

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

เรื่อง ที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง แผนการสอนผู้ป่วยที่มีทวารใหม่

เสนอโดย

นางสาวมารยาท นามวงษ์
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
(ตำแหน่งเลขที่ รพท. 137)

ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
โรงพยาบาลหลวงพ่อกวักคี ชูตินธร โร อุติศ
สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 14 วัน (ตั้งแต่วันที่ 11 สิงหาคม พ.ศ. 2560 ถึงวันที่ 24 สิงหาคม พ.ศ. 2560)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงเป็นมะเร็งที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรทั่วโลก ถ้าวินิจฉัยได้เร็วและได้รับการรักษาที่เหมาะสมตั้งแต่ระยะแรก ผู้ป่วยจะมีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี ถึงร้อยละ 90 แต่ถ้าเป็นระยะท้ายซึ่งมีการแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น ๆ อัตราการรอดชีวิตเหลือเพียง ร้อยละ 10 ตำแหน่งมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่พบส่วนใหญ่ร้อยละ 65-70 อยู่ด้านซ้ายต่ำกว่า splenic flexure โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณ rectum และ sigmoid ที่เหลือร้อยละ 30-35 จะอยู่ด้านขวา (วิชญ์ ปานจันทร์ เสาวคนธ์ สุกร โยธิน อาคม ชัยวีระวัฒน์และวีรวุฒิ อิ่มสำราญ, 2558)

พยาธิสภาพ

มะเร็งลำไส้ใหญ่ร้อยละ 98 เป็น adenocarcinoma ซึ่งแบ่งเป็น well-differentiated, moderately และ poorly differentiated ซึ่ง poorly differentiated นั้นมีการพยากรณ์โรคไม่ดีพบได้ประมาณร้อยละ 20 และถ้ามีลักษณะของเซลล์เป็น mucinous หรือ colloid ร่วมด้วย จะมีการดำเนินโรคที่รุนแรงกว่า ซึ่งเซลล์ชนิด mucinous หรือ colloid พบได้ร้อยละ 15 (วิชญ์ ปานจันทร์ เสาวคนธ์ สุกร โยธิน อาคม ชัยวีระวัฒน์และวีรวุฒิ อิ่มสำราญ, 2558)

สาเหตุ

ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาวิจัยที่ได้ข้อสรุปชัดเจนว่าอะไรเป็นสาเหตุของมะเร็งลำไส้ใหญ่แต่พบว่า มีหลายๆปัจจัยอาจมีความสัมพันธ์หรือเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้แก่ (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2561)

1. พันธุกรรม ทั้งชนิดพันธุกรรมที่ถ่ายทอดและพันธุกรรมที่ไม่ถ่ายทอด ซึ่งทำให้เกิดการอักเสบของลำไส้ใหญ่หรือเกิดเป็นก้อนเนื้อโพลิป (Polyp) ของลำไส้ใหญ่
2. อาหาร บางการศึกษาวิจัยพบว่า การรับประทานอาหารไขมันสูงหรืออาหารที่ขาดใยอาหารทำให้มีปัจจัยเสี่ยงมะเร็งลำไส้ใหญ่มากกว่า
3. บางการศึกษาพบว่า การขาดสารอาหารบางชนิดอาจเป็นปัจจัยทำให้เกิดมะเร็งในลำไส้ใหญ่ได้สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับสารอาหารครบถ้วน
4. การรับประทานผัก ผลไม้ ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่
5. การควบคุมน้ำหนักและการออกกำลังกายที่พอเหมาะ อาจลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้
6. การดื่มสุราหรือเบียร์ อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้
7. การสูบบุหรี่ อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยมักไม่มีอาการให้เห็นในระยะแรกจนกว่าตัวเนื้องอกจะมีขนาดค่อนข้างใหญ่จึงจะมีอาการแสดง หากตรวจพบก้อนเนื้ออกในระยะเริ่มแรกหรือพบในขณะที่เป็นติ่งเนื้องอกผลการรักษาจะดีและมีโอกาสหายได้ อาการที่พบบ่อยได้แก่ อุจจาระเหลวกับอุจจาระแข็งสลับกัน บางครั้งเหมือนถ่ายไม่หมด มีเลือดปนอุจจาระ อุจจาระ

ถ้าเล็กกว่าปกติ ท้องอืดแน่นท้องตลอดเวลา น้ำหนักลด คลื่นไส้ อาเจียน สำหรับมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนต้น อาจตรวจพบว่ามีอาการซีดซึ่งเกิดจากการเสียเลือดปนมาในอุจจาระแต่มองไม่เห็นได้ด้วยตาเปล่า อาจลำพบก้อนที่บริเวณท้องน้อยด้านขวา ผู้ป่วยมะเร็งลุกลามมากมักมาด้วยอาการของลำไส้อุดตัน ซึ่งจะมีอาการปวดท้อง ท้องอืด อาเจียน และถ่ายอุจจาระหรือผายลมลดลง

การวินิจฉัย

วิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีหลายวิธีด้วยกันคือ (จุฬารพร ประสงค์, 2558)

1. การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทุก 5 ถึง 10 ปี
2. ตรวจอุจจาระหาภาวะเลือดออกที่มองไม่เห็นด้วยตาเปล่าทุกปี
3. การตรวจสวนแป้งลำไส้ใหญ่ทุก 5 ปี
4. การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT colonography) ทุก 5 ปี

การวินิจฉัยเมื่อแพทย์ทราบอาการของผู้ป่วยและสงสัยว่าจะเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

1. ชักประวัติครอบครัว ประวัติส่วนตัว
2. ตรวจร่างกายทั่วไปและตรวจพิเศษเพิ่มเติม ดังนี้

2.1 ใช้นิ้วมือตรวจทางทวารหนัก (Per Rectum) จะช่วยบอกลักษณะ ขนาดและการลามออกนอกผนังของมะเร็งใน Rectum ได้ดี

2.2 ตรวจหาเลือดในอุจจาระ (Fecal Occult Blood Test)

2.3 การส่องกล้อง มีการส่องกล้อง Sigmoidoscopy คือ ส่องดูแค่ลำไส้ใหญ่ส่วนปลายและ Colonoscopy ส่องดูลำไส้ใหญ่ทั้งหมด

2.4 การสวน barium enema โดยการสวนสารทึบรังสีเข้าในลำไส้ใหญ่แล้ว X-ray ดูลำไส้ใหญ่

2.5 การตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ (biopsy) อาจจะตัดชิ้นเนื้อขณะส่องกล้อง หรือตรวจหลังจากทราบผล X-ray

การแบ่งระยะโรค (TNM)

Stage 0 (T_{is}, N_0, M_0)	มะเร็งอยู่เฉพาะผิวของลำไส้	ไม่แพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง	ไม่แพร่กระจายไปอวัยวะอื่น
Stage 1 (T_{1-2}, N_0, M_0)	มะเร็งอยู่เฉพาะผนังลำไส้ยังไม่แพร่ออกนอกลำไส้	ไม่แพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง	ไม่แพร่กระจายไปอวัยวะอื่น
Stage 2 (T_{3-4}, N_0, M_0)	มะเร็งแพร่ออกนอกลำไส้	ไม่แพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง	ไม่แพร่กระจายไปอวัยวะอื่น
Stage 3 (T_{1-4}, N_1, M_0)	มะเร็งอยู่เฉพาะผนัง	มะเร็งแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง	ไม่แพร่กระจายไปอวัยวะอื่น
Stage 4 ($anyT, anyN, M_{1-4}$)	มะเร็งอยู่เฉพาะผนังลำไส้ถึงออกนอกลำไส้	มะเร็งแพร่/ไม่แพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง	มะเร็งแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น

ที่มา: (จุฬารพร ประสงค์, 2558)

การรักษา

วิธีการรักษาขึ้นอยู่กับระยะของโรคและสภาวะร่างกายของผู้ป่วย โดยทั่วไปแล้วการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มี 3 วิธีคือ (จุฬาพร ประสงค์, 2558)

1. การผ่าตัด มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นโรคที่รักษาได้และผลการรักษาค่อนข้างดี ถ้าพบในระยะเริ่มแรกอัตราการมีชีวิตรอดที่ 5 ปีจะมากกว่าร้อยละ 90 การผ่าตัดเป็นการรักษาหลักของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ชนิดของการผ่าตัดขึ้นอยู่กับตำแหน่งของก้อนเนื้อออก ดังนี้

1.1 การผ่าตัดลำไส้ด้านขวาออก (Right hemicolectomy) เนื้องอกอยู่ในตำแหน่งลำไส้ใหญ่ส่วนต้น (caecum), ส่วนขึ้น (Ascending colon)

1.2 การผ่าตัดลำไส้ส่วนขวางออก (Transverse colectomy) เนื้องอกอยู่ในตำแหน่งลำไส้ใหญ่ส่วนขวาง (Transverse colon)

1.3 การผ่าตัดลำไส้ด้านซ้ายออก (Left hemicolectomy) เนื้องอกอยู่ในตำแหน่งลำไส้ใหญ่ส่วนลง (Descending colon), ส่วนคด (Sigmoid colon)

1.4 การผ่าตัด Low anterior resection เนื้องอกอยู่ในตำแหน่งลำไส้ใหญ่ส่วนลำไส้ตรง (Rectum) ถ้าอยู่ประมาณ 1/3 ของลำไส้ตรง สามารถตัดเนื้องอกออกได้

2. เคมีบำบัด เป็นการรักษาผู้ป่วยมะเร็งด้วยการให้ยาหรือสารที่จะไปทำลายเซลล์มะเร็งที่อาจหลงเหลืออยู่หลังจากที่ได้ผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกไปแล้ว ผลข้างเคียงที่พบบ่อยได้แก่ คลื่นไส้ ท้องร่วง ปากเปื่อย ผื่นตามผิวหนัง ผมร่วง กัดกร่อนของไขกระดูก การทำงานของตับผิดปกติ เคนเซ อารมณ์ขุ่นมัว

3. รังสีรักษา เป็นการฉายรังสีเพื่อไปทำลายเซลล์มะเร็ง ซึ่งวิธีนี้จะใช้ควบคู่ไปกับการผ่าตัด ในบางแห่งใช้รังสีรักษาก่อนผ่าตัดแต่ส่วนใหญ่แล้วนิยมใช้รังสีหลังผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว

การพยาบาล

บทบาทพยาบาล เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล การให้ข้อมูลการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด จนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน (จุฬาพร ประสงค์, 2558)

1. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (Pre-operating care)

1.1 หลังผ่าตัดผู้ป่วยอาจมีสายระบายต่าง ๆ ออกจากร่างกาย เช่น สายสวนปัสสาวะ สายให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ สายให้ยาแก้ปวดทางด้านหลัง เป็นต้น

1.2 ได้รับการตรวจวัดสัญญาณชีพเป็นระยะ

1.3 ประเมินความปวดโดยใช้ Pain Rating Scale การให้ยาแก้ปวดมีหลายวิธี เช่น การให้ยาแก้ปวดทาง Epidural catheter หรืออาจเป็นแบบที่ให้ผู้ป่วยกดขานแก้ปวดเพิ่มได้ เมื่อมีอาการปวดมากขึ้น (Patient-Controlled Analgesic: PCA)

1.4 การบริหารขา (Leg Exercise) เมื่อเริ่มรู้สึกตัว ให้ขยับร่างกายทันที โดยเริ่มจากการบริหารขา เพื่อให้เลือดไหลเวียนดีขึ้น โดยปฏิบัติดังนี้ หมุนข้อเท้าวนด้านซ้าย วนด้านขวา สลับกัน กระดกข้อเท้าขึ้น-ลง และเกร็งขายืดขาให้ตรง ควรปฏิบัติ 4-5 ครั้งทุกครั้งชั่วโมงและในขณะที่ตื่น

1.5 การบริหารการหายใจและการไอ (Deep Breathing and Cough Exercise) เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนทางปอด ใช้เครื่อง In spirometer (Triflo) ช่วยในการบริหารการหายใจโดยใช้ริมฝีปากอมบริเวณปลายสายให้แน่นและหายใจเข้าทางปาก ให้ลูกบอลใน In spirometer ลอยขึ้นและหายใจออกทางจมูก ควรปฏิบัติ 10 ครั้งทุก 1 ชั่วโมง หรือมากกว่า การไอให้ใช้หมอนรองบริเวณแผลผ่าตัดไว้ เพื่อลดอาการตึงแผล

2. การพยาบาลหลังการผ่าตัด (Post-Operative Care)

2.1 ควบคุมอาการปวด (Pain Control) ประเมินอาการปวดทุก 1 ชั่วโมงใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด หลังจากนั้นประเมินทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 72 ชั่วโมง และประเมินอาการปวดหลังการได้รับยาแก้ปวดเพิ่มทุกครั้งต้องควบคุมอาการปวดให้อยู่ที่ระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ถ้าสามารถควบคุมการปวดได้ดี ผู้ป่วยจะเคลื่อนไหวได้เร็ว

2.2 ดูแลอาการคลื่นไส้ อาเจียน (Nausea Vomiting) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้บ่อยใน 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด พยาบาลต้องประเมินและให้ยาเพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเริ่มรับประทานอาหารได้เร็วขึ้น ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขอาจเกิดภาวะแน่นท้อง ท้องอืด การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง

2.3 การเคลื่อนไหว (Mobilization) เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยต้องเข้าใจว่าการเคลื่อนไหวนั้นจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หลังการผ่าตัดได้ ไม่ได้ทำให้แผลแยก การที่ผู้ป่วยจะเคลื่อนไหวได้ดี ต้องมีการควบคุมเรื่องการปวดได้อย่างเพียงพอ และไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน วันแรกของการผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัวพยาบาลต้องกระตุ้นการบริหารช่วยเหลือให้ผู้ป่วยลุกนั่ง เพื่อส่งเสริมการทำงานของปอด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของปอดที่อาจเกิดขึ้นได้ ให้เดินอย่างน้อย 3 ครั้งต่อวัน กระตุ้นลุกนั่งขณะรับประทานอาหาร ลุกออกจากเตียงอย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อวัน

2.4 การบริหารการหายใจ และการไอ (Deep Breathing and Cough Exercise) พยาบาลทบทวนข้อมูลที่ให้ก่อนผ่าตัด และกระตุ้นให้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ควรปฏิบัติ 10 ครั้งทุกหนึ่งชั่วโมง

2.5 การรับประทานอาหาร (Step Diet) พยาบาลทำหน้าที่ให้ผู้ป่วยได้รับอาหาร บันทึกปริมาณอาหารในแต่ละมื้อที่ผู้ป่วยได้รับ เริ่มจากจิบน้ำ อาหารเหลว อาหารอ่อน และอาหารธรรมดาตามลำดับซ้ตามการทำงานของระบบทางเดินอาหาร การผายลม ประเมินอาการปวดแน่นท้อง

2.6 การให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดแผลมาก มีไข้ และติดต่อกลับเมื่อพบว่ามีอาการผิดปกติ

เภสัชวิทยา (ปราณี ทูไพบระ, 2559)

1. Morphine เป็นยาระงับปวดชนิดเสพติด ใช้เพื่อบรรเทาอาการปวดระดับกลางถึงรุนแรง อาการข้างเคียงของยา คือ กอดการหายใจ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก บทบาทพยาบาล คือ ต้องประเมิน Pain score ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ หลังให้ยาและประเมินอาการข้างเคียงของยา การให้ยาทางเส้นเลือดจำเป็นต้องผสม Morphine sulfate (10 mg/ml) จำนวน 1 ml ผสมกับ SWFI 9 ml กรณี ใช้เครื่องให้สารน้ำ Morphine sulfate เพื่อจะให้ ได้ความเข้มข้น 0.1-1 mg/mL ผสมกับ D5W, NSS

2. Ceftriaxone เป็นยาในกลุ่ม Cephalosporins รักษาการติดเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือด ผลข้างเคียงคือ ปวดศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว เบื่ออาหาร อาการแพ้ยา เช่น ผื่นขึ้น มีไข้ การให้การพยาบาล ได้แก่ สังเกตและประเมินการแพ้ยา ระวังในผู้ป่วยโรคตับ และติดตามค่าอิเล็กโทรไลต์ วิธีการผสมยา สารน้ำที่เหมาะสมได้แก่

SWFI, D5W, NSS ใช้สารน้ำละลาย 5 - 10 ml/1 vial ภายหลังการละลายผงยาแล้วนำสารละลายไปเจือจางต่อในสารน้ำที่เข้ากันได้ ในปริมาตร 100 ml โดยอาจเลือกใช้ D5W หรือ NSS

3. Transamine เป็นยาป้องกันภาวะเลือดออกผิดปกติ อาการข้างเคียง คือ เกิดลมเลือดอุดตันในหลอดเลือด มองเห็นสีผิดปกติ ความดันโลหิตต่ำ บอบบาทพยาบาล ได้แก่ ประเมินสัญญาณชีพ สังเกตอาการข้างเคียงของยา คือ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

4.1 สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

ปัจจุบันมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงเป็นมะเร็งที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรทั่วโลก ถ้าวินิจฉัยได้เร็วและได้รับการรักษาที่เหมาะสมตั้งแต่ระยะแรกผู้ป่วยจะมีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี ถึงร้อยละ 90 แต่ถ้าเป็นระยะท้ายซึ่งมีการแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น ๆ อัตราการรอดชีวิตเหลือเพียงร้อยละ 10 จากสถิติผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมใน 3 ปี ที่ผ่านมา (ปี 2559-2561) มีจำนวน 759, 1241 และ 1,973 ตามลำดับ พบเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงจำนวน 99 คน ซึ่งถือเป็นร้อยละ 3.95, 2.01 และ 2.23 ตามลำดับ (สถิติเวชระเบียนผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรม, 2558 - 2561) จากสถิติจะเห็นว่าผู้มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง แนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทอย่างมากในการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด ลดจำนวนวันนอนในการอยู่โรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายรวมทั้งเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับพยาธิสภาพการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงจากตำราวิชาการต่างๆ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

2. เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทย อายุ 62 ปี มาโรงพยาบาลด้วย 1 เดือนก่อน มีประวัติถ่ายเป็นเลือดสดตามหลังการถ่ายอุจจาระ อุจจาระเป็นสีเหลืองร่วมกับมีอาการปวดท้องด้านซ้ายล่าง น้ำหนักปกติ วินิจฉัยว่าเป็นริดสีดวงทวารหนัก (Internal hemorrhoid) เมื่ออาการดีขึ้นแพทย์แนะนำให้มาส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่า 50% Circumferential mass at 15 cm. from AV และผลชิ้นเนื้อพบเป็น Adenocarcinoma แพทย์วินิจฉัยเป็น CA rectosigmoid colon แพทย์จึงนัดมานอนโรงพยาบาลเพื่อทำการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ด้านซ้ายและลำไส้ตรงส่วนต้น (Anterior Resection) ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวที่หอผู้ป่วยพิเศษ วันที่ 10 สิงหาคม 2560 เลขที่ภายนอกโรงพยาบาล 3513 / 58 เลขที่ภายในโรงพยาบาล 3546 / 60

3. ประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ประวัติที่เกี่ยวข้องกับอาการ การเจ็บป่วยปัจจุบัน รวมทั้งประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และประวัติครอบครัว

4. วินิจฉัยการพยาบาลเพื่อวางแผนในการพยาบาลตามภาวะของโรค และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อให้การพยาบาลที่ถูกต้อง

5. ปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาล ให้การรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินผลการพยาบาล และวางแผนการพยาบาลต่อเมื่อปัญหาไม่สิ้นสุด จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน พร้อมทั้งให้คำแนะนำปรึกษา ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

6. สรุปกรณีศึกษาเฉพาะราย จัดทำเป็นเอกสารทางวิชาการนำเสนอตามลำดับ

5. ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมด ร้อยละ 100 ดังนี้

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 62 ปี สถานภาพสมรส คู่ นับถือศาสนาพุทธ การศึกษาจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ภูมิลำเนาอยู่กรุงเทพมหานคร สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 10 สิงหาคม 2560 HN 3513 / 58 AN 3546 / 60 มาโรงพยาบาลเนื่องจากแพทย์นัดมาผ่าตัดผู้ป่วยให้ประวัติ 1 เดือนก่อน มาโรงพยาบาลถ่ายเป็นเลือดสดตามหลังการถ่ายอุจจาระ อุจจาระเป็นสีเหลืองร่วมกับมีอาการปวดท้อง ด้านซ้ายล่าง น้ำหนักปกติ แพทย์วินิจฉัยโรคไส้ติ่งทวารหนัก (Internal hemorrhoid) เมื่ออาการดีขึ้นแพทย์แนะนำให้มาส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบ 50% Circumferential mass at 15 cm. from AV ผลชิ้นเนื้อพบเป็น Adenocarcinoma แพทย์วินิจฉัยเป็น CA rectosigmoid colon จึงนัดมานอนโรงพยาบาลเพื่อทำผ่าตัดลำไส้ใหญ่ด้านซ้าย และลำไส้ตรงส่วนต้น (Anterior Resection) ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวที่หอผู้ป่วยพิเศษ วันที่ 10 สิงหาคม 2560 เวลา 10.30 นาฬิกา ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหาร ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในอดีต แรกเริ่มผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นหัวใจ 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 117/62 มิลลิเมตรปรอท แพทย์มีคำสั่งการรักษาให้เตรียมลำไส้ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยให้รับประทาน PEG 4 ของผสมน้ำ 2 ลิตร ตั้งแต่ 17.00 - 20.00 นาฬิกา และสวนล้างลำไส้ด้วยน้ำเกลือ 1,000 มิลลิลิตร ก่อนนอน และเช้าวันผ่าตัด และให้ผู้ป่วยงดน้ำงดอาหารทางปากทุกชนิดหลังเที่ยงคืน ในวันที่ 10 สิงหาคม 2560 ให้สารน้ำ ชนิด 0.9% NaCl 1,000 มิลลิลิตร เข้าทางหลอดเลือดดำ ในอัตราการไหล 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

วันที่ 11 สิงหาคม 2560 ผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเวลา 09.00 นาฬิกา แพทย์ผ่าตัดเปิดหน้าท้อง โดยตัดลำไส้ใหญ่ ด้านซ้าย ลำไส้ตรงส่วนต้นและส่วนกลางออก (Low Anterior Resection) ขณะผ่าตัดไม่มีภาวะแทรกซ้อน เสียเลือด ประมาณ 200 มิลลิลิตร ใช้เวลาผ่าตัด 4 ชั่วโมง 29 นาที และส่งผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม เวลา 17.30 นาฬิกา แรกเริ่มผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามคำสั่งได้ ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน หายใจเองได้ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นหัวใจ 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 121/82 มิลลิเมตรปรอทแผลผ่าตัดหน้าท้องปิดด้วยผ้าก๊อชและพลาสติกชนิดเหนียว ไม่มีเลือดซึม ด้านซ้ายของแผลมี สายระบายน้ำเหลือง (Tube drain) ต่อลงถุง urine bag มีสารคัดหลั่งสีแดงจางคาสาย ได้รับสารน้ำชนิด 0.9% NaCl 1,000 มิลลิลิตร เข้าทางหลอดเลือดดำ ในอัตราการไหล 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และ 5% dNSS 2,000 มิลลิลิตร ในอัตราการไหล 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ยา ปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 กรัม และ Omeprazole 40 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำวันละครั้ง Metronidazole 500 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง เพื่อป้องกันแผลติดเชื้อและให้งดน้ำงดอาหารทางปากทุกชนิด คาสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะเป็นสีน้ำตาลอ่อนประมาณ 100 มิลลิลิตร pain score เท่ากับ 7 คะแนน จากการประเมินพบ ปัญหาที่ 1

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อคจากการเสียเลือดหลังผ่าตัด ผู้ป่วยเสียเลือดขณะผ่าตัด 200 มิลลิลิตรและปีศาจจะมีก้อนเลือดปน ให้การพยาบาล โดยให้สารน้ำ ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ให้ยา Transamine 500 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง แพทย์ให้เปลี่ยนสายสวนปีศาจเป็นเบอร์ 24 และล้างกระเพาะปีศาจแบบต่อเนื่องด้วย อัตราการไหล 200 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง พร้อมสังเกตก้อนเลือดที่ออกมา ติดตามฮีมาโตคริตทุก 6 ชั่วโมง สังเกตเลือดที่ซึมออกจากแผลผ่าตัด ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด ให้การพยาบาล โดยประเมินอาการปวด โดยใช้ pain score ให้ Morphine 3 มิลลิกรัม เมื่อปวดฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำพร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่นระดับความรู้สึกตัว กดการหายใจ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยประคองแผลในขณะที่ ไอ จามหรือพลิกตะแคง สอนหายใจแบบ Deep breathing exercise โดยการหายใจเข้าทางจมูกกลั้นลมหายใจไว้ 2-3 วินาที และผ่อนลมหายใจออกช้า ๆ ทางปาก ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะเสียสมดุลของน้ำและเกลือแร่ ให้การพยาบาล โดยผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา ติดตามค่าเกลือแร่ในร่างกายบันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกประเมินอาการขาดสารน้ำและเกลือแร่ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียนศีรษะ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ซึ่พบเด่นชัดว่า ประเมินสัญญาณชีพ หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยรู้สึกตัวอ่อนเพลียเล็กน้อยแผลผ่าตัดหน้าท้องไม่มีเลือดซึม ปีศาจสีแดงใสไม่มีก้อนเลือด drain มีสารคัดหลั่งสีแดงจางจากสาย สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 121/82 - 126/73 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นหัวใจ 80-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ได้รับยาแก้ปวด Morphine 3 มิลลิกรัม 2 ครั้ง เวลา 20.00 และ 22.30 นาฬิกา ยังคงปวดมาก จึงให้ยาแก้ปวด Dynastat 40 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ หลังได้รับยา pain score ลดลงเหลือ 2 คะแนน นอนหลับได้ ไม่มีผื่นคัน ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ระดับเกลือแร่ในร่างกายปกติ จำนวนสารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับใน 24 ชั่วโมง เท่ากับ 3,600 มิลลิลิตร จำนวนปีศาจที่ออก 3,000 มิลลิลิตร

12 สิงหาคม 2560 หลังผ่าตัดวันที่ 1 ผู้ป่วยยังอ่อนเพลียช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ไม่ผายลม ไม่ถ่าย แผลผ่าตัดหน้าท้องไม่มีสารคัดหลั่งซึม drain สีแดงจางประมาณ 10 มิลลิลิตร สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นหัวใจ 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/76 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ให้ลดจำนวนหยดของสารน้ำ 0.9% NaCl 1,000 มิลลิลิตร ลงเหลือ 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง 5% DNSS2 ยังคงให้อัตราการไหลเท่าเดิม งดน้ำงดอาหารทางปากทุกชนิด pain score เท่ากับ 5 คะแนน ผู้ป่วยยังคงมีอาการปีศาจต่อเนื่อง สปีศาจเหลืองใส แพทย์มีคำสั่งยกเลิกการล้างกระเพาะปีศาจต่อเนื่อง ปัญหาที่ 1 ไม่พบเลือดออกบริเวณแผล drain หรือปนออกมากับปีศาจ ปัญหาที่ 1 หหมดไป ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยยังคงขอรับยาแก้ปวด ให้การพยาบาลเพิ่มเติม โดยจัดท่านอนแบบ Fowler's position เพื่อให้หน้าท้องหย่อนบรรเทาอาการปวดจากการดึงของแผล แนะนำการลุกจากเตียงอย่างถูกวิธี โดยตะแคงตัวแล้วใช้มือดันที่นอนเปลี่ยน เป็นท่านั่งจะช่วยลดภาระของหน้าท้อง ปัญหาที่ 3 ให้การพยาบาลเพิ่มเติมโดยสังเกตอาการคลื่นไส้ อาเจียน และติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยอาจมีภาวะกล้ามเนื้อทำงานล่าช้าเนื่องจากเคลื่อนไหวกายได้น้อย อธิบายให้ผู้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการเคลื่อนไหวกาย ใจหัดเตียงสูงช่วงกลางวัน กระตุ้นให้ดูด Triflo และ breathing exercise ให้ผู้ป่วยลุกนั่งและทำกิจวัตรประจำวัน หลังให้การพยาบาล pain score เท่ากับ 2 คะแนน อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที พอลุกนั่งช่วยเหลือตัวเองบนเตียงได้ ไม่มีคลื่นคลื่นไส้ อาเจียน

13 สิงหาคม 2560 หลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้เล็กน้อย ไม่มีอาการท้องอืด ไม่มี

คลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะสีเหลืองใส pain score เท่ากับ 6 คะแนน สัญญาณชีพ อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นหัวใจ 76 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 118/78 มิลลิเมตรปรอท จากการประเมินพบปัญหาที่ 2 ยังคงอยู่ ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยเริ่มจิบน้ำได้ และเปลี่ยนสารน้ำจาก 0.9% NaCl กับ 5%D/NSS/2 เป็น B-fluid 1,000 มิลลิตรผสม Bco 2 มิลลิตร เข้าทางหลอดเลือดดำ ในอัตราการไหล 80 มิลลิตรต่อชั่วโมง ปัญหาที่ 4 ให้การพยาบาลเพิ่มเติมโดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกนั่งและทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง หลังให้การพยาบาล pain score เท่ากับ 3 คะแนน ผู้ป่วยไม่เกิดอาการข้างเคียงที่เกิดจากการแพ้ยา อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เริ่มมีท้องอืดเล็กน้อย ผายลมได้ แต่ยังไม่ถ่ายอุจจาระ ปัญหาที่ 2, 3 และ 4 ยังต้องติดตามต่อเนื่อง พบปัญหาเพิ่ม ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ให้คำแนะนำระวังไม่ให้ น้ำถูกแผล และระวังไม่ให้สาย drain เลื่อนหลุด ทำแผลโดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ และสังเกตอาการปวด บวม แดง บริเวณแผลผ่าตัด ประเมินผล หลังให้การพยาบาลแผลไม่ บวมแดง ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36.3 องศาเซลเซียส

14 สิงหาคม 2560 หลังผ่าตัดวันที่ 3 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มีอาการอึดอัดแน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ไม่ถ่าย ไม่มีผายลม สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นหัวใจ 86 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 125/81 มิลลิเมตรปรอท pain score เท่ากับ 3 คะแนน จากการประเมินปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยยังได้รับยาแก้ปวดทางหลอดเลือดดำ กระตุ้นให้หายใจอย่างถูกวิธี ปัญหาที่ 3 เปลี่ยนสารน้ำ เป็น 5%D/NSS/2 1,000 มิลลิตร เข้าทางหลอดเลือดดำ ในอัตราการไหล 100 มิลลิตรต่อชั่วโมง ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายน้อย จึงกระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกนั่งข้างเตียงรวมทั้งปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองอย่างถูกวิธี ปัญหาที่ 5 ทำแผลโดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อแผลผ่าตัด สังเกตอาการปวด บวม แดง บริเวณแผลผ่าตัด ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินผู้ป่วยหลังให้การพยาบาล pain score เท่ากับ 1-2 คะแนน ปัสสาวะออก 1,200 มิลลิตร ใน 24 ชั่วโมง แผลผ่าตัดมีบวมแดงเล็กน้อย ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส drain ออก 150 มิลลิตร เป็นสีเหลืองใส ปัญหาที่ 2, 3, 4 และ 5 ยังคงอยู่ ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากแน่นท้อง ให้การพยาบาล โดยใส่สายยางเข้ากระเพาะอาหารทางจมูก (NG tube) ต่อเครื่องดูด งดน้ำงดอาหารเข้าทางปากทุกชนิด หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยลุกนั่งบนเตียงได้ครึ่งชั่วโมง ยังมีอาการท้องอืดอยู่ มี gastric content 100 มิลลิตร เป็นสีเขียว ยังไม่ผายลม

15 สิงหาคม 2560 หลังผ่าตัดวันที่ 4 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองบนเตียงได้ ไม่ปวดท้อง ผายลมได้ ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน แผลผ่าตัดแห้งดี ผลอิเล็กโตรไลต์ในร่างกายพบว่า โพแทสเซียม 2.9 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 3.5-5.1 มิลลิโมลต่อลิตร) pain score เท่ากับ 3 คะแนน สัญญาณชีพ อัตราการเต้นหัวใจ 72 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/83 มิลลิเมตรปรอท จากการประเมินปัญหา ปัญหาที่ 2 หหมดไป ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยเริ่มมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ แพทย์ให้ปรับสารน้ำเป็น 0.9% NaCl 1,000 มิลลิตร ผสม KCL 40 มิลลิอิควิวาเลนต์ เข้าทางหลอดเลือดดำ ในอัตราการไหล 60 มิลลิตรต่อชั่วโมง คู่กับ 5%D/NSS/2 1,000 มิลลิตร เข้าทางหลอดเลือดดำ ในอัตราการไหล 40 มิลลิตรต่อชั่วโมง ปัญหาที่ 4 และ 6 แพทย์มีคำสั่งการรักษาให้ off NG tube เนื่องจาก ผู้ป่วยไม่มีอาการท้องอืด ผายลมได้ ช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไป ปัญหาที่ 5 แผลติดเชื้อแห้งดี ไม่มีสารคัดหลั่งซึม ประเมินผู้ป่วยหลังให้การพยาบาล สัญญาณชีพ อัตราการเต้นหัวใจ 84 ครั้งต่อนาที

อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/77 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง ปัสสาวะออก 200 มิลลิลิตรใน 4 ชั่วโมง ติดตามอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย เวลา 18.00 นาฬิกา โพแทสเซียม 3.1 มิลลิโมลต่อลิตร แคลเซียมต่ำ 0.8 มิลลิโมลต่อลิตร ไม่มีบวมแดง ไม่มีไข้ drain ออก 400 มิลลิลิตร เป็นสีเหลืองใส

21 สิงหาคม 2560 หลังผ่าตัดวันที่ 10 ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ดี รับประทานอาหารอ่อน ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน สัญญาณชีพ อัตราการเต้นหัวใจ 84 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/77 มิลลิเมตรปรอท จากการประเมินพบว่าปัญหาที่ 3 โพแทสเซียม 3.5 มิลลิโมลต่อลิตร ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไป ปัญหาที่ 5 แพทย์ให้ off drain จากแผลได้ ประเมินผู้ป่วยหลังให้การพยาบาล ผู้ป่วย ไม่มีไข้ แผลผ่าตัดแห้งดี ปัญหาที่ 5 ยังต้องดูแลต่อเนื่อง พบปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ให้การพยาบาล โดยให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ แนวทางการรักษาต่อของแพทย์ โดยการส่งตัวไปรักษาต่อเพื่อให้เคมีบำบัด

วันที่ 24 สิงหาคม 2560 ผู้ป่วยนั่งคุยกับญาติบนเตียง หน้าตาสดชื่น สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นหัวใจ 82 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 127/84 มิลลิเมตรปรอท แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ รวมวันนอนโรงพยาบาล 14 วัน ผู้ป่วยหลังตัดไหมแผลผ่าตัดแห้งดี แผลไม่แยก ไม่มีไข้ ช่วยเหลือตนเองได้ดี แนะนำเรื่องการรับประทานอาหารและยา การรักษาต่อ เพื่อให้เคมีบำบัดและจัดเตรียมเอกสารสำหรับส่งตัวไปรักษาต่อ การมาตรวจตามนัด วันที่ 7 กันยายน 2560 เวลา 08.30 นาฬิกา ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรมและส่งต่อเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการรักษาต่อเนื่อง

7. ผลสำเร็จของงาน

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 62 ปี แพทย์วินิจฉัยเป็น CA rectosigmoid colon ได้รับการผ่าตัดเปิดหน้าท้องตัดลำไส้ใหญ่ ด้านซ้าย ลำไส้ตรงส่วนต้นและส่วนกลางออก (Low Anterior Resection) ราบไว้ในความดูแลตั้งแต่วันที่ 11 สิงหาคม 2560 ถึง 24 สิงหาคม 2560 ระหว่างให้การพยาบาลพบปัญหา 7 ปัญหา ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อคจากการเสียเลือด หลังผ่าตัด 2) ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด 3) ผู้ป่วยมี โอกาสเกิดภาวะเสียสมดุลของน้ำและเกลือแร่ 4) ผู้ป่วยอาจมีภาวะลำไส้ทำงานล่าช้าเนื่องจากเคลื่อนไหวกในร่างกายได้น้อย 5) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด 6) ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากแน่นท้อง 7) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว หลังผ่าตัดและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ให้การพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลจนปัญหาหมดไป กลับบ้าน ในวันที่ 24 สิงหาคม 2560 และมาตรวจตามนัดวันที่ 7 กันยายน 2560 เวลา 08.30 นาฬิกาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรม

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการวางแผนการพยาบาลและเพิ่มคุณภาพการให้บริการทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง
2. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการให้บริการผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยรับการผ่าตัดเปิดหน้าท้องตัดลำไส้ใหญ่ด้านซ้าย ลำไส้ตรงส่วนต้นและส่วนกลางออก (Low Anterior Resection) ซึ่งแผลผ่าตัดมีขนาดใหญ่เกิดอาการปวดมากส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เคลื่อนไหวหรือขยับเนื่องจากกลัวปวด ส่งผลให้เกิดปัญหาลำไส้ทำงานล่าช้า มีอาการท้องอืด ปวดแผลมาก

10. ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรมีแนวทางการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

2. ควรมีการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงเพื่อให้เป็นแนวทางการพยาบาลที่ถูกต้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ครอบคลุม การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ.....*ภรตกร นามวงษ์*.....

(นางสาวมารยาท นามวงษ์)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่.....*17 / สิงหาคม ๖3*.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....*วิไล*.....

(นางสาววิไล เจริญบรรพต)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินุชโร อุทิศ

วันที่.....*17 / สิงหาคม / ๖๖*.....

ลงชื่อ.....*อินทร*.....

(นายขจร อินทรบุหรั่น)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินุชโร อุทิศ

วันที่.....*17 / สิงหาคม / ๖3*.....

หมายเหตุ 1. ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป 1 ระดับในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ 11 สิงหาคม 2560 ถึง 24 สิงหาคม 2560

คือ นายเพชรพงษ์ กำจรกิจการ ปัจจุบันดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการ โรงพยาบาลกลาง สำนักการแพทย์

2. ผู้บังคับบัญชาที่ควบคุมการปฏิบัติงานของผู้รับการประเมิน โดยตรงในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ 11 สิงหาคม 2560 ถึง 24 สิงหาคม 2560 คือ นางวิไลวรรณ อธิมดิชัยกุล ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลและการบริหารทั่วไป ศูนย์บริการสาธารณสุข 9 ประชาธิปไตย สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

เอกสารอ้างอิง

- จุฬารัตน์ ประสงค์. (2558). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. ใน จุฬารัตน์ ประสงค์, และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้และรูเปิดทางหน้าท้อง: ประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ*. (น. 1-11). กรุงเทพมหานคร : บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด
- ปราณี ทัพไพเราะ. (2559). *คู่มือยา*. พิมพ์ครั้งที่ 14. กรุงเทพฯ: NP Press Limited Partnership.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. มะเร็งลำไส้ใหญ่. [เว็บไซต์]. สืบค้นจาก https://med.mahidol.ac.th/health_service/th/km/09feb2018-1836
- วิษณุ ปานจันทร์, เสาวคนธ์ ศุภกร โยธิน, อาคม ชัยวิระวัฒน์และ วีรวุฒิ อิ่มสำราญ. (2558). มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (Colorectal cancer หรือ CRC) [ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์]. *แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัย และรักษา โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง*, 30.
- สถิติเวชระเบียนผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลหลวงพ่อกว้าวัดคีรี ชูตินุช โร อูทิส , 2558-2561

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ของ นางสาวมารยาท นามวงษ์

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่ง เลขที่ รพท. 137) สังกัด ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลหลวงพ่อกวีศักดิ์ ชูตินุชโร อุทิศ สำนักงานแพทย์

เรื่อง แผนการสอนผู้ป่วยที่มีทวารใหม่

หลักการและเหตุผล

จากสถิติมะเร็งแห่งชาติปี2561 โรคมะเร็งลำไส้และทวารหนักพบเป็นอันดับ 3 และเป็นอันดับ 1 ในเพศชาย เป็นอันดับ 3 ในเพศหญิง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2561) ตำแหน่งที่พบ Rectum 50% , Sigmoid 25%, Caecum 15% นอกนั้นพบที่อื่น ๆ และอุบัติการณ์ของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในประเทศไทยสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การผ่าตัดเปิดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง เป็นการผ่าตัดที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะอย่างถาวรเกิดการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์แบบแผนการขับถ่ายเกิดความไม่สุขสบาย มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย (ทิพวรรณ คนพันธ์, 2553) ผู้ป่วยรู้สึกว่าการขับถ่ายอย่างเปิดเผย กลัวคนอื่นรังเกียจ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลหลวงพ่อกวีศักดิ์ ชูตินุชโร อุทิศ ด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่าปี 2558-2561 จำนวน104 ราย พบผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดทวารเทียมจำนวน 10 ราย (สถิติเวชระเบียนผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลหลวงพ่อกวีศักดิ์ ชูตินุชโร อุทิศ, 2558-2561) จากการประเมินพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารใหม่ กลัวการสูญเสียภาพลักษณ์ กลัวการมีทวารใหม่ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดทวารใหม่ วิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา ซึ่งปัญหาเหล่านี้อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ทำให้เพิ่มจำนวนวันนอนโรงพยาบาล เพิ่มค่าใช้จ่ายรวมทั้งอาจมีโอกาสดับมานานอนโรงพยาบาลซ้ำเนื่องจากดูแลทวารใหม่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารใหม่ ควรได้รับการดูแลตั้งแต่ก่อนผ่าตัดต่อเนื่องถึงระยะหลังผ่าตัด ตลอดจนถึงหลังการจำหน่าย ทางหอผู้ป่วยศัลยกรรมจึงมีแนวคิดในการจัดทำแผนการสอนผู้ป่วยที่มีทวารใหม่

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลทวารใหม่ได้อย่างต่อเนื่อง
2. เพื่อให้บุคลากรมีแนวทางในการสอนผู้ป่วยที่มีทวารใหม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

แผนการสอนการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง ได้นำทฤษฎีการพยาบาลและกรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาล ทำให้สามารถอธิบายเหตุผลของการปฏิบัติการพยาบาลและมีแนวทางการปฏิบัติเป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยได้นำกรอบแนวคิดและทฤษฎีมาประยุกต์ ดังนี้

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับทวารใหม่

“ออสโตมิ” มาจากภาษากรีก หมายถึง ปาก หรือช่องทางเปิด โดยทั่วไป เรียกว่า ทวารใหม่ หรือ ทวารเทียม เป็นการผ่าตัดให้มีช่องเปิดออกทางหน้าท้อง เพื่อเป็นทางผ่านให้อุจจาระหรือปัสสาวะออก ภายนอก ในกรณีที่อุจจาระและปัสสาวะไม่สามารถหรือไม่สมควรผ่านออกสู่ภายนอกตามช่องทางปกติ ซึ่ง อาจเป็นแบบถาวร หรือชั่วคราว ขึ้นกับแผนการรักษาและสภาวะโรค การผ่าตัดทวารใหม่ชั่วคราว เพื่อให้ รอยผ่าตัดภายในติดดีก่อน แล้วจึงนัดมาปิดเก็บลำไส้ในภายหลัง ส่วนการผ่าตัดทวารใหม่ชนิดถาวรจะทำใน รายที่มีพยาธิสภาพของโรคในตำแหน่งที่ไม่สามารถใช้หูรูดได้ (ออสโตมิกคลินิก งานการพยาบาลศัลยกรรม กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ โรงพยาบาลราชวิถี, 2559)

การผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง เป็นการผ่าตัดที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งภาพลักษณ์และหน้าที่ ผู้ป่วยรู้สึกว่าการขับถ่ายอย่างเปิดเผย กลัวคนอื่นรังเกียจ เข้าสังคมไม่ได้ มีผลต่อการดำเนินชีวิต ส่งผล กระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกาย เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ด้านจิตใจเพื่อให้สามารถยอมรับในการผ่าตัด การดูแลตนเองได้ เมื่อกลับไปอยู่บ้าน สามารถกลับเข้าสังคมได้ตามปกติและคุณภาพชีวิตดีต่อไป (นิศรา จีนอยู่, 2558)

การพยาบาลก่อนผ่าตัดข้อมูลสำคัญที่ควรให้ผู้ป่วยทราบก่อนผ่าตัด คือ ความจำเป็นของการผ่าตัดที่ ต้องมีลำไส้เปิดหน้าท้อง การทำงานของลำไส้เปิดทางหน้าท้อง วัสดุรองรับสิ่งขับถ่าย ความสามารถในการ ทำกิจกรรม และการดำเนินชีวิตประจำวันหลังผ่าตัด แหล่งประ โยชน์ที่สามารถขอความช่วยเหลือ นอกจากนี้ ควรประเมินสภาพจิตใจ ความรู้สึก (นิศรา จีนอยู่, 2558)

การพยาบาลหลังการผ่าตัดลำไส้เปิดหน้าท้อง คือ 1) การดูแลหลังผ่าตัดโดยทั่วไป เช่น บันทึก สัญญาณชีพ การบันทึกจำนวน intake-output การติดตามความสมดุลของเกลือแร่ การประเมินความเจ็บปวด และการบรรเทาปวดด้วยวิธีการต่างๆ กระตุ้น early ambulation และอาการแทรกซ้อนต่างๆหลังการผ่าตัด ช่องท้อง เช่น ท้องอืด ภาวะbleedingจากแผลผ่าตัดและสายระบายต่าง ๆ รวมทั้งการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด 2) การดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้อง แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ที่สำคัญ คือ การประเมินลำไส้เปิดหน้าท้อง และ การ ประเมินความพร้อมด้านจิตใจของผู้ป่วย เพื่อวางแผนในการดูแลตัวเองและฝึกทักษะในเรื่องการลอกถุง การ เทอุจจาระ การล้างทำความสะอาดถุงและลำไส้ และการเปลี่ยนถุง (นิศรา จีนอยู่, 2558)

แนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพจะสามารถช่วย ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาใน การนอนโรงพยาบาลผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ประชุมในทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารใหม่
2. นำเสนอเพื่อขอความเห็นชอบต่อหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมในการจัดทำแผนการสอนการดูแล ทวารใหม่ด้วยตนเอง
3. ศึกษาค้นคว้า รวบรวมข้อมูลจากตำรา เอกสารวิชาการทางการแพทย์และการพยาบาล งานวิจัย

และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

4. จัดทำแผนการสอน เรื่อง การดูแลทวารใหม่ด้วยตนเอง
5. จัดหาอุปกรณ์เพื่อใช้เป็นสื่อการสอนปฏิบัติให้กับผู้ป่วยและญาติ
6. นำแผนการสอนใช้กับผู้ป่วย
7. ประเมินผล พร้อมสรุปแผนการสอนรายงานหัวหน้าผู้ป่วย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด
2. เพิ่มคุณภาพในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และผู้ป่วยที่มีทวารใหม่
3. ผู้ป่วยทราบแหล่งสนับสนุนข้อมูลอุปกรณ์ทางการแพทย์
4. ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตร่วมกับทวารใหม่ได้อย่างมีความสุข

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยหรือตนเองได้อย่างถูกต้อง เป้าหมายร้อยละ 80
2. บุคลากรในหน่วยงานมีความรู้เรื่องการดูแลทวารใหม่ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

(ลงชื่อ).....*อังศนุภา นามวงษ์*.....

(นางสาวมารยาท นามวงษ์)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่.....*17* / *สิงหาคม* / *๒๕๖3*.....

เอกสารอ้างอิง

- จรัสพรพรข วังศ์วิเศษกาญจน์, ปองหทัย พุ่มระย้า และ ขวัญจิตร ปุณ โปธิ์. (2559). *Wound and stoma care: Professional issues and opportunities in nursing wound and ostomy*. กรุงเทพฯ: ชมรมออสโตมีและแผล
- จุฬาพร ประสงค์ และ กาญจนา รุ่งแสงจันทร์. (2556). *การพยาบาลออสโตมีและแผลในทศวรรษที่ 21 (Ostomy and wound nursing within 21st century)*. กรุงเทพฯ: พุ่มทอง.
- จุฬาพร ประสงค์. (2558). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. ใน จุฬาพร ประสงค์, และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้และรูเปิดทางหน้าท้อง: ประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ*. (น. 1-11). กรุงเทพมหานคร: บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด
- นิศรา จินอยู่ (2558). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. ใน จุฬาพร ประสงค์, และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้และรูเปิดทางหน้าท้อง: ประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ*. (น. 13-27). กรุงเทพมหานคร: บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด
- ทิพวรรณ คนพันธ์. (2553). ผลของการให้ข้อมูลแบบกลุ่ม ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตรบัณฑิตพยาบาลศาสตร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. สถิติสถาบันมะเร็งแห่งชาติ. กรุงเทพฯ, (2561).
- สถิติเวชระเบียนผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลหลวงพ่อกวักคี ชูติบุตรโร อูทิศ, (2558-2561).
- ออสโตมีคลินิก งานการพยาบาลศัลยกรรม กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ โรงพยาบาลราชวิถี. การดูแลตนเองเมื่อมีทวารใหม่ระบบทางเดินอาหาร. [ระบบออนไลน์]. 2559. แหล่งที่มา <http://www.rajavithi.go.th/tj/wp-content/uploads/2018/04/cd1eb4bc7864844e1af652812ead1e80.pdf> (4 กันยายน 2563)