

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงอุดตันที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรั่วของลำไส้เล็กส่วน Jejunum เชื่อมกับลำไส้ใหญ่ CA recto sigmoid with colonic obstruction with jejunocolic fistula และได้รับการทำผ่าตัด Loop transverse colostomy with anterior rectal resection with small bowel resection with small bowel anastomosis

ผ่องพรรณ พลหนองหลวง

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หัวหน้าศูนย์ความเป็นเลิศทางการพยาบาลออสตีมีและการดูแล

โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 52 ปี สถานภาพสมรสคู่ ภูมิลำเนา จังหวัดนครราชสีมา มาตรวจโรงพยาบาลจักษุราช 8 กรกฎาคม 2564 ด้วยอาการ 12 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลปวดท้องบิด ไม่ถ่าย อุจจาระเหลว มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน 3 ครั้งแพทย์ส่งตรวจ เอกซเรย์ abdomen พบว่ามี Small bowel obstruction ได้รับการรักษาด้วยการให้ดื่มน้ำทางท่ออาหาร ใส่สายเข้าไปในกระเพาะอาหารผ่านทางรูจมูก (Nasogastric tube) พบมีของเหลว สีขาวขุ่น ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5% D/N/2 80 cc/hr. และ ส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เวลา 23.30 น. สัญญาณชีพแรกที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 118 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตแขนข้างขวา 108/62 มิลลิเมตรปรอท ตรวจร่างกายพบ ท้องแข็งตึง กดเจ็บทั่วท้องมี Hyper bowel sound ส่งตรวจเอกซเรย์ abdomen พบ Left small bowel dilate แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น CA recto sigmoid with colonic obstruction เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 1 วันที่ 9 กรกฎาคม 2564 เวลา 02.30 น. เข้ารับการทำผ่าตัด Loop transvers colostomy หลังผ่าตัดเปิด ทวารเทียม (Colostomy) ที่หน้าท้องด้านขวาวันที่ 1 colostomy มีลักษณะสีชมพูมันวาว ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามคำบอกได้ ได้รับออกซิเจนทางจมูก (Cannula) 3 ลิตรต่อนาทีระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (O2 saturation) = 98 % หลังผ่าตัด วันที่ 5 ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิต 71/48 mmHg แพทย์พิจารณาให้ส่งตรวจ CT whole abdomen with contrast emergency เนื่องจากสงสัยว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะ Septic shock ผลตรวจพบ Tumor invade small bowel obstruction จึงพิจารณา ทำผ่าตัด Anterior rectal resection with small bowel resection with small bowel anastomosis หลังผู้ป่วยไม่สามารถหายใจได้เองจึงต้องใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal intubation tube) with volume's respirator และ ย้ายไปรับการรักษาต่อที่หอผู้ป่วย ICU ศัลยกรรมและย้ายมา

รักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 1 ในวันที่ 7 หลังผ่าตัด จากการดูแล ผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพสามารถระบุ ปัญหาก่อนและหลังผ่าตัด และ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลสามารถ ระบุปัญหาก่อนและหลังผ่าตัด และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้ **ปัญหา ก่อนผ่าตัด** ได้แก่ 1) ไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดท้องจากการอุดตันของลำไส้ใหญ่ 2) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด และขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด **ปัญหา หลังผ่าตัดครั้งที่ 1** ได้แก่ 1) ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด 2) ไม่สุขสบาย จากปวดแน่นท้องเนื่องจากเยื่อช่องท้องอักเสบ **ปัญหา หลังผ่าตัดครั้งที่ 2** ได้แก่ 1) มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในร่างกาย 2) อาจเกิดภาวะพร่อง ออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการหายใจลดลงจากการติดเชื้อใน กระแสเลือด 3) มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำสารอาหาร กลือแร่ ในร่างกาย 4) เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจเนื่องจากการใส่เครื่องช่วย หายใจเป็นเวลานาน 5) อาจเกิดความรู้สึกการมีคุณค่าในตัวเองลดลง เนื่องจากต้องพึ่งผู้อื่น 6) อาจเกิดแผลกดทับ 7) ญาติและผู้ป่วยขาด ความรู้และทักษะการดูแลทวารเทียม แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้รวม ระยะเวลาการดูแลรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 17 วัน ซึ่งผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหาลงสำเร็จและครบทุกปัญหา ก่อนกลับบ้าน

บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หมายถึง เนื้องอกชนิดร้ายแรงที่ลุกลาม และแพร่กระจายได้เกิดขึ้นที่เยื่อเมือกภายในลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เนื้อเยื่อของมะเร็งมีลักษณะทางพยาธิวิทยา เรียกว่า adenocarcinoma ยังมีมะเร็งชนิดอื่นโดยเฉพาะที่ปากทวารหนัก ได้แก่ squamous cell carcinoma และ malignant melanoma) ซึ่งการดำเนินของโรคมักจะกลายมาจากเนื้องอกธรรมดา (polyp) ที่เยื่อเมือกภายในลำไส้ที่ พบได้ 5-10% ใน tubular adenoma, 40% ใน villous adenoma และ 60-70% พบที่ sigmoid colon และ rectum ส่วนมะเร็งลำไส้ใหญ่ อุดตัน หมายถึงมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่อุดตันสนิทหรือเกือบสนิท จนทำให้เกิดอาการรุนแรงซึ่งต้องแก้ไขด้วยการผ่าตัดเท่านั้น

อุบัติการณ์การเกิดโรคในประเทศพบว่ามีประมาณ 3,000-5,000 คนต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในอนาคต โดยพบผู้ป่วยได้ทั้งเพศหญิงและ เพศชายในอัตราส่วนที่เท่า ๆ กันที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป การกระจาย

ไปยังอวัยวะใกล้เคียงของมะเร็งชนิดนี้สามารถไปได้หลายทาง เช่น ต่อมน้ำเหลือง ขั้วลำไส้ ตับ ปอด กระดูก สมอง ช่องท้อง ซึ่งสาเหตุการตายมาจากการที่ลำไส้อุดตันหรือถูกทำลายจากเนื้อมะเร็ง ซึ่งถ้าผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างเหมาะสมและรวดเร็ว ตั้งแต่ป่วยในระยะแรกผู้ป่วยจะมีอัตราการรอดชีวิต (survival) ที่ 5 ปี ถึงร้อยละ 90 แต่ถ้ามะเร็งได้แพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น (Metastasis) แล้วนั้น อัตราการรอดชีวิต (survival) จะเหลือเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น

อาการและอาการแสดง

1. ถ่ายเป็นเลือดซึ่งเป็นผลจากการที่ก้อนมะเร็งแตกเป็นแผลและมีเลือดออกอาจจะมีสีคล้ำดำแดงหรือแดงสดปนหรือไม่ปนอยู่ในเนื้อปัสสาวะก็ได้ เป็นได้ทั้งเลือดมักจะออกครั้งละไม่มากจะมีมูกปนหรือไม่ก็ได้ ผู้ที่เป็นมะเร็งใกล้ปากทวารหนักมักถ่ายเป็นเลือดสีแดง และมีอาการปวดเบ่ง ปวดถ่ายไม่สุขสบายผู้ป่วยที่มีก้อนมะเร็งอยู่ลึกเลยตำแหน่งปากทวารหนักขึ้นไปมากมักถ่ายเป็นเลือดสีคล้ำ ดำแดงบางรายเลือดออกน้อยจนมองไม่เห็นการตรวจทางห้องปฏิบัติการจะพบเลือดในอุจจาระ (fecal occult blood)

2. ถ่ายอุจจาระผิดปกติซึ่งเป็นอาการที่เกิดจากก้อนมะเร็งทำให้ลำไส้ตีบ เช่น ถ่ายอุจจาระเป็นก้อนเล็กกลิ้ง จำนวนอุจจาระที่ถ่ายน้อยลง ความถี่ในการถ่ายอุจจาระลดลงหรือเพิ่มขึ้น หรือถ่ายท้องผูกสลับกับท้องเสีย

3. แน่นท้อง ปวดท้อง ท้องอืด อาการเหล่านี้จะพบได้เมื่อลำไส้ตีบลงมาก และเมื่อตีบตันสนิทอาการจะทุเลาเมื่อได้ถ่ายอุจจาระหรือผายลม ถ้ารุนแรงมากต้องมาพบแพทย์

4. เพลีย ผอมลง เบื่ออาหาร มักจะพบในผู้ป่วยที่มะเร็งกระจายหรือลุกลามมากแล้ว ผู้ป่วยที่เสียเลือดอย่างเรื้อรังจากก้อนมะเร็งทำให้เกิดภาวะโลหิตจางอย่างรุนแรงได้

5. คล้ำได้ก้อนในช่องท้อง ซึ่งก้อนที่ผู้ป่วยคลำได้อาจเป็นก้อนของมะเร็งลำไส้เอง หรือก้อนที่กระจายไปยังอวัยวะอื่นในช่องท้อง

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

1. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ลักษณะอาหารซึ่งมีส่วนประกอบที่แตกต่างกันของไขมัน โปรตีน และธาตุอาหารอื่น ๆ แต่ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาใดที่ชี้ชัดว่าลักษณะอาหารจะส่งผลกระทบต่อการเกิดโรคมะเร็ง แต่อย่างไรก็ดีพบว่าการศึกษาที่ผู้ป่วยมีภาวะลำไส้อักเสบเรื้อรัง เช่น chronic ulcerative colitis และ Crohn's disease เป็นระยะเวลาานานมากกว่า 10 ปี จะพบอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่สูงขึ้นเรื่อย ๆ

2. ปัจจัยด้านพันธุกรรม โดยทั่วไปสามารถจำแนกชนิดของมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้เป็น 3 กลุ่ม ตามปัจจัยการเกิดทางพันธุกรรมได้แก่

2.1 Sporadic colorectal cancer พบได้ประมาณ 60 เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยทั้งหมดผู้ป่วยเหล่านี้เป็นผู้ที่ไม่มีประวัติมะเร็งลำไส้ใหญ่ในครอบครัว

2.2 Familial colorectal cancer พบได้ประมาณ 30 เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยทั้งหมดผู้ป่วยในกลุ่มนี้ได้แก่ ผู้ที่มีประวัติโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในครอบครัว แต่ไม่เด่นชัด และไม่สามารถอธิบายการถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ชัดเจน เชื่อว่ามียีนหลายกลุ่มที่เกี่ยวข้องที่ทำให้โอกาสเหนี่ยวนำให้เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่มากหรือน้อยแตกต่างกันไป

2.3 Hereditary colorectal cancer พบเป็นส่วนน้อย คือประมาณ 10 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยเหล่านี้มีประวัติสมาชิกในครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีแบบแผนการถ่ายทอดความผิดปกติของพันธุกรรมสู่รุ่นลูกหลานอย่างชัดเจน (Mendelian inheritance) กลุ่มอาการมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมที่สำคัญเรียงตามอุบัติการณ์ได้แก่

2.3.1 Hereditary non-polyposis colorectal cancer (HNPCC)

2.3.2 Familial adenomatous polyposis (FAP) และ variant ได้แก่ Gardner syndrome และ Turcot syndrome

2.3.3 Peutz-Jeghers syndrome (PJS)

2.3.4 Muir-Torre syndrome

2.3.5 Juvenile polyposis syndrome (JPS)

แนวทางการรักษา

ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับว่าการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นการรักษาแบบผสมผสาน (multimodality treatment) โดยที่การรักษาหลักได้แก่การผ่าตัด ส่วนการรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัดจะข้อบ่งชี้ในการให้ยาเคมีบำบัดได้แก่ ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งระยะที่ 3 ขึ้นไป และการให้รังสีรักษา สำหรับการให้รังสีรักษา จะมีประโยชน์ในมะเร็งทวารหนัก (rectal cancer) ระดับ T3 ขึ้นไปหรือมี node positive โดยจะได้ประโยชน์เมื่อฉายแสงก่อนการผ่าตัด (preoperative radiation) ดังนั้นข้อมูลจากการทำ CT, MRI หรือ endorectal ultrasound จึงมีประโยชน์ในการให้ผู้ป่วยและแพทย์ผู้ดูแลตัดสินใจเลือกการรักษา โดยมีเป้าหมายให้มีโอกาสกลับเป็นซ้ำ (recurrence) ของโรคมะเร็งน้อยที่สุดและผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิต (survival) สูงที่สุดได้แก่ การผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วน rectosigmoidลงไปจนถึง anus เนื่องจากลำไส้ส่วนนี้อยู่ใกล้กับกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก (anal sphincter) ที่ต้องคำนึงถึงเสมอ การผ่าตัดจึงแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ดังนี้

1. Abdominoperineal resection (APR) ได้แก่ การผ่าตัดลำไส้ใหญ่ส่วนไส้ตรง (rectum) ร่วมกับการตัดหูรูดทวารหนักออกด้วย เช่น ในกรณีที่พบมะเร็งทวารหนักส่วนปลายที่ลุกลามถึงกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก โดยต้องทำการผ่าตัดผ่านทางหน้าท้องร่วมกับการผ่าตัดบริเวณฝีเย็บ (perineum) หลังผ่าตัดผู้ป่วยจะต้องขับถ่ายผ่านทางทวารเทียมที่หน้าท้อง (permanent colostomy) ซึ่งการเปิดรูระบายอุจจาระออกทางหน้าท้อง (Colostomy) แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ

1.1 การเปิดรูระบายอุจจาระออกทางหน้าท้องอย่างเป็นการชั่วคราว (Temporary Colostomy) กระทำในกรณีที่ไม่สามารถเย็บต่อลำไส้ใหญ่เข้าหากันได้ทันทีในการผ่าตัดครั้งแรกเนื่องจากลำไส้บวมมาก มีการอุดตันของลำไส้หรือมีการติดเชื้อภายในช่องท้อง จึงต้องทำการระบายอุจจาระออกมาก่อน รอสักระยะหนึ่ง เมื่อสภาพลำไส้และร่างกายของผู้ป่วยพร้อมดีแล้ว จึงทำการผ่าตัดอีกครั้งหนึ่ง เพื่อต่อลำไส้ใหญ่เข้าหากัน

1.2 การเปิดรูระบายอุจจาระออกทางหน้าท้องอย่างถาวร (Permanent Colostomy) กระทำในกรณีที่การตัดลำไส้ใหญ่ส่วนตรงพร้อมก้อนเนื้อออกอก ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการตัดทำลายกล้ามเนื้อหูรูดของรูทวารหนักได้ เนื่องจากเนื้ออกอยู่ชิดหรือทำลายกล้ามเนื้อหูรูดของรูทวารหนักจนเสียหายไปแล้ว ผู้ป่วยจะต้องได้รับคำอธิบายถึงความจำเป็นดังกล่าว เพื่อเตรียมตัวเตรียมใจรับกับสภาพเช่นนั้นด้วย ในปัจจุบันมีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการดูแลของลำไส้ใหญ่ที่เปิดระบายอุจจาระออกทางหน้าท้องเป็นจำนวนมาก จึงทำให้ผู้ป่วยไม่มีอุปสรรคในการดำเนินชีวิต หรือการเข้าสังคมแต่ประการใด อีกทั้งยังมีทีมบุคลากรเชี่ยวชาญในการดูแลเฉพาะทาง และกลุ่มผู้ที่มีลำไส้ใหญ่เปิดระบายอุจจาระออกทางหน้าท้องรวมตัวกัน เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันด้วย

2. Sphincter saving operation ได้แก่ การผ่าตัดเฉพาะส่วนลำไส้ตรงที่เป็นโรครอก โดยเก็บรักษาหูรูดทวารหนักเอาไว้ หลังผ่าตัดผู้ป่วยสามารถขับถ่ายทางทวารหนักได้ วิธีการผ่าตัดในกลุ่มนี้มีหลายวิธีขึ้นกับตำแหน่งที่ผ่าตัด และตำแหน่งที่ตัดต่อลำไส้ใหญ่ดังนี้

2.1 Anterior resection ได้แก่ การผ่าตัดมะเร็งทวารหนักส่วนบน (upper rectum) และต่อลำไส้ใหญ่เข้าด้วยกัน โดยรอยต่อจะอยู่สูงกว่า anterior peritoneal reflection

2.2 Low anterior resection เป็นการผ่าตัดมะเร็งทวารหนักส่วนบนและส่วนกลาง (upper and mid rectum) ซึ่งวิธีการผ่าตัดคล้ายกับกลุ่มแรก แต่รอยต่อของลำไส้ใหญ่จะอยู่ต่ำกว่าระดับ anterior peritoneal reflection - Coloanal anastomosis ได้แก่ การตัดต่อที่ต่ำมาก จนกระทั่งรอยต่ออยู่ที่ระดับ anal canal เหมาะสำหรับ mid และ low rectal cancer

2.3 Local excision ได้แก่ การตัดเลาะเฉพาะส่วนที่เป็นมะเร็ง โดยทำผ่าตัดผ่านทาง ทวารหนัก แต่ปัจจุบันไม่เป็นที่นิยมเนื่องจากการควบคุมโรคไม่ดีและมีโอกาสเป็นซ้ำสูงมาก วิธีนี้อาจทำในบางกรณี เช่น ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนสูงมาก เช่น โรคหัวใจหรือโรคปอดรุนแรง จนไม่สามารถผ่าตัดใหญ่ได้ เป็นต้น

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 52 ปี สถานภาพสมรสคู่ ภูมิลำเนาจังหวัดนครราชสีมา ส่งตัวมาจากโรงพยาบาลจักราชด้วยอาการ 3 เดือน

ก่อนมาโรงพยาบาลปวดท้อง ถ่ายอุจจาระเหลว รับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนักลด 10 กิโลกรัม มาโรงพยาบาลมารักษาที่ รพ.จักราช แพทย์ได้ทำ CT whole abdomen ผลการวินิจฉัยเป็น CA recto sigmoid แพทย์นัดผ่าตัด 11 กรกฎาคม 2564 โดยวิธีการผ่าตัดส่องกล้อง

วันที่ 8 กรกฎาคม 2564 12 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลปวดท้องบิด ไม่ถ่ายอุจจาระเหลว มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน 3 ครั้ง ไปโรงพยาบาลจักราช แพทย์ส่งเอกซเรย์ abdomen พบว่ามี Small bowel obstruction แพทย์โรงพยาบาลจักราชให้แผนการรักษาให้งดน้ำงดอาหาร ใส่สายเข้าไปในกระเพาะอาหารผ่านทางรูจมูก (Nasogastric tube) พบมีของเหลวสีขาวขุ่น ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5% D/N/2 80 cc/hr. และ ส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลมารักษาที่ รพ.จักราช เวลา 23.30 น. สัญญาณชีพแปรปรวน ที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลมารักษาที่ รพ.จักราช อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 118 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตแขนข้างขวา 108/62 มิลลิเมตรปรอท ตรวจร่างกายพบ ท้องแข็งตึง กดเจ็บทั่วท้อง มี Hyper bowel sound ส่งตรวจเอกซเรย์ abdomen พบ Left small bowel dilate แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น CA recto sigmoid with colonic obstruction แพทย์พิจารณาส่งเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 1 วันที่ 9 กรกฎาคม 2564 ผู้ป่วยมีภาวะช็อค ระดับความเข้มข้นของเลือด (Hct) = 27 % แพทย์พิจารณาให้ PRC 1 unit หลังให้เลือดระดับความเข้มข้นของเลือด (Hct) = 30 % มีของเหลวออกจาก Nasogastric tube (NG tube) สีขาวขุ่น 300 ml. ใส่สายสวนปัสสาวะ (Retrain foley's catheter) มีปัสสาวะ ออก 400 ml. ปรับสารละลายทางหลอดเลือดดำ เป็น Acetar 1,000 ml. rate 100 cc/hr. ให้ Antibiotic เป็น Ceftriaxone 2 gm และ Metronidazole 500 mg เวลา 02.30 น. เข้ารับการรักษาที่ Loop transvers colostomy หลังผ่าตัดเปิดทวารเทียม (Colostomy) ที่หน้าท้องด้านขวาวันที่ 1 colostomy มีลักษณะสีชมพูมันวาว ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามคำบอกได้ ได้รับออกซิเจนทางจมูก (Cannula) 3 ลิตรต่อนาที ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (O2 saturation) = 98 % หลังผ่าตัดวันที่ 2 แพทย์พิจารณาให้เริ่มจิบน้ำได้ Colostomy ไม่มี Bowel function หลังผ่าตัดวันที่ 3 ผู้ป่วยได้รับเป็นอาหารเหลวและแพทย์พิจารณาถอดสาย NG tube, foley's catheter แต่ยังไม่สามารถให้ถอดสายออกซิเจนทางจมูกได้เนื่องจากวัดระดับ O2 saturation ได้ 90 % หลังผ่าตัดวันที่ 4 ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารอ่อน วัดอุณหภูมิได้ 38.5 องศาเซลเซียส ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบค่า Lactate = 7.6 mmol/L แพทย์พิจารณาเปลี่ยนยา Antibiotic เป็น Tazocin 4.5 gm ทุก 6 ชั่วโมงและผล Potassium = 2.89 mmol/L ให้ 0.9% NSS 1,000 cc. + KCL 40 mEq. rate 120 cc./hr. หลังผ่าตัดวันที่ 5 ผู้ป่วยมีความดันโลหิต 80/50 mmHg แพทย์พิจารณาให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น Lactated Ringer's Solution 1,300ml. ความดันโลหิตหลังให้ 15 นาที = 71/48 mmHg ข้างขวา แพทย์พิจารณาให้ยากระตุ้นความดันโลหิต Norepinephrine 8 mg. ใน 5% D/W 100 ml. rate 10 cc./hr. และได้ส่งตรวจ CT whole abdomen with contrast emergency เนื่องจากสงสัยว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะ Septic shock จากการรั่วของลำไส้เล็กส่วน Jejunum

เชื่อมกับลำไส้ใหญ่ผลตรวจพบ Tumor invade small bowel obstruction จึงพิจารณาทำผ่าตัด Anterior rectal resection with small bowel resection with small bowel anastomosis ในวันที่ 13 กรกฎาคม 2564 หลังผ่าตัดผู้ป่วยไม่สามารถหายใจได้เองจึงต้องใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal intubation tube) with volume's respirator และย้ายไปรับการรักษาต่อที่หอผู้ป่วย ICU ศัลยกรรมหลังผ่าตัดวันที่ 6 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ อัตราการหายใจ = 22 ครั้งต่อนาที แพทย์จึงพิจารณาให้หย่าเครื่องช่วยหายใจด้วยวิธี O2T – piece 10 ลิตรต่อ นาทีเป็นเวลา 30 นาทีหลังผ่าตัดวันที่ 7 ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ แพทย์พิจารณาให้ย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 1 และให้รับประทานอาหารอ่อนได้ ผู้ป่วยเริ่ม ลุก นั่งบนเตียง และนั่งเก้าอี้ข้างเตียงได้ ขับถ่ายออกทาง colostomy ได้ อาการปวดแผลลดลง pain score 3 คะแนน ผลผ่าตัดแห้งดี รวมระยะเวลาการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยทั้งหมด 17 วัน

การดูแลและให้การพยาบาลโดยรวมแก่ผู้ป่วยรายนี้ จึงมุ่งแก้ปัญหาความเร่งด่วน ตลอดจนเฝ้าระวังป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนทางหน้าท้อง สอนและฝึกดูแลสัณฐานกลับ ให้มีความมั่นใจสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้

ขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาลสามารถระบุปัญหา ก่อนและหลังผ่าตัด และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จากการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพดังนี้

ปัญหา ก่อนผ่าตัด

- 1) ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดท้องจากการอุดตันของลำไส้ใหญ่
- 2) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด และขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด

ปัญหา หลังผ่าตัดครั้งที่ 1

- 1) ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด
- 2) ไม่สุขสบายจากปวดแน่นท้องเนื่องจากเยื่อช่องท้องอักเสบ

ปัญหา หลังผ่าตัดครั้งที่ 2

- 1) มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในร่างกาย
- 2) อาจเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการหายใจลดลงจากการติดเชื้อในกระแสเลือด
- 3) มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำสารอาหาร เกือบแร่ ในร่างกาย
- 4) เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจเนื่องจากการใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน
- 5) อาจเกิดความรู้สึกการมีคุณค่าในตัวเองลดลงเนื่องจากต้องพึ่งผู้อื่น
- 6) อาจเกิดผลกดทับ
- 7) ญาติและผู้ป่วยขาดความรู้และทักษะการดูแลทวารเทียม

ดังนั้น การดูแลและให้การพยาบาลโดยรวมแก่ผู้ป่วยรายนี้จึงมุ่งแก้ปัญหาตามความเร่งด่วน ภาวะวิกฤต และอาการตามโรค ตลอดจนเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมถึงการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียม ก่อนการจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย ผู้ป่วยปลอดภัยได้รับการแก้ไขปัญหาทุกปัญหา ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายรวมระยะเวลาการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยทั้งหมด 17 วัน

unสรุป

กรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้องบิด ไม่ถ่ายอุจจาระเหลว มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน 3 ครั้ง เอกซเรย์ abdomen พบว่ามี Small bowel obstruction ซึ่งก่อนหน้านั้นผู้ป่วยได้มาตรวจ ผลการวินิจฉัยเป็น CA recto sigmoid ได้รับการผ่าตัด Loop transverse colostomy หลังผ่าตัดผู้ป่วยไม่มีอาการออกทาง Colostomy วัดอุณหภูมิได้ 38.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 80/50 mmHg ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบค่า Lactate = 7.6 mmol/L และ Potassium = 2.89 mmol/L มีภาวะ Septic shock แพทย์ได้ส่งตรวจ CT whole abdomen with contrast emergency พบ Tumor invade small bowel obstruction และได้รับผ่าตัดครั้งที่ 2 Anterior rectal resection with small bowel resection with small bowel anastomosis ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ (ET tube) with volume's respirator ได้ย้ายหอผู้ป่วย ICU ศัลยกรรมผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตได้ให้การดูแลและแก้ปัญหาผู้ป่วยในภาวะวิกฤตและสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ และได้ย้ายกลับหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 1 หลังผ่าตัดวันที่ 7

ขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลให้การดูแลรักษาพยาบาลระยะแรกกับประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย สรุปปัญหาทางการพยาบาลก่อนผ่าตัด ปัญหาที่ 1 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดท้องจากการอุดตันของลำไส้ใหญ่ (9 – 13 กรกฎาคม 2564) ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด และขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด (9 – 13 กรกฎาคม 2564) สรุปปัญหาหลังผ่าตัดครั้งที่ 1 ปัญหาที่ 3 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด (10 – 26 กรกฎาคม 2564) ปัญหาที่ 4 ไม่สุขสบายจากปวดแน่นท้องเนื่องจากเยื่อช่องท้องอักเสบ (11 – 26 กรกฎาคม 2564) สรุปปัญหาหลังผ่าตัดครั้งที่ 2 ปัญหาที่ 5 มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในร่างกาย (12 – 21 กรกฎาคม 2564) ปัญหาที่ 6 อาจเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการหายใจลดลงจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (14 – 20 กรกฎาคม 2564) ปัญหาที่ 7 มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำสารอาหาร เกือบแร่ ในร่างกาย (9 – 26 กรกฎาคม 2564) ปัญหาที่ 8 เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจเนื่องจากการใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน (14 – 20 กรกฎาคม 2564) ปัญหาที่ 9 อาจเกิดความรู้สึกการมีคุณค่าในตัวเองลดลงเนื่องจากต้องพึ่งผู้อื่น (14 – 20 กรกฎาคม 2564) ปัญหาที่ 10 อาจเกิดผลกดทับ (14 – 20 กรกฎาคม 2564) ปัญหาที่ 11 ญาติและผู้ป่วยขาดความรู้และทักษะการดูแลทวารเทียม (14 – 26 กรกฎาคม 2564) จากการวินิจฉัยโรคของแพทย์ที่ระบุว่าผู้ป่วยที่มีภาวะ Septic shock จึงได้วางแผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษา

ของแพทย์โดยใช้ Clinical nursing guideline of Septic shock ดังนี้ 1) การประเมินและแก้ไขปัญหาด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลให้สารน้ำอย่างเพียงพอตามความต้องการของร่างกาย การให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต่าง ๆ ประเมินและเฝ้าระวังภาวะผิดปกติตามระบบสัญญาณชีพ และติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง และ 2) ประเมินและแก้ไขปัญหาด้านจิตใจได้แก่ ความวิตกกังวลของผู้ป่วย และญาติเกี่ยวกับความเจ็บป่วยนอกจากนี้ยังได้มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ครอบครัว และสังคม

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรทางการแพทย์ต้องมีทักษะในการสังเกตอาการผิดปกติ และการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอุดตันเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ
2. จัดทำแนวทางการให้คำแนะนำผู้ป่วยในเรื่องการสังเกตอาการผิดปกติเบื้องต้นที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัดเพื่อป้องกันอาการรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้
3. จัดทำแนวทางการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้หน่วยบริการกลับบ้าน เพื่อให้การดูแลตนเองต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน

เอกสารอ้างอิง

จุฬาร พรประสิทธิ์ และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้และรูเปิดทางหน้าท้อง: ประสบการณ์จากผู้ป่วยชาย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:พีเอ ลิฟวิ่ง.

ปริญญา ทวีชัยการ. (2554). ตำรามะเร็งลำไส้และทวารหนัก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สายธุรกิจการพิมพ์.

ลมัย พนมกุล, วิมลรัตน์ ภู่วรรุฒิพานิช, อัจฉริยา พวงแก้ว, และ ยงค์ รงค์รุ่งเรือง.(2021). ปัจจัยทำนายภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยอายุรกรรม. *Nursing Science Journal of Thailand*, 39(3), 74-90.

อังคณา เกียรติมานะโรจน์. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลวชิรพยาบาล. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*,5(9), 27-43.

Cecconi, M., Evans, L., Levy, M., & Rhodes, A. (2018). Sepsis and septic shock. *Lancet (London, England)*, 392(10141), 75–87.

Chun, H.B., et al. (2011). Jejuno-colic fistula associated with an intestinal T cell lymphoma. *Gut and Liver*. 5(3):387-390.

Favoriti, P., Carbone, G., Greco, M., Pirozzi, F., Pirozzi, R. E., & Corcione, F. (2016). Worldwide burden of colorectal cancer: a review. *Updates in surgery*, 68(1), 7–11.

Iwagami, S., Miyanari, N., Kubota, T., Nakao, Y., Yamao, T., Sugihara, H., . . . Baba, H. (2016). Treatment strategy for obstructive colorectal cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 34(4), 741-741.

Kumar, P. P., & Good, R. (1983). Symptoms of rectosigmoid carcinoma. *Journal of the National medical association*, 75(12), 1147–1149.

Lee, K.H., Kim, J. S., Cheon, K. S. Sang, I. S., Kang, D. Y., & Kim. J. Y. (2014). TisN0M1 sigmoid colon cancer: A case report. *Annals of Coloproctology*, 30, 141-6.

Loffeld, R. J., Flens, M., Fransen, G., den Boer, F. C., & van Bochove, A. (2014). The localisation of cancer in the sigmoid, rectum or rectosigmoid junction using endoscopy or radiology-What is the most accurate method?. *Journal of Gastrointestinal Oncology*, 5(6), 469–473.

Mege, D., Manceau, G., Bridoux, V., Voron, T., Sabbagh, C., Lakkis, Z., Venara, A., Ouaisi, M., Denost, Q., Kepenekian, V., Sieleznoff, I., Karoui, M., & AFC (French Surgical Association) Working Group (2019). Surgical management of obstructive left colon cancer at a national level: Results of a multicentre study of the French Surgical Association in 1500 patients. *Journal of Visceral Surgery*, 156(3), 197–208.

Noronha, G.P., Hiremath, R., K. C. A, Tippani, D., C. R A. (2014). Malignant ColojejunalFistulaFirst Discovered on CT: A Case Report. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*: 8(11), 1-3.

Sawai R. S. (2012). Management of colonic obstruction: a review. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 25(4), 200–203.

Tappenden, K. (2014). Pathophysiology of Short Bowel Syndrome Considerations of Resected and Residual Anatomy. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 38.

Zhuang, N., et al. (2018). Rare intestinal fistula caused by primary lymphoma of the gastrointestinal tract: Two case reports and literature review. *Medicine*. 97(27), 1-5.