารพอย่างยิ่ง หรือบุคคลที่สำคัญที่ให้ความหมาย แก่ผู้ป่วยเพื่อเผชิญกับความกลัวได้

5. ดูแลให้การปลอบใจและประคับประคองทางอารมณ์แก่ผู้ป่วย เพื่อลดความกังวล ความอึดอัดใจ ของผู้ป่วย โดยให้เวลารับฟังด้วยความจริงใจ ให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือ และให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยสงสัยในเรื่อง ของโรคและการรักษา

6. ดูแลให้ได้รับยาคลายความกังวลหรือยานอนหลับตามแผนการรักษา หากจำเป็น

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2** มีความทนต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลง เนื่องจากมีภาวะความเข้มข้นของ เลือดต่ำจากการถ่ายอุจจาระเป็นเลือด

#### ข้อมูลสนับสนุน

- มีอาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ หรือเป็นลม เมื่อปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ
- ความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่า 32 % ฮีโมโกลบินน้อยกว่า 12 กรัมต่อเดซิลิตร
- ถ่ายอุจจาระเป็นเลือดสดหรือมีลิ่มเลือดปน

#### เป้าหมายการพยาบาล

สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

#### เกณฑ์การประเมิน

- ไม่มีอาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ หรือเป็นลม เมื่อปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองต่างๆ เช่น การรักษาความสะอาดของร่างกาย สุขอนามัย การรับประทานอาหาร การขับถ่าย เป็นต้น
- ความเข้มข้นของเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 32-52 % ฮีโมโกลบินอยู่ในเกณฑ์ปกติ 12-18 กรัม ต่อเดซิลิตร
- ลักษณะอุจจาระปกติ ไม่มีเลือดปน

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรุนแรงของระดับความเข้มข้นของเลือดต่ำหรือภาวะซีด โดยผู้ที่มีภาวะซีดใน ระดับน้อยจะสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ลดลง มีอาการอ่อนล้า อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไม่ค่อยมีแรง ทำกิจวัตร ประจำวัน หน้ามืด ตาลาย วิงเวียนศีรษะเวลาออกแรง เนื่องจากออกซิเจนไปเลี้ยงสมองน้อย โดยผู้ป่วยจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้น้อยลง รวมถึงประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายลดลง ด้วย เช่น การทรงตัว ความเร็วในการเดิน การลุกจากเก้าอี้ เป็นต้น รวมทั้งต้องดูแลช่วยเหลือส่งเสริมการดูแล ตนเองของผู้ป่วย เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การขับถ่าย และการรับประทานอาหาร เป็นต้น

2. สังเกตระดับความรู้สึกตัว สีผิวโดยดูได้จากสีของผิวหนังบริเวณฝ่ามือ ใต้เล็บ หรือดูจากสีของเยื่อบุ ด้านในของเปลือกตาล่าง ถ้าซีดหรือตัวเย็นต้องดูแลให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายโดยการห่มผ้า เมื่อพบความ ผิดปกติ ต้องรายงานแพทย์ทันที

3. ติดตามผลความเข้มข้นของเลือดทางปฏิบัติการและรายงานแพทย์ทราบทันที เมื่อพบความผิดปกติ
4. บันทึกจำนวนครั้ง สี ลักษณะของอุจจาระ เพื่อติดตามการถ่ายอุจจาระเป็นเลือด
5. ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา เมื่อผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยมาก และดูแลช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ แนะนำให้ผู้ป่วยนอนพักผ่อนบนเตียง งดกิจกรรมที่ต้องออกแรงมากๆ
6. ติดตามบันทึกสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3** มีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

#### ข้อมูลสนับสนุน

- มีสีหน้าวิตกกังวล รับประทานอาหารได้น้อย และนอนไม่หลับ
- ไม่สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง

#### เป้าหมายการพยาบาล

คลายความวิตกกังวลและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

#### เกณฑ์การประเมิน

- บอกว่าคลายความวิตกกังวลลง
- มีสีหน้าแจ่มใสขึ้น พักผ่อนได้
- สามารถบอกถึงการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้อย่างถูกต้อง

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ของผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพที่ดี เปิดโอกาสให้ซักถามข้อข้องใจและระบายความรู้สึก เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และบอกถึงปัญหาความต้องการการช่วยเหลือต่างๆ
2. สอนให้ความรู้ อธิบายให้ผู้ป่วยได้ทราบเกี่ยวกับ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และแผนการรักษาพยาบาลตามความเหมาะสม รวมทั้งแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องกับสภาวะของโรค
3. สอนให้ความรู้ อธิบายเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด เช่น การทำความสะอาดของร่างกายส่วนต่างๆ โดยเฉพาะบริเวณที่ทำการผ่าตัดเพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัด การดมยาสลบ การงดน้ำงดอาหาร การสวนอุจจาระ เป็นต้น
4. สอนให้ความรู้ อธิบายวิธีการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางปอด เช่น สอนวิธีการหายใจลึกๆ การไอเอาเสมหะออก การใช้เครื่องบริหารปอด Triflow เป็นต้น และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น การป้องกันท้องอืด ท้องผูก ด้วยการลุกออกจากเตียงโดยเร็ว (early ambulate) การพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันแผลกดทับ และการออกกำลังกายแขนขาบนเตียงเพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบ เป็นต้น
5. สอบถามความรู้กลับในสิ่งที่ให้ความรู้ไปแล้ว และทดลองให้ผู้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติจนสามารถทำได้ถูกต้องก่อนการผ่าตัด และเปิดโอกาสให้ซักถามในสิ่งที่สงสัย

6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การรักษา

### ระยะหลังผ่าตัดรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

#### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ปวดแผลผ่าตัด

##### ข้อมูลสนับสนุน

- ป่นปวดแผลผ่าตัด pain score มากกว่า 3 คะแนน
- แสดงสีหน้า หน้ามึนวิ้งขมวด เวลาขยับตัว
- ได้รับการผ่าตัด explore with colectomy มีแผลยาวประมาณ 8-9 นิ้ว บริเวณกึ่งกลางท้อง
- นอนนิ่งๆ บนเตียง ไม่อยากขยับตัว

##### เป้าหมายการพยาบาล

บอกว่าปวดแผลลดลง สุขสบายขึ้น

##### เกณฑ์การประเมินผล

- บอกว่าปวดแผลลดลง สุขสบายขึ้น ระดับความปวด (pain score) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน
- เคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ตามปกติ ไม่มีพฤติกรรมแสดงว่ามีอาการเจ็บปวด เช่น หน้ามึนวิ้งขมวด มีกุ่มบริเวณบาดแผลเมื่อขยับตัว เป็นต้น
- สามารถนอนหลับพักผ่อนได้

##### กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบสาเหตุของการปวดบริเวณตำแหน่งแผลผ่าตัดบริเวณกึ่งกลางท้อง และแผนการรักษา พร้อมทั้งเปิด โอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามปัญหาและข้อข้องใจต่างๆ
2. ประเมินความปวดที่ตำแหน่งแผลผ่าตัดเป็นระยะๆ โดยใช้แบบประเมินความปวดแบบตัวเลข (numeric rating scale) ซึ่งมีคะแนน 0-10 คะแนน โดย 0 คะแนนหมายถึงไม่มีความปวดและ 10 คะแนน หมายถึงมีความปวดมากที่สุด รวมทั้งสังเกตความปวดจากสีหน้าและท่าทางของผู้ป่วย
3. ดูแลช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความปวด เช่น ดูแลเปลี่ยนท่านอนให้กับผู้ป่วยในท่า semi-Fowler's เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องและทรวงอกคลายตัว ลดการดึงตัวของแผลผ่าตัด
4. สอน แนะนำ สาธิตให้ผู้ป่วยประคองแผลผ่าตัดหน้าท้องด้วยมือหรือหมอนนุ่มๆ เวลาไอหรือจาม และขณะที่ผู้ป่วยพลิกหรือตะแคงตัว เพื่อหลีกเลี่ยงการกระทบกระเทือนแผลผ่าตัด
5. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความไม่สบาย เช่น จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ดูแลให้ผู้ปวยนอนบนเตียงที่มีผ้าปูเตียงเรียบตึง และสะอาดปราศจากฝุ่นละอองและวัสดุอื่นๆ สัมผัสแผลผ่าตัดอย่างนุ่มนวลและเบามือ รวมทั้งระวังสายหรือท่อระบายต่างๆ ไม่ให้ดึงรั้ง เป็นต้น
6. สอน แนะนำ สาธิตเทคนิค หรือวิธีการที่ช่วยให้มีการผ่อนคลาย (relaxation technique) เพื่อบรรเทาอาการปวดแผล เช่น การหายใจเข้า-ออกลึกๆ การนั่งสมาธิ การฟังเพลง การอ่านการ์ตูน การดูทีวี เป็นต้น

7. เบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยจากอาการปวด โดยพูดคุยและสัมผัสอย่างอ่อนโยน ให้การพยาบาลด้วยท่าที่นุ่มนวล

8. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ และประเมินประสิทธิภาพของยาแก้ปวดที่ได้รับ โดยให้รายงานอาการให้แพทย์ทราบในทันที หากอาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น เพื่อความรวดเร็วในการดูแลรักษา

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5** เสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะความเข้มข้นของเลือดต่ำเนื่องจากการเสียเลือดหลังผ่าตัด  
**ข้อมูลสนับสนุน**

- เสียเลือดจากการผ่าตัดมากกว่า 500 มิลลิลิตร
- แผลผ่าตัดมีเลือดซึมหรือ content จาก drain ออกปริมาณมากกว่า 200 มิลลิลิตรต่อวัน
- ค่าความเข้มข้นเลือดน้อยกว่า 32 % ฮีโมโกลบินน้อยกว่า 12 กรัมต่อเดซิลิตร
- มีอาการอ่อนเพลีย ผิวหนังซีด เย็น

**เป้าหมายการพยาบาล**

ปลอดภัยไม่เกิดอันตรายจากภาวะความเข้มข้นของเลือดต่ำ

**เกณฑ์การประเมิน**

- เสียเลือดจากการผ่าตัดน้อยกว่า 100 มิลลิลิตร
- แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม
- ปริมาณ content จาก drain ออกประมาณน้อยกว่า 200 มิลลิลิตรต่อวัน
- ค่าความเข้มข้นเลือด (hematocrit) อยู่ในเกณฑ์ปกติ 32-38% ฮีโมโกลบิน 12-18 กรัมต่อเดซิลิตร
- ไม่มีอาการอ่อนเพลีย ผิวหนังซีด เย็น

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ระดับความรู้สึกตัวผิดปกติ กระสับกระส่าย ซีพจรเบา หายใจหอบถี่ ความดันโลหิตต่ำลง ปลายมือปลายเท้าเย็น เป็นต้น

2. สังเกตระดับความรู้สึกตัว สีผิวโดยดูได้จากสีของผิวหนังบริเวณฝ่ามือ ใต้เล็บ หรือดูจากสีของเยื่อบุด้านในของเปลือกตาล่าง ถ้าซีดหรือตัวเย็นต้องดูแลให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายโดยการห่มผ้า เมื่อพบความผิดปกติ ต้องรายงานแพทย์ทันที

3. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อเพิ่มปริมาณสารน้ำในระบบไหลเวียนโลหิต

4. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับ PRC ตามแผนการรักษาของแพทย์ และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงขณะได้รับเลือด เช่น มีไข้สูง มีผื่นขึ้น แน่นหน้าอก หายใจไม่ออก เป็นต้น ต้องรายงานแพทย์ทันที

4. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนในท่าศีรษะอยู่ระดับเดียวกับทรวงอก ปลายเท้าสูงประมาณ 20-30 องศา เพื่อให้โลหิตไหลเวียนเข้าสู่หัวใจและอวัยวะสำคัญๆ ได้ยิ่งขึ้น เช่น สมอ เป็นต้น

5. ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำสะอาดอาหารทุกชนิดทางปาก เพื่อลดการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ซึ่งถ้ามีการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้มากขึ้น อาจทำให้เลือดออกมากขึ้นได้

6. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อลดการหลังกรดในกระเพาะอาหาร ซึ่งหากร่างกายหลังกรดมากอาจทำให้เกิดแผลและมีเลือดออกมากขึ้นได้ เนื่องจากมีการทำลายของเนื้อเยื่อบุกระเพาะอาหารลำไส้ และในขณะที่ให้ยาและหลังให้ยาควรสังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อความปลอดภัยจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา เช่น มีผื่นขึ้น ปวดศีรษะ ง่วงนอน เป็นต้น

7. สังเกตลักษณะสี และปริมาณของสารคัดหลั่งจาก NG tube ถ้ายังมีสีน้ำตาลเนื้อหรือลิ่มเลือดหรือเป็นเลือดสดๆ ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ว่ายังมีเลือดออกในกระเพาะอาหารและลำไส้อยู่

8. บันทึกจำนวนสารน้ำเข้าออกของร่างกายอย่างน้อย 1 ครั้งต่อแวน ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิเมตรต่อชั่วโมง หรือ 0.5 มิลลิเมตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง ให้รีบรายงานแพทย์

9. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผล CBC, Hct, PT, PTT เพื่อประเมินการสูญเสียเลือดและวางแผนให้การรักษาต่อไป

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6** มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในร่างกาย เนื่องจากมีแผลผ่าตัดบริเวณช่องท้อง และมีท่อระบายสารคัดหลั่ง

#### ข้อมูลสนับสนุน

- มีแผลผ่าตัด colectomy บริเวณกึ่งกลางท้องยาวประมาณ 8-9 นิ้ว ลักษณะเป็นแผลเย็บ
- มีท่อระบายสารคัดหลั่ง (Jackson pratt drain) ต่อจากออกมาจากแผลผ่าตัด
- ผิวน้ำบริเวณแผลผ่าตัดมีอาการอักเสบ บวม แดง และมี discharge ซึม
- ผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการพบ WBC มากกว่า 9,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์เซนติเมตร
- อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส

#### เป้าหมายการพยาบาล

ปลอดภัยไม่มีการติดเชื้อในร่างกาย

#### เกณฑ์การประเมินผล

- แผลผ่าตัดแห้ง สะอาด ไม่มี discharge ซึม
- ผิวน้ำบริเวณแผลผ่าตัดและรอบๆ ท่อระบายไม่อักเสบ บวม แดง
- สารคัดหลั่งไม่สัมผัสกับแผลผ่าตัดนาน
- ผลตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการมี WBC 4,000-9,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์เซนติเมตร
- สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-80 ครั้งต่อนาที

ความดันโลหิตอยู่ในช่วงน้อยกว่า 120/80 มิลลิเมตรปรอท

- ลักษณะ content จากท่อระบายต่างๆ มีสีและกลิ่นปกติ

## กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินลักษณะแผลผ่าตัดและการติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัด เช่น มีไข้ ปวด บวม แดง ร้อน หรือ มี discharge คล้ายหนองและ/หรือมีกลิ่นเหม็นหรือไม่ ถ้าหากมีอาการดังกล่าวรีบรายงานแพทย์ทราบในทันที รวมทั้งอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงสาเหตุ อาการและอาการแสดงของการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด หากผู้ป่วยมีอาการดังกล่าว แจ้งแพทย์และพยาบาลทราบในทันที

2. ดูแลทำแผลโดยยึดหลัก aseptic technique โดยถักผิวหนังรอบๆ ท่อระบายมีสารคัดหลั่งไหลซึมอาจทาด้วย zinc paste และหมั่นเปลี่ยนผ้าก๊อชปิดแผลบ่อยๆ เมื่อมีสารคัดหลั่งไหลออกมาจากแผลผ่าตัด เพื่อป้องกันการระคายเคืองต่อผิวหนังและการสะสมของเชื้อแบคทีเรีย

3. ให้ความรู้และแนะนำผู้ป่วยไม่ให้สัมผัสบริเวณแผลผ่าตัดและบริเวณรูที่ใส่ท่อระบาย เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

4. ดูแลระบบการทำงานของ Jackson's drain ไม่ให้สายมีการหักพับงอ และไหลลงถุงได้สะดวก

5. บันทึกปริมาณ สี กลิ่น และลักษณะของสารคัดหลั่งที่ออกมาจากท่อระบายต่างๆ เช่น Jackson's drain และรายงานให้แพทย์ทราบทันทีเมื่อพบความผิดปกติ

6. ดูแลระบบของ Foley's catheter ไม่ให้มีการติดเชื้อ โดยทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ ดูแลระบบให้เป็น closed system ให้ปัสสาวะไหลลงสะดวก พร้อมทั้งสังเกตและบันทึกสี ลักษณะ จำนวนของปัสสาวะ

7. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ถ้าสัญญาณชีพผิดปกติรีบตั้งรายงานให้แพทย์ในทันที

8. ประเมินอาการผิดปกติที่ท้อง เช่น อาการปวดในช่องท้อง กดเจ็บ และท้องแข็งตึง เป็นต้น ถ้าพบอาการผิดปกติดังกล่าวต้องรีบรายงานให้แพทย์ทราบทันที

9. ดูแลความสะอาดของร่างกาย เสื้อผ้า และสิ่งแวดล้อม

10. ติดตามผลการเพาะเชื้อและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและรายงานผลให้แพทย์ทราบ

11. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาและประเมินอาการข้างเคียงจากการได้ยาและอาการข้างเคียงของยา

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7** มีโอกาสเกิดความไม่สมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการงดน้ำงดอาหารทั้งก่อนและหลังผ่าตัด โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

### ข้อมูลสนับสนุน

- ระดับ K ในเลือดน้อยกว่า 3.5 mEq/L
- ระดับ Na ในเลือดน้อยกว่า 135 mEq/L
- ได้รับการงดน้ำและอาหารทั้งก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด
- มี content ออกมาจากสาย Jackson pratt drain มากกว่า 100 มิลลิตรต่อวัน
- มี content ออกจาก NG tube มากกว่า 500 มิลลิตรต่อวัน

- อ่อนเพลีย ซึมลง และมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง
- มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน
- ปัสสาวะมีความถี่จำเพาะมากกว่า 1.025

### เป้าหมายการพยาบาล

มีสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์

### เกณฑ์การประเมินผล

- ไม่มีอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ เช่น ผิวแห้ง ปากแห้ง ปัสสาวะน้อยสีเหลืองเข้ม
- สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-80 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต

อยู่ในช่วงน้อยกว่า 120/80 มิลลิเมตรปรอท

- Na 135-145 mEq/ L
- K 3.5-5.0 mEq/ L
- ปัสสาวะมีความถี่จำเพาะน้อยกว่า 1.025
- ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะอิเล็กโทรไลต์ต่ำ เช่น อาการอ่อนเพลีย ซึมลง กล้ามเนื้ออ่อนแรง

และอาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น

- มีความสมดุลของปริมาณน้ำเข้าและออกในร่างกาย

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมิน สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ เช่น ปากแห้ง ทรายน้ำ ผิวหนังขาดความตึงตัว อ่อนเพลีย ชีพจรเต้นเร็ว ปัสสาวะมีความถี่จำเพาะมากกว่า 1.025

2. ดูแลเฝ้าระวังอาการแสดงของการเปลี่ยนแปลงระดับอิเล็กโทรไลต์ ดังนี้

- ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (hyponatremia) อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน สับสน อ่อนเพลีย และมีตะคริวที่ท้อง เป็นต้น

- ภาวะโปแทสเซียมในเลือดต่ำ (hypokalemia) อาจมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ชีพจรเต้นไม่สม่ำเสมอ คลื่นไส้ อาเจียน ซึมลง ถ้าได้มีการเคลื่อนไหวลดลง เป็นต้น

3. ตรวจสอบสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง บันทึกและรายงานให้แพทย์ทราบในทันที เมื่อพบความผิดปกติ

4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและสารอาหารทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา

5. บันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 1-2 ชั่วโมง ถ้าปัสสาวะน้อยกว่า 0.5-1.0 มิลลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง รายงานให้แพทย์ทราบในทันที

6. บันทึกและประเมินสมดุลของปริมาณสารน้ำที่ได้รับ และปริมาณสารน้ำที่สูญเสียออกจากร่างกาย ทุก 8 ชั่วโมง รวมทั้งสังเกตสี ลักษณะของเหลว (content) ที่ดูดออกมาจากกระเพาะอาหาร และสังเกตสี ลักษณะของปัสสาวะและอุจจาระที่ออกมา



7. สังเกตและติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา เช่น การเจาะเลือดเพื่อหาค่าอิเล็กโทรไลต์ ค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ เป็นต้น

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8** มีโอกาสเกิดอาการท้องอืด เนื่องจากการผ่าตัดบริเวณช่องท้อง

#### ข้อมูลสนับสนุน

- ได้รับการผ่าตัด colectomy (low anterior resection)
- บ่นแน่นอึดอัดท้องมาก และมีหน้าท้องโต แข็ง อึดตึง
- เคาะท้องได้ยินเสียงโป่ง (tympany) ทัวท้อง
- เสียงการทำงานของลำไส้ (bowel sound) ลดลงน้อยกว่า 6-10 ครั้งต่อนาที

#### เป้าหมายการพยาบาล

ไม่เกิดภาวะท้องอืด

#### เกณฑ์การประเมินผล

- บอกว่าแน่นอึดอัดท้องน้อยลง
- หน้าท้องยุบลง ท้องนิ่มขึ้น เคาะท้องได้ยินเสียงโป่งเฉพาะบริเวณกระเพาะอาหาร
- มีเสียงการทำงานของลำไส้ (bowel sound) ปกติ 6-10 ครั้งต่อนาที
- สามารถเรอหรือผายลมหรือมีลมออกมาในถุง colostomy (กรณีมีช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง)

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรุนแรงของอาการท้องอืดโดยการสังเกต ตรวจร่างกาย ฟังเสียงการทำงานของลำไส้ (bowel sound)
2. อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ของการเคลื่อนไหวร่างกาย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมี early ambulation ให้พลิกตะแคงตัวบ่อยๆ บนเตียง ลูกนั่ง ลูกเดินเข้าห้องน้ำ หรือเดินเล่นหลังรับประทานอาหาร
3. ดูแลให้ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารเป็นลำดับ (step diet) โดยเมื่อสามารถรับประทานอาหารได้ให้เริ่มจิบน้ำก่อน หากไม่มีอาการอึดแน่นท้องให้เริ่มเป็นอาหารเหลว และอาหารอ่อนย่อยง่ายตามลำดับ
4. ดูแลท่อระบายจากทางเดินอาหาร (NG tube) ให้มีการระบายของเหลวและก๊าซได้สะดวกไม่ให้เกิดการอุดตัน
5. แนะนำให้หลีกเลี่ยงอาหารที่ย่อยยากและทำให้มีก๊าซมาก เช่น อาหารมัน อาหารประเภทถั่ว น้ำอัดลม เป็นต้น
6. สังเกตและสอบถามว่าผู้ป่วยสามารถเรอหรือการผายลมหรือมีลมออกมาในถุง colostomy หรือไม่ ซึ่งเป็นอาการที่แสดงถึงการเคลื่อนไหวของลำไส้
7. ดูแลให้ได้รับยารับประทานยาแก้ท้องอืดตามแผนการรักษา

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9** มีโอกาสเกิดภาวะท้องผูก เนื่องจากผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีกากใยน้อย

#### ข้อมูลสนับสนุน

- ไม่ถ่ายอุจจาระมากกว่า 3 วัน หรือ ไม่มีอุจจาระในถุง colostomy (กรณีมีช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง)
- ผู้ป่วยบ่นแน่นท้อง ท้องแข็งตึง
- การทำงานของลำไส้ลดลง เนื่องจากมีแผลผ่าตัดบริเวณลำไส้
- เริ่มรับประทานอาหารเป็นลำดับ (step diet) ซึ่งเป็นอาหารที่มีกากใยน้อย

#### เป้าหมายการพยาบาล

แบบแผนการขับถ่ายอุจจาระปกติ

#### เกณฑ์การประเมินผล

- สามารถขับถ่ายได้ทุกวันเป็นปกติ หรือมีอุจจาระในถุง colostomy (กรณีมีช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง)
- ลักษณะอุจจาระนิ่ม ไม่เป็นก้อนแข็ง
- ไม่บ่นแน่นท้อง สามารถผายลมหรือมีลมออกในถุง colostomy (กรณีมีช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง)

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการท้องผูก ประเมินอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกว่าอาจมีท้องผูก เช่น ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด อึดอัดแน่นท้อง ปวดท้อง รู้สึกมีการอัดแน่น ที่ทวารหนักหรือในท้อง
2. กระตุ้นดื่มน้ำสะอาดวันละ 2,000-2,500 มิลลิลิตร โดยไม่ขัดกับแผนการรักษา และแนะนำให้ดื่มน้ำอุ่นเพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้
3. ดูแลให้รับประทานอ่อนที่มีกากใยมากขึ้น โดยในใยอาหารจะช่วยเพิ่มน้ำหนักของอุจจาระจึงช่วยให้ขับถ่ายได้สะดวก ซึ่งตามปกติผู้ใหญ่ควรได้รับใยอาหารที่มีอยู่มากในผักและผลไม้ประมาณวันละ 20 - 35 กรัม เช่น คื่นช่าย ผักบุ้ง ผักกาดขาว แดง โข้ว สับปะรด มะละกอสุก ฝรั่งสุก ส้ม กล้วย มะม่วงสุก ถั่วเขียว ถั่วแดง ถั่วดำ ถั่วเหลือง ถั่วลิสง งา และรำข้าว เป็นต้น
4. แนะนำให้ลูกนั่งบนเตียงหรือทำกิจกรรมต่างๆ ให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวมากขึ้น เพื่อกระตุ้นให้ลำไส้มีการบีบตัวมากขึ้น การเคลื่อนไหวในร่างกายจะมีผลต่อการบีบตัวของลำไส้ ช่วยให้ขับถ่ายอุจจาระได้ตามปกติ การฝึกการหายใจ การแขม่วหน้าท้อง เพื่อเสริมสร้างกล้ามเนื้อหน้าท้องให้แข็งแรง
5. สังเกตอาการแสดงถึงการเคลื่อนไหวของลำไส้ เช่น การผายลม หรือมีลมออกในถุง colostomy เป็นต้น
6. สังเกตความถี่ ปริมาณ ลักษณะอุจจาระที่ขับถ่ายออกมา และประเมินอาการอุจจาระอัดแน่น ทุก 2 - 4 วัน ถ้าหากพบมีอุจจาระเหลวผ่านออกมาได้ และมีอุจจาระอัดแข็งอยู่ภายในต้องล้างหรือสวนล้างตามแผนการรักษา
7. ดูแลให้ได้รับยาที่ทำให้อุจจาระอ่อนตัวหรือยาระบายอย่างอ่อน หรือสวนอุจจาระเมื่อจำเป็น ตามแผนการรักษา

8. แนะนำให้ผู้ป่วยทำจิตใจให้สบาย คลายความเครียด ด้วยการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น สวดมนต์ ภาวนา การทำสมาธิ การฟังเพลง การมีจิตใจที่ผ่อนคลาย ส่งเสริมให้มีการขับถ่ายอุจจาระได้ตามปกติ

### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 ภาวะลักษณะเปลี่ยนแปลงจากการมีช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (colostomy)

#### ข้อมูลสนับสนุน

- คิดว่าตนเองเป็นที่รังเกียจของครอบครัวและสังคม
- ไม่กล้ามองแผลผ่าตัดและพยายามปกปิดบริเวณช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง
- มีพฤติกรรมซึมเศร้าไม่ค่อยพูดคุยและชอบแยกตัวจากผู้ป่วยอื่น สีหน้าไม่สดชื่น
- บ่นนอนไม่หลับ

#### เป้าหมายการพยาบาล

ยอมรับภาวะลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไป และสามารถปรับตัวให้เข้ากับทวารใหม่ได้อย่างเหมาะสม

#### เกณฑ์การประเมินผล

- สามารถยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยยอมรับและให้ความร่วมมือในการดูแลช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (colostomy)
- ไม่แยกตัว ไม่ซึมเศร้า พุดคุยด้วยสีหน้าสดชื่นแจ่มใส
- สามารถนอนหลับได้

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและกล้าระบายความวิตกกังวล เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้พูดถึงความรู้สึกนึกคิดและซักถาม พุดคุยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย สังเกตพฤติกรรมรวมทั้งคำพูดและกิริยาท่าทางที่ผู้ป่วยแสดงออก
2. ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าเต็มใจให้การดูแล โดยไม่มีคำพูดหรือท่าทางแสดงความรังเกียจผู้ป่วย
3. ให้ความรู้และอธิบายให้บุคคลในครอบครัวเข้าใจ โดยเฉพาะบุคคลที่มีความสำคัญสำหรับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อช่วยกันให้กำลังใจและแสดงออกว่าครอบครัวไม่ได้รังเกียจผู้ป่วย เพื่อเสริมพลังให้กับผู้ป่วย
4. ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยอื่นที่มี colostomy และสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ดีแล้ว เพื่อให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าตนเองประสบเคราะห์กรรมคนเดียว แต่ยังมีเพื่อนที่มีประสบการณ์เหมือนกันมาให้กำลังใจ และเป็นแบบอย่างในการปรับตัวให้กับผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้เร็วขึ้น เป็นการใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม

5. สร้างทัศนคติที่ดีแก่ผู้ป่วยต่อการทำ colostomy โดยสอน แนะนำ อธิบายพร้อมรูปภาพ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามถึงสภาพร่างกายปกติและสภาพที่เปลี่ยนแปลงไป รวมถึงการปฏิบัติตัว การดูแลแผล และสามารถทำงาน ออกกำลังกาย ใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข

6. สอนให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจวิธีการดูแล colostomy การทำความสะอาด การเปลี่ยนถุงอุจจาระ พร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำทำความสะอาด colostomy ทีละขั้นตอน โดยพยาบาลคอยให้ความช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดจนผู้ป่วยทำได้ดีและเกิดความมั่นใจว่าสามารถกลับไปอยู่บ้านได้ ขณะที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ก็ให้คำชม เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และมั่นใจในการดูแล colostomy

7. แนะนำวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน เช่น การควบคุมการขับถ่ายและกลิ่น โดยการเลือกรับประทานอาหารที่ไม่ทำให้เกิดก๊าซ อาหารที่ไม่ทำให้ลำไส้บีบตัวมากเพราะจะทำให้ท้องเสีย เช่น ถั่ว ผักกะหล่ำ บรอกโคลี หน่อไม้ฝรั่ง และธัญพืช เป็นต้น การฝึกการขับถ่ายให้เป็นเวลา การออกกำลังกายที่เหมาะสม การสังเกตอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับ colostomy เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขตามสภาพ

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11** ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านและแผนการรักษาหลังผ่าตัดเนื่องจากผ่าตัดครั้งแรก

#### ข้อมูลสนับสนุน

- สอบถามถึงการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านและแผนการรักษาหลังผ่าตัด
- ได้รับการผ่าตัดรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นครั้งแรก
- มีช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (colostomy)

#### เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน รวมทั้งแผนการรักษาหลังผ่าตัดรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และสามารถปฏิบัติตัวดูแลตนเองได้ถูกต้อง

#### เกณฑ์การประเมินผล

- สามารถตอบคำถามและบอกวิธีการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างถูกต้อง
- สามารถทำแผลและบอกวิธีการดูแลช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (colostomy) หรือทวารเทียมได้ถูกต้อง
- สามารถบอกแนวทางการรักษาของตนเองภายหลังผ่าตัดรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้ถูกต้อง

## กิจกรรมการพยาบาล

1. สอน แนะนำผู้ป่วยและญาติเรื่องการดูแลแผลผ่าตัด โดยหลังผ่าตัดประมาณ 5-7 วัน ยังต้องระวังไม่ให้แผลถูกน้ำ ไม่ควรใช้แป้ง หรือ ยาทาบริเวณแผล เมื่อแผลหายดีแล้วสามารถอาบน้ำโดยใช้สบู่ถูเบาๆ บริเวณแผล และใช้ผ้าเช็ดตัวนุ่มๆ ซับเบาๆ ให้แห้งได้
2. ให้ความรู้ สอน และแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านดังนี้ให้ผู้ป่วยรีบมาพบแพทย์เมื่อแผลมีการติดเชื้อ เช่น อาการอักเสบ ปวด บวมแดง และมีน้ำเหลืองไหลออกจากแผล
3. ให้ความรู้และ แนะนำผู้ป่วยและญาติในเรื่องแผนการรักษาต่อไป และความรู้เกี่ยวกับยาเคมีบำบัด หรือการฉายแสง อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพเพื่อเตรียมตัวรักษาต่อไป
4. ให้ความรู้และอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจก่อนทำการรักษาว่าการรักษาต่อไป แพทย์จะต้องดูแลขึ้นเนื้อก่อนพิจารณาวิธีการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยควรดูแลตนเองให้พร้อมเพื่อเข้ารับการรักษา
5. ให้ความรู้ แนะนำเรื่องการออกกำลังกาย ซึ่งไม่มีข้อจำกัด แต่ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยสามารถทำได้เท่าใด และให้พักไว้รู้สึกเริ่มเหนื่อย การเดินออกกำลังกายเป็นวิธีที่ดีที่สุดหลังการผ่าตัด โดยเริ่มต้นจากที่ราบก่อน ทำทุกวัน วันละ 1-2 ครั้ง และค่อยๆ เพิ่มระยะทางให้มากขึ้น
6. ให้ความรู้และแนะนำเรื่องการทำกิจกรรมต่างๆ โดยสามารถทำกิจกรรมเบาๆ ได้ แต่ควรหลีกเลี่ยงการทำงานหนักในระยะ 4-6 สัปดาห์ หลังผ่าตัด ถ้ารู้สึกเหนื่อย เวียนศีรษะเหมือนจะเป็นลม ให้หยุดและพักทันที
7. ให้ความรู้และ อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าหลังผ่าตัดเนื้อเยื่อแผลเป็นอาจพัฒนาเป็นพังพืด เรียกว่า adhesions ซึ่งในบางรายเป็นเหตุให้ลำไส้อุดตันจนต้องผ่าตัดแก้ไข เป็นต้น
8. ให้ความรู้และแนะนำให้หาเวลานอนพักผ่อนบ้าง โดยเฉพาะหลังออกจากโรงพยาบาลใหม่ๆ และหาเวลาพักผ่อนในตอนกลางวัน อย่างน้อยวันละ 20 นาที อาจไม่จำเป็นต้องนอนให้หลับ แต่พยายามนอนให้ได้ประมาณ 8-10 ชั่วโมงต่อคืน
9. แนะนำให้ผู้ป่วยหาโอกาสผ่อนคลายความเครียด เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง ปลูกต้นไม้ เล่นเกม ทำสมาธิ ทำการฝีมือ รวมไปถึงการไปเที่ยวตามสถานที่ต่างๆ ที่มีอากาศปลอดโปร่ง ไม่แออัด เป็นต้น
10. ให้ความรู้ อธิบายถึงการมีเพศสัมพันธ์ว่าสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ โดยหลีกเลี่ยงท่าที่อาจกระทบกระเทือนแผลผ่าตัด ถ้าเป็นการผ่าตัดลำไส้ตรงออกทั้งหมดและเปิดรูระบายอุจจาระทางหน้าท้อง อาจมีผลต่อสมรรถภาพทางเพศในผู้ชาย สำหรับผู้หญิงอาจมีพังพืด ซึ่งเป็นสาเหตุให้รู้สึกเจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์ได้
11. ให้ความรู้ สอน แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนในระยะแรกจนถึงอาหารปกติธรรมดา เลี้ยวอาหารให้ละเอียดและช้าๆ รับประทานอาหารในปริมาณที่น้อยในแต่ละมื้อแต่เพิ่มจำนวนมื้อให้มากขึ้น หลีกเลี่ยงผักบางชนิดซึ่งทำให้ท้องอืด เช่น ต้นหอม หัวหอมใหญ่ เป็นต้น สำหรับผลไม้สามารถรับประทานได้ทุกชนิด ควรเพิ่มการดื่มน้ำให้มากขึ้น เพื่อป้องกันการอุดตันของลำไส้จากเส้นใยอาหาร
12. ให้ความรู้และอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจว่าแพทย์ได้ตัดลำไส้ใหญ่ออกบางส่วน และนำลำไส้ส่วนที่ดีแปลงออกมาเป็นทวารเทียมเปิดออกทางหน้า อุจจาระไม่สามารถขับออกทางทวารหนักได้เช่นเดิมแต่จะ

ขับออกทางทวารเทียมแทน ทวารเทียมอาจมีเลือดออกได้เล็กน้อยเมื่อสัมผัส เช่น ขณะเปลี่ยนถุงหรือทำความสะอาด สะอาดรอบทวารเทียม แต่ถ้าเลือดยังคงออกอยู่ ควรไปพบแพทย์ หมั่นสังเกตสีของทวารเทียมว่าไม่ผิดปกติและไม่มีเลือดออกบ่อยจนเกินไป

การใช้ colostomy bag ต้องทำความสะอาดผิวหนังโดยรอบและเปลี่ยนถุงอย่างสม่ำเสมอ บางครั้งอาจเห็นเลือดซึมออกมา จากบริเวณ stoma ได้บ้างเล็กน้อย โดยเฉพาะในช่วงแรกหลังผ่าตัด ขนาดของ stoma แตกต่างกันได้ และอาจมีสีที่แตกต่างกันได้เช่นกัน โดยทั่วไปมักจะเห็นเป็นสีแดงออกส้ม นอกจากนี้ ลักษณะของ stoma ที่เห็นจากภายนอกยังแตกต่างกัน ในช่วงเวลา ต่างๆ ของวัน ขึ้นกับการบีบตัวของลำไส้ในขณะนั้น

การเปลี่ยน colostomy bag ทำได้ไม่ยาก หลังจากผ่าตัดเสร็จเรียบร้อยประมาณ 7-10 วัน แผลที่บริเวณ stoma ก็จะแห้งสนิท และระบบขับถ่ายอุจจาระก็จะเข้าสู่ภาวะปกติเช่นกัน ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด colostomy เมื่อสวมเสื้อผ้าปิดคลุม colostomy bag าก็สามารถเดินทางไปไหนได้ตามปกติ โดยไม่เป็นที่น่ารังเกียจแต่อย่างใด ด้วยเหตุนี้การตรวจคัดลำไส้ใหญ่เพื่อหาเนื้องอกชนิดธรรมดา ที่เรียกว่า polyp จึงช่วยให้แพทย์ตัดออกก่อนเนื้องอกกลายเป็นมะเร็ง

13. แนะนำให้มาตรวจตามแพทย์นัดและติดตามตรวจร่างกายเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือการเกิดโรคมะเร็งที่อวัยวะส่วนอื่นๆของร่างกาย

14. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามในสิ่งที่สงสัย

15. ประเมินความรู้หลังการสอนโดย สอบถามผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และแผนการรักษาหลังผ่าตัด

## บทที่ 5

### กรณีศึกษา

ผู้จัดทำได้เลือกผู้ป่วยรายนี้เป็นกรณีศึกษาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด ซึ่งจะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยต่อไปได้

#### การประเมินสภาพผู้ป่วย

แหล่งข้อมูล ผู้ป่วย ภรรยา และแฟ้มประวัติผู้ป่วย

#### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

##### ข้อมูลทั่วไป

- ผู้ป่วย ชายไทย อายุ 67 ปี ลักษณะรูปร่างเล็ก น้ำหนัก 50 กิโลกรัม ส่วนสูง 154 เซนติเมตร ผิวขาวเหลือง อาศัยอยู่กับครอบครัว

- เชื้อชาติ ไทย
- สัญชาติ ไทย
- ศาสนา พุทธ
- สถานภาพ สมรส
- อาชีพ ข้าราชการบำนาญ
- ภูมิลำเนา อ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี
- การศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 6
- สิทธิการรักษา กรมบัญชีกลาง
- วันที่เข้ารับการรักษา 2-12 สิงหาคม 2554 (รวมเวลา 10 วัน)

#### 2. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

##### อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ถ่ายอุจจาระเป็นเลือดจากการลุกลามของมะเร็งลำไส้ใหญ่ แพทย์นัดมาทำผ่าตัด low anterior resection (LAR) with side-to-end colorectal anastomosis

##### ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

6-7 เดือนก่อน มีอาการเบื่ออาหาร ถ่ายอุจจาระปนเลือดสีแดงสด มีอาการปวดหน่วงบริเวณทวารหนัก แต่ไม่มีถ่ายอุจจาระลำบาก ไม่มีปวดแน่นท้อง น้ำหนักลดประมาณ 4 กิโลกรัม ในระยะเวลา 3 สัปดาห์ จึงเข้ามา

รับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ได้รับการส่องกล้องตรวจบริเวณลำไส้ใหญ่ พบ mass at middle rectum 7 cm. from AV และตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา พบผลชิ้นเนื้อเป็น well difference adenocarcinoma of rectum ผลตรวจ CT whole abdomen พบ mucosal mass causing apple core appearance of rectosigmoid colon แพทย์แนะนำให้ทำผ่าตัดแต่ผู้ป่วยปฏิเสธ และมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศิริราช เนื่องจากสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ตามสิทธิ์ แพทย์ส่องกล้องตรวจบริเวณลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก (colonoscopy) เมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2554 ผลการตรวจพบว่ามี 0.8 cm. polyp at 2<sup>nd</sup> rectal vale, ulceroproliferative mass at half circumference of middle rectum 7 cm. from AV, large pedunculate 1.5x1 cm. polyp at sigmoid colon 35 cm. from AV ผลตรวจชิ้นเนื้อพบ adenocarcinoma well difference at rectum จึงนัดทำการผ่าตัด

### ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

เป็นโรคหัวใจขาดเลือดและโรคความดันโลหิตสูง รักษาที่โรงพยาบาลศิริราช เคยทำ dilated cardiomyopathy ( LVEF 46 %) เมื่อประมาณ 3 เดือนก่อน และได้ยามารับประทานคือ carvedilol (6.25 มิลลิกรัม) 1/2 เม็ด ทางปาก หลังอาหารเช้า-เย็น และ simvastatin (20 มิลลิกรัม) 1 เม็ด ทางปาก เวลาก่อนนอน อย่างสม่ำเสมอ

### ประวัติครอบครัว

มีพี่น้องทั้งหมด 4 คน ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่ 2 พี่สาวคนโตเสียชีวิตแล้วด้วยโรคมะเร็งเต้านม น้องสาว 2 คน ยังมีชีวิตอยู่แข็งแรงดี ปฏิเสธโรคประจำตัวใดๆ

## 3. ข้อมูลแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วย

### แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ

มีความเข้าใจและยอมรับในการเจ็บป่วยของตนเองในครั้งนี้ โดยรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพจากการดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ และพูดคุยกับเพื่อนบ้านที่เคยป่วยเป็นโรคเดียวกัน เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยที่ผ่านมาจะซื้อยาที่ร้านขายยาในหมู่บ้านมารับประทานเอง แต่หากอาการไม่ดีขึ้นและมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงมากจะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดเนื่องจากมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ใช้สิทธิของข้าราชการบำนาญเบิกค่ารักษาพยาบาลจากกรมบัญชีกลาง สำหรับในระยะแรกที่เกิดการเจ็บป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยได้ซื้อยาสมุนไพรมารับประทานเอง โดยเชื่อว่าโรคเป็นเกิดจากเวรกรรม แต่อาการไม่ดีขึ้น จึงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยเคยสูบบุหรี่และดื่มสุรามาประมาณ 30 ปี ปัจจุบันเลิกมาแล้วประมาณ 10 ปี และไม่เคยเสพยาเสพติดชนิดอื่นใด ปฏิเสธการแพ้ยา อาหารและสารเคมีต่างๆ

### แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร

มีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย มีน้ำหนักลดประมาณ 4 กิโลกรัมในช่วงเวลา 3 สัปดาห์ ไม่มีกลิ่นลำบาก ไม่มีกลิ่นใส่อาเจียน รับประทานอาหารได้ครบ 3 มื้อ แต่ไม่ค่อยตรงเวลา ดื่มน้ำน้อย ท้องนูนไม่แข็งตึง ชอบอาหารจำพวกแกงเผ็ด รสจัด และอาหารทอดประเภทต่างๆ ไม่ชอบรับประทานผักและผลไม้



### แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย

ถ่ายอุจจาระลักษณะปกติวันละ 1 ครั้ง ไม่มีอาการท้องผูก ไม่เคยใช้ยาระบาย ภายหลังเมื่อเกิดความเจ็บป่วยในครั้งนี้ จึงเริ่มมีอาการปวดเบ่งทวารหนักและถ่ายอุจจาระเป็นเลือดสด (กลิ่นปกติ) วันละ 4-5 ครั้ง ไม่มีริดสีดวงทวาร ปัสสาวะได้เองสะดวกดี ในช่วงกลางวันปัสสาวะประมาณ 4-5 ครั้งและในช่วงกลางคืนปัสสาวะประมาณ 2-3 ครั้ง ไม่มีอาการแสบขัด

### แบบแผนที่ 4 กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย

สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง อาบน้ำวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น สระผม 2 ครั้งต่อสัปดาห์ แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง ตอนเช้าและก่อนนอน ออกกำลังกายหลังตื่นนอนตอนเช้าจะออกกำลังกายด้วยการเดินบริหารร่างกายด้วยการแกว่งแขน-ขาทุกวัน

### แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ

นอนหลับได้ประมาณ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน โดยเข้านอนเวลาประมาณ 21.00 น. ตื่นเวลาประมาณ 05.00 น. และไม่เคยใช้ยานอนหลับ ระหว่างนอนพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล มีแบบแผนการนอนไม่ต่อเนื่อง ตื่นนอนในช่วงเวลา 01.00-03.00 น. และนอนหลับได้ยาก แต่ไม่ได้รับประทานยานอนหลับ

### แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้

จบการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 6 สามารถระบุเวลา สถานที่ บุคคลได้ตามจริง ไม่มีประสาทหลอนหรือหูแว่ว มีกระบวนการคิดที่สมเหตุสมผล ไม่มีอาการหมกหมุ่นหรือยึดติดย้ำทำ มีความจำดี สามารถเล่าเรื่องราวในต่างๆ ได้ โดยไม่เสียเวลาทบทวนนาน บอกประวัติความเจ็บป่วยได้ถูกต้อง

### แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเองและอัตโนมทัศน์

เป็นผู้นำครอบครัว มีความภาคภูมิใจในอาชีพรับราชการของตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความพึงพอใจในความเป็นอยู่ของตนเอง มีเงินเก็บเล็กน้อยพอใช้จ่ายในครอบครัว ไม่มีหนี้สิน การเจ็บป่วยครั้งนี้ใช้สิทธิข้าราชการบำนาญของตนเองเพื่อเบิกค่ารักษาพยาบาลจากกรมบัญชีกลาง

### แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ

ครอบครัวเป็นระบบครอบครัวเดี่ยว ผู้ป่วยมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว ปัจจุบันเป็นข้าราชการบำนาญพักอาศัยอยู่กับภรรยาและบุตรชาย 2 คน ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดี เมื่อมีความเจ็บป่วยสมาชิกในครอบครัวมีความห่วงใยช่วยเหลือเกื้อกูลกันและคอยดูแลใกล้ชิด

### แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์

มีบุตรชาย 2 คน ไม่มีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

### แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด

ผู้ป่วยเป็นบุคคลแข็งแรงมาโดยตลอด การเจ็บป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ครั้งนี้ ถือว่ารุนแรงที่สุดในชีวิต เมื่อเกิดปัญหาความเจ็บป่วย มีภรรยาและลูกคอยให้กำลังใจ และเป็นທີ່ปรึกษาปัญหาต่างๆ มีญาติให้ความช่วยเหลือในทุกด้าน มีภรรยาและบุตรสามารถให้การดูแลเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านได้

## แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ

นับถือศาสนาพุทธ เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ มีความเชื่อเรื่องบาปบุญคุณโทษ เวรกรรม ความดีความชั่ว พอใจในสิ่งที่ตนมีอยู่ เข้าร่วมกิจกรรมวันสำคัญทางศาสนา ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวเสมอ เมื่อเกิดความเจ็บป่วยครั้งนี้ผู้ป่วยเชื่อว่าเกิดจากเวรกรรมในชาติที่แล้ว ทำให้มีความเจ็บป่วยร้ายแรงจนต้องเข้ารับการผ่าตัด ซึ่งในระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาลผู้ป่วยอ่านหนังสือและฟังธรรมะก่อนนอน

### 4. การประเมินตามระบบ

สภาพร่างกายทั่วไป เป็นชายไทย รูปร่างค่อนข้างเล็ก น้ำหนัก 50 กิโลกรัม ส่วนสูง 154 เซนติเมตร ผิวขาวเหลือง สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 64 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 142/75 มิลลิเมตรปรอท

ผิวหนัง : ไม่มีตัวเหลือง ไม่มีจ้ำเลือดหรือจุดเลือดออก

ผม : สีดำ ตัดสั้น

เล็บ : ฝ่าเล็บเรียบ สีขาวไม่มีจุดขาว

ศีรษะและหน้า : ได้รูปทรง ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุบริเวณหน้าหรือศีรษะ ไม่มีอาการปวดศีรษะ

ตา : ใสแฉ่นตาเนื่องจาก มีสายตาสั้นทั้งสองข้าง

หู : หูทั้งสองข้างได้ยินปกติ ไม่มีเสียงผิดปกติในหู ไม่มีขี้หูหรือสารคัดหลั่งที่ผิดปกติออกจากหูทั้ง 2 ข้าง

จมูก : ได้กลิ่นปกติ ไม่มีเลือดออกและไม่มีสารคัดหลั่งที่ผิดปกติ

ช่องปากและคอ : ฟันครบ 32 ซี่ แต่มีฟันผุเล็กน้อย ไม่มีแผลในปาก พูดเสียงปกติชัดเจน

คอและต่อมน้ำเหลือง : ต่อมน้ำเหลืองไม่โต ไม่พบก้อนใดๆ

ระบบหายใจ : ไม่มีอาการหอบเหนื่อย หายใจสะดวก ผลเอ็กซเรย์ปอดปกติ

ระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต : เคยทำ dilated cardiomyopathy ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ไม่มีบวมตามตัว

ระบบกล้ามเนื้อ แขน ขา กระดูกและข้อ : เคลื่อนไหวร่างกายได้ปกติ ไม่มีแขนขาบวม ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง ไม่มีอาการปวด- บวมตามข้อต่างๆ

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการสับสนและหลงลืม

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : chest x-ray ไม่พบ pulmonary nodule

## การรักษาที่ได้ขณะรับไว้ในความดูแล

### การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับตั้งแต่วันที่ 2-12 สิงหาคม 2554 มีดังนี้

Order for one day	Continue treatment	Continue medication
<p><b>วันที่ 2 สิงหาคม 2554</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- blood for CBC, BUN, creatinine, electrolyte, coagulogram</li> <li>- group match PRC 2 ถุง</li> <li>- set OR for LAR วันที่ 4 สิงหาคม 2554</li> <li>- NPO after midnight</li> </ul> <p><b>คืนวันที่ 3 สิงหาคม 2554</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prepare and shave skin abdomen and perineum เช้าวันที่ 4 สิงหาคม 2554</li> <li>- notify ET nurse for pre-op sitting ตำแหน่ง right loop transvers colostomy และ loop ileostomy</li> <li>- เบิก trifold ให้ผู้ป่วยฝึกใช้</li> <li>- MOM 30 ml oral คืนวันที่ 2 สิงหาคม 2554</li> <li>- 5%/D/N/2 1,000 ml + KCL 20 mEq. IV drip 100 ml /hr จำนวน 2 ขวด เริ่ม เวลา 22.00 น. วันที่ 2 สิงหาคม 2554</li> <li>- เพิ่ม group match PRC เป็น 3 ถุง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- low residual diet</li> <li>- record intake/output</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- carvedilol (6.25 mg) 1/2 tab oral หลังอาหารเช้า-เย็น</li> <li>- simvastatin (20 mg ) 1 tab oral ก่อนนอน</li> </ul>
<p><b>วันที่ 3 สิงหาคม 2554</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- clear liquid diet</li> <li>- Niflec<sup>(R)</sup> 1 ซอง ผสมน้ำ 2,000 ml ดื่ม เวลา 17.00-19.00 น.</li> <li>- Dulcolax<sup>(R)</sup> 5 mg 1 tab oral เวลา 21.00 น.</li> <li>- diazepam (5 mg) 1 tab oral ก่อนนอน</li> </ul>		

Order for one day	Continue treatment	Continue medication
- ranitidine(150 mg) 1 tab ก่อนนอน - ranitidine (150 mg) 1 tab และ carediol (6.25 mg) 1/2 tab oral โดยให้ดื่มน้ำตาม 30 ml เวลา 07.00 น. วันที่ 4 สิงหาคม 2554		
<b>วันที่ 4 สิงหาคม 2554</b> - on canula 3 LPM keep O2 sat >95 % - record urine output ทุก 2 ชั่วโมง keep 50 m 1/2hr - 5% /D/2 1000 ml IV drip 80 ml /hr จำนวน 2 ขวด - ลดอัตรา 5% /D/2 1000 ml IV drip เป็น 60 ml/hr side chain กับ Acetar 1,000 ml IV drip 80 ml/hr	- งดน้ำงดอาหารทุกชนิดทางปาก (NPO) - record intake/output - tube drain ต่อลง urine bag	- omeprazole 40 mg IV ทุก 12 ชั่วโมง - Rocephin <sup>(R)</sup> 1 gm IV ทุก 12 ชั่วโมง x 2 dose - metronidazole 500 mg IV ทุก 8 ชั่วโมง x 3 dose <b>epidural-spinal analgesia order</b> - 0.0625 % bupivacain + marcain 0.02 mg/ml via epidural catheter อัตรา 6-8 ml /hr - petidine 20 mg IV prn ทุก 2 ชั่วโมง - ondansetron 8 mg IV ใดๆ prn for nausea/vomiting ทุก 8 ชั่วโมง - dimenhydramine 50 mg IV prn for dizziness/motion sickness ทุก 6 ชั่วโมง - diphenhydramine 25 mg IV prn for pruritus ทุก 6 ชั่วโมง
<b>วันที่ 5 สิงหาคม 2554</b> - 5%/D/N/2 1,000 ml + KCL 40 mEq. IV drip 80 ml /hr		

Order for one day	Continue treatment	Continue medication
<p><b>วันที่ 6 สิงหาคม 2554</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- off epidural catheter (APS off service)</li> <li>- 5%/D/N/2 1,000 ml + KCL 20 mEq.</li> <li>IV drip 80 ml /hr จำนวน 2 ขวด</li> <li>- record vital sign ทุก 4 ชั่วโมง keep SBP 100 mmHg</li> <li>- record urine output ทุก 4 ชั่วโมง keep &gt; 150 ml /4 hr</li> <li>- ตอนเช้าวันที่ 7 สิงหาคม 2554 blood for CBC, BUN, creatinine, electrolyte, calcium, magnesium, phosphorus</li> <li>- กระตุ้น ambulate ลุกนั่ง เดิน</li> </ul>		
<p><b>วันที่ 7 สิงหาคม 2554</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5%/D/N/2 1,000 ml + KCL 40 mEq + 50 % MgSO4 2 ml IV drip 80 ml/hr จำนวน 2 ขวด</li> <li>- Esophosphine 5 g IV drip ใน 4 hr</li> <li>- record vital sign ทุก 4 ชั่วโมง keep SBP 100 mmHg</li> <li>- record urine output ทุก 4 ชั่วโมง keep &gt; 120 ml/ 4 hr</li> <li>- petidine 20 mg IV prn เมื่อมีอาการปวดมาก ทุก 4 ชั่วโมง</li> <li>- กระตุ้น ambulate เดิน</li> <li>- ตัดสาย tube-drain ถ้ามลซึมมาก please notify</li> <li>- NPO ยกเว้นยา</li> <li>- ให้จิบน้ำหลังรับประทานยาได้ครั้งละ 30 ml</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- NPO ยกเว้นยา</li> <li>- ให้จิบน้ำหลังรับประทานยาได้ครั้งละ 30 ml</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- paracetamol (500 mg) 2 tab oral ทุก 6 ชั่วโมง x 3 วัน</li> <li>- tramal (50 mg) 1 tab oral เช้า-กลางวัน-เย็น x 3 วัน</li> </ul>

Order for one day	Continue treatment	Continue medication
<p><b>วันที่ 8 สิงหาคม 2554</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5%/D/N/2 1,000 ml + KCL 20 mEq + 50 % MgSO4 2 ml IV drip 80 ml/hr</li> <li>จำนวน 2 ขวด</li> <li>- หมดแล้วด้วย 5%/D/N/2 1,000 ml + KCL 20 mEq + 50 % MgSO4 2 ml IV drip 60 ml/hr</li> <li>- จิบน้ำชา</li> <li>- liquid diet เพียง</li> <li>- record vital sign ทุก 4 ชั่วโมง keep SBP 100 mmHg</li> <li>- record urine output ทุก 4 ชั่วโมง keep &gt; 120 ml/4 hr</li> <li>- petidine 20 mg IV prn เมื่อมีอาการปวด ทุก 4 ชั่วโมง</li> <li>- กระตุ้น ambulate</li> </ul>		
<p><b>วันที่ 9 สิงหาคม 2554</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5%/D/N/2 1,000 ml + KCL 20 mEq + 50 % MgSO4 2 ml IV drip 40 ml/hr</li> <li>- record vital sign ทุก 4 ชั่วโมง keep SBP 100 mmHg</li> <li>- record urine output ทุก 4 ชั่วโมง keep &gt; 120 ml/ 4 hr</li> <li>- กระตุ้น oral fluid</li> <li>- ดอนเช้า วันที่ 11 สิงหาคม 2558 blood for CBC,BUN, creatinine, electrolyte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Body weight OD</li> <li>- soft diet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- carvedilol (6.25 mg) 1/2 tab oral หลังอาหารเช้า-เย็น</li> <li>- simvastatin (20 mg ) 1 tab oral ก่อนนอน</li> <li>- off omeprazole IV</li> </ul>
<p><b>วันที่ 10 สิงหาคม 2554</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5%/D/N/2 1,000 ml IV drip 40 ml/hr</li> <li>- short drain 2 นิ้ว</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- paracetamol (500 mg) 2 tab prn เมื่อมีอาการปวด ทุก 6 ชั่วโมง</li> </ul>

Order for one day	Continue treatment	Continue medication
<p>วันที่ 11 สิงหาคม 2554</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- off 5%/D/N/2 IV</li> <li>- ปรึกษา oncology and radiation therapy</li> <li>- off foley's catheter</li> <li>- record ทุก void เป็น ml</li> <li>- ขอคิวนัด radiation</li> <li>- plan discharge วันที่ 12 สิงหาคม 2558</li> </ul>		<p>- paracetamol (500 mg) 2 tab prn เมื่อมีอาการปวด ทุก 6 ชั่วโมง</p>
<p>วันที่ 12 สิงหาคม 2554</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- discharge วันนี้</li> <li>- off staple</li> <li>- นัดพบแพทย์ในวันที่ 23 สิงหาคม 2554 ที่ตึกผู้ป่วยนอก ชั้น 3 พร้อม blood for CBC, BUN, creatinine, electrolyte ก่อนพบแพทย์</li> <li>- home medication ดังนี้ carvedilol (6.25 mg) 1/2 tab oral หลังอาหารเช้า-เย็น, simvastatin (20 mg ) 1 tab oral ก่อนนอนและ paracetamol (500 mg) 2 tab prn เมื่อมีอาการปวด ทุก 6 ชั่วโมง</li> </ul>		

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตั้งแต่วันที่ 2-12 สิงหาคม 2554

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ
<b>วันที่ 2 สิงหาคม 2554</b>		
<b>เวลา 14.50 น.</b>		
hemoglobin	8.9	12-18 g/dl
Hct	28.3	37-52 %
WBC count	3.71x10 <sup>3</sup>	4-11 /mm <sup>3</sup>
platelet count	240x10 <sup>3</sup>	150-440 /mm <sup>3</sup>
neutrophil	67.3	40-74 %
monocyte	3.0	3.4-9 %
lymphocyte	27.7	19-48 %
PT	13.2	10-13 sec
APTT	25.9	23-31 sec
BUN	16.8	7.0-20 mg/dl
creatinine	1.2	0.5-1.5 mg/dl
sodium	142	135-145 mmol/l
potassium	3.8	3.5-5 mmol/l
chloride	104	98-107 mmol/l
bicarbonate	27	22-29 mmol/l
total protein	6.9	6.6-8.7 g/dl
albumin	3.7	3.5-5.5 g/dl
globulin	3.2	1.5-3.5 g/dl
total bilirubin	0.2	0.3-1.2 mg/dl
direct bilirubin	0.0	0.0-0.5 mg/dl
AST(SGOT)	18	0-37 U/L
ALT(SGPT)	10	0-40 U/L
alkaline phosphatase	79	39-117 U/L
CEA	2.50	0-3.4 ng/ml



การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ
<b>วันที่ 2 สิงหาคม 2554</b>		
<b>เวลา 22.14 น.</b>		
hemoglobin	10.3	12-18 g/dl
Hct	32.8	37-52 %
WBC count	6.51x10 <sup>3</sup>	4-11 /mm <sup>3</sup>
platelet count	245x10 <sup>3</sup>	150-440 /mm <sup>3</sup>
neutrophil	46.5	40-74 %
monocyte	9.4	3.4-9 %
lymphocyte	35	19-48 %
<b>วันที่ 7 สิงหาคม 2554</b>		
<b>เวลา 07.07 น.</b>		
hemoglobin	9.6	12-18 g/dl
Hct	30.8	37-52 %
WBC count	9.11x10 <sup>3</sup>	4-11 /mm <sup>3</sup>
platelet count	233x10 <sup>3</sup>	150-440 /mm <sup>3</sup>
neutrophil	79.8	40-74 %
monocyte	6.3	3.4-9 %
lymphocyte	11.9	19-48 %
BUN	6.0	7.0-20 mg/dl
creatinine	1.0	0.5-1.5 mg/dl
sodium	135	135-145 mmol/l
potassium	4.5	3.5-5 mmol/l
chloride	100	98-107 mmol/l
bicarbonate	27	22-29 mmol/l
total calcium	8.5	8.1-10.4 mg/dl
phosphorus	1.8	2.2-5.0 mg/dl
magnesium	1.8	1.9-2.6 mg/dl

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ
<b>วันที่ 11 สิงหาคม 2554</b>		
<b>เวลา 07.31 น.</b>		
hemoglobin	9.8	12-18 g/dl
Hct	30.5	37-52 %
WBC count	6.72x10 <sup>3</sup>	4-11 /mm <sup>3</sup>
platelet count	323x10 <sup>3</sup>	150-440 /mm <sup>3</sup>
neutrophil	56.2	40-74 %
monocyte	9.4	3.4-9 %
lymphocyte	27.5	19-48 %
BUN	9.2	7.0-20 mg/dl
creatinine	0.9	0.5-1.5 mg/dl
sodium	135	135-145 mmol/l
potassium	4.1	3.5-5 mmol/l
chloride	98	98-107 mmol/l
bicarbonate	25	22-29 mmol/l

## ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยได้ดังนี้

### ระยะก่อนผ่าตัด

1. ไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมเมื่อทราบว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่
2. วิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่

### ระยะหลังผ่าตัด

3. ปวดแผลผ่าตัด
4. เสี่ยงต่อเกิดอันตรายจากภาวะความเข้มข้นของเลือดต่ำเนื่องจากการเสียเลือดภายหลังการผ่าตัด
5. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในร่างกาย เนื่องจากมีแผลผ่าตัดบริเวณช่องท้องและมีท่อระบายต่างๆ
6. มีโอกาสเกิดความไม่สมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการงดน้ำงดอาหารทั้งก่อนและหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่
7. มีโอกาสเกิดอาการท้องอืด เนื่องจากการได้รับการผ่าตัดบริเวณช่องท้อง
8. วิตกกังวลและซึมเศร้า เนื่องจากสูญเสียภาพลักษณ์จากการมีช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (colostomy)
9. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และแผนการรักษาหลังผ่าตัด

## สรุปปัญหาของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด วันที่ 2-3 สิงหาคม 2554 มีดังนี้

วันที่ 2 สิงหาคม 2554 เวลา 11.58 น. ผู้ป่วยรับใหม่ เป็นชายไทย รูปร่างเล็ก ช่วยเหลือตัวเองได้ดี แพทย์วินิจฉัยแรกรับว่าเป็น CA rectum และนัดมาทำผ่าตัด colectomy (low anterior resection) ในวันที่ 4 สิงหาคม 2554 ผู้ป่วยมีสีหน้าไม่สดชื่น บอกกับพยาบาลว่า “ไม่เคยคิดว่าตนเองจะเป็นโรคร้ายแรงนี้และเชื่อว่าเกิดจากเวรกรรมในชาติที่แล้ว ทำให้มีอาการเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการผ่าตัดในครั้งนี้” ผู้ป่วยถอนหายใจประมาณ 2-3 ครั้ง และบ่นว่า “ยังไม่อยากตาย” มีสีหน้าเศร้าลง และร้องไห้ นอนไม่หลับและไม่อยากอาหาร

**ปัญหาที่ 1** ไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมเมื่อทราบว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

### ข้อมูลสนับสนุน

- บอกว่า “ไม่เคยคิดว่าตนเองจะเป็นโรคร้ายแรงนี้และเชื่อว่าเกิดจากเวรกรรมในชาติที่แล้ว ทำให้มีอาการเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการผ่าตัดในครั้งนี้”

- ระหว่างที่พยาบาลพูดคุยซักถามประวัติความเจ็บป่วย ผู้ป่วยถอนหายใจประมาณ 2-3 ครั้ง และบ่นว่า “ยังไม่อยากตาย” มีสีหน้าเศร้าลง และร้องไห้

- ผู้บอกว่าเมื่อแพทย์แจ้งให้ทราบว่าตนเป็นโรคมะเร็ง ทำให้นอนไม่ค่อยหลับและไม่อยากรับประทานอาหาร

### เป้าหมายการพยาบาล

สามารถปรับตัว ยอมรับและเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยของตนเองได้อย่างเหมาะสมและร่วมมือในการรักษา

## เกณฑ์การประเมิน

- สามารถพูดถึงโรคที่เป็นอยู่ได้ โดยไม่แสดงอาการซึมเศร้า
- สีหน้าท่าทางผ่อนคลาย อาการซึมเศร้าลดลง และสามารถแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม
- รับประทานอาหารและนอนหลับพักผ่อนได้
- สามารถพูดคุยกับผู้ป่วยข้างเคียงซึ่งเป็น โรคเดียวกันได้ ไม่เจ็บแค้นหรือซึมเศร้า
- บอกว่าปรับตัวได้ และยอมรับกับ โรคที่เป็น พร้อมทั้งให้ความร่วมมือในการรักษา

## กิจกรรมการพยาบาล

1. ประสานกับทีมแพทย์ผู้รักษาเพื่อให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเรื่อง โรคและแผนการรักษา โดยคำนึงถึงระยะเวลาที่เหมาะสมในการบอก ความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ รายละเอียดที่จะบอก ยึดหลักในการพูดความจริงที่เกิดประโยชน์เท่านั้น เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับกับความเป็นจริง พร้อมกับประเมินเรื่องการปรับตัว การยอมรับ และการเผชิญกับความเจ็บป่วยจากพฤติกรรมของผู้ป่วย

2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและซักถามสิ่งที่วิตกกังวล อธิบายให้ข้อมูลในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ ให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจเรื่องโรคและแนวทางการรักษาของตนเองอย่างถูกต้อง โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องการรักษาและการรับผิดชอบตนเองเท่าที่จะทำได้ เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับและสามารถเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยของตนเองได้อย่างเหมาะสม

3. ในระยะแรกผู้ป่วยและครอบครัวจะถามคำถามเดิมซ้ำๆ พยาบาลแสดงออกความเข้าใจผู้ป่วย เต็มใจในการตอบข้อซักถาม ไม่แสดงความรำคาญ ยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วย โดยเฉพาะการปฏิเสธความจริงของผู้ป่วย การมีอารมณ์ที่กังวล อาการซึมเศร้า ให้การยอมรับและตอบสนองต่อความพยายามในการปรับตัวของผู้ป่วยในระยะต่างๆ

4. ดูแลให้การประคับประคองทางอารมณ์แก่ผู้ป่วย เพื่อลดความกังวล ความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยให้เวลารับฟังด้วยความจริงใจ ให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือ และให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยสงสัยในเรื่องของโรคและการรักษา

3. จัดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (self help group) และแนะนำให้ผู้ป่วยพูดคุยซักถามแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ป่วยโรคเดียวกันข้างเคียง และจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งที่ทำให้เกิดกำลังใจหรือรู้สึกผ่อนคลาย

4. แนะนำให้ญาติมาเยี่ยมและให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและหลีกเลี่ยงการพูดคุยในสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกังวล เบี่ยงเบนความสนใจหากิจกรรมให้ผู้ป่วยทำ

**การประเมินผล** ผู้ป่วยสามารถให้ประวัติการเจ็บป่วยของตนเองกับพยาบาลได้อย่างละเอียดและต่อเนื่อง โดยมีสีหน้าท่าทางผ่อนคลาย และไม่แสดงอาการซึมเศร้า มีการพูดคุยกับผู้ป่วยข้างเคียงที่เป็นโรคเดียวกันเป็นระยะ ในช่วงท้ายของการพูดคุยผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใสขึ้น โดยมีความหวังว่าการผ่าตัดในครั้งนี้จะทำให้ตนเองหายจากโรคได้ และสามารถบอกแผนการรักษาพยาบาลของตนเองที่จะได้รับได้อย่างถูกต้อง

รับประทานอาหารและนอนหลับได้มากขึ้น ครอบครัวมาเยี่ยมและให้กำลังใจผู้ป่วยทุกวัน ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป

วันที่ 3 สิงหาคม 2554 เวลา 08.30 น. ผู้ป่วยนอนพักผ่อนอยู่บน สีหน้าเรียบเฉย ไม่มีอาการเหนื่อย วัดสัญญาณชีพได้ดังนี้ อุณหภูมิร่างกาย 36.5-36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 66-72 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 137/74 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวลถามพยาบาลว่า “ต้องทำอะไรบ้างก่อนผ่าตัดครั้งนี้” และบอกว่า “รู้สึกกังวล เพราะไม่เคยผ่าตัดมาก่อน”

ปัญหาที่ 2 มีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดรักษา มะเร็งลำไส้ใหญ่

#### ข้อมูลสนับสนุน

- ถามพยาบาลว่า “ต้องทำอะไรบ้างก่อนผ่าตัดครั้งนี้”
- มีสีหน้าวิตกกังวล และบอกว่า “รู้สึกกังวล เพราะไม่เคยผ่าตัดมาก่อน”
- ไม่สามารถตอบคำถามความรู้ในการปฏิบัติตัวจากการสอบถามของพยาบาลได้

#### เป้าหมายการพยาบาล

คลายความวิตกกังวล

#### เกณฑ์การประเมินผล

- มีสีหน้าแจ่มใสขึ้น ไม่มีรู้สึกวิตกกังวล หลังได้รับคำแนะนำก่อนและหลังผ่าตัด โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ จากพยาบาล
- บอกวิธีปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้อย่างถูกต้อง

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยด้วยการสอบถามความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

2. สอนให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ โดยใช้เอกสารและวีดิโอการสอนเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่เปิดให้ผู้ผู้ป่วยดูประมาณ 10 นาที และให้คำแนะนำซ้ำพร้อมให้ดูแผ่นพลิกประกอบการอธิบาย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามในสิ่งที่ยังสงสัย

3. ให้ความรู้ผู้ป่วยในเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ ดังนี้

- แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยเตรียมความสะอาดของร่างกายทั่วไป เช่น เล็บ ฟม ปาก ฟัน เสื้อผ้า เป็นต้น
- การเตรียมสำหรับผ่าตัดทั่วไป เช่น การตรวจเลือด ปัสสาวะ การถ่ายภาพรังสีปอด เป็นต้น
- การเตรียมร่างกายเฉพาะที่ เช่น การโกนขนเพื่อทำความสะอาดผิวหนังบริเวณท้อง และอวัยวะสืบพันธุ์

- การเตรียมลำไส้ เพื่อให้ลำไส้ไม่มีเศษอุจจาระ โดยแพทย์จะสั่งให้รับประทานอาหารที่มีกากใยน้อย (low residual diet) ใน 2 วันก่อนผ่าตัด พร้อมกับให้รับประทานยาระบาย โดยให้เริ่มรับประทานอาหารเหลวใส

(clear liquid diet) และรับประทานยาระบาย Niftec<sup>(R)</sup> 1 ซอง ผสมน้ำ 2,000 มิลลิลิตร โดยต้องดื่มให้หมดในเวลา 17.00-19.00 น. ในเวลา 21.00 น. ให้ Dulcolax<sup>(R)</sup> 5 มิลลิกรัม 1 เม็ด ทางปาก เพื่อให้อุจจาระเป็นน้ำใส ไม่มีเศษอุจจาระ ซึ่งแพทย์ได้ให้ 5%/D/N/2 1,000 มิลลิลิตร + KCL 20 mEq. ในอัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ทางหลอดเลือดดำ เพื่อป้องกันอาการอ่อนเพลียและทดแทนการสูญเสียน้ำและอิเล็กโทรไลต์หลังการถ่ายอุจจาระ

- แจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงการงดน้ำและอาหารทุกชนิดหลังเที่ยงคืนวันที่ 2 สิงหาคม 2558 โดยอนุญาตให้รับประทานยา pre-medication เป็นยา ranitidine (150 มิลลิกรัม) 1 เม็ด และ carvedilol (6.25 มิลลิกรัม) 1/2 เม็ด ทางปาก ได้ในเวลา 07.00 น. ของวันที่ 3 สิงหาคม 2558 โดยให้ดื่มน้ำตามเพียง 30 มิลลิลิตร และให้งดน้ำและอาหารต่อเนื่องจนถึงเวลาผ่าตัด

- แนะนำการฝึกหายใจแบบลึกโดยใช้เครื่องบริหารปอด trifold รวมทั้งเน้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการฝึกปฏิบัติ ซึ่งจะช่วยบริหารปอดให้แข็งแรง ลดการติดเชื้อภายหลังผ่าตัด ทดลองให้ผู้ป่วยปฏิบัติซ้ำจนผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

- อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าคืนวันก่อนผ่าตัด (วันที่ 2 สิงหาคม 2558) แพทย์จะให้ยากลายความวิตกกังวลเป็นยา diazepam (5 มิลลิกรัม) 1 เม็ด ทางปาก เวลาก่อนนอน และผู้ป่วยควรจะนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอจนถึงเวลาผ่าตัด

- อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับสภาพของตนเองหลังผ่าตัด ได้แก่ การมีแผลผ่าตัดบริเวณท้องยาวประมาณ 10 เซนติเมตร การมีท่อระบายจากแผลต่อลงถุง (tube drain) และมีช่องทวารเทียม (colostomy) ที่หน้าท้องข้างขวา

- อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าในช่วงระยะแรกหลังการผ่าตัด แพทย์ต้องผู้ป่วยให้งดน้ำงดอาหารทุกชนิด และจะได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทน โดยแพทย์จะใส่มีท่อทางจมูกลงไปในกระเพาะอาหาร (NG-tube) ต่อลงถุง เพื่อสังเกตภาวะเลือดออกในช่องท้อง อีกทั้งยังช่วยระบายลมและน้ำย่อยในกระเพาะอาหารอีกด้วย

- สอนวิธีการบอกระดับความปวดแผลผ่าตัด โดยใช้แบบประเมินความปวดแบบตัวเลข (numeric rating scale) ซึ่งมี 0-10 คะแนน โดย 0 คะแนนหมายถึงไม่มีความปวด และ 10 คะแนน หมายถึงมีความปวดมากที่สุด และแนะนำให้ผู้ป่วยขอยาแก้ปวดเมื่อมีอาการปวดตามระดับคะแนน

- แนะนำการลุกเดินอย่างรวดเร็ว (early ambulation) ภายหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง เพื่อกระตุ้นการทำงานของลำไส้ และกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต

4. เปิดโอกาสให้ซักถามในสิ่งที่สงสัยและสอบถามย้อนกลับในสิ่งที่ได้ให้ความรู้ไปว่าผู้ป่วยเข้าใจถูกต้องหรือไม่

5. สังเกตพฤติกรรม คำพูดของผู้ป่วยว่ามีความวิตกกังวลหรือปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้องหรือไม่

**ประเมินผล** หลังจากผู้ป่วยได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่แล้ว ผู้ป่วยบอกว่าเข้าใจดี ความวิตกกังวลลดลง สามารถตอบคำถามในเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้อย่างถูกต้องปัญหาที่ได้รับแก้ไขหมดไป

**สรุปปัญหาของผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดตั้งแต่วันที่ 4-12 สิงหาคม 2554 มีดังนี้**

วันที่ 4 สิงหาคม 2554 เวลา 15.30 น. รับผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด ภายหลังทำ low anterior resection (LAR) with side-to-end colorectal anastomosis under GA with epidural block, estimated blood loss 200 ml (ค่าความเข้มข้นของเลือด 28.3 % และฮีโมโกลบิน 8.9 กรัมต่อเดซิลิตรก่อนผ่าตัด) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการอ่อนเพลีย หายใจได้เอง on O2 Mask c bag 10 ลิตรต่อนาที แพทย์ให้ดื่มน้ำคอกอาหารไว้ก่อน retained NG tube (ไม่ได้ต่อลง bag) แผลบริเวณท้องปิดก๊อชและพลาสติกเหนียวทับไว้ด้านบน มีเลือดซึมบริเวณแผลเล็กน้อย on tube drain ไว้ (ไม่ได้ต่อลง bag) on colostomy ที่หน้าท้องข้างขวา content เป็นเลือด ติดถุงเล็กน้อย คาสายสวน ปัสสาวะต่อลงถุง (Foley's catheter) ปัสสาวะออกประมาณ 100 มิลลิลิตร สีเหลืองเข้ม ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 5% /D/2 1000 มิลลิลิตร หยดในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง side chain กับ LRS 1000 มิลลิลิตร หยดในอัตรา 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ที่ด้านหลังผู้ป่วย มีสาย epidural catheter drip 0.0625 % bupivacain + marcain 0.02 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร หยดในอัตรา 6 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง วัตถุประสงค์ผู้ป่วยรับกลับจากห้องผ่าตัด อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 173/81 มิลลิเมตรปรอท ระดับความปวด (pain score) เท่ากับ 10 คะแนน

**ปัญหาที่ 3 ปวดแผลผ่าตัด**

**ข้อมูลสนับสนุน**

- บ่นปวดแผลมาก pain score เท่ากับ 10 คะแนน
- ได้รับการผ่าตัด low anterior resection (LAR) with side-to-end colorectal anastomosis

มีแผลบริเวณท้องขนาดยาวประมาณ 8-9 นิ้ว

- เมื่อตื่นตัวลงจากปลานอน ผู้ป่วยร้องโหยๆ นอนนิ่งแสดงสีหน้านิ่งและขมวดคิ้ว
- ความดันโลหิต 173/81 มิลลิเมตรปรอท

**เป้าหมายการพยาบาล**

ปวดแผลลดลงหรือไม่ปวดแผลผ่าตัดและสุขสบายขึ้น

**เกณฑ์การประเมินผล**

- ปวดแผลลดลง สุขสบายขึ้น pain score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน
- ไม่มีพฤติกรรมแสดงว่าเจ็บปวด เช่น นอนนิ่งขมวดคิ้ว มือกุมบริเวณบาดแผล
- สามารถเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ตามปกติ
- พักผ่อนได้มากขึ้น

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. ประเมินความปวดที่ตำแหน่งแผลผ่าตัด โดยใช้แบบประเมินความปวดแบบตัวเลข (numeric rating scale) ซึ่งมี 0-10 คะแนน รวมทั้งสังเกตความปวดจากสีหน้าและท่าทางของผู้ป่วย

2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดเป็น petidine 20 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาของแพทย์ และประเมินประสิทธิภาพของยาแก้ปวดที่ได้รับและอาการข้างเคียงของยา

3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา 0.0625 % bupivacain + marcain 0.02 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ทาง epidural catheter ในอัตรา 6 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ และดูแลบริเวณสาย epidural catheter ไม่ให้หัก พับ งอ บริเวณ puncture site ต้องไม่มีเลือดหรือยาซึมออกมา

4. ดูแลช่วยเหลือในการเปลี่ยนท่าผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการปวดแผล และดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง โดยจัดให้ผู้ป่วยนอนในท่า semi-Fowler's เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องและทรวงอกคลายตัว และลดการดึงตัวของแผลผ่าตัด

5. จัดสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย เช่น ปิดไฟหัวเตียง ดูแลให้ผู้ป่วยนอนบนเตียงที่มีผ้าปูเตียงเรียบตึง และสะอาดปราศจากฝุ่นละอองและวัสดุอื่นๆ จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ

6. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบสาเหตุของการปวดบริเวณตำแหน่งผ่าตัด และแผนการรักษา พร้อมทั้งเปิดโอกาส ให้ผู้ป่วยและญาติซักถามปัญหาและข้อข้องใจต่างๆ

7. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล จับต้องแผลผ่าตัดอย่างเบามือ ระวังสายหรือท่อระบายต่างๆ ไม่ให้ดึงรั้ง

8. แนะนำให้ผู้ป่วยประคบแผลผ่าตัดหน้าท้องด้วยมือหรือหมอนเวลาไอหรือจาม และขณะที่ผู้ป่วยพลิกหรือตะแคงตัว เพื่อหลีกเลี่ยงการกระทบกระเทือนแผลผ่าตัด

9. สอนวิธีการผ่อนคลาย (relaxation technique) เพื่อบรรเทาอาการปวดแผล เช่น การหายใจเข้า-ออกลึกๆ การฟังเพลง การอ่านหนังสือ การดูทีวี เป็นต้น

10. ดูแลวัดความดันโลหิต และติดตามสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด

**ประเมินผล** วันที่ 4 สิงหาคม 2560 หลังจากผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวด petidine 20 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ประมาณ 15 นาที ผู้ป่วยนอนหลับได้ เมื่อตื่นขึ้นมาผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใสขึ้น บอกว่าอาการปวดลดลง ไม่มีหน้ามืดวิงเวียนปวด pain score 4 คะแนน แต่ยังไม่อนนิ่งๆ บนเตียง บริเวณ puncture site ของสาย epidural catheter ไม่มีเลือดออกหรือยาแก้ปวดซึมออกมา สามารถให้ยาแก้ปวดทางสาย epidural catheter ได้ตามแผนการรักษา ความดันโลหิต 145/72 มิลลิเมตรปรอท

วันที่ 5 สิงหาคม 2560 ผู้ป่วยยังมีปัญหาปวดแผลผ่าตัด โดยมีอาการปวดแผลขณะพลิกตะแคงตัว สีหน้าแสดงอาการปวด และวิงเวียนปวด pain score 7 คะแนน เมื่อพยาบาลดูแลช่วยเปลี่ยนท่าให้ และดูแลให้นอนพักอ่อนนิ่งๆ บนเตียง ประมาณ 30 นาที ได้รับยา 0.0625 % bupivacain + marcain 0.02 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร ทาง epidural catheter ในอัตรา 6 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษา ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น บรรเทาอาการปวดลง pain score 0-1 คะแนน นอนหลับได้เป็นพักๆ แต่ยังไม่อนนิ่งๆ บนเตียง บริเวณ puncture site ของสาย epidural catheter ไม่มีเลือดหรือยาแก้ปวดซึมออกมา

วันที่ 6 สิงหาคม 2560 ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น สามารถกลิ้งบนเตียงได้ ขณะพลิกตะแคงตัวปวดแผลผ่าตัด pain score 0-1 คะแนน ไม่มีปัญหาเรื่องปวดแผลผ่าตัดนอนหลับพักผ่อนได้ แพทย์จึงสั่งหยุดให้ยา 0.0625 % bupivacain + marcain 0.02 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร ทาง epidural catheter ปัญหา นี้ได้รับการแก้ไขหมดไป



**ปัญหาที่ 4** เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะความเข้มข้นของเลือดต่ำเนื่องจากการเสียเลือดภายหลังผ่าตัด  
ข้อมูลสนับสนุน

- ค่าความเข้มข้นของเลือดก่อนผ่าตัด 28.3 % และฮีโมโกลบิน 8.9 กรัมต่อเดซิลิตร
- estimated blood loss ในห้องผ่าตัดประมาณ 200 มิลลิลิตร
- แผลผ่าตัดมีเลือดซึม และ on tube drain 1 สาย ต่อลง bag มี content เป็นสีแดงสด
- มีประวัติเป็นโรคหัวใจขาดเลือด

**เป้าหมายการพยาบาล**

ปลอดภัย ไม่มีภาวะความเข้มข้นของเลือดต่ำ

**เกณฑ์การประเมิน**

- ค่าความเข้มข้นของเลือด 30 % และฮีโมโกลบิน 10 กรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่แพทย์กำหนดและยอมรับได้
- tube drain ออกน้อยกว่า 200 มิลลิลิตรต่อวัน
- แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึมมากตลอดเวลา
- สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต อยู่ในช่วง 120/80 มิลลิเมตรปรอท
- ไม่มีอาการอ่อนเพลีย และอาการเหนื่อย ผิวหนังอุ่น ไม่เย็น ซีด

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง ทุก 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนกระทั่งคงที่ จากนั้นให้วัดทุก 2 ชั่วโมงต่อไป โดย keep SBP มากกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท ประเมินอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ระดับความรู้สึกตัวผิดปกติ กระสับกระส่าย ชีพจรเบา หายใจหอบถี่ ความดันโลหิตต่ำลง ปลายมือปลายเท้าเย็น ต้องรีบรายงานแพทย์ทันที
2. ประเมินภาวะการเสียเลือด เช่น การมีเลือดออกจากแผลผ่าตัดมาก ทำเครื่องหมายขีดไว้สังเกต บริเวณผ้าปิดแผลผ่าตัดและติดตามผ้าปิดแผลว่าปริมาณเลือดที่ออกขยายบริเวณออกไปหรือไม่ และช่วยแพทย์ทำแผลแบบ pressure dressing รวมทั้งติดตามปริมาณเลือดออกทาง tube drain ถ้าออกมากกว่า 200 ซีซีต่อวัน ต้องรีบรายงานแพทย์ทันที
3. สังเกตอาการแสดงของอันตรายจากภาวะความเข้มข้นของเลือดต่ำ เช่น อาการเหนื่อย อาการอ่อนเพลีย ผิวหนังเย็น ซีด เจ็บแน่นหน้าอกจากประวัติเป็นโรคหัวใจของผู้ป่วย ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักผ่อน ดื่มน้ำที่เพียงพอ และดูแลติดตามผล CBC ทางห้องปฏิบัติการเพื่อรายงานแพทย์ให้ทราบ
4. ประเมินอาการเหนื่อย และดูแลให้ผู้ป่วย on canula 3 ลิตรต่อนาที ตลอดจนติดตามความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด keep O2 sat มากกว่า 95 %
5. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 5% /D/2 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อเพิ่มปริมาณสารน้ำในระบบไหลเวียนโลหิต

6. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนในท่าศีรษะอยู่ระดับเดียวกับทรวงอก ปลายเท้าสูงเล็กน้อย 20-30 องศา เพื่อให้โลหิตไหลเวียนเข้าสู่หัวใจและอวัยวะสำคัญๆ ได้ยิ่งขึ้น

7. ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอาหารทุกชนิดทางปาก เพื่อลดการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ซึ่งอาจทำให้เลือดออกมากขึ้นได้

8. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์เป็น omeprazole 40 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง เพื่อลดการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร และสังเกตอาการผู้ป่วยจากฤทธิ์ข้างเคียงยา เช่น มีผื่นขึ้น ปวดศีรษะ ง่วงนอน เป็นต้น

9. บันทึกจำนวนปัสสาวะทางสาย Foley's catheter ทุก 2 ชั่วโมง ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 50 ซีซี ต่อ 2 ชั่วโมง ให้รีบรายงานแพทย์ และบันทึกจำนวนสารน้ำเข้าออกของร่างกายอย่างน้อย 1 ครั้งต่อเวร

**ประเมินผล** วันที่ 4 สิงหาคม 2560 ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียและเหนื่อยเล็กน้อย อัตราการหายใจ 24-28 ครั้งต่อนาที on O2 cannula 3 ลิตรต่อนาที ไ่ว้ตลอด ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก แผลผ่าตัดไม่มีภาวะเลือดออก tube drain content ออกปริมาณ 86 มิลลิลิตร (สีแดงสด) วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.7-38.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 74-110 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 112-173/61-81 มิลลิเมตรปรอท O2 sat มากกว่า 97-99 % (canula 3 ลิตรต่อนาที) ปริมาณน้ำเข้าเท่ากับ 1,592 มิลลิลิตรต่อวัน ปริมาณน้ำออก 644 มิลลิลิตรต่อวัน (ปัสสาวะออก 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง) วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.7-38.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 74-110 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 112-173/61-81 มิลลิเมตรปรอท

วันที่ 5 สิงหาคม 2560 ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียและเหนื่อยเล็กน้อย on O2 cannula 3 ลิตรต่อนาที ไ่ว้ตลอด ผิวหนังอุ่น ไม่เย็น ซีด ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก แผลผ่าตัดมีเลือดซึมเล็กน้อยสีแดงจาง on tube drain ไ่ว้ตลอด content สีแดงเข้ม เพิ่มประมาณ 20 มิลลิลิตร แผลผ่าตัดที่ท้องไม่มีเลือดซึมเพิ่ม tube drain content ออก 15 มิลลิลิตร (สีแดงจาง)

วันที่ 6 สิงหาคม 2560 ผู้ป่วยไม่แสดงอาการอ่อนเพลีย ไม่มีเหนื่อย หายใจ room air ผิวหนังอุ่น ไม่เย็น ซีด แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม tube drain content สีแดงจางปริมาณ 10 มิลลิลิตร จึงไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะความเข้มข้นของเลือดต่ำ ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไป

**ปัญหาที่ 5** มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในร่างกาย เนื่องจากมีแผลผ่าตัดบริเวณช่องท้องและมีท่อระบายต่างๆ

#### ข้อมูลสนับสนุน

- มีแผลผ่าตัด low anterior resection (LAR) with side-to-end colorectal anastomosis บริเวณท้องขนาดยาวประมาณ 8-9 นิ้ว ลักษณะเป็นแผลเย็บด้วย staple มีท่อระบายสารคัดหลั่งจากแผล (tube drain) ต่อลง bag
- แผลผ่าตัดและผิวหนังรอบๆ ท่อระบายมีอาการบวมแดงเล็กน้อย
- อุณหภูมิร่างกาย 38.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 74-110 ครั้งต่อนาที
- retained Foley's catheter
- on colostomy บริเวณหน้าด้านท้อง

## เป้าหมายการพยาบาล

ปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อของแผลผ่าตัด

### เกณฑ์การประเมินผล

- แผลผ่าตัดแห้ง สะอาด ไม่มี discharge ซึม
- แผลผ่าตัดและผิวหนังรอบๆ ท่อระบายไม่มีอาการอักเสบ บวม แดง
- ผลการตรวจ CBC ทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ พบ WBC 4,000-11,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์ เซนติเมตร neutrophil 40-74 %, monocyte 3.4-9 %, lymphocyte 19-48 %
- สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 120/80 มิลลิเมตรปรอท
- ระบบการทำงานของ tube drain และ Foley's catheter ดี ไม่มีอาการอุดตัน หัก พับ งอ content ไม่มีสี และกลิ่นผิดปกติ

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ข้อมูลและชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบถึงสาเหตุ อาการและอาการแสดงของการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดถ้าผู้ป่วยมีอาการดังกล่าวให้รายงานแพทย์และพยาบาลทันที
2. แนะนำผู้ป่วยไม่ให้สัมผัสบริเวณแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องและบริเวณรูที่ใส่ท่อระบาย ได้แก่ tube drain และ Foley's catheter เพื่อป้องกันการติดเชื้อ
3. ประเมินลักษณะแผลผ่าตัดและการติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง เช่น มีไข้ ปวด บวม แดง ร้อน หรือมี discharge คล้ายหนองหรือมีกลิ่นเหม็น และรายงานอาการให้แพทย์ทราบ
4. ดูแลทำแผลโดยยึดหลัก aseptic technique และหมั่นเปลี่ยนผ้าก๊อชปิดแผลบ่อยๆ เมื่อมีสารคัดหลั่งไหลออกมาจากแผลเพื่อป้องกันการระคายเคืองต่อผิวหนัง
5. ประเมินระบบการทำงานของ tube drain ดูแลไม่ให้สายมีการหักพับงอ และ content ไหลลงถุงได้สะดวก โดยสังเกตว่าปริมาณ content เพิ่มขึ้นหรือไม่
6. ประเมินและบันทึกปริมาณ สี กลิ่น และลักษณะของสารคัดหลั่งที่ออกมาจากท่อระบายต่างๆ เช่น tube drain และรายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบความผิดปกติ
7. ดูแลเช็ดตัวลดไข้ ติดตามไข้และประเมินสัญญาณชีพจนคงที่ (keep SBP >100 มิลลิเมตรปรอท) และรายงานอาการให้แพทย์ทราบ
8. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่แสดงถึงภาวะการติดเชื้อในร่างกาย ได้แก่ WBC count, neutrophil, monocyte, lymphocyte
9. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Rocephin<sup>(R)</sup> 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง และ metronidazole 500 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์
10. ดูแลความสะอาดของร่างกาย เสื้อผ้า และสิ่งแวดล้อมทั่วไป

**ประเมินผล** วันที่ 4 สิงหาคม 2560 ผิวหนังบริเวณแผลผ่าตัดหน้าท้องยังมีบวม แดง มีเลือดจางๆ ซึม บริเวณก้นเล็กน้อย ท่อระบายต่างๆ ไม่มีสายหัก พับ งอ tube drain ออก 86 มิลลิเมตร (สีแดงเข้ม) ปัสสาวะทาง Foley's catheter ไหลสะดวกดี สีเหลืองเข้ม ปริมาณ 558 มิลลิเมตรใน 14 ชั่วโมง (40 มิลลิเมตรต่อชั่วโมง) ยังมีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 38.1-38.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 76-98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 112-173/6181 มิลลิเมตรปรอท O2 sat 97-99 % (canula 3 ลิตรต่อนาที)

วันที่ 5 สิงหาคม 2560 ผู้ป่วยยังมีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 37.8-37.9 องศาเซลเซียส ช่วงเย็น ผิวหนังบริเวณแผลผ่าตัดบวม แดงเล็กน้อย มีเลือดจางๆ ซึมที่ก้นเท่าเดิม ผิวหนังรอบๆ ท่อระบายไม่มีบวม แดง ปัสสาวะทาง Foley's catheter สีเหลืองเข้ม ไหลสะดวกดี

วันที่ 6 สิงหาคม 2560 ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36.0-37.1 องศาเซลเซียส ผิวหนังบริเวณแผลผ่าตัดไม่มีบวมแดง ปัสสาวะทาง Foley's catheter ไหลสะดวกดี จึงไม่พบปัญหาการติดเชื้อในร่างกาย ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไป

**ปัญหาที่ 6** มีโอกาสเกิดความไม่สมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการงดน้ำงดอาหารทั้งก่อนและหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่

#### ข้อมูลสนับสนุน

- งดน้ำและอาหารทางปากทั้งก่อนและหลังการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่
- ปัสสาวะเริ่มออกน้อยสีเหลืองเข้มประมาณ 40 มิลลิเมตรต่อ 2 ชั่วโมง (เวลา 22.00-24.00 น.)

#### เป้าหมายการพยาบาล

มีความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์

#### เกณฑ์การประเมินผล

- ไม่มีอาการแสดงของการขาดน้ำ เช่น ผิวแห้ง ปากแห้ง ปัสสาวะน้อยสีเหลืองเข้ม
- สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-80 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 120/80 มิลลิเมตรปรอท
- ผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ ดังนี้ Na 135-145 mEq/L, K 3.5-5.0 mEq/L, chloride 98/107 mmol/l, bicarbonate 22-29 mmol/l, BUN 7.0-20 mg/dl, creatinine 0.5-1.5 mg/dl
- ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะอิเล็กโทรไลต์ต่ำ เช่น ไม่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ไม่มีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน รู้สึกราวตัว ไม่มีอาการสับสน
- ปัสสาวะมีความถี่จำเพาะน้อยกว่า 1.025

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ เช่น ปากแห้ง กระหายน้ำ ผิวหนังขาดความตึงตัวอ่อนเพลีย ชีพจรเต้นเร็ว ปัสสาวะมีความถี่จำเพาะมากกว่า 1.025

2. เพื่าระวังอาการแสดงของการเปลี่ยนแปลงระดับอิเล็กโทรไลต์ ดังนี้ มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน สับสน อ่อนเพลีย และมีตะคริวที่ท้อง มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ชีพจรเต้นไม่สม่ำเสมอ คลื่นไส้ อาเจียน ชีวมลง ถ้าได้มีการเคลื่อนไหวลดลง และรายงานแพทย์ทราบเมื่อพบความผิดปกติ

3. ตรวจสอบสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง บันทึกและรายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ

4. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 5% /D/2 1000 มิลลิลิตร ในอัตรา 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง side chain กับ acetar 1,000 มิลลิลิตร ในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษา

5. บันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง keep ปริมาณปัสสาวะ 50 มิลลิลิตรต่อ 2 ชั่วโมง รวมทั้งสังเกตสีของปัสสาวะ

6. บันทึกและประเมินสมดุขของปริมาณสารน้ำที่ได้รับ และปริมาณสารน้ำที่สูญเสียออกจากร่างกาย ทุก 8 ชั่วโมง

7. ติดตามผลการตรวจอิเล็กโทรไลต์ทางห้องปฏิบัติการ และรายงานแพทย์ทราบทันที

**ประเมินผล** วันที่ 4 สิงหาคม 2560 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการแสดงของการขาดน้ำ ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะ อิเล็กโทรไลต์ต่ำ ไม่มีสับสน มีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย อุณหภูมิร่างกาย 38.1-38.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 76-98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 112-173/6181 มิลลิเมตรปรอท O<sub>2</sub> sat 97-99 % (cannula 3 ลิตรต่อนาที) ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 5% /D/2 1000 มิลลิลิตร ในอัตรา 60 มิลลิลิตร ต่อชั่วโมง side chain กับ acetar 1,000 มิลลิลิตร ในอัตรา 80 มิลลิลิตร ต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษา ปัสสาวะทาง Foley's catheter ไหลสะดวกดี สีเหลืองเข้ม

วันที่ 5 สิงหาคม 2560 แพทย์ยังให้ผู้ป่วยงดน้ำงดอาหารทางปาก (NPO) และ on NG tube ไว้ ไม่มีอาการแสดงของการขาดน้ำ ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะอิเล็กโทรไลต์ต่ำ รู้สึกตัวดี ไม่มีสับสน ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง ปัสสาวะทาง Foley's catheter สีเหลืองเข้ม เวลา 04.40 น. วัดความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะเท่ากับ 1.026 ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 5%/D/N/2 1,000 มิลลิลิตร + KCL 40 mEq. หยดทางหลอดเลือดดำในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ได้ตามแผนการรักษา วัดสัญญาณชีพดังนี้ อุณหภูมิร่างกาย 37.8-37.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 80-86 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 110-141/60-74 มิลลิเมตรปรอท ปริมาณ 2,458 มิลลิลิตรต่อวัน (100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง)

วันที่ 6 สิงหาคม 2560 ผู้ป่วยยังมีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย แพทย์ยังให้งดน้ำและอาหารทางปาก แต่ไม่มีอาการแสดงของการขาดน้ำ ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะอิเล็กโทรไลต์ต่ำ ไม่มีอาการสับสน ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 5%/D/N/2 1,000 มิลลิลิตร+ KCL 40 mEq. หยดในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษา ปัสสาวะทาง Foley's catheter สีเหลืองเข้ม วัดสัญญาณชีพดังนี้ อุณหภูมิร่างกาย 36.0-37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 80-84 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 117-137/53-74 มิลลิเมตรปรอท

วันที่ 7 สิงหาคม 2560 แพทย์ยังให้ผู้ป่วยงดอาหารทางปาก และ on NG tube ไว้ แต่ให้เริ่มรับประทานยาได้ ไม่มีอาการแสดงของการขาดน้ำ ไม่มีสับสน ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง ผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ BUN 6.0 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร phosphorus 1.8 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และ magnesium 1.8 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แพทย์จึงสั่งเปลี่ยนสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 5%/D/N/2 1,000 มิลลิิตร+ KCL 40 mEq + 50 % MgSO4 2 มิลลิิตร ในอัตรา 80 มิลลิิตรต่อชั่วโมง ปัสสาวะทาง Foley's catheter สีเหลืองเข้ม ปริมาณน้ำเข้าเท่ากับ 1,920 มิลลิิตร ต่อวัน ปริมาณน้ำออก 1,110 มิลลิิตรต่อวัน (ปัสสาวะออก 46 มิลลิิตรต่อชั่วโมง) วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.0–36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 80-88 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 119-131/77-78 มิลลิเมตรปรอท

วันที่ 8 สิงหาคม 2560 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีหน้าแจ่มใส ยังได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 5%/D/N/2 1,000 มิลลิิตร + KCL 40 mEq + 50 % MgSO4 2 มิลลิิตร ในอัตรา 80 มิลลิิตรต่อชั่วโมง ช่วงบ่ายแพทย์ให้ลดอัตราสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5%/D/N/2 1,000 มิลลิิตร+ KCL 20 mEq + 50 % MgSO4 2 มิลลิิตร ในอัตรา 60 มิลลิิตรต่อชั่วโมง ปัสสาวะทาง Foley's catheter สีเหลืองอ่อน ปริมาณน้ำเข้าเท่ากับ 2,282 มิลลิิตรต่อวัน ปริมาณน้ำออก 3,150 มิลลิิตรต่อวัน (ปัสสาวะออก 131 มิลลิิตรต่อชั่วโมง) ไม่มีอาการสับสน ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง ไม่มีอาการแสดงของการขาดน้ำ วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.0–36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 70-80 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100-154/60-83 มิลลิเมตรปรอท

วันที่ 9 สิงหาคม 2560 ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของการเกิดความไม่สมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ไม่มีอาการแสดงของการขาดน้ำ แต่ยังได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 5%/D/N/2 1,000 มิลลิิตร + KCL 20 mEq + 50 % MgSO4 2 มิลลิิตร ในอัตรา 60 มิลลิิตรต่อชั่วโมง ช่วงบ่ายแพทย์สั่งให้หยุดสารน้ำทางหลอดเลือดดำได้ ปริมาณน้ำเข้าเท่ากับ 1,515 มิลลิิตรต่อวัน ปริมาณน้ำออก 1,960 มิลลิิตรต่อวัน (ปัสสาวะออก 82 มิลลิิตรต่อชั่วโมง) วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.2–37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 70-90 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 136-147/74-80 มิลลิเมตร ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป

### **ปัญหาที่ 7 ท้องอืดภายหลังได้รับการผ่าตัดทางช่องท้อง**

#### **ข้อมูลสนับสนุน**

- ได้รับการผ่าตัด low anterior resection (LAR) with side-to-end colorectal anastomosis วันที่ 2
- ผู้ป่วยบ่นแน่นอึดท้องมาก หน้าท้องโต แข็งตึง
- เคาะท้องได้ยินเสียงโป่ง (tympany) ทัวท้อง
- colostomy ไม่มี content และลมในถุง

#### **เป้าหมายการพยาบาล**

สุขสบายขึ้นอาการท้องอืดลดลงหรือไม่มี

#### **เกณฑ์การประเมินผล**

- บอกว่าแน่นอึดท้องน้อยลง

- หน้าท้องยุบลง เคาะท้องได้ยินเสียงโป่งเฉพาะบริเวณกระเพาะอาหาร
- bowel sound ปกติ 6-10 ครั้งต่อนาที
- สามารถเรอหรือมีลมออกมาทางถุง colostomy

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการท้องอืดโดยการสังเกต ตรวจร่างกาย ฟังเสียง bowel sound
2. อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ของการเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อกระตุ้นการทำงานของลำไส้ ด้วยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมี early ambulation โดยให้พลิกตะแคงตัวบ่อยๆ และลุกนั่งบนเตียง รวมทั้งดูแลช่วยพยุงเดินรอบๆ เตียงในระยะแรก
3. ดูแลท่อระบายจากทางเดินอาหาร (NG tube) ให้มีการระบายของเหลวและก๊าซได้สะดวกไม่ให้เกิดการอุดตัน
4. สังเกตว่าผู้ป่วยสามารถเรอหรือมีลมออกมาทางถุง colostomy หรือไม่ ซึ่งเป็นอาการที่แสดงถึงการเคลื่อนไหวของลำไส้

**ประเมินผล** วันที่ 6 สิงหาคม 2560 ผู้ป่วยยังมีอาการท้องอืดเล็กน้อย เคาะท้องได้ยินเสียงโป่ง ยังไม่มีเสียง bowel sound และผู้ป่วยยังไม่สามารถเรอได้ ถุง colostomy โป่งมีลมออกมเล็กน้อย ผู้ป่วยสามารถ early ambulation ได้ด้วยการเดินรอบเตียงประมาณ 2 รอบ

วันที่ 7 สิงหาคม 2560 ผู้ป่วยสามารถลุกนั่งข้างเตียงได้ แต่ยังบ่นอึดแน่นท้องเล็กน้อย และยังไม่เรอ เริ่มมีลมออกทางถุง colostomy มากพอควร ฟังเสียง bowel sound ได้น้อย 6-7 ครั้งต่อนาที

วันที่ 8 สิงหาคม 2560 แพทย์ให้เริ่มจิบน้ำตอนเช้าได้ และเริ่มรับประทานอาหารเหลว (liquid diet) ในตอนเที่ยง โดยมีอาการปวดแน่นท้องเพียงเล็กน้อย แต่ไม่มีอาการคลื่นไส้-อาเจียน หลังรับประทานอาหารผู้ป่วยสามารถเรอเองได้ 2-3 ครั้ง ท้องนุ่มลง ไม่แข็งตึง ในถุง colostomy เริ่มมีลม และ content เป็นน้ำสีน้ำตาล ปริมาณ 50 มิลลิลิตร ฟังเสียง bowel sound ได้ 7-8 ครั้งต่อนาที

วันที่ 9 สิงหาคม 2560 ช่วงเช้าแพทย์ให้เริ่มให้รับประทานอาหารอ่อน (soft diet) สามารถรับประทานอาหารอ่อน (soft diet) ได้หมด โดยไม่มีอาการปวดแน่นท้อง ไม่มีอาการคลื่นไส้-อาเจียน หลังรับประทานอาหารผู้ป่วยสามารถเรอเองได้ 2-3 ครั้ง ท้องยุบลง ไม่แข็งตึง ในถุง colostomy มีลมและอุจจาระออกมากพอควร ฟังเสียง bowel sound ได้ 7-8 ครั้งต่อนาที ไม่พบอาการท้องอืด ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไป

วันที่ 11 ส.ค. 2554 เวลา 08.30 น. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันที่ 7 พบว่าผู้ป่วยมีสีหน้านิ่งเฉย ปฏิเสธการรับประทานอาหาร พูดคายน้อยลง ไม่สนใจสิ่งรอบตัวแต่ลุกเดินในห้องผู้ป่วยได้ดี แผลไม่มี discharge ซึม ไม่มีไข้ ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 5%/D/N/2 1,000 มิลลิลิตร ในอัตรา 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง on colostomy ที่หน้าท้องข้างขวา ในถุง colostomy มีลมและมีลักษณะอุจจาระเหลวสีน้ำตาลออกพอควร ขณะพยาบาลเข้าไปเทถุง colostomy ผู้ป่วยไม่กล้ามองบริเวณช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง และพยายามปกปิดเมื่อมีญาติมาเยี่ยม

**ปัญหาที่ 8** มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า เนื่องจากสูญเสียภาพลักษณ์จากการมีช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (colostomy)

#### ข้อมูลสนับสนุน

- บอกว่า “รู้สึกกังวล และไม่อยากให้ใครมาเยี่ยม”
- ไม่กล้ามองบริเวณช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้องขณะพยาบาลตรวจ colostomy ให้ และพยายามปกปิดถุง colostomy เมื่อมีญาติมาเยี่ยม

- มีสีหน้านิ่งเฉย ไม่ยอมรับประทาน นอนเป็นส่วนใหญ่ พุดคุยน้อยลง ไม่ค่อยสนใจสิ่งรอบตัว

#### เป้าหมายการพยาบาล

สามารถยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปและปรับตัวให้เข้ากับทวารใหม่ได้อย่างเหมาะสม

#### เกณฑ์การประเมินผล

- สามารถยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยยอมรับและให้ความร่วมมือในการดูแลช่องเปิดลำไส้
- ไม่แยกตัว ไม่ซึมเศร้า พุดคุยด้วยสีหน้าแจ่มใส

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดี เมื่อผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและกล้าระบายความทุกข์ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดถึงความรู้สึกนึกคิดและซักถาม พุดให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย สังเกตพฤติกรรมรวมทั้งคำพูดและกิริยาท่าทางที่ผู้ป่วยแสดงออก

2. แสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าเต็มใจให้การดูแล โดยไม่มีคำพูดหรือท่าทางแสดงความรังเกียจผู้ป่วย

3. ให้ความรู้และอธิบายให้บุคคลในครอบครัวเข้าใจ โดยเฉพาะบุคคลที่มีความสำคัญสำหรับผู้ป่วย เพื่อช่วยกันให้กำลังใจและแสดงว่าครอบครัวไม่ได้รังเกียจผู้ป่วย

4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยอื่นที่มี colostomy และสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ดีแล้ว เพื่อให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าตนเองประสบเคราะห์กรรมคนเดียว แต่ยังมีเพื่อนที่มีประสบการณ์เหมือนกันมาให้กำลังใจ และเป็นแบบอย่างในการปรับตัวให้กับผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้เร็วขึ้น เป็นการใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม

5. สร้างทัศนคติที่ดีแก่ผู้ป่วยต่อการทำ colostomy โดยอธิบายพร้อมรูปภาพ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามถึงสภาพร่างกายปกติและสภาพที่เปลี่ยนแปลงไป รวมถึงการปฏิบัติตัว การดูแลแผล และสามารถทำงานออกกำลังกาย ใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข

6. สาธิตให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจวิธีการดูแล colostomy การทำความสะอาด การเปลี่ยนถุงอุจจาระ พร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำทำความสะอาด colostomy ที่ละขั้นตอน โดยคอยให้ความช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดจนผู้ป่วยทำได้ดีและเกิดความมั่นใจว่าสามารถกลับไปอยู่บ้านได้



7. แนะนำวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน เช่น การควบคุม การขับถ่ายและกลิ่น โดยการเลือกรับประทานอาหารที่ไม่ทำให้เกิดก๊าซ อาหารที่ไม่ทำให้ลำไส้บีบตัวมากเพราะจะทำให้ท้องเสียการฝึกการขับถ่ายให้เป็นเวลา การออกกำลังกายที่เหมาะสม การสังเกตอาการแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดกับ colostomy เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขตามสภาพ

**ประเมินผล** ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใสขึ้นเล็กน้อย เริ่มพูดคุยกับญาติที่ดูแลและพยาบาลได้มากขึ้น สามารถปลี่ยนถ่ายในถุง colostomy ได้เอง แต่ยังไม่กล้าทำความสะอาดและเปลี่ยนถุง colostomy ด้วยตนเองได้ ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไป

**วันที่ 12 ส.ค.2554 เวลา 08.30 น.** ผู้ป่วยหลังผ่าตัด Low Anterior Resection (LAR) with side-to-end colorectal anastomosis วันที่ 8 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แพทย์ให้ off staple และอนุญาตให้กลับบ้านได้ on colostomy ที่หน้าท้องข้างขวา มีลมและอุจจาระลักษณะนุ่มเป็นสีน้ำตาลออกพอกพร แผลผ่าตัดปิดก๊อสไว้ ไม่มีเลือดซึม รับประทานอาหารได้ดี ไม่มีปวดแน่นท้อง ผู้ป่วยบอกไม่ทราบว่า จะปฏิบัติตัวอย่างไรเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านเพราะเป็นการผ่าตัดครั้งแรก และต่อไปต้องได้รับยาเคมีบำบัดหรือฉายแสงหรือไม่

**ปัญหาที่ 9** ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านและขั้นตอนการรักษาหลังผ่าตัด

#### ข้อมูลสนับสนุน

- บอกไม่ทราบว่า จะปฏิบัติตัวอย่างไรเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน
- ได้รับการผ่าตัดเป็นครั้งแรก
- มี colostomy บริเวณหน้าท้องด้านขวา
- ถามว่าต้องได้รับยาเคมีบำบัดหรือฉายแสงหรือไม่

#### เป้าหมายการพยาบาล

ไม่มีความวิตกกังวลในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านและขั้นตอนการรักษาหลังผ่าตัด

#### เกณฑ์การประเมินผล

- สามารถตอบคำถามและบอกวิธีปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่เมื่อกลับไปอยู่บ้านหลังการสอนได้ถูกต้อง
- สามารถทำแผลและบอกวิธีการดูแล colostomy ได้อย่างถูกต้อง
- สามารถบอกแนวทางการรักษาของตนเองหลังผ่าตัดและให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำเรื่องการดูแลแผลผ่าตัด โดยหลังผ่าตัดประมาณ 5-7 วัน ยังต้องระวังไม่ให้แผลถูกน้ำ ไม่ควรใช้แป้ง หรือ ยา ทาบริเวณแผล เมื่อแผลหายดีแล้วสามารถอาบน้ำโดยใช้สบู่ลูบเบาๆ บริเวณแผล และใช้ผ้าเช็ดตัวนุ่มๆ ซับเบาๆ ให้แห้งได้

2. แนะนำให้ผู้ป่วยรีบมาพบแพทย์เมื่อแผลมีการติดเชื้อ เช่น อาการอักเสบ ปวด บวมแดง และมีน้ำเหลืองไหลออกจากแผล

3. แนะนำเรื่องการออกกำลังกาย ซึ่งไม่มีข้อจำกัด แต่ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยสามารถทำได้เท่าใด และให้พักกว่ารู้สึกเริ่มเหนื่อย การเดินออกกำลังกายเป็นวิธีที่ดีที่สุดหลังการผ่าตัด โดยเริ่มต้นจากที่ราบก่อน ทำทุกวัน วันละ 1-2 ครั้ง และค่อยๆ เพิ่มระยะทางให้มากขึ้น

4. สามารถทำกิจกรรมเบาๆ ได้ แต่ควรหลีกเลี่ยงการทำงานหนักในระยะ 4-6 สัปดาห์ หลังผ่าตัด ถ้ารู้สึกเหนื่อย เวียนศีรษะเหมือนจะเป็นลม ให้หยุดและพักทันที

5. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าหลังผ่าตัดเนื้อเยื่อแผลเป็นอาจพัฒนาเป็นพังพืด เรียกว่า adhesions ซึ่งในบางรายเป็นเหตุให้ลำไส้อุดตันจนต้องผ่าตัดแก้ไข เป็นต้น

6. แนะนำให้หาเวลาอนพักบ่อยๆ โดยเฉพาะหลังออกจากโรงพยาบาลใหม่ๆ และหาเวลาพักผ่อนในตอนกลางวัน อย่างน้อยวันละ 20 นาที อาจไม่จำเป็นต้องนอนให้หลับ แต่พยายามนอนให้ได้ประมาณ 8-10 ชั่วโมงต่อกัน

7. แนะนำให้หาโอกาสผ่อนคลายความเครียด เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง ปลูกต้นไม้ เล่นเกม ทำสมาธิ ทำการฝีมือ รวมไปถึงการไปท่องเที่ยวตามสถานที่ต่างๆ ที่มีอากาศปลอดโปร่ง ไม่แออัด

8. อธิบายถึงการมีเพศสัมพันธ์ โดยหลีกเลี่ยงท่าที่อาจกระทบกระเทือนแผลผ่าตัด ถ้าเป็นการผ่าตัดลำไส้ตรงออกทั้งหมดและเปิดรูระบายอุจจาระทางหน้าท้อง อาจมีผลต่อสมรรถภาพทางเพศในผู้ชาย สำหรับผู้หญิงอาจมีพังพืด ซึ่งเป็นสาเหตุให้รู้สึกเจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์ได้

9. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนในระยะแรกจนถึงอาหารปกติธรรมดา เกี่ยวกับอาหารให้ละเอียดและช้าๆ รับประทานอาหารในปริมาณที่น้อยในแต่ละมื้อแต่เพิ่มจำนวนมื้อมากขึ้น กรณีผักและผลไม้ อาจส่งผลให้เกิดอาการแน่นท้องและท้องอืดได้ ควรให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ละเอียดแล้วสังเกตอาการหลีกเลี่ยงผักบางชนิดซึ่งทำให้ท้องอืด เช่น ต้นหอม หัวหอมใหญ่ ควรเพิ่มการดื่มน้ำให้มากขึ้น เพื่อป้องกันการอุดตันของลำไส้จากเส้นใยอาหาร

10. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าแพทย์ได้ตัดลำไส้ใหญ่ออกบางส่วน ลำไส้ส่วนที่อยู่ส่วนหนึ่งจะถูกแปลงออกมาเป็นทวารเทียมเปิดออกทางหน้าท้อง (stoma) หลังจากผ่าตัดเสร็จเรียบร้อยประมาณ 7-10 วัน แผลที่บริเวณ stoma ก็จะแห้งสนิท และอุจจาระจะขับออกทางทวารเทียมแทน ทวารเทียมอาจมีเลือดออกได้เล็กน้อยเมื่อสัมผัส เช่น ขณะเปลี่ยนถุงหรือทำความสะอาดรอบทวารเทียม แต่ถ้าเลือดยังคงออกอยู่ควรไปพบแพทย์ ควรหมั่นสังเกตสีของทวารเทียมว่าไม่ผิดปกติและไม่มีเลือดออกบ่อยจนเกินไป

การเปลี่ยน colostomy bag ต้องทำความสะอาดผิวหนังโดยรอบและเปลี่ยนถุงอย่างสม่ำเสมอ ถุงดังกล่าวเป็นระบบปิด ป้องกันการไหลซึมของอากาศ ของเหลวต่างๆ และป้องกันกลิ่น อันไม่พึงประสงค์ของอุจจาระ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด colostomy เมื่อสวมเสื้อผ้าปิดคลุม colostomy bag ไว้ก็สามารถเดินทางได้ตามปกติ โดยไม่เป็นที่น่ารังเกียจแต่อย่างใด

การทำมาความสะอาดและการดูแลรักษาผิวหนังรอบรูเปิดทวารเทียม มีขั้นตอนดังนี้

- ล้างช่องเปิดทวารเทียมด้วยน้ำสะอาด
- ใช้กระดาษชำระที่อ่อนนุ่มหรือผ้านุ่มๆ เช็ดผิวหนังรอบช่องเปิดทวารเทียม
- ในผู้ป่วยที่ใช้ skin barrier paste จะมี paste เหนียวติดอยู่บริเวณผิวหนังรอบช่องเปิดให้เช็ดคราบ

พลาสติกหรือ skin barrier paste ที่ติดค้างบริเวณผิวหนังด้วยน้ำอุ่นออกให้หมด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดคราบแข็งติดผิวหนังจะเป็นสาเหตุให้ผิวหนังแตกเป็นแผล

- เช็ดช่องเปิดและผิวหนังรอบช่องเปิดให้แห้ง
- ปิดถุงรองรับอุจจาระใบใหม่

11. แนะนำให้ความรู้เรื่องแผนการรักษาต่อไป และความรู้เกี่ยวกับยาเคมีบำบัดและการฉายแสง อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพเพื่อเตรียมตัวรักษาต่อไป

12. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าการรักษาต่อไป แพทย์จะต้องดูแลขึ้นเนื่อก่อนว่าจะรักษาแบบไหน ไม่ต้องกลัวเพราะแพทย์จะเลือกวิธีที่ดีที่สุดให้ผู้ป่วย หน้าที่ผู้ป่วยคือจะต้องดูแลตนเองให้พร้อมเพื่อรับการรักษาคต่อไป

13. แนะนำให้สังเกตอาการผิดปกติต่างๆ เช่น แผลอักเสบ บวม แดง มีไข้สูง ให้รีบมาพบแพทย์ก่อน

14. ย้ำให้ผู้ป่วยมาตัดไหมในวันที่ 23 สิงหาคม 2554 และมาพบแพทย์เพื่อประเมินการให้ยาเคมีบำบัด ในวันที่ 24 สิงหาคม 2554

**ประเมินผล** ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น พุดคุยซักถามกับผู้ป่วยซึ่งโรคเดียวกัน ได้มากขึ้น หลังให้คำแนะนำ ผู้ป่วยเข้าใจสามารถตอบคำถามในเรื่องการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมได้อย่างถูกต้อง และถึงความจำเป็นของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและการฉายแสง, แนวทางการรักษาสำหรับตนเองและอาการข้างเคียงภายหลังได้ยาเคมีบำบัดหรือการฉายแสง ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป

ในระหว่างที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล ผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาลดังต่อไปนี้

**ปัญหาที่ 1** ไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมเมื่อทราบว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

**ปัญหาที่ 2** มีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดรักษา  
มะเร็งลำไส้ใหญ่

**ปัญหาที่ 3** ปวดแผลผ่าตัด

**ปัญหาที่ 4** เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะความเข้มข้นของเลือดต่ำเนื่องจากการเสียเลือดภายหลัง  
การผ่าตัด

**ปัญหาที่ 5** มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในร่างกาย เนื่องจากมีแผลผ่าตัดบริเวณช่องท้องและมีท่อระบาย  
ต่างๆ

**ปัญหาที่ 6** มีโอกาสเกิดความไม่สมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการงดน้ำ  
งดอาหารทั้งก่อนและหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่

**ปัญหาที่ 7** ท้องอืดภายหลังได้รับการผ่าตัดบริเวณช่องท้อง

**ปัญหาที่ 8** มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า เนื่องจากสูญเสียภาพลักษณ์จากการมีช่องเปิดลำไส้ทาง  
หน้าท้อง (colostomy)

**ปัญหาที่ 9** ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อ  
กลับไปอยู่บ้านและแผนการรักษาหลังผ่าตัด

**ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขให้หมดไปคือปัญหาที่ 1-9**

**สรุปสถานะผู้ป่วยก่อนพ้นความดูแล**

ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นแจ่มใสดี มีแผลผ่าตัดที่หน้าท้องปิดก๊อชไว้ หลัง off staple แผลผ่าตัดไม่มี  
discharge ซึม ผิวหนังบริเวณรอบๆ แผลไม่มีอักเสบบวมแดง มีถุง colostomy บริเวณหน้าท้องด้านซ้าย บริเวณ  
ทวารเทียม (stoma) สีแดงดีไม่มีลักษณะบวม สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 80  
ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 122/63 มิลลิเมตรปรอท

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีความมั่นใจที่จะดูแลความสะอาดและเปลี่ยนถุง colostomy อย่างถูกต้องเมื่อ  
กลับไปอยู่บ้าน โดยมีภรรยาให้ความช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล มีความสุขและมี  
คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยจากความดูแล

### ข้อเสนอแนะสำหรับกรณีศึกษารายนี้

1. เน้นเรื่องดูแล colostomy การทำความสะอาด การเปลี่ยนถุงอุจจาระ โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำความสะอาด colostomy ทีละขั้นตอน
2. เน้นการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน เช่น การควบคุม การขับถ่ายและกลิ่น โดยการเลือกรับประทานอาหารที่ไม่ทำให้เกิดก๊าซ อาหารที่ไม่ทำให้ลำไส้บีบตัวมากเพราะจะทำให้ท้องเสียการฝึกการขับถ่ายให้เป็นเวลา การออกกำลังกายที่เหมาะสม การสังเกตอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับ colostomy เพื่อผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขตามสภาพ
3. การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรพบแพทย์ก่อนวันนัด ได้แก่ มีไข้สูง แผลอักเสบ บวม แดง มีเลือดหรือน้ำเหลืองซึมออกจากแผลผ่าตัด ท้องอืดมาก เป็นต้น
4. การออกกำลังกาย ซึ่งไม่มีข้อจำกัด แต่ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยสามารถทำได้เท่าใด และให้พักถ้ารู้สึกเริ่มเหนื่อย การเดินออกกำลังกายเป็นวิธีที่ดีที่สุดหลังการผ่าตัด โดยเริ่มต้นจากที่ราบก่อน ทำทุกวัน วันละ 1-2 ครั้ง และค่อยๆ เพิ่มระยะทางให้มากขึ้น สามารถทำกิจกรรมเบาๆ ได้ แต่ควรหลีกเลี่ยงการทำงานหนักในระยะ 4-6 สัปดาห์ หลังผ่าตัด ถ้ารู้สึกเหนื่อย เวียนศีรษะเหมือนจะเป็นลม ให้หยุดและพักทันที
5. การให้ความรู้เกี่ยวกับยาเคมีบำบัดและการฉายรังสี ย้ำผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพเพื่อเตรียมตัวรักษาต่อไป

## บทที่ 6 สรุป

### ปัญหาอุปสรรคและแนวทางในการแก้ไขปัญหา

โดยทั่วไปผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมักเกิดปัญหาต่างๆ ทั้งก่อนและหลังผ่าตัดดังนี้<sup>22, 23, 26, 27</sup>

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางแก้ไขปัญหา
1. ไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม	- ให้ข้อมูลซ้ำด้วยถ้อยคำที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจในโรคและเรื่องแผนการรักษาของตนเอง เพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจ
2. เกิดภาวะความเข้มข้นของเลือดต่ำ	- ติดตามการถ่ายอุจจาระเป็นเลือด - ติดตามผลความเข้มข้นของเลือดทางห้องปฏิบัติการ และถ้าต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ อาจต้องให้เลือดทดแทน
3. ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดอย่างเหมาะสม	- แนะนำเรื่องการดูแลแผลผ่าตัด เมื่อแผลหายดีแล้วสามารถอาบน้ำโดยใช้สบู่ลูบเบาๆ บริเวณแผล และใช้ผ้าเช็ดตัวนุ่มๆ ซับเบาให้แห้ง - การออกกำลังกาย ด้วยการเดินเป็นวิธีที่ดีที่สุดหลังการผ่าตัด - ควรหลีกเลี่ยงการทำงานหนักในระยะ 4-6 สัปดาห์ แรกหลังผ่าตัด - หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ในท่าที่อาจกระทบกระเทือนแผลผ่าตัด - แนะนำให้เคี้ยวอาหารให้ละเอียดและช้าๆ รับประทานในปริมาณที่น้อยในแต่ละมื้อแต่เพิ่มจำนวนมื้อมากขึ้น กรณีผักและผลไม้ อาจส่งผลให้เกิดอาการแน่นท้องและท้องอืดได้ ควรให้ผู้ป่วยรับประทานใยอาหารที่ละน้อย หลีกเลี่ยงผักที่ทำให้ท้องอืด และเพิ่มการดื่มน้ำให้มากขึ้น เพื่อป้องกันการอุดตันของลำไส้จากเส้นใยอาหาร - ทวารเทียมอาจมีเลือดออกได้เล็กน้อยเมื่อสัมผัส เช่น ขณะเปลี่ยนถุงหรือทำความสะอาดรอบทวาร

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางแก้ไขปัญหา
	<p>เทียม ควรหมั่นสังเกตสีของทวารเทียมว่าไม่ผิดปกติและไม่มีเลือดออกบ่อยจนเกินไป</p>
4. การติดเชื้อในร่างกาย	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อธิบายให้ทราบถึงอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น มีไข้ แผลมีอาการปวด บวม แดง มี discharge คล้ายหนอง เป็นต้น</li> <li>- ดูแลความสะอาดของร่างกาย และเสื้อผ้า</li> </ul>
5. ท้องอืด	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แนะนำให้รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส</li> <li>- แนะนำให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายภายหลังรับประทานอาหาร</li> <li>- สังเกตการเรอหรือการผายลมซึ่งแสดงถึงการเคลื่อนไหวของลำไส้</li> </ul>
6. ท้องผูก	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แนะนำให้ดื่มน้ำสะอาดมากๆ และรับประทานอาหารที่มีกากใย</li> </ul>
7. วิตกกังวลเรื่องแผนการรักษาหลังผ่าตัด	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อธิบายให้เห็นถึงความจำเป็นของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและการฉายแสง, แนวทางการรักษาสำหรับตนเองและอาการข้างเคียงภายหลังได้ยาเคมีบำบัดหรือการฉายแสง</li> </ul>
8. การสูญเสียภาพลักษณ์จากการมี colostomy	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กระตุ้นบุคคลในครอบครัวเพื่อให้กำลังใจและแสดงว่าไม่ได้รังเกียจผู้ป่วย</li> <li>- ส่งเสริมการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยอื่นที่มี colostomy เพื่อเป็นแบบอย่างในการปรับตัวให้กับผู้ป่วย</li> <li>- ใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม</li> <li>- สามารถสวมเสื้อผ้าปิดคลุม colostomy bag ไว้เมื่อต้องการเดินทางได้ โดยไม่เป็นที่น่ารังเกียจแต่อย่างใด</li> <li>- อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าสามารถทำงาน ออกกำลังกาย และใช้ชีวิตได้อย่างปกติ</li> </ul>

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางแก้ไขปัญหา
9. ขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลช่องเปิดทวารเทียม	-สอนการล้างและทำความสะอาดผิวหนังรอบช่องเปิดทวารเทียมด้วยน้ำสะอาด เช็ดให้แห้งด้วยกระดาษชำระที่อ่อนนุ่มหรือผ้านุ่มๆ -สอนการเปลี่ยน colostomy bag เพื่อป้องกันกลิ่นอันไม่พึงประสงค์ของอุจจาระ ซึ่งอาจใช้ skin barrier paste ทาบริเวณผิวหนังรอบช่องเปิด เพื่อป้องกันการระคายเคืองจากอุจจาระได้

ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดนั้นภายหลังการผ่าตัดระยะแรก ผู้ป่วยอาจมีภาวะแทรกซ้อนที่จะก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกายต่างๆ ได้แก่ การอักเสบติดเชื้อของแผลผ่าตัด การปวดแผลผ่าตัด ภาวะความเข้มข้นของเลือดต่ำจากการเสียเลือดจากการผ่าตัด การเสียสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์จากการงดน้ำงดอาหารทั้งก่อนและหลังผ่าตัด เป็นต้น ซึ่งปัญหาต่างๆ เหล่านี้สามารถแก้ไขให้หมดไปโดยการให้เลือด การให้สารน้ำและเกลือแร่ทดแทนทางหลอดเลือดดำ ทั้งยังมีการติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างใกล้ชิด การให้ยาปฏิชีวนะอย่างครอบคลุมและการให้ยาระงับอาการปวดตามแผนการรักษา ภาวะแทรกซ้อนต่อมาคืออาการท้องอืด การเกิดภาวะท้องผูกและได้รับการแก้ไขเมื่อผู้ป่วยเริ่มมี early ambulate การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเป็นลำดับ (step diet) ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถขับถ่ายอุจจาระทางทวารเทียมได้

นอกจากนี้ภายหลังการผ่าตัดยังพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าและสูญเสียภาพลักษณ์จากการมีช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง ดังนั้นผู้ป่วยและญาติจึงจำเป็นต้องได้รับคำแนะนำในการดูแลช่องทวารเทียมใหม่ รวมทั้งทดลองฝึกปฏิบัติในการทำความสะอาดและการเปลี่ยนถุง colostomy ใด้้อย่างถูกต้องทุกขั้นตอนทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ ภายหลังได้รับคำแนะนำและการให้ความรู้ในเรื่องต่างๆ ทั้งการปฏิบัติตัวที่จำเป็นและเหมาะสมกับโรคและการรักษาด้วยการผ่าตัดรวมทั้งการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนใด้้อย่างถูกต้องเหมาะสมและสามารถปรับตัวในการดำรงชีวิตอย่างมีความสุขต่อไป

พยาบาลมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายที่เกิดจากการรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองและมีวิถีชีวิตต่อไปใด้อย่างอิสระ ไม่ต้องพึ่งพิงและเป็นภาระต่อผู้อื่น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าของชีวิต มีความรู้สึกเป็นตัวของตัวเองอย่างสมบูรณ์ การดูแลช่วยเหลือตนเองจะช่วยให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพใด้ด้วยตนเอง มีความรู้ความเข้าใจตามสภาพความเป็นจริง และสามารถต่อสู้กับโรคร้าย หรือความทุกข์ทรมานใด้ด้วยตนเอง จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต จะเห็นว่ากรมี colostomy เป็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อวิถีชีวิต ตลอดจนการทำงานและการมีกิจกรรมในสังคมของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวที่ ต้องเผชิญกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตและต้องรับภาระหรือให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และ



อาจมีผลกระทบต่อความมั่นคงในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่เป็นหัวหน้าครอบครัว กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียมนั้นต้องมีการร่วมมือ การมีส่วนร่วมและการประสานงานที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลผู้ป่วย รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ด้วย ผู้ป่วยที่มีทวารเทียมนั้นต้องการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยที่มีทวารเทียมได้แก่ เจตคติต่อโรค และการรักษา ความเชื่อต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการรักษา ภาวะสุขภาพ ระบบครอบครัว แหล่งสนับสนุนจากผู้ป่วยด้วยกัน ระบบบริการสุขภาพ รวมถึงควรมีการติดตามเยี่ยมบ้าน อันจะเป็นประโยชน์ต่อวิถีชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมอยู่ในสังคมในปัจจุบันนี้

## บรรณานุกรม

1. ซอลดา พันธุเสนา. การพยาบาลผู้ป่วยใหญ่ 2 (ทางศัลยศาสตร์). สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์; 2544.
2. ทศนีย์ ตั้งตรงจิตต์. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหารทางเดินน้ำดีและตับอ่อน; 2551.
3. บรรลือ เฉลยกิตติ. ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. กรุงเทพฯ : รุ่งศิลป์การพิมพ์; 2545.
4. ประทีน ไชยศรี. การเตรียมผู้ป่วยเพื่อทำผ่าตัดเปิดช่องทวารใหม่. เชียงใหม่ : ดาราวรรณการพิมพ์; 2555.
5. ปริญญา ทวีชัยการ. (2549). แนวเวชปฏิบัติสำหรับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และเรคตัม. กรุงเทพฯ ;2549.
6. Sheila SS. Nursing Diagnosis Reference Manual. 8<sup>th</sup> ed. China: Lippincott Williams&Wilkins; 2011.
7. สุพล จินดาทรัพย์. ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่ ไส้ตรงและทวารหนัก. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์; 2544.
8. ศิริพร ขัมภลจิต, สุภาพ ชีระประทีป, ชีรนุช ห้านิรัทธัย. คู่มือการวินิจฉัยการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัท บุ๊คเน็ต จำกัด; 2542.
9. อำนาจ ศรีรัตนบัลล์. โรคลำไส้ การวินิจฉัยและการรักษา. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2537.
10. คลังความรู้สู่ความเป็นเลิศ.ระบบย่อยอาหาร. [อินเทอร์เน็ต]. (เข้าถึงเมื่อ 30 ส.ค. 2558). เข้าถึงได้จาก:  
<http://www.scimath.org/socialnetwork/groups/viewbulletin/1911>.
11. จักรพันธ์ โอแสงธรรมนนท์. รู้จักเพื่อให้ห่างไกล มะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก. Better health ฉบับที่ 1. ศูนย์ทางเดินอาหาร-ตับ. [อินเทอร์เน็ต]. 2553. (เข้าถึงเมื่อ 7 เม.ย. 2557). เข้าถึงได้จาก:  
<http://www.bumrungrad.com/th/betterhealth/2010/digestive-health/colorectal-cancer-are-you-at-risk>.
12. รู้โรคมะเร็งมะเร็งลำไส้ใหญ่. สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ฝายรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.  
[อินเทอร์เน็ต]. 2553 (เข้าถึงเมื่อ 7 เม.ย. 2557). เข้าถึงได้จาก: <http://www.chulacancer.net/index.php>.
13. บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเรื่อง caring the patients with colostomy หัวข้อที่ 4. การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทวารเทียม. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. [อินเทอร์เน็ต]. 2005 (เข้าถึงเมื่อ 7 เม.ย. 2557). เข้าถึงได้จาก: [http://www.nurse.nu.ac.th/web11/colotos/page4\\_2.html](http://www.nurse.nu.ac.th/web11/colotos/page4_2.html).
14. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10. (Internet). 1999-2012 (เข้าถึงเมื่อ 10 เม.ย. 2557). เข้าถึงได้จาก: <http://dpc10.ddc.moph.go.th/nana/doc07.html>
15. ระบบย่อยอาหาร. [อินเทอร์เน็ต]. (เข้าถึงเมื่อ 21 ส.ค. 2558). เข้าถึงได้จาก:  
<http://www.krusarawut.net/wp/?p=1324>
16. วรมินทร์ เจริญสุวรรณ. (2551). ภัยเงียบ มะเร็งลำไส้ใหญ่ผู้จัดการออนไลน์. [อินเทอร์เน็ต]. 2551 (เข้าถึงเมื่อ 9 เม.ย.2557). เข้าถึงได้จาก :  
<http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9510000098554>
17. สมาชิกอาวุโส. Paramedic Nurse. กระพู่: 225. [อินเทอร์เน็ต]. 2009 (เข้าถึงเมื่อ 7 เม.ย. 2557). เข้าถึงได้จาก:  
<http://www.100watts.com/smf/index.php?topic=26030.0>

18. วิไลวรรณ ทองเจริญ. ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ. งานบริการวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ; 2554
19. สุปรานี เสนาคิสัย, วรรณภา. การพยาบาลพื้นฐาน: แนวคิดและการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ: จุฬาทอง; 2554
20. ชนุดพร รัตนมงคล, ศิริอร สิ้นธุ, ทิพา ต่อสกุลแก้ว, เชิดศักดิ์ ไอรณนิรัตน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งชนิดปฐมภูมิของกระเพาะอาหารดับทางเดินน้ำดี ลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง. วารสารสภาการพยาบาล 2559; 31(3) 97-109
21. ประกายดาว สุทธิ, สุวิมล กิมปี, สุพร ดนัยคุณฎีกุล, เชิดศักดิ์ ไอรณนิรัตน์. ความสัมพันธ์ของประสบการณ์การมีอาการในกลุ่มอาการกับคุณภาพชีวิตและกลวิธีจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังผ่าตัด. วารสารนเรศวรพะเยา 2558; 8(2): 107-112
22. สุวิมล กิมปีสุพร, ดนัย คุณฎีกุล, กนกวรรณ บุญสังข์, วิรุณ บุญนุช. ปัจจัยทำนายระยะเวลาก่อนการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 2556 ; 31(2): 16-25
23. อรุณี หล่อนิล และคณะ. โครงการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยใช้รูปแบบ case management. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 2552; 27(2):60
24. ปานจิตร รังสีวงศ์. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ออกทางหน้าท้อง. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 2552; 27(2): 59-67
25. Eric B.S, Omar H, Benjamin S.B, Jonathan E, FACS, John L.C.et.al. Patient readmission and mortality after colorectal surgery for colon cancer: Impact of length of stay relative to other clinical factors. Southern Surgical Association article. Journal of the American College of Surgeons 2012; 214(4): 390-8
26. Khwanhathai C, Pongsri S, Suporn D, Wiroon B. The relationship between pain, fatigue, depression and quality of recovery in patients undergoing colorectal cancer surgery. Journal of Nursing Science 2013; 31(2)

# ภาคผนวก

## ประวัติผู้จัดทำคู่มือการพยาบาล

ชื่อ- สกุล

นางอรอนงค์ ทัพสุวรรณ

วัน เดือน ปีเกิด

วันที่ 15 เมษายน พ.ศ. 2520

ประวัติการศึกษา

ระดับมัธยมศึกษา

โรงเรียนพรตพิทยพยัต พ.ศ. 2539

ระดับปริญญาตรี

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2543

ประวัติการทำงาน

พ.ศ.2543-2544 ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยพิเศษอุบัติเหตุ 2

พ.ศ.2544-2548 ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วย 84/5 ตะวันออก

พ.ศ.2548-ปัจจุบัน ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ชั้น 16