

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะหลังผ่าตัดเปลี่ยน

ช่องทางขับถ่ายปัสสาวะ

Postoperative Care for Bladder Cancer Patient Underwent Urinary Reconstruction and Diversions

พัชรินทร์ ไชยสุรินทร์ พย.ม.* Patcharin Chaisurin M.N.S.*

บทคัดย่อ

มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ เป็นปัญหาสุขภาพของประชากรที่พบมากและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย วิธีการรักษามะเร็งกระเพาะปัสสาวะทำได้หลายวิธี ขึ้นอยู่กับระยะของโรค หากเป็นระยะที่ก้อนเนื้องอกลุกลามเข้าไปยังชั้นกล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะ อาจต้องตัดเอากระเพาะปัสสาวะออก แล้วเปลี่ยนทางเดินปัสสาวะใหม่และตัดเอาบางส่วนของลำไส้มาดัดแปลงเป็นกระเพาะปัสสาวะแทน การดูแลผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดจึงเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ พยาบาลต้องให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวหรือการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด รวมทั้งดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ การดูแลหลังผ่าตัด การผ่าตัดเปลี่ยนช่องทางขับถ่ายปัสสาวะ

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Abstract

Bladder cancer is relatively infrequent and cause of mortality rate in all over the world population, including Thailand. There are several treatments of bladder cancer, depending on stages of disease. In the stage of tumor invading the bladder wall, the choice of treatment may be radical cystectomy which involves removal of bladder with urinary reconstruction and diversions. Postoperative care is important because these patients must face to both physical and psychological changes. Nurses must give the patients knowledge about postoperative care and also should concern the patient's mental status to improve the quality of life.

Key words : Bladder Cancer, Postoperative Care Urinary, Reconstruction and Diversions

บทนำ

มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (bladder cancer) เป็นปัญหาสุขภาพของประชากรที่พบมากในหลายประเทศทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2012 ประเทศสหรัฐอเมริกา มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่พบใหม่ประมาณ 73,510 ราย ซึ่งในจำนวนดังกล่าวมีผู้เสียชีวิตประมาณ 14,880 ราย (American Cancer Society, 2012) ส่วนประเทศอังกฤษจากรายงานในแต่ละปีพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะประมาณ 10,200 ราย และมีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุดังกล่าวประมาณ 4,800 ราย (Health and Safety Executive [HSE], 2007) สำหรับประเทศไทยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะเป็นมะเร็งที่พบมากและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต 1 ใน 10 อันดับแรกของมะเร็งทั้งหมด (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555) จากอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งในประเทศไทยปี ค.ศ. 1995-1997 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่พบใหม่ 1,024 ราย คิดเป็นอัตราส่วนต่อประชากร 100,000 คนเปรียบเทียบกับประชากรโลกในวัยเดียวกัน (age-standardized incidence rate in different region [ASRI]) ประมาณ 4.6

ราย และ 1.1 รายในเพศชายและเพศหญิง จังหวัดเชียงใหม่ อัตราส่วน (ASR) นี้สูงถึงประมาณ 5.6 รายในเพศชายเพิ่มขึ้นจากปี ค.ศ. 1992-1994 ประมาณ 0.1 ราย และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ จัดอยู่ในอันดับที่ 7 ของมะเร็งที่พบมาก (Martin & Patel, 2007) จึงนับได้ว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยที่พยาบาลต้องให้ความสนใจในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด และการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญ

มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ หมายถึง ความผิดปกติของเซลล์ในกระเพาะปัสสาวะที่มีการเจริญเติบโต แบ่งตัวเพื่อเพิ่มจำนวนเซลล์อย่างรวดเร็วและมากผิดปกติจนกลายเป็นก้อนเนื้องอกขึ้น สามารถแบ่งชนิดได้ตามลักษณะของเซลล์ ได้แก่ transitional cell carcinomas (TCC) squamous cell carcinomas (SCC) และ adenocarcinomas (National Cancer Institute [NCI], 2002) นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งกลุ่มได้ตามระยะของโรคที่เกิดขึ้น คือ (ชลเกียรติ ขอบประเสริฐ, 2551; NCI, 2002)

ระยะ 0 - เซลล์มะเร็งอยู่ในชั้นเยื่อบุกระเพาะปัสสาวะ มักเรียกระยะนี้ว่า carcinoma in situ

ระยะ I - เซลล์มะเร็งอยู่ในชั้นใต้เยื่อบุกระเพาะปัสสาวะ

ระยะ II - เซลล์มะเร็งอยู่ในชั้นกล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะ

ระยะ III - เซลล์มะเร็งอยู่ในชั้นไขมันที่บุอยู่รอบนอกกระเพาะปัสสาวะ หรืออวัยวะข้างเคียงอื่นใกล้เคียง

ระยะ IV - เซลล์มะเร็งกระจายไปภายในช่องท้องและต่อมน้ำเหลือง

สาเหตุ ยังไม่ชัดเจนว่าสาเหตุของมะเร็งกระเพาะปัสสาวะเกิดจากอะไร แต่ส่วนใหญ่พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง เชื่อว่าในฮอริโมนเพศหญิงจะมีสารที่ช่วยยับยั้งการเจริญเติบโตของเนื้อเยื่อในกระเพาะปัสสาวะ จึงสามารถป้องกันการเกิดมะเร็งได้ (McGrath, Michaud, & De Vivo I, 2006) พบมากในช่วงอายุ 60-70 ปี (Lewis, Dirksen, Heitkemper, Bucher & Camera, 2011) และพบว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (American Cancer Society, 2012; NCI, 2002) เนื่องจากในควันบุหรี่มีสารก่อมะเร็ง ซึ่งเมื่อถูกดูดซึมผ่านเข้าสู่กระแสเลือดและกรองที่ไตเป็นน้ำปัสสาวะ เมื่อไปยังกระเพาะปัสสาวะจะมีการกระตุ้นให้เซลล์มีการเจริญเติบโตที่ผิดปกติกลายเป็นเซลล์มะเร็งขึ้น (World Health Organization [WHO], 2008) นอกจากนี้สาเหตุอื่นๆ ที่อาจสัมพันธ์กัน ได้แก่ การทำงานที่มีการสัมผัสกับสารเคมีในกลุ่มของ 1) แอโรมาติกเอมีน (aromatic amines) เช่น benzidine และ beta-naphthylamine ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้ในอุตสาหกรรมทาสี 2) โพลีแอโรมาติกไฮโดรคาร์บอน (polyaromatic hydrocarbon) 3) มินเนรอลออยด์ (mineral oil) และ 4) ควันจากท่อไอเสียเครื่องยนต์ดีเซล (diesel engine exhaust) (HSE, 2007) โดยส่งผลให้เกิดการกลายพันธุ์ของโปรตีนในโครโมโซม (DNA mutations) ทำให้เซลล์ในกระเพาะปัสสาวะมีการเจริญเติบโต แบ่งตัวเพื่อเพิ่มจำนวนเซลล์อย่างรวดเร็วและมากผิดปกติ จึงทำให้เกิดก้อนเนื้องอกขึ้น (American Cancer Society, 2012) ซึ่งลักษณะงาน

หรืออาชีพที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการสัมผัสสารเคมีในกลุ่มเหล่านี้ ได้แก่ ผู้ที่ทำงานในอุตสาหกรรมยาง อุตสาหกรรมเคมี และอุตสาหกรรมพอกหนัง รวมถึงผู้ประกอบอาชีพช่างทำผม ช่างซ่อมเครื่องจักรกล ช่างทาสี ช่างพิมพ์ ช่างเย็บผ้า ผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับโลหะ และคนขับรถบรรทุก เป็นต้น (NCI, 2002) นอกจากนี้ยังพบว่าในผู้ที่มีประวัติโรคนี้วักระเพาะปัสสาวะ หรือการติดเชื้อแบคทีเรีย (bacterial infection) หรือเชื้อพยาธิใบไม้ในเลือด (schistosoma haematobium) ทำให้มีการระคายเคืองเรื้อรังและเกิดเป็นโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะได้ (Berin, Gibb, & Hill, 1995) รวมทั้งในผู้ที่มีประวัติมะเร็งปากมดลูกและได้รับการฉายรังสี ผู้ป่วยที่เคยได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่มไซโคลฟอสฟาไมด์ (cyclophosphamide) หรือผู้ป่วยที่ได้รับการคายสวนปัสสาวะเป็นเวลานานๆ แต่ยังไม่พบเหตุผลอธิบายถึงกลไกที่ชัดเจน (Lewis et al., 2011)

อาการแสดงของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ที่พบได้บ่อย คือ อาการปัสสาวะเป็นเลือด (hematuria) ปวดเวลาถ่ายปัสสาวะ (dysuria) และถ่ายปัสสาวะบ่อย (frequent urination) หรือมีความรู้สึกว่าอยากถ่ายปัสสาวะซึ่งความจริงอาจไม่มีน้ำปัสสาวะเลย (Lewis et al., 2011; NCI, 2002)

การวินิจฉัยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ สามารถทำได้โดยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจปัสสาวะ การถ่ายภาพกระเพาะปัสสาวะด้วยรังสีเอกซ์หรือเครื่องตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็ก หรือตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง การใช้กล้องขนาดเล็กสอดผ่านท่อปัสสาวะเข้าไปสำรวจภายในกระเพาะปัสสาวะและขลิบเอาตัวอย่างเนื้อที่ก้อนเนื้องอกที่พบมาทำการพิสูจน์ทางพยาธิวิทยาว่าเป็นเซลล์มะเร็งหรือไม่ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555; Lewis et al., 2011) ซึ่งในผู้ป่วย 1 คนอาจได้รับการประเมินเพื่อวินิจฉัย 1 อย่างหรือมากกว่า (NCI, 2002)

การรักษามะเร็งกระเพาะปัสสาวะ วิธีการในการรักษามะเร็งกระเพาะปัสสาวะมีหลายวิธี เช่น การผ่าตัด การฉายรังสี การสร้างภูมิคุ้มกัน และการให้ยาเคมีบำบัด ซึ่งแพทย์จะเลือกใช้วิธีใดนั้นขึ้นอยู่กับระยะของ

มะเร็งที่เกิดขึ้น โดยในผู้ป่วย 1 คนอาจใช้วิธีการรักษาเพียง 1 วิธีหรือมากกว่า (American Cancer Society, 2012; National Comprehensive Cancer Network [NCCN], 2005) คือ ในระยะที่ก้อนเนื้องอกยังไม่ลุกลามถึงชั้นกล้ามเนื้อ (superficial disease) อาจทำได้โดยการสอดเครื่องมือเล็กๆ เข้าไปทางท่อปัสสาวะแล้วปล่อยกระแสไฟฟ้าที่ก้อนมะเร็งซึ่งทำลายก้อนมะเร็งให้หมดไป หรือใช้วิธีตัดเอาก้อนเนื้องอกออก (transurethral resection of bladder tumor [TUR-BT]) แล้วเย็บผนังของกระเพาะปัสสาวะ ผู้ป่วยบางรายแพทย์อาจป้องกันไม่ให้โรคกลับเป็นใหม่ ด้วยการฉายเคมีบำบัดใส่เข้าไปในกระเพาะปัสสาวะ แล้วกักเก็บไว้เป็นระยะเวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง แล้วจึงถ่ายทิ้ง ผู้ป่วยจะยังคงปัสสาวะได้เป็นปกติ ส่วนในระยะที่ก้อนเนื้องอกลุกลามเข้าไปยังชั้นกล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะแล้ว (invasive disease) อาจต้องตัดเอากะเพาะปัสสาวะออก (cystectomy) แล้วเปลี่ยนทางเดินปัสสาวะใหม่ และตัดเอาบางส่วนของลำไส้มาดัดแปลงเป็นกระเพาะปัสสาวะให้ใหม่ (reconstructive surgery) ผู้ป่วยจะยังคงถ่ายปัสสาวะได้ทางปลายลำไส้ที่นำมาเปิดออกทางหน้าท้อง สำหรับระยะที่มะเร็งกระเพาะปัสสาวะลุกลามออกไปนอกผนังกระเพาะปัสสาวะหรืออวัยวะข้างเคียง (metastatic disease) การรักษาจะใช้วิธีฉายรังสีและเคมีบำบัดร่วมกัน (American Cancer Society, 2012; NCCN, 2005)

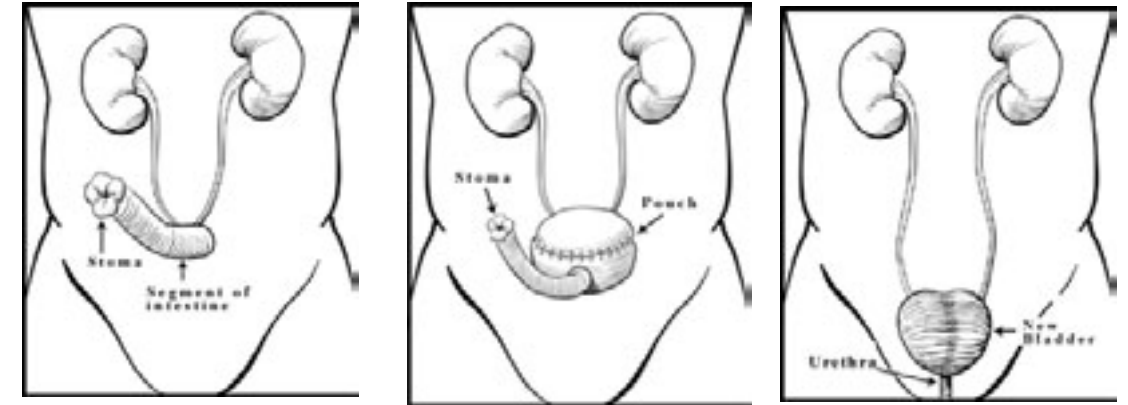
การผ่าตัดเปลี่ยนช่องทางขับถ่ายปัสสาวะ (urinary reconstruction and diversion) สามารถทำได้ 3 วิธีหลักๆ ดังนี้ (Cleveland Clinic, 2009)

1. Ileal conduit urinary diversion โดยนำท่อไต (ureters) ทั้ง 2 ข้างมาเย็บต่อเข้ากับส่วนของลำไส้เล็กส่วนปลาย (ileum) ที่นำมาทำเป็นกระเพาะปัสสาวะใหม่

แล้วเปิดทางหน้าท้อง เรียกว่า สโตมา (stoma) หรือทวารเทียม ใช้เป็นช่องขับถ่ายปัสสาวะ สโตมาจะอยู่บริเวณหน้าท้องส่วนล่างด้านขวา เป็นสโตมาที่เปิดถาวร ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องใช้ถุงรองรับปัสสาวะตลอดเวลา

2. Indiana pouch reservoir เป็นการผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่ส่วนต้น (ascending colon) และลำไส้เล็กส่วนปลาย (ileum) มาดัดแปลงเป็นกระเพาะปัสสาวะใหม่ เย็บต่อกับท่อไตทั้ง 2 ข้างแล้วเปิดทางหน้าท้อง ลักษณะสโตมาหรือทวารเทียมจะมีขนาดเล็ก สามารถใช้พลาสติกยึด (adhesive bandage) หรือผ้าสะอาดปิดได้ การผ่าตัดวิธีนี้จะป้องกันไม่ให้ปัสสาวะไหลย้อนกลับสู่ไตและป้องกันการติดเชื้อที่ไต การผ่าตัดชนิดนี้จะแตกต่างจาก Ileal conduit เพราะสามารถควบคุมการขับถ่ายได้โดยใช้สายสวนปัสสาวะออกเป็นครั้งๆ อาจทุก 4-6 ชั่วโมง ดังนั้นผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องใส่ถุงรองรับปัสสาวะ สำหรับสายสวนปัสสาวะสามารถพกติดตัวนำไปใช้นอกสถานที่ได้ การทำความสะอาดโดยใช้น้ำสบู่และน้ำสะอาดล้างและเก็บในถุงซิปล็อก (zip lock bag) ได้

3. Neobladder to urethra diversion เป็นการผ่าตัดทำกระเพาะปัสสาวะขึ้นมาใหม่โดยใช้บางส่วนของลำไส้เล็กมาเย็บติดเป็นกระเปาะเชื่อมต่อกับท่อปัสสาวะ (urethra) แล้วนำท่อไตทั้ง 2 ข้างมาเย็บต่อเข้ากับกระเพาะปัสสาวะใหม่ การผ่าตัดวิธีนี้มีข้อดีเหมือนกับวิธี Indiana pouch คือ ป้องกันไม่ให้ปัสสาวะไหลย้อนกลับสู่ไตและป้องกันการติดเชื้อที่ไต ผู้ป่วยสามารถขับถ่ายปัสสาวะโดยใช้สายสวนผ่านทางท่อปัสสาวะเป็นครั้งๆ ทุก 4-6 ชั่วโมง หรือเมื่อจำเป็น



ภาพที่ 1 แสดงการผ่าตัดเปลี่ยนช่องทางขับถ่ายปัสสาวะโดยวิธีต่างๆ

ที่มา: Cleveland Clinic (2009)

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปลี่ยนช่องทางขับถ่ายปัสสาวะ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ ในที่นี้จะแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัด (early complications) และภาวะแทรกซ้อนที่ต้องใช้ระยะเวลา (long-term complications) ดังนี้ (American Cancer Society, 2012; Gray et al., 2012)

1. ภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัด (early postoperative complications) ได้แก่

1.1 อาการหลังผ่าตัดที่พบได้ทั่วไป เช่น เลือดออก ปวดแผล อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและแผลผ่าตัด เป็นต้น

1.2 ทางเดินปัสสาวะรั่ว (urinary extravasation) ตำแหน่งที่มีการตัดต่อไว้ ผู้ป่วยจะแสดงอาการของภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ (peritonitis) ได้แก่ ปวดท้อง หน้าท้องโป่งตึง การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง มีไข้ มีปัสสาวะหรือสารเหลวซึมออกจากแผลหรือรอบๆ ท่อระบาย

1.3 สโตมาและผิวหนังรอบๆ สโตมาผิดปกติ เช่น ผิวหนังรอบสโตมาอักเสบ หรือเกิดแผลเปื่อยจากปัสสาวะที่สัมผัสบริเวณผิวหนัง สโตมาตีบแคบ บวม หรือมีสีดำคล้ำ มีเลือดไหล หรือลำไส้ยื่นออกมาผิดปกติ มีเลือดออกมากบริเวณสโตมา ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดผลึกบริเวณสโตมา และมีการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ

1.4 ภาวะขาดน้ำและเกลือโซเดียม เนื่องจากผู้ป่วยที่ผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่ส่วนต้นมาทำเป็นกระเพาะปัสสาวะใหม่ จะสูญเสียความสามารถในการดูดกลืนของน้ำและเกลือโซเดียมที่ลำไส้ใหญ่ ทำให้ร่างกายมีการขับน้ำและเกลือโซเดียมออกเป็นจำนวนมาก ผู้ป่วยอาจมีถ่ายเหลว (diarrhea) และดื่มน้ำมากผิดปกติ (polydipsia)

1.5 การดูดซึมไขมันผิดปกติ (fat malabsorption) และภาวะซีด (pernicious anemia) เนื่องจากบริเวณลำไส้เล็กส่วนปลายเป็นบริเวณที่ดูดซึมเกลือแร่ (bile salts) และวิตามินบี 12 เมื่อผ่าตัดเอาลำไส้เล็กส่วนปลายมาทำเป็นกระเพาะปัสสาวะใหม่ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการดูดซึมไขมันและวิตามินที่ละลายในไขมัน (วิตามิน A, D, E, K) ผิดปกติจากความผิดปกติของการดูดซึมกลับของเกลือแร่ และเกิดภาวะซีดจากการดูดซึมวิตามินบี 12 ลดลง

1.6 ความผิดปกติของสมดุลกรด-ด่าง เนื่องจากกระบวนการแลกเปลี่ยนกันระหว่างไอออนโซเดียม (Na+) กับไอออนไฮโดรเจน (H+) และไอออนคลอไรด์ (Cl-) กับไอออนไบคาร์บอเนต (HCO₃⁻) จะเกิดขึ้นบริเวณลำไส้เล็กส่วนปลายและลำไส้ใหญ่ ผู้ป่วยที่ผ่าตัดเอาลำไส้เล็กส่วนปลายและลำไส้ใหญ่ส่วนต้นมาทำเป็นกระเพาะปัสสาวะใหม่ จึงมีความผิดปกติในการหลั่งและดูดกลืนของไอออนต่างๆ เหล่านี้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีการสูญเสียไบคาร์บอเนตจากร่างกาย และพบระดับคลอไตรไคโน

เลือดสูงขึ้น เกิดภาวะภาวะกรดชนิดที่มีคลอไรด์ในเลือดสูง (hyperchloremic metabolic acidosis)

2. ภาวะแทรกซ้อนที่ต้องใช้ระยะเวลา (long-term complications) ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection [UTI]) เช่น กรวยไตอักเสบ (pyelonephritis) หรือกระเพาะปัสสาวะใหม่อักเสบ (pouchitis) ผู้ป่วยอาจมีอาการไข้หนาวสั่น (febrile UTI) ปวดท้อง ปัสสาวะมีเมือกปนจำนวนมาก ปัสสาวะเป็นเลือด มีนิ่วในปัสสาวะ และส่งผลให้การทำงานของไตผิดปกติตามมาได้

จากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว จะเห็นได้ว่า ไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดเปลี่ยนช่องทางขับถ่ายปัสสาวะในลักษณะใด ย่อมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแก่ผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนช่องทางขับถ่ายปัสสาวะจึงเป็นสิ่งสำคัญ พยาบาลต้องให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวหรือการดูแลตัวเอง เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยกับสิ่งใหม่ที่จะเกิดขึ้นกับร่างกายและให้การยอมรับ สามารถดูแลแก้ปัญหาและสังเกตความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับช่องเปิดทางเดินปัสสาวะใหม่ได้ ที่สำคัญคือ สามารถปรับตัวให้เข้าสู่ภาวะปกติหรือวิถีชีวิตเดิมได้และใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุขภายหลังการผ่าตัด

การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนช่องทางขับถ่ายปัสสาวะ (Lewis et al., 2011; Cleveland Clinic, 2009)

1. การสังเกตสีและลักษณะของน้ำปัสสาวะ ปกติปัสสาวะจะมีฤทธิ์เป็นกรดอ่อนๆ ในระยะแรกหลังผ่าตัด น้ำปัสสาวะที่ขับออกมาอาจมีเมือกปนลักษณะสีขาวขุ่น ไม่มีกลิ่น เป็นเมือกที่ขับจากลำไส้ที่นำมาเป็นกระเพาะปัสสาวะใหม่ถือว่าปกติ

2. การรับประทานอาหารและน้ำ ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ทุกประเภท ยกเว้นบางโรคที่ต้องควบคุมการรับประทานอาหาร เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน โรคไต โรคไต ความดันโลหิตสูง หลังผ่าตัดผู้ป่วยควรดื่มน้ำมากๆ เพื่อขับเมือกที่จับจากลำไส้ที่นำมาเป็นกระเพาะปัสสาวะใหม่ที่ส่งเสริมให้ปัสสาวะเป็นกรด เช่น น้ำกระเจี๊ยบแดง ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดผลึกเกาะบริเวณสโตมา ในกรณีผู้ป่วยผ่าตัดเอาลำไส้เล็กส่วน

ปลายมาทำเป็นกระเพาะปัสสาวะใหม่ ควรส่งเสริมให้รับประทานอาหารที่มีวิตามินบี 12 เพิ่มขึ้น แต่หากเป็นลำไส้ใหญ่ส่วนต้น ควรรับประทานอาหารที่มีโซเดียมและโปแตสเซียมสูง

3. การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะใหม่โดยวิธี neobladder ระยะแรกหลังผ่าตัดผู้ป่วยต้องใช้สายสวนปัสสาวะผ่านทางท่อปัสสาวะเป็นครั้งๆ อาจเป็นเวลานานถึง 6 เดือนจนกว่ากระเพาะปัสสาวะใหม่จะสามารถทำงานได้เหมือนปกติ โดยผู้ป่วยต้องฝึกขับถ่ายปัสสาวะ ฝึกการคลายกล้ามเนื้อหูรูด (sphincter) และเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องช่วย ให้ถ่ายปัสสาวะในท่านั่งเพื่อให้กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานคลายตัว และเป็นการส่งเสริมการขับถ่าย รวมทั้งควรขับถ่ายปัสสาวะอย่างน้อยทุก 2-4 ชั่วโมง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะปัสสาวะเต็มมากจนเกินไป และควรมีการตรวจเพื่อประเมินการรั่วของกระเพาะปัสสาวะใหม่โดยวิธี pouchogram หลังการผ่าตัด 3-4 สัปดาห์ (Lewis et al., 2011)

4. การดูแลผู้ป่วยที่มีสโตมาเปิดทางหน้าท้อง ประเมินตำแหน่งและลักษณะของสโตมา ซึ่งในระยะแรกหลังผ่าตัดอาจบวมได้แต่จะค่อยๆ ยุบและมีขนาดเล็กลงประมาณ 7-10 วันหลังผ่าตัดแผลที่บริเวณสโตมาก็จะแห้งสนิท สโตมาจะมีสีแดง มีความชุ่มชื้น ผิวเป็นมัน เรียบนุ่ม ยื่นออกมาจากผนังหน้าท้องประมาณ 1.5 เซนติเมตร หรืออาจชิดติดกับผนังหน้าท้องหากผู้ป่วยอยู่ในท่านอนเป็นกล้ามเนื้อเรียบที่ไม่มีเส้นประสาทสัมผัสรับความรู้สึกเจ็บปวด (Lewis et al., 2011) หากสโตมามีลักษณะสีดำคล้ำ หรือซีดขาว โผล่ยื่นออกมาจากผนังหน้าท้องมากเกินไป หรือผุยุบลงอยู่ต่ำกว่าระดับผิวหนัง ควรมาพบแพทย์

5. การดูแลผิวหนังรอบๆ สโตมา ผิวหนังรอบสโตมาอาจระคายเคืองจากการสัมผัสน้ำปัสสาวะที่มีฤทธิ์เป็นด่าง ซึ่งเกิดจากการที่ยูเรีย (urea) เปลี่ยนเป็นแอมโมเนีย (ammonia) โดยแบคทีเรียในน้ำปัสสาวะหรือผิวหนังหลุดลอก ที่เกิดจากการลอกแบน หรือถูรองรับน้ำปัสสาวะที่ติดกับผิวหนังออกอย่างไม่ถูกวิธี ดังนั้นการดูแลผิวหนังต้องทำทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแบนหรือถูรองรับน้ำปัสสาวะ ดังนี้

5.1 เลือกใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสมในการรองรับน้ำปัสสาวะที่ออกจากสโตมา เช่น แบน กาว ถุงหรือเป็นถุงที่มีแถบกาวให้พร้อม แบนที่จะติดครอบสโตมาตัดให้มีขนาดใหญ่กว่าสโตมาเล็กน้อยประมาณ 3.2 มิลลิเมตร หรือ ¼ นิ้ว (Lewis et al., 2011)

5.2 ลอกถูรองรับปัสสาวะเดิมออกทั้งด้วยความนุ่มนวล เช็ดคราบกาวและทำความสะอาดผิวหนังส่วนนั้นด้วยน้ำอุ่นหรือน้ำสบู่อ่อนๆ (อาจทำในขณะอาบน้ำ เนื่องจากไม่มีข้อจำกัดในการอาบน้ำ) เช็ดสโตมาและผิวหนังรอบๆ ให้แห้ง ถ้ามีน้ำปัสสาวะไหลออกมาให้ใช้สำลีหรือผ้าก๊อชดูดไว้ก่อน

5.3 ทาผิวหนังรอบๆ สโตมาบริเวณที่แบนจะติดครอบ ด้วยผลิตภัณฑ์ที่ช่วยปกป้องผิวหนัง เช่น stomahesive paste หรือ powder เพื่อลดการระคายเคืองจากการสัมผัสกับน้ำปัสสาวะ

5.4 เมื่อพร้อมที่จะครอบถุงหรือแบน เอาสำลีที่อุดสโตมาออก ลอกกระดาษที่ปิดกาวออก ครอบปากถุงและกดปากถุงให้แนบติดผิวหนัง ไม่มีรูรั่ว จัดให้ถุงอยู่ในลักษณะที่กันถุงห้อยลงมาด้านล่าง อาจต่อสายจากถุงลงถุงระบายน้ำปัสสาวะอีกครั้ง

5.5 ล้างถูรองรับน้ำปัสสาวะเดิมเพื่อเตรียมไว้ใช้ในครั้งต่อไป ด้วยน้ำสบู่อ่อนๆ แล้วแช่ในน้ำส้มสายชูกลั่น จากนั้นล้างให้สะอาดอีกครั้งด้วยน้ำอุ่น และนำไปผึ่งตากให้แห้ง

6. การดูแลด้านจิตใจ ในระยะแรกหลังผ่าตัดเปลี่ยนช่องทางขับปัสสาวะ ผู้ป่วยบางรายอาจยอมรับกับภาพลักษณ์ที่มีสโตมา หรือทวารเทียมทางหน้าท้องไม่ได้ ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกหรือความคับข้องใจ รับฟังปัญหาและความคับข้องใจของผู้ป่วย แนะนำให้ผู้ป่วยได้พบปะพูดคุยกับผู้ป่วยคนอื่นที่มีสโตมาเหมือนกัน เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยระบายความรู้สึกของตนเองกับเพื่อนครอบครัวและบุคคลรอบข้าง

7. การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย ผู้ป่วยสามารถทำได้ตามปกติ แต่ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายหรือกีฬาที่หักโหมรุนแรง และไม่ควรรยกของหนักเพราะอาจเป็นสาเหตุของการเกิดไส้เลื่อนได้

8. การทำงาน หลังผ่าตัดประมาณ 1-2 เดือน ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ แต่ควรเตรียมกระเป๋าดูแลอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการเปลี่ยนถูรองรับน้ำปัสสาวะเมื่อฉุกเฉิน

9. การเดินทางไกล การมีสโตมาที่หน้าท้องไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อการเดินทางไกล แต่ที่สำคัญผู้ป่วยจะต้องมีการเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ ที่ต้องใช้ให้พร้อมและเพียงพอ

10. การสวมใส่เสื้อผ้า ผู้ป่วยสามารถสวมเสื้อผ้าได้ตามปกติ แต่ควรหลีกเลี่ยงการกดทับบริเวณ สโตมาเนื่องจากอาจทำให้สโตมาได้รับบาดเจ็บ และอาจเกิดการรั่วซึมของอุปกรณ์รองรับน้ำปัสสาวะได้

11. การมีเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยบางรายอาจจะวิตกกังวลในเรื่องเพศสัมพันธ์ ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนช่องทางขับถ่ายปัสสาวะ การมีสโตมาไม่ส่งผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ หรือความต้องการทางเพศแต่อย่างใด ขึ้นอยู่กับการแสดงออกและความเข้าใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยและคู่สมรส โดยก่อนมีเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยควรทำความสะอาดสโตมาและเปลี่ยนถูรองรับปัสสาวะใหม่

12. การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ ได้แก่

- ผิวหนังรอบสโตมาอักเสบ หรือเกิดแผลเปื่อยจากปัสสาวะที่มาสัมผัสบริเวณผิวหนัง ซึ่งอาจมีสาเหตุจากการปิดถูรองรับปัสสาวะไม่พอดี หรือตำแหน่งสโตมาไม่เหมาะสม ทำให้เกิดมีรอยรั่วซึมของปัสสาวะ หรือการใช้สบู่ที่มีฤทธิ์แรงทำความสะอาด รวมทั้งการแพ้กาวจากถูรองรับปัสสาวะ

- สโตมาตีบแคบ บวม หรือมีสีดำคล้ำ
- มีไส้เลื่อน หรือลำไส้ยื่นออกมาจากผนังหน้าท้อง
- มีเลือดออกมากบริเวณสโตมา แต่หากมีเลือดออกเล็กน้อยอาจเกิดจากการทำความสะอาดที่บ่อยหรือแรงเกินไป

- ปัสสาวะมีกลิ่นเหม็นผิดปกติ สีผิดปกติหรือขุ่น มีไข้ ซึ่งอาจบ่งชี้ถึงภาวะติดเชื้อ

สรุป

การผ่าตัดเปลี่ยนช่องทางขับถ่ายปัสสาวะเป็นวิธีการรักษาทางศัลยกรรมอย่างหนึ่งในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งหลังผ่าตัดผู้ป่วยอาจต้องมีสโตมาที่หน้าท้องไปตลอดชีวิต อาจทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ

ของตนเอง อาจมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านกิจวัตรประจำวัน การใช้ชีวิตในสังคม และอาจกระทบถึงบทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว แต่ถ้าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องกระเพาะปัสสาวะเทียมและการดูแลตนเอง อีกทั้งหากได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดในทางบวก จะสามารถสร้างกำลังใจที่ดีให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขเหมือนคนปกติทั่วไป

เอกสารอ้างอิง

- ชลเกียรติ ขอประเสิร์ฐ. (2551). “Urologic and Male Genital Cancers”. สืบค้นเมื่อ 19 มีนาคม 2551.
http://www.chulacancer.net/p0000027_3.htm#_Toc365617364
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2555. “มะเร็งทางเดินปัสสาวะ และอวัยวะสืบพันธุ์ชาย”. สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม, 2555. <http://www.nci.go.th/index1.html> 1 มีนาคม, 2555
- American Cancer Society. (2012). “Bladder Cancer Overview”. Retrieves from :
<http://www.cancer.org/Cancer/BladderCancer/OverviewGuide/bladder-cancer-overview-key-statistics> .
- Berin, G. J., Gibb, H. J., & Hill, R. N. (1995). Human bladder cancer: evidence for a potential irritation-induced mechanism. *Fd chem. Toxic*, 33(9), 785-795.
- Cleveland Clinic. 2009. “Urinary reconstruction and diversion”. Retrieves from:
 March, 2012 http://my.clevelandclinic.org/services/urinary_reconstruction_and_diversion/hic_urinary_reconstruction_and_diversion.aspx .
- Gray, M., Cluff, D., Johnson, V.Y., Dixon, L., & Wasson, D. (2012). Urinary diversions: Perspectives on nursing care. Retrieves March 1, 2012 from: <http://www.perspectivesinnursing.org/pdfs/Perspectives6.pdf>
- Health and Safety Executive [HSE]. 2007. “The burden of occupational cancer in Great Britain: Technical annex 5 : Bladder cancer”. Retrieves 9 March, 2008 from: <http://www.hse.gov.uk/research/rrhtm/rr595.htm>
- Lewis, S. L., Dirksen, S. R., Heitkemper M.M., Bucher, L., & Camera, I. M. (2011). Medical-surgical nursing : assessment and managment of clinical problems. St.Louis, Missouri : Mosby Elsevier.
- Martin, N. & Patel, N. (2007). Cancer Incidence and Leading Sites. *Cancer in Thailand Vol. III* (1995-1997), 3, 7-18.

- McGrath, M., Michaud, D. S., & De Vivo, I. (2006). Hormonal and Reproductive Factors and the Risk of Bladder Cancer in Women. *American Journal of Epidemiology*, 163(3), 236-244.
- National Cancer Institute [NCI]. (2002). “What you need to know about bladder cancer”. Retrieves 13 March, 2008 from: <http://www.cancer.gov/cancertopics/wyntk/bladder>
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). 2005. “Types of Treatment for Bladder Cancer”. 12 March, 2008 Retrieves from: http://www.nccn.org/patients/patient_gls/_english/_bladder/5_treatment.asp
- World Health Organization (WHO). 2008. “Tobacco Free Initiative (TFI) : cancer”. Retrieves 12 March, 2008 from: <http://www.who.int/tobacco/research/cancer/en/>