

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งหลอดอาหาร (กรณีศึกษา)

Nursing Care for Esophageal Carcinoma Patient (Case Study)

อมรรัตน์ ปานะโปย*

ABSTRACT

- Background** : Incidence of esophageal carcinoma worldwide is the eighth of overall cancer and also be the top rank cause of death in cancer patient. Treatment by esophagectomy cause high risk of complication. Good nursing practice after operation will therefore improve patient safety.
- Objective** : To create nursing care guideline for esophagectomy patient and to promote self care and family participation.
- Study Design** : Descriptive study (2 cases of esophagectomy patients in Surgery Intensive Care Unit, Buriram hospital admitted during January to March 2006 were studied their received nursing care.)
- Result** : Two patients, underwent operation of thoracotomy and laparotomy for 3.5 hours and 5 hours respectively, had risk of respiration and circulation system alteration were closely monitor for changing in blood pressure level through arterial line. Post-operative pain was managed by administration of continuous analgesia via epidural catheter. The first case developed hypertension and respiratory tract infection which treated by anti-hypertensive drugs and antibiotics. The second case developed malnutrition and was treated by partial parenteral nutrition. Integrated nursing practice was introduced to solve complications of these patients along with clinical care plan, self care promotion and family participation. Patients were referred from Surgery Intensive Care Unit after recovered from critical stage at the 5th and 3rd day after operation. Patients were discharged with improved clinical outcome (total length of stay were 17 and 21 days respectively).
- Conclusion** : The preparation process, self care promotion and family participation at stage of admission, Comprehensive knowledge in disease and treatment including appropriated patient monitoring will prevent and reduce severity of patient's clinical complication.
- Key words** : Post-operative care, Esophageal Carcinoma, Family participation

บทคัดย่อ

ความเป็นมาของปัญหา : มะเร็งหลอดอาหารพบเป็นอันดับ 8 ของมะเร็งทั่วโลก เป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ของผู้ป่วยมะเร็ง การรักษาด้วยการผ่าตัด มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้สูง การพยาบาลหลังการผ่าตัดที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย

วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งหลอดอาหาร และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว

วิธีการศึกษา : ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งหลอดอาหารที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม 2549 จำนวน 2 ราย

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการผ่าตัดโดยเปิดผ่านช่องทรวงอกและช่องท้อง ระยะเวลาผ่าตัดนาน 3 ชั่วโมง 30 นาที และ 5 ชั่วโมง ตามลำดับ เสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบการหายใจและการไหลเวียนโลหิตได้เฝ้าระวังและติดตามการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิต โดยใส่ Arterial line เพื่อวัดและติดตามความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง ลดอาการปวดแผลหลังผ่าตัด โดยได้รับยาระงับปวด หยอดต่อเนื่องผ่านทางช่องไซสันหลังเหนือดورا พบว่าผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะความดันโลหิตสูง และมีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ได้รับยาลดความดันโลหิตและยาปฏิชีวนะ ผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะทุพโภชนาการ ได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำชนิดบางส่วน ได้นำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เพื่อแก้ไขปัญหาพร้อมกับแผนการรักษา รวมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อพ้นระยะวิกฤตจึงย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมในวันที่ 5 และวันที่ 3 หลังผ่าตัดตามลำดับ จนอาการดีขึ้นจึงจำหน่ายกลับบ้าน รวมเวลาอนโรพยาบาล 17 และ 21 วัน ตามลำดับ

สรุป : การเตรียมความพร้อม/การมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ตั้งแต่แรกรับ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา รวมทั้งการเฝ้าระวัง ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงได้อย่างถูกต้องรวดเร็วจะช่วยป้องกัน และลดความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนได้

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด มะเร็งหลอดอาหาร การดูแลตนเอง การมีส่วนร่วมของครอบครัว

บทนำ

มะเร็งหลอดอาหารพบเป็นอันดับที่ 8 ของมะเร็งทั่วโลก แต่เป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง¹ พบว่าการผ่าตัดเป็นวิธีที่สามารถบรรเทาอาการ ทำให้ผู้ป่วยกลืนอาหารได้ดีขึ้นอย่างรวดเร็ว² ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 50 ปี จึงทำมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดได้สูง³ มะเร็งหลอดอาหาร นอกจากจะสร้างความทุกข์ทรมาน จากอาการกลืนลำบาก เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย¹ ยังมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว และของประเทศด้วยการดูแลการรักษายาบาลที่ตีและมีประสิทธิภาพ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย ยาบาลเป็นบุคคลหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในทีมสุขภาพ ที่ให้การดูแลผู้ป่วย ต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ มีทักษะ มีความเข้าใจ สามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤตโดยปราศจากภาวะแทรกซ้อน จากสถิติการให้บริการผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ปี 2549 มีผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารที่ได้รับการผ่าตัดจำนวน 5 ราย ทำให้ผู้ศึกษาสนใจที่จะศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาเรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งหลอดอาหาร” เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งหลอดอาหาร และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว

มะเร็งหลอดอาหาร

มะเร็งหลอดอาหารพบได้หลายตำแหน่ง ตำแหน่งที่พบมากที่สุด คือ Middle Part พบร้อยละ 50 รองลงมาพบที่ Lower Part ร้อยละ 33 และพบที่ Upper Esophagus ร้อยละ 17 มี 2 ชนิด คือ

1. Squamous cell carcinoma พบได้บ่อย ร้อยละ 93 ขึ้นไป

2. Adenocarcinoma พบได้น้อย พบบริเวณส่วนล่างของหลอดอาหาร หรือเป็นมะเร็งที่กระเพาะอาหารแล้วลามไปที่หลอดอาหาร หรือเป็นที่ Cardiac end ของกระเพาะอาหารแล้วลามไปที่หลอดอาหาร³

อาการ

มีอาการกลืนลำบาก เจ็บเวลากลืน หรือกลืนติดที่ตำแหน่งต่าง ๆ ตั้งแต่คอจนถึงระดับลิ้นปี่ ทำให้มีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ผอมลง⁴

การวินิจฉัยโรค

การกลืนแป้งตรวจหลอดอาหาร โดยการเอ็กซเรย์เพื่อดูภาพและพยาธิสภาพของหลอดอาหาร การส่องกล้องตรวจพยาธิสภาพของหลอดอาหาร และตัดชิ้นเนื้อไปตรวจทางพยาธิวิทยา⁵

การรักษา

มี 3 วิธี คือ การผ่าตัด การฉายรังสี และเคมีบำบัด⁵

ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

1. ภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ Atelectasis, Pneumonia, Airway obstruction และหนองในช่องเยื่อหุ้มปอด เนื่องจากการเจ็บปวดแผลหลังผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยไอและขับเสมหะไม่สะดวกการป้องกันคือให้ยาแก้ปวดเต็มที่ กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอเอาเสมหะออก ร่วมกับการช่วยดูดเสมหะเพื่อป้องกันทางเดินหายใจอุดตัน⁶

2. การตีบของรอยต่อหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร ผู้ป่วยจะรู้สึกยังมีอาการกลืนลำบากหลังผ่าตัดแก้ไขโดยการถ่างขยายบริเวณรอยต่อนี้เพียงครั้งเดียวก็จะได้ดี⁷

3. การรั่วของน้ำเหลืองเข้าไปในทรวงอกสังเกตได้จากการมีปริมาณของสารน้ำจากท่อระบายทรวงอกมีลักษณะสีเหลืองใสออกมาเป็นปริมาณมากกว่าปกติติดต่อกันหลายวันและจะเปลี่ยนเป็นสีขาวขุ่นเมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหาร⁷

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งหลอดอาหาร
2. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว

ขอบเขตการศึกษา

ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งหลอดอาหารที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม 2549 จำนวน 2 ราย โดยเลือกจากผู้ป่วยที่มีมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน ได้แก่ เพศ อายุ ไม่มีโรคประจำตัว เป็นผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับยาและการทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง

วิธีการศึกษา

1. คัดเลือกผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด จำนวน 2 ราย
2. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญประวัติเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน
3. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการการวินิจฉัยของแพทย์ และแผนการรักษา
4. ศึกษาค้นคว้าจากตำราทางวิชาการเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งหลอดอาหารปรึกษาแพทย์ผู้ทำการรักษาและวิสัญญีแพทย์
5. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล
6. สรุปผลการพยาบาล
7. เผยแพร่ความรู้ที่ได้จากการทำกรณีศึกษา

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1

ข้อมูลทั่วไป

ชายไทย อายุ 64 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย สถานภาพสมรสคู่ การศึกษา ประถมศึกษา

ปีที่ 4 อาชีพ ทำนา ไม่พบประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและโรคประจำตัว ปฏิเสธการผ่าตัด การแพ้ยา อาหารและสารเคมี ทุกคนในครอบครัวมีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง ต้มสุราเป็นประจำ เลิกดื่มมาประมาณ 1 เดือน สูบบุหรี่วันละ 1-2 มวน 3 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล กลืนอาหารลำบาก โดยเฉพาะอาหารแข็งกลืนลำบากกว่าอาหารเหลว

1 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล กลืนอาหารลำบาก ร่วมกับการอาเจียนหลังรับประทานอาหาร เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์วันที่ 10 มกราคม 2549 แพทย์ทำการตรวจโดยกลืนแป้ง (Barium Swallow) และส่องกล้องตรวจทางเดินอาหาร (Gastroscopy) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งหลอดอาหาร (CA Esophagus) นอนพักรักษาตัว 4 วัน แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน นัดมาตรวจเพื่อติดตามผลอีกครั้ง 1 สัปดาห์

1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการกลืนอาหารลำบาก คลื่นไส้และอาเจียน เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 ได้รับยา Plasil 1 หลอดฉีดทางหลอดเลือดดำ เมื่อมีอาการคลื่นไส้/อาเจียน ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5%D/N/2 1,000 ซีซี อัตราการไหล 80 ซีซี/ชั่วโมง และได้รับการผ่าตัดในวันที่ 9 หลังเข้ารับการรักษา

การวินิจฉัย มะเร็งหลอดอาหารส่วนปลาย (CA Distal Esophagus)

การผ่าตัด Esophagectomy with Esophagogastrostomy with right Thoracotomy

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจเลือด

BUN 13 mg%, Creatinine 1.1 mg%, Sodium 139.3 mEq/L, Potassium 2.5 mEq/L, Chloride 99.8 mEq/L HCO₃ 29 mEq/L (28 ม.ค. 2549)

CBC : WBC 13,000 cells/cumm,

Hematocrit 29%, Platelet count 193,000 cells/cumm (28 ม.ค. 2549) Neutrophils 88.5%, Basophils 0.25%, Eosinophils 0.78%, Lymphocyte 6.80%, Monocytes 3.68%

ผลการตรวจเสมหะเพาะเชื้อ พบ Streptococcus Pneumoniae (28 ม.ค. 2549)

ผลการตรวจชิ้นเนื้อ : Squamous cell carcinoma

การประเมินสภาพทั่วไปและการตรวจร่างกายเมื่อแรกรับที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม

ชายไทยสูงอายุ กลับจากห้องผ่าตัดยังไม่รู้สึกตัว ใส่ท่อหลอดลมคอและเครื่องช่วยหายใจ ชนิดควบคุมปริมาตรไว้ FiO₂ 0.6 Tidal Volume 500 cc อัตราการช่วยหายใจ 16 ครั้ง/นาที PEEP 3 cmH₂O O₂Sat 100% ปลายมือ ปลายเท้าเย็น แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องไม่ซีมี มี Tube drain 2 เส้น content สีแดงจาง และแผลบริเวณชายโครง ด้านขวามีท่อระบายทรวงอกด้านขวาต่อชนิด 2 ขวด ไว้ content สีแดง NG tube content สีเขียว มี Arterial line ที่ข้อมือซ้าย (Radial artery) ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ชนิด 5% D/N/2 1,000 ซีซี อัตราการไหล 100 ซีซี/ชั่วโมง ได้รับยาระงับปวด 0.0625% Marcain ผสมกับ Morphine 0.02 มิลลิกรัม/ซีซี (0.5% Marcain 10 ซีซี ผสมกับ Morphine 1.6 มิลลิกรัม และ 0.9% NSS 70 ซีซี) ทาง Epidural Catheter อัตราการไหล 5 ซีซี/ชั่วโมง และได้รับยาลดความดันโลหิต Na Nitroprusside 50 มิลลิกรัม ผสมใน 5% D/W 250 ซีซี อัตราการไหล 5 ซีซี/ชั่วโมง ควบคุมอัตราการไหลโดยใช้ Syringe pump สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 119 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตทางหลอดเลือดแดง 217/134 มิลลิเมตรปรอท ได้รับยาปฏิชีวนะ คือ Cefoxin 1 กรัม ฉีดทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง

อาการและอาการแสดงขณะรับไว้ในความดูแล

วันที่ 1-2 หลังผ่าตัด รู้สึกตัว ทำตามคำบอกได้ หายใจหอบและต้านเครื่องช่วยหายใจเป็นระยะ ปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจ ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย และผลการตรวจ Arterial Blood Gas ร่วมกับแผนการรักษา ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดหยดอย่างต่อเนื่องทางไขสันหลังเหนือชั้นดูรา ผู้ป่วยยังตื่นไปมาตลอด แสดงสีหน้าเจ็บปวด แพทย์ให้ยามอร์ฟิน 4 มิลลิกรัม ผสมเจ็จางฉีดทางหลอดเลือดดำเมื่อปวดมาก ความดันโลหิตยังสูงไม่คงที่ ได้รับยาลดความดันโลหิต และได้รับยาปฏิชีวนะ ฉีดทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ท่อระบายทรวงอกมี content สีแดงออกวันละ 100-200 ซีซี

วันที่ 3 หลังผ่าตัด รู้สึกตัว ทำตามคำบอกได้ หายใจหอบต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ มีไข้สูง 38-38.6 องศาเซลเซียส ผลเสมหะเพาะเชื้อพบเชื้อ Streptococcus Pneumoniae ผลการตรวจภาพรังสีทรวงอก พบปอดข้างขวามี Infiltration ดูแลให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ พยายามขยายหลอดลม และเช็ดตัวลดไข้ งดให้ยาแก้ปวดทางไขสันหลัง เปลี่ยนเป็นให้ยามอร์ฟิน 4 มิลลิกรัม ผสมเจ็จางฉีดทางหลอดเลือดดำทุก 4 ชั่วโมง ผลการตรวจเลือดพบค่าไปตัสเซียม 2.5 mEq/L แพทย์ให้การรักษาโดยการให้ 5%D/N/2 1,000 ซีซี ผสมกับยา KCL 40 mEq อัตราการไหล 100 ซีซี/ชั่วโมง ขณะได้รับยาจึงหวั่นอัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ 60-80 ครั้ง/นาที

วันที่ 4 หลังผ่าตัด งดการให้ยาลดความดันโลหิต ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 120/90-150/90 มิลลิเมตรปรอท กระตุ้นและแนะนำผู้ป่วยหายใจเข้า-ออกลึก ๆ ขณะญาติเข้าเยี่ยมแนะนำและให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การพลิกตะแคงตัว การเช็ดตัวทำความสะอาดร่างกาย

วันที่ 5 หลังผ่าตัด หายใจสม่ำเสมอ ทดลอง
หยาเครื่องช่วยหายใจ ถอดท่อหลอดลมคอและ
เครื่องช่วยหายใจออกได้ ให้ออกซิเจนครบทาง
จุมูก 10 ลิตร/นาที่ อัตราการหายใจ 26-28
ครั้ง/นาที่ O_2 sat 98-100% ย้ายผู้ป่วยกลับ
หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1

วันที่ 7 หลังผ่าตัด เริ่มให้รับประทานอาหาร
อ่อน กลืนอาหารได้ ไม่มีอาการไอ อาเจียนหรือสำลัก

วันที่ 8 หลังการผ่าตัด ถอดท่อระบาย
ทรวงอกและ Tube drain ออก แผลไม่ซึม หายใจ
หอบเล็กน้อย 28 ครั้ง/นาที่ อาการดีขึ้นแพทย์
จำหน่ายกลับบ้านในวันต่อมา รวมระยะเวลาที่เข้า
รับการรักษาในโรงพยาบาล 17 วัน โดยรับการ
รักษาในหอผู้ป่วยหนัก 5 วัน

กรณีศึกษาที่ 2

ข้อมูลทั่วไป : ชายไทย อายุ 66 ปี
เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย สถานภาพสมรส คู่
การศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพรับจ้าง ไม่พบ
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและไม่มีโรคประจำตัว
ปฏิเสธการผ่าตัด การแพทย์ อาหาร และสารเคมี
ดื่มสุรานาน ๆ ครั้ง สูบบุหรี่เป็นประจำ วันละ
 $1/2$ ซอง

2 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล กลืนอาหาร
ลำบากและกลืนลำบากมากขึ้นเรื่อยๆ รับประทาน
อาหารได้น้อย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด 5 กิโลกรัม
ภายในเวลา 2 เดือน

1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มารับการตรวจ
ที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ แพทย์รับไว้ในโรงพยาบาล
เพื่อทำ Barium Swallow และ Gastroscopy

การวินิจฉัย มะเร็งหลอดอาหารส่วนปลาย
และส่วนต้นของกระเพาะอาหาร (CA distal
Esophagus and Proximal stomach)

การผ่าตัด Esophagectomy with Proximal
gastrectomy with Esophagogastrostomy with
right Thoracotomy

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจเลือด : BUN 7 mg% Creatinine
0.7 mg% Sodium 139.9 mEq/L Potassium
2.9 mEq/L Chloride 107 mEq/L bicarbonate₃
21 mmol/l (28 ก.พ. 49) Albumin 2.4 gm%
(3 มี.ค. 2549) CBC: WBC 19,000 cells/
cumm Hematocrit 39.2% Platelet count 195,000
cells/cumm, Neutrophils 90.6%, Basophils
0.1%, Eosinophils 1.9%, Lymphocyte 3.5%,
Monocytes 3.9%

การตรวจชิ้นเนื้อ : Squamous cell
carcinoma

**การประเมินสภาพทั่วไปและการตรวจ
ร่างกายเมื่อแรกรับที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม**

ชายไทยสูงอายุ รูปร่างผอม กลับจากห้อง
ผ่าตัดยังไม่รู้สึกตัว ใส่ท่อหลอดลมคอ ต่อเครื่อง
ช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตร Mode PCV
Fi₂O 0.6 Inspiratory Pressure (IP) 20 cmH₂O
อัตราการช่วยหายใจ 10 ครั้ง/นาที่ PEEP 5
cmH₂O O₂Sat 100% มีแผลผ่าตัดบริเวณทรวงอก
ถึงหน้าท้อง แผลไม่ซึม ท้องอืดเล็กน้อย NG
tube content สีเขียว มีสายต่อท่อระบายทรวงอก
ด้านขวา 2 เส้น ต่อชนิด 2 ขวดไว้ content สีแดง
มี Arterial line ที่ข้อมือซ้าย (Radial artery)
ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 2 เส้น คือ Acetar
1,000 ซีซี อัตราการไหล 60 ซีซี/ชั่วโมง และ
5% D/N/2 1,000 ซีซี อัตราการไหล 60 ซีซี/
ชั่วโมง ได้รับยาระงับปวด 0.0625% Marcain ผสม
กับ Morphine 0.02 มิลลิกรัม/ซีซี ทาง Epidural
Catheter อัตราการไหล 5 ซีซี/ชั่วโมง ควบคุม
อัตราการไหลโดยใช้ Syringe pump สัญญาณชีพ
อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 64 ครั้ง/นาที่
อัตราการหายใจ 10 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิตทาง
หลอดเลือดแดง 102/51 มิลลิเมตรปรอท ความ
เข้มข้นของเลือด 33% บริเวณข้อมือซ้ายที่ใส่

Arterial line ปลายมือสีคล้ำและชืดเย็น คลำชีพจรได้ค่อนข้างเบา รายงานแพทย์ ถอดสาย Arterial line ประคบร้อน และสังเกตอาการต่อ ปลายมือสีผิวแดงขึ้น คลำชีพจรชัดเจนขึ้น ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ Unasyn 1.5 กรัม ฉีดทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง ผลการตรวจเลือด พบค่าไปตัสเซียม 2.9 mEq/L แพทย์ให้การรักษา โดยให้ 5% D/N/2 1,000 ซีซี ผสมกับยา KCL 40 mEq อัตราการไหล 100 ซีซี/ชั่วโมง ขณะได้รับยาจึงหวะอัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ 60-80 ครั้ง/นาที

สรุปอาการและอาการแสดงขณะรับไว้ในความดูแล

วันแรกหลังผ่าตัด รู้สึกตัว ทำตามคำบอกได้ ใส่ท่อหลอดลมคอและเครื่องช่วยหายใจหายใจสม่ำเสมอสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ท่อระบายทรวงอกมี Content สีแดงได้รับยาแก้ปวดหยดต่อเนื่องทางไขสันหลังเหนือดูรา และยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา บริเวณมือซ้ายสีผิวแดงดี คลำชีพจรได้ชัดเจน ได้รับสารน้ำ Glucolyte II 1,000 ซีซี อัตราการไหล 80 ซีซี/ชั่วโมง และ 10% Aminosol 500 ซีซี อัตราการไหล 40 ซีซี/ชั่วโมง

วันที่ 2 หลังผ่าตัด หายใจสม่ำเสมอทดลองหย่าเครื่องช่วยหายใจ ให้ O₂T-piece 10 ลิตร/นาที O₂Sat 100% ถอดท่อหลอดลมคอกออกให้ออกซิเจนครบทางจมูก 10 ลิตร/นาที อัตราการหายใจ 20-24 ครั้ง/นาที ได้รับยาแก้ปวดหยดอย่างต่อเนื่องทางไขสันหลังเหนือดูรา

วันที่ 3 หลังผ่าตัด หายใจสม่ำเสมอ เปลี่ยนเป็นให้ออกซิเจนทางจมูก 5 ลิตร/นาที มีไข้สูง 38.8 องศาเซลเซียส แพทย์เพิ่มการให้ยาปฏิชีวนะ Amikin 600 มิลลิกรัม ผสมใน 5% D/W 100 ซีซี ทางหลอดเลือดดำวันละครั้ง ถอดสาย Epidural Catheter เปลี่ยนยาแก้ปวดเป็นมอร์ฟีน

3 มิลลิกรัม ผสมให้เจือจางฉีดทางหลอดเลือดดำทุก 4 ชั่วโมง และย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1

ขณะเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 ได้รับการรักษาโดยการให้อาหารทางหลอดเลือดดำชนิดบางส่วนทุกวัน และในวันที่ 6 หลังการผ่าตัด ทดสอบการรับรู้บริเวณรอยต่อของหลอดเลือดอาหารกับกระเพาะอาหาร โดยใช้ Methylene blue 6 หยด ผสมในน้ำ 20 ซีซี ให้ผู้ป่วยจิบ ไม่มีสีของ Methylene blue ออกทางท่อระบายทรวงอก วันต่อมาเริ่มให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเหลวไม่มีอาการไอหรือสำลัก ไม่อาเจียน อีก 5 วันต่อมารับประทานอาหารอ่อนได้ ไม่สำลักหรืออาเจียน อาการดีขึ้น แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน รวมระยะเวลาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 21 วัน โดยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 3 วัน

วินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล

จากการประเมินปัญหาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบว่ามีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน คือ

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 : มีโอกาสเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพในการทำทางเดินหายใจให้โล่งลดลง จากการใส่ท่อหลอดลมคอและเครื่องช่วยหายใจทำให้ไม่สามารถไอและขับเสมหะออกเองได้ ร่วมกับแบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากการหายใจถูกกีดจากการได้รับยาแก้ปวดและจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกตกค้าง

การพยาบาลที่ให้ : ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ประเมินความต้องการในการดูแลเสมหะ ดูแลเสมหะให้ทุกครั้งเมื่อมีข้อบ่งชี้ดูแลเครื่องช่วยหายใจให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอเพื่อลดการใช้ออกซิเจน ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน

อย่างต่อเนื่อง ประเมิน O_2 sat ดูแลการทำงานของท่อระบายทรวงอกให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ จัดให้ออนท่าศีรษะสูง ติดตามผลการตรวจ ABG รายงานแพทย์เมื่อพบว่าผิดปกติ

การประเมินผล : ขณะใส่เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยรายที่ 1 มีอาการหายใจหอบ ด้านเครื่องช่วยหายใจเป็นระยะ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่มีอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ขณะทดลองหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยผู้ป่วยรายที่ 1 ปรับตั้งเครื่องเป็น Mode PSIMV FiO_2 0.4, IP 20, Rate 12, PEEP 5, PS 15 ผล ABG pH = 7.456 PCO_2 = 31.7 mmHg, PO_2 = 165 mmHg, HCO_3 = 22.5 mEq/L (29 ม.ค. 49) รายที่ 2 ปรับตั้งเครื่องเป็น Mode CPAP FiO_2 0.4 PEEP 3, PS 8 ผล ABG pH = 7.363, PCO_2 = 41.7 mmHg, PO_2 = 103 mmHg, HCO_3 = 23.8 mEq/L (2 มี.ค. 49) ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย สามารถถอดท่อหลอดลมคอกออกได้ในวันที่ 2 และวันที่ 5 หลังการผ่าตัด ตามลำดับ หลังถอดท่อหลอดลมคอกออก ผู้ป่วยรายที่ 1 หายใจหอบเล็กน้อย 26-28 ครั้ง/นาที รายที่ 2 หายใจสม่ำเสมอ 20-24 ครั้ง/นาที O_2 sat ของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย 98-100%

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 : มีภาวะโปตัสเซียมในร่างกายน้อย เนื่องจากการงดน้ำ งดอาหารทั้งก่อนและหลังการผ่าตัดร่วมกับมีการสูญเสียเลือด น้ำหรือสิ่งคัดหลั่งต่าง ๆ จากบาดแผลหรือจากท่อระบายต่าง ๆ (ผลการตรวจเลือดพบค่า K = 2.5 mEq/L ในผู้ป่วยรายที่ 1 และ K=2.9 mEq/L ในผู้ป่วยรายที่ 2)

การพยาบาลที่ให้ : ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา สังเกตอาการแสดงของภาวะโปตัสเซียมต่ำ เช่น ท้องอืด กล้ามเนื้ออ่อนแรง เฝาระวังภาวะโปตัสเซียมสูง เช่น อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน กล้ามเนื้อกระตุก เป็นตะคริว จังหวะการเต้นหัวใจผิดปกติ บันทึกปริมาณน้ำเข้า

และออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผิดปกติ รายงาน

การประเมินผล : ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการรักษาโดยการให้สารน้ำ 5%D/N/2 1000 ซีซี ผสมยา KCL 40 mEq อัตราการไหล 100 ซีซี/ชั่วโมง ไม่มีอาการแสดงที่ผิดปกติ มีความสมดุลของสารน้ำที่ได้รับและขับออก ผลการตรวจเลือด ผู้ป่วยรายที่ 1 ค่า K = 3.5 mEq/L (30 ม.ค. 49) ผู้ป่วยรายที่ 2 ค่า K = 3.9 mEq/L (5 มี.ค. 49)

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 : มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง (ยา Marcain, MO, KCL) เนื่องจากฤทธิ์ของยาอาจกดศูนย์การหายใจ และอาจทำให้เกิดการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติได้

การพยาบาลที่ให้ : วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง และทุกครั้งที่มีการปรับลด/เพิ่ม อัตราการไหลของยา ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการปวดศีรษะ อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อของแขน ขาและระวังการดิ้นรั้งหรือเลื่อนหลุดของสาย Epidural Catheter สังเกตอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน หรือมีอาการคันตามร่างกาย บันทึกลักษณะ จังหวะ อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย รายงานแพทย์เมื่อพบว่ามีผิดปกติ ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา ปรับอัตราการไหลให้สม่ำเสมอ โดยใช้ Syring pump ระวังไม่ให้ยารั่วออกนอกเส้นเลือด บันทึกจำนวนปัสสาวะที่ออก

การประเมินผล : ผู้ป่วยทั้งสองรายรู้สึกตัวดี รู้เรื่อง ไม่มีอาการปวดศีรษะ หรือตาพร่ามัว ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือผื่นคันตามตัว จังหวะการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ แขนและขาทั้ง 2 ข้างกำลังปกติ ปัสสาวะออกมากกว่า 30 ซีซี ต่อ ชั่วโมง

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 : ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดและมีท่อระบายทรวงอก

การพยาบาลที่ให้ : จัดให้ออนโนทาที่สุกสบายระวังการติงรั้ง การหักพังงของสาย หรือข้อต่อต่าง ๆ ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ดูแลให้ยาแก้ปวดทาง Epidural Catheter ปรับอัตราการไหลตามแผนการรักษา สังเกตและเฝ้าระวังอาการแสดงที่ผิดปกติ

การประเมินผล : วันแรกและวันที่ 2 ของการผ่าตัด ผู้ป่วยรายที่ 1 ปวดแผลมาก ดิ้นไปมาตลอดได้รับยาแก้ปวด Morphine 4 มิลลิกรัม ผสมเจือจาง ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ 2 ครั้ง และปรับเพิ่มอัตราการไหลของยาแก้ปวดทาง Epidural Catheter จาก 10 ซีซี/ชั่วโมง เป็น 15 ซีซี/ชั่วโมง อาการปวดทุเลา ผู้ป่วยพักผ่อนได้ ไม่แสดงสีหน้าเจ็บปวด เมื่อเปลี่ยนท่า หรือเมื่อมีการเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาโดยไม่ต้องเพิ่มปริมาณยาอีก

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 : มีโอกาสเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำ สารอาหาร

การพยาบาลที่ให้ : ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ น้ำเกิน เช่น บัสสาวะออกน้อย สีเข้ม ความตึงตัวของผิวหนังลดลง กระสับกระส่าย หายใจหอบ เสมหะเป็นฟองสีชมพู ผิดปกติรายงาน บันทึกจำนวนน้ำเข้าและออกจากร่างกาย

การประเมินผล : ผู้ป่วยทั้งสองราย ไม่มีอาการแสดงที่ผิดปกติ มีความสมดุลของจำนวนน้ำเข้าและออกจากร่างกาย รับประทานอาหารอ่อนได้ ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนหรือสำลัก

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 : มีโอกาสติดเชื้ระบบทางเดินบัสสาวะ เนื่องจากการคาสายสวนบัสสาวะ

การพยาบาลที่ให้ : ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้งให้การพยาบาลโดยยึดหลัก

ปลอดเชื้อ ดูแลให้อยู่ในระบบปิด สังเกตลักษณะสีของบัสสาวะ ระวังการติงรั้งหรือหักพังงของสาย ติดตามผลการเพาะเชื้อ ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

การประเมินผล : ผู้ป่วยทั้งสองราย บัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ผลการเพาะเชื้อไม่พบเชื้อ ไม่พบอาการข้างเคียงขณะได้รับยาปฏิชีวนะ

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 : มีโอกาสติดเชื้บริเวณแผลผ่าตัด

การพยาบาลที่ให้ : ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง ทำแผลโดยยึดหลักปลอดเชื้อ สังเกตลักษณะแผล

การประเมินผล : ผู้ป่วยทั้งสองราย แผลผ่าตัดทางหน้าท้อง และแผลจากการใส่ท่อระบายทรวงอก ไม่บวมแดง หลังตัดไหมแผลหน้าท้องแผลแห้งและติดดี ภายหลังการเอาท่อระบายทรวงอกออก แผลแห้งไม่มีหนอง

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 : มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการคาท่อระบายทรวงอก⁸

การพยาบาลที่ให้ : ดูแลให้มีการระบายของสารเหลวออกมาได้ดี บีบรัดสายป้องกันการอุดตัน ดูแลให้อยู่ในระบบปิด สังเกตอาการแสดงที่ผิดปกติ เช่น กระสับกระส่าย หายใจหอบ ฟังปอดไม่ได้ยินเสียงลมผ่านปอด มีลมในชั้นใต้ผิวหนัง รายงานแพทย์ สังเกตบันทึกลักษณะ สี จำนวน Content ที่ออก อธิบายเหตุผลและความจำเป็นในการฝีกการหายใจ การไอ การบริหารข้อไหล่ แนะนำผู้ป่วยหายใจเข้า-ออกลึก ๆ และฝีกการไออย่างมีประสิทธิภาพ กระตุ้นและช่วยให้ผู้ป่วยบริหารข้อไหล่ และแขน 2 ข้าง เพื่อป้องกันการติดแข็งของข้อไหล่

การประเมินผล : ผู้ป่วยทั้งสองราย ไม่มีข้อไหล่ติดแข็ง ไม่มีอาการที่ผิดปกติ หลังเอาท่อระบายทรวงอกออก ไม่มีลมในชั้นใต้ผิวหนัง

หลังให้คำแนะนำ และให้ทดลองปฏิบัติ สามารถปฏิบัติได้

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 : มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ Arterial line⁹

การพยาบาลที่ให้ : ระวังการหักพับของหรือเสียนหลุด จัดทำห้อยมือผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สบาย สังเกตและคลำชีพจรข้างที่ใส่สายยาง เพื่อป้องกันภาวะขาดเลือดไปเลี้ยงส่วนปลาย จากการอุดตันของหลอดเลือด ทำความสะอาดแผลโดยยึดหลักปลอดเชื้อ ตรวจสอบรอยต่อของสายยางเพื่อป้องกันภาวะเลือดออก

การประเมินผล : ผู้ป่วยรายที่ 2 หลังผ่าตัดปลายมือซ้ายมีสีคล้ำ ชีตเย็น และคลำชีพจรได้ค่อนข้างเบา รายงานแพทย์ถอดสาย Arterial line ออก สามารถคลำชีพจรบริเวณ Radial artery ได้ชัดเจน ปลายมือ สีผิวแดง ไม่มีรอย

การประเมินผล : ผู้ป่วยรายที่ 2 หลังผ่าตัดปลายมือซ้ายมีสีคล้ำ ชีตเย็น และคลำชีพจรได้ค่อนข้างเบา รายงานแพทย์ถอดสาย Arterial line ออก สามารถคลำชีพจรบริเวณ Radial artery ได้ชัดเจน ปลายมือ สีผิวแดง ไม่มีรอยช้ำหรือมีเลือดออก ส่วนรายที่ 1 ไม่มีอาการผิดปกติ

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 : มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรั่วหรือ การตีบแคบของแผลรอยต่อ³

การพยาบาลที่ให้ : ตรวจสอบตำแหน่ง NG tube ระวังการเสียนหลุดของสาย สังเกตลักษณะ สี Content ที่ออกจาก NG tube และจากท่อระบายทรวงอก แนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร เมื่อเริ่มให้รับประทานอาหาร ให้รับประทานช้า ๆ ทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง

การประเมินผล : ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการทดสอบรอยรั่วโดยการจิบ Methylene blue 6 หยด ผสมในน้ำ 20 ซีซี หลังการทดสอบไม่พบสีของ Methylene blue ออกทางท่อระบายทรวงอก

หลังถอดสาย NG tube ออก แพทย์ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย รับประทานอาหารได้ ไม่สำลัก ไม่อาเจียน

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 11 : ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เรื่องโรค และแผนการรักษาพยาบาล

การพยาบาลที่ให้ : สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความมั่นใจและไว้วางใจ อธิบายอาการ แผนการรักษา และการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ พุดคุยให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ญาติเข้าเยี่ยมนอกเหนือเวลาที่กำหนดตามความเหมาะสม เมื่อผู้ป่วยและญาติต้องการ ให้ความสนใจดูแลเอาใจใส่ ประสานงานในการพบแพทย์ เมื่อญาติต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติม แนะนำวิธีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและญาติ

การประเมินผล : ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล เข้าใจ และให้ความร่วมมือ ผู้ป่วยและญาติสื่อสารกันได้เข้าใจ

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 12 : ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง/ดูแลผู้ป่วย

การพยาบาลที่ให้ : ประเมินความรู้ ความเข้าใจ ความพร้อมในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติ เตรียมความพร้อมของญาติในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย สอนและแนะนำผู้ป่วยในการฝึกการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การพุดคุยให้กำลังใจ การสัมผัสตัวผู้ป่วย การพลิกตะแคงตัว การทำความสะอาดร่างกาย

การประเมินผล : หลังถอดท่อหลอดลมค้อออก ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การพลิกตะแคงตัว การทำความสะอาดร่างกาย

วินิจฉัยทางการพยาบาลที่แตกต่างกัน จากการประเมินสภาพผู้ป่วยทั้ง 2 ราย คือ

ผู้ป่วยรายที่ 1 มีวินิจฉัยทางการพยาบาล
ที่แตกต่างจากรายที่ 2 จำนวน 2 ข้อ คือ

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีโอกาส
เกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง

การพยาบาลที่ให้ : วัดและบันทึกสัญญาณ
ชีพทุก 1-2 ชั่วโมง และทุกครั้งที่มีการปรับลด/
เพิ่มอัตราการไหลของยา ปรับอัตราการไหลของ
ยาตามความดันโลหิต และแผนการรักษา ประเมิน
ระดับความรู้สึกตัว อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว
จุดเนื้องานขึ้นปี อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขน
และขา รายงานแพทย์เมื่อพบว่าผิดปกติ

การประเมินผล : 1-3 วันแรก ความดัน
โลหิตอยู่ระหว่าง 147/106-175/104 มิลลิเมตร
ปรอท รู้สึกตัว รู้เรื่อง ไม่มีอาการปวดศีรษะ หรือ
ตาพร่ามัว ในวันที่ 4 หลังการผ่าตัดดให้ยาลด
ความดันโลหิต ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 120/90-
150/90 มิลลิเมตรปรอท

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 : มีการติดเชื่อ
ระบบทางเดินหายใจเนื่องจากการคาท่อหลอดลม
คอและเครื่องช่วยหายใจ

การพยาบาลที่ให้ : วัดอุณหภูมิร่างกายทุก
4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการติดเชื่อ ล้างมือทุกครั้ง
ก่อนและหลังให้การพยาบาล แนะนำญาติล้างมือ
ทุกครั้งก่อนสัมผัสตัวผู้ป่วย ให้การพยาบาลโดยยึด
หลักปลอดเชื้อ สังเกตลักษณะสีของเสมหะ ติดตาม
ผลการเพาะเชื้อ ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

การประเมินผล : หลังการผ่าตัด 1-5 วัน
แรก มีไข้สูง 38-38.8 องศาเซลเซียส ผลการตรวจ
เสมหะเพาะเชื้อพบเชื้อ Streptococcus Pneumoniae
ซึ่งเชื้อไวต่อยาในกลุ่ม Penicillin แพทย์จึงเปลี่ยน
ยาปฏิชีวนะจาก Cefoxin เป็นยา Unasyn 1.5 กรัม
ฉีดทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง หลังการให้ยา
2 วัน ไข้ลดลงเหลือ 37-37.5 องศาเซลเซียส

ผู้ป่วยรายที่ 2 มีวินิจฉัยทางการพยาบาล
ที่แตกต่างจากรายที่ 1 จำนวน 2 ข้อ คือ

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีภาวะทุพโภชนาการ³

การพยาบาลที่ให้ : ดูแลให้ได้รับสารน้ำ
และสารอาหารตามแผนการรักษา สังเกตบริเวณ
ที่ให้สารน้ำ สารอาหารไม่มีอาการปวด บวม แดง
วัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง แนะนำเรื่องการ
รับประทานอาหาร เมื่อแพทย์เริ่มให้รับประทาน
อาหารเอง โดยให้รับประทานอาหารช้า ๆ รับประทาน
อาหารทีละน้อย แต่บ่อยครั้ง ระวังการไอหรือ
สำลัก เบิกอาหารอ่อนโปรตีนสูงให้ผู้ป่วยรับประทาน

การประเมินผล : มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย
ผู้ป่วยได้รับสารอาหารตามแผนการรักษา บริเวณ
ที่ให้สารน้ำไม่มีอาการ ปวด บวมแดง รับประทาน
อาหารได้ ไม่สำลัก รูปร่างผอม ปลายมือ ปลาย
เท้าบวม ผลการตรวจ serum albumin 2.4 gm/dl
(วันที่ 3 มี.ค. 49) แพทย์ให้การรักษาโดยให้ 10%
Aminosol 500 ซีซี ทางหลอดเลือดดำใน 12
ชั่วโมง ทุกวัน ถึงวันที่ 12 มี.ค. 49 ไม่มีผลการ
สังตรวจ albumin เพิ่ม

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 : มีโอกาสติดเชื่อ
ระบบทางเดินหายใจเนื่องจากการคาท่อหลอดลม
คอและเครื่องช่วยหายใจ

การพยาบาลที่ให้ : วัดอุณหภูมิร่างกาย
ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการติดเชื่อ ล้างมือทุก
ครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาล ให้การพยาบาล
โดยยึดหลักปลอดเชื้อ สังเกตลักษณะสีของเสมหะ
ติดตามผลการเพาะเชื้อ ใช้ยาปฏิชีวนะตามแผน
การรักษา มีไข้สูงขีดตัวลดไข้

การประเมินผล : วันที่ 1-3 หลังการผ่าตัด
มีไข้ 38-38.8 องศาเซลเซียส แพทย์เพิ่มยาปฏิชีวนะ
อุณหภูมิอยู่ระหว่าง 37.5-38 องศาเซลเซียส
ผลการตรวจเสมหะเพาะเชื้อ ไม่พบเชื้อ

สรุป

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งหลอดอาหาร เป็นการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน วิธี ชนิด ตำแหน่งและระยะเวลาในการผ่าตัด วิธีการได้รับยาระงับความรู้สึก รวมทั้งวิธีการรักษา มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงต่อระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ดังเช่นผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย นี้ได้รับการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงและรักษาโดยการทำให้ตกการ และการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ถ้ามีการเฝ้าระวัง และการพยาบาลที่ดีจะช่วยป้องกันและลดความรุนแรงของการเกิด และช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยได้ การเตรียมความพร้อม การมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติอย่างมีความสุข

บทวิจารณ์

กรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย พบว่าเป็นผู้ป่วยสูงอายุ ได้รับการผ่าตัดโดยการเปิดผ่านบริเวณช่องทรวงอกและบริเวณช่องท้อง ซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดได้สูงได้รับยาระงับความรู้สึก และใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนาน หลังการผ่าตัดผู้ป่วยทั้ง 2 ราย จึงต้องได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ พบว่าหลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะเจ็บแผลผ่าตัดบริเวณทรวงอกและบริเวณช่องท้อง ความปวดจะรบกวนการหายใจเข้า-ออกลึก ๆ การไอและการเคลื่อนไหว¹⁰ ทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองน้อย ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤตหรือมีอาการคงที่แล้ว ควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง/ดูแลผู้ป่วย การปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกาย การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังเช่นกรณี

ศึกษาผู้ป่วย 2 ราย นี้ เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรืออาการคงที่ได้แนะนำให้ญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะเข้าเยี่ยม เช่น การพลิกตะแคงตัว การทำความสะอาดร่างกาย ญาติผู้ป่วยทั้งสองรายให้ความร่วมมือและปฏิบัติได้ จากผลของการศึกษาได้พบปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น รวมทั้งความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น ปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจะมากน้อยแค่ไหนขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์ ความพร้อมของสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย รวมถึงโรคและความรุนแรงของโรค ดังนั้นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งหลอดอาหารกรณีศึกษานี้ สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในลักษณะเดียวกันได้ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายจะต้องมีการปรับเปลี่ยนแผนหรือแนวทางการดูแล เพื่อให้สอดคล้องและเหมาะสมกับสภาพของปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยในขณะนั้นได้

ข้อเสนอแนะ

กรณีศึกษาเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถนำมาประเมินและพัฒนาความรู้ ความสามารถ และทักษะของพยาบาล โดยนำผลที่ได้จากการศึกษามาปรับปรุงและพัฒนาเป็นมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งหลอดอาหารรายอื่น ๆ ต่อไปได้ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด การใช้ยา และการทำให้ตกการที่มีความเสี่ยงสูง การผ่าตัดเปิดบริเวณช่องทรวงอก ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจได้ นักกายภาพบำบัดควรมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด พยาบาลผู้ดูแลต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค พยาธิสรีรวิทยา แนวทางการรักษา รวมทั้งการเฝ้าระวังประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว มีทักษะในการใช้เครื่องมือพิเศษ การส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ

การเตรียมความพร้อม การมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ควรเริ่มตั้งแต่แรกเริ่ม และมีความต่อเนื่อง จนถึงระยะจำหน่าย การทบทวนการดูแลผู้ป่วย ขณะให้การรักษาพยาบาล โดยทีมสหสาขาวิชาชีพจะช่วยพัฒนาและปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น และที่สำคัญบุคลากรทีมสุขภาพ ควรได้รับการพัฒนาศักยภาพ ทั้งทางด้านการศึกษาและการพยาบาลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน

เอกสารอ้างอิง

1. จุมพล วิชาศรีศมี. Neoplasms of the Esophagus. ใน : สิโรจน์ กาญจนปัญญาผล, จักรพันธ์ เอื้อนรเศรษฐ์จุมพล วิชาศรีศมี, บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์ทั่วไป หน่วยศัลยศาสตร์ทั่วไปสาย B. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; 2548. 395.
2. ธนพล ไหมแพง. Carcinoma of Esophagus. ใน : สัทธจิตร สีนานนท์, วิชัย วาสนศิริ, สุमित วงศ์เกียรติขจร, วีรพงษ์ พุทธิสวัสดิ์, บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 23. Current Practice in Clinical Surgery. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท ไซมิตการพิมพ์ จำกัด; 2546. 519.
3. สุภาพ อารีเอื้อ, สมพร ชินโนรส. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร. ใน: สมพร ชินโนรส. การพยาบาลทางศัลยศาสตร์ เล่ม 3. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : บริษัท ธนัชการพิมพ์ จำกัด; 2546. 128-9.
4. http://siamca.com/Backup2002/3_19.html
5. <http://www.ramaclinic.com/cancer0005.asp>
6. <http://www.anamai.moph.go.th/occmcd/nes/complieso.html>
7. พุฒิกิติ์ พุทธิวิบูลย์. Esophagogastrectomy. ใน : วิบูล สัจกุล, สรรชัย กาญจนลาภ, วัฒนา สุพรหมจักร, บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 17. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ กรุงเทพเวชสาร; 2542. 116
8. ปราวณี ทัฬไพอเราะ. การผันแปรออกซิเจนและการระบาย อากาศ การพยาบาลทางอายุรศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท ลิฟวิงทรานส์มีเดีย จำกัด; 2543. 159-60.
9. วิจิตรา กุสมภ์. การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์; 2544. 60-1.
10. สุตภรณ์ ณะช้อย. การพัฒนารูปแบบการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คอท่อยุบายใจ. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2547.