

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้รับบริการโรคตับแข็ง ที่มีภาวะแทรกซ้อน

The Role of Nurses in Caring for Patients with Complications of Cirrhosis

ญานิสดา ดวงเดือน*
Yanisa Duangduen*

บทคัดย่อ

โรคตับแข็งเป็นโรคที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้ในทุกประเทศทั่วโลก เนื่องจากในระยะแรกผู้ป่วยจะแสดงอาการไม่ชัดเจน จึงไม่มารักษาที่โรงพยาบาล ระยะหลังผู้ป่วยจะมีการจำเพาะต่อโรคตับแข็งมากขึ้นและมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่สังเกตเห็นได้ชัดเจน เนื่องจากเซลล์ตับมีการเปลี่ยนแปลงและการทำหน้าที่ของตับลดลง ส่งผลกระทบต่ออวัยวะอื่นๆ จนเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมามากมาย ภาวะแทรกซ้อนที่พบ คือ ความดันในหลอดเลือดดำพอร์ทัลสูง เลือดออกจากหลอดเลือดดำบริเวณทางเดินอาหารขด ท้องมาน ติดเชื้อในช่องท้อง มีความผิดปกติทางสมอง ไตเสียหายที่ และขาดสารอาหาร ซึ่งเป็นการเพิ่มอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยมากขึ้น ดังนั้น พยาบาลซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการ อาการแสดง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยตับแข็งที่มีภาวะแทรกซ้อน เพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงประคับประคองให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น

คำสำคัญ: โรคตับแข็ง ภาวะแทรกซ้อนของโรคตับแข็ง บทบาทพยาบาล

Received : August 3, 2016 Revised : October 7, 2019 Accepted : November 29, 2019

* อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลพื้นฐานและบริหารการพยาบาล สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย,
E-mail: yanisa.d@stin.ac.th

* Instructure, Fundamentals of Nursing and Nursing Administration Branch, Srisararindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, E-mail: yanisa.d@stin.ac.th

Abstract

Cirrhosis is a disease that is common and is the leading cause of death in every country around the world. In the first phase, the patient shows general symptoms of illness. As they do not seem serious, the patients often do not go to a hospital. After that, patients will experience more specific symptoms of liver cirrhosis and physical changes. The liver cell changes and the dysfunction affects other organs and causes many complications. Common complications include portal hypertension, esophageal varices, ascites, spontaneous bacterial peritonitis, hepatic encephalopathy, hepatorenal syndrome, and malnutrition, which increases the mortality rate of more patients. Nurses should have knowledge about the signs and symptoms, complications of cirrhosis, and the role of nurses to care for patients with liver cirrhosis complications. This will help to reduce the suffering of patients and reduce mortality among patients including helping palliative patients to live longer.

Keywords: cirrhosis, complications of cirrhosis, nurse's role

บทนำ

โรคตับแข็ง (Cirrhosis) เป็นโรคเรื้อรังที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย โดยเป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 13 ของประชากรโลก¹ และพบอุบัติการณ์การเกิดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในหลายประเทศรวมถึงประเทศไทย มีรายงานในปี 2560 ของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ เกี่ยวกับการะโรคของประชากรไทย พบโรคตับแข็งอยู่ในลำดับที่ 6 และ 12 ของประชากรไทยเพศชายและเพศหญิงตามลำดับ² โดยมีอันดับสูงขึ้นจากปีก่อน ซึ่งปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคตับแข็ง ได้แก่ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง (chronic hepatitis B cirrhosis) การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีซี (chronic hepatitis C cirrhosis) การดื่มสุราเป็นเวลานาน (alcoholic

liver disease) ภาวะไขมันพอกตับที่ไม่ได้เกิดจากแอลกอฮอล์ (non-alcoholic fatty liver disease) และภาวะเหล็กเกิน (hemochromatosis)³ ปัจจัยเหล่านี้มีผลทำให้ตับเกิดการบาดเจ็บและซ่อมแซมตัวเองจนเกิดเป็นพังผืดภายในเนื้อเยื่อตับ ซึ่งในระยะต่อมาผู้รับบริการจำนวนมากจะเสียชีวิตด้วยโรคตับแข็งหรือภาวะแทรกซ้อนของโรคตับแข็งในที่สุด

พยาธิสรีรวิทยาของตับแข็ง เกิดจากมีการตายของเซลล์ตับ ทำให้เกิดเป็นพังผืด (fibrosis) และแผลเป็น (scar) อุดกั้นการไหลเวียนเลือดในตับ เซลล์ตับที่งอกใหม่มีลักษณะเป็นปุ่ม (nodules) เป็นผลให้โครงสร้างและประสิทธิภาพของเซลล์ตับเปลี่ยนแปลง เกิดความไม่สมดุลของสารน้ำและแร่ธาตุ ไม่สามารถเผาผลาญฮอร์โมนและกำจัด

ของเสียออกจากร่างกาย รวมทั้งไม่สามารถดูดซึมไขมันและวิตามินที่ละลายในไขมันได้ ในระยะแรกจะมีอาการไม่ชัดเจน ตับแข็งที่ยังทำงานได้ดีเรียกว่าระยะ compensate cirrhosis แต่เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงภายในเซลล์ตับมากขึ้น หลอดเลือดในตับจึงหลั่งไนตริกออกไซด์ (nitric oxide) และกลูคากอน (glucagon) ทำให้เกิดการขยายตัวของหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง เป็นผลให้ความดันในหลอดเลือดพอร์ทัลสูง จนเกิดการย้อนกลับของเลือดในระบบทางเดินอาหาร ส่งผลให้แรงดันในหลอดเลือดฝอยสูงขึ้น มีการรั่วซึมของสารน้ำเข้าไปในช่องท้อง เกิดภาวะท้องมาน โซเดียมและสารน้ำคั่งในร่างกาย ส่งผลให้ผู้รับบริการมีระดับโซเดียมในเลือดต่ำ ภาวะนี้จะเรียกว่า decompensated cirrhosis ขณะเดียวกันเลือดไม่สามารถไหลผ่านตับเข้า Inferior vena cava เพื่อกลับเข้าสู่หัวใจได้ ส่งผลให้ cardiac output ลดลง ร่างกายจึงกระตุ้นฮอร์โมน renin-Angiotensin-Aldosterone system (RAAS) เพื่อเพิ่มปริมาณน้ำและโซเดียมในระบบไหลเวียนเลือด ขณะเดียวกันความสามารถของไตจะลดลง เป็นผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา อัตราการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนจึงเพิ่มมากขึ้น^{4,5}

อาการและอาการแสดง^{4,5}

1. ระยะแรกอาจไม่มีอาการหรือมีอาการน้อยมาก อาการจะไม่จำเพาะต่อโรค เนื่องจากตัวยังสูญเสียหน้าที่ไม่มาก เช่น อ่อนเพลีย น้ำหนักลด เบื่ออาหาร
2. ตีช้ำ (jaundice) มีตาเหลืองตัวเหลือง เกิดจากตับไม่สามารถขับ bilirubin ออกได้ จึงเกิดการคั่งในตับและถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือดแล้วไป

สะสมที่ชั้นไขมันใต้ผิวหนังเกิดตัวเหลือง และไปสะสมที่ชั้นนอกของลูกตา (sclera) โดยจับกับโปรตีนอีลาสตินทำให้ตาเหลือง

3. อาการคัน (itching) เกิดจากสารใน bilirubin คั่งในชั้นไขมันใต้ผิวหนังไปกระตุ้นปลายประสาทที่รับความรู้สึกชนิดคัน

4. ท้องมาน (ascites) และบวมตามร่างกาย (edema) เกิดจากตับสร้างอัลบูมินลดลง ทำให้น้ำและโซเดียมรั่วออกจากหลอดเลือดไปสะสมตามช่องว่างระหว่างเซลล์และช่องในร่างกาย เช่น ช่องท้อง

5. เกิดรอยฟกช้ำและจ้ำเลือดตามตัว เนื่องจากตับสร้างโปรตีนที่เป็นปัจจัยการแข็งตัวของเลือดลดลง ได้แก่ factor I (fibrinogen), factor II (prothrombin), factor V, VII, IX, X, XI, protein C, protein S และ antithrombin ทำให้เลือดออกง่ายแต่หยุดยาก เกิดรอยจ้ำเลือดตามตัวและเลือดออกตามไรฟันได้

6. อาการทางสมอง (hepatic encephalopathy) เกิดจากตับไม่สามารถเปลี่ยนแอมโมเนียไปเป็นยูเรียได้ ทำให้ระดับแอมโมเนียสูงและผ่านเข้าสู่สมอง เกิดอาการทางสมองในที่สุด

7. หลอดเลือดดำรอบสะดือโป่งพอง (caput medusae) เกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของตับและเลือดไม่สามารถไหลผ่านหลอดเลือดพอร์ทัล (portal vein) ได้ ทำให้เกิดภาวะ portal hypertension จึงเกิดแรงดันย้อนกลับทางหลอดเลือดดำที่ผนังหน้าท้อง (epigastric vein) ส่งผลให้เกิดการขยายตัวของหลอดเลือดรอบๆ สะดือ ผิวหนังโดยรอบจึงพบ spider nevi มีลักษณะเป็นจุดแดงตรงกลางและมีขาแตกแขนงออกไปคล้ายขาแมงมุม

8. ม้ามโต (splenomegaly) เกิดจากมีภาวะ portal hypertension และเลือดไม่สามารถไหลผ่าน Portal vein จึงย้อนกลับเข้าหลอดเลือดดำของม้าม (splenic vein) ทำให้เกิดม้ามโตได้

9. หลอดเลือดดำบริเวณทางเดินอาหารโป่งพอง (esophageal varices) เมื่อเลือดไม่สามารถไหลผ่าน portal vein จนเกิดภาวะ portal hypertension ทำให้เลือดดำไหลผ่านหลอดเลือดดำของกระเพาะอาหารด้านซ้าย (left gastric vein) เข้าสู่หลอดเลือดดำบริเวณหลอดอาหาร (esophageal vein) ทำให้เกิดการโป่งพองของหลอดเลือดดำในชั้น submucosa

10. ถ่ายอุจจาระดำ (melena) หรืออาเจียนเป็นเลือด (hematemesis) เกิดจากมีภาวะแรงดันสูงในระบบหลอดเลือดดำของตับ (portal hypertension) เป็นผลให้หลอดเลือดดำบริเวณหลอดอาหารและกระเพาะอาหารขยายตัวออก (varices) หลอดเลือดดำเหล่านี้จึงมีผนังบางและแตกง่าย หากมีความดันภายในหลอดเลือดสูงมาก หลอดเลือดดำนี้จะแตกและเกิดภาวะเลือดออกในหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหารได้ ผู้ป่วยจะมีอาการถ่ายดำหรืออาเจียนเป็นเลือด

11. รอยแดงบริเวณฝ่ามือ (palmer erythema) เป็นผลจากการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมน estrogen และตับไม่สามารถเผาผลาญสเตียรอยด์ฮอร์โมนได้

12. ผู้รับบริการจะมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน เช่น ต่อมหมวกไตผลิตฮอร์โมน estrogen มากขึ้น ทำให้ผู้ชายมีเต้านมโต (gynaecomastia) ระดับความเข้มข้นของฮอร์โมน testosterone ลดลง ทำให้ผู้ชายมีขนาดเล็กลง ความรู้สึกทางเพศลดลง ผู้หญิงมีความผิดปกติของประจำเดือน

13. ติดเชื้อง่าย เนื่องจากเม็ดเลือดขาวหรือแมคโครฟาจ (macrophage) ที่อยู่ในตับ ซึ่งเรียกว่า kuffer cell ไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อง่าย

ภาวะแทรกซ้อนของโรคตับแข็งที่พบได้บ่อย

ภาวะตับแข็งที่มีการสูญเสียเซลล์ตับและการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดมากขึ้นจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนี้

1. ความดันในหลอดเลือดดำพอร์ทัลสูง (portal hypertension) คือความดันในหลอดเลือดดำพอร์ทัลที่มากกว่า 10 มม.ปรอท เกิดจากการบาดเจ็บในเนื้อเยื่อตับต่างๆ ซึ่งจะกระตุ้นเซลล์ที่สร้างพังผืดในเนื้อเยื่อตับ (hepatic stellate cell) ให้สร้างพังผืด ตับจึงเกิดรอยแผลเรื้อรังและมีแรงต้านในเนื้อตับมากขึ้น เป็นผลให้เกิดแรงดันในหลอดเลือดดำของตับ (hepatic vascular resistance) นำไปสู่การเกิดภาวะ portal hypertension และเกิดแรงดันย้อนกลับไปยังหลอดเลือดดำที่เชื่อมต่อกัน (mesenteric vein) ส่งผลต่ออวัยวะต่างๆ ที่หลอดเลือดดำนั้นผ่านด้วย เช่น เลือดไหลย้อนกลับไปยังม้าม ทำให้ม้ามโต หลอดเลือดดำในหลอดอาหารและกระเพาะอาหารขยายใหญ่ขึ้น^{6,7}

2. เลือดออกจากหลอดเลือดดำของหลอดอาหาร (esophageal varices) เกิดจากการที่มีความดันหลอดเลือดพอร์ทัลสูง มากกว่า 12 มม.ปรอท⁷ ความดันในตับที่สูงขึ้น ส่งผลให้ตับหลังไนตริกออกไซด์เพิ่มมากขึ้น เกิดหลอดเลือดขยายตัวทั่วร่างกาย รวมถึงหลอดเลือดในระบบทางเดินอาหารขยายตัว (splanchnic vasodilatation) จนนำไปสู่ภาวะเลือดออกเฉียบพลันจากหลอดเลือดดำในหลอดอาหารโป่งพองแตก (acute esophageal

varices bleeding) โดยผู้รับบริการจะอาเจียนเป็นเลือดสด (hematemesis) หรือถ่ายเป็นสีเข้มคล้ายเลือดเก่า (melena) อ่อนเพลียอย่างรวดเร็ว หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออก หน้ามืด มือและเท้าเย็น ความดันต่ำ⁸

3. ภาวะท้องมาน (Ascites) เกิดจากหลอดเลือดในระบบทางเดินอาหารขยายตัว ทำให้ความดันของหลอดเลือดฝอยในระบบทางเดินอาหารจึงสูงขึ้น ส่งผลให้มีสารน้ำรั่วออกจากเส้นเลือดเข้าไปในช่องท้อง อีกทั้งเซลล์ตับยังสังเคราะห์อัลบูมินลดลง ทำให้ร่างกายรักษา osmotic pressure ไม่ได้ น้ำและโซเดียมจึงถูกดึงออกจากหลอดเลือดไปสะสมที่ชั้นไขมันใต้ผิวหนังและช่องท้อง นอกจากนั้นการขยายตัวของหลอดเลือดในระบบทางเดินอาหารยังทำให้การไหลเวียนโลหิตในระบบทางเดินอาหาร (splanchnic circulation) เพิ่มขึ้น ความดันของเลือดแดงเฉลี่ยในร่างกายจึงลดลง ทำให้เกิดการกระตุ้นระบบ renin-angiotensin-aldosterone (RAAS) ให้มีการเก็บสารน้ำและโซเดียม และเกิดการหดตัวของหลอดเลือดไตทำให้มีการดูดกลับน้ำและโซเดียมมากกว่าปกติ จึงเกิดภาวะบวมตามร่างกายและท้องมานมากขึ้น ผู้รับบริการจะมีท้องบวมโต ปวดบริเวณท้อง ตรวจจ้องพบ shifting dullness positive และ fluid thrill positive^{8,9}

4. ภาวะติดเชื้อในช่องท้อง (spontaneous bacterial peritonitis) เกิดจากภาวะความดันในหลอดเลือดดำพอร์ทัลสูง ทำให้มีการคั่งของเลือดดำ ลำไส้จึงบวมและเกิดการซึมผ่านของเชื้อได้ง่ายขึ้น อีกทั้งระบบภูมิคุ้มกันภายในตับลดลงจากตับเสียหายที่ ส่งผลให้ตับไม่สามารถกำจัดแบคทีเรียได้ ผู้รับบริการที่มีภาวะท้องมาน น้ำในช่องท้องจะ

เป็นอาหารที่ดีของเชื้อ ผู้รับบริการจะมีไข้ ปวดท้อง กดเจ็บทั่วท้อง⁵

5. ความผิดปกติทางสมอง (hepatic encephalopathy) เกิดจากการคั่งของของเสียต่างๆ ที่ควรถูกทำลายที่ตับ โดยเฉพาะแอมโมเนีย ในภาวะปกติแบคทีเรียในลำไส้จะสลายยูเรียเป็นแอมโมเนียซึ่งจะถูกขนส่งเข้าสู่ตับผ่านทางหลอดเลือดดำพอร์ทัล เพื่อสังเคราะห์เป็นกลูตามีนเก็บไว้ในตับ และขับยูเรียออกทางปัสสาวะ ผู้รับบริการโรคตับแข็งที่เซลล์ตับถูกทำลายไปมาก จะมีความสามารถในการกำจัดแอมโมเนียลดลง เกิดภาวะแอมโมเนียคั่งในเลือดและไหลผ่านวงจรไหลเวียนเลือดทั่วร่างกาย ผ่าน blood-Brain barrier และเข้าสู่สมองในที่สุด ผู้รับบริการจะมีอาการหลงลืม สับสน ประสาทหลอน บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง มีอาการกระตุกขึ้นๆ ลงๆ ของข้อมือ (flapping tremor) บางรายมีภาวะเลือดเป็นด่างจากการหายใจ (respiratory alkalosis) และหายใจมีกลิ่นหวานเอียน (feto hepaticus) อาการจะเด่นชัดขึ้นภายหลังผู้รับบริการรับประทานอาหารประเภทโปรตีนหรือมีเลือดออกจากระบบทางเดินอาหารมาก เนื่องจากสาเหตุดังกล่าวเป็นการเพิ่มแอมโมเนียในลำไส้⁵

6. ภาวะไตเสียหายที่ (hepatorenal syndrome) เป็นผลมาจากหลอดเลือดในระบบทางเดินอาหารขยายตัว ทำให้เลือดที่ไหลเวียนมาเลี้ยงไตลดน้อยลง อัตราการกรองของไตจึงลดลง ส่งผลให้ผู้รับบริการมีปัสสาวะออกน้อย⁹

7. ภาวะพร่องโภชนาการ (malnutrition) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามชีวิตของผู้รับบริการโรคตับแข็งและทำให้โรครุนแรงขึ้น โดยอัตราการเผาผลาญพลังงานของร่างกายมีความสัมพันธ์กับ

ระดับความรุนแรงของโรค มีการศึกษาพบว่าผู้รับบริการที่เป็นโรคตับแข็งมีการสร้างพลังงานในร่างกายน้อยกว่าคนปกติ¹⁰ ผู้รับบริการที่เป็นโรคตับแข็งจะขาดไกลโคเจน และใช้ไขมันในการสังเคราะห์กลูโคสหรือไกลโคเจนโดยไม่ใช้คาร์โบไฮเดรต ทำให้เปลี่ยนการเผาผลาญตามปกติไปเป็นการออกซิเดชันของไขมัน มีภาวะคีโตนูคลิโนในกล้ามเนื้อลาย ร่วมกับเพิ่มการเผาผลาญพลังงานจากโปรตีน เนื่องจากมีไกลโคเจนสะสมน้อย อีกทั้งยังมีการเพิ่มของ aromatic amino acid และมีการลดลงของ branch chain amino acid ทำให้ผู้รับบริการอยู่ในภาวะการเผาผลาญอาหารสูง (hypermetabolic state) และมีการใช้พลังงานมากกว่าปกติ¹¹

บทบาทพยาบาลในผู้รับบริการโรคตับแข็งที่มีภาวะแทรกซ้อน

1. บทบาทด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคตับแข็ง

1.1 อธิบายปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคตับแข็งกับผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงและแนะนำให้หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้น เพื่อป้องกันการเกิดโรคตับแข็ง ดังนี้ แนะนำให้ผู้รับบริการหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา ลดการรับประทานอาหารหวานและไขมันสูง ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ หลีกเลี่ยงการรับประทานยาที่ไม่จำเป็น หลีกเลี่ยงการรับประทานยาสมุนไพร เลือกรับประทานยาต้มหรือยาหม้อ เป็นต้น

1.2 ให้ความรู้ผู้รับบริการที่เป็นโรคตับแข็งควรหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา เพื่อให้ความรุนแรงของโรคลดลง ลดความเสี่ยงในการเกิดเลือดออกจากหลอดเลือดดำขอ

1.3 แนะนำผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัย

เป็นโรคตับแข็ง มาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ และควรมารับการส่องกล้องดูระบบทางเดินอาหารโดยเร็ว เพื่อประเมินการเกิดและขนาดของหลอดเลือดดำขอ เป็นการป้องกันการเกิดเลือดออก ซึ่งการป้องกันเลือดออกครั้งแรกมีความสำคัญเนื่องจากสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น¹²

1.4 ประเมินภาวะท้องมานโดยแนะนำผู้รับบริการโรคตับแข็งให้ชั่งน้ำหนักทุกวัน ในเวลาเดียวกัน ด้วยเครื่องชั่งน้ำหนักเดิม และหากพบว่าน้ำหนักเพิ่มมากกว่า 0.91 กิโลกรัม/วัน นานติดต่อกัน 3 วัน¹² ควรมาโรงพยาบาล

1.5 แนะนำให้ผู้รับบริการลดระดับโซเดียมในร่างกาย เช่น แนะนำไม่ให้ใส่เกลือลงในอาหาร หรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีเกลือสูง¹³ รวมถึงเครื่องปรุงรสประเภทซอส ซีอิ๊ว เนื่องจากมีเกลือเป็นส่วนประกอบ เพื่อลดการดูดกลืนน้ำในช่องท้อง

1.6 ดูแลผู้รับบริการที่ได้รับการเจาะท้องระบายสารน้ำ ดังนี้

1.6.1 ก่อนเจาะท้อง

- พยาบาลต้องประเมินความพร้อมของผู้รับบริการว่าเคยเจาะท้องมาก่อนหรือไม่ วิตกกังวลกับการเจาะท้องหรือไม่ โดยต้องอธิบายเหตุผล วิธีการทำและการปฏิบัติตัวของผู้รับบริการให้กำลังใจผู้รับบริการเพื่อลดความวิตกกังวล

- ดูแลให้ผู้รับบริการลงนามยินยอม

- ดูแลเรื่องความสะดวกสบายของร่างกาย และสิ่งแวดล้อมรอบตัวของผู้รับบริการ

- ตรวจสอบสัญญาณชีพก่อนทำการตัดการ

- จัดท่าศีรษะสูงเล็กน้อย หรือทำนอนตะแคงให้พร้อมสำหรับการเจาะท้อง

- จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ในการเจาะท้องโดยใช้หลักสะอาดปราศจากเชื้อ

1.6.2 ขณะเจาะท้อง

- ตรวจสอบอาการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ โดยประเมินความดันโลหิต สังเกตชีพจร การหายใจ เหงื่อออก ระดับความรู้สึกตัวของผู้รับบริการเป็นระยะ เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่

- ดูแลไม่ให้ช่องเหลวไหลออกเร็วเกินไป เพื่อป้องกันภาวะช็อค

1.6.3 หลังการเจาะท้อง

- ประเมินระดับการรู้สึกตัวและตรวจสอบสัญญาณชีพทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง และทุก 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ

- ติดตามดูแลหลังที่อาจออกมาจากรูเปิด หากพบว่าผ้าก๊อชเปียกชุ่มจากช่องเหลวในช่องท้อง ควรเปลี่ยนแผ่นใหม่ โดยไม่ปล่อยให้เกิดการสะสมของเชื้อโรค และเฝ้าระวังภาวะช็อคหากช่องเหลวรั่วซึมออกมาจำนวนมาก

- ดูแลเรื่องความเจ็บปวดและความไม่สุขสบาย

- บันทึกข้อมูลเพื่อช่วยวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องและเป็นหลักฐานทางการพยาบาล ดังนี้ วัน เวลาที่เจาะ ชื่อแพทย์ ชื่อยาชา ลักษณะสี จำนวนของเหลว อาการและอาการแสดงของผู้รับบริการก่อนเจาะ ขณะเจาะ และหลังเจาะ

1.7 แนะนำให้ผู้รับบริการรับประทานอาหารประเภท branch chain amino acid ซึ่งจะช่วยป้องกันและลดการเกิดอาการผิดปกติทางสมองได้ โดยป้องกันการผลิตสารสื่อประสาทที่ผิดปกติในสมอง¹⁴ อาหารประเภท Branch chain amino acid ได้แก่ ไข่ขาว โปรตีนจากสัตว์

ผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง

2. บทบาทด้านการดูแลผู้รับบริการที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคตับแข็ง

2.1 ภาวะเลือดออกจากระบบทางเดินอาหาร

2.1.1 แนะนำผู้รับบริการให้สังเกต

ภาวะเลือดออกจากระบบทางเดินอาหาร เช่น การอาเจียนเป็นเลือด ถ่ายเป็นเลือด หรืออุจจาระเป็นสีคล้ำเลือดเก่า เนื่องจากมีโอกาสที่จะเกิดเลือดออกซ้ำได้สูง⁷ การติดตามและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดจะช่วยให้อาการพบเจอปัญหาได้อย่างรวดเร็ว และสามารถให้การพยาบาลได้ทันทั่วถึง

2.1.2 แนะนำผู้รับบริการให้งดรับประทานอาหารที่มีสีส้มหรือสีแดง เพื่อให้ประเมินภาวะเลือดออกจากระบบทางเดินอาหารได้ง่าย หากพบว่าผู้รับบริการถ่ายอุจจาระเป็นสีเลือด

2.1.3 ดูแลควบคุมอุณหภูมิห้องให้อยู่ในระดับที่พอเหมาะ ไม่ให้ต่ำกว่า 20 องศาเซลเซียส เนื่องจากมีการศึกษาวิจัยแบบย้อนหลัง 10 ปี ในกลุ่มผู้รับบริการตับแข็งจากหลากหลายเชื้อชาติ โดยไม่คำนึงถึงอายุ เพศ และระดับความรุนแรงของโรคตับแข็ง พบว่าอุณหภูมิที่ต่ำกว่า 20 องศาเซลเซียส จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดเลือดออกจากหลอดเลือดดำซอดในหลอดเลือดอาหาร เนื่องจากอากาศเย็นจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้ความดันในหลอดเลือดดำพอร์ทัลสูงขึ้น ส่งผลให้มีปริมาณเลือดในระบบทางเดินอาหาร และแรงดันภายในตับเพิ่มขึ้น¹⁵

2.1.4 บันทึกสัญญาณชีพและเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพของผู้รับบริการ รายงานแพทย์เมื่อพบว่าผู้รับบริการมีอาการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น ร่วมกับความดันโลหิตต่ำลง เป็น

อาการบ่งชี้ถึงสารน้ำในร่างกายต่ำ ซึ่งอาจเกิดเลือดออกจากระบบทางเดินอาหารได้

2.1.5 ให้สารน้ำทดแทนตามแผนการรักษาของแพทย์ เมื่อพบว่ามีความเสี่ยงเลือดออกจากระบบทางเดินอาหาร โดยรักษาระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure) ให้มากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท และมีอัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 100 ครั้ง/นาที⁸

2.1.6 ติดตามภาวะเลือดออกจากระบบทางเดินอาหารอย่างน้อย 5 วันตั้งแต่รับเข้าอยู่ในโรงพยาบาล โดยเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดภายใน 72 ชม. เนื่องจากเป็นระยะที่อาจเกิดภาวะเลือดออกจากระบบทางเดินอาหารเฉียบพลันได้⁷

2.2 ภาวะท้องมาน

2.2.1 ดูแลให้ผู้รับบริการได้รับอาหารโซเดียมต่ำหรือจำกัดปริมาณเกลือให้ผู้รับบริการได้รับน้อยกว่า 2,000 มิลลิกรัม/วัน¹² นอกจากนั้นยังต้องแนะนำญาติเกี่ยวกับอาหารที่สามารถนำมาให้ผู้รับบริการรับประทานได้ เพื่อลดการดูดกลับของสารน้ำเข้าสู่ร่างกาย

2.2.2 จำกัดน้ำดื่มตามแผนการรักษาเพื่อลดปริมาณสารน้ำเข้าสู่ร่างกาย

2.2.3 จัดทำศีรษะสูง 15 องศา ให้กับผู้ป่วยบริการเพื่อให้สารน้ำไหลลงตามแรงโน้มถ่วงลดการกีดขวางกระบังลมหรือสารน้ำในช่องท้องทำให้ปวดขยายตัวได้ โดยมีการศึกษาพบว่าการจัดทำศีรษะสูง 15 องศา, 30 องศา และ 45 องศาให้ผลไม่แตกต่างกันในเรื่องของความสุขสบายและค่าออกซิเจนในเลือด แต่ผู้ป่วยบริการที่มีน้ำในช่องท้อง การจัดทำศีรษะสูง 45 องศา จะทำให้ผู้ป่วยบริการหายใจลำบากมากกว่าการจัดทำศีรษะสูง 15 องศา¹⁶

2.2.4 ดูแลให้ผู้รับบริการชั่งน้ำหนักทุกวัน วันละหนึ่งครั้ง ด้วยเครื่องชั่งเดิม วัดรอบท้องและประเมินอาการบวมบริเวณอวัยวะส่วนปลายร่วมกับติดตามปริมาณสารน้ำเข้าออกจากร่างกายเพื่อประเมินปริมาณสารน้ำที่คั่งค้างอยู่ในชั้นไขมันใต้ผิวหนังและช่องท้อง

2.2.5 ประเมินน้ำหนักของผู้รับบริการที่ได้รับยาขับปัสสาวะทุกวัน โดยผู้รับบริการที่ไม่มีการบวมบริเวณอวัยวะส่วนปลาย น้ำหนักควรลด 0.3-0.5 กิโลกรัม/วัน และผู้รับบริการที่มีอวัยวะส่วนปลายบวม น้ำหนักควรมีน้ำหนักลดลง 0.8-1 กิโลกรัม/วัน¹² เป็นการลดปริมาณสารน้ำในร่างกายและป้องกันการเกิดภาวะไตวายได้

2.2.6 เฝ้าระวังระดับอิเล็กโทรลัยต์ในเลือดเปลี่ยนแปลงในผู้รับบริการที่ได้รับยาขับปัสสาวะ หรือได้รับการเจาะท้อง โดยเฉพาะโพแทสเซียมและโซเดียมต่ำ

2.3 ภาวะติดเชื้อในช่องท้อง

2.3.1 ดูแลให้ผู้รับบริการได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์

2.3.2 ดูแลร่างกายและสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้รับบริการให้สะอาด เปลี่ยนผ้าปูเตียงทุกครั้งเมื่อถึงกำหนด

2.3.3 ติดตามอาการแสดงของการติดเชื้อในช่องท้อง เช่น มีไข้ ปวดท้องและกดเจ็บหน้าท้องแข็งเกร็ง⁸ หากพบอาการดังกล่าว พยาบาลต้องรีบประสานงานกับแพทย์ เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันทั้งที

2.4 อาการผิดปกติทางสมอง

2.4.1 ดูแลให้ผู้รับบริการได้รับยา เช่น lactulose เพื่อลดการสร้างแอมโมเนียของแบคทีเรียในระบบทางเดินอาหาร และสอบถาม

เกี่ยวกับการขับถ่าย ผู้รับบริการควรถ่ายอุจจาระเป็นลักษณะเหนียวอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง¹³ นอกจากนั้นการรับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้ รวมถึงโยเกิร์ตและนมเปรี้ยวที่มีส่วนผสมของโพรไบโอติก ยังช่วยกระตุ้นให้มีการถ่ายอุจจาระเพิ่มขึ้นอีกด้วย

2.4.2 ดูแลผู้รับบริการอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะรายที่มีประวัติเลือดออกในทางเดินอาหาร มาก่อน จะเกิดเลือดออกซ้ำได้ง่าย ซึ่งเลือดที่ค้างอยู่ในลำไส้จะถูกเปลี่ยนเป็นโปรตีน ทำให้มีการเพิ่มของแอมโมเนีย เสี่ยงต่อการเกิดอาการทางสมองมากขึ้น ดังนั้น หากพบเลือดออกในทางเดินอาหาร ต้องทำให้เลือดหยุดโดยเร็ว และหากมีเลือดเก่าค้างอยู่ในทางเดินอาหาร อาจพิจารณาล้างกระเพาะอาหาร หรือดูแลให้ได้รับยาถ่ายเพื่อขับถ่ายเลือดเก่าออก¹⁵

2.4.3 แนะนำให้ผู้รับบริการรับประทานอาหารที่ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดอาการผิดปกติทางสมอง เช่น ธัญพืช และอาหารที่มีแร่ธาตุสังกะสีสูง เนื่องจากแร่ธาตุสังกะสีช่วยในกระบวนการกำจัดยูเรีย¹⁴ เช่น ตับ ไข่ จมูกข้าว ถั่วลิสง ซีเรียล โกลเดต เป็นต้น

2.4.4 ดูแลให้ได้รับโปรตีน 1.2-1.5 กรัม/กิโลกรัม/วัน ในผู้รับบริการที่มีอาการทางระบบประสาท และไม่ควรจำกัดอาหารประเภทโปรตีน เพราะจะเกิดการสลายกล้ามเนื้อมากขึ้น ส่งผลให้ระดับแอมโมเนียในเลือดสูงขึ้น ดังนั้น การจำกัดอาหารประเภทโปรตีนในผู้รับบริการที่เป็นโรคตับแข็งและมีอาหารทางสมองจะก่อให้เกิดผลกระทบมากขึ้น^{17,18} แต่ควรเลือกรับประทานโปรตีนประเภท branch chain amino acid แทน

2.4.5 ประเมินอาการทางระบบประสาท

ทุก 8 ชั่วโมง เช่น ระดับการรู้สติ การกระตุกขึ้นลงของข้อมือ การพูดและความเข้าใจที่เปลี่ยนแปลงไป

2.5 ปัญหาด้านโภชนาการ

2.5.1 ดูแลให้ผู้รับบริการได้รับพลังงานจากอาหาร 35-45 กิโลแคลอรี/กิโลกรัม/วัน¹⁷ การได้รับพลังงานอย่างเพียงพอจะช่วยลดการสร้างพลังงานโดยการสลายกล้ามเนื้อและไขมัน

2.5.2 ดูแลให้ผู้รับบริการได้รับอาหารมีละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง อาจจัดตารางเป็นอาหารมื้อหลัก 3 มื้อ ในเวลา 8.00 น., 12.00 น. และ 18.00 น. แล้วเพิ่มอาหารว่างอีก 3 เวลา คือ 10.00 น., 14.00 น. และ 20.00 น. เนื่องจากมีการศึกษาพบว่าผู้รับบริการโรคตับแข็งที่ได้รับอาหารว่างระหว่างมื้อปกติ จะมีการเพิ่มระดับการสร้างพลังงานในร่างกาย โดยพบว่าระดับกรดไขมันอิสระลดลงและระดับอัลบูมินในเลือดเพิ่มขึ้นภายหลังได้รับอาหารเพิ่มขึ้นเป็น 6 มื้อต่อวัน¹⁰ และดูแลให้มีโปรตีนในทุกมื้ออาหาร ปริมาณ 20-30 กรัม/มื้อ โดยมื้อก่อนนอนควรได้รับเป็นอาหารเสริมประเภทโปรตีน¹⁸

สรุป

ความดันในหลอดเลือดดำพอร์ทัลสูง เลือดออกจากหลอดเลือดดำขดในหลอดเลือดอาหาร ภาวะท้องมาน ภาวะติดเชื้อในช่องท้อง ความผิดปกติทางสมอง ภาวะไตเสียหน้าที่ และภาวะพร่องโภชนาการ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคตับแข็ง พยาบาลสามารถช่วยลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยมีบทบาทในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น แนะนำให้มาตรวจตามนัด ให้ความรู้ในการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงหรือลดความรุนแรง แนะนำอาหารที่เหมาะสม ในบทบาทด้าน

การดูแลผู้รับบริการที่มีภาวะแทรกซ้อนแล้ว เช่น การควบคุมอุณหภูมิในผู้รับบริการที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร การประเมินน้ำหนักและการจัดทำในผู้รับบริการที่มีภาวะท้องมาน ดูแลอาหารในผู้ที่มีอาการทางสมอง เป็นต้น พยาบาลผู้ดูแลต้องมีความรู้ในการพยาบาลทั้งระยะก่อนเกิด

ภาวะแทรกซ้อนเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิด ขณะเกิดภาวะแทรกซ้อนเพื่อลดอันตรายที่อาจเกิดขึ้น และภายหลังเกิดภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตในผู้รับบริการที่เป็นโรคตับแข็ง

เอกสารอ้างอิง

1. Asrani SK, Devarbhavi H, Eaton J, Kamath PS. Burden of liver disease in the world. J Hepatol 2019;70(1):151-71.
2. International Health Policy Program. Disability-adjusted life years: burden of disease Thailand 2014. Nonthaburi: Graphico system; 2017. (in Thai)
3. Bethea ED, Chopra S. Cirrhosis and Portal Hypertension. In: Lawrence SF, Paul M, editors. Handbook of liver disease. 4th ed. Philadelphia: Elsevier; 2018. p.158-71.
4. Jirapongsathorn S. Cirrhosis. In: Sakarin J, Chaipichit P, editors. Manual of gastroenterology. Bangkok: Nam Aksorn Printing House; 2018. p.183-202. (in Thai)
5. Saeian K, Shaker R. Liver disorders: a point of care clinical guide. Zug, Switzerland: Springer International Publishing; 2017.
6. Chirapongsathorn S. Stage and natural history of cirrhosis. Thai J Hepatol 2018;1(2):14-8.
7. Bosch J, Iwakiri Y. The portal hypertension syndrome: etiology, classification, relevance, and animal models. Hepatol Int 2018;12(1):1-10.
8. Chainuvati S. Portal Hypertention and Complications. In: Supot P, Tawesak T, Sathaporn M, editors. Clinical practice in gastroenterology. 3rd ed. Bangkok Wetchasan Printing House; 2014. p.456-76. (in Thai)
9. Piano S, Tonon M, Angeli P. Management of ascites and hepatorenal syndrome. Hepatol Int 2018;12(1):122-34.
10. Yao J, Zhou X, Kong M, Li L, Hua X, Zhao Y, et al. Effects of eating frequency on respiratory quotient in patients with liver cirrhosis: a randomized controlled trial. Asia Pac J Clin Nutr 2018;27(2):322-28.

11. Tanwandee T. Cirrhosis. In: Supot P, Tawesak T, Sathaporn M, editors. Clinical practice in gastroenterology. 3rd ed. Bangkok: Bangkok Wetchasan Printing House; 2014. p.441-55. (in Thai)
12. Minor SE, Eliacin I, Kashan S, Whisenant EB. Cirrhosis complication: keeping them under control. J Fam Pract 2015;64(6):338-42.
13. Clements A, Greenslade L. Nursing care for end-stage liver disease. Nurs Time. 2016;111(29):16-9.
14. Chaney A, Werner T, Kipple T. Primary care management of hepatic encephalopathy: a common cirrhosis complication. J Nurse Pract 2015;11(3):300-6.
15. Wu WC, Chen YT, Chen PH, Su CW, Huang WM, Yang TC, et al. Low air temperature increases the risk of oesophageal variceal bleeding: a population and hospital-based case-crossover study in Taiwan. Liver Int 2016;36(6):856-64.
16. Hsu WC, Ho LH, Lin MH, Chiu HL. Effects of head posture on oxygenation saturation, comfort, and dyspnea in patients with liver cirrhosis-related ascites. Hu Li Za Zhi 2014;61(5):66-74.
17. Amodio P, Bemeur C, Butterworth R, Cordoba J, Kato A, Montagnese S, et al. The nutritional management of hepatic encephalopathy in patients with cirrhosis: international society for hepatic encephalopathy and nitrogen metabolism consensus. Hepatology 2013;58(1):325-36.
18. Liames J, Logomarsino JV. Protein recommendations for older adults with cirrhosis: a review. J Gastroenterol Hepatol Res 2015;4(4):1546-56.