

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะอุดตันทางเดินอาหาร

การอุดตันทางเดินอาหาร เป็นภาวะที่มีการขัดขวางการไหลของสารต่าง ๆ ในทางเดินอาหารส่วนล่าง เช่น อาหาร น้ำ ลม สารคัดหลั่งจากเยื่อบุทางเดินอาหารไม่สามารถผ่านระบบทางเดินอาหารได้ซึ่งต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน การอุดตันทางเดินอาหารอาจเกิดได้ตั้งแต่ทางเดินอาหารส่วนบน ได้แก่ หลอดอาหารอุดตัน กระเพาะอาหารอุดตัน ทางเดินอาหารส่วนล่าง ได้แก่ ลำไส้เล็กอุดตัน ลำไส้ใหญ่อุดตัน และทวารหนักอุดตัน ในบทนี้จะกล่าวถึงเฉพาะการอุดตันของทางเดินอาหารส่วนล่าง ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญและพบได้บ่อย

การอุดตันในทางเดินอาหารสามารถเกิดขึ้นเพียงบางส่วน (partial obstruction) หรือเป็นการอุดตันแบบทั้งหมดก็ได้ (complete obstruction) โดยความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับตำแหน่งและชนิดของการอุดตัน (Hinkle & Cheever, 2018) โดยเมื่อลำไส้อุดตันสารน้ำและลมในลำไส้จะผ่านไปได้ ทำให้ลำไส้โป่งพอง บวม พั่งลำไส้มีการคั่งของเลือด เกิดภาวะเนื้อเยื่อขาดเลือดไปเลี้ยงและต่อมาอาจจะลำไส้แตกทะลุได้ (rupture bowel) มีการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ที่คั่งค้างในลำไส้และช่องเยื่อหุ้มทอง (peritoneal cavity) และผู้ป่วยมักมีอาการอาเจียน ทำให้ปริมาณน้ำในระบบไหลเวียนลดลง และเกิดความดันโลหิตต่ำและช็อกจากการเสียน้ำตามมาได้ (hypovolemic shock) (อุษาวดี อัครวิเศษ, 2555; Hinkle & Cheever, 2018) พยาบาลมีบทบาทสำคัญตั้งแต่การประเมินหาสาเหตุที่จะทำให้เกิดภาวะลำไส้อุดตัน การเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษา ร่วมมือกับทีมวิชาชีพในการรักษาเพื่อแก้ไขความผิดปกติของภาวะลำไส้อุดตัน ทั้งในระยะก่อนและหลังการผ่าตัดลำไส้อุดตัน ในบทนี้จะกล่าวถึงภาวะการอุดตันของลำไส้และไส้เลื่อน ดังนี้

1. ภาวะการอุดตันของลำไส้

สาเหตุการเกิดภาวะลำไส้อุดตัน แบ่งเป็น 2 ปัจจัย (Hinkle & Cheever, 2018) คือ

1) การอุดตันภายในลำไส้หรือเกิดแรงดันที่ผนังของลำไส้ (Mechanical obstruction) เช่น ลำไส้กลืนกัน (intussusception) อุจจาระอุดตัน (impacted feces) การตีบแคบจากการอักเสบของลำไส้ (stricture inflammatory) การเกิดจากผังพืดในลำไส้ (adhesion) ไส้เลื่อน (hernias) การเกิดก้อนเนื้อหรือมะเร็งลำไส้ใหญ่พบได้ร้อยละ 80 ตำแหน่งที่พบบ่อย คือ sigmoid colon

2) ระบบประสาทผิดปกติหรือเลือดที่มาเลี้ยงลำไส้ได้ลดลง (Functional or paralytic obstruction) เช่น ภาวะลำไส้อัมพาต (paralytic ileus) เป็นสาเหตุที่พบบ่อย การอักเสบของอวัยวะในช่องท้อง เช่น ภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน ภาวะไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน เป็นต้น หรือภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย โดยเฉพาะภาวะโพแทสเซียมต่ำ และการบาดเจ็บที่ไขสัน

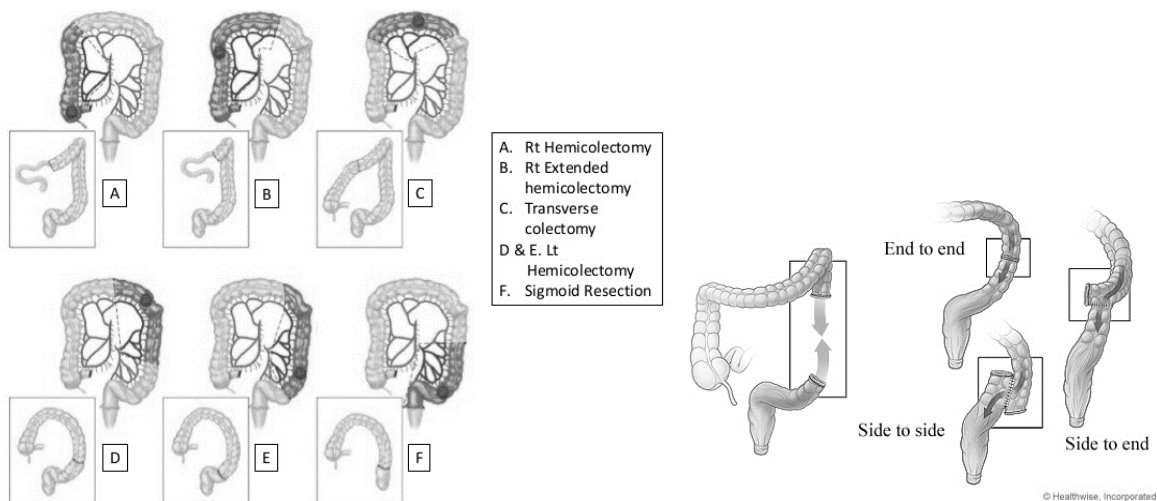
การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะลำไส้อุดตัน

1) การรักษาทางอายุรกรรม ใช้ในการรักษาลำไส้อุดตันบางส่วนเป็นการรักษาเพื่อประคับประคองเพื่อให้ลำไส้สามารถกลับมาทำงานได้ตามปกติโดย ใส่สายยางระบาย (NG tube) ต่อกับเครื่องดูดสุญญากาศเพื่อลดแรงดันในลำไส้และระบายสิ่งคัดหลั่งในลำไส้ ให้สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์อย่างเพียงพอเนื่องจากผู้ป่วยจะสูญเสียสารน้ำและเกลือแร่ทางการอาเจียน หรือสายยางระบาย (NG tube) น้ำในลำไส้ น้ำในผนังลำไส้ น้ำที่รั่วไปในช่องท้อง และไทรยาบรรเทาอาการปวด

2) การรักษาทางศัลยกรรม โดย การผ่าตัดเพื่อตัดตำแหน่งลำไส้ที่อุดตันออก หรืออาจมีการผ่าตัดเลาะพังผืด (lysis adhesions) ในรายที่มีพังผืดรัดลำไส้ (Adhesion band) การผ่าตัดลำไส้ (bowel resection) ในรายที่มีการอุดตันและเนื้องอกของลำไส้ ลำไส้ทะลุหรือมีก้อนมะเร็ง บางรายอาจมีการผ่าตัดทำทวารเทียม (colostomy/ileostomy) จากการอุดตัน อาจเป็นการผ่าตัดผ่านกล้อง (laparoscopic surgery) หรือผ่าตัดเปิดหน้าท้อง (Exploratory) ดังนี้

2.1) การผ่าตัดตกแต่งหรือเลาะพังผืด (lysis adhesions)

2.2) การผ่าตัดลำไส้ (bowel resection) เช่น การตัดลำไส้ใหญ่แนวขวาง (transverse colectomy) การตัดลำไส้ส่วน sigmoid (sigmoidectomy) การตัดลำไส้ 1/3 ของไส้ตรง (anterior resection) การผ่าตัดลำไส้ส่วนกลางและส่วนล่าง 1-3 ของไส้ตรง เป็นต้น ตัวอย่างแสดงในรูป 6.1



รูปที่ 6.1 แสดงการผ่าตัดลำไส้

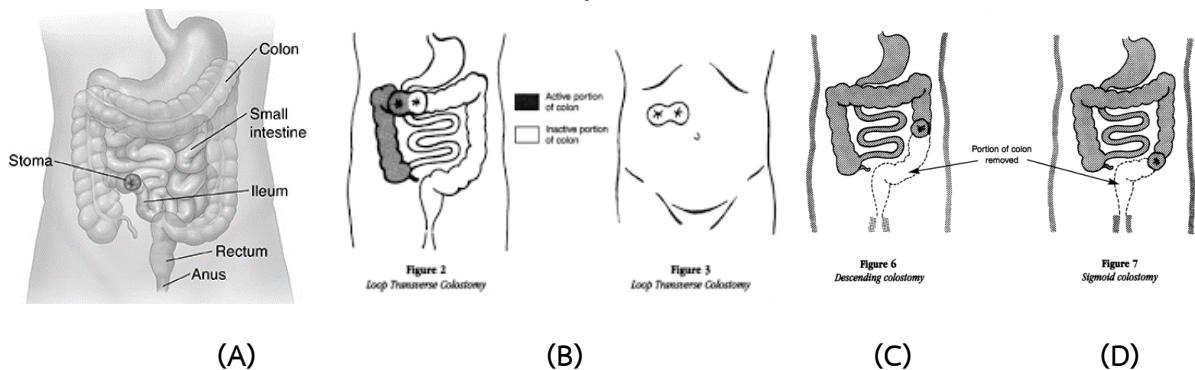
จาก <https://www.slideshare.net/animeshagr/management-of-lower-gastrointestinal-malignancies;>

<https://www.liberaldictionary.com/resection/>

2.3) การผ่าตัดทำทวารเทียม (Colostomy) เป็นการผ่าตัดเปิดลำไส้ส่วนใดส่วนหนึ่งให้อุจจาระออกเพื่อลดแรงดันในลำไส้ และระบายอุจจาระเหนือจุดอุดตันป้องกันการแตกทะลุของลำไส้ หรือในผู้ป่วยรายที่ไม่สามารถตัดก้อนมะเร็งออกได้ บริเวณลำไส้ที่โผล่ออกมาจากหน้าท้องเรียกว่า stoma การผ่าตัดทำทวารเทียมแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1) การผ่าตัดทำทวารเทียมแบบชั่วคราว (Temporary colostomy) เพื่อเปิดให้อุจจาระออกทางรูเปิดลำไส้ชั่วคราวและมีการเย็บปิดในภายหลัง และ 2) การผ่าตัดทำทวารเทียมแบบถาวร

(Permanent colostomy) หรืออาจแบ่งตามตำแหน่งลำไส้ที่ยกออกมาทางหน้าท้อง (นัทธมน วุฑธานนท์, 2554) ได้แก่

- Ileostomy เป็นการผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีลำไส้เล็กอุดตัน ดังแสดงในรูป (A)
- Ascending colostomy เป็นรูทวารเทียมตำแหน่งลำไส้ ascending รูทวารจะอยู่บริเวณหน้าท้องด้านขวา อุจจาระที่ออกมาจะเหลวเป็นน้ำและไหลออกตลอดเวลาไม่สามารถควบคุมได้ และมีเอนไซม์ที่ใช้ในการย่อยสูง จึงอาจทำให้ผิวหนังรอบๆเกิดการระคายเคืองได้ง่าย
- Transverse colostomy เป็นการนำ transverse colon มาเป็นช่องเปิด (stoma) หรืออาจทำเป็น (loop colostomy) ซึ่งจะมี 2 รูเปิด รูที่มีอุจจาระออกเรียกว่า proximal loop ส่วนอีกรูหนึ่งเป็น distal loop ยกเมื่อมีการอุดตันบริเวณ recto-sigmoid หรือ distal sigmoid ตำแหน่งรูทวารจะอยู่ด้านบนของหน้าท้องซึ่งอาจอยู่ตรงกลางหรือเอียงไปทางขวาเล็กน้อย อุจจาระที่ออกมาค่อนข้างเหลวและมีปริมาณเอนไซม์ในการย่อยสูง จึงอาจทำให้ผิวหนังรอบๆเกิดการระคายเคืองได้ง่ายเช่นกัน ดังแสดงในรูป (B)
- Descending colostomy เป็นรูทวารเทียมตำแหน่งลำไส้ตำแหน่ง descending รูทวารจะอยู่หน้าท้องด้านซ้าย อุจจาระที่ออกมามีลักษณะข้นมากขึ้น เกือบคล้ายอุจจาระปกติ เนื่องจากมีการดูดซึมน้ำกลับในช่วงลำไส้ใหญ่ส่วน ascending และ transverse ผู้ป่วยสามารถควบคุมการขับถ่ายได้ ในอุจจาระมีปริมาณเอนไซม์ในการย่อยน้อย จึงอาจทำให้ผิวหนังรอบๆเกิดการระคายเคืองน้อย
- Sigmoid colostomy อยู่บริเวณหน้าท้องส่วนล่างด้านซ้าย มักทำในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเรื้องรังทวารหนักโดยทำการผ่าตัด abdominoperineal resection อุจจาระมีลักษณะเป็นก้อน โดยการผ่าตัดยก loop colostomy ก่อนถึงตำแหน่งที่อุดตัน ดังแสดงในรูป (D)



รูปที่ 6.2 แสดงการผ่าตัดทำทวารเทียม (colostomy)

จาก <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/treatment-types/surgery/ostomies/colostomy/types-of-colostomies.html>; <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/treatment-types/surgery/ostomies/colostomy/types-of-colostomies.html>

ภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดทำทวารเทียม ได้แก่

- 1) การเน่าตายของลำไส้ (necrosis) หลังผ่าตัดสโตมาจะเปลี่ยนจากสีชมพูเป็นสีแดงคล้ำ ต้องรีบรายงานแพทย์
- 2) การหดรั้ง (retraction) ช่องเปิดลำไส้ถูกดึงรั้งเข้าไปใต้ผิวหนังหน้าท้อง
- 3) เลือดออก ปกติอาจมีเลือดออกได้ 24 ชั่วโมงแรกหรือจากการทำความสะอาดลำไส้ แต่หากมีเลือดออกมากและหยุดยากเป็นภาวะผิดปกติต้องรายงานแพทย์
- 4) ช่องเปิดของลำไส้ตีบแคบ (stenosis) อาจเกิดจากมีเยื่อพังผืดมาบีบรัด หรือการผ่าตัดผนังเปิดหน้าท้องแคบเกินไป
- 5) ลำไส้โผล่อื่นมากกว่าปกติ (stomal prolapsed)
- 6) ไส้เลื่อนรอบทวารหนัก (parastomal hernia) สังเกตพบก้อนตุงใต้ผิวหนังรอบทวารเทียม

2. ไส้เลื่อน (Hernia)

ไส้เลื่อน เป็น ภาวะที่ลำไส้ได้เคลื่อนที่ออกจากช่องท้องสู่ภายนอก ปกติอวัยวะในช่องท้องจะถูกปกคลุมโดยเยื่อช่องท้อง (peritoneum) และมีพังผืดหรือกล้ามเนื้ออีกชั้นเพื่อป้องกันอวัยวะภายใน เมื่อเกิดความอ่อนแอของกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อหรือเกิดความดันในช่องท้องสูง ลำไส้ก็จะถูกดันออกมาเป็นไส้เลื่อน ในระยะแรกไส้เลื่อนเข้าออกได้ตามแรงดันในช่องท้อง (reducible) แต่ในระยะต่อมาก้อนไส้เลื่อนโตและโป่งออก ไส้เลื่อนไม่สามารถเลื่อนเข้าออกได้ (incarcerated hernia) ช่องทางผ่านเล็ก ลำไส้ก็จะถูกอุดตันและบีบรัด เลือดไม่สามารถเข้าถึงลำไส้ได้ถ้าเป็นรุนแรงอาจเกิดลำไส้ขาดเลือดได้ (strangulated hernia) ผู้ป่วยจะมีอาการปวดท้องรุนแรง และต้องผ่าตัดแก้ไขโดยด่วน ชนิดของไส้เลื่อน มี 5 ชนิด (อุษาวดี อัครวิเศษ, 2555; Black & Hawks, 2010) คือ

2.1 Ventral hernia/ Surgical hernia/incision hernia คือ ลำไส้ที่เลื่อนออกมาบริเวณหน้าท้องที่แผลผ่าตัดเก่าแยก

2.2 Umbilical hernia คือ ลำไส้ที่เลื่อนออกมาบริเวณสะดือ

2.3 Femoral hernia คือ ลำไส้ที่เลื่อนออกมาบริเวณ femoral canal ลักษณะเป็นก้อนที่ขาหนีบ

2.4 Indirect inguinal hernia (IIH) คือ ไส้เลื่อนที่เลื้อยออกมาทางช่องขาหนีบ (Inguinal canal) โดยลำไส้จะเลื่อนเข้าถุงอัณฑะในเพศชาย หรือ labia ในเพศหญิง

2.5 Direct inguinal hernia (DIH) ลำไส้เคลื่อนผ่าน inguinal canal มาอยู่ในตำแหน่งของช่องท้อง

การรักษาผู้ป่วยที่มีไส้เลื่อน การผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง หลักการผ่าตัด คือ การเลาะเอาถุงออก ร่วมกับการซ่อมแซมผนังเยื่อช่องท้องในตำแหน่งที่ไส้เลื่อน หรือผลิตภัณฑ์จากสารสังเคราะห์ที่ไม่ละลาย (mesh) เย็บซ่อมแซมผนังเยื่อช่องท้องให้แข็งแรง วิธีการผ่าตัดในปัจจุบัน แบ่งเป็นการผ่าตัดเปิด (open surgical approach) และการผ่าตัดส่องกล้อง (laparoscopic

approach) (วุฒิชัย ธนาพงศธร และปริญญา อัครนุรักษ์กุล, 2554) วิธีการผ่าตัดตามชนิดของไส้เลื่อน แบ่งเป็น 3 วิธี (Black & Hawks, 2010) คือ

1) Herniotomy เป็นการเลาะแยกถุงไส้เลื่อนออกจากเส้นเลือดเส้นประสาท เพื่อดันอวัยวะกลับเข้าช่องท้อง เย็บผู้ถุงไส้เลื่อนที่ติดต่อกับ peritoneum หน้าท้องและตัดปลายถุงออก

2) Herniorrhaphy เป็นการเย็บให้ internal ring แคบลงและเสริมผนังด้านหลังช่อง Inguinal canal ให้หนาและแข็งแรงขึ้น

3) Hernioplasty เป็นการเสริม Inguinal floor ด้วยผลิตภัณฑ์จากสารสังเคราะห์ที่ไม่ละลาย (mesh) หลังผ่าตัดเนื้อพังผืดจะงอกเข้าไปใน mesh และรอบๆจน Inguinal floor มีความหนาและแข็งแรง

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะอุดตันในลำไส้และไส้เลื่อน

1) การประเมินสภาพ (assessment) โดยการซักประวัติและตรวจร่างกาย การวิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 6.1 แสดงการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษผู้ป่วยที่มีลำไส้อุดตันและไส้เลื่อน (อุซาวตี อัศดรวิเศษ, 2555; Black & Hawks, 2010; Hinkle & Cheever, 2018)

ความผิดปกติ	การซักประวัติ	การตรวจร่างกาย	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษ
ลำไส้เล็กอุดตัน (Small bowel obstruction)	<ul style="list-style-type: none"> - อาการปวดท้องโดยผู้ป่วยจะปวดท้องรอบสะดือหรือลิ้นปี่ ปวดแบบปวดท้องแบบหดเกร็งและบีบ (colicky pain และ cramping) - อาเจียนเป็นเศษอาหารที่กำลังย่อยและมีน้ำดีปน หากมีการอุดตันลำไส้เล็กส่วนปลายอาเจียนจำมีกลิ่นเหม็นคล้ายกลิ่นอุจจาระ - อาการท้องอืดแน่นท้อง (Abdominal distension) ท้องผูก ไม่ผายลม น้ำหนักลด - ประวัติการได้รับผ่าตัดเกี่ยวกับช่องท้อง 	<p>อาจพบรอยแผลผ่าตัดของท้อง ฟังเสียงลำไส้ไม่ได้ยินการเคลื่อนไหว หรืออาจได้ยินเสียงดังแหลมหรือเบาในกรณีที่มีการอุดตันบางส่วน เคาะได้ยินเสียงก้อง (hyper resonance) ตรวจหน้าท้องพบน้ำในช่องท้อง กดเจ็บบริเวณท้อง อาการแสดงของภาวะขาดน้ำและสารอาหาร</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ผลตรวจ BUN, Hb, Hct, สูงจากภาวะขาดน้ำ Electrolyte ต่ำ, stool occult blood - Plain film abdomen พบกระเพาะอาหารและลำไส้ยืดขยายใหญ่เหนือจุดอุดตัน เห็นระดับน้ำหรือลมแยกกันชัดเจน (air-fluid level) - CT abdomen เห็นลำไส้เหนือจุดอุดตันขยายมีน้ำและลมในลำไส้เล็กน้อย สามารถบอกระดับอุดตัน ตำแหน่ง ลำไส้ขาดเลือด ลำไส้ทะลุ ก้อนมะเร็ง และลำไส้อักเสบได้ - อัลตราซาวด์ จะเห็นน้ำในลำไส้ - Barium study เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีการอุดตันของลำไส้บางส่วน
ลำไส้ใหญ่อุดตัน (Large bowel obstruction)	<ul style="list-style-type: none"> - อาการถ่ายอุจจาระเป็นเลือด มีเลือดเคลือบ อุจจาระเป็นสีน้ำตาลแดง อาจเป็นเลือดสดหรือปนเลือดเก่า ปวดเบ่ง ถ่ายอุจจาระไม่สุด - สุขนิสัยการขับถ่ายเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ท้องผูก สลับท้องเสีย ก้อนอุจจาระับเล็กลง - อาการปวดแน่นท้อง ปวดลิ้นไม่รุนแรงจะดีขึ้นเมื่อผายลม ในรายที่มีการอุดตันอย่างสมบูรณ์จะไม่ถ่ายอุจจาระและไม่ผายลม คลื่นไส้ อาเจียน อาเจียนมี 	<p>คลำพบก้อนบริเวณหน้าท้องจากอาจเป็นก้อนมะเร็งหรือก้อนมะเร็งลุกลามไปอวัยวะอื่น</p> <p>ในผู้ป่วยที่มีภาวะลำไส้อุดตันจนเกิดการเน่าตายของลำไส้ (gangrene) ซึ่งทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อช่องท้อง (peritonitis) การตรวจร่างกายมักตรวจพบการกดเจ็บ (tenderness), ท้องแข็งเกร็ง (guarding) หรือ rebound tenderness ได้</p>	<p>ผลตรวจ CBC : อาจพบ leukocytosis ได้จากเกิดการอักเสบของเยื่อช่องท้อง bacterial translocation หรือ systemic inflammatory response พบภาวะซีดจากอุจจาระมีเลือดปนและจากการรับประทานอาหารได้น้อย</p> <p>Electrolyte ผิดปกติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ตรวจพบเลือดปนในอุจจาระ (stool occult blood) - สารบ่งชี้ว่าเป็นมะเร็ง (CEA) สูง ในผู้ป่วยลำไส้อุดตันจากก้อนมะเร็ง

ความผิดปกติ	การซักประวัติ	การตรวจร่างกาย	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษ
	<p>กลืนเหม็นคล้ายอุจจาระ โลหิตจาง ซีด เพลีย</p> <p>น้ำหนักลด เบื่ออาหาร</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประวัติการเป็นมะเร็งในครอบครัว 	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจทางทวารหนัก (PR) อาจคลำพบอุจจาระเป็นก้อนแข็งที่มีสาเหตุจาก impacted feces 	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจการทำงานของตับ (liver function test) เพื่อดูการแพร่กระจายของมะเร็ง - ตรวจการส่องกล้องดูลำไส้ใหญ่ พบ ก้อน และยังสามารถตัดชิ้นเนื้อไปส่งตรวจในรายที่สงสัยเป็นมะเร็ง - CT abdomen พบ จุดที่มีการอุดกั้นในลำไส้ใหญ่ หรือการแพร่กระจายของก้อนมะเร็ง
ไส้เลื่อน (Hernia)	<ul style="list-style-type: none"> - อาการปวด ตำแหน่งของอาการปวด สัมพันธ์กับบริเวณที่ก้อนไส้เลื่อนโผล่ออกมา - ประวัติเกี่ยวกับก้อนไส้เลื่อนโผล่ เช่น การไหลกลับของไส้เลื่อนขณะนอนราบ และมีอาการขณะยกของหนัก หรือต้องเดินเป็นเวลานาน หรือออกแรงในการเบ่ง เพิ่มแรงดันในช่องท้องหรือไอแรงๆ - ซักประวัติหาสาเหตุของการเกิดไส้เลื่อน เช่น อาชีพหรืองานที่ต้องยกของหนัก การไอเรื้อรัง เบ่งถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะ การตั้งครรภ์ อ้วน 	<ul style="list-style-type: none"> - สังเกตพบก้อนตามตำแหน่งที่เกิดไส้เลื่อน เช่น ที่รอยแผลผ่าตัดเก่า ขาหนีบ อัณฑะ เป็นต้น และสังเกตก้อนไส้เลื่อนโผล่ เช่น การไหลกลับของไส้เลื่อนขณะนอนราบ และมีอาการขณะยกของหนัก หรือต้องเดินเป็นเวลานาน หรือออกแรงในการเบ่ง เพิ่มแรงดันในช่องท้องหรือไอแรงๆ - การคลำได้ก้อนนิ่ม กดไม่เจ็บ - ชั่งน้ำหนัก ประเมินBMI - วัดสัญญาณชีพผิดปกติ ในรายที่มีภาวะติดเชื้อจากลำไส้นา อาจพบว่า มีไข้ ชีพจร เร็ว ความดันโลหิตต่ำ 	

การพยาบาลก่อนและหลังการตรวจพิเศษ

1) Plain film abdomen เป็นการตรวจทางรังสีเบื้องต้นโดยการส่งเป็น acute abdomen series ซึ่งประกอบไปด้วยเอกซเรย์ปอดในท่านั่ง (upright) เอกซเรย์ช่องท้องในท่านั่ง (upright) และท่านอนหงาย (supine) โดยอาจพบ pneumoperitoneum หรือ free air ได้กระบังลม ในผู้ป่วยที่มีการทะลุของลำไส้ใหญ่เกิดขึ้น ส่วนเอกซเรย์ช่องท้อง (abdomen supine & upright) จะพบลำไส้ขยายตัว (abnormal bowel dilatation) จะบอกถึงว่ามีการอุดตันของลำไส้ และอาจต้องทำการส่งตรวจภาพถ่ายทางรังสีวิทยาอื่น ๆ ซึ่งสามารถบอกถึงสาเหตุของลำไส้ใหญ่อุดตันได้ชัดเจนขึ้น CT scan abdominal

การพยาบาลก่อนและหลังการตรวจ ไม่มีการพยาบาลที่เฉพาะนอกจากการให้ข้อมูลผู้ป่วยถึงขั้นตอนการตรวจ ได้แก่

- ชักประวัติการตั้งครรภ์ หากสงสัยจะตั้งครรภ์ให้แจ้งแพทย์หรือพยาบาลทราบก่อน เนื่องจากรังสีเอกซเรย์มีผลต่อทารกในครรภ์ แพทย์อาจหลีกเลี่ยงไปใช้การตรวจชนิดอื่นแทน

- เปลี่ยนเสื้อผ้าชุดโรงพยาบาล ผู้หญิงถอดชุดชั้นในออก

- การถอดเครื่องประดับที่เป็นโลหะ เพื่อไม่ให้บังรังสีเอกซเรย์และทำให้การอ่านผลผิดพลาด

2) CT scan abdominal เป็นการตรวจที่นิยมใช้ภายหลังการตรวจด้วย acute abdomen Series แล้วสงสัยภาวะลำไส้ใหญ่อุดตัน

3) การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Sigmoidoscopy/Colonoscopy) อาจจะใช้เพื่อยืนยันการอุดตันลำไส้ใหญ่โดยตรง

การประเมินภาวะสุขภาพตามแบบประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แนวคิดของ NANDA-I ในแบบแผนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แบบแผนที่ 2 ภาวะโภชนาการ (nutrition) ในด้านสารน้ำและเกลือแร่ แบบแผนที่ 5 การรับรู้และความเข้าใจ (perception and cognitive) ในด้านการรับรู้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 แบบแผนที่ 9 ความทนและการปรับตัวต่อความเครียด (coping/stress tolerance) แบบแผนที่ 11 ความปลอดภัย/การป้องกัน (safety/protection) ในเรื่องการติดเชื้อ การบาดเจ็บทางร่างกาย การควบคุมอุณหภูมิ และแบบแผนที่ 12 ความสุขสบาย (comfort) ในด้านความสุขสบายทางร่างกาย

2. การวินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis) และการวางแผนการพยาบาล (planning) นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินสภาพมาวินิจฉัยปัญหาการพยาบาล วางแผนการพยาบาล การตั้งเกณฑ์ผลลัพธ์ (nursing outcome) การปฏิบัติการพยาบาล (nursing intervention) และการประเมินผล ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดลำไส้ใหญ่และมีทวารเทียมที่พบบ่อย

1) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เสี่ยงต่อการขาดสารน้ำและเกลือแร่เนื่องจากการอุดตันในลำไส้

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยปวดท้อง ท้องอืด คลื่นไส้อาเจียน ไม่ผายลม ไม่ถ่ายอุจจาระ มีประวัติท้องผูกสลับท้องเสีย ก้อนอุจจาระลีบเล็กลง CT abdomen พบ จุดที่มีการอุดตันในลำไส้ใหญ่

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีสารน้ำและเกลือแร่สมดุล

เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีอาการและอาการแสดงของ 1) ภาวะขาดน้ำ คือ ปากแห้ง กระหายน้ำ ผิวหนังขาดความตึงตัว อ่อนเพลีย ซีพจรเต้นเร็ว ปัสสาวะมีความถี่จําเพาะมากกว่า 1.030 2) ภาวะโซเดียมต่ำ คือ คลื่นไส้ อาเจียน สับสน สั่น อ่อนเพลีย มีตะคริว และ 3) ภาวะโพแทสเซียมต่ำ คือ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ซีพจรเต้นไม่สม่ำเสมอ คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่มลงถ้าได้มีการเคลื่อนไหวลดลง ปริมาณน้ำเข้าและน้ำออกสมดุล สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผลตรวจจล็ดโคโทรไลต์ ปกติ Na 135-145 mmol/L, K 3.5-5 mmol/L, Cl 96-113 mmol/L, CO₂ 22-26 mmol/L

การปฏิบัติการพยาบาล

- ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ คือ ปากแห้ง กระหายน้ำ ผิวหนังขาดความตึงตัว อ่อนเพลีย ซีพจรเต้นเร็ว ปัสสาวะมีความถี่จําเพาะมากกว่า 1.030
- ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ หรือสารอาหารทางหลอดเลือดดำชนิดสมบูรณ์ (Total parenteral nutrition: TPN) หรือสารอาหารทางหลอดเลือดดำชนิดไม่สมบูรณ์ (Partial parenteral nutrition: PPN) ตามแผนการรักษา (รายละเอียดในบทที่ 3 การพยาบาลเลือดออกในทางเดินอาหาร)
- เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะโซเดียมต่ำ คือ คลื่นไส้ อาเจียน สับสน อ่อนเพลีย มีตะคริว อาการโพแทสเซียมต่ำ คือ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ซีพจรเต้นไม่สม่ำเสมอ คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่มลงถ้าได้มีการเคลื่อนไหวลดลง
- ติดตามประเมินอาการของภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ คือ ปวดท้อง ท้องอืด มีไข้ การกดเจ็บ (tenderness), ท้องแข็งเกร็ง (guarding) หรือ rebound tenderness
- บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง
- ดูแลให้สารน้ำและสารอาหารทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา
- บันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 4-8 ชั่วโมง ถ้าออกน้อยกว่า 0.5 มล./กก./ชม. ต้องรายงานแพทย์
- ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำและอาหารทางปาก
- ดูแลให้ผู้ป่วยบ้วนปากและฟัน เนื่องจากอาจเกิดปากแห้งจากการงดน้ำและอาหาร เพื่อให้เกิดความสบาย
- ดูแลสายที่ใส่เข้าไปในกระเพาะอาหารต่อลงถุง หรือต่อกับเครื่องดูดโดยระวังไม่ให้สายหักพับงอ ดูแลการทำงานของเครื่องดูด (Gomco suction) โดยเลือกการทำงานแบบเป็นระยะ (intermittent) ปรับแรงดันอยู่ระดับต่ำ ประมาณ 80 มม.ปรอท หรือตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมสังเกตสี และจำนวนของน้ำที่ถูกดูดออกมา เพื่อลดภาวะลำไส้ถูกกดและบรรเทาอาการท้องอืดขยาย
- ดูแลหย่าแกปวดตามแผนการรักษา
- ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

- ผู้ป่วยอาจมีคลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วย สังเกตลักษณะและจำนวนบันทึกและรายงานผล
เมื่อมีความผิดปกติ

- สังตรวจและติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น อิเล็กโทรไลต์

การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ปริมาณ
น้ำเข้า/น้ำออก คือ 1,500 มล./ 1,350 มล. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ยังไม่มีการตรวจอิเล็กโทรไลต์

2) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล: ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดลำไส้

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยบอกว่า *ไม่ทราบว่าต้องดูแลตนเองอย่างไรในการเข้ารับการผ่าตัด*

ผลลัพธ์การพยาบาล มีความรู้ในการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด และมีความพร้อมในการเข้า
รับการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามและสาธิตย้อนกลับในเรื่องการหายใจและ
การไออย่างมีประสิทธิภาพ การเคลื่อนไหวโดยเร็ว การควบคุมความปวด

2. ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการพยาบาลและปฏิบัติตามคำแนะนำ

การปฏิบัติการพยาบาล

- 1) อธิบายการเตรียมร่างกายทั่วไป ได้แก่ การดูแลความสะอาดร่างกาย เช่น ผมน เล็บ ปาก ฟัน
และเสื้อผ้า เพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัด
- 2) อธิบายถึงการเตรียมร่างกายเฉพาะที่ เช่น การอาบน้ำ สระผม ตัดเล็บ การโกนขนและทำ
ความสะอาดบริเวณหน้าอกตั้งแต่ราวนมถึงอุ้งยวะสืบพันธุ์
- 3) อธิบายถึงการเตรียมการผ่าตัดโดยทั่วไป เช่น การตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ ตรวจเอกซเรย์
และตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การเตรียมเพื่อได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ได้แก่ การงดน้ำ
และอาหารหลังเที่ยงคืนวันก่อนผ่าตัด เพื่อป้องกันการสำลักเศษอาหารเข้าปอด
- 4) การเตรียมลำไส้ใหญ่เพื่อทำการผ่าตัด หรือเรียกว่า sterile bowel เพื่อลดการเจริญเติบโต
ของแบคทีเรียและป้องกันการติดเชื้อของแผลผ่าตัดภายในบริเวณลำไส้ โดย
 - ให้รับประทานอาหารที่มีกากใยอาหารน้อยหรืออาหารเหลวเพื่อลดปริมาณ
อุจจาระในลำไส้ ในรายที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้
 - ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาระบาย กลุ่ม Polyethylene glycol (PEG) เช่น
Colyte, Nifec, Swiff ตามแผนการรักษา
 - การสวนล้างลำไส้ (enema) หรือการสวนอุจจาระโดยจะทำในคืนวันก่อนผ่าตัด
เพื่อให้ลำไส้ส่วนล่างว่าง
- 5) อธิบายเรื่องการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปขณะผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัวและไม่
ปวด
- 6) อธิบายถึงสภาพผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดว่าจะมีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง มีสายระบายสิ่งคัดหลั่ง มี
สายที่ใส่เข้าไปในกระเพาะอาหารต่อลงถุง มีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และจะมีรู

ทวารเทียมซึ่งเป็นส่วนของลำไส้นำมาเปิดที่ผนังหน้าท้อง (stoma) และจะครอบด้วยถุงรองรับอุจจาระ

- 7) ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน ได้แก่ การหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ การเคลื่อนไหวโดยเร็ว การควบคุมความปวด การดูแลตนเองภายหลังผ่าตัด (รายละเอียดในบทที่ 1 การพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัด)
- 8) ให้ผู้ป่วยการเซ็นต์ใบยินยอมการผ่าตัดโดยต้องให้ข้อมูลการผ่าตัด ผลดี ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ก่อนเซ็นต์ใบยินยอมการผ่าตัด และมีญาติสายตรงเซ็นต์เป็นพยาน เพื่อป้องกันปัญหาทางกฎหมาย

การประเมินผล ผู้ป่วยตอบคำถามและสาธิตย้อนกลับในเรื่อง การหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ การเคลื่อนไหวโดยเร็ว การควบคุมความปวด ผู้ป่วยมีความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัด สัญญาณชีพก่อนผ่าตัดปกติ

3) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล: ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวล/กลัวการผ่าตัด (anxiety)

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยบอกนอนไม่หลับ มีสีหน้าวิตกกังวล ถามซ้ำ ๆ

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ลดความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยและครอบครัวบอกว่าสบายใจขึ้น แสดงสีหน้าผ่อนคลาย ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการพยาบาลและปฏิบัติตามคำแนะนำ

การปฏิบัติการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ความวิตกกังวล ความไม่สบายใจ พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติด้วยท่าทีที่เป็นมิตรให้เวลา โดยใช้ความสุภาพและการสัมผัสที่นุ่มนวล
2. ประเมินระดับและสาเหตุของความวิตกกังวล ดูแลเอาใจอย่างใกล้ชิดและให้ครอบครัวมีส่วนร่วม
3. ใช้วิธีผ่อนคลายต่าง ๆ เพื่อลดความวิตกกังวลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน และบุคคลในครอบครัว เช่น การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย โดยการกำหนดลมหายใจ การเบี่ยงเบนความสนใจ การทำสมาธิ และการใช้เสียงดนตรี เป็นต้น
4. ให้ข้อมูลตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวตามความจำเป็น ได้แก่ พยาธิสรีรภาพของโรคและการผ่าตัด สภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ได้แก่ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การมีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง การมีสายใส่เข้าไปในกระเพาะอาหารทางจมูก การจัดการความปวดหลังผ่าตัด การดูแลตนเองภายหลังผ่าตัด เป็นต้น โดยใช้คำพูดที่สั้น เข้าใจง่าย เหมาะกับระดับการรับรู้ของผู้ป่วย พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม

5. อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้น คือ การมีลำไส้เปิดทางหน้าท้องอาจมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยและต้องใช้เวลาในการยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป แนะนำให้ญาติให้กำลังใจและควรระมัดระวังในเรื่องการแสดงออก เช่น ไม่แสดงท่าทีกลัวลำไส้เปิดทางหน้าท้อง หรือ แสดงท่าทีรังเกียจอุจจาระที่ออกมาจากลำไส้
6. ให้กำลังใจและส่งเสริมความมั่นใจให้กับผู้รับบริการและผู้ดูแลว่าการผ่าตัดและมีทวารใหม่นั้นเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุด เพื่อผู้รับบริการจะสามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบใหม่อย่างมีคุณภาพต่อไป
7. ในผู้ป่วยรายที่มีความวิตกกังวลรุนแรง รายงานแพทย์ผ่าตัดหรือวิสัญญีแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาที่มีฤทธิ์ลดความวิตกกังวล

การประเมินผล ผู้ป่วยและครอบครัวมีสีหน้าผ่อนคลาย สดชื่น ยิ้มได้ ร่วมมือในการปฏิบัติการพยาบาลและปฏิบัติตามคำแนะนำ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลในระยะหลังผ่าตัดลำไส้ออกและมีทวารเทียม

การวินิจฉัยการพยาบาลขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ได้จากการประเมินสภาพผู้ป่วย โดยปัญหาหลังการผ่าตัดลำไส้ออกและมีทวารเทียมก็คล้ายกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องอื่นๆ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่พบบ่อยในระยะหลังผ่าตัด ได้แก่

- พร่องประสิทธิภาพในการทำทางเดินหายใจให้โล่ง (Risk for ineffective airway clearance) หรือแบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากผลของยาระงับความรู้สึก หรือปวดแผลผ่าตัด
- เสี่ยงต่อภาวะช็อกเนื่องจากมีเลือดออกที่แผลผ่าตัด
- ปวดเฉียบพลันเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด (Acute pain relate surgical incision)
- เสี่ยงต่อการขาดสารน้ำ เกลือแร่ และสารอาหารเนื่องจากคลื่นไส้/อาเจียน/เบื่ออาหาร
- ไม่สุขสบาย ท้องอืด แน่นท้องเนื่องจากการลำไส้เคลื่อนไหวน้อยลง
- มีการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด
- เสี่ยงต่อการสูญเสียความสมบูรณ์ของผิวหนังจากการระคายเคืองจากอุจจาระและสิ่งคัดหลั่ง
- ขาดความรู้ในการดูแลทวารเทียมเมื่อกลับบ้าน
- มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์เนื่องจากมีทวารเทียมและมีอุจจาระทางหน้าท้อง/ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระได้

ซึ่งในบทนี้ผู้เขียนจะกล่าวถึงปัญหาการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทวารเทียม ดังนี้

- 1) **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล:** เสี่ยงต่อการสูญเสียความสมบูรณ์ของผิวหนังจากการระคายเคืองจากอุจจาระและสิ่งคัดหลั่ง

ข้อมูลสนับสนุน มีอุจจาระเหลวออกทาง stoma ผิวหนังรอบทวารเทียมบวมแดง

ผลลัพธ์การพยาบาล คงไว้ซึ่งความสมบูรณ์ของผิวหนัง

เกณฑ์การประเมินผล ผิวหนังรอบทวารเทียมสะอาดไม่มีผื่น/ บวม/ แดง หรือบวมแดงลดลง
รูทวารเทียมสะอาด มีสีแดงหรือชมพู มีความชุ่มชื้น ผิวเป็นมัน เรียบ นุ่ม ไม่มีแผล

การปฏิบัติการพยาบาล

1. ประเมินผิวหนังว่ามีผื่นคัน/ตุ่มพอง/ บวม/ แดงหรือไม่หากพบอาการผิดปกติของผิวหนังรอบๆ ทวารเทียมให้รายงานแพทย์
2. ประเมินตำแหน่งและลักษณะของรูทวารเทียมทุก 8 ชม. โดยลักษณะปกติจะมีสีแดงหรือชมพู มีความชุ่มชื้น ผิวเป็นมัน เรียบ นุ่ม ยื่นออกมาจากผนังหน้าท้องประมาณ 1-2 เซนติเมตร ในผู้ป่วยบางรายอาจชิดติดกับผนังหน้าท้อง หากรูทวาร (stoma) มีสีดำคล้ำ หรือซีดขาว ไหลออกมาจากผนังหน้าท้องมากเกินไป หรือผลุบลงต่ำกว่าระดับผิวหนัง ควรรายงานแพทย์ โดยปกติทวารเทียมจะยุบบวมและขนาดคงที่ประมาณ 6-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด (นัทธมน วุฑธานนท์, 2554; สุภาณี เสนาดีสัย, วรรณภา ประไพพานิช, 2560)
3. ดูแลผิวหนังรอบๆทวารเทียม โดยใช้ผลิตภัณฑ์ผิวหนังไม่ให้ถูกทำลาย เช่น stoma adhesive และ แผ่นกันผิวหนัง (skin barrier) มีขั้นตอนปฏิบัติ ดังนี้

3.1 เตรียมอุปกรณ์ทำความสะอาดและเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระทางทวารเทียม ได้แก่

1) ถุงรองรับอุจจาระทางทวารเทียมมี 2 แบบ คือ 1.1) ถุงแบบขึ้นเดียว โดยมีถุงรองรับอุจจาระและแป้นติดกัน และยังมีแบบเป็นถุงใสซึ่งใช้ในการครอบทวารเทียมภายหลังผ่าตัด ในช่วง 1 เดือนแรก เพื่อประเมินลักษณะสีของ stoma ได้ ส่วนถุงแบบขึ้นจะใช้เมื่อแผลทวารเทียมดีแล้วโดยทั่วไปประมาณ 1 เดือนหลังผ่าตัด ดังแสดงในรูป A และ 1.2) ถุงแบบสองชั้น ซึ่งมีแป้นรองที่ใช้ติดกับผิวหนัง และถุงรองรับอุจจาระแยกกัน ดังแสดงในรูป B ซึ่งควรเปลี่ยนถุงทุก 4-5 วันหรือมีการรั่วซึม ในปัจจุบันถุงรองรับอุจจาระมีการปรับปรุงให้มีคุณสมบัติพิเศษ เช่น การติดแผ่นดูดกลิ่น ใช้วัสดุเพื่อป้องกันการเสียดสี แต่อาจจะมีราคาสูงขึ้นดังนั้นการเลือกใช้ถุงรองรับอุจจาระอาจต้องพิจารณาทั้งสภาพผิวหนัง ลักษณะรูทวารเทียม ปริมาณและลักษณะอุจจาระของผู้ป่วย และฐานะทางเศรษฐกิจร่วมด้วย



รูปที่ 6.3 แสดงถุงรองรับอุจจาระทางทวารเทียมแบบขึ้นเดียวและแบบสองชั้น

จาก <https://www.hfocus.org/content/2019/11/18019>

2) ผลิตภัณฑ์ผิวหนังไม่ให้ถูกทำลาย เช่น stomahesive past แป้ง ยาระงับกลิ่น หรือแผ่นกันผิวหนัง (skin barrier) 3) กระจกชำระหรือผ้าก๊อช 4) ชุดทำแผล หรือสำลีสะอาด 5) ถุงมือสะอาด 6) ผ้าปิดปากจมูก 7) ซามรูปไตหรือถุงพลาสติกใส่ของที่ใช้แล้ว 8) ถาดสำหรับวางอุปกรณ์ และ 9) น้ำยาหรือน้ำทำความสะอาด ได้แก่ 0.9% NSS ในช่วงแรกหลังผ่าตัดประมาณ 7-10 วันแรก หรือน้ำต้มสุกในรายที่แผลแห้งติดดี



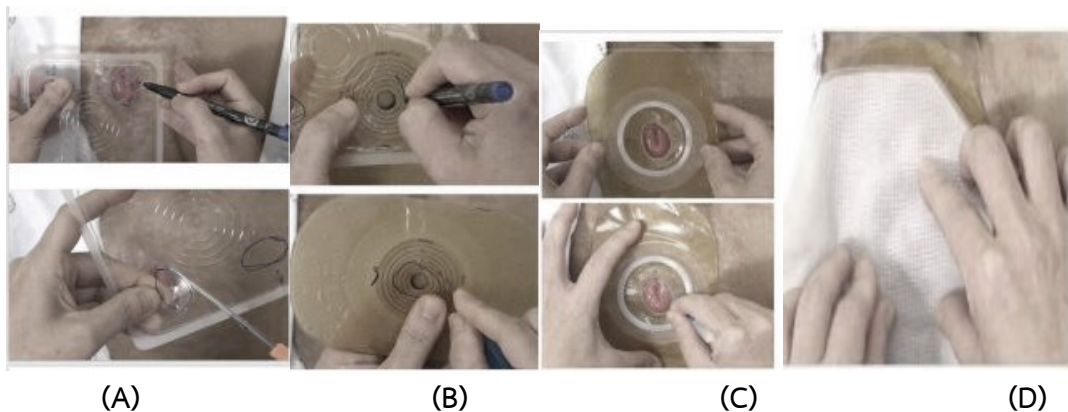
รูปที่ 6.5 แสดงอุปกรณ์ในการเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระทางทวารเทียม

จาก https://www.si.mahidol.ac.th/th/division/hph/admin/news_files/655_49_1.pdf

3.2) ขั้นตอนการปฏิบัติ

- 1) แจ้งให้ผู้ป่วยทราบ อธิบายวิธีการและเหตุผลการทำความสะอาดทวารเทียมให้ผู้ป่วยเข้าใจเพื่อลดความวิตกกังวลและความร่วมมือที่ดี
- 2) นำอุปกรณ์มาที่เตียง จัดสถานที่ให้มีความเป็นส่วนตัว กั้นม่านให้เรียบร้อย เพื่อความสะดวกในการปฏิบัติและเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย
- 3) จัดผู้ป่วยในท่านอนหงายเพื่อความสะดวกในการทำสะอาด
- 4) ล้างมือให้สะอาด ใส่ถุงมือ และสวมหน้ากากอนามัยให้เรียบร้อยเพื่อป้องกันการติดเชื้อ
- 5) เปิดชุดทำแผล ซึ่งหากผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดสะอาดที่หน้าท้องควรทำแผลผ่าตัดก่อนแล้วค่อยทำแผลทวารเทียม
- 6) ลอกถุงอุจจาระเดิมออกด้วยความนุ่มนวล ดดยใช้นิ้วมือข้างหนึ่งกดผิวหนังที่ติดกับแป้นไว้แล้วใช้มือข้างหนึ่งค่อยๆ ลอกแป้นออกจากผิวหนังและลอกแป้นจากด้านบนลงด้านล่างพยายามไม่ให้เป็นการดึงแป้นทางเดียว เพื่อป้องกันผิวหนังถลอกเป็นแผล และเกิดการเจ็บปวด
- 7) ใช้กระจกชำระ หรือผ้าก๊อชเช็ดอุจจาระที่อยู่บริเวณรูทวารเทียมออกให้หมดเพื่อเป็นการทำความสะอาดขั้นแรก
- 8) ทำความสะอาดบริเวณรูทวารเทียมและผิวหนังรอบๆ โดยใช้น้ำเกลือล้างแผลปราศจากเชื้อ กรณีไม่ได้ใช้ชุดทำแผลอาจใช้น้ำสะอาดต้มสุก น้ำสะอาด หรือใช้น้ำสบู่ล้างขณะ

- อาบน้ำเหมือนกับล้างทวารหนัก ขึ้นอยู่กับลักษณะแผลของผู้ป่วยด้วย เพื่อเป็นการทำความสะอาดขั้นต่อมาและเช็ดอุจจาระที่รูทวารเทียม และผิวหนังรอบๆ ออกให้หมด
- 9) เช็ดรูทวารเทียมและผิวหนังรอบๆ ให้แห้งเพื่อลดความเปียกชื้นและป้องกันการระคายเคืองบริเวณรูทวารเทียมและผิวหนังรอบๆ
 - 10) ประเมินรูของทวารเทียมและผิวหนังรอบๆ เพื่อดูอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น บริเวณรูทวารเทียมและผิวหนังรอบๆ
 - 11) ทาบริเวณรอบๆ ทวารเทียมด้วย stomahesive past แป้ง หรืออาจทาด้านหลังแป้นที่จัดติดครอบรูทวารเทียมก็ได้ขึ้นอยู่กับชนิดของผลิตภัณฑ์ เพื่อลดการระคายเคืองผิวหนังรอบๆ รูทวารจากการสัมผัสกับอุจจาระ
 - 12) ขั้นตอนการวัด การตัด และการติดถุงทวารเทียม โดยใช้กระดาษใสหรือแผ่นพลาสติกสำหรับวัดขนาดรูทวารเทียมโดยวาดด้วยปากกากลางบนกระดาษใสหลังจากนั้นตัดตามรูป **ดังแสดงในรูป A** วัดขนาดที่วัดได้ลงบนแป้นที่จะติดครอบรูทวารเทียม (skin barrier) ตัดขนาดของแป้นที่จะติดครอบรูทวารเทียมให้มีขนาดใหญ่กว่ารูทวารเทียมเล็กน้อย ประมาณ 2-3 มิลลิเมตร ไม่ติดถุงชิดกับทวารเทียมมากเกินไปเพราะขอบถุงจะทำให้เกิดการครูดและเกิดแผลหรือกดทับรูทวารเทียมได้ แต่ถ้าตัดขอบถุงกว้างเกินไปอาจทำให้ผิวหนังรอบทวารเทียมเกิดการระคายเคืองจากเอนไซม์และอุจจาระได้ **ดังแสดงในรูป B** วัดขนาดของแผ่นรองกับลำไส้อีกครั้ง เพื่อความแม่นยำและไม่ให้เกิดช่องว่างระหว่างลำไส้กับแผ่นยาง **ดังแสดงในรูป C** เมื่อขนาดได้พอดีแล้วแปะแผ่นยางลงที่หน้าท้องและกดให้เรียบเพื่อให้เกิดแรงยึดติดกับผิวหนัง **ดังแสดงในรูป D** โดยมีขั้นตอนดังแสดงในรูปที่ 6.5



รูปที่ 6.5 แสดงขั้นตอนการวัด การตัด และการติดถุงทวารเทียม

จาก<http://www.itc.or.th/?p=15752>

- 13) หลังจากทำความสะอาดแล้ว ดูแลความสะอาดของเตียงนอนผู้ป่วยและเก็บเครื่องใช้ทำความสะอาดให้เรียบร้อยเพื่อความสะอาดในการส่งไปทำให้ปราศจากเชื้อและการใช้ครั้งต่อไป

14) ล้างมือให้สะอาดเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค

15) บันทึกการทำความสะอาดแผลทวารเทียม เกี่ยวกับลักษณะรูทวารเทียมและผิวหนังรอบๆ สี และปริมาณอุจจาระลงใน nurse's note เพื่อรายงานอาการและติดตามการเปลี่ยนแปลงของอุจจาระ รูทวารเทียมและผิวหนังรอบๆ

4. การเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระ สอนการเทถุงรองรับอุจจาระเมื่ออุจจาระอยู่ในถุงประมาณ 1/3 ของถุง ถ้ามากกว่านี้ทำให้เกิดแรงดึงรั้งเป็นสาเหตุให้ถุงรองรับอุจจาระแยกหลุดจากแผ่นรองที่ติดกับผิวหนังได้

การประเมินผล ผิวหนังรอบทวารเทียมสะอาดไม่มีผื่น รูทวารเทียมสะอาด มีสีชมพู ชุ่มชื้น ไม่มี

แผล

2) **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล:** ขาดความรู้ในการดูแลทวารเทียมเมื่อกลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่ทราบว่าต้องดูแลทวารเทียมอย่างไร”

ผลลัพธ์การพยาบาล มีความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ในเรื่องการดูแลทวารเทียมและผิวหนังรอบๆ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ และสาธิตย้อนกลับในเรื่องการทำแผลและดูแลทวารเทียมและผิวหนังรอบๆ การเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระ

การปฏิบัติการพยาบาล

- แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตผิวหนังว่ามีผื่นคัน/ตุ่มพอง/ บวม/ แดงของผิวหนังรอบๆ ทวารเทียม และสังเกตลักษณะของรูทวารเทียมโดยลักษณะปกติจะมีสีแดงหรือชมพู มีความชุ่มชื้น ผิวเป็นมัน เรียบ นุ่ม ยื่นออกมาจากผนังหน้าท้อง หากรูทวาร มีสีดำคล้ำ หรือซีดขาว ฝ่อออกมาจากผนังหน้าท้องมากเกินไป หรือผลุบลงต่ำกว่าระดับผิวหนัง ให้ไปพบแพทย์
- อธิบายเกี่ยวกับการทำความสะอาดลำไส้เปิดทางหน้าท้องและผิวหนังรอบๆ ทำความสะอาดเพื่อป้องกันผิวหนังรอบ ลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ไม่ให้ระคายเคืองจากการสัมผัสกับอุจจาระที่ออกมาจนเกิดแผล เช็ดทำความสะอาดด้วยน้ำสะอาด อาจใช้สบู่อ่อน เช่น สบู่เด็กทำความสะอาดผิวหนังรอบๆ เมื่อสกปรกและล้างออก สามารถอาบน้ำและเช็ดผิวหนังรอบๆ ให้แห้งก่อนติดถุง โดยน้ำจะไม่เข้าลำไส้ ถ้ามีขนที่ผิวหนังรอบๆทวารเทียมควรโกนขนออกเพื่อป้องกันการอักเสบของรูขุมขน
- อธิบายและสาธิตการทำความสะอาดและเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระทางทวารเทียม (รายละเอียดในข้อวินิจฉัย เรื่อง เสี่ยงต่อการสูญเสียความสมบูรณ์ของผิวหนังจากการระคายเคืองจากอุจจาระและสิ่งคัดหลั่ง)

- การเทอุจจาระเมื่อปริมาณอุจจาระ 1/2 หรือ 1/3 ของถุง โดยให้ผู้ป่วยนั่งบนโถส้วมหรือเก้าอี้ แยกขาออกปล่อยปลายถุงลงภาชนะที่เตรียมไว้หรือโถส้วมเมื่อเทเสร็จ ใส่น้ำเข้าทางด้าน ปลายถุง ล้างอุจจาระให้สะอาด และเช็ดด้วยกระดาษชำระ ดังแสดงในภาพที่ 6.6



รูปที่ 6.6 แสดงการเทอุจจาระจากถุงทวารเทียม จาก <http://www.rajavithi.go.th/rj/wp-content/uploads/2018/04/cd1eb4bc7864844e1af652812ead1e80.pdf>

- การทำความสะอาดถุง ด้วยน้ำยาล้างจาน ครีมอาบน้ำ หรือแชมพูสระผมจนสะอาด ผึ่งให้แห้งแล้วจึงนำมาใช้ใหม่
- การสวมใส่เสื้อผ้าได้ตามปกติ แต่หลีกเลี่ยงการกดทับบริเวณช่องเปิดทวารเทียม
- การรับประทานอาหารผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ทุกประเภทที่ไม่ขัดกับโรคประจำตัว ควรหลีกเลี่ยงอาหารรสจัดของหมักดอง เผ็ดจัดเพราะอาจทำให้ท้องเสีย หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้ท้องอืดหรืออาหารที่เพิ่มก๊าซ เช่น กะหล่ำปลี หัวหอม ถั่วทุกชนิด น้ำอัดลม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อาการที่ทำให้เกิดกลิ่น เช่น ต้นหอม กระเทียม สะตอ ชะอม ผักกระเฉด เป็นต้น อาหารที่ช่วยลดกลิ่น ได้แก่ ผักใบเขียว โยเกิร์ต นมเนย เป็นต้น และขณะรับประทานอาหารควรเคี้ยวอาหารให้ละเอียด รับประทานอาหารช้าๆ แต่พอมิ่มเพื่อให้อาหารย่อยได้ดีและขับถ่ายสะดวก
- ผู้ป่วยควรดื่มน้ำอย่างน้อย 3,000 มล.ต่อวัน เพื่อป้องกันอาการท้องผูกและขาดน้ำ และควรเพิ่มปริมาณน้ำดื่มในวันที่อากาศร้อน เสียเหงื่อ หรือท้องเสีย
- การออกกำลังกาย 2-3 เดือนแรกหลังผ่าตัด ให้ออกกำลังกายโดยเริ่มจากการเดิน การออกกำลังกายแขนขาและลำตัว งดการทำงานที่ใช้กำลังกล้ามเนื้อหน้าท้อง หลังผ่าตัด เพราะจะทำให้กระทบกระเทือนทวารเทียมและกล้ามเนื้อ 3-6 เดือนหลังผ่าตัด สามารถออกกำลังกายได้ตามปกติ
- การขับถ่ายอุจจาระ ผู้ป่วยควรฝึกกล้ามเนื้อหน้าท้องโดยเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องและแบ่งอุจจาระทุกวันตอนเช้า ควรฝึกถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา
- แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดและสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด ได้แก่ ผิวน้ำรอบรูทวารเทียมอักเสบ หรือเกิดแผลเปื่อยจากการระคายเคืองจากอุจจาระ ทวารเทียมแคบ บวม หรือมีสีดำคล้ำ มีไส้เลื่อนหรือลำไส้ยื่นออกมาผิดปกติ มีเลือดออกมากบริเวณรูทวารเทียม แต่หากมีเลือดออกเล็กน้อยอาจเกิดจากการทำความสะอาดบ่อยหรือแรงเกินไป ท้องเสียรุนแรง อุจจาระเหม็นผิดปกติ ท้องผู้ไม่ถ่ายอุจจาระ ท้องอืด อาเจียน เป็นต้น

- การมีเพศสัมพันธ์ หลังผ่าตัด 6-8 สัปดาห์ผู้ป่วยสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติถ้าสุขภาพแข็งแรง แต่ถ้ามีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ควรปรึกษาแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ โดยก่อนมีเพศสัมพันธ์ควรทำความสะอาดทวารเทียม ผีหนังรอบๆ และเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระใหม่
- การเดินทางสามารถเดินทางไกลได้ แต่ควรเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นไปด้วยตลอดเวลา และควรเตรียมให้มีจำนวนมากเพียงพอในกรณีที่มีความจำเป็นใช้รับด่วนหรือฉุกเฉิน
- การทำงานผู้ป่วยสามารถทำงานได้ปกติยกเว้นการยกของหนักหรือภาวะที่ทำให้แรงดันในช่องท้องสูงเพราะอาจมีผลต่อ stoma หรือเกิดไส้เลื่อนได้

การประเมินผล ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ถึงวิธีการดูแลทวารเทียมและผีหนังรอบๆ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ และสาธิตการทำแผลและดูแลทวารเทียมและผีหนังรอบๆ การเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระได้ถูกต้อง

3) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล: มีการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะเนื่องจากมีทวารเทียมและมีอุจจาระทางหน้าท้อง/ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระได้

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยไม่มองทวารเทียมเวลาที่พยาบาลทำแผล แสดงท่าทีกลัว/รังเกียจอุจจาระที่ออกมาจากทวารเทียม ผู้ป่วยบอกไม่กล้าออกไปนอกบ้านกลัวคนอื่นเหม็น

ผลลัพธ์การพยาบาล ผู้ป่วยปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ และเพื่อส่งเสริมความมั่นใจในตนเองและปรับตัวกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

เกณฑ์การประเมินผล หน้าคลายความวิตกกังวล ผู้ป่วยกล้าพูดถึงเรื่องทวารเทียมกับบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อน ผู้ป่วยกล้าเข้าสังคมมากขึ้น เช่น ออกจากบ้านหรือกล้าเดินทาง ไม่แสดงให้เห็นว่าอับอาย

การปฏิบัติการพยาบาล

- สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เชื่อมมั่น และให้ความร่วมมือในการพยาบาล
- รับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจและเข้าใจ ชักถามและประเมินการรับรู้ต่อทวารเทียมและเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก
- ประเมินความรู้สึกการสูญเสียภาพลักษณ์ของผู้ป่วย ให้การประคับประคองด้านจิตใจ และอธิบายให้สามารวมทั้งสมาชิกในครอบครัวเข้าใจถึงความรู้สึกของผู้ป่วย คอยให้กำลังใจ พูดในเชิงบวก เอาใจใส่เพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป
- ให้ความรู้ในการดูแลทวารเทียม ได้แก่ การเปลี่ยนถุง การเทอุจจาระ
- แนะนำผู้ป่วยใช้สารที่ช่วยดูดกลิ่นไว้ในถุงรองรับอุจจาระ เช่น ถ่านผง หรือถ่านก้อนเล็กๆ ใช้แผ่นแปะดูดกลิ่น สเปรย์ขจัดกลิ่น เป็นต้น

- อธิบายผู้ป่วยว่าสามารถออกนอกบ้านได้ โดยการออกนอกบ้านในแต่ละครั้งควรปิดถุงรองรับ อุจจาระให้แน่น เทอจจาระ หากเสื้อผ้าเปื้อนครวบน้ำชำระร่างกายเพื่อลดการเกิดกลิ่น จากอุจจาระ ตรวจสอบถุงรองรับอุจจาระหลายครั้ง ต้องปิดถุงด้วยพลาสติกซ้ำเพื่อป้องกันการรั่วซึมและเกิดความไม่มั่นใจก่อนออกจากบ้าน
- บอกให้ผู้ป่วยทราบถึงระยะเวลาที่อาหารและก๊าซเคลื่อนจากปากถึงลำไส้ใหญ่ใช้เวลา ประมาณ 6 ชม. ดังนั้นควรควรเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ทำให้เกิดกลิ่นแก๊ส หรือเลือก เวลาที่เหมาะสมถ้าต้องออกนอกบ้าน

การประเมินผล ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล บอกไม่อายที่มีทวารเทียม ผู้ป่วยพูดคุยถึง เรื่องทวารเทียมกับคนในครอบครัว ผู้ป่วยกล้าออกจากบ้านและเข้าสังคมมากขึ้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดไส้เลื่อนที่พบได้บ่อย

การพยาบาลในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด จะคล้ายกับการเตรียมผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดทั่วไป โดยการเตรียมความพร้อมทั้งด้านจิตใจและร่างกาย การสอนและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนหลัง ผ่าตัดเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน ได้แก่ การหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ การเคลื่อนไหว โดยเร็ว การควบคุมความปวด การดูแลตนเองภายหลังผ่าตัด (รายละเอียดในบทที่ 1 การพยาบาลก่อน และหลังผ่าตัด) การงดน้ำและอาหารทางปาก 6-8 ชั่วโมง การเตรียมความสะอาดร่างกาย การถอด เครื่องประดับและฟันปลอมก่อนไปห้องผ่าตัด ส่วนการพยาบาลหลังผ่าตัดก็คล้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่อง ท้องทั่วไป ได้แก่ ปัญหาในเรื่องปวดแผลผ่าตัด เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผล เสี่ยงต่อการได้รับสารน้ำและ เกลือแร่ไม่เพียงพอ ผู้เขียนขอกล่าวถึงเฉพาะปัญหาที่เฉพาะกับการผ่าตัดไส้เลื่อน ดังนี้

1. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เสี่ยงต่อปัสสาวะคั่งค้างเนื่องจากได้รับยาชาเข้าทางไขสันหลัง

ข้อมูลสนับสนุน หลังผ่าตัด Hernioplasty ได้รับยาชาเข้าทางไขสันหลัง หลังผ่าตัดยังมีอาการ ชาขาทั้ง 2 ข้าง

ผลลัพธ์การพยาบาล ไม่เกิดการคั่งของปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมินผล หลังผ่าตัดปัสสาวะได้เองภายใน 6 ชม. ไม่มีกระเพาะปัสสาวะโป่งตึง

การปฏิบัติการพยาบาล

- ประเมินอาการชาตั้งแต่เอวถึงขาทุก 1-2 ชั่วโมง จนระดับความรู้สึกจะกลับมาปกติ ถ้าครบ 6 ชั่วโมงชายังไม่หายชา ต้องรายงานแพทย์เพราะอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท
- ดูแลให้ผู้ป่วยนอนราบหนุนหมอนใต้เท้าหามลุนั่ง 4-6 ชั่วโมงในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับ ความรู้สึกทาง epidural block และ 12-24 ชั่วโมงในรายที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทาง spinal block เพื่อป้องกันน้ำไขสันหลังรั่วจากรอยแผลที่ให้ยาชา

- วัดสัญญาณชีพ ออกซิเจนปลายนิ้ว วัดทุก 15 นาที 4 ครั้ง จากนั้นวัดทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนสัญญาณชีพคงที่ เพราะผู้ป่วยอาจมีความดันโลหิตต่ำจากฤทธิ์ของยาชาได้
- ในผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุอาจมีการพันผ้ายืด (elastic bandage) ที่ขา 2 ข้าง เพื่อให้เลือดไหลกลับหัวใจได้มากขึ้น ป้องกันการเกิดความดันโลหิตต่ำ เมื่อกลับมาที่หอผู้ป่วยและสัญญาณชีพปกติก็สามารถคลาย elastic bandage ออกได้
- สังเกตอาการข้างเคียงจากการได้ยาชาทางไขสันหลัง ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือการปวดศีรษะจากการรั่วของน้ำไขสันหลัง อาการปวดหลัง ถ้ามีต้องรายงานแพทย์
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างน้อย 2,500 ต่อวันเพื่อช่วยเพิ่มการไหลเวียนและขับปัสสาวะ
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยปัสสาวะโดยใช้หมอนอนหรือกระบอกปัสสาวะ
- หากผู้ป่วยไม่ปัสสาวะ หรือมีกระเพาะปัสสาวะโป่งตึงรายงานแพทย์เพื่อใส่สายสวนปัสสาวะ
- หลีกเลี่ยงการใช้กระเป๋าน้ำเย็นหรือน้ำร้อนเพื่อป้องกันการไหม้ของผิวหนัง

การประเมินผล ผู้ป่วยปัสสาวะเองได้หลังผ่าตัดภายใน 6 ชม. ไม่มีกระเพาะปัสสาวะโป่งตึง

2. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล มีโอกาสเกิดไส้เลื่อนซ้ำเนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลตนเอง

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่ทราบว่าต้องดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำอย่างไร”

ผลลัพธ์การพยาบาล มีความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดไส้เลื่อนซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันเกิดไส้เลื่อนซ้ำ ในเรื่องโรคไส้เลื่อน การรับประทานอาหาร การทำกิจกรรม อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์

การปฏิบัติการพยาบาล

- ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไส้เลื่อนเกิดจากความอ่อนแอของกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อหรือเกิดความดันในช่องท้องสูง ถ้าไส้ก็จะถูกดันออกมาเป็นไส้เลื่อน ซึ่งแม้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดรักษาไส้เลื่อนแล้วมีโอกาสเกิดไส้เลื่อนซ้ำได้อีก

- การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้เพิ่มแรงดันในช่องท้อง ได้แก่ การลดน้ำหนักในผู้ที่มี โรคอ้วนและน้ำหนักตัวเกิน งดหรือหลีกเลี่ยงการยกของหนัก การเบ่งถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ หากมีการไอเรื้อรังควรไปพบแพทย์ การมีเพศสัมพันธ์ การออกกำลังกายโดยการชิทอัพ อย่างน้อย 6 สัปดาห์

- รับประทานอาหาร 5 หมู่ที่ไม่ขัดกับโรคประจำตัว เน้นรับประทานอาหารที่มีกากใย และดื่มน้ำอย่างน้อย 2,500 ต่อวัน เพื่อป้องกันไม่ให้ท้องผูก

- มาติดตามผลการรักษาตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ

- อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัดหากมีเลือดซึมออกจากแผลผิดปกติหรือปวด

บริเวณแผลผ่าตัดมาก มีอาการบวม แดง ร้อนให้ผู้ป่วยรีบมาพบแพทย์ก่อนวันนัดหมาย

- รับประทานยาตามคำสั่งการรักษาของแพทย์
- ทำแผลที่สถานบริการสุขภาพใกล้บ้านอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ห้ามให้แผลเปียกน้ำ

การประเมินผล ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันเกิดไส้เลื่อนซ้ำ ในเรื่อง โรคไส้เลื่อน การรับประทานอาหาร การทำกิจกรรม อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ได้ถูกต้อง

สรุป การอุดตันทางเดินอาหาร เป็นภาวะที่มีการขัดขวางการไหลของ อาหาร น้ำ ลม สารคัดหลั่ง จากเยื่อทางเดินอาหารไม่สามารถผ่านระบบทางเดินอาหารได้ ผู้ป่วยมักมีอาการอาเจียน ปวดท้อง ท้องอืด ในบางรายไม่มีอุจจาระหรือไม่ผายลม การอุดตันของลำไส้ทำให้ลำไส้โป่งพอง บวม ผั่งลำไส้มีการคั่งของเลือด เกิดภาวะเนื้อเยื่อขาดเลือดไปเลี้ยงและต่อมาอาจจะลำไส้แตกทะลุได้ ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียน้ำและเกลือแร่หรือในบางรายอาจเกิดภาวะช็อกจากการเสียน้ำตามมาได้ การรักษาหากการอุดตันของทางเดินอาหารแบบบางส่วน อาจใช้วิธีการทางอายุรกรรม แต่หากผู้ป่วยมีการอุดตันทางเดินอาหารแบบสมบูรณ์ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด การพยาบาลที่สำคัญ การดูแลให้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารทางปาก ใส่สายยางผ่านจมูกสู่กระเพาะอาหาร เพื่อลดการคั่งค้างของอาหาร สารเหลว และลม ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและเกลือแร่ตามแผนการรักษา รวมทั้ง การเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการผ่าตัดที่สำคัญต้องเตรียมลำไส้ใหญ่ และการเตรียมผู้ป่วยทางด้านจิตใจ เพื่อให้ยอมรับกับทวารเทียมทางหน้าท้อง การดูแลหลังผ่าตัดที่สำคัญคือการบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัดโดย บทบาททิสระและการให้ยาระงับปวดตามแผนการรักษา การให้คำแนะนำในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวาร เทียมทางหน้าท้อง รวมทั้งการให้ข้อมูล ให้กำลังใจ และการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้าง กำลังใจและการยอมรับการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะภายหลังการผ่าตัด

เอกสารอ้างอิง

- นันทมน วุทธานนท์. (2554). *การปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกศัลยกรรม*. เชียงใหม่: นันทพันธ์พรินติ้ง.
- สุภาณี เสนาดิสัย, วรณภา ประไพพานิช (บรรณาธิการ). (2560). *การพยาบาลพื้นฐาน*. กรุงเทพฯ : จุดทอง.
- วุฒิชัย ธนาพงศธร และปริญญา อัครนุรักษ์กุล (บรรณาธิการ). (2554). *ตำราพื้นฐานศัลยศาสตร์และโรคทาง ศัลยกรรม สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป*. สมุทรปราการ: สันทวิกิจพรินติ้ง.
- อุษาวดี อัครวิเศษ. (2555). *สาระหลักทางการพยาบาลศัลยศาสตร์ 2* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เอนพีเพลส จำกัด.
- Black, J. M. & Hawks, J. H. (2010). *Medical-Surgical nursing* (8th edition). Saunders Elsevier.
- Hinkle, J. L., Cheever, K. H. (2018). *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-surgical Nursing*. Lippincott Williams & Wilkins.