

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มีภาวะลำไส้อุดตันและภาวะช็อก (Colorectal cancer form Gut obstruction and Hypovolemic shock)

เพชรฉวี ศรีวิชา

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏ

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 66 ปี สถานภาพสมรสคู่ ภูมิลำเนาจังหวัด นครราชสีมา ได้รับการส่งตัวจากโรงพยาบาลพิจิตรด้วยประวัติ แน่นท้อง ท้องโตมา 1 เดือน มีคลื่นไส้อาเจียน ถ่ายดำ วันนี้มี แน่นท้องมากจึงมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการตรวจ CT Whole Abdomen ที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ เมื่อวันที่ 20 มกราคม 2564 และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น CA Descending Colon แพทย์ แนะนำให้มารักษาที่โรงพยาบาลมหาราชแต่ผู้ป่วยยังไม่ได้ มารับการรักษา ทางโรงพยาบาลพิจิตรได้ให้การรักษา NPO, Retained NG Tube, Retained Foley catheter ผู้ป่วยได้รับ NSS1000 ml + KCl40MEq iv rate 80 ml/hr, 50% Mg SO4 4 ml + 5% D/W100 ml iv drip in 4hr, Losec40 mg iv stat, Plasil 10 mg iv stat สัญญาณชีพอุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที หายใจ 34 เมื่อครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 148/74 มิลลิเมตรปรอท อาการไม่ดีขึ้น จึงส่งตัวมารักษาต่อที่ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา วันที่ 4 เมษายน 2564 แพทย์ วินิจฉัย CA Descending Colon with Gutobstruction with Hypokalemia with Hypomagnesemia with Hypocalcemia with HT with DM type 2 แพทย์ที่ ห้องฉุกเฉินพิจารณาปรึกษาศัลยแพทย์เพื่อพิจารณาผ่าตัดทันที ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Explore lap with Subtotal colectomy (4 เมษายน 2564) เวลา 0.35-3.00 น. รับกลับจากห้องผ่าตัด ถึงหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 2 เวลา 3.40 น. วันที่ 5 เมษายน 2564 แรกรับผู้ป่วยตื่น รู้สึกตัว หายใจ on ET Tube NO.7.5 stab 20 cm. on bird's respirator อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ชีพจร 68 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 131/64 มิลลิเมตรปรอท มีแผลผ่าตัดทางหน้าท้อง on Tube Drain แผลไม่มี discharge ซึม ระบุปัญหาและวินิจฉัยการพยาบาลจากการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพสามารถสรุปปัญหาได้ดังนี้ ระบายแรกรับ ปัญหาที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน (5 ถึง 9 เมษายน 2564) ปัญหาที่ 2 มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ (5 ถึง 8 เมษายน 2564) ปัญหาที่ 3 ไม่สุขสบาย เนื่องจากมีไข้ (5 ถึง 6 เมษายน 2564) สรุปปัญหาระยะต่อเนื่อง ปัญหาที่ 4 ไม่สุขสบายจากปวดแผล (8 ถึง 9 เมษายน 2564) ปัญหาที่ 5 มีภาวะ hyperglycemia (วันที่ 9 เมษายน 2564)

ปัญหาที่ 6 เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลหลังผ่าตัด (5 ถึง 10 เมษายน 2564) สรุปปัญหาระยะจำหน่าย ปัญหาที่ 7 ขาดความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน (11 เมษายน 2564) ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยวันที่ 5 เมษายน 2564 หลังผ่าตัด ได้ Off ET Tube วันที่ 7 เมษายน 2564 เปลี่ยนเป็น O₂ cannula และ Off O₂ วันที่ 9 เมษายน 2564 หลังผ่าตัด explore lab subtotal colectomy มีแผลผ่าตัดทางหน้าท้องและท่อระบาย off tube drain วันที่ 10 เมษายน 2564 แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีสัญญาณแผลติดเชื้อ รับประทานอาหารได้ ถ่ายอุจจาระได้ จำหน่ายและมีการนัดติดตามหลัง จำหน่าย นัดตัดไหม 14 เมษายน 2564 นัดฟังผลชิ้นเนื้อ 27 เมษายน 2564 รวมระยะเวลาการดูแลรักษาทั้งหมด 7 วัน

กรณีศึกษาครั้งนี้ศึกษาโดยเลือกผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีภาวะลำไส้ อุดตันที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้และมีภาวะช็อก โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ศึกษาจากตำราวิชาการ กายวิภาค/สรีรวิทยา การพยาบาล ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีภาวะลำไส้อุดตันที่มีภาวะช็อก และได้รับการ รักษาโดยการผ่าตัดลำไส้ การพยาบาลแบบองค์รวม การวางแผนจำหน่าย โดยใช้หลัก D-METHOD

บทนำ

ปัจจุบันโรคมะเร็งถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย และมีแนวโน้มอัตราการเกิดโรคมะเร็งสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติพบว่า มีผู้ป่วย โรคมะเร็งรายใหม่ถึงวันละ 336 คน หรือ 122,757 คนต่อปี โดยโรคมะเร็ง ที่พบมาก 5 อันดับแรกในคนไทย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และมะเร็งปากมดลูก มีผู้เสียชีวิต วันละ 221 คน หรือคิดเป็น 80,665 คนต่อปี

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นโรคที่มีอุบัติการณ์สูงในประเทศ แถบตะวันตกเช่น สหรัฐอเมริกา และประเทศทางยุโรป ในสหรัฐอเมริกา ประชากรมีโอกาที่จะเป็นมะเร็งลำไส้ตรงตลอดชีวิตประมาณร้อยละ 6 หรือ 1 ต่อ 20 ของประชากร ประมาณการว่ามีผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้น 138,000 รายต่อปี และจะมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักประมาณ 60,000 คนต่อปี สำหรับประเทศไทย มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง มีอุบัติการณ์ ต่ำกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว และจากสถิติทะเบียนมะเร็งของสถาบันมะเร็ง แห่งชาติ ปี พ.ศ.2563 พบผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรายใหม่ เป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับ 1 ในเพศชาย และอันดับที่ 2 ในเพศหญิงรองจาก มะเร็งเต้านม (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2564) มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก คือ โรคที่เกิดจากการแบ่งตัวและเจริญเติบโตอย่างผิดปกติของเซลล์ภายใน

ลำไส้ใหญ่จนกลายเป็นก้อนที่มีลักษณะและขนาดที่ผิดปกติแล้ว กลายเป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรง จะมีลักษณะเป็นเซลล์มะเร็งชนิดอะดีโนคาร์ซิโนมา (adenocarcinoma)

ถึงแม้ว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอาจเกิดได้ในทุกอายุ แต่อัตราเสี่ยงของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจะสูงขึ้นในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะถูกวินิจฉัยในช่วงอายุระหว่าง 50- 70 ปี นอกจากนี้อัตราเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคลำไส้อักเสบบางชนิด (Crohn's disease และ Ulcerative colitis) ผู้ที่มีประวัติมีติ่งเนื้อ (Polyp) ในลำไส้ใหญ่ หรือมีประวัติมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในครอบครัวผู้ที่เป็นมะเร็งจำนวนมาก จะไม่มีอาการให้เห็นในระยะแรก ๆ จนกว่าตัวเนื้องอกจะมีขนาดค่อนข้างใหญ่ หากสามารถตรวจพบก่อนเนื้องอกในระยะเริ่มแรกหรือพบในขณะที่เป็นติ่งเนื้อ (Polyp) ผลการรักษาจะดีและมีโอกาสหายขาดได้ ดังนั้นจึงมีคำแนะนำให้มีการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักตั้งแต่ไม่มีอาการ

อาการของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักพบบ่อย ได้แก่ อาการถ่ายอุจจาระมีมูกปน หรือมีเลือดออกทางทวารหนัก มีการถ่ายอุจจาระที่ผิดปกติเกิดขึ้น เช่น ท้องผูก ท้องเสียที่ไม่หายหลังได้รับการรักษา หรือมีท้องผูกสลับท้องเสีย อาการอื่นๆที่อาจจะพบได้ คือน้ำหนักลด เบื่ออาหาร สำหรับมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนต้นอาจตรวจพบว่ามีการซีดซึ่งเกิดจากการเสียเลือดโดยไม่มีเลือดออกในอุจจาระให้เห็นด้วยตาเปล่า อาจคลำพบบก้อนที่บริเวณท้องน้อยด้านขวา ผู้ป่วยบางรายอาจมาพบแพทย์ด้วยอาการของลำไส้อุดตันซึ่งจะมีการปวดท้อง ท้องอืด อาเจียน และถ่ายอุจจาระ หรือผายลมลดลง

ปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้มีความก้าวหน้าและมีหลายวิธีด้วยกัน เช่น การผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด การจะเลือกใช้วิธีใดขึ้นอยู่กับระยะการเป็นโรค การกระจายของโรค และสภาพของผู้ป่วย ซึ่งอาจใช้วิธีใดวิธีหนึ่งหรือหลายวิธีรวมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตนานกว่า 5 ปี มีจำนวนมากขึ้น มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสามารถรักษาโดยการผ่าตัดเอาลำไส้ส่วนที่มีมะเร็งรวมถึงเส้นเลือดและต่อมน้ำเหลืองบริเวณเนื้องอกออก ในผู้ป่วยส่วนใหญ่ลำไส้จะถูกต่อเข้าหากันใหม่และผู้ป่วยจะสามารถถ่ายอุจจาระทางทวารหนักได้ตามปกติ โดยปกติการผ่าตัดจะทำผ่านแผลผ่าตัดทางหน้าท้อง

หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 2 รับผู้ป่วยหญิง อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีปัญหาทางด้านศัลยกรรมทั่วไปและศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ จากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 2 พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมากเป็นอันดับ 5 จากผู้ป่วยทั้งหมด โดยมีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในปี 2562-65 จำนวน 68, 60 และ 43 รายตามลำดับ

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 66 ปี สถานภาพสมรสคู่ ภูมิลำเนาจังหวัดนครราชสีมา ได้รับการส่งตัวจากโรงพยาบาลพิจิตรด้วยประวัติ แน่นท้อง ท้องโตมา 1 เดือน มีคลื่นไส้อาเจียน ถ่ายดำ วันนี้มีอาการแน่นท้องมาก จึงมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการตรวจ CT Whole Abdomen ที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ เมื่อวันที่ 20 มกราคม 2564 และได้รับ

การวินิจฉัยว่าเป็น CA Descending Colon แพทย์แนะนำให้มารักษาที่โรงพยาบาลมาราชาแต่ผู้ป่วยยังไม่ได้มารับการรักษาทางโรงพยาบาลพิจิตร ได้ให้การรักษาน้ำเกลือ, Retained NG Tube, Retained Foley catheter ผู้ป่วยได้รับ NSS1000 ml + KCl40MEq iv rate 80 ml/hr, 50% Mg SO₄ 4 ml + 5% D/W100 ml iv drip in 4hr, Losec 40 mg iv stat, Plasil 10 mg iv stat สัญญาณชีพอุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียสชีพจร 98 ครั้ง ต่อนาทีหายใจ 34 เมื่อครั้งก่อนที่ความดันโลหิต 148/74 มิลลิเมตรปรอท อาการไม่ดีขึ้น จึงส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลมาราชาในวันที่ 4 เมษายน 2564 แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น CA Descending Colon with Gut obstruction with Hypokalemia with Hypomagnesemia with Hypocalcemia with HT with DM type 2 แพทย์ที่ห้องฉุกเฉินพิจารณาปรึกษาศัลยแพทย์เพื่อพิจารณาผ่าตัดทันที ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Explore lap with Subtotal colectomy (4 เมษายน 2564) เวลา 0.35-3.00 น. รับกลับจากห้องผ่าตัดถึงหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 2 เวลา 3.40 น. วันที่ 5 เมษายน 2564 แรกรับผู้ป่วยตื่น รู้สึกตัว หายใจ on ET Tube NO.7.5 stab 20 cm. on bird's respirator อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ชีพจร 68 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 131/64 มิลลิเมตรปรอท มีแผลผ่าตัดทางหน้าท้อง on Tube Drain แผลไม่มี discharge ซิมวันที่ 5 ถึง 9 เมษายน 2564 ผู้ป่วย On ET-Tube with bird's respirator หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี เวลา 14.30 น. เริ่ม try wean On O₂-T-Piece 10 LPM หายใจอยู่ในช่วง 24-26 ครั้งต่อนาที Keep O₂Sat ≥ 95 % ดูแลจัดทำให้ออนสิริชสูง 30-45 องศา ดูแลเสมหะให้ทางเดินหายใจโล่ง ผลการพยาบาลผู้ป่วยหายใจอยู่ในช่วง 20-24 ครั้งต่อ นาที สามารถเปลี่ยนเป็น O₂cannula 3 LPM Keep O₂Sat ≥ 93 % และสามารถหยุดให้ O₂ ได้ในวันที่ 9 เมษายน 2564 และมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ วันที่ 5 ถึง 8 เมษายน 2564 หลังออกจากห้องผ่าตัด repeat Electrolyte CBC BUN Cr เป็นระยะ ได้รับสารน้ำ Acetar 1000 ml iv rate 80 ml/hr เวลา 14.00 น. รายงานผล Electrolyte พบ Potassium = 2.88 mmol/L แพทย์พิจารณาให้ NSS 1000 ml + KCl 40MEq iv rate 40 ml/hr และลด rate Acetar เหลือ 40 ml/hr วันที่ 5 เมษายน 2564 และ 6.00 น. วันที่ 6 เมษายน 2564 repeat Electrolyte BUN Cr ผลเกลือแร่ปกติ จึง Off IV และให้ 5% DN/2 1000 ML iv rate 80 ml/hr แทน, DTX ทุก 6 ชั่วโมง Keep 80-100 mg% เนื่องจากผู้ป่วยเป็นเบาหวานและกำลังงดน้ำและอาหาร มีภาวะ Hyponatremia และ Hypokalemia จึงปรับ IV เป็น NSS 1000 ml + KCl 40MEq IV rate 100 ml/hr repeat lab เวลา 14.00 น. ผลปกติให้ 5% D/N/2 1000 ML iv rate 80 ml/hr ระหว่างการดูแล ผู้ป่วยพบปัญหาทางการพยาบาลดังนี้ ปัญหาที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน (5 ถึง 9 เมษายน 2564) ปัญหาที่ 2 มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ (5 ถึง 8 เมษายน 2564) ปัญหาที่ 3 ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้ (5 ถึง 6 เมษายน 2564) สรุปปัญหาระยะต่อเนื่อง ปัญหาที่ 4 ไม่สุขสบายจากปวดแผล (8 ถึง 9 เมษายน 2564) ปัญหาที่ 5 มีภาวะ hyperglycemia (วันที่ 9 เมษายน 2564) ปัญหาที่ 6 เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลหลังผ่าตัด (10 ถึง 11 เมษายน 2564) สรุปปัญหาระยะจำหนาย ปัญหาที่ 7 ขาดความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน (11 เมษายน 2564) ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยวันที่ 5 เมษายน 2564 หลังผ่าตัด ได้ Off ET-Tube วันที่ 7 เมษายน 2564 เปลี่ยนเป็น O₂cannula และ Off O₂

วันที่ 9 เมษายน 2564 หลังผ่าตัด Explore lab subtotal colectomy มีแผลผ่าตัดทางหน้าท้องและท่อระบาย off tube drain วันที่ 10 เมษายน 2564 แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีสัญญาณแผลติดเชื้อ ทานอาหารได้ ถ่ายเหลว จำหน่ายได้ และมีการนัดติดตามหลังจำหน่าย นัดตัดไหม 14 เมษายน 2564 นัดฟังผลชิ้นเนื้อ 27 เมษายน 2564 รวมระยะเวลาการดูแลรักษาทั้งหมด 7 วัน

สรุปปัญหาการพยาบาลที่พบ

- ปัญหาที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน
- ปัญหาที่ 2 มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่
- ปัญหาที่ 3 ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้
- ปัญหาที่ 4 ไม่สุขสบายจากปวดแผล
- ปัญหาที่ 5 มีภาวะ hyperglycemia
- ปัญหาที่ 6 เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลหลังผ่าตัด
- ปัญหาที่ 7 ขาดความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

การพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ ได้นำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยซึ่งสอดคล้องกับหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 major aspects of care) โดยผู้ป่วยจะได้รับการประเมินความเสี่ยงในภาวะวิกฤตโดยรวมแก่ผู้ป่วยรายนี้จึงมุ่งดูแลแก้ไขภาวะวิกฤตตามพยาธิสภาพหลังผ่าตัดที่ต้องดูแลแบบเร่งด่วนอย่างเหมาะสมและต่อเนื่องและได้รับการจัดการอาการปวดและอาการรบกวนเพื่อให้เกิดความสุขสบาย และแนวทางการดูแลเพื่อให้เกิดความปลอดภัย และมีการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะวิกฤตเหล่านั้น มีการเฝ้าสังเกตและดูแลต่อเนื่อง สร้างเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยและญาติ โดยการให้ความรู้ ให้ข้อมูล ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นว่าจะได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม โดยจุดมุ่งหมายให้เกิดผลลัพธ์ที่ตรงรวมถึงการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนการจำหน่าย เพื่อให้สามารถดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้ ผลการให้การพยาบาลผู้ป่วยปลอดภัย ปัญหาทางการพยาบาลได้รับการแก้ไขทุกปัญหา สามารถจำหน่ายได้วันที่ 11 เมษายน 2564 และมีการนัดติดตามดูแลหลังจำหน่าย รวมระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด 7 วัน

อุปสรรค

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 66 ปี มารับการรักษาด้วยอาการแน่นท้อง ท้องโต มีคลื่นไส้ อาเจียน ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ได้รับการวินิจฉัย CA Descending Colon with Gut obstruction with Hypokalemia with Hypomagnesemia with Hypocalcemia with HT with DM type2 ได้รับการผ่าตัด Explore lap with Subtotal colectomy บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดที่มีภาวะโรคร่วมเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ได้นำกระบวนการพยาบาลมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาลให้การดูแลรักษาพยาบาลระยะแรกรับกลับจากห้องผ่าตัดมีการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ได้มีการดูแลและปฏิบัติการพยาบาลตามวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับแนวทางการรักษาของแพทย์ ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ การหย่าเครื่อง

ช่วยหายใจได้โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน การดูแลให้ได้รับสารน้ำและเกลือแร่ จนร่างกายมีความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ การเฝ้าระวังอาการผิดปกติของสารน้ำและเกลือแร่ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผลหลังผ่าตัดไม่ให้เกิดการติดเชื้อซ้ำ การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดลำไส้ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน มีการกระตุ้นให้ ambulation สามารถทานอาหาร ลำไส้ทำงานได้ปกติ ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ มีการดูแลที่ตอบสนองความต้องการทั้งร่างกายและจิตใจ อารมณ์ และสังคม ในด้านการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายได้แก่ D-METHOD D = แนะนำเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคที่เป็น M = แนะนำเรื่องการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างถูกต้องต่อเนื่อง ตลอดจนฤทธิ์ข้างเคียงของยา E = แนะนำจัดเตรียมสถานที่ สิ่งแวดล้อม T = แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย การดูแลบาดแผลและสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก H = ส่งเสริมให้ทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เช่น ทำงานบ้าน O = แนะนำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดหรือเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น ท้องผูก ท้องอืด อาเจียน D = แนะนำอาหารที่กากใย อาหารป้องกันมะเร็ง ผักผลไม้สด เนื่องจาก ต้องมีการติดตามนัดฟังผลชิ้นเนื้อ และต้องมีการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดโรคคลูกลามหรือต้องมีการรักษาวิธีอื่นร่วมด้วย จึงต้องสร้างความตระหนักแก่ผู้ป่วยในการดูแลต่อเนื่องระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยโรคลำไส้สุดต้นจากก้อนมะเร็งที่ตรวจพบในโรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมาและพบในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 2 ส่วนมากพบในวัยผู้สูงอายุ และมักเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต มีภาวะช็อกจากภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ และจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด มีความจำเป็นที่ต้องพัฒนาทั้ง 4 ด้านคือ

1. ด้านบุคลากรทางการพยาบาล ต้องมีทักษะในการประเมิน ทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล และควรมีสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยวิกฤต
2. การจัดทำคู่มือและแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ
3. ด้านเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็น โดยการกำหนดเครื่องมือที่ต้องมีประจำไว้เพื่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเฉพาะ เช่น infusion pump, NIBP
4. ด้านสถานที่ ควรมีหอผู้ป่วยหนักที่รองรับผู้ป่วยวิกฤต

บรรณานุกรม

จันทร์จิรา เจียรน้อย. (2556). คู่มือเขียนวินิจฉัยทางการพยาบาลและวางแผนการพยาบาล : สำนักวิชาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.

ปราณี ทัพไพเราะ.(2552). คู่มือยา.กรุงเทพฯ:แอลที เพรส.

ผ่องศรี ศรีมรกต. (2553). การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ.กรุงเทพฯ บริษัท โอกรูป เพรส จำกัด.

วิจิตรา กุสมภ์และคณะ. (2554). กระบวนการพยาบาลและข้อวินิจฉัยการพยาบาล การนำไปใช้ในคลินิก.กรุงเทพฯ.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.(2564). ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2563. เข้าถึงโดย <http://www.nci.go.th>

สุจิตรา ล้อมอำนาจลาภ. (2550). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต:Critical Care Nursing.

ขอนแก่น.คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.