

กรณีศึกษา

กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ตรงส่วนล่างที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม (Colostomy) ที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูง

ไพจิตร ตันมาก

งานผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

บทคัดย่อ

โรคมะเร็งลำไส้ตรงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ การรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดทวารเทียม (colostomy) ช่วยระบายอุจจาระและเพิ่มโอกาสรอดชีวิต แต่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และภาพลักษณ์ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง จำเป็นต้องควบคุมอาการก่อนผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อ เลือดออก หรือปัญหาหัวใจและหลอดเลือด การพยาบาลจึงต้องใช้ความเชี่ยวชาญแบบองค์รวม โดยประยุกต์กระบวนการพยาบาลศัลยกรรมร่วมกับโปรแกรม ERAS เพื่อเตรียมความพร้อม ลดความเสี่ยง และช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้อย่างเหมาะสม การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา วิเคราะห์ และทบทวนกระบวนการพยาบาล ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ตรงส่วนล่างที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม (Colostomy) ที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูง เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติและแหล่งข้อมูลอ้างอิงสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ โดยเป็นการศึกษาเชิงพรรณนากรณีศึกษา 1 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เป็น ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ตรงส่วนล่างที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม (Colostomy) ที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูง ศึกษาตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเมษายน 2569 รวบรวมข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วย สัมภาษณ์ญาติ และทบทวนเวชระเบียน ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลผู้ป่วยนอกศัลยกรรมที่ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ตรงส่วนล่างที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง (Colostomy) ที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูง มีบทบาทสำคัญในการจัดการความซับซ้อนของโรคทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การดูแลอย่างใกล้ชิดและให้ญาติมีส่วนร่วม ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนดูแลตนเอง เกิดความมั่นใจ ยอมรับทวารเทียม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สรุปได้ว่าการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ตรงส่วนล่างที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม (Colostomy) ที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูง มีความซับซ้อน พยาบาลจึงเป็นกลไกสำคัญในการวางแผนดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทั้งนี้ การให้คำแนะนำด้วยวาจาอาจไม่เพียงพอ ควรพัฒนาสื่อการสอนที่เข้าใจง่าย เช่น คู่มือการปฏิบัติตัว หรือ QR Code พร้อมภาพประกอบ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้

คำสำคัญ: มะเร็งลำไส้ตรงส่วนล่าง, การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม, ความดันโลหิตสูง

ติดต่อ: ไพจิตร ตันมาก

สถานที่ติดต่อ: แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

อีเมล: neephajit2512@gmail.com

รับต้นฉบับ 10 พฤษภาคม 2569

แก้ไขต้นฉบับ 1 มิถุนายน 2569

รับต้นฉบับตีพิมพ์ 15 มิถุนายน 2569

Case Study: Nursing Care of Lower Rectal Cancer Patients with Colostomy with Comorbid Hypertension

Phaijit Tunmang

Outpatient Surgery Department, Chaophya Abhaibhubejhr Hospital

ABSTRACT

Rectal cancer is a major public health concern. While colostomy improves survival, it causes significant physical, psychological, and social impacts. For patients with comorbidities like hypertension, strict preoperative control is crucial to minimize complications such as infection or cardiovascular issues. Integrating the surgical nursing process with the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) program prepares patients and families, reduces risks, and promotes effective adaptation to living with a colostomy, thereby improving overall quality of life. This study aimed to analyze and evaluate the nursing care process for patients with lower rectal cancer undergoing colostomy surgery and presenting with comorbid hypertension, establishing evidence-based guidelines for healthcare professionals. This descriptive case study purposively selected one patient with lower rectal cancer undergoing colostomy surgery and presenting with comorbid hypertension (January to April 2026). Data were collected from the patient, caregivers, and medical records. A holistic nursing plan was developed, supported by literature reviews concerning patients with lower rectal cancer who underwent colostomy surgery and had comorbid hypertension. Consultations with multidisciplinary specialists and nurses caring for patients with lower rectal cancer undergoing colostomy surgery and presenting with comorbid hypertension guided continuous evaluation from outpatient visits to home care. The findings reveal that outpatient surgical nurses are pivotal in the comprehensive care of patients with lower rectal cancer undergoing colostomy surgery and having comorbid hypertension. Tailored interventions address physical limitations and psychological stressors, empowering patients in self-care. Promoting active family involvement and providing emotional support significantly boosts patient confidence and stoma acceptance, facilitating optimal quality of life. In conclusion, nursing care for this specific group is complex due to cancer treatments, comorbid hypertension, and lifestyle modifications. Outpatient nurses are critical in planning safe, continuous care to prevent complications. To enhance comprehension, developing visual teaching aids, such as illustrated handbooks or QR codes, is highly recommended over verbal instructions alone.

Keywords: Lower rectal cancer, Colostomy nursing care, Hypertension.

Contact: Phaijit Tunmang

Address: Outpatient Surgery Department, Chaophya Abhaibhubejhr Hospital

E-mail: neephaijit2512@gmail.com

Received 10 May 2026

Revised 1 June 2026

Accepted 15 June 2026

บทนำ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (Colorectal Cancer) เป็นโรคที่มีความรุนแรง โดยพบเป็นอันดับ 3 ของโลก รองจากมะเร็งปอดและมะเร็งเต้านม และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับ 2 ของโลก ทั้งยังมีแนวโน้มผู้เสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติในประเทศไทยพบว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นสาเหตุอันดับ 1 ของการเสียชีวิตในเพศชาย และอันดับ 3 ในเพศหญิง รองจากมะเร็งเต้านมและมะเร็งปอด¹ โดยมีผู้ป่วยรายใหม่เฉลี่ยวันละ 44 ราย และเสียชีวิตวันละ 15 ราย นอกจากนี้ยังพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นถึง 3 เท่าในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา โดยมีอัตราการผู้ป่วยรายใหม่ 16.9 รายต่อประชากร 100,000 คน และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 3,000 รายต่อปี และผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีอายุระหว่าง 40 - 50 ปีขึ้นไป โดยเฉพาะเพศชาย² เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่ระบบทางเดินอาหารและระบบย่อยเริ่มเสื่อม ประสิทธิภาพลดลง การบีบตัวช้าลง กว่อาหารจะผ่านเข้าระบบย่อยอาหารและเดินทางถึงทวารหนัก ต้องใช้เวลานาน การเคลื่อนตัวช้า ทำให้อุจจาระแข็งและค้างอยู่ในลำไส้นาน มีการสะสม เพิ่มโอกาสที่ผนังลำไส้สัมผัสสารก่อมะเร็งได้ง่าย³ อย่างไรก็ตาม แนวโน้มในปัจจุบันพบว่าอายุของผู้ป่วยรายใหม่ลดลง ซึ่งมีปัจจัยหลักจากพฤติกรรมการกิน เช่น รับประทานอาหารปิ้งย่าง อาหารแปรรูป อาหารจานด่วน อาหารที่มีไขมันสูง มีไขมันสูง รวมถึงการดื่มสุราและสูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย ภาวะโรคอ้วน และพันธุกรรม

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร เป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่มีการดูแลผู้ป่วยมะเร็งด้วยการผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด การใช้ยามุ่งเป้า หรือใช้หลายวิธีร่วมกัน และมีการส่งต่อเพื่อให้รังสีรักษา งานผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรพบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้มารับบริการตรวจรักษา ทั้งด้วยการผ่าตัด การเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง (Colostomy) และการให้เคมีบำบัด จากสถิติโรคมะเร็งที่พบในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร⁴ ประจำปีงบประมาณ 2566 - 2568 พบว่าโรคมะเร็งลำไส้อยู่อันดับ 4 รองจาก มะเร็งเต้านม มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และมะเร็งตับ มีจำนวนเพิ่มขึ้น คิดเป็น 281 ราย, 297 ราย และ 319 ราย ตามลำดับ โดยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่สามารถเกิดขึ้นได้หลายส่วน เช่น ส่วนต้นหรือกระพุ้งลำไส้ใหญ่ (Cecum) ลำไส้ใหญ่ (Colon) ลำไส้ใหญ่ส่วนปลายหรือลำไส้ตรงส่วนล่าง (Rectum) และลำไส้ใหญ่ส่วนสุดท้าย (Anus)⁵

โดยประเด็นที่จะศึกษามุ่งเน้นไปยังโรคมะเร็งลำไส้ตรงส่วนล่าง ซึ่งเป็นมะเร็งที่เกิดบริเวณลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย ประมาณ 0.5 เซนติเมตร จากปากทวารหนัก⁶ การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ตรงส่วนล่าง มีด้วยกันหลายวิธี เช่น การผ่าตัด การให้เคมีบำบัด รังสีรักษา จะใช้วิธีใดขึ้นอยู่กับ ขนาดของมะเร็ง ระยะของโรค การกระจายของโรค สภาพร่างกายของผู้ป่วยและโรคร่วม อาจใช้วิธีใดวิธีหนึ่ง หรือหลายวิธีร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การผ่าตัดในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ตรงส่วนล่าง หากก้อนมีขนาดใหญ่อยู่ใกล้หูรูดทวารหนัก ศัลยแพทย์มักรักษาด้วยการผ่าตัดเอาลำไส้ตรงส่วนเป็นมะเร็งออกพร้อมกับกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักและอาจต้องเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง เพื่อระบายอุจจาระ อาจเป็นแบบชั่วคราวหรือถาวรก็ได้ การรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นวิธีที่ดีแต่การผ่าตัดบางชนิดก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อชีวิตผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนของภาวะความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จำเป็นต้องควบคุมให้อยู่ในระดับปกติ หากควบคุมได้ไม่ดี จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการผ่าตัดเปิดทวารเทียม โดยเฉพาะทำให้เกิดเลือดออกง่ายทั้งระหว่าง และหลังผ่าตัด ความดันโลหิตสูงจะส่งผลให้หลอดเลือดฝอย หรือหลอดเลือดดำบริเวณทวารเทียม (Stoma) แตกและมีเลือดซึมออกได้ง่าย อาจทำให้แผลแยก แผลติดเชื้อและหายช้า ภาวะความดันโลหิตสูง ทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อไม่เพียงพอ แผลหายช้า เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้เช่นกัน ในขณะผ่าตัด หากมีภาวะความดันโลหิตสูงและความผันผวนจะเพิ่มความเสี่ยงต่อสมองและหัวใจขาดเลือดได้ หลังผ่าตัดภาวะความดันโลหิตสูง อาจทำให้เกิดไส้เลื่อนรอบทวารเทียม จากการพัฒนาขึ้นของความดันในช่องท้อง

ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ตรงส่วนล่างที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม (Colostomy) ที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูง มีความซับซ้อนในการดูแลทางพยาบาลหลายด้าน เช่น ผลกระทบด้านร่างกาย อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เช่น แผลติดเชื้อ ลำไส้อุดตัน และผิวหนังรอบทวารเทียมอักเสบ บวม แดง หรืออาจรุนแรงถึงขั้นเนื้อตายได้ ด้านจิตใจ ผู้ป่วยอาจเกิดความเครียด วิตกกังวล สูญเสียภาพลักษณ์ของตนเอง เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า และขาดความมั่นใจ ส่งผลให้มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การทำงาน การเดินทาง การแต่งกาย รวมถึงความกังวลเกี่ยวกับกลิ่น การกลั่นอุจจาระ การผายลม ภาวะท้องผูก ท้องเสีย และการมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น หากผู้ป่วยขาดความรู้และความเข้าใจในการดูแล

ตนเอง ไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย หรือ ไม่ยอมรับการมีทวารเทียม อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว ทำให้เกิดความกังวลในการใช้ชีวิตประจำวัน และนำไปสู่การหลีกเลี่ยงการเข้าสังคมได้⁷ นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ตรงส่วนล่างที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม (Colostomy) ที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูง หากได้รับการดูแลไม่ครอบคลุมหรือขาดประสิทธิภาพ ย่อมส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพและองค์กรหลายด้าน เช่น ด้านต้นทุนและทรัพยากร ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงในการจัดหาอุปกรณ์ หากผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาและภาวะความดันโลหิตสูง จะทำให้ระยะเวลาในการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (Admission) ยาวนานขึ้น เพิ่มค่าใช้จ่าย และจำเป็นต้องใช้บุคลากรเฉพาะทางที่ผ่านการอบรมและเชี่ยวชาญในการดูแล ในด้านคุณภาพบริการ การดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องอาศัยระบบการดูแลแบบสหสาขา โดยมีแพทย์ วิชาชีพพยาบาล และพยาบาลร่วมดูแลอย่างต่อเนื่องทุกระยะการรักษา เพื่อมุ่งลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนให้น้อยที่สุด เพราะหากผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาค้ำ (Readmission) จะเพิ่มภาระด้านต้นทุน ทรัพยากร เพิ่มภาระงานของบุคลากร

การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ตรงส่วนล่างที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม (Colostomy) ที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูง มีความซับซ้อน เนื่องจากต้องดูแลทั้งการเจ็บป่วยจากภาวะของโรค ภาวะความดันโลหิตสูง และแบบแผนการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนไป ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว โดยพยาบาลผู้ให้การดูแล จำเป็นต้องมีทักษะและความชำนาญในการบูรณาการแนวคิดการจัดการทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลผ่านกระบวนการพยาบาลศัลยกรรม ตามทฤษฎีโอเรม (Orem's Self-Care Theory, 2001)⁸ ซึ่งเป็นแนวคิดที่มุ่งส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี และป้องกันภาวะแทรกซ้อน⁹ โดยพยาบาลจะประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง และระบุภาวะพร่องความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อนำไปสู่การวางแผนช่วยเหลือที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ตรงส่วนล่างที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม (Colostomy) ที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูง นับเป็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยจำเป็นต้องเรียนรู้การดูแลทวารเทียม การทำความสะอาด การเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระ การสังเกตภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตให้เหมาะสม นอกจากนี้ภาวะความดันโลหิตสูงยังเพิ่มความเสี่ยง ผู้ป่วยต้องสามารถดูแลตนเองด้านการ

รับประทานยา การควบคุมอาหาร การติดตามอาการ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง พยาบาลจึงมีบทบาทในการให้ความรู้ การฝึกทักษะการดูแลทวารเทียม การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและญาติ และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ลดภาวะแทรกซ้อน เพิ่มความมั่นใจในการดำเนินชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดีภายหลังการรักษา ทั้งยังต้องวางแผนร่วมกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ โดยใช้โปรแกรม Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)¹⁰ ที่เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพที่มุ่งลดความเครียดจากการผ่าตัด ส่งเสริมการฟื้นตัวของร่างกาย และลดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด โดยให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการรักษา ตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's Self-Care Theory) ร่วมกับแนวคิด Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) มาเป็นกรอบในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงส่วนล่างที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม (Colostomy) ที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูง โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ ควบคู่กับการเตรียมความพร้อมและส่งเสริมการฟื้นตัวอย่างมีประสิทธิภาพตามแนวทาง ERAS ในระยะก่อนผ่าตัด พยาบาลมีบทบาทในการให้ข้อมูลและประเมินความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ ภาวะโภชนาการ และการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เหมาะสม พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การผ่าตัด การดูแลทวารเทียมเบื้องต้น การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เช่น ความสำคัญของการลุกเดินเร็ว การรับประทานอาหารเร็ว สอนวิธีสังเกตลักษณะทวารเทียมที่ผิดปกติ รวมถึงการเตรียมความพร้อมของญาติในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย ในระยะหลังผ่าตัด พยาบาลจะดำเนินการตามแนวทาง ERAS โดยประเมินและควบคุมความปวด ส่งเสริมการลุกนั่งและการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว กระตุ้นการบริหารการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงส่งเสริมการได้รับสารอาหารทางปากโดยเร็วที่สุดเมื่อไม่มีข้อห้าม ในระยะนี้พยาบาลประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลแบบทดแทนบางส่วน (Partly Compensatory Nursing System) ตามทฤษฎีโอเรม โดยให้ความช่วยเหลือในกิจกรรมที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง เช่น การลุกนั่ง การเดินระยะสั้น การดูแลแผลผ่าตัดและทวารเทียม พร้อมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการสังเกตสี ลักษณะ และการทำงานของทวารเทียม รวมถึงติดตามและเฝ้า

ระวังความดันโลหิตอย่างใกล้ชิด เมื่อเข้าสู่ระยะฟื้นตัวและเตรียมจำหน่าย จะใช้ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามทฤษฎีโอโรม เพื่อเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างอิสระ ภายหลังกลับบ้าน กิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การฝึกเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระด้วยตนเอง การดูแลผิวหนังรอบทวารเทียม การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การควบคุมความดันโลหิต การออกกำลังกายตามสภาพร่างกาย การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ และการวางแผนติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัว ลดภาวะแทรกซ้อน เพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเอง และสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีภายหลังการรักษา

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษา วิเคราะห์ และทบทวนกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ตรงส่วนล่างที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม (Colostomy) ที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูง
- 2) เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ตรงส่วนล่างที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม (Colostomy) ที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูง สำหรับพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา แบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 1 ราย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ตรงส่วนล่างที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม (Colostomy) ที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ เดือนมกราคม-เมษายน 2569 เก็บข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ และเวชระเบียน โดยดำเนินการดังนี้

- 1) ขออนุมัติเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยเพื่อทำกรณีศึกษา จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร
- 2) เลือกกรณีศึกษาจากผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ตรงส่วนล่างที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม (Colostomy) ที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูง จำนวน 1 ราย
- 3) ติดต่อผู้ป่วยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษาให้แก่ผู้ป่วย รับทราบพอสังเขป โดยเพิ่มเติมการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย รักษาความลับไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล และมีการทำลายหลักฐานหลังมีการเสร็จสิ้นการศึกษา
- 4) ส่งโครงร่างกรณีศึกษาเพื่อขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
- 5) รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการ

เจ็บป่วย ประวัติการตรวจพิเศษ ประวัติการผ่าตัด แบบแผนการดำเนินชีวิต การประเมินสภาพผู้ป่วยและรับ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาของแพทย์และแผนการให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลแบบองค์รวม คือ กาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

- 6) ศึกษาค้นคว้า ตำรา เอกสารวิชาการที่เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ตรงส่วนล่างที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม (Colostomy) ที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการศึกษา

- 7) ปรีกษาแพทย์เฉพาะทาง แพทย์ที่ดูแลรักษา พยาบาลที่มีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ตรงส่วนล่างที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม (Colostomy) ที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูง

- 8) รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา วางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ตรงส่วนล่างที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม (Colostomy) ที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูงตั้งแต่เข้ารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจนถึงจำหน่าย

- 9) ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาลตามแผนตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ตรงส่วนล่างที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม (Colostomy) ที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูงจนถึงวางแผนการดูแลต่อเนื่องเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

- 10) เรียบเรียงผลงาน และเขียนรายงานกรณีศึกษา จัดทำเป็นเอกสารผลงานทางวิชาการให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน ตรวจสอบแก้ไข และปรับปรุงผลงาน

- 11) จัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาชายไทย อายุ 75 ปี น้ำหนัก 76 กิโลกรัม ส่วนสูง 178 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 23.99 กิโลกรัม/เมตร² สัญชาติไทย ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพทำนา และเป็นสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้รับการดูแลที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม เมื่อวันที่ 7 มกราคม 2569 ถึงวันที่ 25 มีนาคม 2569 รวมระยะเวลาเข้ารับจนถึงจำหน่ายจากความดูแล 77 วัน ด้วยอาการมีก้อนยื่นบริเวณทวารหนัก ลักษณะบวมแดง ปวด ร่วมกับถ่ายอุจจาระเป็นเลือดสด มีอาการอ่อนเพลีย 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2569 ถึงวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2569 รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาล 5 วัน โดยก่อนหน้านั้นผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกบินทร์บุรี

แพทย์ตรวจร่างกายและมีแผนการรักษาโดยการส่องกล้องทางทวารหนัก (Colonoscope) ผู้ป่วยมีความเสี่ยงจากโรคความดันโลหิตสูง และก้อนที่ทวารหนักมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 2 เซนติเมตร บวมแดง และปวดมาก แพทย์จึงส่งต่อผู้ป่วยให้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร การวินิจฉัยแรกเริ่ม: Internal Hemorrhoid Grade 4 ผลตรวจทางทวารหนัก พบ mass at lower rectum and anus สงสัยมะเร็งลำไส้ตรง (R/O CA rectum) แพทย์ทำการตรวจเพิ่มเติมด้วยวิธี Colonoscopy with Biopsy หลังจากนั้นอีก 5 วัน ผล: Ulcerative mass lower rectum และผล pathology Dx: Rectum, biopsy; moderately differentiated adenocarcinoma. นอกจากนี้ แพทย์ยังยืนยันผลโดยการทำ CT Scan: whole abdomen ผลพบ CA lower rectum แพทย์จึงพิจารณาทำผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง (Loop Colostomy) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยในระยะแรกปฏิเสธการผ่าตัดและไม่ยอมรับการมีทวารเทียม แพทย์จึงส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางด้านมะเร็งเพื่อพิจารณาทางเลือกการรักษาอื่น ทั้งนี้ จากตำแหน่งของรอยโรคที่อยู่ใกล้ทวารหนัก การผ่าตัดเปิดทวารเทียมยังคงเป็นแนวทางการรักษาที่เหมาะสมที่สุด พยาบาลผู้ป่วยนอกคัดลยกรรมจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลโน้มน้าวผู้ป่วยและญาติ การผ่าตัดจะได้รับการดูแลจากทีมสหสาขา ทุกระยะการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ผู้ป่วยและญาติเห็นความสำคัญและตัดสินใจยอมผ่าตัด แพทย์จึงนัดทำผ่าตัดในอีก 1 สัปดาห์ รวมระยะเวลารอนอนโรงพยาบาลถึงจำหน่ายเป็นเวลา 5 วัน นัดติดตามอาการหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยมีอาการผิวดกจากผิวหนังรอบทวารเทียมลอกแดง และมีปัญหาถุงโคลอสโตมีรั่วซึม จึงประสานให้พบพยาบาลเฉพาะทางดูแลทวารเทียม เพื่อยับยั้งการลุกลามของมะเร็ง แพทย์พิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลชลบุรีเพื่อให้รับการรักษาเป็นลำดับถัดไป

อาการสำคัญ: ส่งตัวจากโรงพยาบาลกบินทร์บุรี ด้วยอาการถ่ายอุจจาระปนเลือดสด 2 ครั้ง ภายใน 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีก้อนยื่นบริเวณทวารหนักขนาดประมาณ 2 เซนติเมตร ลักษณะบวมแดง และมีอาการปวดหน่วงท้อง แพทย์วางแผนส่องกล้องทางเดินอาหาร (Colonoscopy) แต่เนื่องจากมีความเสี่ยง จึงส่งต่อโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน: 5 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการท้องผูกเรื้อรัง จุกแน่นท้อง ปวดหน่วงบริเวณทวารหนัก และมีก้อนยื่นออกทางทวารหนักเป็นบางครั้ง เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลนาดี ได้รับยาระบายชนิดเม็ดและยาเหน็บทางทวารหนัก อาการดีขึ้น 1 เดือนก่อนมา ถ่ายอุจจาระปนเลือดสด

ปวดหน่วงและมีก้อนยื่นที่ทวารหนักขนาด 2 เซนติเมตร และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกบินทร์บุรีจนอาการดีขึ้น สามารถกลับบ้านได้

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต: มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง เป็นระยะเวลา 10 ปี รับประทานยาต่อเนื่อง

ประวัติการแพ้ยา: ไม่มี

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว: ไม่พบประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงหรือโรคทางพันธุกรรม

แบบแผนการดำเนินชีวิตและประวัติส่วนตัว: อาศัยอยู่กับภรรยา บุตรชาย สะใภ้ และหลานชาย 1 คน มีประวัติดื่มสุราเป็นประจำ (เลิกดื่มมาแล้ว 2 ปี) มีประวัติสูบบุหรี่ (เลิกสูบมาแล้ว 5 ปี) มีพฤติกรรมชอบรับประทานอาหารปิ้งย่าง อาหารสุกๆ ดิบๆ เช่น ลาบ ก้อย เป็นประจำ

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ:

1. **รูปร่างทั่วไป:** รูปร่างผอมสูง ใบหน้าเรียว ผิวแห้ง อ่อนเพลีย สีหน้าไม่สดชื่น

2. **สัญญาณชีพ:** อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 95 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 149/96 มิลลิเมตรปรอท

3. **ระบบประสาท:** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี การรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคลถูกต้อง มีการเคลื่อนไหวร่างกายได้ปกติ ทำตามคำสั่งได้

4. **ผิวหนัง:** ผิวสองสี ผิวแห้ง ไม่ชุ่มชื้น เล็บมือเล็บเท้าสะอาดพอควร

5. **ศีรษะและใบหน้า:** ผมสีขาวย่นดำ ตัดสั้น ไม่มีบาดแผลที่ศีรษะ ดวงตาทั้งสองข้างสมมาตร มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสงเท่ากัน 2 ข้าง ใบหน้าและหนังตาไม่บวมริมฝีปากปกติไม่มีบาดแผล

6. **ทรวงอกและทางเดินหายใจ:** ทรวงอกรูปร่างปกติ สมมาตรกันดี ลักษณะการหายใจสม่ำเสมอ ไม่มีอาการหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ไม่พบเสียงผิดปกติในปอด (No crepitation both lungs)

7. **หัวใจและหลอดเลือด:** การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่พบเสียง murmur ชีพจร 70-95 ครั้ง/นาที

8. **ช่องท้องและทางเดินอาหาร:** หน้าท้องแข็งตึง กดเจ็บเล็กน้อย ได้ยินเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ

9. **กล้ามเนื้อและกระดูก:** โครงสร้างร่างกายปกติ ไม่พบรอยโรค ไม่มีการหักหรือผิดรูป Motor power grade = 5

10. **ระบบสืบพันธุ์:** ไม่พบความผิดปกติ อัมตะเท่ากันสองข้าง ไม่บวม ไม่มีบาดแผล ปัสสาวะได้ปกติไม่มีเลือดปน

ประเมินสภาพจิตและสังคม:

1. **สภาพจิตใจ:** บุคลิกสงบ ใจเย็น
2. **อึดทนโน้ต:** มีความพึงพอใจในความเป็นอยู่และการดำรงชีวิตของตนเอง
3. **ความทรงจำ:** มีความทรงจำที่ดี ทั้งระยะสั้นและระยะยาว ไม่หลงลืม
4. **กระบวนการคิด:** สมเหตุสมผล สอดคล้องกับความเป็นจริง แผนการเผชิญปัญหาส่วนใหญ่เผชิญปัญหาได้ด้วยตนเอง มีความวิตกกังวลบ้างในบางสถานการณ์ ต้องอาศัยการสนับสนุนช่วยเหลือจากคนรอบข้าง

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 1 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Blood Chemistry	9 กุมภาพันธ์ 2569		11 กุมภาพันธ์ 2569
	ค่าปกติ	Result	Result
BUN (mg/dL)	6-20	11.50	-
Creatinine (mg/dL)	0.51-0.95	0.78	-
eGFR (mL/min/1.73m ²)	90-120	86.11	-
Electrolyte	Electrolyte	Electrolyte	Electrolyte
Sodium (Serum) mmol/L	136-145	138	139
Potassium (Serum) mmol/L	3.4-4.5	3.8	4
Chloride (Serum) mmol/L	98-107	104	103
Carbon dioxide CO ₂ (Serum) mmol/L	22-29	25	-
Anion Gap mmol/L	6-20	13	-
CBC	CBC	CBC	CBC
WBC Count (cell/cumm)	5000-10,000	7,320	-
RBC Count (10 ⁶ /cumm)	4.0-5.5	4.19	-
Hemoglobin (gm/dL)	12-14	11.2	-
Hematocrit (%)	37-47	35	-
Platelet count (cell/cumm)	150,000-400,000	325,000	-
Neutrophil (%)	50-70	57.4	-
Lymphocyte (%)	25-40	24.4	-
Monocyte (%)	2-8	9.7	-
Eosinophil (%)	0-4	7.8	-
Basophil (%)	0.0-1.0	0.7	-

ตารางที่ 2 ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (DTX)

รายการ	10 กุมภาพันธ์ 2569	
	ค่าปกติ	Result
Sugar (DTX) mg %	70-100	82

ผลทางห้องปฏิบัติการ: ค่า eGFR 86.11 mL/min/1.73m² ถือว่าไม่รุนแรง สำหรับในผู้ป่วยสูงอายุ และมีโรคความดันโลหิตสูง

ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ: ปกติดี Normal S1, S2, No murmur อัตราการเต้นของหัวใจ 95 ครั้ง/นาที

ผลการตรวจทางรังสีวิทยา: ไม่พบภาวะปอดรั่วหรือมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด พบหัวใจมีขนาดโตเล็กน้อย กระดูกทรวงอกปกติ กระดูกซี่โครงและกระดูกสันหลังทั้งสองข้าง

ผลการส่องกล้อง: พบก้อนมีแผล (ulcerative mass) บริเวณลำไส้ตรงส่วนล่าง

ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์: พบผนังลำไส้ตรงส่วนล่างหนาตัวผิดปกติ มีการติดยึดพังพังสี ความหนาประมาณ 1.7 เซนติเมตร มีความสงสัยสูงต่อภาวะมะเร็งลำไส้ตรง พบต่อมน้ำเหลืองโตหลายแห่ง ได้แก่ บริเวณกระดูกเชิงกราน และขาหนีบด้านขวา มีความสงสัยว่าเป็นการกระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง พบถุงน้ำในตับ พบภาวะปอดแฟบทั้งสองข้าง รวมถึงภาวะกระดูกสันหลังเสื่อม

การวินิจฉัยแรกรับ: Internal Hemorrhoid Grade 4. R/O CA rectum

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย: CA lower rectum

การรักษาของแพทย์: เมื่อตรวจพบว่าเป็นมะเร็งลำไส้ตรงส่วนล่าง แพทย์วางแผนการผ่าตัด loop colostomy ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูง ก่อนทำผ่าตัดได้รับการให้ยา Enalapril 20 มิลลิกรัม ครั้งเม็ด บวกน้ำ 30 cc รับประทานตอนเช้าก่อนการผ่าตัด ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้รับยาปฏิชีวนะ Cefazolin 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำหลังผ่าตัดมีปัญหาวัดแผล ได้รับ morphine 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 4 ชั่วโมง เมื่อมีอาการปวด ผู้ป่วยได้รับการดูแลก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด หลังผ่าตัดและเตรียมความพร้อมการดูแลตนเองที่บ้าน ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและสามารถกลับบ้านได้ พร้อมได้รับยาไปรับประทานต่อเนื่อง ดังนี้ 1. Paracetamol 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ห่างกันอย่างน้อย 4-6 ชั่วโมง เมื่อมีอาการปวดหรือมีไข้ 2. Tramadol 50 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 เวลาหลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น

นัดติดตามอาการหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ (วันที่ 25 มีนาคม 2569) พบมีผื่นลอกแดงรอบทวารเทียมและมีการรั่วซึมอุจจาระโคลออสโตมี ประสานพบทีมพยาบาลดูแลทวารเทียม แพทย์ส่งต่อโรงพยาบาลชลบุรีเพื่อให้รังสีรักษา

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลระยะก่อนผ่าตัด (ข้อ1-3)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1: มีโอกาสเกิดความไม่พร้อมในการรับทราบข่าวร้าย

ข้อมูลสนับสนุน:

1. นัดฟังผลชิ้นเนื้อจากการทำ Colonoscopy with biopsy
2. ผู้ป่วยกล่าวว่า “กลัวจะเป็นมะเร็ง”

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการรับทราบข่าวร้าย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความพร้อมในการรับฟังผลชิ้นเนื้อ
2. ผู้ป่วยแสดงสีหน้าและพฤติกรรมที่บ่งชี้ถึงความพร้อมในการรับฟังผลการตรวจ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาวะจิตใจและการคาดการณ์ของผู้ป่วยต่อการรับทราบผลตรวจชิ้นเนื้อ
2. ตรวจสอบผลการตรวจทางพยาธิวิทยาอย่างถูกต้องครบถ้วน
3. แจ้งผู้ป่วยให้ทราบว่าผลชิ้นเนื้อออกแล้ว โดยแพทย์จะเป็นผู้แจ้งผลและวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วยและญาติ
4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยกับพยาบาลหรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยรายอื่นที่มารักษาด้วยโรคมะเร็งลำไส้ โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยรายอื่นด้วย

การประเมินผล: ผู้ป่วยและญาติรับทราบผลการตรวจชิ้นเนื้อ มีสีหน้าวิตกกังวล แสดงความกลัว และยังไม่ยอมรับการผ่าตัดและการเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ 2: ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด การดำเนินชีวิตหลังผ่าตัด และการมีทวารเทียมทางหน้าท้อง

ข้อมูลสนับสนุน:

1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล ผู้ป่วยกล่าวว่า **“กลัวการผ่าตัด และหากมีทวารเทียมทางหน้าท้องจะดูแลอย่างไร”**

2. แพทย์มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด Loop Colostomy **วัตถุประสงค์การพยาบาล:** เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในสภาวะโรค แนวทางการรักษา การดูแลจากทีมสหสาขา และการปรับเปลี่ยนแบบแผนการใช้ชีวิต เพื่อลดความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล:

1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าและแววตาผ่อนคลายมากขึ้น
2. มีการซักถาม ยอมรับข้อมูล และให้ความร่วมมือในการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความวิตกกังวลจากสีหน้า แววตา และพฤติกรรมของผู้ป่วยและญาติ

2. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ซักถาม และให้การดูแลด้วยท่าที่เป็นมิตร พร้อมให้ความช่วยเหลือ

3. ให้ข้อมูลก่อนการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง โดยบูรณาการแนวคิด ERAS Program ชี้แจงให้ทราบถึงการรักษา และการดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาล และพยาบาลเฉพาะทางทวารเทียม เพื่อสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตลอดกระบวนการรักษา

3.1 อธิบายรายละเอียดการผ่าตัด ตำแหน่งของทวารเทียม ลักษณะของอุปกรณ์และถุงรองรับอุจจาระ โดยใช้สื่อประกอบ เช่น คู่มือ และคลิปวิดีโอสาธิตการปฏิบัติตัวและการดูแลทวารเทียม

3.2 อธิบายการควบคุมอาการปวดหลังผ่าตัด โดยใช้ Pain Rating Score ในการประเมิน พร้อมอธิบายระดับคะแนนความปวดให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างชัดเจนตรงกัน เนื่องจากการลดอาการปวดอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยเริ่มเคลื่อนไหวและลุกจากเตียงได้เร็วขึ้น

3.3 แนะนำและสาธิตการฝึกหายใจและการไอ (Deep breathing and coughing exercise) เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนทางปอด

3.4 อธิบายและสาธิตการบริหารขา (Leg exercise) หลังผ่าตัด เพราะเป็นการเพิ่มการไหลเวียนโลหิต ป้องกันการอุดตันของหลอดเลือด ลดการบวมของขา และกระตุ้นการทำงานของลำไส้

3.5 สร้างความเข้าใจเพื่อส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงภายหลังการผ่าตัด โดยควรเริ่มภายใน 24-48 ชั่วโมงแรก และอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เพื่อช่วยให้ร่างกายฟื้นตัวได้เร็วขึ้น

3.6 อธิบายการรับประทานอาหารหลังผ่าตัด (Step diet) ตั้งแต่การเริ่มจิบน้ำ อาหารเหลว อาหารอ่อน จนถึงอาหารปกติ โดยปรับให้เหมาะสมกับโรคร่วม (โรคความดันโลหิตสูง) โดยประเมินการรับประทานอาหาร จากการทำงานของระบบทางเดินอาหาร เช่น การผายลม การปวดจุกแน่นท้อง ภาวะท้องอืด และการเริ่มขับถ่ายทางทวารเทียม หากลำไส้เริ่มเคลื่อนไหว ผู้ป่วยก็สามารถรับประทานอาหารได้เร็วขึ้น

การประเมินผล: ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล ให้ความสนใจซักถาม มีสีหน้าสดชื่น และมีความมั่นใจในการเข้ารับการรักษามากยิ่งขึ้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3: เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือความไม่พร้อม ก่อนและระหว่างการผ่าตัด จากการขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวและการมีโรคร่วมความดันโลหิตสูง

ข้อมูลสนับสนุน: ไม่เคยเข้ารับการผ่าตัดใหญ่ และมีโรคร่วมความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง พร้อมเข้ารับการผ่าตัด และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังผ่าตัด

2. สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติระหว่าง 120/80 - 140/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำการเตรียมเอกสารที่ควรนำมาในวันนอนโรงพยาบาล อาทิ เอกสารประกอบการใช้สิทธิ บัตรประชาชน บัตรนัด และของใช้ที่จำเป็น

2. อธิบายการเตรียมลำไส้ก่อนผ่าตัด โดยรับประทานอาหารเหลวใส 1 วันก่อนผ่าตัด

3. แนะนำการทำความสะอาดร่างกาย และการดูแลผิวหนังก่อนผ่าตัด (Prep skin)

4. แนะนำการงดน้ำ งดอาหาร หลังเที่ยงคืนก่อนวันผ่าตัด

5. ส่งเสริมการพักผ่อนให้เพียงพอ รับประทานยาโรคประจำตัวและยาอื่นๆ ตามแพทย์สั่ง

6. อธิบายเกี่ยวกับการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำก่อนผ่าตัด

7. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย หรือสามารถติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ทางโทรศัพท์ของแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม

การประเมินผล: ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการผ่าตัด สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เข้ารับการผ่าตัดตามกำหนดเวลา และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด (ข้อ 4-6)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4: ความไม่สบายจากอาการปวดแผลผ่าตัดทวารเทียม

ข้อมูลสนับสนุน:

1. ปวดแผลขณะลุกเดิน หรือขณะไอ โดยประเมิน Pain Score = 5 คะแนน

2. สังเกตเห็นว่าผู้ป่วยมีลักษณะการเดินหรือนั่งตัวงอ

วัตถุประสงค์: เพื่อให้อาการปวดแผลลดลง

เกณฑ์การประเมินผล:

1. ระดับ Pain Score อยู่ในระดับปกติ (1-3 คะแนน)

2. ผู้ป่วยรายงานว่าอาการปวดแผลลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความปวดของแผลผ่าตัด โดยใช้ Pain Rating Score

2. แนะนำการรับประทานยา Paracetamol 500 mg เมื่อมีอาการปวดทุก 4 - 6 ชั่วโมง โดยไม่จำเป็นต้องรอให้มีอาการปวดรุนแรง

3. แนะนำการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างเหมาะสม เช่น การลุก นั่ง หรือยืนช้า ๆ ยึดตัวให้ตรง เพื่อลดอาการปวด และแรงดึงของแผล

4. แนะนำให้ตรวจสอบถุงรองรับอุจจาระ ไม่ให้เต็มหรือน้ำหนักมากเกินไป เพื่อลดการดึงรั้งผิวหนังบริเวณแผล

5. แนะนำการใช้มือประคองแผลขณะไอ ใช้หมอนรองเพื่อจัดท่านอน และการพลิกตะแคงตัวอย่างถูกวิธี เพื่อลดการดึงตัวของแผล และระมัดระวังไม่ให้กดทับถุงรองรับอุจจาระ

การประเมินผล: ผู้ป่วยมีความเข้าใจในการปฏิบัติตัว ระดับ Pain Score อยู่ในช่วง 1-3 คะแนน สุขสบายขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5: พร่องความสามารถในการดูแลทวารเทียม เนื่องจากขาดความรู้และทักษะ

ข้อมูลสนับสนุน: ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลทวารเทียมมาก่อน

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจสามารถดูแลทวารเทียมได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยและญาติสามารถอธิบายการดูแลทวารเทียมได้ถูกต้อง สามารถเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระได้ ผิวหนังรอบทวารเทียมไม่มีอาการบวมแดง และสามารถเลือกรับประทานอาหารได้เหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล:

1. ประเมินความรู้ความเข้าใจก่อนให้คำแนะนำ

2. แนะนำและสาธิตการทำความสะอาดทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม รวมถึงการเปลี่ยนและทำความสะอาดถุงรองรับอุจจาระ โดยใช้คู่มือและวิดีโอประกอบ

3. แนะนำการรับประทานอาหารหลังการผ่าตัด โดยหลีกเลี่ยงอาหารที่ก่อให้เกิดกลิ่น เช่น ถั่ว กะหล่ำปลี น้ำอัดลม หอม กระเทียม และอาหารทะเล รวมถึงอาหารที่เสี่ยงต่อการอุดตันของลำไส้ เช่น ข้าวเหนียว ถั่วเมล็ดแข็ง และอาหารที่มีกากใยสูง เช่น สับปะรด ฝรั่งดิบ เห็ด มะม่วง เป็นต้น

4. แนะนำให้รับประทานอาหารชนิดอ่อน ย่อยง่าย เคี้ยวอาหารให้ละเอียด ดื่มน้ำให้เพียงพอ ทดลองอาหารชนิดใหม่ครั้งละน้อย ๆ ในระยะแรกหลังการผ่าตัด

5. แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เช่น ปวดท้องรุนแรง ไม่มีอุจจาระออกทางทวารเทียม ทวารเทียมมีเลือดออก มีสีซีดหรือคล้ำ

6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย พร้อมชมเชยและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง

7. เนื่องจากเป็นแผนกผู้ป่วยนอก ต้องมีการประสานงานติดต่อกับพยาบาลเฉพาะทางแผนกดูแลทวารเทียม เพื่อร่วมกันวางแผนและติดตามดูแลผู้ป่วย

การประเมินผล:

1. ผู้ป่วยและญาติมีความสนใจ รับฟังคำแนะนำ ซักถามข้อสงสัย ตอบคำถามได้ถูกต้อง และได้รับการสนับสนุนเพิ่มเติมจากพยาบาลเฉพาะทางแผนกออสโอมิ

2. ผู้ป่วยมาตามนัดหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ พบว่าแผลแห้งดี ขอบแผลแดงเล็กน้อย ไม่ซีดไม่คล้ำ ในระยะแรกญาติเป็นผู้ดูแลทวารเทียมให้ผู้ป่วย แต่ปัจจุบันผู้ป่วยสามารถดูแลทวารเทียมได้ด้วยตนเอง มีความมั่นใจมากขึ้น และสามารถเลือกรับประทานอาหารได้อย่างเหมาะสม โดยไม่เกิดภาวะลำไส้อุดตัน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6: สูญเสียภาพลักษณ์และเห็นคุณค่าในตนเองลดลง จากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายภายหลังการผ่าตัดทวารเทียม

ข้อมูลสนับสนุน:

1. ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวและมีบทบาททางสังคม
2. ผู้ป่วยกล่าวว่า “กลัวคนอื่นรังเกียจ ไม่เคยเห็นใครป่วยแบบนี้”
3. มีพฤติกรรมปฏิเสธการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่น ไม่ยอมผ่าตัดในช่วงแรก

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เห็นคุณค่าในตนเอง และมีความมั่นใจในการดำเนินชีวิต

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ยอมรับและสามารถดูแลทวารเทียมได้ด้วยตนเอง และมีความมั่นใจในการเข้าสังคม

กิจกรรมการพยาบาล

1. พยาบาลซักถามและประเมินความรู้สึก ความวิตกกังวล และสังเกตพฤติกรรมเมื่อพูดถึงทวารเทียม พร้อมให้ข้อมูลย้อนกลับเชิงบวก ส่งเสริมความเชื่อมั่นและสนับสนุนผู้ป่วย เน้นให้เห็นผลลัพธ์ที่ดีขึ้นหลังการรักษา

2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยคุ้นเคยกับทวารเทียมของตนเอง โดยใช้ถ้อยคำที่เหมาะสม กระตุ้นให้สังเกตและสัมผัสด้วยมือ สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลทวารเทียม เสริมสร้างกำลังใจ และขณะให้การพยาบาลต้องระวังการแสดงออกถึงความรังเกียจ ควรให้กำลังใจผู้ป่วย ชมเชย ยกย่อง เมื่อผู้ป่วยทำได้

3. สังเกตการแสดงออกของญาติต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้ป่วย และส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ให้กำลังใจผู้ป่วย รวมถึงชมเชย ยกย่อง เมื่อญาติสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้

การประเมินผล: ผู้ป่วยมีความเข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลงของตนเองได้มากขึ้น มีความมั่นใจและให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง สามารถเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระได้ และกลับเข้าสังคมได้อย่างมั่นใจ ขณะที่ญาติมีความรู้ความเข้าใจและมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

สรุป

สรุปอาการรวมของผู้ป่วยและการรักษาของแพทย์ ตั้งแต่รับไว้รักษา จนถึงจำหน่ายจากการดูแล ผู้ป่วยเป็นชายไทยวัย 75 ปี มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง เข้ารับการรักษาด้วย 1 วันก่อนมา ถ่ายเจ็บป่วย 1 วันก่อนมา มีก้อนยื่นบริเวณทวารหนัก ขนาด 2 เซนติเมตร บวม แดง ถ่ายมีเลือดสดปน ได้รับการตรวจพิเศษส่องกล้องทางเดินอาหารและตรวจชิ้นเนื้อ (colonoscopy with biopsy) และทำ CT whole abdomen แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ตรงส่วนล่าง (CA Lower rectal) วางแผนการผ่าตัด loop colostomy ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดในวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2569 พบปัญหาความดันโลหิตสูงและมีความวิตกกังวลเรื่องการผ่าตัด แบบแผนการดำเนินชีวิตหลังผ่าตัดที่เปลี่ยนไป ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลทวารเทียม ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยใช้ ERAS Program มาบูรณาการในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพ จนอาการดีขึ้นตามลำดับ สามารถกลับบ้านได้ รวมระยะในการรักษาในโรงพยาบาล 5 วัน หลังจำหน่ายแพทย์นัดติดตามอาการหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ผลดีดี แต่มีปัญหาผื่นแดงรอบทวารเทียม ได้รับการส่งต่อพยาบาลเฉพาะทางดูแลทวารเทียม สามารถดูแลทวารเทียมได้ด้วยตนเอง แพทย์พิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลชลบุรี เพื่อให้รับการรักษา ก่อนจำหน่ายจากความดูแล ผู้ป่วยยังต้องได้รับการติดตามอาการต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และปรับตัวกับแบบแผนการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนได้ พยาบาลผู้ป่วยนอกศัลยกรรม ได้นำกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอกทุกระยะการรักษา คือระยะรับไว้รักษา ระยะตรวจรักษาและแจ้งผล ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ผลการตรวจชิ้นเนื้อ ระยะก่อนและหลังผ่าตัด จำหน่าย ติดตามอาการและส่งต่อ รวมรับไว้ในความดูแล 4 ครั้ง การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ตรงส่วนล่างที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม (Colostomy) ที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูง มีความซับซ้อนในการรักษาพยาบาลทั้งในเรื่องการเจ็บป่วย การมีโรคร่วมความดันโลหิตสูง การปรับแบบแผนการใช้ชีวิต พยาบาลผู้ป่วยนอกศัลยกรรมจึงมีบทบาทสำคัญในการวางแผนการพยาบาลทุกระยะการรักษา เพื่อให้ปลอดภัย ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน โดยญาติมีส่วนร่วม ดังนั้น การอธิบายอย่างเดียวยังไม่พอ ควรมีสื่อการสอนที่เป็นคู่มือการปฏิบัติตัว การใช้ QR Code โดยใช้ข้อความสั้น ๆ ครอบคลุม พร้อมภาพประกอบ เพื่อให้เข้าใจง่าย

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลโรคมะเร็งและการดูแลรักษา [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.พ. 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nci.go.th>
2. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. KCMH TUMOR REGISTRY ANNUAL REPORT 2015: สถิติการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 12 มี.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.chulacancer.net/service-statistics.php>
3. World Health Organization. Colorectal cancer [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2026 Feb 13]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/colorectal-cancer>
4. โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. สถิติ 10 อันดับโรคมะเร็ง (ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี พ.ศ. 2566–2568) [ข้อมูลภายในหน่วยงาน]. ปราจีนบุรี: โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร; 2568.
5. นที คัดนานตติลล. ร่างกายของเรา. หมอชาวบ้าน [อินเทอร์เน็ต]. 2526 ม.ค. [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.พ. 2569];45. เข้าถึงได้จาก: <https://www.doctor.or.th/article/detail/6105>
6. โรงพยาบาลปิยะเวท. มะเร็งลำไส้ใหญ่ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลปิยะเวท; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 12 มี.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://piyavate.com/cancer-มะเร็งลำไส้ใหญ่/>
7. แสงรุ่ง สุขจิระทวี. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่มีภาวะรอยต่อรั่วหลังผ่าตัดและผ่าตัดเปิดทวารเทียม (Colostomy) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 28 ก.พ. 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nci.go.th/journal/Samgrung2023.pdf>
8. Orem DE. Nursing: concepts of practice. 6th ed. St. Louis (MO): Mosby; 2001.
9. ภัทรวดี เกษมโชติธัญญ. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายและทวารหนักที่มีภาวะอุดตันและได้รับการผ่าตัดเปิดทวารหนักเทียมทางหน้าท้องร่วมกับภาวะ atrial fibrillation [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 12 มี.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://nrh.nopparat.go.th/academic/public/view/read.php?id=101>
10. Wilmore DW, Kehlet H. Management of patients in fast track surgery. BMJ. 2001;322(7284):473-6. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7284.473>