

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัด Whipple's Operation ที่มีภาวะรอยต่อตับอ่อนและลำไส้เล็กส่วนต้นรั่วซึม ร่วมกับการติดเชื้อภายในช่องท้อง: กรณีศึกษา

พัชรีย์ แสงทอง*

บทนำ

มะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma, CCA) เป็นมะเร็งที่เป็นเกิดจากความผิดปกติของเซลล์เยื่อบุท่อน้ำดี (cholangiocyte) ซึ่งสามารถเกิดกับทางเดินน้ำดีที่อยู่ในตับหรือนอกตับ มีสาเหตุมาจากภาวะที่ทำให้มีการอักเสบเรื้อรังของท่อน้ำดี ปัจจุบันมีโรคหรือภาวะหลายอย่างที่มีหลักฐานทางระบาดวิทยาเรื่อยๆ เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ว่าน่าจะเป็นปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งท่อน้ำดี อุบัติการณ์ของมะเร็งท่อน้ำดีทั่วโลก มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งคาดว่าอาจเป็นจากความชุกของปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งท่อน้ำดี มักมีพยากรณ์โรคไม่ดี คือเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว ดังนั้นการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงบางอย่าง มีส่วนช่วยป้องกันการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี นอกจากนี้ ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงที่เป็นโรคหรือภาวะบางอย่างที่สามารถรักษา หรือแก้ไขได้ ควรทำการรักษา เพื่อลดโอกาสการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี

วัตถุประสงค์ในการศึกษา : ผู้ป่วยมะเร็งจัดเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากกว่าผู้ป่วยปกติ เนื่องจากภาวะของโรคและการรักษาที่ได้รับ เช่น การผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด เป็นต้น ซึ่งการรักษาต่าง ๆ ที่ได้รับจะส่งผลต่อระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดจะต้องมีการเตรียมความพร้อมของร่างกายสำหรับการผ่าตัดอย่างเหมาะสม เช่น การควบคุมภาวะโรคร่วมต่าง ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อ การผ่าตัด การดูแลภาวะโภชนาการอย่างเหมาะสม เป็นต้น ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้พร้อมสำหรับการผ่าตัด ต้องประกอบด้วย การดูแลจากสหสาขาวิชาชีพต่าง ๆ เพื่อป้องกัน หรือ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างการผ่าตัด และหลังผ่าตัด

กรณีศึกษาเป็นการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัด Whipple's Operation ที่มีภาวะรอยต่อตับอ่อนและลำไส้เล็กส่วนต้นรั่วซึม ร่วมกับการติดเชื้อภายในช่องท้อง การให้การพยาบาลมีเป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย สามารถดูแลตนเองได้ มีการเตรียมความพร้อมในด้านต่าง ๆ และสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ตามแนวทางการดูแลที่ตั้งเป้าหมายไว้และนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติกรพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมาก

คำสำคัญ : มะเร็งท่อน้ำดี, การผ่าตัด Whipple's Operation, การติดเชื้อภายในช่องท้อง

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

บทนำ

โรคมะเร็งจัดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ในทุกประเทศทั่วโลก จากการประมาณการขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี 2562 มะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับแรกหรืออันดับสอง ในผู้ที่มีอายุ 70 ปีใน 112 จาก 183 ประเทศ และอยู่ในอันดับที่สามหรือสี่ในอีก 23 ประเทศ โดยรวมแล้วอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งและการเสียชีวิตมีการเติบโตอย่างรวดเร็วทั่วโลก ซึ่งสะท้อนทั้งความชราและการเติบโตของประชากร ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงความชุกและการกระจายตัวของปัจจัยเสี่ยงหลักสำหรับโรคมะเร็ง และประมาณการจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ จาก 19.3 ล้านคน ในปี 2563 จะเพิ่มขึ้นเป็น 30.2 ล้านคนใน ปี 2583

มะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma, CHCA) เป็นโรคมะเร็งในผู้ใหญ่ พบเป็นลำดับที่ 6 (ร้อยละ 4.7) และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นลำดับที่ 3 (ร้อยละ 8.3) ของทั่วโลก อุบัติการณ์ของมะเร็งท่อน้ำดีมีความแตกต่างกันมาก ในแต่ละภูมิภาคของโลก เป็นผลมาจากความชุกของปัจจัยเสี่ยงทั้งด้านพันธุกรรม (Genetic risk factors) และสิ่งแวดล้อม (Environmental risk factors) ไม่เท่ากัน ประเทศไทยเป็นบริเวณที่มีอุบัติการณ์ของมะเร็งท่อน้ำดีสูงสุดในโลก คือ 71.8 ต่อประชากร 100,000 ราย ประเทศอื่นๆ ที่มีอุบัติการณ์มะเร็งท่อน้ำดีสูง คือมากกว่า 6 รายต่อประชากร 100,000 ราย ได้แก่ จีน และเกาหลี ส่วนประเทศอื่นๆ ในเอเชีย เช่น ญี่ปุ่น ไต้หวัน รวมทั้งประเทศในทวีปอเมริกาและยุโรป จัดเป็นประเทศที่มีอุบัติการณ์ของมะเร็งท่อน้ำดีต่ำ คือ น้อยกว่า 6 รายต่อประชากร 100,000 ราย ใน

ประชากรไทยภาพรวมของอุบัติการณ์ของมะเร็งท่อน้ำดีระหว่างปี พ.ศ.2552-2556 มีแนวโน้มคงที่คือเท่ากับ 72, 68, 71, 68.7 และ 71.8 ต่อ 100,000 ประชากร อุบัติการณ์มีความแตกต่างกันมากในแต่ละภาค โดยพบมากที่สุดใภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คิดเป็นร้อยละ 62 ของผู้ป่วยไทยทั้งหมดที่เป็นมะเร็งท่อน้ำดี รองลงไปคือภาคเหนือ (ร้อยละ 17), ภาคกลาง (ร้อยละ 13), กรุงเทพฯ (ร้อยละ 3) และภาคใต้ (ร้อยละ 3) ความแตกต่างกันในแต่ละภูมิภาค เชื่อว่าส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการที่แต่ละภาคมีความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับไม่เท่ากัน พยาธิใบไม้ในตับเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี นอกจากนี้อาจเป็นผลมาจากปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น ปัจจัยทางพันธุกรรม หรือปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ที่แตกต่างกันในแต่ละภูมิภาค

การรักษามะเร็งท่อน้ำดีในปัจจุบันแบ่งเป็น การรักษาแบบเฉพาะที่ และแบบ Systemic Therapy วิธีการรักษาจะแตกต่างกันในแต่ละระยะของโรคที่เป็น การผ่าตัด เป็นการรักษาแบบหวังผลหายขาด (Potentially curative treatment) การผ่าตัดสำหรับมะเร็งท่อน้ำดีแบ่งเป็นสองวิธี คือการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออก (Surgical resection) และการปลูกถ่ายตับ (Liver transplantation) ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดที่พบบ่อย คือ การรั่วบริเวณรอยต่อของตับอ่อนหลังการผ่าตัด (Post-Operative Pancreatic Fistula (POPF)), เลือดออกภายหลังการผ่าตัดตับอ่อน (Post Pancreatectomy Hemorrhage (PPH)), ภาวะเพาะอาหารมีการทำงานที่ลดลง (Delayed Gastric Emptying (DGE)), การเกิดฝีภายในช่องท้องหลังการผ่าตัด (Intraabdominal Abscess) และ การรั่วของน้ำดี (Biliary Fistula)

ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยคือ การต้องพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานานขึ้น

การผ่าตัดส่งผลกระทบต่อร่างกายตอบสนองและมีกระบวนการปรับตัวเสมือนได้รับการบาดเจ็บเกิดการตอบสนองและการปรับตัวในระบบภูมิคุ้มกัน ระบบการไหลเวียนเลือด ระบบการดูดซึมและย่อยอาหาร และระบบการเผาผลาญอาหารเพื่อให้ร่างกายฟื้นหายจากการบาดเจ็บ กระบวนการผ่าตัดเป็นสิ่งเร้าตรงที่ส่งผลต่อการปรับตัว เช่น ระยะเวลา การผ่าตัดส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การติดเชื้อในช่องท้อง การเกิดรอยตัดต่อรั่ว การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด อัตราการผ่าตัดซ้ำ การเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ อัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และอัตราการตายหลังผ่าตัดด้วย ปริมาณการเสียเลือดขณะผ่าตัดส่งผลต่อกระบวนการปรับตัวของผู้ป่วยโดยทำให้ปริมาณการไหลเวียนเลือดและออกซิเจนลดลง กระบวนการหายของแผลและกระบวนการฟื้นตัวของร่างกายหลังผ่าตัดเปลี่ยนแปลง ซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้หลายระบบ เช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อนระบบประสาทและสมอง ภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับเนื้อเยื่อและบาดแผลเช่น แผลแยก แผลผ่าตัดติดเชื้อ เป็นต้น

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's Adaptation Model) ระบบการปรับตัวประกอบด้วย สิ่งนำเข้า กระบวนการควบคุม สิ่งนำออก และกระบวนการย้อนกลับ ซึ่งมีความสัมพันธ์กัน ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's Adaptation Model) นั้นกระบวนการปรับตัวของผู้ป่วยต่อการบาดเจ็บจากการผ่าตัดเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยเป็นบุคคล

มีระบบการปรับตัวแบบองค์รวม (holistic adaptive system) ที่ได้รับสิ่งเร้าตรงคือ การผ่าตัด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด ได้แก่ ระยะเวลาการผ่าตัด ปริมาณ การสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด และมีสิ่งเร้าร่วมที่อาจส่งผลต่อการปรับตัว ได้แก่ ระยะเวลาของโรคมะเร็ง ภาวะโรคร่วม ภาวะโภชนาการ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า สิ่งเร้าตรงและสิ่งเร้าร่วมเหล่านี้ จะกระตุ้นให้ร่างกายเกิดกระบวนการตอบสนองหรือกระบวนการปรับตัว(coping process) ผ่านกลไกของระบบการควบคุมอัตโนมัติ (regulator subsystems) และระบบการคิดรู้ (cognator subsystem) ซึ่งทำงานประสานกันเกิดเป็นผลลัพธ์หรือพฤติกรรม การปรับตัว (behavior) ใน 2 ลักษณะ คือ ปรับตัวได้สำเร็จ (เกิดการฟื้นหายเป็นปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน) และปรับตัว ไม่สำเร็จ/ไม่มี ประสิทธิภาพ(เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด) โดยธรรมชาติเมื่อร่างกายมีการปรับตัว จะมีกลไกการป้อนข้อมูลย้อนกลับ (feedback process) เพื่อช่วยให้ร่างกายสามารถพัฒนาการปรับตัวให้ดียิ่งขึ้น

เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>อุบัติการณ์ของมะเร็งท่อน้ำดี</p> <p>พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ในประเทศไทยพบในเพศชายร้อยละ 61 และเพศหญิงร้อยละ 39 อายุเฉลี่ยคือประมาณ 64 ปี อุบัติการณ์ของมะเร็งท่อน้ำดีมีความแตกต่างกัน ประเทศไทยเป็นบริเวณที่มีอุบัติการณ์ของมะเร็งท่อน้ำดีสูงสุดในโลก โดยพบมากที่สุดใภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงมาคือภาคเหนือ, ภาคกลาง, กรุงเทพฯ และภาคใต้ อุบัติการณ์มีความแตกต่างกันมากในแต่ละภาค เชื่อว่าส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการที่แต่ละภาคมีความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับไม่เท่ากัน</p> <p>ชนิดของมะเร็งท่อน้ำดี</p> <p>แบ่งออกได้เป็น 3 ชนิดตามตำแหน่งทางกายวิภาคของท่อน้ำดี</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มะเร็งท่อน้ำดีในตับ (intrahepatic CCA, iCCA) เกิดขึ้นเนื้อส่วนต่อท่อน้ำดีแขนงทุติยภูมิภายในตับ (secondary branch of hepatic duct) พบได้ประมาณร้อยละ 30-40 2. มะเร็งท่อน้ำดีที่ขั้วตับ (perhilar CCA, PCCA) เกิดบริเวณท่อน้ำดีที่อยู่ติดต่อท่อน้ำดีแขนงทุติยภูมิภายในตับ จนถึงท่อน้ำดีรวมจากตับ (common hepatic duct) พบประมาณร้อยละ 50 3. มะเร็งท่อน้ำดีส่วนปลาย (distal CCA, dCCA) เกิดขึ้นบริเวณ ท่อน้ำดีรวม (common bile duct) คือตั้งแต่ตำแหน่งท่อน้ำดีบริเวณที่ท่อน้ำดีจากถุงน้ำดี (cystic duct) เปิดเข้าสู่ท่อน้ำดีรวม (cystic duct junction) ลงไป พบประมาณร้อยละ 10-20 มะเร็งท่อน้ำดีในตับ ในบางครั้ง dCCA จะถูกรวมกับ pCCA เรียกว่า เป็นมะเร็งท่อน้ำดีนอกตับ (extrahepatic cholangiocarcinoma, eCCA) <p>ปัจจัยเสี่ยง (risk factor)</p> <p>Primary Sclerosing Cholangitis (PSC) การติดเชื้อปรสิต Oriental cholangiohepatitis Congenital biliary cystic disease ตับแข็งและไวรัสตับอักเสบ</p> <p>เพศ การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็ง (family history of cancer)</p>	<p>กรณีศึกษา เพศหญิง อายุ 75 ปี ภูมิลำเนาเดิมอยู่จังหวัดสกลนคร แต่งงานมีครอบครัวย้ายภูมิลำเนามาอยู่ในกรุงเทพฯ ตั้งแต่อายุ 25 ปี</p> <p>-ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดีส่วนปลาย (distal CCA, dCCA)</p> <p>ไม่มีประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่/ดื่มแอลกอฮอล์ ไม่มีประวัติการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบและประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็ง มีพฤติกรรมชอบรับประทานอาหารที่มีไนไตรท์ (nitrite) เช่น ปลาจืด แหนม หมูยอ กุนเชียง ไส้กรอก แอม หมูเค็ม เป็นต้น</p>

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>- การรับประทานอาหารที่มีไนไตรท์ (nitrite)</p> <p>- การสัมผัสสารบางอย่างจากการประกอบอาชีพ</p> <p>- ปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรม (Genetic risk factor)</p> <p>การวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดี</p> <p>อาการทางคลินิก</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดีซ่าน - น้ำหนักลด - ปวดท้อง - คลื่นไส้อาเจียน - ไข้ <p>การตรวจสารบ่งมะเร็ง (Tumor marker)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระดับ CA 19-9 มากกว่า 100 ยูนิท/มล. มีความไวร้อยละ 53 และความจำเพาะร้อยละ 75-90 ถ้าใช้ค่า CA 19-9 ร่วมกับการตรวจเพิ่มเติมอื่น ๆ เช่น อัลตราซาวด์ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์หรือภาพคลื่นแม่เหล็กจะเพิ่มความไวเป็นร้อยละ 91, ร้อยละ 100 และร้อยละ 96 ตามลำดับ - CA 19-9 มากกว่า 180 ยูนิท/มล. ร่วมกับ CEA มากกว่า 5.2 นก./มล. มีความไวร้อยละ 100 และความจำเพาะร้อยละ 78 <p>การตรวจภาพวินิจฉัย</p> <ul style="list-style-type: none"> - อัลตราซาวด์: อัลตราซาวด์ใช้ประเมินเบื้องต้นในผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินน้ำดี โดยมีความไวและความแม่นยำสำหรับการวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดีนอกตับ ร้อยละ 89 และร้อยละ 80-95 ตามลำดับ ความไวจะเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยที่มี CA 19-9 สูง - เอกซเรย์คอมพิวเตอร์มีบทบาททั้งในการวินิจฉัยและประเมินระยะของโรค ลักษณะทางเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของมะเร็งท่อน้ำดีที่พบได้คือ hypodensity, มีการขยายใหญ่หรือหนาตัวของท่อน้ำดี เป็นต้น - ภาพคลื่นแม่เหล็ก (Magnetic Resonance Imaging, MRI) สามารถให้รายละเอียดเกี่ยวกับกายวิภาคของท่อน้ำดีได้ดี ดูความกว้างขวางของโรค รวมทั้งประเมินการลุกลามเข้าหลอดเลือด ต่อม้าน้ำเหลือง และการกระจายนอกตับได้คล้ายกับเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ลักษณะของมะเร็งท่อน้ำดีในตับจาก MRI/MRCP คือ hypointense lesion - Cholangiography: Cholangiography มีความไวร้อยละ 75-85 ความจำเพาะร้อยละ 70-75 - Endoscopic ultrasound (EUS): พบว่า EUS มีความไวร้อยละ 78 และความจำเพาะร้อยละ 84 	<p>ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยภาวะตาตัวเหลือง ทานอาหารได้น้อย น้ำหนักลด 9 kg ใน 1 เดือน ปวดบริเวณใต้ลิ้นปี่ คลื่นไส้ อาเจียน</p> <p>ผลการตรวจ CA19-9 = 522.3 (0 - 39 U/mL), CEA = 13.5 (0-4.7 ng/mL) ร่วมกับการตรวจ CT Upper abdomen พบการขยายตัวของท่อทางเดินน้ำดี และมีการอุดตันของท่อทางเดินน้ำดีส่วนปลาย</p>

ทฤษฎี	กรณีศึกษา																																																	
<p>- Intraductal ultrasound (IDUS): ช่วยในการวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดีนอกตับ โดยมีความไวร้อยละ 90 และความจำเพาะร้อยละ 93</p> <p>- Positron Emission Tomography (PET): เป็นการตรวจ functional image โดยอาศัยหลักการตรวจหา radiotracer F-fluorodeoxyglucose (FDG) uptake ในเซลล์มะเร็ง มีความไวร้อยละ 90 และความจำเพาะร้อยละ 78</p> <p>ระบบระยะของโรคมะเร็งท่อน้ำดี (Staging System for Cholangiocarcinoma)</p> <p>- Bismuth-Corlette classification: จุดประสงค์หลักของ classification นี้คือเพื่อใช้ประเมินว่าโรคมะเร็งอยู่ในระยะที่สามารถรักษาด้วยการผ่าตัดได้หรือไม่ (respectability) มีประโยชน์ในการวางแผนการรักษาโดยการผ่าตัด แต่ไม่สามารถใช้ในการทำนายระยะเวลาการรอดชีพ (survival)</p> <p>- The Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC) staging system: เป็นระบบระยะโรคมะเร็งที่ประเมินตำแหน่งและการลุกลามของก้อนมะเร็งไปตามท่อน้ำดีโดยอาศัย Bismuth-Corlette classification ร่วมกับมีการประเมินการลุกลามหลอดเลือดและการฝ่อของตับ (lobar atrophy ระบบนี้พัฒนาขึ้นโดยมีจุดประสงค์เพื่อให้สามารถบอกพยากรณ์โรคได้</p> <p>- The International Union against Cancer/American Joint Committee on Cancer tumor-node-metastasis (TNM) staging system: เป็นระบบระยะโรคมะเร็งที่พัฒนาขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อใช้ทำนายระยะเวลาการรอดชีพของผู้ป่วย</p> <p>Histologic Grade</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grade cannot be assessed - Well differentiated - Moderately differentiated - Poorly differentiated - Undifferentiated <p>พยาธิวิทยาของมะเร็งท่อน้ำดีมากกว่าร้อยละ 90 เป็น well ถึง moderately differentiated adenocarcinoma</p> <p>การรักษา</p> <p>- การผ่าตัด เป็นวิธีเดียวที่ทำให้ผู้ป่วยหายขาดได้ ผู้ป่วยที่ผ่าตัดไม่ได้มีอัตราการรอดชีวิตเฉลี่ยเพียง 6-12 เดือน การรักษาด้วยการผ่าตัด เป็นการรักษาแบบหวังผลหายขาด (potentially curative treatment) สำหรับมะเร็งท่อน้ำดี แบ่งเป็นสองวิธี คือ 1.) การรักษาด้วยการผ่าตัด</p>	<p>ผล Patho หลังการผ่าตัด Pathological staging ของมะเร็งท่อน้ำดีส่วนปลายคือ Stage IIb = pT2N1Mx (ตาม TNM Staging)</p> <p>Patho : Well diff adenocarcinoma invading through pancreas into peripancreatic fat size 2.5 cm, PNI +ve, LVI +ve, margin -ve,</p> <p>LN : 1/1 parapancreatic node + 0/6 gastric omental node + 0/2 bile duct node + 0/2 parapancreatic node + 0/8 mesenteric nodes</p> <table border="1" data-bbox="991 987 1414 1375"> <thead> <tr> <th colspan="2" rowspan="2">ระยะของโรค</th> <th colspan="3">มะเร็งท่อน้ำดีส่วนปลาย</th> </tr> <tr> <th>T</th> <th>N</th> <th>M</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td></td> <td>Tis</td> <td>NO</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">I</td> <td>IA</td> <td>T1</td> <td>NO</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td>IB</td> <td>T2</td> <td>NO</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">II</td> <td>IIA</td> <td>T3</td> <td>NO</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td>IIB</td> <td>T1-3</td> <td>N1</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">III</td> <td>IIIA</td> <td>T4</td> <td>Any N</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td>IIIB</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">IV</td> <td>IVA</td> <td>Any T</td> <td>Any N</td> <td>M1</td> </tr> <tr> <td>IVB</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	ระยะของโรค		มะเร็งท่อน้ำดีส่วนปลาย			T	N	M	0		Tis	NO	M0	I	IA	T1	NO	M0	IB	T2	NO	M0	II	IIA	T3	NO	M0	IIB	T1-3	N1	M0	III	IIIA	T4	Any N	M0	IIIB				IV	IVA	Any T	Any N	M1	IVB			
ระยะของโรค				มะเร็งท่อน้ำดีส่วนปลาย																																														
		T	N	M																																														
0		Tis	NO	M0																																														
I	IA	T1	NO	M0																																														
	IB	T2	NO	M0																																														
II	IIA	T3	NO	M0																																														
	IIB	T1-3	N1	M0																																														
III	IIIA	T4	Any N	M0																																														
	IIIB																																																	
IV	IVA	Any T	Any N	M1																																														
	IVB																																																	

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>เอาก้อนมะเร็งออก (surgical resection) และ 2) การปลูกถ่ายตับ (liver transplantation)</p> <ul style="list-style-type: none"> - การผ่าตัดมะเร็งท่อน้ำดีในตับ ใช้หลักการเดียวกับการผ่าตัดมะเร็งเซลล์ตับ แต่ไม่แนะนำให้ทำ extended lymphadenectomy เนื่องจากอัตราการรอดชีวิตไม่เพิ่มขึ้น ปัจจัยทำนายผลการผ่าตัดที่ไม่ดี ได้แก่ positive margin, การลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลือง หลอดเลือด และเนื้อเยื่อรอบ ๆ ท่อน้ำดี ส่วนตำแหน่งที่มีการกลับเป็นซ้ำบ่อยที่สุดหลังจากผ่าตัดคือ ภายในตับนั่นเอง - การผ่าตัดมะเร็งท่อน้ำดีขั้นต้นที่เหมาะสมคือ การตัดท่อน้ำดีนอกตับต่อมน้ำเหลือง ฤงน้ำดี ตับบางส่วน รวมทั้ง caudate lobe โดยเฉพาะรอยโรคที่ลุกลามเข้าไปยัง left hepatic duct (วิธีนี้จะเพิ่ม R0 resection ได้) และไม่แนะนำให้ทำ extended lymphadenectomy การผ่าตัดในภาวะนี้มีอัตราการเสียชีวิตระหว่างผ่าตัดร้อยละ 5-10 โดยเฉพาะกรณี extended hepatectomy - การผ่าตัดมะเร็งท่อน้ำดีนอกตับที่เหมาะสมคือ pancreaticoduodenectomy (Whipple procedure) เพราะการตัดท่อน้ำดีอย่างเดียวมีโอกาสเกิด positive margin สูง (ยกเว้นสำหรับรอยโรคที่ท่อน้ำดีส่วนกลาง) และไม่แนะนำให้ทำ extended lymphadenectomy <p>การรักษาแบบประคับประคอง</p> <ul style="list-style-type: none"> - การระบายน้ำดี มีเป้าหมายเพื่อบรรเทาอาการดีซ่าน ปวด คัน ป้องกันการเกิดท่อน้ำดีอักเสบและระบายน้ำดี ได้แก่ การใส่ท่อระบายน้ำดีผ่านกล้อง (Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP)), ผ่านผิวหนัง; Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage (PTBD) และการผ่าตัด (surgical bypass) - การฉายแสง วิธีนี้อาจได้ประโยชน์ในการบรรเทาอาการปวด - เคมีบำบัด - Photodynamic therapy (PDT): อาศัยหลักการให้สารประเภท photosensitizer ทางหลอดเลือดไปสะสมในเซลล์ หลังจากนั้นให้แสงที่มีความยาวคลื่นเฉพาะกระตุ้นสารดังกล่าวภายในเซลล์มะเร็งทำให้เกิดการตายของเซลล์มะเร็ง - การฝังแร่ เป็นการใช้นิวคลีอัสสารกัมมันตรังสีชิ้นเล็ก ๆ ฝังเข้าไปยังบริเวณข้างๆก้อนมะเร็งหรือที่ก้อนมะเร็งโดยตรง - การสลายก้อนมะเร็ง (โดยการใช้คลื่นความถี่สูงหรือการผ่าตัดด้วยความเย็น): ในกรณีที่ไม่สามารถผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกจากตับได้ 	<ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการผ่าตัด Whipple's operation วิธีนี้จะเป็นการตัดกระเพาะอาหารส่วนปลาย (antrum), ฤงน้ำดี (Gall bladder), ท่อทางเดินน้ำดี (common bile duct), ส่วนหัวของตับอ่อน (Head of pancreas), ลำไส้เล็กส่วน ดูโอดินัม (duodenum) ส่วนต้นของเจจูนัม (proximal jejunum) และต่อมน้ำเหลืองบริเวณนั้นออก (lymphadenectomy) และทำการเย็บต่อ 3 รอยต่อ ที่เกิดขึ้นคือ <ul style="list-style-type: none"> - Pancreaticojejunostomy นำตับอ่อนที่เหลืมาต่อเข้ากับ ลำไส้เล็กส่วน jejunum - Choledochojejunostomy นำ common bile duct ต่อเข้ากับ ลำไส้เล็กส่วน jejunum - Gastrojejunostomy นำกระเพาะอาหารมาต่อเข้ากับ ลำไส้เล็กส่วน jejunum

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>การกลับมาเป็นซ้ำของมะเร็งท่อน้ำดี/ การแพร่กระจาย (Recurrent & Metastasis)</p> <p>มะเร็งอาจมีการกลับมาเป็นซ้ำ ซึ่งอาจกลับมาเป็นซ้ำที่ตำแหน่งเดิมหรือตำแหน่งอื่นที่ไกลออกไป เนื่องจากการแพร่กระจาย พบการกระจายลุกลามไปตามทางเดินน้ำเหลือง (Lymphatic invasion: LV) และเส้นประสาท(Perineural invasion: PV) ได้บ่อย ไม่ค่อยพบการกระจายไปทางกระแสเลือด (Hematogenous spreading) อย่างไรก็ตามอาจพบมีการกระจายไปที่อื่น ๆ เช่น กระดูก สมอง ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง เป็นต้น</p> <p>ภาวะแทรกซ้อน ของ Pancreatic Surgery ที่พบบ่อยมีดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - Post-Operative Pancreatic Fistula (POPF) Term ที่ใช้เรียกมีหลายอย่างคือ Fistula, Leak, Leakage, Focal post-operative pancreatitis, anastomotic failure, anastomosis insufficiency ซึ่งสามารถพบได้ร้อยละ 2-24 และเป็นปัจจัยสำคัญที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต เนื่องจากอาจทำให้เกิดภาวะฝีในช่องท้อง และมีภาวะเลือดออกภายหลังได้ วินิจฉัยภาวะนี้จาก ระดับ Amylase ของสารน้ำทางสายระบายภายหลังผ่าตัดตั้งแต่วันที่ 3 สูงกว่า ระดับค่าปกติของ Amylase ใน serum 3 เท่า: ลักษณะทางคลินิกที่อาจพบร่วมด้วย ได้แก่ ปวดท้อง ท้องอืด การทำงานของลำไส้บกพร่อง ภาวะอาหารปับตัวซ้ำ มีไข้สูงกว่า 38 องศาเซลเซียส ระดับ WBC > 10,000 cell/mm³ และระดับ C- reactive protein สูงขึ้น - Post Pancreatectomy Hemorrhage (PPH) พบ complication จาก bleeding ได้ร้อยละ 2-16 และเป็นสาเหตุของ Mortality ร้อยละ 15-60 การวินิจฉัย PPH โดยมากพบมีเลือดออกจาก peritoneal drainage เป็นเวลาหลายวัน หรือเป็นสัปดาห์หลังผ่าตัด มีการเปลี่ยนแปลงของ vital sign มี tachycardia hypotension hemoglobin ลดลง - Delayed Gastric Emptying (DGE) พบได้มากหลังการผ่าตัด pancreatic surgery เป็น complication ที่พบได้ประมาณร้อยละ 30 การทำ Whipple's operation และ pylorus-preserving pancreato duodenectomy จะทำให้ plasma, motilin ลดลงจากการทำ resection ของ duodenal, การเลาะต่อมน้ำเหลืองที่อยู่บริเวณ common hepatic artery ทำให้มีการตัด vagal nerve เกิด gastric atony และการตัด sympathetic nerve ที่ไปเลี้ยงบริเวณ pylorus ทำให้เกิด pylorospasm, วิธีการทำ 	<p>- เกิดภาวะ Post-Operative Pancreatic Fistula (POPF) วินิจฉัยภาวะนี้จาก ระดับ Amylase ของสารน้ำทางสายระบายภายหลังผ่าตัดตั้งแต่วันที่ 3 สูงกว่า ระดับค่าปกติของ Amylase ใน serum 3 เท่า ลักษณะทางคลินิกที่พบร่วมได้แก่ ปวดท้อง ท้องอืด การทำงานของลำไส้บกพร่อง ภาวะอาหารปับตัวซ้ำ มีไข้สูงกว่า 38 องศาเซลเซียส ระดับ WBC > 10,000 cell/mm³ และระดับ C- reactive protein สูงขึ้น</p> <p>(ผลการตรวจระดับ Amylase ภายหลังผ่าตัดวันที่ 4 ใน serum เท่ากับ 67 U/ml ในสารน้ำทางสายระบาย เท่ากับ 257 U/ml)</p> <p>หลังผ่าตัดวันที่ 12 (17 สิงหาคม 2564) มีไข้เกิน 38 องศาเซลเซียส; WBC 147,300 เซลล์/ลบ.มม</p> <p>- พบภาวะ Delayed Gastric Emptying (DGE) หลังผ่าตัด Whipple's operation วันที่ 2 bowel function 3 ครั้ง/นาที่ มีท้องอืด Ambulation น้อย</p> <p>-แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะ Gastroparesis</p> <p>- ผู้ป่วยมีคลื่นไส้อาเจียน content เป็น Bile ประมาณ 100 ml</p>

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>reconstruction ของ gastric drainage (gastrojejunostomy) การวินิจฉัยว่าเป็น DGE ก็ต้องพิสูจน์ว่ารอยต่อ gastrojejunostomy หรือ duodenojejunostomy ไม่ตีบหรืออุดตันโดยการทำ Upper GI series หรือใช้ Endoscopy</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intraabdominal Abscess พบได้ประมาณร้อยละ 10 มักจะเกิดจาก POPF หรือ dehiscence ของ pancreatic anastomosis - Biliary Fistula พบได้ร้อยละ 1-9 <p>ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิด Pancreatic fistula (PF): ที่พบได้มีอยู่หลายปัจจัยเสี่ยงด้วยกัน แต่ที่พบบ่อย คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - อายุ ส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุ - เพศ พบว่า เพศชายเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดได้ - ความอ้วน ในกลุ่มที่ BMI > 25 kg/m² จะเพิ่มโอกาสในการเกิด - ลักษณะของตับอ่อน เนื้อตับอ่อนที่นุ่มนั้นจะทำให้เกิด PF ได้มากกว่า - ขนาดของท่อน้ำย่อยตับอ่อน ขนาดของท่อน้ำย่อยตับอ่อนที่เล็กกว่า 3 มม.จะทำให้เกิด PF ได้มากขึ้น - วิธีการต่อรอยต่อ ที่นิยมกันมีอยู่ 2 วิธี คือ pancreatojejunostomy (PJ) และ pancreatogastrostomy (PG) พบว่าการต่อรอยต่อแบบ PG มีอัตราการเกิด PF น้อยกว่าการต่อรอยต่อแบบ PJ - การใส่ stent ตรงรอยต่อ การใส่ stent ใน pancreatic duct เชื่อว่าจะทำให้การเย็บรอยต่อทำได้ดีขึ้น สามารถลดการเกิด PF ได้ - เทคนิคในการเย็บรอยต่อ พบว่ามีอัตราการเกิด PF ในกลุ่มที่เย็บรอยต่อด้วยวิธี duct to mucosa มากกว่ากลุ่ม invagination - การใส่สายระบายในช่องท้อง พบว่าใส่สายระบายในช่องท้องโดยไม่จำเป็นอาจเพิ่มผลแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดได้ - . ยากลุ่ม Somatostatin analogues Octreotide เป็น synthetic analogues ของ somatostatin ทำหน้าที่ยับยั้งการหลั่ง enzyme จาก pancreas นำมาใช้ในการช่วยลดอัตราการเกิด PF - ประสบการณ์ของศัลยแพทย์ พบว่าในกลุ่มที่เป็น high volume surgeon (> 5 ราย/ปี) และกลุ่มที่เป็น High volume hospital (> 50 ราย/ปี) มีผลแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ <p>การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด (Surgical Site Infection : SSI) การติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด หมายถึง การติดเชื้อ ที่บาดแผลผ่าตัดตั้งแต่ชั้นผิวหนังเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง เนื้อเยื่อพังผืด ลึกลงไปถึงกล้ามเนื้อ และอวัยวะหรือช่องว่างภายใน อวัยวะภายใน โดยการติดเชื้อเกิดขึ้นภายใน 30 วัน หรือ 90 วัน (ตาราง) หลังการผ่าตัด ซึ่งการติดเชื้อที่</p>	<ul style="list-style-type: none"> - พบภาวะ Intraabdominal Abscess วินิจฉัยจาก ไข้ และผล CT พบ collection ขนาด 4.5 x 2.6 x 5.5 เซนติเมตร - ปัจจัยเสี่ยงที่พบในกรณีศึกษาคือ เป็นผู้สูงอายุ และมีการต่อรอยต่อด้วยวิธี pancreatojejunostomy

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>เกิดขึ้นนั้น เนื่องจากผู้ป่วยได้รับเชื้อจุลชีพขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยเชื่อที่เป็นสาเหตุอาจเป็นเชื้อที่อยู่ในตัวผู้ป่วยเอง (endogenous microorganism) เป็นเชื้อจากภายนอกร่างกายผู้ป่วย (exogenous microorganism) โดยขณะที่เข้ารับการรักษาผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อและไม่ได้อยู่ในระยะพักตัวของเชื้อ อาการของการติดเชื้อ อาจปรากฏขณะอยู่ในโรงพยาบาล หรือจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว</p> <p>ประเภทแผลผ่าตัด (Wound classifications)</p> <ul style="list-style-type: none"> - แผลผ่าตัดสะอาด (Clean Wounds) มีอัตราการติดเชื้อต่ำมาก โดยเฉลี่ยน้อยกว่าร้อยละ 5 - แผลผ่าตัดสะอาด - ปนเปื้อน (Clean-contaminated Wound) อัตราการติดเชื้อประมาณร้อยละ 10 - แผลผ่าตัดปนเปื้อน (Contaminated Wound) แผลผ่าตัดชนิดนี้มีโอกาสติดเชื้อร้อยละ 20 - แผลผ่าตัดสกปรก (Dirty Wound) มีโอกาสเกิดการติดเชื้อ ประมาณร้อยละ 40 <p>การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด แบ่งตามความลึกของแผลดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - Superficial Incision SSI - Deep Incision SSI - Organ / Space Surgical Site Infection - Specific site of organ/space SSI เป็นการติดเชื้อที่อวัยวะหรือช่องโพรงภายในร่างกายที่อาจเกี่ยวข้องกับการผ่าตัด จะแตกต่างกันไปตามตำแหน่งอวัยวะหรือช่องโพรงของร่างกายที่พบการติดเชื้อ จะครอบคลุมการติดเชื้อที่เกิดขึ้นที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย ประกอบด้วย ถุงน้ำดี ท่อน้ำดี ตับ ม้าม ตับอ่อน และเยื่อช่องท้อง และการติดเชือนั้นมีความสัมพันธ์กับการผ่าตัด จะรายงานตำแหน่งการติดเชื้อเป็น organ/space SSI and IAB criteria เมื่อการติดเชือนั้นเป็นไปตามเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดที่อวัยวะหรือช่องโพรงของร่างกายและเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อในช่องท้อง มีลักษณะดังนี้ ใช้, คลื่นไส้ อาเจียน, ปวดท้อง, การตรวจทางรังสีวิทยาที่บ่งถึงการอักเสบหรือมีฝีในอวัยวะเหล่านั้น และการตรวจหาเชื้อก่อโรค กระทำได้โดยการใช้เข็มเจาะดูหนอง ออกมาตรวจหรือการเก็บสิ่งส่งตรวจขณะผ่าตัด 	<p>- กรณีศึกษาเป็นแผลผ่าตัดชนิด Clean-contaminated Wound เป็นการผ่าตัดผ่านเข้าไปในระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินปัสสาวะ หรืออวัยวะสืบพันธุ์หญิง การผ่าตัดมีการปนเปื้อนน้อยมาก ระหว่างการผ่าตัดไม่มีการปนเปื้อนที่เกิดจากความผิดพลาดในเทคนิคปลอดเชื้อ การผ่าตัดแผลสะอาดถึงปนเปื้อน ได้แก่การผ่าตัดทางเดินน้ำดี การผ่าตัดไส้ติ่ง การผ่าตัดผ่านทางช่องคลอด การผ่าตัดในลำคอ การผ่าตัดในกระเพาะอาหาร</p> <p>- พบการติดเชื้อที่ตำแหน่งตำแหน่งผ่าตัดที่อวัยวะหรือช่องโพรงของร่างกาย Specific site of organ/space SSI and IAB criteria พบการติดเชื้อภายหลังการผ่าตัดถุงน้ำดี ท่อน้ำดี ตับอ่อน วินิจฉัยจากอาการและอาการแสดง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสี และจากแพทย์ที่ทำการผ่าตัดวินิจฉัย</p>

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>1. มีโอกาสเกิดปัญหาขณะผ่าตัด เนื่องจากเป็นการผ่าตัดที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน ระยะเวลาในการผ่าตัดนาน</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ชักประวัติสำคัญที่อาจส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ โรคประจำตัว ประวัติการผ่าตัดในช่องท้อง การเข้ายาประจำโดยเฉพาะยาละลายลิ่มเลือด และประวัติการแพ้ต่าง 2. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เลือด ตรวจปัสสาวะ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ภาพรังสีทรวงอกและภาพรังสีบริเวณช่องท้อง และรายงานแพทย์ในวันก่อนผ่าตัด 3. ตรวจสอบแผนการรักษาเรื่องการผ่าตัด การเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์/เครื่องมือพิเศษที่ต้องใช้ในการผ่าตัด 4. ป้องกันการเกิด Deep Vein thrombosis หลังผ่าตัดจากการนอนนานในขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด โดยกระตุ้นให้มีการทำ Leg exercise ในระยะแรกหลังผ่าตัด กระตุ้นให้มีการพลิกตะแคงตัวบ่อยๆ 5. ดูแลเตรียมผิวหนังด้วยคลิปเปอร์ (clipping) ตอนเข้าก่อนผ่าตัด เพื่อลดการติดเชื้อ เป็นไปตามหลักฐานเชิงประจักษ์เรื่อง “การกำจัดขนก่อนการผ่าตัดเพื่อลดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด” 6. ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายโดยให้อาบน้ำ สระผมในคืนก่อนผ่าตัดและอาบน้ำ ตอนเข้าก่อน ผ่าตัด 7. ดูแลประเมินประสิทธิภาพในการเตรียมลำไส้ เพื่อลดการปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรียในขณะทำผ่าตัด 8. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเพื่อส่งเสริมการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ และให้ยา pre-med เพื่อส่งเสริมการนอนหลับ 9. ดูแลให้ดื่มน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน 10. ดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษา 11. ตรวจสอบสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง และประเมินก่อนส่งผ่าตัด <p>การประเมินผล : ผู้ป่วยมีประวัติ เคยได้รับการผ่าตัด Laminectomy T-Spine เมื่อ 10 ปีก่อน การเตรียมลำไส้อยู่ในเกณฑ์ อูจจาระเป็นน้ำสีเหลืองใส ไม่มีกาก นอนหลับอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 6 ชั่วโมง ได้รับการเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัดครบตามแผนการรักษา สัญญาณชีพก่อนเข้าห้องผ่าตัด ปกติ</p>
<p>2. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดเมื่อทราบว่าเป็นการผ่าตัดที่ใช้เวลานานและอันตราย</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดที่ได้รับ เพื่อเตรียมการให้ข้อมูลส่วนที่ยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด 2. อธิบายความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องนอนพักในหอผู้ป่วยหนักเป็นเวลา 2-3 วัน เนื่องจากหลังผ่าตัดต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากทีมการรักษา ด้วยอุปกรณ์พิเศษของหอผู้ป่วยหนักตามปัญหา เรื่องการหายใจ การติดตามการไหลเวียนของเลือด เป็นต้น 3. ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยและญาติเรื่องแผนการดูแลอย่างใกล้ชิดจากทีมการดูแล ตลอดระยะเวลาของการผ่าตัดและภายหลังผ่าตัด จนกว่าผู้ป่วยจะอยู่ในระยะที่ปลอดภัย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>4. ส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อการฟื้นหายหลังผ่าตัด ได้แก่ การฝึกการหายใจเพื่อเพิ่มสมรรถนะของทำงานของปอด การฝึกการดูด Spirometer อย่างมีประสิทธิภาพ การทำ Leg exercise เพื่อป้องกันภาวะ Deep vein thrombosis โดยเริ่มตั้งแต่มื้อก่อนวันนอนโรงพยาบาล และต่อเนื่องทันทีหลังผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี</p> <p>5. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติมจนกว่าจะเข้าใจ</p> <p>การประเมินผล : ผู้ป่วยและญาติคลายความกังวล ให้ความร่วมมือในเตรียมร่างกายเพื่อเข้ารับการผ่าตัด สามารถดูด Spirometer ได้ 3 ลูก ทำ Leg exercise ได้ถูกต้อง สีหน้าสดชื่น อารมณ์ผ่อนคลาย</p>
<p>3.มีโอกาสเกิด Hypovolemic shock เนื่องจากสูญเสียเลือดและสารน้ำในขณะที่ผ่าตัด</p>	<p>1. รับส่งต่อข้อมูลจากทีมวิสัญญีพยาบาลเกี่ยวกับสภาวะผู้ป่วยระหว่าง และหลังผ่าตัด</p> <p>2. ติดตามและบันทึกการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพรวมทั้งระดับความรู้สึก อาการเหงื่อออก ตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าเขียวทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง ทุก 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมงจำนวน 2 ครั้ง เมื่อคงที่จะปรับเวลาติดตามเป็นทุก 4 ชั่วโมง หากพบการเปลี่ยนแปลงรายงานแพทย์ทันที</p> <p>3. ดูแลให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายผู้ป่วยป้องกันภาวะ Hypothermia</p> <p>4. สังเกตอาการเลือดออกและ Hematoma (บวม แดง สีคล้ำ) ของบริเวณแผลผ่าตัด หน้าท้อง อาการปวดท้องมาก กดเจ็บ เพื่อประเมินภาวะ Internal bleeding มีการติดตามสัญญาณชีพ หากพบความผิดปกติให้รายงานแพทย์</p> <p>5. ดูแล Jackson drain ให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม และระบบปิดตลอด เพื่อป้องกันเลือดคั่งบริเวณแผล สังเกต การทำงานของสายระบายทั้งสองเส้น ระวังไม่ให้เกิดการตึงรั้งหรือเลื่อนหลุดของสายระบาย</p> <p>6. บันทึกและสังเกตสิ่งคัดหลั่งจาก Jackson drain โดยสังเกตลักษณะและปริมาณที่ออกทุก 1 ชั่วโมง จนครบ 4 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด รายงานแพทย์กรณี มีปริมาณมากเกินไป 150-200 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และสีแดงไม่จางลง เมื่อครบ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด</p> <p>7. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ หรือผลิตภัณฑ์ของเลือด ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา เพื่อทดแทนการเสียเลือดในภาวะที่ต้องงดน้ำและอาหารหลังผ่าตัด</p> <p>8. บันทึกจำนวนน้ำเข้า – น้ำออกจากร่างกายให้อยู่ในภาวะสมดุล (Intake-Output) ทุก 1 ชั่วโมง รายงานแพทย์ทันทีเมื่อปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง</p> <p>9. ติดตามผล Hb หรือ Hct กรณีผิดปกติ (Hb < 10 mg% หรือ Hct < 30%) PT, PTT, INR เพื่อเฝ้าระวังภาวะ Bleeding หากมีผลเลือดที่ต่ำกว่าปกติ ให้รายงานแพทย์ทันที เพื่อพิจารณาแผนการรักษา</p> <p>การประเมินผล แผลผ่าตัดค่อนข้างยาวในแนวกลางลำตัว (Midline) จากแนวใต้ลิ้นปี่จนถึงเหนือหัวเหน่า บริเวณแผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ไม่มี Hematoma - มีสัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.5 °C ชีพจร 80-88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/60 – 140/70 มิลลิเมตรปรอท</p>

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>- Jackson drain ใน 24 ชั่วโมงแรก drain ที่หน้าท้องข้างขวา 70 มิลลิลิตร หน้าท้องข้างซ้าย 20 มิลลิลิตร และมีสีแดงค่อนข้างเข้ม</p> <p>- Urine ใน 4 ชั่วโมงออก 95 ซีซี ได้ FFP 2 unit ตามแผนการรักษา</p>
<p>4. มีโอกาสเกิดภาวะพร่อง O₂ จากการอุดกั้นทางเดินหายใจและมีลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pneumothorax)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินและติดตามสัญญาณชีพและลักษณะการหายใจ และอาการของภาวะพร่องออกซิเจน โดยมีเกณฑ์พิจารณาคือ หายใจ > 28 หรือ < 12 ครั้ง/นาที, PaO₂ < 80-100 mmHg, O₂Sat < 95 % ร่วมกับอาการกระสับกระส่าย, เหนื่อยหอบ กรณีพบปัญหาให้รายงานแพทย์ทันที 2. ดูแลการใช้เครื่องช่วยหายใจและปรับอุณหภูมิของ ระบบ ventilator ให้เหมาะสม เพื่อให้เสมหะอ่อนนุ่ม suction ได้ง่ายไม่อุดกั้นทางเดินหายใจ 3. จัดทำอนอร์สเซอร์สูงเพราะทำให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลง ปอดขยายตัวได้เต็มที่ เพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซได้มากขึ้น 4. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งเสมอ โดยติดตามและดูดเสมหะอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมงหรือเมื่อมีอาการบ่งชี้ กรณีมีเสมหะมากและมีเลือดปนกับเสมหะในช่วงแรกหลังผ่าตัดให้ดูแล cuff ให้มีความดันลมเพียงพอเพื่อป้องกันการรั่วจากเสมหะและน้ำลาย <p><u>การประเมินผล</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สัญญาณชีพปกติ ชีพจร 76-84 ครั้ง อัตราการหายใจ 20-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/70 – 140/70 มิลลิลิตรปรอท, O₂Sat = 99-100% 2. ไม่มีภาวะ Cyanosis 3. หลัง 48 ชั่วโมง สามารถ off Endotracheal tube ได้ ผู้ป่วยเริ่มไอขับเสมหะออกได้บางส่วน
<p>5. ไม่สุขสบายจากความเจ็บปวดแผลผ่าตัด</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินความเจ็บปวดโดยใช้ Numeric Scale, ประเมิน Vital sign และประเมินจากสีหน้าท่าทางของผู้ป่วย เช่น คิ้วขมวด นอนกระสับส่าย ผื่นตัวเวลาเปลี่ยนท่า กำมือแน่น เหงื่อออก หน้าซีด หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง 2. แนะนำเทคนิคการหายใจบรรเทาปวดโดยการหายใจเข้า-ออกลึกๆทางปากเพื่อ ผ่อนคลายและเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวด 3. ประเมินการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ อาจสื่อถึงอาการเจ็บปวด 4. ดูแลจัดท่านอน ในท่ากึ่งนั่งกึ่งนอนเป็นพักๆ ขณะตื่น เพื่อลดการดึงของหน้าท้อง ช่วยผู้ป่วย พลิกตะแคงตัว หรือขยับ หามอนหรือผ้าช่วยพยุงแผลขณะผู้ป่วยไอ เพื่อลดแรงดึงของบาดแผลและแรงดันในช่องท้อง 5. ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ดังนี้ Morphine 3 mg. iv prn for pain q 4 hr. ถ้า RR < 10 ให้ Oxygen mask with bag 6-10 lit per min 6. สังเกตอาการและเฝ้าระวังฤทธิ์และอาการข้างเคียงของยาบรรเทาปวด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน หายใจช้าลง เป็นต้น 7. ดูแลสายระบายไม่ให้ตึงรั้ง และระบายได้ดี

ชื่อวินิจฉัยทางการแพทย์	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>8. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวลขณะสัมผัสผู้ป่วย เพื่อลดการกระทบกระเทือนของบาดแผลและ วางแผนการพยาบาลให้ครบถ้วนผู้ป่วยน้อยที่สุด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้</p> <p>9. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบและสะอาด</p> <p>การประเมินผล : ผู้ป่วยหลับได้ไม่กระสับกระส่าย V/S อยู่ในเกณฑ์ปกติ ระดับความปวดอยู่ที่ประมาณ 3-4 คะแนน</p>
<p>6. เกิดภาวะ Post-Operative Pancreatic Fistula (POPF) หลังการผ่าตัด</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ เพื่อเฝ้าระวังการอักเสบติดเชื้อในช่องท้อง ได้แก่ มีไข้สูง > 38 °C หรือ < 36 °C, อัตราการเต้นหัวใจ > 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ > 20 ครั้ง/นาที , PaCO₂ < 32 mmHg, WBC > 12,000 cells/cu.mm. หรือ < 4,000 cells/cu.mm. โดยผู้ป่วยต้องมีอาการที่กล่าวมาอย่างน้อย 2 ข้อ 2. ประเมินอาการ ได้แก่ ปวดท้อง กดเจ็บบริเวณหน้าท้อง (Guarding) ประเมินภาวะ Delayed Gastric emptying 3. ประเมินสิ่งขับหลังจากท่อระบายหน้าท้องหรือจากแผลผ่าตัด 4. ดูแลให้อาหารและน้ำตามแผนการรักษา และ ให้ สารน้ำ/สารอาหารทางหลอดเลือดดำทดแทน 5. ดูแลจัดท่านอน ในท่ากึ่งนั่งกึ่งนอนเพื่อลดแรงดึงของบาดแผลและแรงดันในช่องท้อง 6. เตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อการวินิจฉัยและรักษาตามแผนการรักษา โดยแพทย์พิจารณาส่งตรวจ CT Upper Abdomen และ Long GI Study เพื่อประเมินการรั่วของรอยต่อ 7. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา Cefazolin 1 gm. iv q 8 hr. เพื่อป้องกันการติดเชื้อ 8. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวลขณะสัมผัสผู้ป่วย ให้กำลังใจผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ทบทวนความเข้าใจ ตามแผนการรักษาที่แพทย์วางแผนไว้ ให้เวลาเพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก 9. ให้บุตรสาว และ หลานๆ VDO call เพื่อสอบถามอาการ และให้กำลังใจผู้ป่วย <p>การประเมินผล : ผู้ป่วย เกิดภาวะ POPF grade B อุณหภูมิร่างกาย 37.5- 37.8 °C, อัตราการเต้นหัวใจ 78-84 ครั้ง/นาที , อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที, WBC 14,730 cells/cu.mm., มีอาการปวดท้องกดเจ็บบริเวณหน้าท้อง CT Upper Abdomen พบ collection ขนาด 4.5 x 2.6 x 5.5, Long GI Study ไม่มีการอุดตันหรือการรั่วไหลของสารทึบแสงที่บริเวณรอยต่อของกระเพาะอาหารกับลำไส้เล็ก แพทย์วางแผนการรักษาให้ NPO ให้ Partial / Total Parenteral Nutrition และให้ยาปฏิชีวนะ และสังเกตอาการอย่างต่อเนื่อง สามารถ of Jackson Drain ได้ หลังการผ่าตัด 28 วัน ผล CT whole abdomen : not seen collection , contrast pass to small bowel</p>

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>7. เกิดภาวะ Delayed Gastric emptying หลังการผ่าตัด</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ดูแลให้ผู้ป่วย งดอาหาร และน้ำ พร้อมให้สารน้ำ/สารอาหารทดแทนตามแผนการรักษา คือ 5%/D/N/2 1,000 ml rate 80 cc/hr., 8% Aminoleban 500 ml in 12 hr. ต่อด้วย 20% Intralipid 500 ml in 12 hr. 2. ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะ Delayed Gastric emptying และรายงานแพทย์ เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงที่มีแนวโน้มแย่ลง 3. ประเมิน Content ที่ออกจาก NG โดยบันทึกลักษณะสี และ ปริมาณ 4. ดูแลให้ยา Plasil 10 mg iv prn ทุก 4 hr. พร้อมประเมินอาการภายหลังการฉีดยา. ดูแลจัดท่านอน ในท่ากึ่งนั่งกึ่งนอนเพื่อลดแรงดึงของบาดแผลและแรงดันในช่องท้อง <p>การประเมินผล : ผู้ป่วยมีคลื่นไส้ อาเจียน content เป็น Bile ประมาณ 100 ml แพทย์ แพทย์ส่ง CT Whole Abdomen Emergency พบว่าขนาดของ collection ในช่องท้องเมื่อเทียบกับครั้งก่อนหน้ามีขนาดลดลง จาก 4.5 x 2.6 ซม. เป็น 3.9 x 2.8 ซม. แต่พบเพิ่มอีก 2 collection บริเวณกระเพาะอาหาร 3.2 x 1.0 ซม. และ 1.0 x 2.4 ซม. ที่ส่วนท้ายของตับอ่อน และส่งผู้ป่วยทำ การส่องกล้องตรวจหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น (Esophagogastroduodenoscopy : EGD) เพื่อใส่ NJ no. 10 ที่ ลำไส้เล็กส่วนต้น และ NG no.12 ที่กระเพาะอาหาร</p>
<p>8. เกิดการติดเชื้อ Specific site of organ (IAB)/space SSI</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. วัดสัญญาณชีพและประเมินผลไข้ ถ้ามีไข้มากกว่า 38. °C ร่วมกับอาการ และ อาการแสดงของการติดเชื้อของแผลผ่าตัด คือ แผลผ่าตัด ปวด บวม แดง ร้อน แยก หรือ กดเจ็บบริเวณแผล ลักษณะของ content จากท่อ/สายระบายต่างมีความผิดปกติ ทำการตรวจหาเชื้อด้วยการเพาะเชื้อ แล้วพบเชื้อก่อโรค หรือ พบฝี (abscess) ถือว่าไม่เข้าเกณฑ์การติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัด 2. ประเมินและเฝ้าระวังอาการนำของการติดเชื้อคือกลุ่มอาการของ SIRS ได้แก่ มีไข้สูง >38 °C หรือต่ำกว่า 36 °C อัตราการเต้นหัวใจ >90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ > 20 ครั้ง/นาที, PaCO₂ < 32 mmHg, WBC > 12,000 cells/cu.mm. หรือ < 4,000 cells/cu.mm. โดยผู้ป่วยต้องมีอาการที่กล่าวมาอย่างน้อย 2 ข้อ 3. ดูแลสายระบายให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมและระบายได้ดี บันทึกสี ลักษณะและ จำนวนที่ออก ถ้าพบลักษณะผิดปกติให้รายงานแพทย์ทราบ 4. ทำความสะอาดแผลด้วย Antiseptic ดูแลให้แห้งอยู่เสมอ หลีกเลี่ยงสิ่งสกปรกและการถูน้ำ รวมถึงแนะนำผู้ป่วยให้ช่วยดูแลบริเวณแผล เรื่องการงดสูบบุหรี่หรือแกะเกา บริเวณแผลโดยเด็ดขาด เพื่อป้องกันเชื้อโรคเข้าสู่บาดแผล 5. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงของยา 6. ล้างมือก่อนและหลังการพยาบาลทุกครั้ง ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค <p>การประเมินผล : หลัง Total off Staple แผลหน้าท้อง แผลผ่าตัดแดงเล็กน้อย ไม่แยก ไม่มี Discharge ช้ำม บวมแผล ระดับความปวด 3 - 4 คะแนน ผลการประเมินสัญญาณชีพ ผู้ป่วยไม่มีไข้ อัตราการเต้นหัวใจ 78-84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 - 22 ครั้ง/นาที ระดับ WBC ลดลงเหลือ 9,780 เซลล์/ลบ.มม.</p>

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>9. เกิดภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ของร่างกาย เนื่องจากการงดน้ำและอาหารทางปากร่วมกับการเสียเลือดและน้ำจากการผ่าตัด</p>	<p>1. ดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษาอย่างระมัดระวังเพื่อป้องกันอันตรายจากการชดเชยอิเล็กโทรลัยท์ที่ช้าหรือเร็วเกินไป สารน้ำ และอิเล็กโทรลัยท์ มีดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - IV: 5% D/N/2 + OMVI 1 amp + Bco 4 ml + Vit C 1000 mg + K₂PO₄ 40 mEq/L IV 60 ml/hr - 50% Mg 2 gm. + NSS 200 ml drip in 6 hr. - 3% Nacl 500 cc v drip in 24 hr - Phosphate Solution (No-K) Sig. 30 ml feed ทาง NJ <p>2. ติดตาม Monitor EKG อย่างใกล้ชิด</p> <p>3. บันทึกจำนวนน้ำเข้าและออกทุก 8 ชั่วโมงเพื่อประเมินความสมดุลของปริมาณน้ำในร่างกายมีเพียง พอหรือไม่ โดยเฉพาะการตรวจจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง กรณีออกน้อยกว่า 30 ซีซีต่อชั่วโมง ให้รายงานแพทย์</p> <p>4. ติดตามวัดสัญญาณชีพทุก 2 ชั่วโมงเพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง</p> <p>5. ดูแลให้ได้รับสารอาหารและยาปฏิชีวนะทางเส้นเลือด</p> <p>6. สังเกตอาการขาดน้ำ เช่น ความตึงตัวของผิวหนัง रिम्ฝีปากแห้ง มีไข้ เป็นต้น</p> <p>7. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการร่วมกับการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่แสดงถึงภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ เช่น อาการง่วงซึม สับสน ชักกระตุก อ่อนแรงหัวใจเต้นเร็วหรือช้าผิดปกติ เป็นต้น เพื่อรายงานแพทย์</p> <p>การประเมินผล : ผลตรวจ Electrolyte ใน Post op d2(7/8/2564 – จำหน่าย) ผู้ป่วยยังมีภาวะ Hypernatremia ค่า Sodium อยู่ระหว่าง 129 – 135 mmol/L (ค่าปกติ 136 – 145 mmol/L) สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 78-82 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 115/65 – 120/73 mmHg ระยะแรกหลังผ่าตัดผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะไว้ ปัสสาวะออกดี 60 -100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงปริมาณน้ำเข้าร่างกายที่ผู้ป่วยได้รับประมาณ 2,500 – 3,500 มิลลิลิตร/วัน ส่วนปริมาณน้ำออกร่างกายประมาณ 1,900 -4,000 ซีซี/วัน ความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลาง (CVP) อยู่ในช่วงปกติ (8-12 cmH₂O)</p>
<p>10. พร่องภาวะโภชนาการ</p>	<p>1. ประเมินภาวะโภชนาการที่เหมาะสมของผู้ป่วย จากการคำนวณ ปริมาณแคลอรี ที่ผู้ป่วยควรได้รับคือ 2,227.6 kcal/day พลังงานที่ได้รับหลังผ่าตัดตามแผนการรักษาเท่ากับ 1,560 kcal /วัน</p> <p>2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและสารน้ำที่เพียงพอ ตามแผนการรักษา คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5%/D/N/2 1,000 ml rate 80 cc/hr., 8% Aminoleban 500 ml in 12 hr. ต่อด้วย 20% Intralipid 500 ml in 12 hr - 20% Albumin 50 ml ทุก 12 ชั่วโมง <p>3. ในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัด มีการประเมิน Bowel Function เป็นระยะ แบ่งมือ และจำนวนอาหาร เพิ่มขึ้นเป็น 5-6 มือ สลับกับการให้อาหารทาง NG</p>

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>4. ประเมินความรู้ ความเข้าใจและเสริมพลังให้กับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับ การดูแลภาวะโภชนาการของตนเองภายหลังการผ่าตัด เพื่อส่งเสริมการฟื้นหาย และเป็นการเตรียมพร้อมร่างกายสำหรับการรักษาต่อเนื่องภายหลังการผ่าตัด</p> <p>5. ดูแลความสะอาดช่องปากและฟัน เพื่อกระตุ้นต่อมรับรสของผู้ป่วย</p> <p>การประเมินผล : ผู้ป่วยและญาติ มีความเข้าใจถึงความสำคัญของโภชนาการและการฟื้นหาย และรับปากว่าจะพยายามรับประทานให้ได้ตามแผนการรักษา</p>
<p>11. เซลล์ร่างกายอาจได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากภาวะช็อคผลกระทบจากการสูญเสียเลือดในการผ่าตัด</p>	<p>1. ประเมินค่า O₂ Saturation เนื่องจากเป็นการวัดระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด</p> <p>2. ประเมินอาการแสดงของภาวะช็อคจาก คือ คูสีของผิวหนัง ชีต เหลือง ตัวเย็น เยื่อปูดตา ชีต เพื่อประเมินอาการผิดปกติ</p> <p>3. ประเมินระบบไหลเวียนของเส้นโลหิตฝอย ที่บริเวณปลายมือปลายเท้า โดยใช้นิ้วกดบริเวณปลายนิ้วมือ/นิ้วเท้าแล้วปล่อยทันที ถ้าระบบไหลเวียนไม่ดี บริเวณปลายนิ้วมือ/นิ้วเท้าที่ถูกกดจะยังคงซีดขาวอยู่เป็นเวลานานกว่า 2 วินาที (capillary refill > 2 วินาที)</p> <p>4. จัดทำอนศิริระสูง เพื่อให้ทำให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลง ปอดขยายตัวได้เต็มที่เพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนแก๊สมากขึ้น</p> <p>5. ดูแลให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมและพักผ่อนบนเตียง เพราะจะช่วยลด อาการเหนื่อย และลดการใช้ออกซิเจนในการทำกิจกรรม</p> <p>6. ดูแลให้เลือด PRC (Packed red blood cells) ตามแผนการรักษา ของแพทย์ เพื่อเพิ่มระดับ Hct. ใน เลือด</p> <p>7. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยเฉพาะ ค่า Hb และ Hct. เพราะเป็นค่าที่แสดงถึงความเข้มข้นของเลือดในร่างกาย</p> <p>8. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมรอบเตียงผู้ป่วยให้สะดวกต่อการหยิบใช้งาน และป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม</p> <p>การประเมินผล : การเสียเลือดในขณะผ่าตัด 1,200 มิลลิลิตร ได้รับ PRC 3 Unit และ FFP 4 Unit หลังผ่าตัด ได้รับ PRC 1 Unit 2 ครั้ง ตามแผนการรักษา ระดับ O₂ Sat room air อยู่ระหว่าง 95-98 % มี capillary refill > 2 วินาที ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยเป็นช่วง ๆ เมื่อทำ Activity ก่อนการจำหน่าย ค่า Hct = 28.2%, Hb = 9.3 g/dL</p>
<p>12. เกิดภาวะท้องผูก เนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง และ จากการผ่าตัดเปิดในช่องท้อง</p>	<p>1. ดูแลร่วมกับทีมกายภาพบำบัดในการประเมิน และกระตุ้นการ Ambulation Passive, Active Exercise เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิตให้ร่างกายปรับสภาพสู่ภาวะปกติ และเพื่อกระตุ้นการทำงานของลำไส้</p> <p>2. กระตุ้นการทำงานของลำไส้โดยนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ คือ การให้ดื่มน้ำอุ่นในตอนเช้าหลังตื่นนอน อย่างน้อย 50 ซีซี และมีการนวดหน้าท้อง (Abdominal massage) เพื่อบรรเทาอาการท้องอืด</p> <p>3. ดูแลให้ยาระบายเหน็บทางทวารหนัก คือ Dulcolax 2 tab Rectal Suppo</p>

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<p>4. ติดตามการเคลื่อนไหวของลำไส้เป็นระยะ เข้า-เย็น และพูดคุยให้กำลังใจ ให้ VDO call กับบุตรสาว และหลาน เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีแรงกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม และชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง</p> <p>การประเมินผล : หลังผ่าตัดวันที่ 8 ผู้ป่วยขับเคลื่อนไหว เป็นทำนองห้อยขาข้างเดียว สามารถทำตัวเอง ร่วมกับนักรกายภาพบำบัดช่วยเหลือ นั่งได้ 15 นาที ไม่มีอาการปวด มีเรอ ออกมาหลายครั้ง ไปตรวจเอ็กซเรย์ สามารถลุกขึ้นได้เอง มีคนช่วย 1 คน Bowel function เริ่มดีขึ้น > 3 ครั้ง/นาที หลังการเหน็บยา มีถ่ายอุจจาระ</p>
<p>13. ผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลและรู้สึกผิดหวังเนื่องจากแผนการรักษาไม่ตรงตามที่คิดไว้</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาและผลข้างเคียงจากการรักษาที่ผู้ป่วยเข้าใจ เพื่อวางแผนในการพูดคุยให้ตรงกับปัญหาและอุปสรรคมากที่สุด 2. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย พูดคุยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ กล่าวในสิ่งที่คับข้องใจให้พยาบาลฟัง 3. อธิบายเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่นการรั่วของรอยต่อ การติดเชื้อ รวมถึงสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น มีกำลังใจและสามารถเผชิญกับปัญหาได้ 4. พูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย ชื่นชมในสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเพื่อเสริมสร้างกำลังใจให้ต่อสู้ กับปัญหาอุปสรรค 5. VDO Call กับบุตรสาวของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพื่อให้ผู้ป่วยคลายสิ่งที่กังวลใจ คำนวณใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาของแพทย์และเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกอีกด้วย <p>การประเมินผล: ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลายมากขึ้น สดชื่นขึ้น เข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเป็นอย่างดี พร้อมทั้งจะเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ร่วมมือในการรักษา</p>

สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 75 ปี ให้ประวัติว่า 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการตัวตาเหลือง ทานข้าวได้น้อยเบื่ออาหาร น้ำหนักลด 9 kg ใน 1 เดือน จึงไปตรวจที่โรงพยาบาลสิรินธร ตรวจ CT Upper abdomen พบการขยายตัวของท่อน้ำดี และมีการอุดตันของท่อน้ำดีที่ส่วนปลาย ค่า CA19-9 สูง แพทย์สงสัยเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ส่งต่อสถาบันมะเร็งแห่งชาติเพื่อการรักษาต่อ สถาบันมะเร็งแห่งชาติรับตัวไว้รักษา วางแผนทำ PTBD แต่ไม่สำเร็จ วินิจฉัยจาก Assessment Sign & Symptom ,Imaging , Tumor marker ที่ผิดปกติ ไม่สามารถตัดชิ้นเนื้อตรวจได้ วางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วยและญาติ เรื่องการเข้ารับการผ่าตัดในสถานการณ์การระบาดของไวรัส COVID-19 และภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยและญาติยินยอมผ่าตัด

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามแผนการรักษา Whipple's Operation ซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ (Major surgery) เป็นการตัด กระจเพาะอาหารส่วนปลาย (Antrum), ถุงน้ำดี (Gall bladder), ท่อน้ำดี (Common

bile duct), ส่วนหัวของตับอ่อน (Head of pancreas), ลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัม (Duodenum) ส่วนต้นของเจจูนัม (Proximal jejunum) และต่อมน้ำเหลืองบริเวณนั้นออก (Lymphadenectomy) และทำการเย็บต่อ 3 รอยต่อ Performance status : ASA Score 3 (ความดันโลหิตสูง, ไขมันในเลือดสูง, สูงอายุ, Bleeding tendency, Electrolyte Imbalance, LFT Abnormal, Jaundice) สามารถผ่าตัดได้ตามแผนการรักษา ใช้ระยะเวลาการผ่าตัด 8.5 ชั่วโมง สูญเสียเลือด 1,200 มิลลิลิตร

หลังผ่าตัด Whipple's operation วันที่ 9 bowel function 3 ครั้ง/นาที่ มีท้องอืด รับประทานอาหารได้น้อย Ambulation น้อย แพทย์สงสัยมี Leakage บริเวณรอยต่อ Pancreaticojejunostomy (PJ) มี Anastomosis content จาก Jackson drain ด้านขวา CT Upper Abdomen พบ collection ขนาด 4.5 x 2.6 x 5.5 เซนติเมตร ระดับ Fluid Amylase สูงกว่าระดับปกติ Amylase ใน serum 3 เท่า, WBC > 10,000 cel/mm³ ร่วมกับพบภาวะ Delayed Gastric Emptying คาดว่าเป็นผลจากการผ่าตัด การเลาะต่อมน้ำเหลือง และมีการตัด Vagal Nerve และทำให้เกิด Gastric Atony ได้รับการรักษาตามแนวทางมีการตรวจติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การกระตุ้น Ambulation Step Diet การให้สารน้ำ และสารอาหารทางหลอดเลือดดำทดแทน ระดับการเกิดยังไม่รุนแรง จนถึงต้อง Re-exploration อีกปัญหาที่พบคือ การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ในช่องท้อง (Specific site of organ (IAB))/space SSI), ภาวะซีด, การอุดกั้นทางเดินหายใจสมดุลงน้ำและเกลือแร่ ได้รับการแก้ไขก่อนการจำหน่าย ส่วนรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลง เช่นการขับถ่าย การรับประทานอาหาร ยังเป็นปัญหาต่อเนื่องที่ต้องมีการจัดการร่วมกันระหว่างผู้ดูแล ผู้ป่วย และผู้ให้ข้อมูลเรื่องการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน สามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ รวมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 49 วัน ผลการตรวจชิ้นเนื้อ ระยะเวลาของโรคมะเร็งท่อน้ำดี ส่วนปลายที่พบเป็น ระยะ IIIb การรักษาที่ต้องได้รับต่อเนื่องคือการให้ยาเคมีบำบัด ชนิดกิน : Capecitabine (500 mg) พยาบาลผู้ดูแลได้เตรียมความพร้อมโดยให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับยา และข้อควรปฏิบัติตนเมื่อรับยาเคมีบำบัด

โทรติดตามอาการผู้ป่วย โดยการ VDO Call ผู้ป่วยและญาติแจ้งว่า รับประทานอาหารได้มากกว่าอยู่ที่โรงพยาบาล และมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ การขับถ่ายเริ่มสู่ภาวะปกติ คือ 1-2 วัน ถ่ายอุจจาระ ผู้ป่วยมีสีหน้าท่าทางสดชื่น ได้อยู่กับบุตรสาว และหลาน อาหารเสริมที่โรงพยาบาลสั่งให้ก็ขงดื่มได้วันละ 2 แก้ว สลับกับมื้ออาหารตามที่ได้รับคำแนะนำ รับประทานยาของโรงพยาบาลครบทุกมื้อ และมาพบแพทย์เคมีบำบัดตามนัด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่า CA19-9 = 4.13 U/mL (ของเดิม 125 U/mL) ผลการตรวจ CBC ,Liver Function test ปกติ แพทย์วางแผนการรักษาเป็น

- Capecitabine (500 mg) 4 tab po AM, 3 tab po PM D1-14 / 98 tabs ให้ทั้งหมด 8 Cycle

หลังพบแพทย์เคมีบำบัดผู้ป่วย มีนัดตรวจตามนัดกับแพทย์คลินิกระบบทางเดินอาหารและตับ ไม่มีการทำหัตถการ มีนัดตรวจติดตามอีก 1 เดือน และพบ กับพยาบาลโภชนาการคลินิก เพื่อประเมินภาวะโภชนาการ

เอกสารอ้างอิง

- นงภัทร รุ่งเนย. (2559). *การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม* (พิมพ์ครั้งที่ 1). โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมชนก กระทรวงสาธารณสุข.
- พรศิริ พันธสี. (2560). *กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก*. (พิมพ์ครั้งที่ 20). สมุทรปราการ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
- มานัส รุจิวิโรตม และ วรายุ ปรัชญากุล (2563). Cholangiocarcinoma. ใน มณฑิรา มณีรัตน์พร, สุพจน์ นิมมอนงค์ และอวยพร คำสมบัติวิวัฒนา (บ.ก.). *Practice Gastroenterology & Hepatology ตำราโรคระบบทางเดินอาหารและตับในเวชปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 1). (น.337-362). กรุงเทพฯ: ฟรินท์เอเบิล รุ่งฤดี ซัยธีรกิจ. (2561) การวินิจฉัยและการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี. ใน รุ่งฤดี ซัยธีรกิจ. บรรณาธิการ. *มะเร็งตับและท่อน้ำดี* (พิมพ์ครั้งที่ 1). (น.209-283). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด
- สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 1) : สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- สมปอง พะมูลิลา, เพ็ญจิต แสงชาติ, และวรัชชมน ปาพรม. (2562). ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีและครอบครัว. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 21(1), 138-146.
- อรนนท์ หาญยุทธ. (2565). *กระบวนการพยาบาล: ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). สำนักพิมพ์ธนอรุณการพิมพ์.
- Chaiteerakij, R., Pan-Ngum, W., Poovorawan, K., Soonthornworasiri, N., Treeprasertsuk, S., & Phaosawasdi, K. (2017). Characteristics and outcomes of cholangiocarcinoma by region in Thailand: A nationwide study. *World J Gastroenterol*, 23(39), 7160-7167. <https://doi.org/10.3748/wjg.v23.i39.7160>
- Chan, K. M., Tsai, C. Y., Yeh, C. N., Yeh, T. S., Lee, W. C., Jan, Y. Y., & Chen, M. F. (2018). Characterization of intrahepatic cholangiocarcinoma after curative resection: outcome, prognostic factor, and recurrence. *BMC Gastroenterol*, 18(1), 180. <https://doi.org/10.1186/s12876-018-0912-x>
- Ferlay, J., Colombet, M., Soerjomataram, I., Parkin, D. M., Piñeros, M., Znaor, A., & Bray, F. (2021). Cancer statistics for the year 2020: An overview. *Int J Cancer*. <https://doi.org/10.1002/ijc.33588>
- Kamsa-ard, S., Kamsa-ard, S., Luvira, V., Suwanrungruang, K., Vatanasapt, P., & Wiangnon, S. (2018). Risk Factors for Cholangiocarcinoma in Thailand: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Asian Pac J Cancer Prev*, 19(3), 605-614. <https://doi.org/10.22034/apjcp.2018.19.3.605>
- Ke, Z., Cui, J., Hu, N., Yang, Z., Chen, H., Hu, J., Wang, C., Wu, H., Nie, X., & Xiong, J. (2018). Risk factors for postoperative pancreatic fistula: Analysis of 170 consecutive cases of pancreaticoduodenectomy based on the updated ISGPS classification and grading system. *Medicine (Baltimore)*, 97(35), e12151. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000012151>

- Lohsiriwat V, Chinswangwatanakul V, Lohsiriwat D, Rongrungruang Y, Malathum K, Ratanachai P, et al. (2020) *Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection: The Surgical Infection Society of Thailand Recommendations (Executive Summary)*. *J Med Assoc Thai*; 103: 99-105
- Malleo, G., & Vollmer, C. M., Jr (2016). Postpancreatectomy Complications and Management. *The Surgical clinics of North America*, 96(6), 1313–1336. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2016.07.013>
- Rojanamatin J, Ukranun W, Supaattagorn P, Chiawiriyabunya I, Wongsena M, Chaiwerawattana A, Laowahutanont P, Chitapanarux I, Vatanasapt P, Greater L, Sangrajrang S, Buasom R, eds. (2021). *Cancer in Thailand Volume X, 2016-2018*. Bangkok.
- Siddiqui, A., Murphy, M., Lam, R., Kamath, A., Parikh, M., Pleskow, D., Papachristou, G. I., Sharaiha, R. Z., Iqbal, U., Adler, D. G., Loren, D. E., Kowalski, T. E., Noor, A., Mumtaz, T., & Yasuda, I. (2017). 679 Bismuth Classification of Hilar Cholangiocarcinomas Accurately Predicts the Clinical Outcomes and Survival Rates of Patients that Undergo Unilateral Versus Bilateral Endoscopic Palliative Stenting: Results of the Multicenter, International Collaborative Trial. *Gastrointestinal Endoscopy*, 85(5), AB94-AB95. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2017.03.138>
- Squadroni, M., Tondulli, L., Gatta, G., Mosconi, S., Beretta, G., & Labianca, R. (2017). Cholangiocarcinoma. *Crit Rev Oncol Hematol*, 116, 11-31. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2016.11.012>
- Sriputtha, S., Khuntikeo, N., Promthet, S., & Kamsa-Ard, S. (2013). Survival rate of intrahepatic cholangiocarcinoma patients after surgical treatment in Thailand. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 14(2), 1107–1110. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2013.14.2.1107>
- Thunyaharn, N., Promthet, S., Wiangnon, S., Suwanrungruang, K., & Kamsa-ard, S. (2013). Survival of cholangiocarcinoma patients in northeastern Thailand after supportive treatment. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 14(11), 7029–7032. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2012.14.11.7029>
- Valle, J. W., Borbath, I., Khan, S. A., Huguet, F., Gruenberger, T., Arnold, D., & ESMO Guidelines Committee (2016). Biliary cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, Treatment and follow-up. *Annals of oncology: official journal of the European Society for Medical Oncology*, 27(suppl 5), v28–v37. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdw324>