

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์: กรณีศึกษา

จิรนุช สมโชค ไวท์, ประ.ด.^{1*}

อรรวรรณ แพนกง, ประ.ด.²

กิตติภัทร สิงห์อุดม, พย.บ.³

(วันที่ส่งบทความ: 14 กุมภาพันธ์ 2568; วันที่แก้ไข: 13 กรกฎาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 30 กรกฎาคม 2568)

บทคัดย่อ

มะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นหนึ่งในโรคมะเร็งที่พบบ่อยทั่วโลก โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ และส่วนที่พบบ่อยคือ ลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์ ซึ่งเป็นช่วงโค้งของลำไส้ใหญ่ก่อนถึงไส้ตรง โรคนี้อาจส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยอย่างมาก การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องมีความละเอียด รอบคอบ และมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) ที่ตอบสนองความต้องการเฉพาะบุคคล (Individual care) บทความนี้เป็นการทบทวนแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์ โดยวิเคราะห์จากกระบวนการพยาบาลที่ครอบคลุม 3 ระยะ ได้แก่ การประเมินสภาพ การให้การพยาบาล และการประเมินผล โดยอ้างอิงจากแนวปฏิบัติทางคลินิกและเอกสารทางวิชาการ ผลการศึกษา พบว่า การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพเริ่มจากการประเมินอย่างรอบคอบ ทั้งด้านร่างกาย เช่น ภาวะโภชนาการ พฤติกรรมการขับถ่าย อาการปวด และด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า การให้การพยาบาลต้องครอบคลุมทั้งการจัดการอาการ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา การสนับสนุนด้านโภชนาการและอารมณ์ รวมถึงการให้ความรู้แก่ครอบครัว เพื่อส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน บทสรุปของการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์ควรมีความเป็นองค์รวมและเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การประเมินอย่างละเอียด การดูแลที่เหมาะสม และการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง จะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืนตลอดเส้นทางของโรค

คำสำคัญ: มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์, การพยาบาล

¹ อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครราชสีมา

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³ หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 5 ชั้น, โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

* ผู้ประพันธ์บทความ: จิรนุช สมโชค ไวท์, อีเมล: jeranutsomchock.w@nrru.ac.th

Nursing Care of Patients with Cancer of the Sigmoid Colon: Case study

Jeranut Somchock White, Ph.D.^{1}*

Orawan Pankong, Ph.D.²

Kittipat Singhaudom, B.N.S.³

(Received: February 14th, 2025; Revised: July 13th, 2025; Accepted: July 30th, 2025)

Abstract

Colorectal cancer is one of the most commonly diagnosed cancers worldwide, especially among older adults. One of the most frequently affected areas is the sigmoid colon, which is the curved section of the large intestine located just before the rectum. This disease has a significant impact on both the physical and psychological well-being of patients. Therefore, nursing care for these patients must be thorough, comprehensive, and focused on holistic care that addresses individual needs. This article reviews nursing approaches for patients with sigmoid colon cancer based on the nursing process, which includes three essential phases: assessment, nursing interventions, and evaluation. The review was rooted in clinical practice guidelines and relevant academic literature. Findings indicate that effective nursing begins with a comprehensive assessment that encompasses physical aspects—such as nutritional status, bowel habits, and pain—and psychological aspects, including anxiety and depression. Nursing interventions should focus on symptom management, patient education about the disease and treatment options, nutritional and emotional support, and guidance for family members to promote ongoing care at home. In conclusion, nursing care for patients with sigmoid colon cancer should be holistic and patient-centered. A detailed assessment, appropriate interventions, and continuous evaluation are crucial for improving patients' quality of life throughout their cancer care journey.

Keyword: cancer of sigmoid, nursing care

¹ Lecturer, Faculty of Nursing, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

² Assistance professor, Boromarajonani College of Nursing, Praputhabat, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute

³ Head of surgical ward, Maharat Nakhonratchasima Hospital

* Corresponding author: Jeranut Somchock White, E-mail: jeranutsomchock.w@nrru.ac.th

บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นหนึ่งในโรคมะเร็งที่มีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรไทยอย่างมีนัยสำคัญ (Lohsiriwat et al., 2020) โดยเฉพาะในระยะที่มีการลุกลามหรือแพร่กระจายซึ่งทำให้การรักษายากขึ้น และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง การรักษาแม้จะมีแนวทางที่หลากหลาย เช่น การผ่าตัด เคมีบำบัด หรือรังสีรักษา (American Cancer Society, 2025) แต่การดูแลในด้านพยาบาลอย่างเหมาะสมก็เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความสบายกาย สบายใจ และการปรับตัวของผู้ป่วยในระยะต่าง ๆ ของโรค รวมถึงการเสริมทักษะในการดูแลตนเอง ในประเทศไทย โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่พบมากเป็นอันดับ 2 ในเพศชาย (19%) รองจากมะเร็งตับและท่อน้ำดี ส่วนในเพศหญิง พบเป็นอันดับ 3 (10.1%) รองจากมะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2565) และเนื่องจากโรคนี้อาจไม่แสดงอาการหรือการแสดงอาการที่ไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์เมื่อมะเร็งอยู่ในระยะ 3 และ 4 เป็นส่วนใหญ่ (Lohsiriwat et al., 2020); (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2565) การพยากรณ์โรคขึ้นกับขอบเขตเนื้อมะเร็งในผนังลำไส้ และการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง พบว่าเนื้อมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ยังไม่ทะลุชั้นกล้ามเนื้อของผนังลำไส้ จัดว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ 1 จะมีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี สูงมากกว่าร้อยละ 90 แต่หากก้อนมะเร็งมีความลึกเลยผนังชั้นนอกของลำไส้ หรือมีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง จะมีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี ประมาณร้อยละ 25-75 และหากพบมีกระจายออกไปอวัยวะหรือเยื่อช่องท้องจะมีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี น้อยกว่าร้อยละ 3 (สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย, 2565) ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะลุกลาม (Advanced or Metastatic Colorectal Cancer) มักมีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะอื่น เช่น ตับ ปอด เยื่อช่องท้อง หรือกระดูก ซึ่งก่อให้เกิดอาการและภาวะแทรกซ้อนที่ซับซ้อนมากขึ้น โดยอาการสำคัญที่พบบ่อยได้แก่ ปวดเรื้อรังในช่องท้องหรืออวัยวะที่มีการแพร่กระจาย การอุดตันของลำไส้ (bowel obstruction) ทำให้เกิดอาการท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูกหรือท้องเสียสลับกัน อ่อนเพลียเรื้อรัง (Cancer-related fatigue) น้ำหนักลด เบื่ออาหาร ภาวะขาดสารอาหาร ซึ่งจากเลือดออกหรือภาวะโลหิตจางเรื้อรัง ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และปัญหาทางอารมณ์ และอาจได้รับผลข้างเคียงจากเคมีบำบัดหรือยากกลุ่ม targeted therapy เช่น ปลายประสาทอักเสบ ท้องเสีย ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ (Kranenburg et al., 2021); (Senem et al., 2024) การรักษาในปัจจุบัน ประกอบด้วยวิธีการผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด และการใช้แพทย์ทางเลือก ซึ่งสามารถช่วยชะลอความรุนแรงของโรค และลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ (Lohsiriwat et al., 2020) แต่แม้ว่าจะมีแนวทางการรักษาทางการแพทย์ที่ชัดเจน แต่ประเด็นสำคัญที่ยังคงเป็นช่องว่างของความรู้ (Gap of Knowledge) ทางพยาบาล ได้แก่ การจัดการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน เช่น ผู้ที่ได้รับการทำ Hartmann's procedure ร่วมกับ colostomy และภายหลัง reversal ซึ่งต้องการทักษะการดูแลเฉพาะทาง การพยาบาลแบบองค์รวมที่ตอบสนองต่อความต้องการทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม ของผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคร่วมหลายโรค

การให้ความรู้และเตรียมความพร้อมก่อนและหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่มี stoma หรือได้รับเคมีบำบัด ซึ่งอาจมีผลต่อการฟื้นตัวและคุณภาพชีวิต และความท้าทายของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ทั้งในมิติของสุขภาพกายและจิตใจ โดยเฉพาะในช่วงเปลี่ยนผ่านระยะของโรค การดูแลจึงมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่เผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยและสามารถดูแลตนเองได้ในที่สุด ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีความรู้และความเข้าใจด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งบทความนี้เป็นการนำเสนอในรูปแบบการพยาบาลโดยเปรียบเทียบกับกรณีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพสามารถนำไปปฏิบัติ และประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ต่อไป

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์ โดยเน้นการประเมิน การวางแผนการดูแล และการประเมินผลทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ตลอดจนการตอบสนองต่อความต้องการทางร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการปรับตัวในระหว่างการรักษา

รายงานกรณีศึกษา

กรณีศึกษาของผู้ป่วยชายไทยวัยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์ระยะลุกลาม มีประวัติการผ่าตัดหลายครั้ง ร่วมกับการทำ colostomy และเคมีบำบัดสะท้อนถึงความซับซ้อนทางคลินิกที่พยาบาลต้องเผชิญ การศึกษากฎนี้มีความสำคัญด้วยเหตุผลดังนี้ 1) เพื่อให้เข้าใจลักษณะของการดำเนินโรคและภาวะแทรกซ้อนในมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะลุกลาม 2) เพื่อวางแผนการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิต 3) เพื่อพัฒนาทักษะการประเมินและการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ที่มีความซับซ้อน และ 4) เพื่อสร้างองค์ความรู้ให้พยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยรายอื่นอย่างมีประสิทธิภาพ

ระยะก่อนผ่าตัด

ชายไทย วัย 68 ปี มีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ได้รับยา Metformin 3 tabs oral หลังอาหารเช้า Amlodipine (5 mg) 1 tab oral หลังอาหารเช้า และ Losartan (50 mg) 1 tab oral หลังอาหารเช้า ไม่มีประวัติแพ้ยา 1 ปีก่อนมาโรงพยาบาลด้วยอาการถ่ายอุจจาระเป็นเลือด ไปรับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Gastrointestinal hemorrhage และส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น CA sigmoid 10 เดือนก่อน แพทย์ตรวจพบว่ามี concealed perforation (ทะลุแบบไม่กระจาย) ของ sigmoid จึงได้ทำผ่าตัด Sigmoidectomy with Hartmann ร่วมกับการทำทวารเทียม (right loop transverse colostomy) ซึ่งระยะของมะเร็งขณะนั้น คือ T₄N₃ โดย T₄ Tumor/เนื้องอกลุกลามทะลุเยื่อช่องท้อง (visceral peritoneum) หรือ ลูกกลมเข้าสู่อวัยวะหรือโครงสร้างอื่นโดยตรง N₃ Lymph Nodes

มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ตามแนวของหลอดเลือดแดงหรือหลอดเลือดดำใหญ่ (ChulaCancer, 2023) พบค่าของ CEA (carcinoembryonic antigen) เท่ากับ 3.62 6 เดือนก่อน รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด จำนวน 12 ครั้ง ภายหลังได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดท้อง สามารถขับถ่ายอุจจาระทาง colostomy ได้ดี ไม่มีรบกวน ไม่มีไข้ รับประทานอาหารได้ ไม่มีอาการเบื่ออาหารหรือน้ำหนักลด ปัสสาวะออกดี สีเหลืองใส ต่อมาแพทย์จึงทำการผ่าตัด left Hemicolectomy with Hartmann reversal with loop colostomy สัญญาณชีพแรกรับ T 36.4 องศาเซลเซียส P 88 bpm R 20 bpm BP 114/54 mmHg ส่วนสูง 164 เซนติเมตร น้ำหนัก 64 กิโลกรัม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Coagulation, Complete blood count, HIV ปกติ ระยะเวลา 2 วันแรกในการเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด แพทย์ให้ดื่ม PEG (polyethylene glycol) solution 2000 ml เย็นวันก่อนผ่าตัด ให้งดอาหารและน้ำหลังเที่ยงคืน และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5%D/N/2 1000 ml IV rate 80 ml/hr เช้าวันผ่าตัด แพทย์ให้ของเลือด PRC 2 unit ให้ pre-op antibiotic ภายใน 60 นาที ก่อนลงมีดผ่าตัด คือ Ceftriaxone 2 gms IV 1 dose และ Metronidazole 500 mg IV 1 dose, Retained Foley's catheter

ระยะหลังผ่าตัด

เมื่อกลับมาถึงหอผู้ป่วย แพทย์มีแผนการรักษา ให้งดอาหารและน้ำต่อ Retained NG tube และ ET tube with Bird's respirator ให้ ยาแก้ปวด Morphine 4 mg IV q 4 hrs, Plasil 10 mg IV prn q 6 hrs, Ceftriaxone 2 g IV OD, Metronidazole 500 mg IV q 8 hrs, Losec 40 mg IV OD, I/O 1200/800 ml ประเมินสัญญาณชีพแรกรับ T 36 องศาเซลเซียส PR 112-122 bpm RR 22 bpm BP 128/77-164/120 mmHg หลังกลับถึงหอผู้ป่วย 3 ชั่วโมง BP 95/71 mmHg

วันที่ 1 ผู้ป่วยตื่นดี On ET – Tube with Volume หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ สัญญาณชีพ ไม่มีไข้ T 36.6-37.3 องศาเซลเซียส PR 100-128 bpm RR 20-22 bpm BP 88/59-147/96 mmHg ไม่ปวดท้อง ท้องกดนิ่ม กดไม่เจ็บ ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีท้องเสีย แพทย์ยังให้งดอาหารและน้ำ และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5%D/N/2 1000 ml IV rate 80 ml/hr Intake 2150 ml urine ดึก/เช้า/บ่าย 100/250/800 ml Jackson Pratt Drain (JD) ดึก/เช้า/บ่าย 50/200/200 ml

วันที่ 2 ผู้ป่วยตื่นดี On ET – tube with Volume หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ไม่หอบเหนื่อย lung clear มีไข้ต่ำ ๆ T 37.5-37.7 องศาเซลเซียส PR 90-122 bpm RR 22-22 mmHg BP 93/60-118/67 mmHg I/O 1200/800 ml, Creatinine 0.61 แพทย์ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5%D/N/2 1000 ml IV 80 ml/hr และให้ keep BP $\geq$ 90/60 mmHg ให้ MO 4 mg IV q 4 hr, Plasil 10 mg IV prn q 6 hr, ให้ record I/O keep $\geq$ 120 ml/4hr keep SpO₂ $\geq$ 95% HR $<$ 120 bpm RR $<$ 30 bpm ให้เจาะ DTX q 6 hr keep 80-180 mg% ได้ค่า 262 mg% แพทย์ให้ RI 6 unit 5 ชั่วโมงต่อมา น้ำตาลลดลงเหลือ 225 mg% ผู้ป่วยเริ่มมี

ปัสสาวะออกน้อย และมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ แพทย์ให้ Lasix 20 mg IV stat, และให้ Berodual 1 NB q 4 hr, Intake 2050 ml urine ดึก/เช้า/บ่าย 1000/1500/400 ml JD ดึก/เช้า/บ่าย 300/100/50 ml, NG tube ดึก/เช้า/บ่าย 10/100/200 ml

วันที่ 3 ผู้ป่วยตื่นดี มีไข้ต่ำ ๆ 37.5 องศาเซลเซียส PR 94-110 bpm RR 20-22 bpm BP 103/60-123/73 mmHg ผล CBC พบมีภาวะซีด RBC 2.72, HGB 8.8 แพทย์ยังให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5%D/N/2 1000 ml IV 80 ml/hr, MO 5 mg IV q 4 hr, keep urine output $\geq$ 120 ml/4hr, ให้ยาพ่น Berodual 1 NB q 4 hr, ยาลดปัสสาวะ Lasix 20 mg IV stat, และให้ chest X-ray, Intake 3200 ml urine ดึก/เช้า/บ่าย 500/1200/800 ml JD ดึก/เช้า/บ่าย 30/50/100 ml, NG tube ดึก/เช้า/บ่าย 30/0/150 ml, แพทย์ plan off ETT ให้ on T-piece 10 LPM, keep SpO₂ $\geq$ 95% HR <120 bpm RR <30 bpm

วันที่ 4 ผู้ป่วยตื่นดี มีไข้ต่ำ ๆ T 37.5 องศาเซลเซียส RR 20 bpm, lung clear BP 102/54-124/71 mmHg I/O 2050/3610 ml, JD 100/50/30 ml, ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5%D/N/2 1000 ml IV 80 ml/hr, ให้ยาแก้ปวด MO 5 mg IV prn q 4 hr, Plasil 10 mg IV prn q 6 hr, Berodual 1 NB q 4 hr, ก่อน off ETT ให้ Berodual 1 NB stat หลัง off ETT แพทย์ให้ on O₂ mask with bag 10 LPM, ให้เจาะเลือดตรวจ CBC, BUN, Cr, Electrolyte Intake 2000 ml urine ดึก/เช้า/บ่าย 500/200/400 ml, JD ดึก/เช้า/บ่าย 50/200/20 ml, NG tube ดึก/เช้า/บ่าย 20/0/0 ml Off Foley's catheter

วันที่ 5 ผู้ป่วยมีโปตัสเซียมในเลือดต่ำ เท่ากับ 3.2 mmol/L แพทย์ให้ 5%D/NSS + KCL 20 mEq IV rate 80 ml/hr, ให้ PRC 1 unit IV drip in 3 hr, ยังมีไข้ต่ำ ๆ 37.5 องศาเซลเซียส PR 80-102 bpm RR 20 bpm BP 109/63-138/86 mmHg

วันที่ 6 ผู้ป่วยไม่มีไข้ T 37.1 องศาเซลเซียส PR 80-92 bpm RR 20-22 bpm lung clear on O₂ canular 5 LPM keep O₂ saturation $\geq$ 95% BP 119/71-134/72 mmHg มีปวดท้องเล็กน้อย ท้องกดนิ่ม กดเจ็บเล็กน้อย ไม่คลื่นไส้ อาเจียน bowel sound ปกติ แพทย์ให้ off NG tube เริ่มให้จิบน้ำ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5%D/NSS 1000 ml IV rate 40 ml/hr, MO 5 mg IV prn q 4 hr, Plasil 10 mg IV prn q 6 hr, Paracetamol 500 mg 1 tab oral prn q 4 hr

วันที่ 7 แพทย์ให้รับประทานอาหารเหลวตอนเที่ยง อาหารอ่อนตอนเย็น ให้ Air-x 1 tab oral tid pc, ให้ 5%D/N/2 1000 ml IV rate 80 ml/hr, MO 4 mg IV prn q 6 hr, Plasil 10 mg vein q 6 hr, consult กายภาพบำบัด เรื่องปอด กายภาพบำบัดมาทำ breathing and chest mobilization, progressive ambulation ให้
ระยะจำหน่าย

ผู้ป่วยอาการทุเลาลง ไม่ค่อยปวดแผลแล้ว ดื่มนมได้ครั้งละ ½ ถ้วย ไม่คลื่นไส้ อาเจียน ท้องกดนิ่ม กดไม่เจ็บ ลูกขึ้นเดินไปเดินมาตัวเอง ไม่มีไข้ T 36.1 องศาเซลเซียส PR 86 bpm BP 123/72 mmHg, lung clear, แผลไม่ซึม JD ออก 55 ml แพทย์ให้ off JD ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน

ได้ รวมนอนโรงพยาบาล 8 วัน แพทย์ให้ยากลับไปรับประทาน ได้แก่ Air-x 1 tab oral tid pc, Paracetamol (500 mg) 1 tab oral prn q 4-6 hr, Sixime (Cefixime) (100 mg) 1 tab oral bid pc, Metronidazole (200 mg) 2 tabs oral tid pc และ Losec (20 mg) 1 tab oral bid ac แพทย์นัดมา follow-up อีก 2 สัปดาห์ เพื่อฟังผลพยาธิวิทยา แพทย์แนะนำให้ผู้ป่วยทำแผลที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน วันละครั้ง

การพยาบาล (Nursing Care)

การพยาบาลสำหรับกรณีศึกษานี้ แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และระยะจำหน่าย โดยในแต่ละระยะ ประกอบด้วย ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน กิจกรรมการพยาบาล และประเมินผล บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ รวมถึงการให้คำแนะนำ การช่วยเหลือในการเตรียมความพร้อมของร่างกาย จิตใจ ก่อน ขณะ และหลังการตรวจพิเศษต่าง ๆ หรือการเก็บสิ่งส่งตรวจ (Timby & Smith, 2018) การจัดการอาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยเฉพาะในระยะลุกลาม มีเป้าหมายเพื่อลดความทุกข์ทรมานและส่งเสริมคุณภาพชีวิต โดยใช้แนวทางการพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขา ดังนี้ 1) การจัดการอาการปวด โดยประเมินระดับความปวดอย่างต่อเนื่อง ใช้ยาแก้ปวดตามขั้นของ WHO (เช่น Morphine, Fentanyl) ใช้เทคนิคผ่อนคลาย เช่น ดนตรีบำบัด หรือการหายใจเข้าและออก 2) การจัดการท้องเสีย/ท้องผูก/อุจจาระลำไส้ ทำได้โดยประเมินความถี่ รูปแบบของอุจจาระ ปรับอาหาร และให้ยาระบายหรือยาหยุดถ่ายตามอาการ ดูแลทางเดินอาหาร เช่น ใส่ NG tube ในภาวะลำไส้อุดตัน ให้สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ทางหลอดเลือดดำ 3) การจัดการภาวะอ่อนเพลียและโภชนาการ ทำได้โดยประเมินพลังงานที่ได้รับต่อวัน ให้คำแนะนำด้านโภชนาการหรือปรึกษานักกำหนดอาหาร สนับสนุนให้มีการเคลื่อนไหวอย่างเหมาะสม 4) การจัดการผลข้างเคียงจากเคมีบำบัด ทำได้โดยประเมินอาการทางระบบประสาท เช่น ชาปลายมือปลายเท้า ให้การดูแลเพื่อลดการติดเชื้อ เช่น ล้างมือ ป้องกัน neutropenia ฝ้าระวง ภาวะคลื่นไส้อาเจียนและจัดการด้วยยาอย่างเหมาะสม 5) การสนับสนุนจิตสังคม ทำได้โดยให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เชื่อมโยงกับกลุ่มสนับสนุนผู้ป่วยมะเร็ง ประเมินภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลอย่างสม่ำเสมอ และ 6) การประคับประคองแบบบูรณาการ (Palliative care) ควรเริ่มต้นเร็วตั้งแต่วินิจฉัยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ มีการสื่อสารเรื่องเป้าหมายของการรักษากับผู้ป่วยและญาติ และวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) (National Comprehensive Cancer Network [NCCN], 2024)

วินิจัยการพยาบาล ก่อนผ่าตัด

1) ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด เนื่องจาก ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ไม่เพียงพอ

S: ‘ไม่ทราบครับ ว่าต้องเตรียมตัวยังไง’

O: ผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัด left Hemicolectomy with Hartmann reversal with loop colostomy

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความสนใจและความตั้งใจในการเรียนรู้ของผู้ป่วยและญาติ เพราะผู้ป่วยบางรายมีความพร้อมในการเรียนทันทีหลังจากที่แพทย์วินิจฉัย แต่บางรายก็อาจอยู่ในระยะปฏิเสธ ความพร้อมในการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคอาจต้องเริ่มในภายหลัง อีกประการ การเรียนรู้ต้องการพลัง ซึ่งผู้ป่วยบางรายก็อาจยังไม่พร้อม

2. ประเมินความรู้ของผู้ป่วยในเรื่องต่อไปนี้ ได้แก่ อาการและอาการแสดงของมะเร็งลำไส้ใหญ่ หัตถการและการตรวจพิเศษต่าง ๆ ที่จำเป็นในการตรวจวินิจฉัย วิธีการรักษาด้วยการผ่าตัด left Hemicolectomy with Hartmann reversal with loop colostomy และผลลัพธ์ที่อาจจะเกิดขึ้นจากการรักษา ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มักอยู่ในระยะที่เป็นมากแล้ว ตอนที่แพทย์วินิจฉัย ผู้ป่วยอาจรู้สึกผิดที่ไม่ได้แสวงหาการรักษาให้เร็วกว่านี้ ผู้ป่วยอาจได้รับการตรวจวินิจฉัยหลายครั้ง เพื่อดูขนาดที่แน่นอนของก้อนมะเร็ง รวมถึงตำแหน่งและการแพร่กระจายของก้อนมะเร็งด้วย ผู้ป่วยบางคนอาจไม่เข้าใจถึงความสำคัญว่าทำไมต้องตรวจซ้ำ ๆ ผู้ป่วยบางคนอาจรู้สึกหมดหวัง เพราะเคยเห็นคนอื่น ๆ ที่เป็นมะเร็งมาแล้ว ความรู้เกี่ยวกับหัตถการ การตรวจพิเศษต่าง ๆ วิธีการรักษาและผลลัพธ์ที่อาจจะเกิดขึ้นจากการรักษา อาจเปลี่ยนทัศนคติและลดความกังวลให้กับผู้ป่วยได้ (Gulanick & Myers, 2017)

3. ให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดงของมะเร็งลำไส้ใหญ่ วิธีการแพร่กระจายของมะเร็งและการรักษา ข้อมูลเหล่านี้อาจช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าประวัติครอบครัว ประวัติการมีติ่งเนื้อลำไส้ (colorectal polyps) หรือประวัติการมีโรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง (Chronic inflammatory bowel disease) เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่มากที่สุด ส่วนปัจจัยอื่น ๆ เช่น การรับประทานอาหารแคลอรีสูง ไขมันสูง และกาาไยต่ำก็มีส่วนส่งเสริมให้เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่เช่นกัน การให้คำแนะนำเรื่องอาการและอาการแสดงของมะเร็งลำไส้ใหญ่ ทำให้ผู้ป่วยรู้ว่าก้อนมะเร็งที่เกิดที่ลำไส้ใหญ่ด้านซ้าย ซึ่งรวมถึงมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนซีกมอยด์ด้วย มักทำให้มีเลือดออก ท้องผูก ท้องเสีย ปวดท้อง ลำอุจจาระเล็กลง เกิดความรู้สึกเหมือนถ่ายอุจจาระไม่สุด บางครั้งอาจเกิดการอุดตันอย่างสมบูรณ์ของลำไส้ได้ ส่วนมะเร็งที่เกิดที่ลำไส้ใหญ่ด้านขวามักไม่ค่อยมีอาการจนกว่ามะเร็งจะแพร่กระจายไปมากแล้ว เนื่องจากลำไส้ใหญ่ด้านนี้มีความสามารถในการขยายตัว แต่ผู้ป่วยอาจมีอาการอื่น ๆ เช่น น้ำหนักลด ซีด อ่อนเพลียและเหนื่อยง่าย การให้คำแนะนำเรื่องกระบวนการเจริญเติบโตของมะเร็ง การวินิจฉัยโรคมะเร็งและวิธีการรักษาโรคมะเร็งว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่นั้นสามารถแพร่ไปยังอวัยวะที่อยู่ใกล้เคียงหรือไปโดยทางน้ำเหลืองหรือแพร่อยู่ในช่องท้อง (Peritoneal cavity) การผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งและเนื้อเยื่อโดยรอบออกเป็นเพียงการรักษาเดียว ส่วนการใช้รังสีรักษา เคมีบำบัด รวมถึงการรักษาด้วยภูมิคุ้มกันบำบัด (Immunotherapy) อาจช่วยเพียงลดก้อนเนื้อและลดการแพร่กระจาย ส่วนการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ (Biopsy) ช่วยในการบอกระยะของมะเร็ง (Gulanick & Myers, 2017)

4. ให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับหัตถการที่จำเป็นในการตรวจวินิจฉัยและการตรวจพิเศษต่าง ๆ เช่น Colonoscopy with biopsy of lesion พยาบาลควรอธิบายอย่างง่าย ๆ ว่าเป็นการตรวจโดยใช้กล้องส่องเข้าไปในลำไส้ใหญ่ โดยสอดกล้องผ่านทวารหนักเข้าไป เพื่อตรวจดูก้อนเนื้อก่อนที่จะผ่าตัด, CEA เป็นการเจาะเลือดตรวจ ซึ่งจะตรวจก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อดูว่ายังมีมะเร็งอยู่หรือไม่, Chest X-ray การเอกซเรย์ทรวงอก ก่อนผ่าตัด ทำเพื่อตรวจดูว่ามีการแพร่กระจายของมะเร็งไปที่ปอดหรือไม่, CT scan ช่วยในการตรวจสอบการแพร่กระจายของก้อนมะเร็ง และช่วยให้แพทย์ตัดสินใจว่าจะทำการผ่าตัดอย่างไร, CBC เพื่อประเมินภาวะซีด ซึ่งเกิดจากมะเร็งทำให้เกิดเลือดออกในลำไส้ ซึ่งภาวะซีดควรได้รับการแก้ไขก่อนทำการผ่าตัด ส่วน Endoscopic ultrasound ทำเพื่อระบุว่ารอยโรคอยู่บริเวณชั้นไหนของผนังลำไส้ และมีการแพร่ไปยังต่อมน้ำเหลืองหรือยัง (Gulanick & Myers, 2017)

5. ให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับชนิดของการผ่าตัด ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจขั้นตอนของการผ่าตัด และมีความพร้อมที่จะเซ็นยินยอมรับการผ่าตัด การให้ข้อมูลที่ละเอียดถี่ถ้วนจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคาดการณ์เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดได้ ชนิดของการผ่าตัด ได้แก่ Left hemicolectomy with Hartmann reversal with loop colostomy ซึ่งเป็นการผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่ด้านซ้ายออก ร่วมกับการต่อปลายลำไส้กลับเข้าหากัน (หลังเคยทำ Hartmann's procedure) และทำทวารเทียมชั่วคราวแบบลูป (loop colostomy) เพื่อให้ลำไส้ได้พักและฟื้นตัวก่อนจะปิดทวารในภายหลัง แต่ถ้าก้อนมะเร็งอยู่ติดกับทวารหนักเกินไป แพทย์จะให้การรักษาด้วยวิธีผ่าตัดแบบ Abdominal perineal resection ซึ่งเป็นการตัดเอาลำไส้ใหญ่บางส่วนและทวารหนักออก ผู้ป่วยจะมีทวารเทียม (Colostomy) ไปตลอดชีวิต ส่วนก้อนมะเร็งที่อยู่ต่ำกว่าลำไส้ส่วน rectosigmoid แพทย์อาจทำการผ่าตัด low anterior resection ซึ่งเป็นการเอาก้อนมะเร็งลำไส้รอบๆ ก้อนออก และต่อลำไส้ส่วนปลายทั้งสองข้างเข้าด้วยกัน (anastomosis) (Gulanick & Myers, 2017)

6. ให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับ การหลีกเลี่ยงและหยุดสูบบุหรี่ เนื่องจากสารนิโคตินที่อยู่ในบุหรี่จะมีผลทำลายผนังหลอดเลือดแดงก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะหลอดเลือดแดงตีบ และอาจนำมาสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดได้ (Liu & Yeh, 2014 ; Wang et al., 2021) ซึ่งในกรณีศึกษานี้มีปัจจัยเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงตามวัยของระบบทางเดินหายใจ และระบบหัวใจและหลอดเลือดร่วมด้วย จึงอาจส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้นได้

7. ให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการเตรียมลำไส้ก่อนผ่าตัด ซึ่งรวมถึงการให้อาหารเหลวใส การให้ยาปฏิชีวนะ และการให้ยาระบาย PEG (polyethylene glycol) solution 2000 ml เย็นวันก่อนผ่าตัด เพราะการกำจัดอุจจาระในลำไส้ใหญ่ก่อนการผ่าตัด จะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดช่องท้องอักเสบและแผลติดเชื้อหลังผ่าตัดได้ อาหารเหลวใสช่วยลดกากใยในลำไส้ ให้งดอาหารและน้ำหลังเที่ยงคืน และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5%D/N/2 1000 ml IV rate 80 ml/hr เข้าวันผ่าตัด แพทย์ให้จองเลือด PRC 2 unit ให้

Retained Foley's catheter ให้ pre-op antibiotic ภายใน 60 นาที ก่อนลงมีดผ่าตัด คือ Ceftriaxone 2 gms IV 1 dose และ Metronidazole 500 mg IV 1 dose ซึ่งยาปฏิชีวนะช่วยลดแบคทีเรียในลำไส้ใหญ่จึงสามารถป้องกันการเกิดการติดเชื้อในช่องท้องหลังผ่าตัดได้ ส่วนยาระบายช่วยให้ถ่ายท้องทำให้ลำไส้ว่าง ซึ่งสามารถให้ก่อนการตรวจพิเศษ colonoscopy ได้ด้วย (Gulanick & Myers, 2017)

8. ให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาพภายหลังผ่าตัด เช่น ลักษณะของแผลผ่าตัด และท่อระบาย การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การทำกิจกรรมต่าง ๆ การจัดการความเจ็บปวด และการเฝ้าระวังภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดดำ ภายหลังการผ่าตัดลำไส้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีแผลผ่าตัดกลางหน้าท้อง ส่วนผู้ป่วยที่ทำผ่าตัด Abdominoperineal resection จะมีทั้งแผลผ่าตัดกลางหน้าท้องและแผลผ่าตัดที่ฝีเย็บบริเวณที่เอาทวารหนักออก และมีทวารเทียมที่หน้าท้องด้วย แผลผ่าตัดกลางหน้าท้องโดยปกติแล้วแพทย์จะเย็บด้วยไหมหรือใช้สเตปเปิล (staple) เย็บแผล ส่วนแผลที่ฝีเย็บแพทย์อาจเย็บปิดหรืออัดก๊อสนี้ไว้และปล่อยให้หายไปเอง ผู้ป่วยอาจมีท่อระบายลึกลับหลังตรงหน้าท้องด้านล่าง เพื่อระบายน้ำเหลืองและเลือดจากแผลผ่าตัด การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำมักให้จนกว่าผู้ป่วยจะสามารถรับประทานอาหารทางปากได้ ส่วนการทำกิจกรรมหลังผ่าตัด ผู้ป่วยควรได้ลุกจากเตียงในวันแรกหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการไม่เคลื่อนไหว เช่น ปอดแฟบ (Atelectasis) หลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน (Deep Vein Thromboembolism) การจัดการความเจ็บปวด โดยทั่วไปแล้ว แพทย์จะให้ยาแก้ปวดเข้าหลอดเลือดดำ เช่น Morphine ในต่างประเทศ แพทย์อาจให้ผู้ป่วยกดยาแก้ปวดเองผ่านเข้าทางช่องไขสันหลัง (Epidural) หรืออาจให้เป็นยารับประทานเมื่อผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารได้ ผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่มักมีอุบัติการณ์เกิดการภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดดำได้สูง ซึ่งรวมทั้งการอุดตันของหลอดเลือดดำส่วนลึกที่ขา และที่ปอด (Pulmonary embolism) มีหลักฐานว่าการลดความเสี่ยงทำได้โดยการใช้ low-molecular-weight heparin เช่น Enoxaparin® การใช้เครื่องบีบไล่เลือดเป็นจังหวะ พั่นที่นอน (Intermittent pneumatic calf compression) พบว่ามีประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดดำ (Thromboembolism) (Gulanick & Myers, 2017)

ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติตั้งใจรับฟังคำแนะนำ และสามารถบอกการปฏิบัติตนก่อนการผ่าตัดได้ถูกต้อง

วินิจัยการพยาบาล หลังผ่าตัด

1) การหายใจด้วยตนเองบกพร่อง

S:-

O: ใส่ท่อช่วยหายใจ ET – tube with Volume หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ มีหอบเหนื่อย เป็นบางครั้ง lung clear, RR 20-22 bpm

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระบบทางเดินหายใจอย่างใกล้ชิด โดยติดตามค่า SpO₂, RR, breath sound, และ ABG (ถ้ามี) สังเกตอาการที่บ่งชี้ภาวะพร่องออกซิเจน เช่น ซิฟเร็ว กระสับกระส่าย ผิวหนังเขียวคล้ำ

2. ดูแลท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ โดยตรวจตำแหน่ง ET-tube ว่าอยู่ในระดับที่ถูกต้อง (เช่น 20–22 cm ที่มุมปาก) ดูแลความสะอาดบริเวณปากและท่อ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ดูแลเสมหะเมื่อมีเสียงเสมหะหรือลมผ่านไม่สะดวก โดยใช้เทคนิคปลดเชื้อ ประเมินความเหมาะสมของค่าการตั้งเครื่อง (tidal volume, FiO₂, PEEP, rate)

3. ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยจัดท่า Semi-Fowler's หรือ Fowler's เพื่อลดความเสี่ยงปอดแฟบ เปลี่ยนท่าผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง สังเกตและดูแล cuff pressure ให้เหมาะสม (20–25 cmH₂O) ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยสำหรับ weaning (ถ้าได้รับคำสั่งแพทย์)

4. สนับสนุนการสื่อสารของผู้ป่วย โดยเตรียมกระดานเขียน/แผ่นภาพเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสื่อสารความต้องการ สังเกตภาษากาย/สีหน้าเพื่อประเมินความเจ็บปวดหรือความไม่สบาย

ประเมินผลการพยาบาล วันแรกผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจดี RR 20-22 bpm มีภาวะแลกเปลี่ยนก๊าซอยู่ในเกณฑ์ปกติ SpO₂ ≥ 95% lungs clear ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เช่น การติดเชื้อ ปอดแฟบ วันที่ 2 เริ่มมีเหนื่อยหอบ จากน้ำตาลในเลือดสูง DTX 262 mg% แต่หลังจากแก้ระดับน้ำตาล และให้ Berodual 1 NB q 4 hr ผู้ป่วยเริ่มหายใจดีขึ้น วันที่ 4 แพทย์ off ETT ให้ on O₂ mask with bag 10 LPM และให้ Berodual 1 NB q 4 hr ต่อ วันที่ 6 หายใจ stable RR 20-22 bpm lung clear แพทย์เปลี่ยนเป็น on O₂ canular 5 LPM, O₂ saturation ≥ 95% วันที่ 7 แพทย์ consult กายภาพบำบัด เรื่องปอด กายภาพบำบัดมาทำ breathing and chest mobilization, progressive ambulation ให้ วันที่ 8 ผู้ป่วยสามารถหายใจ room air ได้ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน

2) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะท้องอืด/ท้องผูกหลังผ่าตัด เนื่องจากยาคุมสลบ การจัดการที่ทำที่ลำไส้ขณะผ่าตัด และการได้รับยาแก้ปวดกลุ่ม opioid (Gulanick & Myers, 2017)

S: ‘ยังไม่เรอ ไม่ผายลม’

O: ท้องกดนิ่ม กดไม่เจ็บ ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีท้องเสีย แพทย์ยังให้งดอาหารและน้ำ แพทย์ให้ยาแก้ปวดทางหลอดเลือดดำ MO 4 mg IV q 4 hr, และยาช่วยการเคลื่อนไหวของลำไส้ Plasil 10 mg IV prn q 6 hr

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพระบบทางเดินอาหาร ฟังเสียงลำไส้ (bowel sounds) ทุก 4–8 ชั่วโมง สังเกตอาการท้องอืด ปวดท้อง คลื่นไส้ การผายลม (Flatus) การขับถ่ายอุจจาระ และเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ บันทึกจำนวนครั้งและลักษณะของการขับถ่ายหรือการผายลม การเคลื่อนไหวของลำไส้ จะไม่มีหรือมีน้อยใน

ช่วงแรก ๆ แต่ควรกลับมาเป็นปกติภายใน 48 – 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด การผายลมหรือการถ่ายอุจจาระเป็นตัวบ่งชี้ว่ามีการเคลื่อนไหวของลำไส้ อาการคลื่นไส้ อาจเกิดจากการสะสมของสิ่งคัดหลั่งจากระบบทางเดินอาหาร (Gulanick & Myers, 2017)

2. ติดตามประเมินการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม opioids เพื่อบรรเทาอาการปวด เนื่องจากยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการรวมตัวกับ mu receptors ส่งผลให้ลำไส้เคลื่อนไหวลดลง (Gulanick & Myers, 2017)

3. ให้งดอาหารและน้ำทางปากจนกว่าจะได้ยินเสียงลำไส้เคลื่อนไหวและติดตามการเคลื่อนไหวของลำไส้ จนผู้ป่วยเริ่มผายลมได้ ในระหว่างนี้ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การให้อาหารและน้ำในระหว่างที่ลำไส้ยังไม่พร้อมทำงาน จะเพิ่มความเสี่ยงของการคลื่นไส้ อาเจียน (Gulanick & Myers, 2017)

4. ดูแลให้ NG tube ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการช่วยให้กระเพาะอาหารว่าง ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงของการคลื่นไส้ อาเจียน และการดูดสำลักลงปอด (aspiration) ขณะใส่ NG tube พยาบาลควรดูแลทำความสะอาดช่องปากและฟันให้ผู้ป่วย (Gulanick & Myers, 2017)

5. ส่งเสริมและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้เริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว (early ambulation) ในวันแรกหลังผ่าตัด เนื่องจากการได้เคลื่อนไหวร่างกายช่วยเร่งให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหว (Gulanick & Myers, 2017) กระตุ้นให้ผู้ป่วยนั่งบนเตียง ลงมานั่งข้างเตียง ยืน หรือลุกเดินรอบ ๆ เตียง และเดินระยะทางไกลขึ้น โดยเร็วที่สุดหลังผ่าตัด หากอาการปวดและเจ็บตึงแผลลดลงสามารถเดินระยะเวลาเพิ่มขึ้นและหลายรอบต่อวัน ให้ความช่วยเหลือหากผู้ป่วยยังเคลื่อนไหวเองไม่ได้

6. ช่วยเหลือผู้ป่วยในการเริ่มอาหารและน้ำตามแผนการรักษา เมื่อแพทย์อนุญาตให้ดื่ม/รับประทาน เริ่มจากจิบน้ำ อาหารเหลว อาหารอ่อน ส่งเสริมให้ดื่มน้ำมากพอ (หากไม่มีข้อห้าม) เพื่อกระตุ้นลำไส้ ซึ่งจะช่วยลดการเกิดแก๊สในลำไส้และอาการท้องอืด ประเมินความอยากอาหารและการกลืนอาหาร (Gulanick & Myers, 2017)

7. ดูแลการใช้ยาอย่างเหมาะสม เพื่อระวังผลข้างเคียงของยา opioid ที่กดการทำงานของลำไส้ ดูแลให้ยาช่วยกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ Plasil 10 mg IV prn q 6 hr ตามแผนการรักษา

8. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล อธิบายถึงสาเหตุและความเสี่ยงของอาการท้องอืด/ท้องผูกหลังผ่าตัด แนะนำวิธีการลดความเสี่ยง เช่น การเคลื่อนไหวเบา ๆ และการดื่มน้ำ (เมื่อแพทย์อนุญาต) สอนวิธีสังเกตอาการผิดปกติที่ควรแจ้งพยาบาลทันที

9. ติดตามผลการวินิจฉัย หากผู้ป่วยไม่ผายลมหรือไม่มีการขับถ่ายภายใน 48-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ให้รายงานแพทย์ พิจารณาการตรวจเพิ่มเติม เช่น เอกซเรย์ช่องท้องกรณีมีท้องอืดมาก ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยยังไม่เรอ ไม่ผายลม ไม่มีอุจจาระใน colostomy bag ใน 1 – 5 วันแรกหลังผ่าตัด แต่เนื่องจากผู้ป่วย on NG tube ไว้ สังเกตมีลมออกปมมาในถุง วันที่ 6 ผู้ป่วยไม่คลื่นไส้ อาเจียน bowel

sound ปกติ มีปวดท้องเล็กน้อย ท้องกดนิ่ม กดเจ็บเล็กน้อย แพทย์ให้ off NG tube เริ่มให้จิบน้ำ ผู้ป่วยจิบได้ ไม่คลื่นไส้ อาเจียน วันที่ 7 แพทย์จึงให้รับประทานอาหารเหลวตอนเที่ยง และอาหารอ่อนตอนเย็น พร้อมทั้ง ให้ Air-x 1 tab oral tid pc เพื่อช่วยขับลม ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย ดื่มนมได้ครั้งละ ½ ถ้วย

3) เสี่ยงต่อระดับน้ำตาลในเลือดไม่คงที่

S:-

O: วันที่ 2 DTX 262 mg% RR 20-22 bpm, PR 90-122 bpm, BP 93/60-118/67 mmHg, แพทย์ให้ RI 6 unit, ประวัติเป็นโรคเบาหวาน
กิจกรรมการพยาบาล

1. เจาะ DTX ตามแผนการรักษา ทุก 6 ชั่วโมง keep 80-180 mg%
2. ฝ้าระวังอาการของน้ำตาลสูง เช่น ปัสสาวะบ่อย (Polyuria) กระหายน้ำมากผิดปกติ (Polydipsia) เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย สับสน อารมณ์เปลี่ยนแปลง คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง กลิ่นปากคล้ายผลไม้ (Fruity odor to breath) ผิวแห้ง เยื่อบุปากแห้ง หายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ อาการทางระบบประสาท เช่น แขนขาชา มองเห็นพร่ามัว หรือหมดสติในกรณีรุนแรง
3. ให้ RI 6 unit ตามแผนการรักษา โดยตรวจสอบความถูกต้องของชนิดและขนาดของอินซูลิน ก่อนให้ยา
4. ฝ้าระวังอาการของน้ำตาลต่ำ เช่น เหงื่อออก ใจสั่น/หัวใจเต้นเร็ว (Tachycardia, Palpitations) มือสั่น ตัวสั่น (Tremors) กระวนกระวาย วิตกกังวล (Nervousness) หิวมาก (Hunger) เวียนศีรษะ สับสน มึนงง (Lightheadedness, Confusion) ปวดศีรษะ ไม่สามารถมีสมาธิ (Headache, Inability to concentrate) พูดไม่ชัด (Slurred speech) ชาตามริมฝีปาก/ลิ้น (Numbness of lips and tongue) พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง อารมณ์แปรปรวน (Emotional changes, Irrational behavior) เห็นภาพซ้อน (Double vision) เชื่องซึม ง่วงนอน (Drowsiness) พฤติกรรมแปลกผิดปกติ สับสน (Disoriented behavior) ชัก หรือตอบสนองลดลง (Seizures, Difficulty arousing from sleep) หมดสติ (Loss of consciousness)
5. ตรวจสอบสัญญาณชีพ อย่างสม่ำเสมอ ทุก 1-2 ชั่วโมง เช่น หายใจเร็ว, ชีพจรเร็ว, ความดันต่ำ
6. ติดตามอิเล็กโทรไลต์และค่ากรด-ด่างในเลือด (ABG, K⁺, Na⁺, bicarbonate) และเตรียมให้ K⁺ supplement หากมี hypokalemia หลังให้ insulin ตามแผนการรักษา อินซูลินเป็นฮอร์โมนที่มีบทบาทสำคัญที่สุดในการควบคุมระดับโพแทสเซียมในร่างกาย โดยเมื่อระดับโพแทสเซียมในเลือดเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย ก็สามารถกระตุ้นให้ตับอ่อนหลั่งอินซูลินเพิ่มขึ้นได้ อินซูลินจะกระตุ้นการทำงานของ Na⁺/K⁺-ATPase pump บนเยื่อหุ้มเซลล์ โดยเฉพาะในเซลล์ตับ เซลล์กล้ามเนื้อ และเซลล์ไขมัน ส่งผลให้โพแทสเซียมถูก

ถ้าเสียงเข้าสู่เซลล์มากขึ้น เพื่อลดระดับโพแทสเซียมในเลือดและป้องกันภาวะโพแทสเซียมสูง (ภาณุพงศ์ รักษาวงศ์, 2562)

7. ประเมินภาวะขาดน้ำ จากเยื่อบุแห้ง ผิวแห้ง ปัสสาวะลดลง keep urine output ≥ 120 ml/4hr
8. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5%D/N/2 1000 ml IV 80 ml/hr ตามแผนการรักษา
9. สื่อสารกับแพทย์หากพบแนวโน้มระดับน้ำตาลที่ลดลงซ้ำหรือสูงต่อเนื่อง

ประเมินผลการพยาบาล หลังได้ RI 6 unit น้ำตาลลดลงเหลือ 225 mg% ผู้ป่วยเริ่มมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ และมีปัสสาวะออกน้อย แพทย์ให้ Lasix 20 mg IV stat, และให้ Berodual 1 NB q 4 hr, Intake 2050 ml urine ดึก/เช้า/บ่าย 1000/1500/400 ml JD ดึก/เช้า/บ่าย 300/100/50 ml, NG tube ดึก/เช้า/บ่าย 10/100/200 ml วันที่ 3 ผู้ป่วยตื่นดี มีไข้ต่ำ ๆ 37.5 องศาเซลเซียส RR 20-22 bpm PR ยังเร็ว 94-110 bpm BP ดีขึ้น 103/60-123/73 mmHg Intake 3200 ml urine ดึก/เช้า/บ่าย 500/1200/800 ml ซึ่งยังอยู่ในเกณฑ์ที่แพทย์กำหนด คือ keep urine output ≥ 120 ml/4hr JD ดึก/เช้า/บ่าย 30/50/100 ml, NG tube ดึก/เช้า/บ่าย 30/0/150 ml

4) เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อจากการทำผ่าตัด เช่น การรั่วของสิ่งคัดหลั่งจากลำไส้ขณะทำผ่าตัด การสอดใส่เครื่องมือ (circular stapler gun) เข้าทางทวารหนัก เพื่อเย็บเชื่อมลำไส้เข้าด้วยกัน (anastomosis) ซึ่งอาจทะลุเข้าโพรงช่องท้อง (abdominal cavity) (Gulanick & Myers, 2017)

S:-

O: วันที่ 2 มีไข้ต่ำ ๆ T 37.5-37.7 องศาเซลเซียส วันที่ 3 ผู้ป่วยมีไข้ต่ำ ๆ 37.5 องศาเซลเซียส วันที่ 4 ผู้ป่วยยังมีไข้ต่ำ ๆ T 37.5 องศาเซลเซียส วันที่ 5 ยังมีไข้ต่ำ ๆ 37.5 องศาเซลเซียส

ได้รับการผ่าตัด left Hemicolectomy with Hartmann reversal with loop colostomy, On ET – tube with Volume, Retained Foley's catheter

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระยะเวลาของการผ่าตัดแต่ละชนิด เพราะยังระยะเวลาของการผ่าตัดนาน โอกาสของการติดเชื้อหลังผ่าตัดก็ยิ่งสูงขึ้น (Cheng et al., 2017; Gulanick & Myers, 2017)

2. ประเมินลักษณะของบาดแผลผ่าตัดว่ามีแดง ร้อน ปวด บวม มีแผลแยก (dehiscence) หรือไม่ ลักษณะของสิ่งคัดหลั่งผิดปกติหรือไม่ การตรวจพบลักษณะดังกล่าวถือว่าการติดเชื้อของแผล ปกติแล้วสิ่งคัดหลั่งควรมีลักษณะเหลืองใส ไม่มีกลิ่น ถ้าพบมีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติ อาจต้องทำการเพาะเชื้อส่งตรวจ เพื่อระบุว่าเชื้ออะไรเป็นเหตุของการติดเชื้อ เพื่อที่จะได้รักษาด้วยยาฆ่าเชื้อที่เหมาะสมต่อไป (Gulanick & Myers, 2017) และประเมิน stoma ทุก 8 ชั่วโมง stoma ปกติ ควรเป็นสีแดง ถ้ามีสีม่วงหรือดำคล้ำ แสดงว่า stoma มีภาวะขาดเลือด (คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2556; ศุภิสรา สุวรรณชาติ และคณะ, 2563)

3. ติดตามภาวะไข้ ถ้าอุณหภูมิมากกว่า 38.5 องศาเซลเซียส ควรสงสัยว่ามีการติดเชื้อ (Chen et al., 2022; Mackowiak et al., 2021)
 4. ติดตามผลการตรวจเม็ดเลือดขาว ถ้าจำนวนเม็ดเลือดขาวสูงขึ้น บ่งบอกว่าการติดเชื้อ (Gulanick & Myers, 2017)
 5. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล เพราะช่วยในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคได้ดีที่สุด (Gulanick & Myers, 2017)
 6. ใช้หลักปราศจากเชื้อในการทำแผลผ่าตัด และ stoma เพื่อป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียเข้าแผล (Gulanick & Myers, 2017)
 7. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 g IV OD, Metronidazole 500 mg IV q 8 hrs เพื่อรักษาอาการติดเชื้อ (Gulanick & Myers, 2017)
 8. ถ้าผู้ป่วยมีอาการเวียน ให้ดื่มน้ำให้เพียงพอ ไม่ให้อุจจาระร่วงซึมออกมาปนเปื้อนแผลผ่าตัด (Gulanick & Myers, 2017)
 9. แจ้งแพทย์ทันทีหากพบอาการบ่งชี้ติดเชื้อ เช่น ไข้สูง หนอง กลิ่นเหม็นจากแผล stoma มีสีม่วงหรือดำคล้ำ
- ประเมินผลการพยาบาล วันที่ 2 – 5 ผู้ป่วยมีไข้ต่ำ ๆ 37.5-37.7 องศาเซลเซียส แผลผ่าตัดไม่แยก ไม่บวมแดง ไม่มีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติ stoma ไม่เป็นสีม่วงหรือดำคล้ำ วันที่ 6 ผู้ป่วยไม่มีไข้ จนกระทั่งจำหน่าย
- 5) มีภาวะโปตัสเซียมในเลือดต่ำ**

S:-

O: วันที่ 5 ผู้ป่วยมีโปตัสเซียมในเลือดต่ำ เท่ากับ 3.2 mmol/L, PR 80-102 bpm

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการทางคลินิก โดยสังเกตอาการอ่อนแรง กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชาปลายมือปลายเท้า ตรวจสอบสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะอัตราและจังหวะการเต้นของหัวใจ ฟังเสียงหัวใจและตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG) ถ้าพบ T-wave แบน/กลับด้าน U-wave เด่น QT ยาวขึ้น หัวใจเต้นช้า/เต้นผิดปกติ ให้รายงานแพทย์ทราบ
2. เฝ้าระวังผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยติดตามผล ระดับ K^+ ในเลือดอย่างสม่ำเสมอ ตรวจติดตามระดับแมกนีเซียม และ pH ด้วย เนื่องจากภาวะ hypomagnesemia หรือ alkalosis อาจรบกวนการรักษา hypokalemia
3. ดูแลการให้โพแทสเซียมอย่างปลอดภัย โดยให้โพแทสเซียมทางหลอดเลือดดำ (KCl IV) ตามแผนการรักษา กรณีศึกษาได้รับ 5%D/NSS + KCL 20 mEq IV rate 80 ml/hr การให้ KCL ต้องเจือจางและ

หยดช้า ห้ามให้ bolus หรือ push เด็ดขาด อัตราการให้ทั่วไปไม่เกิน 10–20 mEq/hr หากไม่อยู่ใน ICU หากให้ทางปาก (KCl tablet) ควรให้หลังอาหารทันทีเพื่อลดการระคายเคืองกระเพาะ และเตรียมน้ำให้ดื่มตามอย่างน้อย 1 แก้วเต็ม

4. เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน โดยสังเกตอาการ หัวใจเต้นผิดปกติ, หายใจลำบาก, หรืออ่อนแรงเฉียบพลัน หากมี central line: ประเมินตำแหน่งให้ปลอดภัยขณะให้ KCl ประเมินผิวหนังและหลอดเลือดบริเวณให้ยา หากมีการให้ IV เพื่อป้องกัน extravasation (KCl เป็นสารกัดกร่อน)

5. ส่งเสริมโภชนาการและให้คำแนะนำ โดยสนับสนุนให้รับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง หากไม่มีข้อห้าม เช่นกล้วย, ส้ม, มะเขือเทศ, มันฝรั่ง, ผักโขม, ถั่วเหลือง ให้คำแนะนำในการรับยารักษาโรค เช่น ยาขับปัสสาวะที่อาจทำให้ K^+ ต่ำ เตือนให้หลีกเลี่ยงการใช้ระบายหรือยาขับปัสสาวะเองโดยไม่จำเป็น

ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง/ชาปลายมือปลายเท้า/หัวใจเต้นช้า/เต้นผิดปกติ PR 80-92 bpm bowel sound ปกติ ไม่มีผลการตรวจโปสต์เซียมเพิ่มเติม

6) เสี่ยงต่อภาวะพร่องการดูแลตนเองด้านการขับถ่าย เนื่องจากการพึ่งพิงทวารเทียม/การมีถุงทางหน้าท้องหรือการทำงานไม่ประสานกันของมือและตา (Gulanick & Myers, 2017)

S:-

O: ผู้ป่วยวัยสูงอายุ 68 ปี, ได้รับการผ่าตัด left Hemicolectomy with Hartmann reversal with loop colostomy

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความกังวลของผู้ป่วยในการดูแลทวารเทียมและถุงรองรับ ผู้ป่วยอาจมีความกังวลหลายเรื่อง ซึ่งจะกระทบต่อความสามารถในการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงเรื่องการดูแลตนเองด้านการขับถ่ายทางทวารเทียมให้ประสบความสำเร็จ ความกังวลนี้อาจรวมถึง การมองเห็นทวารเทียมและการเก็บถุงรองรับอุจจาระ การจัดการกับถุงรองรับที่มีอุจจาระ หรือแม้แต่วิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องกลิ่นไม่พึงประสงค์ (Gulanick & Myers, 2017)

2. สอนการดูแลทวารเทียมให้กับผู้ป่วยและญาติ ตั้งแต่ การประเมินทวารเทียม การเปลี่ยนถุงรองรับทวาร และการดูแลผิวหนังรอบทวารเทียม ได้แก่ การทำ skin barrier รอบ ๆ ทวารเทียม เพราะ skin barrier จะป้องกันการระคายเคืองของผิวหนังจากการสัมผัสของอุจจาระได้ พร้อมทั้งแนะนำให้ skin barrier จะคงอยู่ได้ประมาณ 3 – 4 วัน ควรเอาออกหลังวันที่ 4 และตรวจดูผิวหนังรอบ ๆ ทวารเทียม เพราะผิวหนังรอบ ๆ ทวารเทียม อาจแพ้ skin barrier ซึ่งอาจทำให้ระคายเคืองและติดเชื้อได้ ทำความสะอาดผิวหนังด้วยน้ำอุ่นและสบู่อ่อน ๆ ซับให้แห้งก่อนที่จะทำ skin barrier ใหม่ ใช้ถุงรองรับอุจจาระที่สะอาด และเทอุจจาระทิ้งเมื่อมีอุจจาระประมาณ ½ ถุง เพื่อลดโอกาสของการรั่วไหลของอุจจาระและกลิ่น จดบันทึกจำนวน สี และ

ลักษณะของอุจจาระ เพราะการเปลี่ยนแปลงการรับประทานอาหารและการติดเชื้อ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอุจจาระได้ ในกรณีที่ไม่มีอุจจาระออกจากทวารเทียม ให้ใส่ถุงมือหล่อลื่นนิ้วด้วยสารหล่อลื่น และสอดที่รูเปิดทวารเทียม ถ้าไม่พบอุจจาระหรือการผายลม ให้รายงานแพทย์ทราบ เพราะการไม่มีอุจจาระและลมออกจากทวารเทียม เป็นสัญญาณบ่งบอกว่ามีการอุดตันของลำไส้ (Gulanick & Myers, 2017)

3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ฝึกทำความสะอาดทวารเทียม/เปลี่ยนถุงหน้าท้อง/เทอุจจาระ ด้วยตนเอง ก่อนที่จะจำหน่ายกลับบ้าน

ประเมินผลการพยาบาล ญาติสามารถทำความสะอาดทวารเทียมได้ถูกต้อง รวมถึงเทอุจจาระออกจากถุงได้ถูกวิธี

7) **เสี่ยงต่อการกำซาบของทวารเทียมไม่มีประสิทธิภาพ** เนื่องจาก การขัดขวางการไหลเวียนเลือดไปยังทวารเทียม ซึ่งเกิดได้จากการจัดกระทำต่อลำไส้ขณะผ่าตัด อาการบวมหลังผ่าตัด แรงกดต่อทวารเทียมจากแท่งแก้วหรืออุปกรณ์ต่าง ๆ (Gulanick & Myers, 2017)

S:-

O: ได้รับการผ่าตัด left Hemicolectomy with Hartmann reversal with loop colostomy

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสีของทวารเทียม ลักษณะความชุ่มชื้นของทวารเทียม อาการบวม การมีแท่งแก้วหรืออุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ทวารเทียม การติดแน่นเหมาะสมหรือไม่ การมีท้องอืดตึง อาการเหล่านี้ควรได้รับการประเมินทุก 4 ชั่วโมง หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก สีของทวารเทียมปกติควรมีสีชมพูและมีความชุ่มชื้น ซึ่งแสดงถึงการกำซาบที่ดี สีทวารเทียมที่คล้ำอาจบ่งบอกว่าการกั้งของเลือดดำหรือมีเลือดมาเลี้ยงไม่ดี ซึ่งไม่ว่าจะมีสาเหตุจากอะไรก็เป็นผลให้ทวารเทียมตายได้ ทวารเทียมที่ดีควรชุ่มชื้น เพราะลำไส้ที่ดีจะมีการหลั่งเยื่อเมือกอย่างต่อเนื่อง ส่วนอาการบวมของทวารเทียมอาจเกิดได้จากการมีพยาธิสภาพก่อนผ่าตัด หรืออาจเกิดจากการจัดกระทำกับลำไส้ขณะผ่าตัดก็ได้ แท่งแก้วหรืออุปกรณ์ในการพยุงลำไส้ เช่น กรณีของ transverse หรือ loop stomas ที่อาจสอดไว้หลายวันหลังผ่าตัด หรือแม้แต่อาจติดไปกับผู้ป่วยเมื่อแพทย์จำหน่ายกลับบ้าน แท่งแก้วหรืออุปกรณ์พยุงลำไส้เหล่านี้อาจไปกดทวารเทียมได้ การตัดแน่น ควรให้มีขนาดใหญ่กว่าทวารเทียมประมาณ $\frac{1}{2}$ นิ้ว ขนาดวงแป้นที่แน่นเกินไปอาจทำให้การไหลเวียนเลือดกลับไม่ดี ทำให้ทวารเทียมบวมและเสียหายได้ ส่วนอาการท้องอืดตึงอาจไปลดการไหลเวียนเลือดที่ลำไส้ส่วนปลายและทวารเทียมได้ (สุกิสรา สุวรรณชาติ และคณะ, 2563; Gulanick & Myers, 2017)

2. ตัดแป้นให้พอดีกับทวารเทียม เพื่อป้องกันผิวหนังรอบ ๆ ทวารเทียมที่จะต้องสัมผัสกับอุจจาระ และเพื่อให้เลือดไหลเวียนไปยังทวารเทียมได้อย่างเพียงพอ (สุกิสรา สุวรรณชาติ และคณะ, 2563; Gulanick & Myers, 2017)

ประเมินผลการพยาบาล 2-3 วันแรกหลังผ่าตัด stoma ของผู้ป่วยยังบวมแดง แต่หลังจากนั้นอาการบวมแดงเริ่มลดลง และไม่มีอาการของ stoma เปลี่ยนเป็นสีม่วงหรือดำคล้ำตลอดระยะเวลาการนอนพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล

วินิจฉัยการพยาบาล ระยะจำหน่าย

1) ขาดความรู้ในการปฏิบัติเมื่อกลับไปรักษาต่อที่บ้าน (Gulanick & Myers, 2017)

S: ‘ต้องทำตัวยังไง ถึงจะหายดี’

O: หลังผ่าตัด left Hemicolectomy with Hartmann reversal with loop colostomy, มีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความสามารถในการดูแลบาดแผลของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้อธิบายสิ่งที่เข้าใจให้พยาบาลฟัง พยาบาลอธิบายเพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ป่วยยังไม่ทราบ

2. ประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับหน้าที่การทำงานของลำไส้ ผู้ป่วยควรเข้าใจว่าแบบแผนการทำงานของลำไส้ตามปกติจะกลับมาภายใน 2 – 3 สัปดาห์หลังผ่าตัด (Gulanick & Myers, 2017) สังเกตอาการท้องอืด ท้องผูก และรายงานพยาบาล/แพทย์ทราบ

3. ประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับความจำเป็นในแผนการรักษามะเร็งในอนาคตและการมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดช่องท้องเพื่อรักษามะเร็ง ทำให้จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างอื่นต่อ เช่น เคมีบำบัด รังสีรักษา หรือการรักษาด้วยภูมิคุ้มกันบำบัด (immunotherapy) ผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งจำเป็นต้องได้รับตรวจวินิจฉัยเพื่อดูว่ามีการกลับซ้ำของมะเร็งหรือไม่ (Gulanick & Myers, 2017)

4. วัดความสามารถในการเรียนรู้และการประยุกต์ใช้ความรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแล การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ อาจมีส่วนช่วยเพิ่มความสามารถในการเรียนรู้ข้อมูลหรือการปฏิบัติในการดูแลตนเอง เพราะการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ที่ส่งผลต่อวิถีชีวิต ผู้ป่วยอาจมีความยากลำบากที่จะทำ (Gulanick & Myers, 2017)

5. สอนผู้ป่วยและผู้ดูแลในการทำแผล เพราะมีความสำคัญต่อการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ แผลหน้าท้องที่มี steri-strips ไม่ควรแกะหรือลอกออก ควรปล่อยไว้จนกระทั่งหลุดออกเอง ส่วนแผลเย็บหรือมี staple ควรให้แพทย์หรือพยาบาลนำออกให้เมื่อครบระยะเวลาที่กำหนด สำหรับแผลฝีเย็บ ควรแนะนำให้ผู้ป่วยแช่ก้น (sitz baths) วันละ 2 ครั้ง เพื่อให้แผลสะอาดและทำให้ผู้ป่วยสุขสบาย หลังจากนั้นควร pack แผลด้วยก๊อซชุบน้ำเกลือปราศจากเชื้อ (Gulanick & Myers, 2017) ในรายนี้แพทย์แนะนำให้ผู้ป่วยทำแผลที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน วันละครั้ง

6. แนะนำผู้ป่วยว่าลำไส้จะกลับมาทำงานเป็นปกติภายใน 2 – 3 สัปดาห์หลังผ่าตัด ยิ่งถ้าตัดลำไส้ ออกมากเท่าไร ก็ต้องยิ่งอาศัยการปรับตัวนานขึ้น และในช่วงดังกล่าวอาจจะอาเจียนและลำไส้จะ เคลื่อนไหวบ่อยขึ้น (Gulanick & Myers, 2017)

7. แนะนำผู้ป่วยเรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมหลังผ่าตัด เช่น ห้ามยกของหนักเกินกว่า 10 ปอนด์ หรือ 4.5 กิโลกรัม เป็นเวลา 6 สัปดาห์ เพราะจะช่วยลดการเกร็งของกล้ามเนื้อหน้าท้องและลดความ เสี่ยงของการยื่นยาวออกมามากกว่าปกติของทวารเทียม (stoma prolapse) (Colorectal cancer alliance, 2025) แนะนำให้ออกกำลังกายเบา ๆ เช่น การเดิน เพราะการออกกำลังกายช่วยเพิ่มความแข็งแรง อีกทั้งป้องกันการ เกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำลึก (deep vein thrombosis) โดยเฉพาะบริเวณขา และปอดบวม (pneumonia) (Benzidia & Espinola-Klein, 2025)

8. แนะนำเรื่องการอาบน้ำ ว่าสามารถทำได้เมื่อแผลหาย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีแผลบริเวณฝีเย็บ ซึ่ง กว่าแผลจะหายสนิทก็ใช้เวลาประมาณ 8 สัปดาห์ ผู้ป่วยควรใช้สบู่ฆ่าเชื้อแทนการแช่น้ำในอ่างอาบน้ำ และสบู่ที่ มีความเป็นกรดอ่อน ๆ การขับถ่ายควรทำเมื่อแผลหน้าท้องหายแล้ว เพราะการเหยียบคันเร่งหรือเหยียบเบรก จะทำให้ต้องเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องเพิ่มขึ้น (Gulanick & Myers, 2017)

9. อธิบายเรื่องอาหารที่เหมาะสมหลังผ่าตัดและเหมาะสมกับโรคประจำตัวที่เป็น (Gulanick & Myers, 2017) อาหารที่เหมาะสมหลังผ่าตัด ควรเป็นอาหารย่อยง่าย ไม่กระตุ้นลำไส้มากเกินไป และเป็น อาหารที่ให้โปรตีนและพลังงานเพียงพอเพื่อช่วยให้แผลหายเร็ว เช่น ข้าวต้ม โจ๊ก ไข่ตุ๋น ไข่ต้ม เต้าหู้ ปลาเนื้อ นุ่มหรือปลาเนื้อนุ่ม เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน นมพร่องมันเนย นมถั่วเหลืองไม่หวาน ผักนึ่งหรือต้มสุก (หลีกเลี่ยงผักดิบและผลไม้เปลือกแข็งจนกว่าลำไส้จะฟื้นตัวดี) ควรเพิ่มการรับประทานอาหารที่มีกากใยขึ้นทีละน้อย เพื่อ ลดอาการท้องอืดที่มาจากแก๊สในลำไส้ การรับประทานอาหารที่มีกากใยสูงสามารถช่วยเรื่องการเคลื่อนไหว ของลำไส้ และช่วยลดการสัมผัสของสารก่อมะเร็งที่ผนังลำไส้ เช่น ธัญพืช ผลไม้ และผัก นอกจากนี้เส้นใย อาหารยังสามารถปรับเปลี่ยนชนิดและจำนวนของจุลินทรีย์ในลำไส้ ซึ่งมีผลในการลดความเสี่ยงของการ เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ (Davis & Milner, 2009) ส่วนอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ควรหลีกเลี่ยงขนมหวาน น้ำหวาน ผลไม้หวานจัด อาหารทอด อาหารมัน หรือบริโภคแต่น้อยถ้ารู้สึกอยาก ลดการกินอาหารเค็ม อาหารที่ใส่ผงชูรส ซุปก้อน อาหารหมักดอง เป็นต้น แนะนำให้รับประทานวันละ 5-6 มื้อเล็ก แทนการกินมื้อใหญ่ เลี่ยงอย่างละเอียด เพื่อช่วยลดการทำงานของลำไส้ ดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว

10. แนะนำผู้ป่วยถึงเหตุผลของการรักษาที่แพทย์วางแผนไว้ เช่น การรักษาด้วยเคมีบำบัด รังสี รักษา การบำบัดแบบมุ่งเป้า และภูมิคุ้มกันบำบัด ซึ่งมักทำในรายที่แพทย์พบว่ามะเร็งไม่ได้จำกัดอยู่แค่ใน

ลำไส้หรือผนังลำไส้ และแนะนำให้มาตรวจตามนัดเป็นประจำ ในรายนี้แพทย์นัดมา follow-up อีก 2 สัปดาห์ เพื่อฟังผลพยาธิวิทยา

11. แนะนำการดูแลตนเองขณะเป็นเบาหวาน คือ ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดวันละ 1-2 ครั้ง รับประทานยาเบาหวานอย่างสม่ำเสมอ และการดูแลตนเองขณะมีความดันโลหิตสูง คือ วัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ

ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติสนใจรับฟังคำแนะนำเป็นอย่างดี และสามารถบอกการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปรักษาตนที่บ้านได้ถูกต้อง

บทสรุป

มะเร็งลำไส้ใหญ่เมื่ออยู่ในระยะลุกลามหรือแพร่กระจาย ส่งผลให้การรักษายากและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง การพยาบาลมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับโรคและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สิ่งที่ได้เรียนรู้คือ การประเมินแบบองค์รวมที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดแผนการดูแลที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล นอกจากนี้ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลเฉพาะทาง เช่น การดูแลแผลผ่าตัด การดูแล stoma การจัดการกับผลข้างเคียงจากเคมีบำบัด และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ล้วนเป็นทักษะจำเป็นของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะเปลี่ยนผ่านของโรค ซึ่งผู้ป่วยอาจประสบกับความไม่แน่นอน ความวิตกกังวล หรือภาวะซึมเศร้าได้ง่าย ข้อเสนอแนะทางการพยาบาลและการศึกษาต่อคือ ควรมีการอบรมหรือจัดหลักสูตรเฉพาะทางสำหรับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ เช่น การดูแล stoma การจัดการภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด หรือการสื่อสารแบบประคับประคอง (palliative communication) เพื่อให้พยาบาลสามารถให้การดูแลได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ควรมีการร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างใกล้ชิด โดยเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแนวทางการรักษาและการดูแลตนเอง เพื่อเพิ่มความรู้สึกว่าสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้ (sense of control) และลดภาวะความเครียด ควรจัดให้มีระบบติดตามหลังจำหน่าย (follow-up care) โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มี stoma หรือได้รับเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนและให้คำแนะนำในการปรับตัวต่อการใช้ชีวิตประจำวันอย่างมีคุณภาพ การดำเนินการตามข้อเสนอแนะเหล่านี้จะช่วยยกระดับการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และส่งผลเชิงบวกต่อการรักษา การฟื้นตัว และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (2556). การดูแลตนเองของผู้ที่มีทวารเทียม.

Medinfo2.psu.ac.th/cancer/data/news/colostomy_1.pdf?newsID

ภาณุพงศ์ รักษาวงศ์. (2562). *ภาวะความผิดปกติของโพแทสเซียม (potassium disorders)*.

<https://ccpe.pharmacycouncil.org>

ศุภิสรา สุวรรณชาติ, สาดิ สายทอง แฮมิลตัน, พิษณุณัฐ แก้วอำไพ, และ สุวิมล มณีโชติ. (2563). ทวาร
เทียม: บทบาทพยาบาลและประเด็นสำคัญในการดูแล. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*.
26(2), 203-213.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2565). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2564*. [https://www.nci.go.th/
e_book/hosbased_2564/index.html](https://www.nci.go.th/e_book/hosbased_2564/index.html)

สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย. (2565, 31 ตุลาคม). *ข้อควรรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่*.
https://www.gastrothai.net/th/knowledge-detail.php?content_id=347

American Cancer Society. (2025). *Treatment types*. [https://www.cancer.org/cancer/managing-
cancer/treatment-types.html](https://www.cancer.org/cancer/managing-cancer/treatment-types.html)

Benzidia, I., & Espinola-Klein, C. (2025). Moving a lot prevents the clot. *European Journal of Preventive
Cardiology*, 32(1), 75–76. <https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwae360>

Chen, Y., Ren, F., Xiao, D., Guan, A.H., Zhu, L.D., Ma, X.P., & Wang, Z.Y. (2022). Prediction
nomogram for evaluating the probability of postoperative fever in children with acute
appendicitis. *Frontiers Pediatric*, 10,. <https://doi.org/10.3389/fped.2022.982614>

Cheng, H., Chen, B. P.-H., Soleas, I. M., Ferko, N. C., Cameron, C. G., & Hinoul, P. (2017). Prolonged
operative duration increases risk of surgical site infections: A systematic review. *Surgical
Infections*, 18(6), 722-735. DOI: <https://doi.org/10.1089/sur.2017.089>

ChulaCancer. (2023). *มะเร็งลำไส้ใหญ่*. [https://www.chulacancer.net/articles-page.php?id=450&
keyname=academic](https://www.chulacancer.net/articles-page.php?id=450&keyname=academic)

Colorectal cancer alliance. (2025). Physical activity with an ostomy.
[https://colorectalcancer.org/resources-support/resources/living-well-colorectal-
cancer/ostomy/physical-activity-ostomy?utm_source](https://colorectalcancer.org/resources-support/resources/living-well-colorectal-cancer/ostomy/physical-activity-ostomy?utm_source)

Davis, C. D., & Milner, J. A. (2009). Gastrointestinal microflora, food components, and colon cancer
prevention. *Journal of Nutritional Biochemistry*, 20(10), 743–752.
<https://doi.org/10.1016/j.jnutbio.2009.06.001>

- Gulanick, M., & Myers, J.L. (2017). *Nursing care plan: Diagnoses, interventions, & outcomes* (9th ed.). Elsevier.
- Kranenburg, O., Speeten, K., & Hingh, I. (2021). Peritoneal metastases from colorectal cancer: defining and addressing the challenges. *Frontiers in Oncology*.
<https://doi.org/10.3389/fonc.2021.650098>
- Liu, CC., & Yeh, HI. (2014). Nicotine: A double-edged sword in atherosclerotic disease. *Acta Cardiologica Sinica*. 30(2), 108–113. <http://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/pmc4805015/>
- Lohsiriwat, V., Chaisomboon, N., & Pattana-arun, J. (2020). Colorectal cancer in Thailand: A summary of current status. *Annals of Coloproctology*. 36(2).
<https://doi.org/10.3393/ac.2020.01.07>
- Mackowiak, P.A., Chervenak, F.A., & Grunebaum, A. (2021). Defining fever. *National Library of Medicine*. 8(6), <https://doi.org/10.1093/ofid/ofab161>
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). (2024). *NCCN clinical practice guidelines in oncology (NCCN Guidelines®): Colon cancer. (Version 1.2024)*. <https://www.nccn.org>
- Senem, K., Usul, A.C., Latif, N.K., Nail, P., Izzet, D., Ferhat, F., & Didem, T. (2024). Disease characteristics and prognostic factors of colorectal cancer patients with bone metastasis: A real-world data from Turkey. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, 20(6): 1694-1697.
https://doi.org/10.4103/jcrt.jcrt_392_23
- Timby, B.K., & Smith, N.E. (2018). *Medical-surgical nursing* (3rd ed.). Wolters Kluwer.
- Wang, W., Zhao, T., Geng, K., Yuan, G., Chen, Y., & Xu, Y. (2021). Smoking and the pathophysiology of peripheral artery disease. *Frontier in Cardiovascular Medicine*, 8,
<https://doi.org/10.3389/fcvm.2021.704106>