

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารที่มีภาวะ Esophageal obstruction
ที่ได้รับการเจาะทำทางเดินให้อาหารทางช่องท้องผ่านกล้องด้วยเทคนิคพิเศษ

(NEGD: Nasal esophagogastroduodenal scope)

ร่วมกับการฉายรังสี

: กรณีศึกษา

โดย

นาย ชินกร นารัตน์

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ตำแหน่งเลขที่ 5008

งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน

ปฏิบัติงานที่งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน

ภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์บุรี กรมการแพทย์

คำนำ

จากการศึกษาข้อมูลทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2567 พบโรคมะเร็งหลอดอาหาร (Esophagus cancer) เป็นอันดับ 6 จากรายงานสถิติโรคมะเร็งรายใหม่ 10 อันดับแรก อาการและการแสดงของโรคมะเร็งหลอดอาหารเมื่อเป็นมากขึ้นจะทำให้เกิดการอุดตันของหลอดอาหารทำให้ผู้ป่วยจะมีปัญหาเรื่องการรับประทานอาหาร จึงจำเป็นที่จะต้องได้รับการแก้ปัญหาเพื่อหาช่องในการได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ และสามารถเข้าสู่ขบวนการของการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ได้ ซึ่งอาจจะต้องใช้เครื่องมือพิเศษร่วมกับความรู้ความสามารถที่เฉพาะเจาะจงขึ้นในการช่วยเหลือ ซึ่งเป็นความรู้ความสามารถเฉพาะทางในกระบวนการใช้กล้องส่องตรวจระบบทางเดินอาหาร เพื่อหลีกเลี่ยงการผ่าตัดใหญ่โดยวิธีการใส่ท่อช่วยหายใจที่ต้องใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนาน หากใช้วิธีทำด้วยกล้องส่องตรวจขนาดเล็กพิเศษจะสามารถใช้ระยะเวลาในการทำเพียง 30 นาที ลดระยะเวลาในการทำงานลงและลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลอีกด้วย ซึ่งในกระบวนการนี้พยาบาลที่มีหน้าที่ในการช่วยเหลือแพทย์จำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถและมีความเชี่ยวชาญพิเศษในการช่วยแพทย์ในการทำหัตถการนี้ การศึกษานี้ได้มีการคิดวิเคราะห์ ทบทวนปัญหาและรวบรวมข้อมูลต่างๆ เพื่อทำการวิเคราะห์ปัญหา รวมทั้งได้นำเอาประสบการณ์ในการทำงานมาร่วมในการวางแผนการทำหัตถการ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการเตรียมวางแผนการพยาบาลที่ดียิ่งขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ นำข้อมูลผู้ป่วยมารวบรวมวิเคราะห์ สังเคราะห์ คิดหาปัญหาทางการรักษาพยาบาลเพื่อวางแผนการดูแลให้ครบกระบวนการ ก่อนการรักษา ขณะทำหัตถการ และหลังการรักษา ให้ผู้ป่วยได้กลับเข้าสู่สังคม ครอบครัว และได้รับการดูแลภายใต้ที่มสุขภาพ สหวิชาชีพ เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าการศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารที่มีภาวะ Esophageal obstruction ที่ได้รับการเจาะทำทางเดินให้อาหารทางช่องท้องผ่านกล้องด้วยเทคนิคพิเศษ (NEGD: Nasal esophagogastroduodenal scope) ร่วมกับการฉายรังสี จะมีประโยชน์ต่อบุคลากรด้านการพยาบาลด้านกล้องส่องตรวจ ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ทางด้านอื่น ๆ ที่สนใจในการนำไปเรียนรู้เพื่อนำมาประกอบในการปฏิบัติหน้าที่ต่อไป

ชินกร นารัตน์

มิถุนายน 2567

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญตาราง	ง
สารบัญภาพ	จ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
เหตุผลในการเลือกกรณีศึกษา	2
วัตถุประสงค์ในการศึกษา	2
ขั้นตอนการดำเนินการ	2
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
บทที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาและภาวะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง	4
กายวิภาคของหลอดอาหาร	4
โรคมะเร็งหลอดอาหาร	6
พยาธิวิทยาของมะเร็งหลอดอาหาร	7
สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง	8
อาการและอาการแสดง	9
การตรวจวินิจฉัยโรค	10
การแบ่งระยะของโรค	12
การรักษาโรคมะเร็งหลอดอาหาร	14
การใส่สายให้อาหารลงสู่กระเพาะอาหาร (Gastrostomy)	21
ภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition)	25
บทที่ 3 การพยาบาลและทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง	29
กรอบแนวคิดและทฤษฎีทางการพยาบาล	29
ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม	29
กรอบแนวคิดของมาร์จอรี่ กอร์ดอน	33
การประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม	34
กระบวนการพยาบาล	36
การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารที่มีภาวะ Esophageal obstruction ที่ได้รับการเจาะทำทางเดินให้อาหารทางช่องท้องผ่านกล้องด้วยเทคนิคพิเศษ (NEGD: Nasal esophagogastroduodenal scope)	37

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 กรณีศึกษา	63
ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	63
ประวัติการเจ็บป่วย	63
การประเมินแบบแผนสุขภาพ	64
การตรวจร่างกายตามระบบ	67
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการวิเคราะห์ผล	68
แผนการรักษาขณะรับไว้ดูแล	69
สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	69
บทที่ 5 สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ	82
สรุปกรณีศึกษา	82
สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	83
วิจารณ์ และข้อเสนอแนะ	84
เอกสารอ้างอิง	86
ภาคผนวก	90
ภาคผนวก ก.	91
ภาคผนวก ข.	92
ภาคผนวก ค.	93
เอกสารประกอบกรณีศึกษา	98

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงระบบการแบ่งระยะของโรคมะเร็งหลอดอาหาร ตามระบบ TMN	12
ตารางที่ 2 แสดงขั้นตอนการใส่สายอาหารทางหน้าท้อง	41
ตารางที่ 3 แผนการพยาบาล (Nursing care plan)	55
ตารางที่ 4 ผลการตรวจทาง Immunology	68
ตารางที่ 5 ผลการตรวจทาง Hematology	69
ตารางที่ 6 ผลการตรวจทาง Biochemistry	69

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 Length of esophageal parts	5
ภาพที่ 2 แสดงขนาดของกลืนชนิดเล็กพิเศษ NEGD	21
ภาพที่ 3 แสดงการส่องกล้อง Esophagoscopy	22
ภาพที่ 4 แสดงการเลือกตำแหน่งที่จะใส่สายให้อาหาร	23
ภาพที่ 5 แสดงการเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์การใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG)	40

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันพบว่ามะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ เนื่องจากมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ใช้ระยะเวลาในการรักษานานกว่าโรคอื่นๆ และเป็นโรคที่เกิดขึ้นกับประชาชนทุกเพศทุกวัย จากรายงานของ Cancer in Thailand ฉบับที่ 10 ปี 2559-2561 พบว่ามะเร็งหลอดอาหารมีอุบัติการณ์การเกิดโรคเป็นลำดับที่ 8 โดยมีอุบัติการณ์การเกิดโรคในเพศชาย 4.1 คนต่อแสนประชากร (Rojanamatn et al., 2021) จากสถิติกระทรวงสาธารณสุข ปี 2563-2565 พบอัตราการตายด้วยมะเร็งหลอดอาหารในเพศชาย 5.4, 5.4 และ 5.2 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข, 2566) และพบมะเร็งหลอดอาหารรายใหม่ในเพศชาย เป็นอันดับ 6 จำนวน 53 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.1 จากรายงานสถิติมะเร็ง 10 อันดับแรก (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2567) และสถิติที่ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ์ธัญบุรี พบมะเร็งหลอดอาหาร จำนวน 141, 80, 107 ราย ในปี 2564, 2565 และ 2566 ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมาพบแพทย์เมื่อมีอาการมากแล้ว โดยพบผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร ระยะ 3 ร้อยละ 30 และ ระยะ 4 ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารทั้งหมด (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2561) การผ่าตัดจึงมีความยุ่งยาก และซับซ้อน การรักษาส่วนใหญ่มักจะทำได้เพียงการรักษาเพื่อประคับประคองอาการ ซึ่งสาเหตุการเกิดโรคส่วนใหญ่เกิดจากดื่มเหล้า สูบบุหรี่พฤติกรรมบริโภคอาหารหรือเครื่องดื่มที่ร้อนจัดเกินไป อาการที่พบได้บ่อย คือ กลืนลำบาก น้ำหนักลดลง อาเจียนเป็นเลือด ไอ สำลักเวลากินอาหาร การตรวจที่นำมาสู่การวินิจฉัยคือการกลืนสารแบเรียม การส่องกล้องหลอดอาหารเพื่อสำรวจพยาธิสภาพ และตัดชิ้นเนื้อมาตรวจ นำไปสู่การรักษา ได้แก่ การผ่าตัด การให้เคมีบำบัด และการฉายรังสี ซึ่งผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการข้างเคียงจากการรักษา และอาการจากการดำเนินของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยอ่อนเพลีย ปวด ทุกข์ทรมาน ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวันทั้งของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ไม่สามารถทำหน้าที่การประกอบอาชีพ โดยเฉพาะในผู้ป่วยมีภาวะหลอดอาหารอุดตัน และมีภาวะทุพโภชนาการ จำเป็นต้องดูแลรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถได้รับสารอาหารให้เพียงพอต่อความต้องการ เพื่อให้สุขภาพแข็งแรง สามารถทนกับอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยวิธีต่างๆ ทั้งการรักษาแบบเดี่ยวหรือการรักษาแบบผสมผสานได้ เพื่อเป้าหมายของการรักษาที่ดีที่สุด การช่วยเหลืออาจจะมีทั้งการใส่สายให้อาหารทางจมูก การเจาะใส่สายให้อาหารทางหน้าท้องด้วยวิธีผ่าตัด การเจาะใส่ให้อาหารทางหน้าท้องด้วยวิธีส่องกล้องตรวจ และในปัจจุบันกล้องส่องตรวจระบบทางเดินอาหารส่วนบนนั้นได้มีพัฒนาการผลิตกล้องส่องตรวจที่มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางที่มีขนาดเล็กลงทำให้สามารถสอดผ่านช่องที่ขนาดเล็กที่เกิดจากการอุดตันจากก้อนมะเร็งหลอดอาหาร หรือสามารถส่องตรวจระบบทางเดินอาหารส่วนต้นโดยใช้กล้องสอดใส่เข้าทางจมูกแทน ในกรณีที่ไม่สามารถใส่กล้องสอดเข้าทางปากจากพยาธิสภาพต่างที่มีข้อจำกัดในการใส่กล้องทางปากได้ ในกรณีผู้รับบริการที่ปัญหาภาวะทางเดินอาหารอุดตันจากมะเร็งจึงสามารถทำการเจาะใส่สายให้อาหารทางหน้าท้องได้ด้วยกล้องขนาดเล็กพิเศษนี้ และช่วยให้ผู้รับบริการไม่เสียโอกาสในการตรวจรักษาและวินิจฉัยในภาวะอื่นที่จำเป็นต้องส่องกล้อง

ดังนั้นบทบาทของพยาบาล จะต้องดูแลผู้ป่วย ให้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม โดยอาศัยกระบวนการพยาบาลความรู้ความสามารถเฉพาะทางของบุคลากรในการดูแลรักษา สำหรับกรณีศึกษาได้นำทฤษฎีการพยาบาลมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เหตุผลในการเลือกกรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารที่มีภาวะ Esophageal obstruction ที่ได้รับการเจาะทำทางเดินให้อาหารทางช่องท้องผ่านกล้องด้วยเทคนิคพิเศษ (NEGD:Nasal esophagoduodenal scope) ร่วมกับการฉายรังสี มีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วย เป็นต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินผู้ป่วยอย่างถูกต้องครอบคลุม เพื่อค้นหาปัญหาหรือประเมินความเสี่ยงต่างๆ รวมทั้งการเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ ให้พร้อมใช้งานอยู่เสมอ ตลอดจนให้การพยาบาลในระหว่างทำและหลังทำหัตถการซึ่งอาจเกิดภาวะวิกฤตถึงชีวิตได้ทุกขณะ สามารถให้การดูแลอย่างถูกต้อง รวดเร็ว มีทักษะความชำนาญในการใช้เครื่องมือและการช่วยแพทย์ทำหัตถการพยาบาล ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ พยาธิสภาพ การดำเนินของโรคมะเร็งหลอดอาหาร รวมถึงมีประสบการณ์ มีทักษะ เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการด้วยเทคนิคพิเศษด้วยกล้องNEGD ผลของโรคต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาและดูแลตนเองอย่างจริงจัง ให้ข้อมูล คำปรึกษา และเสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลตนเองได้ยอมรับการดำเนินของโรค และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1. เพื่อศึกษาพยาธิสภาพ การดำเนินของโรค แนวทางการรักษา และการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารที่มีภาวะ Esophageal obstruction ที่ได้รับการเจาะทำทางเดินให้อาหารทางช่องท้องผ่านกล้องด้วยเทคนิคพิเศษ (Nasal esophagogastroduodenal scope: NEGD) ร่วมกับการฉายรังสี
2. เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารที่มีภาวะ Esophageal obstruction ที่ได้รับการเจาะทำทางเดินให้อาหารทางช่องท้องผ่านกล้องด้วยเทคนิคพิเศษ (Nasal esophagogastroduodenal scope: NEGD) ร่วมกับการฉายรังสี

ระยะเวลาที่ศึกษา

วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2566 - 8 มีนาคม 2566 รวม รวมระยะเวลา 14 วัน

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เลือกกรณีศึกษาจากผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารที่มีภาวะ Esophageal obstruction ที่ได้รับการเจาะทำทางเดินให้อาหารทางช่องท้องผ่านกล้องด้วยเทคนิคพิเศษ NEGD (Nasal esophagogastroduodenal scope) ร่วมกับการฉายรังสี

2. รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย โดยการซักประวัติจากผู้ป่วย ญาติและแฟ้มประวัติในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล
3. ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลจากแฟ้มประวัติและญาติ
4. ศึกษาค้นคว้าข้อมูลการรักษามะเร็งหลอดอาหารที่รักษาด้วยการเจาะทำทางเดินให้อาหารทางช่องท้องผ่านกล้องด้วยเทคนิคพิเศษ NEGD ร่วมกับการฉายรังสี จากตำรา งานวิจัย เว็บไซต์ทางการแพทย์
5. รวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับปัญหาและตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ
6. ปฏิบัติทางการพยาบาลกับผู้ป่วยที่เป็นกรณีศึกษา
7. ประสานงานดูแลร่วมกับทีมการพยาบาล และสาขาวิชาชีพร่วมในการดูแลกรณีศึกษา
8. ประเมินผลการปฏิบัติงานเป็นระยะๆ
9. ปรับปรุงปัญหาและปฏิบัติการทางการพยาบาลให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย
10. สรุปกรณีศึกษา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพ การดำเนินของโรค ตลอดจนแนวทางการรักษาและสามารถวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารที่มีภาวะ Esophageal obstruction ที่ได้รับการเจาะทำทางเดินให้อาหารทางช่องท้องผ่านกล้องด้วยเทคนิคพิเศษ (NEGD: Nasal esophagogastroduodenal scope) ร่วมกับการฉายรังสี

บทที่ 2

ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาและภาวะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ส่วนนี้จะเป็นการนำเสนอเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคมะเร็งหลอดอาหาร ซึ่งผู้ศึกษาได้ศึกษา โดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับ

1. กายวิภาคของหลอดอาหาร
2. โรคมะเร็งหลอดอาหาร
3. การรักษาโรคมะเร็งหลอดอาหาร
4. การใส่สายให้อาหารสู่กระเพาะอาหาร
5. ภาวะทุพโภชนาการ

1. กายวิภาคของหลอดอาหาร

หลอดอาหาร (Esophagus) เป็นอวัยวะที่เป็นท่อกลางขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 1.5-2 เซนติเมตร หลอดอาหารยาวประมาณ 25-28 เซนติเมตร ทั้งนี้จะขึ้นกับความสูงของร่างกาย โดยนับเริ่มจากจุดสิ้นสุดของคอหอย จนถึงจุดรอยต่อระหว่างหลอดอาหารกับกระเพาะ

นิยมแบ่งหลอดอาหารเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนคอ ส่วนอกและส่วนท้อง

1. ส่วนคอ Cervical Esophagus มีความยาวประมาณ 5 เซนติเมตร โดยมีจุดตำแหน่งที่ใช้อ้างอิง ดังนี้

- Surface marking anatomy จะเริ่มต้นที่ Cricoid cartilage และสิ้นสุดที่ Sternal notch

- Radiology จะเริ่มต้นที่ ระดับ Cervical spine ที่ 6 (C6) ถึง Thoracic spine ที่ 1 (T1) และสิ้นสุดที่ T1

- Endoscope จะเริ่มต้นที่ 15 เซนติเมตร และสิ้นสุดที่ 20 เซนติเมตร จาก Upper incisor teeth

2. ส่วนอก Thoracic Esophagus มีความยาวประมาณ 20 เซนติเมตร โดยมีจุดตำแหน่งที่ใช้อ้างอิง ดังนี้

- Surface marking anatomy จะเริ่มต้นที่ Sternal notch

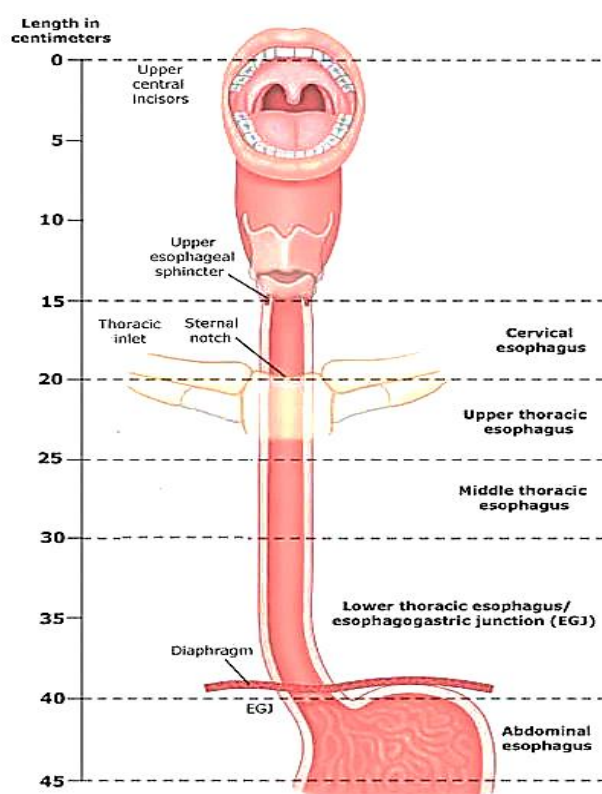
- Radiology จะเริ่มต้นที่ T1 และสิ้นสุดที่ T11

- Endoscope จะเริ่มต้นที่ 20 เซนติเมตร และสิ้นสุดที่ 40 เซนติเมตร จาก Upper incisor teeth

3. ส่วนท้อง Abdominal Esophagus มีความยาวประมาณ 2-3 เซนติเมตร โดยมีจุดตำแหน่งที่ใช้อ้างอิง ดังนี้

- Radiology จะเริ่มต้นที่ T11 และสิ้นสุดที่ T12

- Endoscope จะเริ่มต้นที่ 40 เซนติเมตร และสิ้นสุดที่ 42-43 เซนติเมตร จาก Upper incisor teeth



ภาพที่ 1 Length of esophageal parts

หมายเหตุ. จาก กายวิภาคศาสตร์และศัลยวิทยาของหลอดอาหาร (น. 9), โดย นิชาอุตะห์ ระเด่นอาหมัด, และสมเกียรติ สรรพวงศ์, 2562, สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.

ระบบไหลเวียนเลือดและน้ำเหลืองของหลอดอาหาร

1. หลอดเลือดแดง มีหลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงหลอดอาหารที่สำคัญอยู่ 3 ส่วน คือ

- ส่วนบน หรือส่วนคอ ได้รับเลือดมาจากแขนงของหลอดเลือดแดง Inferior thyroid
- ส่วนกลาง หรือส่วนอก ได้รับเลือดมาจากหลอดเลือดแดง Esophageal branch

ซึ่งเป็นแขนงของ Thoracic aorta

- ส่วนปลายล่างที่ต่อกับกระเพาะอาหารได้รับเลือดมาจากแขนงของหลอดเลือดแดง

Splenic gastric และหลอดเลือดแดง Splenic

2. หลอดเลือดดำ การไหลกลับของหลอดเลือดดำของหลอดอาหารแบ่งได้ตามความยาวของหลอดอาหารเป็น 2 ใน 3 ของหลอดอาหารช่วงบนจะไหลกลับเข้าสู่หัวใจโดยตรงผ่านทาง Inferior thyroid vein, azygos vein และ hemiazygos vein เทลงสู่ Superior vena cava ของหัวใจ ส่วนเลือดดำ 1 ใน 3 ของหลอดอาหารช่วงล่าง จะไหลเข้าสู่ตับก่อนโดยผ่านระบบหลอดเลือดดำ Portal circulation เช่น เทเข้าสู่ left gastric vein, splenic vein และ left inferior phrenic vein

3. หลอดน้ำเหลือง ท่อน้ำเหลืองที่ใหญ่ที่สุด คือ Thoracic duct มีต้นกำเนิดที่เรียกว่า Cisterna chyli ซึ่งอยู่ตรงกับระดับ L1 หรือ L2 โดยจะทอดตัวขึ้นมาในช่องอกซีกขวา แล้วทอดข้ามไป

อยู่ฝั่งซ้ายบริเวณ T6 ถึง T7 ก่อนที่จะอ้อมไปอยู่ด้านหลังต่อ Left internal jugular vein และเข้าสู่ Left brachiocephalic vein

4. เส้นประสาท ระบบเส้นประสาทของหลอดอาหารมาจาก 3 แหล่ง คือ สมอง ซิมพาเทติก (Sympathetic) พาราซิมพาเทติก (Parasympathetic) โดยเส้นประสาทจากระบบสมองจะควบคุมกล้ามเนื้อลายของหลอดอาหารส่วนบนผ่านทางเส้นประสาท Recurrent laryngeal ขณะที่เส้นประสาทระบบซิมพาเทติกจะควบคุมหลอดอาหารผ่านทาง Sympathetic chain และ Sympathetic ganglion ที่ระดับคอและทรวงอก ส่วนเส้นประสาท Parasympathetic จะควบคุมหลอดอาหารผ่านทางเส้นประสาท Vagus

5. กล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อหลอดอาหารประกอบด้วยชั้นนอกเรียงตัวตามความยาว และชั้นในเรียงตัว เป็นวงรอบทำหน้าที่บีบรัดแบบการบีบรัด (peristalsis) กล้ามเนื้อชั้นในจะมีขนาดหนากว่ากล้ามเนื้อชั้นนอก หลอดของหลอดอาหารด้านบนอยู่ระหว่างคอหอย และหลอดอาหารส่วนคอมีกกล้ามเนื้อที่สำคัญ คือ Cricopharyngeus ซึ่งมีลักษณะเป็นรูปตัว C ยึดระหว่าง Cricoid process ทั้ง 2 ข้าง ล้อมรอบบริเวณรอยต่อระหว่างคอหอยกับหลอดอาหารส่วนคอ ทำหน้าที่คลายตัวเมื่อกินอาหาร และหดตัวเพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับ หลอดของหลอดอาหารด้านล่าง อยู่ระหว่างหลอดอาหารส่วนล่าง และกระเพาะอาหาร เกิดจากกล้ามเนื้อหลอดอาหารชั้นในที่เรียงตัวเป็นวงกลม หนาตัวจนเป็นหลอดทำหน้าที่คลายตัว เพื่อให้อาหารลงสู่กระเพาะอาหาร และหดตัวเพื่อป้องกันการอาหารและกรดในกระเพาะอาหารไหลย้อนกลับ กล้ามเนื้อหลอดอาหารส่วนต้น มีลักษณะพิเศษ คือ Muscularis externa เป็นกล้ามเนื้อลายทั้งหมด หลอดอาหารส่วนกลางมีลักษณะพิเศษ คือ Muscularis externa เป็นกล้ามเนื้อลาย และกล้ามเนื้อเรียบปนกัน หลอดอาหารส่วนปลายมีลักษณะพิเศษ คือ Muscularis externa เป็นกล้ามเนื้อเรียบทั้งหมด (นิชาอุดะห์ ระเด่นอาหมัด และสมเกียรติ สรรพวงศ์, 2562)

หน้าที่ของหลอดอาหาร

1. เป็นทางผ่านของอาหารทางช่องปาก และคอหอยไปสู่กระเพาะอาหาร การเคลื่อนของอาหารผ่านหลอดอาหารนี้ เป็นการเคลื่อนโดยการทำงานแบบตั้งใจ จากการกลืน โดยเฉพาะใน หลอดอาหารส่วนต้นที่ประกอบด้วยกล้ามเนื้อลายเป็นส่วนใหญ่ และเป็นการเคลื่อนโดยการทำงานแบบอัตโนมัติที่เรียกว่า Peristalsis ในหลอดอาหารส่วนกลางและส่วนปลายที่มีกล้ามเนื้อเรียบในผนังเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้น การเคลื่อนของอาหารจึงไม่ใช้การเคลื่อนตามความโน้มถ่วงของโลกเพียงอย่างเดียว แต่อาหารสามารถเคลื่อนผ่านหลอดอาหารไปสู่กระเพาะอาหารได้

2. การสร้างสารจำพวกเมือก ซึ่งจะมีลักษณะเป็นของเหลวใสๆ ลื่น ๆ ออกมาจากต่อมสร้างเมือกที่มีอยู่ในผนังของหลอดอาหารทุกส่วน แต่จะมีมากที่สุดที่หลอดอาหารส่วนปลาย ซึ่งเมือกนี้จะเป็นตัวช่วยหล่อลื่นในการเคลื่อนของอาหาร

2. โรคมะเร็งหลอดอาหาร

โรคมะเร็งหลอดอาหาร หมายถึง มะเร็งที่เกิดขึ้นบริเวณหลอดอาหารซึ่งเป็นอวัยวะที่ทำหน้าที่ลำเลียงอาหารและของเหลวตั้งแต่คอลงไปยังกระเพาะอาหาร ส่วนใหญ่เป็น Adenocarcinoma (50-80% ของมะเร็งหลอดอาหาร) และ Squamous cell carcinoma (สมรมาศ กันเงิน และสมเกียรติ สรรพวงศ์, 2562) ซึ่ง Squamous cell carcinoma เกิดขึ้นมาจากเซลล์ที่บุผิวเยื่อเมือกส่วนบนของหลอดอาหาร ส่วน Adenocarcinoma เกิดขึ้นมาจากเซลล์แกลนด์ลาร์ที่อยู่บริเวณรอยต่อระหว่าง

หลอดอาหารกับกระเพาะอาหาร เป็นพยาธิสภาพที่เกิดจากการสูญเสียการควบคุมการเจริญของ เซลล์บุผิวเซลล์แบ่งตัวเร็วขึ้น จนกระทั่งมีศักยภาพในการลุกล้ำออกจากหลอดอาหารไปยังอวัยวะข้างเคียง แทรกตัวสู่ทางเดินน้ำเหลืองหรือหลอดเลือด และเกิดเป็นมะเร็ง แพร่กระจายไปยังอวัยวะที่อยู่เบื้องไกล (สุรศักดิ์ สังขทัต ณ อยุธยา และสมเกียรติ สรรพวงศ์, 2562) ส่วนใหญ่เป็นเนื้องอกในหลอดอาหารมักทำให้มีอาการกลืนลำบาก (Dysphagia) อาการเจ็บ และอาการ อื่นๆ โดยจะต้องได้รับการวินิจฉัยด้วยการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา เนื้องอกที่มีขนาดเล็กและอยู่เฉพาะที่อาจรักษาหายได้ด้วยการผ่าตัด เนื้องอกขนาดใหญ่มักไม่สามารถผ่าตัดได้ซึ่งจะได้รับการรักษาแบบค้ำประคอง ซึ่งสามารถชะลอการโตของเนื้องอกได้ด้วยการใช้เคมีบำบัด รังสีรักษา หรือรักษาพร้อมกัน

พยาธิวิทยาของมะเร็งหลอดอาหาร

มะเร็งหลอดอาหาร เป็นการขยายตัวของเนื้องอกเข้ามาในโพรงหลอดอาหาร และขยายออกภายนอก ซึ่งแบ่งแยกการขยายตัวออกเป็น Exophytic, Endophytic และ Intramural โดยทั่วไปแล้วเนื้องอกไม่สามารถจัดเข้าไว้ในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งได้ การแบ่งลักษณะขึ้นกับว่าเนื้องอกนั้นมีลักษณะค่อนข้างใด ได้มีการแบ่งลักษณะที่พบออกเป็น 3 แบบ (ชฎิล ธารเวช, 2558) ดังนี้

1. Fungating เป็นลักษณะเนื้องอกที่ยื่นมาในหลอดอาหาร อาจมีแผลที่บริเวณเนื้องอก มักมีขอบชัดเจน ลักษณะที่เห็นใน Barium swallow เป็น Single หรือ Multiple filling defect Ulcerating ลักษณะเป็นแผลขอบไม่เรียบ สกปรก มักมีเลือดออกบริเวณนั้นแผล อาจเกิด Fibrous tissue reaction ทำให้มีการตีบแคบของหลอดอาหาร ลักษณะที่เห็นใน Barium swallow เป็นแผลขอบไม่เรียบ มีการตีบของหลอดอาหาร

2. Infiltrative หรือบางที่เรียกว่า Ulcerative type scar หรือ Desmoplastic-stenosing type ลักษณะที่พบมีการกระจายของเซลล์มะเร็งเข้าไปในชั้นของกล้ามเนื้อ ทำให้มี Fibrous tissue เกิดขึ้นอย่างมาก มีการตีบตันของหลอดอาหาร อาจพบแผลตื้นๆร่วมด้วย การแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งกระจายไปค่อนข้างตื้น บางที่อาจเรียก Superficial spreading type

3. มะเร็งหลอดอาหาร แบ่งออกตามลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาได้เป็น 2 ชนิดใหญ่ ๆ ดังนี้ 1. Squamous cell carcinoma และ 2. Adenocarcinoma แม้ว่ามะเร็งทั้งสองชนิดนี้จะมีอาการแสดงที่คล้ายคลึงกัน แต่ในแง่ของระบาดวิทยา พยาธิกำเนิด ปัจจัยเสี่ยง การรักษาและการดำเนินโรคมืดความแตกต่างกันอย่างชัดเจน การจำแนกเกรดของมะเร็งแต่ละชนิดก็มีความสำคัญ เพื่อการพยากรณ์โรค นอกเหนือไปจากระดับความลึกของการลุกลามของมะเร็ง การแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองและอวัยวะอื่นๆ พยาธิสภาพของ Esophageal squamous cell carcinoma (ESCC) เกิดกับหลอดอาหารส่วนต้น ซึ่งบุด้วยเซลล์บุผิวชนิด Stratified squamous และพยาธิสภาพของ Esophageal adenocarcinoma (EAC) เกิดขึ้นบริเวณส่วนปลายหลอดอาหารซึ่งเป็นรอยต่อระหว่างเซลล์บุผิวชนิด Squamous ของหลอดอาหารกับเซลล์บุผิวชนิด Columnar ของกระเพาะอาหาร การเปลี่ยนแปลงในระดับเนื้อเยื่อซึ่งเชื่อมโยงระหว่างสภาพเยื่อหลอดอาหารปกติและสภาพมะเร็ง คือ Barrett's esophagus (intestinal metaplasia) ซึ่งเซลล์บุผิวชนิด Squamous บริเวณปลายหลอดอาหารถูกแทนที่ด้วยเซลล์บุผิวชนิด Columnar ซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่อเนื่องไปยัง Low grade dysplasia, high grade dysplasia กระทั่งเป็นมะเร็ง Barrett's esophagus จึงเป็นรอยโรคในระยะ ก่อนเกิดมะเร็ง (Premalignant lesion) และกลายเป็นมะเร็งในที่สุด (สมรมาศ กันเงิน และสมเกียรติ สรรพวงศ์, 2562)

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุของมะเร็งหลอดอาหารได้อย่างชัดเจน แต่พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งหลอดอาหาร (ชลศณีย์ คล้ายทอง, 2562) ได้แก่

1. การสูบบุหรี่ ความเสี่ยงจะเพิ่มมากขึ้นตามปริมาณและระยะเวลาที่สูบบุหรี่ โดยเฉพาะมะเร็งหลอดอาหารชนิด Squamous cell carcinoma บุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ หลายการศึกษาบ่งชี้ว่า ปริมาณและระยะเวลาในการสูบบุหรี่มีผลกับการเกิดมะเร็งหลอดอาหารชนิด Esophageal squamous cell carcinoma (ESCC) อย่างชัดเจน โดยโอกาสเป็นจะเพิ่มขึ้น 4.2 เท่า สำหรับคนที่ยังคงสูบบุหรี่ ขณะที่เพิ่มขึ้น 3.4 เท่า ในคนที่เคยสูบบุหรี่และหยุดไปแล้ว เมื่อเทียบกับคนที่ไม่เคยสูบบุหรี่ และพบว่าช่วงระยะเวลาที่สูบบุหรี่มีผลมากกว่าปริมาณบุหรี่ที่สูบสำหรับผลของบุหรี่ต่อ Esophageal Adenocarcinoma (EAC) แม้จะไม่มากเท่า ESCC แต่ยังคงพบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยง โดยเฉพาะกรณีที่สูบปริมาณมาก หรือสูบเป็นเวลานาน โดยมีโอกาสเพิ่มขึ้น 1.5 ถึง 4 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ไม่สูบบุหรี่ (สมเกียรติ สรรพวงศ์, 2562)

2. การดื่มแอลกอฮอล์ เป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งหลอดอาหาร โดยเฉพาะมะเร็งหลอดอาหารชนิด Squamous cell carcinoma

3. เพศชาย เพราะพบโรคนี้นี้ได้ในผู้ชายมากกว่าผู้หญิงประมาณ 3-4 เท่า

4. ผู้สูงอายุ เพราะมักพบโรคนี้นี้ในช่วงอายุประมาณ 45-70 ปี

5. เชื้อชาติ เพราะพบอุบัติการณ์ของโรคนี้นี้ได้สูงขึ้นในชาวอิหร่าน โซเวียต จีน และชาวผิวดำ แอฟริกัน แต่พบได้น้อยในชาวอเมริกา

6. ภาวะน้ำหนักตัวเกินหรืออ้วน ดัชนีมวลกายที่สูงขึ้นจะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อมะเร็ง EAC มีรายงาน meta-analysis แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคนที่น้ำหนักเกิน (ดัชนีมวลกาย 25-30 kg/m²) และคนโรคอ้วน (ดัชนีมวลกายมากกว่า 30 kg/m²) กับ EAC โดยเพิ่มความเสี่ยงที่ 2 เท่า และ 3 เท่า ตามลำดับ (สมเกียรติ สรรพวงศ์, 2562)

7. รับประทานผักและผลไม้ไม่บ่อย

8. การขาดสารอาหารบางชนิดอย่างต่อเนื่องจากการบริโภคอาหารไม่ครบ 5 หมู่

9. การบริโภคอาหารบางชนิดอย่างต่อเนื่อง เช่น อาหารที่มีสารไนโตรโซ (Nitroso compound) หรือไนโตรซามีน (Nitrosamine) ซึ่งมีอยู่ในอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่ใส่สารนี้ เป็นสารกันบูด อาหารประเภทยาง เช่น ปลาหมึกย่าง ปลาทะเลย่าง อาหารหมักดองหรืออาหารที่มีเชื้อรา

10. ภาวะที่หลอดอาหารโดนกรดในกระเพาะกัดซ้ำ ๆ เป็นเวลานาน เช่น โรคกรดไหลย้อน (GERD) ที่ทำให้เยื่อบุภายในหลอดอาหารเกิดการบาดเจ็บเสียหายต่อเนื่องเรื้อรัง, กลุ่มอาการโซลลิงเจอร์-เอลลิสัน (Zollinger-Ellison syndrome) ที่ทำให้กระเพาะอาหารหลั่งกรดไฮโดรคลอริกออกมามากเกินไป ภาวะการอักเสบเรื้อรังของหลอดอาหาร (Barrett's esophagus) ซึ่งสาเหตุเหล่านี้จะทำให้เกิดโรคมะเร็งหลอดอาหารชนิด Adenocarcinoma ได้

11. ความผิดปกติบางอย่างที่ทำให้อาหารไม่ผ่านลงกระเพาะโดยง่าย แต่กลับไปสะสมอยู่ในหลอดอาหารเป็นเวลานาน เช่น โรคอะคาเลเซีย (Achalasia), กลุ่มอาการพลัมเมอร์วินสัน (Plummer-Vinson syndrome) ไส้เลื่อนกะบังลม (Hiatal hernia) รวมทั้งภาวะที่มีการตีบแคบของหลอดอาหารจากสาเหตุต่าง ๆ

12. การเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อบุของหลอดอาหารจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น การกลืน น้ำกรดหรือด่าง การกลืนน้ำยาล้างห้องน้ำ ซึ่งอาจทำให้เยื่อภายในหลอดอาหารเกิดความเสียหาย ต่อเนื่องเรื้อรังและกลายเป็นมะเร็งหลอดอาหารได้

13. การรับประทานอาหารหรือดื่มเครื่องดื่มร้อนจัด ๆ เป็นประจำ มีหลายการศึกษาที่ รายงานว่าการดื่มเครื่องดื่มร้อนเป็นประจำ มีความเสี่ยงที่จะเกิด โรคมะเร็ง ESCC มากขึ้น มีรายงาน พบว่าการดื่มชาร้อนประจำจะมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคมะเร็งหลอดอาหารมากขึ้น โดยเฉพาะหากมีการ สูบบุหรี่หรือดื่มเหล้าร่วมด้วย สำหรับกลไกที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งหลอดอาหาร เชื่อว่าน้ำที่มีอุณหภูมิสูง กว่า 65 องศาเซลเซียส เป็นตัวส่งเสริมให้เกิดมะเร็ง (สมเกียรติ สรรพวงศ์, 2562)

14. การติดเชื้อแบคทีเรียบางชนิดของหลอดอาหาร

15. ความผิดปกติทางพันธุกรรมของแต่ละคน ซึ่งไม่ใช่ชนิดที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์

16. เคยได้รับการฉายรังสีรักษาบริเวณทรวงอกตั้งแต่วัยเด็ก

17. เคยเป็นมะเร็งปอด มะเร็งในช่องปาก มะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารมักไม่แสดงอาการในระยะแรกๆ ส่วนมากจะทราบว่าเป็นมะเร็ง หลอดอาหารเมื่อเริ่มป่วยหนักขึ้น เช่น มีอาการเจ็บคอ กลืนลำบาก จนถึงขั้นไม่สามารถกลืนน้ำลายได้ ต้องบ้วนทิ้ง ทำให้รับประทานอาหารไม่ได้ น้ำหนักลด อาเจียนหรือไอเป็นเลือด เสียงแหบ ผู้ป่วยอาจ คลำก้อนได้ที่คอหรือไหปลาร้าถ้ามีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง และบางรายอาจมาด้วยอาการของ โรคมะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ เช่น ปอด ตับ กระดูก ทำให้มีอาการไอ เหนื่อย ปวดท้อง ปวด หลัง เป็นต้น ซึ่งอาการที่พบบ่อย (ชลศณีย์ คล้ายทอง, 2562) ได้แก่

1. กลืนอาหารติด ลำบากหรือเจ็บ เกิดจากก้อนมะเร็งใหญ่ขึ้น ทำให้หลอดอาหารแคบลงจน ทำให้ผู้ป่วยกลืนอาหารลำบากจนถึงขั้นกลืนน้ำลายไม่ได้ (สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์, 2565)

2. ซีด ผอมลง น้ำหนักลด จากการรับประทานอาหารได้น้อย จากปัญหาการกลืนอาหาร และอาจทำให้รู้สึกเบื่ออาหาร (สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2565)

3. มีน้ำมูกเหนียวหรือมีน้ำลายมาก เพราะเป็นกระบวนการที่ร่างกายผลิตน้ำลายออกมาใน ปริมาณมาก เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการลำเลียงอาหาร (ชลศณีย์ คล้ายทอง, 2562)

4. เจ็บหน้าอก รู้สึกอึดอัด ไม่สบาย รู้สึกได้ถึงแรงกด หรือแสบร้อนบริเวณหน้าอก

5. เสมหะเป็นเลือด หรืออาเจียนเป็นเลือด

6. เสียงแหบ จากโรคคูกลามเข้าเส้นประสาทกล่องเสียง

7. กินแล้วสำลัก ไอเรื้อรัง เมื่อเกิดรูทะลุระหว่างหลอดอาหาร กับหลอดลม หรือปอดบวม

8. อาการปวดหลัง หรือปวดบริเวณอก

9. มีก้อนที่คอ โดยเฉพาะแองไหปลาร้าซ้าย จากมะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลือง

การอุดตันของหลอดอาหาร (Esophageal obstruction) หมายถึง การอุดตันของ หลอดอาหารซึ่งเป็นท่อยาวที่เชื่อมระหว่างปากกับกระเพาะอาหาร โดยส่วนใหญ่แล้วสาเหตุเกิดจาก (Kisttle, 2024)

1. การลุกลามของอาการบาดเจ็บที่หลอดอาหาร การบาดเจ็บที่อาจเกิดการอุดตันอาจเป็นผลมาจากความเสียหายต่อหลอดอาหารที่เกิดจากกรดไหลย้อนจากกระเพาะอาหารซ้ำๆ
2. การเจริญเติบโตของเนื้องอก เนื้องอกเป็นสาเหตุร้ายแรงของการตีบตัน รวมถึงเนื้องอกที่เป็นมะเร็งและเนื้องอกที่ไม่ใช่มะเร็งในหลอดอาหาร
3. อาหารและสิ่งแปลกปลอม
การอุดตันอาจเกิดขึ้นเมื่อมีบางสิ่งกีดขวางหรือบีบอัดจากด้านนอกของหลอดอาหาร การบีบอัดอาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น การขยายเอเทรียมด้านซ้ายของหัวใจ หลอดเลือดโป่งพอง หลอดเลือดที่เกิดขึ้นผิดปกติ (Dysphagia lusoria) ต่อมไทรอยด์ผิดปกติ กระดูกงอกออกมาจากกระดูกสันหลัง มะเร็ง (ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งปอด) ในบางครั้ง สาเหตุอาจเกิดจากกรรมพันธุ์ (เช่นวงแหวนของหลอดอาหารส่วนล่างหรือใยอาหารในหลอดอาหาร) ความผิดปกติเหล่านี้มักทำให้เกิดการอุดตันเพียงบางส่วนเท่านั้น เนื่องจากสภาวะทั้งหมดนี้ทำให้เส้นผ่านศูนย์กลางของหลอดอาหารลดลง ผู้ที่เป็นโรคนี้อาจมีปัญหานในการกลืนอาหารแข็ง โดยเฉพาะเนื้อสัตว์และขนมปัง ความยากในการกลืนของเหลวจะเกิดขึ้นในภายหลัง

การตรวจวินิจฉัยโรค

1. การซักประวัติและการตรวจร่างกาย เช่น ผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารมักมีอาการกลืนลำบาก นอกจากนี้ยังมีอาการกลืนเจ็บ เจ็บแน่นกลางหน้าอก น้ำหนักลด อาเจียน ไอ สำลัก หรือมีอาการกรดไหลย้อนร่วมด้วย ผู้ป่วยที่มีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด มักพบในผู้ป่วยที่เป็นมากแล้ว การตรวจร่างกายอาจไม่พบความผิดปกติ ยกเว้นที่ผู้ป่วยเป็นโรคในระยะลุกลาม ซึ่งอาจคลำพบต่อมน้ำเหลืองที่ไหปลาร้าหรือที่คอโต หรืออาจพบอาการที่เกิดจากการลุกลามของโรคไปยังอวัยวะอื่น ๆ เช่น เสียงแหบ ซึ่งมักเกิดจากการลุกลามเส้นประสาท recurrent laryngeal ปวดหลัง เมื่อโรคแพร่กระจายเข้าสู่กระดูกสันหลัง เป็นต้น
2. การเอกซเรย์ทรวงอก (Chest x-ray) เป็นการตรวจทางรังสีวิทยาอย่างหนึ่ง โดยการถ่ายภาพทรวงอกด้วยรังสีเอกซ์ ซึ่งจะช่วยให้หาตำแหน่งของการอุดตันได้ และยังช่วยประเมินถึงสมรรถภาพการทำงานของปอดและหัวใจ
3. การส่องกล้องเพื่อดูภายในหลอดอาหาร (Esophagoscopy) เป็นการตรวจโดยใช้กล้องที่มีลักษณะเป็นท่อขนาดเล็ก มีความยืดหยุ่น โค้งงอได้ มีกล้องและดวงไฟขนาดเล็กมากติดอยู่ที่ปลายท่อ เส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 0.9 เซนติเมตร ความยาวประมาณ 100-120 เซนติเมตร ใส่ผ่านทางปาก เพื่อตรวจดูพยาธิสภาพตั้งแต่ช่องปาก โคนลิ้น หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น เพื่อดูความผิดปกติ หากตรวจพบรอยโรคหรือสิ่งผิดปกติที่น่าสงสัย แพทย์จะทำการเก็บตัวอย่างชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาต่อไป
4. การส่องกล้องหลอดลม (Bronchoscopy) มะเร็งหลอดอาหารตำแหน่งส่วนทรวงอกช่วงบนและช่วงกลาง มีโอกาสที่จะลุกลามเข้าสู่หลอดลมซึ่งวางอยู่ด้านหน้าหลอดอาหารในกรณีที่มีอาการหรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ หรือการตรวจ Endoscopic ultrasound สงสัยว่าจะมีการลุกลามมาที่หลอดลมก็มีข้อบ่งชี้ที่จะทำการส่องกล้องหลอดลม เพื่อดูรอยโรคและตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ ในกรณีที่มะเร็งหลอดอาหารลุกลามเข้ามาอุดตันหลอดลมก็สามารถทำการรักษาผ่านกล้องส่องหลอดลมได้ เช่น การใส่ท่อค้ำยันหลอดลม (tracheal stent) เพื่อแก้ไขภาวะอุดตันดังกล่าว

5. การตรวจเอกซเรย์กลืนแป้งแบเรียม Barium swallowing หรือ double contrast esophagography เป็นวิธีการตรวจทางรังสีที่ดีที่สุดของมะเร็งหลอดอาหารระยะเริ่มแรก ถึงแม้จะมีความไวที่สูง แต่ความจำเพาะจะต่ำกว่าการตรวจทางรังสีอื่นๆ เมื่อตรวจพบความผิดปกติจาก barium swallow จึงควรทำการส่องกล้องตรวจหลอดอาหารร่วมกับการตัดชิ้นเนื้อเพื่อยืนยันอีกครั้ง Barium swallowing ยังมีประโยชน์ในการดูความยาวและตำแหน่งของมะเร็งหลอดอาหาร ในกรณีที่มีการอุดตันจนไม่สามารถผ่านกล้องส่องลงไปได้

6. การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computed tomography; CT) เป็นวิธีที่นิยมใช้มากที่สุดในการประเมินระยะโรคก่อนการผ่าตัด การตรวจสอบครอบคลุมช่องอกและท้องส่วนบน เนื่องจากมีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองที่ท้องส่วนบนได้สูงโดยเฉพาะมะเร็งหลอดอาหารส่วนปลาย CT สามารถใช้ดูการลุกลามของตัวก้อนมะเร็งการกระจายไปต่อมน้ำเหลืองและการแพร่กระจายไปอวัยวะอื่นๆได้ ทั้งนี้อาจต้องกลืนแป้งสารทึบรังสีหรือฉีดสารทึบรังสีร่วมด้วยเพื่อช่วยในการวินิจฉัยได้ดียิ่งขึ้น

7. การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic resonance Imaging; MRI) เป็นเทคนิคการตรวจที่สามารถแยกเนื้อเยื่ออวัยวะต่าง ๆ ได้ชัดเจน และสามารถใช้ parameter ในการตรวจได้หลากหลาย แต่การนำมาใช้ในผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารยังมีข้อจำกัด เช่น ใช้นาน ในการตรวจ มีสิ่งแปลกปนที่เกิดจากการเคลื่อนไหว (Motion artifact) ที่เกิดจากอวัยวะใกล้เคียง เช่น การเต้นของหัวใจ การหายใจ นอกจากนี้ ยังมีข้อจำกัดในการเปิดพื้นที่การตรวจที่ไม่กว้างพอ

8. การตรวจ Positron emission tomography (PET) เป็นการตรวจที่ได้รับความนิยมมากขึ้นเนื่องจากสามารถบอก Functional activity ได้ ทำให้เป็นข้อได้เปรียบเหนือ CT และ Endoscopic ultrasound (EUS) โดยทั่วไปนิยมใช้ไอโซโทป Fluoro -2-deoxy-D-glucose (FDG) โดยอาศัยหลักการที่เซลล์มะเร็งจะดูดซึ่มกลูโคสมากกว่าเซลล์ปกติ สาร FDG ซึ่งมีโครงสร้างคล้ายกลูโคสจะถูกดูดซึ่มและค้างอยู่ในเซลล์นานพอที่จะสามารถตรวจพบได้

9. การตรวจ Endoscopic ultrasound (EUS) สามารถแสดงรายละเอียดการลุกลามก่อนมะเร็งในแต่ละชั้นเนื้อเยื่อของหลอดอาหารได้ดีที่สุด โดยแยกชั้น ของผนังหลอดอาหารออกเป็น 5 ชั้น ช่วยในการแยกระยะ T1 และ T2 ได้ดี มีความไวในการบอกระยะของก้อนมะเร็งร้อยละ 81 ถึง 90 และมีความจำเพาะร้อยละ 99 โดยมีความแม่นยำอยู่ที่ร้อยละ 85 ถึง 90 (ศิริพร ลีลาเกียรติไพบูลย์ และ สมเกียรติ สรรพวีรวงศ์, 2562)

การแพร่กระจายของมะเร็งหลอดอาหาร แบ่งเป็น 4 แบบ ดังนี้

1. Intraesophageal spread Microscopic spread มะเร็งหลอดอาหารกระจายไปไกลกว่าขอบเขตที่เห็นก้อนเนื้ออกค่อนข้างมาก กระจายเข้าไปใน Submucosa lymphatic ทำให้เกิด Tumor emboli กระจายในหลอดอาหาร เกิดตำแหน่งมะเร็งที่จุดอื่นๆ เรียกว่า Skip lesion หรือ Double carcinoma การพยากรณ์โรคของผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ค่อยดี ผู้ป่วยส่วนใหญ่เสียชีวิตภายใน 1 ปี

2. Extraesophageal spread เนื่องจากหลอดอาหารอยู่ใกล้อวัยวะสำคัญทั้งบริเวณคอและทรวงอก การกระจายของมะเร็งไปนอกหลอดอาหารจึงมีความสำคัญมากในการผ่าตัดรักษา และการพยากรณ์โรค ที่พบบ่อย คือ การลุกลามเข้าไปในทางเดินหายใจ Trachea และ Bronchi ประมาณร้อยละ 6 – 12 ของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารพบว่ามี Esophago-airway fistula หรืออาจมีการ

กระจายไป Recurrent laryngeal nerve, Thyroid, Carotid sheath, Aorta, Pericardium และ Pre vertebral fascia การพยากรณ์โรคของผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ดี ส่วนใหญ่มักไม่สามารถตัดก้อนเนื้อออกได้

3. Lymphatic spread การกระจายตามต่อมน้ำเหลืองของมะเร็งหลอดอาหารเป็นไปตามแนวยาว มากกว่ากระจายออกด้านข้าง ทำให้การรักษาไม่ได้ผล

4. Hematologic spread การกระจายของมะเร็งหลอดอาหารไปตามกระแสเลือดพบได้ไม่บ่อยนัก และมักพบในระยะท้ายของโรค ที่พบได้จะมีการกระจายไปที่ปอด ตับ กระดูกซี่โครง และกระดูกสันหลัง

การแบ่งระยะของโรค

การแบ่งระยะของโรค (Stage) เป็นการบอกว่ามะเร็งได้แพร่กระจายไปไกลระดับไหน ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดปัจจัยหนึ่งในการกำหนดแนวทางการรักษารวมถึงทำนายการดำเนินโรค โอกาสหายจากโรค และโอกาสรอดชีวิต การแบ่งระยะของโรคอาศัยลักษณะต่างๆ ที่ได้จากการตรวจร่างกาย การถ่ายภาพทางรังสีวินิจฉัย และการตรวจอื่นๆ (Rice et al., 2017)

การแบ่งระยะของมะเร็งหลอดอาหาร แบ่งเป็นระบบ TNM ดังนี้

T คือ อธิบายว่าก้อนมะเร็งได้ลุกลามไปยังเนื้อเยื่อหรืออวัยวะข้างเคียงหรือไม่

N คือ อธิบายว่ามีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณข้างเคียงหรือไม่

M คือ อธิบายว่ามีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นๆ ที่อยู่ไกลออกไปหรือไม่

ตารางที่ 1 แสดงระบบการแบ่งระยะของโรคมะเร็งหลอดอาหาร ตามระบบ TNM

Category	Criteria
T category	
TX	Tumor cannot be assessed
T0	No evidence of primary tumor
Tis	High-grade dysplasia, defined as malignant cells confined by the basement membrane
T1	Tumor invades the lamina propria, muscularis mucosae, or submucosa
T1a*	Tumor invades the lamina propria or muscularis mucosae
T1b*	Tumor invades the submucosa
T2	Tumor invades the muscularis propria
T3	Tumor invades adventitia
T4	Tumor invades adjacent structures

Category	Criteria
T4a*	Tumor invades the pleura, pericardium, azygos vein, diaphragm, or peritoneum
T4b*	Tumor invades other adjacent structures, such as aorta, vertebral body, or trachea
N category	
NX	Regional lymph nodes cannot be assessed
N0	No regional lymph node metastasis
N1	Metastasis in 1–2 regional lymph nodes
N2	Metastasis in 3–6 regional lymph nodes
N3	Metastasis in 7 or more regional lymph nodes
M category	
M0	No distant metastasis
M1	Distant metastasis
Adenocarcinoma G Category	
GX	Differentiation cannot be assessed
G1	Well differentiated. >95% of tumor is composed of well-formed glands
G2	Moderately differentiated. 50% to 95% of tumor shows gland formation
G3 [†]	Poorly differentiated. Tumors composed of nest and sheets of cells with <50% of tumor demonstrating glandular formation
Squamous cell carcinoma G category	
GX	Differentiation cannot be assessed
G1	Well-differentiated. Prominent keratinization with pearl formation and a minor component of nonkeratinizing basal-like cells. Tumor cells are arranged in sheets, and mitotic counts are low

Category	Criteria
G2	Moderately differentiated. Variable histologic features, ranging from parakeratotic to poorly keratinizing lesions. Generally, pearl formation is absent
G3 [‡]	Poorly differentiated. Consists predominantly of basal-like cells forming large and small nests with frequent central necrosis. The nests consist of sheets or pavement-like arrangements of tumor cells, and occasionally are punctuated by small numbers of parakeratotic or keratinizing cells
Squamous cell carcinoma L category***	
LX	Location unknown
Upper	Cervical esophagus to lower border of azygos vein
Middle	Lower border of azygos vein to lower border of inferior pulmonary vein
Lower	Lower border of inferior pulmonary vein to stomach, including esophagogastric junction

หมายเหตุ. จาก “8th edition AJCC/UICC staging of cancers of the esophagus and esophagogastric junction: application to clinical practice,” โดย Rice TW, Patil DT, & Blackstone EH. 2017. *Ann Cardiothorac Sur*, 6(2), 119-130.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5387145>.

โดยระบบ TNM นี้ยังขึ้นอยู่กับมาตรที่ใช้วัด กล่าวคือ TNM ที่ได้จากการสืบค้นก่อนการผ่าตัด เรียกว่า Clinical staging (c) เช่น จาก CT scan พบก้อนมะเร็งลุกลามออกจากผนังหลอดอาหาร เรียกว่า cT4 N0 M0 ถ้า TNM ที่ได้ในขณะผ่าตัด เรียกว่า Surgical staging (s) เช่น sT1 N1 M0 คือ ขณะผ่าตัดพบมีต่อมน้ำเหลืองที่มีลักษณะของมะเร็งกระจายมา หรือ TNM ที่ได้จากผลการตรวจทางพยาธิ เรียกว่า Pathological staging (p) เช่น pT2 N1 M0 เป็นต้น ดังนั้นก่อนการรักษาจะใช้ Clinical staging (ซึ่งบางครั้งก็ไม่สอดคล้องกับ Pathological staging) เป็นเครื่องมือในการแนะแนวทางการรักษา ดังนั้นการที่ได้ Clinical staging ที่ถูกต้องจะทำให้สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยได้เป็นอย่างดีที่สุด การจะได้ Clinical staging ที่ถูกต้อง ขึ้นอยู่กับความถูกต้อง และแม่นยำของเครื่องมือในการตรวจ

3. การรักษาโรคมะเร็งหลอดอาหาร

การรักษาที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับชนิด พยาธิสภาพ ตำแหน่งของก้อนมะเร็ง ระยะการแพร่กระจายของโรค และสภาพผู้ป่วย การรักษาโรคมะเร็งหลอดอาหารเป็นการรักษาร่วมแบบสหสาขา วิชาชีพ

ประกอบด้วย การผ่าตัด การรักษาด้วยรังสี การให้ยาเคมีบำบัด และการรักษาแบบประคับประคองตามอาการ เพื่อเพิ่มผลการรักษาโรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยพิจารณาในผู้ป่วยแต่ละราย โดยทั่วไปพิจารณาจากการแบ่งระยะของมะเร็งหลอดอาหารเป็น 3 ระยะ คือ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2563)

1. Superficial carcinoma หรือ Early cancer เป็นระยะที่มะเร็งหลอดอาหารยังไม่เกินชั้น Submucosa แบ่งเป็น Tis, T1a และ T1b ปัจจุบันพบมะเร็งหลอดอาหารระยะนี้มากขึ้น เพราะความก้าวหน้าทางการส่องกล้องและการคัดกรองมะเร็ง การรักษามะเร็งหลอดอาหารที่ประเมิน clinical staging เป็น Tis หรือ T1a จะพิจารณารักษาโดย Endoscopic treatment T1b หรือการผ่าตัด

2. Loco-regional carcinoma คือ มะเร็งหลอดอาหารในระยะ 2 T2, N positive, M0 การพยากรณ์โรคไม่ดี ปัจจุบันการผ่าตัด esophagectomy เพียงอย่างเดียว เหมาะสำหรับผู้ป่วย T2N0 เท่านั้น สำหรับมะเร็งหลอดอาหารระยะลุกลามเฉพาะที่ (locally advanced esophageal cancer) หมายถึงมะเร็งหลอดอาหารระยะ > T2 และ/หรือ N positive ใช้การรักษาแบบผสมผสาน

3. Metastatic squamous cell carcinoma คือ มะเร็งหลอดอาหารที่มีการกระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น การรักษาผู้ป่วยในระยะนี้ คือ การรักษาแบบประคับประคองและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย เช่น การใส่ esophageal stent เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารทางปาก และการฉายรังสีเพื่อลดอาการปวด เป็นต้น

การรักษามะเร็งหลอดอาหารตามระยะของโรค

ระยะที่ 0 (ระยะก่อนลุกลาม) แพทย์จะให้การรักษาโดยการส่องกล้องผ่าตัดเย็บผิวหนังที่มีความผิดปกติออกไป

ระยะที่ 1 แพทย์จะให้การรักษาโดยการผ่าตัดหลอดอาหารส่วนที่เป็นมะเร็งออก และอาจพิจารณาให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสีรักษาก่อนการผ่าตัด

ระยะที่ 2 ในกรณีที่สามารถผ่าตัดได้ การรักษาหลักจะเป็นการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสีรักษาก่อนการผ่าตัด

ระยะที่ 3 ในกรณีที่สามารถผ่าตัดได้ การรักษาหลักจะเป็นการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสีรักษาก่อนการผ่าตัด

ระยะที่ 4 ยังไม่มีการรักษาใดที่สามารถรักษามะเร็งหลอดอาหารระยะสุดท้ายให้หายขาดได้ ดังนั้นการรักษาหลักจึงเป็นการรักษาแบบประคับประคอง คือ

- การขยายหลอดอาหารส่วนที่ตีบตันจากมะเร็งโดยการใส่ท่อหรือวัสดุถ่างขยายหลอดอาหารที่ตีบอยู่คาไว้ หรือการใส่สายให้อาหาร ซึ่งอาจใส่ผ่านทางรูจมูกหรือเจาะผ่านหน้าท้อง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับโภชนาการที่เพียงพอ

- การส่องกล้องเข้าไปในหลอดอาหาร แล้วใช้เลเซอร์ทำลายตรงก้อนมะเร็ง แต่มะเร็งยังสามารถเจริญเติบโตขึ้นมาได้ใหม่ จึงทำให้ต้องรักษาซ้ำทุก 1-2 เดือน

- การให้ยาเคมีบำบัด เพื่อทำให้อาการของผู้ป่วยทุเลาลง

- การฉายรังสีรักษา เพื่อช่วยลดอาการปวดหรืออาการกลืนลำบากของผู้ป่วย

1. การผ่าตัด

มีหลายวิธี ขึ้นอยู่กับปัจจัย เช่น ตำแหน่งของมะเร็ง หลอดอาหาร ระยะโรค สภาพความแข็งแรงของผู้ป่วย รวมถึงความถนัดของศัลยแพทย์ การผ่าตัดมะเร็งหลอดอาหาร แบ่งเป็น 3 วิธีคือ

1. วิธีผ่าตัดมะเร็งหลอดอาหารผ่านช่องอก (Transsthoracic esophagectomy)

1.1 McKeown technique (Three-stage esophagectomy) เป็นวิธีการผ่าตัดเอาหลอดอาหารออก

1.2 Vor-Lewis technique (Two-stage esophagectomy) เป็นวิธีการผ่าตัดเอาหลอดอาหารออกผ่านทางช่องทรวงอกและช่องท้องส่วนบน

2. วิธีผ่าตัดมะเร็งหลอดอาหารไม่ผ่านช่องอก (Transhiatal esophagectomy) หรือ Blunt technique เป็นวิธีการผ่าตัดเอาหลอดอาหารออกวิธีมาตรฐานเช่นเดียวกับวิธีข้างต้น แตกต่างกันคือการผ่าตัดวิธีนี้จะไม่ผ่านช่องทรวงอกจะมีแผลเฉพาะหน้าท้องส่วนบนและคอด้านซ้าย

3. วิธีผ่าตัดส่องกล้อง (Minimally invasive esophagectomy) เป็นวิธีการผ่าตัดมะเร็งหลอดอาหารโดยผ่าตัดผ่านกล้องส่องในช่องอกและ/หรือในช่องท้อง แทนการผ่าตัดเดิมแบบเปิดแผลใหญ่ ซึ่งประกอบด้วยวิธีการดังต่อไปนี้ (สมเกียรติ สรรพวงศ์, 2562)

3.1 การผ่าตัดส่องกล้องผ่านช่องอก (Thoracoscopic approach) เพื่อเลาะหลอดอาหารในช่องอก ข้อห้ามในการผ่าตัดวิธีนี้ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีพังผืดมากในช่องปอดหรือ ก้อนมะเร็งที่มีขนาดใหญ่ โดยเฉพาะกรณีที่อยู่ชิดต่อทางเดินหายใจ หรือหลอดเลือดขนาดใหญ่การผ่าตัดส่องกล้องผ่านช่องอกนี้มี 2 วิธีที่นิยมใช้กัน คือ การผ่าตัดส่องกล้องผ่านช่องอกทำอนตะแคง และการผ่าตัดส่องกล้องผ่านช่องอกทำนอนคว่ำ

3.2 การผ่าตัดส่องกล้องผ่านช่องท้อง (Laparoscopic approach) เลาะกระเพาะอาหารเพื่อใช้ดึงขึ้นมาต่อในช่องอก (Ivor-Lewis technique) หรือที่คอ (McKeown technique) หรืออาจเลาะหลอดอาหารในช่องอกด้วย (laparoscopic transhiatal technique) เพื่อดึงหลอดอาหารและกระเพาะอาหารมาตัดต่อผ่านแผลเปิดที่คอ

ปัญหาแทรกซ้อนที่สำคัญหลังการผ่าตัดเอาหลอดอาหารออก

การผ่าตัดหลอดอาหารผู้ป่วยประมาณร้อยละ 50 พบปัญหาแทรกซ้อน ได้แก่

1. ปัญหาแทรกซ้อนทางปอด ได้แก่ ปอดแฟบ (Atelectasis) ปอดติดเชื้อ (Pneumonia)

2. รอยต่อรั่ว มักพบระหว่างวันที่ 5-10 หลังผ่าตัด ถ้ารอยต่ออยู่ที่คอ การรักษาค่อนข้างง่ายแต่ถ้ารอยต่ออยู่ในช่องทรวงอก การรักษาจะยุ่งยากกว่า และอัตราการตายสูงกว่า หลักการรักษา คือ ระบายหนองออก อาจจะต้องใช้การผ่าตัดในบางกรณี งดน้ำงดอาหารทางปาก ร่วมกับการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ และให้ยาปฏิชีวนะ

3. ปัญหาแทรกซ้อนทางหัวใจ เช่น หัวใจขาดเลือด หัวใจเต้นผิดจังหวะ เป็นต้น

4. การขาดเลือดของอวัยวะทดแทน มักเกิดกับลำไส้ใหญ่บ่อยกว่ากระเพาะอาหาร ผู้ป่วยมักจะมีอาการ Sepsis ใน 2-3 วันแรกหลังผ่าตัด

5. Chylothorax เป็นการบาดเจ็บต่อ Thoracic duct ระหว่างการผ่าตัด ผู้ป่วยมักมี Pleural effusion จำนวนมาก ถ้าส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการจะพบมีเม็ดเลือดขาวชนิด Lymphocyte โปรตีน และ Triglyceride สูง

6. Recurrent laryngeal nerve injury ผู้ป่วยจะมีอาการเสียงแหบ และสำคัญหลังผ่าตัดพบสายเสียงไม่มีการเคลื่อนไหวด้านที่เส้นประสาทได้รับการบาดเจ็บ

2. การรักษารังสีรักษา (Radiation therapy)

รังสีรักษา คือ การรักษาโรคมะเร็ง และรอยโรคที่ไม่ใช่โรคมะเร็งด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าหรืออนุภาคซึ่งเป็นรังสี โดยอาศัยคุณลักษณะของรังสีแต่ละชนิดในการทำลายเซลล์ หรือหยุดการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งโดยตรง โดยรังสีเหล่านี้จะมีอำนาจทะลุทะลวงผ่านเข้าไปในเนื้อเยื่อ ทำให้เนื้อเยื่อถูกทำลายได้ (สาขาวิชารังสีและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2566) ดังนี้

1. หยุดยั้งการแบ่งตัวของเซลล์
2. ตัดทอนลำเลียงอาหารมายังเซลล์และอวัยวะนั้น
3. เกิดการแตกสลายของเซลล์
4. ก้อนเนื้อยุบแห้ง เกิดภาวะซ่อมแซมพื้นตัวของเซลล์โดยรอบ

จุดมุ่งหมายของการใช้รังสีรักษา

การใช้รังสีรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งจะมีเป้าหมาย 2 ประการ

1. การรักษาเพื่อให้หายขาด (Radical or Curative Treatment) มักจะจำกัดเฉพาะโรคมะเร็งในระยะเริ่มแรก โดยปริมาณรังสีจะต้องพอเหมาะและมากพอที่จะทำลายเซลล์มะเร็งได้หมด และมีผลกระทบต่อเซลล์ปกติที่น้อยที่สุด การรักษาในระยะเริ่มแรกอาจจะได้ผลดีเท่ากับการรักษาด้วยการผ่าตัด

2. การรักษาเพื่อประคับประคองชั่วคราว คือ เพื่อบรรเทาอาการ (Palliative Treatment) มักจะรักษาผู้ป่วยมะเร็งในระยะท้ายของโรค การรักษาจะใช้เวลาสั้นๆ เทคนิคการให้รังสีก็เป็นแบบง่ายๆ ปริมาณรังสีที่ใช้ไม่มาก การรักษามุ่งหวังเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายขึ้น มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

2.1 ลดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน จากการที่เซลล์มะเร็งลุกลามไปที่อวัยวะต่างๆ ทำลายเซลล์ก่อนที่โตขึ้นจะไปเบียดเซลล์ปกติ ทำให้เกิดความเจ็บปวด การฉายรังสีให้ก้อนยุบจะช่วยลดความเจ็บปวดได้

2.2 บรรเทาอาการเลือดไหล มะเร็งที่แตกเป็นแผลและอักเสบ ทำให้ผนังหลอดเลือดเปราะบางและมีเลือดออกง่าย เลือดจะซึมออกจากหลอดเลือดฝอยที่กระจายอยู่ทั่วไป การฉายรังสีบริเวณนี้อาจจะทำให้หลอดเลือดฝอยตีบและเลือดแข็งตัวเลือดจะหยุดไหลได้

2.3 ลดความทุกข์ทรมานจากการกดของก้อนมะเร็ง เช่น ก้อนมะเร็งโตกดเบียดหลอดลมทำให้หลอดลมตีบแคบ หายใจลำบาก หรือกดเบียดบริเวณหลอดอาหารทำให้กลืนอาหารไม่ได้ การฉายรังสีจะทำให้ก้อนมะเร็งยุบตัวลงบรรเทาอาการทุกข์ทรมานได้

2.4 ชะลอการเจริญเติบโตของเนื้องอก รังสีจะทำให้การเจริญเติบโตของเนื้องอกช้าลงหรือหยุดการเจริญเติบโตได้ชั่วคราว

2.5 การรักษาด้านจิตใจ สุขภาพจิตของผู้ป่วยจะดีขึ้น เมื่อสภาพร่างกายดีขึ้นผู้ป่วยจึงมีความรู้สึกที่ไม่ถูกทอดทิ้ง ยังมีความหวัง และมีกำลังใจที่จะต่อสู้ชีวิตต่อไป

ในกรณีศึกษาผู้ป่วยได้รับการฉายรังสีด้วยเพื่อประคับประคอง คือ เพื่อบรรเทาอาการ ระยะของโรค T₃N₃ M₀ Stage IVa ขณะรับการฉายรังสีผู้ป่วยมีอาการจุกแน่นบริเวณคอและหน้าอกลดลง ยังมีอาการไอ และเสมหะมาก แต่ยังไม่สามารถกลืนน้ำและอาหารได้

ผลข้างเคียงที่เกิดจากรังสีรักษา แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

1. ผลข้างเคียงระยะเฉียบพลัน (Acute effect) ตั้งแต่เริ่มรักษาจนถึง 8 สัปดาห์หลังการฉายรังสี ซึ่งเกิดขึ้นกับบริเวณที่ฉายรังสี มีดังนี้คือ

1. กลุ่มอาการแพ้งรังสีโดยทั่วไป (Radiation Syndrome) กลุ่มอาการเหล่านี้ ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย ไอ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อาการจะเกิดขึ้นในระหว่างที่รักษาด้วยรังสีและจะค่อยๆ บรรเทาหลังหยุดการรักษา ความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขอบเขตที่ฉายรังสี ขนาดของรังสีที่ใช้ ระยะเวลาในการรักษาและความต้านทานของบุคคล

2. การติดเชื้อ อาจเกิดขึ้นได้จากการฉายรังสีบริเวณทรวงอกในผู้ป่วยที่มีเหงื่อออกมากๆ แล้วเกิดการแตกเป็นแผลของผิวหนังทำให้เกิดการอักเสบติดเชื้อ

3. ผลต่อไขกระดูก กดการทำงานของไขกระดูกจากรังสี ทำให้ผู้ป่วยซีดและมีจำนวนเม็ดเลือดขาวต่ำ ระหว่างได้รับการรักษาด้วยรังสี จะต้องได้รับการเจาะตรวจเลือดสัปดาห์ละครั้ง

4. ผลต่อระบบทางเดินอาหาร การฉายรังสีไปโดนส่วนของหลอดอาหาร ทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อหลอดอาหาร

5. ผลต่อผิวหนัง เป็นผลของรังสีต่อการเปลี่ยนแปลงบริเวณผิวหนังที่รังสีฉายผ่าน ซึ่งอาการดังกล่าวจะมีลักษณะ ดังนี้

5.1 ปฏิกริยาของผิวหนังจากการรักษาด้วยการฉายรังสีมี 4 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 Erythema ได้รับรังสีตั้งแต่ 250 cGy ระยะเวลาของปฏิกริยานี้ จะนาน 2-3 วัน ผิวหนังของผู้ป่วยจะเริ่มแสดงลักษณะแดงๆ เนื่องจากหลอดเลือดฝอยชั้นใต้ผิวหนังขยายตัว สาเหตุมีการปล่อยสารคล้าย Histamine จากเซลล์ที่ถูกทำลายจากรากขนและต่อมไขมัน เมื่อได้รับรังสีไปเรื่อยๆ จะมีผลต่อเรื่องของ Pigmentation ทำให้มีการลอกตัวของหนังกำพร้ามักจะเกิดหลังจากได้รับรังสีไม่เกิน 3,000 cGy

ระยะที่ 2 Dry desquamation ได้รับรังสี 3,000 - 4,500 cGy ขึ้นไป ผิวหนังของผู้ป่วยจะเริ่มแสดงอาการผิวหนังบวม แดงและร้อนเหมือนถูกแดดเผา ผู้ป่วยบ่นแสบร้อนและเจ็บเมื่อถูกสัมผัสเนื่องจากเนื้อเยื่อเกี่ยวพันของชั้น Intima layer ของผนังหลอดเลือดฝอยอักเสบและหนาตัวขึ้น ทำให้ผนังหลอดเลือดบวมขึ้น จนอุดตัน

ระยะที่ 3 Moist desquamation ได้รับรังสีมากกว่า 6,000 cGy ขึ้นไป ผิวหนังของผู้ป่วยจะเริ่มแสดงลักษณะเป็นแผลเปิดเหมือนโดนน้ำร้อนลวก และมีน้ำเหลืองซึมตลอดเวลา เซลล์ผิวหนังชั้นล่างสุดจะแตกออกมีน้ำใสๆ และหนังแท้ถูกทำลาย หากมีการติดเชื้อทำให้ผิวหนังที่ไม่ติดอยู่แล้วหลุดออกบริเวณกว้างกลายเป็นแผลเรื้อรัง รักษายากจะปวดและทุกข์ทรมานมากและทำให้สูญเสียภาพลักษณ์

ระยะที่ 4 Necrosis ได้รับรังสีมากเกินไปจะมีพยาธิสภาพเรียกว่า Endarteritis Obliterans เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณ Dermis อุดตันขาดออกซิเจนและตายไป หลังจากรักษาด้วยรังสีครบแล้ว ผลข้างเคียงอันเกิดจากรังสีที่บริเวณผิวหนังอาจจะยังมีผลได้อีกในหลายลักษณะ เช่น ลักษณะสีผิวเปลี่ยนไป

2. ผลแทรกซ้อนจากการฉายรังสีที่เกิดภายหลัง (Late or delayed effect) เกิดขึ้นหลังการฉายรังสี 6 เดือน ซึ่งเกิดความเสียหายต่อเนื้อเยื่อปกติ ซึ่งอาจทำให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือดฝอย ได้แก่

1. ไชสันหลังระดับต้นคอเสื่อม มีโอกาสเป็นอัมพาต
2. มีพังผืดที่ปอด อาจมีปอดอักเสบ (Pneumonitis)

3. ผลต่อกระดูก กระดูกส่วนที่ได้รับรังสีจะมีความแข็งแรงน้อยเปราะและหักง่าย แนะนำให้ผู้ป่วยระมัดระวังไม่ให้เกิดการหกล้ม เพราะจะมีการแตกหักได้ง่ายกว่าปกติ

4. ผลต่อต่อมน้ำลาย จะมีการฝ่อของต่อมน้ำลายทำให้ผลิตน้ำลายได้น้อยลงหรือไม่ผลิต

5. ผลต่อกล้ามเนื้อเกิดการหดตัวของกล้ามเนื้อแข็งตัวหดเล็กลง

3.การรักษาด้วยเคมีบำบัด (Chemotherapy)

เป็นการใช้ยาเพื่อฆ่าเซลล์มะเร็ง มักใช้หลังการผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีโอกาสกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำสูง และยังเป็นมาตรฐานในการใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารในระยะลุกลาม และยังมีนิยมนำมาใช้ในการฉายรังสีรักษาก่อนเข้ารับการผ่าตัดเพื่อเสริมประสิทธิภาพของการรักษาให้ดีขึ้น โดยอาจให้ยาทางปากหรือฉีดเข้าเส้นเลือด โดยขบวนการที่สำคัญ คือ ยับยั้งการสร้างโปรตีน และหยุดยั้งการแบ่งตัวของเซลล์ ยามีคุณสมบัติดังนี้

1. ยาเคมีบำบัดหรือยารักษามะเร็ง จะทำลายเซลล์มะเร็งที่เรียกว่า First order kinetics และสามารถกำจัดออกเองโดยระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย

2. ยาเคมีจะทำลายทั้งเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติ โดยเฉพาะเซลล์ที่มีการแบ่งตัวเร็ว เช่น เซลล์ไขกระดูก เซลล์ของเยื่อบุทางเดินอาหาร ผม เป็นต้น แต่เซลล์ปกติคืนกลับสู่สุขภาพปกติได้เร็วกว่า

วัตถุประสงค์ของการใช้ยาเคมีบำบัด (Objective of chemotherapy)

1. เพื่อรักษาให้หายขาด (Cure) เป็นการรักษาเพื่อให้หายจากโรคมะเร็ง และไม่กลับมาเป็นซ้ำในโรคมะเร็งบางชนิดที่มีโอกาสหายขาด เช่น มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง มะเร็งเต้านม เป็นต้น

2. เพื่อควบคุมโรค (Control) สำหรับมะเร็งบางชนิดที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป้าหมายในการรักษาก็จะเป็นการควบคุมโรคให้ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กลงหรือไม่โตขึ้น และไม่แพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ยาวนานขึ้น และลดความเจ็บปวด

3. เพื่อบรรเทาอาการ (Palliative) สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย เพื่อบรรเทาอาการจากโรคมะเร็งเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

หลักการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกันในการรักษามะเร็ง (Combination Chemotherapy)

การนำยาเคมีบำบัดหลายชนิดมาใช้ร่วมกัน จะให้ประสิทธิภาพได้มากกว่าใช้เพียงชนิดใดชนิดหนึ่ง การพิจารณาการใช้ร่วมกันโดยคำนึงองค์ประกอบ ได้แก่ มีประสิทธิภาพดีเมื่อใช้ร่วมกันมากกว่าการใช้เพียงชนิดเดียว มีกลไกการออกฤทธิ์ต่างกัน ยาสามารถออกฤทธิ์ร่วมกันได้ พิษของยาไม่เกิดในอวัยวะเดียวกัน พิษของยาเกิดขึ้นในระยะเวลากัน

ให้ยาเคมีบำบัดนำก่อนการรักษาวิธีอื่นๆ (Neo adjuvant chemotherapy) ใช้รักษามะเร็งที่เป็นก้อนเนื้อเฉพาะที่ โดยเฉพาะเมื่อก้อนเนื้อขนาดใหญ่ ซึ่งการรักษาด้วยการผ่าตัดอย่างเดียวมักได้ผลไม่ดี ดังนั้นจึงให้ยาเคมีบำบัดนำไปก่อนเพื่อให้ก้อนมะเร็งยุบเล็กลง ทำให้ผ่าตัดได้ง่ายขึ้น และยิ่งเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังเนื้อเยื่อ/อวัยวะอื่นๆ ด้วย

ให้ยาเคมีบำบัดตามหลังการรักษาวิธีอื่นๆ (Adjuvant chemotherapy) เป็นการให้ยาตามหลังการผ่าตัด และ/หรือรังสีรักษา เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของโรคมะเร็ง ดังนั้นในปัจจุบัน โรคมะเร็งหลายชนิดในระยะที่โรคลุกลาม จึงมักให้การรักษาร่วมกันทั้ง 3 วิธี เช่น โรคมะเร็งเต้านม และโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนลำไส้ตรง เป็นต้น

ให้ยาเคมีบำบัดร่วม หรือพร้อมกันในขณะให้การรักษาด้วยรังสีรักษา (Concomitant Chemotherapy หรือ Concurrent Chemotherapy หรือ Simultaneous Chemotherapy)

เพื่อเพิ่มการตอบสนองของเซลล์มะเร็งต่อทั้งรังสีรักษาและยาเคมีบำบัด ทั้งนี้มักใช้รักษาโรคมะเร็งชนิดที่เซลล์มะเร็งตอบสนองต่อรังสี และยาเคมีบำบัดในระดับปานกลางและระยะโรคอยู่ในระยะลุกลาม เช่น ระยะลุกลามของโรคมะเร็งช่องปาก โรคมะเร็งหลังโพรงจมูก และโรคมะเร็งหลอดอาหาร

สูตรของเคมีบำบัดที่ใช้รักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งหลอดอาหาร

1. Cisplatin/ 5-fluorouracil
2. Carboplatin /5-fluorouracil
3. Paclitaxel/ Carboplatin

ผลข้างเคียงของการให้ยาเคมีบำบัด

ยาเคมีบำบัดจะมีผลต่อเซลล์ที่แบ่งตัวเร็ว นั่นทำให้ยาเคมีบำบัดมีผลต่อเซลล์มะเร็ง และเซลล์อื่นในร่างกาย เช่น เซลล์ในไขกระดูก เซลล์เยื่อในปากหรือลำไส้ เซลล์รากผม นอกจากนี้ผลข้างเคียงยังขึ้นกับชนิด ปริมาณ และระยะเวลาของยาเคมีบำบัด อาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เช่น อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร มีแผลในปาก นอกจากนี้ยังมีการกดไขกระดูก ทำให้เกิดการติดเชื้อง่าย ผอมลง คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร มีแผลในปาก เสี่ยงต่อการติดเชื้อจากเม็ดเลือดขาวลดต่ำ โอกาสเกิดเลือดออกง่าย จากเกร็ดเลือดลดต่ำ อ่อนเพลียได้จากปริมาณเม็ดเลือดแดงต่ำ

ผลข้างเคียงเหล่านี้เกิดในระยะเวลาสั้นๆ และมักหายไปหลังจากการรักษา และปัจจุบันมียาหลายตัวช่วยลดผลข้างเคียงเหล่านี้ได้ เช่น ยาลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ยาบางชนิดมีผลข้างเคียงที่ควรเฝ้าระวัง เช่น Cisplatin ทำให้ไตทำงานบกพร่อง ภาวะการได้ยินน้อยลง หรือมีอาการที่มือเท้า เจ็บชา รู้สึกแสบไหม้ อ่อนแรง หรือมีความรู้สึกไวต่ออากาศหนาวร้อน จากการทำลายของเส้นประสาท ส่วนปลาย แพทย์พิจารณาปรับลดปริมาณ หยุด หรือเลื่อนการให้ยา เพื่อป้องกันผลข้างเคียงที่มากขึ้น

การรักษาด้วยยามุ่งเป้า (Targeted Therapy)

ปัจจุบันยามุ่งเป้า (Targeted Therapy) ที่ได้รับอนุมัติให้ใช้ในโรคมะเร็งที่อยู่บริเวณรอยต่อระหว่างหลอดอาหารและกระเพาะอาหารระยะแพร่กระจายมีอยู่ 2 กลุ่มหลัก ได้แก่

1. Anti-HER2 ยาในกลุ่มนี้มีหลายชนิด แต่มีเพียง Trastuzumab เท่านั้นที่ได้รับอนุมัติให้ใช้ร่วมกับ Cisplatin และ 5-FU หรือ Capecitabine ในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารและมะเร็งหลอดอาหารส่วนปลายชนิด Adenocarcinoma ระยะแพร่กระจายที่มี HER2 positive

2. Anti-VEGF - Ramucirumab เป็น anti-vascular endothelial growth factor (VEGF) ซึ่งเป็น monoclonal antibody ไปจับกับ VEGF receptor สามารถเพิ่มอัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่บริเวณระหว่างหลอดอาหารและกระเพาะอาหารที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาใดๆ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2563)

4. การรักษาแบบประคับประคอง

มักใช้ในกรณีที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ แพทย์พิจารณาให้การรักษาแบบประคับประคองเพื่อช่วยบรรเทาอาการกลืนลำบาก ทำให้ผู้ป่วยจะสามารถกลืนอาหารและน้ำได้ หรือเป็นผู้ป่วยในระยะลุกลามที่ไม่สามารถกลืนอาหารทางปากได้เอง ด้วยวิธีดังต่อไปนี้ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2563)

1. การใส่สายยางเข้าไปในกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็ก เพื่อให้อาหารเหลวแก่ผู้ป่วย

2. การขยายหลอดอาหารที่ตีบ ต้องทำหลายครั้งเพราะก้อนมะเร็งจะเติบโตขึ้นเรื่อย ๆ
3. การสร้างทางเดินอาหารสู่กระเพาะอาหารใหม่ (Bypass)
4. การใช้แสงเลเซอร์ทำลายก้อนมะเร็ง เพื่อเอาก้อนมะเร็งออกหรือทำให้ก้อนมีขนาดเล็กลงเพื่อช่วยลดอาการตีบตันของหลอดอาหาร
5. การใส่ท่อหรือวัสดุถ่างขยายหลอดอาหารที่ตีบคาไว้ (Esophageal stent) เพื่อให้อาหารผ่านลงไปได้

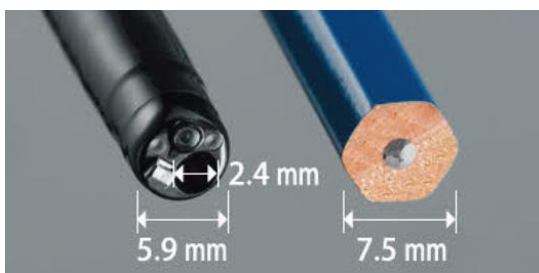
ดังนั้น การรักษาด้วยการผ่าตัดยังคงเป็นการรักษาหลักในผู้ป่วยโรคมะเร็งหลอดอาหารระยะผ่าตัดได้ การให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาเสริมหลังผ่าตัด เป็นสิ่งจำเป็นในผู้ป่วยที่ผ่าตัดได้ขอบเขตไม่เพียงพอ หรือมีการลุกลามต่อมน้ำเหลือง ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่ผ่าตัดไม่ได้สามารถรักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาเป็นการรักษาหลัก ซึ่งหากผลการตอบสนองต่อยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาไม่ดี ต้องตามด้วยการผ่าตัดซึ่งมีประโยชน์ในการช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิต และการควบคุมโรคเฉพาะที่ แต่ในรายที่ก้อนมะเร็งตอบสนองดีต่อยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา อาจให้การผ่าตัดตามเพื่อเพิ่มอัตราการควบคุมโรคเฉพาะที่

4. การใส่สายให้อาหารลงสู่กระเพาะอาหาร (Gastrostomy)

การใส่สายให้อาหารลงสู่กระเพาะอาหาร (Gastrostomy) คือการใส่สายสวนกระเพาะอาหาร (gastrostomy tube) เข้าไปในกระเพาะอาหารและปลายสายอยู่ที่ผนังหน้าท้องเพื่อเป็นทางไว้สำหรับให้อาหารแก่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานอาหารเองทางปากหรือรับประทานได้บ้างแต่ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยที่มีความจำเป็นต้องให้อาหารด้วยสายเป็นเวลานาน 2 เดือนขึ้นไป (สุพร ตรีพงษ์ และคณะ, 2553) การใส่สายอาหารทางหน้าท้องผ่านกล้องส่องตรวจระบบทางเดินอาหาร โดยใช้กล้องปกติอาจจะทำไม่ได้ในกรณีที่มีภาวะความผิดปกติของหลอดอาหารที่มีการอุดตัน ทั้งจากภาวะจากมะเร็งหลอดอาหารหรือพยาธิสภาพอื่นๆ ซึ่งจะต้องใช้กล้องขนาดเล็กพิเศษ NEGD : Nasal Esophago Gastro Duodenal scope

คุณสมบัติของกล้องชนิดเล็กพิเศษ NEGD : Nasal Esophago Gastro Duodenal scope

1. มีเส้นผ่าศูนย์กลางกล้อง 5.9 มิลลิเมตร (ขนาดปกติ 10 มิลลิเมตร)
2. กล้อง NEGD สามารถสอดใส่เข้าทางจมูกหรือทางปากเพื่อการส่องตรวจหาพยาธิสภาพความผิดปกติของหลอดอาหาร กระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก
3. กล้อง NEGD สามารถสอดผ่านหลอดอาหารที่มีภาวะอุดตัน จากสาเหตุของการกดยึดจากก้อนมะเร็ง หรือสาเหตุอื่นๆ ที่กล้อง EGD ปกติ ไม่สามารถสอดผ่านได้



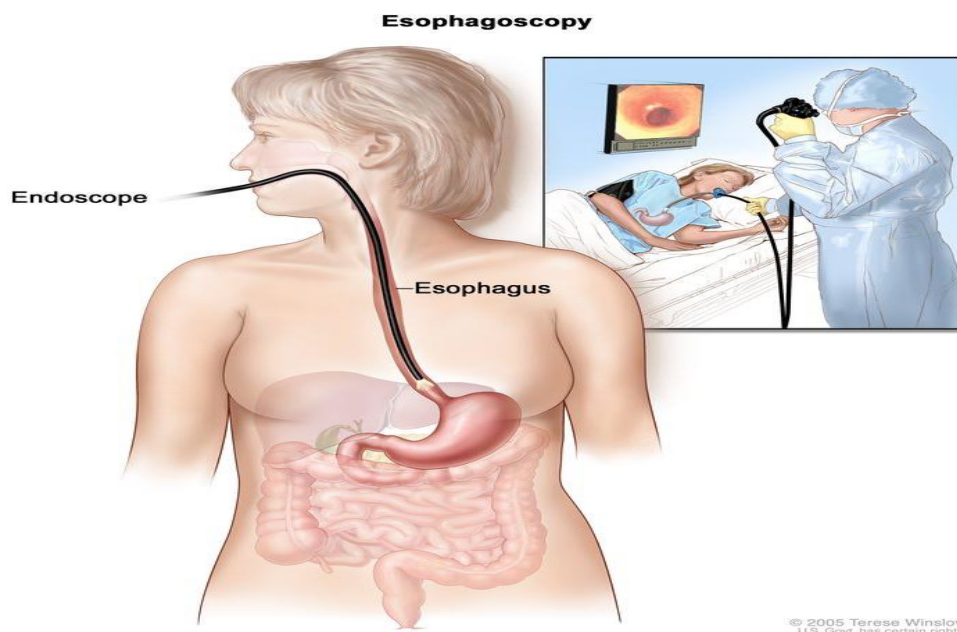
ภาพที่ 2 แสดงขนาดของกล้องชนิดเล็กพิเศษ NEGD

หมายเหตุ. จาก Gastroscope, by Fuji Flim Thailand Ltd, 2024.

<https://www.fujifilm.com/th/th/healthcare/endoscopy/endoscopy-scopes/gastroscopes>

การส่องกล้องตรวจหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น (EGD)

เป็นการรักษาโดยใช้กล้องที่มีลักษณะเป็นท่อขนาดเล็กปรับโค้งงอได้มีเส้นผ่าศูนย์กลางขนาด 5.8 มิลลิเมตรในกล้องชนิดเล็กพิเศษ (NEGD) และ 10 มิลลิเมตรในกล้องขนาดปกติ (EGD) ตรงปลายกล้องจะมีเลนส์ขยายปลายอีกข้างหนึ่งต่อเข้ากับเครื่องกำเนิดแสงและส่งภาพมายังจอรับภาพส่องเข้าไปในปากผ่านหลอดอาหารลงไปในกระเพาะอาหาร และลำไส้ส่วนต้น



ภาพที่ 3 แสดงการส่องกล้อง Esophagoscopy

หมายเหตุ. จาก Esophageal Cancer Screening (PDQ®)–Patient Version, by National Cancer Institute, 2024. <https://www.cancer.gov/types/esophageal/patient/esophageal-screening-pdq>

ข้อบ่งชี้ในการส่องกล้องตรวจหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้ส่วนต้น

1. กลืนอาหารลำบาก
2. อาเจียนเป็นเลือด
3. ปวดท้อง จุกแน่นที่ลิ้นปี่

การส่องกล้องทางเดินอาหารมีความสำคัญ ดังนี้

1. เพื่อการวินิจฉัยโรคหลอดอาหาร
2. เพื่อการรักษา (โดยการใส่เครื่องมืออุปกรณ์หรือยาผ่านทางกล้องส่องตรวจ)

การเตรียมตัวก่อนการส่องกล้องตรวจหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้ส่วนต้น

1. ต้องงดน้ำ งดอาหาร 6-8 ชั่วโมง ก่อนเข้ารับการตรวจในกรณีที่มีความผิดปกติของระบบทางเดินอาหารเช่นมีภาวะหลอดอาหารอุดตัน หรือสงสัย อาจจะต้องงดน้ำและอาหารนานเกิน 12 ชั่วโมงเพื่อป้องกันภาวะสำลักอาหารเข้าหลอดลม (aspiration) จากเศษอาหารที่ตกค้าง
2. ถอดฟันปลอมก่อนทำหัตถการ
3. ถ้ามีการแพ้ยาหรือความผิดปกติจากการให้ยาให้แจ้งแพทย์และพยาบาล

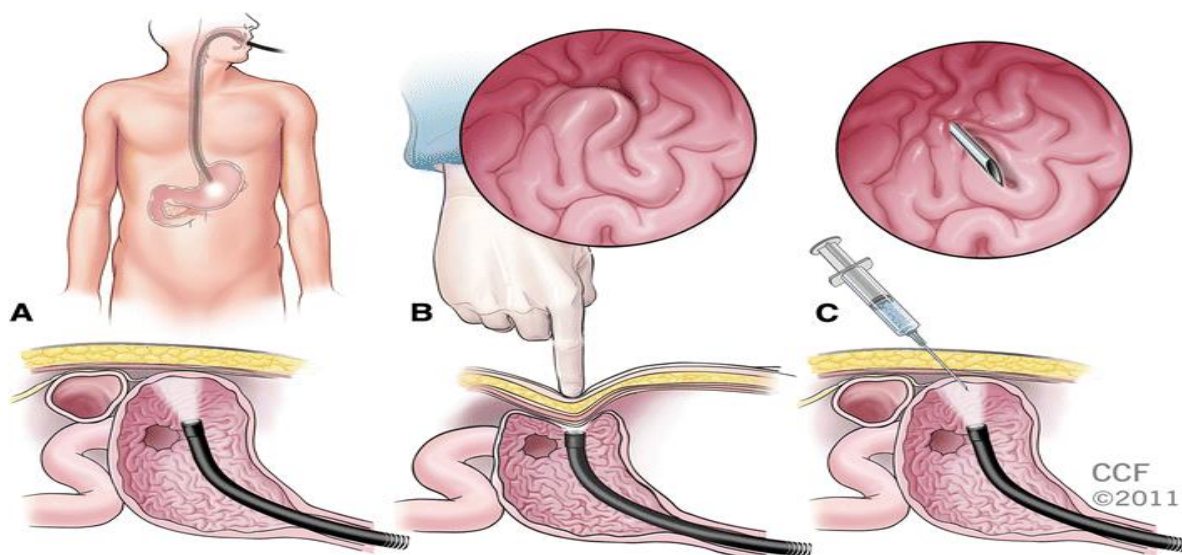
ขั้นตอนเข้ารับการรักษา

1. เจ้าหน้าที่พ่นสเปรย์ยาชาเฉพาะที่ในปากของผู้ป่วยโดยผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง
2. จัดท่าทางของผู้ป่วยให้นอนตะแคงซ้าย
3. นำอุปกรณ์กันกั๊กกล้องส่องตรวจให้ผู้ผู้ป่วยกั๊กเบาๆ
4. แพทย์จะใส่กล้องส่องตรวจเข้าทางปาก โดยให้ผู้ผู้ป่วยช่วยกลืนซึ่งจะทำให้การใส่กล้องง่ายขึ้น
5. ขณะตรวจอาจมีน้ำลายไหลออกมา พยาบาลจะทำการดูดน้ำลายให้เป็นระยะๆ ห้ามกลืนน้ำลายขณะที่กล้องอยู่ในลำคอเด็ดขาด เพราะจะทำให้สำลัก
6. หายใจช้าๆ สูดลมหายใจเข้า-ออกลึกๆ ยาวๆ ทางจมูก ไม่เกร็ง

วิธีการใส่สายสวนกระเพาะอาหาร

1. การใส่สายเข้าสู่กระเพาะอาหารโดยการผ่าตัดทางหน้าท้อง (Open gastrostomy) ทำโดยศัลยแพทย์และต้องให้ยาระงับความรู้สึก การผ่าตัดแบบเปิดเป็นการวางท่อทางเดินอาหาร มักใช้สำหรับของเด็กที่ไม่สามารถส่องกล้องใส่สายอาหารทางหน้าท้อง หรือเด็กต้องได้รับการผ่าตัดอื่นในเวลาเดียวกัน ในการผ่าตัดแบบเปิดจะมีการเปิดแผลบริเวณกลางหรือด้านซ้ายของช่องท้องและผ่านกระเพาะอาหาร มีการสอดสายสวนกระเพาะอาหารและเย็บกระเพาะอาหารรอบท่อ จากนั้นกระเพาะอาหารจะติดกับผนังช่องท้อง โดยเย็บแผลเพื่อให้แน่นและมีบอลูนลูกเล็กยึดไว้ในท้อง

2. การใส่สายเข้าสู่กระเพาะอาหาร โดยใช้เข็มเจาะผ่านผิวหนังร่วมกับใช้กล้องส่องทางเดินอาหาร (percutaneous endoscopic gastrostomy: PEG) คือ การใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง โดยใช้กล้องส่องกระเพาะอาหารใส่เข้าทางปากผ่านหลอดอาหารเข้าสู่กระเพาะอาหาร แล้วเจาะทางผนังหน้าท้องเพื่อใส่สายให้อาหาร (ศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหารและห้องปฏิบัติการประสาททางเดินอาหารและการเคลื่อนไหว, 2564)



ภาพที่ 4 แสดงการเลือกตำแหน่งที่จะใส่สายให้อาหาร

หมายเหตุ. จาก Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) with T-fasteners obviates the need for emergent replacement after early tube dislodgement by Timratana, P., El-Hayek, K., Shimizu, H. et al., 2012. <https://doi.org/10.1007/s00464-012-2348-7>

ประโยชน์ของการใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง

1. ลดภาวะแทรกซ้อนในบริเวณโพรงจุกจากการใส่สายให้อาหารทางจุกเป็นเวลานาน เช่น แผลกดทับจากสายที่ขอบจุก รวมถึงโพรงจุกหรือไซนัสอักเสบ
2. ลดความรำคาญจากการมีสายในลำคอ
3. สามารถฝึกกลืน หรือ กินอาหารทางปากร่วมกับการให้อาหารทางสายได้ดีขึ้น
4. ลดความถี่ของการต้องเปลี่ยนสาย เนื่องจากสายยางทางจุก จำเป็นต้องเปลี่ยนสาย 1-2 เดือน/ครั้ง แต่สายให้อาหารทางหน้าท้อง ผลิตจากวัสดุที่คงทนกว่า จึงมีระยะเวลาการใช้ได้นานกว่า 6 เดือนหากดูแลได้ถูกต้อง
5. เพิ่มความสวยงามเนื่องจากสายสามารถปิดบังโดยใช้เสื้อผ้าปกติ

ข้อเสียของการใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง

1. ผู้ป่วยจำเป็นต้องเปิดแผลเล็กๆทางหน้าท้อง โดยอาจเจ็บแผลหลังใส่สายครั้งแรก ประมาณ 1 สัปดาห์
2. หลังการใส่สายทางหน้าท้องครั้งแรก ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับไว้ในโรงพยาบาล
3. ต้องมีการดูแลหมูนสาย และทำแผลด้วยน้ำเกลือ อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง
4. หากดูแลไม่ดี มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับที่หน้าท้อง ได้เช่นเดียวกัน
5. ไม่ช่วยป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก (เกคินี เจริญกานนท์, 2565)

การใส่สายอาหารทางหน้าท้องโดยใช้กล้องส่องกระเพาะอาหารขนาดเล็กพิเศษ NEGD เพื่อทำ PEG มีดังนี้ (สมาคมแพทย์โรคระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย, 2565)

1. ผู้ป่วยจะได้รับกรงดน้ำและอาหารทางปากอย่างน้อย 4-6 ชั่วโมง
2. ให้ผู้ป่วยทำความสะอาดช่องปากก่อนการทำหัตถการ
3. ให้อาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำประมาณ 30-60 นาทีก่อนการใส่สายอาหารทางหน้าท้องโดยใช้กล้องส่องกระเพาะอาหารขนาดเล็กพิเศษทำ PEG
4. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนหงาย ให้ลำตัวอยู่แนวตรงเอียงแก้มฝั่งซ้ายมือเล็กน้อย
5. ทำความสะอาดบริเวณหน้าท้องและคลุมด้วยผ้าเจาะกลาง
6. ส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหารส่วนบน ตั้งแต่หลอดอาหาร กระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นให้ทั่วก่อนการเริ่มการใส่สายอาหารทางหน้าท้องโดยใช้กล้องส่องกระเพาะอาหารขนาดเล็กพิเศษทำ PEG
7. เป่าลมให้กระเพาะอาหารโป่งพองติดกับผนังหน้าท้อง ในผู้ป่วยที่ผนังหน้าท้องข้าง อาจมองเห็นแสงไฟที่ปลายกล้องผ่านมาที่ผนังหน้าท้องได้ เลือกตำแหน่งที่จะใช้เข็มเจาะและใส่สายอาหารทางหน้าท้องและดูผ่านจอมอนิเตอร์ว่าตำแหน่งที่จะเจาะและใส่สายให้อาหารนั้นเกิดรอยบุ๋มตำแหน่งที่เหมาะสมคือ Gastric body ซึ่งจะอยู่ตรงหน้าท้องด้านซ้ายส่วนบน ห่างจากชายโครงซ้ายอย่างน้อย 5-6 เซนติเมตร
8. แพทย์จะใช้มีดเปิดแผลที่ผิวหนังบริเวณหน้าท้องกว้างประมาณ 2 มิลลิเมตร แล้วใช้ เข็มแทงผ่านหน้าท้องขนาด 16G (Intravenous Cannula) แนวเดียวกับที่เคยสอดเข็มยาชาไว้จนทะลุผนังกระเพาะอาหาร แล้วนำเข็มที่เป็นตัวนำทางออก ใส่ ลวดนำทาง (Guild wire) เข้าไปในกระเพาะอาหาร โดยให้อยู่ใน Loop ของสายคล้องลวดนำทาง (Polypectomy) จากนั้นจะรัดรอบลวดนำทาง (Guild

wire) แล้วดึงถอยกลิ้งออกมาทางปากของผู้ป่วย พยาบาลที่ช่วยต้องทำงานร่วมกับแพทย์ และรายงานอาการเปลี่ยนแปลงของคนไข้เช่น ความรู้สึกตัว หรือสัญญาณชีพ กับแพทย์เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ

9. แพทย์จะร้อยสายให้อาหาร (Gastrostomy) กับลวดนำทาง (Guidewire) แล้วดึงกลับจากปากตามเข้าไปในกระเพาะอาหารและดึงผ่านหน้าท้องที่แพทย์ทำการกรีดไว้ข้างต้นที่กล่าวไว้

10. แพทย์จะใช้กล้องส่องตรวจระบบทางเดินอาหารส่วนบนส่องไปตรวจสอบว่า ปลายหัวเห็ด (Bumper) อยู่ในตำแหน่งที่ต้องการหรือไม่ มีเลือดออกผิดปกติหรือไม่ เมื่อทุกอย่างเรียบร้อยแพทย์จะทำการเอากล้องออก

11. ตัดปลายสายสายให้อาหาร (Gastrostomy) แล้วใช้ Dual port feeding adapter จุกปิดสายสายให้อาหาร (Gastrostomy) เสียบแทน

12. เช็คว่าตำแหน่งของสายบริเวณหน้าท้องแล้วบันทึกระดับ และทำแผล

ข้อควรระวังในการทำหัตถการใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง

1. ภาวะเลือดออก (hemorrhage)
2. การหลุดของ PEG (tube dislodgement)
3. ทางเดินอาหารทะลุ (perforation)
4. ภาวะช่องท้องอักเสบ (peritonitis)
5. แผลติดเชื้อ (wound infection)
6. อวัยวะภายในได้รับบาดเจ็บ อาทิ ตับ ลำไส้ใหญ่ ม้าม (intra-abdominal organ injury)

5. ภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition)

ภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) หมายถึง ภาวะที่ร่างกายที่บริโภคอาหารและได้รับสารอาหารไม่เหมาะสมทั้งปริมาณและความครบถ้วนของอาหาร ซึ่งอาจจะได้รับน้อยหรือมากกว่าความต้องการ จึงทำให้ร่างกายเกิดภาวะผิดปกติขึ้น แบ่งออกเป็นภาวะโภชนาการต่ำ และภาวะโภชนาการเกิน ภาวะทุพโภชนาการมีลักษณะที่แตกต่างกันไปตามประเภท ดังนี้ (กุลพงษ์ ชัยนาม, 2566)

ภาวะโภชนาการต่ำ (Undernutrition) หมายถึง สภาวะร่างกายที่เกิดจากการได้รับอาหารไม่เพียงพอ หรือ ได้รับสารอาหารไม่ครบ หรือมีปริมาณต่ำกว่าที่ร่างกายต้องการ

ภาวะโภชนาการเกิน (Overnutrition) หมายถึง สภาวะร่างกายที่ได้รับสารอาหารทั้งหมดหรือบางอย่างเกินความต้องการของร่างกาย ทำให้เกิดการสะสมไว้และทำให้เกิดโรคตามมา

สาเหตุของภาวะทุพโภชนาการ

ภาวะทุพโภชนาการอาจเกิดจากปัจจัยทางด้านสุขภาพและปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจส่งผลให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอหรือได้รับในปริมาณที่มากเกินไป ดังนี้

1. ปัจจัยทางสุขภาพ
 - โรคเกี่ยวกับความผิดปกติด้านการกินอย่างโรคอะนอเร็กเซียหรือโรคคลั่งผอม
 - โรคหรือภาวะที่ส่งผลต่อการดูดซึมและการย่อยอาหารของร่างกาย เช่น โรคโครห์น และโรคลำไส้ใหญ่อักเสบชนิดมีแผล เป็นต้น

- ปัญหาทางจิตใจอย่างภาวะซึมเศร้าหรือโรคจิตเภท ซึ่งอาจส่งผลต่ออารมณ์และทำให้ความอยากอาหารลดลง
- ภาวะสมองเสื่อม ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยลืมรับประทานหรือไม่ค่อยดูแลสุขภาพของตนเอง
- ปัญหาทางทันตกรรม ซึ่งผู้ป่วยอาจพบปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยวและการกลืนอาหาร ทำให้ไม่สามารถรับประทานได้อย่างเต็มที่
- ภาวะที่ร่างกายต้องการพลังงานมากขึ้น เช่น ผู้ที่เพิ่งเข้ารับการผ่าตัดหรือเข้ารับการรักษาตัวที่
- ข้อจำกัดในการรับประทาน เนื่องจากผู้ที่ประสบปัญหาสุขภาพบางอย่างอาจจำเป็นต้องจำกัดปริมาณการรับสารอาหารบางอย่าง เช่น เกลือ ไขมัน โปรตีน หรือน้ำตาล เป็นต้น
- การใช้ยาบางชนิดที่อาจทำให้เกิดผลข้างเคียงที่ส่งผลต่อการรับประทานอาหาร เช่น รู้สึกเบื่ออาหาร ท้องร่วง หรือคลื่นไส้ เป็นต้น
- การดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติดในปริมาณที่มากเกินไป ซึ่งอาจส่งผลต่อระบบทางเดินอาหารและการดูดซึมสารอาหารในร่างกาย

2. ปัจจัยอื่น ๆ เช่น มีฐานะยากจน หรืออยู่ในพื้นที่ที่ไม่สามารถเข้าถึงอาหารได้ อาศัยอยู่เพียงลำพัง หรือปลีกตัวออกจากสังคม มีความรู้ในเรื่องการทำอาหารหรือโภชนาการค่อนข้างจำกัด

การเกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ปัจจัยจากตัวผู้ป่วยเอง ได้แก่ ร่างกายของผู้ป่วยโรคมะเร็งมีการใช้พลังงานขณะพัก (Resting Energy Expenditure: REE) เพิ่มขึ้นมากกว่าปริมาณอาหารที่รับประทานเข้าไป แม้ว่าผู้ป่วยจะลดการทำกิจกรรมลงแต่ไม่พบความเปลี่ยนแปลงของความต้องการพลังงานทั้งหมด (Total Energy Expenditure: TEE) ร่างกายมีกระบวนการเผาผลาญโปรตีน ไขมัน และคาร์โบไฮเดรตที่สูงขึ้น (metabolic disturbance) ส่งผลให้เพิ่มการสร้างน้ำตาลจากตับและดึงโปรตีนจากกล้ามเนื้อมาใช้ในเวลาที่อัตราการสร้างโปรตีนของร่างกายลดลง ซึ่งเป็นจุดเด่นของภาวะน้ำหนักลดจากโรคมะเร็ง

2. ปัจจัยจากก้อนมะเร็งหรือเนื้องอก การมีก้อนไปอุดตันทางเดินอาหารทำให้การรับประทานและการย่อยอาหารผิดปกติไป โรคมะเร็งซึ่งเกิดขึ้นบริเวณอวัยวะแต่ละแห่งอาจมีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยแตกต่างกันไป ในกรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารและก้อนอุดตันทำให้กลืนอาหารลำบาก

3. ปัจจัยจากการรักษา เป็นอีกสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักลดได้ ดังนี้

3.1 การรักษามะเร็งโดยวิธีการผ่าตัดทำให้ร่างกายมีการตอบสนองต่อภาวะ stress ระหว่างผ่าตัดโดยการหลั่งสารคอร์ติซอลกลูคากอนและโกรธฮอร์โมน เพิ่มขึ้นแต่หลังอินซูลินลดลง ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยมีอัตราการเผาผลาญพลังงานสูงขึ้นรวมทั้งผลข้างเคียงของยาระงับความรู้สึก ที่อาจส่งผลให้ความอยากอาหารลดลงหลังได้รับผ่าตัด

3.2 การรักษาด้วยเคมีบำบัด ทำให้ขนาดของเนื้องอกฝ่อเล็กลง มีผลทำให้เซลล์มะเร็งตายแต่ผลของยาเคมีบำบัดก็ออกฤทธิ์กับเซลล์ปกติเช่นกัน จึงเกิดผลข้างเคียงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

3.3 การใช้รังสีรักษา ซึ่งอาจอยู่ในรูปของคลื่นที่มีพลังงานสูงมีความสามารถในการทะลุผ่านสิ่งต่างๆ ได้ดีทำให้เซลล์ตาย หรือหยุดการเจริญเติบโตและหยุดการแบ่งตัวได้

บทบาทพยาบาลกับการจัดการโภชนาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

1. บทบาทด้านการปฏิบัติการพยาบาล (ณัฐยานัน วีระพงษ์, 2558)

1.1 ติดตามสอบถามผู้ป่วยถึงอาการและอาการแสดงของระบบทางเดินอาหาร เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร

1.2 การประเมินการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยการตรวจร่างกายทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการซึ่งน้ำหนักตัว วัดส่วนสูง วัดสัดส่วนของร่างกาย

1.3 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับอาหารมากเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยนำความรู้เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคมะเร็งแต่ละชนิด

1.4 ดูแลปากฟันของผู้ป่วยให้สะอาด เพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร

1.5 เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารได้ จำเป็นต้องให้อาหารทางสายยางผ่านทางจมูก พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ให้อาหารทางสายยาง โดยต้องเริ่มทีละน้อย และค่อยๆ เพิ่มปริมาณขึ้น เมื่อเห็นว่าผู้ป่วยรับได้ พร้อมทั้งสังเกตเสียงการเคลื่อนไหวและการทำงานของลำไส้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารเข้าสู่ร่างกายอย่างเพียงพอ

1.6 ลดการใช้พลังงานของร่างกายด้วยการช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ และดูแลการพักผ่อนให้เพียงพอ เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

1.7 จัดระบบคัดกรองภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคมะเร็งตั้งแต่ระยะเริ่มแรก โดยมีการบันทึกอาการเปลี่ยนแปลง ติดตามผลตรวจทาง

1.8 ร่วมทำงานกับทีมสุขภาพโดยจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยให้กับนักโภชนาการ โดยพยาบาลเป็นผู้ประสานงานกับนักโภชนาการเพื่อจัดอาหารที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยมะเร็งแต่ละประเภท

2. บทบาทด้านการให้ความรู้และคำปรึกษา

2.1 พยาบาลมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการประสานทีมให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและญาติ เรื่องการจัดตารางอาหารล่วงหน้า เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานอย่างเพียงพอและเหมาะสมโดยเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้องให้พลังงานครบทั้ง 5 หมู่

2.2 การให้คำแนะนำการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังผลกระทบต่อภาวะโภชนาการที่จะเกิดขึ้นจากการรักษาโรคมะเร็ง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้สามารถประเมินความผิดปกติของตนเองได้

2.3 พยาบาลควรให้คำแนะนำกับครอบครัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับความสามารถในการรับประทานอาหารของผู้ป่วย โดยไม่ควรบังคับหรือคาดคั้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเพราะจะทำให้เกิดความเครียดและอึดอัดใจ

2.4 การให้คำปรึกษาด้านจิตใจ เนื่องจากผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่ต้องเผชิญกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ปวดท้อง เบื่ออาหารท้องผูก ท้องเสีย น้ำหนักลด ก่อให้เกิดความเจ็บปวด

ทุกข์ทรมานไม่สุขสบายทั้งด้านร่างกายส่งผลกระทบให้ท้อถอย สูญเสียความกล้าหาญและความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิต

ดังนั้นบทบาทพยาบาลในการจัดการภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งนี้เริ่มจากการประเมินสภาพร่างกาย การติดตามสอบถามอาการ การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพเนื่องจากภาวะโภชนาการเป็นปัจจัยสำคัญในการพยากรณ์โรค พยาบาลจึงมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสมและเพียงพอพร้อมทั้งให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้อง ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจอารมณ์และสังคม เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมให้เกิดการตอบสนองที่ดีต่อการรักษานำไปสู่การฟื้นหายจากโรคอย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 3

การพยาบาลและทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารที่มีภาวะ Esophageal obstruction ที่ได้รับการเจาะทำทางเดินให้อาหารทางช่องท้องผ่านกล้องด้วยเทคนิคพิเศษ (NEGD : Nasal esophagoduodenal scope) ร่วมกับการฉายรังสี ผู้เขียนได้นำแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลดังนี้

กรอบแนวคิดและทฤษฎีการพยาบาล แนวทางที่นำมาใช้ในกรณีศึกษา

1. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม
2. กรอบแนวคิดของ มาร์จอรี่ กอร์ดอน
3. การประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม
4. กระบวนการพยาบาล

การพยาบาล (Nursing) ที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษาผู้ป่วย

1. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารที่มีภาวะ Esophageal obstruction
 - 1.1 การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้อง Esophascopy (EGD)
 - 1.2. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจหลอดอาหารกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กขนาดเล็กพิเศษ (NEGD) เพื่อทำ PEG
2. การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งหลอดอาหารที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี
3. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารแบบประคับประคอง

กรอบแนวคิดและทฤษฎีการพยาบาล แนวทางที่นำมาใช้ในกรณีศึกษา

1. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

เนื้อหาสาระสำคัญของแนวคิด ในทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ดังนี้ (Orem, 2001) การพยาบาลไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพนั้น บุคคลต้องกระทำการดูแลตนเอง แต่เมื่อบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้ ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวและเมื่อสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถช่วยเหลือได้ การพยาบาลสามารถให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสม โดยการกระทำแทน หรือกระทำให้กับผู้ป่วย การสอน การชี้แนะ การสนับสนุนให้กำลังใจ และการปรับสิ่งแวดล้อม การกระทำเหล่านี้พยาบาลกระทำร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยมุ่งให้ความช่วยเหลือให้การดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ หรือให้สุขภาพกลับดีขึ้น และอยู่ได้อย่างเป็นปกติสุข จากสาระสำคัญของทฤษฎีได้สะท้อนถึงความเชื่อ เกี่ยวกับคน สิ่งแวดล้อม สุขภาพและการพยาบาล

นอกจากนั้นโอเร็มยังกล่าวถึงสิ่งแวดล้อมในแง่ของพัฒนาการ คือ สิ่งแวดล้อมที่ดีจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลตั้งเป้าหมายและปรับพฤติกรรมให้ได้ผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมจะมีส่วนช่วยพัฒนาความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเอง

สุขภาพ (Health) เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์หรือไม่บกพร่อง คนที่มีสุขภาพดีคือคนที่สามารถทำหน้าที่ ได้ทั้งด้าน สรีระ จิต และสังคม และมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลรอบข้าง ซึ่งการทำหน้าที่ดังกล่าวทุกด้านมีความเกี่ยวพันกัน ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ และการที่จะมีสุขภาพที่ดีได้นั้น บุคคลต้องการการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง นอกจากนั้นโอเร็มได้แยกความผาสุก (Well being) ออกจากสุขภาพ และให้ความหมายว่า เป็นการรับรู้ถึงความเป็นอยู่ของตนในแต่ละขณะ เป็นการแสดงออกถึงความพึงพอใจ ความยินดี และมีความสุข สุขภาพกับความผาสุกมักจะมี ความสัมพันธ์กัน ในบางครั้งคนที่เจ็บป่วยอาจรับรู้ถึงความผาสุกได้

การพยาบาล (Nursing) เป็นบริการแก่นมนุษย์อย่างหนึ่งในสังคม โดยมีลักษณะเฉพาะ คือ เป็นบริการสุขภาพที่มีจุดเน้นที่ความสามารถและความต้องการการดูแลตนเองของพยาบาลนั้นเป็นการช่วยปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองแทนบุคคลเมื่อบุคคลหรือสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถกระทำได้ และสามารถช่วยบุคคลให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของบุคคลนั้น

ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม ประกอบด้วย 3 ทฤษฎี ที่มีความสัมพันธ์กัน คือ

1. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of self-care) มีมโนทัศน์ที่สำคัญ ได้แก่ การดูแลตนเอง (Self-care) ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) เป็นทฤษฎีที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) ของบุคคล ซึ่งเป็นความพร่องในการดูแลตนเอง (self-care deficit)

1.1 การดูแลตนเอง (Self-care : SC) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและความผาสุก การดูแลตนเองเป็นการกระทำอย่างจงใจ และมีเป้าหมาย (Deliberate action) เมื่อการกระทำนั้นมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปถึงขีดสุด เพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเอง (Self-care requisites) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของกลุ่มชุมชน ครอบครัว การดูแลตนเองประกอบไปด้วย 2 ระยะ คือ ระยะการพิจารณาและตัดสินใจกับระยะลงมือกระทำและประเมินผลการกระทำ

1.2 ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency: SCA) หมายถึง ความสามารถของบุคคลหรือศักยภาพของบุคคลในการกระทำกิจกรรมหรือทำงานเพื่อสนองต่อการดูแลตนเองทั้งหมดในช่วงเวลาหนึ่ง ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นพฤติกรรมการเรียนรู้อย่างจงใจของบุคคล

1.3 ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลทั้งหมดที่จำเป็นต้องกระทำในช่วงเวลาหนึ่ง เพื่อที่จะตอบสนองต่อความจำเป็นในการดูแลตนเอง หรือเป็นงานทั้งหมดที่ต้องกระทำเพื่อรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพหรือความผาสุก กล่าวคือ ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด คืองานทั้งหมดที่ต้องกระทำในเวลาใดเวลาหนึ่ง ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care demand: TSCD) เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของตนเอง พิจารณาจากการดูแลตนเองที่จำเป็น (self-care requisites: SCR) 3 ด้าน ได้แก่

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล
2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ
3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิดโครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ

กล่าวโดยสรุป ทฤษฎีการดูแลตนเองประกอบด้วย การดูแลตนเองที่บุคคลต้องกระทำ (Self-care requisites Therapeutic self-care demand) ความสามารถของบุคคลที่จะกระทำ (Self-care agency) และความสามารถการดูแลตนเอง (Self-care) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด คืองานทั้งหมดที่ต้องกระทำความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ส่วนประกอบประการที่ 2 ของการดูแลตนเอง คือ ความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งหมายถึงความสามารถของบุคคลที่จะทำงานเพื่อตอบสนองความต้องการ การดูแลตนเองทั้งหมด ความรู้เกี่ยวกับการกระทำอย่างจริงจังและมีเป้าหมายในระยะต่างๆ จะช่วยให้เข้าใจความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ในระยะแรกที่น่าไปสู่การตัดสินใจ คือการเก็บรวบรวมข้อมูล แปลความหมายของข้อมูลและตัดสินใจว่าควรกระทำ หรือเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง ซึ่งการจะกระทำเช่นนั้นได้บุคคลต้องมีความรู้ และทักษะในการคิดและตัดสินใจ ในระยะที่ 2 เกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ การประเมิน และการปรับเปลี่ยนการกระทำซึ่งต้องมีความสามารถในการจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม และถ้าการกระทำนั้นเป็นการกระทำดูแลตนเอง เรียกว่า การปฏิบัติการดูแลตนเอง (Self-care operation) ซึ่งเป็นการอธิบายการใช้ความสามารถในการดูแลตนเองจริงๆ

2. ทฤษฎีการบกพร่องในการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care deficit)

ส่วนประกอบที่สองของทฤษฎีการพยาบาลโดยทั่วไปของโอเร็ม คือ ทฤษฎีการบกพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งกล่าวว่า เมื่อความต้องการการดูแลตนเองมากขึ้นมากกว่าความสามารถที่จะตอบสนองได้ บุคคลจะมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง และต้องการการพยาบาล ทฤษฎีได้อธิบายความต้องการของบุคคลและประโยชน์ที่ได้รับจากการพยาบาลความบกพร่องในการดูแลตนเองเป็นความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง (ความสามารถในการกระทำ) และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (งานทั้งหมดที่ต้องกระทำ) ความจำกัดในการดูแลตนเองอาจเกิดจากการรู้ การพิจารณาตัดสินใจ และการลงมือปฏิบัติ

3. ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The Theory of nursing system) ส่วนประกอบที่สามของทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม คือ ทฤษฎีระบบการพยาบาลซึ่งให้โครงสร้างและเนื้อหาของการปฏิบัติการพยาบาล โดยอธิบายถึงคุณลักษณะของความสามารถทางการพยาบาลที่จะช่วยตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด หรือผู้ใช้บริการ และพัฒนาความสามารถของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ

ความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency) เป็นความสามารถที่ได้จากการศึกษา และฝึกปฏิบัติในศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาลเป็นความสามารถที่จะช่วย ให้พยาบาลได้วินิจฉัยความต้องการการดูแล และจัดระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องหรือมีโอกาสจะเกิดความบกพร่องในการดูแลตนเอง แนวคิดความสามารถทางการพยาบาลเปรียบได้กับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่จะแตกต่างกันตรงที่ความสามารถทางการพยาบาลจะมุ่งให้การดูแลบุคคลอื่นที่มีความบกพร่องใน

การดูแลตนเอง เพื่อปรับแก้ไขความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ใช้บริการ ระบบการพยาบาลจะเกิดขึ้น เมื่อพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ เพื่อค้นหาปัญหาความต้องการการดูแล และลงมือกระทำเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลรวมทั้งปรับการใช้และพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการในการดูแลตนเอง หรือปรับการใช้และพัฒนาความสามารถของผู้รับผิดชอบในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลของบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาระบบการพยาบาลเป็นระบบของการกระทำที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความสามารถและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ

การแบ่งชนิดของระบบการพยาบาล โดยอาศัยเกณฑ์ความสามารถของบุคคลในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำ (Control of movement and manipulation) ซึ่งแบ่งออกเป็นได้ 3 ระบบคือ

1. ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system) ในเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่ต้องอาศัยตนเองเป็นผู้ชี้นำ หรือไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ระบบการพยาบาลชนิดที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยหรือบุคคลประเภทต่อไปนี้คือ

1.1 ผู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติในกิจกรรมที่กระทำอย่างจงใจ (Deliberate action) ไม่ว่าในรูปแบบใด ๆ ทั้งสิ้น เช่น ผู้ป่วยที่หมดสติ หรือผู้ที่ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวหรือท่าทางของตนเองได้

1.2 ผู้ที่รับรู้และอาจจะสามารถสังเกต ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง แต่ไม่อาจจะเคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวใดๆ ทั้งสิ้น

1.3 ผู้ที่ไม่สนใจหรือเอาใจใส่ตนเองไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลในการดูแลตนเอง แม้ว่าบุคคลนั้นจะสามารถเคลื่อนไหวไปไหนมาไหนได้ เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตอย่างรุนแรง

2. ระบบทดแทนบางส่วน (Partial compensatory nursing system) ระบบนี้ผู้ป่วยกับพยาบาลร่วมกันรับผิดชอบในการสนองความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วย การช่วยเหลือขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วย ผู้ป่วยกับพยาบาลอาจจะตั้งเป้าหมายร่วมกัน ผู้ป่วยอาจจะปฏิบัติในกิจกรรมการดูแลที่เกี่ยวข้องกับการสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) ส่วนพยาบาลอาจจะช่วยผู้ป่วยสนองต่อความต้องการ การดูแลที่จำเป็นซึ่งเกิดจากปัญหาสุขภาพ (Health deviation self-care requisites)

3. ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) ระบบนี้ผู้ป่วยจะเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและกิจกรรมที่ต้องกระทำ ผู้ป่วยจะได้รับการสอนแนะนำและสนับสนุนจากพยาบาล การสอนจะต้องรวมผู้ป่วยและครอบครัวหรือบุคคลที่สำคัญของผู้ป่วยด้วย ส่วนพยาบาลนอกจากจะสอนและให้คำแนะนำแล้ว ยังต้องคอยกระตุ้นให้กำลังใจให้ผู้ป่วยคงความพยายามในการดูแลตนเอง

วิธีการช่วยเหลือ มี 5 วิธี คือ 1. การกระทำให้หรือกระทำแทน (Acting for or doing for) 2. การชี้แนะ (Guiding another) 3. การสนับสนุน (Supporting another) 4. การสอน (Teaching) 5. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถที่สนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง

กล่าวโดยสรุป การที่ผู้ป่วยได้รับการสอนในลักษณะที่พยาบาลให้เกียรติและยอมรับในผู้ป่วยในฐานะเป็นปัจเจกบุคคลซึ่งอาจมีทัศนคติ และความเชื่อแตกต่างไปจากพยาบาล การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจในการดูแลตนเองจะช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ และในโรคเรื้อรังจะช่วยลดจำนวนครั้งที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจะมีผลต่อทั้งเศรษฐกิจของผู้ป่วยและของประเทศชาติและช่วยให้ผู้รับบริการมี เจตคติที่ดี ต่อสถาบันและระบบบริการสุขภาพ การพยาบาลจะมีประสิทธิภาพได้นั้น ขึ้นอยู่กับความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency) เป็นความสามารถของพยาบาลที่ได้จากการศึกษา และฝึกปฏิบัติในศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถทางการพยาบาล คือ 1.ความรู้ 2.ประสบการณ์ 3.ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ 4.ทักษะทางสังคม 5.แรงจูงใจในการให้การพยาบาล 6.อัตมโนทัศน์ของตนเกี่ยวกับการพยาบาล

2. กรอบแนวคิดของ มาร์จorie กอร์ดอน

มาร์จorie กอร์ดอน เป็นศาสตราจารย์ทางการพยาบาล ที่วิทยาลัยบอสตัน (Boston College of Nursing) ประเทศสหรัฐอเมริกาได้ริเริ่มขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะให้เป็นแนวทางในการใช้กระบวนการพยาบาลที่เป็นรูปแบบเดียวกัน เพื่อป้องกันการใช้รูปแบบหรือทฤษฎีทางการพยาบาลที่หลากหลายและทำให้เกิดผลเสียในทางปฏิบัติ (ฟาริตา อิบาฮิม, 2551) โดยกอร์ดอนได้กล่าวว่า การมีการวินิจฉัยที่เหมือนกันจะทำให้พยาบาลสามารถที่จะพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพมากขึ้น และได้สอนกรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพ ซึ่งได้กำหนดแนวคิดอย่างกว้าง ๆ ของแบบแผนสุขภาพ การเก็บรวบรวมข้อมูล และการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล รวมทั้งประโยชน์ของการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เน้นการกำหนดข้อวินิจฉัยในภาวะเจ็บป่วยของผู้รับบริการ โดยได้มีการนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้มีการนำไปใช้ทั้งกับผู้ป่วยที่สุขภาพดี และเจ็บป่วย (Gordon, 1994)

แนวคิดของแบบแผนสุขภาพ (Functional health pattern) กอร์ดอน ได้ให้ความหมายของแบบแผน (Pattern) ว่าพฤติกรรมของบุคคลที่ต่อเนื่องกัน ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง (Sequence of behavior across time) ส่วนแบบแผนสุขภาพ หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมของผู้รับบริการซึ่งเกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่ง ซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพของผู้รับบริการ โดยมีแบบแผน ดังนี้

- แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ (Health perception health management pattern)
- แบบแผนที่ 2 โภชนาการและเมตาบอลิซึม (Nutrition metabolic pattern)
- แบบแผนที่ 3 การขับถ่ายของเสีย (Elimination pattern)
- แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย (Activity pattern)
- แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนและการนอนหลับ (Sleep rest pattern)
- แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้ (Cognitive perception pattern)
- แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (Self perception pattern)
- แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธ์ภาพ (Role relationship pattern)
- แบบแผนที่ 9 เพศสัมพันธ์และการเจริญเติบโต (Sexual relation and growth development)
- แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการทนต่อความเครียด (Coping stress tolerance pattern)
- แบบแผนที่ 11 ความเชื่อและค่านิยม (Value belief pattern)

ในการประเมินผลสภาพของผู้รับบริการ พยาบาลจะต้องประเมินให้ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต สังคม ตามแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผน หลังจากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์และระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในแบบแผนที่ผิดปกติ รวมทั้งระบุสาเหตุของความผิดปกตินั้น ๆ ทั้งนี้ความผิดปกติในแบบแผนหนึ่งอาจเกิดความผิดปกติหรือพยาธิสภาพในแบบแผนนั้น ๆ หรือจากสาเหตุในแบบแผนอื่น เนื่องจากแต่ละแบบแผนเป็นองค์ประกอบของคนทั้งคน ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกันอธิบายได้ดังนี้

วิเคราะห์พฤติกรรม ระบุข้อวินิจฉัยแบบแผนที่ผิดปกติและข้อวินิจฉัยแบบแผนที่ปกติ ประเมินผลจากการปฏิบัติการพยาบาลว่า ความผิดปกติในแต่ละแบบแผนยังคงอยู่หรือไม่ และแบบแผนที่ปกติขึ้นหรืออาจผิดปกติได้ การดำเนินการเพื่อป้องกันความผิดปกติแก้ไขความผิดปกติของแบบแผนสุขภาพ การส่งเสริมแบบแผนสุขภาพที่ปกติโดยใช้วิธีการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

การวางแผนการพยาบาล พยาบาลจะกำหนดจุดมุ่งหมายและวิธีการในการแก้ไขความผิดปกติของแบบแผนที่พบตามที่กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ ในกรณีที่ระบุข้อวินิจฉัยที่แสดงถึงภาวะที่ปกติของผู้รับบริการ การกำหนดจุดมุ่งหมายการพยาบาลก็เพื่อให้แผนสุขภาพที่ตินั้นคงอยู่ต่อไป หรือมีแบบแผนที่สมบูรณ์ขึ้น หรือควรมีศักยภาพในการส่งเสริมคุณภาพ และป้องกันโรคได้ดีขึ้น

การปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลจะดำเนินการพยาบาลเพื่อแก้ไขความผิดปกติของแบบแผนสุขภาพ การป้องกันความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งการส่งเสริมให้แบบแผนนั้นๆมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การสอน การให้คำแนะนำ การปฏิบัติตามแผนการรักษาโดยมุ่งเน้นการสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมและปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลจะต้องประเมินว่าในแบบแผนที่ผิดปกติ นั้น หลังจากที่ให้การพยาบาลแล้ว ปกติหรือไม่ และในแบบแผนปกติอยู่เดิมยังเป็นปกติอยู่หรือมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เลวลง อย่างไร อาจผิดปกติได้หรือไม่ให้การพยาบาลต่อไปเพื่อแก้ไขปัญหาจนกว่าจะสิ้นสุดในกรณีที่แบบแผนปกติแล้ว พยาบาลก็จะพิจารณาป้องกันปัญหาหรือความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น และส่งเสริมสุขภาพต่อไป

3. การประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม

การประเมินภาวะสุขภาพ เป็นการรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการ โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งเป็นกระบวนการแรกในกระบวนการพยาบาลที่สำคัญ เพื่อจะนำไปสู่การ การวินิจฉัย ปัญหา และการวางแผน การปฏิบัติและการประเมินผลต่อไป เพื่อให้ได้ข้อมูลภาวะสุขภาพที่ถูกต้องมากที่สุด ซึ่งจะกล่าวถึง แนวคิดเกี่ยวกับภาวะ สุขภาพ หลักการ ประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม การประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผน (รัชนี ผิวผ่อง, 2564)

หลักการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic health) การพยาบาลบุคคลแบบองค์รวม คือ การดูแลบุคคลแบบบูรณาการที่จะคงความสมดุลของร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยการดูแลนั้นจะต้องคำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคลที่มีจุดมุ่งหมายของชีวิต ความรู้ ความคิด ความเชื่อ วัฒนธรรม สภาพสังคมและเศรษฐกิจที่แตกต่างกันไป สุขภาพองค์รวม หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีความสามารถในการทำหน้าที่ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณโดยเชื่อมโยงกัน เป็นองค์รวมอย่างสมดุล และดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข การประเมินสุขภาพ เป็นกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ ร่วมกับตรวจร่างกาย การส่งตรวจและวิเคราะห์ผลตรวจทาง

ห้องปฏิบัติการเพื่อวิเคราะห์ภาวะสุขภาพ ปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการ ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญและเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การประเมินสภาพ (assessment) วินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (planning) การปฏิบัติการพยาบาล (nursing intervention/ implementation) การประเมินผล (evaluation)

การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม ต้องประเมินครบ 4 มิติ ทั้งสภาวะทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณพร้อมกันไป เพื่อให้ได้ข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้รับบริการที่ครอบคลุมเป็นองค์รวมแหล่งที่มาของข้อมูล แบ่งเป็น 2 ประเภท (นงนภภัทร รุ่งเนย, 2560)

1. ข้อมูลอัตนัย (Subjective data: SD) เป็นข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าของบุคคลต่างๆ เช่น ผู้รับบริการ จากผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการ ได้แก่ ญาติ และรวมถึงข้อมูลที่ได้จากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ขณะดูแลผู้ป่วย ขณะรับส่งเวร โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้รับบริการหรือผู้ป่วย จัดเป็นแหล่งข้อมูลปฐมภูมิ (primary data) ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลที่ดีที่สุด ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเป็นข้อมูลจากการบอกเล่าของผู้ป่วย เช่น อาการ ซึ่งเป็นความรู้สึกของผู้ป่วย เช่น เจ็บหน้าอก ปวดท้อง เหนื่อยหอบมาก เป็นต้น เป็นข้อมูลที่สะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการดูแลตนเอง สภาพจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้รับบริการ ส่วนข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้องจัดเป็นแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data)

2. ข้อมูลปรนัย (Objective data: OD) เป็นข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบและวัดประเมินได้จากการสังเกต และตรวจวัดด้วยเครื่องมือ เช่น สัญญาณชีพ การตรวจร่างกาย การประเมินความปวดด้วยเครื่องมือต่างๆ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และข้อมูลการบันทึกประวัติจากรายงานต่างๆ เช่น เวชระเบียน บันทึกทางการรักษาพยาบาล จดหมายส่งต่อ เช่น อาการแสดง ของโรคที่สังเกตได้จากการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจพิเศษ เรียกว่าอาการที่ตรวจพบ เช่น การบวม ตัว ตาเหลือง ท้องมาน เป็นต้น

การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ดังนี้

1. การประเมินสุขภาพทางกาย เป็นการตรวจสุขภาพโดยทั่วไป ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก การวัดส่วนสูง การวัดสัญญาณชีพ การตรวจร่างกายตามระบบ โดยการดู ฟัง เคาะ คลำ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยปกติจะมีการตรวจเลือด เช่น การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete blood count: CBC) การตรวจการทำงานของตับ (Liver function test: LFT) การตรวจปัสสาวะ (Urine analysis: UA) เป็นต้น

2. การประเมินสุขภาพทางจิตสังคมและจิตวิญญาณ เป็นการประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิต วิญญาณ โดยการสังเกต สัมภาษณ์ และการตรวจส่วนต่างๆ ซึ่งต้องอาศัยทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร เพื่อให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ อาจแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

2.1 การประเมินด้านจิตสังคม (Psychosocial assessment) เป็นการประเมินสุขภาพด้าน จิตใจ อารมณ์ และสังคม อาจประเมินได้จากการสัมภาษณ์ การสังเกตพฤติกรรม ได้แก่ การแสดงออกทางสีหน้าท่าทาง การ เคลื่อนไหว และอาการแสดงอื่น ๆ เช่น ยิ้มแยมแจ่มใส ร้องไห้ ลูกลึกลับ หงุดหงิดง่าย เป็นต้น และการประเมินด้านสังคมเป็นการประเมินผลกระทบทางจิตที่เกี่ยวข้องกับสังคม เช่น อัตมโนทัศน์ การรับรู้ตนเองทั้งทางด้านร่างกาย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ประเมินความสามารถเข้ากันได้ดี ความไว้วางใจ ความคาดหวังและความสามารถพึ่งตนเองและผู้อื่น อิทธิพลจากวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม

2.2 การประเมินสุขภาพทางจิตสังคมและจิตวิญญาณ (Spiritual assessment) การประเมินสุขภาพ ด้านจิตวิญญาณ เป็นการประเมินลักษณะภายในที่มีผลต่อการแสดงออก ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม ความมั่นคงทาง ศาสนา คุณธรรม ความศรัทธา ความเชื่อมั่นในคุณงามความดี การเผชิญปัญหา วิธีการหรือแนวทางที่ใช้แก้ปัญหาเมื่อมีความเครียด ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วย การประเมินทางด้านจิตวิญญาณ เป็นสิ่งสำคัญมากประการหนึ่ง เพราะ ภาย จิตสังคม และจิตวิญญาณมีการ เชื่อมโยงไม่สามารถแยกออกจากกันได้ การดูแลและเข้าถึงจิตวิญญาณของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีความสุขและผ่อนคลาย

4. กระบวนการพยาบาล (Nursing Process)

เป็นการวางกรอบการทำงาน ของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาลที่คุณภาพ ในทุกมิติของการพยาบาลและทุกสถานบริการสุขภาพ ที่ครอบคลุม การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ สามารถใช้ได้ทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน กระบวนการพยาบาล เป็นพื้นฐานของกรอบแนวคิดวิเคราะห์ทางการพยาบาลที่เป็นระบบเป็นขั้นตอนที่ต้องอาศัยองค์ความรู้ทางการพยาบาล ทฤษฎีการพยาบาล หลักทางวิทยาศาสตร์ในการวิเคราะห์เพื่อค้นหาปัญหาที่มาของปัญหาเพื่อนำมาสู่การวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการหรือปัญหา โดยแบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอน คือ

1. การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) การประเมินภาวะสุขภาพเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญของกระบวนการพยาบาล เป็นการสร้างฐานข้อมูลเกี่ยวกับตอบสนองของผู้รับบริการต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ตลอดจนความสามารถในการจัดการความต้องการในการดูแลสุขภาพตนเองเป็นขั้นตอนที่ทำอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ตลอดกระบวนการพยาบาลการประเมินภาวะสุขภาพมีกิจกรรมที่พยาบาลต้องทำมี 5 กิจกรรม ได้แก่ 1. การเก็บข้อมูล (Collecting data) 2. การตรวจสอบข้อมูล (Validating data) 3. การจัดระบบข้อมูล (Organizing data) 4. การวิเคราะห์ข้อมูล (Analyzing of data) 5. การบันทึกข้อมูล (Recording/Documentation of data)

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) เป็นขั้นตอนของการนำความต้องการ หรือปัญหาทางสุขภาพของผู้รับบริการ (Client's needs or data) ที่ผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลข้อเท็จจริงจนสรุปได้ว่าผู้รับบริการมี ปัญหาทางสุขภาพมาเขียนเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล

3. การวางแผนการพยาบาล (Planning) มี 4 ขั้นตอนของกิจกรรมดังนี้

- 3.1 จัดลำดับข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามความสำคัญและความเร่งด่วนของปัญหา
- 3.2 กำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected outcomes) หรือเกณฑ์การประเมินผล (Evaluation criteria) เป็นการกำหนดข้อบ่งชี้ในการวัดพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไปตามที่คาดหวังไว้ว่าบรรลุตามที่คาดหวังไว้หรือไม่

3.3 การเลือกกิจกรรมการพยาบาล (Selecting Nursing Interventions/Activities) เป็นการเลือกกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการและเป้าหมายการพยาบาล เป็นกิจกรรมที่ทำในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพและสอดคล้องกับการแผนการรักษาของแพทย์ สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ไม่ขัดต่อความเชื่อ ศาสนา และวัฒนธรรม รวมถึงความปลอดภัยของผู้รับบริการ

3.4 การเขียนแผนการพยาบาล (Writing nursing care plan) การเขียนแผนการพยาบาลเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลทุกคนที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้รับบริการที่ได้รับมอบหมาย แผนการพยาบาลจะเขียนก่อนที่จะให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการ

4. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) เป็นขั้นตอนของการนำแผนการพยาบาลไปสู่การปฏิบัติ หรือการปฏิบัติการพยาบาลที่มีความสมบูรณ์และถูกต้องก่อนนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ พยาบาลควรประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการซ้ำเพื่อตรวจสอบภาวะสุขภาพของผู้รับบริการอีกครั้งว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงจะได้มีการปรับกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ

5. การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) การประเมินผลการพยาบาลเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล เป็นการประเมินทุกขณะของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตรวจสอบกิจกรรมพยาบาลที่ให้แกผู้รับบริการสอดคล้องกับเป้าหมายและสิ่งที่คาดหวังไว้หรือไม่ การประเมินผลการพยาบาลช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ และเป็นการตรวจสอบคุณภาพของการพยาบาลที่ปฏิบัติให้แก่ผู้รับบริการ

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารที่มีภาวะ Esophageal obstruction ที่ได้รับการเจาะทำทางเดินให้อาหารทางช่องท้องผ่านกล้องด้วยเทคนิคพิเศษ

(NEGD: Nasal esophagogastroduodenal scope)

1. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารที่มีภาวะ Esophageal obstruction

กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารที่มีภาวะ Esophageal obstruction ได้รับการรักษาด้วยการส่องกล้องทำ Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG) และรักษาต่อด้วยการฉายรังสี โดยมีการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1.1 การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้อง Esophascopy (EGD)

ก่อนทำหัตถการ

1. อธิบายข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น แนวทางการดำเนินโรค แนวทางการตรวจรักษา พร้อมทั้งขั้นตอนการตรวจ เช่น การพ่นยาชาในลำคอ อาจมีการให้ยาแก้ปวดหรือ ยานอนหลับร่วมด้วย

2. ชักประวัติผู้ป่วย การตรวจร่างกายเบื้องต้น และการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง การใช้ยาต่างๆ การแพ้ยา แพ้อาหาร และสารอื่นๆ รวมทั้งการประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นภายหลังจำหน่ายเพื่อดูแลและเฝ้าระวังอย่างเหมาะสม

3. การเตรียมพร้อมทางด้านร่างกาย ดูแลให้งดน้ำงดอาหารก่อนทำหัตถการอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง

4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อมูลและประเด็นที่สงสัยก่อนการทำหัตถการ สิทธิการเบิกจ่าย และข้อจำกัดด้านค่ารักษาพยาบาล การนัดหมายวันทำหัตถการ การลาพักงาน เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

5. ดำเนินการให้ผู้ป่วยเซ็นยินยอมในการเข้ารับการส่องกล้อง และทำหัตถการ

ขณะทำหัตถการ

1. ประเมินผู้ป่วย เพื่อทำหัตถการส่องกล้องอย่างเหมาะสมปลอดภัย เริ่มจากการระบุตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้อง การถอดฟันปลอม การจัดทำที่เหมาะสมในท่านอนตะแคงซ้ายพ่นยาชาที่คอ
2. ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ระดับความปวด อาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นในช่องท้องและต้องรายงานแพทย์ เช่น อาการแน่นอึดอัดท้อง ภาวะเลือดออก และอื่นๆ
3. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในระหว่างการทำหัตถการ เช่น การผ่อนคลายใจเข้าออกอย่างเหมาะสม การกระตุ้นให้ผู้ป่วยบ้วนน้ำลายแทนการกลืน ดูแลทางเดินหายใจ ดูแลเสมหะให้ผู้ป่วยเพื่อป้องกันการสำลัก
4. ให้ข้อมูลญาติเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยเป็นระยะตามความเหมาะสม
5. กรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องพักค้างหรือรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาล พยาบาลในหน่วยส่องกล้อง ควรมีการประสานงานกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง และอธิบายเหตุผลความจำเป็นให้ผู้ป่วยและญาติทราบ

หลังทำหัตถการ

1. ประเมินอาการสำคัญอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งสัญญาณชีพ ระดับความปวด อาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นและต้องรายงานแพทย์ เช่น อาการแน่นหน้าอก ปวดท้อง ท้องอืด ท้องแข็ง สัญญาณชีพผิดปกติ อุจจาระสีดำ เป็นต้น
2. ประเมินระดับความรู้สึกตัวภายหลังได้รับยากล่อมประสาท หากยังง่วงซึม ควรพักนอนสังเกตอาการให้ดีขึ้นก่อนย้ายกลับหอผู้ป่วย หรือให้กลับบ้าน
3. ดูแลระบบทางเดินหายใจ เสมหะ และอาการชาในลำคอ (ในกรณีได้รับการพ่นยา 10% lidocaine spray) ระวังการสำลัก และการอุดตันของทางเดินหายใจ ดูแลให้ดื่มน้ำดื่มน้ำด อาหารต่อหลังทำหัตถการครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมง หรือจนกว่าผู้ป่วยมีอาการทั่วไปและระดับความรู้สึกตัวดี
4. การทดสอบการกลืน เมื่อผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวและคอหายชา จึงเริ่มทดสอบการกลืนโดยให้จิบน้ำเล็กน้อย หากการกลืนเป็นปกติ ก็ให้ปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์
5. การสังเกตอาการท้องอืด แน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน แพทย์พิจารณาให้ยาแก้คลื่นไส้ อาเจียน และประเมินซ้ำ ช่วงแรกหลังการส่องกล้อง ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกปวดท้องถ่วงๆ ดังนั้นควรจัดให้ผู้ป่วยพักในบริเวณที่ใกล้ห้องน้ำ เพื่อความสะดวกในการเคลื่อนย้าย
6. ประเมินภาวะจิตใจของผู้ป่วย ความวิตกกังวล เพื่อให้การช่วยเหลือโดยทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง
7. การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวภายหลังการทำหัตถการ การรับประทานยาต่อเนื่อง รวมทั้งยาที่มีผลต่อระบบทางเดินอาหาร
8. การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน การสังเกตอาการผิดปกติ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติสอบถามข้อสงสัย การนัดและการปฏิบัติตัวในการมาตรวจรักษาครั้งต่อไป การสรุปข้อมูลเวชระเบียนเกี่ยวกับการตรวจรักษาของผู้ป่วย (รังสิมา ชัยวัฒน์, 2555)

1.2 การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจหลอดอาหารกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก ด้วยกล้องขนาดเล็กพิเศษ Nasal esophagogastroduodenal scope (NEGD) เพื่อทำ Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG)

การใส่สายอาหารทางหน้าท้องโดยใช้กล้องส่องกระเพาะอาหารขนาดเล็กพิเศษ เพื่อทำ Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG) เนื่องจากการทำหัตถการ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการระงับความรู้สึก พยาบาลจึงต้องซักประวัติผู้ป่วยให้ละเอียดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในขณะและหลังการทำหัตถการ (รังสิมา ชัยวัฒน์, 2555) ดังนี้

1. การเตรียมผู้ป่วยก่อนทำหัตถการ

1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลรับทราบเกี่ยวกับการทำหัตถการ การดูแลผู้ป่วยทั้งก่อน ระหว่าง และ หลังการให้ เพื่อเป็นการลดความวิตกกังวลและแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลทราบว่าหลังการทำหัตถการผู้ป่วยจะได้รับการนอนโรงพยาบาลเพื่อเตรียมร่างกายให้พร้อมก่อนทำ และเพื่อสังเกตภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังทำ

2. ประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วย และสภาพจิตใจของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในการทำหัตถการ และลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

3. ตรวจสอบการส่งตรวจเฉพาะทางห้องปฏิบัติการ

4. ขอคำยินยอม (Informed consent) จากผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

5. ซักประวัติผู้ป่วย ข้อมูลของผู้ป่วยจะได้รับการซักประวัติจากผู้ป่วย การทบทวนจากแฟ้มประวัติ และญาติ โดยประวัติของผู้ป่วยจะมีความสำคัญในการวางแผนให้การทำหัตถการ

5.1 ประวัติทั่วไป เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วย อาการที่นำมาโรงพยาบาล ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย

5.2 โรคประจำตัว (Medical problems) ที่นอกเหนือจากการผ่าตัด รวมถึงประวัติการรักษา ยาที่ได้รับอยู่เป็นประจำ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคนั้นๆ ควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่รักษาโรคนั้น เพื่อช่วยกันประเมินและเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการทำการหัตถการ เช่น โรคหัวใจ โรคจิตประสาท

5.3 ประวัติการใช้ยาและการแพ้ยา ยาหลายชนิดมีผลต่อการทำการหัตถการ เช่น Steroid ยาต้านการแข็งตัวของลิ่มเลือด ยารักษาความดันโลหิตสูง และยาชา

5.4 ประวัติการผ่าตัด และการได้รับยาระงับความรู้สึก โดยประวัติอาจได้จากการซักประวัติผู้ป่วย หรือจากแฟ้ม ประวัติ เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสมต่อไป

5.5 ประวัติครอบครัว

5.6 ประวัติอื่นๆ

- ประวัติการสูบบุหรี่ ถ้าเป็นไปได้ควรหยุดสูบบุหรี่เป็นเวลานาน 4-8 สัปดาห์ ก่อนวันทำการหัตถการซึ่งจะช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินหายใจหลังการผ่าตัด มีโอกาสเกิด Laryngospasm, emergence agitation ได้สูง ถ้าหยุดไม่ได้อย่างน้อยก็ควรหยุดสูบบุหรี่ นาน 24-48 ชั่วโมง

- ประวัติการดื่มสุรา ผู้ป่วยที่กำลังเมาสุรา (Acute alcoholic intoxication) ต้องการยาระงับความรู้สึกน้อย หลับได้ง่าย แต่ผู้ป่วยที่ดื่มสุรามานานและมีภาวะ Chronic alcohol intoxication จะต้องการยาระงับความรู้สึกมากกว่าปกติ

2. การเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ที่สำคัญ

1. เข็มแทงผ่านหน้าท้องขนาด 16 G (Intravenous cannula) เป็นโลหะสวมอยู่ในปลอกที่ทำด้วย Polyethylene
2. ลวดนำทาง (Guide wire) ใช้ร้อยผ่านผนังหน้าท้องเข้าไปในกระเพาะอาหาร
3. สายให้อาหาร (Gastrostomy) เป็นสายยางซิลิโคน ขนาดกว้าง 0.7 เซนติเมตร ยาวประมาณ 50 เซนติเมตร ปลายที่อยู่กระเพาะอาหารเป็นรูปตัวเห็ดส่วนที่โผล่ทางหน้าท้องจะมีเลขกำกับเพื่อบอกระดับของสายที่อยู่ภายนอก
4. สายคล้องลวดนำทาง (Polypectomy) สายนี้จะถูกใส่เข้าไปในช่องตัวขึ้นเนื้อของกล้องส่องตรวจเพื่อคล้องลวดนำทาง (Guide wire) แล้วดึงขึ้นมาทางปาก
5. Crossbar เป็นแผ่นพลาสติกที่เจาะรูตรงกลาง ป้องกันไม่ให้สายให้อาหารเลื่อนหลุด
6. Dual port feeding adapter จุกปิดสายให้อาหาร (Gastrostomy)


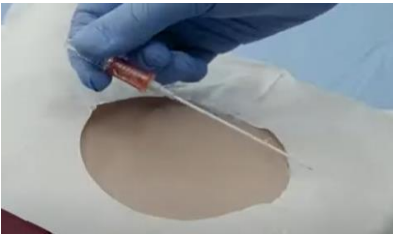
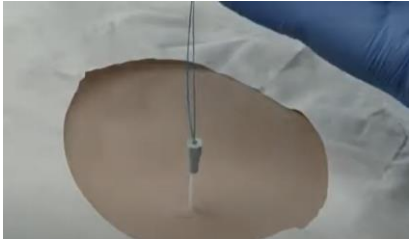





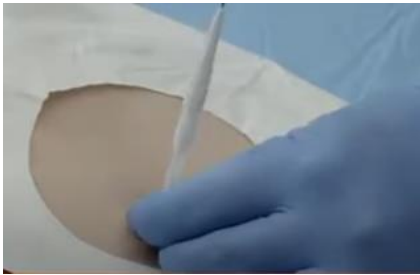




ภาพที่ 5 แสดงการเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์การใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง
Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG)

หมายเหตุ. จาก Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG) Tubes by Avanos Medical, 2022.
<https://avanosmedicaldevices.com/digestive-health/enteral-feeding/percutaneous-endoscopic-gastrostomy-tubes>

ตารางที่ 2 แสดงขั้นตอนการใส่สายอาหารทางหน้าท้อง

ขั้นตอน	การพยาบาล	เหตุผลการพยาบาล
1. เตรียมผู้ป่วยก่อนส่องกล้อง	1. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนหงาย 2. พ่นยาชา Xylocain 2% ในช่องปากและลำคอ ให้ผู้ป่วยตะแคงหน้าไปด้านซ้ายเล็กน้อย 3. ใส่ Mouth gag	1. เพื่อการหาตำแหน่งที่เหมาะสมในการวางสาย (กรรณิการ์ เลาหวิจิตร และทวีรัตน์ชูเอก, 2563) 2. เพื่อลด gag reflex เมื่อขณะแพทย์ใส่กล้องส่องตรวจ และลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย 3. ป้องกันผู้ป่วยกัดกล้องและช่วยป้องกันการเกิดการอุดตันของทางเดินหายใจ
2. การส่งเครื่องมือเพื่อใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง	1. ทำความสะอาดผิวหนังด้วยยาฆ่าเชื้อ 2 % Chlorhexidine in 70 % Alcohol  2. ปูผ้าสีเหลี่ยมเจาะกลาง และกำหนดบริเวณเหมาะสมที่จะทำการใส่ PEG 3. ส่งยาชาเพื่อให้แพทย์ฉีดยาตรงบริเวณตำแหน่งที่จะใส่สาย 	1. เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

ขั้นตอน	การพยาบาล	เหตุผลผลการพยาบาล
	<p>4. ส่องด้ามมีดพร้อมใบมีดเบอร์ 11 พร้อมผ้าก๊อช สำหรับซับเลือด 1 ผืน</p> 	
<p>3. Feeding tube insertion</p>	<p>1. ส่องเข็มแทงผ่านหน้าท้องขนาด 16 G (Intravenous cannula) ให้แพทย์</p>  <p>2. ส่องลวดนำทาง (Guide wire)</p>  <p>3. ส่องสายคล้องลวดนำทาง (Polypectomy) และส่งสาย PEG tube</p> 	<p>1. เพื่อให้แพทย์แทงทะลุผิวหนังลงไป ในกระเพาะอาหาร</p>  <p>2. เพื่อให้ผู้ช่วยแพทย์ใช้ร็อยผ่านผนังหน้าท้องเข้าไปในกระเพาะอาหาร สายคล้องลวดนำนี้จะถูกใส่เข้าไปในช่องของกล้องส่องตรวจ</p>  <p>3. เพื่อให้ผู้ช่วยแพทย์คล้องสายกับสายให้อาหารให้เรียบร้อย แล้วแพทย์จะดึงสายนำจากหน้าท้องให้สาย PEG tube โผล่ออกมาทางหน้าท้องและหัว PEG (Internal bumper) ติดกับผนังกระเพาะอาหารด้านใน โดยตรวจสอบจากกล้องส่องตรวจ</p>

ขั้นตอน	การพยาบาล	เหตุผลการพยาบาล
	 <p>5. ส่งกรรไกรให้แพทย์</p>  <p>6. ใส่ Crossbar</p> 	 <p>5. เพื่อตัดสายให้มีความยาวที่เหมาะสม</p> <p>6. Crossbar เป็นแผ่นพลาสติกที่เจาะรูตรงกลาง เพื่อยึดตำแหน่งของสายให้แน่นพอดีกับผิวหนังของผู้ป่วย</p>
4. ปิดแผลและต่ออุปกรณ์	<p>1. ทำแผลให้สะอาด ใส่ผ้าก๊อชรองแป้น Crossbar ตรึงสายให้ตั้งตรงกับหน้าท้อง และใส่จุกปิดสายให้อาหาร (Dual port feeding adapter) บันทึกขนาดสายและระดับของสายเพื่อการเปลี่ยนและดูแลภายหลัง</p> 	<p>1. เพื่อป้องกันการติดเชื้อและการใช้แรงกดทำให้ไม่เกิดรอยร้าวระหว่างกระเพาะอาหารกับผนังหน้าท้อง</p>

การดูแลหลังการใส่สายอาหารทางหน้าท้องโดยใช้กล้องส่องกระเพาะอาหารขนาดเล็กพิเศษ NEG D เพื่อทำ PEG

1. จัดทำผู้ป่วยนอนที่เหมาะสมพักอย่างน้อย 1-2 ชั่วโมง ก่อนส่งผู้ป่วยกลับบ้านหรือหอผู้ป่วยวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง
2. พยาบาลประเมินระดับความปวดและรายงานแพทย์หากผู้ป่วยมีอาการปวด เพื่อให้มีการ บริหารจัดการความปวด
3. ตรวจสอบระดับความรู้สึกตัวเพื่อเตรียมส่งผู้ป่วยกลับบ้านหรือหอผู้ป่วย

การพยาบาลผู้ป่วยใส่สาย PEG ขณะกลับไปหอผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยที่มีการใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง อย่างเหมาะสมในระยะยาวเป็นสิ่งสำคัญในการหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการใส่สาย PEG ทำให้สภาวะทางโภชนาการของผู้ป่วยได้ผลตามที่ต้องการและเป็นการยืดอายุการใช้งานของสาย ดังนั้นการดูแลต่อเนื่องที่หอผู้ป่วยจึงมีความสำคัญและจำเป็น โดยการดูแลประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

1. การดูแลสาย PEG ให้รอประมาณ 3-6 ชั่วโมงก่อนที่จะใช้สาย เพื่อสังเกตภาวะแทรกซ้อน ในช่วงต้น ๆ โดยเฉพาะภาวะเลือดออก ควรให้น้ำและอาหารในปริมาณเล็กน้อยก่อนแล้วเพิ่มขึ้น เรื่อย ๆ จน ได้ปริมาณที่กำหนดไว้ภายในระยะเวลา 2 - 3 วัน ควรทำความสะอาดสายทุกวัน โดยใช้น้ำยา 2 % Chlorhexidine in 70 % Alcohol หรือน้ำอุ่น เช็ดทำความสะอาดเช็ดให้แห้ง ควรปิดฝาให้สนิทหลังใช้งานเสร็จ ตรวจสอบตำแหน่งของสาย (Skin level) กับตัวยึดสาย เป็นระยะๆ เพื่อหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บบนผนังช่องท้องและภายในกระเพาะอาหารจากการกดทับของสาย ควรหมุนสายทุกวันตามเข็มนาฬิกาและทวนเข็มนาฬิกา ควรตรวจสอบตัวยึดสาย ทุกวันเพื่อให้มั่นใจว่าตัวยึดสายไม่ได้กกดบนผิวหนังของผู้ป่วย

2. การดูแลรูเปิดบริเวณผิวหนังหน้าท้องหลังการส่องกล้องใส่สาย PEG ในช่วง 2 สัปดาห์แรกหลังการใส่สาย ควรทำความสะอาดเป็นประจำทุกวันด้วยน้ำอุ่นและสบู่อ่อน ๆ เช็ดจากด้านในออกมา เช็ดทำความสะอาดให้แห้งและฆ่าเชื้อด้วยแอลกอฮอล์ ใช้ผ้าก๊อชที่ปราศจากเชื้อพันรอบแผล ตรวจสอบผนังหน้าท้องว่าไม่มีการระคายเคือง การอักเสบ หรือสารน้ำในกระเพาะอาหารออกมา อาจจะมีน้ำติดที่ผ้าปิดแผลปริมาณไม่มาก ซึ่งเป็นเรื่องปกติในช่วงสัปดาห์แรกผู้ป่วยควรสวมเสื้อผ้าที่ไม่คับ เพื่อไม่ให้กดตรงบริเวณแผล และถ้าบริเวณแผลมีอาการบวมแดง ผู้ป่วยก็สามารถอาบน้ำได้ภายใน 1 สัปดาห์หลังการทำ

3. การดูแลวิธีการให้อาหาร ควรจะเป็นอาหารสูตรสำเร็จที่มีความหนืดเหมาะสมที่จะให้ทางสายได้ ไม่ควรใช้อาหารปกติมาบด ซึ่งจะทำให้มีปริมาณของน้ำและไขมันสูง จะทำให้ได้สารอาหารไม่ครบถ้วน โดยทั่วไปอาหารที่บดจะมีโปรตีนน้อยเกินไป และมีปริมาณของไขมันมากเกินไป การให้อาหารอาจจะใช้การแขวนถุงอาหารต่อกับท่อให้อาหารหยดลงไปเอง หรือใช้กระบอกฉีดยาที่ไว้สำหรับป้อนอาหารดูอาหารและฉีดเข้าไป หรือใช้ปั๊ม ที่ให้อาหารอย่างต่อเนื่องขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ ในระหว่างที่ให้อาหาร ควรให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง หรือนอนเป็นศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อช่วยให้กระเพาะสามารถย่อยอาหารได้ดีขึ้น และเป็นการป้องกันไม่ให้อาหารที่ทันทกลับไปที่หลอดอาหาร ผู้ป่วยควรที่จะอยู่ในท่านั่งอย่างน้อย 1 ชั่วโมง หลังจากการให้อาหารเสร็จ หลังจากที่ได้รับอาหารเสร็จแล้วควรจะให้ น้ำ 50 cc เป็นอย่างน้อย เพื่อไล่อาหารที่ติดค้างในท่อ ในกรณีที่ไม่มีอาการจุกคั่งน้ำใน ผู้ป่วยแนะนำว่า ควรจะใช้น้ำล้างปริมาณมาก ๆ ถ้าเป็นไปได้ ในผู้ป่วยที่ให้อาหารอย่างต่อเนื่องแนะนำว่า ควรจะล้างสาย

ทุก 4-6 ชั่วโมง กระบอกควรจะมีขนาดมากกว่า 30 cc ขึ้นไป เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดแรงดันสูงเกินไป ซึ่งอาจจะทำให้สายแตกได้ ในกรณีที่สายตัน อาจจะใช้ น้ำย่อยของตับอ่อนบวกกับ สารละลาย Bicarbonate ซึ่งจะสามารถช่วยให้การอุดตันดีขึ้น แล้วหลังจากนั้นควรล้างสายด้วยน้ำอุ่น

ก่อนการให้อาหารควรจะทดสอบว่าท่อไม่มีการอุดตัน และดูว่ามีอาหารตกค้างในกระเพาะ หรือไม่ โดยการดูดเอาสารในกระเพาะออกมา ถ้าพบว่ามีปริมาณมากกว่า 100 cc แสดงว่าอาหารผ่าน กระเพาะได้ไม่ดีให้ใส่กลับเข้าไปในกระเพาะอาหาร แล้วรอไป 1 ชั่วโมง แล้วทำการทดสอบใหม่ (บำเหน็จ แสงรัตน์, 2562; นุชจรินทร์ โตะศิลา, 2565; สุพร ตรีพงษ์กรุณาและคณะ, 2553)

การให้ยาผ่านสาย PEG ยาทุกชนิดควรให้ในแบบที่ละลายในน้ำปริมาณ 5-30 cc ไม่ควรนำไปผสมกับอาหาร ยาที่เป็น Enteric coated และ Sustained released pills ไม่ควรบด ยาที่เพิ่มกาก เช่น Metamucil ไม่ควรจะให้ ถ้าเป็นไปได้ควรเลือกยาน้ำ ซึ่งจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดการอุดตันของสาย ยาที่เป็นฟองฟูควรหลีกเลี่ยง เพราะอาจจะทำให้ท่อตัน กรณีสายใส่อาหารทางหน้าท้องเกิดการอุดตัน อาจเกิดจากอาหารเหนียวไปหรือการให้น้ำตามไม่เพียงพอ แนวทางแก้ไข คือ ควรให้คำแนะนำเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยหรือญาติในการใช้น้ำอุ่นล้างแล้วดูดออก ถ้ายังเกิดการอุดตันอยู่ควรปรึกษาแพทย์

คำแนะนำผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านจะต้องมีการดูแลสายให้อาหารทางหน้าท้อง รวมถึงญาติผู้ดูแลซึ่งเป็นกำลังหลักสำคัญที่ช่วยดูแลผู้ป่วย การให้ข้อมูลให้ความรู้จึงมีความจำเป็นโดยเฉพาะกับญาติผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญในการให้การดูแลที่มีคุณภาพต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยจะสามารถฟื้นหายจากภาวะวิกฤตได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับคุณภาพการดูแลจากผู้ดูแลที่บ้าน ซึ่งการเป็นผู้ดูแลที่บ้านต่างมีภาระต่างๆมากมายไม่สามารถกำหนดเวลาสิ้นสุดการดูแลให้กับผู้ที่ได้รับการดูแลได้ ผลที่ตามมาอาจมีผลทั้งด้านบวกและด้านลบต่อผู้ดูแลที่บ้าน จึงต้องอาศัยทั้งพลังกายและพลังใจ พร้อมทั้งความอดทนและความพยายามที่จะเผชิญต่อสถานการณ์ดังกล่าวได้ (บำเหน็จ แสงรัตน์, 2562; นุชจรินทร์ โตะศิลา, 2565; สุพร ตรีพงษ์กรุณาและคณะ, 2553) เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านจึงต้องแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. สังเกตระดับของสายให้อาหารทางหน้าท้อง ซึ่งมีเลขกำกับอยู่และมีแผ่นตรึงสายให้อยู่กับที่และจดจำไว้เพื่อป้องกันไม่ให้สายเลื่อนเข้าไปในกระเพาะอาหารมากเกินไปหรือดึงรั้งออกมาข้างนอกซึ่งอาจหลุดได้
2. ทำความสะอาดแผลวันละ 1-2 ครั้งหลังอาบน้ำโดยใช้ไม้พันสำลีชุบน้ำเกลือ (Normal saline) หรือน้ำต้มสุก
3. ให้น้ำก่อนและหลังให้อาหารทุกครั้งประมาณ 10-20 ml เพื่อป้องกันอาหารเกาะภายในสายและป้องกันการอุดตันของสาย
4. ปิดพลาสติกตรึงสายให้อาหารให้ตั้งฉากกับหน้าท้อง เพราะถ้าสายเอียงไปด้านใดด้านหนึ่งอาจเป็นสาเหตุให้น้ำย่อย อาหารรั่วซึมออกมาทำให้รูเปิดมีขนาดใหญ่ขึ้น
5. ใน 1-2 สัปดาห์แรกควรระมัดระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำต่อมา เมื่อแผลแห้งดีแล้วสามารถอาบน้ำได้ตามปกติ
6. เมื่อพบว่าบริเวณแผลรูเปิดมีอาการบวมแดง มีอาหาร หรือ ของเหลวออกมาจากแผลควรรีบปรึกษาแพทย์

การทำความสะอาดอุปกรณ์

1. หลังการให้อาหารแต่ละมื้อให้ล้างกระบอกและลูกสูบ สายต่อให้อาหาร ถูหรือขวดทันทีเพื่อป้องกันอาหารแห้งเกาะติด โดยใช้ น้ำยาล้างจาน ล้างด้วยน้ำจนสะอาด

2. การให้ยาทางสายให้อาหารทางกระเพาะอาหารควรเลือกใช้น้ำ หากสามารถทำได้ ถ้าเป็นยาเม็ดต้องบดยาให้ละเอียด แล้วผสมน้ำ ก่อนให้ทางสาย เพื่อป้องกัน การอุดตันของสาย อนึ่งการบดยาบางชนิดอาจทำให้คุณสมบัติยาเสียไป เช่น ยาที่ยังมีการหลังกรดบางชนิด เป็นต้น ควรปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรก่อน ก่อนและหลังให้ยา ควรให้น้ำ อย่างน้อย 10 - 20 ซีซี

การให้อาหารทางสายสวนกระเพาะอาหาร

การจัดทำผู้ป่วยขณะให้อาหารให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30-45 องศาหรือให้นั่งเก้าอี้หรือพิงเตียง ควรให้อยู่ในท่าศีรษะสูง หลังให้อาหารเสร็จอย่างน้อย 30-60 นาที ชนิดของอาหารที่ให้ทางสายสวนกระเพาะ แบ่งเป็น 2 ประเภท

1. นม อาจเป็นชนิดบรรจุในภาชนะสำเร็จรูปพร้อมใช้ หรือนมผสมที่ตนเอง
2. อาหารปั่นเหลว ซึ่งเตรียมเองที่บ้าน ควรใช้สัดส่วนอาหารที่ผสมกันตามสูตรที่แนะนำ โดยนักโภชนาการของโรงพยาบาลแพทย์หรือนักโภชนาการจะเป็นผู้แนะนำ ว่าผู้ป่วยควรกินอาหารชนิดใดและปริมาณที่เหมาะสม

ปัญหาเกี่ยวกับสายให้อาหารทางกระเพาะอาหารที่พบบ่อย

1. สายให้อาหารเป็นคราบสกปรก ส่วนใหญ่เกิดจากการล้างสายไม่สะอาดหรืออาหารที่ให้ข้นเกินไป แก้ไขโดยใช้กระบอกฉีดยาดูดน้ำ ดันเข้าไปเบาๆ หรือใช้น้ำส้มสายชู 5 cc ต่อน้ำ 15 cc ฉีดผ่านสายแล้วหักพับสายทางหน้าท้องไว้ ให้น้ำไหลออกภายในสายนานประมาณ 15 นาที ทำจนน้ำหมดแก้ว ควรทำสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง

2. ปัญหาการรั่วซึมรอบๆ สายการรั่วซึมรอบๆ สาย เกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การติดเชื้อที่แผลรูเปิด หรืออาจเกิดจากการที่สายสวนกระเพาะมีขนาดเล็กกว่าแผลรูเปิด หรืออาจเกิดจากการให้อาหารมากเกินไป หรือมีลมในกระเพาะอาหารมากเกินไปซึ่งอาการจะดีขึ้นหากกระบายลมให้ผู้ป่วย หากเกิดจากการให้อาหารมากเกินไป พิจารณาลดปริมาณลงในแต่ละมื้อหรือเปลี่ยนวิธีการให้อาหาร เพื่อให้อาหารเข้าไปในกระเพาะช้าลงกว่าเดิม

3. ผิวหนังรอบแผลรูเปิดแดงและเจ็บอาการผิวหนังรอบๆ แผลรูเปิดแดงและเจ็บ อาจเกิดจากการที่น้ำ ย่อยจากกระเพาะซึมรั่ว ควรทำ ความสะอาดบ่อยๆ และทำให้แห้ง อาจใช้ผงสำหรับป้องกันผิวหนังเช่น Stomahesive โรยบริเวณผิวหนังรอบแผล ถ้าผิวหนังแดงเป็นผื่นอาจเกิดจากการแพ้วัสดุที่ทำ สายให้อาหารทางกระเพาะอาหารหรือพลาสติกปิดแผลที่ใช้ กรณีนี้อาจเปลี่ยนชนิดสายหรือพลาสติก ซึ่งโดยทั่วไปหากแผลแห้งดีไม่จำเป็นต้องปิดก๊อชและพลาสติก แต่หากผิวหนังรอบแผลรูเปิดบวมแดง หรือมีหนองไหลหรือมีใช้ร่วมด้วยแสดงว่ามีการติดเชื้อ ควรปรึกษาแพทย์

4. สายสวนกระเพาะอาหารหลุด หากสายสวนกระเพาะหลุดให้ใช้ผ้าก๊อชปิดรูแผลไว้และรีบไปพบแพทย์ โดยนำสายให้อาหารทางกระเพาะอาหารที่หลุดออกมาไปด้วย ไม่ควรรอช้าเพราะแผลรูเปิดมักปิดเล็กลงอย่างรวดเร็วในเวลาไม่กี่ชั่วโมงได้

5. ไม่สามารถหมุนสายให้อาหารทางกระเพาะอาหารได้ ผู้ป่วยที่สายให้อาหารทางกระเพาะอาหาร หากน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมาก อาจทำให้ผนังหน้าท้องหนาขึ้น ทำให้เหลือช่องว่างระหว่างผิวหนังกับแป้นของสายสวนน้อยมาก จึงไม่สามารถหมุนสายขึ้น - ลง หรือหมุนสายไปรอบๆ ได้

6. เนื้อเยื่อแดงที่แผลรุกราน (Granulation tissue) เนื้อเยื่อแดงที่แผลรุกราน เป็นปัญหาที่พบบ่อยแต่ไม่มีอันตราย อาจทำให้มีเลือดออกได้บ้าง การรักษาโดยการจี้ด้วยซิลเวอร์ไนเตรท (Silver nitrate) ซึ่งอาจทำได้ที่โรงพยาบาลหรือหากได้รับการฝึกฝนอาจทำเองที่บ้านได้ สิ่งสำคัญคือก่อนจี้จะต้องป้องกันผิวหนังปกติรอบแผล โดยทาด้วยวาสลีน มิฉะนั้นจะเกิดรอยไหม้จากซิลเวอร์ไนเตรทได้ การเก็บซิลเวอร์ไนเตรท ต้องเก็บให้พ้นมือเด็ก และควรสวมถุงมือก่อนจับขวดน้ำยา

7. ในระหว่างที่ใส่สายทางหน้าท้อง ยังคงต้องทำความสะอาดลิ้น ปากและฟันทุกวัน ถ้าผู้ป่วยสามารถบ้วนปากได้ ควรให้บ้วนบ่อยๆ เพื่อป้องกันไม่ให้ปากแห้ง และป้องกันการติดเชื้อ

ภาวะแทรกซ้อนทางเดินอาหารที่พบบ่อย

1. ท้องเสีย อาจเกิดจากการได้อาหารที่ปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียหรือได้อาหารที่มีความเข้มข้นสูงหรืออาจเกิดจากยาบางชนิด สาเหตุส่วนใหญ่ในบ้านเราเป็นจากการปนเปื้อนเชื้อโรค แนวทางป้องกันคือ ควรเตรียมอาหารให้สะอาดและปลอดภัย ควรเก็บไว้ในตู้เย็นถ้ายังไม่ใช้และไม่ควรเก็บอาหารไว้นาน ถ้าเป็นนมที่บรรจุในภาชนะสำเร็จรูปซึ่งผ่านการฆ่าเชื้อมาแล้วสามารถแขวนไว้ได้ 24 ชั่วโมง กรณีนมชงเองหรืออาหารปั่นเตรียมเองไม่ควรค้างอยู่ในอุณหภูมิ 6 ชั่วโมง ควรล้างและเปลี่ยนสายให้อาหารและถุงให้อาหารทุกมื้อ ถ้าถ่ายมากอาจต้องลดความเข้มข้นของอาหารลงจนถ่ายน้อยลงจึงค่อยๆ เพิ่มความเข้มข้นเท่าปกติ หากยังมีปัญหาควรปรึกษาแพทย์

2. ท้องผูก เนื่องจากอาหารที่ใช้ส่วนใหญ่ไม่มีเส้นใย อาจเพิ่มเติมอาหารที่มีเส้นใย เช่น ผักต้มปั่นในอาหารที่ให้ หากยังมีปัญหาควรปรึกษาแพทย์

3. ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน เกิดจากการให้อาหารเร็วเกินไปหรือมากเกินไป อาเจียนในผู้ป่วยบางรายอาจเกิดจากหูดระหว่างหลอดอาหารและกระเพาะอาหารทำ งานไม่ปกติ แนวทางแก้ไข คือในกรณีให้อาหารมากเกินไป อาจดูอาหารออกก่อน แล้วแบ่งอาหารให้จำนวนน้อยๆ ในแต่ละมื้อแต่ให้บ่อยขึ้น ส่วนกรณีให้อาหารเร็วเกินไปอาจเปลี่ยนมาให้ช้าลงโดยใช้ชุดปรับอัตราไหลชนิดให้อาหารหยดช้าๆ หรือใช้เครื่องควบคุมอัตราการไหลของอาหาร ควรยกหัวเตียงสูง 30-45 องศาในขณะที่ให้อาหารและหลังจากให้อาหารเสร็จ 30-60 นาที หากยังมีปัญหาควรปรึกษาแพทย์เพื่อตรวจหาสาเหตุและการรักษาต่อไป

4. สำลัก คืออาหารจะไหลย้อนจากกระเพาะไปที่หลอดลมและปอด พบได้บ่อย ในผู้ป่วยที่มีอาเจียน หรือหูดระหว่างหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร ทำงานไม่ปกติ การป้องกันโดยตรวจสอบปริมาณอาหารที่เหลือค้างในกระเพาะก่อนเริ่มให้อาหารทุกครั้งควรยกหัวเตียงสูง 30-45 องศาในขณะที่ให้อาหารและหลังจากให้อาหาร เสร็จ 30-60 นาที หากมีปัญหาลำบากควรปรึกษาแพทย์เพื่อตรวจหาสาเหตุและให้การรักษาต่อไป หากปล่อยไว้ผู้ป่วยอาจเกิดปอดอักเสบซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย

2. การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งหลอดอาหารที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี

พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ต้องมีความเข้าใจธรรมชาติของผู้ป่วย ที่มีความยุ่งยากและซับซ้อนด้วยลักษณะของโรคและการรักษา พยาบาลจึงต้องเข้าใจทั้งปรากฏการณ์ทางชีววิทยาของมะเร็ง ระยะของโรค ชนิด วิธีการรักษา และผลข้างเคียงของการรักษา ยิ่งกว่านั้น โรคมะเร็งยังก่อให้เกิดความเครียดและยากแก่การปรับตัวของผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนของโรค ความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่างๆ พยาบาลต้องใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อให้การพยาบาลที่ตรงและเหมาะสมกับปัญหาที่เกิดขึ้นจริงหรือมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งที่เกี่ยวข้องกับ

อาการ ภาวะแทรกซ้อน และการรักษา รวมทั้งการจัดการปัญหาที่เกิดจากผลข้างเคียงของการรักษาด้วยการฉายรังสี (วันทกานต์ ราชวงศ์, 2559) โดยแบ่งเป็น 3 ระยะคือ

การพยาบาลผู้ป่วยในระยะก่อนรักษาด้วยการฉายรังสี เมื่อผู้ป่วยได้รับการวางแผนการรักษาว่าต้องได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีนั้น พยาบาลต้องดูแลเตรียมผู้ป่วย เริ่มตั้งแต่การได้รับการซักประวัติ การตรวจร่างกายโดยละเอียดเกี่ยวกับ การตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษทางเอกซเรย์ หรือตรวจหรือรักษาพิเศษอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น ต้องให้ความรู้ความเข้าใจกับผู้ป่วยในการไปรับการตรวจและรักษาช่องปาก และฟันจากทันตแพทย์ให้ทันกำหนดของการฉายรังสี อีกทั้งต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติทราบและเข้าใจถึงขั้นตอนของการรักษาเพื่อเตรียมความพร้อมให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเอง เพราะการรักษาทางรังสีต้องฉายรังสีทุกๆ วัน สัปดาห์ละ 5 วัน โดยเฉพาะเพื่อการหายขาดจะใช้ระยะเวลาานติดต่อกันอย่างน้อย 4-6 สัปดาห์ การมุ่งเน้นให้ความรู้เกี่ยวกับความเชื่อผิดๆ เรื่องผลกระทบของรังสีจะส่งผลเสียต่อผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนการฉายรังสี ก่อนรับการฉายรังสีต้องมีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความกลัวและความวิตกกังวลดังนี้

1. เมื่อผู้ป่วยได้รับการวางแผนการรักษาด้วยรังสีผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจร่างกายและซักประวัติอย่างละเอียดตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ ตรวจพิเศษทางเอกซเรย์ ตรวจหรือรักษาพิเศษอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการตรวจรักษาช่องปากและฟันจากทันตแพทย์ก่อน

2. ให้ความรู้และข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับ การฉายรังสี ขั้นตอนการรักษาวิธีการติดต่อเพื่อเข้ารับการฉายรังสี สิ่งสำคัญคือ พยาบาลต้องมีความรู้และสามารถให้ข้อมูลที่เพียงพอต่อผู้ป่วย

3. เนื่องจากการฉายรังสีต้องใช้เวลานานและมักเป็นการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องเตรียมตัวในเรื่องความสอดคล้องของกิจวัตรประจำวัน การทำงาน ลางาน การเดินทางมาและกลับ รวมไปถึงที่พักอาศัย

4. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และมีคุณค่าต่อร่างกายควรเน้นว่า ไม่มีอาหารแสลง ได้แก่ สุรา บุหรี่ หมาก พลุเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงพร้อมที่จะรับการฉายรังสี

5. แนะนำเรื่องการเตรียมเสื้อผ้าที่ใช้ในระหว่างการฉายรังสีให้เลือกเสื้อผ้าที่เนื้อผ้าอ่อนนุ่มไม่ระคายเคืองต่อผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี

6. การตรวจเช็คเลือด เพื่อหาจำนวนเม็ดเลือด ถ้าผู้ป่วยมีจำนวนเม็ดเลือดขาวต่ำมาก อาจต้องให้ยากระตุ้นการทำงานของไขกระดูกเพื่อสร้างเม็ดเลือดขาวเพิ่มร่วมด้วย

7. การรับประทานยาซึ่งใช้รักษาโรคอื่นๆ ที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ร่วม เช่น ยาเบาหวาน มียาโรคหัวใจ ผู้ป่วยต้องรับประทานยาต่างๆ เหล่านั้นตามคำสั่งแพทย์ แต่ต้องแจ้งให้แพทย์ทางรังสีทราบด้วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสอดคล้องในการรักษาาร่วมกัน

8. การเตรียมความพร้อมของสิทธิต่างๆ ที่ต้องใช้เพื่อเป็นค่าการรักษา ตลอดระยะเวลาของการฉายรังสี

9. การเตรียม Care giver โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ หรือ ผู้ป่วยพร้อมความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง

การพยาบาลระยะขณะการฉายรังสี เมื่อเริ่มรับการฉายรังสี ผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวล และความกลัว พยาบาลต้องเสริมสร้างกำลังใจในการเผชิญปัญหาระหว่างการรักษาฉายรังสี

โดยทำกลุ่มบำบัดให้ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการฉายรังสีได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ตรง และผ่านช่วงเวลาการฉายรังสีจริงมาแล้ว ผู้ป่วยอยู่ระหว่างการฉายรังสีมีทั้งที่ได้รับการวางแผนการรักษาฉายรังสีวิธีเดียวและรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด พยาบาลจึงต้องมุ่งเน้นให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วย และครอบครัวในการจัดการอาการ และบรรเทาอาการผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้น ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย อาการเหนื่อยล้า ผลข้างเคียงทางผิวหนัง (Radiation Skin reaction) เยื่อช่องปากอักเสบ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ภาวะทุพโภชนาการ ที่สำคัญคือผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายโดยเฉพาะภาวะไขกระดูกถูกกดซึ่งเป็นผลทำให้มีความผิดปกติของการสร้างเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือดก่อให้เกิดภาวะซีดจากเม็ดเลือดแดงต่ำ เลือดออกง่ายจากเกล็ดเลือดต่ำ และอันตรายที่สุดคือภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ (Neutropenia) มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงขึ้นซึ่งเป็นผลทำให้ระยะเวลาวันนอนและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น การได้รับยาเคมีบำบัดในครั้งต่อไปล่าช้า หรือผู้ป่วยอาจต้องได้รับการปรับเปลี่ยนแผนการรักษา จนต้องปรับลดปริมาณรังสีหรือยาเคมีบำบัดลงทำให้ผลของการรักษาลดลงด้วย

การดูแลสุขภาพทั่วไปขณะได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี

1. รับประทานอาหารที่มีคุณค่าครบ 5 หมู่ เน้น โปรตีน แป้ง ไขมัน วิตามิน
2. ไม่มีอาหารแสลงสำหรับโรคมะเร็งและการฉายรังสี
3. ควรรับประทานอาหารโปรตีนทั้งจากสัตว์และพืช อาหารโปรตีนจากสัตว์
4. ถ้ารู้สึกเบื่ออาหารควรรับประทานอาหารครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้งขึ้น
5. ถ้ามีโรคประจำตัวเดิม ควรปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์
6. ควรรับประทานอาหารที่สะอาดปรุงสุกใหม่ๆ เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรค
7. ควรดื่มน้ำสะอาดต่างๆ อาหารรสเผ็ดจัด ร้อนจัด
8. เลิกบุหรี่ เหล้า และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสมเด็ดขาด
9. ควรดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 2 ลิตร หรือเครื่องดื่มอื่น ๆ
10. ยาอื่นๆ ได้แก่ ยาที่ผู้ป่วยได้รับจากแพทย์ที่ไม่ใช่แพทย์ทางรังสีรักษาซึ่งท่านมีโรคอื่นๆร่วมอยู่ด้วย เช่น ยารักษาเบาหวาน ความดัน หัวใจ ผู้ป่วยต้องรับประทานยาต่าง ๆ เหล่านี้ตามแพทย์สั่งจะต้องได้รับการตรวจและรักษาต่อตามแพทย์นั้นอย่างสม่ำเสมอ
11. ระมัดระวังการรับประทานยาหม้อ ยาสมุนไพร
12. การมีเพศสัมพันธ์ ไม่มีข้อห้ามการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างการรักษา ผู้ป่วยหญิงในวัยเจริญพันธุ์นั้นห้ามตั้งครรภ์ตลอดการรักษาและควรคุมกำเนิดทั้งในระหว่างฉายรังสีจนกระทั่งฉายรังสีครบ

อาการข้างเคียงและการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารขณะรักษาด้วยการฉายรังสี

1. อาการเหนื่อยล้า (Fatigue) เป็นอาการสำคัญที่พบได้บ่อย ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา มักเกิดภายหลังได้รับรังสีไปแล้ว 2-3 สัปดาห์ เนื่องจากรังสีทำลายทั้งเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติทำให้ร่างกายต้องใช้พลังงานอย่างมากในการซ่อมแซมและเกิดการคั่งของของเสียภายในเซลล์มาก เซลล์ปกติทำหน้าที่เสียไป

การพยาบาล

1. ประเมินอาการ อาการแสดง และรูปแบบของความอ่อนล้า
2. ประเมินปัจจัยที่ทำให้ความอ่อนล้าเพิ่มหรือลดลง

3. ติดตามผล Complete blood count เพื่อประเมินภาวะซีด
4. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลให้เข้าใจถึงความอ่อนล้าที่เกิดขึ้นจากการฉายรังสีและการให้ยาเคมีบำบัด
5. ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้
6. ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยวางแผนกำหนดช่วงเวลา ในการทำกิจกรรม พักผ่อนในช่วงเวลากลางวัน และกลางคืนเพื่อช่วยควบคุมการใช้พลังงานในแต่ละวัน
7. ให้คำแนะนำผู้ป่วยที่ฉายรังสีไป-กลับ ให้พักผ่อนทันที (ประมาณ 1-2 ชั่วโมง) หลังจากกลับถึงบ้าน
8. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในการวางแผนการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยที่บ้าน(ในรายที่ฉายรังสีแบบไป-กลับ)
9. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ และการออกกำลังกาย
10. ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย เช่น ความเพียงพอของสารอาหารที่ได้รับ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง เช่น มีน้ำหนักลดก่อนได้รับการรักษา

2. การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังเมื่อได้รับการฉายรังสี ผิวหนังอาจมีลักษณะเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเกิดได้เป็นปกติโดยหลังฉายรังสีไปแล้ว 2-3 สัปดาห์ผิวหนังจะเป็นสีชมพูหรือคล้ำขึ้น และเมื่อฉายรังสีต่อไปเรื่อย ๆ ผิวหนังจะกลายเป็นสีแดงและคล้ำมากขึ้น อาจมีผิวหนังแห้งหรือคันร่วมด้วย บางครั้งผิวแตกได้โดยผลข้างเคียงที่ผิวหนังจะเห็นชัดมากที่สุดหลังฉายรังสีครบไปแล้วประมาณ 1-2 สัปดาห์ และหลังจากนั้นจะเริ่มฟื้นฟูตัวเอง ผิวหนังบางจุดที่บอบบางต่อรังสีมากกว่าปกติ อาจเกิดเป็นแผลพุพองและลอกได้ควรแจ้งให้ทีมแพทย์และพยาบาลทราบ ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากแพทย์อาจให้หยุดการฉายรังสีชั่วคราว ผลข้างเคียงของผิวหนังเหล่านี้มักจะดีขึ้นหลังการรักษาเสร็จสิ้น โดยทั่วไปใช้เวลา 3-4 สัปดาห์ (มนทกานต์ บุตรคำ และบำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2559)

การพยาบาล

1. ประเมินลักษณะของผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี
2. ให้คำแนะนำผู้ป่วย อาบน้ำได้ทุกวัน โดยสามารถใช้สบู่อ่อนๆ ที่ไม่มีกลิ่นได้ ห้ามขัด หรือตัวแรงๆ โดยเด็ดขาดและให้ใช้ผ้าสะอาดและแห้งซับเบาๆ หลังอาบน้ำเสร็จ
3. ห้ามใช้แอลกอฮอล์ เช็ดล้างบริเวณที่ฉายรังสีโดยเด็ดขาด
4. โดยทั่วไปผู้ป่วยสามารถใช้ครีมบำรุงผิวได้ ให้ใช้ครีมที่ไม่มีส่วนผสมของน้ำหอม และแอลกอฮอล์ แต่เนื่องจากการทาครีมอาจทำให้เส้นที่ขีดขอบเขตการฉายรังสีไว้ลบได้ ซึ่งจะส่งผลต่อการรักษา
5. ห้ามฉีดยาหรือยาทาเป้งหรือยาหม่องบริเวณที่ฉายรังสี
6. สามารถใช้น้ำยาระงับกลิ่นกายที่ไม่มีส่วนผสมของสารออลูมิเนียมได้ และหยุดใช้หากเกิดอาการระคายเคืองต่อผิวหนัง
7. ห้ามโกนขนบริเวณที่ฉายรังสี
8. ห้ามให้ผิวหนังที่ฉายรังสีสัมผัสกับอุณหภูมิที่ร้อน หรือเย็นจัดเกินไป เช่น การแช่น้ำร้อน แผ่นประคบร้อนประคบเย็น

9. หลีกเลี่ยงการว่ายน้ำ ลงเล่นน้ำทะเลในช่วงการฉายรังสี
10. หลีกเลี่ยงการอาบน้ำแดดหรือออกแดดแรงๆ หากจำเป็นควรสวมเสื้อผ้า กางร่ม เพื่อป้องกันผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีไม่ให้โดนแสงแดด
11. หากมีอาการคันหลีกเลี่ยงการเกา สามารถลูบเบาๆได้ และปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลเพื่อสอบถามวิธีบรรเทาอาการคัน
12. ห้ามติดแถบกาวใด ๆ ในบริเวณที่ฉายรังสี
13. แนะนำสวมเสื้อผ้าหลวมๆ เนื้อผ้านุ่มสบาย ไม่ควรสวมใส่ชุดชั้นในที่มีโครงลวดหรือเสื้อผ้าที่แน่นคับ เนื่องจากเสื้อผ้าจะไปถูกับผิวหนังเกิดการระคายเคืองได้
14. สังเกตบริเวณที่ฉายรังสีทุกวัน ว่ามีสิ่งผิดปกติหรือไม่ ถ้ามีอาการผดผื่นหรือเกิดผื่นคัน หรือผิวหนังมีลักษณะบวมแดงเป็นแผล คล้ายถูกน้ำร้อน แฉกแพทย์หรือพยาบาลทราบ
15. การดูแลผิวหนังจำเป็นต้องดูแลตลอดระยะเวลาการรักษา และต่อเนื่องภายหลังสิ้นสุดการรักษาไปแล้ว 4-6 สัปดาห์

3. เม็ดเลือดแดงต่ำเกิดภาวะโลหิตจาง

การพยาบาล

1. ประเมินภาวะซีดจากการซักถามอาการเหนื่อยอ่อนเพลียของผู้ป่วย และอาการหายใจหอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเขียว ช่วยให้ทราบถึงความรุนแรงของภาวะซีด เพื่อพิจารณาการให้ออกซิเจน
2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยอาจมีอาการอ่อนเพลีย หรือ มีภาวะซีด เนื่องจากยาเคมีบำบัดไปกดการทำงานของไขกระดูก ทำให้การสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง
3. ดูแลให้เลือดตามแผนการรักษา เพราะการให้เลือดจะช่วยเพิ่มความเข้มข้นของเลือดซึ่งเป็นตัวนำออกซิเจนทำให้อาการเหนื่อยอ่อนเพลียลดลงได้
4. ดูแลให้ยาช่วย เช่น Ferro – B Cal, Fersolate, Folic acid ตามแผนการรักษา เพราะ Folic acid ช่วยร่างกายในการสร้างเม็ดเลือด โดยจะไปช่วยไขกระดูกผลิตเม็ดเลือดแดง
5. ดูแลให้รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง เช่น เนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ ผักใบเขียว เป็นต้นเพราะเหล็กเป็นส่วนประกอบสำคัญของ Hemoglobin ในการสร้างเม็ดเลือดแดง
6. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อน เพราะการพักผ่อนจะช่วยลดการใช้ออกซิเจนในการทำกิจกรรม ทำให้อาการเหนื่อยอ่อนเพลียลดลง
7. Check vital sign และประเมิน O₂ saturation ทุก 4 ชม. เพราะการประเมินสัญญาณชีพจะช่วยให้ทราบความรุนแรงของภาวะพร่องออกซิเจน
8. ติดตามผล Lab Hemoglobin (Hb), Hematocrit (Hct) เพราะเป็นค่าที่แสดงถึงความเข้มข้นของเลือดในร่างกาย

4. เกล็ดเลือดต่ำ

การพยาบาล

1. สังเกตและบันทึกอาการของผู้ป่วยเกี่ยวกับสัญญาณชีพระดับความรู้สึกตัว เพื่อประเมินภาวะเลือดออกในสมอง และปริมาณการไหลเวียนของเลือดในร่างกาย

2. ประเมินสภาพผู้ป่วย บันทึกลง และรายงานเมื่อมีความผิดปกติ ได้แก่ ปรากฏจุดเลือดที่ผิวหนัง(Petechial) หรือจ้ำเลือด (Ecchymosis) ตามผิวหนังส่วนแขน ขา และ Mucous membranes มีเลือดซึมบริเวณตำแหน่งที่ถูกฉีดยา หรือแผลถลอก มีเลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดาออก ประจำเดือนมากผิดปกติ ถ่ายอุจจาระสีดํา ปัสสาวะสีน้ำตาลอ่อน ไอเป็นเลือด ปวดตามข้อ ข้อบวม อาการกระวนกระวาย กระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกสติสับสน สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง ความดันโลหิตลดลง ชีพจรเร็ว ตัวเย็นซีดสังเกต ชักถาม

3. ดูแลปากฟัน โดยให้บ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากชนิดอ่อนบ่อยๆ ถ้าแปรงฟัน ให้ใช้แปรงสีฟันที่ขนแปรงนิ่มที่สุด และแปรงด้วยความระมัดระวัง ไม่ถอนฟันขณะที่มีเลือดออกมาก

4. ระมัดระวังเรื่องการให้ยา หรือสารน้ำ การเจาะเลือด ฉีดยา ไม่ฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ เพราะจะทำให้เกิดก้อนเลือดใต้ผิวหนังได้ การเจาะเลือด ฉีดยาเข้าเส้นจะต้องพิจารณาหาเส้นเลือดที่เหมาะสมหลังเจาะเลือดหรือฉีดยาเข้าเส้นจะต้องกดให้นานจนกว่าเลือดหยุดไหล

5. รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย ถ้าอาเจียนเป็นเลือดมาก หรือถ่ายเป็นเลือดมาก ให้รายงานแพทย์ ผู้ป่วยอาจต้องงดน้ำงดอาหาร

6. ดูแลเรื่องการขับถ่าย สังเกตและบันทึกลักษณะ สีและปริมาณ สังเกตลักษณะว่าเหลวหรือแข็ง อาการท้องผูกจะทำให้อุจจาระเสียดสีเกิดแผลบริเวณรอบๆ ทวารหนัก ถ้าท้องผูกจะต้องให้รับประทานผลไม้ ดื่มน้ำให้เพียงพอ แพทย์อาจสั่งยาระบายอ่อนๆ หรือยาเหน็บให้ผู้ป่วย

7. ดูแลเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะ สังเกตลักษณะสี ปริมาณปัสสาวะ เพื่อประเมินภาวะเลือดออกทางเดินปัสสาวะ และป้องกันการเกิดไตวายเฉียบพลัน ความผิดปกติที่ต้องบันทึกและรายงาน ได้แก่ ปัสสาวะเป็นเลือด ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

8. ดูแลให้ส่วนประกอบของเลือด เช่น เกล็ดเลือด เม็ดเลือดแดง ครบตามแผนการรักษา

9. ติดตามผลการตรวจทางห้องทดลองเกี่ยวกับ Coagulation test ค่า Hb, Hct การตรวจหา Occult blood ในอุจจาระ ปัสสาวะ อาเจียน

10. ติดตามผลการตรวจนับเกล็ดเลือด (ค่าปกติ 150,000 – 350,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร) ระมัดระวังกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกดังนี้

- ถ้าเกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่อาจทำให้เกิดบาดแผล

- ถ้าเกล็ดเลือดมีค่าต่ำกว่า 50,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่มีส่วนประกอบของแอสไพริน ผู้ป่วยอาจต้องได้รับการรักษาด้วยเกล็ดเลือดเข้มข้น

- ถ้าเกล็ดเลือดมีค่าต่ำกว่า 10,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร ควรให้ผู้ป่วยนอนพักอ่อนอยู่คนเดียว เพราะอาจมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร สมอและอวัยวะภายในอื่นๆ ได้

11. หลีกเลี่ยงการเพิ่มแรงดันในสมองแนะนำให้ผู้ป่วยลุกขึ้นหรือเปลี่ยนท่าเร็วเกินไป ห้ามออกกำลังกายหักโหม ห้ามก้มหลังหรือยกของหนัก

12. หลีกเลี่ยงยาที่มีส่วนเสริมระยะเวลาการมีเลือดออกให้นานขึ้น ได้แก่ Aspirin, Anticoagulants, Phenothiazine, Codeine, Indomethacin, Quinidine sulfa

การพยาบาลผู้ป่วยในระยะหลังการรักษาด้วยการฉายรังสี

เป็นการมุ่งเน้นที่จะให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ให้ร่างกายและจิตใจฟื้นคืนสู่สภาพปกติโดยเร็ว ลดอาการข้างเคียงในระยะยาวที่อาจเกิดขึ้นได้ และให้รู้จักสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ที่ต้องมาพบแพทย์ พยาบาลต้องมีความมุ่งมั่น เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจติดตามภายหลังครบรังสีรักษาแล้วอย่างสม่ำเสมอตลอดไป ทั้งนี้ เพื่อป้องกันและรักษาไม่ให้เกิดโรคกลับคืนมาอีกครั้งเพื่อป้องกันและรักษาผลข้างเคียงจากการรักษาที่อาจเกิดขึ้น เพื่อตรวจหาการแพร่กระจายของโรคไปยังอวัยวะอื่นๆ เพื่อตรวจหาว่ามีมะเร็งชนิดอื่นๆ เกิดขึ้นที่อวัยวะใดอีกบ้าง เพื่อการรักษาอย่างทันที่ เพราะผู้ป่วยซึ่งได้เป็นโรคมะเร็งแล้ว มักมีโอกาสเป็นมะเร็งของอวัยวะอื่นๆ ด้วย รวมถึงให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนใกล้บ้านที่ผู้ป่วยสามารถไปขอความช่วยเหลือได้

บทบาทของพยาบาลในการวางแผนจำหน่าย การวางแผนจำหน่ายควรเริ่มตั้งแต่แรกรับ โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลจะต้องประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลต่อเนื่องภายหลังจำหน่าย บทบาทพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสรุปได้ดังนี้

1. ประเมินความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ เปรียบเทียบกับการดำเนินของโรคหรือความเจ็บป่วยเพื่อประเมินปัญหาสุขภาพหรือความต้องการการดูแลต่อเนื่อง
2. ประเมินความรู้ความเข้าใจและแรงจูงใจและทักษะของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคที่เป็น เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนกำหนดกิจกรรมที่เหมาะสม
3. เป็นสื่อกลางในการปรึกษาและวางแผนร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัว
4. ผสมผสานกิจกรรมการช่วยเหลือ การสอน ให้คำปรึกษา ฝึกฝนทักษะการดูแลตนเองตามแผนการรักษาที่จำเป็น รวมทั้งการจัดหาอุปกรณ์ เครื่องใช้ หรือยากลับบ้าน โดยการดัดแปลงกิจกรรมการดูแลให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยแต่ละราย
5. ประเมินผลการปฏิบัติตามแผนเป็นระยะๆ ปรับปรุงแผนและวิธีการปฏิบัติให้เหมาะสมตลอดระยะเวลาก่อนจำหน่าย
6. ประชุมปรึกษาในทีมการพยาบาลและทีมสุขภาพ เพื่อประเมินผลสำเร็จของกระบวนการวางแผนจำหน่าย เพื่อนำไปสู่การปรับปรุง และพัฒนาคุณภาพ เช่น การหาสาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ อุปสรรคในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองก่อนการจำหน่าย

การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Care) หมายถึง การดูแลสุขภาพบุคคลให้มีความสมดุลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สิ่งแวดล้อม และสังคม รวมทั้งความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ตามความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสังคม สุขภาพแบบองค์รวม (Holistic health) เป็นแนวคิดที่ได้จากแนวคิดเกี่ยวกับความต่อเนื่องของสุขภาพ โดยนำมาผสมผสานกับความเชื่อเกี่ยวกับมนุษย์ สุขภาพแบบองค์รวมนี้เชื่อว่าคนทั้งคนเป็นภาพรวมไม่ใช่การนำเอาส่วนต่างๆ มาประกอบกันและพิจารณาว่าเหตุการณ์ต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อคนนั้นจะกระทบต่อคนโดยส่วนรวมไม่ใช่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย การพยาบาลแบบองค์รวมนั้นพยาบาลจะต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้สึก ความเชื่อ ค่านิยม การดำเนินชีวิต และพฤติกรรมต่างๆ ของประชาชนหรือผู้มารับบริการ เพราะสิ่งเหล่านี้เป็นเครื่องบ่งชี้ความเป็นองค์รวมของบุคคลเพื่อให้คำแนะนำหรือการช่วยเหลือ ต้องเป็นการช่วยคนซึ่งเป็นองค์รวมของกาย จิต วิญญาณ และสิ่งแวดล้อม โดยพยาบาลจะต้องมีความตระหนักในความเป็นบุคคลของคนอื่น ให้ความสำคัญกับการเป็นผู้ฟัง แสดงถึงความเคารพผู้รับบริการในฐานะบุคคล

คุณลักษณะที่สำคัญของสุขภาพแบบองค์รวม การดูแลบุคคลแบบองค์รวม คือ การดูแลบุคคลที่มีการบูรณาการทั้งของร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ โดยการดูแลนั้นจะต้องคำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคลที่มีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีความรู้ ความคิด ความเชื่อ ศาสนา ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม สภาพสังคม สิทธิเสรีภาพ คุณลักษณะของสุขภาพแบบองค์รวม มีดังนี้

1. สุขภาพแบบองค์รวมเน้นการแสวงหาความเป็นอยู่อย่างปกติสุข โดยตระหนักถึงทุกแง่มุมของบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เน้นที่ดุลยภาพหรือความสอดคล้องของตนเองกับธรรมชาติและกับโลก

2. สุขภาพแบบองค์รวมจะเน้นที่ตัวบุคคลไม่ใช่โรค คือ จะต้องรู้จัก จะต้องเข้าใจคุณลักษณะของบุคคลที่เป็นโรค ไม่ใช่รู้จักแต่โรคที่เกิดกับบุคคลนั้นเพียงอย่างเดียว

3. สุขภาพแบบองค์รวมเน้นการส่งเสริมและการดูแลรักษาสุขภาพเท่าๆ กับการหายจากโรค ดังนั้นบุคคลทุกคนควรที่จะต้องรับผิดชอบสุขภาพของตนเอง

4. ทักษะแบบองค์รวม มองการเจ็บป่วยเป็นโอกาสที่ช่วยให้คนคนนั้นได้มีพัฒนาเจริญงอกงาม โดยใช้ความเจ็บป่วยเป็นตัวประเมินเป้าหมายการดำเนินชีวิต และการให้คุณค่าในสิ่งต่างๆ ในชีวิตที่ผ่านมา และมีโอกาสได้นำความแข็งแกร่งในตนเองที่ไม่เคยได้ใช้ออกมาใช้ประโยชน์ให้มากที่สุด ในลักษณะเช่นนี้จะทำให้คนนั้นได้พัฒนาความเจริญงอกงามของตนเอง

สรุปว่า การที่บุคคลจะมีภาวะสุขภาพแบบองค์รวมได้ บุคคลนั้นจะต้องมีบทบาทในการดูแลตนเองโดยมีบุคลากรในทีมสุขภาพเป็นผู้ให้การส่งเสริมและสนับสนุนภาวะสุขภาพแบบองค์รวมเป็นแนวคิดที่เน้นประเด็นพื้นฐานที่สำคัญรวม 5 ประการ คือ

1. เน้นตัวบุคคล ความเจ็บป่วยเกิดขึ้นในตัวบุคคล เกิดจากการที่คนมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และเสียสมดุลจนทำให้เกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพหรือเกิดความเจ็บป่วยขึ้น

2. เน้นการป้องกันโรค ในปัจจุบันความเจ็บป่วยส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุที่ป้องกันได้ เพราะส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของมนุษย์

3. เน้นการมองความเจ็บป่วยในแง่ดี ความเจ็บป่วยเป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ที่ดีในชีวิต ทำให้ทราบและตระหนักถึงจุดดี จุดด้อยของตน ทำให้เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมต่อไป

4. เน้นการตระหนักและการให้ความสำคัญของคุณค่าด้านจิตวิญญาณซึ่งหมายถึงความเชื่อ ความฝังใจ ความผูกพัน ความศรัทธาของบุคคลที่มีต่อศาสนา บุคคลอื่นหรือสิ่งของ ตลอดจนความมีอิสระของความคิดและการตัดสินใจในการดำเนินชีวิต

5. เน้นการดูแลตนเองหรือดูแลสุขภาพของตนเอง การดูแลตนเองเป็นความรับผิดชอบของบุคคลและครอบครัว ทั้งในภาวะสุขภาพดีและในภาวะที่เกิดการเจ็บป่วย

แนวปฏิบัติในการพยาบาลหรือการดูแลแบบองค์รวม มีดังนี้

1. พยาบาลจะต้องตระหนักถึงคนในลักษณะองค์รวม ที่ไม่สามารถแยกกาย จิต และจิตวิญญาณ ออกจากกันได้

2. พยาบาลจะต้องสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ

3. พยาบาลจะต้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง โดย

3.1 พยาบาลประเมินผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการอย่างสมบูรณ์ โดยให้ญาติหรือบุคคลที่สำคัญต่อผู้ป่วยมีส่วนร่วมด้วย และจะต้องให้ความสนใจถึงผลกระทบจากปัญหาสุขภาพต่อผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการและครอบครัวทุกด้าน

3.2 พยาบาลร่วมกับผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการแยกแยะปัญหา/ความต้องการ และวางแผนเป้าหมายในการบำบัดทางการพยาบาล

3.3 พยาบาลปรึกษาร่วมกับผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการถึงแผนการบำบัดทางการพยาบาลที่จะช่วยให้บรรลุเป้าหมายที่ได้วางไว้ร่วมกัน

3.4 พยาบาลปฏิบัติตามแผนการบำบัดทางการพยาบาล โดยดึงเอาแหล่งประโยชน์ต่างๆ เช่น เงิน ของใช้ เทคโนโลยีต่างๆ มาใช้อย่างเหมาะสม เป็นต้น

3.5 พยาบาลร่วมกับผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการประเมินผลการบำบัดทางการพยาบาล ว่าบรรลุเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่อย่างไร

3.6 ถ้าการบำบัดทางการพยาบาลไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ พยาบาลร่วมกับผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการปรับเปลี่ยนแผนแนวทางการรักษาเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

4. พยาบาลจะต้องมีทักษะในการติดต่อสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดกับผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ สัมพันธภาพที่ดีและความเชื่อถือศรัทธาของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการจะมีส่วนช่วยให้กระบวนการฟื้นฟูหายจากความเจ็บป่วยหรือเป็นพื้นฐานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

5. พยาบาลจะต้องให้ข้อมูลและความรู้ต่างๆกับผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการและประชาชนได้

6. พยาบาลสามารถเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการและครอบครัวในการดูแลสุขภาพของตนเอง

7. พยาบาลจะต้องสนับสนุนกระบวนการฟื้นฟูและการเจริญพัฒนาของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ โดยการดูแลเอาใจใส่อย่างเอื้ออาทร

8. พยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการใช้วิธีพื้นบ้านหรือวิธีการอื่นๆ ที่เป็นประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลบำบัด และการฟื้นฟูสุขภาพอย่างเหมาะสม

ตารางที่ 2 แผนการพยาบาล (Nursing care plan)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวัง/เกณฑ์การประเมิน	ประเด็นการดูแล/และการบำบัดทางการพยาบาล
<p>ก่อนทำหัตถการ</p> <p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1</p> <p>ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการได้รับการเจาะทำทางเดินให้อาหารทางช่องท้อง</p>	<p>ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวัง</p> <p>1. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการทำหัตถการ</p> <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <p>1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น แววตาสดใส และให้ความ</p>	<p>1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติด้วยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกที่ไม่สบายใจและซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ</p> <p>2. ประเมินสีหน้า แววตา ความวิตกกังวลของผู้ป่วย</p> <p>3. ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใส่สายให้อาหารทางหน้าท้องถึงความจำเป็น ข้อดีและข้อเสียต่าง ๆ</p>

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวัง/เกณฑ์การประเมิน	ประเด็นการดูแล/และการบำบัดทางการพยาบาล
<p>ผ่านกล้องด้วยเทคนิคพิเศษ (NEGD)</p> <p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มีภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากมีพยาธิสภาพของโรคที่ตำแหน่งหลอดอาหาร</p>	<p>ร่วมมือในการรักษาจนครบการรักษา</p> <p>2. ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง</p> <p>ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวัง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ul style="list-style-type: none"> - น้ำหนักเพิ่มขึ้น หรือไม่ลดลงจากเดิม 	<p>4. ประเมินระดับความวิตกกังวล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยโรคมะเร็งเพื่อวางแผนการจัดการได้เหมาะสม 2. ทบทวนแผนการรักษาของแพทย์ให้ผู้ป่วยและญาติ เข้าใจในการใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง เพื่อเพิ่มน้ำหนักตัวของผู้ป่วย พร้อมทั้งอธิบายให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง เพื่อให้ได้รับสารอาหารเพียงพอ 3. ประเมินการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อ เพื่อวางแผนบรรเทาอาการ 4. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร 5. ส่งผู้ป่วยและญาติปรึกษานักโภชนาการเพื่อวางแผนร่วมกันในการปรับแผนการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับความต้องการของร่าง 6. ชั่งน้ำหนักผู้ป่วยอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อประเมินและติดตามการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก
<p>ขณะทำหัตถการ</p> <p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดสำลักขณะส่องกล้องเนื่องจากผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่หลอดอาหารและได้รับยาระงับความรู้สึก</p>	<p>ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวัง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยไม่เกิดการสำลักขณะส่องกล้อง <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่มีไข้ ไอ เหนื่อยหอบหลังส่องกล้อง 2. O₂Sat Room air > 95% 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจสอบให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับการรดน้ำและอาหารก่อนส่องกล้องอย่างน้อย 6 ชั่วโมง 2. สอบถามผู้ป่วยว่ามีฟันโยกฟันปลอมหรือไม่ 3. เตรียมและตรวจสอบความพร้อมของเครื่อง Suction ให้พร้อมใช้ 4. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนเอียงหน้ามาทางซ้ายศีรษะสูง 15-30 องศา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวัง/เกณฑ์การประเมิน	ประเด็นการดูแล/และการบำบัดทางการพยาบาล
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะลำไส้ทะลุขณะส่องกล้องเพื่อการใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง (PEG)</p>	<p>ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวัง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่เกิดภาวะลำไส้ทะลุจากการทำหัตถการ 2. ไม่เกิดภาวะเลือดออกผิดปกติจากการทำหัตถการ <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่มีอาการแสดงของภาวะลำไส้ทะลุ เช่น เลือดออก อาเจียนเป็นเลือด อุจจาระเป็นเลือด 2. สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต > 90/60 , < 140/90 mmHg, อัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 /ครั้งต่อนาที 	<ol style="list-style-type: none"> 5. ดูแลให้ 10 % Xylocaine Spray เพื่อลด Gag reflex ของผู้ป่วย 6. ใส่ Mouth guard ให้อยู่ระหว่างฟันของผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกัดกล้องระวังริมฝีปากไม่ให้มีการกดในระหว่างใส่ Mouth guard 6. ใส่ Oral suction Tip ไว้ที่มุมปากของผู้ป่วยเพื่อช่วยดูดน้ำลายที่ไหลออกมาป้องกันการสำลัก 7. ดูแลสายดูดน้ำลายให้ทำงานตลอดเวลา <ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจสอบประวัติโรคประจำตัวผู้ป่วยเช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด 2. ตรวจสอบการงดยาละลายลิ้มเลือดล่วงหน้าอย่างน้อย 7 วันก่อนการส่องกล้องในผู้ป่วยที่ต้องรับประทานยาละลายลิ้มเลือด 3. ประเมินสัญญาณชีพร่วมกับทีมวิสัญญีบันทึกชีพจรและความดันโลหิตทุก 15 นาทีเพื่อประเมินภาวะช็อค จากเลือดออกผิดปกติ 4. สังเกตอาการอหุมิร่างกายต่ำกว่าปกติ ผิวหนังขึ้นเย็นปลายมือปลายเท้า 5. ขณะส่องกล้องเตรียมใช้สารหล่อลื่นเคลือบผิวตัวกล้องส่อง เพื่อลดแรงเสียดทานระหว่างก้อนเนื้อในหลอดอาหาร 6. สังเกตและบันทึกจำนวนการเสียเลือดจากสิ่งที่ขับออกมาจากร่างกาย 7. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและเลือดตามแผนการรักษา
<p>หลังทำหัตถการ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5</p>	<p>ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวัง</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมิน Pain score และลักษณะการปวดของผู้ป่วย 2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงอาการปวดที่เกิดเนื่องจากการใส่สายให้อาหารทาง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวัง/เกณฑ์การประเมิน	ประเด็นการดูแล/และการบำบัดทางการพยาบาล
<p>ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการปวดแผลหลังใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง(PEG)</p>	<p>1. เพื่อบรรเทาอาการปวดแผลจากการใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง (PEG)</p> <p>2. ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้</p> <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <p>1. Pain score ลดลง ≤ 3 คะแนน</p> <p>2. ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นสามารถนอนหลับพักผ่อนได้</p>	<p>หน้าท้อง พร้อมกับเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อข้องใจต่าง ๆ</p> <p>3. ดูแลให้ยาแก้ปวด Paracetamol 500 mg ตามแผนการรักษา</p> <p>4. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ และแนะนำการจัดท่า High fowler position</p> <p>5. ประเมิน Pain score หลังให้การพยาบาล</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6</p> <p>เสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการทำหัตถการใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง (PEG)</p>	<p>ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวัง</p> <p>- ป้องกันการติดเชื้อจากการทำหัตถการใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง (PEG)</p> <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <p>1. ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อ คือ แผลผ่าตัดบวมแดง ร้อน มี Discharge ซึม</p> <p>2. อุณหภูมิร่างกายปกติ อุณหภูมิ 36.0-37.4 °C</p>	<p>1. ดูแลทำความสะอาดแผลวันละครั้ง เพื่อลดการอักเสบติดเชื้อของแผล ประเมินอาการและลักษณะของแผล ถ้ามีอาการปวด บวม แดง ร้อน มี discharge ซึม ให้รายงานแพทย์</p> <p>2. กระตุ้นให้ผู้ป่วย Deep Breathing Exercise เพื่อให้ปอดและกล้ามเนื้อกระบังลมขยายตัว ทำให้ได้รับออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น ส่งเสริมการหายของแผล</p> <p>3. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง โดยเฉพาะอุณหภูมิของร่างกาย เพื่อเฝ้าระวังการเกิดการติดเชื้อ</p> <p>4. สังเกต Discharge ที่ออกบริเวณที่ใส่สายให้อาหารทางหน้า</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7</p> <p>พร้อมความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านหลังจากได้รับการใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง(PEG)</p>	<p>ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวัง</p> <p>- สามารถดูแลตนเองได้หลังการใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง (PEG)</p> <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <p>1. ญาติสามารถบอกหลักการปฏิบัติตัวที่</p>	<p>1. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุ อาการ การรักษาเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่พอสังเขป และแนะนำการปฏิบัติตัวให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรค พฤติกรรมสุขภาพที่ควรหลีกเลี่ยง</p> <p>2. อธิบายเกี่ยวกับการรับประทานอาหารหลังจากใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง</p> <p>3. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับ</p>

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวัง/เกณฑ์การประเมิน	ประเด็นการดูแล/และการบำบัดทางการพยาบาล
	<p>เหมาะสมเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้</p> <p>2. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจแผนการรักษาขั้นต่อไปได้</p>	<p>แผนการรักษาของแพทย์ ในการใส่สายให้อาหารเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ</p> <p>4. คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเมื่อกลับไปอยู่บ้าน</p> <ul style="list-style-type: none"> - สังเกตระดับของสายให้อาหารทางหน้าท้อง เพื่อประเมินการเลื่อนหลุดของสาย ถ้าเลื่อนหลุดให้รีบไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้านทันที - ทำความสะอาดแผลวันละ 1-2 ครั้ง และสังเกตสีของขอบแผล การบวม แดง และ discharge - ให้น้ำก่อนและหลัง เพื่อป้องกันอาหารเกาะภายในสาย และป้องกันการอุดตันของสายให้อาหารทุกครั้งประมาณ 10-20 ml - ปิดพลาสติกหรือรัดสายให้อาหารให้ตึงมากกับหน้าท้อง เพื่อป้องกันการเกิดน้ำย่อยอาหารรั่วซึม - ใน 1-2 สัปดาห์แรกควรระมัดระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ - เมื่อพบว่าบริเวณแผลรูเปิดมีอาการบวม แดง มีอาหาร หรือ ของเหลวออกมาจากแผลควรรีบปรึกษาแพทย์ - การทำความสะอาดอุปกรณ์ หลังการให้อาหารแต่ละมื้อให้ล้างกระบอกและลูกสูบสายต่อให้อาหาร ถูหรือขูดทันที <p>5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อสงสัย รวมทั้งให้ความมั่นใจและให้กำลังใจผู้ป่วยในการเผชิญกับโรคที่เป็น</p> <p>ต้องแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเอง</p>

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวัง/เกณฑ์การประเมิน	ประเด็นการดูแล/และการบำบัดทางการพยาบาล
<p>การพยาบาลผู้ป่วยก่อนฉายรังสี</p> <p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8</p> <p>พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวระหว่างฉายรังสี</p>	<p>ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวัง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ในระหว่างการฉายรังสี 2. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสี <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยบอกวิธีการปฏิบัติตัวระหว่างฉายรังสีได้ถูกต้อง 2. ผู้ป่วยสามารถบอกอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นแก่ผู้ดูแลได้ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินความรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติตัวระหว่างฉายรังสี ผลข้างเคียงของการฉายรังสี การดูแลตนเองเพื่อป้องกันหรือจัดการกับผลข้างเคียงจากการรักษา 2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงขั้นตอนการฉายรังสี ภาวะแทรกซ้อนและระดับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การดูแลตนเอง เพื่อป้องกันหรือจัดการกับภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสี 3. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี ระยะเวลาที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง การจัดการและวิธีปฏิบัติตัวเรื่องการดูแลผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 3.1 เลือกเสื้อผ้าที่หลวมใส่สบายและอ่อนนุ่มไม่เสียดสีผิวหนัง ไม่สวมเสื้อผ้าที่คับหรือรัดแน่น 3.2 การทำความสะอาดร่างกาย ดูแลผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีให้แห้ง ระวังความอับชื้นและการเสียดสีบริเวณร่อนหรือขาหนีบ ให้อาบน้ำได้ตามปกติ ใช้สบู่เหลว 3.3 หลีกเลี่ยงการใช้แป้งทุกชนิด และเครื่องสำอางทุกชนิดทาผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี 3.4 หลีกเลี่ยงการใช้ครีมหรือยาต่างๆ ทาผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี เช่น ครีมบำรุงผิว ยาหม่อง ยาคลายกล้ามเนื้อ เป็นต้น 3.5 งดเว้นการวางกระเป๋าน้ำร้อน หรือน้ำแข็งลงบนผิวหนังที่ฉายรังสี โดยตรง เพราะจะทำให้เกิดการระคายเคืองหรือผิวหนังไหม้ได้ 3.6 ห้ามแกะเกาผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวัง/เกณฑ์การประเมิน	ประเด็นการดูแล/และการบำบัดทางการพยาบาล
<p>การพยาบาลผู้ป่วยหลังการฉายรังสีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9</p> <p>สูญเสียภาพลักษณ์เนื่องจากมีสายให้อาหารทางหน้าท้อง (PEG)</p>	<p>ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวัง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและมีความมั่นใจในภาพลักษณ์ของตนเองที่ต้องมีสายให้อาหารทางหน้าท้อง (PEG) <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยมีความเข้าใจในเหตุผลการให้อาหารทางสายยาง 2. ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ 	<ol style="list-style-type: none"> 3.7 หลีกเลี่ยงการโกนขนบริเวณที่ฉายรังสี เพราะจะทำให้เกิดแผลได้ 4. หากมีแผล ดูแลทำแผลให้ผู้ป่วย และสอนสาธิตวิธีการทำแผล แผล งดใช้พลาสติกหรือเทปกาวติดผิวหนังในบริเวณที่ฉายรังสี 5. แนะนำผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติ เช่น แสบร้อนผิว หรืออ่อนเพลีย 6. แนะนำผู้ป่วยให้ดื่มน้ำอย่างน้อย 8-10 แก้ว/วัน เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นให้กับผิวหนัง 7. แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงต่อวัน 8. แนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และมีคุณค่าต่อร่างกายโดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนและให้พลังงานสูง 9. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยอาการเปลี่ยนแปลงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น <ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างสัมพันธภาพ ผู้ป่วยและญาติ ประเมินความเครียด วิตกกังวลและสอบถามความวิตกกังวลหรือสิ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลพร้อมทั้งประเมินระดับความวิตกกังวลโดยการสอบถามพร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ครอบครัวระบายความรู้สึกรับฟังพร้อมทั้งพูดคุยให้กำลังใจ 2. พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ ด้วยท่าทีที่เป็นมิตรและเห็นใจ อธิบายการดำเนินของโรค และ แผนการรักษาพยาบาล 3. ให้ข้อมูลเรื่องความจำเป็นที่ต้องใส่สายยางให้อาหารทางหน้าท้อง PEG 4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ชีวิตประจำวัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวัง/เกณฑ์การประเมิน	ประเด็นการดูแล/และการบำบัดทางการพยาบาล
		<p>5. ให้กำลังใจโดยใช้คำพูดที่สุภาพและการสัมผัสที่นุ่มนวล แจ้งและอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาล</p> <p>6. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพูดคุยกับกลุ่มผู้ป่วยเดียวกันที่สามารถปรับตัวต่อโรค การรักษา และ พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี</p> <p>7. ขณะพูดคุยให้ผู้ป่วยค่อย ๆ สัมผัสและมองสายยางให้อาหารทางหน้าท้อง PEG ของตนเอง</p> <p>8. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อสงสัยพร้อมอธิบายให้เข้าใจ ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย</p> <p>9. ทบทวนขั้นตอนการดูแลสายยางให้อาหารทางหน้าท้องPEGกล่าวชมเมื่อผู้ป่วยและญาติปฏิบัติตามขั้นตอนได้</p> <p>10. เคารพในสิทธิของผู้ป่วยและประเด็นทางจริยธรรม</p>

บทที่ 4 กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้ป่วย ชายไทย อายุ 72 ปี สถานภาพสมรส คู่ สัญชาติ ไทย เชื้อชาติ ไทย ศาสนา พุทธ
การศึกษา ประถมศึกษา อาชีพ เกษตรกร สิทธิการรักษา บัตรทอง
แหล่งที่มาของข้อมูล/ผู้ให้ข้อมูล 1. ผู้ป่วย 2. บุตรสาว 3. เวชระเบียน
วันที่รับไว้ในการดูแล วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2566 วันที่สิ้นสุดการดูแล 8 มีนาคม 2566
รวม 14 วัน

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้ป่วย

การวินิจฉัยแรกรับ CA Esophagus Stage Iva (T₃N₃M₀)

การรักษาที่ได้รับ

1. เจาะทำทางเดินให้อาหารทางช่องท้อง (Percutaneous endoscopic gastrostomy : PEG) ด้วยเทคนิค Nasal esophagogastroduodenal scope (NEGD)
2. การฉายรังสี จำนวน 10 ครั้ง (3,000 เซนติเกรย์)

ประวัติการเจ็บป่วย

อาการสำคัญก่อนมาโรงพยาบาล

ผู้ป่วยมีอาการกลืนอาหารลำบาก นัดมาโรงพยาบาลเพื่อใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

3 มกราคม 2566 มีอาการรับประทานทานอาหารแล้วรู้สึกจุกเสียดหน้าอก รู้สึกกลืนติดบางครั้ง รับประทานอาหารได้น้อยลง จึงไปพบแพทย์โรงพยาบาลองค์กรักษ์

9 ม.ค.2566 ส่งตัวมาโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาเพิ่มเติม

26 ม.ค.2566 ผู้ป่วยรับการส่องกล้องตรวจหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร พบก้อนที่หลอดอาหารส่วนกลาง ไม่สามารถ ใส่กล้องผ่านเนื้องอกเข้าไปได้ และตัดชิ้นเนื้อเพื่อมาวินิจฉัย

9 ก.พ.2566 ผลการตรวจชิ้นเนื้อ :เป็นมะเร็งหลอดอาหารชนิด Squamous cell carcinoma Poorly differentiated และได้ส่งปรึกษาแพทย์อายุรกรรมมะเร็งด้านรังสีรักษา

16 ก.พ.2566 ส่งทำ CT Chest – Upper abdomen ที่ รพ.ต้นสังกัด

20 ก.พ.2566 รพ.องค์กรักษ์ ส่งตัวมารักษาต่อด้วยเรื่องทานอาหารได้น้อยลง อาเจียนไอ และเสมหะมาก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี ได้รับการนัดเพื่อทำ PEG ด้วยเทคนิคการใช้กล้อง NEGD ในวันที่ 23 ก.พ.2566

23 ก.พ.2566 เจาะทำทางเดินให้อาหารทางช่องท้องผ่านกล้องด้วยเทคนิคพิเศษ (NEGD: Nasal esophagogastroduodenal scope)

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผู้ป่วยมีภาวะโรค COPD ตรวจพบเมื่อ อายุ 70 ปี

-ปฏิเสธการเป็น โรคเบาหวาน วัณโรคปอด โรคหัวใจ และความดันโลหิตสูง

-ไม่มีประวัติแพ้ยาและอาหาร

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว บุคคลในครอบครัวแข็งแรงดีไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีประวัติโรคมะเร็ง โรคภัยแรง หรือโรคติดต่อ เมื่อมีอาการเจ็บป่วยมักจะไปรักษาโรงพยาบาลต้นลิทธี

สภาวะสุขภาพผู้ป่วยเมื่อแรกรับไว้ในการดูแล

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 72 ปี CA Esophagus รูปร่างผอมสูง รั่วไวดูแล วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2566 ประเมิน Palliative Performance Status (PSS) = 80 % คือ ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติ มีอาการแสดงของโรคชัดเจน ดูอ่อนเพลียนั่งรถเข็น บุตรสาว 2 คนคอยสลับดูแลเป็นหลัก ทรพยาสุขภาพไม่แข็งแรงป่วยด้วยโรคชรา แต่งกาย สะอาด เรียบร้อย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีหน้าเรียบเฉย ถามคำตอบคำ แต่ให้ความร่วมมือในการซักถามประวัติ มีปัญหาเรื่องกลืนอาหารลำบาก เจ็บคอ แน่นหน้าอกบางครั้ง ไอบ่อยมีเสมหะ และมีอาเจียนบางครั้งหลังทานอาหาร

สัญญาณชีพ

- อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส
- ชีพจร 78 ครั้ง/นาที
- หายใจ 22 ครั้ง/นาที
- ความดันโลหิต 97/67 มิลลิเมตรปรอท
- หนักตัว 37.4 กิโลกรัม
- ส่วนสูง 164 เซนติเมตร
- BMI 13.91 m² (ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ)
- Kanofsky Performance Status = 80 คะแนน (อยู่ในเกณฑ์ปกติ)
- Pain score 1/10 คะแนน

การประเมินแบบแผนสุขภาพ

โดยการใช้ แนวคิดของแบบแผนสุขภาพ (Functional health pattern) 11 แบบแผนของ กอร์ดอน (Gordon, 1994)

แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ

ก่อนป่วย: จะไม่มีแบบแผนที่เป็นระบบในการดูแลสุขภาพ เพราะอาชีพทำนาคิดว่าการทำนาเดินตามท้องนาคือการออกกำลังกายซึ่งทำเป็นกิจวัตรประจำวัน และสูบบุหรี่ทุกวัน วันละ 10 มวน/วัน และก่อนอาหารเย็นจะมีการดื่มยาตองเกือบทุกวัน

ขณะป่วย: มีอาการกลืนลำบาก จุกเสียดล้นปี รับการรักษาที่โรงพยาบาลองค์กรักษ์ ได้ และส่งตัวมาโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณธัญบุรี เพื่อรับการรักษาต่อ โดยการส่องกล้องตรวจพบมะเร็งหลอดอาหารที่ภาวะอุดตันของหลอดอาหาร และการฉายรังสีรักษา ผู้ป่วยรู้ว่าตนเองเป็นโรคมะเร็งหลอดอาหารทำให้กลืนอาหารลำบาก ทานได้น้อยและอ่อนเพลีย จำเป็นต้องใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง และฉายรังสีเพื่อรักษา มีความวิตกกังวลไม่รู้จะปฏิบัติตัวอย่างไร

สรุปการประเมิน คือ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล และพร้อมความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับการเจาะใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง(PEG) และการฉายรังสี

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร

ก่อนป่วย: ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ข้าวสวยหรือข้าวต้มได้ แต่การทานข้าวไม่ค่อยเป็น เวลา วันละ 3 มื้อ ชอบรับประทานอาหารจำพวกแกงเผ็ด และน้ำพริกผักต้ม ปฏิเสธการแพ้อาหาร

ขณะป่วย: ถ้ารับประทานข้าวสวยบางครั้งจะมีกลิ่นลำบาก หรือรู้สึกกลืนติดเป็นบางครั้ง และมีอาการจุกเสียดบริเวณลิ้นปี่ ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยว

น้ำหนักก่อนเจ็บป่วย 40 กิโลกรัม ส่วนสูง 164 เซนติเมตร Body mass index = 14.87 Kg/m^2 แปลผลว่า มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ น้ำหนักปัจจุบัน 37.4 กิโลกรัม Body mass index 13.90 Kg/m^2

$$\% \text{ Weight change} = \frac{40-37.4 \times 100}{40} = 6.7 \% \text{ (ขึ้นรุนแรง)}$$

คำนวณสารอาหารที่คนไข้จะได้รับที่ 1800 Kcal

Pro 18% = 86.4 g/day

Cho 52% = 249.6 g/day

Fat 30% = 64 g/day

ประเมินภาวะทุพโภชนาการ ได้ NT -4 (18 คะแนน) มีภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรง

สรุปการประเมิน คือ ผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรง และกลิ่นลำบาก จุกเสียดบริเวณลิ้นปี่

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย

ก่อนป่วย: ปกติขับถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง/วัน ในตอนเช้าหลังเจ็บป่วย ขับถ่าย 2 วัน/ครั้ง ไม่ต้องรับประทานยาระบาย

ขณะป่วย: ช่วงหลังจากเข้ารับการรักษามีปัญหาเรื่องท้องผูก 4-5 วัน ถ่าย 1 ครั้ง ขับถ่ายปัสสาวะ วันละ 5 - 6 ครั้ง/วัน ปัสสาวะเหลืองใส ไม่มีแสบขัด

สรุปการประเมิน คือ ผู้ป่วยไม่มีปัญหาแบบแผนการขับถ่าย

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย

ก่อนป่วย: เดินออกกำลังกายไม่เป็นรูปแบบชัดเจน ไม่มีตารางการออกกำลังกายประจำ แต่ส่วนมากเดิน ดูสวน ไโรนบ้าง ส่วนมากจะมีโลกส่วนตัว พุดคุยพปะกับสังคมเมื่อจำเป็น

ขณะป่วย: ขณะเจ็บป่วยไม่ได้ทำงาน ไม่ได้ออกกำลังกายเดินไปมาในบ้าน สลับกับนั่งและนอน เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย

สรุปการประเมิน คือ ผู้ป่วยไม่มีปัญหาแบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย

แบบแผนที่ 5 การนอนหลับและพักผ่อน

ก่อนป่วย: ปกตินอนหลับวันละ 6-8 ชั่วโมง ไม่นอนกลางวัน นอนหลับได้ดีตลอดคืน ปฏิเสธการใช้ยานอนหลับ

ขณะป่วย: ง่วงนอนเพลีย แต่หลับได้ไม่ต่อเนื่องเพราะมีอาการไอ มีเสมหะและแน่นหน้าอกบางครั้ง

สรุปการประเมิน คือ ผู้ป่วยมีปัญหาการนอนหลับ เนื่องจากไอ มีเสมหะและแน่นหน้าอก

แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้

ก่อนป่วย: สามารถรับรู้เรื่องราวต่างๆได้ปกติทั่วไป สามารถทำงานหรือเดินทางคนเดียวได้ และสามารถรับรู้ เสียง การรับรส กลิ่น วันเวลา

ขณะป่วย: ยังสามารถรับรู้เรื่องราวต่างๆได้ปกติทั่วไป เช่น เสียง รส กลิ่น วัน เวลา

สรุปการประเมิน คือ ผู้ป่วยไม่มีปัญหาแบบแผนสติปัญญาและการรับรู้

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

ก่อนป่วย: มีความเป็นโลกส่วนตัวสูงมั่นใจในตัวเอง แต่ไม่ชอบเข้าสังคม

ขณะป่วย: ยอมรับว่าตนเองเป็นมะเร็งหลอดอาหาร และต้องการรักษาให้อาการดีขึ้น แต่มีความวิตกกังวลต่อการรักษาแล้วการรักษา

สรุปการประเมิน คือ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลต่อการรักษาแล้วการเจาะใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง(PEG) และการฉายรังสี

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ

ก่อนป่วย: สถานภาพของผู้ป่วยคือ คู่ และมีบุตรสาว 2 คน

ขณะป่วย: มีบุตรสาว 2 คน คอยดูแลและให้กำลังใจเป็นหลัก ที่บ้านประกอบอาชีพทำนาและทำสวน บุตรสาวและลูกเขยจะดูแลเป็นหลักผู้ป่วยจะช่วยเหลือร่วมด้วย

สรุปการประเมิน คือ ผู้ป่วยไม่มีปัญหาแบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์

ก่อนป่วย: ไม่มีเพศสัมพันธ์มานานแล้ว ไม่พบความผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์

ขณะป่วย: ไม่มีความกังวลเรื่องความเปลี่ยนแปลงเรื่องเพศ หลังจากที่ได้รับการรักษา

สรุปการประเมิน คือ ผู้ป่วยไม่มีปัญหาแบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด

ก่อนป่วย: ในภาวะปกติสามารถทนต่อความเครียด วิตกกังวลได้ดี

ขณะป่วย: มีความเครียดและวิตกกังวลมากครั้งแรกที่ทราบว่า เป็นมะเร็งหลอดอาหาร

สรุปการประเมิน คือ ผู้ป่วยมีความเครียดและวิตกกังวลมากเมื่อทราบว่า เป็นมะเร็งหลอดอาหาร

แบบแผนที่ 11 ค่านิยมและความเชื่อ

ก่อนป่วย: เชื่อเรื่องบาปบุญคุณโทษ มีความเชื่อในหลักธรรมของศาสนา แต่ไม่ค่อยได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เชื่อว่าทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว ทุกอย่างที่เกิดขึ้นมาจากการปฏิบัติของตนเองในอดีต มีความเชื่อทางไสยศาสตร์บ้าง เชื่อว่าอะไรจะเกิดก็ต้องเกิด สำหรับการเจ็บป่วยครั้งนี้เชื่อว่าเกิดจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง แต่สิ่งที่ทำได้ในตอนนี้คือการอยู่ร่วมกับโรคให้มีความสุข

ขณะป่วย: มีความเชื่อทางไสยศาสตร์บ้าง เชื่อว่าอะไรจะเกิดก็ต้องเกิด สำหรับการเจ็บป่วยครั้งนี้เชื่อว่าเกิดจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง แต่สิ่งที่ทำได้ในตอนนี้คือการอยู่ร่วมกับโรคให้มีความสุข

สรุปการประเมิน คือ ผู้ป่วยไม่มีปัญหาแบบแผนค่านิยมและความเชื่อ

สรุปผลการประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนที่ผิดปกติ

แบบแผนที่ 1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ มีความวิตกกังวล และพร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับการเจาะใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง (PEG) และการฉายรังสี

แบบแผนที่ 2. ภาวะโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร มีภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรง

แบบแผนที่ 5. การนอนหลับและพักผ่อน มีปัญหาการนอนหลับพักผ่อน เนื่องจากไอ มีเสมหะและแน่นหน้าอก

แบบแผนที่ 7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ ผู้ป่วยวิตกกังวลต่อการรักษากลัวการเจาะใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง (PEG) และการฉายรังสี

การตรวจร่างกายตามระบบ

ลักษณะทั่วไป รูปร่างผอม ช่วยตัวเองได้ดี น้ำหนัก 37.4 กิโลกรัม ส่วนสูง 164 เซนติเมตร BMI = 13.90kg/m^2 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ

ตา	การมองเห็นเป็นปกติทั้ง 2 ข้าง
ปาก	ไม่มีการอักเสบในช่องปาก ฟันกรามด้านขวาหลุด 2 ซี่
หู	การได้ยินชัดเจนทั้ง 2 ข้าง
ชีพจร	มีจังหวะสม่ำเสมอ อัตราการเต้น 70 ครั้ง/นาที
การหายใจ	หายใจปกติ อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที O ₂ sat 98-99%
ความดันโลหิต	อยู่ในเกณฑ์ปกติ 98/66 มิลลิเมตรปรอท
อุณหภูมิ	ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส
ผิวหนัง	ผิวแห้ง ไม่พบผื่นคัน หรือผิวหนังอักเสบ
ทรวงอก	เสียงปอดทั้งสองข้างเท่ากันดี หายใจทรวงอกขยายดี ฟังเสียงลมผ่านปอดไม่มีเสียง Wheezing หรือ Crepitation
หัวใจ	ปกติ มีจังหวะสม่ำเสมอ ไม่มีเสียง murmur
แขน,ขา	เคลื่อนไหวได้ตามปกติ ทั้งข้างซ้ายและขวา แขนทั้ง 2 ข้าง Muscle power Grade 5 ขาทั้ง 2 ข้าง Muscle power Grade 5
ทวารหนักและอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก	ปกติ

สรุปผลการตรวจร่างกายตามระบบ คือ มีความผิดปกติในการกลืนอาหาร กลืนลำบาก มีสำลักและจุกแน่นหน้าอกบางครั้ง

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจอื่น ๆ

1. ตรวจส่องกล้องกระเพาะอาหารด้วยกล้องขนาดปกติ (26 ม.ค.2566)

พบเนื้องอกที่หลอดอาหารลักษณะมีขอบเขตชัดเจน ขอบไม่เรียบ ไม่สามารถสอดกล้องผ่านก้อนเนื้องอกได้ ทำ Biopsy ผลชิ้นเนื้อ Pathology=Squamous cell carcinoma. Poorly differentiated

การแปรผลตรวจ ผู้ป่วยเป็นมะเร็งหลอดอาหาร ชนิด Squamous cell carcinoma. Poorly differentiated

2. CT Chest + Upper abdomen (16 ก.พ. 2566) ผลการตรวจ ดังนี้

1. Pathologic middle thoracic esophageal tumor

- Tumor causing severe luminal narrowing and dilate upper esophagus
- Tumor encases aorta, tracheal wall , and left main bronchial wall

2. No definite lung, liver, or adrenal metastasis

3. Pulmonary emphysema. Bronchiectasis with fibrosis at apical right lung

การแปลผลตรวจ ผู้ป่วยเป็นมะเร็งหลอดอาหาร และมีภาวะอุดตันของหลอดอาหาร ระยะ

T₃N₃M_x Stage IVa

3. Chest PA Upright (23 ก.พ.2566) ผลการตรวจ ดังนี้

- Normal heart size with atherosclerotic change of the aorta

- Again note reticulonodular opacity at the RUL zone, possibly old pulmonary TB

- Unremarkable remaining lung parenchyma

- No pleural effusion or pneumothorax

- Degenerative change of the spine

การแปลผลตรวจ ปอดปกติ มีรอยโรคเดิมของวัณโรค

ตารางที่ 4 ผลการตรวจทาง Immunology

รายการ	ค่าปกติ	วันที่ตรวจ	ผลการตรวจ
Anti-HIV	Negative	26 ม.ค.66	Negative
HBsAg	Negative	26 ม.ค.66	Negative

ที่มา: ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี

การวิเคราะห์ผลการตรวจทาง Immunology ของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ตารางที่ 5 ผลการตรวจทาง Hematology (Complete blood count)

รายการ	หน่วยนับ	ค่าปกติ	วันที่	
			23 ก.พ.66	27 ก.พ.66
White blood cell	10 ³ /uL	4000-10,000	7150	4620
Hemoglobin	g/dl	12.0-16.0	10.5	9.6 ↓
Hematocrit	%	36.0-48.0	31.4 ↓	28.1 ↓
Platelet	10 ³ /uL	150,000 -450,000	404,800	328,300
Neutrophil	%	40.0-74.0	68	66
Lymphocyte	%	19.0-48.0	17	16
Monocyte	%	3.4-9.0	10	14
Eosinophil	%	0.0-7.0	5	3
Basophil	%	0.0-1.5	0	1
ANC	10 ³ /uL	>1.5	4862	2389

หมายเหตุ เครื่องหมาย ↓ แสดงถึงค่าต่ำกว่าปกติ

ที่มา: ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี

สรุปการตรวจ ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด : พบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ มีภาวะซีด เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคที่ middle thoracic esophageal tumor มะเร็งหลอดอาหารระยะท้าย (Stage IVa) มี Esophageal obstruction ทำให้รับประทานอาหารได้น้อย และมีภาวะขาดสารอาหาร ระดับรุนแรง

ตารางที่ 6 ผลการตรวจทาง Blood biochemistry

รายการ	หน่วยนับ	ค่าปกติ	วันที่		
			23ก.พ.66	27ก.พ.66	2มี.ค.66
BUN	mg /dL	6 -20	16	-	9
Creatinine	mg. /dL	0.50 -1.17	0.6	-	0.6
GFR	ML/min/1.73m ²		100.44	-	100.44
Sodium	mmol/L	136 -145	136	-	133↓
Potassium	mmol/L	3.5 – 5.1	4.2	-	4.2
Choride	mmol/L	98 – 107	98	-	92↓
Co ₂	mmol/L	22 – 29	30	-	33

หมายเหตุ เครื่องหมาย ↓ แสดงถึงค่าต่ำกว่าปกติ

ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรราช

สรุปการตรวจ ทางเคมีในเลือด : พบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ มีภาวะ Electrolyte imbalance เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคของมะเร็งหลอดอาหารที่ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย มีคลื่นไส้อาเจียนรวมด้วยในบางครั้งทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอและส่งผลให้เกิดภาวะขาดสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย

แผนการรักษาขณะรับผู้ป่วยไว้ดูแล

-วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2566 ใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) ด้วยการใช้กล้องขนาดเล็ก Nasal esophagogastroduodenal scope (NEGD)

-วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566 ฉายรังสี จำนวน 10 Fractions (3,000 เซนติเกรย์)

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารที่มีภาวะ Esophageal obstruction ที่ได้รับการเจาะทำทางเดินให้อาหารทางช่องท้องผ่านกล้องด้วยเทคนิคพิเศษ (NEGD: Nasal esophagogastroduodenal scope) ร่วมกับการฉายรังสี

สรุปประเด็นปัญหาความต้องการของผู้ป่วยจำนวน 12 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วย โดยการประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอน และนำทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มไปใช้เป็นกรอบในการปฏิบัติการพยาบาล และการวางแผนการพยาบาลกรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจหลอดอาหาร กระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก ด้วยกล้องชนิดเล็กพิเศษ (NEGD) เพื่อทำ PEG

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดสภาวะเสี่ยงส่องกล้องเนื่องจากผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่หลอดอาหารและได้รับยาระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะลำไส้ทะลุขณะส่องกล้องเพื่อการใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง(PEG)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการทำหัตถการใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง (PEG)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการปวดแผลหลังใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง(PEG)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการได้รับการเจาะทำทางเดินให้อาหารทางช่องท้องผ่านกล้องชนิดเล็กพิเศษ (NEGD)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 สูญเสียภาพลักษณ์เนื่องจากมีสายยางให้อาหารทางหน้าท้อง (PEG)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านหลังจากได้รับการเจาะใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง (PEG)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 มีภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคที่ตำแหน่งหลอดอาหาร

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านหลังการฉายรังสีรักษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดอาการสำลักขณะส่องกล้องเนื่องจากผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่หลอดอาหารและได้รับยาระงับความรู้สึก(พบปัญหาวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data: ผู้ป่วยแจ้งว่า “เวลากินมักจะมีสำลัก กลืนติดขัด”

Objective data: ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกในการทำหัตถการผู้ป่วยจะรู้สึกตัวไม่สามารถควบคุมการกลืนของตนเองได้

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยไม่เกิดการสำลักขณะส่องกล้อง

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีไข้ ไอ เหนื่อยหลังส่องกล้อง
2. O₂Sat room air ≥ 95 %

กิจกรรมการพยาบาล

ในการดูแลผู้ป่วยใช้ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system) มาประยุกต์ใช้ ดังนี้

1. ตรวจสอบให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับการงดน้ำและอาหารก่อนส่องกล้องอย่างน้อย 6 ชั่วโมง
2. สอบถามผู้ป่วยว่ามีฟืนโยก ฟันปลอมหรือไม่ ถ้ามีให้ถอดออกก่อนการส่องกล้อง ส่วนฟืนโยกให้ระมัดระวังอย่าให้โดนหรือให้ผ้าก๊อชหุ้มไว้
3. เตรียมและตรวจสอบความพร้อมของเครื่อง Suction เพื่อให้พร้อมใช้งาน

4. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนเอียงหน้ามาทางซ้าย ศีรษะสูง 15-30 องศาเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะสำลัก

5. ดูแลให้ 2% Xylocaine Spray เพื่อลด Gag reflex ของผู้ป่วย

6. ใส่ Mouth guard ให้อยู่ระหว่างฟันของผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกัดกลืนร่องระวางริมฝีปากไม่ให้มีการกดในระหว่างใส่ Mouth guard

7. ใส่ Oral suction Tip ไว้ที่มุมปาก เพื่อช่วยดูดน้ำลายที่ไหลออกมาป้องกันการสำลัก

8. ดูแลสายดูดน้ำลายให้ทำงานตลอดเวลา

9. ประสานทีมวิสัญญีในการประเมินการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพในขณะทำการหัตถการเพื่อประเมินเรื่องการสำลัก

ประเมินผลการพยาบาล

ขณะทำการหัตถการ ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกแบบบริหารยาระงับความรู้สึกเข้าทางหลอดเลือดดำ ไม่เกิดการสำลักขณะทำการหัตถการ สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 107/68 - 121/76 mmHg, อัตราการเต้นของหัวใจ 66-78 ครั้งต่อนาที, อัตราการหายใจ 16-18 ครั้งต่อนาที หลังทำการหัตถการติดตามเย็บมที่ห่อผู้ป่วย สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.5-37.2 องศาเซลเซียส, ความดันโลหิต 110/72 mmHg, อัตราการเต้นของหัวใจ 72 ครั้งต่อนาที, อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที, O2Sat Room air = 97-100 % ไม่มีเหนื่อผิดปกติ

ปัญหานี้ได้รับการจัดการไปในวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะลำไส้ทะลุขณะส่องกล้องเพื่อการใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง(PEG) (พบปัญหาวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data : ผู้ป่วยมีก้อนเนื้ออกในหลอดอาหารและมีภาวะอุดตัน

Objective data : ผู้ป่วยได้รับการส่องกล้องเพื่อใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง PEG ซึ่งมีเสี่ยงต่อภาวะลำไส้ทะลุได้ (ธราธร สุวัฒน์รักษ์ และ ชัยณรงค์ พลาณูสิตเทพา, 2566)

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการเกิดภาวะลำไส้ทะลุ

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีอาการแสดงของภาวะลำไส้ทะลุ เช่น อาเจียนเป็นเลือด อุจจาระเป็นเลือด
2. สัญญาณชีพ ปกติ สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต > 90/60 , < 140/90 mmHg, อัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 /ครั้งต่อนาที
3. ไม่มีอุจจาระเป็นเลือด

กิจกรรมการพยาบาล

ใช้ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system) และระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing System) มาประยุกต์ใช้ ดังนี้

1. ตรวจสอบประวัติโรคประจำตัวผู้ป่วยเช่นโรคหัวใจและหลอดเลือด

2. ตรวจสอบการงดยาละลายลิ้มเลือดล่วงหน้าอย่างน้อย 7 วันก่อนการส่องกล้องในผู้ป่วยที่ต้องรับประทานยาละลายลิ้มเลือด

3. ประเมินสัญญาณชีพร่วมกับวิสัญญีทุก 15 นาทีเพื่อประเมินภาวะช็อคจากเลือดออกผิดปกติซึ่งมีอาการแสดง เช่น ความดันโลหิตลดลงต่ำกว่า Systolic < 90 mmHg, Diastolic < 60 mmHg , Pulse pressure แคบ \leq 20 mmHg และชีพจรเต้นเบา เร็ว > 140 ครั้ง/นาที และประเมินภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในการทำหัตถการนี้ หากมีอาการผิดปกติรีบรายงานแพทย์ทันที

4. สังเกตอาการอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติผิวหนังขึ้นเย็นปลายมือปลายเท้า

5. ขณะส่องกล้องเตรียมใช้สารหล่อลื่นเคลือบผิวตัวกล้องส่อง เพื่อลดแรงเสียดทานระหว่างก้อนเนื้อในหลอดอาหาร ป้องกันภาวะเลือดออกมากผิดปกติ

6. สังเกตและบันทึกจำนวนการเสียเลือดจากสิ่งที่ขับออกมาจากร่างกายทั้งหมด เช่น ปัสสาวะอาเจียน อุจจาระ ถ้าพบว่าผิดปกติต้องรายงานให้แพทย์ทราบทันที

7. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่มีอาเจียนเป็นเลือด อุจจาระเป็นเลือดขณะส่องกล้อง หลังส่องกล้องสัญญาณชีพสัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 107/68 - 121/76 mmHg, อัตราการเต้นของหัวใจ 66-78 ครั้งต่อนาที, อัตราการหายใจ 16-18 ครั้งต่อนาที ไม่ปวดท้องไม่มีหน้ามืดใจสั่น ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ปัญหาที่ได้รับการจัดการไปในวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการทำหัตถการใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง (PEG) (พบปัญหาระหว่างวันที่ 23-25 กุมภาพันธ์ 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

Objective data : 1. ผู้ป่วยมีแผลทางหน้าท้องหลังใส่สายให้อาหาร

2. แผลมี discharge ซึมเล็กน้อย

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด จากการทำหัตถการใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีอาการแสดงถึงภาวะการติดเชื้อ เช่น แผลบวม แดง ร้อน มี Discharge ซึม

2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต > 90/60 , < 140/90 mmHg, อัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 /ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.0-37.4 องศาเซลเซียส

กิจกรรมการพยาบาล

ใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing System) มาประยุกต์ใช้ ดังนี้

1. ดูแลร่วมกับหออผู้ป่วยในการให้การพยาบาลทุกกิจกรรมตามหลักมาตรฐาน โดยยึดหลักปราศจากเชื้อ (Sterile technique) ทำความสะอาดแผลวันละครั้ง เพื่อลดการอักเสบติดเชื้อของแผล และเป็นการประเมินแผล

2. กระตุ้นให้ผู้ป่วย Deep Breathing Exercise เพื่อให้ปอดและกล้ามเนื้อกระบังลมขยายตัว ทำให้ได้รับออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น ส่งเสริมการหายของแผล

3. ประเมินสัญญาณชีพผู้ป่วยทุก 4 ชั่วโมง โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกายเพื่อเฝ้าระวังการเกิดการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น

4. สังเกตอาการแสดงของการติดเชื้อบริเวณแผลที่ใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง ได้แก่ อาการ แผลปวด บวม แดง ร้อน มี discharge ซึม

5. ร่วมกับหอผู้ป่วยดูแลสุขวิทยาทั่วไป เช็ดทำความสะอาดเตียงนอน และบริเวณรอบๆ เตียง เพื่อลดปริมาณเชื้อโรคที่จะเข้าสู่ร่างกาย

ประเมินผลการพยาบาล

สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 107/68 - 121/76 mmHg, อัตราการเต้นของหัวใจ 66-78 ครั้งต่อนาที, อัตราการหายใจ 16-18 ครั้งต่อนาที, อุณหภูมิ 36.5-37.2 องศาเซลเซียส แผลบริเวณที่ใส่ PEG ไม่มี discharge ซึม

ปัญหานี้ได้รับการจัดการไปในวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2566

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการปวดแผลหลังใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง (PEG) (พบปัญหาระหว่างวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data : ผู้ป่วยบ่นปวดบริเวณที่ใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง

Objective data : 1. ผู้ป่วยได้รับการใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง (PEG) วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2566

2. ประเมิน Pain score 4-6 คะแนน

3. สังเกตเห็นผู้ป่วยใช้มือกุมท้อง เดินก้มตัว และนั่งหลังค่อมตลอดเวลา

วัตถุประสงค์

1. บรรเทาอาการปวดแผลจากใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง

2. อาการปวดลดลง Pain score \leq 3 คะแนน

เกณฑ์การประเมินผล

1. Pain score ลดลง \leq 3 คะแนน

2. ผู้ป่วยสามารถ นอนหลับพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

ใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing System) มาประยุกต์ใช้ ดังนี้

1. ประเมิน Pain score และลักษณะอาการปวดของผู้ป่วย สีหน้าแสดงออกเวลาปวด

2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงอาการปวดที่เกิดเนื่องจากการใส่สายให้อาหารทางหน้าท้องพร้อมกับเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อข้องใจต่าง ๆ

3. แนะนำการจัดท่า High fowler position และการไอแบบมีประสิทธิภาพ ใช้มือประคองแผลเวลาไอ เพื่อลดอาการปวดแผล

4. ร่วมกับหอผู้ป่วยในการจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เหมาะสมแก่การพักผ่อน ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล

5. ประเมิน Pain score หลังให้การพยาบาล

6. ดูแลร่วมกับหอผู้ป่วยในการให้ยาแก้ปวด Paracetamol 500 mg ตามแผนการรักษา
ประเมินผลการพยาบาล

หลังได้รับการพยาบาลผู้ป่วยมี Pain Score ลดลงจาก 4 คะแนน เหลือ 1 คะแนน และสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ดี

ปัญหานี้ได้รับการจัดการไปในวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2566

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการได้รับการเจาะทำทางเดินให้อาหารทางช่องท้องผ่านกล้อง ด้วยกล้องชนิดเล็กพิเศษ (NEGD) (พบปัญหาระหว่างวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data : ผู้ป่วยซักถามข้อมูลการทำหัตถการพุดซ้ำ ๆ เกี่ยวกับการใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง (PEG) ถามว่าใส่แล้วจะมีผลอะไรกับร่างกายไหม การดูแลสายทำอย่างไร

Objective data: 1. ผู้ป่วยมาตามนัดใส่สายให้อาหารทางหน้าท้องผู้ป่วยมีสีหน้าท่าทางเคร่งเครียด

2. ประเมินระดับความวิตกกังวล Thai HADS = 10 คะแนน

วัตถุประสงค์

เพื่อคลายความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการทำหัตถการ

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น แววตาสดใส และให้ความร่วมมือในการรักษาจนครบการรักษา
2. ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

ในการดูแลผู้ป่วยใช้ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system) และระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing System) ดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติด้วยคำพูดที่สุภาพ น้ำเสียงอ่อนโยน ใช้คำพูดที่สั้น กระชับง่ายต่อการเข้าใจ ให้กำลังใจ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยได้ระบายเรื่องที่กังวลโดยดูจากสีหน้าแววตา และให้ผู้ดูแลร่วมในการรับรู้รับฟังคำแนะนำต่างๆร่วมด้วย

2. ประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมิน Thai HADS (มาโนช หล่อตระกูล, 2544)

3. ให้ความรู้เกี่ยวกับการใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง PEG ถึงความจำเป็นที่จะต้องทำเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยในการดำเนินชีวิต และการรักษาพยาบาลข้อดีและข้อเสียต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล

ประเมินผล

ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลาย ยิ้มแย้ม ให้ความร่วมมือในการทำหัตถการตามแผนการรักษา ประเมินระดับความวิตกกังวล Thai HADS = 6 คะแนน

ปัญหานี้ได้รับการจัดการไปในวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2566

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อการสูญเสียสภาพลักษณะเนื่องจากมีสายยางให้อาหารทางหน้าท้อง (PEG) (พบปัญหาวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2566- 25 กุมภาพันธ์ 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective Data: ผู้ป่วยบอกว่า “อยากรับประทานอาหารทางปากเอง อยากเอาสายให้อาหารออก”

Objective data: ผู้ป่วยมีสีหน้าเรียบเฉย เวลาสอนทำความสะอาดผิวหนังบริเวณรอบสายยางให้อาหารทางหน้าท้อง (PEG) บางครั้งจะมองไปทางอื่น

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว และมีความมั่นใจในภาพลักษณ์ของตนเองที่ต้องมีสายให้อาหารทางหน้าท้อง (PEG)

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความเข้าใจในเหตุการณ์ให้อาหารทางสายยาง
2. ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

ใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing System) มาประยุกต์ใช้ ดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพ ผู้ป่วยและญาติ ประเมินความเครียด วิตกกังวลและสอบถามความวิตกกังวลหรือสิ่งทำให้เกิดความวิตกกังวลพร้อมทั้งประเมินระดับความวิตกกังวลโดยการสอบถามพร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ครอบครัวระบายความรู้สึก รับฟังพร้อมทั้งพูดคุยให้กำลังใจ
2. พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ ด้วยท่าทีที่เป็นมิตรและเห็นใจ อธิบายการดำเนินของโรค และแผนการรักษาพยาบาล
3. ให้ข้อมูลเรื่องความจำเป็นที่ต้องใส่สายยางให้อาหารทางหน้าท้อง Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG)
4. ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ชีวิตประจำวันใน ขณะที่ใส่สายยางให้อาหารทางหน้าท้อง Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นว่าสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ
5. ให้กำลังใจโดยใช้คำพูดที่สุภาพและการสัมผัสที่นุ่มนวล แจ่มและอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาล
6. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพูดคุยกับกลุ่มผู้ป่วยเดียวกันที่สามารถปรับตัวต่อโรค การรักษาและพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจที่ดี เรียนรู้วิธีการปรับตัว การแก้ไขปัญหาต่าง ๆ
7. ขณะพูดคุยกับผู้ป่วยค่อย ๆ สัมผัสและมองสายยางให้อาหารทางหน้าท้อง Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG) ของตนเอง
8. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อสงสัยพร้อมอธิบายให้เข้าใจ ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย
9. ทบทวนขั้นตอนการดูแลสายยางให้อาหารทางหน้าท้อง Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG) กล่าวชมเมื่อผู้ป่วยและญาติปฏิบัติตามขั้นตอนได้ถูกต้อง เพื่อสร้างความมั่นใจว่า

ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลสายยางให้อาหารทางหน้าท้อง Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG) ได้เป็นอย่างดี

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยเข้าใจถึงเหตุผลและความจำเป็นในการให้อาหารทางสายยางทางหน้าท้อง Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG) สามารถปรับตัวต่อสภาพลักษณะตนเองที่มีสายยางให้อาหารทางหน้า Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG) ได้โดยหันมองและสัมผัสบ่อยครั้งขึ้น ปัญหาที่ได้รับการจัดการไปในวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2566

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านหลังจากได้รับการเจาะใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง (PEG) (พบปัญหาวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data : ผู้ป่วยและญาติสอบถามว่า “หลังจากใส่สายให้อาหารทางหน้าท้องจะต้องดูแลอย่างไรบ้าง”

Objective data : สังเกตเห็นผู้ป่วยและญาติมีสีหน้ากังวล กลัวปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เมื่อได้รับการใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง PEG

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลสายให้อาหารทางหน้าท้องได้ และสามารถสาธิตวิธีการดูแลสาย PEG ได้

กิจกรรมการพยาบาล

ใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing System) มาประยุกต์ใช้ ดังนี้

1. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุ อาการ การรักษาเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่พอสังเขป และแนะนำการปฏิบัติตัวให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรค พฤติกรรมสุขภาพที่ควรหลีกเลี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา

2. อธิบายเกี่ยวกับช่องทางการรับประทานอาหารหลังจากใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง PEG (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy)

3. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ ก่อนทำการใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง PEG เพื่อให้ผู้ป่วยเพิ่มน้ำหนักได้มากขึ้นและให้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

4. ประสาน Ostomy nurse เพื่อร่วมให้คำแนะนำ สาธิต และฝึกการดูแลสาย PEG แก่ผู้ป่วยและญาติ ดังนี้

- สังเกตระดับของสาย PEG ที่มีเลขกำกับระดับความยาวสายและแผ่นตรึงสายให้อยู่ระดับเดิม เพื่อป้องกันไม่ให้สายเลื่อนเข้าไปในกระเพาะอาหารมากเกินไป หรือดึงรั้งออกมาข้างนอกอาจทำให้สายหลุดได้

- ทำความสะอาดแผลวันละ 1-2 ครั้งหลังอาบน้ำโดยใช้ไม้พันสำลีชุบน้ำเกลือ(Normal saline) หรือน้ำต้มสุก

- ให้น้ำก่อนและหลังให้อาหารทุกครั้งประมาณ 10-20 ml เพื่อป้องกันอาหารเกาะภายในสายและป้องกันการอุดตันของสาย

- ปิดพลาสติกหรือตริงสายให้อาหารให้ตั้งฉากกับหน้าท้อง เพราะถ้าสายเอียงไปด้านใดด้านหนึ่งอาจเป็นสาเหตุให้น้ำย่อย อาหารรั่วซึมออกมาทำให้รูเปิดมีขนาดใหญ่ขึ้น

- ใน 1-2 สัปดาห์แรกควรระมัดระวังไม่ให้แผลเปื่อยน้ำต่อมา เมื่อแผลแห้งดีแล้วสามารถอาบน้ำได้ตามปกติ

- เมื่อพบว่าบริเวณแผลรูเปิดมีอาการบวมแดง มีอาหาร หรือ ของเหลวออกมาจากแผล ควรรีบปรึกษาแพทย์

- การทำความสะอาดอุปกรณ์ หลังการให้อาหารแต่ละมื้อให้ล้างกระบอกและลูกสูบลูกสูบสายต่อให้อาหาร ถูหรือขูดทันทีเพื่อป้องกันอาหารแห้งเกาะติด โดยใช้สบู่ล้างจานหรือน้ำ สบู่อุ่นๆ แล้วล้างด้วยน้ำ จนสะอาด การให้ยาทางสายให้อาหารทางกระเพาะอาหารควรเลือกใช้ยาน้ำ หากสามารถทำได้ ถ้าเป็นยาเม็ดต้องบดยาให้ละเอียด แล้วผสมน้ำ ก่อนให้ทางสาย เพื่อป้องกัน การอุดตันของสาย อนึ่งการบดยาบางชนิดอาจทำให้คุณสมบัติยาเสียไป ควรปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรก่อน ก่อนและหลังให้ยา ควรให้น้ำอย่างน้อย 10-20 ซีซี

5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อสงสัย รวมทั้งให้ความมั่นใจและให้กำลังใจผู้ป่วยในการเผชิญกับโรคที่เป็น

6. เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจนกลับบ้านได้ต้องแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานยาตามแผนการรักษา การมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เช่น ปวดท้องมาก มีอาการไอมากผิดปกติ อาเจียนเป็นเลือด

7. ประสานทีมเยี่ยมบ้านในการดูแลต่อเนื่อง เครือข่ายในชุมชนในการดูแลต่อเนื่องเพื่อส่งต่อข้อมูล และเพิ่มช่องทางในการติดต่อเพื่อขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการผิดปกติ

ประเมินผลการพยาบาล

หลังจากการสอน สาธิต และลงมือปฏิบัติจริงผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจในการดูแลสาย PEG เมื่อให้ปฏิบัติสามารถสาธิตวิธีการดูแลสาย และบอกอาการผิดปกติที่ต้องไปพบแพทย์ก่อนนัดได้ ปัญหาที่ได้รับการจัดการไปในวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2566

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 มีภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคที่ตำแหน่งหลอดอาหาร (พบปัญหาวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data : ผู้ป่วยบอกว่า “รับประทานอาหารได้น้อย กลืนอาหารลำบาก มีอาการกลืนติด รับประทานอาหารได้แต่ของเหลว”

Objective data : ผู้ป่วยเป็นมะเร็งหลอดอาหารและมีภาวะอุดตันของหลอดอาหาร ประเมินภาวะทุพโภชนาการ ได้ NT= 4 (18 คะแนน) มีภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรง มีอาการอ่อนเพลีย รูปร่างผอม

: ผล CT (16 กุมภาพันธ์ 2566) พบ Tumor causing severe luminal narrowing and dilate upper esophagus.

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยได้รับอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

เกณฑ์การประเมิน

1. น้ำหนักเพิ่มขึ้น หรือไม่ลดลงจากเดิม

กิจกรรมการพยาบาล

ในการดูแลผู้ป่วยใช้ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system) และระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing System) ดังนี้

1. ประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อประเมินภาวะขาดสารอาหาร อาการแสดงของภาวะขาดสารอาหารและพลังงานทุกวันอย่างสม่ำเสมอ พยาบาลจะต้องคัดกรองภาวะโภชนาการโดยการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการรับอาหารของผู้ป่วยและญาติที่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยรวมทั้งใช้เครื่องมือคัดกรองภาวะทุพโภชนาการวัดสัดส่วนร่างกายโดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงหรือวัดความยาวช่วงแขนของผู้ป่วยโรคมะเร็งเพื่อประเมินดัชนีมวลกาย ตรวจร่างกายผู้ป่วยอาการแสดงของภาวะขาดสารอาหารและพลังงาน ได้แก่ ผอมร่าง กล้ามเนื้อลีบเล็ก บวม เยื่อตาซีด ลิ้นเกลี้ยง ความตึงตัวของผิวหนังลดลง ปัสสาวะลดลง ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการระดับฮีโมโกลบิน ฮีมาโตคริต แอลบูมิน อิเล็กโทรไลต์แคลเซียม และระดับแมกนีเซียม ในเลือด ติดตามปริมาณครีเอตินิน ที่ถูกขับออกมาใน 24 ชั่วโมง เมื่อเทียบกับความสูง

2. ทบทวนแผนการรักษาของแพทย์ให้ผู้ป่วยและญาติ เข้าใจในการใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง PEG (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy) เพื่อลดภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย

3. ประเมินการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อ เพื่อวางแผนบรรเทาอาการและประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย

4. ส่งปรึกษาผู้ป่วยและญาติพบแผนกโภชนาการตามแผนการรักษาของแพทย์

5. ชั่งน้ำหนักผู้ป่วยอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อประเมินและติดตามการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก พร้อมประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมด้านโภชนาการของผู้ป่วย/ครอบครัว โดยการซักถาม และเปิดโอกาสให้สอบถามเพิ่มเติมได้

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยหลังการใส่ PEG รับอาหารป้อนทางหน้าท้อง ปริมาณ 350 x 4 feed ได้ ไม่มีอาการท้องอืด น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจาก 37.4 Kg เป็น 38.0 Kg ,BMI เพิ่มขึ้นจาก 13.9 kg/m² เป็น 14.13 kg/m² และประเมินจาก % Weight change จาก 6.7% เหลือ 5% ภายในระยะเวลา 3 วัน มีแนวโน้มที่ดีขึ้น ปัญหายังคงมีอยู่ และได้มีการประสานการดูแล ส่งต่อข้อมูลร่วมกับนักโภชนาการพยาบาล ostomy and wound care ในการดูแลแผลและสายให้อาหารทางหน้าท้อง เพื่อเพิ่มภาวะโภชนาการของผู้ป่วยให้สามารถได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านหลังการฉายรังสีรักษา (พบปัญหาวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data: ผู้ป่วยและญาติบอกว่า “ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน”

Objective data : แพทย์เตรียมจำหน่ายภายหลังฉายรังสีครบ มีบุตรสาวเป็นผู้ดูแล ผู้ป่วยสูงอายุ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่อกลับไปอยู่บ้านและผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้

กิจกรรมการพยาบาล

ใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing System) มาประยุกต์ ดังนี้

1. ประเมินเพื่อวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยด้านต่างๆ

1.1 ปัญหาความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม

1.2 ความรู้ความเข้าใจการปรับบทบาทของตนเอง การยอมรับการเผชิญความเครียด

จากโรคและการรักษา

1.3 เพื่อคาดการณ์ล่วงหน้าถึงปัญหาความต้องการการดูแลที่อาจเกิดขึ้นภายหลัง

จำหน่าย

1.4 ศักยภาพแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่ส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน

2. กำหนดความต้องการและวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านโดยใช้ D-METHOD

D (Disease) ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติทราบถึงการดำเนินโรค แผนการรักษา เพื่อจะได้วางแผนการดำเนินชีวิต การปฏิบัติและสามารถช่วยเหลือตนเองได้ อธิบายผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรค ที่เกี่ยวข้องกับอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และความจำเป็นของการฟื้นฟูสภาพร่างกาย เพื่อให้ร่างกายซ่อมแซมเซลล์ที่ถูกทำลาย

M (Medication) แนะนำให้รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ ไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง แนะนำผู้ป่วยให้ตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่ปรับขนาดยาเอง เมื่อมีอาการผิดปกติควรปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล

E (Environment Economic)

1. ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ จัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้สะอาดปลอดภัย หลีกเลี่ยงฝุ่นควัน เช่น ควันบุหรี่ ฝุ่นละอองภายในบ้าน ใส่อุปกรณ์ป้องกัน จัดให้อากาศถ่ายเทไม่อับชื้น ใช้หน้ากากอนามัยเมื่อไปในที่ชุมชนป้องกันการติดเชื้อ

2. การจัดสภาพบ้านและปรับปรุง เพื่อให้เหมาะสมต่อการดูแลผู้ป่วย เช่น อาศัยอยู่ชั้นล่างเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการขึ้นลงบันได และดูแลไม่ให้มีสิ่งกีดขวางภายในบ้าน

3. จัดอุปกรณ์ที่จำเป็น หยิบใช้ง่ายโดยเฉพาะเวลากลางคืน สังเกตอาการเวียนศีรษะ มึนงง ควรมีญาติดูแล

T (Treatment)

1. อธิบายขั้นตอนการรักษาของแพทย์ให้ผู้ป่วยทราบถึงเป้าหมายของการรักษา

2. ตรวจสอบใบนัด ใบสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่นัดครั้งต่อไปและเน้นย้ำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้งสม่ำเสมอ เพื่อติดตามการดำเนินของโรค

H (Health)

ให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้หลังจากได้รับการฉายรังสีและให้คำแนะนำการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน แนะนำผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวเพื่อความปลอดภัย ดังนี้

1. พักผ่อนนอนหลับวันละ 6-8 ชั่วโมง
2. ผ่อนคลายความตึงเครียดโดยทำสมาธิ หลับตา แล้วคิดถึงสถานที่ ที่สงบ มุ่งความสนใจอยู่กับการหายใจเข้าออก 1-2 นาที หรืออาจจะใช้วิธีหายใจเข้าออกลึกๆ หรือใช้วิธีทำให้ใจไม่ว่าง เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง อ่านหนังสือ วาดภาพ หางานอดิเรกทำ

3. ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวโดยทั่วไป ภายหลังฉายรังสีครบ ดังนี้ ดูแลผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีเช่นเดียวกับขณะฉายรังสีต่อไปอีก 4-6 สัปดาห์ โดยดูแลผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีให้แห้ง อาบน้ำได้ตามปกติ ใช้สบู่เหลว เช่น สบู่เด็ก หรือสบู่ที่มีค่าความเป็นกรด-ด่างประมาณ 5.5 โดยให้น้ำสบู่ไหลผ่านหรือใช้สบู่เหลวลูบเบาๆ และ ไม่ขัดถูผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี หลีกเลี่ยงการอาบน้ำด้วยน้ำอุ่นจัด ภายหลังอาบน้ำเสร็จใช้ผ้าขนหนูนุ่ม ซับเบาๆ ให้แห้ง หลีกเลี่ยงการใช้แปรงทุกชนิด เช่น แปรงเด็ก แปรงยีน แปรงข้าวโพด และเครื่องสำอางทุกชนิดทาบริเวณผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี หลีกเลี่ยงการใช้ครีมหรือยาต่างๆ ทาบริเวณที่ฉายรังสี เช่น ครีมบำรุงผิว ยาหม่อง ยาคลายกล้ามเนื้อ เป็นต้น ห้ามวางกระเป๋าน้ำร้อน หรือน้ำแข็งลงบนบริเวณผิวหนังที่ฉายรังสีโดยตรง หรือวางเป็นเวลานานๆ เพราะจะทำให้เกิดการระคายเคืองหรือผิวหนังไหม้ได้ ห้ามแกะเกาผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี หากมีอาการคันให้ใช้มือลูบเบาๆ ตัดเล็บให้สั้น

O (Outpatient referral)

1. แนะนำให้สังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด เช่น มีไข้สูง หนาวสั่น แขนขา หายใจเหนื่อยหอบ เป็นต้น เพื่อให้การรักษาได้ทันเวลาที่
2. ประสานการดูแลกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ นักกายภาพบำบัด หน่วยงานพยาบาล ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อร่วมกันประเมินและให้การช่วยเหลือ

D (Diet)

1. เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการเจ็บคอ กลืนอาหารลำบาก รับประทานอาหารได้น้อย เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ แพทย์จึงจำเป็นต้องใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น
2. สอน สาคิต ให้คู่มือการดูแลสายให้อาหารทางหน้าท้องแก่ผู้ป่วย และแนะนำการดูแลสายให้อาหารทางหน้าท้อง
3. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางสายทางหน้าท้องให้ได้พลังงานครบถ้วน และครบตามจำนวนมื้อ
4. รับประทานอาหารที่มีโซเดียม เช่น เพิ่มเกลือแกงในอาหารปั่น น้ำผลไม้
5. รับประทานอาหารที่มีกากใย ช่วยในการขับถ่ายอุจจาระ เช่น เพิ่มผักที่มีกากใยในอาหารปั่น นมเปรี้ยวที่มีจุลินทรีย์ ผ่านการพาสเจอร์ไรซ์ น้ำลูกพรุนหรือน้ำมะขาม
6. แนะนำให้ดื่มน้ำวันละ 2-3 ลิตรต่อวัน โดยดื่มทางปากและให้ทางสายทางหน้าท้องระหว่างมื้ออาหาร

7. แนะนำอาหารระหว่างมื้อ เช่น น้ำผลไม้ต่างๆ น้ำหวาน นม
8. แนะนำการกลืนและระวังการสำลักอาหาร ควรรับประทานอาหารเหลว โปรตีน และพลังงานสูง เช่น นม ไข่ เนื้อปลา ถั่วต่างๆ พร้อมทั้งให้อาหารทางสายหน้าท้อง
9. ควรรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรค
 - งดอาหารหมักดองต่าง ๆ อาหารรสเผ็ดจัดและร้อนจัด
3. การให้อาหารทางสายให้อาหารทางหน้าท้อง ควรปฏิบัติ ดังนี้
 - 3.1 นม อาจเป็นชนิดบรรจุในภาชนะหรือสำเร็จรูปพร้อมใช้ หรือนมผสมที่ชงเอง สำหรับผู้ป่วยรายนี้ได้รับ Ensure 12 ซ้อน 350 ml x 4 Feed + น้ำตาม 50 -100 ml
 - 3.2 การจัดทำผู้ป่วยขณะให้อาหาร ให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30-45 องศา หรือให้นั่งเก้าอี้หรือพิงเตียง
 - 3.3 ควรให้อยู่ในท่าศีรษะสูง หลังให้อาหารเสร็จอย่างน้อย 30-60 นาที

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติฟังอย่างตั้งใจ มีความพร้อมเรื่องการเตรียมอาหารทางสายยาง ปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง มีความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคและอาการผิดปกติ การแก้ไขเมื่อเกิดปัญหา และทราบถึงสถานบริการที่ไปตรวจฉุกเฉิน สามารถตอบคำถามการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

ปัญหานี้ได้รับการจัดการไปในวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2566

บทที่ 5

สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 72 ปี ให้ประวัติว่า 5 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการจุกเสียดลิ้นปี่ปวดท้อง รับประทานอาหารลำบากเป็นบางครั้ง พบแพทย์ รักษาภาวะกรดไหลย้อน อาการไม่ดีขึ้น และอาการมากขึ้นเรื่อย ๆ โรงพยาบาลองค์กรฯจึง Refer มารักษาต่อ ได้รับการส่องกล้องตรวจหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร Esophagogastroduodenoscopy (EGD) with biopsy พบก้อนที่หลอดอาหารส่วนกลาง ไม่สามารถใส่กล้องผ่านเข้าไปได้ ผลการตรวจชิ้นเนื้อ Squamous cell carcinoma Poorly differentiated และส่งนัดทำ CT Chest – Upper abdomen ที่ รพ.ต้นสังกัด และได้ส่งปรึกษาเรื่องเคมีบำบัด และ รังสีรักษาร่วมด้วย ผล CT Chest + Upper abdomen (16/2/2566) ได้รับการวินิจฉัยเป็น CA Esophagus with obstruction และนัดเจาะทำทางเดินให้อาหารทางช่องท้อง (PEG: Percutaneous Endoscopic Gastrostomy) ผ่านกล้องขนาดเล็กด้วยเทคนิค (NEGD: Nasal esophagodeodenal scope) วันที่ 23 ก.พ. 2566 ก่อนจำหน่ายทีม Nutrition ประเมิน Feed BD 350 – 400cc X 4 feed รับประทานได้

ลักษณะผู้ป่วยเมื่อแรกรับไว้ในความดูแล วันที่ 23 ก.พ. 2566 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 72 ปี รูปร่างผอม ECOG = 1 คะแนน คือ ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรมได้ตามปกติ มีอาการแสดงของโรคชัดเจน ดูอ่อนเพลียนั่งรถเข็น บุตรสาวคอยดูแล แต่งกาย สะอาด เรียบร้อย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีหน้าเรียบเฉย ถามคำตอบ แต่ให้ความร่วมมือในการซักถามประวัติ ปั่น กลืนอาหารลำบาก เจ็บคอ แน่นหน้าอกบางครั้ง ไอบ่อยมีเสมหะ น้ำหนักตัว 37.4 กิโลกรัม ส่วนสูง 164 เซนติเมตร BMI 13.91 m² (ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ) สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส, ความดันโลหิต 97/67 mmHg, อัตราการเต้นของหัวใจ 78 ครั้งต่อนาที, อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที Karnofsky Performance Status = 70 คะแนน ผู้ป่วยได้รับการเจาะทำทางเดินให้อาหารทางช่องท้อง (PEG :Percutaneous Endoscopic Gastrostomy) ผ่านกล้องด้วยเทคนิคพิเศษ NEGD : Nasal esophagodeodenal scope) ระหว่างทำหัตถการไม่พบภาวะแทรกซ้อน ประสานส่งรับการดูแลต่อที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ติดตามเยี่ยมหลังทำหัตถการอาการทั่วไปปกติ สามารถรับอาหารปั่นผสม 400 ml. ทางสายให้อาหารทางหน้าท้องได้ ไม่มีท้องอืด แพทย์วางแผนการรักษาต่อด้วยเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสี ผู้ป่วยไม่สามารถรับยาเคมีได้เนื่องจากมีภาวะภาวะทุพโภชนาการ จึงขอรับการรักษาเป็น Palliative radiation 30 Gy/10 F เริ่มรับการรักษาด้วยการฉายรังสีแบบผู้ป่วยนอก ตั้งแต่วันที่ 27 ก.พ. 2566 - 8 มี.ค. 2566 ผู้ป่วยฉายรังสีครบ 10/10 F อาการโดยรวมมีเจ็บคอ กลืนน้ำลายได้ รับประทานอาหารเหลวพอได้ มีเสมหะมาก เจ็บคอ แน่นหน้าอกบางครั้ง

จากข้อมูลที่ได้ทั้งจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย วิเคราะห์ผลการตรวจต่าง ๆ ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจน มีภาวะทุพโภชนาการ มีความวิตกกังวลและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะทำหัตถการ พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังการใส่สายให้อาหารทางหน้าท้องและการฉายรังสี รวมทั้งการสูญเสียภาพลักษณ์จากการมีสายให้อาหารทางหน้าท้อง การวางแผนการพยาบาลที่

เหมาะสม ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้จัดทำได้นำทฤษฎีการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยนำทฤษฎีแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนมาประเมินปัญหาของผู้ป่วย และทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล โดยประยุกต์ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม วางแผนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่การรับไว้ดูแล ตลอดการทำเจาะใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง(PEG) การฉายรังสี จนจำหน่ายกลับบ้าน และครบการฉายรังสี ผู้ป่วยและญาติสามารถช่วยเหลือตนเองได้ กลับไปใช้ชีวิตได้อย่างมั่นใจเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนให้ความรู้ ให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษาทั้งผู้ป่วยและญาติ เสริมพลังแก่ญาติให้สามารถช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วย และมีการตั้งชุมชน สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านมาร่วมให้การดูแล เพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย สามารถพึ่งพาตนเองและช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสมตามสภาพของผู้ป่วยและครอบครัว

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดสภาวะสองกล้องเนื่องจากผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่หลอดอาหารและได้รับยาระงับความรู้สึก

ผลลัพธ์การดูแล: ปัญหาหมดไปวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะลำไส้ทะลุขณะการส่องกล้องเพื่อการใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง(PEG)

ผลลัพธ์การดูแล: ปัญหาหมดไปวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการทำหัตถการใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง

ผลลัพธ์การดูแล: ปัญหาหมดไปวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการปวดแผลหลังการส่องกล้องเพื่อการใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง(PEG)

ผลลัพธ์การดูแล: ปัญหาหมดไปวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2566

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการได้รับการเจาะทำทางเดินให้อาหารทางช่องท้องผ่านกล้องด้วยกล้องชนิดเล็กพิเศษ (NEGD)

ผลลัพธ์การดูแล: ปัญหาหมดไปวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2566

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 สูญเสียสภาพลักษณะเนื่องจากมีสายยางให้อาหารทางหน้าท้อง (PEG)

ผลลัพธ์การดูแล : ปัญหาหมดไปวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2566

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านหลังจากได้รับการใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง (PEG)

ผลลัพธ์การดูแล: ปัญหาหมดไปวันที่ 8 มีนาคม 2566

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 มีภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคที่ตำแหน่งหลอดอาหาร

ผลลัพธ์การดูแล: ปัญหายังคงมีอยู่ มีการดูแลร่วมกับนักโภชนาการ พยาบาล ostomy and wound care เพื่อเพิ่มภาวะโภชนาการของผู้ป่วย ทำให้ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านหลังการฉายรังสีรักษา

ผลลัพธ์การดูแล: ปัญหาหมดไปวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2566

การวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย มีความสำคัญอย่างยิ่ง ที่จะทำให้การทำหัตถการ ซึ่งเป็นการรักษาภาวะทุพโภชนาของผู้ป่วย เพื่อให้มีสภาพร่างกายในการรักษาขั้นตอนต่อไปได้ และส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้มากที่สุด รวมถึงการให้ความรู้ และคำแนะนำหลังกลับไปอยู่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม กรณีศึกษารายนี้มีความพร้อมและมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้น ตระหนักและเห็นความสำคัญของการกลับมาตรวจตามนัดและยินดีรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ศึกษาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานและสารอาหารให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ตลอดจนติดตามประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผนการรักษาและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การปรับภาวะโภชนาการ

ผู้ป่วยได้รับการเตรียมวางแผนการจำหน่ายโดยนำกระบวนการ DMETHOD มาใช้ในการดูแลแบบครบวงจร เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สามารถดูแลและปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้านได้ โดยเน้นให้ผู้ป่วยและญาติเห็นถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ใส่สายยางให้อาหารทางหน้าท้อง การให้น้ำ ยา การปรับตัวต่อความเจ็บป่วย ภาวะล้าชดเชย สภาพสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมการฟื้นฟูตัวของผู้ป่วย และเสริมภูมิคุ้มกันต้านโรค ดูแลเอาใจใส่ในความไม่สุขสบาย ความวิตกกังวลของผู้ป่วยตลอดการรับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามแผนการรักษาทบทวนวิธีการดูแล จนผู้ป่วยและญาติเกิดทักษะ มีความมั่นใจ สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนได้ถูกต้อง ผู้ป่วยและญาติ เข้าใจสามารถทวนซ้ำข้อมูลที่ให้ได้ สามารถสัณนิษฐานย้อนกลับในการดูแลตนเองและการดูแลสายยางให้อาหารทางหน้าท้อง เมื่อกลับบ้านได้อย่างถูกต้อง การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด หรือไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน จากการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพต่าง ๆ ทั้งหอผู้ป่วยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การประสานส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยรวมทั้งการวางแผนส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรับการรักษาต่อเนื่องโรงพยาบาลเดิม

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

มะเร็งหลอดอาหารเป็นมะเร็งที่พบบ่อยติดอันดับ 10 ของประเทศไทย เมื่อเป็นมะเร็งหลอดอาหารแล้วจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลงมาก เนื่องจากไม่สามารถรับประทานอาหารได้เหมือนเดิม หากเป็นมะเร็งขั้นรุนแรงอาจจะต้องใส่สายยางให้ทางจมูกหรือทางกระเพาะอาหาร ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยดังกล่าวไม่สามารถรับรสของอาหารได้เลย เพราะไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ และเหมือนรับประทานอาหารได้น้อยก็ส่งผลต่อร่างกายอ่อนแอลง ทำให้ขั้นตอนการรักษาติดขัดไม่สามารถรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง PEG (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy) เป็นการรักษาแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารเพิ่มมากขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นการพยาบาลที่ผู้ป่วยที่มารับการใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง PEG (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy) พยาบาลจึงต้องมีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากเป็นหัตถการที่ใช้อุปกรณ์พิเศษมีความซับซ้อน นอกจากนี้ประเด็นเรื่องจิตใจในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการส่องกล้องนั้น พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยเพราะเป็นคนที่อยู่กับผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อน ระหว่าง และหลังทำหัตถการ ผู้ป่วย

จะร่วมมือและคลายความวิตกกังวลจากการให้คำแนะนำให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและสร้างความมั่นใจลดความวิตกกังวล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่งกลัองทางเดินอาหารที่มีประสิทธิภาพ

การพัฒนาบทบาทพยาบาลประจำหน่วยส่งกลัองจะช่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับการที่ดีมีคุณภาพทั้งนี้อาจมีการพัฒนาการอุปกรณ์ทางเทคโนโลยีในการช่วยให้ทำหัตถการมีความสะดวก ปลอดภัยในการทำหัตถการ และการดูแลผู้ป่วยโดยการจัดให้มีระบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary nursing) เพื่อให้พยาบาลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างต่อเนื่อง จนสิ้นสุดกระบวนการส่งกลัองทางเดินอาหาร โดยบูรณาการความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ในเรื่องโรคและหัตถการส่งกลัองทางเดินอาหาร นอกจากนี้ พยาบาลประจำห้องส่งกลัองทางเดินอาหารต้องมีการทำงานในลักษณะทีม (Team – based nursing) โดยมีการประสานงานกับทีมงานต่างๆเช่น แพทย์พยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลหอผู้ป่วย เจ้าหน้าที่การเงิน นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่รังสีเทคนิค เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่งกลัองทางเดินอาหารที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. จัดให้มีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่บุคคลทั่วไป ตระหนักเกี่ยวกับโรคมะเร็งหลอดอาหาร ให้ความสำคัญถึงการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสมตลอดจนการป้องกันปัจจัยเสี่ยง และเห็นความสำคัญของการตรวจวินิจฉัย

2. จัดโครงการมะเร็งหลอดอาหาร เพื่อเผยแพร่ ความรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งหลอดอาหารในหน่วยงานและให้ผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารในระยะต่างๆมาแลกเปลี่ยนความรู้ การดำรงชีวิต เพื่อให้ประชาชนทั่วไปหรือผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งหลอดอาหารได้ตระหนักถึงความสำคัญ ในการดูแลรักษาตนเอง และญาติได้นำความรู้ไปปรับใช้ ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน

3. จัดทำคู่มือสำหรับผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง PEG (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy) การใส่สายให้อาหารทางจมูกและทางกระเพาะอาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านได้

เอกสารอ้างอิง

- กรรณิการ์ เลหวิจิตร และทวี รัตน์ชูเอก. (2563). การใส่สายให้อาหารในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กทางหน้าท้อง. ใน ทวี รัตน์ชูเอก (บ.ก.), *Endoscopy in hand* (น.111). สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2566). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2565. Public Health Statistic A.D. 2022. <https://spd.moph.go.th/>
- กุลพงษ์ ชัยนาม. (2566). *ภาวะทู่โภชนาการ*. RAMA Channel. <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannel/infographic>
- เกศินี เจริญกานนท์.(2565). *สายให้อาหารทางหน้าท้อง (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy)*. สมาคมแพทย์โรคระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย. https://www.gastrothai.net/th/knowledge-detail.php?content_id=346.
- ชลศณีย์ คล้ายทอง. (2562). มะเร็งหลอดอาหาร (Esophageal Cancer). <https://haamor.com>
- ชฎิล ธารเวช. (2558). Esophagus. ใน สิทธิพร จิตต์มิตรภาพ, และพัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ (บ.ก.), *ตำราศัลยศาสตร์ ภาค 2*. (น 123-148). บริษัทไพลินบุ๊กเน็ต จำกัด (มหาชน).
- ณัฐธยาน์ วีระพงษ์. (2558). บทบาทพยาบาลในการจัดการปัญหาภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 8(1), 34-42.
- ธราธร สุวัฒน์นารักษ์ และ ชัยณรงค์ พลานุกิตติเทพา. (2566). ใน ชัยณรงค์ พลานุกิตติเทพา, และ ชลลดา คุรุชศรี (บ.ก.), *ภาวะแทรกซ้อนของ PEG*. (น.131)
- นางณภัทร รุ่งเนย. (2560). *การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม*. โครงการสวัสดิการ วิชาการสถาบันพระบรมราชชนก.
- นิชาอุตะห์ ระเด่นอาหมัด และสมเกียรติ สรรพวงศ์. (2562). กายวิภาคศาสตร์และศัพทวิทยาของหลอดอาหาร. ใน สมเกียรติ สรรพวงศ์, และ สุรศักดิ์ สังข์ทัต ณ อยุธยา (บ.ก.), *มะเร็งหลอดอาหาร*. (น. 9). สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.
- นิตยา ททรัพย์วงศ์เจริญ และทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล. (2563). บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. *วารสารพยาบาล*, 21 (1), 26-34.
- นุชจรินทร์ โต๊ะศิลา. (2565). *คู่มือการดูแลสายให้อาหารทางหน้าท้อง*. <https://pubhtml5.com/praa/tzjb/basic>.
- บำเหน็จ แสงรัตน์. (2562). *Nursing care for enteral feeding and complication*. <https://www.lpch.go.th/lpch/uploads/20190502092939244735.pdf>
- พาริดา อิบราฮิม. (2551). *ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่5). พิมพ์ลักษณ์.
- มนทกานต์ บุตรคำ และบำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2559). ผลของการดูแลผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีรักษาด้วยวิธีที่แตกต่างต่อการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 39(3), 127-36.

รังสิมา ชัยวัฒน์. (2555). การพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องในระบบทางเดินอาหาร. ใน ประชิต เตเมียะเสน (บ.ก.), *การบริหารงานในหน่วยส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร*. โครงการตำรา-ศิริราช สังกัดงานวิชาการ สำนักงานคณบดี คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

- รัชนี้ ผิวผ่อง. (2564). *การประเมินภาวะสุขภาพ*. (เอกสารประกอบการสอนการประเมินภาวะสุขภาพ).
<http://www.dspace.bru.ac.th/xmlui/bitstream/handle/123456789/7875/>.
- วันทกานต์ ราชวงศ์. (2559). *คู่มือการพยาบาลการดูแลช่องปากในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี*. ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริพร ลีลาเกียรติไพบูลย์ และสมเกียรติ สรรพวงศ์. (2562). การวินิจฉัยและประเมินระยะโรคมะเร็งหลอดอาหาร. ใน สมเกียรติ สรรพวงศ์, และ สุรศักดิ์ สังขทัต ณ อยุธยา (บ.ก.), *มะเร็งหลอดอาหาร*. (น.62-79). สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.
- ศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหารและห้องปฏิบัติการประสาททางเดินอาหารและการเคลื่อนไหว. (2564). *คลินิกใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง*.
https://www.rama.mahidol.ac.th/giendoscopy_center/th/pegclinic
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2561). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2560*. บริษัทพรทรัพย์การพิมพ์ จำกัด.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2563). *แนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งหลอดอาหาร*. โฉมสีตการพิมพ์.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2567). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2565 Hospital-Based Cancer Registry 2022*. https://www.nci.go.th/th/cancer_record/download/Hosbased-2022-1.pdf
- สมรมาศ กั้นเงิน และสมเกียรติ สรรพวงศ์. (2562). พยาธิวิทยา มะเร็งหลอดอาหาร. ใน สมเกียรติ สรรพวงศ์ และ สุรศักดิ์ สังขทัต ณ อยุธยา (บ.ก.), *มะเร็งหลอดอาหาร*. (น.31-56). สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.
- สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย. (2565). *สายให้อาหารทางหน้าท้อง (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy)*.
https://www.gastrothai.net/th/knowledge-detail.php?content_id=346
- สมเกียรติ สรรพวงศ์. (2562). ระบาดวิทยาและปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งหลอดอาหาร. ใน สมเกียรติ สรรพวงศ์ และสุรศักดิ์ สังขทัต ณ อยุธยา (บ.ก.), *มะเร็งหลอดอาหาร*. (น.15-22). สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.
- สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (2565). *มะเร็งหลอดอาหาร*.
<https://www.chulacancer.net/patient-knowledge-view.php?id=581>
- สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (2566). *หลักการรักษาด้วยรังสี*.
<https://www.chulacancer.net/patient-knowledge-view.php?id=813>
- สุพร ตริพงษ์, ปานียา เพียรวิจิตร, ศรีสอางค์ คล้ายโกศล และรุ่งทิพย์ สัมฤทธิ์โสภาค. (2553). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยใส่สายสวนกระเพาะอาหาร* (พิมพ์ครั้งที่ 3). คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุรศักดิ์ สังข์ทนต์ ญ อยุธยา และสมเกียรติ สรรพวงศ์. (2562). ชีววิทยาระดับโมเลกุลของมะเร็งหลอดอาหาร. ใน สมเกียรติ สรรพวงศ์, และสุรศักดิ์ สังข์ทนต์ ญ อยุธยา (บ.ก.), *มะเร็งหลอดอาหาร*. (น.48-56). สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.
- อภัย ราษฎร์วิจิตร. (2564). *มอร์ฟีน (Morphine)*. <https://haamor.com>
- Avanos Medical. (2022). *Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG) Tubes*. <https://avanosmedicaldevices.com/digestive-health/enteral-feeding/percutaneous-endoscopic-gastrostomy-tubes/>
- Eugene A. Chu and James H. Kelly. (2006). *Method of percutaneous endoscopic gastrostomy*. https://www.nature.com/gimo/contents/pt1/fig_tab/gimo51_F16.html
- Fuji Flim Thailand Ltd. (2024). *Gastroscope*. <https://www.fujifilm.com/th/th/healthcare/endoscopy/endoscopy-scopes/gastrosopes>
- Gordon, M. (1994). *Nursing diagnosis: Process and Application*. New York: McGraw-Hill.
- Kristle L. Lynch. (2024). *Overview of Esophageal Obstructions*. <https://www.msmanuals.com/home/digestive-disorders/esophageal-and-swallowing-disorders/overview-of-esophageal-obstructions>.
- National Cancer Institute. (2024). *Esophageal Cancer Screening (PDQ®)–Patient Version* <https://www.cancer.gov/types/esophageal/patient/esophageal-screening-pdq>
- Orem DE. (2001). *Nursing: concepts of practice. 6th ed*. Saint Louis: Mosby.
- Rice, T.W., Ishwaran, H., Ferguson, M.K., Blackstone, E. H., & Goldstraw, P. (2017). Cancer of the Esophagus and Esophagogastric Junction: An Eighth Edition Staging Primer. *Journal of thoracic oncology: official publication of the International Association for the Study of Lung Cancer*, 12(1), 36–42.
- Rice T.W., Patil DT., & Blackstone EH. (2017). 8th edition AJCC/UICC staging of cancers of the esophagus and esophagogastric junction: application to clinical practice. *Ann Cardiothorac Surg*, 6(2), 119-130. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5387145>.
- Rojanamatin, J., Ukranun, W., Supaattagorn, P., Chiaviriyabunya, I., Wongsena, M., Chaiwerawattana, A., Laowahutanont, P., Chitapanarux,I., Vatanasapt, S., Sangrajrang,S., and Buasom, R. (2021). *Cancer in Thailand (Vol.X, 2016-2018)*. Bangkok: Medical Record and Data based Cancer Unit.
- Timratana, P., El-Hayek, K., Shimizu, H. *et al.* (2012). Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) with T-fasteners obviates the need for emergent replacement after early tube dislodgement. *Surg Endosc* 26, 3541–3547. <https://doi.org/10.1007/s00464-012-2348-7>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ

วันที่รับไว้ในการดูแล วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2566 งานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด

แผนการรักษา

Date/Time	Order one day	Order continuous
23 ก.พ. 2566	<ul style="list-style-type: none"> - Admit S/P NEGD + PEG - เจาะ CBC, Bun/Cr, LFT, Electrolyte - NSS 1000 ml. IV q 8 hr. - MO 4 mg IV prn q 8 hr. - Feed น้ำหวาน 50 ml. * 4 feed - ปรีक्षा โภชนาการ และ Ostomy care - Consult RTx 	<ul style="list-style-type: none"> - Diet as one day order - Recorde V/S - Cefazolin 1 gm. IV q 6 hr.
25 ก.พ. 2566	<ul style="list-style-type: none"> - MST (10) 1 tab. oral q 12 hr. - MO IR 1 tab. oral prn or 4 hr. - D/C 	<ul style="list-style-type: none"> - BD (1:1) 300 ml * 4 feed - F/U 4 M.

ภาคผนวก ข

วิเคราะห์กรณีศึกษา และเปรียบเทียบทฤษฎี ข้อมูลวิชาการทางการแพทย์

และการพยาบาล

ข้อมูลทางทฤษฎี	ข้อมูลผู้ป่วย
<p>พยาธิวิทยาของมะเร็งหลอดอาหาร</p> <p>การแบ่งลักษณะขึ้นกับว่าเนื้องอกนั้นมีลักษณะก่อนไปทางใด ได้มีการแบ่งลักษณะที่พบออกเป็น 3 แบบ (ซกิล ธารเวช, 2558) ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fungating เป็นลักษณะเนื้องอกที่ยื่นมาในหลอดอาหาร อาจมีแผลที่บริเวณเนื้องอก มักมีขอบชัดเจน 2. Infiltrative หรือบางที่เรียกว่า Ulcerative type scar หรือ Desmoplastic-stenosing type ลักษณะที่พบมีการกระจายของเซลล์มะเร็งเข้าไปในชั้นของกล้ามเนื้อ ทำให้มี Fibrous tissue เกิดขึ้นอย่างมาก 3. มะเร็งหลอดอาหารแบ่งออกตามลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาได้เป็น 2 ชนิดใหญ่ ๆ ดังนี้ (สมรมาศ กันเงิน และ สมเกียรติ สรรพวีรวงศ์, 2562) Squamous cell carcinoma , Adenocarcinoma แม้ว่ามะเร็งทั้งสองชนิดนี้จะมีอาการแสดงที่คล้ายคลึงกัน แต่ในแง่ของระบาดวิทยา พยาธิกำเนิด ปัจจัยเสี่ยง การรักษาและการดำเนินโรคมะเร็งมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน <p>สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การสูบบุหรี่ ความเสี่ยงจะเพิ่มมากขึ้นตามปริมาณและระยะเวลาที่สูบบุหรี่ โดยเฉพาะมะเร็งหลอดอาหารชนิด Squamous cell carcinoma บุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ หลายการศึกษาบ่งชี้ว่า ปริมาณและระยะเวลาในการสูบบุหรี่มีผลกับการเกิดมะเร็งหลอดอาหารชนิด Esophageal squamous cell carcinoma (ESCC) อย่างชัดเจน โดยโอกาสเป็นจะเพิ่มขึ้น 4.2 เท่า สำหรับคนที่ยังคงสูบบุหรี่ ขณะที่เพิ่มขึ้น 3.4 เท่า 2. การดื่มแอลกอฮอล์ เป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งหลอดอาหาร โดยเฉพาะมะเร็งหลอดอาหารชนิด Squamous cell 	<p>พบก้อนเนื้อที่หลอดอาหาร ลักษณะก้อนมีขอบเขตชัดเจนผิวไม่เรียบและอุดตันหลอดอาหาร แพทย์ได้ตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ ผลการตรวจชิ้นเนื้อเป็น Squamous cell carcinoma. Poorly – differentiated.</p> <p>สาเหตุ</p> <p>ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 72 ปี ก่อนป่วยรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ชอบทานผักผลไม้ รุปร่างผอมบาง ไม่มีประวัติโรคกรดไหลย้อน ปฏิเสธโรคทางพันธุกรรม โรคมะเร็ง ให้ประวัติสูบบุหรี่ วันละ 10 มวน/วัน และดื่มแอลกอฮอล์ เป็นระยะเวลา 40 ปี หยุดมาประมาณ 1 ปี ตรวจพบเป็นมะเร็งหลอดอาหารชนิด Squamous cell carcinoma. Poorly – differentiated.</p>

ข้อมูลทางทฤษฎี	ข้อมูลผู้ป่วย
<p>3.เพศชาย เพราะพบโรคนี้ได้ในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ประมาณ 3-4 เท่า</p> <p>4.ผู้สูงอายุ เพราะมักพบโรคนี้ในช่วงอายุ 45-70 ปี</p> <p>5.เชื้อชาติ เพราะพบอุบัติการณ์ของโรคนี้ได้สูงขึ้นในชาวอิหร่าน โซเวียต จีน และชาวผิวดำ แอฟริกัน แต่พบได้น้อยในชาวอเมริกา</p> <p>6.การมีภาวะน้ำหนักตัวเกินหรืออ้วน ดัชนีมวลกายที่สูงขึ้นจะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อมะเร็ง</p> <p>7.กินผักและผลไม้ น้อย</p> <p>8.การขาดสารอาหารบางชนิดอย่างต่อเนื่องจากการบริโภคอาหารไม่ครบ 5 หมู่</p> <p>9.การบริโภคอาหารบางชนิดอย่างต่อเนื่อง เช่น อาหารที่มีสารไนโตรโซ (Nitroso compound) หรือไนโตรซามีน (Nitrosamine)</p> <p>10.ภาวะที่ลดอาหารโดนกรดในกระเพาะกัดซ้ำ ๆ</p> <p>11.ความผิดปกติบางอย่างที่ทำให้อาหารไม่ผ่านลงกระเพาะโดยง่าย แต่กลับไปสะสมอยู่ในหลอดอาหารเป็นเวลานาน</p> <p>12.การเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อบุของหลอดอาหารจากสาเหตุต่าง ๆ</p> <p>13.การรับประทานอาหารหรือดื่มเครื่องดื่มร้อนจัด</p> <p>14.การติดเชื้อมดที่เรียบบางชนิดของหลอดอาหาร</p> <p>15.ความผิดปกติทางพันธุกรรมของแต่ละคน ซึ่งไม่ใช่ชนิดที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์</p> <p>16.เคยได้รับการฉายรังสีรักษาบริเวณทรวงอกตั้งแต่ยังเด็ก</p> <p>17.เคยเป็นมะเร็งปอด มะเร็งในช่องปาก มะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ</p> <p>อาการและอาการแสดง</p> <p>1.กลืนอาหารติด กลืนลำบาก กลืนเจ็บ เกิดจากเมื่อก่อนมะเร็งใหญ่ขึ้นมา</p> <p>2.อาจมีน้ำมูกเหนียวหรือมีน้ำลายมาก</p> <p>3.เจ็บหน้าอก รู้สึกอึดอัด ไม่สบาย รู้สึกได้ถึงแรงกด หรือแสบร้อนบริเวณหน้าอก</p> <p>4.เสมหะเป็นเลือด หรืออาเจียนเป็นเลือด</p> <p>5.เสียงแหบ จากโรคลูกกลมเข้าเส้นประสาทกล่องเสียง</p>	<p>อาการและอาการแสดง</p> <p>มีอาการกลืนติดบางครั้ง และมีอาการสำคัญบ่อยๆ จุกเสียดท้อง รับประทานอาหารแล้วรู้สึกจุกแน่นที่หน้าอกบางครั้ง</p>

ข้อมูลทางทฤษฎี	ข้อมูลผู้ป่วย
<p>6.กินแล้วสำลัก ไอเรื้อรัง เมื่อเกิดรูทะลุระหว่างหลอดอาหาร กับหลอดลม หรือปอดบวม</p> <p>7.ซีด ผอมลง น้ำหนักลด จากการรับประทานอาหารได้น้อย จากปัญหาการกลืนอาหาร และอาจทำให้รู้สึกเบื่ออาหาร</p> <p>8.อาการปวดหลัง หรือปวดบริเวณอก</p> <p>9.มีก้อนที่คอ โดยเฉพาะแองไชลาลาร้าซ้าย จากมะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลือง</p>	<p>น้ำหนักก่อนเจ็บป่วย 40 กิโลกรัม ส่วนสูง 164 เซนติเมตร BMI = 14.87 Kg/m² แปลผลว่า มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ น้ำหนักปัจจุบัน 37.4 กิโลกรัม ส่วนสูง 164 เซนติเมตร BMI = 13.90 Kg/m² แปลว่าทุพโภชนาการ %Weight change = 6.7 % (ขั้นรุนแรง)</p>
<p>การตรวจวินิจฉัยโรค</p> <p>1.การซักประวัติและการตรวจร่างกาย เช่น ผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารมักมีอาการกลืนลำบาก นอกจากนี้ยังมีอาการกลืนเจ็บ เจ็บแน่นกลางหน้าอก น้ำหนักลด อาเจียน ไอ สำลัก หรือมีอาการกรดไหลย้อนร่วมด้วย ผู้ป่วยที่มีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด</p> <p>2.การเอกซเรย์ทรวงอก (Chest x-ray) เป็นการตรวจทางรังสีวิทยาอย่างหนึ่ง โดยการถ่ายภาพทรวงอกด้วยรังสีเอกซ์ ซึ่งจะช่วยให้หาตำแหน่งของการอุดตันได้ และยังช่วยประเมินถึงสมรรถภาพการทำงานของปอดและหัวใจ</p> <p>3.การส่องกล้องเพื่อดูภายในหลอดอาหาร</p> <p>4.การส่องกล้องหลอดลม (Bronchoscopy)</p> <p>5. การตรวจเอกซเรย์กลืนแป้งแบบเรียม Barium swallowing หรือ double contrast esophagography</p> <p>6. การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computed tomography; CT) เป็นวิธีที่นิยมใช้มากที่สุดในการประเมินระยะโรคก่อนการผ่าตัด</p> <p>7. การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic resonance Imaging; MRI) เป็นเทคนิคการตรวจที่สามารถแยกเนื้อเยื่ออวัยวะต่าง ๆ ได้ชัดเจน</p> <p>8.การตรวจ Positron emission tomography (PET) เป็นการตรวจที่ได้รับความนิยมมากขึ้นเนื่องจากสามารถบอก Functional activity ได้</p> <p>9. การตรวจ Endoscopic ultrasound (EUS)</p>	<p>การตรวจวินิจฉัยโรค</p> <p>ผู้ป่วยได้รับการตรวจด้วยวิธีกล้องส่องหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร (Esphagogastroduodenoscope) ตรวจพบก้อนเนื้องอก ที่หลอดอาหาร และทำ CT Chest พบก้อนเนื้อที่หลอดอาหารเพื่อดูการแพร่กระจายของโรค พบเป็นระยะ T₃N₃ M₀ Stage IVa</p>

ข้อมูลทางทฤษฎี	ข้อมูลผู้ป่วย
<p>การแพร่กระจายของมะเร็งหลอดอาหาร</p> <p>1. Intraesophageal spread Microscopic spread ของมะเร็งหลอดอาหารกระจายไปไกลกว่าขอบเขตที่เห็น ก่อนเนื้องอกค่อนข้างมาก</p> <p>2. Extraesophageal spread เนื่องจากหลอดอาหารอยู่ใกล้อวัยวะสำคัญทั้งบริเวณคอ และทรวงอก การกระจายของมะเร็งไปนอกหลอดอาหารจึงมีความสำคัญมาก ในการผ่าตัดรักษา และการพยากรณ์โรค</p> <p>3. Lymphatic spread การกระจายตามต่อมน้ำเหลืองของมะเร็งหลอดอาหารเป็นไปตามแนวยาว มากกว่ากระจายออกด้านข้าง ทำให้การรักษาไม่ได้ผล</p> <p>4. Hematologic spread การกระจายของมะเร็งหลอดอาหารไปตามกระแสเลือดพบได้ไม่บ่อยนัก และมักพบในระยะท้ายของโรค ที่พบได้จะมีการกระจายไปที่ปอด ตับ กระดูกซี่โครง และกระดูกสันหลัง</p> <p>การรักษาโรคมะเร็งหลอดอาหาร</p> <p>การรักษาที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับชนิด พยาธิสภาพ ตำแหน่งของก้อนมะเร็ง ระยะการแพร่กระจายของโรค และสภาพ การผ่าตัด การรักษาด้วยรังสี การให้ยาเคมีบำบัด และการรักษาแบบประคับประคองตามอาการ เพื่อเพิ่มผลการรักษาโรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย</p>	<p>การแพร่กระจาย</p> <p>จากผลการตรวจ CT Chest + Upper abdomen (16 ก.พ. 2566) ผู้ป่วยเป็นมะเร็งหลอดอาหาร และมีภาวะอุดตันของหลอดอาหาร เป็นมะเร็งชนิด Squamous cell carcinoma. Poorly differentiated ระยะ T₃N₃M₀ Stage Iva เป็นการกระจายแบบ Lymphatic spread</p> <p>การรักษา</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเจาะทำทางเดินให้อาหารทางช่องท้อง (Percutaneous endoscopic gastrostomy : PEG) ด้วยเทคนิค Nasal esophagogastroduodenal scope (NEGD) - การฉายรังสีแบบประคับประคอง ปริมาณ 30 Gy จำนวน 10 ครั้ง

ภาคผนวก ค

สรุปการรักษาด้วยยา

Morphine

กลไกการออกฤทธิ์ (อภัย ราชภูริวิจิตร, 2564)

ตัวยาคจะออกฤทธิ์โดยผ่านเข้าสมองและจับกับ ตัวรับ(Receptor)ในสมองที่มีชื่อว่า Opiates receptors ส่งผลบรรเทาอาการปวดต่าง ๆ ของร่างกาย ผู้ป่วยจะเริ่มรู้สึกสบายตัวขึ้นคล้ายกับการได้รับสารสื่อประสาทที่ชื่อว่า เอนโดρφิน (Endorphins, สารที่สร้างจากสมองและต่อมใต้สมองที่ทำงานยับยั้งสัญญาณปวดจากสมองสู่เซลล์/เนื้อเยื่อ) นอกจากนี้มอร์ฟีนยังมีฤทธิ์กดการทำงานของศูนย์ควบคุมการไอในสมองได้อีกด้วย และยามอร์ฟีนยังสามารถออกฤทธิ์ได้ที่ผนังของกล้ามเนื้อเรียบ เช่น ที่ลำไส้ ทำให้ลดการบีบตัวจึงลดอาการปวดที่เกิดจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อเรียบได้อีกด้วย จากกลไกข้างต้นจึงทำให้เกิดฤทธิ์ของการรักษาตามสรรพคุณ

อาการข้างเคียง

- มีอาการชัก คลื่นไส้-อาเจียน ปากคอบแห้ง ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก/ปัสสาวะขัด ปวดหัว วิงเวียน ซึ่จรเต้นผิดปกติ ตัวเย็น อาจมีผื่นคันหรือลมพิษขึ้นตามผิวหนัง หัวใจเต้นเร็ว หรือ หัวใจเต้นช้า ผิดปกติ ตาพร่า มีอาการเหงื่อออกมาก อาจรู้สึกหงุดหงิดหรือเคลิบเคลิ้ม สามารถติดยาได้

เหตุผลในการใช้ยา

ยาสลบเพื่อผ่าตัด Open-heart ระวังปวดจากโรคมะเร็ง

การพยาบาลเกี่ยวกับการใช้ยา

1. บันทึกปริมาณน้ำเข้าและน้ำออก เพื่อดูการทำงานของไต
2. สังเกตอาการข้างเคียงของยา อาการติดยา ถ้ายาระคายเคืองกระเพาะอาหาร ให้รับประทานยาร่วมกับนมหรืออาหาร หลีกเลี่ยงการดื่มสุราและยากดประสาท
3. สังเกตระดับความรู้สึก ภาวะทางจิตใจในผู้ที่ได้รับยานานๆ
4. แนะนำผู้ป่วยให้หลีกเลี่ยงอิริยาบถอย่างช้าๆ เพื่อป้องกันความดันโลหิตลดต่ำ
5. แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการขับขี่ยานพาหนะ หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล สอนให้ผู้ป่วยหายใจเข้าลึกๆและเปลี่ยนอิริยาบถ เท่าที่จำเป็น เพื่อให้หายใจเบบปวดเร็วขึ้น
6. เตรียมออกซิเจน เครื่องช่วยหายใจให้พร้อม
7. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ เพื่อให้ผู้ป่วยบรรเทาอาการเจ็บปวด
8. ลดความวิตกกังวลผู้ป่วย

Cefazolin 1 gm IV

กลไกการออกฤทธิ์และอาการข้างเคียงของยา

เป็นยาปฏิชีวนะกลุ่ม Cephalosporins มีฤทธิ์ต้านเชื้อแบคทีเรียในร่างกาย ใช้รักษาหรือป้องกันโรคหรือการติดเชื้อจากแบคทีเรีย เช่น การติดเชื้อที่ผิวหนัง ข้อต่อ กระดูก เลือด ลิ้นหัวใจ ระบบทางเดินหายใจ ทางเดินน้ำดี และทางเดินปัสสาวะ รวมถึงอาจใช้ป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด โดยยานี้ไม่สามารถรักษาโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสได้ แต่อาจใช้รักษาโรคอื่น ๆ นอกเหนือจากนี้ตามดุลยพินิจของแพทย์

แจ้งให้แพทย์ทราบในทันที หากมีผลข้างเคียงที่รุนแรง ได้แก่ ปัสสาวะสีเข้ม มีรอยช้ำ หรือเลือดออกง่าย หัวใจเต้นเร็ว/รัว/จังหวะการเต้นผิดปกติ ชัก อ่อนแรงผิดปกติ ดวงตา/ผิวเป็นสีเหลือง มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ (เช่น สับสน) ยานี้อาจทำให้เกิดสภาวะของลำไส้ที่รุนแรง แต่พบได้ไม่บ่อย เช่น อาการท้องร่วงจากเชื้อคลอสทริเดียม ดิฟฟิไซล์ (*Clostridium difficile*) เนื่องจากการดื้อยาของเชื้อแบคทีเรีย แจ้งให้แพทย์ทราบในทันทีหากมีอาการ ได้แก่ ท้องร่วงบ่อย ๆ ปวดท้องหรือปวดเกร็งในท้อง หรือมีเลือด/มูกในอุจจาระ อย่าใช้ยาแก้ท้องร่วง หรือยาแก้ปวดชนิดเสพติด (Narcotic pain medications)

อาการแพ้ที่รุนแรงของยานี้ไม่ค่อยเกิดขึ้น แต่ควรได้รับการรักษาในทันทีหากเกิดอาการแพ้ที่รุนแรง ได้แก่ ผดผื่น คัน/บวม (โดยเฉพาะใบหน้า ลิ้น ลำคอ) เวียนหัวอย่างรุนแรง หายใจติดขัด

ผลข้างเคียงของการใช้ยา

อาจเกิดอาการบวม รอยแดง อาการปวด หรืออาการเจ็บบริเวณที่ฉีดยา ยานี้อาจจะทำให้เกิดอาการที่พบได้ไม่บ่อย อย่างเช่น เบื่ออาหารอาหารคลื่นไส้ อาเจียน ท้องร่วง หรือปวดศีรษะ แจ้งให้แพทย์หรือเภสัชกรทราบในทันที หากอาการเหล่านี้ไม่หายไปหรือแย่ลง

เหตุผลในการใช้ยา

ยาเซฟาโซลิน (Cefazolin) ใช้เพื่อรักษาการติดเชื้อแบคทีเรียต่าง ๆ และอาจใช้ก่อนหรือในขณะ การผ่าตัดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ยานี้อยู่ในกลุ่มของยาปฏิชีวนะเซฟาโลสปอริน (Cephalosporin) ทำงานโดยยับยั้งการเจริญเติบโตของแบคทีเรีย

การพยาบาลเกี่ยวกับการใช้ยา

ระวังการใช้ในผู้ป่วยที่แพ้ยากลุ่ม Penicillin สังเกตอาการผื่นขึ้น คันตามตัว ต้องหยุดยา และรายงานแพทย์ทันที ติดตามการทำงานของไต เกล็ดเลือดและการแข็งตัวของเลือด

QR code กรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารที่มีภาวะ

Esophageal obstruction ที่ได้รับการเจาะทำทางเดินให้อาหารทาง ช่องท้องผ่านกล้องด้วยเทคนิคพิเศษ (NEGD: Nasal esophagogastroduodenal scope) ร่วมกับการฉายรังสี

นาย ชินกร นารัตน์