

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษครั้งนี้เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้องในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้รวบรวมเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 - 1.3 การแบ่งระยะของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 - 1.4 อาการและอาการแสดง
 - 1.5 แนวทางการรักษา
2. การผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ทางหน้าท้อง
 - 2.1 ความหมาย
 - 2.2 ชนิดของการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง
 - 2.3 ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบหลังการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง
 - 2.4 การรับรู้ภาพลักษณ์
3. การดูแลช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้องในระยะหลังผ่าตัด
4. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก
 - 4.1 ความหมายของแนวปฏิบัติทางคลินิก
 - 4.2 ประโยชน์ของแนวปฏิบัติทางคลินิก
 - 4.3 หลักการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก
 - 4.4 ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ความหมาย

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหมายถึง มะเร็งที่เกิดขึ้นที่ลำไส้ใหญ่ (colon) หรือมะเร็งที่ช่องทวารหนัก (rectum) พัฒนาจากเซลล์เยื่อบุภายในของลำไส้ใหญ่ที่ผลิตเยื่อเมือกในลำไส้ พบว่าโดยส่วนใหญ่แล้ว มะเร็งลำไส้ใหญ่เริ่มต้นจากติ่งเนื้อ (polyp) ในลำไส้ใหญ่เอง กลายเป็นเซลล์มะเร็ง (ACS, 2011)

ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ปัจจุบันสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ดังนี้ (ปริญา ทวีชัยกานต์, 2553; Butterworth, Higgins, & Pharoah, 2006; Johns & Houlston, 2001)

1. ปัจจัยทางพันธุกรรม มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มาก่อน จะมีอัตราเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งชนิดนี้สูงขึ้น นอกจากนี้ผู้ที่เป็โรคติ่งเนื้อในลำไส้ใหญ่ โรคลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรังบางชนิด จะมีโอกาสเป็นมะเร็งสูงกว่าปกติ 15-20 เท่า
2. ผู้ป่วยที่เป็น โรคลำไส้อักเสบ (inflammatory bowel disease) แผลในลำไส้ (ulcerative colitis) และ ลำไส้อักเสบโครห์น (crohn's disease) มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพิ่มขึ้น
3. ประวัติครอบครัวที่เคยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยเฉพาะบิดามารดา พี่น้อง และทายาทสายตรงโดยเฉพาะเป็นการเจ็บป่วยตั้งแต่ในวัยรุ่น หรือมีจำนวนคนในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคนี้หลายราย พบโอกาสหรืออุบัติการณ์ในการเกิดโรคนี้น่าขึ้น
4. อายุ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักพบว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 50 ปี
5. เพศ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่พบในอัตราส่วนเพศชาย: เพศหญิงเท่ากับ 2:1 สำหรับมะเร็งทวารหนักพบในอัตราส่วนชาย: หญิงเท่ากับ 2:1
6. อาหาร อาหารไขมันสูง (high-fat diet) แคลอรีสูง อาหารกากใยน้อย (low-fiber diet) อาหารที่มีไขมันสูงประมาณร้อยละ 40 -45 ของแคลอรีทั้งหมดมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่สูงกว่าคนที่รับประทานอาหารไขมันต่ำประมาณร้อยละ 10-15 ของแคลอรีทั้งหมด (Terry, Miller, & Rohan, 2002) สำหรับเส้นใยอาหาร อาจมีส่วนป้องกันการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ เนื่องจากเส้นใยอาหารช่วยเพิ่มปริมาณอุจจาระทำให้ความเข้มข้นของสารก่อมะเร็งต่ำลง และทำให้การเคลื่อนที่ของอุจจาระผ่านลำไส้เร็วขึ้น พฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพและการเกิดโรคมะเร็งชนิดนี้ (ซึ่งเป็นปัจจัยที่คุณสามารถ

ควบคุมการเกิดโรคได้ด้วยตนเอง) อาทิ การรับประทานอาหารประเภทเนื้อแดงที่ผ่านการปรุงด้วยความร้อนนานๆ ผู้ที่ออกกำลังกายน้อย พฤติกรรมสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

7. โรคเบาหวาน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินพบมีโอกาสเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมากกว่าคนทั่วไปมากกว่าร้อยละ 40 เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานจะมีระดับอินซูลินในเลือดสูงกว่าปกติ และอินซูลินปัจจุบันถือว่าเป็น growth factor ตัวหนึ่งที่สามารถกระตุ้นการเจริญของเซลล์และเร่งการพัฒนาเป็นเซลล์มะเร็งได้

การแบ่งระยะของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การแบ่งระยะของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีความสำคัญในด้านการวินิจฉัยและการพิจารณาให้การรักษของแพทย์ ระยะของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสามารถบอกถึงขอบเขตการแพร่กระจายของโรค โดยพิจารณาถึงขนาดของก้อนมะเร็ง การกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง และการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น ๆ ที่เรียกว่าระบบ ทีเอ็นเอ็ม (TNM) ซึ่ง T (tumor) หมายถึงขนาดของก้อนมะเร็งที่ตรวจพบ N (node) หมายถึงจำนวนต่อมน้ำเหลืองที่มีการแพร่กระจายของมะเร็ง M (metastasis) หมายถึงการกระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น ๆ TNM classification (เปรมฤดี บุญทิธานนท์, 2550; Edge & Compton, 2010; Steele, 2005) ดังนี้

T	ก้อนมะเร็ง
Tx	ไม่สามารถประเมิน primary tumor ได้
T0	ไม่มีข้อบ่งชี้ของ primary tumor
Tis	มะเร็งที่เยื่อบุผิว (carcinoma in situ)
T1	มะเร็งกระจายเข้าไปในชั้นของผนังลำไส้ (sub mucosa)
T2	มะเร็งกระจายเข้าไปในชั้น muscularis propria
T3	มะเร็งกระจายผ่านชั้น muscularis propria เข้าไปยังชั้น subserosa แต่ยังไม่เข้าไปในช่องเยื่อช่องท้อง
T4	มะเร็งเข้าไปในช่องเยื่อช่องท้อง หรือเข้าไปยังอวัยวะอื่น
N	ต่อมน้ำเหลือง
Nx	ไม่สามารถประเมินต่อมน้ำเหลืองได้
N0	ยังไม่มีมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองข้างเคียง
N1	มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองรอบลำไส้ใหญ่ หรือต่อมน้ำเหลืองรอบทวารหนัก
	1-3 ต่อมน้ำ

- N2 มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองรอบลำไส้ใหญ่ หรือต่อมน้ำเหลืองรอบทวารหนัก 4 ต่อมนหรือมากกว่า 4 ต่อมน
- N3 มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่ลำตัว
- M อวัยวะอื่น
- Mx ไม่สามารถประเมินว่ามีการกระจายไปยังอวัยวะอื่นได้
- M0 ไม่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น
- M1 มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น

การแบ่งระยะของมะเร็งตาม Colorectal Cancer Stage Groupings

Stage 0	Tis, N0, M0
Stage I	T1, N0, M0 or T2, N0, M0
Stage IIA	T3, N0, M0
Stage IIB	T4, N0, M0
Stage IIIA	T1 or T2, N1, M0
Stage IIIB	T3 or T4, N1, M0
Stage IIIC	T3 – T4, N2, M0
Stage IV	T3 – T4, N1 – N2, M1

นอกจากนี้มีการแบ่งตาม Duck's classification (Steele, 2005; Stephen et al., 2010) ดังนี้

- Duck A มะเร็งอยู่ในชั้นของผนังลำไส้
- Duck B มะเร็งแพร่กระจายออกจากลำไส้ เข้าไปยังเนื้อเยื่อนอก rectum แต่ยังไม่ถึงต่อมน้ำเหลือง
- Duck C มะเร็งแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง และอาจเติบโตทะลุผนังลำไส้ใหญ่
- Duck D มะเร็งแพร่กระจายไปทั่ว หรือไม่สามารถตัดเอาก่อนเนื้องอกนั้นออกได้

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของมะเร็งลำไส้ใหญ่ขึ้นอยู่กับระยะการที่มะเร็งเป็นในระยะใด ถ้ามะเร็งยังอยู่เฉพาะที่ในลำไส้ใหญ่ อาการจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งของรอยโรคที่เป็น แต่ถ้ามะเร็งแพร่กระจายออกไปแล้ว อาการของผู้ป่วยจะขึ้นอยู่กับบริเวณที่มะเร็งกระจายไป เช่น ถ้าไปที่ปอดก็อาจมีอาการหอบเหนื่อยหรือไอ ถ้าไปที่ตับอาจมีอาการเจ็บแน่นใต้ชายโครงขวา ตัวเหลือง ตาเหลือง หรือตรวจ

พบว่าตับโต เป็นต้น แต่ถ้าโรคเป็นระยะที่เป็นเฉพาะที่ในลำไส้ใหญ่ อาจแบ่งกลุ่มอาการเป็น 3 ลักษณะ ตามตำแหน่งทางกายวิภาคของก้อนมะเร็ง (ACS, 2011) ดังต่อไปนี้

1. มะเร็งลำไส้ด้านขวา (right colon cancer) เนื่องจากอุจจาระที่ผ่านลำไส้ใหญ่ซีกขวา จะยังอ่อนตัวอยู่ ทำให้สามารถผ่านบริเวณรอยโรคที่ก้อนมะเร็งอยู่ไปได้สะดวก จึงไม่ค่อยพบอาการของการอุดตันของลำไส้ใหญ่จากก้อนมะเร็ง นอกจากนี้เส้นผ่าศูนย์กลางของลำไส้ใหญ่ซีกขวายังมีขนาดใหญ่กว่าลำไส้ใหญ่ซีกซ้าย มะเร็งที่เกิดขึ้นในบริเวณนี้จึงสามารถเจริญเติบโตได้มาก โดยที่ไม่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการของการอุดตันหรือความผิดปกติของการขับถ่าย รอยโรคบริเวณนี้มักจะเกิดจากการที่ก้อนมะเร็งมีการแตกเป็นแผล เกิดการเสียเลือดทีละน้อย จนเกิดอาการของโรคโลหิตจางได้ และมาหาแพทย์ด้วยอาการของโรคโลหิตจาง เช่น อ่อนเพลีย ใจสั่น ไม่มีแรง ซีด เป็นต้น

2. มะเร็งลำไส้ด้านขวาง และด้านลง (transverse and descending colon) เมื่ออุจจาระผ่านมาถึงบริเวณนี้ จะมีการคุดน้ำกลับไปทางลำไส้ใหญ่ ทำให้อุจจาระมีความเข้มข้นมากขึ้น ดังนั้นถ้ามีก้อนมะเร็งเกิดขึ้นในบริเวณนี้และอุดกั้นการเคลื่อนตัวของอุจจาระ อาจทำให้เกิดอาการท้องผูก ถ่ายเป็นก้อนเล็กลง ท้องผูกสลับท้องเสีย เมื่อลำไส้ตีบแคบมากขึ้น ทำให้เกิดการลำไส้อุดตัน (obstruction) เกิดอาการปวดท้อง (abdominal cramping) ถ่ายอุจจาระน้อยลง ต่อมาอาจไม่ถ่ายอุจจาระและไม่ผายลม นอกจากนี้ อาจถ่ายอุจจาระปนเลือดร่วมด้วย

3. มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนเรกตัม (rectum cancer) เนื่องจากอุจจาระที่มาถึงบริเวณส่วนปลายของลำไส้ใหญ่จะมีลักษณะค่อนข้างแข็งตัว และเส้นผ่าศูนย์กลางของลำไส้ใหญ่บริเวณนี้มีขนาดเล็กกว่าส่วนต้น ทำให้อาจพบอาการต่าง ๆ หลายชนิด ประกอบด้วยอาการถ่ายเป็นเลือด (hematochezia) ปวดเบ่ง (tenesmus) อุจจาระมีลักษณะเส้นผ่าศูนย์กลางเล็กลง (narrowing in the caliber of stool) ส่วนอาการโลหิตจางจะพบน้อยกว่ามะเร็งที่เป็นบริเวณส่วนต้นของลำไส้ใหญ่ บางรายอาจมาหาแพทย์ด้วยอาการถ่ายอุจจาระผิดปกติ (bowel habit change)

แนวทางการรักษา

การรักษาจะใช้วิธีใดขึ้นกับระยะของโรค ว่ามีการแพร่กระจายไปมากน้อยเพียงใด ซึ่งโดยสรุปแล้วการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ประกอบไปด้วย (ปริญา ทวีชัยกานต์, 2553, วรชัย รัตนธรร, 2543, สมพร ชินโนรส, 2546)

1. การผ่าตัด ขึ้นกับตำแหน่งและการแพร่กระจายของมะเร็ง การผ่าตัดจะได้ผลดีถ้าสามารถตัดเอาเซลล์มะเร็งออกได้หมด และเหลือเฉพาะลำไส้ส่วนดีเอาไว้เย็บต่อกัน รวมทั้งสามารถตัดหลอด

เลือด หลอดน้ำเหลือง และต่อมน้ำเหลืองที่มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปถึงออกได้หมด การผ่าตัดที่ใช้กันบ่อย ได้แก่

1.1 การตัดเอาส่วนที่เป็นมะเร็งออก แล้วเอาสวนปลายเย็บต่อกัน (segmental resection with end to end anastomosis) เช่นการผ่าตัดลำไส้ทางด้านขวาออก (right hemicolectomy) สำหรับมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้านขวา

1.2 การผ่าตัดเปิดทางหน้าท้องและบริเวณฝีเย็บ (abdominoperineal resection: A-P resection) มักทำในรายที่เป็นมะเร็งส่วนเรคตัม ที่ไม่สามารถเก็บรักษาหูดทวารหนักไว้ได้ โดยการผ่าตัดทั้งทางหน้าท้องและฝีเย็บ โดยทางฝีเย็บจะตัดเอาทวารหนักออกหมดจนถึงเนื้อดำแหน่งที่เกิดมะเร็ง แล้วเอาลำไส้ส่วนต้นที่เหลือจากการตัดมาเปิดทางหน้าท้อง เพื่อเป็นทางให้อุจจาระออกตลอดไป

1.3 การผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่มาเปิดทางหน้าท้อง (colostomy) เพื่อเป็นทางออกของอุจจาระแทนทวารหนัก

2. รังสีรักษา เป็นการรักษาเสริมร่วมกับการผ่าตัดหรือใช้รักษาโดยลำพัง นิยมฉายแสงก่อนการผ่าตัด เพื่อลดขนาดของก้อนมะเร็งและทำลายเซลล์มะเร็งที่อยู่ในน้ำเหลืองโดยรอบ ส่วนการฉายแสงหลังผ่าตัดใช้ในกรณีมะเร็งลุกลามมาก ไม่สามารถผ่าตัดออกได้หมด

3. เคมีบำบัด เป็นการรักษาเพื่อประคับประคอง ยาที่นิยมใช้คือ 5 ฟลูโรยูราซิล (5-FU) และเมโทเทร็กซ์เตต (metotrexate)

การผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง

ความหมาย

การผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง (colostomy) หมายถึง การผ่าตัดให้เกิดช่องเปิดของลำไส้ใหญ่ออกสู่ภายนอกร่างกายโดยผ่านผนังหน้าท้อง เพื่อเป็นทางระบายออกของอุจจาระแทนตำแหน่งเดิม คือ ทวารหนัก ซึ่งส่วนของลำไส้ที่นำมาเปิดที่ผนังหน้าท้องนี้เรียกว่า “stoma” (มาจากภาษากรีก หมายถึง รูเปิด หรือปาก) ส่วนผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมี เรียกว่าออสโตเมท “ostomate” (ACS, 2008, Canadian Association for Enterostomal Therapy [CAET], 2007)

ลักษณะของ stoma มีรูปร่างกลมหรือรี อาจมีขนาดใหญ่ในระบะแรกหลังผ่าตัด หลังจากนั้นประมาณ 6-8 สัปดาห์จะหดตัวเล็กลงขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 1-1.5 นิ้ว ส่วนปลายของ stoma ถูกเย็บไว้กับผนังหน้าท้องและโผล่ยื่นออกเหนือผนังหน้าท้องประมาณ 1-2 เซนติเมตรบางกรณีอาจชิดติดกับผนังหน้าท้องเลย ผิวคล้ายกับเยื่อบุกระพุ้งแก้ม จะมีสีชมพูหรือสีแดง มีความชุ่มชื้น นุ่ม ผิว

เป็นมัน เป็นก้อนเนื้อเรียบไม่มีเส้นประสาทสัมผัสส่วนปลายที่รับรู้สึกรู้เจ็บปวดและไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระได้ (ACS, 2008, CAET, 2007)

ชนิดของการผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง

การผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง (colostomy) อาจแบ่งได้เป็น 4 ชนิดใหญ่ๆ ดังนี้ (ACS, 2008, National Medical Research Council [NMRC], 2004)

1. แบ่งตามส่วนของลำไส้ใหญ่ที่นำมาทำ colostomy เช่น transverse colostomy, sigmoid colostomy เป็นต้น
2. แบ่งตามลักษณะทางกายภาพ เช่น end colostomy, loop colostomy เป็นต้น
3. แบ่งตามชนิดของการผ่าตัด ได้แก่

3.1 แบบชั่วคราว (temporary colostomy) เป็นการผ่าตัดทำรูช่องเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องชั่วคราว เป็นการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าในผู้ป่วยที่จำเป็น อาจเพื่อให้แผลในลำไส้ใหญ่หายดี หรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แล้วจึงทำการปิดภายหลัง อาจใช้ระยะเวลาเป็นสัปดาห์ เดือน หรือปี แล้วแต่กรณี

3.2 แบบถาวร (permanent colostomy) การผ่าตัดทำรูช่องเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง ชนิดนี้จะไม่สามารถปิดภายหลังได้ ผู้ป่วยจะต้องขับถ่ายอุจจาระออกทางหน้าท้องตลอดชีวิต เช่น ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งลำไส้ตรง ซึ่งต้องตัดส่วนของลำไส้ตรงและทวารหนักออกทั้งหมด ไม่มีส่วนของทวารหนักเหลืออยู่เลย ผู้ป่วยจะต้องมี end sigmoid colostomy ตลอดชีวิต

4. แบ่งตามวัตถุประสงค์ของการผ่าตัด ได้แก่

4.1 เพื่อลดแรงดันในลำไส้ใหญ่ (decompressing colostomy) เป็นการทำแบบชั่วคราว กรณีที่มีการอุดตันของลำไส้ใหญ่จากสาเหตุต่าง ๆ ทำให้มีการโป่งพองเหนือส่วนที่มีการอุดตัน การทำ colostomy จะช่วยเป็นทางระบายออกของอุจจาระและลดแรงดันในลำไส้ใหญ่

4.2 เพื่อเบี่ยงเบนทางเดินอุจจาระ (diverting colostomy) เป็นการทำแบบชั่วคราว เพื่อระบายอุจจาระเหนือบริเวณลำไส้ใหญ่ที่มีปัญหา เช่น มีการอักเสบติดเชื้อ การตีตัน มีการทะลุได้รับบาดเจ็บ หรือป้องกันลำไส้ใหญ่ส่วนที่มีการตัดต่อไว้ diverting colostomy ที่ทำกันทั่วไปพบได้เป็น 5 แบบดังนี้

4.2.1 Loop transverse colostomy ส่วนมากจะเป็นการทำแบบชั่วคราว ตำแหน่งที่นิยมทำกันมากที่สุดได้แก่ right hepatic transverse colostomy เพราะทำง่ายที่สุดโดยการยก transverse colon ขึ้นมาเหนือท้องแล้วใช้แท่งแก้วสอดผ่าน mesocolon

4.2.2 Hartmann's colostomy เป็น colostomy ที่อาจจะทำเป็นแบบชั่วคราวหรือถาวร ก็ได้ นิยมทำที่ตำแหน่ง terminal iliac colostomy โดยการนำเอาลำไส้ใหญ่ส่วนบน (proximal) มาเปิดบริเวณเหนือหน้าท้องเป็นแบบ end sigmoid colostomy และส่วนปลาย (distal) ซึ่งส่วนมากจะเป็นไส้ตรง จะทำการเย็บปิดและทิ้งไว้ในช่องท้อง

4.2.3 End sigmoid colostomy in abdominoperineal resection and incontinent patient เป็นการทำ colostomy แบบถาวร โดยการนำเอาลำไส้ใหญ่มาเปิดเหนือบริเวณหน้าท้องเป็นแบบ end sigmoid colostomy

4.2.4 Double barreled colostomy ส่วนมากมักจะเป็นการทำ colostomy แบบชั่วคราว โดยการผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่สองด้านมาเปิดบริเวณเหนือหน้าท้องและเย็บลำไส้ใหญ่สองด้านมาติดกัน โดยไม่มี bridge มาขวางกั้น

4.2.5 Proximal colostomy with distal mucous fistula (Devine's colostomy) ส่วนมาก จะเป็นการทำ colostomy แบบชั่วคราว นิยมทำกันที่ตำแหน่ง transverse colon โดยลำไส้ใหญ่ทั้งสอง ด้านจะเปิดสู่บริเวณเหนือหน้าท้อง โดยมี skin bridge อยู่ระหว่างลำไส้ใหญ่ทั้งสอง

4.3 เพื่อเป็นทางออกของอุจจาระ เป็นการทำแบบถาวร ให้ทำหน้าที่แทนทวารหนักในผู้ที่ทำ กรณีที่ลำไส้ใหญ่ส่วนปลายหรือลำไส้ตรงถูกตัดออก (abdominoperineal resection)

ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

การผ่าตัดบริเวณลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มาก เนื่องจากเชื้อ แบคทีเรียที่อยู่ในลำไส้ก่อให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายและลักษณะทางกายวิภาคที่มีเส้นเลือด เส้นประสาทมาเลี้ยงมาก รวมทั้งความแคบของช่องเชิงกราน ทำให้การผ่าตัดทำได้ยาก (ปริญญา ทวีชัยกานต์, 2553) ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง สามารถแบ่งออก ได้เป็น 2 ระยะ คือ (American Society of Colon and Rectal Surgeons [ASCRS], 2010)

1. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระยะแรกหลังผ่าตัด (early complications) (Kann, 2008) ได้แก่

1.1 ตำแหน่งช่องเปิดลำไส้ไม่เหมาะสม (including improper sitting) ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับ ตำแหน่งที่เปิดไม่ได้รับการกำหนดตำแหน่งก่อนผ่าตัด โครงสร้างทางด้านร่างกายผู้ป่วยไม่เหมาะสม วิธีการผ่าตัดอาจจะไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง และตำแหน่งของช่องเปิดลำไส้ไม่ได้อยู่ในแนวกล้ามเนื้อ หน้าท้อง (rectus muscle) ทำให้เกิดปัญหาตามมา เช่น บริเวณแผลผ่าตัดช่องเปิดลำไส้ที่เปิดใกล้ บริเวณแผลผ่าตัด จะทำให้มีการรั่วซึมของกลิ่นและมีการซึมไหลของอุจจาระผ่านบริเวณแผลผ่าตัด เป็นต้น

1.2 ภาวะลำไส้ขาดเลือดไปเลี้ยง และเน่าตาย (stomal ischemia and necrosis) ส่วนใหญ่จะพบภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด stoma จากปกติจะเป็นสีชมพูจะเปลี่ยนเป็นสีม่วง น้ำตาล หรือสีดำคล้ำเป็นส่วนใหญ่ หรือทั้งหมด ซึ่งเป็นผลจากมีการคั่งของเลือด (venous engorgement) สาเหตุอาจมาจากเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณส่วนดังกล่าว ถูกผูกหรือตัดออกในระหว่างการทำผ่าตัด หรือรูที่หน้าท้องที่ยก stoma ออกมานั้นมีขนาดเล็กเกินไป การขาดเลือดไปเลี้ยงลำไส้ ทั้งจากการอุดกั้นของการไหลเวียนเลือด เป็นผลให้มีการคั่งและเกิดการขาดเลือดไปเลี้ยงและเน่าตาย โดยระดับของการขาดเลือดนั้นอาจจะอยู่ที่ระดับ ผิวหนัง ระดับ fascia หรือ ระดับ peritoneal และลึกได้ถึงในระดับลำไส้ภายในช่องท้อง

1.3 ภาวะผิวหนังรอบช่องเปิดลำไส้ระคายเคืองเป็นแผล (peristomal skin irritation) ผิวหนังรอบช่องเปิดเกิดการระคายเคืองมีแผลถลอก (skin excoriation) ของผิวหนัง จากอุจจาระหรือน้ำย่อย ผิวหนังจะมีสีแดง เปื่อยยุ่ย มีอาการปวดแสบ ปวดร้อน

1.4 ภาวะติดเชื้อผิวหนังรอบช่องเปิดลำไส้ (peristomal skin infection) การติดเชื้อผิวหนังรอบช่องเปิดลำไส้ อาจจะมีการติดเชื้อทั่วไปจนถึงขั้นรุนแรง ซึ่งสาเหตุมาจากเนื้อเยื่อได้รับอันตราย ทำให้เมื่อปนเปื้อนด้วยแบคทีเรียจะเกิดการติดเชื้อได้ง่าย เป็นต้น

2. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระยะหลัง หลังผ่าตัด (late complications) (Husain & Cataldo, 2008)

2.1 การเกิดไส้เลื่อนบริเวณรอบช่องเปิดลำไส้ (parastomal hernia) เกิดจากกล้ามเนื้อหน้าท้องอ่อนแอ หรือจากเทคนิคการผ่าตัดช่องเปิดลำไส้ไม่ผ่านกล้ามเนื้อหน้าท้อง (rectus muscle) จึงไม่มีกล้ามเนื้อช่วยพยุงช่องเปิดลำไส้ไว้

2.2 ภาวะลำไส้ยื่นผิดปกติ (stomal prolapse) เกิดขึ้นเมื่อส่วนของลำไส้โผล่อื่นออกมา ขาวผิดปกติ มักจะพบในผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดบริเวณ right transverse colostomy มักเกิดในผู้ป่วยเด็ก (ร้อยละ 58) มากกว่าผู้ใหญ่ (ร้อยละ 4-13)

2.3 ภาวะที่ช่องเปิดลำไส้ถูกดึงรั้งเข้าไปในช่องท้อง (stomal retraction) สาเหตุจาก fibrosis แล้วมี retraction ลำไส้มีการบวมตึงเมื่อเปิด stoma ออกมาทางหน้าท้อง เมื่อมีการหายของแผลช่องเปิด ลำไส้จะยุบลงจากเนื้อเยื่อที่หดตัว หรือจากที่ผู้ป่วยอ้วนขึ้น

2.4 ภาวะช่องเปิดลำไส้ตีบ (stomal stenosis) เกิดจากมีการตีบแคบของ fibrous ring รอบช่องเปิดมี mucosalcutaneous scar เมื่อสังเกตจะพบว่าช่องเปิดลำไส้หดตีบแคบลง อาจเนื่องมาจากมีสิ่งแปลกปลอมหรือก้อนมะเร็ง

2.5 ภาวะอุดตันของช่องเปิดลำไส้ (stomal obstruction) เกิดจากช่องเปิดลำไส้บวมหลังผ่าตัด หรือในผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีอาการท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน และปวดท้อง

2.6 ภาวะเลือดออก (stomal bleeding) การมีเลือดออกเล็กน้อยบริเวณช่องเปิดลำไส้ เป็นเรื่องปกติหากออกเล็กน้อยและหยุดได้เอง ถ้ามีเลือดออกมากหลังผ่าตัดอาจจะมีปมเย็บหลุดทำให้มีเลือดออกมาทางช่องเปิด ควรรีบรายงานแพทย์ทราบ สาเหตุอื่น ๆ ที่พบอาจจะมีการกระทบบริเวณช่องเปิดลำไส้ หรือจากภาวะมี portal hypertension มีภาวะลำไส้อักเสบ หรือเป็นผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด และรังสีรักษา เป็นต้น

ภาวะแทรกซ้อนที่กล่าวมาเบื้องต้นเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับช่องเปิดลำไส้ สำหรับภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบช่องเปิดลำไส้ มักเกิดจากการระคายเคืองจากการสัมผัสกับอุจจาระ การระคายเคืองและอักเสบของผิวหนังมีหลายลักษณะ ได้แก่ (ธีรานุช บุญพัฒนาพงศ์ และ สมพร วรรณวงศ์, 2553)

1. ผิวหนังอักเสบจากการระคายเคือง (irritant dermatitis) เกิดจากการสัมผัส หรือเสียดสีกับวัสดุรองรับสิ่งขับถ่าย หรืออาจสัมผัสกับอุจจาระ จนอาจทำให้ผิวหนังเกิดการแพ้หรืออักเสบและเกิดเป็นแผลขึ้น

2. ผิวหนังอักเสบจากการแพ้ (allergic dermatitis) โดยผู้ป่วยอาจแพ้สารที่ใช้ทำวัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายหรือกาวย่อยบนตัววัสดุนั้น หรือจากการตกค้างของสารกำจัดกลิ่นและสารที่ใช้ทำความสะอาดผิวหนัง ลักษณะของผื่นแพ้จะเป็นผื่นนูนแดง ซึ่งมีรูปร่างพอดูกับรูปร่างของวัสดุต้นเหตุของการแพ้ มีอาการคัน

3. แผลฉีกขาด (laceration) เกิดจากการดูแลที่ไม่ถูกต้องทำให้ผิวหนังเกิดการบาดเจ็บเป็นแผล การเปลี่ยนวัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายบ่อย ๆ การลอกวัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายออกเร็วเกินไป หรือใช้แรงดึงมากเกินไป ซึ่งอาจทำให้เกิดรอยแผลเล็ก ๆ ที่ผิวหนังและการที่ผิวหนังสัมผัสกับน้ำอุจจาระอาจทำให้เกิดรอยถลอกได้

4. การติดเชื้อที่ผิวหนัง สาเหตุเกิดจากการหมักหมม เปียกชื้น ซึ่งเป็นผลจากการดูแลที่ไม่ดีพอพบได้บ่อยในผู้ที่ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปไม่ดี เช่น มีโรคเบาหวาน หรือได้รับยากดภูมิคุ้มกัน เมื่อมีการติดเชื้อ ผิวหนังจะเป็นแผล บวม แดง อาจมีหนองและมีอาการปวด

5. รูขุมขนอักเสบ (folliculitis) เกิดเมื่อผิวหนังต้องสัมผัสกับสารที่ก่อให้เกิดการระคายเคือง หรือมีการอุดตันรูขุมขน อาจพบในรายที่มีขนที่ผิวหนังรอบ stoma แล้วไม่ได้ตัดขนก่อนติดวัสดุรองรับสิ่งขับถ่าย หรือการดึงวัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายออกแล้วดึงขนออกมาด้วยทำให้เกิดแผลเล็ก ๆ ที่รูขุมขน

6. การติดเชื้อแบคทีเรีย และเชื้อรา (Bacterial and candidal infection) การติดเชื้อแบคทีเรีย เช่น S. aureus มีลักษณะเป็นแผ่นกว้าง ผิวผื่นแดง หยิบแข็ง หากมีการติดเชื้อรุนแรง มีลักษณะเป็นตุ่มหนอง ผื่นหนอง การติดเชื้อรา candida มีตุ่มเล็กๆ ที่ขอบแผลมีลักษณะเป็นแผ่นเรืองแสง

การดูแลช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้องในระยะหลังผ่าตัด

หลังผ่าตัดช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง ผู้ป่วยมักพบกับปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือให้สามารถปรับตัว ยอมรับกับสถานการณ์ และโรคที่กำลังเผชิญอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะต้องเห็นความสำคัญของการดูแลตนเอง เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ไม่เป็นภาระให้กับบุคคลอื่นในครอบครัว หรือผู้ดูแล ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นสภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจให้เข้าสู่ปกติโดยเร็ว ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดภายหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจึงควรได้รับการดูแลด้านร่างกายในระยะหลังผ่าตัด การประเมินและดูแลช่องเปิดลำไส้ การดูแลด้านจิตใจให้กำลังใจสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้ป่วยและให้ความรู้ในการดูแลช่องเปิดลำไส้ (ธีรณัฐ บุญพิพัฒนางพัส และ สมพร วรรณวงศ์, 2553; Vujnovich, 2008)

การดูแลด้านร่างกายระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก

หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรกให้การพยาบาลตามอาการทั่วไปที่เกิดขึ้น เช่น อาการปวด คลื่นไส้ อาเจียน ดูแลความสมดุลของเกลือแร่ ระบบไหลเวียนโลหิต ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน นอกจากการดูแลทั่วไปดังกล่าวแล้วจะต้องมีการประเมินลักษณะของช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง ดังนี้ (RNAO, 2009)

1. Stoma type คือส่วนของลำไส้ที่นำมาเปิดทางหน้าท้อง เช่น ลำไส้ใหญ่ส่วน sigmoid เรียกว่า sigmoid colostomy ลำไส้เล็กส่วน ileum เรียกว่า ileostomy
2. Stoma viability คือความสมบูรณ์ของสโตมา ปกติจะมีสีแดง หรือ สีชมพู ผิวมัน มีความชุ่มชื้น บวม
3. Stoma height การยื่นออกมาของสโตมา จากผิวหนังหน้าท้อง ปกติควรยื่นออกมา 1.5-2.5 เซนติเมตรซึ่งสามารถทำให้มองเห็นได้ง่าย อุจจาระไหลลงถุงได้สะดวก
4. Size and shape รูปร่างและขนาดของสโตมา มีทั้งลักษณะกลม รี หลังผ่าตัดจะเกิดการบวมเล็กน้อย และจะลดขนาดลงปกติภายใน 6-8 สัปดาห์
5. Abdominal location (site) ตำแหน่งบริเวณหน้าท้องที่เปิดสโตมา เช่น อยู่บนหน้าท้องด้านซ้ายหรือด้านขวา ด้านบนหรือด้านล่าง ตำแหน่งที่ดีควรอยู่บริเวณที่ไม่ทำให้เกิดปัญหาในการปิดถุงรองรับ เช่น บริเวณรอบเอว รอยย่นของผิวหนัง

6. Stomal construction รายละเอียดเกี่ยวกับการผ่าตัด หรือโครงสร้างของสโตมา เช่น loop stoma เป็นการยกลำไส้ขึ้นมาทางหน้าท้อง แล้วกรีดลำไส้ออกโดยไม่ได้ขาดออกจากกันจะเห็นช่องเปิดทั้งที่เป็น proximal ซึ่งเป็นทางออกของอุจจาระ และส่วน distal ซึ่งเป็นทางออกของ mucous

7. Peristomal skin ผิวหนังรอบสโตมา ปกติจะสมบูรณ์สีไม่แตกต่างจากบริเวณอื่น ประเมินดูว่ามีผิวหนังเปื่อยยุ่ย ถูกกัดกร่อน หรือมีผื่นแดงหรือไม่

8. Mucocutaneous suture line รอยเย็บและรอยต่อระหว่างผิวหนังกับสโตมาปกติต้องติดกันดี จะต้องไม่แยกออกจากกัน

9. Effluent สิ่งที่ขับออกมาจากสโตมาแตกต่างกันตามประเภทของสโตมา ซึ่งมีลักษณะที่ออกมาเป็นอุจจาระเหลว ค่อนข้างเหลว เป็นก้อนปกติ หรือลักษณะอุจจาระแข็ง เป็นต้น

พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเอง โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ทักษะการดูแลต่าง ๆ ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตจากภาวะความเจ็บป่วย และให้คำแนะนำ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ในการเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นผู้ป่วยควรมีความรู้ในการดูแลช่องเปิดลำไส้ในเรื่องต่อไปนี้ดังนี้ (ประทีน ไชยศรี, 2550; ไพบุลย์ จิระไพศาลพงศ์, 2555; วงเดือน เอี่ยมสกุล, เสาวนิตย์ สมรรคนุตร, อัญชลี บุตตานนท์, และ กุลนภา บุญมากุล, 2548; ACS, 2008)

1. ลักษณะของช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง ลักษณะของ stoma ที่ทำจากลำไส้ใหญ่ปกติควรเป็นสีแดง (beefy red) ยกเว้นในผู้ที่มีการติดเชื้อจะเป็นสีชมพูซีด ๆ ถ้ามีสีน้ำตาล ม่วง หรือสีดำ แสดงถึง stoma นั้นมีภาวะขาดเลือด นอกจากนี้เยื่อลำไส้ต้องมีความชุ่มชื้น stoma อาจมีรูปร่างกลมหรือรี ในระยะแรกหลังผ่าตัด stoma อาจบวมโต และยุบลงหลังผ่าตัดประมาณ 6-8 สัปดาห์ จึงมีขนาดคงที่

2. วัสดุรองรับสิ่งขับถ่าย มีทั้งแบบชนิดชิ้นเดียว (one-piece appliance) และแบบ 2 ชิ้น (two piece appliance)

แบบชิ้นเดียว คือ ถูกดติดกับบริเวณที่ยึดเกาะกับผิวหนัง (แป้น) ที่มีลักษณะเป็นแผ่นป้องกันผิวหนังระคายเคืองซึ่งจะมีความเหนียวและติดได้แน่นกว่ากระดากาว ใช้ครอบลงบนผิวหนังรอบช่องเปิดลำไส้ ปิดได้ครั้งเดียวเมื่อของเสียเต็มต้องถอดทิ้ง ไม่สามารถถอดออกล้างได้

แบบ 2 ชิ้น คือ แบบที่มีส่วนของแป้นติดกับผิวหนังแตกต่างหากจากถุง โดยถุงสามารถนำไปล้างทำความสะอาด ผึ่งลม แล้วนำกลับมาใช้ซ้ำจนกว่าจะเสื่อมสภาพ ถูกรองรับสิ่งขับถ่าย มีหลายรูปแบบมีทั้งลักษณะใสมองเห็นชัด หรือขุ่นมอมเห็นลาง ๆ

ถูกรองรับอุจจาระมีทั้งแบบปลายปิด และปลายเปิดที่สามารถระบายอุจจาระออกทางด้านล่างได้ ในกรณีที่เลือกใช้แบบชิ้นเดียวควรเป็นถุงปลายเปิดจะทำให้ไม่ต้องเปลี่ยนบ่อย

3. การเปลี่ยนวัสดุรองรับสิ่งขับถ่าย อุจจาระรองรับสิ่งขับถ่ายอุจจาระ (NHS, 2011)

3.1 นำอุปกรณ์ประกอบด้วย อุปกรณ์รองรับอุจจาระ ถุงมือ หน้ากากอนามัย ลำไส้ น้ำสะอาด ปากกาเมจิก กรรไกร ชุดทำแผลที่เดียว จัดสถานที่ให้มีความเป็นส่วนตัว แจ้งให้ผู้ป่วยทราบก่อนให้เรียบร้อย

3.2 ล้างมือให้สะอาด ใส่ถุงมือ หน้ากากอนามัยให้เรียบร้อย เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

3.3 ลอกอุจจาระเดิมออกทั้งด้วยความนุ่มนวล เทคนิคการทำโดยใช้นิ้วมืออีกข้างหนึ่งค่อย ๆ ลอกแป้นออกจากผิวหนัง และลอกแป้นบนลงมาด้านล่างตรงข้ามกัน (two finger remover technique) กรณีใช้อุปกรณ์ชิ้นเดียว ควรลอกหรือปลดถุงออก เมื่อรู้ซึมหรือเมื่อมีสิ่งขับถ่าย 1/3-1/2 ของถุง (Lewis, Heitkemper, & Dirksen, 2007)

3.4 ใช้ผ้านุ่ม ๆ กอช ลำไส้ หรือกระดาษชำระชุบน้ำสะอาด หรือน้ำเกลือเช็ดบริเวณ ช่องเปิดลำไส้และผิวหนังรอบช่องเปิดให้สะอาด เช็ดด้วยความนุ่มนวล ไม่ให้ผิวหนังลอกเป็นแผล ตรวจสอบบริเวณช่องเปิดและผิวหนังรอบช่องเปิดด้วยหากพบความผิดปกติให้ปรึกษาแพทย์ หรือ (Enterostomal Therapy Nurse: ETN)

3.5 วัดขนาดของช่องเปิดลำไส้โดยใช้แบบเทียบขนาด (stoma measure guide) หรือลอกขนาดช่องเปิดลำไส้ลงบนแผ่นพลาสติกใส ตัดเป็นวงนำไปเป็นแบบวาดลงบนแป้นด้านหลัง

3.6 ตัดขนาดวงของช่องเปิดที่เป็นตามแบบ ลอกกระดาษทางด้านหลังออก นำอุจจาระรองรับไปครอบปิดช่องเปิดลำไส้โดยเริ่มกดจากส่วนล่างของช่องเปิดลำไส้ก่อน แล้วลูบเบา ๆ ให้ปิดแนบกับผิวหนังโดยรอบ

3.7 กรณีใช้ถุงปลายเปิดพับปลายถุงขึ้น 1 นิ้ว ปิดปลายถุงด้วยคลิปหรือหนังยาง

4. การรับประทานอาหารและการดื่มน้ำ ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ทุกชนิดตามความต้องการ แต่ควรทราบถึงการเลือกชนิดของอาหารที่มีผลต่อการขับถ่ายอุจจาระดังนี้ หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด อาหารหมักดอง เพราะอาจทำให้ท้องเดิน หลังผ่าตัดผู้ป่วยควรได้รับอาหารอย่างเพียงพอ โดยเริ่มจากอาหารน้ำ อาหารอ่อน ย่อยง่าย และอาหารตามปกติที่ผู้ป่วยเคยรับประทาน ควรได้รับสารอาหารครบ 5 หมู่ น้ำ และวิตามิน ยกเว้นผู้ป่วยที่มีโรคเฉพาะเช่น โรคเบาหวาน ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำเรื่องอาหารให้ถูกต้อง และควรดื่มน้ำอย่างน้อย 8-10 แก้วต่อวัน และควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ทำให้เกิดกลิ่นและแก๊ส อาหารที่ทำให้เกิดกลิ่น ได้แก่ อาหารทะเล โดยเฉพาะกุ้ง ไข่ หน่อไม้ฝรั่ง หัวหอม กระเทียม สะตอ เครื่องเทศ อาหารตระกูลถั่ว กระหล่ำปลี บรอกโคลี ชะอม ลูกเนียง เห็ดหอม และทุเรียน อาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส ได้แก่ อาหารตระกูลถั่ว เห็ด เบียร์ น้ำอัดลม ผักขม กระหล่ำปลี แดงกวา หัวหอม ข้าวโพด บรอกโคลี กระหล่ำดอก และอาหารที่มียีสต์เป็นส่วนประกอบ ควรแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง โดยอาจรับประทานอาหารประมาณ 4-5 ครั้งต่อวัน (ACS, 2008)

5. การออกกำลังกายและการทำงาน สามารถออกกำลังกายได้ตามความเหมาะสมหลังจากที่สภาพร่างกายแข็งแรงหลังผ่าตัดประมาณ 8 อาทิตย์ หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ใช้ความหนักใช้แรง กระแทกเล่นกีฬา เช่น ฟุตบอลหรือรักบี้ อาจจะมีการเกร็งกล้ามเนื้อท้องขณะเล่นกีฬา ดังนั้นควรใช้เข็มขัดรัดเป็นไว้เพื่อให้กระชับและปลอดภัย

6. การมีเพศสัมพันธ์ ออสโตเมทที่มีสุขภาพแข็งแรงทั้งกายและจิตใจ สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ การทำความสะอาดร่างกายและการเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่ายชิ้นใหม่ จะช่วยเสริมความมั่นใจ ความสามารถในการร่วมเพศเป็นเรื่องส่วนบุคคลอยู่ที่เจตคติของผู้ที่มีช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง และคู่สมรสในการทำให้เกิดความสุขทางเพศ สิ่งสำคัญคือผู้ร่วมเพศจะต้องมีความเข้าใจ และมีเจตคติที่ดีร่วมกัน ถ้าผู้ที่มีช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้องชนิดถาวรมีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ควรปรึกษาแพทย์ หรือพยาบาลผู้ดูแลช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง

7. การป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง ที่พบบ่อยได้แก่

7.1 เลือดออกจากช่องเปิดลำไส้ (stomal bleeding) อาจเกิดได้จากการได้รับการกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง หรือมีสาเหตุอื่นร่วม เช่น โรคลำไส้อักเสบ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เป็นต้น ดังนั้นสามารถป้องกันภาวะเลือดออกจากช่องเปิดลำไส้ ได้ด้วยการเลือก กิจกรรม การทำงาน เล่นกีฬา ที่หลีกเลี่ยงต่อการกระทบกระเทือน เช็ดทำความสะอาดด้วยความนุ่มนวล เลือกขนาดของอุปกรณ์รองรับอุจจาระที่มีขนาดเหมาะสม

7.2 ภาวะผิวหนังรอบช่องเปิดลำไส้ระคายเคืองเป็นแผล (peristomal skin irritation) การดูแลป้องกัน คือ ตัดขนาดช่องเปิดที่เป็นรองรับอุจจาระให้มีขนาดพอดีกับ ขนาดช่องเปิดที่หน้าท้อง ลอกถุงรองรับอุจจาระด้วยวิธีนุ่มนวล ตรวจสอบการติดอุปกรณ์ทุกครั้งว่าแน่นสนิทกับผิวหนัง ไม่มีรอยย่น หรือรั่วซึม กรณีมีแผลเกิดขึ้นแล้ว ให้ทำความสะอาดด้วยน้ำสะอาด ซับให้แห้งและสามารถทาครีมป้องกันการระคายเคือง

7.3 ผิวหนังอักเสบจากการแพ้ (allergic dermatitis) อาจแพ้สารที่ใช้ทำวัสดุรองรับสิ่งขับถ่าย หรือกาวยื่นบนตัววัสดุนั้น ลักษณะของผื่นแพ้จะเป็นผื่นนูนแดง ซึ่งจะมีรูปร่างพอดีกับวัสดุต้นเหตุของการแพ้ มีอาการคัน การดูแลรักษา คือ ต้องหลีกเลี่ยงการใช้วัสดุนั้น ทาบริเวณผื่นด้วยยาสเตียรอยด์ชนิดครีม หรือใช้ครีมหรือผงที่ช่วย ปกป้องการระคายเคือง และทำความสะอาดด้วยน้ำสะอาดเท่านั้น การป้องกัน ทำได้ด้วยการซักประวัติการแพ้ ถ้ามีประวัติแพ้ยาควรทำการตรวจสอบการแพ้สารที่สัมผัสผิวหนัง โดยการนำชิ้นส่วนเล็ก ๆ ของวัสดุรองรับสิ่งขับถ่ายแต่ละชนิดมาติดที่ท้องแขนนานประมาณ 1-2 วันแล้วประเมินดูอาการแพ้

7.4 การติดเชื้อบริเวณผิวหนังรอบช่องเปิดลำไส้ (peristomal skin infection) เมื่อมีการติดเชื้อผิวหนังจะเป็นแผล บวม แดง อาจมีหนองและมีอาการปวด การดูแลรักษาเมื่อมีการติดเชื้อไม่รุนแรง

โดยการทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ กรณีติดเชื้อรุนแรงต้องใช้ยาปฏิชีวนะ หลีกเลี่ยงการคิดเป็น
รองรับอาการบนผิวหนังที่รักษา เพื่อลดการระคายเคืองที่ผิวหนัง ส่วนการป้องกันควรมีการสำรวจ
ภาวะดังกล่าวทุกครั้งอย่างสม่ำเสมอขณะที่ทำความสะอาดและเปลี่ยนถุงรองรับเป็นต้น

แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

ปัจจุบันแนวปฏิบัติที่พัฒนาโดยอาศัยหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง
เป็นวิธีพัฒนาคุณภาพที่นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีที่สุด มีกระบวนการปฏิบัติที่ชัดเจนและพิสูจน์แล้วว่า
ได้ผลดี นำไปสู่ปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสูงสุด (ฉวีวรรณ ธงชัย, 2548)

ความหมาย

แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นแนวปฏิบัติที่จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลรักษา ซึ่งได้มี
ผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

สมจิต หนูเจริญกุล (2544) ได้ให้ความหมายความสำคัญของแนวปฏิบัติทางคลินิกว่า เป็น
เครื่องมือส่งเสริมคุณภาพการพยาบาลแบบองค์รวม บนพื้นฐานของการใช้ความรู้ และหลักฐานอ้างอิง
ร่วมกับจริยธรรมเชิงวิชาชีพ เพื่อสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องมีความเข้าใจตรงกัน

พิกุล นันทชัยพันธ์ (2547) ได้ให้ความหมายไว้ว่าเป็นแผนที่จัดทำอย่างละเอียดเพียงพอ ที่จะทำ
ให้มีแนวทางในการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานสำหรับผู้เกี่ยวข้องทุกคน ระบุถึงชุดกิจกรรมและ กฎหรือ
วิธีปฏิบัติ ตลอดจนผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติแต่ละกิจกรรมโดยแนวปฏิบัติทางคลินิกถูกพัฒนาขึ้น
อย่างเป็นระบบเพื่อช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติที่เหมาะสม

เมเยอร์ (Mayer, 2004) กล่าวว่า แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นกลุ่มขั้นตอนการปฏิบัติตาม แล้ว
ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุด โดยผู้ปฏิบัติใช้ประกอบการตัดสินใจในการดูแลรักษาผู้รับบริการ

ฟิลด์ และ โลห์ (Field & Lohr, 1992, อ้างใน ฉวีวรรณ ธงชัย, 2548) ให้ความหมายของแนว
ปฏิบัติว่าเป็นข้อความที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพ และ
ผู้ให้บริการเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับภาวะใดภาวะหนึ่ง

สภาวิจัยสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) ได้ให้ความหมาย
ว่าเป็นข้อกำหนดหรือข้อความที่จัดทำอย่างเป็นระบบจากการนำประสบการณ์ความเชี่ยวชาญในการ
ปฏิบัติทางคลินิก ร่วมกับการนำความรู้จากผลการวิจัยที่มีการศึกษาอย่างเป็นระบบเพื่อนำมาช่วยใน
การตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

ประโยชน์ของแนวปฏิบัติทางคลินิก

การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องนั้น ทำให้เกิดประโยชน์ดังนี้

1. ทำให้มีมาตรฐานในการให้การดูแลผู้ป่วย เกิดคุณภาพและประสิทธิผลของการพยาบาล (ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549; วิทยา ศรีดามา, 2546)
2. ช่วยลดความผิดพลาด ความซ้ำซ้อนในการให้การดูแล (ฉวีวรรณ ชงชัย, 2548; ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549)
3. ทำให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม มีความคุ้มค่าคุ้มทุน (จิตร สิทธิอมร และคณะ, 2543)
4. ช่วยในการตัดสินใจทางคลินิกง่ายขึ้น และมีหลักฐานประกอบ (จิตร สิทธิอมร และคณะ, 2543; ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549)
5. ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ ในทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ครอบคลุม ต่อเนื่อง มีมาตรฐาน (ฉวีวรรณ ชงชัย, 2548)

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกควรมีพื้นฐานจากหลักฐานที่ดีที่สุด ควรใช้วิธีที่น่าเชื่อถือในการสังเคราะห์หลักฐาน ในการศึกษาครั้งนี้เลือกใช้รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิชาชีพด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) เนื่องจากมีความชัดเจน เป็นขั้นตอน เข้าใจง่าย โดยประยุกต์ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ 12 ขั้นตอน คือ 1) กำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขและขอบเขตของแนวปฏิบัติทางคลินิก 2) กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ 3) กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายที่ใช้แนวปฏิบัติ 4) กำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพ 5) ทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ 6) ยกร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก 7) จัดทำแผนการเผยแพร่และแผนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ 8) จัดทำแผนการประเมินผลและแผนการปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก 9) จัดทำรายงานรูปเล่ม 10) จัดทำรายงานกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก 11) ให้ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิประเมินแนวปฏิบัติทางคลินิก 12) การปรึกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ได้ร่วมในทีมพัฒนา มากำหนดเป็นขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก 8 ขั้นตอนมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขและขอบเขตของแนวปฏิบัติทางคลินิก การเลือกปัญหาต้องพิจารณาข้อมูลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เป็นประเด็นปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ด้วยการ

จัดทำ และการใช้แนวปฏิบัติที่เหมาะสม ซึ่งปัญหานั้นควรสัมพันธ์กับสิ่งที่ทำให้เกิดความยุ่งยากในการดูแลสุขภาพ ค่าใช้จ่าย การปฏิบัติที่มีความหลากหลายและมีหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับปัญหานั้นๆ

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก การสร้างทีมเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ควรประกอบไปด้วยบุคลากรที่เป็นสาขาวิชาชีพ และเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อให้ได้ความหลากหลายและสามารถใช้แนวปฏิบัติได้ในวงกว้าง

ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดวัตถุประสงค์กลุ่มเป้าหมาย ที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกและกำหนดผลลัพธ์ของการดูแล การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ก่อนเริ่มการกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมายและการกำหนดผลลัพธ์ของการดูแล คณะทำงานต้องพิจารณาถึงปัญหาที่จัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิก ผู้ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ผู้รับบริการ สถานที่ที่ต้องนำแนวปฏิบัติไปใช้ และการประเมินผลการปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 4 การสืบค้นหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ และการประเมินคุณค่าหลักฐาน เป็นการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการแก้ไขหรือต้องการปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ โดยพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ในหน่วยงาน (feasibility) ความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน (appropriateness) โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับความน่าเชื่อถือ และคุณภาพของหลักฐานอ้างอิงตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute [JBI], 2009) ดังนี้

ระดับ 1 การวิเคราะห์แบบเมต้าที่มีการศึกษาเชิงทดลองในเรื่องเดียวกันหรือคล้ายกัน มีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม หรือการศึกษาวิจัยเชิงทดลองในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่อย่างน้อย 1 งานวิจัย ที่มีช่วงความเชื่อมั่นที่แคบ

ระดับ 2 การศึกษาวิจัยเชิงทดลอง อย่างน้อย 1 งานวิจัย ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ที่มีกลุ่มควบคุม และมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม และมีช่วงความเชื่อมั่นที่กว้าง หรือการศึกษากึ่งทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม

ระดับ 3 แบ่งเป็น

ระดับ 3a งานวิจัยที่มีการศึกษาดูตามไปข้างหน้า เพื่อศึกษาตัวแปรหรือผลของตัวแปรตัวใดตัวหนึ่ง และมีกลุ่มควบคุม (cohort studies with control group)

ระดับ 3b งานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลัง (case control; retrospective study)

ระดับ 3c งานวิจัยที่มีการศึกษาโดยการสังเกตสิ่งที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ โดยไม่มีกลุ่มควบคุม (observational studies without control group)

ระดับ 4 ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านประสบการณ์ทางคลินิก หรืองานวิจัยที่เป็นฐานด้านสรีรวิทยาในห้องปฏิบัติการ หรือรายงานของคณะผู้เชี่ยวชาญ

เกณฑ์การประเมินระดับของข้อเสนอแนะในการนำสู่การปฏิบัติ (grade of recommendations) เป็นเกณฑ์ที่ใช้แบ่งระดับของข้อเสนอแนะที่จะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ โดยใช้เกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2009) โดยแบ่งข้อเสนอแนะเป็น 3 ระดับ

ระดับ A หมายถึง ข้อเสนอแนะนั้นเมื่อพิจารณาแล้ว มีเหตุผลสนับสนุนที่ดีมาก สมควรนำไปประยุกต์ใช้

ระดับ B หมายถึง ข้อเสนอแนะนั้นเมื่อพิจารณาแล้ว มีเหตุผลสนับสนุนปานกลาง ควรมีการพิจารณาให้รอบคอบก่อนนำไปประยุกต์ใช้

ระดับ C หมายถึง ข้อเสนอแนะนั้นเมื่อพิจารณาแล้ว ไม่มีเหตุผลสนับสนุนในการนำไปใช้

ขั้นตอนที่ 5 ขกร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก (formulate the guideline) บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ที่พิจารณาแล้วว่าดีที่สุด โดยการจัดประชุมคณะกรรมการพัฒนา เพื่อพิจารณาถึงผลลัพธ์ของแต่ละวิธีการปฏิบัติ ระดับความน่าเชื่อถือของแต่ละวิธีปฏิบัติเปรียบเทียบ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับกับความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ตลอดจนประเมินผลลัพธ์กับค่าใช้จ่าย การขกร่างแนวปฏิบัติทางคลินิกมี 3 ลักษณะ ขึ้นอยู่กับระดับของหลักฐานที่มีอยู่และความเห็นร่วมกันของทีมพัฒนา คือ 1) แนวปฏิบัติที่พัฒนามบนพื้นฐานความรู้เชิงประจักษ์ 2) แนวปฏิบัติที่ไม่มีหลักฐานรองรับ แต่ในที่ประชุมของทีมพัฒนามีความเห็นว่าเป็นไปได้ 3) แนวปฏิบัติที่ในที่ประชุมของทีมพัฒนายังมีความคิดเห็นขัดแย้งกัน แต่มีความเห็นว่ามันจะเป็นประโยชน์และสามารถนำไปเผยแพร่ให้รับรู้ทางเลือกที่เป็นไปได้ (อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล, 2543)

ขั้นตอนที่ 6 การตรวจสอบและประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยการส่งร่างแนวปฏิบัติทางคลินิกไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมิน ความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสม ความยืดหยุ่น และความชัดเจนของแนวปฏิบัติ ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒินี้อาจเป็นคณาจารย์หรือผู้บริหารองค์กร เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 7 การนำแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเชิงเนื้อหา ไปทดลองใช้ กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 8 การประเมินผลการทดลองใช้และปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติทางคลินิกตามความคิดเห็นของผู้ทดลองใช้เพื่อให้มีความสมบูรณ์

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้องในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline [CPG]) ของสภาวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) ซึ่งประกอบด้วย 8 ขั้นตอนดังนี้

- 1) การกำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขและขอบเขตของแนวปฏิบัติทางคลินิก
- 2) การกำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก การสร้างทีมเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก
- 3) การกำหนดวัตถุประสงค์กลุ่มเป้าหมาย ที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกและกำหนดผลลัพธ์ของการดูแล
- 4) การสืบค้นหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ และการประเมินคุณค่าหลักฐาน
- 5) ยกร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก (formulate the guideline)
- 6) การตรวจสอบและประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติทางคลินิก
- 7) การนำแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเชิงเนื้อหา ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและ
- 8) การประเมินผลการทดลองใช้และปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติทางคลินิกตามความคิดเห็นของผู้ทดลองใช้ เพื่อให้มีความสมบูรณ์

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved