

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่ได้รับการผ่าตัดด้วยกล้องส่องผ่านหน้าท้อง
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานใหม่ประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง แผนการสอนการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ด้วยกล้องผ่านทางหน้าท้อง

เสนอโดย

นางสาวทัศนีย์ กасทิพย์
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 421)
ฝ่ายการพยาบาล กสุมภารกิจด้านการพยาบาล
โรงพยาบาลเจริญกรุงประชาธิรักษ์
สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ข้อมูลงาน การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่ได้รับการผ่าตัดด้วยกล้องส่องผ่านทางหน้าท้อง
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 8 วัน (ตั้งแต่วันที่ 21 ตุลาคม 2562 ถึงวันที่ 28 ตุลาคม 2562)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

มะเร็งลำไส้ หมายถึง ภาวะที่พบเนื้องอกชนิดร้าย (Malignant tumor) เกิดขึ้นที่เยื่อบุผิวภายในลำไส้ สามารถรักษาหายขาดได้ถาวนานิจฉัยและรักษาได้เร็ว มะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นเซลล์มะเร็งของเนื้อเยื่อลำไส้ใหญ่ และลำไส้ตรง ซึ่งชนิดที่พบบ่อยเกิดจากเซลล์เยื่อบุผนังลำไส้มีการเปลี่ยนแปลงและเจริญเติบโตผิดปกติ กล้ายเป็นตั้งเนื้อเล็ก ๆ เรียกว่า โพลิพ (Polyp) จากนั้นตั้งเนื้อจะใช้เวลาหนึ่งในการพัฒนากล้ายเป็นมะเร็ง การตัดตั้งเนื้องอก (Polyp) ออกสามารถป้องกันไม่ให้ตั้งเนื้อพัฒนากล้ายเป็นมะเร็ง

พยาธิสภาพ

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักร้อยละ 98 เป็น adenocarcinoma ซึ่งแบ่งเป็น well-differentiated, moderately และ poorly differentiated ซึ่ง poorly differentiated นั้นมีการพยากรณ์โรคไม่คิด พบร้อยละ 20 และถ้ามีลักษณะของเซลล์เป็น mucinous หรือ colloid ร่วมด้วย จะมีการดำเนินโรคที่รุนแรงกว่า ซึ่งเซลล์ชนิด mucinous หรือ colloid พบร้อยละ 15 โดยมะเร็งลำไส้ใหญ่ชนิด adenocarcinoma เป็นก้อนที่โตเร็วและก้อนมะเร็งที่โตขึ้นจะไปกดเบี้ดอวัยวะใกล้เคียงหรือลำไส้ใหญ่อุดตัน และการถูกตามของมะเร็งไปทำลายเนื้อเยื่อปกติและหลอดเดือดเกิดเป็นแผลสูญเสียเดือด เมื่อมะเร็งถูกตามทำให้เกิดการแตกหักลุกของลำไส้ใหญ่ และแพร่กระจายไปยังอวัยวะที่อยู่ใกล้โดยผ่านทางระบบน้ำเหลือง ระบบการไหลเวียนเดือด แพร่กระจายไปที่ตับ ปอด และกระดูก (วิชญ ปานจันทร์, เสาวคนธ์ ศุกร์โยธิน, อาคม ชัยวีระวัฒน์ และ วีรุณ อิ่มสำราญ, 2558) ตำแหน่งมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่พบส่วนใหญ่ร้อยละ 65-70 อยู่ด้านซ้ายต่ำกว่า splenic flexure โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณ rectum และ sigmoid ที่เหลือร้อยละ 30-35 จะอยู่ด้านขวา (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2563)

สาเหตุ (ปูริภาน กะไฟจิตวงศ์, 2563)

สาเหตุการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่แท้จริงไม่ทราบ แต่มักจะพบร่วมกับปัจจัยต่าง ๆ คือ

1. อุบัติการณ์หรือโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจะเพิ่มขึ้นตามวัย ปกติจะพบน้อยในคนที่อายุไม่ถึง 40 ปี แต่มีโอกาสเพิ่มเป็น 2 เท่า หลังอายุ 50 ปี
2. มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ หรือโรคเนื้องอกลำไส้ชนิดที่เรียกว่า family polyposis
3. รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อาหารที่มีการไข่ต้ม
4. มีประวัติการเกิดตั้งเนื้อ ประวัติลำไส้ใหญ่อักเสบเปื้อย (ulcerative colitis) หรือ ลำไส้เล็กอักเสบ (crohn's disease) หากมีการพบตั้งเนื้อของลำไส้ (polyp) หากไม่ทำการตัดออกจะทำให้ตั้งเนื้อเจริญเติบโตกล้ายเป็นมะเร็งได้ภายใน 5-10 ปี

อาการและอาการแสดง

ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะไม่มีอาการในระยะแรก ๆ อาการที่พบมักขึ้นกับตำแหน่งของมะเร็ง เช่น มะเร็งลำไส้ใหญ่ ด้านขวาจะมีอาการอ่อนเพลีย ซึ่งจากการเติบโตและการเสียเลือดเรื้อรัง น้ำหนักลด ปวดท้องหรือคลำได้ก่อน ถ้ามะเร็งลำไส้ ด้านซ้ายจะมาด้วยอาการปวดท้อง ถ่ายเป็นมูกเลือด ท้องผูกลับท้องเสีย และถ้ามะเร็งอยู่ที่ลำไส้ตรงอาจมีอาการท้องผูกลับท้องเสีย ถ่ายเป็นมูกเลือด ซึ่งคล่อง ถ่ายไม่สุด ถ่ายลำเล็กลง ถ่ายเป็นเม็ดกระสุนจนถึงอุดตัน จนถ่ายไม่ออก หรือผู้ป่วยมีอาการของภาวะแทรกซ้อน เช่น เสือดาวอก ลำไส้อุดตัน ลำไส้ทะลุ มีน้ำในช่องท้อง ตรวจร่างกายอาจพบความผิดปกติ ได้แก่ ซีด คล้ำได้ก่อนที่ห้องตับ โตก คลำต่อมน้ำเหลืองที่ supraclavicular หรือที่สะคือได้ มีน้ำในห้อง ตรวจทางทวารหนักหรือ digital rectal examination (DRE) สามารถตรวจพบมะเร็งที่ทวารหนักได้ประมาณร้อยละ 5-10 (วิษณุ ปานจันทร์, เสาคนธ์ ศุกร์โยธิน, อาคม ชัยวรวัฒน์ และ วีรบุพ อิ่มสำราญ, 2558)

การวินิจฉัยโรค

1. การตรวจร่างกาย ความผิดปกติที่อาจพบได้ ได้แก่ ซีด คล้ำได้ก่อนที่ห้องตับ โตก คลำต่อมน้ำเหลืองที่ supraclavicular หรือที่สะคือ น้ำในช่องท้อง
 2. การตรวจทางทวารหนัก หรือ digital examination (DRE) ประมาณร้อยละ 5-10 สามารถตรวจพบมะเร็งที่ทวารหนัก
 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจเลือดหาค่า Carcinoembryonic Antigen (CEA) ซึ่งเป็นโปรตีนชนิดหนึ่งที่พบได้ในร่างกายของคนเรา สารนี้สร้างได้จากเซลล์มะเร็งโดยเฉพาะมะเร็งลำไส้ใหญ่พบได้มากและบ่อยกว่ามะเร็งชนิดอื่น (ค่าปกติไม่เกิน 0.5 ng/ml) เพื่อติดตามผลการรักษา ถ้ามะเร็งไม่กระจายระดับของ CEA ควรคลองหลังผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออก ค่า CA 19-9 ซึ่งเป็นแอนติเจน carbohydrate antigen ที่พบได้ในเซลล์มะเร็งหลายชนิด (ค่าปกติ 0-37 U/ml) ให้ผลคล้ายกันแต่ไม่ไวเท่าค่า CEA การตรวจอุจจาระจะพบ fecal occult blood test (FOBT) ให้ผลบวก พบได้ร้อยละ 40-80 และ liver function test อาจผิดปกติถ้ามีการแพร่กระจายมาที่ตับ
 4. การตรวจทางรังสี ช่วยยืนยันการวินิจฉัยโดยการกลืนแป้งแล้วเอกซเรย์ (barium enema) หรือ การตรวจลำไส้ใหญ่ด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT colonography)
 5. การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (colonoscopy) และตัดชิ้นเนื้อไปตรวจจะช่วยยืนยันแม่นยำที่สุด การรักษา (ยอมปลูกเมรีชาธิราชสตรี, 2560)
- การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ผลดี ต้องเป็นการรักษาร่วมแบบสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย การผ่าตัด การให้เคมีบำบัด และการให้รังสีรักษา โดยพิจารณาตามความเหมาะสมและข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยแต่ละราย
1. การผ่าตัด เป็นการรักษาหลักของผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์ 2 ประการ คือ 1) การผ่าตัดเพื่อให้หายขาด

และ 2) การผ่าตัดเมื่อมีการกระหายของโรคไปยังอวัยวะอื่น เช่น การผ่าตัดเอา去่อนมะเร็งออกและนำส่วนปลายลำไส้ที่เหลือมาต่อ กัน (colectomy, sigmoidectomy, low anterior resection) หรือการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ร่วมทั้งก้านเนื้อนูรูดทั้งหมดของทวารหนักออกและนำส่วนปลายค้างบันของลำไส้มาเปิดที่หน้าท้อง (abdominal perineal resection) ส่วนวิธีการที่นิยมมากที่สุดคือ การทำผ่าตัดผ่านกล้อง (laparoscopic colectomy) เป็นการผ่าตัดรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยเพลล์เด็ก 0.5-1 ซม. เพื่อสอดกล้องส่องส่อง และเครื่องมือเข้าไปในช่องท้อง โดยถูกภาพผ่านจอทีวีในขณะทำการผ่าตัดและตัดลำไส้ส่วนที่เป็นมะเร็งออกพร้อมกับตุ่มน้ำเหลืองในบริเวณที่เป็นมะเร็ง ข้อดีของการผ่าตัดผ่านทางกล้อง คือ แผลมีขนาดเล็กกว่าแผลผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง อาการเจ็บปวดน้อย หลังจากผ่าตัดเสร็จ ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บแผลน้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง ฟื้นตัวเร็วเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บน้อย แผลในการผ่าตัดมีขนาดเล็ก ลดโอกาสการเกิดแผลติดเชื้อ จึงทำให้ร่างกายฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว ค่าใช้จ่ายในการพักฟื้นที่โรงพยาบาลไม่สูง เนื่องจากผู้ป่วยใช้เวลาพักฟื้นในโรงพยาบาลสั้นกว่าการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง การผ่าตัดลำไส้ใหญ่ผ่านกล้อง เป็นนวัตกรรมขั้นสูงที่ถูกพัฒนามาเพื่อคุ้มครองผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ดี มีประสิทธิภาพสูงเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี

2. การให้เคมีบำบัด เป็นการรักษาเสริม附加 ให้ก่อนการผ่าตัดและ/หรือหลังผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา หรือไม่ก็ได้ ด้วยการให้ยาหรือสารที่จะไปทำลายเซลล์มะเร็งที่อาจหลงเหลืออยู่หลังจากการผ่าตัดเอา去่อนมะเร็งออกไปแล้ว ควรให้ใน stage 3 และกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น (high-risk stage 2 colon cancer) และการกลับเป็นซ้ำเฉพาะที่ควรเริ่มภายในประมาณ 6-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด ผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ คลื่นไส้ ท้องร่วง ปากเปื่อย ผื่นผานิ้ว ผื่นผานัง ผื่นร่วง กดการทำงานของไกรโคคุกการทำงานของตับ ผิดปกติ เดินเซ อารมณ์ซึ่นน้ำ เป็นต้น

3. การให้รังสีรักษา เป็นการฉายรังสีเพื่อไปทำลายเซลล์มะเร็ง ซึ่งวิธีนี้จะใช้ควบคู่ไปกับการผ่าตัด ในบางแห่งใช้รังสีรักษา ก่อนผ่าตัดแต่ส่วนใหญ่แล้วนิยมใช้รังสีหลังผ่าตัดเรียบร้อย

การรักษาหลัก คือ การผ่าตัด ส่วนการใช้รังสีรักษาและเคมีบำบัดขึ้นอยู่กับระยะของโรค ตามหนังขนาดของก้อนมะเร็ง การกระหายของมะเร็ง และสุขภาพความแข็งแรงของผู้ป่วย โดยต้องอาศัยทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการวางแผนการรักษาที่ดีที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด

การพยาบาล

การพยาบาลทั่วไป ได้แก่

- ประเมินสภาพผู้ป่วยตามระบบต่าง ๆ ได้แก่ ระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินอาหาร การขับถ่าย

- ป้องกันการเสียสมดุลน้ำและเกลือแร่ คุ้มครองผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่าง ๆ

- ให้ยาแก้ปวด

4. ประเมินภาวะวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ช่วยผ่อนคลายความวิตกกังวล โดยให้ข้อมูลและอธิบายทุกครั้งเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของโรค

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

ในปัจจุบันนำแนวทางการดูแล ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) protocol มาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายในการรักษา สามารถดูดูดวันนอนโรงพยาบาลลง 2.5 วัน และไม่เพิ่มอัตราการกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาลใน 28 วัน เป็นการพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เมื่อรี่องการฟื้นตัวด้านร่างกายหลังผ่าตัดเร็วโดยการเคลื่อนไหวร่างกายเร็ว เพื่อกระตุ้นให้ลำไส้ใหญ่กลับมาทำงานได้ตามปกติ การลดระยะเวลาคาสายยางทางจมูกถึงกระเพาะอาหารหลังผ่าตัด การเริ่มรับประทานอาหารหลังผ่าตัดเร็ว หรือการเดี้ยวหากพรั่งเพื่อให้เสริมร่างกายได้รับประทานอาหาร กระตุ้น vagal cholinergic ของทางเดินอาหารให้หลั่งสาร gastrin, pancreatic polypeptide และ neuropeptides ซึ่งกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ รวมทั้งการจัดการความปวด การอดสายสวนปัสสาวะและสายรະบายน้ำท้องกระเพาะทางจมูกโดยเร็ว เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นตัวด้านร่างกายอย่างรวดเร็ว สามารถจำหน่ายกลับบ้านเร็วและปลอดภัย (ชุมลวรรณ ยอดกลกิจ, นิโรมบล กนกสุนทรรัตน์, และ รังสิตา เทียงธีรธรรม, 2561) ประกอบด้วย การพยาบาลก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และการเตรียมจำหน่าย (วันดี สำราญราษฎร์, 2561)

การพยาบาลก่อนผ่าตัด

1.1 การเตรียมด้านจิตใจ โดย การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ การให้ความรู้เข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรค เปิดโอกาสให้ชักถาม กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดแสดงความคิดเห็น ระบบความรู้สึกเพื่อลดความเครียด วิตกกังวล และมีความมั่นใจในการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด

1.2 การเตรียมด้านร่างกาย การให้ข้อมูล การเตรียมลำไส้ก่อนผ่าตัดเพื่อไม่ให้มีสิ่งตกค้าง ลดเบคทีเรียในลำไส้ใหญ่ ช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อภายในหลังผ่าตัด โดยเริ่มจากการรับประทานอาหาร ไม่มีอาหาร อาหารเหลวใส สารเกลือแร่ และยาระบายตามแผนการรักษาของแพทย์ ชนิดยาควบคุมอาการปวดหลังผ่าตัด การประเมินความปวดโดยใช้ rating scale และการจัดการความปวดโดยใช้ยาตามแผนการรักษา หากควบคุมความปวดได้ดีจะส่งผลให้การเคลื่อนไหวลุกจากเตียงหลังผ่าตัดเร็ว สอนสาขิตการบริหารการหายใจเข้า-ออกลึกและการไออย่างมีประสิทธิภาพ (deep breathing and cough exercise) เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนทางปอดร่วมกับการใช้เครื่องบริหารปอด (spi-flow) ช่วยในการหายใจโดยปฏิบัติ 10 ครั้งทุก 1 ชั่วโมง อย่างน้อยวันละ 200 ครั้ง สอนสาขิตการบริหารขา (leg exercise) เมื่อเริ่มรู้สึกตัวหลังผ่าตัดให้เริ่มทำทันที เพื่อให้เลือดไหลเวียนดีขึ้น โดยปฏิบัติตั้งนี้ หมุนข้อเท้าวนด้านซ้าย วนด้านขวาส่วนก้น กระดกข้อเท้าขึ้นลง และเกร็งขาเหยียดตรง ควรปฏิบัติ 4-5 ครั้ง ทุกครั้งชั่วโมงในขณะที่ตื่น สร้างความเข้าใจเพื่อส่งเสริมการลุกเดินจากเตียง โดยเริ่วจากหลังผ่าตัด ควรปฏิบัติให้เร็วที่สุดภายใน 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดีและไม่มีข้อจำกัดในการลุกจากเตียง ได้แก่ มีอัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 40 ครั้งต่อนาที หรือมากกว่า 130 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจมากกว่า 35 ครั้งต่อนาที เป็นระยะเวลากว่า 30

นาที ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวน้อยกว่า 85 มิลลิเมตรป্রอท หรือมากกว่า 200 มิลลิเมตรป্রอท ช่วงกระตุ้นการบริหารขาช่วยเหลือให้ผู้ป่วยลูกนั่งเพื่อส่งเสริมการทำงานของปอด กระตุ้นให้เดินอย่างน้อย 2 ครั้งต่อวัน

1. การพยาบาลหลังผ่าตัด ประกอบด้วย การประเมินสัญญาณชีพและบันทึกสารน้ำเข้าออกร่างกาย 24 ชั่วโมง แรกหรือทุก 4 ชั่วโมงจนกว่าปกติ การจัดการความปวด การอดอาหารบ่วนปัสสาวะและสายรับประทานจากกระเพาะทางช่องปากโดยเร็ว การดูแลแผลผ่าตัดและสายรับประทานจากช่องท้อง ติดตามประเมินการรับประทานอาหารและการขับถ่าย อาการ การป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ ภาวะเลือดออกผิดปกติ แพลงผ่าตัดติดเชื้อ ภาวะลำไส้ทะลุ ร้าว และอาการคลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น การกระตุ้นการฟื้นตัวของร่างกายตามโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัดควรปฏิบัติให้เร็วที่สุดภายใน 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดีและไม่มีข้อจำกัดในการลุกจากเตียง ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด การบริหารการหายใจเข้า-ออกลึกและการไออย่างมีประสิทธิภาพร่วมกับการใช้เครื่องบริหารปอด การบริหารขา (leg exercise)

3. การเตรียมสำหรับการประเมินแพลงผ่าตัดและแนะนำการดูแลแผลเมื่อกลับบ้าน ห้ามแพลงโดยน้ำ หรือมีหนอนซึ่งป่วยแพลงมากควรรับมาพบแพทย์ก่อนนัด และนำการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหารสุกสะอาด อาหารมีการไขยสูง ต้องเคี้ยวให้ละเอียด คงสูบนุ่มหรือแตงคุ่มเนื้้อัดลง ออกกำลังกายได้ตามปกติ แต่ไม่ควรหักโหมหลังผ่าตัดประมาณ 1 เดือน รวมทั้งมาตรฐานนัดอย่างต่อเนื่อง

กรณีรักษาต่อเนื่องด้วยยาบังคับหรือรังสีรักษา อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจพยาธิสภาพของโรค แผนการรักษา เปิดโอกาสให้ชักดาน ระบายน้ำร้อน รักษาความรู้สึกเพื่อลดความเครียด วิตกกังวลและยอมรับการรักษา ญาติหรืออนุคคลใกล้ชิด ควรให้ความสนใจและเอาจริงให้ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด หรือจัดผู้ป่วยเข้ากลุ่มพูดคุยกับผู้ที่เคยได้รับยาบังคับหรือรังสีรักษา และให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับผลข้างเคียงที่พบบ่อยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อเนื่องที่บ้าน

เภสัชวิทยา (ปราณี ทูไพรeras, 2559)

1. picoprep สารพคุณใช้เป็นยาระบาย เพื่อเตรียมลำไส้ก่อนผ่าตัด อาการข้างเคียงจากการได้รับยา ได้แก่ ท้องเสีย อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน การพยาบาล ติดตามประเมินการขับถ่ายหลังได้รับยาและอาการข้างเคียงจากการได้รับยา

2. morphine injection สารพคุณ บรรเทาอาการปวดระดับรุนแรง อาการข้างเคียงจากการได้รับยา ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก มีนิ่ง และเคลื่อนผัน การพยาบาล ประเมินระดับความปวดหลังได้รับยา 10-15 นาที ติดตามประเมิน sedation score หากคะแนนมากกว่าเท่ากับ 2 คะแนน ยัตราการหายใจน้อยกว่า 10 ครั้งต่อนาที หายใจลำบาก รูม่านตาขนาดเล็กกว่า 2 มิลลิเมตร ความดันโลหิตน้อยกว่า 90/60 มิลลิเมตรป্রอท ปลุกไม่ตื่น รายงานแพทช์ทันที และแก้ไขเบื้องต้นกีดขวาง ให้ออกซิเจนและยาแก้พิษของ morphine ได้แก่ naloxone 0.4-2 mg ทางหลอดเลือดดำทุก 2-3 นาที และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการได้รับยา

3. metoclopramide หรือ plasil สรรพคุณ บรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ อาการดีเก็ต อาการดีเก็ต เกร็งหรือกระตุกของกล้ามเนื้อคอ ในหน้า ขากร ไกร พูดลำบาก กลืนลำบาก การพยานาล ให้รับประทานยาก่อนอาหารอย่างน้อยครึ่งชั่วโมง รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

จะเริ่งดำเนินการให้หายและทราบหนักเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประเทศไทย จากสถิติทะเบียนมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทราบหนัก รายใหม่เป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับ 2 ในเพศชาย รองจากมะเร็งตับและอันดับที่ 3 ในเพศหญิงรองจากมะเร็งต้านม และมะเร็งปอดมดลูก ผู้ป่วยจะมีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี ถึงร้อยละ 90 แต่ถ้าเป็นระยะห้ายี่สิ่งมีการแพร่กระจายไป อวัยวะอื่น ๆ อัตราการรอดชีวิตเหลือเพียงร้อยละ 10 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2563) จากสถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ที่ได้รับการผ่าตัดด้วยกล้องส่องผ่านทางหน้าท้องที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหลัง โรงพยาบาลเจริญกรุง ประชารักษ์ในปี พ.ศ. 2560-2562 จำนวน 2 ราย 8 ราย และ 6 รายตามลำดับ (โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 2563) การผ่าตัดด้วยกล้องส่องผ่านทางหน้าท้องมีข้อดีกว่าการผ่าตัดแบบเปิดคือ บาดแผลเล็กกว่า ความปวดน้อยกว่า การฟื้นฟูสภาพร่างกายกลับสู่สภาพปกติได้เร็วกว่า แต่มีข้อเสียคือ อวัยวะใกล้เคียงต้องการนาฬิกา ทະตุ หรือฉีกขาด ได้รวมทั้งการประเมินเตือกออกภายในห้องท้องทำได้ยากกว่าการผ่าตัดแบบเปิด (สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และ พัฒน์พงศ์ นาวีเจริญ, 2554) และเป็นการผ่าตัดแบบใหม่พยาบาลควรมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ที่ได้รับการผ่าตัดด้วยกล้องส่องผ่านทางหน้าท้อง เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เดือกรถีกิษมาเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่ได้รับการผ่าตัดด้วยกล้องส่องผ่านทางหน้าท้อง

2. ศึกษาร่วมรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่ได้รับการผ่าตัดด้วยกล้องส่องผ่านทางหน้าท้อง โดยคำนึงถึงวิชาการและครอบแนวคิดทางการพยาบาลจากตำรา วารสารเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา

3. เดือกรถีกิษมาผู้ป่วยหลังไทย อายุ 40 ปี เลขที่ภายนอก 25938/55 เลขที่ภายใน 17330/62 อาการสำคัญ นำมายื่น ถ่ายอุจจาระมีเลือดปน 6 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล นัดมาผ่าตัดมะเร็งลำไส้ด้วยการส่องกล้องผ่านทางหน้าท้อง รับไว้ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหลังวันที่ 21 ตุลาคม 2562

4. สรุปกรณีศึกษาและพาราย สรุปข้อมูล จัดทำเป็นเอกสาร ตรวจสอบความถูกต้อง และนำเสนอตามลำดับ

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

กรณีศึกษาผู้ป่วยหลังไทย อายุ 40 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพคู่ สามี โรงพยาบาลวันที่ 21 ตุลาคม 2562 ให้ประวัติ 6 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ถ่ายอุจจาระมีเลือดปน ส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่พบก้อนที่

ลำไส้ ผลขั้นเนื้อพบเป็นมะเร็งชนิด adenocarcinoma ผู้ป่วยปฏิเสธ โรคประจำตัว เคยผ่าตัดเนื้องอกรังไข่ 7 ปีก่อน เพทย์นัดมาโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัดมะเร็งลำไส้ด้วยกล้องส่องล่องผ่านทางหน้าท้อง (laparoscopic sigmoidectomy)

วันที่ 21 ตุลาคม 2562 เวลา 11.13 นาฬิกา แรกรับผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหลัก เลขที่ภายนอก 25938/55 เลขที่ภายใน 17330/62 ประเมินอาการแรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตามตอบรู้เรื่อง ช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด สัญญาณชีพแรกรับอุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 87 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 126/98 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 55 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 เซนติเมตร ผลการตรวจร่างกายปกติ ผลการตรวจภาพถ่ายรังสีปอด ผลการตรวจทางโลหิตวิทยาปอด ชีโนโกลบิน 12.5 gm/dl (ค่าปกติ 12-16 gm/dl) ฮีมาโตクリต 36.9 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 35-45 เปอร์เซ็นต์) เกล็ดเตือด 313 THSD/Cumm (ค่าปกติ 150-400 THSD/Cumm) ผลการตรวจทางเคมีคลินิกปอด โซเดียม 142 mmol/l (ค่าปกติ 136-145 mmol/l) โพแทสเซียม 4.1 mmol/l (ค่าปกติ 3.5-5.1 mmol/l) คลอไรด์ 104 mmol/l (ค่าปกติ 98-107 mmol/l) คาร์บอนไดออกไซด์ 24 mmol/l (ค่าปกติ 22-29 mmol/l) CEA 0.87 ng/ml (ค่าปกติ 0-5 ng/ml) ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด พูดคุยให้กำลังใจ อธิบายความรู้สึกเกี่ยวกับโรค พยายารักษา การผ่าตัด แนะนำการประเมินระดับความปวดโดยใช้ rating scale ฝึกปฏิบัติการหายใจเข้า-ออกลึก การไออย่างมีประสิทธิภาพ ฝึกดูดเครื่องบริหารปอด ฝึกเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด การดูแลแผลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การดูแลสายรณะจากช่องท้องเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุด ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทาน picoprep 1 ของผสมน้ำ 1 แก้ว ดื่มน้ำตาม 1 ลิตร เพื่อเตรียมลำไส้ก่อนผ่าตัด ติดตามอาการขึ้นเครื่องจากการได้รับยาแนะนำการรงค์น้ำและอาหารทางปากทุกชนิดหลังเที่ยงคืนก่อนวันผ่าตัดเพื่อป้องกันการสูดสำลักระหว่างการระงับความรู้สึกทั่วไป หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยสิหน้าแล้วใส่ชี้

3 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาหลังให้ยา 1 ชั่วโมง ระดับคะแนนความปวดลดลงเหลือ 4 คะแนน และไม่พบอาการแพ้ยาหรืออาการข้างเคียง ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อหลังผ่าตัดจากการมีสายระบายน้ำจากช่องท้อง 1 เส้น สารคัดหลังเป็นเลือดปริมาณ 150 มิลลิลิตร วัดไข้อุณหภูมิร่างกาย 38.1 องศาเซลเซียส เชื้อตัวลด ไข้แต่ติดตาม วัดอุณหภูมิร่างกายซ้ำได้ 37.7 องศาเซลเซียส แพลงผ่าตัดและสายระบายน้ำจากช่องท้อง ไม่มีบวมแดง ไม่มีเลือดซึม

วันที่ 23 ตุลาคม 2562 เวลา 07.45 นาฬิกา ผู้ป่วยสีหน้าอ่อนเพลีย นั่งพิงเตียงศีรษะสูง 60 องศา ทำการสะอาด ร่างกายโดยการเชื้อตัวนับเดียว วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปอร์ต สารคัดหลังเป็นเลือดสีแดงจาง ๆ ปริมาณ 150 มิลลิลิตรใน 24 ชั่วโมง บีบูรุคสายเพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดเกาะสายและสามารถระบายน้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยปวดแพลง ผ่าตัดระดับคะแนนความปวด 5 คะแนน แนะนำเทคนิคการเบี่ยงเบนจากอาการปวดโดยให้ผู้ป่วยฝึกสมาธิ ฝึกหายใจ อ่านหนังสือพูดคุยกับตัวเองเพื่อลดความวิตกกังวล ให้ยา morphine 3 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ระดับคะแนนความปวดลดลงเหลือ 2 คะแนน กระตุนบริหารปอดด้วยการหายใจเข้า-ออกลึก และดูดเครื่องบริหารปอดเพื่อช่วยการหายใจตัวของปอดและขับเสมหะผู้ป่วยสามารถพากลมได้ยังไม่ถ่ายอุจจาระเนื่องจากยังคงน้ำและอาหาร ผู้ป่วยสามารถดูดเครื่องบริหารปอดลูกบล็อกอย่างต่อเนื่องได้ 1 ลูก

วันที่ 24 ตุลาคม 2562 เวลา 07.00 นาฬิกา ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น ลุกนั่งขึ้นเตียง สารคัดหลังมีปริมาณมากเป็นน้ำเหลืองปนเลือดปริมาณ 90 มิลลิลิตรใน 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยเสียบุบต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะปัสสาวะออกน้ำอ้อยกว่า 100 ซีซี ใน 4 ชั่วโมง ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ LRI 200 มิลลิลิตรใน 1 ชั่วโมงตามแผนการรักษา ติดตามปริมาณสารน้ำเข้าออกร่างกายทุก 4 ชั่วโมงพบปริมาณปัสสาวะออก 220 มิลลิลิตรใน 4 ชั่วโมง วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 106/63 มิลลิเมตรปอร์ต ผู้ป่วยคลื่นไส้และแน่นอีกด้วยท้องจากการคั่งค้างของก้าขาวร้อนได้ออกไช้ที่ใส่เข้าไปในช่องท้องระหว่างการผ่าตัด หลังผ่าตัดผู้ป่วยคลื่นไส้ร่วงกายน้อยและไม่พายลม ประเมินฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ได้ 6 ครั้งต่อนาที กระตุนเคลื่อนไหวร่างกายและช่วยพยุงลูกยืน พาเดิน ไกลงมาเข็นทำความสะอาดช่องปากกล่าวคุยด้วยน้ำอุ่น อะซิบายผู้ป่วยว่าอาการนี้เกิดและหายเป็นปกติภายใน 1-2 วันหลังผ่าตัด และกระตุนการทำงานของลำไส้เพื่อช่วยระบบลิมปิกในห้องด้วยการพยุงผู้ป่วยลูกดินไกล 5 รอบต่อวัน ให้ยา plasil 10 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา หลังให้การพยาบาลอาการคลื่นไส้และแน่นอีกด้วยท้องทุเลาลง ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ได้ 10 ครั้งต่อนาที พายลมได้ 1 ครั้งต่อวัน ผู้ป่วยปวดแพลงผ่าตัดระดับคะแนนความปวด 5 คะแนน ให้รับยา morphine 3 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ระดับคะแนนความปวดลดลงเหลือ 2 คะแนน

วันที่ 25 ตุลาคม 2562 เวลา 15.00 นาฬิกา ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น เดินกลับจากห้องน้ำ ทำการห้องน้ำ ทำกิจกรรมประจำวัน ได้วัดสัญญาณชีพปกติ สารคัดหลังยังคงมีปริมาณมากปนน้ำเหลืองปนเลือดปริมาณ 80 มิลลิลิตรใน 24 ชั่วโมง บีบูรุคสายและวัดปริมาณสารคัดหลังทุก 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยเริ่มเจ็บน้ำ ไม่มีอาการคลื่นไส้ ติดตามอาการແນนอีกด้วยท้อง ลดลง พายลมได้ 2 ครั้งต่อวัน พูดคุยกับตัวเองในการพื้นผิวร่างกาย และติดตามการรับประทานอาหารต่อในวันที่ 26

ตุลาคม 2562 เวลา ผู้ป่วยรับประทานอาหารเหลวมือเข้าและกลางวันได้มีอัตรา 250 มิลลิลิตร มือเย็นรับประทานอาหารอ่อนได้ครึ่งถ้วย ไม่มีคืนไส้อาเจียน ไม่ปวดท้อง หายคลนได้ 3 ครั้งต่อวัน ถ่ายอุจาระปกติ

วันที่ 28 ตุลาคม 2562 เวลา 08.00 นาฬิกา ผู้ป่วยสืบท่าน้ำยื่มเย็น นั่งคูโตรัสพทบันเตียง สัญญาณชีพปกติ สารคัดหลั่งเป็นน้ำเหลืองใส่ปริมาณ 60 มิลลิลิตรใน 24 ชั่วโมง มีแผนการรักษาให้กอดสายระบายน้ำซึ่งห้องออก หลัง ถอดสายระบายน้ำออกแล้วผ่าตัดเหงง ไม่มีเดือดหรือสารคัดหลั่งซึ่ง ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากกว่าครึ่งถ้วย เพทย์ ให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ ก่อนจะหน่ายทำความสะอาดแล้วผ่าตัดปิดด้วยแผ่นปิดแผลใส่กันน้ำ ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ได้แก่ รับประทานอาหารอ่อน ปรงสุก สะอาด แล้ว ผ่าตัดห้ามโคนน้ำ ถ้าแพลงช์นให้ทำแพลงที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน งดยกของหนักมากกว่า 2 กิโลกรัมอย่างน้อย 1 เดือน ถ้ามีอาการผิดปกติ ได้แก่ มีไข้ แพลงผ่าตัดบวมแดง มีหนองซึ่ง ไม่ถ่ายอุจาระมากกว่า 5 วัน ให้นำพบเพทย์ ก่อนนัด ได้รับยาแก้ปวด paracetamol กลับบ้าน หลังให้คำแนะนำหวานสอนความเข้าใจผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ได้ทั้งหมด นัดติดตามอาการและพัฒนาชีวภาพวันที่ 4 พฤศจิกายน 2562 ที่ แผนกผู้ป่วยนอกรักลักษณะทั่วไป

7. ผลสำเร็จของงาน

จากการณีศึกษาผู้ป่วย โรคมะเร็งลำไส้ที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ด้วยกล้องส่องผ่านทางหน้าท้อง รับไว้ ในความคุณธรรมว่างวันที่ 21 ตุลาคม 2562 ถึงวันที่ 28 ตุลาคม 2562 เยี่ยมผู้ป่วย 6 ครั้ง รวมระยะเวลาให้การพยาบาล 8 วัน ระหว่างให้การพยาบาลพบปัญหาทั้งหมด 6 ปัญหาพบปัญหา ได้แก่ ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด ผู้ป่วยปวดแพลงผ่าตัด ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อหลังผ่าตัด ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยคลื่นไส้แน่นอีกด้วยท้อง ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไข เพทย์ให้กลับบ้าน ได้ในวันที่ 28 ตุลาคม 2562 รวมระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลทั้งหมด 8 วัน

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. หน่วงงานมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ด้วยกล้องส่องผ่านทางหน้าท้อง
2. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ด้วยกล้องส่องผ่านทางหน้าท้อง

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยมีประวัติเคยผ่าตัดเนื้องอกกระเพาะปัสสาวะ 7 ปีก่อนทำให้รู้สึกกลัวการผ่าตัดและกลัวการรักษาไม่หายขาดทำให้ขาดกำลังใจ ต้องใช้เวลาในการเตรียมพร้อม การดูแลช่วยทั้งด้านร่างกายและจิต ใจอย่างใกล้ชิด ต้องขอใบอนุญาตเข้าใจและช่วยดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน

10. ข้อเสนอแนะ

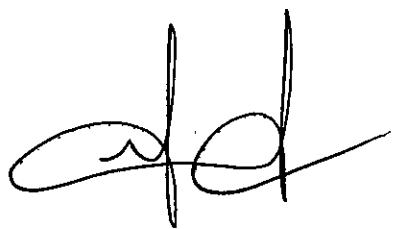
1. ให้ญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา
2. จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่ได้รับการผ่าตัดด้วยกล้องผ่านทางหน้าท้องและหายป่วยแล้วเพื่อเตรียมพร้อมให้ผู้ป่วย

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตาม
กำหนด

ลงชื่อ.....**าร์ทนัย**.....**ภานุกันย์**
(นางสาวทัศนีย์ ภาคทิพย์)
ผู้ขอรับการประเมิน
วันที่.....**๑๘ ต.ค. ๒๕๖๔**

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....**ฉัน พัน**
(นางนิตยา ศักดิ์สุกษา)
ตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล
กลุ่มการกิจด้านการพยาบาล
โรงพยาบาลเจริญกรุงประชาธิகษ
วันที่.....**๑๘ ต.ค. ๒๕๖๔**



ลงชื่อ.....
(นายเกรียงไกร ตั้งจิตรมงคล)
ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชาธิกษ
วันที่.....**๑๘ ต.ค. ๒๕๖๔**

หมายเหตุ : ผู้บังคับบัญชาหนีอื่นไป 1 ระดับ ในระหว่างวันที่ 21 ตุลาคม 2562 ถึงวันที่ 28 ตุลาคม 2562 คือ¹
นางเลิศลักษณ์ สีลารี่องแสง ปัจจุบันดำรงตำแหน่งรองผู้อำนวยการสำนักการแพทย์

เอกสารอ้างอิง

- ชุมลวรรณ ยอดกลกิจ, นิโรบล กนกสุนทรรัตน์ และ รังสิตา เที่ยงเชียรธรรม. (2561). การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคasma ไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการพดุงครรภ์ไทย*, 5(1), 94-111.
- ปูริภู คงไฟจิตรวงศ์. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และทวารหนักผ่านกล้องวิดีทัศน์. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 17(3), 131-139.
- ปราณี ทีไฟเราะ. (2559). คู่มือยา. (พิมพ์ครั้งที่ 14). กรุงเทพฯ: อิ็น พี เพรส.
- โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. (2563). รายงานประจำปี 2563. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์.
- วันดี สำราญรายภูร். (2561). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ผ่าตัดเบิดทวารเตียง. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*, 1(2), 96-111.
- วิษณุ ปานจันทร์, เสาวคนธ์ ศุกร์ โภชิน, อาคม ชัยวีระวัฒน์ และ วีรบุตร อิ่มสำราญ. (2558). แนวทางการคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และ ไส้ตรง. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โฆษณาศิริพิมพ์.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2563). ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: นิวัชรมดาการพิมพ์.
- สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และ พัฒน์พงศ์ นาวีเจริญ. (บรรณาธิการ). (2554). ตำราศัลยศาสตร์: *Textbook of surgery*. (พิมพ์ครั้งที่ 12). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เออนปภา ปรีชาธิราชสตร์. (2560). บทบาทพยาบาลเฉพาะทางดูแลบาดแผลօสโตรมี และความคุณการขับถ่ายไม่ได้: กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรง. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 10(1), 22-34.

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ของนางสาวทศนิย์ กасติพย์

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลทั่วไป)
(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 421) สังกัด ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
สำนักการแพทย์

เรื่อง แผนการสอนความรู้เกี่ยวกับขั้นตอน การปฏิบัติงานของผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ด้วยกล้องส่องผ่านทางหน้าท้อง

หลักการและเหตุผล

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประเทศไทย
จากสถิติทะเบียนมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก¹
รายใหม่เป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับ 2 ในเพศชาย รองจากมะเร็งตับและอันดับที่ 3 ในเพศหญิงรองจากมะเร็งเต้านม²
และมะเร็งปอดคลูก (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2563) มะเร็งลำไส้ใหญ่โดยเฉพาะชนิด adenocarcinoma เป็นก้อนที่โต³
เร็วและก้อนมะเร็งที่โตขึ้นจะไปกดเบี้ยดอวัยวะใกล้เคียงหรือลำไส้ใหญ่อุดตัน และการลุกลามของมะเร็งไปทำลาย⁴
เนื้อเยื่อปกติและหลอดเลือดเกิดเป็นแผลและเมื่อมะเร็งลุกลามมากขึ้นทำให้เกิดการแตกหักของลำไส้ใหญ่ และ⁵
แพร่กระจายไปยังอวัยวะที่อยู่ใกล้ โดยผ่านทางระบบน้ำเหลือง ระบบการไหลเวียนเลือด แพร่กระจายไปที่ตับ ปอด⁶
และกระดูก (วิษณุ ปานจันทร์, เสาวนร ศุกร์ โยธิน, อาคม ชัยวีระวัฒนะ และ วีรวุฒิ อิ่มสำราญ, 2558) การผ่าตัด⁷
เป็นการรักษาหลักของผู้ป่วย ปัจจุบันการผ่าตัดที่นิยมมากที่สุดคือการทำผ่าตัดผ่านกล้อง (laparoscopic colectomy)⁸
จากสถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ที่ได้รับการผ่าตัดด้วยกล้องส่องส่องผ่านทางหน้าท้องที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย⁹
ศัลยกรรมห้องปฏิบัติ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ในปี พ.ศ. 2560-2562 จำนวน 2 ราย 8 ราย และ 6 รายตามลำดับ¹⁰
(โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 2563) และจากการทบทวนพบว่า ผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น¹¹
ท้องอืด แน่นอืดอัดท้องส่งผลให้ฟืนดัวหลังผ่าตัด ได้รับการทำผ่าตัดเพิ่ม แก้ไข หรือรักษา ให้หายขาด ไม่มี¹²
ประสิทธิภาพไม่มีแผนการสอนที่เป็นระบบ ไม่มีรูปแบบการสอนที่เป็นแนวทางเดียวกันและไม่สอดคล้องกับ¹³
ปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดตามมา ดังนั้นจึง¹⁴
มีแนวคิดในการจัดทำแผนการสอนความรู้เกี่ยวกับขั้นตอน การปฏิบัติงานของผู้ป่วยเป็นการพัฒนาการสอนของ¹⁵
พยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ ลดความวิตกกังวล ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล มีการฟื้นตัวหลัง¹⁶
ผ่าตัดเร็วขึ้นและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานก่อนและหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ด้วยกล้องส่องผ่านทางหน้าท้องอย่างถูกต้อง

2. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ด้วยกล้องส่องผ่านทางหน้าท้อง

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

จากแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลความสำเร็จตามเป้าหมายของคิง (King's Theory) ได้กล่าวถึงกระบวนการ การปฏิสัมพันธ์ เพื่อความเข้าใจตรงกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ลิ่งสำคัญ คือการยอมรับนับถือในความสามารถ ของบุคคลที่จะคิด แสวงหาและใช้ความรู้ศักดิ์สินใจและเลือกกระทำพยาบาลจะประเมินความสามารถในการรับรู้ ของผู้ป่วยและเชื่อมั่นว่าเมื่อผู้ป่วยมีความรู้แล้วจะสามารถปฏิบัติตามได้ คุณแอลสำคัญระหว่างปฏิสัมพันธ์ ระหว่าง พยาบาลและผู้ป่วยที่จะบรรลุเป้าหมาย คือ การรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยสอดคล้องกัน ต้องมีการ ติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และจะต้องตั้งเป้าหมายร่วมกัน มีการตกลง ร่วมกันในวิธีการที่จะบรรลุเป้าหมาย คิงเชื่อว่าการบรรลุเป้าหมายในกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย จะทำให้ทึ้งสองฝ่ายพึงพอใจ และการดูแลจะมีประสิทธิภาพ และเกิดความสำเร็จตามเป้าหมาย (นริสา วงศ์พาภักษ์, 2556) การให้ความรู้ เกี่ยวกับขั้นตอน การปฏิบัติของผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดจะเริ่งลำไส้ด้วยกล้องส่องส่องผ่านทางหน้าท้อง จะต้องมีการประเมินผู้ป่วย การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล การเปิดโอกาสให้ซักถาม ระบายน ความรู้สึก คืนหายปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตัวทึ้งด้านร่างกายและจิตใจ ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผน การรักษา จนกระทั่งผู้ป่วยยอมรับแนวทางการรักษา ให้ความร่วมมือ และตั้งเป้าหมายร่วมกันในการผ่าตัด ให้ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ และทักษะตั้งแต่การเตรียมตัวก่อนผ่าตัดการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด รวมทั้งการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านได้อย่าง ถูกต้อง ดังนั้นแผนการสอนจะต้องมีเนื้อหาที่เป็นระบบครอบคลุมทุกมิติ มีสื่อการสอนที่ชัดเจนเข้าใจง่ายเพื่อการ สอนบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน

แผนการสอน หมายถึง การวางแผนการจัดกิจกรรมเป็นรายลักษณะอักษร เพื่อเป็นแนวทางในการจัด กิจกรรมการเรียนการสอน ซึ่งมีเนื้อหา กิจกรรมการเรียนการสอน สื่อการสอน และวิธีวัดผล ประเมินผลที่ชัดเจน เป็นกระบวนการกำหนดสิ่งต่าง ๆ ไว้ล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ โดยใช้ข้อมูลจากการวิเคราะห์ความต้องการของ หลักสูตร ความต้องการของผู้เรียน เนื้อหาข้อมูลสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ด้านการเรียนการสอน เพื่อให้การเรียนการ สอนบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ประกอบด้วย วัสดุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรมการเรียนการสอน อุปกรณ์สื่อการ สอน การประเมินผล การสอนสุขศึกษาที่มีการวางแผนการสอนไว้อย่างเป็นระบบจะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ ได้ดี และมีคุณภาพมากกว่าการสอนที่ไม่มีวางแผนล่วงหน้า ผู้จัดทำจึงใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาล ความสำเร็จตามเป้าหมายของคิงมาจัดทำ แผนการสอนความรู้เกี่ยวกับขั้นตอน การปฏิบัติของผู้ป่วยที่จะเข้า รับการผ่าตัดจะเริ่งลำไส้ด้วยกล้องส่องผ่านทางหน้าท้อง

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. นำเสนอแนวคิดในการสอนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดจะเริ่งลำไส้ด้วยกล้องส่องผ่าน ทางหน้าท้อง เพื่อขออนุญาตหัวหน้าหอผู้ป่วย
2. ประชุมบุคลากรในหน่วยงาน เพื่อขอความร่วมมือในการจัดแผนการสอน

3. ศึกษาค้นคว้าความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ ได้แก่ สาเหตุ อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยโรค การรักษา การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ด้วยกล้องส่องผ่านทางหน้าท้อง การพื้นตัวหลังผ่าตัด และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน
 4. จัดทำแผนการสอนโดยมีเนื้อหาดังนี้
 - 4.1 สาเหตุของโรคมะเร็งลำไส้
 - 4.2 อาการและอาการแสดง
 - 4.3 การวินิจฉัยโรค
 - 4.4 การรักษา
 - 4.5 การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ด้วยกล้องส่องผ่านทางหน้าท้อง
 - 4.6 การพื้นตัวหลังผ่าตัด
 - 4.7 การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน
 5. นำแผนการสอน เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ
 6. นำไปทดลองใช้สอนผู้ป่วยประเมินปัญหาการใช้ ปรับปรุงแก้ไข
 7. นำไปใช้จริงและติดตามประเมินผลการใช้อย่างต่อเนื่อง
- ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**
1. ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัตินอก่อนและหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ด้วยกล้องส่องผ่านทางหน้าท้องอย่างถูกต้อง
 2. ผู้ป่วยปลดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ด้วยกล้องส่องผ่านทางหน้าท้อง ตัวชี้วัดความสำเร็จ
1. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากผ่าตัดมะเร็งลำไส้ด้วยกล้องส่องผ่านทางหน้าท้องลดลงร้อยละ 20
 2. จำนวนวันการนอนรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่า 7 วัน
 3. อัตราการกลับมาอีกครั้งใน 30 วันหลังการผ่าตัดไม่ถูกต้องร้อยละ 0.1

ลงชื่อ..... ทักษิณ กาฬสินธุ์

(นางสาวทักษิณ กาฬสินธุ์)

ผู้ขอรับการประเมิน
วันที่..... ๑๖ ต.ค. ๒๕๖๔

เอกสารอ้างอิง

- นริสา วงศ์พนารักษ์. (2556). ทฤษฎีการพยาบาลของคิง: แนวคิดและการประยุกต์ใช้ในการพยาบาล.
สารสารสนเทศพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 31(4), 16-25.
- โรงพยาบาลเจริญกรุงประชาธิรักษ์. (2563). รายงานประจำปี 2563. กรุงเทพฯ:โรงพยาบาลเจริญกรุงประชาธิรักษ์.
- วิษณุ ปานจันทร์, เสาวคนธ์ ศุกร์โยธิน, อาคม ชัยวีระวัฒนา และ วีรบุตร อิ่มสำราญ. (2558). แนวทางการคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และ ไส้ตรง. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ:
โภสิตการพิมพ์.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2563). ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2562. กรุงเทพฯ:
นิวชาร์มดาการพิมพ์.