

C11 : การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้และต่อลำไส้ใหญ่ส่วนปลายแบบ

Low Anterior Resection : กรณีศึกษา 2 ราย

สายพิน สุทธิสุวรรณ

โรงพยาบาลอำนาจเจริญ

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลก ในประเทศไทยปัจจุบันพบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เกิดขึ้นทุกปีเฉลี่ย 130000 ราย/ปี สาเหตุการเสียชีวิตของโรคมะเร็งพบว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่ จะเป็นอันดับ 3 ในเพศชาย และเป็นอันดับ 5 ในเพศหญิงและในประเทศไทย ปัจจุบันการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคและการวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ทำโดยวิธีส่องกล้อง Colonoscopy และการผ่าตัดยังคงเป็นการรักษาหลักร่วมกับการให้เคมีบำบัดการพยากรณ์โรค จะค่อนข้างดีถ้ารู้เร็ว และสามารถรักษาได้ทันช่วงที่โดยมีเป้าหมายการบริการผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลแบบองค์รวมทุกระยะการผ่าตัดส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันในสังคมได้ตามปกติ

วัตถุประสงค์ : แบบ 2 รายเพื่อศึกษาแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ การวินิจฉัย และรักษาอย่างถูกต้องรวดเร็วจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตสูงขึ้น: แบบ 2 ราย

วิธีดำเนินงาน : เป็นศึกษาเชิงพรรณนากรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้และต่อลำไส้ใหญ่ส่วนปลายแบบ 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอำนาจเจริญโดยศึกษาประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การซักประวัติผู้ป่วยและญาติ การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ การวางแผนการพยาบาล ตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนและโอเรม จากพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษาพยาบาล การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้และต่อลำไส้ใหญ่ส่วนปลายแบบปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลรวมถึงการวางแผนจำหน่าย

ผลการศึกษา : กรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทย อายุ 53 ปี สถานะเป็นหม้าย อาชีพทำนา ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง 1 ปี ก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการถ่ายอุจจาระเหลว สลับกับเป็นก้อน เล็กๆ บางครั้งมีเลือดปน วันละ 4-5 ครั้ง มีอาการท้องอืด แน่นท้องกินได้น้อยเบื่ออาหาร น้ำหนักลด ปวดทวารหนักมีอาการเหนื่อยขณะทำงานจึงไปตรวจที่คลินิกแพทย์เฉพาะทางแพทย์สงฆ์มะเร็งลำไส้จึงส่งตัวมาโรงพยาบาล admit (นอนโรงพยาบาล) เพื่อ CT scan ผลพบเป็นเนื้อร้ายที่ลำไส้ตรงขนาด 2.7x 5.7 ซม. แพทย์ทำการผ่าตัดมะเร็งลำไส้และต่อลำไส้ใหญ่ส่วนปลายแบบ Low Anterior Resection เพื่อรักษา ใช้เวลาในการผ่าตัดทั้งหมด 2 ชม. 20 นาที เสียเลือดขณะผ่าตัด 150 ม.ล. หลังผ่าตัดผู้ป่วยกลับไปหอผู้ป่วยหนักเพื่อดูอาการ 24 ชม. จึงย้ายกลับหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลแบบองค์รวมทุกระยะการผ่าตัดส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนนอนโรงพยาบาลทั้งหมด 13 วันหลังกลับบ้านนัดผู้ป่วย 2 สัปดาห์เพื่อมารับการพยาบาลเพื่อรักษาอย่างต่อเนื่อง ฟังผลชิ้นเนื้อ และวางแผนการให้เคมีบำบัดต่อไป

กรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทย อายุ 51 ปี สถานะสมรส อาชีพทำนาได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง 6 เดือนก่อน มีอาการถ่ายอุจจาระมีเลือดปน ไม่มีท้องอืดแน่นท้องกินได้ปกติ ไม่มีน้ำหนักลด ปวดทวารหนัก ไม่มีแพ้ยาและสารเคมี จากการซักประวัติและตรวจร่างกาย ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยรายนี้มีปัจจัยเสี่ยงและมีอาการแสดงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทำ biopsy ผล patho เป็น Adrenocarcinoma ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ตรงแพทย์จึงนัดให้ผู้ป่วยไปรับยาเคมีบำบัด 4 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดครบ แพทย์จึงนัด admit (นอนโรงพยาบาล) แพทย์ทำการผ่าตัดมะเร็งลำไส้และต่อลำไส้ใหญ่ส่วนปลายแบบ Low Anterior Resection เพื่อรักษา ใช้เวลาในการผ่าตัดทั้งหมด 2 ชม. 15 นาที เสียเลือดขณะผ่าตัด 300 ม.ล. หลังผ่าตัดผู้ป่วยกลับไปหอผู้ป่วยหนักเพื่อดูอาการ 24 ชม. จึง

ย้ายกลับหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลแบบองค์รวมทุกระยะการผ่าตัดส่งผลให้ ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน รวมนอนโรงพยาบาลทั้งหมด 10 วัน หลังกลับบ้านนัดผู้ป่วย 2 สัปดาห์เพื่อมารับการพยาบาลเพื่อรักษาอย่างต่อเนื่อง ฟังผลขึ้นเนื้อ และวางแผนการให้เคมีบำบัดต่อไป

สรุป : กรณีศึกษาผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้และต่อลำไส้ใหญ่ส่วนปลายแบบทั้ง 2 ราย มีความแตกต่างกันด้วยแผนการรักษา และอาการสำคัญ การให้การพยาบาลผ่าตัดมะเร็งลำไส้และต่อลำไส้ใหญ่ส่วนปลายแบบ Low Anterior Resection เหมือนกันและให้การพยาบาลผู้ป่วยการบริการผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลแบบองค์รวมทุกระยะการผ่าตัดส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันในสังคมได้ตามปกติอย่างต่อเนื่องทั้ง 2 ราย ส่งผลให้ผู้ป่วยคลายความกังวล มีความอดทนจนอาการดีขึ้นเป็นลำดับและสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

คำสำคัญ : มะเร็งลำไส้ใหญ่,การผ่าตัด,การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด

บทนำ

ปัจจุบันโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประชากรโลก และโรคมะเร็งลำไส้ (Colorectal cancer) จัดเป็นมะเร็งที่พบเป็นลำดับที่ 4 ในสหรัฐอเมริกา และในปี 2016 พบผู้ป่วยใหม่ ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ 95,270 ราย/ปี และลำไส้ตรง 39,220 ราย/ปี และในปีเดียวกันพบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตถึง 49,190 ราย นอกจากนี้ยังถูกจัดเป็นมะเร็งที่พบบ่อยลำดับที่ 3 ทั้งในชายและหญิง ในประเทศตะวันตก ในประเทศไทยนั้นโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งเช่นกัน โดยมีมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีเป็นสาเหตุหลักรองลงมาคือมะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงและมะเร็งปากมดลูกตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าประเทศไทยโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ จำนวนใกล้เคียงกับโรคหัวใจและอุบัติเหตุ จากสถิติทะเบียนมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ.2559 พบผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรายใหม่เป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับ 2 ในเพศชาย รองจากมะเร็งตับและอันดับที่ 3 ในเพศหญิงรองจากมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2561) จากสถิติของโรงพยาบาลอานาจเจริญระหว่างปี พ.ศ.2560 -2562 พบผู้ป่วยที่มีมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ร้อยละ 19.1, 32.3 และ 35.6 ตามลำดับ ปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้มีความก้าวหน้าและมีหลายวิธีด้วยกัน เช่น การผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด การจะเลือกใช้วิธีใดขึ้นอยู่กับระยะการเป็นโรค การกระจายของโรคและสภาพของผู้ป่วย ซึ่งอาจใช้วิธีใดวิธีหนึ่งหรือหลายวิธีรวมกัน ปัญหาหลังการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ตรง(rectum) ผ่านทางแผลหน้าท้องร่วมกับการตัดทวารหนักผ่านทาง perimeum มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน แผลผ่าตัดติด เชื้อ การติดเชื้อมากในช่องท้อง การเกิดเลือดออกภายในช่องท้องและการอุดตันของลำไส้ อาการท้องเสีย การขับถ่าย อุจจาระไม่เป็นเวลา การรบกวนต่อระบบขับถ่ายปัสสาวะ การสูญเสียความรู้สึกทางเพศ ภาวะทุพโภชนาการ เป็นต้น การผ่าตัดใหญ่เป็นปัญหาวิกฤติสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อชีวิต หลังผ่าตัดย่อมมีผลกระทบต่อแบบแผนของชีวิต เนื่องจากการผ่าตัดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะของผู้ป่วย พยาบาลที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องมีความรู้ ความชำนาญในการพยาบาลเฉพาะทาง เพื่อที่จะนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติการดูแลตนเอง และส่งเสริมกำลังใจกับผู้ป่วย ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนและการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (บุศรา ชัยทัศน์, 2559) รวมถึงการวางแผนจำหน่ายร่วมกับพยาบาลเฉพาะทางและติดตามผู้ป่วยกระทั่งกลับมาพบแพทย์ในช่วงระหว่าง 2 - 4 สัปดาห์ ภายหลังจากกลับบ้าน (Vonk-Klaassen, Vocht, Ouden, Eddes, & Schuurmans., 2016)

ในการศึกษากรณีศึกษาครั้งนี้ จะนำเสนอการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และต่อลำไส้ใหญ่ส่วนปลายที่ผ่าตัดเปิดทางหน้าท้อง ที่เข้ารับการรักษาในงานผู้ป่วยผ่าตัดโรงพยาบาลอานาจเจริญ และ การผ่าตัด LAR เป็นการผ่าตัดใหญ่ซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อนใช้เวลานานในการผ่าตัดและต้องใช้ทีมที่มีความชำนาญเฉพาะด้านในการทำผ่าตัดโดยมีเป้าหมายการบริการผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลแบบองค์รวมทุกระยะการผ่าตัดส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันในสังคมได้ตามปกติ

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้ทำกรณีศึกษา การให้การพยาบาลผ่าตัดมะเร็งลำไส้และต่อลำไส้ใหญ่ส่วนปลายแบบ Low Anterior Resection ทั้ง 2 ราย ดังนี้

กรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทย อายุ 53 ปี สถานะเป็นหม้าย อาชีพทำนา ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง 1ปี ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการถ่ายอุจจาระเหลว สลับกับเป็นก้อนเล็กๆบางครั้งมีเลือดปน วันละ 4-5 ครั้ง มีอาการท้องอืด แน่นท้องกินได้น้อย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ปวดทวารหนักมีอาการเหนื่อยขณะ

ทำงาน จึงไปตรวจที่คลินิกแพทย์เฉพาะทางแพทย์สงฆ์มะเร็งลำไส้จึงส่งตัวมาโรงพยาบาล admit (นอนโรงพยาบาล) เพื่อ CT scan ผลพบเป็นเนื้อร้ายที่ลำไส้ตรงขนาด 2.7x 5.7 ซม. เพื่อ CT scan ผลพบเป็นเนื้อร้ายที่ลำไส้ตรงขนาด 2.7x 5.7 ซม. แพทย์ทำการผ่าตัดเพื่อรักษา ก่อนผ่าตัดCBC ปกติ Electrolyteปกติ ,ผล EKG = Normal, Chest x-ray= Normal ทำผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และต่อลำไส้ใหญ่ส่วนปลายแบบ Low Anterior Resection ใช้เวลาในการผ่าตัดทั้งหมด 2 ชม. 20 นาที เสียเลือดขณะผ่าตัด 150 ม.ล. หลังผ่าตัดผู้ป่วยกลับไปหอผู้ป่วยหนักเพื่อดูอาการ 24 ชม. จึงย้ายกลับหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หลังผ่าตัด pain score 10คะแนนได้รับยาแก้ปวด MO 4 mg vein prn q 4 hr., Hctหลังผ่าตัดได้38%on NG- tubeให้ BlenderizedDietDay 1Hct 28% ได้ให้เลือด1Unit หลังให้เลือดHctเพิ่ม 32%Day6 off NG-tube off foley cathจิบน้ำได้ Day 7 Soft dietDay 8 รับประทานอาหารธรรมดา ตัดไหม Day 10 D/C ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลแบบองค์รวมทุกระยะการผ่าตัดส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน รวมนอนโรงพยาบาลทั้งหมด 15 วัน หลังกลับบ้านนัดผู้ป่วย 2 สัปดาห์เพื่อมารับการพยาบาลเพื่อรักษาอย่างต่อเนื่อง ฟังผลขึ้นเนื้อ และวางแผนการให้เคมีบำบัดต่อไป

กรณีศึกษาครั้งที่ 2 ชายไทย อายุ 51 ปี สถานะสมรส อาชีพทำนา ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง 6 เดือนก่อน มีอาการถ่ายอุจจาระมีเลือดปน ไม่มีท้องอืดแน่นท้องกินได้ปกติ ไม่มีน้ำหนักลด ปวดทวารหนัก ไม่มีแพ้ยาและสารเคมี จากการซักประวัติและตรวจร่างกาย ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยรายนี้มีปัจจัยเสี่ยงและมีอาการแสดงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้รับการส่งกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทำ biopsy ผล patho เป็น Adrenocarcinomaได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ตรง แพทย์จึงนัดให้ผู้ป่วยไปรับยาเคมีบำบัด 4 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดครบ แพทย์จึงนัด admit (นอนโรงพยาบาล) เพื่อทำการผ่าตัดก่อนผ่าตัดCBC ปกติ Electrolyteปกติ,ผล EKG = Normal, Chest x-ray= Normal ทำผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และต่อลำไส้ใหญ่ส่วนปลายแบบ Low Anterior Resection ใช้เวลาในการผ่าตัดทั้งหมด 2 ชม. 15 นาที เสียเลือดขณะผ่าตัด 300 ม.ล. หลังผ่าตัดผู้ป่วยกลับไปหอผู้ป่วยหนักเพื่อดูอาการ 24 ชม. จึงย้ายกลับหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หลังผ่าตัด pain score 10คะแนนได้รับยาแก้ปวด MO 4 mg vein prn q 4 hr., Hctหลังผ่าตัดได้38%on NG- tube ให้ BlenderizedDietDay4 off NG-tube off foley cathจิบน้ำได้ Day 5Soft dietDay 6รับประทานอาหารธรรมดา Day7 ตัดไหม Day 9 D/Cผู้ป่วยได้รับการพยาบาลแบบองค์รวมทุกระยะการผ่าตัดส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน รวมนอนโรงพยาบาลทั้งหมด 10 วัน หลังกลับบ้านนัดผู้ป่วย 2 สัปดาห์เพื่อมารับการพยาบาลเพื่อรักษาอย่างต่อเนื่อง ฟังผลขึ้นเนื้อ และวางแผนการให้เคมีบำบัดต่อไป

ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้และต่อลำไส้ใหญ่ส่วนปลายแบบ Low Anterior Resection จำนวน 2 ราย โดยวิเคราะห์และเปรียบเทียบการวางแผนการพยาบาล ตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพของ Gordon ดังนี้

ตาราง 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย (กรณีศึกษา)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ	53	51
อาชีพ	ทำนา	ทำนา
สถานภาพ	หม้าย	สมรส
ภูมิลำเนา	จังหวัดอำนาจเจริญ	จังหวัดอำนาจเจริญ

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	1ปี ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการถ่ายอุจจาระเหลว สลับกับเป็นก้อนเล็กๆ บางครั้งมีเลือดปน วันละ 4-5 ครั้ง มีอาการท้องอืด แน่นท้องกินได้น้อย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ปวดทวารหนักมีอาการเหนื่อยขณะทำงาน	6 เดือนก่อน มีอาการถ่ายอุจจาระมีเลือดปน ไม่มีท้องอืดแน่นท้องกินได้ปกติ ไม่มีน้ำหนักลด ปวดทวารหนัก ไม่มีแพ้ยาและสารเคมี จากการซักประวัติและตรวจร่างกาย ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยรายนี้มีปัจจัยเสี่ยงและมีอาการแสดงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ และทำ biopsy ผล patho เป็น Adrenocacinomaได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ตรง แพทย์จึงนัดให้ผู้ป่วยไปรับยาเคมีบำบัด 4 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดครบ แพทย์จึงนัด admit (นอนโรงพยาบาล) แพทย์ทำการผ่าตัด
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	5 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการถ่ายอุจจาระเหลว สลับกับเป็นก้อนเล็กๆ บางครั้งมีเลือดปน วันละ 4-5 ครั้ง ไม่มีท้องอืด แน่นท้องกินได้ปกติ ไม่มีน้ำหนักลด	4 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดครบ ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด เพื่อรับยารักษาต่อเนื่องแพทย์จึงนัด admit (นอนโรงพยาบาล) แพทย์ทำการผ่าตัด
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต/ในครอบครัว	ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต บิดา เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งลำไส้	ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต บิดา มารดา พี่น้องไม่พบการป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคติดต่อใดๆ
การวินิจฉัย	CA Upper Rectum	CA Middle Rectum
ประวัติการแพ้ยา	ปฏิเสธการแพ้ยา	ปฏิเสธการแพ้ยา
ประวัติการผ่าตัด	ผ่าตัดไส้ติ่งเมื่อ ปี 2558	ปฏิเสธการผ่าตัด
อาการแรกเริ่ม	รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพแรกเริ่ม ความดันโลหิต 140/80 มม. ซีพจร 70 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส น้ำหนัก 55ก.ก. ส่วนสูง 170 ซม. BMI 19.03	รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพแรกเริ่ม ความดันโลหิต 140/80 มม. ซีพจร 70 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส น้ำหนัก 64ก.ก. ส่วนสูง 168 ซม. BMI 22.68
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	HCT 36.3% BUN 13 mg/dl Cr 0.95 mg/dl, eGFR 910, Albumin Urine Negative, Sodium 142 mmol/L,	HCT 38.9% BUN 10 mg/dl Cr 1.02 mg/dl, eGFR 84.7, Albumin Urine Negative, Sodium 136

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
	Potassium 4.0 mmol/L ,Chloride 103 mmol/L	mmol/L, Potassium 3.5 mmol/L ,Chloride 103 mmol/L

จากการเปรียบเทียบข้อมูลกรณีศึกษา 2 ราย จากทั้งประวัติเจ็บป่วยในอดีต ปัจจุบัน และอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลจะเห็นว่ากรณีศึกษารายที่ 1 มาด้วยมีอาการถ่ายอุจจาระเหลว สลับกับเป็นก้อนเล็กๆ บางครั้งมีเลือดปน วันละ 4-5 ครั้ง มีท้องอืด แน่นท้องกินได้น้อย เบื่ออาหาร มีน้ำหนักลดมีอาการเหนื่อยขณะทำงานจึงไปตรวจที่คลินิกแพทย์เฉพาะทางแพทย์สงฆ์มะเร็งลำไส้จึงส่งตัวมาโรงพยาบาล admit ส่วนรายที่ 2 ที่นำมาโรงพยาบาลคือมาตรวจตามนัดเพื่อรักษาต่อเนื่องหลังได้รับการรักษาด้วยการให้เคมีบำบัดก่อนจึงนัดมาเพื่อรับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยรายที่ 1 ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคร้ายใดๆเลยต่างจากรายที่ 2 มีประวัติครอบครัวป่วยด้วยมะเร็ง คือบิดาเสียชีวิตด้วยมะเร็งลำไส้อาการแรกพบพบว่ารายที่ 1 มีอาการถ่ายอุจจาระเหลวสลับกับเป็นก้อนเล็กๆวันละ 4-5 ครั้ง ท้องอืด น้ำหนักลดเหนื่อยหอบ ส่วนรายที่ 2 ปกติแต่มีถ่ายอุจจาระปนเลือดจึงไปพบแพทย์ โดยรายที่ 1 แพทย์ให้นอนรักษาในโรงพยาบาลเพื่อทำการผ่าตัดเลย ส่วนรายที่ 2 แพทย์ได้ทำการตรวจและตัดชิ้นเนื้อบางส่วนส่งตรวจก่อนหลังฟังผลชิ้นเนื้อแพทย์ได้นัดให้ผู้ป่วยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัดก่อนจึงนัดให้นอนรักษาในโรงพยาบาลเพื่อทำการผ่าตัด จึงมีการเปรียบเทียบแผนการดูแลสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน กับกรณีศึกษา 2 ราย

แบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
1. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลตนเอง	สุขภาพแข็งแรง ช่วยเหลือตัวเองได้ แต่ดื่มของมีแอลกอฮอล์เป็นประจำ ไม่สูบบุหรี่	สุขภาพแข็งแรง ช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่
2. โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	รับประทานอาหารที่บ้าน อาหารค่อนข้างเค็ม ไม่ได้ควบคุมการปรุงเนื่องจากเป็นคนชอบอาหารรสจัด	รับประทานอาหารที่บ้านชอบอาหาร หวาน มัน เค็ม
3. การขับถ่ายของเสีย	ขับถ่ายอุจจาระทุกวัน ปัสสาวะวันละ 5-6 ครั้งต่อวัน	ขับถ่ายอุจจาระทุกวัน ปัสสาวะวันละ 5-6 ครั้งต่อวัน
4. การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม	ไม่ค่อยออกกำลังกายเนื่องจากเหนื่อยอ่อนเพลีย วิงเวียน หน้ำมืด บ่อยๆขณะทำกิจกรรมต่างๆ	การใช้เวลาว่างทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ปลูกต้นไม้ ทำสวน งานบ้าน พุดคุยกับเพื่อนบ้าน
5. การพักผ่อนนอนหลับ	นอนหลับวันละ 6-8 ชม.แต่นอนหลับยากเป็นบางวัน	นอนหลับวันละ 8 ชั่วโมงไม่มีปัญหาในการนอน
6. การรับรู้และสติปัญญา	รู้ตัวรู้เรื่องดี อ่านออก เขียนได้ การศึกษาจบ ป.6	รู้ตัวรู้เรื่องดี อ่านออก เขียนได้ การศึกษาจบ ป.6
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	รับรู้ภาวะการเจ็บป่วยของตนเองว่า เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และคาดหวังว่ามีโอกาสรักษาหาย เพราะแพทย์แจ้งว่าการผ่าตัดจะตัดก้อนเนื้อร้ายออกและ	รับรู้ภาวะการเจ็บป่วยแต่มีความท้อแท้ กังวลกับการเจ็บป่วยและมีภาวะแทรกซ้อนในการเจ็บป่วยครั้งนี้กลัวจะมีอาการแทรกซ้อน

แบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
	รับการรักษาเคมีบำบัดก็จะมีชีวิตยาวขึ้นไปอีก	
8. บทบาทและความสัมพันธ์ภาพในครอบครัว	เป็นหม้าย ปัจจุบันอยู่คนเดียว แต่บ้านใกล้น้องสาว น้องเขยและหลาน คนในครอบครัวรักใคร่กันดี	ปัจจุบันอยู่กับภรรยา บุตรชายและสะใภ้และหลานคนในครอบครัวรักใคร่กันดี
9. เพศและการเจริญพันธุ์	ผู้ป่วยแสดงออกถึงเพศชายอย่างเหมาะสม	ผู้ป่วยแสดงออกถึงเพศชายอย่างเหมาะสม แต่งงาน มีบุตรปกติ
10. การเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด	เมื่อมีปัญหาจะปรึกษาเพื่อนบ้านและน้องสาวและจะพยายามพึ่งตนเองไม่ทำตัวเป็นภาระต่อผู้อื่น	มีความเครียดเรื่องหลานนานๆ ครั้ง แต่ไม่นานจะพูดคุยกับเพื่อนๆ เพื่อให้หายเครียด
11. คุณค่าและความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญและเชื่อเรื่องบาปบุญ	นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญตามเทศกาลและโอกาส

จากการนำมาใช้การประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของ GORDON สามารถกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและนำสู่การวางแผนปฏิบัติการพยาบาลครอบคลุมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยทั้ง 2 รายใน 3 ระยะของการศรัทธาประกอบด้วย 1. แรกรับและก่อนผ่าตัด 2. ระยะผ่าตัดโดยใช้ WHO surgical safety checklist 3. หลังผ่าตัดดูแลต่อเนื่องดูแลต่อเนื่องและวันจำหน่ายดังตาราง

ตาราง 3 เปรียบเทียบและการวิเคราะห์ จากการศึกษาผู้ป่วย 2 ราย

ระยะการพยาบาล	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
แรกรับและก่อนผ่าตัด	ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับการผ่าตัดเนื่องจากไม่เคยเจ็บป่วยรุนแรง กลัวการผ่าตัดใหญ่	ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับการผ่าตัดเนื่องจากไม่เคยเจ็บป่วยรุนแรง กลัวการผ่าตัดใหญ่
การพยาบาลระยะผ่าตัด	<ol style="list-style-type: none"> 1.ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดหัตถการ 2.ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการงัดหรือเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากความไม่พร้อมด้านร่างกายและจิตใจ 3.ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำ 4.ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอันตรายจากการสูญเสียเลือดที่สามารถป้องกันได้ในระยะผ่าตัด 5.ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการตกค้างของอุปกรณ์ เครื่องมือในช่องท้องหลังการผ่าตัด 6.ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อในร่างกาย 	<ol style="list-style-type: none"> 1.ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดหัตถการ 2.ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการงัดหรือเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากความไม่พร้อมด้านร่างกายและจิตใจ 3.ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำ 4.ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอันตรายจากการสูญเสียเลือดที่สามารถป้องกันได้ในระยะผ่าตัด 5.ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการตกค้างของอุปกรณ์ เครื่องมือในช่องท้องหลังการผ่าตัด 6.ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อใน

ระยะการพยาบาล	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	และการติดเชื้อของแผลขณะผ่าตัด 7.ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะอุณหภูมิลดลง ร่างกายต่ำ 8.ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุจากการเคลื่อนย้าย	ร่างกายและการติดเชื้อของแผล ขณะผ่าตัด 7.ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะอุณหภูมิลดลง ร่างกายต่ำ 8.ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุจากการเคลื่อนย้าย
การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด	1.ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะการหายใจล้มเหลวจากการขาดออกซิเจน เนื่องจากการหายใจที่ไม่มีประสิทธิภาพ 2.ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดและการตั้งรับของท่อระบายและสายสวนปัสสาวะ 3.ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะเสียสมดุลของน้ำอิเล็กโทรลัยท์และกรดต่าง 4.โลหิตจางเนื่องจากเสียเลือดจากแผลผ่าตัด 5.ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อในร่างกายและที่แผลผ่าตัด 6.ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด	1.ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะการหายใจล้มเหลวจากการขาดออกซิเจนเนื่องจากการหายใจที่ไม่มีประสิทธิภาพ 2.ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดและการตั้งรับของท่อระบายและสายสวนปัสสาวะ 3.ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะเสียสมดุลของน้ำอิเล็กโทรลัยท์และกรดต่าง 4.ไม่มี 5.ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อในร่างกายและที่แผลผ่าตัด 6.ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

จากตารางบนจะเห็นว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีส่วนที่เหมือนกันและต่างกัน คือ

1. เป็นผู้สูงอายุทั้ง 2 ราย
2. มีพยาธิสภาพมะเร็งลำไส้ใหญ่ทั้ง 2 ราย รายที่ 1 มีอาการถ่ายอุจจาระเหลว 4-5 ครั้งต่อวันและปนเลือดบางครั้ง เหนื่อย ท้องอืด ปวดทวารหนัก รายที่ 2 เกิดจากถ่ายอุจจาระปนเลือดจึงมาพบแพทย์ได้ทำการตัดชิ้นเนื้อบางส่วนส่งตรวจแล้วพบว่าเป็นมะเร็งลำไส้
3. ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และต่อลำไส้ใหญ่ส่วนปลายแบบ Low Anterior Resection ทั้ง 2 ราย
4. การวินิจฉัยการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ค่อนข้างเหมือนกัน ส่วนที่เหลือก็จะพบว่าไม่ต่างกันมากเท่าใดนัก ส่วนที่ต่างกันมากจะเน้นในเรื่อง
 1. การวินิจฉัยการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ค่อนข้างเหมือนกัน ต่างกันคือผู้ป่วยรายแรกมีอาการถ่ายอุจจาระปนเลือดและถ่ายอุจจาระวันละ 4-5 ครั้งต่อวัน ท้องอืด ปวดทวารหนัก เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง ไม่มีไข้และสารเคมี ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัว จากการซักประวัติและตรวจร่างกาย ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยรายนี้มีปัจจัยเสี่ยงและมีอาการแสดงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ผล CT พบ Colomic-obstruction แพทย์แนะนำรักษา

ด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยตัดสินใจยอมรับการรักษา ผู้ป่วยรายที่ 2 มาด้วยอาการ อุจจาระปนเลือด ปวดทวารหนัก ไม่มีไข้และสารเคมี จากการซักประวัติและตรวจร่างกาย ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยรายนี้มีปัจจัยเสี่ยงและมีอาการแสดงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทำ biopsy ผล patho เป็น Adrenocarcinoma ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ตรงแพทย์ให้การรักษาด้วยเคมีบำบัดครบก่อนจึงนัดมาผ่าตัด

2. การเสียเลือดระหว่างผ่าตัด ระยะเวลาของการผ่าตัด ซึ่งขึ้นอยู่กับศัลยแพทย์ ความยากง่ายในการผ่าตัดและผู้ป่วยด้วย

3. การวินิจฉัยทางการพยาบาลห้องผ่าตัด ค่อนข้างจะเหมือนกัน เพราะการให้การพยาบาลทางห้องผ่าตัดในระยะก่อนผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัดจะเป็นการให้ความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งพยาบาลห้องผ่าตัดมีเวลาในระยะนี้ค่อนข้างจำกัด ส่วนการพยาบาลขณะอยู่ในห้องผ่าตัด พยาบาลผ่าตัดต้องมีความพร้อมทั้งทางด้านความรู้ ความเชี่ยวชาญ ในการส่งเครื่องมือผ่าตัด จึงจะทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการผ่าตัด

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคเดียวกัน วยเดียวกัน ได้รับการผ่าตัดคล้ายกันก็มีความแตกต่างบ้างขึ้นอยู่กับ การรักษาของแพทย์เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และต่อลำไส้ใหญ่ส่วนปลายแบบ Low Anterior Resection ต้องได้รับการรักษาจากแพทย์ที่มีความชำนาญโดยเฉพาะและทีมผ่าตัดที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ อีกทั้งขึ้นอยู่กับผู้ป่วย เกี่ยวกับโรคเดิมที่มี การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด จึงจะมีผลทำให้ผู้ป่วยหายได้เร็วขึ้น

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

วิจารณ์

สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการศึกษาผู้ป่วยผ่าตัดกรณีศึกษาครั้งนี้ มีความยุ่งยากซับซ้อน ทั้งในการพยาบาลก่อนผ่าตัด ขณะและหลังผ่าตัด รวมทั้งการพยาบาลต่อเนื่องดังนี้

1. กรณีศึกษาที่ผู้ป่วย 2 รายนี้ รายที่ 1 ได้ตรวจพบว่าเป็นมะเร็งลำไส้ตรง มีปัญหาการอุดตันของลำไส้ใหญ่ ทำให้มีอาการปวดแน่นท้อง มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนเมื่อรับประทานอาหาร ร่างกายอ่อนเพลีย รายที่ 2 มีอาการถ่ายอุจจาระปนเลือดไม่มีอาการท้องอืด รับประทานอาหารได้ปกติ

2. ผู้ป่วยรายที่ 1 น้ำหนักตัวน้อย 55 กิโลกรัม ต้องได้รับการผ่าตัด มะเร็งลำไส้ตรงเป็นการผ่าตัดซับซ้อนใช้เวลาจนถึง 3 ชั่วโมง ขณะผ่าตัดมีโอกาสเกิดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น สูญเสียเลือดจำนวนมากขณะผ่าตัด หรืออาจเกิดการบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง เช่น ระบบทางเดินปัสสาวะ ต้องใช้พยาบาลห้องผ่าตัดที่มีความรู้ ประสบการณ์การช่วยผ่าตัดที่มีความชำนาญเฉพาะทางด้านการส่งเครื่องมืออุปกรณ์ หรือเครื่องมือพิเศษอื่นๆ ช่วยให้การผ่าตัดดำเนินไปได้ด้วยความราบรื่น

3. หลังผ่าตัดต้องดูแลอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อที่หอผู้ป่วย ซึ่งจำเป็นต้องดูแลแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยให้ครอบคลุม ถึงระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลแผลผ่าตัด ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพ ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลวิสัญญี พยาบาลหอผู้ป่วย เภสัชกร นักโภชนาการจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับบ้าน ตลอดจนระบบติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านและนัดติดตามผลการรักษา จะทำให้ผลการรักษาได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ด้านบริหาร การให้ความสำคัญกับทีมงานผ่าตัด ให้คำปรึกษา เอาใจใส่ดูแลช่วยเหลือในทุกๆด้าน โดยเฉพาะในด้านการส่งเสริมให้มีเครื่องมืออุปกรณ์หรือเครื่องมือพิเศษที่ดี มีความพร้อมใช้งานเพื่อช่วยในการผ่าตัดที่ยุ่งยากซับซ้อนประสบความสำเร็จ มีประสิทธิภาพในการทำผ่าตัด และเป็นการผ่าตัดที่ช่วยให้ผู้ป่วย

สามารถฟื้นตัวดีขึ้น มีการพัฒนาเครือข่ายการดูแลและป้องกันเชิงรุก จากการศึกษาพบว่าสาเหตุของการเกิดโรคส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมกรรมการบริโภค จึงควรส่งเสริมงานเชิงรุก เพื่อเน้นในส่วนของการป้องกัน โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน เพื่อลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรค การสื่อสารข้อมูล การคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงเข้ารับการรักษาโดยเร็ว จะช่วยให้มีโอกาสรักษาหาย ใช้เวลารักษาน้อยลง รวมทั้งลดต้นทุนในการรักษาลง การพัฒนาระบบประสานงานหน่วยงาน ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง เพื่อร่วมดูแลผู้ป่วยตลอดจนเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย การจัดสรรและการเบิกอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ที่ต้องได้กลับไปใช้ที่บ้านด้วย การเตรียมข้อมูลเพื่อส่งต่อให้หน่วยงานปฐมภูมิออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน อย่างน้อยจนผู้ป่วยเข้าใจและมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง การสนับสนุน ส่งเสริมบทบาท case manager nurse ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงที่เข้ารับการ ผ่าตัด ให้ดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องพร้อมสร้างระบบการให้คำปรึกษา การรายงาน case และการส่งต่อข้อมูลจัดศูนย์ข้อมูลให้ความรู้หรือให้คำแนะนำผู้ป่วย กรณีมีข้อสงสัย ติดต่อสอบถาม(สายด่วน Hotline) โรงพยาบาลควรจัดตั้งหน่วยงานการให้ยาเคมีบำบัดครอบคลุมยิ่งขึ้น เพื่อผู้ป่วยสะดวกในการรักษาต่อเนื่อง

ด้านบริการ พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีการพัฒนาตนเองหมั่นศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอให้ความรู้ เพื่อนำมาปฏิบัติกรพยาบาลได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย พร้อมทั้งทันต่อวิทยาการทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าทันสมัย ทีมการดูแลผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ร่วมพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ ที่เข้ารับการผ่าตัดในทุกกระยะการผ่าตัด เพื่อให้บริการที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

ด้านวิชาการ พยาบาลห้องผ่าตัดควรมีความรู้ ความสามารถในการให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมครบทุกด้าน ตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังการผ่าตัด โดยการใช้ทฤษฎีทางการพยาบาล ประเมินและวางแผนการดูแล เพื่อให้การผ่าตัดประสบความสำเร็จและผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และจัดทำแบบประเมินการวางแผนจำหน่าย

บทสรุป

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ตำแหน่งที่พบบ่อยตามลำดับดังนี้ rectum(50%), (Sigmoid (25%) , caecum(15%) มะเร็งลำไส้ตรง (CA Rectum) สาเหตุของการเกิดส่วนหนึ่ง มาจากพฤติกรรมรับประทาน อาหาร เพื่อลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรค การเข้าถึงบริการ การคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งลำไส้เข้ารับการรักษาโดยเร็ว จะช่วยให้มีโอกาสรักษาหายได้ ใช้ระยะเวลาการรักษาน้อยลง รวมทั้งยังลดต้นทุนในการรักษาลง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยผู้ป่วยในระยะแรกๆ รักษาด้วยการผ่าตัดเอาเนื้องอกออกหรือร่วมกับการให้ยาต้านมะเร็ง การฉายรังสี หลังผ่าตัดมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น การติดเชื้อที่แผล หรือตกเลือดในช่องท้อง และในผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดลำไส้ตรง การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและกระบวนการดูแลในระยะผ่าตัดนั้น พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีความรู้ความเข้าใจ การดำเนินการโรค ใช้ทฤษฎีและกระบวนการทางการพยาบาลมาวางแผนในการดูแลผู้ป่วย ใช้ทักษะและความชำนาญเฉพาะทางในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย การเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆมีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ตลอดจนการติดตามเยี่ยมและการส่งต่อข้อมูลให้ทีมสุขภาพได้ดูแลต่อเนื่องจนผู้ป่วยได้กลับบ้าน สามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ การผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และต่อลำไส้ใหญ่ส่วนปลายแบบ Low Anterior Resectionเป็นการผ่าตัดใหญ่ ที่ซับซ้อน ยุ่งยากและใช้วัสดุอุปกรณ์ในการผ่าตัดมาก ต้องใช้เวลาในการผ่าตัดนาน ศัลยแพทย์ต้องมีความชำนาญ ทีมผ่าตัดต้องมีความพร้อมและชำนาญ หากศัลยแพทย์และทีมผ่าตัดขาดความพร้อมอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับผู้ป่วยและอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือพิการได้ พยาบาลห้องผ่าตัดเป็นอีกบุคคลหนึ่งที่มีความสำคัญที่จะทำให้การผ่าตัดประสบผลสำเร็จ ซึ่งต้องมีความรู้เกี่ยวกับกายวิภาคและสรีรวิทยา โรค พยาธิสภาพและการรักษาพยาบาล ขั้นตอนการผ่าตัด เพื่อนำมาวางแผนให้การ

พยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดที่เหมาะสม ให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยมากที่สุด ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดจึงมีบทบาทสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ต้องมีการพัฒนาตัวเองในด้านการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทุกระยะโดยการไปประชุมวิชาการ ศึกษาดูงานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

เอกสารอ้างอิง

กันยา ออประเสริฐศิริพร พุทธรังสี, บรรณาธิการ. สมรรถนะของพยาบาลผ่าตัด. เอกสารปรับปรุงวิชาการ ประจำปีครั้งที่ 8 ชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย เรื่องการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลห้องผ่าตัด ;28-29 มิถุนายน2546ว ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุม(ไบเทค). กรุงเทพฯ:แอล.ที.เพรส;2546.

กรมการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง. พิมพ์ครั้งที่ 1 .กรุงเทพฯ : บริษัท โฆสิตการพิมพ์ จำกัด :2558. หน้า 31-32, 101-108

กรมการแพทย์ สำนักงานการพยาบาล, มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล ปรับปรุงครั้งที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 3 . นนทบุรี : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ; 2551. หน้า 259-282.

ขวัญฤทัย ช่างใหญ่, ร้อยเอกหญิง. มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก: การพัฒนาระบบการดูแลและบูรณาการความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ (สืบค้น 25 ตุลาคม 2562) ; เข้าถึงได้ที่ <https://www.tci-haijo.org/index.php/policenser/article/view/22279>

ธนิต วัชรพุกก์. Colon and Rectum ในชาญววิทย์ ตันติพิพัฒน์และธนิต วัชรพุกก์ ตำราศัลยศาสตร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.

ธันวา ตันประสิทธิ์ ระบบย่อยอาหาร ใน วิไล ชินธเนส, ธันวา ตันประสิทธิ์, มนต์กานต์ ตันประสิทธิ์. กายวิภาคศาสตร์ของมนุษย์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: หจก. สามลดา; 2549. หน้า 155-180.