ผลงานที่ใช้ในการประมิน

เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องและมีภาวะแทรกซ้อนลำไส้อุดตัน

โดย

นางสาวรุ่งตะวัน สิงห์ทองลา
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล
ตำแหน่งเลขที่ 3017

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้น
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล
ตำแหน่งเลขที่ 3050

งานการพยาบาลผู้ป่วยในอายุรกรรม
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ภารกิจด้านการพยาบาล
โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

คำนำ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายเป็นมะเร็งที่มีความสำคัญมาก จากสถิติทั่วโลกพบว่ามีผู้ป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่มากเป็นอันดับ 4 ในผู้ชาย และเป็นอันดับ 3ในหญิง ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายต้องรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดทวารใหม่ แม้ว่าการผ่าตัดเปิดทวารใหม่จะเป็นการรักษามะเร็งที่มีประสิทธิภาพ แต่ก็ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง และหน้าที่ของอวัยวะอย่างถาวร แบบแผนการขับถ่ายเปลี่ยนไป มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ในปัจจุบันการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในสถานการณ์ดังกล่าวยังไม่เพียงพอ อีกทั้งในระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยอาจต้องเผชิญกับสภาวะคุกคามพร้อมกันหลายๆด้าน ทั้งจากการดำเนินโรค การเปลี่ยนแปลงหน้าที่ และโครงสร้างของร่างกาย จึงทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถยอมรับการมีทวารใหม่ได้ และก่อให้เกิดปัญหาด้านจิตใจสังคมตามมา พยาบาลนับเป็นหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย บรรเทาอาการ ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาวะของผู้ป่วย จึงควรมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการดูแลผู้ป่วย

จากการศึกษาผู้ป่วยเฉพาะกรณีในครั้งนี้ ข้าพเจ้าได้ศึกษารวบรวมข้อมูลจากตำราหลายเล่มมาประกอบกัน เพื่อที่จะได้ข้อมูลที่มีความถูกต้องสมบูรณ์มากที่สุด และเหมาะสมที่จะนำมาศึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และเป็นการเพิ่มพูนความรู้ให้มากยิ่งขึ้น

รุ่งตะวัน สิงห์ทองลา
สิงหาคม 2567

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน
ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

สารบัญ

หน้า

คำนำ.....ก

สารบัญ.....ข

สารบัญรูปภาพ.....ค

บทที่ 1 บทนำ.....1

1.1ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....1

1.2 เหตุผลในการเลือกกรณีศึกษา.....2

1.3 วัตถุประสงค์ในการรักษา.....3

1.4 ขั้นตอนการดำเนินงาน.....3

1.5 ระยะเวลาในการดำเนินงาน.....3

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....4

บทที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้การรักษาและภาวะที่เกี่ยวข้อง.....5

2.1 กายวิภาคของมะเร็งลำไส้.....5

2.2 พยาธิสรีรวิทยาของมะเร็งลำไส้.....9

2.3 ภาวะร่วมที่เกี่ยวกับกรณีศึกษา.....9

2.4 การวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้.....10

2.5 ระดับความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้.....11

2.6 การรักษาโรคมะเร็งลำไส้.....13

2.7 ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบ.....14

2.8 การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคมะเร็งลำไส้.....15

2.9 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะพร่องโภชนาการของโรคมะเล็งลำไส้.....15

2.10 ภาวะแทรกซ้อนของโรค.....15

2.10.1 ภาวะลำไส้อุดตัน.....16

กระทรวงสาธารณสุข MINISTRY OF PUBLIC HEALTH กรมการแพทย์ โรงพยาบาลเลิดสิน ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

สารบัญ(ต่อ)

หน้า

2.10.2 ทวารเทียม.....17
2.11 การฟื้นฟู.....18
บทที่ 3 ทฤษฎีทางการพยาบาล แนวคิด และการพยาบาล.....19
3.1 กรอบแนวคิดหรือทฤษฎีการพยาบาลที่จะนำมาใช้ในการประเมิน..... 19
3.1.1 การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม.....19
3.1.2 กระบวนการพยาบาล.....20
3.1.3 กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของมาร์จอรีย์ กอร์ดอน..... 23
3.1.4 ภาวะสุดท้ายของชีวิต แนวคิด-ปรัชญา.....27
3.2 การพยาบาล(Nursing)ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรค.....34
3.2.1 การพยาบาลโรคมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง.....34
3.2.2 การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....37
บทที่ 4 กรณีศึกษาโรคมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง.....41
4.1 ข้อมูลทั่วไป.....41
4.2 ประวัติการเจ็บป่วย.....41
4.3 ประวัติตรอบครัวและความเจ็บป่วยในครอบครัว.....41
4.4 การตรวจร่างกายตามระบบ.....45
4.5 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ.....46
4.6 การวินิจฉัยโรค.....50
4.7 พยาธิสภาพจากทฤษฎีเปรียบเทียบกับกรณีศึกษา.....50
4.8 แผนการรักษาที่ได้รับ.....55
4.9 การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้.....59

กรมการแพทย์ โรงพยาบาลเลิดสิน ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

สารบัญ(ต่อ)

หน้า

บทที่ 5 สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ..... 74

5.1 สรุปเนื้อหาส่วนผู้ป่วย..... 74

5.2 วิจารณ์ และข้อเสนอแนะ.....76

บรรณานุกรม.....77

ภาคผนวก.....78

แผนการการรักษาที่ได้รับ.....79

ยาและการเฝ้าระวัง.....87

การใช้แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับดูแลแบบประคับประคอง.....92

แนวทางการวางแผนการดูแลผู้ป่วยตาม Palliative Performance.....94

ชุดแบบประเมินผู้ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองศูนย์ชีวารักษ์โรงพยาบาลเลิดสิน.....98

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน
ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

สารบัญรูปภาพ

รูปที่		หน้า
1	รูปภาพลำไส้ใหญ่	4
2	รูปภาพท่อทวารหนัก	6
3	รูปภาพที่แสดงส่วนต่างๆของลำไส้ใหญ่และหลอดเลือด	7
4	รูปภาพการแบ่งระยะมะเร็ง	12

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน
ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่1
บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นมะเร็งที่พบบ่อยในประเทศไทยเป็นอันดับ 3 ในเพศชายและอันดับ 4 ในเพศหญิง ผู้ป่วยร้อยละ 15-40 จะมาด้วยอาการของลำไส้อุดตัน ในจำนวนนี้ ร้อยละ 8-90 จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะลำไส้อุดตันซึ่งเป็นพยากรณ์โรคที่ไม่ดีเพราะหลังผ่าตัดแล้ว สภาพร่างกายมักจะไม่แข็งแรงพอที่จะให้เคมีบำบัดต่อได้ นอกจากนี้ ร้อยละ 32 ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจะมีการแพร่กระจายไปที่ตับและต่อมน้ำเหลืองแล้ว ซึ่งจำเป็นต้องได้รับเคมีบำบัดเพื่อชะลอการดำเนินโรคและเพิ่มอัตราการรอดชีพ การผ่าตัดแก้ไขปัญหาการอุดตันของลำไส้ในผู้ป่วยมะเร็งดังกล่าว ได้แก่ การตัดต่อลำไส้ (primary resectionwith anastomosis)ทวารเทียม (loop colostomy) และ Hartmann's procedure ซึ่งมีข้อดีและข้อเสียแตกต่างกันกล่าวคือ การตัดต่อลำไส้เป็นการผ่าตัดที่มีภาวะแทรกซ้อนในขณะที่ loop colostomy จะมีช่วงเวลาตั้งแต่ผ่าตัดจนกระทั่ง colonoscopy เพื่อให้ได้ชิ้นเนื้อไปตรวจทางพยาธิวิทยาและ Hartmann's procedure ลดความเสี่ยง

สำหรับในประเทศไทย โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (Colorectal cancer: CRC)นับเป็น 1 ใน 5 ของมะเร็งที่พบมากที่สุด โดยมีรายงานที่พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงทั้งในเพศชายและหญิงเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยพบอัตราการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นอันดับที่ 3 ในเพศชายและพบเป็นอันดับที่ 4 ในเพศหญิง ซึ่งอายุที่พบส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 60-64 ปี มากที่สุด (ร้อยละ15) รองลงมา คือ อายุ 55-59 ปี(ร้อยละ 15.12) และอายุ65-69 ปี (ร้อยละ13.05) ตามลำดับ อย่างไรก็ตามยังพบว่า มีแนวโน้มการตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในคนที่มีอายุน้อย โดยพบในระยะที่ 4 มากที่สุด (ร้อยละ 31.41) และไม่ทราบระยะ (ร้อยละ 28.94)

ซึ่งสาเหตุการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงนั้นเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น พันธุกรรม พฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป การขาดการออกกำลังกาย ดัชนีมวลกายไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ การมีโรคประจำตัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่-ดื่มสุรา ตลอดจนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อย่างไรก็ตามการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หากได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็วและได้รับการรักษาที่เหมาะสมตั้งแต่ระยะแรกผู้ป่วยจะมีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปีถึงร้อยละ 90แต่ถ้าเป็นระยะท้ายซึ่งมีการแพร่กระจายไปอวัยวะอื่นๆ อัตราการรอดชีวิตลดลงเหลือเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นโดยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมักจะไม่มีอาการในระยะเริ่มแรกของโรค จะมีอาการก็ต่อเมื่อโรคลุกลามมากขึ้นจนถึงระยะสุดท้าย

ส่งผลทำให้การรักษาไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร ซึ่งอาการของโรคที่พบบ่อย ได้แก่ การถ่ายอุจจาระผิดปกติ มีอาการท้องผูกสลับท้องเสีย ถ่ายอุจจาระบ่อยครั้ง ถ่ายไม่สุด ถ่ายเป็นมูกหรือ เป็นมูกปนเลือด หรืออาจถ่ายเป็นเลือดสด ขนาดลำอุจจาระเด็กลง และมีอาการปวดท้อง แน่นท้อง ท้องอืด จุกเสียด เป็นต้น อย่างไรก็ตาม มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เป็นมะเร็งที่สามารถตรวจคัดกรองเพื่อนหามะเร็ง ในระยะเริ่มแรกได้ โดยวิธีการตรวจค้นหาและคัดกรองผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และได้ตรงหลายวิธี เช่น ตรวจอุจจาระหาเลือดที่มองไม่เห็นด้วยตาเปล่า

(Fecal Occult Blood Test) ตรวจหาปฏิกิริยาทางอิมมูโนเคมีคอลที่จำเพาะอุจจาระ(Fecal Immunochemical Test) การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) และการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ด้วยภาพเสมือนจริง (Computed tomography colonoscopy) เป็นต้น ซึ่งการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) เป็นวิธีการมาตรฐานที่ละเอียด แม่นยำ และสามารถดำเนินการรักษาผ่านวิธีการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้ เช่น การตัดชิ้นเนื้อ หรือก้อนที่ผิดปกติ,การเก็บชิ้นเนื้อตัวอย่าง วิเคราะห์ผลทางพยาธิวิทยา การหยุดเลือดในลำไส้ และการตรวจนี้สามารถป้องกัน การเกิดมะเร็งได้ ด้วยการ กำจัดติ่งเนื้องอก (polyps) อันเป็นจุดเริ่มของมะเร็ง 2 ปัจจุบันกระทรวง สาธารณสุขได้มีแผนพัฒนาระบบริการสุขภาพสาขามะเร็ง (Service plan) ได้กำหนดกลุ่มเป้าหมายผู้ที่มีอายุ 50-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระปีละครั้ง (เกณฑ์ร้อยละ 80) หากพบว่า ผลผิดปกติควรได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ กรณีพบติ่งเนื้อหรือความผิดปกติในลำไส้ใหญ่ แพทย์จะทำการตัดชิ้นเนื้อบริเวณดังกล่าวเพื่อวินิจฉัยต่อไป ซึ่งการตรวจคัดกรองจะทำให้ พบการเป็นมะเร็งในระยะต้นๆ สามารถทำการรักษาได้ทันทีทำให้เสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการรักษามะเร็งในระยะลุกลาม อีกทั้งการตรวจพบในระยะที่ยังไม่เป็นมะเร็งหรือเป็นเนื้องอกธรรมดา เมื่อทำการรักษาโดยการตัดทิ้งแล้วจะช่วยลดอัตราการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้

1.2 เหตุผลในการเลือกกรณีศึกษา

การเลือกกรณีศึกษาผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง (colostomy) สามารถมีเหตุผลสำคัญดังนี้

1. ความชุกของโรคในผู้สูงอายุ มะเร็งลำไส้เป็นโรคที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ การเลือกกรณีศึกษานี้จึงเป็นการศึกษาโรคที่มีความเกี่ยวข้องกับกลุ่มประชากรสูงอายุที่มีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นในอนาคต

2. ความซับซ้อนทางการรักษา การรักษามะเร็งลำไส้ในผู้สูงอายุมักจะมีความซับซ้อนเนื่องจากปัจจัยเรื่องอายุ ความเสี่ยงทางสุขภาพอื่น ๆ และความสามารถในการฟื้นตัวจากการผ่าตัดและการรักษา เช่น การมีทวารเทียมซึ่งต้องการการดูแลและปรับตัวในการใช้ชีวิต

3. ผลกระทบด้านจิตใจและคุณภาพชีวิต การมีทวารเทียมส่งผลกระทบต่อจิตใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมาก การเลือกกรณีนี้ช่วยให้เข้าใจผลกระทบทางด้านจิตใจ สังคม และการปรับตัวของผู้ป่วยที่ต้องใช้ชีวิตร่วมกับทวารเทียม

4. การดูแลเฉพาะทาง ผู้สูงอายุที่มีทวารเทียมจำเป็นต้องมีการดูแลเฉพาะทาง ทั้งการดูแลแผลการดูแลสุขอนามัยและการปรับตัวทางโภชนาการ ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญในการศึกษาการพยาบาลและการดูแลสุขภาพในระยะยาว

5. การศึกษาเพื่อพัฒนาการรักษาและการดูแล การทำกรณีศึกษานี้สามารถนำไปสู่การปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทวารเทียมได้ดียิ่งขึ้น ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพกายและจิตใจ รวมถึงการปรับปรุงการฝึกอบรมให้แก่ผู้ดูแล

1.3 วัตถุประสงค์

1.เพื่อทราบสภาวะของโรค อาการ และอาการแสดง ตลอดจนการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย นำไปเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วย

ผลงานของโรงพยาบาลจิตเวช

2.เพื่อเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ปัญหา วินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนปฏิบัติการพยาบาล และการดูแลผู้ป่วยตลอดจนประเมินผลการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.เพื่อเตรียมผู้ป่วยทั้งร่างกาย และจิตใจให้พร้อมที่จะรับการผ่าตัด ป้องกัน และลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดรวมทั้งการส่งเสริมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.เพื่อศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีภาวะแทรกซ้อน และญาติสามารถให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านได้

5.เพื่อศึกษาค้นคว้าเป็นแนวทางในการ พัฒนาตนเอง พัฒนาองค์กร และวิชาชีพต่อไป

1.4 ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ศึกษาค้นคว้าพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง จากเอกสาร ตำรา งานวิจัย เพื่อใช้ในการดำเนินการ

2. ประชุมปรึกษาหารือในหอผู้ป่วยพิเศษชั้น 19 เพื่อหาแนวทางในการดำเนินการ แก้ปัญหา

3. ประชุมวางแผน เพื่อวิเคราะห์เชิงคุณภาพ ในรูปแบบ Brain Storming โดยผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ สหวิชาชีพ เพื่อร่วมให้คำปรึกษาและจัดทำ

4. ดำเนินการวิเคราะห์เชิงคุณภาพร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิ โดยประชุมจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง

5. นำข้อสรุปที่ประชุม จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียมทาง หน้าท้อง

6. นำเสนอแนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องที่พัฒนา แล้วแก่ผู้บังคับบัญชาเพื่อดำเนินการ

7. เก็บรวบรวมข้อมูลนำมาวิเคราะห์และประเมินผลทุก 6 เดือน เพื่อปรับปรุงและพัฒนา

1.5 ระยะเวลาดำเนินการ สิงหาคม – พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาลแบบองค์รวม ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และด้านจิตวิญญาณ

2. เป็นแนวทางสำหรับทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และเกิดภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉิน คือลำไส้อุดตัน

3. จัดทำแผนการดูแลแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านแก่ญาติผู้ป่วย (Care giver) ที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน
ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 2
ความรู้เรื่องโรคและการรักษาละภาวะต่างๆที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องและมีภาวะลำไส้อุดตันโดยผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรม ตำราและเอกสารที่เกี่ยวข้องดังนี้

2.1 ความหมายของโรคมะเร็งลำไส้และกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา

2.2 พยาธิวิทยาของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง

2.3 ภาวะร่วมที่เกี่ยวกับกรณีศึกษา

2.4 การวินิจฉัยโรค

2.5 ระดับความรุนแรงโรค หรือ ระยะของโรค

2.6 การรักษาโรค หรือภาวะโรค การผ่าตัดที่เกี่ยวข้อง

2.7 ภาวะแทรกซ้อน / ผลกระทบ

2.8 การป้องกันภาวะแทรกซ้อน / ผลกระทบ (ต่อภาวะสุขภาพ และการดำรงชีวิตประจำวัน)

2.9 ปัจจัยที่เกี่ยวกับภาวะโภชนาการในผู้ป่วย

2.10 ภาวะแทรกซ้อนของโรค

2.11 การฟื้นฟูสภาพ

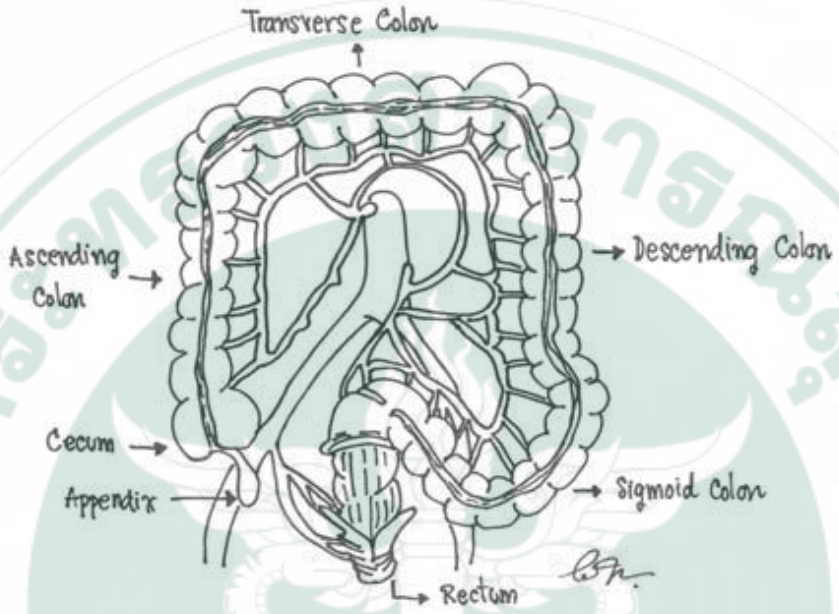
2.1 ความหมายของโรคมะเร็งลำไส้และกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หมายถึง เนื้องอกชนิดร้ายแรงที่แรงที่ลุมลากและแพร่กระจาย เกิดขึ้นที่เยื่อบุผิวภายในลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เนื้อเยื่อของมะเร็งมีลักษณะทางพยาธิวิทยา เรียกว่า adenocarcinoma ยังมีมะเร็งชนิดอื่นโดยเฉพาะที่ปากทวารหนัก (ได้แก่ Squamous cell Carcinoma และ malignaat melanoma)

กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา

ลำไส้ใหญ่มีความยาวประมาณ 100 ซม.จาก ileocecal junction ไปยังทวารหนัก ลำไส้ใหญ่เริ่มตั้งแต่ไส้ตัน(Cecum)ลำไส้ใหญ่ (ascending colon) ลำไส้ใหญ่ตามขวาง (transverse colon) ลำไส้ใหญ่ขาลง (descending colon) ลำไส้ใหญ่ซิกมอยด์ (Sigmoid colon) ไส้ตรง (rectum) และทวารหนัก (anus)

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน
ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน



ภาพที่ 1 ลำไส้ใหญ่

(ที่มา Frederich H. Martini. Edwin F. Bartholomew. Essentials of anatomy and physiology. U.S.A., Prentice-Hall , Inc. 1997.)

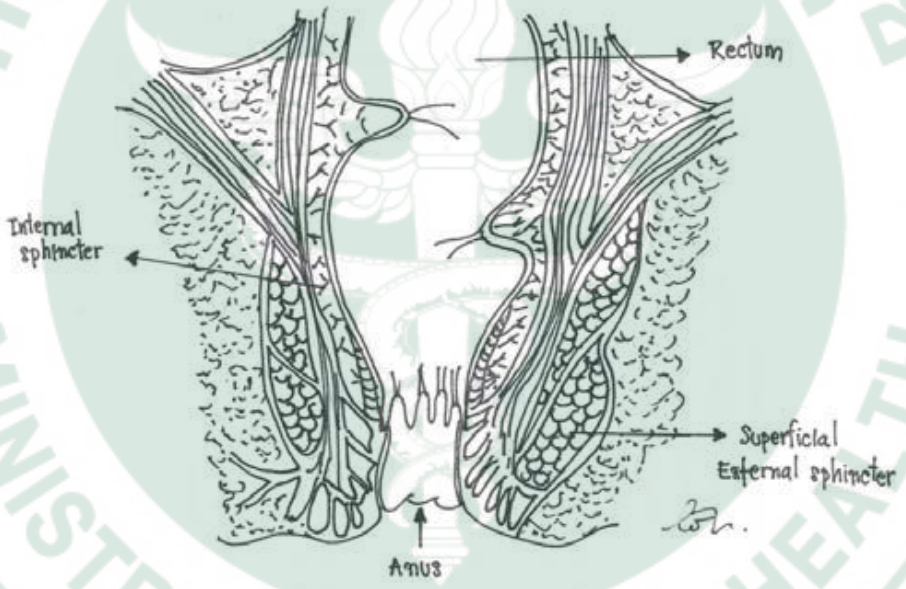
1. ไส้ต้น (Cecum) เป็นที่ตั้งต้นของลำไส้ใหญ่ ลักษณะเป็นกระพุ้งใหญ่ มีลิ้นซึ่งทำด้วยรอย พับของเยื่อบุลำไส้ (mucous membrane) เรียกว่า ทวารลำไส้ใหญ่ (ileocecal valve) ปิดกั้นระหว่าง ลำไส้เล็กส่วนปลายกับไส้ตัน ทำหน้าที่ให้อาหารผ่านเข้าไปในลำไส้ใหญ่ทางเดียวไม่ให้ไหลย้อนกลับมาใน ลำไส้เล็กอีก

2. ลำไส้ใหญ่ (colon) เป็นส่วนที่ต่อจากไส้ตัน (cecum) แบ่งออกเป็นตอนๆ ดังนี้ - ลำไส้ใหญ่ส่วนขึ้น (ascending colon) คือ ลำไส้ใหญ่ที่ต่อจากไส้ตันทอดขึ้นข้างบนถึง ระดับใต้ต่อขอบล่างของไต อยู่เหนือต่อกล้ามเนื้อ quadratus lumborum และ transverse abdominis มีความยาวประมาณ 20 เซนติเมตร - ลำไส้ใหญ่ส่วนขวาง (transverse colon) คือ ลำไส้ใหญ่ส่วนที่ทอดขวางช่องท้องไป ทางซ้ายโดยเริ่มตั้งแต่ hepatic flexure จนถึง splenic flexure เป็นส่วนที่มีความยาวมากที่สุด คือ ประมาณ 40 เซนติเมตร - ลำไส้ใหญ่ส่วนลง (descending colon) คือ ลำไส้ใหญ่ส่วนที่ทอดลงมาข้างล่างซ้ายของ ช่องท้อง มีความยาวประมาณ 30 เซนติเมตร - ลำไส้ใหญ่ซิกมอยด์ (sigmoid colon) มีความยาวประมาณ 15-50 เซนติเมตร เริ่มจาก ขอบกระดูกเชิงกรานจนถึง promontory ของกระดูก sacrum รูปร่างเคี้ยวคดมากน้อยไม่แน่นอนและจะ ขดอยู่ที่ด้านซ้ายของช่องท้อง

3. ไส้ตรง (rectum) บริเวณส่วนล่างมีลักษณะพองโตออกมามาก เพื่อเก็บอุจจาระไว้ โดยมี ลิ้นช่วยพยุง ตำแหน่งที่ตั้งในเพศชายอยู่ข้างหลังกระเพาะปัสสาวะ ในเพศหญิงอยู่ข้างหลังมดลูก ปกติ rectum จะมีความยาวประมาณ 12-15 เซนติเมตร และถูกแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ไส้ตรงส่วนบน (upper rectum) ไส้ตรงส่วนกลาง (middle rectum) ไส้ตรงส่วนล่าง (lower rectum) โดยแต่ละส่วนมี ความยาวประมาณ 4 เซนติเมตร โดย rectum และทวารหนักจะเป็นส่วนที่ต่อจากส่วนปลายของ sigmoid colon ส่วนของ rectum จะต่างจากลำไส้ใหญ่ คือ ผนังด้านนอกบางส่วนจะมีเฉพาะ longitudinal muscle และไม่มี mesentery, sacculation และ appendices epiploic

ฝ่ายวิชาการของโรงพยาบาลสิรินธร

4. ท่อทวารหนัก (anal canal) เป็นส่วนปลายล่างของลำไส้ใหญ่ ยาวประมาณ 1-1.5 นิ้ว มีช่องเปิดออกสู่ภายนอกเรียกว่า ปากทวารหนัก (anus) ที่ปากทวารหนักจะมีกล้ามเนื้อหุ้มล้อมเป็นวงอยู่ โดยรอบ 2 วง วงในเรียกว่าหูรูดชั้นใน (internal sphincter) วงนอกเรียกว่าหูรูดชั้นนอก (external sphincter) กล้ามเนื้อเหล่านี้มีหน้าที่สำหรับเปิดให้อุจจาระผ่านออกไปแล้วปิดอย่างเดิม หน้าที่ของลำไส้ใหญ่ ช่วยย่อยอาหารเพียงเล็กน้อย ถ่ายระบายกากอาหาร (waste product) ออกจากร่างกาย ช่วยดูดซึมน้ำและอิเล็คโตรไลท์จากอาหารที่ถูก ย่อยแล้ว เช่น โซเดียม และ เกลือแร่อื่นที่เหลืออยู่ในกากอาหาร รวมทั้งวิตามินบางอย่างที่สร้างจากแบคทีเรีย ซึ่งอาศัยอยู่ในลำไส้ใหญ่ ได้แก่ วิตามินบีรวม วิตามินเค และลำไส้ใหญ่ยังทำหน้าที่เก็บอุจจาระไว้จนกว่าจะถึง เวลาอันสมควรที่จะ ถ่ายออกนอกร่างกาย



ภาพที่ 2 ภาพท่อทวารหนัก (ที่มา Frederich H. Martini. Edwin F. Bartholomew. Essentials of anatomy and physiology. U.S.A., Prentice-Hall , Inc. 1997.

เส้นประสาท และเส้นเลือดที่มาเลี้ยงลำไส้ใหญ่

เส้นประสาท ประกอบด้วย

1.Fibers จาก sympathic และ Parasympathic Nerve

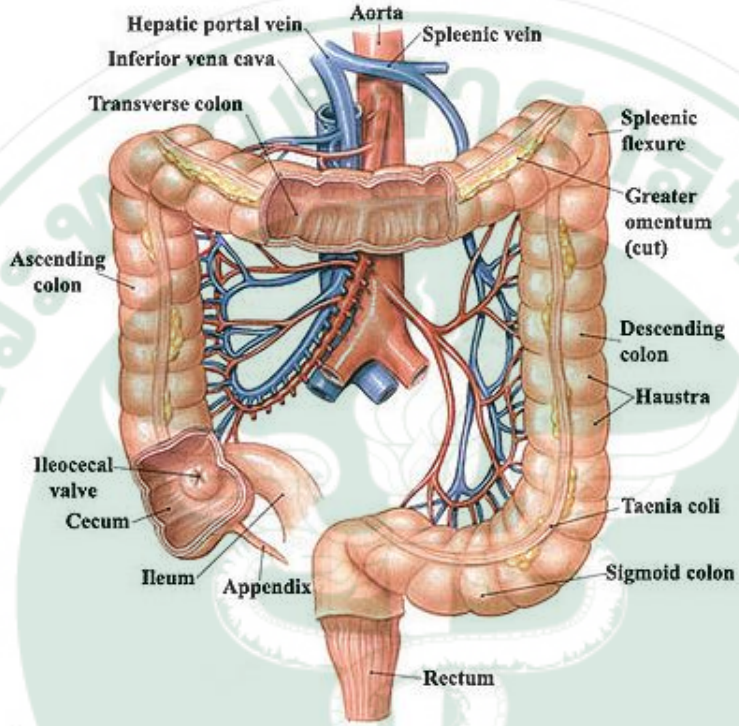
2.Nervous จาก Mesenteric และ Hypogastic Plexuses

เส้นเลือด ประกอบด้วย

1.แขนงของ Superior Mensenteric Artery ไปเลี้ยง Cecum, Appendix, Ascending และ Transeverse Colon

2.แขนงของ Inferior Mesenteric Artery ไปเลี้ยง Descending Colon และ Rectum

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน
ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน



ภาพที่ 3 รูปแสดงส่วนต่างๆ ของลำไส้ใหญ่และหลอดเลือดที่มาเลี้ยง
(ที่มา Frederich H. Martini. Edwin F. Bartholomew. Essentials of anatomy and physiology. U.S.A., Prentice-Hall , Inc. 1997.)

2.2 พยาธิวิทยาของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง

มะเร็งลำไส้ใหญ่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางจุลชีวะวิทยาของลำไส้ ปกติจะมีการแบ่งตัว เพิ่มเป็น adenomatous polyp และเจริญผิดปกติจนกลายเป็นมะเร็งต่อมา (adenoma-carcinoma sequence) โดยมีการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติของเยื่อบุจนเกิดเป็นมะเร็ง ซึ่งเป็นความผิดปกติที่เกิดจาก การกลายพันธุ์ที่กระตุ้นยีนก่อมะเร็ง (oncogenes) และยับยั้งการทำงานของยีนระงับมะเร็ง (tumor suppressor genes) การเกิดการกลายพันธุ์ของยีนจะต้องเกิดอย่างน้อย 4-5 ยีน เพื่อทำให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็ง

อาการและอาการแสดง

อาการที่จะนำมาพบแพทย์ส่วนใหญ่มากที่สุดคือ มีเลือดออกทางทวารหนัก, ปวดท้อง, change of bowel habit เช่น มีท้องเสีย ท้องผูก หรือมีอุจจาระลำเล็ก อาการจะขึ้นกับตำแหน่ง ขนาด และขอบเขตของก้อน 8 ดังนี้ มะเร็งทางขวาของ colon มักไม่มีอาการถ่ายเป็นเลือด ให้เห็น แต่ตรวจพบ occult blood ในอุจจาระทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง มะเร็งทางซ้ายของ colon มี อาการถ่ายเป็นเลือดแดงหรือแดงคล้ำ บางครั้งมีมูกเลือดปน เมื่อมะเร็งลุกลามเป็นวงรอบลำไส้ ทำให้ลำไส้ ตีบเกิดอาการท้องผูก ถ่ายเป็นก้อนเล็กลง มีท้องผูกสลับท้องเสียบ่อยๆ เมื่อมีอาการตีบมากทำให้อาการ ลำไส้อุดตันชัดเจน เช่น ท้องอืด ปวดท้องมะเร็งใน rectum มีอาการถ่ายเป็นเลือดแดงชัดเจนไม่ปนอยู่ใน เนื้ออุจจาระ มีอาการปวดเบ่ง ปวดถ่าย หรือรู้สึกเหมือนถ่ายไม่สุด (tenesmus)

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

การตรวจร่างกาย

1.การตรวจทั่วไป อาจจะพบมีอาการซีด น้ำหนักลด คลำก้อนได้ อาจจะพบอาการอุดตันของลำไส้ อาการของเยื่อบุภายในช่องท้องอักเสบ

2.การตรวจภายในช่องทวารหนักโดยนิ้วมือสามารถบอกขนาด และรูปร่างได้ มักคลำพบได้ ก้อนมะเร็งใน lower rectum ระยะประมาณ 8 - 12 เซนติเมตร ร้อยละ 70 ของมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายจะคลำพบด้วยวิธีนี้ ในผู้หญิงควรตรวจภายในช่องคลอดด้วย

2.3 ภาวะร่วมที่เกี่ยวกับกรณีศึกษา

ภาวะร่วมที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นมะเร็งลำไส้ (colorectal cancer) มีความสำคัญมากในการวางแผนการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีโรคประจำตัวหรือปัญหาสุขภาพอื่นๆ ร่วมด้วย ภาวะร่วมที่พบบ่อย ได้แก่

1. โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular diseases) เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบหรือหัวใจล้มเหลว ภาวะเหล่านี้อาจมีผลต่อการผ่าตัดหรือการให้ยาเคมีบำบัด

2. โรคเบาหวาน (Diabetes) ผู้ป่วยเบาหวานอาจมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา เช่น แผลหายช้าหรือการติดเชื้อ

3. โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease)ภาวะนี้อาจจำกัดการใช้ยาเคมีบำบัดหรือยาบางชนิดที่ต้องการการขับถ่ายผ่านไต

4. ภาวะพร่องสารอาหาร (Malnutrition) ผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุมักมีภาวะขาดสารอาหาร ซึ่งส่งผลต่อการฟื้นตัวจากการผ่าตัดและการตอบสนองต่อการรักษา

5. โรคเกี่ยวกับปอด (Respiratory diseases) เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หรือโรคหืด อาจทำให้การฟื้นตัวจากการผ่าตัดลำบากขึ้น และเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางการหายใจ

6. ภาวะสมองเสื่อม (Dementia)ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอาจมีปัญหาในการทำความเข้าใจและดูแลตนเอง รวมถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษา

7. ภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล (Depression and anxiety)ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่เป็นผู้สูงอายุมักมีภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวลร่วมด้วย ซึ่งอาจทำให้คุณภาพชีวิตลดลงและส่งผลต่อการรักษา

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีมะเร็งลำไส้จึงต้องพิจารณาภาวะร่วมเหล่านี้ควบคู่ไปกับการรักษามะเร็งหลัก เพื่อลดความเสี่ยงและเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษา

2.4 การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ใหญ่เละไส้ตรงใช้ประวัติและการตรวจร่างกายเป็นสำคัญ การตรวจด้วยวิธีต่างๆ มีดังนี้

1. นิ้วตรวจทวารหนัก (Digital rectal exam) คือ การที่แพทย์สวมถุงมือแล้วใช้นิ้วชี้ทา สารหล่อลื่นเพื่อสอดนิ้วเข้าไปผ่านรูทวารหนัก เพื่อตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนักส่วนปลาย

2. การตรวจหาเลือดในอุจจาระ (Fecal occult blood test) โดยปกติอุจจาระที่เรา ขับถ่ายทุกวันไม่มีเลือดปนอยู่เลย แต่ถ้าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่แล้วอาจทำให้เลือดออกปนเปื้อนมาใน อุจจาระจะสามารถตรวจพบได้

3. การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เนื่องจากมะเร็งของลำไส้ใหญ่ส่วนใหญ่จะ เป็นที่ลำไส้ใหญ่ส่วนปลายต่อเนื่องถึงทวารหนัก จึงต้องมีการชะล้างลำไส้ใหญ่อย่างดี โดยใช้ยาถ่ายหรือ การสวนทวาร อาจใช้กล้องส่องตรวจทวารหนักแบบสั้น (Sigmoidoscopy) ซึ่งมีความยาว 25 เซนติเมตร ส่องดูผนังทวารหนักซึ่งจะวินิจฉัยเนื้องอกชนิด polyp และมะเร็งขนาด 1 เซนติเมตร ขึ้นไปได้กว่า 95% ในกรณีที่ต้องการส่องกล้องตรวจใน

ตำแหน่งที่สูงขึ้นไปอาจใช้ Colonoscope ซึ่งมีความยาวประมาณ 160 เซนติเมตร ทำให้สามารถส่องดูได้ทั่วลำไส้ใหญ่

4. การถ่ายภาพรังสีของลำไส้ใหญ่การสวนแป้งแบเรียมเข้าไปฉาบลำไส้ใหญ่ แล้วถ่ายภาพ เอกซเรย์ เรียกว่า Barium enema ใช้เวลาตรวจประมาณ ๓0 นาที ซึ่งถ้าหากรังสีแพทย์ใช้เทคนิคสวนแป้ง แบเรียมร่วมกับแก๊ส คือ ลมเข้าไปด้วยแล้วจะเรียกว่า Double contrast Barium enema โดยจะทำให้ ภาพที่เห็นสามารถช่วยการวินิจฉัยที่แม่นยำขึ้น

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1.การตรวจเลือด

- Hemoglobin
- การตรวจสมรรถภาพของตับ หากตรวจพบผลผิดปกติแสดงว่ามีการกระจายของมะเร็ง แต่หากตรวจพบผลปกติแสดงว่าอาจมีการกระจายของมะเร็ง เนื่องจากการกระจายของมะเร็งที่ขอบตับ ผลการตรวจสมรรถภาพของตับจะปกติ
- CEA (carcino-embryonic antigen) ไม่ค่อยพบในระยะเริ่มแรก แต่พบผิดปกติในมะเร็งของลำไส้ใหญ่ และลำไส้ตรง ซึ่งใช้ในการติดตามดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และลำไส้ตรงซึ่งหากหลังผ่าตัดมีค่าของ CEA เพิ่มขึ้น แสดงว่าอาจจะมี recurrence และถ้าหลังผ่าตัดค่าของ CEA ลดลง แสดงว่ามีโอกาสหายขาดสูง
- Cytology การทำ brush cytoloty จะได้ผลประมาณ 86% ซึ่งได้ผลเหมือนกันกับการตัด ชิ้นเนื้อมาตรวจแต่ควรทำในรายที่มีการอุดตัน และไม่สามารถจะทำการตัดชิ้นเนื้อมาตรวจได้

2.รังสีวิทยา

- Chest X-rays (เอกซ์ปอด) หาการกระจายของมะเร็งไปที่ปอด
- Barium enema คือการตรวจทางการแพทย์ที่ใช้สำหรับดูรายละเอียดของลำไส้ใหญ่ (colon) และลำไส้ตรง (rectum) โดยการใช้สารทึบรังสีชนิดหนึ่งที่เรียกว่า "แบเรียมซัลเฟต" (barium sulfate) ซึ่งถูกใส่เข้าไปในลำไส้ใหญ่ผ่านทางทวารหนัก จากนั้นทำการถ่ายภาพ X-ray เพื่อดูโครงสร้างและความผิดปกติของลำไส้ใหญ่
- Ultrasonography หรือ อัลตราซาวนด์ (Ultrasonography) เป็นเทคนิคการสร้างภาพทางการแพทย์ที่ใช้คลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasound) ในการตรวจและสร้างภาพภายในร่างกาย เช่น อวัยวะต่างๆ
- CT scan (Computerized Tomography Scan) คือการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์โดยใช้เครื่องเอกซเรย์ร่วมกับคอมพิวเตอร์ เพื่อสร้างภาพตัดขวางของร่างกายในมุมต่าง ๆ อย่างละเอียด โดยเครื่อง CT จะหมุนรอบร่างกายและถ่ายภาพในหลาย ๆ มุม จากนั้นระบบคอมพิวเตอร์จะนำภาพเหล่านั้นมาประมวลผลเป็นภาพสามมิติ ทำให้แพทย์สามารถดูรายละเอียดของเนื้อเยื่อ อวัยวะ กระดูก และเส้นเลือดได้ชัดเจนมากขึ้น
- MRI (Magnetic Resonance Imaging) คือ การถ่ายภาพด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า โดยใช้สนามแม่เหล็กแรงสูงและคลื่นวิทยุเพื่อสร้างภาพของอวัยวะและเนื้อเยื่อภายในร่างกาย ไม่ใช้รังสีเอกซ์เหมือนการถ่ายภาพ X-ray หรือ CT scan ซึ่งทำให้ปลอดภัยกว่าในบางกรณี

2.5 ระดับความรุนแรงโรค หรือ ระยะของโรค

มะเร็งลำไส้ หรือที่เรียกว่า มะเร็งลำไส้ใหญ่ (Colorectal Cancer) เป็นมะเร็งที่เกิดขึ้นในลำไส้ใหญ่ หรือลำไส้ตรง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบย่อยอาหาร โรคนี้มักเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ที่ปกติในลำไส้

กลายเป็นเซลล์ผิดปกติและเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วโดยไม่มีการควบคุม จนกลายเป็นเนื้องอกและอาจแพร่กระจายไปยังส่วนอื่นของร่างกาย

ระยะการลุกลามของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก สามารถแบ่งระยะโรคแบบ TNM ซึ่งเป็ยการกำหนดระยะของโรคตาม แบบมาตรฐานสากลทั่วโลกกำหนดขึ้นโดย International Union Againt Cancer (UICC) และ The American Joint Committee on Cancer (AJCC) ซึ่งระยะโรคแบบ TNM กำหนดจาก T (Tumor) ขนาดก้อน จำนวนก้อน ตำแหน่งที่ก้อนอยู่ N (Lymph nodes) ต่อมน้ำเหลืองที่มะเร็งลุกลามไปและ M (Metastasis) โดยพิจารณาจาก ปัจจัย 3 อย่างคือ

1.ความลึกที่มะเร็งบุกรุกเข้าไปในผนังลำใหญ่และทวารหนัก

2.การแพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง

3.การแพร่กระจายของมะเร็งไปอวัยวะอื่น

การแบ่งระยะ (stage) ของมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก

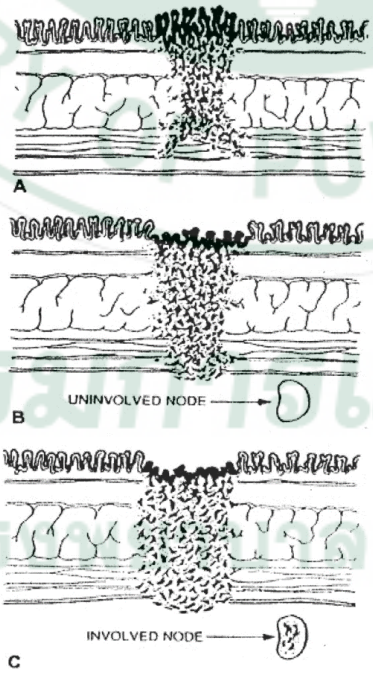
มะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก แบ่งตามระยะของ Dukes และระบบ TMN (Tumor , Node , Metastasis) Dukes แบ่งมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักออกเป็น 4 ระยะ ส่วนระบบ TMN ก็แบ่งมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักออกเป็น 4 ระยะเช่นกัน

A : มะเร็งอยู่ในชั้นของผนังลำไส้

B : มะเร็งแพร่กระจายออกจากลำไส้เข้าไปยังเนื้อเยื่อนอก Rectum แต่ยังไม่ถึงต่อมน้ำเหลือง

C : มะเร็งแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง และมะเร็งอาจเติบโตทะลุผ่านผนังลำไส้ใหญ่

D : มะเร็งแพร่กระจายไปทั่วไม่สามารถตัดเอาก้อนเนื้องอกนั้นออกได้



ภาพที่ 4

การแบ่งระยะมะเร็งของเรคตัม ทางฮิสโตโลยี ตามวิธีของ Dukes (ที่มา:ไพบูลย์ สุทธิสุวรรณ , คู่มือศัลยศาสตร์ , 2539 , 54)

กรมการแพทย์ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

2.6 การรักษาโรค หรือภาวะโรค การผ่าตัดที่เกี่ยวข้อง

การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มี 3 วิธี

1. การผ่าตัด (Surgery) การรักษาในมะเร็งลำไส้ตรงใช้การผ่าตัดเป็นหลัก โดยการผ่าตัดมุ่งที่จะตัด ก้อนมะเร็งออกทั้งหมดพร้อมกับเนื้อเยื่อรอบๆก้อนมะเร็ง การตัดต้องตัดให้ห่างก้อนมะเร็งให้เพียงพอ โดยปกติจะตัดห่างก้อนมะเร็ง 2 เซนติเมตร ยกเว้นในราย Poorly differentiate adenocarcinoma ต้องตัดห่างจากมะเร็ง 5 เซนติเมตร และต้องตัดอวัยวะรอบข้างออกบางส่วนหรือตัดออกทั้งหมดรวมทั้งต้อง ตัดต่อมน้ำเหลืองที่รองรับออกไปพร้อมกัน เนื่องจากลำไส้ตรงอยู่ในอุ้งเชิงกรานทำให้การผ่าตัดมีความยากลำบากและซับซ้อน จึงมีอัตราการรั่วของรอยต่อได้ร้อยละ 5-20

1.1) มะเร็งของลำไส้ตรงส่วนบน (Upper rectum) (เกิน 10-15 เซนติเมตร จากปากทวาร หนัก) รักษาโดยทำ Anterior resection แต่ถ้าสภาพผู้ป่วยไม่ดีพอก็อาจนำปลายบนมาเปิดเป็น Colostomy และเย็บปิดปลายล่าง (Hartmann's operation) แทนการนำสองปลายมาต่อกัน

1.2) มะเร็ง Middle rectum (5-10 เซนติเมตร จากปากทวารหนัก) รักษาโดยทำ Low anterior resection ซึ่งเหมือนกับ Anterior resection แต่ต้องเลาะ Rectum จนถึง Pelvic 6 diaphragm และต้องตัด Lateral Ligament ของ Rectum เพื่อช่วยให้ดึงตัว Rectum ขึ้นมาได้มากขึ้น รอยต่อลำไส้กับ Rectum ที่เหลือจะอยู่ลึกกว่า Peritoneal reflection10 การตัดต่อลำไส้ตรงมีอัตราการ รั่วของรอยต่อได้ร้อยละ 5-20 ศัลยแพทย์อาจพิจารณาทำ diverting stoma (loop transverse colostomy หรือ loop ileostomy) และทำ Pelvic drainage โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดภาวะ รอยต่อลำไส้รั่วได้ง่าย เช่น ผู้ป่วยได้รับ neoadjuvant chemoradiation มาก่อน มีภาวะทุพโภชนาการ และรอยต่ออยู่ใกล้ขอบทวารหนักมากเป็นต้น

1.3) มะเร็งของ Lower rectum (0-5 เซนติเมตร จากปากทวารหนัก) รักษาโดยทำ Abdominoperineal resection (APR) ซึ่งเป็นการผ่าตัดในทำนองเดียวกับ Low anterior resection คือตัดส่วนเหนือเนื้อมะเร็งอย่างน้อย 5 เซนติเมตร และส่วนปลายต่อเนื้อมะเร็ง 2 เซนติเมตรร่วมกับ การตัดกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก และผิวหนังรอบทวารหนักออก จากนั้นนำเอาลำไส้ส่วน Sigmoid colon ขึ้นมาเปิดที่ผนังหน้าท้องด้านซ้ายให้เป็นทางออกของอุจจาระอย่างถาวร (Permanent colostomy) เย็บ ปิดตรงเหนือส่วนปลายของลำไส้ส่วน Sigmoid colon และผ่าตัดเย็บปิด Anus เดิม

การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงนิยมมากที่สุดวิธีหนึ่งคือ การทำผ่าตัดผ่านกล้องวิดิทัศน์ (laparoscope) ซึ่งในปัจจุบันนิยมทำ Laparoscopic colectomy (LCO) หรือเรียกการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ ผ่านกล้องวิดิทัศน์ เป็นเทคนิคการผ่าตัดที่ค่อนข้างใหม่ และจัดว่าเป็นการผ่าตัดในกลุ่มของ advanced laparoscopic surgery เป็นที่ยอมรับทั่วโลกว่าเป็นการผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับการผ่าตัดแบบทั่วไป

2. การรักษาด้วยรังสีรักษา (Radiation therapy) เป็นการรักษาเสริมการผ่าตัด (adjuvant treatment) โดยอาจให้ก่อนการผ่าตัด (pre-operation Radiotherapy) เพื่อลดการเกิดโรคขึ้นใหม่ในอุ้งเชิงกราน หรือในกรณีที่โรคเป็นมากจนไม่สามารถผ่าตัดก้อนมะเร็งหรือผ่าตัดแล้วไม่สามารถเลาะก้อนมะเร็งออกได้ หมด (locally advance disease) หรือเมื่อโรคกลับเป็นซ้ำ (local recurrence) การให้รังสีรักษาก็เป็น การรักษาแบบประคับประคอง (palliative treatment) ในปัจจุบันนี้การให้รังสีรักษานิยมให้ร่วมกับเคมี บำบัดเรียกว่า concurrent chemoradiotherapy เพื่อเพิ่มผลการความคุมโรคในอุ้งเชิงกราน (local control) และอัตรารอดชีวิตได้ดีกว่าการฉายรังสีเพียงอย่างเดียว

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

3. เคมีบำบัด (Chemotherapy) เป็นการรักษาเสริม (adjuvant) ในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่อยู่ใน ระยะที่ 2 หรือ 3 มีประโยชน์มาก เนื่องจากสามารถรักษาให้หายขาดจากการผ่าตัดเพียงอย่างเดียวซึ่งเป็น มาตรฐานการรักษาในปัจจุบัน สำหรับกลุ่มที่นิยมใช้ในการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่มี ประสิทธิภาพ คือ 5-FU ร่วมกับ leucovarin และในระยะแพร่กระจายจะใช้ irinotecan, Oxalipatin, Cepecitabine (Meloda) และล่าสุดคือ bevacizumab (Avastin) ส่วนสูตรยาจะใช้สูตร FOLFOX4 เป็นเวลา 6 เดือน

2.7 ภาวะแทรกซ้อน / ผลกระทบ

ภาวะแทรกซ้อนของโรคมะเร็งลำไส้สามารถเกิดขึ้นได้ในหลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับระยะของโรคและตำแหน่งของมะเร็งลำไส้ ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ได้แก่

1. ลำไส้อุดตัน (Bowel Obstruction) มะเร็งที่โตขึ้นอาจทำให้ลำไส้แคบหรืออุดตัน ทำให้เกิดอาการปวดท้อง ท้องผูก คลื่นไส้ และอาเจียน

2. เลือดออกในลำไส้ (Gastrointestinal Bleeding) มะเร็งลำไส้อาจทำให้เกิดการเสียเลือด ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะโลหิตจาง (anemia) ผู้ป่วยอาจรู้สึกอ่อนเพลียและเหนื่อยง่าย

3. แพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น (Metastasis) มะเร็งลำไส้สามารถแพร่กระจายไปยังตับ ปอด หรืออวัยวะอื่น ๆ ได้ ซึ่งทำให้มีอาการและภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติม

4. การเจาะทะลุของลำไส้ (Perforation) มะเร็งสามารถทำให้เกิดการทะลุของผนังลำไส้ ซึ่งอาจนำไปสู่การติดเชื้อในช่องท้อง (peritonitis) เป็นภาวะที่อันตรายและต้องการการรักษาเร่งด่วน

5. ภาวะลำไส้ตีบ (Stricture) มะเร็งที่มีขนาดใหญ่อาจทำให้ลำไส้ตีบหรือแคบลง ทำให้เกิดปัญหาการย่อยอาหาร

6. การอักเสบและติดเชื้อ (Infection and Inflammation) มะเร็งอาจทำให้เนื้อเยื่อบริเวณใกล้เคียงอักเสบและเกิดการติดเชื้อได้

7. ภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) เมื่อมะเร็งทำให้การดูดซึมอาหารลดลง หรือทำให้ผู้ป่วยมีความอยากอาหารลดลง ส่งผลให้ร่างกายขาดสารอาหาร

ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาทางการแพทย์อย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันไม่ให้มีอาการรุนแรง

2.8 การป้องกันภาวะแทรกซ้อน / ผลกระทบ (ต่อภาวะสุขภาพ และการดำรงชีวิตประจำวัน)

การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคมะเร็งลำไส้เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระหว่างและหลังการรักษา โดยสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ดังนี้

1.การตรวจพบโรคแต่เนิ่น ๆ การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ เช่น การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (colonoscopy) เป็นวิธีการที่ช่วยตรวจพบโรคในระยะเริ่มแรก ซึ่งอาจช่วยป้องกันการลุกลามของโรคและลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน

2.การผ่าตัดอย่างระมัดระวัง ในกรณีที่ต้องทำการผ่าตัด การเตรียมตัวอย่างเหมาะสม การดูแลหลังการผ่าตัด และการติดตามผลอย่างใกล้ชิดจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อ การบาดเจ็บในระบบทางเดินอาหาร หรือน้ำเหลืองคั่ง

3.การดูแลโภชนาการที่เหมาะสม การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ โดยเฉพาะอาหารที่ย่อยง่าย มีใยอาหารสูง และการดื่มน้ำให้เพียงพอสามารถช่วยให้ลำไส้ทำงานได้ดี ลดความเสี่ยงของการอุดตันหรือการติดเชื้อ

4.การบำบัดด้วยยาและการติดตามผล การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือรังสีบำบัดต้องทำอย่างระมัดระวังเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะลำไส้อักเสบ ความเสี่ยงของการติดเชื้อ หรือการเกิดภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง

5.การดูแลด้านจิตใจ ความเครียดและภาวะซึมเศร้าอาจมีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย การรับคำปรึกษาทางจิตใจหรือการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนสนิทจึงเป็นสิ่งสำคัญ

6.การออกกำลังกาย การออกกำลังกายเบา ๆ อย่างสม่ำเสมอช่วยให้ระบบทางเดินอาหารทำงานได้ดี ลดการเกิดอาการท้องผูก และช่วยส่งเสริมการฟื้นตัวหลังการรักษา

2.9 ปัจจัยที่เกี่ยวกับภาวะโภชนาการในผู้ป่วย

1. อายุ ผู้สูงอายุมักมีความต้องการทางโภชนาการที่แตกต่างจากวัยอื่น ๆ และอาจมีปัญหาในการดูดซึมสารอาหาร

2. โรคประจำตัว โรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือโรคไต สามารถมีผลต่อการบริโภคอาหารและการดูดซึมสารอาหาร

3. การรักษา การใช้ยาและการรักษาอาจมีผลกระทบต่อความอยากอาหารและการดูดซึมสารอาหาร

4. สถานะสุขภาพทั่วไป การมีภาวะขาดน้ำ หรือการติดเชื้อ สามารถส่งผลต่อความสามารถในการบริโภคอาหารและการดูดซึม

5. สภาพจิตใจ ความเครียด ซึมเศร้า หรือความวิตกกังวล สามารถมีผลต่อความอยากอาหาร

6. สิ่งแวดล้อม สภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวย เช่น การเข้าถึงอาหารที่ดีต่อสุขภาพและสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการรับประทานอาหาร

7. ความรู้และการศึกษาเกี่ยวกับโภชนาการ ความเข้าใจเกี่ยวกับโภชนาการสามารถส่งผลต่อการเลือกอาหารและพฤติกรรมการบริโภค

2.10 ภาวะแทรกซ้อนของโรค

ภาวะลำไส้อุดตัน(gut obstruction)

ภาวะลำไส้อุดตัน (gut obstruction) หมายถึง ภาวะที่ช่องภายในลำไส้ (lumen) อุดตันทำให้ไม่มี สารคัดหลั่ง ของลำไส้ (bowel content) ไหลจากลำไส้ส่วนต้น (proximal)ไปยังลำไส้ส่วนปลาย (distal)ได้ การอุดตันพบ มากที่ลำไส้ใหญ่ส่วนโค้งบริเวณม้าม (Spleni flexure) ลำไส้ด้านขวาและลำไส้ด้านซ้าย

อาการและอาการแสดง

จะแตกต่างกันไปตามระดับความรุนแรงของการอุดตันแต่อาจมี อาการนำเช่น.ท้องอืดเหมือนอาหารไม่ย่อยท้องผูกท้องเสียถ่ายเป็นมูกเลือดอุจจาระก้อนเล็กลงเป็นต้นต่อมาเมื่ออุดตันเต็มที่จะมีอาการปวดท้องไม่ถ่ายอุจจาระไม่ผายลม อาจจะมีอาเจียนร่วมด้วยอาการปวดที่เกิดจากการอุดตันบริเวณลำไส้ใหญ่ด้านขวา และลำไส้ใหญ่ส่วนขวาง (right.andtransverse colon)มักจะปวดรอบๆสะดือ ส่วนที่เกิดการอุดตันบริ เวณลำไส้ใหญ่ส่วนล่าง (distal colon)จะปวดท้องส่วนล่างถึงหัวเหน่า และกรณี ที่เกิดการอุดตันจากสาเหตุ โรคลำไส้กลืนกัน (volvulus หรือintussusception) จะเกิดอาการอย่างรวดเร็วรุนแรงและมีภาวะลำไส้ขาดเลือดร่วมด้วย การวินิจฉัยการแยกโรคว่าเป็นการอุดตันลำไส้ใหญ่ชนิด ที่เกิดจากบางสิ่ง ไปอุดตันทางเดินของลำไส้ (mechanical) หรือ การทำงานผิดปกติของลำไส้ ซึ่งทำให้ไม่สามารถ บีบตัวและเคลื่อนไหวได้ตามปกติ (nonmechanical)สำคัญมากเพราะการดูแลรักษาต่างกัน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

การตรวจวินิจฉัย

ต้องใช้การตรวจทางรังสีวิทยากรณีเห็นลม (air fluid level)จะยืนยันได้ว่ามีลำไส้ใหญ่อุดตัน(large bowel obstruction)และสามารถบอกตำแหน่งการอุดตันคร่าวๆได้ และควรเอาใจใส่ต่อขนาดของลำไส้ส่วนซีคัม (caecum)กรณีที่โป่งพองมากกว่า 10-12 เซนติเมตร จะมีโอกาสแตกทะลุได้

การรักษา การผ่าตัดรักษาภาวะลำไส้อุดตันมีแบบได้แก่

1.การผ่าตัดระบาย เพื่อแรงดัน (decompressive procedures) และ

2.การผ่าตัดต่อลำไส้ใหญ่ มี 3 ชนิดได้แก่ ตัดและต่อลำไส้ที่เหลือเข้าหากัน (primary anastomosis) ตัดและต่อลำไส้ที่เหลือเข้าหากันพร้อมการนำลำไส้ส่วนต้นมาเปิดทางหน้าท้อง (proximal diversion) เช่น การผ่าตัดเปิดทวารใหม่ (colostomy)ลดภาวะแทรกซ้อนหากรอยต่อรั่วและการตัดแต่ไม่ต่อลำไส้ในการผ่าตัดครั้งนั้น นำปลายลำไส้ออกมาไว้หน้าท้อง

2.10.1ทวารเทียม (Stoma)

ทวารเทียม (Stoma) คือการสร้างช่องเปิดที่ทำขึ้นโดยศัลยกรรมเพื่อให้การระบายของเสียจากร่างกาย เช่น อุจจาระหรือปัสสาวะ มีการทำทวารเทียมในกรณีที่มีความจำเป็น เช่น โรคที่ส่งผลต่อระบบย่อยอาหารหรือระบบปัสสาวะ ทำให้ไม่สามารถขับของเสียออกได้ตามปกติ ทวารเทียมสามารถอยู่ได้ตลอดชีวิตหรือเป็นการชั่วคราว ขึ้นอยู่กับสาเหตุและสภาพของผู้ป่วย โดยปกติแล้วจะใช้ถุงเก็บของเสียที่ติดกับผิวหนังรอบทวารเทียมเพื่อความสะดวกในการดูแลและการทำความสะอาด

ทวารเทียม (stoma) เป็นการสร้างช่องทางที่ช่วยให้ของเสียออกจากร่างกายผ่านผิวหนัง โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีที่ลำไส้หรือระบบทางเดินปัสสาวะมีปัญหาหรือไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ประเภทและชนิดของทวารเทียมมีหลายประเภท ได้แก่

1. ออสโตรมี (Ostomy) โคลอสโตรมี (Colostomy) การสร้างทวารเทียมจากลำไส้ใหญ่ ทำให้ขับถ่ายผ่านหน้าท้องอิเลียออสโตรมี (Ileostomy) การสร้างทวารเทียมจากลำไส้เล็ก เพื่อขับถ่ายอุจจาระยูโรสโตรมี (Urostomy) การสร้างทวารเทียมสำหรับระบบปัสสาวะ เพื่อให้ปัสสาวะออกจากร่างกาย

2. โซฟา (Surgical Stomas) Tracheostomy การสร้างช่องเปิดที่หลอดลม เพื่อช่วยในการหายใจ Gastrostomy การสร้างช่องเปิดที่กระเพาะอาหาร สำหรับการให้อาหาร

3. ทวารเทียมชั่วคราวและถาวรชั่วคราว ใช้เพื่อรักษาปัญหาชั่วคราว เช่น การบาดเจ็บหรือการผ่าตัด ถาวร ใช้เมื่อมีปัญหาที่ไม่สามารถรักษาให้กลับเป็นปกติได้

ทวารเทียมแต่ละประเภทจะมีการดูแลและการจัดการที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับตำแหน่งและประเภทของทวารเทียมที่สร้างขึ้น

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ทวารเทียม (stoma) มีหลายประเภท โดยสามารถแบ่งออกได้เป็นกลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้

1. ภาวะแทรกซ้อนทางกายภาพการติดเชื้อ อาจเกิดการติดเชื้อบริเวณทวารเทียม ซึ่งอาจทำให้มีอาการบวม แดง หรือเจ็บการระคายเคืองผิวหนัง การสัมผัสกับอุจจาระหรือปัสสาวะอาจทำให้ผิวหนังรอบทวารเทียมระคายเคืองหรือเกิดแผลอาการเลือดออก อาจเกิดจากการบาดเจ็บที่บริเวณทวารเทียม

2. ภาวะแทรกซ้อนทางจิตใจ ความเครียดและวิตกกังวล ผู้ที่ต้องใช้ทวารเทียมอาจมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลหรือการใช้ชีวิตประจำวันการปรับตัวทางสังคม บางคนอาจรู้สึกอายหรือมีปัญหาในการปรับตัวเข้าสังคม

3. ภาวะแทรกซ้อนทางโภชนาการ การเปลี่ยนแปลงของระบบการย่อยอาหาร ผู้ที่มีทวารเทียมอาจประสบปัญหาเกี่ยวกับการย่อยอาหารหรือการดูดซึมสารอาหาร

4. ภาวะแทรกซ้อนอื่น การเกิดปัญหาเกี่ยวกับอุปกรณ์ทวารเทียม เช่น การหลุดหรือการรั่วซึมของถุงเก็บอุจจาระ การดูแลและการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอสามารถช่วยลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ได้ ควรมีการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ทวารเทียมเพื่อการจัดการที่เหมาะสมต่อไป

สูงอายุที่มีทวารเทียมต้องการการดูแลเป็นพิเศษจากหลายสาเหตุ

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ผู้สูงอายุมักมีปัญหาสุขภาพต่าง ๆ เช่น โรคประจำตัว ซึ่งอาจทำให้การฟื้นตัวจากการผ่าตัดทำทวารเทียมเป็นไปได้ยากขึ้น

2. ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ทวารเทียมมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อได้ง่าย การดูแลความสะอาดและการตรวจสอบสภาพของทวารเทียมจึงเป็นสิ่งสำคัญ

3. ปัญหาทางจิตใจ การมีทวารเทียมอาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่มั่นใจหรือซึมเศร้า การดูแลจิตใจและการสนับสนุนจากครอบครัวจึงมีความสำคัญ

4. ความสามารถในการจัดการกับอุปกรณ์ ผู้สูงอายุอาจมีปัญหาในการจัดการกับอุปกรณ์การดูแลทวารเทียม เช่น ถุงเก็บอุจจาระ การมีผู้ช่วยดูแลจึงช่วยให้พวกเขาได้รับการดูแลที่เหมาะสม

5. การปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร บางครั้งผู้สูงอายุต้องการการควบคุมอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งต้องการการดูแลและคำแนะนำจากพยาบาลในการดูแลเป็นพิเศษจึงช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

2.11 การฟื้นฟู

1. การรักษาและการติดตามผล ผู้ป่วยควรเข้ารับการรักษาตามแผนการรักษาที่แพทย์กำหนด รวมถึงการตรวจติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ

2. โภชนาการที่เหมาะสม การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ผักผลไม้ ธัญพืช และโปรตีนที่ดี สามารถช่วยเสริมสร้างร่างกายและระบบภูมิคุ้มกันได้

3. การออกกำลังกาย การทำกิจกรรมที่เหมาะสม เช่น การเดินหรือโยคะ สามารถช่วยเสริมสร้างกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของร่างกาย

4. การสนับสนุนทางจิตใจ การเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุน หรือการพูดคุยกับนักจิตวิทยาสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและรับมือกับความเครียดได้ดีขึ้น

5. การจัดการกับผลข้างเคียง หากผู้ป่วยประสบปัญหาจากการรักษา เช่น คลื่นไส้ อ่อนเพลีย หรือปัญหาทางเดินอาหาร ควรปรึกษาแพทย์เพื่อหาวิธีจัดการที่เหมาะสม

6. การสร้างแรงจูงใจ การตั้งเป้าหมายเล็ก ๆ ในการฟื้นฟู เช่น การทำกิจกรรมที่ชอบ หรือการใช้เวลาร่วมกับครอบครัว สามารถช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 3
การพยาบาล และ ทฤษฎีการพยาบาลที่เกี่ยวกับกรณีศึกษา

กรณีศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ที่มีที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง ซึ่งผู้ป่วยรายนี้เกิดภาวะแทรกซ้อน คือ ภาวะลำไส้อุดตัน ผู้เขียนได้นำแนวคิดที่เกี่ยวข้องมาใช้ในโรงพยาบาล ดังนี้

3.1 กรอบแนวคิดและ/หรือทฤษฎีการพยาบาลที่จะนำมาใช้ในการประเมิน

3.1.1. การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

3.1.2. กระบวนการพยาบาล

3.1.3. กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของมาร์จอรีย์ กอร์ดอน (Marjory Gondon)

3.1.4. ภาวะสุดท้ายของชีวิต แนวคิด-ปรัชญา

3.2 การพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับโรค

3.2.1 การพยาบาลโรคมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง

3.2.2 การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3.1 กรอบแนวคิดและ/หรือทฤษฎีการพยาบาลที่จะนำมาใช้ในการประเมิน

3.1.1 การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care)

การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม หมายถึง การดูแลสุขภาพบุคคลให้มีความสมดุลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สิ่งแวดล้อม และสังคม รวมทั้งความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ตามความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสังคม

<u>แนวความคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม</u>

1. เป็นการพยาบาลที่มองคนทั้งคน และถือว่าบุคคลเป็นหน่วยเดียวที่มีการผสมผสานระหว่างกาย จิต วิญญาณ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม ที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้

2. บุคคลถือเป็นระบบเปิด และเป็นระบบย่อยของระบบอื่น เช่น ครอบครัว ชุมชน หรือสังคม

3. เจตคติ ค่านิยม การรับรู้ และความเชื่อ จะมีผลต่อภาวะสุขภาพ และเป็นปัจจัยชักนำที่สามารถทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพได้

4. การมีสุขภาพดี และมีความผาสุกสูงสุด ต้องใช้แหล่งประโยชน์ทั้งภายใน และภายนอกของตัวบุคคล

5. การพยาบาลมุ่งช่วยบุคคลทั้งคนที่ประกอบด้วยกาย จิตวิญญาณ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมให้พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อความผาสุก และคุณภาพของชีวิตที่ดี

<u>การพยาบาลจึงครอบคลุมสาระสำคัญเกี่ยวกับ</u>

1. การพยาบาลทางด้านร่างกาย ทั้งทางด้านความเจ็บป่วย อาการ อาการแสดงของโรค ความสะอาดสุขวิทยาส่วนบุคคล และการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของร่างกาย

2. การพยาบาลทางด้านจิตใจ เป็นการพยาบาลในแนวเดียวกับหลักจิตวิทยาในการยอมรับ เคารพสิทธิส่วนบุคคล การเอื้ออาทร ให้ความเอาใจใส่ มีเมตตากรุณาต่อผู้ป่วย มีความเห็นใจ และช่วยเหลือให้การพยาบาลด้วยความเต็มใจ

3. การพยาบาลทางด้านอารมณ์ โดยมุ่งความต้องการในด้านการพยาบาลที่มาจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการยอมรับ หรือปฏิเสธความเจ็บป่วยในระยะแรกของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งอาจจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยที่พยาบาลจะต้องเข้าใจ ให้อภัย ด้วยการวิเคราะห์เหตุผลเชิงพฤติกรรมศาสตร์ จิตวิทยา และสังคมศาสตร์

4. การพยาบาลทางด้านสังคม ทั้งทางด้านตัวผู้ป่วยเอง ญาติ และครอบครัว ควรได้รับการดูแลเป็นองค์รวม เพื่อมุ่งในเรื่องจิตสังคม และการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยอื่นในหอผู้ป่วย หรือการอยู่ร่วมในสังคมด้วยการยอมรับจาก

คนรอบข้าง และในครอบครัว โดยพยาบาลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถทำหน้าที่ประสานความเข้าใจระหว่างผู้ป่วย คนรอบข้าง และครอบครัว เพื่อการยอมรับผู้ป่วย ยอมรับภาวะเจ็บป่วย และช่วยประคับประคองภาวะจิตใจของผู้ป่วยด้วยการได้รับความอบอุ่น มั่นคงทางจิตใจจากคนรอบข้าง และครอบครัว

5. การพยาบาลทางด้านเศรษฐกิจ เป็นการดูแลให้การพยาบาลที่ครอบคลุมถึงภาระค่าใช้จ่าย รายได้ และความสิ้นเปลืองที่อาจส่งผลกระทบทั้งทางตรง และทางอ้อมต่อภาวะสุขภาพอนามัย

6. การพยาบาลทางด้านสภาพแวดล้อม เป็นการพยาบาลให้ครอบคลุมทางด้านสถานที่ การสุขาภิบาล การอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย ในที่อยู่อาศัยหรือที่บ้าน ซึ่งการพยาบาลจะช่วยสนับสนุนการป้องกัน และการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล และในชุมชน ช่วยให้การทุเลา บรรเทา หรือการหายจากความเจ็บป่วยเป็นไปในทิศทางที่ถูกต้อง และรวดเร็วไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

3.1.2 กระบวนการพยาบาล (Nursing Process)

กระบวนการพยาบาล คือ กระบวนการแก้ปัญหาที่นำมาใช้ให้เฉพาะเจาะจงสำหรับศาสตร์สาขาพยาบาล ประยุกต์ใช้ได้ในทุกสถานการณ์ของพยาบาลเป็นกระบวนการทางสติปัญญา(cognitive process) ที่ให้วิธีคิด และแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีระบบ

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ 5 ขั้นตอน คือ

1. การประเมิน (Assessment)

การประเมินเป็นขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลกี่ยวกับผู้ใช้บริการอย่างเป็นระบบ เพื่อค้นปัญหาหรือความต้องการของผู้ใช้บริการ โดยพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการ ครอบครัว และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง กิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติในขั้นตอนนี้ ประกอบด้วยการจำแนกปัญหา (problem recognition) และการรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลมีจุดสนใจ 2 เรื่อง คือ เนื้อหา (content) ของข้อมูล และกระบวนการ (process) ของการได้ข้อมูล ชนิดของข้อมูล มีทั้งข้อมูลเชิงนามธรรม (subjective data) ซึ่งเป็นคำบอกเล่าหรือบรรยายถึงความต้องการ ความรู้สึก ความเชื่อ การรับรู้ ฯลฯ และข้อมูลเชิงรูปธรรม (objective data) ซึ่งเป็นข้อมูลที่สามารถสังเกตหรือวัดได้ด้วยวิธีการต่าง ๆ ตามปกติแล้วข้อมูลเชิงนามธรรม และรูปธรรม มักจะสอดคล้องกัน เมื่อพยาบาลพบผู้ใช้บริการเป็นครั้งแรก อาจต้องประเมินผู้ใช้บริการเฉพาะจุด โดยเฉพาะในส่วนที่เป็นปัญหาสำคัญ และรวบรวมข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงกับเรื่องนั้น ๆ และรวบรวมข้อมูลเรื่องอื่น ๆ เพิ่มเติมในภายหลัง ดังนั้นจึงอาจต้องใช้เวลาในการรวบรวมข้อมูลหลายครั้งจึงจะสมบูรณ์

วิธีการรวบรวมข้อมูลมีหลายวิธีซึ่งมักใช้ร่วมกันได้แก่ การสังเกต การซักประวัติ การสัมภาษณ์ การตรวจร่างกายการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นต้นเมื่อได้ข้อมูลต่าง ๆมาแล้วพยาบาลต้องตรวจสอบความตรง (validity) ของข้อมูลร่วมกับผู้ใช้บริการ พร้อมทั้งทำความกระจ่างในข้อมูลที่ยังไม่ชัดเจนหรือคลุมเครือ

2. การวินิจฉัย (Diagnosis)

การวินิจฉัยปัญหาเป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ ที่รวบรวมได้ โดยอาศัยทักษะการตัดสินทางคลินิก(clinical judgement) การคิดอย่างมีจิตวิญญาณ (critical thinking) ความสามารถในการย้อนรำลึก และนำความรู้ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการแปลข้อมูล ซึ่งความรู้ทางคลินิก(clinicalknowledge) เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่จะช่วยให้พยาบาลไวต่อข้อสำคัญหรือนัย(cues) ของข้อมูลช่วยให้เข้าใจข้อมูล และความสัมพันธ์ของข้อมูลที่ประกอบกันเป็นปัญหาของผู้ใช้บริการ

การวินิจฉัยปัญหาเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยการประมวลข้อมูล (data processing) การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การตรวจสอบข้อวินิจฉัย (validation) และการบันทึกข้อวินิจฉัย (documentation) การประมวลข้อมูลเป็นขั้นตอนการจัดหรือแยกประเภท (classification) ของข้อมูลให้เป็นระบบ แปลความหมาย (interpretation) โดยระบุข้อมูลที่สำคัญเปรียบเทียบข้อมูลกับมาตรฐานหรือบรรทัดฐาน จัดกลุ่มข้อสำคัญหรือนัยของข้อมูล สรุปลงความเห็นตามหลักของเหตุผล นอกจากนี้ยังต้องมีการตรวจสอบความตรง (validation) ของการแปลข้อมูลดังกล่าวให้ตรงกับความเป็นจริง โดยอาจตรวจสอบกับผู้ใช้บริการหรือครอบครัว ปรึกษาหารือกับบุคคลอื่น หรือเปรียบเทียบกับแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เช่น ตำรา วารสาร การตรวจสอบดังกล่าวจะช่วยป้องกันความผิดพลาด และช่วยให้ทราบถึงข้อมูลที่ต้องการเพิ่มเติม ลักษณะของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับแนวคิดหรือทฤษฎีที่ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล อย่างไรก็ตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจะเป็นประโยชน์ในการสื่อสารระหว่างพยาบาล เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ และผู้ใช้บริการ รวมทั้งให้แนวทางในการเลือกวิธีการบำบัด และการประเมินผลการพยาบาล

3. การวางแผน (Planning)

การวางแผนเป็นขั้นตอนของการพัฒนากลยุทธ์เพื่อป้องกัน บรรเทา หรือแก้ไขปัญหาที่วินิจฉัยไว้ ประกอบด้วยการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การตั้งเป้าหมาย และการเลือกวิธีการบำบัดเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น

ผู้ใช้บริการแต่ละรายมักมีปัญหาที่ต้องการพยาบาลหลายปัญหา แต่ในทางปฏิบัติอาจไม่จำเป็นต้องแก้ไขทุกปัญหาในเวลาเดียวกัน จึงต้องมีการเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา ซึ่งสามารถพิจารณาจากอันตรายที่จะเกิดแก่ผู้ใช้บริการหรือลำดับความต้องการของมนุษย์ กล่าวคือ ปัญหาที่คุกคามหรือเป็นอันตรายต่อชีวิตมากหรือปัญหาที่เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ควรมีความสำคัญลำดับต้น ๆ นอกจากนี้ควรพิจารณาปัจจัยสำคัญต่าง ๆ ร่วมด้วย เช่น ภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ใช้บริการ เวลา บุคลากร และแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ค่าใช้จ่าย และการประสานการดูแล

การตั้งเป้าหมาย (goal) จะช่วยให้พยาบาลสามารถเลือกวิธีการบำบัด และประเมินผลความก้าวหน้าของผู้ใช้บริการได้อย่างเหมาะสม เป้าหมายของการพยาบาลมี 2 ลักษณะ คือ เป้าหมายระยะสั้น (short-term goal) ซึ่งบรรลุได้ในเวลาอันรวดเร็วหรือบรรลุได้ก่อนเป้าหมายระยะยาว (long-term goal) ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ต้องใช้เวลายาวนานหรืออาจเป็นเป้าหมายโดยรวมของการดูแลทั้งหมด

ลักษณะเป้าหมายของการพยาบาล ควรเป็นเป้าหมายเชิงผลลัพท์ที่เกิดกับผู้ใช้บริการ (client outcome) มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ใช้บริการแต่ละราย เป็นไปได้จริง บรรลุได้ และวัดได้ ในขั้นตอนของการวางแผนยังต้องมีการเลือกวิธีการบำบัด (intervention) กิจกรรม (activity) และการปฏิบัติ (action) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ สำหรับปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว การบำบัดมักมุ่งไปที่การขจัดหรือผลกระทบจากสาเหตุของปัญหานั้น ส่วนในปัญหาที่ยังไม่ปรากฏแต่มีโอกาสจะเกิดขึ้น การบำบัดของพยาบาลมักมุ่งที่การประเมินภาวะของผู้ใช้บริการ เพื่อตรวจสอบ (monitor) ปัญหา และการป้องกันหรือหลีกเลี่ยงการเกิดปัญหาดังกล่าว

การบำบัดทางการพยาบาลจำเป็นต้องอาศัยวิธีการหลาย ๆ วิธี และมักไม่เฉพาะเจาะจงกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ในขณะเดียวกันก็สามารถเลือกวิธีการบำบัดต่าง ๆ ที่หลากหลายมาใช้ในข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเดียวกัน ในหลายกรณีต้องคิดค้นขึ้นมาเอง ทั้งนี้ควรเลือกวิธีการบำบัดที่ดีที่สุด โดยคำนึงถึงวิธีการที่เป็นทางเลือกต่าง ๆ ผลที่จะเกิดตามมา และเหตุผลรองรับเชิงวิทยาศาสตร์ นอกจากนี้ควรคำนึงถึงความเป็นไปได้ของการปฏิบัติให้สำเร็จ ตลอดจนความสามารถของผู้ปฏิบัติการพยาบาลนั้นด้วย

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

4. การนำแผนไปปฏิบัติ (Implementation)

เป็นขั้นตอนของการลงมือปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ครอบคลุมตั้งแต่การลงมือปฏิบัติ การมอบหมายงาน การสอน การให้คำแนะนำหรือคำปรึกษา การปรึกษาหารือ การรายงาน และการบันทึก ผู้ปฏิบัติตามแผนที่ล่างข้างต้น อาจมีทั้งสมาชิกในทีมสุขภาพ ผู้ใช้บริการ และครอบครัว ดังนั้นจึงต้องมีการสื่อสารแผนการปฏิบัติให้ผู้เกี่ยวข้องทุกคนทราบ อย่างไรก็ตามแม้จะมีแผนสำหรับการปฏิบัติเป็นกรอบอยู่แล้วแต่พยาบาล ยังจำเป็นต้องพิจารณาปรับเปลี่ยนแผนการปฏิบัติดังกล่าวให้เหมาะสมกับผู้ใช้บริการที่เปลี่ยนแปลงไปอยู่เสมอ พร้อมทั้งรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้ประเมินผลประสิทธิภาพของการบำบัด และประเมินความจำเป็นในการปรับ

5. การประเมินผล (Evaluation)

การประเมินผลเป็นขั้นตอนที่สำคัญมากเกี่ยวข้องกับคุณภาพของการพยาบาล ในการประเมินผลแม้จะมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ของการพยาบาลเป็นพื้นฐาน แต่ยังจำเป็นต้องประเมินผลกระบวนการที่ใช้ และโครงสร้างที่เกี่ยวข้องด้วย เนื่องจากทั้งกระบวนการ และโครงสร้างสามารถมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้ การประเมินด้านผลลัพธ์ (outcome evaluation) มุ่งเน้นที่ผู้ใช้บริการ เป็นการพิจารณาตัดสินความก้าวหน้าหรือความเปลี่ยนแปลงของผู้ใช้บริการเปรียบเทียบกับเป้าหมายเชิงผลลัพธ์ที่ตั้งไว้ว่า บรรลุเป้าหมายดังกล่าวหรือไม่ มากน้อยเพียงใด เป้าหมายของการพยาบาลที่กำหนดไว้ในขั้นตอนของการวางแผน จึงเป็นเกณฑ์ที่ใช้สำหรับการประเมินผล การประเมินผลกระบวนการ (process evaluation) มุ่งเน้นที่คุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาลในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การประเมินข้อมูล จนถึงการนำแผนไปปฏิบัติ ส่วนการประเมินผลด้านโครงสร้าง (structure evaluation) มุ่งเน้นที่สภาพแวดล้อม ซึ่งเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาล

3.1.3. กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern)

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วย คือ แนวคิดของแบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern) เป็นกรอบแนวคิดกว้างๆ ที่มาร์จอรีย์ กอร์ดอน (Majory Gordon) ศาสตราจารย์ทางการพยาบาลที่วิทยาลัยพยาบาลบอสตัน (Boston College of Nursing) ประเทศสหรัฐอเมริกาได้ริเริ่มขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะให้เป็นแนวทางในการใช้กระบวนการพยาบาลที่เป็นรูปแบบเดียวกัน เพื่อป้องกันการใช้รูปแบบหรือทฤษฎีทางการพยาบาลที่หลากหลาย และทำให้เกิดผลเสียในทางปฏิบัติ โดยกอร์ดอนได้เน้นถึงความจำเป็นที่จะต้องมีการประเมินสภาพ และการจัดกลุ่มของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกันในวิชาชีพพยาบาล และการกำหนดข้อวินิจฉัยที่เป็นที่ยอมรับ ซึ่งกอร์ดอนได้กล่าวว่า การมีการวินิจฉัยที่ดีเหมือนกันจะทำให้พยาบาลสามารถที่จะพัฒนาการพยาบาล เพื่อแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ

แบบแผนที่ 1 การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการดูสุขภาพ (Health perception and Health management)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการดูแลสุขภาพเป็นความคิด ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง การดำเนินการหรือการจัดการในการดูแลสุขภาพของตนเอง และผู้ที่ตนเองรับผิดชอบ โดยครอบคลุมเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง และครอบครัว พฤติกรรมการป้องกันโรค และความเจ็บป่วย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วย รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการมีภาวะสุขภาพดี ดังนั้นแบบแผนการรับรู้ภาวะสุขภาพ และการดูแลสุขภาพจึงประกอบด้วยแบบแผนย่อย 2 แบบแผน คือ

กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข
ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง และของผู้ที่ตนรับผิดชอบ เป็นความเข้าใจหรือการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของตนเอง และของผู้ตนรับผิดชอบว่าถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ และมีความคาดหวังต่อภาวะสุขภาพหรือการรักษาอย่างไร

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

สำหรับการดูแลสุขภาพของผู้ที่ตนรับผิดชอบ ได้แก่ การดูแลพ่อแม่ ปู่ ย่า ตา ยาย ที่ชราภาพ ช่วยตัวเองไม่ได้หรือพ่อแม่ที่ดูแลบุตรที่ยังอยู่ในวัยทารกหรือเด็กเล็ก ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพร่างกายเช่นกัน เช่น การพาลูกไปรับวัคซีนครบตามกำหนดเวลา การพาบิดามารดาไปตรวจสุขภาพประจำปี การดูแลบุตรหรือบิดามารดาเมื่อเจ็บป่วย การดูแลความปลอดภัยให้กับผู้ที่ตนรับผิดชอบ

แบบแผนที่ 2 โภชนาการ และการเผาผลาญสารอาหาร (Nutrition and Metabolism)

โภชนาการ และการเผาผลาญสารอาหารเป็นแบบแผนเกี่ยวกับบริโภคนิสัย การได้รับสารอาหาร และน้ำ ปัญหาในการรับประทานอาหาร และน้ำ การเจริญเติบโต และพัฒนาการของร่างกาย การเผาผลาญสารอาหาร การควบคุมน้ำ และอิเล็กโตรไลต์ในร่างกาย สภาพของผิวหนัง บาดแผล ผม ปาก คอ ฟัน เยื่อบุต่าง ๆ อุณหภูมิของร่างกาย และระบบภูมิคุ้มกันโรค รวมทั้งปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อแบบแผนการรับประทานอาหาร การใช้สารอาหาร และน้ำ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ดังนั้น แบบแผนโภชนาการ และการเผาผลาญสารอาหาร จึงประกอบด้วยแบบแผนย่อย ๗ แบบแผน คือ

1. อาหารและภาวะโภชนาการ
2. การเผาผลาญสารอาหาร
3. น้ำและอิเล็กโทรไลต์
4. อุณหภูมิของร่างกาย
5. การเจริญเติบโตและพัฒนาการ
6. ผิวหนังและเยื่อบุ
7. ภูมิคุ้มกันโรค

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย (Elimination)

การขับถ่ายเป็นแบบแผนเกี่ยวกับการขับถ่ายของเสียทุกประเภทออกจากร่างกาย ได้แก่ การขับถ่ายอุจจาระ ปัวสสาวะ สารอื่น ๆ ที่ขับออกจากร่างกาย ตลอดจนปัญหาการขับถ่าย เช่น ลักษณะความถี่ ความลำบากในการขับถ่าย ปัญหาในการควบคุมการขับถ่าย การใช้ยาระบาย นอกจากนี้ยังรวมทั้งปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อแบบแผนการขับถ่าย และการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ดังนั้นแบบแผนการขับถ่ายส่วนใหญ่ประกอบด้วยแบบแผนย่อย 2 แบบแผน คือ

1. การขับถ่ายอุจจาระ
2. การขับถ่ายปัสสาวะ

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

แบบแผนที่ 4 กิจกรรม และการออกกำลังกาย (Activity and Exercise)

กิจกรรม และการออกกำลังกายเป็นแบบแผนเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน (Activities of daily living) กิจกรรมในการงานอาชีพ การออกกำลังกาย และปัญหาในการออกกำลังกาย การใช้เวลาว่าง และนันทนาการ การทำงานของระบบหายใจ ระบบหัวใจและไหลเวียนโลหิต ระบบโครงสร้างของร่างกาย เช่น กระดูก ข้อ กล้ามเนื้อ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรม และการออกกำลังกาย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ดังนั้น แบบแผนกิจกรรม และการออกกำลังกายจึงประกอบด้วยแบบแผนย่อยได้ 4 แบบแผน คือ

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

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ (Sleep and Rest)

การพักผ่อนนอนหลับเป็นแบบแผนเกี่ยวกับการนอนหลับ การพักผ่อน ปัญหาเกี่ยวกับการนอน ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และอุปสรรคต่อแบบแผนการนอนหลับ กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติเพื่อให้ผ่อนคลาย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 6 สติปัญญา และการรับรู้ (Cognition and Perception)

แบบแผนสติปัญญา และการรับรู้เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้สึก และการตอบสนองความสามารถทางสติปัญญา ดังนั้น แบบแผนสติปัญญา และการรับรู้ จึงประกอบด้วยแบบแผนย่อย 2 แบบแผน คือ

1. การรับรู้ความรู้สึก และการตอบสนอง

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

2. ความสามารถทางสติปัญญา

หมายถึง แบบแผนเกี่ยวกับความสามารถ และพัฒนาการทางสติปัญญาเกี่ยวกับความคิด ความจำ ความสามารถในการตัดสินใจ การแก้ปัญหา และการสื่อสารต่าง ๆ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และอุปสรรคต่อความสามารถทางสติปัญญา รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์ (Self perception and Self concept)

การรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์เป็นแบบแผนที่เกี่ยวกับความคิด ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเอง (อัตมโนทัศน์) การมองตนเองเกี่ยวกับรูปร่าง หน้าตา ความพิการ (ภาพลักษณ์) ความสามารถ คุณค่า เอกลักษณ์ และความภูมิใจในตนเอง ตลอดจนปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยอุปสรรคที่มีผลต่อการรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

แบบแผนที่ 8 บทบาท และสัมพันธภาพ (Role and Relationship)

บทบาท และสัมพันธภาพเป็นแบบแผนเกี่ยวกับบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบ การติดต่อสื่อสาร และการมีสัมพันธภาพกับบุคคลทั้งภายในครอบครัว และสังคม รวมทั้งปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง หรือปัจจัยอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ และการสร้างสัมพันธภาพ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงบทบาทอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 9 เพศ และการเจริญพันธุ์ (Sexuality and Reproduction)

เพศและการเจริญพันธุ์เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการพัฒนาการตามเพศ ซึ่งมีอิทธิพลมาจากพัฒนาการด้านร่างกาย และอิทธิพลของสังคม สิ่งแวดล้อม การเลี้ยงดู ลักษณะการเจริญพันธุ์ พฤติกรรมทางเพศ และเพศสัมพันธ์ ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยอุปสรรคต่อการพัฒนาการตามเพศ และการเจริญพันธุ์ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และความทนทานต่อความเครียด (Coping and Stresstolerance)

การปรับตัว และความทนทานต่อความเครียดเป็นแบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้ลักษณะอารมณ์พื้นฐาน การรับรู้เกี่ยวกับความเครียด ปฏิกิริยาของร่างกายเมื่อเกิดความเครียด วิธีการแก้ไข และการจัดการกับความเครียด ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความเครียด ปัจจัยส่งเสริมที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวกับความเครียด รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 11 คุณค่า และความเชื่อ (Value and Belief)

คุณค่า และความเชื่อเป็นแบบแผนเกี่ยวกับความเชื่อถือ ความศรัทธา ความมั่นคงเข้มแข็งทางด้านจิตใจ สิ่งที่มีคุณค่า มีความหมายต่อชีวิต สิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ เป้าหมายในการดำเนินชีวิต ความเชื่อทางด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนตามความเชื่อ ปัจจัยส่งเสริม และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อความมั่นคงเข้มแข็งทางด้านจิตใจ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

3.1.4. ภาวะสุดท้ายของชีวิต แนวคิด-ปรัชญา

ขั้นตอนของการตาย (Stages of Dying)

ถึงแม้จะไม่มีการแบ่งหรือการบ่งบอกได้อย่างชัดเจนว่าช่วงชีวิตของบุคคลใดบุคคลหนึ่งเมื่อใดที่บุคคลนั้นจึงจะถูกจัดว่าอยู่ในภาวะของความใกล้ตายอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตามในต้น ค.ศ.1960 Dr. Elisabeth Kubler Ross นักจิตวิทยาได้นำเสนอทฤษฎีเกี่ยวกับขั้นตอนของการปรับตัวของผู้ป่วยที่ใกล้ตาย ซึ่งต่อมาได้รับการตั้งชื่อว่า “The Kubler-Ross Staging System of Dying” โดยมีการแบ่งขบวนการของการตาย (Dying) ออกเป็น 5 ขั้นตอน โดยขั้นตอนต่าง ๆ ที่นำเสนอเป็นรูปแบบหรือแบบแผนหรืออุบายของบุคคลที่ใกล้ตายใช้ปรับหรือดัดแปลงด้านจิตใจ เพื่อพยายามใช้เป็นเครื่องมือในการต่อสู้ครั้งสุดท้าย เมื่อการป่วยไข้เข้าสู่ระยะสุดท้าย โดยขั้นตอนต่อเนื่องที่ Kubler Ross นำเสนอประกอบด้วย การปฏิเสธ (Denial) โกรธ (Anger) ต่อรอง (Bargaining) ซึมเศร้า (Depression) และจบลงด้วยการยอมรับ (Acceptance) เริ่มแรก ได้รับการตอบรับด้วยความสนใจ และได้พิจารณาจากบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงได้รับความสนใจจากสาธารณชนอย่างกว้างขวาง ว่าเป็นรูปแบบที่เหมาะสม แต่สำหรับบุคลากรที่ทำงานดูแลแบบประคับประคองกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า รูปแบบที่จัดทำขึ้นมีความบกพร่องมากมาย รวมถึงการขาดไปถึงความรู้สึก หรือการแสดงออกอีกหลายประการจำเป็นต้องมีการปรับปรุง และนำเสนอเอารูปแบบทางเลือกอื่น ๆ เข้ามาร่วมด้วย โดยไม่รับเปลี่ยนเป็นความหมาย

อื่น จากการพิจารณาถึงข้อเสนอแนะของ Kubler Ross ถึงวิธีการของผู้ป่วยที่ใช้ในการบ่ายเบี่ยง และในการพิจารณาถึงขบวนการของความตาย พบว่า เป็นการปรับเปลี่ยนสถานการณ์ของผู้ป่วยที่ดำเนินไป และเป็นการช่วยให้ผู้ให้การดูแลผู้ใกล้ตายได้มี สมรรถภาพในการวิเคราะห์ และการคาดหมายมากขึ้น ข้อบกพร่องหลักของ Kubler Ross ที่นำเสนอไว้ก็คือ ผู้ป่วยที่ใกล้ตายส่วนใหญ่เกือยทุกราย ไม่ได้มีพฤติกรรมหรือการกระทำไปตามขั้นตอนที่ได้นำเสนอไว้ ส่วนมากมีการสลับสับเปลี่ยนกระโดดไปมา จากขั้นตอนหนึ่งไปสู่ขั้นตอนอื่น ในบางครั้งผู้ใกล้ตาย จะพบว่า มีการยอมรับต่อสภาพความเป็นจริงมากกว่าการปฏิเสธ นอกจากนี้การตายยังมีความเป็นพิเศษเฉพาะบุคคล ไม่มีบุคคลมากกว่า 1 ราย ที่มีประสบการณ์การของชีวิตที่ผ่านมา หรือมีความคิดความเข้าใจของตนเองในการใช้สู้กับความเปลี่ยนแปลงของชีวิต รวมถึงภาวะของการจบชีวิต ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ที่เหมือนกัน อย่างใดก็ตามจากการที่รู้ถึงสิ่งต่าง ๆ ที่ผู้อยู่ในภาวะเผชิญหน้ากับความตายจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ช่วยให้สามารถช่วยเหลือ หรือแก้ไขทุกสิ่งทุกอย่างที่เกี่ยวกับการดูแลได้อย่างราบรื่น ตลอดขบวนการของการตาย

โดยความเป็นจริงแล้ว ขั้นตอนต่าง ๆ ที่นำเสนอโดย Kubler Ross ไม่ได้จำกัดใช้สำหรับการปรับตัวไว้รับมือกับขบวนการของการตายเท่านั้น แต่พบว่า เป็นอุบายที่เป็นที่คุ้นเคยหรือพบได้ในบุคคลทั่วไปที่ใช้ในการต่อสู้กับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ มากมายที่บุคคลนั้นไม่อยากหรือไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวกับการสูญเสียบางสิ่งบางอย่าง หรือเป็นการเริ่มต้นของสิ่งใหม่ ๆ ที่ไม่รู้จักมาก่อน ความเป็นทุกข์จากการเปลี่ยนแปลงในทุกสิ่งทุกอย่างที่กล่าวมาแล้ว สามารถจุดประกายให้เกิดการปฏิเสธ และการสนองตอบทางด้านจิตใจอื่น ๆ ซึ่งเป็นตัวการที่ทำให้เกิดความล่าช้าในการยอมรับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นอุบายต่าง ๆ ที่ผู้ใกล้ตายนำมาใช้ตามที่ Kubler Ross นำเสนอพบว่า

การปฏิเสธ (Denial) และการไม่เชื่อ (Disbelief) เป็นอุบายชนิดแรกที่ผู้ใกล้ตายมักจะนำมาใช้ในการสนองตอบต่อการรับรู้ถึงข้อมูลว่ากำลังจะตาย บ่อยครั้งที่พบว่า เป็นเพียงพฤติกรรมที่ใช้ต่อต้านหรือทนจนกว่าจะพร้อมที่จะเคลื่อนย้ายไปสู่อุบายอื่น ๆ ต่อไป พบว่า โดยมากจะเป็นประโยชน์ ถ้ามีช่วงเวลามากพอสำหรับใช้ในการค้นหาหนทางในการจัดการกับความตาย ในช่วงเวลาที่ผู้ใกล้ตายอยู่ในขั้นตอนนี้ ผู้ที่ให้การดูแลควรปฏิบัติตนเป็นกลาง ไม่แสดงถึงการเห็นด้วยหรือช่วยเสริมถึงการปฏิเสธของผู้ป่วยหรือพยายามโน้มน้าวหรือบีบบังคับให้ผู้ป่วยเกิดการคล้อยตามไปในทิศทางที่ไม่เห็นด้วย

โกรธ (Anger) เป็นการสนองตอบที่ใช้กันในลักษณะที่เป็นแบบอย่างธรรมดาทั่วไปต่อความไม่สมหวัง โดยเฉพาะเมื่อถึงจุดที่มีการสูญเสียถึงการควบคุมของการมีชีวิตอยู่ต่อไป ความโกรธอาจถูกโยกย้ายถ่ายเท และมุ่งไปยังผู้ที่ช่วยให้การดูแล คนในครอบครัว ญาติ หรือผู้ที่เกี่ยวข้องที่มีความสำคัญต่อสุขภาพอื่น ๆ มากกว่าไปสู่เหตุการณ์ หรือกรณีแวดล้อมที่ ครอบคลุมสิ่งต่าง ๆ ที่บุคคลที่ใกล้ตายไม่สามารถควบคุมหรือต่อต้านที่ทำให้เกิดความรู้สึกถึงการหมดหนทาง ผู้ให้การดูแลไม่ควรนำเอาพฤติกรรมที่แสดงออกมาของผู้ป่วยถึงความโกรธ และความไม่สมหวังมาเป็นนิยาย ที่สมควรกระทำ คือ การปล่อยให้ผู้ใกล้ตายได้มีโอกาสอย่างเต็มที่ในการแสดงออกถึงความโกรธ และความรู้สึกที่สิ้นหวัง โดยไม่ต้องมีการต่อล้อต่อเถียงว่าใครถูกหรือผิด และในบางครั้ง เพื่อให้เหตุการณ์ไม่บานปลายอาจจำเป็นต้องแสดงออกถึงการยอมรับข้อกล่าวหา

การต่อรอง (Bargaining) เป็นอีกขั้นตอนหนึ่งที่ผู้ใกล้ตายมักจะนำมาใช้ โดยเริ่มต้นด้วยการใช้ความพยายามในการให้สัญญาหรือตกลงบางอย่าง อาทิเช่น ยอมเลิกการกระทำ หรือการปฏิบัติตนบางอย่าง เพื่อแลกกับการมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น การต่อรองส่วนมากจะกระทำกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เชื่อ เช่น การบน การเข้าทำพิธีทางศาสนาที่ตนเคารพนับถือ ซึ่งผู้ป่วยเชื่อว่ามีพละกำลังในการช่วยทำให้ชีวิตยืนยาวนานขึ้นได้

อาการสลดหดหู่ (Depression) เป็นขั้นตอนที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ผู้ใกล้ตายยอมสละทุกสิ่งทุกอย่างที่เขารู้ว่าจะต้องสูญเสียหรือจากไปในไม่ช้าเมื่อผู้ป่วยที่โรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายเกิดมีความกล้าในการยอมรับถึงความสูญเสียของเขาและยอมเผชิญหน้ากับความเป็นจริงโดยผู้ป่วยกลุ่มนี้จะแสดงถึงความโศกเศร้าเสียดาย ณ ตรงจุดนี้อาจมี

พฤติกรรมถึงการถอยหนีจากสังคมจากบุคคลอื่นๆโดยแสดงออกถึงความต้องการที่จะอยู่เพียงลำพังถึงแม้ผู้ให้การดูแลจะเข้าใจถึงการเคารพกับสิทธิของความปรารถนาของผู้ป่วยอาจต้องยอมให้ผู้ใกล้ตายได้กระทำในสิ่งที่ต้องการแต่ยังต้องให้การติดต่อและเกี่ยวข้องพร้อมกับให้การดูแลอยู่ห่างๆโดยพร้อมที่จะเสนอตัวหรือทำตัวเป็นเพื่อน หรือเข้าสมาคมด้วยเมื่อมีความเหมาะสม

การยอมรับ (Acceptance) จะเป็นขั้นตอนสุดท้าย ซึ่งเกิดขึ้นในระหว่างช่วงเวลาที่ผู้ป่วยให้การยอมรับถึงความสูญเสียโดยเฉพาะเกี่ยวกับวาระสุดท้ายของเขา ซึ่งขั้นตอนนี้ช่วงท้ายสุดจะเกิดความสงบสุขบางระดับขึ้นในตัวผู้ป่วย ซึ่งไม่เหมือนกับการละเลิก หรือปล่อยตัว หรือลดความขุ่นเคืองต่าง ๆ โดยให้เป็นไปตามเวรกรรม ซึ่งเป็นการยอมรับที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ หากเป็นเช่นนี้ผู้ป่วยจะไม่มีความสงบสุข แต่เป็นการยอมรับที่เป็นการบอกว่า อย่างน้อยที่สุด คือ พวกเขาได้ชนะจากการต่อสู้กับความกลัว และความโศกเศร้า พร้อมหยุดการขัดขืนต่อความตาย พร้อมที่จะพักผ่อน และเตรียมตัวเพื่อจะจากไป ช่วงเวลานี้เป็นช่วงเวลาที่สำคัญที่ผู้ใกล้ตายพร้อมที่จะใช้เวลาอยู่ร่วมกับผู้คนที่เขารักใคร่ รวมถึงบุคคลอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยต้องการให้อยู่ใกล้ บ่อยครั้งที่พบว่าผู้ที่มีโอกาสได้อยู่กับผู้ใกล้ตายในช่วงเวลาเช่นนี้ จะได้รับการบอกกล่าวจากตัวผู้ใกล้ตายว่าเป็นช่วงเวลาที่มีความหมายมากที่สุดของตลอดเวลาที่มีชีวิตมา และสิ่งที่ผู้ใกล้ตายกลัวมากสุดในช่วงเวลานี้ คือ การถูกละทิ้งให้อยู่โดดเดี่ยว

ตามที่ได้กล่าวไว้บ้างแล้วว่า Kubler-Ross Staging System of Dying นั้นมีข้อบกพร่อง และขาดอีกหลายอุบายที่ใช้ในการบ่ายเบี่ยงต่อการยอมรับความตายที่กำลังเผชิญของผู้ใกล้ตาย นอกจากนี้การนำเอาการบ่ายเบี่ยงของผู้ใกล้ตายตามระบบของ Kubler Ross มาใช้ในการพิจารณาถึงขบวนการของการตาย โดยใช้เป็นเครื่องมือที่สะท้อนถึงความคืบหน้าของการตายของผู้ป่วย พบว่า ยังใช้ไม่ได้อย่างเป็นสากล โดยในขั้นตอนต่าง ๆ ที่ได้นำเสนอมานั้น โดยมากผู้ป่วยจะไม่ได้ประพฤติไปตามลำดับขั้นตอนอย่างเป็นลำดับ โดยอาจข้ามไปข้ามมา และในระหว่างแต่ละขั้นก็อาจมีอารมณ์ หรืออุบายชนิดอื่น ๆ เข้ามาแทรกได้ ในโลกแห่งความเป็นจริงอารมณ์ของคนเราจะไม่เป็นไปเป็นอนุกรม และมีลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล และบางครั้งบางอุบายอาจเกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน เมื่อต้องเผชิญกับการเกิดคุกคามที่สาหัสสากรรจ์ โดยเฉพาะเกี่ยวกับความตายที่อยู่เฉพาะหน้า แต่ละบุคคลอาจจะแสดงออกถึงปฏิกิริยาที่มีลักษณะเป็นการเฉพาะของบุคคล และในอากัปกิริยาที่บุคคลนั้น ๆ เคยได้ประพฤติหรือแสดงออกเป็นปฏิกิริยาในอดีต เมื่ออยู่ในภาวะทุกข์ยากหรือลำบาก

โดยธรรมชาติเราทุกคนจะมีการพัฒนาตนเองไปตามกาลเวลา เช่น การไม่สร้างหรือแสดงอารมณ์เก่า ๆ เมื่ออายุมากขึ้น ดังนั้นจึงพบว่า คนบางคนสามารถถูกกระตุ้นให้เกิดความโกรธได้อย่างง่ายดาย ในขณะที่บางคนต้อนรับทุกสิ่งทุกอย่างที่ก่อให้เกิดความลำบาก หรือในทางลบอย่างสงบ หรือสามารถหันหลังให้พร้อมกับปิดบังมันไว้อย่างมิดชิด บ้างก็เผชิญหน้ากับมันโดยไม่หลบหนี และปรารถนาที่จะค้นหามูลเหตุ เพื่อที่จะรู้ถึงความเลวร้ายที่จะเกิดขึ้น หรือกำลังจะเกิดขึ้นให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ ดังนั้น คนเราแต่ละคนจึงมีการบรรจุไว้ด้วยแหล่งที่ผสมผสานของอารมณ์ที่หลากหลายแตกต่างกันไป และสามารถดึงเอาอารมณ์เหล่านี้ออกมาสนองตอบเป็นการเฉพาะตัวตามเหตุการณ์ ซึ่งไม่เป็นไปตามขั้นตอนแต่เป็นส่วนประกอบทางด้านอารมณ์ ซึ่งเป็นลักษณะที่เป็นการเฉพาะของบุคคลเป็นสำคัญ อย่างใดก็ตามลักษณะของอารมณ์ที่แสดงออกมามีคุณค่าอย่างมากเมื่อเราเฝ้ามองถึงอารมณ์ และการตอบสนองที่แสดงออกมาของผู้ป่วยที่กำลังเผชิญหน้ากับความตายในการเป็นแหล่งของการเข้าใจที่ลึกซึ้งถึงสภาพความเป็นอยู่ในขณะนั้นของผู้ป่วยโดยเป็นบุคคล และไม่ใช้เป็นการชี้ถึงขั้นตอนของขบวนการของการตายที่กำลังดำเนินไป

โดยปกติอารมณ์ต่าง ๆ ของคนเรามักจะแสดงออกมาพร้อม ๆ กันหลายอารมณ์ไม่ได้เป็นไปตามลำดับ ตัวอย่างที่สามารถพบเห็นได้ปกติ เช่น อารมณ์ที่สนองตอบต่อความเครียดที่เกิดขึ้นในขณะที่พ่อหรือแม่ที่พาลูกไปเที่ยวนอกบ้านแล้วเกิดพลัดพรากกันไป และเมื่อมาพบลูกในเวลาต่อมา ช่วงเวลาที่มาพบกันพ่อหรือแม่จะเกิดอารมณ์หลากหลายเกิดขึ้นพร้อมกัน ตั้งแต่การผ่อนคลาย มีความรู้สึกผิด มีความสุข ความโกรธตัวเองที่ไม่ดูแล

และโกรธลูกที่นอกจากไม่ยอมให้จูงแล้วยังเดินหนีไปไกลโดยไม่บอกกล่าว กลัว (ถ้าหากลูกไม่กลับจะทำอย่างไร) และเกิดอาการเสียใจ (ที่ทำให้คนรอบข้างเป็นทุกข์) จะเห็นว่าอารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นพร้อมหรือใกล้เคียงกันนั้น บางชนิดเป็นไปในทิศทางดียวกัน บางชนิดเป็นความขัดแย้งในตัวของมันเอง ซึ่งก็คล้ายกันกับที่เกิดกับผู้ป่วยที่กำลังเผชิญหน้ากับความตาย อาการแน่นิ่งตกใจอกสั่นขวัญหนี (Shock) ปฏิเสธการรับรู้ (Denial) โกรธ (Anger) มักเป็นอาการ และอารมณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาเดียวกัน โดยอาจแสดงอาการโกรธได้ง่ายดายต่อการป่วยไข้ในขณะเดียวกันก็อาจแสดงถึงความโกรธต่อไปอันมีสาเหตุเนื่องด้วยความไม่พอใจหรือขุ่นเคืองกับทีมการพยาบาล พร้อมกับแสดงออกถึงอาการปฏิเสธโดยอาจกล่าวโทษว่า แพทย์ให้การวินิจฉัยผิดพลาด และในส่วนลึกของจิตใจขณะนั้น อาจเกิดอาการตื่นตระหนักอกสั่นขวัญหนี จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยสามารถแสดงออกถึงความโกรธกับสิ่งที่เกิดขึ้นพร้อมกับปฏิเสธว่า มันไม่ใช่ โดยในใจลึก ๆ มีอาการตื่นตระหนกตกใจไปพร้อม ๆ กัน ดังนั้น จึงมีประโยชน์อย่างมากในการเข้าใจ และดูอารมณ์ผู้ป่วยให้คล้ายกับการดูรูปต่อกระดาษ (Jigsaw puzzle) ซึ่งประกอบด้วยอารมณ์ที่หลากหลายแตกต่างกันไปของแต่ละบุคคลที่แสดงออกมาพร้อม ๆ กันแต่ในรูปแบบหรือรูปลักษณ์ที่เป็นลักษณะที่เป็นเฉพาะบุลคล เมื่อนำมาเทียบเคียงกับ Kubler-Rose Staging System ตัวผู้ป่วยอาจคล้ายกับตัวกิ่งก่า ซึ่งสามารถเปลี่ยนสีไปตามสิ่งแวดล้อม โดยมีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ จากอารมณ์หนึ่งไปสู่อีกอารมณ์หนึ่ง

ดังนั้น หากศึกษาขั้นตอนของอารมณ์ของการตาย ตามที่ Kubler Rose นำเสนอจากขั้นตอนที่ 1, 2 และ 4 (Denial, Anger และ Depression) สามารถนำมาพิจารณาใช้กับการให้การดูแลของตัวผู้ป่วยได้อย่างมีคุณประโยชน์ มากกว่าเป็นการแสดงถึงปฏิกิริยาของการตาย จากประสบการณ์ที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ตายจำนวนหนึ่ง พบว่า แม้จะไม่ใช้ผู้ป่วยทุกราย แต่ส่วนใหญ่จะมีการแสดงออกมาที่ไม่เป็นไปตามลำดับ แต่จะเกิดขึ้นพร้อมกัน และที่คล้ายคลึงกัน คือ สำหรับระยะที่ 3 ในระบบ 5 ระยะ คือ การต่อรองก็พบว่า การต่อรองเป็นปฏิกิริยาที่เป็นประโยชน์มากโดยเป็นความพยายามของตัวผู้ป่วยในการสรรหาทางเชื่อมระหว่างความหวัง (Hope) กับความกลัว (Fear) เช่น โดยคาดหวัง เมื่อบนบานขอให้โรคที่เป็นอยู่สนองตอบต่อยาที่แพทย์ให้แต่ในใจลึก ๆ ก็กลัวว่าจะไม่ได้เป็นไปตามที่หวังไว้ จึงสัญญาต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ให้ช่วยให้เป็นไปตามที่คาดหวังไว้ และถ้าเป็นไปตามที่คาดหวังไว้ก็สัญญาว่า จะกระทำตามที่บนบานไว้ เช่น ซื้อโลงบริจาค บวชชีพราหมณ์ กินเจ งดอาหารเนื้อต่าง ๆ เหล่านี้ เป็นต้น อย่างใดก็ตามนี้ก็ไม่ใช่สิ่งที่ผู้ป่วยทุกคนนำมาปฏิบัติ แต่ก็เป็นสิ่งที่มีคุณประโยชน์โดยเฉพาะเมื่อนำมาใช้เผชิญหน้ากับปัญหาที่ยากลำบาก ไม่จำเพาะเจาะจงต้องเป็นช่วงเวลาใกล้ตาย

ใน 5 ขั้นตอนของระบบ Kubler Rose นำเสนอนั้นพบว่า มีอารมณ์ และการสนองตอบที่ขาดหายไปและมีความสำคัญ ซึ่งพบเห็นได้เป็นปกติหลายชนิด ที่ขาดหายไปอย่างชัดเจน คือ ความกลัว (Fear) เป็นเรื่องปกติวิสัยที่บุคคลทุกคนจะมีความกลัวต่อความตาย และโดยเฉพาะถ้าหากมีการบอกกล่าวให้ผู้ใกล้ตายทราบถึงความจริงที่กำลังจะเกิดขึ้นแล้ว หากผู้ป่วยไม่แสดงปฏิกิริยาหรืออาการใด ๆ ออกมาถึงความกลัวแล้ว แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่แจ้งเรื่องนี้อาจต้องมีความสงสัยในตัวเองว่าแท้จริงผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์ตัวเองไหม อธิบายให้ผู้ป่วยได้เข้าใจเพียงใด จริงอยู่แม้จะมีผู้ใกล้ตายจำนวนหนึ่งที่ผ่านการมีชีวิตที่ผ่านมาอย่างมีความสุข มีความสมดุลย์ของชีวิตที่ดี มีการเตรียมตัวเตรียมใจเข้าใจชีวิตอย่างดี ทำให้สามารถเผชิญหน้ากับภาวะสุดท้ายของชีวิตได้อย่างสงบและปราศจากความกลัวในทุกสิ่งทุกอย่างของขบวนการตาย พร้อมเผชิญหน้ากับความตายอย่างกล้าหาญ แต่ก็น้อยมากและเป็นเรื่องไม่ใช่ปกติวิสัย อย่างน้อยก็ควรต้องมีความกลัวปรากฏออกมาบ้างในบางขณะ

สิ่งที่สองที่ขาดหายไปในขบวนการ คือ ความรู้สึกที่ตัวเองมีความผิด (Guilt) แม้จะไม่ใช่พบเห็นได้เป็นปกติในทุกคนแต่ก็สามารถพบได้ในผู้คนเป็นส่วนใหญ่ แม้ว่าจะเป็นสิ่งที่ยอมรับได้กันอย่างยากลำบากในบางบุคคล แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะนำมาใช้พูดจาในบางขณะถึงโชคชะตาตัวเองว่า ที่เป็นไปเพราะความผิดที่ได้กระทำมา หรือกรรมเก่า

สิ่งที่สามเป็นเรื่องที่พบได้เป็นปกติในการดูแลผู้ป่วยที่ใกล้ตายที่พบว่า ผู้ใกล้ตายจะมีความหวัง (Hope) และอาการของคนสิ้นหวัง (Despair) เป็นอารมณ์ที่ผันแปรไปมา และทดแทนกันเกือบตลอดเวลาในการเป็นปฏิกริยาทางด้านอารมณ์ที่สนองตอบต่อข้อมูลหรือเรื่องเดียวกันที่ได้รับมา เช่น ถ้าหากผู้ใกล้ตายถามผู้ให้การรักษาว่ามีการสนองตอบต่อวิธีการบำบัด ได้เพียงใด หากได้คำตอบว่า “มีโอกาสเพียง 30 % เท่านั้นที่อาจดีขึ้น” ผู้ป่วยอาจเกิดความหวังว่าเขาอยู่ในกลุ่มผู้โชคดี 30 % ที่มีโอกาสดีขึ้นแต่ถ้าผู้ป่วยอยู่ในภาวะท้อแท้อาจเกิดความรู้สึกว่าตัวเองนั้นโชคร้าย โอกาสไม่ดีขึ้นมีถึง 70 % ซึ่งโดยความเป็นจริงแล้วไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลงเลย นอกจากอารมณ์ของผู้ป่วยที่สนองตอบต่อข้อมูลที่ได้รับทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลง โดยความผิดหวังสามารถเกิดได้กับบุคคลคนเดียวกัน เพียงแต่ต่างกรรมต่างวาระเท่านั้น เช้าอาจมีหวัง บ่ายอาจเกิดความผิดหวัง และกลับมามีความหวังขึ้นอีกครั้งได้ในตอนดึกของวันเดียวกัน ซึ่งอารมณ์ที่ทดแทนกันไปมาทำให้เกิดความลำบากในการติดตามดูแลของการดำเนินโรคของผู้ป่วยเสมอ

ในชีวิตแห่งความเป็นจริงบ่อยครั้งที่คนเราเมื่อต้องเผชิญกับข่าวร้ายอาจใช้ อารมณ์ขัน (Humour) เข้าต่อสู้ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยใกล้ตายเช่นกัน และก็พบว่า เกิดขึ้นได้บ่อยมาก แต่ก็ขาดหายไปจากระบบห้าขั้นตอนของ Kubler Rose การใช้อารมณ์ขันในการเผชิญหน้ากับความใกล้ตาย พบว่า เป็นวิธีการจัดการที่เป็นการเฉพาะของแต่ละบุคคลโดยมากผู้ที่สามารถนำมาใช้จะเป็นบุคคลที่เคยนำมาใช้อย่างเป็นปกติวิสัยในการต่อสู้กับสิ่งเลวร้ายในชีวิตที่ผ่านมา แต่ก็เป็นอารมณ์ที่สำคัญอย่างยิ่ง และสมควรนำมาพิจารณาถึงในระบบของการสนองตอบที่เกี่ยวกับขบวนการของการตาย

The Three–Stage Model of the Process of Dying

จากการที่มีจุดหรือข้อบกพร่องของ Kubler–Rose Staging System of Dying ต่อมาในปี ค.ศ.1972 Weisman A ได้นำเสนอ A Three–Stage Model of the Process of Dying ขึ้นมาทดแทน โดยอาศัยจากประสบการณ์ทางคลินิก และพื้นฐานหลัก 2 ประการ คือ

1. ผู้ป่วยที่กำลังเผชิญหน้ากับความตายจะแสดงออกหรือเปิดเผย ถึงสิ่งที่เป็นการผสมผสานกันระหว่างปฏิกิริยา (Reactions) และการสนองตอบ (Responses) ที่เป็นลักษณะเฉพาะตัวของผู้ป่วย ไม่ใช่จากผลของการวินิจฉัยโรค หรือเป็นขั้นตอนของขบวนการตาย

2. จากความคืบหน้าของขบวนการการตายที่เด่นชัดขึ้น ไม่ใช่จากการเปลี่ยนแปลงของชนิด หรืออารมณ์ที่เกิดขึ้นเองเป็นธรรมชาติ แต่เป็นจากการตั้งใจในการทำให้ส่วนต่าง ๆ ของอารมณ์นั้น ๆ สลายไป

โดยขบวนการที่ถูกนำเสนอนี้มีการแบ่งขบวนการตายออกเป็น 3 ขั้นตอน โดยขั้นตอนแรก คือ The initial stage หรือ acute crisis phase ขั้นที่สอง คือ The chronic stage หรือ chronic-living dying phase และขั้นตอนที่สาม คือ The final stage หรือ Terminal phase

The initial stage หรือ acute crisis phase เป็นจุดเริ่มต้นที่ผู้ป่วยเริ่มเผชิญหน้าครั้งแรกกับความเป็นไปได้ของความตายจากโรคที่เป็นอยู่ไม่ใช่เพียงแค่ความนึกคิดเท่านั้น แต่เป็นสิ่งที่เป็นความจริงที่เกิดขึ้น และสามารถพบเห็นได้ชัดเจนในขั้นตอนนี้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่เผชิญหน้ากับการถูกคุกคาม ตัวผู้ป่วยอาจแสดงออกถึงอารมณ์ที่ผสมผสานกัน เพื่อสนองตอบต่อสิ่งที่กำลังเผชิญอยู่ ซึ่งเป็นการแสดงการปรุงแต่งทางอารมณ์ของเฉพาะบุคคลในการใช้เป็นมาตรการในการต่อสู้ เพื่อปฏิกิริยาในการตอบโต้ อาทิเช่น บุคคลที่เคยใช้การแสดงออกถึงความโกรธเมื่อพบกับความเครียดจะแสดงออกถึงความโกรธในขณะนี้ หรือผู้ที่เคยใช้การปฏิเสธตลอดเวลาที่ผ่านมา ก็จะใช้วิธีการปฏิเสธในขั้นตอนนี้โดยอาจจะผสมผสานกันกับอีกอารมณ์หนึ่งหรืออีกหลาย ๆ อารมณ์พร้อม ๆ กันก็ได้ โดยอารมณ์ที่สามารถถูกเลือกนำมาใช้ในขั้นตอนนี้มีอีกมากมาย อาทิเช่น กลัว (Fear) วิตกกังวล (Anxiety) ตื่นตระหนก งงงวย (Shock) ไม่เชื่อ (Disbelief) โกรธ (Anger) ปฏิเสธ (Denial) รู้สึกผิด (Guilt) มีอารมณ์ขัน (Humour) เกิดความหวัง/สิ้นหวัง (Hope/Despair) ต่อรอง (Bargain)

The middle หรือ The chronic stage หรือ chronic-living dying phase เป็นขั้นตอนที่ดำเนินต่อจากขั้นตอนแรก เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยได้ทำการแก้ไขเรื่องราวต่าง ๆ โดยเฉพาะปฏิกิริยาที่เกิดในช่วงแรก เริ่มได้รับการกระทำให้เบาบางหรือหมดไป ทั้งนี้อาจจะด้วยการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น หรือไม่ก็ตามในขั้นตอนนี้ไม่ใช่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์มีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่สามารถแก้ไขอารมณ์ที่เกิดขึ้นตั้งแต่แรกได้ และยังคงจมอยู่กับปฏิกิริยาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยไม่มีการปรับเปลี่ยนหรือเปลี่ยนแปลงจนกระทั่งวาระสุดท้ายในกรณีของผู้ป่วยที่เป็นเช่นนี้เรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเรื้อรัง และขาดการแก้ไขนั้น จำเป็นที่บุคลากรที่เข้าให้การดูแลต้องให้การช่วยเหลือทันที สำหรับผู้ป่วยที่ได้การแก้ไข หรือบรรเทาเบาบางลง โดยที่ความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติปกติทั่วไปยังคงอยู่ ความรุนแรงในขั้นตอนนี้จะเกิดขึ้นในช่วงเริ่มต้น และผู้ป่วยจะค่อย ๆ พัฒนาจิตใจเข้าสู่ภาวะของการยอมรับ หรือยอมจำนนในเวลาต่อมา

ลักษณะสำคัญที่พบในขั้นตอนนี้ คือ ความซึมเศร้า (Depression) บ่อยครั้งที่พบว่า ผู้ป่วยมีการแสดงออกทางด้านอารมณ์ที่รุนแรงในช่วงแรก และอาจอยู่ในสภาพแวดล้อมของเพื่อนและญาติ ที่มีการแสดงออกทางด้านอารมณ์ที่รุนแรงเช่นกัน ซึ่งภาวะเช่นนี้อาจจะเป็นประโยชน์หรือไม่เป็นประโยชน์สำหรับตัวผู้ป่วยก็ได้ ในขณะที่ขบวนการของการตายดำเนินต่อไป อารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นมากค่อย ๆ ลดความรุนแรงลงบ่อยครั้งพบว่าครอบครัว และตัวผู้ป่วย เกือบทั้งหมดจะมีปฏิกิริยาของการต้านกับสิ่งที่เกิดขึ้นด้วยอาการซึมเศร้า ผู้ป่วยอาจแสดงอาการถดถอย โดยแสดงออกในลักษณะของการเฉื่อยชา ไม่แยแสต่อทุกสิ่งทุกอย่างรวมถึงการมีอาการซึมเศร้าอย่างเด่นชัด ในช่วงเวลาเช่นนี้ผู้ป่วยอาจต้องการได้รับความช่วยเหลือเป็นพิเศษในการสนับสนุนค้ำจุนในด้านต่าง ๆ จากผู้ชำนาญการ โดยเฉพาะผู้มีความเข้าใจทางจิตใจ ซึ่งอาจต้องรวมถึงญาติ และบุคคลในครอบครัวด้วย

ในขั้นตอนนี้ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยอาจเกิดภาวะของหวาดวิตก รวมถึงความกลัวความตายด้วย ซึ่งความกลัวที่เกิดขึ้นมีหลากหลายสาเหตุ เช่น

1. กลัว เนื่องจากไม่รู้จะเกิดอะไรขึ้น (Fear of the unknown) เช่น จะเกิดอะไรกับร่างกายก่อนตาย อยู่ได้อีกนานเพียงใด ถ้าเป็นผู้นำครอบครัวจะห่วงกังวลว่าเกิดอะไรกับครอบครัวหากต้องตายจากไป
2. กลัวการถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว (Fear of loneliness)
3. กลัวความเศร้าโศกเสียใจ (Fear of sorrows)
4. กลัวการต้องจากครอบครัวและญาติมิตร (Fear of loss of family and friends)
5. กลัวการสูญเสียบางส่วนของร่างกาย (Fear of loss of body) ทำให้เกิดภาพลักษณ์ที่ไม่ดี
6. กลัวการสูญเสียระบบการควบคุมตนเอง (Fear of loss of self-control) ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น
7. กลัวการสูญเสียความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง (Fear of loss of identity)
8. กลัวความทรมาน และความปวด (Fear of suffering and pain)
9. กลัวการถดถอย (Fear of regression)

The terminal stage เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่ผู้ป่วยโดยมากจะจำนน และยอมรับกับชะตากรรม ซึ่งพบว่าเป็นประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วย แต่ก็ไม่ใช่ของจำเป็นจนขาดไม่ได้ มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่พบว่า เสียชีวิตไปโดยมีการเพิกเฉย หรือแสดงออกถึงการรับรู้ถึงการตายที่ใกล้เข้ามา ถ้าหากผู้ป่วยไม่พบมีความทุกข์ใด ๆ เมื่อเข้าสู่ขบวนการของการตาย สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและญาติมิตรได้อย่างปกติสุข สามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงการตัดสินใจได้ตามปกติ ก็ไม่มีความจำเป็นที่ต้องเข้าแทรกแซงช่วยเหลือ หรือทำให้ผู้ป่วยยอมรับว่าเขากำลังเข้าสู่การตาย แต่อย่างใดก็ตามเมื่อเข้าระยะท้ายนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีสภาวะทางด้านร่างกายที่ทรุดลงอย่างชัดเจน ผู้ป่วยมักจะซึมมากขึ้น ใช้ชีวิตอยู่บนเตียงมากขึ้น มีความต้องการอาหาร และน้ำดื่มลดลงตามลำดับ ขั้นตอนนี้บางคนอาจใช้เวลาช่วงสั้น ๆ ไม่กี่ชั่วโมง บางรายอาจใช้เวลาเป็นวัน ๆ หรือสัปดาห์หรืออาจจะยาวนานเป็นเดือนก็ได้ ในช่วงเวลาเช่นนี้ อาจมีขบวนการอีกขบวนหนึ่งเกิดขึ้น ซึ่งเป็นขบวนการของการรำพึงรำพันของ

ครอบครัวร่วมกับตัวผู้ป่วยถึงความเศร้าโศกที่จะต้องพลัดพรากจากกัน อันเนื่องจากความตายที่กำลังคืบคลานเข้ามา (Anticipatory grief) ซึ่งบ่อยครั้งพบว่า เป็นขบวนการที่มีประโยชน์มีคุณค่า และจำเป็นอย่างมากในการทำให้ผู้ป่วย และครอบครัวสามารถมีการปรับตัวร่วมกันต่อระยะสุดท้ายของชีวิตได้เป็นอย่างดี และทำให้ทุกอย่างดีขึ้น ซึ่งพฤติกรรมของผู้ป่วย และครอบครัวในขณะเข้าสู่กระบวนการของ Anticipatory grief จะประกอบด้วย

1. มีการแสดงออกถึงความวิตกกังวล และความเครียดอย่างมาก ซึ่งประกอบด้วย การเสียใจ โกรธ โศกเศร้า ร้องไห้อย่างฟูมฟาย รวมถึงการมีความรู้สึกว่าเป็นความผิดการแสดงออกของอารมณ์ต่าง ๆ จะเป็นไปอย่างเปิดเผย และอ่อนไหวต่อการถูกกระตุ้น

2. มีการพูดคุยกันถึงปรัชญาแห่งการมีชีวิตมากขึ้น พยายามทำให้เกิดความคุ้นเคยกับความตายให้มากขึ้น มีการใช้เวลาในการทำใจร่วมกัน อาทิเช่น เกิดคำถามขึ้นมาว่า “ทำไมถึงต้องเป็นฉัน ” เป็นต้น

3. มีการพูดคุย และหวนรำลึกถึงสิ่งต่าง ๆ ที่ผ่านมาของชีวิตทั้งความสุข และความเศร้า โดยเฉพาะกับเรื่องของความหลัง ความผูกพัน และโดยเฉพาะกับสิ่งที่มีความหมายจากการได้อยู่ร่วมกันรวมถึงความดีในความรู้สึกของแต่ละคนในครอบครัวที่มีต่อกันและกัน

4. มีความเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ เช่น มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ที่เคยผูกพันลึกซึ้งกันภายในครอบครัว อาทิเช่น ผู้ป่วยอาจมีการแสดงถึงการแยกตนเองออกจากชีวิตครอบครัว หรือคนในครอบครัวอาจแสดงออกถึงความท้อแท้ และหมดหวังเมื่ออยู่ต่อหน้าผู้ป่วย เป็นต้น

5. การพูดคุย และการรับรู้ซึ่งกันอยู่กับเรื่องเฉพาะของอนาคตที่ไม่ห่างไกล จะไม่พูดกันถึงเรื่องที่อยู่ในอนาคตที่ยาวนานหรือห่างไกล และหากมีการพูดถึงก็มักจะไม่พูดตรง ๆ และใช้ถ้อยคำที่ไม่ให้สะเทือนใจ

อย่างใดก็ตาม ถ้าหากพิจารณาจากสิ่งต่างๆที่กล่าวมาแล้วเบื้องต้น พบว่า ขบวนการของการตายจะเห็นได้ชัดเฉพาะกับผู้ที่มีการป่วยไข้ชนิดเรื้อรัง โดยเป็นช่วงเวลาหลังจากที่การป่วยไข้ได้เข้าสู่ขบวนการสุดท้ายของโรคที่ไม่มีการบำบัดรักษาที่เป็นการเฉพาะ มีการบำบัดรักษาเพียงเพื่อการทำให้ลดความทุกข์และช่วยให้สามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างไม่ทุกข์ทรมาน และจากโลกนี้ไปอย่างไม่ทุรนทุราย ดังนั้นในฐานะที่เป็นแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรสายการแพทย์ทุกสายวิชาชีพ หรือแม้แต่คนในครอบครัวรวมญาติมิตรของผู้ใกล้ตาย จึงจำเป็นต้องมีส่วนในการกระทำหรือจัดหาวิธีการช่วยดูแล เพื่อให้ผู้ใกล้ตายลดความทุกข์ให้สามารถใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายอย่างมีความสุขสบายให้ได้มากสุดโดยไม่มีการเร่งหรือยืดเวลาของการตายออกไป

3.2 การพยาบาล (Nursing) ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรค

3.2.1 การพยาบาลโรคมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียมทางหน้าท้อง

ด้านจิตใจ การผ่าตัดที่ทราบล่วงหน้ามาก่อน

นับเป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยเกิด ความเครียดทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวล และความกลัวเกี่ยวกับการผ่าตัด การได้รับยาระงับความรู้สึกความเจ็บปวด และความไม่สุขสบายต่างๆภายหลังผ่าตัด กลัวจะเสียภาพพจน์ของตนเอง กลัวหมดสมรรถภาพภายหลังผ่าตัด รู้สึกว่าตนเองกำลังจะสูญเสียอวัยวะบางส่วน สูญเสียการทำงานของอวัยวะในร่างกาย ประกอบกับการถูกแยกจากครอบครัวมาประสบกับสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล เช่น สถานที่ กฎระเบียบของโรงพยาบาล การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขณะมาอยู่โรงพยาบาล วิธีปฏิบัติการรักษาพยาบาล เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ย่อมก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และความกลัวได้ เมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวล และความกลัวในระยะก่อนผ่าตัดย่อมมีผลกระทบต่อการตอบสนองทางสรีรวิทยาที่จะก่อให้เกิดปัญหาทั้งในระยะก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด เช่น ทำให้ความต้องการยาระงับความรู้สึกระหว่างการผ่าตัดเพิ่มขึ้น มีผลต่อการฟื้นตัวจากยาระงับความรู้สึกในระยะหลังผ่าตัด การอาเจียน ความเจ็บปวด ทำให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดล่าช้า วิธีหนึ่งที่จะช่วยลดความวิตกกังวล และความกลัวก่อนผ่าตัด คือ การสอน

ก่อนผ่าตัด การสอนก่อนผ่าตัด เป็นบทบาทอิสระที่สำคัญของพยาบาลในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด สภาพที่ผู้ป่วยจะต้องประสบ และวิธีปฏิบัติตัวในระยะก่อน และหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจมากยิ่งขึ้นหรือแก้ไขความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดที่ไม่ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1.ประเมินความต้องการ ความพร้อม และระดับการเรียนรู้ของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผน และตัดสินใจว่าควรจะได้รับความรู้ในเรื่องอะไรบ้างที่จะเสริมความรู้ของผู้ป่วยให้ความรู้ผู้ป่วยในเรื่อง

1.1 โรค และสาเหตุของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย

1.2 วิธีการ และผลดีเกี่ยวกับการผ่าตัด

1.3 ชนิดของทวารเทียม วัสดุ อุปกรณ์ ถุง และแป้นของ colostomy

1.4 วิธีการ และผลของการให้ยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด

2. การปฏิบัติตนหลังผ่าตัด

การบริหารการหายใจ (breathing exercise) ภายหลังการผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางปอด เช่น ปอดแฟบ ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องฝึกบริหารการหายใจตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัดสามารถทำได้ทันทีเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี

-การไออย่างมีประสิทธิภาพ (effective cough) จะช่วยขับเสมหะออกจากหลอดลม และปอด เพราะการคั่งของเสมหะจะทำให้ปอดแฟบ แม้ว่าหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บแผล กลัวแผลแยก แต่จำเป็นต้องไอเพื่อขับเสมหะออกอย่างถูกวิธี

-การเคลื่อนไหวร่างกาย และลุกเดินโดยเร็ว (early movement and ambulation) การพลิกตะแคงตัว และลุกนั่ง ภายหลังผ่าตัด ควรมีการเปลี่ยนท่านอน พลิกตะแคงตัวทุก 1 – 2 ชั่วโมง และควรลุก นั่ง ยืน ภายหลังผ่าตัด 24 – 48 ชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจ และระบบไหลเวียนเลือด

3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และญาติซักถามข้อสงสัย และการปฏิบัติที่ยังไม่เข้าใจ

4. ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย และญาติในการรักษาโรค

5. ให้ผู้ป่วยสาธิตวิธีการบริหารการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ และการออกกำลังกายแขนขา การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยก่อน และหลังผ่าตัด จะทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้องก่อนผ่าตัดจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการเผชิญความเครียดได้ดี และช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวความเจ็บป่วย การรักษาด้วยการผ่าตัด ผลของการผ่าตัด ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุของความวิตกกังวล เมื่อผู้ป่วยทราบข้อมูล และความเข้าใจที่ถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และพร้อมผ่าตัด

2.การพยาบาลด้านร่างกาย

1.การเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด

-การบำรุงร่างกายให้อยู่ในสภาพพร้อมที่จะผ่าตัด ถ้าผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ควรรับประทาน อาหารที่โปรตีนสูงวิตามิน ซึ่งจะช่วยส่งเสริมการหายของแผลผ่าตัด

-ผู้ป่วยที่มีประวัติการสูบบุหรี่ ต้องงดสูบหรี่อย่างน้อย 3 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด

- การเตรียมผิวหนังบริเวณที่จะผ่าตัด พยาบาลจะเป็นผู้เตรียมความสะอาดผิวหนังโดยโกน ขน และฟอกทำความสะอาดด้วยสบู่ยา(hibiscrub , betadine scrub)รอบบริเวณที่ผ่าตัดเป็นบริเวณกว้างออกไปประมาณ 6-8 นิ้ว หรือตามแผนการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยอาบน้ำสระผมให้สะอาด ตัดเล็บให้สั้น และล้างสีเล็บออก(ถ้ามี) เพื่อให้แพทย์ และพยาบาลสามารถสังเกตการเปลี่ยนแปลงของสีเล็บได้ เตรียมลำไส้ให้สะอาดก่อนผ่าตัด โดยการรับประทานอาหารเหลวใสไม่มีกาก ดื่ม PEG ก่อนผ่าตัด 2 วัน และSwiff ก่อนผ่าตัด1วัน คืนก่อนวันผ่าตัด หลัง

เที่ยงคืนผู้ป่วยต้องงดน้ำ และอาหารทางปากเพื่อให้กระเพาะอาหารว่าง ป้องกันการสำลักอาหารเข้าไปอุดกลั้นทางเดินหายใจขณะให้ยาระงับความความรู้สึก เช้ามืดวันผ่าตัด ผู้ป่วยบางรายอาจได้รับการสวนอุจจาระทางทวารหนัก เพื่อเตรียมลำไส้ป้องกันอุจจาระไหลออกมาขณะผ่าตัด และเป็นการป้องกันท้องอืดหลังผ่าตัดด้วย ภายหลังสวนอุจจาระ ดูแลความสะอาดร่างกาย เปลี่ยนเสื้อผ้าชุดที่จะไปห้องผ่าตัด ก่อนไปห้องผ่าตัด ถ้ามีฟันปลอมที่ถอดได้ต้องถอดออกเพื่อป้องกันการหลุดเข้าไปอุดกลั้นทางเดินหายใจขณะให้ยาระงับความรู้สึก และขณะผ่าตัด นอกจากนี้ต้องถอดเครื่องประดับ และของมีค่า เช่น สร้อยแหวน นาฬิกา ฟันปลอม แว่นตา คอนแทกเลนส์ ฝากพยาบาลหรือญาติไว้เพื่อป้องกันการสูญหาย

-ผู้ป่วยจะต้องถ่ายปัสสาวะก่อนไปห้องผ่าตัด

-ผู้ป่วยอาจได้รับยานำก่อนยาระงับความรู้สึก(pre-medication) ก่อนไปห้องผ่าตัด

2. การพยาบาลหลังผ่าตัด

การรับผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด เป็นระยะของการเตรียมรับย้ายผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัดซึ่งออกจากห้องพักฟื้น(recovery room, postanesthesia care unit : PACU) กลับมาหอผู้ป่วย โดยมีการเตรียมเตียงผู้ป่วยและอุปกรณ์เครื่องใช้ที่เหมาะสมกับชนิดของการผ่าตัด และสภาพผู้ป่วยแต่ละราย รวมถึงการให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเมื่อกลับมาถึงหอผู้ป่วยโดย กิจกรรม

1.ศึกษาข้อมูลการทำผ่าตัดจากกำหนดการผ่าตัดตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาลหลังผ่าตัด

2.พิจารณาเตรียมเตียงรับผู้ป่วยให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมกับอาการหรือสภาพความเจ็บป่วยหลังผ่าตัด เช่นผู้ป่วยอาการหนัก หรือผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ที่อาจมีปัญหาแทรกซ้อนมาก ควรจัดให้อยู่ใกล้กับที่ทำการพยาบาล เพื่อสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ถ้ามีภาวะแทรกซ้อนหรือการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติจะได้ให้การช่วยเหลือได้ทันที

3.สอบถามข้อมูลจากพยาบาลห้องพักฟื้นเกี่ยวกับสภาพทั่วไป และสัญญาณชีพของผู้ป่วยขณะอยู่ในห้องพักฟื้น รวมถึงอุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆที่จำเป็นต้องใช้กับผู้ป่วย

4.การปูเตียง ใช้ผ้ายาง และผ้าขวางเตียงปูเตียงให้ตรงกับตำแหน่งที่จะรองรับกับแผลผ่าตัด และบริเวณที่จะมีสิ่งขับหลั่งออกจากตัวผู้ป่วย

5.จัดเตรียมเครื่องใช้ที่จำเป็นวางไว้ให้พร้อมข้างเตียงผู้ป่วย

6.การประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับได้แก่ การประเมินทางเดินหายใจ ตรวจระดับความรู้สึกตัว สภาพทางสมองด้วยการเรียกชื่อ ซักถามข้อสังเกตการตอบสนองของผู้ป่วย การเคลื่อนไหวของแขนขา ผู้ป่วยไม่รู้สึกหรือรู้สึกตัวดี จัดให้นอนตะแคงหน้าไปทางด้านใดด้านหนึ่ง พร้อมทั้งสังเกตอาการคลื่นไส้อาเจียน เพื่อป้องกันการอุดกลั้นทางเดินหายใจจากลิ้นตก หรือการสำลักสิ่งที่อาเจียนเข้าไปในหลอดลม

7.ประเมินลักษณะการหายใจ โดยการนับอัตราหายใจ และฟังเสียงหายใจ ประเมินการทำงานของหัวใจโดยการนับอัตราการเต้นชีพจร และฟังเสียงเต้นของหัวใจ ประเมินสภาพการไหลเวียนของหลอดเลือด โดยการวัดความดันโลหิต และสังเกตการไหลกลับของหลอดเลือดส่วนปลาย (Capillary refill) พร้อมกับวัดอุณหภูมิของร่างกาย และประเมินสีของผิวหนัง เยื่อบุตา และริมฝีปาก ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทำอย่างต่อเนื่อง โดยวัดทุก 15 นาที ติดต่อกัน 4 ครั้ง ต่อไปวัดทุกครึ่งชั่วโมงติดต่อกัน 4 ครั้ง ต่อไปวัดทุก 1 ชั่วโมง ติดต่อกัน 4 ครั้ง และต่อไปวัดทุก 4 ชั่วโมง สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงบ่อยครั้ง ถ้าพบว่าสัญญาณชีพไม่คงที่ หรือเปลี่ยนแปลงเลวลง เช่น การหายใจ หรือชีพจร ช้าหรือเร็ว ไม่สม่ำเสมอ มีเสียงหายใจผิดปกติ ความดันโลหิตลดต่ำลงหรือระดับความรู้สึกตัวไม่ดี เพื่อเป็นข้อมูลในการบอกถึงปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดได้แก่ ภาวะช็อก ภาวะตกเลือด การติดเชื้อ และใช้เป็นข้อมูลเปรียบเทียบอาการเปลี่ยนแปลงต่อไป

- การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดในระยะหลังผ่าตัดเพื่อให้การวินิจฉัยปัญหาได้อย่างรวดเร็ว ช่วยให้การแก้ไขปัญหาได้ผลดี ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย
-ตรวจดูแผลผ่าตัดหน้าท้องโดยสังเกตดูผ้าปิดแผลมีเลือดหรือสิ่งคัดหลั่งซึมเปียกหรือไม่ เพื่อเป็นการประเมินปริมาณการเสียเลือดของแผลผ่าตัดได้ถูกต้อง
-ตรวจดู colostomy โดยสังเกตภาวะแทรกซ้อน เช่นความชุ่มชื้น สีของ stoma ขนาดรูปร่าง ลักษณะของสิ่งที่ออกมาจาก stoma เลือดออกผิดปกติหรือไม่ เป็นต้น
-แผลที่มีท่อระบายให้ต่อท่อระบายขวด ให้ถูกต้องตามแผนการรักษา เช่นอาจจะต่อลงขวดปราศจากเชื้อที่จัดวางไว้ให้ต่ำกว่าตัวผู้ป่วยเพื่อให้มีการไหลลงขวดด้วยแรงดึงดูดของโลก หรืออาจจะต่อท่อระบายกับเครื่องสูญญากาศ เป็นต้น ท่อระบายที่ต่อลงขวดแล้วให้ยึดสายยางที่ต่อกับท่อระบายไว้กับที่นอน โดยจัดให้สายยางจากจุดที่ยึดถึงจุกขวดเป็นแนวดิ่ง สังเกตลักษณะ และจำนวนของสิ่งคัดหลั่ง เพื่อเป็นการประเมินปริมาณการเสียเลือด และดูแลท่อระบายไหลได้สะดวกช่วยให้เลือดหรือสิ่งคัดหลั่งระบายออกได้ดี
-ตรวจดูการถ่ายปัสสาวะของผู้ป่วย ซักถามอาการปวดถ่ายปัสสาวะได้เองให้จัดสิ่งแวดล้อมให้มิดชิด และเตรียมหม้อนอน หรือกระบอกปัสสาวะให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะเอง สังเกต และคลำบริเวณเหนือหัวเหน่ามีการโป่งตึงของกระเพาะปัสสาวะ(bladder distension)หรือไม่ ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถถ่ายปัสสาวะได้เองภายใน 6 – 8 ชั่วโมง ให้รายงานแพทย์ ผู้ป่วยบางรายใส่คาสายสวนปัสสาวะให้สังเกตจำนวนปัสสาวะ ถ้าออกน้อยกว่า 30 มล./ชม. ให้รายงานแพทย์ เป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการมีปัสสาวะมาก และนานเกินไป จะทำให้กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะเสียกำลังการหดตัว และการตรวจดูจำนวนปัสสาวะเป็นการประเมินการทำงานของไต

3.2.2 การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การประเมินด้านจิตสังคม

1. การประเมินเชิงคุณภาพ พยาบาลควรสอบถามผู้ป่วย และหรือครอบครัวให้ครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ดังนี้ วิถีชีวิต และสังคม ความเครียด และวิธีการจัดการกับความเครียด ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การรับรู้ต่อเหตุการณ์ บุคลิกภาพ ผลกระทบที่เกิดขึ้นความเจ็บป่วยทางกาย

2. การตรวจสภาพจิต ประกอบด้วย การสังเกต และการตั้งคำถามในประเด็นเกี่ยวกับสภาพทั่วไปของผู้ป่วย ลักษณะคำพูด อารมณ์ ความคิด การรับรู้ การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล สภาวการณ์ ความจำ สมาธิ เชาว์ปัญญา ความรู้ การรู้จักตนเอง และการตัดสินใจ

การดูแลด้านจิตสังคมในระยะสุดท้ายของชีวิต

1. การส่งเสริมความผาสุกด้านจิตสังคมแก่ผู้ป่วย โดยส่งเสริมการสนทนาอย่างเปิดเผยเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย สนับสนุนการใช้วิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม เอื้อให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความเหมาะสม ให้ครอบครัว และบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือ ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในกิจกรรมการดูแลต่าง ๆ ช่วยจัดการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการทางกาย และสอบถามถึงความต้องการทางจิตสังคม และค้นหาภาระกิจที่ยังไม่บรรลุ

2. บรรเทาความทุกข์ทรมานด้านจิตสังคม พยาบาลควรประเมินอย่างครอบคลุมถึงสิ่งที่ผู้ป่วยกังวล เพื่อสามารถเลือกวิธีการช่วยเหลือด้านจิตใจ สังคมที่เหมาะสม

2.1 การให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่า และการมีเป้าหมายในชีวิตของผู้ป่วย

2.2 การสนับสนุนการแสดงออก วิธีการนี้ให้ความสำคัญกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วย ซึ่งเป็นวิธีการพื้นฐานของการบำบัดทางจิตใจ

2.3 การจัดสิ่งแวดล้อมให้สุขสบาย วิธีการนี้อาศัยแนวคิดเรื่องของพฤติกรรมบำบัด และการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม เป็นพื้นฐานในการจัดกิจกรรมการช่วยเหลือ

2.4 การอยู่กับผู้ป่วย โดยแสดงออกถึงความเอาใจใส่ รับฟังความทุกข์ใจของผู้ป่วย และใช้การสัมผัสเพื่อปลอมประโลมใจ เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีลักษณะพึ่งพาที่สัมพันธ์กับความรู้สึกชีวิตไม่มีความหมาย

2.5 การให้ความรู้ และการฝึกทักษะจัดการปัญหา ใช้แนวคิดเรื่องของพฤติกรรมบำบัด และการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมเป็นพื้นฐานในการจัดกิจกรรมการช่วยเหลือ

2.6 วิธีการทางศาสนา เป็นการใช้การปฏิบัติทางศาสนาช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น เช่น การดูแลทางศาสนา และการสวดมนต์

3. ภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ/ความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญา(spiritualdistress/spiritual suffering) เป็นภาวะที่ระบบคุณค่า และความเชื่อที่เป็นสิ่งยึดเหนี่ยว และให้ความหวัง ความหมายในชีวิตของบุคคลเปลี่ยนแปลงหรือถูกรบกวน ผู้ป่วยจะแสดงออกในลักษณะต่าง ๆ เช่น ขาดความรัก ขาดความหวัง ขาดความกล้าหาญ และเป้าหมายในชีวิต รวมทั้งไม่มีความสงบสุข ไม่ให้อภัยตัวเอง ไม่กล้าเผชิญปัญหา รู้สึกแปลก โทษตัวเอง ไม่สามารถยอมรับตัวเอง โกรธ ฉุนเฉียว หรือสิ้นหวัง ไม่มีความคิดสร้างสรรค์ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม จะปฏิเสธการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น นักบวช พระสงฆ์ หรือผู้นำศาสนา เป็นต้น

4. ความเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณ/ภาวะวิกฤตทางจิตวิญญาณ (spiritual pain/spiritual crisis) เกิดจากการที่บุคคลสูญเสียความหมายในชีวิตที่นำไปสู่จุดเปลี่ยน และการเปลี่ยนแปลงในชีวิต มักเกิดขึ้นเมื่อบุคคลหรือนำไปสู่การสูญเสียในสิ่งใดสิ่งหนึ่งในชีวิต เช่น ความไว้วางใจพระเจ้า บุคคลสำคัญในชีวิตระบบความเชื่อหรือสัมพันธภาพกับตัวเอง ผู้อื่น และสิ่งสูงสุด เป้าหมาย/ความหมายในชีวิต ความสุขสงบ ความรู้สึกเชื่อมต่อสัจจะ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความสามารถในการเปลี่ยนตัวเองไปสู่ภาวะเหนือตน ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณจะมีอาการทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เช่น ไม่มีแรง ความปวด หายใจลำบาก เบื่ออาหาร วิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกสูญเสียความรู้สึกการควบคุมในเหตุการณ์ ถอนตัวเองจากสังคม มีชีวิตอยู่อย่างไร้ความหมาย ปวดร้าวใจ รู้สึกว่าชีวิตตนเองมืดมน เป็นต้น

5. ภาวะสิ้นหวัง (hopelessness) เป็นภาวะที่บุคคลบอก หรือแสดงออกทางอารมณ์ถึงการมีข้อจำกัดหรือไม่มีทางเลือกตามที่ตนเองปรารถนา แม้ว่าผู้ป่วยจะมีสมรรถนะร่างกายที่จะจัดการสิ่งเหล่านี้ได้ ผู้ป่วยที่มีภาวะสิ้นหวังมักหมกมุ่นอยู่กับอดีต มองไม่เห็นทางออกหรือความเป็นไปได้อื่น ๆ และล้มเลิกแผนการทุกอย่าง รวมทั้งความหวัง โดยมีชีวิตอยู่อย่างว่างเปล่า ไม่มีอนาคตเหมือนชีวิตล้มสลายไป

6. ภาวะสูญเสียพลังอำนาจ (powerlessness) ภาวะที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองไม่สามารถ/ไม่มีอิทธิพลในการบังคับ หรือควบคุมเหตุการณ์ที่กำลังเกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย ซึ่งความรู้ดังกล่าวทำให้บุคคลไม่ไว้วางใจตัวเอง และผู้อื่น ปวดร้าว ละอาย รู้สึกผิด กลัว และซึมเศร้า มองไม่เห็นอนาคต และไม่มีความหวัง

7. กลุ่มอาการเสียขวัญหมดกำลังใจ (demoralization syndrome) เป็นภาวะทางจิตวิญญาณที่มักสัมพันธ์กับภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง การไร้ความสามารถ ความกลัวต่อการสูญเสียศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และความรู้สึกเป็นภาระกับผู้อื่น เกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถเผชิญ หรือจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ หรือเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถบรรลุถึงความคาดหวังของตัวเอง หรือผู้อื่นได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจในการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ หรือทำให้ตัวเองหลุดพ้นจากเหตุการณ์นั้น โดยลักษณะสำคัญของกลุ่มอาการนี้ ได้แก่ ภาวะสิ้นหวัง สูญเสียความหมาย และมีความทุกข์ทรมานกับการมีชีวิตอยู่ ผู้ป่วยรู้สึกอ่อนแอ สูญเสียความกล้าหาญ และการควบคุมตัวเอง รู้สึกเสียศักดิศรีความเป็นมนุษย์ ขาดความมั่นใจ เป็นต้น

8. ความปรารถนาที่จะตายหรือความปรารถนาที่จะเร่งรัดความตาย (desire to die or desire to hasten death) เป็นพลวัตรเปลี่ยนแปลงกลับไปมาระหว่างความปรารถนาที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป และความปรารถนาที่จะตายหรือเร่งรัดความตาย ซึ่งสัมพันธ์กับหลายปัจจัย เช่น ความรู้สึกเป็นภาระกับผู้อื่น การสูญเสียความเป็นอิสระหรือการควบคุมเหตุการณ์เกี่ยวกับความตาย การอยู่อย่างไม่มีความหมาย การไม่สามารถนำพาชีวิตไปสู่กิจกรรมที่สร้างความเพลิดเพลิน ความปวด เป็นต้น

การดูแลด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต

1. สร้างสัมพันธภาพ และพัฒนาความไว้วางใจ สัมพันธภาพเป็นหัวใจสำคัญของมิติทางจิตวิญญาณ สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล และทีมผู้ให้การดูแลรักษาจะช่วยตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย

2. อยู่กับผู้ป่วย จะสะท้อนถึงความเมตตา และการเอาใจใส่ของพยาบาล

3. รับฟังอย่างตั้งใจ เป็นการบำบัดทางจิตวิญญาณอย่างหนึ่ง เป็นการให้เวลากับผู้ป่วยในการค้นหาความหมาย และรับไมตรีจิตจากพยาบาล

4. ส่งเสริมความรู้สึกว่า ตนเองสามารถควบคุมในสถานการณ์ได้ให้แก่ผู้ป่วย เป็นการคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการดูแล

5. ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล เนื่องจากผู้ป่วยจะมีความต้องการความรัก ความเอื้ออาทร และกำลังใจจากญาติในระดับสูง

6. ส่งเสริมความหวัง ช่วยให้ผู้ป่วยแสดงความสามารถ ความดี และพรสวรรค์อย่างเต็มที่ ช่วยเหลือจัดการบรรเทาความทุกข์ทรมานทางกาย โดยการติดตามประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง ให้ข้อมูลถึงสิ่งที่คาดหวัง และกำหนดระยะเวลาของสิ่งที่คาดหวัง และส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเอง ความเข้มแข็งทางสังคม และศาสนา

7. ช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบความหมายในชีวิต และทำความกระจ่างเกี่ยวกับคุณค่าในชีวิต โดยให้ผู้ป่วยทบทวนชีวิต หรือการระลึกถึงอดีต ส่งเสริมสัมพันธภาพ และการเชื่อมต่อ โดยการจัดกิจกรรมที่ให้เกิดการสื่อสาร การแสดงออกถึงความรัก ความกตัญญู คุณค่า การให้อภัย และการใช้เรื่องขำขัน หรืออารมณ์ขัน ช่วยให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงตัวตนภายในของตัวเอง และคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

8. ดูแลความสุขสบาย และควบคุมบรรเทาอาการ ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ โดยการดูแลแบบองค์รวมให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ

9. การจัดสิ่งแวดล้อม ที่มีบรรยากาศของความเมตตา และความรัก จะช่วยส่งเสริมความหวัง ความหมายของชีวิต ความเข้มแข็ง ทัศนคติทางบวก การเยียวยา และการเติบโตทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย

10. การส่งเสริมกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติศาสนกิจตามความเชื่อ

11. ใช้การบำบัดร่วม เช่น ดนตรีบำบัด ศิลปะบำบัด การฝังเข็ม การสัมผัสรักษา เทคนิคการผ่อนคลาย เป็นต้น

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน
ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 4
กรณีศึกษา

กรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องมีภาวะแทรกซ้อนภาวะลำไส้อุดตัน (เริ่มศึกษาเมื่อวันที่16 สิงหาคม 2565 ถึงวันที่ 11 พฤศจิกายน 2565)

4.1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 71 ปี HN 0164032710 AN 65019389
เชื้อชาติ ไทย
สัญชาติ ไทย
ศาสนา พุทธ
การศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 6
อาชีพ ค้าขาย
สถานภาพสมรส หย่าร้าง
ที่อยู่ปัจจุบัน จ.กรุงเทพมหานคร
วันที่รับไว้ในหอผู้ป่วย วันที่ 16 สิงหาคม 2565 วันที่จำหน่าย(เสียชีวิต) รวม 87 วัน
วันที่รับไว้ในการดูแล วันที่ 16 สิงหาคม 2565 วันที่สิ้นการดูแลวันที่ 16 กันยายน 2565 รวม 30 วัน

4.2 ประวัติการเจ็บป่วย

อาการสำคัญ ปวดท้อง ท้องผูก มีก้อนออกมาจากทวารหนัก เป็นมา 2 สัปดาห์

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน แพทย์นัดมาผ่าตัด loop sigmoid colectomy

3 เดือนก่อนมีอาการถ่ายไม่ออกทำCT scan และ Biopsy พบเป็น (CA Rectum) แพทย์ admit เพื่อผ่าตัด

ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต

3 ปีก่อนตรวจพบมะเร็งลำไส้ CA rectum

3 เดือนก่อน ตรวจพบเป็นมะเร็งลำไส้ทำ CT scan และ Biopsy พบเป็น CA Rectumแพทย์แนะนำให้ผ่าตัด แต่ผู้ป่วยยังไม่พร้อม

2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการท้องผูก ถ่ายอุจจาะไม่ออก มีก้อนโผล่ออกมาทางทวารหนัก แพทย์ admit เพื่อทำผ่าตัด

4.3 ประวัติครอบครัวและความเจ็บป่วยในครอบครัว และผังเครือญาติ

-สมาชิกในครอบครัวไม่มีใครเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง

ประวัติการแพ้ยาและสารอาหาร

ผู้ป่วยไม่มีประวัติแพ้ยา แพ้อาหาร

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

แบบแผนการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

แบบแผนที่ 1 การรับรู้ และการดูแลสุขภาพ

มีความเข้าใจและยอมรับในการเจ็บป่วยของตนเองในครั้งนี้โดยรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพจากการดู โทรทัศน์ อ่านหนังสือที่เคยป่วยเป็นโรคเดียวกัน เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยที่ผ่านมาจะซื้อยาที่ร้านขายยาใกล้บ้านเมื่อมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงมากจะไปรับการ รักษาที่โรงพยาบาลเลิดสิน ใช้สิทธิของบัตรประกันสุขภาพ ระยะก่อนรับไว้ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยพูดคุยรู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มีไข้ อ่อนเพลียเล็กน้อย ท้องผูก

แบบแผนที่ 2 การเผาผลาญ

มีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย มีน้ำหนักลดประมาณ 5 กิโลกรัมในช่วงเวลา 4 สัปดาห์ รับประทานอาหารได้ครบ 3 มื้อ แต่ไม่ค่อยตรงเวลา ดื่มน้ำน้อย ท้องอืด ชอบอาหารจำพวกแกงเผ็ด รสจัด และอาหารทอดประเภทต่างๆ ไม่ชอบรับประทานผักและผลไม้

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย

ถ่ายอุจจาระลักษณะปกติวันละ 1ครั้ง ไม่มีอาการท้องผูก ไม่เคยใช้ยาระบาย ภายหลังเมื่อเกิดความเจ็บป่วยในครั้งนี้จึงเริ่มมีอาการปวดเบ่งทวารหนักและถ่ายอุจจาระเป็นเลือดสด (กลิ่นปกติ) วันละ4-5ครั้งไม่มีริดสีดวงทวาร ปัสสาวะได้สะดวกดีในช่วงกลางวันปัสสาวะประมาณ 4-5 ครั้งและในช่วงกลางคืนปัสสาวะประมาณ 2-3ครั้งไม่มีอาการแสบขัด

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย

สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำ วันได้ด้วยตนเองอาบน้ำวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น สระผม 2 ครั้งต่อสัปดาห์ แปรงฟันวันละ 2 ครั้งตอนเช้าและก่อนนอน ออกกำลังกายหลังตื่นนอนตอนเช้าจะออกกำลังกายด้วยการเดินบริหารร่างกายด้วยการแกว่ง แขน ขาทุกวัน

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ

นอนหลับได้ประมาณ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน โดยเข้านอนเวลาประมาณ 21.00 น. ตื่นเวลาประมาณ 04.00 น. และไม่เคยใช้ยานอนหลับ ระหว่างนอนพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล มีแบบแผนการนอนไม่ต่อเนื่อง ตื่น นอนในช่วงเวลา 01.00-03.00 น.กลางวันพักผ่อนได้บ้าง กลางคืนจะหลับ ๆ ตื่น ๆ นอนครั้งละ 1-2 ชั่วโมง ไม่สามารถนอนหลับได้นาน ๆ

จบการศึกษามัธยมศึกษาปี ที่ 6 สามารถระบุเวลา สถานที่บุคคลได้ตามจริงไม่มีประสาทหลอนหรือหูแว่ว มีกระบวนการคิดที่สมเหตุสมผลไม่มีอาการหมกหมุ่นหรือย้ำคิด ย้ำทำ มีความจำ ดีสามารถเล่าเรื่องราวในต่างๆได้โดยไม่เสียเวลาทบทวน บอกประวัติความเจ็บป่วยได้ถูกต้อง

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์

เป็นผู้นำครอบครัว มีความภาคภูมิใจในอาชีพค้าขายตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความ พึงพอใจในความเป็นอยู่ของตนเอง มีเงินเก็บเล็กน้อยพอใช้จ่ายในครอบครัวไม่มีหนี้สิน การเจ็บป่วยครั้งนี้ใช้ สิทธิบัตรประกันสุขภาพของตนเอง ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองอยู่ในภาวะเจ็บป่วยเป็นมะเร็ง

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ

ครอบครัวเป็นระบบครอบครัวเดี่ยวผู้ป่วยมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว ปัจจุบันเป็นแม่ค้าขายขนมหวาน อาศัยอยู่กับบุตร 3 คน ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดีเมื่อมีความเจ็บป่วยสมาชิกใน ครอบครัวมีความห่วงใยช่วยเหลือเกื้อกูลกันและคอยดูแลใกล้ชิด

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์

มีบุตรชาย 1คน ผู้หญิง 2 คน ไม่มีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธุ์

ผลงานวิจัยของโรงพยาบาลเลิดสิน

แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และความทนทานต่อความเครียด

ผู้ป่วยเป็นบุคคลแข็งแรงมาโดยตลอด การเจ็บป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ครั้งนี้ถือว่ารุนแรงที่สุดในชีวิต เมื่อเกิดปัญหาความเจ็บป่วย มีลูกคอยให้กำลังใจ และเป็นที่ปรึกษาปัญหาต่างๆ มีญาติให้ความช่วยเหลือในทุกด้าน มีบุตรสามารถให้การดูแลเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านได้

แบบแผนที่ 11 คุณค่า และความเชื่อถือ

นับถือศาสนาพุทธเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ มีความเชื่อเรื่องบาปบุญคุณโทษ เวรกรรม ความดีความชั่ว พอใจในสิ่งที่ตนมีอยู่ เข้าร่วมกิจกรรมวันสำคัญทางศาสนาร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เสมอเมื่อเกิดความ เจ็บป่วยครั้งนี้ผู้ป่วยเชื่อว่าเกิดจากเวรกรรมในชาติที่แล้ว ทำให้มีความเจ็บป่วย ร้ายแรงจนต้องเข้ารับการผ่าตัด ซึ่งในระหว่าง พักรักษาตัวในโรงพยาบาลผู้ป่วยฟังธรรมมะก่อนนอน

สรุปผู้ป่วยรายนี้ มีปัญหาสุขภาพ 11 แบบแผนกอร์ดอน

แบบแผนที่ 1 การรับรู้ และการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยรับรู้เข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นและยอมรับในการเจ็บป่วยของตนเองในครั้งนี้ แต่ไม่ยินยอมรักษาตั้งแต่แรก เพราะผู้ป่วยกลัวการสูญเสียจากคนในครอบครัว

แบบแผนที่ 2 การเผาผลาญ ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับ เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย มีน้ำหนักลดประมาณ 5 กิโลกรัมในช่วงเวลา 4 สัปดาห์ รับประทานอาหารได้ครบ 3 มื้อ แต่ไม่ค่อยตรงเวลา ดื่มน้ำน้อย ท้องอืด ชอบอาหารจำพวกแกงเผ็ด รสจัด และอาหารทอดประเภทต่างๆ ไม่ชอบรับประทานผักและผลไม้

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระ ไม่ขับถ่ายอุจจาระมา 1 อาทิตย์ มีอาการท้องผูก ไม่เคยใช้ยาระบาย

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย ผู้ป่วยมีปัญหา หลังจากผ่าตัดไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และความทนทานต่อความเครียด ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับความเครียดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ครั้งนี้ถือว่ารุนแรงที่สุดในชีวิต เมื่อเกิดปัญหาความเจ็บป่วย มีลูกคอยให้กำลังใจ และเป็นที่ปรึกษาปัญหาต่างๆ

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน
ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

สรุปปัญหาระว่างนอนพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลมีดังนี้

ระยะที่1 (ระยะแรกรับ) ที่หอผู้ป่วยพิเศษชั้น 19
ขณะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล พบปัญหา
ปัญหาที่ 1 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด และภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป เนื่องจากต้องเปิดทวารใหม่ทางหน้าท้อง
ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะซีด
ปัญหาที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำ และอิเล็กโตรไลท์

ระยะที่ 2 (ระยะพักฟื้น) หอผู้ป่วยพิเศษชั้น 19
ปัญหาที่ 4 มีความไม่สุขสบายจากอาการของการปวดแผลผ่าตัด
ปัญหาที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจาก Ambulation น้อย
ปัญหาที่ 6 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทวารใหม่หลังการผ่าตัด 48 ชั่วโมงแรก
ปัญหาที่ 7 เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดหน้าท้อง และแผลบริเวณทวารหนัก
ปัญหาที่ 8 ผู้ป่วยมีโอกาศเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากคาสายสวนปัสสาวะ
ปัญหาที่ 9 สูญเสียภาพลักษณ์จากการผ่าตัด
ปัญหาที่ 10 มีโอกาสได้รับอาหาร น้ำ และอิเล็คโทรไลท์ ที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ
ปัญหาที่ 11 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนกับทวารใหม่เนื่องจากไม่สามารถดูแลทวารใหม่ได้ด้วยตนเอง
ปัญหาที่ 12 ผู้ป่วย และญาติขาดทักษะการดูแลตนเอง และการดูแลทวารใหม่
ข้อวินิจฉัยที่ 13 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

ระยะที่ 3 (ระยะประคับประคอง)
ข้อวินิจฉัยที่ 14 ส่งเสริมความสุขสบายในช่วงระยะใกล้เสียชีวิต
ข้อวินิจฉัยที่ 15 สนับสนุนและส่งเสริมทางด้านจิตใจ อารมณ์ และความรู้สึกของญาติหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน
ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

4.4 การตรวจร่างกายตามระบบ

ผู้ป่วยหญิงไทย รับตัวไว้ในโรงพยาบาลเลิดสินเมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2565 เวลาประมาณ 10.00 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 132/82 มิลลิเมตรปรอท O_2 Satuation 100% ส่วนสูง 160 เซนติเมตร น้ำหนัก 51 กิโลกรัม

หญิงไทย รูปร่างสมส่วน

ผิวหนัง ผิวหนังสีขาว ลักษณะผิวหนังชุ่มชื้น ไม่มีรอยโรคผิวหนังหรือรอยผื่นคัน ไม่มีจุดจ้ำเลือดตามตัว

ศีรษะ ศีรษะรูปร่างปกติไม่พบแผลเป็นบริเวณผิวหนังผมสั้นประบ่าเส้นผมบาง สีดำ เรียงตัวเป็นระเบียบ

ใบหน้า ใบหน้ารูปไข่สมส่วน

ตา มองเห็นชัดเจนดี ไม่มีพร่ามัวขนาดของรูม่านตาทั้งสองข้างเท่ากับ 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อ แสงปกติสามารถกรอกตาขึ้น ลง ซ้าย ขวาได้ปกติ

หู ปกติได้ยินชัดเจนทั้งสองข้าง

จมูก ปกติ

ปาก ฟัน ลิ้น ปกติ

ทรวงอก รูปร่างปกติ หายใจไม่เหนื่อย ใช้กระบังลมในการช่วยหายใจ

หัวใจและหลอดเลือด หัวใจเต้นเร็ว 82 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอความเข้มข้นจองออกซิเจนในเลือด O_2Satuation 100%

ท้อง ลักษณะหน้าท้องมีพุงเล็กน้อย สมดุลกับร่างกาย คลำไม่พบก้อนที่หน้าท้อง

แขนขา เคลื่อนไหวได้ตามปกติ แขนขาทั้ง 2 ข้าง เคลื่อนไหวได้ดี ไม่ผิดรูป

ระบบประสาท รู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่องดี ไม่มีอาการผิดปกติของระบบประสาทและสมอง

อวัยวะสืบพันธุ์ ปกติ

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน
ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

4.5 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และรังสีวิทยา

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา แรกรับตัวไว้ในโรงพยาบาล 16 ส.ค.2565

CBC	ค่าปกติ	หน่วย	แรกรับ 12/08/65	22/8/65	29/8/65	30/8/65	2/9/65	4/9/65	5/9/65	8/9/65	12/9/65	18/9/65	22/9/65	20/10/65	1/11/65	05/11/65
Red blood cell (RBC)	4.2-5.5	M/cuMM	3.41	3.47	3.45	3.29	3.31	2.98	2.93	2.89	3.96	3.69	3.78	3.27	2.89	2.95
Hemoglobin (HB)	12-16	g/dl	8.9	9.0	9.0	8.6	8.6	7.8	7.6	7.5	10.2	9.7	10.0	8.8	8.0	8.1
Hematocrit (Hct)	36-48	%	27.5	27.8	27.5	26.9	26.2	24.0	23.9	23.0	31.8	29.8	29.9	26.5	23.8	24.5
White BloodCell (WBC)	4,600-10,200	Cell/cuMM	10.23	9.66	11.96	9.69	7.87	8.44	7.72	10.53	12.17	9.12	8.53	13.73	19.26	14.56
Neutrophil	37-80	%	76.3	78.3	85.3	81.0	81.6	82.5	79.5	77.8	82.1	78.4	70.4	85.5	90.7	87.3
Lymphocyte	10-50	%	16.9	16.0	9.7	12.5	10.2	11.1	12.2	13.9	12.1	14.1	18.3	9.7	6.1	7.3
Monocyte	<12	%	5.1	4.2	3.8	4.5	6.1	4.7	5.3	6.3	4.7	5.4	8.3	4.2	2.8	3.8
Eosinophill	<7	%	1.1	1.0	0.8	1.2	1.7	0.9	2.6	1.5	0.7	1.6	2.8	0.2	0.1	0.7
Bcyophill	<2.5	%	0.6	0.5	0.4	0.8	0.4	0.8	0.4	0.5	0.4	0.5	0.2	0.4	0.3	0.9
Pletelet	142,000-424,000	Cell/cuMM	355	302	450	467	438	435	423	359	380	359	422	424	402	248
MCV	80-90		80.6	80.1	79.7	81.8	79.2	80.5	81.6	79.6	80.3	80.8	79.1	81.0	82.4	83.1
MCH					26.1	26.1	26.0	26.2	25.9	26.0	25.8	26.3	26.5	26.9	27.7	27.5
MCHC	31.8-35.4		26.1	25.9	32.7	32.0	32.8	32.5	31.8	32.6	32.1	32.6	33.4	33.2	33.6	33.1
RDM	11.6-14.8		32.4	32.4	16.0	16.1	15.5	15.9	16.0	16.1	16.8	17.0	17.3	18.2	20.0	20.5
การแปลผลและวิเคราะห์ผล CBC พบว่ามีภาวะซีด Hb = 8.9 g/dl Hct =24-29%																

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

	ค่าปกติ	หน่วย	แรกรับ 12/08/65	22/8/65	29/8/65	30/8/65	2/9/65	4/9/65	5/9/65	8/9/65	9/9/65	10/9/65	12/9/65	18/9/65	22/9/65	01 11/65	05/11/65
BUN	10-20	mg/dl	15	7	7	6		6	4	6			7	9	7	18	19
Creatinine (+eGFR)	0.55-1.18	mg%	0.67	0.51	0.50	0.44		0.45		0.40			0.37	0.42	0.34	0.92	0.76
eGFR)	>90	-	89	97	98	102		101		105			108	103	111	63	79
Electrolyte	-	-															
Sodium	136-145	mmol/L	133	134	131		130	133	137	130	132	131		133	131	123	126
Potassium	3.5-5.1	mmol/L	3.9	3.0	3.2		3.3	3.2	3.4	3.1	4.0	3.6		3.3	3.7	3.6	3.3
Chloride	98-107	mmol/L	99	103	97		97	99	105	94	96	97		97	99	94	96
Carboud ioxide	22-31	mmol/L	28	26	28		27	29	29	32	31	33		31	26	21	22
calcium	8.6-10.3	mmol/L								7.8							
Phosphorus	2.5-4.5	mmol/L								3.1							
Magnesium	1.6-2.3	Mg/dL								1.7							
การแปลผลและวิเคราะห์ผลมีภาวะโซเดียมต่ำเท่ากับ128 mmol/L โพแทสเซียมในร่างกายต่ำ เท่ากับ 3.0 mmol/L																	

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน
ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

การตรวจ Coagulogram

PT	ค่าปกติ	หน่วย	แรกรับ12/08/65
PT	10.51-13.08	Sec	12.90
INR	2.0-2.5	-	1.12
PTT	10-13.3	Sec	
PTT	22.19-30.74	Sec	23.4
PTT Ratio	1.5-2.5	sec	1.5
การแปลผลและวิเคราะห์ผล การแข็งตัวของเลือดปกติ			

การตรวจปัสสาวะ

Urine Analysis (U/A)	ผลแรกรับ12/08/65	หน่วย
Color	Yellow	
Clarity	Slight cloudy	
Glucose	Negative	
Ketone	Negative	
Blood	3^+	
Protein	Negative	
Nitrite	Negative	
Bilirubin	Negative	
Specific gravity	<=1.005	
PH	6.5	
Urobilirubin	Normal	
Leucocyte	Negative	
RBC	10-20	cells/HPR
WBC	1-2	cells/HPR
Squamous epithelial cell	0-1	cells/HPR
Bacteria	Few	
การแปลผลและวิเคราะห์ผล ปัสสาวะ พบว่าไม่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ		

Hemoculture วันที่22/08/65 - No growth

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

Liver function test	ค่าปกติ	หน่วย	แรกรับ 12/08/65	23/08/65	30/08/65	12/09/65	1/11/65
Total protein	g/dl	6.4-8.3	-	5.9	6.7	6.1	6.1
Albumin	g/dl	3.5-5	-	2.7	2.9	2.5	2.2
Globulin	g/dl	2.3-3.5	-	3.2	3.8	3.6	3.9
Total bilirubin	mg/al	0.2-1.2	-	0.24	0.42	0.34	0.70
Indirect bilirubin	mg/al	<0.7	-	0.20	0.24	0.27	0.033
Direct bilirubin	mg/al	<0.5	-	0.04	0.18	0.07	0.37
AST (SGOT)	μ/L	5-34	-	29	25	61	98
ALT (SGPT)	μ/L	<55	-	14	11	16	24
Alk phosphatase	μ/L	40-150	-	145	178	313	349
การแปลผลและวิเคราะห์ผล Liver function test พบว่า มีปกติ							

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน
ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

4.6 การวินิจฉัยโรค

1.โรคมะเร็งลำไส้ส่วนปลาย (CA Rectum)

2.โรคลำไส้อุดตัน (Gut Obstruction)

4.7 พยาธิสภาพจากทฤษฎีเปรียบเทียบกับกรณีศึกษา

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
1.โรคมะเร็งการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ส่วนปลาย พยาธิสภาพของมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (Colorectal cancer)เกิดจากการเจริญเติบโตของเซลล์ที่ผิดปกติในเยื่อบุลำไส้ซึ่งมักจะเริ่มต้นจากการเกิด ติ่งเนื้อ (polyp) ที่ผนังลำไส้ แล้วค่อยๆพัฒนาเป็นมะเร็งเมื่อเซลล์มีการกลายพันธุ์และแบ่งตัวอย่างไม่เป็นระเบียบ โดยพยาธิสภาพที่สำคัญประกอบด้วย 1. การเจริญเติบโตผิดปกติของเซลล์ (Dysplasia) การเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อบุลำไส้จากเซลล์ปกติไปสู่เซลล์ที่ผิดปกติในด้านรูปร่างและโครงสร้างซึ่งเป็นขั้นตอนเริ่มต้นของการพัฒนาของมะเร็ง 2.การลุกลามของเนื้อร้าย(Invasion)เซลล์มะเร็งจะเริ่มบุกรุกเนื้อเยื่อที่อยู่ใกล้เคียง เช่น กล้ามเนื้อชั้นล่างของผนังลำไส้ ต่อมน้ำเหลือง หรืออวัยวะอื่น ๆ 3.การแพร่กระจาย(Metastasis)หากมะเร็งแพร่กระจายจะส่งผลให้เซลล์มะเร็งเคลื่อนที่ไปยังส่วนอื่นๆของร่างกายผ่านทางระบบเลือดหรือน้ำเหลือง เช่น ไปยังตับ ปอด หรือสมอง 4. เนื้องอก (Tumor Formation)เมื่อเซลล์ผิดปกติเจริญเติบโตและแบ่งตัวเพิ่มขึ้นเป็นกลุ่มก้อนจะเกิดเนื้องอกที่สามารถมองเห็นได้ในลำไส้ซึ่งอาจมีลักษณะเป็นก้อนขรุขระและมีขนาดไม่เท่ากัน	ผู้ป่วยหญิงไทย รับตัวไว้ในโรงพยาบาลเลิดสินเมื่อวันที่ 12 สิงหาคม 2565 เวลาประมาณ 10.00 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 132/82 มิลลิเมตรปรอท O_2 Satuation 100% ส่วนสูง 160 เซนติเมตร น้ำหนัก 51 กิโลกรัม ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการท้องผูกไม่ถ่ายอุจจาระมีก้อนโผล่ออกมาทางทวารหนัก ตรวจพบเป็นมะเร็งลำไส้เมื่อปี2564 แต่ผู้ป่วยยังไม่พร้อมผ่าตัด จึงไม่ได้มารักษาต่อ

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH โรงพยาบาลเลิดสิน ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
อาการและอาการแสดง ที่พบบ่อยมีดังนี้ 1.มีเลือดปนในอุจจาระอาจเห็นเลือดสดหรือเลือดสีเข้มปนกับอุจจาระ 2.การเปลี่ยนแปลงในการขับถ่าย อาจเกิดท้องผูกหรือท้องเสียสลับกัน หรือมีความรู้สึกว่าขับถ่ายไม่สุด 3.อุจจาระมีลักษณะแปลกไป อุจจาระอาจมีขนาดเล็กลงหรือเปลี่ยนรูปร่าง เช่น มีลักษณะเป็นแถบ 4.ปวดหรือท้องอืดในช่องท้องบ่อย 5.น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ 6.อ่อนเพลียรู้สึกอ่อนเพลียหรือเหนื่อยง่าย 7.อาการคลื่นไส้หรืออาเจียน	ผู้ป่วยมีอาการท้องผูกสลับท้องเสีย ถ่ายอุจจาระมีมูกเลือดปน อุจจาระ ก้อนเล็กลง มีกลิ่นเหม็นมาก และเริ่มมีถ่ายเหลวเป็นมูกปนเลือดมากขึ้น ปวดหน่วงทวารหนักมาก เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย น้ำหนักตัวลด
การวินิจฉัยโรค ขั้นตอนการวินิจฉัยหลัก ๆ มีดังนี้ 1.การซักประวัติและตรวจร่างกาย แพทย์จะซักประวัติเกี่ยวกับอาการ เช่น เลือดออกทางทวารหนัก อุจจาระผิดปกติหรืออาการปวดท้อง และตรวจร่างกายเบื้องต้น 2.การตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ(FecalOccult Blood Test-FOBT)การตรวจหาเลือดที่อาจมองไม่เห็นด้วยตาเปล่า ซึ่งอาจเป็นสัญญาณเริ่มต้นของมะเร็งลำไส้ 3.การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) เป็นการตรวจสำคัญที่สุดในการวินิจฉัย แพทย์จะใช้กล้องยาวที่สอดผ่านทางทวารหนักเพื่อตรวจลำไส้ใหญ่และลำไส้ส่วนปลายหากพบเนื้องอกหรือสิ่งผิดปกติสามารถตัดชิ้นเนื้อไปตรวจเพิ่มเติมได้ 4.การตรวจชิ้นเนื้อ(Biopsy)หากพบสิ่งผิดปกติจากการส่องกล้อง แพทย์จะตัดตัวอย่างเนื้อเยื่อเพื่อนำไปตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันว่าเป็นมะเร็งหรือไม่ 5.การตรวจภาพถ่ายรังสีเช่นการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์(CTscan) หรือการทำ MRI เพื่อตรวจสอบขนาดและตำแหน่งของมะเร็ง รวมถึงการกระจายตัวไปยังส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย 6.การตรวจเลือด ตรวจระดับสารเคมีบางชนิดในเลือด เช่น CEA (Carcinoembry	ผลการตรวจชิ้นเนื้อพบเป็น Moderately differentiated adenocacinoma of rectum invade the wall to serosa, involving wall of divericulum, metastasis to 2 out of 13 nodess differentiated

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
การรักษา 1.การผ่าตัด(Surgery)เป็นวิธีการรักษาหลักโดยเฉพาะในระยะแรกของมะเร็งลำไส้หากมะเร็งยังไม่ลุกลามมากการผ่าตัดสามารถตัดเนื้องอกออกจากลำไส้ได้รวมถึงการตัดต่อส่วนของลำไส้ที่ติดเชื้อออกแล้วเชื่อมต่อใหม่ 2.เคมีบำบัด(Chemotherapy)ใช้ยาต้านมะเร็งเพื่อทำลายเซลล์มะเร็งอาจใช้หลังการผ่าตัดเพื่อลดความเสี่ยงที่มะเร็งจะกลับมาหรือใช้รักษาในกรณีที่มะเร็งแพร่กระจายไปยังส่วนอื่นๆของร่างกายแล้ว 3.การฉายแสง(RadiationTherapy)มักใช้ในการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่บริเวณทวารหนักโดยใช้รังสีพลังงานสูงทำลายเซลล์มะเร็งสามารถใช้ร่วมกับเคมีบำบัดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ 4.การรักษาแบบมุ่งเป้า(Targeted Therapy) เป็นการรักษาโดยใช้ยาที่ทำงานเฉพาะเจาะจงกับโปรตีนหรือยีนในเซลล์มะเร็งเหมาะสำหรับมะเร็งที่มีการกลายพันธุ์บางประเภท 5.ภูมิคุ้มกันบำบัด (Immunotherapy)เป็นการกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายให้สามารถตรวจจับและทำลายเซลล์มะเร็งได้ มักใช้ในกรณีที่มะเร็งมีการกลายพันธุ์ในระดับสูง	ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการผ่าตัด Loop sigmoid colectomy และนัดให้ผู้ป่วยมารักษาด้วยเคมีบำบัด หลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้ว

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน
ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
2.ภาวะลำไส้อุดตัน พยาธิสภาพ ภาวะลำไส้อุดตันพยาธิสภาพ(Pathological Intestinal Obstruction) เป็นภาวะที่เกิดจากการอุดตันของลำไส้ซึ่งอาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น 1.เนื้องอกเนื้องอกในลำไส้หรืออวัยวะข้างเคียงอาจเติบโตจนกดทับลำไส้ ทำให้เกิดการอุดตัน 2.พังผืด การเกิดพังผืดในช่องท้องหลังการผ่าตัด หรือจากการติดเชื้อ อาจทำให้ลำไส้บิดตัวจนเกิดการอุดตัน 3.ไส้เลื่อน การเกิดไส้เลื่อนในส่วนต่าง ๆ ของช่องท้อง เช่น ไส้เลื่อนขาหนีบ สามารถทำให้ลำไส้ถูกดันออกมาและอุดตัน 4.การบิดของลำไส้(Volvulus)ลำไส้เกิดการบิดตัวผิดปกติทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนเข้าสู่ลำไส้ได้ ส่งผลให้เกิดการอุดตัน 5.ลำไส้กลืนกันส่วนหนึ่งของลำไส้ดันตัวเข้าไปในอีกส่วนหนึ่งของลำไส้ ทำให้เกิดการอุดตัน	ภาวะลำไส้อุดตัน (gut obstruction) หมายถึง ภาวะที่ช่องภายในลำไส้ (lumen) อุดตันทำให้ไม่มี สารคัดหลั่ง ของลำไส้ (bowel content) ไหลจากลำไส้ส่วนต้น (proximal)ไปยังลำไส้ส่วนปลาย (distal)ได้ การอุดตันพบมากที่ลำไส้ใหญ่ส่วนโค้งบริเวณม้าม (Spleni flexure) ลำไส้ด้านขวาและลำไส้ด้านซ้าย
อาการและอาการแสดง อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่มีภาวะลำไส้อุดตันพยาธิสภาพ ได้แก่ ปวดท้องอย่างรุนแรง ท้องอืด คลื่นไส้อาเจียน และไม่สามารถขับถ่ายหรือผายลมได้ ในกรณีที่รุนแรงหากไม่ได้รับการรักษาทันเวลา อาจทำให้ลำไส้ขาดเลือดและเน่าตายได้	อาการ ท้องอืดเหมือนอาหารไม่ย่อยท้องผูกท้องเสียถ่ายเป็นมูกเลือดอุจจาระก้อนเล็กลงเป็นต้นต่อมาเมื่ออุดตันเต็มที่จะมีอาการปวดท้องไม่ถ่ายอุจจาระไม่ผายลม อาจจะมีอาเจียนร่วมด้วยอาการปวดที่เกิดจากการอุดตันบริเวณลำไส้ใหญ่ด้านขวา และลำไส้ใหญ่ส่วนขวาง (right and transverse colon)มักจะปวดรอบๆสะดือ ส่วนที่เกิดการอุดตันบริเวณลำไส้ใหญ่ ส่วนล่าง(distal colon)จะปวดท้องส่วนล่างถึงหัวเหน่า และกรณี ที่เกิดการอุดตันจากสาเหตุโรคลำไส้กลืนกัน (volvulus หรือintussusception) จะเกิดอาการอย่างรวดเร็วรุนแรงและมีภาวะลำไส้ขาดเลือดร่วมด้วย การวินิจฉัยการแยกโรคว่าเป็นการอุดตันลำไส้ใหญ่ชนิด ที่เกิดจากบางสิ่ง ไปอุดตันทางเดินของลำไส้ (mechanical) หรือการทำงานผิดปกติของลำไส้ ซึ่งทำให้ไม่สามารถ บีบตัวและเคลื่อนไหวได้ตามปกติ (nonmechanical)สำคัญมากเพราะการดูแลรักษาต่างกัน

กรมการแพทย์ โรงพยาบาลเลิดสิน ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
การรักษา โรคลำไส้อุดตันเป็นภาวะที่ลำไส้ไม่สามารถเคลื่อนย้ายอาหารน้ำหรืออุจจาระผ่านทางเดินอาหารได้อย่างปกติ การรักษาโรคนี้ขึ้นอยู่กับสาเหตุและระดับความรุนแรงของการอุดตัน มีวิธีการรักษาที่แตกต่างกันดังนี้ 1.การรักษาแบบไม่ผ่าตัด(Conservative Treatment) งดอาหารและน้ำแพทย์จะให้ผู้ป่วยงดรับประทานอาหารและน้ำเพื่อให้ลำไส้ได้พักใส่สายท่อในจมูกถึงกระเพาะอาหาร(Nasogastric Tube)เพื่อลดแรงดันในลำไส้และช่วยในการระบายลมและของเหลวออกให้สารน้ำทางเส้นเลือด(IV Fluids)เพื่อป้องกันการขาดน้ำและรักษาสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย ยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาอาการปวดและไม่กระทบกับการทำงานของลำไส้ 2. การรักษาโดยการผ่าตัด (Surgical Treatment) ในกรณีที่การรักษาแบบไม่ผ่าตัดไม่ได้ผลหรือหากมีภาวะแทรกซ้อน เช่น เนื้อลำไส้ตายหรือมีรูในลำไส้ การผ่าตัดจะเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อเอาส่วนของลำไส้ที่อุดตันหรือเสียหายออกการผ่าตัดอาจมีความซับซ้อนและใช้วิธีที่ต่างกันขึ้นอยู่กับตำแหน่งและชนิดของการอุดตัน เช่นการผ่าตัดเปิดหน้าท้องหรือการส่องกล้อง (Laparoscopic Surgery) 3. การดูแลภายหลังการรักษา หลังจากการรักษาผู้ป่วยต้องรับการดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำและภาวะแทรกซ้อนเช่น การปรับอาหารและการติดตามสุขภาพทางเดินอาหารอย่างต่อเนื่อง	ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการผ่าตัด Loop sigmoid colectomy และมีภาวะลำไส้อุดตัน ไม่มีอุจจาระออกทวารเทียม แพทย์ให้งดน้ำงด อาหารทางปาก และใส่NG tube ต่อ Suction ไว้

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

4.8 แผนการการรักษาที่ได้รับ

1.การผ่าตัด ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการผ่าตัด Loop sigmoid colectomy วันที่ 17 สิงหาคม 2565

2.ยาและหัถตการที่ได้รับ

ระยะก่อนผ่าตัด วันที่ 16/08/65

- Acetar 1000 ml IV rate 80 cc/hr หลัง NPO
- *Amlodipine* (10) 1 tab op stat +น้ำตาม 30ml
- 5% D/N/2 1000 ml IV rate 80 cc/hr.

ระยะหลังการผ่าตัด

การผ่าตัด ทำเป็น Loop sigmoid colectomy

-0.9 NSS 1000ml ml IV rate 80 cc/hr.
-Mo 3 mg IV prn ทุก 3 ชั่วโมง for pain
-Plasil 10 mg IV prn ทุก 6 ชั่วโมง for N/V
-Metronidazole 500 mg Iv ทุก 8 hr×2 doses
-ceftaxone 2 gm IV ทุก 24 ชั่วโมง
-B-fiuid +3%NaCl 100 ml/bag IV rate 80 cc/hr.
-naclong (600) 1×2 op pc
-Amlodipine (5)1×1 op pc
-tramol (50) 1×3 po pc
-Enoxaparin (0.4) SC OD
-naclong (600) 1×2 op pc
-Amlodipine (5)1×1 op pc
-NG ต่อ intermittent suction

วันที่ 3/09/65 Post op order for Loop revise ostomy

-Acetar 1000 ml IV rate 100 cc/hr.
-Mo 3 mg IV prn ทุก 6 ชั่วโมง
-Plasil 10 mg IV prn ทุก 8 ชั่วโมง
-cef-3 2 g IV OD
-metro (500) IV ทุก 8 hr.
-B-fiuid 1000 ml IV rate 80 ml/hr.
-Enoxaparin (0.4) SC OD
-Methadone (5) ½ tab po
-Morphine ½ tab po prn ทุก 2-3 hr.
-Amitrip(10) 1 tab po hs .
-NaCl 2×3po pc
-Amlodipine (5) 1×1 po pc

กรมการแพทย์ โรงพยาบาลเลิดสิน
ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

สรุปภาวะผู้ป่วยขณะรับไว้ในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยหญิงไทย รับตัวไว้ในโรงพยาบาลเลิดสินเมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2565 เวลาประมาณ 10.00 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 132/82 มิลลิเมตรปรอท O_2 Satuation 100% ส่วนสูง 160 เซนติเมตร น้ำหนัก 51 กิโลกรัม ผู้ป่วยมาด้วยอาการ 3 เดือนก่อน มีอาการถ่ายอุจาระไม่ออก ทำCT scan และ Biopsy พบเป็น CA rectum แพทย์ได้นัดผ่าตัด loop sigmoid colectomy แต่ผู้ป่วยยังไม่พร้อม

2 อาทิตย์ ก่อนมา ผู้ป่วยท้องอืด ถ่ายอุจาระไม่ออก มีก้อนโผล่ออกทางทวารหนัก ขนาด 6 ซม. ญาตินำส่ง โรงพยาบาล

วันที่16/08/65 ผู้ป่วย Admit พิเศษชั้น 19 เจาะเลือดตรวจหา CBC, BUN ,Cr, Electrolyte ,LFT,PTT,PT,INR ,Set OR for loop sigmoid colectomy (17/08/65) NPO AMN เตรียม Ceftriaxone 2 gm ,Metronidazole (500mg) ไป OR , Acetar 1000 ml IV rate 80 cc/hr หลัง NPO G/M จอง LPRC 2 unit ได้แล้วให้เลย 1unit IV dip in 4 hr. เจาะ Hct และเปลี่ยนจาก Acetar 1000 ml เป็น 0.9 NSS 1000 ml IV rate 80 cc/hr. Keep BP <180/100 และ EKG 12 leads แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด และเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยรับทราบและปฏิบัติตาม

วันที่ 17/08/65 หลังผ่าตัดทำ loop sigmoid colectomy มี colostomy ข้างซ้าย Stoma แดงดี ไม่มีเลือดออก ไม่ยังไม่มีอุจาระ ออกมา แผลผ่าตัดไม่มีซึม ท้องยังอืด แพทย์ให้เริ่ม จิบน้ำได้

วันที่ 22/08/65 ผู้ป่วยมีไข้ 38.2 องศาเซลเซียส แพทย์ สั่งเจาะเลือด CBC,BUN ,Cr, Electrolyte,UA,U/C ,H/C ×2 ขวด เริ่มให้ยาฆ่าเชื้อเป็น Tazocin 4.5 gm IV ทุก 6 ชั่วโมง

วันที่ 1/09/65 ผู้ป่วยมีปัญหา ปัสสาวะไม่ออก ส่งปรึกษาแพทย์ศัลกรรมทางเดินปัสสาวะ เรื่อง acute urinary retention ให้ ใส่สายสวนปัสสาวะ ผู้ป่วยท้องอืด ไม่มีอุจาระออกมา แพทย์สวนอุจจาระทาง colectomy อุจจาระออกมาเล็กน้อย

วันที่ 3/09/65 งดน้ำงดอาหาร Set OR Loop revise ostomy หลังทำ Loop revise ostomy ให้งดน้ำงดอาหาร และให้ Ceftriaxone 2 gm IV Metro (500) IV และให้ยาแก้ปวด Morphine

วันที่ 5/09/65 ผู้ป่วยทานอาหารได้น้อย ให้ใส่สายให้อาหารทางจมูก และfeed นมทางการแพทย์ และให้ B-fiuid 1000 ml IV rate 80 ml/hr.

วันที่ 8/09/65 Hct= 23 ให้ LPRC 1 unit IV in 4 ชั่วโมง หลังเลือดหมดเจาะ Hct ซ้ำได้ Hct =31%

วันที่ 12/09/65 ส่งผู้ป่วยไปรับยาเคมีบำบัดปรึกษา pain consultant ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องและก้อน บริเวณทวารหนัก ได้ยาได้แก้ปวดไปผู้ป่วยไม่ดีขึ้น หลังปรึกษาแพทย์ให้เพิ่มยาแก้ปวด Methadone (5) Morphine, Amytrip (10)

วันที่ 03/11/65 ผู้ป่วยท้องอืดมากขึ้น ไม่อุจจาระออกทาง colostomy แพทย์สั่ง Film acute abdomen series พบเป็นก้อนอุดตันที่ลำไส้

วันที่ 05/11/65 แพทย์สั่งให้ต่อ NG ต่อลง bag และงดน้ำงดอาหารทางปาก

วันที่ 07/11/65 แพทย์เจ้าของไข้ได้คุยกับญาติผู้ป่วย เรื่องเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา ว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย ญาติผู้ป่วยไม่ต้องการให้ทุกข์ทรมาน ให้รักษาแบบประคับประคอง ไม่ต้องการที่ทำหัตถการที่จะเพิ่มความเจ็บปวดให้กับผู้ป่วย เริ่มให้ยา Morphine (1:10) IV drip 3 cc/hr.

วันที่ 07 -10/ 11/2565 ผู้ป่วยอาการทรุดลง พูดคุยสับสน แต่ถามตอบรู้เรื่อง เริ่มเหนื่อยมากขึ้น ทีมแพทย์คุยกับญาติ ยืนยันเจตนารมย์เดิมของผู้ป่วยไม่ใส่ท่อช่วยหายใจและไม่ปั๊มหัวใจเมื่อหัวใจหยุดเต้น

วันที่ 11/11/65 ปรับขนาดยา Morphine เป็นขนาดยาสูงสุดให้ 15-20 cc/hr. แจ้งอาการให้บุตรชายและบุตรสาวมาอยู่กับผู้ป่วยต่อมาผู้ป่วยไม่รู้สึกษาตัวมีหายใจช้า(Air Hunger)และถึงแก่กรรมเวลา 05.20 น.ดูแลsupportจิตใจญาติผู้ป่วย อำนวยความสะดวกติดต่อประสานงาน เรื่องเอกสารต่างๆ

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน
ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

สรุปปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ระยะที่ 1 ระยะแรกรับ หอผู้ป่วยพิเศษชั้น 19
ปัญหาที่ 1 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด และภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป เนื่องจากต้องเปิดทวารใหม่ทางหน้าท้อง
ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะซีด
ปัญหาที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำ และอิเล็กโตรไลท์

ระยะที่ 2 (ระยะพักฟื้น) หอผู้ป่วยพิเศษชั้น 19
ปัญหาที่ 4 มีความไม่สุขสบายจากอาการของการปวดแผลผ่าตัด
ปัญหาที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจาก Ambulation น้อย
ปัญหาที่ 6 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทวารใหม่หลังการผ่าตัด 48 ชั่วโมงแรก
ปัญหาที่ 7 เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดหน้าท้อง และแผลบริเวณทวารหนัก
ปัญหาที่ 8 ผู้ป่วยมีโอกาศเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากคาสายสวนปัสสาวะ
ปัญหาที่ 9 สูญเสียภาพลักษณ์จากการผ่าตัด
ปัญหาที่ 10 มีโอกาสได้รับอาหาร น้ำ และอิเล็คโทรไลท์ ที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ
ปัญหาที่ 11 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนกับทวารใหม่เนื่องจากไม่สามารถดูแลทวารใหม่ได้ด้วยตนเอง
ปัญหาที่ 12 ผู้ป่วย และญาติขาดทักษะการดูแลตนเอง และการดูแลทวารใหม่
ข้อวินิจฉัยที่ 13 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

ระยะที่ 3 (ระยะประคับประคอง)
ข้อวินิจฉัยที่ 14 ส่งเสริมความสุขสบายในช่วงระยะใกล้เสียชีวิต
ข้อวินิจฉัยที่ 15 สนับสนุนและส่งเสริมทางด้านจิตใจ อารมณ์ และความรู้สึกของญาติหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน
ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

4.9 ปัญหาทางการพยาบาล การพยาบาล และการประเมินผล

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายในระยะก่อน และหลังผ่าตัด ผู้ศึกษาวางแผนการให้การพยาบาลต่าง ๆ ดังนี้

ปัญหาที่ 1 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด และภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป เนื่องจากต้องเปิดทวารใหม่ทางหน้าท้อง

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอก “นอนไม่หลับ” แสดงสีหน้าวิตกกังวล

O: ผู้ป่วยสอบถามพยาบาลเกี่ยวกับโรค วิธีการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดทวารใหม่ และมีวิธีการรักษาอย่างอื่นหรือไม่

S: ผู้ป่วยสอบถามพยาบาลว่าต้องเตรียมตัวอย่างไรในการเข้ารับการผ่าตัดเปิดทวารใหม่

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1.เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1.ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล นอนหลับพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

<u>การเตรียมทางด้านจิตใจ</u>

1.สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยให้ความมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างดี เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ซึ่งการกระทำนี้ควรเริ่มตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล และดำเนินต่อไปจนผู้ป่วยกลับบ้าน

2.อธิบายให้เข้าใจถึงวิธีการรักษา รายละเอียดของการผ่าตัด ตำแหน่งของอวัยวะที่มีการเปลี่ยนแปลงและความจำเป็นที่ต้องผ่าตัด ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีที่สุด จะทำให้สภาพร่างกายของผู้ป่วยดีกว่าเดิมได้

3.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก และเป็นสื่อกลางให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับแพทย์ผู้รักษา

4.จัดให้ผู้ป่วย และญาติพูดคุยกับผู้ป่วยรายอื่นที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารใหม่ โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนและสามารถดูแล stoma ได้ด้วยตนเอง

5.ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสในการตัดสินใจ ขอคำปรึกษา และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันในครอบครัว ไม่เร่งรัดผู้ป่วย

6.ให้การเอาใจใส่ดูแลเยี่ยมเยียนผู้ป่วยเสมอ พร้อมทั้งปลอบโยนให้กำลังใจผู้ป่วยมีความรู้สึกเหมือนไม่ถูกทอดทิ้ง

7.ให้คำแนะนำก่อน และหลังผ่าตัดให้ผู้ป่วยเข้าใจ คือ อธิบายสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อลดความวิตกกังวลโดยบอกให้ทราบว่าผู้ป่วยจะมีแผลผ่าตัดตามยาวหน้าท้อง มีแผลทวารใหม่หน้าท้องด้านซ้าย มีสาย ระบายทางจมูก Nasogastric tube เพื่อระบายน้ำย่อยและก๊าซในกระเพาะอาหาร และคาสายสวนปัสสาวะไว้ นอกจากนี้ยังให้สารน้ำให้ทางหลอดเลือดดำ ในระยะแรกหลังผ่าตัดจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

<u>การเตรียมด้านร่างกาย</u>

1.การเตรียมผิวหนังก่อนผ่าตัด จะโกนขนตั้งแต่ใต้ราวนมจนถึงบริเวณ Perinium ทั้งหมด

2.การงดอาหาร และน้ำหลังเที่ยงคืน เพื่อป้องกันการเกิดการสำลัก อาเจียนเข้าไปอุดตันทางเดินหายใจขณะดมยา

3.สอน และฝึกหัดการทำ Breathing exercise โดยการให้ดูดTriflow เพื่อเป็นการบริหารปอดช่วยให้หายใจได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางปอด

4.สอน และฝึกการทำ Effective cough เพื่อขับเอาเสมหะออก ป้องกันภาวะปอดแฟบ(Atelectasis)

5.อธิบายให้ทราบถึงความจำเป็นของการ Ambulation เช่น การพลิกตะแคงตัว การลุกจากเตียงซึ่งช่วยให้มีการหมุนเวียนของเลือด และป้องกันอาการท้องอืด

6.อธิบายถึงวิธีการเตรียมลำไส้ก่อนผ่าตัดโดยก่อนผ่าตัด 1 วันจัดให้รับประทานอาหารเหลวใส เริ่มตั้งแต่ 12.00 น. - 24.00 น. ซึ่งต้องอธิบายให้ทราบถึงลักษณะของอาหารแต่ละชนิดเพื่อผู้ป่วยจะได้เลือกรับประทานได้ถูกต้อง เริ่มให้รับประทาน Swiff 15ml. และดื่มน้ำตาม 400 ml.ทุก½ hr. 6 ครั้งเวลา 14.00 น. และ 18.00น. ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมาก ๆ โดยดื่มน้ำตาม
ชั่วโมงละ 1 แก้ว

7.เตรียมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลตรวจพิเศษต่าง ๆ ก่อนผ่าตัดให้พร้อม และรายงานให้แพทย์ทราบ ให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขในส่วนที่ผิดปกติ

8.ตรวจสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง สังเกตอาการ และอาการแสดงของภาวะความดันโลหิตสูง และให้ยา Enalapril (5 mg)ก่อนผ่าตัด

การประเมินผล

1.ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ สีหน้าสดชื่นขึ้น

2.จากการซักถามผู้ป่วย ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค และความจำเป็นของการผ่าตัด

3.จากการซักถามผู้ป่วย ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัด และยอมรับการรักษา โดยวิธีการผ่าตัด

4.คืนก่อนผ่าตัดผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไป เมื่อวันที่ 17 สิงหาคม 2565

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน
ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะซีด

ข้อมูลสนับสนุน

O: เสียเลือดขณะผ่าตัด 300 ml.

O: ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย เปลือกตาด้านในซีด

O: ค่า Hematocrit 27 % หลังผ่าตัด

O: ผิวหนังค่อนข้างแห้ง

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1.เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากภาวะซีด ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด

2.เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหาร และสารน้ำเกลือแร่เพียงพอต่อความต้องการของร่ายกาย

3.เพื่อให้ผู้ป่วยมีผิวหนังชุ่มชื้น

เกณฑ์การประเมินผล

1.ผู้ป่วยหายจากภาวะซีด ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด

2.ผู้ป่วยได้รับสารอาหาร และสารน้ำเกลือแร่เพียงพอต่อความต้องการของร่ายกาย

3.ผู้ป่วยมีผิวหนังชุ่มชื้น

กิจกรรมการพยาบาล

1.ดูแลให้ P.R.C 1 ยูนิต v drip 60 ml/hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์ก่อนผ่าตัด

2.ประเมินอาการการแพ้เลือด เช่น ผื่นคัน ไข้หนาวสั่น ชีพจรเร็ว หน้าแดง คลื่นไส้อาเจียน วัดสัญญาชีพและรายงานแพทย์

3.ดูแลให้ได้รับสารอาหาร สารน้ำ เกลือแร่ ทางหลอดเลือดดำ ครบตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยให้ปรับจำนวนหยดให้สม่ำเสมอ ดูแลป้องกันไม่ให้สายหักพับงอ หรือหลุด สังเกตบริเวณที่ให้ยา / เลือด

4.ติดตามผลเลือดจากห้องปฏิบัติการโดยเฉพาะCBC ถ้าHct ต่ำกว่า30%ให้รายงานแพทย์

5.บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า ออก ร่างกายทุก ๆ 8 ชั่วโมง และประเมินการเสียเลือดจากการถ่ายอุจจาระและตรวจดูความถ่วงจำเพาะปัสสาวะทุกวัน

การประเมินผล

1.ผล Hematocrit 31% เปลือกตาล่างซีดเล็กน้อย

2.ผู้ป่วยไม่มีภาวะซีด ได้รับPRC 1 ยูนิต ผล Hematocrit 31%

3.ไม่เกิดภาวะขาดน้ำ ริมฝีปากไม่แห้ง ผิวหนังชุ่มขึ้น

4.เกิดภาวะสมดุลของน้ำเข้า และออกจากร่างกายของผู้ป่วย (น้ำเข้า=2800ml น้ำออก=2200ml)

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไปในวันที่18 สิงหาคม2565

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ปัญหาที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำ และอิเล็กโตรไลท์

ข้อมูลสนับสนุน

O: หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยงดน้ำ และอาหารเป็นเวลา 4 วัน

O: ผู้ป่วยใส่สาย Nasogastric ต่อ continuous suction มี contents ออกประมาณ100-150 ml ใน 8 ชั่วโมง ค่า Potassium = 3.45 mEq/L

O: จำนวนน้ำปัสสาวะจากสายสวนคาปัสสาวะ ออกประมาณ 200-250 ml ต่อ 8 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1.เพื่อให้มีความสมดุลของสารน้ำ และอิเลคโตรไลท์ในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1.ระดับอิเลคโตรไลท์ในร่างกายปกติ

2.ไม่มีอาการเกร็ง หัวใจเต้นผิดจังหวะ กล้ามเนื้ออ่อนแรง สับสน

3.มีความสมดุลของสารน้ำเข้า และออกจากร่างกาย

4.ค่าถ่วงจำเพาะของปัสสาวะปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1.ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง สังเกตสัญญาณชีพที่ผิดปกติ เช่น มีไข้ (อุณหภูมิในร่างกายมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส) ชีพจรเต้นไม่สม่ำเสมอ หายใจตื้น ช้าลง ความดันโลหิตลดต่ำกว่าปกติ เป็นต้น

2.ดูแล ควบคุมปริมาณของสารน้ำ และอิเลคโตรไลท์ให้ผู้ป่วยได้รับอย่างถูกต้องตามชนิด และจำนวนตามแผนการรักษา

3.ดูแล Nasogastric tube ต่อลงถุงระวังสายไม่ให้หลุดเลื่อน สังเกต และบันทึกปริมาณ ลักษณะสี content

4.สังเกตการแสดงของภาวะขาดน้ำ เช่น เบ้าตาลึก ริมฝีปากแห้งแตกเสียงแห้งลง กระหายน้ำ ปัสสาวะออก น้อย และสีเข้ม ความตึงตัวของผิวหนังไม่ดี และอาการแสดงของภาวะความไม่สมดุลของ อิเล็คโทรไลท์ เช่น ผู้ป่วยอ่อนเพลียลง มีอาการสับสน

5.บันทึกจำนวนน้ำที่นำเข้า และปัสสาวะที่ออกจากร่างกาย ตรวจสอบให้อยู่ในภาวะสมดุล

6.ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การประเมินผล

1.ค่า Potassium =3.6 mEq/L

2.มีความสมดุลของสารน้ำที่ร่างกายได้รับ และขับออกจากร่างกายผิวหนัง และริมฝีปากผู้ป่วยมีความชุ่มชื้น มีความตึงตัวของผิวหนังดี

3.จำนวนปัสสาวะออกมากกว่า 30 ซีซี ต่อชั่วโมง ค่าความถ่วงของน้ำปัสสาวะ=1.015(ปกติ)

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไป เมื่อวันที่ 8 กันยายน2565

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ปัญหาที่ 4 มีความไม่สุขสบายจากอาการของการปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า“ปวดแผลผ่าตัด ปวดมาก” ไม่ยอมเคลื่อนไหวร่างกาย

ระดับปวด = 8 คะแนน

O: ผู้ป่วยขอยาระงับปวด

O: มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องตั้งแต่ใต้ราวนมถึงสะดือ และมีแผลผ่าตัดปิดทวารหนัก

O: สีหน้าแสดงความเจ็บปวด ขมวดคิ้ว ระดับคะแนนความปวด 8 คะแนน

วัตถุประสงค์

1.เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย บรรเทาอาการปวด สามารถพักผ่อนได้

เกณฑ์การประเมินผล

2.ผู้ป่วยสุขสบาย สามารถพักผ่อนได้ ระดับคะแนนความปวด ≤ 3 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1.ดูแลให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบาย semi Fowler’s position ให้หน้าท้องหย่อน ลดอาการดึงรั้งของแผลผ่าตัด

2.สอนเทคนิคการหายใจ ลดอาการปวดแผลโดยหายใจทางจมูกลึกๆ และผ่อนลมหายใจออกทางปาก

3.แนะนำให้ประคองแผลขณะมีอาการไอหรือมีการเคลื่อนไหว และให้เคลื่อนไหวอย่างช้า ๆ เพื่อลดอาการ กระทบกระเทือนเนื้อเยื่อบริเวณบาดแผลผ่าตัด

4.ดูแลให้ยา Morphine 3mg v ทุก 6 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ และสังเกตอาการข้างเคียงของยา

5.ดูแลให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด โดยการให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล สังเกตการเปลี่ยนแปลงอาการ ข้างเคียงของยาแก้ปวด

6.บันทึกคะแนนระดับปวดหลังได้รับยา

การประเมินผล

-ผู้ป่วยได้รับยา Morphine 3 mg v อาการปวดทุเลาลง และจัดท่านอน semi Fowler’s position ศีรษะสูง ให้สามารถนอนพักผ่อน ระดับคะแนนความปวด 2

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไป เมื่อวันที่ 30 สิงหาคม 2565

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน
ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ปัญหาที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจาก Ambulation น้อย

ข้อมูลสนับสนุน

O: มีอาการปวดแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้น้อย

O: มีสาย Nasogastric และสาย Foley's catheter ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าขยับตัว

O: ผลจากการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายขณะทำการผ่าตัด

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1.เพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน เช่น ท้องอืด ปอดอักเสบ ปอดแฟบ

เกณฑ์การประเมินผล

1.ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ท้องอืด ปอดอักเสบ ปอดแฟบอักเสบ ปอดแฟบ

กิจกรรมการพยาบาล

1.กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจลึก (Deep breathing exercise) ตามที่ฝึกไว้ก่อนผ่าตัด การกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อให้ปอดขยายตัวเต็มที่

2.กระตุ้นให้ผู้ป่วย ไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective Cough) ตามที่ฝึกไว้ก่อนผ่าตัด ทันทีที่รู้สึกตัว และกระตุ้นให้ปฏิบัติทุก 1-2 ชั่วโมงเพื่อขับเสมหะออก

3.ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องการหายใจ และไออย่างมีประสิทธิภาพเป็นระยะๆอย่างต่อเนื่อง

4.อธิบายถึงเหตุผลที่ต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำการambulation เช่น ช่วยให้ลำไส้เคลื่อนไหวได้ดีขึ้น ท้องไม่อืด ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น ป้องกันอาการปอดอักเสบ ปอดแฟบ และอธิบายถึงผลเสียของการ ambulation ช้า ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทั้งก่อให้เกิดอันตรายได้ เพื่อให้ผู้ป่วย และญาติให้ความร่วมมือในการปฏิบัติ

5.คอยให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ในขณะที่ผู้ป่วยยังช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เช่น 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด หรือช่วยประคองเมื่อลุกนั่งใหม่ ๆ

6.ให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสาย Nasogastric และ Foley's catheter เพื่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

การประเมินผล

1.สามารถ Ambulation ได้ตามสภาพร่างกาย ไม่มีอาการท้องอืด

2.สัญญาณชีพปกติ หายใจไม่มีเสียงครืดคราด ฟังปอดไม่ได้ยินเสียงเสมหะ

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไป เมื่อวันที่ 5 กันยายน 2565

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน
ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ปัญหาที่ 6 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทวารใหม่หลังการผ่าตัด 48 ชั่วโมงแรก

ข้อมูลสนับสนุน

O: มีแผลผ่าตัดเปิดทวารใหม่ ลักษณะ stoma ผิวบวม สีแดงสด มีเลือดออกบางจุด

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

1.เฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดทวารใหม่ ได้แก่ ภาวะขาดเลือด (ischemia) การมีเลือดออกมาก (bleeding) ช่องเปิดลำไส้ถูกดึงรั้งเข้าไปในช่องท้อง (retraction) ลำไส้อุดตัน (obstruction)

เกณฑ์การประเมินผล

ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

กิจกรรมการพยาบาล

1.สังเกต และบันทึกขนาด ลักษณะสีของ stoma รวมทั้งความสูงของ stoma กับผิวหนังหลังผู้ป่วยกลับจากผ่าตัดอย่างละเอียด เพื่อเป็นเกณฑ์ในการประเมินภาวะแทรกซ้อน

2.ตัดขนาดของช่องเปิดที่แป้นให้ใหญ่กว่าขนาดของ stoma ประมาณ ½-1 ซม. เนื่องจากในระยะแรกหลังผ่าตัด stoma จะพองตัวหรือบวม ทำให้ขนาดใหญ่กว่าเดิมได้

3.เลือกถุงที่มีลักษณะใส สามารถมองผ่านเข้าไปเห็นขนาดของสีของ stoma ได้

4.ก่อนปิดถุง ควรใส่ลมเข้าไปในถุง ให้ถุงพองออกเล็กน้อย เพื่อป้องกันการเสียดสีของถุง กับ stomaทำให้เกิดการกระคายเคือง

5.สังเกตการรั่วซึมของแป้นปิดทวารใหม่ อย่างน้อยทุก 6 ชั่วโมง และเปลี่ยนอุปกรณ์รองรับทันทีที่รั่วซึม เพื่อป้องกันการระคายเคืองผิวหนัง และป้องกันการติดเชื้อไปยังแผลผ่าตัด

6.สังเกต stoma ถ้ามีลักษณะผิดปกติ เช่น มีเลือดซึมออกตลอด stoma เขียวคล้ำหรือบวมแดงผิดปกติ รายงานแพทย์เพื่อทำการแก้ไข

การประเมินผล

1.ลักษณะ stoma สีแดง ไม่มีสีเขียวคล้ำ ไม่มีเลือดสดซึม ไม่บวมแดง

2.ผิวหนังรอบ ๆ stoma ไม่มีผื่นแดง รอยถลอก หรืออาการอักเสบจากการระคายเคือง

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไป เมื่อวันที่ 15 กันยายน 2565

ปัญหาที่ 7 เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดหน้าท้อง และแผลบริเวณทวารหนัก

ข้อมูลสนับสนุน

O: มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง และแผลบริเวณทวารหนัก

O: มีไข้ต่ำ ๆ 37.5-38.2 องศาเซลเซียส

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1.เพื่อป้องกันการติดเชื้อของแผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1.ไม่มีการติดเชื้อของแผลผ่าตัด

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

กิจกรรมการพยาบาล

1.ทำความสะอาดแผลเย็บบริเวณหน้าท้อง และบริเวณทวารหนักวันละ 2 ครั้ง โดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ ปิดแผลเย็บแยกออกจากแผลทวารใหม่ ป้องกันการซึมเปื้อนของอุจจาระแผลทวารใหม่สู่แผลเย็บ

2.ทำความสะอาดแผล ท่อระบายสารน้ำ และเลือดวันละ 1 ครั้ง หรือทุกครั้งที่มีการรั่วซึม

3.สังเกต และบันทึกลักษณะของแผลผ่าตัด ว่ามีการอักเสบบวมแดงหรือไม่ สังเกตลักษณะสีและจำนวนของ Discharge จากแผล เพื่อประเมินภาวะของการติดเชื้อ ถ้า Discharge มีลักษณะคล้ายหนองสีเหลืองขุ่นหรือแดงช้ำ มีกลิ่นเหม็นรุนแรง ควรรายงานแพทย์เพื่อแก้ไขทันที

4.ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ และสังเกตอาการแพ้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์

การประเมินผล

1.แผลผ่าตัดหน้าท้องแห้งติดดี สามารถตัดไหมเมื่อครบ 10 วัน

2.ไม่มีการติดเชื้อของแผลท่อระบายของเสีย และเลือด มี Discharge จากแผลลดลงเรื่อยๆ จนกระทั่งสามารถถอดท่อระบายของเสีย และเลือดได้หลังผ่าตัด 15 วัน

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไป เมื่อวันที่ 5 กันยายน 2565

ปัญหาที่ 8 ผู้ป่วยมีโอกาศเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากคาสายสวนปัสสาวะ

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะไว้นาน มีปัสสาวะขุ่น มีแผลผ่าตัดบริเวณ perinium

O: ผู้ป่วยมีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 37.8 องศาเซลเซียส

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมินผล

1.ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วย ในช่วง 36.5 – 37.5 องศาเซลเซียส

2.ปัสสาวะไม่ขุ่น ไม่มีตะกอน สีเหลืองใส

3.ผลการตรวจปัสสาวะปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1.ประเมิน และสังเกตความผิดปกติของปัสสาวะ เช่น ปริมาณ สีตะกอน เป็นต้น รวมทั้ง อาการ และอาการแสดง เช่น มีไข้ หนาวสั่น ปวดหน่วงที่หัวเหน่า เป็นต้น

2.ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง และบันทึกเพื่อติดตาม และประเมินสภาวะอุณหภูมิร่างกายสูงกว่าปกติ เพราะแสดงถึงการติดเชื้อ

3.เก็บปัสสาวะ เพื่อส่งตรวจตามแผนการรักษา และติดตามผลการตรวจปัสสาวะ ถ้าพบ ผิดปกติรายงานแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง

4.ดูแลสายสวนปัสสาวะ มิให้หัก พับ งอ หรือ ถูกกดทับ เพื่อให้ปัสสาวะไหลออกได้ดี ไม่เกิดการคั่งค้างในกระเพาะปัสสาวะ

5.ติดสายสวนปัสสาวะ บริเวณขาอ่อนในผู้หญิง เพื่อลดการดึงรั้งของสายสวนปัสสาวะ ซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายต่อกระเพาะปัสสาวะ หรือ urethra ได้

6.แขวนถุงปัสสาวะให้ต่ำกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะเสมอ แต่ไม่ให้ห้อยลงติดกับพื้นเพื่อป้องกัน reflex หรือ urinary stasis ดูแลให้เป็นระบบปิด

6.ดูแลรักษาความสะอาด บริเวณ perineum และสายสวนปัสสาวะด้วยสบู่และน้ำสะอาดอย่างถูกวิธี วันละ2 ครั้ง ในตอนเช้า และตอนเย็น เพื่อป้องกันการสะสมของ mucous รอบๆ urethra

7.ให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายบ่อยๆ เพื่อป้องกันการตกตะกอนของปัสสาวะในกระเพาะปัสสาวะ

8.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ ทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาของแพทย์

9.บันทึก สี ลักษณะ และ จำนวนปัสสาวะที่ออกมา ถ้าพบสิ่งผิดปกติให้รายงานแพทย์

การประเมินผล

ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ ไม่มีการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะลักษณะ ปัสสาวะปกติ ไม่มีตะกอน ไม่ขุ่น ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36.4 – 37.6 องศาเซลเซียส หลัง off foley's catheter ผู้ป่วยปัสสาวะได้ดี ไม่มีแสบขัด อุณหภูมิร่างกาย 36.3 – 37.1 องศาเซลเซียส

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไป เมื่อวันที่ 16 กันยายน 2565

ปัญหาที่ 9 สูญเสียภาพลักษณ์จากการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

O: มีการผ่าตัดเปิด Colostomy บริเวณหน้าท้องด้านซ้าย ปิดถุง Colostomy ไว้

O: ผู้ป่วยปฏิเสธที่จะมองดูการทำแผล colostomy ใช้ผ้าปิดหน้าท้องตลอดทุกครั้งที่เปลี่ยน และทำความสะอาด

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1.เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว และยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ที่เกิดขึ้นได้

2.สร้างความมั่นใจ สร้างขวัญ และกำลังใจแก่ผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมินผล

1.ผู้ป่วยบอกว่าสามารถปรับตัว และยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นได้

2.ผู้ป่วยมีความมั่นใจ

กิจกรรมการพยาบาล

1.พูดคุยถึงความจำเป็น และประโยชน์ของการผ่าตัดนำลำไส้มาเปิดทางหน้าท้องเพื่อช่วยระบายอุจจาระออกจากร่างกาย เนื่องจากเนื้องอกได้ทำลายลำไส้ส่วนปลาย บริเวณที่อุจจาระจะผ่าน แพทย์มีความจำเป็นต้องนำลำไส้มาเปิดทางหน้าท้องเพื่อให้ร่างกายได้ระบายกากอาหารได้ตามปกติ

2.ขณะทำแผล Colostomy หรือให้การพยาบาลต่าง ๆ ไม่แสดงท่าทีรังเกียจหรือใช้คำพูดให้ผู้ป่วยเสียกำลังใจ

3.รับฟังปัญหาที่ผู้ป่วยพูด เปิดโอกาสให้พูดระบาย ซักถามปัญหา และให้คำปรึกษาด้วยความเต็มใจแม้จะเป็นปัญหาซ้ำ ๆ เดิม ๆ ที่เคยพูดมาแล้ว เข้าใจ และเห็นใจเพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้สึกผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล

4.ให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับผู้ป่วยอื่นที่มีทวารใหม่ทางหน้าท้องเหมือนกันเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์

5.ฝึกทักษะ การเทอุจจาระ การทำความสะอาดทวารใหม่ และการเปลี่ยนถุง

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

การประเมินผล

ผู้ป่วยรับฟังคำแนะนำที่สามารถปฏิบัติได้ แต่บางอย่างไม่สามารถปฏิบัติได้ โดยมีน้องสาวคอยให้กำลังใจในระยะแรก ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวลเพราะเกรงว่าตนเองจะเป็นภาระของครอบครัว แต่เมื่อได้เปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในแผนการพยาบาล ผู้ป่วยมีกำลังใจให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไป เมื่อวันที่ 10 กันยายน 2565

ปัญหาที่ 10 มีโอกาสได้รับอาหาร น้ำ และอิเล็คโทรไลท์ ที่ไม่เหมาะสมเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ

ข้อมูลสนับสนุน

O: ไม่แสดงความสนใจที่จะเลือกอาหารที่เหมาะสมกับร่างกาย

O: ท้องอืดบ่อย มีแก๊สออกจากทวารใหม่

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1.เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ และอาหารที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1.ผู้ป่วยเลือกรับประทานอาหารได้เหมาะสมกับร่างกาย

2.ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ และอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล

1.ในระยะแรกเมื่อเริ่มรับประทานอาหารอ่อนได้ จัดอาหารอ่อนย่อยง่ายให้ผู้ป่วย และแนะนำให้รับประทานอาหารที่ทางโรงพยาบาลจัดให้เป็นสำคัญ เพื่อป้องกันการอุดตันของทวารใหม่

2.แนะนำการเลือกรับประทานอาหาร โดยเน้นเรื่องการรับประทานอาหารให้ครบถ้วนตามหลักโภชนาการ และควรเลือกรับประทานอาหารในปริมาณที่พอเหมาะ

3.หลีกเลี่ยงอาหาร และเครื่องดื่มที่ทำให้เกิดแก๊ส และกลิ่น ได้แก่ หัวหอม กระเทียม เครื่องเทศต่างๆ อาหารตระกูล ถั่ว สะตอ ชะอม เห็ดหอม ทุเรียน เบียร์ และน้ำอัดลม เป็นต้น

4.ดื่มน้ำให้เพียงพอในแต่ละวัน อย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว งดดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนเช่น ชา กาแฟ น้ำอัดลม เพราะจะกระตุ้นให้มีการขับปัสสาวะมากขึ้น อาจทำให้เกิดภาวะขาดน้ำได้

5.แนะนำให้สังเกต และหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้การขับถ่ายผิดปกติไป เช่น ทำให้มีแก๊สมากขึ้น ท้องอืด หรือมีถ่ายเหลว

การประเมินผล

1.ผู้ป่วยเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้องเหมาะสมกับสภาพร่างกาย

2.ไม่มีอาการอ่อนเพลีย ท้องไม่อืด อุจจาระเหลว

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไป เมื่อวันที่ 1 กันยายน 2565

กรมการแพทย์ โรงพยาบาลเลิดสิน ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ปัญหาที่ 11 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนกับทวารใหม่เนื่องจากไม่สามารถดูแลทวารใหม่ได้ด้วยตนเอง
ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่รู้ว่าจะดูแลทวารใหม่อย่างไรไม่อยากมอง ไม่อยากสัมผัส”

S: ญาติบอกว่า “ไม่สามารถเปลี่ยนถุง Colostomy ได้”

O: Colostomy หน้าท้องด้านซ้าย สีหน้ากังวล ขณะสอนการดูแลทวารใหม่ เบือนหน้าหน้า อุปกรณ์รองรับอุจจาระรั่วซึม และหลุดบ่อย

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1.เพื่อไม่ให้มีเกิดภาวะแทรกซ้อนของการมีทวารใหม่

เกณฑ์การประเมินผล

1.ผู้ป่วยสามารถสังเกตภาวะผิดปกติของทวารใหม่ได้

2.ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของการมีทวารใหม่

กิจกรรมการพยาบาล

1.ดูแลทำความสะอาดทวารใหม่ และผิวหนังรอบ ๆ ทุกครั้งที่อุจจาระเต็มหรือรั่ว โดยมีขั้นตอนดังนี้

1.1 ระยะแรกแผลรอบทวารใหม่ยังไม่ติดดี ควรทำแผลโดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ ด้วยน้ำเกลือ (Normal saline solution) เมื่อแผลรอบทวารใหม่ติดดี ให้ทำความสะอาดด้วยน้ำสะอาด

1.2 ซับรอบ ๆ ทวารใหม่ให้แห้งด้วยสำลีสะอาด ถ้าแผลรอบ ๆ ทวารใหม่ติดดีให้ซับด้วยผ้าสะอาดๆ หรือกระดาษชำระ

1.1.1 การติดแป้นหรือถุงรองรับอุจจาระมีหลักดังนี้

1.1.2 ระยะแรกอุจจาระส่วนใหญ่มีลักษณะเหลวเป็นน้ำ การติดแป้นหรือถุงรองรับอุจจาระ ติดให้ชิดรอบทวารใหม่ให้ห่างจากทวารเทียม 1 – 2 มิลลิเมตร เพื่อป้องกันอุจจาระระคายเคืองผิวหนังรอบๆ ทวารใหม่

1.1.3 ถุงรองรับควรมีลักษณะใส สามารถมองเห็นสี และขนาดของทวารใหม่ได้อย่างชัดเจน

1.1.4 ใช้สะดวก ปิดง่าย ไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกยุ่งยาก หรือทุกข์ทรมานกับการทำความสะอาด

1.1.3 เลือกใช้อุปกรณ์ให้เหมาะสมกับสภาพของแผลผ่าตัด และเศรษฐานะของผู้ป่วย

1.3 อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสำคัญของการทำความสะอาด และเปลี่ยนแป้น หรือถุงรองรับอุจจาระทุกครั้งที่มีการรั่วซึม

1.4 สังเกตผิวหนังรอบ ๆ ทวารใหม่ทุกครั้งที่เปลี่ยนแป้นหรือถุงรองรับอุจจาระ

2.สังเกตทวารใหม่ในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

2.1 สังเกตสี และขนาดของทวารใหม่ ในระยะแรก ทวารใหม่จะบวมใหญ่กว่าปกติ และจะค่อย ๆ ยุบลงจนปกติในระยะ 6-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด

2.2 การสังเกตลักษณะ และจำนวนของอุจจาระโดยจะมีอุจจาระออกประมาณวันที่ 3-4 หลังผ่าตัด อุจจาระในระยะแรกจะมีลักษณะเป็นน้ำ มีกลิ่นเหม็น และจะค่อยๆเปลี่ยนเป็นเนื้อปนน้ำมากขึ้น จนมีลักษณะเป็นเนื้อเหลว บางครั้งอาจมีกลิ่นรุนแรง ขึ้นอยู่กับอาหารที่รับประทาน

2.3 สังเกตอาการผิดปกติอื่นๆของ Stoma เช่น การตีบตัน ทวารใหม่ยื่นออกมาผิดปกติ และการหดกลับของทวารใหม่ เป็นต้น รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาแก้ไข

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

การประเมินผล

1.ผิวหนังรอบทวารใหม่ไม่อักเสบ

2.มีอุจจาระออกตามปกติ

3.ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของทวารใหม่ในระยะแรกเริ่ม

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไป เมื่อวันที่ 10 กันยายน 2565

ปัญหาที่ 12 ผู้ป่วย และญาติขาดทักษะการดูแลตนเอง และการดูแลทวารใหม่

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า “ยังไม่รู้แหล่งบริการ ถ้าเกิดปัญหาจะทำอย่างไร”

S: ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่มั่นใจเลย กลับไปอยู่บ้านแล้วจะดูแลให้ดีอย่างไร”

S: ผู้ป่วยขอคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลทวารใหม่เมื่อกลับบ้าน

S: ญาติบอกว่า “ไม่รู้จะทำได้หรือเปล่า”

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1.เพื่อไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนบริเวณทวารใหม่

2.เพื่อเสริมพลังอำนาจผู้ป่วย และญาติในการดูแลทวารใหม่ได้ด้วยตนเอง

3.เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ และทักษะในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลทวารใหม่เมื่อกลับไปอยู่บ้านได้

เกณฑ์การประเมินผล

1.ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของการมีทวารใหม่ เช่น แผลรอบทวารบวมแดง

2.ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตนเอง สามารถช่วยทำความสะอาดทวารเทียม เทอุจจาระ และติดถุงรองรับอุจจาระด้วยตนเอง

3.ผู้ป่วยสามารถบอกการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลทวารใหม่เมื่อกลับบ้านได้

กิจกรรมการพยาบาล

1.ประเมินความรู้ถึงความพร้อมในการดูแลตนเอง สายตาผิดปกติหรือไม่ สามารถมองเห็นทวารใหม่ของตนเองหรือไม่ สภาพผิวหนังบริเวณทวารใหม่เป็นอย่างไร

2.หาผู้ดูแลหลักที่จะเป็นผู้คอยสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยในการดูแลตนเอง

3.อธิบายให้ทราบถึงลักษณะ และการทำหน้าที่ขับถ่ายอุจจาระของทวารใหม่ที่ปกติ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสังเกตลักษณะ และอาการผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้นกับทวารใหม่ ผิวหนังรอบๆรวมถึงอาการผิดปกติที่เกิดจากทำหน้าที่ในการขับถ่ายที่ผิดปกติไป เช่น อาการท้องเสีย ท้องผูก เป็นต้น ซึ่งลักษณะ และการทำหน้าที่ขับถ่ายที่ปกติของทวารใหม่มีดังนี้ มีสีแดงหรือสีชมพู ผิวมันเรียบขณะทำความสะอาด อาจจะมีเลือดออกเล็กน้อย เนื่องจากมีเส้นเลือดมาเลี้ยงเป็นจำนวนมากไม่มีความรู้สึกเมื่อถูกสัมผัส เนื่องจากไม่มีเส้นประสาทไปเลี้ยง ทวารใหม่จะยุบบวม และมีขนาดเล็กลงได้เล็กน้อยภายหลังผ่าตัด 6-8 สัปดาห์

4.คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลป้องกัน และรักษาผิวหนังรอบทวารใหม่ ดังนี้

5.ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการแต่งกาย โดยผู้ป่วยสามารถแต่งกายได้ตามปกติที่เคยใช้ก่อนผ่าตัด กางเกงควรมีจีบด้านหน้าเล็กน้อย หลีกเลี่ยงกางเกงหรือการคาดเข็มขัดที่รัดแน่น หรือคาดทับทวารใหม่โดยตรง ถุงรองรับอุจจาระ ควรใส่ไว้ในกางเกงชั้นใน เพื่อให้เกิดความคล่องตัวขณะเคลื่อนไหว และไม่เสียดสีกับผิวหนัง และควรใส่เสื้อที่ค่อนข้างหลวม

6.ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเวลาพักฟื้น และการเริ่มทำงานในระยะ 2 สัปดาห์แรก ผู้ป่วยควรพักฟื้นให้เต็มที่ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง เมื่อไม่มีปัญหาแทรกซ้อนใดๆผู้ป่วยสามารถทำงานได้ตามปกติหลังการผ่าตัด 6 สัปดาห์ไปแล้ว ควรเริ่มด้วยงานเบา ๆ ก่อน ไม่ควรทำงานหนักเช่น ยกของหนัก งานที่มีการปีนป่าย

7.ให้คำแนะนำเรื่องสังเกตภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้ ถ้าพบภาวะแทรกซ้อนในระยะเริ่มแรกจะสามารถแก้ไข และมารับการรักษาได้ทันที ซึ่งจะไม่ทำให้เกิดการลุกลาม และเป็นการประหยัดทั้งเศรษฐกิจ และเวลาอีกด้วย ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

การประเมินผล

1.ผู้ป่วย และญาติมีความรู้ และทักษะในการดูแลตนเอง และทวารใหม่ สามารถทำความสะอาด เปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระ เทได้ถูกต้องทุกขั้นตอน

2.ผู้ป่วย และญาติทราบแหล่งบริการช่วยเหลือ และมีความมั่นใจที่จะดูแลตนเองที่บ้านได้

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไป เมื่อวันที่ 10 กันยายน 2565

ข้อวินิจฉัยที่ 13 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

ข้อมูลสนับสนุน

S: ญาติจะถามอาการ และแสดงความท้อแท้ทุกครั้งที่มาเยี่ยม

O: ผู้ป่วยพูดคุยน้อยลง ดวงตาเหม่อลอย ไม่ยิ้มหรือพูดเล่น

O: ผู้ป่วยจะเรียกหาผู้ดูแล (ลูกสาว) ไม่ให้ไปไหนไกล

วัตถุประสงค์

1.ลดความวิตกกังวลของญาติ และครอบครัวของผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
2. ญาติและครอบครัวผู้ป่วยรับทราบอาการของผู้ป่วย
3. การแสดงสีหน้า คลายความวิตกกังวล ไม่เศร้าหมอง

กิจกรรมการพยาบาล

1.อธิบายให้ญาติทราบถึงภาวะโรคที่เป็นอยู่ การรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

2.สร้างความมั่นใจให้กับญาติที่มาเยี่ยมและพยายามลดความวิตกกังวลเนื่องจากไม่สามารถหยุดการลุกลามของโรคมะเร็งได้

3. เมื่อผู้ป่วยยังรู้สติ ใช้แบบประเมิน PPS score เพื่อสอบถามความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบาย และร้องขอความต้องการสุดท้าย

4. พูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ โดยให้เบี่ยงเบนความทุกข์เศร้า ด้วยการฟังเพลง ฟังเทศน์ หรือทำบุญทำใจให้อยู่กับปัจจุบัน และทำกลุ่มร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อยืนยันเจตนารมย์ของผู้ป่วย

5. ให้คำปรึกษาในเรื่องต่าง ๆ ที่ญาติไม่เข้าใจ และสับสนในการดูแลผู้ป่วย

6. ให้การพยาบาลในความต้องการพื้นฐานของร่างกาย เช่น อาหาร ความสะอาดของร่างกาย สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

การประเมินผล

ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยและญาตินอนรักษาตัวในโรงพยาบาล แรก ๆ ผู้ป่วยยังไม่ยอมรับ พยายามให้ญาติแสวงหาวิธีต่าง ๆ เช่น ทานยาของหมอแสงร่วมด้วย แต่ในที่สุดก็สามารถเปิดใจยอมรับได้ และให้ความร่วมมือทุกอย่าง ในระยะสุดท้ายของชีวิต แม้จะมีอาการเหนื่อยมาก ก็ไม่ยอมใส่ท่อช่วยหายใจ และจากครอบครัวไปอย่างสงบ ในวันที่ 11 พฤศจิกายน 2565 เวลา 05.25 น.

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไป เมื่อวันที่ 15 กันยายน 2565

ข้อวินิจฉัยที่ 14 ส่งเสริมความสุขสบายในช่วงระยะใกล้เสียชีวิต

ข้อมูลสนับสนุน

O: ผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวลดลง PPS= 10

O: สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง

วัตถุประสงค์

1.เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ(ตายดี)

2.เพื่อให้ครอบครัวยอมรับการจากไปของผู้ป่วยได้

เกณฑ์การประเมิน

1.ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบไม่ทุกข์ทรมานและไม่มี สิ่งค้างคาใจ

2.ความปรารถนาครั้งสุดท้ายเป็นไป ตามความประสงค์

กิจกรรมการพยาบาล

1.ดูแลให้ผู้ป่วยมีจิตใจสงบในช่วงสุดท้ายของชีวิต โดยจัดให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สงบเงียบ

2.บอกให้ผู้ป่วยนึกถึงสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจหรือสิ่ง ศักดิ์สิทธิ์ ตามความเชื่อทางศาสนา

3.ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสกล่าวลาและประกอบ พิธีกรรมตามความเชื่อ

4.แสดงท่าทีเป็นมิตร เข้าใจพฤติกรรมของบุคคล ในครอบครัวผู้ป่วยที่แสดงปฏิกิริยาต่อภาวะ สูญเสีย อาจ ใช้สัมผัสที่อ่อนโยนตามความ เหมาะสม

5.ประคับประคองจิตใจครอบครัวเปิดโอกาสให้ ครอบครัวได้ระบายความรู้สึก แสดงท่าทีเห็นอก เห็นใจ รับฟังอย่างสงบ

6.อธิบายให้ครอบครัวทราบถึงการดำเนินของโรค โดยสังเขปและการพยากรณ์โรคเพื่อให้ญาติ เตรียมใจรับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น

7.ฟื้นฟูเยียวยาสมาชิกในครอบครัวขณะผู้ป่วยใกล้ เสียชีวิต และหลังการเสียชีวิต

การประเมินผล

ในระยะสุดท้ายของชีวิตแม้จะมีอาการเหนื่อยมากก็ไม่ยอมใส่ท่อช่วยหายใจและจากครอบครัวไปอย่างสงบ ในวันที่ 11 พฤศจิกายน 2565 เวลา 05.25 น.และญาติผู้ป่วยยอมรับในการเสียชีวิตของผู้ป่วย

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไป เมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน 2567

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ข้อวินิจฉัยที่ 15 สนับสนุนและส่งเสริมทางด้านจิตใจ อารมณ์ และความรู้สึกของญาติหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

ข้อมูลสนับสนุน

O: ผู้ป่วยเสียชีวิต

O: ญาติร้องไห้เสียใจ

S: ญาติถามว่า ต้องทำยังไงต่อ

วัตถุประสงค์

1.เพื่อให้ญาติคลายความเสียใจ

2.เพื่อให้ครอบครัวยอมรับในการจากไปของผู้ป่วยได้

เกณฑ์การประเมิน

1.ญาติยอมรับการจากไปของผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาล

1.แสดงความเสียใจพยาบาลควรแสดงความเสียใจอย่างจริงใจโดยใช้ท่าทีและคำพูดที่สุภาพและเหมาะสม เช่น "ขอแสดงความเสียใจอย่างสุดซึ้ง" หรือการจับมือเพื่อแสดงการสนับสนุน

2.ให้ข้อมูลที่ชัดเจนและเป็นมิตรอธิบายถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นให้ญาติทราบอย่างชัดเจนและตรงไปตรงมา โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เพื่อให้ญาติรับรู้ถึงกระบวนการที่เกิดขึ้นในช่วงสุดท้าย

3.สนับสนุนการแสดงออกของความรู้สึกให้เวลาญาติแสดงออกถึงความเศร้าโศก และสนับสนุนการพูดคุยหรือระบายความรู้สึกอย่างอิสระ โดยไม่เร่งรัดหรือกดดัน

4.จัดการกระบวนการหลังเสียชีวิตให้คำแนะนำเกี่ยวกับขั้นตอนการจัดการศพการขอใบมรณบัตร และขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับพิธีกรรมหรือศาสนาที่ญาติอาจต้องการให้ทำ

5.สนับสนุนทางจิตใจให้การสนับสนุนด้านจิตใจและแนะนำแหล่งช่วยเหลือ เช่น นักจิตวิทยา หรือกลุ่มสนับสนุนสำหรับผู้ที่สูญเสีย

6.ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน แนะนำวิธีการดูแลตนเองหลังจากการสูญเสีย เช่น การรักษาสุขภาพกายและใจ การพักผ่อนเพียงพอ และการดูแลสุขภาพจิต

การประเมินผล

ในระยะสุดท้ายของชีวิตแม้จะมีอาการเหนื่อยมากก็ไม่ยอมใส่ท่อช่วยหายใจและจากครอบครัวไปอย่างสงบ ในวันที่ 11 พฤศจิกายน 2565 เวลา 05.25 น.และญาติผู้ป่วยยอมรับในการเสียชีวิตของผู้ป่วย และอยู่กับผู้ป่วยจนวาระสุดท้าย

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไป เมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน 2567

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 5
สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

-วันที่รับไว้ในหอผู้ป่วย วันที่ 16 ส.ค.2565 วันที่จำหน่าย(เสียชีวิต) รวม 87 วัน

-วันที่รับไว้ในการดูแล วันที่ 16 สิงหาคม 2565 วันที่สิ้นการดูแลวันที่ 16 กันยายน 2565 รวม 30 วัน

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ71ปี รับรักษาไว้ในโรงพยาบาลเลิดสิน เมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2565 เวลาประมาณ 10.00 น.ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที อัตราการ หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 132/82 มิลลิเมตรปรอท O_2 Satuation 100% ส่วนสูง 160 เซนติเมตร น้ำหนัก 51 กิโลกรัม ผู้ป่วยมาด้วยอาการ 3 เดือนก่อน มีอาการถ่ายอุจาระไม่ออก ทำCT scan และ Biopsy พบเป็น CA rectum แพทย์ได้นัดผ่าตัด loop sigmoid colostomy แต่ผู้ป่วยยังไม่พร้อม

2 อาทิตย์ ก่อนมา ผู้ป่วยท้องอืด ถ่ายอุจาระไม่ออก มีก้อนที่ทวารหนัก ขนาด 6 ซม. ญาตินำส่ง โรงพยาบาล วันที่16/08/65 ผู้ป่วย Admit พิเศษชั้น 19 เจาะLab Blood for CBC, BUN ,Cr, Electrolyte ,LFT,PTT,PT,INR ,Set OR for loop sigmoid colectomy (17/08/65) แนะนำเป็นก่อนผ่าตัด และเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ผู้ป่วย รับทราบและปฏิบัติตาม หลังผ่าตัดทำ loop sigmoid colectomy มี colostomy ข้างซ้าย Stoma แดงดี ไม่มีเลือดออก ไม่ยังไม่มีอุจาระออกมา แผลผ่าตัดไม่มีซึม ท้องยังอืด แพทย์ให้เริ่ม จิบน้ำได้ ผู้ป่วยมีไข้ 38.2 องศาเซลเซียส ผลตรวจ CBC,BUN ,Cr, Electrolyte,UA,UC ,H/C × 2ขวด เริ่มให้ยาฆ่าเชื้อให้ ทุก 6 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีปัญหา ปัสสาวะไม่ออก ส่งปรึกษาแพทย์ศัลกรรมทางเดินปัสสาวะเรื่อง acute urinary retention ให้ ใส่สายสวนปัสสาวะ ผู้ป่วยท้องอืด ไม่มีอุจาระออกมา แพทย์สวนอุจจาระทาง colostomy อุจจาระออกมา เล็กน้อย แพทย์สั่งงดน้ำงดอาหาร Set OR Loop revise ostomy หลังทำ Loop revise ostomy แพทย์ให้งดน้ำงดอาหาร และให้เปลี่ยนยาฆ่าเชื้อเป็น Ceftriaxone 2 gm IV OD ,Metronidazole (500) IV ทุก 8 ชั่งโมง และให้ยาแก้ปวด Morphine 3 mg Iv prn ผู้ป่วยทานอาหารได้น้อย แพทย์สั่งให้ใส่สายให้อาหารทางจมูก สั่งให้เป็นนมทางการแพทย์ และให้ B-fiuid 1000 iv 80 cc/hr พบว่ามีภาวะซีด Hct= 23% ให้ เลือดไป 1 ถุง หลังเลือดหมดเจาะ Hct ซ้ำ= 31% สั่งแพทย์ให้ผู้ป่วยไปรับยาเคมีบำบัดต่อและได้ส่ง ให้ปรึกษา pain consultant ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องและก้อนบริเวณทวารหนักมาก ได้ยาได้แก้ปวดไปผู้ป่วยอาการไม่ดี ขึ้น หลังปรึกษาแพทย์ให้เพิ่มยาแก้ปวด Methadone (5), Morphine, Amitrip (10) ผู้ป่วยท้องอืดมาขึ้นไม่มีอจุจาระออกทาง colostomy ส่ง Film acute abdomen seriesพบเป็นก้อนอุดตันที่ลำไส้แพทย์สั่งให้ต่อ NG ต่อลง bag และแพทย์เจ้าของไข้ได้ คุยกับญาติผู้ป่วยเรื่องเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายญาติผู้ป่วยไม่ต้องการให้ทุกข์ทรมานให้รักษาแบบประคับประคองไม่ต้องการที่ทำหัตการที่จะเพิ่มความเจ็บปวดให้กับผู้ป่วยเริ่มให้ยา Morphine (1:10) IV drip 10 cc/hr และอาการผู้ป่วยอาการทรุดลงพูดคุยสับสนแต่ถามตอบรู้เรื่องวันที่ 10 พฤศจิกายน 2565 ผู้ป่วยเริ่มเหนื่อยมากขึ้น ทีมแพทย์คุยกับญาติ ยืนยันเจตนารมย์เดิมของผู้ป่วยไม่ใส่ท่อช่วยหายใจและไม่ปั๊มหัวใจเมื่อหัวใจหยุดเต้น

วันที่ 11พฤศจิกายน 2565 drip Morphine iv เป็น Maximum dose 15-20 cc/hr ตามลูกและญาติมาอยู่กับผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว มี Air Hunger และถึงแก่กรรมวันที่ 11 พฤศจิกายน 2565 เวลา 05.20 น. โดยมีลูกและพี่น้องอยู่ด้วยตลอดเวลาหลังผู้ป่วยเสียชีวิตพูดคุยให้กำลังใจแก่ญาติผู้ป่วยติดต่อประสานงานอำนวยความสะดวกด้านต่างๆ

ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล (วันที่ 16 สิงหาคม ถึงวันที่ 11 พฤศจิกายน 2565) ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดีจากสหสาขาวิชาชีพ ตามแนวคิดของการดูแลแบบองค์รวม โดยใช้กระบวนการพยาบาล กรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพ และการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของ

ครอบครัว โดยให้ญาติ ลูก และน้องสาว มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ทีมสหสาขาวิชาชีพได้ร่วมกันดูแล ครอบคลุมด้านจิตใจ ด้านร่างกาย และจิตวิญญาณ ถึงแม้จะยับยั้งการดำเนินของโรคมะเร็งสำไส้ไม่ได้ แต่ก็ทำ ให้ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตระยะสุดท้ายอย่างไม่ทุกข์ทรมาน และได้ดำเนินตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยตอนยังมีสติ

สรุปปัญหาระว่างนอนพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลมีดังนี้
ระยะที่1 (ระยะแรกรับ) ที่หอผู้ป่วยพิเศษชั้น 19
ขณะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล พบปัญหา

ปัญหาที่ 1 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด และภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป เนื่องจากต้องเปิดทวารใหม่ทางหน้าท้อง

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะซีด

ปัญหาที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำ และอิเล็กโตรไลท์

ระยะที่ 2 (ระยะพักฟื้น) หอผู้ป่วยพิเศษชั้น 19

ปัญหาที่ 4 มีความไม่สุขสบายจากอาการของการปวดแผลผ่าตัด

ปัญหาที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจาก Ambulation น้อย

ปัญหาที่ 6 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทวารใหม่หลังการผ่าตัด 48 ชั่วโมงแรก

ปัญหาที่ 7 เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดหน้าท้อง และแผลบริเวณทวารหนัก

ปัญหาที่ 8 ผู้ป่วยมีโอกาศเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากคาสายสวนปัสสาวะ

ปัญหาที่ 9 สูญเสียภาพลักษณ์จากการผ่าตัด

ปัญหาที่ 10 มีโอกาสได้รับอาหาร น้ำ และอิเล็คโทรไลท์ ที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ

ปัญหาที่ 11 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนกับทวารใหม่เนื่องจากไม่สามารถดูแลทวารใหม่ได้ด้วยตนเอง

ปัญหาที่ 12 ผู้ป่วย และญาติขาดทักษะการดูแลตนเอง และการดูแลทวารใหม่

ข้อวินิจฉัยที่ 13 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

ระยะที่ 3 (ระยะประคับประคอง)

ข้อวินิจฉัยที่ 14 ส่งเสริมความสุขสบายในช่วงระยะใกล้เสียชีวิต

ข้อวินิจฉัยที่ 15 สนับสนุนและส่งเสริมทางด้านจิตใจ อารมณ์ และความรู้สึกของญาติหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

กรมการแพทย์ โรงพยาบาลเลิดสิน ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

5.2 วิจารณ์/ข้อเสนอแนะ

การให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารใหม่ทางหน้าท้องต้องคำนึงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นสำคัญ เนื่องจากมีผลกระทบต่อแบบแผนสุขภาพอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยต้องปรับตัวอย่างมากต่อภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลง พยาบาลจะต้องมีการวางแผน และให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ต้องอาศัยความร่วมมือกับบุคคลในครอบครัวที่ต้องให้กำลังใจ และเรียนรู้ในการดูผู้ป่วย แต่ละปัญหาจะต้องเอาทฤษฎีการพยาบาลมาประยุกต์ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม และมีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหา สามารถกลับบ้านได้โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน และดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ส่วนปลาย ทำให้เกิดแนวคิดหลายประการที่ควรดำเนินการต่อ คือ นำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ที่มีทวารเทียมทางหน้าท้องตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะโรคซึ่งจะทำให้การพยาบาลมีมาตรฐานสอดคล้องกับการประกันคุณภาพทางการพยาบาลในอนาคตต่อไป และ ควรเน้นผู้ป่วยให้ดูแลตนเองมากขึ้น สามารถกลับไปใช้ชีวิตอย่างปกติในสังคมได้ และมีการติดตามผลโดยการเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังทำผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (colostomy) นั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งปัญหาเหล่านี้ พยาบาลควรตระหนักและให้ความสำคัญ พยาบาลผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการประเมินผู้ป่วยเพื่อนำมาวางแผนและให้การช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถปรับตัวยอมรับและมีทัศนะคติที่ดีต่อการมีทวารเทียม เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ใกล้เคียงกับภาวะปกติอย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะดังนี้

1.พยาบาลจะต้องมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจยอมรับคำแนะนำและการช่วยเหลือจากพยาบาล อาจจะต้องใช้เวลาสร้างสัมพันธภาพและสื่อสารข้อมูลการดูแลรักษาให้บ่อยครั้ง

2.พยาบาลควรตระหนักถึงความทุกข์ทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่เกิดจากโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ว่าต้องใช้เวลานานในการรักษา และต้องมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป

3.พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ควรทำความเข้าใจ อธิบายให้ผู้ป่วย และญาติให้มีความรู้ ความเข้าใจ รวมทั้งส่งเสริม สนับสนุนให้ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยมาเยี่ยมอาการบ่อยๆ พูดคุยให้กำลังใจกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ให้การพยาบาลอย่างจริงใจ และนุ่มนวล

สุดท้าย โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังทำผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง จะสำเร็จได้โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วย และญาติมีส่วนร่วม แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่อื่น จะต้องวางแผน และทำงานร่วมกันเป็นทีมให้มีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละรายโดยมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวมให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวจะมีส่วนร่วมในการดูแลได้ดี

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บรรณานุกรม

กรมการแพทย์.คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย.(2566).พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพ:สำนักงานกิจการโรงพิมพ์.2563.

โกสินทร์ วิระษร. เอกสาร ประชุมวิชาการ Focus Charting . โรงพยาบาลศิริราช .2555.

กิจจา จิตรภิรมย์.(2557). การตรวจทางห้องปฏิบัติการในงานสาธารณสุข.กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพแห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

คูเบลอร์-รอส.(2552).ความตายและการตาย.กรุงเทพมหานคร:สำนักพิมพ์โพสต์บุ๊กส์.

เฉลิมศรี สุววรณเจดีย์และจุฬาภรณ์ สมรูป.(2553).คู่มือการใช้ยาและจัดการพยาบาล ฉบับปรับปรุงใหม่. กรุงเทพมหานคร:บริษัท บพิธการพิมพ์ จำกัด.

ชาญวิทย์ ตันติ์พิพัฒน์. Colon and Rectum. ตำราศัลยศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร .โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2557.

นันทา เล็กสวัสดิ์. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด. เชียงใหม่:คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ , 2565

บุญชื่น อิ่มมาก.การดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม และแผลเรื้อรัง.พิมพ์ครั้งที่ 2. กลุ่มภารกิจบริการ วิชาการ (พยาบาล) โรงพยาบาลราชวิถี:เอสพีเอ็มการพิมพ์ , 2557.

ปราณี ทู้ไพเราะ.(2556).คู่มือยา.พิมพ์ครั้งที่8.กรุงเทพมหานคร:พิมพ์ที่.2

พรศิริ พันธรี.(2556).กระบวนการพยาบาล&แบบแผนสุขภาพ.การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่.12

สุพล จินดาทรัพย์.ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่ไส้ตรง และทวารหนัก.กรุงเทพมหานคร:เรือนแก้ว. การพิมพ์ .2566.

สุนทรี ภานุทัต.การพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาเกี่ยวกับโรคมะเร็งหน่วยที่ 9 พิมพ์ครั้งที่ 10. นนทบุรี.โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช , 2540.

สมจิต หนุเจริญกุล.บรรณาธิการ.การดูแลตนเอง.ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่11.2566.

สมพร ชินโนรส.การพยาบาลทางศัลยศาสตร์เล่ม3.คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. มหาวิทยาลัยมหิดล . 2556.

ทยา บุญมาก.บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยออสโตมี.เวชศาสตร์ร่วมสมัย. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์.2565.

กลุ่มการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน
ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ภาคผนวก

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน
ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

แผนการการรักษาที่ได้รับ

One day	Continuation
วันที่ 16/08/65 Admti Blood for CBC,BUN ,Cr, Electrolyte ,LFT,PTT,PT,INR Set OR for loop sigmoid colectomy(17/08/65) -NPO AMN -เตรียม Cef-3 2 gm Metro(500) ไป OR -Acetar 1000 ml IV rate 80 cc/hr หลัง NPO -G/M จอง LPRC 2 unit ได้แล้วให้เลย 1unit IV drip in 4 hr. Hct พรุ่งนี้เช้า -เปลี่ยนจาก Acetar 1000 ml เป็น 0.9 NSS 1000 ml IV rate 80 cc/hr. -Keep BP <180/100 -EKG 12 leads	-Soft dite -V/S , I/O Medicine -Tramol (50) 1×3 op pc
17/08/65 -*Amlodipine* (10) 1 tab op stat +น้ำตาม 30ml -keep BP <160/100 ก่อนไป OR - 5% D/N/2 1000 ml IV rate 80 cc/hr. -consult Ostomy care	
17/08/65 <u>Post op order for Loop sigmoid colectomy</u> -NPO -Routine post op care -0.9 NSS 1000ml ml IV rate 80 cc/hr. -Mo 3 mg IV prn ทุก 3 ชั่วโมง for pain -Plasil 10 mg IV prn ทุก 6 ชั่วโมง for N/V -Metronidazole 500 mg Iv ทุก 8 hr×2 doses -observe abdominal sign -consult Ostomy care	-Record V/S , I/O ac ml -off สาย foley ที่หน้าท้องวันที่ 24 /08/65 -ceftaxone 2 gm IV ทุก 24 ชั่วโมง (ครบ 24 ชั่วโมง off)

กรมการแพทย์ โรงพยาบาลเลิดสิน
ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

One day	Continuation
18/08/65 -กระตุ้นให้ Ambulatran -5% D/N/2 1000 ml IV rate 80 cc/hr. - Mo 3 mg IV prn ทุก 3 ชั่วโมง -Plasil 10 mg IV prn ทุก 8 ชั่วโมง -DTX ทุก 8 ชั่วโมง (Keep 80-200 mg %) -จิบน้ำได้ -5% D/N/2 1000 ml IV หมด off -B-fiuid +3%NaCl 100 ml/bag IV rate 80 cc/hr.	- Soft dite
20/08/65 - Mo 3 mg IV prn ทุก 3 ชั่วโมง -Plasil 10 mg IV prn ทุก 8 ชั่วโมง - observe Clinical Chest+pain ถ้ามีอาการเจ็บหน้าอก P/S Notify + EKG 12 leads	
21/08/65 - Mo 3 mg IV prn ทุก 3 ชั่วโมง -Plasil 10 mg IV prn ทุก 8 ชั่วโมง -consult onco พรุ่งนี้เช้า -นัด CT whole Abdoman	-naclong (600) 1×2 op pc
22/08/65 - Mo 3 mg IV prn ทุก 3 ชั่วโมง -Plasil 10 mg IV prn ทุก 8 ชั่วโมง -keep BP <180/100 -LFT, HBsAq พรุ่งนี้ ผู้ป่วยมีไข้ 38.2 องศาเซลเซียส -CBC , BUN , Cr, Electrolyte,UA,UC ,H/C × ขวด -CxR -If BT >38องศาเซลเซียส Stal Tazoin 4.5 gm IV ทุก 6 ชั่วโมง -10% E.KCl 30ml op ทุก 6 ชั่วโมง × 2 doses - Notify onco ก่อน D/C	*-Amlodipine* (5)1×1 op pc
23/08/65 Gren SX plan D/C	

กรมการแพทย์ โรงพยาบาลเลิดสิน ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

One day	Continuation
-Notify onco พรุ่งนี้เช้า -off foley rod พรุ่งนี้เช้า -นัด onco วันนี้ 7 ก.ย. 65 +CBC , BUN , Cr , LFT +CXR	
28/08/65 - Mo 3 mg IV prn ทุก 3 ชั่วโมง -Plasil 10 mg IV prn ทุก 8 ชั่วโมง	-Soft dite -V/S ทุก 4 ชั่วโมง -tramol (50) 1×3 po pc -Enoxaparin (0.4) SC OD - naclong (600) 1×2 op pc -*Amlodipine* (5)1×1 op pc
29/08/65 -NPO - Acetar 1000 ml IV rate 80 cc/hr. - CBC , BUN , Cr, Electrolyte -film whole Abdoman series - Mo 3 mg IV prn ทุก 3 ชั่วโมง -Plasil 10 mg IV prn ทุก 8 ชั่วโมง -off IV เดิม -0.9 NSS 1000 ml +KCL 40 mEq IV rate 100 ml /hr. - retain NG tube ต่อ intermittent suction - record urine output (keep > 120 ml/4 hr.) -set colonoscopy พรุ่งนี้ห้อง 17 -เบิก Dormicum 1 amp คืนห้อง OR - unison enema 1 dose stat -SEE 1 dose สวน	
30/08/65 -0.9 NaCl 1000 + KCL 40 mEq/l IV rate 80 ml/hr. - Electrolyte พรุ่งนี้ - CT whole Abdoman 31/08/65 -0.9 NaCl 1000 ml IV rate 40 ml/hr. - Mo 3 mg IV prn ทุก 3 ชั่วโมง -Plasil 10 mg IV prn ทุก 8 ชั่วโมง -off NG - liquid diet	-NG ต่อ intermittent suction

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน
ผลงานบริการของโรงพยาบาลเลิดสิน

One day	Continuation
- Electrolyte พรุ่งนี้	
วันที่ 1/09/65 -B-fiuid 1000 ml IV rate 80 ml/hr. -film whole Abdoman series -CBC, Electrolyte พรุ่งนี้ - consult uro เรื่อง acute urinary retention - unison enema 1 dose stat -Via colectomy	
วันที่ 3/09/65 -NPO -Acetar 1000 ml IV rate 100 cc/hr. -keep urine > 50 ml /2hr. - Mo 3 mg IV prn ทุก 3 ชั่วโมง -Plasil 10 mg IV prn ทุก 8 ชั่วโมง - เตรียม colectomy ไปOR -Cef -3 2 g IV - metro (500) นำไป OR	
วันที่ 3/09/65 <u>Post op order for Loop revise ostomy</u> - Acetar 1000 ml IV rate 100 cc/hr. - Mo 3 mg IV prn ทุก 6 ชั่วโมง -Plasil 10 mg IV prn ทุก 8 ชั่วโมง -keep urine > 50 ml /2hr.	-NPO -V/S, IO Medicine -cef-3 2 g IV OD -metro (500) V ทุก 8 hr.

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน
ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

One day	Continuation
วันนที่ 4/09/65 - Mo 3 mg IV prn ทุก 3 ชั่วโมง -Plasil 10 mg IV prn ทุก 8 ชั่วโมง -record urine ทุก 4 ชั่วโมง (keep > 10 ml/4 hr.) -5% D/N/2 1000 ml + KCL 40 MEq/l IV rate 80 ml/hr. -CBC , BUN , Cr, Electrolyte พรุ่งนี้	
วันที่ 5/09/65 -B-fiuid 1000 ml IV rate 80 ml/hr. -หลัง IV เดิมหมด(5% D/N/2 1000 ml + KCL 40 MEq/l)	-Enoxaparin (0.4) SC OD
วันที่ 6/09/65 -B-fiuid 1000 ml + NaCl 300 ml IV rate 80 ml/hr. -Mo 3 mg IV prn ทุก 3 ชั่วโมง -Plasil 10 mg IV prn ทุก 8 ชั่วโมง -off NG	-ปิดจุก NG -นมทางการแพทย์ 200 ml ×3 feed+น้ำตาม 50 ml - soft diet
วันที่ 8/09/65 -CBC , BUN , Cr, Electrolyte,Mg,Ca,Po4 พรุ่งนี้ -G/M LPRC 4 unit ได้แล้วให้เลย LPRC 1 unit IV in 4 ชั่วโมง -Hct หลังเลือดหมด -CPM ก่อนให้เลือด , Lasix 20 mg ก่อนให้เลือด -10 % Elixir KCL 30 ml po tid pc ทุก 3 ชั่วโมงx 3day -Electrolyte พรุ่งนี้	-tramol (50) 1×3 po pc -*Amlodipine* (5)1×1 op pc
วันที่ 11/09/65 -Pethidine 25 mg IV prn ทุก6ชั่วโมง -Plasil 10 mg IV prn ทุก 8 ชั่วโมง - Notify if BT ≥ 38 peak please notify - consult uro SX มาเปลี่ยน foley ให้หน่อย -ส่งให้ ยา Chemotherapy พรุ่งนี้	

กระทรวงสาธารณสุข MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กลุ่มการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน
ผลงานบริการของโรงพยาบาลเลิดสิน

One day	Continuation
วันที่ 12/09/65 - consult pain consultant -off foley cath -Pethidine 25 mg IV prn ทุก6ชั่วโมง -Plasil 10 mg IV prn ทุก 8 ชั่วโมง	
	วันที่ 14 /09/65 -off tramol -Methadone (5) -Morphine -Amitrip(10)
วันที่ 13/09/65 If BT >38องศาเซลเซียส P/S H/C×2 ขวด ,UA,UC,G/S CBC , BUN , Cr, Electrolyte พรุ่งนี้	
วันที่ 18/09/65 10 % Elixir KCL 30 ml po x 1day - If BT >38องศาเซลเซียส	
วันที่ 19/09/65 -Uro Sx off serni -Uro D/C พร้อม foley plan นัด OPD เปลี่ยน off foley at. 1 เดือน	
วันที่ 21/09/65 -Mo 3 mg IV prn ทุก 3 ชั่วโมง -Plasil 10 mg IV prn ทุก 8 ชั่วโมง	<u>Rrview treatmen</u> -regular diet -recond V/S urine output -นมการแพทย์ 200 ml ×3feed Med -off ceftriaxone -off *Metronidazole* -Methadone (5) ½ tab po -Morphine ½ tab po prn ทุก 2-3 hr. -Amitrip(10) 1 tab po hs . -NaCl 2×3po pc -Amlodipine (5) 1×1 po pc

กรมการแพทย์ โรงพยาบาลเลิดสิน ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

One day	Continuation
	-Enoxapain 0.4 ml sc OD
วันที่ 22/09/65 -CBC , BUN , Cr, Electrolyte -UA,U/C,H/C×2 ขวด, -CxR	
วันที่ 20/10/65 -CBC ,H/C×2ขวด -UA,UC -CxR	
วันที่ 31/10/65 อนุญาตย้ายไปพิเศษเดี่ยวได้	
วันที่ 1 /11/65 - CBC , BUN , Cr, Electrolyte, LFT -5% D/N/2 IV rate 60 ml/hr. -off IV -5% D/NSS IV rate 60 ml/hr.	
วันที่ 3/11/65 -CBC , BUN , Cr, Electrolyte พรุ่งนี้ -Film acute abdomen serles	
วันที่ 5/11/65 -5% D/NSS + KCL 40 mEq rate100 ml/hr. -off Film acute abdomen serles -ตาม BUN , Cr, Electrolyte พรุ่งนี้ -NG ต่อลง bag -Port abdomen suptne & CxR	
วันที่ 6/11/65 -5%DNSS 1000 ml IV rate 80 ml/hr.	

กรมการแพทย์ โรงพยาบาลเลิดสิน
ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

One day	Continuation
วันที่ 7/11/65 -Mo (1:10) IV drip 3 cc/hr.	
วันที่ 8/11/65 -5%DNSS 1000 ml IV rate 80 ml/hr. -Mo (1:10) IV drip 3 ml/hr.	
วันที่ 9/11/65 -off IV -Mo (1:10) IV drip 10 cc/hr. Keep RR ≤ 26	

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน
ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ยาและการเฝ้าระวัง

การรักษาทางยาที่ผู้ป่วยได้รับมีทั้งชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ยารับประทาน ดังนี้

ชนิดฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ

Ceftriaxone sodium

ชื่อสามัญ Ceftriaxone sodium

ประเภท กลุ่มยาเซฟาโลสปอริน (Cephalosporin)

ข้อบ่งใช้ รักษาโรคติดเชื้อแบคทีเรียได้หลายโรค เช่น หูชั้นกลางอักเสบ เยื่อบุหัวใจอักเสบ เยื่อหุ้มสมอง อักเสบ ปอดอักเสบ การติดเชื้อในกระดูกและข้อ การติดเชื้อในช่องท้อง การติดเชื้อที่ผิวหนัง ทางเดินปัสสาวะ อักเสบ หนองใน และการอักเสบในอุ้งเชิงกราน เป็นต้น

การออกฤทธิ์ เซฟไตรอะโซนเป็นยาปฏิชีวนะกลุ่มเซฟาโลสปอริน (cephalosporin) ตัวยามีฤทธิ์เข้าจับกับ penicillin-binding protein (PBPs) ที่จะยับยั้ง กระบวนการทรานส์เปปทิเดชันในขั้นตอนสุดท้ายของการสังเคราะห์เปปทิโดไกลแคนของผนังเซลล์ ของแบคทีเรีย เป็นผลให้ยับยั้งสารชีวสังเคราะห์ของผนังเซลล์ แบคทีเรีย และหยุดการประกอบ โครงสร้างของผนังเซลล์เซฟไตรอะโซน(Ceftriaxone) มีฤทธิ์ในการต้านเชื้อที่ กว้าง ในแบคทีเรียที่ มีเอนไซม์บีต้า เลคแตมเมสเพื่อทำลายยา พบว่าเซฟไตรอะโซนมีความคงตัวมากที่สุด

ผลข้างเคียง มีอาการบวมแดง เจ็บปวดในบริเวณที่ถูกฉีดยา ท้องร่วง หรือคลื่นไส้อาเจียนเล็กน้อย ปวด ศีรษะมึน

Metronidazole

ชื่อสามัญ Metronidazole

ประเภท ยากลุ่ม Tinidazole, Ornidazole

ข้อบ่งใช้ เมโทรนิดาโซลเป็นยาที่ใช้สำหรับรักษาอาการติดเชื้อที่ระบบทางเดินอาหาร บริเวณระบบสืบพันธุ์ ปาก มดลูก ผิวหนัง กระดูกและข้อ เช่น ใช้รักษาการติดเชื้อแบคทีเรียชนิดที่ไม่ต้องการออกซิเจน (Anaerobic Bacteria), โรคบิดอะมีบา (Amebiasis) ฝีตับอะมีบา (Amebic liver abscess) ลำไส้ใหญ่อักเสบจากการติดเชื้อแบคทีเรีย Clostridium difficile ที่เกิดจากการใช้ยาปฏิชีวนะบาง ชนิดนานเกิน(Pseudomembranous Colitis), โรคติดเชื้อพยาธิทริโคโมแนสในช่องคลอด (Trichomoniasis), ภาวะช่องคลอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย (Bacterial vaginosis), การติดเชื้อ ในอุ้งเชิงกราน (Pelvic inflammatory disease), เยื่อหุ้มสมองอักเสบ (Meningitis), เยื่อบุหัวใจ อักเสบ (Endocarditis), ปอดบวม (Pneumonia), ปอดอักเสบจากการส าลัก (aspirated pneumonia), โรคกระดูกติดเชื้อ (Osteomyelitis), การติดเชื้อในช่องท้อง (Intra-abdominal infection), เยื่อบุช่องท้องอักเสบ (Peritonitis) โรคผนังลำไส้อักเสบ (Diverticulitis) ภาวะเลือด มีแบคทีเรีย (Bacteremia) โรคท้องเดินจากเชื้อไกอาร์เดีย (Giardiasis) การติดเชื้อเอชไพโลไร (Helicobacter pylori Infection) ในผู้ป่วยแผลเพ็ปติก ปีกมดลูกอักเสบ (Salpingitis)การอักเสบและการติดเชื้อในช่องปากและฟัน บาดแผลจากสัตว์กัดหรือคนกัด ใช้ป้องกันการติดเชื้อ ในแผลผ่าตัดลำไส้ใหญ่หรือการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ ใช้ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STD Prophylaxis) หลังการถูกข่มขืนฯลฯมีการใช้ยานี้ในวงการสัตวแพทย์ เพื่อใช้รักษาการติดเชื้อสัตว์ เซลล์เดียวชนิด Giardia ในสุนัขและแมว รวมไปถึงการติดเชื้อทางเดินลำไส้ในสัตว์ต่าง ๆ อีกด้วย สำหรับยาทาใช้เป็นยาทาเพื่อฆ่าเชื้อแบคทีเรียหรือป้องกันการเติบโตของเชื้อแบคทีเรียที่ผิวหนัง ใช้รักษาโรคผิวหนังโรซาเซีย (Rosacea) ที่มีอาการเส้นเลือดบริเวณใบหน้าขยายตัว ทำให้เห็นเป็น ผื่นแดงที่ใบหน้า ใช้สำหรับบรรเทาอาการอักเสบแดงและลดจำนวนสิว

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

การออกฤทธิ์ ยาเมโทรนิดาโซลจะออกฤทธิ์โดยการซึมเข้าผนังเซลล์ของแบคทีเรียชนิดที่ไม่ต้องการ ออกซิเจน (Anaerobic Bacteria) และผนังเซลล์ของเชื้อจำพวกสัตว์เซลล์เดียว (Protozoa) จากนั้นตัวยาจะเข้าไปรบกวนการสร้างและการสังเคราะห์สารทางพันธุกรรม (DNA) ผลข้างเคียง ยาเมโทรนิดาโซลนับว่าเป็นยาที่มีความปลอดภัยมากตัวหนึ่ง

ผลข้างเคียง อาการก็มักจะไม่รุนแรง และเมื่อหยุดใช้ยาก็จะหายได้เอง โดยผลข้างเคียงทั่วไปที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ ยานี้ ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร รู้สึกง่วงนอนและวิงเวียน อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ รู้สึกรสปร่า ๆ ในปาก ปากและลิ้นแสบ ท้องเสีย เจ็บเกร็งท้อง เกิดการระคายเคืองในระบบ ทางเดินอาหาร ปัสสาวะมีสีเข้ม และคล้ า ผลข้างเคียงรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยานี้ ได้แก่ เกิด ลมพิษ ผื่นคันตามตัว ผื่นแดงรุนแรง บวมบริเวณใบหน้า ริมฝีปาก ลิ้น มีไข้ คัดจมูก มีฝ้าขาวหรือ คล้ายภายในปาก สับสน ปวดข้อต่อ มีอาการติดเชื้อ มือเท้าชาหรือเจ็บ เจ็บตอนปัสสาวะ เหนื่อย ง่าย ชัก เกิดการระคายเคืองบริเวณปากช่องคลอด ตกขาวสำหรับยาทา อาจเกิดผลข้างเคียงทั่วไป คือ แสบร้อน คัน แดง ผิวแห้ง น้ำตาไหล ส่วนผลข้างเคียงรุนแรงที่อาจพบได้ คือ คลื่นไส้ ผื่น บริเวณผิวหน้าแย่ลง เกิดผื่นขึ้นใหม่ ไม่มีความรู้สึกบริเวณที่ทายา

Piperacillin

ชื่อสามัญ Tazocin 4.5 gท

ประเภท เป็นยากลุ่มปฏิชีวนะในกลุ่มเพนนิซินลิน กึงสังเคราะห์ที่ออกฤทธิ์กว้างต่อเชื่อแบคทีเรียกรัมลบ

ข้อบ่งใช้ เป็นการรักษาภาวะการติดเชื้อแบคทีเรียในร่างกาย หรือการติดเชื้อเฉเพาะที่ซึ่งตรวจพบหรือสงสัยว่าเกิดการติดเชื้อแบคทีเรียที่ไวต่อยา ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง การติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อภายในช่องท้อง การติดเชื้อที่ผิวหนัง เป็นต้น

การออกฤทธิ์ ออกฤทธิ์โดยตัวยาจะเข้ายับยั้งการสร้างผนังเซลล์ของแบคทีเรีย ทำให้แบคทีเรียหยุดการเจริญเติบโต ไม่สามารถแพร่พันธุ์ได้ และตายลงในที่สุด

ผลข้างเคียง ท้องเสีย ปวดกระเพาะปัสสาวะ ตาพร่า เจ็บหน้าอกสับสน ปวดหลังช่วงล่างหรือไม่ก็ด้านข้าง คลื่นไส้อาเจียน แสบร้อนบริเวณปลายนิ้วมือนิ้วเท้า มีผื่นคันตามผิวหนัง ชีพจรเต้นช้าหรือไม่ก็เร็ว หายใจลำบาก/หอบเหนื่อย

Cefazolin

ชื่อสามัญ Cefazolin

ประเภท เป็นยาปฏิชีวนะกลุ่มเซฟาโลสปอริน

ข้อบ่งใช้ ใช้รักษาโรคติดเชื้อ โรคติดเชื้อของทางเดินหายใจ-โรคติดเชื้อของผิวหนัง เนื้อเยื่ออ่อน โรคติดเชื้อของทางเดินอาหารเช่น ท่อน้ำดีและถุงน้ำ ดีโรคติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพนัธุ์โรคติดเชื้อภายหลังการผ่าตัด โรคติดเชื้ออื่น ๆ เช่น โลหิตเป็นพิษ เยื่อบุหัวใจ อักเสบ ไขกระดูกอกักเสบ เยื่อช่องท้องอักเสบและการติดเชื้อหลังคลอด

การออกฤทธิ์ ออกฤทธิ์เป็น bactericidal ต่อเชื้อแบคทีเรียเหมือนยาในกลุ่ม penicillins กล่าวคือ มีโครงสร้างคล้าย alanine residue จึงแย่งจับกับเอนไซม์ transpeptidase แทน alanine residue ของ peptidoglycan สายแรก ทำใหยับยั้งการเกิด cross link กับ peptidogycan สายที่สอง ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการสร้างผนังเซลล์ ของเชื้อแบคทีเรีย ทำให้เชื้อมีผนังหนังเซลลที่ไม่สมบูรณ์

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ผลข้างเคียง เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน ท้องเดินได้ซึ่งมักจะไม่รุนแรงทั้งชนิดที่ให้ทาง ปากและฉีด อาจทำให้เกิดอาการปวดท้อง อาหารไม่ย่อย ท้องอืดท้องเฟ้อ

Enoxaparin

ชื่อสามัญ Enoxaparin injection

ประเภท Anticoagulant Low Molecular Weight Heparin

ข้อบ่งใช้ DVT Treatment DVT Prophylaxis Unstable angina/Acute coronary syndromes (STEMI NSTE-ACS)

การออกฤทธิ์ ยับยั้ง thrombus และการเกิด clot โดยการยับยั้งที่ Factor Xa Factor IIa ป้องกันการเกิด clots

ผลข้างเคียง ระวังการให้ยาชาทาง spinal/epidural อาจเกิดก้อนเลือดในแกนสมองและ ไขสันหลังจากการใช้ยา enoxaparin ทำให้เกิดอัมพาตระยะยาวหรือถาวรตามมา ได้ทั้งนี้พบว่าเกิดได้น้อยมากเมื่อใช้ยาขนาด 4000 anti-Xa IU วันละครั้ง หรือต่ำกว่า ความเสี่ยงนี้จะสูงขึ้น หากใช้ยาในขนาดสูงในขณะที่มีสาย Epidural catheter ใส่ค้างไว้หลังผ่าตัดหรือมีการใช้ยาที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือดร่วมด้วย

ยาชนิดรับประทาน

Paracetamol

ชื่อสามัญ Generic name

ประเภท เป็นยาในกลุ่ม analgesics

ข้อบ่งใช้ ใช้แก้ปวด ลดไข้ ฤทธิ์ต้านการอักเสบ

การออกฤทธิ์ ยาถูกดูดซึมได้ในทางเดินอาหาร ช่วงเวลาที่ยาออกฤทธิ์สูงสุดประมาณ 1-3 ชั่วโมง ระยะเวลาที่ ยาออกฤทธิ์ 3-4 ชั่วโมง มีค่า half-life ประมาณ 1-4 ชั่วโมง ยาถูกแปลงสภาพที่ตับและถูกขับออกไต

ผลข้างเคียง

Ativan

ชื่อสามัญ lorazepam

ประเภท Benzodiazepine

ข้อบ่งใช้ 1.บรรเทาอาการวิตกกังวลในระยะสั้น ๆ ความวิตกกังวลหรือความเครียดในชีวิตประจำวัน ตามธรรมดาไม่จำเป็นต้องให้การรักษาด้วยยาคลาย กังวล อายุรแพทย์ควรประเมินประโยชน์ของยาใน ผู้ป่วยแต่ละรายเป็นครั้งเป็นคราว

2.โรคจิตประสาท ได้แก่ความวติกกังวล อารมณ์เศร้า ย้ำคิด ย้ำทำ กลัวมากเกินไปโดยไม่มี เหตุผลหรือเป็นปฏิกิริยาของ อาการข้างต้น ร่วมกัน

3.อาการวิตกกังวลที่พบในภาวะวิกลจริตและ อารมณ์เศร้าอย่างรุนแรงซึ่งเป็น ข้อบ่งใช้ในการรักษาเสริม

4.ป็นยานำก่อนการผ่าตัด ในคืนก่อนการผ่าตัดและ/หรือ1-2 ชวั่ โมงก่อนทา การผ่าตัด

การออกฤทธิ์ Absorption ดูดซึมได้ดีจากทางเดินอาหาร Peak plasma 12-16 ชม Excretion ทางปัสสาวะ 70-75% .ในรูป inactive glucuronide Elimination half life 12-16 ชวั่ โมง

ผลข้างเคียง ห้ามใช้กับหญิงตั้งครรภ์ใน 3 เดือนแรกเพราะ อาจทำให้ทารกพิการได้ และไม่ควรให้ยานี้กับหญิงให้นมบุตรเพราะยาถูกขับ ออกทางน้ำนม -ห้ามในยาเด็กอายุต่ำ กว่า 12 ปี –ไม่ควรใหยากับผู้ป่วยสูงอายุเกินกว่า 2 mg/day

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

Lactulose

ชื่อสามัญ Lactulose

ประเภท ยาระบายในกลุ่มเพิ่มการซึมผ่านของของเหลว เป็นน้ำตาล Disaccharide กึ่งสังเคราะห์ ไม่ถูก ย่อยที่ทางเดินอาหารส่วนต้น ผ่านมาสู่ลำไส้เล็ก และลำไส้ใหญ่พร้อมทั้งดึงน้ำไว้ นอกจากนี้ยาถูก แบคทีเรียที่ลำไส้ใหญ่เปลี่ยนเป็นกรด Lactic และกรดอินทรีย์อื่นๆ ที่ถูกดูดซึมไม่ดี จึงช่วยดึงน้ำไว้ได้เช่นเดียวกัน กรดเหล่านี้ ยังปฏิกิริยากับแอมโมเนียมในลำไส้ใหญ่ ช่วยป้องกันการดูดซึมแอมโมเนียมจากลำไส้

ข้อบ่งใช้ รักษาผู้ป่วยโรคตับที่เกิด Hepatic encephalopathy

การออกฤทธิ์ ดูดน้ำเข้าหาตัว และทำให้เกิดการระคาย เคืองที่ทวารหนัก จึงมีผลทำให้ปริมาณน้ำภายในลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้น กระตุ้นให้มีการถ่ายอุจจาระได้

ผลข้างเคียง ท้องอืด แน่นท้อง คลื่นไส้ อาจเจียน ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

Senokot มะขามแขก

ยาออกฤทธิ์ที่ประสาทเลี้ยงกล้ามเนื้อของลำไส้ ส่วนประกอบที่เป็นกลัยโคไซด์ (Glycoside) จะถูกปฏิกิริยาการรวมตัวของน้ำกับเกลือโดยแบคทีเรียในลำไส้ใหญ่ ได้น้ำตาลกลูโคส และแองจิ้โคน (Aglycone) ซึ่งมีฤทธิ์ต่อการขับ รูดตัวของลำไส้ใหญ่ ทำให้ถ่ายอุจจาระใน 6-12 ชั่วโมง

ฤทธิ์และอาการไม่พึงประสงค์

1. ผื่นที่ผิวหนัง
2. เกิดการเปลี่ยนแปลงของปมประสาทในลำไส้ถ้าใช้ระยะยาว
3. ปัสสาวะในภาวะด่างจะเป็นสีเหลืองน้ำตาล และในภาวะกรดจะเป็นสีแดง

Morphine

ข้อบ่งใช้ บรรเทาอาการปวดรุนแรง จากการศึกษาพบว่า มอร์ฟีนเป็นยาที่ทำให้เกิดภาวะเคลิ้มสุข (euphoria) นอกจากจะมีฤทธิ์ระงับความปวดแล้ว ยังมีฤทธิ์คลายความวิตกกังวล มอร์ฟีนเป็นยาที่ใช้ในกรณี ต่อไปนี้

1. ความปวดรุนแรง (ยกเว้น neuropathic pain)
2. ความปวดจากมะเร็ง (cancer pain)
3. เพื่อระงับอาการกระวนกระวาย (anxiety) เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต

วิธีใช้และการผสมยา

ขนาดยาชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดดำที่มีใช้ในโรงพยาบาล คือ MORPHINE SULFATE Injection 10 mg/ml (1 ml)

การผสมยา

IV push: ต้องเจือจางยาก่อนฉีดด้วย น้ำกลั่น หรือ 0.9% NaCl โดยผสมยา 10 mg ให้ได้ปริมาณ 10 ml จะได้ความเข้มข้นของยาเท่ากับ 1 mg/ml จากนั้นจึงฉีดยาเข้าเส้นช้า ๆ นาน 4-5 นาที

IV infusion: ในกรณีที่ให้แบบ continuous infusion ให้ใช้น้ำหนักตัวของผู้ป่วยหารสอง แล้วผสมยาด้วย D5W, D10W, 0.5% NaCl, 0.45% NaCl หรือ Lactated Ringers solution ให้ได้สารละลายปริมาณ 50 ml เช่น ผู้ป่วยหนัก 60 กิโลกรัม ก็ให้ผสมยามอร์ฟีน 30 mg ในสารละลายทั้งหมด 50 ml เมื่อนำไปใช้หยดเข้าหลอดเลือด 1 ml/hr จะได้ยาที่มีขนาดเท่ากับ 10 mcg/kg/hr ซึ่งง่ายต่อการปรับขนาดยาตามความปวดของผู้ป่ว

Y-site incompatibility: Furosemide

ตัวยาที่เข้ากันไม่ได้ : Aminophylline, Heparin, Pethidine, Phenytoin, Sodium bicarbonate

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลสิรินธร

กลไกการออกฤทธิ์

มอร์ฟีนออกฤทธิ์ที่ Opioid recptor ซึ่งมีอยู่หนาแน่นใน Dorsal horn และส่วนต่าง ๆ ของสมองออกฤทธิ์ตรงต่อระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system-CNS) เป็นผลให้บรรเทาความปวดได้เป็นอย่างดี มีผลทำให้ลดความรู้สึกปวดเมื่อเข้าสู่ร่างกายจะถูก metabolite ที่ตับได้สาร active form คือ morphine-3-glucoronide (M-3-G)

มอร์ฟีนเป็นยาที่ละลายในไขมันได้น้อย มีผลให้ออกฤทธิ์ช้า (5-10 นาที) เมื่อเทียบกับ Fentanyl และมีฤทธิ์อยู่นาน 2-4 ชั่วโมง มอร์ฟีนจะถูกขจัดออกจากร่างกายโดยการ Metabolite ที่ตับ และขับออกทางไต การให้ยาในผู้ป่วยที่การทำงานของตับไตบกพร่องจะทำให้มีการสะสมของยานานขึ้น

อาการข้างเคียง และข้อควรระวัง

อาการไม่พึงประสงค์ของมอร์ฟีนมีอยู่หลายอย่าง ได้แก่

1. กดการหายใจ (Respiratory depression) ทำให้เกิดภาวะ Hypoventilation ในขนาดสูงอาจทำให้ผู้ป่วยหยุดหายใจได้

2. ความดันโลหิตต่ำ (Hypotension) จากการกดระบบประสาท Sympathetic และจากการหลั่ง histamine

3. คลื่นไส้ อาเจียน และท้องผูก พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับมอร์ฟีนเกือบทุกรายจากการเคลื่อนตัวของลำไส้ลดลง เมื่อจะให้มอร์ฟีนเป็นระยะเวลามากกว่า 1 วันขึ้นไป ควรจะให้ยาระบาย (laxatives) เช่น Milk of Magnesia (MOM) หรือ Senokot ควบคู่กันไปด้วย

4. อาการอื่น ๆ เช่น ที่พบได้ในผู้ป่วยบางราย คือ urinary retention, rashes, nose inching เป็นต้น

ข้อควรระวัง ห้ามใช้ในผู้ป่วยโรคหอบหืด ความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยช็อก ผู้ป่วยไตวาย

บทบาทของพยาบาลในการเฝ้าติดตาม

เมื่อต้องดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยามอร์ฟีน สิ่งที่พยาบาลควรปฏิบัติ ได้แก่

1. ประเมินความปวด (Pain score) และระดับความง่วงซึม (Sedation score) ก่อนการให้ยาทางหลอดเลือดดำทุกครั้ง เพื่อประเมินความเหมาะสมของขนาดยา และประเมินผลซ้ำหลังการให้ยา 15-30 นาที

2. ติดตามประเมินลักษณะ และอัตราการหายใจกรณีช้าลง หรือมีลักษณะการหายใจไม่สม่ำเสมอ ให้ปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาปรับขนาดยา โดยเฉพาะเมื่อให้ร่วมกับยาอื่น เช่น ยานอนหลับ ยาคลายกล้ามเนื้อ ยาคลายกังวล ถ้าผู้ป่วยหายใจต่ำกว่านาทีละ 10 ครั้ง อาจกดการหายใจได้

3. ติดตามผล O_2 saturation ผู้ที่มีภาวะกดการหายใจจากมอร์ฟีนมักมีแนวโน้มของ O_2 saturation ต่ำลง โดยเฉพาะค่าที่น้อยกว่า 95% (ใช้ได้เฉพาะผู้ป่วยที่ไม่ได้รับออกซิเจน)

โรงพยาบาลเลิดสิน
ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

การใช้แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
(Palliative Performance Scale: PPS)

การประเมินระดับความสามารถการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย เป็นขั้นตอนของพยาบาลประคับประคองของหน่วยงาน (Palliative Care Ward Nurse: PCWN) ในการประเมินอาการของผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยให้ประเมินระยะแรกรับ (initial assessment) และประเมินหลังจากนั้นทุกสัปดาห์ ซึ่งมีคำแนะนำในการใช้เครื่องมือ ดังนี้

1. คำแนะนำระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ให้ประเมินโดยดูจากตารางการแบ่งระดับ ให้อ่านในแนวราบ (reading horizontally) ตามแต่ละระดับของตาราง เพื่อตรวจดูว่าคะแนนระดับของผู้ป่วยที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมากที่สุด (best fit) อยู่ที่ระดับกี่เปอร์เซ็นต์

2. เริ่มต้นประเมินที่คอลัมน์ด้านซ้าย คือ คอลัมน์ “การเคลื่อนไหว” โดยให้ดูจากข้างบนลงมาข้างล่าง (downwards) จนกระทั่งพบกับระดับของการเคลื่อนไหวที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย

จากนั้นให้ประเมินในคอลัมน์ต่อไป คือ คอลัมน์ “การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค” โดยให้ดูจากข้างบนลงมาข้างล่าง (downwards) จนกระทั่งพบกับระดับการปฏิบัติกิจกรรม และการดำเนินโรคที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย

จากนั้นให้ประเมินคอลัมน์ต่อไป คือ คอลัมน์ “การดูแลตนเอง” โดยที่คอลัมน์ที่อยู่ด้านซ้ายของแต่ละคอลัมน์ที่กำลังประเมินจะเป็นคอลัมน์หลักที่กำหนดระดับในคอลัมน์ต่อไป แล้วดูว่าคะแนนระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับกี่เปอร์เซ็นต์

ตัวอย่างที่ 1: ผู้ป่วยที่ใช้เวลาส่วนใหญ่ของวัน นั่งหรือนอนอยู่บนเตียง เนื่องจากความเหนื่อยล้าที่เป็นผลจากการดำเนินของโรคที่ลุกลามขึ้น (Advance disease) และต้องการความช่วยเหลือในการเดิน แม้ว่าจะเป็นการเดินในระยะทางสั้น ๆ แต่มีระดับความรู้สึกตัวดี และสามารถรับประทานอาหารได้เอง ถือว่าเป็นผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองอยู่ที่ระดับ 50 เปอร์เซ็นต์ (PPS level 50%)

ตัวอย่างที่ 2: ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตครึ่งท่อน (paralyzed) หรืออัมพาตทั้งตัว (quadriplegia) ต้องการการดูแลทั้งหมด (Total care) ถือว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีคะแนนอยู่ที่ระดับ 30 เปอร์เซ็นต์ (PPS level 30%) แม้ว่าผู้ป่วยรายนี้อาจได้รับการช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายให้ไปนั่งในเก้าอี้รถเข็น (wheel chair) ซึ่งในการประเมินระยะแรกอาจคิดว่าผู้ป่วยมีคะแนนอยู่ที่ระดับ 50 เปอร์เซ็นต์ (PPS level 50%) เพราะว่าผู้ป่วยสามารถนั่งได้แต่พบว่าถ้าไม่มีผู้ดูแลช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ผู้ป่วยจะต้องนอนอยู่บนเตียง เนื่องจากการดำเนินของโรคหรือภาวะแทรกซ้อน และผู้ป่วยอาจรับประทานอาหารเองได้ตามปกติ รวมทั้งอาจมีระดับความรู้สึกตัวดี ดังนั้น จึงถือว่าผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอยู่ที่ระดับ 30 เปอร์เซ็นต์ (PPS level 30%)

3. คะแนนระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ในแต่ละระดับมีช่วงคะแนนห่างกัน 10 เปอร์เซ็นต์ บางครั้งเราสามารถตัดสินใจได้ไม่ยากในหลาย ๆ คอลัมน์ว่า ผู้ป่วยมีคะแนนอยู่ในระดับเดียวกัน แต่บางครั้งอาจมี 1 หรือ 2 คอลัมน์ที่จะดูเหมาะสมกว่า ถ้าปรับคะแนนให้สูงกว่าหรือต่ำกว่า ระดับที่เราเลือกไว้นั้น ดังนั้น เราจำเป็นต้องใช้การตัดสินใจเลือกระดับที่เหมาะสมที่สุด (Best fit)

ทั้งนี้ ห้ามเลือกคะแนนระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอบชนิดแบ่งครึ่ง (half fit) เช่น PPS 45% เพราะถือว่าเป็นการออกคะแนนที่ไม่ถูกต้อง

ตัวอย่างเช่น เมื่อประเมินคอลัมน์ “การดูแลตนเอง” ถ้าไม่แน่ใจว่า PPS level อยู่ในระดับ 40% หรือ 50% ให้พิจารณาคอลัมน์ด้านซ้ายมือ (leftward precedence) ของคอลัมน์ “การดูแลตนเอง” คือ คอลัมน์

“การปฏิบัติกิจกรรม และการดำเนินโรค” ร่วมกับการตัดสินใจทางคลินิก แล้วตัดสินว่าควรให้คะแนนผู้ป่วยอยู่ในระดับ PPS 40% หรือ PPS 50%

4. การประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอาจนำไปใช้ได้หลายวัตถุประสงค์ ได้แก่

4.1 เครื่องมือประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เป็นเครื่องมือที่ดีเยี่ยมในการติดต่อสื่อสาร เพื่อความรวดเร็วในการอธิบายระดับความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมในขณะปัจจุบัน

4.2 อาจเป็นเกณฑ์ในการประเมินภาระงาน หรือการประเมินอื่นๆและการเปรียบเทียบต่าง ๆ

4.3 เป็นเครื่องมือที่ใช้ทำนายโรคของผู้ป่วย (Prognosis value)

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน
ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

แนวทางการวางแผนการดูแลผู้ป่วยตาม Palliative Performance Scale

PPS 70-100%	
Disease Management	ทบทวนประวัติผู้ป่วย และแผนการดูแล
การประเมินด้านร่างกาย และวางแผนการดูแล	ให้ผู้ป่วยประเมินอาการตนเอง โดยใช้ Edmonton Symptom Assessment System: ESAS และวางแผนการจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ จัดการอาการที่มีค่าคะแนน ≥ 4 โดยใช้ทั้ง pharmaco และ non-pharmacological management
	ประเมินความต้องการด้านการพยาบาล (nursing care)
การประเมินด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ	ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วย และครอบครัวเกี่ยวกับการวินิจฉัย และแผนการรักษา
	ประเมินการยอมรับต่อความเจ็บป่วย และการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย และครอบครัว
	ประเมินความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว
การประเมินการดูแล	สอนวิธีการประเมินอาการ การใช้ยาต่าง ๆ และสอนการดูแลทั่วไป
	สอนการดูแลท่อ/สายยางต่าง ๆ แผล ostomy รวมถึงอุปกรณ์การแพทย์ที่ต้องใช้ที่บ้าน
รวบรวมปัญหา วางเป้าประสงค์การรักษา	ทำแผนการจัดการอาการ และ nursing care plan
	พูดคุยกับผู้ป่วย และครอบครัวถึงเป้าหมายการดูแลที่ตกลงร่วมกัน
	ติดตามประเมิน PPS ทุก 4 สัปดาห์
PPS 40-60 %	
Disease Management	ทบทวนประวัติผู้ป่วย และแผนการดูแล
	ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิด และพิจารณาวางแผนการรักษา โดยยึดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นสำคัญ
การประเมินด้านร่างกาย และวางแผนการจัดการอาการ	ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วย และครอบครัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสภาพร่างกาย อาการต่าง ๆ และจัดการอาการ
	ให้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วย และครอบครัวเกี่ยวกับอาการที่มักพบในช่วงที่โรคมีการลุกลาม เช่น ภาวะปวด อาการอ่อนล้า และแนวทางการดูแล
	ให้ผู้ป่วยประเมินอาการตนเอง โดยใช้ ESAS และวางแผนการจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ จัดการอาการที่มีค่าคะแนน ≥ 4 โดยใช้ทั้ง pharmaco และ non-pharmacological management
	ประเมินภาวะโภชนาการ ปรึกษาโภชนกรตามความเหมาะสม
	ประเมินความต้องการด้านการพยาบาล และความปลอดภัย ป้องกันการล้ม และอุบัติเหตุ
	แนะนำจัดสิ่งแวดล้อม และจัดหาเครื่องใช้ต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับสมรรถภาพของผู้ป่วย
การประเมินด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ	ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วย และครอบครัวเกี่ยวกับภาวะของโรค และแผนการดูแล รวมถึงแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan)
	ประเมินการยอมรับต่อความเจ็บป่วย และการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย และครอบครัว
	ประคับประคองผู้ป่วย และครอบครัวให้ผ่านช่วงเปลี่ยนผ่าน
	ประเมินความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว
	ประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ
	พูดคุยเรื่องทางเลือกของการดูแล แหล่งช่วยเหลือที่มีที่บ้านหรือในชุมชน
การประเมินและดูแลผู้ดูแล	พัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม
	สอนวิธีการประเมินอาการ การใช้ยาต่าง ๆ และสอนการดูแลทั่วไป
	สอนการดูแลท่อ/สายยางต่าง ๆ แผล ostomy รวมถึงอุปกรณ์การแพทย์ที่ต้องใช้ที่บ้าน
รวบรวมปัญหา วางเป้าประสงค์การรักษา	ทำแผนการจัดการอาการ และ nursing care plan
	พูดคุยกับผู้ป่วย และครอบครัวถึงเป้าหมายการดูแลที่ตกลงร่วมกัน
	ติดตามประเมิน PPS ทุก 4 สัปดาห์

พยาบาลเลิดสิน

PPS 10-30%	
การประเมินด้านร่างกาย และวางแผนการจัดการอาการ	ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วย และครอบครัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสภาพร่างกาย อาการต่าง ๆ และจัดการอาการ
	เป้าหมายดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบาย ด้วยความเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ป่วย
	ให้ข้อมูลล่วงหน้า เตรียมตัวสำหรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในช่วงท้ายของชีวิต
	ทบทวนการรักษา และยาที่ใช้ ใช้ยาเฉพาะที่จำเป็น และทบทวนวิธีการบริหารยา
	วางแผนการจัดการอาการในระยะสุดท้ายอย่างมีประสิทธิภาพ
	ทบทวนผลการตรวจเลือด (LFT, creatinine) เพื่อปรับยาแก้ปวดที่ใช้
	ให้อาหารจำนวนน้อย ๆ หรือให้จิบน้ำเท่าที่ผู้ป่วยจะรับได้
	ทำความสะอาดช่องปาก
	พลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันแผลกดทับ และพิจารณาหยุดการพลิกตัวในระยะ dying
	ดูแลระบบขับถ่าย
	จัดสิ่งแวดล้อมที่สงบ
การประเมินด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ	เตรียมครอบครัวเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะใกล้ตาย
	สอบถามความต้องการในระยะท้ายของชีวิตว่าต้องการเสียชีวิตที่บ้านหรือโรงพยาบาล
	พูดคุยเรื่องทางเลือกของการดูแล แหล่งช่วยเหลือที่มีทั้งที่บ้านหรือในชุมชน
	ทำ advance directive วางแผนการล่วงหน้าเกี่ยวกับ withhold/withdraw lift support
	ประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ และพิธีกรรมทางศาสนา
	Bereavement care plan
การประเมินและดูแลผู้ดูแล	สอนวิธีดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบาย (comfort care)
	Bereavement care plan
รวบรวมปัญหา วางเป้าประสงค์การรักษา	ทบทวนความจำเป็นของการประชุมทีมสหสาขา เพื่อวางเป้าหมายการดูแล
	ทำแผนการจัดการอาการ และ nursing care plan
	พูดคุยกับผู้ป่วย และครอบครัวถึงเป้าหมายการดูแลที่ตกลงร่วมกัน
	Terminal care plan for inpatient checklist (ในผู้ป่วย PPS 10-20 %) ในระยะ dying ใช้ Integrated Care Pathway for Dying Patients
	ติดตามประเมิน PPS ทุก 4 สัปดาห์
PPS 0 %	
การประเมินและดูแลผู้ดูแล	**แจ้งให้ครอบครัวทราบ แนะนำแหล่งประคับประคองจิตใจ**
	ให้การประคับประคองด้านจิตวิญญาณ และ bereavement care
	อธิบายขั้นตอน และประสานการจัดการเอกสารเกี่ยวกับการแจ้งตาย การนำศพกลับบ้าน

เอกสารอ้างอิง

ศรีเวียง ไพโรจน์ และปาริชาติ เพียสุพรรณ์ห (2560). *คู่มือแนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาลของศูนย์การุณรักษ์.* พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาชา

ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) ฉบับภาษาไทย

โปรดวงกลมหมายเลขที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ณ ขณะนี้

ชื่อผู้ป่วย.....ทำโดย ( ) ผู้ป่วย ( ) ผู้ดูแลผู้ป่วย

วันที่.....เวลา.....น.

ไม่มีอาการปวด มีอาการปวดรุนแรงที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(กรุณาระบุตำแหน่งที่ปวดในแผ่นภาพด้านหลัง)

ไม่มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลียมากที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีอาการคลื่นไส้ มีอาการคลื่นไส้รุนแรงที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

*ไม่มีอาการซึมเศร้า มีอาการซึมเศร้ามากที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

*ไม่วิตกกังวล วิตกกังวลมากที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีอาการง่วงซึม/สะลึมสะลือ มีอาการง่วงซึม/สะลึมสะลือมากที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่เบื่ออาหาร เบื่ออาหารมากที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

*สบายดีทั้งกายและใจ ไม่สบายกายและใจเลย

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ มีอาการเหนื่อยหอบมากที่สุด

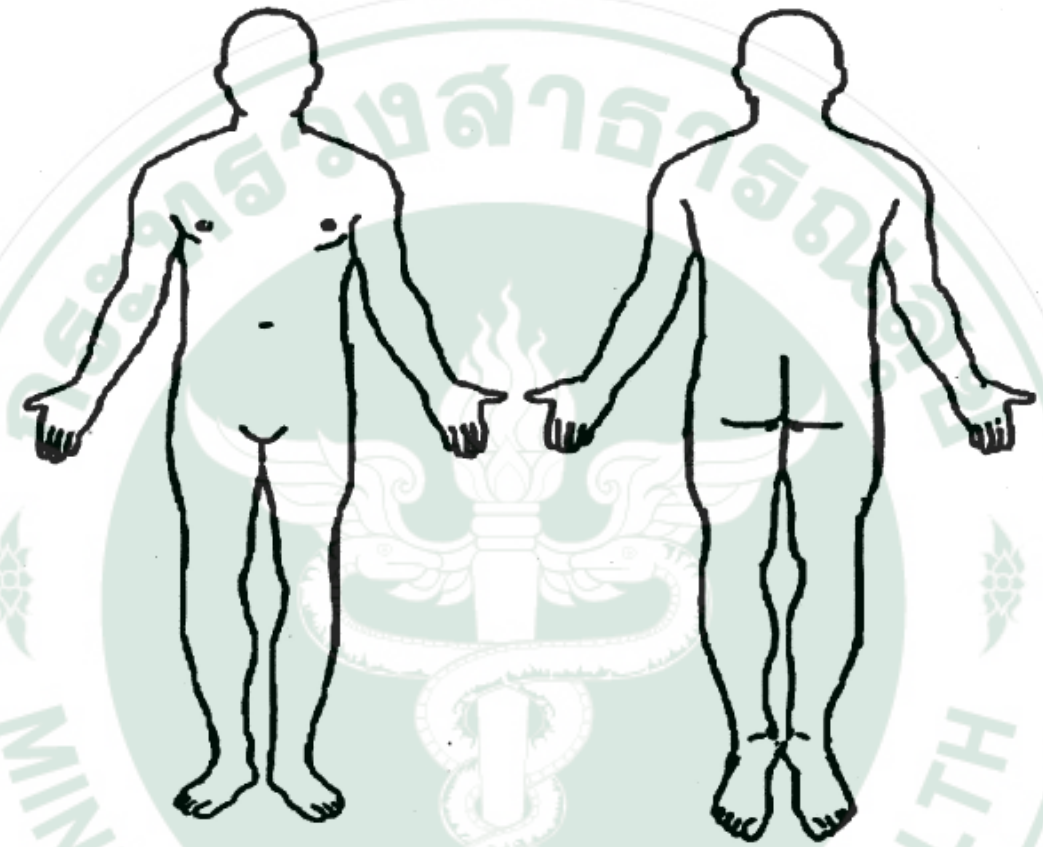
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ปัญหาอื่น ๆ ได้แก่..... (ถ้าปัญหาดังกล่าวรุนแรงมากคะแนน = 10)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

*ผู้ป่วยต้องเป็นผู้ประเมินเองเท่านั้น

กรมการแพทย์ โรงพยาบาลเลิดสิน ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน



การใช้แบบประเมิน ESAS (Edmonton Symptom Assessment System)

ESAS เป็นเครื่องมือที่นำมาใช้ในการประเมิน และติดตามอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยระยะท้าย เป็นแบบสอบถามให้ผู้ป่วย หรือผู้ดูแลเป็นผู้ประเมินอาการต่าง ๆ ที่มี ณ เวลาที่ประเมิน อาการที่ควรประเมินแบบสอบถามมีทั้งหมด 9 อาการ ประกอบด้วย 1) อาการปวด 2) อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย 3) อาการคลื่นไส้ 4) อาการซึมเศร้า 5) อาการวิตกกังวล 6) อาการง่วงซึม 7) อาการเบื่ออาหาร 8) ความสบายดีทั้งกายและใจ 9) อาการเหนื่อยหอบ ระดับการวัดแต่ละอาการจะถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึง ไม่มีอาการ และเลข 10 หมายถึง มีอาการรุนแรงมากที่สุด

การประเมินให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลักเป็นผู้ประเมิน หากมีผู้ทำแบบประเมินแทนผู้ป่วย ให้ยกเว้นการตอบในข้อที่เป็นความเห็นของผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ ซึมเศร้า วิตกกังวล และภาวะความสุขสบายกายและใจ แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมาจัดลำดับอาการรบกวนที่รุนแรงมากไปถึงน้อย เพื่อสามารถนำไปเป็นข้อมูลในการตั้งเป้าหมายการดูแลผู้ป่วย โดยจัดการอาการที่มีค่าคะแนน $\geq$ 4 โดยใช้ทั้ง pharmaco และ non-pharmacological

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ชุดแบบประเมินผู้ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองศูนย์ชีวรักษ์
โรงพยาบาลเลิดสิน

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน
ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

สำหรับทายาทโดยธรรม/ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วย

ศูนย์ชีวารักษ์ Palliative Care โรงพยาบาลเลิดสิน

ใบแสดงเจตนาและความต้องการทางการแพทย์เกี่ยวกับการรักษาพยุงชีพและการช่วยฟื้นคืนชีพ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว.....อายุ.....ปี ได้รับฟังคำอธิบายถึงความเจ็บป่วยแนวทางการรักษาและแนวโน้มการพยากรณ์โรคของข้าพเจ้าซึ่งขณะข้าพเจ้าทำหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ เข้าใจใจสิ่งที่ได้รับคำอธิบายอย่างครบถ้วน ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะแสดงเจตนาและความต้องการทางการแพทย์ในการรักษา เมื่อข้าพเจ้าตกอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเมื่อข้าพเจ้าได้รับทุกข์ทรมานจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจได้รับการรักษาให้หายได้

ท่านพึงปฏิบัติตามความประสงค์ของข้าพเจ้า ที่ได้บันทึกในใบแสดงเจตนาและความต้องการทางการแพทย์เกี่ยวกับการรักษาพยุงชีพและการช่วยฟื้นคืนชีพนี้ ดังนี้

1. การดูแลรักษาทั่วไป	
1.1การบรรเทาอาการปวดและความทุกข์ทรมาน ต้องการใช้ยามอร์ฟีน	☐ ต้องการ ☐ ไม่ต้องการ
1.2 การให้อาหารโปรดให้อาหารและน้ำทางปาก ตามความเหมาะสม	☐ งดการให้อาหารโดยการใช้สายยางทางจมูก ☐ ทดลองให้อาหารโดยสายยางทางจมูก ☐ ให้อาหารโดยสายยางทางจมูกตลอดไป
2. การรักษาพยุงชีพ กรณี คลำพบชีพจรและ/หรือผู้ป่วยยังหายใจได้	
2.1 การใส่ท่อช่วยหายใจ การเจาะคอ การใช้เครื่องช่วยหายใจ	☐ข้าพเจ้าต้องการให้แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ/เจาะคอ/ใช้เครื่องช่วยหายใจเมื่อมีข้อบ่งชี้ ☐ข้าพเจ้าไม่ต้องการให้แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ/เจาะคอ/ใช้เครื่องช่วยหายใจ ข้าพเจ้าต้องการเพียงแค่การใช้สายนำออกซิเจนภายนอก การดูดเสมหะ หรือเปิดทางเดินหายใจ โดยไม่มีอุปกรณ์การแพทย์ช่วย
2.2 การใช้ยาและสารน้ำ (เช่น ยาเพิ่มความดันโลหิต ยาฆ่าเชื้อ เป็นต้น)	☐ขอให้แพทย์ให้ยา/สารน้ำ เต็มที่ โดยมุ่งเน้นเพื่อการยืดเวลาชีวิต ☐ขอให้แพทย์ใช้ยา/สานน้ำระยะสั้น เมื่อพบว่าข้าพเจ้ามีอาการผิดปกติ โดยมุ่งเน้นเพื่อลดความทุกข์ทรมาน ☐ ขอให้แพทย์ไม่ต้องให้ยา/สารน้ำแก่ข้าพเจ้า ให้ใช้วิธีการรักษาอื่น ๆที่สามารถควบคุมอาการได้
2.3 การรักษาโดยการฟอกเลือด/ล้างไต	☐ ต้องการ ☐ ไม่ต้องการ
2.4 การรักษาโดยการผ่าตัด	☐ ต้องการ ☐ ไม่ต้องการ
2.5 การย้ายลงหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (ICU)	☐ ต้องการ ☐ ไม่ต้องการ
3. การช่วยฟื้นคืนชีพ (Cardiopulmonary Resuscitation: CPR) กรณี ไม่สามารถคลำชีพจรได้ และไม่หายใจ	
3.1 การนวดหัวใจ การช่วยหายใจ และการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจ	☐ ให้การนวดหัวใจ ช่วยหายใจ และใช้เครื่องกระตุกหัวใจ ให้การช่วยชีวิต ☐ไม่ให้นวดหัวใจช่วยหายใจและใช้เครื่องกระตุกหัวใจ/ให้เสียชีวิตตามธรรมชาติ

จึงขอลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....
(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
ทายาทโดยธรรม/ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วย	พยาน	แพทย์เจ้าของไข้	แพทย์/พยาบาลศูนย์ชีวารักษ์ Palliative Care

*ทายาทโดยธรรม หมายถึง บุตร ธิดา บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน และคู่สมรสที่ถูกต้องตามกฎหมาย

*ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วย หมายถึง ผู้รับมอบอำนาจจากผู้ป่วย ให้แสดงเจตนาแทนผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ เพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ป่วย ในการวางแผนการรักษา

กรมการแพทย์ MINISTRY OF PUBLIC HEALTH โรงพยาบาลเลิดสิน ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

0161037229 แบบฟอร์มขอรับคำปรึกษาศูนย์ชีวารักษ์ Palliative care โรงพยาบาลเลิดสิน

วันที่.....เวลา.....น.จาก.....

สติกเกอร์ชื่อ-นามสกุล ผู้ป่วย

DX.....

HX.....

Clinical History & Investigation:

.....

.....

.....

.....

.....

เหตุผลของการขอรับคำปรึกษา:

☐ การดูแลทั้งหมดแบบองค์รวม ☐ เฉพาะด้านจิตสังคม/จิตวิญญาณ

☐ เฉพาะการจัดการอาการ..... ☐ เฉพาะการทำadvance care plan

☐ เฉพาะการส่งต่อเครือข่าย ☐ เฉพาะยืมอุปกรณ์การแพทย์

การรับรู้การวินิจฉัย/พยากรณ์โรคของผู้ป่วย ☐ รู้ ☐ ไม่รู้

การรับรู้การวินิจฉัย/พยากรณ์โรคของครอบครัว ☐ รู้ ☐ ไม่รู้

ความเร่งด่วนของการปรึกษา ☐ ด่วน ☐ ไม่ด่วน

ลงชื่อแพทย์...../Staff.....

Report of consultant

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อแพทย์.....

วันที่.....เวลา.....น.

กรมการแพทย์ โรงพยาบาลเลิดสิน ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับดูแลแบบประคับประคอง
(Palliative Performance Scale: PPS)

ระดับ PPS ร้อยละ	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค	การทำกิจวัตรประจำวัน	การรับประทานอาหาร	ระดับความรู้สึกตัว
100	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติและไม่มีอาการของโรค	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติและมีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80	เคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการทำกิจกรรมตามปกติและมีอาการของโรคบางอาการหรือลดลง	ทำได้เอง	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี
70	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติและมีอาการของโรคอย่างมาก	ทำได้เอง	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี
60	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรกหรืองานบ้านได้และมีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความช่วยเหลือเป็นบางครั้ง/บางเรื่อง	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน
50	นั่งหรือนอนเป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลยและมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน
40	นอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมากและมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึม +/- สับสน
30	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใด ๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึม +/- สับสน
20	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใด ๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	จิบน้ำได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึม +/- สับสน
10	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใด ๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	รับประทานทางปากไม่ได้	ง่วงซึมหรือไม่รู้สึกตัว +/- สับสน
0	เสียชีวิต	-	-	-	-

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน
ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน