



โรงพยาบาล

# วารสาร ชัยนาทนเรนทร

JAINAD NARENDRA HOSPITAL JOURNAL



## การพยาบาลผู้ป่วยลำไส้อุดตันจากมะเร็งทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดรูทวารเทียม ร่วมกับมีภาวะโลหิตจาง

นนธิยา เชื้อน้อย\*

### บทนำ

โรคมะเร็ง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของคนทั่วโลก จากสถิติขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) และองค์การวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ (International Agency for Research on Cancer หรือ IARC) ได้เผยแพร่ตัวเลขแสดงสถานการณ์โรคมะเร็งทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณ 20 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 9.7 ล้านคน เสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่ (900,000 คน หรือร้อยละ 9.3) เป็นอันดับ 2 รองลงมาจากมะเร็งปอด และจากสถิติทะเบียนมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรายใหม่เป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับ 2 ในเพศชาย รองจากมะเร็งปอดและอันดับที่ 2 ในเพศหญิงรองจากมะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. 2567) และในระดับจังหวัด สถิติโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่รายใหม่ ปี 2564 - 2566 คิดเป็นร้อยละ 14.4, 13.6 และ 9.6 ตามลำดับ จากสถิติของโรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร ระหว่างปี พ.ศ. 2564 - 2566 พบผู้ป่วยที่มีมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีโรคร่วม ร้อยละ 22.1, 20.6 และ 18.0 ตามลำดับ โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการผ่าตัดทวารเทียม ร้อยละ 3.2, 3.1 และ 3.6 ตามลำดับ

ผู้ป่วยลำไส้ใหญ่อุดตันจากมะเร็งทวารหนัก การรักษามีอยู่หลายวิธี ขึ้นอยู่กับระยะของโรค การผ่าตัดเปิดรูทวารเทียม เป็นวิธีการรักษาอย่างหนึ่งที่พบมาก เพื่อช่วยระบายอุจจาระผ่านทางหน้าท้อง บุคคลที่ได้รับการผ่าตัดเปิดรูทวารเทียม จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกับผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีผลกระทบต่อสภาพลักษณะและคุณภาพชีวิต พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังผ่าตัด โดยใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมเข้ารับการผ่าตัด การปฏิบัติตัว และการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อได้รับการผ่าตัดเปิดรูทวารเทียม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดได้อย่างปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ภาวะโลหิตจาง เป็นภาวะที่เกิดจากร่างกายมีเม็ดเลือดแดงน้อยกว่าปกติ การที่เม็ดเลือดแดงลดลง จึงส่งผลให้เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย หลักการรักษาภาวะโลหิตจาง คือการหาสาเหตุและรักษา บางครั้งอาจตรวจพบโรคร้ายแรงที่แอบซ่อนได้ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการรักษาและได้ผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ

### สาเหตุการเกิดโรค

สาเหตุของมะเร็งที่แท้จริงไม่ทราบแต่มีปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์และแนวโน้มที่เกิดมะเร็งได้ คือ

1. อาหาร (Diet) มีการศึกษาทางระบาดวิทยา พบว่าในประเทศที่ประชากรบริโภคไขมันเป็นปริมาณสูงจะมีอุบัติการณ์ของมะเร็งลำไส้ใหญ่สูง ประชากรที่รับประทานอาหารที่มีเส้นใยน้อย เช่น อาหารแบบตะวันตก จะมีอุบัติการณ์ของมะเร็งลำไส้ใหญ่สูงกว่าประชากรที่รับประทานอาหาร

---

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร

ที่เส้นใยสูง เช่น อาหารไทย เชื่อกันว่าเป็นผลจากเส้นใยอาหารเพิ่มปริมาณเนื้ออุจจาระทำให้เจ็บจาง สารที่อาจเป็นตัวก่อมะเร็ง หรือส่งเสริมการเกิดเนื้องอก

2. กรรมพันธุ์ (Genetic) อาจเป็นสาเหตุได้เพราะพบโรคนี้อัตราค่อนข้างสูงในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ประมาณ 25%

3. ผู้ป่วยที่มีการอักเสบเรื้อรังของลำไส้ใหญ่ ถ้าเป็นรุนแรงตลอดลำไส้ใหญ่ และเรื้อรังเกิน 10 ปี มีโอกาสเป็นมะเร็งเพิ่มขึ้น 5 – 10 เท่า นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยเคยเป็นโครนติซิส มีแนวโน้มที่จะกลายเป็นมะเร็งของลำไส้ใหญ่ได้และมักเป็นในอายุต่ำกว่า 50 ปีลงมา

4. อาจพบในผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีรักษา มะเร็งที่ปากมดลูก (Carcinoma of the cervix) ทำให้เกิดก้อนขึ้นที่ลำไส้ใหญ่ได้หลังจากได้รับรังสีไปแล้วหลายปี

### อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงมีลักษณะคล้ายคลึงกับมะเร็งทวารหนัก คือ

1. มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการทำงานตามปกติของลำไส้ใหญ่ เช่น ท้องผูกหรือท้องเสีย หรือมีทั้งท้องผูกและท้องเสียสลับกันซึ่งเกิดจากการอักเสบของมะเร็งอุจจาระมีขนาดเล็กกลาง และถ่ายอุจจาระไม่เป็นเวลา อุจจาระมีเลือดปนหรือมีเลือดตามหลังออกมาหลังถ่ายอุจจาระ ต้องออกแรงเบ่ง อุจจาระมากขึ้นเนื่องจากท้องผูก

2. มีการอุดตันของลำไส้ใหญ่ท้องอืด และได้ยินเสียงลำไส้เคลื่อนไหวชัดเจนปวดท้อง และคลื่นไส้อาเจียน

3. โลหิตจาง เนื่องจากโลหิตออกเป็นเวลานาน ๆ

4. อ่อนเพลีย เนื่องจากน้ำหนักลด ซึ่งเป็นเครื่องแสดงให้รู้ถึงการกระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะภายใน

5. ปวด ไม่สัมพันธ์กับการอุดตัน เพราะปวดอาจเกิดจากเนื้องอกได้ลุกลามไปยังอุ้งเชิงกราน

6. ใช้ถ่ายมีหรือไม่มีก็ได้

อาการที่สำคัญของมะเร็งทวารหนัก คือ มีอาการถ่ายเป็นเลือดชัดเจน และเป็นเลือดแดง ไม่ปนอยู่ในอุจจาระ บางครั้งมีอาการปวดเบ่งปวดถ่ายหรือรู้สึกถ่ายไม่สุด ถ้าลำไส้ตรงตีตัน ทำให้อาการลำไส้ใหญ่อุดตันเช่นกัน มะเร็งที่ลามไป Sacrum ทำให้ปวดร้าวที่ฝีเย็บ และก้นก้น หรือถ้าลามเข้ากระเพาะปัสสาวะทำให้เกิดอาการกระเพาะปัสสาวะอักเสบ และปัสสาวะเป็นเลือด เมื่อเกิดเป็นรูทะลุจะมีลมออกทางปัสสาวะด้วย การมีลำไส้อุดตัน อาจทำให้เกิดการแตกทะลุเข้าช่องท้อง เกิดการอักเสบของเยื่อภายในช่องท้อง

### การตรวจวินิจฉัย

1. การตรวจทางทวารหนักด้วยมือ จะคลำได้ก้อนแข็งหรือแผลขอบนูนแข็งขรุขระ มีเลือดติดนิ้วออกมา ในรายที่เป็นมากผู้ป่วยซีด อ่อนเพลีย คลำได้ต่อน้ำเหลืองโตที่ Supraclavicular fossa ซ้าย คลำได้ก้อน ในท้องซึ่งเป็นก้อนเนื้องอกหรือก้อนอุจจาระที่คั่งอยู่ในลำไส้ใหญ่ ท้องอืด มีน้ำในท้อง เป็นต้น

2. การส่องกล้องเข้าไปดูลำไส้รูปตัวเอส (Sigmoidoscope) สามารถมองเห็นลึกถึง 25 – 30 เซนติเมตร ทำให้วินิจฉัยโรคมะเร็งของลำไส้รูปตัวเอสและลำไส้ตรงได้

3. การสวนแบเรียม (Barium enema) เป็นสิ่งจำเป็นในผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นมะเร็ง โดยเฉพาะที่

อยู่สูงกว่าระดับของ Sigmoidoscope จะเห็นได้นอกจากนี้จะได้ตรวจสอบพยาธิอื่น ๆ ตลอดลำไส้ใหญ่ ว่ามีความสัมพันธ์กับมะเร็ง เช่น polyps หรือดูว่ามีมะเร็งพร้อมกันสองแห่งหรือไม่ การทำ Double air contrast จะช่วยให้การวินิจฉัยดีขึ้น โดยเฉพาะถ้าเป็นแผลมะเร็งมีขนาดเล็กหรืออยู่บริเวณที่เห็นได้ยาก เช่น Cecum, sigmoid และ colon เป็นต้น

4. การตรวจหาเลือดที่มองไม่เห็น (Occult blood) การตรวจเลือดที่มองไม่เห็นในอุจจาระ เป็นวิธีที่ไม่แพง ทำได้ง่าย ถ้าทำให้ถูกวิธีหลักการได้ดีพอสมควร

5. การตรวจหาลักษณะของเซลล์ (Exfoliative cytology) โดยทำการล้างสวนทวารหนัก แล้วนำไปตรวจหาลักษณะเซลล์ Raskin และ Pleticka รายงานว่าได้ผลถึง 80% อาจนำวิธีนี้ มาใช้ในการหามะเร็งระยะแรกโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นโรคที่มีแนวโน้มสูงที่จะเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่

6. การตรวจโดยใช้ Colonoscope สามารถมองเห็นตลอดลำไส้ใหญ่โดยไม่ต้องเปิดช่องท้อง ในรายที่พบแผลหรือ polyps สงสัยเป็นมะเร็งก็สามารถตัดมาตรวจได้นอกจากนี้ยังช่วยดูบริเวณรอยต่อว่ามะเร็งได้เกิดขึ้นมาใหม่หรือไม่ แต่การทำนั้นทำได้ยากต้องเตรียมลำไส้ใหญ่ให้สะอาดจริง ๆ ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญในการทำและเครื่องมือก็มีราคาแพง

7. การหาระดับ Carcino embryonic antigen (CEA) เป็นไกลโคโปรตีน (glycoprotein) ซึ่งจัดเป็น serologic tumour maker สำหรับมะเร็งลำไส้ใหญ่แอนติเจนไม่มีคุณสมบัติเฉพาะและไม่ไวมากพอที่จะใช้ในการค้นหามะเร็งในระยะแรกอย่างไรก็ตาม CEA มีประโยชน์ในการติดตามหลังผ่าตัดว่ามีการเกิดเป็นใหม่หรือไม่ ถ้าก่อนผ่าตัดมีระดับ CEA สูง

8. Cystoscopy ดูการแพร่กระจาย ถ้ามีการลุกลามเข้าระบบปัสสาวะมะเร็งของลำไส้ตรง เนื่องจากลำไส้ตรงโค้งออกด้านข้างและยืดออกได้อีกประมาณ 5 เซนติเมตรเมื่อเลาะแล้ว ดังนั้นก้อนมะเร็ง ที่อยู่ 8 เซนติเมตร จากขอบทวารหนักจะลอยอยู่สูงขึ้นมาถึง 13 เซนติเมตรเมื่อเลาะแล้ว ส่วนการลามตามผนังลำไส้ตรงนั้นมักจะไม่เกิน 2 เซนติเมตร จากขอบก้อนที่เห็น ยกเว้น poorly differentiated tumor ซึ่งอาจถึง 5 เซนติเมตร

## การรักษา

การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักมี 4 วิธี ดังนี้

1. การรักษา มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยการผ่าตัดเอาออก (resection) เป็นการรักษหลักของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป้าหมายของการผ่าตัด คือการตัดลำไส้ช่วงที่เป็นมะเร็งออกทั้งหมด ร่วมกับเนื้อดีบางส่วนให้มากพอ อย่างน้อยให้เลยส่วนที่มองเห็นว่าเป็นมะเร็งข้างละ 5 เซนติเมตร โดยมากแพทย์สามารถต่อลำไส้ได้ รวมทั้งตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณนั้นออกให้หมดด้วย

1.1 การผ่าตัดเอาเฉพาะส่วนของก้อนมะเร็งออก (local resection) ใช้ในรายที่โรคมะเร็งยังอยู่เฉพาะในบริเวณลำไส้ การกระจายของเซลล์มะเร็ง เข้าไปในผิวหนังส่วนข้างเคียง เพียงไม่กี่มิลลิเมตรจากขอบจุดเริ่มต้น จึงไม่ต้องตัดห่างมาก

1.2 การผ่าตัดบริเวณกว้างโดยตัดเอาส่วนของมะเร็งที่มีการกระจายไปยังเนื้อเยื่อข้างเคียงออกด้วย (radical resection) มะเร็งมีการกระจายแทรกไปในเนื้อเยื่อข้างเคียงมากจากจุดเริ่มต้น เมื่อตัดออกจึงต้องเอาออกกว้าง ถ้าเป็นที่กล้ามเนื้อ ต้องตัดออกทั้งหมด

1.3 การผ่าตัดบริเวณกว้างโดยตัดเอาส่วนของมะเร็งที่มีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียงออกด้วย (radical bloc excision of lymphatics) ใช้ในรายที่โรคมะเร็งที่จุดเริ่มต้นอยู่ใกล้

กับต่อมน้ำเหลืองข้างเคียงของส่วนนั้นกระจายไปต่อมน้ำเหลืองแล้ว

1.4 การผ่าตัดอย่างครอบคลุมกว้างขวาง (extensive radical surgical procedures) ทำในกรณีที่ก้อนเนื้อมะเร็งกระจายเข้าไปในเนื้อเยื่อหรืออวัยวะข้างเคียง (local invasion) แต่ยังไม่มีการกระจายไปที่ไกล ๆ เช่น การผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักส่วนปลาย ที่เข้าไปในอวัยวะข้างเคียง อาจจะต้องตัดอวัยวะนั้น ๆ เช่น ในช่องมดลูก รังไข่ เป็นต้น

การรักษาโดยการผ่าตัดเอาลำไส้ส่วนที่มีมะเร็งออกยังเป็นวิธีที่ดีที่สุดและมีโอกาสหายขาดได้มากที่สุดแต่ปัญหาจะเกิดขึ้นในกรณีที่มะเร็งอยู่ใกล้ทวารหนักมาก ทำให้ศัลยแพทย์ไม่อาจเย็บลำไส้ต่อกลับให้เหมือนเดิมได้ กรณีเช่นนี้ อาจต้องมีการย้ายทวารหนักไปไว้ที่ท้องน้อย เรียกว่า colostomy ส่วนของลำไส้ที่นำมาเปิดที่ผนังหน้าท้อง เรียกว่า stoma ซึ่งจะมีการใช้อุปกรณ์เพื่อช่วยรองรับอุจจาระที่ร่างกายขับถ่ายออกมา ขนาดของstoma แตกต่างกันได้ และอาจมีสีที่แตกต่างกันได้เช่นกัน โดยทั่วไป มักจะเห็นเป็นสีแดงออกชมพู หลังจากผ่าตัดเสร็จเรียบร้อยแล้วประมาณ 7 - 10 วัน แผลที่บริเวณ stoma ก็จะแห้งสนิท

2. การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ด้วยเคมีบำบัดใช้รักษาประกอบกับการผ่าตัด เพื่อลดโอกาสกำเริบของมะเร็ง และโอกาสรอดชีวิตยืนยาวขึ้นแม้ว่าการรักษา ส่วนใหญ่จะเป็นการผ่าตัดเอาก้อนเนื้อออกออกไป แต่พบว่าเกิดการกลับมาใหม่ ได้มากประมาณ 50 - 60% การรักษาด้วยเคมีบำบัด เป็นการรักษาเพื่อลดการกลับมาใหม่

3. การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักด้วยการฉายรังสี เป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษา โดยเฉพาะเมื่อก้อนเนื้อนั้นลุกลามออกไปยังอวัยวะ หรือออกมาเกาะยังผนังหน้าท้อง

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

### **ภาวะแทรกซ้อน**

ภาวะแทรกซ้อน จากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เนื่องจากมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักเป็นโรคที่มีการลุกลาม จึงอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย บางครั้งอาการภาวะแทรกซ้อนเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มีดังต่อไปนี้

1. การทะลุของลำไส้มีการทะลุอย่างเฉียบพลัน ทำให้เกิดโรคเยื่อช่องท้องอักเสบเฉียบพลัน การทะลุที่เกิดขึ้นช้า บริเวณที่ถูกหุ้มไว้ เป็นการอักเสบที่มีลักษณะเป็นก้อนเฉพาะที่

2. การมีเลือดออกถ้ามะเร็งลุกลามถึงหลอดเลือดขนาดใหญ่ที่ผนังลำไส้จะทำให้มีเลือดออกอย่างรวดเร็ว

3. การอุดตันของลำไส้โดยปกติมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทำให้เกิดลำไส้อุดตันบางส่วนได้อยู่แล้ว แต่อาจเกิดลำไส้อุดตันกะทันหันได้ ด้วยสาเหตุต่าง ๆ เช่น มีก้อนอุจจาระแข็งไปอุด มะเร็งเป็นตัวนำทำให้เกิดลำไส้กลืนกันหรือลำไส้บิดเป็นเกลียว เป็นต้น

4. การกดอวัยวะใกล้เคียงก่อนมะเร็งที่มีขนาดใหญ่อาจกดมดลูก กระเพาะปัสสาวะหรือท่อปัสสาวะ เป็นต้น ทำให้เกิดอาการจากการถูกกด เช่น การกดกระเพาะปัสสาวะทำให้ปัสสาวะบ่อย เป็นต้น

5. การเกิดแผล خونทะลุ การลุกลามทะลุเข้าอวัยวะอื่น ทำให้แผล خونทะลุ เช่น ระหว่าง

ไส้ตรงกับช่องคลอด หรือ ระหว่างลำไส้กับกระเพาะอาหาร เป็นต้น

## การพยาบาล

### ระยะก่อนผ่าตัด

การเตรียมด้านร่างกาย

1. การเตรียมร่างกาย ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การโกนขนที่หน้าท้องและหัวหน่าว การให้ยาระบายเพื่อกระตุ้นให้ลำไส้ใหญ่ขับถ่ายของเสียเพื่อชะล้างอาหารออกไปจากลำไส้ใหญ่ให้ได้มากที่สุด เพื่อป้องกันการติดเชื้อขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด การเตรียมผู้ป่วยให้พร้อม สำหรับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ได้แก่ การงดน้ำและงดอาหาร เพื่อป้องกันการสำลักเศษอาหารเข้าปอด

2. เตรียมผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการถ่ายภาพรังสี

3. ใส่สายสวนปัสสาวะ ใส่ระบายสิ่งคัดหลั่งจากกระเพาะอาหาร การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและการให้ยาปฏิชีวนะ ก่อนการผ่าตัดตามแผนการรักษา

การเตรียมด้านจิตใจ

1. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบ ถึงวิธีการและขั้นตอนการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหา หรือข้อข้องใจต่าง ๆ

2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับสภาพของตนเองหลังผ่าตัด เช่น การมีแผลผ่าตัดบริเวณกลางหน้าท้อง การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การคาสายสวนปัสสาวะ การใส่สายระบายกระเพาะอาหาร และความรู้สึกเจ็บปวด เป็นต้น

3. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนทางปอด เช่น การพลิกตะแคงตัว นอนศีรษะสูง 30 - 45 องศา การบริหารปอดโดยการหายใจเข้าออกยาว ๆ ลึก ๆ การไอเอาเสมหะออกมาอย่างมีประสิทธิภาพ

### ระยะหลังผ่าตัด

1. การตกเลือด พบได้บ่อยในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด การพยาบาลที่สำคัญในระยะนี้ได้แก่ การประเมินภาวะช็อก โดยการวัดสัญญาณชีพ และเฝ้าระวังสัญญาณชีพ เฝ้าระวังอาการเริ่มแรกของการตกเลือด สังเกตสีและสิ่งคัดหลั่งที่ออกมาจากแผล และปริมาณ gastric content ประเมินระดับความรู้สึกตัวและภาวะชืดของผู้ป่วย

2. อาการปวดแผล ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดที่บริเวณหน้าท้อง การจัดท่านอน fowler's position เพื่อให้หน้าท้องหย่อนตัวลดอาการตึงของช่องท้องได้ ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์

3. การสูญเสียน้ำ และเกลือแร่ในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ต้องเฝ้าระวังอาการขาดสาดน้ำและเกลือแร่ เช่น ปากแห้งผิวแห้งขาดความตึงตัว อ่อนเพลียคลื่นไส้อาเจียน ชีพจรเบาเร็ว ต้องตรวจวัดสัญญาณชีพ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ โดยปรับเปลี่ยนชนิดและอัตราการไหลตามแผนการรักษา จดบันทึกและประเมินความสมดุลของจำนวนสารน้ำ ที่ผู้ป่วยได้รับ และจำนวนน้ำที่ออกจากร่างกาย ในแต่ละเวร รวมทั้งติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น อิเล็กโทรไลต์ ตรวจปัสสาวะ

4. การติดเชื้อผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่อาจมีการติดเชื้อในช่องท้อง เพราะบริเวณนี้มีแบคทีเรียอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก สามารถผ่านซิมผ่านลำไส้เข้าช่องท้องและกระแสเลือด รวมถึงการติดเชื้อแผลผ่าตัด ให้การพยาบาลโดยตรวจวัดสัญญาณชีพ ประเมินอาการปวด กดเจ็บในช่องท้อง การปวดบวม แดงร้อน มีสิ่งคัดหลั่งบริเวณแผลผ่าตัด ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

5. มีการสูญเสียภาพลักษณ์จากการมีภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป การพยาบาลผู้ป่วยที่มี colostomy ประเมินการแสดงออกทางพฤติกรรม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ส่งเสริมการแต่งตัวให้สวยงามและปิดรูเปิดให้มิดชิด สอนการสังเกตบริเวณรูเปิดลำไส้ ต้องมีสีชมพู สอนสาธิต และให้ผู้ป่วยฝึกทำความสะอาดรอบบริเวณทวารเทียม โดยใช้ผ้าชุบน้ำสะอาด แนะนำรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ งดอาหารรสจัด ๆ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีกากแข็ง

#### กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 52 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ระดับการศึกษา จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อาการสำคัญ ปวดท้อง ท้องอืด อาเจียนเป็นเศษอาหาร 4 ครั้ง 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 1 ปีก่อนมาโรงพยาบาล ถ่ายอุจจาระเหลวเป็น ๆ หาย ๆ 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ปวดท้องทั่ว ๆ ท้อง 1 วัน ปวดท้อง ท้องอืด อาเจียนเป็นเศษอาหาร 4 ครั้ง จึงมาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่เคยผ่าตัด ตรวจร่างกาย Abdomen : tender suprapubic, soft, no guarding /rebound PR : brown, no melena ตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ CT whole abdomen with contrast : Suspected CA mid to upper rectal CA causing colonic obstruction with competently valve การวินิจฉัย CA upper rectum with partial gut obstruction แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ปวดท้อง ท้องอืดแน่นท้อง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 135/76 มิลลิเมตรปรอท Spo2 99% แพทย์ให้การรักษา โดยให้งดอาหารและน้ำ Retained NG tube for lavage then intermittent suction Retained Foley's catheter G/M จอง PRC 3 unit DTx 188 mg% Hct 26% ให้ยา Pantoprazole 40 mg IV ทุก 12 ชั่วโมง Ceftriaxone 2 gm IV OD Metronidazole 500 mg IV ทุก 8 ชั่วโมง Onsia 4 mg IV stat ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 5%D/NSS 1,000 ml IV drip 100 ml/hrs. ให้ PRC 1 unit IV drip in 4 ชั่วโมง 2 ถัง ติดตาม Hct หลังเลือดหมด 4 ชั่วโมง Set OR for Exploratory - laparotomy with loop sigmoid colostomy with lysis adhesion under GA 11 พฤศจิกายน 2565 หลังผ่าตัด มีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง บริเวณ midline เปิดรูทวารเทียมที่หน้าท้อง step diet Dressing wound Set OR for Proctoscope with biopsy 15 พฤศจิกายน 2565 หลังจากนั้นแพทย์จำหน่ายให้กลับบ้านได้ ทำแผลที่สถานพยาบาลใกล้บ้านวันละ 1 ครั้ง ตัดไหมวันที่ 21 พฤศจิกายน 2565 นัดพบแพทย์ วันที่ 28 พฤศจิกายน 2565 รวมระยะเวลาอนโรงพยาบาล 7 วัน

#### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดท้อง

##### ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า ปวดท้องมาก

O : ท้องอืดโต กดเจ็บบริเวณท้องน้อย pain score = 8

ตรวจร่างกาย Abdomen : tender suprapubic, soft, no guarding/rebound

PR : brown, no melena

CT whole abdomen with contrast : Suspected CA mid to upper rectal CA causing colonic obstruction with competently valve การวินิจฉัย CA upper rectum with partial gut obstruction

### วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อทุเลาอาการปวดท้อง

### เกณฑ์การประเมินผล

1. pain score น้อยกว่า 6 คะแนน
2. ผู้ป่วยบอกปวดท้องลดลง พักผ่อนได้

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการปวดโดยใช้ pain score สังเกตลักษณะหน้าท้อง ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 4 hrs.
2. จัดท่านอนให้อยู่ในท่าที่สุขสบาย ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล แนะนำเคลื่อนไหวอิริยาบถ ช้า ๆ
3. ดูแลให้ยาแก้ปวด Morphine 3 mg IV prn q 4 hrs. ตามแผนการรักษาแพทย์เฝ้าระวัง อาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ อาการหายใจ < 12 ครั้งต่อนาที จากการให้ยา Morphine
4. สอนการ Relaxation Technique เพื่อบรรเทาอาการปวด เช่น การหายใจช้า ๆ เป็นจังหวะ การทำสมาธิ
5. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ เบี่ยงเบนความสนใจ
6. บันทึกลักษณะ อาการ ปวด ความรุนแรง และความถี่ของอาการปวด
7. จัดกิจกรรมการพยาบาลให้อยู่ช่วงเวลาเดียวกันไม่รบกวนผู้ป่วยขณะพักผ่อน
8. สังเกตลักษณะของหน้าท้อง ลักษณะตำแหน่งที่เจ็บปวด และความรุนแรง

### การประเมินผลทางการพยาบาล

1. pain score ลดลงเหลือ 3 คะแนนหลังได้รับยาบรรเทาอาการปวด
2. ผู้ป่วยทุเลาปวด พักผ่อนได้บอกว่าปวดท้องเป็นพักๆพอทนได้
3. Abdominal soft

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2** วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาด้วยการผ่าตัด เนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด

### ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยสีหน้าวิตกกังวล และนอนไม่หลับ

O : แพทย์วางแผนการผ่าตัดเปิดรูทวารเทียม ผู้ป่วยและครอบครัวมีท่าที่กังวลใจ เกี่ยวกับการผ่าตัด และการดำเนินชีวิตภายหลังการผ่าตัด และมีทวารเทียมทางหน้าท้อง

### วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวลและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดรักษามะเร็งทวารหนัก

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติบอกว่าคลายความวิตกกังวลลง
2. ผู้ป่วยและภรรยา มีสีหน้าสดชื่นขึ้น ยอมรับฟังและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
3. สามารถบอกถึงการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดมะเร็งทวารหนักได้อย่างถูกต้อง

## กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ของผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพที่ดี เปิดโอกาสให้ซักถาม ข้อข้องใจและระบายความรู้สึก เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และบอกถึงปัญหาความต้องการ ช่วยเหลือต่าง ๆ

2. สอนให้ความรู้ อธิบายให้ผู้ผู้ป่วยได้ทราบเกี่ยวกับโรคมะเร็งทวารหนักและแผนการรักษาพยาบาลตามความเหมาะสม รวมทั้งแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องกับสภาวะของโรค

3. สอนให้ความรู้ อธิบายเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด เช่น การทำความสะอาดของร่างกายส่วนต่าง ๆ โดยเฉพาะบริเวณที่ทำการผ่าตัดเพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัด การดมยาสลบ การงดน้ำงดอาหาร การสวนอุจจาระ เป็นต้น

4. สอนให้ความรู้ อธิบายวิธีการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางปอด เช่น สอนวิธีการหายใจลึก ๆ การไอเอาเสมหะออก และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น การป้องกันท้องอืด ท้องผูก ด้วยการลุกออกจากเตียงโดยเร็ว (early ambulate) การพลิกตะแคงตัว เพื่อป้องกันแผลกดทับและการออกกำลังกายแขนขาบนเตียงเพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบ เป็นต้น

5. สอบถามความรู้กลับในสิ่งที่ให้ความรู้ไปแล้ว และทดลองให้ผู้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติ จนสามารถทำได้ถูกต้องก่อนการผ่าตัด และเปิดโอกาสให้ซักถามในสิ่งที่สงสัย

6. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การรักษา

## การประเมินผลทางการพยาบาล

ผู้ป่วยสีหน้าคลายความวิตกกังวล ยอมรับฟังและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล เป็นอย่างดีสามารถตอบคำถามเรื่องการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองหลังผ่าตัดมะเร็งทวารหนัก ได้ถูกต้องครบถ้วน

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 :** มีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่บาดแผล เนื่องจากการฉีกขาดของเนื้อเยื่อจากแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง

## ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบ่นหนาวๆ ร้อนๆ เป็นบางครั้ง

O : มีแผลผ่าตัดบริเวณกึ่งกลางท้องยาวประมาณ 6 cms. ลักษณะเป็นแผลเย็บ มี discharge ซึม อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส

## วัตถุประสงค์การพยาบาล

ปลอดภัยไม่มีการติดเชื้อในร่างกาย

## เกณฑ์การประเมินผล

1. แผลผ่าตัดแห้ง สะอาด ไม่มี discharge ซึม
2. ผิวหนังบริเวณแผลผ่าตัดและรอบๆ ไม่อักเสบ บวม แดง
3. ผลตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการมี WBC 4,000 – 9,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์เซนติเมตร
4. สัญญาณชีพจรปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-80 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วงน้อยกว่า 120/80 มิลลิเมตรปรอท
5. ลักษณะ content จากทวารเทียม มีสีและกลิ่นปกติ

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินลักษณะแผลผ่าตัดและการติดเชื้อมาตรฐานตำแหน่งแผลผ่าตัด เช่น มีไข้ ปวด บวม แดง ร้อน หรือมี discharge คล้ายหนองและ/หรือมีกลิ่นเหม็น
2. ดูแลให้ได้รับยา Ceftriaxone 2 gm IV OD, Metronidazole 500 mg IV q 8 hrs. และประเมินอาการข้างเคียงจากการได้ยา และอาการข้างเคียงของยา
3. ให้ความรู้และแนะนำผู้ป่วยไม่ให้สัมผัสบริเวณแผลผ่าตัดและทวารเทียม
4. ดูแลทำแผลโดยยึดหลัก aseptic technique
5. ดูแลความสะอาดของร่างกาย เสื้อผ้า และสิ่งแวดลอม
6. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง
7. ประเมินอาการผิดปกติที่ท้อง เช่น อาการปวดในช่องท้อง กดเจ็บ และท้องแข็งตึง เป็นต้น
8. ติดตามผลการเพาะเชื้อและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
9. บันทึกปริมาณ สี กลิ่น และลักษณะของสารคัดหลั่งที่ออกมาจากแผล

### การประเมินผลทางการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ แผลผ่าตัดและบริเวณโดยรอบทวารเทียม ไม่มี discharge ซึมบริเวณรอบๆแผลผ่าตัดไม่มีการอักเสบ บวม แดง ไม่มีไข้ ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ผลตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการมี WBC 8,700 เซลล์ต่อลูกบาศก์เซนติเมตร

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 :** วิตกกังวลเนื่องจากภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงจากการมีช่องเปิดรูทวารเทียมทางหน้าท้อง (colostomy)

### ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบ่นว่า ครอบครัวและสังคมจะรังเกียจตนเองไหม

O : ผู้ป่วยสีหน้าวิตกกังวลบ่นนอนไม่หลับ ไม่กล้ามองแผลผ่าตัดและพยายามปกปิดบริเวณช่องเปิดรูทวารเทียมทางหน้าท้อง

### วัตถุประสงค์การพยาบาล

ยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และสามารถปรับตัวให้เข้ากับทวารใหม่ได้อย่างเหมาะสม

### เกณฑ์การประเมินผล

1. สามารถยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยยอมรับ และให้ความร่วมมือในการดูแลช่องเปิดรูทวารเทียมหน้าท้อง (colostomy)
2. ไม่แยกตัว ไม่ซึมเศร้า พุดคุยด้วยสีหน้าสดชื่นแจ่มใส
3. สามารถนอนหลับได้

### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและกล้าระบายความวิตกกังวล เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้พูดถึงความรู้สึกนึกคิดและซักถาม พุดคุยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย สังเกตพฤติกรรมรวมทั้งคำพูด และกิริยาท่าทางแสดงออก

2. ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าเต็มใจให้การดูแล โดยไม่มีคำพูดหรือท่าทางแสดง ความรังเกียจผู้ป่วย

3. ให้ความรู้และอธิบายให้บุคคลในครอบครัวเข้าใจ โดยเฉพาะบุคคลที่มีความสำคัญสำหรับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล

4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยอื่นที่มี colostomy และสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ดีแล้ว เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม

5. สร้างทัศนคติที่ดีแก่ผู้ป่วยต่อการกระทำ colostomy โดยสอน แนะนำ อธิบายพร้อมรูปภาพ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามถึงสภาพร่างกายปกติและสภาพที่เปลี่ยนแปลงไป รวมถึงการปฏิบัติตัว การดูแลแผลและสามารถทำงาน ออกกำลังกาย ใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข

6. สานิตให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจถึงวิธีการดูแล colostomy การทำความสะอาด การเปลี่ยนถุงอุจจาระ พร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำทำความสะอาด colostomy ที่ละขั้นตอน โดยพยาบาลคอยให้ความช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดจนทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และมั่นใจในการดูแล colostomy

7. แนะนำวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน เช่น การควบคุมการขับถ่ายและกลิ่น โดยการเลือกรับประทานอาหารที่ไม่ทำให้เกิดก๊าซ อาหารที่ไม่ทำให้ลำไส้บีบตัวมากเพราะจะทำให้ท้องเสีย เช่น ถั่ว ผักกะหล่ำ บรอกโคลี หน่อไม้ฝรั่ง และธัญพืช เป็นต้น การฝึกการขับถ่ายให้เป็นเวลา การออกกำลังกายที่เหมาะสม การสังเกตอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับ colostomy เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขตามสภาพ

#### **การประเมินผลทางการพยาบาล**

ผู้ป่วยรับฟังคำแนะนำบอกว่าตอนนี้รู้สึกว่าได้อยู่ตัวคนเดียว ยังมีญาติผู้ดูแล และเพื่อนที่เป็นโรคเดียวกันสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และร่วมกันแชร์ความทุกข์และสุขร่วมกัน บอกว่ากลับไปบ้านจะพยายามดูแลตัวเองให้ดีขึ้น

#### **วิจารณ์**

ผู้ป่วยลำไส้อุดตันจากมะเร็งทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดรูทวารเทียมร่วมกับมีภาวะโลหิตจาง ภายหลังจากผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้องนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งปัญหาเหล่านี้บุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักและให้ความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการดูแลแผลออสโตมีและควบคุมการขับถ่าย เป็นผู้ที่มีความสำคัญในการประเมินผู้ป่วยเพื่อนำมาวางแผนและให้การช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถปรับตัว ยอมรับ และมีทัศนคติที่ดีต่อการมีทวารเทียมเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ใกล้เคียงกับภาวะปกติอย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยลำไส้อุดตันจากมะเร็งทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดรูทวารเทียมร่วมกับมีภาวะโลหิตจาง จึงควรผ่านการอบรมพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางทางการดูแลแผลออสโตมีและควบคุมการขับถ่าย (ET Nurse) เพื่อให้มีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ควรพัฒนาคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยที่มีทวารเทียม (Colostomy) เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลใช้เป็นแนวทางในการดูแลทวารเทียมได้อย่างถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

### **ข้อเสนอแนะ**

1. พยาบาลผู้ดูแลและพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ควรได้รับการเสริมทักษะด้านผู้นำกระบวนการกลุ่ม และเทคนิคการสื่อสารในการให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งการประสานทีมสหวิชาชีพ ซึ่งได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำของโรค สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. การสร้างเครือข่ายการดูแลอย่างเป็นระบบ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

## บรรณานุกรม

- จุฬาพร ประสงค์. (2561). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. ใน สุวรรณีย์ สิริเลิศตระกูล และ เนตรสุวีณ์ เจริญจิตสวัสดิ์ (บ.ก.). บทความวิชาการ การศึกษาต่อเนื่อง สาขาการพยาบาลศาสตร์ เล่มที่ 18 การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์.
- จุฬาพร ประสงค์ และกาญจนา รุ่งแสงจันทร์. (2558). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีรูเปิดทางหน้าท้อง: ประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิ่ง.
- ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (2559). มะเร็งลำไส้. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- บุศรา ชัยทัศน์. (2559). การดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผ่าตัดเปิดทวารใหม่: บทบาทพยาบาลเฉพาะทางบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้. วารสารพยาบาล สภากาชาดไทย, 9(1), 19-33.
- ศิริพรรณ ภมรพล. (2559). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริม การลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลัง ผ่าตัด. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย, 9(2), 14-23.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2561). ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2559. กรุงเทพฯ: พรทิพย์การพิมพ์.
- อนุชตรา วรรณเสวก. (2561). โภชนบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง. ใน สุวรรณีย์ สิริเลิศตระกูล และ เนตรสุวีณ์ เจริญจิตสวัสดิ์. บทความวิชาการ การศึกษาต่อเนื่องสาขาการพยาบาลศาสตร์ เล่มที่ 18 การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์.
- สรารุณี สदान. (2560). ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อการฟื้นตัวในผู้ป่วยหลัง ผ่าตัดช่องท้อง. วารสาร มฉกวิชาการ, 20(40), 101-113