

ผลงานที่ใช้ในการประเมิน

เรื่อง กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีภาวะลุดกลาม
ของกระเพาะปัสสาวะร่วมกับการผ่าตัดทวารเทียมทางหน้าท้อง

โดย

นางสาวดวงใจ มหาคาม
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล
ตำแหน่งเลขที่ 3224

งานการพยาบาลผู้ป่วยในศัลยกรรม
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน
ภารกิจด้านการพยาบาล
โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

คำนำ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colorectal cancer) มีอัตราการเกิดโรคสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติประเทศไทยพบว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นโรคมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับสามในเพศชาย และอันดับสองในเพศหญิง พบผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 16,000 คนต่อปี และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 5,500 คนต่อปี อัตราการเกิดโรคมะเร็งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยทุก ๆ วันมีผู้ป่วยรายใหม่วันละ 44 คนและเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเฉลี่ยวันละ 15 คน การผ่าตัดทวารเทียมทางหน้าท้อง (Colostomy) เป็นวิธีการรักษาร่วมกับการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยวิธีอื่น ซึ่งเป็นวิธีการรักษาเพื่อช่วยระบายอุจจาระผ่านทางหน้าท้อง บุคคลที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียมมีผลกระทบต่อสภาพลักษณะอย่างรุนแรง ร่วมกับผู้ป่วยกลุ่มนี้มีสิ่งกังวลห้วงโยมมากมาย จึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในทุกด้าน ผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะโรคร่วมที่จำเป็นต้องได้รับการควบคุมให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนอันเป็นผลมาจากโรคร่วมนี้ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องใช้ความรู้ ทักษะ ความชำนาญ โดยใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการเตรียมความพร้อมเข้ารับการผ่าตัดได้อย่างปลอดภัยและสามารถดูแลตนเองเมื่อมีทวารเทียมและโรคร่วมได้

จากความสำคัญดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการศึกษาปัญหาของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ที่มีภาวะลูกกลมของกระเพาะปัสสาวะร่วมกับการผ่าตัดทวารเทียมทางหน้าท้อง และนำมาวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลในด้านการประเมินติดตามอาการ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและได้รับการฟื้นฟูสภาพจนสามารถกลับไปอยู่บ้านได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ดวงใจ มหาคาม
20 มิถุนายน 2567

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

สารบัญ		หน้า
คำนำ		ก
สารบัญ		ข
สารบัญภาพ		ค
สารบัญตาราง		ง
บทที่ 1 บทนำ		1
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	วัตถุประสงค์	2
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
บทที่ 2	ความรู้เรื่องโรค การรักษา และภาวะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง	4
	กายวิภาคของลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	4
	มะเร็งลำไส้ใหญ่	8
	สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง	10
	อาการและอาการแสดง	13
	การวินิจฉัยโรค	14
	การรักษา	19
	การผ่าตัด	21
	การผ่าตัดเปิดทวารเทียม (Colostomy)	22
บทที่ 3	ทฤษฎีการพยาบาลที่นำมาประยุกต์ใช้ในกรณีศึกษา	24
บทที่ 4	กรณีศึกษา	42
	การประเมินตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน	43
	การตรวจร่างกายตามระบบ	44
	การตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา	46
	พยาธิสภาพจากทฤษฎีเปรียบเทียบกับกรณีศึกษา	54
	การเยี่ยมผู้ป่วยในขณะที่อยู่ในความดูแล	59
	สรุปปัญหาที่พบจากกรณีศึกษา	65
บทที่ 5	สรุปวิจารณ์และข้อเสนอแนะ	86
	บรรณานุกรม	89
	ภาคผนวก	92

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

สารบัญภาพ

		หน้า
รูปที่ 1	แสดงลักษณะทางกายวิภาคของลำไส้ใหญ่	4
รูปที่ 2	แสดงลักษณะทางกายวิภาคของ Ileocecal sphincter (Ileocecal Valve)	5
รูปที่ 3	แสดงลักษณะทางกายวิภาคของลำไส้ใหญ่	6
รูปที่ 4	แสดงลักษณะทางกายวิภาคของไส้ตรง (Rectum)	7
รูปที่ 5	แสดง Colorectal Cancer Staging	16

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดง The Asia-Pacific Colorectal Screening Score	12
ตารางที่ 2 การแบ่งระยะของมะเร็งลำไส้ใหญ่ตามระบบของ Astler และ Coller (Modified Astler Coller Classification: MAC)	18
ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการแบ่งระยะของมะเร็งลำไส้ใหญ่ตามระบบ TNM ระบบ Dukes และระบบของ Astler และ Coller	18
ตารางที่ 4 การตรวจนับเม็ดเลือด complete blood count (CBC)	46
ตารางที่ 5 ผลการตรวจชีวเคมี (Blood Chemistry)	49
ตารางที่ 6 ผลการตรวจปัสสาวะ [Urine Analysis (U/A)]	51
ตารางที่ 7 ผลการตรวจความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit)	51
ตารางที่ 8 การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (HEMATOLOGY)	52
ตารางที่ 9 พยาธิสภาพจากทฤษฎีเปรียบเทียบกับกรณีศึกษา	54

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการป่วยและการตายอันดับ 2 ของประชากรทั่วโลก (World Health Organization, 2018) องค์การระหว่างประเทศเพื่อการวิจัยโรคมะเร็ง หรือ IARC (International Agency for Research on Cancer) ขององค์การอนามัยโลก รายงานสถานการณ์มะเร็งทั่วโลก ประจำปี 2018 ประมาณการณ์ผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งรายใหม่จะเพิ่มขึ้นเป็น 18.1 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 9.6 ล้านคน ทั้งนี้ เมื่อเจาะลึกถึงประเภทของมะเร็ง IARC พบว่า มีผู้ป่วยรายใหม่ป่วยด้วยโรคมะเร็งปอดและมะเร็งเต้านมมากที่สุด รองลงมาคือ มะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยผู้ป่วยรายใหม่โรคมะเร็งเกือบครึ่งหนึ่งและผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเกินครึ่งหนึ่งอยู่ในทวีปเอเชีย (International Agency for Research on Cancer, 2018)

จากสถิติประเทศไทยพบว่า โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นโรคมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับสามในเพศชาย และอันดับสองในเพศหญิง พบผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 16,000 คนต่อปี และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 5,500 คนต่อปี และอัตราการเกิดโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยทุก ๆ วันมีผู้ป่วยรายใหม่วันละ 44 คนและเสียชีวิตจากโรคมะเร็งนี้เฉลี่ยวันละ 15 คน (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2566) อายุที่พบว่าเป็นมะเร็งส่วนใหญ่มากกว่า 50 ปี มีอัตราการรอดชีพ 1, 3 และ 5 ปี ร้อยละ 90.11, 77.40 และ 69.21 ตามลำดับ (สุภัทธา ชุมดินพิทักษ์, 2565) มะเร็งลำไส้ใหญ่สามารถเกิดขึ้นได้กับลำไส้ใหญ่ทุกส่วน ทั้งลำไส้ใหญ่ที่อยู่ในช่องท้องหรือ Colon กับลำไส้ใหญ่ส่วนที่อยู่ในอุ้งเชิงกรานหรือ Rectum มะเร็งลำไส้ใหญ่ของทั้ง 2 ส่วน จะมีการตรวจวินิจฉัยและระยะโรคคล้ายคลึงกัน ผู้ป่วยที่มีการตรวจวินิจฉัยของโรคที่แน่นอนแล้ว แพทย์ศัลยกรรมส่วนใหญ่จะรักษาด้วยการผ่าตัดส่องกล้อง

ปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีความก้าวหน้าและมีหลายวิธีด้วยกัน เช่น การผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด การจะเลือกใช้วิธีใดขึ้นอยู่กับระยะการเป็นโรค การกระจายของโรค และสภาพของผู้ป่วย ซึ่งอาจใช้วิธีใดวิธีหนึ่งหรือหลายวิธีรวมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งมีโอกาสรอดชีวิตนานกว่า 5 ปีมีจำนวนมากขึ้น การผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หากก้อนมะเร็งอยู่ใกล้ทวารหนัก ศัลยแพทย์จำเป็นต้องยกลำไส้ขึ้นมาเปิดที่หน้าท้องเป็นทวารเทียม (Colostomy) เพื่อระบายอุจจาระเป็นแบบชั่วคราวหรือถาวร ซึ่งการรักษาด้วยการผ่าตัดนี้เป็นการรักษาที่ดี การผ่าตัดบางชนิดก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนได้ อย่างไรก็ตามด้วยวิธีการรักษาดังกล่าวจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อแบบแผนของชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยผลกระทบของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องที่พบคือ การสูญเสียภาพลักษณ์ และการใช้ชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนไป ความกังวลในเรื่องกลิ่นอุจจาระ การแต่งกาย การเดินทาง ภาวะท้องผูก ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ ความเหนื่อยล้า วิตกกังวลเกี่ยวกับเสียงผายลม และภาวะซึมเศร้าที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การพักผ่อนนอนหลับ การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การออกกำลังกาย และการใช้ชีวิตในสังคม เป็นต้น (Kittinouvarat, 2014)

โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 613 เตียง จากสถิติของโรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2564-2566 พบผู้ป่วยที่มีมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ร้อยละ 22.1, 20.6 และ 18.0 ตามลำดับ โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการผ่าตัดทวารเทียม ร้อยละ 3.2, 3.1 และ 3.6 ตามลำดับ (สถิติโรงพยาบาลเลิดสิน, 2566) ซึ่งพยาบาลที่ปฏิบัติงานในการ

ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องมีความรู้ ความชำนาญในการพยาบาลเฉพาะทาง เพื่อที่จะนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย บุคลากรทางการพยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดตลอดจนหลังผ่าตัด โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็น ขั้นตอนประกอบด้วย การประเมินสภาวะสุขภาพอนามัย การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน การพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยลด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด ตลอดจนฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว สามารถ กลับไปดำรงบทบาทหน้าที่ของตนเองในครอบครัวและสังคมได้ตามศักยภาพสูงสุดของแต่ละบุคคล สำหรับในการศึกษาผู้ป่วยนั้น ได้นำทฤษฎีทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาให้เกิดความครอบคลุมมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวดูแลทวารเทียมและดูแลตนเอง ได้เมื่อกลับบ้าน ช่วยสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีภาวะลุกลามของกระเพาะปัสสาวะ ร่วมกับการผ่าตัดทวารเทียมทางหน้าท้อง และญาติสามารถให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านได้
2. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล ในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มี ภาวะลุกลามของกระเพาะปัสสาวะร่วมกับการผ่าตัดทวารเทียมทางหน้าท้อง
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีภาวะลุกลามของกระเพาะปัสสาวะร่วมกับการผ่าตัดทวารเทียม ทางหน้าท้อง ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ มีความพึงพอใจต่อการ รักษาและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. คัดเลือกเรื่องที่ปฏิบัติจริงและเป็นโรคที่พบบ่อย
2. ศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยโดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงที่สำคัญ ประวัติ ของผู้ป่วย ประวัติบุคคลในครอบครัว การตรวจร่างกาย พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย
3. ศึกษาตำราเกี่ยวกับพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง สาเหตุของโรค การตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ รังสีรักษา แผนการรักษาของแพทย์ และกิจกรรมการพยาบาล
4. ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคเปรียบเทียบกับผู้ป่วย ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนของการรักษาพยาบาลและปรึกษา ประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้เพื่อใช้ เป็นข้อมูล
5. นำข้อมูลที่ได้อมารวบรวม วิเคราะห์ นำไปวางแผนให้การรักษาพยาบาล ตามหลัก กระบวนการพยาบาล โดยเน้นให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม รวมทั้งการวางแผนจำหน่ายก่อน กลับบ้าน
6. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลและประเมินผล
7. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล ให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำกับญาติผู้ป่วย
8. เรียบเรียงและเขียนรายงาน ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้มีประสบการณ์
9. จัดทำรูปเล่มเผยแพร่ผลงานทั้งในและนอกหน่วยงาน เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน ของพยาบาลวิชาชีพและผู้ที่เกี่ยวข้อง

ระยะเวลาที่ดำเนินการ 31 วัน (ตั้งแต่วันที่ 21 เดือนพฤศจิกายน 2566 ถึงวันที่ 22 เดือนธันวาคม 2566)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการวางแผนการพยาบาล มีแนวทางปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่มีรูปแบบเดียวกัน เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีภาวะลุกกลามของกระเพาะปัสสาวะร่วมกับการผ่าตัดทวารเทียมทางหน้าท้อง มีความรู้ในการดูแลตนเอง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดี
2. นำข้อมูลจากการศึกษามาเป็นแนวทางสำหรับทีมสุขภาพในการบำบัดรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีภาวะลุกกลามของกระเพาะปัสสาวะร่วมกับการผ่าตัดทวารเทียมทางหน้าท้องให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
3. ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาลแบบองค์รวมครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และด้านจิตวิญญาณ
4. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีภาวะลุกกลามของกระเพาะปัสสาวะร่วมกับการผ่าตัดทวารเทียมทางหน้าท้อง ได้รับการรักษาอย่างมีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ มีความพึงพอใจต่อการรักษาและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 2

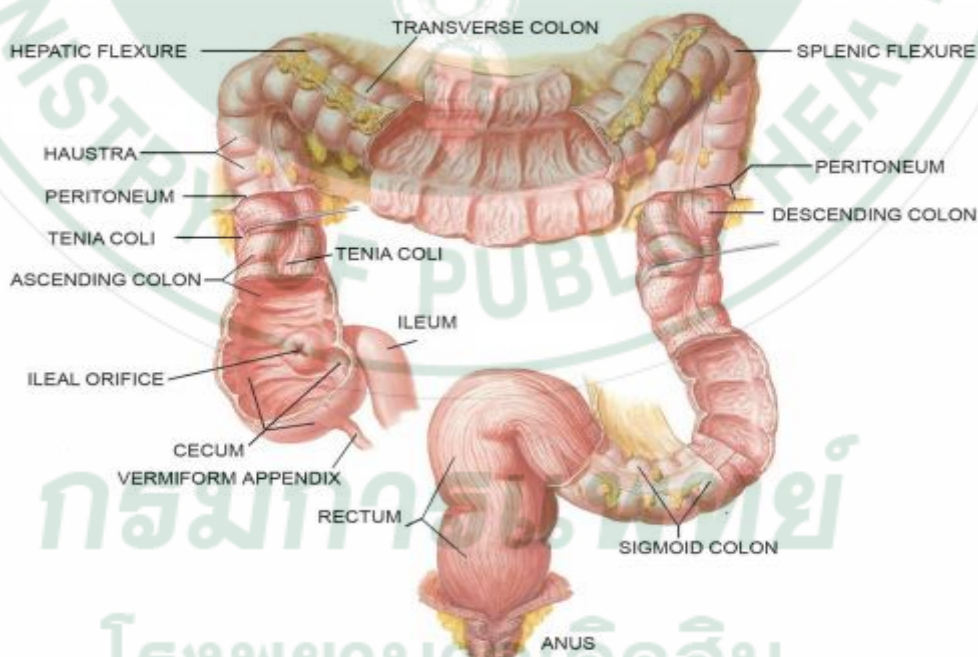
ความรู้เรื่องโรค การรักษา และภาวะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาคำนี้มีวัตถุประสงค์ เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีภาวะลุกลามของกระเพาะปัสสาวะร่วมกับการผ่าตัดทวารเทียมทางหน้าท้องได้อย่างถูกต้อง รวมถึงสามารถนำทฤษฎีการพยาบาลร่วมกับกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วย ตามมาตรฐานอย่างครบองค์รวม โดยใช้หลักฐานจากการทบทวนอย่างเป็นระบบในตำรา วิทยานิพนธ์ งานวิจัย และเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งหัวข้อดังนี้

1. กายวิภาคของลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
2. มะเร็งลำไส้ใหญ่
3. การผ่าตัดเปิดทวารเทียม (Colostomy)

1. กายวิภาคของลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

ลำไส้ใหญ่มีความยาวประมาณ 1.5 เมตร (5 ฟุต) และมีเส้นผ่าศูนย์กลางในท่อประมาณ 2.5 นิ้ว เริ่มจากส่วนปลายของลำไส้เล็กส่วน Ileum ไปจนถึงทวารหนัก (Anus) ลำไส้ใหญ่ถูกยึดติดกับผนังช่องท้องทางด้านหลังโดยแผ่นเยื่อของช่องท้อง เรียกว่า Mesocolon ลำไส้ใหญ่แบ่งตามลักษณะโครงสร้างได้เป็น 3 ส่วนคือ Cecum, Colon, Rectum



รูปที่ 1 แสดงลักษณะทางกายวิภาคของลำไส้ใหญ่

หมายเหตุ. จาก: <https://doh.hpc.go.th/bs/topicDisplay.php?id=695>

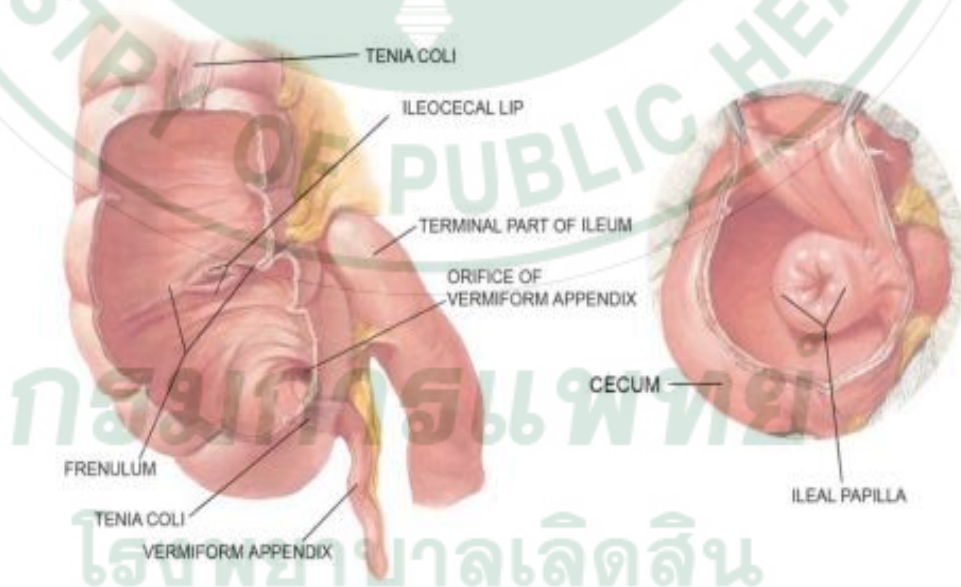
สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2567

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บริเวณรูเปิดจาก Ileum เข้าสู่ลำไส้ใหญ่ จะมีรอยพับจีบของเนื้อเยื่อเมือกเรียกว่า Ileocecal valve ทำหน้าที่เป็นลิ้นควบคุมการไหลของอาหารจากลำไส้เล็กไปสู่ลำไส้ใหญ่ ถัดจาก Ileocecal valve ลงมาเป็นถุงตันยาวประมาณ 2.5 นิ้ว เรียกว่า Cecum ปลายล่างของถุงตันนี้มีโครงสร้างที่มีลักษณะเป็นท่อปลายตันยาวประมาณ 3 นิ้ว เรียกว่า ไส้ติ่ง (Vermiform appendix) มีเยื่อแขวนลำไส้เรียกว่า Meso appendix ยึดไส้ติ่งไว้กับส่วนล่างของ Ileum และผนังด้านหลังของช่องท้อง ปลายด้านบนของ Cecum ติดต่อกับลำไส้ใหญ่

Colon แบ่งเป็นส่วนย่อย 4 ส่วนคือ Ascending colon, Transverse colon, Descending colon และ Sigmoid colon

ลำไส้ใหญ่ส่วนขึ้น (Ascending colon) เป็นอวัยวะที่อยู่หลังเยื่อช่องท้อง โดยวางตัวอยู่ด้านขวาของช่องท้องทอดขนานกับแนวกระดูกสันหลังเริ่มจากแอ่งด้านขวาของกระดูก Ilium ขึ้นไปจนถึงตับแล้วจะหักมุม 90 องศาไปทางซ้าย จุดหักมุมเรียกว่า Right colic flexure (hepatic flexure) จากนั้นจะทอดขวางช่องท้องไปทางซ้ายเรียกลำไส้ใหญ่ส่วนนี้ว่า ลำไส้ใหญ่ส่วนขวาง (Transverse colon) เมื่อถึงไตซ้ายจะหักมุม 90 องศา วางลงทางด้านล่างทำให้เกิด left colic flexure (splenic) flexure แล้วทอดตัวขนานกับแนวกระดูกสันหลังลงไปจนถึงแอ่งด้านซ้ายของกระดูก ilium เรียกว่า ลำไส้ใหญ่ส่วนล่าง (Descending colon) ซึ่งเป็นอวัยวะที่อยู่หลังเยื่อช่องท้องเช่นเดียวกับ Ascending colon เมื่อถึงสันของกระดูก Ilium (Iliac crest) ด้านซ้ายจะขดเป็นรูปอักษร S เข้าสู่แนวกลางตัวเรียกว่า ลำไส้ใหญ่ส่วนขด (Sigmoid colon) ซึ่งสิ้นสุดกลายเป็นลำไส้ใหญ่ส่วนไส้ตรง (Rectum) ที่ระดับกระดูกสันหลังส่วนกระเบนเหน็บอันที่ 3



รูปที่ 2 แสดงลักษณะทางกายวิภาคของ Ileocecal sphincter (Ileocecal Valve)
หมายเหตุ. จาก: <https://doh.hpc.go.th/bs/topicDisplay.php?id=695>

สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2567

จุลกายวิภาคของลำไส้ใหญ่

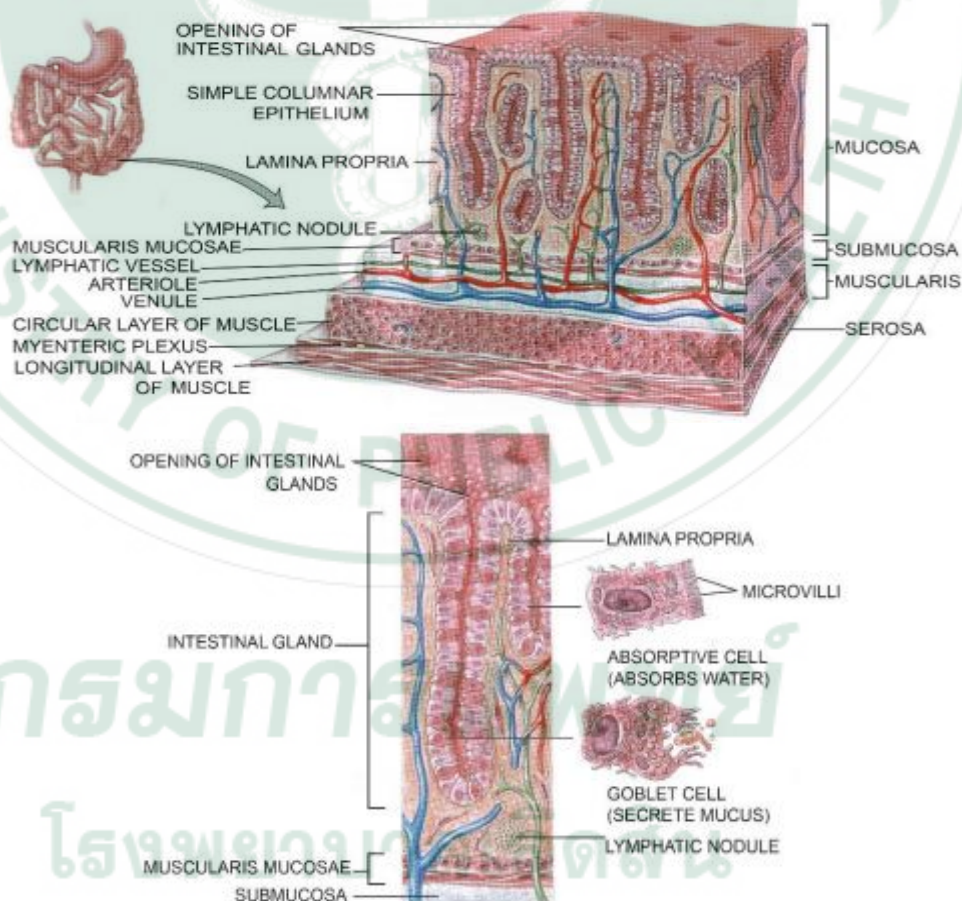
ผนังของลำไส้ใหญ่ประกอบด้วย 4 ชั้น คือ

1. Mucosa ชั้นเยื่อเมือก มีความแตกต่างจากลำไส้เล็ก คือ ไม่มี villi และ plica circularis มี goblet cells ทำหน้าที่สร้างเมือกเพื่อช่วยหล่อลื่นกากอาหารในขณะที่เคลื่อนที่ผ่านไปตาม ลำไส้ใหญ่

2. Submucosa เป็นชั้นของเนื้อยึดต่อ

3. Muscularis ชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ใหญ่มี 2 ชั้น คือ ชั้นในเรียงตัวเป็นวงรอบและชั้นนอกเรียงตัวเรียงตัวตามยาว แต่มีลักษณะพิเศษที่แตกต่างจากท่อทางเดินอาหารส่วนอื่นคือชั้นกล้ามเนื้อตามยาวมีการหนาตัวขึ้นเป็นแถบตามยาว 3 แถบ เรียกว่า taeniae coli แรงดึงตัวของแถบเหล่านี้ดึงให้ลำไส้ใหญ่มีลักษณะเป็นกระพุ้ง สลับกับรอบคอดเรียกว่า haustra (sacculations)

4. Serosa เยื่อช่องท้องที่หุ้มลำไส้ใหญ่บริเวณที่อยู่ตรงกับ taeniae coli จะมีถุงไขมันเล็กๆ เกาะอยู่เรียกว่า epiploic appendages

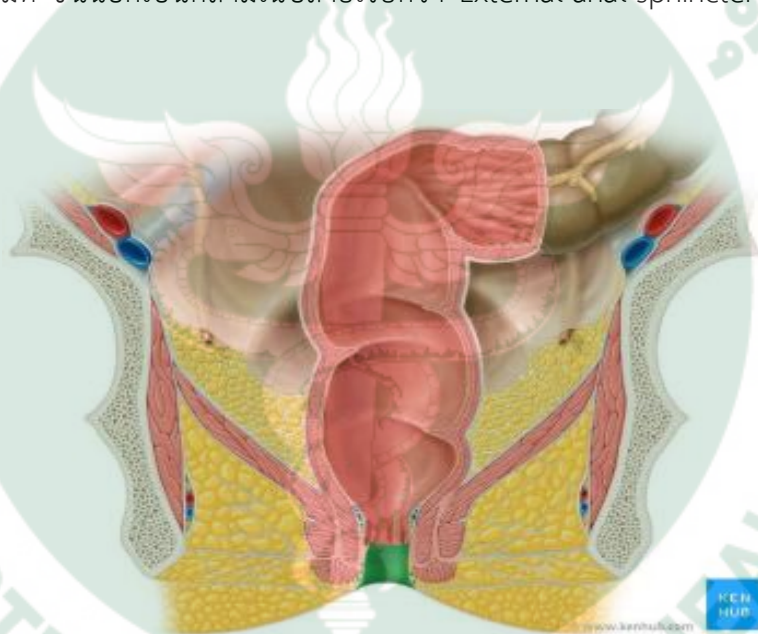


รูปที่ 3 แสดงลักษณะทางจุลกายวิภาคของลำไส้ใหญ่

หมายเหตุ. จาก: <https://doh.hpc.go.th/bs/topicDisplay.php?id=695>

สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2567

ไส้ตรง (Rectum) เป็นส่วนปลาย 20 เซนติเมตร (8 นิ้ว) ของท่อทางเดินอาหาร วางตัวอยู่ทางด้านหน้าต่อกระดูกกระเบนเหน็บและกระดูกก้นกบ ส่วนปลายสุดของ Rectum ซึ่งมีความยาวประมาณ 1 นิ้วจะตีบแคบลง เรียกว่า Anal canal เยื่อเมือกของ Anal canal จัดตัวเป็นรอยพับจีบตามยาวเรียกว่า Anal columns บรรจรูปร่างแหลวดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ รูเปิดของ Anal canal ออกสู่ภายนอกเรียกว่ารูทวารหนัก (Anus) มี กล้ามเนื้อควบคุมการเปิดปิดเพื่อการขับถ่ายกากอาหาร 2 ชั้นคือ ชั้นในเป็นกล้ามเนื้อเรียบ เรียกว่า Internal anal sphincter ควบคุมโดยระบบประสาทอัตโนมัติ ชั้นนอกเป็นกล้ามเนื้อลายเรียกว่า External anal sphincter ควบคุม ภายใต้อำนาจจิตใจ



รูปที่ 4 แสดงลักษณะทางกายวิภาคของไส้ตรง (Rectum)

หมายเหตุ. จาก: <https://www.kenhub.com/en/library/anatomy/the-anal-canal>
สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2567

ความแตกต่างระหว่างลำไส้ใหญ่และลำไส้เล็ก

1. ลำไส้ใหญ่มีขนาดใหญ่กว่าลำไส้เล็ก
2. เยื่อเมือกของลำไส้ใหญ่ไม่มี Villi และไม่มีรอยพับจีบตามขวาง (Plica circulares)
3. ชั้นกล้ามเนื้อตามยาวของลำไส้ใหญ่หนาตัวเป็นแถบ 3 แถบเรียกว่า Taeniae coli ทำให้ลำไส้ใหญ่มีลักษณะเป็นกระพุ้งสลับกับรอบคอด (Hausturation, Sacculatation)
4. ชั้น Serosa ของลำไส้ใหญ่มีไขมันมาสะสมเป็นติ่งไขมันเรียกว่า Epiplonic appendages

หน้าที่ของลำไส้ใหญ่

ลำไส้ใหญ่ทำหน้าที่เก็บกักเศษอาหารที่ผ่านกระบวนการดูดซึมสารอาหารจากลำไส้เล็ก โดยมีสารคัดหลั่งจาก Goblet cell ในบริเวณลำไส้เล็ก เป็นสารหล่อลื่นเพื่อให้เกิดการขับถ่ายอุจจาระได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ที่หล่อลื่นแล้ว สารคัดหลั่งดังกล่าวยังช่วยปกป้องเยื่อลำไส้ใหญ่จากแบคทีเรีย การเคลื่อนตัวของลำไส้ (Motility) ช่วยให้อาหารคลุกเคล้ากับน้ำย่อยและทำให้อาหารมีโอกาสสัมผัสกับผนังลำไส้มากขึ้นช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูดซึม ลำไส้ใหญ่ส่วนต้นทำหน้าที่ในการดูดซึมน้ำ และอิเล็กโทรไลต์และลำไส้ใหญ่ส่วนปลายมีหน้าที่ในการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ กากอาหารจะผ่านลงไปเ็นลำไส้ใหญ่วันละ 500 - 1,000 มิลลิลิตร น้ำและอิเล็กโทรไลต์จะถูกซึมกลับไปเ็นลำไส้ใหญ่ส่วนต้นและจะมีส่วนที่เหลือออกมาในอุจจาระเพียง 100 - 200 มิลลิลิตร โดยมีเกลือแร่ปนอยู่เล็กน้อย กากอาหารเหล่านี้จะถูกแปลงสภาพไปโดยเชื้อแบคทีเรียที่มีอยู่หลายชนิด โดยเฉพาะพวก Bacilli ซึ่งพบมากในลำไส้ใหญ่ส่วนต้น ๆ เชื้อแบคทีเรียจะสังเคราะห์ Vitamin K, B12, B1 และยังช่วยสลาย Cellulose ให้ได้พลังงานออกมาด้วยเล็กน้อย (ประทีน ไชยศรี, 2550)

2. มะเร็งลำไส้ใหญ่

ความหมาย

ความหมายของมะเร็งลำไส้ใหญ่ (Colorectal Cancer) มะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ที่แบ่งตัวต่อเนื่องไม่สามารถควบคุมได้ มะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นเซลล์มะเร็งของเนื้อเยื่อลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง โดยปกติเยื่อลำไส้ใหญ่ (Epithelial) ประกอบด้วยเซลล์ที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว รวมทั้งยังมีการสร้างเซลล์ขึ้นมาทดแทน ทุก 4-8 วัน ซึ่งการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่เกิดจากการได้รับสารก่อมะเร็ง (Carcinogen) จะทำให้เซลล์เยื่อลำไส้ (Epithelial) มีการเปลี่ยนแปลงแบ่งตัวและการเจริญเติบโตผิดปกติเป็นความผิดปกติใน ระยะก่อนเป็นมะเร็ง เรียกว่า ระยะ Dysplasia ต่อมากลายเป็นติ่งเนื้อเล็ก ๆ ที่เรียกว่าโพลิป (Polyp) จากนั้นโพลิปจะพัฒนาเป็นเซลล์มะเร็งได้อย่างช้า ๆ เป็นระยะเวลาประมาณ 5 - 10 ปีโดยมะเร็ง ลำไส้ใหญ่แบ่งออกเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนโคลอน และมะเร็งลำไส้ตรง โดยแบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้ (วีรุฒิ อิมสารามู และคณะ, 2564)

1. Sporadic CRC ไม่มีประวัติมะเร็งลำไส้ใหญ่ในครอบครัว พบร้อยละ 70 - 85 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ทั้งหมด พบมากในอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 80 เริ่มจากติ่งเนื้อในลำไส้ชนิด Adenomatous polyps มาก่อนมีส่วนน้อยที่เป็น Non-polypoidal (Flatหรือ Depressed) Lesions และเปลี่ยนแปลงกลายเป็นมะเร็งลำไส้ (De novo cancers) ซึ่งการเกิดมะเร็งในลักษณะนี้พบมากขึ้นในคนเอเชีย

2. Familial CRC มีประวัติมะเร็งลำไส้ใหญ่ในครอบครัวความผิดปกติอาจจะเกิด เนื่องจากปัจจัยทางพันธุกรรมหรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมเดียวกัน พบประมาณร้อยละ 20 - 25 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ทั้งหมด

3. Hereditary CRC Syndrome พบประมาณร้อยละ 5 - 10 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ทั้งหมด ซึ่งมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ได้แก่

3.1 Familial Polyposis (FAP)

- Familial Adenomatous Polyposis (FAP) ถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบ Autosomal dominant ในลำไส้ใหญ่มี Adenomatous polyps หลายร้อยหรือหลายพัน ตั้งแต่อายุน้อย อายุเฉลี่ยของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ 39 ปี

- Other Polyposis Syndromes ได้แก่ Hamartomatous syndromes, Peutz-Jeghers syndrome และ Juvenile polyposis

3.2 Hereditary Nonpolyposis Colorectal Cancer (HNPCC) ถ่ายทอดทางพันธุกรรม แบบ Autosomal dominant พบบ่อยกว่า FAP อายุเฉลี่ยของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ 45 ปี และมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งชนิดอื่นเช่น Endometrial cancer, Ovarian cancer และ Urinary tract cancers

พยาธิกำเนิดและลักษณะทางคลินิก

ลำไส้ใหญ่เป็นส่วนที่ต่อมาจากลำไส้เล็กส่วนปลาย (Terminal ileum) มีความยาว 150 เซนติเมตร ประกอบด้วย 2 ส่วนใหญ่ ๆ คือ colon และ rectum เป็นส่วนท้ายสุดของระบบทางเดินอาหาร ซึ่งต่อกับทวารหนัก (Anal canal) ลำไส้ตรงยาวประมาณ 12-15 เซนติเมตร เริ่มที่ sacral promontory (S3) โดยลำไส้ใหญ่ แบ่งเป็นส่วนต่าง ๆ ดังนี้ (อรุณ โรจนสกุล. (2550)

1. ไส้ตัน (Cecum) เป็นที่ตั้งต้นของลำไส้ใหญ่ ลักษณะเป็นกระพุ้งใหญ่ มีลิ้นซึ่งทำด้วยรอยพับของเยื่อบุลำไส้ (Mucous membrane) เรียกว่า ทวารลำไส้ใหญ่ (Ileocecal valve) ปิดกั้นระหว่างลำไส้เล็กส่วนปลายกับไส้ตัน ทำหน้าที่ให้อาหารผ่านเข้าไปในลำไส้ใหญ่ทางเดียวไม่ให้ไหลย้อนกลับมาในลำไส้เล็กอีก

2. ลำไส้ใหญ่ (Colon) เป็นส่วนที่ต่อจากไส้ตัน (Cecum) แบ่งออกเป็นตอน ๆ ดังนี้

- ลำไส้ใหญ่ส่วนขึ้น (Ascending colon) คือ ลำไส้ใหญ่ที่ต่อจากไส้ตันทอดขึ้นข้างบนถึงระดับใต้ต่อขอบล่างของไต อยู่เหนือต่อกล้ามเนื้อ Quadratus lumborum และ Transverse abdominis มีความยาวประมาณ 20 เซนติเมตร

- ลำไส้ใหญ่ส่วนขวาง (Transverse colon) คือ ลำไส้ใหญ่ส่วนที่ทอดขวางช่องท้องไปทางซ้ายโดยเริ่มตั้งแต่ Hepatic flexure จนถึง Splenic flexure เป็นส่วนที่มีความยาวมากที่สุด คือ ประมาณ 40 เซนติเมตร

- ลำไส้ใหญ่ส่วนลง (Descending colon) คือ ลำไส้ใหญ่ส่วนที่ทอดลงมาข้างล่างซ้ายของช่องท้อง มีความยาวประมาณ 30 เซนติเมตร

- ลำไส้ใหญ่ซิกมอยด์ (Sigmoid colon) มีความยาวประมาณ 15-50 เซนติเมตร เริ่มจากขอบกระดูกเชิงกรานจนถึง Promontory ของกระดูก Sacrum รูปร่างเคี้ยวคดเล็กน้อย ไม่แน่นอน และจะขดอยู่ที่ด้านซ้ายของช่องท้อง

3. ไส้ตรง (Rectum) บริเวณส่วนล่างมีลักษณะพองโตออกมามาก เพื่อเก็บอุจจาระไว้ โดยมีลิ้นช่วยพยุงตำแหน่งที่ตั้งในเพศชายอยู่ข้างหลังกระเพาะปัสสาวะ ในเพศหญิงอยู่ข้างหลังมดลูก ปกติ Rectum จะมีความยาวประมาณ 12-15 เซนติเมตร และถูกแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ไส้ตรงส่วนบน (Upper rectum) ไส้ตรงส่วนกลาง (Middle rectum) ไส้ตรงส่วนล่าง (Lower rectum) โดยแต่ละส่วนมีความยาวประมาณ 4 เซนติเมตร โดย Rectum และทวารหนักจะเป็นส่วนที่ต่อจากส่วนปลายของ Sigmoid colon ส่วนของ Rectum จะต่างจากลำไส้ใหญ่ คือ ผนังด้านนอกบางส่วนจะมีเฉพาะ Longitudinal muscle และไม่มี Mesentery, Sacculatation และ Appendices epiploic

4. ท่อทวารหนัก (Anal canal) เป็นส่วนปลายล่างของลำไส้ใหญ่ ยาวประมาณ 1-1.5 นิ้ว มีช่องเปิดออกสู่ภายนอกเรียกว่า ปากทวารหนัก (Anus) ที่ปากทวารหนักจะมีกล้ามเนื้อหุ้มล้อมเป็นวงอยู่โดยรอบ 2 วง วงในเรียกว่าหูรูดชั้นใน (Internal sphincter) วงนอกเรียกว่าหูรูดชั้นนอก (External sphincter) กล้ามเนื้อเหล่านี้มีหน้าที่สำหรับเปิดให้อุจจาระผ่านออกไปแล้วปิดอย่างเต็มที่ของลำไส้ใหญ่ ช่วยย่อยอาหารเพียงเล็กน้อย ถ่ายระบายกากอาหาร (Waste product) ออกจากร่างกาย ช่วยดูดซึมน้ำและอิเล็กโทรไลต์จากอาหารที่ถูกย่อยแล้ว เช่น โซเดียม และ เกลือแร่อื่นที่เหลืออยู่ในกากอาหาร รวมทั้งวิตามินบางอย่างที่สร้างจากแบคทีเรีย ซึ่งอาศัยอยู่ในลำไส้ใหญ่ ได้แก่ วิตามินบีรวม วิตามินเค และลำไส้ใหญ่ยังทำหน้าที่เก็บอุจจาระไว้จนกว่าจะถึงเวลาอันสมควรที่จะถ่ายออกนอกร่างกาย

พยาธิวิทยาของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colorectal cancer) หมายถึง ภาวะที่พบเนื้องอกชนิดร้าย (Malignant tumor) บริเวณลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยเซลล์ที่มีการแบ่งตัวที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้เกิดเป็นเนื้องอก (Tumor) ซึ่งแบ่งตัวทำลายเนื้อเยื่อและอวัยวะใกล้เคียง และสามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นที่อยู่ไกลไปตามกระแสเลือดและน้ำเหลืองเรียกว่า Metastasis มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ส่วนมากเป็น Adenocarcinoma และเป็นบริเวณใกล้ทวารหนัก ลักษณะที่มองเห็นได้ชัดด้วยตาเปล่าของมะเร็งลำไส้ใหญ่แตกต่างกันตามตำแหน่ง ถ้าเป็นที่ไส้ตัน (Cecum) หรือลำไส้ใหญ่ส่วนขึ้น (Ascending colon) มักมีลักษณะเป็นก้อนขนาดใหญ่ จนเลือดมาเลี้ยงไม่พอ เกิดการตายเฉพาะส่วน (Necrosis) ได้ง่าย ทำให้มีเลือดออกลักษณะเป็นก้อนนี้พบในตำแหน่งอื่นได้เหมือนกันแม้แต่ในไส้ตรง อย่างไรก็ตามที่ลำไส้ใหญ่ซีกซ้ายและไส้ตรงมะเร็งจะขยายตัวตามแนวขวางเป็นวงรอบหรือเกือบรอบทำให้ท่อลำไส้บริเวณนั้นแคบลง และที่ผิวอาจเป็นแผลด้วยลักษณะเช่นนี้ทำให้เกิดการอุดตันของลำไส้ได้ง่าย การศึกษาทางพยาธิวิทยาพบว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเริ่มจาก Intramucosal epithelial lesions ของ adenomatous polyps หรือที่ glands ของเยื่อบุลำไส้ เมื่อขยายตัวใหญ่ขึ้นจึงลุกลามผ่าน Muscularis mucosae หลังจากนั้นจึงลุกลามเข้าหลอดเลือดหรือทางเดินน้ำเหลืองไปสู่ต่อมน้ำเหลืองเฉพาะบริเวณ (Regional lymph nodes) อวัยวะหรือเนื้อเยื่อที่ติดกับลำไส้ และอวัยวะที่อยู่ห่างออกไปตามลำดับ (อรอนงค์ ทัพสุวรรณ, 2557)

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

สาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีปัจจัยต่างๆ ที่ก่อให้เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ดังนี้ (ปริณญา ทวีชัยการ, 2554)

1. อายุการเปลี่ยนแปลงจะพบมากขึ้นเมื่ออายุมากกว่า 50 ปี ประมาณ 9 ใน 10 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้มีอายุมากกว่า 50 ปี
2. ประวัติส่วนบุคคลเคยได้รับการวินิจฉัย
 - 2.1 มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงหรือมะเร็งรังไข่
 - 2.2 เนื้องอกที่เสี่ยงสูงต่อการเกิดมะเร็ง ได้แก่ ตังเนื้อที่ลำไส้ที่มีขนาดตั้งแต่ 1 ซม. โมงขึ้นไป เชื่อว่าเป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งลำไส้ส่วนมากเริ่มจากการเกิด Polyp ชนิด Adenoma
 - 2.3 การอักเสบของลำไส้ใหญ่เรื้อรัง (Chronic ulcerative colitis) เป็นเวลานานตั้งแต่ 8 ปีขึ้นไป

3. มีประวัติทางพันธุกรรมที่มียีนส์ผิดปกติที่ทำให้เกิดความเสี่ยงสูงในการทำให้เกิดโรคร เช่น Lynch Syndrome (Hereditary Nonpolyposis Colorectal Cancer หรือ HNPCC) และในกลุ่ม Familial Adenomatous Polyposis (FAP)

4. การรับประทานอาหารที่มีกากน้อย จะทำให้มีการขับถ่ายอุจจาระได้น้อยครั้ง ทำให้สารก่อมะเร็งสัมผัสกับเยื่อภายในของลำไส้ใหญ่นานเกินไป จึงก่อให้เกิดมะเร็งมากกว่า

5. การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้เนื่องจากกระตุ้นให้เกิดการหลั่งกรดน้ำดี (Bile acid) แบคทีเรียในลำไส้จะเปลี่ยนสารเหล่านี้ให้เป็น Cholesterol metabolites และ Secondary bile acid ซึ่งจะระคายเคืองเยื่อผนังลำไส้ให้เกิดการ กระตุ้นการแบ่งตัวของผนังลำไส้มากขึ้น กระบวนการปรุงด้วยวิธีอย่างรมควัน จะมีสารก่อมะเร็งเกิดขึ้น

6. ภาวะอ้วนและการไม่ออกกำลังกาย ทำให้มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ระยะเวลาที่สารก่อมะเร็งตกค้างในลำไส้เพิ่มขึ้น เสี่ยงต่อการพัฒนาเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพิ่มขึ้น

7. ในคนที่สูบบุหรี่ มีโอกาสเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้นเนื่องจากสารที่อยู่ในบุหรี่ สามารถดูดซึมเข้าสู่ร่างกายได้ทั้งทางน้ำลายและการกลืน เกิดมะเร็งระบบทางเดินอาหารและลำไส้ได้เช่นกัน

8. การดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้เกิดภาวะระดับกรดโพลิกในร่างกายต่ำ คนที่ดื่มแอลกอฮอล์ทุกวันมีโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้มากกว่าคนปกติ 2 เท่า

9. คนผิวสีในประเทศตะวันตก (The Black)

การป้องกันปัจจัยเสี่ยง

ในการป้องกันการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ มีหลักปฏิบัติที่สำคัญดังนี้ (ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2567)

1. การป้องกันแบบปฐมภูมิ (Primary prevention) โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตได้แก่

- 1.1 บริโภคผักผลไม้มากขึ้น ลดการบริโภคเนื้อสัตว์ที่ผ่านกระบวนการ
- 1.2 ไม่สูบบุหรี่และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
- 1.3 มีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ
- 1.4 หลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยเสี่ยง

2. การป้องกันแบบทุติยภูมิ (Secondary prevention) โดยการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถพบมะเร็งหรือติ่งเนื้อในลำไส้ในระยะแรก เพื่อเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยและรักษา โดยการรักษาเมื่อพบในระยะแรกสามารถรักษาหายขาดได้พบว่าการคัดกรองมะเร็ง สามารถลดทั้งอุบัติการณ์การเกิดโรคร อัตราการตายจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และสามารถหยุดยั้งเซลล์ที่แปรรูปไปแล้วไม่ให้พัฒนาเป็นเซลล์มะเร็ง โดยมีแนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ดังนี้ (วีรวุฒิ อิมสำราญ และคณะ, 2564)

1. แบ่งกลุ่มประชากรที่จะทำการคัดกรอง เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1.1 กลุ่มเสี่ยงสูง แนะนำให้ตรวจ Colonoscopy โดยมีข้อใดข้อหนึ่งดังนี้

1.1.1 ผู้ที่เคยมีประวัติเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่

1.1.2 ผู้ป่วยที่เคยตรวจพบติ่งเนื้อในลำไส้ใหญ่

1.1.3 มีญาติลำดับแรกเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่หรือ Advanced adenoma ในขณะที่มี

อายุน้อยกว่า 60 ปีหรือมีญาติลำดับแรกอย่างน้อย 2 คนเป็นมะเร็ง ลำไส้ใหญ่ หรือ Advanced adenoma โดยไม่คำนึงถึงอายุ

1.1.4 ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็น Hereditary colorectal cancer เช่น FAP หรือ HNPCC

1.1.5 ผู้ที่มีประวัติลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง (Inflammatory bowel disease)

1.2. กลุ่มเสี่ยงปกติ

1.2.1 อายุ 50 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง

1.2.2 ไม่มีข้อใดข้อหนึ่งที่อยู่ในความเสี่ยงสูง

2. การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่

2.1 กลุ่มเสี่ยงสูงแนะนำให้ทำการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy)

2.2 กลุ่มเสี่ยงปกติให้เลือกรีวิวการคัดกรองวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังต่อไปนี้

2.2.1 ตรวจหาเลือดที่แฝงในอุจจาระ แนะนำให้ตรวจด้วยวิธี Immunochemical Fecal Occult Blood Test หรือ IFOBT หรือ FIT (Fecal Immuno-Chemical Test) ถ้าให้ผลบวกให้ทำการตรวจ Colonoscopy โปรแกรมดังกล่าว สามารถลดการเสียชีวิตได้ร้อยละ 25-33

2.2.2 การตรวจ Flexible sigmoidoscopy ทุก 5 ปี

2.2.3 การตรวจ Colonoscopy ทุก 10 ปี

2.2.4 การตรวจเอกซเรย์ลำไส้ใหญ่ (CT Colonography) ทุก 10 ปี

3. ได้มีการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองที่ชื่อว่า Asia Pacific Colorectal Screening Score (APCS) ดังแสดงในตารางที่ 1 โดยใช้การแบบประเมิน (Verbal screening) นำมาประยุกต์ใช้ทางคลินิกได้ 2 แบบ

3.1 กลุ่มที่ Screen แล้วพบความเสี่ยงสูงให้ทำ Colonoscopy หรือ Sigmoidoscopy แต่ความเสี่ยงต่ำหรือปานกลาง ให้ทำ FIT test ก่อน ถ้า Positive นัดทำ Colonoscopy หรือ Sigmoidoscopy

3.2 ในรายที่ FIT Test ให้ผลบวก ให้ประเมินด้วย APCS เพื่อจัดลำดับให้กลุ่มเสี่ยงสูงทำ Colonoscopy, Sigmoidoscopy ก่อน แล้วค่อยทำกลุ่มเสี่ยงปานกลางและต่ำ ตามลำดับ

ตารางที่ 1 แสดง The Asia-Pacific Colorectal Screening Score

Risk factor Criteria	Criteria	คะแนน
อายุ	< 50 ปี	0
	50-60 ปี	2
	≥ 70 ปี	3
เพศ	หญิง	0
	ชาย	1
ประวัติมะเร็งลำไส้ใหญ่ในญาติลำดับที่หนึ่ง	ไม่มี	0
	มี	2
สูบบุหรี่	ไม่เคยสูบ	0
	เคยสูบหรือสู้อยู่	1

การแปลผล: Low risk = 0-1, Moderate risk = 2-3, High risk = 4-7

หมายเหตุ. จาก: วีรุฒิ อิมสำราญ และคณะ, 2564.

อาการและอาการแสดง

อาการของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อาจเป็นได้ตั้งแต่ไม่มีอาการใด ๆ จนถึงมีอาการเพิ่มขึ้นหลายอย่าง ขึ้นกับตำแหน่ง ขนาดและลักษณะอื่นทางกายภาพของก้อนมะเร็งและการลุกลามเข้าสู่อวัยวะอื่น ลักษณะที่เด่นคือ อาการเหล่านี้มักเริ่มทีละน้อย เป็นอย่างต่อเนื่องและรุนแรงขึ้นเป็นลำดับซึ่งใช้เวลานาน ในผู้ป่วยคนเดียวอาจมีอาการหลายอย่างร่วมกันได้ (สุวรรณณี สิริเลิศตระกูล, ประไพ อริยประยูร, สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจศิล, แม้นมา จิระจรัส, 2555) อาการที่พบได้บ่อย ได้แก่

1. ถ่ายเป็นเลือด เป็นผลจากการที่ก้อนมะเร็งแตกและมีเลือดออก เลือดที่ออกมานี้อาจจะปนหรือไม่ปนอยู่ในเนื้ออุจจาระก็ได้เป็นได้ทั้งเลือดสีคล้ำ ดำแดง หรือแดงมักจะออกครั้งละไม่มากหรือถ่ายไม่สุดร่วมด้วย ผู้ที่ก้อนมะเร็งอยู่ลึกเลยตำแหน่งปากทวารขึ้นไปมาก มักจะถ่ายเป็นเลือดแดงดำหรือดำคล้ำ บางรายเลือดออกน้อยจนมองไม่เห็น แต่การตรวจทางห้องปฏิบัติการจะพบเลือดในอุจจาระ (Fecal occult blood)

2. ถ่ายอุจจาระผิดปกติเช่น ถ่ายอุจจาระก้อนเล็กลง อุจจาระเป็นแท่งดินสอดหรือ ลักษณะแบนแบบรีบบิ้น จำนวนอุจจาระที่ถ่ายน้อยลง ความถี่ในการถ่ายอุจจาระลดลงหรือเพิ่มขึ้นหรือถ่ายท้องผูกสลับท้องเสีย อาการเหล่านี้เป็นอาการที่เกิดจากก้อนมะเร็งที่ทำให้ลำไส้ตีบ

3. แน่นท้อง ปวดท้อง ท้องอืด อาการจะทุเลาเมื่อได้ถ่ายอุจจาระหรือผายลม อาการ เหล่านี้จะพบได้เมื่อลำไส้ตีบลงมาก และเมื่อตีบตันสนิทอาการเหล่านี้ก็จะรุนแรงมาก ทำให้ผู้ป่วยต้อง มาพบแพทย์อย่างรีบด่วน

4. อ่อนเพลีย ผอมลง เบื่ออาหาร พบในผู้ที่มะเร็งกระจายหรือลุกลามไปมากแล้ว ผู้ที่เสียเลือดอย่างเรื้อรังจากก้อนมะเร็ง จนทำให้เกิดภาวะโลหิตจางอย่างรุนแรง มักมีอาการอ่อนเพลียได้

5. คลำได้ก้อนในช่องท้อง ก้อนที่ผู้ป่วยคลำได้อาจเป็นก้อนมะเร็งของลำไส้ใหญ่เองหรือก้อนมะเร็งที่กระจายไปยังอวัยวะอื่นในช่องท้อง อาการทั้งหมดดังกล่าวมานี้มิได้จำเพาะสำหรับมะเร็งลำไส้ใหญ่หรือทวารหนักเท่านั้น ยังมีโรคอื่น ๆ ที่อาจมีอาการเหล่านี้ได้เช่นกัน ซึ่งจากอาการและอาการแสดงโดยทั่วไปของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่แสดงอาการออกมาในลักษณะที่แตกต่างกัน ขึ้นกับตำแหน่งของการเกิดโรค ดังนี้

5.1 ลำไส้ใหญ่ซีกขวา (Right colon cancer) เนื่องจากเวลาที่อุจจาระผ่านจาก Ileocecal valve มาที่ลำไส้ใหญ่ซีกขวา อุจจาระจะยังอ่อนตัวอยู่ ทำให้สามารถผ่านบริเวณรอยโรคที่ก้อนมะเร็งอยู่ได้จึงไม่ค่อยพบอาการอุดตันของลำไส้ใหญ่จากก้อนมะเร็ง นอกจากนี้เส้นผ่าศูนย์กลางของลำไส้ใหญ่ซีกขวายังมีขนาดใหญ่กว่าลำไส้ใหญ่ซีกซ้าย มะเร็งที่เกิดขึ้นในบริเวณนี้จึงสามารถเจริญเติบโตได้โดยที่ไม่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการของการอุดตันหรือความผิดปกติของการ ขับถ่าย (Bowel habit change) รอยโรคบริเวณนี้มักจะเกิดจากการที่ก้อนมะเร็งมีการแตกเป็นแผล (Ulcer) เกิดการเสียเลือดทีละน้อย จนเกิดอาการของโรคโลหิตจาง และมาหาแพทย์ด้วยอาการของโรคโลหิตจาง เช่น อ่อนเพลีย ใจสั่น ไม่มีแรง ซีด เป็นต้น การตรวจทางห้องปฏิบัติการอาจพบหรือไม่พบเลือดในอุจจาระก็ได้เพราะเลือดที่ออกจากก้อนมะเร็งอาจเกิดขึ้นเป็นครั้งคราวไม่ได้เป็นอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นถ้าตรวจพบ Iron deficiency anemia ในผู้ใหญ่ที่ไม่พบสาเหตุใด ๆ อธิบายภาวะโลหิตจางจากการขาดเหล็กได้ชัดเจน ควรคิดถึงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และถ้ามีอาการที่น่าสงสัยอาจต้องพิจารณา ตรวจค้นเพิ่มเติม เช่นทำ Endoscopy หรือ Double Contrast Barium Enema (DCBE) เป็นต้น

5.2 ลำไส้ใหญ่ส่วนขวางและลำไส้ใหญ่ขาลง (Transverse and descending colon) เมื่ออุจจาระผ่านมาถึงบริเวณ Transverse และ Descending colon จะมีการดูดน้ำกลับไปทางลำไส้ใหญ่ ทำให้อุจจาระมีความเข้มข้นมากขึ้น ดังนั้นถ้ามีก้อนมะเร็งขึ้นในบริเวณนี้และอุดกั้นการเคลื่อนตัวของอุจจาระ อาจทำให้เกิดการอุดตันขึ้น เกิดอาการปวดท้อง (Abdominal cramping) เกิดการอุดตัน (Obstruction) จนเกิดอาการแตกทะลุของลำไส้ใหญ่ส่วนที่เหนือการอุดตันได้ (Perforation) เมื่อตรวจสอบทางรังสีจะพบลักษณะเฉพาะของรอยโรคที่เรียกว่า Apple core หรือ Napkin ring เหมือนวงแหวนรัดรอบลำไส้ใหญ่ ซึ่งเป็นตำแหน่งของก้อนมะเร็งที่โตรอบผนังลำไส้ใหญ่

5.3 ลำไส้ใหญ่ส่วนคดเคี้ยวและลำไส้ตรง (Rectosigmoid colon and rectal cancer) เนื่องจากอุจจาระที่มาถึงบริเวณส่วนปลายของลำไส้ใหญ่จะมีลักษณะค่อนข้างแข็งตัว และเส้นผ่านศูนย์กลางของลำไส้ใหญ่บริเวณนี้มีขนาดเล็กกว่าส่วนต้น ทำให้อาจพบอาการต่าง ๆ ดังนี้คือ อาการถ่ายเป็นเลือด (Hematochezia) ปวดเบ่ง (Tenesmus) อุจจาระมีลักษณะเส้นผ่าศูนย์กลางเล็กลง ส่วนอาการโลหิตจางจะพบน้อยกว่ามะเร็งที่เป็นบริเวณส่วนต้นของลำไส้ใหญ่

การวินิจฉัยโรค

เนื่องจากมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นโรคที่ไม่แสดงอาการในระยะแรก แต่ถ้าตรวจวินิจฉัยและได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกอย่างรวดเร็วจึงจะได้ผลดีโดยถ้าได้รับการรักษาก่อนที่มะเร็งแพร่กระจายออกไปในระยะที่ 1, 2 จะมีอัตราการหายของโรคที่ 5 ปีประมาณร้อยละ 90 แต่ถ้าได้รับการรักษาในขณะที่มะเร็งได้ลุกลามแพร่กระจายไปยังอวัยวะหรือต่อมน้ำเหลืองข้างเคียงแล้วในระยะที่ 3 จะมีอัตราการหายของโรคประมาณร้อยละ 65 แต่ถ้ามะเร็งได้กระจายไปยังตับหรือปอดในระยะที่ 4 อัตราการหายของโรคจะลดลงเหลือร้อยละ 8 ดังนั้น จึงต้องตรวจวินิจฉัยโรคให้พบตั้งแต่ระยะเริ่มแรกเพื่อที่จะได้รักษาให้หายขาด การตรวจวินิจฉัยมีหลายวิธีดังนี้ (วิชญ์ ปานจันทร์, เสาวคนธ์ ศุภโรยอิน, อาคม ชัยวีระวัฒน์, และวีรวิทย์ อิมสารายู, 2558)

1. การซักประวัติการตรวจร่างกายทุกระบบ
2. การตรวจทางทวารหนัก ด้วยนิ้วมือ (Per Rectum = PR) คือ การที่แพทย์สวมถุงมือแล้วใช้นิ้วชี้ทำสารหล่อลื่น แล้วสอดนิ้วชี้เข้าทางทวารหนักเพื่อตรวจหาสิ่งผิดปกติภายในลำไส้ การตรวจ PR ตรวจได้ถึงไส้ตรงเท่านั้น ไม่พอเพียงสำหรับลำไส้ใหญ่ จึงต้องมีการตรวจอย่างอื่นเพิ่มเติม
3. การตรวจหาเม็ดเลือดแดงในอุจจาระ (Fecal Occult Blood Test = FOBT) คือ การตรวจหาว่ามีเลือดออกภายในลำไส้ใหญ่หรือไม่ เนื่องจากเส้นเลือดบนผิวของมะเร็งและ Polyps มีการฉีกขาดได้ง่ายทำให้มีเลือดออกมา แต่ปริมาณเลือดที่ออกมามีเพียงเล็กน้อย ซึ่งไม่สามารถมองเห็นด้วยตาเปล่า จึงต้องใช้การตรวจปฏิกิริยาทางเคมีแต่ผลการตรวจเม็ดเลือดแดงในอุจจาระไม่มีความจำเพาะ ถ้าตรวจพบเลือดปนมากับอุจจาระ ผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการตรวจด้วยการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เพื่อค้นหาความผิดปกติต่อไป
4. การส่องกล้องเข้าไปทางทวารหนัก (Sigmoidoscopy) เป็นการใช้ท่อเล็กสอดเข้าไปในทวารหนัก เพื่อตรวจดูความผิดปกติของลำไส้ตรง (Rectum) และลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์ (Sigmoid colon) เนื่องจากท่อที่ใช้ยาว 2 ฟุตเท่านั้น ถ้ามะเร็งอยู่ลึกเกินกว่านั้นจะไม่สามารถตรวจพบมะเร็งได้
5. การส่องกล้องเข้าทางทวารหนัก โดยใช้กล้องชนิดพิเศษ (Colonoscopy) วิธีนี้เป็นวิธีการตรวจที่แม่นยำที่สุด สามารถตรวจดูลำไส้ได้ทั้งหมด และเมื่อพบติ่งเนื้อหรือเนื้อเยื่อที่สงสัย สามารถตัดด้วยเครื่องมือออกได้ทันทีที่ผู้ป่วยต้องมีการเตรียมลำไส้ใหญ่เป็นอย่างดีโดยใช้ยาถ่ายหรือสวนทวาร

เพื่อให้ลำไส้ใหญ่ไม่มีกากอาหารและอุจจาระ จึงจะส่องกล้องเข้าไปในลำไส้ใหญ่ ทำให้เห็นรายละเอียดที่ถูกต้อง วินิจฉัยโรคได้อย่างรวดเร็วแม่นยำ สามารถพบสาเหตุหรือรอยโรคได้ตั้งแต่วินิจฉัยเริ่มแรก ทำให้สามารถให้การรักษาได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง

6. การสวนแป้งเข้าในลำไส้ใหญ่ (Barium enema) วิธีนี้มีความไวในการตรวจมะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นกระบวนการตรวจทางรังสีวินิจฉัย โดยผู้ป่วยจะได้รับการสวนสารทึบ ส่วนประกอบของแป้งเตรียมเข้าไปทางทวารหนักแล้วถ่ายภาพเอกซเรย์จะเห็นภาพชัดเจน สารเหล่านี้จะเข้าไปเคลือบผนังด้านในของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เพื่อตรวจดูความผิดปกติของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่ง Barium enema ช่วยในการวินิจฉัยโรคได้ในระดับหนึ่ง

7. การตรวจสารบ่งชี้มะเร็ง (Tumor marker) สารบ่งชี้โรคมะเร็งเป็นโปรตีนที่ไม่พบในภาวะปกติหรืออาจตรวจพบได้ในภาวะปกติได้แต่ระดับปริมาณไม่สูง เมื่อตรวจพบสารเหล่านี้มีระดับปริมาณสูงมากจนผิดปกติจะช่วยบ่งชี้ความสัมพันธ์กับโรคมะเร็ง สารบ่งชี้โรคมะเร็งที่นิยมใช้มากที่สุดของมะเร็งลำไส้ใหญ่คือ Carcinoembryonic Antigen (CEA) ซึ่งในรายที่พบว่ามียกระดับปริมาณค่า CEA สูง สามารถใช้เป็นแนวทางในการตรวจติดตามผลการรักษาและใช้ในการติดตามการเปลี่ยนแปลงของโรค แต่ไม่ใช่สารบ่งชี้โรคมะเร็งในการตรวจคัดกรอง

ในการวินิจฉัยโรคและการประเมินระยะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะไม่มีอาการในระยะแรก ๆ อาการที่พบมักขึ้นกับตำแหน่งของมะเร็ง เช่น มะเร็งลำไส้ใหญ่ด้านขวาจะมีอาการอ่อนเพลีย ซีดจากการเสียเลือดเรื้อรัง น้ำหนักลด ปวดท้องหรือคลำได้ก้อน ถ้ามะเร็งลำไส้ใหญ่ด้านซ้ายมาด้วยอาการปวดท้อง ถ่ายเป็นมูกเลือด ท้องผูกสลับท้องเสีย และถ้ามะเร็งอยู่ที่ลำไส้ตรง (Rectum) อาจมีอาการท้องผูกสลับท้องเสียถ่ายเป็นมูกเลือด ซีดลง ถ่ายไม่สุด, ถ่ายลำเล็กลง หรือถ่ายเป็นเม็ดกระสุน จนถึงอุดตันจนถ่ายไม่ออก ผู้ป่วยมีอาการของภาวะแทรกซ้อน เช่น เลือดออก ลำไส้อุดตัน ลำไส้ทะลุ มีน้ำในช่องท้อง (Ascites) ตรวจร่างกายอาจไม่พบความผิดปกติ ความผิดปกติที่พบได้แก่ ซีด คลำได้ก้อนที่ท้อง ตับโต คลำต่อมน้ำเหลืองที่ Supraclavicular หรือที่สะดือ น้ำในช่องท้อง ตรวจทางทวารหนัก หรือ Digital rectal examination (DRE) ประมาณร้อยละ 5-10 สามารถตรวจพบมะเร็งที่ทวารหนักจากการตรวจ (DRE) การตรวจทางห้องปฏิบัติการอาจพบมีภาวะซีด ตรวจอุจจาระพบ Fecal Occult Blood Test (FOBT) ให้ผลบวก (พบได้ร้อยละ 40-80) Liver function test อาจผิดปกติถ้ามีการแพร่กระจายมาที่ตับ การตรวจทางรังสีที่ช่วยยืนยันการวินิจฉัย ได้แก่ การทำ Barium enema หรือ CT colonography ส่วนการตรวจที่แม่นยำเพื่อช่วยการวินิจฉัย และตรวจชิ้นเนื้อยืนยัน คือ การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ในผู้ป่วยที่มาตรวจด้วยอาการผิดปกติที่สงสัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง เช่น ถ่ายอุจจาระเป็นมูกปนเลือด อุจจาระลำเล็กลง ท้องผูกสลับท้องเสีย เลือดจาง โดยหาสาเหตุไม่พบ ควรได้รับการตรวจดังนี้ (วีรวุฒิ อิ่มสำราญ และคณะ, 2564)

1. ซักประวัติและตรวจร่างกายโดยละเอียด
2. ทำการตรวจทางทวารหนักด้วยนิ้วมือ (DRE) และ Proctoscopy
3. ทำการตรวจ Double contrast barium enema หรือทำ Colonoscopy
4. กรณีที่สงสัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ตรง ต้องตัดชิ้นเนื้อ เพื่อให้ได้ผลตรวจทางพยาธิ วิทยา ยืนยันการวินิจฉัยโรคเสมอ
5. Endorectal ultrasonography

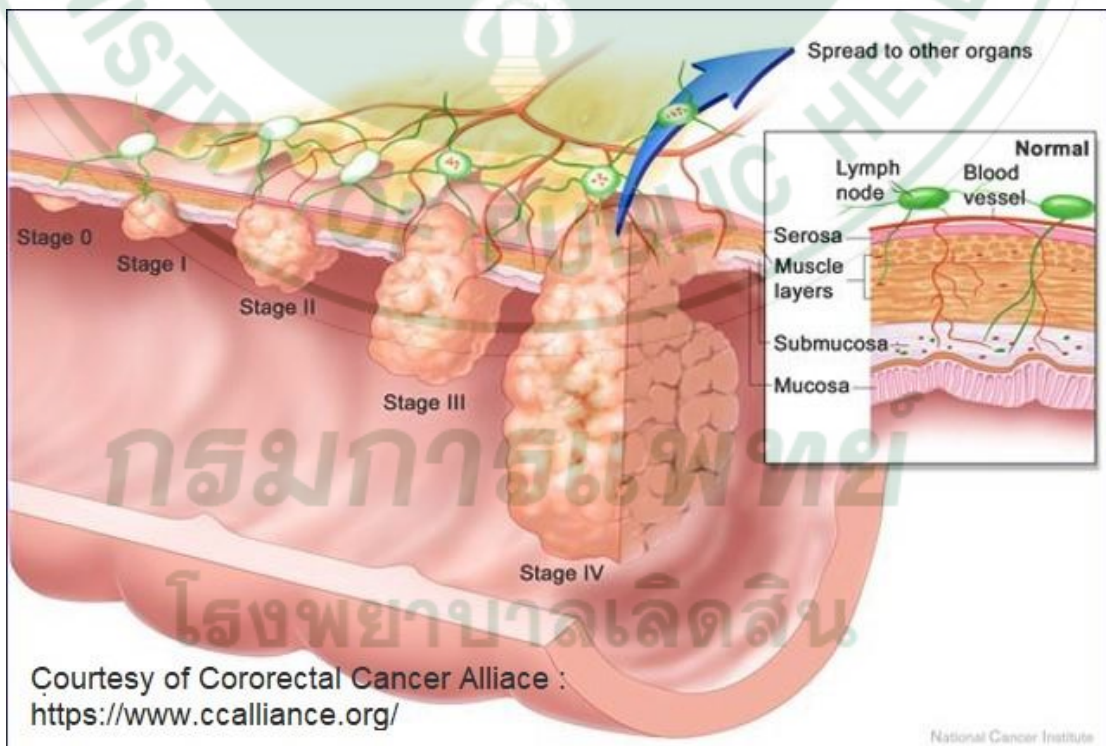
ระดับความรุนแรงของโรค

การแบ่งระยะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มีวัตถุประสงค์ของการแบ่งระยะของโรคไว้ 5 ประการคือ (จักรพันธ์ เอื้อนรเศรษฐ์ และปริญญา ทวีชัยการ, 2554)

1. เพื่อใช้ในการวางแผนการรักษาให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม
2. เพื่อใช้ในการพยากรณ์โรคสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย
3. เพื่อประเมินผลการรักษา
4. เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและผลการรักษาระหว่างสถาบัน
5. เพื่อประโยชน์ในการค้นคว้าต่อเนื่องของโรคมะเร็ง

การแบ่งความรุนแรงตามลักษณะทางคลินิกหรือระยะของโรคมะเร็ง (Cancer staging) การประเมินระยะของโรคที่ใช้กันอยู่มี 2 ระบบ คือ Duke's Classification และ TNM staging system ของ American joint committee on cancer (AJCC) มีรายละเอียด ดังนี้

1. การแบ่งระยะของมะเร็งลำไส้ใหญ่ Dukes' Classification แสดงในรูปแบบที่ 5 ประกอบด้วย
 - Dukes A มะเร็งอยู่ที่ผนังลำไส้ใหญ่เท่านั้น
 - Dukes B มะเร็งลุกลามทะลุผนังลำไส้ใหญ่
 - Dukes C มะเร็งลุกลามไปถึงต่อมน้ำเหลืองข้างเคียง
 - Dukes D มะเร็งที่มีการแพร่กระจายของมะเร็งลำไส้ใหญ่ไปสู่อวัยวะอื่น ๆ เช่น ตับ ปอด สมอง กระดูก เป็นต้น



รูปที่ 5 แสดง Colorectal Cancer Staging

หมายเหตุ. จาก: ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล.การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง, 2564.

2. การแบ่งด้วยวิธี TNM (Tumor Node Metastasis) เป็นวิธีที่นิยมใช้ในการแบ่งระยะของการดำเนินโรค โดยพิจารณาองค์ประกอบหลัก 3 ส่วน คือ

- ขนาดและขอบเขตของก้อนมะเร็งปฐมภูมิ (Primary tumor size: T)
- การแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียง (Node involvement: N)
- การแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น (Metastasis: M)

มีรายละเอียดดังนี้ (American Joint Committee of Cancer, 2017)

การแบ่งโดยลักษณะของก้อนมะเร็ง ความลึก การลุกลามของมะเร็ง (Primary tumor: T)

TX = ไม่สามารถประเมินขนาดก้อนมะเร็งได้

T0 = ไม่พบก้อนมะเร็งในชั้นเนื้อเยื่อที่ผ่าตัดได้

Tis = มะเร็งอยู่ชั้นของเยื่อบุผิว (Intra epithelium) หรือเนื้อเยื่อ เกี่ยวพันในเยื่อบุผิว (Lamina propria)

T1 = มะเร็งลุกลามมาถึงใต้ชั้นเยื่อบุผิว (Submucosa)

T2 = มะเร็งลุกลามมาถึงชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ใหญ่ (Muscularis propria)

T3 = ก้อนมะเร็งทะลุผ่านมาถึงชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ใหญ่เข้าสู่ชั้น เนื้อเยื่อบริเวณที่ไม่มีเยื่อช่องท้องปกคลุม (Non peritonealized pericolic)

T4 = มะเร็งลุกลามไปยังอวัยวะอื่น

การแบ่งโดยลักษณะของต่อมน้ำเหลืองข้างเคียงในมะเร็งลำไส้ใหญ่ (Regional lymph node: N) ซึ่งประเมินจากจำนวน Positive lymph node ที่พบ

NX = ไม่สามารถประเมินต่อมน้ำเหลืองได้

N0 = ไม่มีการกระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองในบริเวณนั้น (Regional lymph node) ผู้ป่วยที่เป็น N0 จำนวนของต่อมน้ำเหลืองที่ผ่าตัดออกมาต้องมีจำนวนไม่น้อยกว่า 12 ต่อมน หากน้อยกว่านี้จะจัดว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง

N1 = เกิดการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง 1 ถึง 3 ต่อมน

N2 = เกิดการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง 4 ต่อมนขึ้นไป

การแบ่งโดยการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น (Distant metastasis: M)

MX = ไม่สามารถประเมินได้

M0 = ไม่มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น

M1 = มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น

นอกจากนี้ยังมีการแบ่งระยะของมะเร็งลำไส้ใหญ่ตามระบบของ Astler และ Collier (Modified Astler-Collier Classification: MAC) ดังแสดงในตารางที่ 2 ซึ่งสามารถเปรียบเทียบการแบ่งระยะของมะเร็งลำไส้ใหญ่ตามระบบของ Duke's Classification, TNM staging system และของ Astler และ Collier ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 การแบ่งระยะของมะเร็งลำไส้ใหญ่ตามระบบของ Astler และ Coller (Modified Astler Coller Classification: MAC)

ระยะ	คำจำกัดความ
A	การลุกลามของมะเร็งจำกัดอยู่เฉพาะที่ชั้นเมือกของผนังลำไส้(Mucosa)
B1	มะเร็งลุกลามเข้าชั้นกล้ามเนื้อเนื้อของผนังลำไส้(Muscularis propria)
B2	มะเร็งลุกลามเข้าชั้นเยื่อล้อมของผนังลำไส้(Serosa)
B3	มะเร็งลุกลามเข้าสู่อวัยวะที่อยู่ใกล้เคียง
C1, C2, C3	ความลึกของการลุกลามของมะเร็งเช่นเดียวกับระดับ B1, B2 และ B3 แต่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองด้วย
D	มะเร็งกระจายไปยังอวัยวะอื่นที่อยู่ห่างออกไป

หมายเหตุ. จาก: สุพจน์ พงศ์ประสพชัย, พิเศษ พิเศษพงษา, ทยา กิตติการ และองอาจ ไพรสมนทรางกูร, 2558.

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการแบ่งระยะของมะเร็งลำไส้ใหญ่ตามระบบ TNM ระบบ Dukes และระบบของ Astler และ Coller

ระยะ	T	N	M	Dukes	MAC
O	TIs	NO	Mo	-	-
I	T1	NO	MO	A	A
	T2	NO	MO	A	B1
IIA	T3	NO	MO	B	B2
IIB	T4a	NO	Mo	B	B2
IIC	T4b	NO	MO	B	B3
IIIA	T1-T2	N1/n1c	MO	C	C1
	T1	N2a	MO	C	C1
IIIB	T3-T4	N1/N1c	MO	C	C2
	T2-T3	N2a	MO	C	C1/C2
IIIC	T1-T2	N2b	Mo	C	C1
	T4a	N2a	MO	C	C2
	T3-T4a	N2b	MO	C	C2
IVA	T4b	N1-N2	MO	C	C3
	Any T	Any T	M1a	D	D
IVB	Any T	Any T	M1b	D	D

หมายเหตุ. จาก: สุพจน์ พงศ์ประสพชัย และคณะ, 2558.

การพยากรณ์โรค

พยากรณ์โรคขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยทางระยะของโรค มีการแบ่งระยะของโรค ออกเป็น 2 ระบบ ซึ่งอาศัยหลักการที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ Duke's Classification และ TNM Classification โดยอาศัยข้อมูล คือ มะเร็งผ่านลำไส้ใหญ่เข้าไปลึกมากน้อยเพียงใด (T=Tumor penetration) มะเร็งลุกลามไปถึงต่อมน้ำเหลืองเฉพาะถิ่นมากเพียงใด (N=Presence of lymphnode involvement) และมีการแพร่กระจายของมะเร็งแล้วหรือยัง (M= Distant metastasis)

2. ลักษณะทางพยาธิสภาพ ลักษณะที่สัมพันธ์กับการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี ได้แก่ Poorly differentiated, Mucinous scirrhous signet ring, Lymphatic venous and perineural invasion และลักษณะที่สัมพันธ์กับการพยากรณ์โรคที่ดี ได้แก่ Well differentiated และ Inflammatory response and Lymphocytic infiltration

3. ปัจจัยทางคลินิก อายุของผู้ป่วยที่ต่ำกว่า 30 ปีส่วนใหญ่ลักษณะของโรคมีความรุนแรง ตำแหน่งของมะเร็งลำไส้ใหญ่ซีกซ้าย (Transvers colon, Descending colon and Sigmoid colon) การพยากรณ์โรคดีกว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่ซีกขวา (Cecum and Ascending colon) ดีกว่าที่ บริเวณลำไส้ส่วนโค้งและบริเวณไส้ ตรงตามลำดับ

4. ระดับของ Serum carcinoma embryonic antigen (CEA) ก่อนผ่าตัด การพยากรณ์โรค (Prognosis) ได้ดีที่สุดในได้แก่ Pathological stage ตอนทีวินิจฉัยโรคซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยสำคัญ ได้แก่ การกระจายของโรคไปที่อื่น ระดับการลุกลามของรอยโรคที่ลำไส้การลามไปต่อมน้ำเหลือง การหลงเหลือของเนื้องอกหลังการผ่าตัด และอาจประเมินจาก Molecular diagnosis และ Clinical features โดยอัตราการอยู่รอดเกิน 5 ปีของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ จากรายงานของประเทศอเมริกา ในรายงานผู้ป่วย 119,000 ราย แบ่งตาม TNM staging ที่รายงานล่าสุด มีข้อมูลดังนี้ (วีรวุฒิ อิ่มสำราญ และคณะ, 2564)

Stage I	(T1-2N0)	ร้อยละ 93
Stage IIA	(T3N0)	ร้อยละ 85
Stage IIB	(T4N0)	ร้อยละ 72
Stage IIIA	(T1-2 N1)	ร้อยละ 83
Stage IIIB	(T3-4 N1)	ร้อยละ 64
Stage IIIC	(N2)	ร้อยละ 44
Stage IV		ร้อยละ 8

การรักษา

มีเป้าหมายหลัก คือ ระยะเริ่มแรก ถ้าได้รับการตรวจวินิจฉัยเร็วการรักษาที่จะทำให้ผู้ป่วยหายจากโรค แต่กรณีที่เป็นมากแล้วหรือโรคลุกลามเกินกว่าจะรักษาให้หายขาดได้ก็จะมุ่งเน้นที่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ โดยการรักษาก็ขึ้นอยู่กับระยะของโรคว่ามีการแพร่กระจายไปมากน้อยเพียงใด แนวทางการรักษามะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนัก นอกจากใช้การผ่าตัดแล้วอาจใช้ยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา หรือทั้งสองอย่างร่วมเป็นการรักษาเสริม กรณีรักษาเสริมก่อนเริ่มการรักษาหลักด้วยการผ่าตัดเรียกว่า Neoadjuvant หรือเป็นการรักษาเสริมตามหลังการผ่าตัด เรียกว่า Adjuvant ส่วนการใช้รังสีรักษาจะใช้เพื่อมุ่งเน้นที่จะลดโอกาสการเป็นซ้ำเฉพาะที่ของ

โรค (Local recurrence) และเพิ่มโอกาสของการผ่าตัดที่ไม่ต้องการตัดกล้ามเนื้อหูรูดออกไป (Sphincter preservation) การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จำเป็นต้องอาศัยทีมแพทย์ในสาขาต่าง ๆ มาร่วมกันวางแผนการรักษาที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งสามารถแบ่งการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่แบ่งตามระยะของโรค ดังนี้ (ธีรนุช บุญพิพัฒนาพงศ์และสมพร วรรณวงศ์, 2557)

ระยะที่ 0 (TisN0M0) คือ ตึ่งเนื้อลำไส้ใหญ่ที่เซลล์มีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งมะเร็งลำไส้ใหญ่ ในระยะนี้ไม่มีความเสี่ยงต่อการกระจายของมะเร็งไปสู่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณข้างเคียง ดังนั้นสามารถรักษาโดยการตัดตึ่งเนื้อเยื่อเหล่านี้ออก ด้วยวิธีการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Endoscopy) โดยการตัดออกเพียงครั้งเดียว เพื่อให้ได้ขอบเขตที่ชัดเจนและปราศจากเซลล์มะเร็ง จากนั้นติดตามการรักษาด้วยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่เป็นระยะ เพื่อตรวจการกลับเป็นซ้ำ

ระยะที่ 1 (T1N0M0) โดยส่วนใหญ่มักทราบว่าเป็นมะเร็งหลังจากการตัดตึ่งเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา โดยต้องติดตามอาการเช่นเดียวกับระยะที่ 2 แต่หากพบข้อใดข้อหนึ่ง ให้รักษาโดยการผ่าตัดลำไส้เช่นเดียวกับระยะที่ 2-3

ระยะที่ 2 (T2N0M0) และระยะที่ 2A (T3N0M0) รักษาโดยการตัดลำไส้ใหญ่พร้อมหลอดเลือดและหลอดน้ำเหลืองบริเวณข้างเคียงออกและต่อลำไส้ใหญ่เข้าหากัน จากนั้นติดตามอาการอย่างเป็นระยะ

ระยะที่ 2B- 2C (T4a-T4bN0M0) และระยะที่ 3 (anyT,N1-2M0) ระยะนี้รักษาด้วยการตัดลำไส้ใหญ่พร้อมหลอดน้ำเหลืองและหลอดเลือดบริเวณข้างเคียงออกและต่อลำไส้ใหญ่เข้าหากัน และให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเสริมหลังผ่าตัด

ระยะที่ 4 (anyT, anyN, M1) กรณีที่มีการกระจายของโรคไปสู่อวัยวะอื่น เช่น ปอด ตับ มีข้อพิจารณา ดังนี้

- ก้อนมะเร็งที่ลำไส้ใหญ่กระจายไปสู่อวัยวะที่สามารถผ่าตัดได้รวมทั้งสภาพร่างกายที่พร้อมทั้งสำหรับการผ่าตัดใหญ่ให้ผ่าตัดก้อนมะเร็งที่ลำไส้ใหญ่ออกพร้อมกับมะเร็งที่กระจาย และให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหลังผ่าตัดเสริม

- ก้อนมะเร็งที่ลำไส้ใหญ่กระจายไปสู่อวัยวะที่สามารถผ่าตัดได้แต่สภาพร่างกาย ผู้ป่วยไม่พร้อมสำหรับการผ่าตัดใหญ่สามารถเลือกได้ 2 วิธี

1. ผ่าตัดก้อนมะเร็งลำไส้ใหญ่ จากนั้นให้ยาเคมีบำบัดประมาณ 2-3 เดือน และพิจารณาผ่าตัดมะเร็งที่กระจาย ร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดหลังผ่าตัด

2. ให้ยาเคมีบำบัดเป็น Neoadjuvant chemotherapy ประมาณ 2-3 เดือน เพื่อดูการตอบสนองของโรค หากมีการกระจายไปสู่อวัยวะอื่น แต่ไม่สามารถผ่าตัดก้อนมะเร็งที่กระจายออกได้หมด

โดยสรุป แนวทางการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ประกอบด้วยการรักษา 3 แนวทาง ได้แก่ การผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด และการฉายรังสี ดังนี้ (ปริญญา ทวีชัยการ, 2554)

การผ่าตัด (Surgery)

การผ่าตัดเป็นการรักษาที่ทำได้ในระยะแรกของโรคมะเร็ง ซึ่งการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรงนั้น สามารถทำได้หลายวิธีโดยขึ้นอยู่กับระยะของมะเร็งหรือตำแหน่งของมะเร็ง และเมื่อนำชิ้นเนื้อไปส่งตรวจ จะเป็นการพยากรณ์โรค (Prognosis) ว่ามะเร็งจะหายขาดหรือกลับเป็นอีกครั้ง (Recurrent) โดยมีวิธีการผ่าตัด ดังนี้ (วีรุฒิ อิมสำราญ และคณะ, 2564)

1. การผ่าตัดผ่านทางกล้อง (Laparoscopic surgery) เป็นที่ยอมรับทั่วโลกว่าเป็นการ ผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับการผ่าตัดแบบทั่วไป เป็นการผ่าตัดผ่านรูเล็ก ๆ ที่เจาะผ่านผนังหน้าท้องเข้าไปในช่องท้อง โดยใช้กล้องเรียวเล็กผ่านเข้าไปส่องดูอวัยวะในช่องท้อง ศัลยแพทย์จะดูภาพผ่านจอขณะที่ทำผ่าตัดด้วยเครื่องมือเรียวเล็กผ่านรูเล็ก ๆ เหล่านี้แทนที่จะต้องผ่าตัดผ่านแผลใหญ่ เช่น การผ่าตัดตามวิธีปกติการใช้กล้องส่องจะช่วยขยายภาพที่กำลังทำผ่าตัดให้ใหญ่เห็นชัดกว่าธรรมดา และมีการใช้ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เพื่อให้ช่องท้องขยายตัวถ่างออกให้เครื่องมือเข้าไปทำงานได้โดยสะดวก มีข้อดีฟื้นตัวได้เร็ว เจ็บปวดได้น้อยกว่า บาดแผลเล็ก การทำงานของลำไส้กลับมาได้เร็วกว่าปกติ ระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลไม่นาน การผ่าตัดการมองเห็นอวัยวะในช่องท้องจะดีกว่าดูด้วยตาเปล่า เพราะขยายถึง 20 เท่าและการจับต้องก้อนมะเร็งจะน้อยกว่า

2. การผ่าตัดเฉพาะที่ (Local excision) สามารถผ่าตัดได้ในมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะแรกๆทำได้โดยไม่จำเป็นต้องผ่าตัดเปิดช่องท้อง โดยแพทย์จะใช้วิธีการส่องกล้องผ่านทางรูทวารหนักและลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย และทำการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออก (Transanal local excision/Transanal endoscopic microsurgery) ลักษณะเป็นติ่งเนื้อ เรียกการผ่าตัดแบบนี้ว่า Polypectomy

3. การตัดต่อลำไส้ (Resection) ในกรณีที่ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ โดยศัลยแพทย์อาจต้องทำการตัดเอาก้อนมะเร็งและลำไส้ส่วนที่ไม่เป็นมะเร็งรอบ ๆ บางส่วนออก รวมทั้งต่อมน้ำเหลือง หลังจากนั้นจึงทำการต่อลำไส้ส่วนที่ดีที่เหลืออยู่เข้าด้วยกัน นอกจากนี้แพทย์จะตัดต่อม้ามน้ำเหลืองใกล้ๆ เพื่อตรวจหาเซลล์มะเร็งร่วมด้วย ในกรณีที่มะเร็งเกิดขึ้นที่บริเวณทวารหนัก (Anus) หรือไส้ตรงส่วนปลาย (Lower rectum) และก้อนมะเร็งอยู่ในระยะเริ่มแรก การผ่าตัดสามารถตัดออกผ่านทางทวารหนักได้แต่ถ้าก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ การผ่าตัด Abdominoperineal Resection (APR) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องมีทวารเทียมถาวร (Permanent Colostomy) การรักษาด้วยการผ่าตัด Abdominoperineal Resection (APR) นี้เป็นวิธีการรักษาที่อาจมีความเสี่ยงเกิดภาวะแทรกซ้อนได้และก่อให้เกิดผลกระทบต่อแบบแผนของชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

เนื่องจากจากแบคทีเรีย (Bacteria) ในลำไส้ที่ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย (Infection) และลักษณะทางกายวิภาคที่มีเส้นเลือดเส้นประสาทมาเลี้ยงมาก รวมทั้งความแคบของช่องเชิงกราน ทำให้ผ่าตัดได้ยากขึ้น สิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ เทคนิคการผ่าตัดที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ดังนี้ (อรอนงค์ ทัพสุวรรณ์, 2557)

1. แผลติดเชื้อ (Wound infection) เกิดได้บ่อยกว่าการผ่าตัดอวัยวะอื่นในช่องท้อง เพราะเชื้อแบคทีเรียของลำไส้จะปนเปื้อนแผลขณะผ่าตัด

2. ถ่ายอุจจาระบ่อย (Fecal incontinence)

3. ความผิดปกติของกระเพาะปัสสาวะ (Bladder dysfunction) ผู้ป่วยไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ (Urinary incontinence) ส่วนใหญ่จะเป็นชั่วคราว อาจจำเป็นต้องคาสายสวนปัสสาวะไว้หลายวันหรือต้องมีการตรวจการทำงานของกระเพาะปัสสาวะเพื่อกระตุ้นการถ่ายปัสสาวะ

4. ความผิดปกติทางเพศ (Sexual dysfunction) หรือการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (Erectile dysfunction) อวัยวะเพศชายของผู้ป่วยชายไม่แข็งตัวและไม่มีน้ำอสุจิออก ทั้งการกลั้นปัสสาวะไม่ได้และการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ เกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อองคชาต หลอดเลือดและเส้นประสาทที่ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบคาเวอร์โนซา (Cavernosal smooth muscle) ที่เกี่ยวข้องกับการแข็งตัวขององคชาตและควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ พบได้ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ที่ต้องผ่าตัดอยู่ในอุ้งเชิงกราน

5. รอยต่อลำไส้รั่ว (Anastomosis Leakage) มีโอกาสเกิดขึ้นได้ในการตัดต่อลำไส้เล็กในอุ้งเชิงกราน โดยเฉพาะในผู้ที่เคยได้รับการรักษาบริเวณนี้มาก่อน ถ้ารอยรั่วมีขนาดใหญ่จะมีผลหลายอย่าง ได้แก่ อุ้งเชิงกรานอักเสบเป็นหนอง รอยต่อตีบในภายหลัง

6. รอยต่อลำไส้ตีบ (Anastomosis stricture) อาจเกิดขึ้นในระยะแรกหลังผ่าตัด เพราะรอยต่อบวม ถูกบีบรัดจากพังผืดหรือเกิดขึ้นหลายเดือนหลังผ่าตัดจากแผลเป็นรอยต่อที่หดลง หรือจากมะเร็งที่เกิดขึ้นใหม่ การรักษาตามสาเหตุและการรุนแรงของอาการ อาจรวมถึงการผ่าตัดเพื่อคลายการบีบรัดจากพังผืด ทำการตัดต่อลำไส้ใหม่ หรือผ่าตัดเพื่อนำลำไส้มาเปิดหน้าท้อง

3. การผ่าตัดเปิดทวารเทียม (Colostomy)

การผ่าตัดเปิดทวารเทียม (Colostomy) เป็นวิธีการรักษาผู้ป่วยที่มีโรคหรือการบาดเจ็บหรือความผิดปกติเกี่ยวกับลำไส้ การผ่าตัดเป็นการสร้างทางเปิดระหว่างลำไส้ใหญ่และผนังหน้าท้องเพื่อขับถ่ายอุจจาระแทนทวารหนัก ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มักเกิดจากการอุดตันทางเดินอาหารจากโรคมะเร็ง การติดเชื้อของลำไส้ใหญ่และทำให้เกิดเนื้อตาย การอักเสบของถุงหรือแองที่ยื่นจากผนังลำไส้ใหญ่ (Diverticulitis) ลำไส้แตกทะลุหรือโป่งพองจนไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ การผ่าตัดเปิดทวารเทียมมีอุบัติการณ์สูงขึ้นในประเทศไทย การผ่าตัดมีทั้งแบบที่มีการเตรียมล่วงหน้า ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมพร้อมก่อนผ่าตัด ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แต่หากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและแพทย์วินิจฉัยว่า จะต้องผ่าตัดอย่างเร่งด่วน ผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมสภาพร่างกายให้มีความพร้อมมากที่สุดให้สามารถผ่าตัดได้ ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะคุกคามต่อชีวิตพร้อมกันหลายด้าน พยาบาลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดต้องสามารถใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย สนับสนุนให้การดูแลรักษาบรรลุเป้าหมาย ประคับประคองผู้ป่วยและญาติให้สามารถผ่านภาวะวิกฤติไปได้ และมีความพร้อมในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อไป

การผ่าตัดทำ Colostomy (ทวารเทียมระบบลำไส้ใหญ่) มีอยู่ 2 รูปแบบ คือ ทวารเทียมแบบยกลำไส้ฝั่งต้นมาเปิด (End colostomy) และทวารเทียมแบบเป็นห่วงวง (Loop colostomy)

1. Colostomy (ทวารเทียมระบบลำไส้ใหญ่) ทวารเทียมแบบยกลำไส้ฝั่งต้นมาเปิด (End colostomy) คือการยกลำไส้ส่วนต้นขึ้นมาเพียงฝั่งเดียวเพื่อสร้างรูเปิดที่ผิวหน้าหน้าท้อง ส่วนลำไส้ส่วนหุรัดหรือทวารหนักจะทำการเย็บปิดไป ทวารเทียมแบบยกลำไส้ฝั่งต้นมาเปิด เป็นได้ทั้งแบบชั่วคราวและแบบถาวร ขึ้นอยู่กับข้อจำกัดทางสุขภาพของแต่ละบุคคล ศัลยแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาความเหมาะสมตามหลักการรักษาโรคและแจ้งรายละเอียดให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อตัดสินใจเรื่องการรักษา ร่วมกับผู้ป่วยก่อนทำการผ่าตัด

2. ทวารเทียมแบบเป็นห่วงวง (Loop colostomy) คือ การนำลำไส้บางส่วนมาสร้างเป็นรูเปิดที่ผิวหนังหน้าท้อง ตัดเปิดด้านบนลำไส้ให้เป็นท่อ แล้วเย็บเปิดแบ่งออกเป็นสองท่อ ท่อฝั่งต้นเป็นช่องทางออกของอุจจาระ ท่อฝั่งปลายเป็นช่องทางออกของสิ่งคัดหลั่งลำไส้



กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 3

ทฤษฎีการพยาบาลที่นำมาประยุกต์ใช้กับกรณีศึกษา

ในการศึกษาเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีภาวะลุดกลามของกระเพาะปัสสาวะร่วมกับการผ่าตัดทวารเทียมทางหน้าท้อง ผู้เขียนได้นำแนวคิดที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการพยาบาล ดังนี้

1. แนวคิดและหลักการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม
2. การใช้กระบวนการพยาบาล
3. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม
4. กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของมาร์จอรี กอร์ดอน (Marjory Gordon)
5. การพยาบาลผู้ป่วยทำ Ostomy

1. แนวคิดและหลักการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม

ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้กำหนดคำนิยามของสุขภาพว่า หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล โดยปัญญาหมายถึงความรู้ทั่ว รู้เท่าทันและความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเพื่อผู้อื่น (พรสิริพันธ์, 2556)

สุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health) หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีความสามารถในการทำหน้าที่ทั้งด้านชีวจิตสังคมและจิตวิญญาณ โดยเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างผาสุก มิได้จำกัดอยู่เพียงปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น สุขภาพมีลักษณะเป็นองค์รวม ปฏิกริยาความสัมพันธ์ระหว่างร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณไม่สามารถแยกออกจากกันได้ และความสัมพันธ์ดังกล่าวต้องอยู่ในภาวะสมดุลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของสุขภาพ สุขภาพทุกมิติเป็นระบบที่เชื่อมโยงเกี่ยวเนื่องกัน ปัจจัยต่างๆ มีผลกระทบต่อบรรยากาศทั้งหมด ระบบสุขภาพต้องมุ่งเน้นเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของคนทั้งมวล และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อประโยชน์ของบุคคล ชุมชนและสังคม

ความหมายของการประเมินสุขภาพ

การประเมินสุขภาพ (Health assessment) เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ใช้บริการต้องอาศัยทักษะและประสบการณ์หลายด้าน ทั้งด้านความรู้เกี่ยวกับโรค และกลุ่มอาการต่างๆ ความสามารถในการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การสืบค้นข้อมูลต่างๆ การวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการดูแลผู้ป่วย และต้องอาศัยทักษะในการสร้างสัมพันธภาพและการคิดวิเคราะห์ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ถูกต้องและตรงกับความเป็นจริง พยาบาลต้องใช้ทั้งคุณธรรม จริยธรรม ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ คำนึงถึงความเป็นองค์รวมของบุคคล

การประเมินสุขภาพเป็นการกำหนดภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการหรือความต้องการความช่วยเหลือที่สามารถกระทำได้ เป็นกระบวนการสำคัญและเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล การประเมินสุขภาพของบุคคล จำเป็นต้องประเมินสภาวะทางจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณพร้อมกันไป

หลักการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม

การประเมินสุขภาพเป็นทักษะพื้นฐานทางคลินิกซึ่งมีความสำคัญมาก ประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินสุขภาพ ดังนี้

1. การซักประวัติหรือสัมภาษณ์ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการตัดสินใจระดับสุขภาพรวมทั้งปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ซึ่งการประเมินต้องครอบคลุมข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัวและปัญหาทางพันธุกรรม ข้อมูลด้านจิตสังคม ตลอดจนอาการที่ปกติและผิดปกติของระบบต่างๆ

2. การตรวจร่างกาย เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการแสดงต่างๆ ที่บอกลถึงความผิดปกติทางกาย ตลอดจนอารมณ์ และความรู้สึกของผู้ป่วยนอกเหนือจากการสัมภาษณ์ ซึ่งกระบวนการตรวจร่างกาย ประกอบด้วย การตรวจลักษณะทั่วไป และการตรวจร่างกายตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า หรือตรวจร่างกายตามระบบ

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ได้แก่ เลือด ปัสสาวะ สารคัดหลั่งและอื่นๆ เพื่อใช้ในการวินิจฉัยโรค

การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม

เป็นการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคลทั้งด้านสุขภาพทางกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงความแตกต่าง ระหว่างบุคคล แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. การประเมินสุขภาพทางกาย หมายถึงการตรวจสุขภาพโดยทั่วไป การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2. การประเมินสุขภาพทางจิตสังคมและจิตวิญญาณ เป็นการประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยการสังเกต การสัมภาษณ์ การตรวจส่วนต่าง ๆ ซึ่งต้องอาศัยทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ แบ่งเป็น 2 ประเภท

2.1 การประเมินด้านจิตสังคม (Psychosocial assessment) เป็นการประเมินสุขภาพด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมด้วยวิธีการสัมภาษณ์ การสังเกตพฤติกรรม และการประเมินด้านสังคม เป็นการประเมินผลกระทบทางจิตที่เกี่ยวข้องกับสังคม

การประเมินด้านจิตสังคมประกอบด้วย

- ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ อาชีพ
- แบบแผนการเผชิญปัญหา
- ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วย
- บุคลิกภาพ
- การเปลี่ยนแปลงสำคัญในชีวิต
- ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต
- การประเมินสภาพจิต

2.2 การประเมินด้านจิตวิญญาณ (Spiritual assessment) การประเมินสุขภาพด้านจิตวิญญาณ เป็นการประเมินลักษณะภายในที่มีผลต่อการแสดงออก ควรประเมินร่วมกับข้อมูลด้านจิตสังคม อาจใช้ The FICA method ของคริสตินา พูฮาลสกี (Christina Puhalski) ดังนี้

- F (Faith and Belief) เป็นการประเมินความศรัทธาและความเชื่อ
- I (Importance/Influence) สิ่งสำคัญในความเชื่อในชีวิตของบุคคล
- C (Community) ประเมินการมีส่วนร่วมในชุมชน
- A (Address in care) ประเมินความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือ

2. การใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process)

กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล การใช้กระบวนการพยาบาล เป็นการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการเป็นรายบุคคลแบบองค์รวมตามแนวทางวิทยาศาสตร์และเป็นการนำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติบนพื้นฐานของการใช้เหตุผล การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหาซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการพยาบาล สร้างความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานมากขึ้น การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ กระบวนการพยาบาลเป็นการสร้างมาตรฐานคุณภาพทางการพยาบาล

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ 5 ขั้นตอน คือ

1. การประเมิน (Assessment)

การประเมินเป็นขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ใช้บริการอย่างเป็นระบบ เพื่อค้นหาปัญหาหรือความต้องการของผู้ใช้บริการ โดยพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการ ครอบครัว และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง กิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติในขั้นตอนนี้ ประกอบด้วย การจำแนกปัญหา (problem recognition) และการรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยเนื้อหา (content) ของข้อมูล และกระบวนการ (process) ของการได้รับข้อมูล ชนิดของข้อมูลมีทั้งข้อมูลเชิงนามธรรม (subjective data) ซึ่งเป็นคำบอกเล่าหรือบรรยายถึงความต้องการ ความรู้สึก ความเชื่อ การรับรู้ และข้อมูลเชิงรูปธรรม (objective data) เป็นข้อมูลที่สามารถสังเกตหรือวัดได้ด้วยวิธีการต่าง ๆ ตามปกติแล้วข้อมูล เชิงนามธรรม และรูปธรรม มักจะสอดคล้องกัน เมื่อพยาบาลพบผู้ใช้บริการเป็นครั้งแรก อาจต้องประเมินผู้ใช้บริการ โดยเฉพาะในส่วนที่เป็นปัญหาสำคัญ และรวบรวมข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงกับเรื่องนั้น ๆ และรวบรวมข้อมูลเรื่องอื่น ๆ เพิ่มเติมภายหลัง ดังนั้นจึงอาจต้องใช้เวลาในการรวบรวมข้อมูลหลายครั้งจึงจะสมบูรณ์

วิธีการรวบรวมข้อมูลมีหลายวิธี ซึ่งมักใช้ร่วมกัน ได้แก่ การสังเกต การซักประวัติ การสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น เมื่อได้ข้อมูลต่าง ๆ มาแล้วพยาบาลต้องตรวจสอบความตรง (Validity) ของข้อมูลร่วมกับผู้ใช้บริการ พร้อมทั้งทำความเข้าใจในข้อมูลที่ยังไม่ชัดเจนหรือคลุมเครือ

2. การวินิจฉัย (Diagnosis)

การวินิจฉัยปัญหาเป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ที่รวบรวมได้โดยอาศัยทักษะการตัดสินใจทางคลินิก (Clinical judgment) การคิดอย่างมีวิจารณญาณ (clinical thinking) ความสามารถย้อนรำลึก และนำความรู้ที่เกี่ยวข้องมาใช้แปลข้อมูล ซึ่งความรู้ทางคลินิก (clinical Knowledge) เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ช่วยให้พยาบาลไวต่อข้อสำคัญหรือนัยของข้อมูล ช่วยให้เข้าใจข้อมูลและความสัมพันธ์ของข้อมูลที่ประกอบกันเป็นปัญหาของผู้ใช้บริการ

การวินิจฉัยปัญหาเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยการประมวลข้อมูล (data processing) การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การตรวจสอบข้อวินิจฉัย (validation) และการบันทึกข้อวินิจฉัย (documentation) การประมวลข้อมูลเป็นขั้นตอนการจัดหรือแยกประเภท (classification) ของข้อมูล ให้เป็นระบบ แปลความหมาย (interpretation) โดยระบุข้อมูลที่สำคัญเปรียบเทียบกับมาตรฐานหรือบรรทัดฐาน จัดกลุ่มข้อสำคัญ หรือนัยสำคัญ และสรุปลงความเห็น ตามหลักการของเหตุผล นอกจากนี้ยังต้องมีการตรวจสอบความตรง (Validation) ของการแปลข้อมูลดังกล่าวให้ตรงกับความเป็นจริง โดยอาจตรวจสอบกับผู้ใช้บริการหรือครอบครัว ปรีกษาหรือกับบุคลากรอื่นหรือเปรียบเทียบกับแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เช่น ตำรา วารสาร การตรวจสอบดังกล่าวจะช่วยป้องกันความผิดพลาด และช่วยให้ทราบถึงข้อมูลที่ต้องการเพิ่มเติม ลักษณะของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับแนวคิด หรือทฤษฎีที่ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล อย่างไรก็ตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจะเป็นประโยชน์ในการสื่อสารระหว่างพยาบาล เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ และผู้ใช้บริการ รวมทั้งให้แนวทางในการเลือกวิธีการบำบัดและการประเมินผลการพยาบาล

3. การวางแผน (Planning)

การวางแผนเป็นขั้นตอนของการพัฒนากลยุทธ์เพื่อป้องกัน บรรเทาหรือแก้ไขปัญหาที่วินิจฉัยไว้ประกอบด้วยการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การตั้งเป้าหมายและการเลือกวิธีการบำบัดเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น

ผู้ใช้บริการแต่ละรายมักมีปัญหาที่ต้องการการพยาบาลหลายปัญหา แต่ในทางปฏิบัติอาจไม่จำเป็นต้องแก้ไขปัญหาในเวลาเดียวกัน จึงต้องมีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ซึ่งสามารถพิจารณาจากอันตรายที่จะเกิดแก่ผู้ใช้บริการ หรือลำดับความต้องการของมนุษย์ กล่าวคือ ปัญหาที่คุกคาม หรือเป็นอันตรายต่อชีวิตมาก หรือปัญหาที่เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ควรมีความสำคัญลำดับต้น ๆ

การตั้งเป้าหมาย (goal) จะช่วยให้พยาบาลสามารถเลือกวิธีการบำบัด และประเมินผลความก้าวหน้าของผู้ใช้บริการ ได้อย่างเหมาะสม เป้าหมายของการพยาบาลมี 2 ลักษณะคือเป้าหมายระยะสั้น (Short- term goal) ซึ่งบรรลุได้ในเวลาอันรวดเร็ว เป้าหมายระยะยาว (long- term goal) ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ต้องใช้เวลายาวนาน หรืออาจเป็นเป้าหมายโดยรวมของการดูแลทั้งหมด

ลักษณะเป้าหมายของการพยาบาล ควรเป็นเป้าหมายเชิงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ (client outcome) มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ใช้บริการแต่ละราย เป็นไปได้จริง บรรลุได้ และวัดได้ในขั้นตอนของการวางแผนยังต้องมีการเลือกวิธีการบำบัด (intervention) กิจกรรม(activity) และการปฏิบัติ (action) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ สำหรับปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว การบำบัดมักมุ่งไปที่การขจัด หรือลดผลกระทบจากสาเหตุของปัญหาเหล่านั้น ส่วนในปัญหาที่ยังไม่ปรากฏแต่มีโอกาสจะเกิดขึ้น การบำบัดของพยาบาลมักมุ่งที่การประเมินภาวะของผู้ใช้บริการ เพื่อตรวจสอบ (monitor) ปัญหาและการป้องกัน หรือหลีกเลี่ยงการเกิดปัญหาดังกล่าว

การบำบัดทางการพยาบาลจำเป็นต้องอาศัยวิธีการหลาย ๆ วิธี และมักไม่เฉพาะเจาะจงกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ในขณะเดียวกันก็สามารถเลือกวิธีการบำบัดต่าง ๆ ที่หลากหลายมาใช้ในข้อวินิจฉัยทางการ เป็นทางเลือกต่าง ๆ ผลที่จะเกิดตามมา และเหตุผลรองรับเชิงวิทยาศาสตร์ นอกจากนี้ควรคำนึงความเป็นไปได้ของการปฏิบัติให้สำเร็จ ตลอดจนความสามารถของผู้ปฏิบัติการพยาบาลนั้นด้วย

4. การนำแผนปฏิบัติ (Implementation)

เป็นขั้นตอนของการลงมือปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ครอบคลุมตั้งแต่การลงมือปฏิบัติ การมอบหมายงานการสอน การให้คำปรึกษา การปรึกษาหารือ การรายงาน และการบันทึก ผู้ปฏิบัติตามแผนที่กล่าวข้างต้น อาจมีทั้งสมาชิกในทีมสุขภาพ ผู้ใช้บริการและครอบครัว ดังนั้นจึงต้องมีการสื่อสารแผนการปฏิบัติให้ผู้เกี่ยวข้องทุกคนทราบ อย่างไรก็ตาม แม้จะมีแผนสำหรับการปฏิบัติเป็นกรอบอยู่แล้ว แต่พยาบาลยังจำเป็นต้องพิจารณาปรับเปลี่ยนแผนการปฏิบัติดังกล่าวให้เหมาะสมกับผู้ใช้บริการที่เปลี่ยนแปลงไปอยู่เสมอ พร้อมทั้งรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้ประเมินผลประสิทธิผลของการบำบัด และประเมินความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนแผน และวิธีการ

5. การประเมินผล (Evaluation)

การประเมินผลเป็นขั้นตอนที่สำคัญมากเกี่ยวข้องกับคุณภาพของพยาบาล ในการประเมินผล แม้จะมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ของการพยาบาลเป็นพื้นฐาน ยังจำเป็นต้องประเมินผลกระบวนการที่ใช้และโครงสร้างที่เกี่ยวข้องด้วยเนื่องจากทั้งกระบวนการและโครงสร้างสามารถมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้ การประเมินด้านผลลัพธ์ (outcome evaluation) มุ่งเน้นที่ผู้ใช้บริการ เป็นการพิจารณาตัดสินความก้าวหน้า หรือความเปลี่ยนแปลงของผู้ใช้บริการเปรียบเทียบกับเป้าหมายเชิงผลลัพธ์ที่ตั้งไว้ว่าบรรลุเป้าหมายดังกล่าวหรือไม่ มากน้อยเพียงใด เป้าหมายของการพยาบาลที่กำหนดไว้ในขั้นตอนของการวางแผนจึงเป็นเกณฑ์ที่ใช้สำหรับการประเมินผล การประเมินผลกระบวนการ (Process evaluation) มุ่งเน้นที่คุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาลในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การประเมินข้อมูลจนถึงการนำไปปฏิบัติ ส่วนการประเมินผลด้านโครงสร้าง (Structure evaluation) มุ่งเน้นที่สภาพแวดล้อมซึ่งเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล

3. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

เป็นทฤษฎีที่มีความซับซ้อน ประกอบด้วยทฤษฎีย่อย 3 ทฤษฎี คือ (Orem, 1991)

1. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care)
2. ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care Deficit)
3. ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System)

1. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care)

ทฤษฎีนี้จะอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขต่าง ๆ ทางด้านพัฒนาการและการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลกับการดูแลตนเอง โดยอธิบายมโนทัศน์สำคัญได้แก่ มโนทัศน์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง (Self-care) มโนทัศน์เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) มโนทัศน์เกี่ยวกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดมโนทัศน์เกี่ยวกับปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ดังนี้

1.1 การดูแลตนเอง (Self-care: SC) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุก เมื่อการกระทำนั้นมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง (Self-care requisites) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของกลุ่ม ชุมชน ครอบครัว ซึ่งบุคคลที่กระทำการดูแลตนเองนั้นเป็นผู้ที่ต้องใช้ความสามารถหรือพลังในการกระทำที่จงใจ (deliberate) ประกอบด้วย 2 ระยะ

ระยะที่ 1 ระยะการพิจารณาและตัดสินใจ (Intention phase) เป็นระยะที่มีการหาข้อมูลเพื่อพิจารณาและตัดสินใจเลือกกระทำ โดยหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องว่าคืออะไร เป็นอย่างไร จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ทดสอบ และเชื่อมโยงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในขั้นตอนนี้ความรู้เป็นพื้นฐานสำคัญ เพราะจะช่วยให้เกิดกระบวนการคิดเชิงวิทยาศาสตร์มากกว่าการใช้ความรู้สึก นอกจากนี้ยังต้องอาศัยสติปัญญาในการที่จะตัดสินใจที่จะกระทำ

ระยะที่ 2 ระยะการกระทำและผลของการกระทำ (Productive phase) เป็นระยะที่เมื่อตัดสินใจแล้วจะกำหนดเป้าหมายที่ต้องการและดำเนินการกระทำกิจกรรมเพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนด ในขั้นตอนนี้ต้องอาศัยความสามารถของบุคคลทางด้านสรีระที่จะกระทำกิจกรรม (psychomotor action) และมีการประเมินผลการกระทำเพื่อปรับปรุง

1.2 ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency: SCA) หมายถึง คุณสมบัติที่ซับซ้อนหรือพลังความสามารถของบุคคลที่เอื้อต่อการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างจริงจัง แต่ถ้าเป็นความสามารถในการดูแลบุคคลอื่นที่อยู่ในความรับผิดชอบเรียกว่า Dependent-care Agency ความสามารถนี้ประกอบด้วย 3 ระดับ ดังนี้

1.2.1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน เป็นความสามารถของมนุษย์ขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการรับรู้และเกิดการกระทำ ซึ่งแบ่งออกเป็น ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) ความสามารถที่จะกระทำ (Doing) และคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ประกอบด้วย

1.2.1.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ การอ่าน เขียน การใช้เหตุผลอธิบาย

1.2.1.2 หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึกทั้งการสัมผัส มองเห็น ได้กลิ่นและรับรส

1.2.1.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง

1.2.1.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง

1.2.1.5 นิสัยประจำตัว

1.2.1.6 ความตั้งใจและสนใจสิ่งต่างๆ

1.2.1.7 ความเข้าใจในตนเองตามสภาพที่เป็นจริง

1.2.1.8 ความหวังใย่ในตนเอง

1.2.1.9 การยอมรับในตนเองตามสภาพความเป็นจริง

1.2.1.10 การจัดลำดับความสำคัญของการกระทำรู้จักเวลาในการกระทำ

1.2.1.11 ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

1.2.2 พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power component) เป็นคุณลักษณะที่จำเป็นและเฉพาะเจาะจง สำหรับการกระทำอย่างจริงจังเป็นตัวกลางเชื่อมการรับรู้และการกระทำ ประกอบด้วย

1.2.2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเองในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบ

1.2.2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้สามารถปฏิบัติกิจกรรม

1.2.2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นเพื่อการดูแลตนเอง

ตัดสินใจ

- 1.2.2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุผล
- 1.2.2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำในการดูแลตนเอง
- 1.2.2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามการ
- 1.2.2.7 มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง
- 1.2.2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้
- 1.2.2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง
- 1.2.2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติตามการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสอดคล้อง

การดูแลตนเองเข้าเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

1.2.3 ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) ประกอบด้วย

- 1.2.3.1 ความสามารถในการคาดคะเน เป็นความสามารถที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับข้อมูลความหมายและความจำเป็นของการกระทำ เพื่อประเมินสถานการณ์
- 1.2.3.2 ความสามารถในการปรับเปลี่ยนความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ตนสามารถและควรกระทำ เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นในการดูแลตนเอง
- 1.2.3.3 ความสามารถในการลงมือปฏิบัติเป็นความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆรวมถึงการเตรียมการเพื่อการดูแลตนเอง

1.3 ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care Demand: SCD) หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรม (Action demand) การดูแลตนเองทั้งหมดที่จำเป็นต้องกระทำในช่วงเวลาหนึ่ง เพื่อที่จะตอบสนองต่อความจำเป็นในการดูแลตนเอง (Self-care Requisites) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด(Therapeutic Self-care Demand) เป็นเป้าหมายสูงสุด (Ultimate goal) ของการดูแลตนเองที่จะถึงซึ่งภาวะสุขภาพ หรือความผาสุก กิจกรรมที่จะต้องกระทำทั้งหมดนี้จะทราบได้จากการพิจารณาการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งการดูแลที่จำเป็น (Self-care requisites: SCR) หมายถึง กิจกรรมที่ต้องการให้บุคคลกระทำหรือกระทำเพื่อบุคคลอื่น ซึ่งมี 3 ด้าน ดังนี้

1.3.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-care Requisites) เป็นความต้องการของมนุษย์ทุกคนตามอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่นๆเพื่อให้คงไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลและความผาสุก ซึ่งความต้องการจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลตามอายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สังคมวัฒนธรรม และแหล่งประโยชน์ กิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการนี้ (Action demand) ประกอบด้วย

- 1.3.1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำและอาหารที่เพียงพอ
- 1.3.1.2 คงไว้ซึ่งการขยับถ่าย และการระบายให้เป็นไปตามปกติ
- 1.3.1.3 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน
- 1.3.1.4 รักษาความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 1.3.1.5 ป้องกันอันตรายต่างๆต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ
- 1.3.1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (promotion of normalcy)

1.3.2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ (Developmental Self-care Requisites : DSCR) เป็นความต้องการการดูแลตนเองที่สัมพันธ์กับระยะพัฒนาการของบุคคล สถานการณ์และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของวงจรชีวิต เป็นความต้องการที่อยู่ภายใต้ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปแต่แยกตามพัฒนาการเพื่อเน้นให้เห็นความสำคัญ ดังนี้

1.3.2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่จะช่วยให้บุคคลเจริญก้าวสู่วุฒิภาวะตามระยะพัฒนาการ เช่น ทารกในครรภ์ และในกระบวนการคลอด ทารกแรกเกิด วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมีความต้องการการดูแลตนเองที่เฉพาะเจาะจงตามโครงสร้างและหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลง

1.3.2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทา ลดความเครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากภาวะวิกฤต เช่น ขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวในสังคม การสูญเสียเพื่อน คู่ชีวิต ทรัพย์สินสมบัติ หรือการเปลี่ยนแปลงย้ายที่อยู่ เปลี่ยนงาน เป็นต้น

1.3.2.3 ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-care Requisite: HDSCR) เป็นความต้องการที่สัมพันธ์กับความผิดปกติทางพันธุกรรมและความเบี่ยงเบนของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล และผลกระทบของความผิดปกติ ตลอดจนวิธีการวินิจฉัยโรค และการรักษา

1.3.2.4 มีการแสวงหาและคงไว้ซึ่งการช่วยเหลือที่เหมาะสม

1.3.2.5 รับรู้ สนใจดูแลผลของพยาธิสภาพซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อการพัฒนาการ

1.3.2.6 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูสุขภาพและการป้องกันพยาธิสภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

1.3.2.7 รับรู้ สนใจในการป้องกันความไม่สุขสบาย จากผลข้างเคียงการรักษา

1.3.2.8 ดัดแปลงอัตมโนทัศน์หรือภาพลักษณ์ ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลทางสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงเพื่อคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

1.3.2.9 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลจากการวินิจฉัยโรคและการรักษาเพื่อส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง

ในการประเมินความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ จำเป็นต้องคำนึงถึงปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเป็นหลัก และยังมีความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปและตามระยะพัฒนาการ

1.4 ปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors: BCFs) เป็นคุณลักษณะบางประการหรือปัจจัยทั้งภายในและภายนอกของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ปัจจัยพื้นฐานนี้ยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในบทบาทของพยาบาล ได้แก่ 11 ปัจจัย ดังนี้ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ สังคมชนบทธรรมเนียมประเพณีระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อมสภาพที่อยู่อาศัย แหล่งประโยชน์ต่างๆ ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต

2. ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care Deficit)

เป็นแนวคิดหลักในทฤษฎีของโอเรม เพราะจะแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้มีได้ 3 แบบ ดังนี้

- 2.1 ความต้องการที่สมดุล (Demand is equal to abilities: TSCD=SCA)
- 2.2 ความต้องการน้อยกว่าความสามารถ (Demand is less than abilities: TSCD < SCA)
- 2.3 ความต้องการมากกว่าความสามารถ (Demand is greater than abilities: TSCD > SCA)

ในความสัมพันธ์ของ 2 รูปแบบแรกนั้น บุคคลสามารถบรรลุเป้าหมายความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้ ถือว่าไม่มีภาวะพร่อง (no deficit) ส่วนในความสัมพันธ์ที่ 3 เป็นความไม่สมดุลของความสามารถที่มีไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดจึงมีผลทำให้เกิดความบกพร่องในการดูแลตนเอง ความพร่องในการดูแลตนเองเป็นได้ทั้งบกพร่องบางส่วนหรือทั้งหมด และความพร่องในการดูแลตนเองเป็นเสมือนเป้าหมายทางการแพทย์

3. ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System)

เป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำของพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลได้รับการดูแลให้ถูกนำมาใช้ปกป้องและดูแลตนเอง โดยใช้ความสามารถทางการแพทย์ ระบบการพยาบาลเป็นระบบของการกระทำที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความสามารถและความต้องการการดูแลของผู้รับบริการ ซึ่งได้แบ่งออกเป็น 3 ระบบ โดยอาศัยเกณฑ์ความสามารถของบุคคลในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำ

3.1 ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system) เป็นบทบาทของพยาบาลที่ต้องกระทำเพื่อทดแทนความสามารถของผู้รับบริการ โดยสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพในการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลตนเองและช่วยประคับประคองและปกป้องจากอันตรายต่างๆ และผู้ที่มีความต้องการระบบการพยาบาลแบบนี้ คือ

3.1.1 ผู้ที่ไม่สามารถจะปฏิบัติในกิจกรรมที่จะกระทำอย่างจริงจัง ไม่ว่าจะรูปแบบใดๆ ทั้งสิ้น เช่น ผู้ป่วยหมดสติ หรือ ผู้ที่ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ได้แก่ ผู้ป่วยอัมพาต ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว

3.1.2 ผู้ที่รับรู้และอาจจะสังเกตตัดสินใจเกี่ยวกับดูแลตนเองได้ และไม่ควรจะเคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวใดๆ ได้แก่ ผู้ป่วยด้านออร์โธปิดิกส์ที่ใส่เฝือกหรือกระดูกหลังหัก

3.1.3 ผู้ที่ไม่สนใจหรือเอาใจใส่ในตนเอง ไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลในการดูแลตนเอง เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต

3.2 ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system) เป็นระบบการพยาบาลให้การช่วยเหลือที่ขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วย โดยพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยรวมรับผิดชอบในหน้าที่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ผู้ป่วยจะพยายามปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องที่เป็นการตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นเท่าที่สามารถทำได้ ส่วนบทบาทของพยาบาลจะต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างสำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถกระทำได้ เพื่อชดเชยข้อจำกัดและเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และกระตุ้นให้มีการพัฒนาความสามารถในอนาคต การพยาบาลระบบนี้ผู้ป่วยต้องมีบทบาทในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างด้วยตนเอง ผู้ที่มีความต้องการการพยาบาลแบบนี้ คือ

3.2.1 จำกัดการเคลื่อนไหวจากโรค หรือการรักษา แต่สามารถเคลื่อนไหวได้บางส่วน

3.2.2 ขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นเพื่อการดูแลตนเองตามความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

3.2.3 ขาดความพร้อมในการเรียนรู้และกระทำในกิจกรรมการดูแลตนเอง

3.3 ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive Nursing System) เป็นระบบการพยาบาลที่จะเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติการดูแลตนเอง รวมทั้งการให้กำลังใจและคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยคงความพยายามที่จะดูแลตนเองและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง

ระบบการพยาบาลทั้ง 3 ระบบเป็นกิจกรรมที่พยาบาลและผู้ป่วยกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด โดยมีวิธีการกระทำได้ใน 5 วิธีดังนี้

1. การกระทำให้หรือกระทำแทน
2. การชี้แนะ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการกระทำได้
3. การสนับสนุน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพยายามและป้องกันไม่ให้เกิดความล้มเหลว
4. การสอน เป็นการพัฒนาความรู้และทักษะที่เฉพาะ
5. การสร้างสิ่งแวดล้อม

การพยาบาลจะมีประสิทธิภาพได้ ขึ้นกับความสามารถทางการพยาบาล เป็นความสามารถของพยาบาลที่ได้จากการศึกษา และฝึกปฏิบัติในศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาลปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถทางการพยาบาล คือ

1. ความรู้
2. ประสบการณ์
3. ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ
4. ทักษะทางสังคม
5. แรงจูงใจในการให้การพยาบาล
6. อัตมโนทัศน์ของตนเกี่ยวกับการพยาบาล

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเริ่มกับกระบวนการพยาบาล

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเริ่มนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้โดยประยุกต์ใช้ตามแนวคิดกระบวนการพยาบาลที่สามารถใช้ได้ตั้งแต่ขั้นประเมินสภาพเป็นต้นไป ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวินิจฉัยและพรรณนา (Diagnosis and Prescription) เป็นขั้นตอนที่ระบุถึงความพร้อมในการดูแลตนเอง โดยมีขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง ความต้องการในการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้านรวมทั้งปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง แล้วจากนั้นจะพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถกับความต้องการการดูแลตนเองเพื่อบ่งชี้ถึงภาวะพร้อมในการดูแลตนเองและเขียนข้อวินิจฉัย

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นวางแผน (Design and Plan) เป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องเมื่อทราบถึงความพร้อมในการดูแลตนเองแล้ว จากนั้นจะทำการเลือกกระบวนการพยาบาลที่เหมาะสม แล้วนำมาวางแผนโดยมีการกำหนดเป้าหมายหรือผลลัพธ์ทางการพยาบาลและกำหนดกิจกรรมการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นปฏิบัติการพยาบาลและควบคุม (Regulate and Control) เป็นขั้นตอนที่พยาบาลนำกิจกรรมไปลงมือปฏิบัติตามแผนการพยาบาล มีจุดมุ่งหมาย คือการบรรลุความต้องการ การดูแลตนเองทั้งหมด (TSCD) และรวมถึงการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลว่ามีประสิทธิภาพหรือไม่ ปกป้องหรือพัฒนาความสามารถหรือไม่ นำข้อมูลย้อนกลับเข้าสู่การประเมินสภาวะอีกครั้ง

4. กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ ของมาร์จอรี กอร์ดอน (Marjory Gordon)

แบบแผนสุขภาพ หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมเกี่ยวกับภาวะทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ของบุคคล หรือผู้รับบริการที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่งและสภาวะแวดล้อมที่ต่างกัน ซึ่งมีผลโดยตรงต่อสุขภาพของผู้รับบริการทุกคนอย่างต่อเนื่อง เป็นพฤติกรรมที่เป็นนิสัย ที่จะทำให้บุคคลอยู่ในภาวะสุขภาพดีหรือเจ็บป่วยได้ ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมภายในและพฤติกรรมภายนอก

แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health)

เป็นกรอบแนวคิดของ มาร์จอรี กอร์ดอน ใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคลและครอบครัว โดยประเมินแบบแผนพฤติกรรมภายนอกและภายในของบุคคลที่เกิดขึ้นช่วงระยะเวลาหนึ่งและมีผลต่อสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ เช่น พันธุกรรม พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม ระบบสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น การประเมินภาวะสุขภาพ โดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ประกอบด้วย 11 แบบแผน แต่ละแบบแผนจะมีความสัมพันธ์กัน ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจถึงการดำรงชีวิต การปรับ ตัวทางกายภาพ และจิตสังคม พยาบาลต้องรวบรวมข้อมูลให้ครอบคลุมทั้ง 11 แบบแผน ดังนี้ (พรศิริ พันธสี, 2556)

แบบแผนที่ 1 การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ (Health perception and Health management)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการดูแลสุขภาพเป็นความคิด ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง การดำเนินการหรือการจัดการในการดูแลสุขภาพของตนเอง และผู้ที่ตนเองรับผิดชอบ โดยครอบคลุมเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว พฤติกรรมการป้องกันโรค และความเจ็บป่วย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง หรือพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วย รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการมีภาวะสุขภาพดี ดังนั้นแบบแผนการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพจึงประกอบด้วยแบบแผนย่อย 2 แบบแผนคือ

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองและของผู้ที่ตนรับผิดชอบ เป็นความเข้าใจหรือการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของตนเองและของผู้ที่ตนรับผิดชอบ ว่าถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ และมีความคาดหวังต่อภาวะสุขภาพ หรือการรักษาอย่างไร

2. การดูแลสุขภาพของตนเอง และของผู้ที่ตนรับผิดชอบ ซึ่งประกอบด้วยความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ทั้งนี้สามารถประเมินได้จากการที่บุคคลมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือไม่ เช่น การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ การติดสารเสพติด การขาดการออกกำลังกาย นอกจากนี้ยังประเมินได้จากความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การมีพฤติกรรมไปตรวจสุขภาพประจำปี การสนใจติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอนามัยสม่ำเสมอ เป็นต้น

แบบแผนที่ 2 โภชนาการ และการเผาผลาญสารอาหาร (Nutrition and Metabolism)

โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหารเป็นแบบแผนเกี่ยวกับบริโภคนิสัย การได้รับสารอาหารและน้ำ ปัญหาในการรับประทานอาหารและน้ำ การเจริญเติบโต และพัฒนาการของร่างกาย การเผาผลาญสารอาหาร การควบคุมน้ำและ electrolyte ในร่างกาย สภาพของผิวหนัง บาดแผล ผม ปาก คอ ฟัน เยื่อต่างๆ ๆ อุณหภูมิของร่างกาย และระบบภูมิคุ้มกันโรค รวมทั้งปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อแบบแผนการรับประทานอาหาร การใช้สารอาหารและน้ำ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ดังนั้นแบบแผนโภชนาการ และการเผาผลาญสารอาหารจึงประกอบด้วยแบบแผนย่อย 7 แบบแผน คือ

1. อาหารและภาวะโภชนาการ
2. การเผาผลาญสารอาหาร
3. น้ำและ electrolyte
4. อุณหภูมิของร่างกาย
5. การเจริญเติบโตและพัฒนาการ
6. ผิวหนังและเยื่อ
7. ภูมิคุ้มกันโรค

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย (Elimination)

การขับถ่ายเป็นแบบแผนเกี่ยวกับการขับถ่ายของเสียทุกประเภทออกจากร่างกาย ได้แก่ การขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ สารอื่นๆ ที่ขับออกจากร่างกาย ตลอดจนปัญหาการขับถ่าย เช่น ลักษณะความถี่ ความลำบากในการขับถ่าย ปัญหาในการควบคุมการขับถ่าย การใช้ยาระบาย นอกจากนี้ยังรวมทั้งปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อแบบแผนการขับถ่าย และการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ดังนั้นแบบแผนการขับถ่ายส่วนใหญ่ประกอบด้วยแบบแผนย่อย 2 แบบแผนคือ

1. การขับถ่ายอุจจาระ
2. การขับถ่ายปัสสาวะ

แบบแผนที่ 4 กิจกรรม และการออกกำลังกาย (Activity and Exercise)

กิจกรรมและการออกกำลังกายเป็นแบบแผนเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน (Activities of daily living) กิจกรรมในการทำงานอาชีพ การออกกำลังกาย และปัญหาในการออกกำลังกาย การใช้เวลาว่างและนันทนาการ การทำงานของระบบหายใจ ระบบหัวใจ และไหลเวียนโลหิต ระบบโครงสร้างของร่างกาย เช่น กระดูก ข้อ กล้ามเนื้อ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรม และการออกกำลังกาย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ดังนั้นแบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกายจึงประกอบด้วยแบบแผนย่อยได้ 4 แบบแผน คือ

1. การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน และการออกกำลังกาย
2. การทำงานของโครงสร้าง (กระดูก ข้อ กล้ามเนื้อ)
3. การทำงานของระบบหัวใจ
4. การทำงานของระบบหัวใจ และการไหลเวียนโลหิต

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ (Sleep and Rest)

การพักผ่อนนอนหลับเป็นแบบแผนเกี่ยวกับการนอนหลับ การพักผ่อน ปัญหาเกี่ยวกับการนอน ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และอุปสรรคต่อแบบแผนการนอนหลับ กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติ เพื่อให้ผ่อนคลาย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 6 สถิติปัญญา และการรับรู้ (Cognition and Perception)

แบบแผนสถิติปัญญา และการรับรู้ เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก และการตอบสนอง ความสามารถทางสถิติปัญญา ดังนั้นแบบแผนสถิติปัญญาและการรับรู้ จึงประกอบด้วยแบบแผนย่อย 2 แบบแผน คือ

1. การรับรู้ความรู้สึกและการตอบสนอง

หมายถึง แบบแผนเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลในการรับรู้สิ่งเร้า และการตอบสนองต่อสิ่งเร้าด้านการรับรู้ความรู้สึก (sensation) ทั้ง 5 ทาง ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส การรับรู้ความรู้สึกทางผิวหนัง และการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวด

2. ความสามารถทางสถิติปัญญา

หมายถึง แบบแผนเกี่ยวกับความสามารถ และพัฒนาการทางสถิติปัญญาเกี่ยวกับความคิด ความจำ ความสามารถในการตัดสินใจ การแก้ปัญหา และการสื่อสารต่างๆ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และอุปสรรคต่อความสามารถทางสถิติปัญญา รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์ (Self perception and Self concept)

การรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์เป็นแบบแผนที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเอง (อัตมโนทัศน์) การมองตนเองเกี่ยวกับรูปร่าง หน้าตา ความพิการ (ภาพลักษณ์) ความสามารถ คุณค่า เอกลักษณ์ และความภูมิใจในตนเอง ตลอดจนปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยอุปสรรคที่มีผลต่อการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 8 บทบาท และสัมพันธ์ภาพ (Role and Relationship)

บทบาทและสัมพันธ์ภาพเป็นแบบแผนเกี่ยวกับบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ การติดต่อสื่อสาร และการมีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลทั้งภายในครอบครัวและสังคม รวมทั้งปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ และการสร้างสัมพันธ์ภาพ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงบทบาทอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 9 เพศ และการเจริญพันธุ์ (Sexuality and Reproduction)

เพศและการเจริญพันธุ์เป็นแบบแผนเกี่ยวกับพัฒนาการตามเพศ ซึ่งมีอิทธิพลมาจากพัฒนาการด้านร่างกาย และอิทธิพลของสังคม สิ่งแวดล้อม การเลี้ยงดู ลักษณะการเจริญพันธุ์ พฤติกรรมทางเพศ และเพศสัมพันธ์ ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง หรือปัจจัยอุปสรรคต่อการพัฒนาการตามเพศ และการเจริญพันธุ์ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และความทนทานต่อความเครียด (Coping and Stress tolerance)

การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้ลักษณะอารมณ์พื้นฐาน การรับรู้เกี่ยวกับความเครียด ปฏิกริยาของร่างกายเมื่อเกิดความเครียด วิธีการแก้ไข และการ

จัดการกับความ เครียด ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความเครียด ปัจจัยส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวกับความ เครียด รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 11 คุณค่า และความเชื่อ (Value and Belief)

คุณค่าและความเชื่อเป็นแบบแผนเกี่ยวกับความเชื่อถือ ความศรัทธา ความมั่นคงเข้มแข็งทางด้านจิตใจ สิ่งที่มีคุณค่า มีความหมายต่อชีวิต สิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ เป้าหมายในการดำเนินชีวิต ความเชื่อทางด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนตามความเชื่อ ปัจจัยส่งเสริม และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อความมั่นคงเข้มแข็งทางด้านจิตใจ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

ฉะนั้น ในการดูแลผู้ป่วยจึงต้องใช้กระบวนการพยาบาลให้ครบทุกขั้นตอน โดยประเมินให้ครอบคลุมองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และสิ่งแวดล้อม ตามแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผน หลังจากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ และระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในแบบแผนที่ผิดปกติ หรือมีพยาธิสภาพในแบบแผนนั้น ๆ ทั้งนี้ความผิดปกติในแบบแผนหนึ่งอาจเกิดจากความผิดปกติ หรือมีพยาธิสภาพในแบบแผนนั้น ๆ หรือจากสาเหตุในแบบแผนอื่น ๆ เนื่องจากแต่ละคนแบบแผนเป็นองค์ประกอบของคนทั้งคน ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกัน ในการแก้ไขกระบวนการพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพ กอร์ดอน เน้นเฉพาะการใช้กับผู้ป่วยที่เจ็บป่วย จึงกล่าวถึงการวินิจฉัยการพยาบาลเฉพาะแบบแผนที่ผิดปกติเท่านั้น ในระยะต่อมาได้มีการขยายขอบเขตใช้แบบแผนสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค จึงได้มีการกำหนด ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในภาวะที่ข้อมูลบ่งชี้ว่า แบบแผนสุขภาพนั้น ๆ เป็นปกติขึ้น ดังนั้นในปัจจุบันการวินิจฉัยการพยาบาลตามกรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพจึงวินิจฉัยทั้งภาวะที่ปกติของแบบแผน และภาวะที่ผิดปกติของแบบแผน

การวางแผนการพยาบาล พยาบาลจะกำหนดจุดมุ่งหมาย และวิธีการในการแก้ไขความผิดปกติของแบบแผนที่พบตามกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลไว้ ในกรณีที่สรุปข้อวินิจฉัยที่แสดงถึงภาวะที่ผิดปกติของผู้รับบริการกำหนดจุดมุ่งหมายการพยาบาลก็เพื่อให้แบบแผนสุขภาพที่ดีนั้นคงอยู่ต่อไปหรือมีแบบแผนที่สมบูรณ์ขึ้น หรือคนมีศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ดีขึ้น

ในการปฏิบัติกรพยาบาล พยาบาลจะต้องดำเนินการพยาบาล เพื่อแก้ไขความผิดปกติของแบบแผนสุขภาพ การป้องกันความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้แบบแผนนั้น ๆ มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การสอน การให้คำแนะนำ การปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยมุ่งเน้นการสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมและปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

สำหรับการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลจะต้องประเมินว่าในแบบแผนที่ผิดปกตินั้น หลังจากให้การพยาบาลแล้วดีขึ้นหรือไม่ และในแบบแผนที่ปกติยังเป็นปกติ หรือเสี่ยงต่อความผิดปกติ ก็ต้องใช้กระบวนการพยาบาลต่อไป เพื่อแก้ไขปัญหาจนกว่าจะสิ้นสุด ในกรณีที่แบบแผนปกติแล้ว พยาบาลต้องพิจารณาป้องกันปัญหา หรือความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น และส่งเสริมสุขภาพต่อไป

5. การพยาบาลผู้ป่วยทำ Ostomy

ระยะก่อนการผ่าตัด ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนการผ่าตัดและการมีทวารใหม่ บทบาทพยาบาลเฉพาะทาง ET nurse (บุศรา ชัยทัศน์, 2559)

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผ่าตัดเปิดทวารใหม่: บทบาทพยาบาลเฉพาะทางบาดแผลออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ คือ เยี่ยมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดเพื่อประเมินความพร้อมของผู้รับบริการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม โดยให้การพยาบาล การดูแลและคำแนะนำ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัดทั่วไป และการมีทวารใหม่ ดังนี้

1. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัดทั่วไป คือ สุขอนามัยส่วนบุคคล โภชนาการ การพักผ่อน และการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด เช่น Deep breathing, effective cough, leg and feet exercises เป็นต้น การงดรับประทานอาหารและน้ำ ในเช้าวันผ่าตัด

2. ดูแลผู้รับบริการเตรียมลำไส้ก่อนการผ่าตัดด้วยการรับประทานยาระบาย และประเมินลักษณะอุจจาระต้องเป็นน้ำใส ไม่มีกาก และเตรียมยา Antibiotic prophylactic เพื่อลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อภายหลังผ่าตัด

3. ดูแลผู้รับบริการให้ทำความสะอาดผิวหนังผ่าตัด โดยเฉพาะบริเวณหน้าท้องและเน้นสะดือ เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่บริเวณแผลผ่าตัด (Surgical site infection-SSI)

4. กำหนดตำแหน่งทวารใหม่ผู้ป่วย คือ บริเวณ Left Lower Quadrant (LLQ) โดยประเมินจากลักษณะผิวหนัง ไม่มีแผลเป็น ไม่มีร่องรอยพับ หลีกเลียงบริเวณเอว หรือที่รัดเข็มขัด เมื่อกำหนดตำแหน่งแล้วให้ผู้ป่วยทำท่านอน นิ่ง ยืน เพื่อประเมินผู้ป่วยเห็น stoma สามารถติดอุปกรณ์ได้สะดวก ซึ่งพยาบาล ET ตัดสินใจปรับตำแหน่งได้ตามความเหมาะสมของผู้ป่วย โดยให้อยู่บริเวณกล้ามเนื้อ Rectus abdominis เพื่อผู้ป่วยและผู้ดูแล สามารถดูแลได้ง่าย และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การระคายเคืองของผิวหนัง เป็นต้น

5. แนะนำอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับทวารใหม่ที่หน้าท้อง จะเป็นชนิด one piece และ two pieces ซึ่งในระยะแรกจะใช้ชนิด one piece แบบถุงรองรับอุจจาระชนิดถุงใส เพื่อสังเกตลักษณะของ stoma คือ มีสีชมพูแดง รูปร่างกลม อยู่เหนือผิวหนังประมาณ 2.5 เซนติเมตร และมีรอยไหม เย็บรอบ stoma กับผิวหนัง โดย 2-3 วันแรกหลังผ่าตัดจะไม่มีอุจจาระ

6. ให้กำลังใจและส่งเสริมความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลว่าการผ่าตัดและมีทวารใหม่เป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุด เพื่อผู้ป่วยสามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบใหม่อย่างมีคุณภาพต่อไป

7. ให้เวลารับฟังปัญหาและอธิบายข้อคำถามที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลสงสัยหรือต้องการทราบเกี่ยวกับการดูแลทวารใหม่ รวมถึงดูแลด้านจิตใจไปพร้อมกัน

ระยะหลังการผ่าตัดระยะแรก บทบาทพยาบาลเฉพาะทาง ET มีดังนี้

1. ประเมินลักษณะของ stoma: end colostomy, round shape, pink color, size 38 mm. mucocutaneous skin suture line intact, peristomal skin normal

2. ดูแลและสังเกตลักษณะ stoma ชุ่มชื้น ผิวมันวาว สีชมพูไม่มีสีแดงคล้ำ หรือสีซีด ความสูงอยู่เหนือผิวหนังประมาณ 2.5 เซนติเมตร ไม่ยื่นออกมา (prolapse) หรืออยู่ต่ำกว่าระดับผิวหนัง (retraction) และผิวหนังรอบบริเวณ stoma ไม่มี skin irritation หรือ skin excoriation

3. ประเมินภาวะสมดุลสารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากมีการตัดลำไส้ใหญ่ออกตามพยาธิสภาพ ทำให้การดูดซึมน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ลดลง ดูแลให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ และเมื่อเริ่มจิบน้ำ แนะนำจิบน้ำบ่อย ๆ

4. แนะนำวิธีการรับประทานอาหาร และอาหารก่อนเริ่ม step diet ประเมินผู้รับบริการมีการเคลื่อนไหวของลำไส้ (bowel sound) ภายหลัง รับประทานอาหารต้องไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน แน่นอึดอัดท้อง เริ่มตั้งแต่จิบน้ำ อาหารเหลวใส อาหารเหลวข้น จนถึงอาหารอ่อน รสไม่จัด ในช่วงแรกผู้ป่วยควรรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ ประมาณ 3 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน เนื่องจากอาจเกิดการอุดตันของลำไส้ที่ยกมาเป็นทางขับถ่ายอุจจาระได้

5. ประเมินการทำงานของลำไส้ในการขับถ่ายอุจจาระทางทวารใหม่ จากการผายลมหรืออุปกรณ์รองรับอุจจาระโป่ง ซึ่งผู้รับบริการรายนี้ ช่วง 2-3 วันแรก ยังไม่มีอุจจาระ

6. ประเมินการรับรู้ของผู้รับบริการ และผู้ดูแลต่อการดูแลทวารใหม่ สังเกตพบว่าคนไข้ไม่มองทวารใหม่ แต่บอกลูกสาวจะเป็นคนดูแลทวารใหม่ และการเปลี่ยนอุปกรณ์รองรับอุจจาระ ซึ่งช่วงแรกนี้ผู้รับบริการยังต้องปรับตัวเกี่ยวกับการผ่าตัด และแผนการรักษา จึงต้องให้การสนับสนุนด้านจิตใจ ให้ความมั่นใจ และให้เวลาปรับตัว

7. เมื่อให้การดูแลผู้รับบริการเกี่ยวกับทวารใหม่สนับสนุนให้ลูกสาว หรือครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมด้วย เช่น การเปลี่ยนอุปกรณ์รองรับอุจจาระ หรือเมื่อลำไส้เริ่มทำงานมีอุจจาระทางทวารใหม่ พยาบาลเฉพาะทาง ET จะเปลี่ยนอุปกรณ์จากชนิด one piece เป็น two pieces (เลือกให้ เหมาะสมกับผู้ป่วย และการดูแลได้สะดวก)

คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแล colostomy (จุฬารพร ประสงค์ และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์, 2558) ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับทวารใหม่
 - ลักษณะ stoma ปกติมีสีแดงหรือชมพูผิวมันเรียบ ลักษณะชุ่มชื้น
 - stoma ไม่มีกล้ามเนื้อหูด จึงไม่สามารถกลั้นการขับถ่ายได้ จำเป็นต้องใช้ถุงรองรับสิ่งขับถ่ายตลอดเวลา
 - บริเวณ stoma ไม่มีเส้นประสาทรับความรู้สึกเมื่อสัมผัส ดังนั้นต้องระมัดระวังเวลาเช็ดทำความสะอาด หลีกเลี่ยงการกดทับ หรืออุบัติเหตุ
 - บริเวณ stoma มีเส้นเลือดฝอยมาเลี้ยงมาก จึงทำให้เลือดออกได้ง่าย เมื่อเกิดการกระแทกหรือเสียดสีรุนแรง ควรหลีกเลี่ยงการอุ้มทารก หรือสัตว์เลี้ยง
 - ขนาดของ stoma จะมีขนาดเล็กลงเล็กน้อยภายหลังผ่าตัด 6-8 สัปดาห์
2. การทำความสะอาดและผิวหนังโดยรอบ stoma
 - ลอกหรือถอดถุงรองรับสิ่งขับถ่ายออกจากผิวหนังด้วยความนุ่มนวล โดยใช้นิ้วหรือมือกดผิวหนังด้านล่างไว้ขณะที่มืออีกข้างลอกแป้นออก ควรลอกแป้นเมื่อมีการรั่วซึม ถ้าแป้นไม่มีการรั่วซึมให้ปลดเฉพาะถุงรองรับเมื่อมีสิ่งขับถ่าย 1/3-1/2 ของถุง
 - ทำความสะอาดรูเปิดและผิวหนังโดยรอบด้วยสำลีชุบน้ำสะอาด เช็ดและซับผิวหนังโดยรอบให้แห้งสนิท หากแป้นยังใช้การได้ให้ทำความสะอาดรูเปิด และวงด้านในของแป้นด้วยสำลีชุบน้ำสะอาดพอหมาดจนหมดคราบอุจจาระ

- ตรวจสอบความผิดปกติของผิวหนังโดยรอบและรูเปิด เช่น อาการคัน รอยถลอก รอยแดง บาดแผล หรือมีเลือดไหลไม่หยุดต้องรีบมาพบแพทย์

- หลังจากปิดอุปกรณ์รองรับอุจจาระ พักประมาณ 15 นาทีตรวจสอบความเรียบร้อยแล้ว จึงสวมใส่เสื้อผ้า เพื่อความมั่นใจว่าแป้นจะไม่มีกรร้าวซึม

3. การเปลี่ยนและปิดอุปกรณ์รับสิ่งขับถ่าย

- เลือกแป้นและอุปกรณ์รับสิ่งขับถ่ายที่เข้าชุดกันได้ ขนาดวงของรูเปิดใหญ่กว่าขนาดรูเปิด ประมาณ 2 มิลลิเมตร

- วัดขนาดของรูเปิดโดยใช้แบบเทียบขนาด หรือลอกขนาดรูเปิดลงบนแผ่นพลาสติกใส ตัดเป็นวงกลม หรือตามรูปร่างรูเปิด แล้วจึงนำไปเป็นแบบวาดลงบนแป้นด้านหลัง

- ตัดขนาดวงของรูเปิดที่แป้นตามแบบ ลอกกระดาษด้านหลังออกทาด้วย stomahesive paste นำไปปิดรอบรูเปิดของ stoma แล้วลูบวงรอบเบา ๆ ให้แป้นติดแนบกับผิวหนัง เริ่มจาก บริเวณติดกับช่องเปิดแล้ววนโดยรอบ

- พับปลายถุงขึ้นโดยปลายถุงควรอยู่ด้านนอก เพื่อป้องกันการเสียดสีระคายเคืองกับผิวหนัง ปิดปลายถุงให้สนิท นำอุปกรณ์รับสิ่งขับถ่ายที่เตรียมไว้ติดให้สนิทกับแป้น โดยเริ่มปิดจากด้านล่าง เพื่อรองรับอุจจาระที่อาจไหลออกมาขณะเปลี่ยนอุปกรณ์

4. วิธีการใช้และทำความสะอาดอุปกรณ์รับสิ่งขับถ่าย อุปกรณ์รับสิ่งขับถ่ายส่วนใหญ่เป็นถุงแบบ ปลายเปิด สามารถให้อุจจาระผ่านออกได้ โดยผู้ใช้สามารถเปิดและปิดเพื่อระบายอุจจาระออกได้ ตามต้องการโดยประมาณ 1/3-1/2 ของอุปกรณ์รับอุจจาระ หรือเปิดเพื่อระบายก๊าซกรณีที่เกิดท้องอืด โดยให้เปิดถุงบริเวณด้านบน ดังนั้นจึงไม่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนถุงทุกครั้ง สามารถถอดถุงออกจาก แป้นเพื่อไปล้างทำความสะอาดได้ และสามารถเปลี่ยนแป้นได้ 3-5 วัน/ครั้ง แต่ถ้าแป้นหลุดให้เปลี่ยนทันที หรือหากมีอาการแสบคันบริเวณที่ปิดแป้นให้เปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม

คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับทวารใหม่และมี คุณภาพชีวิตที่ดี

1. การปรับเปลี่ยนสุขนิสัยในการรับประทานอาหาร ได้แก่ ควรรับประทานอาหารเพียงพอ แต่ละมือน้อย ไม่ควรอ้วนเกินไป ควรเคี้ยวอาหารให้ละเอียดโดยเฉพาะอาหารที่แข็ง และมีกากใยสูง ควรตัดให้มีขนาดเล็กก่อนรับประทานเพื่อป้องกันอาการท้องผูก ทำให้เกิดการอุดตันของลำไส้ควร หลีกเลี่ยงการพูดคุยขณะรับประทานอาหาร ควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว สำหรับอาหารที่ไม่คุ้นเคยควรเริ่มรับประทานเพียงเล็กน้อย

2. การดูแลความสะอาดร่างกาย ผู้ป่วยสามารถอาบน้ำได้ตามปกติทั้งขณะใส่อุปกรณ์รับ อุจจาระ ด้วยการปิดพลาสติกกันน้ำ เพื่อยืดระยะเวลาการเปลี่ยนแป้น และในวันที่ถอดอุปกรณ์รับ อุจจาระออก เพื่อเปลี่ยนแป้นโดยการตักน้ำ อาบหรืออาบน้ำด้วยฝักบัว แต่ไม่ควรใช้น้ำฉีดบริเวณ stoma หลังจากอาบน้ำเสร็จให้ซับน้ำบริเวณ stoma ให้แห้ง แล้วจึงเปลี่ยนอุปกรณ์ ผู้ป่วยควร หลีกเลี่ยงการอาบน้ำคลอง

3. การป้องกันและดูแลรักษาผิวหนังโดยรอบ stoma ทำความสะอาดรอบ ๆ stoma ด้วย น้ำสะอาด ซับให้แห้ง ไม่ควรขัดถูหรือเกาบริเวณรอบ ๆ stoma เพราะทำให้เกิดแผลและมีการติดเชื้อ ได้สังเกตอาการอักเสบของผิวหนัง เช่น ผิวหนังมี ผื่นแดง มีอาการคัน ผิวหนังแห้ง แตก ลอกเป็นแผล

ในระยะแรกที่ยังมี Mucocutaneous suture line หรือรอยแผลเย็บควรใช้ skin barrier powder โรยบาง ๆ ลูบผงแป้งออกด้วยกระดาษชำระก่อนปิดแป้น

4. การแต่งกาย สามารถแต่งกายได้ตามปกติแนะนำผู้ป่วยใส่เสื้อผ้าที่มีเนื้อผ้าหนา และสีเข้ม เพื่อไม่ให้ถุงรองรับอุจจาระนูนออกมาให้เห็นชัดเจน และไม่กดบริเวณ stoma

5. การเดินทาง สามารถเดินทางไกลได้แต่ ควรเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นไปด้วยตลอดเวลา และควรเตรียมให้มีจำนวนมากเพียงพอในกรณีที่มีความจำเป็นใช้รับด่วนหรือฉุกเฉิน

6. การทำงาน ผู้ป่วยสามารถทำงานได้ปกติ งดเว้นการยกของหนักหรือภาวะที่ทำให้แรงดันในช่องท้องสูง ซึ่งจะมีผลกระทบต่อ stoma ทำให้เกิด stoma herniation หรือ prolapse stoma

7. การพักผ่อนและการออกกำลังกาย สามารถออกกำลังกายเบา ๆ เช่น การบริหารแขน และขา แต่ไม่ควรหักโหม หรือเล่นกีฬาที่มีการกระแทกที่จะเป็นอันตรายต่อ stoma ได้

8. การนอนหลับ ก่อนนอนควรทำความสะอาด ถุงรองรับอุจจาระหรือเทอจจาระให้เรียบร้อย และไม่ควรรอนทับบริเวณ stoma

9. แนะนำผู้รับบริการมาพบแพทย์ตามนัด เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องและมีคุณภาพชีวิตที่ดี **คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสม**

1. ควรเป็นอาหารอ่อนย่อยง่าย หลีกเลี่ยงอาหารไขมัน และกากใยสูงเพื่อป้องกันการอุดตัน ลำไส้ในระยะ 2-3 เดือน และหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดกลิ่นและก๊าซ

2. หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้ท้องเสีย เช่น อาหารรสจัด บรอกโคลี ผักโขม เป็นต้น

3. หลีกเลี่ยงหรือลดการรับประทานอาหาร ที่ทำให้เกิดกลิ่นและก๊าซ เช่น อาหารตระกูลถั่ว ไข่ หน่อไม้ฝรั่ง หัวหอม กระเทียม สะตอ ทูเรียน ชะอม เป็นต้น

4. รับประทานอาหารที่ช่วยลดกลิ่นและก๊าซ เช่น โยเกิร์ต เนย นม น้ำส้ม น้ำมะเขือเทศ เป็นต้น

5. หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้อุจจาระเป็นก้อน ทำให้อุจจาระแข็งเกินไปเป็นสาเหตุให้อุจจาระอุดตัน หรือท้องผูก เช่น ก๋วยจั้ว ข้าว ขนมปัง เนย ถั่ว เป็นต้น

6. รับประทานอาหารที่ช่วยลดท้องผูก เช่น น้ำผลไม้คั้น น้ำลูกพรุน มะละกอสุก

7. ควรดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว

คำแนะนำอาการผิดปกติที่ควรไปพบแพทย์ทันที ดังนี้

1. ปวดท้อง หน้าท้องแข็งตึง อุจจาระออกน้อยกว่าปกติ ลำไส้กลอง ไม่ผายลม คลื่นไส้ อาเจียน ควรรงน้ำ และอาหารไว้ก่อน เนื่องจากอาจมีการอุดตันของลำไส้เกิดขึ้น

2. ผิวหนังรอบ ๆ ที่ปิดแป้นมีผื่นแผล มีอาการคัน ผิวหนังอักเสบ หรือติดแป้นแล้วหลุดก่อนเวลา หรือมีการรั่วซึมของอุจจาระที่ทำให้ต้องเปลี่ยนแป้นบ่อยขึ้น

3. ผิวหนังรอบ ๆ stoma บวมนูนหรือโป่งออกเหมือนนอนราบไม่กลับคืน

4. stoma มีความผิดปกติ มีเลือดสด ๆ ออกไม่หยุดเมื่อทำการห้ามเลือดที่ stoma หรือมีลำไส้ยื่นยาว stoma ตีบตัน หรือมีถ่ายเป็นเลือดออกมาจากลำไส้

บทที่ 4 กรณีศึกษา

ประวัติส่วนบุคคล

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 45 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ การศึกษา ปริญญาตรี
HN 0166005871 AN 66018485

อาชีพ รับจ้าง สถานภาพ สมรส

ที่อยู่ปัจจุบัน สาทร กรุงเทพฯ 10120

วันที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล วันที่ 21 พฤศจิกายน 2566 เวลา 12.50 น.

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่ 22 ธันวาคม 2566 เวลา 14.40 น.

รวมวันที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 31 วัน (ตั้งแต่วันที่ 21 เดือนพฤศจิกายน 2566 ถึงวันที่ 22 เดือน
ธันวาคม 2566)

การวินิจฉัยโรค CA Recto-sigmoid Colon with Involved bladder

การผ่าตัดครั้งที่ 1 Open AR with small bowel resection with Appendectomy with partial
cystectomy วันที่ 22 พฤศจิกายน 2566

การผ่าตัดครั้งที่ 2 Re-Explore Laparotomy with Abdominal toilet with ileostomy วันที่ 27
พฤศจิกายน 2566

แหล่งข้อมูลจากผู้ป่วย

จากการซักประวัติผู้ป่วยและภรรยา

จากเวชระเบียนและใบบันทึกประวัติการรักษาผู้ป่วย

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ประวัติ Recto-sigmoid Colon Cancer จากการทำ Colonoscope วันนี้นัดมานอน
โรงพยาบาลเพื่อทำผ่าตัด

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน

9 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ปวดท้อง ถ่ายเหลว มารักษาที่โรงพยาบาลเลือดสีนํ้า
รับประทาน อาการทุเลาลง

2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล คล้ำได้ก้อนที่ท้องน้อย ถ่ายเหลวเป็นเลือดสด ทานอาหารได้
น้อยลง น้ำหนักลดมากกว่า 10 กิโลกรัมใน 2 เดือน

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ไม่มีโรคประจำตัว ปฏิเสธโรคทางพันธุกรรม

ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว

ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่ามีพี่ชายป่วยเป็นโรคมะเร็งตับ เสียชีวิตแล้ว เมื่อ 5 ปีก่อน และมีน้องสาว
เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ยังมีชีวิตอยู่

ประวัติการใช้ยาและสิ่งเสพติด

ผู้ป่วยปฏิเสธการสูบบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ความสัมพันธ์ในครอบครัว

ผู้ป่วยสถานภาพสมรส มีบุตรสาว 1 คน และบุตรชาย 1 คน อยู่ร่วมกับภรรยาและบุตรชาย

ประวัติการแพ้ยา

ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหาร

สภาพครอบครัวและฐานะทางเศรษฐกิจ

อาศัยอยู่บ้าน 2 ชั้น มีรั้วรอบขอบเขตชัดเจน อากาศถ่ายเทสะดวก มีห้องส้วมถูกสุขลักษณะ น้ำดื่มน้ำใช้เพียงพอ อยู่ร่วมกับภรรยาและบุตรชาย ผู้ป่วยเป็นพนักงานบริษัท รายได้ประมาณ 25,000 บาทต่อเดือน

การประเมินตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

1. แบบแผนการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ

ภาวะสุขภาพก่อนป่วย มีสุขภาพแข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว ตรวจสุขภาพประจำปีเป็นประจำ ขณะเจ็บป่วย ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยของตนเองว่ามีความรุนแรง ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาดี ช่วยเหลือในขณะที่ยาบาลปฏิบัติการพยาบาล และปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล เช่น ช่วยขยับตัวเวลาทำความสะอาดร่างกาย

2. แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร

ก่อนรับการรักษาในครั้งนี้ ผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ตรงเวลาเนื่องจากต้องทำงาน ชอบรับประทานอาหารที่มีรสจัดและอาหารปิ้งย่าง ปฏิเสธแพ้อาหาร ระหว่างเจ็บป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง น้ำหนักลด ก่อนเจ็บป่วยน้ำหนัก 74 กิโลกรัม ขณะเจ็บป่วยน้ำหนักลดลงเหลือ 63.6 กิโลกรัม

3. แบบแผนการขับถ่าย

ก่อนการเจ็บป่วยผู้ป่วยขับถ่ายไม่เป็นเวลา มีปัญหาท้องผูกเรื้อรัง ขับถ่ายยาก เป็นระยะเวลา 3-4 ปี หลังจากได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระทางรูทวารเทียม เท่งถ่ายอุจจาระวัน 3-4 ครั้งต่อวัน ปัสสาวะวัน 6-7 ครั้งต่อวัน ลักษณะปัสสาวะมีสีเหลือง มีตะกอนขุ่น

4. แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย

ก่อนการเจ็บป่วยสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ออกกำลังกายด้วยกิจกรรม เดินช้าๆ ข้างบ้าน ในช่วงเช้า 10-15 นาที/วัน ขณะเจ็บป่วยได้รับการรักษาในครั้งนี้ ผู้ป่วยยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำงานบ้านเล็กๆ น้อย ๆ ได้เช่น ทำอาหาร รดน้ำต้นไม้

5. แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ

ก่อนการเจ็บป่วยผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนในช่วงกลางคืน 6-7 ชั่วโมง ขณะเจ็บป่วยได้รับการรักษาในครั้งนี้ ผู้ป่วยพักผ่อนในช่วงเวลากลางคืน 5-6 ชั่วโมง และบางครั้งนอนหลับ ๆ ตื่น ๆ นอนพักกลางวัน 30 นาที

6. แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้

การได้ยินชัดเจน มองเห็นในระยะใกล้ มองภาพในระยะไกลไม่ชัด การแยกกลิ่นได้ การรับรส เค็มและรสขมเพิ่มขึ้น การสัมผัส การหยิบจับของชิ้นเล็กเปลี่ยนแปลง การรับรู้ต่อเวลา สถานที่และบุคคลได้ ผู้ป่วยสามารถจำเหตุการณ์ต่าง ๆ ในอดีตและปัจจุบันได้

7. แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

ผู้ป่วยมีความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตัวเองขณะเจ็บป่วย ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นภาระขณะเจ็บป่วย และได้รับการรักษาในครั้งนี้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ภรรยาและลูกต้องลางานพามาพบแพทย์

8. แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ

ผู้ป่วยอาศัยอยู่ร่วมกับภรรยาและบุตรชาย ครอบครัวรักใคร่กันดี มีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน เป็นที่รักใคร่ของคนในชุมชนไปมาหาสู่กันเป็นประจำ เมื่อยามเจ็บป่วยเพื่อนบ้านจะมาเยี่ยมถามอาการเสมอ ระหว่างที่มารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล บุตรชายมาดูแลผู้ป่วยตลอด

9. แบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์

ผู้ป่วยเพศชาย แต่งงานเมื่ออายุ 24 ปี มีบุตร 2 คน ส่วนเรื่องเพศสัมพันธ์ มีเพศสัมพันธ์กับภรรยา ประมาณสัปดาห์ละครั้ง

10. แบบแผนการปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด

ก่อนการเจ็บป่วย สภาพจิตใจดี ปกติผู้ป่วยเป็นคนอารมณ์ดี ใจเย็น ขณะเจ็บป่วยรับการรักษาในครั้งนี้ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล หงุดหงิดง่าย หดท้อกำลังใจท้อแท้เป็นบางครั้งกับการเจ็บป่วย การเผชิญปัญหาเมื่อผู้ป่วยเครียดจะอยู่เงียบ ๆ มีพูดคุยกับภรรยา บุตรชายและบุตรสาว ครอบครัวมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวและคลายกังวล

11. แบบแผนคุณค่าและความเชื่อ

การเจ็บป่วยครั้งนี้ผู้ป่วยเชื่อว่ามีสาเหตุมาจากการดูแลสุขภาพไม่ถูกต้อง สิ่งที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ คือ พระพุทธศาสนา โดยปกติสวดมนต์ก่อนนอนทุกวัน สิ่งที่มีคุณค่าที่สุดในชีวิตของผู้ป่วยคือ บุตรสาวและบุตรชาย

การตรวจร่างกายตามระบบ

การวัดสัญญาณชีพ (Vital sign)

อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส ไม่มีไข้

ชีพจร 94 ครั้ง/นาที ชีพจรเต้นแรง จังหวะสม่ำเสมอ ความแรงของชีพจรทั้งสองข้างเท่ากัน คลำได้ชัดเจน

การหายใจ 20 ครั้ง/นาที หายใจไม่หอบ จังหวะการหายใจสม่ำเสมอ ทรวงอกมีการขยายตัวเท่ากันทั้งสองข้าง

ระดับความดันโลหิต อยู่ในระดับ 137/86 mmHg

ความอิ่มตัวของออกซิเจน 100%

น้ำหนัก 63.6 กิโลกรัม ส่วนสูง 169 เซนติเมตร BMI 22.32

การตรวจลักษณะทั่วไป (General Appearance)

ผิวหนัง : ผิวขาวเหลือง ผิวหนังชุ่มชื้นดี ไม่มีผื่นคัน ไม่มีจุดเลือดออก

ศีรษะ คลำไม่พบก้อนบริเวณศีรษะ ผมดำ

ใบหน้า ใบหน้าทั้งสองด้านสมมาตรกัน ไม่บวม ไม่มีรอยโรคที่ใบหน้า

ตา ตาทั้งสองข้างมองเห็นชัดเจน การเคลื่อนไหวของลูกตาเคลื่อนไหวได้ 6 ทิศสัมพันธ์กัน ตาไม่ปิดโปน เปลือกตาสามารถปิดได้สนิทเมื่อนอนหลับ หนังตาไม่บวมบริเวณเยื่อบุตาทั้งสองข้าง ชุ่มชื้นดี ไม่มีรอยแผล ตาขาวปกติทั้งสองข้าง มีเส้นเลือดฝอยเล็กน้อย ขนาดรูม่านตา 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงทั้งสองข้าง

หู ใบหูทั้งสองข้างอยู่ในระดับเดียวกับตา ไม่พบหรือหนองไหลออกมาจากหูทั้งสองข้าง

จมูก ปีกจมูกทั้งสองข้างเท่ากัน ไม่มีร่องรอยของการอักเสบ ไม่มีสิ่งแปลกปลอมในรูจมูก ผนัง
 ภายนอกจมูกตรง เยื่อจมูกสีชมพู ไม่บวม แดง กดเจ็บบริเวณโพรงอากาศ

ปาก ลิ้นสีชมพูไม่แห้ง ไม่มีแผลภายในเยื่อช่องปาก ไม่มีตุ่มหรือเม็ดผื่นบริเวณริมฝีปาก
 คอ สามารถเคลื่อนไหว ซ้าย ขวา ก้ม เงยได้ ต่อมไทรอยด์และต่อมน้ำเหลืองไม่โต
 ทรวงอกและปอด ทรวงอกขนาดเท่ากันทั้งสองข้าง ไม่มีลักษณะอกนูนหรืออกบุ๋ม การ
 ขยายตัวของทรวงอกเมื่อวางฝ่ามือทั้งสองข้างบนทรวงอก ฝ่ามือเลื่อนออกเท่ากัน ฟังปอดทั้งสองข้าง
 ปกติ

หัวใจ (Heart) สีผิวไม่มีอาการเขียวคล้ำ ไม่มีรอยจ้ำเลือดที่ผิวหนัง ฟังเสียงหัวใจ ไม่พบเสียง
 murmur อัตราการเต้นของหัวใจ 94 ครั้ง/นาที ฟังเสียงดังชัดเจน

หลอดเลือด (Vascular) บริเวณหลอดเลือดที่คอไม่พบ Jugular vein โป่งพอง บริเวณผิวหนัง
 และเล็บไม่พบอาการซีด ไม่พบอาการเขียวคล้ำ

เต้านม (Breast) ไม่มีแผลอักเสบ หรือรอยโรคใด ๆ

รักแร้ (Axillary) คล้ำไม่พบก้อน หรือตุ่มหนองใด ๆ

ท้อง (Abdomen) บริเวณผิวหนังหน้าท้องคล้ำ ไม่พบเส้นเลือดพองโต ไม่มีลักษณะท้องมาน
 ไม่มีเม็ดผื่นคันหรือตุ่มหนอง คล้ำไม่พบตับโต ม้ามโตท้องไม่บวมโต คล้ำไม่พบก้อน ตับ-ม้ามไม่โต

อวัยวะสืบพันธุ์และทวารหนัก (Genital organ and Anus) อวัยวะสืบพันธุ์ไม่บวมแดง ไม่มี
 discharge ออกจากอวัยวะสืบพันธุ์ ปัสสาวะเองได้ ปัสสาวะมีสีเหลืองใส มีตะกอนขุ่น

กล้ามเนื้อและกระดูก กระดูกและข้อ แขนและขา ยาวเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ไม่มีกระดูกผิดปกติ

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

การตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา

ตารางที่ 4 การตรวจนับเม็ดเลือด complete blood count (CBC)

ผลเลือด	ค่าปกติ	21 พ.ย.66	22 พ.ย.66	23 พ.ย.66	24 พ.ย.66	25 พ.ย.66
RBC	4.1-5.8 M/cumm	4.29	2.99	3.09	3.26	4.03
Hemoglobin	12.7-17.1 g/dL	11.2	7.8	8.2	8.8	10.6
Hematocrit	38-50.3 %	34.3	24.2	24.7	26.7	32.9
WBC	4,600-10,200 cells/cumm	10,450	19,580	23,150	17,520	18,940
Neutrophil	37 - 80 %	61.2	91.3	89.5	87.1	92.1
Lymphocyte	10 - 50 %	25.9	4.9	7.4	8.2	5.3
Monocyte	< 12 %	4.7	3.6	3.0	3.5	2.1
Eosinophil	< 7 %	7.1	0.0	0.0	0.9	0.2
Basophil	< 2.5 %	1.1	0.2	0.1	0.3	0.3
Platelet	142,000-424,000 cel/cumm	431,000	299,000	284,000	280,000	355,000
MCV	80 - 97 fL	80.0	80.9	79.9	81.9	81.6
MCH	27 - 31.2 pg	26.1	26.1	26.5	27.0	26.3
MCHC	31.8 - 35.4 g/dL	32.7	32.2	33.2	33.0	32.2
RDW	11.6 - 14.8 %	15.5	15.4	15.3	15.8	16.1

หมายเหตุ. ค่าปกติจากห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลเลิดสิน

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ตารางที่ 4 การตรวจนับเม็ดเลือด complete blood count (CBC)

ผลเลือด	ค่าปกติ	26 พ.ย.66	27 พ.ย.66	28 พ.ย.66	30 พ.ย.66	1 ธ.ค. 66
RBC	4.1-5.8 M/cumm	3.73	3.41	3.88	3.01	4.11
Hemoglobin	12.7-17.1 g/dL	10.1	9.2	10.5	8.3	11.2
Hematocrit	38-50.3 %	30.0	27.5	31.5	24.5	33.2
WBC	4,600-10,200 cells/cumm	6,310	5,590	9,550	7,770	11,360
Neutrophil	37 - 80 %	72.0	60.0	80.3	80.2	81.3
Lymphocyte	10 - 50 %	15.7	25.8	11.6	13.2	13.1
Monocyte	< 12 %	9.8	4.1	4.1	2.8	3.5
Eosinophil	< 7 %	2.2	9.7	3.8	3.8	1.9
Basophil	< 2.5 %	0.3	0.4	0.2	0.0	0.2
Platelet	142,000-424,000 cell/cumm	303,000	230,000	285,000	228,000	370,000
MCV	80 - 97 fL	80.4	80.6	81.2	81.4	80.8
MCH	27 - 31.2 pg	27.1	27.0	27.1	27.6	27.3
MCHC	31.8 - 35.4 g/dL	33.7	33.5	33.3	33.9	33.7
RDW	11.6 - 14.8 %	16.2	15.5	15.6	15.3	15.5

ผลเลือด	ค่าปกติ	2 ธ.ค.66	4 ธ.ค.66	8 ธ.ค.66
RBC	4.1-5.8 M/cumm	4.1	3.48	4.11
Hemoglobin	12.7-17.1 g/dL	11.4	9.6	11.1
Hematocrit	38-50.3 %	33.0	28.7	33.5
WBC	4,600-10,200 cells/cumm	24,200	13,610	9,330
Neutrophil	37 - 80 %	90.0	84.2	85.1
Lymphocyte	10 - 50 %	5.7	8.6	10.1
Monocyte	< 12 %	3.8	3.7	2.9
Eosinophil	< 7 %	0.2	3.3	1.5
Basophil	< 2.5 %	0.3	0.2	0.4
Platelet	142,000-424,000 cell/cumm	373,000	266,000	489,000
MCV	80 - 97 fL	79.5	82.5	81.5
MCH	27 - 31.2 pg	27.5	27.6	27.0
MCHC	31.8 - 35.4 g/dL	34.5	33.4	33.1
RDW	11.6 - 14.8 %	15.9	16.4	15.7

หมายเหตุ. ค่าปกติจากห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

การแปลผล จากผลการตรวจ CBC พบว่า

- ค่า RBC count มีค่าต่ำ แสดงว่าเม็ดเลือดแดงมีปริมาณน้อยเกินไป ภาวะที่เม็ดเลือดแดงมีปริมาณน้อยเกินไป เราเรียกว่าภาวะเลือดจางหรือโลหิตจาง (Anemia) ซึ่งอาจทำให้การขนส่งออกซิเจนไปใช้ที่ส่วนต่างๆ ของร่างกายทำได้ไม่เพียงพอ

- ค่าระดับฮีโมโกลบิน (Hemoglobin) ต่ำ ซึ่งฮีโมโกลบินเป็นโปรตีนในเซลล์เม็ดเลือดแดง เป็นค่าที่ช่วยบ่งบอกปริมาณเม็ดเลือดแดงในทางอ้อม เพื่อใช้ประเมินภาวะโลหิตจาง (Anemia) โดยมักมีค่าเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับค่า RBC count

- ค่าระดับความเข้มข้นเลือด (Hematocrit; Hct) บอกสัดส่วนปริมาตรของเม็ดเลือดแดงต่อปริมาตรของเลือดทั้งหมด ค่าระดับความเข้มข้นเลือดใช้ประเมินภาวะโลหิตจาง โดยพิจารณาร่วมไปกับค่า RBC count และ Hb และมักมีค่าเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับค่า RBC count และ Hb เสมอ

- WBC มีค่าสูง สาเหตุของภาวะ WBC สูงที่เป็นไปได้ เช่น มีการติดเชื้อในร่างกาย (Infection) ที่พบบ่อยคือการติดเชื้อแบคทีเรีย (Bacteria) หรือไวรัส (Virus) ทำให้ร่างกายสร้างเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้นเพื่อมาจัดการกับเชื้อโรค มีการอักเสบในร่างกาย (Inflammation) มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อในร่างกาย (Tissue death) เช่น แผลไฟไหม้ ภาวะแทรกซ้อน กล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือความเครียดรุนแรง (Severe stress) เป็นต้น

- ค่า Neutrophil นิวโทรฟิล เป็นเม็ดเลือดขาวชนิดที่มีจำนวนมากที่สุด ทำหน้าที่ต่อต้านเชื้อแบคทีเรีย (Bacteria) และเชื้อรา (Fungi) นิวโทรฟิลเป็นเหมือนด่านแรกของระบบภูมิคุ้มกันที่คอยทำหน้าที่จับกินเชื้อโรค ถ้าระดับของเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิลจะสูงขึ้นกว่าปกติอาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ร่างกายเกิดการอักเสบ (Inflammation) การติดเชื้อแบคทีเรียแบบเฉียบพลัน (Acute bacterial infection) มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อในร่างกาย (Tissue death) เช่น แผลไฟไหม้ ภาวะแทรกซ้อน กล้ามเนื้อหัวใจตาย ความเครียดรุนแรง (Severe stress) เป็นต้น

- ค่า Lymphocyte ลิมโฟไซต์ เป็นเม็ดเลือดขาวที่ทำหน้าที่หลักในการต่อต้านเชื้อไวรัส ค่า Lymphocyte ที่ต่ำกว่าปกติ อาจเกิดจากร่างกายอาจตกอยู่ในความเครียดอย่างหนักหรืออาจกำลังเกิดโรคร้ายแรง เช่น วัณโรคระยะลุกลาม โรคหัวใจ โรคไต เป็นต้น

- ค่า Platelet count มีค่าสูง จะเรียกว่ามีภาวะเกล็ดเลือดสูง (Thrombocytosis) ทำให้เกิดปัญหาเกิดเลือดแข็งตัวแบบผิดปกติในหลอดเลือดได้ สาเหตุของภาวะเกล็ดเลือดสูงพบได้หลายอย่าง เช่น ความผิดปกติของไขกระดูก (Myeloproliferative disorder) เช่น ภาวะไขกระดูกสร้างเกล็ดเลือดขึ้นมากผิดปกติ (Essential thrombocytosis) ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (Iron deficiency) ภาวะโลหิตจางจากเม็ดเลือดแดงแตก (Hemolytic anemia) เป็นต้น

- ค่า Erythrocyte Sedimentation Rate (ESR) คือ อัตราการตกตะกอนของเม็ดเลือดแดงใน 1 ชั่วโมง เป็นการตรวจที่บ่งบอกว่ามีอาการอักเสบ แต่ไม่ได้บอกสาเหตุของการอักเสบ เชื่อว่าเมื่อมีการอักเสบจะมีการสร้าง Fibrinogen ซึ่งจะทำให้เม็ดเลือดแดงเกาะติดกันทำให้ตกตะกอนได้เร็ว หากค่า ESR สูงสาเหตุอาจเกิดจากการติดเชื้อ

ตารางที่ 5 ผลการตรวจชีวเคมี (Blood Chemistry)

ผลเลือด	ค่าปกติ	21พ.ย.66	22พ.ย.66	23พ.ย.66	24พ.ย.66	26พ.ย.66	27พ.ย.66	28พ.ย.66
BUN	6-18 mg/dl	9	10	12	15	18	16	15
Creatinine	0.51-1.17mg/dl	0.73	0.68	0.76	0.85	0.68	0.59	0.58
eGFR	ml/min	112	115	110	105	115	122	123
Electrolyte								
Sodium	136 -145mEq/L	141	138	138	138	141	136	137
Potassium	3.5-5.1 mEq/L	4.2	4.0	4.3	4.0	3.7	3.8	3.7
Chloride	98-107 mEq/L	107	106	107	106	105	106	103
Carbondioxide	21-32 mEq/L	23	24	45	24	24	25	28
Liver function test								
Total protein	6.4-8.2g/dl	8.6	5.7	5.9	-	-	-	5.4
Albumin	3.4-5g/dl	4.3	3.0	3.0	-	-	-	2.6
Globulin	2.3-3.5g/dl	4.3	2.7	2.9	-	-	-	2.8
Total bilirubin	< 1mg/dl	0.58	2.34	0.89	-	-	-	1.03
Indirect bilirubin	< 0.7mg/dl	0.26	1.07	0.61	-	-	-	0.78
Direct bilirubin	< 0.3mg/dl	0.32	1.27	0.28	-	-	-	0.25
SGOT	< 35U/L	30	23	27	-	-	-	26
SGPT	< 45U/L	12	16	16	-	-	-	12
Alk. Phosphate	30 - 120U/L	65	47	45	-	-	-	61
Calcium	8.6-10.3 mg/dL		9.2	9.1	-	-	-	-
Phosphorus	2.5-4.5 mg/dL		4.3	4.0	-	-	-	-
Magnesium	1.6-2.3 mg/dL		2.2	2.3	-	-	-	-

หมายเหตุ. ค่าปกติจากห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลเลิดสิน

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ตารางที่ 5 ผลการตรวจชีวเคมี (Blood Chemistry)

ผลเลือด	ค่าปกติ	30พ.ย.66	1ธ.ค.66	2ธ.ค.66	3ธ.ค.66	8 ธ.ค. 66
BUN	6-18 mg/dl	12	6	7	-	9
Creatinine	0.51-1.17mg/dl	0.49	0.55	0.70	-	0.71
eGFR	ml/min	132	126	114	-	113
Electrolyte						
Sodium	136 -145mEq/L	132	134	130	132	131
Potassium	3.5-5.1 mEq/L	3.1	4.0	4.4	3.7	4.3
Chloride	98-107 mEq/L	101	102	100	100	98
Carbondioxide	21-32 mEq/L	26	25	26	25	30
Liver function test						
Total protein	6.4-8.2g/dl	-	6.3	-	-	-
Albumin	3.4-5g/dl	-	2.9	-	-	-
Globulin	2.3-3.5g/dl	-	3.4	-	-	-
Total bilirubin	< 1mg/dl	-	0.65	-	-	-
Indirect bilirubin	< 0.7mg/dl	-	0.30	-	-	-
Direct bilirubin	< 0.3mg/dl	-	0.35	-	-	-
SGOT	< 35U/L	-	24	-	-	-
SGPT	< 45U/L	-	13	-	-	-
Alk. Phosphate	30 - 120U/L	-	89	-	-	-
Calcium	8.6-10.3 mg/dL	-	9.2	-	-	-
Phosphorus	2.5-4.5 mg/dL	-	4.3	-	-	-
Magnesium	1.6-2.3 mg/dL	-	2.2	-	-	-

หมายเหตุ. ค่าปกติจากห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลเลิดสิน

การแปลและวิเคราะห์ผล ผลตรวจ Blood Chemistry พบว่า

- Electrolyte จากผลการตรวจพบว่า ระดับโซเดียมในเลือดต่ำ (Hyponatremia) ซึ่งทำให้เกิดอาการรู้สึกอ่อนเพลียผิดปกติ ความคิดสับสน เฉื่อยชา มีอาการคล้ายคนสับสน และหมดสติค่า Na ที่ต่ำกว่าปกติ (Hyponatremia) อาจเกิดจากอาการอาเจียน ทำให้ Na สูญเสียไปกับของเหลว หรืออาจมีโรคของไต ที่ทำให้ดูดกลับโซเดียมไม่ได้อย่างที่ควรกระทำ

- ค่า Potassium ที่ต่ำกว่าปกติ (Hypokalemia) อาจเกิดจากการกินอาหารที่มี Potassium น้อยเกินไป หรืออาจเกิดจากการกินยาบางประเภทที่มีผลต่อการขับทิ้งโพแทสเซียมออกไปนอกร่างกาย เช่น กลุ่มยาขับปัสสาวะที่ใช้ลดความดันโลหิตสูง (Diuretics) กลุ่มยาระบายที่ใช้แก้อาการท้องผูก (Laxatives) กลุ่มยาแก้ปวดที่ใช้แก้อาการอักเสบต่าง ๆ (Steroids)

- Liver Function Test การตรวจการทำงานของตับ หรือการตรวจเลือดเพื่อทราบการทำงานของตับ พบว่าค่า Albumin ที่ต่ำกว่าปกติ แสดงผลได้ว่า อาจเกิดจากการขาดสารอาหารโดยเฉพาะอย่างยิ่งอาหารจำพวกโปรตีน หรืออาจเกิดจากการบริโภคอาหารที่มีโปรตีนต่ำมานาน จึงทำให้อาจมีโรคของไต ที่ทำให้ดูดกลับโซเดียมไม่ได้อย่างที่ควรกระทำ

- ค่า Total bilirubin ที่สูงกว่าปกติ แสดงผลได้ว่า อาจเกิดความผิดปกติขึ้นที่หน่วยสร้าง Bilirubin ซึ่งมาจากตับหรือไตที่ทำงานผิดปกติ

- ค่า Direct bilirubin ที่สูงกว่าปกติ แสดงผลได้ว่า อาจเกิดจากท่อน้ำดีภายนอกตับถูก ปิดกั้นการไหลผ่านของน้ำดี เช่น อาจเกิดจากนิ่วในท่อน้ำดี นิ่วในถุงน้ำดีที่ไปปิดช่องทางท่อน้ำดี เนื้องอกที่ตับอ่อน จึงเป็นผลทำให้ Direct bilirubin ไหลผ่านออกไปเป็นน้ำดีไม่ได้และคั่งค้างท่วมท้นจากตับเข้าสู่กระแสเลือด หรืออาจเกิดจากการตีบแอสแอลกอฮอล์ เป็นต้น

ตารางที่ 6 ผลการตรวจปัสสาวะ [Urine Analysis (U/A)]

Exam	ค่าปกติ	10 พ.ค. 65	แปลผล
Color	Colorless- Yellow	Yellow	ปกติ
Clarity	Clear	Clear	ปกติ
Glucose	Negative	Negative	ปกติ
Ketone	Negative	Negative	ปกติ
Blood	Negative	1+*	*อาจเกิดจากความผิดปกติที่ไต
Protein	Negative	Negative	ปกติ
Nitrite	Negative	Negative	ปกติ
Bilirubin	Negative	Negative	ปกติ
Specific gravity	1.003-1.03	1.007	ปกติ
pH	5-8	7.5	ปกติ
Urobilirubin	Negative	Negative	ปกติ
Leucocyte	Negative	Negative	ปกติ
RBC	<3 Cells/HPF	0-1	ปกติ
WBC	<7 Cells/HPF	3-5	ปกติ
Squamous epitheliam cell	<11 Cells/HPF	0-1	ปกติ
Bacteria	Not found	Few*	*ตรวจพบเชื้อแบคทีเรียเล็กน้อยอาจมีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

หมายเหตุ. ค่าปกติจากห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลเลิดสิน

ตารางที่ 7 ผลการตรวจความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit)

วันที่	ค่าปกติ	Hematocrit	การแปลผล
23 พ.ย. 66	40-52%	31.0%	ค่า Hematocrit ที่ต่ำกว่าปกติ - อาจเป็นสภาวะที่เกิดขึ้นชั่วคราวภายหลังการเสียเลือดอย่างรุนแรง
24 พ.ย.66		32.0%	
25 พ.ย.66		31.0%	
27 พ.ย.66		36.0%	
28 พ.ย. 66		32.0%	
29 พ.ย. 66		28.0%	

หมายเหตุ. ค่าปกติจากห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลเลิดสิน

ตารางที่ 8 การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (HEMATOLOGY)

	ค่าปกติ	21 พ.ย.66	22 พ.ย.66	23 พ.ย.66	27 พ.ย.66	28 พ.ย.66	1 ธ.ค.66
PT	9.6 – 12.8 sec	12.9	12.40	12.60	17.80	18.40	13.50
INR	0.8 – 1.1	1.09	1.04	1.06	1.52	1.57	1.14
PTT	21.7 – 30.1 sec	24.40	21.70	22.60	26.30	29.20	25.30
INR	1.5	0.91	0.81	0.85	0.99	1.09	0.95

หมายเหตุ. ค่าปกติจากห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลเลิดสิน

การรายงานผลจะรายงานเป็น 2 รูปแบบคือ

- Prothrombin time รายงานเป็นวินาที เป็นเวลาที่เลือดเริ่มแข็งตัว ค่าน้อยแสดงว่าเลือดแข็งตัวเร็ว ค่ามากกว่านี้แสดงว่าเลือดแข็งตัวช้า

- รายงานเป็นอัตราส่วนเรียก international normalized ratio (INR) ค่าปกติอยู่ระหว่าง 0.8-1.1 สำหรับผู้ที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดค่าที่เหมาะสมคือ 2.0-3.0

- ค่า Prothrombin time (PT) เป็นเวลาที่ใช้ในการทำให้เลือดแข็งตัว ค่าที่ยาวแสดงว่าใช้เวลานานในการทำให้เลือดแข็งตัว

การแปลผล PTT

- ในทางน้อย (เวลาสั้น) อาจแสดงผลว่าเลือดข้นเกินไป เนื่องจากอาจกำลังเกิดสภาวะลิ่มเลือดกระจายทั่วไปภายในหลอดเลือด (disseminated intravascular coagulation, DIC) เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ

- ในทางมาก (เวลานานกว่าปกติ) อาจแสดงผลว่าเลือดใสเกินไป อาจขาดโปรตีนสำคัญบางตัวในกระแสเลือด โรคตับแข็ง (cirrhosis of liver) ขาดวิตามินเค เกิดบาดแผลและเลือดหยุดไหลยาก

ผลการตรวจทางจุลชีววิทยา (MICROBIOLOGY)

30 พฤศจิกายน 2566

- Bacteria c/s test Hemoculture 1: No Growth after 3 days

แปลผล: ไม่พบการติดเชื้อ

- Bacteria c/s test Hemoculture 2: Gram Positive Cocci (Cluster)

แปลผล: เชื้อที่มีแนวโน้มเป็นเชื้อปนเปื้อน คือเชื้อที่ปกติพบตามผิวหนังที่เป็นเชื้อประจำถิ่น (normal flora) หรือเชื้อที่อาจปนเปื้อนมากับวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการเจาะเลือด เช่น เข็มฉีดยา สำลี จุกยางที่ขวดเพาะเชื้อ เป็นต้น

- Gram positive cocci in cluster: Coagulase negative staphylococci, Micrococcus species

6 ธันวาคม 2566

- Bacteria c/s test Urine (Cath.): Colony count $>10^5$ CFU/ml Budding Yeast

แปลผล: มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากพบปริมาณเชื้อแบคทีเรียมากกว่า 10^5 cfu/ml ผู้ป่วยที่ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ จะมีอาการปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะบ่อย มี

ความรู้สึกเหมือนปัสสาวะไม่สุด ในบางครั้งอาจมีอาการปวดท้องน้อยร่วมด้วย บางรายอาจมีอาการรุนแรง ได้แก่ มีไข้สูง หนาวสั่น ปวดหลังหรือสีข้างระดับเอว ซึ่งบ่งถึงการติดเชื้อที่กรวยไต

ผลการตรวจคอมพิวเตอร์สมอง (CT WHOLE ABDOMEN วันที่ 6 พ.ย. 66)

CT WHOLE ABDOMEN COMPARISON STUDY: NONE TECHNIQUE:

The serial axial CT scan of whole abdomen was performed both pre and post contrast medium administration. FINDINGS: The study reveals ill-defined soft tissue mass involved walls of rectum and rectosigmoid colon. Heterogenous increase enhancement is seen. Narrowing of lumen of rectosigmoid colon is observed. Stranding mesocolic fat is seen. Several lymph nodes are noted at perirectal, common iliac, left common iliac regions. Fecal contents filled for the rest of colon. Visualized small bowel is unremarkable. Enlarge size of left common iliac vein is seen with filling defect including left external iliac vein thru left common femoral vein. Small filling defect in left internal iliac vein is also noted. Liver shows normal shape and size of liver without space taking lesion. No dilatation of the biliary system is seen. The portal vein is patent. Gallbladder has smooth and thin wall with few gallstones. Spleen and pancreas appear normal. Both kidneys are normal size and axis without hydronephrosis or stone The urinary bladder has rather mild thickening wall. Prostate gland is normal appearance, measured about 3.7x4.6 cm.

IMPRESSION: significant findings are...

- Advance stage of recto sigmoid colon cancer, please correlate with clinical
- Thrombosis of left common iliac vein and internal iliac vein as well as

common femoral vein

แปลผล: มีการลุกลามของมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนต้นสัมพันธ์กับอาการทางคลินิก

มีการอุดตันของหลอดเลือดดำของอุ้งเชิงกรานส่วนซ้ายและหลอดเลือดดำของอุ้งเชิงกรานส่วนใน รวมทั้งหลอดเลือดดำต้นขาส่วนกลาง

การวินิจฉัยโรค CA Recto-sigmoid Colon with Involved bladder

การผ่าตัดครั้งที่ 1 Open AR with small bowel resection with Appendectomy with partial cystectomy วันที่ 22 พฤศจิกายน 2566

การผ่าตัดครั้งที่ 2 Re-Explore Laparotomy with Abdominal toilet with ileostomy วันที่ 27 พฤศจิกายน 2566

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ตารางที่ 9 พยาธิสภาพจากทฤษฎีเปรียบเทียบกับกรณีศึกษา

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colorectal cancer) หมายถึง ภาวะที่พบเนื้องอกชนิดร้าย (Malignant tumor) บริเวณลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยเซลล์ที่มีการแบ่งตัวที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้เกิดเป็นเนื้องอก (Tumor) ซึ่งแบ่งตัวทำลายเนื้อเยื่อและอวัยวะใกล้เคียง และสามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นที่อยู่ไกลไปตามกระแสเลือดและน้ำเหลืองเรียกว่า Metastasis มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ส่วนมากเป็น Adenocarcinoma และเป็นบริเวณใกล้ทวารหนัก ลักษณะที่มองเห็นได้ชัดด้วยตาเปล่าของมะเร็งลำไส้ใหญ่แตกต่างกันตามตำแหน่ง ถ้าเป็นที่ไส้ตัน (Cecum) หรือลำไส้ใหญ่ส่วนขึ้น (Ascending colon) มักมีลักษณะเป็นก้อนขนาดใหญ่ จนเลือดมาเลี้ยงไม่พอ เกิดการตายเฉพะส่วน (Necrosis) ได้ง่าย ทำให้มีเลือดออกลักษณะเป็นก้อนนี้พบในตำแหน่งอื่นได้เหมือนกัน แม้แต่ในไส้ตรง อย่างไรก็ตามที่ลำไส้ใหญ่ซีกซ้ายและไส้ตรง มะเร็งจะขยายตัวตามแนวขวางเป็นวงรอบหรือเกือบรอบทำให้ท่อลำไส้บริเวณนั้นแคบลง และที่ผิวอาจเป็นแผลด้วย ลักษณะเช่นนี้ทำให้เกิดการอุดตันของลำไส้ได้ง่าย</p> <p>สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อายุการเปลี่ยนแปลงจะพบมากขึ้นเมื่ออายุมากกว่า 50 ปี 2. ประวัติส่วนบุคคลว่าเคยได้รับการวินิจฉัย <ol style="list-style-type: none"> 2.1 มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงหรือมะเร็งรังไข่ 2.2 เนื้องอกที่เสี่ยงสูงต่อการเกิดมะเร็ง ได้แก่ ตังเนื้อที่ลำไส้ที่มีขนาดตั้งแต่ 1 ซม.ขึ้นไป เชื่อว่าเป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งลำไส้ส่วนมากเริ่มจากการเกิด Polyp ชนิด Adenoma 2.3 การอักเสบของลำไส้ใหญ่เรื้อรัง (Chronic ulcerative colitis) เป็นเวลานานตั้งแต่ 8 ปีขึ้นไป 	<p>ผู้ป่วยชายไทย อายุ 45 ปี มีอาการปวดท้อง ถ่ายเหลวเป็นเลือดสดทานอาหารได้น้อยลง แพทย์วินิจฉัย CA Recto-sigmoid Colon with Involved bladder</p> <p>- ผู้ป่วยชายไทย อายุ 45 ปี - ผู้ป่วยไม่มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงใดๆ ไม่มีโรคประจำตัว - ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่ามีพี่ชายป่วยเป็นโรคมะเร็งตับ เสียชีวิตเมื่อ 5 ปีที่แล้ว</p>

พยาธิสภาพจากทฤษฎีเปรียบเทียบกับกรณีศึกษา

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>3. มีประวัติทางพันธุกรรมที่มียีนส์ผิดปกติที่ทำให้เกิดความเสียหายสูงในการทำให้เกิดโรค เช่น Lynch Syndrome (Hereditary Nonpolyposis Colorectal Cancer หรือ HNPCC) และในกลุ่ม Familial Adenomatous Polyposis (FAP)</p> <p>4. การรับประทานอาหารที่มีกากน้อย จะทำให้มีการขับถ่ายอุจจาระได้น้อยครั้ง ทำให้สารก่อมะเร็งสัมผัสกับเยื่อบุภายในของลำไส้ใหญ่นานเกินไป จึงก่อให้เกิดมะเร็งมากกว่า</p> <p>5. การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้เนื่องจากกระตุ้นให้เกิดการหลั่งกรดน้ำดี (Bile acid) แบคทีเรียในลำไส้จะเปลี่ยนสารเหล่านี้ให้เป็น Cholesterol metabolites และ Secondary bile acid ซึ่งจะระคายเคืองเยื่อบุผนังลำไส้ให้เกิดการ กระตุ้นการแบ่งตัวของผนังลำไส้มากขึ้น กระบวนการปรุด้วยวิธีอย่างรมควัน จะมีสารก่อมะเร็งเกิดขึ้น</p> <p>6. ภาวะอ้วนและการไม่ออกกำลังกาย ทำให้มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ระยะเวลาที่สารก่อมะเร็งตกค้างในลำไส้เพิ่มขึ้น เสี่ยงต่อการพัฒนาเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพิ่มขึ้น</p> <p>7. ในคนที่สูบบุหรี่ มีโอกาสเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้น เนื่องจากสารที่อยู่ในบุหรี่ สามารถ ดูดซึมเข้าสู่ร่างกายได้ทั้งทางน้ำลายและการกลืน เกิดมะเร็งระบบทางเดินอาหารและลำไส้ได้เช่นกัน</p> <p>8. การดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้เกิดภาวะระดับกรดโฟลิกในร่างกายต่ำ คนที่ดื่มแอลกอฮอล์ทุกวันมีโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้มากกว่าคนปกติ 2 เท่า</p>	<p>- ผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ชอบรับประทานอาหารรสจัด และชอบรับประทานอาหารปิ้งย่าง</p> <p>- ก่อนมีอาการเจ็บป่วย น้ำหนักตัว 74 กิโลกรัม สูง 169 เซนติเมตร BMI = 25.96</p> <p>- ผู้ป่วยไม่มีประวัติสูบบุหรี่ ไม่ดื่มแอลกอฮอล์</p>

พยาธิสภาพจากทฤษฎีเปรียบเทียบกับกรณีศึกษา

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>อาการและอาการแสดง</p> <p>อาการของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อาจเป็นได้ตั้งแต่ไม่มีอาการใด ๆ จนถึงมีอาการเพิ่มขึ้นหลายอย่างขึ้นกับตำแหน่ง ขนาดและลักษณะอื่นทางกายภาพของก้อนมะเร็งและการลุกลามเข้าสู่วัยวะอื่น อาการที่พบได้บ่อย ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ถ่ายเป็นเลือด จากการที่ก้อนมะเร็งแตกและมีเลือดออก เลือดที่ออกมานี้อาจจะปนหรือไม่ปนอยู่ในเนื้ออุจจาระก็ได้ เป็นได้ทั้งเลือดสีคล้ำ ดำแดง หรือแดงมักจะออกครั้งละไม่มาก หรือถ่ายไม่สุดร่วมด้วย ผู้ที่ก้อนมะเร็งอยู่ลึกเลยตำแหน่งปาก ทวารขึ้นไปมาก มักจะถ่ายเป็นเลือดแดงดำหรือดำคล้ำ บางรายเลือดออกน้อยจนมองไม่เห็น แต่การตรวจทางห้องปฏิบัติการจะพบเลือดในอุจจาระ 2. ถ่ายอุจจาระผิดปกติ เช่น ถ่ายอุจจาระก้อนเล็กลง อุจจาระเป็นแท่งดินสอหรือ ลักษณะแบนแบบริบบิ้น จำนวนอุจจาระที่ถ่ายน้อยลง ความถี่ในการถ่ายอุจจาระลดลงหรือเพิ่มขึ้นหรือถ่ายท้องผูกสลับท้องเสีย อาการเหล่านี้เป็นอาการที่เกิดจากก้อนมะเร็งที่ทำให้ลำไส้ตีบ 3. แน่นท้อง ปวดท้อง ท้องอืด อาการจะทุเลาเมื่อได้ถ่ายอุจจาระหรือผายลม อาการเหล่านี้จะพบได้เมื่อลำไส้ตีบลงมาก และเมื่อตีบตันสนิทอาการเหล่านี้ก็จะรุนแรงมาก 4. อ่อนเพลีย ผอมลง เบื่ออาหาร มักจะพบในผู้ที่มะเร็งกระจายหรือลุกลามไปมากแล้ว ผู้ที่เสียเลือดอย่างเรื้อรังจากก้อนมะเร็ง จนทำให้เกิดภาวะโลหิตจางอย่างรุนแรง มักมีอาการอ่อนเพลีย ได้เช่นกัน 5. คลำได้ก้อนในช่องท้อง ก้อนที่ผู้ป่วยคลำได้ อาจเป็นก้อนมะเร็งของลำไส้ใหญ่เองหรือ ก้อนมะเร็งที่กระจายไปยังอวัยวะอื่นในช่องท้อง อาการทั้งหมดดังกล่าวมานี้มิได้จำเพาะสำหรับมะเร็ง ลำไส้ใหญ่หรือทวารหนักเท่านั้น 	<p>- ผู้ป่วยให้ประวัติว่า 9 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ปวดท้อง ถ่ายเหลว มารักษาที่โรงพยาบาลเลือดสีน้ำตาลรับประทาน อาการทุเลาลง</p> <p>- 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล คลำได้ก้อนที่ท้องน้อย ถ่ายเหลวเป็นเลือดสดทานอาหารได้น้อยลง น้ำหนักลดมากกว่า 10 กิโลกรัมใน 2 เดือน</p> <p>- ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระไม่เป็นเวลา มีปัญหาท้องผูกเรื้อรัง ขับถ่ายยาก เป็นระยะเวลา 3-4 ปี</p>

พยาธิสภาพจากทฤษฎีเปรียบเทียบกับกรณีศึกษา

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>การวินิจฉัยโรค</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การซักประวัติการตรวจร่างกายทุกระบบ 2. การตรวจทางทวารหนัก ด้วยนิ้วมือ (Per Rectum = PR) คือ การที่แพทย์สวมถุงมือแล้วใช้นิ้วชี้ทำสารหล่อลื่น แล้วสอดนิ้วชี้เข้าทางทวารหนักเพื่อตรวจหาสิ่งผิดปกติภายในลำไส้ การตรวจ PR ตรวจได้ถึงไส้ตรงเท่านั้น ไม่พอเพียงสำหรับลำไส้ใหญ่ จึงต้องมีการตรวจอย่างอื่นเพิ่มเติม 3. การตรวจหาเม็ดเลือดแดงในอุจจาระ (Fecal Occult Blood Test = FOBT) 4. การส่องกล้องเข้าไปทางทวารหนัก (Sigmoidoscopy) เป็นการใช้ท่อเล็กสอดเข้าไปในทวารหนัก เพื่อตรวจดูความผิดปกติของลำไส้ตรง (Rectum) และลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์ (Sigmoid colon) เนื่องจากท่อที่ใช้ยาว 2 ฟุตเท่านั้น ถ้ามะเร็งอยู่ลึกเกินกว่านั้นจะไม่สามารถตรวจพบมะเร็งได้ 5. การส่องกล้องเข้าทางทวารหนัก โดยใช้กล้องชนิดพิเศษ (Colonoscopy) 6. การสวนแป้งเข้าในลำไส้ใหญ่ (Barium enema) วิธีนี้มีความไวในการตรวจมะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นกระบวนการตรวจทางรังสีวินิจฉัย โดยผู้ป่วยจะได้รับการสวนสารที่มีส่วนประกอบของแบเรียมเข้าไปทางทวารหนักแล้วถ่ายภาพเอกซเรย์จะเห็นภาพชัดเจน สารเหล่านี้จะเข้าไปเคลือบผนังด้านในของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เพื่อดูความผิดปกติของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่ง Barium enema ช่วยในการวินิจฉัยโรคได้ในระดับหนึ่ง 7. การตรวจสารบ่งชี้มะเร็ง (Tumor marker) 	<p>- ผู้ป่วยได้รับการทำ Colonoscopy วันที่ 26 ต.ค. 66 ผล CA Rectum</p> <p>- ผล CT Whole Abdomen วันที่ 6 พ.ย. 66</p> <p>- Advance stage of rectosigmoid colon cancer, please correlate with clinical</p> <p>แปลผล: มีการลุกลามของมะเร็งลำไส้ใหญ่ ส่วนต้นสัมพันธ์กับอาการทางคลินิก</p> <p>- Thrombosis of left common iliac vein and internal iliac vein as well as common femoral vein</p> <p>แปลผล: มีการอุดตันของหลอดเลือดดำของอุ้งเชิงกรานส่วนซ้าย อุ้งเชิงกรานส่วนใน รวมถึงหลอดเลือดดำต้นขาส่วนกลาง</p>

พยาธิสภาพจากทฤษฎีเปรียบเทียบกับกรณีศึกษา

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>การรักษา</p> <p>แนวทางการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ประกอบด้วย การรักษา 3 แนวทาง ได้แก่ การผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด และการฉายรังสี</p> <p>การผ่าตัด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การผ่าตัดผ่านทางกล้อง (Laparoscopic surgery) 2. การผ่าตัดเฉพาะที่ (Local excision) สามารถผ่าตัดได้ใน มะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะแรก ๆ ทำได้โดยไม่ต้องผ่าตัดเปิดช่องท้อง 3. การตัดต่อลำไส้ (Resection) ในกรณีที่ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ โดยศัลยแพทย์อาจต้องทำการตัดเอาก้อนมะเร็งและลำไส้ส่วนที่ไม่เป็นมะเร็งรอบ ๆ บางส่วนออก รวมทั้งต่อมน้ำเหลือง หลังจากนั้นจึงทำการต่อลำไส้ส่วนที่ดีที่เหลืออยู่เข้าด้วยกัน 	<p>ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด การผ่าตัดครั้งที่ 1 Open AR with small bowel resection with Appendectomy with partial cystectomy วันที่ 22 พฤศจิกายน 2566</p> <p>การผ่าตัดครั้งที่ 2 Re-Explore Laparotomy with Abdominal toilet with ileostomy วันที่ 27 พฤศจิกายน 2566</p>

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน
การเยี่ยมผู้ป่วยในขณะที่อยู่ในความดูแล

เริ่มศึกษาผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ 21 พฤศจิกายน 2566 ถึงวันที่ 22 ธันวาคม 2566
การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 1 วันที่ 21 พฤศจิกายน 2565 เวลา 10.00 น.

รับใหม่จาก OPD เวลา 9.57 น. มาโดยเปลนอน มีประวัติ Recto-sigmoid Colon Cancer จากการทำ Colonoscope วันนี้แพทย์นัดมานอนโรงพยาบาลเพื่อทำผ่าตัด

แรกรับรู้รู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง สีหน้าวิตกกังวล และเจ็บปวด นอนพักอยู่บนเตียง ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 136/87 มิลลิเมตรปรอท สร้างสัมพันธ์ภาพ แนะนำสถานที่ การปฏิบัติตัวขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ได้รับการเตรียมในการผ่าตัดวันพรุ่งนี้ โดยทำการส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, LFT, PT, PTT, INR, Anti HIV จอเลือด PRC 2 Unit และ FFP 2 Unit ทำ EKG 12 lead, Chest X-Ray จอ ICU หลังผ่าตัด

เตรียมผู้ป่วยทำผ่าตัด Open AR with small bowel resection with Appendectomy with partial cystectomy วันที่ 22 พฤศจิกายน 2566 ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด พูดคุยเพื่อเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัยต่างๆ แนะนำและอธิบายเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ลักษณะแผลผ่าตัดและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จะมีติดตัวหลังผ่าตัด เตรียมความพร้อมด้านร่างกาย แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยทำความสะอาดร่างกาย อาบน้ำ สระผม เตรียมผิวหนังบริเวณที่จะทำผ่าตัด งดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NaCl 1,000 ml อัตราไหล 100 ml/hr อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 139/65 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่ 22 พฤศจิกายน 2566

ส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด เวลา 8.30 น. ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 119/75 มิลลิเมตรปรอท

กลับจากห้องผ่าตัด 12.00 น. หลังผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี On ETT with Ventilator หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี อ่อนเพลีย หน้าซีด ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 66 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 136/86 มิลลิเมตรปรอท แผลผ่าตัดมีเลือดซึมเล็กน้อย On Jackson drain 1 สาย content สีแดงจาง ออกประมาณ 50 มิลลิลิตร มีสาย Foley's catheter ปัสสาวะสีเหลืองใส ออกมากกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการพักผ่อน โดยจัดให้นอนหงายราบ 48 ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา งดน้ำงดอาหารไว้ ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัด ระดับความปวดเท่ากับ 8 ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา แนะนำเทคนิคการผ่อนคลายเพื่อบรรเทาอาการปวด ช่วยเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยออกจากความรู้สึกเจ็บปวด ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล เบามือ อธิบายความจำเป็นที่ผู้ป่วยอาจถูกรบกวนเวลานอน เนื่องจากต้องเฝ้าระวังสังเกตอาการและบันทึกสัญญาณชีพเป็นระยะสม่ำเสมอ ผล Hct จาก CBC = 24.2% ดูแลให้ PRC 2 unit drip unit ละ 2 hr Intake 2,720 มิลลิลิตร Output 1,200 มิลลิลิตร

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 23 พฤศจิกายน 2566

หลังผ่าตัดวันที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย หายใจได้ดี Off tube และ On Mask with bag 10 LPM ปวดแผลผ่าตัดมาก ระดับความปวดเท่ากับ 8 รับประทานบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 114/67 มิลลิเมตรปรอท O₂ sat > 97% งดอาหารและน้ำทางปาก ดูแลให้ NSS 1,000 ml iv 140 ml/hr On Jackson drain 1 สาย content สีแดงจางประมาณ 100 มิลลิลิตร Record urine Output ทุก 1 hr keep ≥ 30 ml/hr ปัสสาวะออกดี สีเหลืองใส ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ไม่ค่อยขยับตัว ฝึกการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยยังปฏิบัติตามได้น้อยเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด ผล Hct จาก CBC = 24.7% ดูแลให้ PRC 2 unit drip unit ละ 2 hr Hold IV ขณะให้ PRC Try wean O₂ mask with bag On O₂ cannula 3 LPM keep O₂ sat ≥ 94% พุ่งนี้ส่ง Chest x-ray, CBC, BUN, Cr, Electrolyte Intake 3,560 มิลลิลิตร Output 2,270 มิลลิลิตร

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่ 24 พฤศจิกายน 2566

หลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี On O₂ cannula 3 LPM หายใจไม่เหนื่อย สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 133/73 มิลลิเมตรปรอท O₂ sat > 98% ยังปวดแผลผ่าตัด รับประทานแก้ปวดตามแผนการรักษา แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม On Jackson drain 1 สาย content สีแดงจาง ประมาณ 50 มิลลิลิตร แพทย์ให้ฉีดยาปฏิชีวนะและยาแก้ปวดต่อ เริ่มให้จิบน้ำได้ ON 5% D/N/2 1,000 ml iv rate 140 ml/hr ผล Hct จาก CBC = 24.7% ดูแลให้ PRC 1 unit drip in 2 hr Intake 3,480 มิลลิลิตร Output 2,040 มิลลิลิตร

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 5 วันที่ 25 พฤศจิกายน 2566

หลังผ่าตัดวันที่ 3 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี On O₂ cannula 3 LPM หายใจไม่เหนื่อย อุณหภูมิ 37.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 124/74 มิลลิเมตรปรอท O₂ sat > 97% แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มี discharge ซึม On Jackson drain 1 สาย content สีแดงจาง ประมาณ 30 มิลลิลิตร ผู้ป่วยยังขยับตัวได้น้อย ช่วยพลิกตะแคงตัวให้ ผู้ป่วยยังปวดแผลผ่าตัด ระดับความปวดเท่ากับ 6 รับประทานบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ Record urine Output ทุก 1 hr keep ≥ 30 ml/hr ปัสสาวะออกสีเหลืองใส ไม่ถ่ายอุจจาระ Intake 3,360 มิลลิลิตร Output 1,950 มิลลิลิตร

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 6 วันที่ 26 พฤศจิกายน 2566

หลังผ่าตัดวันที่ 4 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี On O₂ cannula 3 LPM หายใจไม่เหนื่อย สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 132/82 มิลลิเมตรปรอท O₂ sat > 97% แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มี discharge ซึม ผู้ป่วยไม่ถ่ายอุจจาระ ไม่ผายลม ท้องอืดแน่นท้อง ปวดท้อง On Jackson drain 1 สาย content ออกสีเหลืองคล้ำอุจจาระ 50 มิลลิลิตร R/O Anastomosis leakage ผู้ป่วยยังขยับตัวได้น้อย ช่วยพลิกตะแคงตัวให้ ผู้ป่วยยังปวดแผลผ่าตัด ระดับความปวดเท่ากับ 6 รับประทานบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ Off iv fluid เดิม เปลี่ยนเป็น B- fluid iv drip 120 ml./hr Record urine Output ทุก 1 hr keep

≥ 30 ml/hr ปัสสาวะออกสีเหลืองใส Lab for CBC, BUN, Cr, Electrolyte Intake 2,880 มิลลิลิตร Output 1,420 มิลลิลิตร

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 7 วันที่ 27 พฤศจิกายน 2566

หลังผ่าตัดวันที่ 5 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี On O₂ cannula 3 LPM หายใจไม่เหนื่อย สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/72 มิลลิเมตรปรอท O₂ sat > 98% แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มี discharge ซีม Jackson drain มี content คล้ายอุจจาระ 30 มิลลิลิตรผู้ป่วยยังขยับตัวได้น้อย ช่วยพลิกตะแคงตัวให้ ผู้ป่วยยังปวดแผลผ่าตัด ระดับความปวดเท่ากับ 6 รับประทานบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ มีอาการท้องอืด แน่นท้องมากขึ้น ไม่ผายลม ไม่ถ่ายอุจจาระ

8.30 น. เตรียมทำผ่าตัด Re explor with colostomy วันนี้ ส่งlab for CBC, BUN, Cr, Electrolyte, PT, PTT, INR

12.00 น. รับผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี On Cannula 5 LPM หายใจดีไม่มีเหนื่อย แผลผ่าตัดไม่มี bleeding ซีม Colostomy ไม่มีอุจจาระออก stoma สีแดงตึงต๋น น้ำ งดอาหารไว้ On Acetar 1,000 ml iv 120 ml/hr สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 132/78 มิลลิเมตรปรอท O₂ sat > 98% ผล Hct จาก CBC = 27.5% ดูแลให้ PRC 1 unit drip in 3 hr และ FFP 2 unit iv drip 100 ml/hr Record urine Output ทุก 2 hr keep ≥ 80 ml/hr

Intake 3,830 มิลลิลิตร Output 2,120 มิลลิลิตร

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 8 วันที่ 28 พฤศจิกายน 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี On O₂ cannula 5 LPM หายใจไม่เหนื่อย อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/74 มิลลิเมตรปรอท O₂ sat > 98% แผลผ่าตัด ไม่มี discharge ซีม ไม่มีบวมแดงรอบๆแผล Colostomy at stoma แดงดี มีอุจจาระสี คล้ำปนแดงออกมาเล็กน้อยเป็นน้ำ ผู้ป่วยยังขยับตัวได้น้อย ปวดแผลผ่าตัด ระดับความปวดเท่ากับ 8 รับประทานบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ On Acetar 1,000 ml iv 120 ml/hr Record urine Output ทุก 2 hr keep ≥ 80 ml/hr Intake 3,830 มิลลิลิตร Output 2,120 มิลลิลิตร

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 9 วันที่ 29 พฤศจิกายน 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Off O₂ cannula หายใจไม่เหนื่อย อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 132/79 มิลลิเมตรปรอท O₂ sat > 98% แผลผ่าตัด ไม่มี discharge ซีม ไม่มีบวมแดง Colostomy เริ่มมีน้ำอุจจาระออก สีแดงปนน้ำตาล stoma แดงดี ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ยังปวดแผลผ่าตัด ระดับความปวดเท่ากับ 6 รับประทานบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ On Acetar 1,000 ml iv 120 ml/hr เริ่มให้จิบน้ำได้ ท้องไม่อืด Record urine Output ทุก 2 hr keep ≥ 80 ml/hr Intake 2,920 มิลลิลิตร Output 1,620 มิลลิลิตร

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 10 วันที่ 30 พฤศจิกายน 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Off O₂ cannula หายใจไม่เหนื่อย อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 132/79 มิลลิเมตรปรอท O₂ sat > 98% แผลผ่าตัด ไม่มี discharge ซีม Colostomy เริ่มมีน้ำอุจจาระออก สีแดงปนน้ำตาล stoma แดงดี ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ยังปวดแผลผ่าตัด ระดับความปวดเท่ากับ 6 ได้รับยาบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ On Acetar 1,000 ml iv 60 ml/hr Volulyte iv 100 ml/hr หมด Off Then เพิ่ม Acetar iv 120 ml/hr เริ่มให้จิบน้ำได้ ท้องไม่อืด ให้น้ำหวาน 200 ml ต่อมื้อ 3 เวลา เช้า กลางวัน เย็น และเพิ่มนมทางการแพทย์ มื้อเที่ยง ผล Hct จาก CBC = 24.5% ดูแลให้ PRC 1 unit drip in 4 hr Record urine Output ทุก 2 hr keep ≥ 80 ml/hr Intake 3,970 มิลลิลิตร Output 2,120 มิลลิลิตร

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 11 วันที่ 1 ธันวาคม 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจไม่เหนื่อย อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 131/82 มิลลิเมตรปรอท O₂ sat > 99% แผลผ่าตัดไม่มี discharge ซีม dressing แผล เข้า-เย็น Colostomy มีอุจจาระออกเป็นเนื้อปนน้ำ สีเหลืองน้ำตาล stoma แดงดี ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ปวดแผลลดลง ระดับความปวดเท่ากับ 5 ได้รับยาบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ On Acetar 1,000 ml iv 100 ml/hr เริ่มให้อาหารอ่อน รับประทาน ท้องไม่อืด ถ่ายอุจจาระทาง Colostomy Intake 2,650 มิลลิลิตร Output 1,430 มิลลิลิตร

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 12 วันที่ 4 ธันวาคม 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจไม่เหนื่อย อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 129/74 มิลลิเมตรปรอท O₂ sat > 98% แผลผ่าตัดไม่มี discharge ซีม dressing แผล เข้า-เย็น Colostomy มีอุจจาระออกเป็นเนื้อปนน้ำสีเหลือง stoma แดงดี ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ปวดแผลลดลง ระดับความปวดเท่ากับ 4 ได้รับยาบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ On NSS 1,000 ml iv 60 ml/hr ทานโจ๊กได้ ท้องไม่อืด ถ่ายอุจจาระทาง Colostomy Intake 1,870 มิลลิลิตร Output 1,280 มิลลิลิตร

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 13 วันที่ 5 ธันวาคม 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจไม่เหนื่อย อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 133/81 มิลลิเมตรปรอท O₂ sat > 99% แผลผ่าตัดไม่มี discharge ซีม dressing แผล เข้า-เย็น Colostomy มีอุจจาระออกเป็นเนื้อมากขึ้น สีเหลือง stoma แดงดี ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ปวดแผลลดลง ระดับความปวดเท่ากับ 4 ได้รับยาบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ On Acetar 1,000 ml iv 80 ml/hr และ SMOF iv 60 ml/hr ทานโจ๊กได้ ท้องไม่อืด ถ่ายอุจจาระทาง Colostomy Intake 3,660 มิลลิลิตร Output 2,180 มิลลิลิตร

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 14 วันที่ 6 ธันวาคม 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจไม่เหนื่อย อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 136/79 มิลลิเมตรปรอท O₂ sat > 99% แผลผ่าตัดไม่มี discharge ซีม dressing แผล เข้า-เย็น Colostomy มีอุจจาระออกเป็นเนื้อสีเหลือง stoma แดงดี ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ปวดแผลลดลง ระดับความปวดเท่ากับ 3 ไม่ได้รับยาบรรเทาอาการปวด On Acetar

1,000 ml iv 80 ml/hr และ SMOF iv 60 ml/hr ทานอาหารอ่อนได้ ท้องไม่อืด ถ่ายอุจจาระทาง Colostomy Intake 3,690 มิลลิลิตร Output 2,240 มิลลิลิตร

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 15 วันที่ 8 ธันวาคม 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจไม่เหนื่อย อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/75 มิลลิเมตรปรอท $O_2\text{ sat} > 99\%$ แผลผ่าตัดไม่มี discharge ซึม dressing แผลเข้า-เย็บ Colostomy มีอุจจาระออกเป็นเนื้อสีเหลือง stoma แดงดี ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ปวดแผลลดลง ระดับความปวดเท่ากับ 3 ไม่ได้รับยาบรรเทาอาการปวด On 0.9% NaCl 1,000 ml iv rate 80 ml/hr Off Meropenem เปลี่ยนเป็น Augmentin 1.2 gm iv ทุก 8 hr ทานอาหารอ่อนได้ ท้องไม่อืด ถ่ายอุจจาระทาง Colostomy Intake 2,320 มิลลิลิตร Output 1,220 มิลลิลิตร

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 16 วันที่ 9 ธันวาคม 2566

ผู้ป่วยหายใจไม่เหนื่อย อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 132/80 มิลลิเมตรปรอท $O_2\text{ sat} > 98\%$ แผลผ่าตัดไม่มี discharge ซึม dressing แผล เข้า-เย็บ Colostomy มีอุจจาระออกเป็นเนื้อ สีเหลือง stoma แดงดี ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ปวดแผลลดลง ระดับความปวดเท่ากับ 3 ไม่ได้รับยาบรรเทาอาการปวด On NSS 1,000 ml iv rate 80 ml/hr และ B-fluid 1,000 ml iv 80 ml/hr ทานอาหารอ่อนได้ ท้องไม่อืด ถ่ายอุจจาระทาง Colostomy Intake 3,940 มิลลิลิตร Output 2,300 มิลลิลิตร

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 17 วันที่ 10 ธันวาคม 2566

ผู้ป่วยหายใจไม่เหนื่อย อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 132/80 มิลลิเมตรปรอท $O_2\text{ sat} > 98\%$ แผลผ่าตัดไม่มี discharge ซึม dressing แผล เข้า-เย็บ Colostomy มีอุจจาระออกเป็นเนื้อ สีเหลือง stoma แดงดี ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ปวดแผลลดลง ระดับความปวดเท่ากับ 3 ไม่ได้รับยาบรรเทาอาการปวด On NSS 1,000 ml iv rate 80 ml/hr และ B-fluid 1,000 ml iv 80 ml/hr เปลี่ยน Foley's cath ทานอาหารอ่อนได้ ท้องไม่อืด ถ่ายอุจจาระทาง Colostomy Intake 4,080 มิลลิลิตร Output 2,180 มิลลิลิตร

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 18 วันที่ 12 ธันวาคม 2566

ผู้ป่วยหายใจไม่เหนื่อย อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 124/79 มิลลิเมตรปรอท $O_2\text{ sat} > 98\%$ แผลผ่าตัดไม่มี discharge ซึม Off staple แผลหน้าท้อง แผลติดดี dressing แผล เข้า-เย็บ Colostomy มีอุจจาระออกเป็นเนื้อสี เหลือง stoma แดงดี ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ปวดแผลลดลง ระดับความปวดเท่ากับ 3 ไม่ได้รับยาบรรเทาอาการปวด On NSS 1,000 ml iv rate 80 ml/hr และ 5% D/N/2 1,000 ml iv 100 ml/hr ทานอาหารอ่อนได้ ท้องไม่อืด ถ่ายอุจจาระทาง Colostomy Intake 4,450 มิลลิลิตร Output 2,240 มิลลิลิตร

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 19 วันที่ 13 ธันวาคม 2566

ผู้ป่วยหายใจไม่เหนื่อย อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/ นาที ความดันโลหิต 131/79 มิลลิเมตรปรอท $O_2\text{ sat} > 98\%$ แผลผ่าตัดไม่มี discharge ซึม Colostomy มีอุจจาระออกเป็นเนื้อเหลวๆ สีเหลือง stoma แดงดี ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น

ปวดแผลลดลง ระดับความปวดเท่ากับ 3 ไม่ได้รับยาบรรเทาอาการปวด On NSS 1,000 ml iv rate 80 ml/hr และ 5% D/N/2 1,000 ml iv 100 ml/hr เริ่มให้ทานอาหารธรรมดาได้ ท้องไม่อืด ถ่ายอุจจาระทาง Colostomy Intake 4,400 มิลลิลิตร Output 2,140 มิลลิลิตร

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 20 วันที่ 15 ธันวาคม 2566

ผู้ป่วยหายใจไม่เหนื่อย อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 127/81 มิลลิเมตรปรอท O₂ sat > 98% แผลผ่าตัดแห้งดี Colostomy มีอุจจาระออกเป็นเนื้อ สีเหลือง stoma แดงดี สอนผู้ป่วยเรื่องการดูแล Colostomy การล้างถุงและการเปลี่ยนถุง Colostomy หลังการขับถ่ายอุจจาระ ผู้ป่วยสามารถเทอุจจาระออกจากถุงเองได้ ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองดี ปวดแผลลดลง ระดับความปวดเท่ากับ 3 ไม่ได้รับยาบรรเทาอาการปวด On NSS 1,000 ml iv rate 60 ml/hr ทานอาหารได้ ท้องไม่อืด ถ่ายอุจจาระทาง Colostomy Intake 1,840 มิลลิลิตร Output 1,230 มิลลิลิตร

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 21 วันที่ 20 ธันวาคม 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ลูกนั่ง เดินได้รอบๆเตียง แผลแห้งดี ไม่ปวดแผล Colostomy มีอุจจาระออกเป็นเนื้อ สีเหลือง stoma แดงดี ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดูแล Colostomy การเปลี่ยนแป้น Colostomy สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ไม่มีอุจจาระออกทาง Colostomy ปวดท้องมากขึ้น แผลบวมแดง มีหนอง และสามารถดูแลตัวเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/85 มิลลิเมตรปรอท แพทย์เตรียมจำหน่ายผู้ป่วย

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 22 วันที่ 22 ธันวาคม 2566

แพทย์จำหน่ายผู้ป่วย แนะนำให้ญาติคอยดูแลใกล้ชิดเพื่อคอยช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ แผลแห้งดี ไม่ปวดแผล Colostomy มีอุจจาระออกเป็นเนื้อ สีเหลือง stoma แดงดี ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ให้คู่มือการดูแลทวารเทียม ให้ญาติกลับไปดูที่บ้านเพิ่มเติม และสามารถดูแลตัวเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/81 มิลลิเมตรปรอท นัดติดตามเยี่ยมอาการ วันที่ 9 มกราคม 2567 Onco นัด 2 มกราคม 2567 พร้อม CBC, BUN, Cr, LFT, HBsAg, CEA, CxR

ยาที่ผู้ป่วยได้รับ

- Colostomy bag
- Stomahesive paste

สรุปปัญหาที่พบจากกรณีศึกษา

จากการศึกษาและการประเมินสภาวะผู้ป่วย สรุปเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเรียงลำดับในการให้การพยาบาลผู้ป่วย ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 (ระบบสนับสนุนและให้ความรู้) ผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมเมื่อทราบว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่าไม่เคยคิดว่าตนเองจะเป็นโรคร้ายแรงนี้

S: ผู้ป่วยบอกว่า เมื่อแพทย์แจ้งให้ทราบว่าตนเป็นโรคมะเร็ง ทำให้นอนไม่ค่อยหลับและไม่อยากรับประทานอาหาร

O: ระหว่างที่พยาบาลพูดคุยซักถามประวัติความเจ็บป่วย ผู้ป่วยถอนหายใจประมาณ 2-3 ครั้ง มีสีหน้าเศร้าลง

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยสามารถปรับตัวยอมรับและเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยของตนเองได้อย่างเหมาะสมและร่วมมือในการรักษา

เกณฑ์การประเมินผล

1. สามารถพูดถึงโรคที่เป็นอยู่ได้โดยไม่แสดงอาการซึมเศร้า
2. สีหน้าท่าทางผ่อนคลายอาการซึมเศร้าลดลงและสามารถแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม
3. รับประทานอาหารและนอนหลับพักผ่อนได้
4. สามารถพูดคุยกับผู้ป่วยข้างเตียงซึ่งเป็นโรคเดียวกันได้ไม่เจ็บแค้นหรือซึมเศร้า
5. บอกว่าปรับตัวได้และยอมรับกับโรคที่เป็นพร้อมทั้งให้ความร่วมมือในการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประสานกับทีมแพทย์ผู้รักษาเพื่อให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเรื่องโรคและแผนการรักษาโดยคำนึงถึงระยะเวลาที่เหมาะสมในการบอกความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ รายละเอียดที่จะบอกยึดหลักในการพูดความจริงที่เกิดประโยชน์เท่านั้น เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับกับความเป็นจริง พร้อมกับประเมินเรื่องการปรับตัวการยอมรับและการเผชิญกับความเจ็บป่วยจากพฤติกรรมของผู้ป่วย

2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและซักถามสิ่งที่วิตกกังวล อธิบายให้ข้อมูลในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ ให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจเรื่องโรคและแนวทางการรักษาของตนเองอย่างถูกต้อง โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องการรักษาและการรับผิดชอบตนเองเท่าที่จะทำได้เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับและสามารถเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยของตนเองได้อย่างเหมาะสม

3. ในระยะแรกผู้ป่วยและครอบครัวจะถามคำถามเดิมซ้ำ ๆ พยาบาลแสดงออกถึงความเข้าใจผู้ป่วยเต็มใจ ในการตอบข้อซักถาม ไม่แสดงความรำคาญ ยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วย โดยเฉพาะการปฏิเสธความจริงของผู้ป่วยการมีอารมณ์ที่กังวลอาการซึมเศร้า ให้การยอมรับและตอบสนองต่อความพยายามในการปรับตัวของผู้ป่วยในระยะต่าง ๆ

4. ดูแลให้การประคับประคองทางอารมณ์แก่ผู้ป่วย เพื่อลดความกังวลความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยให้เวลารับฟังด้วยความจริงใจให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือและให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยสงสัยในเรื่องของโรคและการรักษา

5. จัดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Self help group) และแนะนำให้ผู้ป่วยพูดคุยซักถามแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ป่วยโรคเดียวกันข้างเตียง และจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งที่ทำให้เกิดกำลังใจหรือรู้สึกผ่อนคลาย

6. แนะนำให้ญาติมาเยี่ยมและให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและหลีกเลี่ยงการพูดคุยในสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกังวลเบี่ยงเบนความสนใจหากิจกรรมให้ผู้ป่วยทำ

การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถให้ประวัติการเจ็บป่วยของตนเองกับพยาบาลได้อย่างละเอียดและต่อเนื่อง โดยมีสีหน้าท่าทางผ่อนคลาย และไม่แสดงอาการซึมเศร้า มีการพูดคุยกับผู้ป่วยข้างเตียงที่เป็นโรคเดียวกันเป็นระยะ ในช่วงท้ายของการพูดคุยผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใสขึ้น โดยมีความหวังว่า การผ่าตัดในครั้งนี้ จะทำให้ตนเองหายจากโรคได้ และสามารถบอกแผนการรักษาพยาบาลของตนเองที่จะได้รับได้อย่างถูกต้อง รับประทานอาหารและนอนหลับได้มากขึ้น ครอบครัวมาเยี่ยมและให้กำลังใจผู้ป่วยทุกวัน

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไป

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 (ระบบสนับสนุนและให้ความรู้) ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- S: ผู้ป่วยถามพยาบาลว่า “ต้องทำอะไรบ้างก่อนผ่าตัดพุงนี้”
- O: ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวลและบอกว่า “รู้สึกกังวลเพราะไม่เคยผ่าตัดมาก่อน”
- O: ผู้ป่วยไม่สามารถตอบคำถามความรู้ในการปฏิบัติตัวจากการสอบถามของพยาบาลได้

เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกว่าคลายความวิตกกังวลลง มีสีหน้าแจ่มใสขึ้น
2. พักผ่อนนอนหลับได้ปกติ โดยไม่ต้องใช้ยานอนหลับ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ของผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพที่ดี เปิดโอกาสให้ซักถามข้อข้องใจและระบายความรู้สึก เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และบอกถึงปัญหาความต้องการการช่วยเหลือต่าง ๆ
2. ให้ข้อมูลก่อนการผ่าตัดทวารเทียมเพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบคลายความกังวล โดยบูรณาการกระบวนการ ERAS program มีรายละเอียด ดังนี้
 - 2.1 อธิบายการควบคุมอาการปวดหลังผ่าตัด การประเมินโดยใช้ Pain rating scale และการจัดการความปวดโดยใช้ยาตามแผนการรักษา
 - 2.2 สอนสาธิตการบริหารการหายใจและการไอ (Deep breathing and cough exercise)
 - 2.3 สอนสาธิตการบริหารขา (Leg exercise) เมื่อเริ่มรู้สึกตัวหลังผ่าตัดให้เริ่มทำ
 - 2.4 สร้างความเข้าใจเพื่อส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัด ควรปฏิบัติให้เร็วที่สุดภายใน 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด พยาบาลจะช่วยกระตุ้นการบริหารขา ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยลุกนั่ง เพื่อส่งเสริมการทำงานของปอด กระตุ้นให้เดินอย่างน้อย 2 ครั้งต่อวัน
 - 2.5 อธิบายการรับประทานอาหารหลังผ่าตัด (Step diet) การเริ่มจิบน้ำ อาหารเหลว อาหารอ่อน และอาหารธรรมดาที่เหมาะสมกับโรคร่วม
3. สอนให้ความรู้อธิบายเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด การดมยาสลบ การงดน้ำงดอาหาร การสวนอุจจาระ การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางปอด เช่น สอนวิธีการหายใจลึก ๆ การไอเอาเสมหะออก การใช้เครื่องบริหารปอด Tri-flow การป้องกันท้องอืดท้องผูก ด้วยการลุกออกจากเตียง โดยเร็ว (Early ambulate) การพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
4. สอบถามความรู้กลับ ในสิ่งที่ให้ความรู้ไปแล้ว และทดลองให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติจนสามารถทำได้ถูกต้องก่อนการผ่าตัด
5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยต่างๆ และตอบคำถามเพื่อคลายความวิตกกังวล

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกว่าคลายความวิตกกังวลลง มีสีหน้าแจ่มใสขึ้น
2. ผู้ป่วยพักผ่อนได้

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไป



กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 (ระบบสนับสนุนและให้ความรู้) ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า ปกติเป็นคนแข็งแรงดี ไม่เคยได้รับการผ่าตัดใหญ่ ชักถามถึงขั้นตอนการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด

เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบ ผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมลำไส้ก่อนผ่าตัด โดยการรับประทานอาหารเหลวใส เช่น น้ำหวาน น้ำซूप เป็นต้น 1 วัน ก่อนเข้ารับการผ่าตัด
2. แนะนำผู้ป่วยเรื่องการทำความสะอาดร่างกายโดยเวลา 18.00 น. ก่อนวันผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับน้ำยา 4 % Chlorhexidine in soap ใช้อาบน้ำแทนสบู่เพื่อลดจำนวนปริมาณเชื้อโรครายนอกก่อนเข้ารับการผ่าตัด
3. อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบ คืนก่อนผ่าตัด ให้งดน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืนของวันผ่าตัด
4. ทบทวนและเน้นย้ำเรื่องการ Breathing exercise ผ่านการดูด Tri-flow โดยอธิบายการดูดอย่างถูกวิธี และกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูด Tri-flow บ่อยๆอย่างน้อยวันละ 100 ครั้ง
5. อธิบายให้ผู้ป่วยให้ทราบเกี่ยวกับการให้คะแนนระดับความปวด เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน ประเมินความรุนแรงของความเจ็บปวด โดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดที่เป็นตัวเลข (Numeric pain intensity scale) 0 ถึง 10 โดย 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย 10 หมายถึง ปวดมากที่สุดและสังเกตสีหน้าของผู้ป่วย
6. แนะนำผู้ป่วยให้ทำความสะอาดเล็บมือ เล็บเท้า เพื่อให้สังเกตความผิดปกติได้สะดวกระหว่างผ่าตัด
7. แนะนำผู้ป่วยเรื่องการถอดฟันปลอม และการฝากของมีค่าก่อนเข้ารับการผ่าตัด
8. อธิบายเกี่ยวกับการได้รับสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอก่อนได้รับการผ่าตัด
9. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติสอบถามข้อสงสัยรวมทั้งอธิบายเพิ่มเติม และให้กำลังใจผู้ป่วย

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ และปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 (ระบบทดแทนทั้งหมด) เผื่อระวังภาวะแทรกซ้อนระยะ 24-48 ชม.แรก หลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- O: ระยะเวลาในการผ่าตัดทั้งหมด 5 ชั่วโมง 30 นาที
- O: ผลผ่าตัด Exploratory laparotomy บริเวณหน้าท้องยาวประมาณ 8-9 นิ้ว
- O: เสียเลือดจากการทำผ่าตัด 2,000 มิลลิลิตร

เป้าหมายการพยาบาล

ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมงแรก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยตื่น รู้ตัวดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้ง/นาที การหายใจ 16-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-130/90 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน > 95%
2. Urine output > 0.5-1 cc/kg/hr.
3. ผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องไม่มีเลือดซึม
4. ไม่มีอาการปวดท้อง ท้องไม่มี guarding

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพตาม Routine post op care ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนปกติ และวัดทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ระดับความรู้สึกตัวผิดปกติ กระสับกระส่าย ชีพจรเบา หายใจหอบถี่ ความดันโลหิตต่ำลง ปลายมือปลายเท้าเย็น
2. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ตรวจสอบ Conscious ของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัด 24 - 48 ชั่วโมง และประเมินการเคลื่อนไหวของแขนขา รีเฟล็กซ์ต่าง ๆ กำลังความตึงตัวของกล้ามเนื้อ รวมทั้งประเมินลักษณะผิวหนัง เช่น ชีต เขียวคล้ำ และความตึงตัวของผิวหนัง เป็นต้น
3. ดูแลให้ได้รับ on O₂ mask with bag 10 LPM และประเมิน O₂ sat ทุก 1 ชั่วโมง
4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา ได้แก่ NSS 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราไหล 140 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
5. ประเมินลักษณะของแผลผ่าตัด เพื่อสังเกตการณ์มีเลือดออก หรือ discharge ซึม จากแผลผ่าตัด
6. สังเกต sign bleeding เช่น ปวดท้องมาก ท้องมี guarding และ observe content ที่ออกจาก Jackson drain if blood content > 200 ml/hr. รายงานแพทย์ให้รับทราบทันที
7. ดูแล Jackson drain ให้เป็นระบบปิด สายไม่หัก พับ งอ ไม่เลื่อนหลุด
8. Record Intake/Output ทุก 8 ชั่วโมง ประเมิน urine output if < 0.5-1 cc/kg/hr. รายงานแพทย์ให้รับทราบ
9. ดูแลให้ผู้ป่วย On Pneumatic pressure ที่ขาทั้ง 2 ข้าง เป็นเวลา 24 ชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะ Deep vein thrombosis สอนการขยับและกระดกปลายเท้า หรือทำ Active exercise สังเกตลักษณะสี อุณหภูมิของปลายเท้า อาการปวด บวม และประเมินชีพจรที่หลังเท้าทั้ง 2 ข้าง

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยตื่น รู้ตัวดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 127/86 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 99%

2. Urine output > 0.5-1 cc/kg/hr. สีเหลืองใส

3. แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องไม่มีเลือดซึม

4. ไม่มีอาการปวดท้อง และท้องไม่มี guarding

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไปในวันที่ 25 พฤศจิกายน 2566

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 (ระบบทดแทนทั้งหมด) : ไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบ่นปวดแผลผ่าตัด pain score มากกว่า 8 คะแนน

O: แสดงสีหน้า หน้ามึนวิงเวียน เวลายุบตัว

O: ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Exploratory laparotomy with abdominoperineal Open AR with small bowel resection with Appendectomy with partial cystectomy วันที่ 22 พฤศจิกายน 2566 มีแผลยาวประมาณ 8-9 นิ้ว บริเวณกึ่งกลางท้อง และแผลผ่าตัดบริเวณก้น นอนนิ่งๆ บนเตียง ไม่อยากขยับตัว

เป้าหมายการพยาบาล

อาการปวดแผลทุเลาลง ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

ปวดแผลลดลง สุขสบายขึ้น ระดับความปวด (Pain score) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน ไม่มีอาการเจ็บปวด เช่น หน้ามึนวิงเวียน สามารถนอนหลับพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล:

1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบสาเหตุของการปวดบริเวณตำแหน่งแผลผ่าตัดบริเวณกึ่งกลางท้อง และแผนการรักษา พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามปัญหาและข้อข้องใจ
2. ประเมินความปวดแผลผ่าตัดเป็นระยะๆ โดยใช้แบบประเมินความปวดแบบตัวเลข (Numeric rating scale) ซึ่งมีคะแนน 0-10 คะแนน รวมทั้งสังเกตความปวดจากสีหน้าและท่าทางของผู้ป่วย
3. ดูแลเปลี่ยนท่านอนให้กับผู้ป่วยในท่า semi-Fowler's เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้อง และทรวงอกคลายตัว ลดการตึงตัวของแผลผ่าตัด สอนแนะนำสาธิตให้ผู้ป่วยประคองแผลผ่าตัดด้วยมือหรือหมอนนิ่มๆ เวลาไอหรือจามและขณะที่ผู้ป่วยพลิก หรือตะแคงตัว เพื่อหลีกเลี่ยงการกระทบกระเทือนแผลผ่าตัด
4. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ดูแลให้ผู้ปวยนอนบนเตียงที่มีผ้าปูเตียงเรียบตึง และสะอาดปราศจากฝุ่นละอองสัมผัสแผลผ่าตัดอย่างนุ่มนวล และเบามือ รวมทั้งระวังสาย หรือท่อระบายต่างๆ ไม่ให้ตึงรั้ง
5. สอน แนะนำ สาธิตเทคนิค หรือวิธีการที่ช่วยให้มีการผ่อนคลาย การหายใจเข้า-ออกลึกๆ การนั่งสมาธิ การฟังเพลง การดูทีวี พุดคุย และสัมผัสอย่างอ่อนโยน ให้การพยาบาลด้วยท่าที่นุ่มนวล
6. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ Morphine 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ เวลาปวดทุก 4 ชั่วโมง และประเมินประสิทธิภาพของยาแก้ปวดที่ได้รับ โดยให้รายงานอาการให้แพทย์ทราบในทันที หากอาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น
7. เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาแก้ปวด ได้แก่ ภาวะหายใจลำบาก หัวใจเต้นเร็วหรือช้ากว่าปกติ เนื่องจากยาออกฤทธิ์กดศูนย์การหายใจ

การประเมินผล

ผู้ป่วยปวดแผลลดลง สุขสบายขึ้น ระดับความปวด (Pain score) เท่ากับ 2 คะแนน ไม่มีอาการเจ็บปวด เช่น หน้ามึนวิงเวียน นอนหลับพักผ่อนได้
ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไป ในวันที่ 15 ธันวาคม 2566

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 (ระบบทดแทนทั้งหมด) เสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะความเข้มข้นของเลือดต่ำจากการเสียเลือดหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

O: ผู้ป่วยเสียเลือดจากการผ่าตัด 2,000 มิลลิลิตร

O: Jackson drain มี content ออกปริมาณมากกว่า 200 มิลลิลิตรต่อวัน

O: ค่าความเข้มข้นเลือดน้อยกว่า 32 %

วันที่ 23 พ.ย. 66 = 31%

วันที่ 24 พ.ย. 66 = 32%

วันที่ 25 พ.ย. 66 = 31%

วันที่ 29 พ.ย. 66 = 28%

O: สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 132/95 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 114 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที ความอิ่มตัวของออกซิเจน 99%

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอันตรายจากภาวะความเข้มข้นของเลือดต่ำ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือ ปลายเท้าเขียว ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน < 95% เป็นต้น

2. แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ปริมาณ content จาก drain ออกน้อยกว่า 200 มิลลิลิตรต่อวัน

3. ค่าความเข้มข้นเลือด (Hematocrit) อยู่ในเกณฑ์ปกติ 40-52%

4. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้ง/นาที การหายใจ 16-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-130/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ระดับความรู้สึกตัวผิดปกติ กระสับกระส่าย ชีพจรเบา หายใจหอบลึก ความดันโลหิตต่ำลง ปลายมือปลายเท้าเย็น

2. สังเกตระดับความรู้สึกตัว สติวิญญูได้จากสีของผิวหนังบริเวณฝ่ามือ ใต้เล็บหรือดูจากสีของเยื่อぶ่านใน ของเปลือกตาล่าง ถ้าซีดหรือตัวเย็น เมื่อพบความผิดปกติต้องรายงานแพทย์ทันที

3. ดูแลให้ ON O₂ mask with bag 10 LPM ตามแผนการรักษา เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

4. ดูแลให้เลือด PRC และ FFP ตามแผนการรักษาเพราะการให้เลือดจะช่วยเพิ่มความเข้มข้นของเลือดซึ่งเป็นตัวนำออกซิเจน ฝัาระวังและติดตามภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด เช่น อาการมีไข้ หนาวสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ผื่นขึ้น เป็นต้น เพื่อให้การพยาบาลได้ทันทั้งที่

5. ลดการใช้ออกซิเจนของผู้ป่วย โดยจัดให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง จำกัดกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยให้น้อยลง จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเต็มที่

6. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนราบไม่หนุนหมอนยกปลายเท้าสูงเล็กน้อย (supine position) เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนของเลือด โดยปราศจากการรบกวนกระบังลมที่หย่อนลงมาขณะหายใจเข้าและ

ช่วยลด reflex ของ aortic และ carotid sinus baroreceptors ซึ่งเป็นผลดีที่ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองมากขึ้น

7. สังเกตลักษณะสี และปริมาณของ content จาก Jackson drain บันทึกจำนวนสารน้ำเข้าออกของร่างกายอย่าง น้อย 1 ครั้งต่อเวร ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิเมตรต่อชั่วโมง ให้รีบรายงานแพทย์

8. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผล CBC, Hct, PT, PTT เพื่อประเมินการสูญเสียเลือด และวางแผนให้การรักษาต่อไป

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด ดังนี้ PRC 4 unit, FFP 6 unit
 2. ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด วันที่ 8 ธันวาคม 2566
 - Hemoglobin = 11.1 g/dl
 - Hematocrit = 33.5 %
 - MCV = 81.5 fl
 3. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 127/86 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน > 95%
- ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไป ในวันที่ 8 ธันวาคม 2566

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 (ระบบทดแทนทั้งหมด) เกิดภาวะรอยต่อลำไส้รั่ว (Anastomosis leakage) หลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

O: Jackson drain มี content ลักษณะสีคล้ายอุจจาระ หลังผ่าตัด Day 4 วันที่ 26 พ.ย. 2566

เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Anastomosis leakage

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่เกิดการติดเชื้อในช่องท้องจากภาวะ Anastomosis leakage
2. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้ง/นาที การหายใจ 16-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-130/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง อาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น ไข้สูง หนาวสั่น ชีพจรเร็ว ความดันโลหิตต่ำ
2. ประเมินลักษณะของ content ใน Jackson drain ทั้งปริมาณ สี เพื่อความผิดปกติทุกเวร ถ้าพบความผิดปกติ เช่น สีของ content เปลี่ยนแปลง ต้องรายงานแพทย์ให้รับทราบทันที
3. Record Intake/Output ทุก 8 ชั่วโมง
4. ดูแลให้สารน้ำ B-fluid 120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ตามแผนการรักษา
5. ประเมินติดตามลักษณะ Fluid จาก Jackson ทุกเวร และ Record Jackson drain ทุก 8 ชั่วโมง
6. ดูแลให้ได้ใส่ NG tube No 16 ตามแผนการรักษา เพื่อประเมินลักษณะ content
7. ดูแลเตรียมผู้ป่วยผ่าตัด Re explore Lap colostomy วันที่ 27 พฤศจิกายน 2566

การประเมินผล

1. ไม่เกิดการติดเชื้อในช่องท้องจากภาวะ Anastomosis leakage
2. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/90 มิลลิเมตรปรอท

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไปในวันที่ 8 ธันวาคม 2566

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 (ระบบทดแทนทั้งหมด) ฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับ stoma หลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

O: ได้รับการผ่าตัด Re-Explore Laparotomy with Abdominal toilet with ileostomy วันที่ 27 พฤศจิกายน 2566

เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับ stoma และผิวหนังโดยรอบ

เกณฑ์การประเมินผล

มี stoma สีแดง ไม่เกิดภาวะขาดเลือดมาเลี้ยง (stoma necrosis) ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้กับ stoma และผิวหนังโดยรอบ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะ stoma ขาดเลือดมาเลี้ยง (stoma necrosis) สังเกตลักษณะและสีของ stoma ถ้า stoma มีสีม่วงคล้ำ หรือสีน้ำตาล รีบรายงานแพทย์
2. ประเมินภาวะเลือดออกจาก stoma หากมีปริมาณมากอาจมี stump หลุด ควรรีบรายงานแพทย์
3. ประเมินความสมบูรณ์ของ stoma และผิวหนังโดยรอบ โดยประเมินในเรื่อง สี ความยืดหยุ่น รูปร่างและขนาด ความยื่นของ stoma จากผิวหนังหน้าท้อง ตำแหน่งของ stoma กับผิวหนัง รวมทั้งรอยเย็บระหว่าง stoma กับผิวหนัง
4. ประเมินและบันทึกลักษณะของสิ่งขับถ่ายที่ออกจาก Ileostomy ทั้งสี กลิ่น และจำนวน ใช้ถุงรองรับสิ่งขับถ่ายแบบแป้นขึ้นเดียว ถุงใส เพื่อสังเกต Stoma และลักษณะของ content เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้
5. ติดตามประเมินผลและบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ
6. ประสานงานกับพยาบาล ET Nurse เพื่อวางแผนดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม

การประเมินผล

มี stoma สีแดง ไม่เกิดภาวะขาดเลือดมาเลี้ยง (stoma necrosis) ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้กับ stoma และผิวหนังโดยรอบ

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไข ติดตาม และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 (ระบบทดแทนทั้งหมด) ฝ้าระวังการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด
ข้อมูลสนับสนุน

O: ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Exploratory laparotomy with abdominoperineal Open AR with small bowel resection with Appendectomy with partial cystectomy วันที่ 22 พฤศจิกายน 2566 มีแผลยาวประมาณ 8-9 นิ้ว บริเวณกึ่งกลางท้อง และแผลผ่าตัดบริเวณก้น นอนนิ่ง ๆ บนเตียง ไม่อยากขยับตัว

เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. แผลมีลักษณะแห้งดี ไม่มีลักษณะการอักเสบ บวมแดง
2. สัญญาณชีพ ชีพจรอยู่ระหว่าง 60-100 ครั้ง/นาที หายใจอยู่ระหว่าง 16-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 90/60- 140/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมิน sign การติดเชื้อ
2. ประเมินลักษณะแผลผ่าตัด สี อาการบวมแดง ร้อน และลักษณะของน้ำเหลืองจากท่อระบายน้ำเหลือง การซึมเปื้อนของแผล รวมทั้งแผลเปื่อยน้ำ หรือผ้าปิดแผลเลื้อนหลุด
3. ดูแล Dressing แผลให้ทุกวัน โดยยึดหลัก Aseptic technique เพื่อป้องกันการแผลติดเชื้อ และป้องกันการเกิดผื่นแพ้พลาสติกปิดแผล
4. แนะนำให้ผู้ป่วยดูแลแผลด้วยตนเอง เช่น ไม่แกะเกาแผล ระวังไม่ให้แผลโดนน้ำ แจ้งพยาบาลทุกครั้งที่แผลเปื่อยน้ำ หรือผ้าปิดแผลหลุด
5. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm iv OD และ Metronidazole 500mg iv q 8 hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์
6. ส่งเสริมการหายของแผล โดยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและ สารอาหารอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา
7. ดูแลทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมรอบเตียงผู้ป่วย เพื่อลดการหมักหมมของเชื้อโรค

8. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (CBC) เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการรักษา

การประเมินผล

1. แผลแห้งดี ไม่อักเสบ บวมแดง
 2. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 127/86 มิลลิเมตรปรอท
- ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไปในวันที่ 8 ธันวาคม 2566

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 (ระบบทดแทนทั้งหมด) ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ข้อมูลสนับสนุน

- วันที่ 6 ธ.ค. 66 มีไข้ อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส
วันที่ 7 พ.ค. 66 มีไข้ อุณหภูมิ 38.5 องศาเซลเซียส
- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่ 6 ธ.ค. 2566
- Bacteria c/s test Urine (Cath.): Colony count $>10^5$ CFU/ml Budding Yeast
- ใส่สายสวนปัสสาวะคา ปัสสาวะมีสีเหลืองขุ่น

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมินผล

- สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 36-37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที การหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท MAP ≥ 65 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ ≥ 95 %
- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

- ซักประวัติค้นหาสาเหตุของการติดเชื้อ เก็บปัสสาวะส่งตรวจเพื่อเพาะหาเชื้อ
- ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการติดเชื้อ
- ทำการสวนปัสสาวะอย่างถูกต้องตามหลักเทคนิคปราศจากเชื้อ
- ดูแลระบบการระบายน้ำปัสสาวะให้เป็นระบบปิดให้มากที่สุด โดยไม่ถอดสายสวนออกจากท่อระบายปัสสาวะที่ไม่จำเป็น
- ดูแลให้ปัสสาวะไหลลงถุงรองรับปัสสาวะได้สะดวก ไม่ให้สายระบายปัสสาวะเกิดการอุดตัน หักพับงอ และให้ถุงรองรับปัสสาวะอยู่ในระดับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะ และในทิศทางตั้งฉากกับพื้น เพื่อป้องกันปัสสาวะ ไหลย้อนกลับ โดยถุงรองรับปัสสาวะไม่วางติดพื้น
- ทำความสะอาดรอบรูเปิดท่อปัสสาวะและบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยสบู่และน้ำสะอาด ซับให้แห้งด้วยผ้าสะอาดอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หรือเมื่อเปื้อนสกปรก
- ตรึงสายสวนปัสสาวะที่หัวเหน่า เพื่อป้องกันสายสวนปัสสาวะเลื่อนเข้าออก
- เปลี่ยนถุงรองรับปัสสาวะโดยพิจารณาตาม ความเหมาะสมเมื่อถุงรั่วหรือสกปรก โดยเขียนวันที่เปลี่ยน ไว้ที่ถุงรองรับปัสสาวะ
- ดูแลให้ยา Meropenem 1 gm ทุก 8 ชั่วโมง และ Augmentin 1.2 gm ทุก 8 ชั่วโมง

การประเมินผล

- สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 127/86 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 100%
 - ไม่ได้มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินซ้ำ
- ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไปในวันที่ 20 ธันวาคม 2566

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11 (ระบบทดแทนทั้งหมด) มีโอกาสเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำ สารอาหาร และ Electrolyte เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการงดน้ำ งดอาหารทั้งก่อนและหลังผ่าตัด โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ข้อมูลสนับสนุน

O: ผลการตรวจ Electrolyte พบภาวะ Hyponatremia และ Hypokalemia

วันที่ 30 พ.ย. 2566: Na = 132 mEq/L K= 3.1 mEq/L

วันที่ 1 ธ.ค. 2566: Na = 134 mEq/L

วันที่ 2 ธ.ค. 2566: Na = 130 mEq/L

วันที่ 3 ธ.ค. 2566: Na = 132 mEq/L

วันที่ 8 ธ.ค. 2566: Na = 131 mEq/L

O: ได้รับการงดน้ำ และอาหารทั้งก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด

O: มี content ออกมาจากสาย Jackson drain มากกว่า 200 มิลลิตรต่อวัน

เป้าหมายการพยาบาล

1. ได้รับสารน้ำและสารอาหารอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย
2. มีความสมดุลของสารน้ำสารอาหารและ Electrolyte

เกณฑ์การประเมินผล

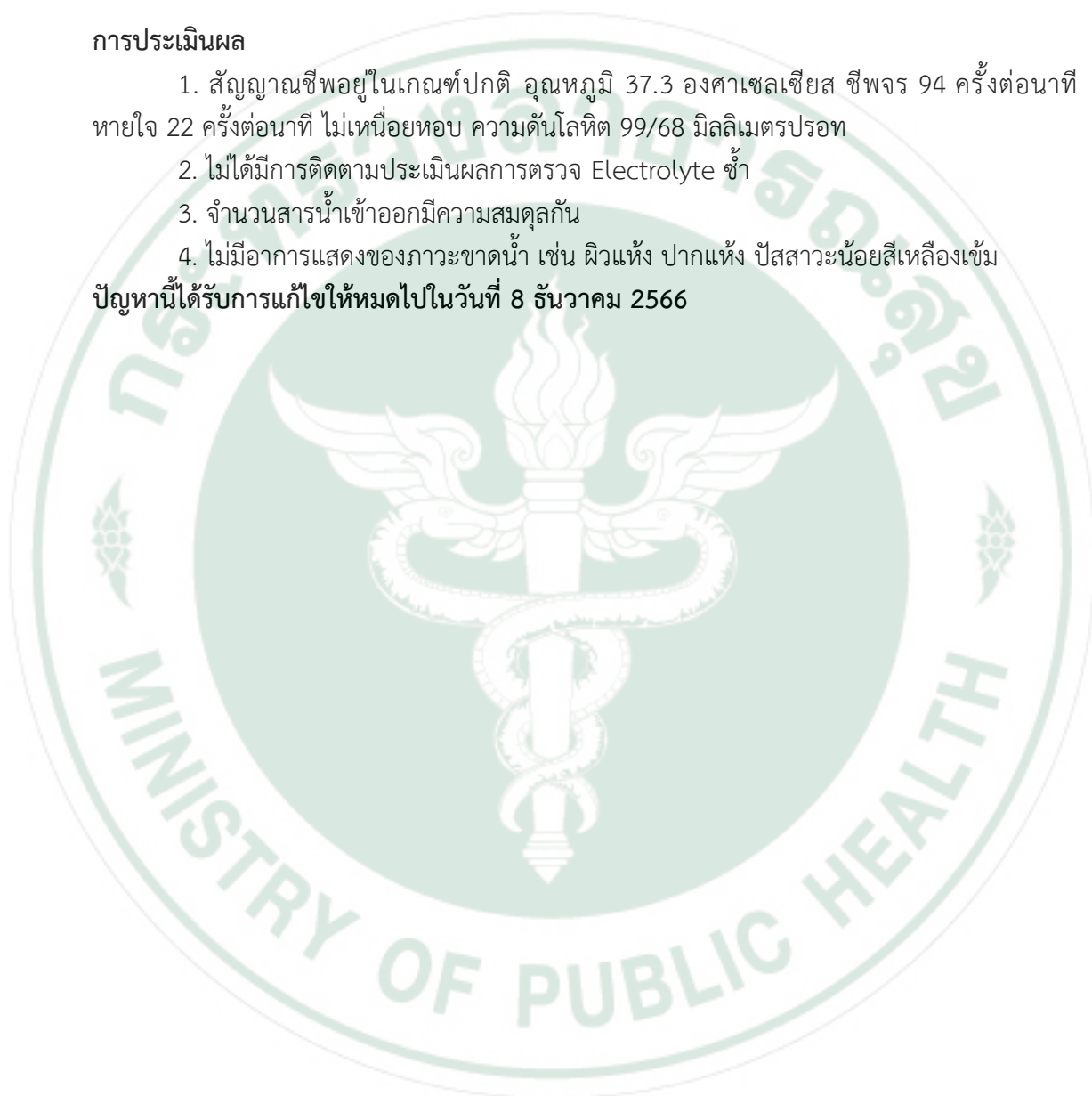
1. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-90 ครั้ง/นาที การหายใจ 18-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-130/90 มิลลิเมตรปรอท
2. ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน
3. ผลการตรวจ Electrolyte อยู่ในเกณฑ์ปกติ Na 135-145 mEq/L K 3.5-5.1 mEq/L
4. จำนวนสารน้ำเข้าออกมีความสมดุลกัน
5. ไม่มีอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ เช่น ผิวแห้ง ปากแห้ง ปัสสาวะน้อยสีเหลืองเข้ม

กิจกรรมการพยาบาล:

1. ตรวจสอบสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง บันทึกและรายงานให้แพทย์ทราบในทันทีเมื่อพบความผิดปกติ
2. สังเกตระดับความรู้สึกตัวและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เช่น กระสับกระส่าย ซึมลง ชักเกร็ง เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลาที่
3. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ เช่น ปากแห้ง กระหายน้ำ ผิวหนังขาดความตึงตัว อ่อนเพลีย ชีพจรเต้นเร็ว
4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและสารอาหารทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา
5. ดูแลเฝ้าระวังอาการแสดงของการเปลี่ยนแปลงระดับ Electrolyte ดังนี้ ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (Hyponatremia) อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน สับสน อ่อนเพลียและมีตะคริวที่ท้อง ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (Hypokalemia) อาจมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ชีพจรเต้นไม่สม่ำเสมอ คลื่นไส้ อาเจียน ซึมลง
6. บันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 1-2 ชั่วโมง ถ้าปัสสาวะน้อยกว่า 0.5-1.0 มิลลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง รายงานแพทย์รับทราบ
7. ติดตามผลการตรวจ Electrolyte ทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินผลการรักษา

การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 ครั้งต่อนาที ไม่เหนื่อยหอบ ความดันโลหิต 99/68 มิลลิเมตรปรอท
 2. ไม่ได้มีการติดตามประเมินผลการตรวจ Electrolyte ซ้ำ
 3. จำนวนสารน้ำเข้าออกมีความสมดุลกัน
 4. ไม่มีอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ เช่น ผิวแห้ง ปากแห้ง ปัสสาวะน้อยสีเหลืองเข้ม
- ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไปในวันที่ 8 ธันวาคม 2566



กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 12 (ระบบทดแทนทั้งหมด) มีโอกาสเกิดอาการท้องอืด เนื่องจากได้รับการผ่าตัดบริเวณช่องท้อง

ข้อมูลสนับสนุน

O: ได้รับการผ่าตัด ครั้งที่ 1 Open AR with small bowel resection with Appendectomy with partial cystectomy วันที่ 22 พฤศจิกายน 2566

O: ผ่าตัดครั้งที่ 2 Re-Explore Laparotomy with Abdominal toilet with ileostomy วันที่ 27 พฤศจิกายน 2566

S: ผู้ป่วยบ่นแน่นอืดท้องมาก ท้องโต แข็ง อืด ตึง เคาะท้องได้ยินเสียงโปร่งทั่วท้อง เสียงการทำงานของลำไส้ (bowel sound) ลดลงน้อยกว่า 6-10 ครั้งต่อนาที

เป้าหมายการพยาบาล: ไม่เกิดภาวะท้องอืด

เกณฑ์การประเมินผล

1. อาการแน่นอืดท้องน้อยลง หน้าท้องยุบลง ท้องนิ่มขึ้น
2. เคาะท้องได้ยินเสียงโปร่งเฉพาะบริเวณกระเพาะอาหาร มีเสียงการทำงานของลำไส้ (bowel sound) ปกติ 6-10 ครั้งต่อนาที
3. สามารถเรอหรือผายลมหรือมีลมออกมาในถุง colostomy

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการท้องอืด ฟังเสียงการทำงานของลำไส้ (bowel sound) อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ของการเคลื่อนไหวร่างกายและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมี early ambulation ให้พลิกตะแคงตัวบ่อย ๆ บนเตียง ลูกนั่ง ลูกเดินเข้าห้องน้ำ หรือเดินเล่นหลังรับประทานอาหาร
2. ดูแลท่อระบายจากทางเดินอาหาร (NG tube) ให้มีการระบายของเหลวและก๊าซได้สะดวก
3. ดูแลให้ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารเป็นลำดับ (step diet) โดยให้เริ่มจิบน้ำก่อน หากไม่มีอาการอืดแน่นท้องให้เริ่มเป็นอาหารเหลว และอาหารอ่อนย่อยง่ายตามลำดับแนะนำให้หลีกเลี่ยงอาหารที่ย่อยยากและทำให้มีก๊าซมาก เช่น อาหารมัน อาหารประเภทถั่ว น้ำอัดลม เป็นต้น
4. ดูแลให้ได้รับยา Losec 40 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา
5. ประเมินการทำงานของระบบทางเดินอาหาร การผายลม เรอ หรือประเมินจากถุง Colostomy โป่งพอง อาการปวดแน่นท้อง อาการคลื่นไส้ อาเจียน และรายงานแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ

การประเมินผล

1. อาการแน่นอืดท้องน้อยลง หน้าท้องยุบลง ท้องนิ่มขึ้น
2. เคาะท้องได้ยินเสียงโปร่ง มีเสียงการทำงานของลำไส้ (bowel sound) 6 ครั้งต่อนาที
3. ผายลมและมีลมออกมาในถุง colostomy

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขแต่ยังคงต้องเฝ้าระวังภาวะนี้ต่อไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 13 (ระบบสนับสนุนและให้ความรู้) มีโอกาสเกิดภาวะการเห็นคุณค่าตนเองลดลง (Low self-esteem) เนื่องจากภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงภายหลังการทำผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (Ileostomy)

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยไม่กล้ามองแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องและไม่ยอมสัมผัสทวารเทียม

เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปและมีทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล:

ผู้ป่วยเข้าใจ ให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง ปรับเปลี่ยนทัศนคติและยอมรับการเปลี่ยนแปลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสิ่งเร้าตรงในระยะหลังผ่าตัดเปิดทวารเทียม โดยพูดคุยซักถาม และสังเกตพฤติกรรมที่ผู้ป่วย แสดงออกเมื่อกล่าวถึง stoma และขณะล้างทำความสะอาดเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย เพื่อนำมาปรับความพร้อมทางด้านอัตมโนทัศน์และปรับตัวด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกัน

2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมให้สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างคนปกติ รวมทั้งให้ข้อมูลย้อนกลับที่ดีสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้ป่วย บอกความก้าวหน้าของการรักษา และเน้นให้เห็นถึง อาการที่ดีขึ้น เช่น มีการหายของแผล การไม่มีภาวะแทรกซ้อนของ stoma หลังผ่าตัด

3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวเพื่อเผชิญกับสิ่งเร้า โดยแนะนำให้ผู้ป่วยรู้จัก stoma ของตัวเองโดยใช้คำอธิบายต่าง ๆ กระตุ้นให้ผู้ป่วยสัมผัสด้วยตา ด้วยมือ อธิบายเหตุผล ขั้นตอนการพยาบาลเกี่ยวกับ Ostomy และสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมขณะให้การพยาบาล ไม่แสดงออกถึงความรังเกียจ และให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ สร้างความมั่นใจในแผนการรักษา และกระตุ้นผู้ป่วยให้ความร่วมมือตลอดการรักษา

4. สังเกตการแสดงออกของญาติต่อความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เนื่องจากการได้รับการช่วยเหลือดูแลจากสมาชิกครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยเหลือมีกำลังใจ ส่งเสริมให้เกิดการปรับตัวโดยเฉพาะการพึ่งพาระหว่างกันดีขึ้น พยาบาลยกย่องชมเชยผู้ดูแลพร้อมทั้งให้กำลังใจเมื่อสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้องเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย

การประเมินผล:

ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง ปรับเปลี่ยนทัศนคติและยอมรับการเปลี่ยนแปลง

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไปในวันที่ 20 ธันวาคม 2566

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 14 (ระบบสนับสนุนและให้ความรู้) มีภาวะซึมเศร้ากับปัญหาความเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่ เนื่องจากสูญเสียภาพลักษณ์ บทบาทเปลี่ยนแปลงต้องพึ่งพาผู้อื่น

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยได้รับการทำผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง
- ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล ไม่อยากพบและพูดคุยกับบุคคลอื่น

เป้าหมายการพยาบาล

สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพ มีพฤติกรรม มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

1. ให้ความร่วมมือในกิจกรรมการดูแลเท่าที่เป็นไปได้
2. มีความพยายามช่วยเหลือตนเองและวางแผนการดำเนินชีวิตที่ต้องเปลี่ยนแปลงภายใต้ข้อจำกัดของร่างกาย

ข้อจำกัดของร่างกาย

3. มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความสนใจรับฟังปัญหา กระตุ้นให้ระบายความรู้สึก เข้าใจและจริงใจ
2. สังเกตและประเมินพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยต่อตนเองและความร่วมมือกับผู้อื่น
3. สังเกตและประเมินสัมพันธภาพของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว การตอบสนองของผู้ป่วยต่อการมาเยี่ยมของครอบครัวและการตอบสนองของครอบครัวต่ออาการลักษณะของผู้ป่วย
4. ช่วยผู้ป่วยค้นหาบุคคลที่ไว้วางใจหรือที่สามารถช่วยในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้
5. ให้ความเวลาและช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นและสาเหตุของความเครียด
6. ให้ความเวลาและคอยดูแล แสดงความเห็นอกเห็นใจ ให้การพยาบาลด้วยความเอาใจใส่ เมื่อผู้ป่วยได้ระบายความโกรธ ความกลัว ความสิ้นหวัง ทำให้ผู้ป่วยสบายใจขึ้นและควรปลอบใจให้ผู้ป่วยมีความหวัง
7. ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้านความสะอาดร่างกาย การฟื้นฟูสภาพจิตใจ
8. ให้ความหวังเกี่ยวกับผลการรักษา และการจัดการกับความพิการที่หลงเหลือ
9. วางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วย บุคคลสำคัญหรือเป็นที่พึ่งของครอบครัวในการช่วยให้ผู้ป่วย ยอมรับและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ ในการปรับตัวต่ออาการลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไป ในการใช้กลไกและวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
10. กระตุ้นและให้กำลังใจผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองและชมเชยเมื่อปฏิบัติได้เอง หรือช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น
11. ให้ผู้ป่วย บุคคลที่สำคัญและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเอง

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น
2. ยอมรับภาพลักษณ์ บทบาทที่เปลี่ยนแปลงและญาติให้ความช่วยเหลือ
3. ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์และสื่อสารต่อผู้อื่นได้ตามปกติ

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไป

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 15 (ระบบสนับสนุนและให้ความรู้) เตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย และจิตใจในการดูแล stoma ด้วยตัวเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยและญาติบอกว่า ยังไม่มีความรู้เรื่องการดูแลทวารเทียมและการติดอุปกรณ์ ทวารเทียม หลังผ่าตัด Explore Lap with Ileostomy

S: เตรียมวางแผนจำหน่าย

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการดูแลทวารเทียม และติดอุปกรณ์ได้ถูกต้องไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และเต็มใจในการดูแลทวารเทียม สามารถติดอุปกรณ์ทวารเทียมได้ ถูกต้องไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและกล้าระบายนวิตกกังวล เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้พูดถึงความรู้สึกนึกคิด และซักถาม พูดคุยให้กำลังใจ
2. ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดแสดงให้ผู้ผู้ป่วยเห็นว่าเต็มใจให้การดูแล โดยไม่มีคำพูดหรือท่าทางแสดง ความรังเกียจผู้ป่วย
3. ให้ความรู้และอธิบายให้บุคคลในครอบครัวเข้าใจ เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อช่วยกัน ให้กำลังใจและแสดงออกว่าครอบครัวไม่ได้รังเกียจผู้ป่วย
4. สร้างทัศนคติที่ดีแก่ผู้ป่วยต่อการทำ colostomy โดยสอน แนะนำ และเปิดโอกาสให้ ผู้ป่วยซักถามถึงการปฏิบัติตัว สามารถทำงาน ออกกำลังกาย ใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข
5. สอนให้ผู้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจวิธีการดูแล colostomy การทำความสะอาด การ เปลี่ยนถุงอุจจาระ พร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำทำความสะอาด colostomy ทละ ขึ้นตอน จนผู้ป่วยและครอบครัวมั่นใจในการดูแล colostomy
6. แนะนำวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน เช่น การควบคุมการขับถ่ายและกลิ่น โดยการเลือก รับประทานอาหารที่ไม่ทำให้เกิดก๊าซ อาหารที่ไม่ทำให้ลำไส้บีบตัวมากเพราะจะทำให้ท้องเสีย เช่น ถั่ว กะหล่ำ บรอกโคลี หน่อไม้ฝรั่ง และธัญพืช เป็นต้น การฝึกขับถ่ายให้เป็นเวลา การออกกำลังกาย เหมาะสม การสังเกตอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับ colostomy เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขตามสภาพ

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติดูแลทวารเทียม และสามารถติดอุปกรณ์ทวารเทียมได้ถูกต้อง ไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อน

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไป ในวันที่ 21 ธันวาคม 2566

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาลระยะเตรียมจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 16 (ระบบสนับสนุนและให้ความรู้) : เตรียมความพร้อมเพื่อวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge plan)

ข้อมูลสนับสนุน

O: มีทวารเทียม (Ileostomy)

S: ผู้ป่วยและญาติสอบถามถึงการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

มีความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเมื่อกลับบ้าน สามารถดูแลทวารเทียมได้

กิจกรรมการพยาบาล

วางแผนการพยาบาลโดยใช้หลัก “D – METHOD”

D: Diagnosis ให้ความรู้เรื่องโรค การผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ และการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด

M: Medicine แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยา HM ตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด

E: Environment แนะนำที่พักอาศัยควรมีอากาศถ่ายเท ไม่แออัด และเลี้ยงบุคคลที่เป็นโรคติดต่อ งดผักสดและผลไม้ที่รับประทานทั้งเปลือก เพราะอาจจะทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย

T: Treatment ในความรู้และอธิบายคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยที่มีทวารเทียม สังเกตสีของทวารเทียมว่าไม่ผิดปกติ ไม่มีเลือดออก การใช้ถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ต้องทำความสะอาดผิวหนังโดยรอบและเปลี่ยนถุงอย่างสม่ำเสมอ

H: Health ส่งเสริมฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แนะนำการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยเริ่มจากกิจกรรมเบา ๆ เช่น การเดิน วิ่งเหยาะ ๆ ดูแลสุขอนามัย บุคคลอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยสามารถอาบน้ำได้ปกติทั้งขณะใส่ถุงรองรับของเสียและถอดถุงรองรับของเสีย

O: Out patient แนะนำผู้ป่วยมาตรวจตามนัด คือ นัดพบอายุรแพทย์โรคกระเพาะ 2 มกราคม 2567 นัดพบแพทย์ตรวจที่คลินิกศัลยกรรมระบบทางเดินอาหาร 9 มกราคม 2567

D: Diet แนะนำรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ เน้นอาหารประเภทโปรตีนสูง เนื้อสัตว์ และ อาหารเสริมระหว่างมื้ออาหาร อาหารควรเป็นอาหารย่อยง่าย และหลีกเลี่ยงอาหารเส้นใยสูง จำเป็นต้องระมัดระวังระโดยเฉพาะช่วงหลังผ่าตัด 6-8 สัปดาห์ ซึ่งลำไส้ยังบวม เพื่อป้องกันลำไส้อุดตัน แนะนำเลี่ยง อาหารที่ทำให้เกิดก๊าซและกลิ่น แนะนำดื่มน้ำวันละ 10-12 แก้ว ทุกวัน เพื่อป้องกันการสูญเสียน้ำที่ปนกับ อุจจาระ

การประเมินผล

ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเมื่อกลับบ้าน และสามารถดูแลทวารเทียมได้

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไปแต่ยังคงต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 5 สรุป วิจารณ์ และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 45 ปี สถานภาพคู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย จบการศึกษาระดับปริญญาตรี อาชีพพนักงานบริษัทเอกชน มีบุตรชายและบุตรสาวอย่างละ 1 คน ผู้ป่วยให้ประวัติว่า ประมาณ 9 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดท้อง ถ่ายเหลว ผู้ป่วยไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลเลิดสิน ได้ยารับประทาน 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล คลำได้ก้อนที่ท้องน้อย ถ่ายเหลวเป็นเลือดสดรับประทานอาหารได้น้อยลง น้ำหนักลดมากกว่า 10 กิโลกรัม ใน 2 เดือน มาตรวจที่โรงพยาบาลเลิดสิน แพทย์ทำ Colonoscopy ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งทวารหนัก

วันที่ 6 พฤศจิกายน 2566 ผล CT Whole Abdomen พบมีการลุกลามของมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนต้น และมีการอุดตันของหลอดเลือดดำของอุ้งเชิงกรานส่วนซ้าย อุ้งเชิงกรานส่วนใน และหลอดเลือดดำต้นขาส่วนกลาง แพทย์จึงนัดมานอนโรงพยาบาลเพื่อทำการผ่าตัดในวันที่ 21 พฤศจิกายน 2566

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด ครั้งที่ 1 Open AR with small bowel resection with Appendectomy with partial cystectomy ในวันที่ 22 พฤศจิกายน 2566 และทำผ่าตัดครั้งที่ 2 Re-Explore Laparotomy with Abdominal toilet with ileostomy วันที่ 27 พฤศจิกายน 2566 หลังการผ่าตัดผู้ป่วยมีภาวะช็อคเนื่องจากเสียเลือดจากการทำผ่าตัด ได้รับการให้ PRC และ FFP จนอาการดีขึ้นตามลำดับ ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและการเจ็บป่วย รวมถึงมีความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง จึงได้มีการวางแผนการพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยพักอยู่กับภรรยาและบุตรชาย ผู้ป่วยวิตกกังวลไม่อยากจะให้ครอบครัว ขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยได้ทำการวางแผนการจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวโดยใช้หลักการ D-METHOD เน้นเรื่องการดูแลทวารเทียม การป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ รวมถึงการสังเกตอาการผิดปกติที่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น มะเร็งที่ลุกลามไปถึงกระเพาะปัสสาวะ ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาเร่งด่วน ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจ สามารถทวนซ้ำข้อมูลและสาธิตย้อนกลับได้ถูกต้อง แพทย์จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเลิดสิน ในวันที่ 22 ธันวาคม 2566 และติดตามเยี่ยมอาการผู้ป่วยทางโทรศัพท์ จำนวน 2 ครั้งหลังจำหน่าย ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ พบว่าผู้ป่วยอายุ 45 ปี ป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและขาดความรู้ความเข้าใจในการการปฏิบัติตัวใน ระยะเวลาก่อนและหลังผ่าตัด และการดูแลทวารเทียม ดังนั้นพยาบาลควรมีการวางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุม ทั้ง 3 ระยะเวลาทั้ง ระยะเวลาก่อนผ่าตัดระยะดูแลต่อเนื่องและระยะการวางแผนจำหน่ายเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

การพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลและความรู้จากศาสตร์สาขาต่างๆ มาใช้ในการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจทางคลินิกให้สอดคล้องกับความต้องการหรือปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย โดยใช้การประเมินผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม (whole person) ร่วมกับการประเมินตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน วางแผนการดูแลเฉพาะด้านการจัดการอาการ การสื่อสาร การอำนวยความสะดวกและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย รวมทั้งนำกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Theory) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มุ่งเน้นการมีคุณภาพชีวิตที่ดี การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล โดยการวางแผนการทำงานอย่างเป็นระบบ และได้มาตรฐานทางการพยาบาล มีขั้นตอนของการตอบสนองความต้องการปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยและการเปลี่ยนแปลง ในชีวิตในขณะที่ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเอง พยาบาลมีบทบาทในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยในระยะนี้จะมีความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย ด้านจิตใจ จากความรู้สึกลึกลับเสียเสี้ยวโศก การถูกแยกจากสังคม เนื่องจากการเจ็บป่วยทำให้สูญเสียสภาพลักษณะ ตลอดจนความต้องการด้านจิตวิญญาณ พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวต้องใช้ความรู้ ทักษะในการเข้าใจความเป็นมนุษย์ การใช้คุณธรรม มนุษยธรรม และจริยธรรมเป็นพื้นฐานในการดูแล เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ปรับความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วย สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม พยาบาลต้องมีความชำนาญในการประเมินผู้ป่วย มีความรู้เรื่องโรค พยาธิสรีระของโรค การตรวจวินิจฉัยโรค และการพยากรณ์โรค เพื่อวางแผนการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพอย่างเหมาะสม การฟื้นฟูสมรรถภาพ การเฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่จะก่อให้เกิดอันตรายจะสำเร็จได้โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วย ญาติและทีมสุขภาพมีส่วนร่วมในการดูแล ร่วมกับการวางแผนการจำหน่ายตั้งแต่แรกรับจนถึงวันจำหน่าย ตามรูปแบบ D-METHOD มีการทบทวนแผนการจำหน่ายและแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการเมื่อกลับบ้านตามบริบทที่เป็นจริง ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ได้รับการสนับสนุนจากภรรยาและบุตรชายในการช่วยดูแล ได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลรักษา ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการได้รับบริการที่ต่อเนื่อง ได้รับกำลังใจ รู้สึกปลอดภัย มั่นคง และมีความพร้อมในการเผชิญปัญหาต่างๆ มีส่วนร่วมในการรักษาและดูแลตนเองอย่างเต็มศักยภาพ เพื่อช่วยชะลอความก้าวหน้าของโรคและช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ที่บ้านโดยใช้ความสามารถของตนเองให้ได้มากที่สุด ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นบุคคลต่อไป

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังทำผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (Colostomy) นั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งปัญหาเหล่านี้บุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักและให้ความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการดูแลแผลออสโตมีและควบคุมการขับถ่าย (ET Nurse) เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการประเมินผู้ป่วยเพื่อนำมาวางแผนและให้การช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถปรับตัวยอมรับและมีทัศนคติที่ดีต่อการมีทวารเทียม เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ใกล้เคียงกับภาวะปกติอย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (Colostomy) จึงควรผ่านการอบรมพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางทางด้านการดูแลแผลออสโตมีและควบคุมการขับถ่าย (ET Nurse) เพื่อให้มีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ควรพัฒนาคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ที่มียุติหาวเทียม (Colostomy) เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลใช้เป็นแนวทางในการดูแลทวารเทียมได้อย่างถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บรรณานุกรม

- กฤติกา ชินพันธ์. (2559). **กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่น.
- กลุ่มงานเทคโนโลยีและสารสนเทศสถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2564. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nci.go.th/e_book/hosbased_2564/index.html
- กิตติกร นิลมานัต และกัลยา แซ่ชิต. (2561). ผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายการณ์สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายต่อความทุกข์ทรมานจากอาการและการรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วยระยะ ท้าย. **วารสารสภาการพยาบาล**, 33(3), 51-66.
- กิติพล นาควิโรจน์. (2559). **คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว**. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- กิติพล นาควิโรจน์. (2563). **วิธีการประเมินอาการต่าง ๆ โดยใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)**. สืบค้นจาก <https://med.mahidol.ac.th/fammed/th/postgrad/doctorpalliative2th>.
- โกสินทร์ วิระษร. (2558). **ภาวะฉุกเฉินทางมะเร็งที่พบบ่อย**. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จุฬาร ประสงค์ และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์. (2558). **การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้และรูเปิดทางหน้าท้อง: ประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ**. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ.ลิฟวิ่ง.จำกัด.
- ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. (2567). **การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ผ่าน App BSE**. สืบค้นจาก https://doh.hpc.go.th/bs/topicDisplay_decode.php?var=4Lih4Liw4Lm4Lij4LmHizY5NQ==.
- ชลिया วามะลุน. (2559). **รูปแบบการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย**. (วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี).
- ชุตिकाญจน์ หลุทัย, อัมราภัสร์ อรรถชัยวัฒน์, และโคภิชฐ์ สุวรรณเกตวณิช. (2559). **ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง**. กรุงเทพมหานคร: บริษัท สำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล, และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2555). การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยมะเร็ง. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**, 41(1), 18-30.
- ธีรนุช บุญพิพัฒนาพงศ์. **ภาวะแทรกซ้อนของทวารเทียม**. ใน **จันทร์ฉาย แซ่ตั้ง. คู่มือการดูแลบาดแผลและทวารเทียม**. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์. 2551.
- ธีรนุช บุญพิพัฒนาพงศ์ และ สมพร วรรณวงศ์. (2557). **มาตรฐานการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง: วจนแห่งศิลป์**. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

- บุศรา ชัยทัศน์. (2559). การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผ่าตัดเปิดทวารใหม่: บทบาทพยาบาล เฉพาะทางบาดแผลออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้. วารสารพยาบาล สภากาชาดไทย; 9(1):19-33.
- ประทีน ไชยศรี. (2554). **คู่มือการเตรียมผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดเปิดช่องทวารใหม่ (colostomy).** พิมพ์ครั้งที่ 1 เชียงใหม่: ดาราวรรณการพิมพ์.
- ปราณี ทัพพะธะ. (2564). **คู่มือยา: Handbook of drugs.** กรุงเทพฯ: N P Press Limited Partnership.
- ปริญญา ทวีชัยการ. (2554). ตำรามะเร็งลำไส้และทวารหนัก : Textbook of Cancer of Colon, Rectum and Anus. กรุงเทพมหานคร:บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน)
- พรศิริ พันธรี. (2560). **กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ.** การประยุกต์ใช้ทางคลินิก พิมพ์ครั้งที่ 20. พิมพ์อักษร.
- ไพบูลย์ จิระไพศาลพงศ์. (2555). ความรู้ทั่วไปทวารเทียมหรือทวารใหม่. กรุงเทพมหานคร: **กรุงเทพ เวชสาร.**
- วิศรา ตูลยานนท์. (2551). **การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดลำไส้ใหญ่ผ่านทางกล้องวิดิทัศน์.** งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช.
- วิภาวดี ว่องวรานนท์. (2560). ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรงและทวารหนัก ที่มีทวารเทียม ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้. [อินเทอร์เน็ต]. มปท; c2560 [เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2016/12975/1/418856.pdf>
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับประชากร. จำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. มปท; c2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://thainews.prd.go.th/th/news/detail/TCATG220319202153784>
- สมพร วรรณวงศ์. (2553). การดูแลทวารเทียมและรูเปิดปัสสาวะทางหน้าท้อง ในสตรีบุช บุญพิพัฒนาพงศ์และสมพร วรรณวงศ์. **การดูแลบาดแผลและทวารเทียม.** สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- สุภัทรา ชุมดินพิทักษ์. (2565). อัตราการรอดชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการรอดชีพผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และลำไส้ตรงหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. **ศรีนครินทร์เวชสาร;** 37:38-48.
- อรอนงค์ ทัพสุวรรณ. (2557). **คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษา** โดยการผ่าตัด. งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. [อินเทอร์เน็ต]. มปท; c2557 [เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/193/CAcolon.pdf>

อรุณ โรจนสกุล. (2550). Colon and Rectum. ใน: ทวีสิน ต้นประยูร, สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และ พัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ. **ตำราศัลยศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร: ปรีชาธรรมอินเตอร์พรีน จำกัด; หน้า 849- 871.

“แสดงลักษณะทางกายวิภาคของลำไส้ใหญ่” 2567. [ระบบออนไลน์].

แหล่งที่มา: <https://doh.hpc.go.th/bs/topicDisplay.php?id=695>

สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2567

“แสดงลักษณะทางกายวิภาคของ Ileocecal sphincter (Ileocecal Valve)” 2567.

[ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา: <https://doh.hpc.go.th/bs/topicDisplay.php?id=695>

สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2567

“แสดงลักษณะทางกายวิภาคของลำไส้ใหญ่” 2567. [ระบบออนไลน์].

แหล่งที่มา: <https://doh.hpc.go.th/bs/topicDisplay.php?id=695>

สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2567

“แสดงลักษณะทางกายวิภาคของไส้ตรง (Rectum)” 2567. [ระบบออนไลน์].

แหล่งที่มา: <https://www.kenhub.com/en/libray/anatomy/the-anal-canal>

สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2567

Cottam, J., Richards, K, A., & Blackman, (2007). A. Results of anationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery. **The Association of Coloproctology of Great Britain and IRELAND**. Colorectal Disease.

Gray, M., Colwell, J. C., Doughty, D., Goldberg, M., Hoeflok, J., Manson, A., Rao, S. (2013). Peristomal moisture-associated skin damage in adults with fecal ostomies: a comprehensive review and consensus. **Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing**.

International Agency for Research on Cancer. (2018). Latest global cancer data: cancer burden rises to 18.1 million new case and 9.6 million cancer deaths in 2018. [Internet]. [Cited 2024 March 10]. Available form: https://www.iarc.fr/en/mediacentre/pr/2018/pdfs/pr263_E.pdf

Orem, D.E. (1991). **Nursing: Concepts of Practice**. (4thed.). St. Louis: C.V. Mosby.

World Health Organization. Cancer. [Internet]. 2018 [Cited 2020 March 24]. Available form: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer99>



ภาคผนวก

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

แผนการรักษา

Date Time	ORDERS FOR ONE DAY ONLY	Date Time	ORDER FOR CONTINUATION
21/11/66 9.57 น.	<ul style="list-style-type: none"> - Admit - CBC, BUN, Cr, Electrolyte, LFT, PT, PTT, INR - Anti HIV - EKG 12 lead - Chest X-Ray - G/M PRC 2 Unit, FFP 2 Unit - จอง ICU Post-op - Set OR Open Sigmoidectomy with Partail Cystectomy under GA - NPO AMN - เตรียม Cef-3 2 gm, Metronidazole 500 mg iv ไป OR - DTX hs, เข้าวัน OR keep 80-180 mg% - 0.9% Nacl 1,000 ml iv 100 ml/hr - เตรียม Foley's cath ไป OR 	21/11/66 9.57 น.	- Record V/S, I/O

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

Date Time	ORDERS FOR ONE DAY ONLY	Date Time	ORDERS FOR CONTINUATION
22/11/66 12.00 น.	Post-op order for Open AR Sigmoidectomy with Partail Cystectomy - Routine post-op care - NPO - NSS 1,000 ml iv 160 ml/hr - Retain Foley's cath - Record urine Output ทุก 1 hr keep ≥ 30 ml/hr - Pain control - CBC, BUN, Cr, Electrolyte, Cal, Mg, PO ₄ , LFT, PT, PTT, INR - Hct ทุก 6 hr keep ≥ 21% - G/M PRC ให้เลย 2 unit - G/M FFP เพิ่ม 4 unit	22/11/66 12.00 น.	- Record V/S, I/O Med - Ceftriaxone 2 gm iv OD - Metronidazole 500 mg iv ทุก 8 hr - Losec 400 mg iv ทุก 12 hr
22/11/66	Hct = 24% ให้ PRC 2 unit drip unit ละ 2 hr		
23/11/66	- Off tube - On Mask with bag 10 LPM Keep O ₂ sat > 93% - CxR พุ่งขึ้น - CBC, BUN, Cr, Electrolyte - NSS 1,000 ml iv 140 ml/hr - Record urine Output ทุก 1 hr keep ≥ 30 ml/hr		

Date Time	ORDERS FOR ONE DAY ONLY	Date Time	ORDERS FOR CONTINUATION
23/11/66	- ให้ PRC 2 unit ตาม Order เดิม - Hold IV ขณะให้ PRC		
23/11/66	- MO 4 mg iv PRN ทุก 4 hr		
23/11/66	- Try wean O ₂ mask with bag - On O ₂ cannula 3 LPM keep O ₂ sat ≥ 94%		
24/11/66	- 5% D/N/2 1,000 ml iv rate 140 ml/hr - ให้ PRC 1 unit iv drip in 2 hr - จิบน้ำได้ - CBC พรุ่งนี้	24/11/66	- Paracetamol 2 tab po ทุก 6 hr
25/07/64	- CxR - Record urine Output ทุก 1 hr keep ≥ 30 ml/hr - MO 3 mg iv prn ทุก 4 hr - Plasil 10 mg iv prn ทุก 8 hr		

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

Date Time	ORDERS FOR ONE DAY ONLY	Date Time	ORDERS FOR CONTINUATION
26/11/66 10.00 น.	<ul style="list-style-type: none"> - On O₂ Cannula 3 LPM keep O₂ sat ≥ 95% - Lasix 20 mg iv stat - Off iv เดิม - B- fluid iv drip 120 ml.hr - Record urine Output ทุก 2 hr keep ≥ 80 ml/hr - MO 3 mg iv prn ทุก 4 hr - Plasil 10 mg iv prn ทุก 6 hr - CBC, BUN, Cr, Electrolyte 		
27/11/66 8.30 น.	<ul style="list-style-type: none"> - Set OR for Re explor with colostomy - Pre-op lab for CBC, BUN, Cr, Electrolyte, PT, PTT, INR 		
27/11/66 12.00 น.	<ul style="list-style-type: none"> - Post-op - Acetar 1,000 ml iv 120 ml/hr - MO 3 mg iv prn ทุก 4 hr - Plasil 10 mg iv prn ทุก 6 hr - PRC 1 unit iv drip in 3 hr - FFP 2 unit iv drip 100 ml/hr - CBC, BUN, Cr, Electrolyte, PT, PTT, INR - Record urine Output ทุก 2 hr keep ≥ 80 ml/hr 	27/11/66 12.00 น.	<ul style="list-style-type: none"> - Meropenem 1 gm iv ทุก 8 hrs - Losec 40 mg iv ทุก 12 hr

Date Time	ORDERS FOR ONE DAY ONLY	Date Time	ORDERS FOR CONTINUATION
28/11/66	<ul style="list-style-type: none"> - Acetar 1,000 ml iv 120 ml/hr - On O₂ Cannula 5 LPM - MO 3 mg iv prn ทุก 4 hr - Plasil 10 mg iv prn ทุก 6 hr - Record urine Output ทุก 2 hr keep ≥ 80 ml/hr 		
29/11/66	<ul style="list-style-type: none"> - Acetar 1,000 ml iv 120 ml/hr - Off O₂ Cannula - MO 3 mg iv prn ทุก 4 hr - Plasil 10 mg iv prn ทุก 6 hr - Record urine Output ทุก 2 hr keep ≥ 80 ml/hr - จิบน้ำได้ 		
30/11/66	<ul style="list-style-type: none"> - Acetar 1,000 ml iv 60 ml/hr - Volulyte iv 100 ml/hr หมด Off Then เพิ่ม Acetar iv 120 ml/hr - MO 3 mg iv prn ทุก 4 hr - Plasil 10 mg iv prn ทุก 6 hr - Record urine Output ทุก 2 hr keep ≥ 80 ml/hr - น้ำหวาน 200 ml po ต่อมือ × 3 มือ 		

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

Date Time	ORDERS FOR ONE DAY ONLY	Date Time	ORDERS FOR CONTINUATION
30/11/66 7.50 น.	- PRC 1 unit iv drip in 4 hr - CBC, BUN, Cr, Electrolyte, PT, PTT, INR, LFT - เพิ่มนมทางการแพทย์ มือเที่ยง		
1/12/66	- พรุ่งนี้ Soft diet	1/12/66	- Dressing แผล Bid
4/12/66	- ให้กินโจ๊ก - NSS 1,000 ml iv 60 ml/hr		
5/12/66	- Acetar 1,000 ml iv 80 ml/hr - SMOF iv 60 ml/hr		
6/12/66	- Acetar 1,000 ml iv 80 ml/hr - SMOF iv 60 ml/hr		
8/12/66	- 0.9% Nacl 1,000 ml iv rate 80 ml/hr	8/12/66	- Augmentn 1.2 gm iv ทุก 8 hr - Off Meropenem

Date Time	ORDERS FOR ONE DAY ONLY	Date Time	ORDERS FOR CONTINUATION
9/12/66	- B-fluid 1,000 ml iv 80 ml/hr - NSS 1,000 ml iv 80 ml/hr		
10/12/66	- B-fluid 1,000 ml iv 80 ml/hr - NSS 1,000 ml iv 80 ml/hr - เปลี่ยน Foley's cath		
11/12/66	- NSS 1,000 ml iv 80 ml/hr - 5% D/N/2 1,000 ml iv 100 ml/hr		
12/12/66	- NSS 1,000 ml iv 80 ml/hr - 5% D/N/2 1,000 ml iv 100 ml/hr - Off staple		
13/12/66	- NSS 1,000 ml iv 80 ml/hr - 5% D/N/2 1,000 ml iv 100 ml/hr	13/12/66	- Regular diet
14/12/66	- NSS 1,000 ml iv 80 ml/hr - 5% D/N/2 1,000 ml iv 100 ml/hr		
15/12/66	- NSS 1,000 ml iv 60 ml/hr - Off 5% D/N/2		

Date Time	ORDERS FOR ONE DAY ONLY	Date Time	ORDERS FOR CONTINUATION
20/12/66	- สอนญาติ Home care		
21/12/66	D/C พรุ้งนี้ - นัด F/U 9/01/67 HM - Colostomy bag - Stomahesive paste Onco นัด 2 ม.ค. 67 CBC, BUN, Cr, LFT, HBsAg, CEA, CxR		

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

1. Morphine sulfate

สรรพคุณ

1. บรรเทาอาการปวดระดับกลางถึงระดับรุนแรง เช่น ปวดจากการผ่าตัดหรือจากโรคมะเร็ง
2. ใช้เป็นยาป้องกันอาการปวดก่อนเข้ารับการผ่าตัด
3. บรรเทาอาการไออันเนื่องจากสาเหตุมะเร็งปอด
4. รักษาอาการปวดแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง

ขนาดและวิธีใช้

ผู้ใหญ่ Acute pain:

ทางกล้ามเนื้อ/ ใต้ผิวหนัง: ขนาดเริ่มต้น 5-10 มิลลิกรัม ทุก 4 ชั่วโมง และสามารถให้ได้ขนาด 5-20 มิลลิกรัม ทุก 4 ชั่วโมง

ทางหลอดเลือดดำ: เริ่มใช้ขนาด 2.5-5 มิลลิกรัม ทุก 3-4 ชั่วโมง

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

ออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง ลดความรู้สึกเจ็บปวด ทำให้รู้สึกง่วงหลับไป และลดการทำงานของร่างกาย อาการข้างเคียงอื่นๆ คือ อาจทำให้คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก เกิดอาการคันหน้าตาแดงเพราะโลหิตจืด ม่านตาดำหดตีบ และหายใจลำบาก โดยมอร์ฟีนจะไปกดศูนย์ประสาท ดังนี้

1. ออกฤทธิ์ต่อประสาทส่วนกลาง Cerebral Cortex ทำให้กดศูนย์ประสาทสมองส่วนที่รับรู้ความรู้สึกมันชา การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้เกิดอาการทางจิตใจเปลี่ยนแปลงไป

2. ออกฤทธิ์ต่อประสาทสมองส่วน Medullary Centers ทำให้กดศูนย์ประสาทสมองส่วนการหายใจ ทำให้หายใจช้า ทำให้การเต้นของหัวใจช้าลง

3. ออกฤทธิ์ต่อประสาทไขสันหลัง ทำให้เกิดปฏิกิริยามีอาการกระตุ้น

อาการอันไม่พึงประสงค์ที่ต้องแจ้งแพทย์หรือเภสัชกรทันที มีดังนี้ มีนงง สับสน วิงเวียน หรือรู้สึกเหมือนจะหมดสติ กระวนกระวาย กระสับกระส่าย ตัวเขียว ตัวเย็น ชีต ประสาทหลอน มองภาพไม่ชัด มือ เท้า แขน หรือขาบวม หายใจช้าหรือตื้นผิดปกติ หายใจลำบาก หรือหายใจมีเสียงหวีด ชัก หัวใจเต้นเร็วหรือช้ากว่าปกติ ผื่นคัน ผื่นลมพิษ อ่อนเพลียผิดปกติ

การพยาบาล

1. การให้ยาทางหลอดเลือดดำโดยตรง (IV direct) ควรฉีดช้าๆ เพราะหากให้ยาเร็วเกินไป อาจทำให้เกิดผลข้างเคียงเพิ่มขึ้นได้

2. ระวังระวังเรื่องการกดการหายใจ โดยเฉพาะเมื่อให้ร่วมกับยาอื่นที่เพิ่มฤทธิ์กดการหายใจ เช่น ยานอนหลับ ยาคลายกล้ามเนื้อ ยาคลายกังวล

3. สังเกตอาการผู้ป่วยที่เกิดยา Overdose ให้ตรวจดูม่านตาผู้ป่วยจะหดเป็นรูเล็กๆ ความดันเลือดต่ำ เกิดภาวะหัวใจเต้นเร็ว (Bradycardia) การแก้พิษยา overdose ให้ใช้ Naloxone (Narcan) 2 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ (สำหรับเด็กให้ขนาด 0.01 มิลลิกรัม/กิโลกรัม) และให้ซ้ำหากจำเป็น อาจให้ได้ขนาดรวมถึง 10 มิลลิกรัม หากกดหายใจ ให้จัดการช่วยการหายใจ Airway support

2. Paracetamol

สรรพคุณ

ออกฤทธิ์โดยตรงต่อศูนย์ควบคุมความร้อนของร่างกายที่ hypothalamus ทำให้ขยายหลอดเลือดที่ผิวหนังและขับเหงื่อ เพิ่มการระบายความร้อนออกจากร่างกาย เป็นการลดไข้ ยับยั้งการสร้าง prostaglandins ในระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งเป็นตัวที่ทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวด เหมือน acetyl salicylic acid แต่ไม่มีฤทธิ์ต้านการอักเสบ

ใช้เป็นยาระงับปวดที่ไม่รุนแรงจนถึงปานกลาง เช่น ปวดศีรษะ ปวดฟัน ปวดประจำเดือน ปวดแผลหลังผ่าตัด

ขนาดและวิธีใช้

ชนิดเม็ด มีขนาด 325 และ 500 มิลลิกรัม ผู้ใหญ่ให้ 325-1,000 มิลลิกรัม ทุก 4-6 ชั่วโมง เมื่อจำเป็น และขนาดสูงสุดไม่ควรเกิน 4,000 มิลลิกรัมต่อวัน

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

1. ระบบประสาท: ง่วงซึม เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ มึนงง สับสน วิดกกังวล อ่อนเพลีย
2. ระบบหัวใจและหลอดเลือด: หน้าแดง อ่อนเพลียรู้สึกเหมือนจะเป็นลม ความดันเลือดต่ำ
3. ระบบหายใจ: หายใจลำบาก ภาวะกดการหายใจ และหยุดหายใจ
4. ระบบทางเดินอาหาร: ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปากแห้ง ท่อน้ำดีหดเกร็ง
5. ระบบทางเดินปัสสาวะ: ปัสสาวะคั่ง ถ่ายปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะน้อย ไตวาย
6. ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก: กล้ามเนื้อหดเกร็ง กล้ามเนื้อกระตุก
7. ผิวหนังและปฏิกิริยาแพ้: ผื่น คัน ลมพิษ มีเหงื่อออกมากผิดปกติ
8. ตา: รูม่านตาหด
9. ภาวะเลือด: ภาวะเลือดจาง ภาวะแกรนูโลไซต์น้อย ภาวะเกล็ดเลือดน้อย
10. ตับ: ตับอักเสบ

การพยาบาล

1. ไม่ควรให้ผู้ป่วยได้รับยานี้ติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน และในปริมาณที่มากเกินไป
2. ควรติดตามผลเลือดเพื่อดูการทำงานของตับและไต ทั้งก่อนและระหว่างได้รับยานี้ ถ้ามีอาการผิดปกติ รายงานแพทย์เพื่อหยุดยา
3. สังเกตอาการแพ้ยาที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ท้องเสีย คลื่นไส้ ติดตามการทำงานของตับไม่ควรรับประทานยาเกิน 4 กรัมต่อวัน และไม่ควรใช้ยาเกิน 10 วัน เนื่องจากยาสามารถทำลายตับได้

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

3. Plasil (Metoclopramide)

สรรพคุณ

เป็นยาที่นำมาบำบัดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ช่วยทำให้กระเพาะและลำไส้บีบไล่อาหารที่ค้างอยู่ในช่องทางเดินอาหารได้เร็วมากขึ้น ยาตัวนี้เหมาะที่จะใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการของกระเพาะและลำไส้ทำงานได้ไม่ดีหรือบีบตัวน้อยเกินไป จนทำให้อาหารค้างคั่งอยู่นานจนก่อให้เกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนขึ้นมา นอกจากนี้ยังประกอบรักษาโรคต่างๆอีกด้วย เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียนจากการฉายรังสีรักษา จากยาเคมีบำบัด จากการติดเชื้อ จากโรคไมเกรน จากการตั้งครรภ์ จากโรคมะเร็ง จากภาวะสาร์ยูเรียเกินในร่างกาย โดยตัวยาจะไปออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของสารสื่อประสาทในสมองบางตัว เช่น โดพามีน (Dopamine) ด้วยสารตัวนี้กระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้ได้นั่นเอง และสำหรับในหญิงที่อยู่ในภาวะให้นมบุตร ยานี้ยังช่วยกระตุ้นให้มีการหลั่งน้ำนมได้มากขึ้นอีกด้วย

ขนาดและวิธีใช้

สำหรับโรคกระเพาะ-ลำไส้ ทำงานผิดปกติ รับประทานครั้งละ 10 มิลลิกรัม วันละ 4 ครั้ง

สำหรับรักษาภาวะกรดไหลย้อน รับประทานครั้งละ 10-15 มิลลิกรัม วันละ 4 ครั้ง

สำหรับป้องกันการอาเจียนจากยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็ง รับประทานครั้งละ 20-40 มิลลิกรัม วันละ 2-4 ครั้ง โดยรับประทานก่อนอาหารประมาณ 30 นาที

ขนาดของยานี้เพื่อบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัด: ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 10 มิลลิกรัม หลังการผ่าตัด อาจฉีดซ้ำทุกๆ 4-6 ชั่วโมงถ้าอาการยังไม่ดีขึ้น

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

ผลต่อสมอง: มีอาการ ง่วงนอน อ่อนเพลีย วิงเวียน รู้สึกสับสน นอนไม่หลับ ซึมเศร้า

ผลต่อระบบฮอร์โมน: อาจทำให้มีอาการน้ำนมไหล หน้าอกโต และประจำเดือนขาด

ผลต่อหัวใจและหลอดเลือด: ความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นช้าหรือเร็ว ผิดจังหวะ

ผลต่อระบบทางเดินอาหาร: อาจกระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้และท้องเสียติดตามมา

ผลต่อตับ: อาจเกิดอาการตัวเหลือง ตาเหลือง ด้วยเกิดพิษของยานี้ต่ออวัยวะตับ

ผลต่อผิวหนัง: อาจก่อให้เกิดอาการผื่นคัน

การพยาบาล

1. การใช้ยาร่วมกับยาเบาหวานบางตัว เช่น อินซูลิน อาจก่อให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หากมีความจำเป็นต้องใช้ร่วมกัน ควรปรับขนาดและระยะเวลาการให้ยาเบาหวานต่อผู้ป่วยโดยแพทย์
2. ฝ้าระวีงอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ได้แก่ หายใจลำบาก คอแข็ง ขากรรไกรแข็ง

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

4. Omeprazole (Losec)

สรรพคุณ

เป็นยาในกลุ่มยับยั้งการขับโปรตอนหรือยับยั้งเอนไซม์ hydrogen-potassium adenosine triphosphatase เพื่อลดการหลั่งกรด ใช้รักษาโรกระบบทางเดินอาหาร หรือความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร เช่น โรคกระเพาะ โรคกรดไหลย้อน ภาวะกรดในกระเพาะอาหาร มากเกินไป

1. รักษาอาการหลอดอาหารอักเสบจากการที่กรดจากกระเพาะไหลย้อนขึ้นไปในหลอดอาหาร ทำให้เยื่อหลอดอาหารบวม ฉีกขาด และมีอาการแสบในอก ใช้เวลารักษา 4-8 สัปดาห์
2. รักษาโรคที่เกิดจากกรดในกระเพาะไหลย้อนขึ้นไปในหลอดอาหาร หรือเรียกว่า GERD ซึ่งทำให้มีอาการแสบในอกและหลอดอาหารเป็นแผล
3. รักษาอาการปวดในกระเพาะอาหาร เนื่องจากอาหารไม่ย่อยและมีกรดมากเกินไป
4. รักษาแผลในกระเพาะ โดยรักษานาน 4-8 สัปดาห์
5. รักษาแผลที่ลำไส้เล็กส่วนต้น Duodenal ulcer ลำไส้เล็กส่วนต้น ใช้เวลารักษา 4 สัปดาห์
6. ป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะหรือลำไส้เล็ก ในผู้ที่ต้องใช้ยากดภูมิคุ้มกันที่อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดแผลในกระเพาะหรือลำไส้เล็ก ในผู้ที่ต้องใช้ยากดภูมิคุ้มกันที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดแผลในกระเพาะหรือลำไส้เล็ก ที่มีการติดเชื้อแบคทีเรียเฮลิโคแบคทีเรียไพโลไร โดยใช้ร่วมกับยาต้านเชื้อแบคทีเรีย คือ clarithromycin and amoxicillin

ขนาดและวิธีใช้

1. รักษาอาการปวดในกระเพาะอาหาร เนื่องจากอาหารไม่ย่อยและมีกรดมากเกินไป รับประทาน Miracid 20 มิลลิกรัม วันละครั้งก่อนนอน
2. รักษาแผลที่ลำไส้เล็กส่วนต้น รับประทาน Miracid 20 มิลลิกรัม วันละครั้งก่อน
3. รักษาแผลในกระเพาะ รับประทาน Miracid 40 มิลลิกรัม วันละครั้งก่อนนอน
4. รักษาภาวะกรดไหลย้อนที่ไม่มีหลอดอาหารอักเสบ รับประทาน Miracid 20 มิลลิกรัม วันละครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ หากมีหลอดอาหารอักเสบจะให้อีก 4 สัปดาห์
5. รักษาการมีกรดในกระเพาะมากเกินไปจากการเจริญที่ผิดปกติของตับอ่อน เริ่มต้นให้ 60 มิลลิกรัม ต่อวันและปรับยาจนถึง 120 มิลลิกรัมวันละ 3 ครั้ง

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

อาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่พบได้ เช่น ระบายระบบทางเดินอาหาร จะทำให้คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องอืด ท้องร่วง ท้องผูก ปวดศีรษะและวิงเวียนศีรษะ

อาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่พบน้อย เช่น ปากแห้ง นอนไม่หลับ ง่วงซึม รู้สึกไม่สบาย มองไม่ชัด มีผื่นขึ้นและอาการคัน

การพยาบาล

1. ห้ามใช้กับผู้ที่แพ้ยาโอเมพราโซลหรือกินยาแล้วมี ผื่นคัน ลมพิษ หายใจลำบาก หน้าบวม
2. ผู้ที่เป็นแผลในกระเพาะ ต้องตรวจให้แน่ใจว่าผู้ป่วยไม่เป็นมะเร็ง เพราะการใช้ยานี้จะทำให้อาการดีขึ้นและทำให้การวินิจฉัยล่าช้าไป
3. ผู้ป่วยบางรายอาจต้องใช้ยามากกว่า 2 สัปดาห์หรือเป็นเดือน ควรใช้ยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา แม้ว่าอาการของโรคจะหายไป

5. Meropenem

สรรพคุณ

Meropenem เป็นยาปฏิชีวนะกลุ่มคาร์บาเพนิม มีฤทธิ์ต้านเชื้อแบคทีเรียในร่างกายใช้รักษาหรือป้องกันโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบ การติดเชื้อที่ผิวหนังหรือเยื่อช่องท้อง และโรคซิสติกไฟโบรซิส โดยยานี้ไม่สามารถรักษาโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสได้ แต่อาจใช้รักษาโรคอื่น ๆ นอกเหนือจากนี้ตามดุลยพินิจของแพทย์

ขนาดและวิธีใช้

ผู้ใหญ่ ฉีดยาปริมาณ 0.5-1 กรัม ทุก 8 ชั่วโมง โดยฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำประมาณ 3-5 นาที หรือหยดยาเข้าทางหลอดเลือดดำประมาณ 15-30 นาที

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

ผลข้างเคียงที่พบได้ทั่วไป ได้แก่ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ท้องผูก มีอาการปวดบวม หรือแดงบริเวณที่ฉีดยา มีแผลในปากหรือลำคอ เป็นเหน็บ นอนยากหรือง่วงนอนตลอดเวลา เป็นต้น โดยหากอาการดังกล่าวไม่หายไปหรือรบกวนการใช้ชีวิต ควรปรึกษาแพทย์

ผู้ป่วยควรหยุดยาและรายงานแพทย์ทันที หากมีอาการดังต่อไปนี้

อาการแพ้ยา เช่น ลมพิษ ใบหน้าบวม คอบวม ลิ้นบวม ริมฝีปากบวม ตาบวม คัน มีผื่นขึ้น กล้ามเนื้อตึง สั่น หรือไม่สามารถเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อได้ตามปกติ ชัก ท้องเสียรุนแรง กลืนอาหารหรือหายใจลำบาก เหนื่อยหรืออ่อนเพลียผิดปกติ ไม่รู้สึกตัวหรือรู้สึกสับสน หัวใจเต้นเร็วหรือเต้นผิดจังหวะ

การพยาบาล

1. การฉีดเข้าหลอดเลือดดำ พบว่ามีการอักเสบบริเวณรอยฉีดยา ควรสังเกตอาการให้ดีและอาจหลีกเลี่ยงได้โดยเจือจางยาให้มากและฉีดหรือหยดช้า ๆ
2. ผู้ป่วยที่มีประวัติโรคไตและได้รับยาในขนาดสูงและและมีภาวะขาดน้ำ พบว่าเกิดพิษต่อไตได้สูงควรตรวจบันทึกจำนวนน้ำและปัสสาวะให้ดีในผู้ป่วยที่มีประวัติโรคไตทุกราย
3. สังเกตอาการที่อาจเกิดจากการแพ้ยา ต้องหยุดยาทันทีและรายงานแพทย์
4. แม้อาการแพ้แบบ anaphylaxis จะเกิดขึ้นน้อยมาก แต่ก็ควรระมัดระวังเตรียมการช่วยเหลือไว้เสมอถ้ามีอาการเหงื่อออก อาเจียน ตัวเขียว ต้องหยุดยาทันที

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

6. Ceftriaxone

สรรพคุณ

เป็นยาในกลุ่ม Cepharosporin Third generation มีฤทธิ์ต่อต้านและกำจัดแบคทีเรียได้หลายชนิดโดยเฉพาะแบคทีเรียชนิดแกรมบวกตลอดจนกระทั่งเชื้อแบคทีเรียชนิดแกรมลบ

ใช้รักษาการติดเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือด (ภาวะพิษเหตุติดเชื้อ)

รักษาโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบอันมีสาเหตุจากแบคทีเรีย

ป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยในระหว่างการผ่าตัด

รักษาการติดเชื้อของอวัยวะต่างๆ เช่น กระดูก ข้อต่อ ไต ผิวหนัง การติดเชื้อของบาดแผล รวมถึงการติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร และการติดเชื้อภายในช่องท้อง

รักษาโรคโคโนเรีย/โรคหนองในรวมถึงโรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ

ขนาดและวิธีใช้

ผู้ใหญ่และเด็กที่อายุมากกว่า 12 ปีขึ้นไป: ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ/เข้าหลอดเลือดดำ 1-2 กรัม วันละครั้ง หากมีการติดเชื้อขั้นรุนแรงให้ฉีด 4 กรัม วันละครั้ง ขนาดใช้ยาสูงสุดไม่เกิน 4 กรัม/วัน

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

ยา Ceftriaxone สามารถก่อให้เกิดผลไม่พึงประสงค์ ดังนี้ เช่น เจ็บบริเวณที่มีการฉีดยา รู้สึกไม่สบายในกระเพาะอาหาร - ลำไส้ ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน อาจมีไข้ หนาวสั่น ผื่นคันขึ้นตามตัว เกิดภาวะโลหิตจางด้วยเกิดเม็ดเลือดแดงแตก ตรวจเลือดอาจค่าเอนไซม์ตับเพิ่มสูงขึ้น ปวดศีรษะ วิงเวียน ในสตรีอาจพบภาวะช่องคลอดอักเสบ

ข้อควรระวัง

1. ห้ามใช้กับผู้แพ้ยานี้และแพ้ากลุ่มเซฟาโลสปอริน
2. ระวังการใช้ยานี้กับผู้ที่มีประวัติแพ้ยาเพนิซิลลิน (Penicillin)
3. ระวังการใช้ยานี้กับผู้ที่มี ภาวะไต - ตับ ทำงานผิดปกติ
4. ระวังการติดเชื้อจากเชื้อโรคชนิดอื่น

การพยาบาล

1. Ceftriaxone ถ้าฉีดเข้ากล้ามเนื้อจะเจ็บปวดมากและปวดนาน หากจำเป็นต้องฉีดควรฉีดให้ลึกที่กล้ามเนื้อใหญ่ เช่น กล้ามเนื้อที่สะโพกและเปลี่ยนที่ฉีดเสมอ

2. การฉีดเข้าหลอดเลือดดำมักพบว่าการอักเสบบริเวณรอยฉีดยา การให้หยุดทางหลอดเลือดดำในขนาดสูงเกิน 6 กรัม/วัน นานเกิน 3 วัน มักพบว่าทำให้เกิดหลอดเลือดดำอักเสบฉะนั้นควรสังเกตอาการให้ดีและอาจหลีกเลี่ยงได้โดยเจือจางยาให้มากและฉีดหรือหยุดช้าๆ

3. ผู้ป่วยที่มีประวัติโรคไตและได้รับยาในขนาดสูงและและมีภาวะขาดน้ำมักพบว่าเกิดพิษต่อไตได้สูงควรตรวจบันทึกจำนวนน้ำและปัสสาวะให้ดีในผู้ป่วยที่มีประวัติโรคไตทุกราย

4. สังเกตอาการที่อาจเกิดจากการแพ้ยา ต้องหยุดยาทันทีและรายงานแพทย์

5. การฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำโดยตรง ต้องฉีดช้าๆ (3-5 นาที) เพื่อหลีกเลี่ยงอาการปวดและการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ

6. แม้อาการแพ้แบบ anaphylaxis จะเกิดน้อยมาก แต่ก็ควรระมัดระวังเตรียมการช่วยเหลือไว้เสมอถ้ามีอาการเหงื่อออก อาเจียน ตัวเขียว ต้องหยุดยาทันที

7. Augmentin

สรรพคุณ

ยาสูตรผสมระหว่าง amoxicillin และ clavulonic acid ใช้ในการรักษาโรคติดเชื้อที่มีสาเหตุจากแบคทีเรีย ได้แก่ การติดเชื้อที่หู ปอด ไชนัส ผิวหนัง และทางเดินปัสสาวะ amoxicillin เป็นยาปฏิชีวนะในกลุ่มเพนิซิลลิน ทำหน้าที่ยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย clavulonic acid เป็นยาที่ยับยั้งเอนไซม์ beta-lactamase ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่ทำหน้าที่ป้องกันไม่ให้แบคทีเรียถูกทำลายโดย amoxicillin ยาปฏิชีวนะไม่สามารถรักษาโรคหวัด ไข้หวัดใหญ่ หรือการติดเชื้อไวรัสอื่นๆ การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง ได้แก่ หลอดลมอักเสบ ปอดบวมที่เกิดจากเชื้อ Haemophilus influenzae and Moraxella catarrhalis. หูชั้นกลางอักเสบจากเชื้อ H. influenzae และ M. catarrhalis ไชนัสอักเสบ ผิวหนังอักเสบจากเชื้อ Staphylococcus aureus, Escherichia coli, และ Klebsiella species ทางเดินปัสสาวะอักเสบ

ขนาดและวิธีใช้

Augmentin 1 gm ประกอบไปด้วยยา amoxicillin 875 mg และ clavulanic acid 125 mg การรับประทานยา Augmentin 1 gm 2 ครั้งต่อวัน

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

มีอาการผื่นแพ้รุนแรง มีอาการผื่นแพ้รุนแรง คัน ลมพิษ

หายใจหรือกลืนลำบาก หายใจมีเสียงหวีด

ตัวเหลืองตาเหลือง

ท้องเสีย ท้องไส้ปั่นป่วน อาเจียน

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

8. Lasix (Furosemide)

Furosemide เป็นยาขับปัสสาวะที่ถูกนำมาใช้รักษาโรคหัวใจล้มเหลว และอาการบวม
 สรรพคุณ

ใช้เป็นยาขับปัสสาวะ ลดความดันโลหิต ลดอาการบวมน้ำของร่างกาย

ขนาดและวิธีใช้

การบริหารยาทางคลินิก มี 2 ช่องทาง คือ การฉีด (เข้าหลอดเลือด, เข้ากล้ามเนื้อ) และการ
 รับประทานยาฟurosemide มีรูปแบบ ดังนี้

ยาเม็ดขนาด 40 มิลลิกรัม: ผู้ใหญ่รับประทาน 1-2 เม็ด/วัน ปริมาณสูงสุดที่รับประทาน
 ไม่ควรเกิน 1 กรัม/วัน สามารถรับประทานก่อนหรือหลังอาหารก็ได้

ยาฉีดขนาด 10 มิลลิกรัม/มิลลิลิตร: ผู้ใหญ่ ขนาดยาที่ให้ 20-80 มิลลิกรัม ให้ครั้งเดียว
 อาจให้ซ้ำอีกครั้งหลังจากให้ครั้งแรก 6-8 ชั่วโมง โดยเพิ่มยา 20-40 มิลลิกรัม อาจจะได้ถึง 600
 มิลลิกรัมต่อวัน หากได้รับยามากกว่า 80 มิลลิกรัมต่อวัน เป็นระยะเวลาสั้นต้องเจาะเลือดประเมิน
 การทำงานของไตและเกลือแร่

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

อาจทำให้รู้สึกไม่สบายในระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำการมองเห็นภาพ
 ไม่ชัดเจน วิงเวียน และปวดศีรษะ

การพยาบาล

- สังเกตอาการที่อาจเกิดจากการแพ้ยา ต้องหยุดยาทันทีและรายงานแพทย์ เช่น กินยาแล้ว
 คลื่นไส้มาก ขึ้นผื่น หรือแน่นหายใจติดขัด หายใจลำบาก
- ซักประวัติเกี่ยวกับโรคประจำตัวต่างๆรวมทั้งกำลังกินยาอะไรอยู่ เพราะยาอาจส่งผลให้
 อาการของโรคเหล่านั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยาอื่นๆที่กินอยู่ก่อน

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน



ภาคผนวก ข

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ทวารเทียมและการดูแล



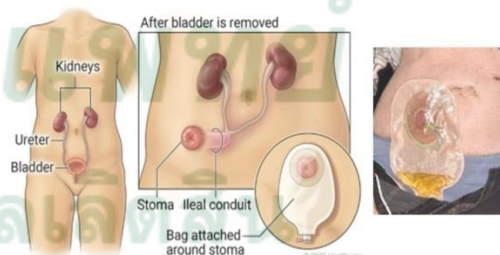
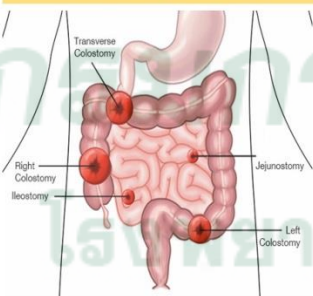
ทวารเทียม หรือ ทวารใหม่ หรือ Ostomy

เป็นการนำส่วนของลำไส้มาเปิดออกทางหน้าท้อง (Stoma) เพื่อขับถ่ายของเสีย



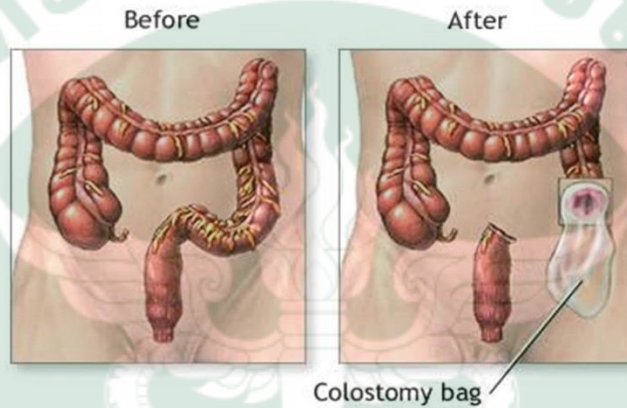
ทวารเทียมระบบทางเดินอาหาร
Colostomy, Ileostomy

ทวารเทียมระบบทางเดินปัสสาวะ
Ileal conduit





ทวารใหม่หรือทวารเทียม



ลักษณะทั่วไปของทวารเทียม

ชมพู หรือแดง ชุ่มชื้น บริเวณผิวเรียบนูนด้วยเยื่อ กล้ายกับในช่องปาก

ไม่มีกลิ่นลำเนื้อหรือรูดในการควบคุมการขับถ่าย

ไม่มีประสาทสัมผัสส่วนปลายที่รับความรู้สึกเจ็บปวด

มีเส้นเลือดมาเลี้ยงมาก ในขณะที่ทำความสะอาด อาจมีเลือดออกได้บ้าง

เปลี่ยนขนาดได้ เกิดขึ้นในช่วง 6-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด จึงควรมีการวัดขนาดทุกครั้งเพื่อมีการเปลี่ยนอุปกรณ์





วัสดุรองรับ

เป็นชนิดเดียว
อายุการใช้งานประมาณ 3-5 วัน
ประกอบด้วย
แผ่นปกป้องผิวหนัง แลบลาย
และส่วนปลายสำหรับท่อเจาะออก



วัสดุรองรับ

เป็น 2 ชั้น

เป็นชนิดได้นาน 5-7 วัน สามารถแกะล้างทำความสะอาดได้ กลับมาใช้ได้อีก

ประกอบด้วย แผ่นปกป้องผิวหนัง และถุงที่รองรับของอาระ

โดยทั้งสองส่วนจะต้องมีขนาดที่ติดกันได้แบบพอดี



การวัด ตัด แปะ

1. วัดขนาดของ stoma ด้วยแผ่นวัด โดยวัดห่างจากรอบๆ stoma ประมาณ 0.2-0.3 ซม. แล้วนำไปวางทาบบนแผ่นเป็นร่อง ชีดด้วยปากกา



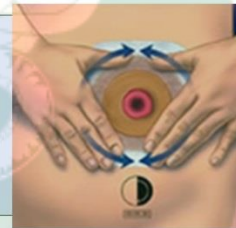
2. ตัดแผ่นเป็นร่องด้วยกรรไกร ตามขนาดที่วัดได้



3. ดึงกระดาษออกจากแผ่นเป็นร่องด้านหลัง



4. ติดแผ่นเป็นร่องให้รูที่ตัดไว้อยู่รอบๆ stoma โดยกดให้แผ่นเป็นร่องติดทั่วทั้งแผ่น ไม่เอียงข้างใดข้างหนึ่ง กดแผ่นเป็นร่องให้ติดกับผิวหนังนาน 10-15 นาที เพื่อให้แผ่นเป็นร่องติดแน่นกับผิวหนังหน้าท้องของผู้ป่วยได้ดี



คำแนะนำในการดูแลตนเองเมื่อมีทวารเทียม

การเลือกรับประทานอาหาร

- รับประทานอาหารให้ครบถ้วน เพื่อรักษาสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง
- รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย 1-2 สัปดาห์ที่หลังผ่าตัด
- เคี้ยวอาหารให้ละเอียด โดยเฉพาะผัก ผลไม้
- ดื่มน้ำให้เพียงพอ 6-8 แก้วต่อวัน
- งดเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์ อาหารหมักดอง
- อาหารที่ทำให้เกิดก๊าซ เช่น กะหล่ำปลี ถั่วทุกประเภท หอมหัวใหญ่ เมล็ดพืช แดงถั่ว น้ำอัดลม
- อาหารที่ทำให้มีกลิ่นเพิ่มมากขึ้น เช่น หอมหัวใหญ่ กระเทียม หน่อไม้ฝรั่ง



คำแนะนำในการดูแลตนเองเมื่อมีทวารเทียม

การอาบน้ำ

- ควรอาบน้ำเมื่อแผลผ่าตัดแห้งแล้ว
- อาบน้ำได้ปกติ ใช้ได้ทั้งฝักบัวและขันตักอาบ ทั้งใส่สูงและถอดถุงอาบ
- ไม่ควรอาบแบบแช่ในอ่าง เพราะจะทำให้ของเสียที่ออกมาไหลเวียนอยู่ในอ่าง
- ธรรมชาติของลำไส้จะเป็นช่องทางออกที่บีบน้ำและอุจจาระออกมาจึงไม่ต้องกังวลว่าน้ำจะเข้าลำไส้
- หากไม่ถอดถุงอาบน้ำสามารถใช้แผ่นพลาสติกคลุมทับถุงรองรับอุจจาระและใช้เทปแปะ
- หลังอาบเสร็จควรซับน้ำรอบๆ เป็นให้แห้ง



คำแนะนำในการดูแลตนเองเมื่อมีทวารเทียม

- การเดินทาง เตรียมอุปกรณ์ให้เพียงพอ สะดวกพร้อมใช้ โดยใส่กระเป๋าเดินทางติดตัว
- ชีวิตครอบครัว สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ
- การแต่งกาย สามารถสวมเสื้อผ้าได้ตามต้องการ แต่ควรเป็นผ้าที่ใส่สบาย หลีกเลี่ยงการรัดแน่นของเข็มขัดหรือรัดบริเวณเอว
- การออกกำลังกาย ออกกำลังกายได้แต่หลีกเลี่ยงกีฬาที่อาจเกิดการบาดเจ็บของช่องเปิดลำไส้ กีฬาที่เหมาะสมคือ ว่ายน้ำ ปั่นจักรยาน เดิน เป็นต้น ข้อสำคัญคืออย่าหักโหม
- การทำงาน เมื่อสุขภาพแข็งแรงแล้วสามารถทำงานได้ตามเดิม แต่หลีกเลี่ยงงานหนักที่อาจมีผลต่อช่องเปิดลำไส้ เช่น ยกของหนักๆ



Stoma Complication



Peristomal Complication



Stoma prolapse



ลำไส้ยื่นออกมาผิดปกติ เกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การไม่ได้ยึดลำไส้ติดกับผนังหน้าท้อง การรัดเข็มขัดแน่นเกินไปเป็นเวลานาน ตำแหน่งของลำไส้เปิดอยู่นอกกล้ามเนื้อ rectus



การดูแล



- ใช้ถุงขึ้นเคียว ป้องกันทวารใหม่ได้รับอันตรายจากจอบเป็น
- เลี่ยงการยกของหนักเกิน 5 กก.
- ประคองหน้าท้องเมื่อมีอาการ ไอ จาม
- หากลำไส้ไม่ยาวออกมาและสามารถคืนกลับได้ โดยนอนราบ ใช้มือช่วยนวดเป็นจังหวะ อาจใช้น้ำเย็นหรือน้ำคาลโรยบริเวณลำไส้ที่ยื่นออกมา จะช่วยลดอาการบวมและดันกลับสะดวกขึ้น



Stoma Complication



Peristomal Complication



Skin Irritation / Skin Excoriation



เกิดจากการสัมผัสกับสิ่งระคายเคืองต่างๆ ความชื้น การรั่วซึมของปัสสาวะหรืออุจจาระ เกิดแผลบริเวณที่สัมผัส

แนวทางการดูแล



- ดูแลทำความสะอาดผิวหนังด้วยน้ำสะอาด หากเกิดแผลบริเวณกว้างอาจพิจารณาใช้ normal saline ตามความเหมาะสม
- ใช้ skin barrier powder ร่วมกับ skin barrier film และ skin barrier paste ปิดดูร่องรับสิ่งขับถ่ายเฉพาะบริเวณลำไส้เปิด
- หากถุงมีการซึมหรือรั่วให้รีบเปลี่ยน โดยเร็ว





Stoma Complication



Peristomal Complication

Parastomal hernia



ตำแหน่งเปิด stoma ไม่อยู่ใน rectus muscle หรือ weaknee of abdominal wall

การดูแล

หลีกเลี่ยงการยกของหนัก
ใช้ผ้ายัดรัดหน้าท้องที่จะเป็นช่องกาลกับเป็น จะช่วยไม่ให้ภาวะไส้เลื่อนเป็น
มากขึ้น แต่ถ้าเป็นมากขึ้นจนมีอาการปวดท้อง ต้องมาพบแพทย์



กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน