

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
ที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด
และมีภาวะหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันหลังผ่าตัด

กรณีศึกษา :

โดย

นางสาววาสนา ชันดี
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล
ตำแหน่งเลขที่ ๔๙๒๓

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
National Cancer Institute

ผลงานวิจัยการวิจัยของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
ภารกิจด้านการพยาบาล
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์

คำนำ

มะเร็งกระเพาะปัสสาวะพบได้บ่อยเป็นอันดับ 7 ของมะเร็งซึ่งพบในเพศชายทั่วโลก และเป็นอันดับที่ 11 ของมะเร็งที่พบบ่อยในทั้งสองเพศ ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์เกิด เท่ากับ 3.98 ต่อแสนประชากร ในเพศชาย และ 1.02 ต่อแสนประชากร ในเพศหญิง (दनัย มโนรมณ์ และคณะ, 2563) การรักษามะเร็งกระเพาะปัสสาวะทำได้หลายวิธีขึ้นอยู่กับระยะของโรค หากเป็นระยะที่ก้อนเนื้องอกลุกลามเข้าไปยังชั้นกล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะ อาจต้องตัดเอากระเพาะปัสสาวะออก (Cystectomy) แล้วเปลี่ยนทางเดินปัสสาวะใหม่และตัดเอาบางส่วนของลำไส้มาดัดแปลงเป็นกระเพาะปัสสาวะใหม่ (Reconstructive surgery) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ พยาบาลต้องให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดรวมทั้งดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนช่องทางขับถ่ายปัสสาวะอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ เช่น ภาวะหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันหลังผ่าตัด ถึงแม้จะพบอุบัติการณ์เกิดร้อยละ 0.3 แต่เป็นอันตรายถึงชีวิต เป็นสาเหตุความพิการในผู้ที่รอดชีวิต นอกจากผลกระทบทางด้านร่างกายแล้วยังพบผลกระทบทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมทำให้ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ปกติ เกิดความรู้สึกสูญเสีย มีความวิตกกังวล ความเครียดที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและมีภาวะหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันหลังผ่าตัด จึงมีความสำคัญที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยต้องให้การพยาบาลครอบคลุม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะ 72 ชั่วโมงแรก การให้การพยาบาลที่เป็นเลิศจะช่วยให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี ลดความพิการและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จึงได้จัดทำการพัฒนาแนวทางการประเมินและดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันหลังผ่าตัดโรคมะเร็ง เพื่อเป็นแนวให้พยาบาลให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ได้มาตรฐานเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากความบกพร่องทั้งทางร่างกาย สติปัญญาและจิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
National Cancer Institute
วาสนา ขันดี

14 กรกฎาคม 2567

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญภาพ	ฅ
สารบัญตาราง	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ในการศึกษา	2
เหตุผลในการเลือกกรณีศึกษา	2
ระยะเวลาในการศึกษา	3
ขั้นตอนการดำเนินงาน	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
บทที่ 2 ความรู้พื้นฐานที่เกี่ยวข้อง	5
กายวิภาคศาสตร์ของกระเพาะปัสสาวะ	6
ส่วนประกอบของผนังกระเพาะปัสสาวะ	7
เส้นเลือดแดงที่นำเลือดมาเลี้ยงกระเพาะปัสสาวะ	7
เส้นประสาทที่มาเลี้ยงกระเพาะปัสสาวะ	8
การทำงานของกระเพาะปัสสาวะ	9
มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	9
อุบัติการณ์	9
ชนิดของมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	10
พยาธิสภาพ	10
สาเหตุของมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	10
อาการและอาการแสดงของมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	11
การตรวจวินิจฉัยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	11
ระยะของโรคและระดับของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (Staging and grading)	13
การประเมินระยะโรคของมะเร็งกระเพาะปัสสาวะระบบ Tumor, Nodes and Metastasis (TNM)	13
การแบ่งระดับของมะเร็งกระเพาะปัสสาวะตามเกณฑ์ของ 1973 WHO และ 2004 WHO	16

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การรักษามะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	17
การรักษามะเร็งกระเพาะปัสสาวะตามระยะของโรค	20
ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด (Radical cystectomy)	20
การพยากรณ์โรค	22
โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	23
อุบัติการณ์	23
ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง	23
ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	24
อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง	24
ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง	25
แนวทางการประเมินโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตันในภาวะวิกฤต	28
การรักษาโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตันในระยะเฉียบพลัน	28
การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (IV rt-PA)	29
ข้อบ่งชี้ (Indication)	29
ข้อห้ามใช้ (Absolute contraindication)	29
ข้อพึงระวังในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Relative exclusion criteria)	30
การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	31
บทที่ 3 กระบวนการพยาบาล แนวคิดทฤษฎีการพยาบาล	33
การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด	33
การพยาบาลภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง	40
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน	47
การพยาบาลในระยะเฉียบพลัน	47
การพยาบาลในระยะหลังเฉียบพลัน	53
การพยาบาลสำหรับให้ยาละลายลิ่มเลือด	54
กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของมาร์จอรี กอร์ดอน (Marjory Gordon)	56
แบบประเมินการรับรู้ฉบับย่อ (A Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ)	57
ทฤษฎีการดูแลตนเองของออเร็ม (Orem's self-care Theory)	58

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
มโนทัศน์หลักในทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม	60
การบูรณาการทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มกับกรณีศึกษา	66
ความต้องการการดูแลตัวเองทั้งหมด ที่พบในกรณีศึกษา	66
ความสามารถและข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ที่พบในกรณีศึกษา	67
ความพร้อมในการดูแลตนเอง ที่พบในกรณีศึกษา	67
ระบบการพยาบาล ที่นำมาใช้ในกรณีศึกษา	69
บทที่ 4 กรณีศึกษา	70
ข้อมูลส่วนบุคคล	70
ประวัติการเจ็บป่วย	70
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	72
การประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน	78
เปรียบเทียบกรณีศึกษา กับโรคและการรักษา	82
สรุปการตรวจเยี่ยมรายวัน	96
วันที่ 31 ตุลาคม 2565	96
วันที่ 1 พฤศจิกายน 2565	96
วันที่ 2 พฤศจิกายน 2565 (หลังผ่าตัดครั้งที่ 1 Day 1)	96
วันที่ 3 พฤศจิกายน 2565 (หลังผ่าตัดครั้งที่ 1 Day 2)	97
วันที่ 4 พฤศจิกายน 2565 (หลังผ่าตัดครั้งที่ 1 Day 3)	97
วันที่ 5 พฤศจิกายน 2565 (หลังผ่าตัดครั้งที่ 1 Day 4)	97
วันที่ 6 พฤศจิกายน 2565 (หลังผ่าตัดครั้งที่ 1 Day 5)	97
วันที่ 7 พฤศจิกายน 2565 (หลังผ่าตัดครั้งที่ 1 Day 6)	97
วันที่ 8 พฤศจิกายน 2565 (หลังผ่าตัดครั้งที่ 1 Day 7)	98
วันที่ 9 พฤศจิกายน 2565 (หลังผ่าตัดครั้งที่ 2 Day 1)	98
วันที่ 10 พฤศจิกายน 2565 (หลังผ่าตัดครั้งที่ 2 Day 2)	99
วันที่ 11 พฤศจิกายน 2565 (หลังผ่าตัดครั้งที่ 2 Day 3)	99
วันที่ 12 พฤศจิกายน 2565 (หลังผ่าตัดครั้งที่ 2 Day 4)	99
วันที่ 13 พฤศจิกายน 2565 (หลังผ่าตัดครั้งที่ 2 Day 5)	100
วันที่ 14 พฤศจิกายน 2565 (หลังผ่าตัดครั้งที่ 2 Day 6)	100

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ระยะก่อนผ่าตัดครั้งที่ 2 (7 พฤศจิกายน 2565) ที่หอผู้ป่วยพิเศษ	104
ปัญหาที่ 10 วิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด กระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด	104
ปัญหาที่ 11 ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด	104
ระยะหลังผ่าตัดครั้งที่ 2 (8-11 พฤศจิกายน 2565) ที่หอผู้ป่วย ICU	104
ปัญหาที่ 12 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกหลัง ผ่าตัด	104
ปัญหาที่ 13 ไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัด	104
ปัญหาที่ 14 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับ Stoma หลังผ่าตัด	104
ปัญหาที่ 15 เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากมีภาวะซีดจาก การเสียเลือดระหว่างผ่าตัด	104
ปัญหาที่ 16 อาจเกิดภาวะการรั่วของปัสสาวะตามรอยเย็บเชื่อมต่อ (Urinary leak) หลังผ่าตัดเนื่องจาก Drain ข้างขวาออกปริมาณเยอะ	104
ปัญหาที่ 17 อาจเกิดการติดเชื้อในร่างกายนี้อาจจากมีไข้	105
ระยะหลังผ่าตัดครั้งที่ 2 (11-16 พฤศจิกายน 2565) ที่หอผู้ป่วยพิเศษ	105
ปัญหาที่ 18 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง หลังผ่าตัด	105
ปัญหาที่ 19 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง	105
ปัญหาที่ 20 อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง	105
ปัญหาที่ 21 อาจเกิดภาวะ Chylous leakage เนื่องจาก drain ข้างขวาออก ปริมาณเยอะ	105
ปัญหาที่ 22 เกิดภาวะหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน (Acute ischemic stroke) หลังผ่าตัด	105
ระยะหลังผ่าตัดครั้งที่ 2 (16-23 พฤศจิกายน 2565) ที่หอผู้ป่วย ICU	105
ปัญหาที่ 23 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองและภาวะแทรกซ้อนหลัง ได้รับยา rt-PA	105
ปัญหาที่ 24 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลกับโรคและอาการของโรคหลอดเลือด สมองตีบ	105

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า	
ปัญหาที่ 25	มีโอกาสดเกิดภาวะการเห็นคุณค่าตนเองลดลง (Low self-esteem) เนื่องจากภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง	105
ปัญหาที่ 26	ช่วยเหลือตัวเองบกพร่องเนื่องจากแขนขาซ้ายอ่อนแรงเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	105
	ระยะหลังผ่าตัดครั้งที่ 2 (23-24 พฤศจิกายน 2565) ที่หอผู้ป่วยพิเศษ	105
ปัญหาที่ 27	ขาดความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน	105
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการพยาบาลในผู้ป่วยกรณีศึกษา		105
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1	วิตกกังวลเกี่ยวกับระยะโรคและการผ่าตัด	105
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2	ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด TUR-BT	107
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3	เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด	108
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4	ไม่สุขสบายเนื่องจากมีภาวะท้องผูก	109
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5	มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ	110
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6	ผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการผ่าตัดเนื่องจากมีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมด้วย	111
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7	ตัวนำออกซิเจนลดลงเนื่องจากมีภาวะซีด	112
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8	อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะ Hyponatremia	113
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9	แบบแผนการนอนหลับถูกรบกวนเนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม	113
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10	วิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด	114
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11	ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด	116
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 12	เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด	117
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 13	ไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัด	118
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 14	เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับ stoma หลังผ่าตัด	119
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 15	เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากมีภาวะซีดจากการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด	121

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 16	อาจเกิดภาวะการรั่วของปัสสาวะตามรอยเย็บเชื่อมต่อ (urinary leak) หลังผ่าตัดเนื่องจาก drain ช้างขวาวออก ปริมาณเยอะ 121
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 17	อาจเกิดการติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากมีไข้ 122
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 18	มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานอาหารไม่ ถูกต้องหลังผ่าตัด 123
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 19	เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง 125
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 20	อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง 125
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 21	อาจเกิดภาวะ Chylous leakage เนื่องจาก drain ช้าง ขวาวออกปริมาณเยอะ 126
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 22	เกิดภาวะหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน (Acute ischemic stroke) หลังผ่าตัด 128
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 23	เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองและ ภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยา rt-PA 129
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 24	ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลกับโรคและอาการของโรคหลอดเลือด สมองตีบ 131
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 25	มีโอกาสเกิดภาวะการเห็นคุณค่าตนเองลดลง (Low self-esteem) เนื่องจากภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง 133
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 26	ช่วยเหลือตัวเองบกพร่องเนื่องจากแขนขาซ้ายอ่อนแรงเสีย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 134
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 27	ขาดความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน 136
บทที่ 5	สรุปวิเคราะห์ผลกรณีศึกษาและข้อเสนอแนะ 141
	สรุปวิเคราะห์กรณีศึกษา 141
	ปัญหา/และแนวทางการแก้ไขปัญหา 143
	ข้อเสนอแนะ 144
	บรรณานุกรม 145
	ภาคผนวก 150

สารบัญภาพ

	หน้า	
ภาพที่ 1	แสดงตำแหน่งที่ตั้งของกระเพาะปัสสาวะในเพศชายและเพศหญิง	6
ภาพที่ 2	แสดงผนังชั้นต่าง ๆ ของกระเพาะปัสสาวะ	7
ภาพที่ 3	แสดงหลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงกระเพาะปัสสาวะ	8
ภาพที่ 4	แสดงเส้นประสาทที่มาเลี้ยงกระเพาะปัสสาวะ	8
ภาพที่ 5	แสดงการแบ่งระยะโรค (Staging)	16
ภาพที่ 6	แสดงระยะของมะเร็งกระเพาะปัสสาวะตามระบบ TNM และระดับของมะเร็งกระเพาะปัสสาวะตามเกณฑ์ของ 1973 WHO และ 2004 WHO	16
ภาพที่ 7	แสดงการผ่าตัดโดยการส่องกล้องผ่านทางท่อปัสสาวะ (TUR-BT)	18
ภาพที่ 8	แสดงการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด (Radical cystectomy)	19
ภาพที่ 9	แสดงการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด (Radical cystectomy)	20
ภาพที่ 10	แสดงการปิดถุงรองรับปัสสาวะ	35
ภาพที่ 11	แสดงนำถุงพลาสติกมาปิดครอบถุงรองรับปัสสาวะก่อนอาบน้ำ	37
ภาพที่ 12	แสดงการวัดขนาดแป้นที่จะติดครอบ Stoma	37
ภาพที่ 13	แสดงการลอกหรือถอดอุปกรณ์รองรับออกจากผิวหนัง	38
ภาพที่ 14	แสดงการทำผิวหนังรอบๆ Stoma ด้วยผลิตภัณฑ์ที่ช่วยปกป้องผิวหนัง	38
ภาพที่ 15	แสดง Stoma ที่เลือดมาเลี้ยงไม่เพียงพอ	40
ภาพที่ 16	แสดงเลือดออกจากทวารใหม่	41
ภาพที่ 17	แสดง Stomal retraction	42
ภาพที่ 18	แสดง Stomal stenosis	42
ภาพที่ 19	แสดง Stomal prolapse	43
ภาพที่ 20	แสดง Parastomal hernia	44
ภาพที่ 21	แสดง Folliculitis	45
ภาพที่ 22	แสดง allergic contact dermatitis	45
ภาพที่ 23	A: แสดง Pseudoverrucous lesion B: แสดง crystal-like appearance	46
ภาพที่ 24	ภาพแสดงกรอบแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีโอเร็ม (Orem, 1991)	60

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	แสดงการจัดกลุ่มมะเร็งกระเพาะปัสสาวะตามเกณฑ์ TNM staging AJCC 8 th edition	15
ตารางที่ 2	แสดงการแบ่งระดับของมะเร็งกระเพาะปัสสาวะตามเกณฑ์ของ 1973 WHO และ 2004 WHO	16
ตารางที่ 3	แสดงการพยากรณ์โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะจากระยะของโรค	22
ตารางที่ 4	ผลการตรวจ Hematology	72
ตารางที่ 5	ผลการตรวจ Blood Biochemistry	73
ตารางที่ 6	ผลการตรวจ Coagulation	74
ตารางที่ 7	ผลการตรวจ Fluid Biochemistry	75
ตารางที่ 8	แสดงผลการตรวจทาง Immunology	75
ตารางที่ 9	แสดงผลการตรวจเลือดเพาะเชื้อ	75
ตารางที่ 10	แสดงผลการตรวจปัสสาวะเพาะเชื้อ	76

NCI
Thailand

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งกระเพาะปัสสาวะพบได้บ่อยเป็นอันดับ 7 ของมะเร็งในเพศชายทั่วโลก และเป็นอันดับที่ 11 ของมะเร็งที่พบบ่อยในทั้งสองเพศ อุบัติการณ์เกิดในเพศชาย 9.0 ต่อประชากร 100,000 ราย และในเพศหญิง 2.2 ต่อประชากร 100,000 ราย ในประเทศไทยพบได้พบอุบัติการณ์เกิดในเพศชาย 3.98 ต่อประชากร 100,000 ราย และในเพศหญิง 1.02 ต่อประชากร 100,000 ราย (दनัย มโนรมณ์ และคณะ, 2563) พบว่าร้อยละ 90 ของเนื้องอกเยื่อบุทางเดินปัสสาวะ (Urothelial tumor) มาจากกระเพาะปัสสาวะ ร้อยละ 8 มาจากกรวยไต (Renal pelvis) ร้อยละ 2 มาจากท่อไต (Ureter) และท่อปัสสาวะ (Urethra) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะส่วนใหญ่ถึง ร้อยละ 90 เป็นเซลล์มะเร็งชนิด Transitional cell carcinoma ส่วนใหญ่เกิดจากเยื่อภายในกระเพาะปัสสาวะ มีการแบ่งตัวเพิ่มขึ้นมากกว่าปกติจนกลายเป็นก้อนเนื้องอกขึ้นมา และก้อนเนื้องอกจะเจริญเติบโตขึ้นเรื่อย ๆ จนอาจโตเต็มกระเพาะปัสสาวะและแผ่ขยายลุกลามไปยังอวัยวะข้างเคียงและต่อมน้ำเหลือง หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง (บุญญา ศุภคำภา, 2566) อาการแสดงของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ที่พบได้บ่อย คือ อาการปัสสาวะเป็นเลือด (hematuria) ปวดเวลาถ่ายปัสสาวะ (dysuria) และถ่ายปัสสาวะบ่อย (frequent urination) หรือมีความรู้สึกอยากถ่ายปัสสาวะซึ่งความจริงอาจไม่มีน้ำปัสสาวะเลย (ชนิษฐา ศิริโชติ, 2566)

การรักษา มะเร็งกระเพาะปัสสาวะทำได้หลายวิธี เช่น การผ่าตัด การฉายรังสี การสร้างภูมิคุ้มกัน และการให้ยาเคมีบำบัด ซึ่งแพทย์จะเลือกใช้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงทางพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อ และการแพร่กระจายของโรครวมทั้งการอุดตันของท่อไต (กุลวรา คุปรัตน์, 2553) ในปัจจุบันการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด (Radical cystectomy) ถือเป็นวิธีการรักษาแบบมาตรฐาน สำหรับมะเร็งกระเพาะปัสสาวะชนิดลุกลามกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ และชนิดไม่ลุกลามกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะที่ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่นได้ (Boonnam,S et al., 2016) ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด รวมทั้งเอาต่อมน้ำเหลืองบริเวณข้างเคียงออก ภายหลังจากตัดกระเพาะปัสสาวะออกแล้วจะต้องทำทางให้ปัสสาวะออกใหม่ (Urinary diversion) ด้วยการนำท่อไตทั้งสองข้างต่อเข้ากับลำไส้เล็กส่วนปลาย (Ileum) ที่ตัดแยกออกมาเป็นช่วงสั้นๆ ประมาณ 10-15 เซนติเมตร เพื่อเป็นทางให้น้ำปัสสาวะออกมาทางหน้าท้อง (กุลวรา คุปรัตน์, 2553; บุญญา ศุภคำภา, 2566) หลังผ่าตัดมักพบภาวะแทรกซ้อนสูงร้อยละ 26-67 ส่วนใหญ่เป็นภาวะแทรกซ้อนไม่รุนแรง เช่น Postoperative ileus หรือแผลติดเชื้อ แต่ก็ยังพบภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงชีวิต เช่น ภาวะหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน หลังผ่าตัด พบร้อยละ 0.3 (Tsaturyan et al., 2016) ภาวะหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความผิดปกติของระบบประสาทอย่างเฉียบพลัน เช่น แขนขาอ่อนแรง หรือชาครึ่งซีกของร่างกายทันทีทันใด

พูดไม่ชัด ภาวะดังกล่าวต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วนเพื่อรักษาชีวิต และไม่ให้เกิดภาวะทุพพลภาพถาวรกับผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะ 72 ชั่วโมงแรก ซึ่งเป็นระยะวิกฤตที่อาการของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงได้ง่าย ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยวิกฤตจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด Intravenous Recombinant Tissue Plasminogen Activator (rt-PA) ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมักจะมีอาการพิการเหลืออยู่ ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียมีความวิตกกังวล ความเครียดที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิต (นิภาพร บุตรสิงห์, 2562)

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากผู้ป่วยมีทวารเบาเทียมและมีถุงรองรับน้ำปัสสาวะบริเวณหน้าท้องติดตัวไปตลอดชีวิต ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ สูญเสียการควบคุมและความเป็นส่วนตัว (Privacy) ถือเป็นความเครียด เป็นเรื่องน่าอับอายเพราะผู้ป่วยต้องเปิดเผยร่างกายส่วนที่เคยปกปิด นอกจากนี้การเกิดภาวะทุพพลภาพที่เกิดจากภาวะหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันหลังผ่าตัด ยิ่งทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสีย วิตกกังวล และความเครียดเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่นและได้รับการดูแลจากบุคคลที่ใกล้ชิดหรือสมาชิกในครอบครัว เพื่อตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐาน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง (อรัญญา ยศคำสือ, 2563) พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด รวมทั้งเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันหลังผ่าตัด พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินอาการผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเร่งด่วนช่วยรักษาชีวิตและจำกัดความพิการไม่ให้รุนแรงมากขึ้น รวมทั้งดูแลฟื้นฟูสภาพร่างกายจิตใจ ติดตามดูแลทั้งในขณะรับการรักษาตัวอยู่โรงพยาบาลและการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงทั้งจากมีทวารเบาเทียม และจากภาวะทุพพลภาพ ส่งเสริม สนับสนุน ให้กำลังใจผู้ป่วยในการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้สามารถดูแลช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด รวมทั้งให้ความรู้และพัฒนาทักษะผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี มีสุขภาพกายและจิตใจที่ดี มีการฟื้นฟูเร็ว ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำรงชีวิตได้อย่างปกติมากที่สุด ในการศึกษาผู้ป่วยครั้งนี้ได้นำทฤษฎีทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาให้เกิดความครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1. เพื่อศึกษาพยาธิสภาพ การดำเนินของโรค แนวทางการรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่มีภาวะหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันหลังผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด (Radical cystectomy) และนำลำไส้เล็กส่วนปลายทำทางระบายน้ำปัสสาวะ (Ileal conduit)
2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่มีภาวะหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันหลังผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด (Radical cystectomy) และนำลำไส้เล็กส่วนปลายทำทางระบายน้ำปัสสาวะ (Ileal conduit) สามารถปรับตัว และปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม

3. เพื่อให้ญาติหรือผู้ดูแล มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่มีภาวะหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันหลังผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด (Radical cystectomy) และนำลำไส้เล็กส่วนปลายทำทางระบายน้ำปัสสาวะ (Ileal conduit)

เหตุผลในการเลือกกรณีศึกษา

มะเร็งกระเพาะปัสสาวะพบได้บ่อยเป็นอันดับ 7 ของมะเร็งซึ่งพบในเพศชายทั่วโลก และเป็นอันดับที่ 11 ของมะเร็งที่พบบ่อยในทั้งสอง ในประเทศไทยพบได้ พบอุบัติการณ์เกิดในเพศชาย 3.98 ต่อประชากร 100,000 ราย และในเพศหญิง 1.02 ต่อประชากร 100,000 ราย (दनัย มโนรมณ์ และคณะ, 2563) จากประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด (Radical cystectomy) และนำลำไส้เล็กส่วนปลายทำทางระบายน้ำปัสสาวะ (Ileal conduit) มักเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ส่วนใหญ่เป็นภาวะแทรกซ้อนไม่รุนแรง แต่ก็ยังพบภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงชีวิตเช่น ภาวะหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันหลังผ่าตัด ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) หากผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์การให้ยา และมีอาการทางโรคหลอดเลือดสมองไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง เพื่อรักษาชีวิตและจำกัดความพิการไม่ให้รุนแรงมากขึ้น การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันโดยเฉพาะในระยะ 72 แรกหลังจากเกิดอาการ ถือว่าเป็นโอกาสทองในการรักษาเพื่อจำกัดความรุนแรงของโรคและการฟื้นฟูร่างกาย อาการของผู้ป่วยอาจดีขึ้นหรือเลวลง อาจมีความพิการมากขึ้นหรือถึงขั้นเสียชีวิตได้ หากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและทันท่วงทีโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (นิภาพร บุตรสิงห์, 2562)

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงสนใจในการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่มีภาวะหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันหลังผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด และนำลำไส้เล็กส่วนปลายทำทางระบายน้ำปัสสาวะ เพื่อให้ทราบถึงปัญหาของผู้ป่วยและให้การพยาบาลดูแลภาวะหลอดเลือดสมองตีบในระยะเฉียบพลันอย่างถูกต้องทันเวลา ลดความพิการ และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งมีการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ ทำงานร่วมกับวิชาชีพอื่น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างองค์รวมครอบคลุมในทุกมิติ ญาติได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน และมีความมั่นใจในการดูแล ซึ่งจะเกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย

ระยะเวลาในการศึกษา

31 ตุลาคม 2565 – 24 พฤศจิกายน 2565

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เลือกกรณีศึกษาจากผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่มีภาวะหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันหลังผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด และนำลำไส้เล็กส่วนปลายทำทางระบายน้ำปัสสาวะ ภายในหอผู้ป่วยพิเศษในช่วงเดือน ตุลาคม 2565 เลือกผู้ป่วยแบบเฉพาะเจาะจง 1 ราย

2. ศึกษาค้นคว้าเอกสารวิชาการ ตำราวิจัยเกี่ยวกับโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ การรักษา และการพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายทำทางระบายน้ำปัสสาวะที่เกิดภาวะหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันหลังผ่าตัด

3. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน ชักประวัติผู้ป่วยและญาติ ประเมินความต้องการการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดจากทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาลก่อนการผ่าตัด 1 วัน จนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4. นำกรณีมาศึกษาวิเคราะห์ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติงานการพยาบาล ประเมินผล สรุปรณศึกษา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพิ่มคุณภาพการพยาบาล โดยใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด และมีภาวะหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันหลังผ่าตัด

2. มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพ การดำเนินของโรค ตลอดจนแนวทางการรักษาและสามารถวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

3. ผู้ป่วยสามารถปรับตัวจากมีทวารเบาเทียม และภาวะหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันหลังผ่าตัด รวมทั้งปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม

4. ญาติหรือผู้ดูแล มีความรู้ความสามารถในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่มีทวารเบาเทียม และมีภาวะหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม

T h a i l a n d

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

บทที่ 2

ความรู้พื้นฐานที่เกี่ยวข้อง

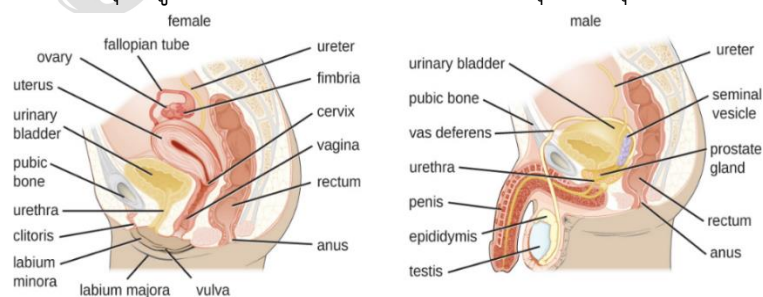
การดูแลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด และมีภาวะหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันหลังผ่าตัด มีความสำคัญที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยต้องให้การพยาบาลครอบคลุม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะ 72 ชั่วโมงแรก เพื่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี ลดความพิการและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ผู้ศึกษาได้เห็นถึงความสำคัญดังกล่าว จึงได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. กายวิภาคศาสตร์ของกระเพาะปัสสาวะ
 - 1.1 ส่วนประกอบของผนังกระเพาะปัสสาวะ
 - 1.2 เส้นเลือดแดงที่นำเลือดมาเลี้ยงกระเพาะปัสสาวะ
 - 1.3 เส้นประสาทที่มาเลี้ยงกระเพาะปัสสาวะ
 - 1.4 การทำงานของกระเพาะปัสสาวะ
2. มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
 - 2.1 อุบัติการณ์
 - 2.2 ชนิดของมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
 - 2.3 พยาธิสภาพ
 - 2.4 สาเหตุของมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
 - 2.5 อาการและอาการแสดงของมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
 - 2.6 การตรวจวินิจฉัยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
 - 2.7 ระยะของโรคและระดับของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
 - 2.8 การประเมินระยะโรคของมะเร็งกระเพาะปัสสาวะระบบ TNM
 - 2.9 การแบ่งระดับของมะเร็งกระเพาะปัสสาวะตามเกณฑ์ของ 1973 WHO และ 2004 WHO
3. การรักษามะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
 - 3.1 การรักษามะเร็งกระเพาะปัสสาวะตามระยะโรค
 - 3.2 ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด (Radical cystectomy)
 - 3.3 การพยากรณ์โรค
4. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)
 - 4.1 อุบัติการณ์
 - 4.2 ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 4.3 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

- 4.4 อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง
- 4.5 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง
- 4.6 แนวทางการประเมินโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตันในภาวะวิกฤต
- 4.7 การรักษาโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตันระยะเฉียบพลัน
- 4.8 การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (IV rt-PA)
- 4.9 การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

กายวิภาคศาสตร์ของกระเพาะปัสสาวะ

กระเพาะปัสสาวะ เป็นอวัยวะที่มีลักษณะคล้ายรูปปิตรามิตข้างในกลวง ตั้งอยู่ในอุ้งเชิงกรานหลังต่อกระดูกหัวเหน่า มีความจุประมาณ 350-500 มิลลิลิตร ประกอบด้วยยอด (Apex) ฐาน (Base) และด้านบน (Superior) ด้านข้างเยื้องไปทางด้านล่าง (Inferolateral) และคอของกระเพาะปัสสาวะ (Bladder neck) ส่วนยอดมีพังผืดยึดอยู่กับสะดือส่วนฐานมีลักษณะเป็นแอ่งสามเหลี่ยมโดยมีมุม 2 มุม ด้านบนเป็นรูเปิดของท่อไต (Ureteral orifice) แต่ละข้าง และมุมด้านล่างเป็นรูเปิดชั้นในของท่อปัสสาวะ ทางด้านบนของกระเพาะปัสสาวะมีเยื่อช่องท้อง (Peritoneum) คลุม และมีส่วนของลำไส้ใหญ่และโอเมนตัม (Omentum) ทับอยู่เหนือ ในขณะที่กระเพาะปัสสาวะแฟบจะอยู่ใต้กระดูกหัวเหน่า และเมื่อมีปัสสาวะเต็มจะโป่งนูนขึ้นมาเหนือหัวเหน่าใต้กล้ามเนื้อของผนังหน้าท้องทำให้มองเห็นได้ ทางด้านหลังของกระเพาะปัสสาวะในผู้ชายจะชิดกับลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (Rectum) ในผู้หญิงกระเพาะปัสสาวะจะอยู่หน้ามดลูก ปากมดลูก และช่องคลอด ส่วนต่ำสุดของกระเพาะปัสสาวะในผู้ชายเป็นต่อมลูกหมาก (Prostate gland) ซึ่งหุ้มอยู่โดยรอบท่อปัสสาวะ (Urethra) (กุลวรา คุปรัตน์, 2553). (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1: แสดงตำแหน่งที่ตั้งของกระเพาะปัสสาวะในเพศชายและเพศหญิง

ที่มา: <https://courses.lumenlearning.com/suny-microbiology/chapter/anatomy-and-normal-microbiota-of-the-urogenital-tract/> (Retrieved May 6, 2024)

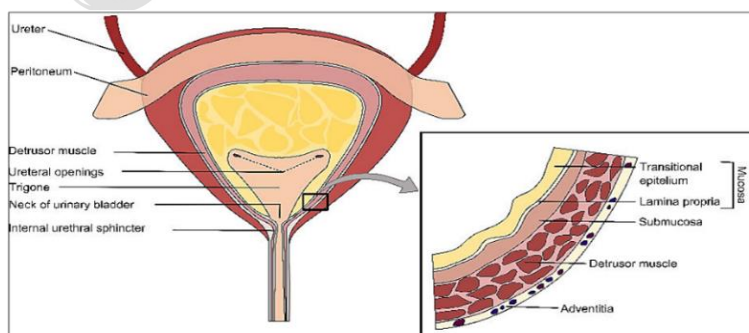
ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ขนาดของกระเพาะปัสสาวะเปลี่ยนแปลงไปตามปริมาณน้ำปัสสาวะที่มีอยู่ จะเกิดการปัสสาวะเมื่อกระเพาะปัสสาวะบรรจุน้ำปัสสาวะไว้ 280 ลูกบาศก์เซนติเมตร และถ้ากลั่นไว้เกิน 500 ลูกบาศก์เซนติเมตร จะเกิดความรู้สึก

อยากถ่ายปัสสาวะมาก และจะปวดที่หน้าท้องส่วนล่างเป็นอย่างมากและภายหลังปัสสาวะเสร็จใหม่ๆจะต้องมีปัสสาวะเหลือค้างไม่เกิน 50 มิลลิลิตร (กุลวรา คุปรัตน์, 2553; สุเทพ จันทรเทศ และอานนท์ ศิลาเพชร, 2565)

ส่วนประกอบของผนังกระเพาะปัสสาวะ (นัทธมนท์ วุฑธานนท์, 2555)

1. ชั้น Uroepithelium หรือชั้นเยื่อบุผิว อยู่ชั้นในสุดของกระเพาะปัสสาวะซึ่งเป็นส่วนที่สัมผัสกับน้ำปัสสาวะ ประกอบด้วยเซลล์ที่เรียงซ้อนกันเป็นชั้นแบบยืดหยุ่น (Transitional epithelium) เป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้ยังมีเซลล์ที่มีลักษณะแบนบางหลายเหลี่ยม (Squamous cell epithelium) อยู่บ้าง การที่เซลล์ในชั้นนี้มีการเรียงตัวซ้อนกันเป็นชั้นแบบยืดหยุ่นดังกล่าวทำให้เกิดเป็นรอยย่น (Rugae) ของผนังกระเพาะปัสสาวะ ช่วยให้สามารถยืดขยายได้เมื่อมีปริมาณน้ำปัสสาวะเพิ่มมากขึ้น และเมื่อดูลักษณะเซลล์จะพบว่าเมื่อกระเพาะปัสสาวะว่าง เซลล์จะมีรูปร่างคล้ายหลังคาทรงกลม (Dome shape) และปรับแบนลงเมื่อมีน้ำในกระเพาะปัสสาวะ
2. ชั้น Lamina propia อยู่ถัดจากชั้นเยื่อบุผิวออกมาเป็นชั้นของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (Connective tissue) และหลอดเลือด
3. ชั้น Muscularis propia หรือชั้น Detrusor muscle ประกอบด้วยชุดของกล้ามเนื้อเรียบ 3 ชั้น ชั้นในและชั้นนอกเรียงตัวตามยาว ขณะที่ชั้นกลางเรียงตัวเป็นวงกลมและมีความหนามากที่สุดที่บริเวณรอบรูเปิดออกสู่ท่อปัสสาวะ กล้ามเนื้อชั้นกลางนี้จะหนาตัวขึ้นทำหน้าที่เป็นหูรูดชั้นใน (Internal urethral sphincter) ควบคุมการไหลของน้ำปัสสาวะออกจากกระเพาะปัสสาวะ
4. ชั้น Perivesical soft tissue หรือ Adventitia หรือชั้นเนื้อเยื่ออ่อนรอบกระเพาะปัสสาวะอยู่ชั้นนอกสุด ประกอบด้วยไขมันและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันชนิดเส้นใย (Fibrous connective tissue) (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2: แสดงผนังชั้นต่างๆของกระเพาะปัสสาวะ

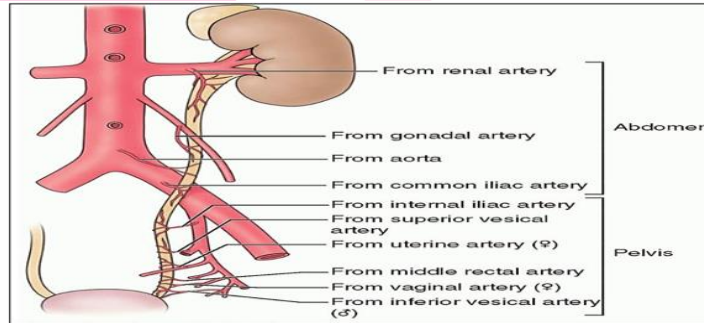
ที่มา: <https://medicalxpress.com/news/2016-05-mechanics-urinary-bladder.html>

(Retrieved May 6, 2024)

เส้นเลือดแดงที่นำเลือดมาเลี้ยงกระเพาะปัสสาวะ (กุลวรา คุปรัตน์, 2553)

เส้นเลือดแดงที่นำเลือดมาเลี้ยงกระเพาะปัสสาวะ คือ Superior vesical artery และ Inferior vesical artery ซึ่งเป็นแขนงมาจากเส้นเลือด Internal iliac artery นอกจากนี้ในเพศหญิงกระเพาะปัสสาวะยังได้รับเลือดจากเส้นเลือด Uterine artery และเส้นเลือด Vaginal artery ด้วย (ภาพที่ 3) ส่วนเส้นเลือดดำที่ทำหน้าที่รับเลือด

จากกระเพาะปัสสาวะจะทอดขนานกับเส้นเลือดแดง ในเพศชายจะเชื่อมต่อกับกลุ่มของเส้นเลือดดำของต่อมลูกหมาก (Prostatic venous plexus) ก่อนเทเข้าสู่ Internal iliac vein และ Vertebral venous plexus ตามลำดับ ส่วนในเพศหญิงกลุ่มเส้นเลือดดำ Vesical venous plexus ที่บริเวณคอกระเพาะปัสสาวะและท่อปัสสาวะเชื่อมกับเส้นเลือด Dorsal vein ซึ่งรับเลือดดำจาก Clitoris และเชื่อมกับกลุ่มเส้นเลือดดำ Vaginal plexus เพื่อเทเข้าสู่เส้นเลือดดำ Internal iliac ต่อไป



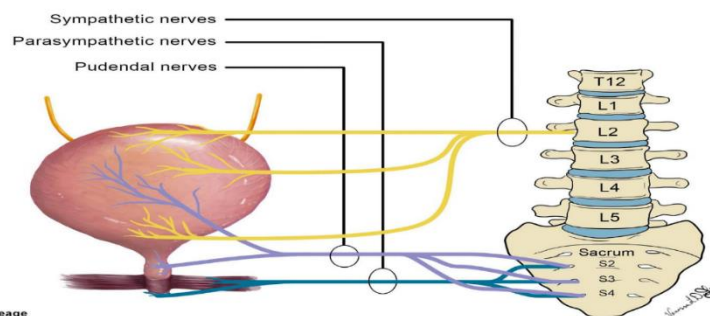
ภาพที่ 3: แสดงหลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงกระเพาะปัสสาวะ

ที่มา: <http://medicoreview.blogspot.com/2012/05/blood-supply-of-kidney.html>

(Retrieved May 6, 2024)

เส้นประสาทที่มาเลี้ยงกระเพาะปัสสาวะ (กุลวรา คุปรัตน์, 2553).

1. ระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (Parasympathetic nerves) เป็นเส้นประสาทที่ออกมาจากกระดูกไขสันหลังระดับ Sacrum ที่ 2-4 เรียกว่า Pelvic nerve จะมาเลี้ยงกล้ามเนื้อเรียบและหูรูดชั้นใน
2. ระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nerves) เป็นเส้นประสาทที่ออกมาจากกระดูกไขสันหลังระดับ Lumbar ที่ 1-4 ตาม Hypogastric nerve ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อเรียบ และหูรูดชั้นในเช่นกัน
3. ระบบประสาทโซมาติก (Somatic nerves) เป็นเส้นประสาทที่ออกมาจากกระดูกสันหลังระดับ Sacrum ที่ 1-4 โดยส่ง Fibers ออกมาตามเส้นประสาท Pudendal เพื่อมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหูรูดชั้นนอก (ภาพที่ 4)



ภาพที่ 4: แสดงเส้นประสาทที่มาเลี้ยงกระเพาะปัสสาวะ

ที่มา: <https://step1.medbullets.com/renal/112038/bladder--urethra-anatomy#popup/image/118028> (Retrieved May 6, 2024)

การทำงานของกระเพาะปัสสาวะ

กระเพาะปัสสาวะ ทำหน้าที่เก็บกักน้ำปัสสาวะและปล่อยออกเป็นครั้งคราว การบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะควบคุมโดยระบบประสาทอัตโนมัติ Sympathetic อยู่ที่ Lumbar แล้วมี Efferent fibers ไปอยู่ที่กระเพาะปัสสาวะและกล้ามเนื้อหูรูด (Sphincter) เมื่อเริ่มมีน้ำปัสสาวะราว 150 ลบ.ซม. คนเราจะเริ่มปวดปัสสาวะเล็กน้อยแต่ยังไม่ต้องไปถ่ายปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะยังสามารถจุน้ำปัสสาวะไปได้เรื่อย ๆ โดยที่ไม่มีอาการปวดปัสสาวะเพิ่มขึ้นมากนัก ทั้งนี้เนื่องจากความสามารถในการขยายตัวของกล้ามเนื้อเรียบของผนังกระเพาะปัสสาวะจนกระทั่งปริมาณปัสสาวะในกระเพาะเพิ่มเป็น 400-500 ลูกบาศก์เซนติเมตร จะมีอาการปวดปัสสาวะมากขึ้นจนไม่สามารถจะรอได้อีกต้องไปถ่ายปัสสาวะ กล้ามเนื้อเรียบของกระเพาะจะบีบตัวอย่างแรงเพื่อดันน้ำปัสสาวะออก ขณะเดียวกันกล้ามเนื้อหูรูดที่ปิดท่อปัสสาวะอยู่ก็จะหย่อนตัวเพื่อให้ปัสสาวะออกมาได้ ในภาวะปกติคนเราจะปัสสาวะประมาณไม่เกิน 5 ครั้ง ในเวลากลางวันจนถึงก่อนนอน และหลังจากหลับแล้วจะลุกขึ้นปัสสาวะไม่เกิน 1 ครั้งหรือไม่ต้องลุกขึ้นเลย อัตรานี้จะเปลี่ยนไปเมื่อคนดื่มน้ำมากขึ้นกว่าปกติหรือในกรณีอากาศหนาวทำให้เสียน้ำไปทางเหงื่ออ่อนลง (สุเทพ จันทรเทศ และอานนท์ ศิลาเพชร, 2565)

มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (Bladder cancer) คือ โรครที่เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ในกระเพาะปัสสาวะที่มีการเจริญเติบโต แบ่งตัวเพื่อเพิ่มจำนวนเซลล์อย่างรวดเร็วและมากผิดปกติจนกลายเป็นก้อนเนื้องอกขึ้นมา และก้อนเนื้องอกนี้สามารถเจริญเติบโตขึ้นเรื่อยๆ จนอาจเต็มกระเพาะปัสสาวะ ลูกกลามไปยังอวัยวะและต่อมน้ำเหลืองข้างเคียงและแพร่กระจายเข้าสู่กระแสเลือดได้ หากตรวจพบโรคได้เร็วก็จะมีโอกาสหายได้มาก อย่างไรก็ตามแม้จะตรวจพบได้ในระยะแรกและรักษาหายแล้ว แต่มะเร็งชนิดนี้ก็มีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำได้สูง (Recurrence)

อุบัติการณ์

มะเร็งกระเพาะปัสสาวะพบได้บ่อยเป็นอันดับ 7 ของมะเร็งซึ่งพบในเพศชายทั่วโลก และเป็นอันดับที่ 11 ของมะเร็งที่พบบ่อยในทั้งสองเพศ The worldwide age-standardized incidence rate (ต่อประชากร 100,000 รายต่อปี) เท่ากับ 9.0 สำหรับเพศชาย และ 2.2 สำหรับเพศหญิง ในประเทศไทยพบได้ age-standardized incidence rate (ต่อประชากร 100,000 รายต่อปี) เท่ากับ 3.98 สำหรับเพศชาย และ 1.02 สำหรับเพศหญิง ร้อยละ 90 ของเนื้องอกเยื่อบุทางเดินปัสสาวะ (Urothelial tumor) มาจากกระเพาะปัสสาวะ, ร้อยละ 8 มาจากกรวยไต (Renal pelvis) และร้อยละ 2 มาจากท่อไต (Ureter) และท่อปัสสาวะ (Urethra) โดย ผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะร้อยละ 75 จะแสดงออกด้วยโรคซึ่งจำกัดอยู่ที่เยื่อผิวกระเพาะปัสสาวะ (Mucosa) (Stage Ta, CIS) หรือใต้เยื่อผิวกระเพาะปัสสาวะ (Sub mucosa) (Stage T1) ซึ่งจะมีการพยากรณ์โรคดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับระยะ Stage T2-4 (दनัย มโนรมณ์ และคณะ, 2563)

ชนิดของมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

ชนิดของมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ สามารถแบ่งออกได้ตามลักษณะของเซลล์ ได้แก่ (เมตไทย, 2563)

1. Transitional cell carcinoma (TCC) เป็นชนิดที่พบได้มากที่สุดประมาณร้อยละ 90-95 ซึ่งเกิดจากเซลล์เยื่อชั้นในสุดที่ทำหน้าที่ยึดหลอดเลือดกระเพาะปัสสาวะขยายหรือบีบตัว
2. Squamous cell carcinoma (SCC) เป็นชนิดที่พบน้อยลงมากคือประมาณร้อยละ 1-5 ซึ่งเกิดจากเซลล์รูปสี่เหลี่ยม มีการระคายเคืองหรือติดเชื้อเรื้อรังที่กระเพาะปัสสาวะ เช่น เชื้อพยาธิใบไม้ในเลือด
3. Adenocarcinoma เป็นชนิดที่พบได้ประมาณร้อยละ 1-2 เป็นมะเร็งชนิดต่อมที่เจริญมาจากเนื้อเยื่อต่อมซึ่งเป็นเยื่อบุผิว ถ้าเป็นอยู่เฉพาะเยื่อบุจะเรียกว่าเป็นระดับตื้น (Superficial) แต่ถ้าทะลุเยื่อบุลงไปลึกกว่านั้นเรียกชั้นลึก (Invasive)
4. Small cell carcinoma เป็นชนิดที่พบน้อยกว่าร้อยละ 1 โดยเกิดจากเซลล์ที่เรียกว่า Neuroendocrine cells
5. Sarcomas เป็นชนิดที่พบน้อยมาก โดยเกิดในเซลล์กล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะ

พยาธิสภาพ

เนื้องอกของกระเพาะปัสสาวะ ร้อยละ 80 เริ่มเป็นที่ด้านล่างของกระเพาะปัสสาวะ คอของกระเพาะปัสสาวะ และรูเปิดของหลอดไตมักจะถูกอุดกั้น น้ำปัสสาวะจะคั่งค้างเกิดเป็นแผล ถ่ายปัสสาวะเป็นเลือด และมักมีการติดเชื้อร่วมด้วย เมื่อเนื้องอกโตมากขึ้น ความจุของกระเพาะปัสสาวะจะน้อยลง ทำให้ถ่ายปัสสาวะบ่อย (กุลวรา คุปรัตน์, 2553)

สาเหตุของมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ แต่พบว่ามีหลายปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ดังนี้ (กุลวรา คุปรัตน์, 2553; ดนัย มโนรมณ์ และคณะ, 2563)

1. การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอันดับหนึ่งสำหรับมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ พบได้ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยทั้งหมดเกิดจากควินบุหรีที่ประกอบด้วย Aromatic amines และ Polycyclic aromatic hydrocarbons ซึ่งถูกขับโดยไต
2. อาชีพซึ่งสัมผัสกับ Aromatic amines, polycyclic aromatic hydrocarbons และ Chlorinated hydrocarbons เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญอันดับสอง สำหรับมะเร็งกระเพาะปัสสาวะพบได้ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยทั้งหมด ประเภทของอาชีพซึ่งสัมผัสกับสารดังกล่าวได้แก่ อาชีพทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมสีโลหะ และปิโตรเคมีภัณฑ์ อย่างไรก็ตามมีข้อมูลอุบัติการณ์ของมะเร็งกระเพาะปัสสาวะใกล้เคียงกับประชากรทั่วไป ถ้าพนักงานปฏิบัติตามแนวทางความปลอดภัยในการทำงาน สำหรับผู้มีความเสี่ยงมีประวัติสัมผัสสารในกลุ่มดังกล่าว แพทย์ผู้รักษาควรตระหนักถึงโรคนี้อย่างเฉพาะเมื่อพบปัสสาวะปนเลือด

3. การดื่มน้ำที่ปนเปื้อนของ Chlorine, Trihalomethane และ Arsenic เพิ่มโอกาสป่วยด้วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ปริมาณของน้ำที่ดื่มในแต่ละวันยังส่งผลไม่ชัดเจนต่อการเกิดโรค
4. ผลของการใช้น้ำยาเปลี่ยนสีผมยังไม่ชัดเจน แต่จะเพิ่มโอกาสป่วยด้วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะมากขึ้นในผู้ที่ใช้น้ำยาเปลี่ยนสีผมถาวรซึ่งมี NAT2 Slow acetylation phenotype เป็นส่วนผสมอยู่
5. การสัมผัสรังสีประเภท Ionizing radiation จะเพิ่มโอกาสป่วยด้วยมะเร็งประเภทนี้
6. พยาธิใบไม้เลือด (Schistosomiasis) ก่อให้เกิดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะอักเสบเรื้อรังในประเทศอียิปต์ ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อจากพยาธิเป็นสาเหตุหนึ่งของมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ พบน้อยในประเทศไทยแต่อาจพบในผู้ป่วยซึ่งไปทำงานที่ประเทศซึ่งมีการระบาดของโรค
7. การติดเชื้อเรื้อรังในกระเพาะปัสสาวะ หรือการระคายเคืองและการอักเสบเนื่องจากก้อนนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ ทำให้เยื่อกระเพาะปัสสาวะ (Transitional cell) เปลี่ยนไปเป็นเนื้องอกได้
8. การคั่งค้างของน้ำปัสสาวะในกระเพาะปัสสาวะเป็นเวลานาน ๆ ทำให้ Carcinogen ซึ่งขับออกกับน้ำปัสสาวะเพิ่มมากขึ้น

อาการและอาการแสดงของมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (ธัญญ์ เพชรานนท์ และจิรวดี สติยต์เรื่องศักดิ์, 2565)

ผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะส่วนใหญ่จะมีปัสสาวะเป็นเลือดโดยที่ไม่มีอาการปวด (Painless hematuria) โดยมักจะมีปัสสาวะเป็นสีเลือด (Gross hematuria) ตลอดลำปัสสาวะและมีอาการเป็นหายๆ นอกจากนี้ อาจมีความผิดปกติของการปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะแสบขัด กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ซึ่งอาการดังกล่าวคล้ายคลึงกับความผิดปกติในระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ต่อมลูกหมากอักเสบ นิ่วในทางเดินปัสสาวะ ส่งผลให้ผู้ป่วยอาจได้รับการวินิจฉัยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะช้า และส่งผลเสียต่อการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย โดยอาการปวดมักพบในผู้ป่วยที่มีมะเร็งระยะลุกลามหรือแพร่กระจายออกนอกกระเพาะปัสสาวะ เช่น ปวดเอวจากก้อนมะเร็งกดท่อไต ปวดบริเวณหัวหน่าวจากก้อนมะเร็งลุกลามเข้าเนื้อเยื่อที่อยู่รอบๆ กระเพาะปัสสาวะหรือกดเบียดเส้นประสาท ปวดกระดูกจากการที่มีมะเร็งแพร่กระจายไปกระดูก เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะระยะแพร่กระจายอาจมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลดซึ่งสัมพันธ์กับการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี

การตรวจวินิจฉัยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (ธัญญ์ เพชรานนท์ และจิรวดี สติยต์เรื่องศักดิ์, 2565)

1. การซักประวัติและการตรวจร่างกาย ซึ่งอาจพบอาการปัสสาวะเป็นเลือด กระเพาะปัสสาวะอักเสบ และอาจพบว่ามีภาวะซีด อ่อนเพลีย และเหนื่อยง่ายจากการมีเลือดออกจากก้อนมะเร็งเรื้อรังแล้วปนมาในปัสสาวะ
2. การตรวจปัสสาวะ (Urinalysis)
 - 2.1 ตรวจดูสีของปัสสาวะว่าเป็นสีเลือดจากที่มีเลือดปนออกมากับปัสสาวะ หรือ สีส้ม-แดง จากสารอื่นๆ เช่น บีทรูท สีผสมอาหาร Myoglobin หรือ Hemoglobin ที่ปนมากับปัสสาวะ หรือจากยา ได้แก่

Rifampicin, Isoniazid, Phenazopyridine, B2 และ B12 ขนาดสูง, Chlorpromazine, Thioridazine, Ibuprofen, Senna และ Phenolphthalein เป็นต้น

2.2 ตรวจดูเซลล์เม็ดเลือดแดงที่ปนมากับปัสสาวะด้วยกล้องจุลทรรศน์ ซึ่งจะถือว่ามากผิดปกติถ้าพบเม็ดเลือดแดงมากกว่า 3 RBC/HPF และดูลักษณะของเม็ดเลือดแดง ถ้าเม็ดเลือดแดงมีลักษณะผิดปกติ (Dysmorphic RBC) หรือออกมาเป็นแท่ง (Cast) จะบ่งชี้ถึงความผิดปกติของ Glomerular ของไต แต่ถ้าเม็ดเลือดแดงมีลักษณะปกติจะเกิดจากสาเหตุอื่นๆ ได้แก่ นิ่ว ก้อนเนื้องอก ติดเชื้อ เป็นต้น

3. การส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะ (Cystoscopy) การส่องกล้องทางเดินปัสสาวะเป็นการตรวจมาตรฐานสำหรับการวินิจฉัยและจัดแบ่งระยะของมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ โดยใช้กล้องใส่เข้ากระเพาะปัสสาวะผ่านทางท่อปัสสาวะเพื่อตรวจดู ลักษณะของก้อน ขนาด จำนวน ตำแหน่ง การลุกลามของก้อนมะเร็ง นอกจากนี้การใช้สารเรืองแสงฟลูออเรสเซนต์ร่วมกับการส่องกล้องทางเดินปัสสาวะ (Fluorescence cystoscopy) จะเพิ่มอัตราการตรวจพบมะเร็งในกระเพาะปัสสาวะได้มากขึ้น

4. การตรวจหาเซลล์มะเร็งในปัสสาวะ (Urine cytology) การตรวจหาเซลล์มะเร็งในปัสสาวะจะช่วยเพิ่มความไวในการวินิจฉัยมะเร็งระยะต้น และมะเร็งทางเดินปัสสาวะส่วนต้น โดยมีความจำเพาะสูงถึงร้อยละ 98 แต่มีความไวเพียงร้อยละ 34' ซึ่งความไวในการตรวจพบเซลล์มะเร็งจะน้อยที่สุดในมะเร็งระดับต่ำ (Low-grade) จากการศึกษาที่มีการเปลี่ยนแปลงลักษณะเซลล์ไม่มากและหลุดลอกออกมาในปัสสาวะน้อยกว่า การเก็บปัสสาวะส่งตรวจหาเซลล์มะเร็ง จำเป็นต้องเก็บให้เหมาะสมเพื่อเพิ่มความแม่นยำในการวินิจฉัย และควรส่งตรวจทันที เนื่องจากเซลล์จะเริ่มสลายตัวหลัง 10-15 นาทีที่อุณหภูมิห้อง การเก็บปัสสาวะจากการใส่สายสวน (Catheterized urine) อาจจะมีเซลล์ปกติที่หลุดลอกปนออกมาจากการใส่สายสวน ส่วนการเก็บปัสสาวะจากการปัสสาวะ (Voided urine) ในเพศหญิงอาจจะมีเซลล์ปนเปื้อนจากช่องคลอด ปากมดลูกรวมไปถึงเซลล์เยื่อโพรงมดลูก นอกจากนี้ ในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเรื้อรัง มีนิ่วในทางเดินปัสสาวะ ได้รับการรักษาด้วยการใส่ยาในกระเพาะปัสสาวะหรือมีการผ่าตัดทำกระเพาะปัสสาวะเทียม จะมีเซลล์ลักษณะผิดปกติปนออกมากับปัสสาวะ ทั้งหมดที่กล่าวข้างต้นส่งผลให้มีการแปลผลผิดพลาดได้ โดยมีการศึกษารายงานว่า การส่งตรวจน้ำล้างกระเพาะปัสสาวะ (Bladder washing) มีประโยชน์ในการวินิจฉัยมะเร็งมากกว่าการเก็บจากการปัสสาวะ

5. การส่งตรวจภาพถ่ายรังสี ช่วยประเมินตำแหน่งและการลุกลามของก้อนมะเร็งในกระเพาะปัสสาวะ รวมไปถึงการแพร่กระจายไปอวัยวะอื่นด้วย

5.1 เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของท้องและอุ้งเชิงกราน (Computed tomography: CT) เป็นการตรวจที่แนะนำในการประเมินผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะทุกราย โดยมีประโยชน์ในการประเมินการลามของมะเร็งออกนอกกระเพาะปัสสาวะ การแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง ปอด ตับหรือกระดูก นอกจากนี้ยังช่วยบ่งชี้การอุดกั้นของทางเดินปัสสาวะจากก้อนมะเร็ง หรือต่อมน้ำเหลืองได้

5.2 การตรวจระบบทางเดินปัสสาวะโดยการฉีดสารทึบรังสีเข้าทางหลอดเลือดดำ (Intravenous pyelogram: IVP) สามารถประเมินระบบทางเดินปัสสาวะส่วนต้นไปจนถึงกระเพาะปัสสาวะได้ และมีความไวสูงในการตรวจหาความผิดปกติขนาดเล็กในท่อไตและกรวยไต อย่างไรก็ตามอาจจะไม่พบความผิดปกติจากการตรวจ IVP ในรายที่มีก้อนเนื้องอกในกระเพาะปัสสาวะขนาดเล็กได้

การทำ CT และ IVP จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตวายจากการฉีดสารทึบรังสีโดยเฉพาะ ในผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อม โรคเบาหวานหรือมีภาวะอื่นๆ ที่เสี่ยงต่อการเกิดไตวายร่วมด้วย นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงต่อการแพ้สารทึบรังสีได้อีกด้วย ในผู้ที่มีความเสี่ยงดังกล่าวอาจพิจารณาใช้การตรวจด้วยเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กแทน

5.3 เอกซเรย์คลื่นแม่เหล็ก (Magnetic resonance imaging: MRI) มีประโยชน์เหนือกว่า CT ในการตรวจหามะเร็งที่อยู่ตื้น มะเร็งที่กระจายหลายตำแหน่ง มะเร็งที่ตำแหน่งฐาน (Base) หรือยอด (Dome) ของกระเพาะปัสสาวะ นอกจากนี้ช่วยประเมินระยะของมะเร็งที่มีการลุกลามเฉพาะที่ได้ดีกว่า โดยดูการลุกลามออกนอกกระเพาะปัสสาวะหรือการลุกลามไปอวัยวะข้างเคียง

5.4 การตรวจสแกนกระดูกทางเวชศาสตร์นิวเคลียร์ (Bone scan) ช่วยประเมินการแพร่กระจายของมะเร็งไปกระดูก โดยแนะนำให้ทำในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะระยะลุกลามที่มีอาการหรือมีระดับของ Alkaline phosphatase (ALP) ในเลือดสูงผิดปกติ

5.5 Position emission tomography (PET) ไม่ช่วยในการประเมินผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะระยะเฉพาะที่เนื่องจากสาร 18F-fluorodeoxyglucose (FDG) ถูกขับออกทางปัสสาวะ แต่การใช้ PET ร่วมกับ CT (PET/CT) มีประโยชน์ในการประเมินการแพร่กระจายของมะเร็งไปอวัยวะต่างๆ โดยมีความไวในการตรวจพบการแพร่กระจายสูงกว่าร้อยละ 80

ระยะของโรคและระดับของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (Staging and grading)

ระยะของโรคและระดับของโรคมะเร็งมีความสำคัญอย่างมากในการพิจารณาเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมและใช้พยากรณ์โรคได้ โดย ระยะของโรคมะเร็ง (Staging) เป็นการวัดว่ามะเร็งมีการแพร่กระจายไปมากน้อยเพียงใด ยิ่งเป็นมะเร็งระยะแรกๆ ยิ่งหมายถึงมะเร็งมีขนาดเล็กและมีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จในการรักษา มากกว่า และ ระดับของโรคมะเร็ง (Grading) เป็นการวัดว่าเซลล์มะเร็งมีแนวโน้มที่จะแพร่กระจายมากน้อยเพียงใด โดยระดับของโรคมะเร็งจะอธิบายด้วยสัญลักษณ์ G1-G3 ยิ่งระดับสูงยิ่งหมายถึงมีแนวโน้มที่จะแพร่กระจายได้มากกว่า (นัทธมน วุฑธานนท์, 2555)

การประเมินระยะโรคของมะเร็งกระเพาะปัสสาวะระบบ Tumor, Nodes and Metastasis (TNM)

TNM เป็นระบบที่นำเสนอโดยคณะกรรมการมะเร็งแห่งอเมริกา (The American Joint Committee of Cancer [AJCC]) และสมาคมต่อต้านมะเร็งนานาชาติ (The International Union Against Cancer [UICC]) มีเกณฑ์กำหนด 3 ด้าน (นัทธมน วุฑธานนท์, 2555) ดังนี้

T (Tumor) หมายถึง ขนาดของก้อนเนื้ออกที่ขยายลุกลามเข้าไปในผนังของกระเพาะปัสสาวะ และเนื้อเยื่อหรืออวัยวะบริเวณใกล้เคียง การขยายลุกลามของก้อนเนื้อถูกกำหนดด้วยตัวเลข 1 ถึง 4 ตัวเลขยิ่งมาก แสดงว่ามีการลุกลามลึกเข้าไปในชั้นต่างๆ ของผนังกระเพาะปัสสาวะรวมถึงอวัยวะใกล้เคียง การจัดระยะของโรค กำหนดให้ Ta หมายถึง พบเซลล์ชั้นเยื่อบุผิวเจริญขึ้นตัวขึ้นมาคล้ายนิ้วมือ (Papillary carcinoma) ส่วน Carcinoma in situ (Tis) หมายถึง พบเซลล์ชั้นเยื่อบุผิวมีลักษณะแบนราบ (Flat) มีสีแดงกำมะหยี่ (Velvety) ขยายขึ้นไปตามชั้นเยื่อบุผิวโดยไม่ลุกลามเข้าไปในชั้น Basement membrane และมีโอกาสกลายเป็นมะเร็งชนิดลุกลามสูง บางครั้งอาจเรียก Tis ว่าเป็นมะเร็งระยะต้น

N (lymph node involvement) หมายถึง การวัดการแพร่กระจายเข้าไปยังต่อมน้ำเหลือง รวมถึงขนาดของต่อมน้ำเหลือง จำนวนและขนาดต่อมน้ำเหลืองที่เนื้องอกลุกลามไป ถูกกำหนดด้วยตัวเลข 0 ถึง 3 ตัวเลข ยิ่งมากแสดงถึงมีการลุกลามเข้าไปที่ต่อมน้ำเหลืองมาก

M (metastasis) หมายถึง มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองหรืออวัยวะอื่นๆ ที่ไกลออกไปจากกระเพาะปัสสาวะ เช่น ปอด กระดูก ตับ เป็นต้น กำหนดด้วยตัวเลข 0 ถึง 1 โดย 0 หมายถึงไม่มีการแพร่กระจาย ในขณะที่ 1 หมายถึงมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะที่ไกลออกไปแล้ว

การแบ่งระยะมะเร็งกระเพาะปัสสาวะตามระบบ TNM ของ American Joint Committee on Cancer (AJCC) ฉบับที่ 8 มีรายละเอียดดังนี้ (ธนัญญ์ เพชรานนท์ และ จิรวดี สถิตยเรืองศักดิ์, 2565)

Primary tumor (T)

TX	Primary tumor cannot be assessed
T0	No evidence of primary tumor
Ta	Noninvasive papillary carcinoma
Tis	Urothelial carcinoma in situ: “flat tumor”
T1	Tumor invades lamina propria (Subepithelial connective tissue)
T2	Tumor invades muscularis propria
pT2a	Tumor invades superficial muscularis propria (inner half)
pT2b	Tumor invades deep muscularis propria (outer half)
T3	Tumor invades perivesical soft tissue
pT3a	Tumor invades perivesical soft tissue microscopically
pT3b	Tumor invades perivesical soft tissue microscopically (extravesical mass)
T4	Extravesical tumor directly invaded any of the following: prostatic stoma, seminal vesicles, uterus, vagina, pelvic wall, abdominal wall
pT4a	Extravesical tumor invades directly to prostatic stoma, seminal vesicle, uterus, or vagina

pT4b Extravesical tumor invades pelvic wall, abdominal wall

Regional Lymph node (N)

NX Regional lymph nodes cannot be assessed

N0 No regional lymph nodes metastasis

N1 Single regional lymph node metastasis in the true pelvis (perivesical, obturator, internal and external iliac or sacral lymph node)

N2 Multiple regional lymph node metastasis in the true pelvis (perivesical, obturator, internal and external iliac or sacral lymph node metastasis)

N3 Lymph node metastasis to the common iliac lymph node

Distant metastasis (M)

M0 No distant metastasis

M1 Distant metastasis

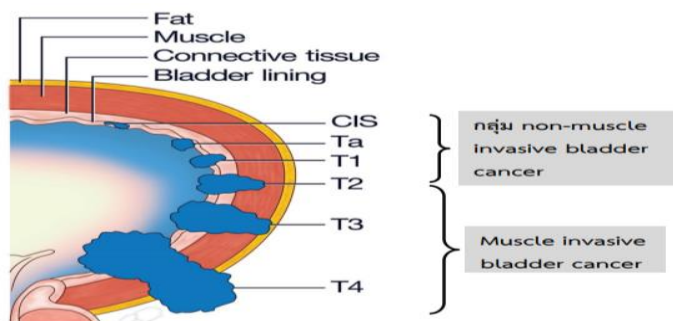
M1a Distant metastasis limited to lymph nodes beyond the common iliacs

M1b Non-lymph node distant metastasis

ตารางที่ 1: แสดงการจัดกลุ่มมะเร็งกระเพาะปัสสาวะตามเกณฑ์ TNM staging AJCC 8th edition

Stage	T	N	M
0a	Ta	N0	M0
0is	Tis	N0	M0
I	T1a	N0	M0
II	T2a	N0	M0
	T2b	N0	M0
IIIA	T3a	N0	M0
	T3b	N0	M0
	T4a	N0	M0
IIIB	T1-4a	N1	M0
	T1-4a	N2, N3	M0
IVA	T4b	Any N	M0
IVB	Any T	Any N	M1a
	Any T	Any N	M1b

ที่มา: ชาญญ์ เพชรานนท์ และ จิรวดี สติตย์เรืองศักดิ์ (2565)



ภาพที่ 5: แสดงการแบ่งระยะโรค (Staging)

ที่มา: ดนัย มโนรมณ์ และคณะ (2563)

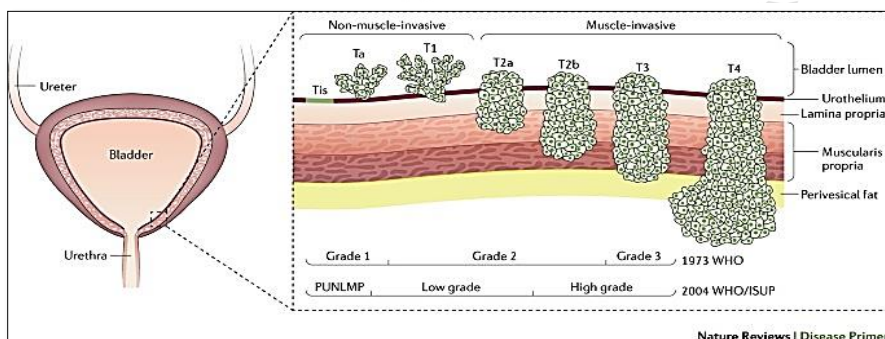
การแบ่งระดับของมะเร็งกระเพาะปัสสาวะตามเกณฑ์ของ 1973 WHO และ 2004 WHO

(Chou, R et al., 2015)

ตารางที่ 2 แสดงการแบ่งระดับของมะเร็งกระเพาะปัสสาวะตามเกณฑ์ของ 1973 WHO และ 2004 WHO

Urothelial papilloma WHO 1973	Urothelial papilloma WHO 2004
Grade 1 (G1): Well differentiated	Papillary urothelial neoplasm of low malignant potential (PUNLMP)
Grade 2 (G2): Moderately differentiated	Low-grade papillary urothelial carcinoma
Grade 3 (G3): Poorly differentiated	High-grade papillary urothelial carcinoma

ที่มา: Chou, R et al. (2015)



ภาพที่ 6: แสดงระยะของมะเร็งกระเพาะปัสสาวะตามระบบ TNM และระดับของมะเร็งกระเพาะปัสสาวะตามเกณฑ์ของ 1973 WHO และ 2004 WHO

ที่มา: <http://popcultureworldnews.com/bladder-cancer/bladder-cancer-stages-and-grades/>

(Retrieved May 6, 2024)

การรักษามะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

วัตถุประสงค์ที่สำคัญของการรักษาผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ คือ กำจัดเนื้อเยื่อที่มีเซลล์มะเร็ง ออกให้หมดเพื่อไม่ให้เกิดซ้ำ ก่อนให้การรักษจะต้องควบคุมการติดเชื้อ ถ้าผู้ป่วยมีการอุดกั้นที่คอกระเพาะปัสสาวะ หรือท่อไตจะต้องแก้ไขให้ผู้ป่วยบรรเทาอาการก่อน การรักษามะเร็งกระเพาะปัสสาวะทำได้หลายวิธี ขึ้นอยู่กับความรุนแรงทางพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อและการแพร่กระจายของโรครวมทั้งการอุดตันของท่อไต ซึ่งการรักษามีดังต่อไปนี้ (กุลวรา คุปรัตน์, 2553)

1. การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) เป็นการใช้ยาเพื่อฆ่าเซลล์มะเร็ง โดยการฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำโดยตรง ซึ่งอาจเป็นการให้หลังการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด (Radical cystectomy) แล้วพบว่ามีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองหรือยังมีเซลล์มะเร็งหลงเหลืออยู่ เพื่อฆ่าเซลล์มะเร็งที่ยังหลงเหลืออยู่ หรือให้ก่อนการผ่าตัดเพื่อทำให้ก้อนเนื้อที่จะผ่าตัดนั้นมีขนาดเล็ก และบางกรณีอาจมีการนำมาใช้คู่กับรังสีรักษา โดยที่ผู้ป่วยนั้นจะต้องมีสภาพร่างกายที่สมบูรณ์และการทำงานของไตยังเป็นปกติ ยาเคมีแต่ละชนิดมีผลข้างเคียงไม่เหมือนกัน แต่อาการข้างเคียงที่พบบ่อยและควรให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ได้แก่

1.1 อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ภูมิคุ้มกันต่ำลง (เม็ดเลือดขาวต่ำ) ปกขี้ง่าย (เกร็ดเลือดต่ำ) เลือดจาง (เม็ดเลือดแดงต่ำ) อาจพบในช่วง 10-14 วัน คลื่นไส้ อาเจียน พบในช่วง 1-2 วันแรก และอาจมีอาการเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ผลกระทบต่อไต แผลในปาก ท้องเสีย

1.2 อาการข้างเคียงที่พบน้อย เช่น รู้สึกชาหรือเสียวแปลบที่มือหรือเท้า อาการจะลดลงอย่างช้า ๆ ภายใน 2-3 เดือน หูอื้อ การรับรสเปลี่ยนไป ผอมลง อาการดังกล่าวอาจพบได้ในกรณีได้รับยาในขนาดสูง นอกจากนี้ อาจมีอาการคลื่นไส้ เบื่ออาหาร แผลในปาก ท้องเสีย ตาพร่า ผิวแพ้แสงแดดง่าย อาการแพ้ยา อาจมีผื่นแดง คัน ตัวร้อน หนาวสั่น หน้าแดง มีน้ิรพิษ ปวดศีรษะ หายใจขัด กระวนกระวาย

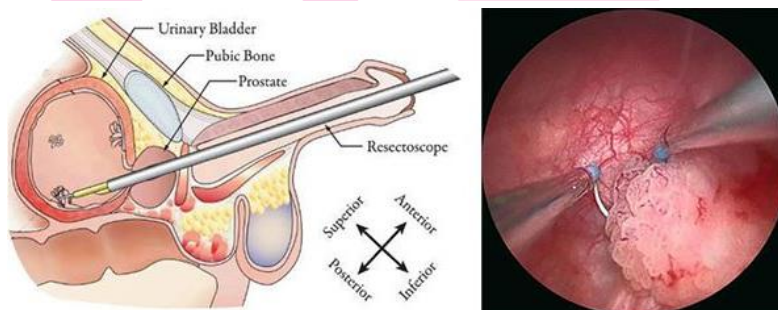
2. การรักษาด้วยรังสี (Radiation therapy) จะเลือกให้การรักษาโดยการฉายรังสี เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถรับการรักษาดูแลด้วยยาเคมีบำบัดได้เนื่องจากสภาพร่างกายไม่พร้อม หรือมีความเสี่ยงสูงจากการดมยาสลบ หรือผู้ป่วยเลือกวิธีนี้ จะพิจารณาให้รังสีรักษาในรายที่มะเร็งกระเพาะปัสสาวะลุกลามเข้าไปในชั้นกล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะ หรือมีการลุกลามไปยังอวัยวะข้างเคียง หรือมีการกระจายไปยังอวัยวะอื่น ในผู้ป่วยบางรายที่ได้รับการผ่าตัดแล้วพบว่ายังมีเนื้องอกมะเร็งหลงเหลืออยู่ หรือมีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง อาจพิจารณาฉายรังสีรักษาพร้อมด้วย ซึ่งผลการรักษายังไม่สามารถเปรียบเทียบได้กับการผ่าตัด ผลข้างเคียงที่มักพบบ่อย จากการฉายรังสีบริเวณอุ้งเชิงกราน ได้แก่ ปัสสาวะเป็นเลือด มีอาการแสบขัด หรืออุจจาระเป็นเลือด

3. การใส่ยาเคมีบำบัด หรือยากระตุ้นภูมิคุ้มกันในกระเพาะปัสสาวะ (Intravesical Chemotherapy and Immunotherapy) จะเลือกในรายที่เป็นมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ยังไม่ลุกลามเข้าชั้นกล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะ ผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ มีอาการของทางเดินปัสสาวะส่วนล่างทำงานผิดปกติจากกระเพาะปัสสาวะหดตัวเล็กน้อย มีไข้ ปัสสาวะเป็นเลือด มีการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ มีอาการปวดตามข้อ มีอาการแพ้จากยา

ภูมิคุ้มกันเสริมได้ มีอาการติดเชื้อของอวัยวะอื่นๆ จากยาภูมิคุ้มกันเสริมได้ มีการกดไขกระดูกทำให้ซีด ติดเชื้อทางกระแสโลหิตได้ง่ายและเลือดไหลแล้วหยุดยาก

4. การรักษาโดยการผ่าตัด

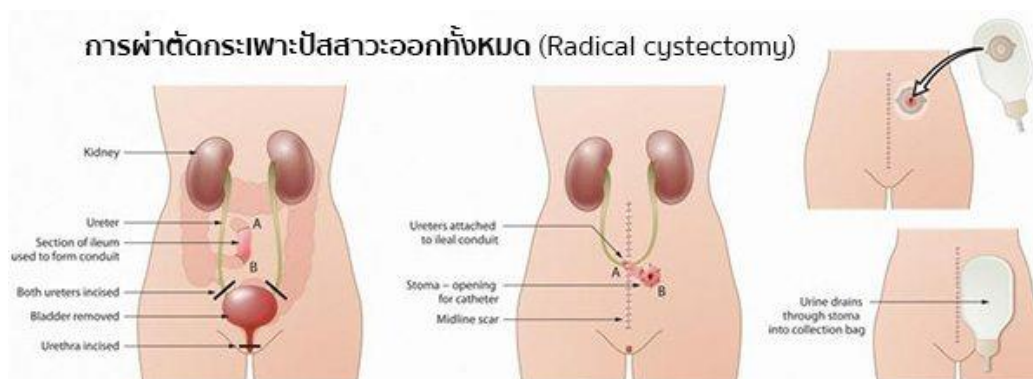
4.1 การผ่าตัดโดยการส่องกล้องผ่านทางท่อปัสสาวะเพื่อตัดชิ้นเนื้องอกของกระเพาะปัสสาวะออกเป็นชิ้นเล็กๆ (Trans Urethral Resection Bladder Tumor: TUR-BT) หรือจี้ทำลายด้วยกระแสไฟฟ้า (Fulguration) จี้ที่ก้อนมะเร็ง (ภาพที่ 7) ซึ่งสามารถทำลายก้อนมะเร็งไปได้ วิธีนี้เหมาะสำหรับมะเร็งระยะแรก ซึ่งมีพยาธิสภาพอยู่บริเวณเยื่อหุ้มกระเพาะปัสสาวะ ส่วนมะเร็งที่อยู่ลึกถึงชั้นของกล้ามเนื้อการรักษาด้วยวิธีนี้มักไม่ได้ผลและมีโอกาสที่จะเกิดเป็นซ้ำได้อีก



ภาพที่ 7: แสดงการผ่าตัดโดยการส่องกล้องผ่านทางท่อปัสสาวะ (TUR-BT)
ที่มา: เมตไทย (2563)

4.2 การผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกบางส่วน (Partial cystectomy) จะทำในกรณีที่มีมะเร็งมีการลุกลามไปยังบริเวณผนังของกระเพาะปัสสาวะ อาจอยู่บริเวณส่วนโค้งด้านบนของกระเพาะปัสสาวะ และเนื้องอกมีขนาดไม่ใหญ่มากนัก หลังผ่าตัดความจุของกระเพาะปัสสาวะจะลดลง แพทย์จะพิจารณาคายสวนปัสสาวะทั้งทางหน้าท้องเหนือหัวหน่าว (Suprapubic cystostomy) หรือทางท่อปัสสาวะ จึงต้องมีการดูแลให้น้ำปัสสาวะไหลได้สะดวก

4.3 การผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด (Radical cystectomy) (ภาพที่ 8) ทำในกรณีที่มีมะเร็งมีการลุกลามเข้าไปในกล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งในเพศชายเป็นการตัดกระเพาะปัสสาวะ ต่อมลูกหมาก Seminal vesicle และเนื้อเยื่อรอบๆ กระเพาะปัสสาวะ รวมทั้งต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกรานออก ในเพศหญิงต้องตัดมดลูก รังไข่ ด้านหน้าของช่องคลอดและท่อปัสสาวะออกไปด้วย จากนั้นต้องทำทางให้ปัสสาวะออกใหม่ (Urinary diversion)



ภาพที่ 8: แสดงการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด (Radical cystectomy)

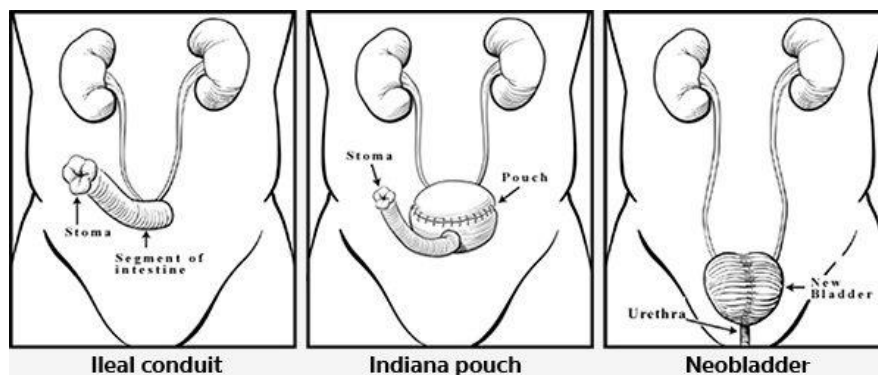
ที่มา: เมตไทย (2563)

ภายหลังการผ่าตัดปัสสาวะออกทั้งหมด แพทย์จะผ่าตัดทำทางเดินปัสสาวะใหม่ (Urinary diversion) (ภาพที่ 9) ได้ 3 วิธีหลัก ๆ ดังนี้ (เมตไทย, 2563)

4.3.1 Ileal conduit เป็นการนำท่อไตทั้ง 2 ข้างมาเย็บต่อเข้ากับส่วนของลำไส้เล็กส่วนปลายที่นำมาทำเป็นกระเพาะปัสสาวะใหม่แล้วเปิดทางหน้าท้อง เรียกว่า “ทวารเทียม” หรือ “สโตมา” (Stoma) เพื่อใช้เป็นช่องทางขับถ่ายปัสสาวะ (สโตมาจะอยู่บริเวณหน้าท้องด้านขวาส่วนล่าง เป็นสโตมาที่เปิดถาวรและไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ ดังนั้น ผู้ป่วยจะต้องใส่ถุงรองรับปัสสาวะตลอดเวลา)

4.3.2 Indiana pouch เป็นการผ่าตัดเออลำไส้ใหญ่ส่วนต้นและลำไส้เล็กส่วนปลายมาดัดแปลงเป็นกระเพาะปัสสาวะใหม่ แล้วเย็บต่อกับท่อไตทั้ง 2 ข้าง และเปิดทางหน้าท้อง (ลักษณะของสโตมาจะมีขนาดเล็กสามารถใช้พลาสติกหรือผ้าสะอาดปิดได้) การผ่าตัดด้วยวิธีนี้มีข้อดีคือ สามารถป้องกันไม่ให้เกิดปัสสาวะไหลย้อนกลับเข้าสู่ไต และป้องกันการติดเชื้อที่ไตได้ อีกทั้งผู้ป่วยยังสามารถควบคุมการขับถ่ายได้โดยใช้สายสวนปัสสาวะออกเป็นครั้ง ๆ อาจจะทำทุก 4-6 ชั่วโมง ดังนั้น ผู้ป่วยจึงไม่จำเป็นต้องใส่ถุงรองรับปัสสาวะ

4.3.3 Neobladder เป็นการนำส่วนของลำไส้เล็กส่วน ileum มาเย็บให้มีลักษณะคล้ายกระเพาะปัสสาวะแล้วต่อเข้ากับท่อปัสสาวะเดิมของผู้ป่วย วิธีนี้ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่สูญเสียภาพลักษณ์ เพราะสามารถปัสสาวะออกทางท่อปัสสาวะได้เหมือนเดิม ซึ่งต่างจากการมีถุงรองรับปัสสาวะบริเวณหน้าท้อง



ภาพที่ 9: แสดงการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด (Radical cystectomy)
ที่มา: เมตไทย (2563)

การรักษามะเร็งกระเพาะปัสสาวะตามระยะของโรค (สุริจร สุนทรพันธุ์, 2558)

1. Stage Ta, T1

1.1 รักษาโดยวิธี Transurethral resection of bladder tumor (TUR-BT)

1.2 Intravesical therapy จะแนะนำให้ร่วมกับ TUR-BT กรณี Stage T1, High grade tumor multiple, Recurrent tumor และ Carcinoma in situ (CIS) intravesical Drug ที่นิยมใช้มาก คือ Bacillus Calmette-Guerin (BCG) นอกจากนี้ก็มี Mitomycin C, Adriamycin และ Thiotepa

2. Stage T2-T3

2.1 รักษาโดย Radical cystectomy โดยวิธีผ่าตัดเปิดหรือผ่าตัดส่องกล้อง (Laparoscopic surgery) ร่วมกับการทำตัวกักเก็บปัสสาวะใหม่จากลำไส้ ซึ่งนิยมใช้ลำไส้เล็กส่วน Ileum จากลำไส้ใหญ่ (Colon conduit) หรือจากกระเพาะอาหาร (Gastric pouch)

2.2 รักษาโดยการฉายรังสี (Radiation therapy) แนะนำในรายที่มีอายุมากผู้ป่วยไม่แข็งแรงพอจะได้รับการผ่าตัดได้ หรือกรณีผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัด

2.3 Stage 4, N⁺ หรือ M⁺ รักษาโดยยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) หรือ Palliative treatment

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด (Radical cystectomy)

ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด และทำทางให้ปัสสาวะออกใหม่ (Urinary diversion) อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ในที่นี้จะแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัด (Early complications) และภาวะแทรกซ้อนที่ต้องใช้ระยะเวลา (Long-term complications) ดังนี้ (พัชรินทร์ ไชยสุรินทร์, 2555)

1. ภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัด (Early postoperative complications)

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

1.2 ทางเดินปัสสาวะรั่ว (Urinary extravasation) ตำแหน่งที่มีการตัดต่อไว้ ผู้ป่วยจะแสดงอาการของภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ (Peritonitis) ได้แก่ ปวดท้อง หน้าท้องโป่งตึง การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง มีไข้ มีปัสสาวะหรือสารเหลวซึมออกจากแผลหรือรอบๆ ท่อระบาย

1.3 สโตมาและผิวหนังรอบๆ สโตมาผิดปกติ เช่น ผิวหนังรอบสโตมาอักเสบ หรือเกิดแผลเปื่อยจากปัสสาวะที่สัมผัสบริเวณผิวหนังสโตมาตีบแคบวมหรือ มีสีดำคล้ำ มีไส้เลื่อน หรือลำไส้ยื่นออกมาผิดปกติ มีเลือดออกมากบริเวณสโตมา ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดผลึกบริเวณสโตมาและมีการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ

1.4 ภาวะขาดน้ำและเกลือโซเดียม เนื่องจากผู้ป่วยที่ผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่ส่วนต้นมาทำเป็นกระเพาะปัสสาวะใหม่จะสูญเสียความสามารถในการดูดกลับของ น้ำและเกลือโซเดียมที่ลำไส้ใหญ่ ทำให้ร่างกายมีการขับน้ำและเกลือโซเดียมออกเป็นจำนวนมาก ผู้ป่วยอาจมีถ่ายเหลว (Diarrhea) และดื่มน้ำมากผิดปกติ (Polydipsia)

1.5 การดูดซึมไขมันผิดปกติ (Fat malabsorption) และภาวะซีด (Pernicious anemia) เนื่องจากบริเวณลำไส้เล็กส่วนปลายเป็นบริเวณที่ดูดซึมเกลือแร่ (Bile salts) และวิตามินบี 12 เมื่อผ่าตัดเอาลำไส้เล็กส่วนปลายมาทำเป็นกระเพาะปัสสาวะใหม่ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการดูดซึมไขมันและวิตามินที่ละลายในไขมัน (วิตามิน A, D,E,K) ผิดปกติ จากความผิดปกติของการดูดซึมกลับของเกลือแร่ และเกิดภาวะซีดจากการดูดซึมวิตามินบี 12 ลดลง

1.6 ความผิดปกติของสมดุล กรด-ด่าง เนื่องจากกระบวนการแลกเปลี่ยนกันระหว่างไอออนโซเดียม (Na^+) กับไอออนไฮโดรเจน (H^+) และไอออนคลอไรด์ (Cl^-) กับไอออนไบคาร์บอเนต (HCO_3^-) จะเกิดขึ้นบริเวณลำไส้เล็กส่วนปลายและลำไส้ใหญ่ ผู้ป่วยที่ผ่าตัดเอาลำไส้เล็กส่วนปลายและลำไส้ใหญ่ส่วนต้นมาทำเป็นกระเพาะปัสสาวะใหม่ จึงมีความผิดปกติในการหลั่งและดูดกลับของไอออนต่าง ๆ เหล่านี้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีการสูญเสียไบคาร์บอเนตจากร่างกาย และพบระดับคลอไรด์ในเลือดสูงขึ้น เกิดภาวะภาวะกรดชนิดที่มีคลอไรด์ในเลือดสูง (Hyperchloremic metabolic acidosis)

1.7 ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่เป็นอันตรายถึงชีวิต เช่น ติดเชื้อในกระแสเลือด (ร้อยละ 0.7) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (ร้อยละ 1.5) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) (ร้อยละ 0.3) เป็นต้น (Tsaturyan et al., 2016)

2. ภาวะแทรกซ้อนที่ต้องใช้ระยะเวลา (Long term complications) ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection: UTI) เช่น กรวยไตอักเสบ (Pyelonephritis) หรือกระเพาะปัสสาวะใหม่อักเสบ (Pouchitis) ผู้ป่วยอาจมีอาการไข้หนาวสั่น (Febrile UTI) ปวดท้อง ปัสสาวะ มีเมือกปนจำนวนมาก ปัสสาวะเป็นเลือด มีนิ่วในปัสสาวะและส่งผลให้การทำงานของไตผิดปกติตามมาได้

จากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว จะเห็นได้ว่าไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดเปลี่ยนช่องทางขับถ่ายปัสสาวะในลักษณะใด ย่อมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแก่ผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด

เปลี่ยนช่องทางขับถ่ายปัสสาวะจึงเป็นสิ่งสำคัญ พยาบาลต้องให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวหรือการดูแลตัวเอง เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยกับสิ่งใหม่ที่จะเกิดขึ้นกับร่างกายและให้การยอมรับ สามารถดูแลแก้ปัญหาและสังเกตความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับช่องเปิดทางเดินปัสสาวะใหม่ได้ ที่สำคัญคือสามารถปรับตัวให้เข้าสู่ภาวะปกติหรือวิถีชีวิตเดิมได้และใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุขภายหลังการผ่าตัด

การพยากรณ์โรค

ปัจจัยพยากรณ์สำคัญของมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ คือ ระยะหรือความลึกของการลุกลาม และยังขึ้นกับอีกหลายปัจจัย อาทิเช่น ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การตอบสนองต่อการรักษา ขนาดของเนื้องอก รูปร่างและตำแหน่งของเนื้องอก เป็นต้น เช่นเดียวกับมะเร็งของอวัยวะอื่น ๆ การค้นพบมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในระยะต้นๆ จะช่วยให้มีพยากรณ์โรคที่ดีมาก ระดับของมะเร็งที่เพิ่มขึ้นสามารถพยากรณ์ได้ว่ามีความเสี่ยงของความก้าวหน้าของโรคเพิ่มขึ้นโดยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระดับต่ำ (Low grade) มีความเสี่ยงของความก้าวหน้าของโรค ร้อยละ 2-5 ขณะที่ผู้ป่วยมะเร็งระดับสูง (High grade) มีความเสี่ยงของความก้าวหน้าของโรค ร้อยละ 33-64 ขณะที่ความลึกของการลุกลามซึ่ง ดูได้จากระยะของโรค สามารถพยากรณ์โรคอัตราการมีชีวิตรอดใน 5 ปี หลังได้รับการวินิจฉัย (5-year survival rate) (นัทธมน วุทธานนท์, 2555)

ตารางที่ 3 แสดงการพยากรณ์โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะจากระยะของโรค

TNM staging system	5-year survival rate
Ta, T1, Cis	82-100%
T2	63-83%
T3a	67-71%
T3b	17-57%
T4	0-22%

ที่มา: นัทธมน วุทธานนท์ (2555)

National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke, Cerebrovascular disease) คือ ภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เนื่องจากหลอดเลือดตีบ อุดตันหรือแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลายหรือตายของเนื้อสมอง สาเหตุที่ทำให้เนื้อสมองตาย เนื่องจากสมองทำงานโดยอาศัยพลังงานจากน้ำตาลกลูโคสและออกซิเจนที่อยู่ในกระแสเลือด โดยสูบน้ำตาลมา จากหัวใจผ่านทางหลอดเลือดสมอง เมื่อเกิดความผิดปกติของสมอง เช่น หลอดเลือดตีบหรืออุดตัน จะส่งผลให้ สมองขาดออกซิเจน จึงเกิดภาวะสมองขาดเลือดและเนื้อสมองตายตามมาในที่สุด กรณีที่เกิดการแตกของหลอดเลือด สมอง เลือดที่ออกจะกดเบียดเนื้อสมองบริเวณโดยรอบ ส่งผลให้เกิดอาการทางระบบประสาท ความดันใน กะโหลกศีรษะสูงขึ้น จนมีภาวะสมองบวมจากการขาดออกซิเจน และแสดงอาการผิดปกติ ไม่สามารถทำหน้าที่ สั่งการต่างๆ ได้ ทั้งนี้สมองแต่ละส่วนมีหน้าที่แตกต่างกัน เมื่อสมองส่วนหนึ่งเกิดการขาดเลือดหรือถูกกดเบียด ร่างกายซึ่งถูกควบคุมด้วยสมอง ก็จะทำให้เกิดความผิดปกติตามมา เช่น อาการแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก การมองเห็น ผิดปกติ มีปัญหาในการใช้คำพูด ติดต่อสื่อสาร สับสน เป็นต้น (สำนักงานเขตสุขภาพที่ 10, 2564)

อุบัติการณ์

อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงมากขึ้นในช่วง 6 ปีที่ผ่านมา โดยในปี 2565 พบอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (acute ischemic stroke) สูงขึ้น คือ 222.19 ต่อ 100,000 ประชากร ส่วนอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออก (hemorrhagic stroke) นั้นมีการ เปลี่ยนแปลงไม่มาก คือพบ 88.38 ต่อ 100,000 ประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป อัตราการรักษาด้วยยาละลายลิ่ม เลือดคือ ร้อยละ 7.36 และอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบ ร้อยละ 10.92 (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2565)

ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง (พทธิพิทย์ จอกระจ่าย และคณะ, 2566)

1. โรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน (Ischemic Stroke) เป็นชนิดของหลอดเลือดสมองที่พบได้ ร้อยละ 70- 80 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด เกิดจากลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นในบริเวณอื่นไหลไปตามกระแสเลือดจน ไปอุดตันที่หลอดเลือดสมอง หรืออาจเกิดจากมีลิ่มเลือดก่อตัวในหลอดเลือดสมอง และขยายขนาดใหญ่ขึ้นจน อุด ตันหลอดเลือดสมอง จนทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่แล้วมักเกิดร่วมกับภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ซึ่งมีสาเหตุมาจากไขมันที่เกาะตามผนังหลอดเลือดจนทำให้เกิดเส้นเลือดตีบแข็ง โรคหลอดเลือดสมองชนิดนี้ยังแบ่ง ออกได้อีก 2 ชนิดย่อย ได้แก่

1.1 โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากภาวะหลอดเลือดสมองตีบ (Thrombotic Stroke) เป็นผลมาจาก หลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) เกิดจากภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ทำให้เลือด ไม่สามารถไหลเวียนไปยังสมองได้

1.2 โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากการอุดตัน (Embolic Stroke) เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดจนทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปที่สมองได้อย่างเพียงพอ

2. โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) พบได้ประมาณร้อยละ 15-30 เกิดจากหลอดเลือดมีความเปราะบางร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูง ทำให้บริเวณที่เปราะบางนั้นโป่งพองและแตกออก หรืออาจเกิดจากหลอดเลือดขาดความยืดหยุ่นจากการสะสมของไขมันในหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดปริแตกได้ง่าย ทำให้มีเลือดออกอยู่ในเนื้อสมอง (Intracerebral hemorrhage) หรือเยื่อหุ้มสมอง (Subarachnoid hemorrhage) สามารถแบ่งได้อีก 2 ชนิดย่อย ๆ ได้แก่

2.1 โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง (Aneurysm) เกิดจากความอ่อนแอของหลอดเลือด

2.2 โรคหลอดเลือดสมองผิดปกติ (Arteriovenous Malformation) ที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมองตั้งแต่กำเนิด

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงมีหลายสาเหตุ โดยอาจแบ่งออกเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ดังนี้

1. ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ได้แก่ 1) อายุ ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี เนื่องจากอายุมากขึ้นหลอดเลือดจะมีการแข็งตัวมากขึ้น และมีไขมันเกาะหนาตัวทำให้เลือดไหลผ่านได้ลำบากมากขึ้น 2) เพศ เพศชายมีความเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง และ 3) ประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะในขณะที่มีอายุน้อย

2. ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ ส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่เกิดจากรูปแบบการดำเนินชีวิต โดยมากสามารถปรับเปลี่ยนได้ ไม่ว่าจะเป็นด้วยการปรับเปลี่ยนทางพฤติกรรม หรือการใช้ยา ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ และโรคหัวใจ ทั้งโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือโรคลิ้นหัวใจต่าง ๆ

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการของโรคหลอดเลือดสมองที่พบ (พรรณฉวีชัย ผดุงวิชัยกุล, ม.ป.ป.; Stroke Foundation, 2022) มีดังนี้ 1) อาการชาและอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขนหรือขา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในร่างกายซีกใดซีกหนึ่งอย่างทันทีทันใด 2) อาการเดินเซ เดินลำบาก หรือสูญเสียความสามารถในการทรงตัว และการทำงานประสานสัมพันธ์ของแขนและขาทันทีทันใด 3) อาการมองไม่ชัดตามัว 1 หรือ 2 ข้างทันทีทันใด 4) อาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุทันทีทันใด 5) อาการกลืนลำบากอย่างทันทีทันใด และ 6) อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ในบางกรณีเป็นอาการเตือนสำคัญที่สังเกตได้ โดยเกิดขึ้นชั่วขณะหนึ่งแล้วหายไปเอง หรือเกิดขึ้นได้หลายครั้งก่อนมีอาการสมองขาดเลือดแบบถาวร เรียกว่าภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient ischemic attack: TIA) ซึ่งพบได้ประมาณ 15% ถ้ามีอาการต้องรีบไปโรงพยาบาลให้เร็วที่สุดภายใน 4 ชั่วโมงครึ่ง

การแบ่งระยะโรคหลอดเลือดสมองแบบตีบหรือตันตามอาการแสดงเป็น 3 ระยะ (เมธิณี เกตวาทิมาต, 2560) ดังนี้

1. ระยะเฉียบพลัน ระยะนี้ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่ ระยะนี้ผู้ป่วยมักจะเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที อาจมีอาการไม่รู้สึกร่วมด้วย หรือยังรู้สึกตัวแต่กล้ามเนื้อแขนและขาข้างที่เป็นอัมพาตจะอ่อนปวกเปียก ส่วนใหญ่ใช้เวลาประมาณ 48 ชั่วโมง

2. ระยะวิกฤต ระยะนี้ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ ผ่านพ้นระยะเฉียบพลันแล้ว โดยมีระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางลดลงใช้เวลาหลัง 48 ชั่วโมง ใช้เวลาดังแต่ 1-14 วัน

3. ระยะฟื้นฟูสภาพ ระยะนี้ผู้ป่วยมีอาการคงที่ มีความสามารถที่จะรับการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อลดความพิการทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค โดยสามารถแบ่งได้เป็น 4 ประเภท (เกศริน เอกวิชัย, 2564) ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย

1.1 ปัญหาการกลืน (Dysphagia) เป็นอาการกลืนลำบากหรือเกิดอัมพาตของกล้ามเนื้อคอ ภาวะที่เกิดขึ้นทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการดื่มน้ำรับประทานอาหารและยา นอกจากนี้อาจส่งผลทำให้เกิดภาวะหายใจลำบาก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จะพบปัญหาทันทีหลังเกิดโรค และจะลดลงตามระยะเวลาที่ผ่านไป ซึ่งปัญหาการกลืนเป็นผลมาจากการทำงานที่ผิดปกติของอวัยวะในช่องปาก เช่น ริมฝีปาก เพดานปาก ลิ้น หลอดคอ กล้องเสียงและหลอดอาหาร ความผิดปกติที่เกิดขึ้นจะทำให้มีน้ำลายไหลยืด (Drooling) อาหารติดตามกระพุ้งแก้ม (Pocketing) และต้องกลืนอาหารหลายครั้งจึงจะหมด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่หลอดเลือดแดงบริเวณก้านสมอง (Vertebrobasilar) หรือเส้นใยประสาทคอร์ติโคบูลบาร์ (Corticobulbar fibers) มักมีความผิดปกติของเส้นประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อในการเคี้ยว การเคี้ยวจึงบกพร่อง ลิ้นไม่สามารถกวัดอาหารในทิศทางต่างๆ ได้ กล้ามเนื้อช่องปากและคอหอยไม่สามารถผลักอาหารเข้าหลอดอาหารได้ ความผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด โดยพบได้ร้อยละ 43-50 ส่วนใหญ่พบในช่วงแรก ของการดำเนินโรค และเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการเกิดภาวะติดเชื้อที่ปอดจากการสำลัก รวมทั้งภาวะทุพโภชนาการ

1.2 ความเหนื่อยล้าของร่างกาย (Fatigue) ความเหนื่อยล้าเป็นอาการที่พบได้บ่อยหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบอุบัติการณ์ร้อยละ 38-77 ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบาย ไม่มีเรี่ยวแรง ส่งผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

1.3 ภาวะเท้าตก (Foot drop) คือ ภาวะที่ผู้ป่วยยกเท้าส่วนหน้าขึ้นลำบาก ส่งผลให้เวลาเดินจะเดินลากเท้า โดยอาการสามารถเกิดขึ้นได้หนึ่งหรือทั้งสองข้าง ภาวะนี้เกิดจากการอ่อนแรงหรืออัมพาตของกล้ามเนื้อส่วนหน้าของเท้า การฟื้นฟูสมรรถภาพ กายภาพบำบัดบริเวณกล้ามเนื้อและข้อสามารถทำให้หายจากภาวะนี้ได้

1.4 การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ (Hemiparesis) ผู้ป่วยมักมีปัญหาในการควบคุมกล้ามเนื้อ และไม่สามารถสั่งการให้มีการเคลื่อนไหวของร่างกายได้ โดยในการเจ็บป่วยระยะแรกกล้ามเนื้อจะมีอาการอ่อนแรงและมีความตึงตัวลดลง ทำให้มีอาการอ่อนแรงของร่างกายครึ่งซีก ซึ่งเกิดจากสมองถูกทำลายส่งผลให้การส่งกระแสประสาทไปยังกล้ามเนื้อผิดปกติและเกิดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยจะมีความยากลำบากในการรับประทานอาหาร ตลอดจนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ และหากอาการหดเกร็งยังเกิดขึ้นต่อเนื่อง ผู้ป่วยจะมีอาการปวดกล้ามเนื้อตามมาได้ ซึ่งอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะพบได้ประมาณ ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยทั้งหมด

1.5 ปัญหาด้านการขับถ่าย (Bladder and bowel Incontinence) ปัญหาที่พบบ่อย คือ อาการท้องผูก โดยเชื่อว่าระยะแรกของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยได้รับปริมาณอาหารและน้ำน้อยกว่าปกติร่วมกับกลไกรีเฟล็กซ์ลดลง จึงทำให้เกิดอาการท้องผูกและอุจจาระอัดแน่น นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านการขับถ่ายปัสสาวะร่วมด้วย โดยประมาณร้อยละ 15 พบว่าผู้ป่วยมักจะกลั้นปัสสาวะไม่ได้หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองทันทีในช่วงแรก ซึ่งเป็นผลมาจากกระเพาะปัสสาวะสูญเสียความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Hypotonic) ทำให้การขับถ่ายปัสสาวะลำบาก รีเฟล็กซ์ที่ทำให้เกิดการขับถ่ายปัสสาวะถูกกด (Sacral reflex) กระเพาะปัสสาวะจะโป่งตึง หากไม่ได้ระบายออก ผู้ป่วยจะมีอาการปัสสาวะล้น (Overflow incontinence) ในขณะเดียวกันความดันในช่องท้องก็จะเพิ่มขึ้น

1.6 อาการปวด (Pain) อาการปวดสามารถเกิดขึ้นได้ทันที เป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือนภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง แม้ว่าอาการปวดต่างๆ จะแตกต่างกัน แต่โดยทั่วไปสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ 1) อาการปวดเฉพาะที่ (Local pain) มักพบบริเวณข้อ โดยเฉพาอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะพบอาการปวดไหล่ได้บ่อย และ 2) อาการปวดภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Central post-stroke pain) เป็นอาการปวดที่สัมพันธ์กับรอยโรคในสมอง ส่งผลให้การส่งกระแสประสาทจากสมองสู่ไขสันหลังผิดปกติ ผู้ป่วยเกิดอาการปวดแสบปวดร้อน หรือปวดเหมือนเข็มทิ่มตำตามร่างกาย

1.7 อาการชัก (Seizures) พบได้ทั้งในโรคหลอดเลือดสมองชนิดที่มีการตีบหรืออุดตัน และโรคหลอดเลือดสมองแตก โดยเฉพาะระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังการเจ็บป่วย อุบัติการณ์การเกิดอาการชักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม พบประมาณร้อยละ 33

1.8 ปัญหาด้านการนอนหลับ (Sleep disturbance) ที่พบ เช่น นอนหลับกลางวันและตื่นตอนกลางคืนทำให้ผู้ป่วยพักผ่อนไม่เพียงพอ ซึ่งสาเหตุเกิดจากความเครียด ความวิตกกังวล ความหวาดกลัว อันเนื่องมาจากขาดความรู้ความเข้าใจในพยาธิสภาพของโรค การที่ต้องเปลี่ยนสถานที่นอน การเปลี่ยนแปลงเวลาอน ความไม่เป็นส่วนตัว และแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป รวมทั้งการเจ็บป่วยด้านร่างกายและผลข้างเคียงจากยา ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับไม่เพียงพอและเกิดอาการเหนื่อยล้าตามมา

1.9 ปัญหาด้านการมองเห็น (Vision loss) พบได้บ่อย บางรายอาจมองเห็นเพียงครึ่งซีกของลานสายตา ทำให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เช่น ไม่สามารถขับรถได้

2. ผลกระทบด้านอารมณ์

2.1 ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดง ได้แก่ เบื่ออาหารหรือแบบแผนการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง นอนไม่หลับ ไม่สนใจการทำกิจกรรม มีพฤติกรรมแยกตัวจากสังคม หงุดหงิด เหนื่อยล้า รู้สึกเศร้า หมดหวัง ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าจะส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพ การฟื้นฟูร่างกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

2.2 ภาวะกล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงและการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม (Pseudobulbar affect) เป็นกลุ่มอาการที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของระบบประสาทส่วนที่ เรียกว่า คอร์ติโคบูลบาร์เทร็กต์ (Corticobulbar tract) ของสมองใหญ่ ที่มีหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า การพูด การเคี้ยวอาหาร การกลืน และการแสดงอาการทางอารมณ์ โดยอาการเด่นชัด คือ อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าร่วมกับการแสดงออกทาง อารมณ์ที่ไม่เหมาะสม หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย ภาวะนี้มักถูกเข้าใจผิดว่าเป็นอาการของภาวะ ซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม

3. ผลกระทบด้านการรู้คิด (Cognition)

3.1 ภาวะพร่องการสื่อความหมาย (Aphasia) เป็นภาวะที่พบได้บ่อยภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะในผู้ป่วยวัยสูงอายุ ซึ่งแบ่งได้ 4 ประเภท คือ 1) ความบกพร่องทางการพูด (Expressive aphasia) ผู้ป่วยจะมีปัญหาทางการพูดเป็นหลัก ได้แก่ พูดไม่ชัด พูดตามคนอื่น ๆ 2) ความบกพร่องทางการเข้าใจ (Receptive aphasia) ผู้ป่วยมีปัญหาในการฟังคำพูดไม่เข้าใจเป็นหลัก 3) ความบกพร่องด้านนึกคำพูด (People with anomia or amnesia aphasia) ผู้ป่วยมีปัญหาในการคิดคำพูด พูดลำบาก ใช้คำอื่นแทนคำที่ต้องการพูด และ 4) ความบกพร่องทั้งด้านความเข้าใจและการพูด (Global aphasia)

3.2 ภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง (Vascular dementia) พบอุบัติการณ์การเกิดร้อยละ 25-30 ส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุ โดยผู้ป่วยจะสูญเสียความสามารถทางกระบวนการคิด เชื่อว่าเกิดจากปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลง ส่งผลให้เนื้อเยื่อสมองถูกทำลาย ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการจดจำ (Memory loss) มีอาการสับสน มีปัญหาทางการใช้ภาษาและการคิดคำนวณ รวมถึงความสามารถในการแก้ปัญหาลดลง และส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

4. ผลกระทบด้านวิถีการดำเนินชีวิต (Life style) ภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะขาดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและความเหนื่อยล้าทางร่างกาย เช่น มีปัญหาทางการสื่อสาร มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ จึงทำให้ไม่ยอมเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม แต่หากมีการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วย โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง เข้าใจสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นจริงจะทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

แนวทางการประเมินโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตันในภาวะวิกฤต

ในการตรวจเพื่อยืนยันโรคหลอดเลือดสมอง มีดังนี้ (เมธินี เกตวาธิมาต, 2560)

1. การซักประวัติ อาการสำคัญที่เกิดอาการผิดปกติที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ/ อุดตัน ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน เป็นประวัติการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งนำส่งโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เช่น มีโรคประจำ หรือไม่มี ประวัติการรักษาพยาบาล หรือประวัติการเกิด อุบัติเหตุ เป็นต้น ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว เช่น ประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองของบุคคลในครอบครัว หรือโรคอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดแดงใหญ่ที่คอตีบแข็ง (Carotid stenosis)

2. การตรวจร่างกาย มุ่งให้ความสำคัญการตรวจ ระบบประสาท เช่น ระดับความรู้สึกตัว การเคลื่อนไหว แขนขา การมองเห็น การพูด รีเฟล็กซ์ ปฏิกริยาม่านตาทดสอบการทำงานเส้นประสาทสมอง โดยใช้เครื่องมือในการประเมินดังนี้ แบบประเมิน Neurological sign ประกอบด้วย Glasgow Coma Scale (GCS), Pupil reaction และ Motor power เป็นต้น แบบประเมิน The National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) เป็นที่นิยมและยอมรับในการประเมินผู้ป่วยเพื่อเป็นเกณฑ์ในการให้ยาที่ใช้คือ Recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA)

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจที่สำคัญในระยะเฉียบพลัน ได้แก่ การตรวจเลือด (Complete blood count with platelet count) เพื่อติดตามภาวะเลือดหนืด ความเข้มข้นเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting plasma glucose) ระดับไขมันในเลือด สมดุลเกลือแร่ การทำงาน ของไต และการแข็งตัวของเลือด (Coagulogram, prothrombin time, Activated partial thromboplastin time)

4. การตรวจทางรังสีวิทยา ได้แก่ การตรวจสมองด้วยคอมพิวเตอร์ (Computed Tomography Scan: CT scan) การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging: MRI) เพื่อดูว่าสมองมีลักษณะของการขาดเลือดหรือเกิดเลือดออกในสมองหรือไม่ การตรวจอัลตราซาวนด์หลอดเลือดแดงที่คอ (Carotid duplex ultrasound) ในปัจจุบันการตรวจหลอดเลือดแดง Carotid artery ด้วย Duplex ultrasound เป็นการประเมินการไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือด เป็นที่นิยมกันแพร่หลายเพราะไม่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บตัวและมีความถูกต้องในการวินิจฉัย ภาวะ Carotid stenosis หรือ Carotid plaque ค่อนข้างมาก ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiography) หรือ คลื่นเสียงความถี่สูงหัวใจ ช่วยในการวินิจฉัยความผิดปกติของหัวใจ เพื่อวินิจฉัยแยกโรค

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตันในระยะเฉียบพลัน

ปัจจุบันการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน (Acute ischemic stroke) ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence base medicine) เป็นมาตรฐานและได้รับการยอมรับจากทั่วโลก

ยืนยันถึงการรักษาที่ได้ผลดี สามารถลดอัตราการตายและอัตราความพิการได้อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ (สุวรรณ วิชาศสเคราะห์ และคณะ, 2567)

1. การดูแลรักษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit)
2. การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Recombinant Tissue Plasminogen Activator: Intravenous rt-PA) ในระยะเวลาไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงหลังเริ่มมีอาการ
3. การให้ยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet drug) ได้แก่ Aspirin ภายในเวลา 48 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ หรือการให้ยาด้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant drug) ในผู้ป่วยที่เป็น Cardioembolic stroke
4. การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะกว้างเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ (Decompressive wide craniectomy) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดแดงใหญ่
5. การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง (Mechanical thrombectomy) คือการรักษาด้วยการใส่สายสวนหลอดเลือดในสมอง (Endovascular treatment) ภายใต้การใช้เครื่องเอกซเรย์เพื่อนำลิ่มเลือดที่อุดตันออก ซึ่งเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพและเป็นความก้าวหน้าของการรักษา

การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (IV rt-PA)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ ที่มีข้อบ่งชี้และไม่มีข้อห้ามควรได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (IV rt-PA) ขนาด 0.9 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ขนาดยาสูงสุดไม่เกิน 90 มิลลิกรัม โดยแบ่งยาให้ 10% bolus ภายใน 1-2 นาที และที่เหลืออีก 90% ให้หยดทางหลอดเลือดดำ (IV drip) ภายใน 1 ชั่วโมง โดยใส่ infusion pump/syringe pump โดยมีเกณฑ์พิจารณาในการให้ยา ดังนี้ (สุวรรณ วิชาศสเคราะห์ และคณะ, 2567)

ข้อบ่งชี้ (Indication)

1. อายุ ≥ 18 ปี ขึ้นไป
2. มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ ในกรณีไม่ทราบเวลาที่เริ่มอาการอย่างชัดเจนหรือมีอาการหลังตื่นนอนให้นับเวลาล่าสุดที่มีพยานยืนยันว่ามีอาการปกติเป็นเวลาที่มีอาการ (Last seen normal)

3. ผล CT brain non contrast ปกติ หรือพบลักษณะ Early ischemic change

ข้อห้ามใช้ (Absolute contraindication)

1. มีความดันโลหิตช่วงก่อนให้การรักษาสูง Systolic blood pressure (SBP) >185 mmHg, Diastolic blood pressure (DBP) >110 mmHg
2. มีประวัติเลือดออกในสมองมาก่อน

3. ตรวจพบเนื้องอกในสมอง
4. มีประวัติบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงภายใน 3 เดือน
5. มีประวัติได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Warfarin โดยมีค่า Prothrombin time มากกว่า 15 วินาที หรือมีค่า International normalized ratio (INR) มากกว่า 1
6. มีประวัติการได้รับยาในกลุ่ม Non vitamin K antagonist oral anticoagulant ได้รับยากลุ่มนี้ภายใน 48 ชั่วโมง และผลการตรวจการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ อาจพิจารณาให้ยา Idarucizumab ในสถานพยาบาลที่สามารถให้ยาได้กรณีที่ผู้ป่วยได้รับยา Direct thrombin inhibitors และหยุดยamanan้อยกว่า 48 ชั่วโมง ก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ
7. ได้รับยา Heparin ภายใน 48 ชั่วโมง และมีค่า Partial-thromboplastin time ผิดปกติ
8. มีปริมาณเกล็ดเลือดน้อยกว่า 100,000/mm³
9. CT. brain พบ Hypodensity ที่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือด Middle cerebral artery (MCA) มากกว่า 1/3 Distribution หรือพบเลือดออกในสมอง

10. ระดับน้ำตาลในเลือด <50 mg/dl (2.7 mmol/L)
11. มีประวัติผ่าตัดสมอง (Intracerebral) หรือไขสันหลัง (Intraspinal) ภายใน 3 เดือน
12. มีภาวะเลือดออกของอวัยวะภายใน Active internal bleeding
13. มีประวัติสงสัยภาวะ Subarachnoid hemorrhage
14. ประวัติ Arterial puncture at non-compressible site ภายใน 7 วัน

ข้อพึงระวังในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Relative exclusion criteria)

1. อาการทางระบบประสาทไม่รุนแรง (NIHSS < 4 คะแนน) หรือดีขึ้นอย่างรวดเร็ว
2. มีอาการชักตั้งแต่เริ่มมีอาการ
3. มีประวัติผ่าตัดใหญ่หรืออุบัติเหตุรุนแรงภายใน 14 วัน
4. มีเลือดออกในทางเดินอาหารหรือทางเดินปัสสาวะภายใน 21 วัน
5. มีประวัติกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือดภายใน 3 เดือน
6. มีการตั้งครรภ์
7. ในผู้ป่วยที่มีประวัติเลือดออกในสมองมาในอดีตเป็นระยะเวลานาน ร่วมกับได้รับการรักษาสาเหตุของเลือดออกในสมองไปแล้วและมีอาการทางระบบประสาทคงที่ อาจพิจารณาให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำได้
8. เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันภายใน 3 เดือน โดยที่รอยขาดเลือดมีขนาดเล็กและมีอาการทางระบบประสาทดีขึ้นไม่น้อยกว่า 1 เดือน อาจพิจารณาให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำได้
9. คะแนนการประเมิน NIHSS > 25 คะแนน

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ระยะเฉียบพลันที่ได้รับยา IV rt-PA จะเริ่มตั้งแต่ที่ห้องฉุกเฉิน เมื่อซักประวัติและตรวจร่างกาย แล้วส่งสั้ยโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะเฉียบพลันที่เกิดอาการภายใน 4.5 ชั่วโมง จะประกาศ Stroke fast track มีการปรึกษาแพทย์อายุรกรรมและแพทย์อายุรกรรมระบบประสาททันที เพื่อมา ประเมินอาการและอาการแสดง พร้อมส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองแบบไม่ฉีดสี (Non-contrast CT brain) เพื่อแยกภาวะเลือดออกในสมอง เมื่อประเมินผู้ป่วยแล้วมีข้อบ่งชี้และไม่มีข้อห้ามในการให้ยา rt-PA ก็จะให้ยา rt-PA ขนาด 0.9 mg/kg (สูงสุดไม่เกิน 90 mg) โดยแบ่ง 10% ให้ซ้ำ ๆ ทางหลอดเลือดดำใน 1 นาที และ 90% ที่ เหลือให้ทางหลอดเลือดดำใน 1 ชั่วโมง หลังจากนั้นจะรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาคือในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือด สมอง (ICU Stroke) มีการประเมินอาการและสัญญาณชีพเป็นระยะเมื่อครบ 24 ชั่วโมง ทำ Non-contrast CT brain ซ้ำถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนก็จะให้การรักษารักษาโรคหลอดเลือดสมองตามสาเหตุต่อไป ในกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะสมองบวม หรือมีเลือดออกในสมอง จะปรึกษาประสาทศัลยแพทย์เพื่อร่วมประเมินและให้การรักษาอย่าง เหมาะสม (รัชมัย สมิตะสิริ และ วิฑูรย์ จันทโรทัย, 2564)

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้ด้วยการลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือด ซึ่งการลดความเสี่ยงทำได้ ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย (พรทิพย์ จอกกระจาย และคณะ, 2566) ดังนี้

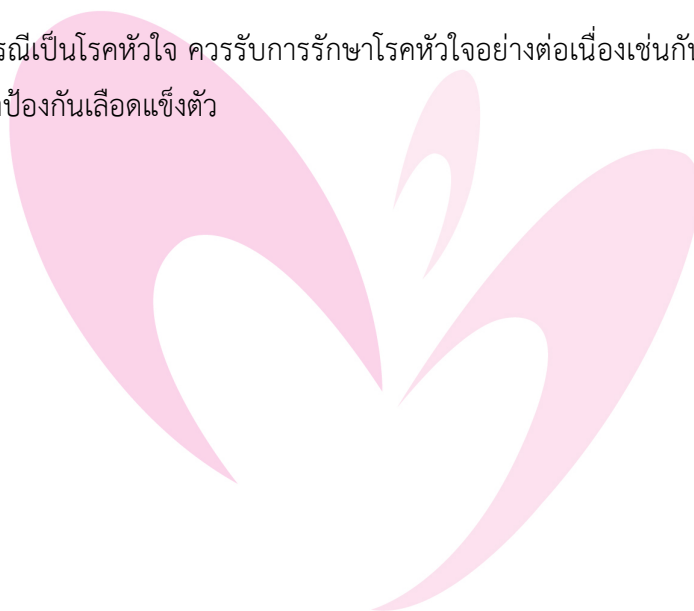
1. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง เพราะทำให้เกิดภาวะ คอเลสเตอรอลในเลือดสูง รวมถึงอาหารที่มีรสเค็มจัดที่เป็นสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง
2. ควบคุมน้ำหนัก โรคอ้วนเป็นสาเหตุของโรคภัยแรงต่างๆ รวมทั้งโรคหลอดเลือดสมอง การควบคุมน้ำหนักจะช่วยลดความเสี่ยงลงได้
3. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยระยะเวลาในการออกกำลังกายที่เหมาะสมคือ 2.5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โดยควรเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก
4. งดสูบบุหรี่
5. รับการตรวจรักษาต่อเนื่องกับแพทย์อย่างสม่ำเสมอ เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ โดยการใช้ยาาร่วมกัน
ได้แก่

5.1 การให้ยาควบคุมระดับคอเลสเตอรอล โดยควรได้รับการตรวจวัดระดับไขมันในเลือดอย่างน้อยทุก 6-12 เดือน หากเป็นผู้ที่มีความเสี่ยง หรือมีภาวะคอเลสเตอรอลสูงอยู่แล้ว ควรไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอเพื่อ ติดตามอาการ

5.2 ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยความดันโลหิตที่เหมาะสม คือ ต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท

5.3 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร และการใช้ชีวิต นอกจากนี้ควรรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยควบคุมอาการได้ และทำให้ความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองลดลง

5.4 กรณีเป็นโรคหัวใจ ควรรับการรักษาโรคหัวใจอย่างต่อเนื่องเช่นกัน โดยกรณีเป็นโรคหัวใจต้นผิศจึงหระ ควรได้รับยาป้องกันเลือดแข็งตัว



NCS

Thailand

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

บทที่ 3

กระบวนการพยาบาล แนวคิดทฤษฎีการพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด

การผ่าตัดเป็นวิธีการหนึ่งที่ยอมรับใช้ในการรักษาโรคมะเร็ง เพื่อให้หายจากโรคเมื่อพบมะเร็งในระยะเริ่มแรก ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ควรได้รับการพยาบาลตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาอนรับการรักษาในหอผู้ป่วยเพื่อการผ่าตัด ชวนนำไปยังห้องผ่าตัด จนถึงระยะที่ผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด ทุกระยะมีความสำคัญ พยาบาลผู้ดูแลควรมีความรู้ มีสมรรถนะเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สามารถประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เพื่อสามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วย ให้คำแนะนำที่เหมาะสม การวางแผนก่อนกลับบ้าน และการติดตามผู้ป่วยจนมาพบแพทย์ภายหลังจากกลับบ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากการรักษาเต็มที่ แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1. การพยาบาลก่อนการผ่าตัด

1.1 การเตรียมทางด้านร่างกาย ดังนี้

1.1.1 การประเมินสภาพร่างกายก่อนผ่าตัด ตรวจร่างกายและการซักประวัติ เช่น ประวัติเกี่ยวกับประวัติการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ประวัติการทำผ่าตัด ประวัติโรคประจำตัว การรับประทานยาละลายลิ่มเลือด ประเมินภาวะโภชนาการ ประวัติการแพ้ยา ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะก่อนผ่าตัด

1.1.2 อธิบายถึงการเตรียมร่างกายทั่วไปได้แก่ การดูแลความสะอาดร่างกาย เช่น ผสมเล็บ ปาก ฟัน และเสื้อผ้า เพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัด นอกจากนั้นในคืนก่อนผ่าตัดผู้ป่วยควรได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยผู้ป่วยจะได้รับยานอนหลับตามแผนการรักษา

1.1.3 อธิบายถึงการเตรียมร่างกายเฉพาะที่ เช่น การโกนขน และทำความสะอาดบริเวณหน้าท้อง ขาหนีบ และอวัยวะสืบพันธุ์

1.1.4 อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงการเตรียมสำหรับการผ่าตัดโดยทั่วไป เช่น ตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ ตรวจคลื่นหัวใจ การถ่ายภาพรังสีปอด และการเตรียมผู้ป่วยเพื่อให้พร้อมสำหรับการดมยาสลัม ได้แก่ การงดอาหารและน้ำดื่มหลังเที่ยงคืนวันก่อนผ่าตัด เพื่อป้องกันการสำลักเศษอาหารเข้าปอด

1.1.5 อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงการทำความสะอาดลำไส้ก่อนผ่าตัด เนื่องจากเป็นการผ่าตัดที่ต้องนำลำไส้มาสร้างเป็นกระเพาะปัสสาวะใหม่ จึงจำเป็นต้องเตรียมลำไส้ให้สะอาด เพื่อลดจำนวนเชื้อแบคทีเรียลดภาวะเสี่ยงการติดเชื้อของแผลผ่าตัด โดยวันที่ 1 เริ่มให้อาหารลดกาก (Low residual diet) ได้แก่ ข้าวต้ม งดอาหารกากมาก เช่น ผัก ผลไม้ และวันที่ 2 ให้อาหารเหลวใส (Clear liquid diet) เช่น น้ำหวาน และร่วมกับให้ยาระบาย มีวัตถุประสงค์เพื่อทำให้เกิด Fluid diarrhea โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงของ Bowel content และไม่ทำให้ลำไส้บวม ยาระบายที่ยอมรับใช้เช่น น้ำยา Polyethylene glycol (PEG) หรือสารละลายโซเดียมฟอสเฟต (Swiff)

1.1.6 ให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การหายใจเข้าออกถี่ ๆ การไอเอาเสมหะออกมาและการพลิกตะแคงตัว โดยการปฏิบัติกิจกรรมการหายใจ เข้า-ออก ลึก ๆ ยาว ๆ 4-5 ครั้งต่อวัน ไออย่างมีประสิทธิภาพ 1-2 ครั้งต่อวัน จะทำผลให้ปอดขยายตัวดีช่วยขับและระบายเสมหะ ส่งผลให้การแลกเปลี่ยนออกซิเจนมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ส่วนการบริหารแขนขา 2-3 ครั้งต่อวัน ลูกนั่งร่วมกับแกว่งเท้า 2-3 ครั้งต่อวัน และลุกเดิน 3 ครั้งต่อวัน จะเป็นการกระตุ้นระบบไหลเวียนโลหิต ระบบประสาท ระบบทางเดินอาหาร ช่วยให้ร่างกายปรับหน้าที่เข้าสู่การทำงานตามปกติได้เร็ว และป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ (สราวุฒิ สีถาน, 2560)

1.2 การเตรียมทางด้านจิตใจ

1.2.1 อธิบายเรื่องการได้รับยาสลบขณะผ่าตัด ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัว และไม่เจ็บปวด

1.2.2 อธิบายพร้อมให้ดูภาพประกอบเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ การผ่าตัดเอากระเพาะปัสสาวะออกหมดและทำ ileal conduit หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามปัญหา และข้อข้องใจต่าง ๆ

1.2.3 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับสภาพของตนเองหลังผ่าตัด ได้แก่ การมีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง การมีรูเปิดให้ปัสสาวะไหลออกมาทางหน้าท้อง การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และความรู้สึกปวดแผลผ่าตัด เป็นต้น

1.2.4 ให้คำแนะนำเรื่อง Stoma การดูแล Stoma และการเปลี่ยนถุงรองรับปัสสาวะและอาการผิดปกติของ Stoma ขณะเดียวกันนำภาพและถุงรองรับปัสสาวะมาให้ผู้ป่วยดู เพื่อให้ผู้ป่วยเลือกใช้หลังผ่าตัด การกระทำดังกล่าวเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ และทำให้ความวิตกกังวลลดลง

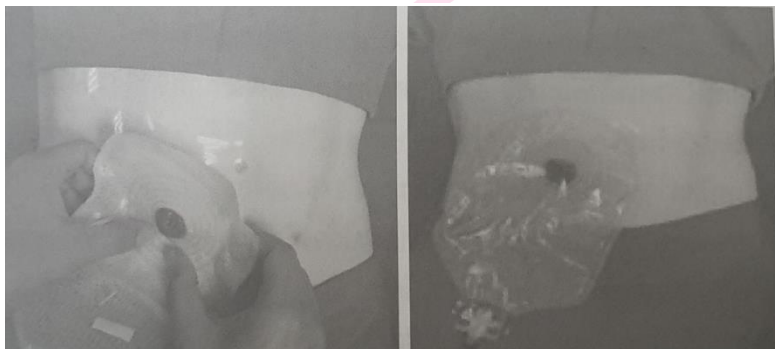
1.2.5 ให้ผู้ป่วยได้พบปะพูดคุยกับผู้ป่วยที่มี Stoma เพื่อสอบถามเรื่องการดูแล Stoma การมีชีวิตร่วมกับ Stoma และอื่น ๆ

1.2.6 ให้คำปรึกษาก่อนการผ่าตัดเปิดทวารใหม่ (Pre-operative counselling open ostomy) ตามการประกาศสิทธิผู้ป่วย (Ostomate Bill of Rights) จากสมาคมพยาบาลออสโตมี (The International Ostomy Association) (เอมปภา ปรีชาธีรศาสตร์, 2560) ดังนี้ 1) ได้รับคำปรึกษาก่อนการผ่าตัดถึงประโยชน์และข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับการมีทวารใหม่ 2) การกำหนดตำแหน่งทวารใหม่ที่เหมาะสมกับผู้รับบริการ 3) ได้รับการดูแลจากพยาบาลเฉพาะทางก่อนและหลังการผ่าตัด ทั้งในโรงพยาบาลและหลังการจำหน่าย 4) ได้รับการสนับสนุนและข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ครอบครัวและผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการที่มีทวารใหม่ 5) ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอุปกรณ์และผลิตภัณฑ์ 6) ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับอุปกรณ์และผลิตภัณฑ์ 7) ได้รับข้อมูลข่าวสารและบริการจากสมาคมพยาบาลออสโตมี 8) ได้รับการป้องกันจากการเลือกปฏิบัติในทุกรูปแบบ และ 9) ได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพที่เหมาะสม การรักษาความลับ และไม่นำไปเป็นตัวแทนประชาสัมพันธ์เชิงพาณิชย์โดยไม่ได้รับการยินยอมจากผู้รับบริการ

2. การพยาบาลหลังการผ่าตัด การพยาบาลหลังผ่าตัดเปิดลำไส้หน้าท้อง (Postoperative ostomy nursing care) ประกอบด้วย (ทิพย์มาศ ป้อมเสน, 2562)

2.1 การดูแลหลังผ่าตัดทั่วไป (Post-operative care) ได้แก่ 1) การติดตามบันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว และบันทึกน้ำเข้าน้ำออก 2) ประเมินปวดแผลและบรรเทาอาการปวด 3) สังเกตสีและสิ่งขับหลังที่ออกจากแผล และสายระบายต่างๆ 4) กระตุ้น Ambulate เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดโดยลุกจากเตียงหลังผ่าตัดโดยเร็ว ภายใน 24-48 ชั่วโมง และ 5) กระตุ้นบริหารการหายใจ ป้องกันภาวะปอดแฟบปอดอักเสบ

2.2 การดูแลหลังผ่าตัดผู้ป่วยกลุ่ม Incontinent urinary diversion เป็นกลุ่มที่ทำผ่าตัดทางเดินปัสสาวะใหม่ โดยมีปัสสาวะไหลออกทางหน้าท้องตลอดเวลา ได้แก่ Ileal/ colon conduit ต้องได้รับข้อมูลการเตรียมความพร้อม เพื่อให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตประจำวันกับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนถุงรองรับปัสสาวะได้ด้วยตนเอง หรือผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ การเลือกใช้อุปกรณ์รองรับน้ำปัสสาวะที่เหมาะสม สามารถสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์หรือพยาบาลออสโตมีและแผล (ET Nurse) แหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือด้านคำแนะนำอุปกรณ์ที่ใช้การปิดถุงรองรับปัสสาวะ ใช้หลักการเหมือนการปิดถุงรองรับสิ่งขับถ่ายโดยทั่วไป (ภาพที่ 10)



ภาพที่ 10: แสดงการปิดถุงรองรับปัสสาวะ

ที่มา: ทิพย์มาศ ป้อมเสน (2562)

การดูแลหลังการผ่าตัด Incontinent urinary diversion ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินลำไส้เปิดทางหน้าท้องใน 72 ชั่วโมงแรก (ทิพย์มาศ ป้อมเสน, 2562) ดังนี้

1. ชนิดของ Stoma (Type) ส่วนใหญ่จะมีรูเปิดเดี่ยว
2. ความชุ่มชื้นและสี (Visibility, Color) ลำไส้เปิดต้องมีลักษณะชุ่มชื้น สีชมพูหรือสีแดง
3. ขนาดและรูปร่าง (Size, Shape) ขนาดของลำไส้เปิดวัดเส้นผ่าศูนย์กลางเป็น มิลลิเมตร ถ้าเป็นวงกลม อาจวัดขนาดโดยใช้ Stoma guide ถ้าเป็นวงรีหรือรูปร่างไม่สมมาตร ใช้วิธีการวาดแบบ
4. ความสูง (Height) ลำไส้เปิดที่ดีควรอยู่สูงเหนือระดับผิวหนังประมาณ 2-2.5 เซนติเมตร เรียกว่า Moderate protruding ถ้าอยู่เหนือระดับผิวหนังน้อยกว่า 2 เซนติเมตร เรียกว่า Mild protruding อยู่ระดับ

ผิวหนัง เรียกว่า Flush stoma และถ้าอยู่ต่ำกว่าระดับผิวหนัง เรียกว่า Retracted stoma กรณี Stoma ออกมา ยาวเกินไปเป็นภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นหลังผ่าตัดได้ เรียกว่า Prolapsed stoma

5. รูเปิดของ Stoma (Opening of lumen) ควรอยู่ตรงกลางลำไส้ เรียกว่า Apex แต่บางกรณีอาจจะมีรู เปิดไปทางด้านซ้ายหรือด้านขวา เรียกว่า (Left lateral, Right lateral)

6. รอยเย็บระหว่าง Stoma กับผิวหนัง (Mucocutaneous suture line) ปกติจะไม่มีรอยแยก เรียกว่า Intact ถ้ามีรอยแยก เรียกว่า Separation

7. ผิวหนังรอบลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (Peristomal skin) ถ้าไม่มีแผลผื่นแดงใดๆ ผิวหนังปกติ เรียกว่า Peristomal skin intact แต่ถ้ามีความผิดปกติเกิดขึ้น ให้บันทึกลักษณะความผิดปกติเป็นรอยแดง หรือเป็นแผล จากเปื่อยขึ้น เนื่องจากการสัมผัสกับปัสสาวะ (Maceration) พร้อมกับระบุตำแหน่งความผิดปกติ

8. ลักษณะของสิ่งที่ออกมาจากลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (Urine) ให้ระบุสีและเป็นลักษณะ การสังเกตสี และลักษณะของน้ำปัสสาวะ ปกติปัสสาวะจะมีฤทธิ์เป็นกรดอ่อนๆ ในระยะแรกหลังผ่าตัดน้ำปัสสาวะที่ขับออกมา อาจมีเมือกปนลักษณะสีขาวขุ่นไม่มีกลิ่น เป็นเมือกที่ขับจากลำไส้ที่นำมาเป็นกระเพาะปัสสาวะใหม่ถือว่าเป็นปกติ

9. กรณีถ้าลำไส้เปิดยังมีสาย Ureteral stent อยู่ให้ใช้ 0.9% NaCl เช็ดทำความสะอาดลำไส้เปิดและ ผิวหนังรอบๆ แทนการใช้น้ำสะอาด

10. การดูแลด้านจิตใจ ในระยะแรกหลังผ่าตัดเปลี่ยนช่องทางขับปัสสาวะ ผู้ป่วยบางรายอาจยอมรับกับ ภาพลักษณ์ที่มี Stoma หรือทวารเบาเทียมไม่ได้ ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกหรือความคับข้องใจ รับฟัง ปัญหาและความคับข้องใจของผู้ป่วย แนะนำให้ผู้ป่วยได้พบปะพูดคุยกับผู้ป่วยคนอื่นที่มี Stoma เหมือนกัน เพื่อ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยระบายความรู้สึกของตัวเองกับเพื่อนครอบครัวและบุคคลรอบ ข้าง

ข้อควรปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด Incontinent urinary diversion (ทิพย์มาศ ป้อมเสน, 2562) ได้แก่

1. เวลาที่ควรเปลี่ยนถุงรองรับปัสสาวะ ควรเป็นเวลาเข้าก่อนที่จะรับประทานอาหารและดื่มน้ำ เพราะ ช่วงเวลากลางคืนไม่ได้ดื่มน้ำ ทำให้ปัสสาวะออกน้อย ง่ายและสะดวกต่อการเปลี่ยน

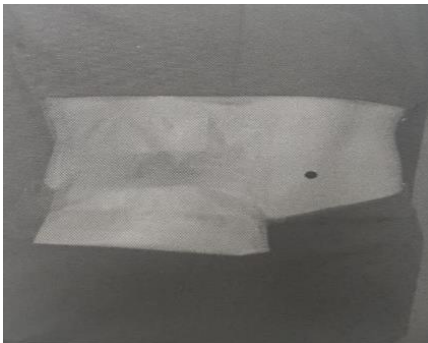
2. ถ้ามีปัสสาวะรั่วซึม หรือแถบการรั่วควรเปลี่ยนถุงทันที ถ้าถุงรองรับปัสสาวะไม่รั่วซึมสามารถอยู่ได้นาน 3-5 วัน

3. เทปัสสาวะเมื่อมีน้ำปัสสาวะประมาณ 1/3 ของถุง

4. กรณีใช้ถุงแบบ 2 ชั้น สามารถนำถุงไปล้างทำความสะอาดด้วยน้ำยาล้างจาน สบู่เหลว หรือแชมพู จนสะอาด ผึ่งลมให้แห้ง ห้ามโดนแดด สามารถนำกลับมาใช้ใหม่ได้ และนำถุงไปใหม่มาปิด

5. ล้างบริเวณจุดปิดปลายถุง และใช้สำลีหรือกระดาษชำระเช็ดจุดปิดปลายถุงให้สะอาด

6. สามารถอาบน้ำได้ตามปกติ ถ้าถุงรองรับปัสสาวะยังติดดี ก่อนอาบน้ำให้นำถุงพลาสติกมาปิดครอบถุงรองรับปัสสาวะ และปิดขอบด้วยพลาสติก (ภาพที่ 11)



ภาพที่ 11: แสดงนำถุงพลาสติกมาปิดครอบถุงรองรับปัสสาวะก่อนอาบน้ำ
ที่มา: ทิพย์มาศ ป้อมเสน (2562)

7. ถ้าครบกำหนดที่ต้องเปลี่ยนถุงรองรับปัสสาวะ ให้ลอกถุงเดิมออก ผิวหนังรอบ Stoma อาจระคายเคืองจากการสัมผัสน้ำปัสสาวะที่มีฤทธิ์เป็นด่าง การลอกแป้นหรือถุงรองรับน้ำปัสสาวะที่ติดกับผิวหนังออกอย่างไม่ถูกวิธี อาจทำให้ผิวหนังหลุดลอก ดังนั้น การดูแลผิวหนังต้องทำทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแป้นหรือถุงรองรับน้ำปัสสาวะ (พัชรินทร์ ไชยสุรินทร์, 2555) ดังนี้

7.1 เลือกใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสมในการรองรับน้ำปัสสาวะที่ออกจาก Stoma เช่น แป้น กาว ถุงหรือเป็นถุงที่มีแถบกาวให้พร้อม แป้นที่จะติดครอบ Stoma ตัดให้มีขนาดใหญ่กว่า Stoma เล็กน้อยประมาณ 3.2 มิลลิเมตรหรือ $\frac{1}{8}$ นิ้ว (ภาพที่ 12)



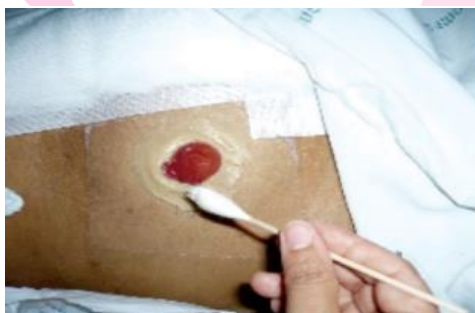
ภาพที่ 12: ภาพแสดงการวัดขนาดแป้นที่จะติดครอบ Stoma
ที่มา: ออสโตมี คลินิก โรงพยาบาลราชวิถี (2562)

7.2 ลอกถุงรองรับปัสสาวะเดิมออกทิ้งด้วยความนุ่มนวล เช็ดคราบกาวและทำความสะอาดผิวหนังส่วนนั้นด้วยน้ำอุ่นหรือน้ำสบู่อ่อนๆ (อาจทำในขณะอาบน้ำ เนื่องจากไม่มีข้อจำกัดในการอาบน้ำ) เช็ด Stoma และผิวหนังรอบๆ ให้แห้งถ้ามีน้ำปัสสาวะไหลออกมาให้ใช้สำลีหรือผ้าก๊อซอุดไว้ก่อน (ภาพที่ 13)



ภาพที่ 13: ภาพแสดงการลอกหรือถอดอุปกรณ์รองรับออกจากผิวหนัง
ที่มา: ออสโตมี คลินิก โรงพยาบาลราชวิถี (2562)

7.3 ทาผิวหนังรอบๆ Stoma บริเวณที่แป้นจะติดครอบ ด้วยผลิตภัณฑ์ที่ช่วยปกป้องผิวหนัง เช่น Stomahesive paste หรือ Powder เพื่อลดการระคายเคืองจากการสัมผัสกับน้ำปัสสาวะ (ภาพที่ 14)



ภาพที่ 14: ภาพแสดงการทำผิวหนังรอบ ๆ Stoma ด้วยผลิตภัณฑ์ที่ช่วยปกป้องผิวหนัง
ที่มา: ออสโตมีคลินิก โรงพยาบาลราชวิถี (2562)

7.4 เมื่อพร้อมที่จะครอบถุงหรือแป้น เอาสำลีที่อุด Stoma ออก ลอกกระดาษที่ปิดกาวออกครอบปากถุงและกดปากถุงให้แนบติดผิวหนัง เริ่มติดที่ส่วนล่างของทวารเบาเทียมก่อนและรีดให้ตัวแป้นแนบสนิทกับผิวหนังโดยรอบ ไม่มีริ้ว จัดให้ถุงอยู่ในลักษณะที่ก้นถุงห้อยลงมาด้านล่างอาจต่อสายจากถุงลงถุงระบายน้ำปัสสาวะอีกครั้ง

7.5 ล้างถุงรองรับน้ำปัสสาวะเดิมเพื่อเตรียมไว้ใช้ในครั้งต่อไป

8. ล้างบริเวณลำไส้เปิดทางหน้าท้องด้วยสบู่อ่อนๆ ขณะที่อาบน้ำได้เพื่อทำความสะอาดห้ามใช้น้ำยา ฆ่าเชื้อ

9. สามารถสวมเสื้อผ้าได้ตามปกติ ไม่ควรรัดแน่น หรือกดทับบริเวณลำไส้เปิดหน้าท้อง

10. สามารถออกกำลังกายเบาๆ เช่น การบริหารแขน ขาและลำตัว หลีกเลี่ยงการเล่นกีฬาที่ต้องมีการปะทะ

11. การทำงานหลังผ่าตัดประมาณ 1-2 เดือนผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติแต่ควรเตรียมกระเป๋ากลับบ้านที่จำเป็นสำหรับการเปลี่ยนถุงรองรับน้ำปัสสาวะเมื่อฉุกเฉิน

12. การมีเพศสัมพันธ์ผู้ป่วยบางรายอาจจะวิตกกังวลในเรื่องเพศสัมพันธ์ ภายหลังจากผ่าตัดเปลี่ยนช่องทางขับถ่ายปัสสาวะ การมี Stoma ไม่ส่งผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ หรือความต้องการทางเพศแต่อย่างใด ขึ้นอยู่กับการแสดงออกและความเข้าใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยและคู่สมรส โดยก่อนมีเพศสัมพันธ์ผู้ป่วยควรทำความสะอาด Stoma และเปลี่ยนถุงรองรับปัสสาวะใหม่

13. รับประทานอาหารได้ทุกชนิดตามความต้องการ ยกเว้นบางโรคที่ต้องควบคุมการรับประทานอาหาร เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน โรคตับ โรคไต ความดันโลหิตสูง และหลังผ่าตัดผู้ป่วยควรดื่มน้ำมากๆ เพื่อขับเมือกที่จะมากับน้ำปัสสาวะ ควรเคี้ยวอาหารให้ละเอียด ในกรณีผู้ป่วยผ่าตัดเอาลำไส้เล็กส่วนปลายมาทำเป็นกระเพาะปัสสาวะใหม่ ควรส่งเสริมให้รับประทานอาหารที่มีวิตามินบี12 เพิ่มขึ้น แต่หากเป็นลำไส้ใหญ่ส่วนต้นควรรับประทานอาหารที่มีโซเดียม และโปแตสเซียมสูง อาหารบางชนิดอาจทำให้ปัสสาวะเปลี่ยนสี เช่น บีทรูท ผักกาดม่วง หน่อไม้

14. ดื่มน้ำอย่างน้อย 6-8 แก้วต่อวัน

15. ดื่มน้ำผลไม้เพื่อลดความเป็นด่างของปัสสาวะ เช่น น้ำลูกพรุน น้ำส้ม น้ำกระเจี๊ยบป้องกันการเกิดผลึกของปัสสาวะบริเวณผิวหนังรอบลำไส้เปิดทางหน้าท้อง กรณีมีผลึกของปัสสาวะบริเวณผิวหนังรอบลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ให้ใช้น้ำส้มสายชู 1 ส่วน ผสมกับน้ำสะอาด 2 ส่วน เช็ดทำความสะอาดเพื่อลดการเกิดผลึก ถ้าไม่ดีขึ้นควรมาพบพยาบาลออสโตมีและแผล

16. เมื่อออกจากบ้านต้องเตรียมอุปกรณ์สำหรับเปลี่ยนถุงรองรับปัสสาวะ ใส่กล่องให้พร้อม อาจใช้กระดาษเปียกเช็ดทำความสะอาดแทนสำลีชุบน้ำเพื่อความสะอาด

17. นำอุปกรณ์ติดตัวไว้ตลอดเวลาให้สามารถหยิบได้ง่าย

18. อย่าทิ้งอุปกรณ์ไว้ในรถ เนื่องจากอากาศร้อนหรือหนาว อาจทำให้บริเวณแป้นของถุงรองรับน้ำปัสสาวะเสื่อมสภาพได้

19. สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องพบแพทย์ ได้แก่ 1) ดื่มน้ำได้ตามปกติแต่ปัสสาวะออกน้อย 2) ปัสสาวะขุ่น และมีกลิ่นแรงผิดปกติ ปัสสาวะมีเลือดปน ปวดหลัง มีไข้หนาวสั่น มีอาการแสดงการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ และ 3) ลักษณะของ Stoma ผิดปกติ ซึ่งในระยะแรกหลังผ่าตัดอาจบวมได้แต่จะค่อยๆ ยุบและมีขนาดเล็กลงประมาณ 7-10 วันหลังผ่าตัด แผลที่บริเวณ Stoma ก็จะแห้งสนิท Stoma จะมีสีแดงมีความชุ่มชื้นผิวเป็นมันเรียบนุ่ม ยื่นออกมาจากผนังหน้าท้องประมาณ 1.5 เซนติเมตร หรืออาจชิดติดกับผนังหน้าท้องหากผู้ป่วยอยู่ในท่ายืน เป็นก้อนเนื้อเรียบที่ไม่มีเส้นประสาทสัมผัสรับความรู้สึกเจ็บปวด หาก Stoma มีลักษณะตีบแคบ สีดำคล้ำ หรือซีดขาว โผล่ยื่นออกมาจากผนังหน้าท้องมากเกินไป หรือผล็อยอยู่ต่ำกว่าระดับผิวหนัง ควรมาพบแพทย์

20. อาการผิดปกติที่ต้องปรึกษาพยาบาลดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (ET Nurse) เช่น ถุงรองรับน้ำปัสสาวะหลุดหรือรั่วบ่อย ผิวหนังรอบลำไส้เปิดหน้าท้องมีการระคายเคือง เป็นผื่นแดงหรือเป็นแผล

การพยาบาลภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (ณัฐวรรณ วรณรักษ์เจริญ, 2562)

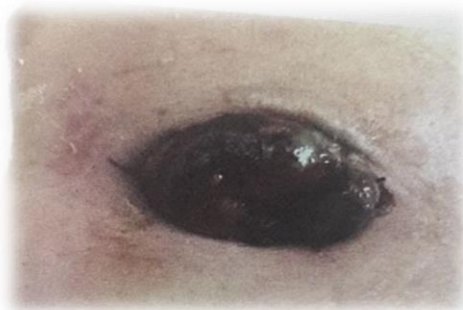
1. ระยะแรกหลังผ่าตัด (Early complication) เกิดขึ้นภายใน 30 วันหลังผ่าตัด เช่น ลำไส้เปิดเน่าตาย (Necrosis) มักพบใน 24-72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ภาวะที่รอยเย็บระหว่างลำไส้เปิดกับผิวหนังแยก (Mucocutaneous separation) มีการคั่งของหนองบริเวณผิวหนังรอบลำไส้เปิด (Parastomal abscess) เป็นต้น

2. ระยะยาว (Late complication) ระยะเวลาเป็นเดือนหรือเป็นปี เช่น ภาวะลำไส้เปิดยื่นผิดปกติ (Stomal prolapse) ภาวะไส้เลื่อน (Parastomal hernia) ภาวะช่องเปิดลำไส้ตี (Stomal stenosis) เป็นต้น

ภาวะแทรกซ้อนบางชนิดเกิดขึ้นได้ทั้งสองระยะ เช่น ภาวะเลือดออกทางลำไส้เปิด (Stoma bleeding) ขึ้นกับสาเหตุที่พบ ภาวะลำไส้เปิดถูกดึงรั้งเข้าไปในช่องท้อง (Stomal retraction) โดยอาจเกิดจากพยาธิสภาพจากโรคทำให้ไม่สามารถดึงลำไส้ส่วนที่จะทำช่องเปิดลำไส้ให้ยาวพอ หรืออาจเกิดจากเทคนิคของแพทย์ไม่ดีพอ ร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ เช่น ภาวะทุพโภชนาการ การได้รับยา Steroids หรือผู้ป่วยอ้วนขึ้น เป็นต้น นอกจากนี้ ได้มีการแบ่งภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดลำไส้เปิดหน้าท้องออกเป็น ภาวะแทรกซ้อนของลำไส้เปิดทางหน้าท้อง และผิวหนังรอบลำไส้เปิดทางหน้าท้อง มีรายละเอียดดังนี้ (ณัฐวรรณ วรณรักษ์เจริญ, 2562).

1. ภาวะแทรกซ้อนของลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ได้แก่

1.1 ภาวะลำไส้เปิดเน่าตายจากการขาดเลือดมาเลี้ยง (Stomal necrosis) เกิดจากลำไส้ส่วนที่นำมาเปิดทางหน้าท้อง (Stoma) มีเลือดมาเลี้ยงไม่พอ สาเหตุอาจเกิดจากเส้นเลือดที่เลี้ยงลำไส้ส่วนนั้นถูกตัดขาดหรือถูกผูกขณะผ่าตัด หากช่องเปิดที่ผิวหนังแคบเกินไปหรือ Mesentery ดึงหรือบิดพับจนทำให้เลือดมาเลี้ยงไม่สะดวก ถ้าไม่รุนแรงอาจพบเพียงเยื่อบุผิวลำไส้ (Mucosa) สีแดงคล้ำลงเป็นบางส่วน (ภาพที่ 15) แต่พึงระวังว่าในอนาคตอาจมีปัญหาช่องเปิดลำไส้ตีบแคบได้ แนวทางการดูแล ในระยะหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมงแรก ควรสังเกตและบันทึกลักษณะสีของลำไส้เปิดทางหน้าท้องเป็นเรื่องสำคัญ ปกติลำไส้ใหญ่มีสีแดง ส่วนลำไส้เล็กมีสีชมพู ถ้าสังเกตพบว่าสีของลำไส้คล้ำลง เปลี่ยนเป็นสีม่วง น้ำตาลหรือดำ หมายถึง ลำไส้เปิดทางหน้าท้องอาจมีการไหลเวียนเลือดของเยื่อแขวนลำไส้ไม่ดี (Mesenteric ischemia) ภาวะแทรกซ้อนนี้อาจพบได้ในระยะสัปดาห์แรกหลังผ่าตัด บางรายมีอาการปวดท้องร่วมด้วย ควรรีบรายงานแพทย์เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันที่



ภาพที่ 15: แสดง Stoma ที่เลือดมาเลี้ยงไม่เพียงพอ

ที่มา: ณัฐวรรณ วรณรักษ์เจริญ (2562)

1.2 ภาวะเลือดออกบริเวณลำไส้เปิด (Stoma bleeding) (ภาพที่ 16) มักเกิดจากการเซ็ดบริเวณทวารใหม่แรงเกินไป หรือได้รับบาดเจ็บโดยไม่รู้ตัว โดยปกติอาจพบเลือดไหลซึมเล็กน้อยบริเวณเยื่อบุผิวลำไส้ได้ในขณะเซ็ดทำความสะอาด โดยเลือดมักจะหยุดได้เอง การใช้สำลีชุบน้ำกั้นบริเวณจุดเลือดออกจะช่วยให้เลือดหยุดได้ง่ายขึ้น แต่ถ้าพบเลือดไหลออกมากทางช่องเปิดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (Stomal lumen) ถือว่าผิดปกติ ควรรีบรายงานแพทย์ ดังนั้นจึงควรเซ็ดทำความสะอาดอย่างเบามือ ไม่ขัดถู ระมัดระวังการกระทบกระแทกรุนแรง อาจใช้ผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวหนังชนิดผง (Skin barrier powder) โรยบางๆ ที่จุดเลือดออก หรือรอยแผลเพื่อดูดซับความชื้น สิ่งสำคัญคือการสังเกตตำแหน่งที่เลือดออกว่าออกจาก Mucosa หรือออกจาก Lumen ของลำไส้ ขอบของลำไส้ รอยแผล และตรวจสอบว่าตัดถูกรองรับสิ่งขับถ่ายให้มีช่องว่างระยะห่างจากขอบช่องเปิดลำไส้โดยรอบ 2 มิลลิเมตร



ภาพที่ 16: ภาพแสดงเลือดออกจากทวารใหม่
ที่มา: ออสโตมี คลินิก โรงพยาบาลราชวิถี (2562)

1.3 ภาวะอุดตัน (Stomal obstruction) (ภาพที่ 17) เนื่องจากมีการอุดตันบริเวณรอยต่อระหว่างลำไส้ พบในผู้ป่วยที่ฉายแสงบริเวณนี้ก่อนผ่าตัดและผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดหน้าท้องสำหรับปัสสาวะอาจมีน้ำปัสสาวะรั่วซึมออกบริเวณรอยต่อระหว่างลำไส้ ทำให้มีปัสสาวะออกน้อย ผู้ป่วยจะปวดท้องและมีไข้ แนวทางการดูแล สังเกตความผิดปกติ เช่น ตึมน้ำได้ตามปกติแต่ปัสสาวะออกน้อย ปวดท้องและมีไข้ ต้องรีบมาพบแพทย์

1.4 ภาวะลำไส้เปิดยวบตัวต่ำกว่าระดับผิวหนังหน้าท้อง (Stomal retraction) เป็นการยุบตัวของลำไส้ที่นำมาทำช่องเปิดต่ำกว่าระดับผิวหนัง 0.5 เซนติเมตร (Stoma receding 0.5 centimeter below the skin) (ภาพที่ 17) เกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ไม่สามารถดึงลำไส้ส่วนที่จะทำช่องเปิดลำไส้ให้ยาวพอหรือมีความตึงมาก ทำให้เกิดการขาดเลือดและเน่าตายร่วมกับผู้ป่วยที่ขาดสารอาหาร หรือผู้ป่วยอ้วนขึ้นทำให้ผนังหน้าท้องหนาขึ้น หรือค่าดัชนีมวลกายสูง (High body mass index) ผู้ป่วยที่ได้รับยา Steroids เป็นต้น ปัญหาที่ตามมาคือการติดถุงไม่อยู่หรือติดได้ไม่นาน เนื่องจากการรั่วซึมใต้แป้น ทำให้ผิวหนังบริเวณลำไส้เปิดระคายเคืองจากสิ่งขับถ่ายและเกิดแผล แนวทางการดูแล เลือกรองรับสิ่งขับถ่ายที่มีระบบนูน (Convex pouching system) จะทำให้ Stoma นูนขึ้น เพื่อให้สิ่งขับถ่ายลงสู่ถุงรองรับสิ่งขับถ่ายได้ง่ายขึ้น หากไม่สามารถจัดหาถุงรองรับที่มี Convex ได้ สามารถใช้ถุงรองรับที่มีแป้นเรียบทั่วไปกับ Skin barrier paste ช่วยในการปรับระดับผิวหนังรอบช่องเปิดลำไส้ ป้องกันการ

เกิดร่องใต้แป้นและอาจใช้เข็มขัด (Belt) ช่วยยึดแป้นในกรณีที่แป้นเป็นแป้นรุ่นที่คล้องเข็มขัดได้จะช่วยทำให้การยึดติดดียิ่งขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจมากขึ้น



ภาพที่ 17: ภาพแสดง Stomal retraction

ที่มา: ญัฐวรรณ วรรณรักษ์เจริญ (2562)

1.5 ภาวะลำไส้เปิดอยู่ระดับผิวหนังหน้าท้อง (Flush stoma) สาเหตุอาจเกิดจากเทคนิคในการผ่าตัด ในขณะที่ดึงลำไส้และการเย็บรอยต่อระหว่างผ่าตัด หรือหลังผ่าตัดเกิดภาวะขาดเลือดมาเลี้ยงลำไส้ จนเกิดเนื้อเยื่อตายบริเวณเยื่ออุ้งลำไส้ ทำให้ช่องเปิดเล็กลง แนวทางการดูแล ในผู้ป่วยที่ความสูงของลำไส้เปิดอยู่ในระดับผิวหนัง จำเป็นต้องใช้ผลิตภัณฑ์ Skin barrier paste เสริมบริเวณที่อาจเกิดการรั่วซึม หรืออาจใช้ร่วมกับแป้นที่มี Convex pouching system เพื่อช่วยดันผิวหนังรอบๆทำให้ Stoma นูนขึ้นสิ่งขับถ่ายไหลลงถุงรองรับดีขึ้น ลดการรั่วซึมได้

1.6 ภาวะช่องเปิดลำไส้ตีบ (Stomal stenosis) เกิดจากการตีบแคบของเนื้อเยื่อเส้นใย (Fibrous tissue) รอบช่องเปิดลำไส้หรือมี Mucosal cutaneous scar อาจเป็นผลจากลำไส้ถูกดึงรั้งเข้าไปในช่องท้อง (Stomal retraction) (ภาพที่ 18) ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องสำหรับปัสสาวะ (Ileal conduit) อาจมีอาการปวดบริเวณสะโพก ปัสสาวะมีกลิ่นเหม็นรุนแรง อาจมีติดเชื้อซ้ำในระบบทางเดินปัสสาวะ (Recurrent urinary tract infection) แนวทางการดูแล แพทย์หรือพยาบาลให้การดูแลโดยใช้นิ้วขยายลำไส้เปิดทุกครั้งที่ทำความสะดวก แต่ต้องพึงระวังการฉีกขาดของเนื้อเยื่อ Fibrous ring เพราะจะมีผลทำให้ลำไส้ตีบมากยิ่งขึ้น แพทย์อาจใช้อุปกรณ์ช่วยถ่างขยาย (Hegar dilators) หากมีการตีบแคบมากอาจจำเป็นต้องแก้ไขโดยการผ่าตัด



ภาพที่ 18: ภาพแสดง Stomal stenosis

ที่มา: ญัฐวรรณ วรรณรักษ์เจริญ (2562)

1.7 ภาวะลำไส้เปิดยื่นยาวผิดปกติ (Stomal prolapse) การที่ลำไส้ยื่นออกมายาวผิดปกติ เกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น การไม่ได้เย็บลำไส้ติดกับผนังหน้าท้อง ในผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องสำหรับปัสสาวะ (Ileal conduit) มักพบได้น้อยกว่า หรืออาจเกิดจากการรัดเข็มขัดแน่นเกินไปเป็นเวลานาน ทำให้กดแบนหน้าท้องเป็นแผลและลำไส้ปลิ้นออกมา การทำผ่าตัดคว้านช่องเปิดใหญ่เกินไป การมีแรงดันในช่องท้องสูงจากการไอ ตำแหน่งของลำไส้เปิดทางหน้าท้องอยู่นอกกล้ามเนื้อ Rectus และพบในผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วน (Obesity) (ภาพที่ 19) แนวทางการดูแล หากลำไส้ยื่นออกมาไม่ยาวมากและสามารถดันกลับได้ วิธีการดันลำไส้ที่ยื่นผิดปกติกลับเข้าในช่องท้อง โดยการให้ผู้ป่วยนอนราบและใช้มือช่วยนวดเป็นจังหวะ อาจใช้น้ำเย็นหรือน้ำตาลโรยบริเวณที่ลำไส้ยื่นออกมา จะช่วยลดอาการบวมและทำให้ดันกลับได้สะดวกขึ้น หากสังเกตว่ามีลักษณะของการขาดเลือดไปเลี้ยงลำไส้ ควรรายงานแพทย์เพื่อผ่าตัดแก้ไข และตรวจสอบการรัดเข็มขัด ไม่ควรกดหรือรัดแน่นเกินไป



ภาพที่ 19: ภาพแสดง Stomal prolapse

ที่มา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (มปป.)

1.8 ภาวะไส้เลื่อน (Parastomal hernia/ Peristomal hernia) เกิดจากการมีกล้ามเนื้อหน้าท้องไม่แข็งแรง การอ่อนแอของกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะอ้วน (Obesity) หรือค่าดัชนีมวลกายสูง (High body mass index) ทูพโภชนาการ (Poor nutrition) การไอเรื้อรัง (Chronic cough) หรือจากเทคนิคการผ่าตัดช่องเปิดของลำไส้ โดยไม่ผ่านชั้นกล้ามเนื้อ Rectus จึงไม่มีกล้ามเนื้อพยุงลำไส้เปิด ทำให้ลำไส้ในช่องท้องไหลมากองที่ชั้นใต้ผิวหนัง (Subcutaneous) จะเห็นได้ว่าผิวหนังรอบๆ ลำไส้เปิดมีลักษณะบวม (ภาพที่ 20) จึงเป็นสาเหตุทำให้เกิดปัญหาในการติดถุง บางรายอาจมีอาการปวดท้อง เกิดการอุดตัน (Obstruction) และขาดเลือด (Strangulation) ภาวะนี้เกิดขึ้นได้หลังผ่าตัดไปแล้วเป็นเดือนหรือเป็นปี แนวทางการดูแล หากมีอาการไม่มากและไม่มีปัญหาการอุดตันของลำไส้ สามารถช่วยได้โดยใช้ผ้าหรือผ้ายึดรัดหน้าท้อง (ตัดช่องไว้เพื่อให้สอดถุงรองรับสิ่งขับถ่ายได้) การพยุงหน้าท้องเพื่อกันลำไส้เลื่อนออกมาได้ระดับหนึ่งและไม่ควรรัดหน้าท้องแน่นจนเกินไป ใช้เข็มขัด (Belt) ช่วยยึดแบนในกรณีที่เป็นแบนรูนที่คล้องเข็มขัดได้ จะช่วยทำให้เป็นของถุงรองรับแบบสนิทกับผิวหนังดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจมากขึ้น หลีกเลี่ยงการยกของหนัก การเบ่ง ไอหรือจามเรื้อรัง



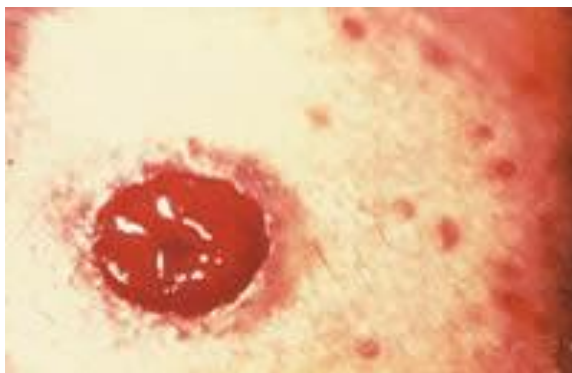
ภาพที่ 20: ภาพแสดง Parastomal hernia

ที่มา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (มปป.)

2. ภาวะแทรกซ้อนของผิวหนังรอบช่องเปิดลำไส้

2.1 การติดเชื้อรา (Candidiasis, Fungal infection) เป็นการอักเสบของผิวหนังจากการติดเชื้อ *Candida albicans* ที่ชั้นผิวหนัง Stratum corneum ผิวหนังจะลักษณะสีแดงเข้มเป็นตุ่มหรือเม็ดสีผิว ผื่นแดง คัน และ เปื่อยลอก หรือตุ่มหนองกระจาย ๆ ลักษณะเฉพาะนี้ เรียกว่า "Satellite pattern" ลูกลามได้รวดเร็ว มักพบบริเวณผิวหนังที่อับชื้น (Warm) ผิวหนังเปื่อยขึ้นจากการรั่วซึมของปัสสาวะ เหงื่อ ในผู้ที่เป็็นโรคเบาหวาน ภูมิต้านทานโรคถูกกด ผู้ที่มีภาวะอ้วน การใช้ยาคุมกำเนิด ใ้ยา Steroids เป็นประจำ และผู้ที่ใ้ยาปฏิชีวนะเป็นเวลานาน แนวทางการดูแล ดูแลผิวหนังให้แห้งไม่อับชื้นและสะอาดอยู่เสมอ ใ้ยาต้านเชื้อราแบบผง (Antifungal powder) เช่น Nystatin โรยบาง ๆ บริเวณที่เป็นทุกครั้งที่เปลี่ยนถุงและควรเปลี่ยนถุงบ่อยขึ้น ในระยะนี้ (ทุก 1-2 วัน จนกว่าจะหาย) หากไม่อาการไม่ดีขึ้นควรปรึกษาแพทย์

2.2 รุขุมขนอักเสบ (Folliculitis) เป็นการอักเสบของรูขุมขน มักพบได้บ่อยจากการโกนขนบริเวณผิวหนังรอบลำไส้เปิดหรือการลอกถุงจากผิวหนังอย่างรุนแรงและย้อนแนวขน ขนจะหลุดติดออกมาและแบคทีเรียจะเข้าไปในรูขุมขนนั้น ทำให้อักเสบติดเชื้อแบคทีเรีย (Bacterial infection) เป็นตุ่มหนอง (Pustule) และมีอาการเจ็บปวดได้ (ภาพที่ 21) แนวทางการดูแล ใช้กรรไกรตัดหรือขลิบขนบริเวณผิวหนังรอบลำไส้เปิด (Peristomal hair trimming) ใช้เครื่องโกนหนวดไฟฟ้าแทนการใช้ใบมีดโกนขน หากโกนขนมากกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ จะเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อโรค ดึงลอกแถบกาวของแป้นออกจากผิวหนังอย่างเบามือ ในรายที่ผิวหนังบางให้ใช้ผลิตภัณฑ์ที่ช่วยลอกแถบกาว (Adhesive pouch-removal product) กรณีที่มีการอักเสบของรูขุมขน ควรดูแลผิวหนังให้สะอาด อาจใ้สบู่อ่อนแบคทีเรียทำความสะอาด อาจพิจารณาใ้ผลิตภัณฑ์ต้านเชื้อแบคทีเรียสำหรับผิวหนังชนิดผง Alginate powder และควรปรึกษาแพทย์ผิวหนัง



ภาพที่ 21: ภาพแสดง Folliculitis

ที่มา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (มปป.)

2.3 ผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสารก่อภูมิแพ้ (Allergic contact dermatitis) เกิดจากภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อสารภูมิแพ้ ผิวหนังจึงมีความไวต่อสารเคมี ผิวหนังจะมีลักษณะแดงเป็นปื้น คัน และผิวหนังอักเสบเป็นแผล (ภาพที่ 22) แนวทางการดูแล ทดสอบผิวหนังสิ่งที่สงสัยว่าแพ้ หลีกเลี่ยงวัสดุหรือผลิตภัณฑ์ที่แพ้ เปิดบริเวณที่มีอาการแพ้ให้ถูกอากาศ โดยโรยบางๆด้วย Skin barrier หรือ Kalaya powder เพียง 24-48 ชม. อาการผื่นคันจะทุเลา ถ้าคันมากอาจใช้ครีม Steroids ทาบาง ๆ

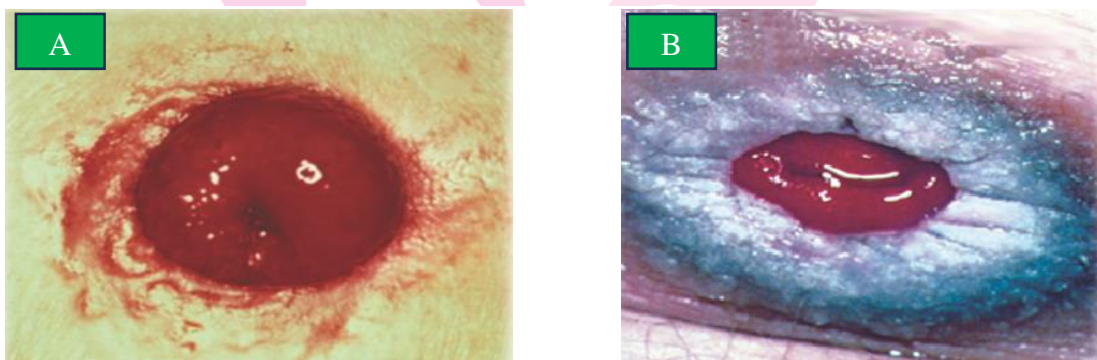


ภาพที่ 22: ภาพแสดง allergic contact dermatitis

ที่มา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (มปป.)

2.4 Pseudoverrucous lesion (ภาพที่ 23 A) มักพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องสำหรับปัสสาวะ เกิดจากผิวหนังรอบลำไส้เปิดสัมผัสกับสิ่งที่ก่อให้เกิดการระคายเคืองกับผิวหนังเป็นเวลานาน มีความชื้นแฉะ เช่นปัสสาวะ (Alkaline urine) ทำให้มีการหนาตัวขึ้นของผิวหนังชั้น Epidermis มีลักษณะเหมือนหูด (Wart-like) ตุ่มนูน (Nodules) หรือก้อนแข็ง เลือดออกง่าย โดยผิวหนังอาจจะมึสึเทา ขาว หรือน้ำตาลอมแดง และเจ็บ อาจพบการตกผลึกของปัสสาวะบริเวณผิวหนังรอบลำไส้ (Crystal-like appearance) (รูปที่ 23 B) มักพบบ่อยในรายที่ตัดขนาดของแป้นใหญ่กว่าขนาดของลำไส้เปิด ผู้ป่วยที่ความสูงของลำไส้เปิดอยู่ในระดับผิวหนัง (Flush stoma) ภาวะลำไส้เปิดถูกดึงรั้งเข้าไปในช่องท้อง (Retracted stoma) แนวทางการดูแล ตรวจสอบการตัดขนาดบริเวณแป้นของถุงรองรับให้พอดีกับลำไส้เปิด ถ้าบริเวณที่เป็นมีขนาดเล็ก สามารถลอกเนื้อที่นูนหนาออก

เบา ๆ ทุกครั้งที่เปลี่ยนถุงแล้วโรยบาง ๆ ด้วย Skin barrier powder และทา Skin barrier paste หากผิวไม่เรียบ
 ขรุขระอาจใช้ Hydrocolloid skin barrier strips/ Ring ร่วมกับ ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องสำหรับปัสสาวะ
 (Ileal conduit) ควรใช้ Urine bag ต่อกับ Pouch เวลานอน เพื่อระบายปัสสาวะ ลดการคั่งค้างของปัสสาวะใน
 Pouch ใช้ Pouch ที่มี Antireflux valve ควรให้ค่าความเป็นกรดต่างของปัสสาวะ (pH) ประมาณ 6 และปรับ
 สภาพให้ปัสสาวะมีความเป็นกรดด้วยการรับประทานวิตามิน Ascorbic acid 1 กรัมต่อวัน ใช้น้ำส้มสายชู
 (Vinegar) 1 ส่วนและน้ำสะอาด 1 ส่วน ประคบ 20 นาที วันละ 2-3 ครั้ง เพื่อรักษาผิวหนังรอบลำไส้เปิดที่มี
 Hyperplasia จนกระทั่งดีขึ้น แนะนำดื่มน้ำเพิ่มขึ้นหากไม่มีข้อจำกัด และดื่มน้ำผลไม้แครนเบอร์รี่ เพื่อลดความเป็น
 ต่างของปัสสาวะ อีกทั้งอาจช่วยลดความเสี่ยงในการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ



ภาพที่ 23 A: แสดง Pseudoverrucous lesion B: แสดง crystal-like appearance

ที่มา: ออสโตมี คลินิก โรงพยาบาลราชวิถี (2562)

พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ให้เกิดการยอมรับภาพลักษณ์ที่
 เปลี่ยนแปลง การให้คำแนะนำช่วยเหลือให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลลำไส้เปิดของตนเอง รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วย
 เอาใจใส่ในการดูแลตนเอง เชื่อมมั่นในตนเอง สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม ลด
 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะการเกิดแผลบริเวณผิวหนังรอบลำไส้เปิด ช่วยให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง
 รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สามารถเข้าร่วมกิจกรรมพบปะสังสรรค์กับผู้ป่วยอื่นที่มีลำไส้เปิดที่หน้าท้อง การมี
 สัมพันธภาพที่ดีกับบุคลากรทางการแพทย์และการได้รับการเอาใจใส่จากครอบครัว จะเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วย
 กลับไปใช้ชีวิตได้เป็นปกติสุขในสังคมและนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน

โรคหลอดเลือดสมอง มีความซับซ้อนต้องการการรักษาที่เฉพาะแบบเร่งด่วน เพื่อรักษาชีวิตและจำกัดความพิการไม่ให้รุนแรงมากขึ้น การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันโดยเฉพาะในระยะ 72 ชั่วโมงแรก หลังจากเกิดอาการถือว่าเป็นโอกาสทองในการรักษาเพื่อจำกัดความรุนแรงของโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากความบกพร่องทั้งทางร่างกาย สติปัญญาและจิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะแบ่งการพยาบาลตามระยะการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งสัมพันธ์กับระยะการดำเนินโรค โดยแบ่งการพยาบาลออกเป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะเฉียบพลัน ใช้เวลาประมาณ 24-48 ชั่วโมง และ 2) ระยะหลังเฉียบพลัน ใช้เวลาประมาณ 1-14 วัน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (เกศริน เอกวิชัย, 2564; ชื่นชม ช่อลีษา, 2555)

การพยาบาลในระยะเฉียบพลัน (นิภาพร บุตรสิงห์, 2562)

เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่ใช้เวลา 24-48 ชั่วโมง มีวัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของสมองระยะที่ 2 (Second brain injury) จากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased intracranial pressure) ป้องกันการล้มเหลวของระบบการหายใจ ระบบทั่วไปของร่างกายมีความสมดุลเพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วย โดยเริ่มตั้งแต่พยาบาลประเมินผู้ป่วยและสงสัยว่ามีอาการทางโรคหลอดเลือดสมอง ต้องแจ้งแพทย์ทันที เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาผ่านระบบช่องทางด่วน (Stroke fast track) ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินและการรักษาที่เหมาะสม ตั้งแต่การประเมินทางระบบประสาท ชักประวัติ ตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ได้รับการสแกนสมอง CT non contrast อย่างรวดเร็ว และอาจได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Recombinant tissue plasminogen activator: rt-PA) หากผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์การให้ยา rt-PA และมีอาการทางโรคหลอดเลือดสมองไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ถ้าผู้ป่วยไม่อยู่ในเกณฑ์การให้ยา rt-PA ทีมแพทย์จะให้การรักษาที่เหมาะสมตามสภาวะของผู้ป่วย ได้แก่ การให้ยาต้านเกร็ดเลือด หรือยาต้านการแข็งตัวของเลือด

การพยาบาลพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ประกอบด้วย การประเมินระดับความรู้สึกตัวและการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท วัตถุประสงค์ของออกซิเจน การให้สารน้ำ การดูแลให้ได้รับอาหารและประเมินความสมดุลของสารน้ำและ อิเล็กโทรลัยท์ และป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะปอดแฟบหรือปอดบวม การติดเชื้อ ลิ่มเลือดอุดตัน การเกิดแผลกดทับ และการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ มีรายละเอียด ดังนี้

1. การประเมินทางระบบประสาท (Neurological assessment) เครื่องมือประเมินทางระบบประสาทที่เหมาะสม ได้แก่ National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีการศึกษายืนยันว่า NIHSS มีความตรงและความเที่ยงอยู่ในระดับสูง จึงนิยม

ใช้กันอย่างแพร่หลายทั้งในไทยและต่างประเทศ และมีฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยศูนย์โรคหลอดเลือดสมองศิริราช โดยเครื่องมือประเมินทางระบบประสาท NIHSS ประกอบด้วย 11 ข้อ โดยข้อ 1 ประกอบด้วย 3 ด้าน ระดับความรู้สึกตัว การตอบคำถาม การปฏิบัติตามคำบอก และข้อ 2 ถึงข้อ 11 ได้แก่ การเคลื่อนไหวของตาในแนวราบ ลานสายตา การเคลื่อนไหวของใบหน้า กำลังของกล้ามเนื้อแขน กำลังของกล้ามเนื้อขา การประสานงานของแขนขา การรับรู้ความรู้สึก ความสามารถด้านภาษา การออกเสียง และการขาดความสนใจในด้านหนึ่งด้านใดของร่างกาย คะแนนรวม 42 คะแนน ถ้าคะแนนมากแสดงว่าผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรครุนแรง คะแนนน้อย แสดงว่าผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคน้อย

การพยาบาล ช่วงเวลาในการประเมินสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA พยาบาลต้องประเมินคะแนน NIHSS เป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนให้ยา หลังจากได้ยาต้องประเมินการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทโดยใช้ NIHSS ทุก 15 นาที เป็นเวลา 2 ชั่วโมง หลังจากนั้นประเมินทุก 30 นาทีเป็นเวลา 6 ชั่วโมง และทุก 1 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง หลังเริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือด หลังจากอาการผู้ป่วยคงที่ให้ประเมินตามความเหมาะสม

2. การควบคุมความดันในกะโหลกศีรษะ (Intracranial pressure control) ความดันภายในกะโหลกศีรษะ (Intracranial pressure: ICP) เป็นผลรวมของความดันจากส่วนประกอบ 3 สิ่งที่อยู่ในกะโหลกศีรษะ ได้แก่ เนื้อสมอง เลือด และน้ำไขสันหลัง โดยทั่วไปร่างกายจะพยายามปรับตัวให้มี ICP คงที่แม้ว่าจะมีพยาธิสภาพในสมองโดยกลไกต่างๆ ในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางโรคหลอดเลือดสมองเมื่อสมองขาดเลือดจะทำให้เกิดภาวะเนื้อสมองตาย ความดันในกะโหลกศีรษะอาจสูงขึ้นได้ เนื่องจากเนื้อสมองที่ตาย อาจมีการบวม ให้ปริมาตรของสมองเพิ่มขึ้น ถ้าความดันในกะโหลกศีรษะสูงกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงสูงขึ้น ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขโดยเร็ว อาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้

การพยาบาล พยาบาลสามารถป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased intracranial pressure: IICP) ได้โดยการปรับระดับเตียงให้ผู้ป่วยศีรษะสูงประมาณ 30 องศา ดูแลจัดท่าให้ศีรษะลำคอและสะโพกไม่พับงอ เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองได้สะดวก และการไหลกลับของเลือดดำจากสมองดีขึ้น จัดสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียง ดูแลระงับปวด ดูแลอุณหภูมิกายให้อยู่ในช่วงปกติ ดูแลการหายใจแลกเปลี่ยนก๊าซให้อยู่ในระดับปกติ ประเมินและเฝ้าระวังอาการทางประสาททุก 1 ชั่วโมง ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง สังเกตและบันทึกอาการ IICP ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงที่เลวลง รายงานแพทย์ทันที โดย Early signs ของ IICP ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง กำลังกล้ามเนื้อผิดปกติ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน การมองเห็นและรูม่านตาผิดปกติ สัญญาณชีพเริ่มเปลี่ยนแปลง ความดันโลหิตสูงร่วมกับความดันชีพจรกว้าง (Wide pulse pressure) อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง และหายใจช้าลง ส่วน Late signs ของ IICP ได้แก่ รูม่านตาเปลี่ยนแปลง สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงมากขึ้น รูปแบบการหายใจผิดปกติร่วมกับมีความผิดปกติของค่า Arterial blood gas (ABG) พยาบาลควรแจ้งแพทย์ทันทีเมื่อมี Early signs ใดๆอย่างหนึ่ง ส่งผู้ป่วยตรวจทางระบบประสาท เช่น CT scan หรือ MRI ดูแลระบบทางเดินหายใจและการไหลเวียนของเลือดให้คงที่ ดูแลให้ยากลุ่มความดันออสโมติกสูง

(Hyperosmolar agents) ได้แก่ Mannitol และ Hypertonic saline solution เพื่อลดภาวะบวมของเนื้อสมอง และควบคุมความดันโลหิต

3. การจัดการความดันโลหิต (Blood pressure management) ภาวะความดันโลหิตสูงพบได้ประมาณ ร้อยละ 80 ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน รวมถึงผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประวัติความดันโลหิตสูงมาก่อน เนื่องจากสมองต้องใช้ออกซิเจนถึงร้อยละ 20 ของปริมาณออกซิเจนทั้งหมดในร่างกายและในภาวะปกติ สมองต้องการเลือดไปเลี้ยงในปริมาณที่คงที่ ในช่วงที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงแบบเฉียบพลัน ความดันโลหิตอาจสูงขึ้นซึ่งเป็นประโยชน์ในการเพิ่มปริมาณเลือดในการไหลเวียนสู่สมองบริเวณที่ขาดเลือดจากการที่ระบบ autoregulation พยายามเพิ่มความดันโลหิต เพื่อเพิ่ม Cerebral blood flow (CBF) ซึ่งจะสัมพันธ์กับค่าความดันกำซาบของเลือดในสมอง (Cerebral perfusion pressure: CPP) ค่า CPP ปกติอยู่ระหว่าง 60-95 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตสูงมีหน้าที่สำคัญในการนำเลือดไปเลี้ยงสมองบริเวณที่ขาดเลือด ดังนั้นในระยะเฉียบพลันของโรคหลอดเลือดสมอง จึงไม่ควรให้ยาลดความดันโลหิตกับผู้ป่วย ภาวะความดันโลหิตสูงในโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันจะค่อยๆ ลดลงเองภายใน 48-72 ชั่วโมง หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน คือ ประเมินระดับความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอทุก 1 ชั่วโมง ประเมินและติดตามความดันโลหิตให้อยู่ในระดับคงที่โดยไม่ต้องให้ยาลดความดัน ยกเว้นค่าความดันโลหิต (BP) สูงกว่า 220/120 มิลลิเมตรปรอท กรณีผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (IV rt-PA) ต้องเฝ้าระวังและวัดความดันโลหิต ทุก 15 นาที ใน 2 ชั่วโมงแรกที่เริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือดหลังจากนั้น ทุก 30 นาที ใน 6 ชั่วโมง และทุก 1 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง โดยควบคุมความดันโลหิต ให้ต่ำกว่า 180/105 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยที่ไม่น่าจะได้ยา IV rt-PA แต่มีระดับความดันโลหิตสูงมากเกิน 220/120 มิลลิเมตรปรอท ประโยชน์ในการลดความดันโลหิตใน 48-72 ชั่วโมงแรกยังไม่ชัดเจน แต่แพทย์อาจให้ลดระดับความดันโลหิตลงจาก Baseline เดิมประมาณ 15 เปอร์เซ็นต์ ใน 24 ชั่วโมงแรก

4. การจัดการอุณหภูมิกาย (Temperature management) อาการไข้ (อุณหภูมิสูงกว่า 38 องศาเซลเซียส) หลังโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะที่พบได้บ่อยจากระบบการควบคุมอุณหภูมิของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปจากภาวะสมองขาดเลือด หรือจากการติดเชื้อ การเพิ่มขึ้นของอุณหภูมิจะไปเพิ่ม Metabolism ของสมองและมีการปล่อยสารอนุมูลอิสระเพิ่มมากขึ้น เป็นผลจากบริเวณของสมองที่ตายกว้างขึ้น ไข้เป็นตัวเร่งให้เซลล์ประสาทตายเร็วขึ้นทำให้ภาวะโรคแย่ลง อย่างไรก็ตามการลดอุณหภูมิของผู้ป่วย (Hypothermia) ยังไม่ได้รับการยืนยันว่ามีประโยชน์ในการรักษาเซลล์ประสาทในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หากแต่ยังทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้นรวมถึงการติดเชื้อในปอด จากรายงานการศึกษาในประเทศออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ และอังกฤษ พบว่าในช่วง 24 ชั่วโมงแรกของโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยที่มีอุณหภูมิต่ำกว่า 37 องศาเซลเซียส และสูงกว่า 39 องศาเซลเซียส เสี่ยงต่อการตายในโรงพยาบาลสูงกว่าผู้ที่มีอุณหภูมิอยู่ในระดับปกติ ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการประเมินอุณหภูมิอย่างสม่ำเสมอและได้รับยาลดไข้เมื่อมีไข้

การพยาบาล บทบาทพยาบาลในการจัดการอุณหภูมิภายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน คือ ฝ้าระวังและบันทึกอุณหภูมิภายในผู้ป่วยทุก 4 ชั่วโมง ใน 72 ชั่วโมงแรก และถ้าอุณหภูมิสูงกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ดูแลให้ยาลดไข้

5. การจัดการระดับน้ำตาลในเลือด (Glucose management) การเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่เหมาะสมทำให้เซลล์ประสาทเสียหายได้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 10-20 พบว่ามีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) และน้ำตาลในเลือดสูงจะเพิ่มการทำลายเซลล์ประสาทในบริเวณที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง (Ischemic penumbra) มีหลักฐานที่ชัดเจนว่าภาวะ Hyperglycemia ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด มีการพยากรณ์โรคที่แยงลงมากเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีภาวะ hyperglycemia ควรประเมินและให้ยารักษากระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ที่ 140-180 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

การพยาบาล บทบาทพยาบาลในการจัดการระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน คือ ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างใกล้ชิดให้คงอยู่ในระดับปกติ สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะ Hyperglycemia และ Hypoglycemia หลีกเลี่ยงการให้สารน้ำที่มีส่วนผสมของน้ำตาล (Dextrose solutions) ทางหลอดเลือดดำ เว้นแต่ผู้ป่วยมีภาวะ Hypoglycemia หรือ Blood glucose < 60 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

6. แนวทางการให้ออกซิเจน (Oxygen therapy) ภาวะ Hypoxia เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและส่งผลทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้ช้า อย่างไรก็ตามการให้ออกซิเจนที่มากเกินไปเกินความจำเป็น (Hyperoxia) จะทำให้ระบบการบีบคลายตัวของหลอดเลือดของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป เกิด Vasoconstrictor effect ในสมองส่วนที่ปกติ ส่งผลให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อสมองบริเวณที่ขาดเลือดลดลงทำให้เกิดภาวะเนื้อสมองตายเพิ่มขึ้น สำหรับให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการแนะนำให้คงระดับการอิ่มตัวของออกซิเจน (Oxygen saturation: O₂Sat) ที่ 95 เปอร์เซ็นต์ ขึ้นไป และให้ออกซิเจนเพิ่มเติมกับผู้ป่วยกรณีที่มี Oxygen saturation ต่ำกว่า 95 เปอร์เซ็นต์เท่านั้น

การพยาบาล ประเมินและวัดระดับ Oxygen saturation อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ดูแลทางเดินหายใจและการหายใจให้มีประสิทธิภาพ ไม่ให้ออกซิเจนถ้าผู้ป่วยไม่มีภาวะ Hypoxia และดูแลให้ออกซิเจน 2-4 ลิตร/นาที ทาง Nasal cannula ถ้าผู้ป่วยมีค่า Oxygen saturation ต่ำกว่า 95 เปอร์เซ็นต์เท่านั้น

7. การจัดท่า (Positioning) พบว่าการจัดท่าให้ผู้ป่วยศีรษะสูง 30 องศา ในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองส่งผลต่อการตาย ภาวะพิการ และปอดอักเสบติดเชื้อ ไม่แตกต่างจากการจัดท่าให้ผู้ป่วยนอนหงายราบ และแนะนำว่าการให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันโดยเฉพาะสมองที่มีการขาดเลือดขนาดใหญ่ (Large infarcts) นอนศีรษะราบนั้นอาจเพิ่มโอกาสของการเกิดภาวะสมองบวมหายใจไม่สะดวก การแลกเปลี่ยนกาซออกซิเจนไม่ดีจากภาวะอัมพาตของกระบังลม ทำให้เสี่ยงต่อปอดอักเสบติดเชื้อได้ ดังนั้น การจัดท่า

นอนราบเชื่อว่าช่วยเพิ่มระบบไหลเวียนของเลือดไปที่ศีรษะได้ และเป็นประโยชน์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาเลือดออกในเนื้อสมองหรือโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดขนาดใหญ่ที่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน จากภาวะเนื้อสมองตายขนาดใหญ่ สมองบวม มีภาวะอัมพาตของกระบัง หรือมีโอกาสสูงสุดสำหรับสูงแนะนำให้จัดทำศีรษะสูง 30 องศา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) เพิ่มความสามารถในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนและลดการสลาย

การพยาบาล บทบาทพยาบาล คือ จัดทำให้อุปกรณ์นอนศีรษะราบถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดและแพทย์ประเมินแล้วว่าไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน แต่ถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในเนื้อสมองหรือสมองขาดเลือดขนาดใหญ่ ที่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือมีโอกาสสูงสุดสำหรับสูง ควรจัดให้อุปกรณ์อยู่ในท่านอนหงายศีรษะสูง 30 องศา ระวังให้ศีรษะลำคอและสะโพกไม่พับงอ เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองได้สะดวกและการไหลกลับของเลือดดำจากสมองดีขึ้นและป้องกันการเกิดภาวะ IICP

8. การให้สารน้ำ (Hydration) การให้ Hydration ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเฉียบพลันเป็นการช่วยเพิ่มปริมาตรในระบบการไหลเวียนโลหิต ซึ่งอัตราการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำที่แนะนำว่าสามารถช่วยให้ระบบไหลเวียนโลหิตไหลเวียนได้ปกติคือ 75-100 มิลลิลิตร/ชั่วโมง โดยสารที่ควรน้ำให้เพื่อรักษาภาวะ Hypovolemia คือ Isotonic normal saline การได้รับสารน้ำที่ไม่เพียงพอไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อสมองที่แย่งเท่านั้น แต่ยังส่งเสริมการเกิดภาวะแทรกซ้อนอีกด้วย โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีค่า Serum osmolality มากกว่า 297 mOsm/kg มีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตันเพิ่มขึ้น 4.7 เท่า

การพยาบาล บทบาทพยาบาล คือ ประเมินภาวะขาดน้ำของผู้ป่วยจากความยืดหยุ่นของผิวหนัง เยื่อบุปาก น้ำตา พฤติกรรมกระสับกระส่าย กระจายน้ำ ความดันเลือดและชีพจร รวมถึงการประเมินปริมาณน้ำปัสสาวะ ค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ (Urine specific gravity) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอเพื่อคงระบบไหลเวียนโลหิตให้ปกติ หลีกเลี่ยงสารน้ำที่มีส่วนผสมของน้ำตาล (Dextrose solutions)

9. การดูแลให้ได้รับอาหาร (Feeding/ Nutrition) เกือบร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดรุนแรงพบว่ามีภาวะขาดสารอาหารในช่วง 2-3 สัปดาห์แรก โดยภาวะขาดสารอาหารนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนและผลลัพธ์การทำงานของร่างกาย (Functional outcomes) แย่ลง ภาวะขาดสารอาหารมักเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนได้หรือไม่สามารถบอกความต้องการได้เนื่องจากภาวะพร่องทางระบบประสาท ดังนั้นผู้ดูแลต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอตามความเหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วย เช่น ให้ทางปาก ทางสายยางให้อาหาร หรือทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยควรได้รับอาหารผ่านระบบทางเดินอาหารภายใน 7 วัน หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การพยาบาล บทบาทพยาบาลในการดูแลให้ได้รับอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน คือ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารให้เร็วที่สุดถ้าไม่มีข้อห้าม ตามแผนการรักษาของแพทย์ อย่างไรก็ตาม ห้ามให้

อาหารรวมถึงยารับประทานทางปาก จนกว่าผู้ป่วยจะได้รับการประเมินความสามารถในการกลืน ว่าสามารถกลืนได้อย่างปลอดภัย

10. การกลืน (Swallowing) การกลืนลำบากเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพบประมาณร้อยละ 37-78 ทำให้เสี่ยงต่อการสูดสำลักอาหารลงปอดและติดเชื้อในปอดได้ ซึ่งจะทำให้การพยากรณ์โรคแย่ลงหรือนำไปสู่การเสียชีวิตได้ ดังนั้น ผู้ป่วยทุกคนควรได้รับการประเมินความสามารถในการกลืนก่อนได้รับน้ำ อาหาร หรือยารับประทานทางปาก

การพยาบาล บทบาทพยาบาล คือ ประเมินความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโดยเร็ว (Early swallowing assessment) อย่างมีมาตรฐานและปลอดภัยภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

11. การจัดการเรื่องการขับถ่าย (Bladder and bowel management) หน้าที่การทำงานของระบบปัสสาวะและลำไส้อาจบกพร่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพบประมาณร้อยละ 30-50 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ผู้ป่วยอาจมีภาวะกลั้นปัสสาวะ/อุจจาระไม่ได้ หรือถ่ายปัสสาวะ/อุจจาระเองไม่ได้ การมีปัสสาวะคั่งค้างในกระเพาะปัสสาวะ (Urinary retention) อาจทำให้เกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection: UTI) ซึ่งทำให้กระบวนการฟื้นตัวของผู้ป่วยช้าลงได้ การพร่องความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายยังเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยอึดอัดรำคาญจนถึงซึมเศร้าและอาจนำไปสู่การแยกตัวออกจากสังคม

การพยาบาล บทบาทของพยาบาล คือ ประเมินการทำงานของกระเพาะปัสสาวะ ความสามารถในการถ่ายปัสสาวะ ความถี่ วัดและบันทึกปริมาณปัสสาวะที่คั่งค้างอย่างถูกต้อง โดยใช้ Bladder scanner หรือใช้สายสวนปัสสาวะ กระตุ้นการทำงานของกระเพาะปัสสาวะ โดยการนวดคลึงกระเพาะปัสสาวะถ้าไม่มีข้อห้าม กระตุ้นให้ถ่ายปัสสาวะโดยใช้รถนั่ง กระจกหรือกระบอกรองปัสสาวะ โดยกระตุ้นทุก 2 ชั่วโมง ในตอนกลางวันทุก 4 ชั่วโมง ในตอนกลางคืน ควรใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายกรณีที่เป็นเท่านั้น เนื่องจากจะทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ประเมินหน้าที่การทำงานของลำไส้อย่างสม่ำเสมอ ว่ามีอาการท้องผูกหรือกลั้นอุจจาระไม่ได้หรือไม่ แจ้งแพทย์เพื่อขอยาระบายหรือสวนอุจจาระให้ผู้ป่วยถ้าจำเป็น

12. การเริ่มเคลื่อนไหวร่างกาย (Mobilization) การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวพบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ได้แก่ ภาวะปอดแฟบ การสูดสำลักเข้าปอด หลอดเลือดดำอุดตัน และเกิดแผลกดทับ โดยมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวถึงร้อยละ 51

การพยาบาล พยาบาลควรมีการส่งเสริมการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว (Early mobilization) เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน อย่างไรก็ตาม ต้องให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียงใน 24 ชั่วโมงแรกจนกว่าอาการทางระบบประสาทจะคงที่ ถ้าอาการทางระบบประสาทและระบบ Hemodynamic คงที่แล้ว ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวโดยการลุกนั่งหรือลงจากเตียง ที่สำคัญ พยาบาลต้องประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยก่อน

ว่ามีการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทที่แย่งภายหลังจากเปลี่ยนจากท่านอนเป็นท่านั่งหรือไม่ เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเคลื่อนไหว

13. การดูแลป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอุดตัน (Deep vein thrombosis) ข้อจำกัดทางด้านความสามารถในการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดดำอุดตันได้โดยเฉพาะที่ขา ซึ่งอาจเสี่ยงต่อภาวะลิ่มเลือดลอยไปอุดตันที่ปอด (Pulmonary embolism) นำไปสู่การเสียชีวิตได้

การพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน จำเป็นต้องได้รับการพักผ่อนบนเตียงและทำกิจกรรมให้น้อยที่สุด ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลควรพิจารณาโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดดำอุดตันร่วมกับแพทย์ โดยอาจจะเลือดเพื่อส่งตรวจค่าดีไดเมอร์ (D-dimer) เพื่อประเมินความเสี่ยงของภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน ในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดหลอดเลือดดำอุดตันและไม่มีข้อห้ามใดๆ ควรให้ใช้อุปกรณ์นวดขาเป็นช่วง ๆ (Intermittent pneumatic compression)

14. การจัดการภาวะซึมเศร้า (Depression management) ภาวะซึมเศร้าภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบได้ถึงร้อยละ 25-79 ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงชีวิตของผู้ป่วย จากสรุปการศึกษาที่ผ่านมา มีหลักฐานที่ชัดเจนว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับการจัดการแก้ไขอย่างจริงจังและอาจจะต้องเข้ายาด้านภาวะซึมเศร้าถ้าจำเป็น

การพยาบาล พยาบาลควรตื่นตัวและให้ความสำคัญกับภาวะวิกฤตทางอารมณ์จิตใจของผู้ป่วย บทบาทของพยาบาล คือ ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าโดยใช้เครื่องมือการประเมินภาวะซึมเศร้าที่ได้มาตรฐาน เมื่อพบหรือมีข้อสงสัยว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า พยาบาลควรแจ้งแพทย์เพื่อปรึกษาจิตแพทย์ถ้าจำเป็น ประเมินความเสี่ยงเพิ่มเติมโดยการซักประวัติจากครอบครัวหรือผู้ดูแล ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาด้านซึมเศร้ากรณีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และติดตามอย่างใกล้ชิดหลังได้รับยา

การพยาบาลในระยะหลังเฉียบพลัน

เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ง ใช้เวลา 1-14 วัน เป้าหมายของการดูแลในระยะนี้ คือ การพัฒนาระดับความสามารถของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้เหมาะสมกับสภาพของแต่ละบุคคล เน้นการฟื้นฟูสภาพ และการทดแทนในระยะนี้ จะเป็นการทำงานร่วมกันของบุคลากรทีมสุขภาพ การพยาบาลจะเป็นการดูแลต่อเนื่องจากระยะเฉียบพลัน โดยมีการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ดังนี้ (สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย, 2550)

1. การประเมินสภาพผู้ป่วย ประกอบด้วย ประเมินระดับความรู้สึกตัว ขนาดรูม่านตาและปฏิกิริยาต่อแสง กำลังของแขนและขา (Motor power) สัญญาณชีพ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในร่างกาย (O₂Sat) ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (Specific clinical risk) อย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ภาวะสมองบวม ภาวะการทำงานของระบบหายใจและหัวใจผิดปกติ การสำลักจากภาวะกลืนลำบาก ประเมินสภาพจิตใจ

ได้แก่ มีความวิตกกังวลหรือไม่สบายใจ โกรธ เอะอะ โวยวาย มีความไม่แน่ใจในเรื่องต่างๆ ซึมเศร้า ปฏิเสธไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

2. การให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังจากตรวจร่างกายและประเมินสภาพผู้ป่วย พยาบาลให้การดูแลตามสภาพปัญหาที่ประเมินได้ โดยมีการกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยที่เน้นการพัฒนาในระดับความสามารถของผู้ป่วย จาก การทบทวนวรรณกรรมพบว่า การพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยทำได้โดยการส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการดูแลด้านจิตใจด้วยวิธีการให้คำแนะนำและฝึกหัด โดยมีการร่วมมือกันของ ผู้ป่วย ผู้ดูแล พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง (ชื่นชม ชื่อลือชา, 2555)

การพยาบาลสำหรับให้ยาละลายลิ่มเลือด (สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย, 2550)

1. ก่อนให้ยา

1.1 ให้ผู้ป่วยและญาติได้ทราบคำอธิบาย เกี่ยวกับข้อดีและข้อเสียของการให้ยา ก่อนเซ็นใบยินยอม

1.2 เจาะเลือด ได้แก่ Complete Blood Count (CBC), Blood sugar, Coagulogram, Prothrombin time (PT), International normalize Ratio (INR), Clot blood พร้อมเปิดหลอดเลือดดำ 2 เส้น โดยเส้นหนึ่งให้ 0.9% NSS อีกเส้นหนึ่ง lock เตรียมไว้สำหรับให้ยาละลายลิ่มเลือด

1.3 ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ Electrocardiogram (EKG) 12 lead

2. การเตรียมและการให้ยา

2.1 คำนวณปริมาณยาที่ให้จากน้ำหนักตัว ขนาดที่ให้ คือ 0.6-0.9 มิลลิกรัม/กิโลกรัม ปริมาณสูงสุดที่ให้อาจไม่เกิน 90 มิลลิกรัม

2.2 ผสมยาใน Sterile water (ยาไม่ละลายในส่วนผสมที่มีเด็กโตรส) โดยให้สารละลายที่ผสมแล้วมีความเข้มข้น 1 มิลลิกรัม/มิลลิลิตร

2.3 ดูดสารละลายที่ผสมแล้วมาร้อยละ 10 ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำภายใน 1 นาที และส่วนที่เหลือร้อยละ 90 หยดทางหลอดเลือดดำนานไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง

2.4 ยาที่ผสมแล้วถ้าเหลือจากการคำนวณต้องเก็บไว้ในตู้เย็นอุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียส และถ้าไม่ใช้ภายใน 24 ชั่วโมง ต้องทิ้ง

2.5 ขณะหยดยาละลายลิ่มเลือดไม่ให้ยาชนิดอื่นเข้าทางสายให้สารน้ำเดียวกัน

3. การเฝ้าระวังและป้องกันเลือดออกหลังให้ยา

3.1 ผู้ป่วยควรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติหรือ Stroke unit

3.2 งดกิจกรรมหลังให้ยา rt -PA ภายใน 24 ชั่วโมง ดังต่อไปนี้ งดให้ Heparin/ Warfarin/ Antiplatelet งดใส่สายยางทางจมูก (Nasogastric tube: NG tube) หรือแทงสายยางเข้าหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Central line) การเจาะ Arterial blood gas หรือเจาะหลอดเลือดแดง

3.3 หลีกเลี้ยงการใส่สายสวนปัสสาวะ (Foley catheter) ภายใน 30 นาที

3.4 ให้อาหารลดกรดเพื่อป้องกันเลือดออกในระบบทางเดินอาหารตามแผนการรักษา

3.5 เฝ้าระวังและสังเกตอาการเลือดออกจากอวัยวะต่างๆ ซึ่งเป็นอาการแทรกซ้อนของยาเช่น มีจ้ำเลือดเพิ่มมากขึ้นที่รอยแทงน้ำเกลือ หรือรอยเจาะเลือด พร้อมสังเกต สีของปัสสาวะ สีของอุจจาระ หรืออาเจียนที่ออกมา

4. กรณีที่สงสัยว่ามีเลือดออกในสมอง จะมีอาการ เช่น ปวดศีรษะ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ความดันโลหิตสูงขึ้น หรือมีอาการคลื่นไส้อาเจียนให้ปฏิบัติ ดังนี้

4.1 หยุดยาทันทีและรายงานแพทย์

4.2 เตรียม lab: CBC, Platelet, Coagulation, Fibrinogen, D-dimer พร้อมเตรียมให้ FFP (Fresh Frozen Plasma) ตามแผนการรักษา

4.3 เตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจ CT brain emergency

5. การควบคุมความดันโลหิตสูง วัดความดันโลหิตทุก 15 นาทีและถ้ามีความผิดปกติปฏิบัติตามแผนการรักษา ดังนี้

5.1 ก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด ถ้า Systolic blood pressure (SBP) >185 มิลลิเมตรปรอท หรือ Diastolic blood pressure (DBP) >110 มิลลิเมตรปรอท แพทย์อาจให้ยากลุ่มเบต้าบล็อกเกอร์ทางหลอดเลือดดำ 1-2 ครั้ง หรือให้ Nitro paste 1-2 นิ้วแปะหน้าอก หรือให้ยา Enalapril 1.25 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ

5.2 หลังให้ยาละลายลิ่มเลือด

5.2.1 ถ้าความดันโลหิต DBP>140 มิลลิเมตรปรอท แพทย์อาจให้ Sodium nitroprusside (0.5 ไมโครกรัม/กิโลกรัม/นาที)

5.2.2 ถ้าความดันโลหิต SBP>230 มิลลิเมตรปรอท หรือ DBP อยู่ระหว่าง 121-140 มิลลิเมตรปรอท แพทย์อาจให้ยากลุ่มเบต้าบล็อกเกอร์ 10-20 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำครั้งเดียว หรือหยุดทางหลอดเลือดดำในปริมาณ 2-8 มิลลิกรัม/นาที

5.2.3 ถ้าความดันโลหิต SBP อยู่ระหว่าง 180-230 มิลลิเมตรปรอท หรือ DBP อยู่ระหว่าง 105-120 มิลลิเมตรปรอท แพทย์อาจให้ยากลุ่มเบต้าบล็อกเกอร์ ฉีดเข้าหลอดเลือดดำและอาจให้ซ้ำตามแผนการรักษา

5.2.4 ถ้าความดันโลหิต SBP มากกว่า 180 มิลลิเมตรปรอท หรือ DBP อยู่ระหว่าง 105-140 มิลลิเมตรปรอท แพทย์อาจให้ Nifedipine 5 มิลลิกรัม/ชั่วโมง หยุดทางหลอดเลือดดำ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ แก่ผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง หรือบางรายไม่สามารถดูแลตนเองได้ กลายเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาคน

อื่น ดังนั้นพยาบาลหรือผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลสำคัญที่สามารถดูแลช่วยเหลือตอบสนองความต้องการผู้ป่วยที่จำเป็นหรือบางส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำได้ เพื่อช่วยฟื้นฟูสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่จะเกิดขึ้นตามมา

ในการศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด และมีภาวะหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันหลังผ่าตัด พบว่านอกจากผู้ป่วยจะต้องการคำแนะนำ ช่วยเหลือให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลทวารเบาเทียม เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะการเกิดแผลบริเวณผิวหนังรอบลำไส้เปิดแล้ว ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองยังทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เพื่อให้ความต้องการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยได้รับการตอบสนองที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ ครอบคลุม ผู้เขียนจึงได้นำกรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้อง และแบบประเมินที่เกี่ยวข้อง มาใช้ในกรณีศึกษาครั้งนี้ ดังนี้

1. กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของมาร์จอร์รี่ กอร์ดอน (Marjory Gordon)
2. แบบประเมินการรับรู้ฉบับย่อ (A Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ)
3. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem's self-care Theory)

กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของมาร์จอร์รี่ กอร์ดอน (Marjory Gordon)

ใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัวหรือชุมชน โดยประเมินแบบแผนพฤติกรรมภายนอกและภายในของบุคคลที่เกิดขึ้น ช่วงระยะเวลาหนึ่งและมีผลต่อสุขภาพการประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ประกอบด้วย 11 แบบแผน แต่ละแบบแผนจะมีความสัมพันธ์กัน หากมีความผิดปกติในแบบแผนหนึ่งอาจมีผลกระทบต่อแบบแผนอื่น ทำให้บุคคลมีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย เป็นเครื่องมือในการค้นหาปัญหาหรือความต้องการของผู้รับบริการ แล้วนำไปปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้สอดคล้องกับความต้องการ ช่วยให้เข้าใจถึงการดำรงชีวิตการปรับตัวและจิตสังคมของผู้ป่วยประกอบด้วย 11 แบบแผน (อรนนท์ หาญยุทธ, 2565) ดังนี้

แบบแผนที่ 1 การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ (Health perception and health management) เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ การดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแล และการฟื้นฟูสภาพ

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร (Nutrition and metabolism) เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ภาวะโภชนาการ การเผาผลาญสารอาหาร น้ำและเกลือแร่ อุณหภูมิของร่างกาย การเจริญเติบโตและการพัฒนาการ ผิวหนังและเยื่อ และระบบภูมิคุ้มกันโรค

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย (Elimination) เกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะรวมถึงปัจจัยส่งเสริมและปัญหาอุปสรรคต่อการขับถ่าย

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย (Activity and exercise) เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่าง ๆ การดูแลสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย การออกกำลังกายและการใช้

เวลาว่าง การพัฒนาการทำงานของโครงสร้างและกล้ามเนื้อระบบหายใจ ระบบหัวใจและไหลเวียนเลือด

- แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ (Sleep and rest) เป็นแบบแผนด้านการพักผ่อนหรือการผ่อนคลาย และการนอนหลับ
- แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้ (Cognition and perception) เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้ ความรู้สึกทางประสาทสัมผัส ความสามารถทางสติปัญญาได้แก่ ความคิด การแก้ปัญหา การตัดสินใจการเรียนรู้และการสื่อสารต่าง ๆ
- แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (Self-perception and Self-concept) เป็นแบบแผนที่เกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ อัตมโนทัศน์ ความสามารถและความภูมิใจในตนเอง
- แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ (Role and relationship) เกี่ยวกับการปฏิบัติตามบทบาท สัมพันธภาพ การสื่อสาร และพัฒนาการด้านสังคม
- แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ (Sexuality and reproduction) เป็นแบบแผนด้านพัฒนาการทางเพศ การเจริญพันธุ์และเพศสัมพันธ์
- แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด (Coping and stress tolerance) เป็นแบบแผนด้านการจัดการและการปรับตัวกับความเครียด
- แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ (Value and belief) เป็นแบบแผนด้านการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งที่บุคคล เชื่อถือ ศรัทธา สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ คุณค่าในชีวิต และความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ

แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เป็นหนึ่งในกรอบแนวคิดที่สามารถนำไปใช้เพื่อการประเมินสุขภาพ ในขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล และใช้ในกระบวนการรับผู้รับบริการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งช่วยให้พยาบาลและทีมสุขภาพได้เข้าใจสถานการณ์ได้ดีขึ้น ผู้รับบริการได้รับการแก้ปัญหาสุขภาพได้ถูกต้อง

แบบประเมินการรับรู้ฉบับย่อ (A Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ)

เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินการรับรู้ของผู้สูงอายุ สร้างโดย พิวเฟอร์ (Pfeiffer, 1975) ฉบับภาษาไทย ของชวลี แยมวงษ์ (2538) เป็นการประเมินในเรื่องการคิดคำนวณ (Capacity to perform serial mathematical tasks) ความจำระยะสั้น (Short-term memory) ความจำในอดีต (Long-term memory) การรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม (Orientation to surrounding) การรับรู้ต่อเหตุการณ์ปัจจุบัน (Information about current events) และการระลึกได้ (Intellectual function) ประกอบด้วยข้อคำถามสั้นๆ 10 ข้อ ถ้าตอบผิดได้ 0 คะแนน ตอบถูกได้ 1 คะแนน รวมคะแนนสูงสุด 10 คะแนน คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน เกณฑ์การแปลผล 8-10 คะแนน หมายถึง ปกติ 6-7 คะแนน หมายถึง มีความพร้อมในการรับรู้เล็กน้อย 3-5 คะแนน หมายถึง มีความพร้อมในการรับรู้ปานกลาง และ 0-2 คะแนน หมายถึง มีความพร้อมในการรับรู้รุนแรง มีข้อคำถามดังนี้

- ข้อ 1. วันนี้วันที่เท่าไร? (ให้ตอบเป็นวันที่ เดือน พ.ศ.)
 - ข้อ 2. วันนี้เป็นวันอะไรในสัปดาห์? (ให้ตอบเป็น จันทร์ อังคาร พุธ พฤหัสบดี ศุกร์ เสาร์ อาทิตย์)
 - ข้อ 3. ขณะนี้คุณอยู่ที่ไหน? (ให้บอกชื่อ สถานที่)
 - ข้อ 4. เบอร์โทรที่บ้านเบอร์อะไร? (ถ้าไม่มีโทรศัพท์ให้ถามว่าบ้านที่คุณอาศัยอยู่เลขที่อะไร ถนนอะไร)
 - ข้อ 5. อายุเท่าไร?
 - ข้อ 6. คุณเกิดวันที่เท่าไร? (ตอบวัน เดือน ปี พ.ศ. หรือ จอ กุน ชวด ฉลู.....)
 - ข้อ 7. ในหลวง (พระเจ้าแผ่นดิน) รัชกาลปัจจุบัน ชื่ออะไร?
 - ข้อ 8. ในหลวง (พระเจ้าแผ่นดิน) องค์ก่อน ชื่ออะไร?
 - ข้อ 9. คุณแม่ของคุณชื่ออะไร?
 - ข้อ 10. เอา 3 ลบออกจาก 20 เหลือเท่าไร? (เอา 3 ลบออกไปเรื่อยๆ)
- การให้คะแนนตอบผิดได้ 0 คะแนน ตอบถูกได้ 1 คะแนน รวม..... คะแนน

ทฤษฎีการดูแลตนเองของของโอเร็ม (Orem's self-care Theory)

โดโรธี อี โอเร็ม จบการศึกษาพยาบาลขั้นพื้นฐานจากโรงเรียนพยาบาลของโรงพยาบาลโพรวิเดนซ์ มลรัฐวอชิงตัน ประเทศสหรัฐอเมริกา ตั้งแต่ต้นปี ค.ศ. 1930 ปริญญาตรีและปริญญาโททางการศึกษาพยาบาลในปี 1934 และ 1945 ตามลำดับจากมหาวิทยาลัยแคทอลิก ท่านมีประสบการณ์เป็นพยาบาลประจำการ พยาบาลพิเศษในคลินิก นักการศึกษา นักบริหาร และเป็นที่ปรึกษาทางการพยาบาล ท่านได้ริเริ่มงานสร้างทฤษฎีทางการพยาบาลมาตั้งแต่ปี 1958 และปรับปรุงเรื่อยมาอย่างต่อเนื่องรวมทั้งให้คำปรึกษากับพยาบาลที่นำทฤษฎีของท่านไปใช้ในการศึกษาและการบริการ ท่านได้รับรางวัลเกียรติยศหลายรางวัล รวมทั้งได้รับรางวัลปริญญาพยาบาลศาสตร์เคมียุคบัณฑิตกิตติมศักดิ์ จากมหาวิทยาลัย จอร์จ ทาวน์ ในปี 1976 (สมจิต หนูเจริญกุล และ รัชณี นามจันทร์, 2544)

จุดกำเนิดของทฤษฎี จากประสบการณ์การทำงานทั้งในฐานะผู้ปฏิบัติ นักการศึกษาและผู้บริหารการพยาบาล ที่มักจะประสบอยู่เสมอก็คือ พยาบาลไม่สามารถบอกความหมายและวัตถุประสงค์ของการพยาบาลได้ชัดเจน และมีกอธิบายการพยาบาลในลักษณะของกิจกรรมที่พยาบาลกระทำ การปฏิบัติการพยาบาลมักจะยึดงานเป็นหลัก โดยไม่สามารถอธิบายเหตุผลของการกระทำได้ ทำให้ขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาลไม่ชัดเจน พยาบาลทำอะไรและควรจะทำอะไร ทำไม่ถึงกระทำในสิ่งนั้น และผลลัพธ์ที่พยาบาลคาดหวังจากการกระทำคืออะไร ท่านได้คำตอบจากการสังเกต วิเคราะห์การปฏิบัติว่าพยาบาลได้ให้การช่วยเหลือแก่บุคคลที่มีข้อจำกัดในการกระทำ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง ในชีวิตประจำวันซึ่งนอกเหนือจาก ที่ครอบครัวหรือญาติมิตร จะช่วยเหลือได้ และวิธีการช่วยเหลือของพยาบาลคือกระทำทดแทนให้ (สมจิต หนูเจริญกุล และ รัชณี นามจันทร์, 2544)

สาระสำคัญของทฤษฎี ที่มาของเนื้อหาสาระสำคัญของแนวคิด ในทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม มีดังนี้ การพยาบาลที่คงไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพนั้น บุคคลต้องกระทำการดูแลตนเอง แต่เมื่อบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้ ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวและเมื่อสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถช่วยเหลือได้ การพยาบาลสามารถให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมโดยการกระทำแทน หรือกระทำให้กับผู้ป่วย การสอน การชี้แนะ การสนับสนุนให้กำลังใจ และการปรับสิ่งแวดล้อม การกระทำเหล่านี้พยาบาลกระทำร่วมกับผู้ป่วย และครอบครัว โดยมุ่งให้ความช่วยเหลือให้การดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ หรือให้สุขภาพกลับดีขึ้น และอยู่ได้อย่างเป็นปกติสุข จากสาระสำคัญของทฤษฎีได้สะท้อนถึงความเชื่อ เกี่ยวกับคน สิ่งแวดล้อม สุขภาพและการพยาบาล ดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล และ รัชนิ นามจันทร์, 2544)

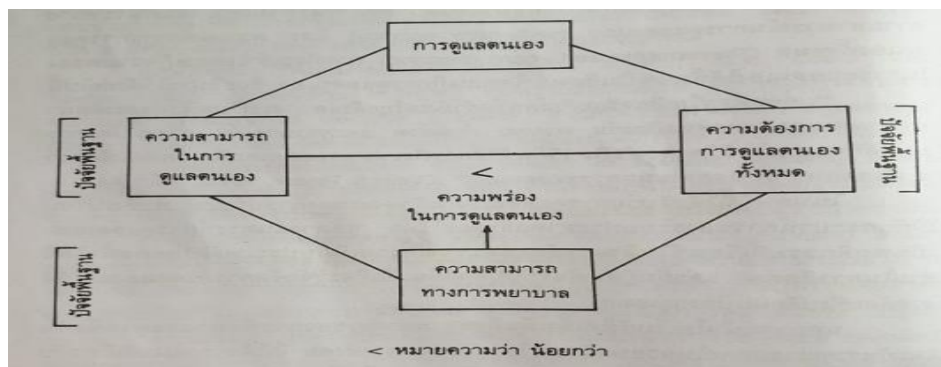
คน (Person) ซึ่งรวมทั้งผู้ใช้บริการและตัวพยาบาลเอง โอเร็มมีความเชื่อว่า คนเป็นผู้มีศักยภาพและสามารถกระทำตามที่ได้ตั้งใจไว้ (Deliberate action) มีความสามารถที่เรียนรู้เกี่ยวกับตัวเอง และวางแผนการจัดระบบการดูแลตนเองได้ คนมีลักษณะเป็นองค์รวมและทำหน้าที่ทั้งทางชีวภาพ ทางสังคม ด้านการแปลและให้ความหมายต่อสัญลักษณ์ต่างๆ และคนยังเป็นระบบเปิด ที่จะรับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้บุคคลมีความเป็นพลวัตคือเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

สิ่งแวดล้อม (Environment) โอเร็มเชื่อว่า คนกับสิ่งแวดล้อมไม่สามารถแยกออกจากกันได้และมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน สิ่งแวดล้อมแบ่งออกเป็น 3 ประเภทใหญ่ ๆ คือ 1) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ทางเคมี และชีวภาพ เช่น บรรยากาศของโลก ควันพิษภูมิอากาศ ที่อยู่อาศัย สัตว์ ไวรัส แบคทีเรีย เป็นต้น และ 2) สิ่งแวดล้อมทางสังคม และวัฒนธรรม เช่น ครอบครัว ขนาดความสัมพันธ์ ลักษณะและแหล่งประโยชน์ของครอบครัว 3) ชุมชน เช่น ประชากร แหล่งประโยชน์ชุมชนระบบบริการสุขภาพ เป็นต้น นอกจากนั้นโอเร็มยังกล่าวถึงสิ่งแวดล้อมในแง่ของพัฒนาการ คือ สิ่งแวดล้อมที่ดีจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลตั้งเป้าหมายและปรับพฤติกรรมให้ได้ผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมจะมีส่วนช่วยพัฒนาความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเอง

สุขภาพ (Health) เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์หรือไม่บกพร่อง คนที่มีสุขภาพดีคือคนที่สามารถทำหน้าที่ได้ทั้งด้าน สรีระ จิต และสังคม และมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลรอบข้าง ซึ่งการทำหน้าที่ดังกล่าวทุกด้านมีความเกี่ยวพันกัน ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ และการที่จะมีสุขภาพที่ดีได้นั้น บุคคลต้องการการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง นอกจากนั้นโอเร็มได้แยกความผาสุก (Well-being) ออกจากสุขภาพ และให้ความหมายว่าเป็นการรับรู้ถึงความเป็นอยู่ของตนในแต่ละขณะเป็นการแสดงออกถึงความพึงพอใจ ความยินดี และมีความสุข สุขภาพกับความผาสุกมักจะมีความสัมพันธ์กัน ในบางครั้งคนที่เจ็บป่วยอาจรับรู้ถึงความผาสุกได้

การพยาบาล (Nursing) เป็นบริการแก่มนุษย์อย่างหนึ่งในสังคม โดยมีลักษณะเฉพาะ คือ เป็นบริการสุขภาพที่มีจุดเน้นที่ความสามารถและความต้องการการดูแลตนเองของบุคคล การพยาบาลนั้นเป็นการช่วยปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองแทนบุคคล เมื่อบุคคลหรือสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถกระทำได้ และสามารถช่วยบุคคลให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของบุคคลนั้น

จุดเน้นของกรอบแนวคิดของโอเร็ม เน้นที่บุคคลคือ ความสามารถของบุคคลที่จะตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเอง



ภาพที่ 24: ภาพแสดงกรอบแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีโอเร็ม (Orem, 1991)

ที่มา: สมจิต หนูเจริญกุล และ รัชณี นามจันทรา. (2544)

มโนทัศน์หลักในทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

ทฤษฎีการพยาบาลทั่วไปของโอเร็มประกอบด้วย 6 มโนทัศน์หลัก ซึ่งเป็นแก่นของทฤษฎี คือการดูแลตนเอง (Self-Care) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self-Care deficit) และความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency) และมโนทัศน์ประกอบคือ ปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (Basic Conditioning factor) ซึ่งมีความสัมพันธ์กัน มโนทัศน์ทั้งหมดประกอบกันเป็นทฤษฎีการดูแลตนเอง ทฤษฎีการบกพร่องในการดูแลตนเอง และทฤษฎีระบบการพยาบาล

1. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care) ทฤษฎีนี้จะอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขต่างๆ ทางด้านพัฒนาการและการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลกับการดูแลตนเอง โดยอธิบายมโนทัศน์สำคัญได้แก่ มโนทัศน์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง (Self-care) มโนทัศน์เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) มโนทัศน์เกี่ยวกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care demand) มโนทัศน์เกี่ยวกับปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ดังนี้

1.1 การดูแลตนเอง (Self-care: SC) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุก เมื่อการกระทำนั้นมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคลเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง (Self-care requisites) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของกลุ่ม ชุมชน ครอบครัว ซึ่งบุคคลที่กระทำการดูแลตนเองนั้นเป็นผู้ที่ต้องใช้ความสามารถหรือพลังในการกระทำที่จงใจ (deliberate) ประกอบด้วย 2 ระยะ

ระยะที่ 1 ระยะการพิจารณาและตัดสินใจ (Intention phase) เป็นระยะที่มีการหาข้อมูลเพื่อพิจารณาและตัดสินใจเลือกกระทำ โดยหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องว่าคืออะไร เป็นอย่างไร จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ทดสอบ และเชื่อมโยงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในขั้นตอนนี้ความรู้เป็นพื้นฐานสำคัญเพราะจะช่วยให้เกิดกระบวนการคิดเชิงวิทยาศาสตร์มากกว่าการใช้ความรู้สึก นอกจากนี้ต้องใช้สติปัญญาในการตัดสินใจที่จะกระทำ

ระยะที่ 2 ระยะการกระทำและผลของการกระทำ (Productive phase) เป็นระยะที่เมื่อตัดสินใจแล้วจะกำหนดเป้าหมายที่ต้องการและดำเนินการกระทำกิจกรรมเพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนด ในขั้นตอนนี้ต้องอาศัยความสามารถของบุคคลทางด้านสรีระที่จะกระทำกิจกรรม (Psychomotor action) และมีการประเมินผลการกระทำเพื่อปรับปรุง

1.2 ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency: SCA) หมายถึง คุณสมบัติที่ซับซ้อนหรือพลังความสามารถของบุคคลที่เอื้อต่อการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างจริงจัง แต่ถ้าเป็นความสามารถในการดูแลบุคคลอื่นที่อยู่ในความรับผิดชอบ เรียกว่า Dependent-care Agency ความสามารถนี้ประกอบด้วย 3 ระดับ ดังนี้

1.2.1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition) เป็นความสามารถของมนุษย์ขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการรับรู้และเกิดการกระทำ ซึ่งแบ่งออกเป็น ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) ความสามารถที่จะกระทำ (Doing) และคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ประกอบด้วย 1) ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ การอ่าน เขียน การใช้เหตุผลอธิบาย 2) หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึกทั้งการสัมผัส มองเห็น ได้กลิ่นและรับรส 3) การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง 4) การเห็นคุณค่าในตนเอง 5) นิสัยประจำตัว 6) ความตั้งใจและสนใจสิ่งต่างๆ 7) ความเข้าใจในตนเองตามสภาพที่เป็นจริง 8) ความห่วงใยในตนเอง 9) การยอมรับในตนเองตามสภาพความเป็นจริง 10) การจัดลำดับความสำคัญของการกระทำรู้จักเวลาในการกระทำ และ 11) ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

1.2.2 พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power component) เป็นคุณลักษณะที่จำเป็นและเฉพาะเจาะจง สำหรับการกระทำอย่างจริงจังเป็นตัวกลางเชื่อมการรับรู้และการกระทำประกอบด้วย 1) ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเองในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบ 2) ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้สามารถปฏิบัติกิจกรรม 3) ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นเพื่อการดูแลตนเอง 4) ความสามารถที่จะใช้เหตุผล 5) มีแรงจูงใจที่จะกระทำในการดูแลตนเอง 6) มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามการตัดสินใจ 7) มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสม และสามารถนำความรู้ไปใช้ได้ 8) มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดการกระทำ 9) มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง และ 10) มี

ความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

1.2.3 ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) ประกอบด้วย 1) ความสามารถในการคาดคะเน เป็นความสามารถที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับข้อมูลความหมายและความจำเป็นของการกระทำ รู้ปัจจัยภายในภายนอกที่สำคัญ เพื่อประเมินสถานการณ์ 2) ความสามารถในการปรับเปลี่ยน เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ตนสามารถและควรกระทำ เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นในการดูแลตนเอง และ 3) ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ เป็นความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆรวมถึงการเตรียมการเพื่อการดูแลตนเอง

1.3 ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care Demand: TSCD) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรม (Action demand) การดูแลตนเองทั้งหมดที่จำเป็นต้องกระทำในช่วงเวลาหนึ่ง เพื่อที่จะตอบสนองต่อความจำเป็นในการดูแลตนเอง (Self-care Requisites) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (TSSC) เป็นเป้าหมายสูงสุด (Ultimate goal) ของการดูแลตนเองที่จะถึงซึ่งภาวะสุขภาพหรือความผาสุก กิจกรรมที่จะต้องกระทำทั้งหมดนี้จะทราบได้จากการพิจารณาการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งการดูแลที่จำเป็น (Self-care requisites: SCR) หมายถึง กิจกรรมที่ต้องการให้บุคคลกระทำหรือกระทำเพื่อบุคคลอื่น ซึ่งมี 3 ด้านดังนี้

1.3.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-care Requisites: USCR) เป็นความต้องการของมนุษย์ทุกคนตามอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่นๆ เพื่อให้คงไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลและความผาสุก ซึ่งความต้องการจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลทั้งทางด้านคุณภาพหรือปริมาณตามอายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สังคมวัฒนธรรม และแหล่งประโยชน์ กิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการนี้ (Action demand) ประกอบด้วย 1) คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำและอาหารที่เพียงพอ 2) คงไว้ซึ่งการขับถ่าย และการระบายให้เป็นไปตามปกติ 3) คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน 4) รักษาความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น 5) ป้องกันอันตรายต่างๆต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ และ 6) ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (Promotion of normalcy)

1.3.2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ (Developmental Self-care Requisites: DSCR) เป็นความต้องการการดูแลตนเองที่สัมพันธ์กับระยะพัฒนาการของบุคคล สถานการณ์และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของวงจรชีวิต เป็นความต้องการที่อยู่ภายใต้ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปแต่แยกตามพัฒนาการ เพื่อเน้นให้เห็นความสำคัญและความเฉพาะเจาะจง ดังนี้ 1) พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่จะช่วยให้บุคคลเจริญก้าวสู่วุฒิภาวะตามระยะพัฒนาการ เช่น ทารกในครรภ์และในกระบวนการคลอด ทารกแรกเกิด วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมีความต้องการการดูแลตนเองที่เฉพาะเจาะจงตามโครงสร้างและหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลง 2) ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผล

เสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทา ลดความเครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากภาวะวิกฤต เช่น ขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวในสังคม การสูญเสียเพื่อน คู่ชีวิต ทรัพย์สินสมบัติ หรือการเปลี่ยนแปลงย้ายที่อยู่ เปลี่ยนงาน เป็นต้น 3) ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-care Requisite: HDSCR) เป็นความต้องการที่สัมพันธ์กับความผิดปกติทางพันธุกรรมและความเบี่ยงเบนของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล และผลกระทบของความผิดปกติ ตลอดจนวิธีการวินิจฉัยโรค และการรักษา 4) มีการแสวงหาและคงไว้ซึ่งการช่วยเหลือที่เหมาะสม 5) รับรู้ สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อการพัฒนาการ 6) ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูสภาพและการป้องกันพยาธิสภาพอย่างมีประสิทธิภาพ 7) รับรู้และสนใจในการป้องกันความไม่สุขสบาย จากผลข้างเคียงการรักษาหรือจากโรค 8) ดัดแปลงอัตมโนทัศน์หรือภาพลักษณ์ ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลทางสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงเพื่อคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และ 9) เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลจากการวินิจฉัยโรคและการรักษา เพื่อส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่องในการประเมินความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น ในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพจำเป็นต้องคำนึงถึงปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเป็นหลัก และยังมีความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และตามระยะพัฒนาการ

1.4 ปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors: BCFs) เป็นคุณลักษณะบางประการหรือปัจจัยทั้งภายในและภายนอกของบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ปัจจัยพื้นฐานนี้ยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในบทบาทของพยาบาล ได้แก่ 11 ปัจจัย ดังนี้ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ สังคมชนบทธรรมเนียมประเพณี ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อมสภาพที่อยู่อาศัย แหล่งประโยชน์ต่างๆ ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต

2. ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care Deficit) เป็นแนวคิดหลักในทฤษฎีของโอเร็ม เพราะจะแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้มีได้ 3 แบบ ดังนี้

2.1 ความต้องการที่สมดุล (Demand is equal to abilities: TSCD = SCA)

2.2 ความต้องการน้อยกว่าความสามารถ (Demand is less than abilities: TSCD < SCA)

2.3 ความต้องการมากกว่าความสามารถ (Demand is greater than abilities: TSCD > SCA)

ในความสัมพันธ์ของ 2 รูปแบบแรกนั้นบุคคลสามารถบรรลุเป้าหมายความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้ ถือว่าไม่มีภาวะพร่อง (No deficit) ส่วนในความสัมพันธ์ที่ 3 เป็นความไม่สมดุลของความสามารถที่มีไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด จึงมีผลทำให้เกิดความบกพร่องในการดูแลตนเอง ความพร่องในการดูแลตนเองเป็นได้ทั้งบกพร่องบางส่วนหรือทั้งหมด และความพร่องในการดูแลตนเองเป็นเสมือนเป้าหมายทางการพยาบาล

3 ระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System) เป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำของพยาบาล เพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเอง ให้ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลได้รับการดูแลให้ถูกนำมาใช้ปกป้องและดูแลตนเอง โดยใช้ความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency: NA) ระบบการพยาบาลเป็นระบบของการกระทำที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความสามารถและความต้องการการดูแลของผู้รับบริการ ซึ่งระบบการพยาบาลได้แบ่งออกเป็น 3 ระบบ โดยอาศัยเกณฑ์ความสามารถของบุคคลในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำ

3.1 ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system) เป็นบทบาทของพยาบาลที่ต้องกระทำเพื่อทดแทนความสามารถของผู้รับบริการ โดยสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ขาดเสียภาวะไร้สมรรถภาพในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง และช่วยประคับประคอง ปกป้องจากอันตรายต่างๆ ผู้ที่มีความต้องการระบบการพยาบาลแบบนี้ คือ

3.1.1 ผู้ที่ไม่สามารถจะปฏิบัติในกิจกรรมที่จะกระทำอย่างจงใจ ไม่ว่าจะรูปแบบใดๆ ทั้งสิ้น เช่น ผู้ป่วยที่หมดสติ หรือผู้ที่ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ได้แก่ ผู้ป่วยอัมพาต ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว

3.1.2 ผู้ที่รับรู้และอาจจะสามารถสังเกต ตัดสินใจเกี่ยวกับดูแลตนเองได้ และไม่ควรจะเคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวใดๆ ได้แก่ผู้ป่วยด้านออร์โธพีดิกส์ที่ใส่เฝือกหรือกระดูกหลังหัก

3.1.3 ผู้ที่ไม่สนใจหรือเอาใจใส่ในตนเอง ไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลในการดูแลตนเอง เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต

3.2 ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system) เป็นระบบการพยาบาลให้การช่วยเหลือที่ขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วย โดยพยาบาลจะช่วยผู้ป่วยสนองตอบ ต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยร่วมรับผิดชอบในหน้าที่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ผู้ป่วยจะพยายามปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องที่เป็นการตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นเท่าที่สามารถทำได้ ส่วนบทบาทของพยาบาลจะต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างสำหรับผู้ที่ยังไม่สามารถกระทำได้ เพื่อชดเชยข้อจำกัดและเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และกระตุ้นให้มีการพัฒนาความสามารถในอนาคต การพยาบาลระบบนี้ผู้ป่วยต้องมีบทบาทในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างด้วยตนเอง ผู้ที่มีความต้องการการพยาบาลแบบนี้ คือ

3.2.1 ต้องจำกัดการเคลื่อนไหวจากโรค หรือการรักษา แต่สามารถเคลื่อนไหวได้บางส่วน

3.2.2 ขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นเพื่อการดูแลตนเองตามความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

3.2.3 ขาดความพร้อมในการเรียนรู้และกระทำในกิจกรรมการดูแลตนเองตนเอง

3.3 ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing System) เป็นระบบการพยาบาลที่จะเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติดูแลตนเอง รวมทั้งการให้

กำลังใจและคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยคงความพยายามที่จะดูแลตนเอง และคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง ระบบการพยาบาลทั้ง 3 ระบบเป็นกิจกรรมที่พยาบาลและผู้ป่วยกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง ทั้งหมด โดยมีวิธีการกระทำได้ใน 5 วิธีดังนี้ 1) การกระทำให้หรือกระทำแทน 2) การชี้แนะ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วย สามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการกระทำได้ 3) การสนับสนุน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพยายาม และป้องกัน ไม่ให้เกิดความล้มเหลว 4) การสอน เป็นการพัฒนาความรู้และทักษะที่เฉพาะ และ 5) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง

การพยาบาลจะมีประสิทธิภาพได้นั้น ขึ้นอยู่กับความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency: NA) เป็นความสามารถของพยาบาลที่ได้จากการศึกษา และฝึกปฏิบัติในศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถทางการพยาบาล คือ ความรู้ ประสบการณ์ ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ ทักษะทางสังคม แรงจูงใจในการให้การพยาบาล อัตมโนทัศน์ของตนเกี่ยวกับการพยาบาล

เนื่องจากทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง เป็นหัวใจสำคัญของทฤษฎีการพยาบาลโดยทั่วไปของโอเร็ม ซึ่งจะดึงเอาทฤษฎีระบบการพยาบาล และทฤษฎีการดูแลตนเองเข้ามาใช้ด้วยกัน ดังนั้นในการนำทฤษฎีมาใช้ทางคลินิก เทลเลอร์ (Taylor, 1986) จึงเรียกเพียงสั้นๆ ว่าการใช้ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง ทฤษฎีนี้พยาบาล สนใจและเกี่ยวข้องับปรากฏการณ์การดูแลตนเองซึ่งประกอบด้วย ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ความพร้อมในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) การดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ (Dependent care) ความสามารถของผู้ดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ (Dependent care agency) และปัจจัยพื้นฐานทางด้านสุขภาพ รวมทั้งความสามารถทางการพยาบาล และระบบการพยาบาล สำหรับกระบวนการพยาบาลที่นำมาใช้กับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตามแนวคิดของโอเร็ม มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

- 1) ตัดสินว่าทำไมบุคคลจึงต้องอยู่ภายใต้การดูแลของพยาบาล (การวินิจฉัย) และกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด
- 2) ออกแบบระบบการพยาบาลและวางแผนการพยาบาล
- 3) ริเริ่ม กระทำ ควบคุม และประเมินผล

ข้อมูลที่จำเป็นในกระบวนการพยาบาล คือ กิจกรรมการดูแลตนเองของบุคคลที่กระทำอยู่เป็นประจำ ความสามารถเฉพาะ ปัจจัยพื้นฐานที่กำหนดความต้องการ และความสามารถที่จะกระทำการดูแลตนเอง (Taylor, 1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล และ รัชณี นามจันทร์, 2544) ขั้นตอนของการใช้ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองมีดังนี้

- | | |
|-------------------------|---|
| ขั้นที่ 1 (ความต้องการ) | 1. กำหนด: การดูแลตนเองที่จำเป็นและเฉพาะเจาะจง |
| | 2. กำหนด: ความต้องการการกระทำ (Action demand) |
| ขั้นที่ 2 (ความสามารถ) | 1. วินิจฉัย: ความสามารถ และข้อจำกัด |

ขั้นที่ 3 (ความพร้อม) 1. วินิจฉัย: ความพร้อมในการดูแลตนเอง

ขั้นที่ 4 (ระบบการพยาบาล) 1. กำหนด: รูปแบบการพยาบาล

2. กำหนด: บทบาทและการกระทำของพยาบาล ผู้ป่วย และผู้รับผิดชอบผู้ป่วย

ในกระบวนการทั้ง 4 ขั้นตอนนี้ ไม่ได้หมายความว่าในทางปฏิบัติจะต้องกระทำให้เสร็จตามลำดับแต่ละขั้น แต่แต่ละขั้นอาจคิดและกระทำได้พร้อมๆกันไปตามลักษณะที่เป็นพลวัตรของผู้ป่วย

การบูรณาการทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มกับกรณีศึกษา

จากการศึกษาทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ผู้เขียนได้นำทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของทฤษฎีการพยาบาลโดยทั่วไปของโอเร็มมาใช้ในกรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด และมีภาวะหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันหลังผ่าตัด โดยมีการตั้งเอาทฤษฎีระบบการพยาบาล และทฤษฎีการดูแลตนเองเข้ามาใช้ด้วยกัน ดังนี้

ความต้องการการดูแลตัวเองทั้งหมด ที่พบในกรณีศึกษา

1. ลดการใช้ออกซิเจนของร่างกายให้เหมาะสมกับภาวะชีวิต
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังรับการผ่าตัด ได้แก่ การผ่าตัด Transurethral resection of the bladder tumor (TUR-BT) และการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด (Open radical cystectomy with ileal conduit)
3. ดูแลให้ได้รับอาหารที่มีแคลอรีอย่างเพียงพอ
4. ป้องกันอันตรายจากอาการแทรกซ้อนของการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด ได้แก่ ปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจก่อนผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยมีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมด้วย ป้องกันอันตรายจากเลือดออกหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับ Stoma หลังผ่าตัด เบื่ออาหาร
5. ป้องกันอันตรายจากภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย ได้แก่ ภาวะโซเดียมต่ำ โพแทสเซียมสูง
6. ดูแลความสบายโดยทั่วไป ได้แก่ ปวดแผล มีไข้ ท้องผูก
7. ควบคุมการติดเชื้อที่มีอยู่แล้วโดยเฉพาะดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ ตามแผนการรักษาของแพทย์ ตลอดจนเฝ้าระวังและตรวจค้นภาวะซ้อคจากการติดเชื้อถ้าเกิดขึ้น
8. ป้องกันอันตรายจากแทรกซ้อนของภาวะหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง อาการอ่อนแรงของแขนขาซ้ายและมุมปากซ้ายตก ความดันโลหิตสูง ภาวะเลือดออกหลังได้ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA
9. เรียนรู้และพัฒนาทักษะในการดูแลทวารเบาเทียม สังเกตอาการและอาการแสดงของอาการผิดปกติ และการมาพบแพทย์ทันทีถ้าเกิดอาการ

10. เรียนรู้และพัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง จากภาวะหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ได้แก่ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร การทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ

11. ดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ ให้สามารถเผชิญกับการเข้ารับการรักษาผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด และการเกิดพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันหลังผ่าตัด

12. ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย และการรักษา โดยปรับบทบาทตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและผู้อื่น ไม่มองว่าตัวเองไร้ค่า

13. เรียนรู้และพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองและความสามารถของผู้ดูแล ให้มีความพร้อมเมื่อกลับบ้าน

ความสามารถและข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ที่พบในกรณีศึกษา

ความสามารถในการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด ได้รับการพัฒนามาแล้วบางส่วนจากแพทย์และพยาบาลผู้ป่วยนอกที่ให้ข้อมูลก่อนนัดมานอนโรงพยาบาล ซึ่งเป็นข้อมูลการผ่าตัดทั่วไป แต่ข้อมูลการเตรียมตัวผ่าตัด TUR-BT และการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดผู้ป่วยยังไม่ได้รับข้อมูลโดยละเอียด จะเห็นได้จากผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวลและซักถามถึงโรคและการผ่าตัด รวมถึงซักถามถึงการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดบ่อยครั้ง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยได้รับข้อมูลไม่เพียงพอและมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด นอกจากนี้ในระยะที่เกิดหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันหลังผ่าตัด ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันและอาการแสดงที่เกิดขึ้น เห็นได้จากสีหน้าวิตกกังวลและสอบถามถึงอาการแขนซ้ายอ่อนแรงและมุมปากด้านซ้ายตกซ้ำๆ ว่าอาการจะดีขึ้นไหม

ผู้ป่วยมีความสนใจในการดูแลตนเอง ใส่ใจในการดูแลตนเองดี สามารถควบคุมพลังงานและการเคลื่อนไหวของตนเองได้ในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด แต่ภายหลังเกิดหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวตัวเอง มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตัวเอง เนื่องจากมีอาการแขนซ้ายอ่อนแรง และมุมปากด้านซ้ายตก มีความสามารถในการใช้เหตุผลในการพิจารณาสิ่งต่างๆ ได้ เช่น พิจารณารับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA หลังจากแพทย์อธิบายประโยชน์และความเสี่ยงจากการรักษา แต่มีแรงจูงใจในการดูแลตนเองลดลงจากการเห็นค่าตัวเองลดลงเพราะต้องพึ่งพาผู้อื่น ขาดทักษะในการปฏิบัติกรดูแลตนเอง และการดูแลตนเองสม่ำเสมอสอดแทรกเข้าเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนชีวิตเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน

ความพร้อมในการดูแลตนเองที่พบในกรณีศึกษา

จากการวิเคราะห์ความสามารถและข้อจำกัดในการดูแลตนเอง จึงสรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของกรณีศึกษาได้ ดังนี้

1. วิตกกังวลเกี่ยวกับระยะโรคและการผ่าตัด
2. ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด TUR-BT
3. เผื่อระวังภาวะแทรกซ้อนระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด

4. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีภาวะท้องผูก
5. มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ
6. ผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการผ่าตัดเนื่องจากมีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมด้วย
7. ตัวนำออกซิเจนลดลงเนื่องจากมีภาวะซิด
8. อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะ Hyponatremia
9. แบบแผนการนอนหลับถูกรบกวนเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม
10. วิดกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด
11. ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด
12. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด
13. ไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัด
14. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับ Stoma หลังผ่าตัด
15. เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากมีภาวะซิดจากการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด
16. อาจเกิดภาวะการรั่วของปัสสาวะตามรอยเย็บเชื่อมต่อ (Urinary leak) หลังผ่าตัดเนื่องจาก Drain ช้าง

ขวออกปริมาณเยอะ

17. อาจเกิดการติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากมีไข้
18. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานอาหารไม่ถูกต้องหลังผ่าตัด
19. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง
20. อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง
21. อาจเกิดภาวะ Chylous leakage เนื่องจาก drain ช้างขวออกปริมาณเยอะ
22. เกิดภาวะหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน (Acute ischemic stroke) หลังผ่าตัด
23. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองและภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยา rt-PA
24. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลกับโรคและอาการของโรคหลอดเลือดสมองตีบ
25. มีโอกาสเกิดภาวะการเห็นคุณค่าตนเองลดลง (Low self-esteem) เนื่องจากภาพลักษณ์

เปลี่ยนแปลง

26. ช่วยเหลือตัวเองบกพร่องเนื่องจากแขนขาซ้ายอ่อนแรงเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
27. ขาดความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

ระบบการพยาบาล ที่นำมาใช้ในกรณีศึกษา

ระบบการพยาบาล ที่นำมาใช้ในกรณีศึกษา เป็นระบบทดแทนบางส่วน ผู้ป่วยสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองได้เป็นบางส่วน ความต้องการบางอย่างเป็นอยู่ชั่วคราว และต้องการทักษะพิเศษ เช่น ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับ Stoma หลังผ่าตัด ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน การพยาบาลจะเน้นการตอบสนองความต้องการดูแลตนเองในส่วนนี้ ประคับประคองสนับสนุนให้ผู้ป่วยกระทำการดูแลตนเองตามความสามารถเพื่อให้เห็นค่าตัวเอง และพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยและผู้ดูแลเพิ่มเติม โดยเฉพาะทักษะการดูแลตนเองสม่ำเสมอสอดแทรกเข้าเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนชีวิตเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน



NCI

Thailand

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

บทที่ 4 กรณีศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 63 ปี ส่วนสูง 159 เซนติเมตร น้ำหนัก 47.8 กิโลกรัม เชื้อชาติ ไทย ศาสนา พุทธ การศึกษา ปริญญาตรี สถานภาพ สมรส ภูมิลำเนา จังหวัดราชบุรี อาชีพ ข้าราชการบำนาญ สิทธิการรักษา ข้าราชการ

การวินิจฉัยโรค Bladder malignant neoplasm stage 3A

การรักษา

ผ่าตัดครั้งที่ 1: Transurethral resection of the bladder tumor (TUR-BT) วันที่ 1 พฤศจิกายน 2565

ผ่าตัดครั้งที่ 2: Open radical cystectomy with ileal conduit วันที่ 8 พฤศจิกายน 2565

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 31 ตุลาคม 2565

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 24 พฤศจิกายน 2565

รวมระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล 25 วัน

แหล่งข้อมูล จากผู้ป่วยและเวชระเบียน

ประวัติการเจ็บป่วย

อาการสำคัญ นัดมาผ่าตัด Transurethral resection of the bladder tumor (TUR-BT) (1 พฤศจิกายน 2565) และวางแผนผ่าตัด Open radical cystectomy with ileal conduit (8 พฤศจิกายน 2565)

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีปัสสาวะปนเลือด มีอาการแสบขัดเป็นๆ หายๆ ไปตรวจที่ โรงพยาบาลราชบุรี แพทย์ทำ U/S KUB (2 กันยายน 2565) พบเนื้องอกประมาณ 2.3 เซนติเมตร ที่ข้างขวาของฐานกระเพาะปัสสาวะ จึง Refer ไปโรงพยาบาลราชวิถี แต่เนื่องจากคิวยาว จึงขอมารักษาต่อที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ แพทย์รับไว้ทำ MRI Whole Abdomen พบเนื้องอกที่ผนังกระเพาะปัสสาวะด้านขวา ขนาด 3.2 x 5.6 เซนติเมตร มีอุดตันตรงท่อไตกับกระเพาะปัสสาวะข้างขวา (Ureterovesical Junction [UVJ] obstruction) พบ Right hydronephrosis and hydronephrosis แพทย์จึงนัดผ่าตัด set OR for Transurethral resection of the bladder tumor (TUR-BT) เพื่อประเมินระยะของโรคและแพทย์วางแผนผ่าตัด Open radical cystectomy with ileal conduit วันที่ 8 พฤศจิกายน 2565

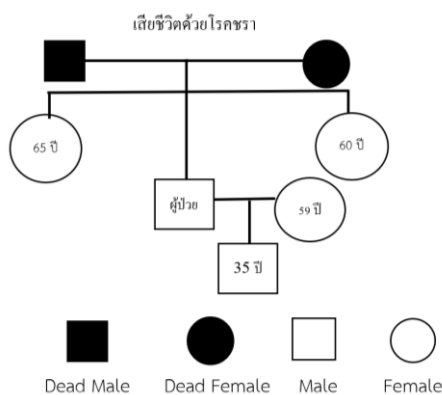
ประวัติโรคประจำตัว มีประวัติเป็นโรค Ischemic Heart Disease (IHD)

ประวัติการผ่าตัด S/P Balloon 3 เส้น ในปี พ.ศ. 2563 ที่โรงพยาบาลราชบุรี

ประวัติการแพ้ยาแพ้อาหาร ปฏิเสธแพ้ยาแพ้อาหาร

ประวัติเกี่ยวกับสิ่งเสพติดและสิ่งเกี่ยวข้อง ปฏิเสธดื่มสุรา แต่มีประวัติสูบบุหรี่มาประมาณ 20-30 ปี และหยุดสูบบุหรี่ตอนรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ ในปี 2563

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว บุคคลในครอบครัวปฏิเสธโรคทางพันธุกรรม ทุกคนมีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง



อาการแรกเริ่ม

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มีปัสสาวะปนเลือด สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 108 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 129/76 มิลลิเมตรปรอท

การประเมินสภาพร่างกาย

การตรวจร่างกายแรกเริ่ม ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ รูปร่างผอม ผิวดำแดง ผิวหนังชุ่มชื้น ไม่บาดแผลบริเวณผิวหนัง มีสีหน้าวิตกกังวล พูดคุยและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการพยาบาล General condition น้ำหนัก 47.8 กิโลกรัม ส่วนสูง 159 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 18.91 กิโลกรัม/เมตร²

การตรวจร่างกายตามระบบ

ผิวหนัง	ปกติไม่พบผื่นคันหรือผิวหนังอักเสบ
ตา	ตาทั้งสองข้างมองเห็นชัดเจน ไม่มีต้อกระจก
หู	สมมาตรกันทั้งสองข้าง การได้ยินปกติได้ยินทั้งสองข้างเท่ากัน
ช่องปาก	ไม่มีบาดแผลทั้งในและนอกปาก
คอ	รูปร่างปกติ ไม่พบไทรอยด์โต ต่อม้ำเหลืองไม่โต ไม่มีก้อนที่คอ
แขนขา	เคลื่อนไหวได้ปกติทั้งสองข้างไม่มีอาการบวม
ทรวงอก	การเคลื่อนไหวของทรวงอกทั้งสองข้างเท่ากัน ฟังปอดไม่มีเสียง Crepitation
เต้านม	คลำไม่พบก้อนทั้งสองข้าง
ท้อง	ท้องนิ่ม ไม่มี guarding คลำไม่พบก้อนไม่มีร่องรอยการผ่าตัด
ตับ-ม้าม	คลำได้ปกติไม่มีตับม้ามโต

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 4 แสดงผลการตรวจ Hematology

รายการ	ค่าปกติ		31 ต.ค.65	1 พ.ย.65		3 พ.ย.65		4 พ.ย.65		8 พ.ย.65
WBC	4.0-10.0 × 10 ³ /ul	↑	14.96	6.04	↑	13.63	↑	15.8	↑	14.01
Red blood cell	4.0-5.5 × 10 ⁶ /ul	↓	3.54	4.34	↓	3.20	↓	3.75	↓	3.50
Hemoglobin	12-16 g/dL	↓	10.2	12.2	↓	8.6	↓	10.7	↓	9.8
Hematocrit	36-48 %	↓	30.1	38.2	↓	25.4	↓	31.9	↓	29.7
Platelet	150-450 × 10 ³ /ul		176	214		174		194		252
Neutrophil	40.0-74.0 %	↓	25.3	69.0		64.8		45.3	↑	89.9
Lymphocyte	19.0-48.0 %	↓	14.6	24.0	↓	8.7	↓	1.8	↓	5.4
Monocyte	3.4-9.0 %		4.3	↓ 1.0		6.4		4.1	↓	3.0
Eosinophil	0.0-7.0 %	↑	55.4	2.0	↑	20.0	↑	39.5		1.6
Basophil	0.0-1.5 %		0.4	0.0		0.1		0.3		0.1
ANC	>1.5 × 10 ³		3.79	4.35		8.83		7.16		12.60

ตารางที่ 4 แสดงผลการตรวจ Hematology (ต่อ)

รายการ	ค่าปกติ		9 พ.ย.65	10 พ.ย.65		14 พ.ย.65		16 พ.ย.65		18 พ.ย.65
WBC	4.0-10.0 × 10 ³ /ul	↑	12.63	↑ 11.32	↑	11.68	↑	11.41		8.94
Red blood cell	4.0-5.5 × 10 ⁶ /ul	↓	3.27	↓ 3.50		4.45		4.49	↓	3.98
Hemoglobin	12-16 g/dL	↓	9.2	↓ 9.0		12.6		12.6	↓	11.4
Hematocrit	36-48 %	↓	27.6	↓ 29.9		38.8		37.5	↓	33.8
Platelet	150-450 × 10 ³ /ul		254	250		286		322		149
Neutrophil	40.0-74.0 %	↑	82.5	70.6		73.4		56.7		58.8
Lymphocyte	19.0-48.0 %	↓	9.5	↓ 10.8	↓	13.4	↓	17.2	↓	16.6
Monocyte	3.4-9.0 %		7.6	8.0		6.1		6.2		7.6
Eosinophil	0.0-7.0 %		0.2	↑ 10.3		6.6	↑	19.2	↑	16.4
Basophil	0.0-1.5 %		0.2	0.3		0.5		0.9		0.6
ANC	>1.5 × 10 ³		10.42	7.99		8.57		6.45		5.26

หมายเหตุ: ↓ หมายถึงค่าต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ↑ หมายถึงค่าสูงกว่าเกณฑ์ปกติ

การวิเคราะห์ผลการตรวจทางโลหิตวิทยา (Hematology)

พบค่า Hematocrit, Hemoglobin, Red blood cell count ต่ำกว่าปกติก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด วันที่ 31 ตุลาคม 2565, 3-18 พฤศจิกายน 2565 บ่งบอกถึงภาวะมีโลหิตจาง (Anemia) เนื่องจากผู้ป่วยเคยมีประวัติ ปัสสาวะเป็นเลือด และเสียเลือดจากการผ่าตัด

พบค่า White blood cell (WBC) สูงกว่าปกติ วันที่ 31 ตุลาคม 2565, 3-16 พฤศจิกายน 2565 บ่งบอกถึงมีอักเสบติดเชื้อในร่างกายหรือได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด

พบค่า Neutrophil สูงกว่าปกติ วันที่ 8-9 พฤศจิกายน 2565 บ่งบอกถึงร่างกายมีการติดเชื้อแบคทีเรียหรือได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด

พบค่า Lymphocyte ต่ำกว่าปกติวันที่ 31 ตุลาคม 2565, 3-18 พฤศจิกายน 2565 บ่งบอกถึง ภาวะโรคมะเร็ง การติดเชื้อ หรือร่างกายอยู่ในภาวะเครียดอย่างหนัก

พบค่า Monocyte ต่ำกว่าปกติวันที่ 1 และ 8 พฤศจิกายน 2565 บ่งบอกถึงภาวะโรคมะเร็ง

พบค่า Eosinophil สูงกว่าปกติ ก่อนผ่าตัดวันที่ 31 ตุลาคม 2565 และหลังผ่าตัด วันที่ 3-4, 10, 16-18 พฤศจิกายน 2565 บ่งบอกถึง ภาวะอักเสบเรื้อรัง

ตารางที่ 5 แสดงผลการตรวจ Blood Biochemistry

รายการ	ค่าปกติ	31 ต.ค.65	1 พ.ย.65	3 พ.ย.65	4 พ.ย.65	7 พ.ย.65
BUN	6-20 mg/dL	↑ 21	19	-	-	-
Cr	0.67 - 1.17mg/dL	↑ 2.05	↑ 1.92	-	-	-
GFR	>90ml/min/1.73m ²	↓ 33	↓ 36	-	-	-
Sodium	136 -145mmol/L	↓ 134	↓ 134	↓ 129	↓ 135	131
Potassium	3.5 - 5.1 mmol/L	4.60	4.24	4.43	4.32	↓ 4.69
Chloride	98 - 107 mmol/L	101	104	100	106	101
Co ₂	22 - 29 mmol/L	22.0	↓ 20.0	↓ 21.0	↓ 19.6	↓ 19.3

ตารางที่ 5 แสดงผลการตรวจ Blood Biochemistry (ต่อ)

รายการ	ค่าปกติ	9 พ.ย.65	10 พ.ย.65	14 พ.ย.65	16 พ.ย.65
BUN	6-20 mg/dL	15	↑ 22	↑ 35	↑ 27
Cr	0.67 - 1.17mg/dL	↑ 1.98	↑ 1.59	↑ 1.63	↑ 1.44
GFR	>90ml/min/1.73m ²	↓ 35	↓ 45	↓ 44	↓ 51
Sodium	136 -145mmol/L	139	140	140	136
Potassium	3.5 - 5.1 mmol/L	4.72	4.55	↑ 5.30	5.06
Chloride	98 - 107 mmol/L	↑ 109	↑ 109	↑ 113	107
Co ₂	22 - 29 mmol/L	↓ 19.8	23.1	↓ 19.3	20.4

หมายเหตุ: ↓ หมายถึงค่าต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ↑ หมายถึงค่าสูงกว่าเกณฑ์ปกติ

การวิเคราะห์ผลตรวจทางโลหิตวิทยา (Biochemistry)

พบค่า BUN สูงกว่าปกติ วันที่ 31 ตุลาคม 2565 ถึง 16 พฤศจิกายน 2565 บ่งบอกผู้ป่วยมีปัญหาในระบบทางเดินปัสสาวะส่งผลต่อไต ทำให้ไตขับทิ้ง ยูเรีย ไนโตรเจน (Urea nitrogen) ออกไปทางปัสสาวะไม่ได้หรือไม่หมด จนมีผลต่อเนื้อทำให้ BUN หรือยูเรีย ไนโตรเจนคั่งค้างอยู่ในเลือด มีระดับสูงขึ้น

พบค่า Cr สูงกว่าปกติ วันที่ 31 ตุลาคม 2565 ถึง 16 พฤศจิกายน 2565 บ่งบอกผู้ป่วยมีปัญหาในระบบทางเดินปัสสาวะส่งผลกระทบต่อเนื้อมาที่ไตและทำให้ไตเสียหาย

พบค่า eGFR ต่ำกว่าปกติ วันที่ 31 ตุลาคม 2565 ถึง 16 พฤศจิกายน 2565 บ่งบอก ระดับความรุนแรงของผู้ที่มีระดับ Creatinine ผิดปกติว่าไตทำงานผิดปกติอยู่ในระยะใด กล่าวคือ

ระยะที่ 1 ค่า GFR ≥ 90 มิลลิลิตร/นาที (หรือ มิลลิลิตร/นาที/1.73 เมตร²) เป็นระยะที่ตรวจพบพยาธิสภาพที่ไตแล้ว (เช่น มีนิ่ว กรวยไตอักเสบ ไตบวม) แต่ไตยังทำงานปกติ

ระยะที่ 2 ค่า GFR = 60 - 89 มิลลิลิตร/นาที เป็นระยะที่ไตเริ่มทำงานผิดปกติเล็กน้อย

ระยะที่ 3 ค่า GFR = 30 - 59 มิลลิลิตร/นาที เป็นระยะที่ไตทำงานผิดปกติปานกลาง

ระยะที่ 4 ค่า GFR = 15 - 29 มิลลิลิตร/นาที เป็นระยะที่ไตทำงานผิดปกติอย่างมาก

ระยะที่ 5 ค่า GFR < 15 มิลลิลิตร/นาที เป็นระยะสุดท้ายที่ถือว่าไตพังไปแล้วเรียบร้อย (ต้องใช้ไตเทียมล้างไตจึงจะมีชีวิตอยู่ได้)

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมีการทำงานของไตผิดปกติอยู่ในระยะที่ 3 คือผิดปกติปานกลาง มีค่า eGFR = 33-51 มิลลิลิตร/นาที/1.73 เมตร²

พบค่า โซเดียมต่ำวันที่ 31 ตุลาคม 2565 ถึง 7 พฤศจิกายน 2565 ก่อนผ่าตัด บ่งบอกถึงภาวะขาดโซเดียมเนื่องจากการเตรียมลำไส้ก่อนผ่าตัดด้วยการรับประทานยาระบาย เป็นสาเหตุให้ร่างกายอาจสูญเสียของเหลวและอิเล็กโทรไลต์

พบค่า Chloride สูงเล็กน้อยหลังผ่าตัด วันที่ 9-14 พฤศจิกายน 2565 บ่งบอกถึง อาจเกิดจากการได้รับน้ำเกลือจากการรักษาพยาบาล จึงทำให้ได้รับคลอไรด์จากน้ำเกลือมากกว่าที่ปล่อยทิ้งทางปัสสาวะ

พบค่า CO₂ (Carbondioxide) ต่ำ วันที่ 9-14 พฤศจิกายน 2565 บ่งบอกถึง อาจกำลังมีสภาวะของโรคไตวายระยะเริ่มต้น จึงควบคุมไบคาร์บอเนตไม่ได้ ซึ่งผู้ป่วยมีการทำงานของไตผิดปกติอยู่ในระยะที่ 3 คือผิดปกติปานกลาง

ตารางที่ 6 แสดงผลการตรวจ Coagulation

รายการ	ค่าปกติ	31 ต.ค.65	3 พ.ย.65	16 พ.ย.65	18 พ.ย.65
PT	10.3 - 12.6 sec	↑ 13.2	↑ 15.7	↑ 13.8	↑ 13.3
INR	0.00 - 4.99	1.15	1.38	1.09	1.05
APTT	20.8 - 27.6 sec	↑ 27.9	26.5	22.8	23.6

การวิเคราะห์ผลตรวจ Coagulation

พบค่า PT สูงกว่าปกติ วันที่ 31 ตุลาคม 2565, 3-18 พฤศจิกายน 2565 บ่งบอกถึงอาจเกิดจากผู้ป่วยมีสารต่อต้านการแข็งตัวของโลหิตอยู่ในกระแสโลหิต

พบค่า APTT สูงกว่าปกติ วันที่ 31 ตุลาคม 2565 บ่งบอกถึง อาจเกิดบาดแผลและเลือดหยุดไหลยาก

ตารางที่ 7 แสดงผลการตรวจ Fluid Biochemistry

ชนิดของการตรวจ	ค่าปกติ	9 พ.ย.65	14 พ.ย.65
Fluid creatinine	>Serum Creatinine 18%	2	-
Fluid Triglyceride	< 110 mg/dL	-	22

การวิเคราะห์ผลการตรวจ Fluid Biochemistry

พบว่าผลปกติ

หมายเหตุ: เนื่องจากค่า Fluid creatinine สูงกว่า Serum Creatinine ไม่เกิน 18%

(Fluid creatinine > Serum Creatinine ของวันที่ 9 พ.ย.65 เท่ากับ 10% ผลจึงปกติ)

ตารางที่ 8 แสดงผลการตรวจทาง Immunology

ชนิดของการตรวจ	ค่าปกติ	31 ต.ค. 2565
Hepatitis B Antigen (HBsAg)	Negative	Negative
Anti Human Immuneodeficiency Virus (Anti - HIV)	Negative	Negative

การวิเคราะห์ผลการตรวจทาง Immunology

พบว่าผลปกติ

ตารางที่ 9 แสดงผลการตรวจเลือดเพาะเชื้อ

ชนิดของการตรวจ	ค่าปกติ	10 พ.ย. 2565
Hemoculture ขวดที่ 1	No growth	No growth after 24 hrs. and 5 days
Hemoculture ขวดที่ 2	No growth	No growth after 24 hrs. and 5 days

การวิเคราะห์ผลการตรวจเลือดเพาะเชื้อ

พบว่าผลปกติ

ตารางที่ 10 แสดงผลการตรวจปัสสาวะเพาะเชื้อ

ชนิดของการตรวจ	ค่าปกติ	31 ต.ค. 2565		
Urine culture	No growth	1. Escherichia coli 10 ⁴ CFU/ml 2. Enterococcus faecalis 10 ³ CFU/ml		
<u>Aerobe culture and identification</u>	1. Escherichia coli 2. Enterococcus faecalis			
S=Susceptible, I= Intermediate, R= Resistant				
MIC		S/I/R	Value	Unit
Cephalosporin	Cefotaxime	S	<=1	Ug/mL
	Ceftazidime	S	<=1	Ug/mL
	Ceftriaxone	S	<=0.5	Ug/mL

การวิเคราะห์ผลการตรวจปัสสาวะเพาะเชื้อ

พบเชื้อ 1) Escherichia coli และ 2) Enterococcus faecalis บ่งบอกถึงการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากมีประวัติปัสสาวะเป็นเลือดเป็นๆหายๆ ปัสสาวะแสบขัด 3 เดือนก่อนมา เชื้อทั้ง 2 ตัว Sensitivity กับยากลุ่ม Cephalosporin ซึ่งผู้ป่วยได้รับยา Ceftriaxone 2 gm IV OD

ผล MRI Whole Abdomen (29 ต.ค. 2565)

Impression:

- Irregular mass at right lateral urinary bladder wall showing perivesicle fat extension with right UVJ obstruction showing upstream right hydroureter and hydronephrosis; the lesion is measured about 3.2 cm in maximal thickness and 5.6 cm in length and invasion of nearly entire prostate gland, possibly 1) CA bladder with prostate extension or 2) CA prostate with bladder extension, please correlate with tissue pathology.

- A 1.7 cm right perivesicle node, metastatic nodes.

- Multifocal heterogeneous marrow at pelvic bone and both femora. possibly red marrow reconversion, however, please correlate with bone scan

- Edematous of bilateral gluteus maximus muscle and right gluteus medius and minimus.

ผลตรวจ CT Brain Non contrast (16 พ.ย. 2565 21:55)

Impression:

- No evidence of intracranial hemorrhage, obvious infarction, mass lesion

If clinical still suspected mass lesion, further contrast study is advised

ผลตรวจ CT Brain Non contrast (17 พ.ย. 2565 22:33)

Impression:

- An ill-defined hypodense lesion at right fronto-parieto-temporal region, represent acute to subacute M5 of right MCA infarction.
- No definite hemorrhagic transformation

ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา (Pathology report) (10 พ.ย. 2565)

Appendix, Pelvic exenteration (urinary bladder and lymph node)

A) Urinary bladder, radical cystectomy: Moderately differentiated adenocarcinoma of the urinary bladder. Tumor size 5.4x4.3x3.3 cm. Tumor present at anterior and posterior wall. Presence of lymphovascular and perineural invasion. Tumor invades into the perivesicular soft tissue. Tumor involves urethra, prostate gland, bilateral seminal vesicles and right ureter orifice. Tumor does not involve vas deferens and left attached ureter. The prostatic and bilateral ureteric resected margins are free from tumor. Tumor present at urethra resected margin.

- B) Right ureteric margin, resection: No tumor cells
- C) Left ureteric margin, resection: No tumor cells
- D) Lymph nodes, right pelvic, excision: Metastatic tumor cells (1/5)
- E) Lymph nodes, left pelvic, excision: No lymph node identified
- F) Appendix, incidental appendectomy: Unremarkable

การวิเคราะห์ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา (Pathology report)

กระเพาะปัสสาวะ, การผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด (Urinary bladder, radical cystectomy): พบมะเร็งกระเพาะปัสสาวะชนิด Moderately differentiated adenocarcinoma เนื้องอกมีขนาด 5.4x4.3x3.3 เซนติเมตร เนื้องอกปรากฏที่ผนังด้านหน้าและด้านหลังของกระเพาะปัสสาวะ และมีการลุกลามเข้าไปยังหลอดเลือดน้ำเหลืองที่ท่อปัสสาวะขนาดเล็ก (Lymphovascular) และเส้นประสาทขนาดเล็ก (Perineural invasion) ลุกลามไปยังเนื้อเยื่ออ่อนรอบๆ ลุกลามไปถึงท่อปัสสาวะ ต่อมลูกหมาก ต่อมสร้างน้ำเลี้ยงอสุจิทั้งสองข้าง และรูเปิดทางออกปัสสาวะ (urethral orifice) ข้างขวา และมะเร็งยังไม่ได้ลุกลามไปท่อนำอสุจิ ท่อไตข้างซ้าย ระยะขอบที่ตัดออกไปของชิ้นเนื้อต่อมลูกหมากและท่อไตทั้งสองข้างที่ตัดออก ไม่มีเนื้อมะเร็ง และเนื้องอกยังอยู่ในขอบเขตของท่อปัสสาวะที่ตัดออกไป

- B) ขอบเขตท่อไตข้างขวา, การผ่าตัด (Right ureteric margin, resection): ไม่พบเซลล์มะเร็ง
- C) ขอบเขตท่อไตข้างซ้าย, การผ่าตัด (Left ureteric margin, resection): ไม่พบเซลล์มะเร็ง

D) ต่อม้ำเหลืองในอุ้งเชิงกรานข้างขวา (Lymph nodes, right pelvic, excision): มะเร็งแพร่กระจาย
ในต่อม้ำเหลือง 1 ใน 5 ต่อม

E) ต่อม้ำเหลืองในอุ้งเชิงกรานข้างซ้าย (Lymph nodes, left pelvic, excision): ไม่พบมะเร็ง
แพร่กระจายในต่อม้ำเหลือง

F) ไส้ติ่ง, การผ่าตัดไส้ติ่งร่วมด้วย (Appendix, incidental appendectomy): ไม่พบสิ่งผิดปกติ

สรุปผลการตรวจทางพยาธิวิทยา (Pathology report) พบว่า ผู้ป่วยเป็นมะเร็งกระเพาะปัสสาวะชนิด
Moderately differentiated adenocarcinoma ระยะที่ 3A (pT4aN1M0) คือ เนื้องอกลุกลามไปยังบริเวณต่อม
ลูกหมาก ต่อมสร้างน้ำเลี้ยงอสุจิทั้งสองข้าง พบมีการแพร่กระจายไปต่อม้ำเหลืองภายนอก 1 ต่อม แต่ยังไม่พบ
การกระจายไปยังอวัยวะอื่น

การประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ข้อมูลจากการสังเกต ชักประวัติ ตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษ
แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ

ประเมินวันที่ 31 ตุลาคม 2565 ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเป็นมะเร็งกระเพาะปัสสาวะและมีโรคร่วมคือ
โรคหัวใจขาดเลือดรักษาโดยทำ Balloon 3 เส้นมาแล้ว มาโรงพยาบาลครั้งนี้เพื่อรักษามะเร็งกระเพาะปัสสาวะ จะ
ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเนื้องอกกระเพาะปัสสาวะด้วยการส่องกล้องทางท่อปัสสาวะเพื่อประเมินระยะโรคใน
วันที่ 1 พฤศจิกายน 2565 มีความกังวลกับระยะของโรคและแผนการรักษาที่จะได้รับ

ประเมินวันที่ 7 พฤศจิกายน 2565 ผู้ป่วยรับรู้ว่าเซลล์มะเร็งลุกลามไปถึงชั้นกล้ามเนื้อจะต้องผ่าตัด
กระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด ในวันที่ 8 พฤศจิกายน 2565 ทราบว่าการผ่าตัดและต้องเปลี่ยนช่องทางขับถ่าย
ปัสสาวะใหม่ตลอดชีวิต มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด รับรู้ว่าโรคนี้นี้เป็นโรคร้ายแรงกลัวทรมาณเมื่อถึงระยะ
ท้ายที่โรคลุกลามมาก

ประเมินวันที่ 17 พฤศจิกายน 2565 ผู้ป่วยรับรู้ว่าไม่มีแขนและขาข้างซ้ายอ่อนแรง มุมปากข้างซ้ายตก
พูดได้ไม่ชัด มีอาการแสดงในตอนเย็นของวันที่ 16 พฤศจิกายน 2565 รับรู้ว่าตนเองเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และ
ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดไปแล้ว มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา รับรู้ว่าโรคนี้นี้เป็นโรค
ที่อาจทำให้เกิดความพิการตลอดชีวิต ต้องทำกายภาพและทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น ได้แก่ภรรยาและบุตรชาย

สรุป แบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ พบปัญหาเรื่องวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษา
แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร

ประเมินวันที่ 31 ตุลาคม 2565 ผู้ป่วยให้ประวัติว่า ปกติรับประทานอาหาร 3 มื้อ โดยมือเข้าส่วน
ใหญ่รับประทานกาแฟ ส่วนมือที่แยงและเย็นรับประทานเป็นข้าวสวย อาหารส่วนใหญ่เป็นอาหารหารมัด และแกงที่
ใส่กะทิ ผู้ป่วยคิดว่าการรับประทานอาหารเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้

ประเมินวันที่ 14 พฤศจิกายน 2565 ขณะอยู่โรงพยาบาลผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ 1/4 ถาด จะรับประทานแต่ข้าวต้มกับไข่ต้ม และนมทางการแพทย์ 1-2 แก้วต่อวัน ไม่รับประทานเนื้อสัตว์เนื่องจากเคี้ยวให้ละเอียดยากทำให้มีอาการท้องอืดแน่นท้อง มีเบื่ออาหารเล็กน้อย ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน และประเมินวันที่ 18 พฤศจิกายน 2565 ภายหลังเกิดภาวะหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ผู้ป่วยมีอาการมูมปากด้านซ้ายเบี้ยวขณะรับประทานอาหารต้องระวังอาการล้าลึก ผู้ป่วยรับประทานข้าวต้มและเนื้อสัตว์สับละเอียดได้ 1/3 ของถาด ไม่มีสำลัก มีเบื่ออาหารเล็กน้อย ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาน้ำหนักลดลงเล็กน้อย 1 กิโลกรัม BMI ปัจจุบัน 18.91 Kg/m² ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ น้ำหนัก 47.8 กิโลกรัม ส่วนสูง 159 เซนติเมตร

สรุป แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญอาหารพบปัญหาคือ รับประทานอาหารได้น้อย และเฝ้าระวังการสำลักอาหาร

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย

ขณะอยู่บ้านผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง เป็นสีเหลืองปกติ ขณะอยู่โรงพยาบาลมีอาการท้องผูก ไม่ถ่ายอุจจาระ 3 วัน ต้องใช้ยาระบาย ส่วนปัสสาวะขณะอยู่ที่บ้านมีปัสสาวะปนเลือดบ่อยครั้ง ขณะอยู่โรงพยาบาลก่อนผ่าตัดผู้ป่วยไม่มีปัสสาวะแสบขัดหรือปัสสาวะเป็นเลือด แต่หลังทำ TUR-BT วันที่ 1 พฤศจิกายน 2565 ผู้ป่วยมีปัสสาวะปนเลือดเล็กน้อย (Hematuria grade 1) ไม่มีลิ่มเลือด ได้รับการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะตลอดเวลา (continuous bladder irrigation: CBI) หลัง on CBI ครบ 24 ชั่วโมง ไม่มีปัสสาวะปนเลือด แพทย์จึง Off CBI ได้ ส่วนหลังผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะผู้ป่วย on Right Ileal conduit ปัสสาวะมี Hematuria grade 1 และก่อนกลับบ้านปัสสาวะสีเหลืองใสไม่มีเลือดปน

ผู้ป่วยได้รับการตรวจเพาะเชื้อจากปัสสาวะ (Urine culture: UC) วันที่ 31 ตุลาคม 2565 พบเชื้อ 1) Escherichia coli 10⁴ CFU/mL และ 2) Enterococcus faecalis 10³ CFU/mL

สรุป แบบแผนการขับถ่ายพบปัญหาคือ ท้องผูก ปัสสาวะปนเลือดหลังทำ TUR-BT และหลังผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะ และมีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย

ประเมินวันที่ 31 ตุลาคม 2565 ก่อนป่วยผู้ป่วยบอกว่าสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ทำกิจวัตรประจำวันได้ดี ไม่ได้ทำงานหนักเนื่องจากเกษียณอายุราชการแล้วและเคยใส่ Ballon หลอดเลือดหัวใจ 3 เส้นเมื่อ 2 ปีที่แล้ว ภรรยาและบุตรชายให้ทำกิจกรรมเล็กน้อยที่บ้านและเดินออกกำลังกายรอบๆบ้านตอนเย็น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่พบการอ่อนแรงในส่วนใด เคลื่อนไหวกล้ามเนื้อทุกส่วนได้ปกติ ทรงตัวปกติ ตรวจร่างกายระบบหัวใจและหลอดเลือด ลักษณะทรงอกทั้งสองข้างสมมาตรกันดี ไม่เจ็บหน้าอก คลำไม่พบหัวใจโต ฟังเสียงหัวใจ ไม่พบเสียงผิดปกติ เช่น Murmur คลำชีพจร ที่คอ แขน ขาหนีบและหลังเท้าสองข้างแรงสม่ำเสมอ เท่ากันดี อัตราเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ 80-110 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 112/78 มิลลิเมตรปรอท ปลายเล็บมือและเล็บเท้าไม่ซีด

ประเมินวันที่ 17 พฤศจิกายน 2565 ผู้ป่วยมีแขนและขาข้างซ้ายอ่อนแรง มุมปากข้างซ้ายตก ประเมิน Motor power แขนและขาซ้ายอ่อนแรง grade 4 มือซ้าย grade 2 แขนและขาข้างขวา motor power grade.5 แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น โรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน (เริ่มมีอาการแสดงในวันที่ 16 พฤศจิกายน 2565 เวลา 20.30 น.) ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยละลายลิ่มเลือด และจากอาการของโรคทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเองทั้งหมด ต้องมีพยาบาลช่วยเหลือและต้องนอนพักอยู่บนเตียงตลอดเวลา

สรุป แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย คือ ไม่สามารถทำกิจกรรมที่ตัวเองต้องการได้ทั้งหมด เนื่องจากแขนและขาข้างซ้ายอ่อนแรง มุมปากข้างซ้ายตกจากโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน

แบบแผนที่ 5 การนอนหลับและการพักผ่อน

ประเมินวันที่ 31 ตุลาคม 2565 ก่อนการเจ็บป่วย เข้านอนเวลาประมาณ 21.00 น. ตื่นเวลา 05.00 น. นอนหลับได้ไม่จำเป็นต้องใช้ยานอนหลับชอบฟังธรรมะก่อนนอนจะช่วยให้หลับสบาย และถ้ามีเรื่องเครียดจะสวดมนต์

ประเมินวันที่ 5 พฤศจิกายน 2565 ช่วงรักษาตัวอยู่โรงพยาบาลผู้ป่วยนอนหลับๆตื่นๆ มักตื่นมา กลางดึก เนื่องจากไม่คุ้นสถานที่ และมีความวิตกกังวลกับการผ่าตัด ต้องขอยานอนหลับเพื่อช่วยให้หลับง่ายขึ้น จากการสังเกตและการตรวจร่างกาย ผู้ป่วยดูมีสีหน้าเปลี้ยเล็กน้อย ไม่มีชอบตาล้ำ สามารถหลับได้เป็นพักๆ ทั้งในเวลากลางวัน และกลางคืน

สรุป แบบแผนการนอนหลับและการพักผ่อน ถูกรบกวนเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมและวิตกกังวลกับการผ่าตัด

แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้

ประเมินวันที่ 31 ตุลาคม 2565 ก่อนการเจ็บป่วยผู้ป่วยรู้จักสถานที่ เวลา บุคคลได้ปกติ การพูด การใช้ภาษาได้เป็นปกติและเหมาะสม สามารถอ่านออกเขียนได้ ไม่ต้องใช้แว่นตาในการอ่านหนังสือ หูได้ยินชัดเจนไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยฟัง ช่วงที่เจ็บป่วยเมื่ออยู่ที่บ้านสามารถจดจำบุคคล สถานที่ และสถานการณ์ต่างๆในอดีตได้ ไม่สับสนพูดคุยน้ำเสียงปกติ และเนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุจึงนำแบบประเมินการรับรู้ฉบับย่อ (A short portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ) ของไฟเฟอร์มีคำถามทั้งหมด 10 ข้อคำถาม ผู้ที่ได้ 8 คะแนน แสดงว่ามีการรับรู้ปกติ (Pfeiffer,1975) ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามได้ 9 คะแนน แสดงถึงมีการรับรู้ปกติ อยู่ที่บ้านกิจวัตรประจำวันส่วนใหญ่ ทำด้วยตัวเอง รับรู้การเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับทุกคน อยู่ที่ว่าต้องปรับตัวอยู่กับมันให้ได้ และไม่หมดหวังกับการเจ็บป่วย สามารถตัดสินใจและแก้ปัญหาได้ดี พร้อมเผชิญความเจ็บป่วย

ประเมินวันที่ 17 พฤศจิกายน 2565 จากการสังเกตและการตรวจร่างกาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการหลงลืม Glasgow Coma Scale (GCS) เท่ากับ 15 คะแนน รูม่านตาทั้งสองข้างมีปฏิกิริยาต่อแสงดี ขนาดรูม่านตา 2 มิลลิเมตร แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง (Motor power grade 4 มือซ้าย grade 2) ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นลดลง

มูมปากข้างซ้ายตก พูดไม่ชัดแต่สื่อสารรู้เรื่องเข้าใจ หูทั้งสองข้างได้ยินชัดเจน จมูกรับกลิ่นได้ดี สติปัญญาและการรับรู้ปกติ รับทราบเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองว่าเกิดจากโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน

สรุป แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้พบปัญหา คือ แขนและขาข้างซ้ายตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นลดลง จากโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน

แบบแผนที่ 7 มโนทัศน์แห่งตน/ ความรู้สึกนึกคิดต่อตนเอง

ประเมินวันที่ 31 ตุลาคม 2565 ผู้ป่วยทราบว่าต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดประเมินระยะโรคก่อน และถ้าหากมะเร็งลุกลามถึงขั้นกล้ามเนื้อจะต้องผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด และเปลี่ยนช่องทางขับถ่ายปัสสาวะใหม่ตลอดชีวิต มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา แต่เข้าใจความจำเป็นของการรักษาถ้าต้องมีทวารเบาเทียมและพร้อมเรียนรู้ในการดูแลตนเองหลังการผ่าตัด

ประเมินวันที่ 17 พฤศจิกายน 2565 ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีทวารเบาใหม่ทางหน้าท้อง และเกิดหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันหลังผ่าตัด ทำให้แขนขาซ้ายอ่อนแรงและมูมปากข้างตก ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยและพูดไม่ชัด กังวลกับอาการดังกล่าว นอกจากนี้ยังมีทวารเบาใหม่ที่ต้องดูแล ทำให้ผู้ป่วยร้องไห้บ่อย กลัวเป็นภาระของภรรยาและบุตรชาย

สรุป แบบแผนมโนทัศน์แห่งตน/ ความรู้สึกนึกคิดต่อตนเอง พบปัญหาคือ เห็นคุณค่าตัวเองลดลง และวิตกกังวลกลัวเป็นภาระของภรรยาและบุตรชาย เนื่องจากแขนขาซ้ายอ่อนแรงและยังมีทวารเบาเทียมที่ต้องดูแล

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ

ประเมินวันที่ 31 ตุลาคม 2565 ก่อนที่จะมีภาวะการเจ็บป่วย ผู้ป่วยอยู่บ้านทำงานเล็กน้อยที่บ้าน รายได้หลักมาจาก เงินบำนาญและบุตรชาย เมื่อทราบว่าตนเองเจ็บป่วย ก็ไม่ได้ทำงานเนื่องจากบุตรชายให้พักผ่อนอยู่บ้านกับภรรยา สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวดี ขณะเจ็บป่วย สัมพันธภาพในครอบครัวดี ทุกคนให้กำลังใจ ผู้ป่วยมีภรรยาเป็นคนที่ดูแลเป็นหลักเมื่ออยู่บ้านและโรงพยาบาล บุตรชายและญาติๆจะมาเยี่ยมช่วงวันหยุด วันเสาร์-อาทิตย์ ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาลและเจ้าหน้าที่มีสุขภาพ ให้ความร่วมมือกับทีมสุขภาพในการดูแลรักษาเป็นอย่างดี

สรุป บทบาทและสัมพันธภาพไม่พบปัญหา

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์

ประเมินวันที่ 31 ตุลาคม 2565 ผู้ป่วยอายุ 63 ปี สถานะภาพสมรส และผู้ป่วยมีพฤติกรรมทางเพศเหมาะสม ผู้ป่วยอยู่ในวัยผู้สูงอายุ การแสดงออกทางเพศปกติ

สรุป เพศและการเจริญพันธุ์ไม่พบปัญหา

แบบแผนที่ 10 แผนการเผชิญปัญหาและการทนต่อความเครียด

ประเมินวันที่ 31 ตุลาคม 2565 ก่อนที่จะมีภาวะการเจ็บป่วย ผู้ป่วยเป็นคนใจเย็น มองโลกในแง่ดี ถ้ามีอาการเครียด มีปัญหาหรือเรื่องไม่สบายใจจะปรึกษาภรรยา แต่ถ้าเป็นปัญหาเล็กๆน้อยๆก็จะแก้ปัญหาและสามารถตัดสินใจได้ด้วยตัวเอง

ประเมินวันที่ 17 พฤศจิกายน 2565 ขณะเจ็บป่วยอยู่โรงพยาบาล หลังเกิดภาวะหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันในระยะแรก ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล นอนร้องไห้บ่อย เมื่อถามถึงความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยบอกว่ากังวลกลัวจะพิการเป็นภาระให้ลูกชายและภรรยา

สรุป แบบแผนการเผชิญปัญหาและการทนต่อความเครียด พบปัญหาวิตกกังวลกลัวจะพิการเป็นภาระให้ลูกชายและภรรยา

แบบแผนที่ 11 แบบแผนค่านิยมและความเชื่อ

ประเมินวันที่ 31 ตุลาคม 2565 ก่อนการรักษาและเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ ไปวัดในวันสำคัญทางศาสนา เช่น วันเข้าพรรษา ก่อนนอนมีสวดมนต์เป็นบางวัน มีความเชื่อว่าเจ็บป่วยครั้งนี้แล้วแต่บุญแต่กรรมทำมา แต่ยังไม่อยากหายดี เพื่อจะได้ไม่เป็นภาระของลูกชายและภรรยา

สรุป แบบแผนค่านิยมและความเชื่อไม่พบปัญหา

เปรียบเทียบกรณีศึกษา กับโรคและการรักษา

ทฤษฎี	ผู้ป่วย
-------	---------

มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (Bladder cancer)

คือ โรคที่เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ในกระเพาะปัสสาวะที่มีการเจริญเติบโต แบ่งตัวเพื่อเพิ่มจำนวนเซลล์อย่างรวดเร็วและมากผิดปกติจนกลายเป็นก้อนเนื้อออกขึ้นมา และก้อนเนื้อนี้อาจสามารถเจริญเติบโตขึ้นเรื่อยๆ จนอาจเต็มกระเพาะปัสสาวะ ลุกลามไปยังอวัยวะและต่อมน้ำเหลืองข้างเคียง และแพร่กระจายเข้าสู่กระแสเลือดได้ หากตรวจพบโรคได้เร็วก็จะมีโอกาสหายได้มาก อย่างไรก็ตาม แม้จะตรวจพบได้ในระยะแรกและรักษาหายแล้ว แต่มะเร็งชนิดนี้ก็มีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำได้สูง (Recurrence)

อุบัติการณ์

มะเร็งกระเพาะปัสสาวะพบได้บ่อยเป็นอันดับ 7 ของมะเร็งซึ่งพบในเพศชายทั่วโลก และเป็นอันดับที่ 11 ของมะเร็งที่พบบ่อยในทั้งสองเพศ The worldwide age-standardized incidence

ผู้ป่วยรายนี้เป็นเพศชายอายุ 63 ปี

(พบอุบัติการณ์ในผู้ชาย 3.98 ต่อประชากร 100,000 ซึ่งมากกว่าผู้หญิง)

ทฤษฎี	ผู้ป่วย
-------	---------

rate (ต่อประชากร 100,000 รายต่อปี) เท่ากับ 9.0 สำหรับ เพศชาย และ 2.2 สำหรับเพศหญิง ในประเทศไทยพบได้ Age-standardized incidence rate (ต่อประชากร 100,000 รายต่อปี) เท่ากับ 3.98 สำหรับเพศชาย และ 1.02 สำหรับเพศหญิง ร้อยละ 90 ของเนื้องอก เยื่อบุทางเดินปัสสาวะ (Urothelial tumor) มาจากกระเพาะปัสสาวะ, ร้อยละ 8 มาจากกรวยไต (Renal pelvis) และร้อยละ 2 มาจากท่อไต (Ureter) และท่อปัสสาวะ (Urethra) (दनัย มโนรมณ์ และคณะ, 2563)

ชนิดของมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

แบ่งออกได้ตามลักษณะของเซลล์ ซึ่งได้แก่

1. Transitional cell carcinoma (TCC) เป็นชนิดที่พบได้มากที่สุดประมาณ 90-95% เกิดจากเซลล์เยื่อชั้นในสุดที่ทำหน้าที่ยึดหดเวลากระเพาะปัสสาวะขยายหรือบีบตัว
2. Squamous cell carcinoma (SCC) เป็นชนิดที่พบได้น้อยลงมาคือประมาณ 1-5% เกิดจากเซลล์รูปลี่เหลี่ยม มีการระคายเคืองหรือติดเชื้อเรื้อรัง ที่กระเพาะปัสสาวะ
3. Adenocarcinoma เป็นชนิดที่พบได้ประมาณ 1-2% เป็นมะเร็งชนิดต่อมที่เจริญมาจากเนื้อเยื่อต่อมซึ่งเป็นเยื่อผิว ถ้าเป็นอยู่เฉพาะเยื่อจะเรียกว่าเป็นระดับตื้น (Superficial) แต่ถ้าทะลุเยื่อลงไปลึกกว่านั้นเรียก ชั้นลึก (Invasive)
4. Small cell carcinoma เป็นชนิดที่พบได้น้อยกว่า 1% โดยเกิดจากเซลล์ที่เรียกว่า Neuroendocrine cells
5. Sarcomas เป็นชนิดที่พบได้น้อยมาก โดยเกิดในเซลล์กล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะ

สาเหตุของมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ แต่พบว่ามีหลายปัจจัยเสี่ยง ที่ทำให้เกิดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ดังนี้ (दनัย มโนรมณ์ และคณะ, 2563)

1. การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอันดับหนึ่งสำหรับมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ พบได้ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยทั้งหมดเกิดจาก

ผู้ป่วยรายนี้มีปัจจัยเสี่ยง คือ

1. มีประวัติสูบบุหรี่มานานประมาณ 20-30 ปี เลิกสูบบุหรี่ในปี 2563 เนื่องจาก รักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. พบการติดเชื้อเรื้อรังในกระเพาะปัสสาวะ จากผลตรวจเพาะเชื้อปัสสาวะ (31 ตุลาคม 2565) พบเชื้อ

ทฤษฎี	ผู้ป่วย
ควินบูทรีที่ประกอบด้วย Aromatic amines และ Polycyclic aromatic hydrocarbons ซึ่งถูกขับโดยไต	- Escherichia coli 10^4 CFU/ml - Enterococcus faecalis 10^3 CFU/ml
2. อาชีพที่สัมผัสกับ Aromatic amines, Polycyclic aromatic hydrocarbons, Chlorinated hydrocarbons เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญอันดับสองสำหรับมะเร็งกระเพาะปัสสาวะพบได้ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยทั้งหมด ประเภทของอาชีพซึ่งสัมผัสกับสารดังกล่าวได้แก่ อาชีพทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมสีโลหะและปิโตรเคมีภัณฑ์	
3. การดื่มน้ำที่เป็นพิษของ chlorine, trihalomethane และ arsenic เพิ่มโอกาสป่วยด้วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ปริมาณของน้ำที่ดื่มในแต่ละวันยังส่งผลไม่ชัดเจนต่อการเกิดโรค	
4. ผลของการใช้น้ำยาเปลี่ยนสีผมถาวรซึ่งมี NAT2 slow acetylation phenotype เป็นส่วนผสมอยู่	
5. การสัมผัสรังสีประเภท ionizing radiation จะเพิ่มโอกาสป่วยด้วยมะเร็งประเภทนี้	
6. พยาธิใบไม้เลือด (Schistosomiasis) ซึ่งก่อให้เกิดกระเพาะปัสสาวะอักเสบเรื้อรังในประเทศอียิปต์ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อจากพยาธิเป็นสาเหตุหนึ่งของมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	
7. การติดเชื้อเรื้อรังในกระเพาะปัสสาวะ หรือการระคายเคืองและการอักเสบเนื่องจากก้อนนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ ทำให้เยื่อบุกระเพาะปัสสาวะ (Transitional cell) เปลี่ยนไปเป็นเนื้องอกได้	
8. การคั่งค้างของน้ำปัสสาวะในกระเพาะปัสสาวะเป็นเวลานาน ๆ ทำให้ Carcinogen ซึ่งขับออกกับน้ำปัสสาวะเพิ่มมากขึ้น	

อาการและอาการแสดง

ส่วนใหญ่จะมีปัสสาวะเป็นเลือดโดยที่ไม่มีอาการปวด (Painless hematuria) โดยมักจะมีปัสสาวะเป็นสีเลือด (Gross hematuria) ตลอดลำปัสสาวะและมีอาการเป็นหาย ๆ นอกจากนี้อาจจะมีความผิดปกติของการปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะแสบขัด กลั้นปัสสาวะไม่ได้ และในผู้ป่วยที่มีมะเร็งระยะลุกลามหรือแพร่กระจาย

ผู้ป่วยรายนี้มี อาการ ปัสสาวะเป็นเลือดและมีปัสสาวะแสบขัด เป็นๆหายมา 3 เดือน ไม่มีอาการปวด

ทฤษฎี	ผู้ป่วย
<p>ออกนอกกระเพาะปัสสาวะมักพบอาการปวด อ่อนเพลีย น้ำหนักลด</p>	
<p><u>การตรวจวินิจฉัยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ</u></p>	<p><u>การตรวจวินิจฉัยของผู้ป่วยรายนี้</u></p>
<p>1. การซักประวัติและการตรวจร่างกาย ซึ่งอาจพบอาการปัสสาวะเป็นเลือด กระเพาะปัสสาวะอักเสบ และอาจพบว่ามีภาวะซีด อ่อนเพลีย และเหนื่อยง่ายจากการมีเลือดออกจากรีก่อนมะเร็งเรื้อรังแล้วป้อนมาในปัสสาวะ</p>	<p>1. ซักประวัติผู้ป่วยมีอาการ ปัสสาวะแสบขัด เป็นเลือด เป็นๆหายมา 3 เดือน</p> <p>2. ผลตรวจเพาะเชื้อปัสสาวะ (31 ตุลาคม 2565) พบเชื้อ</p>
<p>2. การตรวจปัสสาวะ (Urinalysis) ตรวจดูเซลล์เม็ดเลือดแดงที่ปนมากับปัสสาวะด้วยกล้องจุลทรรศน์ ซึ่งจะ ถือว่ามากผิดปกติถ้าพบเม็ดเลือดแดงมากกว่า 3 RBC/HPF และดูลักษณะของเม็ดเลือดแดงถ้า เม็ดเลือดแดงมีลักษณะผิดปกติ (Dysmorphic RBC) หรือออกมาเป็นแท่ง (cast) จะบ่งชี้ถึงความผิดปกติของ glomerular ของไต แต่ถ้าเม็ดเลือดแดงมีลักษณะปกติจะเกิดจากสาเหตุอื่น ได้แก่ นิ้ว ก้อนเนื้องอก ติดเชื้อ เป็นต้น</p>	<p>- Escherichia coli 10^4 CFU/ml</p> <p>- Enterococcus faecalis 10^3 CFU/ml</p> <p>3. ผลตรวจ MRI Whole abdomen (29 ตุลาคม 2565)</p> <p>Impression: พบเนื้องอกที่ผนังกระเพาะปัสสาวะด้านขวา ขนาด 3.2×5.6 เซนติเมตร มีจุดตันตรงท่อไตกับกระเพาะปัสสาวะข้างขวา</p>
<p>3. การส่องกล้องกระเพาะปัสสาวะ (Cystoscopy) เป็นการตรวจมาตรฐานสำหรับการวินิจฉัยและจัดแบ่งระยะของมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ตรวจดู ลักษณะของก้อน ขนาด จำนวน ตำแหน่ง การลุกลามของก้อนมะเร็ง</p>	<p>(Ureterovesical Junction (UVJ) obstruction)</p>
<p>4. การตรวจหาเซลล์มะเร็งในปัสสาวะ (Urine Cytology) จะช่วยเพิ่มความไวในการวินิจฉัยมะเร็งระยะต้นและมะเร็งทางเดินปัสสาวะส่วนต้น โดยมีความจำเพาะสูงถึงร้อยละ 98 แต่มีความไวเพียงร้อยละ 34 ซึ่งความไวในการตรวจพบเซลล์มะเร็งจะน้อยที่สุดในมะเร็งระดับต่ำ (low-grade) จากการที่มีการเปลี่ยนแปลงลักษณะเซลล์ไม่มากและหลุดลอกออกมาในปัสสาวะน้อยกว่า</p>	
<p>5. การส่งตรวจภาพถ่ายรังสี การส่งตรวจภาพถ่ายรังสีช่วยประเมินตำแหน่งและการลุกลามของก้อนมะเร็ง ในกระเพาะปัสสาวะ รวมถึงการแพร่กระจายไปอวัยวะอื่นด้วย</p> <p>- เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องและอุ้งเชิงกราน (computed tomography, CT) เป็นการตรวจที่แนะนำในการประเมินผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะทุกราย โดยมีประโยชน์ในการ</p>	

ทฤษฎี	ผู้ป่วย
<p>ประเมินการลามของมะเร็งออกนอกกระเพาะปัสสาวะ</p> <p>การแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง ปอด ตับหรือกระดูก</p> <p>นอกจากนี้ยังช่วยบ่งชี้การอุดกั้นของทางเดินปัสสาวะจาก</p> <p>ก้อนมะเร็งหรือต่อมน้ำเหลืองได้</p> <ul style="list-style-type: none"> - การตรวจระบบทางเดินปัสสาวะโดยการฉีดสารทึบรังสีเข้าทางหลอดเลือดดำ (Intravenous pyelogram, IVP) สามารถประเมินระบบทางเดินปัสสาวะส่วนต้นไปจนถึงกระเพาะปัสสาวะได้ และมีความไวสูงในการตรวจหาความผิดปกติขนาดเล็กในท่อไตและกรวยไต อย่างไรก็ตามอาจจะไม่พบความผิดปกติจากการตรวจ IVP ในรายที่มีก้อนเนื้องอกในกระเพาะปัสสาวะขนาดเล็กได้ การทำ CT และ IVP จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตวายจากการฉีดสารทึบรังสี ในผู้ที่มีความเสี่ยงดังกล่าวอาจพิจารณาใช้การตรวจด้วยเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กแทน - เอกซเรย์คลื่นแม่เหล็ก (Magnetic resonance imaging, MRI) มีประโยชน์เหนือกว่า CT ในการตรวจหามะเร็งที่อยู่ต้นมะเร็งที่กระจายหลายตำแหน่ง นอกจากนี้ช่วยประเมินระยะของมะเร็งที่มีการลุกลามเฉพาะที่ได้ดีกว่า โดยดูการลุกลามออกนอกกระเพาะปัสสาวะหรือการลุกลามไปอวัยวะข้างเคียง - การตรวจสแกนกระดูกทางเวชศาสตร์นิวเคลียร์ (Bone scan) ช่วยประเมินการแพร่กระจายของมะเร็งไปกระดูก โดยแนะนำให้ทำในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะระยะลุกลาม - Position emission tomography (PET) มีประโยชน์ในการประเมินการแพร่กระจายของมะเร็งไปอวัยวะต่างๆ โดยมี <p>ความไวในการตรวจพบการแพร่กระจายสูงกว่าร้อยละ 80</p> <p><u>ระยะของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (staging)</u></p> <p>การแบ่งระยะมะเร็งกระเพาะปัสสาวะตามระบบ TNM (tumor, node, metastasis staging system) ของ American Joint Committee on Cancer (AJCC) ฉบับที่ 8 มีรายละเอียดดังนี้</p>	<p>ผู้ป่วย</p>

ทฤษฎี		ผู้ป่วย
Primary tumor (T)		<p>ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา (Pathology report) เป็น Moderately differentiated adenocarcinoma</p> <p><u>ระยะของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะของผู้ป่วย</u></p> <p>จากผลการตรวจทางพยาธิวิทยา (Pathology report) พบว่าอยู่ในระยะ pT4aN1M0 โดยมีรายละเอียด ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tumor involves urethra, prostate gland, bilateral seminal vesicles and right ureter orifice (pT4a) - ตรวจต่อมน้ำเหลือง (Regional Lymph Node) จำนวน 5 ต่อม พบมะเร็งแพร่กระจายไป 1/5 ต่อม (N1) แต่ยังไม่พบการกระจายไปยังอวัยวะอื่นที่อยู่ห่างไกลออกไป (M0)
TX	Primary tumor cannot be assessed	
T0	No evidence of primary tumor	
Ta	Noninvasive papillary carcinoma	
Tis	Urothelial carcinoma in situ: "flat tumor"	
T1	Tumor invades lamina propria (subepithelial connective tissue)	
T2	Tumor invades muscularis propria	
pT2a	Tumor invades superficial muscularis propria (inner half)	
pT2b	Tumor invades deep muscularis propria (outer half)	
T3	Tumor invades perivesical soft tissue	
pT3a	Tumor invades perivesical soft tissue microscopically	
pT3b	Tumor invades perivesical soft tissue microscopically (extravesical mass)	
Primary tumor (T)		
T4	Extravesical tumor directly invaded any of the following: prostatic stoma, seminal vesicles, uterus, vagina, pelvic wall, abdominal wall	
pT4a	Extravesical tumor invades directly to prostatic stoma, seminal vesicle, uterus, or vagina	
pT4b	Extravesical tumor invades pelvic wall, abdominal wall	
Regional Lymph node (N)		
NX	Regional lymph nodes cannot be assessed	
N0	No regional lymph nodes metastasis	
N1	Single regional lymph node metastasis in the true pelvis (perivesical, obturator, internal and external iliac or sacral lymph node)	

ทฤษฎี		ผู้ป่วย
N2	Multiple regional lymph node metastasis in the true pelvis (perivesical, obturator, internal and external iliac or sacral lymph node metastasis)	
N3	Lymph node metastasis to the common iliac lymph node	
Distant metastasis (M)		
M0	No distant metastasis	
M1	Distant metastasis	
M1a	Distant metastasis limited to lymph nodes beyond the common iliacs	
M1b	Non-lymph node distant metastasis	

การจัดกลุ่มมะเร็งกระเพาะปัสสาวะตาม Tumor, Node, Metastasis classification TNMX staging AJCC 8th edition

Stage	T	N	M
0a	Ta	N0	M0
0is	Tis	N0	M0
I	T1a	N0	M0
II	T2a	N0	M0
	T2b	N0	M0
Stage	T	N	M
IIIA	T3a	N0	M0
	T3b	N0	M0
	T4a	N0	M0
	T1-4a	N1	M0
IIIB	T1-4a	N2, N3	M0
IVA	T4b	Any N	M0
	Any T	Any N	M1a
IVB	Any T	Any N	M1b

- ประเมินด้วยระบบ TNM พบว่า ผู้ป่วยอยู่ในระยะ pT4aN1M0
- ผู้ป่วยอยู่ในระยะ 3A ไม่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นที่อยู่ห่างไกลออกไป

ทฤษฎี	ผู้ป่วย
<p><u>วิธีการรักษาโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ</u></p> <p>การรักษาโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะทำได้หลายวิธี ประกอบด้วย เคมีบำบัด รังสีรักษา การใส่ยาเคมีบำบัดหรือยากระตุ้นภูมิคุ้มกัน ในกระเพาะปัสสาวะ (Intravesical therapy) และการผ่าตัด ขึ้นอยู่กับความรุนแรงทางพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อ และการแพร่กระจายของโรค รวมทั้งการอุดตันของท่อไต</p> <p><u>การผ่าตัด</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การผ่าตัดโดยการส่องกล้องผ่านทางท่อปัสสาวะเพื่อตัดชิ้นเนื้องอกของกระเพาะปัสสาวะออกเป็นชิ้นเล็กๆ (Trans Urethral Resection Bladder Tumor: TUR-BT) หรือจี้ทำลายด้วยกระแสไฟฟ้า (Fulguration) จี้ที่ก้อนมะเร็ง ซึ่งสามารถทำลายก้อนมะเร็งไปได้ วิธีนี้เหมาะสำหรับมะเร็งระยะแรก ซึ่งมีพยาธิสภาพอยู่บริเวณเยื่อบุกระเพาะปัสสาวะ ส่วนมะเร็งที่อยู่ลึกถึงชั้นของกล้ามเนื้อการรักษาด้วยวิธีนี้มักไม่ได้ผล และมีโอกาสที่จะเกิดเป็นซ้ำได้อีก 2. การผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกบางส่วน (Partial Cystectomy) จะทำในกรณีที่มะเร็งมีการลุกลามไปยังบริเวณผนังของกระเพาะปัสสาวะ อาจอยู่บริเวณส่วนโค้งด้านบนของกระเพาะปัสสาวะ และเนื้องอกมีขนาดไม่ใหญ่มากนัก หลังผ่าตัด ความจุของกระเพาะปัสสาวะจะลดลง แพทย์จะพิจารณาคายสวนปัสสาวะทั้งทางหน้าท้องเหนือหัวหน่าว (Suprapubic Cystostomy) หรือทางท่อปัสสาวะ จึงต้องมีการดูแลให้น้ำปัสสาวะไหลได้สะดวก 3. การผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด (Radical cystectomy) ทำในกรณีที่มะเร็งมีการลุกลามเข้าไปในกล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งในเพศชายเป็นการตัดกระเพาะปัสสาวะต่อมลูกหมาก seminal vesicle และเนื้อเยื่อรอบๆ กระเพาะปัสสาวะ รวมทั้งต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกรานออก ในเพศหญิงต้องตัดมดลูก รังไข่ ด้านหน้าของช่องคลอดและท่อปัสสาวะออกไปด้วย จากนั้นต้องทำทางให้ปัสสาวะออกใหม่ (Urinary diversion) 	<p><u>แผนการรักษา</u></p> <p>สำหรับผู้ป่วยรายนี้แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผ่าตัด Transurethral resection of the bladder tumor (TUR-BT) (1 พฤศจิกายน 2565) เพื่อประเมินระยะของโรค 2. ผ่าตัด Open radical cystectomy with ileal conduit (8 พฤศจิกายน 2565) หลังผ่าตัดนอนหอผู้ป่วย ICU 2 วัน และย้ายไปหอผู้ป่วยพิเศษ วันที่ 11 พฤศจิกายน 2565 3. มีภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดในสมองตีบ (Ischemic Stroke) หลังผ่าตัด (16 พฤศจิกายน 2565) รักษาโดยการให้ ASA (81) 4 tab oral stat at 22.35 น. และ รักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Recombinant Tissue Plasminogen Activator: IV rt-PA) ในระยะเวลาไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงหลังเริ่มมีอาการ

ทฤษฎี	ผู้ป่วย
<p>ภายหลังการผ่าตัดปัสสาวะออกทั้งหมด แพทย์จะทำทางเดินปัสสาวะใหม่ (Urinary diversion) ได้ 3 วิธีหลัก ๆ ดังนี้</p> <p>3.1 Ileal conduit เป็นการนำท่อไตทั้ง 2 ข้างมาเย็บต่อเข้ากับส่วนของลำไส้เล็กส่วนปลายที่นำมาทำเป็นกระเพาะปัสสาวะใหม่แล้วเปิดทางหน้าท้อง เรียกว่า “ทวารเทียม” หรือ “สโตมา” (Stoma) เพื่อใช้เป็นช่องทางขับถ่ายปัสสาวะ (สโตมาจะอยู่บริเวณหน้าท้องด้านขวาส่วนล่าง เป็นสโตมาที่เปิดถาวรและไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ ดังนั้น ผู้ป่วยจะต้องใส่ถุงรองรับปัสสาวะตลอดเวลา)</p> <p>3.2 Indiana pouch เป็นการผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่ส่วนต้นและลำไส้เล็กส่วนปลายมาดัดแปลงเป็นกระเพาะปัสสาวะใหม่แล้วเย็บต่อกับท่อไตทั้ง 2 ข้าง และเปิดทางหน้าท้อง (ลักษณะของสโตมาจะมีขนาดเล็ก สามารถใช้พลาสติกหรือผ้าสะอาดปิดได้) การผ่าตัดด้วยวิธีนี้มีข้อคือ สามารถป้องกันไม่ให้ปัสสาวะไหลย้อนกลับเข้าสู่ไต และป้องกันการติดเชื้อที่ไตได้ อีกทั้งผู้ป่วยยังสามารถควบคุมการขับถ่ายได้ โดยการใส่สายสวนปัสสาวะออกเป็นครั้ง ๆ อาจจะทุก 4-6 ชั่วโมง ดังนั้น ผู้ป่วยจึงไม่จำเป็นต้องใส่ถุงรองรับปัสสาวะ</p> <p>3.3 Neobladder เป็นการนำส่วนของลำไส้เล็กส่วน ileum มาเย็บให้มีลักษณะคล้ายกระเพาะปัสสาวะแล้วต่อเข้ากับท่อปัสสาวะเดิมของผู้ป่วย วิธีนี้ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่สูญเสียภาพลักษณ์ เพราะสามารถปัสสาวะออกทางท่อปัสสาวะได้เหมือนเดิม ซึ่งต่างจากการมีถุงรองรับปัสสาวะบริเวณหน้าท้อง</p>	<p>ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด</p> <p>ผู้ป่วยรายนี้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดคือภาวะหลอดเลือดในสมองตีบเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) เกิดขึ้นวันที่ 8 หลังผ่าตัด Open radical cystectomy with ileal conduit (16 พฤศจิกายน 2565 เวลา 20.30 น.)</p>
<p><u>ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด (Radical cystectomy)</u></p> <p>แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัด (Early postoperative complications) ได้แก่ 	

ทฤษฎี	ผู้ป่วย
1.1	อาการหลังผ่าตัดที่พบได้ทั่วไป เช่น เลือดออก ปวดแผลอ่อนเพลีย ไม่มีแรง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ทิดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและแผลผ่าตัด เป็นต้น
1.2	ทางเดินปัสสาวะรั่ว (Urinary extravasation) ตำแหน่งที่มีการตัดต่อไว้ ผู้ป่วยจะแสดงอาการของภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ (peritonitis) ได้แก่ ปวดท้อง หน้าท้องโป่งตึง การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง มีไข้ มีปัสสาวะหรือสารเหลวซึมออกจากแผลหรือรอบๆ ท่อระบาย
1.3	สโตมาและผิวหนังรอบๆ สโตมาผิดปกติ เช่น ผิวหนังรอบสโตมาอักเสบ หรือเกิดแผลเปื่อยจากปัสสาวะที่มาสัมผัสบริเวณผิวหนังสโตมาตีบแคบวมหรือ มีสีดำคล้ำ มีไส้เลื่อน หรือลำไส้ยื่นออกมามากผิดปกติมีเลือดออกมากบริเวณสโตมา ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดผลึกบริเวณสโตมาและมีการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ
1.4	ภาวะขาดน้ำและเกลือโซเดียม เนื่องจากผู้ป่วยที่ผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่ส่วนต้นมาทำเป็นกระเพาะปัสสาวะใหม่จะสูญเสียความสามารถในการดูดกลับของน้ำและเกลือโซเดียม ที่ลำไส้ใหญ่ ทำให้ร่างกายมีการขับน้ำและเกลือโซเดียมออกเป็นจำนวนมาก ผู้ป่วยอาจมีถ่ายเหลว (Diarrhea) และดื่มน้ำมากผิดปกติ (Polydipsia)
1.5	การดูดซึมไขมันผิดปกติ (Fat malabsorption) และภาวะซีด (Pernicious anemia) เนื่องจากบริเวณลำไส้เล็กส่วนปลายเป็นบริเวณที่ดูดซึมเกลือแร่ (Bile salts) และวิตามินบี 12 เมื่อผ่าตัดเอาลำไส้เล็กส่วนปลายมาทำเป็นกระเพาะปัสสาวะใหม่ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการดูดซึมไขมันและวิตามินที่ละลายในไขมัน (วิตามิน A, D, E, K) ผิดปกติจากความผิดปกติของการดูดซึมกลับของเกลือน้ำดี และเกิดภาวะซีดจากการดูดซึมวิตามินบี 12 ลดลง
1.6	ความผิดปกติของสมดุลกรด-ด่างเนื่องจากกระบวนการแลกเปลี่ยนกันระหว่างไอออนโซเดียม (Na^+) กับไอออนไฮโดรเจน (H^+) และไอออนคลอไรด์ (Cl^-) กับไอออนไบ

ทฤษฎี	ผู้ป่วย
<p>คาร์บอเนต (HCO_3^-) จะเกิดขึ้นบริเวณลำไส้เล็กส่วนปลายและลำไส้ใหญ่ ผู้ป่วยที่ผ่าตัดเอาลำไส้เล็กส่วนปลายและลำไส้ใหญ่ส่วนต้นมาทำเป็นกระเพาะปัสสาวะใหม่ จึงมีความผิดปกติในการหลั่งและดูดกลับของไอออนต่างๆเหล่านี้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีการสูญเสียไปคาร์บอเนตจากร่างกาย และพบระดับคลอไรด์ในเลือดสูงขึ้น เกิดภาวะภาวะกรดชนิดที่มีคลอไรด์ในเลือดสูง (Hyperchloremic metabolic acidosis)</p>	
<p>1.7 ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่เป็นอันตรายถึงชีวิต เช่น ติดเชื้อในกระเพาะเลือด (0.7%), กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (1.5%) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) (0.5%) เป็นต้น</p>	
<p>2. ภาวะแทรกซ้อนที่ต้องใช้ระยะเวลา (Long term complications) ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection [UTI]) เช่น กรวยไตอักเสบ (Pyelonephritis) หรือกระเพาะปัสสาวะใหม่อักเสบ (Pouchitis) ผู้ป่วย อาจมีอาการไข้หนาวสั่น (Febrile UTI) ปวดท้อง ปัสสาวะ มีเมือกปนจำนวนมาก ปัสสาวะเป็นเลือด มีนิ่วในปัสสาวะและส่งผลให้การทำงานของไตผิดปกติตามมาได้</p>	
<p><u>โรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน (Ischemic Stroke)</u></p> <p>พบได้ร้อยละ 70- 80 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด เกิดจากลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นในบริเวณอื่นไหลไปตามกระแสเลือดจนไป อุดตันที่หลอดเลือดสมองหรือ อาจเกิดจากมีลิ่มเลือดก่อตัวใน หลอดเลือดสมอง และขยายขนาดใหญ่ขึ้นจนอุดตันหลอดเลือดสมอง จนทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่แล้วมักเกิดร่วมกับภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ซึ่งมีสาเหตุมาจากไขมันที่เกาะตามผนังหลอดเลือดจนทำให้เกิดเส้นเลือดตีบแข็ง โรคหลอดเลือดสมองชนิดนี้ยังแบ่งออกได้อีก 2 ชนิดย่อย ได้แก่</p>	
<p>1. โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากภาวะหลอดเลือดสมองตีบ (Thrombotic Stroke) เป็นผลมาจากหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) เกิดจากภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวานทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปยังสมองได้</p>	

ทฤษฎี	ผู้ป่วย
<p>2. โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากการอุดตัน (Embolic Stroke) เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดจนทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปที่สมองได้อย่างเพียงพอ</p> <p><u>ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง</u></p> <p>ปัจจัยเสี่ยงมีหลายสาเหตุ โดยอาจแบ่งออกเป็น ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้และปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - อายุ: ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี เนื่องจากอายุมากขึ้นหลอดเลือดจะมีการแข็งตัวมากขึ้น และมีไขมันเกาะหนาตัวทำให้เลือดไหลผ่านได้ลำบากมากขึ้น - เพศ: เพศชาย มีความเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง - ประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะในขณะที่มีอายุน้อย ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ ส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่เกิดจากรูปแบบการดำเนินชีวิต โดยมากสามารถปรับเปลี่ยนได้ ไม่ว่าจะเป็นด้วยการปรับเปลี่ยนทางพฤติกรรม หรือการใช้ยา ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ และโรคหัวใจ ทั้งโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือโรคลิ้นหัวใจต่าง ๆ <p><u>อาการของโรคหลอดเลือดสมอง มีดังนี้</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อาการชาและอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขนหรือขา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในร่างกายนกปีกใดซีกหนึ่งอย่างทันทีทันใด 2. อาการเดินเซ เดินลำบาก หรือสูญเสียความสามารถในการทรงตัว และการทำงานประสานสัมพันธ์ของแขนและขาทันทีทันใด 3. อาการมองไม่ชัดตามัว 1 หรือ 2 ข้างทันทีทันใด 4. อาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุทันทีทันใด 5. อาการกลืนลำบากอย่างทันทีทันใด 6. อาการคลื่นไส้ อาเจียน <p>อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ในบางกรณีเป็นอาการเตือนสำคัญที่สังเกตได้ โดยเกิดขึ้นชั่วขณะหนึ่งแล้วหายไปเอง หรือเกิดขึ้นได้หลายครั้งก่อนมีอาการสมองขาดเลือดแบบถาวร เรียกว่าภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient ischemic attack: TIA)</p>	<p>ผู้ป่วยรายนี้มีปัจจัยเสี่ยงคือ เพศชาย มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ S/P balloon 3 เส้น ในปี พ.ศ. 2563 ที่โรงพยาบาลราชบุรี มียารับประทาน คือ Aspirin (ASA) 81 mg 1x1 oral pc เข้า แต่เนื่องจากผู้ป่วยจะผ่าตัดจึงหยุดยามาตั้งแต่วันที่ 26 ตุลาคม 2565 ตามแผนการรักษา ซึ่งยา ASA ใช้ป้องกันการเกิดลิ่มเลือด เมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้เกิดลิ่มเลือดหลุดไปอุดตันหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิด Acute Ischemic Stroke หลังผ่าตัดได้</p> <p><u>อาการแสดง</u></p> <p>ผู้ป่วยมีอาการแสดง คือ มีแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง มุมปากข้างซ้ายตก พูดไม่ชัด เฉียบพลัน ตรวจ Motor power แขนขาข้างซ้าย grade 4 มือซ้าย grade 2 แขนขาข้างขวา motor power grade 5 รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง CGS E4V5M6</p>

ทฤษฎี	ผู้ป่วย
<p>ซึ่งพบได้ประมาณ 15% ถ้ามีอาการต้องรีบไปโรงพยาบาลให้เร็วที่สุดภายใน 4 ชั่วโมงครึ่ง</p>	
<p><u>การรักษาโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตันในระยะเฉียบพลัน</u></p>	<p><u>การรักษา</u></p>
<p>ปัจจุบันการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน (acute ischemic stroke) ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence base medicine) เป็นมาตรฐานและได้รับการยอมรับจากทั่วโลกยืนยันถึงการรักษาที่ได้ผลดี สามารถลดอัตราการตายและอัตราความพิการได้อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ (สุวรรณา วิชาคสงเคราะห์ และคณะ, 2567)</p>	<p>1. แพทย์สั่งทำ CT Brain Non contrast ผล No evidence of intracranial hemorrhage, obvious infarction</p> <p>2. แพทย์ให้ย้ายไปดูแลรักษาที่หอผู้ป่วย ICU รักษาโดยให้ยาละลายลิ่มเลือด ASA (81) 4 tab oral stat at 22.35 น. และ รักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Recombinant Tissue Plasminogen</p>
<p>1. การดูแลรักษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit)</p>	<p>Activator: IV rt-PA) ในระยะเวลาไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงหลังเริ่มมีอาการ (ให้ยา เวลา 00.20-01.20 น. วันที่ 17 พฤศจิกายน 2565)</p>
<p>2. การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Recombinant Tissue Plasminogen Activator: Intravenous rt-PA) ในระยะเวลาไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงหลังเริ่มมีอาการ</p>	<p>3. หลังให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) เผื่อระวังเลือดออกในสมอง 24 ชั่วโมง. ไม่พบอาการแทรกซ้อนจากการให้ยา</p>
<p>3. การให้ยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet drug) ได้แก่ aspirin ภายในเวลา 48 ชั่วโมงหลังเกิดอาการหรือการให้ยาด้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant drug) ในผู้ป่วยที่เป็น cardioembolic stroke</p>	<p>4. แพทย์สั่งทำ CT Brain Non contrast หลังให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) ครบ 24 ชั่วโมง.ผล: No definite hemorrhagic transformation</p>
<p>4. การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะกว้างเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ (decompressive wide craniectomy) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดแดงใหญ่</p>	<p>5. แพทย์ให้ยาต้านเกล็ดเลือด คือ Plavix 75 mg 4 tab oral stat at 09.93 น. then Plavix 75 mg 1 tab oral pc เข้า (วันที่ 18 พฤศจิกายน 2565)</p>
<p>5. การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง (mechanical thrombectomy) คือการรักษาด้วยการใส่สายสวนหลอดเลือดในสมอง (endovascular treatment) ภายใต้การใช้</p>	<p>6. นอน ICU วันที่ 16-22 พฤศจิกายน 2565 ย้ายไปหอผู้ป่วยพิเศษ วันที่ 23 พฤศจิกายน และอยู่ถึงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2565</p>
<p>เครื่องเอกซเรย์เพื่อนำลิ่มเลือดที่อุดตันออก ซึ่งเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพและเป็นความก้าวหน้าของการรักษา</p>	<p>7. แพทย์จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามคำสั่งแพทย์ วันที่ 24 พฤศจิกายน 2565</p>

ทฤษฎี	ผู้ป่วย
	<p>8. นัดพบแพทย์เฉพาะทางรังสีรักษา วันที่ 28 พฤศจิกายน 2565 เพื่อวางแผนรักษา ผู้ป่วย และญาติแจ้งความประสงค์จะขอไปรักษาต่อที่ โรงพยาบาลราชบุรี เนื่องจากใกล้บ้าน</p> <p>9. นัดติดตามหลังผ่าตัด (คลินิกทางเดินปัสสาวะ) 30 พฤศจิกายน 2565)</p> <p>10. การประเมินทางศัลยกรรม แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีอาการของการติดเชื้อ</p> <p>11. รับประทานอาหารได้ การขับถ่ายปัสสาวะทางทวารเบาเต็มได้ปกติ</p> <p>12. ผู้ป่วยทราบผลตรวจทางพยาธิวิทยา (Pathology report) ว่าอยู่ในระยะ (Stage) 3A ต้องรักษาด้วยเคมีบำบัดและรังสีรักษาต่อ ผู้ป่วยและญาติขอไปรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด รังสีรักษา และโรคหลอดเลือดสมองต่อที่ โรงพยาบาลราชบุรี เนื่องจากใกล้บ้าน</p> <p>13. อาการทางโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยถามตอบเร็วขึ้น มุมปากซ้ายยังตก พุดชัดขึ้น motor power แขนขวาซ้าย grade 4+ มือซ้าย grade 3+ แขนขาขวา grade 5 (มีนัดตรวจติดตามที่สถาบันประสาท วันที่ 15 ธันวาคม 2565)</p> <p>14. นัดติดตาม (คลินิกออสโตมี) วันที่ 30 พฤศจิกายน 2565</p> <p>15. ประเมิน ileal conduit และการติดอุปกรณ์ ออสโตมีหลังผ่าตัด ญาติดูแลได้ ไม่พบภาวะแทรกซ้อน</p> <p>16. เบิกอุปกรณ์ให้กลับบ้านตามสิทธิการรักษา</p> <p>17. ผู้ป่วยจะขอไปรับอุปกรณ์ที่โรงพยาบาลราชบุรี เนื่องจากจะรักษาต่อเนื่องจากที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน</p>

สรุปการตรวจเยี่ยมรายวัน

วันที่ 31 ตุลาคม 2565

ผู้ป่วย Admit หอผู้ป่วยพิเศษ เพื่อผ่าตัด Transurethral resection of bladder tumor (TUR-BT) (1 พฤศจิกายน 2565) และ Open radical cystectomy with ileal conduit (8 พฤศจิกายน 2565) ได้รับการแนะนำการปฏิบัติตัวก่อน-หลังผ่าตัด เตรียมร่างกายก่อนผ่าตัดตามแผนการรักษาโดยผู้ป่วยได้รับการเตรียมลำไส้ก่อนผ่าตัด และให้ส่งตรวจ Urine culture ดูและให้ได้รับการตรวจตามแผนการรักษา

วันที่ 1 พฤศจิกายน 2565

ส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเวลา 10.10. น. เริ่มผ่าตัดเวลา 10.15 น.-11.45 น. ใช้เวลาในการผ่าตัดทั้งหมด 1 ชั่วโมง 30 นาที และใช้เวลาในการดมยาสลบทั้งหมด 1 ชั่วโมง 13 นาที ผู้ป่วยเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 20 มิลลิลิตร. ไม่ได้รับ blood transfusion ระหว่างผ่าตัด IVF เป็น Crystalloid 700 มิลลิลิตร, On foley's cath 3 ทาง No.20, On Continuous Bladder Irrigation (CBI) เข้า 2,000 มิลลิลิตร urine ออก 2,000 มิลลิลิตร ก่อนย้ายกลับหอผู้ป่วยพิเศษ

ที่หอผู้ป่วยพิเศษ เวลา 13.20 น. แรกรับผู้ป่วยตื่นดี ทำตามคำสั่งได้ Sedation score 0 คะแนน ให้ O₂ Cannula 3 LPM หายใจสม่ำเสมอดีไม่มีหอบเหนื่อย O₂Sat 100% สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 69-71 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตช่วงบน (SBP) 92-110 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตช่วงล่าง (DBP) 80-91 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วย on foley's cath สามทาง No.20, on CBI, Urine มี Hematuria grade 1 ไม่มีลิ้มเลือด Urine flow ดี ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ ATB Ceftriazone 2 gm iv OD ตามแผนการรักษา ดูแลให้ได้รับ IVF 0.9%NSS 1000 ml iv 100 ml/hr. ตามแผนการรักษา ให้เริ่มรับประทานอาหารธรรมดา รับประทานยาเดิมผู้ป่วยยกเว้นยา ASA ผู้ป่วยปวดเล็กน้อย Pain score 1-2/10 คะแนน ไม่ขอยาแก้ปวด ดูแลจัดทำสุขสบายและดูแลความสุขสบายทั่วไป

แพทย์มาตรวจเยี่ยมและแจ้งผู้ป่วยจะผ่าตัดทำ Open radical Cystectomy with ileal conduit วันที่ 8 พฤศจิกายน 2565 ให้ปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจเพื่อประเมินก่อนการผ่าตัด ดูแลประสานส่งปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี ตามแผนการรักษา

วันที่ 2 พฤศจิกายน 2565 (หลังผ่าตัดครั้งที่ 1 Day 1)

ผู้ป่วยลุกนั่งได้บนเตียง On foley cath สามทาง on CBI ปัสสาวะ Flow ดีสีเหลืองใสไม่มีลิ้มเลือด แพทย์ให้ Off CBI หลัง Off CBI, Urine flow ดีไม่มี Hematuria

ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่อง ไม่ถ่ายอุจจาระ 3 วัน ดูแลให้ยา Senokot 2 tab po hs และ Unison enema hs ตามแผนการรักษา ผู้ป่วยสามารถถ่ายอุจจาระได้

ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะผลตรวจเพาะเชื้อปัสสาวะ (Urine culture) (30 ตุลาคม 2565) พบเชื้อ 1) Escherichia coli 10⁴ CFU/ml และ 2) Enterococcus faecalis 10³ CFU/ml

เชื้อทั้ง 2 ตัว sensitivity กับยาในกลุ่ม Cephalosporin ซึ่งผู้ป่วยได้รับยา Ceftriaxone 2 gm IV OD รายงานแพทย์ รับทราบให้ยาตามแผนการรักษา สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท

วันที่ 3 พฤศจิกายน 2565 (หลังผ่าตัดครั้งที่ 1 Day 2)

ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ Ambulate ได้ภายในห้อง รับประทานอาหารได้หมดถาด ไม่มีท้องอืดถ่าย อุจจาระได้ On foley cath ปัสสาวะสีเหลืองใสไม่มีลิ่มเลือด Flow ดี Pain score 1/10 คะแนน ไม่ขอยาแก้ปวด สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 97 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 125/62 มิลลิเมตรปรอท

วิสัญญีตรวจเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ให้จง ICU หลังผ่าตัดเนื่องจากมีความเสี่ยงจากโรคหลอดเลือดหัวใจ หลังปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี ให้ผ่าตัดได้ โดย Keep blood pressure <180/110 มิลลิเมตรปรอท และให้ Hold ASA 7 days pre-op, Hold ยาเดิมได้แก่ยา Spironolactone, Lasix, Entresto เข้าวันผ่าตัด ดูแลให้การพยาบาลตามแผนการรักษา

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบผู้ป่วยมีปัญหารโซเดียมต่ำ (Na 129 mmol/L) และมีภาวะซีด Hematocrit (Hct) 25.42 % รายงานแพทย์ให้เลือด PRC 1 unit iv drip in 4 hr, ให้ NSS 1000 ml iv 100ml/hr. ดูแลให้ได้รับเลือดและ IVF ตามแผนการรักษา

วันที่ 4 พฤศจิกายน 2565 (หลังผ่าตัดครั้งที่ 1 Day 3)

ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Na 135 mmol/L, Hct 31.9 % รายงานแพทย์ให้ IVF ต่อเป็น 0.9% NSS 1000 ml iv 100ml/hr x2 ขวด ดูแลให้ได้รับ IVF ตามแผนการรักษา

วันที่ 5 พฤศจิกายน 2565 (หลังผ่าตัดครั้งที่ 1 Day 4)

ผู้ป่วยมีปัญหานอนไม่หลับ ดูแลให้ยา Diazepam 2 mg 1 tab o hs ตามแผนการรักษา จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้

วันที่ 6 พฤศจิกายน 2565 (หลังผ่าตัดครั้งที่ 1 Day 5)

ผู้ป่วยได้รับการเตรียมลำไส้ก่อนผ่าตัดตามแผนการรักษาได้แก่ ให้รับประทานอาหารอ่อน ให้ยา Senokot 2 tab oral hs และทบทวนการปฏิบัติตัวก่อน หลังผ่าตัด

วันที่ 7 พฤศจิกายน 2565 (หลังผ่าตัดครั้งที่ 1 Day 6)

ผู้ป่วยได้รับการเตรียมลำไส้ก่อนผ่าตัดต่อเนื่อง โดยให้รับประทานอาหารเหลวใส ให้ยา Picoprep 1 ซอง ละลายน้ำรับประทาน เวลา 13.00 น. และ 20.00 น., ให้สวนอุจจาระ SSE hs ทบทวนการปฏิบัติตัวก่อน-หลัง ผ่าตัด ผู้ป่วยเข้าใจ ดูแลให้งดน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืน ให้ Premed ตามแผนการรักษา ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้

ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบโซเดียมต่ำ (Na 131 mmol/L) รายงานแพทย์ให้ IVF 0.9% NSS 1000 ml iv 80 ml/hr. ดูแลให้ได้รับ IVF ตามแผนการรักษา

วันที่ 8 พฤศจิกายน 2565 (หลังผ่าตัดครั้งที่ 1 Day 7)

ส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเวลา 10.50 น. เริ่มผ่าตัดเวลา 10.55 น.-11.55 น. ใช้เวลาในการผ่าตัดทั้งหมด 5 ชั่วโมง และใช้เวลาในการดมยาสลบทั้งหมด 4 ชั่วโมง 50 นาที ผู้ป่วยเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 500 มิลลิลิตร ได้รับ blood transfusion FFP 458 มิลลิลิตร และ PRC 241 มิลลิลิตร ระหว่างผ่าตัด ได้รับ IVF เป็น Crystalloid 2,000 มิลลิลิตร on ileal conduit urine ออกมาทั้งหมด 375 มิลลิลิตร ก่อนย้ายไป ICU

ที่หอผู้ป่วย ICU เวลา 17.15 น. รับย้ายจาก OR case CA bladder s/p TUR-BT (1 พฤศจิกายน 2565) หลังผ่าตัด Open Radical cystectomy with ileal conduit แรกผู้ป่วยเรียกตื่น รู้สึกตัว Sedation score 1 คะแนน หายใจสม่ำเสมอไม่เหนื่อยหอบ on O₂ mask c bag 10 LPM, O₂Sat 100% สัญญาณชีพแรกเริ่มอุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 87 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 129/81 มิลลิเมตรปรอท มีแผลผ่าตัดหน้าท้องปิดก๊อชไว้ไม่มี Bleed ซีม แผลแห้งดีไม่มีซิม On ileal conduit ที่ท้องขวา Stoma สีชมพูดี Urine flow ดี มี Hematuria grade 1, on Left (Lt) Radivac drain (RD) content สีแดงเข้มติดสาย on Right (Rt) RD content สีแดงจางออก 100 มิลลิลิตร ดูแลให้ได้รับยา ATB Ceftriaxone 2 gm iv OD, Metronidazole 500 mg iv q 8 hr. และ IVF 0.9% 1000 ml iv drip 100 ml/hr. ตามแผนการรักษา NPO on NG with bag content สีขาวใสปนเขียวออกติดถุง

ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องปวดแผล Pain score 4 คะแนนเวลาขยับตัว ดูแลให้ยาแก้ปวด Morphine 3 mg iv at.20.00 น. ตามแผนการรักษา หลังได้ยา ปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อยเวลาขยับตัว Pain score 1 คะแนน ผู้ป่วยพักผ่อนได้

วันที่ 9 พฤศจิกายน 2565 (หลังผ่าตัดครั้งที่ 2 Day 1)

ผู้ป่วยรู้ตัวรู้เรื่องดี NPO on NG with bag content สีขาวใสปนเขียวอ่อน on IVF 0.9% 1000 ml iv drip 100 ml/hr. แผลหน้าท้อง Mid line ไม่มีซิม บริเวณท้องข้างซ้าย on RD สีแดงเข้มออกติดกันขวด แผลไม่มีซิม บริเวณท้องข้างขวา on RD สีแดงจางแผลซิมตลอดเวลา รายงานแพทย์รับทราบ ให้ปรึกษา Ostomy ร่วมดูแลพยาบาล Ostomy มาประเมินจึงครอบ Surgical drain ไว้ และแพทย์ให้เจาะ Lab และส่งตรวจ Drain for creatinine ดูแลส่งตรวจแลบตามแผนการรักษา

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบผู้ป่วยมีภาวะซีด Hct 27.6% รายงานแพทย์ให้ PRC 1 unit iv drip in 4 hr. ให้เปลี่ยน IVF เป็น Kabiven 1600 kcal iv drip in 24 hr. x 3 วัน drip คู่กับ 0.9% 1000 ml iv drip 60 ml/hr. ดูแลให้ได้รับเลือดและ IVF ตามแผนการรักษา

ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่อง drain ข้างขวาออกเยอะ RD 405 ml/8 ชั่วโมง และผลตรวจ Fluid creatinine = 2 mg/dL, Serum creatinine = 1.98 mg/dL ซึ่งผลปกติ ไม่มีภาวะ Urine leak (drain creatinine > Serum creatinine 18% บ่งชี้ว่า Urine leak (Regmi et al., 2021) ผู้ป่วยรายนี้เท่ากับ 10% ผลจึงปกติ) รายงานแพทย์รับทราบให้ Observe ต่อ Drain 24 ชั่วโมง Rt RD = 1,194 ml, Lt. RD ออกติดขวด สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ

36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท O₂Sat 100 %

วันที่ 10 พฤศจิกายน 2565 (หลังผ่าตัดครั้งที่ 2 Day 2)

ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องไข้และมีอาการหนาวสั่น วัดสัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 37.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 141 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/110 มิลลิเมตรปรอท O₂Sat 99 % ดูแล Keep warm และรายงานแพทย์ ให้ take Hemoculture x 2 specimen, Off ceftriaxone, metronidazole เปลี่ยน ATB เป็น Doripenam 250 mg IV q 8 hr. with stat และให้ Infugan 1gm iv prn for pain and fever q 4 hr. with stat at 13.20 น. หลังได้ยา ติดตามประเมินไข้ เวลา 14.00 น. อุณหภูมิ 39.7 องศาเซลเซียส ดูแลเช็ดตัวลดไข้ หลังให้การพยาบาล ประเมินไข้ ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส

วันที่ 11 พฤศจิกายน 2565 (หลังผ่าตัดครั้งที่ 2 Day 3)

ผู้ป่วยขยับลุกนั่งบนเตียง สีหน้าสดชื่น กระตุ้นการไอและหายใจเข้า-ออก อย่างมีประสิทธิภาพ ดูด Triflow ได้ดี 2 ลูกประมาณ 50 ครั้ง Pain score 1-2/10 คะแนน ไม่ขอยาแก้ปวด อดน้ำแข็งได้ไม่มีท้องอืด สัญญาณชีพปกติ แพทย์ให้ย้ายไปหอผู้ป่วยพิเศษ ได้

ที่หอผู้ป่วยพิเศษ รับย้าย ICU เวลา 14.30 น. มาโดยรถนอน case CA bladder s/p TUR-BT (1 พฤศจิกายน 2565) หลังผ่าตัด Open Radical cystectomy with ileal conduit แรกรับ ถามตอบรูเรื่อง มีแผลผ่าตัดหน้าท้อง Midline ปิดก๊อชไม่มี bleed ซีม บริเวณหน้าท้องข้างซ้าย on RD สีแดงจางติดกันขวด บริเวณหน้าท้องขวา on RD ครอบ Surgical drain with bag content สีเหลืองใส on IVF kabiven 1600 Kcal iv drip in 24 hr. ให้คู่กับ 0.9% 1000 ml iv drip 60 ml/hr. บริเวณหน้าท้องขวา on Ileal conduit urine สีเหลืองใสปนเยื่อ Pain score 1-2/10 คะแนน ไม่ขอยาแก้ปวด สัญญาณชีพแรกรับอุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 132/84 มิลลิเมตรปรอท O₂Sat 100 % ผู้ป่วยขยับตัวลุกนั่งบนเตียงเองได้พอควร และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการพยาบาล ดูแลจัดทำสุขสบายและดูแลความสุขสบาย

วันที่ 12 พฤศจิกายน 2565 (หลังผ่าตัดครั้งที่ 2 Day 4)

แพทย์มาตรวจเยี่ยมอาการ ผู้ป่วยเดิน Ambulate ได้ดี on NG with bag ไม่ออก แพทย์จึงให้ Off NG และให้เริ่มจิบน้ำ เริ่มอาหารเหลวใสตอนเย็น ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารตามแผนการรักษา

ผู้ป่วยมีปัญหาความดันโลหิตสูง 141/91 มิลลิเมตรปรอท ไม่ปวดศีรษะ ดูแลให้ยา HCTZ (50) 1x1 oral OD ตามแผนการรักษา หลังได้ยา BP 131/91 มิลลิเมตรปรอท

ผู้ป่วยมีปัญหาแผล RD ข้างขวาแผลซึ่มบ่อ (ขวด RD work ดี) รายงานแพทย์รับทราบ ให้ Dressing prn ทุกครั้งที่ซึ่ม ให้ Off vacuum Rt. RD และให้ Sandostatin 100 mcg sc q 8 hr. ดูแลให้การพยาบาลตามแผนการรักษา

วันที่ 13 พฤศจิกายน 2565 (หลังผ่าตัดครั้งที่ 2 Day 5)

แพทย์เริ่ม Step diet เป็นอาหารอ่อนผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ 1/4 ถาดไม่มีท้องอืด ผายลมได้ถ่ายอุจจาระได้ ให้ IVF 0.9% NSS 1000ml iv 60 ml/hr., on Lt RD = 310 มิลลิลิตร/ 24 ชั่วโมง. แผลไม่ซึม on Rt RD = 30 มิลลิลิตร/24 ชั่วโมง. Drain ข้างขวาไหลซึมตลอดเวลาสีเหลืองใส ดูแล Dressing prn เมื่อแผลซึม on Rt Ilead conduit urine สีเหลืองใสปนเยื่อ Flow ดี สอน สาธิตผู้ป่วยและภรรยาเรื่องการดูแล Ilead conduit โดยเริ่มให้มีส่วนร่วมในการดูแลเช่น การติดถุง การเทถุงปัสสาวะ ภรรยาสามารถทำได้

วันที่ 14 พฤศจิกายน 2565 (หลังผ่าตัดครั้งที่ 2 Day 6)

ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนได้ 1/4 ถาด รับประทานแต่ข้าวต้มกับไข่ต้ม และนมทางการแพทย์ 1-2 แก้ว ต่อวัน ไม่รับประทานเนื้อสัตว์เนื่องจากเคี้ยวให้ละเอียดยากกลัวท้องอืด ผู้ป่วยไม่มีท้องอืด แพทย์ให้ off IVF, on Lt RD = 400 มิลลิลิตร/24 ชั่วโมง แผลไม่ซึม on Rt RD = 580 มิลลิลิตร/24 ชั่วโมง. แผลซึมน้อยเป็นสีเหลืองใส แพทย์สงสัย Chyleak จึงให้เจาะ Lab และส่ง Drain ข้างขวาตรวจ Triglycerides (TG)

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบผู้ป่วยมีโพแทสเซียมสูง (Potassium, K) 5.30 mmol/L. ดูแลให้ kayexalate 30 gm ผสมน้ำ 30 ml oral stat ตามแผนการรักษา ผลตรวจ Fluid TG = 22 mg/dL ผลปกติไม่มี Chyleak (ค่าปกติ < 110 mg/dL) รายงานแพทย์รับทราบให้ปรึกษาโภชนาการเรื่องปรับอาหารไขมันต่ำ โภชนาการตรวจเยี่ยมประเมินว่าไม่มีลักษณะชัดเจนว่า Chyleak ของเหลวที่ออกมาสีเหลืองใส ไม่ขุ่นไม่เหมือนไขมันลอย และ fluid TG ผลปกติ เนื่องจากผู้ป่วยรับประทานข้าวและโปรตีนได้น้อย แต่สามารถรับประทานไข่ต้มได้ จึงให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อน เค็มน้อย ไขมันต่ำ เพิ่มไข่ต้ม 1 ฟอง/มื้อ และเพิ่ม BDR 250 มิลลิลิตร 3 มื้อ

วันที่ 15 พฤศจิกายน 2565 (หลังผ่าตัดครั้งที่ 2 Day 7)

ผู้ป่วย on Lt RD = 430 มิลลิลิตร/24 ชั่วโมง แผลไม่ซึม on Rt RD = 1300 มิลลิลิตร/24 ชั่วโมง มีแผลซึมสีเหลืองใส ดูแล Dressing prn แพทย์สงสัยมีการรั่วซึม (R/O leak) จึงขอส่งตรวจ CT KUB with contrast emergency แต่เนื่องจากผู้ป่วย มีค่า BUN 35 mg/dL, Cr. 1.63 mg/dL, eGFR 44 แพทย์จึงเปลี่ยนเป็น MRI whole abdomen (ผลอ่านยังไม่ออก) แพทย์ดูผลจาก CD มี Lymph leak ปรึกษาแพทย์ทางศัลยกรรมเรื่อง drain ออกเยอะ แพทย์ศัลยกรรมแนะนำ Plan conservative ไปก่อน แพทย์เจ้าของไข้อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ

วันที่ 16 พฤศจิกายน 2565 (หลังผ่าตัดครั้งที่ 2 Day 8)

ผู้ป่วย รับประทานได้อาหารอ่อนได้ 1/3 ของถาดคือนม BDR ระหว่างมื้ออาหารได้หมด ไม่มีท้องอืด แพทย์จึงเปลี่ยนอาหารเป็นอาหารธรรมดา ดูแลให้ได้รับอาหารตามแผนการรักษา

เวลา 20.30 น. ผู้ป่วยมีอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง มุมปากข้างซ้ายตก รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง Glasgow coma score: E4V5M6 ขนาดรูม่านตา 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาไวต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง ประเมิน Motor power มือข้างซ้าย grade 2 แขนขาซ้าย grade 4 แขนขาขวา grade 5 สัญญาณชีพอุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส

ชีพจร 85 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 133/81 มิลลิเมตรปรอท O₂Sat 96 % แพทย์ให้ทำ CT brain non contrast ผล no evidence of intracranial hemorrhage, obvious infarction แพทย์ R/O ischemic stroke ให้ย้ายไป ICU ให้ consult สถาบันประสาท, Observe neuro sign ให้ 0.9% NSS 1000 ml iv 100 ml/hr. ดูแลให้การพยาบาลตามแผนการรักษา

ที่หอผู้ป่วย ICU เวลา. 22.15 น. แกร็บผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง GCS = 15 คะแนน ขนาดรูม่านตา 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาไวต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง มุมปากซ้ายตก มือข้างซ้าย grade 2 แขนขาซ้ายอ่อนแรง grade. 4 แขนขาขวา มือข้างซ้าย grade 5 ประเมิน NIHSS = 6 คะแนน มีแผลผ่าตัดหน้าท้อง midline ปิดก๊อชไว้ ไม่ซึม on Lt RD สีเหลืองใส ในขนาดประมาณ 50 มิลลิเมตร on Rt RD สีเหลืองใสประมาณ 250 มิลลิเมตร ซึมเยอะครอบ Surgical drain ไว้ on Rt ileal conduit stoma สีชมพู สัญญาณชีพแกร็บ EKG show NSR ชีพจร 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 23 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 124/74 มิลลิเมตรปรอท O₂Sat 96 % ดูแลให้ ASA (81) 4 tab oral stat at 22.35 น. ตามแผนการรักษา เวลา 23.00 น. แพทย์อายุรกรรมประสาทมาประเมินผู้ป่วย แพทย์อธิบายอาการกับผู้ป่วยรวมทั้งญาติและแผนการรักษา คือฉีด rt-PA พร้อมทั้งอธิบายประโยชน์และความเสี่ยงแก่ผู้ป่วย บุตรชายและภรรยา ผู้ป่วยตัดสินใจปฏิเสธฉีด rt-PA ขอเป็นยากิน ต่อมาผู้ป่วยเปลี่ยนใจขอฉีด rt-PA แพทย์จึงอธิบายประโยชน์และความเสี่ยงแก่ผู้ป่วยอีกครั้ง ผู้ป่วยยอมรับขอฉีด rt-PA ตามแผนการรักษา

เวลา 00.20 น. แพทย์ Start rt-PA โดยให้ 4.5 mg IV bolus then 40.5 mg in 60 min ให้ Observe neuro sign, Observe clinical bleeding หลังให้ rt-PA 24 ชั่วโมง ให้ CT brain NC ซ้ำ ดูแล Observe สัญญาณชีพ ทุก 15 นาที ผู้ป่วยสัญญาณชีพปกติ Observe bleeding ไม่มี External bleeding ดูแล NPO ให้ IVF 0.9% NSS 100 ml iv 120 ml/hr. ตามแผนการรักษา

วันที่ 17 พฤศจิกายน 2565 (หลังผ่าตัดครั้งที่ 2 Day 9)

ในเวรผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง GCS = 15 คะแนน ขนาดรูม่านตา 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาไวต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง ไม่อาการปวดศีรษะ Motor power แขนขาซ้ายอ่อนแรง grade 4 มือซ้าย grade 2 แขนขาขวา grade 5 ประเมิน NIHSS score= 5 คะแนน แผลไม่มี bleed ซึม on Lt RD= 375 มิลลิเมตร/24 ชั่วโมง มี bleed งามๆ ตามสาย on Rt RD= 300 มิลลิเมตร/24 ชั่วโมง สีเหลืองใส ผู้ป่วยทำ CT brain NC หลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ผลไม่มีเลือดออกในสมอง (no hemorrhagic) แพทย์รับทราบให้รับประทานอาหารได้ ให้เริ่มยาเดิม เริ่มยา ASA (81) 1x1 oral pc เข้า ให้ IVF 0.9% NSS 100 ml iv 120 ml/hr. ให้ Off sandostatin, Off HCTZ ดูแลให้การพยาบาลตามแผนการรักษา สัญญาณชีพอุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 76-87 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 15-23 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 106-116/63-72 มิลลิเมตรปรอท O₂Sat 100 % on Rt ileal conduit stoma สีชมพู ปัสสาวะออกดีสีเหลืองใส

วันที่ 18 พฤศจิกายน 2565 (หลังผ่าตัดครั้งที่ 2 Day 10)

ผู้ป่วยตอบรูเรื่อง พูดเริ่มชัดขึ้นไม่มีไข้ แขนขาซ้ายอ่อนแรง grade 4+ และมือซ้าย grade 3 แขนขาขวา grade 5, NIHSS = 5 คะแนน แพทย์ตรวจเย็บมอการ ให้ Off ASA เปลี่ยนเป็น Plavix (75) 4 tab po stat then Plavix (75) 1x1 po pc เข้า ให้เริ่มรับประทานอาหารอ่อน ผู้ป่วยทานได้ 1/3 ถาด ไม่มีสำลัก on IVF 0.9% NSS 100 ml iv 80 ml/hr. แผลหน้าท้องไม่มีซิม on Lt RD= 300 มิลลิลิตร/24 ชั่วโมง เป็นสี Bleed เก่า, on Rt RD= 285 มิลลิลิตร/24 ชั่วโมง เป็นสีเหลืองใส

ผู้ป่วยมีปัญหาวิตกกังวลกับโรคหลอดเลือดสมอง ร้องไห้บ่อยมีสีหน้ากังวล ดูแล Support จิตใจผู้ป่วย ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น และสามารถหลับพักได้

วันที่ 19 พฤศจิกายน 2565 (หลังผ่าตัดครั้งที่ 2 Day 11)

ผู้ป่วยพูดคุยโต้ตอบได้เร็ว ยังมีมุมปากด้านซ้ายตก Motor power แขนขาซ้าย grade 4+ มือซ้าย grade 3 แขนขาขวา grade 5, NIHSS 2 คะแนน on Lt RD drainไม่ออก on Rt RD= 400 มิลลิลิตร/24 ชั่วโมง เป็นสีเหลืองใส On ileal conduit stoma สีชมพู ปัสสาวะออกดีสีเหลืองใส ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ไม่มีสำลัก ดูแล พูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น

วันที่ 20 พฤศจิกายน 2565 (หลังผ่าตัดครั้งที่ 2 Day 11)

ผู้ป่วยตื่นดี อาการอ่อนแรงที่มือซ้ายดีขึ้นเล็กน้อย พูดชัดขึ้น ยังมีหน้าเบี้ยวด้านซ้าย ไม่มีปวดศีรษะ ไม่มีไข้ GCS = 15 คะแนน ขนาดรูม่านตา 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาไวต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง Motor power แขนขาซ้าย grade 4+ มือซ้าย grade 3 แขนขาขวา grade.5, NIHSS 2 คะแนน รับประทานอาหารอ่อนได้ครึ่งถาด ไม่มีสำลัก แพทย์ให้ Off IVF on HL

ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่อง ไม่ถ่ายอุจจาระ 4 วัน ดูแลให้ Senokot 2 tab ตามแผนการรักษา หลังทานยา ผู้ป่วย ผายลมแต่ยังไม่ถ่ายอุจจาระ แผลหน้าท้องแห้งดี on Lt RD drain ไม่ออก on Rt RD= 350 มิลลิลิตร/24 ชั่วโมง เป็นสีเหลืองใส ไม่มีไข้ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/62 มิลลิเมตรปรอท On ileal conduit stoma สีชมพู ปัสสาวะสีเหลืองใส

วันที่ 21 พฤศจิกายน 2565 (หลังผ่าตัดครั้งที่ 2 Day 12)

ผู้ป่วยสามารถกลืนได้เองบนเตียง พูดชัดขึ้น ยังมีมุมปากซ้ายตก แขนซ้ายมีแรงยกแต่กำมือยังไม่ได้ Motor power แขนขาซ้าย grade 4+ มือซ้าย grade 3 แขนขาขวา grade 5, NIHSS 2 คะแนน ปรึกษากายภาพบำบัดเรื่องการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke rehabilitation) ผู้ป่วยทำ Active Exercise แขนขา ได้เน้นย้ำค่อยๆฝึก ไม่ทำเร็วและหนักจนเกินไปและให้กำลังใจ ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น แพทย์ตรวจเย็บ ประเมินอาการผู้ป่วยมีแผนการรักษาให้ Off RD ข้างขวา และ RD ข้างซ้ายต่อลง Suction และ Total stitches off แผลหน้าท้อง ดูแลให้การพยาบาลตามแผนการรักษา

วันที่ 22 พฤศจิกายน 2565 (หลังผ่าตัดครั้งที่ 2 Day 13)

ผู้ป่วยตื่นรู้ตัวนั่งบนเตียง พูดชัดขึ้น Motor power แขนขาซ้าย grade 4+ มือซ้าย grade 3 ยังไม่สามารถควบคุมนิ้วมือซ้ายได้ แขนขาขวา grade 5, NIHSS 2 คะแนน ผู้ป่วยทำ Active Exercise บนเตียงได้ On Lt. drain with suction ทำงาน work ดี Drain สีแดงจางติดสาย แพทย์ให้ Off drain ได้ หลัง Off แผลไม่ซึม ผู้ป่วยรับประทานข้าวต้ม เนื้อสัตว์สับละเอียด งดมันได้ 3/4 ของถาด และดื่มนม BDR ได้ 200 ml ไม่มีสำลัก ไม่มีแน่นท้อง ถ่ายอุจจาระได้

วันที่ 23 พฤศจิกายน 2565 (หลังผ่าตัดครั้งที่ 2 Day 14)

ผู้ป่วยถามตอบรู้เรื่อง motor power แขนขาซ้าย grade 4+ มือซ้าย grade 3+ แขนขาขวา grade 5 มุมปากซ้ายยังตก แต่พูดชัดขึ้น NIHSS 2 คะแนน ผู้ป่วยรับประทานข้าวต้มได้ 3/4 ของถาด แพทย์จึงปรับเพิ่มนม BDR (1.2:1) 300 ml x 4 มื้อ ผู้ป่วยรับประทานได้ 250 มิลลิลิตร ระหว่างมือไม่มีสำลัก แพทย์มาเยี่ยมผู้ป่วยอาการทั่วไปดีขึ้น จึงให้ย้ายไปหอผู้ป่วยพิเศษ และวางแผนจำหน่ายวันที่ 24 พฤศจิกายน 2565

ที่หอผู้ป่วยพิเศษ รับย้าย ICU เวลา 14.00 น. มาโดยรถนอน แรกรับผู้ป่วยตื่นดี พูดคุยโต้ตอบได้เร็ว มุมปากซ้ายตก พูดยังไม่ค่อยชัดแต่รู้เรื่อง GCS = 15 คะแนน ขนาดรูม่านตา 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาไวต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง motor power แขนขาซ้าย grade 4+ มือซ้าย grade 3+ แขนขาขวา grade 5 เฝาระวัง Fall แผลหน้าท้องและแผล Off drain ซ้าย ขวาปิดก๊อชไว้ไม่ซึม On ileal conduit stoma สีแดง ปัสสาวะสีเหลืองใส On HL for ATB Doripenem 250 mg iv q 8 hr. site ไม่บวมแดง หายใจดี ไม่เหนื่อย O₂sat 100% สัญญาณชีพอุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 124/74 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยขยับตัวลุกนั่งบนเตียงเองได้พอควร เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และให้กำลังใจเสริมแรงในการทำกายภาพบำบัดและการดูแลทวารเบาเทียมเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการเรียนรู้ที่จะดูแลตัวเองเมื่อกลับบ้าน และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการพยาบาล

วันที่ 24 พฤศจิกายน 2565 (หลังผ่าตัดครั้งที่ 2 Day 15)

ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ดี แผลหน้าท้องแห้งดี Ileal conduit work ดี ทบทวนการดูแล Ileal conduit ให้ผู้ป่วยและภรรยา โดยทบทวนความรู้เรื่องเกี่ยวกับ ileal conduit เช่น การทำความสะอาด Stoma และผิวหนังโดยรอบ การเปลี่ยนถุง การปิดถุง การทำความสะอาดถุงรองรับปัสสาวะ สร้างความมั่นใจในการดูแล Ileal conduit ด้วยตนเองกับภรรยาและผู้ป่วย เมื่อภายหลังอาการทางโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยดีขึ้นผู้ป่วยจะสามารถดูแลตนเองได้ โดยพยาบาลคอยให้ความช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดในการสอน-สาธิตจนกว่าภรรยาผู้ป่วยจะเกิดความมั่นใจและสามารถทำได้ ซึ่งช่วงแรกภรรยาจะเป็นคนที่ดูแลทำแทนผู้ป่วย จนกว่าอาการทางโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยดีขึ้นและสามารถช่วยเหลือตัวเองได้

แพทย์มาตรวจเยี่ยมอาการ ผู้ป่วยถามตอบได้เร็ว มุมปากยังตกแต่พูดชัดขึ้น motor power แขนขาซ้าย grade 4+ มือซ้าย grade 3+ แขนขาขวา grade 5 ผู้ป่วย Active exercise แขนขาได้เองและญาติช่วย Passive

exercise ได้ รับประทานอาหารอ่อนได้เกินครึ่งถาด ไม่มีสำลัก เดินเข้าห้องน้ำ เดิน Ambulate ได้โดยมีญาติพุง
แนะนำระวังพลัดตกหกล้ม ไม่มีไข้ สัญญาณชีพปกติ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ให้ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางรังสี
รักษา (RT) และขอนัดตรวจติดตามที่สถาบันประสาท ก่อนให้กลับบ้าน (Discharge) แพทย์นัดติดตามอาการหลัง
ผ่าตัด (F/U) ที่คลินิกทางเดินปัสสาวะ และนัดพบพยาบาลออสโตเมตริกคลินิก ในวันที่ 30 พฤศจิกายน 2565 นัดพบ
แพทย์เฉพาะทางรังสีรักษา วันที่ 28 พฤศจิกายน 2565 และนัดพบแพทย์สถาบันประสาท วันที่ 15 ธันวาคม 2565

สรุปปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและแผนการพยาบาล

การผ่าตัดครั้งที่ 1 Transurethral resection of the bladder tumor (TUR-BT) (1 พฤศจิกายน 2565)

ระยะก่อนผ่าตัดครั้งที่ 1 (31 ตุลาคม 2565) ที่หอผู้ป่วยพิเศษ

ปัญหาที่ 1 วิดกกังวลเกี่ยวกับระยะโรคและการผ่าตัด

ปัญหาที่ 2 ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด TUR-BT

ระยะหลังผ่าตัดครั้งที่ 1 (1-7 พฤศจิกายน 2565) ที่หอผู้ป่วยพิเศษ

ปัญหาที่ 3 เฝ้ารอภาวะแทรกซ้อนระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด

ปัญหาที่ 4 ไม่สุขสบายเนื่องจากมีภาวะท้องผูก

ปัญหาที่ 5 มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการผ่าตัดเนื่องจากมีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมด้วย

ปัญหาที่ 7 ตัวนำออกซิเจนลดลงเนื่องจากมีภาวะซีด

ปัญหาที่ 8 อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะ Hyponatremia

ปัญหาที่ 9 แบบแผนการนอนหลับถูกรบกวนเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม

การผ่าตัดครั้งที่ 2 Open radical cystectomy with ileal conduit (8 พฤศจิกายน 2565)

ระยะก่อนผ่าตัดครั้งที่ 2 (7 พฤศจิกายน 2565) ที่หอผู้ป่วยพิเศษ

ปัญหาที่ 10 วิดกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด

ปัญหาที่ 11 ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

ระยะหลังผ่าตัดครั้งที่ 2 (8-11 พฤศจิกายน 2565) ที่หอผู้ป่วย ICU

ปัญหาที่ 12 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด

ปัญหาที่ 13 ไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัด

ปัญหาที่ 14 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับ Stoma หลังผ่าตัด

ปัญหาที่ 15 เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากมีภาวะซีดจากการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด

ปัญหาที่ 16 อาจเกิดภาวะการรั่วของปัสสาวะตามรอยเย็บเชื่อมต่อ (Urinary leak) หลังผ่าตัดเนื่องจาก

Drain ข้างขวาออกปริมาณเยอะ

ปัญหาที่ 17 อาจเกิดการติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากมีไข้

ระยะหลังผ่าตัดครั้งที่ 2 (11-16 พฤศจิกายน 2565) ที่หอผู้ป่วยพิเศษ

ปัญหาที่ 18 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานอาหารไม่ถูกต้องหลังผ่าตัด

ปัญหาที่ 19 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง

ปัญหาที่ 20 อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง

ปัญหาที่ 21 อาจเกิดภาวะ Chylous leakage เนื่องจาก drain ข้างขวาออกปริมาณเยอะ

ปัญหาที่ 22 เกิดภาวะหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน (Acute ischemic stroke) หลังผ่าตัด

ระยะหลังผ่าตัดครั้งที่ 2 (16-23 พฤศจิกายน 2565) ที่หอผู้ป่วย ICU

ปัญหาที่ 23 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองและภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยา rt-PA

ปัญหาที่ 24 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลกับโรคและอาการของโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ปัญหาที่ 25 มีโอกาสเกิดภาวะการเห็นคุณค่าตนเองลดลง (Low self-esteem) เนื่องจากภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง

ปัญหาที่ 26 ช่วยเหลือตัวเองบกพร่องเนื่องจากแขนขาซ้ายอ่อนแรงเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ระยะหลังผ่าตัดครั้งที่ 2 (23-24 พฤศจิกายน 2565) ที่หอผู้ป่วยพิเศษ

ปัญหาที่ 27 ขาดความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1: วิตกกังวลเกี่ยวกับระยะเวลาโรคและการผ่าตัด

(พบปัญหาวันที่ 31 ตุลาคม 2565)

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า “แพทย์นัดมาผ่าตัดประเมินระยะโรค วันที่ 1 พฤศจิกายน 2565 ไม่รู้จะเป็นอย่างไรบ้าง”

O: สีหน้าเคร่งเครียด คิ้วขมวดไม่ค่อยยิ้ม ซักถามถึงการผ่าตัด

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมิน

1. สีหน้าไม่เคร่งเครียดหรือกังวล
2. สนใจสภาพแวดล้อมและไม่ตกใจง่าย
3. ผู้ป่วยนอนหลับได้ปกติโดยไม่ต้องใช้ยานอนหลับ หรือใช้น้อยลง ระยะเวลาห่างออกไป

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติให้การช่วยเหลืออย่างเอื้ออาทรให้การดูแลด้วยท่าที่เป็นมิตร พร้อมจะให้ความช่วยเหลือ

2. ประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึกออกมาและซักถามเกี่ยวกับอาการของตนเอง

3. ให้ข้อมูลก่อนการผ่าตัด TUR-BT เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบคลายความกังวล

2.1 อธิบายให้ผู้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด TUR-BT แพทย์จะส่องกล้องตัดชิ้นเนื้อจะเป็นการรักษาพร้อมวินิจฉัยไปในตัว หากปรากฏว่ามีเซลล์ถึงชั้นกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและทำทวารเบาเทียม (Radical cystectomy with ileal conduit) ตามแผนการรักษา คือวันที่ 8 พฤศจิกายน 2565

2.2 อธิบายการควบคุมอาการปวดหลังผ่าตัด TUR-BT การประเมินโดยใช้ Pain rating scale และการจัดการความปวดโดยใช้ยาตามแผนการรักษา หากควบคุมความปวดได้ดี จะส่งผลให้การเคลื่อนไหวลุกจากเตียงหลังผ่าตัดก็จะทำได้เร็ว

2.3 สอนสาธิตการบริหารการหายใจและการไอ (Deep breathing and cough exercise) เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนทางปอด ร่วมกับการใช้เครื่อง Inspirometer (Tri-flow) ช่วยในการหายใจ โดยให้ปฏิบัติ 10 ครั้งทุกหนึ่งชั่วโมง

2.4 สร้างความเข้าใจหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะชนิด 3 ทาง ค้างไว้เพื่อสวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบต่อเนื่อง (Continuous Bladder Irrigation: CBI) เพื่อป้องกันไม่ให้ลิ่มเลือดอุดตัน ช่วยให้หน้าปัสสาวะใสจนแพทย์แน่ใจว่าเลือดหยุดไหลจึงหยุดการ CBI

2.5 ส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัด ควรปฏิบัติให้เร็วที่สุดภายใน 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดีและไม่มีข้อจำกัดในการลุกจากเตียง พยาบาลจะช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยลุกนั่งเพื่อส่งเสริมการทำงานของปอด กระตุ้นให้เดินอย่างน้อย 2 ครั้งต่อวัน

2.6 อธิบายการรับประทานอาหารหลังผ่าตัด (Step diet) จะเริ่มรับประทานอาหารได้ตามแผนการรักษาของแพทย์และเหมาะสมกับโรคร่วม ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินการรับประทานและการซักถามการทำงานของระบบทางเดินอาหาร การผายลม การปวดแน่นท้อง และการเริ่มขับถ่ายอุจจาระ

3. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยต่างๆ ตอบคำถามเพื่อคลายความวิตกกังวล

การประเมินผล: วันที่ 31 ตุลาคม 2565

ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง สิ้นหน้าสดชื่นขึ้น สนใจสิ่งแวดล้อมพูดคุยกับพยาบาลมากขึ้น และนอนหลับพักผ่อนได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 : ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด TUR-BT

(พบปัญหาวันที่ 31 ตุลาคม 2565)

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า ไม่เคยได้รับการผ่าตัดฆ่าต่อปัสสาวะ

O: ชักถามถึงขั้นตอนการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ สามารถปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบ ผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมลำไส้ก่อนผ่าตัด โดยการสวนอุจจาระในคืนวันก่อนเข้ารับการผ่าตัด
2. แนะนำผู้ป่วยเรื่องการทำความสะอาดร่างกายโดยเวลา 18.00 น. ก่อนวันผ่าตัดและในเวลา 06.00 น. ของวันผ่าตัด โดยผู้ป่วยจะได้รับน้ำยา 4 % Chlorhexidine in soap ใช้อาบน้ำแทนสบู่เพื่อลดจำนวนปริมาณเชื้อโรคภายนอกก่อนเข้ารับการผ่าตัด
3. อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบ ผู้ป่วยจะได้รับประทานยา Pre med เวลา 20.00 น.คืนก่อนผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอก่อนการผ่าตัด และให้งดน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืนของวันผ่าตัด เพื่อเตรียมระบบทางเดินอาหารก่อนผ่าตัด ป้องกันการสำลักอาหารเข้าหลอดลมระหว่างผ่าตัด
4. ทบทวนและเน้นย้ำเรื่องการ Breathing exercise ผ่านการดูด Tri-flow โดยสาธิตการดูดอย่างถูกวิธี
5. อธิบายผู้ป่วยให้ทราบเกี่ยวกับการให้คะแนนระดับความปวด เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน
6. แนะนำผู้ป่วยให้ทำความสะอาดเล็บมือ เล็บเท้า เพื่อให้สังเกตความผิดปกติได้สะดวกระหว่างผ่าตัด
7. แนะนำผู้ป่วยเรื่องการเปลี่ยนเสื้อผ้าสำหรับผ่าตัด การถอดฟันปลอม และการฝากของมีค่าก่อนเข้ารับการผ่าตัด
8. อธิบายเกี่ยวกับการได้รับสารน้ำที่เพียงพอตลอดเลืดดำ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ ก่อนได้รับการผ่าตัด
9. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติสอบถามข้อสงสัยต่างๆ และตอบคำถาม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ และให้กำลังใจผู้ป่วย

การประเมินผล: วันที่ 31 ตุลาคม 2565

ผู้ป่วยรับทราบ เข้าใจการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 : เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด

(พบปัญหาวันที่ 1-2 พฤศจิกายน 2565)

ข้อมูลสนับสนุน

S: -

O: - ระยะเวลาในการผ่าตัดทั้งหมด 1 ชั่วโมง 30 นาที

- EBL 20 มิลลิลิตร

- หลังผ่าตัด Retain foley's cath with CBI with NSS

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมงแรก

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยตื่น รู้ตัวดี
2. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60 – 130/90 มิลลิเมตรปรอท
3. Urine output > 0.5-1 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง
4. Urine สีเหลืองใส

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพจนกว่าจะปกติดังนี้ 15 นาที 4 ครั้ง 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าสัญญาณชีพปกติ
2. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ตรวจสอบ Conscious ของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัด 24- 48 ชั่วโมง และประเมินการเคลื่อนไหวของแขนขา รีเฟล็กซ์ต่างๆ กำล้างความตึงตัวของกล้ามเนื้อ รวมทั้งประเมินลักษณะผิวหนัง เช่น ชีต เขียวคล้ำ และความตึงตัวของผิวหนัง เป็นต้น
3. สังเกตและบันทึกจำนวนและสีของปัสสาวะโดยละเอียด ถ้าปัสสาวะเข้มมีลิ่มเลือด ดูแลปรับเพิ่มอัตราการหยด 0.9% NSS เพื่อสวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบต่อเนื่อง (CBI) ตามแผนการรักษาของแพทย์ จนปัสสาวะออกมาใสเป็นปกติ ถ้าพบว่ามีปัสสาวะสีแดงหรือก้อนเลือดปนให้รีบสายสวนเพื่อป้องกันการอุดตัน
4. ดูแลสายสวนให้ตั้งตลอดเวลาเพื่อให้ Balloon ในสายกดแผลผ่าตัดและคอกระเพาะปัสสาวะ
5. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 5%D/N/2 1,000 ml IV 80 m/hr.

6. Record I/O ทุก 8 ชั่วโมง ประเมิน urine output if < 0.5-1 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง. รายงานแพทย์

7. On O₂ Cannula 3 LPM

การประเมินผล:

วันที่ 1 พฤศจิกายน 2565 ผู้ป่วยตื่น รู้ตัวดี O₂ Cannula 3 LPM หายใจสม่ำเสมอดีไม่มีหอบเหนื่อย O₂Sat 100% สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 69-71 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตช่วงบน 92-110 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตช่วงล่าง 80-91 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วย On foley's cath สามทาง No.20, On CBI ปัสสาวะมี Hematuria grade 1 Intake = 2,200 มิลลิลิตร/24 ชั่วโมง Output 2,100 มิลลิลิตร/24 ชั่วโมง

วันที่ 2 พฤศจิกายน 2565 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี On CBI ครบ 24 ชั่วโมง ปัสสาวะสีเหลืองใสดี ไม่มี Hematuria แพทย์จึงให้ Off CBI หลัง off CBI ปัสสาวะสีเหลืองใสไม่มีลิ่มเลือด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4: ไม่สุขสบายเนื่องจากมีภาวะท้องผูก

(พบปัญหาวันที่ 2 พฤศจิกายน 2565)

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่าไม่ถ่ายอุจจาระมา 3 วัน บ่นแน่นท้อง

O: ผู้ป่วยท้องแข็งตึง สีหน้าไม่สุขสบาย

วัตถุประสงค์การพยาบาล:

ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระได้ตามปกติ

เกณฑ์การประเมิน:

1. ขับถ่ายอุจจาระ 1 ครั้งทุกวัน
2. ผู้ป่วยไม่บ่นแน่นท้อง/กตท้องนี้ม

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการถ่ายอุจจาระทุกวัน
2. กระตุ้นให้ดื่มน้ำมากๆ 2000 -3000 มิลลิลิตร/วัน
3. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีกากมาก เช่น ผัก ผลไม้
4. รายงานแพทย์และให้ยาตามแผนการรักษา Senokot 2 tabs po hs และ Unison enema hs
5. กระตุ้นให้ Ambulate และ มีการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น
6. ประเมินพร้อมบันทึกข้อมูลหลังให้การพยาบาลทุกเวร

การประเมินผล: วันที่ 2 พฤศจิกายน 2565

ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระ 2 ครั้ง หลังถ่ายอุจจาระไม่บ่นแน่นท้อง กตท้องนึ้ม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5: มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

(พบปัญหาวันที่ 31 ตุลาคม 2565 - 2 พฤศจิกายน 2565)

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า “เคยปัสสาวะแสบขัด มีเลือดปน เป็น ๆ หาย ๆ ก่อนมานอนโรงพยาบาล”

O: แพทย์ส่งตรวจ Urine culture (31 ตุลาคม 2565) พบเชื้อ 1) Escherichia coli 10^4 CFU/ml และ 2) Enterococcus faecalis 10^3 CFU/ml

วัตถุประสงค์การพยาบาล:

เพื่อลดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมิน:

1. ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.5-37.4 องศาเซลเซียส
2. ปัสสาวะมีสีเหลืองใส ไม่มีขุ่น ไม่มีแสบขัด
3. ผลตรวจปัสสาวะปกติ พบเม็ดเลือดขาว 0-5 Cells/HPF

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วย ระดับความรู้สึกตัว ลักษณะ ปริมาณ สีกลิ่นของปัสสาวะ เพื่อประเมินการติดเชื้อ

2. ประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทุก 4 ชั่วโมง โดยเฉพาะอุณหภูมิกาย

3. ดูแลให้สายสวนปัสสาวะอยู่ในระบบปิด จัดตั้งสายไม่ให้พับงอ เพื่อให้น้ำปัสสาวะไหลสะดวก

4. ทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะเข้า-เย็นและทุกครั้งหลังการขับถ่าย

5. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ คือ Ceftriazone 2 gm IV drip วันละ 1 ครั้งตามแผนการรักษา ซึ่งเชื้อทั้ง 2 ตัว Sensitivity กับยาที่ผู้ป่วยได้รับ สังเกตอาการปวดบวมแดงหรือหลอดเลือดดำอักเสบบริเวณที่ให้ยา อาการแพ้ยา ผื่นคัน แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก

6. ประเมินข้อบ่งชี้ในการใส่สายสวนปัสสาวะทุกวัน เพื่อรายงานแพทย์พิจารณาถอดสายสวนออกเมื่อหมดความจำเป็น

7. ให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อ เพื่อป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อเพิ่มขึ้นอีก

8. ติดตามผลการตรวจปัสสาวะ เพื่อประเมินการติดเชื้อหลังได้รับยาปฏิชีวนะ

การประเมินผล:

วันที่ 31 ตุลาคม 2565 ผู้ป่วยปัสสาวะไม่มีแสบขัดไม่มีเลือดปน ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส

วันที่ 1 พฤศจิกายน 2565 หลังทำ TUR-BP on foley's cath สามทาง No.20, on CBI ปัสสาวะมี Hematuria grade 1 ไม่มีแสบขัด ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส

วันที่ 2 พฤศจิกายน 2565 อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.5-37.2 องศาเซลเซียส ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ไม่มีแสบขัด แพทย์ยังไม่มีการตรวจปัสสาวะเพิ่มเติมหลังได้รับยาปฏิชีวนะ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6: ผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการผ่าตัดเนื่องจากมีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมด้วย

(พบปัญหาวันที่ 3 พฤศจิกายน 2565)

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า “มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันเคยใส่ balloon 3 เส้น ในปี พ.ศ. 2563 ที่โรงพยาบาลราชบุรี”

O: มีประวัติ Ischemic Heart Disease (IHD) มียา ASA 81 mg 1x1 oral pc เข้า (หยุดยามาตั้งแต่วันที่ 26 ตุลาคม 2565)

: แพทย์เจ้าของไข้ให้ปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ระหว่างการผ่าตัด Open radical cystectomy with ileal conduit

วัตถุประสงค์การพยาบาล:

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

เกณฑ์การประเมิน:

1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามแผนการรักษา วันที่ 8 พฤศจิกายน 2565
2. ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น Cardiac Arrest ระหว่างการผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจเยี่ยมประเมินผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ
2. ให้ข้อมูลการเตรียมความพร้อมผ่าตัดแก่ผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมด้วย เพื่อความปลอดภัยระหว่างผ่าตัดจึงต้องปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ระหว่างการผ่าตัด
3. ประสานงานส่งปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจที่โรงพยาบาลราชวิถี เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากเป็นผู้สูงอายุมีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ตามแผนการรักษา
4. ประสานความร่วมมือกับวิสัญญีในการร่วมประเมินความเสี่ยงการใช้นำสลบ

5. รายงานผลการตอบกลับของอายุรแพทย์โรคหัวใจ ให้แพทย์เจ้าของไข้รับทราบ ได้แก่
- 5.1 ให้ผ่าตัดได้ โดย Keep blood pressure <180/110 มิลลิเมตรปรอท
 - 5.2 ให้หยุดยาเดิม ASA (81) 1x1 oral pc เข้า 7 วันก่อนการผ่าตัด
 - 5.3 ให้หยุดยาเดิมเข้าวันผ่าตัด ได้แก่ ยา Spironolactone (25) ½ x1 oral pc เข้า, Lasix (40) ¼ x 1 oral pc เข้า และ Entresto 100 mg ½ x1 oral pc เข้า
6. ประสานความร่วมมือกับหอผู้ป่วย ICU เพื่อจองเตียงหลังผ่าตัดเนื่องจากมีความเสี่ยงจากโรคหลอดเลือดหัวใจตามแผนการรักษา

การประเมินผล: วันที่ 3 พฤศจิกายน 2565

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Open radical cystectomy with ileal conduit ตามแผนการรักษาเดิมคือ วันที่ 8 พฤศจิกายน 2565 ไม่เกิดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน Cardiac Arrest ระหว่างการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7: ตัวนำออกซิเจนลดลงเนื่องจากมีภาวะซีด

(พบปัญหาวันที่ 3 พฤศจิกายน 2565)

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า “เหนื่อยง่าย เวลาทำกิจกรรมต่างๆรู้สึกเหนื่อยขึ้นกว่าเดิม”

O: Hematocrit (Hct) = 25.4 %, Hemoglobin (Hb) = 8.6 g/dL (3 พฤศจิกายน 2565)

วัตถุประสงค์การพยาบาล:

ได้รับออกซิเจนเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

เกณฑ์การประเมิน:

1. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง (Oxygen saturation) ≥ 95 %
2. Hct และ Hb ไม่ลดลงจากค่าเดิมคือ Hct ≥ 25.4 %, Hb ≥ 8.6 g/dL

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะซีดเหลือง อาการหายใจหอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเขียว
2. ดูแลให้ได้รับอาหารครบ 5 หมู่ รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง รับประทานอาหารลดโพแทสเซียม
3. ดูแลให้ได้รับการพักผ่อน เพราะการพักผ่อนจะช่วยลดการใช้ออกซิเจนในร่างกาย
4. ติดตามสัญญาณชีพและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง ทุก 4 ชั่วโมง
5. ดูแลให้ได้รับ PRC 1 unit ใน 4 ชั่วโมง สังเกตอาการอย่างใกล้ชิดขณะให้เลือด
6. ติดตามผล Lab Hb, Hct

การประเมินผล: วันที่ 4 พฤศจิกายน 2565

Oxygen saturation 96-99% ผู้ป่วยไม่เหนื่อยหอบ สัญญาณชีพอุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 129/80 มิลลิเมตรปรอท Hct 31.9 % และ Hb 10.7 g/dl

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8: อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะ Hyponatremia

(พบปัญหาวันที่ 3 พฤศจิกายน 2565)

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกรับประทานอาหารได้น้อย รู้สึกอ่อนเพลีย

O: Na 129 mmol/L (3 พฤศจิกายน 2565)

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะ Hyponatremia

เกณฑ์การประเมิน

1. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการค่า Na 136-145 mmol/L
2. ผู้ป่วยไม่มีอาการซึม อ่อนเพลีย ทานอาหารได้มากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง
2. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะ Hyponatremia เช่นอาการคลื่นไส้ อาเจียน กล้ามเนื้ออ่อนแรง ซึมลง ซัก
3. บันทึกสารน้ำเข้าออกร่างกายทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของน้ำเข้าออกในร่างกาย
4. ดูแลให้ IVF 0.9%NSS 1000 ml iv 100 ml/hr.ตามแผนการรักษา
5. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าระดับโซเดียมในเลือด

การประเมินผล: วันที่ 4 พฤศจิกายน 2565

ผู้ป่วยไม่มีอาการซึม หรือสับสน รับประทานอาหารธรรมดาได้ ½ ถาด เพิ่มมากขึ้น ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการค่าระดับโซเดียมในเลือด Na 135 mmol/L

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9: แบบแผนการนอนหลับถูกรบกวนเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม

(พบปัญหาวันที่ 5 พฤศจิกายน 2565)

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า “นอนหลับๆตื่นๆ มักตื่นกลางดึก เนื่องจากไม่คุ้นสถานที่”

O: คู่มือสีหน้าเปลี้ยเล็กน้อย สีหน้าไม่สดชื่น

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ผู้ป่วยนอนหลับได้

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ สีสหน้าสดขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินหาสาเหตุการนอนไม่หลับ
2. ดูแลให้ผู้ป่วยทำกิจกรรม ลดการหลับช่วงกลางวัน
3. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ รู้สึกผ่อนคลายและลดปัจจัยที่ทำให้นอนไม่หลับ
4. รายงานแพทย์และให้ยานอนหลับตามแผนการรักษา Diazepam 2 mg 1 tab o hs
5. ให้การพยาบาลโดยไม่รบกวนผู้ป่วยบ่อยเกินไป ขณะนอนหลับ
6. ติดตามประเมินการนอนหลับหลังให้การพยาบาล

การประเมินผล: วันที่ 5 พฤศจิกายน 2565

ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ต่อเนื่องนานขึ้น สีสหน้าสดขึ้นขึ้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10: วิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด (พบปัญหาวันที่ 7 พฤศจิกายน 2565)

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า “ทราบว่าการผ่าตัดต้องตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและเปลี่ยนช่องทางขับถ่ายปัสสาวะใหม่ตลอดชีวิต กังวลเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด”

O: แพทย์ Set OR Open radical cystectomy with ileal conduit

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยสีหน้าสดขึ้น ยิ้มแย้ม
2. ผู้ป่วยยอมรับการผ่าตัด
3. ผู้ป่วยนอนหลับได้ปกติโดยไม่ต้องใช้ยานอนหลับ หรือใช้น้อยลง ระยะเวลาห่างออกไป

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ
2. ประเมินความวิตกกังวล นำผลที่ได้จากการประเมินมาวางแผนการพยาบาล

3. วางแผนการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม มาดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมผู้ป่วยดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อการดูแลตัวเองทั้งหมด พบว่าผู้ป่วยมีความพร้อม ในเรื่องของความรู้เกี่ยวกับโรค รวมถึงการผ่าตัดและการดูแลตนเองหลังผ่าตัด พยาบาลจึงจัดรูปแบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ (Education supportive) แก่ผู้ป่วยและญาติดังนี้

3.1 ประเมินพื้นฐานความรู้และความพร้อมในการเรียนรู้ของผู้ป่วย เพื่อใช้ในการกำหนดแผนการให้ความรู้ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

3.2 อธิบายให้ทราบถึงความจำเป็นของการเตรียมพร้อมก่อนการผ่าตัด เพื่อให้เกิดความเข้าใจและร่วมมือ ครรภ์ญาติหรือบุคคลในครอบครัวเข้าร่วมให้ข้อมูลและรับฟังความรู้ ข้อมูลที่ให้ด้วยเพื่อเป็นแหล่งช่วยเหลือ สนับสนุนเมื่อผู้ป่วยต้องการ

3.3 อธิบายและให้ความรู้เกี่ยวกับโรค พยาธิสรีรภาพของมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ วิธีการผ่าตัดที่จะได้รับ

3.4 ให้ความรู้เกี่ยวกับถุงรองรับน้ำปัสสาวะที่แพทย์วางแผนจะทำทางระบายน้ำปัสสาวะใหม่ ทดแทนหลังตัดกระเพาะปัสสาวะเดิมออก การดูแล การเปลี่ยนถุงรองรับน้ำปัสสาวะ ขณะเดียวกันนำภาพและถุงรองรับน้ำปัสสาวะมาให้ผู้ป่วยดู เพื่อเกิดความรู้ ความเข้าใจ แนะนำเกี่ยวกับตำแหน่งของรูเปิดทางระบายน้ำปัสสาวะใหม่ ซึ่งโดยทั่วไปจะเป็นบริเวณหน้าท้องด้านข้างขวาหรือซ้ายก็ได้ รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้หลังผ่าตัด ด้วยคำพูดที่ชัดเจน และมีเอกสารประกอบให้เข้าใจได้ง่าย เพื่อลดความกลัว วิดกกังวลต่อการผ่าตัดที่จะเกิดขึ้น

3.5 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับสภาพของตนเองหลังผ่าตัด ได้แก่ การมีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง การมีรูเปิดให้น้ำปัสสาวะไหลออกมาทางหน้าท้อง (Ileal conduit) การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และอาการปวดแผลผ่าตัด เป็นต้น

4. หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามปัญหาและข้อข้องใจต่างๆ พูกระบายความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พบปะพูดคุยกับเพื่อนผู้มี ทวารเบาเทียม (Ileal conduit) เพื่อเรียนรู้ร่วมกันในเรื่องการใช้ชีวิตอยู่กับทวารเบาเทียม และคลายความวิตกกังวล ช่วยให้มีความมั่นใจในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นในระยะก่อนและหลังผ่าตัด

การประเมินผล: วันที่ 7 พฤศจิกายน 2565

ผู้ป่วยและญาติ (ภรรยา) วิตกกังวลลดลงหลังได้รับข้อมูล สีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้มแจ่มใส ยอมรับการผ่าตัดมีทวารเบาเทียม ให้ความร่วมมือดี นอนหลับพักผ่อนได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11: ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

(พบปัญหาวันที่ 6-7 พฤศจิกายน 2565)

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า “การผ่าตัดครั้งนี้ผ่าตัดใหญ่ที่ต้องดมยาสลบ ไม่รู้ต้องเตรียมตัวยังไงบ้าง”

O: ซักถามถึงขั้นตอนการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบ ผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมลำไส้ก่อนผ่าตัด โดย
 - 1.1 รับประทานอาหารเหลวใส เช่น น้ำหวาน น้ำซूप ฯลฯ 1 วัน ก่อนเข้าผ่าตัด
 - 1.2 รับประทานยาระบาย เวลา 13 น. และ 20.00 น. และสวนอุจจาระคืนก่อนผ่าตัด
2. แนะนำผู้ป่วยเรื่องการทำความสะอาดร่างกายโดยเวลา 18.00 น. ก่อนวันผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับน้ำยา 4 % Chlorhexidine in soap ใช้อาบน้ำแทนสบู่เพื่อลดจำนวนปริมาณเชื้อโรคนอกก่อนเข้ารับการผ่าตัด และผู้ป่วยจะได้รับการดูแลทำความสะอาดผิวหนังบริเวณผ่าตัด (Prep skin) ในเวลา 06.00 น. ของวันผ่าตัด
3. อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบ ผู้ป่วยจะรับประทานยา Pre med เวลา 20.00 น. คืนก่อนผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ และให้ดื่มน้ำจืดอาหารหลังเที่ยงคืนของวันผ่าตัด เพื่อเตรียมระบบทางเดินอาหารก่อนผ่าตัด ป้องกันการสำลักอาหารเข้าหลอดลมระหว่างผ่าตัด
4. ทบทวนและเน้นย้ำเรื่องการ Breathing exercise ผ่านการดูด Tri-flow โดยสาธิตการดูดอย่างถูกวิธี และ กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยดูด Tri-flow อย่างน้อยวันละ 200 ครั้ง
5. อธิบายผู้ป่วยให้ทราบเกี่ยวกับคะแนนระดับความปวด เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน
6. แนะนำผู้ป่วยให้ทำความสะอาดเล็บมือ เล็บเท้า เพื่อให้สังเกตความผิดปกติได้สะดวกระหว่างผ่าตัด
7. แนะนำผู้ป่วยเรื่องการเปลี่ยนเสื้อผ้าสำหรับผ่าตัด การถอดฟันปลอม และการฝากของมีค่าก่อนเข้ารับการผ่าตัด
8. อธิบายเกี่ยวกับการได้รับสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ ก่อนได้รับการผ่าตัด
9. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยและญาติสอบถามข้อสงสัยต่างๆ และตอบคำถาม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ และให้กำลังใจผู้ป่วย

การประเมินผล: วันที่ 7 พฤศจิกายน 2565

ผู้ป่วยรับทราบ เข้าใจการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 12: เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด

(พบปัญหาวันที่ 8 พฤศจิกายน 2565)

ข้อมูลสนับสนุน

S: -

O: การผ่าตัดใช้เวลานาน ประมาณ 5 ชั่วโมง

: EBL 500 มิลลิลิตร

: มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง On Radivac drain (RD) ที่หน้าท้องข้างซ้าย (Left: Lt) และหน้าท้องข้างขวา (Right: Rt), Rt RD Content สีแดงจาง ปริมาณ 100 มิลลิลิตร, Lt RD ออกติดขวด On ileal conduit ที่ท้องขวา Urine มี Hematuria grade 1

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมงแรก

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยตื่น รู้ตัวดี
2. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60 – 130/90 มิลลิเมตรปรอท
3. Urine output > 0.5-1 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง
4. แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง no bleeding
5. Radivac drain no active bleeding

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพจนกว่าจะปกติดังนี้ 15 นาที 4 ครั้ง 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง Until stable
2. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ตรวจสอบ Conscious ของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง และประเมินการเคลื่อนไหวของแขนขา รีเฟล็กซ์ต่าง ๆ กำลังความตึงตัวของกล้ามเนื้อ รวมทั้งประเมินลักษณะผิวหนัง เช่น ชีต เขียวคล้ำ และความตึงตัวของผิวหนัง เป็นต้น
3. ดูแลให้ได้รับ O₂ face mask 10 LPM และประเมิน Oxygen ทุก 1 ชั่วโมง
4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา ได้แก่ 0.9% 1,000 mL IV 100 mL/hr.
5. ประเมินแผลผ่าตัด เพื่อสังเกตการณ์มีเลือดออก หรือ Discharge ซึม จากแผลผ่าตัด

6. สังเกต Sign bleeding เช่น ปวดท้องมาก ต้องมี Guarding และสังเกตสี ปริมาณของการเสียเลือดที่ออกมาจากร่างกายทั้งหมด ได้แก่ ปัสสาวะ อาเจียน สายระบายจากกระเพาะอาหาร (NG tube) และ content ที่ออกจาก Radivac drain ถ้า bloody content >200 มิลลิลิตร/ชั่วโมง รายงานแพทย์ให้รับทราบ

7. ดูแล Radivac drain ให้เป็นระบบปิด

8. Record I/O ทุก 8 ชั่วโมง ถ้า Urine output < 0.5-1 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง รายงานแพทย์

9. ดูแลให้ผู้ป่วย On Pneumatic pressure ที่ขาทั้ง 2 ข้าง เป็นเวลา 24 ชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะ Deep vein thrombosis สอนการขยับและกระดกปลายเท้า หรือทำ Active exercise สังเกตลักษณะสีอุณหภูมิของปลายเท้า อาการปวด บวม และประเมินชีพจรที่หลังเท้าทั้ง 2 ข้าง

การประเมินผล วันที่ 8 พฤศจิกายน 2565

ผู้ป่วยนอนหลับได้เรียกปลุกตื่นรู้ตัวให้ O₂ face mask 10 LPM หายใจสม่ำเสมอดีไม่มีหอบเหนื่อย สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 64-87 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 12-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตตัวบน 113-139 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตตัวล่าง 66-96 มิลลิเมตรปรอท O₂Sat 98-100% ผู้ป่วยมีแผลตัดหน้าท้อง ปิด Gauze with Fixumull ไว้แผลแห้งดีไม่มี Bleed ซึม ท้องอ่อนนุ่ม On Lt. RD ออกติดตาม/24 ชั่วโมง On Rt RD สีแดงจาง ปริมาณ 300 มิลลิลิตร/24 ชั่วโมง สายไม่หักพับงอ On ileal conduit ที่ท้องขวา Stoma สีชมพู ปัสสาวะมี Hematuria grade 1 ปริมาณ 2,290 มิลลิลิตร/24 ชั่วโมง ผู้ป่วยไม่มีภาวะ Internal and external bleeding ผู้ป่วยได้รับยาและ IVF ตามแผนการรักษาเส้น Flow ดีไม่บวมแดง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 13 : ไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัด

(พบปัญหาวันที่ 8 พฤศจิกายน 2565)

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่าปวดแผล Pain score 4/10 คะแนน

O: มีแผลผ่าตัด midline หน้าท้อง On RD ที่หน้าท้องข้างซ้าย-ขวา ข้างละ 1 สาย

: สีหน้าไม่สุขสบาย คิ้วขมวด

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยทุเลาจากอาการปวดแผลหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายมากยิ่งขึ้น

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยปวดแผลลดลง Pain score \leq 3 คะแนน
2. ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย สามารถนอนพักผ่อนได้
3. ผู้ป่วยไม่บ่นปวดแผล บอกว่าอาการปวดลดลง สีหน้าสดชื่นขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้สึกเจ็บปวด โดยการซักถามและใช้ Pain score รวมทั้งสังเกตอาการของผู้ป่วยที่แสดงถึงความเจ็บปวด เช่น หน้ามึน คิ้วขมวด ร้องครวญคราง
2. บันทึกระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วย
3. อธิบายถึงสาเหตุของอาการปวด และวิธีการช่วยเหลือ คือ Morphine 3 มิลลิกรัม Vein สามารถฉีดซ้ำอีกห่างกันประมาณ 4 ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามผลการรักษา
4. ดูแลจัดท่าให้ผู้ป่วยสุขสบายมากที่สุด โดยจัดท่านอน Fowler's position
5. จัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบเหมาะสมกับการพักผ่อนของผู้ป่วย
6. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล และช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆตามความเหมาะสม
7. แนะนำใช้ผ้าห่ม/หมอน ประคองแผลหน้าท้องเวลาไอ
8. ดูแลแนะนำและช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหวช้าๆและการเปลี่ยนอิริยาบถของร่างกายที่ถูกต้อง จะช่วยให้ผู้ป่วยปวดแผลน้อยลงเนื่องจากไม่ได้เกิดการเกร็งบริเวณกล้ามเนื้อหน้าท้อง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและกล้าที่จะเคลื่อนไหวร่างกายด้วยตัวเอง
9. ดูแลไม่ให้สายท่อระบายเลือดหรือสารคัดหลั่งมีการดึงรั้ง หรือเป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหว
10. ประเมินอาการข้างเคียงของยา Morphine เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการท้องอืด รวมทั้งประเมิน Sedation score หลังได้รับยา และประเมิน Pain score ซ้ำหลังให้การพยาบาล

การประเมินผล: วันที่ 8 พฤศจิกายน 2565

ภายหลังให้การพยาบาลและได้รับยาแก้ปวด อาการปวดลดลง อยู่ที่ระดับ 1/10 คะแนน และไม่พบอาการแทรกซ้อนหลังการได้รับยาแก้ปวด ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น สามารถนอนพักได้ ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 112/80 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 14 : เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับ stoma หลังผ่าตัด

(พบปัญหาวันที่ 9-11 พฤศจิกายน 2565)

ข้อมูลสนับสนุน

S:-

O: ได้รับการผ่าตัด Open radical cystectomy with ileal conduit

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับ Stoma และผิวหนังโดยรอบ

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมี Stoma สีแดง ไม่เกิดภาวะ Stoma ขาดเลือดมาเลี้ยง (Stomal necrosis)
2. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ อันจะเกิดกับ stoma และผิวหนังโดยรอบ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะ Stoma ขาดเลือดมาเลี้ยง (Stomal necrosis) สังเกตลักษณะและสีของ Stoma ถ้า Stoma มีสีม่วงคล้ำ หรือสีน้ำตาล รีบรายงานแพทย์
2. ประเมินภาวะเลือดออกจาก stoma หากมีสีแดงเข้ม ชีตขาวควรรีบรายงานแพทย์
3. ประเมินความสมบูรณ์ของ stoma และผิวหนังโดยรอบ โดยประเมินในเรื่อง
 - 3.1) ความสมบูรณ์ทางกายภาพ สี ความยืดหยุ่น รูปร่างและขนาด
 - 3.2) ความยื่นของ stoma จากผิวหนังหน้าท้อง
 - 3.3) บริเวณหน้าท้องและตำแหน่งของ stoma กับผิวหนัง รวมทั้งรอยเย็บระหว่าง stoma กับ
4. ประเมินและบันทึกลักษณะของสิ่งขับถ่ายที่ออกจากทวารเบาเทียม ทั้งสี กลิ่น และจำนวน พร้อมทั้งวางแผนเลือกใช้ถุงรองรับสิ่งขับถ่ายที่มีขนาดใหญ่ เหมาะสมกับลักษณะของ content เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้
5. ติดตามประเมินผลและบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ
6. ประสานงานกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พยาบาล Ostomy เพื่อวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยได้

อย่างครอบคลุม

การประเมินผล

วันที่ 9 พฤศจิกายน 2565 Day 1 หลังผ่าตัด Stoma สีแดง มีความชุ่มชื้น ยื่นออกมาจากผนัง ประมาณ 1.5 เซนติเมตร ไม่มีภาวะขาดเลือดมาเลี้ยง (Stomal necrosis) เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 22 มิลลิเมตร Function ปกติ ไม่พบ Stomal bleeding

วันที่ 10 พฤศจิกายน 2565 Day 2 หลังผ่าตัด Stoma สีแดง มีความชุ่มชื้น Function ปกติ urine มี Hematuria grade 1 ปริมาณ 1,785 มิลลิลิตร/24 ชั่วโมง

วันที่ 11 พฤศจิกายน 2565 Day 3 หลังผ่าตัด Stoma ชุ่มชื้นสีแดง urine สีเหลืองปนเยื่อ ปริมาณ 500 มิลลิลิตร/8 ชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 15: เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากมีภาวะซีดจากการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด (พบปัญหาวันที่ 9 พฤศจิกายน 2565)

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกเพลียเล็กน้อย

O: EBL 500 มิลลิลิตร

: Hct = 27.6 %, Hb = 9.2 g/dL (9 พฤศจิกายน 2565)

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ

เกณฑ์การประเมิน

1. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง (Oxygen saturation) \geq 95 %
2. Hct และ Hb ไม่ลดลงจากค่าเดิมคือ Hct \geq 27.6 %, Hb \geq 8.6 g/dL

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา On O₂ cannula 3 LPM, Oxygen saturation monitors ตามแผนการรักษา เพื่อประเมินการได้รับออกซิเจนของผู้ป่วย Keep > 95 %
2. ให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงเพื่อปอดขยายเต็มที่
3. ดูแลโดยใช้ระบบการพยาบาลทดแทนบางส่วน ในการช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเพื่อลดการใช้ออกซิเจน เช่น ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพและผิวหนัง
4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ PRC 1 unit iv drip in 4 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ และเฝ้าระวังผลข้างเคียงของการให้เลือดด้วย
5. สังเกตระดับความรู้สึกตัว/ การหายใจ/ อาการ Cyanosis/อาการซีด/ ลักษณะปริมาณของ RD
6. ติดตามผลแลป เพื่อประเมินค่า Hb, Hct

การประเมินผล: วันที่ 9 พฤศจิกายน

Oxygen saturation 96-100% ผู้ป่วยไม่เหนื่อยหอบ สัญญาณชีพอุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท Hct 29.9 % และ Hb 9 g/dl

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 16: อาจเกิดภาวะการรั่วของปัสสาวะตามรอยเย็บเข็ม (urinary leak) หลังผ่าตัด เนื่องจาก drain ช่างขวาออกปริมาณเยอะ (พบปัญหาวันที่ 9 พฤศจิกายน 2565)

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า “แผลขวาระบายข้างขวาไหลซึมเกือบตลอดเวลา”

O: Rt. RD ออก 1,300 มิลลิลิตร/24 ชั่วโมง มีสีเหลืองใสไหลซึมชุ่ม Gauze ตลอดเวลา

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจาก urinary leak หลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน

1. Drain ข้างขวาออกลดลง
2. ค่าผล Lab drain creatinine ไม่สูงเกิน 18% ของ serum creatinine

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินลักษณะ Fluid จาก Rt RD ทั้งปริมาณ สี เพื่อความผิดปกติทุกเวร
2. รายงานแพทย์ให้รับทราบปริมาณ และลักษณะสีของ Drain จาก Rt RD
3. ส่งตรวจ Lab drain for creatinine ตามแผนการรักษา พร้อมทั้งติดตามผล Lab และรายงาน

ให้แพทย์เจ้าของไข้รับทราบ

4. ปรีกษา Ostomy เพื่อร่วมดูแล Rt RD ที่ซึมตลอด โดยครอบถุง Surgical drain ไว้
5. ดูแลไม่ให้สายปัสสาวะอุดตัน หรือหักพับงอ ดูแลให้ปัสสาวะไหลสะดวก
6. ประเมินติดตามลักษณะสีและปริมาณของ Drain ทุกเวร และ Record drain OD
7. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง โดยเฉพาะไข้
8. บันทึกน้ำเข้า/ออก ทุก 8 ชั่วโมง

การประเมินผล: วันที่ 9 พฤศจิกายน 2565

ลักษณะสีของ Drain ข้างขวาเป็นสีเหลืองใสคล้าย Serum ออกปริมาณ 405 มิลลิลิตร/8 ชั่วโมง ผล Lab drain creatinine > Serum creatinine ในผู้ป่วยรายนี้เท่ากับ 10% ผลจึงปกติไม่มีภาวะ Urine leak (ผลตรวจ Fluid creatinine = 2 mg/dL, Serum creatinine = 1.98 mg/dL)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 17: อาจเกิดการติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากมีไข้

(พบปัญหาวันที่ 10-18 พฤศจิกายน 2565)

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกว่ามีไข้ ไม่สุขสบายตัว”

O: ผู้ป่วยมีอาการหนาวสั่น สัญญาณชีพ T= 37.7 - 39.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 114-131 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22-28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 122/70 - 140/90 มิลลิเมตรปรอท

: WBC 11,329 cells/mm³ (10 พฤศจิกายน 2565)

วัตถุประสงค์การพยาบาล

อุณหภูมิร่างกายลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีการติดเชื้อเพิ่มเติม

เกณฑ์การประเมิน

1. อุณหภูมิ 36.5 - 37.4 องศาเซลเซียส
2. WBC = 4,000 - 10,000 cells/mm³
3. Hemoculture ผล No growth

กิจกรรมการพยาบาล

1. เช็ดตัวลดไข้อย่างนุ่มนวล เพื่อช่วยพาความร้อนออกจากร่างกายทางผิวหนังทำให้อุณหภูมิลดลง และทำให้ผู้ป่วยสบายขึ้น
2. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนเพื่อเป็นการลดอัตราการเผาผลาญภายในเซลล์ ลดการทำงานของกล้ามเนื้อ เป็นการลดการผลิตความร้อน ทำให้อุณหภูมิร่างกายลดลง
3. รายงานแพทย์ ให้การพยาบาลตามแผนการรักษา Take Hemoculture x 2 Specimen ให้ Off ยา ceftriaxone และยา Metronidazole เปลี่ยนเป็นยา Doripenam 250 mg IV q 8 hr. with stat ตามแผนการรักษา
4. ดูแลให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษา. Infulgan 1 gm iv และให้ได้เวลามีไข้ห่างกันทุก 4 ชั่วโมง
5. ติดตามและประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชม.
6. ประเมินแผลผ่าตัดและแผล drain เพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อ ดูแลทำความสะอาดแผลทุกครั้ง ที่ซึม
7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้แก่ WBC, Hemoculture

การประเมินผล:

วันที่ 10-18 พฤศจิกายน 2565 หลังให้การพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.5-37.3 องศาเซลเซียส และติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจ Hemoculture ผล No growth after 24 hrs. และ No growth after 5 days ผลแลปวันที่ 18 พฤศจิกายน 2565 WBC = 8,940 cells/mm³ สีหน้าสดชื่นขึ้น พักผ่อนได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 18: มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานอาหารไม่ถูกต้องหลังผ่าตัด
(พบปัญหาวันที่ 12-16 พฤศจิกายน 2565)

ข้อมูลสนับสนุน

O: ผู้ป่วยบอกว่าหิวอยากรับประทานอาหาร

S: ภายหลังจากผ่าตัด Open radical cystectomy with ileal conduit แพทย์จึงให้เริ่มรับประทานอาหาร

เป็น จิบน้ำ อาหารเหลวใส อาหารอ่อนเค็มน้อย อาหารธรรมดาตามลำดับ

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเริ่มรับประทานอาหารหลังการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ตามแผนการรักษา
2. ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดท้อง ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หลังเริ่มรับประทานอาหาร
3. ลำไส้ทำงานตามปกติ ไม่มีอาการท้องอืด

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจแพทย์ให้เริ่มรับประทานอาหาร โดยเริ่มจากจิบน้ำ ⇒ เหลวใส ⇒ อาหารอ่อน เค็มน้อย ⇒ อาหารธรรมดาตามลำดับ
2. ให้ความเป็นมิตรและให้กำลังใจ คอยสังเกตคนไข้และรับฟังปัญหาด้วยความสนใจ
3. ก่อนรับประทานอาหาร ควรทำความสะอาดช่องปากคนไข้และจัดในท่าพักที่สบาย
4. จัดสิ่งแวดล้อมให้น่าดูเพื่อช่วยให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น เช่น การใช้ภาชนะที่สวยงาม สะอาด และดูแลให้ได้รับอาหารตรงตามแผนการรักษา คือ Step diet จากจิบน้ำ อาหารเหลวใส อาหารอ่อน เค็มน้อย และอาหารธรรมดา ตามลำดับ
5. หลังรับประทานอาหารเสร็จ ผู้ป่วยควรลุกนั่งหรือลุกเดิน เป็นเวลา 30 นาที ไม่ควรนอนหลังรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันอาการท้องอืด โดยให้ผู้ป่วยลุกเดินเพิ่มระยะทางตามกำลัง อย่างน้อย 200 เมตร วันละ 3 รอบ
6. ซักถามการทำงานของระบบทางเดินอาหาร การผายลม อาการปวดแน่นท้อง อาการคลื่นไส้ อาเจียน รายงานแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ

การประเมินผล:

- วันที่ 12 พฤศจิกายน 2565 ผู้ป่วยสามารถจิบน้ำและอาหารเหลวใสได้ ไม่มีท้องอืด
- วันที่ 13 พฤศจิกายน 2565 ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารอ่อน รับประทานอาหารข้าวต้มได้ 1/4 ถาด ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีปวดท้อง ท้องอืด สามารถผายลมและถ่ายอุจจาระได้
- วันที่ 14-15 พฤศจิกายน 2565 ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ 1/4 ถาด จะรับประทานอาหารแต่ข้าวต้มกับไข่ต้ม และนมทางการแพทย์ BDR 1-2 แก้วต่อวัน ไม่รับประทานอาหารเนื้อสัตว์เนื่องจากเคี้ยวให้ละเอียดยาก ทำให้มีอาการท้องอืดแน่นท้อง จึงปรับเป็นอาหารย่อยง่าย เช่น ปลา กุ้ง สับละเอียด
- วันที่ 16 พฤศจิกายน 2565 ผู้ป่วย รับประทานอาหารอ่อนได้ 1/3 ของถาด ตื่นนม BDR ระหว่างมื้ออาหารได้หมด 3 แก้ว/วัน ไม่มีท้องอืด แพทย์จึงเปลี่ยนอาหารเป็นอาหารธรรมดา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 19: เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง

(พบปัญหาวันที่ 12 พฤศจิกายน 2565)

ข้อมูลสนับสนุน

O: ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่ได้เป็นโรคความดัน แต่วันนี้ความดันเริ่มสูง”

S: ความดันโลหิต 141/91 มิลลิเมตรปรอท ไม่ปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูง

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ใจสั่น
2. ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 90/60-130/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ
2. ประเมินอาการ อาการแสดงจากภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง เช่น ปวดศีรษะ

คลื่นไส้ อาเจียน ตาพร่ามัว

3. จัดให้ผู้ปวยนอนพักบนเตียง เพื่อลดการทำงานของหัวใจ
4. รายงานแพทย์ ดูแลให้ได้รับยา HCTZ (50) 1x1 oral OD ตามแผนการรักษา
5. บันทึกปริมาณสารน้ำที่ร่างกายได้รับและขับออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง
6. แนะนำผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติที่ควรแจ้งพยาบาลทันที ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ใจสั่น

เลือดกำเดาไหล อาเจียนพุ่ง แขนขาอ่อนแรง

7. ติดตามประเมินสัญญาณชีพหลังให้การพยาบาล

การประเมินผล: วันที่ 12 พฤศจิกายน 2565

ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดศีรษะตาพร่ามัว ใจสั่น ความดันโลหิตของผู้ป่วยลดลง ความดันโลหิต 130/90 มิลลิเมตรปรอท สามารถนอนพักผ่อนได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 20: อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง

(พบปัญหาวันที่ 14-16 พฤศจิกายน 2565)

ข้อมูลสนับสนุน

O: -

S: ผล Potassium (K) = 5.30 mmol/L (14/11/2565)

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง
2. ระดับโพแทสเซียมกลับสู่ภาวะปกติ

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่พบอาการและอาการแสดงของโพแทสเซียมในเลือดสูง เช่น กล้ามเนื้อกระตุก กล้ามเนื้อปวดเกร็ง หัวใจเต้นเร็วขึ้น
2. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ K = 3.5-5.1 mmol/L

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะ โพแทสเซียมในเลือดสูง เช่น กล้ามเนื้อกระตุกคลื่นไส้อาเจียน หัวใจเต้นเร็ว
2. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพหากพบว่าผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลง หัวใจเต้นเร็ว กระสับกระส่าย หายใจลำบาก ดูแลให้ได้รับออกซิเจนทันที
3. แนะนำผู้ป่วยงดผลไม้ อาหารที่มีโพแทสเซียมสูงมากเช่น กล้วย ฝรั่ง ส้ม
4. รายงานแพทย์ และดูแลให้ยา Kayexalate 30 gm + น้ำ 30 ml oral ตามแผนการรักษา
5. จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยพักผ่อนเพื่อลดการทำงานของหัวใจ
6. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Serum K

การประเมินผล

วันที่ 14-16 พฤศจิกายน 2565 ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง ไม่มีกล้ามเนื้อกระตุก หรือหัวใจเต้นเร็ว อัตราการเต้นของหัวใจ 65-90 ครั้ง/นาที วันที่ 16 พฤศจิกายน 2565 ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่า Serum K = 5.06 mmol/L

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 21: อาจเกิดภาวะ Chylous leakage เนื่องจาก drain ข้างขวาออกปริมาณเยอะ

(พบปัญหาวันที่ 14-21 พฤศจิกายน 2565)

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า “แผลขวิดระบายข้างขวาไหลซึมเกือบตลอดเวลา”

O: Rt. RD ออก 580 มิลลิลิตร/24 ชั่วโมง มีสีเหลืองใสไหลซึมชุ่มก๊อชตลอดเวลา

: แพทย์สงสัย Chylous leakage ให้ส่งตรวจ Drain for triglyceride ข้างขวาและส่งปรึกษา

โภชนาการเรื่องปรับอาหารไขมันต่ำ

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน Chylous leakage หลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน

1. Drain ขวาออกน้อยลง
2. ลักษณะ Fluid จาก Rt RD drain สีแดงจางไม่สีขุ่นข้นคล้ายนม
3. ระดับ Fluid Triglyceride < 110 mg/dl

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินลักษณะ Fluid จาก Rt RD ทั้งปริมาณ สี เพื่อดูความผิดปกติทุกเวร
2. รายงานแพทย์ให้รับทราบปริมาณ และลักษณะสีของ Fluid จาก Rt RD
3. ดูแลส่งตรวจ Lab Fluid for Triglyceride ตามแผนการรักษา พร้อมทั้งติดตามผล Lab และรายงานให้แพทย์เจ้าของไข้รับทราบ
4. ดูแลให้ได้รับยาฉีด Sandostatin 100 mcg SC q 8 ชั่วโมงตามแผนการรักษา
5. ดูแลให้ได้รับอาหารตามแผนการรักษา คืออาหารอ่อนไขมันต่ำตามแผนการรักษา พร้อมทั้งอธิบายเหตุผลให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ
6. ประเมินติดตามลักษณะ Fluid จาก Rt RD ทุกเวร และ Record drain OD
7. ประเมินสัญญาณชีพ ปริมาณสารน้ำที่ร่างกายได้รับและขับออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง

การประเมินผล

วันที่ 14 พฤศจิกายน 2565 ประเมิน Drain จาก Rt RD เป็นสีเหลืองใสคล้าย Serum ตรวจ Fluid for Triglyceride = 22 mg/dl ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ไม่มีภาวะ Chylous leakage) จากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ นักโภชนาการประเมินว่าไม่มีลักษณะชัดเจนว่ามี Chylous leakage เพราะของเหลวที่ออกมา มีลักษณะสีเหลืองใสไม่ขุ่น ทั้งนี้ผู้ป่วยรับประทานข้าวและโปรตีนน้อยด้วย จึงเพิ่มเป็นไข่ต้ม 1 ฟอง/มื้อ (อาหารสับชิ้นเล็กๆ) และเพิ่มนมทางการแพทย์ BDR 250 x 3 มื้อ แพทย์ยังดูแลให้ได้รับอาหารไขมันต่ำ

วันที่ 15 พฤศจิกายน 2565 Drain จาก Rt RD สี serum เหลืองใส ปริมาณ 1300 มิลลิลิตร/24 ชั่วโมง แพทย์สงสัยมีการรั่วซึม (R/O leak) จึงส่งตรวจ MRI whole abdomen (ผลอ่านยังไม่ออก) แพทย์ดูผลจาก CD มี Lymph leak จึงปรึกษาแพทย์ทางศัลยกรรมเรื่อง drain ออกปริมาณเยอะ แพทย์ศัลยกรรมแนะนำรักษาตามอาการไปก่อน แพทย์เจ้าของไข้อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบเข้าใจ

วันที่ 16-21 พฤศจิกายน 2565 Record Rt RD OD ปริมาณลดลงเรื่อยๆ จาก 750 มิลลิลิตร \Rightarrow 300 มิลลิลิตร \Rightarrow 285 มิลลิลิตร \Rightarrow 400 มิลลิลิตร \Rightarrow 350 มิลลิลิตร และ \Rightarrow 20 มิลลิลิตร/ 24 ชั่วโมง ตามลำดับ แพทย์จึงให้ off drain ได้ในวันที่ 21 พฤศจิกายน 2565 หลัง off ไม่มีแผลซึม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 22: เกิดภาวะหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน (Acute ischemic stroke)

หลังผ่าตัด (พบปัญหาวันที่ 16-24 พฤศจิกายน 2565)

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกว่ามีมือ แขน ขาข้างซ้ายรู้สึกไม่มีแรง

O: ผู้ป่วยมีมุมปากข้างซ้ายตก Motor power แขนขาข้างซ้าย grade 4 มือซ้าย grade 2 แขนขาข้างขวา grade 5, Glasgow coma score 15 คะแนน ขนาดรูม่านตา 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาไวต่อแสงตี่ทั้ง 2 ข้าง

: ประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ด้วย National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) 6 คะแนน

: CT Brain Non contrast ผล No evidence of intracranial hemorrhage, Obvious infarction (16 พฤศจิกายน 2565)

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทันเวลาช่วยลดอัตราการตายและความพิการจากโรค

เกณฑ์การประเมิน

1. อาการแสดงของโรคไม่แย่ลง Motor power แขนขาข้างซ้าย \geq grade 4 มือซ้าย \geq grade 2 มุมปากข้างอาการตกดีขึ้น
2. ได้รับยา rt-PA ภายในเวลา 4.5 ชั่วโมงนับตั้งแต่เริ่มมีอาการ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดง ประเมินสัญญาณชีพ ระดับออกซิเจนในเลือด Glasgow coma score (GCS), Neuro signs (NS), Motor power และ NIHSS
2. รายงานแพทย์เวรและแพทย์เจ้าของไข้ให้รับทราบ ส่งตรวจ CT brain non contrast และส่งปรึกษาเคสกับสถาบันประสาทตามแผนการรักษา
3. ดูแลให้ออกซิเจนสูง และให้ได้รับ O₂cannula 3 LPM support
4. ดูแลให้สารน้ำ 0.9% NSS 1000 ml iv 100 ml/hr. ตามแผนการรักษา
5. ติดตามผล CT brain non contrast และรายงานแพทย์ให้รับทราบ แพทย์ R/O ischemic stroke ให้ย้ายผู้ป่วยเข้า ICU เพื่อให้การดูแลรักษาอย่างเร่งด่วน และติดตามอาการอย่างใกล้ชิด และดูแลให้ได้รับยา ASA (81) 4 tabs oral Stat ตามแผนการรักษา
6. ประสานแพทย์สถาบันประสาทเพื่อพิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือด Thrombolytic drug (rt-PA) แก่ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในช่วงระยะเวลาเร่งด่วนที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA และให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลทราบถึงประโยชน์และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด และให้เซ็นใบยินยอมก่อนให้ยา

7. ดูแลให้ได้รับยา rt-PA ตามแผนการรักษา คือ 10% rt-PA 4.5 mg IV bolus in 1-2 minute Then 90% rt-PA 40.5 mg Iv drip in 60 minutes เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยา ประเมินสัญญาณชีพ GCS และ NIHSS ตามแผนการรักษา
8. งดน้ำและอาหาร และให้ผู้ป่วยนอนพัก เป็นเวลา 24 ชั่วโมง
9. เฝ้าระวังไม่ให้เกิดภาวะการพร่องออกซิเจนในเลือด โดยอาจพิจารณาให้ออกซิเจนเพิ่มเติมในผู้ป่วยออกซิเจนในเลือดน้อยกว่า 95 เปอร์เซ็นต์
10. ส่งตรวจ Non-contrast CT Brain หลังให้ยา rt-PA 24 ชั่วโมง

การประเมินผล

วันที่ 17 พฤศจิกายน 2565 ผู้ป่วยได้รับยา rt-PA เวลา 00.20 น. (ได้รับยาภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังมีอาการ) ประเมิน GCS E4V5M6, NISHSS 5 คะแนน อาการแสดงของโรคไม่แยแส Motor power มือซ้าย grade 2 แขนขาข้างซ้าย grade 4 แขนขาข้างขวา grade 5 มุมปากซ้ายตกพูดไม่ชัดแต่รู้เรื่อง

วันที่ 18 พฤศจิกายน 2565 ผู้ป่วยตอบรู้เรื่อง พูดเริ่มชัดขึ้นไม่มีไข้ Motor power มือซ้าย grade 3 แขนขาซ้าย grade 4⁺ และ แขนขาขวา grade 5, GCS E4V5M6, NIHSS = 5 คะแนน

วันที่ 19-22 พฤศจิกายน 2565 ผู้ป่วยสามารถลุกนั่งได้เองบนเตียง พูดชัดขึ้น ยังมีมุมปากซ้ายตก แขนซ้ายมีแรงยกแต่กำมือยังไม่ได้ Motor power แขนขาซ้าย grade 4⁺ มือซ้าย grade 3 และแขนขาขวา grade 5, GCS 15 คะแนน NIHSS 2 คะแนน

วันที่ 23-24 พฤศจิกายน 2565 Motor power มือซ้าย grade 3⁺ แขนขาซ้าย grade 4⁺ แขนขาขวา grade 5 มุมปากซ้ายยังตก แต่พูดชัดขึ้น NIHSS 2 คะแนน ผู้ป่วยสามารถลุกนั่งบนเตียงได้เองและรับประทานอาหารได้เองโดยใช้มือข้างขวา ไม่มีสำลัก เดินเข้าห้องน้ำและเดิน Ambulate ได้โดยมีญาติช่วยพยุงเฝ้าระวังอุบัติเหตุ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 23: เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองและภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยา rt-PA

(พบปัญหาวันที่ 17-18 พฤศจิกายน 2565)

ข้อมูลสนับสนุน

S: -

O: ได้รับ 10% rt-PA 4.5 mg IV bolus in 1-2 minute Then 90% rt-PA 40.5 mg Iv drip in 60 minutes

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ไม่เกิดภาวะเลือดออกในสมองและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยา rt-PA

เกณฑ์การประเมิน

1. CGS \geq 14 คะแนน

2. ความดันโลหิต Systolic blood pressure (SBP) \leq 185 มิลลิเมตรปรอท Diastolic blood pressure (DBP) \leq 110 มิลลิเมตรปรอท
3. ไม่มีจุดจ้ำเลือดตามร่างกาย
4. ผล CT Scane ไม่พบ hemorrhage

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดให้ผู้ป่วยนอนท่านอนราบเพื่อส่งเสริมการไหลกลับของเลือดดำจากสมองดีขึ้น
2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติได้ทราบเกี่ยวกับประโยชน์ และผลข้างเคียงของการให้ยาละลายลิ่มเลือด พร้อมทั้งเซ็นใบยินยอมการรักษา
3. งดน้ำและอาหารไว้ก่อนป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา rt-PA อาจทำให้ความรู้สึกตัวลดลง
4. ดูแลให้ยา rt-PA ตามแผนการรักษา คือ 10% rt-PA 4.5 mg IV bolus in 1-2 minute Then 90% rt-PA 40.5 mg Iv drip in 60 minutes
5. ฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังให้ยา ประเมินสัญญาณชีพ GCS และ NIHSS ระหว่างให้ยา ทุก 15 นาที นาน 2 ชั่วโมง ทุก 30 นาที นาน 6 ชั่วโมง และทุก 1 ชั่วโมง นาน 24 ชั่วโมง เพราะระดับความรู้สึกตัวที่ลดลง และ NIHSS เพิ่มขึ้น เป็นเกณฑ์ที่บ่งบอกถึงความผิดปกติในสมองที่อาจเกิดจากภาวะสมองบวมหรือเลือดออกในสมอง
6. สังเกตอาการปวดศีรษะรุนแรง คลื่นไส้อาเจียน แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น จากการที่ก้อนเลือดไปกดเบียดเนื้อสมอง ทำให้การทำหน้าที่ของเนื้อสมองบริเวณนั้นถูกทำลาย
7. ฝ้าระวังความดันโลหิตที่สูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการที่ก้อนเลือดเข้าไปแทนที่ จะทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น และจะกด Cerebral artery ทำให้ Cerebral blood flow ลดลง จึงมี Systemic arterial hypertension เพื่อชดเชย Cerebral blood flow ให้เพิ่มขึ้น ถ้าหากความดันโลหิต SBP $>$ 180 หรือ $<$ 100 มิลลิเมตรปรอท DBP $>$ 105 หรือ $<$ 60 มิลลิเมตรปรอท ให้รายงานแพทย์
8. งดทำหัตถการหลังให้ยา rt-PA ภายใน 24 ชั่วโมง เช่น ใส่ NG tube ทางสายเข้าหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Central line) เจาะ Arterial blood gas หรือเจาะหลอดเลือดแดง
9. ให้ยาลดกรดเพื่อป้องกันเลือดออกในระบบทางเดินอาหารตามแผนการรักษา ได้แก่ ยา Omeprazole 40 mg iv OD
10. แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่เพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ เช่น การเกร็งตัว การเบ่งถ่าย การไอ และการงอข้อสะโพกเป็นต้น และดูแลให้พักผ่อนบนเตียงเต็มที่
11. ฝ้าระวังและสังเกตอาการเลือดออกจากอวัยวะต่างๆ ซึ่งเป็นอาการแทรกซ้อนของยาเช่น มีจ้ำเลือดออกเพิ่มมากขึ้นที่รอยแทงน้ำเกลือ หรือรอยเจาะเลือด พร้อมสังเกตสีปัสสาวะ
12. สังเกต non-contrast CT Brain หลังให้ยา rt-PA 24 ชั่วโมง

การประเมินผล

วันที่ 17 พฤศจิกายน 2565 ผู้ป่วยได้รับยา rt-PA เวลา 00.20 น. - 01.20 น. ตามตอบรู้เรื่อง NISHSS= 6 คะแนน ไม่พบจุดเลือดออกทั้งภายในและภายนอกร่างกาย ไม่มีอาการแสดงของ intracranial hemorrhage ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา สัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 76-89 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 15-21 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 112/74 - 120/72 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะทาง Conduit สีแดงจางๆ เล็กน้อย hematuria grade 1

วันที่ 18 พฤศจิกายน 2565 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตามตอบรู้เรื่อง CGS E4V5M6, NISHSS= 5 คะแนน ผล Non-contrast CT Brain ไม่พบ Hemorrhage ไม่พบจุดจ้ำเลือดในร่างกาย สี Drain ข้างขวา เป็นสีเหลืองใส สี Drain ข้างซ้ายเป็นสีเลือดเก่า ปัสสาวะทาง Conduit สีแดงจางเล็กน้อย Hematuria grade 1 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5-36.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 67-78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 14-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 97/60 - 119/65 มิลลิเมตรปรอท O₂sat 100%

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 24: ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลกับโรคและอาการของโรคหลอดเลือดสมองตีบ

(พบปัญหาวันที่ 17-22 พฤศจิกายน 2565)

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่ากลัวจะเป็นอัมพาต กลัวอาการแยลง

O: นอนร้องไห้บ่อยครั้ง มีสีหน้าวิตกกังวล

: ญาติและผู้ป่วยสอบถามถึงอาการของโรคอยู่บ่อยครั้ง

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อลดความวิตกกังวล มีความรู้เกี่ยวกับอาการและการรักษา ผู้ป่วยและญาติทราบแนวทางการรักษาพยาบาล เพื่อวางแผนในการดำเนินชีวิตไว้ล่วงหน้า ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพได้

เกณฑ์การประเมิน
ผู้ป่วยและญาติมีทัศนคติที่ดีขึ้น พุดคุยกับพยาบาลมากขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ โดยพุดคุยด้วยท่าทางที่อ่อนโยน เห็นอกเห็นใจ ให้ความเป็นกันเอง เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคการสัมผัส ร่วมกับฟังปัญหาที่ผู้ป่วยระบายให้ฟังอย่างสนใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและผลการเจ็บป่วย ให้ความสำคัญกับปัญหาผู้ป่วยอย่างจริงจัง

2. ให้การพยาบาลโดยใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Education supportive) แก่ผู้ป่วยและญาติ ที่มีความพร้อมความรู้เกี่ยวกับโรคและอาการของโรค โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตีบ อาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย พยาธิสภาพของโรคและแผนการรักษา

3. ให้การรักษาพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ให้การดูแลใกล้ชิด ให้กำลังใจกับผู้ป่วยและญาติเมื่ออาการดีขึ้น เพื่อความเชื่อมั่นในการรักษา
4. อธิบายและเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วย การฟื้นฟูร่างกายโดยทำกายภาพบำบัดที่เหมาะสม สามารถลดความพิการได้
5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและการดูแลตนเอง จัดเวลาให้ผู้ป่วย ญาติ และแพทย์ผู้ทำการรักษาได้พูดคุยถึงแนวทางการรักษา การฟื้นฟูสภาพ และสิ่งที่ต้องการทราบหรือสงสัย ให้ญาติได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้ญาติได้เข้าใจถึงสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วย
6. อธิบายกระบวนการดำเนินของโรค แผนการรักษา และวิธีการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะ ให้ญาติมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการรักษา การวางแผนการจำหน่าย และการเตรียมความพร้อมในการดูแลที่บ้าน โดยให้ข้อมูลซ้ำๆ เป็นระยะๆจนเข้าใจ ยอมรับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลได้
7. เป็นที่ปรึกษาและเป็นคนกลางในการเสริมสร้างความเข้าใจ และให้กำลังใจระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ในสหวิชาชีพ
8. ให้การพยาบาลด้วยความเอาใจใส่ เสริมสร้างแรงบวกให้ผู้ป่วย ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ด้านความสะอาดร่างกาย โดยฝึกให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองหากผู้ป่วยสามารถทำได้ และในส่วนที่ทำได้ พยาบาลหรือญาติจะคอยช่วยเหลือ จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง รู้สึกที่ดีต่อตัวเอง ไม่มองว่าตัวเองเป็นคนไร้ค่าต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลา
9. รับฟังความคับข้องใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึกและซักถามข้อข้องใจ พุดคุยให้กำลังใจ

การประเมินผล

วันที่ 17-18 พฤศจิกายน 2565 ผู้ป่วยสีหนามวิตกกังวลเล็กน้อย มีนอนร้องไห้เป็นบางครั้ง พยาบาลคอยพุดคุยให้กำลังใจสีหน้าเริ่มดีขึ้น ให้ความร่วมมือกับพยาบาล

วันที่ 19-21 พฤศจิกายน 2565 ผู้ป่วยสีหนามวิตกกังวลดีขึ้น ไม่ร้องไห้ สอบถามถึงการเริ่มทำกายภาพบำบัด พยาบาลคอยพุดคุยให้ข้อมูลและให้กำลังใจ พุดคุยกับพยาบาลมากขึ้นและให้ความร่วมมือกับพยาบาลดี

วันที่ 22 พฤศจิกายน 2565 ผู้ป่วยเริ่มทำกายภาพบำบัดและให้ความร่วมมือดี สามารถทำกายภาพบำบัดได้ตามคำแนะนำ บอกว่ามีกำลังใจมากขึ้นในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ผู้ป่วยและญาติสีหน้าสดชื่นขึ้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 25: มีโอกาสเกิดภาวะการเห็นคุณค่าตนเองลดลง (Low self-esteem) เนื่องจาก
 ภาวะลักษณะเปลี่ยนแปลง (พบปัญหาวันที่ 17-22 พฤศจิกายน 2565)

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า “นอกจากจะมีทวารเบาเทียมแล้วยังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้แขนขาซ้ายอ่อนแรง มุมปากตก”

O: ผ่าตัด Open radical cystectomy with ileal conduit

: Motor power มือซ้าย grade 2 แขนขาข้างซ้าย grade 4 แขนขาข้างขวา grade 5 มุมปากซ้ายตกพูดไม่ชัดแต่รู้เรื่อง

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปและมีทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยเข้าใจ ให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง ปรับเปลี่ยนทัศนคติและยอมรับการเปลี่ยนแปลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินผู้ป่วยโดยพูดคุยซักถาม และสังเกตพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกเมื่อกล่าวถึงทวารเบาเทียม และอาการของโรคหลอดเลือดสมอง
2. พยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยมองและสัมผัสบริเวณทวารเบาเทียม “วันนี้พยาบาลอยากให้คุณดูหรือลองจับดูทวารเบาเทียมค่ะ โดยฝึกใช้มือข้างที่อ่อนแรงแสัมผัส พยาบาลจะอยู่ข้างๆ คุณค่ะ คุณรู้สึกอย่างไรบ้างค่ะ” เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้การมีทวารเบาเทียม และเพื่อฝึกให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมการเคลื่อนไหวแขนและมือให้สามารถกลับมาใช้งานได้มากที่สุด ทั้งนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ความสามารถของตัวเองโดยพยาบาลจะช่วยทำในกิจกรรมที่ผู้ป่วยพร้อม
3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่มีทวารเบาเทียมและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างคนปกติ รวมทั้งให้ข้อมูลย้อนกลับที่ดีสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้ป่วย บอกความก้าวหน้าของการรักษา และเน้นให้เห็นถึงอาการที่ดีขึ้น เช่น มีการหายของแผล การไม่มีภาวะแทรกซ้อนของ Stoma หลังผ่าตัด รวมทั้งอาการของโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้ป่วยสามารถยกแขนด้านแรงได้มากขึ้น
4. ส่งเสริมแนะนำให้ผู้ป่วยรู้จัก Stoma ของตัวเองโดยใช้คำอธิบายต่างๆ กระตุ้นให้ผู้ป่วยสัมผัสด้วยตา ด้วยมือ อธิบายเหตุผล ขั้นตอนการพยาบาลเกี่ยวกับทวารเบาเทียมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมขณะให้การพยาบาล ไม่แสดงออกถึงความรังเกียจ และให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ สร้างความมั่นใจในแผนการรักษา และกระตุ้นผู้ป่วยให้ความร่วมมือตลอดการรักษา
5. ฝึกกระตุ้นให้ผู้ป่วยพยายามฝึกใช้มือข้างอัมพาตช่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การติดกระดุมเสื้อ หยิบเม็ดยา เป็นต้น การบริหารการเคลื่อนไหวของข้อให้ทำซ้ำๆ ควรทำการเคลื่อนไหวให้สุดองศาของ

การเคลื่อนไหวที่ปกติในแต่ละท่าทำซ้ำๆ ท่าละ 10-20 ครั้ง วันละ 2 รอบ ไม่ควรทำการเคลื่อนไหวหลังจากรับประทานอาหารอิ่มใหม่ๆ ขณะทำการเคลื่อนไหวข้อ ถ้าผู้ป่วยปวดหรือพบปัญหาอย่างอื่นตามมาควรหยุดและปรึกษาแพทย์หรือนักกายภาพบำบัด

6. สังเกตการแสดงออกของญาติ ต่อความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เนื่องจากการได้รับการช่วยเหลือดูแลจากสมาชิกครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยเหลือมีกำลังใจ ส่งเสริมให้เกิดการปรับตัวโดยเฉพาะการพึ่งพาพระหว่างกันดีขึ้น พยาบาลยกย่องชมเชยผู้ดูแล พร้อมทั้งให้กำลังใจเมื่อสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย

การประเมินผล

วันที่ 17-18 พฤศจิกายน 2565 ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีความท้อแท้และมีแขนขาซ้ายอ่อนแรง แต่ยังไม่อยากทำอะไรกลัวอาการของโรคหลอดเลือดสมองแย่งลง ขอนอนพักบนเตียง

วันที่ 19-21 พฤศจิกายน 2565 พยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้มือข้างอ่อนแรงฝึกสัมผัสบริเวณทวารเบาเทียม ผ่านถุงรองรับปัสสาวะผู้ป่วยมองและสัมผัส ความรู้สึกของผู้ป่วยบอก “สามารถยกแขนข้างอ่อนแรงเอามือไปสัมผัสทวารเบาเทียมได้ ไม่แย่งอย่างที่คิด” พยาบาลช่วยถุงรองรับปัสสาวะ และญาติมีส่วนร่วมในการดูแล มีการซักถามข้อมูลเกี่ยวกับถุงรองรับปัสสาวะ และข้อมูลดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วันที่ 22 พฤศจิกายน 2565 ผู้ป่วยเข้าใจ ยอมรับพยายามเรียนรู้ในสิ่งที่พยาบาลสอน ผู้ป่วยมีกำลังใจยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย สีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้มทั่วกายพยาบาล และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี สนใจเรียนรู้การฝึกใช้มือและแขนด้านอ่อนแรง มีญาติให้ความช่วยเหลือในการเทปัสสาวะโดยไม่แสดงท่าที่รังเกียจ Stoma ของผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 26: ช่วยเหลือตัวเองบกพร่องเนื่องจากแขนขาซ้ายอ่อนแรงเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (พบปัญหาวันที่ 17-24 พฤศจิกายน 2565)

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า “แขนขาซ้ายยกขึ้นแต่ต้านแรงได้ไม่ดี และมือซ้ายกำไม่ได้”

O: Motor power แขนขาซ้าย grade 4 มือซ้าย grade 2 มุมปากซ้ายตก

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ผู้ป่วยสามารถฝึกการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มมากขึ้น

เกณฑ์การประเมิน

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันและกำลังของกล้ามเนื้อแขนขา เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลตามระดับความสามารถของผู้ป่วย
2. ปรึกษากายภาพบำบัด สอน แนะนำผู้ป่วยและญาติช่วยให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกาย Active exercise แขนขาและข้อข้างดี และออกกำลังกาย Passive exercise แขนขาและข้อข้างอ่อนแรงอย่างสม่ำเสมอ
3. จัดให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ก่อนและหลังออกกำลังกาย
4. จัดสิ่งของและเครื่องใช้ในการทำกิจวัตรประจำวันที่เป็นให้มองเห็นและหยิบจับได้ง่าย โดยวางด้านอ่อนแรง เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจส่วนของร่างกายที่อ่อนแรง พยาบาลจะคอยประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและคอยช่วยเหลือในกิจกรรมที่ผู้ป่วยพร่องความสามารถ
5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมและออกกำลังกายตามแนวทางการดูแลแบบ Intermediate Care ของนักกายภาพบำบัด
6. ให้กำลังใจเชิงบวกและประเมินผลการทำกิจกรรม ประเมินการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงประโยชน์ของการฝึกทักษะและการทำกิจกรรมต่างๆ
7. สอน แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติได้ช่วยให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวและจัดท่าบนเตียง ไม่นอนทับข้างอ่อนแรงนานๆ ควรเปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้ถูกต้อง ดูแลช่วยเหลือให้มีการเคลื่อนไหว และใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่ถูกต้อง
8. รายงานแพทย์เมื่อพบปัญหาในการทำกิจกรรมออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมได้น้อยลง
9. ยกราวกั้นเตียงหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง เพื่อป้องกันการตกเตียงและผู้ป่วยได้ใช้ในการเคลื่อนไหวร่างกาย
10. สอน ให้คำแนะนำผู้ป่วยวิธีการรับประทานอาหารป้องกันการสำลัก และให้คำแนะนำญาติถึงประเภทอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย คือ อาหารลดมัน ลดเค็ม อาหารอ่อนนุ่มย่อยง่าย เพื่อป้องกันการกลืนเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองตีบอันเนื่องจากอาหารไขมันสูง

การประเมินผล

วันที่ 17 พฤศจิกายน 2565 Motor power มือซ้าย grade 2 แขนขาข้างซ้าย grade 4 แขนขาข้างขวา grade 5 ผู้ป่วยนอนบนเตียงตลอดเวลาเนื่องจากยังจำกัดกิจกรรมหลังได้รับยา rt-PA 24 ชั่วโมง พยาบาลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันทั้งหมด

วันที่ 18-23 พฤศจิกายน 2565 แขนซ้ายมีแรงยกแต่กำมือยังไม่ได้ Motor power แขนขาซ้าย grade 4+ มือซ้าย grade 3 และแขนขาขวา grade 5 ผู้ป่วยสามารถล้างหน้าแปรงฟันได้เอง ทำความสะอาดร่างกายได้บางส่วนต้องมีพยาบาลช่วย ลุกนั่งได้เองบนเตียง

วันที่ 24 พฤศจิกายน 2565 Motor power มือซ้าย grade 3+ แขนขาซ้าย grade 4+ แขนขาขวา grade 5 ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้เองโดยใช้มือข้างขวา (ข้างที่ดี) ลูกนั่งได้เองบนเตียง ลูกเดินออกกำลังกายและไปเข้าห้องน้ำได้โดยมีญาติคอยพยุงเฝ้าระวังอุบัติเหตุ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 27: ขาดความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

(พบปัญหาวันที่ 24 พฤศจิกายน 2565)

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยสอบถามว่า “ต้องปฏิบัติตัว ดูแลตนเองอย่างไรเมื่อกลับบ้าน”

O: ผู้ป่วยอยากทราบเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปบ้าน
2. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความสามารถในการดูแลทวารเทียม
3. ผู้ป่วยและญาติมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองถูกต้องและดูแลตนเองเหมาะสมกับ โรค

ทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง

4. ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด
5. ผู้ป่วยไม่เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่าย

กิจกรรมการพยาบาล

วางแผนการพยาบาลโดยใช้หลัก “D - METHOD

D: Diagnosis ทบทวนความรู้เรื่องโรค การผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและมีทวารเบาเทียมที่ผู้ป่วยได้รับ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ และการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด รวมทั้งให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองตีบที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด ถึงสาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ให้ผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น แขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ ฟังไม่เข้าใจ เดิน เซ เวียนศีรษะ ตามองเห็นภาพซ้อนหรือมีดมัวข้างใดข้างหนึ่ง

M: Medicine แนะนำการใช้ยา สรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวัง ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนจากยา

1. Plavix 75 mg 1 เม็ดหลังอาหารเช้า วันละ 1 ครั้ง ควรรับประทานหลังอาหารทันที เพื่อป้องกันการระคายเคืองกระเพาะอาหาร หากเลือดออกในระบบทางเดินอาหารเช่น ถ่ายอุจจาระดำ อาเจียนเป็นเลือดควรมาโรงพยาบาลทันที

แนะนำภรรยาผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยา ไม่ควรหยุดยาเองถึงแม้อาการจะดีขึ้นแล้ว เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

2. ยาโรคประจำตัวเดิมให้รับประทานได้ ดังนี้

2.1 Omeprazole (20) 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า วันละ1 ครั้ง เพื่อลดการหลั่งกรดในกระเพาะอาหารซึ่งเป็นยาที่ให้รับประทานเพื่อป้องกันการระคายเคืองกระเพาะอาหารจากยา Plavix

2.2 Atorvastatin 40 mg 1เม็ด วันละ1 ครั้ง ก่อนนอน เพื่อลดไขมันในเลือด ใช้ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ถ้าเกิดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้ออ่อนแรง หลังหรือตามตัว ปัสสาวะสีเข้ม ออกน้อยหรือปัสสาวะลำบาก ควรไปพบแพทย์ทันที

2.3 Vitamin B Complex 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้า เย็น เพื่อป้องกันและรักษาอาการขาดวิตามิน ช่วยเจริญอาหาร ช่วยในการสร้างเซลล์ประสาทต่าง ๆ และซ่อมแซมเส้นประสาท จึงส่งผลให้ช่วยลดอาการชาปลายมือปลายเท้าได้ ถ้ามีอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน หายใจติดขัด หรือผื่นคันแดงบวมที่ผิวหนัง ควรไปพบแพทย์ทันที

2.4 Folic acid 5 mg 1 เม็ดหลังอาหารเช้า วันละ1 ครั้ง เพื่อช่วยให้เจริญอาหาร แก้อาการอ่อนเพลีย ป้องกันภาวะซีดหรือโลหิตจาง และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้ ถ้ามีผื่นคัน หายใจลำบาก ลึ้น ปาก ลำคอ หรือใบหน้าบวม ควรรีบไปพบแพทย์เพื่อรับการตรวจรักษาอย่างเร่งด่วน

E: Environment ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดและมีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นบ้าน 2 ชั้น อยู่ในหมู่บ้านจัดสรรค แนะนำผู้ป่วยอาศัยอยู่ชั้นล่างของบ้าน และแนะนำเรื่องความสะอาดของบ้าน จัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม เช่น มีแสงสว่างเพียงพอ จัดวางสิ่งของให้เป็นระเบียบป้องกันพลัดตกหกล้ม เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการแขนและขาซ้ายยังอ่อนแรง ส่วนด้านเศรษฐกิจไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ แนะนำที่พักอาศัยควรมีอากาศถ่ายเทสะดวก หลีกเลี่ยงชุมชนแออัด และบุคคลที่เป็นโรคติดต่อ

T: Treatment

1. การให้ทักษะและความรู้วิธีการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยและญาติ เมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างถูกต้อง ในเรื่อง การดูแลแผลผ่าตัด การเฝ้าระวังป้องกันการติดเชื้อ การดูแลทวารเบาเทียมที่ถูกต้อง การฟื้นฟูร่างกาย การเฝ้าระวังการสำลักอาหาร การระวังพลัดตกหกล้ม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี และการมาตามนัดของแพทย์ทุกครั้ง เพื่อประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ แนะนำให้ความรู้เรื่องแผนการรักษาต่อไป ความรู้เกี่ยวกับการฉายแสง อธิบายให้เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพเพื่อเตรียมตัวรักษาต่อไป ทบทวนความรู้การดูแลทวารเบาเทียม ดังนี้

1.1 เวลาที่ควรเปลี่ยนถุงรองรับปัสสาวะ ควรเป็นเวลาเช้าก่อนที่จะรับประทานอาหารเช้าและดื่มน้ำ เพราะช่วงเวลากลางคืนไม่ได้ดื่มน้ำ ทำให้ปัสสาวะออกน้อย ง่ายและสะดวกต่อการเปลี่ยน ถ้ามีปัสสาวะรั่วซึมหรือ แสบกาวร่นควรเปลี่ยนถุงทันที ถ้าถุงรองรับปัสสาวะไม่รั่วซึมสามารถอยู่ได้นาน 3-5 วัน

1.2 การเปลี่ยนถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ควรเลือกใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสมในการรองรับน้ำปัสสาวะที่ออกจาก Stoma เช่น แปน กาว ถุงหรือเป็นถุงที่มีแถบกาวให้พร้อม แปนที่จะติดครอบ stoma ตัดให้มีขนาดใหญ่กว่า Stoma เล็กน้อยประมาณ 3.2 มิลลิเมตรหรือ $\frac{1}{8}$ นิ้ว โดยวัดและตัดขนาดช่องเปิดตามแบบ และนำไปปิดครอบ Stoma เริ่มติดที่ส่วนล่างของทวารเบาเทียมก่อนและรีดให้ตัวแปนแนบสนิทกับผิวหนังโดยรอบ ไม่มีรูรั่ว จัดให้ถุงอยู่ในลักษณะที่ก้นถุงห้อยลงมาด้านล่างและต่อสายจากถุงลงสู่กระบายน้ำปัสสาวะอีกครั้ง

1.3 ดูแลทบทวนความรู้การดูแลทวารเบาเทียมและการดูแลตนเองหลังผ่าตัด โดยใช้ แผ่นพับความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

2. การให้ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ดังนี้

2.1 แนะนำญาติดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสมเพียงพอ ระวังการสำลักอาหาร จัดทำขณะรับประทานอาหาร และจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อสร้างบรรยากาศในการรับประทานอาหาร

2.2 ดูแลการออกกำลังกายและฝึกกิจวัตรประจำวัน โดยให้ญาติกระตุ้นผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองให้มากที่สุดเท่าที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ เช่น แปรงฟัน อาบน้ำ แต่งตัว หวีผม การลุกนั่ง การขับถ่าย โดยญาติอาจคอยช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ ให้กำลังใจและส่งเสริมผู้ป่วยให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง กระตุ้นผู้ป่วยไม่ให้ลีบร่างกายข้างที่อ่อนแรง โดยจัดวางอุปกรณ์ เครื่องใช้ไว้ข้างที่อ่อนแรง

2.3 แนะนำดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนนอนหลับเพียงพอ การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยหงุดหงิดง่าย อ่อนเพลีย ส่งผลต่อการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และทำให้ร่างกายฟื้นฟูสภาพยากขึ้น

2.4 แนะนำดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจอารมณ์ เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ญาติ ครอบครัวต้องให้กำลังใจผู้ป่วย หมั่นแสดงออกทางคำพูด สีหน้า สายตา และการสัมผัสต่อผู้ป่วยว่าครอบครัวยังรักและเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยอยู่เสมอ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่สามารถทำได้ จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยผ่อนคลายสบายใจ

2.5 แนะนำให้ญาติและผู้ป่วยเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติแขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง พูดไม่ชัดเพิ่มมากขึ้น หรือพูดไม่ได้ ฟังไม่เข้าใจ เดินเซ เวียนศีรษะ ตามองเห็นภาพซ้อนหรือมีดมัวข้างใดข้างหนึ่ง ถ้ามีอาการควรรีบมาโรงพยาบาล

H: Health ส่งเสริมฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

1. แนะนำให้ออกกำลังกายที่ไม่หักโหมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง โดยแนะนำผู้ป่วยออกกำลังกาย Active exercise แขนขาและข้อข้างดี และออกกำลังกาย Passive exercise แขนขาและข้อข้างอ่อนแรงอย่างสม่ำเสมอ

2. ดูแลสุขอนามัยบุคคลอย่างสม่ำเสมอ
3. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพ สร้างภูมิคุ้มกันต้านทานต่อโรค เพื่อความพร้อมต่อการรักษา

O: Out patient การให้ผู้ป่วยเข้าใจและทราบถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัดทุกครั้ง เพื่อประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด และมีภาวะหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันหลังผ่าตัด รวมถึงการติดต่อของความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ หรือสถานพยาบาลใกล้เคียง ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน ตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีนัดพบแพทย์เฉพาะทางรังสี 28 พฤศจิกายน 2565 มีนัดพบแพทย์ที่คลินิกทางเดินปัสสาวะ 30 พฤศจิกายน 2565 และมีนัดพบที่มพยาบาลออสโตมี ในวันเดียวกัน เพื่อมาประเมินทวารเบาเทียมและการติดอุปกรณ์ และเบิกอุปกรณ์ตามสิทธิกรณีที่ไม่สะดวกเข้ารับบริการที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ แนะนำให้ไปติดต่อรับได้ที่โรงพยาบาลตามสิทธิของผู้ป่วยคือ โรงพยาบาลราชบุรี และผู้ป่วยมีนัดพบแพทย์ที่สถาบันประสาท 15 ธันวาคม 2565 เพื่อตรวจติดตามอาการโรคหลอดเลือดสมอง

D: Diet การให้ผู้ป่วยเข้าใจและเลือกรับประทานอาหารได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมกับสภาพหลังผ่าตัดโดยรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ อาหารอ่อน เน้นอาหารประเภทโปรตีนสูง เนื้อสัตว์เพื่อส่งเสริมการหายของแผล และอาหารเสริมระหว่างมื้ออาหาร สำหรับอาหารผู้ป่วยที่มีทวารเบาเทียมที่นำลำไส้เล็กช่วยปลายซึ่งเป็นตำแหน่งที่ดูดซึ่มวิตามินบี12 มาทำเป็นกระเพาะปัสสาวะใหม่ แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีวิตามินบี 12 เพิ่มขึ้น เช่น เนื้อปลา ไข่ นม ตับ และเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะหลอดเลือดสมองตีบและโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมด้วย จึงแนะนำญาติปรุงอาหารเอง ไม่ควรปรุงอาหารรสเค็มจัด หลีกเลี่ยงการปรุงโดยใช้ น้ำปลา ซีอิ๊วขาว น้ำมันหอย ผงชูรส เครื่องปรุงรสต่างๆ แนะนำการประกอบอาหารโดยการต้ม นึ่ง ตุ่น ย่าง แทนการทอดโดยใช้น้ำมัน เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองตีบอันเนื่องจากอาหารไขมันสูง

การประเมินผล: วันที่ 24 พฤศจิกายน 2565

ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการปฏิบัติตัวดูแลตนเองหลังผ่าตัด มีความมั่นใจว่าสามารถดูแลทวารเบาเทียมได้ รวมทั้งผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ขณะแนะนำผู้ป่วยพยักหน้ารับทราบและบอกว่า “จะกินยาตามที่หมอสั่ง” ญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยและการดูแล ไม่มีปัญหาการมาตรวจตามนัด มั่นใจว่าสามารถดูแลฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยต่อเองที่บ้านได้ และตอบได้ถึงอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด

การประเมินติดตามอาการ:

วันที่ 28 พฤศจิกายน 2565 จากการติดตามผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่คลินิกรังสีรักษาเพื่อวางแผนการฉายแสง แต่ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจขอไปรักษาด้วยรังสีรักษาต่อที่โรงพยาบาลราชบุรีซึ่งอยู่ใกล้บ้านแพทย์

รับทราบ ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนได้ไม่มีสำลักพูดชัดขึ้น Motor power มือซ้าย grade 3⁺ แขนขาซ้าย grade 4⁺ แขนขาขวา grade 5

วันที่ 30 พฤศจิกายน 2565 จากการติดตามผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่คลินิกทางเดินปัสสาวะตามวันนัด การประเมินแผลผ่าตัดแห้งดี รับประทานอาหารอ่อนได้ไม่มีสำลัก ทวารเบาเทียมไม่มีปัญหา ยังมีมุมปากซ้ายตกพูดชัดขึ้น Motor power มือซ้าย grade 3⁺ แขนขาซ้าย grade 4⁺ แขนขาขวา grade 5 แพทย์แจ้งผลตรวจทางพยาธิวิทยาและแผนการรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยประสงค์ขอไปรักษาต่อเนื่องด้วยรังสีรักษา เคมีบำบัด และโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลราชบุรี เนื่องจากใกล้บ้าน

ผู้ป่วยมาติดตามอาการที่คลินิกคลินิกออสโตมีมีการประเมินทวารเบาเทียมและการติดอุปกรณ์ออสโตมีหลังผ่าตัดพบว่าญาติดูแลได้ดี ไม่พบภาวะแทรกซ้อนและเบิกอุปกรณ์ให้กลับบ้านตามสิทธิการรักษา ผู้ป่วยรายนี้ขอไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลราชบุรีเนื่องจากใกล้บ้าน ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลทวารเบาเทียมต่อเนื่องที่โรงพยาบาลราชบุรี

NCI
T h a i l a n d

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

บทที่ 5

สรุปวิเคราะห์กรณีศึกษาและข้อเสนอแนะ

สรุปวิเคราะห์กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 63 ปี มีโรคประจำตัว Ischemic heart disease S/P balloon 3 เส้น ที่โรงพยาบาลราชบุรี เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยพิเศษวันที่ 31 ตุลาคม 2565 ให้ประวัติว่า 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีปัสสาวะปนเลือดเป็นๆ หายๆ ปัสสาวะแสบขัด ไปตรวจที่โรงพยาบาลราชบุรี ทำ Ultrasound KUB (2 กันยายน 2565) พบเนื้องอกประมาณ 2.3 เซนติเมตร ที่ข้างขวาของฐานกระเพาะปัสสาวะ จึงrefer ไปโรงพยาบาลราชวิถี แต่เนื่องจากคิวยาว จึงขอมารักษาต่อที่สถาบันมะเร็ง แพทย์รับไว้ทำ MRI Whole Abdomen พบเนื้องอกที่ผนังกระเพาะปัสสาวะด้านขวา ขนาด 3.2 x 5.6 เซนติเมตร มีอุดตันตรงท่อไตกับกระเพาะปัสสาวะข้างขวา (Ureterovesical Junction (UVJ) obstruction) พบ Right hydroureter and hydronephrosis แพทย์จึงนัดผ่าตัด set OR for Transurethral resection of the bladder tumor (TUR-BT) วันที่ 1 พฤศจิกายน 2565 (ผ่าตัดครั้งที่ 1) เพื่อดูลักษณะความรุนแรงของเซลล์ พบว่ามะเร็งเข้าถึงชั้นกล้ามเนื้อ แพทย์จึง set OR for Open radical cystectomy with ileal conduit วันที่ 8 พฤศจิกายน 2565 (ผ่าตัดครั้งที่ 2) หลังผ่าตัดนอน ICU 3 วัน (8-11 พฤศจิกายน 2565) ย้ายเข้าหอผู้ป่วยพิเศษ วันที่ 11 พฤศจิกายน 2565 เกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน วันที่ 16 พฤศจิกายน 2565 แพทย์ย้ายไปนอน ICU 7 วัน (16-23 พฤศจิกายน 2565) เพื่อดูแลให้ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA และติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ย้ายเข้าหอผู้ป่วยพิเศษ วันที่ 23 พฤศจิกายน 2565 ผู้ป่วยอาการดีขึ้น แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่ 24 พฤศจิกายน 2565

สรุปปัญหาผู้ป่วยขณะอยู่ในความดูแล ตั้งแต่เข้านอนโรงพยาบาลจนถึงจำหน่ายรวมระยะเวลา 25 วัน มีดังต่อไปนี้

1. ระยะเวลาก่อนผ่าตัดครั้งที่ 1: TUR-BP ได้แก่ 1) วิดกกังวลเกี่ยวกับระยะโรคและการผ่าตัด และ 2) ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด TUR-BT

2. ระยะเวลาหลังผ่าตัดครั้งที่ 1: TUR-BP ได้แก่ 1) เฝ้ารวังภาวะแทรกซ้อนระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด 2) ไม่สุขสบายเนื่องจากมีภาวะท้องผูก 3) มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 4) ผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการผ่าตัดเนื่องจากมีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมด้วย 5) ตัวนำออกซิเจนลดลงเนื่องจากมีภาวะช็อค 6) อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะ Hyponatremia 7) แบบแผนการนอนหลับถูกรบกวนเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม 8) วิดกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด และ 9) ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

3. ระยะเวลาหลังผ่าตัดครั้งที่ 2: Open radical cystectomy with ileal conduit ได้แก่ 1) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด 2) ไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัด 3) เสี่ยงต่อ

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับ Stoma หลังผ่าตัด 4) เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากมีภาวะซีดจากการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 5) อาจเกิดภาวะการรั่วของปัสสาวะตามรอยเย็บเชื่อม (Urinary leak) หลังผ่าตัดเนื่องจาก drain ข้างขวาออกปริมาณเยอะ 6) อาจเกิดการติดเชื้อในร่างกายนี้อาจมีไข้ 7) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานอาหารไม่ถูกต้องหลังผ่าตัด 8) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง 9) อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง 10) อาจเกิดภาวะ Chylous leakage เนื่องจาก Drain ข้างขวาออกปริมาณเยอะ 11) เกิดภาวะหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน (Acute ischemic stroke) หลังผ่าตัด 12) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองและภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยา rt-PA 13) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลกับโรคและอาการของโรคหลอดเลือดสมองตีบ 14) มีโอกาสเกิดภาวะการเห็นคุณค่าตนเองลดลง (Low self-esteem) เนื่องจากภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง 15) ช่วยเหลือตัวเองบกพร่องเนื่องจากแขนซ้ายอ่อนแรงเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ 16) ขาดความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

จากปัญหาที่พบในผู้ป่วยรายนี้ขณะอยู่ในความดูแล ได้นำทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็มมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง โดยพยาบาลจัดระบบการพยาบาลให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย และใช้เทคนิคการสื่อสาร Approach ซึ่งผู้ป่วยรายนี้มีความสามารถในการรับรู้ การคิด และการตัดสินใจแต่ไม่สามารถกระทำกิจกรรมต่างๆ บางอย่างได้ เนื่องจากพยาธิสภาพและแผนการดูแลรักษา ระบบการพยาบาลที่ 3 ระบบ ได้นำมาใช้ดูแลผู้ป่วยคือ ระบบการพยาบาลทดแทนทั้งหมด ใช้ดูแลผู้ป่วยช่วงอยู่หอผู้ป่วย ICU หลังผ่าตัดที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัวช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และหลังเกิดภาวะหลอดเลือดสมองตีบที่ต้องได้รับยา rt-PA ที่ต้องจำกัดกิจกรรม ระบบการพยาบาลทดแทนบางส่วน ใช้ดูแลในช่วงฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้แขนซ้ายอ่อนแรงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดูแลตนเอง และระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ ใช้ฝึกทักษะและให้ความรู้จากโรค/การรักษาและความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

จากการดูแลผู้ป่วยรายนี้ตั้งแต่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาล ปัญหาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขทุกปัญหา ได้รับการรักษาตามมาตรฐานและปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตัวเองสามารถยอมรับและปรับตัวกับการมีทวารเบาเทียม และปรับตัวกับอาการแขนซ้ายอ่อนแรง มุมปากข้างซ้ายตกรากโรคหลอดเลือดสมองได้ ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้รับการเตรียมความพร้อมของครอบครัวและสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ให้มากที่สุดโดยมีญาติร่วมดูแล ญาติมีความมั่นใจสามารถดูแลทวารเบาเทียมและมั่นใจสามารถดูแลฟื้นฟูร่างกายผู้ป่วยจากอาการโรคหลอดเลือดสมองตามคำแนะนำได้ เพื่อให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตประจำวันให้ปกติมากที่สุด ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้และนัดตรวจติดตามอาการ วันที่ 30 พฤศจิกายน 2565

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะได้รับการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและมีภาวะหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันหลังผ่าตัด สามารถนำกระบวนการพยาบาลมาใช้เป็นแนวทางใน

การดูแลผู้ป่วย ครอบคลุมกระบวนการ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด ระยะการวางแผนจำหน่าย กลับบ้าน ผู้ศึกษาได้นำกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนถึงวันที่จำหน่าย รวมระยะเวลา 25 วัน จากกรณีศึกษานี้พบว่า พยาบาลมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ก่อนและหลังผ่าตัด ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เมื่อผู้ป่วย ได้รับการผ่าตัด พยาบาลมีส่วนสำคัญในการประเมินภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ภาวะหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน หลังผ่าตัด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีความเสี่ยงสูงที่จะมีโอกาสเกิดความพิการและโอกาสเสียชีวิตได้ การช่วยให้ผู้ป่วย ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วเพื่อให้ได้ยา rt-PA ทันเวลาใน 4.5 ชั่วโมงหลังเริ่มมีอาการ ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจาก ภาวะโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ลดอันตรายและพิการได้ นอกจากนี้การดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันและออกกำลังกายด้วยตนเองตามขีดความสามารถ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพและ ช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแลและฟื้นฟูสภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และกลับเป็นซ้ำ พยาบาลต้องคอยช่วยเหลือสนับสนุนผู้ดูแล ตั้งแต่ระยะที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลตลอดจนในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่นบ้าน เพื่อคงไว้ซึ่ง ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและส่งเสริมให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยทำให้ผู้ป่วยปรับตัวสามารถ กลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติมากที่สุด มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพร้อมในการมารับการรักษาต่อเนื่อง

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญและความจำเป็นอย่างยิ่งในการให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะ ปัสสาวะได้รับการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและมีภาวะหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันหลังผ่าตัด โดยให้ การพยาบาลที่ครอบคลุม ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและสามารถปรับตัวดูแลทวารเทียม และฟื้นฟูสภาพร่างกายเพื่อดำรงชีวิตใกล้เคียงปกติมากที่สุด และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ปัญหา/และแนวทางการแก้ไขปัญหา

1. ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตีบเนื่องจากผู้ป่วยมารักษาโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะแต่ เกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบร่วมด้วย

แนวทางการแก้ไข

1.1 ให้เวลาผู้ป่วยระบายความรู้สึก รับฟังปัญหาของผู้ป่วย

1.2 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการแสดง การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ให้กำลังใจกับผู้ป่วยและญาติเมื่อ อาการดีขึ้น เพื่อความเชื่อมั่นในการรักษา

1.3 ปลอดภัย ดูแลระดับประคองอย่างต่อเนื่อง

2. ผู้ป่วยเกิดภาวะท้อแท้เกี่ยวกับอาการแสดงของโรคไม่ทำกายภาพบำบัดตามแผนการรักษาต้องคอย กระตุ้น

แนวทางการแก้ไข

2.1 มีการ Empowerment ผู้ป่วย พุดคุยยกตัวอย่างผู้ป่วยที่เคยทำกายภาพบำบัด แล้วช่วยให้กำลังใจมีกำลังใจเพิ่มขึ้น

2.2 มีทีมสหสาขาวิชาชีพในการให้การดูแลหรือปรึกษาได้ ตลอด 24 ชั่วโมง

2.3 มีสื่อการสอนเรื่องการทำกายภาพบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยมองเห็นชัดเจน จะได้เข้าใจมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันที่ชัดเจน เพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาลและทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

2. ควรส่งเสริมให้พยาบาลในหน่วยงานฝึกใช้เครื่องมือ NIHSS อย่างถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้สามารถใช้คะแนน NIHSS ในการสื่อสารถึงระดับความรุนแรงหรือการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทได้อย่างง่ายและเข้าใจตรงกัน

NCI
Thailand

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

บรรณานุกรม

- กุลวรา คุปรัตน์. (2553). *คู่มือปฏิบัติการพยาบาล การผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายทำทางระบายน้ำปัสสาวะผ่านทางกล้องวิดีโอ*. กรุงเทพฯ: งานการพยาบาลห้องผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช.
- เกศริน เอกวิชัย. (2564). *ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลั้มารักษาซ้ำ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งของภาคใต้ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]*. สงขลานครินทร์.
- ชนิษฐา ศิริโชติ. (2566). *การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(4), 110-121.
- คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. (มปป.). *การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทวารเทียม*. สืบค้น 26 พฤษภาคม 2567, จาก https://www.mis.nurse.nu.ac.th/colotos/page4_7.html
- จุฬาร ประสงค์ และคณะ. (2559). *การดูแลแผลหลักฐานเชิงประจักษ์และประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ*. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
- ชวลี แยมวงษ์. (2538). *ผลของงานประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลตามทฤษฎีของโอเร็มต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับและความสามารถในการกระทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]*. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชื่นชม ชื่อลือชา. (2555). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 12(1), 99-111.
- ณัฐวรรณ วรรณรักษ์เจริญ. (2562). *การพยาบาลภาวะแทรกซ้อนลำไส้เปิดหน้าท้อง*. ใน จุฬาร ประสงค์, กาญจนา รุ่งแสงจันทร์, และ ยุรัตน์ ม่วงเงิน (บ.ก.), *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้และรูเปิดทางหน้าท้อง: ประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ* (น. 71-93). กรุงเทพฯ: พี.เอ. ลีฟวิ่ง จำกัด.
- दनัย มโนรมณ์ และคณะ. (2563). *แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ*. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ทิพย์มาศ ป้อมเสน. (2562). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีทางเดินปัสสาวะ*. ใน จุฬาร ประสงค์ และคณะ (บ.ก.), *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้และรูเปิดทางหน้าท้อง: ประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ* (น. 151-163). กรุงเทพฯ: พี.เอ. ลีฟวิ่ง จำกัด.
- ธนัญญ์ เพชรานนท์ และ จิรวดี สติธัยเรื่องศักดิ์. (2565). *การรักษามะเร็งทางเดินปัสสาวะ*, สงขลา:

หน่วยผลิตตำรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- ธัมย์ สมิตะสิริ และ วิฑูรย์ จันทโรทัย. (2564). ผลการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยา Recombinant Tissue Plasminogen Activator ทางหลอดเลือดดำของโรงพยาบาลชลบุรี. *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี*, 46(3), 195-204.
- นภาพรณ กวางทอง. (2560). ข้อควรระวังในการประเมินกลาสโกว์โคมาสกอร์ สำหรับผู้ที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะ. *วารสารการแพทย์*, 24(2), 192-201.
- นลินี พสุคันธภัก, สายสมร บริสุทธิ์, และ วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. (2558). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป. *ธนาเพรส จำกัด*. สืบค้น 26 พฤษภาคม 2567, จาก <https://rbpho.moph.go.th/upload-file/doc/files/011518-1453-9113.pdf>
- นิภาพร บุตรสิงห์. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 34(3), 15-29.
- นิสสา อาชวาลี. (2562). การศึกษาความสัมพันธ์ของการประเมินผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์โดยใช้ Alberta Stroke Program Early CT Score กับการพยากรณ์ความสามารถในการทำงานของร่างกายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน ภายหลังการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(2), 298-312.
- นัทธมนท์ วุฒานนท์. (2555). *การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ*. เชียงใหม่: ครองช่าง พรินท์ติ้ง จำกัด.
- บุญญา หล้าคำภา. (2566). การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและสร้างกระเพาะปัสสาวะใหม่: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(4), 772-730.
- พจนีย์ รอดจินดา และ สมพร ชินโนรส. (2542). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตัดกระเพาะปัสสาวะ: กรณีตัวอย่าง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 14(2), 1-16.
- พรทิพย์ จอกกระจาย และคณะ. (2566). รู้เท่าทัน รู้ป้องกันภัยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 29(2), 108-120.
- พรรณวลัย ผดุงวนิชย์กุล. (มปป). โรคหลอดเลือดสมอง (stroke). สืบค้น 17 ธันวาคม 2566. จาก http://www.med.nu.ac.th/dpMed/fileKnowledge/106_2017-08-19.pdf
- พัชรินทร์ ไชยสุรินทร์. (2555). การดูแลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะหลังผ่าตัดเปลี่ยนช่องทางขับถ่ายปัสสาวะ. *พยาบาลสาร*, 39(3), 139-147.
- มนัชญา อร่าม. (ม.ป.ป.). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) ที่รักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน: กรณีศึกษา. *เทียม*. สืบค้น 26 พฤษภาคม 2567, จาก https://www.rajavithirangsit.go.th/main/upload/web_news_files/

5gchu88rhag44880ww.pdf

เมตไทย. (2563). มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ อาการ สาเหตุ การรักษา มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ 7 วิธี.

สืบค้น 6 พฤษภาคม 2567, จาก <http://medthai.com>

เมธิณี เกตวาธิมাত্র. (2560). บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด
ในระยะวิกฤต. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 11(2), 71-80.

ศิววัฒน์ ภูริยะพันธ์. (2557). มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ. สืบค้น 17 ธันวาคม 2566,

จาก <https://sriphat.med.cmu.ac.th/th/knowledge-92>

สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย. (2550). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป*. สืบค้น 26 พฤษภาคม 2567, จาก
<http://www.neurothai.org/images/2012/download/stroke-nurse2007.pdf>

สมจิต หนูเจริญกุล และ รัชณี นามจันทร์. (2544). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม.

ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บ.ก.), *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล* (น. 57-82).

กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด จี.เจ. พรินต์ติ้ง.

สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2565). อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทย. *วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย*,
30(2), 39-46.

สรารุณี สีถาน. (2560). ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อการฟื้นตัวในผู้ป่วยหลังผ่าตัด
ช่องท้อง. *วารสาร มฉก.วิชาการ*, 20(40), 101-113.

สำนักงานเขตสุขภาพที่ 10. (2564). *แนวทางการจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับโรคหลอดเลือดสมอง
(Stroke) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip Fracture)
เขตสุขภาพที่ 10*. อุบลราชธานี: บริษัท อัลทิเมท พรินต์ติ้ง จำกัด.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2561. *แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2561*. สืบค้น 6 พฤษภาคม 2567, จาก
https://www.nhso.go.th/storage/files/shares/PDF/Protocol_UC01.pdf

สุริธร สุนทรพันธุ์. (2558). มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (Bladder cancer). ใน *วรพจน์ ชุณหทคล้าย และอภิรักษ์
สันติงามกุล*. (บ.ก.), *Common urologic problems for medical student* (น. 96-102).

กรุงเทพฯ: บริษัท บิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.

สุเทพ จันทร์เทศ และอานนท์ ศิลาเพชร. (2565). *เอกสารประกอบการเรียนการสอนโรงเรียนนาวิกเวชกิจ
ศูนย์วิทยาการกรมแพทย์ทหารเรือ วิชากายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาสำหรับปฏิบัติการฉุกเฉิน
การแพทย์*. สืบค้น 6 พฤษภาคม 2567 จาก [https://nms.nmd.go.th/wp-content/uploads/
2022/05/2108_Anatomy_and_Physiology-1.pdf](https://nms.nmd.go.th/wp-content/uploads/2022/05/2108_Anatomy_and_Physiology-1.pdf)

สุวรรณา วิภาคสงเคราะห์ และคณะ. (2567). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป*. ธนาเพรส จำกัด.

สุวรรณณี สิริเลิศตระกูล, สุวลักษณ์ วงจรโรลงศิล, ประไพ อริยประยูร และ แม้นมมา จิระจรัส. (2555).

การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง, สมุทรปราการ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สันทวีกิจ พรินติ้ง.

อรนันท์ หาญยุทธ. (2565). *กระบวนการพยาบาล: ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ:

ธนอรุณการพิมพ์.

อรัญญา ยศคำลือ. (2563). การพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *ไทยเนอร์สซิงไทม์*, 12(126), 17-19.

ออสโตมี คลินิก โรงพยาบาลราชวิถี. (2562). *การดูแลตนเองเมื่อมีทวารใหม่ของระบบทางเดินปัสสาวะ.*

งานพัฒนาและส่งเสริมวิชาการสุขภาพ กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ โรงพยาบาลราชวิถี.

สืบค้น 6 พฤษภาคม 2567 จาก <https://www.rajavithi.go.th/rj/wp-content/uploads/ebook2019/ebook8/ebook8.pdf>

एमปภา ปรีชาธีรศาสตร์. (2560). บทบาทพยาบาลเฉพาะทางดูแลบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่าย

ไม่ได้: กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรง. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 10(1), 22-34.

Anatomy and Normal Microbiota of the Urogenital Tract. Retrieved May 6, 2024 from

<https://courses.lumenlearning.com/suny-microbiology/chapter/anatomy-and-normal-microbiota-of-the-urogenital-tract/>

Bladder Cancer Stage-NCI. Retrieved May 6, 2024 from

<http://popcultureworldnews.com/bladder-cancer/bladder-cancer-stages-and-grades/>

Bladder/Urethra Anatomy-Renal-Medbullets Step 1 (Jul 6, 2011). Retrieved May 6, 2024 from

<https://step1.medbullets.com/renal/112038/bladder--urethra-anatomy#popup/image/118028>

Boonnam,S et al., (2016). Perioper eriooperative outcomes of open outcomes of open radical cystect adical cystectomyin bladder omyin bladder carcinoma:

King ChulalongkornMemorial Hospital experiences. *Chulalongkorn Medical Journal*, 60(1), 1-12.

Chou, R et al., (2015). *Treatment of Nonmetastatic Muscle-Invasive*

Bladder Cancer. Retrieved May 6, 2024 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK310432/table/introduction.t1/>

Medico Review: Blood supply of Urinary system. Retrieved May 6, 2024 from

<http://medicoreview.blogspot.com/2012/05/blood-supply-of-kidney.html>

Powers, W. J et al., (2018). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 49(3), e46-e99.

Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of American Geriatrics Society*, 23, 433-41.

Regmi, S. K et al., (2021). Drain fluid creatinine-to-serum creatinine ratio as an initial test to detect urine leakage following cystectomy: A retrospective study. *Indian journal of urology*, 37(2), 153–158. Retrieved from https://doi.org/10.4103/iju.IJU_396_20

<http://medicoreview.blogspot.com/2012/05/blood-supply-of-kidney.html>

(Retrieved May 6, 2024)

Stroke Foundation. (2022). *Transient ischaemic attack (TIA).* Retrieved May 6, 2024 from <https://strokefoundation.org.au/media/mbeae/transient-ischaemic-attack.pdf>

Tsaturyan, A et al., (2016). Risk factors of postoperative complications after radical cystectomy with continent or conduit urinary diversion in Armenia. *SpringerPlus*, 5, 134. Retrieved May 6, 2024 from <https://doi.org/10.1186/s40064-016-1757-9>

Understanding the mechanics of the urinary bladder–Midical. Retrieved May 6, 2024 from <https://medicalxpress.com/news/2016-05-mechanics-urinary-bladder.html>

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ



ภาคผนวก

NCI

T h a i l a n d

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

แบบประเมินทางระบบประสาท

1. Glasgow coma scale (GCS)

Glasgow coma scale (GCS) ซึ่งมีคะแนนรวมสูงสุด = 15 คะแนน

การลืมตา (Eye opening)

- ลืมตาได้เอง 4 คะแนน
- ลืมตาเมื่อเรียก 3 คะแนน
- ลืมตาเมื่อรู้สึกเจ็บปวด 2 คะแนน
- ไม่ลืมตาเลย 1 คะแนน

การตอบสนองต่อการเรียกหรือการพูด (Verbal)

- พูดคุยได้ไม่สับสน 5 คะแนน
- พูดคุยได้แต่สับสน 4 คะแนน
- พูดเป็นคำๆ 3 คะแนน
- ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด 2 คะแนน
- ไม่ออกเสียงเลย 1 คะแนน

การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (Movement)

- ทำตามคำสั่งได้ 6 คะแนน
- ทราบตำแหน่งที่เจ็บ 5 คะแนน
- ชักแขน ขาหนีเมื่อเจ็บ 4 คะแนน
- แขนงอผิปกติ 3 คะแนน
- แขนเหยียดผิปกติ 2 คะแนน
- ไม่เคลื่อนไหวเลย 1 คะแนน

การแปลผล

GCS ใช้อธิบายระดับความรู้สึกตัวในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ บอกระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะได้ ดังนี้ (นภภรณ์ กวางทอง, 2560)

13 - 15 คะแนน แสดงว่า ได้รับอันตรายเพียงเล็กน้อย

9 - 12 คะแนน แสดงว่า ได้รับอันตรายปานกลาง

3 - 8 คะแนน แสดงว่า ได้รับอันตรายอย่างรุนแรง

หมายเหตุ : ลืมตาโดยไม่มี Response เลย ให้ 1 คะแนน, ถ้าใส่ท่อช่วยหายใจใส่ VT, การประเมินแขนขา ให้ประเมินแขนขาข้างที่ดีที่สุด

2. Motor power

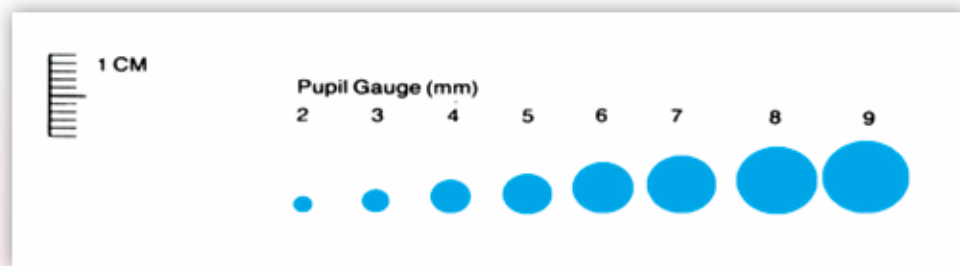
กำลังของแขน ขา (Motor power) การตรวจแรงของกล้ามเนื้อ มี 6 ระดับ Grade 0-5

Grade 0	หมายถึง	ไม่มีการเคลื่อนไหว
Grade 1	หมายถึง	กระดิกนิ้วได้
Grade 2	หมายถึง	ขยับได้ตามแนวราบ
Grade 3	หมายถึง	ยกแขนต้านแรงไม่ได้
Grade 4	หมายถึง	ยกแขนต้านแรงได้เล็กน้อย
Grade 5	หมายถึง	กำลังปกติ

หมายเหตุ : ต้องประเมินแขน ขา ทั้ง 2 ข้าง

ที่มา: นลินี พสุคันธภัก, สายสมร บริสุทธิ์, และ วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล (2558)

ขนาดรูม่านตา และปฏิกิริยาต่อแสง



หมายเหตุ : การประเมินขนาดของรูม่านตา ประเมินขนาดของรูม่านตาก่อนรูม่านตากระทบแสงไฟฉาย

มีปฏิกิริยาต่อแสงไฟฉาย บันทึกด้วยย่อ R = react to light normal

มีปฏิกิริยาต่อแสงไฟฉายช้า บันทึกด้วยย่อ S = sluggish

ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสงไฟฉาย บันทึกด้วยย่อ N = no react to light หรืออาจใช้ F= Fixed

ถ้าตาปิด บันทึกด้วยย่อ C = close

3. National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)

แบบประเมิน NIHSS

หัวข้อประเมิน	Score definition	Date/Time		
1.1a ระดับความรู้สึกตัว	0 = รู้สึกตัวดี ตอบสนองเป็นปกติ 1 = ง่วงซึม ปลุกตื่นง่ายเมื่อตื่นตอบคำถามถูก ทำตามสั่งได้ 2 = ซึมมากต้องกระตุ้นแรง ๆ หรือกระตุ้น Pain ถึงเคลื่อนไหว 3 = ไม่ตอบสนองแต่สามารถตรวจพบ Reflex ได้			
1b ถามเดือนและอายุใช้คำตอบแรกที่ผู้ป่วยตอบ	0 = ตอบได้ถูกต้องทั้ง 2 คำถาม 1 = ตอบถูกหนึ่งคำถาม 2 = ไม่สามารถตอบได้หรือตอบผิดทั้ง 2 ข้อ			
1c ให้หลับตาลืมตา และกำมือแบมือ	0 = ทำได้ถูกต้องทั้ง 2 อย่าง 1 = ทำถูกต้องเพียงอย่างเดียว 2 = ไม่ทำตามสั่ง หรือทำไม่ถูกต้อง			
2. การเคลื่อนไหวของตา (ให้ผู้ป่วยกลอกตาไปมา มองซ้ายขวาขึ้นบนลงล่าง)	0 = มองตามได้ตามปกติ กลอกตาได้ปกติ ทุกทิศทาง 1 = ตาข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้างเหลื่อมมองไปด้านข้างไม่สุด 2 = กลอกตาไม่ได้ เลยหรือตามองไปด้านใดด้านหนึ่งตลอดเวลา			
3. การมองเห็น (ให้ผู้ป่วยมองตามนิ้วผู้ตรวจ)	0 = มองเห็นปกติ ลานสายตাপกติ 1 = ลานสายตาดัดปกติบางส่วน (Partial hemianopia) 2 = ลานสายตาดัดปกติผิดปกติครึ่งซีก (Complete hemianopia) 3 = มองไม่เห็นทั้ง 2 ตา (ตาบอด)			
4. การเคลื่อนไหวของ กล้ามเนื้อใบหน้า (ให้ผู้ป่วยหลับตา ยกคิ้วและยิงฟัน)	0 = ไม่พบอาการอ่อนแรงของใบหน้า เคลื่อนไหวกล้ามเนื้อใบหน้าได้ปกติ 1 = กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงเล็กน้อย สังเกตเห็นมุมปากตกหรือไม่เท่ากันเมื่อยิ้ม 2 = กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงมาก ไม่สามารถขยับมุมปากได้ แต่ยังหลับตาและยิงฟันได้บ้าง 3 = ไม่สามารถเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อใบหน้าข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้างได้เลยหลับตาไม่สนิทยิงฟันไม่ได้			

หัวข้อประเมิน	Score definition	Date/Time		
5. กำลั้กกลั้กมเนื้อแชนให้ผู้ป่วยนั่ง (ถ้านั่งได้) แล้วยกแชน 90 องศา หรือนอน แล้วยกแชน 45 องศา	0 = ปกติไม่มีการอ่อนแรงสามารถยกแชนได้นาน 10 วินาที 1 = มีการอ่อนแรง ยกแชนไม่ได้ถึง 10 วินาทีแต่แชนไม่ตกลงบนเตียง 2 = ยกแชนต้านแรงโน้มถ่วงของโลกได้บ้าง แต่ตกลงบนเตียงอย่างรวดเร็ว 3 = ไม่สามารถยกแชนขึ้นต้านแรงโน้มถ่วงของโลกได้ 4 = ไม่สามารถยกแชนขึ้นได้ 5 = ไม่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อแชน UN = แชนพิการหรือถูกตัด หรือพบมีปัญหาคอข้อมืดติดที่ไม่สามารถแปลผลการตรวจได้	R/L		
6. กำลั้กกลั้กมเนื้อขาให้ผู้ป่วยนอนหงายบนเตียง แล้วยกขาขึ้น 30 องศา นาน 5 วินาที	0 = ปกติไม่มีการอ่อนแรงเมื่อยกขาทำมุม 30 องศา ยกได้นานตลอด 5 วินาที 1 = มีการอ่อนแรงเล็กน้อย ยกขาได้ไม่ถึง 5 วินาที แต่ขาไม่ตกลงบนเตียง 2 = สามารถยกขาได้ แต่ตกลงอย่างรวดเร็ว ก่อน 5 วินาที 3 = ไม่สามารถยกขาขึ้นจากเตียงในท่านอนหงาย 4 = ไม่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อขา UN = ขาพิการหรือถูกตัด หรือพบมีปัญหาคอข้อมืดติดที่ไม่สามารถแปลผลการตรวจได้	R/L		
7. การประสานงานของแชน ขา (Ataxia)	0 = การประสานงานของกล้ามเนื้อ แชนขาทั้ง 2 ข้างเป็นปกติ 1 = มีปัญหาการประสานของแชนหรือขา 1 ข้าง 2 = มีปัญหาการประสานของแชนหรือขา 2 ข้าง UN = แชนหรือขาพิการหรือถูกตัด หรือพบมีปัญหาคอข้อมืดติดที่ไม่สามารถแปลผลการตรวจได้			
8. การรับรู้ความรู้สึก	0 = การรับรู้ความรู้สึกเป็นปกติ 1 = สูญเสียการรับรู้ความรู้สึกเล็กน้อยถึงปานกลาง เมื่อใช้ของแหลมทดสอบจะรู้สึกลดลงแต่สามารถบอกได้ถึงความรู้สึก ในบริเวณที่ถูกกระตุ้น 2. = สูญเสียการรับรู้ความรู้สึกในระดับรุนแรง หรือไม่รู้สึกว่ามีถูกสัมผัสบริเวณใบหน้าและแชนขา			

หัวข้อประเมิน	Score definition	Date/Time		
9. ความสามารถด้านการใช้ภาษา (ให้ผู้ป่วยบอก ให้ผู้ป่วย ดูภาพ แล้ว บรรยายภาพ หรือบอกชื่อ สิ่งของที่มองเห็น)	1 = มีความผิดปกติในการสื่อภาษาเล็กน้อยถึงปานกลางพูด ตะกุก ตะกักหรือไม่เข้าใจรูปภาพบ้างแต่ผู้ทดสอบยังพอ เข้าใจได้ว่าผู้ป่วยพูดอะไร 2 = มีความผิดปกติในการสื่อทางภาษาอย่างรุนแรง ผู้ป่วย ไม่สามารถบรรยายภาพได้ผู้ทดสอบไม่สามารถเข้าใจได้ ว่าผู้ป่วยพูดอะไร 3 = ไม่พูดเลย หรือไม่สามารถเข้าใจภาษาที่ผู้ตรวจพยายาม สื่อ และไม่สามารถแสดงท่าทาง พูดหรือเขียนให้ผู้อื่น เข้าใจได้ (global aphasia)			
10. การออกเสียงพูด	0 = เปล่งเสียงพูดได้ชัดเจนเป็นปกติ 1 = พูดไม่ชัดเล็กน้อยถึงปานกลาง แต่ผู้ตรวจสามารถฟังรู้ เรื่อง 2 = พูดไม่ชัดอย่างมากหรือไม่พูดไม่สามารถเข้าใจคำพูดของ ผู้ป่วยได้ 3 = ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจหรือมีภาวะอย่างอื่นที่ ทำให้ไม่ สามารถพูดได้			
11. การขาดความสนใจในด้านใด ด้านหนึ่งของร่างกาย	0 = ไม่มีความผิดปกติ 1 = พบความผิดปกติของการรับรู้ชนิดใดชนิดหนึ่ง ดังต่อไปนี้คือ การมองเห็น การสัมผัสหรือการได้ยิน เมื่อ มีการกระตุ้นทั้ง 2 ข้างพร้อมๆ กัน 2 = มีความผิดปกติของการรับรู้มากกว่า 1 ชนิด หรือผู้ป่วย ไม่รู้ว่า เป็นมือของตนเองหรือสนใจสิ่งกระตุ้นเพียง ด้านเดียว			
รวมคะแนน				
ลงชื่อผู้ประเมิน				

ที่มา: นลินี พสุคันธภัก, สายสมร บริสุทธิ์, และ วันเพ็ญ ภิญญภาสกุล (2558)

NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale) เป็นเครื่องมือสำหรับประเมินสภาวะทาง ระบบประสาท และความรุนแรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ซึ่งให้คะแนนผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับและประเมินซ้ำอีกครั้งก่อนจะจำหน่ายออกจากการดูแลใน ระยะเฉียบพลันประกอบด้วย การประเมินด้านต่าง ๆ 11 อย่าง ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 4 โดย

คะแนน 0 หมายถึง ปกติ และคะแนนที่มากขึ้นหมายถึงความบกพร่องที่มากขึ้น เมื่อรวมคะแนนทั้งหมดแล้วนับเป็นคะแนน NIHSS ซึ่งมีคะแนนสูงสุดคือ 42 คะแนน ต่ำสุดคือ 0 การแปลผลของคะแนนที่ได้จากประเมินโดยใช้ NIHSS คือ ถ้าคะแนนของ NIHSS น้อย แสดงว่าผู้ป่วยมีภาวะความรุนแรงของโรคน้อย การให้คะแนนจากการประเมินด้วย NIHSS จำแนกออกเป็น 4 ระดับดังนี้ (นิสสา อาชวชาติ, 2562)

คะแนน 25	= Very severe impairment
คะแนน 15-24	= Severe impairment
คะแนน 5-14	= Mild to moderately
คะแนน <4	= Mild impairment



NCI

T h a i l a n d

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ