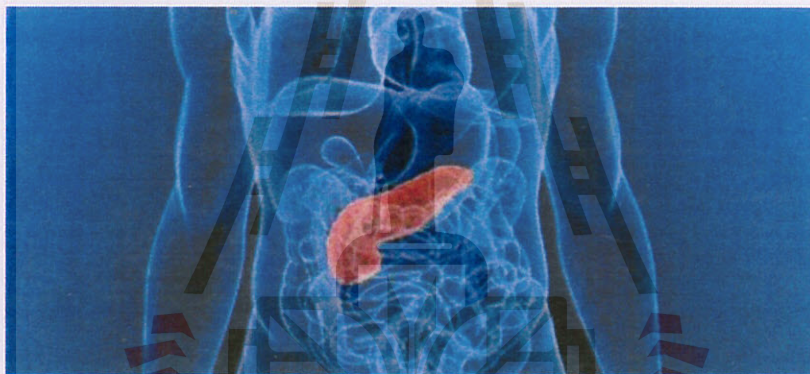




ประมวลสาระรายวิชา

712206 การพยาบาลผู้ใหญ่ 1

(Adult Nursing I)



บทที่ 3 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการย่อยและดูดซึม

การเผาผลาญและการขับถ่ายอุจจาระ

อ.ดร.ณัฐจิตา เพชรประไพ

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

คำนำ

ประมวลสาระรายวิชา 712206 การพยาบาลผู้ใหญ่ 1 โดย อ.ดร.ณัฐฐิตา เพชรประไพ ฉบับนี้ รวบรวมเนื้อหาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการย่อยและดูดซึม การเผาผลาญและการขับถ่ายอุจจาระ เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ได้ใช้ค้นคว้าประกอบการศึกษาภาคทฤษฎี โดยเนื้อหาแต่เรื่องนำเสนอใน 5 ส่วนคือ วัตถุประสงค์ เนื้อหา บรรณานุกรม คำถามท้ายบท และตัวอย่างกรณีศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้รับบริการที่มีภาวะเสียสมดุลกรด-ด่าง และผู้รับบริการที่มีภาวะเสียสมดุลน้ำและเกลือแร่

นอกเหนือจากการเผยแพร่เอกสารในรูปแบบเอกสารอัดสำเนาตามปกติแล้ว ผู้เขียนได้เผยแพร่เอกสารฉบับนี้ทาง www.ebooks.in.th/ebook/22353/มทส._การพยาบาลผู้ใหญ่_1_เล่ม3/ ตั้งแต่ 13 เมษายน 2557 เพื่อให้ผู้สนใจสามารถ download เอกสารมาศึกษาได้ตามอัธยาศัย โดยสามารถ download และทบทวนความรู้ได้ทุกที่ทุกเวลาในอุปกรณ์ Smart phone, laptop, desktop pc หรือ Tablet ทุกชนิด ทุกระบบปฏิบัติการ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้รับบริการสูงสุด

ณัฐฐิตา เพชรประไพ

มีนาคม 2561

สารบัญ

เนื้อหา	หน้า
คำนำ	ก
บทที่ 3 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาการย่อยและดูดซึม การเผาผลาญและการขับถ่าย	
อุจจาระ	
3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาการย่อยและดูดซึม การเผาผลาญและการขับถ่ายอุจจาระ	1
3.2 พยาธิสรีรวิทยาของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติระบบทางเดินอาหาร	2
- ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการกลืน	2
- ลำไส้อุดตัน	5
- Irritable Bowel Syndrome	6
- Gastritis	7
- Chronic gastritis	8
- Gastric ulcer	10
- ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร	11
- เนื้องอกของกระเพาะอาหาร	17
- การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการอักเสบของลำไส้	18
3.3 พยาธิสรีรวิทยาของตับ ทางเดินน้ำดี และตับอ่อน	26
- การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติในหน้าที่ของตับ	26
- ภาวะสมองเสื่อมจากโรคตับ	26
- ภาวะตับแข็ง	31
- ภาวะท้องมาน	37
- ฝีในตับ	38
- มะเร็งตับ	41
3.4 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีโรคของนิ่วน้ำดี ถุงน้ำดี และถุงน้ำดีอักเสบ	44
- นิ่วในทางเดินน้ำดี	45
- มะเร็งท่อน้ำดี	48
3.5 มะเร็งตับอ่อน	51
บรรณานุกรม	61

บทที่ 3 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาการย่อยและดูดซึม การเผาผลาญและการขับถ่ายอุจจาระ
วัตถุประสงค์ เมื่อเรียนจบแล้วผู้เรียนสามารถ

1. อธิบายโครงสร้างและการทำงานของอวัยวะในระบบทางเดินอาหารได้ถูกต้อง
2. อธิบายพยาธิสรีรภาพของอวัยวะในระบบทางเดินอาหาร และบอกถึงผลกระทบต่อภาวะสุขภาพได้
3. บอกความหมาย / ให้คำจำกัดความโรคได้ถูกต้อง
4. บอกลักษณะทางคลินิกและสามารถประเมินสภาวะของโรคได้ถูกต้อง
5. อธิบายผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงของตับ ทางเดินน้ำดี และตับอ่อนต่อภาวะสุขภาพได้
6. อธิบายขั้นตอนการให้การพยาบาลได้ถูกต้อง
7. ระบุภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยได้
8. ใช้กรอบแนวคิด / กระบวนการพยาบาลมาจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในระบบทางเดินอาหารได้ถูกต้อง

3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาการย่อยและดูดซึม การเผาผลาญและการขับถ่ายอุจจาระ

ระบบทางเดินอาหาร (gastrointestinal system : GI) มีหน้าที่ในการรับประทานอาหาร (ingestion) ย่อยอาหาร (digestion) ดูดซึมสารอาหารที่มีประโยชน์ (absorption) และระบายกากอาหารทิ้งไป (elimination) อวัยวะในระบบทางเดินอาหาร จะมีลักษณะเป็นท่อยาวเริ่มตั้งแต่ปากจนถึงทวารหนัก และมีอวัยวะเสริมช่วยในการย่อยและการดูดซึม (accessory organs) ซึ่งประกอบไปด้วยตับ ถุงน้ำดี และตับอ่อน ดังนั้นหากผู้ป่วยที่มีปัญหาของระบบทางเดินอาหาร มาโรงพยาบาล แพทย์และพยาบาลผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจ และมีทักษะในการประเมินปัญหา และจัดการกับปัญหาได้อย่างครอบคลุม เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างทันที่ เพื่อช่วยให้ระบบทางเดินอาหารสามารถทำหน้าที่ได้อย่างต่อเนื่องต่อไป

3.1.1 การทำงานของทางเดินอาหาร

ทางเดินอาหารมีการทำงาน 4 หน้าที่หลักได้แก่

1. การเคลื่อนไหว (motility) มีจุดประสงค์ 3 ประการ คือเป็นที่รองรับ (storage) อาหารหรือกากอาหารเพื่อคลุกเคล้าอาหารกับสารหลั่งต่าง ๆ และเพื่อบีบไล่ออาหารและสารหลั่งต่าง ๆ ให้เคลื่อนไปสู่ปลายทาง
2. การหลั่ง (secretion) ทางเดินอาหารให้สารหลั่ง 7 – 8 ลิตร / วัน มีทั้งน้ำย่อย (digestive enzyme) อิเลคโตรไลต์ และกรดต่างเข้าสู่โพรงทางเดินอาหาร พร้อมทั้งหลั่ง gut hormone หลายชนิดเข้ากระแสเลือด
3. การย่อย (digestion) ส่วนใหญ่เป็นการย่อยเชิงเคมี โดยอาศัยน้ำย่อยแรงปฏิกิริยา hydrolysis ส่วนน้อยเป็นการย่อยเชิงกล เช่น การเคี้ยว
4. การดูดซึม (absorption) เป็นการดูดซึมสารอาหารที่ได้จากการย่อยพร้อมทั้งดูดซึมสารหลั่งต่าง ๆ กลับเข้ากระแสเลือดด้วย ตำแหน่งสำคัญในการย่อยและการดูดซึมคือลำไส้เล็ก ซึ่งมีการดูดซึม 8 – 9 ลิตรต่อวัน ลำไส้ใหญ่ดูดซึมน้ำเพียง 500 – 800 มิลลิลิตรต่อวัน

การเคลื่อนไหวของทางเดินอาหารถูกควบคุมและปรับเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลา โดยปัจจัยที่มีผลต่อการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบที่ผนังทางเดินอาหาร ได้แก่

1. คุณสมบัติเฉพาะของกล้ามเนื้อเรียบที่ผนังทางเดินอาหาร
2. ระบบประสาท ได้แก่ ประสาทอัตโนมัติกับระบบประสาทที่ผนังทางเดินอาหารที่เรียกว่า enteric nervous system (ENS)
3. สารเคมีในกระแสเลือดซึ่งจัดเป็น hormone หรือ endocrine mediator กับสารเคมีที่หลั่งจากผนังทางเดินอาหารเองซึ่งจัดเป็น paracrine mediator

3.2 พยาธิสรีรวิทยาของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติระบบทางเดินอาหาร

ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหารมีผลให้เกิดความผิดปกติในเรื่องของการรับประทานอาหาร การย่อยอาหาร การดูดซึมสารอาหารและการระบายกากอาหาร ซึ่งเริ่มตั้งแต่อวัยวะในช่องปากจนถึงทวารหนัก และอวัยวะเสริมในการช่วยย่อยอาหาร ความผิดปกติที่พบพบบ่อยได้ดังนี้

3.2.1 ความผิดปกติในการเคลื่อนไหวของทางเดินอาหาร (Disorders of gastrointestinal motility)

1) ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการกลืน (Motility disorder of oropharynx) หรือกลืนลำบาก (dysphagia)

ปัญหาการกลืนจะมีมากขึ้นทุกวันเนื่องจากประชากรในสังคมเรามีอายุยืนยาวขึ้น เกิดการเสื่อมถอยและชราภาพของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะกลืนลำบาก จะแสดงอาการแน่นหรือกลืนติด อาการและอาการแสดงที่สำคัญในผู้ป่วยกลืนลำบาก มีดังนี้

1. น้ำหนักลด ผอมอย่างรวดเร็ว
2. รับประทานอาหารได้ช้าลง ใช้เวลาเป็นชั่วโมงต่ออาหารหนึ่งมื้อ รับประทานอาหารเฉพาะอย่าง เช่น ของเหลว
3. มีอาการแน่นคอ กลืนติด กลืนเจ็บ
4. สำลักขณะกลืนหรือหลังกลืนบ่อย ๆ สำลักขึ้นจมูก อาเจียน
5. ความรู้สึกตัวไม่ดี ขาดความสนใจ น้ำลายยืด
6. มีความผิดปกติทางสมองและระบบประสาทสมองอย่างชัดเจน
7. พุดเสียงขึ้นจมูก (nasal voice) เสียงรัวไม่ชัดเจน (stutter speech)
8. กล้ามเนื้ออ่อนแรง / และหรือร่วมกับความผิดปกติของผิวหนังและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน

วิธีการรักษาผู้ป่วยกลืนลำบากสามารถทำได้ดังนี้

1. การจัดท่าผู้ป่วยให้เหมาะสม ผู้ป่วยบางรายสามารถกลืนได้ดีในท่านั่ง บางรายกลืนได้ดีในท่านอนตะแคงหรือกึ่งนั่งนอน การเลือกท่าที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยในการรับประทานอาหารอาจต้องตัดสินใจโดยตรวจ Video fluorography ร่วมกับให้ผู้ป่วยลองกลืนแป้ง Barium ขนาดความหนืดต่าง ๆ (Modified barium swallow) หรือลองเคี้ยวและกลืนอาหารคลุกแป้ง barium

2. การเปลี่ยนแปลงลักษณะทางกายภาพของอาหาร ได้แก่ การเปลี่ยนความข้นใส กลิ่นสี และรสของอาหาร หรือใช้คำรวม ๆ ว่า Rheological property ผู้ป่วยที่สูญเสียความสามารถในการเคี้ยว ย่อมไม่เหมาะที่จะรับประทานอาหารแข็ง (solid food) ผู้ป่วยที่มีปัญหากล้ามเนื้ออ่อนแรง เช่น กล้ามเนื้อลิ้น หรือกล้ามเนื้อช่องคออ่อนแรง ย่อมต้อง

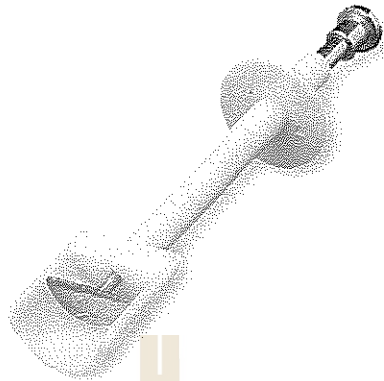
กลืนอาหารคำเล็ก ถ้ามีอาการรุนแรงอาจให้ได้เฉพาะอาหารเหลว ผู้ป่วยที่มีปัญหาเริ่มกลืนยาก ซึ่งมักบกพร่องที่สมองส่วนควบคุมการกลืน ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีปัญหาในการกลืนน้ำหรือน้ำลาย เนื่องจากขาดการกระตุ้นของ receptor บริเวณปาก และช่องคอ ทำให้ขาด sensory input ที่ช่วย trigger ให้เกิดการกลืน ผู้ป่วยเหล่านี้มักจะชอบข้าวสวยคำเล็ก ๆ มากกว่าข้าวต้ม อาหารรสเปรี้ยวหรือรสหวานจะกลืนได้ดีกว่ารสเค็มหรือเผ็ด ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนเนื่องจากกล่องเสียงยกตัวไม่ดี UES เปิดไม่ดี การกลืนอาหารแข็งอาจเกิดการติดที่บริเวณ UES ทำให้ตายได้ ทางที่ดีควรให้อาหารกึ่งเหลวกึ่งแข็ง (semisolid) แต่ไม่ควรให้อาหารที่เหนียวหรือหนืดจะเป็นอันตรายถึงตายได้ เพราะกลืนยาก เช่น ขนมโก๋

3. การจัดทำศีรษะและลำคอ การก้มคอ (neck flexion) จะช่วยให้ช่องคอหย่อนตัว กล่องเสียงไม่ครัดช่องทางเดินอาหารบริเวณช่องคอ ทำให้ pressure ที่เกิดขึ้นในช่องคอขณะกลืนลดลง ทำให้อาหารหรือน้ำไม่เสียดแทงเข้าไปในกล่องเสียง (laryngeal penetration) ผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนเนื่องจาก UES เปิดไม่ดี หรือไม่คลายตัว มักจะกลืนในท่าก้มคอ ในทางตรงกันข้ามการกลืนในท่าเงยคอ (neck extension) จัดเป็นท่าที่ไม่เหมาะสม เพราะเพิ่ม intrabolus pressure ผู้ป่วยที่มีอัมพาตของกล้ามเนื้อช่องคอ (pharyngeal constrictor paralysis) ควรกลืนอาหารขณะพับคอไปข้างที่ป่วยเป็นโรค เพราะด้วยวิธีนี้ช่องทางเดินอาหารในคอข้างที่ป่วยเป็นอัมพาตจะถูกพับปิดไป อาหารจะไหลไปทางด้านที่ดีอยู่

4. ขนาดของอาหาร อาหารคำเล็กดูน่าจะกลืนง่าย แต่ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนชนิดเริ่มต้นกลืนยาก ต้องการ sensory input จากการกระตุ้นของอาหารในช่องปากและคอ เพราะฉะนั้นอาหารคำเล็กจะกลืนยากกว่าคำโต ในผู้ป่วยที่กล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือผู้ป่วยที่มี UES achalasia หรือ UES เปิดไม่ดีต้องการอาหารคำเล็ก

5. การใช้เครื่องมือช่วย ผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อใบหน้าเป็นอัมพาต อาจต้องดื่มน้ำจากแก้วชนิดพิเศษที่ปากแก้วเป็นปีกปิดรอบช่องปากกันน้ำรั่วออกทางมุมปาก ผู้ป่วยที่ผ่าตัดมะเร็งที่โคนลิ้น 2 ข้าง ย่อมไม่สามารถกลืนอาหารเนื่องจากขาดแรงผลักดันอาหารลงคอ อาจต้องใช้ Glossectomy spoon ในการให้อาหาร การให้น้ำอาจใช้สายยางหรือ Syringe ฉีดช้า ๆ ลงคอ Glossectomy spoon สามารถ ทำขึ้นใช้เองได้โดยผ่าครึ่ง Syringe ขนาด 20 ml ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนเนื่องจากกล้ามเนื้อที่ยกเพดานอ่อนเป็นอัมพาตหรืออ่อนแรง ทำให้อาหารหรือน้ำรั่วขึ้นจมูกขณะกลืนสามารถแก้ไขได้ด้วยการใส่เครื่องช่วยยกเพดานอ่อน ซึ่งเป็นเหล็กรูปตัว U ฝังอยู่ด้านหลังของแผ่นฟันปลอมบน เหล็กรูปตัว U นี้จะช่วยค้ำเพดานอ่อนขณะกลืนช่วยลดอาการน้ำหรืออาหารรั่วขึ้นจมูก ในรายที่ประสบกับความรูสึกบริเวณช่องคอเสื่อมสภาพเนื่องจากสาเหตุใดก็ตาม จะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะกลืนลำบากชนิดเริ่มต้นกลืนยาก

ได้มีผู้คิดค้นวิธีที่จะช่วยแก้ไขปัญหาการกลืนของผู้ป่วยเหล่านี้ด้วยการกระตุ้น receptor บริเวณ anterior pillar ของต่อมทอนซิลทั้งสองด้วยกระจกกล่องเสียง (laryngeal mirror) แขนยื่น การดูบริเวณ anterior pillar ของทอนซิลนี้เชื่อว่าจะกระตุ้น receptor ให้ไวต่อการรับรู้มากขึ้น ทำให้ช่วยเพิ่ม sensory input ที่จำเป็นต่อการกระตุ้นการกลืน แต่การรักษาด้วยวิธีนี้ยังเป็นถกเถียงกันอยู่ว่าจะได้ผลหรือไม่ นอกจากนี้ยังมีผลิตภัณฑ์ในท้องตลาดที่ผลิตมาเพื่อใช้ในการออกกำลังกล้ามเนื้อที่ใช้ในการเคี้ยวและกลืนในผู้ป่วย (รูปที่ 1) ลักษณะของเครื่องช่วยนี้ผลิตเป็นข้อรูปแบบต่าง ๆ 5 แบบ เพื่อช่วยในการออกกำลังของกล้ามเนื้อริมฝีปาก ปลายลิ้น โคนลิ้น



ภาพที่ 1 Glossectomy spoon ที่มา: <https://www.alimed.com/glossectomy-spoon.html>

6. การฝึกกลืนแบบ Supraglottic swallow และ Mandelsohn maneuver supraglottic swallow เป็นวิธีฝึกการกลืนสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับผ่าตัดรักษามะเร็งของฝาปิดกล่องเสียงและบริเวณเหนือกล่องเสียง ทำให้ไม่มีการป้องกันกล่องเสียงขณะกลืน ยกเว้นการปิดของสายเสียง การฝึกกลืนวิธีนี้ ให้ ผู้ป่วยสูดหายใจเข้าลึก ๆ แล้วกลืนหายใจจึงกลืนหลังจากกลืนให้ออ แล้วจึงเริ่มต้นหายใจใหม่ ทำให้ไม่สูดน้ำหรืออาหารที่ตกค้างเข้ากล่องเสียงอีก ส่วนการฝึกกลืนอีกวิธีเรียกว่า Mandelsohn maneuver วิธีนี้เป็นการฝึกเพื่อช่วยเปิด UES โดยอาศัยกล้ามเนื้อที่อยู่เหนือและใต้ต่อกระดูก hyoid ซึ่งทำหน้าที่ยกกล่องเสียง ขณะกลืนผู้ป่วยจะได้รับการฝึกให้เกร็งกล้ามเนื้อดังกล่าวเพื่อยืดระยะเวลาการยกตัวของกล่องเสียงและการเปิดของ UES

7. การผ่าตัดรักษา ได้แก่ การเจาะคอ (tracheostomy) เพื่อสูดน้ำหรืออาหารที่ผู้ป่วยสำไส้ได้สะดวกในระยะแรกของผู้ป่วยฝึกการกลืน การผ่าตัดทำ vocal cord augmentation เพื่อแก้ไขสภาวะสายเสียงเป็นอัมพาต สายเสียงไม่ปิดขณะกลืนทำให้สำลัก vocal cord augmentation เป็นการผ่าตัดใส่ graft อาจเป็นกระดูก silicone หรือ hydroxyl appatitie เข้าไปต้นสายเสียงให้โป่งนูนเพื่อลดช่องว่างของสายเสียงขณะกลืนทำให้สำลักน้อยลง การผ่าตัดปิดกล่องเสียงใช้ในกรณีผู้ป่วยสำลักมาก และไม่สามารถป้องกันการสำลักด้วยการเจาะคอ และ blow cuff ไว้นาน ๆ เนื่องจากจะทำให้เกิด tracheal stenosis ในกรณีเช่นนี้อาจใช้วิธีผ่าตัดอีกวิธีด้วยการแยกกล่องเสียงออกจากหลอดลม (laryngeal diversion)

ในอนาคตเมื่อเทคโนโลยีทางวิศวกรรมการแพทย์ก้าวหน้ามากขึ้น เราอาจจะสามารถคิดค้นวิธีการในการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนได้ดีกว่าในปัจจุบัน และเป็นไปได้ที่จะสามารถสร้าง enzymes ที่เป็น neurotransmitter ที่เป็นตัวควบคุมการกลืน หรือสร้าง pace maker ที่ช่วยในการกลืน เป็นต้น

2) ลำไส้อุดตัน (intestinal obstruction)

คือภาวะที่ไม่มีการลำเลียงกากอาหารหรือมีการขัดขวางการเคลื่อนผ่านของกากอาหารในลำไส้เล็กหรือลำไส้ใหญ่ เนื่องจากการอุดตันของลำไส้ (mechanical obstruction) หรือเนื่องจากความผิดปกติของประสาทและกล้ามเนื้อที่มีผลให้ไม่มีการบีบตัวของลำไส้ (pseudo-obstruction) ปัญหาลำไส้อุดตันจริงพบถึงร้อยละ 5 ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมและเพิ่มสูงถึงร้อยละ 20 ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมฉุกเฉิน ผู้ป่วยร้อยละ 95 อุดตันที่ลำไส้เล็กและมักพบบริเวณ ileum การอุดตันของลำไส้อาจเป็นการอุดตันทั้งหมดหรือบางส่วน

อาการและอาการแสดงของลำไส้อุดตัน

1. ปวดท้อง เป็นอาการนำ เกิดขึ้นทันทีทันใดเป็นพัก ๆ แบบบิด (colicky pain) และรุนแรงขึ้น มักปวดบริเวณกลางท้องและส่วนบน หากมีการอุดตันที่ลำไส้ใหญ่ก็จะปวดบริเวณท้องส่วนล่าง ถ้าเป็นการอุดตันทั้งหมด อาการปวดท้องจะรุนแรงมากขึ้น ปวดทุก 3 – 10 นาที ร่วมกับลำไส้บีบตัวมาก เสียงลำไส้ (bowel sound) ดังชัดเจน
2. คลื่นไส้อาเจียน มักเกิดร่วมกับอาการปวดท้อง เพราะเป็นรีเฟล็กซ์ของ visceral pain ลักษณะอาเจียนจะมีลักษณะและกลิ่นคล้ายอุจจาระ
3. ท้องอืด เป็นอาการนำสำหรับลำไส้ใหญ่อุดตัน จะเป็น ๆ หาย ๆ เหมือนอาหารไม่ย่อย ร่วมกับการถ่ายอุจจาระผิดปกติ
4. ท้องผูก ผู้ป่วยลำไส้เล็กอุดตันในระยะแรก อาจผายลมหรือถ่ายอุจจาระที่ตกค้างได้แต่ต่อมาจึงไม่ถ่ายและไม่ผายลมอีก

การรักษา

แพทย์มักแก้ที่สาเหตุโดยการผ่าตัดหรือไม่ผ่าตัด การรักษาโดยไม่ผ่าตัดมักทำในรายที่กล้ามเนื้อลำไส้เป็นอัมพาตหลังผ่าตัดช่องท้อง สำหรับการผ่าตัดจะทำโดยการตัดเลาะผนังผิวดังในกรณีลำไส้ อุดตันจากการมีพังผืดตึงรั้งลำไส้ หรือตัดเอาบางส่วน of ลำไส้ ออกแล้วต่อใหม่ หรือตัดแล้ว นำส่วนของลำไส้เปิดสู่ภายนอกบริเวณหน้าท้อง เช่น โคลอสโตมี ซึ่งรูเปิดของลำไส้บริเวณหน้าท้องเรียก สโตมา (Stoma)

หลักการพยาบาลผู้ป่วยลำไส้อุดตัน

1. ช่วยบรรเทาอาการปวดแน่นท้อง โดยให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ ร่วมกับยาแก้ปวด ตามแผนการรักษา
2. ลดอาการแน่นอึดอัดท้องโดยการดูแลให้มีการดูดของเหลวออกจากลำไส้ โดยทาง nasogastric intestinal suction ตลอดเวลา ประเมินลักษณะและจำนวนของสิ่งที่ดูดออกมา
3. ประเมินภาวะขาดน้ำและความไม่สมดุลของอิเล็กโทรลัยต์ และดูแลทดแทนน้ำและ อิเล็กโตรลัยท์ให้พอกับที่ร่างกายต้องการ ตามแผนการรักษา รวมทั้งการให้เลือดและน้ำเลือดด้วย
4. ประเมินภาวะวิตกกังวลหรือกลัว เกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือการผ่าตัด ช่วยคลายความวิตกกังวล โดยอธิบายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงจากโรคที่เป็นหรือความจำเป็นในการผ่าตัด
5. เตรียมผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดให้พร้อม ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แนะนำการปฏิบัติตัว หลังผ่าตัด
6. ดูแลให้ผู้ป่วยที่มีการเน่าตายและติดเชื้อที่ลำไส้ ได้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา
7. ดูแลไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ (total parenteral nutrition) ในผู้ป่วยขาดสารอาหาร

3) Irritable Bowel Syndrome (IBS)

เป็นกลุ่มอาการทางระบบอาหารที่เกิดจาก abnormal intestine motility ซึ่งไม่สามารถหาสาเหตุได้แน่นอน มักจะมีอาการสำคัญ คือ ท้องเสีย ท้องผูก ท้องอืด หรืออาจมีอาการหลายอย่างในคนเดียวกัน เช่น ปวดท้อง และ ท้องเสีย บางครั้งท้องเสียสลับกับท้องผูก เป็นต้น

สาเหตุ ยังไม่ทราบแน่นอน แต่อาจเกี่ยวข้องกับสิ่งต่อไปนี้

1. กรรมพันธุ์ โดยอาจพบอาการเหล่านี้ในสมาชิกครอบครัวเดียวกัน
2. สภาพทางอารมณ์และจิตใจ ในการศึกษา พบว่า ผู้ป่วย IBS มีภาวะความผิดปกติทางทางจิตประสาทมากกว่า กลุ่มคนปกติ ซึ่งเป็นไปได้ทั้ง depression , anxiety และยังพบว่า อารมณ์มี อิทธิพลต่อ intestine motility ด้วย
3. ยาบางชนิด เช่น laxative และ narcotic drugs ซึ่งผู้ป่วยใช้ประจำ อาจทำให้อาการแบบ irritable bowel syndrome เกิดขึ้นได้
4. ชนิดของอาหาร พบว่า IBS พบบ่อยในกลุ่มคนผิวขาวมากกว่าคนเอเชียหรือแอฟริกา อาหารของคนผิวขาวมักจะ ไม่ค่อยมีกากอาหาร (fiber deficiency) และยังพบว่าผู้ป่วย IBS จำนวนมากอาการจะดีขึ้นหลังให้อาหารที่มีกาก
5. การติดเชื้อในทางเดินอาหาร มีรายงานจากผู้ป่วยหลายกลุ่มที่มีอาการ IBS ภายหลังจากเกิด gastroenteritis หรือ dysentery แต่ยังไม่ทราบกลไกแน่ชัด
6. ภาวะแพ้สารอาหาร (food allergy) จากการตรวจพบว่า ผู้ป่วย IBS บางรายมี serum IgE สูง ในผู้ป่วย บางรายที่รู้ว่าแพ้อาหารประเภทใด ถ้าให้อาหารนั้นแล้วจะพบว่ามีอาการปวดท้อง และท้องเสียได้ เช่นเดียวกับ IBS.

อาการและอาการแสดง อาการที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ อาจแบ่งเป็นกลุ่ม ๆ ได้ดังนี้

1. Spastic colon เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด โดยผู้ป่วยจะมีอาการปวดท้องและท้องผูกร่วมด้วย โดยท้องผูกจะเป็น หลายวัน และตามมาด้วยท้องเสียระยะสั้น ๆ เกิดจากการหดตัวของ ลำไส้อย่างรุนแรง โดยเฉพาะ sigmoid colon ซึ่ง ทำให้กากอาหารไม่เคลื่อนตัวสู่ rectum ผู้ป่วย จึงมีอาการท้องอืด แน่นท้องหรือถ่ายเป็นมูกได้
2. Watery diarrhea อาการท้องเสีย ถ่ายเป็นน้ำจำนวนน้อย ๆ โดยไม่มีอาการปวดท้องบางครั้งพบว่า ท้องเสียจะเกิด หลังจากรับประทานอาหาร
3. Atonic colon อาการท้องผูกเกิดจาก การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ผู้ป่วยไม่ปวดท้องแต่จะไม่ถ่ายติดต่อกันหลาย ๆ วัน จนต้องสวนอุจจาระหรือกินยาถ่าย
4. Gaseous distention ผู้ป่วยจะรู้สึกว่ามีแก๊สในลำไส้มาก จนต้องเรอหรือผายลมจึงจะอาการดีขึ้น
5. Chronic abdominal pain อาการปวดท้องของผู้ป่วย IBS พบได้บ่อยร่วมกับอาการอื่น ๆ อย่างไรก็ตาม อาการปวดท้องดังกล่าวจะไม่พบในเวลนอนหลับ ผู้ป่วยจึงมักไม่ต้องตื่นกลางดึก เพราะอาการปวดท้อง

การรักษา ควรพิจารณาให้การรักษาดำเนินขั้นตอนดังนี้

1. เนื่องจากผู้ป่วย IBS จะมีอาการต่าง ๆ ยาวนาน จะวิตกกังวลสูง ดังนั้นจึงต้องวินิจฉัยแยกโรคให้ชัดเจน เพื่อให้ทราบ ว่าไม่ใช่โรคร้ายแรง เพื่อยืนยันกับผู้ป่วย
2. พยายามทำความเข้าใจถึงสาเหตุ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง
3. การเปลี่ยนแปลงเรื่องอาหาร เช่น หันมารับประทานอาหารที่มีกากมากขึ้น เป็นต้น

4. หากจำเป็นต้องรักษาด้วยยา ยาที่จำเป็น เช่น

4.1 sedative / antidepressant อาจจะจำเป็นในระยะแรก เมื่อสภาพจิตใจดีขึ้นควรหยุดยา

4.2 antispasmodic drugs

4.3 calcium channel blocker เพื่อหวังผลการบีบตัวของ colon

4.4 ยาแก้ท้องอืด

4.5 ยาแก้ท้องเสีย กรณีที่มีการท้องเสียรุนแรง

การพยาบาล

เนื่องจากผู้ป่วย IBS ต้องเผชิญกับภาวะเรื้อรังของโรค ดังนั้น บทบาทของพยาบาลต้องช่วยผู้ป่วยในการเรียนรู้การจัดการกับปัญหา (cope) และวางแผนในการดำเนินชีวิตอย่างมีเหตุมีผล รวมทั้งการเฝ้าสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

3.2.2 ความผิดปกติในโครงสร้างของผนังทางเดินอาหาร (Alterations in integrity of the gastro intestinal tract wall)

1) Gastritis การอักเสบของเยื่อของกระเพาะอาหาร

Gastritis เป็นการอักเสบของเยื่อของกระเพาะอาหาร (mucosa of the stomach) สาเหตุและอาการแสดงจะแตกต่างกันไป ตามชนิดและสาเหตุและรวมถึงตำแหน่งที่เป็น สำหรับในที่นี้จะกล่าวถึง 2 ลักษณะ คือ แบบเฉียบพลัน (Acute gastritis) และแบบเรื้อรัง (Chronic gastritis)

สาเหตุ การอักเสบส่วนใหญ่มักเกิดจาก *Helicobacter pylori*

1) Acute gastritis : ลักษณะสำคัญที่ตรวจพบ คือ mucosa ของกระเพาะอาหารจะมีแผลเล็ก ๆ ตื้น ๆ หลาย ๆ แผล ร้อยละ 10 – 30 มักจะเป็นสาเหตุให้เกิดมีเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนต้น (Upper gastrointestinal bleeding) สาเหตุของ gastritis กลุ่มนี้ได้แก่

- 1) การดื่มสุรา
- 2) การรับประทานยา Aspirin (2.5 g / d หลาย ๆ วัน)
- 3) การรับประทานยา NSAID
- 4) การติดเชื้อ *Helicobacter pylori*
- 5) ความเครียด (Stress)
- 6) Sepsis / severe trauma การติดเชื้อ (Sepsis) หรืออุบัติเหตุรุนแรง (Severe trauma)

อาการสำคัญ คือ การตกเลือดในกระเพาะอาหาร ทำให้ผู้ป่วยอาเจียนเป็นเลือด หรือถ่ายอุจจาระดำ อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน จุกเสียดท้องร่วมด้วย

การรักษาที่สำคัญ คือ การรักษาสาเหตุและการรักษาภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหาร

Medications

1) Histamine receptor antagonists

- Ranitidin (Zantac) 100 mg qid
- Cimetidine (Tagamet) 300 mg qid

2) Antacids

- Alum milk. 30 mg q 2 ชม. (ช่วยเพิ่ม pH)

3) การให้ Hormone

- Vasopassin (Pitressin) จะให้กรณีที่รุนแรง

4) การให้สารน้ำทดแทน ขณะที่กินอาหารไม่ได้หรือมีเลือดออก อาจรวมถึงการให้เลือดด้วย

การดูแลทั่วไป

- 1) การ Lavage ใช้กรณีที่มี gastrointestinal bleeding อาจใช้น้ำที่มีอุณหภูมิห้องหรือ saline
- 2) การใช้ laser therapy เพื่อหยุดการมีเลือดออกเฉพาะที่ (โดยการทำให้ endoscopic approach)
- 3) แนะนำให้หยุดหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยสนับสนุนการเกิดโรค เช่น การดื่มสุรา, การใช้ยา
- 4) การงดอาหารและน้ำทางปากขณะที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เมื่ออาการดีขึ้นให้กินอาหารเหลว ที่อุณหภูมิไม่

สูงจนเกินไป เพื่อช่วยในการหายของแผล

2) Chronic gastritis

ลักษณะที่พบจะมีตุ่มนูนเล็ก ๆ บริเวณ gastric mucosa หลาย ๆ แห่ง

อาการและอาการแสดง บางครั้งจะไม่แสดงอาการอะไรแตกต่างจาก acute gastritis ส่วนมากผู้ป่วยจะบอก เรื่อง อาการคลื่นไส้ อาเจียน จุกแน่น ไม่สบาย บริเวณ upper abdomen อาการจะเป็น ๆ หาย ๆ อย่างน้อย 6 เดือน ขึ้นไป ซึ่งบางรายอาจให้ประวัติเรื่องอาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ หรือตรวจพบมีภาวะซีด (Kneisl, C.R. & Ames, S.W., 1986)

สาเหตุ ส่วนใหญ่มักมาจาก *Helicobacter pylori* ซึ่งมักจะก่อให้เกิดแผลบริเวณ fundus และ antrum การรักษาที่สำคัญ เนื่องจากเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ดังนั้นจึงรักษาโดยที่กำจัดเชื้อ *H. pylori*

- Bismuth Subsalicylate (colloidal bismuth) 2 tab qid x 2 wks.
- Metronidazole 250 mg tid x 2 wks.
- Tetracycline or Amoxicillin 500 mg qid x 2 wks.

ยากลุ่ม Antacid เพื่อลดอาการระคายเคืองจากกรด

ยากลุ่ม วิตามิน เช่น วิตามิน C เพื่อช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็ก

- วิตามิน B₁₂ (cyanocobalamin) 1 mg / ml ฉีดเพื่อรักษาภาวะซีด (pernicious anemia)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และการพยาบาลผู้ป่วยที่มีการอักเสบของเยื่อของกระเพาะอาหาร

1. สูญเสียปริมาณ สารน้ำของร่างกายจากการมีเลือดออกในทางเดินอาหาร

เป้าหมายทางการพยาบาล : ไม่ได้รับอันตรายจากการสูญเสียสารน้ำ / ได้รับสารน้ำทดแทน

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการและอาการแสดงของการมีเลือดออกในทางเดินอาหาร เช่น อาการอาเจียนเป็นเลือด (hematemesis) อาการถ่ายดำ (melena) มีเลือดออกตามสาย NG. tube หรือมีเลือดปนขณะถ่ายอุจจาระ
2. ประเมินอาการและอาการแสดงของ hypovolemic shock เช่น ตัวเย็น ผิวซีด ชีพจรเต้นเร็วหรือช้า ไม่สม่ำเสมอ เพื่อเริ่มให้สารน้ำทดแทน
3. ดูแล NPO เพื่อลดการรบกวนหรือการระคายเคืองทางเดินอาหาร และเพื่อสังเกตการมีเลือดออก
4. ดูแลให้สารน้ำทดแทนตามแผนการรักษาของแพทย์ และคอยสังเกตปฏิกิริยาของผู้ป่วยขณะได้รับสารน้ำอย่างใกล้ชิด พร้อมบันทึกจำนวนสารน้ำเข้า / ออกจากร่างกาย
5. เตรียมผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจในการทำ endoscope เพื่อการวินิจฉัยหรือการรักษาหากจำเป็น

2. อาจได้รับสารอาหารไม่เพียงพอตามความต้องการของร่างกาย

เป้าหมายการพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารตามความต้องการของร่างกาย

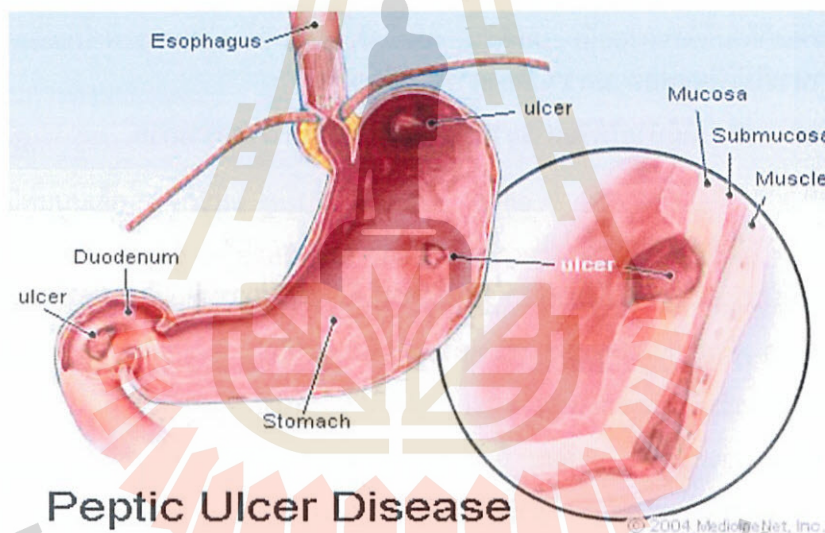
กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสถานะทางโภชนาการของผู้ป่วย
2. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ ถึงอาหารที่รับประทานได้ และที่ควรหลีกเลี่ยงเพราะจะเป็นเหตุปัจจัยเสริมให้อาการรุนแรง เช่น อาหารรสจัด จำพวกแอลกอฮอล์ หรือเครื่องดื่มที่มีเคเฟอีน
3. เฝ้าระวัง ติดตามการรับประทานอาหาร และการขับถ่ายของผู้ป่วย
4. สังเกตและบันทึกอาการคลื่นไส้ อาเจียน ถ้ามีอาการมากควรรายงานแพทย์
5. ดูแลให้ได้รับยา antacids ตามเวลา ตามแผนการรักษา
6. แนะนำให้รับประทานอาหาร แต่น้อยเพิ่มจำนวนมื้อ (ซึ่งที่แนะนำควรเป็น 6 มื้อ/วัน)
7. แนะนำให้พบโภชนาการ เพื่อเลือกเมนูอาหารทดแทน

3) Gastric Ulcer

แผลในกระเพาะอาหาร พบได้ทุกส่วนทั้งในบริเวณ body, fundus หรือ pylorus การเกิดแผลมักพบว่าแผลจะลึกและเลยชั้น mucosa ของกระเพาะอาหารทะลุจนถึงชั้น muscularis แผลในกระเพาะอาหารสามารถพบได้เพศทั้งหญิงและเพศชาย มักพบในช่วงอายุ 55 – 65 ปี พบว่า มีผู้ป่วยต้องตายด้วยโรคแผลในกระเพาะอาหารถึง 3,000 คน (Thompson, McFarland & Hirsch, 1997) สาเหตุส่วนใหญ่มักจะสัมพันธ์กับการรับประทานยา aspirin และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพราะจะเป็นเหตุให้เกิดการทำลายของ gastric mucosa นอกจากนี้ยังพบว่า ยา NSAID ก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่พบบ่อย เพราะในผู้ใหญ่จะนิยมใช้ยาในกลุ่มดังกล่าวมาก นอกจากนี้บุคคลที่มีบุคลิกภาพ type A มักพบ gastric ulcer ได้บ่อย รวมทั้งผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มีโอกาสป่วยด้วยโรคนี้มากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่อีกด้วย นอกจากนี้การติดเชื้อ H. pylori ก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร

การเกิดแผลในกระเพาะตำแหน่งที่พบบ่อยคือช่วงรอยต่อระหว่าง fundus ต่อกับ pyloric ส่วน antrum จะพบน้อย เพราะมีเลือดมาเลี้ยงน้อยที่สุด และเยื่อเป็นอันตรายเป็นเวลานาน เนื้อเยื่อหดตัว การหลั่งกรดในกระเพาะอาหารอาจปกติหรือน้อยกว่าปกติ การเกิดแผลในกระเพาะอาหาร เชื่อว่าจะเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของปัจจัยป้องกันแผลของเยื่อกระเพาะอาหาร



Peptic Ulcer Disease

รูปที่ 2 Gastric peptic ulcer

ที่มา : Castledine, G. and Close, A. (2018). Nursing patients with nutritional and gastrointestinal problems. In Oxford Handbook of Adult Nursing. Flynn, M. & Mercer, D. (eds). Oxford: Oxford University Press

อาการและอาการแสดงของ gastric ulcer

เมื่อเยื่อทางเดินอาหารเกิดแผล ผู้ป่วยจะมีอาการปวดท้อง ซึ่งเป็น visceral pain มีลักษณะปวดตื้อ ๆ อยู่บริเวณตรงกลางหรือใต้ลิ้นปี่ หรือบริเวณยอดอก (epigastrium) เป็นเรื้อรัง เป็น ๆ หาย ๆ ซึ่งผู้ป่วยอาจอธิบายลักษณะการปวดนี้ว่า จุก เสียด แน่น อึด ตื้อ ๆ แสบร้อนหรือหิว ๆ พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 94 จะมีการปวดอยู่เฉพาะที่ การปวดมักปวดท้องทันทีหลัง รับประทานอาหาร มีอาการเบื่ออาหารและน้ำหนักลด ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมาพบแพทย์เมื่อมี

ภาวะแทรกซ้อน เช่น ตกเลือดในกระเพาะอาหาร การรักษาส่วนใหญ่ การให้ยาก็จะประสบผลสำเร็จ ยาส่วนใหญ่ที่ใช้คือ

1. Histamine receptor antagonists
 - Cimetidine 300 mg qid / 400 mg bid / 800 mg OD at bed time
 - Ranitidine 150 mg bid / 300 mg หลังอาหารเย็น OD
 - Famotidine (Pepcid) 40 mg OD หลังอาหารเย็น
 - Nizatidine (Axid) 300 mg qid / 150 bid
2. Anti H. pylori
 - Bismuth subsalicylate 2 tab qid x 2 wk.
 - Metronidazole 250 mg tid x 2 wk.
 - Tetracycline or Amoxicillin 500 mg qid x 2 wk.
3. ยาลดกรด (buffer)
 - Antacid q 1 – 3 ชม. หลังอาหาร และก่อนนอน
4. ยาเพิ่มความต้านทานของเยื่อบุ (Cytoprotective agent)
 - Sucralfate 1 gm qid ก่อนอาหาร

4) ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น หมายถึง การที่มีเลือดออกจากทางเดินอาหาร โดยพยาธิสภาพสูงกว่า Ligament of trietz ได้แก่ หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น (duodenum) เป็นภาวะที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างรีบด่วนและเหมาะสม ผู้ป่วยอาจมาด้วยอาเจียนเป็นเลือด (hematemesis) ถ่ายอุจจาระดำ (melena) ซึ่งต้องมีเลือดออกครั้งละมากกว่า 100 – 200 มล. อุจจาระจึงจะเป็นสีดำ หรือถ้าเลือดออกเร็วมาก อุจจาระอาจเป็นสีแดง ผู้ป่วยเบาหวานอาจมาด้วยอาการจากการเสียเลือด เช่น ช็อก เป็นลม และหน้ามืด โดยทั่วไปร่างกายเสียเลือดน้อยกว่า 500 มล. มักไม่มีอาการผิดปกติอะไร แต่ถ้าเสียเลือดมากกว่า 1,000 มล. จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลง เช่น ชีพจรเร็วขึ้น มีการบีบตัวของหลอดเลือดบริเวณผิวหนังและกล้ามเนื้อ ทำให้ผิวหนังเย็นชื้น และถ้าเสียเลือดมากขึ้นอีก จะทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะภายใน เช่น ไต หัวใจ และสมองลดลง ทำให้มีปัสสาวะลดลงหรือระดับความรู้สึกตัวลดลงได้

สาเหตุ

1. โรคทางเดินอาหารส่วนบน ได้แก่ หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น
 2. โรคอวัยวะข้างเคียง เช่น โรคทางเดินน้ำดีทำให้เลือดออกในทางเดินน้ำดี โรคตับอ่อนจากเลือดที่กลืนลงไป เช่น เลือดกำเดา การแตกของ Aneurysm เนื้องอกที่ Mediastinum และฝีที่ปอด
 3. โรคตามระบบ (Systemic disease) รวมทั้งโรคทางโลหิตวิทยาด้วย
- สาเหตุ จากโรคทางเดินอาหารส่วนบน ได้แก่
- 1) โรคหลอดอาหาร

1.1) ภาวะหลอดเลือดโป่งขดที่หลอดอาหาร (Esophageal varices) พบได้บ่อย เกิดจากความดันในหลอดเลือดพอร์ทัลสูง (Portal hypertension) ในผู้ป่วยโรคตับแข็ง (Cirrhosis) หลอดเลือดโป่งขด อาจพบได้ในผู้ป่วยตับอักเสบเรื้อรัง (Chronic hepatitis)

1.2) ภาวะหลอดอาหารอักเสบ (Esophagitis) ผู้ป่วยที่มีหลอดอาหารอักเสบจากการย้อน (Reflux esophagitis) ไม่ค่อยมีเลือดออกในทางเดินอาหารเป็นปริมาณมาก และอาจมาพบแพทย์เนื่องจากถ่ายอุจจาระดำมากกว่าอาเจียนเป็นเลือด

1.3) แผลที่หลอดอาหาร (Esophageal ulcer) แผลที่หลอดอาหารที่ทำให้เกิดเลือดออกเฉียบพลัน อาจเป็นแผลเรื้อรังที่ Columnar epithelium ของหลอดอาหารส่วนล่าง ซึ่งเกิดจากการย้อนจากกระเพาะอาหารเข้าสู่หลอดอาหาร (Gastroesophageal reflux) เป็นเวลานาน

1.4) กลุ่มอาการ Mallory – Weiss คือการฉีกขาดเป็นทางยาว (Linear tear) ที่ mucosa และ submucosa ของส่วน cardia ของกระเพาะอาหารหรือหลอดอาหารส่วนล่าง

1.5) เนื้องอก (tumor) ผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารจำนวนน้อยที่มาพบแพทย์ เนื่องจากอาเจียนเป็นเลือด ส่วนใหญ่จะมีอาการกลืนลำบากมากกว่า

1.6) โรคอื่น ๆ ได้แก่ hereditary hemorrhagic telangiectasia (Osler – Weber Rendu disease) ซึ่งผู้ป่วยมักมีปัญหาเลือดออกเรื้อรังมากกว่าเฉียบพลัน

2) โรคกระเพาะอาหารและดิวตินัม

2.1) แผลเป็บติค (Peptic ulcer) เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้อาเจียนเป็นเลือดและถ่ายอุจจาระดำ โดยทั่วไปภาวะเลือดออกในผู้ป่วยโรคแผลกระเพาะอาหารบางรายอาจมีสาเหตุชักนำจากยา (เช่น ยาแก้ปวด ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ แอลกอฮอล์) ตลอดจนภาวะเครียด

2.2) แผลที่เกิดจากภาวะเครียด (Stress ulcer) เป็นแผลกระเพาะอาหารหรือแผลดิวตินัมเฉียบพลันที่เกิดร่วมกับภาวะเครียด

2.3) โรคกระเพาะอาหารอักเสบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง (Acute or Chronic gastritis) การอักเสบของเยื่อบุกระเพาะอาหารและมีแผลกัดกร่อน (erosion) อาจจะทำให้เลือดออกได้มาก การอักเสบของเยื่อบุกระเพาะอาหารชนิดที่มีเยื่อบุฝ่อ (Atrophic gastritis) มักไม่ค่อยมีเลือดออก

2.4) แผลปากกรูผ่าตัดกระเพาะอาหารที่เกิดซ้ำ (Recurrent stomal ulcer) ผู้ป่วยโรคแผลกระเพาะอาหารที่เคยได้รับการผ่าตัด Gastrectomy ไปแล้วอาจมีกลับเป็นซ้ำและมีเลือดออกได้

2.5) มะเร็งกระเพาะอาหาร (Malignant gastric neoplasm)

2.6) เนื้องอกกระเพาะอาหารชนิดไม่ร้ายแรง (Benign tumor) พบได้น้อย

2.7) โรคอื่น ๆ เช่น hiatus hernia วัตถุแปลกปลอม diverticulum เนื้อเยื่อตับอ่อนอยู่ผิดที่ในทางเดินอาหาร (ectopic pancreatic tissue) eosinophilic granuloma เนื้องอกที่ดิวตินัม เป็นต้น

พยาธิสภาพ

การเสียเลือดมีผลต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกายโดยขึ้นกับปริมาณเลือดที่เสียไปว่ามากน้อยเพียงใด

1. ผลทางคลินิก ผู้ที่แข็งแรงสามารถเสียเลือดได้ถึง 500 มล. ใน 15 นาที โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (เช่น ผู้ที่บริจาคโลหิต) ถ้าเสียเลือดไป 1,000 มล. จะมีหัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ มีอาการคลื่นไส้ ปริมาณและอัตราการเสียเลือดที่ทำให้เกิดภาวะช็อกยังขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นอีก เช่น อายุ โรคของหลอดเลือด ตลอดจนขึ้นกับว่าผู้ป่วยมีภาวะช็อกอยู่ก่อนหรือไม่การที่มีเลือดออกในทางเดินอาหาร ถ้าปริมาณไม่เกิน 500 มล. จะมีอาการเพียงเล็กน้อย

การบีบตัวของ Precapillary sphincter ของหลอดเลือดแดง ทำให้มีการเคลื่อนย้ายของสารน้ำในเนื้อเยื่อเข้ามาในหลอดเลือด ทำให้ปริมาตรเลือดคงที่ปริมาตรพลาสมาจะเพิ่มใน 1 ชั่วโมง และจะกลับเป็นปกติใน 36 ชั่วโมง และอาจมีปริมาตรสูงขึ้นเพื่อชดเชยปริมาตรเม็ดเลือดแดง (red cell volume) ที่เสียไปปริมาตรเม็ดเลือดแดงและระดับฮีโมโกลบินจะกลับเป็นปกติใน 2 สัปดาห์

ถ้าเสียเลือดมากและในเวลารวดเร็ว ผลตามมาก็คือปริมาตรเลือดลดลง ทำให้เลือดกลับเข้าสู่หัวใจลดลง cardiac output จะลดลงด้วย เพื่อให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายจะทำงานอย่างรวดเร็วภายหลังเลือดออก โดยมีหลอดเลือดหดตัวเนื่องจากรีเฟล็กซ์ (reflex vasoconstriction) ทั้ง arteriole และหลอดเลือดดำกล้ามเนื้อ และผิวหนัง นอกจากนี้ ยังมีการหดตัวของหลอดเลือดดำจากอวัยวะสำรองเลือด (reservoir) เช่น ผิวหนัง ทำให้เพิ่มปริมาณเลือดดำที่ไหลกลับเข้าหัวใจ เป็นการเคลื่อนย้ายจากหลอดเลือดดำไปยังหลอดเลือดแดง และมีการเคลื่อนย้ายสารน้ำจากนอกหลอดเลือด (Extravascular fluid) และนอกเซลล์ (Extracellular fluid) เข้ามาในหลอดเลือด นอกจากนี้ยังมีการเคลื่อนย้ายแอลบูมินจากนอกหลอดเลือด (Extravascular pool) และเพิ่มการสร้างแอลบูมินเพื่อแก้ภาวะปริมาตรเลือดในหลอดเลือดน้อย (Hypovolemic)

ถ้าเสียเลือดไปถึงร้อยละ 40 ของปริมาตรเลือดในร่างกายจะเกิดภาวะช็อก เนื่องจาก cardiac output ลดลงจนไม่สามารถที่จะบรรจุเลือดในหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงอวัยวะและเนื้อเยื่อตลอดจนใน microcirculation ผลคือทำให้ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตลดลง ผิวหนังซีด เหงื่อออก รู้สึกหนาว กระหายน้ำ อาจมีอาการคลื่นไส้ หายใจเร็ว และกระสับกระส่ายเนื่องจากสมองขาดออกซิเจน (Cerebral anoxia)

– ใช้ ผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหาร ร้อยละ 80 มีไข้ใน 24 ชั่วโมง และสูงได้ถึง 37.7-37.8 องศาเซลเซียส ซึ่งเชื่อว่าการเกิดจากการสลายโปรตีนจากเนื้อเยื่อหรืออาจเกิดจากภาวะเครียด

1. ผลต่อปอด ในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกอาจมีตั้งแต่เนื้อปอดแฟบ (Atelectasis) จากการอุดตันทางเดินหายใจจากเลือดหรือมูก การสูดสำลักเอาสิ่งที่ยังบรรจุอยู่ในกระเพาะอาหาร (Gastric content) เข้าไป หรือกลุ่มอาการหายใจลำบากในผู้ใหญ่ (Adult respiratory distress syndrome) ซึ่งอาจเกิดภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากมีภาวะช็อกจากการเสียเลือด

2. ผลต่อหัวใจ ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารอาจชักนำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด subendocardial หรือ transmural ได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ ความดันเลือดต่ำที่เกิดจากการเสียเลือดร่วมกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการมากขึ้น และอาจเกิดภาวะการทำงานของหัวใจล้มเหลวเลือดคั่งในผู้ป่วยที่มีการทำงานของหัวใจไม่ดีอยู่แล้ว

3. ผลต่อสมอง ภาวะช็อกที่เกิดอยู่นาน ๆ และภาวะชืดทำให้สมองขาดออกซิเจน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยกระสับกระส่ายในระยะแรก ต่อมาจะซึมและการรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคลผิดพลาด (Disorientation) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุอาจเกิดภาวะหลอดเลือดสมองอุดตัน (Cerebral thrombosis) ได้
4. ผลต่อดับ การที่มีเลือดออกในทางเดินอาหาร มักทำให้เกิด Hepatic coma เนื่องจากเลือดที่ไปเลี้ยงตับลดลง และมีการดูดซึมของเสียที่มีไนโตรเจนเป็นส่วนประกอบ (Nitrogen waste product) จากเลือดในทางเดินอาหาร
5. ผลต่อลำไส้ การมีเลือดในทางเดินอาหารจะทำให้เวลาที่อาหารผ่านลำไส้เร็วขึ้น (Rapid transit time) ทำให้ถ่ายอุจจาระบ่อย (สังเกตได้ว่าถ้าเลือดหยุดแล้วผู้ป่วยจะถ่ายอุจจาระห่างลงจนหยุดถ่าย)
6. ผลต่อไต อาจเกิด Acute tubular necrosis จากการที่มีภาวะช็อกนาน
7. ผลทางโลหิตวิทยาและการเปลี่ยนแปลงในปริมาณเลือด ฮีมาโทคริตยังไม่เปลี่ยนแปลงทันทีที่เลือดออก จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลง 3 – 4 ชั่วโมง จนถึงประมาณ 32 ชั่วโมง ภายหลังเลือดออก จำนวนเกร็ดเลือดจะสูงขึ้นใน 1 ชั่วโมง ภายหลังเลือดออก ส่วนจำนวนเม็ดเลือดขาวจะสูงขึ้นหลัง 2 – 5 ชั่วโมง และมีเม็ดเลือดขาวชนิดอ่อนเพิ่มขึ้น (Shift of the left) และจะกลับเป็นปกติใน 3 – 4 วัน ส่วนเรติคูลocyte (Reticulocyte) จะเพิ่มขึ้น หลัง 24 ชั่วโมง และจะสูงสุด 4 – 7 วัน ภายหลังเลือดออก การตรวจพบว่าเม็ดเลือดแดงมี hypochromia แสดงว่ามีการเสียเลือดเรื้อรังมาก่อนที่จะมีเลือดออกเฉียบพลันครั้งนี้
8. การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี ระดับยูเรียไนโตรเจนในเลือดจะสูงขึ้น จากการดูดซึมโปรตีนจากเลือดที่ถูกย่อย นอกจากนี้ อาจเกิดปริมาณเลือดในหลอดเลือดลดลง เลือดที่ไปเลี้ยงไตและอัตราการกรองผ่านโกลเมอรูลัส (glomerular filtration rate) ลดลงเนื่องจากมีความดันเลือดต่ำและภาวะช็อก ถ้าระดับยูเรียไนโตรเจนที่สูงเกิดจากเลือดออกในทางเดินอาหารอย่างเดียว ค่ามักไม่เกิน 30 – 40 มก. / ดล. และจะลดลงเป็นปกติใน 3 – 4 วัน ถ้าเกิน 40 มก. / ดล. แสดงว่ามีภาวะไตวาย (pre – renal หรือ renal failure)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร

1. อาจเกิดอาการขาดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญ เนื่องจากอาการตกเลือด

เป้าหมายการพยาบาล : เพื่อป้องกันภาวะช็อกจากการขาดเลือด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะเลือดออกจากทางเดินอาหาร และตรวจเช็คสัญญาณชีพ เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะ hypovolemic shock
2. ดูแลการให้สารน้ำหรือสารประกอบเลือด ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อทดแทนส่วนที่สูญเสีย
3. เตรียมผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อเตรียมการทำ endoscopy ถ้าจำเป็น
4. NPO
5. หากมีเลือดออก ต้องทำ lavage ด้วยน้ำที่อุณหภูมิห้อง

2. ปวดสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่กระเพาะอาหาร

เป้าหมายการพยาบาล : เพื่อบรรเทาอาการปวด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะ pain ทั้งตำแหน่งและช่วงเวลา
2. ลดอาการปวดด้วยการให้ยาลดกรด (antacid)
3. ประเมินแล้วให้ยาเพื่อเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนของแผล
4. ดูแลจัด position และแนะนำให้พักผ่อนเพื่อลดการกระตุ้นต่าง ๆ

5) ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนลำไส้เล็ก Duodenal ulcer

เป็นโรคเรื้อรัง และเป็น ๆ หาย ๆ ตำแหน่งของแผลร้อยละ 95 จะเกิดขึ้นที่ส่วนแรกของลำไส้เล็กส่วนต้น ลักษณะของแผลมักจะลึกผ่าน mucosa ถึง muscularis ของ duodenal พบว่า แผลในลำไส้เล็กตอนต้นมีอุบัติการณ์การเกิดโรคเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และมักพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 1.5 – 3 เท่า ส่วนใหญ่พบในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุก็คือ การติดเชื้อ H. pylori การใช้ยา NSAID, การสูบบุหรี่ และเครื่องดื่มที่มี caffeine

สาเหตุและกลไกการเกิด duodenal ulcer

ลักษณะของแผลมักมีเส้นผ่าศูนย์กลางเล็กกว่า 1 ซม. ตำแหน่งที่พบบ่อยมักพบบริเวณ 0.5 – 2 cm. ห่างจากบริเวณ pylorus จากการศึกษพบว่าในผู้ป่วย duodenal ulcer จะพบว่าการหลั่งกรดมากกว่าปกติ และยังพบว่ามี การกระตุ้น G cell ให้หลั่ง pepsin มากขึ้นด้วย ขณะเดียวกัน พบว่า ความเครียดหรือสภาพทางอารมณ์ รวมทั้งปัจจัยเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและสภาพของครอบครัวล้วนเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิด duodenal ulcer เมื่อเกิดเป็นแผล มักจะมีเลือดออกร่วมด้วย สำหรับภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายคือ การเกิดแผลทะลุ (perforation)

อาการและอาการแสดง อาการปวดท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่ เป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุดประมาณ ร้อยละ 10 มีตำแหน่งปวดอยู่ทางด้านขวาของท้อง อาการปวดตอนท้องว่าง เช่น ก่อนอาหารหรือตอนกลางคืน อาการปวดท้องจะดีขึ้นเมื่อได้รับยาลดกรด

การตรวจร่างกายผู้ป่วยอาจพบกดเจ็บบริเวณใต้ลิ้นปี่ระหว่างสะดือกับกระดูก syphoid แต่ประมาณ ร้อยละ 20 – 30 จะมีอาการกดเจ็บด้านขวาของท้อง ถ้าพบว่ามีภาวะแทรกซ้อน perforation จะพบว่าการกดทั่วท้อง กล้ามเนื้อหน้าท้องแข็งเกร็ง (guarding and rigidity) เสี่ยงของการเคลื่อนไหวนៃของลำไส้หายไป

การรักษาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการพยาบาล เช่นเดียวกับ gastric ulcer



รูปที่ 3 แสดง Duodenal ulcer

ที่มา : Castledine, G. and Close, A. (2018). Nursing patients with nutritional and gastrointestinal problems. In Oxford Handbook of Adult Nursing. Flynn, M. & Mercer, D. (eds). Oxford: Oxford University Press

6) เนื้องอกของกระเพาะอาหาร (Neoplasm of the stomach)

เนื้องอกของกระเพาะอาหารเป็นโรคที่พบได้บ่อยในบางประเทศ เช่น ยุโรปตะวันตก และสหรัฐอเมริกาที่พบบ่อยมักเป็นชนิด adenocarcinoma โดยเฉพาะบริเวณ pyloric area (Christensen & Knockrow, 1999) ซึ่งตำแหน่งนี้จะสามารถแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง, ตับ, ม้าม, ตับอ่อนและหลอดอาหารได้ง่าย เนื้องอกกระเพาะอาหาร มักพบบ่อยในบุคคลที่มีอายุระหว่าง 50 – 70 ปี

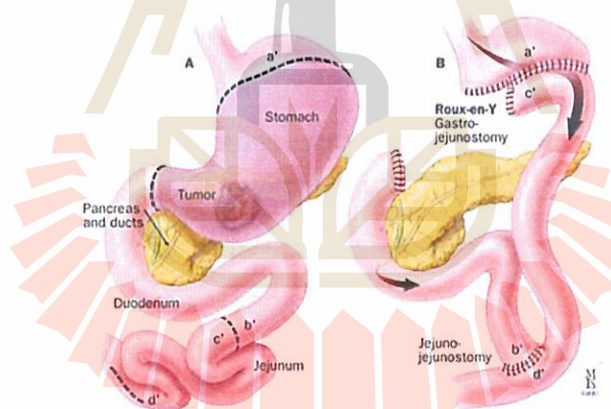
สาเหตุการเกิดไม่แน่ชัด แต่เชื่อว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จะเป็นเรื่องของกรดหลังกรดของกระเพาะอาหาร โดยเชื่อว่าภาวะที่กระเพาะอาหารหลังกรดน้อย (hypochlorhydria), การผ่าตัดกระเพาะอาหารบางส่วน หรือการเป็นโรครกระเพาะอาหารอักเสบเรื้อรัง อาการเริ่มแรกอาจปรากฏไม่ชัดเจน

การประเมินอาการหรือข้อมูลต่างๆ : ข้อมูลที่จะได้จากคำบอกเล่าของผู้ป่วย (Subjective data) ผู้ป่วยอาจบอกลถึงความไม่สบาย ปวดบริเวณลิ้นปี่หรือหลังรับประทานอาหารจะรู้สึกแน่น ๆ อาการปวดบางครั้งจะปวดเหมือนมีแผลในกระเพาะอาหาร แต่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา เพื่อกินอาหาร อ่อนเพลีย จะพบบ่อย

Objective data : น้ำหนักตัวลด, อุจจาระเป็นเลือด, อาเจียนเป็นเลือด อาเจียนหลังรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่ม การตรวจเพื่อการวินิจฉัย ก่อนเนื้อที่กระเพาะอาหารจะตรวจพบโดยการตรวจ GI series เช่น Radiographic studies, endoscopic examination with biopsy, stool occult blood, เป็นต้น

การรักษา Medical management

การรักษาส่วนใหญ่คือการผ่าตัดเพื่อเอาก้อนเนื้องอกให้หมด ร่วมกับการให้ยาแสงและการให้เคมีรักษา



รูปที่ 4 การผ่าตัดเอากระเพาะอาหาร ทำ Gastric bypass ออก แบบ Roux-en-Y

ที่มา <http://www.radipedia.com/WikiMedia/images/0/09/Roux-en-Y-gj.jpg>

การพยาบาลและการให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและครอบครัว

พยาบาลจะมีบทบาทมากในการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยและครอบครัว เริ่มตั้งแต่ ทำความเข้าใจให้เกิดขึ้นถึงการเกิดโรค การดำเนินของโรค รวมทั้งแนวทางการรักษา รายละเอียดของการผ่าตัด สิ่งสำคัญคือ พยาบาลต้องเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมกับการผ่าตัด ไม่ว่าจะเป็นเรื่องโภชนาการ

หรือการได้รับอาหารทดแทน รวมถึงการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น เช่น การจัดการกับความเครียด เป็นต้น

3.2.3 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการอักเสบของลำไส้ (Inflammatory bowel disease)

การอักเสบของลำไส้ (inflammatory bowel disease) หมายถึง การอักเสบเรื้อรังของระบบทางเดินอาหาร (chronic inflammatory GI disorder) ซึ่งมักจะหมายถึงการอักเสบบริเวณลำไส้เล็ก (regional enteritis or Crohn's disease) และลำไส้ใหญ่อักเสบ (ulcerative colitis)

การอักเสบของลำไส้ ปัจจุบันมักมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม เช่น การใช้ยาปราบศัตรูพืช การใช้สารปรุแต่งสี, กลิ่น, รสชาติอาหาร, การสูบบุหรี่ (tobacco) และการใช้รังสี ซึ่งต่อมามีการค้นพบว่า การอักเสบของลำไส้ที่มีสาเหตุจากเชื้อโรคที่พบบ่อยคือ Mycobacterium

1) โรคลำไส้เล็กอักเสบ (Regional Enteritis or Crohn's disease)

โรคลำไส้เล็กอักเสบ มักพบในวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ตอนต้น (young adults) การอักเสบมักเกิดได้ตลอดทั้งทางเดินอาหาร (GI tract) แต่ที่มักพบบ่อย คือ บริเวณ distal ileum และลำไส้ใหญ่ ตอนต้น (colon)

พยาธิสภาพ การอักเสบจะเกิดได้ตลอดตามท่อของลำไส้เล็กและทุกชั้นเยื่อผิว ลักษณะการอักเสบจะเกิดในลักษณะของแกรนูโลมา (granuloma) ต่อมาชั้น mucosa ของลำไส้เล็กจะปรากฏเป็นก้อนกลม ๆ คล้ายหินกรวด (cobblestone) ซึ่งจะทำให้ผนังของลำไส้เล็กหนาและแข็งตัวจากขบวนการเกิด fibrotic tissue ต่อมาทำให้ช่องของลำไส้เล็กแคบลง

อาการและอาการแสดง โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมาด้วยอาการปวดท้อง (abdominal pain) และมีอาการถ่ายเหลว (diarrhea) ซึ่งจะพบถึงร้อยละ 90 ของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลมาจากบาดแผลหรือการเกิด granuloma ที่ผนังของลำไส้ ทำให้ความสามารถในการลำเลียงสารอาหาร หรือการทำหน้าที่การย่อยการดูดซึมสารอาหารสูญเสียไป เกิดการขัดขวาง อดตัน ทำให้เกิดอาการปวดท้อง ซึ่งมักจะเกิดหลังจากการรับประทานอาหาร ดังนั้นผู้ป่วยจึงรับรู้ว่าการรับประทานอาหารทำให้ปวดท้องเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจึงมีแนวโน้มที่จะรับประทานอาหารน้อยลง หรือหลีกเลี่ยงอาหารบางประเภทซึ่งส่งผลให้ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการ ผู้ป่วยจึงมีน้ำหนักตัวลดลง (weight loss) ขาดสารอาหาร (malnutrition) ซีด (anemia) เมื่อการอักเสบเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง อาจทำให้มีการแตกทะลุของผนัง ลำไส้ ทำให้การอักเสบลุกลามออกสู่ช่องท้อง ซึ่งมักจะมีอาการไข้และมีเซลล์เม็ดเลือดขาว (leukocyte) อยู่ทั่วไปตลอดเยื่อหุ้มลำไส้และในช่องท้อง ซึ่งอาจเกิดเป็นฝี (abscess) ขึ้นก็สามารถพบได้

การตรวจเพื่อการวินิจฉัย

1. การตรวจ Procto-sigmoidoscope กรณีที่มีการอักเสบ การตรวจมักพบ positive occult blood หรือ steatorrhea (อุจจาระมีไขมันปนจำนวนมาก)
2. การตรวจ barium enema of upper GI tract จะพบ "string sign" บริเวณปลายลำไส้ (ileum) ซึ่งเป็นการบ่งบอกถึง หดตัวหรือการแข็งตัวของลำไส้ และยังสามารถแสดงให้เห็นบริเวณที่เป็นแผล (ulceration)
3. CT scan ก็จะสามารถเห็นรายละเอียดมากขึ้น
4. การเจาะเลือด CBC มักจะพบ Hb, Hct ลดลง, WBC จะเพิ่มขึ้น, ESR เพิ่มขึ้น albumin, protein ลดลง (ซึ่งมักมีสาเหตุจาก malnutrition)

ภาวะแทรกซ้อน

1. ลำไส้อุดตัน
2. ภาวะเสียสมดุลย์ของสารน้ำและอิเล็กโตรลัยท์
3. ภาวะทุพโภชนาการ
4. มีรูทะลุบริเวณลำไส้ (perforate / fistula)

2) โรคลำไส้ใหญ่อักเสบ (ulcerative colitis)

โรคลำไส้ใหญ่อักเสบ เป็นการเกิดการอักเสบของบาดแผลที่เกิดขึ้นที่ส่วน mucosa ของ colon และทวารหนัก (rectum) มักพบมากในผู้ที่มีอายุระหว่าง 30 – 50 ปี และมักจะก่อให้เกิดมะเร็งของ ลำไส้ได้บ่อย (Suzamne, 2000)

พยาธิสภาพ การอักเสบจะเกิดขึ้นบริเวณ mucosa ส่วนบนของ colon ซึ่งมักจะเกิดหลายแผล และมีเลือดออกจากบริเวณอักเสบและจะพบเซลล์เม็ดเลือดขาวจำนวนมาก ถ้าการอักเสบกินบริเวณกว้างจะทำให้เกิดการบวมและมีการหนาตัวของผนังลำไส้ ซึ่งทำให้ท่อของลำไส้แคบลงพื้นที่ในการดูดซึมจะลดลง

อาการและอาการแสดง โดยส่วนใหญ่อาการของโรคจะมีทั้งช่วงสงบของโรคและระยะอาการกำเริบ ซึ่งอาการที่พบจะเป็นอาการแสดงของการมีบาดแผลบริเวณลำไส้ กล่าวคือมีอาการถ่ายเหลว ปวดท้อง มีเลือดออกทางทวารหนัก น้ำหนักตัวลดลง มีไข้ อาเจียน ขาดน้ำ ซีด

การรักษา Inflammatory bowel disease

จุดประสงค์หลักคือลดหรือกำจัดการอักเสบ, ลดหรือลดการทำงานที่ไม่พึงประสงค์ของระบบภูมิคุ้มกันและให้ลำไส้ได้พักเพื่อการหายของแผล

1. ดูแลให้งดอาหาร / น้ำทางปาก
2. ให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ / ให้สารอาหาร High – protein, high – calorie, vitamin
3. แนะนำหลีกเลี่ยงอาหารที่อาจทำให้ถ่ายเหลว เช่น นม
4. ให้ยา antidiarrhea, antiperistaltic drugs
5. ให้ Sulfonamides (Azulfidine) หรือ sulfisoxazole (Gantrisin) เพื่อดำเนินการอักเสบ
6. ให้ antibiotics (กรณีพบมี abscess, peritonitis)

7. ACTH (adrenocorticotrophic hormone) และ corticosteroids ก็อาจได้ผลในการรักษา acute inflammatory bowel disease

การรักษาโดยการผ่าตัด (surgical management)

เมื่อการรักษาอย่างอื่นล้มเหลว การผ่าตัดก็จะเป็นทางเลือกเพื่อลดความรุนแรงของโรค ที่นิยมทำคือ

1. Total colectomy with ileostomy

2. segmental colectomy (removal of segment of the colon) with anastomosis (joining of the remaining portion of the colon)

3. subtotal colectomy (ตัดส่วน colon เกือบหมด) with ileorectal anastomosis (ต่อ ileum กับ rectum)

4. Total colectomy with ileoanal anastomosis แต่ก็มีรายงานว่า มีการกลับเป็นซ้ำอีกหลังผ่าตัด ซึ่งพบได้ร้อยละ 20 – 40 ภายใน 5 ปี

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีการอักเสบของลำไส้

1.การเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการ (ได้รับสารอาหารและน้ำน้อยกว่าที่ร่างกายต้องการ เนื่องจากการบีบตัวของลำไส้มากเกินไปและการดูดซึมที่ลำไส้ลดลง มีอาการท้องเสีย คลื่นไส้ และมีอาการปวดท้อง)

เหตุผล

ภาวะขาดสารอาหารเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเหล่านี้ เกิดจากได้รับอาหารน้อย ร่างกายมีความต้องการสารอาหารเพิ่มขึ้น มีการสูญเสียเพิ่มขึ้นจากอุจจาระและอาเจียนทำให้เสียน้ำและเกลือแร่ เป็นผลให้กล้ามเนื้อลีบและบวม การดูดซึมสารอาหารลดลงเนื่องจากการเกิดโรคที่รุนแรงขึ้น หรือการติดเชื้อแบคทีเรียร่วมด้วย จะมีการสูญเสียวิตามินที่ละลายได้ในไขมันทั้งหมด เช่น วิตามินเอ, ดี, อี และ เค การสูญเสียวิตามินเค เป็นเหตุให้ผู้ป่วยมีการตกเลือดมากขึ้น

การจำกัดอาหารเพื่อแก้ไขอาการปวดท้องและท้องเดิน การให้ยาฆ่าเชื้อยาลดการอักเสบเป็นสาเหตุที่ทำให้เบื่ออาหารและปากอักเสบ (stomatitis) ได้ โดยเฉพาะปัญหาโภชนาการและปัญหาเกี่ยวกับการเผาผลาญ เกิดขึ้นจากการที่มีการดูดซึมวิตามินบี 12 และแร่ธาตุอื่น ๆ ลดลง เช่น สังกะสี แคลเซียม แมกนีเซียม และการดูดซึมกลับของเกลือน้ำดีลดลงเช่นกัน

จุดประสงค์ : ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำเพียงพอตามความต้องการของร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. น้ำหนักตัวไม่ลดลงและเพิ่มขึ้น
2. ค่าฮีมาโตคริตเพิ่มขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรุนแรงของภาวะขาดสารอาหาร เช่น ภาวะซีด บวม อาการอ่อนเพลีย ระดับ ฮีมาโตคริต (Hct.) โปรตีนในเลือด

2. ให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำทั้งหมด (Total parenteral nutrition) ในผู้ป่วย

ก. ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา

ข. เตรียมผ่าตัด

ค. มีการผ่าตัดลำไส้

เพื่อให้ลำไส้ได้พักโดยกำจัดการที่จะกระตุ้นการหลั่งสารจากทางเดินอาหาร และไม่ทำให้เกิดก่อนอุจจาระเพิ่ม น้ำหนัก มีความสมดุลของไนโตรเจน (positive nitrogen balance) และสามารถทำให้โรคสงบลงชั่วคราว แต่การให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำทั้งหมดได้ผลในลำไส้เล็กอักเสบ มากกว่าลำไส้ใหญ่อักเสบ

3. เมื่อผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอาหารทางปากได้ตามปกติ ควรให้อาหารที่ไม่ระคายเคืองและมีแคลอรี โปรตีน และเกลือแร่สูง ยกเว้น โกโก้ ช็อคโกแลต น้ามะนาวและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อาหารที่จัดให้ควรเป็นอาหารที่คุณภาพสมบูรณ์และไม่มีกากไขมันต่ำ การย่อยส่วนใหญ่จะอยู่บริเวณลำไส้เล็กส่วนเจจูนัม (Jejunum.) ให้จำนวนน้อยแต่เพิ่มจำนวนมากในแต่ละมื้อ อาหารนม ของมัน ของทอด เครื่องเทศ อาหารรสจัด ควรหลีกเลี่ยงอาหารควรเป็นอาหารอ่อน มีกากน้อย

4. ผู้ป่วยที่มีภาวะซีดจากการขาดวิตามินบี 12 และการเสียเลือด การสูญเสียธาตุเหล็ก ซึ่งเกิดจากการรักษาโดยใช้ยาซัลฟาซาลาซีน (Sulfasalazine) ป้องกันโดยการให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่มี โฟเลต เช่น ตับสัตว์ ถั่วเมล็ดต่าง ๆ หรือให้โฟลิกแอซิด (Folic acid) แทน

5. ทำความสะอาดช่องปากให้สะอาดอยู่เสมอ เพื่อป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน

6. ชั่งน้ำหนักตัว สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เพื่อประเมินภาวะโภชนาการที่เปลี่ยนแปลง

7. บันทึกจำนวนสารน้ำที่ร่างกายได้รับและสูญเสียทุกวัน

2. มีภาวะของปริมาณสารน้ำในร่างกายลดลง เนื่องจากการคลื่นไส้ อาเจียน ตกเลือดในทางเดินอาหาร และท้องเดิน

เหตุผล

ผู้ป่วยลำไส้อักเสบ จะมีอาการท้องเดินได้ร้อยละ 65 – 95 มีอาการ อาเจียนได้ถึงร้อยละ 15 – 35 นอกจากนี้ยังมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ดังนั้น ผู้ป่วยจะสูญเสียปริมาณน้ำออกจากร่างกายได้มาก โดยเฉพาะระยะเฉียบพลัน (Exacerbation)

เกณฑ์การประเมินผล

1. ชีพจรอยู่ในระดับปกติ
2. ปัสสาวะอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่น้อยกว่า 30 มิลลิลิตร / ชั่วโมง
3. ระดับฮีมาโตคริต ไม่ต่ำกว่า 27% เยื่อบุตาขาว เล็บมีสีชมพู

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะขาดน้ำ ดูผิวหนังและเยื่อบุ ริวรอยของผิวหนังที่แห้ง
2. บันทึกจำนวนน้ำที่ร่างกายได้รับและเสียไป (Flow sheet)
3. ชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน เพื่อประเมินสภาวะขาดน้ำ
4. ให้สารน้ำและเกลือแร่ทดแทนทางหลอดเลือดดำอย่างรีบด่วนในระยะเฉียบพลันหรือถ้ากินอาหารได้ ไม่คลื่นไส้ อาเจียน ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำเกลือแร่ทดแทน
5. ติดตามผลฮีมาโตคริต ถ้าลดลงอย่างรวดเร็วรายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาให้เลือดทดแทน
6. สอนคาสายสวนปัสสาวะ เพื่อติดตามผลปริมาณปัสสาวะแต่ละชั่วโมง

3.ไม่สามารถมีกิจกรรมได้ตามปกติเนื่องจาก ร่างกายต้องได้รับการพักผ่อน เพื่อลดการเคลื่อนไหวของลำไส้
เหตุผล การพักผ่อนมีความสำคัญ ผู้ป่วยจะได้รับการพักผ่อนมากหรือน้อย อาศัยอาการเป็นหลัก ถ้าอาการกำเริบ
(Exacerbation) ถ้าไม่รุนแรง การหยุดงานหรือพักผ่อนอาจทำให้หายเร็วขึ้น ถ้าอาการรุนแรงขึ้นอย่างรวดเร็ว จำเป็นต้อง
รับไว้ในโรงพยาบาล

จุดประสงค์ : ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือให้ได้รับสุขวิทย์ส่วนบุคคลตามปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนและสุขสบายขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยถึงความจำเป็นในการที่ต้องพักผ่อน
2. ถ้าผู้ป่วยมีไข้ มีพิษในกระแสเลือด (Toxemia) ขับถ่ายบ่อยครั้ง ตกเลือดหรือปวด ให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียง
3. ถ้าผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน อ่อนเพลียมาก อาจต้องช่วยเหลือผู้ป่วยในขณะขับถ่าย เสริฟหมอนอน หรือวาง
หมอนนอนไว้ใกล้ ๆ หยิบใช้ได้สะดวก

4. ช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยเฉพาะความสะอาดการขับถ่ายผู้ป่วย ลำไส้ใหญ่อักเสบบางคน
อาจจะมีฝี หรือฝีคัณฑสูตร หรือรอยแตก (Fissure) บริเวณทวารหนัก จะทำให้ ผู้ป่วยมีสิ่งขับหลังและไม่สุขสบาย
อาการท้องเดินทำให้โรครุนแรงขึ้น พยาบาลควรช่วยเหลือผู้ป่วยโดยทำความสะอาดและเช็ดให้แห้งทุกครั้งที่ขับถ่าย การ
ประคบร้อน (warm compresses) จะทำให้แผลหายเร็ว ฝีบริเวณทวารหนักจะหายได้เร็ว ถ้าอาการท้องเดินหาย
ภาวะโภชนาการดีขึ้น

4. มีการเปลี่ยนแปลงของการขับถ่าย ท้องเดินเนื่องจากมีการอักเสบของลำไส้

เหตุผล ที่ลำไส้มีการอักเสบจะมีการล้มเหลวของเยื่อบุลำไส้ (colonic mucosa) ในการดูดกลืนน้ำและเกลือแร่ น้ำดี
และแลคโตส ซึ่งรบกวนในการควบคุมการขับถ่าย เมื่อโรคลุกลามเข้าไปในลำไส้ใหญ่ จะทำให้มีผลทำให้ท้องเดินอย่าง
รุนแรง

จุดประสงค์ : อาการท้องเดินลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

จำนวนการขับถ่ายอุจจาระลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. บันทึกจำนวนครั้งของการขับถ่ายอุจจาระ สังเกตลักษณะ สี และการมีเลือดปน
2. ให้ยาตามแผนการรักษา เช่น ยาด้านท้องเดิน (antidiarrheal) เช่น โลเปรามาโมด์ ไฮโดรโครอไรด์ (Loperamide
hydrochloride) ซึ่งดีกว่าไดเฟน ออกซียเลท (Diphenoxylate) เพราะทำให้อุจจาระรวมตัวเป็นก้อน แต่ก็ต้องระวัง
โอกาสที่จะเกิดลำไส้อุดตัน (Intestinal obstruction) หรือลำไส้โป่งพอง (Toxic megacolon) อาจจะให้ยาลดการบีบ
ตัวของกล้ามเนื้อ (Antispasmodic) เช่น เบลลาดอนนา (Belladonna) โปรแพนเทริน โปรไมด์ (Propantheline
bromide) อาจจะช่วยลดอาการปวด (Prandial pain) และอาการท้องเดิน

3. ให้อาหารซัลฟาซาลาซีน (Sulfasalazine) ตามแผนการรักษาฤทธิ์ของยายังไม่ทราบ ระวังอาการข้างเคียงของยา เช่น อาการปวดศีรษะ, อ่อนเพลีย มึนงง ปวด (aching) ปวดท้อง (epigastric distress) เกิดกด (depression) คลื่นไส้ และอาเจียน

4. ให้อาหารทางหลอดเลือดดำ (parenteral hyperalimentation) ตามแผนการรักษา เพื่อให้ลำไส้ได้พัก และยังมีผลให้การสร้างภูมิคุ้มกันโรค มีความต้านทานโรคเพิ่มขึ้นแก้ไขภาวะโภชนาการและช่วยลดอาการบวมและอักเสบของลำไส้ และติดตามระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้อาหารทางหลอดเลือดดำ

5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำทางปาก เพราะการกินจะกระตุ้นรีเฟล็กซ์กระเพาะอาหารและลำไส้ทำให้เกิดถ่ายอุจจาระ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่กลืนอาหาร ควรจะเป็นอาหารอ่อนย่อยง่าย เพื่อช่วยให้การดูดซึมได้ดีในขณะที่อาหารค้างอยู่ในลำไส้ในเวลานั้น

6. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากกว่า 6 – 8 แก้วต่อวัน เพราะน้ำจะช่วยให้อาการของอุจจาระนุ่ม ไม่ระคายเคืองลำไส้ และแก้ไขภาวะขาดน้ำ

7. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีกากหรือเครื่องดัดเย็น ๆ และดื่มน้ำระหว่างมื้ออาหาร งดเว้นอาหารที่ทำให้เกิดก๊าซ และระคายเคือง เช่น หอม กระเทียม ปลี หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ กาแฟ และคาร์โบไฮเดรตที่ย่อยยาก เช่น ถั่ว หลีกเลี่ยงนม และผลิตภัณฑ์ของนม

5. ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด
เหตุผล การขาดความรู้ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวล กลัวการวินิจฉัยโรคการรักษาความรุนแรงของโรค ทำให้ไม่ร่วมมือในการวางแผนการดูแลตนเอง

จุดประสงค์ : ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ในการดูแลตนเอง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างมีความสุข
2. สามารถดูแลเปิดหน้าต่างด้วยตนเอง

กิจกรรมการพยาบาล

1. บอกผู้ป่วยถึงโรคที่เป็นอยู่ การดำเนินของโรค ภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตนบอกถึงยาที่เขาได้รับ วิธีการให้ และขนาดที่ให้ และควรบอกอาการข้างเคียงของยาเพื่อที่ผู้ป่วย จะได้สังเกต ตนเองได้

2. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยซักถาม ทำความเข้าใจ และช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจในการวางแผนการดูแลตนเอง ถ้าผู้ป่วยไม่พร้อมในการดูแลตนเอง พยาบาลควรจะสอนผู้ที่จะดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยลำไส้อักเสบในระยะเฉียบพลันต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลือในโรงพยาบาล ถ้าอาการไม่รุนแรง ครอบครัว คนใกล้ชิด ศูนย์บริการสาธารณสุขในชุมชนสามารถดูแลได้ เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาล ชุมชน เป็นต้น

3. ผู้ป่วยเหล่านี้มักมีปัญหาทางด้านจิตใจ อาจมาจากปัญหาต่าง ๆ เช่น ปัญหาทางบ้าน ปัญหาครอบครัว ปัญหาเหล่านี้ควรหาทางช่วยเหลือ พูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อหาต้นเหตุและแนะแนวทางที่จะลดความตึงเครียดเหล่านี้ เช่น เปลี่ยนงาน การบริหารกายการผ่อนคลาย (progressive relaxation) อาจปรึกษาจิตแพทย์เพื่อพิจารณาการรักษาทางจิต อาจใช้ยาสงบระงับ (tranquillizer) ถ้าจำเป็น

4. การผ่าตัด

4.1 การดูแลก่อนการผ่าตัด

เมื่อแพทย์เห็นความจำเป็นในการผ่าตัด ผู้ป่วยควรเข้าใจ วัตถุประสงค์ของการผ่าตัด และผลที่ได้รับ การปรับตัวผู้ป่วยควรเข้าใจถึงเหตุผลของการเตรียมลำไส้ก่อนการผ่าตัด

4.1.1 พยาบาลบอกผู้ป่วยถึงขั้นตอนการผ่าตัดและผล

4.1.2 เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยพูดถึงความรู้สึกและให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วย

4.1.3 สอนผู้ป่วยให้ดูแลตนเอง ในรายที่ทำการผ่าตัด (ostomy) และสอนการดูแลช่องเปิดของลำไส้ (ostomy pouch)

4.1.4 ผู้ป่วยจำเป็นที่จะต้องรู้ถึงการตรวจวินิจฉัยของแพทย์การถ่ายภาพรังสี การเจาะเลือด การตรวจปัสสาวะ และเจาะเลือดดูการทำงานของตับ การตรวจหาแอนติเจนต่อเซลล์มะเร็ง (Carcinoembryonic antigen : CEA Titer) เพื่อติดตามการเกิดหรือการแพร่กระจายของมะเร็ง

4.1.5 เตรียมร่างกายก่อนการผ่าตัด โดยเฉพาะลำไส้อย่างน้อย 2 – 3 วัน โดยให้อาหารอ่อนและอาหารเหลวในระยะหลัง และให้ยาระบายและสวนอุจจาระตามแผนการรักษา ให้อาบน้ำชโลมที่ไม่ดูดซึม เช่น นิโอมัยซิน (Neomycin) หรือคานามัยซิน (Kanamycin) เพื่อลดแบคทีเรียในลำไส้

4.2 การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

4.2.1 ประเมินสภาพร่างกายและการเปลี่ยนแปลงเคมีในร่างกาย เช่น การถ่ายอุจจาระปัสสาวะ สมดุลของน้ำ เกลือแร่ การไหลเวียนของเลือด ความสุขสบาย ความเจ็บปวด ภาวะโภชนาการ การแลกเปลี่ยนก๊าซ การติดเชื้อ ตำแหน่งของรูเปิดลำไส้แผลผิวหนังรอบ ๆ

4.2.2 หลังผ่าตัดผู้ป่วยสวนคาสายยางจากงูกระเพาะอาหารเพื่อป้องกันอาการคลื่นไส้และอาเจียน และการระคาย กัดบนแนวผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง ผู้ป่วยผ่าตัดลำไส้เล็กมาเปิดหน้าท้อง (ileostomy) หลัง 24 ชั่วโมง ลำไส้จะเริ่มทำงานควรสอนผู้ป่วยในการดูแลรูเปิด

4.2.3 หลังผ่าตัดผู้ป่วยที่มีรูเปิดลำไส้เล็กหน้าท้อง พยาบาลต้องสังเกตรูเปิด (stoma) สี ขนาด ชนิดของรูเปิด (loop or end) ตำแหน่งลักษณะของผิวหนังรูเปิดควรจะมีสีแดง บวมเล็กน้อย ถ้ามีสีอื่น เช่น น้ำเงินเข้มหรือดำ ขนาดของรูเปิดใหญ่ไปต้องรายงานแพทย์ เพราะว่ามีเอนไซม์มากเกินไปในถุง ถุงจะมีผิวหนังกันปิดไว้ ปากถุงจะเล็กกว่ารูเปิด (stoma) 1/8 นิ้ว อุจจาระเข้าไปสะสมอยู่ในถุง จะไม่รั่วออกมากระคายเคืองผิว จนกว่าจะมีจำนวนมากพอ ประมาณ 1/3 จะเต็มถึงจะสามารถรั่วและซึมออกมา ควรจะทำความสะอาดทันทีที่มีการรั่วซึมออกมาของอุจจาระ

4.3 ถ้าผู้ป่วยที่มีรูเปิดของลำไส้ที่หน้าท้อง พยาบาลควรประเมิน ความรู้ ความสามารถในการปรับตัว ความรู้สึก และเรื่องเพศสัมพันธ์ ช่วยผู้ป่วยในการดูแลตนเอง แก้ไขความรู้สึกสูญเสีย สนับสนุนให้มีชีวิตตามปกติ

4.4 ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ควรสอนผู้ดูแลในการเปลี่ยนถุง การทำความสะอาด จนกว่าผู้ป่วยพร้อมที่จะทำด้วยตนเองได้

4.5 ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยควรทำความสะอาดและเปลี่ยนถุงได้เอง สอบถามปัญหาต่าง ๆ ผู้ป่วยอาจจะเช็ดตัวหรืออาบน้ำขณะมีถุงหรือเอาถุงออกก็ได้

4.6 ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยถึงการมีกิจกรรมได้ตามปกติ ควรหลีกเลี่ยงการยกของหนักมากกว่า 10 ปอนด์ หรือ 4 กิโลกรัม

4.7 ไม่มีอาหารเฉพาะโรค ให้ดื่มน้ำ 8 – 10 แก้วต่อวัน ดื่มน้ำที่สะอาดอาหารที่ควรระวัง คือ อาหารพวกถั่ว ข้าวโพด เห็ด อาหารพวกนี้จะทำให้มีการอุดตันรูเปิด ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการขาดน้ำและเกลือแร่ เพราะการดูดซึมอาหารพวกนี้ในลำไส้ใหญ่ ซึ่งถูกตัดขาดไปต้องระวัง

4.8 เปลี่ยนถุงก่อนมีเพศสัมพันธ์ หรือสวมถุงคลุมเพื่อจะได้ไม่เห็น เพราะรูเปิดลำไส้หน้าท้องมีผลต่อจิตใจของผู้ป่วยขณะมีเพศสัมพันธ์ ความกลัวจะทำให้ผู้ป่วยลดกิจกรรมทางเพศ และความต้องการทางเพศ ในผู้ป่วยเหล่านี้ควรให้คำปรึกษา

4.9 การดูแลผิวหนังรอบ ๆ รูเปิด การดูแลผิวหนังเป็นเรื่องสำคัญ หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เกิดการระคายเคือง ระวังขณะการเปลี่ยนถุง ควรแกะออกช้า ๆ ด้วยความระมัดระวัง

ผู้ป่วยที่มีการอักเสบของลำไส้ หรือได้รับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหารใช้เวลาเป็นเดือน เป็นปี หรือตลอดชีวิตจากปัญหาการดูดซึมของสารอาหารที่ไม่เพียงพอ อาจจะมีการวางแผนให้สารน้ำทางหลอดเลือดเมื่อกลับบ้าน ผู้ป่วยเหล่านี้ควรได้รับการสอนการดูแลตนเองจนกว่าจะสามารถดูแลตนเองได้ พยาบาลเยี่ยมบ้านควรติดตามให้คำแนะนำผู้ป่วยให้ดูแลตนเองได้และสนับสนุนการไม่พึ่งพาผู้อื่น



3.3 พยาธิสรีรภาพของตับ ทางเดินน้ำดีและตับอ่อน

ตับ ถุงน้ำดี และตับอ่อน มีหน้าที่คัดหลั่งสารที่จำเป็นในการย่อยอาหาร สารคัดหลั่งนี้จะถูกส่งไปที่ลำไส้เล็ก ส่วน duodenum ตับ จะสร้างน้ำดีและส่งไปเก็บที่ถุงน้ำดี ส่วนตับอ่อนจะสร้าง เอมไซม์ที่จำเป็นในการย่อยสารอาหารโปรตีน คาร์โบไฮเดรตและไขมันให้สมบูรณ์ รวมทั้งสร้างสารละลายที่เป็นด่าง (alkaline fluid) เพื่อช่วยให้ pH ส่วน duodenum เหมาะสมที่จะให้เอนไซม์ทำงานได้

ตับ ยังมีหน้าที่สำคัญนอกเหนือจากการสร้างน้ำดี คือ เปลี่ยนแปลงสารอาหารที่ถูกดูดซึมจากทางเดินอาหารให้อยู่ในสภาพที่เซลล์ของร่างกายสามารถนำไปใช้ได้ โดยตับจะทำหน้าที่ส่งสารอาหารไปในกระแสเลือด หรืออาจจะสะสมไว้ใช้ยามจำเป็น

3.3.1 การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติในหน้าที่ของตับ (Alteration in hepatic function)

ตับเป็นอวัยวะประเภทต่อมที่ใหญ่ที่สุดในร่างกาย มีน้ำหนักประมาณ 1500 กรัม ตับประกอบด้วย lobes ข้างซ้ายและข้างขวา ซึ่ง lobes ขวาจะประกอบด้วย 2 lobe เรียก quadrate และ caudate แต่ละ lobe ประกอบด้วยหน่วยหลาย ๆ หน่วยเรียก lobules ในตับคนที่มีประมาณ 50,000 – 100,000 lobules ซึ่งอยู่รอบ ๆ central vein และต่อไปยัง inferior vena cava ตับได้รับเลือดมาเลี้ยงมากถึงร้อยละ 30 ของเลือดที่ออกจากหัวใจ หรือประมาณนาที่ละ 1500 มล. โดยมาจาก hepatic artery 500 มล. มีออกซิเจนมากและแรงดันสูง และมาจาก portal vein 1000 มล. ซึ่งมาจากกระเพาะอาหารและลำไส้ ร้อยละ 850 จากม้ามและตับอ่อน ร้อยละ 20 จะมีสารอาหารมากแรงดันต่ำ แต่ละ lobules ของตับประกอบด้วย sinusoids, hepatic cells, bile capillaries

เซลล์ตับจะสร้างน้ำดีตลอดเวลา แล้วส่งออกทาง bile canaliculi แล้วในที่สุดจะถูกส่งไปยัง common bile duct เข้าสู่ duodenum ในขณะที่มีการย่อยหรือส่งไปยังถุงน้ำดี เก็บสะสมไว้และทำให้เข้มข้น จะถูกนำมาใช้เมื่อถูกกระตุ้น

ตับมีหน้าที่สำคัญหลายอย่างที่มีความจำเป็นในการดำรงชีวิต ได้แก่ เมตาบอลิซึมของสารอาหารหลายอย่าง สร้างโปรตีนหลายชนิด สร้างน้ำดี กำจัดสารพิษ และยังเป็นแหล่งสำรองเลือด ดังนั้นเมื่อเกิดพยาธิสภาพของตับ ทำให้การทำงานของตับผิดปกติไป ในที่นี้จะกล่าวเฉพาะที่พบปัญหา

1) ภาวะสมองเสื่อมจากโรคตับ (Hepatic Encephalopathy)

ภาวะสมองเสื่อมจากโรคตับ เป็นกลุ่มอาการทางจิตประสาท (neuropsychiatric syndrome) อันเนื่องมาจาก acute liver failure หรือ chronic parenchymal liver disease เช่น cirrhosis ภาวะนี้สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ ถ้ากำจัดหรือลดปริมาณสารพิษที่เป็นต้นเหตุ

ภาวะโรคตับเรื้อรัง (Cirrhosis) มักจะก่อให้เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับ portal hypertension, และ encephalopathy ซึ่งมักจะเรียกรวมว่า portal – systemic encephalopathy (PSE) ปกติตับมีหน้าที่เกี่ยวกับ metabolism, transformation และ toxification ทั้งสารพิษจากภายนอกและที่เกิดจากภายในร่างกาย เมื่อเกิดความผิดปกติขึ้น จึงถูกลำเลียงจาก portal circulation และ systemic circulation ซึ่งพิษดังกล่าวจะก่อให้เกิดผลกระทบ

ต่อสมองและระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งไม่สามารถอธิบายกลไกได้ทั้งหมด อาการและอาการแสดงจะแสดงได้ทั้งระบบประสาทและการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ ซึ่งสามารถแบ่งความรุนแรงของภาวะนี้ได้ 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 สับสนเล็กน้อย ซึมเศร้า ไม่มีสมาธิในการทำงาน นอนไม่หลับตอนกลางคืน ตื่นนอนกลางวัน พูดซ้ำ มีอาการสั่นกระพือของมือ (Flapping tremor)

ระดับที่ 2 ซึม สับสน เชื่องช้า สมองง่าย บุคลิกภาพเปลี่ยน พฤติกรรมไม่เหมาะสม เลอะเลือน หายใจมีกลิ่นหวาน เอียนคล้ายผลไม้หวานหมักเน่า (Fetor hepaticus)

ระดับที่ 3 ซึมและสับสนมาก นอนหลับตลอดเวลาแต่ปลุกตื่น เลอะเลือนมาก รีเฟล็กซ์

ระดับที่ 4 หมดสติ อาจครางหรือพลิกตัวเมื่อทำให้เจ็บหรือไม่รู้สึกร่างกาย

สารที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุและเกี่ยวข้องกับการเกิด hepatic encephalopathy ได้แก่

1. แอมโมเนีย (ammonia) สารแอมโมเนียในร่างกายส่วนใหญ่ถูกสร้างขึ้นที่ลำไส้ใหญ่จาก metabolism proteins, การแตกทำลายของเม็ดเลือด, การแตกตัวของสารยูเรีย เมื่อระบบไหลเวียนเลือดในตับผิดปกติร่วมกับการทำงานของเซลล์ตับผิดปกติ สารแอมโมเนียจึงลัดเข้าสู่ระบบไหลเวียน ทำให้เกิดความผิดปกติขึ้น สารแอมโมเนียมีผลต่อวัฏจักรการสร้างพลังงาน (tricarboxylic acid cycle) ในสมอง ทำให้สมองขาดพลังงาน ซึ่งทำให้เกิดการคั่ง และ/หรือ มีการเปลี่ยนแปลงสารบางตัวทำให้เป็นพิษต่อเซลล์สมอง
2. การรับประทานอาหารโปรตีนมากเกินไปจะทำให้เพิ่มแอมโมเนียและสารพิษไนโตรเจนอื่นๆ
3. ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร เช่น จาก esophageal varices
4. ท้องผูก เนื่องจาก colon เป็นแหล่งใหญ่ในการผลิตแอมโมเนีย ซึ่งได้จากการเปลี่ยนยูเรียโดยเอนไซม์ urease ของแบคทีเรีย อีกส่วนหนึ่งมาจากสารประกอบไนโตรเจน ภาวะท้องผูกจึงทำให้แบคทีเรียในลำไส้มีโอกาสเปลี่ยนสารประกอบต่าง ๆ เป็นแอมโมเนียมากขึ้น
5. การให้เลือดที่เก่าเก็บจะมีแอมโมเนียในปริมาณสูง เนื่องจากมีการ hydrolysis ของสารที่ไม่คงตัวบางอย่างในเลือด
6. ยาชนิดต่าง ๆ ได้แก่ ยาขับปัสสาวะ (thiazide diuretics) ยากดประสาท (sedative) ยากล่อมประสาท (tranquilizer) ยาแก้ปวด (analgesics) ยาขับปัสสาวะทำให้ความเป็นด่างต่ำจากโปตัสเซียมต่ำ เพิ่มการสร้างแอมโมเนียที่ไต

การวินิจฉัยโรค

1. จากอาการและอาการแสดง
2. มีแอมโมเนียในเลือดสูง
3. น้ำไขสันหลัง มี glutamine
4. โปตัสเซียมต่ำ
5. ร่างกายมีภาวะด่างหรือกรดอ่อน ๆ (mild acidosis)

การรักษา

เนื่องจากไม่มีการรักษาที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วย ดังนั้นเป้าหมายสำคัญคือ พยายามรักษาประคับประคองชีวิต และฟื้นฟูในเซลล์กลับมามีการทำงานได้อย่างเดิม

การจัดลำดับความสำคัญของการรักษา

1. ดูแลเรื่องการหายใจและระบบไหลเวียน (ventilation and hemodynamic)
2. ควบคุมดูแลเรื่องการมีเลือดออกจากทางเดินอาหาร (gastrointestinal bleeding)
3. ป้องกันการติดเชื้อ
4. ดูแลเรื่องโภชนาการ ส่งเสริมภาวะภูมิคุ้มกัน
5. ลดแอมโมเนีย
6. ควบคุมสมดุลสารน้ำ / อิเล็กโทรไลต์

ผลกระทบของภาวะสมองเสื่อมจากโรคตับต่อแบบแผนสุขภาพ

การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ : จากการที่เป็นโรคเรื้อรังต้องเข้า – ออกโรงพยาบาลบ่อยครั้งและเป็นประจำ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง ด้วยอาจคิดว่าจะเป็นเหมือนครั้งก่อน ๆ เดียวก็ได้กลับบ้าน จึงเอาใจใส่ต่อตัวเองลดลง เมื่อดูแลไม่เหมาะสมร่วมกับภาวะสุขภาพที่อ่อนเพลีย, ทรุดโทรม เคลื่อนไหวลำบาก อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนง่าย

1. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร : เนื่องจากตับทำหน้าที่เกี่ยวกับ metabolism ทั้งโปรตีน คาร์โบไฮเดรตและไขมัน ภาวะตับวายทำให้การเผาผลาญสารอาหารลดลง ร่วมกับการมีอาการคลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร ท้องอืด อาหารไม่ย่อย ผู้ป่วยจึงขาดสารอาหาร ร่างกายทรุดโทรม ชูบผอม น้ำหนักตัวลด ร่วมกับภาวะเสียสมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ตัวและตาเหลืองจากความผิดปกติของการสร้างและขับน้ำดี ชีตจากตับสะสมเหล็ก, วิตามิน บี 12 ลดลง
2. การขับถ่าย จะเปลี่ยนแปลงเกิดได้ทั้งท้องเสียและท้องผูก หรือการขับปัสสาวะลดลง
3. กิจกรรมและการออกกำลังกาย ความสามารถในการทำกิจกรรมจะลดลง อ่อนเพลีย ชูบผอม ท้องบวมโต ความสามารถในการหายใจลดลง ปอดแฟบจากท้องบวมดันกระบังลม อาจพบในน้ำในช่องปอด เนื่องจากความดันออสโมติกในหลอดเลือดลดลง (ตับสร้าง albumin ลดลง) เลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ลดลง
4. การพักผ่อนนอนหลับ ถูกรบกวนจากอาการคัน, แสบอึดอัด ความวิตกกังวล
5. สติปัญญาและการรับรู้ ระดับความรู้สึกรู้ตัวและสติปัญญาลดลง บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง อารมณ์แปรปรวนจากภาวะพิษของแอมโมเนีย
6. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ สภาพร่างกายเปลี่ยนแปลง ก่อให้เกิดความรู้สึกต่อตัวเองในด้านลบ สูญเสียภาพลักษณ์
7. บทบาทและสัมพันธภาพลดลง เนื่องจากไม่สามารถกระทำบทบาทได้ตามบุรณ
8. เพศและการเจริญพันธุ์ลดลง เนื่องจากสมรรถภาพทางเพศลดลง ประจำเดือนเปลี่ยนแปลง

หลักการพยาบาล

เนื่องจากภาวะ Hepatic encephalopathy เป็นผลมาจากการเป็นโรคตับอักเสบและโรคตับเรื้อรังจนกระทั่งตับวาย ดังนั้นช่วงระยะเวลาการเจ็บป่วยจึงเป็นช่วงเวลาที่ยาวนาน พยาบาลที่ดูแลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจใน

โรคที่เป็นต้นเหตุ ทั้งด้านพยาธิสรีรวิทยา จิตวิทยา ทั้งของผู้ป่วยและครอบครัวประเด็นสำคัญ พยาบาลต้องประเมินสภาพผู้ป่วยและครอบครัวให้ได้ ก่อนที่จะวางแผนและให้การพยาบาลต่อไป

ดังนั้น การพยาบาลจึงเน้นเรื่องการดูแลระดับประคองชีวิต ให้กำลังใจและส่งเสริมการฟื้นฟูร่วมกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยตับวายและภาวะสมองเสื่อมจากโรคตับ

1. เสี่ยงสมดุลงสารน้ำจาก.....

1.1 ภาวะท้องมาน 1.2 อัลบูมินในเลือดต่ำ 1.3 การมีเลือดออกในทางเดินอาหาร

การพยาบาล

1. ประเมินสภาพผู้ป่วยว่าอยู่ในระดับใด

2. เช็กสัญญาณชีพ

- ถ้าพบ HR. เร็วขึ้น อาจบ่งบอกภาวะ การปรับตัวเพื่อรักษา Cardiac Output

- ถ้าพบ BP ลดลง (10 – 15 mmHg) อาจบ่งบอกถึงการไหลเวียนลดลง หรือ intravascular volume ลดลง

2. เสี่ยงสมดุลงสารน้ำและอิเล็กโตรไลต์

การพยาบาล

1. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2. ประเมินติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

3. ประเมินติดตามค่า hemodynamic ต่าง ๆ เช่น CVP, PCWP ค่าเหล่านี้ จะทำให้พยาบาลสามารถประเมินภาวะ hypovolemic shock, fluid overload

4. ประเมินสภาพระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย

5. ประเมินการทำงานของไต

6. ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงสมดุลงสารน้ำและอิเล็กโตรไลต์

7. ดูแลการได้รับสารน้ำ (1,000 – 1,500 ml/day) เพื่อลดภาวะ ascites และดื่มน้ำกลับเข้าสู่ระบบไหลเวียน

8. ควบคุมให้ได้ Sodium ~ 200 – 500 mg/day

9. ดูแลการได้รับ diuretic และการได้รับ potassium ขาดเสีย

10. ให้อาา inotropic agent และ vasopressor (low dose dopamine) เพื่อเพิ่ม CO และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของไต

11. ให้โปรตีนขาดเสีย เพื่อรักษาความดัน colloidal osmotic ของหลอดเลือดเพื่อดึงน้ำกลับเข้าสู่หลอดเลือด

3. การหายใจไม่มีประสิทธิภาพ จาก.....

3.1 ภาวะ ascites 3.2 กล้ามเนื้ออ่อนแรง

การพยาบาล

1. ประเมินการหายใจ

- การใช้ accessory muscle
 - breath sound
 - ลักษณะการหายใจ
 2. ติดตามค่า ABG
 3. ประเมินติดตาม ภาวะ perfusion และ oxygenation
 - mental status
 - cardiovascular function
 - I/O, body weight
 - Hb, Hct., electrolyte.
 4. จัดท่าที่สุขสบาย semi – fowler's position
 4. มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว จาก.....
 - 4.1 ระดับแอมโมเนียสูงในเลือด
- การพยาบาล
1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว / ระดับของอาการ
 2. ติดตามค่า serum ammonia
 3. ตรวจ EEG (electroencephalogram)
 4. ควบคุมการมีเลือดออกในทางเดินอาหารหรืออื่น ๆ เพื่อลดปัจจัยในการสร้างแอมโมเนีย
 5. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา
 6. ควบคุมอาหารโปรตีน
 7. เพิ่มคาร์โบไฮเดรต, กลูโคส : เพื่อให้พลังงาน และลดการสลายโปรตีนในตับ
 8. หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่เป็นอันตรายต่อดับ เช่น aminoglycoside, sedative
 9. ดูแลสิ่งแวดล้อม เพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย
 10. ดูแลความสุขสบายทั่ว ๆ ไป

หมายเหตุ

Lactulose ช่วยลดภาวะแอมโมเนียคั่ง ซึ่งจะใช้เป็นยาถ่าย โดย Lactulose จะถูกแบคทีเรียในลำไส้สลายให้เป็นแลกเตต (Lactate) และกรดอินทรีย์อื่น ๆ ทำให้ pH ในลำไส้ลดลง ลดการสร้างแอมโมเนีย และเพิ่มการขับถ่ายแอมโมเนียทางอุจจาระ ยานี้อาจทำให้ท้องเฟ้อ แน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน

5. มีโอกาสเลือดออกง่าย เนื่องจากตับไม่สามารถสังเคราะห์วิตามิน K ได้

การพยาบาล

1. ประเมินสภาพว่ามีเลือดออกตำแหน่งใดบ้าง
2. ดูแลให้ได้รับวิตามิน K ตามแผนการรักษา

3. ให้ยาระงับการหลั่งของกรดจากกระเพาะอาหาร
4. ติดตามค่า PT, PTT
5. ถ้าเลือดออก ควรได้เลือดสดเชย ควรให้พลาสมา, Pack red cell

สรุป

จะพบว่าภาวะสมองเสื่อมจากโรคตับเป็นโรคที่เกิดจากภาวะการอักเสบเฉียบพลันหรือโรคเรื้อรังของตับ ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบประสาท การทำงานของไต และการไหลเวียน โดยมากจะเกิดกับวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และเป็นคนที่สุขภาพแข็งแรงมาก่อนและเป็นเหตุของการเสียชีวิตสูง หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ทันเวลาที่และถูกต้อง ขณะเดียวกันรูปแบบการรักษาก็จะเป็นลักษณะการประคับประคองมากกว่าการรักษาที่เฉพาะดังนั้นผู้ที่ดูแลจึงต้องเอาใจใส่และระมัดระวังภาวะแทรกซ้อน และดูแลการฟื้นฟู โดยให้กำลังใจและให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพ

2) ภาวะตับแข็ง (cirrhosis)

ภาวะตับแข็งเป็นโรคเรื้อรังที่มีการทำลายเซลล์อย่างต่อเนื่อง (Degeneration) และมีการสร้างเนื้อเยื่อพังผืด (Fibrosis) มาแทนที่เซลล์ปกติ ซึ่งมีการทำลายหน้าที่การทำงานของเซลล์ และอาจพบว่ามีเซลล์ไขมันมาเกาะในบริเวณเนื้อตับ ซึ่งล้วนแต่ทำให้เซลล์ที่ปกติจะนุ่มกลายเป็นเซลล์ที่แข็งตัว ความผิดปกติของภาวะตับแข็งแบ่งตามสาเหตุได้ดังนี้

1. สาเหตุจากแอลกอฮอล์ (Alcoholic cirrhosis) เป็นสาเหตุที่พบบ่อย และมักพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง จะพบได้ในผู้ที่ดื่มสุราอย่างมา
2. สาเหตุจากการติดเชื้อ / อักเสบเรื้อรัง (Necrotic cirrhosis) พบได้ทั่วไปสาเหตุจากการติดเชื้อไวรัสหรือต้องทำงานอยู่ท่ามกลางเชื้อหรือ toxin ของโรค (Hepatotoxin) เนื้อตับเมื่อมีการติดเชื้อหรือการอักเสบจะกลายเป็นร่องรอยโรคหรือแผลเป็น (Scar)
3. สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการอุดตันของท่อน้ำดี (Biliary cirrhosis) สาเหตุนี้มักพบในเพศหญิง การอุดตันของท่อน้ำดีอาจเกิดจากก้อนนิ่ว, ก้อนเนื้องอกหรือการตีตันของท่อน้ำดี บางครั้งอาจพบว่า การติดเชื้อบริเวณท่อน้ำดีก็ก่อให้เกิดการอุดตันได้ (Cholangitis) แต่สาเหตุนี้จะพบได้น้อยกว่า 2 สาเหตุแรก

พยาธิสรีรวิทยา

เมื่อเซลล์ถูกทำลาย (destruction) ไม่ว่าจะโดยสาเหตุใด ๆ ข้างต้น จะก่อให้เกิดความผิดปกติในการทำหน้าที่ (Function) อันเนื่องมาจากมีการกระบวนการอักเสบ (Inflammation) หรือการสร้างเนื้อเยื่อพังผืด (Fibrosis regeneration) ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ ซึ่งจะถูกแทนที่ด้วยเนื้อเยื่อพังผืด เซลล์ก็จะแข็งขึ้น ทางเดินน้ำดีภายในตับก็จะถูกเบียดอัดและอุดตัน เกิดภาวะตีตันและความดันในหลอดเลือดพอร์ทัลสูงขึ้น ร่างกายมีการปรับชดเชย มีการสร้างทางลัดเลือดไม่ผ่านตับ ยิ่งทำให้เซลล์ขาดออกซิเจน และเสื่อมสภาพต่อมา

อาการและอาการแสดง

ระยะเริ่มแรก (Early stage) เซลล์ถูกทำลายไม่มาก ยังสามารถทำงานได้ผู้ป่วยจะมาด้วยอาการปวดท้อง (Abdominal pain) อาจจะบอกว่า ปวดแน่นอึดอัดบริเวณตำแหน่งของตับ ซึ่งบอกถึงขนาดของตับที่โตขึ้น คลำได้ง่ายกว่าปกติ

ระยะหลัง (Later stage) ผู้ป่วยมักมีอาการเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องอืด รู้สึกเหมือนอาหารไม่ย่อย เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด มีภาวะท้องมานน้ำ (Ascites) คลำตับม้ามได้โตและมีอาการหลอดเลือดฝอยขยาย พบได้บริเวณท้อง หน้าอกหรือแผ่นหลัง อาการต่าง ๆ บอถึงความล้มเหลวของการทำหน้าที่ของเซลล์ ต่อมามีอาการจะกระทบถึงอวัยวะอื่น ๆ เช่น ม้าม, หลอดอาหาร, หลอดเลือด เช่น อาจพบอาการซีด (Anemia) เนื่องจากมีการสร้าง RBC น้อยลง มีปัญหาเลือดหยุดยาก เนื่องจากเกล็ดเลือด (Platelet) ต่ำ และเซลล์ไม่สามารถดูดซึมวิตามิน K ได้ตามปกติหรือขาดหน้าที่ในการสังเคราะห์ปัจจัย Clotting factor ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ผู้ป่วยตับแข็ง มีปัญหาเรื่องภาวะตกเลือด ซึ่งพอจะสรุปอาการที่อาจตรวจพบได้ดังนี้

1. เซลล์โตขึ้น (Liver enlargement)
2. มีการอุดตันของระบบหลอดเลือดพอร์ทัล (Portal obstruction and ascites) และภาวะท้องมาน
3. การติดเชื้อ (Infection and Peritonitis)
4. เลือดออกในทางเดินอาหาร (GI varices)
5. ขาดวิตามินและภาวะซีด (Vitamin deficiency and anemia)
6. ความรู้สึกร่างกายเปลี่ยนแปลง (Mental deterioration)

การวินิจฉัย

เริ่มจากการประเมินอาการผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาล จะให้ประวัติต่าง ๆ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงของระบบอาหารเป็นส่วนใหญ่ เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน อ่อนเพลีย อ่อนล้า ท้องอืด อาจมีท้องผูกหรือท้องเสียร่วมด้วย ซึ่งเป็นอาการในระยะแรก

หากผู้ป่วยมาในระยะหลังของโรคอาการต่าง ๆ จะยังคงอยู่ แต่จะเพิ่มความรุนแรงขึ้นและหรือผู้ป่วยจะบอถึงอาการอ่อนเพลียมากจนไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยทำมาก่อน

ส่วนอาการที่ตรวจพบ (objective data objective) จะพบว่าผู้ป่วยจะมีอาการซีด ตัวและ ตาเหลือง (jaundice) ถ้าระยะหลัง ๆ จะพบผื่นคัน ถ่ายปัสสาวะเป็นเลือด ตรวจพบ spider nevi หรือมีเลือดออกตามไรฟันหรือตามจุดต่าง ๆ ถ้าอาการหนักมาก ๆ ผู้ป่วยจะซึมซึ่งเป็นภาวะที่มีของเสียคั่งในกระแสเลือด (encephalopathy)

การรักษา

จุดประสงค์ของการรักษา เมื่อวินิจฉัยโรคได้แล้วคือ พยายามขจัดสาเหตุและลดการทำลายของเซลล์ และเพิ่มความสมบูรณ์ให้กับร่างกาย

1. การดูแลเรื่องอาหาร (Diet therapy) เพื่อลดปัญหาการขาดอาหาร (malnutrition) และส่งเสริมการทำงานของเซลล์จากการเสื่อม และป้องกันภาวะท้องมานหรือมีการคั่งของของเสียในร่างกาย ซึ่งควรจัดให้ผู้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีแคลอรีสูง (2,500 – 3,000 calories / day) โปรตีนปานกลาง 75 gm / day อาหารควรเป็นไขมันต่ำและจำกัดเกลือ (1,000 – 2,000 mg / day) อาหารควรเสริมวิตามินและกรดโฟลิก

กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียน อาจพิจารณาให้ยาต้านการอาเจียน พวก diphen hydrazine (benadryl) หรือ dimenhydrinate (Dramamine)

2. การดูแลเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน

1. ภาวะท้องมาน (ascites) ซึ่งเป็นภาวะที่น้ำมีในช่องท้อง เนื่องจากร่างกายสูญเสียโปรตีนและมีความดันใน portal vein สูงขึ้น การรักษาจะขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยในระยะแรก อาจให้ ผู้ป่วยนอนพักในท่า Fowler's position และดูแลจำกัดปริมาณสารน้ำเข้าสู่ร่างกาย ทำบันทึกปริมาณสารน้ำเข้า – ออกจากร่างกาย (I / O) ดูแลให้ได้รับยาขับปัสสาวะ (diuretic therapy) ยาที่สามารถเลือกใช้คือ aldactone 300 – 1,000 mg / day ยาอื่น ๆ เช่น Lasix หรือ hydrochlorothiazide

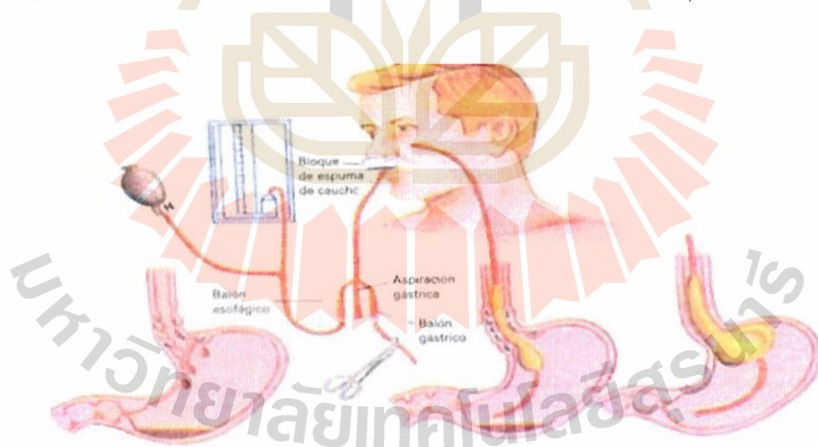
นอกจากนี้แล้ว ควรพิจารณาให้โปรตีนทดแทนด้วย คือ albumin เพื่อรักษาคูลของ

ปริมาณเลือด (plasma volume) ทั้งนี้เพราะร่างกายมีการสูญเสียจากยาขับปัสสาวะ หากผู้ป่วยมีอาการอึดอัดมาก อาจพิจารณาการเจาะท้องเพื่อระบายน้ำออก (paracentesis)

2. ภาวะมีเลือดออกในทางเดินอาหาร (esophageal varices) สาเหตุเกิดจากภาวะความดันในเส้นเลือดพอร์ทัลที่สูงขึ้น ทำให้หลอดเลือดบริเวณหลอดอาหารมีการขยายตัวขึ้น การแตกของหลอดเลือดอาจเกิดขึ้นซ้ำ ๆ หรือทันที การแตกอาจเกิดจากการเพิ่มความดันจากการไอ, จาม การคลื่นไส้อาเจียน การเบ่งถ่าย การแตกของหลอดเลือดอาจไม่มีอาการเจ็บปวดนมาก่อนได้

การรักษาในภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารถือเป็นภาวะเร่งด่วน ผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องใส่ท่อทางเดินหายใจ และเร่งควบคุมการออกของเลือด ซึ่งการใส่ endoscope จำเป็นเพราะจะทำให้รู้ตำแหน่งเลือดออกชัดเจนขึ้น ขณะเดียวกันผู้ป่วยควรได้รับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เพื่อพิจารณาให้สารน้ำทดแทนหรือเลือดทดแทน

ขณะเดียวกันอาจพิจารณาให้ยา vasopressin เข้าทางหลอดเลือดดำเพื่อช่วยในการหยุดไหลของเลือด หากไม่สามารถควบคุมได้ อาจพิจารณาให้ยา vasopressin โดยตรงต่อ superior vena cava เพื่อ stopped bleeding นอกจากนี้ การใส่ Sengstaken – Blakemore tube เป็นอีกทางเลือกหนึ่งเพื่อช่วยหยุดการไหลของเลือด



รูปที่ 5 แสดงการใส่ Sengstaken – Black mors tube

ที่มา : Castledine, G. and Close, A. (2018). Nursing patients with nutritional and gastrointestinal problems. In Oxford Handbook of Adult Nursing. Flynn, M. & Mercer, D. (eds). Oxford: Oxford University Press

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร ควรดูแลให้ผู้ป่วยได้พักอย่างเพียงพอ จัดให้ออนซีรีสูง 30 – 45 องศา เพื่อหลีกเลี่ยงการสูดสำลักเอาเลือดหรือสารคัดหลั่งจากกระเพาะอาหาร และยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหายใจได้สะดวก ดูแลเรื่องการให้ออกซิเจน ทดแทน, การให้เลือดซึ่งควรเป็นชนิด fresh whole blood เพราะมีปัจจัยต่าง ๆ ครบถ้วน ลดการสูญเสียสมดุลอิเล็กโตรลัยต์ด้วย และยังช่วยป้องกันการเกิดภาวะ ammonia คั่งจากการได้เลือดเก่าด้วย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะตับเสียหายที่

1. ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอตามความต้องการของร่างกายจาก.....

- เบื่ออาหาร
- คลื่นไส้อาเจียน
- รับประทานได้น้อย
- ท้องอืด

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ได้รับสารอาหารเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. น้ำหนักตัวไม่ลดกว่าเดิม
2. รับประทานอาหารได้มากกว่า ร้อยละ 50

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลชั่งน้ำหนักผู้ป่วย
2. ดูแล mouth care ให้ก่อนมื้ออาหาร เพื่อให้กระตุ้นความอยากอาหาร และสดชื่น
3. ดูแลให้ยาด้านอาเจียนก่อนมื้ออาหาร เพื่อหลีกเลี่ยงการคลื่นไส้อาเจียน
4. จัดอาหารที่ผู้ป่วยชอบให้ทีละน้อย แต่บ่อยครั้งขึ้นเพื่อลดอาการท้องอืด หรือแน่นอึดอัด

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ ร้อยละ 50 – 70
2. น้ำหนักตัวไม่ลด
2. มีภาวะน้ำเกิน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของกลไกทางสรีระของร่างกาย

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยมีปริมาณของน้ำและอิเล็กโตรลัยต์ปกติ

เกณฑ์ประเมินผล

1. มีความสมดุลของปริมาณน้ำที่ร่างกายได้รับและขับออก
2. จำนวนสารอิเล็กโตรลัยต์อยู่ในระดับปกติ
3. ความยาวของรอบท้องลดลง
4. น้ำหนักลดลง 0.5 – 1 กิโลกรัมต่อวัน จนกระทั่งอยู่ในระดับปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. บันทึกจำนวนน้ำที่ผู้ป่วยได้รับและเสียไปแต่ละวัน

2. ชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน
3. จำกัดจำนวนสารน้ำที่ผู้ป่วยควรได้รับในแต่ละวัน รวมทั้งการจำกัดน้ำที่เข้าไปพร้อมกับอาหารที่รับประทาน
4. พยาบาลควรรู้ค่าปกติของค่าทางห้องปฏิบัติการแจ้งผู้ป่วยต้องการที่จะรู้ บอกให้รู้ถ้ามีความผิดปกติ
5. สังเกตลักษณะและตำแหน่งของการบวม ควรบันทึกแต่ละวันและเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง
6. ติดตามอาการเหลืองตามผิวหนัง และตาขาวติดตามคูสี, กลืนและลักษณะของอุจจาระสังเกตสีของปัสสาวะซึ่งบ่งชี้การทำลายของตับที่เพิ่มขึ้น
7. วัดรอบท้องทุกวันโดยวัดรอบท้องตามแนวระดับสะดือเสมอ
8. ให้อาหารผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมการขับปัสสาวะ สังเกตอาการข้างเคียงของการใช้ยา เช่น ภาวะโปแตสเซียมและโซเดียมต่ำ

3. การหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากปอดขยายตัวได้ลดลงเพราะมีน้ำในช่องท้อง อ่อนเพลียไม่มีแรง
 วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์ประเมินผล

1. ผู้ป่วยหายใจได้สะดวกและสม่ำเสมอ
2. ปริมาณของก๊าซในเลือดอยู่ในระดับปกติ
3. ฟังและเคาะปอดได้ชัดเจน

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงการหายใจดีขึ้นจะเกิดได้บ่อยเนื่องจากการมีน้ำในช่องท้อง
2. สังเกตการเปลี่ยนแปลงการหายใจ, ภาวะเขียว
3. จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงน้อยจนถึงสูงมากเท่าที่ผู้ป่วยทนได้หนุนหลังและแขนเพื่อให้ปอดขยายตัวได้มากที่สุด
4. วางสิ่งของให้ผู้ป่วยหยิบจับได้ง่าย
5. พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง กระตุ้นให้หายใจลึก ๆ และจัดทำเพื่อให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่
6. ฟังปอดแต่ละข้างเพื่อติดตามเสียงหายใจที่ผิดปกติและการหายใจลดลง
7. ติดตามผลของแก๊สในเลือดเพื่อติดตามการทำหน้าที่ของระบบทางเดินหายใจบกพร่อง
8. ติดตามสัญญาณชีพโดยเฉพาะอัตราการหายใจและอุณหภูมิและแนวโน้มการติดเชื้อของปอด
9. ให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพื่อป้องกันการมีออกซิเจนในเลือดต่ำ
10. ช่วยแพทย์ในการเจาะท้องเพื่อลดน้ำในช่องท้องและลดแรงกดบนไดอะแฟรม

4. ผิวหนังมีโอกาสเกิดบาดแผลและติดเชื้อ เนื่องจากผิวหนังบวม มีการคั่งของน้ำดี หรือมีการถลอก และมีภาวะ
 ซีด

วัตถุประสงค์ : ผิวหนังผู้ป่วยปกติ

เกณฑ์ประเมินผล

1. ไม่เกิดภาวะผิวหนังแตกหรือมีแผลกดทับหรือการติดเชื้อ
2. ผู้ป่วยบอกว่าอาการคันทุเลาลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. บอกผู้ป่วยโรคตับให้ทราบถึงโอกาสที่ผิวหนังจะแตก เนื่องจากการขาดอาหาร, ผิวหนังบวม, กล้ามเนื้อลีบอ่อนแรงและการเคลื่อนไหวลำบาก

2. พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงและหลีกเลี่ยงการกดทับบริเวณหลังให้มากที่สุด

3. ใช้ที่นอนลม หรือฟองน้ำกับผู้ป่วย

4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยออกกำลังกายข้อเพราะมีความจำเป็นปรึกษากับแพทย์หรือนักกายภาพบำบัดถึงวิธีการออกกำลังกายข้อที่เหมาะสม

5. รักษาอุณหภูมิห้องให้เย็น การระบายอากาศสะดวก

6. ทาครีมเพื่อลดการระคายเคืองของผิว

7. นวดผิวหนังเบา ๆ โดยใช้แป้งที่เป็นร่วน ๆ หรือแป้งข้าวโพด หลีกเลี่ยงการใช้สบู่หรือใช้แอลกอฮอล์นวดหลัง เพราะทำให้ผิวแห้ง รักษาผิวหนังให้แห้ง ชุ่มชื้นป้องกันผิวหนังแตก

8. ตัดเล็บผู้ป่วยให้สั้น

9. ให้ยาบรรเทาอาการคันเช่น ไดเฟนไฮดรามีน (Diphenhydramine) หรือ เบนาดิล (Benadyl) ถ้าผู้ป่วยมีอาการคันรุนแรง

5. มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว เนื่องจากสับสน ซึม จากการเพิ่มของแอมโมเนีย

วัตถุประสงค์ : ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยไม่เปลี่ยนแปลง

เกณฑ์ประเมินผล

1. ระดับของแอมโมเนียในเลือดปกติ

2. ระดับความรู้สึกตัวดี จำบุคคลสถานที่และเวลาได้ดี พูดคุยโต้ตอบได้ดี

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการเริ่มแรกของอาการทางสมองรวมทั้งการพูดมากเกินไปความจริง พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การตื่นตระหนก การกระสับกระส่าย การตัดสินใจไม่ดี

2. สังเกตและบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกตัวของผู้ป่วยทุกหนึ่งชั่วโมง

3. สังเกตอาการที่มีแนวโน้มจะมีการทางสมองรวมทั้งอาการคลื่นไส้และอาเจียน มีไข้ต่ำ ท้องเสีย การปวดท้องและเจ็บในท้อง

4. ให้ยาแก้ปวด ยานอนหลับ ยากล่อมประสาทด้วยความระมัดระวัง

5. ติดตามผลห้องปฏิบัติการเช่น ค่าของแอมโมเนีย สารโปแตสเซียมและปริมาณแก๊สในเลือด

3) ภาวะท้องมาน (Ascites)

ภาวะท้องมานเป็นการสะสมของของเหลวในช่องท้องซึ่งไม่สามารถไหลไปที่อื่นไป ทำให้ปริมาณของเหลวที่ใช้ในการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายเสียไป สาเหตุท้องมานที่พบได้บ่อยคือโรคตับแข็งผู้ป่วยที่มีภาวะท้องมาน ร้อยละ 25 จะสูญเสียชีวิตภายใน 1 ปี โดยเฉพาะในคนที่ยังคงดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง

สาเหตุและกลไกการเกิดท้องมาน

ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะท้องมานมีหลายอย่าง ได้แก่

1. Portal hypertension พบในผู้ป่วยโรคตับแข็ง ตับบวมจากหัวใจล้มเหลว เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (constrictive pericarditis) การตีบตันของ hepatic vein และ inferior vena cava รวมทั้งผู้ป่วยที่มีการอุดตันของ portal vein
2. แอลบูมินในเลือดต่ำ colloidal osmotic pressure ในพลาสมาต่ำลงทำให้สารน้ำไหลซึมจากหลอดเลือดฝอยเข้ามาในช่องท้อง ภาวะ portal hypertension และแอลบูมินในเลือดต่ำมีผลทำให้ hydrostatic pressure ในระบบพอร์ทัลสูง ดังนั้นความดันในหลอดเลือดฝอยในช่องท้องสูง ทำให้รั่วออกสู่ช่องท้องทาง splanchnic capillary bed และภาวะ portal hypertension ยังไปมีผลทำให้มีการสร้างน้ำเหลืองเพิ่มขึ้นและเข้าสู่ช่องท้องด้วย
3. การสะสม hormone ควบคุมความสมดุลของโซเดียมและน้ำ การที่มีปริมาณของฮอร์โมน aldosterone และ antidiuretic เพิ่มขึ้นในเลือดจากไปกระตุ้นให้ไตมีการดูดซึมกลับของโซเดียมและน้ำเพิ่มขึ้น ในผู้ป่วยโรคตับแข็งจะมีฮอร์โมนเหล่านี้สูง เพราะตับไม่สามารถทำลาย aldosterone และ renin เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะท้องมาน หรือทำให้ภาวะท้องมานที่มีอยู่แล้วเพิ่มมากขึ้น

นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีสภาวะท้องมานมากพบว่า ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงไต และอัตราการกรองผ่านไตลดลง และจะไปกระตุ้นให้มีการหลั่ง renin และ angiotensin เพิ่มขึ้น ซึ่งจะไปมีผลกระตุ้นต่อมหมวกไตให้หลั่ง aldosterone เพิ่มขึ้น ทำให้มีการคั่งของโซเดียมและน้ำมากขึ้น

สาเหตุอื่นที่ทำให้เกิดท้องมาน ได้แก่ การติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง เนื้องอก หรือมะเร็งในช่องท้อง เป็นต้น

อาการแสดงทางคลินิก

1. น้ำหนักเพิ่มขึ้นจากการสะสมของของเหลวในช่องท้อง
2. หายใจลำบาก (dyspnea) เนื่องจากของเหลวในช่องท้องประมาณ 10 – 20 ลิตร ไปดันกระบังลม ทำให้ไปลดความจุของปอดลง การจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่า semi – fowler จะช่วยลดภาวะหายใจลำบากได้บ้าง
3. หายใจเร็ว
4. บวมตามแขน ขา (peripheral edema)
5. มีไข้ หนาวสั่น ปวดท้อง การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง เมื่อเจาะเอาน้ำในช่องท้องออกมาจะพบว่าขุ่น เนื่องจากมีการอักเสบของเยื่อช่องท้องจากเชื้อแบคทีเรีย ทั้งนี้ อาจมีสาเหตุมาจากการเจาะช่องท้อง หรือเกิดขึ้นเอง

หลักการพยาบาล

1. ควบคุมสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ของร่างกาย เช่น การจำกัดเกลือและน้ำ การให้ยาขับปัสสาวะ การชั่งน้ำหนัก การวัดรอบท้อง
2. การดูแลผิวหนังไม่ให้เกิดบาดแผลและการกดทับ

3. ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการหายใจ เช่น การจัดท่านั่ง การสอนวิธีการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ
4. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจในการให้การพยาบาลต่าง ๆ
5. ให้การพยาบาลก่อนทำ ขณะทำและหลังทำ paracentesis

4) ฝีในตับ (Liver Abscesses)

สาเหตุ : มักจะมาจากสาเหตุการติดเชื้อในร่างกายโดยเฉพาะระบบทางเดินอาหารแล้วลุกลามต่อไปถึงตับ ซึ่งมักเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Entamoeba histolytica* สาเหตุส่งเสริมคือพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกสุขลักษณะ (poor hygiene)

พยาธิสรีรวิทยา

เมื่อแบคทีเรียเข้าสู่ร่างกาย จะมีการทำลายเซลล์โดยส่วนของ toxin ซึ่งเป็นเหตุให้เซลล์ขาดประสิทธิภาพในการป้องกันตัวเอง มีภาวะขาดเลือดไปเลี้ยงและแข็งตัว (necrotic)

ฝีที่พบอาจจะเป็นฝีเดี่ยวหรืออาจจะเป็นกลุ่มก็ได้ มีขนาดเล็กจนถึงขนาดใหญ่มาก เมื่อผ่าดูจะพบว่า มีถุงหุ้มซึ่งประกอบด้วยเนื้อเยื่อพังผืด (fibrous tissue) ส่วนเนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย ก็จะทำให้เกิดเป็นหนอง ลักษณะของหนองอาจจะเป็นสีเหลืองหรือสีเขียว และบางทีมีกลิ่นเหม็นมาก

อาการ

ผู้ป่วยที่เป็นฝีในตับ มักไม่มีอาการเด่นชัด แต่ส่วนใหญ่ที่พบก็จะมีไข้หนาวสั่น ปวดที่ชายโครงขวา และกดเจ็บ บางรายอาจพบอาการเหลือง (jaundice) ซึ่งจะพบในกรณีที่ฝีมีขนาดใหญ่ไปกดท่อน้ำดี หรือเกิดการอักเสบบริเวณท่อน้ำดี (cholangitis)

การรักษา การรักษาผู้ป่วยที่มีฝีในตับจะประกอบด้วยการรักษาดังนี้

1. การเจาะและระบายเอาหนองออก และให้ยาฆ่าเชื้อ ถ้าติดเชื้อแบคทีเรียให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม เช่น แกรมลบ (Gram negative bacilli) อาจให้แอมพิซิลลิน (Ampicillin) ร่วมกับเจนตามัยซิน (Gentamycin) ในกรณีที่เป็แกรมบวก (Gram positive cocci) อาจให้ยาขนาดสูงของเพนิซิลลิน (penicillin) หรือ เซฟาโลสปอริน (cephalosporin)

ถ้าเป็นฝีบิด การรักษาที่ได้ผลคือ เมทโรนิดาโซล (Metronidazole) วัน โดยให้ครั้งละ 200 มิลลิกรัม 4 ครั้ง เป็นเวลา 5 – 10 วัน ติดตามผลด้วยการทำอัลตราซาวด์เป็นระยะ ๆ ในกรณีที่ฝีมีขนาดใหญ่ ต้องเจาะประมาณ 2 – 3 วัน ต่อครั้ง

2. ถ้าฝีหนองใหญ่ ๆ ทำการผ่าตัดเพื่อระบายเอาหนองออก หลังผ่าตัดให้ยาฆ่าเชื้อต่อไป
3. ให้ยาฆ่าเชื้อโดยไม่ต้องระบายเอาหนองออก เป็นเวลา 2 – 3 เดือน

การตรวจทางห้องทดลอง

ตรวจการทำงานของตับ จะพบอัลคาไลน์ ฟอสฟาเตสสูงกว่าปกติ อะมิโนทรานสเฟอเรส (amino - transferase) อาจสูงกว่าปกติ (ประมาณ 2 – 3 เท่า) มีน้ำดีในเลือดสูง (hyperbilirubinemia)

การถ่ายภาพรังสีปอดจะเห็นโดยกระบังลมข้างขวา ยกขึ้นสูง ปัจจุบันนิยมการตรวจด้วยอัลตราซาวด์ (ultrasound) สามารถจะบอกตำแหน่งและขนาดรวมทั้งบอกได้ถึงความผิดปกตินั้นเป็นเนื้องอกหรือเป็นฝี การตรวจด้วยวิธี CT scan ก็จะสามารถบอกได้แม่นยำ แต่สิ้นเปลืองโดยไม่จำเป็น

การเจาะเอาหนองจากบริเวณที่กดเจ็บที่สุด พยายามดูแลเอาหนองออกให้หมด กลิ่นหนองมีความสำคัญมากถ้ากลิ่นเหม็นมากให้นึกถึงแบคทีเรียชนิด anaerobic bacteria ถ้ามีสีคล้ายกะปิให้คิดถึงฝีปอดมีบา หนองควรตรวจหาเชื้อโดย รามสแติน (gram stain) และส่งเพาะเชื้อ

ในฝีปอดอาจตรวจพบเม็ดเลือดขาวสูงถึง 13,000 – 15,000 เซลล์/ลบมม. การตรวจอุจจาระจะพบซีสต์ (cyst) ในอุจจาระ

การตรวจเลือด : indirect haemagglutination เป็นวิธีที่ไวที่สุดเพื่อหาแอนติบอดี ต่อเชื้ออะมีบาระดับไตเตอร์สูง (มากกว่า 1 : 256 หรือ 1 : 512) ผู้ป่วยน่าจะเป็นฝีปอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีฝีในตับ

1. ผู้ป่วยมีความไม่สุขสบายเนื่องจากความเจ็บป่วยและมีไข้

จุดประสงค์ : ผู้ป่วยมีความสบายขึ้น อาการเจ็บปวดและไข้ลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยพักผ่อนได้ / อาการปวดลดลง / อุณหภูมิร่างกายอยู่ในระดับปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและบันทึกลักษณะอาการปวด ความรุนแรง
 2. บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง โดยเฉพาะอุณหภูมิของร่างกาย
 3. จัดท่านอนยกศีรษะสูง (Fowler's position) เพื่อลดการตึงตัวของผนังหน้าท้อง
 4. แนะนำการประคบหน้าท้อง โดยใช้หมอน เวลาไอหรือจาม แนะนำการหลีกหลีกเลี่ยงตัวอย่างถูกวิธี
 5. ช่วยแพทย์ในการเจาะหนองออกจากตับ ติดตามและบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงหลังเจาะ ลักษณะของหนอง จำนวน กลิ่น ส่งตรวจและติดตามผลพร้อมดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับเชื้อ และระวังอาการข้างเคียงของยา
 6. เช็ดตัวคนไข้เมื่อผู้ป่วยมีไข้ เปลี่ยนเสื้อผ้าให้แห้งสะอาดอยู่เสมอ จัดบริเวณสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยพักเปิดหน้าต่าง ให้มีการระบายของอากาศ
 7. ให้อาหารและน้ำอย่างเพียงพอขณะมีไข้ อาหารควรเป็นอาหารอ่อนย่อยง่ายมีพลัง ควรได้รับอย่างน้อย 2,500 แคลอรีต่อวัน ประกอบด้วย คาร์โบไฮเดรตและโปรตีนสูงช่วยในการหายของแผลและซ่อมแซมเนื้อเยื่อของตับผู้ป่วย ควรได้รับน้ำดื่มอย่างเพียงพอไม่น้อยกว่า 1,000 ลูกบาศก์มิลลิเมตร/วัน เพื่อช่วยให้การพาความร้อนออกทางปัสสาวะ
2. มีโอกาสเสี่ยงต่อชีวิตจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ฝีในปอด ฝีติดเชื้อในกระแสเลือด และช็อก จากการคุกคามของโรค

เหตุผล อัตราการตายของผู้ป่วยฝีในตับจะลดลงร้อยละ 10 ถ้าได้รับการวินิจฉัยและรักษา เพราะอาจมีการแตกทะลุของฝีหนองไปยังอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะอวัยวะใกล้เคียงหรือทางกระแสเลือด

จุดประสงค์ : ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใด ๆ

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยหายใจได้สะดวก ไม่เหนื่อยหอบ สัญญาณชีพปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินผลและบันทึกสัญญาณชีพทุก 2 – 4 ชั่วโมง ตามความรุนแรงของโรค เพื่อติดตามภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการแตกทะลุของฝีหนองทำให้เกิดน้ำในเยื่อหุ้มปอด การติดเชื้อในกระแสเลือด ฝีในสมอง ควรประเมินอุณหภูมิของร่างกายที่สูงขึ้น ลักษณะของซีฟจรที่เร็ว ลักษณะการหายใจ ความลึกของการหายใจ การขยายตัวของปอด และอาการเปลี่ยนแปลงทางสมอง จากการติดเชื้อของสมอง
2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกนั่ง หรือลุกเดินและสอนผู้ป่วยถึงการไอ และการหายใจที่ถูกต้อง เช่น การหายใจด้วยกระบังลม (diaphragmatic breathing) หรือหายใจด้วยทรวงอกด้านข้าง (lateral costal breathing) เพื่อให้ทรวงอกขยายตัวได้เต็มที่
3. ช่วยแพทย์ในการเตรียมผู้ป่วยเจาะตับ บันทึกและติดตามอาการภายหลังเจาะ เช่น ตกเลือด การติดเชื้อพร้อมส่งตัวอย่างตรวจดูเชื้อและติดตามผล
4. ให้อาปฏิชีวนะและยาฆ่าเชื้อโรคที่ไวต่อเชื้อตามแผนการรักษาเช่น ถ้าเชื้อเป็นแกรมลบ (Gram negative bacilli) นั้นอาจให้แอมพิซิลิน ร่วมกับเจนตามัยซิน ถ้าเป็นแกรมบวก (Gram positive cocci) ให้ขนาดสูงของเพนนิซิลิน เป็นต้น ต้องระวังอาการข้างเคียงและการแพ้ยา เช่น แอนาไฟแล็กซิส (anaphylaxis) เช่น เกิดการช็อกได้ ถ้าเป็นการติดเชื้ออะมีบา (entamoeba histolytica) ให้เมโทรนิดาโซน (metronidazole) ขนาด 800 มิลลิกรัม / วัน 4 ครั้ง เป็นเวลา 5 – 10 วัน สังเกตการตอบสนองของยา เช่น ไข้ลด อาการเจ็บลดลง
3. ผู้ป่วยมีความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา การเกิดโรคซ้ำ การปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ

เหตุผล

ผู้ป่วยไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อเกิดโรค การป้องกันการติดเชื้อหรือการป้องกันการแพร่เชื้อจากเชื้อบิด ความไม่รู้ทำให้ผู้ป่วยมีความกลัววิตกกังวล

จุดประสงค์ : คลายความกลัวและวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยบอกถึงการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการป้องกันการแพร่เชื้อได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของโรค การดำเนินของโรค การรักษาของแพทย์ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เช่น
 - 1.1 การถ่ายอุจจาระลงส้วมที่ถูกสุขอนามัย เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อบิดไปสู่บุคคลอื่น ๆ
 - 1.2 ล้างมือทุกครั้ง หลังขับถ่ายอุจจาระ หรือล้างมือทุกครั้งก่อนมีกิจกรรมเกี่ยวกับการปรุงอาหาร หรือรับประทานอาหาร
 - 1.3 ถ้าติดเชื้อบิด ในอุจจาระยังพบ Cyst หรือ Trophozoite อยู่ให้ Metronidazole 800 มิลลิกรัม / วัน ประมาณ 7 – 10 วัน และให้ Diodoquin ต่อ จนครบ 20 วัน เพื่อรักษาคyst ให้หมด
2. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยถึงอาการแทรกซ้อนของโรคที่ควรมาพบแพทย์ เช่น ไอบีเสมหะลักษณะสีกะปิ แสดงว่าฝีบิดแตกทะลุเข้าไปในปอด มีไข้หน้าท้องแข็งตึง กดเจ็บ มีไข้ ท้องอืดแสดงถึงภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบติดเชื้อเข้าไปในช่องท้อง

3. มาตามแพทย์นัดในช่วงเริ่มแรกจนถึงเวลา 6 – 12 เดือนซึ่งเชื่อว่าฝึจะหายหมด
4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อข้องใจ และเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก

5) มะเร็งตับ

สาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งตับ ได้แก่ การรับประทานผักและผลไม้ไม่พอ เวลากลางคืนมักยุ่งอยู่กับการทำงาน และความบันเทิง ไม่ได้พักผ่อน กลั่นแอจจาะอยู่เสมอ เมื่อมีอาการมะเร็งตับปรากฏขึ้น มักจะถูกเข้าใจผิดว่าเป็นโรคอื่นๆ เช่น ปวดกระเพาะ ท้องอืด ไม่อยากรับประทานอาหาร ผู้ป่วยบางท่านคิดว่าตนเป็นโรคกระเพาะ บางท่านเข้าใจว่าเป็นถุงน้ำดีอักเสบ เมื่อเวลาทีร่างกายรู้สึกไม่สบาย จะต้องแยกแยะสภาพร่างกายอย่างละเอียด โดยการตรวจวินิจฉัยมะเร็งตับ ลดอัตรา การวินิจฉัยที่ผิดพลาด

ตับมีหน้าที่สะสมสารอาหารมาเลี้ยงร่างกายและกำจัดของเสีย นอกจากนี้ยังทำหน้าที่ผลิตอัลบูมิน ซึ่งเป็นสารรักษา ความสมดุลของน้ำในเซลล์และเนื้อเยื่อต่างๆ ผู้ที่เป็นมะเร็งตับจึงอาจถือได้ว่า ละเลยสุขภาพอย่างถึงที่สุด ปล่อยให้สารพิษ สะสม จนเปลี่ยนเซลล์ของอวัยวะที่แข็งแรงที่สุดให้กลายเป็นเนื้อร้าย มะเร็งตับมักถูกพบเมื่อเชื้อมะเร็งแพร่กระจายและ ลูกกลมไปยังอวัยวะอื่น

มะเร็งตับ เป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 1 ในเพศชายและอันดับ 2 ในเพศหญิง และเป็นมะเร็งที่มีการดำเนินโรคเร็ว มาก มักจะเสียชีวิตใน 3 -6 เดือน เซลล์มะเร็งชนิดนี้เกิดจากเซลล์ของตับและจากท่อน้ำดีที่อยู่ในตับ และเกี่ยวพันกับโรคตับ แข็ง ไวรัสตับอักเสบบีและซี การเกิดพยาธิใบไม้ในตับ รวมทั้งการรับสารอะฟลาทอกซิน ในจำนวนผู้เสียชีวิตจากมะเร็ง ตับ พบว่า 80% ตี๋มสุราติดต่อกันเป็นเวลานาน

อาการและการแสดงของมะเร็งตับ

ผู้เชี่ยวชาญของโรงพยาบาลมะเร็งสมัยใหม่ชี้ให้เห็นว่า การแสดงออกของมะเร็งตับระยะแรกไม่ได้เป็นไปในรูปแบบ ตายตัวเสมอ จึงทำให้มักจะถูกละเลย สามารถพิจารณาอาการประกอบได้ดังต่อไปนี้

1. ความอยากอาหารลดลงอย่างเห็นได้ชัดท้องรู้สึกแน่น อืด การย่อยอาหารไม่ดี บางครั้งปรากฏอาการคลื่นไส้ อาเจียน ถ้าหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับตับ สามารถทำการตรวจตับด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ ซึ่งจะส่งผลเสียต่อร่างกายแต่อย่างใด

2. ปวดท้องด้านขวาบนบริเวณตับมีอาการปวดอย่างต่อเนื่องหรือเป็นบางครั้งบางคราว บางครั้งถ้าเนื้องอกมีการ ลูกกลมอาการเจ็บก็จะรุนแรงขึ้น บริเวณตับที่เจ็บสามารถทำการตรวจด้วยเครื่องซีทีสแกน ซึ่งจะสามารถแสดงออกถึงขนาด จำนวน ลักษณะ ตำแหน่ง ขอบเขต ได้อย่างชัดเจน ระดับของเลือดที่ไปเลี้ยงเนื้อร้ายมีปริมาณสูง รวมไปถึงความสัมพันธ์กับ ท่อน้ำดีภายในตับ

3. เลือดออกง่าย มักจะมีอาการเลือดไหลทางจมูก เลือดออกตามผิวหนัง เป็นต้น

4. อ่อนเพลีย ผอม ไข้และบวมหน้าโดยไม่ทราบสาเหตุ

5. ตัวเหลือง ท้องบวม คันตามผิวหนัง

อาการมะเร็งตับโดยทั่วไปเมื่อโรคพัฒนาจนถึงระยะกลางและระยะสุดท้าย จึงจะสามารถเห็นชัด และในเวลานั้นมักจะ สูญเสียโอกาสในการผ่าตัด ด้วยเหตุนี้การตรวจด้วยตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญมาก เมื่อรู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีแรงอย่างต่อเนื่องไม่ สามารถบรรเทาได้ มีความเป็นไปได้มากกว่าอาจจะเป็นโรคตับ หรือมีอาการรู้สึกอึดอัดบริเวณส่วนหัวใจ บริเวณท้อง

ด้านความรู้สึกเจ็บ รู้สึกไม่สบายหรือถูกกด เป็นต้น น้ำหนักลดลง มีอาการไข้และตัวเหลืองโดยหาสาเหตุที่แน่ชัดไม่ได้เมื่อปรากฏอาการดังกล่าว ก็อาจจะไม่ใช่โรคมะเร็งตับเสมอไป แต่ก็ควรไปตรวจโรคที่เกี่ยวข้องกับโรคตับ เพื่อให้แน่ใจอาการของโรค และรีบทำการรักษาอาการดังกล่าว มะเร็งตับระยะแรกหากได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ก็สามารถยืดการมีชีวิตอยู่ กระทั่งคุณภาพชีวิตให้สูงขึ้นได้

สาเหตุ

1. การเกิดของโรค แยกตามประเภทได้ 2 ชนิด คือ

- ชนิดที่เกิดกับตับโดยตรง (มะเร็งปฐมภูมิ) ในประเทศไทยพบมากมี 2 ชนิดคือ

- มะเร็งชนิดเซลล์ตับ เป็นมะเร็งที่พบได้ทั่วทุกภาค

- มะเร็งชนิดเซลล์ท่อน้ำดี เป็นมะเร็งที่พบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

- ชนิดที่ลุกลามมาจากมะเร็งของอวัยวะอื่น (มะเร็งทุติยภูมิ) เช่น มะเร็งลำไส้ใหญ่ และ ทวารหนักที่กระจายไปยังตับ

2. ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค เช่น โรคไวรัสตับอักเสบบี พยาธิใบไม้ในตับ สารเคมีต่างๆ ยารักษาโรค

บางชนิด ยาฆ่าแมลง สารพิษที่เกิดจากเชื้อรา สารเคมีที่เกิด จากอาหารหมักดอง สุรา ฯลฯ ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะทางระบบภูมิคุ้มกัน คุณสมบัติน้ำทางพันธุกรรม และปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม เป็นสาเหตุช่วยในการเกิดโรค

การป้องกัน

1. ไม่รับประทานอาหารที่มีเชื้อรา ระวังระวังอาหารที่ตากแห้ง รวมทั้งอาหารที่เตรียมแล้ว เก็บค้างคืน เพราะอาจมีเชื้อราปนอยู่

2. ไม่รับประทานอาหารจืดๆหรืออาหารที่ใส่ยากันบูด

3. ไม่รับประทานอาหารสุกๆดิบๆ เช่น ปลาดิบ ก้อยปลา เพราะอาจจะทำให้เป็น โรคพยาธิใบไม้ในตับหรืออาหารที่หมัก เช่น ปลาร้า ปลาเจ่า แหนม ฯลฯ เพราะมีสาร ไนโตรซามีน ซึ่งทำให้เป็นโรคมะเร็งตับได้

4. ควรรับประทานอาหารที่สะอาด และปรุงสุกใหม่ๆ

5. ถ้ามีอาการผิดปกติ ควรรีบปรึกษาแพทย์

การรักษามะเร็งตับ

มะเร็งตับสามารถทำอันตรายให้ถึงแก่ชีวิต ดังนั้นสำหรับมะเร็งตับแล้ว การรีบรักษาแต่เนิ่นๆ จึงเป็นปัจจัยสำคัญ วิธีการรักษามะเร็งตับเหมาะสมหรือไม่ จึงเป็นหนึ่งข้อสำคัญที่เป็นตัวกำหนดระยะเวลาการมีชีวิตของผู้ป่วย

1. วิธีการรักษามะเร็งตับแบบดั้งเดิม

สำหรับผู้ป่วยมะเร็งตับนั้น วิธีการรักษาที่ใช้อยู่ในปัจจุบันจะเป็นวิธีการผ่าตัด ฉายแสงและเคมีบำบัด แต่ว่าการผ่าตัดในปัจจุบันก็มีข้อด้อยอยู่ไม่น้อย เช่น แผลผ่าตัดมีขนาดค่อนข้างใหญ่ การทำงานของตับถูกทำลายค่อนข้างมาก เป็นต้น ขณะเดียวกัน ในจำนวนผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีเพียง 13% เท่านั้นที่มีโอกาสใช้วิธีการผ่าตัด เมื่อเปรียบเทียบกับ การรักษาในปัจจุบันที่ต้องเปิดท้องเพื่อตัดตับออก ข้อดีของการรักษาแบบเฉพาะจุดผ่านหลอดเลือดคือ ทำให้บาดเจ็บแผลมีขนาดเล็ก หลังทำการรักษาฟื้นฟูเร็ว ระยะเวลาที่ต้องอยู่โรงพยาบาลสั้น เป็นต้น ส่วนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและการฉายแสง นำมาซึ่งประสิทธิภาพการรักษา แต่ขณะเดียวกันก็ทำลายเซลล์ปกติในร่างกายเป็นจำนวนมาก ซึ่งไม่เป็นผลดีต่อการฟื้นฟูผู้ป่วยมะเร็งตับในระยะแรก

2. การรักษามะเร็งแบบบูรณาการ

ปัจจุบันเทคโนโลยีการรักษามะเร็งแบบบาดแผลเล็กระดับสากลนำมาซึ่งความหวังใหม่ให้แก่ผู้ป่วยมะเร็ง รูปแบบวิธีการรักษาแบบบาดแผลเล็กมีความหลากหลายมากยิ่งขึ้น เช่น เทคโนโลยีการใช้ความเย็น การฝังแร่ไอโอดีน การรักษาเฉพาะจุด การรักษาด้วยภูมิคุ้มกันบำบัด เป็นต้น แต่ละวิธีมีลักษณะเอกลักษณ์เฉพาะตัว สามารถทำลายเซลล์มะเร็งได้อย่างครอบคลุมรอบด้าน อีกทั้งเมื่อบูรณาการเข้ากับแพทย์แผนจีน ไม่เพียงแต่จะช่วยบรรเทาความรู้สึกไม่สบายให้กับผู้ป่วย ยังสามารถเพิ่มภูมิคุ้มกันให้กับผู้ป่วยและเสริมประสิทธิภาพของการรักษาอีกด้วย ปัจจุบันวิธีการรักษาแบบเฉพาะจุดผ่านหลอดเลือดถูกนำมาใช้ในการรักษามะเร็งตับอย่างกว้างขวางของผู้เชี่ยวชาญของโรงพยาบาลมะเร็งสมัยใหม่กว่างโจวชี้ให้เห็นว่า สำหรับมะเร็งตับนั้น มีการนำวิธีการรักษาเฉพาะจุดผ่านหลอดเลือดมาใช้รักษามะเร็งมากที่สุด โดยส่วนใหญ่มักจะให้ยาเคมีไปสกัดกั้นเส้นเลือดแดงของตับเป็นหลัก ผลการรักษามีประสิทธิภาพ มีการพัฒนาเร็ว เป็นวิธีการรักษาที่ดีเมื่อใช้กับผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย

ข้อได้เปรียบของการรักษามะเร็งตับด้วยวิธีการเฉพาะจุด

1. ผลข้างเคียงของยาที่ตกค้างมีน้อยมาก การรักษาด้วยการอุดหลอดเลือดเฉพาะจุด ไม่เพียงแต่จะเพิ่มระดับความเข้มข้นของยาที่อยู่ในเนื้องอกซึ่งจะมีความเข้มข้นหลายสิบเท่าเมื่อเปรียบเทียบกับการทำเคมีบำบัดทั่วทั้งร่างกาย แต่ยาดังกล่าวจะไปสกัดกั้นเส้นเลือดที่ไปหล่อเลี้ยงเนื้องอกด้วย ดังนั้นการจัดการพร้อมกันทั้งสองทางจึงให้ประสิทธิภาพดี ผลข้างเคียงน้อยกว่าการทำเคมีบำบัดทั้งตัว

2. การรักษามะเร็งตับด้วยวิธีการเฉพาะจุดผ่านหลอดเลือดมีประสิทธิภาพอย่างเห็นได้ชัด ผลการสำรวจทางคลินิกแสดงให้เห็นว่า ผู้ที่ประสบความสำเร็จในการรักษาจะเห็นได้ว่าค่า AFP ลดลงอย่างรวดเร็ว เนื้องอกหดตัวเล็กลง และความเจ็บปวดน้อยลง เป็นต้น

3. การรักษามะเร็งตับด้วยวิธีการเฉพาะจุดผ่านหลอดเลือด ไม่จำเป็นต้องให้ดมยาสลบ ผู้ป่วยยังคงรู้สึกตัวอยู่ การดำเนินการรักษาง่าย และปลอดภัยวางใจได้

4. ภาพถ่ายการวินิจฉัยมีความชัดเจน สามารถทำการตรวจซ้ำได้ เพื่อสะดวกต่อการเปรียบเทียบในหลายๆ ครั้ง

3.4 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีโรคของนิ่วน้ำดี ถุงน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบ

การประเมินผู้ป่วย นิ่วน้ำดี และถุงน้ำดีอักเสบ ควรจะแยกอาการแสดงของโรคถุงน้ำดี จากความผิดปกติอื่นที่มีอาการคล้ายคลึงกัน เช่น โรคตับ โดย

1. การซักประวัติ ถามเกี่ยวกับอาการเริ่มของโรค ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการ เช่น การรับประทานอาหารไขมันสูง ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนอาหารที่รับประทาน อาการปวด อาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน หรืออาการท้องอืด สีของอุจจาระ ลักษณะของอาการปวดท้อง

1.1 อาการที่เกิดจากการอักเสบของถุงน้ำดี ผู้ป่วยส่วนมากจะมีอาการปวดท้องและมักเกิดขึ้นภายหลังรับประทานอาหารมื้อหนัก เช่น อาหารเย็น ตำแหน่งที่ปวดจะเป็นบริเวณชายโครงขวา หรือบริเวณใต้ลิ้นปี่ อาจจะมีไข้หรือหนาวสั่นหรือไหล่ขวาและในบางรายอาจเหมือนกับอาการปวดจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Angina pectoris) อาจมีอาการปวดเป็นพักๆ ในระยะเวลา 30-60 นาที ปวดจนต้องบิดไปมา (Colicky pain) มีอาการเหงื่อออกมาก

1.2 สำหรับอาการของถุงน้ำดีอักเสบเรื้อรัง อาการของผู้ป่วยไม่รุนแรงเหมือนกับการอักเสบของถุงน้ำดีชนิดเฉียบพลัน อาจจะมีอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ โดยเฉพาะหลังจากรับประทานอาหารมัน อาจจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนและปวดบริเวณชายโครงขวา หรือบริเวณใต้ลิ้นปี่เท่านั้น แต่ในบางคนอาจมีอาการปวดร้าวไปที่สะบักขวาหรือหัวไหล่ขวา เช่นเดียวกับในรายที่เป็นการอักเสบเฉียบพลัน

1.3 ในนิ่วน้ำดีผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่ปรากฏอาการ อาจตรวจพบโดยบังเอิญจากการตรวจหน้าท้องด้วยรังสี หรือระหว่างผ่าตัดหน้าท้อง ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับนิ่วน้ำดีเรียก “Silent” Gallstones ซึ่งไม่สร้างปัญหาใดๆ แก่ผู้ป่วย

1.4 อาการของนิ่วน้ำดี และถุงน้ำดีอักเสบจะมีอาการโดยทั่วไปคล้ายกัน เช่น ประวัติอาหารไม่ย่อย โดยเฉพาะหลังรับประทานอาหารไขมัน ท้องอืด คลื่นไส้ ถ้าอาการรุนแรงจะปวด และกดเจ็บบริเวณชายโครงขวา หรือบริเวณลิ้นปี่ เป็นต้น นอกจากนี้จะมีไข้ ซึ่งเกิดจากการอักเสบของท่อน้ำดี (Cholangitis) ในนิ่วในท่อน้ำดีร่วมและมีอุจจาระมีไขมัน (steatorrhea) และมีสีเทา ในผู้ป่วยก็มีการอุดตันท่อน้ำดีร่วมน้ำดี (Common bile duct) เพราะไม่มีนิ่วน้ำดีเข้ามาในลำไส้

2. การตรวจร่างกาย จะพบว่าผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บปวด หายใจเบาเร็ว และมีไข้ ส่วนใหญ่จะมีอาการเหลือง โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีนิ่วในท่อน้ำดีร่วมด้วย เมื่อกดหน้าท้องพบว่าบริเวณถุงน้ำดี หรือตรวจชายโครงขวาจะเจ็บค่อนข้างมาก ถ้าให้ผู้ป่วยหายใจเข้าเต็มที่ เามือกดอยู่ที่บริเวณถุงน้ำดี ผู้ป่วยจะกลั้นหายใจและหยุดหายใจเพราะเจ็บ เราเรียกว่ามี Murphy's Sign บางครั้งอาจจะคลำถุงน้ำดีได้ ถ้าหากมีการอุดตันท่อน้ำดีได้มากและเจ็บเป็นเวลานานๆ สำหรับนิ่วน้ำดีอักเสบเรื้อรังตรวจร่างกายจะพบได้คล้ายคลึงกัน แต่จะรุนแรงน้อยกว่า และประวัติเรื้อรังนานกว่า

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 CBC: ผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน การตรวจเลือดจะพบเม็ดเลือดขาวสูงเล็กน้อย คือ 10,000 ถึง 15,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร อาจสูงได้ถึง 20,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร โดยมีเซลล์โพลีมอร์โฟนิวเคลียส (Polymorphonuclear) สูง อาจมีหนองในถุงน้ำดี ถุงน้ำดีอาจจะทะลุ

3.2LFT: เจาะเลือดดูหน้าที่การทำงานของตับ (Liver Function tests) อาจพบว่ามีอัลคาไลน์ ฟอสฟาเตส สูงกว่าปกติ พบยูโรบิลิโนเจน (Urobilinogen) สูง ในผู้ป่วยนิ่วน้ำดีเพราะไตพยายามกำจัด บิลิรูบิน ออกจากกระแสเลือด จะพบปัสสาวะสีเหลืองเข้ม

3.3Hemoculture: การตรวจเพาะเชื้อในเลือด ช่วยได้มากในระยะมีไข้ มักจะพบเชื้อโดยเฉพาะเชื้อที่มาจากลำไส้ เช่น อี โคไล (E.Coli)

3.4การถ่ายภาพรังสี (Plain abdominal X-ray) อาจพบนิ่วที่มีแคลเซียมอยู่ด้วย

3.5 การวินิจฉัยที่ดีที่สุด คือ อัลตราซาวด์ (Ultrasound) ซึ่งวินิจฉัยนิ่วได้แม่นยำและสะดวกมาก

3.4.1 นิ่วในทางเดินน้ำดี

สาเหตุ สาเหตุ มี 3 ปัจจัยหลัก คือ

1. ความอืดตัวของน้ำดี
2. การบีบตัวของถุงน้ำดีไม่ดี หรือมีการอุดตันของทางเดินน้ำดี
3. การติดเชื้อในทางเดินน้ำดี

ความชุกและปัจจัยเสี่ยง

นิ่วในทางเดินน้ำดี เป็นโรคที่พบบ่อย พบได้ประมาณ 5-10% ของประชากร โดยพบในเพศหญิงมากกว่าชาย ประมาณ 2-3 เท่า และพบได้มากขึ้น เมื่ออายุมากขึ้น (ส่วนใหญ่ พบในอายุ มากกว่า 40 ปี ในคนอายุเกิน 70 ปี พบได้ถึงประมาณ 15-30%) ปัจจัยอื่น ๆ เช่น ความอ้วน เบาหวาน โรคโลหิตจางบางชนิด อาหารไขมัน เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า มีอุบัติการณ์ของโรคนี้สูงขึ้น

ตำแหน่งของนิ่วในทางเดินน้ำดี

นิ่วในทางเดินน้ำดี ส่วนใหญ่ พบอยู่ในถุงน้ำดี (Gall Bladder) ประมาณ 75% พบในท่อน้ำดี (Common bile duct) ประมาณ 10-20% พบร่วมกันทั้ง 2 แห่ง ประมาณ 15% ส่วนน้อยพบอยู่ในท่อน้ำดีในตับ (liver) ประมาณ 2%

อาการและการแสดง

1. ไม่มีอาการ: นิ่วในถุงน้ำดี ส่วนใหญ่ (มากกว่า 50%) ไม่มีอาการ และในกลุ่มนี้จะมีโอกาสเกิดอาการขึ้นได้ ประมาณ 1-2% ต่อปี

2. มีอาการ

2.1 ท้องอืด แน่นท้อง (Dyspepsia): โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หลังรับประทานอาหารมัน. ซึ่งอาการแบบนี้ อาจเกิดจากโรคระบบทางเดินอาหารอื่น เช่น โรคกระเพาะอาหาร หรือ โรคของลำไส้ใหญ่

2.2 ปวดเสียดท้อง (Biliary colic): อาการปวดท้องบริเวณใต้ชายโครงขวา หรือลิ้นปี่. ซึ่งมักเป็นหลังรับประทานอาหารมัน แต่อาการอาจเป็นอยู่นานหลายชั่วโมง (แต่ไม่เกิน 8 ชั่วโมง) แล้วค่อยกลับเป็นปกติ อาจร้าวไปสะบักขวา หรือที่หลัง

2.3 อาการที่เกิดขึ้นจากภาวะแทรกซ้อน

2.3.1 ถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน: จะมีอาการปวดท้องบริเวณชายโครงขวามากขึ้น และมีการตรวจพบการกดเจ็บบริเวณนี้ ร่วมกับมีไข้ และอาจมีอาการคลื่นไส้อาเจียนด้วย

2.3.2 นิ่วในท่อน้ำดี: อาจหลุดมาจากถุงน้ำดีมาอุดตันในท่อน้ำดี หรือเกิดบริเวณท่อน้ำดีเอง ทำให้เกิดอาการตัวเหลือง ตาเหลือง ไข้สูง หนาวสั่น ปวดท้องชายโครงขวา ถ้าเป็นมาก จะมีความดันเลือดต่ำ

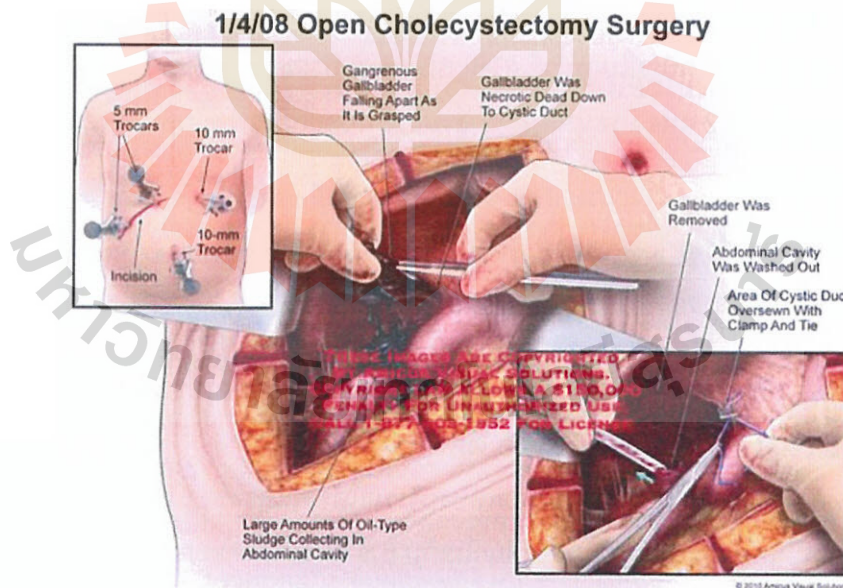
2.3.3 ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน: เชื่อว่า เกิดจากการที่นิ่วในท่อน้ำดี ไปอุดรูเปิดของท่อน้ำดีส่วนหัว ชั่วเวลาหนึ่ง ทำให้เกิดการอักเสบของตับอ่อน มีอาการปวดท้องอย่างรุนแรง บริเวณลิ้นปี่ หรือใต้ชายโครงซ้าย อาจปวดทะลุไปหลัง และมีการอาเจียน ไข้ต่ำๆ

2.3.4 ลำไส้อุดตัน: นิ่วในถุงน้ำดี อาจหลุดเข้าไปลำไส้ (โดยผ่านทางติดต่อผิดปกติ ระหว่าง ถุงน้ำดีกับลำไส้) แล้วเกิดการอุดตัน มีอาการ คลื่นไส้อาเจียน ท้องอืด ปวดท้องเป็นพักๆ ทั่วๆ ท้อง ไม่ถ่ายอุจจาระ ไม่ผายลม

การตรวจวินิจฉัย วินิจฉัยได้จาก การมีอาการดังกล่าวข้างต้น การตรวจพบอาการกดเจ็บชายโครงขวา หรือพบตัวเหลือง ตาเหลือง ตามแต่ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น การยืนยันว่ามีนิ่วในถุงน้ำดีจริง อาจอาศัยการตรวจอัลตราซาวด์ของช่องท้อง ซึ่งนอกจากจะบอกว่า มีนิ่ว หรือไม่แล้ว ยังสามารถบอกพยาธิสภาพของถุงน้ำดี โรคแทรกซ้อน หรือโรคอื่นๆ ได้ด้วย

การรักษาในถุงน้ำดี หากมีอาการ ส่วนใหญ่ไม่มีข้อบ่งชี้ว่า จะต้องผ่าตัด เพราะอาจไม่มีการเลยตลอดชีวิต ยกเว้นในคนไข้บางกลุ่ม ที่แพทย์อาจแนะนำให้ผ่าตัด เช่น อายุน้อย เพราะว่า มีโอกาสเกิดอาการขึ้นมาได้ในอนาคต โรคโลหิตจางบางชนิด เป็นต้น ส่วนนิ่วในถุงน้ำดี ที่มีอาการ หรือมีภาวะแทรกซ้อนแล้ว ควรได้รับการผ่าตัด

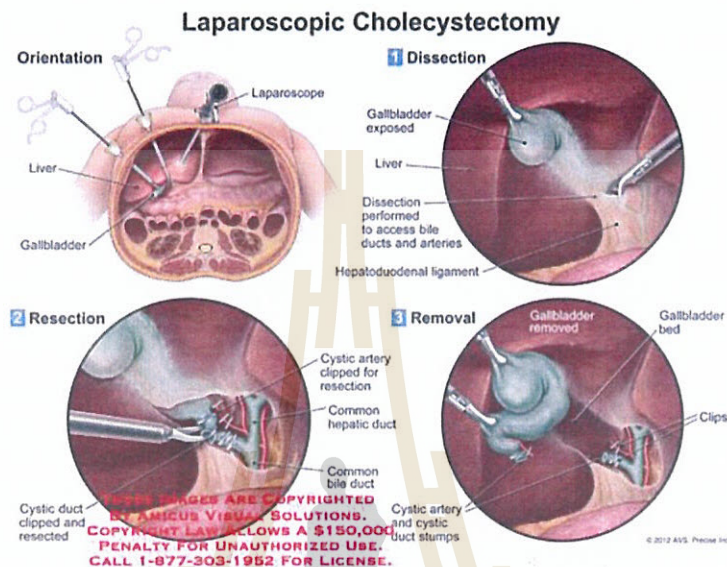
การรักษาในถุงน้ำดี ในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว คือ การผ่าตัดเอาถุงน้ำดีออก ซึ่งวิธีมาตรฐานดั้งเดิม ใช้วิธีการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง บริเวณใต้ชายโครงขวา (Open Cholecystectomy) วิธีนี้จะมีแผลผ่าตัดที่ยาว ประมาณ 10 ซม. (รูปที่ 6) โดยหากมีนิ่วในท่อน้ำดีร่วมด้วย ก็จะทำ的开ท่อน้ำดี เพื่อเอานิ่วออกไปพร้อมกัน



รูปที่ 6 Open Cholecystectomy ที่มา http://www.medicalexhibits.com/obrasky/2010/10102_11X.jpg

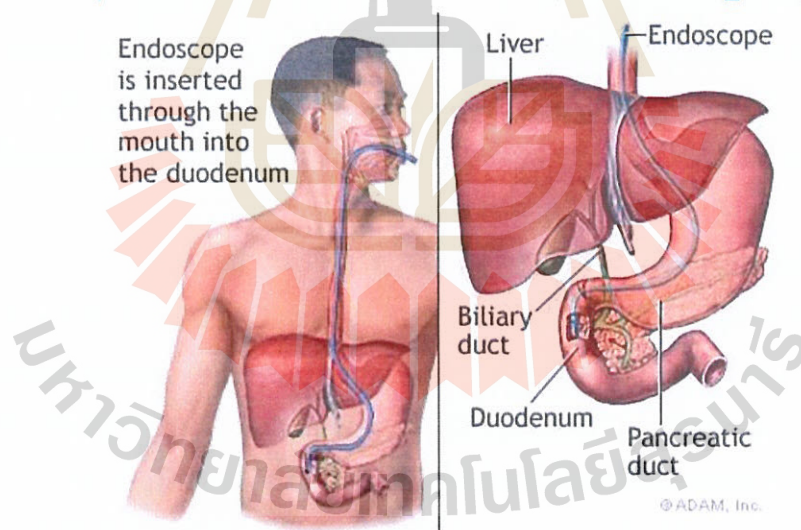
ปัจจุบัน มีการผ่าตัดอีกวิธี คือ การผ่าตัดเอาถุงน้ำดีออก โดยใช้กล้องส่องผ่านหน้าท้อง (Laparoscopic Cholecystectomy) วิธีนี้ กำลังเป็นที่นิยม และทดแทนการผ่าตัดวิธีมาตรฐานดั้งเดิม เนื่องจากมีแผลผ่าตัดที่เล็กลง (เป็น

แผลเล็ก ๆ จำนวน 4 แผล ขนาด 0.5-1 ซม. เท่านั้น - รูปที่ 7) แต่ก็มีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น เนื่องจากการใช้กล้อง และอุปกรณ์พิเศษเพิ่มเติมหลายอย่าง ในการผ่าตัดวิธีนี้ หากมีนิ่วในท่อน้ำดีร่วมด้วย สามารถเอาออกได้ หรืออาจใช้วิธีส่องกล้องผ่านทางเดินอาหาร (จากปากเข้าไปถึงลำไส้เล็ก) เพื่อเอานิ่วในท่อน้ำดีออกก็ได้ โดยไม่ต้องผ่าตัดเปิดหน้าท้อง เช่นกัน (ERCP: Endoscopic Retrograde Cholangio-pancreatography; รูปที่ 8)



รูปที่ 7 Laparoscopic Cholecystectomy ที่มา

http://www.medicalexhibits.com/obraskey/2012/12034_01A.jpg



รูปที่ 8 Endoscopic Retrograde Cholangio-pancreatography ที่มา

<http://graphics8.nytimes.com/images/2007/08/01/health/adam/19213.jpg>

ข้อดีของการผ่าตัดถุงน้ำดีออกโดยใช้กล้อง มีดังนี้คือ

1. อาการปวดเจ็บที่แผลผ่าตัดมีน้อยกว่า
2. ระยะเวลาที่ต้องอยู่โรงพยาบาลสั้นกว่า (ประมาณ 1-2 วัน หลังผ่าตัด เทียบกับ 5-7 วัน ในการผ่าตัดแบบเดิม)
3. การกลับไปปฏิบัติหน้าที่การทำงานหลังการรักษาเร็วกว่า

4. แผลผ่าตัดสั้นกว่า มีผลกระทบต่อภาพลักษณ์น้อยกว่าการผ่าตัดแบบดั้งเดิม
ข้อเสีย

1. ต้องใช้เครื่องมือพิเศษบางอย่าง ทำได้เฉพาะในโรงพยาบาลเพียงบางแห่ง
2. ค่าใช้จ่ายที่สูงกว่า
3. ต้องใช้ศัลยแพทย์ที่มีความสามารถในการผ่าตัดวิธีนี้

3.4.2 มะเร็งท่อน้ำดี

โรคมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง ก้อนเนื้อร้ายที่เกิดจากเซลล์เยื่อบุผนังของท่อนำดีซึ่งรวมถึงท่อน้ำดีภายในตับและท่อน้ำดีภายนอกตับ รวมทั้งบริเวณช่วงตับจนถึงส่วนปลายล่างของท่อน้ำดีใหญ่ ทุกปีจะมีผู้ป่วยใหม่ของมะเร็งท่อน้ำดีประมาณ 2000 - 3000 รายและทุกๆ หนึ่งแสนคนจะมีประมาณ 0.01% - 0.46% คน เป็นมะเร็งท่อน้ำดี แต่อัตราการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีบริเวณเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ค่อนข้างสูง ซึ่งอัตราการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยเพศชายจะมีอัตราการเกิดโรคสูงกว่าเพศหญิง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอายุ 40 ปีขึ้นไป ในประเทศไทยโรคนี้นับเป็นปัญหาทางสาธารณสุขสำคัญของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเชื่อว่าสาเหตุเกิดจากการรับประทานปลาน้ำจืดแบบดิบๆ ทำให้ได้รับตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับ โดยมะเร็งท่อน้ำดีสามารถแบ่งตามตำแหน่งของเนื้องอกได้เป็นมะเร็งท่อน้ำดีในตับและมะเร็งท่อน้ำดีนอกตับ มะเร็งท่อน้ำดีนอกตับยังจำแนกได้เป็นมะเร็งท่อน้ำดีส่วนบน (มะเร็งท่อน้ำดีบริเวณช่วงตับ) มะเร็งท่อน้ำดีส่วนกลาง และมะเร็งท่อน้ำดีส่วนปลาย แต่มะเร็งท่อน้ำดีบริเวณช่วงตับจะพบได้บ่อยที่สุด

ชนิดของมะเร็งท่อน้ำดี

มะเร็งท่อน้ำดีสามารถแบ่งออกตามตำแหน่งของมะเร็งได้ 2 ชนิด คือ มะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ เกิดจากเซลล์ของเยื่อบุท่อน้ำดีในตับและขยายออกสู่เนื้อตับข้างๆ ทำให้มีลักษณะคล้ายมะเร็งตับ จึงเป็นโรคที่มักถูกวินิจฉัยผิดว่าเป็นมะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ จะเกิดที่ท่อน้ำดีใหญ่ตั้งแต่ช่วงตับจนถึงท่อน้ำดีร่วมส่วนปลาย มะเร็งชนิดนี้ทำให้เกิดการอุดตันของท่อน้ำดี ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการตัวเหลืองตาเหลือง

สาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี

สาเหตุการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในปัจจุบันยังไม่แน่ชัด แต่โรคทางเดินน้ำดีอักเสบเรื้อรัง ท่อน้ำดีหรือถุงน้ำดีเป็นนิ่ว โรคพยาธิใบไม้ตับและการผิดปกติรูปร่างของท่อน้ำดี เป็นต้น อาจมีบทบาทสำคัญในการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี

1. อาการท่อน้ำดีอักเสบเรื้อรัง: อาการอักเสบเรื้อรังเป็นเวลานานเป็นพื้นฐานการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี เพราะโรคที่มีการตรวจพบและมีความเกี่ยวข้องกับมะเร็งท่อน้ำดีจะทำให้เกิดอาการท่อน้ำดีอักเสบเรื้อรัง

2. ท่อน้ำดีเป็นนิ่วหรือถุงน้ำดีเป็นนิ่ว: 20% - 57% ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีจะเป็นนิ่วในท่อน้ำดีหรือในถุงน้ำดี ดังนั้นจึงเห็นว่าการกระตุ้นเรื้อรังของนิ่วอาจเป็นปัจจัยทำให้เกิดโรคมะเร็ง

3. ท่อน้ำดีผิดปกติรูปร่าง (อาการท่อน้ำดีขยายมาตั้งแต่เกิด): การมีซิสต์ในท่อน้ำดีมาตั้งแต่เกิดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นเซลล์มะเร็งได้ง่าย เมื่อการไหลเวียนของท่อน้ำดีอ่อนแอและท่อน้ำดีผิดปกติ ของเหลวจากตับอ่อนจะไหลย้อนเข้าไปในท่อน้ำดี ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบริเวณเยื่อบุผิวท่อน้ำดี เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นเซลล์มะเร็ง

4. โรคพยาธิใบไม้ตับ (Chinese liver fluke): พื้นที่บริเวณเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เนื่องจากการกินปลาดิบจะทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและเกิดการติดเชื้อที่ทางเดินน้ำดี ภาวะคั่งของน้ำดี เกิดพังผืดรอบท่อน้ำดีและท่อน้ำดีงอกขยายขึ้นเป็นต้น จึงเป็นหนึ่งในสาเหตุการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี

ปัจจัยเสี่ยง

ในประเทศไทย ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีที่สำคัญโดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ การรับประทานปลาน้ำจืดแบบดิบๆ ทำให้ได้รับตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งจะเจริญเติบโตอยู่ในท่อน้ำดี สำหรับปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่อาจมีผลทำให้เกิดมะเร็งท่อน้ำดีมีดังนี้

1. ภาวะท่อน้ำดีอักเสบเรื้อรัง
2. โรคของระบบทางเดินน้ำดี
3. มีนิ่วในตับ
4. โรคทางพันธุกรรมผิดปกติแต่กำเนิด เช่น โรคมีถุงน้ำผิดปกติในระบบทางเดินน้ำดี

อาการ

ส่วนใหญ่มะเร็งท่อน้ำดีในระยะเริ่มแรกมักไม่มีอาการ แต่เมื่อโรคลุกลามมากแล้วอาจมีอาการแสดงได้ เช่น

1. ตัวเหลือง ตาเหลือง (ดีซ่าน): เนื่องจากท่อน้ำดีถูกก้อนมะเร็งอุดตัน จึงทำให้มีอาการดีซ่าน ลักษณะอาการดีซ่านจะเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่ไม่มีอาการปวด อีกทั้งระดับของอาการดีซ่านจะมีความเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่มีการอุดตัน
2. ปวดบริเวณท้อง: หลังจากรับประทานอาหารแล้วจะรู้สึกไม่สบายบริเวณท้องด้านบนเล็กน้อย หรือปวดเสียดใต้ลิ้นปี่ หรือปวดบริเวณหลัง หรือปวดเค้นบริเวณท้องด้านขวาบน ซึ่งเป็นอาการของเส้นประสาทถูกก้อนมะเร็งลุกลาม
3. ตัวร้อน: ก้อนมะเร็งอุดตันถึงท่อน้ำดี ทำให้ภายในท่อน้ำดีเกิดอาการอักเสบ ทำให้มีอาการตัวร้อน แต่อัตราการเกิดค่อนข้างต่ำ
4. ค้นบริเวณผิวหนัง: อาการคันที่ผิวหนังจะเกิดขึ้นก่อนหรือหลังการเป็นดีซ่าน เพราะบิลิรูบิน (bilirubin) ที่อยู่ในเลือดมีปริมาณเพิ่มขึ้น จึงกระตุ้นให้ปลายประสาทผิวหนังเกิดอาการนี้ขึ้น
5. อาการอื่นๆ: จะมีอาการร่วม เช่น ไม่อยากอาหาร เบื่ออาหารมันๆ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น หรืออาการที่ไม่ผิดปกติจากก้อนมะเร็ง โดยจำนวนน้อยที่จะมีอาการความดันของหลอดเลือดดำพอร์ทัลสูงเนื่องจากก้อนมะเร็งลุกลามไปถึงหลอดเลือดดำพอร์ทัล

วิธีการตรวจวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดี

1. การซักประวัติและตรวจร่างกาย
2. การตรวจเลือดดูการทำงานของตับและสารบ่งชี้มะเร็ง
3. การตรวจอัลตราซาวนด์ตับและช่องท้องส่วนบน
4. การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan)
5. การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ: ตรวจความผิดปกติของสมรรถนะการทำงานของตับที่ทำให้เกิดดีซ่านเป็นหลัก เช่น การเพิ่มสูงขึ้นของบิลิรูบินและเอนไซม์ในเซลล์เยื่อบุท่อน้ำดีของตับ (alkaline phosphatase) เป็นต้น

6. การตรวจอัลตราซาวด์: การตรวจอัลตราซาวด์อย่างละเอียดซ้ำหลายครั้งจะสามารถแสดงให้เห็นท่อน้ำดีที่ขยายตำแหน่งอุดตัน แม้กระทั่งแสดงให้เห็นก้อนมะเร็ง

7. การตรวจ MRCP (Magnetic resonance cholangiopancreatography): MRCP สามารถแสดงให้เห็นระบบทางเดินน้ำดีในตับได้อย่างละเอียด รวมทั้งตำแหน่งและขอบเขตที่ก้อนมะเร็งอุดตัน มีการลุกลามหรือแพร่กระจายไปที่เนื้อตับหรือไม่ เป็นต้น มีส่วนช่วยในการแยกแยะก้อนเนื้องอกคล้ายท่อน้ำดีบริเวณลำไส้เล็กส่วนต้นดูโอได้นิมกับมะเร็งหัวตับอ่อน

8. การตรวจ CT: การตรวจ CT สามารถแสดงให้เห็นการขยายของท่อน้ำดี ตำแหน่งและขอบเขตที่ทางเดินน้ำดีถูกอุดตันอย่างค่อนข้างชัดเจน อีกทั้งยังสามารถแสดงลักษณะการเปลี่ยนแปลงของเซลล์อย่างแม่นยำ

9. การตรวจ ERCP (Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography): การตรวจ ERCP จะสามารถเข้าใจสภาพทั้งหมดของทางเดินน้ำดี ทั้งยังสามารถเก็บน้ำดีและเซลล์ที่มะเร็งท่อน้ำดีปล่อยออกมาได้โดยตรง

10. การตรวจ PTCA (Percutaneous Transhepatic Cholangiogram): การตรวจ PTC สามารถแสดงให้เห็นรูปร่างระบบทางเดินน้ำดีทั้งภายในและภายนอกตับ การกระจายและตำแหน่งที่อุดตันได้อย่างละเอียด จึงเป็นวิธีตรวจวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดีที่ค่อนข้างแม่นยำ

การรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดี

การรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดีแพทย์จะพิจารณาถึงปัจจัยต่างๆ เช่น ขนาด ตำแหน่ง และลักษณะของเซลล์มะเร็ง ระยะโรคและการกระจายของมะเร็ง สุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย เพื่อวางแผนการรักษาที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

วิธีการรักษามะเร็งท่อน้ำดีแบบดั้งเดิม

1. การรักษาโดยการผ่าตัด: ปัจจุบันการผ่าตัดยังคงเป็นวิธีที่พบได้บ่อยในการรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดี การรักษาโดยการผ่าตัดรวมถึง

- 1) การผ่าตัดมะเร็งท่อน้ำดีในตับ
- 2) การผ่าตัดมะเร็งท่อน้ำดีบริเวณหัวตับ
- 3) การผ่าตัดมะเร็งท่อน้ำดีส่วนกลาง
- 4) การผ่าตัดมะเร็งท่อน้ำดีส่วนล่าง

5) การผ่าตัดระบายท่อน้ำดี ในผู้ป่วยที่คาดว่าสามารถผ่าตัดเนื้องอกได้แต่ในขณะที่ผ่าตัดพบว่าระยะโรคไม่สามารถผ่าตัดออกได้ ควรได้รับการผ่าตัดระบายท่อน้ำดีเพื่อรักษาอาการคันและตัวเหลืองตาเหลือง

2. วิธีการรักษาอื่นๆ : เนื่องจากมะเร็งท่อน้ำดีไม่ไวต่อการรักษาโดยการฉายรังสีและการให้เคมีบำบัด ดังนั้นปกติจึงใช้เป็นการรักษาควบคู่หลังการผ่าตัด เพื่อให้มีเสถียรภาพและยกระดับผลการรักษาโดยการผ่าตัด ทีมผู้เชี่ยวชาญหลายแขนงซึ่งประกอบด้วยแพทย์ศัลยกรรมผ่าตัด ผู้เชี่ยวชาญด้านพยาธิวิทยา ผู้เชี่ยวชาญด้านการฉายแสงมะเร็ง ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษามะเร็งแบบบาดแผลเล็กและพยาบาลผู้ดูแลแผนกมะเร็ง จะร่วมกันกำหนดแผนการรักษาโดยประเมินจากสภาพร่างกายและอาการของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อวางแผนการตรวจวินิจฉัย การรักษาและการควบคุมอาการ ยกระดับผลการรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. การส่องกล้องตรวจรักษาท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (Endoscopic retrograde cholangio-pancreatography: ERCP) ใช้ในกรณีที่ไม่สามารถผ่าตัดเนื้องอกออกได้หรือผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับการผ่าตัดได้

4. เคมีบำบัด/รังสีรักษา ใช้ในกรณีที่ไม่สามารถผ่าตัดเอามะเร็งออกได้หมด หรือใช้ในการรักษาหลังผ่าตัดเพื่อเพิ่มโอกาสการหายขาด

การติดตามผลการรักษา

ผู้ป่วยควรได้รับการติดตามผลการรักษาโดยวิธีสังเกตอาการและตรวจอัลตราซาวนด์หรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทุก 3-6 เดือนจนครบ 2 ปี

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

1. ดูแลด้านการดำเนินชีวิต

1.1 ไปตรวจร่างกายซ้ำที่โรงพยาบาลตามกำหนด

1.2 ใช้ชีวิตอย่างมีระเบียบ ระวังระวังการใช้แรงและพักผ่อนให้เพียงพอ

1.3 ออกกำลังกายที่เหมาะสม เช่น เดินเล่น ฝึกชี่กง

2. ดูแลด้านโภชนาการ

2.1 ควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ในการต้านมะเร็งท่อน้ำดี เช่น ลูกเดือย กากเต้าหู้

2.2 ควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ในการต้านมะเร็งและด้านการติดเชื้อ เช่น ถั่วเขียว ผักกวาดต้ง มะระ

2.3 ควรรับประทานอาหารที่สามารถช่วยขับถ่ายและขับน้ำดี เช่น มะเดื่อ งา

3.5 โรคมะเร็งตับอ่อน

ตับอ่อนมีหน้าที่อยู่สองประการคือ ผลิตสารคัดหลั่งของต่อมไร้ท่อกับผลิตสารคัดหลั่งของต่อมมีท่อ มะเร็งที่มาจากเซลล์สารคัดหลั่งของต่อมไร้ท่อเรียกว่า Neuroendocrine tumor ค่อนข้างพบเห็นได้น้อย ซึ่ง Steve Jobs ก็เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งชนิดนี้ ส่วนใหญ่ Neuroendocrine tumor จะมีระดับความร้ายแรงค่อนข้างต่ำ ระยะอาการค่อนข้างนาน วิธีการรักษาก็จะแตกต่างกับมะเร็งตับอ่อนที่พบเห็นโดยทั่วไปอยู่บ้าง ส่วนมะเร็งที่มาจากเซลล์สารคัดหลั่งของต่อมมีท่อ ก็คือมะเร็งตับอ่อนที่พวกเราพูดถึงกันอยู่บ่อยๆ โดยเป็นมะเร็งที่มีระดับความร้ายแรงค่อนข้างสูง

อัตราการเกิดโรคมะเร็งตับอ่อนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก โดยส่วนใหญ่จะเกิดกับบุคคลในวัยกลางคนและวัยสูงอายุ เกิดในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่จะอยู่ในอายุระหว่าง 40 – 65 ปี แต่ไม่กี่ปีมานี้มีแนวโน้มเกิดกับบุคคลในวัยหนุ่มสาว ความร้ายแรงของโรคมะเร็งตับอ่อนนั้นสูงมาก ตั้งแต่พบอาการของโรคจนถึงเสียชีวิตนั้นเป็นช่วงเวลาสั้นๆ ประมาณ 5 เดือนเท่านั้น และประมาณ 5% ของผู้ป่วยเท่านั้นที่จะสามารถมีชีวิตอยู่ได้ถึงห้าปี จึงเรียกได้ว่าเป็น “ราชามะเร็ง” เลยทีเดียว และในจำนวนนั้นมีผู้ป่วยเพียง 15% - 20% ที่สามารถรับการรักษาโดยการผ่าตัดได้ ซึ่ง 40% ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดก็พบว่ามีการลุกลามแล้ว หลังจากการผ่าตัดมีเพียง 10% ของผู้ป่วยเท่านั้นที่สามารถมีชีวิตรอด

แต่จากเทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยด้วยภาพถ่ายทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งรูปแบบการรักษาแบบใหม่มากมายที่ถูกนำมาใช้ จึงนำความหวังที่จะมีชีวิตรอดมาสู่ผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนมากขึ้น

สาเหตุของโรคมะเร็งตับอ่อน

สำหรับสาเหตุที่ทำให้เป็นโรคมะเร็งตับอ่อนนั้น ปัจจุบันยังไม่สามารถบอกได้แน่ชัด แต่จากการวิจัยสามารถบอกได้ว่ามีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยดังต่อไปนี้

1. การสูบบุหรี่ ความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งตับอ่อนของผู้ที่สูบบุหรี่จะมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึงสามเท่า
2. การรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง ไขมันและความร้อนสูง
3. โรคเบาหวาน : ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสเป็นมะเร็งตับอ่อนได้ง่าย
4. ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง : ตับอ่อนอักเสบเรื้อรังนั้นสามารถพัฒนาเป็นมะเร็งตับอ่อนได้

ปัจจัยเสี่ยงในการเป็นโรคมะเร็งตับอ่อน

1. ผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี รูปร่างค่อนข้างอ้วน และมีพฤติกรรมดำรงชีวิตที่ไม่ค่อยดีนัก เช่น ผู้ที่ชอบสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ชอบทานอาหารที่มีโปรตีนสูง ไขมันสูงและความร้อนสูง เป็นต้น

2. เมื่อทานอาหารที่มันเลี่ยนจะท้องเสีย โดยเฉพาะผู้ที่ถ่ายออกมาแล้วพบว่า มีชิ้นของไขมัน ซึ่งอาจแสดงให้เห็นว่าสมรรถนะของสารคัดหลั่งของต่อมมีท่อในตับอ่อนถูกทำลายแล้ว

3. คนวัยหนุ่มสาวที่ไม่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน แต่กลับเป็นโรคเบาหวานขึ้นมากะทันหัน เพราะการที่เป็นโรคเบาหวานขึ้นมากะทันหันนั้น ก็อาจเป็นอาการเตือนล่วงหน้าของโรคมะเร็งตับอ่อนได้ และผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมากกว่าห้าปี จะมีความเสี่ยงเป็นโรคมะเร็งตับอ่อนมากกว่าคนทั่วไป 1.2 เท่า

อาการของโรคมะเร็งตับอ่อน

1. มีอาการเจ็บปวดท้องด้านบนและรู้สึกอึดอัดอย่างบอกไม่ถูก เบาบ้างหนักบ้าง ปวดบ้างไม่ปวดบ้าง แต่อาการจะชัดเจนมากตอนกลางคืน

2. มีอาการดีซ่าน แต่ไม่มีนิ่วในถุงน้ำดี เป็นต้น

3. น้ำหนักลดลงอย่างชัดเจน ผู้ป่วยโรคกระเพาะก็น้ำหนักลดลงได้เช่นกัน เพราะมีปัญหาในการย่อยและดูดซึมอาหาร แต่จะไม่ชัดเจนเท่ามะเร็งตับอ่อน

4. มีอาการถ่ายอุจจาระเป็นไขมันหรือโรคเบาหวานหนักขึ้น

การตรวจคัดกรองมะเร็งตับอ่อน

โดยทั่วไปแล้ว สำหรับผู้ที่สงสัยว่าตัวเองจะเป็นมะเร็งตับอ่อน ควรเลือกวิธีตรวจคัดกรองแบบไม่เกิดบาดแผลก่อน เช่น การตรวจหาสารก่อมะเร็งจาก Serum และการตรวจตัวอย่างอุจจาระ เป็นต้น จากนั้นผู้ที่น่าสงสัยว่าจะเป็นมะเร็งตับอ่อนก็สามารถตรวจวินิจฉัยมะเร็งตับอ่อนในขั้นตอนต่อไป

มะเร็งตับอ่อนในระยะแรกสามารถรักษาโดยการผ่าตัดได้ อัตราการรอดชีวิต 5 ปี มีถึง 70% - 100% เมื่อเปรียบเทียบกับมะเร็งตับอ่อนที่มีการพัฒนาแล้วพบว่า ผลการรักษาของทั้งสองแบบจะมีความแตกต่างกันอย่างมาก ดังนั้น เมื่อพบว่ามีอาการของโรคนี้ก็ควรไปตรวจวินิจฉัยอย่างละเอียดและรับการรักษาจากโรงพยาบาลทันที

การตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งตับอ่อน

1. การตรวจอัลตราซาวด์: สามารถแสดงโครงสร้างภายในของตับอ่อนและท่อน้ำดีว่ามีการอุดตันหรือไม่

2. การตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan): การสแกนด้วย CT สามารถแสดงให้เห็นขนาดของจุดเกิดโรค ตำแหน่ง แต่ยังไม่สามารถตรวจวินิจฉัยได้แน่นอน แต่ถ้าสแกนเพิ่มก็สามารถเห็นถึงขนาด ตำแหน่ง รูปร่าง โครงสร้างภายใน และความสัมพันธ์กับโครงสร้างโดยรอบของตับอ่อนได้ดีขึ้น นอกจากนี้ CT ยังสามารถวินิจฉัยได้ค่อนข้างชัดเจนว่าการลุกลามไปยังตับและต่อมน้ำเหลืองหรือไม่

3. การตรวจเอ็กซเรย์ด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) และการตรวจท่อทางเดินน้ำดีและถุงน้ำดี (MRCP) : เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์บางอย่างที่ยากต่อการวินิจฉัย ก็สามารถใช้การตรวจ CT เป็นพื้นฐานบวกกับการตรวจ MRI เพื่อทดแทนส่วนที่ CT ไม่มี

การแบ่งระยะของโรคมะเร็งตับอ่อน

ระยะ1: มะเร็งอยู่แค่ภายในตับอ่อน อัตราการรอดชีวิต 5 ปี ประมาณ 30%

ระยะ2: มะเร็งลุกลามไปเนื้อเยื่อใกล้เคียง เช่น ผนังลำไส้เล็กส่วนต้น อัตราการรอดชีวิต 5 ปี ประมาณ 10%

ระยะ3: มีการลุกลามไปบริเวณต่อมน้ำเหลือง ระยะเวลากการมีชีวิตอยู่ประมาณ 8-12 เดือน

ระยะ4: มีการลุกลามไปยังตับและอวัยวะที่อยู่ไกล ระยะเวลากการมีชีวิตอยู่ประมาณ 3-6 เดือน

วิธีการรักษาโรคมะเร็งตับอ่อน

1. การรักษาโดยการผ่าตัด: การผ่าตัดหัวของตับอ่อนและลำไส้เล็กส่วนต้น การผ่าตัดหัวของตับอ่อนและลำไส้เล็กส่วนต้น โดยเหลือกระเพาะอาหารส่วนปลายไว้ การผ่าตัดตับอ่อนทั้งทั้งหมด การผ่าตัดส่วนครึ่งซ้ายของตับอ่อน เป็นต้น

2. การรักษาแบบบูรณาการ: เป็นการรักษาโดยเน้นศัลยกรรมผ่าตัดเป็นหลัก การฉายรังสีและเคมีบำบัดเป็นวิธีรอง

3. การรักษาโดยแพทย์แผนจีน: เป็นการรักษาแบบรับประทานยาและให้ยาเข้าไปทางหลอดเลือดแดงเพื่อควบคุมมะเร็ง ยาแพทย์แผนจีนสามารถปรับความสมดุลของร่างกาย ยกกระดานภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งมีข้อดีคือ ไม่มีผลข้างเคียง ไม่มีบาดแผล เป็นต้น มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนในระยะสุดท้าย ส่วนผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนในระยะแรกที่ใช้การรักษาโดยการบูรณาการแพทย์แผนจีนกับแพทย์แผนปัจจุบันแล้ว ก็สามารถให้ยาแพทย์แผนจีนมารักษาในระยะยาว เพื่อบรรลุผลการรักษาได้

การรักษาโรคมะเร็งตับอ่อนด้วยวิธีศัลยกรรม

การรักษาโรคมะเร็งตับอ่อนด้วยการผ่าตัด เป็นวิธีที่ใช้บ่อยที่สุด โดยผ่าตัดลำไส้เล็กส่วนต้น ผ่าตัดลำไส้เล็กส่วนต้นส่วนขยาย ผ่าตัดลำไส้เล็กแบบไว้กระเพาะส่วนปลาย และผ่าตัดตับอ่อนแบบสมบูรณ์ เป็นต้น แต่เนื่องจากมะเร็งตับอ่อนมีการวินิจฉัยยากในระยะแรก อัตราส่วนการผ่าตัด และอัตราความเป็นอยู่ใน 5 ปีหลังการผ่าตัดจึงต่ำ สำหรับมะเร็งตับอ่อนแบบโรคติชานออดตันที่รองรับผ่าตัดไม่ได้นั้น สามารถเลือกวิธีการเชื่อมถุงน้ำดี หรือหลอดถุงน้ำดีกับลำไส้ เพื่อลดอาการโรคติชานออดตันคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ ยังสามารถวาง Shunt ภายใต้การส่องกล้อง ลดอาการอุดตัน

การรักษาโรคมะเร็งตับอ่อนแบบบรรเทา

1. ลักษณะการรักษาด้วยศัลยกรรมแบบบรรเทา การรักษาแบบบรรเทาเป็นวิธีสำคัญต่อการรักษามะเร็งตับอ่อนเนื่องจาก 88% ของผู้ป่วยมีอาการเนื้องอกลาม และมีความยากที่จะผ่าตัดให้เรียบร้อย นายแพทย์ศัลยกรรมจึงเลือกวิธีการรักษาเพื่อบรรเทาความอุดตันของถุงน้ำดีและลำไส้ส่วนต้น นอกจากนี้ ยังต้องแก้ไขโรคติชาน ออาการชูกมอม ระบบการ

ทำงานของตับอ่อนไม่แข็งแรง ถูกกระทบ และล้มเหลวด้วยการรวมอายุแพ้ยับกับศัลยกรรม สำหรับกรณีการล้มเหลวทางการทำงานของตับอ่อนหรือการตั้งขึ้นภายในถุงน้ำดี และการอักเสบรอบท่อน้ำดีนั้น ก็ต้องแก้ไขด้วยวิธีศัลยกรรม

2. วิธีการรักษาด้วยศัลยกรรมแบบบรรเทา สำหรับกรณีที่ไมเหมาะสมกับการดำเนินการผ่าตัด มักจะต้องแก้ไขความอุดตันของโรคตีขึ้นด้วยวิธีการเชื่อมถึงน้ำดีกับลำไส้ หรือลดตีขึ้นด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้มีอาการเบาลงในระยะสั้นสามารถปรับปรุงสภาพร่างกาย

การรักษาโรคมะเร็งตับอ่อนแบบบูรณาการ

เนื่องจากโรคมะเร็งตับอ่อนมีความร้ายแรงอย่างสูง อัตราการผ่าตัดน้อย และมีผลรักษาเลว ปัจจุบันนี้ วิธีการผ่าตัดยังถือเป็นวิธีหลักในการรักษา แต่เนื่องจากมะเร็งตับอ่อนมักจะถูกค้นพบล่าช้า เสียโอกาสในการรักษาอย่างสมบูรณ์ จึงต้องใช้วิธีการรักษาแบบบูรณาการ ในสมัยปัจจุบัน การรักษา มะเร็ง ซึ่งยังขาดวิธีการที่ชัดเจนและมีผลประสิทธิภาพสูงแบบบูรณาการ ฉะนั้น วิธีการรักษาแบบบูรณาการยังถือการรักษาด้วยศัลยกรรมเป็นหลัก ถือรังสีรักษา และการรักษาแบบเคมีบำบัดเป็นรอง และกำลังพิจารณาวิธีแบบภูมิคุ้มกันและวิธีทางไบโอเป็นต้น

วิธีการรักษาด้วยความเย็น+การฝังแร่ไอโอดีนกัมมันตรังสี 125 เหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อน สองวิธีควบคู่กันใช้เป็นแนวทางรักษามะเร็งตับอ่อนที่ใหม่ล่าสุด มีข้อได้เปรียบอย่างชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบกับ การผ่าตัดอย่างเดียว เนื่องจากตับอ่อนอยู่ในพื้นที่ที่ซับซ้อน และใกล้ๆ กับอวัยวะสำคัญอื่นๆ ทำให้การผ่าตัดยากยิ่งขึ้น หรือมีอาการลุกลามแล้ว ไม่สามารถผ่าตัดได้เรียบร้อย ไม่สามารถป้องกันมะเร็งเป็นซ้ำ วิธีการรักษาด้วยความเย็นกับการฝังแร่ไอโอดีนสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างดีเลิศ ความเย็นสามารถทำให้เนื้องอกตายภายในยี่สิบนาที และรักษาครั้งหนึ่งกำจัดเนื้องอกได้หลายก้อน ในขณะเดียวกันฝังแร่ไอโอดีนกัมมันตรังสีที่รอบๆ เนื้องอกเพื่อป้องกันมะเร็งเป็นซ้ำ เมื่อกระบวนการรักษาโดยใช้เครื่องถ่ายภาพการแพทย์นำทาง รับรองได้รักษาที่ตำแหน่งเนื้องอกอย่างแม่นยำ สองวิธีก็เป็นวิธีการรักษาบูรณาการ มีเลือดออกมาน้อย มีความเจ็บปวดน้อย ซึ่งมีความปลอดภัยสูง ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อน

1. การดูแลทางด้านจิตใจ

- 1.1 สร้างความมั่นใจในการต่อสู้กับโรคให้แก่ผู้ป่วย ดำรงชีวิตแบบผู้ที่มองโลกในแง่ดี
- 1.2 เข้าร่วมกลุ่มฟื้นฟูร่างกาย เพื่อปรับสภาพร่างกายและจิตใจให้ดีขึ้น

2. การดูแลทางด้านการดำรงชีวิต

- 2.1 ระวังเรื่องอาหารการกินให้มีความเหมาะสม
- 2.2 ในช่วงพักฟื้นควรใช้การรักษาอื่นๆ ที่เหมาะสม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา
- 2.3 ตรวจร่างกายตามกำหนด

วินิจฉัยทางการพยาบาล ปัญหาของผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบและนิ่วน้ำดี คือ

1. มีแนวโน้มความบกพร่องของสารน้ำและเกลือแร่ เนื่องจากการอาเจียนและมีการระบายออกทางสายยางต่อจากจมูกสู่กระเพาะอาหาร
2. มีความเจ็บปวด เนื่องจากการกระตุ้นของประสาท ร่วมกับการอุดตันทางเดินน้ำดี และมีการติดเชื้อ
3. มีแนวโน้มได้รับอันตรายจากการรักษาโดยใช้เครื่องมือพิเศษ เพื่อเปิดทางเดินน้ำดีโดยไม่ผ่าตัด
4. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ปอดอักเสบจากการเจ็บปวดของแผล และการจำกัดการเคลื่อนไหว หรือมีการรั่วซึมของน้ำดี
5. มีการเปลี่ยนแปลงด้านโภชนาการได้รับสารน้ำและอาหารน้อยกว่าที่ร่างกายต้องการ เนื่องจากได้รับไม่เพียงพอ ร่วมกับภาวะเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน และงดอาหารหลังผ่าตัด

6. ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน และการมาตรวจตามนัด

ปัญหาที่ 1: มีแนวโน้มความบกพร่องของสารน้ำเกลือแร่ เนื่องจากการอาเจียน และมีการระบายออกทางสายยางต่อจากจมูกสู่กระเพาะอาหาร

เหตุผล

ผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบและนิ่วในถุงน้ำดีในระยะรุนแรงของโรค จะมีอาการอาเจียน และได้รับการต่อสายยางจากจมูกสู่กระเพาะ เพื่อระบายสารน้ำออกเป็นการบรรเทาอาการ และลดการทำงานของกระเพาะอาหาร

จุดประสงค์ มีความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล ระดับน้ำและเกลือแร่ของผู้ป่วยอยู่ในปกติ เช่น โซเดียม 130-140 mEq/L โพแทสเซียม 3.5 – 4.5 mEq/L ผู้ป่วยรู้สึก ไม่สับสนหรืออ่อนเพลีย

กิจกรรมการพยาบาล

1. งดอาหารและน้ำทางปาก
2. ใส่สายยางจากจมูกสู่กระเพาะอาหาร ตรึงสายยางให้เหมาะสม หลีกเลี่ยงการกดและระคายเคืองจมูก อาจทำให้เกิดเนื้องอกจากสายยางได้
3. ต่อสายยางกับเครื่องดูด ใช้แรงดูดต่ำๆ บันทึกจำนวน สี ลักษณะที่ออกมา
4. ถ้ามีอาการอาเจียนหลังใส่สายยาง ดูแลความสะอาดของช่องปาก ให้อยู่ครั้ง ถ้าอาการไม่ดีขึ้น ให้นยาแก้อาเจียน เช่น ฟิโนไทอะไซด์ (Phenothiazide) ตามแผนการรักษา
5. ประเมินและบันทึกจำนวนน้ำที่ได้รับและเสียไปในแต่ละวัน
6. ประเมินภาวะขาดน้ำ เช่น เยื่อบุต่างๆ แห้ง, น้ำหนักลด, ผิวหนังเหี่ยว (poor skin turgor)
7. ให้และติดตามการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามการรักษา
8. ติดตามผลระดับเกลือแร่ในเลือด รายงานแพทย์เมื่อมีความผิดปกติ
9. ติดตาม บันทึก และรายงาน ถ้ามีอาการแสดงของภาวะโซเดียมหรือโพแทสเซียมต่ำ จากการต่อท่อสายยางจมูกสู่กระเพาะเข้ากับเครื่องดูด

ปัญหาที่ 2: มีความเจ็บปวด เนื่องจากการกระตุ้นของประสาทร่วมกับการอุดตันทางเดินน้ำดีและมีการติดเชื้อ

เหตุผล การอักเสบของถุงน้ำดี ทำให้มีการบวมของเยื่อถุงน้ำดี จะระคายเคืองต่อปลายประสาททำให้เกิดการปวด และในกรณีที่มีการอุดตันทางเดินน้ำดีทำให้เกิดการคั่งของน้ำดี ภายในถุงน้ำดีของตัวผู้ป่วยจะปวด

จุดประสงค์ ผู้ป่วยปราศจากการปวดและความไม่สบาย

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยพักผ่อนได้ เช่น นอนหลับได้เพียงพอ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเจ็บปวด ความรุนแรงและความจำเป็นในการได้รับยาแก้ปวด
2. ถ้าการปวดเป็นลักษณะเฉียบพลันร่วมกับความผิดปกติของทางเดินน้ำดีอาจให้ยาเมอร์เพอร์รีดีน (Merparidine หรือ Demerol) ในขนาดน้อย ห้ามใช้มอร์ฟิน เพราะเพิ่มการหดตัวของหูรูดออดิ
3. ให้ยา ฟิโนบาร์บิทอล (Phenobarbital) เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักและคลายกล้ามเนื้อเรียบ
4. ให้ยาไนโตรกลีเซอรีน (Nitroglycerin) อมใต้ลิ้น เพื่อบรรเทาอาการปวดและผ่อนคลายกล้ามเนื้อเรียบ หรืออาจใช้ยาในกลุ่มของแอนตี้ คอลิเนอร์จิก (anticholinergic Drugs) เช่น อะโทรปีน (Atropine) เพื่อลดการเกร็งตัวของ หูรูดออดิ (sphincter of Oddi)
5. ถ้าการติดเชื้อเกิดจากการติดเชื้อ ควรจะรีบกำจัด เพราะมีการให้สารซึ่งทำให้มีการอักเสบมากขึ้นเกือบทุกรายของผู้ป่วยมีการอักเสบของถุงน้ำดีรุนแรงปานกลางขึ้นไป แพทย์จะให้ยาปฏิชีวนะในกรณีมีอาการปวด และความรุนแรงในระยะเฉียบพลันไม่ลดลงใน 24 ชั่วโมง หรือถ้ามีการอักเสบของท่อทางเดินน้ำดี (bile duct)
6. ติดตามอุณหภูมิของร่างกาย ถ้ามีไข้ขึ้นทันทีทันใดให้รายงานแพทย์
7. ควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าศีรษะสูง(Fowler's position) เพื่อบรรเทาอาการปวด
8. ประคองท้องด้วยผ้าพันท้องหลายทาง เช่น (scultetus binder) และ ช่วยเหลือผู้ป่วยเคลื่อนไหว หรือลุกนั่ง
9. ให้อาหารไขมันต่ำ จะช่วยบรรเทาอาการจากอาหารไม่ย่อยจากการขาดน้ำดี
10. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารมื้อละน้อย แต่บ่อยครั้ง และงดเครื่องดื่ม หรืออาหารที่มีแอลกอฮอล์เด็ดขาด
11. ถ้าผู้ป่วยอาเจียน ควรใส่สายยางทางจมูกเข้าสู่กระเพาะ และต่อเครื่องดูดเพื่อบรรเทาอาการแน่นอึดอัด และอาการอาเจียน การดูด ระบายออก จะเป็นการกำจัดน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร (gastric juices) ที่กระตุ้นโคลิซิสโตไคนิน (cholecystokinine) ให้มีการบีบตัวของถุงน้ำดีที่อักเสบ ทำให้เกิดอาการปวดมากขึ้น

ปัญหาที่ 3: มีแนวโน้มได้รับอันตรายจากการรักษา โดยใช้เครื่องมือพิเศษเปิดทางเดินน้ำดี โดยไม่ผ่าตัด

เหตุผล ผู้ป่วยซึ่งได้รับการรักษาโดยการส่องกล้อง (Endoscope) เข้าไปตัดเนื้อเยื่อ (papillotomy or Sphincterotomy) หรือคล้องนิ่วออกมา จะได้รับ ยาชาพื้นคอ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังทำการตรวจ เช่น สำลัก เสียเลือด แดงทะลุของลำไส้ ตับอ่อนและท่อน้ำดีอักเสบ

จุดประสงค์ ไม่มีการแทรกซ้อนจากการตรวจรักษา

เกณฑ์การประเมินผล หายใจสะดวกไม่เหนื่อยหอบ ไม่เกิดอุบัติเหตุตกเตียง สัญญาณชีพปกติ ฮีมาโตคริตไม่ลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจรักษา การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการตรวจ
2. งดอาหารอย่างน้อยที่สุด 8 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการสำลักเศษอาหารเข้าปอด

3. ให้ยาตามแผนการรักษาก่อนตรวจ เช่น เพทิดีน (Pethidine) 50- 75 มิลลิกรัม เข้าเส้น หรืออาจให้อะโทรปีน (Atrophine gr 1/100) หรือไดอะซีแพม (Diazepam) 5-10 มิลลิกรัม เข้าเส้นเลือดดำ
4. ภายหลังการทำตัดเนื้อเยื่อหรือหูดโดยใช้วิธีการส่งกล้องแล้วตรวจสอบปฏิกิริยาการกลืน (Gag reflex) ก่อนให้อาหารทางปาก ถ้า ไม่มีอาการชาลิ้นอาหารได้ไม่ลำบากเริ่มให้อาหารเหลวได้
5. ถ้าผู้ป่วยได้รับยานอนหลับ (Sedative) มึนงง ยกไม้ข้างเตียงขึ้น
6. บันทึกและติดตามสัญญาณชีพ ทุก 1 -2 ชั่วโมง จนกว่าอาการคงที่

ปัญหาที่ 4: มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ปวดอักเสบจากการเจ็บ ปวด เจ็บปวดของแผล และการจำกัดการเคลื่อนไหวมีการรั่วซึมของทางน้ำดี

เหตุผล การผ่าตัดถุงน้ำดีจะมีแผลบริเวณผนังหน้าท้อง (Right Subcostal in-cision) ยาว เป็นผลทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวด เมื่อหายใจลึกๆ หรือเคลื่อนไหว เป็นการขัดขวางการเคลื่อนไหวเพื่อแลกเปลี่ยนก๊าซ

จุดประสงค์ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ เช่น ปอดอักเสบ, การระคายเคืองของผิวหนังรอบท่อ

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยหายใจสะดวก ไม่เหนื่อยหอบ ผิวหนังรอบท่อระบายไม่เกิดแผลถลอก แดง และเจ็บ

กิจกรรมการพยาบาล

1. การดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

1.1 สอนผู้ป่วยถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น การไอ การหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ ให้ปฏิบัติอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง หลังผ่าตัด

1.2 สอนผู้ป่วยถึงวิธีการประคองหน้าท้องเมื่อจะไอ เทคนิคการลุกจากเตียงเพื่อลดแรงดึงของกล้ามเนื้อหน้าท้อง

1.3 ให้ความรู้เกี่ยวกับท่อระบายน้ำดี ซึ่งจะพบหลังผ่าตัดถึงประโยชน์ที่ได้รับการทำความสะอาดแผล และการใส่สายยางทางจุกสู่กระเพาะ

1.4 อาจจะต้องให้วิตามินเคก่อนผ่าตัด เพื่อป้องกันการตกเลือด ระหว่างผ่าตัด ถ้ามีระดับโปรทรอมบิน (Prothrombin) ต่ำ

2. การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

2.1 ภายหลังผู้ป่วยพ้นจากสลบ ควรจัดท่านอนในท่าศีรษะสูง (Fowler's position)

2.2 ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ การหายใจ การเต้นของหัวใจ ชีพจร การทำงานของระบบประสาท ตำแหน่งของการผ่าตัด รายงานแพทย์ทันที ถ้าสัญญาณชีพและการทำงานของระบบประสาทมีการเปลี่ยนแปลง หรือถ้ามีการระบายของน้ำดี หรือของเสียจากท่อระบายและแผลผ่าตัดซึม หรือออกจำนวนมาก

2.3 ต่อสายจากจุกเข้าสู่กระเพาะกับเครื่องดูด เพื่อป้องกันการแน่น อึดอัดท้องและการอาเจียนติดตามการทำงานของเครื่อง และจำนวนสิ่งขับที่ออกมา ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการกดของสายยางกับจุก

2.4 ถ้าผู้ป่วยมีท่อระบาย (Jackson-Pratt หรือ Penrose-drain) จัดท่านอนหัวสูงเล็กน้อย (Low-Fowler Position) เพื่อให้มีการระบายได้ดี ป้องกันการกดและการสะสมของเหลวใต้กระบังลม บันทึกจำนวน สี ลักษณะทั่วไปของน้ำดี ควรมีจำนวนน้อยกว่า 50 มิลลิลิตร ใน 8 ชั่วโมง และถ้ามีน้ำดีออกมาก หรือมีสีแดงต้องรายงานแพทย์ผ่าตัด

2.5 ถ้าผู้ป่วยทำการผ่าตัด โดยการทำการเปิดถุงน้ำดี (Cholecystostomy) หรือการผ่านิวินท่อน้ำดี (Choledochotomy) ซึ่งมีสายยาง (T Tube) ต่อลงขวดทันที ยึดท่ออย่างให้ติดกับผ้าปิดแผลหรือผ้าปูที่นอน และปล่อยให้สายยางยาวพอที่ผู้ป่วยจะพลิกตะแคงตัวไปมาได้สะดวกโดยสายยางไม่หลุด บอกให้ผู้ป่วยระมัดระวังขณะพลิกตะแคงตัว การลุกนั่งโดยบอกเหตุผลให้ผู้ป่วยทราบ ฉะนั้น สายยางต้องอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องเสมอ เพื่อไม่ให้มีน้ำดีไหลออกมามากเกินไป หรือมีการไหลย้อนกลับของน้ำดี ควรวางถุงระบายอยู่ในระดับหน้าท้อง (Common Bile Duct)

2.6 วางกอสร์รองใต้ท่ออย่าง ทอดและตึงกับหน้าท้องของผู้ป่วย

2.7 บันทึกจำนวน สี ลักษณะของน้ำดีจากสายยางรูปตัวที ใน 24 ชั่วโมงแรก อาจได้ถึง 500 ลูกบาศก์มิลลิเมตร จำนวนควรลดลงถ้าอาการบวมยุบลง และน้ำดีเริ่มไหลผ่านท่อน้ำดี (Common Bile Duct) ถ้ามีจำนวนน้ำดีออกมา มากอาจจะต้องให้ผู้ป่วยรับประทานน้ำดีของตนเองทางปากอาจผสมให้เจือจางกับน้ำผลไม้ และแช่ให้เย็น หรือถ้าผู้ป่วย รับประทานอาหารทางสายยางต่อจากจมูกสู่กระเพาะอาหาร แต่ไม่ควรบอกความจริงกับผู้ป่วยจะเป็นการดีกว่า ถ้าผู้ป่วยไม่ รับประทานน้ำดี ให้กลืนน้ำดีให้รับประทาน เช่น โฟลแรนทูโรน (Floranturone) หรือ ดีไฮโดรคลอริกแอซิด (Dehydrocholic acid) ซึ่งช่วยการย่อยอาหารของผู้ป่วยตามแผนการรักษา

2.8 ถ้ามีน้ำดีซึมบริเวณแผลผ่าตัด พยาบาลต้องติดตามและเปลี่ยนผ้าทำแผลให้เพราะน้ำดีที่รั่วออกมาจะระคายเคือง ผิวหนังรอบๆ แผล ควรเปลี่ยนผ้าปิดแผลบ่อยๆ ดูแลทำความสะอาดหยา เช่น เบตาดีน (Betadine Ointment) ถ้ามีรอบๆ แผลป้องกันการติดเชื้อจากการระคายเคือง หรือป้องกันการระคายเคืองโดยทาผิวหนังรอบๆ ด้วยซิงค์-ออกไซด์ (Zinc oxide) หรือ อะลูมิเนียม (Aluminum) หรือวาสลีน (Vaseline) หรือคารายา (Karaya) ทารอบๆ แผล เพื่อป้องกันน้ำดีย่อย ผิวหนังรอบๆ

2.9 สังเกตลักษณะการติดเชื้อที่ผ้าปิดแผล เช่น ลักษณะการติดเชื้อ จำนวนของน้ำดีและสิ่งขับ ตำแหน่งของท่อ อาการบวม แดง ร้อน และบันทึกอุณหภูมิของร่างกายทุก 4 ชั่วโมง

2.10 ผู้ป่วยจะเริ่มได้รับอาหารทางปาก เป็นอาหารเหลว ไขมันต่ำ ทันทีที่การเคลื่อนไหวของลำไส้เป็นปกติ (Bowel sound) และผู้ป่วยไม่อาเจียน ประมาณ 36-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ต่อมาจะเริ่มเป็นอาหารอ่อน (Bland Diet) พยาบาลต้อง สังเกตสีของอุจจาระเทา (Clamy Colored stool) และลักษณะของอุจจาระมีไขมัน (Steatorrhea) จากการขาดน้ำดีเข้าไป ในลำไส้เล็ก ซึ่งอาจมีการอุดตันการไหลเวียนของน้ำดีจะปิด (Clamp) สายยาง 1 -2 ชั่วโมง ก่อนและหลังรับประทานอาหาร แต่ละมื้อ เพื่อให้มีน้ำดีไหลเข้าสู่ดูโอดินัม เพื่อช่วยย่อยอาหาร ต้องสังเกตอาการแทรกซ้อน เช่น คลื่นไส้ และรายงานแพทย์ ทันทีที่มีอาการ

2.11 ท่อระบาย (Jackson – Pratt or Penrose Drain) จะเอาออกถ้าสิ่งขับหลังจากแผลลดลง แต่สำหรับท่อรูปตัวที (T Tube) จะเอาออก เมื่ออาการบวมยุบลง และการไหลของน้ำดียังไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยจะได้รับการอนุญาตให้กลับบ้านพร้อมท่อรูป ตัวที ควรสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลท่อ และการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่บ้าน จนกว่าจะกลับมาพบแพทย์เพื่อนำท่อระบายออก

2.12 กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ โดยใช้กลัมนีโอกระบังลม อย่างน้อยทำ 2 ชั่วโมง เพื่อกระตุ้นให้ปอดทำงาน ได้เต็มที่ และ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางปอด อีกทั้งกระตุ้นให้ลูกจากเตียงโดยเร็วเพื่อลดการอุดตันของหลอดเลือดดำ และ ปอดแฟบ ซึ่งเป็นอาการแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยน้ำหนักตัวมาก พันผ้าพันท้องหลายทาง อาจจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย

เมื่อลุกจากเตียง เป็นครั้งแรก ขณะที่ผู้ป่วยลุกจากเตียงและมีขวดหรือถุงพลาสติกอยู่ข้างใว้ในกระเป๋าสี้อาบน้ำผูกติดตัว โดยต่ำกว่าระดับเอว หรือต่ำกว่าระดับท่อน้ำดี

ปัญหาที่ 5: มีการเปลี่ยนแปลงด้านโภชนาการได้รับสารน้ำและอาหารน้อยกว่าที่ร่างกายต้องการ เนื่องจากได้รับไม่เพียงพอร่วมกับภาวะเบื่ออาหาร คลื่นไส้ และอาเจียน งดอาหารหลังผ่าตัด

เหตุผล ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับอุจจาระ มักจะมีการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียนร่วมด้วยเสมอ และในคนอ้วนมีโอกาที่จะเกิดนิ่วน้ำดีได้สูงจาก การรับประทานอาหาร

จุดประสงค์ ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอต่อความต้องการ

เกณฑ์ประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่
2. ผู้ป่วยสามารถระบุอาหารที่ทำให้มีความรุนแรงของโรคกลับมาอีก
3. น้ำหนักลดลงในคนอ้วน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัด และมีการอักเสบของถุงน้ำดีเรื้อรัง ให้อาหารไขมันต่ำ และต้องลดน้ำหนัก อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง คือ นม, เนื้อติดมัน อาหารทอด บันทึกอาหารที่รับประทานแต่ละวัน ซึ่งน้ำหนักตัวทุกสัปดาห์
2. สำหรับผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันหรือหลังผ่าตัด แพทย์จะให้สารน้ำ และเกลือแร่ต่างๆ ทางหลอดเลือดดำทดแทน
3. บันทึกและติดตามจำนวนที่ได้รับและเป็นไปในแต่ละวัน สังเกต อาการขาดน้ำ
4. ในรายที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จะได้รับอาหารทันทีที่มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ (Bowel sound) ปกติใน 24 – 48 ชั่วโมงระยะแรก เป็นอาหารเหลวไขมันต่ำ ต่อมาเป็นอาหารอ่อนเพื่อชดเชยแคลอรีจากไขมันจะให้อาหารที่มีคาร์โบไฮเดรต และโปรตีนสูง โดยเฉพาะหลังผ่าตัด 2 – 3 วัน เพราะมีการใช้พลังงานมาก
5. ผู้ป่วยที่เป็นนิ่วน้ำดีและถุงน้ำดีอักเสบ จะต้องได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสาเหตุของโรคที่กลับมารุนแรงอีก เช่น อาหารไขมัน อาหารมีโคเลสเตอรอลสูงอาหารที่มีเครื่องเทศมาก ควรหลีกเลี่ยง
6. คนอ้วนต้องลดน้ำหนัก พยาบาลควรเป็นที่ปรึกษาในการวางแผน เรื่องอาหารที่เหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละคน

ปัญหาที่ 6: ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน การมาตรวจตามนัด

เหตุผล ผู้ป่วยถุงน้ำดีอักเสบและผู้ป่วยนิ่วน้ำดี มีโอกาสที่จะกลับเป็นขึ้นมาใหม่ได้ ถ้าการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง และผู้ป่วยบางคนหลังผ่าตัดทำการตัดถุงน้ำดี 5 – 7 วัน แพทย์ให้กลับบ้าน และนัดมาเอาท่อออกภายหลัง

จุดประสงค์ ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตน

เกณฑ์การประเมินผล

1. แผลท่อนระบายไม่มีการติดเชื้อ
2. ผู้ป่วยบอกได้ถึงอาการที่ควรมาพบแพทย์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้ผู้ป่วย ถึงการดูแลแผลผ่าตัด และท่อนระบายซึ่งติดไปด้วย

2. การออกกำลังกายตามความสามารถของผู้ป่วยที่จะทำได้มีกิจกรรมได้ตามปกติแต่ไม่ควรยกของหนักเป็นเวลา 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด

3. ไม่จำเป็นต้องงดอาหารใดๆ แต่ยังคงรับประทานอาหารไขมันต่ำ ประมาณ 6 เดือน

4. ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาละลายนิ่ว ระยะเวลาการใช้ ภาวะแทรกซ้อน เช่น ท้องเดิน

5. ผู้ป่วยจำเป็นต้องรู้ถึงอาการของโรคทางเดินน้ำดีที่อาจเกิดขึ้นได้อีก เช่น ปวดท้อง ท้องอืด มีไข้ ตาและตัวเหลือง

การพยาบาลต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคระบบทางเดินน้ำดี ควรระมัดระวังเรื่องอาหารที่รับประทาน ควรหลีกเลี่ยงอาหารทอด ครีม นม เนย มาร์การีน ถั่ว ช็อคโกแลต และควรรับมาพบแพทย์เมื่อมีอาการรุนแรงกลับมาอีก และส่งพยาบาลออกไปเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนเพื่อให้การช่วยเหลือและคำแนะนำที่ถูกต้อง



บรรณานุกรม

- เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์, ปรางทิพย์ ฉายพุทธ และนภาพร วาณิชกุล. (2556). สาระหลักทางการพยาบาล ศัลยศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 3 ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ : ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราณี ทุไพบระ และคณะ. (บรรณาธิการ). (2553). การพยาบาลอายุรศาสตร์. กรุงเทพฯ : โครงการตำรา คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- Castledine, G. and Close, A. (2018). Nursing patients with nutritional and gastrointestinal problems. In *Oxford Handbook of Adult Nursing*. Flynn, M. & Mercer, D. (eds). Oxford: Oxford University Press
- Christensen, B. L. & Kockrow, E. O. (2011). *Foundations and adult health nursing*. (6th ed.). MO, St.Louis: Mosby Elsevier.
- Donna, D., Ignatavicius, M., & Linda, W. (2016). *Medical-surgical nursing: patient-centered collaborative care*. 8th ed. St. Louis: Elsevier Saunders.
- Ignatavicius, D.D. & Workman, M.L. (2016). *Medical-surgical nursing : patient-centered collaborative care*. St. Louis : Elsevier Saunders.
- Le May, A. (2017). *Rapid Adult Nursing*. West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Norton, C., Nunwa, A., Taylor, C., Whayman, K., & Williams, J. (2008). *Oxford Handbook of Gastrointestinal Nursing*. Oxford: Oxford University Press.
- Norwicki, L. (2015). Nursing care of patients with lower gastrointestinal disorders. In *Understanding medical surgical nursing*. William, L. S. & Hopper, P. D. (eds). F.A.Davis Company
- Ong, P. & Skittrall, R. (2018). *Gastrointestinal Nursing: A Lifespan Approach*. London: Routledge.
- Page, K. (2012). *Nursing the Acutely Ill Adult: Case Book*. Buckingham: McGraw-Hill.
- Pricilla, L., Karen, B. & Gerene, B. (2011). *Medical-surgical nursing : critical thinking in client care*. 5th ed. Boston : Pearson.
- Sharon, L. L., Shannon, R. D., Margaret, M. H. & Linda, B. (2014). *Medical-Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems*. 9th Ed. Boston: Pearson.
- SmeltZer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2008). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. (11th ed.). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.