

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดหลายอย่าง : การศึกษาผู้ป่วยรายกรณี

สุจินดา ลดาสุนทร* วพย. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)

สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม*** ประ.ด. (การพยาบาล), วพย. (การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์)

บทคัดย่อ :

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เป็นโรคที่มีแนวโน้มมากขึ้น การรักษาด้วยการผ่าตัดต่อลำไส้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลายอย่าง ผู้ป่วยกรณีศึกษานี้เป็นมะเร็งไส้ตรงระยะที่ 3 ร่วมกับมดลูกโตมีเนื้องอกหลายก้อน ได้รับการผ่าตัดมดลูกพร้อมกับตัดลำไส้ใหญ่ส่วนล่างและไส้ตรง เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดหลายอย่าง รวมทั้งภาวะรอยต่อลำไส้รั่ว ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมเพื่อระบายอุจจาระใส่สายสวนเพื่อขับถ่ายปัสสาวะ ก่อให้เกิดภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง มีความวิตกกังวลที่ต้องติดเตียงหน้าห้อง เพื่อรองรับอุจจาระที่ขับถ่ายทางทวารเทียมและมีสายสวนปัสสาวะกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ประเด็นปัญหาสุขภาพโดยพิจารณาตามแนวทางการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด และนำเสนอบทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในการดูแลจัดการผู้ป่วยรายกรณีเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองต่อเนื่อง มีความปลอดภัย และมีสุขภาวะหลังผ่าตัด

คำสำคัญ : มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ภาวะรอยต่อลำไส้รั่ว การดูแลตนเอง ทวารเทียม

*Corresponding author, ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงระดับวุฒิบัตร สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, E-mail: sujindaladasoontorn@gmail.com

**รองศาสตราจารย์โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ 26 ตุลาคม 2564 วันที่แก้ไขบทความ 17 พฤศจิกายน 2565 วันตอบรับบทความ 20 พฤศจิกายน 2565

Nursing Management of Patients with Colorectal Cancer and Multiple Complications After Surgery: A Case Study

Sujinda Ladasoontorn Dip. APAGN*

*Suchira Chaiviboontham** Ph.D. (Nursing), Dip. APMSN*

Abstract:

Colorectal cancer is a disease that tends to increase significantly. The treatment is colon resection, which is a risk for multiple complications. The patient in this case study was diagnosed with stage 3 colorectal cancer with multiple myomas and underwent colorectal surgery with a total hysterectomy. The case encountered multiple complications, including anastomosis leakage, after the surgery. She underwent an ostomy creation for fecal diversion and was retained with a Foley catheter for urinary drainage. These procedures led to changes in body image and anxiety about continuity care at home. This article aimed to analyze health problems compared to the treatment guidelines for a colorectal patient with postoperative complications. The advanced practice nurse played the case manager role, using evidence-based care and Orem's nursing theory to enhance self-care capabilities and promote safety and well-being after the surgery.

Keywords: Colorectal cancer, Anastomosis leakage, Self-care, Colostomy

**Corresponding author, Advanced Practice Nurse in Adult and Gerontological Nursing, Nursing Department, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University E-mail: sujindaladasoontorn@gmail.com*

***Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University*

Received October 26, 2021, Revised November 17, 2022, Accepted November 20, 2022

ความสำคัญและปัญหาทางคลินิก

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เป็นปัญหาที่มีความสำคัญมากขึ้น เนื่องจากการบริโภคอาหารประเภทไขมันสัตว์ สัตว์เนื้อแดง รับประทานผักผลไม้ไม่เพียงพอ ออกกำลังกายน้อย ทำให้เกิดความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง¹ จากสถิติขององค์การอนามัยโลก ในปีพ.ศ. 2561 พบว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงพบมากเป็นอันดับ 3 รองจากมะเร็งปอดและมะเร็งเต้านม² สำหรับประเทศไทยจากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2561 พบว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นโรคมะเร็งที่พบในเพศชายมากเป็นอันดับ 1 ส่วนในเพศหญิงพบมากเป็นอันดับที่ 3 รองจาก มะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก³ แนวทางการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในปัจจุบันที่มีผลการรักษาดี สามารถเพิ่มอัตราการอยู่รอด และลดการกลับเป็นซ้ำ คือ การรักษาแบบผสมผสานระหว่างการผ่าตัด ร่วมกับการใช้ยาเคมีบำบัด และการใช้รังสีรักษา ทั้งนี้ขึ้นกับระยะของโรคและการกระจายของโรค^{4,5}

การผ่าตัดต่อลำไส้มีโอกาสดังเกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลายอย่าง ได้แก่ รอยต่อลำไส้ใหญ่หรือลำไส้ตรงรั่วซึม (colorectal anastomosis leakage) ซึ่งมีอุบัติการณ์ร้อยละ 1.5-6 โดยอุบัติการณ์เกิดจะสูงในกลุ่มมีการต่อในตำแหน่งที่ต่ำ (low colorectal and coloanal anastomosis)⁶ ทำให้เกิดผลกระทบหลายอย่าง ได้แก่ การเพิ่มระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยวิกฤต การเพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแล การเพิ่มอัตราการเกิดโรคร่วมและเสียชีวิต ยังมีผลต่ออัตราการกลับเป็นซ้ำ และอัตราการรอดชีวิตในระยะยาว^{6,7} การรักษาภาวะรอยต่อลำไส้รั่วซึม แพทย์อาจพิจารณาทำการผ่าตัดเปิดทวารเทียม⁷

การผ่าตัดเปิดทวารเทียม คือ การผ่าตัดเปิดลำไส้สู่ผนังหน้าท้องเพื่อขับถ่ายอุจจาระ มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ แบบแผนการขับถ่าย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความ

วิตกกังวลกับการเปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ โดยเฉพาะในรายที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมแบบฉุกเฉิน ทำให้ยากต่อการยอมรับ และส่งผลต่อคุณภาพชีวิต⁸ บทความนี้นำเสนอกรณีตัวอย่างบทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง (Advanced practice nurse: APN) ที่ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ความรู้ทางการแพทย์ และหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ตรงร่วมกับมีเนื้องอกมดลูก ที่มีภาวะแทรกซ้อน กระเพาะปัสสาวะทะลุ รอยต่อลำไส้รั่ว ไตบาดเจ็บเฉียบพลัน และกระเพาะปัสสาวะไม่บีบตัว จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม และคาสายสวนปัสสาวะ ที่ส่งผลให้ระยะเวลาอนโรพยาบาลนาน ในบทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงจึงมีความจำเป็นในการช่วยให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียม และสายสวนปัสสาวะ ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์ประเด็นปัญหาสุขภาพ โดยพิจารณาตามแนวทางการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยรายกรณีได้

2. เพื่อนำเสนอบทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในการดูแลจัดการผู้ป่วยรายกรณี

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิง อายุ 52 ปี มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง (ควบคุมการรับประทานยา) และไขมันในเลือดสูง รับประทานยา atorvastatin ขนาด 10 มก.

วันละ 1 เม็ดหลังอาหารเย็น ตรวจรักษากับโรงพยาบาล
แห่งหนึ่ง และมีเนื้องอกมดลูก (myoma) ขนาด 4 ซม.
ตรวจ ultrasound (U/S) 1 ครั้ง/ปี ครั้งล่าสุด 10 เดือน
ก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วางแผนการรักษาโดยรอให้
ก้อนเล็กลง เมื่อหมดประจำเดือน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล คลำพบก้อนยื่น
ทางทวารหนักมา 1 ปี

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

2 ปีก่อน ตรวจสุขภาพประจำปีของที่ทำงาน
ได้รับการตรวจอุจจาระ ผลตรวจพบมีเลือดในอุจจาระ
แพทย์แนะนำให้ตรวจเพิ่มเติม แต่ผู้ป่วยไม่ได้ไปตรวจ
เนื่องจากมีภาระงานมาก

1 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล คลำพบก้อนยื่นทาง
ทวารหนักตอนถ่ายอุจจาระ ไปตรวจ รพ.ศูนย์แห่งหนึ่ง
แพทย์แจ้งว่าเป็นริดสีดวงทวารหนัก ได้ยามารับ
ประทานอาการดีขึ้น

9 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มาตรวจรักษาแจ้ง
ประวัติได้รับการตรวจอุจจาระ พบมีเลือดในอุจจาระกับ
แพทย์ จึงได้ทำการตรวจเพิ่มเติม โดยการส่องกล้อง
ตรวจลำไส้ใหญ่ (colonoscopy) พบ lower rectal large
polyp วางแผนรักษาด้วย Endoscopic submucosal
dissection (ESD)

8 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลตรวจ ESD พบ large
sub-predunculated rectal polyp size 4 cm at lower
rectum ผล Patho: early well differential adenocarcinoma
pT1 deep muscle 0.2 mm and no lymphovascular
invasion (LVI) รอยโรคลึกกว่าผนังลำไส้ชั้น submucosa
ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ตรวจ CT
whole abdomen ผล no liver, lung, and bone metastasis,
positive perirectal LN 0.5–0.8 cm และตรวจ CEA =
2.3 นก./มล. ครั้งนั้นนัดมาผ่าตัด Laparoscopic low
anterior resection (Lap LAR)

การรักษาที่ได้รับในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Lap LAR converted to
open LAR with Total Hysterectomy (TAH) with
repair bladder มีการเปลี่ยนวิธีการผ่าตัด และต้องผ่าตัด
มดลูกออก เพื่อให้สามารถผ่าตัดไส้ตรงได้ ขณะผ่าตัด
เกิดภาวะแทรกซ้อนกระเพาะปัสสาวะทะลุขนาด 4 ซม.
และมีรอยตัดต่อลำไส้ ห่างจากทวารหนัก ประมาณ
4 ซม. ใช้เวลาในการผ่าตัด 4 ชั่วโมง 10 นาที เสียเลือด
900 มล. ได้รับเลือดในท้องผ่าตัด 1 ถัง 288 มล.
ในระยะหลังผ่าตัดไม่พบภาวะเลือดออกผิดปกติ
ผลตรวจความเข้มข้นของเลือด 32%

หลังผ่าตัดวันที่ 3 มีไข้ 38.2°C ชีพจร 90 ครั้ง
ต่อนาที ความดันโลหิต 130–140/70–90 มม.ปรอท
ไม่มีอาการแสดงถึงภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ (peritonitis)

หลังผ่าตัดวันที่ 4 APN ได้เริ่มเข้ามาดูแลผู้ป่วย
รายนี้ พบว่ามีไข้ 37.8–38.6 °C มีอาการปวดท้องด้าน
ล่างเท่ากันทั้งซ้ายขวาขณะทำความสะอาดบริเวณอวัยวะ
สืบพันธุ์ พบคราบอุจจาระ เปื้อนสายสวนปัสสาวะ
ผลตรวจเลือด พบค่าเม็ดเลือดขาว (white blood cell:
WBC) = 11,000 เซลล์/ลบ.มล. และตรวจ CT
abdomen emergency พบ new evidence of multiple
fluid collection with internal air bubbles in pelvic
cavity and along mesenteric root with placement of a
percutaneous drainage tube in pelvic cavity ได้รับการ
วินิจฉัย “Anastomosis leakage with intra-abdominal
collection” ได้รับการดูแลรักษาโดยการงดรับประทานอาหาร
และน้ำดื่ม ร่วมกับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ
และเปลี่ยนยาปฏิชีวนะจาก ceftriaxone 2 กรัม ทาง
หลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง และ metronidazole 500 มก.
ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง เป็น Sulperazone®
(cefoperazone/sulbactam) 3 กรัม ทางหลอดเลือดดำ
ทุก 8 ชั่วโมง แต่ยังคงมีไข้ 37.6–38.4 °C

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่มีภาวะแทรกซ้อน
หลังการผ่าตัดหลายอย่าง : การศึกษาผู้ป่วยรายกรณี

หลังผ่าตัดวันที่ 5 ส่งปรึกษาแพทย์อายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ เปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็น ertapenam 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง คู่กับ vancomycin 1,250 มก. ทางหลอดเลือดดำ 1 ครั้ง จากนั้นให้เป็น 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ให้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง ทุก 12 ชั่วโมง หลังเปลี่ยนยา 2 วัน ติดตามผลตรวจเลือดค่าการทำงานของไต BUN/Cr = 10/1.61 มก./ดล. (ค่าการทำงานของไตเดิมของผู้ป่วย Cr 0.61–0.7 มก./ดล.) ค่า eGFR = 36.6 มล./นาที/1.73 ตร.ม. (ค่าอัตราการกรองของไตเดิมของผู้ป่วย 100–105 มล./นาที/1.73 ตร.ม.) ระดับยา Vancomycin ในเลือด = 17.88 ไมโครกรัม/มล. มีภาวะไตวายเฉียบพลัน จึงหยุดยา vancomycin และพิจารณาให้สารน้ำทางหลอดเลือด

หลังผ่าตัดวันที่ 14 ผ่าตัดเปิดทวารเทียม (loop transverse colostomy) ขณะผ่าตัดพบ rectal defect size 0.8 cm at anterior wall of rectum just distal anastomosis at 4 cm. from AV, feces leak in cul-de-sac และ Disruption of the vaginal stump

หลังผ่าตัดวันที่ 16 (หลังผ่าตัดครั้งที่ 2 วันที่ 2) ทำ U/S guide percutaneous drainage (PCD) แต่ไม่สำเร็จเนื่องจากได้พยายามใส่เข็มเข้าไปในตำแหน่ง collection ทั้งหมด 3 ครั้ง แต่ไม่ได้น้ำในช่องท้องออกมา รังสีแพทย์จึงพิจารณานัดทำ CT guide PCD อีกครั้ง ผู้ป่วยรู้สึกผิดหวัง ไม่พึงพอใจกับการรักษา ต้องการกลับบ้าน พยาบาลได้ประสานงานให้ผู้ป่วยได้พบอาจารย์เจ้าของไข้ ร่วมกันวางแผนให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ เนื่องจากไม่มีไข้ ส่งตรวจ CBC ผล WBC = 7,000 เซลล์/ลบ.มล. และได้รับยาปฏิชีวนะแบบฉีดมากกว่า 2 สัปดาห์แล้ว จึงเปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็นชนิดรับประทานต่อเนื่องไปจนครบ 4 สัปดาห์ เนื่องจากเป็นการติดเชื้อในช่องท้อง

หลังผ่าตัด วันที่ 19 เตรียมกลับบ้าน ผู้ป่วยยังใส่สายสวนปัสสาวะ เนื่องจากไม่สามารถปัสสาวะได้เอง หลังถอดสายสวนออก ปรึกษาแพทย์ระบบทางเดิน

ปัสสาวะ วินิจฉัย transient urinary dysfunction ให้ใส่สายสวนปัสสาวะต่ออีก 2 สัปดาห์ จึงต้องใส่สายสวนปัสสาวะกลับบ้านและผลการตรวจชิ้นเนื้อ พบว่ามีมะเร็งมีการลุกลามไปต่อมน้ำเหลือง T3N1M0 วินิจฉัยเป็นมะเร็งไส้ตรง ระยะที่ 3 จึงส่งปรึกษาแพทย์รังสีรักษาและอายุรแพทย์เคมีบำบัด ร่วมดูแลและวางแผนการรักษาต่อไป รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาลทั้งสิ้น 26 วัน

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

การพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการดูแลตนเอง (Self-care Theory) ของโอเร็ม⁹ โดยโอเร็มอธิบายไว้ว่า “บุคคลที่อยู่ในวัยเจริญเติบโตหรือกำลังเจริญเติบโต จะปรับหน้าที่และพัฒนาการของตนเอง ตลอดจนป้องกัน ควบคุม กำจัดโรค และการบาดเจ็บต่าง ๆ โดยการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เรียนรู้วิธีการที่จะดูแลตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่คิดว่าจะมีผลต่อหน้าที่ และพัฒนาการของตนเอง”¹⁰ จากประวัติการรักษาที่ผ่านมาของผู้ป่วย ประเมินความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care demands) มีดังต่อไปนี้

1. การติดตามเฝ้าระวังภาวะเลือดออกมากหลังการผ่าตัด มีภาวะเลือดออกมากขณะผ่าตัด ภายหลังการผ่าตัด ควรได้รับการติดตามความเข้มข้นของเลือด เลือดออกบริเวณแผลผ่าตัด อาการและอาการแสดงทางช่องท้อง และสัญญาณชีพ
2. การป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อจากการมีแผลผ่าตัด สายระบายน้ำในช่องท้อง และสายสวนปัสสาวะ
3. การควบคุมการติดเชื้อในช่องท้องจากภาวะรอยดัดต่อลำไส้รั่ว โดยเข้ายาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ตลอดจนเฝ้าระวังและประเมินภาวะแทรกซ้อนจากยาและภาวะข้อขัดจากการติดเชื้อ
4. การได้รับสารอาหารที่มีพลังงาน และโปรตีนอย่างเพียงพอ เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูของแผลบริเวณ

รอยตัดต่อลำไส้รั่ว และรอยเย็บปิดช่องคลอด (vaginal stump)

5. การเตรียมความพร้อมทางร่างกายและจิตใจ ในการทำหัตถการใส่สายระบายน้ำในช่องท้อง (PCD) และการผ่าตัดเปิดทวารเทียม เพื่อควบคุมอันตรายจาก ภาวะรอยตัดต่อลำไส้รั่ว

6. การส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด การป้องกัน ภาวะหลอดเลือดดำลึกอุดตัน โดยกระตุ้นผู้ป่วยลุกเดิน

7. การบรรเทาอาการไม่สุขสบาย: ปวดท้อง ด้านล่าง ภาวะไข้

8. การได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอมากกว่า 2,000 มล.ต่อวัน เพื่อฟื้นฟูภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน

9. การพัฒนาทักษะการดูแลทวารเทียมและสาย ส่วนปัสสาวะ

10. การจัดการความวิตกกังวลเกี่ยวเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์

11. การเผชิญ แก้อาการ และอดทนต่อปัญหาอาการ ลำบากที่เกิดขึ้นจากโรคและการรักษา

ความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) ประเมินจากปัจจัยพื้นฐาน (basic conditioning factor) ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานของผู้ป่วย (foundational capabilities and dispositions) และพลังความสามารถ 10 ประการ (ten power components) พบว่า

ผู้ป่วยหญิง อายุ 52 ปี หากประเมินตามแนวของ ฮาวิกเฮอร์ท¹¹ ผู้ป่วยอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (30-60 ปี) จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงร่างกายและจิตใจไปในทาง เสื่อมลง ที่เล็กน้อย แต่จะเริ่มเสื่อมลงเห็นได้ชัดเมื่อเข้าสู่ ตอนปลายของวัยนี้ เป็นคนอึดยาคัยดี สนใจสิ่งแวดล้อม ดี จัดระเบียบสิ่งของข้างเตียง จำพยาบาลในหอผู้ป่วยได้ หลายคน นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อในเรื่องของกฎ แห่งกรรม คิดว่าส่วนหนึ่งของการเป็นโรคเกิดจากการ ดูแลตนเองน้อยไป เชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ให้สามีไปไหว้ ขอพรกับศาลพระภูมิของโรงพยาบาล

ผู้ป่วยมีการศึกษาระดับปริญญาโท เป็นผู้จัดการ ในส่วนจัดกิจกรรมขององค์การการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย มีความสามารถในการเรียนรู้ การใช้เหตุ และผลได้ดี ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับหน้าที่ของประสาทรับ ความรู้สึก ลักษณะงานเดินทางต่างจังหวัด 2-3 ครั้ง/ เดือน ชอบรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ไม่ชอบ รับประทานผัก ไม่ได้ออกกำลังกาย อาจเป็นสาเหตุหนึ่ง ที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่¹ ลูกน้องในที่ทำงานให้ ความเคารพ มาเยี่ยมผู้ป่วยเป็นประจำขณะนอน โรงพยาบาล ใช้สิทธิรัฐวิสาหกิจ อาศัยที่บ้านของตนเอง ในกรุงเทพฯ อยู่กับสามีซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก อายุ 61 ปี ระดับการศึกษาปริญญาเอก เป็นอดีตอาจารย์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง และพักอาศัยกับบุตรอีก 2 คน คนโตเป็นผู้ชาย อายุ 24 ปี ทำงานรับผิดชอบตัวเองได้ คนที่ 2 เป็นผู้หญิง อายุ 20 ปี เรียนปริญญาตรี ชั้นปีที่ 2 ครอบครัวมีความรักใคร่กันดี

ผู้ป่วยมีพี่น้อง 3 คน ไปมาหาสู่กันประจำ มีสังคม ที่ทำงาน และมีญาติที่เป็นบุคลากรที่มสุขภาพ ที่ให้ คำแนะนำในหลักการดูแลรักษาได้ก่อนการเจ็บป่วยช่วย เหลือตนเองได้ดี ควบคุมโรคประจำตัวความดันและ ไชมันโลหิตสูงได้ดี และตรวจติดตามเนื่องกมดลูก มาตลอด ผู้ป่วยคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดจากพฤติกรรม ส่วนตัวเป็นคนขี้บ่นง่าย หากเดินทางไปต่างจังหวัด จะไม่ขี้บ่นง่าย และขาดการดูแลสุขภาพ ทราบว่าผลตรวจ อูจจาระผิดปกติยังไม่ได้ไปตรวจรักษาต่อ จึงทำให้ ตนเองต้องรักษานาน มีความตั้งใจที่จะดูแลตนเอง มากขึ้น ตั้งใจรักษาไปตามแผนการรักษาของแพทย์ตาม ที่แพทย์คิดว่าเหมาะสม แต่ภายหลังเกิดภาวะแทรกซ้อน มีความกังวลอย่างมาก ผลการรักษาไม่เป็นไปตามที่ วางแผนไว้ เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจ และมีการ เปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ นอน โรงพยาบาลนาน คิดถึง บ้าน เป็นห่วงลูก ผู้ป่วยคิดว่าตนเองมีคุณค่าต่อองค์กร และครอบครัว ถึงแม้ว่าจะมีความเจ็บป่วยแต่คิดว่า ตนเองยังทำประโยชน์ได้อีกมากมาย

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่มีภาวะแทรกซ้อน หลังการผ่าตัดหลายอย่าง : การศึกษาผู้ป่วยรายกรณี

จากการวิเคราะห์ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และความสามารถในการดูแลตนเอง มาพิจารณาระบบการให้การพยาบาล (nursing system) พบว่า

ผู้ป่วยสามารถทำเองได้ ได้แก่ ข้อ 4, 5, 6, 8, 10, และ 11 โดยพยาบาลใช้ระบบทดแทนบางส่วน (partly compensatory nursing system) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ให้คำแนะนำกระตุ้นผู้ป่วยให้เห็นถึงความสำคัญ เติมน้ำดื่มให้ผู้ป่วย และสั่งอาหารโปรตีนสูงในระบบโรงพยาบาลให้แก่ผู้ป่วย

ผู้ป่วยทำไม่ได้ พยาบาลต้องทำแทน ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, และข้อ 7 โดยพยาบาลต้องดูแลให้ยาปฏิชีวนะติดตามผลเลือด และประเมินสัญญาณชีพให้แก่ผู้ป่วย เป็นการพยาบาลระบบทดแทนทั้งหมด (wholly compensatory nursing system) ร่วมกับให้คำแนะนำในการประเมินอาการแก่ผู้ป่วย และเมื่อรับยาปฏิชีวนะเป็นชนิดรับประทาน พยาบาลต้องให้คำแนะนำในการรับประทานยา

ผู้ป่วยทำไม่ได้ แต่พยาบาลต้องพัฒนาทักษะทำจนได้ ได้แก่ ข้อ 9 คือพัฒนาทักษะการดูแลทวารเทียมและสายสวนปัสสาวะ โดยในช่วงระยะแรกหลังผ่าตัด เป็นการพยาบาลระบบทดแทนทั้งหมด (wholly compensatory nursing system) เมื่อกลับบ้านผู้ป่วยต้องกลับไปดูแลต่อที่บ้าน แต่ยังมีข้อจำกัดในด้านร่างกายผู้ป่วยจึงตัดสินใจให้สามีเป็นผู้ดูแล (dependent care agent) พยาบาลต้องใช้วิธีการช่วยเหลือ โดยการสอนชี้แนะ สนับสนุน และสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถการดูแลตนเอง

ความต้องการการดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ

ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (health deviation self-care requisite: HDSCR) คือ

1. การดูแลเพื่อจัดการภาวะติดเชื้อในช่องท้องจากภาวะรอยดัดต่อลำไส้รั่ว เนื่องจากเมื่อเกิดรอยดัดต่อลำไส้รั่ว มีการติดเชื้ออยู่ในอุ้งเชิงกราน ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับยาปฏิชีวนะ งดรับประทานอาหารและน้ำดื่ม การผ่าตัดเปิดทวารเทียม และการทำหัตถการใส่สายระบายน้ำในช่องท้อง หากผู้ป่วยไม่มีความรู้ ความเข้าใจ อาจเกิดการตัดสินใจในการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง อาจทำให้เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้

2. การดูแลเพื่อแก้ไขภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันเป็นภาวะที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน เพื่อให้สามารถฟื้นฟูไตให้ยังคงทำหน้าที่ได้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับความรู้ในการดูแลตนเอง ได้แก่ การดื่มน้ำให้เพียงพอตาม การบันทึกสีและปริมาณของปัสสาวะ

3. การดูแลเพื่อจัดการการวิตกกังวลเกี่ยวเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณ์ เนื่องจากเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับบ้านไปดูแลทวารเทียมและสายสวนปัสสาวะ เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณ์ การพยาบาลโดยให้ความรู้และฝึกทักษะ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้

บทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยรายนี้

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง (APN) เริ่มมีบทบาทในการดูแลช่วงที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ anastomosis leakage ให้การดูแลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มและหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและสามารถดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดได้ ความต้องการการดูแลในผู้ป่วยรายนี้ได้แก่

1. การดูแลเพื่อจัดการภาวะติดเชื่อในช่องท้องจากการเกิดรอยตัดต่อลำไส้รั่ว

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดรอยตัดต่อลำไส้รั่วในผู้ป่วยรายนี้ ได้แก่ ขณะผ่าตัดส่องกล้องไปในช่องท้องพบมดลูกขนาด 10 x 10 ซม. ร่วมกับมีเนื้องอกในมดลูกหลายก้อนขนาดใหญ่ที่สุด 8 ซม. จึงมองไม่เห็นส่วนของไส้ตรง ทำให้ต้องผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง และจำเป็นต้องตัดมดลูกออก ขณะเลาะเกิดอุบัติเหตุกระเพาะปัสสาวะทะลุ เนื่องจากผู้ป่วยมีประวัติเนื้องอกมดลูกซึ่งมีความสัมพันธ์กับการมีการอักเสบของเยื่อโพรงมดลูก¹² อาจทำให้เกิดผังพืดในช่องท้องทำให้การเลาะอวัยวะทำได้ยาก ร่วมกับการผ่าตัดใช้เวลานาน 4 ชั่วโมง 10 นาที สูญเสียเลือดขณะผ่าตัด 900 มล. มีการผ่าตัด 2 อวัยวะ และมีรอยต่อของลำไส้ใหญ่ใกล้กับทวารหนัก (4 cm from AV) แสดงให้เห็นว่าการผ่าตัดมีความยากลำบาก

สำหรับแนวทางการรักษา แบ่งเป็น operative และ non-operative management โดยพิจารณาการรักษาตามระดับความรุนแรงของภาวะรอยต่อลำไส้รั่ว¹⁵ แบ่งเป็น Grade A ตรวจพบการรั่วเฉพาะจุดจากภาพถ่ายทางรังสีโดยไม่มีอาการหรือเรียกว่า radiologic leakage ไม่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มี proximal diversion Grade B คือมีการติดเชื่อเฉพาะที่มีอาการไม่สุขสบาย อาจมี rectovaginal fistula ได้ควรรักษาแบบ non-operative management ด้วยยาปฏิชีวนะและการทำ PCD สำหรับ Grade C มีการติดเชื่อรุนแรง จำเป็นต้องมีการผ่าตัดด้วยเป้าหมายในการควบคุมภาวะติดเชื่อที่คุกคามถึงชีวิต การผ่าตัดมี 2 วิธี คือ การกำจัด anastomosis โดยการตัดลำไส้ขาดออกจากกัน เปิดลำไส้ส่วนต้นเป็น end colostomy และเย็บปิดลำไส้ส่วนปลาย หรือการผ่าตัด ostomy proximal diversion สำหรับผู้ป่วยรายนี้ความรุนแรงอยู่ในระดับ Grade B คือมีการติดเชื่อเฉพาะที่ ร่วมกับมี rectovaginal fistula และไม่มีภาวะ sepsis แพทย์พิจารณารักษาด้วย

การให้ยาปฏิชีวนะ ร่วมกับการทำ PCD แตระหว่างรอคิวทำ PCD ผู้ป่วยยังคงไม่สุขสบายท้อง ร่วมกับการให้ยาปฏิชีวนะ แล้วมีภาวะไตวายเฉียบพลัน จึงพิจารณาทำ proximal diversion (Loop transverse colostomy) เพื่อช่วยลดอาการและช่วยควบคุมการอักเสบของเนื้อเยื่อได้ดีขึ้น^{6,7,15} (ระดับ A)

ผู้ป่วยรายนี้ APN วางแผนการดูแลเพื่อจัดการแก้ไขและควบคุมภาวะติดเชื่อผู้ป่วยรายนี้ โดยการประเมินภาวะติดเชื่อในกระแสเลือดและภาวะช็อคเพื่อให้การแก้ไขได้รวดเร็ว ติดตามสัญญาณชีพ โดยเฉพาะ mean arterial pressure (MAP) ควรมากกว่า 65 มม.ปรอท เพื่อประเมินระบบไหลเวียนโลหิตไปเลี้ยงอวัยวะได้อย่างต่อเนื่องเพียงพอ¹⁵ (ระดับ A) ในผู้ป่วยรายนี้มีค่า MAP อยู่ในช่วง 75-95 มม.ปรอท ร่วมกับประเมินอาการปวดท้อง อาการทางหน้าท้อง (abdominal signs) ปริมาณอุจจาระที่ออกทางช่องคลอด ประเมินภาวะ peritonitis ในผู้ป่วยรายนี้มีอาการปวดท้องด้านล่างท้อง ไม่มี tenderness ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ผลการตรวจนับเม็ดเลือดทางห้องปฏิบัติการ (complete blood count: CBC) ผลการเพาะเชื้อจากเลือดและจากสารคัดหลั่งต่าง ๆ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา^{6,14,15} (ระดับ A) โดยแพทย์เจ้าของไข้ให้ Sulperazone® แต่แนวโนมซ์ไม่ลง ร่วมกับผลจากน้ำในช่องท้องจากสายระบายน้ำในช่องท้อง (silastic drain: SD) ผลเพาะเชื้อพบ *Escherichia coli*, *Enterococcus* และ *Klebsella Pneumoniae* พยาบาลได้ไปศึกษาข้อมูลพบว่ายา Sulperazone® มีข้อบ่งใช้ในการรักษา infectious disease of abdomen และการติดเชื่อ *Acinetobacter baumannii*¹⁶ (ระดับ A) จึงปรึกษากับแพทย์เจ้าของไข้ ถึงความเหมาะสมในการให้ยาปฏิชีวนะ เจ้าของไข้พิจารณาส่งปรึกษาอายุรแพทย์โรคติดเชื้อ เปลี่ยนเป็นยา etapenam และ vancomycin การวางแผนพยาบาลต้องรวมถึงการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากยา vancomycin และยา Ertapenam ดูแล

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่มีภาวะแทรกซ้อน
หลังการผ่าตัดหลายอย่าง : การศึกษาผู้ป่วยรายกรณี

ให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ และพิจารณาใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อประเมินปริมาณปัสสาวะ¹⁵ ให้มากกว่า 30 มล./ชั่วโมง (0.5 – 1.0 มล./กก./ชม. ผู้ป่วยน้ำหนัก 66.4 กิโลกรัม) ปริมาณของปัสสาวะจะช่วยบอกถึงความเพียงพอของเลือดที่ไปหล่อเลี้ยงไตและอวัยวะในช่องท้อง ป้องกันการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากการติดเชื้อ^{14,15} (ระดับ A) แต่ในผู้ป่วยรายนี้ใส่สายสวนปัสสาวะมาจากท้องผ่าตัด มีปริมาณน้ำเข้าและออกที่เพียงพอ ในผู้ป่วยรายนี้แพทย์พิจารณาผ่าตัดเปิดทวารเทียม และใส่สายระบายน้ำ PCD พยาบาลมีบทบาทในการเตรียมความพร้อมในการทำหัตถการ/การผ่าตัด โดยให้ข้อมูลว่าการใส่สายระบายเพื่อระบาย collection ลดการอักเสบในช่องท้อง และการผ่าตัดเปิดทวารเทียม เป็นการผ่าตัดเปิดทวารเทียมแบบชั่วคราวเมื่อการรักษาโรคเสร็จสิ้นและรอยต่อลำไส้ตรงสมานกันดี สามารถผ่าตัดปิดทวารเทียมได้

ผู้ป่วยมี intra-abdominal collection ได้รับการพิจารณาส่งทำ U/S guide PCD แต่ไม่สำเร็จ เนื่องจากได้พยายามใส่เข็มเข้าไปในตำแหน่ง collection ทั้งหมด 3 ครั้ง แต่ไม่ได้ fluid ออกมา วางแผนการทำ CT guide PCD ผู้ป่วยไม่พึงพอใจกับการรักษา ต้องการกลับบ้าน พยาบาลได้ประสานงานให้อาจารย์แพทย์เจ้าของไข้ มาปรึกษาร่วมกันวางแผนให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย และลดอาการไม่พึงพอใจของผู้ป่วยลงได้ เนื่องจากอาการทั่วไปดีขึ้น ไม่มีไข้ และผลตรวจ CBC, WBC = 7,000 เซลล์/ลบ.มล. และได้รับยาปฏิชีวนะ Ertapenam มากกว่า 2 สัปดาห์ หากควบคุมแหล่งติดเชื้อได้ อาจหยุดยาปฏิชีวนะได้¹⁷ (ระดับ A) แต่ผู้ป่วยยังใส่สายระบายไม่สำเร็จ แพทย์จึงเปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็นชนิดรับประทานต่อเนื่องไปจนครบ 4 สัปดาห์ และนัดตรวจ CT whole abdomen ติดตามอีกครั้ง ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน พยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองให้ผู้ป่วยสังเกตตนเองเกี่ยวกับการติดเชื้อ โดยการวัดไข้ สังเกตอาการปวดท้อง และ

อุจจาระที่ออกทางช่องคลอด โดยให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยและญาติว่าในขณะที่อยู่บ้านพยาบาลจะติดตามให้การดูแลสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง หากมีอาการผิดปกติสามารถติดต่อพยาบาลได้โดยตรง และให้คำแนะนำการรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง ช่วยให้รอยต่อ anastomosis ติดกันได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาโรคมะเร็งได้อย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านพยาบาลได้ติดตามสอบถามอาการ ไม่พบอาการผิดปกติของภาวะติดเชื้อ ผลลัพธ์ที่ได้จากการดูแล คือ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะติดเชื้อลุกลามมากขึ้น มีอาการปวดท้องด้านล่าง แต่ไม่มีอาการของ peritonitis วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ = 36.1 – 37.4 °C ชีพจร = 72 – 92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ = 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100 – 130/60 – 80 มม.ปรอท และระดับออกซิเจนในเลือด = 100% ผลตรวจเพาะเชื้อในเลือด คือไม่พบเชื้อ และภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน 30 วัน ไม่เกิดภาวะติดเชื้อ ภายหลังรับประทานยาปฏิชีวนะครบ สามารถรับการรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาได้

2. การดูแลเพื่อแก้ไขภาวะไตวายเฉียบพลัน acute kidney injury (AKI)

ผู้ป่วยมีสาเหตุของการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน ดังนี้ 1) prerenal cause จากภาวะ anastomosis leakage เป็นภาวะติดเชื้อที่อาจทำลายไตได้ซึ่งเป็นภาวะ prerenal azotemia เกิดขึ้นเมื่อปริมาณเลือดที่เข้าสู่ไตลดลง ทำให้มี GFR ลดลง ระดับ blood urea nitrogen (BUN) และระดับ Cr ในเลือดเพิ่มขึ้น^{18,19} 2) renal cause จากระดับยา vancomycin ในเลือด = 17.88 ไมโครกรัม/มล. เนื่องจากยา vancomycin เป็น nephrotoxic drug กลไกหลักในการกำจัด vancomycin คือการขับออกทางไตในรูปแบบ unmetabolized form ร้อยละ 80 – 90 พบว่าระดับยาที่มากกว่า 15 ไมโครกรัม/มล. ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน¹⁹ และ 3) postrenal cause ในผู้ป่วยรายนี้ขณะผ่าตัดเกิดกระเพาะปัสสาวะทะลุ อาจทำให้มีเลือดออกและมีอุจจาระที่รั่ว

ตรงรอยต่อลำไส้ อาจเป็นสาเหตุให้เกิดการอุดตันของทางเดินปัสสาวะได้

APN มีการวางแผนการดูแล (care management) ตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะไตขาดเฉียบพลัน¹⁸ (ระดับ A) เพื่อช่วยแก้ไขภาวะไตขาดเฉียบพลัน ซึ่งอาจเกิดผลเสียที่ตามมา ได้แก่ ภาวะน้ำเกิน (volume overload) ภาวะเลือดเป็นกรด เมตาบอลิก (metabolic acidosis) โพแทสเซียมในเลือดสูง (hyperkalemia) และภาวะโซเดียมในเลือดต่ำหรือสูง (hypo-hyponatremia)¹⁹ บทบาทของ APN คือ ติดตามประเมินสัญญาณชีพ เพื่อประเมินระบบไหลเวียนเลือด¹⁸ พบว่า ความดันเลือดอยู่ในช่วง 120-140/80-90 มม.ปรอท ชีพจร 90-100 ครั้ง/นาที ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ¹⁹ พบว่า BUN/Cr = 7/1.5 มก./ดล., eGFR = 39.9 มล./นาที/1.73 ตร.ม ค่าอิเล็กโทรไลต์ในเลือดมีความสมดุล ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ¹⁸ โดยผู้ป่วยได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอทั้งทางหลอดเลือดดำและทางปากโดยผู้ป่วยได้รับเป็นสารน้ำเป็น normal saline อัตราการไหล 80-120 มล./ชม. และได้กระตุ้นให้ผู้ป่วยให้ดื่มน้ำประมาณ 2-3 ลิตร/วัน เพื่อให้มีปริมาณสารน้ำในระบบไหลเวียนเลือดเพียงพอ ร่วมกับประเมินน้ำเกินโดยการฟังเสียงปอด ประเมินปริมาณสารน้ำเข้า/สารน้ำออกให้สมดุล และดูแลให้มีปัสสาวะออกอย่างน้อย 30 มล./ชม. ผู้ป่วยมีปริมาณสารน้ำเข้าและออก อยู่ในช่วง 2,800 -4,000/1,940-3,800 มล.ต่อวัน และหลีกเลี่ยงยาที่มีผลต่อการทำงานของไต¹⁸ ในผู้ป่วยรายนี้แพทย์ พิจารณาหยุดยา vancomycin ที่เป็นพิษต่อไต (nephrotoxicity) ผลลัพธ์ที่ได้จากการดูแล คือ ผู้ป่วยสามารถพ้นจากภาวะไตวายเฉียบพลันได้ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ BUN/Cr = 5/1.13 มก./ดล. , eGFR = 51.8 มล./นาที/1.73 ตร.ม.

3. การดูแลเพื่อจัดการความวิตกกังวลเกี่ยวเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ

การผ่าตัดเปิดทวารเทียมในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลกับการเปิดเผยให้คนอื่นรู้ มีการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ แบบแผนการขับถ่าย โดยเฉพาะในรายที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมแบบจุกเงิน ทำให้ยากต่อการยอมรับ และส่งผลต่อคุณภาพชีวิต⁸ การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมที่หน้าท้อง แยกตามรายด้าน พบว่าด้านภาพลักษณ์ เป็นด้านที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำที่สุด²⁰

นอกจากการมีทวารเทียม ผู้ป่วยเกิดภาวะกระเพาะปัสสาวะไม่บีบตัว (transient urinary dysfunction) ซึ่งการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ส่วนล่างหรือไส้ตรงมีโอกาสเกิดการทำลายเส้นประสาทของระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เกิดความผิดปกติของกระเพาะปัสสาวะ โดยเฉพาะการผ่าตัดแบบปิดทวารหนัก (abdominoperineal resection) และการตัดต่อไส้ตรงส่วนล่าง (low anterior resection)²¹ การรักษามีการให้ยาร่วมกับการใส่สายสวนปัสสาวะไว้ในระยะสั้นตั้งแต่ 2 สัปดาห์จนถึง 3 เดือน บางรายอาจใส่สายสวนปัสสาวะนานมากกว่า 3 เดือน²² ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการผ่าตัด low anterior resection และมีปัญหา AKI ทำให้ใส่สายสวนปัสสาวะไว้ตลอด เมื่อถอดสายสวนปัสสาวะออกจึงทราบว่าเกิดปัญหากระเพาะปัสสาวะไม่บีบตัว ต้องใส่สายสวนปัสสาวะกลับบ้าน ผู้ป่วยรู้สึกว่าการผ่าตัดไม่เป็นตามที่วางแผนมา รู้สึกกังวลการดูแลทวารเทียม และการใส่สายสวนปัสสาวะ

APN มีการวางแผนการดูแล โดยประเมินความวิตกกังวล โดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลทั่วไป 7 รายการ²³ ได้ 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 21 คะแนน อยู่ในระดับวิตกกังวลค่อนข้างมาก จึงให้การพยาบาลโดยเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึกถึงสิ่งที่

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่มีภาวะแทรกซ้อน หลังการผ่าตัดหลายอย่าง : การศึกษาผู้ป่วยรายกรณี

กังวลพร้อมรับฟังอย่างตั้งใจและเข้าใจ พบว่าผู้ป่วยมีความกังวลเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียม และการมีสายสวนปัสสาวะ เมื่อต้องกลับไปทำงาน กังวลเสี่ยงผายลม (เพราะที่นั่งทำงานรวมกัน) และการแต่งตัวพยาบาลให้การดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยของสมาคมการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผล ทวารเทียม และภาวะกลั้นไม่อยู่²⁴ (ระดับ A) โดยอธิบายถึงความสำคัญและประโยชน์ในการผ่าตัดเปิดทวารเทียมและการใส่สายสวนปัสสาวะ และให้ข้อมูลการใส่สายสวนปัสสาวะ และการผ่าตัดเปิดทวารเทียม เป็นเพียงชั่วคราว เมื่อกระเพาะปัสสาวะฟื้นตัว สามารถถอดสายสวนปัสสาวะออกได้ และเมื่อการรักษาโรคเสร็จสิ้นและรอยต่อลำไส้ตรงสมานกันดีสามารถผ่าตัดปิดทวารเทียมได้สอนและพัฒนาทักษะการดูแลถุงหน้าท้องให้ผู้ป่วยและสามีจนมีความมั่นใจและทำได้²⁵ เพื่อช่วยลดความวิตกกังวล แนะนำการควบคุมอาหารที่มีแก๊ส เพื่อลดการผายลม แนะนำการใช้ถุงรองรับปัสสาวะ urine leg bag เพื่อให้สวมใส่เสื้อผ้าชุดกระโปรงได้ตามปกติ ไม่ต้องหิ้วสายสวนปัสสาวะ และให้ผู้ป่วยและสามีเข้ากลุ่มไลน์ออสโตเมทรา มา เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ที่มีทวารเทียมด้วยกัน และแลกเปลี่ยนส่วนตัวไว้ให้ผู้ป่วยสอบถามได้ทำให้อ่อนคลายบ้านผู้ป่วยและสามี มีสีหน้าวิตกกังวลลดลง ประเมินความวิตกกังวลโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลทั่วไป 7 รายการ ได้ 5 คะแนน อยู่ในระดับวิตกกังวลน้อย สามีได้ฝึกทักษะการดูแลทวารเทียมและสายสวนปัสสาวะจนมั่นใจในการกลับไปดูแลต่อที่บ้าน รวมถึงการดูวันนัดหมายให้ผู้ป่วย เนื่องจากมีนัด 5 แผนก ได้แก่ ศัลยกรรมทางเดินอาหาร ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ อายุรแพทย์ติตเชื้อ รังสีรักษา และอายุรแพทย์เคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยกังวลในการเดินทางมาตรวจหลายวัน ช่วยเลื่อนวันนัดให้เป็นวันเดียวกันในวันที่มีอาจารย์แพทย์ลงตรวจวันเดียวกัน และผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ เมื่อกลับไปทำงานผู้ป่วยได้สอบถามเกี่ยวกับการสวมใส่เสื้อผ้า และการรับประทานอาหาร พยาบาลได้มีการให้

ข้อมูลในการสวมใส่เสื้อผ้าที่ขอบเอวไม่กดรัดลำไส้หรือใส่ชุดกระโปรง สำหรับการรับประทานอาหาร สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส เนื่องจากผู้ป่วยกังวลการผายลม

เอกสารอ้างอิง

1. American Cancer Society. Colorectal cancer risk factors[Internet]. Atlanta, GA: ACS; 2018 [cited 2020 Jan 27]. Available from: <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html>
2. World Health Organization & International Agency Research on Cancer. Global cancer observational [Internet]. Geneva; WHO, 2020, [cited 2020 Jan 27]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?v=2018&mode=cancer>
3. National Cancer Institute. Hospital-level cancer registry 2018. Bangkok: Pornsubprint; 2019. (in Thai)
4. National Cancer Institute. Screening guidelines. Diagnose and treat colon and rectal cancer. National Cancer Institute, Department of Medicine, Ministry of Public Health. Bangkok: Kosit Printing; 2015. (in Thai)
5. Benson AB, Venook AP, Al-Hawary MM, Arain MA, Chen YJ, Ciombor KK, et al. NCCN Guidelines Insights: Rectal Cancer, Version 6.2020. J Natl Compr Canc Netw. 2020;18(7):806-15.
6. Pitakteerabundit T, Laohawiriyakamol S. Management of colorectal anastomosis complication, collective review Department of Surgery, Faculty of Medicine Songkhla Nakarin University; 2016. (in Thai)
7. Yun JA, Cho YB, Park YA, Huh JW, Yun SH, Kim HC, et al. Clinical manifestations and risk factors of anastomotic leakage after low anterior resection for rectal cancer. ANZ J Surg. 2017;87(11):908-14.
8. Szpilewska K, Juzwiszyn J, Bolanowska Z, Bolanowska Z, Milan M, Chabowski M, et al. Acceptance of disease and the quality of life in patients with enteric stoma. Pol Przegl Chir. 2018;90(1):13-7.

9. Orem D. Nursing: Concept of practice. (3rd ed.) New York: McGraw-Hill; 1985.
10. Hanucharunkul S. Self-care: nursing science and arts. Bangkok: VJ Printing; 2001. (in Thai)
11. Merriam S, Mullins L. Havighurst's adult development tasks Act Adapt Aging. 1981;1(3):9-22.
12. Sananpanichkul P. Myoma uteri. Clinic Med Education Center, Phra Pok Klao Hospital 2012; 29: 312-37. (in Thai)
13. McDermott FD, Heeney A, Kelly ME, Steele RJ, Carlson GL, Winter DC. Systematic review of preoperative, intraoperative and postoperative risk factors for colorectal anastomotic leaks. Br J Surg. 2015;102(5):462-79. doi:10.1002/bjs.9697.
14. McDermott F, Arora S, Smith J, Steele R, Carlson G, Winter D, et al. Prevention, Diagnosis and management of colorectal anastomosis leakage [Internet]. 2016. [cited 2021 Jan 22]. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/297250602>
15. Thomas MS, Margolin DA. Management of colorectal anastomotic leak. Clin Colon Rectal Surg. 2016;29(2):138-44. doi:10.1055/s-0036-1580630
16. Chu H, Zhao L, Wang M, Liu Y, Gui T, Zhang J. Sulbactam-based therapy for Acinetobacter baumannii infection: a systematic review and meta-analysis. Braz J Infect Dis. 2013;17(4):389-94.
17. Sartelli M, Chichom-Mefire A, Labricciosa FM, Hardcastle T, Abu-Zidan FM, Adesunkanmi AK, et al. The management of intra-abdominal infections from a global perspective: 2017 WSES guidelines for management of intra-abdominal infections. World J Emerg Surg. 2017;12(1):1-34.
18. Khwaja A. KDIGO clinical practice guidelines for acute kidney injury. Nephron Clin Pract. 2012;120(4):179-84. doi:10.1159/000339789.
19. Srisawad N, Tangsanga K. Acute renal failure. Department of Medicine J. 2017;42:64-8. (in Thai)
20. Theerathongdee K, Ronnaritthiwichai C, Thongcharoen W, Pongthawornkamol K. Factors predicting quality of life in elderly patients undergoing ostomy surgery. World Cancer J. 2014;34:68-8. (in Thai)
21. Delacroix SE Jr, Winters JC. Voiding dysfunction after pelvic colorectal surgery. Clin Colon Rectal Surg. 2010;23(2):119-127. doi:10.1055/s-0030-1254299.
22. Imaizumi K, Tsukada Y, Komai Y, Nomura S, Ikeda K, Nishizawa Y, et al. Prediction of urinary retention after surgery for rectal cancer using voiding efficiency in the 24 h following Foley catheter removal. Int J Colorectal Dis. 2019;34(8):1431-1443. doi:10.1007/s00384-019-03333-y.
23. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Arch Intern Med. 2006;166(10):1092-7.
24. WOCN Society Clinical Guideline: Management of the adult patient with a fecal or urinary ostomy—an executive summary. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2018;45(1):50-8.
25. Seo HW. Effects of the frequency of ostomy management reinforcement education on self-care knowledge, self-efficacy, and ability of stoma appliance change among Korean hospitalised ostomates. Int Wound J. 2019;16 Suppl 1(Suppl 1):21-8.