



รายงานกรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียมที่บ้าน Nursing Care for Colorectal Cancer Patients with Colostomy at home

นางวาสนา ธนะโชติ

พย.บ. (พยาบาลศาสตร์)

งานการพยาบาลที่บ้านและชุมชน กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน

โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา

บทคัดย่อ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (colorectal cancer) เป็นโรคที่พบได้บ่อยมากขึ้นทุกปี และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจะได้ผลดีไม่น้อยเพียงใดขึ้นกับระยะของโรคขณะเริ่มต้นรักษา การผ่าตัดเปิดทวารใหม่ทางหน้าท้อง (Ostomy หรือ ทวารเทียม) ถือเป็นการรักษาหลักของมะเร็งลำไส้ใหญ่ อย่างไรก็ตามการรักษาดังกล่าวจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว เช่นการสูญเสียภาพลักษณ์ และการใช้ชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนไป ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและการใช้ชีวิตในสังคม เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในระยะเปลี่ยนผ่านจากการดูแลที่โรงพยาบาล และมาเป็นการดูแลที่บ้านจึงเป็นระยะที่ก่อปัญหาและความยุ่งยากแก่ผู้ดูแลและครอบครัวมากที่สุด บทความนี้จะนำเสนอเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การรักษาโดยการผ่าตัดเปิดทวารใหม่ทางหน้าท้อง การรักษา ผลกระทบ และบทบาทของพยาบาลเยี่ยมบ้านในการดูแลเยี่ยมบ้านเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ให้คงไว้ซึ่งการทำงานของร่างกายให้มากที่สุด เพื่อบรรลุเป้าหมายให้สามารถกลับคืนสู่สังคมในที่สุด

ที่มาของปัญหา : โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (colorectal cancer) เป็นโรคที่พบได้บ่อยมากขึ้นทุกปี และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยโดยจากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ.2565 พบว่ามีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ 140,000 คน หรือ ประมาณ 386 คนต่อวัน 3 อันดับแรก เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง คิดเป็น ร้อยละ 13.1 รองจาก มะเร็งตับและท่อน้ำดี ร้อยละ 13.8 และมะเร็งเต้านม ร้อยละ 13.2 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2568) สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพุทธโสธร ปี พ.ศ.2565 - 2567 มีจำนวน 431, 592 และ 469 คนตามลำดับ และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ปีพ.ศ.2565 - 2567 มีจำนวน 4, 6 และ 16 คนตามลำดับ (รายงานเวชสถิติโรงพยาบาลพุทธโสธร, 2565 - 2567)

การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจะได้ผลดีไม่น้อยเพียงใดขึ้นกับระยะของโรค ขณะเริ่มต้นรักษา ปัจจุบันมีการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เช่น การตรวจอุจจาระซึ่งทำได้สะดวก รวดเร็วและสิ้นเปลืองน้อย หรืออาจตรวจลำไส้ละเอียดมากขึ้นด้วยการสวนสารทึบแสง ตลอดจนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ซึ่งแต่ละวิธีมีข้อบ่งชี้ในการเลือกใช้ที่แตกต่างกัน การผ่าตัด ถือเป็นการรักษาหลักของมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยตัดเอาลำไส้ส่วนที่เป็นโรคและต่อมน้ำเหลืองออกไป ในบางครั้งถ้าเป็นมะเร็งที่ลุกลามมาก หรือมะเร็งของลำไส้ใหญ่ส่วนปลายที่อยู่ติดกับทวารหนัก การผ่าตัดอาจมีความจำเป็นต้องเปิดทวารเทียมเอาปลายลำไส้ส่วนที่เหลืออยู่เปิดออกทางหน้าท้องเป็นทางให้อุจจาระออก อย่างไรก็ตามการรักษาดังกล่าวจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การสูญเสียภาพลักษณ์ และการใช้ชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนไป ความกังวลในเรื่องกลิ่นอุจจาระ การแต่งกาย การเดินทาง ภาวะท้องผูก วิตกกังวลเกี่ยวกับการผายลม และภาวะซึมเศร้า ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การพักผ่อนนอนหลับ การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การออกกำลังกาย และการใช้ชีวิตในสังคม เป็นต้น และพบว่า เป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตสูงเป็นอันดับที่สามของผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียมรายนี้เป็นการดูแล ผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะโรคร่วม คือโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลมีบทบาทที่ต้องใช้ความรู้ ทักษะ ในการให้ความรู้ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและญาติให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนอันเป็นผลมาจากโรคร่วมนี้ ในระยะเปลี่ยนผ่านจากการดูแลที่โรงพยาบาล และมาเป็นการดูแลที่บ้านจึงเป็นระยะที่ก่อปัญหาและความยุ่งยากแก่ผู้ดูแลเป็นอันมาก การดูแลเยี่ยมบ้านเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ปัญหาที่พบบ่อยคือเกิดจากการตัดช่องเปิดแป้นแคบเกินไป พอขนาดไม่พอดีกัน เมื่อปิดแป้นก็จะเสียดสี เพราะมีการขยับเขยื้อน/กระทบกระเทือนกับทวารเทียมจนเกิดแผลที่ตัวทวารเทียม หรืออาจเกิดจากการใช้มีดโกน โกนขนย่นรอบทวารเทียมทำให้เกิดรูขุมขนอักเสบ หรือเป็นแผลที่ตัวทวารเทียม การดูแลเยี่ยมบ้านเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ให้คงไว้ซึ่งการทำงานของร่างกายให้มากที่สุด และฟื้นฟูสภาพร่างกายจนสามารถกลับมาทำกิจกรรม ด้วยตนเองได้เร็ว หรือใกล้เคียงปกติให้ได้มากที่สุดเพื่อบรรลุปาหมายให้สามารถกลับคืนสู่สังคม ไม่ต้องกลายเป็นคนพิการ ติดบ้านติดเตียงจึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลชุมชนที่ต้องติดตามดูแลฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียมที่บ้าน

รูปแบบการศึกษา : ผู้ป่วยกรณีศึกษา (Case study)

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยชายไทยอายุ 82 ปี มีอาการถ่ายอุจจาระเป็นมูกปนเลือด ปวดเบ่งบริเวณทวารหนัก น้ำหนัก ลดลง 3 เดือน ตัดชิ้นเนื้อตรวจพบเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและมีโรคร่วม คือ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลและขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวในระยะหลังผ่าตัดและการดูแลทวารเทียม ปัญหาได้รับการดูแลต่อเนื่องการแก้ไข รวมระยะเวลาการดูแล 92 วัน

สรุป : ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้องที่กลับไปพักฟื้นที่บ้าน ควรได้รับการพยาบาลดูแลฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้านแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมมีประสิทธิภาพไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ : การพยาบาล ,โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก, ผ่าตัดเปิดทวารเทียม

บทนำ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (colorectal cancer) เป็นโรคที่พบได้บ่อยมากขึ้นทุกปี และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยโดยจากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ.2568 พบว่ามีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ 140,789 คน หรือ ประมาณ 386 คนต่อวัน 3 อันดับแรก เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง คิดเป็น ร้อยละ 13.1 รองจาก มะเร็งตับและท่อน้ำดี ร้อยละ 13.8 และมะเร็งเต้านม ร้อยละ 13.2 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2568) สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพุทธโสธร ปี พ.ศ.2565 - 2567 มีจำนวน 431, 592 และ 469 คน ตามลำดับ และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ปีพ.ศ.2565 - 2567 มีจำนวน 4, 6 และ 16 คน ตามลำดับ (เวชสถิติโรงพยาบาล พุทธโสธร, 2567)

การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจะได้ผลดีมากน้อยเพียงใดขึ้นกับระยะของโรคขณะเริ่มต้นรักษา ปัจจุบันมีการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เช่น การตรวจอุจจาระซึ่งทำได้สะดวก รวดเร็วและสิ้นเปลืองน้อย หรืออาจตรวจลำไส้ละเอียดมากขึ้นด้วยการสวนสารทึบแสงตลอดจนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ซึ่งแต่ละวิธีมีข้อบ่งชี้ในการเลือกใช้ที่แตกต่างกัน การผ่าตัด ถือเป็นการรักษาหลักของมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยตัดเอาลำไส้ส่วนที่เป็นโรคและต่อมน้ำเหลืองออกไป ในบางครั้งถ้าเป็นมะเร็งที่ลุกลามมาก หรือมะเร็งของลำไส้ใหญ่ส่วนปลายที่อยู่ติดกับทวารหนัก การผ่าตัดอาจมีความจำเป็นต้องเปิดทวารเทียมเอาปลายลำไส้ส่วนที่เหลืออยู่เปิดออกทางหน้าท้องเป็นทางให้อุจจาระออก อย่างไรก็ตามการรักษาดังกล่าวจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว เช่นการสูญเสียภาพลักษณ์ และการใช้ชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนไป ความกังวลในเรื่องกลิ่นอุจจาระ การแต่งกาย การเดินทาง ภาวะท้องผูก วิตกกังวลเกี่ยวกับการผายลม และภาวะซึมเศร้า ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การพักผ่อนนอนหลับ การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การออกกำลังกาย และการใช้ชีวิตในสังคม เป็นต้น และพบว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตสูงเป็นอันดับที่สามของผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียมรายนี้เป็นการดูแล ผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะโรคร่วม คือโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลมีบทบาทที่ต้องใช้ความรู้ ทักษะ ในการให้ความรู้ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและญาติให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนอันเป็นผลมาจากโรคร่วม ในระยะเปลี่ยนผ่านจากการดูแลที่โรงพยาบาล และมาเป็นการดูแลที่บ้านจึงเป็นระยะที่ก่อปัญหาและความยุ่งยากแก่ผู้ดูแลเป็นอันมาก การดูแลเยี่ยมบ้านเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ปัญหาที่พบบ่อยคือทวารเทียมเป็นแผล มีเลือดออก หรือเป็นแผลที่ตัวทวารเทียม ผิวหนังรอบๆทวารเทียมระคายเคือง เกิดการอุดตันหรือตีบ ภาวะไส้เลื่อนข้างทวารเทียม เป็นต้น (บุญชื่น อัมมาก, 2559) การดูแลเยี่ยมบ้านเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ให้คงไว้ซึ่งการทำงานของร่างกายให้มากที่สุด และฟื้นฟูสภาพร่างกายจนสามารถกลับมาทำกิจกรรม ด้วยตนเองได้เร็วหรือใกล้เคียงปกติให้ได้มากที่สุดเพื่อบรรลุเป้าหมายให้สามารถกลับคืนสู่สังคม ไม่ต้องกลายเป็นคนพิการติดบ้านติดเตียง บทบาทของพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วย

มะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียมและมีโรคร่วมนี้คือช่วยจัดการกับความยุ่งยากซับซ้อนของโรค และผู้ป่วยสามารถวางแผนกิจกรรมการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ยอมรับทวารเทียม และการเจ็บป่วยได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี (วันดี สำนามราชวร, 2561)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการประยุกต์กระบวนการพยาบาลไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียมทางหน้าท้องและมีโรคร่วมในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล
2. ลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียมเมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้าน
3. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถดูแล บริหาร จัดการตนเอง พัฒนาสุขภาพให้สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สามารถกลับไปประกอบกิจวัตรประจำวันได้ใกล้เคียงปกติ
4. ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบการให้บริการฟื้นฟูสภาพให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อลดภาระแก่คนดูแลและค่าใช้จ่ายที่มากขึ้น ส่งเสริมเพื่อลดการสูญเสียภาพลักษณ์ เป็นอุปสรรคต่อความก้าวหน้าในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ หรืออาจร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิต

วิธีดำเนินการศึกษา

1. เลือกเรื่องที่จะทำการศึกษาโดยคัดเลือกจากผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียมที่น่าสนใจและจากผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล และและมีโรคร่วม ปรากฏอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง ขออนุญาตผู้ป่วยและญาติ ขออนุมัติจริยธรรมวิจัยในคน ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการวิจัยกรณีศึกษา พร้อมทั้งติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน 1 ราย
2. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ อาการ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยา แบบแผนการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการศึกษา
3. ศึกษาค้นคว้าเอกสารและตำราทางวิชาการหลาย ๆ เล่ม รวมทั้งปรึกษาแพทย์และพยาบาลในทีมสุขภาพที่มีความชำนาญเพื่อใช้เป็นแหล่งข้อมูลเพื่อนำมาเรียบเรียงให้เนื้อหาที่สมบูรณ์
4. ดำเนินการศึกษาผู้ป่วย โดยการติดตามเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษา
5. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวมในด้าน กาย จิต สังคม จิตวิญญาณและเศรษฐกิจ
6. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผนที่ได้วางแนวทางไว้และปรับแผนการพยาบาลทุกครั้งที่ปัญหาของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป
7. สรุปผลการศึกษาที่ปฏิบัติการพยาบาลและให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง
8. ปรึกษาแพทย์และพยาบาลที่มีความชำนาญ เพื่อตรวจสอบการศึกษา
9. นำเสนอในรูปแบบตามระเบียบที่กำหนด

พยาธิสภาพการรักษาและการพยาบาลที่สำคัญ

พยาธิกำเนิดและลักษณะทางคลินิก ลำไส้ใหญ่ (colon) และทวารหนัก (rectum) เป็นอวัยวะส่วนปลายของระบบทางเดินอาหารที่มีลักษณะกลวง ผนังด้านในมีต่อมสร้างน้ำเมือก แต่ไม่มีต่อมสร้างน้ำย่อยอาหาร ผนังมีความยืดหยุ่นสูง เพื่อทำหน้าที่เก็บกักเศษอาหารที่ผ่านขบวนการดูดซึมสารอาหารต่อมาจากลำไส้เล็ก ทำหน้าที่ในการดูดน้ำ วิตามิน และเกลือแร่พวกโซเดียมและโพแทสเซียมออกจากกากอาหารเป็นหน้าที่สำคัญ รวมทั้งขับถ่ายกากอาหารออกสู่ภายนอก ลำไส้ใหญ่ และทวารหนักมีความยาวโดยรวมประมาณ 100-150 เซนติเมตร ในทางสัณยกรรมการแบ่งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็น 3 ส่วน โดยแบ่งตามระบบหลอดเลือดแดงของลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก (วริศรา ตุลยานนท์, 2551)

1. ลำไส้ใหญ่ซีกขวา ซึ่งหมายรวมถึงตั้งแต่ไส้ติ่ง (vermiform appendix) กระพุ้งลำไส้ใหญ่/ไส้ตัน (cecum) ลำไส้ใหญ่ส่วนขึ้น (ascending colon) ลำไส้ใหญ่ส่วนโค้งใต้ตับ (hepatic flexure) และลำไส้ใหญ่ส่วนขวาง (transverse colon)

2. ลำไส้ใหญ่ซีกซ้าย ซึ่งหมายรวมถึงตั้งแต่ลำไส้ใหญ่ส่วนโค้งใต้ม้าม (splenic flexure), ลำไส้ใหญ่ส่วนลง (descending colon) และลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์ (sigmoid colon)

3. ลำไส้ตรง (rectum) เป็นส่วนปลายของลำไส้ใหญ่ มีลักษณะเป็นท่อนตรง ยาวประมาณ 15 เซนติเมตร ตรงปลายของไส้ตรงจะเป็นทวารหนัก หน้าที่ของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ช่วยย่อยอาหารเพียงเล็กน้อย ถ่ายระบายกากอาหาร (waste product) ออกจากร่างกาย ดูดซึมน้ำและอิเล็กโทรไลต์จากอาหารที่ถูกย่อยแล้ว เช่น โซเดียม และเกลือแร่อื่น ที่อยู่ในกากอาหาร รวมทั้งวิตามินบางอย่างที่สร้างจากแบคทีเรียซึ่งอาศัยอยู่ในลำไส้ใหญ่ ทวารหนักทำหน้าที่ เก็บอุจจาระไว้จนกว่าจะถึงเวลาอันสมควรที่จะถ่ายออกนอกร่างกาย

พยาธิวิทยาของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colorectal cancer) หมายถึง ภาวะที่พบเนื้องอกชนิดร้าย (malignant tumor) บริเวณลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก โดยเซลล์ที่มีการแบ่งตัวที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้เกิดเป็นเนื้องอก (tumor) ซึ่งแบ่งตัวทำลายเนื้อเยื่อและอวัยวะใกล้เคียง และสามารถแพร่กระจายไปยัง อวัยวะอื่นที่อยู่ไกลไปตามกระแสเลือดและน้ำเหลืองเรียกว่า metastasis มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ส่วนมากเป็น adenocarcinoma และเป็นบริเวณใกล้ทวารหนัก ลักษณะที่มองเห็นได้ชัดด้วยตาเปล่าของ มะเร็งลำไส้ใหญ่แตกต่างกันตามตำแหน่ง ถ้าเป็นที่ไส้ตัน (cecum) หรือลำไส้ใหญ่ส่วนขึ้น (ascending colon) มักมีลักษณะเป็นก้อนขนาดใหญ่จนเลือดมาเลี้ยงไม่พอ เกิดการตายเฉพาะส่วน (necrosis) ได้ง่าย ทำให้มีเลือดออกลักษณะเป็นก้อนนี้พบในตำแหน่งอื่นได้เหมือนกันแม้แต่ในไส้ตรง อย่างไรก็ตามที่ลำไส้ใหญ่ซีกซ้าย และไส้ตรงมะเร็งจะขยายตัวตามแนวขวางเป็นวงรอบหรือเกือบรอบทำให้ท่อลำไส้บริเวณนั้นแคบลง และที่ผิว อาจเป็นแผลด้วย ลักษณะเช่นนี้ทำให้เกิดการอุดตันของลำไส้ได้ง่าย การศึกษาทางพยาธิวิทยาพบว่ามะเร็ง ลำไส้ใหญ่ และทวารหนักเริ่มจาก intramucosal epithelial lesions ของ adenomatous polyps หรือที่ glands ของเยื่อบุลำไส้เมื่อขยายตัวใหญ่ขึ้นจึงลุกลามผ่าน muscularis mucosae หลังจากนั้นจึงลุกลามเข้า หลอดเลือด

หรือทางเดินน้ำเหลือง ไปสู่ต่อมน้ำเหลืองเฉพาะบริเวณ (regional lymph nodes) อวัยวะหรือ เนื้อเยื่อ ที่ติดกับลำไส้ และอวัยวะที่อยู่ห่างออกไปตามลำดับ (อรอนงค์ ทัพสุวรรณ์, 2557)

อาการและอาการแสดง

มะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักโตช้าอาจอยู่นานถึง 5 ปี โดยไม่แสดงอาการและใช้เวลานานหลายปีก่อนที่จะเริ่มมีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด อย่างไรก็ตาม แม้จะไม่มีอาการ ก็อาจมีเลือดออกจากก้อนมะเร็ง โดยไม่สังเกตเห็น แต่อาจตรวจพบได้โดยวิธีทางเคมี (occult blood) เมื่อก้อนโตมากขึ้นกลายเป็นแผล จึงจะมี อาการเลือดออก ลำไส้อุดตัน หรือลำไส้ทะลุ ส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยมักมีอาการเลือดออกบริเวณไส้ตรง มีเลือด ปนออกมากับอุจจาระ มีอาการปวดเวลาขับอุจจาระ และมักมีอาการท้องเสีย หรือท้องผูกเรื้อรังร่วมด้วยเสมอ โดยสามารถสรุปอาการต่างๆ ได้ดังนี้ คือ ถ่ายอุจจาระมีเลือดปน อุปนิสัยการขับถ่ายเปลี่ยนไป เช่น เคยถ่าย อุจจาระทุกวันก็เปลี่ยนไป มีอาการท้องผูก อุจจาระมีขนาดเล็กลง ปวดมวนท้อง ปวดถ่าย อุจจาระบ่อยๆ อย่าง ไม่เคยเป็นมาก่อน โลหิตจางโดยไม่ทราบสาเหตุ

การวินิจฉัยโรค

1. การตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (fecal occult blood test) เป็นวิธีที่นิยมใช้กันแพร่หลายในปัจจุบัน
2. การตรวจรูทวารหนัก (digital rectal exam) คือการตรวจภายในรูทวารหนัก โดยแพทย์จะใช้นิ้วสอดเข้าไป ทางทวารหนัก เพื่อตรวจคลำดูก้อน หรือลักษณะที่ผิดปกติภายในรูทวารหนัก
3. การส่องกล้องตรวจบริเวณลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (colonoscopy) โดยการใช้กล้องยาวชนิดอ่อนซึ่งโค้ง งอได้ ส่องเข้าไปทางทวารหนักเพื่อตรวจหาพยาธิสภาพ ในลำไส้ใหญ่ตั้งแต่ส่วนปลายจนถึงส่วนต้น และยัง สามารถใส่อุปกรณ์เพิ่มเติมเพื่อตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจได้ colonoscopy เป็นการตรวจที่มีความแม่นยำมากที่สุด
4. การส่องกล้องตรวจบริเวณลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (sigmoidoscopy) เป็นการส่องกล้องตรวจลำไส้ โดยการใช้ กล้องเป็นท่อสอดเข้าไปทางรูทวารหนักเพื่อดูบริเวณรูทวารหนัก และลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย ทำให้สามารถตรวจ พบมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักระยะเริ่มแรก และ adenoma ได้ (บุศรา ชัยทัศน์, 2559)
5. การเอกซเรย์สวนสารทึบรังสีทางทวาร (barium enema) เป็นเทคนิคหนึ่งของการเอกซเรย์บริเวณทางเดิน อาหารส่วนล่างโดยการนำสารทึบแสงเข้าไปเคลือบตามลำไส้ผ่านทางทวารหนักเพื่อตรวจดูความผิดปกติ
6. การตรวจ Carcinoembryonic antigen (CEA) ในเลือด การตรวจเลือดเพื่อหาค่า CEA นำมาใช้ประโยชน์ ในการตรวจก่อนและหลังการผ่าตัด เพื่อกำหนด staging และติดตามผลการรักษา
7. การตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ (biopsy) โดยนำชิ้นเนื้อที่ตัดจากการส่องกล้องมาตรวจดูเซลล์ และเนื้อเยื่อด้วยกล้องจุลทรรศน์โดยแพทย์เพื่อตรวจหาเซลล์มะเร็งและลักษณะเซลล์ที่ผิดปกติ
8. การเอกซเรย์ด้วยคอมพิวเตอร์ความเร็วสูง (virtual colonography) คือ เทคนิคการใช้เครื่องเอกซเรย์ คอมพิวเตอร์ (computed tomography)

การรักษา

การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักมี 4 วิธี ดังนี้

1. การรักษา มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยการผ่าตัดเอาออก (resection) เป็นการรักษาหลักของ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป้าหมายของการผ่าตัด คือการตัดลำไส้ช่วงที่เป็นมะเร็งออกทั้งหมด ร่วมกับ เนื้อดีบางส่วนให้มากพอ อย่างน้อยให้เหลือส่วนที่มองเห็นว่าเป็นมะเร็งข้างละ 5 เซนติเมตร โดยมากแพทย์ สามารถต่อลำไส้ได้ รวมทั้งตัดต่อม้ามและลำไส้ส่วนนั้นออกให้หมดด้วย

1.1 การผ่าตัดเอาเฉพาะส่วนของก้อนมะเร็งออก (local resection) ใช้ในรายที่โรคมะเร็งยังอยู่ เฉพาะในบริเวณลำไส้ การกระจายของเซลล์มะเร็ง เข้าไปในผนังส่วนข้างเคียง เพียงไม่กี่มิลลิเมตรจากขอบ จุดเริ่มต้น จึงไม่ต้องตัดห่างมาก

1.2 การผ่าตัดบริเวณกว้างโดยตัดเอาส่วนของมะเร็งที่มีการกระจายไปยังเนื้อเยื่อข้างเคียงออกด้วย (radical resection) มะเร็งมีการกระจายแทรกไปในเนื้อเยื่อข้างเคียงมากจากจุดเริ่มต้น เมื่อตัดออกจึงต้องเอา ออกกว้าง ถ้าเป็นที่กล้ามเนื้อ ต้องตัดออกทั้งหมด

1.3 การผ่าตัดบริเวณกว้างโดยตัดเอาส่วนของมะเร็งที่มีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียงออก ด้วย (radical bloc excision of lymphatics) ใช้ในรายที่โรคมะเร็งที่ จุดเริ่มต้นอยู่ใกล้กับต่อมน้ำเหลือง ข้างเคียงของส่วนนั้นกระจายไปต่อมน้ำเหลืองแล้ว

1.4 การผ่าตัดอย่างครอบคลุมกว้างขวาง (extensive radical surgical procedures) ทำในกรณีที่ ก้อนเนื้อมะเร็งกระจายเข้าไปในเนื้อเยื่อหรืออวัยวะข้างเคียง (local invasion) แต่ยังไม่มีการกระจายไปที่ ไกลๆ เช่น การผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักส่วนปลาย ที่เข้าไป ในอวัยวะข้างเคียง อาจจะต้องตัด อวัยวะนั้นๆ เช่น ในช่องมดลูก รังไข่ เป็นต้น การรักษาโดยการผ่าตัดเอาลำไส้ส่วนที่มีมะเร็งออกยังเป็นวิธีที่ดีที่สุดและมีโอกาสหายขาดได้มากที่สุด

แต่ปัญหาจะเกิดขึ้นในกรณีที่มะเร็งอยู่ใกล้ทวารหนักมาก ทำให้ศัลยแพทย์ไม่อาจเย็บลำไส้ต่อกลับให้เหมือนเดิม ได้ กรณีเช่นนี้ อาจต้องมีการย้ายทวารหนักไปไว้ที่ท้องน้อย เรียกว่า colostomy ส่วนของลำไส้ที่นำมาเปิดที่ผนัง หน้าท้อง เรียกว่า stoma (จุฬาร ประสิทธิ์ และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์, 2558) ซึ่งจะมีการใช้อุปกรณ์เพื่อช่วยรองรับอุจจาระที่ร่างกายขับถ่ายออกมา ขนาดของ stoma แตกต่างกันได้ และอาจมีสีที่แตกต่างกันได้เช่นกัน โดยทั่วไป มักจะเห็นเป็นสีแดงออกชมพู หลังจาก ผ่าตัดเสร็จเรียบร้อยแล้วประมาณ 7-10 วัน แผลที่บริเวณ stoma ก็จะแห้งสนิท (ประทีน ไชยศรี, 2554)

2. การรักษา มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ด้วยเคมีบำบัดใช้รักษาประกอบกับการผ่าตัด เพื่อลดโอกาสกำเริบ ของมะเร็ง และโอกาสรอดชีวิตยืนยาวขึ้นแม้ว่าการรักษาส่วนใหญ่จะเป็นการผ่าตัดเอาก้อนเนื้องอกออกไป แต่ พบว่าเกิดการกลับมาใหม่ ได้มากประมาณ 50-60% การรักษาด้วยเคมีบำบัด เป็นการรักษาเพื่อลดการกลับมาใหม่

3. การรักษา มะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักด้วยการฉายรังสี เป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษา โดยเฉพาะเมื่อ ก้อนเนื้อมันลุกลามออกไปยังอวัยวะ หรือออกมาเกาะยังผนังหน้าท้อง

4. การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วย immune targeted Therapy โดยการใช้ monoclonal antibody เชื่อมกับ cytotoxic agents ทำให้สามารถกำหนดให้ยาโจมตีเฉพาะตำแหน่งที่มีเซลล์มะเร็ง

รายงานผู้ป่วย

ประวัติผู้ป่วยทั่วไป: ผู้ป่วยชายไทยสูงอายุ อายุ 82 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพ โสด ระดับการศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ภูมิลำเนาจังหวัดฉะเชิงเทรา

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล: วันที่ 28 มิถุนายน พ.ศ. 2568 ถึงวันที่ 23 กรกฎาคม พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลาในความดูแล 26 วัน

วันที่รับไว้ในกการดูแล: วันที่ 25 กรกฎาคม พ.ศ. 2568

วันที่สิ้นสุดการดูแล: วันที่ 24 ตุลาคม พ.ศ. 2568

วันที่ส่งต่อ: วันที่ 24 ตุลาคม พ.ศ. 2568

แหล่งที่มาข้อมูล: ได้ข้อมูลจากผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย คือ หลานชาย หลานสะใภ้ จากเวชระเบียน ผู้ป่วยโปรแกรม Hosxp และข้อมูลการส่งต่อดูแลต่อเนื่อง โปรแกรม Smart COC of care (Smart COC) ของโรงพยาบาลพุทธโสธร

อาการสำคัญ: รับส่งต่อดูแลจากศูนย์การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน Smart COC ของโรงพยาบาลพุทธโสธร หลังผ่าตัดเปิดทวารเทียม Abdominoperineal resection (APR) วันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2568 นอนโรงพยาบาล 26 วัน มีภาวะติดเตียง (Bed ridden) พึ่งพาผู้ดูแลอย่างสมบูรณ์ ขาสองข้างอ่อนแรงขยับได้เล็กน้อย ไม่มีแรงต้าน กำลังของแขนขา (Motor Power) ขาสองข้าง เกรด 4 แขนขวา เกรด 4 แขนซ้าย เกรด 1 กำมือซ้ายไม่ได้ รับประทานอาหารเองไม่ได้ ผู้ดูแลป้อนอาหาร ไม่มีสำลัก Retained Foley's cath No.16 ปัสสาวะเหลืองใส ได้รับการส่งต่อให้ติดตามอาการผู้ป่วยและการดูแลของครอบครัวต่อเนื่องที่บ้าน ในเรื่องการรับรู้ของผู้ป่วย ประเมินการกลืน การให้อาหารทางNG tube การดูแลภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจผู้ป่วย

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน: 5 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีประวัติท้องผูก สลับท้องเสีย ถ่ายอุจจาระมีเลือดสดปน ตรวจ Colonoscopy with biopsy พบ Ulcer proliferative mass 3 cm. at rectum แพทย์วินิจฉัย Low Rectum cancer ทำผ่าตัดเปิดทวารเทียม Abdominoperineal resection (APR) รักษาต่อเนื่องโรงพยาบาลพุทธโสธร

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต/โรคประจำตัว: 15 ปี ป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง รักษาคลินิกเอกชน รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ 4 ปี โรคหลอดเลือดสมอง (Ischemic stroke) อ่อนแรงซีกซ้าย รับยาโรงพยาบาลพุทธโสธร และคลินิกเอกชน รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ จำผู้ดูแลมาทำกายภาพให้ที่บ้าน

ประวัติพฤติกรรมสุขภาพ: ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ไม่ใช้สารเสพติด ชอบอาหารรสจืด ไม่ออกกำลังกายพักผ่อน 6-8 ชั่วโมงต่อวัน

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว: บิดา มารดา เสียชีวิตด้วยโรคชรา ผู้ป่วยมีพี่น้องร่วมบิดา มารดาเดียวกัน 5 คน โดยผู้ป่วยเป็นบุตรชายคนโต น้องชายคนที่ 2 เสียชีวิตด้วยโรคอัลไซเมอร์ น้องชายคนที่ 3 เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก น้องสาวคนที่ 4 สุขภาพแข็งแรงดี น้องสาวคนสุดท้องเสียชีวิต ไม่ทราบสาเหตุ หลานชาย 2 คน ซึ่งเป็นบุตรของน้องสาวคนสุดท้อง สุขภาพแข็งแรงดี

การวินิจฉัยโรค: Low Rectum Cancer with Non insulin dependent diabetes mellitus type 2 without complication, primary hypertension, disorder of lipoprotein metabolism

การประเมินสถานะสุขภาพผู้ป่วยอย่างครอบคลุมตามกรอบแนวคิด IN HOME SSS

I : Immobility/Impairment (การเคลื่อนไหวร่างกาย)

ADL ตามแนวทางของ Barthel index = 5 คะแนน MRS = 5 ADL 1 คะแนน ผู้ป่วยมีความผิดปกติมาก ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้โดยต้องมีคนช่วย (กลุ่มติดเตียง กลุ่ม 4) ประเมิน TAI (Typology of Aged with Illustration). I2 มีความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหว ขาสองข้างอ่อนแรง

N : Nutrition (โภชนาการ)

ภาวะโภชนาการสมส่วน น้ำหนัก 65 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร BMI 25.39 กิโลกรัม/ตารางเมตร รับประทานอาหารปกติ ส่วนใหญ่เป็น ข้าว ไข่ เปื้ออาหาร

H : Housing (ภาวะแวดล้อมทั่วไปของบ้าน)

เป็นบ้านปูน 1 ชั้น ปลุกแยกออกมาจากบ้านของหลานชาย แต่อาศัยรวมอยู่ในรั้วเดียวกัน ลักษณะสิ่งแวดล้อมภายในบ้านโปร่ง กั้นห้องนอน 1 ห้อง เป็นระเบียบดี ห้องน้ำอยู่ในบ้าน ไม่เลี้ยงสัตว์ บ้านมีรั้วกัน ปลุกต้นไม้ สภาพภายในและภายนอกบ้านสะอาดดี

O : Other people (บุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง)

ผู้ป่วยโสด ปัจจุบันอาศัยอยู่กับหลานชายคน 2 คน และหลานสะใภ้ หลานเป็นบุตรชายของน้องสาวคนสุดท้อง ช่วยเหลือดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายต่างๆของผู้ป่วย มีคนงานหญิงภายในบ้านรับผิดชอบดูแลจัดหาอาหาร เช็ดตัว ทำกายภาพให้ผู้ป่วย บุคคลอื่นในชุมชนที่ให้ความช่วยเหลือ ได้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและต้นพิการเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา เข้ามาดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล

M : Medication (การใช้ยา)

รายการยาที่แพทย์สั่ง คือ Omeprazole (20 mg) 1 เม็ดก่อนอาหารเช้า, Glipizide (5 mg) ครั้งเม็ด 2 เวลา ก่อนอาหารเช้า เย็น, Aspirin (gr 81) 1 เม็ด หลังอาหารเช้า, Amlodipine (5 mg) 1 เม็ด หลังอาหารเช้า, Metformin (500 mg) ครั้งเม็ด หลังอาหารเช้า, Vitamin B1 (100 mg) 1 เม็ด หลังอาหารเช้า, Vitamin B complex 1 เม็ด 3 ครั้งหลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น, Atorvastatin (40 mg) 1 เม็ดก่อนนอน, Ferrous fumarate (200 mg) 3 เม็ด ก่อนนอน, Gabapentin (500 mg) 1 แคปซูล ก่อนนอน, Paracetamol (500 mg) 1 เม็ด ทุก 6 ชั่วโมง, Quetiapine (5 mg) 1 เม็ด เมื่อมีอาการ

มีประวัติแพ้ยา Allopurinol, Colchicine, Naproxen มีอาการผื่นคัน ไม่ได้รับประทานยา

หรือสมุนไพรหรืออาหารเสริมรับประทานเอง รับประทานยาตามแพทย์สั่งถูกต้อง ครบถ้วน
การประเมินสภาพร่างกายแรกรับ

ผู้ป่วยชายไทยสูงอายุ 82 ปี รูปร่างสมส่วน ผิวสองสี น้ำหนัก 65 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร
สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที การหายใจ 16 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต
140/70 มิลลิเมตรปรอท พูดคุยรู้เรื่องแต่ไม่ชัดเจน ระดับ Barthel ADL index = 5 คะแนน MRS = 5 ADL
= 1 คะแนน Retained Foley's cath No.16 ปัสสาวะเหลืองใส มีอาการอ่อนแรงซีกขวา ระดับกำลัง
กล้ามเนื้อ (Motor power) ขาสองข้าง เกรด 4 แขนขวา เกรด 4 แขนซ้าย เกรด 1 กำมือซ้ายไม่ได้

S : Service(ความช่วยเหลือ)

ผู้ป่วยใช้สิทธิบัตรทองในการรักษา ที่โรงพยาบาลพุทธโสธร และได้รับการส่งต่อเพื่อรับยาต่อเนื่อง
ในสถานบริการใกล้บ้านคือ ศูนย์สุขภาพชุมชนวัดจันทน์ประชาสโมสร หลานชาย หลานสะใภ้สามารถไปรับยา
ให้ผู้ป่วยได้ จ้างผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำ กิจวัตรประจำวัน

S : Safety (ความปลอดภัย)

พื้นบ้านเป็นพื้นปูนขัดเรียบ ไม่ลื่น มีความปลอดภัย ห้องน้ำเป็นโถชักถ่าย ภายในบ้านจัดเป็นระเบียบ

S : Spiritual (จิตวิญญาณ)

คิดว่าตนเองเป็นโรคเอดส์ แต่ยอมรับสภาพการเจ็บป่วย ของตนเอง นับถือศาสนาพุทธ เชื่อในการ
รักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน สัมพันธภาพในครอบครัวเดิมดี ไม่ทะเลาะเบาะแว้งกัน

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: วันที่ 22 มิถุนายน พ.ศ. 2568 CBC:- Hb 9.5 g/dl Hct. 30.0 %
RBC 3.33 cell/uL RDW-CV 15.6 % Electrolyte:- Na⁺ 135.0 mmol/L K⁺ 4.9 mmol/L PT:- PT
12.5 sec. PTT 27.7 sec. APTT Ratio 1.04 sec. Sugar 177 mg/dl BUN 35 mg/dl eGFR 70.29
ml/min CEA 48.1 ug/L วันที่ 24 มิถุนายน พ.ศ. 2568 CBC:- WBC 8,780 cell/uL Lymphocyte 5 %
Neutrophil 91% RDW-CV 14.7 % PT:- PT 12.9 sec. PTT 24.2 sec. APTT Ratio 0.91 sec.
Electrolyte:- Total CO₂ 16 mmol/L eGFR 85.15 ml/min BUN 23 mg/dl วันที่ 26 มิถุนายน พ.ศ. 2568
CBC:- Hb 10.8 g/dl Hct. 33.0 % RBC 3.80 cell/uL Lymphocyte 6 % MCHC 32.5 % RDW-CV
14.9 % Electrolyte:- Cl⁻ 111 mmol/L Total CO₂ 18 mmol/L eGFR 82.64 ml/min
วันที่ 4 กรกฎาคม พ.ศ. 2568:- Hb 10.8 g/dl Hct. 33.0 % RBC 3.787 cell/uL Lymphocyte 18 %
MCHC 32.8 % RDW-CV 14.9 % Electrolyte:- Ca 7.9 mg/dl Total CO₂ 18 mmol/L eGFR 79.26 ml/min
ผลการตรวจน้ำตาลในเลือด :-วันแรก DTX.=107mg/dl นอนโรงพยาบาล อยู่ใน
ช่วงระหว่าง 105-130 mg/dl

ผลการตรวจพิเศษ : ผลการตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ CT scan of abdomen ร่วมกับการตรวจ
ทวารหนักผ่านทางกล้อง Colonoscopy with biopsy พบ ก้อนเนื้อ Ulcer proliferative mass 3 เซนติเมตร
at Lower rectum ไม่มีการแพร่กระจายบริเวณใกล้เคียง ไม่พบลำไส้อุดตัน กระเพาะอาหาร ตับ
และลำไส้เล็กปกติ ผลชิ้นเนื้อพบ Adenocarcinoma, well differentiated.

สรุปอาการอาการแสดงและแผนการรักษาของแพทย์ : การรักษาของแพทย์ โดยกำหนดการรักษาโดยการผ่าตัด Exploratory laparotomy และเปิดทวารเทียม Abdominoperineal resection (APR) และโดยการให้ยา คือ Omeprazole (20 mg) 1 เม็ดก่อนอาหารเช้า, Glipizide (5 mg) ครึ่งเม็ด 2 เวลา ก่อนอาหารเช้า เย็น, Aspirin (gr 81) 1 เม็ด หลังอาหารเช้า, Amlodipine (5 mg) 1 เม็ด หลังอาหารเช้า, Metformin (500 mg) ครึ่งเม็ด หลังอาหารเช้า, Vitamin B1 (100 mg) 1 เม็ด หลังอาหารเช้า, Vitamin B complex 1 เม็ด 3 ครั้งหลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น, Atorvastatin (40 mg) 1 เม็ดก่อนนอน, Ferrous fumarate (200 mg) 3 เม็ด ก่อนนอน, Gabapentin (500 mg) 1 แคปซูล ก่อนนอน, Paracetamol (500 mg) 1 เม็ด ทุก 6 ชั่วโมง, Quetiapine (5 mg) 1 เม็ด เมื่อมีอาการ พร้อมกับควบคุมระดับน้ำตาล, ระดับความดันโลหิต และไขมันในเลือดให้เป็นปกติ

ผลการศึกษา

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 วันที่ 25 กรกฎาคม 2568

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีหน้าไม่สดชื่น นอนหงายตลอดผู้ป่วยเข้าใจว่าหากมีการพลิกตะแคงตัวจะส่งผลให้แผลกดทับลึกขาด มีแผลกดทับที่ก้นกบ แผลระดับ 3 ขนาด กว้าง 4 เซนติเมตร ยาว 8 เซนติเมตร เนื้อแผลมีsloughสีน้ำตาลอ่อน ผู้ดูแลขาดทักษะในการทำแผล เปิดช่องของ sterile แล้วไม่ปิดปากถุง มี มีทวารเทียม (colostomy) หน้าท้องน้อยด้านซ้าย ไม่มีลักษณะระคายเคืองต่อผิวหนังรอบๆ stoma เบื่ออาหารรับประทานได้น้อย อาหารส่วนใหญ่เป็น ข้าว ไข่ ลูกนั่งตะแคงตัวเองไม่ได้ ตักอาหารรับประทานเองไม่ได้ ผู้ดูแลป้อนให้ทุกมื้อ ไม่มีครอบครัวมีแต่หลานชาย 2 คนรับผิดชอบช่วยกันดูแลโดยเสียค่าใช้จ่ายจ้างผู้ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใสไม่มีตะกอน นอนเตียงเตี้ยจึงวางถุงปัสสาวะในถังน้ำ สายหักพังงอขา มีรายได้เดือนละประมาณ 1,600 บาท จากเงินสงเคราะห์ผู้สูงอายุ 800 บาท และเงินคนพิการ 800 บาท สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที การหายใจ 16 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 136/72 มิลลิเมตรปรอท ระดับน้ำตาลในเลือด 217 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (หลังอาหาร 2 ชั่วโมง) ระดับ Barthel ADL index = 5 คะแนน MRS = 5 ADL = 1 คะแนน วัดระดับกำลังกล้ามเนื้อ (Motor power) ขาสองข้าง เกรด 4 แขนขวา เกรด 4 แขนซ้าย เกรด 1 กำมือซ้ายไม่ได้ จากการติดตามเยี่ยมพบปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มีโอกาสเกิดภาวะการฉีกขาดเนื้อเยื่อตนเองลดลง เนื่องจากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงภายหลังการผ่าตัดทวารเทียม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลกดทับเนื่องจากผู้ดูแลขาดความรู้ และทักษะการทำแผล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตน

ข้อมูลสนับสนุน มีทวารเทียมทางหน้าท้อง (Colostomy) สอบถามถึงการปฏิบัติตัว

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านและสามารถดูแลตัวเองได้

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เมื่อกลับไปอยู่บ้านสามารถบอกอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงระยะลุกลามกระจาย หลังรับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ให้ความรู้และอธิบายว่าหลังผ่าตัดเนื้อเยื่อแผลอาจมีการพัฒนาเป็นพังผืด ซึ่งเป็นเหตุให้ลำไส้อุดตัน จนต้องผ่าตัดแก้ไข

2. สอน สาธิต แนะนำผู้ป่วยและญาติเรื่องการดูแลแผลผ่าตัดและทวารเทียม สังเกตอาการผิดปกติของแผล เช่น ปวด บวม แดง มีเลือดออกที่ทวารเทียมไม่หยุด หรือบวมมากกว่าปกติ ควรมาพบแพทย์

3. แนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดเพื่อป้องกันการสะสมเชื้อโรค

4. แนะนำการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การมาตรวจตามนัด หากมีอาการผิดปกติหรือกรณีฉุกเฉิน เข้ารับบริการที่สถานบริการใกล้บ้าน

5. แนะนำรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย หลีกเลี่ยงผักบางชนิดที่ทำให้ท้องอืด เช่น ต้นหอม หอมหัวใหญ่ ควรเพิ่มการดื่มน้ำให้มากขึ้น เพื่อป้องกันการอุดตันของลำไส้

การประเมินผล ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เมื่อกลับไปอยู่บ้าน สามารถบอกอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มีโอกาสเกิดภาวะการเห็นคุณค่าตนเองลดลง เนื่องจากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงภายหลังการทำผ่าตัดทวารเทียม

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยไม่กล้ามองแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องและไม่ยอมสัมผัสทวารเทียม

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปและสามารถปรับตัวให้เข้ากับทวารใหม่ได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปและสามารถปรับตัวให้เข้ากับทวารใหม่ได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดี เปิดโอกาสให้พูดคุย และซักถาม อธิบายให้บุคคลในครอบครัวเข้าใจ และมีส่วนร่วมในการดูแล

2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยอื่นที่มี Colostomy เพื่อเป็นแบบอย่างในการปรับตัวให้กับผู้ป่วย

3. สอน สาธิตให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจวิธีการดูแล Colostomy การทำความสะอาด การเปลี่ยนถุงอุจจาระ พร้อมกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำทำความสะอาด ที่ละขั้นตอน พยาบาลคอยให้ความช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด จนผู้ป่วยทำได้ดี และเกิดความมั่นใจสามารถกลับไปอยู่บ้านได้

การประเมินผล ผู้ป่วยยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปและสามารถปรับตัวให้เข้ากับทวารใหม่ได้ แต่ยังไม่สามารถทำแผล Colostomy ได้ด้วยตัวเอง เนื่องจากภาวะอ่อนแรง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลกดทับเนื่องจากผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะการทำแผล

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีแผลกดทับที่ก้นกบ ระดับ 3 ขนาด 4x8 เซนติเมตร เนื้อรอบขอบแผลแดงดี มี Slough ลักษณะด้านๆ สีน้ำตาลอ่อนตรงกลางแผล กดแข็งไม่มีน้ำซึม ไม่มีกลิ่นเหม็น ผู้ดูแลทำแผลให้ วันละ 2 ครั้ง เปิดช่องของ sterile แล้วไม่ปิดปากถุง

2. ประเมิน Braden score เท่ากับ 11 คะแนน มีความเสี่ยงเกิดแผลกดทับสูง ประเมินกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL index เท่ากับ 1 ผู้ป่วยอยู่ในภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดการติดเชื้อของแผลกดทับ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อของแผลกดทับ
2. ผู้ดูแลทำแผลได้อย่างถูกต้อง สามารถประเมินอาการสัญญาณเตือนของการติดเชื้อของแผลกดทับได้ ขนาดแผลกดทับเล็กลง เกิดแผลใหม่

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำผู้ดูแลประยุกต์ใช้ภาชนะที่เป็นโลหะหรือกระเบื้องต้มในน้ำเดือดนาน 30 นาที เพื่อใส่น้ำเกลือ สำลีและผ้าก๊อชปราศจากเชื้อ หยิบและจัดเก็บอุปกรณ์การทำแผลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ
2. แนะนำช่วยหรือกระตุ้นผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง จัดท่านอนตะแคงให้สะโพกเอียงท่ามุม 30 องศากับที่นอน หรือนอนหงาย ควรมีหมอนสอดชั้นระหว่างหัวเข่า และระหว่างตามตุ่ม 2 ข้าง เพื่อป้องกันการกดทับเฉพาะที่
3. แนะนำสังเกตอาการสัญญาณเตือนของการติดเชื้อ เช่น มีไข้ หนาวสั่น มีสิ่งคัดหลั่งจากแผลซึมมาก และมีกลิ่นผิดปกติ ผิวหนังรอบแผลบวมแดงร้อน ซึ่งต้องรีบมาพบแพทย์ มีช่องทางติดต่อสื่อสาร ขอคำปรึกษาทางโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์
4. ให้ความรู้ผู้ดูแล และส่งเสริมความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของผิวหนัง โดยทำความสะอาดผิวหนังตามร่างกายด้วยสบู่อ่อนๆ ซับผิวหนังให้แห้ง ทาเคลือบด้วยวาสลีนบางๆ สำรวจผิวหนังที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลใหม่
5. ประเมินและบันทึกข้อมูลระดับแผลกดทับด้วยเครื่องมือ PUSH Tool Version 3.0 ประกอบด้วยขนาดพื้นที่ (Surface area) ปริมาณสารคัดหลั่ง (Exudates) ลักษณะของพื้นแผล (Wound bed) (ปองทัฬหี พุ่มระย้า, 2552) ให้ตามคะแนน เพื่อนำมาเปรียบเทียบการหายของแผลในการเยี่ยมแต่ละครั้ง และนำมาบันทึกข้อมูลแผลในโปรแกรมงานเยี่ยมบ้าน Smart COC

การประเมินผล

1. ผลกดทับที่ก้นกบยังอยู่ในระดับ 3 ขนาดเท่าเดิม Slough ลักษณะด้านๆ สีน้ำตาลอ่อน ตรงกลางแผลไม่มีการติดเชื้อของแผลกดทับ

2. ผู้ดูแลสามารถทำแผลและจัดเก็บวัสดุอุปกรณ์ทำแผลได้ถูกต้องตามหลักปราศจากเชื้อ ไม่เกิดแผลใหม่ ปัญหานี้ยังคงต้องติดตามต่อเนื่อง ในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะ เบอร์ 16 ปัสสาวะสีเหลืองขุ่นมีตะกอน นอนเตียงเตี้ยจึงวางถุงปัสสาวะในถังกักปิดเปิดด้านล่างถุงติดพื้นถึง สายหักพับงอ

วัตถุประสงค์ ไม่มีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น ไม่มีไข้ ปัสสาวะเหลืองใส ไม่ขุ่น

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำการดูแลสายสวนปัสสาวะและถุงปัสสาวะให้เป็นระบบปิด ระวังไม่ให้ข้อต่อหลุด
2. แนะนำแขวนถุงปัสสาวะให้ต่ำกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะ แต่ไม่ให้จุกปิดเปิดด้านล่าง ถุงปัสสาวะสัมผัสกับพื้น หรือสายหัก พับ งอ และดึงรั้ง ถ้าต้องยกสูงให้หักพับสายก่อน ป้องกันปัสสาวะไหลย้อนกลับ
3. แนะนำการทำความสะอาดบริเวณฝีเย็บและปลายท่อปัสสาวะด้วยน้ำสบู่และน้ำเปล่า เช็ดจากด้านหน้าไปด้านหลัง จากนั้นซับให้แห้งทุกวัน อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า เย็น
4. แนะนำเทปัสสาวะเมื่อมีปริมาณ 2/3 ถุง เช็ดจุกปิดเปิดด้วยสำลีแอลกอฮอล์ก่อน และหลังเทปัสสาวะทุกครั้ง
5. สอน สามี ทบทวนการรีดสายสวนปัสสาวะ เพื่อป้องกันตะกอนอุดตัน
6. แนะนำสังเกตอาการแสดงของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น ไข้ หนาวสั่น ปริมาณ ลักษณะ สี กลิ่นที่เปลี่ยนแปลง
7. แนะนำการดูแลสายสวนปัสสาวะโดยยึดหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ หรือสัมผัส (Air born and contact precaution) และสวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน
8. ประสานงานการอุปกรณ์ ให้ขอยืมเตียง Fowler

การประเมินผล มาพบแพทย์ตามนัด ไม่มีอาการสัญญาณเตือนของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ **การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 วันที่ 30 สิงหาคม 2568** เยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลพุทธโสธร ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ นักกิจกรรมบำบัด เภสัชกร ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น ทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที การหายใจ 16 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 126/78 มิลลิเมตรปรอท ระดับน้ำตาลในเลือด 122 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (หลังอาหาร 1 ชั่วโมง) ระดับ Barthel ADL index = 30 คะแนน MRS = 4 ADL = 6 คะแนน วัดระดับกำลัง

กล้ามเนื้อ (Motor power) ขาสองข้าง เกรด 4 แขนขวา เกรด 5 แขนซ้าย เกรด 1 รับประทานอาหารเองได้ สามารถหยิบจับอาหาร โทรศัพท์ได้ นอนบนเตียง Flower ไขเตียงศีรษะสูงมารับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยสามารถพลิกตะแคงตัวเองบนเตียง แผลกดทับที่ก้นกบ ระดับ 3 ขนาด 3x3 เซนติเมตร แผล colostomy บริเวณหน้าท้องน้อยด้านซ้าย รอบ stoma ไม่มีรูรั่ว มีอุจจาระเป็นก้อนแข็ง ใส่สายสวน ปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองมีตะกอน แขนงูปัสสาวะได้ถูกต้อง ผู้ดูแลทำความสะอาดที่รองถุงด้วยยาฆ่าเชื้อ ทุกวัน มีความรู้ ความเข้าใจ ในการปฏิบัติตัว ยอมรับในการเจ็บป่วยของตนเอง ปรับตัวกับการมีทวารเทียม ทางหน้าท้อง และการดูแลจากการเย็บบ้านครั้งที่ 2 พบว่า ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1-2 ปัญหาหมดไป ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3-4 ยังคงต้องเฝ้าระวัง จากการเยี่ยมไม่พบปัญหาใหม่

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลกดทับเนื่องจากผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะการทำแผล

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีแผลกดทับที่ก้นกบ ระดับ 3 ขนาด 3x3 เซนติเมตร เนื้อรอบขอบแผลแดงดี กดแข็งไม่มีน้ำซึม ไม่มีกลิ่นเหม็น ผู้ดูแลทำแผลให้ วันละ 2 ครั้ง

2. ประเมิน Braden score เท่ากับ 12 คะแนน มีความเสี่ยงเกิดแผลกดทับสูง ประเมินกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL index เท่ากับ 30 ผู้ป่วยอยู่ในภาวะพึ่งพา

วัตถุประสงค์เดิม เกณฑ์การประเมินผล กิจกรรมการพยาบาลเดิม

การประเมินผล

1. แผลกดทับที่ก้นกบยังอยู่ในระดับ 3 ขนาดเล็กลง
2. ผู้ดูแลสามารถทำแผลและจัดเก็บวัสดุอุปกรณ์ทำแผลได้ถูกต้องตามหลักปราชญ์จากเชื้อ ไม่เกิดแผลใหม่ ปัญหานี้ยังคงต้องติดตามต่อเนื่อง ในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะ เบอร์ 16 ปัสสาวะสีเหลืองขุ่นมีตะกอนเล็กน้อย

วัตถุประสงค์เดิม เกณฑ์การประเมินผลเดิม กิจกรรมการพยาบาล

การประเมินผล มาพบแพทย์ตามนัด ไม่มีอาการสัญญาณเตือนของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 วันที่ 24 ตุลาคม 2568

ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น พูดคุยชัดมากขึ้น ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย รับประทานอาหาร น้ำ ไม่สำคัญ ขาอ่อนแรงสองข้าง แขนซ้ายอ่อนแรง ใช้มือขวา ล้างหน้า แปรงฟัน ตักอาหารและหยิบขนมรับประทานเองได้ ใช้โทรศัพท์ได้ ใช้รีโมทปรับเตียง Fowler ไฟฟ้าได้ ผู้ดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันเช็ดตัว ทำความสะอาด หลังขับถ่าย เปลี่ยนถุง Colostomy ให้บนเตียง ผู้ป่วยสามารถพลิกตะแคงตัวเองได้ แผลกดทับที่ก้นกบหายแล้ว แพทย์พิจารณา Off สายสวนปัสสาวะ สามารถปัสสาวะออกได้เอง ผู้ดูแลทำอาหารตาม que ผู้ป่วยต้องการ ส่วนใหญ่เป็นข้าวต้ม กับข้าวเป็นอาหารทอด พวกเต้าหู้ทอด ซาลาเปาทอด รับประทานไข่ทั้งฟอง ปลาสด ปลาเค็ม เนื้อหมูทอดบ้าง ผัก ผลไม้ ขา 2 ข้างอ่อนแรง รู้สึกหนัก ยกขาไม่ได้ แต่ยังรับรู้ความรู้สึกร้อน

เย็น คัน สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้งต่อนาที การหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 128 /70 มิลลิเมตรปรอท ระดับน้ำตาลในเลือด 120 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (หลังอาหาร 3 ชั่วโมง) ระดับ Barthel ADL index = 30 คะแนน MRS =4 ADL = 6 คะแนน วัดระดับกำลังกล้ามเนื้อ (Motor power) ขาสองข้าง เกรด 4 แขนขวา เกรด 5 แขนซ้าย เกรด 1 และการดูแลจากการเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 3 พบว่า ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3-4 ปัญหาหมดไป ส่งต่อผู้ป่วยให้ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง วัดจีนประชาสโมสรดูแลต่อเนื่อง

สรุปผลการศึกษา : จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ พบว่าผู้ป่วยอายุ 82 ปีป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและมีโรคร่วม คือ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวใน ระยะก่อนและหลังผ่าตัดและการดูแลทวารเทียม ดังนั้นพยาบาลควรมีการวางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุม ทั้ง 3 ระยะทั้งระยะก่อนผ่าตัดระยะดูแลต่อเนื่องและระยะการวางแผนจำหน่ายเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้การ ควบคุมและติดตามระดับน้ำตาลในเลือดทั้งก่อนและหลังผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจาก ภาวะ Hyperglycemia และ Hypoglycemia ผู้ป่วยได้รับยาลดระดับน้ำตาล การ monitor และประเมินความ ดันโลหิต ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษ ในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะ ความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตอยู่ในระดับ ที่จะไม่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

ข้อเสนอแนะ : ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังทำผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (Colostomy) นั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งปัญหาเหล่านี้บุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักและให้ความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน พยาบาลเยี่ยมบ้านต้องมีความรู้ในการดูแลและให้คำแนะนำ แผล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่าย มีบทบาทสำคัญในการประเมินผู้ป่วยเพื่อนำมาวางแผนและให้การช่วยเหลือ สนับสนุนผู้ป่วยหลังผ่าตัด ให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถปรับตัว ยอมรับ และมีทัศนคติที่ดีต่อการ มีทวารเทียม เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ใกล้เคียงกับภาวะปกติอย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้น พยาบาลเยี่ยมบ้านที่ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ ทางหน้าท้อง (Colostomy) จึงควรผ่านการอบรมพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางทั้งด้านการดูแลแผลออสโตมี และควบคุมการ ขับถ่าย (ET Nurse) เพื่อให้มีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ควรพัฒนาคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยที่มีทวารเทียม (Colostomy) เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลใช้เป็น แนวทางในการดูแลทวารเทียมได้อย่างถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

เอกสารอ้างอิง

งานสถิติกลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์.(2567).สถิติผู้ป่วยประจำปี 2565-2567. โรงพยาบาลพุทธโสธร.

ฉะเชิงเทรา: โรงพยาบาลพุทธโสธร.

จุฬาร ประสงค์. (2561). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. ใน สุวรรณิ สิริเลิศ
ตระกูล และ เนตรสุวิณี เจริญจิตสวัสดิ์. บทความวิชาการ: การศึกษาต่อเนื่องสาขาการพยาบาล
ศาสตร์ เล่มที่ 18 การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์.

จุฬาร ประสงค์ และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์. (2558). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้และรูเปิดทางหน้าท้อง:
ประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิ่ง.

ขุนทด รัตนมงคล, ศิริอร สีนธ, ทิพา ต่อสกุลแก้ว และเจตศักดิ์ ไอรมณีรัตน์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์
กับระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งชนิดปฐมภูมิของ
กระเพาะอาหาร ตับ ทางเดินน้ำดี ลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง. วารสารสภาการพยาบาล, 31(3), 97-109.

บุศรา ชัยทัศน์. (2559). การดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผ่าตัดเปิดทวารใหม่: บทบาทพยาบาล
เฉพาะทางบาดแผลออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย,
9(1),19-33.

บุญขึ้น อิ่มมาก. (2559). การดูแลตนเองเมื่อมีทวารใหม่ระบบทางเดินอาหาร. ออสโตมี คลินิก กลุ่มภารกิจ
บริการวิชาการโรงพยาบาลราชวิถี.สืบค้นเมื่อวันที่ 15 สิงหาคม 2567. จาก [http://www.rajavithi.
go.th/.../cd1eb4bc7864844e1af652812e...](http://www.rajavithi.go.th/.../cd1eb4bc7864844e1af652812e...)

ประทุม สร้อยวงศ์.(2564). การพยาบาลอายุรศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 2).เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ประทีน ไชยศรี. (2554). คู่มือการเตรียมผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดเปิดช่องทวารใหม่ (colostomy). พิมพ์ครั้งที่ 1
เชียงใหม่: ดาราวรรณการพิมพ์.

ปราณี ทุไฟเราะ.(2559).คู่มือยา (พิมพ์ครั้งที่ 14). กรุงเทพมหานคร: N P Press.

มูลนิธิเครือข่ายมะเร็ง.(2566). ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดทวารเทียม. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 สิงหาคม 2567.

จาก <https://thaicancersociety.com/ostomy-ope-complications-protection/>

วิศรา ตุลยานนท์. (2551). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดลำไส้ใหญ่ ผ่านทางกล้องวิดีโอ. งานการพยาบาลผ่าตัด
ฝ่าย การพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช.

วันดี โตศรีสุข.(2559).การพยาบาลอายุรศาสตร์ 2. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: หจก.เอ็นพีเพรส.

วันดี สำราญราษฎร์.(2561). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม. วารสาร
วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี,1(2), 96-111.

วรรณ ประสารอติคม.(2561). แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน(Concept of home care). สืบค้นเมื่อวันที่
27 ตุลาคม 2566. จาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/um/sites/default/files/public/pdf>.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2568). ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2568. กรุงเทพฯ: พรทิพย์การพิมพ์.



อนุชตรา วรรณเสวก. (2561). โภชนบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง. ใน สุวรรณีย์ สิริเลิศตระกูล และ เนตร์สุวิณั์ เจริญจิตสวัสดิ์. บทความวิชาการ การศึกษาต่อเนื่องสาขาการพยาบาลศาสตร์ เล่มที่ 18 การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์.

อรอนงค์ ทัพสุวรรณ์. (2557). คู่มือการพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการ ผ่าตัด. งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. [อินเทอร์เน็ต]. มปท; c2557. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2569. จาก <https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article /193/CAcolon.pdf>