

ผลงานที่ใช้ในการประเมิน

เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลิ้นแพร่กระจายในช่องปาก
ใส่ท่อหลอดลมคอและสายให้อาหารทางหน้าท้อง

โดย

นางสาวอำไพวรรณ เทือกมั่น
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล
ตำแหน่งเลขที่ 3349

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน การกิจด้านการพยาบาล
โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์

คำนำ

มะเร็งลิ้นเป็นมะเร็งในช่องปากที่ในปัจจุบันพบว่า การพยากรณ์โรคมะเร็งช่องปากไม่ค่อยดี อัตราการรอดชีวิตภายใน 5 ปี น้อยกว่าร้อยละ 50 ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะตรวจพบว่าเป็นมะเร็งก็ต่อเมื่อมะเร็งอยู่ในระยะลุกลามกระจายไปยังเนื้อเยื่อและโครงสร้างข้างเคียงแล้ว หรือหลังจากที่มะเร็งได้แพร่กระจายไปยังบริเวณอื่น ๆ ดังนั้นจึงมีโอกาที่จะหายขาดได้น้อย และแม้ว่าจะรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจำเป็นต้องได้รับการรักษาเชิงรุกมากขึ้นจำเป็นต้องได้รับการรักษาหลายวิธีร่วมกัน ประกอบด้วยการผ่าตัด รังสีรักษา และเคมีบำบัด ซึ่งเป็นการรักษาที่มีความซับซ้อน ผู้ป่วยมักได้รับผลข้างเคียงจากการรักษาทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะยาว ในผู้ป่วยบางรายไม่สามารถทนความทุกข์ทรมานจากการรักษาได้จึงนำไปสู่การปฏิเสธการรักษา ขณะที่รับการรักษาผู้ป่วยมะเร็งจำนวนมากมักประสบกับปัญหาด้านความบกพร่องในการใช้งานและภาพลักษณ์ เช่น การอ้าปากได้จำกัด ปัญหาด้านการพูด และการกลืนทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง ดังนั้นการตรวจพบมะเร็งลิ้นในระยะเริ่มต้นจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง การให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก มีความสำคัญในทุกช่วงของการรักษา ตั้งแต่ระยะแรกตรวจพบโรคที่อาจจะต้องได้รับการรักษาโดยการฉายแสงและเคมีบำบัด ก่อนการผ่าตัด การติดตามดูแลผู้ป่วยในระยะรักษา ผ่าตัด และระยะพักฟื้น

ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลิ้นแพร่กระจายในช่องปาก ใส่ท่อหลอดลมคอและสายให้อาหารทางหน้าท้อง โดยทำการศึกษาและดูแลผู้ป่วยเริ่มตั้งแต่การศึกษาพยาธิสภาพ กระบวนการและทฤษฎีทางการพยาบาลต่าง ๆ เข้ามาประเมินความต้องการในการดูแลอย่างตรงความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ทำให้เกิดความพึงพอใจและร่วมมือในการรักษาพยาบาล นำมาสร้างกระบวนการดูแลที่ดีมีมาตรฐาน และแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพดียิ่งขึ้น

โรงพยาบาลเลิดสิน

นางสาวอำไพวรรณ เทือกมัน

8 เมษายน 2568

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญภาพ	ง
สารบัญตาราง	จ
บทที่ 1 บทนำ	1
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
2. เหตุผลในการเลือกกรณีศึกษา	3
3. วัตถุประสงค์ในการศึกษา	3
4. ขั้นตอนการดำเนินงาน	4
5. ระยะเวลาดำเนินการ	4
6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
บทที่ 2 ความรู้เรื่องโรค การรักษา และภาวะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง	5
1. กายวิภาคของช่องปากและลำคอ	5
2. พยาธิสรีรวิทยา สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และอาการแสดงทางคลินิก	10
3. การวินิจฉัย	12
4. ระยะของโรคมะเร็ง	13
5. การรักษาโรคมะเร็งลิ้น	16
6. ภาวะแทรกซ้อนของมะเร็งลิ้น	22
7. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ	22
8. ปัจจัยที่เกี่ยวกับภาวะโภชนาการในผู้ป่วย	23
9. ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of Unpleasant Symptoms)	25
บทที่ 3 การพยาบาล และทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา	28
1. แนวคิดและหลักการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม	28
2. การใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process)	30
3. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม	33
4. กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของมาร์จอรี กอร์ดอน (Marjory Gordon)	38
5. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลิ้น	43
6. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดย้ายเนื้อเยื่อ (Flap surgery)	47

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
7. การพยาบาลใส่ท่อหลอดลมคอ (Tracheostomy tube)	49
8. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีสายให้อาหารทางหน้าท้อง	52
9. บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	54
บทที่ 4 กรณีศึกษา	57
1. ข้อมูลทั่วไป	57
2. ประวัติการเจ็บป่วย	57
3. ประวัติสุขภาพครอบครัว และผังเครือญาติ	57
4. การตรวจร่างกายตามระบบอย่างละเอียด	61
5. การตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา	62
6. การวินิจฉัยโรค	75
7. พยาธิสภาพจากทฤษฎีเปรียบเทียบกับกรณีศึกษา	75
8. แผนการรักษาที่ได้รับ	81
9. การพยาบาล	81
10. การติดตาม ประเมิน และดูแลผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย	98
11. การวางแผนจำหน่าย	109
12. สรุปสถานะผู้ป่วยขณะรับไว้	111
13. การติดตามประเมินต่อเนื่องที่บ้าน	113
บทที่ 5 สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ	114
1. สรุปเนื้อหาส่วนผู้ป่วย	114
2. สรุปความคิดเห็นที่พบในการศึกษา และข้อเสนอแนะ	116
บรรณานุกรม	117
ภาคผนวก	122
ภาคผนวก ก การประเมินแผล Flap หลังผ่าตัด	123
ภาคผนวก ข แผนการรักษาของแพทย์	125
ภาคผนวก ค ยาและการพยาบาล	139

สารบัญภาพ

ภาพ		หน้า
1	ช่องปาก (Oral cavity)	6
2	กายวิภาคศาสตร์ของลิ้น	7
3	ต่อมน้ำลาย 3 คู่หลัก	8
4	อาการและอาการแสดงของมะเร็งลิ้น	12
5	การแบ่งระยะของมะเร็งลิ้น	16
6	การปลูกถ่ายเนื้อเยื่อ (Tissue transfer)	21
7	ความเกี่ยวพันขององค์กรวม	28
8	แผนผังเครือญาติ	60
9	ถ่ายภาพรังสีทรวงอกวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566	69
10	ถ่ายภาพรังสีทรวงอกวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2566	70
11	ถ่ายภาพรังสีทรวงอกวันที่ 1 มีนาคม 2566	70
12	ถ่ายภาพรังสีทรวงอกวันที่ 4 มีนาคม 2566	71
13	ถ่ายภาพรังสีทรวงอกวันที่ 21 มีนาคม 2566	71
14	เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่วงคอ วันที่ 31 มีนาคม 2566	72

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	การตรวจนับเม็ดเลือด (Complete blood count)	62
2	การตรวจความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง	62
3	การตรวจทางชีวเคมี	65
4	การตรวจการทำงานของตับ	66
5	การตรวจทางจุลชีววิทยา (Microbiology)	68
6	การตรวจ Clinical Microbiology	74
7	พยาธิสภาพจากทฤษฎีเปรียบเทียบกับกรณีศึกษา	75
8	การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย	109
9	การประเมินแผล Flap หลังผ่าตัด	123
10	แผนการรักษาของแพทย์	125

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งนับเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ทั่วโลก ซึ่งมะเร็งลิ้นเป็นมะเร็งในช่องปาก แม้ว่าวิธีการรักษาโรคมะเร็งจะก้าวหน้าไปอย่างมากในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา แต่การพยากรณ์โรคมะเร็งช่องปากยังคงมีประสิทธิภาพต่ำ ผู้ป่วยจำนวนไม่ถึงร้อยละ 50 เท่านั้นที่มีชีวิตรอดนานกว่า 5 ปี หลังการตรวจพบสาเหตุหลักนั้นเกิดจากการที่มะเร็งช่องปากในระยะแรกมักไม่ค่อยถูกตรวจพบ และผู้ป่วยส่วนใหญ่จะพบว่าเป็นมะเร็งที่ต่อเมื่อมะเร็งอยู่ในระยะลุกลามกระจายไปยังเนื้อเยื่อและโครงสร้างข้างเคียงแล้ว หรือหลังจากที่มะเร็งได้แพร่กระจายไปยังบริเวณอื่น ๆ ดังนั้นจึงมีโอกาที่จะหายขาดได้น้อย และแม้ว่าจะรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจำเป็นต้องได้รับการรักษาเชิงรุกมากขึ้น จากตัวเลขของสถิติพบว่าโอกาสการเป็นมะเร็งลิ้นร้อยละ 0.8 - 1.5 ของเนื้องอกร้ายทั้งหมดในร่างกายคิดเป็นร้อยละ 5 - 7.8 ของมะเร็งร้ายบริเวณลำคอ ร้อยละ 90 - 95 เป็นมะเร็งในกลุ่ม Squamous cell และร้อยละ 32.3 - 50.6 ของมะเร็งในช่องปาก (ฝ่ายแผนงานและสถิติ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2559) มะเร็งลิ้นชนิด Squamous cell carcinoma เป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับหนึ่งของมะเร็งช่องปากซึ่งมีโอกาสนในการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอดีสูงถึงร้อยละ 20.0 (สุรัฐญา ศิริอาชากุล, 2560) ในจำนวนนี้จะพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง เฉลี่ยแล้วจะเกิดกับผู้ที่อยู่ในช่วงอายุประมาณ 60 ปี สำหรับประเทศไทยผู้ป่วยมะเร็งโคนลิ้น พบมากเป็นอันดับ 6 (สถิติของศูนย์องค์รวมเพื่อการศึกษาและบำบัดโรคมะเร็ง, 2562) โรงพยาบาลเลิดสินพบผู้ป่วยมะเร็งในช่องปากในปี 2564 - 2566 จำนวน 5, 7 และ 12 ตามลำดับ (งานบริการเวชระเบียนโรงพยาบาลเลิดสิน, 2567) จากการศึกษาการพยากรณ์ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากบริเวณเหงือกที่มีแผลทะลุและมะเร็งแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับให้ยาเคมีบำบัดของมุกิตา สรรพสาร (2567) พบว่าโรคมะเร็งลิ้นมีอุบัติการณ์สูงเช่นกันและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สาเหตุสำคัญของมะเร็งโคนลิ้นมาจากพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า การเคี้ยวหมาก การติดเชื้อไวรัส Human papilloma virus (HPV) หรือการมีแผลเรื้อรังในช่องปาก อาการ ส่วนใหญ่ของมะเร็งลิ้น คือ กลืนลำบาก เจ็บ ขาในปาก ขยับลิ้นลำบาก ลิ้นมีเลือดออกง่ายโดยไม่ทราบสาเหตุ เกิดก้อนแผลที่ลิ้น มีก้อนที่ลำคอ ในบางคนอาจมีอาการเจ็บในหูขณะกลืนอาหารได้เพราะมีเส้นประสาทร่วมกัน ผู้ป่วยส่วนมากมาพบแพทย์ด้วยอาการในระยะลุกลาม จึงมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาหลายวิธีร่วมกัน ประกอบด้วยการผ่าตัด รังสีรักษา และเคมีบำบัด ซึ่งเป็นการรักษาที่มีความซับซ้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับผลข้างเคียงจากการรักษาทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะยาว ทำให้ผู้ป่วยมี

คุณภาพชีวิตที่แย่ลงหรือมีการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว บางรายไม่สามารถทนความทุกข์ทรมานจากการรักษาได้จึงนำไปสู่การปฏิเสธการรักษา ขณะที่รับการรักษาผู้ป่วยมะเร็งจำนวนมากมักประสบกับปัญหาด้านความบกพร่องในการใช้งานและภาพลักษณ์ เช่น การอ้าปากได้จำกัด ปัญหาด้านการพูด และการกลืนทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง ดังนั้นการตรวจพบมะเร็งลำคอในระยะเริ่มต้นจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการรักษาในระยะเริ่มต้นจะเพิ่มโอกาสในการเอาชนะโรคและลดผลข้างเคียงของการรักษามะเร็ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง การให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก มีความสำคัญในทุกช่วงของการรักษา ตั้งแต่ระยะแรกตรวจพบโรคที่อาจจะต้องได้รับการรักษาโดยการฉายแสงและเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด การติดตามดูแลผู้ป่วยในระยะรักษา ผ่าตัด และระยะพักฟื้น การผ่าตัดที่บริเวณศีรษะและลำคอเป็นการผ่าตัดที่ใช้ระยะเวลาที่ยาวนาน มีการสูญเสียเลือด และมีผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ (สิริวิมล ลมเมฆ, 2566)

การให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงอันตรายต่อชีวิต พยาบาลจะต้องสังเกตความเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายภาพ สรีระภาพ ตลอดจนจิตใจของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาวิเคราะห์ วางแผนการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาลที่รวดเร็วจะทำให้หน้าที่ต่าง ๆ ของอวัยวะที่สำคัญของร่างกายกลับคืนสภาพปกติ ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องเข้าใจในเรื่องพยาธิสรีระวิทยา พยาธิสภาพของโรค การดำเนินของโรค การรักษา และภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะช็อคจากการเสียเลือด ภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น เป็นต้น ซึ่งอาจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ ดังนั้นพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ต้องมีการพัฒนาความรู้ ความสามารถของตนเองในการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต สามารถระบุหรือบอกสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต และตอบสนองโดยให้การพยาบาลอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ หากการวินิจฉัยการพยาบาลล่าช้าจะเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็ว การคัดกรองอาการจึงต้องทำอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ เพื่อวินิจฉัยการพยาบาลและรายงานแพทย์ได้อย่างทันท่วงที นอกจากนี้การดูแลความสุขสบายแก่ผู้ป่วยในด้านกิจวัตรต่าง ๆ และการบรรเทาความเจ็บปวด เป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องประเมินได้อย่างครอบคลุม เพื่อส่งผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดรักษามะเร็งลำคอ อีกทั้งภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยจำเป็นต้องใส่ท่อหลอดลมคอในการช่วยหายใจ ทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความวิตกกังวลในการดูแลและภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

นักศึกษาจึงมีความสนใจที่ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำคอแพร่กระจายไปในอวัยวะช่องปากใส่ท่อหลอดลมคอ และสายให้อาหารทางหน้าท้อง โดยทำการศึกษาและดูแลผู้ป่วยเริ่มตั้งแต่การศึกษาพยาธิสรีระวิทยา กระบวนการและทฤษฎีทางการพยาบาลต่าง ๆ เข้ามาประเมินความต้องการในการดูแลอย่างตรงความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ทำให้เกิดความพึงพอใจและร่วมมือในการรักษาพยาบาล การเพิ่มกลยุทธ์ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เตรียมความพร้อมสำหรับสถานการณ์ที่ต้องกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยนักศึกษาได้ยึดหลักให้การแนะนำตามหลัก D - METHOD

เข้ามาช่วยในแนวทางการส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างครบถ้วน จากการดูแลกรณีศึกษา จะทำให้เกิดการเรียนรู้ สร้างกระบวนการดูแลที่ดีมีมาตรฐาน และแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพดียิ่งขึ้น

2. เหตุผลในการเลือกกรณีศึกษา

โรคมะเร็งลิ้นเป็นมะเร็งในช่องปากที่มีอุบัติการณ์เกิดสูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อีกทั้งโรคมะเร็งลิ้นนับเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ในปัจจุบันการรักษามีการพัฒนาไปอย่างก้าวหน้า แต่การพยากรณ์โรคมะเร็งช่องปากยังคงมีประสิทธิภาพต่ำ ซึ่งมะเร็งในช่องปากมักตรวจพบเมื่อมะเร็งอยู่ในระยะลุกลามกระจายไปยังเนื้อเยื่อและโครงสร้างข้างเคียงแล้ว ดังนั้นจึงมีโอกาสที่จะหายขาดได้น้อย ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจำเป็นต้องได้รับการรักษาหลายวิธีร่วมกัน ได้แก่ การผ่าตัด รังสีรักษา และเคมีบำบัด ซึ่งเป็นการรักษาที่มีความซับซ้อนส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับผลข้างเคียงจากการรักษา ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง ดังนั้นการให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลิ้นจึงมีความสำคัญเพื่อให้พยาบาลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณอย่างเป็นองค์รวม พยาบาลจำเป็นต้องเข้าใจในเรื่องกายวิภาคศาสตร์ พยาธิสภาพของโรค การดำเนินของโรค การรักษา และภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญซึ่งอาจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

กรณีศึกษาที่เลือกมานั้นมีความซับซ้อนของการรักษาโรคมะเร็งลิ้นผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดรักษา ให้ยาเคมีบำบัด และฉายแสงรักษา อีกทั้งโรคมะเร็งลิ้นยังลุกลามไปยังอวัยวะข้างเคียง ผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัดหลายครั้ง ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยจำเป็นต้องคาท่อหลอดลมคอในการช่วยหายใจ และมีสายให้อาหารทางหน้าท้อง เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ ทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความวิตกกังวลในการดูแลและอาการลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องสังเกตความเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย มีการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาข้อมูลมาวิเคราะห์ และวางแผนให้การพยาบาลได้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย ให้ได้รับความสุขสบายและมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

3. วัตถุประสงค์ในการศึกษา

3.1 เพื่อเพิ่มองค์ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลิ้นแพร่กระจายไปในอวัยวะช่องปาก ใส่ท่อหลอดลมคอ และสายให้อาหารทางหน้าท้อง พยาธิสรีรวิทยา สาเหตุ การรักษา ตลอดจนการพยาบาล

3.2 เพื่อประยุกต์องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาดำรงและเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องสู่การปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลิ้นแพร่กระจายไปในอวัยวะช่องปาก ใส่ท่อหลอดลมคอ และสายให้อาหารทางหน้าท้องได้อย่างเหมาะสม

3.3 เพื่ออำนวยความสะดวกแก่พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพในการวางแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลิ้นแพร่กระจายไปในอวัยวะช่องปาก ใส่ท่อหลอดลมคอ และสายให้อาหารทางหน้าท้อง ตามแนวทางการปฏิบัติที่วางไว้ได้อย่างถูกต้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

3.4 เพื่อสามารถนำไปใช้ในการศึกษาค้นคว้า สำหรับบุคลากรทางการพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ ที่มีความสนใจเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลิ้นแพร่กระจายไปในอวัยวะช่องปาก ใส่ท่อหลอดลมคอ และสายให้อาหารทางหน้าท้อง

4. ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.1 คัดเลือกเรื่องที่น่าสนใจและต้องการศึกษา

4.2 ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ ตำราวิชาการต่าง ๆ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และใช้ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานจริงกับผู้ป่วย

4.3 เลือกกรณีศึกษาที่น่าสนใจ ศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการ อาการแสดง ประวัติของผู้ป่วย การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

4.4 รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ นำไปวางแผนให้กับปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิด ทฤษฎี และกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม

4.5 สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล อุปสรรค ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

4.6 เรียบเรียงเป็นรายงานและปรับปรุงแก้ไขเสนอเพื่อรับการตรวจสอบ

4.7 จัดทำรูปเล่มเผยแพร่ผลงาน

5. ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างวันที่ 4 มกราคม 2566 ถึงวันที่ 8 เมษายน 2568

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 มีความรู้ความเข้าใจในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลิ้นแพร่กระจายไปในอวัยวะช่องปาก ใส่ท่อหลอดลมคอ และสายให้อาหารทางหน้าท้อง และสามารถให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถูกต้อง เหมาะสมตามลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

6.2 เป็นแนวทางให้พยาบาลมีการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล และให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลิ้นแพร่กระจายไปในอวัยวะช่องปาก ใส่ท่อหลอดลมคอ และสายให้อาหารทางหน้าท้อง ตามแนวทางการปฏิบัติที่วางไว้ได้อย่างถูกต้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

6.3 สามารถนำไปใช้ในการศึกษาค้นคว้า สำหรับบุคลากรทางการพยาบาล และสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ ที่มีความสนใจเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลิ้นแพร่กระจายไปในอวัยวะช่องปาก ใส่ท่อหลอดลมคอ และสายให้อาหารทางหน้าท้อง

บทที่ 2

ความรู้เรื่องโรค การรักษาและภาวะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

โรคมะเร็งลิ้นเป็นมะเร็งในช่องปากที่มีอุบัติการณ์เกิดสูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปัจจุบัน การรักษามีการพัฒนาไปอย่างก้าวหน้า แต่การพยากรณ์โรคมะเร็งช่องปากยังคงมีประสิทธิภาพต่ำ และมักตรวจพบเมื่อมะเร็งอยู่ในระยะลุกลามกระจายไปยังเนื้อเยื่อและโครงสร้างข้างเคียงแล้ว โอกาสที่จะหายขาดได้จึงน้อย ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจำเป็นต้องได้รับการรักษาหลายวิธีร่วมกัน ได้แก่ การผ่าตัด รังสีรักษา และเคมีบำบัด ซึ่งเป็นการรักษาที่มีความซับซ้อนส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับผลข้างเคียงจากการรักษา ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง ในการศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลิ้นแพร่กระจายในช่องปากใส่ท่อหลอดลมคอและสายให้อาหารทางหน้าท้อง ผู้เขียนได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปเป็นสาระสำคัญ

1. กายวิภาคศาสตร์ช่องปากและลำคอ

โครงสร้างและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ภายในช่องปากและลำคอ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ช่องคอหรือลำคอ (Pharynx or throat) ช่องปาก (Oral cavity) กล่องเสียง (Larynx) และหลอดลมคอ (Trachea) โดยมีรายละเอียด ดังนี้ (ศรีสุนทรา เจริมรพพิพัฒน์, 2566)

1.1 ช่องคอหรือลำคอ (Pharynx or throat) เป็นส่วนหน้าของคอ ด้านหน้าต่อกระดูกสันหลัง ประกอบด้วยคอหอย (Pharynx) และกล่องเสียง (Larynx) โครงสร้างที่สำคัญของช่องคอ คือ ฝาปิดกล่องเสียง (Epiglottis) ซึ่งเป็นแผ่นที่แยกหลอดอาหาร (Esophagus) และท่อลม (Trachea) และป้องกันไม่ให้อาหารหรือเครื่องดื่มตกลงไปในท่อลม ช่องคอประกอบด้วยหลอดเลือดและกล้ามเนื้อคอหอยจำนวนมาก รวมทั้งท่อลมและหลอดอาหาร กระดูกไฮอยด์ (Hyoid bone) และกระดูกไหปลาร้า (Clavicle) เป็นกระดูกเพียง 2 ชิ้น

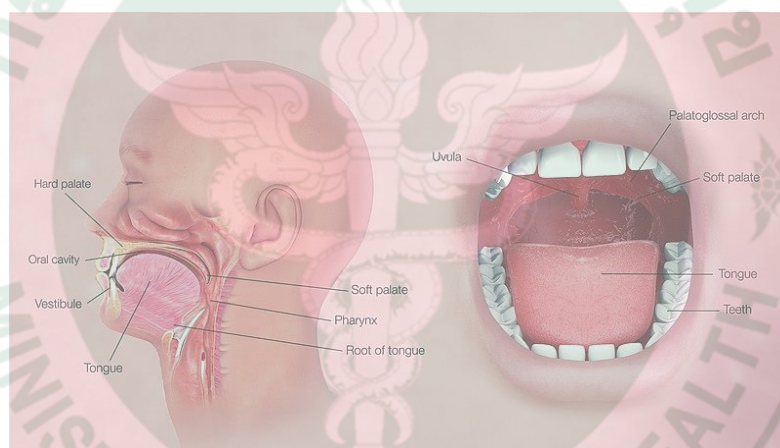
1.2 ช่องปาก (Oral cavity) เป็นส่วนต้นของท่อทางเดินอาหาร แบ่งออกได้ 2 ส่วน คือ ส่วนของช่องปากเอง (Oral cavity) และส่วนของช่องว่างระหว่างริมฝีปาก กระพุ้งแก้ม และฟัน (Vestibule)

1.2.1 ด้านหน้า คือ ริมฝีปากบนและริมฝีปากล่าง (Lips) ซึ่งมีประสาทรับรู้ความรู้สึกเกี่ยวกับรสและอุณหภูมิของอาหาร โดยริมฝีปากบนและล่างจะช่วยไม่ให้อาหารและน้ำลายไหลออกมาขณะเคี้ยวอาหาร รวมทั้งช่วยในเรื่องของการแสดงสีหน้าและการพูดด้วย

1.2.2 ด้านข้าง เป็นส่วนหนึ่งของกระพุ้ง (Buccal mucosa) ซึ่งภายในมีเยื่อเมือกและกล้ามเนื้อบักซินเทอร์ (Buccinators) โดยกลไกในการเคี้ยว (Chewing or mastication) อาศัยการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อบริเวณกราม โดยมีเส้นประสาทคู่ที่ 3 (Trigeminal nerve) มาเลี้ยงบริเวณนี้

แก้มซึ่งเป็นแผ่นกล้ามเนื้อของหน้าคลุมด้านนอกด้วยผิวหนังด้านในบุด้วย Nonkeratinized stratified squamous epithelium ส่วนด้านหน้าของแก้มจะสิ้นสุดโดยกลายเป็นริมฝีปากบนและล่าง

1.2.3 ด้านบน เป็นเพดานแข็ง (Hard palate) ทางด้านหน้า เป็นส่วนของกระดูกขากรรไกรบน (Maxilla) และกระดูกเพดานปาก (Palatine) คลุมทับด้วยเยื่อเมือกและเพดานอ่อน (Soft palate) ทางด้านหลังเป็นแผ่นกล้ามเนื้อยื่นเข้าไปในคอหอย (Pharynx) ซึ่งต่อกับบรีเวณ (Uvula) บรีเวณด้านในสุด ตรงฐานของลิ้นไ้จะมีสันนูนของกล้ามเนื้อ 2 มัด



รูปภาพที่ 1 ช่องปาก (Oral cavity)

หมายเหตุ. จาก 3D medical animation still shot showing different organs of the oral digestive system โดย Wikimedia commons, 2020 (https://commons.wikimedia.org/wiki/File:3D_Medical_Animation_Oral_Cavity.jpg)

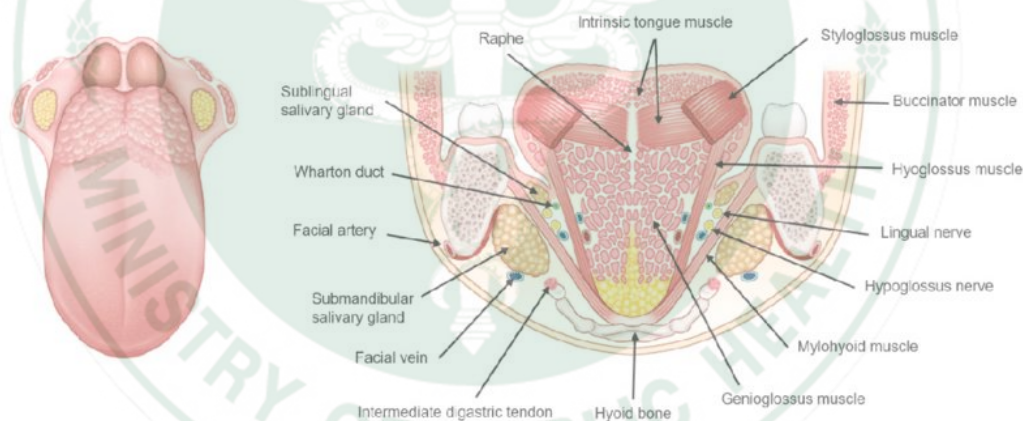
1.2.4 ด้านหลังเป็นทางเปิดติดต่อกับคอส่วนกลาง (Oropharynx)

1.2.5 ส่วนด้านล่างนั้นประกอบไปด้วยลิ้น (Tongue) และมีแผ่นของเยื่อเมือก (Frenulum) เป็นตัวปิดลิ้นไว้กับพื้นปาก และตัวลิ้นมีกล้ามเนื้ออยู่ 2 มัด คือ กล้ามเนื้อ Intrinsic และ Extrinsic muscle ซึ่งทั้ง 2 มัดนี้ ช่วยให้ลิ้นมีการเคลื่อนไหวได้ดี ในขณะที่การเคี้ยวอาหาร การกลืน และการเปล่งเสียงพูด มีรายละเอียดดังนี้

1) Extrinsic muscles เป็นกล้ามเนื้อที่มีจุดเกาะต้นอยู่ภายนอกลิ้น และมีจุดเกาะปลายอยู่ภายในลิ้น กล้ามเนื้อในกลุ่มนี้ ได้แก่ Hyoglossus muscle มีจุดเกาะต้นที่กระดูก Hyoid genioglossus muscle มีจุดเกาะต้นที่กระดูกขากรรไกรล่าง (Mandible) และ Styloglossus muscle มีจุดเกาะต้นที่ Styloid process ของกระดูก Temporal ทำหน้าที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของลิ้นไปมาในการเคี้ยวอาหารและการกลืน นอกจากนี้ยังประกอบกันเป็นพื้นของช่องปากและช่วยยึดลิ้นให้อยู่ในตำแหน่งปกติ

2) Intrinsic muscles เป็นกล้ามเนื้อที่มีจุดเกาะต้นและจุดเกาะปลายอยู่ภายในลิ้น ทำหน้าที่เปลี่ยนแปลงรูปร่างและขนาดของลิ้น ในขณะที่มีการพูดและการกลืน

นอกจากนี้ยังมีตุ่มรับรส (Taste bud) ที่พบบนลิ้น จะทำหน้าที่เกี่ยวกับการรับรู้รสชาติของอาหารที่รับประทานเข้าไป โดยของเหลวจากอาหารจะซึมผ่านเข้าไปสัมผัสกับเซลล์รับรส (Gustatory cell) โดยสามารถรับรส 4 ชนิดได้แตกต่างกันไป คือ ปลายลิ้นรับรสเค็มและหวาน ด้านข้างลิ้นรับรสเปรี้ยว ส่วนโคนลิ้นรับรสขม นอกจากนี้ยังมีตัว Lingual tonsil ที่ได้กล่าวมาแล้วตั้งอยู่ที่โคนลิ้นด้วย และมีแขนงของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 (Trigeminal nerve) มาทำหน้าที่ในการรับรู้สึกร้อน เย็น และความเจ็บปวด



รูปภาพที่ 2 กายวิภาคศาสตร์ของลิ้น

หมายเหตุ. จาก Current status and evolution of microsurgical tongue reconstructions, part I โดย Choi, Jong-Woo & Alshomer, Feras & Kim, Young Chul, 2022, 23 (139-151). (https://www.researchgate.net/figure/Gross-and-cross-sectional-anatomy-of-the-mobile-tongue-and-tongue-base_fig2_363063516)

1.2.6 ฟันและเหงือก (Teeth and gum) ผู้ใหญ่มีฟันแท้ 32 ซี่ ซึ่งฝังตัวอยู่ในเบ้าของขากรรไกรบนและล่าง (Alveolar process of maxilla and mandible) โดยทำหน้าที่เคี้ยวอาหาร ช่วยในการพูด และรักษารูปร่างของใบหน้า ส่วนเหงือกเป็นตัวหุ้มส่วนของคอฟันไว้

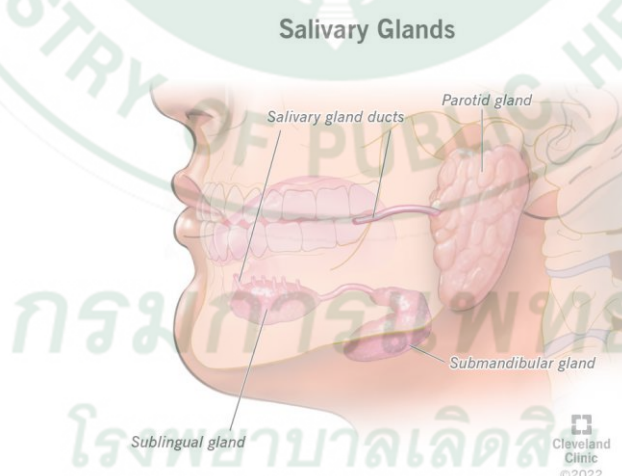
1.2.7 ต่อมน้ำลาย (Salivary glands) มีอยู่ 3 คู่ใหญ่ ๆ โดยทำหน้าที่ผลิตน้ำลายได้ถึงวันละ 1 ลิตร คือ Parotid, Submandibular และ Sublingual glands แต่ยังมีต่อมน้ำลายอื่น ๆ ที่เป็นต่อมเล็ก ๆ อยู่บริเวณลิ้น เรียกว่า Lingual glands อยู่ที่เพดาน เรียกว่า Palatine glands อยู่ที่ยอดเหงือก เรียกว่า Buccal glands และที่ริมฝีปาก เรียกว่า Labial glands ต่อมน้ำลายเหล่านี้มีการสร้าง Amylase ซึ่งเป็นน้ำย่อยที่ช่วยในการแตกตัวของพวกแป้ง นอกจากนี้ยังสร้างน้ำเมือกเหนียวข้น

(Mucus) ซึ่งช่วยในการหล่อลื่นอาหารในขณะมีการกลืนด้วย ซึ่งเส้นประสาทที่มาเลี้ยงบริเวณต่อมน้ำลาย คือ แขนงของเส้นประสาทคู่ที่ 7 และ 9 โดยต่อมน้ำลาย 3 ต่อมน้ำลาย ใหญ่ ๆ มีรายละเอียด ดังนี้

1) Parotid glands อยู่ทางด้านหน้าของรูหูโดยอยู่ต่ำกว่ารูหูเล็กน้อย แทรกอยู่ระหว่างผิวหนังกับกล้ามเนื้อเคี้ยวอาหาร (Masseter muscle) ประกอบด้วย Serous gland เป็นส่วนใหญ่ จึงสร้างน้ำลายที่มีลักษณะใสส่งผ่านท่อเรียกว่า Parotid (Stensen's) ducts ซึ่งวางตัวขนานกับโหนกแก้มแทงผ่านกล้ามเนื้อ Buccinator ไปเปิดเข้าสู่ Vestibule ของช่องปาก รูเปิดอยู่ที่ผนังด้านในของแก้มตรงข้ามกับฟันกรามบนซี่ที่ 2

2) Submandibular glands วางอยู่ที่ใต้มุมของกระดูกขากรรไกรล่างทางด้านใน มีทั้ง Mucous และ Serous glands ปนกันแต่มี Mucous glands มากกว่าจึงสร้างน้ำลายที่มีลักษณะเหนียวข้น มีท่อเรียกว่า Submandibular (Wharton's) ducts ผ่านใต้ชั้นเยื่อเมือกที่พื้นของช่องปากไปเปิดที่โคนของ Lingual frenulum

3) Sublingual glands อยู่ใต้ลิ้น โดยวางตัวอยู่ใต้เยื่อบุพื้นช่องปาก มีท่อน้ำลายเล็ก ๆ มากมาย เรียกว่า Lesser sublingual (Rivinus's) duct ทะลุจากต่อมผ่านเยื่อเมือกไปเปิดที่พื้นช่องปากโดยตรง



รูปภาพที่ 3 ต่อมน้ำลาย 3 คู่หลัก

หมายเหตุ. จาก Current status and evolution of microsurgical tongue reconstructions, part I โดย Choi, Jong-Woo & Alshomer, Feras & Kim, Young Chul, 2022, 23 (139-151). (https://www.researchgate.net/figure/Gross-and-cross-sectional-anatomy-of-the-mobile-tongue-and-tongue-base_fig2_363063516)

1.3. กล่องเสียง (Larynx) ตั้งอยู่บริเวณกระดูกสันหลังส่วนคออันที่ 4, 5 และ 6 อยู่เหนือหลอดลมคอ (Trachea) ขึ้นมา โดยแบ่งกล่องเสียงออกได้เป็น 3 ส่วน คือ

1.3.1 Supraglottic คือ กล่องเสียงส่วนบน ประกอบไปด้วย ฝาปิดกล่องเสียง (Epiglottis), Aryepiglottis fold, Arytenoids, สายเสียงเทียม (False vocal cord หรือ Ventricular band or Vestibular fold) และ Ventricular cavity

1.3.2 Glottis คือ ตัวกล่องเสียง ซึ่งมีส่วนประกอบสำคัญ คือ สายเสียงหรือที่เราเรียกกันว่า สายเสียงแท้ ส่วนที่เป็นตัวช่องว่างระหว่างสายเสียงแท่นี้ คือ Rima glottidis และเป็นส่วนที่แคบที่สุดของกล่องเสียง

1.3.3 Subglottic คือ ส่วนล่างสุดของสายเสียงลงมาจนถึงขอบล่างของกระดูกวงแหวน (Cricoid cartilage)

นอกจากตัวกล่องเสียงยังประกอบไปด้วยกระดูกอ่อน 9 ชิ้น โดยมีชนิดที่เป็นคู่ 3 คู่ คือ Arytenoids, Corniculate และ Cuneiform และชิ้นเดี่ยว 3 ชิ้น คือ Thyroid, Epiglottis และ Cricoid cartilage ส่วนกระดูกธัยรอยด์ เป็นส่วนของกระดูกที่อยู่ด้านบน Thyroid cartilage และส่วนบนจะไม่ยึดติดอยู่กับลิ้น

1) กระดูกธัยรอยด์ (Thyroid cartilage) เป็นกระดูกอ่อนที่ใหญ่ที่สุดในผู้ชาย เรียกว่า ลูกกระเดือก (Adam's apple) มีหน้าที่ป้องกันอันตรายของอวัยวะภายในกล่องเสียง

2) กระดูกอ่อนวงแหวนค้ายคอยด์ (Cricoid cartilage) มีลักษณะกลมเหมือนวงแหวนอยู่ใต้กระดูกธัยรอยด์ลงมา มีความแข็งแรงมากที่สุด ทำหน้าที่ป้องกันอันตรายของอวัยวะภายในกล่องเสียง

3) ฝาปิดกล่องเสียง (Epiglottis cartilage) รูปร่างคล้ายใบไม้ เป็นส่วนต้นของกล่องเสียง ทำหน้าที่ปิดกล่องเสียงขณะมีการกลืนอาหาร

4) กระดูกอ่อนอาริทินอยด์ (Arytenoids cartilage) มีหน้าที่เปิดปิดกล่องเสียง เช่นกันเส้นประสาทที่มาเลี้ยงกล่องเสียง คือ แขนงของประสาทวากัส (Vagus nerve) คู่ที่ 10 โดยมีกล้ามเนื้อ Intrinsic และ Extrinsic muscles ช่วยในการทำหน้าที่ของกล่องเสียง คือ การออกเสียง การกลืน และการหายใจ (โดยเป็นทางผ่านของอากาศและเก็บกักลมไว้)

1.4. หลอดลมคอ (Trachea) หลอดลมมีรูปร่างลักษณะคล้ายลูกสูบ (Cylindric tube) มีความกว้าง 2.5 เซนติเมตร และยาว 11 เซนติเมตร (ชาย 12 เซนติเมตร และ หญิง 10 เซนติเมตร) เป็นส่วนที่ต่อลงมาจากส่วนของกล่องเสียง โดยเริ่มจากบริเวณขอบล่างของกระดูกอ่อนวงแหวน (Cricoid cartilage) (บริเวณกระดูกสันหลังส่วนคออันที่ 6) และมีทางเปิดส่วนล่างลงสู่หลอดลมแยก (Bronchi) ในบริเวณช่องทรวงอก ตัวโครงสร้างของหลอดลมนี้อาศัยลักษณะเป็นตัวกระดูกอ่อน จำนวน 18 ชิ้น มาต่อเข้าด้วยกัน ซึ่งเราเรียกว่า Tracheal rings โดยมีเยื่อเมือก (Mucous membrane) คลุมอยู่ภายในเส้นประสาทที่มา

เลี้ยงบริเวณหลอดลม คือ แขนงของประสาทวากัส และส่วนหลอดเลือดที่มาเลี้ยง คือ Inferior thyroid artery

2. พยาธิสรีรวิทยา สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และอาการแสดงทางคลินิก

2.1 พยาธิสรีรวิทยา

มะเร็งลิ้น (Tongue Cancer) เป็นส่วนหนึ่งของมะเร็งในช่องปากที่เกิดจากการเจริญเติบโตผิดปกติของเซลล์ในลิ้น มะเร็งลิ้นสามารถเกิดได้ทั้งในส่วนของลิ้นที่มองเห็นได้ (Oral tongue) และส่วนที่อยู่ในลำคอ (Base of tongue) โดยมะเร็งลิ้นส่วนใหญ่เป็นชนิด Squamous Cell Carcinoma (SCC) ซึ่งเป็นมะเร็งที่เกิดจากเซลล์สแควมัส (Squamous cells) ในเยื่อบุผิวของลิ้น เซลล์เหล่านี้จะเติบโตและแบ่งตัวผิดปกติจนก่อให้เกิดการเจริญเติบโตของก้อนมะเร็ง

2.1.1 ลักษณะของเซลล์มะเร็งลิ้น

การเปลี่ยนแปลงจากเซลล์ปกติไปเป็นเซลล์มะเร็งเกิดจากการกลายพันธุ์ทางพันธุกรรมที่มีผลต่อการควบคุมการเจริญเติบโตของเซลล์ ในระดับสายพันธุกรรม (DNA) เซลล์ภายในลิ้นเจริญเติบโตมากผิดปกติปกติเซลล์จะสามารถซ่อมแซม DNA ที่เสียหายให้กลับคืนเป็นปกติ ในกรณีที่ไม่สามารถซ่อมแซม DNA ที่เสียหายได้ เนื่องจาก Gene ที่ควบคุมการซ่อมแซมสายพันธุกรรม (Gene affecting DNA repair) เกิดความเสียหาย เซลล์ตายหรือถูกกำจัดโดยเซลล์เม็ดเลือดขาวหรือเกิดการกลายพันธุ์ของ Gene ร่างกายมีการควบคุมเซลล์การกลายพันธุ์ ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมการเจริญเติบโต การแบ่งตัว การพัฒนาของเซลล์ การเคลื่อนที่ของเซลล์ การสร้างหลอดเลือดและควบคุมภาวะเสถียรของจีโนม (Genomic stability) โดยนำเข้าสู่การแบ่งเซลล์และการตายของเซลล์อย่างเป็นระบบ (Apoptosis) ร่างกายจะรักษาให้อยู่ในสภาวะสมดุล เพื่อคงความสมบูรณ์ของอวัยวะและระบบต่างๆของร่างกายให้ทำงานได้ปกติ หากมีการกลายพันธุ์ในระดับพันธุกรรมส่งผลให้สมดุลดังกล่าวมารบกวนและเกิดเซลล์กลายพันธุ์เป็นเซลล์มะเร็ง สามารถเจริญแบ่งตัวเพิ่มจำนวนได้อย่างรวดเร็ว สามารถแพร่กระจายไปสู่เนื้อเยื่อข้างเคียง และอวัยวะที่อยู่ไกลออกไปทางต่อมน้ำเหลือง หรือหลอดเลือดต่อไป (สิทธิชัย ตันติภาสวสิน และภัทธรา ตันติภาสวสิน, 2562) การกลายพันธุ์ที่เกิดขึ้นในยีนที่ควบคุมการเจริญเติบโตของเซลล์ เช่น p53 และ Rb (Retinoblastoma) จะทำให้การควบคุมการแบ่งเซลล์และการตายของเซลล์ (Apoptosis) เสียไป ทำให้เซลล์มะเร็งเติบโตอย่างไม่หยุดยั้ง (Agrawal & Kannan, 2017)

2.1.2 กระบวนการแพร่กระจาย (Metastasis)

มะเร็งลิ้นสามารถแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองในคอได้ง่าย เนื่องจากการระบายเลือดและน้ำเหลืองที่มีความสำคัญในการลำเลียงเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะอื่น ๆ นอกจากนี้ยังสามารถแพร่กระจายไปยังปอด ตับ และกระดูกได้ในระยะที่ลุกลามจึงเกิดเป็นเนื้องอกหรือก้อนเนื้อ เมื่อมีความเสียหายของสายพันธุกรรมเกิดขึ้น มะเร็งลิ้นมักจะแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองในบริเวณคอ (Cervical lymph nodes) เป็นอันดับแรก ต่อมน้ำเหลืองในคอก็มักจะเป็นเส้นทางหลักในการแพร่กระจายของมะเร็งในช่องปาก เนื่องจากต่อม

น้ำเหลืองในพื้นที่เหล่านี้รับหน้าที่กรองของเสียจากน้ำเหลืองที่มาจากบริเวณช่องปากและลำคอ (Chien & Tsai, 2020) การแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง การแพร่กระจายผ่านต่อมน้ำเหลืองจะเริ่มต้นเมื่อเซลล์มะเร็งหลุดออกจากเนื้องอกในลิ้นและเข้าไปในระบบน้ำเหลือง จากนั้นเซลล์เหล่านี้จะเดินทางไปยังต่อมน้ำเหลืองในคอ ซึ่งสามารถตรวจพบได้จากการบวมของต่อมน้ำเหลืองในคอที่มักเป็นอาการแรกที่บ่งชี้ว่าโรคลุกลาม การแพร่กระจายผ่านกระแสเลือด (Hematogenous Spread) มะเร็งลิ้นจะมีการแพร่กระจายหลักผ่านทางระบบน้ำเหลือง แต่ก็ยังสามารถแพร่กระจายผ่านกระแสเลือดไปยังอวัยวะอื่น ๆ ได้ โดยเฉพาะในกรณีที่มะเร็งอยู่ในระยะที่ลุกลาม สามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ เมื่อเซลล์มะเร็งเข้าสู่กระแสเลือด พวกมันสามารถเดินทางไปยังอวัยวะต่าง ๆ เช่น ปอด ตับ หรือ กระดูก ซึ่งจะทำให้เกิดการก่อตัวของมะเร็งที่ใหม่ในอวัยวะเหล่านั้น การแพร่กระจายนี้มักจะเกิดขึ้นในระยะลุกลามของโรคที่มะเร็งได้ขยายไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย การแพร่กระจายผ่านกระแสเลือดเซลล์มะเร็งจากเนื้องอกในลิ้นหลุดออกแล้วเข้าสู่หลอดเลือดเข้าไปทำลายเยื่อบุหลอดเลือด จากนั้นเซลล์มะเร็งจะเดินทางไปตามกระแสเลือดและอาจฝังตัวในอวัยวะอื่น ๆ ที่มีการไหลเวียนของเลือดที่เหมาะสม เช่น ปอดหรือตับ การแพร่กระจายขยายออกไปยังเนื้อเยื่อหรือโครงสร้างที่อยู่ใกล้เคียง เช่น กระดูกขากรรไกร กล้ามเนื้อบริเวณลิ้น หรือ เยื่อช่องปากจะทำให้เกิดอาการปวดหรือความเสียหายต่อกระดูกที่อาจมองเห็นได้จากการตรวจทางรังสี ซึ่งจะทำให้เกิดการจำกัดความสามารถในการเคลื่อนไหวของลิ้นและส่งผลกระทบต่อการทำงานของลิ้นและการกลืน การแพร่กระจายนี้มักเกิดขึ้นในระยะที่มะเร็งมีขนาดใหญ่ขึ้นและไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่ อีกทั้งมะเร็งลิ้นยังแพร่กระจายทางเส้นประสาท (Perineural invasion) เป็นกระบวนการที่เซลล์มะเร็งลิ้นสามารถแพร่กระจายไปตามเส้นประสาทที่ไปสู่ศีรษะหรือคอ มักจะพบในกรณีที่มะเร็งมีการลุกลามที่กว้างขึ้น การกระจายนี้สามารถทำให้เกิดอาการเจ็บปวดที่ไม่สามารถอธิบายได้หรือทำให้เกิดการอักเสบที่อยู่ลึกในบริเวณที่เส้นประสาทไปถึง (Agrawal & Kannan, 2017)

2.2 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

สาเหตุของโรคมะเร็งลิ้นนั้นยังไม่เป็นที่แน่ชัด แต่มะเร็งลิ้นมักจะเกิดกับผู้ที่อายุมากกว่า 55 ปีขึ้นไป โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง อาจเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ชีวิตและปัจจัยเสี่ยงบางอย่าง ดังนี้ (วิฑูร ลิเกริกก้อง, วันดี ไช้มุก และกรทอง วงศ์ศรีตรัง, 2559)

2.2.1 การสูบบุหรี่ เคี้ยวยาสูบ ซึ่งมีสารก่อมะเร็งมากกว่า 10 ชนิด

2.2.2 ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ

2.2.3 เคี้ยวหมากเป็นประจำ

2.2.4 การใส่ฟันปลอมที่หลวมและแหลมคมทำให้เกิดการระคายเคืองหรือการอักเสบเรื้อรัง

2.2.5 การติดเชื้อ Human papilloma virus (HPV) เป็นเชื้อไวรัสชนิดหนึ่งที่อยู่บริเวณเยื่อปมและก่อให้เกิดโรคมะเร็งปากและคอ โดยเชื้อไวรัสเอชพีวีอาศัยอยู่ในเซลล์เยื่อปมและในเยื่อเมือกที่ปกคลุมตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายสัมพันธ์กับมะเร็งศีรษะและคอ ร้อยละ 23.5 (Chien & Tsai, 2020)

2.2.6 มีประวัติคนในครอบครัวเคยป่วยเป็นมะเร็งช่องปากหรือมะเร็งลิ้น

2.3 อาการและอาการแสดง

อาการเริ่มแรกของมะเร็งที่ลิ้นที่อาจสังเกตได้ คือ มีแผลเรื้อรังบริเวณลิ้นไม่หายภายใน 2 สัปดาห์ มีเลือดออกง่ายบริเวณลิ้น ส่วนอาการอื่น ๆ ที่พบ ได้แก่ (พิชิต สิทธิไตรย์, 2562)

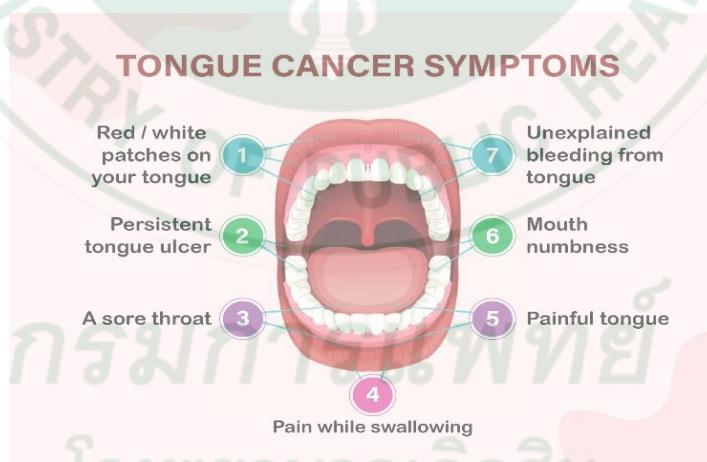
2.3.1 ก้อนแข็งเป็นไตที่บริเวณลิ้นและโตขึ้นเรื่อย ๆ

2.3.2 ลักษณะทางคลินิกของรอยโรคอาจพบเป็นรอยฝ้าสีขาว (Leukoplakia) รอยฝ้าสีแดง (Erythroplakia) หรือสีขาวปนแดงเกิดขึ้นที่บริเวณลิ้น

2.3.3 พบเลือดออกผิดปกติบริเวณลิ้นโดยไม่ทราบสาเหตุ

2.3.4 มีอาการเจ็บที่ลิ้นเมื่อกลืนอาหาร

2.3.5 มีก้อนที่คอ



รูปภาพที่ 4 อาการและอาการแสดงของมะเร็งลิ้น

หมายเหตุ. จาก Tongue Cancer Specialist in Delhi โดย Priya Tiwari, 2022

(<https://www.drpriyatiwari.com/services/tongue-cancer-specialist-delhi>)

3. การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคมะเร็งลิ้น มีดังนี้ (พิชิต สิทธิไตรย์, 2562)

3.1 การซักประวัติ

3.1.1 ซักประวัติ อาการผิดปกติเจ็บ แสบ ชา มีเลือดออกบริเวณลิ้น มีแผลเรื้อรังเป็นระยะเวลานาน ไม่หายภายใน 2 สัปดาห์ มีอาการเจ็บคอ มีอาการกลืนลำบาก

3.1.2 ชักประวัติ เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง เช่น บุหรี่ แอลกอฮอล์ เคี้ยวหมาก กรรมพันธุ์ การทำความสะอาดช่องปากฟัน การตรวจสุขภาพช่องปาก การเป็นแผลเรื้อรังเป็นเวลานานมากกว่า 2 สัปดาห์ไม่หาย การใส่ฟันปลอมที่หลวม และแผลคมทำให้เกิดการระคายเคือง การอักเสบเรื้อรัง พฤติกรรมการร่วมเพศทางปาก ประวัติฟันกรุด

3.2 การตรวจช่องปาก ริมฝีปาก กระพุ้งแก้ม เพดาน คอหอย ลิ้น ตรวจหารอยสีขาว รอยสีแดง แผลบริเวณลิ้นระยะเวลานานมากกว่า 2 สัปดาห์ ตุ่ม ก้อนที่บริเวณลิ้น

3.3 การตรวจจากภาพถ่ายทางรังสี เพื่อดำเนินการของการเกิดมะเร็งและประเมินการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งโดยอาจใช้หลายวิธี เช่น การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI Scan) และเอกซเรย์ เป็นต้น

3.4 การตรวจชิ้นเนื้อ แพทย์อาจตัดตัวอย่างชิ้นเนื้อบริเวณลิ้นไปตรวจหาเซลล์มะเร็งในห้องปฏิบัติการ

4. ระยะของโรคมะเร็งลิ้น

การแบ่งระยะของโรคเป็นกุญแจสำคัญในการพิจารณาแนวทางการรักษา รวมไปถึงการประเมินผลการรักษาและการพยากรณ์โรค โดยการกำหนดระยะต่าง ๆ ของมะเร็งจะใช้ข้อมูลต่าง ๆ ได้แก่ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทาง Endoscopy และทางรังสีมาประกอบกัน ซึ่งมีรายละเอียด (National Comprehensive Cancer Network, 2023) ดังนี้

4.1 วิธีการกำหนดระยะของโรคมะเร็ง มีวิธีการกำหนด 2 วิธีด้วยกัน ได้แก่

4.1.1 การกำหนดระยะของโรคมะเร็งตามอาการทางคลินิก (Clinical staging) เป็นการกำหนดระยะของโรคมะเร็ง โดยการตรวจร่างกาย การใช้รังสีวินิจฉัย (X-ray, CT scan) และการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ โรคมะเร็งบางชนิดสามารถตรวจด้วยวิธีอื่นได้ เช่น การตรวจเลือด การกำหนดระยะของโรคทางคลินิกเป็นกุญแจสำคัญของการตัดสินใจระยะของโรค เป็นวิธีมาตรฐานในการใช้เปรียบเทียบผลการตอบสนองต่อการรักษา

4.1.2 การกำหนดระยะของโรคมะเร็งตามพยาธิสภาพ (Pathological staging) บางครั้งเรียกว่า Surgical staging เป็นการกำหนดระยะของโรคมะเร็งจากการพบลักษณะของก้อนมะเร็งในระหว่างทำการผ่าตัด ซึ่งสามารถพบได้ในการผ่าตัดเพื่อนำก้อนมะเร็งและต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียงออกแต่บางครั้งจะทำการผ่าตัดในกรณีก้อนมะเร็งอยู่ในอวัยวะภายในส่วนลึกและตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจละเอียดต่อไป

4.2 การแบ่งระยะของโรคมะเร็งมีด้วยกันหลายระบบ แต่ที่นิยมใช้ คือ ระบบของ AJCC (The American Joint Committee on Cancer) (American Joint Committee on Cancer, 2017) เป็นระบบการแบ่งระยะของโรคมะเร็งแบบ TNM กำหนดจาก T (Tumor) หมายถึง ขนาดจำนวนและ

ตำแหน่งที่ก้อนอยู่ N (Lymph node) หมายถึง ต่อม้ำเหลืองที่มะเร็งลุกลามไป และ M (Distant metastasis) หมายถึง การแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น ๆ (พิชิต สิทธิไธรย์, 2562) ดังนี้

4.2.1 Tumor (T) หมายถึง ลักษณะก้อนมะเร็ง ที่รวมถึงขนาดและการรุกรานของก้อนเนื้อ ทั้งนี้ T ยังแบ่งย่อยตามความรุนแรงโรคที่เพิ่มขึ้นเป็น

Tx หมายถึง ไม่มีข้อมูลทางการแพทย์ของก้อนมะเร็ง

T0 หมายถึง ตรวจหาด้วยวิธีการทางการแพทย์แล้วไม่พบก้อนมะเร็ง

Tis หมายถึง เซลล์มะเร็งยังไม่รุกรานออกนอกเนื้อเยื่อชั้นเยื่อบุผิว (Preinvasive)

T1 หมายถึง ก้อนมะเร็งมีขนาด 2 เซนติเมตร

T2 หมายถึง ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่มากกว่า 2 เซนติเมตร แต่ไม่เกิน 4 เซนติเมตร

T3 หมายถึง ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่มากกว่า 4 เซนติเมตร

T4a หมายถึง ก้อนมะเร็งมีความรุนแรงในระดับปานกลางโดยลุกลามไปยังกระดูกเส้นประสาทบริเวณปากหรือใบหน้า

T4b: หมายถึง ก้อนมะเร็งมีความรุนแรงอย่างมากโดยลุกลามไปยังฐานกระโหลกศีรษะหรือหลอดเลือด Internal carotid artery

4.2.2 Regional lymph nodes (N) หมายถึง ต่อม้ำเหลืองที่อยู่ใกล้ก้อนมะเร็ง และแบ่งย่อยเป็น

NX หมายถึง ไม่มีข้อมูลทางการแพทย์

N0 หมายถึง โรคยังไม่ลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใกล้ก้อนมะเร็ง N1 หรือ N2 หรือ N3 หมายถึง จำนวนต่อมน้ำเหลือง ขนาดต่อมน้ำเหลือง การเกิดต่อมน้ำเหลืองข้างเดียว (ซ้ายหรือขวา) หรือทั้ง 2 ข้าง และตำแหน่งต่อมน้ำเหลืองที่โรคลุกลาม ทั้งนี้แสดงถึงการรุกราน/ลุกลามมากขึ้นตามลำดับตัวเลขที่เพิ่มขึ้น โดยมีรายละเอียดแตกต่างกันตามแต่ละชนิดของมะเร็งนั้น ๆ นอกจากนี้ มะเร็งบางชนิดอาจแบ่งย่อยแต่ละ N เป็น a, b, c ตามความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้น เช่น N1a N1b N1c เป็นต้น

N1 หมายถึง มีการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองขนาด 3 เซนติเมตร

N2 หมายถึง มีการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองขนาดมากกว่า 3 เซนติเมตร แต่ไม่เกิน 6 เซนติเมตร

N2a หมายถึง มีการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองขนาดมากกว่า 3 เซนติเมตร แต่ไม่เกิน 6 เซนติเมตร

N2b หมายถึง มีการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองหลายต่อมโดยมีขนาดมากกว่า 3 เซนติเมตร แต่ไม่เกิน 6 เซนติเมตร

N2c หมายถึง การลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณส่วนกลางขนาดไม่เกิน 6 เซนติเมตร

N3 หมายถึง มีการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองโดยมีขนาดมากกว่า 6 เซนติเมตร

4.2.3 Distant metastasis (M) หมายถึง การแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่น ๆ ทั่วตัว (ทั่วไปมักแพร่กระจายเข้ากระแสโลหิต ส่วนน้อยแพร่กระจายเข้าระบบน้ำเหลืองไปยังต่อมน้ำเหลือง หรือต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ห่างไกลจากก้อนมะเร็ง แบ่งย่อยเป็น

M0 หมายถึง ยังไม่มีโรคแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกาย

M1 หมายถึง มีโรคแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ แล้ว

4.2.4 การแบ่งแบบ Anatomic stage/prognostic groups

ระยะที่ I ได้แก่ T1N0M0 เนื้องอกมีขนาดไม่เกิน 2 ซม. และไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองหรืออวัยวะอื่น ๆ

ระยะที่ IB ได้แก่ T0N1miM0 หรือ T1N1miM0 นี่คือการระยะที่เนื้องอกมีขนาดเล็ก (T0 หรือ T1) และมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง (N1mi ซึ่งหมายถึงการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองเล็ก ๆ ที่ไม่เกิน 3 มม.) แต่ยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น (M0)

ระยะที่ IIA ได้แก่ T0N1M0, T1N1M0 หรือ T2N0M0 เนื้องอกในระยะนี้อาจมีขนาดไม่เกิน 2 ซม. (T0 หรือ T1) หรือขนาดไม่เกิน 2-4 ซม. (T2) โดยยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น แต่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่ไม่เกิน 3 มม. (N1)

ระยะที่ IIB ได้แก่ T2N1M0 หรือ T3N0M0 เนื้องอกในระยะนี้สามารถมีขนาด 2-4 ซม. (T2) หรือใหญ่กว่า 4 ซม. (T3) โดยที่ยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น (M0) แต่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง (N1)

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

Definition of TNM				Stage groupings		
Stage I	T1	Tumor $\leq$ 2 cm in greatest dimension without extraparenchymal extension	N0	N0- No regional lymph node metastasis	T1	N0 M0
Stage II	T2	Tumor $\geq$ 2 cm but not more than 4 cm in greatest dimension without extraparenchymal extension	N0	N0- No regional lymph node metastasis	T2	N0 M0
Stage III	T3	Tumor $\geq$ 4 cm and/or tumor having extraparenchymal extension	N1	N1- Metastasis in a single ipsilateral lymph node, $\leq$ 3 cm in greatest dimension	T3	N0 M0 T1 N1 M0 T2 N1 M0 T3 N1 M0
Stage IVA	T4a	Tumor invades skin, mandible, ear canal, and/or fascial nerve	N2	N2a- Metastasis in a single ipsilateral lymph node, $>$ 3 cm but $\leq$ 6 cm N2b- Metastasis in a multiple ipsilateral lymph node, none $>$ 6 cm N2c- Metastasis in a bilateral or contralateral lymph nodes, none $>$ 6 cm	T4a	N0 M0 T4a N1 M0 T1 N2 M0 T2 N2 M0 T3 N2 M0 T4a N2 M0
Stage IVB	T4b	Tumor invades skull base and/or pterygoid plates and/or encases carotid artery	N3	N3- Metastasis in a lymph node $>$ 6 cm in greatest dimension	T4b	Any N M0 Any T N3 M0
Stage IVC			M1		Any T	Any N M1

รูปภาพที่ 5 การแบ่งระยะของมะเร็งลิ้น

หมายเหตุ. จาก TNM Staging โดย Davis Nadakkavukaran, 2021

(<https://www.slideshare.net/slideshow/5-tnm-staging/245704993#9>)

4.3 การแบ่งระดับความรุนแรงของมะเร็งลิ้น

การให้ระดับของมะเร็งลิ้นขึ้นอยู่กับขนาดของการเติบโตของเซลล์มะเร็ง โดยนักพยาธิวิทยาจะดูตัวอย่างเซลล์มะเร็งภายใต้กล้องจุลทรรศน์เพื่อดูระดับของมะเร็ง สามารถแบ่งได้ 4 ระดับ ดังนี้

ระดับ 1 หรือเกรดต่ำ หมายถึง เซลล์มะเร็งมีลักษณะเหมือนเซลล์ปกติและมักจะเติบโตช้า

ระดับ 2 และ 3 หมายถึง เซลล์มะเร็งมีลักษณะแตกต่างจากเซลล์ปกติและมีการเจริญเติบโตเร็วกว่าเล็กน้อย

ระดับ 4 หรือระดับสูง หมายถึง เซลล์มะเร็งมีลักษณะแตกต่างจากเซลล์ปกติมากและอาจเติบโตเร็วกว่า

5. การรักษาโรคมะเร็งลิ้น

การรักษาโรคมะเร็งลิ้นขึ้นอยู่กับขนาดของเนื้องอก ตำแหน่ง หรือการแพร่กระจายของมะเร็ง โดยมีการรักษา คือ การผ่าตัด การฉายรังสีรักษา การให้ยาเคมีบำบัดและการใช้ยารักษาแบบจำเพาะ

เจาะจงต่อเซลล์มะเร็ง การให้รังสีรักษาจะเป็นการรักษาหลัก เช่น ระยะที่ 1 และ 2 การรักษาหลัก คือ การผ่าตัดหรือให้รังสีรักษาอย่างใดอย่างหนึ่ง ในขณะที่ระยะที่ 3 และ 4 นิยมใช้การผ่าตัดร่วมกับการฉายรังสี เพื่อให้มะเร็งหายขาด ในรายที่มีระยะของโรคมามากเกินกว่าที่จะรักษาให้หายขาดได้นั้น อาจต้องรับการผ่าตัดหรือการฉายรังสีเพื่อบรรเทาอาการ แพทย์อาจใช้วิธีใดวิธีหนึ่งในการรักษาหรืออาจใช้หลายวิธีร่วมกัน (จิระพงษ์ อังคะรา, 2561) ดังนี้

5.1 การผ่าตัดเป็นการรักษาตามมาตรฐานที่นิยม การผ่าตัดมะเร็งลึ้นนั้นขึ้นอยู่กับขนาดของก้อนมะเร็งหรือการกระจายตัวของมะเร็ง เป็นการนำเอาก้อนมะเร็งและเนื้อเยื่อรอบ ๆ ออก สำหรับผู้ป่วยที่มีก้อนเนื้อมะเร็งขนาดเล็กและยังไม่แพร่กระจายจะทำการผ่าตัดเพื่อนำเฉพาะก้อนเนื้อมะเร็งที่อยู่บริเวณลึ้นออกไป แต่ในกรณีที่ก้อนเนื้อมีขนาดใหญ่หรือแพร่กระจายไปส่วนอื่น แพทย์อาจต้องตัดบางส่วนของลึ้น เนื้อเยื่อข้างเคียง หรือต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียงออกไปด้วย บางกรณีแพทย์อาจต้องผ่าตัดนำเนื้อขนาดใหญ่ออกไป เพื่อให้เนื้ออกทั้งหมดถูกทำลาย ซึ่งอาจต้องนำผิวหนังหรือเนื้อเยื่อจากส่วนอื่นมาปิด และตกแต่งบริเวณแผล ซึ่งการผ่าตัดมะเร็งมีหลายวิธี ดังนี้

5.1.1 การผ่าตัดด้วยไฟฟ้า (Electro Surgery) เป็นวิธีการผ่าตัดก้อนเนื้ออกมะเร็งด้วยการใช้มีดหรือเข็มที่ต่อกับแหล่งกำเนิดไฟฟ้าแรงสูง เป็นการผ่าตัดร่วมกับช่วยให้เลือดแข็งตัวเร็ว มักใช้เป็นทางเลือกของการรักษามะเร็งที่ผิวหนัง ช่องปาก และทวารหนัก

5.1.2 การผ่าตัดด้วยความเย็น (Cryosurgery) เป็นวิธีการผ่าตัดโดยใช้สารตัวใดตัวหนึ่งใน 3 ตัว คือ 1) คาร์บอนไดออกไซด์ (Carbon dioxide) 2) ฟรีออน (Freon) 3) ไนโตรเจนออกไซด์ (Nitrogen Oxide) ทำลายเนื้อมะเร็งทั้งก้อนและเนื้อเยื่อก่อนที่จะเป็นมะเร็งโดยการแช่แข็ง (Deep freezing) ก้อนมะเร็งจะสลายหลุดออกทำให้เป็นแผล ซึ่งแผลจะหายไปใน 6 - 8 สัปดาห์ วิธีนี้ปัจจุบันใช้รักษามะเร็งผิวหนัง มะเร็งสมองบางชนิด มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งในช่องปาก และมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรีในระยะเริ่มต้น

5.1.3 การผ่าตัดด้วยสารเคมี (Chemosurgery) หรือเรียก Moh's Technique เป็นวิธีการรักษาแบบผสมผสานระหว่างการใช้มีดผ่าตัดกับสารเคมี วิธีการผ่าตัดจะผ่าตัดเป็นชั้น ๆ (Layer by Layer) หลักการผ่าตัด คือ การกระตุ้นเนื้อเยื่อตำแหน่งที่เป็นมะเร็งด้วยสารเคมี เป็นวิธีช่วยให้แพทย์เอาเนื้อเยื่อร้ายที่เฉพาะเจาะจงออก โดยทำลายเซลล์ปกติที่น้อยที่สุดและยังเป็นการป้องกันการเสียรูปลักษณะด้วย

5.1.4 การผ่าตัดด้วยเลเซอร์ (Laser) เป็นวิธีการใช้พลังงานจากความร้อนจากแสงเลเซอร์ฉายบนแผลหรือเนื้ออก หรือฉายแสงเลเซอร์ผ่านผิวหนังและเนื้อเยื่อไปยังตำแหน่งที่เป็นแผลหรือเป็นมะเร็ง พลังความร้อนจะทำลายเซลล์มะเร็ง เช่น มะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรี มะเร็งผิวหนัง เป็นต้น

5.1.5 การรักษาด้วยโฟโตไดนามิก (Photodynamic therapy) เป็นวิธีการรักษาด้วยการฉีดสารกัมมันตภาพรังสีเข้าทางหลอดเลือดดำภายใน 24 - 48 ชั่วโมง แล้วฉายแสงเลเซอร์บน

เซลล์มะเร็ง เซลล์มะเร็งจะเรืองแสงและตายในเวลาต่อมาวิธีนี้ใช้สำหรับการแยกการกระจายของมะเร็ง และตรวจการตอบสนองของเนื้องอกต่อการรักษาวิธีนี้ จะให้ผลดีในมะเร็งหลอดอาหารและในระยะลุกลาม ซึ่งช่วยลดอาการกลืนลำบาก

5.2 การฉายรังสีรักษา เป็นการใช้รังสีเพื่อกำจัดเซลล์มะเร็ง ใช้ในกรณีที่เนื้องอกมะเร็งมีขนาดใหญ่ หรืออยู่ในบริเวณที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เกิดมะเร็งบริเวณโคนลิ้น การฉายรังสีรักษาจะขึ้นอยู่กับตำแหน่ง ระยะของโรค และสภาพของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยขนาดของก้อนเนื้องอก การกระจายของเนื้องอกไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียงและการกระจายไปยังบริเวณอื่น ๆ การรักษาโดยการให้รังสีรักษา ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการปรึกษาทันตแพทย์ เพื่อดูแลสุขภาพช่องปากและฟันก่อนให้รังสีรักษา ซึ่งถ้าพบมีฟันผุมากทันตแพทย์มักต้องถอนฟันก่อน และจะเริ่มรังสีรักษาได้ต่อเมื่อแผลถอนฟันติดดีแล้ว เพื่อป้องกันแผลถอนฟันไม่ติดเรื้อรังส่งผลให้เกิดการอักเสบเรื้อรังของช่องปากและกระดูกกรามได้ การฉายรังสีรักษาใช้ระยะเวลาประมาณ 6 - 7 สัปดาห์ ฉายรังสีวันละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 5 วัน อาจมีการรักษาทางรังสีโดยการใส่แร่ ซึ่งจะมีข้อบ่งชี้รักษาได้เฉพาะผู้ป่วยบางรายเท่านั้น

เป้าหมายของการรักษาด้วยรังสีแบ่งตามระยะของโรคและเป้าหมาย ดังนี้

5.2.1 การรักษาเพื่อหวังผลหายขาด ใช้ในระยะที่ 1, 2, 3 และ 4 ที่ยังไม่มีการกระจายของโรคไปที่อื่น และมีการเป็นกลับขึ้นมาใหม่ภายหลังการรักษาไปแล้วมากกว่า 2 ปี

5.2.2 การรักษาเพื่อบรรเทาอาการ ใช้ในการรักษาโรกระยะที่ 4 ที่มีการกระจายของโรคไปที่อื่น และมีการเป็นกลับขึ้นมาใหม่ภายหลังการรักษาไปแล้วน้อยกว่า 2 ปี หรือมีการกระจายไปที่อื่นซึ่งการรักษาตามระยะสามารถแบ่งตามแนวทางเวชปฏิบัติ ดังนี้

1) Stage I/II รักษาโดยการฉายรังสี และติดตามอาการ

2) Stage III/IVA รักษาโดยเคมีบำบัดร่วมรังสีรักษาและเสริมด้วยเคมีบำบัดหรือรักษาด้วยการฉายรังสีอย่างเดียว และติดตามอาการ

3) Stage IVB-IVC รักษาแบบประคับประคองตามอาการ

5.3 การให้ยาเคมีบำบัด เป็นการให้ยาในหลายรูปแบบ เพื่อทำลายหรือยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง ซึ่งอาจเป็นการรับประทานยาหรือฉีดยาเข้าเส้นเลือดดำ โดยวิธีนี้มักใช้ร่วมกับการผ่าตัดหรือการฉายรังสีรักษา แต่ในผู้ป่วยบางรายที่ผ่าตัดและทำรังสีรักษาไม่ได้ ก็อาจใช้เคมีบำบัดเพียงวิธีการอย่างเดียวซึ่งมักเป็นกรณีการรักษาเพื่อประคับประคองและเช่นเดียวกับวิธีการรักษาอื่น ๆ การใช้เคมีบำบัดก็ต้องมีข้อบ่งชี้แตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละรายไม่เหมือนกัน โดยมักใช้ในระยะรุนแรงที่มีการกระจายของโรคหรือลุกลามสู่อวัยวะอื่น เช่น ตับ ปอด และกระดูกสันหลัง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น การกลับเป็นซ้ำของโรคหลังการรักษา (Recurrent) หรือในกรณีที่ผู้ป่วยไม่เคยได้รับการรักษาใด ๆ มาก่อนเลย จะเป็นการรักษาแบบผสมผสาน โดยยาเคมีบำบัดเข้าไปเป็นส่วนหนึ่ง

ของการรักษาแบบมาตรฐาน คือ การผ่าตัดหรือรังสีรักษา เพื่อลดความเจ็บป่วย หรือลดความพิการที่จะเกิดขึ้นหลังการผ่าตัด ช่วยให้เนื้อเยื่อบริเวณที่ถูกผ่าตัดออกลดลงหรือเก็บอวัยวะนั้นได้ ซึ่งมี 3 วิธี คือ

5.3.1 การให้เคมีบำบัดก่อนนำมาใช้ในการรักษาก่อนการผ่าตัด หรือ การฉายรังสี (Neoadjuvant chemotherapy: NAC) เพื่อทำลายเซลล์มะเร็งให้มีย้อนขนาดเล็กลงให้เหมาะสมกับการผ่าตัดหรือฉายรังสี

5.3.2 การให้เคมีบำบัดภายหลังการรักษาเฉพาะที่ เพื่อกำจัดเซลล์เล็ก ๆ ที่มีการกระจายออกนอกบริเวณโรคแล้ว (Adjuvant chemotherapy)

5.3.3 การให้เคมีบำบัดควบคู่กับการฉายแสง (Concomitant chemoradiotherapy) โดยมีวัตถุประสงค์เพิ่มประสิทธิภาพของการทำลายเซลล์มะเร็ง ซึ่งจะทำให้ควบคุมโรคบริเวณที่ให้รังสีรักษา และควบคุมการกระจายออกนอกบริเวณที่ให้รังสี

5.4 การใช้ยารักษาแบบจำเพาะเจาะจงต่อเซลล์มะเร็งเพื่อยับยั้งการเจริญเติบโตหรือการแพร่กระจายของมะเร็ง โดยการรักษาวิธีนี้มักใช้ร่วมกับเคมีบำบัดและรังสีรักษา

ในการรักษามะเร็งลิ้นมีแนวทางการรักษาตามระยะความรุนแรงของโรค ดังนี้

ระยะที่ 1 การผ่าตัดลิ้นหรือการฝังแร่/การใส่แร่ ทั้งนี้ขึ้นกับดุลพินิจของแพทย์

ระยะที่ 2 - 4 โรคยังไม่มีมีการแพร่กระจายสามารถผ่าตัดได้ แพทย์มักให้การรักษาด้วยการผ่าตัดก่อน หลังจากนั้นจึงรักษาต่อเนื่องด้วยรังสีรักษาหรือยาเคมีบำบัดตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

ระยะที่ 4 กลุ่มที่มีโรคแพร่กระจายแล้ว จะเป็นการรักษาประคับประคองตามอาการ ซึ่งแพทย์พิจารณาผู้ป่วยเป็นราย ๆ ไปตามแต่อาการของผู้ป่วย เช่น ยาแก้ปวด การใส่สายให้อาหารผ่านทางจมูกเข้าสู่กระเพาะอาหาร หรือใส่ท่อให้อาหารผ่านผนังหน้าท้องเข้ากระเพาะอาหารโดยตรงในกรณีกลืนไม่ได้

5.5 การผ่าตัดปลูกถ่ายเนื้อเยื่อศีรษะและบริเวณลำคอ เป็นการดูแลรักษาและแก้ไขให้อวัยวะและการทำหน้าที่ของอวัยวะนั้นกลับคืนมาใกล้เคียงหรือเป็นปกติดังเดิม โดยรักษาในกรณีที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติต่าง ๆ ของบริเวณศีรษะและลำคอทั้งชนิดที่เป็นมาแต่กำเนิด (Congenital anomalies) เช่น ปากแหว่ง (Cleft lip) การเกิดเนื้อเยื่อเจริญเติบโตผิดปกติ เป็นต้น และชนิดที่เกิดขึ้นภายหลัง (Acquire structure defects) จากความผิดปกติต่าง ๆ หรือจากโรคชนิดต่าง ๆ เช่น อุบัติเหตุ หรือในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาทางรังสี และเคมี ข้อดีของการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อ ได้แก่ เนื้อเยื่อประสานติดดี แผลหายเร็วขึ้น ปกปิดและเชื่อมต่ออวัยวะส่วนต่าง ๆ ให้แข็งแรงขึ้น รักษากลไกการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ให้มีประสิทธิภาพคงเดิม และรักษาภาพลักษณ์ไม่ให้ผิดปกติ นอกจากนี้การผ่าตัดปลูกถ่ายเนื้อเยื่อศีรษะและบริเวณลำคอควรคำนึงถึงอัตราความเสี่ยงของความผิดปกติ อัตราการตายหน้าที่ของอวัยวะ ราคาค่าใช้จ่าย และคุณภาพชีวิต ในกลุ่มผู้ป่วยที่แพทย์ที่ทำการรักษาแน่ใจว่ามีอัตราการตายค่อนข้างสูง อาจเป็นกลุ่มที่จะเลือกทำการผ่าตัดเท่าที่จำเป็น ในขณะที่กลุ่มที่อาจเกิด

ภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะการคั่งของเลือดและน้ำเหลือง (Hematoma or seroma) การแยกหรือเกิดรูรั่วของแผล (Fistula) แผลหายช้า (Delay healing) และปัญหาการติดเชื้อ (Infection) เป็นต้น แพทย์จำเป็นต้องวางแผนการรักษาเพื่อป้องกันและหาแนวทางแก้ไขไว้อีกก่อน ชนิดของการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อ การผ่าตัดเพื่อเสริมสร้างเนื้อเยื่อหรือโครงสร้างบริเวณศีรษะและลำคองนั้น จะมีหลายรูปแบบ ซึ่งชนิดต่าง ๆ ของการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อจะต้องเหมาะสมกับความผิดปกติของผู้ป่วย โดยจะพิจารณาทำจากชนิดที่นำไปถึงยากหรือทำหลายวิธีร่วมกันดังนี้ (ศรีสุนทรา เจริมวรพิพัฒน์, 2566)

1) ตัดอวัยวะส่วนนั้นออกไป โดยไม่ต้องเสริมโครงสร้างอื่น (No reconstruction) และทำการเย็บปิดปฐมภูมิ (Primary closure)

2) การปลูกถ่ายผิวหนัง (Skin grafts) แบ่งเป็น

- ผิวหนังที่นำมาบางส่วนของความหนา (Split thickness skin graft: STSG)

- ผิวหนังที่นำมาตลอดความหนา (Full thickness skin graft: FTSG)

ก) การปิดด้วยการปลูกถ่ายผิวหนังแบบปฐมภูมิ (Primary skin graft)

ข) การปิดด้วยการปลูกถ่ายผิวหนังแบบดีเลย์ (Delayed skin graft)

3) การปิดด้วยการปลูกถ่ายด้วยหนังแท้ (Dermal graft)

4) การปิดด้วยการปลูกถ่ายผิวหนังทับบนหนังแท้ (Dermal over grafting)

5) การปิดด้วยการปลูกถ่ายเยื่อบุช่องปาก (Mucosal graft)

6) การปิดด้วยการปลูกถ่ายเยื่อพังผืด (Fascial graft)

7) การปิดด้วยการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อแบบผสม (Composite graft)

8) การผ่าตัดเพื่อการฟื้นฟูหรือซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่เสียหาย (Flap surgery)

- ขั้นตอนการทำ Flap Surgery การเตรียมผู้ป่วยก่อนการทำ Flap Surgery ผู้ป่วยจะได้รับ การประเมินอย่างละเอียดเพื่อประเมินระดับการลุกลามของมะเร็ง การติดเชื้อ หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การตรวจเลือดและการตรวจรังสี (เช่น CT, MRI หรือ PET scan) ใช้เพื่อประเมินขนาดของเนื้องอกและตำแหน่งที่ต้องการการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อ (Mendenhall & Parsons, 2019)

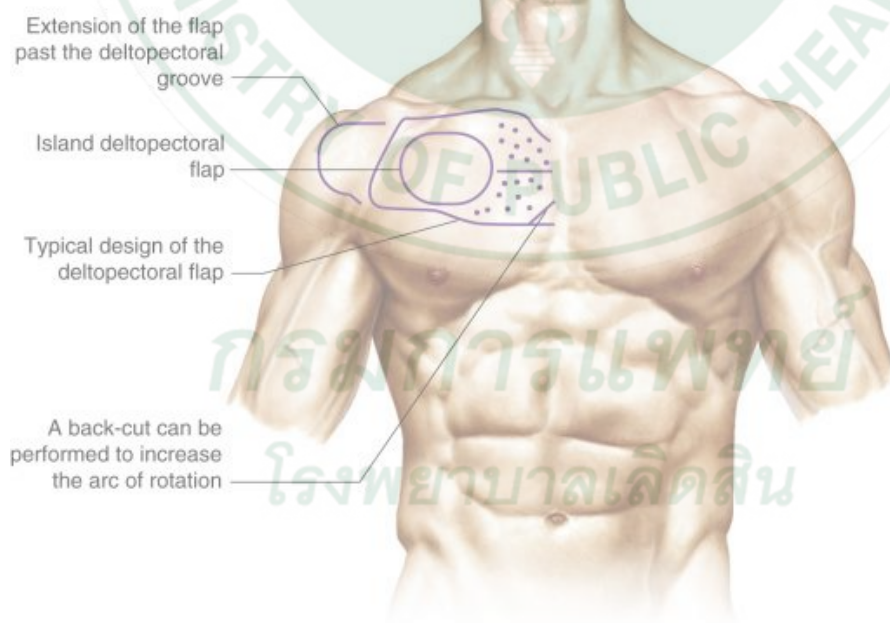
- ประเภทของ Flap ได้แก่ Pedicled flap ในกรณีนี้เนื้อเยื่อที่ถูกย้ายจะยังคงมีการเชื่อมต่อกับแหล่งหล่อเลี้ยงเลือด เช่น Flap ที่ใช้เนื้อเยื่อจากบริเวณใกล้เคียงในคอหรือด้านข้างของใบหน้า และ Free flap เนื้อเยื่อจะถูกตัดออกจากบริเวณอื่นของร่างกายและนำมาปลูกถ่ายไปยังพื้นที่ที่ได้รับการผ่าตัด โดยต้องทำการเชื่อมต่อหลอดเลือดและเส้นประสาทเพื่อให้เนื้อเยื่อได้รับการหล่อเลี้ยงและสามารถทำหน้าที่ได้ (Mendenhall & Parsons, 2019)

- การผ่าตัดและการปลูกถ่าย ในระหว่างการผ่าตัด แพทย์จะตัดเนื้องอกออกจากลิ้นและอาจตัดเนื้อเยื่อบางส่วนของช่องปากหรือคอที่ได้รับผลกระทบ การปลูกถ่าย Flap จะช่วยฟื้นฟูพื้นที่ที่สูญเสียไปและช่วยในการปิดแผลที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัด ในกรณีของ Free flap การเชื่อมต่อหลอดเลือด

เลือดและเส้นประสาทจะเป็นส่วนสำคัญเพื่อให้เนื้อเยื่อสามารถฟื้นฟูและทำงานได้ตามปกติ (Hinni & Arriaga, 2019)

- การฟื้นฟูหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในระยะหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อหรือการเสื่อมสภาพของ Flap และการฟื้นฟูจะต้องใช้เวลาในการเฝ้าดูและตรวจสอบการหล่อเลี้ยงเลือดใน Flap และการทำงานของเนื้อเยื่อที่ปลูกถ่าย โดยหลังจากการผ่าตัดและการฟื้นฟูในระยะเวลา 1 - 2 เดือน ผู้ป่วยจะเริ่มทำการบำบัดการพูดและการกลืนจากนักบำบัดทางการพูด (Speech Therapist) และทีมแพทย์ที่เกี่ยวข้อง (Hinni & Arriaga, 2019)

- ข้อดีของ Flap Surgery สามารถช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูเนื้อเยื่อที่เสียหายและปิดแผลได้อย่างมีประสิทธิภาพและช่วยรักษาฟังก์ชันการพูดและการกลืนในผู้ป่วยที่มีการสูญเสียเนื้อเยื่อในช่องปากหรือคอ แต่การทำ Flap Surgery ก็พบว่ามีข้อจำกัดโดยอาจเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อ การเสียเลือด หรือการไม่สามารถเชื่อมต่อหลอดเลือดและเส้นประสาทได้อย่างสมบูรณ์ การฟื้นฟูอาจใช้เวลานาน และต้องมีการติดตามอย่างใกล้ชิด (Wei & Mardini, 2020)



รูปภาพที่ 6 การปลูกถ่ายเนื้อเยื่อ (Tissue transfer)

หมายเหตุ. จาก Deltopectoral Flap and Internal Mammary Artery Perforator Flap

โดย Plasticsurgerykey, 2019 (<https://plasticsurgerykey.com/deltopectoral-flap-and-internal-mammary-artery-perforator-flap/>)

6. ภาวะแทรกซ้อนของมะเร็งลิ้น

มะเร็งลิ้นสามารถก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลายแบบ ดังนี้

6.1 กลืนลำบาก หากมีปัญหาในการกลืน แพทย์อาจให้ท่อสายสวนไปยังกระเพาะอาหารชั่วคราว เพื่อช่วยให้บริโภคอาหารได้ง่ายขึ้น

6.2 มีปัญหาในการพูด การใช้รังสีในการรักษาอาจทำให้ผู้ป่วยออกเสียงได้ไม่ชัดเจน ซึ่งเกิดจากรังสีส่งผลต่อเนื้อเยื่อข้างเคียง เช่น กล้ามเนื้อ กระดูก ลิ้น ฟัน และเพดานอ่อน เป็นต้น

6.3 อารมณ์เปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยอาจเกิดปัญหาทางด้านอารมณ์ในระหว่างที่กำลังป่วย โดยเฉพาะภาวะโรลเลอร์โคสเตอร์ (Roller coaster effect) ที่ทำให้ผู้ป่วยมีอารมณ์ขึ้น ๆ ลง ๆ อยู่บ่อยครั้ง บางรายจึงอาจเกิดภาวะซึมเศร้า หรือมีผลกระทบต่อจิตใจด้านอื่น ๆ ได้ด้วย

6.4 มะเร็งแพร่กระจายไปบริเวณอื่น มะเร็งลิ้นในระยะลุกลามอาจนำไปสู่การแพร่กระจายไปยังบริเวณอวัยวะอื่น ๆ ในร่างกาย

7. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีควรได้รับความรู้และทักษะการดูแลช่องปากด้วยตนเองตั้งแต่ในระยะก่อนรับการรักษา เพื่อเป็นการคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพในช่องปากที่ดี อีกทั้งลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนภายในช่องปาก ในขณะการรักษานั้นนอกจากต้องดูแลช่องปากอย่างถูกต้องแล้ว ผู้ป่วยจำเป็นต้องทราบถึงวิธีการจัดการกับภาวะเยื่อช่องปากอักเสบด้วย เพื่อชะลอความรุนแรงของอาการให้ช้าลง และเมื่อสิ้นสุดการรักษา ผู้ป่วยยังต้องทราบถึงการดูแลช่องปากที่ถูกต้องเพื่อส่งเสริมการฟื้นหายของเยื่อภายในช่องปาก ซึ่งส่งผลต่อการหายจากภาวะเยื่อช่องปากอักเสบได้อย่างรวดเร็ว

7.1 การประเมินช่องปาก เป็นขั้นตอนหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการวางแผนในการดูแลช่องปากและเป็นส่วนสำคัญในการป้องกัน ดูแลรักษาภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ โดยผู้ป่วยสามารถประเมินช่องปากได้ด้วยตนเองทุกวันเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของเยื่อช่องปาก การอักเสบ การเกิดแผลและการติดเชื้อภายในช่องปากเพื่อรับการดูแลรักษาได้อย่างทันท่วงที ส่งผลให้ระดับความรุนแรงระยะเวลาของการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ และโอกาสการติดเชื้อในช่องปากลดลง

7.2 การแปรงฟัน สามารถช่วยลดคราบน้ำลาย ปริมาณของเชื้อแบคทีเรียในช่องปากได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในช่องปาก เช่น ฟันผุ เหงือกอักเสบ และการติดเชื้อรุนแรงในช่องปาก

7.3 การบ้วนปาก เป็นวิธีการที่ทำให้คราบน้ำลายหรือเศษอาหารต่าง ๆ ที่ติดในช่องปากหลุดออก นอกจากนั้นยังช่วยเพิ่มความชุ่มชื้นแก่เยื่อผิวในช่องปาก สารละลายบ้วนปากที่นำมาใช้กับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงของการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบนั้น ต้องเป็นน้ำยาบ้วนปากที่ไม่ทำให้เกิด

การระคายเคืองและไม่ทำให้ช่องปากแห้งมากขึ้น ได้แก่ น้ำเกลือ 0.9 % หรือสารละลายโซเดียมไบคาร์บอเนต

7.4 การเพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปาก เพื่อลดการระคายเคืองและการบาดเจ็บต่อ เยื่อบุช่องปาก ดังนี้

7.4.1 ผู้ป่วยควรดื่มน้ำอย่างเพียงพออย่างน้อย 2 ลิตร/วัน ในกรณีที่ไม่มีข้อห้าม โดยการจิบน้ำบ่อย ๆ ระหว่างวันเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปาก

7.4.2 ทาวาสลินบริเวณริมฝีปากระหว่างวันเพื่อป้องกันริมฝีปากแห้งแตกเป็นแผล

7.4.3 หากน้ำลายแห้งมาก ให้อมลูกอมหรือหมากฝรั่งที่มีน้ำตาลน้อยเพื่อกระตุ้นการหลั่งของน้ำลายหรือใช้น้ำลายเทียมตามแผนการรักษาของแพทย์

7.5 การจัดการความเจ็บปวดในช่องปาก ผู้ป่วยที่มีภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบส่วนใหญ่มักมีความเจ็บปวดในช่องปากร่วมด้วย ความเจ็บปวดนี้กระทบต่อการกลืนอาหารที่ลำบากมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารลดลงนำไปสู่การมีภาวะทุพโภชนาการ

7.6 การให้คำปรึกษาทางโภชนาการเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอระหว่างการรักษา โดยแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้ครบและเพียงพอทั้ง 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ ไข่ นม เป็นต้น ควรมีนักโภชนาการให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่มีประโยชน์เพื่อให้ได้รับพลังงานและสารอาหารที่ครบถ้วนและเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยการปรับปริมาณและลักษณะของอาหารทดแทนได้ตามความเหมาะสม เช่น อาหารอ่อน ข้าวต้ม โจ๊ก อาหารเหลว อาหารปั่น และอาหารเสริมทางการแพทย์ หากผู้ป่วยมีปัญหารับประทานอาหารได้ลดลง แนะนำให้รับประทานอาหารเสริมที่ให้พลังงานและคุณค่าสูง หากผู้ป่วยรับประทานอาหารและน้ำได้ลดลงหรือมีภาวะทุพโภชนาการ ควรปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้เพื่อได้รับการพิจารณาการให้สารอาหารทางอื่น เช่น การให้อาหารทางสายยางผ่านทางจมูก (Nasogastric tube; NG tube) การให้อาหารทางสายยางผ่านทางกระเพาะอาหาร (Percutaneous endoscopic gastrostomy PEG) เพื่อให้ได้รับสารอาหารที่เพียงพอจนกว่าผู้ป่วยจะสามารถรับประทานอาหารทางปากได้เอง (วันทกานต์ ราชวงศ์, 2559)

8. ปัจจัยที่เกี่ยวกับภาวะโภชนาการในผู้ป่วย

ปัญหาเกี่ยวกับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้มักพบปัญหาทุพโภชนาการ เนื่องด้วยสาเหตุและปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ การจัดการกับปัญหาภาวะโภชนาการของผู้ป่วยกลุ่มนี้ พยาบาลมีบทบาทอิสระตั้งแต่การประเมินภาวะโภชนาการเพื่อคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาโภชนาการและโภชนบำบัดที่เหมาะสมกับโรคและอาการ อีกทั้งมีการประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น (บุปผา นันมา และ รุ่งระวี นาวิเจริญ, 2558)

8.1 ผลจากโรคมะเร็งลิ้น โดยพบว่าตำแหน่งและขนาดของก้อนมะเร็งที่โตไปอุดตันทางเดินอาหารหรือขัดขวางการกลืนอาหาร ซึ่งก้อนมะเร็งที่เกิดขึ้นบริเวณศีรษะและคอด้านนั้นเป็นการเจริญเติบโตผิดปกติของเซลล์ร่างกาย เมื่อก้อนมีขนาดโตขึ้นจะส่งผลกระทบต่อกระบวนการเคี้ยว กลืน และย่อยอาหาร เนื่องจากมีอาการเจ็บปวดในช่องปาก ฟัน และเหงือกซึ่งมีสาเหตุจากตัวโรคและการรักษา ส่งผลกระทบต่อกรกลืนอาหารลงสู่หลอดอาหารและกระเพาะอาหาร

8.2 พฤติกรรมการรับประทานอาหารลดลง ผู้ป่วยมะเร็งต้องการพลังงานและสารอาหารไม่แตกต่างจากคนปกติทั่วไป แต่มีการกินได้น้อยลงเนื่องจากมีอาการข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน เจ็บปากและคอ น้ำลายแห้ง กลืนลำบาก ทำให้เบื่ออาหาร ทำให้ไม่ยอมรับประทานอาหาร หรือรับประทานอาหารได้น้อยส่งผลให้ร่างกายได้รับพลังงานและสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

8.3 การเปลี่ยนแปลงเมตาบอลิซึม ผู้ป่วยมะเร็งมีหลังสารเคมีที่มีผลโดยตรงต่อกระบวนการเมตาบอลิซึมของร่างกาย เช่น Lipid metabolizing factor (LMF) Proteolysis - inducing factor (PIF) ทำให้มีการสลายและสังเคราะห์โปรตีน ไขมัน และคาร์โบไฮเดรตในร่างกายผิดปกติและไม่ได้สัดส่วนกัน และในคนปกติจะมีการสูญเสียพลังงานในขณะพัก (Resting energy expenditure) ประมาณร้อยละ 70 และใช้พลังงานในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ประมาณร้อยละ 25 พลังงานในการย่อยอาหารร้อยละ 5 แต่ในผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวจากโรคมะเร็งจะมีการเผาผลาญพลังงานเพิ่มมากขึ้นกว่าคนปกติ ทำให้การนำพลังงานและสารอาหารมาใช้ได้ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

8.4 การรักษาโรคมะเร็งศีรษะและคอด้วยรังสีรักษา ซึ่งรังสีจะทำลายเซลล์มะเร็งและเนื้อเยื่อปกติของอวัยวะใกล้เคียง ผลข้างเคียงจากรังสีทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปากและคอ เยื่อช่องปากอักเสบ น้ำลายแห้ง ต่อมรับรสรับกลิ่นถูกทำลาย เกิดภาวะเบื่ออาหารกลืนอาหารลำบาก ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวและเกิดภาวะทุพโภชนาการตามมา

8.5 สภาพจิตใจที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและการรักษา การเปลี่ยนแปลงความชอบหรือไม่ชอบใจ หงุดหงิด ไม่พอใจกลิ่น รสชาติ ชนิดของอาหาร รวมทั้งความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็น อารมณ์ซึมเศร้า กลัว ท้อแท้ สิ้นหวัง ทำให้รู้สึกเบื่ออาหารรับประทานอาหารได้ลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะขาดสารอาหารตามมา

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาของบุปผา นันมา และรุ่งระวี นาวีเจริญ (2558) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ร้อยละ 47.9 มีภาวะโภชนาการด้านการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวโดยมีน้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 10 อาการที่พบมากที่สุด คือ ร้อยละ 94.2 มีอาการแผลในปากและสูญเสียการรับรสชาติอาหาร มีการสะสมของไขมันและมวลกล้ามเนื้อลดลงในระดับปานกลางทั้งเพศชายและหญิง

โดยปัจจัยปริมาณรังสีที่ได้รับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะโภชนาการด้านการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวและด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะโภชนาการด้านการสะสมของไขมันและมวลกล้ามเนื้ออย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาทุกรายมีภาวะโภชนาการเปลี่ยนแปลง จึงควรได้รับการประเมินภาวะโภชนาการตั้งแต่ระยะเริ่มการรักษา ระหว่างรักษา และสิ้นสุดการรักษาทุกราย

9. ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of Unpleasant Symptoms)

ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์เป็นทฤษฎีระดับกลาง กล่าวถึงอาการไม่พึงประสงค์ หมายถึง อาการที่บุคคลต้องเผชิญอย่างน้อย 1 อาการ ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นนั้นจะส่งผลซึ่งกันและกัน และมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันด้วย กล่าวคือ เมื่อมีอาการหนึ่งเกิดขึ้น จะทำให้มีอาการอื่นตามมาด้วยเสมอหรือส่งเสริมให้อาการที่เกิดขึ้นอยู่มีความรุนแรงขึ้น ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการที่สำคัญ ได้แก่ อาการ (Symptom) ปัจจัยที่มีผลต่ออาการ (Influencing factors) และผลจากการเกิดอาการ (Consequences of the symptom experience) (Lenz, 1997) ดังนี้

9.1 อาการ (Symptom)

ทฤษฎีได้อธิบายถึงประสบการณ์การเกิดอาการ (Symptom experience) ว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลถึงการเปลี่ยนแปลงของการทำหน้าที่ตามปกติ อาการมักเกิดขึ้นหลายอาการเสมอ อาการที่เกิดขึ้นมักมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เรียกว่า กลุ่มอาการ (Symptom cluster) ประกอบด้วย 4 มิติ ดังนี้

1) มิติด้านความรุนแรง (Intensity) หมายถึง ความรุนแรง (Severity) ความเข้มข้นของอาการ (Strength) หรือจำนวนของอาการ (Amount of symptom) เป็นลักษณะของอาการที่ผู้ป่วยสามารถบอกระดับความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นได้ เช่น “ระดับการปวดมากแค่ไหน” “มีอาการเหนื่อยล้าระดับใด” เป็นต้น

2) มิติด้านเวลา (Time) หมายถึง ระยะเวลาความถี่ของการเกิดอาการ (Intermittent) หรือช่วงเวลาของการเกิดอาการ (Duration) ที่เกิดขึ้นเป็นระยะ ๆ ต่อเนื่องยาวนาน หรือเรื้อรังแต่แตกต่างกันในระดับของความรุนแรง มิติด้านเวลานี้รวมถึงช่วงเวลาของอาการที่เกิดขึ้นที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม เช่น การเวียนศีรษะ คลื่นไส้ สอดคล้องกับอาหารที่รับประทาน

3) มิติด้านคุณภาพ (Quality) หมายถึง การให้ความหมายของผู้ป่วยต่ออาการที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะบรรยายความรู้สึกของอาการออกมาเป็นคำพูดที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น รู้สึกปวดเหมือนถูกทุบ ถูกตำหรือปวดแสบ ๆ อาการหายใจลำบากสามารถอธิบายด้วยความรู้สึกว่า “เหมือนกำลังถูกรถทับจากการหายใจไม่ออก” เป็นต้น คุณภาพของอาการที่พบขึ้นกับตำแหน่งของการรับรู้ความรู้สึกช่วยบอกความแตกต่างของที่เกิดขึ้นได้ รวมไปถึงการที่สามารถบรรเทาอาการนั้นได้ เช่น อาการอ่อนล้าจะดีขึ้น

ด้วยการพักผ่อน ซึ่งนำมาใช้ในการวินิจฉัยพยาธิสภาพของโรคที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการและสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในตั้งข้อวินิจฉัยในการรักษาและการพยาบาล

4) มิติด้านความทุกข์ทรมาน (Distress) หมายถึง ความรู้สึกกังวลเป็นทุกข์ที่รบกวนจิตใจและความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย มีความแตกต่างกันตามการให้ความหมายของอาการในแต่ละบุคคล โดยมีการรายงานด้านความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากอาการ ซึ่งจะส่งผลต่อการหาวิธีการรักษา หรือการทำให้ภาวะเจ็บป่วยดีขึ้น ซึ่งมิตินี้ช่วยทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด

9.2 ปัจจัยที่มีผลต่ออาการ (Influencing factors)

เป็นสิ่งที่มียอิทธิพลต่อประสบการณ์อาการ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านสรีรวิทยา (Physiologic factors) ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factor) และปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situation factors)

1) ปัจจัยด้านสรีรวิทยา (Physiologic factors) สภาพร่างกายและสรีรวิทยาที่สะท้อนให้เห็นถึงอาการที่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์การเกิดอาการ (Physiologic factors) ได้แก่ โครงสร้างร่างกาย พยาธิสรีรวิทยา การได้รับอาหาร น้ำ การพักผ่อน กรรมพันธุ์ การรักษา พยาธิสรีรวิทยาของโรค ระยะการดำเนินโรค ระยะการเจ็บป่วย กระบวนการอักเสบ หรือการบาดเจ็บ เป็นต้น

2) ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factor) เป็นการตอบสนองของสภาวะด้านจิตใจและอารมณ์ของบุคคลต่อความเจ็บป่วย ระดับของความไม่แน่นอน ความรู้เกี่ยวกับอาการ และการให้ความหมาย ของการเจ็บป่วย ซึ่งส่งผลต่ออาการทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ความรุนแรง (Intensity) ระยะเวลา (Timing) ความทุกข์ทรมาน (Distress) และคุณภาพ (Quality)

3) ปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situation factors) บริบทที่เกี่ยวข้องต่อประสบการณ์การมีอาการของบุคคล ทั้งสิ่งแวดล้อมทางสังคม และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สถานการณ์ทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม สถานภาพการทำงาน สถานภาพของครอบครัว และการแต่งงาน สถานบริการสุขภาพ ส่วนสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ความร้อน ความชื้น เสียง แสง และคุณภาพของอากาศ ปัจจัยทั้ง 3 ด้าน มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และมีอิทธิพลต่อประสบการณ์อาการในทุกมิติ

9.3 ผลจากการเกิดอาการ (Consequences of the symptom experience)

องค์ประกอบสุดท้ายในแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ คือ การทำกิจกรรม (Performance) ซึ่งเป็นผลลัพธ์และเป็นผลจากอาการ ซึ่งประกอบไปด้วย กิจกรรมด้านการทำหน้าที่ของบุคคล (Functional performance) และกิจกรรมทางด้านความคิด (Cognitive performance)

1) กิจกรรมการทำหน้าที่ของบุคคล (Functional performance) การปฏิบัติเป็นผลจากประสบการณ์การมีอาการ ประกอบด้วย การปฏิบัติหน้าที่ด้านร่างกาย (Physical activity) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living) การมีส่วนร่วมในสังคม (Social activities and interaction) และการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ (Role performance) เช่น การทำหน้าที่ด้านการทำงาน เป็นต้น

2) การกระทำทางด้านความคิด (Cognitive performance) การปฏิบัติหน้าที่ด้านกระบวนการคิด ได้แก่ การมีสมาธิ (Concentrating) การคิด (Thinking) หรือการแก้ปัญหา (Problem - solving) ผลที่ตามมาจากการเกิดอาการแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างจำนวนมากของอาการว่า เมื่ออาการรุนแรงมากขึ้นทำให้ภาวะสุขภาพแย่ลง บทบาทการทำหน้าที่ลดน้อยลง การทำหน้าที่ด้านความคิดน้อยลง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงและความสามารถในการทำหน้าที่น้อยลงไปด้วย โดยปัจจัยที่มีผลต่ออาการทั้ง 3 ด้าน มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และมีอิทธิพลต่อประสบการณ์อาการทุกมิติ ซึ่งผลที่ตามมายังส่งผลย้อนกลับไปยังประสบการณ์อาการ

พยาบาลและทีมสุขภาพควรประเมินอาการของผู้ป่วยให้ครบทุกมิติทั้งในเรื่องความรุนแรงของอาการ (Intensity) เวลาที่เกิดอาการ (Time) ลักษณะหรือคุณภาพของอาการ (Quality) และความทุกข์ทรมานจากอาการ (Distress) ร่วมกับการประเมินปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นข้อมูลเหล่านี้ช่วยให้พยาบาลและทีมสุขภาพดำเนินการให้การช่วยเหลือ ป้องกันและจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและสนับสนุนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 3

การพยาบาล และทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา

ทฤษฎีการพยาบาลที่จะนำมาประยุกต์ใช้กับกรณีศึกษาในการศึกษาผู้ป่วยเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้แพร่กระจายไปในอวัยวะช่องปาก ใส่ท่อหลอดลมคอ และสายให้อาหารทางหน้าท้อง ผู้เขียนได้นำแนวคิดที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการพยาบาล ดังนี้

1. แนวคิดและหลักการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม
2. การใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process)
3. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม
4. กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของมาร์จอรี กอร์ดอน

1. แนวคิดและหลักการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม

ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้กำหนดคำนิยามของสุขภาพ หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล โดยปัญญา หมายถึง ความรู้ทั่ว รู้เท่าทัน และความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่

จากแนวคิดที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่า สุขภาพมีลักษณะเป็นองค์รวม ทุกส่วนเกี่ยวข้องกัน และมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับแนวคิดของคราเวนและไฮร์เนล (Craven & Hirnle, 2002 : อ้างถึงใน นงนภัทร รุ่งเนย, 2559) ดังรูปที่ 7



ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

รูปภาพที่ 7 ความเกี่ยวพันขององค์รวม

หมายเหตุ. จาก การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม = Health assessment : a holistic approach โดย นงนภัทร รุ่งเนย, 2559, โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนกกระทรวงสาธารณสุข.

กล่าวได้ว่า สุขภาพแบบองค์รวม (Holistic health) หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีความสามารถในการทำหน้าที่ทั้งด้านชีวจิตสังคมและจิตวิญญาณ โดยเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างผาสุก มิได้จำกัดอยู่เพียงปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น สุขภาพมีลักษณะเป็นองค์รวม ปฏิภาณความสัมพันธ์ระหว่างร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ และความสัมพันธ์ดังกล่าวต้องอยู่ในภาวะสมดุล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของสุขภาพ สุขภาพทุกมิติเป็นระบบที่เชื่อมโยงเกี่ยวข้องกัน ปัจจัยต่าง ๆ มีผลกระทบต่อบรรยากาศของระบบสุขภาพต้องมุ่งเน้นเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของคนทั้งมวล และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย ในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อประโยชน์ของบุคคล ชุมชน และสังคม

1.1 ความหมายของการประเมินสุขภาพ

การประเมินสุขภาพ (Health assessment) เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ใช้บริการต้องอาศัยทักษะและประสบการณ์หลายด้าน ทั้งด้านความรู้เกี่ยวกับโรค และกลุ่มอาการต่าง ๆ ความสามารถในการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การสืบค้นข้อมูลต่าง ๆ การวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการดูแลผู้ป่วย และต้องอาศัยทักษะในการสร้างสัมพันธภาพและการคิดวิเคราะห์ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ถูกต้องและตรงกับความเป็นจริง พยาบาลต้องใช้ทั้งคุณธรรม จริยธรรม ความรู้เจตคติ และการปฏิบัติ คำนึงถึงความเป็นองค์รวมของบุคคล

การประเมินสุขภาพ เป็นการกำหนดภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ หรือความต้องการความช่วยเหลือที่สามารถกระทำได้ ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญและเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล การประเมินสุขภาพของบุคคล จำเป็นต้องประเมินสภาวะทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณพร้อมกันไป

1.2 หลักการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม

การประเมินสุขภาพเป็นทักษะพื้นฐานทางคลินิกซึ่งมีความสำคัญมาก ประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินสุขภาพ มีดังนี้

1.2.1 การซักประวัติหรือสัมภาษณ์ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการตัดสินใจระดับสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ซึ่งการประเมินต้องครอบคลุมข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัวและปัญหาทางพันธุกรรม ข้อมูลด้านจิตสังคม ตลอดจนอาการที่ปกติและผิดปกติของระบบต่าง ๆ

1.2.2 การตรวจร่างกาย เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการแสดงต่าง ๆ ที่บ่งชี้ถึงความผิดปกติทางกาย ตลอดจนอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วย นอกเหนือจากการสัมภาษณ์ ซึ่งกระบวนการตรวจร่างกาย ประกอบด้วย การตรวจลักษณะทั่วไป และการตรวจร่างกายตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า หรือตรวจร่างกายตามระบบ

1.2.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ ได้แก่ เลือด ปัสสาวะ สารคัดหลั่ง และอื่น ๆ เพื่อใช้ในการวินิจฉัยโรค

1.3 การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม

เป็นการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ทั้งด้านสุขภาพทางกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1.3.1 การประเมินสุขภาพทางกาย หมายถึง การตรวจสุขภาพโดยทั่วไป การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1.3.2 การประเมินสุขภาพทางจิตสังคมและจิตวิญญาณ เป็นการประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยการสังเกต การสัมภาษณ์ การตรวจส่วนต่าง ๆ ซึ่งต้องอาศัยทักษะในการ สร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร เพื่อให้เกิดความไว้วางใจในสภาพจิตใจ แบ่งเป็น 2 ประเภท

1.3.2.1 การประเมินด้านจิตสังคม (Psychosocial assessment) เป็นการประเมินสุขภาพด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมด้วยวิธีการสัมภาษณ์ การสังเกตพฤติกรรม และการประเมินด้านสังคมเป็นการประเมินผลกระทบทางจิตที่เกี่ยวข้องกับสังคม

1.3.2.2 การประเมินด้านจิตวิญญาณ (Spiritual assessment) การประเมินสุขภาพด้านจิต วิญญาณ เป็นการประเมินลักษณะภายในที่มีผลต่อการแสดงออก ควรประเมินร่วมกับข้อมูลด้านจิตสังคม อาจใช้ The FICA method ของคริสตินา พูชาลสกี (Christina Puhalski) (Puchalski et al., 2014) ดังนี้

F (Faith and belief) เป็นการประเมินความศรัทธาและความเชื่อ

I (Importance/influence) สิ่งสำคัญในความเชื่อในชีวิตของบุคคล

C (Community) ประเมินการมีส่วนร่วมในชุมชน

A (Address in care) ประเมินความต้องการของผู้ป่วยที่จะต้องการความช่วยเหลือ

2. การใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process)

กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล การใช้กระบวนการพยาบาล เป็นการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการเป็นรายบุคคลแบบองค์รวมตามแนวทางวิทยาศาสตร์ และเป็นการนำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติบนพื้นฐานของการใช้เหตุผล การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาล สร้างความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานมากขึ้น การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล เป็นการสร้างมาตรฐานคุณภาพทางการพยาบาล (อรนันท์ หาญยุทธ, 2557) ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ 5 ขั้นตอน คือ

2.1 การประเมิน (Assessment)

การประเมินเป็นขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ใช้บริการอย่างเป็นระบบ เพื่อค้นหาปัญหาหรือความต้องการของผู้ใช้บริการ โดยพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการ ครอบครัว และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง กิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติในขั้นตอนนี้ ประกอบด้วย การจำแนกปัญหา (Problem recognition) และการรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยเนื้อหา (Content) ของข้อมูล และกระบวนการ (Process) ของการได้รับข้อมูล ชนิดของข้อมูลมีทั้งข้อมูลเชิงนามธรรม (Subjective data) ซึ่งเป็นคำบอกเล่าหรือบรรยายถึงความต้องการ ความรู้สึก ความเชื่อ การรับรู้ และข้อมูลเชิงรูปธรรม (Objective data) เป็นข้อมูลที่สามารถสังเกตหรือวัดได้ด้วยวิธีการต่าง ๆ ตามปกติแล้วข้อมูลเชิงนามธรรมและรูปธรรม มักจะสอดคล้องกัน เมื่อพยาบาลพบผู้ใช้บริการเป็นครั้งแรก อาจต้องประเมินผู้ใช้บริการโดยเฉพาะในส่วนที่เป็นปัญหาสำคัญ และรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องเฉพาะเจาะจงกับเรื่องนั้น ๆ และรวบรวมข้อมูลเรื่องอื่น ๆ เพิ่มเติมภายหลัง ดังนั้นจึงอาจต้องใช้เวลาในการรวบรวมข้อมูลหลายครั้งจึงจะสมบูรณ์

วิธีการรวบรวมข้อมูลมีหลายวิธีซึ่งมักใช้ร่วมกัน ได้แก่ การสังเกต การซักประวัติ การสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น เมื่อได้ข้อมูลต่าง ๆ มาแล้วพยาบาลต้องตรวจสอบความตรง (Validity) ของข้อมูลร่วมกับผู้ใช้บริการ พร้อมทั้งทำความเข้าใจในข้อมูลที่ยังไม่ชัดเจนหรือคลุมเครือ

2.2 การวินิจฉัย (Diagnosis)

การวินิจฉัยปัญหา เป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ ที่รวบรวมได้ โดยอาศัยทักษะการตัดสินใจทางคลินิก (Clinical judgment) การคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Clinical thinking) ความสามารถย้อนรำลึก และนำความรู้ที่เกี่ยวข้องมาใช้แปลข้อมูล ซึ่งความรู้ทางคลินิก (Clinical Knowledge) เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้พยาบาลไวต่อข้อสำคัญ หรือนัยของข้อมูล ช่วยให้เข้าใจข้อมูลและความสัมพันธ์ของข้อมูลที่ประกอบกันเป็นปัญหาของผู้ใช้บริการ

การวินิจฉัยปัญหา เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย การประมวลข้อมูล (Data processing) การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การตรวจสอบข้อวินิจฉัย (Validation) และการบันทึกข้อวินิจฉัย (Documentation) การประมวลข้อมูลเป็นขั้นตอนการจัดหรือแยกประเภท (Classification) ของข้อมูลให้เป็นระบบ แปลความหมาย (Interpretation) โดยระบุข้อมูลที่สำคัญเปรียบเทียบกับมาตรฐานหรือบรรทัดฐาน จัดกลุ่มข้อสำคัญ หรือนัยสำคัญ และสรุปลงความเห็นตามหลักการของเหตุผล นอกจากนี้ยังต้องมีการตรวจสอบความตรง (Validation) ของการแปลข้อมูลดังกล่าวให้ตรงกับความเป็นจริง โดยอาจตรวจสอบกับผู้ใช้บริการหรือครอบครัว ปรีกษาหารือกับบุคลากรอื่น หรือเปรียบเทียบกับแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เช่น ตำรา วารสาร การตรวจสอบดังกล่าว จะช่วยป้องกัน

ความผิดพลาด และช่วยให้ทราบถึงข้อมูลที่ต้องการเพิ่มเติม ลักษณะของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับแนวคิด หรือทฤษฎีที่ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล อย่างไรก็ตาม ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจะเป็นประโยชน์ในการสื่อสารระหว่างพยาบาล เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ และผู้ใช้บริการ รวมทั้งให้แนวทางในการเลือกวิธีการบำบัดและการประเมินผลการพยาบาล

2.3 การวางแผน (Planning)

การวางแผน เป็นขั้นตอนของการพัฒนากลยุทธ์ เพื่อป้องกัน บรรเทา หรือแก้ไขปัญห ที่วินิจฉัยไว้ประกอบด้วยการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การตั้งเป้าหมายและการเลือกวิธีการบำบัด เพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น

ผู้ใช้บริการแต่ละรายมักมีปัญหาที่ต้องการการพยาบาลหลายปัญหา แต่ในทางปฏิบัติ อาจไม่จำเป็นต้องแก้ไขปัญหในเวลาเดียวกัน จึงต้องมีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ซึ่งสามารถ พิจารณาจากอันตรายที่จะเกิดแก่ผู้ใช้บริการ หรือลำดับความต้องการของมนุษย์ กล่าวคือ ปัญหา ที่คุกคามหรือเป็นอันตรายต่อชีวิตมาก หรือปัญหาที่เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ควรมี ความสำคัญลำดับต้น ๆ นอกจากนี้ควรพิจารณาปัจจัยสำคัญอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ภาวะสุขภาพโดยรวม ของผู้ใช้บริการ เวลา บุคลากร และแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ค่าใช้จ่าย และการประสานการดูแล

การตั้งเป้าหมาย (Goal) จะช่วยให้พยาบาลสามารถเลือกวิธีการบำบัด และประเมินผล ความก้าวหน้าของผู้ใช้บริการได้อย่างเหมาะสม เป้าหมายของการพยาบาลมี 2 ลักษณะ คือ เป้าหมาย ระยะสั้น (Short - term goal) ซึ่งบรรลุได้ในเวลาอันรวดเร็ว เป้าหมายระยะยาว (Long - term goal) ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ต้องใช้เวลายาวนาน หรืออาจเป็นเป้าหมายโดยรวมของการดูแลทั้งหมด

ลักษณะเป้าหมายของการพยาบาล ควรเป็นเป้าหมายเชิงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ (Client outcome) มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ใช้บริการแต่ละรายเป็นไปได้จริง บรรลุได้ และวัดได้ ในขั้นตอนของการวางแผน ยังต้องมีการเลือกวิธีการบำบัด (Intervention) กิจกรรม (Activity) และการปฏิบัติ (Action) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ สำหรับปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว การบำบัดมักมุ่งไปที่ การขจัดหรือลดผลกระทบจากสาเหตุของปัญหาเหล่านั้น ส่วนในปัญหาที่ยังไม่ปรากฏแต่มีโอกา สจะเกิดขึ้น การบำบัดของพยาบาลมักมุ่งที่การประเมินภาวะของผู้ใช้บริการ เพื่อตรวจสอบ (Monitor) ปัญหาและการป้องกัน หรือหลีกเลี่ยงการเกิดปัญหาดังกล่าว

การบำบัดทางการพยาบาลจำเป็นต้องอาศัยวิธีการหลาย ๆ วิธี และมักไม่เฉพาะเจาะจงกับ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ในขณะเดียวกันก็สามารถเลือกวิธีการบำบัดต่าง ๆ ที่หลากหลายมาใช้ใน ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เป็นทางเลือกต่าง ๆ ผลที่จะเกิดตามมา และเหตุผลรองรับ เชิงวิทยาศาสตร์ นอกจากนี้ควรคำนึงถึงความเป็นไปได้ของการปฏิบัติให้สำเร็จ ตลอดจน ความสามารถของผู้ปฏิบัติการพยาบาลนั้นด้วย

2.4 การนำแผนปฏิบัติ (Implementation)

เป็นขั้นตอนของการลงมือปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ครอบคลุมตั้งแต่การลงมือปฏิบัติ การมอบหมายงานการสอน การให้คำปรึกษา การปรึกษาหารือ การรายงาน และการบันทึก ผู้ปฏิบัติ ตามแผนที่กล่าวข้างต้น อาจมีทั้งสมาชิกในทีมสุขภาพ ผู้ใช้บริการและครอบครัว ดังนั้นจึงต้องมีการสื่อสารแผนการปฏิบัติให้ผู้เกี่ยวข้องทุกคนทราบ อย่างไรก็ตาม แม้จะมีแผนสำหรับการปฏิบัติ เป็นกรอบอยู่แล้ว แต่พยาบาลยังจำเป็นต้องพิจารณาปรับเปลี่ยนแผนการปฏิบัติดังกล่าวให้เหมาะสม กับผู้ใช้บริการที่เปลี่ยนแปลงไปอยู่เสมอ พร้อมทั้งรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้ ประเมินผลประสิทธิภาพของการบำบัด และประเมินความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนแผน และวิธีการ

2.5 การประเมินผล (Evaluation)

การประเมินผลเป็นขั้นตอนที่สำคัญมากเกี่ยวข้องกับคุณภาพของพยาบาล ในการประเมินผล แม้จะมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ของการพยาบาลเป็นพื้นฐาน ยังจำเป็นต้องประเมินผลกระบวนการที่ใช้ และโครงสร้างที่เกี่ยวข้องด้วย เนื่องจากทั้งกระบวนการและโครงสร้างสามารถมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ ที่เกิดขึ้นได้ การประเมินด้านผลลัพธ์ (Outcome evaluation) มุ่งเน้นที่ผู้ใช้บริการ เป็นการพิจารณา ตัดสินความก้าวหน้า หรือความเปลี่ยนแปลงของผู้ใช้บริการ เปรียบเทียบกับเป้าหมายเชิงผลลัพธ์ ที่ตั้งไว้ว่าบรรลุเป้าหมายดังกล่าวหรือไม่ มากน้อยเพียงใด เป้าหมายของการพยาบาลที่กำหนดไว้ใน ขั้นตอนของการวางแผนจึงเป็นเกณฑ์ที่ใช้สำหรับการประเมินผล การประเมินผลกระบวนการ (Process evaluation) มุ่งเน้นที่คุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาลในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การประเมิน ข้อมูลจนถึงการนำไปปฏิบัติ ส่วนการประเมินผลด้านโครงสร้าง (Structure evaluation) มุ่งเน้น ที่สภาพแวดล้อมซึ่งเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล

3. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็นแนวคิดที่สร้างขึ้นหรือค้นพบจากความเป็นจริง เกี่ยวข้องกับการพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยาย อธิบาย ทำนายหรือกำหนดวิธีการพยาบาล เป็นทฤษฎีทางการพยาบาลที่รู้จักแพร่หลายในวิชาชีพพยาบาล และมีการนำไปใช้เป็นแนวทางใน การปฏิบัติการพยาบาล และเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยทางการพยาบาล โอเร็มอธิบายมโนทัศน์ ของการดูแลไว้ว่า "การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิด ประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดี" โดยทฤษฎีทางการ พยาบาลของโอเร็ม ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีย่อย ได้แก่ ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care) ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care Deficit) และ ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System)

3.1 ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care) ประกอบด้วย 4 มโนทัศน์ย่อย ได้แก่ การดูแลตนเอง (Self-care: SC) ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency)

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Selfcare Demand: SCD) และปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors: BCFs) ดังนี้

3.1.1 การดูแลตนเอง (Self-care: SC) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุก เมื่อการกระทำนั้นมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย 2 ระยะ โดยระยะที่ 1 ระยะการพิจารณาและตัดสินใจ เป็นระยะที่มีการหาข้อมูลในขั้นตอนนี้ความรู้เป็นพื้นฐานสำคัญช่วยให้เกิดกระบวนการคิดเชิงวิทยาศาสตร์ และระยะที่ 2 ระยะการกระทำและผลของการกระทำ เป็นระยะที่เมื่อตัดสินใจแล้วจะกำหนดเป้าหมายที่ต้องการและดำเนินการกระทำกิจกรรมเพื่อไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ

3.1.2 ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency) หมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นโมโนติที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของมนุษย์ ซึ่งบุคคลที่มีคุณภาพดังกล่าวจะสร้างหรือพัฒนาการดูแลตนเองได้ โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ (Orem et al., 2001) คือ 1) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน เป็นความสามารถของมนุษย์ขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการรับรู้และเกิดการกระทำ ซึ่งแบ่งออกเป็นความสามารถที่จะรู้ ความสามารถที่จะกระทำ และคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ 2) พลังความสามารถในการดูแลตนเอง (Power Components enabling Capabilities For Self-Care) (Orem et al., 2001) โอเร็มมองพลังความสามารถทั้ง 10 ประการนี้ ในลักษณะตัวกลางซึ่งเชื่อมการรับรู้ และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจริงจัง เพื่อการดูแลตนเอง ไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป พลังความสามารถ 10 ประการนี้ ได้แก่ ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตน ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อดูแลตนเอง ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลตนเองมีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เกี่ยวข้องได้ สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้ มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง และมีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องจนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for selfcare operations) ประกอบด้วย ความสามารถในการคาดคะเน เป็นความสามารถที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับข้อมูลความหมายและความจำเป็นของการกระทำเพื่อประเมินสถานการณ์ ความสามารถในการปรับเปลี่ยน ความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ตนสามารถและควรกระทำ เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นในการดูแลตนเอง และความสามารถในการลงมือปฏิบัติเป็นความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงการเตรียมการเพื่อการดูแลตนเอง

3.1.3 ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self care Demand: SCD) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรม (Action demand) การดูแลตนเองทั้งหมดที่จำเป็นต้องกระทำในช่วงเวลาหนึ่ง เพื่อที่จะตอบสนองต่อความจำเป็นในการดูแลตนเอง (Self care requisites) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self care demand) เป็นเป้าหมายสูงสุด (Ultimate goal) ของการดูแลตนเองที่จะถึงซึ่งภาวะสุขภาพ หรือความผาสุก กิจกรรมที่จะต้องกระทำทั้งหมดนี้จะทราบได้จากการพิจารณาการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งการดูแลที่จำเป็น (Self care requisites: SCR) หมายถึง กิจกรรมที่ต้องการให้บุคคลกระทำหรือกระทำเพื่อบุคคลอื่น ซึ่งมี 3 ด้าน ได้แก่

1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self care requisites) เป็นความต้องการของมนุษย์ทุกคนตามอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่นๆ เพื่อให้คงไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลและความผาสุก ซึ่งความต้องการจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลตามอายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สังคม วัฒนธรรม และแหล่งประโยชน์กิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการนี้ (Action demand)

2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ (Developmental Self-Care Requisites: DSCR) เป็นความต้องการในการดูแลตนเองที่สัมพันธ์กับระยะพัฒนาการของบุคคล สถานการณ์และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของวงจรชีวิต เป็นความต้องการที่อยู่ภายใต้ความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป แต่แยกตามพัฒนาการ ได้แก่ พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่จะช่วยให้บุคคลเจริญก้าวหน้าสู่ภาวะตามระยะพัฒนาการ เช่น ทารกในครรภ์และในกระบวนการคลอด ทารกแรกเกิด วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมีความต้องการการดูแลตนเองที่เฉพาะเจาะจงตามโครงสร้างและหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลง ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทาผลความเครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากภาวะวิกฤต เช่น ขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวในสังคม การสูญเสียเพื่อน คู่ชีวิต ทรัพย์สินสมบัติ หรือการเปลี่ยนแปลงย้ายที่อยู่ เปลี่ยนงาน เป็นต้น

3) ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites: HDSCR) เป็นความต้องการที่สัมพันธ์กับความผิดปกติทางพันธุกรรมและความเบี่ยงเบนของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล และผลกระทบของความผิดปกติ ตลอดจนวิธีการวินิจฉัย และการรักษา มีการแสวงหาและคงไว้ซึ่งการช่วยเหลือที่เหมาะสม รับรู้ สนใจดูแลผลของพยาธิสภาพซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อการพัฒนาการ ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูสภาพและการป้องกันพยาธิสภาพอย่างมีประสิทธิภาพ รับรู้ สนใจในการป้องกันความไม่สุขสบาย จากผลข้างเคียงการรักษา

ดัดแปลงอัตมโนทัศน์หรือภาพลักษณ์ ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลทางสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงเพื่อคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลจากการวินิจฉัยโรคและการรักษาเพื่อส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง

3.1.4 ปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors: BCFs) เป็นคุณลักษณะบางประการหรือปัจจัยทั้งภายในและภายนอกของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ปัจจัยพื้นฐานนี้ยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในบทบาทของพยาบาล ได้แก่ 11 ปัจจัย ดังนี้ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ สังคมชนบทชนบทประเพณีระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อมสภาพที่อยู่อาศัย แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต

3.2 ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The theory of self-care deficit) เป็นแนวคิดหลักในทฤษฎีของโอเรม (Orem et al., 2001) เพราะจะแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้มีได้ 3 แบบ คือ

- 1) ความต้องการที่สมดุล (Demand is equal to abilities: $TSCD=SCA$)
- 2) ความต้องการน้อยกว่าความสามารถ (Demand is less than abilities: $TSCD<SCA$)
- 3) ความต้องการมากกว่าความสามารถ (Demand is greater than abilities: $TSCD>SCA$)

ในความสัมพันธ์ของ 2 รูปแบบแรกนั้น บุคคลสามารถบรรลุเป้าหมายความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้ ถือว่าไม่มีภาวะพร่อง (No deficit) ส่วนในความสัมพันธ์ที่ 3 เป็นความไม่สมดุลของความสามารถที่ไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด จึงมีผลทำให้เกิดความบกพร่องในการดูแลตนเอง โดยความพร่องในการดูแลตนเองเป็นได้ทั้งบกพร่องบางส่วนหรือทั้งหมด และความพร่องในการดูแลตนเองเป็นเสมือนเป้าหมายทางการพยาบาล

3.3 ระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System) เป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำของพยาบาล เพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลได้รับการดูแลให้ถูกนำมาใช้ปกป้องและดูแลตนเอง (Orem et al., 2001) โดยใช้ความสามารถทางการพยาบาล ระบบการพยาบาลเป็นระบบของการกระทำที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความสามารถ และความต้องการการดูแลของผู้รับบริการ ซึ่งได้แบ่งออกเป็น 3 ระบบ (Hanucha rornkul, 2001; Orem

et al, 2001) โดยอาศัยเกณฑ์ความสามารถของบุคคลในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำ

1) ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system) เป็นบทบาทของพยาบาลที่ต้องกระทำเพื่อทดแทนความสามารถของผู้รับบริการ โดยตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพในการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลตนเองและช่วยประคับประคองและปกป้องจากอันตรายต่าง ๆ และผู้ที่มีความต้องการระบบการพยาบาลแบบนี้ ได้แก่ ผู้ที่ไม่สามารถจะปฏิบัติในกิจกรรมที่จะกระทำอย่างจริงจัง ไม่ว่ารูปแบบใด ๆ ทั้งสิ้น เช่น ผู้ป่วยหมดสติ หรือ ผู้ที่ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ได้แก่ ผู้ป่วยอัมพาต ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ผู้ที่รับรู้และอาจจะสังเกตตัดสินใจเกี่ยวกับดูแลตนเองได้ และไม่ควรจะเคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวใด ๆ ได้แก่ ผู้ป่วยด้านออร์โธปิดิกส์ที่ใส่เฟือกหรือกระดูกหลังหัก และผู้ที่ไม่สนใจหรือเอาใจใส่ตนเองไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลในการดูแลตนเอง เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต

2) ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system) เป็นระบบการพยาบาลให้การช่วยเหลือที่ขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วย โดยพยาบาลจะช่วยผู้ป่วยสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยรวมรับผิดชอบในหน้าที่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ผู้ป่วยจะพยายามปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องที่เป็นการตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นเท่าที่สามารถทำได้ ส่วนบทบาทของพยาบาลจะต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างสำหรับผู้ที่ยังไม่สามารถกระทำได้ เพื่อชดเชยข้อจำกัดและเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และกระตุ้นให้มีการพัฒนาความสามารถในอนาคต การพยาบาลระบบนี้ผู้ป่วยต้องมีบทบาทในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างด้วยตนเอง ผู้ที่มีความต้องการการพยาบาลแบบนี้ คือ จำกัดการเคลื่อนไหวจากโรค หรือการรักษา แต่สามารถเคลื่อนไหวได้บางส่วน และขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นเพื่อการดูแลตนเองตามความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

3) ระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive Nursing System) เป็นระบบการพยาบาลที่จะเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติดูแลตนเอง รวมทั้งการให้กำลังใจและคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยคงความพยายามที่จะดูแลตนเองและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง

ระบบการพยาบาลทั้ง 3 ระบบ เป็นกิจกรรมที่พยาบาลและผู้ป่วยกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด โดยมีวิธีการกระทำได้ใน 5 วิธี ดังนี้ การกระทำให้หรือกระทำแทน การชี้แนะ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการกระทำได้ การสนับสนุน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพยายามและป้องกันไม่ให้เกิดความ

ล้มเหลว การสอน เป็นการพัฒนาความรู้และทักษะที่เฉพาะ และการสร้างสิ่งแวดล้อม การพยาบาลจะมีประสิทธิภาพได้ ขึ้นกับความสามารถทางการพยาบาลเป็นความสามารถของพยาบาลที่ได้จากการศึกษา และฝึกปฏิบัติในศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถทางการพยาบาล คือ ความรู้ ประสบการณ์ ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ ทักษะทางสังคม แรงจูงใจในการให้การพยาบาล อัตมโนทัศน์ของตนเกี่ยวกับการพยาบาล

การพยาบาลจะมีประสิทธิภาพได้ ขึ้นกับความสามารถทางการพยาบาล เป็นความสามารถของพยาบาลที่ได้จากการศึกษา และฝึกปฏิบัติในศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาลปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถทางการพยาบาล ได้แก่ ความรู้ ประสบการณ์ ความสามารถในการลงมือปฏิบัติทักษะทางสังคม แรงจูงใจในการให้การพยาบาล และอัตรโนทัศน์ของตนเกี่ยวกับการพยาบาล

4. กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของมาร์จอรี่ กอร์ดอน (Marjory Gordon)

แบบแผนสุขภาพ หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ของบุคคล หรือผู้รับบริการที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่งและสภาพแวดล้อมที่ต่างกัน ซึ่งมีผลโดยตรงต่อสุขภาพของผู้รับบริการทั้งคนอย่างต่อเนื่อง เป็นพฤติกรรมที่เป็นนิสัย ที่จะทำให้บุคคลอยู่ในภาวะสุขภาพดีหรือเจ็บป่วยได้ ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมภายใน และพฤติกรรมภายนอก

แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health) เป็นกรอบแนวคิดของมาร์จอรี่ กอร์ดอน ใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคลและครอบครัว โดยประเมินแบบแผนพฤติกรรมภายนอกและภายในของบุคคล ที่เกิดขึ้นช่วงระยะเวลาหนึ่งและมีผลต่อสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ เช่น พันธุกรรม พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม ระบบสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ประกอบด้วย 11 แบบแผน แต่ละแบบแผนจะมีความสัมพันธ์กัน ซึ่งจะทำให้เข้าใจถึงการดำรงชีวิต การปรับตัวทางกายภาพ และจิตสังคม พยาบาลต้องรวบรวมข้อมูลให้ครอบคลุมทั้ง 11 แบบแผน (Gordon, 2003) ดังนี้

4.1 แบบแผนที่ 1 การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ (Health perception and health management)

การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ เป็นความคิดความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง การดำเนินการหรือการจัดการในการดูแลสุขภาพของตนเอง และผู้ที่ตนเองรับผิดชอบ โดยครอบคลุมเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว พฤติกรรม การป้องกันโรคและความเจ็บป่วย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง หรือพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วย รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการมีภาวะสุขภาพดี ดังนั้น แบบแผนการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ จึงประกอบด้วยแบบแผนย่อย 2 แบบแผน คือ

4.1.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองและของผู้ที่ตนรับผิดชอบ เป็นความเข้าใจหรือการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของตนเองและของผู้ที่ตนรับผิดชอบ ว่าถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ และมีความคาดหวังต่อภาวะสุขภาพ หรือการรักษาอย่างไร

4.1.2 การดูแลสุขภาพของตนเองและของผู้ที่ตนรับผิดชอบ ซึ่งประกอบด้วยความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ทั้งนี้สามารถประเมินได้จากการที่บุคคลมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือไม่ เช่น การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ การติดสารเสพติด การขาดการออกกำลังกาย นอกจากนี้ยังประเมินได้จากความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การมีพฤติกรรมไปตรวจสุขภาพประจำปี การสนใจติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอนามัยสม่ำเสมอ เป็นต้น

สำหรับการดูแลสุขภาพของผู้ที่ตนรับผิดชอบ ได้แก่ การดูแลพ่อแม่ ปู่ ย่า ตา ยาย ที่ชราภาพช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือพ่อแม่ที่ดูแลบุตรที่ยังอยู่ในวัยทารกหรือเด็กเล็ก ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพร่างกายเช่นกัน เช่น การพาลูกไปรับวัคซีนครบตามกำหนดเวลา การพาบิดามารดาไปตรวจสุขภาพประจำปี การดูแลบุตรหรือบิดามารดาเมื่อเจ็บป่วย การดูแลความปลอดภัยให้กับผู้ที่ตนรับผิดชอบ

4.2 แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร (Nutrition and Metabolism)

โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหารเป็นแบบแผนเกี่ยวกับบริโภคนิสัย การได้รับสารอาหารและน้ำ ปัญหาในการรับประทานอาหารและน้ำ การเจริญเติบโตและการพัฒนาการของร่างกาย การเผาผลาญสารอาหาร การควบคุมน้ำและ Electrolyte ในร่างกาย สภาพของผิวหนัง บาดแผล ภูมิ ปาก คอ ฟัน เยื่อต่างๆ ๆ อุดมภูมิของร่างกาย และระบบภูมิคุ้มกันโรค รวมทั้งปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อแบบแผนการรับประทานอาหาร การใช้สารอาหารและน้ำ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ดังนั้นแบบแผนโภชนาการ และการเผาผลาญสารอาหารจึงประกอบด้วยแบบแผนย่อย 7 แบบแผน คือ

4.2.1 อาหารและภาวะโภชนาการ

4.2.2 การเผาผลาญสารอาหาร

4.2.3 น้ำและ Electrolyte

4.2.4 อุดมภูมิของร่างกาย

4.2.5 การเจริญเติบโตและการพัฒนาการ

4.2.6 ผิวหนังและเยื่อ

4.2.7 ภูมิคุ้มกันโรค

4.3 แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย (Elimination)

การขับถ่ายเป็นแบบแผนเกี่ยวกับการขับถ่ายของเสียทุกประเภทออกจากร่างกาย ได้แก่ การขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ สารอื่น ๆ ที่ขับออกจากร่างกาย ตลอดจนปัญหาการขับถ่าย เช่น ลักษณะ ความถี่ ความลำบากในการขับถ่าย ปัญหาในการควบคุมการขับถ่าย การใช้ยาระบาย นอกจากนี้ยังรวมทั้งปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อแบบแผนการขับถ่าย และการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ดังนั้นแบบแผนการขับถ่ายส่วนใหญ่ ประกอบด้วยแบบแผนย่อย 2 แบบแผนคือ

4.3.1 การขับถ่ายอุจจาระ

4.3.2 การขับถ่ายปัสสาวะ

4.4 แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย (Activity and Exercise)

กิจกรรมและการออกกำลังกายเป็นแบบแผนเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน (Activities of daily living) กิจกรรมในการงานอาชีพ การออกกำลังกาย และปัญหาในการออกกำลังกาย การใช้เวลาว่างและนันทนาการ การทำงานของระบบหายใจ ระบบหัวใจ และไหลเวียนโลหิต ระบบโครงสร้างของร่างกาย เช่น กระดูก ข้อ กล้ามเนื้อ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรม และการออกกำลังกาย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ดังนั้นแบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกายจึงประกอบด้วยแบบแผนย่อยได้ 4 แบบแผน คือ

4.4.1 การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน และการออกกำลังกาย

4.4.2 การทำงานของโครงสร้าง (กระดูก ข้อ กล้ามเนื้อ)

4.4.3 การทำงานของระบบหัวใจ

4.4.4 การทำงานของระบบหัวใจ และการไหลเวียนโลหิต

4.5 แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ (Sleep and rest)

การพักผ่อนนอนหลับเป็นแบบแผนเกี่ยวกับการนอนหลับ การพักผ่อน ปัญหาเกี่ยวกับการนอน ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และอุปสรรคต่อแบบแผนการนอนหลับ กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติเพื่อให้ผ่อนคลาย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

4.6 แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้ (Cognition and perception)

แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก และการตอบสนอง ความสามารถทางสติปัญญา ดังนั้นแบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ จึงประกอบด้วยแบบแผนย่อย 2 แบบแผน คือ

4.6.1 การรับรู้ความรู้สึกและการตอบสนอง หมายถึง แบบแผนเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลในการรับรู้สิ่งเร้า และการตอบสนองต่อ สิ่งเร้าด้านการรับรู้ความรู้สึก (Sensation) ทั้ง 5 ทาง ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส และการรับรู้ความรู้สึกทางผิวหนัง

4.6.2 ความสามารถทางสติปัญญา หมายถึง แบบแผนเกี่ยวกับความสามารถ และพัฒนาการทางสติปัญญาเกี่ยวกับความคิด ความจำ ความสามารถในการตัดสินใจ การแก้ปัญหา และการสื่อสารต่าง ๆ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และอุปสรรคต่อความสามารถทางสติปัญญา รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

4.7 แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (Self perception and self concept)

การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์เป็นแบบแผนที่เกี่ยวกับความคิด ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเอง (อัตมโนทัศน์) การมองตนเองเกี่ยวกับรูปร่างหน้าตา ความพิการ (ภาพลักษณ์) ความสามารถ คุณค่า เอกลักษณ์ และความภูมิใจในตนเอง ตลอดจนปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยอุปสรรคที่มีผลต่อการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

4.8 แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ (Role and relationship)

บทบาทและสัมพันธภาพเป็นแบบแผนที่เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ การติดต่อสื่อสาร และการมีสัมพันธภาพกับบุคคลทั้งภายในครอบครัวและสังคม รวมทั้งปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ และการสร้างสัมพันธภาพ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงบทบาทอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

4.9 แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ (Sexuality and reproduction)

เพศและการเจริญพันธุ์เป็นแบบแผนที่เกี่ยวกับพัฒนาการตามเพศ ซึ่งมีอิทธิพลมาจากพัฒนาการด้านร่างกาย และอิทธิพลของสังคม สิ่งแวดล้อม การเลี้ยงดู ลักษณะการเจริญพันธุ์ พฤติกรรมทางเพศ และเพศสัมพันธ์ ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง หรือปัจจัยอุปสรรคต่อพัฒนาการตามเพศและการเจริญพันธุ์ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

4.10 แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด (Coping and stress tolerance)

การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด เป็นแบบแผนที่เกี่ยวกับการรับรู้ลักษณะอารมณ์พื้นฐาน การรับรู้เกี่ยวกับความเครียด ปฏิกริยาของร่างกายเมื่อเกิดความเครียด วิธีการแก้ไขและการจัดการกับความเครียด ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความเครียด ปัจจัยส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวกับความเครียด รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

4.11 แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ (Value and belief)

คุณค่าและความเชื่อเป็นแบบแผนเกี่ยวกับความเชื่อถือ ความศรัทธา ความมั่นคงเข้มแข็ง ทางด้านจิตใจ สิ่งที่มีคุณค่ามีความหมายต่อชีวิต สิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ เป้าหมายในการดำเนินชีวิต ความเชื่อทางด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนตามความเชื่อ ปัจจัยส่งเสริม และปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ต่อความมั่นคงเข้มแข็งทางด้านจิตใจ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

ในการดูแลผู้ป่วยจึงต้องใช้กระบวนการพยาบาลให้ครบทุกขั้นตอน โดยประเมิน ให้ครอบคลุมองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และสิ่งแวดล้อม ตามแบบแผนสุขภาพ ทั้ง 11 แบบแผน หลังจากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ และระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ในแบบแผนที่ผิดปกติ หรือมีพยาธิสภาพในแบบแผนนั้น ๆ ทั้งนี้ความผิดปกติในแบบแผนหนึ่ง อาจเกิดจากความผิดปกติ หรือมีพยาธิสภาพในแบบแผนนั้น ๆ หรือจากสาเหตุในแบบแผนอื่น ๆ เนื่องจากแต่ละคนแบบแผนเป็นองค์ประกอบของคนทั้งคน ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกันในการแก้ไข กระบวนการพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพกอร์ดอน เน้นเฉพาะการใช้กับผู้รับบริการที่เจ็บป่วย จึงกล่าวถึงการวินิจฉัยการพยาบาลเฉพาะแบบแผนที่ผิดปกติเท่านั้น ในระยะต่อมาได้มีการขยาย ขอบเขตใช้แบบแผนสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค จึงได้มีการกำหนดข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาลในภาวะที่ข้อมูลบ่งชี้ว่า แบบแผนสุขภาพนั้น ๆ เป็นปกติขึ้น ดังนั้นในปัจจุบัน การวินิจฉัยการพยาบาลตามกรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพ จึงวินิจฉัยทั้งภาวะที่ปกติของแบบแผน และภาวะที่ผิดปกติของแบบแผน

การวางแผนการพยาบาล พยาบาลจะกำหนดจุดมุ่งหมายและวิธีการในการแก้ไขความผิดปกติ ของแบบแผนที่พบตามกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลไว้ ในกรณีที่สรุปข้อวินิจฉัยที่แสดงถึง ภาวะที่ผิดปกติของผู้รับบริการ การกำหนดจุดมุ่งหมายการพยาบาลก็เพื่อให้แบบแผนสุขภาพที่ดี นั้นคงอยู่ต่อไป หรือมีแบบแผนที่สมบูรณ์ขึ้น หรือคนมีศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้ดีขึ้น ในการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลจะต้องดำเนินการพยาบาล เพื่อแก้ไขความผิดปกติของ แบบแผนสุขภาพ การป้องกันความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้แบบแผนนั้น ๆ มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การสอน การให้คำแนะนำ การปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยมุ่งเน้นการสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมและปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

สำหรับการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลจะต้องประเมินว่าในแบบแผน ที่ผิดปกตินั้น หลังจากให้การพยาบาลแล้วดีขึ้นหรือไม่ และในแบบแผนที่ปกติยังเป็นปกติ หรือเสี่ยงต่อ ความผิดปกติ ก็ต้องใช้กระบวนการพยาบาลต่อไป เพื่อแก้ไขปัญหามากกว่าจะสิ้นสุด ในกรณีที่แบบแผน ปกติแล้ว พยาบาลก็ต้องพิจารณาป้องกันปัญหา หรือความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น และส่งเสริม สุขภาพต่อไป

5. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้แบบองค์รวมครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ แบ่งการพยาบาลเป็น 3 ระยะ (บุญทิศา สุวิทย์, 2561; ศรีสุนทรา เจริญพิพัฒน์, 2566) ดังนี้

5.1 การพยาบาลก่อนการผ่าตัด

5.1.1 การเตรียมทางด้านจิตใจ

1) เมื่อทราบว่าต้องผ่าตัดผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวล บางรายอาจนอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ กลัวเสียภาพลักษณ์ พยาบาลจะต้องช่วยเหลือผู้ป่วยให้คำแนะนำ หรือให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกเพื่อคลายความวิตกกังวล

2) อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรค บอกสาเหตุ ความจำเป็นที่ต้องผ่าตัดและให้ความมั่นใจในการทำผ่าตัดของแพทย์

3) อนุญาตให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาเกี่ยวกับการผ่าตัด ระยะเวลาการผ่าตัดและรายละเอียดที่ผู้ป่วยควรทราบ พูดคุยเป็นกันเองกับผู้ป่วยให้เกิดความอบอุ่น

4) แนะนำให้ผู้ป่วยซักถามจากผู้ป่วยรายอื่น ๆ ที่ประสบความสำเร็จจากการผ่าตัดมาแล้ว จะได้คลายความวิตกกังวล ทำให้มีกำลังใจ

5) อธิบายเรื่องการได้รับยาระงับความรู้สึกตัว และวางยาสลบในวันผ่าตัด โดยให้พยาบาลวิสัญญีได้ประเมินและพูดคุยกับผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

6) อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับสภาพร่างกายหลังผ่าตัด ได้แก่ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ แผลผ่าตัดบริเวณลิ้น บริเวณคอมีสายระบายเลือดจากแผลผ่าตัด สายให้อาหารทางจมูก

5.1.2 การเตรียมทางด้านร่างกาย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท

5.1.2.1 การเตรียมร่างกายทั่วไป มีดังนี้

1) ตรวจสภาพร่างกาย ดูแลความสะอาดของร่างกายทั่ว ๆ ไป เช่น ผม เล็บ ปาก ฟัน และผิวหนังโดยเฉพาะบริเวณที่จะผ่าตัดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ โกนขนบริเวณรอบคอและเช็ดทำความสะอาด

2) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการตรวจ เพื่อตรวจสภาพความพร้อมในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งอาจส่งผลต่อการได้รับยาระงับความรู้สึกตัว การผ่าตัด ตลอดจนเป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อติดตามผลเปรียบเทียบกับภายหลังผ่าตัด

3) การเซ็นยินยอมผ่าตัดเพื่อให้แพทย์ทำการผ่าตัดได้อย่างถูกต้องกฎหมาย ซึ่งพยาบาลควรอธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจ

เกิดขึ้น หากมีการเปลี่ยนแปลง มีการปฏิเสธการผ่าตัดควรแจ้งให้แพทย์ทราบ การเซ็นยินยอมต้องให้ผู้ป่วยเซ็นขณะที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์เพื่อป้องกันปัญหาทางกฎหมาย

4) อธิบายให้ผู้ป่วยทราบการพักผ่อนเป็นสิ่งสำคัญ การที่ผู้ป่วยพักผ่อนนอนหลับได้เต็มที่นั้นจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสดชื่น สบายทั้งร่างกาย และจิตใจ

5) วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย ชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิต ลงบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วยให้เรียบร้อย ดูแลความผิดปกติต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น ดูแลให้ได้รับอาหาร และน้ำอย่างเพียงพอ

6) สอนวิธีปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการหายใจ และการไออย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

- วิธีบริหารการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ วางมือลงบนหน้าท้องสุดหายใจทางจมูก เข้าเต็มที่ทำให้ปอดขยายเต็มที่กลั้นหายใจไว้แล้วนับ 1 - 5 ผ่อนหายใจออกจากปากช้า ๆ ขณะที่มือกดเบา ๆ ที่หน้าท้องทำเช่นนี้ครั้งละ 5 - 10 ครั้ง ทุก 1 - 2 ชั่วโมง (กิตติศักดิ์ ธาณีทรัพย์, 2560)

- วิธีฝึกการไออย่างมีประสิทธิภาพ หายใจเข้าออกตามวิธีบริหารการหายใจลึก ๆ เร็ว ๆ เต็มที่แล้วค้างไว้ นับ 1 - 3 และไอออกมาแรง ๆ จนเสมหะออกมา ทำเช่นนี้คราวละ 3 - 4 ครั้ง เมื่อรู้สึกว่ามีเสมหะ (ศรีสุนรา เจริญพรพัฒน์, 2566)

5.1.2.2 การเตรียมร่างกายเฉพาะที่

1) แจ้งให้ผู้ป่วยทราบงดน้ำ งดอาหาร และยาทางปากทุกชนิด เพื่อป้องกันสำลักอาหาร เข้าปอดขณะได้รับยาระงับความรู้สึกตัว พร้อมกับติดป้าย งดน้ำและอาหารไว้ที่ปลายเตียง

2) เตรียมประวัติผู้ป่วยและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์

3) เตรียมอุปกรณ์ไปห้องผ่าตัด สายให้อาหารทางจมูก สายระบายเลือด แนะนำให้ผู้ป่วยปัสสาวะก่อนไปห้องผ่าตัด

4) แจ้งเรื่องค่าใช้จ่ายส่วนที่เกินจากหลักประกันสุขภาพ เช่น ยานอกบัญชี อวัยวะเทียมที่ใช้ในห้องผ่าตัด

5.2 การพยาบาลระยะหลังการผ่าตัด

5.2.1 การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก พยาบาลควรให้การพยาบาลที่เหมาะสมดังนี้

5.2.1.1 หลังผ่าตัดผู้ป่วยที่ได้รับการวางยาระงับความรู้สึก จัดท่าผู้ป่วยให้นอนหนุนหมอน 30 - 45 องศา หากมีคลื่นไส้ อาเจียนให้ตะแคงหน้าเพื่อป้องกันการสำลัก และป้องกันลื่นตกไปอุดกั้นทางเดินหายใจ

5.2.1.2 ประเมินระดับความรู้สึก อาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ เช่น กระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวลดลง ควรรีบรายงานแพทย์

5.2.1.3 ประเมินแผลผ่าตัดที่ลิ้น คอ เพื่อสังเกตแผล และปริมาณเลือดที่ออกจากบาดแผลทุก 1 ชั่วโมงจนครบ 8 ชั่วโมงและต่อมาทุก 2 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ถ้ามีเลือดซึมออกมามากให้ใช้ผ้าก๊อชปิดทับ (ไม่ดึงผ้าปิดแผลเก่าออก) และปิดทับด้วย Fixomull stretch แล้วรีบรายงานแพทย์

5.2.1.4 บันทึกสัญญาณชีพ โดยบันทึกลงในเวชระเบียน ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าจะปกติ เพื่อดูว่าผู้ป่วยมีสัญญาณชีพที่เปลี่ยนแปลงผิดปกติ เช่น ความดันโลหิต Systolic มากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท หรือน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท และบันทึกจำนวนปัสสาวะควรมากกว่า 30 มิลลิตรต่อชั่วโมง

5.2.1.5 ประเมินค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดให้อยู่ระหว่างร้อยละ 95 - 100 หากน้อยกว่าร้อยละ 95 รายงานแพทย์ และให้ออกซิเจนเพื่อรักษาต่อไป

5.2.1.6 ดูการทำงานของสายระบายเลือดออกจากแผลให้อยู่ในระบบสุญญากาศ โดยการจัดท่อระบายไม่ให้ตึงรั้ง หักหรือพับโดยเฉพาะเวลาผู้ป่วยพลิกตัว เพื่อป้องกันการหลุดของสายระบายเลือด รวมทั้งจัดตำแหน่งของสายระบายเลือดให้อยู่ต่ำกว่าระดับบาดแผล เพื่อการระบายที่มีประสิทธิภาพตามหลักแรงโน้มถ่วงของโลก ซึ่งจะช่วยให้ระบายสิ่งคัดหลั่งหรือเลือดเก่าลงในขวดและควรบันทึกจำนวนเลือด อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อประเมินการสูญเสียเลือด โดยประเมินปริมาณ ลักษณะและสีของเลือด หรือสิ่งคัดหลั่งที่ออกจากแผลผ่าตัด ถ้ามีเลือดออกมากกว่า 100 มิลลิตร ใน 1 ชั่วโมงให้รายงานแพทย์

5.2.1.7 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามคำสั่งการรักษา

5.2.1.8 การดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด

1) ภาวะช็อคจากการสูญเสียเลือด ต้องหมั่นตรวจวัดสัญญาณชีพ และตรวจที่แผลผ่าตัดบ่อย ๆ ดูแลและจดบันทึกปริมาณเลือดในขวดสุญญากาศ ดูปริมาณปัสสาวะ ระดับความรู้สึกตัวให้คงที่ และปกติอยู่เสมอ

2) การไหลเวียนเลือดไม่ดีหรือการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน ซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิต จึงควรตรวจสอบเกี่ยวกับการไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงตามร่างกาย โดยตรวจสอบเกี่ยวกับสีของเล็บมือ เล็บเท้า

5.2.2 การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหลัง 24 ชั่วโมง พยาบาลควรให้การพยาบาลที่เหมาะสมดังนี้

5.2.2.1 การเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ต้องคอยดูแลให้แผลสะอาด ทำความสะอาดช่องปากและฟัน สังเกตความผิดปกติของการติดเชื้อ เช่น มีไข้ แผลมีลักษณะบวมแดง กุดเจ็บ หรือมีสิ่งคัดหลั่งซึมออกจากแผล

5.2.2.2 ความเจ็บปวด ในผู้ป่วยผ่าตัดลิ้นออกบางส่วนและเลาะต่อมน้ำเหลืองข้างคอ มีอาการปวดแผลผ่าตัดมากใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด แนะนำให้ผู้ป่วยบอกระดับความเจ็บปวด

เป็นตัวเลข 0 ถึง 10 (Pain score) คือ ไม่ปวดเลยแทนด้วยเลข 0 ถ้าระดับความปวด 1 - 2 คือ ยอมรับได้ ระดับ 3 - 4 คือ ปวดเล็กน้อยพอทนได้ ระดับ 5 - 6 คือ ปวดปานกลางถ้ามากกว่า 6 ขึ้นไป ถือว่าควรได้รับการรักษาอาจใช้ยาบรรเทาปวดร่วมด้วย ซึ่งไม่ควรรอให้ระดับความปวดแผลหลังผ่าตัดมาก เพื่อจะให้การพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

5.3 ระยะจำหน่ายกลับบ้าน

5.3.1 การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง การติดตามการดูแลต่อเนื่องเกิดขึ้นหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับรังสีระยะแรกและในระยะต่อไปตามแผนการรักษาที่กำหนดไว้สำหรับบทบาทในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ

5.3.2 บทบาทของการพัฒนาจัดการและกำกับดูแลกลุ่มเป้าหมาย (Care management) ในการติดตามอาการและผลข้างเคียงจากการรักษา ได้แก่ ผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสี สุขภาพช่องปาก การรับรสและกลืน การออกกำลังกายและบริหารช่องปากต่อเนื่อง การดูแลน้ำหนักตัว และการดูแลจัดการและประเมินผลลัพธ์ (Outcome management) ในประเด็นของการดูแลให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์เหมาะสมกับโรค การดื่มน้ำมาก ๆ วันละ 2,000 - 3,000 มิลลิลิตรต่อวัน เพื่อฟื้นฟูการหายของแผลในช่องปาก การพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อย 6 - 8 ชั่วโมงต่อวัน เพื่อให้ร่างกายฟื้นสภาพโดยเร็ว การสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ได้แก่ การมีไข้สูง การมีเลือดออก เป็นต้น

5.3.3 การติดตามประเมินอย่างต่อเนื่องในประเด็นต่อไปนี้

1) การแนะนำให้ผู้ป่วยตระหนักและเห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินอาการหลังรับการรักษา ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญในการประสานงาน (Collaboration) กับผู้ป่วย ญาติและเจ้าหน้าที่ในชุมชน รวมทั้งพยาบาลประจำการในหน่วยงานอื่น เช่น แผนกหู คอ จมูก เป็นต้น

2) การออกกำลังกาย ควรได้รับการแนะนำเกี่ยวกับชนิดของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรค รวมทั้งการบริหารอวัยวะบริเวณที่ได้รับรังสี ได้แก่ ช่องปาก ลิ้น และคอ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะยึดติดของกล้ามเนื้อ (Trismus)

3) การรับประทานอาหารและยา ผู้ป่วยควรได้รับการติดตามประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคและฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังรับการรักษา

5.3.4 อาการข้างเคียงระยะยาว ควรได้รับการติดตามอาการและภาวะแทรกซ้อนที่ยังคงอยู่ และจะลดลงเร็วในระยะเวลา 6 เดือน - 1 ปี ได้แก่ ภาวะน้ำลายแห้ง ปากแห้ง เป็นต้น ซึ่งเป็นอาการที่ควรดูแลต่อเนื่องเช่นเดียวกับขณะได้รับรังสีรักษา

6. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดย้ายเนื้อเยื่อ (Flap surgery)

การผ่าตัดย้ายเนื้อเยื่อ มีองค์ประกอบสำคัญอยู่หลายประการ และต้องอาศัยการดูแลอย่างใกล้ชิดของบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลที่ให้การพยาบาลตั้งแต่ในระยะแรกถึงก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน (Thompson & Patel, 2023) การพยาบาลเป็น 3 ระยะ ดังนี้

6.1 การพยาบาลก่อนการผ่าตัด พยาบาลจำเป็นต้องคำนึงถึงประวัติการเจ็บป่วย ชนิดของการรักษา และปัจจัยส่วนต่างๆ เพื่อวางแผนในการพยาบาลให้ความรู้ คำแนะนำและการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องในการป้องกันไม่ให้เกิดความล้มเหลวในการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อ

6.2 การพยาบาลในห้องผ่าตัด การเตรียมสภาพผู้ป่วยและวางแผนการผ่าตัด โดยปฏิบัติดังนี้

6.2.1 ดูแลการทำงานของหัวใจและแรงดันโลหิตขณะทำผ่าตัดโดยรักษาร่างกายผู้ป่วยให้อบอุ่นให้สารน้ำเข้าทางหลอดเลือดดำ ติดตามสัญญาณชีพต่าง ๆ โดยเฉพาะการวัดแรงดันเลือดส่วนกลาง (Central hemodynamic monitoring) การจัดเปลี่ยนท่าของผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลาอย่างเหมาะสม ให้ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกผ่านทางท่อเจาะคอหรือการใส่ท่อช่วยหายใจบริเวณปากหรือจมูก และดูแลอย่างใกล้ชิด ถ้าผู้ป่วยใส่ Tracheostomy ไม้ต้องหลีกเลี่ยงการสัมผัสหรือทำลายเส้นเลือดดำ Anterior jugular ผู้ป่วยที่มีประวัติโรคทางหัวใจและหลอดเลือดต้องใส่ Swan - gang catheter เพื่อติดตามดูหรืออาจต้องใส่ Pneumatic hose ไว้ด้วย เพื่อติดตามประเมินตำแหน่งของเนื้อเยื่อผู้ให้ (Donor site) การตรวจติดตามดูค่าความดันโลหิตโดย Systolic blood pressure ต้องมากกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท เพื่อให้รักษาระดับแรงดันเลือดในเนื้อเยื่อที่ทำ Flaps ซึ่งอาจต้องให้ยากลุ่ม Myocardial depressants เพื่อรักษาระดับน้ำในร่างกาย และหลีกเลี่ยงการใช้ยา กลุ่มแก้อาการแพ้ (Histamine - releasing agents) ระวังมิให้กระตุ้นให้เกิดแรงกดทับ ที่อาจทำให้มีความดันโลหิตต่ำเกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะการใช้ยาในกลุ่ม Catecholamine ที่อาจทำให้เกิดหลอดเลือดดำส่วนปลาย

6.2.2 การกระตุ้นการไหลเวียนของเลือด (Hemodynamic) ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ (Hypotension) และภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia) ระบบการไหลเวียนเลือดที่มีการขยายตัวของหลอดเลือดจะช่วยให้อัตราการไหลเวียนไปหล่อเลี้ยง Flap จากการลดการคั่งของเลือดในหลอดเลือดต่าง ๆ ดังนั้น Flaps จึงได้รับออกซิเจนเข้าสู่เนื้อเยื่อมากพอ จึงต้องรักษาระดับเม็ดเลือดไว้ให้ Hct มากกว่า 30 % และรักษาระดับ CVP ไว้ให้เหนือกว่าระดับค่าปกติประมาณ 2 มิลลิเมตรปรอท

6.2.3 ระดับอุณหภูมิร่างกายที่เป็นปกติ (Normothermia) ให้สารน้ำเข้าสู่ร่างกายที่มีอุณหภูมิประมาณ 24 - 25 องศาเซลเซียส เพื่อช่วยรักษาความอบอุ่นแก่ร่างกาย เพราะถ้าอุณหภูมิลดลงจะทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดส่วนปลายหดตัวได้

6.2.4 การหายใจและระบายอากาศที่เป็นปกติ (Normocapnia) ควรใช้เครื่องตรวจวัดระดับคาร์บอนไดออกไซด์ เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อป้องกันภาวะการหายใจที่มากเกินไป (Over ventilation)

เพราะจะทำให้มีการระบายคาร์บอนไดออกไซด์ออกมามากจนเหลืออยู่ในระบบหายใจน้อย และทำให้เกิดหลอดเลือดส่วนปลายหดตัวตามมาได้

6.2.5 การรักษาสมดุลสารน้ำในร่างกาย (Fluid Balance) โดยการเลือกใช้สารน้ำ ได้แก่ การใช้สาร Crystalloids เพื่อแก้ไขภาวะการขาดน้ำก่อนการผ่าตัด (Dehydration) การใช้สาร Colloids เพื่อรักษาระดับของปริมาณน้ำในร่างกาย ถ้ามีระดับ Hct ในระดับที่จำเป็นต้องให้เม็ดเลือดแดง ให้สาร Colloids เช่น Dextran (จะดึงน้ำกลับเข้าสู่ระบบไหลเวียนโลหิต) ซึ่งจะให้ในกรณีที่มีการเสียเลือดเกิดขึ้น (Bleeding) ในปริมาณ 1.5 กรัม / น้ำหนัก 1 กิโลกรัม ถ้ากรณีที่เสียเลือดมากจน Hct ต่ำกว่า 25 % ต้องให้ PRC เพื่อทดแทน

6.2.6 ตำแหน่งที่จะเป็น Donor site ต้องไม่ให้เกิดการเจาะเลือด ไม่ให้ยาทางหลอดเลือดดำ หรือหลอดเลือดแดง จัดทำให้เหมาะสมกับตำแหน่งเนื้อเยื่อที่จะทำการผ่าตัดปลูกถ่าย ระวังการใช้อายกลุ่มที่ทำให้หลอดเลือดหดตัวระหว่างการผ่าตัด

6.2.7 ยาที่นิยมใช้ในระหว่างการผ่าตัด ได้แก่ Dextran (เพิ่มปริมาณเลือดในระบบไหลเวียนโลหิต) Antibiotic (เพื่อป้องกันการติดเชื้อในการผ่าตัด) Heparin (เพื่อทำการสวนล้างหลอดเลือด ป้องกันไม่ให้เลือดแข็งตัวขณะผ่าตัด Steroid Drug (เพื่อลดอาการบวม Reduce Edema) Lidocaine or Perpaverine (เพื่อป้องกัน Vasospasm ให้มี Vasodilatation) Lactated Ringer Solution or Heparinized Saline เพื่อทำการ Irrigation ภายในหลอดเลือด Streptokinase or Urokinase (กลุ่ม Thrombolytic agents) เพื่อป้องกัน Microvascular Thrombosis

6.3 การพยาบาลหลังการผ่าตัด

6.3.1 การพยาบาลหลังการผ่าตัดภายใน 24 - 48 ชั่วโมงแรก (Immediate complications) เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในขณะทำการผ่าตัดหรือภายใน 24 - 48 ชั่วโมง ได้แก่ เลือดออก (Hemorrhage) ทางเดินหายใจอุดตัน (Airway obstruction) ภาวะลมเข้าหลอดเลือดดำ (Air embolism) ภาวะลมในช่องปอด (Pneumothorax) ปฏิกริยาตอบสนองของคาโรติดไซน์ส (Carotid sinus reflex) การบาดเจ็บต่อท่อน้ำเหลือง (Thoracic duct injury) การบาดเจ็บต่อเส้นประสาท (Nerve Injury 5, 7, 9, 10, 12) และ Venous Thrombosis หรือ Arterial Thrombosis หรือ Combined Arterial and Venous Thrombosis โดยให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด ติดตามสัญญาณชีพ (ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ อุณหภูมิร่างกาย และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด) ตรวจสอบการหายใจของผู้ป่วยและให้การดูแลทางเดินหายใจ ประเมินความจำเป็นในการใช้เครื่องช่วยหายใจ เฝ้าระวังการบวมในบริเวณที่ผ่าตัดหรือการมีน้ำเหลืองออกจากแผล ประเมินความรู้สึกและการเคลื่อนไหวในบริเวณที่ได้รับการผ่าตัด เป็นต้น (Patel & Lee, 2023)

6.3.2 การพยาบาลหลังการผ่าตัดภายในระยะ 2 - 3 สัปดาห์แรก (Intermediate complications) เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระยะ 2 - 3 สัปดาห์แรก ได้แก่ การรั่วของแผล

ผ่าตัด (Air leakage) การรั่วของท่อน้ำเหลือง (Chylous fistula or Chyle leak) หน้าบวม (Facial edema) การแตกของเส้นเลือดแดงคาโรติด (Carotid artery rupture หรือ carotid blowout) การติดเชื้อของบาดแผล (Wound infection) การตายของผิวหนัง (Skin necrosis) รูรั่วติดต่อกับแผลผ่าตัด (Orocutaneous fistula) และการล้มเหลวของการปลูกเนื้อเยื่อ (Flap/Graft failure) โดยหลังการผ่าตัดต้องทำความสะอาดแผลและตรวจสอบความสะอาดของแผลทุกวัน หลีกเลี่ยงการสัมผัสแผลโดยตรง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ สังเกตสังเกตอาการบวม อุณหภูมิผิวหนัง ๆ บริเวณ Flap เพื่อประเมินการไหลเวียนของเลือด การให้ยาปฏิชีวนะตามที่แพทย์สั่งหากพบการติดเชื้อ สอนให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้เกิดแรงกดทับบริเวณที่ทำการ Flap ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ช่วยในการรักษาแผล เช่น อาหารที่มีโปรตีนสูง การให้ยาช่วยบรรเทาความเจ็บปวดตามคำสั่งแพทย์ (Barker & Stevens, 2017)

6.3.3 การพยาบาในระยะหลังการผ่าตัดเป็นเวลานาน (Late complications) หลังผ่าตัดนานเป็นเดือนหรือเป็นปียังคงพบปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดังนี้ การกลับเป็นซ้ำอีกของมะเร็ง (Recurrence cancer) โดยทั่วไปผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ จะมีอัตราการอยู่รอด 5 ปี ร้อยละ 40 – 50 ภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับการทำงาน (Functional complication) โดยอาจเกิดการสำลักอาหารขณะกลืนได้ พยาบาลควรแนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแลแนะนำการเฝ้าระวังอาการสำลักอาหารในผู้ป่วยที่อาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงในการทำงานของกล้ามเนื้อหรือเส้นประสาทที่ได้รับผลกระทบจากการผ่าตัด โดยอาจต้องได้รับการฟื้นฟูการกลืน (Swallowing therapy) เช่น การฝึกกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืน หรือการแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ปรับเปลี่ยนได้ง่ายต่อการกลืน นอกจากนี้อาจพบปัญหาการพูด ซึ่งการฟื้นฟูเสียงและการพูดจากนักบำบัดการพูด (Speech therapist) แผลเป็น (Scar) ภายหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันการเกิดแผลเป็นที่มีลักษณะหนาหรือบวม แนะนำการใช้ผลิตภัณฑ์ เช่น ครีมหรือเจลที่ช่วยในการรักษาแผลเป็น หากผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับแผลเป็นอาจแนะนำการใช้วิธีการทำเลเซอร์เพื่อลดแผลเป็น (Murphy & Smith, 2020)

7. การพยาบาผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอ (Tracheostomy tube)

การใส่ท่อหลอดลมคอ (Tracheostomy) เป็นการผ่าตัดเพื่อเปิดช่องทางการหายใจโดยตรงไปยังหลอดลมผ่านทางคอ ซึ่งมักจะทำในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาในการหายใจผ่านทางจมูกหรือปาก เช่น อาการบาดเจ็บที่ปอด หรือภาวะหายใจล้มเหลวจากโรคที่ทำให้ไม่สามารถหายใจได้ตามปกติ (Khan et al., 2020) การดูแลผู้ป่วยที่มีท่อหลอดลมคอเป็นการดูแลที่สำคัญเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และการขัดข้องของท่อ (Mackenzie et al., 2018)

7.1 ขั้นตอนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีท่อหลอดลมคอ

7.1.1 การประเมินสภาพทางการหายใจ: การประเมินการหายใจของผู้ป่วยต้องทำอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการตรวจสอบเสียงหายใจและระดับออกซิเจนในเลือดผ่านการวัด SpO2 (Khan et al., 2020)

7.1.2 การทำความสะอาดท่อหลอดลมคอ: การทำความสะอาดท่อหลอดลมคอเป็นสิ่งสำคัญเพื่อป้องกันการติดเชื้อ โดยควรใช้วิธีการทำความสะอาดที่เหมาะสมและถูกสุขลักษณะ (Mackenzie et al., 2018)

7.1.3 การตรวจสอบตำแหน่งของท่อหลอดลมคอ: การตรวจสอบว่าท่อหลอดลมคอยู้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ (Khan et al., 2020)

7.2 การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ให้ความสำคัญกับการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และการขัดข้องของท่อหลอดลมคอเป็นสิ่งสำคัญ โดยการใช้นิเทศการดูแลที่สะอาดและการตรวจสอบท่อหลอดลมคออย่างสม่ำเสมอเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ (Mackenzie et al., 2018)

7.3 การทำความสะอาดท่อหลอดลมคอ

การทำความสะอาดท่อหลอดลมคอบริเวณแผลเจาะคอและเปลี่ยนผ้าก๊อสดูทุกวัน อย่างน้อยวันละ 1- 2 ครั้ง หรือเมื่อเปียกแฉะ และการทำความสะอาดท่อหลอดลมคอชั้นใน (inner tube) ควรอย่างน้อยวันละ 2-3 ครั้ง ขึ้นกับว่าเสมหะมากหรือเหนียวหรือไม่

7.3.1 วิธีทำความสะอาดท่อหลอดลมชั้นใน (Inner tube)

7.3.1.1 หมุนล๊อคท่อหลอดลมคอ แล้วถอดท่อหลอดลมคอชั้นในออก

7.3.1.2 เปิดน้ำให้ไหลผ่านภายในท่อหลอดลมคอ

7.3.1.3 ใช้แปรงหรือผ้าดันทันเสมหะออก

7.3.1.4 ใช้แปรง หรือผ้าชุบน้ำยาล้างจาน หรือสบู่ ถูไปมาทั้งภายในและภายนอก

7.3.1.5 ท่อโลหะ ล้างน้ำให้สะอาด ต้มให้เดือดนาน 20 นาที แล้วนำขึ้นมาวางไว้ให้หายร้อน

7.3.1.6 ท่อพลาสติก ล้างแล้วแช่ใน 0.5% ไฮโปคลอไรต์ (Virkon) 30 นาที แล้วล้างออกด้วยน้ำสะอาดเพื่อล้างสารเคมีออกไป

7.3.1.7 ก่อนนำไปใช้ ต้องสลัดท่อให้แห้งสนิท ไม่มีหยดน้ำค้างอยู่ในท่อเลย

7.3.1.8 ใส่ท่อหลอดลมชั้นในและหมุนล๊อคท่อหลอดลมคอให้เรียบร้อย ป้องกันการหลุด

7.3.2 ขั้นตอนการทำความสะอาดแผลท่อหลอดลมคอ (Tracheostoma)

7.3.2.1 ดึงผ้าก๊อสที่รองใต้ท่อหลอดลมค่ออก

7.3.2.2 ล้างมือให้สะอาด

7.3.2.3 ใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์หรือน้ำเกลือล้างแผล เช็ดผิวหนังรอบ ๆ ท่อหลอดลมคอ

7.3.2.4 ใช้ไม้พันสำลีชุบน้ำเกลือหรือน้ำต้มสุก เช็ดใต้ท่อหลอดลมคอทั้งด้านบนและด้านล่างให้สะอาด

7.3.2.5 สอดผ้าก๊อซที่ตัดเป็นรูปตัว Y รองใต้ท่อหลอดลมคอ

7.4.2.6 ปิดพลาสติกเฮอร์บริวณชายผ้าก๊อสด้านล่าง

7.4 การฝึกการไอแบบมีประสิทธิภาพ (Effective coughing) อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า การไอเป็นกระบวนการที่สำคัญในการขับเสมหะออกจากทางเดินหายใจ ซึ่งจะช่วยป้องกันการอุดตันหรือการติดเชื้อ การตั้งค่าที่เหมาะสมก่อนการไอ เช่น การนั่งตัวตรงหรือการนอนในท่าที่สามารถช่วยให้ทางเดินหายใจเปิดโล่ง ก่อนการไอ ควรฝึกการหายใจลึก ๆ เพื่อนำอากาศเข้าไปในปอดให้มากที่สุด โดยการหายใจเข้าลึก ๆ ผ่านจมูกแล้วหายใจออกอย่างช้า ๆ ผ่านปาก การหายใจแบบนี้ช่วยให้เสมหะหลุดออกจากหลอดลมและปอดได้ดีขึ้น การฝึกการไอแบบมีประสิทธิภาพ (Effective coughing) โดยการปีบกล้ามเนื้อท้องและใช้แรงดันจากการหายใจออกแรง ๆ เพื่อขับเสมหะออกจากหลอดลม หากผู้ป่วยไม่สามารถไอได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถช่วยโดยการดูดเสมหะออกจากทางเดินหายใจ (suctioning) ตามคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาล และแนะนำการดื่มน้ำอุ่นหรือน้ำที่ไม่ร้อนเกินไปเพื่อลดการระคายเคืองในคอหลังจากการไอ (Pereira & Thompson, 2021)

7.5 การดูดเสมหะในผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอ (Endotracheal tube) เป็นกระบวนการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถขับเสมหะออกจากทางเดินหายใจได้เอง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจลำบาก หรือในผู้ป่วยที่มีเสมหะข้นหรืออุดตันทางเดินหายใจ กระบวนการดูดเสมหะจะช่วยให้ทางเดินหายใจโล่ง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อในปอด หรือภาวะหายใจลำบากที่เกิดจากการอุดตันของเสมหะ (Barker & Stevens, 2021)

7.5.1 เตรียมอุปกรณ์โดยตรวจสอบเครื่องดูดเสมหะ (Suction machine) ให้ทำงานได้อย่างถูกต้อง และเตรียมท่อดูดเสมหะที่มีขนาดเหมาะสม เตรียมกระบอกน้ำเกลือล้างสายดูดเสมหะ (Sterile saline solution)

7.5.2 การตรวจประเมินผู้ป่วยก่อนการดูดเสมหะ ประเมินสภาพผู้ป่วยโดยรวม เช่น การหายใจลำบาก การมีเสียงวีดในปอด หรือการขาดออกซิเจน (SpO2 ต่ำ) ตรวจสอบสัญญาณชีพของผู้ป่วย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ และค่า SpO2 และพิจารณาการให้ยาระงับปวดหรือยาระงับการเคลื่อนไหวหากผู้ป่วยมีอาการไม่สบายตัวหรือเกรียด

7.5.3 การดูดเสมหะ ใส่ท่อดูดเสมหะลงในท่อหลอดลมคออย่างระมัดระวัง โดยไม่ให้ท่อดูดเสมหะสัมผัสผนังหลอดลมโดยตรงมากเกินไป การดูดเสมหะควรทำอย่างรวดเร็วในช่วง 10-15 วินาที โดยการใช้แรงดูดที่เหมาะสม (ประมาณ 80-120 mmHg) และควรหลีกเลี่ยงการดูดเสมหะเกิน 2 ครั้ง

ติดต่อกัน ถ้าผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากหรือไม่สามารถหายใจได้หลังการดูดเสมหะ ควรให้การช่วยเหลือทางการหายใจอย่างรวดเร็ว

7.5.4 การล้างท่อและทำความสะอาดหลังการดูดเสมหะ ควรล้างสายดูดเสมหะด้วยด้วยน้ำเกลือล้างท่อ (Sterile saline) ทำความสะอาดท่อดูดเสมหะอย่างละเอียดหลังการใช้งาน โดยใช้วิธีการทำความสะอาดที่ปลอดภัย

7.5.5 การติดตามอาการหลังการดูดเสมหะ ตรวจสอบค่า SpO₂ และสัญญาณชีพของผู้ป่วยหลังการดูดเสมหะ เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยสามารถหายใจได้สะดวกขึ้นหรือไม่ ให้การดูแลเพิ่มเติมในกรณีที่ผู้ป่วยยังคงมีการอุดตันทางเดินหายใจหรือมีปัญหาด้านการหายใจต่อไป

7.5.6 ข้อควรระวังในการดูดเสมหะ ไม่ควรดูดเสมหะบ่อยเกินไป เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยเครียดหรือได้รับผลกระทบจากการดูดมากเกินไป หลีกเลี่ยงการดูดเสมหะในระหว่างที่ผู้ป่วยกำลังหายใจเข้า เพราะอาจทำให้เกิดการขาดอากาศหายใจชั่วคราว ต้องมั่นใจว่าเครื่องดูดเสมหะทำงานอย่างถูกต้องและใช้ท่อดูดที่สะอาดและปลอดภัย

7.6 ข้อควรระวังสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอ (Mackenzie et al., 2018)

7.6.1 การเปลี่ยนเชือกผูกท่อหลอดลมเอง ต้องทำด้วยความระมัดระวัง อย่าให้ท่อชั้นนอกหลุด ถ้าไม่แน่ใจควรมาเปลี่ยนที่โรงพยาบาล

7.6.2 ถ้าท่อหลอดลมคอชั้นนอกหลุด หรือท่อหลอดลมคอชั้นในหาย ให้มาพบแพทย์ทันที

7.6.3 หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้น้ำเข้าหลอดลม ดังนี้

7.6.3.1 ห้ามลงเล่นน้ำในสระหรือคลอง เพื่อไม่ให้น้ำเข้าท่อหลอดลมคอซึ่งน้ำจะเข้าไปในปอดได้

7.6.3.2 ไม่ควรเล่นสาดน้ำกัน

7.6.3.3 หลีกเลี่ยงการเดินทางโดยเรือ

7.6.3.4 หลีกเลี่ยงการออกจากบ้านเวลาฝนตก

7.6.3.5 ระวังในขณะ อาบน้ำ สระผม อย่าให้น้ำเข้าไปในหลอดลมคอ

8. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีสายให้อาหารทางหน้าท้อง

สายให้อาหารทางหน้าท้อง (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Tube: PEG tube) เป็นวิธีการให้อาหารทางการแพทย์ที่ช่วยให้ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ทางปากได้รับสารอาหารที่จำเป็นสำหรับร่างกาย โดยสายให้อาหารทางหน้าท้อง จะถูกใส่ผ่านผนังกระเพาะอาหารจากภายนอกผ่านทางหน้าท้อง (Jiang et al., 2020) การดูแลผู้ป่วยที่มีสายให้อาหารทางหน้าท้องต้องมีการตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น การติดเชื้อและการเกิดแผลที่ผิวหนังบริเวณท่อ (McNabb-Baltar et al., 2019)

8.1 ขั้นตอนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีสายให้อาหารทางหน้าท้อง

8.1.1 การตรวจสอบตำแหน่งของท่อ PEG การตรวจสอบว่า PEG tube ถูกวางในตำแหน่งที่ถูกต้องเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น การหลุดออกจากตำแหน่งหรือการแทรกซึมของท่อไปยังเนื้อเยื่อที่ไม่ต้องการ โดยตรวจสอบว่าเทปยึดสายติดแน่นกับผิวหนังในตำแหน่งที่ถูกต้องไม่มีการเลื่อนและการยึดติดไม่หลวมหรือไม่แน่นเกินไป การตรวจสอบตำแหน่งของสายสามารถทำได้โดยการสัมผัสหรือดูภายนอกเพื่อยืนยันว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือการเคลื่อนที่ของสายอาหาร บางครั้งอาจจำเป็นต้องตรวจสอบการอยู่ของสายภายในท้อง เช่น ผ่านการตรวจ X-ray หรือการตรวจอัลตราซาวด์ เพื่อยืนยันว่าอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมและไม่เลื่อนออกจากตำแหน่ง (Jiang et al., 2020)

8.1.2 การให้การดูแลบริเวณที่ใส่ท่อ ควรทำความสะอาดบริเวณแผลรอบท่อ PEG ทุกวัน เพื่อป้องกันการติดเชื้อและการเกิดแผลที่ผิวหนัง (McNabb-Baltar et al., 2019) โดยล้างมือให้สะอาดและเช็ดให้แห้ง วิธีการทำความสะอาดแผล มีดังนี้

8.1.2.1 ในระยะ 1-2 สัปดาห์แรกหลังใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง ควรทำความสะอาดแผลทุกวันด้วยวิธีปราศจากเชื้อ โดยใช้น้ำยาเช็ดแผล 2% Chlorhexidine เนื่องจากการใช้ Chlorhexidine สำหรับทำความสะอาดแผล PEG เป็นการป้องกันการติดเชื้อที่แผลอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นวิธีที่แนะนำในทางการแพทย์ จากนั้นปิดผ้าก๊อชปราศจากเชื้อ ควรปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาลผู้ดูแลอย่างเคร่งครัด (Johnson & Stevens, 2020)

8.1.2.2 ในระยะต่อมาเมื่อแผลหายดีดี ไม่มีอาการอักเสบ บวม และแดง แนะนำผู้ป่วยก่อนการอาบน้ำให้ตรวจสอบการปิดปลายสายให้อาหารให้สนิท ภายหลังอาบน้ำเสร็จให้นำผ้าก๊อชออก ทำความสะอาดแผลโดยใช้น้ำเกลือหรือน้ำต้มสุกที่เย็นแล้ว เช็ดทำความสะอาดและเช็ดให้แห้งทันที

8.1.3 การให้อาหารและการประเมินสภาพทางกายภาพ การให้อาหารทางท่อ PEG ต้องทำอย่างระมัดระวังเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหายใจลำบากหรือการสำลัก อาหารควรมีอุณหภูมิที่เหมาะสมและควรให้เป็นไปตามคำแนะนำของแพทย์ (Vandamme et al., 2021) หลังจากการให้อาหารต้องสังเกตอาการของภาวะแทรกซ้อน เช่น อาการท้องอืดหรือคลื่นไส้ โดยวิธีการให้อาหารมีดังนี้

8.1.3.1 ล้างมือให้สะอาดแล้วเช็ดให้แห้ง

8.1.3.2 เตรียมอุปกรณ์ต่างๆ ให้พร้อม ประกอบด้วย นมหรืออาหารปั่นเหลว กระบอกฉีดยาพร้อมลูกสูบขนาด 50 มิลลิลิตร สำหรับใส่อาหารหรือน้ำสะอาด

8.1.3.3 นำกระบอกฉีดยาต่อเข้ากับช่องให้อาหารตรงปลายสาย

8.1.3.4 ตรวจสอบปริมาณอาหารที่เหลือค้างอยู่ในกระเพาะก่อนให้อาหารมื้อใหม่ ถ้าเหลือนมากกว่า 50 มิลลิลิตร ให้เลื่อนเวลาให้อาหารไป 30 ถึง 60 นาที

8.1.3.5 เริ่มต้นให้อาหารโดยการปิดสายให้อาหารด้วยตัวหนีบ (Clamp) เพื่อป้องกันอาหารเก่าไหลย้อนออกมา (หากถ้าไม่มีตัวหนีบให้ใช้นิ้วพับสายไว้แทน) หลังจากนั้นเทอาหารเหลวใส่กระบอกโดยเอาแกนในออกในปริมาณที่ต้องการ ปลดตัวหนีบ อาหารจะไหลเข้าไปในกระเพาะอาหาร

8.2 การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ท่อ PEG มีความสำคัญมาก

8.2.1 การป้องกันการติดเชื้อ พยาบาลต้องใช้เทคนิคการดูแลที่ถูกต้องในการให้สารอาหารผ่านสายให้อาหารทางหน้าท้อง เช่น การล้างมือก่อนและหลังการให้สารอาหาร หรือการใช้เครื่องมือที่สะอาด จะช่วยลดความเสี่ยงในการติดเชื้อที่เกิดจากท่อ (Vandamme et al., 2021)

8.2.2 การเลื่อนหลุดของสายให้อาหารทางหน้าท้อง ก่อนการให้อาหารต้องตรวจสอบสายให้อาหารทางหน้าท้องทุกครั้ง เพื่อยืนยันว่าอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง สามารถตรวจสอบตำแหน่งของสายโดยสัมผัสหรือสังเกตดูว่าไม่หลวมจนเกินไป และไม่เคลื่อนที่ และมีการใช้เทปหรือเครื่องยึดสายที่แน่นเพื่อป้องกันการเคลื่อนที่ของสายจากตำแหน่งที่ถูกต้อง (McNabb-Baltar et al., 2019)

8.2.3 การป้องกันการอุดตันของสายให้อาหารทางหน้าท้อง ภายหลังการให้อาหารผ่านทางสายให้อาหารทางหน้าท้องควรล้างสายด้วยน้ำสะอาดทุกครั้ง เพื่อช่วยลดการสะสมของอาหารหรือยาในสายซึ่งอาจนำไปสู่การอุดตัน นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงการให้อาหารในปริมาณมากเกินไปในครั้งเดียว เพื่อไม่ให้เกิดการอุดตันภายในท่อและตรวจสอบการไหลของอาหารผ่านสายให้อาหารทางหน้าท้องอย่างสม่ำเสมอ หากตรวจสอบพบสัญญาณการอุดตันของสาย เช่น การไหลของอาหารช้าเกินไปหรือหยุดไหล ให้แจ้งแพทย์ทันที โดยสายให้อาหารทางหน้าท้องแบบมาตรฐานมักจะมีอายุการใช้งานประมาณ 6 - 12 เดือน ขึ้นอยู่กับชนิดและสภาพของสายให้อาหาร หากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลพบว่าสายมีการอุดตันหรือแผลรอบท่อเปลี่ยนแปลงไปอาจต้องเปลี่ยนท่อเร็วกว่าที่กำหนด (Adams & Bell, 2023)

9. บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งโคนลิ้นระยะลุกลามที่มีภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น: กรณีศึกษาของสิริวิมล ลมเมฆ (2566) ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งโคนลิ้นระยะลุกลามที่มีภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นในผู้ป่วยชายไทย อายุ 38 ปี ที่มีอาการปวดในลำคอ กลืนลำบาก มีก้อนที่คอทั้ง 2 ข้าง 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล พบว่าระยะก่อนตรวจไม่สุขสบายเนื่องจากปวดก้อนที่คอ แน่นในคอ หายใจไม่สะดวกเสี่ยงต่อภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น ระยะหลังตรวจผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและปฏิเสธการผ่าตัด โรงพยาบาลได้สร้างสัมพันธภาพ อธิบายให้ข้อมูลและแผนการรักษากับผู้ป่วยและญาติ จนเกิด

ความเข้าใจ และยินยอมผ่าตัด จากนั้นส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์บริเวณคอเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด และให้เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก ผู้ป่วยได้รับการนำส่งถึงหอผู้ป่วยอย่างปลอดภัย ดังนั้นในการให้การพยาบาลจำเป็นต้องคำนึงถึงการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care) ครอบคลุม กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ บุรณาการทั้งด้านการรักษา ฟันฟูสภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค นอกจากนี้จำเป็นต้องคำนึงถึงสำคัญของญาติ และผู้ดูแลผู้ป่วยโดยต้องให้ผู้ดูแล ผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยให้มากที่สุด

การพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคมะเร็งลิ้นระยะลุกลามที่บ้านของประทุมพร ผลดอน (2566) ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 69 ปี ไม่มีประวัติโรคประจำตัว เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักด้วย Tumor Bleeding ออกจากปาก และท่อหลอดลมคอ โดยไม่สามารถหาจุดตำแหน่งที่เลือดออก ที่ชัดเจนได้และไหลรินออกอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยเกิดภาวะ Hypovolemic Shock ได้รับการ Resuscitation, On Ventilator และต่อมาสามารถ off Ventilator หายใจผ่าน Collar Mask และ Room Air ได้ตามลำดับ ผู้ป่วยสามารถหายใจต่อได้จนครบ และกลับไปรักษาแบบ ประคับประคองที่บ้าน จึงมีการส่งต่อมายังงานพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ การดูแลต่อเนื่อง ผู้ศึกษาได้ติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน 3 ครั้ง ร่วมกับการโทรติดตามเยี่ยม จำนวน 2 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาการดูแลที่สำคัญ ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ การอุดกั้นทางเดินหายใจ และปัญหาทางด้านจิตใจเนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นภาระกับบุคคล ในครอบครัว โดยพบว่าผู้ดูแล คือ บุตรสาวของผู้ป่วย อายุ 27 ปี ซึ่งไม่มีความรู้ ไม่มีทักษะและ ขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ดังนั้นจึงควรมุ่งเน้นให้ครอบครัวหรือผู้ดูแล เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนรักษาพยาบาลเพื่อให้เข้าใจ และควรมีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการ พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองให้ครอบคลุม ครอบคลุมนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

การศึกษาผลของพยาบาลวิชาชีพต่อผลการฟื้นตัวของผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก (Lu et al., 2021) โดยมีการเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วย 2 กลุ่ม กลุ่มหนึ่งในการพยาบาลปกติกับอีกกลุ่มหนึ่ง ในการพยาบาลในรูปแบบใหม่มีการพูดคุยให้ผู้ป่วยมีความคิดเชิงบวก กำหนดจำนวนปริมาณสารน้ำ การรับประทานอาหาร ทำความสะอาดช่องปากอย่างน้อย 3 ครั้งต่อวัน นอนศีรษะสูง 15 องศา เป็นต้น พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลสั้นกว่า มีคะแนนในการประเมิน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยแบบประเมิน ADL ผู้ป่วยมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้นในการ ประยุกต์ใช้การพยาบาลอย่างครอบคลุมในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากสามารถส่งเสริมการฟื้นตัวของโรค ลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด และบรรเทาความวิตกกังวลของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอัตรา ความพึงพอใจที่สูงขึ้น

การศึกษาการปรับปรุงผลลัพธ์ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้: แนวทางสหสาขาวิชา (De Boer et al., 2024) พบว่าประสิทธิผลของการจัดการมะเร็งลำไส้ที่มีแนวทางความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพที่ครอบคลุมตั้งแต่การตรวจพบและวินิจฉัยในระยะเริ่มต้น ไปจนถึงการฟื้นฟูหลังการรักษาและการรอดชีวิต เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม บทบาทสำคัญ ได้แก่ นักระบาดวิทยาสำหรับการประเมินความเสี่ยง ศัลยแพทย์และรังสีแพทย์สำหรับการวางแผนการรักษา พยาบาลและผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขสำหรับการฟื้นฟูและการดูแลแบบประคับประคอง แนวทางนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งในการแก้ไขไม่เพียงแต่ด้านคลินิกของโรคเท่านั้น แต่ยังรวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการจัดการผลกระทบในระยะยาวและการเกิดซ้ำที่อาจเกิดขึ้นในระยะท้ายของชีวิต ซึ่งกลยุทธ์ความร่วมมือนี้มีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางที่มีประสิทธิผลสูงสุด

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 4

กรณีศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

HN: 0163041665 AN: 66003119

วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566

วันที่จำหน่าย วันที่ 20 เมษายน 2566 รวมวันรักษาในโรงพยาบาล 54 วัน

วันที่รับไว้ใน ICU วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566

วันที่สิ้นสุดการดูแล วันที่ 20 เมษายน 2566 รวม 54 วัน

2. ประวัติการเจ็บป่วย

2.1. อาการสำคัญ

มีก้อนมะเร็งในช่องปาก แพทย์นัดมาผ่าตัด

2.2 ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

4 ปีก่อน (พ.ศ. 2562) ผู้ป่วยมีแผลเรื้อรังที่ลิ้น ตรวจพบว่าเป็น CA Tongue (Lt Lateral) involved Mandible with Lt Oropharynx ขนาด 7.8 x 8.0 x 5.9 cms ส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อสถาบันมะเร็ง แต่ผู้ป่วย Loss F/U

3 ปีก่อน (ก.ย. 2563) ผู้ป่วยมีอาการปวดแผล รับประทานอาหารได้น้อยมีสำลัก จึงเข้ารับการรักษาด้วยการฉายแสง 33 แสง และให้เคมีบำบัด 3 ครั้งครบเมื่อเดือนธันวาคม 2563 ผู้ป่วย on Tracheostomy tube และ Gastrostomy

2 ปีก่อน (มี.ค. 2564) มาด้วยปวดกราม ฟันโยก แพทย์แนะนำรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาเรื่อง CA tongue ให้ดีก่อน

2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยเข้ารับรักษาที่โรงพยาบาลและตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่องพบว่า มีฟันโยก กรามยุบ มีแผลที่เหงือก คาง แพทย์แนะนำรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยตกลงจะเข้ารับการผ่าตัด แพทย์จึงนัดมานอนโรงพยาบาล เพื่อทำการผ่าตัดในวันที่ 27 ก.พ. 2566

2.3 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยมีประวัติเป็น CA Tongue involved Mandible c Lt Oropharynx รักษาโดยการฉายแสงและเคมีบำบัดและรับยาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติจนครบ และติดตามการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลเลิดสิน เคยเข้ารับการผ่าตัดเจาะคอ Tracheostomy tube และ Gastrostomy ในปี 2563 ไม่มีประวัติแพ้ยาและอาหาร ปฏิเสธการใช้สารเสพติด

2.4 การประเมินแบบแผนสุขภาพ

2.4.1 แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ

ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ได้เข้ารับการรักษด้วยการฉายแสง และให้ยาเคมีบำบัดต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ และครั้งนี้โรคมีการลุกลามไปยังกระดูกขากรรไกรจำเป็นต้องเข้ารับการรักษา

สรุป ผู้ป่วยไม่มีปัญหาด้านการรับรู้และการดูแลสุขภาพ

2.4.2 แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร

น้ำหนัก 54 กิโลกรัม สูง 165 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย (Body mass index: BMI) 19.83 ผู้ป่วยมีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์สมส่วน ผู้ป่วยได้รับอาหารเหลวทางสายยางหน้าท้อง เข็มชั้น (1:1) 400 มิลลิลิตร 4 มื้อ ในระหว่างนอนโรงพยาบาลเตรียมตัวเข้ารับการผ่าตัดต้องงดน้ำและอาหารทุกชนิดหลังเที่ยงคืนก่อนผ่าตัด และได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5 % DN/2 1,000 มิลลิลิตร อัตราหยด 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงก่อนไปห้องผ่าตัด หลังผ่าตัดช่วงแรกต้องงดน้ำและอาหารต่อ เมื่อไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยได้รับอาหารทางสายยางต่อ

สรุป ผู้ป่วยไม่มีปัญหาด้านโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร

2.4.3 แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย

ผู้ป่วยปัสสาวะได้ตามปกติ กลั้นปัสสาวะได้ ถ่ายอุจจาระปกติวันละ 1 ครั้ง มีท้องผูกบ้างเป็นบางครั้งได้รับยาสวนระบาย สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ ขณะนอนโรงพยาบาลภายหลังผ่าตัดได้รับการสวนคาสายปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองปกติ หลังการผ่าตัดในช่วงแรกต้องขับถ่ายบนเตียงเนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหว

สรุป ผู้ป่วยมีปัญหาการขับถ่าย มีท้องผูกต้องใช้ยาระบาย

2.4.4 แบบแผนที่ 4 กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย

ก่อนการเจ็บป่วยผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ดี ออกกำลังกาย 2 วันต่อสัปดาห์ ภายหลังเจ็บป่วยไม่ได้ออกกำลังกายเนื่องจากรู้สึกอ่อนเพลีย ขณะนอนโรงพยาบาลภายหลังการผ่าตัดในช่วงแรกช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียงและถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เนื่องจากมีสายระบายเลือดและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่คอยติดตามอาการผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยจึงได้รับการช่วยเหลือกิจกรรมประจำวันทั้งหมด ในสัปดาห์แรกภายหลังการผ่าตัดจนค่อย ๆ กระตุ้นการเคลื่อนไหวและช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมดก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

สรุป ผู้ป่วยมีปัญหาในการทำกิจกรรมประจำวันขณะนอนโรงพยาบาล เนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหว

2.4.5 แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ

ปกติกลางคืนนอนหลับได้ประมาณ 4 - 5 ชั่วโมง และมีตื่นบ่อยระหว่างคืน ในช่วงกลางวันนอนหลับพักผ่อน 1 - 2 ชั่วโมง ขณะอยู่โรงพยาบาลสามารถนอนหลับได้ประมาณ 3 - 4 ชั่วโมง เนื่องจากมีอาการปวดแผลภายหลังการผ่าตัด พลิกตะแคงตัวเองไม่ได้ มีความวิตกกังวล และไม่คุ้นเคยกับสภาพหอผู้ป่วย ในช่วงกลางวันนอนหลับได้เป็นระยะเวลาสั้น ๆ ประมาณครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมง

สรุป ผู้ป่วยมีปัญหาในการนอนหลับพักผ่อนขณะนอนโรงพยาบาล

2.4.6 แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามบอกได้ พูดคุยไม่ได้เนื่องจากเจาะคอ สื่อสารได้โดยการเขียน และภาษากาย การรับรู้ประสาทสัมผัสการมองเห็นปกติ และให้ความร่วมมือในการรักษา

สรุป ผู้ป่วยไม่มีปัญหาสติปัญญาและการรับรู้

2.4.7 แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

ก่อนการเจ็บป่วยผู้ป่วยมีอาชีพค้าขายซึ่งทำกันในครอบครัว เมื่อมีการเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ มีสภาพจิตใจไม่ปกติเนื่องจากต้องเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วย ค่าใช้จ่ายในระหว่างที่เข้ารับการรักษา รวมถึงการมีแผลที่บริเวณใบหน้า เจาะคอ มีสายให้อาหารทางหน้าท้อง ทำให้ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยมีความเครียดและวิตกกังวลมากยิ่งขึ้น

สรุป ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป

2.4.8 แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ

ผู้ป่วยเป็นโสด อยู่กับพี่สาวและครอบครัว มีเพื่อนที่มีกิจกรรมร่วมกัน เมื่อเจ็บป่วย บทบาทหน้าที่ของตนเองที่มีต่อคนในครอบครัวเปลี่ยนแปลง รู้สึกว่าเป็นภาระ แยกตัวออกจากสังคม เนื่องจากข้อจำกัดทางกายและภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปทำให้ผู้อื่นรู้สึกกลัวและกังวล และมีการกีดกันการดูแลสุขภาพมากขึ้น สัมพันธภาพกับคนในครอบครัวขณะป่วย รักใคร่เป็นห่วงเป็นใยดี

สรุป ผู้ป่วยไม่มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวแต่พบว่ามีปัญหาของบทบาทเนื่องจากเมื่อเจ็บป่วยการทําบทบาทหน้าที่ในครอบครัวของตนเปลี่ยนแปลงไป

2.4.9 แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์

พฤติกรรมที่แสดงออกเหมาะสมกับเพศ ผลการตรวจร่างกายระบบสืบพันธุ์ ไม่พบความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์

สรุป ผู้ป่วยไม่มีปัญหาเพศและการเจริญพันธุ์

2.4.10 แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและเผชิญกับความเครียด

ผู้ป่วยมีสื่อน้ำวิตกกังวล จากการสอบถามพบว่าผู้ป่วยมีความกังวลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค การขาดรายได้เนื่องจากการเจ็บป่วย และรู้สึกวุ่นวายตนเองกลายเป็นภาระของครอบครัว ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาท่อเนื่องโดยคาดหวังว่าตนเองจะสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ปกติและไม่เจ็บปวดกับโรค

สรุป ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคและมีการเผชิญกับความเครียด

2.4.11 แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ

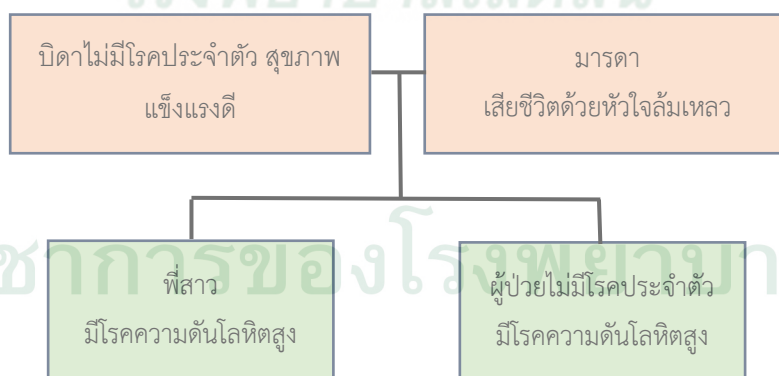
ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ มีความศรัทธาในพระพุทธศาสนา เชื่อว่าที่ผ่านมามาตนเองทำดีมาตลอด ผลบุญจะส่งผลให้การรักษาผ่านไปด้วยดี

สรุป ผู้ป่วยไม่มีปัญหาในแบบแผนคุณค่าและความเชื่อ

จากการประเมินผู้ป่วยตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาในแบบแผนที่ 3 การขับถ่าย โดยผู้ป่วยมีท้องผูกต้องใช้ยาระบาย แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย ผู้ป่วยมีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวันขณะนอนโรงพยาบาล เนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหว แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ป่วยมีปัญหาในการนอนหลับพักผ่อนขณะนอนโรงพยาบาลเนื่องจากการเปลี่ยนสถานที่ สิ่งแวดล้อม และอาการปวดหลังผ่าตัด แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ เนื่องจากผู้ป่วยมีภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ ผู้ป่วยไม่มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวแต่พบว่ามีปัญหาของบทบาทเนื่องจากเมื่อเจ็บป่วยการทำงานบทบาทหน้าที่ในครอบครัวของตนเปลี่ยนแปลงไป และแบบแผนที่ 10 การปรับตัวและเผชิญกับความเครียด ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคและมีการเผชิญกับความเครียด

3. ประวัติสุขภาพครอบครัว และผังเครือญาติ

บิดาและมารดาไม่มีโรคติดต่อทางพันธุกรรม และพี่สาวมีโรคความดันโลหิตสูง



รูปภาพที่ 8 แผนผังเครือญาติ

4. การตรวจร่างกายตามระบบอย่างละเอียด

สัญญาณชีพ: อุณหภูมิร่างกาย 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 114/80 มิลลิเมตรปรอท

สภาพทั่วไป: ผู้ป่วยเพศชาย รูปร่างผอมสูง ผิวขาวเหลือง on tracheostomy tube, on Gastrostomy มีแผลภายในช่องปาก - คาง ร่างกายสะอาด สีสหน้าวิตกกังวล น้ำหนัก 54 กิโลกรัม สูง 165 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย (Body mass index: BMI) 19.83

ผิวหนัง: บริเวณคาง คอ และทรวงอกช่วงบนมีสีคล้ำ แห้งมีสะเก็ดเล็กน้อย จากการฉายแสง ไม่มีรอยจ้ำเลือด รอยฟกช้ำตามร่างกาย อุณหภูมิปกติ ความชุ่มชื้นและความตึงตัวของผิวหนังปกติ การกระจายตัวของขนสม่ำเสมอ

เล็บ: ส้นไม่มีรอยโรค ไม่เปราะ ไม่มี Spoon nail และ นิ้วบวม (Clubbing finger) รอยต่อระหว่างเล็บกับผิวหนังไม่อักเสบ

ศีรษะ: มีความสมมาตร ผมร่วงบาง ศีรษะไม่แข็ง คลำดูปกติ

ใบหน้า: สมมาตรกัน มีก้อนและแผลบริเวณคางด้านซ้าย ผิวสีขาวเหลือง

ตา: ประสาทตาปกติ ไม่มีอาการบวม เยื่อบุตาไม่ซีด รูม่านตามีขนาดประมาณ 3 mm. การตอบสนองของตามองทั้งสองข้างดี

หู: สมมาตรกันระดับเท่ากันทั้ง 2 ข้าง

ปาก: ริมฝีปากแห้ง มีแผลที่ปากและภายในช่องปาก

คอ: Trachea อยู่ในแนวกึ่งกลาง on Tracheostomy tube ผิวหนังสีคล้ำมีรอยโรค มีก้อนใต้คาง คลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองโต

ทรวงอก: ทรวงอกรูปร่างปกติทรวงอกทั้งสองข้างสมมาตรกัน ไม่มีอกบวมอกถั่ง ขยายตัวเท่ากันทั้ง 2 ข้าง จังหวะการหายใจสม่ำเสมอ ฟังเสียงหายใจได้เท่ากันทั้ง 2 ข้าง ตรงตำแหน่ง 2 - 3 mid axillary line ไม่มีเสียงผิดปกติ เสมหะปริมาณพอควร สีขาวขุ่น

หัวใจ: ไม่มี Heaving ไม่พบการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ Thrills คลำพบ PMI ในตำแหน่งช่องซี่โครงที่ 4 - 5 ตรงตำแหน่ง mid clavicle การเต้นของหัวใจเป็นจังหวะสม่ำเสมอ

หลอดเลือด: ชีพจรจังหวะสม่ำเสมอเท่ากันทั้ง 2 ข้าง

ต่อมน้ำเหลือง: คลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองโตทั้ง 10 จุด

กล้ามเนื้อ: ไม่มีแขนขาผิดปกติ กำลังแขนและขาขยับด้านแรงได้ทุกย่างค์ Motor power

grad v

เล็บ: เล็บสีชมพูยาวเล็กน้อย ไม่อักเสบ

ข้อนิ้ว ข้อมือ: ข้อต่าง ๆ ไม่มีก้อนไม่มีอาการบวมอักเสบไม่มีผิดปกติ

แนวกระดูกสันหลัง: กระดูกสันหลังไม่คงอ ส่วนโค้งเว้าของกระดูกสันหลังปกติ

ท้อง: ท้องไม่อืดตึง กด Soft มองไม่พบการเต้นของชีพจรบริเวณหน้าท้อง เคาะโปร่ง ฟัง

Bowel sound Positive มีสายยางให้อาหารทางหน้าท้องด้านซ้าย

ระบบทางเดินปัสสาวะ: ปัสสาวะได้เอง ปัสสาวะสีเหลืองใส

การตรวจทางระบบประสาท : E₄V₇M₆

Musculoskeletal: Motor power grade 5

สรุป จากการตรวจร่างกายพบความผิดปกติในระบบหูด คอ จมูก มีก้อนและแผลบริเวณคอ ด้านซ้าย ผิวสีขาวยเหลือง บริเวณคอ Trachea อยู่ในแนวกึ่งกลาง on Tracheostomy tube ผิวหนังสีคล้ำมีรอยโรค กลืนน้ำลายไม่ได้มีสำลัก บริเวณท้องมีการเคลื่อนตัวของลำไส้ปกติ ผู้ป่วยมีสายยางให้อาหารทางหน้าท้องด้านซ้าย

5. การตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา

5.1 การตรวจนับเม็ดเลือด (Complete blood count)

ตารางที่ 1 การตรวจนับเม็ดเลือด (Complete blood count)

ผลเลือด	24/2	28/2	1/3	2/3 (6น.)	2/3 (16น.)	3/3	4/3	12/3	17/3	21/3	1/4
RBC (4.1 - 5.8 x10 ⁶ /ul)	4.66	2.67*	2.29*	2.4*	2.48*	2.42*	2.78*	4.07*	3.39*	3.66*	4.03*
Hemoglobin (12.7 - 17.1 g/dl)	14.4	8.1*	6.9*	7.3*	7.4*	7.0*	8.1*	11.8*	9.8*	10.6*	12.3*
Hematocrit (38 - 50.3 %)	41.1	24.1*	19.8*	21.4*	21.6*	21.1*	24.2*	35.8*	29.8*	32.6*	37.7*
WBC (3.9 - 12.1 x10 ³ /ul)	8.32	16.13*	11.68	9.31	8.09	7.81	9.09	10.46	23.13*	9.00	9.07
Neutrophil (39.7 - 77.3 %)	68.1	82.6*	83.6*	84.4*	83.9*	83.8*	83.1*	80.8*	88.2*	71.2	73.7
Lymphocyte (17.8 - 51.8 %)	18.8	11.4*	9.6*	8.6*	8.9*	7.6*	6.7*	9.5*	5.8*	12.0*	13.9*

ผลเลือด	24/2	28/2	1/3	2/3 (6น.)	2/3 (16น.)	3/3	4/3	12/3	17/3	21/3	1/4
Monocyte	4.0	5.6	6.6	6.6	6.2	6.7	7.0	5.7	5.0	8.4	4.9
Eosinophil ($< 8\%$)	0.3	0.2	0.0	0.3	0.9	1.8	3.1	3.6	0.6	7.8	6.7
Basophil ($< 2.5\%$)	0.8	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.4	0.4	0.6	0.8
Platelet (157 - 414 $\times 10^3/\mu\text{l}$)	222	94*	81*	74*	67*	75*	111*	599	512	410	339
MCV (78.1 - 99.2 fl)	89.5	90.3	86.5	89.2	87.1	87.2	87.1	88.0	87.9	89.1	93.5
MCH (25.7 - 33.8 pg)	30.9	30.3	30.1	30.4	29.8	28.9	29.1	29.0	28.9	29.0	30.5
MCHC (32 - 35.3 g/dl)	34.5	33.6	34.8	34.1	34.3	33.2	33.5	33.0	32.9	32.5	32.6
RDW (11.6 - 14.8 %)	13.2	15.1*	15.6*	15.2*	17.2*	17.3*	17.2*	14.1	14.4	13.9	16.7*
PT (10.51-13.08 sec)	11.4	14.5	15.5*						15.0*		
INR	0.96	1.23	1.32						1.28		
PTT (22.19-30.74 sec)	28.4	29.90	36.4*						29.0		
PTT Ratio	1.15	1.22	1.48						1.18		

หมายเหตุ: จาก งานบริการเวชระเบียนโรงพยาบาลเลิดสิน (2567)

* ผลเลือดที่ผิดปกติ

ตารางที่ 2 การตรวจความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง

วันที่	ค่าปกติ	28 ก.พ. 66 14.00 น.	1 มี.ค. 66 17.00 น.	2 มี.ค. 66 17.30 น.	4 มี.ค. 66 17.30 น.
Hematocrit	40 – 52 %	27	29	27	35

หมายเหตุ: จาก งานบริการเวชระเบียนโรงพยาบาลเลิดสิน (2567)

การแปลผล

จากผลการตรวจ CBC ในวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566 ไม่พบค่าที่ผิดปกติ ผลการตรวจในวันที่ 28 กุมภาพันธ์, วันที่ 1, 2, 3, 4, 12, 17, 21 มีนาคมและ 1 เมษายน 2566 พบว่า

1) ค่า RBC count มีค่าต่ำ แสดงว่าเม็ดเลือดแดงมีปริมาณน้อยเกินไป ภาวะที่เม็ดเลือดแดงมีปริมาณน้อยเกินไป เราเรียกว่าภาวะเลือดจางหรือโลหิตจาง (Anemia) ซึ่งอาจทำให้การขนส่งออกซิเจนไปใช้ที่ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายทำได้ไม่เพียงพอ ในกรณีศึกษานี้เกิดจากการขาดธาตุเหล็กจากการสูญเสียเลือดในระหว่างการผ่าตัดหรือการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่ผ่านมา โดยเคมีบำบัดสามารถทำลายเซลล์เม็ดเลือดแดงและลดการสร้างเม็ดเลือดแดง

2) ค่าระดับฮีโมโกลบินต่ำ (Hemoglobin; Hb) ซึ่งฮีโมโกลบินเป็นโปรตีนในเซลล์เม็ดเลือดแดงทำหน้าที่นำพา oxygen เพื่อใช้ในกระบวนการต่าง ๆ ในเซลล์ เป็นค่าที่ช่วยบ่งบอกปริมาณเม็ดเลือดแดงในทางอ้อม เพื่อใช้ประเมินภาวะโลหิตจาง (Anemia) ในกรณีศึกษานี้เกิดจากการเสียเลือดในการเข้ารับการผ่าตัดและการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่ผ่านมาที่มีการทำลายเซลล์เม็ดเลือดแดงและลดการสร้างเม็ดเลือดแดง

3) ค่าระดับความเข้มข้นเลือดต่ำ (Hematocrit, Hct) บอกสัดส่วนปริมาตรของเม็ดเลือดแดงต่อปริมาตรของเลือดทั้งหมด ค่าระดับความเข้มข้นเลือด ใช้ประเมินภาวะโลหิตจาง (Anemia) Hct มีค่าต่ำ แสดงว่ามีภาวะโลหิตจาง โดยจะใช้พิจารณาควบคู่ไปกับค่า RBC count และ Hb และมักมีค่าเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับค่า RBC count และ Hb เสมอ ในกรณีศึกษานี้เกิดจากการเสียเลือดในการเข้ารับการผ่าตัดและการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่ผ่านมาที่มีการทำลายเซลล์เม็ดเลือดแดงและลดการสร้างเม็ดเลือดแดง

4) เม็ดเลือดขาว WBC มีค่าสูง สาเหตุของภาวะ WBC สูงที่เป็นไปได้ เช่น มีการติดเชื้อในร่างกาย (Infection) ที่พบบ่อย คือ การติดเชื้อแบคทีเรีย (Bacteria) หรือไวรัส (Virus) ทำให้ร่างกายสร้างเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้นเพื่อมาจัดการกับเชื้อโรค หรือมีการอักเสบในร่างกาย (Inflammation) มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อในร่างกาย (Tissue death) เช่น จากแผลผ่าตัด แผลไฟไหม้ ถูกกระแทก กล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือความเครียดรุนแรง (Severe stress) เป็นต้น ในกรณีศึกษานี้เกิดจากการตอบสนองของร่างกายต่อการผ่าตัด เนื่องจากการผ่าตัดและการบาดเจ็บสามารถกระตุ้นให้ร่างกายผลิตเม็ดเลือดขาวเพื่อรับมือกับการบาดเจ็บ

5) นิวโทรฟิล (Neutrophil) มีค่าสูง เป็นเม็ดเลือดขาวชนิดที่มีจำนวนมากที่สุด ทำหน้าที่ต่อต้านเชื้อแบคทีเรีย (Bacteria) และเชื้อรา (Fungi) นิวโทรฟิลเป็นเหมือนด่านแรกของระบบภูมิคุ้มกันที่คอยทำหน้าที่จับกินเชื้อโรค ระดับของเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิลที่สูงขึ้นกว่าปกติ อาจเกิด

จากหลายสาเหตุ เช่น ร่างกายเกิดการอักเสบ (Inflammation) การติดเชื้อแบคทีเรียแบบเฉียบพลัน (Acute bacterial infection) มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อในร่างกาย (Tissue death) เช่น แผลผ่าตัด แผลไฟไหม้ ถูกกระแทก กล้ามเนื้อหัวใจตาย ความเครียดรุนแรง (Severe stress) เป็นต้น ในกรณีศึกษาที่เกิดจากการผ่าตัดและการบาดเจ็บทำให้ระดับของ นิวโทรฟิล (Neutrophil) สูงขึ้นในระยะหลังการผ่าตัด

6) ลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) เป็นเม็ดเลือดขาวที่ทำหน้าที่หลักในการต่อต้านเชื้อไวรัส (Virus) ค่า Lymphocyte ที่ต่ำกว่าปกติ อาจเกิดจากร่างกายอาจตกอยู่ในความเครียดอย่างหนัก หรืออาจกำลังเกิดโรคร้ายแรง เช่น วัณโรคระยะลุกลาม โรคหัวใจ โรคไต เป็นต้น ในกรณีศึกษาที่เกิดจากผลของการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่ผ่านมามีอาจทำลายเซลล์ลิมโฟไซต์ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของระบบภูมิคุ้มกัน และร่างกายเกิดการติดเชื้อหรือการผ่าตัดสามารถทำให้ระดับลิมโฟไซต์ลดลงได้

7) เกล็ดเลือด (Platelet count) มีค่าต่ำ ทำให้เกิดภาวะเลือดออกง่ายและห้ามเลือดได้ยากกว่าปกติสาเหตุอาจเกิดจากเกล็ดเลือดถูกทำลาย เช่น การติดเชื้อไวรัส การได้รับสารเคมี หรือใช้เกล็ดเลือดมากกว่าปกติ เช่น ถูกใช้เพื่อการหยุดเลือดจากการที่มีเลือดออกรุนแรง หรือร่างกายเกิดการติดเชื้ออย่างรุนแรง ในกรณีศึกษาที่เกิดจากผลข้างเคียงของการผ่าตัดใหญ่และการรักษาด้วยเคมีบำบัดอาจทำให้เกล็ดเลือดลดลง

8) RDW เป็นค่าความกว้างของการกระจายขนาดเม็ดเลือดแดง มีค่าสูง บ่งบอกว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงของขนาดเม็ดเลือดแดงอย่างมาก ในภาวะโลหิตจางมักถูกนำมาแปลผลร่วมกับปริมาตรของเม็ดเลือดแดงโดยเฉลี่ย (MCV) เพื่อประเมินถึงสาเหตุของการเกิดโลหิตจาง ในกรณีศึกษาที่แสดงถึงการฟื้นตัวจากการสูญเสียเลือด หลังจากการผ่าตัดหรือภาวะเลือดจาง RDW อาจสูงขึ้น

9) การแข็งตัวของเลือด (Coagulogram)

- Prothrombin time (PT) คือ เวลาที่เลือดเริ่มแข็งตัว จากผลพบว่า มีค่าสูง แสดงว่ามีภาวะเลือดที่เลือดเริ่มแข็งตัวนานผิดปกติ อาจเกิดจากการขาดวิตามินเค ในกรณีศึกษาที่เกิดจากการเสียเลือดจากการผ่าตัดหรือการใช้ยาเคมีบำบัดที่ส่งผลต่อการแข็งตัวของเลือด

- Partial Thromboplastin Time (PTT) คือ เวลาที่ใช้ในการสร้างลิ่มเลือด จากผลพบว่า มีค่าสูง แสดงว่าระยะเวลาที่ใช้ในการสร้างลิ่มเลือดนานกว่าปกติ ในกรณีศึกษาที่เกิดจากการเสียเลือดจากการผ่าตัดหรือการใช้ยาเคมีบำบัดที่ส่งผลต่อการแข็งตัวของเลือด

5.2 การตรวจทางชีวเคมี (Blood Chemistry)

ตารางที่ 3 การตรวจทางชีวเคมี

ผลเลือด	24/2	28/2	1/3	2/3	3/3	4/3 (6น)	12/3	17/3	21/3	1/4
BUN	42*	17	18	14	13	14	21	18	28	15

ผลเลือด	24/2	28/2	1/3	2/3	3/3	4/3 (6น)	12/3	17/3	21/3	1/4
(9 - 20 mg/dl)										
Creatinine (0.66 - 1.25 mg/dl)	1.17	0.78	0.86	0.64*	0.71	0.56*	0.54*	0.67	0.54*	0.53*
eGFR (≥90 mL/min/1.73m ²)	76	111*	106*	120	115	127	129	118	129	130
Sodium (135 - 145 mmol/L)	139	136	135	135	131 *	135	133	131*	136	137
Potassium (3.5 - 5.1 mmol/L)	4.2	4.1	4.3	3.7	3.4	3.4*	4.1	3.7	3.5	4.6
Chloride (98 - 107 mmol/L)	108*	111*	113*	113*	109	110	99	99	101	104
Carbondioxide (22 - 30 mmol/L)	23	20	25	28	30	27	32*	31*	34*	24
Calcium (8.6 - 10.3 mg/dl)		6.7*	6.3*				8.4		7.9	8.9
Phosphorus (2.5 - 4.5 mg/dl)		6.0*	3.0				3.3		3.0	4.3
Magnesium (1.6 - 2.3 mg/dl)		1.7	2.0				2.4*		2.2	2.4*

หมายเหตุ: จาก งานบริการเวชระเบียนโรงพยาบาลเลิดสิน (2567)

* ผลเลือดที่ผิดปกติ

ตารางที่ 4 การตรวจการทำงานของตับ

ผลเลือด	28/2 06.00 น.	1/3 06.00 น.	17/3/66 11.00 น.
Total protein (6.3 - 8.2 g/dl)	3.5*	3.2*	6.8
Albumin (3.5 - 5 g/dl)	1.8*	1.6*	3.3
Globulin (2.3 - 3.5 g/dl)	1.7*	1.6*	3.5
Total bilirubin (0.2 - 1.3 mg/dl)	0.55	0.48	0.56

ผลเลือด	28/2	1/3	17/3/66
	06.00 น.	06.00 น.	11.00 น.
Indirect bilirubin (0.01 - 1.1 mg/dl)	0.54	0.47	0.50
Direct bilirubin (0.01 - 0.4 mg/dl)	0.01	0.01	0.06
AST(SGOT) (17 - 59 U/L)	67*	53*	50
ALT(SGPT) (< 50 U/L)	86*	51*	53
ALP (38 - 126 U/L)	25*	36*	140

หมายเหตุ: จาก งานบริการเวชระเบียนโรงพยาบาลเลิดสิน (2567)

* ผลเลือดที่ผิดปกติ

การแปลผล

จากผลการตรวจ Blood Chemistry ในวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566 - 1 เมษายน 66 พบค่าที่ผิดปกติ ดังนี้

1. ค่า BUN และ Creatinine สูงกว่าปกติ เนื่องมาจากการฉายรังสีและเคมีบำบัดสามารถส่งผลให้เกิดการเสียสมดุลน้ำในร่างกาย รวมถึงการทำให้ไตทำงานได้ไม่เต็มที่จากพิษของยาเคมีบำบัด (Cytotoxic drugs) และจากการเข้ารับการผ่าตัดร่างกายเกิดภาวะขาดน้ำส่งผลให้ค่า BUN สูงขึ้น
2. Sodium ต่ำ อาจเกิดจากการมีน้ำเกิน จากการที่ไตขับน้ำได้ลดลง หรือมีการสูญเสียโซเดียมทางปัสสาวะ
3. Potassium ต่ำ ในกรณีศึกษาเกิดจากการถ่ายเหลว หรือปัสสาวะออกมากเกินไป อาจทำให้เกิดความอ่อนล้า กล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือกล้ามเนื้อกระตุก
4. Chloride สูง ในกรณีศึกษาเกิดจากภาวะขาดน้ำ การติดเชื้อ หรือภาวะกรดเกินในเลือด (metabolic acidosis) ส่งผลต่อการทำงานของไตที่ผิดปกติหรือภาวะการได้รับเคมีบำบัดที่มีผลต่อสมดุลเกลือแร่
5. Carbon dioxide (bicarbonate) มีค่าต่ำกว่าปกติ ในกรณีศึกษาเกิดจากภาวะขาดน้ำ การติดเชื้อ หรือภาวะกรดเกินในเลือด (metabolic acidosis) ส่งผลต่อการทำงานของไตที่ผิดปกติหรือภาวะการได้รับเคมีบำบัดที่มีผลต่อสมดุลเกลือแร่
6. Calcium ต่ำ ในกรณีศึกษาเกิดจากการที่ร่างกายสูญเสียปริมาณแคลเซียม หรือไม่สามารถดูดซึมแคลเซียมจากอาหารได้เท่าที่ควร หรือมีระดับวิตามินดีในร่างกายต่ำ ทำให้ดูดซึมแคลเซียมได้ยากขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการได้รับยาเคมีบำบัดและการฉายรังสีอาจส่งผลให้มีการดูดซึมแคลเซียมไม่ดี
7. Phosphorus สูงกว่าปกติ ในกรณีศึกษาเกิดจากการทำงานของไตผิดปกติ ภาวะเลือดเป็นกรด การได้รับบาดเจ็บซึ่งทำให้กล้ามเนื้อได้รับความเสียหาย การติดเชื้อเป็นวงกว้างในร่างกาย

8. Total protein ต่ำ ในกรณีศึกษาเกิดจากการขาดสารอาหาร โดยเฉพาะโปรตีน หรือมีโปรตีนน้อยมาก

9. Albumin ต่ำ ในกรณีศึกษาเกิดจากการขาดสารอาหาร สูญเสียเลือด ทำให้เกิดอาการบวม

10. AST(SGOT), ALT(SGPT) สูง ในกรณีศึกษาอาจเกิดจากการอักเสบ หรือบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ

12. All. Phosphatase ค่าต่ำ ในกรณีศึกษาเกิดจากมีภาวะทุพโภชนาการ ค่าสูงเกิดจากมีปัญหาเกี่ยวกับกระดูก

5.3 ผลตรวจภูมิคุ้มกันวิทยา

Anti - HIV = ปกติ (Negative)

5.4 การตรวจทางจุลชีววิทยา (Microbiology)

ตารางที่ 5 การตรวจทางจุลชีววิทยา (Microbiology)

ผล lab	ค่าปกติ	4 มี.ค.66	8 มี.ค.66
Color	Colorless-Yellow	Yellow	Yellow
Clarity	Clear	Clear	Clear
Glucose	Negative	3+	Negative
Ketone	Negative	Negative	Negative
Blood	Negative	1+	1+
Protein	Negative	Trace	Trace
Nitrite	Negative	Negative	Negative
Bilirubin	Negative	Negative	Negative
Specific gravity	1.003 - 1.03	1.013	1.019
PH	5 - 8	6.5	7.5
Urobilirubin	Negative	Normal	Normal
Leukocyte	Negative	Negative	Negative
RBC	< 3	3-5	3-5
WBC	< 7	2-3	2-3
Squamous epithelial cell	< 11	0-1	0-1
Bacteria	Not found	Few	Few

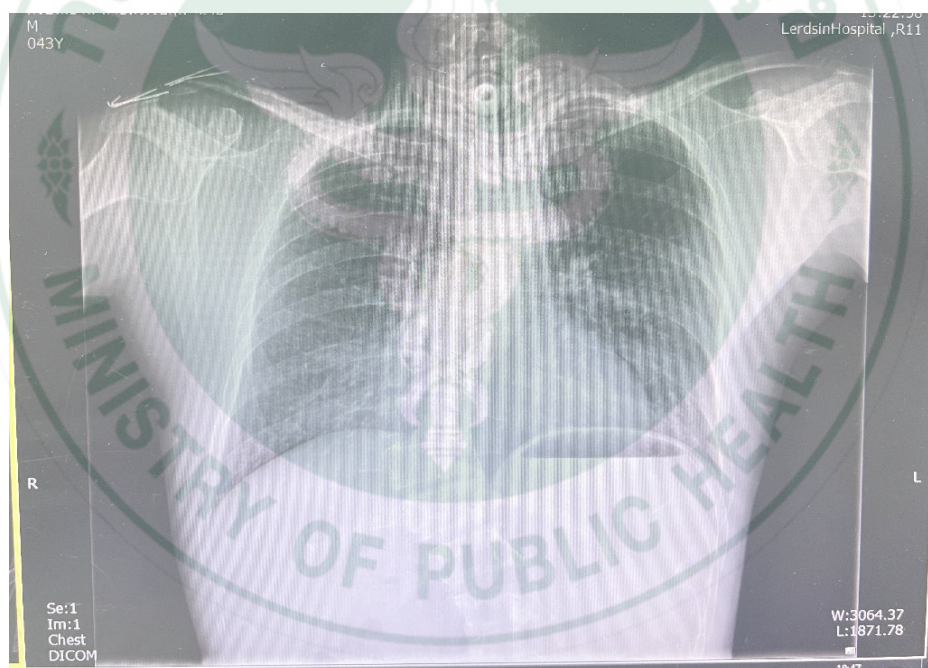
หมายเหตุ: จาก งานบริการเวชระเบียนโรงพยาบาลเลิดสิน (2567)

การแปลผล

Glucose สูง บ่งชี้ถึงมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง Protein อาจเกิดจากการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ หรือบาดเจ็บจากการใส่สายสวน Blood อาจเกิดจากการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ หรือบาดเจ็บจากการใส่สายสวน RBC อาจเกิดจากความผิดปกติที่ไต หรือในทางเดินปัสสาวะ Bacteria กรณีมีเชื้อแบคทีเรียเล็กน้อยอาจเกิดจากการที่มีปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะหรือการเก็บที่ไม่สะอาดพอ

5.5 ผลการตรวจทางรังสีวิทยา

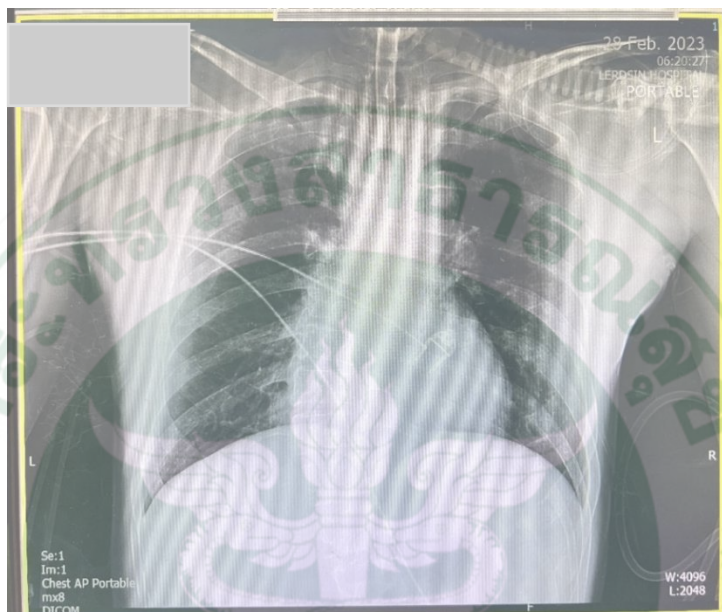
- ผลเอกซเรย์ปอด



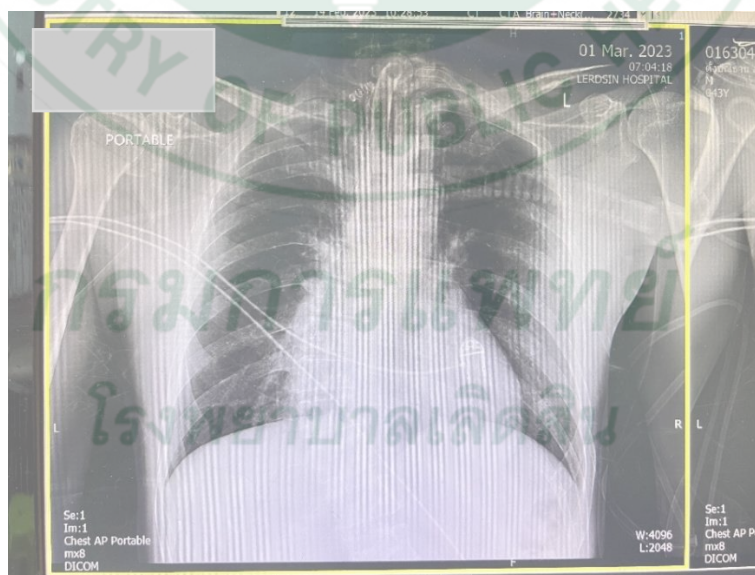
รูปภาพที่ 9 ถ่ายภาพรังสีทรวงอกวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566

วันที่ 24 ก.พ. 2566 พบว่าผู้ป่วยมีกระดูกสันหลังคด และมีท่อเจาะคอ ไม่พบรอยโรคทางปอด และไม่มีภาวะน้ำเกิน

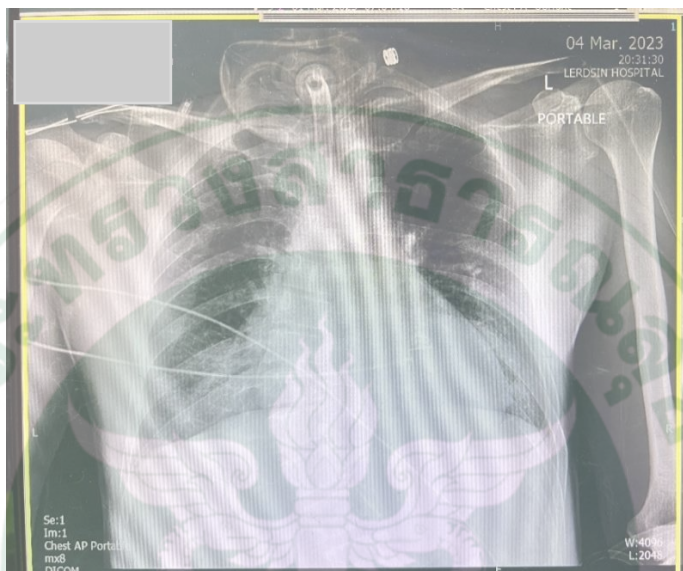
ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน



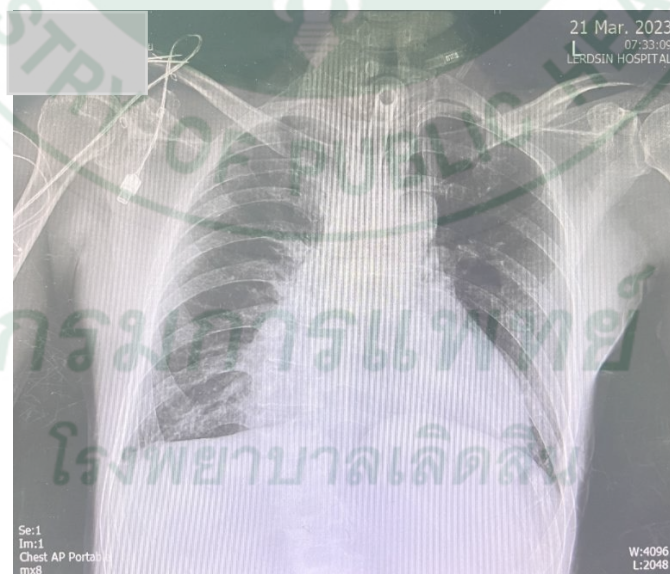
รูปภาพที่ 10 ถ่ายภาพรังสีทรวงอกวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2566
วันที่ 29 ก.พ. 2566 พบว่าผู้ป่วยมีกระดูกสันหลังคด และมีท่อน้ำนม ไม่พบรอยโรคทางปอด และไม่มีภาวะน้ำเกิน



รูปภาพที่ 11 ถ่ายภาพรังสีทรวงอกวันที่ 1 มีนาคม 2566
วันที่ 1 มี.ค. 2566 พบว่าผู้ป่วยมีกระดูกสันหลังคด และมีท่อน้ำนม ไม่พบรอยโรคทางปอด และไม่มีภาวะน้ำเกิน

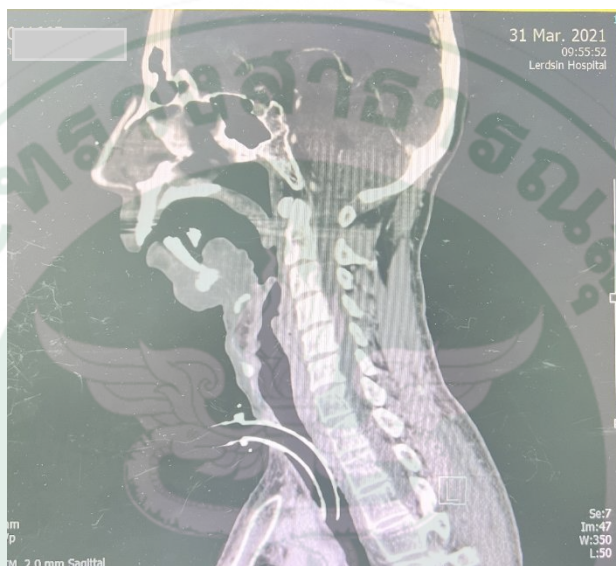


รูปภาพที่ 12 ถ่ายภาพรังสีทรวงอกวันที่ 4 มีนาคม 2566
วันที่ 4 มี.ค. 2566 พบว่าผู้ป่วยมีกระดูกสันหลังคด และมีท่อน้ำนม และไม่มีภาวะ
น้ำเกิน แต่พบมีเงาที่ปอดข้างซ้ายมากกว่าปกติแสดงถึงการติดเชื้อที่ปอด



รูปภาพที่ 13 ถ่ายภาพรังสีทรวงอกวันที่ 21 มีนาคม 2566
วันที่ 21 มี.ค. 2566 พบว่าผู้ป่วยมีกระดูกสันหลังคด และมีท่อน้ำนม และไม่มี
ภาวะน้ำเกิน เงาที่ปอดข้างซ้ายลดลงเมื่อเทียบกับวันที่ 4 มีนาคม 2566

- ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่วงคอ



รูปภาพที่ 14 เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่วงคอ วันที่ 31 มีนาคม 2566

5.6 ผลการตรวจ Pathology 27/02/66

DIAGNOSIS:

A. Right cervical lymph node group Ila, excision;

- No metastatic carcinoma in lymph nodes (0/2).

B. Labeled "Mandible", excision;

- Consistent with osteoradionecrosis.squamous mucosa.

- Chronic inflammation of the covering

- No granuloma.

- No malignancy.

GROSS DESCRIPTION:

Formalin - fixed specimen is received in two parts.

A. Labeled "Right cervical lymph node gr.Ila", consists of several pieces of soft tissue, together measuring 4.3 x 3.8 x 1.8 cm.

Representative sections are submitted as:

A1 : One bisected lymph node (2)

A2 : Whole individual lymph nodes (2)

A3-A4 : Remaining soft tissue, submitted in toto (each multiple)

B. Labeled "Mandible", consists of an anterior portion of mandible with three teeth of right side, measuring 12.5 x 3.5 x 3.0 cm. There is a rubbery submucosal mass of 2.3 x 1.8 x 1.5 cm. and 7.8 x 8.0 x 5.9 cm. The mass is located at the anterior buccal mucosa, 0.3 cm from the posterior mucosal margin and 0.4 cm from the anterior mucosal margin, 3.5 cm from the right posterior bony margin, 3.3 cm from the left posterior bony margin, and 0.7 cm in inferior bony margin.

Representative sections are submitted as:

- B1 : Right posterior bony margin, en face (1) (decals)
- B2 : Left posterior bony margin, en face (1)
- B3 : Mass with nearest posterior mucosal margin (brown) (1) decal
- B4 : Mass with inferior bony margin (black) (1) decal
- B5 : Mass with anterior mucosal margin (green) (1) decal
- B6-B7 : Remaining buccal tissue, right side (1,1)
- B8: : Remaining mass (1)

MICROSCOPIC FINDING:

A. Sections show fibro-adipose tissue with skeletal muscle tissue. There are 2 lymph nodes without malignancy.

B. Sections of the mandible exhibit necrosis of the marrow canal with fibrovascular tissue periphery and mild amount of Lymphocytes and plasma cells infiltrate. The covering squamous mucosa shows squamous epithelial hyperplasia with chronic inflamed stroma and degenerative changes of the vascular wall.

แปลผลการตรวจทางพยาธิวิทยา

- เซลล์จากต่อมน้ำเหลือง 2 ต่อมน้ำเหลือง ขนาดรวม 4.3 x 3.8 x 1.8 เซนติเมตร ไม่พบการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังกลุ่มต่อมน้ำเหลืองบริเวณด้านขวา

- เซลล์บริเวณกระดูกขากรรไกรล่างและฟันสามซี่ด้านขวา ขนาดรวม 12.5 x 3.5 x 3.0 เซนติเมตร พบมีเนื้องอกใต้เยื่อเมือก ขนาด 2.3 x 1.8 x 1.5 เซนติเมตร และขนาด 7.8 x 8.0 x 5.9 เซนติเมตร มีการตายของเนื้อเยื่อกระดูก บริเวณเนื้อเยื่อ Squamous mucosa พบมีการอักเสบเรื้อรัง

5.7 การตรวจ Clinical Microbiology

ตารางที่ 6 การตรวจ Clinical Microbiology

วันที่	ชนิดส่งตรวจ	ผล
03/03/66	Pus Culture	1. Few Citrobacter koseri 2. Few Serratia marcescens
04/03/66	Blood Hemoculture ขวด 1	No Growth after 3 days
	Blood Hemoculture ขวด 2	No Growth after 3 days
	Urine (Cath.) Culture	No Growth after 2 days
	Sputum Culture	1. Moderate Pseudomonas aeruginosa 2. Moderate Serratia marcescens
	Sputum gram stain	Few White Blood Cell Few Epithelial Cells Rare Gram-Negative Bacilli
08/04/66	Urine (Cath.) Culture	No Growth after 2 day
12/04/66	Pus Culture	1. Few Citrobacter koseri 2. Few Serratia marcescens

การแปลผล

1) การตรวจเพาะจาก Pus culture วันที่ 3 มีนาคม 2566 และวันที่ 12 เมษายน 2566 พบเชื้อ Citrobacter koseri และ Serratia marcescens โดยมีรายละเอียดดังนี้

- Citrobacter koseri เป็นเชื้อแบคทีเรียแกรมลบรูปแท่งที่ไม่มีการสร้างสปอร์ เป็นเซลล์ไร้อากาศ ที่สามารถหายใจแบบใช้ออกซิเจนได้ เป็นเชื้อก่อโรคฉวยโอกาสในการติดเชื้อต่าง ๆ
- Serratia marcescens เป็นเชื้อแบคทีเรียแกรมลบรูปแท่ง พบได้ทั่วไปตามธรรมชาติ และเป็นหนึ่งในเชื้อที่พบได้จากการติดเชื้อในโรงพยาบาล การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อจากแผล พบอัตราการดื้อยาสูง

2) การตรวจเพาะเชื้อจาก Hemo culture วันที่ 4 มีนาคม 2566 จำนวน 2 ขวด ไม่พบการติดเชื้อในกระแสเลือด

3) การตรวจเพาะเชื้อจาก Urine culture วันที่ 4 มีนาคม 2566 และวันที่ 8 เมษายน 2566 ไม่พบการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ

4) การตรวจเพาะเชื้อจาก Sputum culture วันที่ 4 มีนาคม 2566 พบเชื้อ Pseudomonas aeruginosa เป็นเชื้อโรคฉวยโอกาสจะมีการติดเชื้อมักเกิดกับผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำหรือผู้ป่วยที่พักรักษาตัว

ในโรงพยาบาล บางทีจึงเรียกโรคติดเชื้อที่เกิดจาก *Pseudomonas aeruginosa* ว่าโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล และพบเชื้อ *Serratia marcescens* เช่นเดียวกับที่พบใน Pus culture

6. การวินิจฉัยโรค

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งลิ้นบริเวณด้านข้างซ้าย (CA Lt Lateral Tongue T4N2M0 involved Mandible with Lt Oropharynx) มะเร็งลิ้นอยู่ในระยะที่ 4 (T4) หมายความว่า มะเร็งมีการขยายตัวไปยังเนื้อเยื่อบริเวณขากรรไกรล่างและลำคอด้านซ้าย การแพร่กระจายระยะที่ 2 (N2) หมายถึง มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ (Lymph nodes) ที่มีขนาดใหญ่หรือหลายแห่ง การแพร่กระจายไปยังอวัยวะหรือลักษณะทางร่างกายที่ห่างไกลจากจุดเริ่มต้นของมะเร็ง (M0) ซึ่งพบว่ามะเร็งยังไม่แพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ของร่างกาย

7. พยาธิสภาพจากทฤษฎีเปรียบเทียบกับกรณีศึกษา

ตารางที่ 7 พยาธิสภาพจากทฤษฎีเปรียบเทียบกับกรณีศึกษา

ทฤษฎี	ผู้ป่วย
กายวิภาคและสรีรวิทยา มะเร็งลิ้นเกิดจากความผิดปกติของการพัฒนาเซลล์ การได้รับปัจจัยกระตุ้น เช่น บุหรี่ แอลกอฮอล์ การเป็นแผลอักเสบเรื้อรังเป็นเวลานานหรือเกิดจากความเสียหายของเซลล์เยื่อบุช่องปากชนิด Squamous ในระดับสายพันธุ์กรรม (DNA) เซลล์ภายในลิ้นเจริญเติบโตมากผิดปกติจึงเกิดเป็นเนื้องอกหรือก้อนเนื้อการพยากรณ์โรคมะเร็งช่องปากยังคงมีประสิทธิภาพต่ำ ผู้ป่วยจำนวนไม่ถึงร้อยละ 50 เท่านั้นที่มีชีวิตรอดนานกว่า 5 ปี หลังการตรวจพบ	- ผู้ป่วยเพศชายอายุ 43 ปี มีแผลเรื้อรังที่ลิ้นนาน 3 เดือน รักษาด้วยการทายาอาการไม่ดีขึ้น จึงมาพบแพทย์วินิจฉัยเป็นมะเร็งที่ลิ้นเมื่อ 4 ปีที่แล้ว ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการฉายแสง 33 แสง และให้เคมีบำบัด 3 ครั้งครบเมื่อเดือนธันวาคม 2563 ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง หายใจโดยใส่ท่อช่วยหายใจบริเวณคอ (Tracheostomy tube) และรับประทานอาหารโดยมีสายให้อาหารทางหน้าท้อง (Gastrostomy)
สาเหตุ สาเหตุของโรคมะเร็งลิ้นนั้นยังไม่เป็นที่แน่ชัด แต่มะเร็งลิ้นมักเกิดกับผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่า 55 ปีขึ้นไป โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง อาจเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ชีวิต	- ผู้ป่วยเพศชายอายุ 43 ปี อาชีพค้าขาย

ทฤษฎี	ผู้ป่วย
และปัจจัยเสี่ยงบางอย่าง ดังนี้ (วิฑูร ลิเกริกก้อง, วันดี ไช่มุก และกรทอง วงศ์ศรีตรัง, 2559) 1. การสูบบุหรี่ เคี้ยวยาสูบ ซึ่งมีสารก่อมะเร็งมากกว่า 10 ชนิด 2. ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ 3. เคี้ยวหมากเป็นประจำ 4. การใส่ฟันปลอมที่หลวมและแหลมคมทำให้เกิดการระคายเคืองหรือการอักเสบเรื้อรัง 5. การติดเชื้อ Human papilloma virus (HPV) เป็นเชื้อไวรัสชนิดหนึ่งที่อยู่บริเวณเยื่อบุผิว และก่อให้เกิดโรคบริเวณอวัยวะเพศ โดยเชื้อไวรัสเอชพีวีอาศัยอยู่ในเซลล์เยื่อบุผิวหนังและในเยื่อเมือกที่ปกคลุมตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายสัมพันธ์กับมะเร็งศีรษะและคอ ร้อยละ 23.5 6. มีประวัติคนในครอบครัวเคยป่วยเป็นมะเร็งช่องปากหรือมะเร็งลิ้น	- ผู้ป่วยสูบบุหรี่ 10 มวนต่อวัน นาน 25 ปี เลิกสูบบุหรี่ 3 ปีก็ตรวจพบมะเร็งลิ้น - ผู้ป่วยให้ประวัติดื่มแอลกอฮอล์ตามเทศกาล เดือนละ 3 - 4 ครั้ง ครั้งละ 1 - 2 ขวด - ปฏิเสธประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งลิ้นหรือมะเร็งในช่องปาก
อาการและอาการแสดง อาการเริ่มแรกของมะเร็งที่ลิ้นที่อาจสังเกตได้ คือ มีแผลเรื้อรังบริเวณลิ้นไม่หายภายใน 2 สัปดาห์ มีเลือดออกง่ายบริเวณลิ้น ส่วนอาการอื่น ๆ ที่พบ ได้แก่ (พิชิต สิทธิไตรย์, 2562) 1. ก้อนแข็งเป็นไตที่บริเวณลิ้นและโตขึ้นเรื่อย ๆ 2. ลักษณะทางคลินิกของรอยโรคอาจพบเป็นรอยฝ้าสีขาว (Leukoplakia) รอยฝ้าสีแดง (Erythroplakia) หรือสีขาวปนแดงเกิดขึ้นที่บริเวณลิ้น	- ผู้ป่วยมีแผลเรื้อรังที่ลิ้น นาน 3 เดือน รักษาด้วยการทายาอาการไม่ดีขึ้นและพบว่ามีก้อนข้างลิ้นด้านซ้าย มีเจ็บบริเวณลิ้น รับประทานอาหารได้น้อยลง จึงมาพบแพทย์ได้นำชิ้นเนื้อไปตรวจพบว่าเป็น CA Tongue (Lt Lateral) involved Mandible with Lt Oropharynx ขนาด 7.8 x 8.0 x 5.9 cms CA Tongue (Lt Lateral)

ทฤษฎี	ผู้ป่วย
3. พบเลือดออกผิดปกติบริเวณลิ้นโดยไม่ทราบสาเหตุ 4. มีอาการเจ็บที่ลิ้นเมื่อกลืนอาหาร 5. มีก้อนที่คอ	
การวินิจฉัยโรค 1. การซักประวัติ 1.1 ซักประวัติ อาการผิดปกติเจ็บแสบ ขา มีเลือดออกบริเวณลิ้น มีแผลเรื้อรังเป็นระยะเวลานาน ไม่หายภายใน 2 สัปดาห์ มีอาการเจ็บคอ มีอาการกลืนลำบาก 1.2 ซักประวัติ เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง เช่น บุหรี่ แอลกอฮอล์ เคี้ยวหมาก กรรมพันธุ์ การทำความสะอาดช่องปากฟัน การตรวจสุขภาพช่องปาก การเป็นแผลเรื้อรังเป็นระยะเวลานานมากกว่า 2 สัปดาห์ไม่หาย การใส่ฟันปลอมที่หลวม และแหลมคมทำให้เกิดการระคายเคือง การอักเสบเรื้อรัง พฤติกรรมการร่วมเพศทางปาก ประวัติพันธุกรรม 2. การตรวจช่องปาก ริมฝีปาก กระพุ้งแก้ม เพดาน คอหอย ลิ้น ตรวจหารอยสีขาว รอยสีแดง แผลบริเวณลิ้น ระยะเวลาเวลานานมากกว่า 2 สัปดาห์ ตุ่ม ก้อนที่บริเวณลิ้น 3. การตรวจจากภาพถ่ายทางรังสี เพื่อหาตำแหน่งของการเกิดมะเร็งและประเมินการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งโดยอาจใช้หลายวิธี เช่น การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI Scan) และเอกซเรย์ เป็นต้น	- จากการซักประวัติพบว่า 4 ปีก่อน (พ.ศ. 2562) ผู้ป่วยมีแผลเรื้อรังที่ลิ้น นาน 3 เดือน รักษาด้วยการทายาอาการไม่ดีขึ้นและพบว่ามีก้อนข้างลิ้นด้านซ้าย มีเจ็บบริเวณลิ้นรับประทานอาหารได้น้อยลง ปฏิเสธประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งลิ้นหรือมะเร็งในช่องปาก - ตรวจร่างกายในช่องปากริมฝีปากแห้ง มีแผลที่ปากและภายในช่องปาก บริเวณลำคอผิวหนังสีคล้ำมีรอยโรค มีก้อนใต้คาง คลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองโต - เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่วงคอพบว่ามีก้อนมีขนาด $7.8 \times 8.0 \times 5.9$ เซนติเมตร เซลล์บริเวณกระดูกขากรรไกรล่างและฟันสามซี่ด้านขวา ขนาดรวม $12.5 \times 3.5 \times 3.0$ เซนติเมตร พบมีเนื้องอกใต้เยื่อเมือก ขนาด $2.3 \times 1.8 \times 1.5$ เซนติเมตร และขนาด $7.8 \times 8.0 \times 5.9$ เซนติเมตร มีการตายของเนื้อเยื่อกระดูก บริเวณ

ทฤษฎี	ผู้ป่วย
4. การตรวจชิ้นเนื้อ แพทย์อาจตัดตัวอย่างชิ้นเนื้อบริเวณลิ้นไปตรวจหาเซลล์มะเร็งในห้องปฏิบัติการ	เนื้อเยื่อ Squamous mucosa พบมีการอักเสบเรื้อรัง - แพทย์ได้นำชิ้นเนื้อไปตรวจพบว่าเป็น CA Tongue (Lt Lateral) involved Mandible with Lt Oropharynx
การรักษา การรักษาโรคมะเร็งลิ้นขึ้นอยู่กับขนาดของเนื้องอก ตำแหน่ง หรือการแพร่กระจายของมะเร็งโดยมีการรักษา คือ การผ่าตัด การฉายรังสีรักษา การให้ยาเคมีบำบัดและการใช้ยารักษาแบบจำเพาะเจาะจงต่อเซลล์มะเร็ง การให้รังสีรักษาจะเป็นการรักษาหลัก เช่น ระยะที่ 1 และ 2 การรักษาหลัก คือ การผ่าตัดหรือให้รังสีรักษาอย่างใดอย่างหนึ่ง ในขณะที่ระยะที่ 3 และ 4 นิยมใช้การผ่าตัดร่วมกับการฉายรังสีเพื่อให้มะเร็งหายขาด ในรายที่มีระยะของโรคมามากเกินกว่าที่จะรักษาให้หายขาดได้นั้น อาจต้องรับการผ่าตัดหรือการฉายรังสีเพื่อบรรเทาอาการ แพทย์อาจใช้วิธีใดวิธีหนึ่งในการรักษาหรืออาจใช้หลายวิธีร่วมกัน (จิระพงษ์ อังคะรา, 2561) ดังนี้ 1. การผ่าตัด เป็นการรักษาตามมาตรฐานที่นิยม การผ่าตัดมะเร็งลิ้นนั้นขึ้นอยู่กับขนาดของก้อนมะเร็งหรือการกระจายตัวของมะเร็ง เป็นนำเอาก้อนมะเร็งและเนื้อเยื่อรอบ ๆ ออก สำหรับผู้ป่วยที่มีก้อนเนื้อมะเร็งขนาดเล็กและยังไม่แพร่กระจายจะทำการผ่าตัดเพื่อนำเฉพาะก้อนเนื้อมะเร็งที่อยู่บริเวณลิ้นออกไป แต่ในกรณีที่ก้อนเนื้อ มีขนาดใหญ่หรือแพร่กระจายไปส่วนอื่น แพทย์อาจต้องตัดบางส่วนของลิ้น	- ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย CA Tongue (Lt Lateral) involved Mandible with Lt Oropharynx เมื่อ 4 ปีก่อน จึงส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อสถาบันมะเร็งเพื่อทำการผ่าตัดแต่ผู้ป่วยไม่ไปรักษาต่อเนื่อง - ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

ทฤษฎี	ผู้ป่วย
เนื้อเยื่อข้างเคียง หรือต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียงออกไปด้วย บางกรณีแพทย์อาจต้องผ่าตัดนำเนื้อขนาดใหญ่ออกไป เพื่อให้เนื้ออกทั้งหมดถูกทำลาย ซึ่งอาจต้องนำผิวหนังหรือเนื้อเยื่อจากส่วนอื่นมาปิด และตกแต่งบริเวณแผล ซึ่งการผ่าตัดมะเร็งมีหลายวิธี ดังนี้ 2. การฉายรังสีรักษา เป็นการใช้รังสีเพื่อกำจัดเซลล์มะเร็ง ใช้ในกรณีที่เนื้องอกมะเร็งมีขนาดใหญ่ หรืออยู่ในบริเวณที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เกิดมะเร็งบริเวณโคนลิ้น การฉายรังสีรักษาจะขึ้นอยู่กับตำแหน่ง ระยะของโรค และสภาพของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยขนาดของก้อนเนื้องอก การกระจายของเนื้องอกไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียงและการกระจายไปยังบริเวณอื่น ๆ การรักษาโดยการให้รังสีรักษา ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการปรึกษาทันตแพทย์ เพื่อดูแลสุขภาพช่องปากและฟันก่อนให้รังสีรักษา ซึ่งถ้าพบมีฟันผุมากทันตแพทย์มักต้องถอนฟันก่อน และจะเริ่มรังสีรักษาได้ต่อเพื่อแผลถอนฟันดีแล้ว เพื่อป้องกันแผลถอนฟันไม่ติดเชื้อรังสีส่งผลให้เกิดการอักเสบเรื้อรังของช่องปากและกระดูกกรามได้ 3. การให้ยาเคมีบำบัด เป็นการใช้ยาในหลายรูปแบบ เพื่อทำลายหรือยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง ซึ่งอาจเป็นการรับประทานยาหรือฉีดยาเข้าเส้นเลือดดำ โดยวิธีนี้มักใช้ร่วมกับการผ่าตัดหรือการฉายรังสีรักษา แต่ในผู้ป่วยบางรายที่ผ่าตัดและทำรังสีรักษาไม่ได้ ก็อาจใช้เคมีบำบัดเพียงวิธีการอย่างเดียวซึ่งมักเป็นกรณีการรักษาเพื่อประคับประคอง	- 3 ปีก่อน ผู้ป่วยมีอาการปวดแผล รับประทานอาหารได้น้อยมีน้ำหนัก และก้อนมีขนาดใหญ่ขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อย ผู้ป่วยจึงได้รับการผ่าตัดเจาะคอใส่ท่อช่วยหายใจ (Tracheostomy tube) สายให้อาหารทางหน้าท้อง (Gastrostomy) และเข้ารับการรักษาด้วยการฉายแสง 33 แสง และให้เคมีบำบัด 3 ครั้งครบเมื่อเดือนธันวาคม 2563

ทฤษฎี	ผู้ป่วย
และเช่นเดียวกับวิธีการรักษาอื่น ๆ การใช้เคมีบำบัดก็ต้องมีข้อบ่งชี้แตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละรายไม่เหมือนกัน โดยมักใช้ในระยะรุนแรงที่มีการกระจายของโรคหรือลุกลามสู่อวัยวะอื่น เช่น ตับ ปอด และกระดูกสันหลัง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น การกลับเป็นซ้ำของโรคหลังการรักษา (Recurrent) หรือในกรณีที่ผู้ป่วยไม่เคยได้รับการรักษาใด ๆ มาก่อนเลย จะเป็นการรักษาแบบผสมผสาน โดยยาเคมีบำบัดเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาแบบมาตรฐาน คือ การผ่าตัดหรือรังสีรักษา เพื่อลดความเจ็บป่วยหรือลดความพิการที่จะเกิดขึ้นหลังการผ่าตัด ช่วยให้เนื้อเยื่อบริเวณที่ถูกผ่าตัดออกลดลงหรือเก็บอวัยวะนั้นได้ 5. การผ่าตัดปลูกถ่ายเนื้อเยื่อศีรษะและบริเวณลำคอ เป็นการดูแลรักษาและแก้ไขให้อวัยวะและการทำหน้าที่ของอวัยวะนั้นกลับคืนมาใกล้เคียงหรือเป็นปกติดั้งเดิม โดยรักษาในกรณีที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติต่าง ๆ บริเวณศีรษะและลำคอทั้งชนิดที่เป็นมาแต่กำเนิด (Congenital anomalies) เช่น ปากแหว่ง (Cleft lip) การเกิดเนื้อเยื่อเจริญเติบโตผิดปกติ เป็นต้น และชนิดที่เกิดขึ้นภายหลัง (Acquire structure defects) จากความผิดปกติต่าง ๆ หรือจากโรคชนิดต่าง ๆ ข้อดีของการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อได้แก่ เนื้อเยื่อประสานติดดี แผลหายเร็วขึ้น ปกปิดและเชื่อมต่ออวัยวะส่วนต่าง ๆ ให้แข็งแรงขึ้น รักษาหลักการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ให้มีประสิทธิภาพคงเดิม และรักษาภาพลักษณ์ไม่ให้ผิดปกติ (ศรีสุนทรา เจริมวรพิพัฒน์, 2566)	- 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมาตรวจตามนัด พบว่ามีฟันโยก กรามยุบ มีแผลที่เหงือกและคาง แพทย์แนะนำรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยตกลงจะเข้ารับการผ่าตัด Segmental mandibulectomy (C-bilateral L segment) with RFFF flow through with fibula osteocutaneous flap reconstruction วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2566

8. แผนการรักษาที่ได้รับ

ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดในการนอนโรงพยาบาลครั้งนี้ จำนวน 4 ครั้ง ดังนี้

1) Segmental mandibulectomy (C - bilateral L segment) with RFFF flow through with fibula osteocutaneous flap reconstruction วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2566

2) Explore wound with reanastomosis (salvage flap) วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566
ผู้ป่วยมีภาวะ Flap congestion ในการผ่าตัด Hematoma ประมาณ 50 มิลลิเมตร

3) Debridement with right deltopectoral pedicle flap coverage วันที่ 18 มีนาคม 2566 พบ Skin necrosis ขนาด 6 x 8 เซนติเมตร

4) Detach flap ORM วันที่ 10 เมษายน 2566

9. การพยาบาล

9.1 ระยะก่อนการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนผ่าตัด

9.2 ระยะหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำบริเวณ Flap

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะลิ่มเหลวของระบบไหลเวียนโลหิต (Shock) จากการเสียเลือดบริเวณแผลผ่าตัด (Bleeding)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีอาการปวดตึงแผลบริเวณคาง เนื่องจากเนื้อเยื่อบริเวณที่ทำการผ่าตัดได้รับการบาดเจ็บและฟกช้ำ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นเนื่องจากมีเสมหะคั่งค้างมาก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อภาวะพร่องสารอาหารและสารน้ำในร่างกายเนื่องจากพฤติกรรมกรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากคาสายสวนปัสสาวะ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยไม่สุขสบาย เนื่องจากมีไข้สูง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 ผู้ป่วยมีภาวะปวดอวัยวะ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 10 ผู้ป่วยติดเชือบริเวณแผลผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 11 การสื่อสารบกพร่องจากอวัยวะที่ช่วยในการพูดไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 12 ผู้ป่วยมีผื่นแดงบริเวณศีรษะและใบหน้า

9.3 ระยะจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ 13 พร่องความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเมื่อกลับบ้าน

ระยะก่อนการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ 1 ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนผ่าตัด (พบปัญหาระหว่างวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566 ถึง วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

O: ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล ไม่สดชื่น กระวนกระวาย

S: ผู้ป่วยถามว่า “ผ่าตัดจะมีผลตรงไหนบ้าง และสามารถทำกิจกรรมอะไรได้บ้าง”

S: ผู้ป่วยถามว่า “ต้องงดน้ำงดอาหารตอนกี่โมง”

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาและการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองก่อนผ่าตัด
2. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดได้ถูกต้อง
3. ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น คลายวิตกกังวล

การพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับโรคและความจำเป็นของการรักษาโดยการผ่าตัด

2. อธิบายสภาพหลังผ่าตัด เรื่องการมีแผลผ่าตัดในช่องปาก แผลเย็บที่คอ แผลและบริเวณที่นำเนื้อเยื่อไปตกแต่ง การมีสายระบายจากแผล การใส่เครื่องช่วยหายใจ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และการคาสายสวนปัสสาวะ

3. ให้ความมั่นใจในผู้ป่วยเกี่ยวกับความปลอดภัย การดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยสามารถเรียกเจ้าหน้าที่ได้ทันทีเมื่อต้องการความช่วยเหลือ หรือสามารถติดต่อกับผู้อื่นโดยการแสดงท่าทาง ประกอบคำพูดโดยใช้ริมฝีปาก หรือการเขียนถามตอบ

4. อธิบายการเตรียมร่างกายบริเวณที่ผ่าตัด ตำแหน่งที่จะตัดเนื้อเยื่อเสริม

5. แนะนำให้ผู้ป่วยให้ได้พูดคุยกับผู้ป่วยโรคเดียวกันที่ได้รับการผ่าตัด และสภาพร่างกายดีขึ้นแล้ว

6. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโรค การรักษาพยาบาล การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและแสดงความรู้สึกรต่อการเจ็บป่วย

7. แนะนำวิธีการผ่อนคลายความวิตกกังวล โดยหากิจกรรมที่ผู้ป่วยสนใจ เช่น การทำสมาธิ ฟังเพลง ฟังธรรมะ หรือให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับผู้ป่วยในกลุ่มโรคเดียวกันที่กำลังรักษาและได้ผลดี

8. อธิบายให้ทราบว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากทีมแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อย่างใกล้ชิด เพื่อให้ความมั่นใจและปลอดภัยในการผ่าตัด

9. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ได้แก่ การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การทำความสะอาดบริเวณใบหน้า ขณะทำผ่าตัดให้วางศีรษะตรง กลอกตามองนิ่งตามทิศทางตำแหน่งที่แพทย์กำหนด เป็นต้น

10. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ปราศจากสิ่งกระตุ้น เช่น แสง เสียง หรือกลิ่นเสียงบริเวณที่มีคนพลุกพล่าน หากผู้ป่วยมีปัญหานอนไม่หลับหรือมีความวิตกกังวลสูง พิจารณารายงานแพทย์ เพื่อให้ยาคลายกังวลหรือยานอนหลับ

ประเมินผลการพยาบาล: บรรลุเกณฑ์การประเมินผลทั้งหมดและปัญหานี้ได้หมดไปวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566 (ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของไนโอเอร์ระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้)

1. ผู้ป่วยมีความรู้ในการเข้ารับการผ่าตัด
2. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดได้ถูกต้อง
3. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น คลายความวิตกกังวล

ระยะหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำบริเวณ Flap (พบปัญหา ระหว่างวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566 ถึง วันที่ 1 เมษายน 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

- O: บริเวณ Flap มีสีซีดคล้ำ
- O: ผู้ป่วยได้รับการทำ Explore wound with reanastomosis

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ Flap สามารถสมานตัวได้ตามปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. บริเวณ Flap มีสีชมพู ไม่ซีดคล้ำ
2. บริเวณ Flap ไม่บวมตึง

การพยาบาล

1. การประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินแผล Flap หลังการผ่าตัด (ภาคผนวก ก) โดยสังเกตสีผิวของ Flap ว่ามีลักษณะซีด คล้ำ หรือมีจุดเลือดออกใต้ผิวหนังหรือไม่ ตรวจสอบ

อุณหภูมิของ Flap เปรียบเทียบกับเนื้อเยื่อบริเวณข้างเคียง ประเมินการไหลเวียนเลือดโดยวิธี palpation เพื่อตรวจสอบสัญญาณชีพจร สังเกตอาการบวม แดง ร้อน หรือปวดบริเวณ Flap และรอบ ๆ และตรวจสอบสัญญาณชีพ เช่น ความดันโลหิต ชีพจร และอุณหภูมิร่างกาย

2. การดูแลให้หลอดเลือดบริเวณ Flap มีการไหลเวียนที่ดี โดยวางตำแหน่งของ Flap ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงการกดทับหรือห้อยต่ำเกินไป

3. หลีกเลี่ยงการใช้ผ้าพันแผลที่รัดแน่นเกินไป ซึ่งอาจทำให้การไหลเวียนของเลือดลดลง

4. กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างเหมาะสม เพื่อลดการคั่งของเลือด

5. การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน สังเกตอาการของภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่รุนแรง เช่น อาการปวดเฉียบพลันที่ Flap ผิวหนังคล้ำ และการสูญเสียสัญญาณชีพจร ติดตามภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น มีหนอง กลิ่นเหม็น หรือไข้สูง และรายงานแพทย์ทันทีหากพบสัญญาณของการขาดเลือดหรือเนื้อเยื่อตาย

6. เตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการเข้ารับการผ่าตัด Explore wound with reanastomosis เพื่อตรวจสอบสภาพของหลอดเลือดที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อใหม่ (Reanastomosis) และทำการเชื่อมต่อหลอดเลือดอีกครั้งหากพบว่ามีปัญหา เช่น ลิ่มเลือดอุดตันหรือการไหลเวียนเลือดไม่ดี

ประเมินผลการพยาบาล: บรรลุเกณฑ์การประเมินผลทั้งหมดและปัญหานี้ได้หมดไปวันที่ 24 เมษายน 2566 (ใช้กระบวนการพยาบาลและทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มในระบบการพยาบาลทดแทนทั้งหมดและทดแทนบางส่วน)

1. ผู้ป่วยได้รับการทำ Explore wound with reanastomosis ในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566 ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยมีสัญญาณชีพคงที่

2. ประเมินลักษณะของ Flap มีสีชมพู อุ่น และไม่มีอาการบวมมากผิดปกติ
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะลิ่มเลือดของระบบไหลเวียนโลหิต (Shock) จากการเสียเลือดบริเวณแผลผ่าตัด (Bleeding) (พบปัญหาระหว่างวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566 ถึง วันที่ 1 เมษายน 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

O: ผู้ป่วยเสียเลือดจากการผ่าตัดวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2566 2,000 มิลลิลิตร และผ่าตัดวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566 120 มิลลิลิตร

O: ใช้เวลาในการผ่าตัดนานวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2566 ใช้เวลาผ่าตัด 14 ชั่วโมง 45 นาที

O: วันที่ 1 ภายหลังการผ่าตัด (27 กุมภาพันธ์ 2566) ผู้ป่วยมีแผลในช่องปากมีเลือดออกและบวมและมีน้ำลายออกมาค่อนข้างมาก On Jackson drain 2 สาย discharge มีสีแดง

ขวดแรกออก 40 มิลลิลิตรและขวด 2 ออก 70 มิลลิลิตรแผลปิด Pressure ไว้ ไม่มี Discharge ซึม ติดตามความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) หลังผ่าตัด 24.1 % ลดลงเมื่อเทียบกับก่อนผ่าตัด 41.1 %

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะลิ่มเหลวของระบบไหลเวียนโลหิต

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.5- 37.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที และความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท

2. บันทึกสิ่งคัดหลั่งที่ออกมาทุก 1 ชั่วโมง ปริมาณไม่เกิน 150 - 200 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

การพยาบาล

1. สังเกตลักษณะของบาดแผลในช่องปาก คอ และแผล Donor ประเมินสภาพ Bleeding และ Hematoma ว่ามีอาการบวม แดง สีคล้ำ แผลบวม และมีเลือดคั่งหรือมี Discharge ซึมออกมาหรือไม่ สีอะไร ถ้าแผลมีอาการบวมแดงมาก อาจเกิดภาวะ Hematoma ขึ้นได้ ถ้าพบต้องรีบรายงานแพทย์เพราะอาจเกิดภาวะเสียเลือดได้

2. ดูแลแผลผ่าตัด และ Jackson drain ให้อยู่ในตำแหน่งบริเวณคางข้างขวา การสังเกตการทำงานของ Jackson drain ให้เป็น Closed System และระบายสิ่งคัดหลั่งบริเวณแผลออกได้ดี

3. สังเกตสิ่งคัดหลั่งที่ออกมาจาก Jackson drain บันทึกสี ลักษณะปริมาณที่ออก โดยเฉพาะหลังกลับจากห้องผ่าตัด 4 ชั่วโมงแรก ให้บันทึกทุก 1 ชั่วโมง ถ้าเป็นสีแดงสด (Active Bleeding) หรือมีปริมาณมากเกิน 150 - 200 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้รีบรายงานแพทย์ เพราะอาจเกิดภาวะเสียเลือดได้

4. ประเมินสัญญาณชีพหลังผ่าตัดเมื่อถึงหอผู้ป่วยทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง ทุก 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าสัญญาณชีพคงที่ จากนั้นวัดทุก 4 ชั่วโมง ร่วมด้วย โดยเฉพาะถ้าพบมีการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตต้องรีบหาสาเหตุ และรายงานแพทย์ทราบเพื่อแก้ไข

5. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ (IV Fluid) ในปริมาณที่เพียงพอตามคำสั่งการรักษา ประเมินและบันทึกจำนวนน้ำเข้า - น้ำออกจากร่างกายให้อยู่ในภาวะสมดุล (Intake - output) เพื่อป้องกันภาวะการเกิด Internal Bleeding และ Electrolyte Imbalance

6. ถ้าพบมีตำแหน่งเลือดออกต้องรีบรายงานแพทย์ทันที เพื่อทำการหยุดห้ามเลือด

7. ติดตามผลเลือด โดยเฉพาะค่า Hb หรือ Hct ถ้าต่ำกว่าค่าปกติ (Hb ค่าปกติ >10 mg % Hct ค่าปกติ > 30 %) ต้องรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้เลือดทดแทน

8. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับเลือดทดแทนและเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด

9. ติดตามประเมินคูบริเวณแผลในช่องปากและลำคอ เพื่อประเมินภาวะการเกิดอันตรายจากการแตกของหลอดเลือดแดงคาโรติดที่อาจพบได้

10. สังเกตและติดตามอาการของผู้ป่วย โดยสังเกตระดับความรู้สึก

ประเมินผลการพยาบาล: บรรลุเกณฑ์การประเมินผลทั้งหมดและปัญหานี้ได้หมดไปวันที่ 1 เมษายน 2566 (ใช้กระบวนการพยาบาลและทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มในระบบการพยาบาล ทดแทนทั้งหมดและทดแทนบางส่วน)

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของการเสียเลือดบริเวณแผลผ่าตัด (Bleeding)

2. ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด

3. สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้ง/นาที่ อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที่ และความดันโลหิต 126/78 มิลลิเมตรปรอท

4. บันทึกสิ่งคัดหลั่งที่ออกมาทุก 1 ชั่วโมง ไม่เกิน 150 - 200 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีอาการปวดตึงแผลบริเวณคาง เนื่องจากเนื้อเยื่อบริเวณ ที่ทำการผ่าตัดได้รับการบาดเจ็บและฟกช้ำ (พบปัญหาระหว่างวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2566 ถึง วันที่ 21 มีนาคม 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

O: Pain scale 7 คะแนน

O: ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวด Fentanyl (5:1) v 25 mcg. /hr และ Mo 3 mg IV prn q 4 hrs

S: ผู้ป่วยบ่นปวดและตึงแผลบริเวณลำคอ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อบรรเทาอาการปวดและตึงแผลบริเวณลำคอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีระดับการปวดลดลงน้อยกว่า 5 คะแนน

2. ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้

การพยาบาล

1. ประเมินความปวดโดยซักถามและดูสีหน้าของผู้ป่วย โดยให้ Pain scale และ ถ้าปวดมากให้รายงานทีมพยาบาล เพื่อพิจารณาให้ยาตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียงของยา

2. จัดทำนอนศีรษะสูง ให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายไม่กดทับแผลบริเวณปวด เพื่อบรรเทาอาการปวด

3. วัดและประเมินสัญญาณชีพ

4. ดูแลสายระบายไม่ให้ตึงรั้ง และระบายได้ดี

5. ดูแลให้ยาแก้ปวด Fentanyl (5:1) v 25 mcg. /hr และ Mo 3 mg IV prn q 4 hrs ตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังการหายใจช้า หายใจลำบาก และคลื่นไส้อาเจียนหลังได้รับยา

6. ในวันแรกและวันที่สองหลังการผ่าตัด ยังไม่ควรกระตุ้นการเคลื่อนไหว ภายหลังผ่าตัดในวันที่ 3 หรือ 4 ให้ผู้ป่วยกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกาย ลำไส้ และการไหลเวียนโลหิตลดการเกร็ง ตึงของแผล แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถหรือเคลื่อนไหวอย่างระมัดระวังเพื่อลดอาการปวดและการให้เคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งควรทำและช่วยออกกำลังโดยให้ช่วยเหลือให้ได้ฝึกการออกกำลังกายอย่างช้าในวันที่ 7 หลังการผ่าตัด

ประเมินผลการพยาบาล: บรรลุเกณฑ์การประเมินผลทั้งหมดและปัญหานี้ได้หมดไปวันที่ 21 มีนาคม 2566 (ใช้ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ และทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มในระบบการพยาบาลทดแทนทั้งหมดและทดแทนบางส่วน)

ผู้ป่วยมีอาการปวดตึงบริเวณในปากและคาง ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาเพื่อบรรเทาอาการปวด ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ โดยได้รับยาแก้ปวดฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ Mo 3 mg IV prn q 4 hrs ตั้งแต่วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2566 จนถึง วันที่ 21 มีนาคม 2566 ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดและสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อภาวะทางเดินหายใจอุดตันเนื่องจากมีเสมหะคั่งค้างมาก (พบปัญหาระหว่างวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566 ถึง วันที่ 8 มีนาคม 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยเจาะคอใส่ท่อหลอดลมคอ ชนิด Portex tube

S: มีเสียงเสมหะในท่อหลอดลมคอ เวลาไอมีเสมหะมาก

S: มีน้ำลายและเลือดในช่องปากมากอาจทำให้สำลักได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่เกิดการอุดตันของทางเดินหายใจ

การพยาบาล

1. วัดสัญญาณชีพ ประเมินการหายใจ ภาวะพร่องออกซิเจน สังเกตอาการกระสับกระส่ายหายใจเหนื่อยหอบ สังเกตและตรวจอาการ Cyanosis ด้วย ถ้าหายใจเร็ว >

28 ครั้ง/นาทีก่อน หรือ < 12 ครั้ง/นาทีก่อน รายงานแพทย์ ติดตามดูค่าออกซิเจนในกระแสเลือด (O2Sat) ถ้าน้อยกว่าปกติ 80 - 100 มิลลิเมตรปรอท) ต้องดูแลให้ออกซิเจนด้วยตามคำสั่งการรักษา

2. จัดทำนอนให้ผู้ป่วยโดยให้นอนท่าศีรษะสูง เพื่อช่วยให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น
3. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยทำการบริหารการหายใจและฝึกการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ และกระตุ้นให้อาหารเพื่อขับเสมหะออกให้หมด
4. สังเกตการหายใจและลักษณะของเสมหะที่ออกมาอย่างต่อเนื่อง ถ้าหากผู้ป่วยมีเสมหะเหนียวข้นมาก หยดน้ำเกลือปราศจากเชื้อ ลงในท่อครั้งละ 3 - 5 หยด เพื่อช่วยให้มีความชื้นบริเวณรูเปิดที่หลอดลม และเพื่อกระตุ้นให้มีปฏิกิริยาการไอ (Cough Reflex) ไอเอาเสมหะออกมาได้ง่ายขึ้น แต่ถ้าขับเสมหะออกไม่ได้ดูแลดูดเสมหะ (Suction) ในท่อหลอดลมคออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ทางเดินหายใจให้โล่ง
5. สังเกตภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่มีผลต่อการหายใจ เช่น ภาวะมีเลือดปนมากับเสมหะมากจนอุดตันทางเดินหายใจ หรือมีอาการหายใจลำบาก เพื่อให้หายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น
6. ดูแลทำความสะอาดท่อหลอดลมคอ วันละ 2 - 3 ครั้ง เพื่อป้องกันการหมักหมมและอุดตันจากเสมหะที่ค้างอยู่ในท่อ โดยแช่ด้วยไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ (H_2O_2) นาน 5 - 10 นาทีก่อนแล้วล้างให้สะอาด และส่งอบแก๊สที่หน่วยจ่ายกลาง แล้วจึงนำกลับไปใช้แก่ผู้ป่วย

ประเมินผลการพยาบาล: บรรลุเกณฑ์การประเมินผลทั้งหมดและปัญหานี้ได้หมดไปวันที่ 8 มีนาคม 2566 (ใช้กระบวนการพยาบาล ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ และทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มในระบบการพยาบาลทดแทนทั้งหมดและทดแทนบางส่วน)

วันที่ 1 หลังผ่าตัด (28 กุมภาพันธ์ 2566) ผู้ป่วยหายใจตามเครื่องช่วยหายใจได้ดี ยังไม่สามารถไอเสมหะออกมาได้ ต้องช่วยดูดเสมหะให้ ลักษณะเสมหะสีใส ไม่เหนียวมาก ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย

วันที่ 10 หลังการผ่าตัด (5 มีนาคม 2566) ผู้ป่วย On Collar mask 10 ลิตรต่อนาที ติดตามวัดออกซิเจนในกระแสเลือด 96 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยสามารถไอเสมหะออกมาได้ ลักษณะเสมหะสีใส ไม่เหนียวมาก ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย

วันที่ 13 หลังการผ่าตัด (8 มีนาคม 2566) ผู้ป่วยหายใจ Room air ได้ไม่มีหอบเหนื่อย ติดตามวัดออกซิเจนในกระแสเลือด 98 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยสามารถไอเสมหะออกมาได้ เสมหะลดลง มีลักษณะสีใส ไม่เหนียว

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อภาวะพร่องสารอาหารและสารน้ำในร่างกายเนื่องจาก
พฤติกรรมรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง (พบปัญหาระหว่างวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566 ถึง วันที่
20 มีนาคม 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

O: งดน้ำและอาหาร 3 วัน

O: On gastrostomy

O: เริ่มให้อาหารทางสายยาง 800, 1400, 1600, 2400 cc (1 cc/ 1 cal)

O: ผล Lab วันที่ 3 – 4 มีนาคม 2566 มีระดับโซเดียมและโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (3
มีนาคม 2566 Na 131 mEq/L และ K 3.4 mEq/L และวันที่ 4 มีนาคม 2566 Na 135
mEq/L และ K 3.4 mEq/L)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารและสารน้ำในปริมาณที่เพียงพอต่อความต้องการ
ของร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยได้รับพลังงาน 1,600 แคลอรี
2. ผู้ป่วยไม่มีอาการอ่อนเพลีย
3. ระดับเกลือแร่ในร่างกายปกติ

การพยาบาล

1. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาและจัดบันทึกจำนวนน้ำเข้า –
ออกจากร่างกาย ให้อยู่ในภาวะสมดุล
2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกนั่งบนเตียง มีการเคลื่อนไหวร่างกายและลำไส้ เพื่อให้ลำไส้
ทำงานได้ดี

3. ดูแลให้อาหารทางสายยางได้ตามเวลาและแผนการรักษา

4. จัดท่าผู้ป่วยให้อยู่ในท่าศีรษะสูง เพื่อป้องกันการสำลัก (Aspiration) ให้ลูกนั่งบน
เตียงหรือไขหัวเตียงสูงก่อนให้อาหารและอยู่ในท่าเดิมอย่างน้อย 30 นาที

5. ก่อน Feed อาหารทุกครั้งควรทดสอบว่าสาย Gastrostomy อยู่ในตำแหน่ง
กระเพาะอาหารหรือไม่ โดยการใส่อากาศเข้าไปในสายเพื่อฟังเสียงในกระเพาะอาหารและใช้
Stethoscope ในการฟังเสียงฟู่ (Air bolus) ซึ่งสามารถช่วยให้ยืนยันตำแหน่งของสายได้
เพราะเสียงฟู่ที่ได้จะออกมาจากกระเพาะอาหาร หรือการตรวจสอบการดูดสาร (Aspirate)
สามารถใช้ Syringe ดูด เพื่อดูว่าสารที่ดูดออกมาจากกระเพาะอาหารยังคงเป็นปกติ

6. ดูแลให้อาหาร Blenderized diet 1:1 จำนวน 350 มิลลิลิตร 4 มื้อต่อวัน ควรใส่อาหารอย่างช้า ๆ โดยใช้เครื่องควบคุมอาหารทางสายยางโดยให้อาหารนาน 1 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้ป่วยท้องเสียหรือปวดท้อง

7. ติดตามผล Lab Electrolyte และอาการผิดปกติที่อาจพบได้

8. ชั่งน้ำหนัก 1 ครั้ง/สัปดาห์

ประเมินผลการพยาบาล: บรรลุเกณฑ์การประเมินผลทั้งหมดและปัญหานี้ได้หมดไปวันที่ 21 มีนาคม 2566 (ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มในระบบการพยาบาลทดแทนทั้งหมดและทดแทนบางส่วน)

ผู้ป่วยได้รับอาหารทางสายยางสามารถรับอาหารได้ทั้งหมด เริ่มรับอาหารทางสายยางวันที่ 3 หลังผ่าตัด และได้มีการปรับสูตรอาหารให้ได้จำนวนพลังงาน 1600 แคลลอรี่ เหมาะสมกับร่างกายของผู้ป่วยตามลำดับ วันที่ 2 มีนาคม 2566 BD (1:1) 350 ml. x 4 feed วันที่ 3 มีนาคม 2566 BD (1:1) 350 ml. x 4 feed วันที่ 4 มีนาคม 2566 BD (1:1) 400 ml. x 4 feed และวันที่ 20 มีนาคม 2566 BD (1.5:1) 400 ml x 4 feed ผู้ป่วยไม่มีอาการอ่อนเพลีย หรืออาการผิดปกติจากเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากสายสวนปัสสาวะ (พบปัญหาระหว่างวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566 ถึง วันที่ 20 มีนาคม 2566)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่พบการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ
2. ผู้ป่วยไม่มีปัสสาวะขุ่นหรือมีตะกอน

การพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทุก 4 ชั่วโมงโดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย

2. ดูแลให้สายสวนปัสสาวะอยู่ในระบบปิด จัดตั้งสายไม่ให้พับงอ เพื่อให้ น้ำปัสสาวะไหลสะดวก

3. ทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะทุกครั้งหลังการขับถ่าย

4. ประเมินข้อบ่งชี้ในการใส่สายสวนปัสสาวะทุกวัน เพื่อรายงานแพทย์พิจารณาถอดสายสวน ออกเมื่อหมดความจำเป็น

5. ให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อเพิ่มขึ้น

6. ติดตามผลการตรวจปัสสาวะ เพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

ประเมินผลการพยาบาล: บรรลุเกณฑ์การประเมินผลทั้งหมดและปัญหานี้ได้หมดไปวันที่ 20 มีนาคม 2566 (ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มในระบบการพยาบาลทดแทนทั้งหมดและทดแทนบางส่วน)

ผู้ป่วยหลังผ่าตัด Segmental mandibulectomy (C - bilateral L segment) with RFFF flow through with fibula osteocutaneous flap reconstruction วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2566 จำเป็นต้องใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อติดตามปริมาณน้ำเข้า-ออก (Fluid Balance) ได้อย่างแม่นยำ เนื่องจากการผ่าตัดใหญ่มักต้องให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (IV Fluid) อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยาสลบ และยาแก้ปวดกลุ่ม Opioid ที่ใช้หลังผ่าตัดสามารถทำให้เกิดภาวะกระเพาะปัสสาวะไม่ทำงานชั่วคราว (Urinary Retention) ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยปัสสาวะไม่ออก ภายหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรกผู้ป่วยมีไข้ 38.2 องศาเซลเซียส จึงได้ส่งตรวจเพาะเชื้อปัสสาวะ ผลตรวจในวันที่ 4 มีนาคม 2566 ไม่พบว่ามี การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เมื่ออาการภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยคงที่ เริ่มกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยจึงได้รับการนำสายสวนปัสสาวะออกและสามารถปัสสาวะได้เอง ในวันที่ 20 มีนาคม 2566 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยไม่สุขสบาย เนื่องจากมีไข้สูง (พบปัญหาระหว่างวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566 ถึง วันที่ 19 เมษายน 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

- : ผู้ป่วยมีไข้หลังผ่าตัดมากกว่า 38 องศาเซลเซียส
- : เสมหะเยอะ เหนียวข้น สีขาวขุ่น

วัตถุประสงค์

1. อุณหภูมิร่างกายลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีการติดเชื้อเพิ่มเติม

เกณฑ์การประเมินผล

1. อุณหภูมิ 36.5 - 37.4 องศาเซลเซียส
2. ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น นอนหลับ พักผ่อนได้ดี

การพยาบาล

1. เช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำธรรมดาอย่างนุ่มนวล เพราะน้ำจะช่วยพาความร้อนออกจาก ร่างกายทาง ผิวหนังทำให้อุณหภูมิลดลงและทำให้ผู้ป่วยสบายขึ้น
2. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อน เป็นการลดการเผาผลาญ ลดการทำงานของกล้ามเนื้อ และ ลดการผลิตความร้อน ทำให้อุณหภูมิร่างกายลดลง
3. ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำบ่อย ๆ เพราะเป็นการทดแทนการขาดน้ำและเป็นการลด ความร้อนของร่างกายโดยการขับออกทางเหงื่อและปัสสาวะ
4. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงจากยา

5. เฝ้ารอติดตามและประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชม. เพื่อประเมินความรุนแรงของการติดเชื้อ ทางเดินหายใจ

6. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ WBC Neutrophil Lymphocyte เพราะ WBC เป็นจำนวนเม็ดเลือดขาว ซึ่งส่วนใหญ่จะมีค่าผิดปกติเมื่อมีการติดเชื้อในร่างกาย เช่น จากเชื้อแบคทีเรียหรือเชื้อไวรัส Neutrophil จะพบสูงขึ้นในภาวะติดเชื้อจำพวกแบคทีเรีย และ Lymphocyte จะพบสูงขึ้น ในภาวะที่มีการติดเชื้อไวรัสอย่างเฉียบพลันหรือภาวะที่มีการติดเชื้อแบคทีเรียเรื้อรัง

7. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาสาเหตุของการมีไข้ ได้แก่ ผลการเพาะเชื้อเลือด ปัสสาวะ เสมหะ และหนองจากแผล

ประเมินผลการพยาบาล: บรรลุเกณฑ์การประเมินผลทั้งหมดและปัญหานี้ได้หมดไปวันที่ 19 เมษายน 2566 (ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มในระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้)

ผู้ป่วยมีไข้หลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรก อุณหภูมิร่างกาย 38.3 องศาเซลเซียส ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ Augmentin 1.2 กรัม เข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง 27 กุมภาพันธ์ 2566 - 5 มีนาคม 2566 ในวันที่ 3 มีนาคม 2566 ส่งหนองที่แผลผ่าตัดเพาะเชื้อ พบมีการติดเชื้อ *Citrobacter koseri* และ *Serratia marcescens* ในวันที่ 4 มีนาคม 2566 *Pseudomonas aeruginosa* และ *Serratia marcescens* แพทย์จึงได้เปลี่ยนยาปฏิชีวนะในวันที่ 5 มีนาคม 2566 - 19 มีนาคม 2566 ได้รับยาปฏิชีวนะ Meropenem 1 กรัม เข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาและอุณหภูมิร่างกายปกติ ในวันที่ 31 มีนาคม 2566 ผู้ป่วยมีไข้สูง 38.4 องศาเซลเซียส และ 38.2 องศาเซลเซียส แพทย์จึงเริ่มให้ยาปฏิชีวนะ Augmentin 1.2 กรัม เข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ตั้งแต่วันที่ 31 มีนาคม 2566 - 6 เมษายน 2566 ผู้ป่วยไม่พบการติดเชื้อในกระแสเลือดและทางเดินปัสสาวะ แพทย์ปรับยาปฏิชีวนะเป็น Cef-3 2 กรัม เข้าทางหลอดเลือดดำ วันละครั้ง ในวันที่ 6 เมษายน 2566 - 19 เมษายน 2566 ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายกลับบ้านไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 118/76 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 ผู้ป่วยมีภาวะปอดอักเสบ (พบปัญหาระหว่างวันที่ 4 มีนาคม 2566 ถึง วันที่ 21 มีนาคม 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

O: ภาพเอกซเรย์ปอดวันที่ 4 มีนาคม 2566 พบเงาที่บดบังด้านซ้าย แสดงถึงการติดเชื้อที่ปอด

O: มีเสมหะออกมากบริเวณ Tracheostomy ผลเพาะเชื้อพบการติดเชื้อ

Pseudomonas aeruginosa

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะปอดอักเสบ

เกณฑ์การประเมินผล

1. อุณหภูมิ 36.5 - 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60 - 140/90 มิลลิเมตรปรอท

2. ผลการตรวจเอกซเรย์ปอดไม่พบความผิดปกติ

การพยาบาล

1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ชีพจร ความดันโลหิต และสังเกตอาการของภาวะพร่องออกซิเจน ประเมินภาวะการหายใจ อัตราการหายใจ สีผิว ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด และการใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ

2. จัดท่าผู้ป่วยให้อยู่ในท่าศีรษะสูง (Semi-Fowler's 30-45 องศา) เพื่อช่วยให้ปอดขยายตัวได้มากขึ้น ส่งผลให้การแลกเปลี่ยนออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ดีขึ้น และลดภาวะปอดแฟบ (Atelectasis) ที่อาจเกิดขึ้นจากการหายใจตื้นในผู้ป่วยที่มีอาการปอดอักเสบ

3. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และดูแลการใช้เครื่องช่วยหายใจหากผู้ป่วยยังคงมีภาวะพร่องออกซิเจนรุนแรง

4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกหายใจลึก ๆ และไออย่างมีประสิทธิภาพเพื่อระบายเสมหะ

5. ใช้เครื่อง Incentive Spirometer เพื่อเพิ่มปริมาตรปอดและป้องกันภาวะปอดแฟบ

6. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ ตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงของยา

ประเมินผลการพยาบาล: บรรลุเกณฑ์การประเมินผลทั้งหมดและปัญหานี้ได้หมดไปวันที่ 21 มีนาคม 2566 (ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มในระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้)

ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ Augmentin 1.2 กรัม เข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาไม่มีอาการแพ้ยา ผลเพาะเชื้อพบการติดเชื้อ *Pseudomonas aeruginosa* แพทย์จึงเปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็น Meropenem 1 กรัม เข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ติดตามผลถ่ายภาพรังสีที่ปอด ในวันที่ 21 มีนาคม 2566 พบรอยโรคที่ปอดลดลง ผู้ป่วยไม่มีไข้ เสมหะลดลง หายใจไม่มีหอบเหนื่อย สัญญาณชีพอุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 102 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 102/63 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 10 ผู้ป่วยติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด (พบปัญหาระหว่างวันที่ 3 มีนาคม 2566 ถึง วันที่ 18 เมษายน 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

- มีแผลในช่องปาก คาง และลำคอ มีน้ำลายและเสมหะค่อนข้างมาก

- มี Discharge ชีมบริเวณแผลผ่าตัดที่คางเล็กน้อย

O: ผลเพาะเชื้อจากหนอง พบเชื้อ *Citrobacter koseri* และ *Serratia marcescens*

วัตถุประสงค์

1. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อจากการแผลผ่าตัดที่คาง คอ และในช่องปาก
เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 36.5 – 37.5 องศาเซลเซียส
2. บริเวณรอบแผลผ่าตัดไม่มีบวม แดง และร้อน

การพยาบาล

1. วัดสัญญาณชีพและประเมินภาวะไข้ ถ้ามีไข้ > 38.5 องศาเซลเซียส หลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง ดูแลเช็ดตัวลดไข้ ถ้าไม่ดีขึ้นให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์

2. ให้ออนซิรยะสูงลดการคั่งบริเวณแผลผ่าตัด

3. สังเกตอาการและลักษณะของบาดแผลว่ามีลักษณะปวด บวม แดง ร้อน หรือมี Discharge ไหลซึมหรือไม่ สังเกตลักษณะสีของ Flap ทุก 1 – 2 ชั่วโมง ถ้ามีสีคล้ำลง เป็นเนื้อตายหรือมีการหลุดออก ถูกกดรัดของเส้นเลือดดำหรือมีเลือดคั่งของ Flap ในช่องปาก หรือมีเลือดออกรีบรายงานแพทย์

4. แผลในช่องปากดูแลดูดน้ำลาย/เสมหะ ในช่องปาก โดยใช้ Dental suction ดูดให้เป็นระยะ ๆ ห้ามอม/กลืนน้ำลาย ดูแลทำ Mouth care ด้วยน้ำเกลือปราศจากเชื้อ (NSS) อย่างช้าที่สุด 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เพื่อลดการหมักหมมของเชื้อโรค ไม่ให้มีกลิ่นและกระตุ้น Blood supply แต่ระวังอย่าให้เกิดการกระทบกระเทือนบริเวณพื้นผิวเนื้อเยื่อที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่าย เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาการตายของเนื้อเยื่อ จากการเคลื่อนไหวที่มากเกินไป จนไม่ติดประสานกัน

5. แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลแผลไม่ให้เปียกน้ำ ไม่ถูบคลำ แกะ เกาบริเวณแผล เพื่อป้องกันเชื้อโรค เข้าสู่บาดแผล

6. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Augmentin 1.2 กรัม เข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงของยา

7. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้งป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค

ประเมินผลการพยาบาล: บรรลุเกณฑ์การประเมินผลทั้งหมดและปัญหานี้ได้หมดไปวันที่ 18 เมษายน 2566 (ใช้กระบวนการพยาบาล ทฤษฎีการไม่พึงประสงค์ และทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มในระบบการพยาบาลทดแทนทั้งหมดและทดแทนบางส่วน)

หลังการผ่าตัด 72 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีไข้ ได้รับการตรวจเพาะเชื้อจาก Pus Culture พบว่ามีการติดเชื้อ *Citrobacter koseri* และ *Few Serratia marcescens* ให้ยาปฏิชีวนะ Augmentin 1.2 กรัมทาง

หลุดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง แผลผ่าตัดบริเวณใต้คาง และรอบท่อหลอดลมคอ ไม่มี Discharge ซึม ไม่มี
อาการปวด บวม แดง ร้อน แต่แผล Flap หัวไหล่มีเนื่อตายได้รับการทำ Debridement ในวันที่ 18
มีนาคม 2566 และ Detach flap ในวันที่ 10 เมษายน 2566

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 11 การสื่อสารบกพร่องจากอวัยวะที่ช่วยในการพูดไม่สามารถทำหน้าที่
ได้ตามปกติ (พบปัญหาระหว่างวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566 ถึง วันที่ 21 มีนาคม 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยไม่สามารถออกเสียงพูดได้

O: ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอ (Tracheostomy tube)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้การสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้

การพยาบาล

1. ให้การพยาบาลอย่างอ่อนโยนและใกล้ชิดกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจและสร้าง
สัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย

2. แนะนำวิธีการสื่อสารให้กับผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเขียน และใช้คำถามสั้น ๆ ง่าย ๆ
เพื่อให้ผู้ป่วยตอบได้โดยสะดวกโดยการพยักหน้าเพื่อให้สะดวกต่อการสื่อสาร

3. สังเกตกิริยาท่าทางของผู้ป่วยที่แสดงออกและควรถามย้อนกลับเพื่อให้เราแน่ใจ
และสามารถเข้าใจผู้ป่วยได้ถูกต้อง

4. พยายามไม่ถามคำถามซ้ำ ๆ กับผู้ป่วยเพราะจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรำคาญได้
ประเมินผลการพยาบาล: บรรลุเกณฑ์การประเมินผลทั้งหมดและปัญหานี้ได้หมดไปวันที่

21 มีนาคม 2566 (ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มในระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้)

ผู้ป่วยสามารถพูดโดยไม่มีเสียง โดยใช้การอ่านปาก และการเขียนเมื่อต้องการสิ่งใด ๆ ผู้ป่วย
สามารถสื่อสารได้ดี

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 12 ผู้ป่วยมีผื่นแดงบริเวณศีรษะและใบหน้า (พบปัญหาระหว่างวันที่ 15
มีนาคม 2566 ถึง วันที่ 19 เมษายน 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

O: ตรวจร่างกายพบ Erythema patch with scaly on top

O: แพทย์วินิจฉัย Seborrheic Dermatitis

S: ผู้ป่วยบอกว่า “ส่อกระจกแล้วเห็นหน้ามีผื่นแดง ๆ ไม่มีอาการคัน”

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดความไม่สุขสบายด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ที่เป็นผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีผื่นแดงลดลง

การพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วย เกิดความไว้วางใจเพื่อนำไปสู่การมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาพยาบาล

2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และการดูแลหนังศีรษะ

3. ประเมินความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วยต่อการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์

4. แนะนำผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการแกะ เกา ขัดถูบริเวณผื่นผิวหนังและใช้ KARA shampoo สระผมและฟอกผื่นที่หน้า ร่วมกับ Topoxy ทาผื่นหนังศีรษะและใบหน้าเช้าและเย็น และรับประทานยา Loratadine 1 เม็ดหลังอาหาร

5. ส่งเสริมการปรับตัว โดยให้ข้อมูลเรื่องการฟื้นฟูจาก Seborrheic Dermatitis ต้องใช้เวลาพอสมควร โรคนี้ไม่รุนแรงและสามารถรักษาได้

ประเมินผลการพยาบาล: บรรลุเกณฑ์การประเมินผลบางส่วนและมีการติดตามผลต่อเนื่องหลังการจำหน่าย (ใช้กระบวนการพยาบาล และทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มในระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้)

ผู้ป่วยคลายวิตกกังวล ยิ้มแย้ม ยังมีผื่นแดงบริเวณใบหน้า บริเวณไรผม และแก้มทั้ง 2 ข้าง ไม่มีอาการคัน ระหว่างนอนโรงพยาบาลได้รับยาทาบริเวณใบหน้าและแชมพูสระผม วันที่ 19/4/66 จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านผื่นแดงลดลงไม่มีผื่นนูน ไม่คัน ได้รับยา Momethaxone ทาผื่นที่หน้าเช้าและเย็น Topoxy ทาผื่นที่คอ และ Loratadine รับประทานวันละ 1 เม็ดหลังอาหารเช้า วันที่ 22/4/66 ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ผู้ป่วยบอกผื่นแดงจางลงมาก สามารถออกไปทำธุระนอกบ้านได้ ผู้ป่วยมาติดตามการรักษาที่แพทย์ผิวหนังในวันที่ 24/4/66 พบว่าผื่นแดงจางหายไม่ต้องทายาต่อ

ระยะจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 13 พร่องความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเมื่อกลับบ้าน (พบปัญหา ระหว่างวันที่ 6 เมษายน 2566 ถึง วันที่ 19 เมษายน 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

O: ผู้ป่วยใส่สายยางให้อาหารทางหน้าท้องกลับบ้าน

S: ผู้ป่วยถามว่า “แผลในช่องปากต้องทำแผลทุกวันไหม”

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสามารถดูแลตนเองได้ภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับบ้าน
2. ผู้ป่วยรับทราบอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ทันที

การพยาบาล

1. ประเมินความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ
2. วางแผนการจำหน่ายตามหลัก D-METHOD ดังนี้

D (Disease): ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดำเนินของโรคและการรักษา และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม

M (Medication): แนะนำการรับประทานยาตามคำสั่งของแพทย์ไม่ปรับเปลี่ยน ลด หรือหยุดยาเอง โดยเน้นย้ำการรับประทานยาปฏิชีวนะ Augmentin (1) 1 เม็ด หลังอาหารเช้า และเย็นจนหมด การใช้ยา Chloramphenicol ointmentป้ายแผล โดยป้ายบาง ๆ เคลือบให้ทั่วบริเวณแผล และแนะนำการสังเกตผื่นแดงบริเวณใบหน้า หลังใช้ยา Mometasone ทาบริเวณใบหน้า และยาทาบริเวณลำคอ Ropoxy หากมีผื่นแดงเพิ่มขึ้นให้มาพบแพทย์ก่อนวันนัด

E (Environment): แนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมให้อากาศถ่ายเทสะดวกและหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัดและฝุ่นควัน

T (Treatment): แนะนำการดูแลความสะอาดแผลบริเวณใบหน้า หลีกเลี่ยงการกดทับบริเวณ Flap หลีกเลี่ยงการโกนหนวดในบริเวณใกล้แผล และแนะนำสังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ บวม แดง ร้อน บริเวณใบหน้า มีไข้ แผลผ่าตัดมีเลือดหรือหนองไหลออก มีกลิ่นเหม็น มีไข้ ปวดแผลมากขึ้น เป็นต้น หากสังเกตพบบริเวณที่ผ่าตัดมีสีผิวซีดหรือคล้ำอาจมีปัญหาการไหลเวียนเลือดให้รีบมาโรงพยาบาล และแนะนำการดูแลทำความสะอาดในช่องปากด้วยการบ้วนน้ำเกลือ ได้แก่ บ้วนปากกลั้วคอ ด้วยน้ำสะอาด เช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน เพื่อป้องกันการติดเชื้อในช่องปาก

H (Health): อธิบายแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในการนอนโรงพยาบาล

O (Outpatient Referral): เน้นการมาพบแพทย์ศัลยกรรมตกแต่งตามนัด เพื่อติดตามการรักษาและแผลภายหลังการผ่าตัด และเน้นการมาพบแพทย์เฉพาะทางผิวหนังตามนัด เพื่อติดตามการรักษาและรักษาต่อเนื่อง

D (Diet): ประสานงานนักโภชนาการสอนการเตรียมอาหารปั่นให้ทางสายยางตามแผนการรักษา BD (1.5:1) 400 ml แนะนำปรุงอาหารปั่นให้ทางสายยางให้สุก สด สะอาด ควรให้หมดใน 1 วัน โดยเลือกอาหารให้ครบ 5 หมู่ อธิบายความสำคัญของการรับประทาน

อาหารที่ช่วยบำรุงเนื้อเยื่อให้หายเป็นปกติได้โดยเร็ว เน้นอาหารประเภทที่มีโปรตีนสูงมีคุณค่าสารอาหารอื่นครบถ้วน

3. แนะนำและสาธิตการดูแลทำความสะอาดรอบแผลให้อาหารทางสายยางและการตรวจสอบตำแหน่งของสายให้อาหารก่อนให้อาหารทุกครั้ง ดังนี้

- ทดสอบตำแหน่งสายยางที่ให้อาหารโดยดูจากการดูด Content
- จัดผู้ป่วยในท่าศีรษะสูงหรือนั่งเพื่อป้องกันการเกิดการสำลักจากการไหลย้อนกลับของอาหาร ถ้าไม่แน่ใจควรเริ่มด้วยการให้น้ำก่อนเล็กน้อยเมื่อไม่พบความผิดปกติก็เริ่มให้อาหารต่อไป

- อาหารควรมีอุณหภูมิเท่ากับอุณหภูมิห้องเพื่อลดภาวะหดเกร็งของกระเพาะอาหารหรืออาการจุกเสียดแน่น

- เมื่อให้อาหารแล้วควรตามน้ำ 50 – 100 มิลลิลิตร เพื่อให้ได้รับน้ำเพียงพอและป้องกันสายยางอุดตัน

5. แนะนำการทำแผลวันละครั้ง และใช้ Chloramphenicol ointment ทาบริเวณใบหน้าและคาง

ประเมินผลการพยาบาล: บรรลุเกณฑ์การประเมินผลทั้งหมดและปัญหานี้ได้หมดไปวันที่ 24 เมษายน 2566 (ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มในระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้)

ผู้ป่วย On tracheostomy และ Gastrostomy ผู้ป่วยและญาติสามารถทำแผลบริเวณรอบท่อหลอดลมคอและให้อาหารทางสายยางได้ สูตรอาหาร BD (1.5:1) 400 มิลลิลิตร จำนวน 4 มื้อต่อวัน ผู้ป่วยรับทราบการดูแลความสะอาดในช่องปากและแผลผ่าตัด เน้นย้ำการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัดและเห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัดติดตามการรักษา

10. การติดตาม ประเมิน และดูแลผู้ป่วยที่หอบผู้ป่วย

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 1 วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 14.30 น.

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง มีรอยโรคที่บริเวณคางและคอ on Tracheostomy Tube และ Gastrostomy ผู้ป่วยนอนพักอยู่บนเตียงและมีญาติเฝ้าข้างเตียง สัญญาณชีพแรกรับอุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 136/87 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์

- เป้าหมายในการติดตามเยี่ยม

เตรียมความพร้อมผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด

- สรุปประเด็นที่พบ

1) ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในการเข้ารับการผ่าตัดเกี่ยวกับภาพลักษณ์และการดำเนินชีวิตประจำวันภายหลังการผ่าตัด

- กิจกรรมการพยาบาลที่ให้

- 1) แนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย การปฏิบัติตัวขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ได้รับการเตรียมตัวในการทำผ่าตัดวันพรุ่งนี้
- 2) แนะนำสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกภายในหอผู้ป่วย
- 3) อธิบายแผนการรักษาในการนอนโรงพยาบาล เพื่อเข้ารับการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของขากรรไกรล่าง เพื่อให้ผู้ป่วยกลับมาใช้งานได้ใกล้เคียงปกติ
- 4) ดูแลตรวจเลือด ทำ EKG 12 leads, Chest x-ray, จอเลือด และส่งปรึกษาแพทย์ทางอายุรกรรม เพื่อเตรียมความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัดในวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2566
- 5) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล
- 6) ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา และดูแลให้อาหารทางสายยาง

- สรุปผลการเยี่ยมที่หอผู้ป่วย

ผู้ป่วยรับทราบแผนการรักษาในการนอนโรงพยาบาลเพื่อเข้ารับการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของขากรรไกรล่าง เพื่อให้ผู้ป่วยกลับมาใช้งานได้ใกล้เคียงปกติ ภายหลังได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาผู้ป่วยมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล และรายงานพยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้การดูแลต่อเนื่องเกี่ยวกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดของผู้ป่วย

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 15.30 น.

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ ได้รับการผ่าตัด on Tracheostomy tube with ventilator full support ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด Segmental mandibulectomy (C-bilateral L segment) with RFFF flow through with fibula osteocutaneous flap reconstruction ในวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2566 และ ประเมินแผล Flap พบว่ามีสีซีดคล้ำ รายงานแพทย์วินิจฉัยว่าลิ้มเลือดอุดตันทำให้การไหลเวียนเลือดไม่ดี ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด Explore wound with reanastomosis เป็นการผ่าตัดเปิดแผล (explore wound) เพื่อตรวจสอบสภาพของหลอดเลือดที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมต่อใหม่ (reanastomosis) และทำการเชื่อมต่อหลอดเลือดอีกครั้ง ในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้ป่วยมีแผลบริเวณช่องปาก คอ และไหล่ On Jackson drain 2 ขวด On vacuum dressing บริเวณแขนซ้ายและขาซ้าย pressure 120 มิลลิเมตรปรอท ได้รับการงดน้ำและอาหาร ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5 % DNSS 1,000 มิลลิลิตร ในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 104 ครั้ง/นาที หายใจ 12 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/82 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์

- เป้าหมายในการติดตามเยี่ยม

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด

- สรุปประเด็นที่พบ

- 1) ผู้ป่วยมีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ
- 2) ผู้ป่วยมีอาการปวดบริเวณแผลผ่าตัดที่คางภายหลังการผ่าตัด
- 3) ผู้ป่วยมีเสมหะและน้ำลายไม่สามารถไอหรือบ้วนออกได้เอง
- 4) เสี่ยงพร่องสารอาหารและน้ำในร่างกาย
- 5) ผู้ป่วยเสียเลือดจากการผ่าตัดวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2566 2,000 มิลลิลิตร และผ่าตัดวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566 120 มิลลิลิตร

- กิจกรรมการพยาบาลที่ให้

- 1) ประเมินอาการปวดโดยใช้ Pain score 1 ถึง 10 และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ได้แก่ Fentanyl (5:1) IV 25 mcg/hr และ MO 4 mg IV prn ทุก 3 ชั่วโมง
- 2) ดูแลการทำงานของขดระบายเลือด (Jackson drain) ให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถระบายสิ่งคัดหลั่งออกมาได้ดี บันทึกสีและปริมาณที่ออก ถ้าเป็นเลือดสดออกมากกว่า 150 – 200 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้รีบรายงานแพทย์
- 3) สังเกตแผลบริเวณแผลในช่องปาก คอ และไหล่ ประเมินเลือดออก Hematoma อาการบวม แดง สีคล้ำ แผลบวมหรือมีสิ่งคัดหลั่งหรือไม่
- 4) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ (IV Fluid) ในปริมาณที่เพียงพอตามคำสั่งการรักษา 5 % DNSS 1,000 มิลลิลิตร ในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ประเมินและบันทึกสารน้ำเข้าและออกจากร่างกายให้อยู่ในภาวะสมดุล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะความไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย
- 5) จัดในผู้ป่วยนอนศีรษะสูง เพื่อช่วยให้ปอดขยายตัวดีขึ้น
- 6) สังเกตการหายใจของผู้ป่วยและลักษณะของเสมหะ ผู้ป่วยไอเอาเอาเสมหะหรือน้ำลายออกไม่ได้ ดูแลดูดเสมหะและน้ำลายให้ผู้ป่วย เพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง
- 7) ดูแลความสะอาดของท่อหลอดลมคอ เพื่อป้องกันการหมักหมมและอุดตันจากเสมหะคั่งค้างในท่อ

- สรุปผลการเยี่ยมที่หอผู้ป่วย

ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดมีอาการปวด Pain score 6 คะแนน ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ ผู้ป่วย On tracheostomy tube with ventilator full support หายใจตามเครื่องได้ ไม่มีเสียงครีตคราด เสมหะสีใสไม่เหนียวมาก มีเลือดปนน้ำลายเล็กน้อย บริเวณแผลผ่าตัดไม่มี Active bleeding และ Hematoma ขดระบายเลือดอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมมีปริมาณเลือดในขวดด้านขวา 100 มิลลิลิตร ขวดด้านซ้าย 120 มิลลิลิตร ภายหลังการผ่าตัด 1 วัน พบว่าบริเวณ Flap มีสีซีดคล้ำ รายงานแพทย์พบว่ามีลิ่มเลือดอุดตัน ผู้ป่วยจึงเข้ารับการผ่าตัด Explore wound with

reanastomosis ในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566 ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยมีสัญญาณชีพคงที่ และประเมินลักษณะของ Flap มีสีชมพู อุ่น และไม่มีอาการบวมมากผิดปกติ

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 3 มีนาคม 2566 เวลา 12.30 น.

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี นอนพักอยู่บนเตียง ภายหลังได้รับการผ่าตัดผู้ป่วย on Tracheostomy tube with ventilator full support มีแผลบริเวณช่องปาก คอ และไหล่ On Jackson drain 2 ขวด ผู้ป่วยได้รับอาหารทางสายยางบริเวณหน้าท้อง ผู้ป่วยมีเสมหะมีลักษณะใส ค่อนข้างเหนียว จึงต้องดูแลดูดเสมหะให้ทุก 2 - 4 ชั่วโมง มีไข้วันละ 1 - 2 ครั้ง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอ่อนเพลีย แพทย์ส่งตรวจเพาะเชื้อในเลือด ปัสสาวะ เสมหะ และสารคัดหลั่งจากแผล พบว่ามีการติดเชื้อในเสมหะและสารคัดหลั่งจากแผล จึงได้รับยาปฏิชีวนะเข้าทางหลอดเลือดดำ สัญญาณชีพอุณหภูมิ 38.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 104 ครั้ง/นาที หายใจ 12 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/82 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์

- เป้าหมายในการติดตามเยี่ยม

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดและกระตุ้นการทํากิจวัตรประจำวัน

- สรุปประเด็นที่พบ

- 1) ผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจน
- 2) ผู้ป่วยมีเสมหะค่อนข้างเหนียวไอออกเองไม่ได้
- 3) ผู้ป่วยมีไข้จากการติดเชื้อที่แผล เนื่องจากพบสารคัดหลั่งคล้ายหนอง
- 4) ผู้ป่วยมีโพแทสเซียมในเลือดต่ำ

- กิจกรรมการพยาบาลที่ให้

1) วัดสัญญาณชีพ ประเมินการหายใจ ภาวะพร่องออกซิเจน สังเกตอาการกระสับกระส่าย หายใจเหนื่อยหอบ สังเกตและตรวจอาการ Cyanosis ด้วย ถ้าหายใจเร็ว > 28 ครั้ง/นาที หรือ < 12 ครั้ง/นาที รายงานแพทย์ ติดตามค่าออกซิเจนในกระแสเลือด (O2Sat) ถ้าน้อยกว่าปกติ 80 - 100 มิลลิเมตรปรอท) ต้องดูแลให้ออกซิเจนด้วยตามคำสั่งการรักษา

2) จัดในผู้ป่วยนอนศีรษะสูง เพื่อช่วยให้ปอดขยายตัวดีขึ้น

3) สังเกตอาการและลักษณะของบาดแผลว่ามีลักษณะปวด บวม แดง ร้อนหรือมี Discharge ไหลซึมหรือไม่ สังเกตลักษณะสีของ Flap ทุก 1 - 2 ชั่วโมง ถ้ามีสีคล้ำลง เป็นเนื่อตายหรือมีการหลุดัน ถูกกดรัดของเส้นเลือดดำหรือมีเลือดคั่งของ Flap ในช่องปาก หรือมีเลือดออกรีบรายงานแพทย์

4) ดูแลดูดน้ำลาย/เสมหะ ในช่องปาก โดยใช้ Dental suction ดูดให้เป็นระยะ ๆ ห้ามอม กลืนน้ำลาย ดูแลทำ Mouth care ด้วยน้ำเกลือปราศจากเชื้อ (NSS) อย่างช้าที่สุด 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เพื่อลดการหมักหมมของเชื้อโรค ไม่ให้มีกลิ่นและกระตุ้น Blood supply แต่ระวังอย่าให้เกิด

การกระทบกระเทือนบริเวณพื้นผิวเนื้อเยื่อที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่าย เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาการตายของเนื้อเยื่อ จากการเคลื่อนไหวที่มากเกินไป จนไม่ติดประสานกัน

5) ดูแลสายระบายให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมและระบายได้ดี บันทึกสี ลักษณะและจำนวนที่ออก ถ้าพบสีขุ่นคล้ายนมให้รายงานแพทย์

6) แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลแผลไม่ให้เปียกน้ำ ไม่ลูบคลำ แทะ เกาบริเวณแผล เพื่อป้องกันเชื้อโรค เข้าสู่บาดแผล

7) ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Augmentin 1.2 กรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมงตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงของยา

8) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ (IV Fluid) ในปริมาณที่เพียงพอตามคำสั่งการรักษา 5 % DNSS 1,000 มิลลิลิตร ในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ประเมินและบันทึกสารน้ำเข้าและออกจากร่างกายให้อยู่ในภาวะสมดุล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะความไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย

9) สังเกตการหายใจของผู้ป่วยและลักษณะของเสมหะ ผู้ป่วยไอเอาเสมหะหรือน้ำลายออกไม่ได้ ดูแลดูดเสมหะและน้ำลายให้ผู้ป่วย เพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง

10) ดูแลความสะอาดของท่อหลอดลมคอ เพื่อป้องกันการหมักหมมและอุดตันจากเสมหะ คั่งค้างในท่อ

11) ดูแลให้ Elixir KCL 30 ml ทางสายยางให้อาหาร และสังเกตอาการผิดปกติ

- สรุปผลการเยี่ยมที่หอผู้ป่วย

ผู้ป่วย On tracheostomy tube with ventilator full support หายใจตามเครื่องได้ ไม่มีเสียงครีคราคา เสมหะสีใสค่อนข้างเหนียว ดูแลดูดเสมหะได้ 2 – 3 สาย บริเวณแผลผ่าตัดไม่มีบวมแดง ขวดยระบายเลือดอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมมีปริมาณเลือดในขวดด้านขวา 10 มิลลิลิตร ขวดด้านซ้าย 50 มิลลิลิตร ผู้ป่วยได้รับอาหารทางสายยางบริเวณหน้าท้อง BD 1:1 350 มิลลิลิตร/มื้อ จำนวน 4 มื้อ/วัน

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่ 10 มีนาคม 2566 เวลา 12.30 น.

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้บนเตียง สื่อสารด้วยการอ่านปากและเขียน หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีแผลบริเวณในปาก คาง และหัวไหล่ บริเวณแผลไม่มี Discharge และไม่มีบวมแดง ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย เนื่องจากยังมีอาการปวดแผลและยังมีสายสวนปัสสาวะ แพทย์จึงให้น้ำสวนปัสสาวะออก สัญญาณชีพอุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 102 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 117/79 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 เปอร์เซ็นต์

- เป้าหมายในการติดตามเยี่ยม

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดและกระตุ้นการทำกิจวัตรประจำวัน

- สรุปประเด็นที่พบ

- 1) ผู้ป่วยมีอาการปวดบริเวณแผลผ่าตัดที่คางภายหลังการผ่าตัด
- 2) ผู้ป่วยมีเสมหะและน้ำลายไม่สามารถไอหรือบ้วนออกได้เอง

- กิจกรรมการพยาบาลที่ให้

- 1) ประเมินอาการปวดโดยใช้ Pain score 1 ถึง 10 และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ได้แก่ Fentanyl (5:1) IV 25 mcg/hr และ MO 4 mg IV prn ทุก 3 ชั่วโมง
- 2) ดูแลการทำงานของขวดระบายเลือด (Jackson drain) ให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถระบายสิ่งคัดหลั่งออกมาได้ดี บันทึกสีและปริมาณที่ออก ถ้าเป็นเลือดสดออกมากกว่า 150 – 200 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้รีบรายงานแพทย์
- 3) ดูแลดูดน้ำลาย/เสมหะ ในช่องปาก โดยใช้ Dental suction ดูดให้เป็นระยะ ๆ
- 4) ดูแลความสะอาดของท่อหลอดลมคอ เพื่อป้องกันการหมักหมมและอุดตันจากเสมหะคั่งค้างในท่อ
- 5) สังเกตการหายใจของผู้ป่วยและลักษณะของเสมหะ ผู้ป่วยไอเอาเสมหะหรือน้ำลายออกไม่ได้ ดูแลดูดเสมหะและน้ำลายให้ผู้ป่วย เพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง
- 6) จัดในผู้ป่วยนอนศีรษะสูง เพื่อช่วยให้ปอดขยายตัวดีขึ้น
- 7) กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกาย ออกกำลังกายบริเวณแขนและขาเท่าที่จะทำได้

- สรุปผลการเยี่ยมที่หอผู้ป่วย

ผู้ป่วยนอนพักอยู่บนเตียง สีหน้าสดชื่น สามารถสื่อสารโดยการอ่านปากและเขียน ผู้ป่วยไม่มีหายใจหอบเหนื่อย ภายหลังนำสายสวนปัสสาวะออกผู้ป่วยปัสสาวะเองได้ จึงกระตุ้นการออกกำลังกายบนเตียง รับอาหารทางสายยางทางหน้าท้องได้ทุกมื้อ เสมหะลดลง และสามารถไอออกเองได้ อาการปวดลดลงไม่ขอยาแก้ปวดเพิ่ม

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 5 วันที่ 15 มีนาคม 2566 เวลา 15.30 น.

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ สีหน้าสดชื่น ไม่มีอาการปวดแผล On Jackson drain 1 ขวด สามารถกลืนข้างเดียวได้ สังเกตพบบริเวณใบหน้ามีผื่นแดง ไม่คัน รายงานแพทย์เจ้าของไข้ จึงได้ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางผิวหนังประเมินวินิจฉัย Seborrheic dermatitis ได้รับยาทาและยารับประทาน สัญญาณชีพอุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 103/58 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 เปอร์เซ็นต์

- เป้าหมายในการติดตามเยี่ยม

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดและกระตุ้นการทำกิจวัตรประจำวัน

- สรุปประเด็นที่พบ

- 1) ผู้ป่วยมีไข้
- 2) ผู้ป่วยมีผื่นแดงบริเวณศีรษะและใบหน้า

- กิจกรรมการพยาบาลที่ให้

- 1) ดูแลการทำงานของขวระบายเลือด (Jackson drain) ให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม เพื่อให้สามารถระบายสิ่งคัดหลั่งออกมาได้ดี บันทึกสีและปริมาณที่ออก ถ้าเป็นเลือดสดออกมากกว่า 150 – 200 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้รีบรายงานแพทย์
- 2) สังเกตแผลบริเวณแผลในช่องปาก คอ และไหล่ ประเมินเลือดออก Hematoma อาการบวม แดง สีคล้ำ แผลบวมหรือมีสิ่งคัดหลั่งหรือไม่
- 3) สังเกตการหายใจของผู้ป่วยและลักษณะของเสมหะ ผู้ป่วยไอเอาเสมหะหรือน้ำลายออกไม่ได้ ดูแลดูดเสมหะและน้ำลายให้ผู้ป่วย เพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง
- 4) ดูแลความสะอาดของท่อหลอดลมคอ เพื่อป้องกันการหมักหมมและอุดตันจากเสมหะ คั่งค้างในท่อ
- 5) จัดให้ผู้ปวยนอนศีรษะสูง เพื่อช่วยให้ปอดขยายตัวดีขึ้น
- 6) ติดตามสัญญาณชีพ หากมีไข้มากกว่าหรือเท่ากับ 38 องศาเซลเซียส ให้รายงานแพทย์
- 7) กระตุ้นผู้ป่วยให้เคลื่อนไหว เช่น ลูกนั่งข้างเตียง เดินย้ายเท้าอยู่กับที่ ออกกำลังแขนและขา เป็นต้น

- สรุปผลการเยี่ยมที่หอผู้ป่วย

ผู้ป่วยนอนพักอยู่บนเตียง สีหน้าสดชื่น ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย สามารถสื่อสารได้โดยการอ่านปาก และการเขียน ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางสายยางทางหน้าท้องได้ทุกมื้อ แผลบริเวณช่องปาก คอ และไหล่ ไม่มีบวมแดง บริเวณท่อหลอดลมคอไม่มีบวม แดง เสมหะลดลง และสามารถไอออกเองได้ ไม่มีอาการปวด ผู้ป่วยสามารถลูกนั่งข้างเตียงเองได้

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 6 วันที่ 20 มีนาคม 2566 เวลา 11.30 น.

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ สีหน้าสดชื่น ไม่มีอาการปวดแผล ได้นำขวด Jackson drain ออกแล้ว ผู้ป่วยสามารถลูกนั่งข้างเตียงได้ มีใบหน้ามีผื่นแดง ไม่คัน ได้รับยาทาและยารับประทานตามแผนการรักษา สัญญาณชีพอุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 102 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 102/63 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์

- เป้าหมายในการติดตามเยี่ยม

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด

- สรุปประเด็นที่พบ

- 1) ผู้ป่วยมีไข้
- 2) ผื่นแดงบริเวณใบหน้า

- กิจกรรมการพยาบาลที่ให้

- 1) สังเกตการหายใจของผู้ป่วยและลักษณะของเสมหะ ผู้ป่วยไอเอาเสมหะหรือน้ำลายออกไม่ได้ ดูแลดูดเสมหะและน้ำลายให้ผู้ป่วย เพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง
- 2) ดูแลความสะอาดของท่อหลอดลมคอ เพื่อป้องกันการหมักหมมและอุดตันจากเสมหะคั่งค้างในท่อ
- 3) สังเกตแผลบริเวณแผลในช่องปาก คอ และไหล่ ประเมินเลือดออก Hematoma อาการบวม แดง สีคล้ำ แผลบวมหรือมีสิ่งคัดหลั่งหรือไม่
- 4) จัดให้ผู้ปวยนอนศีรษะสูง เพื่อช่วยให้ปอดขยายตัวดีขึ้น
- 5) ติดตามสัญญาณชีพ หากมีไข้มากกว่าหรือเท่ากับ 38 องศาเซลเซียส ให้รายงานแพทย์
- 6) ดูแลให้อาหารทางสายยางบริเวณหน้าท้อง โดยเพิ่ม BD (1.5:1) 400 มิลลิลิตร 4 มื้อ กำหนดให้โปรตีน 90 กรัม/วัน
- 7) ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Meropenam 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมงตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงของยา

- สรุปผลการเยี่ยมที่หอผู้ป่วย

ผู้ป่วยนั่งพักอยู่บนเตียง บริเวณแผลบริเวณช่องปาก คอ และไหล่ ไม่มีบวมแดง สีหน้าสดชื่น ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย บริเวณท่อหลอดลมคอไม่มีบวม แดง เสมหะลดลง และสามารถไอออกเองได้ ไม่มีอาการปวด ได้รับอาหารทางสายยางทางหน้าท้องตามแผนการรักษา บริเวณใบหน้าผื่นแดงลดลง ไม่มีอาการคัน

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 7 วันที่ 6 เมษายน 2566 เวลา 12.30 น.

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีหน้าสดชื่น ถามตอบรู้เรื่องสื่อสารโดยการอ่านปากและการเขียน ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Detach flap บริเวณแผลผ่าตัดไม่มีบวม แดง และเลือดซึม ผู้ปวยนอนหลับพักได้ ไม่มีอาการปวด รับอาหารทางสายยางได้ทุกมื้อ หายใจไม่มีหอบเหนื่อย สัญญาณชีพอุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 112/68 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์

- เป้าหมายในการติดตามเยี่ยม

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดและวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

- สรุปประเด็นที่พบ

- 1) ผู้ป่วยมีอาการปวดบริเวณแผลผ่าตัดที่คางภายหลังการผ่าตัด

2) ผู้ป่วยพร้อมความรู้ในการดูแลตัวเองเมื่อกลับบ้าน

- กิจกรรมการพยาบาลที่ให้

1) แนะนำการทำความสะอาดในช่องปาก ควรทำบ่อย ๆ และทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร

2) อธิบายการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เช่น แผลผ่าตัดมีเลือดหรือหนองไหลออก มีกลิ่นเหม็น มีไข้ ปวดแผลมากขึ้น เป็นต้น

3) แนะนำการมาตรวจตามนัด เพื่อรับการรักษาต่อเนื่อง

4) สอนผู้ป่วยถึงวิธีทำความสะอาดในช่องปาก ที่บ้านง่าย ๆ ดังนี้

- บ้วนปากกลั้วคอ ด้วยน้ำสะอาดบ่อย ๆ และก่อนนอน เพื่อป้องกันการติดเชื้อในช่องปาก

- การทำความสะอาดช่องปาก หลีกเลี่ยงการแปรงบริเวณแผลเพื่อกันแผลแยกได้

5) อธิบายความสำคัญของการรับประทานอาหารที่ช่วยบำรุงเนื้อเยื่อให้หายเป็นปกติได้โดยเร็ว เน้นอาหารประเภทที่มีโปรตีนสูงมีคุณค่าสารอาหารอื่นครบถ้วน

6) แนะนำการให้อาหารทางสายยางที่บ้าน

- ทดสอบตำแหน่งสายยางที่ให้อาหารโดยดูจากการดูด Content

- จัดผู้ป่วยในท่าศีรษะสูงหรือนั่งเพื่อป้องกันการเกิดการสำลักจากการไหลย้อนกลับของอาหาร ถ้าไม่แน่ใจควรเริ่มด้วยการให้น้ำก่อนเล็กน้อยเมื่อไม่พบความผิดปกติก็เริ่มให้อาหารต่อไป

- อาหารควรมีอุณหภูมิเท่ากับอุณหภูมิห้องเพื่อลดภาวะหดเกร็งของกระเพาะอาหารหรืออาการจุกเสียดแน่น

- เมื่อให้อาหารแล้วควรตามน้ำ 50 – 100 มิลลิลิตร เพื่อให้ได้รับน้ำเพียงพอและป้องกันสายยางอุดตัน

7) ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

8) แนะนำการทำแผลวันละครั้ง และใช้ Chloramphenicol ointment ทาแผลบริเวณใบหน้าและคาง

9) แนะนำอาการผิดปกติ ได้แก่ มีไข้ บริเวณแผลปวด บวม แดง ร้อน มีหนอง ปวดแผลมากขึ้น เป็นต้น เมื่อมีอาการเหล่านี้ควรมาพบแพทย์ทันที

- สรุปผลการเยี่ยมที่หอผู้ป่วย

ผู้ป่วยและญาติ รับทราบอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด การทำความสะอาดบริเวณท่อนหลอดลมคอ การทำอาหารปั่นและวิธีการให้อาหารทางสายยางได้ ผู้ป่วยยังมีความกังวลเกี่ยวกับการทำความสะอาดบริเวณช่องปากเนื่องจากกลัวแผลแยกและเน้นการบ้วนปาก เพื่อลดการติดเชื้อในช่องปาก

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 8 วันที่ 12 เมษายน 2566 เวลา 12.30 น.

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีหน้าสดชื่น ถามตอบรู้เรื่องสื่อสารโดยการอ่านปากและการเขียน ภายหลังการผ่าตัด Detach flap บริเวณแผลผ่าตัดไม่มีบวม แดง และเลือดซึม ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น นอนหลับพักผ่อนได้ไม่มีอาการปวด รับอาหารทางสายยางได้ทุกมื้อ หายใจไม่มีหอบเหนื่อย สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 122/76 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์

- เป้าหมายในการติดตามเยี่ยม

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดและวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

- สรุปประเด็นที่พบ

1) ผู้ป่วยพร้อมความรู้ในการดูแลตัวเองเมื่อกลับบ้าน

- กิจกรรมการพยาบาลที่ให้

1) แนะนำการทำความสะอาดในช่องปาก ควรทำบ่อย ๆ

2) อธิบายการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เช่น แผลผ่าตัดมีเลือดหรือหนองไหลออก มีกลิ่นเหม็น มีไข้ ปวดแผลมากขึ้น เป็นต้น

3) ให้ผู้ป่วยสาธิตการทำความสะอาดในช่องปาก ด้วยการใช้น้ำเกลือหรือน้ำสะอาดบ้วนปากและกลั้วคอ เข้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน เพื่อป้องกันการติดเชื้อในช่องปาก

4) ให้ญาติสาธิตการให้อาหารทางสายยาง ได้แก่

- ทดสอบตำแหน่งสายยางที่ให้อาหารโดยดูจากการดูด Content

- จัดผู้ป่วยในท่าศีรษะสูงหรือนั่งเพื่อป้องกันการเกิดการสำลักจากการไหลย้อนกลับของอาหาร ถ้าไม่แน่ใจควรเริ่มด้วยการให้น้ำก่อนเล็กน้อยเมื่อไม่พบความผิดปกติก็เริ่มให้อาหารต่อไป

- อาหารควรมีอุณหภูมิเท่ากับอุณหภูมิห้องเพื่อลดภาวะหดเกร็งของกระเพาะอาหารหรืออาการจุกเสียดแน่น

- เมื่อให้อาหารแล้วควรตามน้ำ 50 – 100 มิลลิลิตร เพื่อให้ได้รับน้ำเพียงพอและป้องกันสายยางอุดตัน

5) สาธิตการทำแผลวันละครั้ง และใช้ Chloramphenicol ointment ทาแผล

- สรุปผลการเยี่ยมที่หอผู้ป่วย

ผู้ป่วยสามารถทำความสะอาดในช่องปากด้วยการบ้วนปากได้ ไม่มีเลือดออก มีอาการเจ็บเล็กน้อย และสามารถทำความสะอาดบริเวณที่หลอดลมคอ และวิธีการให้อาหารทางสายยางได้ถูกต้อง ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจเมื่อต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 9 วันที่ 19 เมษายน 2566 เวลา 1.30 น.

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีหน้าสดชื่น บริเวณแผลผ่าตัดไม่มีบวม แดง และเลือดซึม หายใจไม่มีหอบเหนื่อย สัญญาณชีพอุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที

ความดันโลหิต 118/76 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ แพทย์ตรวจเยื่อบุอาหารอนุญาตให้กลับบ้านได้ ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และความเข้าใจในการดูแลแผลเจาะคอ และการให้อาหารทางสายยาง แต่ยังพร่องความรู้ในการทำทำความสะอาดแผลผ่าตัดและอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์

- เป้าหมายในการติดตามเยี่ยม

วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

- สรุปประเด็นที่พบ

- 1) ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับแผลผ่าตัด
- 2) ผู้ป่วยพร่องความรู้ในการดูแลตัวเองเมื่อกลับบ้าน

- กิจกรรมการพยาบาลที่ให้

- 1) ประเมินความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ
- 2) ทบทวนการให้คำแนะนำและสาธิตการดูแลแผลหน้าท้องและการให้อาหารทางสายยางกับผู้ป่วยและผู้ดูแล
- 3) แนะนำการทำความสะอาดในช่องปากบ่อย ๆ
- 4) สอนผู้ป่วยถึงวิธีทำความสะอาดในช่องปาก ที่บ้านง่าย ๆ ดังนี้

- บ้วนปากกลั้วคอ ด้วยน้ำสะอาด บ่อย ๆ และก่อนนอน เพื่อป้องกันการติดเชื้อในช่องปาก

- การทำความสะอาดช่องปากโดยการบ้วนปากและหลีกเลี่ยงการแปรงบริเวณแผล เพื่อป้องกันการแผลแยกได้

5) อธิบายการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เช่น แผลผ่าตัดมีเลือดหรือหนองไหลออก มีกลิ่นเหม็น มีไข้ ปวดแผลมากขึ้น ผื่นแดงเพิ่มมากขึ้นหรือมีอาการคัน เป็นต้น

6) แนะนำการมาตรวจตามนัด เพื่อรับการรักษาต่อเนื่อง

7) อธิบายความสำคัญของการรับประทานอาหารที่ช่วยบำรุงเนื้อเยื่อให้หายเป็นปกติได้โดยเร็ว เน้นอาหารประเภทที่มีโปรตีนสูงมีคุณค่าสารอาหารอื่นครบถ้วน

8) แนะนำการทำแผลวันละครั้ง และใช้ Chloramphenicol ointment ทาแผล

9) แนะนำการรับประทานยาปฏิชีวนะต่อเนื่องจนหมด

10) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย เมื่อกลับบ้านแล้วสามารถโทรศัพท์มาสอบถามได้ที่เบอร์โทรศัพท์ของหน่วยงานได้ 24 ชั่วโมง

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลดสิน

- สรุปผลการเยี่ยมที่หอผู้ป่วย

ผู้ป่วยมีความพร้อมและความมั่นใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ได้แก่ การทำความสะอาดในช่องปากด้วยการแปรงและบ้วนปากได้ การทำความสะอาดบริเวณท่อน้ำลาย การให้อาหารทางสายยาง การดูแลความสะอาดแผลผ่าตัดและทายา โดยมีญาติช่วยดูแลอย่างใกล้ชิด

11. การวางแผนจำหน่าย

วางแผนการจำหน่ายตั้งแต่วันที่ 18 เมษายน 2566 และสิ้นสุดวันที่ 24 เมษายน 2566

ตารางที่ 8 การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

D-METHOD	Objective	Intervention
D (Disease)	เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นลักษณะอาการและการรักษา	1. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดำเนินของโรคและการรักษา โดยมีรายละเอียด มะเร็งลิ้นเกิดจากความผิดปกติของการพัฒนาเซลล์ การได้รับปัจจัยกระตุ้น เช่น บุหรี่ แอลกอฮอล์ การเป็นแผลอักเสบเรื้อรังเป็นระยะเวลานานหรือเกิดจากความเสียหายของเซลล์เยื่อช่องปากชนิด Squamous ในระดับสายพันธุ์กรรม (DNA) เซลล์ภายในลิ้นเจริญเติบโตมากผิดปกติจึงเกิดเป็นเนื้องอกหรือก้อนเนื้อ การรักษาโรคมะเร็งลิ้นขึ้นอยู่กับขนาดของเนื้องอก ตำแหน่ง หรือการแพร่กระจายของมะเร็งโดยมีการรักษา คือ การผ่าตัด การฉายรังสีรักษา การให้ยาเคมีบำบัดและการใช้ยารักษาแบบจำเพาะเจาะจงต่อเซลล์มะเร็ง การให้รังสีรักษาจะเป็นการรักษาหลัก ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องเข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไม่ให้ลุกลาม 2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม
M (Medication)	เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับ	3. แนะนำการรับประทานยาตามคำสั่งของแพทย์ไม่ปรับเปลี่ยน ลด หรือหยุดยาเอง โดยเน้นย้ำการรับประทานยาปฏิชีวนะ Augmentin (1)-1 เม็ด หลังอาหารเช้าและเย็นจนหมด 4. แนะนำการใช้ยา Chloramphenicol ointmentป้ายแผล โดยป้ายบาง ๆ เคลือบให้ทั่วบริเวณแผล

D-METHOD	Objective	Intervention
		5. แนะนำการสังเกตผื่นแดงบริเวณใบหน้า หลังใช้ยา Mometasone ทาบริเวณใบหน้า และยาทาบริเวณลำคอ Ropoxy หากมีผื่นแดงเพิ่มขึ้นให้มาพบแพทย์ก่อนวันนัด
E (Environment)	เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย	6. แนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมให้อากาศถ่ายเทสะดวก 7. หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัดและฝุ่นควัน
T (Treatment)	เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ ทักษะที่จำเป็นในการดูแลตัวเองภายหลังการผ่าตัด	8. แนะนำการดูแลความสะอาดแผลบริเวณใบหน้า หลีกเลี่ยงการโกนหนวดในบริเวณใกล้เคียง 9. แนะนำการทำแผลวันละครั้ง โดยใช้ยาป้าย Chloramphenicol ointment ทาบริเวณใบหน้าและคาง 10. แนะนำหลีกเลี่ยงการกดทับบริเวณ Flap และสังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ บวม แดง ร้อน บริเวณใบหน้า มีไข้ เป็นต้นสังเกตบริเวณที่ผ่าตัดหากมีสีผิวซีดหรือคล้ำอาจมีปัญหาการไหลเวียนเลือดให้รีบมาโรงพยาบาล 11. แนะนำการดูแลทำความสะอาดในช่องปากด้วยการบ้วนน้ำเกลือ ได้แก่ บ้วนปากกลั้วคอ ด้วยน้ำสะอาด เช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน เพื่อป้องกันการติดเชื้อในช่องปาก และหลีกเลี่ยงการแปรงบริเวณแผลเพื่อกันแผลแยกได้
H (Health)	เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและป้องกันการเกิด	12. อธิบายแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในการนอนโรงพยาบาลครั้งนี้ 13. แนะนำการสังเกตภาวะแทรกซ้อนที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด ได้แก่ บริเวณแผลบวม แดง มีไข้ เป็นต้น

D-METHOD	Objective	Intervention
	ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการรักษา	14. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม
O (Outpatient Referral)	เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเห็นความสำคัญของการมาตามนัด เพื่อติดตามการรักษา	15. เน้นการมาพบแพทย์ศัลยกรรมตามนัด เพื่อติดตามการรักษาและแผลภายหลังการผ่าตัด 16. เน้นการมาพบแพทย์เฉพาะทางผิวหนังตามนัด เพื่อติดตามการรักษาและรักษาต่อเนื่อง
D (Diet)	เพื่อให้ผู้ป่วยเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค	17. ปรับปรุงอาหารปั่นให้ทางสายยางให้สุก สด สะอาด ควรให้หมดใน 1 วัน โดยเลือกอาหารให้ครบ 5 หมู่

12. สรุปสภาวะผู้ป่วยขณะรับไว้

ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยมีฟันโยก กรามยุบ มีแผลที่เหงือกและคาง 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์นัดมาผ่าตัด ผู้ป่วยมีประวัติมีแผลที่ลิ้นเรื้อรังที่ลิ้น 4 ปีก่อน ตรวจพบว่าเป็น CA Tongue (Lt Lateral) involved Mandible with Lt Oropharynx ขนาด 7.8 x 8.0 x 5.9 cms ส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อสถาบันมะเร็ง แต่ผู้ป่วย Loss F/U 3 ปีก่อน ผู้ป่วยมีอาการปวดแผล รับประทานอาหารได้น้อยมีน้ำหนัก จึงเข้ารับการรักษาดำเนินการฉายแสง 33 แสง และให้เคมีบำบัด 3 ครั้งครบเมื่อเดือนธันวาคม 2563 ประมาณ 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีฟันโยก กรามยุบ มีแผลที่เหงือกคาง แพทย์แนะนำรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยตกลงจะเข้ารับการผ่าตัด แพทย์จึงนัดมานอนโรงพยาบาล เพื่อทำการผ่าตัดในวันที่ 27 ก.พ. 2566 แรกผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง มีรอยโรคที่บริเวณคางและคอ on Tracheostomy Tube และ Gastrostomy แพทย์วินิจฉัย CA Tongue involved Mandible c Lt Oropharynx ในการนอนโรงพยาบาลครั้งนี้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Segmental mandibulectomy (C-bilateral L segment) with RFFF flow through with fibula osteocutaneous flap reconstruction ในวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2566 และ Explore wound with reanastomosis ในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้ป่วยมีแผลบริเวณช่องปาก คอ และไหล่ On Jackson drain 2 ขวด On vacuum dressing บริเวณแขนซ้ายและขาซ้าย pressure 120 มิลลิเมตรปรอท on Tracheostomy tube with ventilator full support ได้รับการงดน้ำและอาหาร ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5% DNSS 1,000 มิลลิลิตร ในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง โดยมีการติดตามเย็บทั้งหมด 9 ครั้ง พบปัญหาและการพยาบาลดังนี้

12.1 ปัญหาและการพยาบาล จากการเย็บครั้งที่ 1

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 พร่องความรู้ในการดูแลตนเองก่อนผ่าตัด

12.2 ปัญหาและการพยาบาล จากการเย็บครั้งที่ 2 3 และ 4

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำบริเวณ Flap

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะลิ่มเหลวของระบบไหลเวียนโลหิต (Shock) จากการเสียเลือดบริเวณแผลผ่าตัด (Bleeding)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีอาการปวดตึงแผลบริเวณคาง เนื่องจากเนื้อเยื่อบริเวณที่ทำการผ่าตัดได้รับการบาดเจ็บและฟกช้ำ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดตันเนื่องจากมีเสมหะคั่งค้างมาก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อภาวะพร่องของสารอาหารและสารน้ำในร่างกายเนื่องจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากคาสายสวนปัสสาวะ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยไม่สุขสบาย เนื่องจากมีไข้สูง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 ผู้ป่วยมีภาวะปวดอวัยวะ

12.3 ปัญหาและการพยาบาล จากการเย็บครั้งที่ 5 และ 6

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 10 ผู้ป่วยติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 11 การสื่อสารบกพร่องจากอวัยวะที่ช่วยในการพูดไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 12 ผู้ป่วยมีผื่นแดงบริเวณศีรษะและใบหน้า

12.4 ปัญหาและการพยาบาล จากการเย็บครั้งที่ 7 8 และ 9

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 13 พร่องความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเมื่อกลับบ้าน

แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการอนุญาตให้กลับบ้านได้ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีหน้าสดชื่น บริเวณแผลผ่าตัดไม่มีบวม แดง และเลือดซึม หายใจไม่มีหอบเหนื่อย ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และความเข้าใจในการดูแลแผลเจาะคอ การล้าง inner การทำความสะอาดแผล Gastrostomy และการให้อาหารทางสายยาง แต่ยังพร่องความรู้ในการทำความสะอาดแผลผ่าตัดและอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ ปัญหาที่พบได้รับการแก้ไข และมีวันสิ้นสุดของปัญหานั้น ๆ โดยให้การพยาบาลแบบทบทวนบางส่วนให้ความรู้ เสริมพลัง และทดแทนทั้งหมด แต่ยังมีความรู้ที่แก้ไขแล้ว มีอาการลดลง แต่อาการยังหลงเหลืออยู่ มีความจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่อง ดูแลและป้องกันไม่ให้เกิดอาการมากขึ้นเมื่อจำหน่าย

ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยยังมีผื่นแดงบริเวณใบหน้า ผู้ป่วยได้รับยารับประทานและยาทาผื่นกลับบ้าน พร้อมทั้งเน้นให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อรักษาต่อเนื่องในวันที่ 24/4/66

13. การติดตามประเมินต่อเนื่องที่บ้าน

ติดตามประเมินต่อเนื่องที่บ้านทางโทรศัพท์จำนวน 2 ครั้ง

ครั้งที่ 1 ภายหลังการจำหน่ายกลับบ้าน 3 วัน ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ทำกิจวัตรประจำวันเองได้ จากการพูดคุยพบว่ามีปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันไม่สามารถออกไปทำงานได้เหมือนเดิม ผื่นบริเวณศีรษะและใบหน้าลดลงยังมีรอยแดงเล็กน้อย และผู้ป่วยไม่มั่นใจบริเวณรอบแผลมีแดง ไม่บวม ไม่มีสิ่งคัดหลั่ง จึงประสานงานพยาบาลเยี่ยมบ้านประสานศูนย์สาธารณสุขใกล้บ้านเข้าตรวจเยี่ยมประเมินแผล เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยคลายวิตกกังวลลง แผลไม่มีการติดเชื้อ และพึงพอใจในการช่วยเหลือประสานงาน

ครั้งที่ 2 ภายหลังการจำหน่ายกลับบ้าน 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยกังวลเกี่ยวกับแผลจึงประสานงานคลินิกศัลยกรรมตกแต่ง สร้างช่องทางในการติดตามผู้ป่วยส่งรูปภาพมาให้ประเมินผ่านแอปพลิเคชัน ผู้ป่วยจึงคลายวิตกกังวลลง แผลไม่มีการติดเชื้อ และเน้นให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 5

สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ

1. สรุปเนื้อหาส่วนผู้ป่วย

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย CA Tongue involved Mandible c Lt Oropharynx ผู้ป่วยมีแผลเรื้อรังที่ลิ้น ตรวจพบว่าเป็น CA Tongue (Lt Lateral) involved Mandible with Lt Oropharynx ขนาด 7.8 x 8.0 x 5.9 cms 4 ปีก่อน (พ.ค. 2562) ได้รับส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อสถาบันมะเร็ง แต่ผู้ป่วย Loss F/U 3 ปีก่อน (ก.ย. 2563) ผู้ป่วยมีอาการปวดแผล รับประทานอาหารได้น้อยมีสำลัก จึงเข้ารับการรักษาด้วยการฉายแสง 33 แสง และให้เคมีบำบัด 3 ครั้งครบเมื่อเดือนธันวาคม 2563 ผู้ป่วย on Tracheostomy tube และ Gastrostomy 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลมาด้วยปวดกราม ฟันโยก แพทย์แนะนำรักษาด้วยการผ่าตัด แพทย์จึงนัดมานอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดในการนอนโรงพยาบาลครั้งนี้ จำนวน 4 ครั้ง ดังนี้

- 1) Segmental mandibulectomy (C-bilateral L segment) with RFFF flow through with fibula osteocutaneous flap reconstruction วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2566
- 2) Explore wound with reanastomosis (Salvage flap) วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566
- 3) Debridement with right deltopectoral pedicle flap coverage วันที่ 18 มีนาคม 2566
- 4) Detach flap ORM วันที่ 10 เมษายน 2566

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566 และจำหน่ายกลับบ้านวันที่ 20 เมษายน 2566 รวมวันรักษาในโรงพยาบาล 54 วัน โดยรับไว้ในความดูแลจำนวน 54 วัน จากการศึกษาพบปัญหาและนำมาวางแผนเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจำนวน 13 ข้อ ได้แก่

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 พร่องความรู้ในการดูแลตนเองก่อนผ่าตัด โดยข้อวินิจฉัยนี้ บรรลุเกณฑ์การประเมินผลทั้งหมดและปัญหานี้ได้หมดไปวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำบริเวณ Flap โดยข้อวินิจฉัยนี้บรรลุเกณฑ์การประเมินผลทั้งหมดและปัญหานี้ได้หมดไปวันที่ 24 เมษายน 2566

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะลิ่มเหลวของระบบไหลเวียนโลหิต จากการเสียเลือดบริเวณแผลผ่าตัด โดยข้อวินิจฉัยนี้บรรลุเกณฑ์การประเมินผลทั้งหมดและปัญหานี้ได้หมดไปวันที่ 1 เมษายน 2566

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีอาการปวดตึงแผลบริเวณคาง เนื่องจากเนื้อเยื่อบริเวณที่ทำการผ่าตัดได้รับการบาดเจ็บและฟกช้ำ โดยข้อวินิจฉัยบรรลุเกณฑ์การประเมินผลทั้งหมดและปัญหานี้ได้หมดไปวันที่ 21 มีนาคม 2566

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นเนื่องจากมีเสมหะคั่งค้างมาก โดยข้อวินิจฉัยนี้บรรลुเกณฑ์การประเมินผลทั้งหมดและปัญหานี้ได้หมดไปวันที่ 8 มีนาคม 2566

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ 6 เสี่ยงต่อภาวะพร่องสารอาหารและสารน้ำในร่างกายเนื่องจากพฤติกรรมรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง โดยข้อวินิจฉัยนี้บรรลुเกณฑ์การประเมินผลทั้งหมดและปัญหานี้ได้หมดไปวันที่ 21 มีนาคม 2566

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ 7 เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากคาสายสวนปัสสาวะ โดยข้อวินิจฉัยนี้บรรลुเกณฑ์การประเมินผลทั้งหมดและปัญหานี้ได้หมดไปวันที่ 20 มีนาคม 2566

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ 8 ผู้ป่วยไม่สุขสบาย เนื่องจากมีไข้สูง โดยข้อวินิจฉัยนี้บรรลुเกณฑ์การประเมินผลทั้งหมดและปัญหานี้ได้หมดไปวันที่ 19 เมษายน 2566

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ 9 ผู้ป่วยมีภาวะปอดอักเสบ โดยข้อวินิจฉัยนี้บรรลुเกณฑ์การประเมินผลทั้งหมดและปัญหานี้ได้หมดไปวันที่ 21 มีนาคม 2566

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ 10 ผู้ป่วยติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด โดยข้อวินิจฉัยนี้บรรลुเกณฑ์การประเมินผลทั้งหมดและปัญหานี้ได้หมดไปวันที่ 18 เมษายน 2566

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ 11 การสื่อสารบกพร่องจากอวัยวะที่ช่วยในการพูดไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ โดยข้อวินิจฉัยนี้บรรลुเกณฑ์การประเมินผลทั้งหมดและปัญหานี้ได้หมดไปวันที่ 21 มีนาคม 2566

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ 12 ผู้ป่วยมีผื่นแดงบริเวณศีรษะและใบหน้า โดยข้อวินิจฉัยนี้บรรลुเกณฑ์การประเมินผลบางส่วนและมีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ในวันที่ 22 เมษายน 2566 ผู้ป่วยบอกผื่นแดงจางลงมาก สามารถออกไปทำธุระนอกบ้านได้ และผู้ป่วยมาติดตามการรักษากับแพทย์ผิวหนังในวันที่ 24 เมษายน 2566 พบว่าผื่นแดงจางหายไม่ต้องทายาต่อ

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ 13 พร่องความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเมื่อกลับบ้าน โดยข้อวินิจฉัยนี้บรรลुเกณฑ์การประเมินผลทั้งหมดและปัญหานี้ได้หมดไปวันที่ 24 เมษายน 2566 ผู้ป่วยและญาติสามารถทำแผลบริเวณรอบท่อหลอดลมคอ ดูแลความสะอาดแผลผ่าตัด และให้อาหารทางสายยางได้ รับทราบการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัดและเห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัดติดตามการรักษา

การติดตามเยี่ยมต่อเนื่องเมื่อกลับบ้านและส่งต่อในชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 1 วันที่ 27 เมษายน 2566 ภายหลังการจำหน่ายกลับบ้าน 3 วัน ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ทำกิจวัตรประจำวันเองได้ จากการพูดคุยพบว่ามีปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันไม่สามารถออกไปทำงานได้เหมือนเดิม ผื่นบริเวณศีรษะและใบหน้าลดลงยังมีรอยแดงเล็กน้อย และผู้ป่วยไม่มั่นใจบริเวณรอบแผลมีแดง ไม่บวม ไม่มีสิ่งคัดหลั่ง จึงประสานงานพยาบาลเยี่ยมบ้าน

ประสานศูนย์สาธารณสุขใกล้บ้านเข้าตรวจเยี่ยมประเมินแผล เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยคลายวิตกกังวลลง แผลไม่มีการติดเชื้อ และพึงพอใจในการช่วยเหลือประสานงาน และติดตามเยี่ยมครั้งที่ 2 ในวันที่ 1 พฤษภาคม 2566 ภายหลังการจำหน่ายกลับบ้าน 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยกังวลเกี่ยวกับแผลจึงประสานงานคลินิกศัลยกรรมตกแต่ง สร้างช่องทางในการติดตามผู้ป่วยส่งรูปภาพมาให้ประเมินผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ผู้ป่วยจึงคลายวิตกกังวลลง แผลไม่มีการติดเชื้อ และเน้นให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด

2. สรุปความคิดเห็นที่พบในการศึกษา และข้อเสนอแนะ

จากการศึกษากรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งลิ้นระยะลุกลามที่ได้รับการรับรังสีรักษาและผ่าตัดกระดูกขากรรไกรล่าง ในช่วงแรกผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในการเข้ารับการผ่าตัด ขาดความรู้ ความเข้าใจ โรงพยาบาลดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ตั้งแต่การบรรเทาความเจ็บปวด การยอมรับสภาพความเจ็บป่วยในปัจจุบัน การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการผ่าตัดที่ใช้เวลาผ่าตัดนาน ดูแลเสริมพลัง ส่งเสริมการดูแลตนเอง สนับสนุนด้านความรู้ต่าง ๆ ผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถ ผลจากความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เครือข่าย ชุมชน ทำให้การดูแลผู้ป่วยรายนี้เกิดความต่อเนื่องมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยมะเร็งลิ้นระยะลุกลามที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกขากรรไกรล่างและการผ่าตัดศัลยกรรมตกแต่งโดยใช้เนื้อเยื่อจากบริเวณแขนด้านหน้า มาปลูกถ่ายไปยังตำแหน่งที่ต้องการ เช่น บริเวณศีรษะ คอ หรือช่องปาก (Radial Forearm Free Flap: RFFF) มีจำนวนน้อย จึงทำให้บุคลากรขาดความชำนาญในการดูแลผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ายังไม่มีแบบฟอร์มเฉพาะเจาะจงของการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกขากรรไกรและใบหน้า การบันทึกข้อมูลการผ่าตัดหรือหัตถการต่าง ๆ มีเพียงข้อมูลแพทย์เท่านั้น ทำให้เกิดปัญหาขาดความต่อเนื่องของข้อมูล และพบว่าพยาบาลต้องพัฒนาทักษะและความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาล

2. การดูแลและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด Radial Forearm Free Flap (RFFF) การประเมินแผล Flap มีความสำคัญมาก หากมีการประเมินล่าช้าหรือไม่ถูกต้อง อาจนำไปสู่ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน ขาดเลือด และเนื้อตาย ส่งผลให้ต้องทำการผ่าตัดแก้ไขซึ่งเพิ่มความเสี่ยงและค่าใช้จ่ายในการรักษา ดังนั้นควรมีการประเมิน Flap ทุกชั่วโมงในช่วง 24 ชั่วโมงแรก และทุก 2 - 4 ชั่วโมงใน 48 - 72 ชั่วโมงถัดไป และจัดอบรมเรื่องการประเมิน Flap ให้พยาบาลมีความเข้าใจในลักษณะของ Flap ที่ปกติและผิดปกติ พร้อมฝึกการใช้เครื่อง Doppler Ultrasound

3. ประเมินปัญหาและวางแผนการส่งเยี่ยมบ้านก่อนการจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

บรรณานุกรม

- กิตติศักดิ์ ธาณิทรัพย์. (2560). การหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ. *บทความทั่วไปเรียนรู้การฝึกหายใจ*
เรื่องง่ายๆที่มีประโยชน์มากกว่าที่คิดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 10(2), 122-125.
- งานบริการเวชระเบียนโรงพยาบาลเลิดสิน. (2567). *ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา*.
โรงพยาบาลเลิดสิน.
- จิระพงษ์ อังคะรา. (2561). มะเร็งช่องปาก. ใน จิระพงษ์ อังคะรา (บ.ก.), *ตำราโรค คอ นาสิกวิทยา*
(พิมพ์ครั้งที่ 1, น.393-393-401). กรุงเทพฯ:ห้างหุ้นส่วนจำกัดสามลดา.
- นงนภัทร รุ่งเนย. (2559). *การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม*. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ
สถาบันพระบรมราชชนก.
- บุญทิวา สุวิทย์. (2561). การพยาบาลผู้ป่วยโรคช่องปาก. *ตำราการพยาบาลผู้ป่วยโรคหูด คอ จมูก*.
(พิมพ์ครั้งที่ 1, น 96-116) นนทบุรี:พี.เค.เค.พรินต์ติ้ง จำกัด.
- บุปผา นันมา และรุ่งระวี นาวิเจริญ. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้ป่วย
มะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
27(2). 85-98.
- ประทุมพร ผลดอน. (2566). การพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคมะเร็งลิ้นระยะลุกลามที่บ้าน:
กรณีศึกษา. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*. 8(3), 626-634.
- ฝ่ายแผนงานและสถิติ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2559). รายงานประจำปี 2559. สืบค้นจาก
https://www.nci.go.th/th/File_download/filePlan/annual_report_2016.pdf.
- พิชิต สิทธิไธรย์. (2562). พยาธิสรีรวิทยาของช่องปาก. ใน พิชิต สิทธิไธรย์ (บ.ก.), *ตำราหู คอ จมูก*
สำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. (พิมพ์ครั้งที่ 1, น 77-78) เชียงใหม่: Trick Think .
- มูทิตา สรรพสาร (2567) *การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งช่องปากบริเวณเหงือกที่มีแผลทะลุและมะเร็ง*
แพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับให้ยาเคมีบำบัด:
กรณีศึกษา. โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี.
- วิฑูร ลิเกริกก้อง, วันดี ไช่มุก และ กรองทอง วงศ์ศรีตรัง. (2559). สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของมะเร็ง
ลิ้น. ใน วิฑูร ลิเกริกก้อง, วันดี ไช่มุก และ กรองทอง วงศ์ศรีตรัง (บ.ก.), *ตำราหู คอ จมูก*.
(พิมพ์ครั้งที่ 1, น 272-273) กรุงเทพฯ:สหมิตรพัฒนาการ.
- วันทกานต์ ราชวงศ์ (2559). คู่มือการพยาบาลการดูแลช่องปากในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับ
การฉายรังสี. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. เข้าถึงจาก
https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/218/sins_nursing_manual_2558_06.pdf.

- ศรีสุนทรา เจริมวรพัฒน์. (2566). *การพยาบาล หู คอ จมูก* (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนกกระทรวงสาธารณสุข.
- สถิติของศูนย์องค์รวม เพื่อการศึกษาและบำบัดโรคมะเร็ง: HOCC-PSU. (2562). รายงานประจำปี 2562. สืบค้นจาก <https://hocc.medicine.psu.ac.th/annual-report/>.
- สิทธิชัย ตันติภาสวสิน และภัทรา ตันติภาสวสิน. (2562). มะเร็งช่องปาก. *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี*, 44(4), 2-14.
- สิริวิมล ลมเมฆ. (2566). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลิ้นระยะลุกลามที่มีภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น: กรณีศึกษา. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*. 8(4), 900-905.
- สุรัฐญา ศิริอาชากุล. (2560). ปัจจัยของมะเร็งลิ้นที่มีผลต่อการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอ. *วารสารกรมการแพทย์*, 42(6), 69-73.
- อรนันท์ หาญยุทธ (2557). กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 15(3), 137-143.
- Adams, J. R., & Bell, T. R. (2023). Prevention and management of complications in percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) tube feeding: A nursing perspective. *Journal of Gastrointestinal Nursing*, 31(2), 122-130. <https://doi.org/10.1016/j.jgn.2023.02.004>
- Agrawal, N., & Kannan, S. (2017). Molecular genetics of oral tongue cancer. *Oral Oncology*, 69, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2017.04.005>
- American Joint Committee on Cancer. (2017). *AJCC cancer staging manual* (8th ed.). Springer.
- Barker, P. R., & Stevens, A. L. (2017). *Flap surgery: nursing care and recovery*. *Journal of Surgical Nursing*, 42(3), 150-159. <https://doi.org/10.1016/j.jsurnurs.2017.01.003>
- Barker, P. R., & Stevens, A. L. (2021). Suctioning techniques in airway management: Nursing care for patients with endotracheal tubes. *Journal of Clinical Nursing*, 33(4), 478-485. <https://doi.org/10.1111/jocn.16087>
- Burus T, Damgacioglu H, Huang B, et al. Trends in Oral Tongue Cancer Incidence in the US. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2024, 150(5), 436–443. doi:10.1001/jamaoto.2024.0301
- Chien, C. Y., & Tsai, L. L. (2020). Role of human papillomavirus in oral cancer. *Journal of Dental Research*, 99(2), 203-211. <https://doi.org/10.1177/0022034519872955>

- Choi, J.-W., Alshomer, F., & Kim, Y. C. (2022). Current status and evolution of microsurgical tongue reconstructions, part I. *Archives of Craniofacial Surgery*, 23(3), 139–151.
<https://doi.org/10.7181/acfs.2022.00654>
- De Boer, J., Barnett, R., Cardin, A., Cimoli, M., Davies, L., Delany, C., ... & Wiesenfeld, D. (2024). Optimising Patient Outcomes in Tongue Cancer: A Multidisciplinary Approach. *Cancers*, 16(7), 1277.
- Gordon, M. (2003). *Nursing concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Gonzalez M, Riera March A. *Tongue Cancer*. (Updated 2023 May 2). In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562324/>
- Hinni, M. L., & Arriaga, M. A. (2019). *Flap reconstruction in head and neck surgery*. In *Surgical approaches to head and neck cancers* (pp. 387-402). Springer.
<https://doi.org/10.1007/978-3-030-21447-1>
- Jiang, W., Li, H., & Zhang, Y. (2020). *Nursing care for patients with percutaneous endoscopic gastrostomy tubes: A review of literature*. *Journal of Nursing and Healthcare*, 36(5), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.jnurs.2020.07.004>
- Johnson, S. M., & Stevens, R. H. (2020). Use of chlorhexidine in the care of percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) sites: Evidence-based practices for infection prevention. *Journal of Wound Care*, 29(5), 258-265.
<https://doi.org/10.12968/jowc.2020.29.5.258>
- Khan, M. A., Ali, R., & Syed, M. Z. (2020). Tracheostomy care: A comprehensive overview. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13-14), 2486-2494.
<https://doi.org/10.1111/jocn.15189>
- Lenz, E., Pugh, L., Milligan, R., Gift, A., & Suppe, F. (1997). The middle range theory of unpleasant symptom: An update. *Advance in Nursing Science*, 19(3), 14-27.
- Lu, J., Xiao, D., Sun, J., & Huang, J. (2021). Effect of comprehensive nursing on the appearance and recovery effect of oral squamous cell carcinoma patients. *American journal of translational research*, 13(5), 5519–5525.
- Mackenzie, C., Reid, J., & Stewart, J. (2018). Managing tracheostomy care in adult patients. *Nursing Standard*, 32(12), 41-47. <https://doi.org/10.7748/ns.2018.e11097>
- Mendenhall, W. M., & Parsons, J. T. (2019). *Management of head and neck cancers*.

- Springer Science & Business Media. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-92123-3>
- McNabb-Baltar, J., Huebner, J., & Klein, R. (2019). Management and complications of percutaneous endoscopic gastrostomy tubes in adult patients. *Nursing Clinics of North America*, 54(4), 533-547. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2019.07.008>
- Murphy, B. M., & Smith, J. R. (2020). Postoperative care in flap surgery: Late complications and rehabilitation. *Journal of Head and Neck Surgery*, 28(4), 302-311. <https://doi.org/10.1016/j.jhns.2020.02.004>
- Nadakkavukaran, D. (2021). *TNM staging*. SlideShare. <https://www.slideshare.net/slideshow/5-tnm-staging/245704993#9>
- National Comprehensive Cancer Network. (2023). *NCCN clinical practice guidelines in oncology: Head and neck cancers*. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/head-and-neck.pdf
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby
- Patel, S., & Lee, J. (2023). *Nursing interventions after flap surgery: Managing immediate postoperative complications*. *Journal of Surgical Nursing*, 32(5), 600-612. <https://doi.org/10.1111/jsn.10345>
- Pereira, M. A., & Thompson, R. M. (2021). Patient education and management strategies in respiratory care: Endotracheal tube and coughing. *Journal of Critical Care Nursing*, 45(3), 209-216. <https://doi.org/10.1016/j.jcclin.2021.02.010>
- Plasticsurgerykey. (2019). *Deltopectoral flap and internal mammary artery perforator flap*. Plasticsurgerykey. <https://plasticsurgerykey.com/deltopectoral-flap-and-internal-mammary-artery-perforator-flap/>
- Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2014). Improving the quality of spiritual care in palliative care: The FICA spiritual history tool. *Journal of Palliative Medicine*, 17(9), 1299-1305. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.9460>
- Tiwari, P. (2022). *Tongue cancer specialist in Delhi*. Dr. Priya Tiwari. <https://www.drpriyatiwari.com/services/tongue-cancer-specialist-delhi>
- Thompson, J., & Patel, R. (2023). *Nursing care after flap surgery: A comprehensive review*. *Journal of Advanced Nursing Care*, 28(4), 500-510. <https://doi.org/10.1111/janc.13456>

- Vandamme, T., De Cock, E., & Gijbels, K. (2021). *Percutaneous endoscopic gastrostomy: Clinical indications and nursing management*. *International Journal of Nursing Practice*, 27(1), e12768. <https://doi.org/10.1111/ijn.12768>
- Wei, W., & Mardini, S. (2020). Free flap surgery in head and neck cancer reconstruction. *Journal of Reconstructive Microsurgery*, 36(3), 188-193. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1698204>
- Wikimedia Commons. (2020). *3D medical animation still shot showing different organs of the oral digestive system*. [Image]. Wikimedia Commons. https://commons.wikimedia.org/wiki/File:3D_Medical_Animation_Oral_Cavity.jpg



กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน



กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ภาคผนวก ก

การประเมินแผล Flap หลังผ่าตัด

ตารางที่ 9 การประเมินแผล Flap หลังผ่าตัด

วัน/เวลา (Date/Time)								
สีของผิวหนัง (Skin Color)	ชมพู (Pink)							
	ซีด (Pale)							
	คล้ำ (Dusky)							
อุณหภูมิ (Temperature)	อุ่น (Warm)							
	เย็น (Cool)							
	เย็นจัด (Cold)							
การไหลกลับของ เลือดในหลอดเลือดฝอย (Capillary Refill)	ดี (Good)							
	ปานกลาง (Moderate)							
	ช้า (Slow)							
	ไม่มี (None)							
ลักษณะของ พื้นผิว (Pattern)	Full (นูน)							
	Flat (แบน/ยุบตัวลง)							
อื่น ๆ	เลือดออก (Bleeding)							
	ค่าความอิ่มตัว ออกซิเจนปลายนิ้ว (SpO2)							
สัญญาณชีพ	อุณหภูมิ (T)							
	ชีพจร (P)							
	อัตราการหายใจ (R)							
	ความดันโลหิต (BP)							

คำอธิบาย (Descriptions)

1. สีของผิวหนัง (Skin Color):

ชมพู (Pink) = ปกติ (Normal)

ซีด (Pale) = เลือดไหลเวียนลดลง (Reduced Blood Flow)

คล้ำ (Dusky) = อาจมีปัญหากลไกการไหลเวียนโลหิต (Possible Circulatory Issue)

2. อุณหภูมิของผิวหนัง (Skin Temperature):

อุ่น (Warm) = ปกติ (Normal)

เย็น (Cool) = การไหลเวียนเลือดลดลง (Reduced Blood Flow)

เย็นจัด (Cold) = อาจเกิดภาวะขาดเลือด (Possible Ischemia)

3. การเติมเลือดฝอย (Capillary Refill):

ดี (Good) = <2 วินาที (<2 seconds)

ปานกลาง (Moderate) = 2-3 วินาที (2-3 seconds)

ช้า (Slow) = >3 วินาที (>3 seconds)

ไม่มี (None) = อาจเกิดภาวะขาดเลือดรุนแรง (Severe Ischemia)

4. ชีพจร (Pulse):

มี (Present) = สามารถคลำชีพจรได้ (Palpable Pulse)

ไม่มี (Absent) = คลำชีพจรไม่ได้ อาจเกิดภาวะฉุกเฉิน (Not Palpable, Possible

Emergency)

5. อื่นๆ (Others):

มีเลือดออก (Bleeding), บวม (Swelling), มีจุดเลือดออก (Petechiae), หรืออาการอื่น ๆ ที่สังเกตได้ (Other Observable Symptoms)

6. หมายเหตุ (Remarks):

ควรเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจบ่งบอกถึงภาวะแทรกซ้อน เช่น สีคล้ำขึ้น, เย็นจัด, หรือไม่มีการเติมเลือดฝอย หากพบอาการผิดปกติ ควรรีบแจ้งแพทย์ทันที

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ภาคผนวก ข

แผนการรักษาของแพทย์

ตารางที่ 10 แผนการรักษาของแพทย์

วันที่ และเวลา	คำสั่งรักษาวนเดียว	วันที่ และเวลา	คำสั่งรักษาต่อเนื่อง
24/2/67 15.00 น.	Admit - CBC, BUN, Cr, Electrolyte, PT, PTT, INR, Anti HIV - CXR - EKG 12 leads - Swab Covid ATK - G/M PRC 4 unit, FFP 4 unit - Set OR for Mandibular reconstruction with fibular osteocutaneous flap 27/2/66 - NPO AMN - เตรียม 1) Augmentin 1.2 gm IV 2 ขวด 2) Dextran-40 500 ml 1 ขวด 3) 2% Xylocain without adrenaline 2 ขวด 4) Heparin 5,000 unit 3 ขวด 5) Adrenaline 1 amp 3 ขวด 6) Foley cath และ Urometer 7) Enoxaparin 0.6 ml 1 อัน 8) Transamine 4 amp - จ้อง ICU post op	24/2/67 15.00 น.	- BD (1:1) 350 x 4 feed (น้ำ ตาม 50 ml/feed) - Record V/S - Med

วันที่ และเวลา	คำสั่งรักษาวินิจฉัย	วันที่ และเวลา	คำสั่งรักษาต่อเนื่อง
		25/2/66 12.40 น.	- ห้ามทำหัตถการ/เจาะเลือดแขน ซ้ายและขาทั้ง 2 ข้าง เจาะเลือด ได้แขนขวาข้างเดียว
26/2/66 11.30 น.	- 5%DN/2 (1000) IV 80 ml/hr - เตรียม Shiley tube No. 6		
27/2/66 16.30 น. 21.30 น. 1.30 น.	- เบิกฝือก Plastic 4 นิ้ว 30 เซนติเมตร ไป OR - เตรียม Shiley tube No. 6 - ฟองน้ำ Sterile 2 อัน - NG No. 18 2 สาย - G/M PRC 2 unit Post op order for Mandibulectomy with Lt fibular free flap reconstruction with radian forearm free flap - Routine post op - NSS 1000 ml IV rate 80 cc/hr - MO 4 mg IV prn ทุก 3 ชั่วโมง - Plasil 10 mg IV prn ทุก 8 ชั่วโมง - Record urine out put keep 30 ml/hr - CBC, BUN, Cr, Electrolyte, Ca, Mg, PO4, LFT, PT, PTT, INR at ward - Fentanyl (5:1) IV 25 mcg/hr	1.30 น.	- Record V/S, I/O, Drain - NPO - ต่อ Vacuum dressing 120 มิลลิเมตรปรอท - Med 1) Augmentin 1.2 gm IV ทุก 8 ชั่วโมง 2) Dextran-40 40 ml/hr จน ครบ 24 hr then 20 ml/hr

วันที่ และเวลา	คำสั่งรักษาวินิจฉัย	วันที่ และเวลา	คำสั่งรักษาต่อเนื่อง
	- CXR Portable		
28/2/66 02.10 น.	- PRC 2 unit IV drip ยูนิตละ 4 ชั่วโมง - Repeat lab CBC, BUN, Cr, Electrolyte, Ca, Mg, PO4, LFT, PT, PTT, INR เข้า - Fentanyl (5:1) IV 25 mcg/hr - MO 4 mg IV prn ทุก 3 ชั่วโมง - Plasil 10 mg IV prn ทุก 8 ชั่วโมง - 5%DNSS 1000 ml IV 80 cc/hr - เบิก Slap Foam 6 นิ้ว 64 เซนติเมตร - Keep Map $\geq$ 65 มิลลิเมตรปรอท และ Urine output $>$ 30 ml/hr - พรงนี้เข้า CBC, BUN, Cr, Electrolyte, Ca, Mg, PO4 - Hct 14.00 น. - Off 5%DNSS - 0.9%NSS 1000 ml IV 80 cc/hr	28/2/66 07.00 น.	- D/S wound with bactigas chloram ointment - ห้ามล้างปาก Suction น้ำลายได้ - เบิก B mouth wash - Losec 40 mg IV ทุก 12 ชั่วโมง
11.30 น. DTX 230	- Repeat DTX อีก 1 ชั่วโมง	10.00 น.	- ASA (325) 1x1 oral pc with 1 tab stat
14.30 น.	- RI 4 unit sc - ตาม PRC มาให้ 1 unit IV drip in 4 ชั่วโมง	12.00 น.	- งดเจาะเลือด แขน 2 ข้าง - Enoxaparin 0.3 ml sc OD
16.00 น.	- Hold IV ขณะให้ PRC - Hct หลังเลือดหมด 3 ชั่วโมง		

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

วันที่ และเวลา	คำสั่งรักษาวินิจฉัย	วันที่ และเวลา	คำสั่งรักษาต่อเนื่อง
20.00 น. 22.40 น.	- G/M PRC 2 unit - Set OR Emergency for salvage flap 28/2/66, 22.40 น. - NPO stat - NSS 1000 ml IV 80 cc/hr - เตรียมของไป OR 1) Augmentin 1.2 gmm IV 2) Dextran-40 500 ml 1 ขวด 3) 2% Xylocain without adrenaline 2 ขวด 4) Heparin 5,000 unit 3 ขวด 5) Adrenaline 1 amp 3 ขวด 6) ฟองน้ำดำ 1 อัน 7) NG No. 18 2 สาย 8) Ioban 2 แผ่น 9) Bactigras 1 กล่อง 10) Gauze burn 2 ห่อ 11) PRC 2 unit		
1/3/66 04.00 น.	- Post op order for salvage flap with reanastomosis - Routine post op - CBC, BUN, Cr, Electrolyte, Ca, Mg, PO4, LFT, PT, PTT, INR at ward + พรุ่งนี้เช้า - CXR portable - MO 4 mg IV prn ทุก 4 ชั่วโมง - Plasil 10 mg IV prn ทุก 8 ชั่วโมง	1/3/66 04.00 น.	- NPO - Record V/S, I/O - จัดตะแคงหน้า/คอ - จัดล้างปาก - On vacuum dressing ที่ขา และแขน 120 มิลลิเมตรปรอท - Chloram oint, Bactigras - B mouth wash - Med 1) Augmentin 1.2 gm IV ทุก 8 ชั่วโมง

วันที่ และเวลา	คำสั่งรักษาวนเดียว	วันที่ และเวลา	คำสั่งรักษาต่อเนื่อง
07.40 น.	- NSS 1000 ml IV 80 cc/hr - Keep Map $\geq$ 65 มิลลิเมตรปรอท และ Urine output $>$ 30 ml/hr - Fentanyl (5:1) IV 25 mcg/hr - On ventilator support AV mode RR 14 PEEP 5 TV 0.9 FiO2 0.4 O2sat $\geq$ 97% - Wean ventilator as tolerance - G/M PRC 2 unit - PRC 2 unit IV drip in 4 hr per unit - Hct หลัง unit ที่ 2 หมด 3 ชั่วโมง	07.40 น.	2) Dextran-40 40 ml/hr จนครบ 24 hr then 20 ml/hr 3) Losec 40 mg IV ทุก 12 ชั่วโมง 4) ASA (325) 1x1 oral pc 5) Enoxaparin 0.3 unit sc OD 6) Paracetamol (500) 1 tab oral pc x 21 days - NPO เว้นยา
16.00 น.	- Keep Map $\geq$ 65 มิลลิเมตรปรอท และ Urine output $>$ 30 ml/hr - Acetar 1000 ml IV 80 cc/hr - Fentanyl (5:1) IV 25 mcg/hr - Plasil 10 mg IV prn ทุก 6 ชั่วโมง - Feed alum milk 15 ml via gastrostomy stat - Alum milk 15 ml via gastrostomy at 22.00 น. - พรงนี้ CBC, BUN, Cr, Elyte - DTX ทุก 6 ชั่วโมง keep 80-180 mg%		
20.20 น.			

วันที่ และเวลา	คำสั่งรักษาวินิจฉัย	วันที่ และเวลา	คำสั่งรักษาต่อเนื่อง
2/3/66 07.30 น. 14.00 น. 18.30 น. 24.00 น.	- PRC 1 unit IV drip in 4 hr - CBC หลังเลือดหมด 1 ชั่วโมง - MO 3 mg IV prn ทุก 4 ชั่วโมง - Plasil 10 mg IV prn ทุก 8 ชั่วโมง - Acetar 1000 ml IV 40 cc/hr - พรุ่งนี้ CBC, BUN, Cr, Elyte - Notify BP 88/55 Map 64 - Load Acetar 300 ml IV then rate เดิม - Keep MAP $\geq$ 65	2/3/66 07.30 น.	- BD (1:1) 200 x 4 feed if รับได้มื่อถัดไปให้เพิ่ม BD (1:1) 350 x 4 feed
3/3/66 07.00 น.	- KCL 30 ml via gastrostomy 1 dose - PRC 1 unit drip in 4 hr - Acetar 1000 ml IV 40 cc/hr - พรุ่งนี้ CBC, BUN, Cr, Elyte - MO 3 mg IV prn ทุก 4 ชั่วโมง - Plasil 10 mg IV prn ทุก 8 ชั่วโมง	3/3/66 07.00 น.	- Vasaline ทาริมฝีปาก
4/3/66 9.00 น.	- KCL 30 ml via gastrostomy 1 dose - Off IV, on heplack - MO 4 mg IV prn ทุก 4 ชั่วโมง - Plasil 10 mg IV prn ทุก 8 ชั่วโมง - ล้างปากได้	4/3/66 9.00 น.	- Off BD เดิม - BD (1:1) 400 x 4 feed น้ำตาม 50 ml/feed และ Protein 80 g/day (TC 1600 TV 1800)

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

วันที่ และเวลา	คำสั่งรักษาวนเดียว	วันที่ และเวลา	คำสั่งรักษาต่อเนื่อง
20.00 น.	- PRC 1 unit drip in 4 ชั่วโมง		
	- Hct หลังเลือดหมด 2 ชั่วโมง		
	- CBC, BUN, Cr, Electrolyte, Ca, Mg, PO4		
	- H/C I, II, UA, UC		
20.45 น.	- Load Acetar 200 ml IV free flow		
	- ส่ง Sputum C/S, G/S		
	- ส่ง CXR Portable		
21.30 น.	- ให้ PRC 1 unit IV drip in 4 hr		
	- KCL 30 ml via gastrostomy 1 dose		
5/3/66	- MO 4 mg IV prn ทุก 4 ชั่วโมง	5/3/66	- Off Augmentin
11.30 น.	- Plasil 10 mg IV prn ทุก 6 ชั่วโมง	11.30 น.	- Meropenam 2 gm IV load then 1 gm IV ทุก 8 ชั่วโมง
	- Keep Map $\geq$ 65 มิลลิเมตรปรอท และ Urine output $>$ 120 ml/4 hr		
7/3/66	- Observe O2 roomair, keep SpO2 $\geq$ 97%		
07.50 น.	- MO 4 mg IV prn ทุก 4 ชั่วโมง		
	- Plasil 10 mg IV prn ทุก 8 ชั่วโมง		
	- On 0.9% NSS 1000 ml IV 40 ml/hr		
08.25 น.	- Load 0.9% NSS 500 ml IV		
17.45 น.		17.45 น.	- Nac long (600) 1x3 oral pc

วันที่ และเวลา	คำสั่งรักษาวนเดียว	วันที่ และเวลา	คำสั่งรักษาต่อเนื่อง
	- Beradual 1 NB ทุก 4 ชั่วโมง - พ่นสลบกับ NSS - NSS 3 ml NB ทุก 4 ชั่วโมง		
8/3/66 07.30 น. 16.42 น.	- NSS 1000 ml IV 40 ml/hr - MO 4 mg IV prn ทุก 4 ชั่วโมง - Plasil 10 mg IV prn ทุก 8 ชั่วโมง - Unison enema rectal suppo - off A-line - ย้ายสามัญได้	8/3/66 07.30 น.	- Off losec IV - Losec (20) 1x2 oral ac
9/3/66 08.00 น.	- 0.9% NSS 1000 ml IV 80 cc/hr - MO 4 mg IV prn ทุก 4 ชั่วโมง - Plasil 10 mg IV prn ทุก 8 ชั่วโมง - Beradual 1 NB ทุก 4-6 ชั่วโมง - Off Foley cath if ไม่ Void ใน 6 ชั่วโมง Please notify - Off IV, on heplock		
12/3/66 9.30 น.	- NPO AMN - 5%DNSS 1000 ml IV 80 cc/hr - Plan OR - Blood for CBC, BUN, Cr, Electrolyte, Ca, Mg, PO4 วันนี้		

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

วันที่ และเวลา	คำสั่งรักษาวันเดียว	วันที่ และเวลา	คำสั่งรักษาต่อเนื่อง
	- Swab covid 19 - Unison enema rectal suppo		
13/3/66 10.00 น.	- Off NPO วันนี้ - NPO AMN	13/3/66 10.00 น.	- Off Enoxaparin 0.3 ml SC
14/3/66 16.00 น.	- 0.9% NSS 1000 ml IV drip 80 cc/hr - เตรียมของไป OR 1) Heparin 5,000 unit 3 ขวด 2) Enoxaparin 0.6 ml 1 อัน 3) Transamine 250 mg 1 ขวด 4) 2% Xylocain without adrenaline 5) Adrenaline 2 amp 6) Dextran-40 500 ml 1 ถุง 7) Meropenem 2 gm 8) Ioban 2 แผ่น 9) Bactigras 1 กล่อง 10) Gauze burn 3 ห่อ 11) G/M PRC 4 unit 12) NG No. 18 13) Foley cath และ urometer		
23.00 น.	- Off NPO - IV หมด off, on HL	14/3/66 23.00 น.	- BD (1:1) 400 x 4 feed น้ำตาม 50 ml/feed และ Protein 80 g/day (TC 1600 TV 1800) - Enoxaparin 0.3 ml sc OD
15/3/66 12.45 น.	- Consult skin	15/3/66 12.45 น.	- KARA shampoo สระผมและฟอกผื่นที่หน้า OD

วันที่ และเวลา	คำสั่งรักษารวันเดียว	วันที่ และเวลา	คำสั่งรักษาต่อเนื่อง
			- Topoxy ทาผื่นหนังศีรษะและใบหน้า bid - Loratadine (10) 1x1 oral pc
17/3/66 09.00 น. 17.00 น.	- CBC, BUN, Cr, Electrolyte, LFT, PT, PTT, INR - G/M PRC 2 unit FFP 500 ml - NPO AMN - Hold enoxaparin - 5% DNSS/2 1000 ml IV 80 cc/hr หลัง NPO - เตรียมของเหมือน Order เดิม		
18/3/66 10.00 น. 21.00 น.	- NPO - Hold enoxaparin - 5%DNSS 1000 ml IV 80 cc/hr - Post op order for excisional debridement with bakamjan flap coverage - Routine post op care - 5%DNSS/2 1000 ml IV 80 cc/hr - MO 3 mg IV prn ทุก 4 ชั่วโมง - Plasil 10 mg IV prn ทุก 6 ชั่วโมง - Keep Map $\geq$ 65 มิลลิเมตรปรอท - Record Urine ทุก 4 ชั่วโมง keep $\geq$ 100 ml/4 hr.	18/3/66 10.00 น. 21.00 น.	- เบิก Olive oil ทาแผล Graft แขนซ้าย - NPO - Record V/S, I/O, Drian - ห้ามหันหน้าซ้าย ขวา แหงนค้ม Med - Meropenem 1 gm IV 8 hr - Losec 40 mg IV OD - Enoxaparin 0.3 ml sc OD - เบิก Bactrigas, Chloramphenicol ointment, Intrasil gel ทาแผล - Kara shampoo สระผม ฟอกผื่นที่หน้า - Topoxy ทาผื่นหนังศีรษะและใบหน้า bid

วันที่ และเวลา	คำสั่งรักษาวันเดียว	วันที่ และเวลา	คำสั่งรักษาต่อเนื่อง
			- Loratadine (10) 1x1 oral pc - ASA (81) 1x1 oral pc ครบ 20/3/66
19/3/66 08.30 น. 19.00 น.	- 5%DNSS 1000 ml IV drip 80 cc/hr - MO 3 mg IV prn ทุก 4 ชั่วโมง - Plasil 10 mg IV prn ทุก 6 ชั่วโมง - รับ Feed ได้ดี Off IV	19/3/66 08.30 น. 19/3/66 19.00 น.	- Off Meropenem - BD (1:1) 400 x 4 feed น้ำตาม 50 ml/feed และ Protein 80 g/day (TC 1600 TV 1800)
20/3/66 07.15 น. 15.00 น.	- If BT ≥ 38.2 องศาเซลเซียส อีก 1 peak ให้เก็บ H/C x II Sputum G/S C/S UA UC Blood for CBC, BUN, Cr, Electrolyte, Ca, Mg, PO ₄ , Albumin และ CXR portable พรงี้เข้า - Off foley cath - If ไม่ void ใน 6 ชั่วโมง ให้ Intermittant cath และ notify - MO 4 mg IV prn ทุก 4 ชั่วโมง - Plasil 10 mg IV prn ทุก 8 ชั่วโมง	20/3/66 07.15 น. 	- Off BD เดิม - BD (1.5:1) 400 ml x 4 feed + น้ำตาม 50 ml/feed + protein 90 g/day (TC 2,400 TV 1,800) - Off Losec IV - Losec (20) 1x2 oral ac - Paracetamol (500) 1 tab oral prn ทุก 6 ชั่วโมง - Off Kara shampoo, Topoxy เดิม - Betamethasone ทาพื้นที่หน้า bid

วันที่ และเวลา	คำสั่งรักษาวินิจฉัย	วันที่ และเวลา	คำสั่งรักษาต่อเนื่อง
16.40 น.	- ย้ายพิเศษได้		
21/3/66 10.40 น.	- MO 3 mg IV prn ทุก 4 ชั่วโมง - Plasil 10 mg IV prn ทุก 8 ชั่วโมง		
		22/3/66 10.00 น.	- Unison enema suppo - B mouth wash บ้วนปากบ่อย ๆ
31/3/66 7.30 น.	- Blood for CBC, BUN, Cr, Electrolyte, Ca, Mg, PO4, Albumin	31/3/66 7.30 น.	- Augmentin 1.2 gm IV ทุก 8 ชั่วโมง - B mouth wash
1/4/66 10.30 น.	- เบิก Satinsky camp จาก OR ใช้พรุ่งนี้เช้า 8.00 น.	1/4/66 10.30 น.	- เบิก Bactigras 1 กล่อง
2/4/66 10.00 น.	- Flim mandible AP		
3/4/66 07.20 น.	- ส่ง Pus culture - เบิกสาย Feed gastrotomy No. 20	3/4/66 07.20 น.	- Augmentin 1.2 gm IV ทุก 8 ชั่วโมง
4/4/66 16.00 น.	- เบิก Satinsky camp จาก OR		
5/4/66 07.45 น.	- เบิก Satinsky camp จาก OR		
6/4/66 12.00 น.	- ส่ง OR minor 7/4/66 9.30 น.	6/4/66 11.00 น.	- Off Augmentin IV - Cef-3 2 gm IV OD
7/4/66 07.00 น.	- Off ORM วันนี้ - ส่ง ORM จันท์ 9.00 น.		
8/4/66 13.00 น.	- เบิก Bactigras 1 กล่อง		

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

วันที่ และเวลา	คำสั่งรักษาวนเดียว	วันที่ และเวลา	คำสั่งรักษาต่อเนื่อง
	- เบิก Chloram ointment 4 หลอด for DW		
9/4/66 11.00 น.	- ส่ง OR minor พรุ่งนี้ 9.30 น. Plan detach flap - เตรียม 1) Bactrigras 1 กล่อง 2) Chloram ointment 2 หลอด 3) ฟองน้ำดำ 4) NG tube No. 18 5) loban		
11/4/66 09.00 น.	- MO 3 mg IV prn ทุก 4 ชั่วโมง - Plasil 10 mg IV prn ทุก 8 ชั่วโมง		
12/4/66 09.40 น.	- MO 3 mg IV prn ทุก 4 ชั่วโมง - Plasil 10 mg IV prn ทุก 8 ชั่วโมง - Pus culture		
14/4/66 09.40 น.	- ส่ง Tzank smear - Chloram ointment 10 หลอด		
		16/4/66 11.00 น.	- Off enoxaparin
17/4/66 11.00 น.	- เย็บแผล Bedside set เย็บแผล , Nylon 3-0, Nylon 4-0 และ 2% Xylocaine with adrenaline		
18/4/66 11.00 น. 16.10 น.	- Renotify skin เรื่องผื่นที่คอ - Plan D/C วันพรุ่งนี้ Skin note		

วันที่ และเวลา	คำสั่งรักษาวันเดียว	วันที่ และเวลา	คำสั่งรักษาต่อเนื่อง
	- If D/C นัด OPD Skin 24/4/66 - HM 1) Momethaxone ทาพื้นที่หน้า bid 2 หลอด 2) Topoxy ทาพื้นที่คอ bid 3 หลอด 3) Loratadine (10) 1x1 oral pc 10 เม็ด		
19/4/66 07.00 น.	- D/C ได้ นัด F/U ทำแผล OPD Plastic 1 สัปดาห์ - HM 1) AMK (1000) 1x2 oral pc 14 เม็ด 2) Chloram ointment 4 หลอด		

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ภาคผนวก ง

ยาและการพยาบาล

1. Morphine sulfate

สรรพคุณ

- 1) บรรเทาอาการปวดระดับกลางถึงระดับรุนแรง เช่น ปวดจากการผ่าตัดหรือจากโรคมะเร็ง
- 2) ใช้เป็นยาป้องกันอาการปวดก่อนเข้ารับการผ่าตัด
- 3) บรรเทาอาการปวดระหว่างการคลอดบุตร
- 4) บรรเทาอาการปวดจากภาวะหัวใจล้มเหลว
- 5) รักษาอาการปวดแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง

ขนาดและวิธีใช้

ขนาดในผู้ใหญ่ สามารถให้ได้ 2 ทาง ได้แก่

- 1) ทางกล้ามเนื้อ/ ใต้ผิวหนัง ขนาดเริ่มต้น 5-10 มิลลิกรัม ทุก 4 ชั่วโมง และสามารถให้ได้ขนาด 5-20 มิลลิกรัม ทุก 4 ชั่วโมง
- 2) ทางหลอดเลือดดำ เริ่มใช้ขนาด 2.5-5 มิลลิกรัม ทุก 3-4 ชั่วโมง

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

ออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง ลดความรู้สึกเจ็บปวด ทำให้รู้สึกง่วงหลับไป และลดการทำงานของร่างกาย อาการข้างเคียงอื่น ๆ อาจทำให้เกิดคลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก เกิดอาการคันหน้าตาแดง ม่านตาหด และหายใจลำบาก โดยมอร์ฟีนจะไปกดศูนย์ประสาท ดังนี้

1. ออกฤทธิ์ต่อประสาทส่วนกลาง Cerebral Cortex ทำให้กดศูนย์ประสาทสมองส่วนที่รับรู้ความรู้สึก การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ทำให้เกิดอาการทางจิตใจเปลี่ยนแปลงไป
2. ออกฤทธิ์ต่อประสาทสมองส่วน Medullary Centers ทำให้กดศูนย์ประสาทสมองส่วนการหายใจ ทำให้หายใจช้าและการเต้นของหัวใจช้าลง
3. ออกฤทธิ์ต่อประสาทไขสันหลัง ทำให้เกิดปฏิกิริยามีอาการกระตุกต่าง ๆ เกิดขึ้น

การพยาบาล

1. การให้ยาทางหลอดเลือดดำโดยตรง (IV direct) สามารถใช้ Morphine ความเข้มข้นต่ำได้โดยตรงหรือเจือจางด้วย 0.9% NaCl (Normal Saline) หรือ 5% Dextrose (D5W) ควรฉีดช้า ๆ เพราะหากให้ยาเร็วเกินไปอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงเพิ่มขึ้นได้ ฉีดเข้าหลอดเลือดดำแบบหยดต่อเนื่อง (IV Infusion) ควรใช้เครื่อง Infusion Pump ควบคุมอัตราการให้

2. ระวังระวังเรื่องการกดการหายใจ โดยเฉพาะเมื่อให้ร่วมกับยาอื่นที่เพิ่มฤทธิ์กดการหายใจ เช่น ยานอนหลับ ยาคลายกล้ามเนื้อ ยาคลายกังวล

3. สังเกตอาการผู้ป่วยที่เกิดยา Overdose ให้ตรวจดูม่านตาผู้ป่วยจะหดเป็นรูเล็ก ๆ ความดันเลือดต่ำ เกิดภาวะหัวใจเต้นเร็ว (Bradycardia) การแก้พิษยา overdose ให้ใช้ Naloxone (Narcan) 2 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ (สำหรับเด็กให้ขนาด 0.01 มิลลิกรัม/กิโลกรัม) และให้ซ้ำหากจำเป็นอาจให้ได้ขนาดรวมถึง 10 มิลลิกรัม หากกดหายใจ ให้จัดการช่วยการหายใจ Airway support

2. Paracetamol

สรรพคุณ

ออกฤทธิ์โดยตรงต่อศูนย์ควบคุมความร้อนของร่างกาย ที่ Hypothalamus ทำให้ขยายหลอดเลือดที่ผิวหนังและขับเหงื่อ เพิ่มการระบายความร้อนออกจากร่างกาย เป็นการลดไข้ ยับยั้งการสร้าง Prostaglandins ในระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งเป็นตัวที่ทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวด เหมือน Acetyl salicylic acid แต่ไม่มีฤทธิ์ด้านการอักเสบ ใช้เป็นยาระงับปวดที่ไม่รุนแรงจนถึงปานกลาง เช่น ปวดศีรษะ ปวดฟัน ปวดประจำเดือน ปวดแผลหลังผ่าตัด เป็นต้น

ขนาดและวิธีใช้

ชนิดเม็ด มีขนาด 325 และ 500 มิลลิกรัม ผู้ใหญ่ให้ 325 - 1,000 มิลลิกรัม ทุก 4 - 6 ชั่วโมง เมื่อจำเป็น และขนาดสูงสุดไม่ควรเกิน 4,000 มิลลิกรัมต่อวัน

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

1. ระบบประสาท ง่วงซึม เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ มึนงง สับสน วิดกกังวล อ่อนเพลีย
2. ระบบหัวใจและหลอดเลือด หน้าแดง อ่อนเพลียรู้สึกเหมือนจะเป็นลม ความดันเลือดต่ำ
3. ระบบหายใจ หายใจลำบาก ภาวะกดการหายใจ และหยุดหายใจ
4. ระบบทางเดินอาหาร ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปากแห้ง ท่อน้ำดีหดเกร็ง
5. ระบบทางเดินปัสสาวะ ถ่ายปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะน้อย ไตวาย
6. ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก กล้ามเนื้อหดเกร็ง กล้ามเนื้อกระดูก
7. ผิวหนังและปฏิกิริยาแพ้ ผื่น คัน ลมพิษ มีเหงื่อออกมากผิดปกติ
8. ตา รูม่านตาหด
9. ภาวะเลือด ภาวะเลือดจาง ภาวะแกรนูโลไซด์น้อย ภาวะเกล็ดเลือดน้อย
10. ตับ ตับอักเสบ

การพยาบาล

1. ไม่ควรให้ผู้ป่วยได้รับยานี้ติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน และในปริมาณที่มากเกินไป
2. ควรติดตามผลเลือดเพื่อการทำงานของตับและไต ทั้งก่อนและระหว่างได้รับยานี้ ถ้ามีอาการผิดปกติ รายงานแพทย์เพื่อหยุดยา
3. สังเกตอาการแพ้ยาที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ท้องเสีย คลื่นไส้ ติดตามการทำงานของตับไม่ควร

รับประทานยาเกิน 4 กรัมต่อวัน และไม่ควรใช้ยาเกิน 10 วัน เนื่องจากยาสามารถทำลายตับได้

3. Aspirin

สรรพคุณ

เป็นยาที่ใช้บรรเทาอาการปวด ลดไข้ ลดการอักเสบ เช่น ปวดศีรษะ ปวดฟัน ปวดประจำเดือน เป็นไข้ หากใช้ในปริมาณต่ำจะช่วยต้านเกล็ดเลือด ลดการเกิดลิ่มเลือด อาการเจ็บหน้าอก ภาวะหัวใจล้มเหลว หรือโรคหลอดเลือดในสมอง เป็นต้น

ขนาดและวิธีใช้

Aspirin มีขนาด 81 มิลลิกรัมและ 325 มิลลิกรัม แพทย์จะเป็นผู้พิจารณาปรับให้เหมาะสมตามอายุ หรืออาการของผู้ป่วยแต่ละราย ดังนี้

การผ่าตัดขยายหลอดเลือดหัวใจ: รับประทานยาขนาด 325 มิลลิกรัม ก่อนการผ่าตัดเป็นเวลา 2 ชั่วโมง และหลังการผ่าตัดรับประทานยาขนาด 160 - 325 มิลลิกรัมต่อวัน

การบรรเทาอาการปวดและลดไข้: รับประทานยาขนาด 325 - 650 มิลลิกรัม ทุก 4 - 6 ชั่วโมง สูงสุดไม่เกิน 4 กรัมต่อวัน

การป้องกันโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย: รับประทานยาขนาด 75 - 325 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง และควรใช้แอสไพรินในปริมาณต่ำสำหรับผู้ป่วยที่กำลังใช้ยาลดความดันโลหิต (ACE Inhibitors)

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด: รับประทานยาขนาด 75 - 325 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

ยา Aspirin อาจทำให้เกิดผลข้างเคียงที่พบได้ทั่วไปในขณะใช้ยา เช่น ปวดศีรษะ ง่วงซึม ระคายเคืองกระเพาะอาหาร เป็นต้น และอาจพบอาการอื่น ๆ ร่วมด้วยได้ดังนี้ อาการแพ้ยา เช่น หายใจลำบาก ผื่นคัน มีอาการบวมที่ใบหน้าริมฝีปาก ลิ้น หรือลำคอ หูอื้อ รู้สึกสับสน หายใจเร็ว ผิดปกติ ชัก คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง อุจจาระเป็นเลือดหรือมีสีดำ ไส้หรืออาเจียนเป็นเลือด มีไข้สูง นานติดต่อกันเกิน 3 วัน อาการปวดหรือบวมนานติดต่อกันเกิน 10 วัน

การพยาบาล

1. ให้รับประทานยาหลังอาหารทันที หรือดื่มน้ำตามมาก ๆ เพื่อช่วยลดความเข้มข้นของกรดในยาให้เจือจางลง ป้องกันยาระคายเคืองกระเพาะอาหาร ห้ามรับประทานพร้อมนมหรือยาลดกรด ควรเว้น 2 ชั่วโมง

2. ให้ดื่มน้ำ เครื่องดื่ม หรือรับประทานอาหารเหลวบ่อย ๆ เพื่อช่วยลดความร้อน ไม่ควรดื่มน้ำผลไม้หรือเครื่องดื่มที่มีฤทธิ์เป็นกรดหลังรับประทานยา

3. แนะนำให้หยุดยาแอสไพรินในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดประมาณ 1 สัปดาห์

4. แนะนำให้ผู้ป่วยไม่ซื้อยารับประทานเองและใช้ยาเป็นเวลานาน เพราะอาจรับประทานยาเกินขนาด เกิดพิษและอาการข้างเคียง

5. สังเกตพิษและผลข้างเคียงของยา เช่น หูอื้อ เวียนศีรษะ จุดจ้ำเลือด ผื่นคัน เป็นต้น

6. หากผู้ป่วยรับประทานยาเกินขนาดให้การช่วยเหลือโดยหยุดใช้ยา เตรียมตรวจหาระดับ Salicylate ในเลือด กระตุ้นให้อาเจียนหรือล้างท้อง และให้ยาแก้ฤทธิ์ยา เช่น Activated charcoal เป็นต้น เตรียมสารน้ำให้ทางหลอดเลือดดำ เพื่อให้ไตทำงานปกติ โดยใช้ 5% D/W อาจให้โซเดียมไบคาร์บอเนตเพื่อเพิ่ม pH แรงการขับถ่ายยา หากอาการไม่ดีขึ้นแพทย์อาจพิจารณาทำ dialysis ชนิดแลกเปลี่ยนพิษยาทางหน้าท้อง (Peritoneal dialysis) หรือทางเลือด (Hemodialysis)

4. Enoxaparin

สรรพคุณ

เจือจางเลือดเพื่อป้องกันการจับตัวเป็นก้อนของเลือดและช่วยละลายลิ่มเลือด มักนำมาใช้ป้องกันหรือรักษาภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน และลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ขนาดและวิธีใช้

ในการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI - ST Elevation Myocardial Infarction) ขนาดยา 30 mg IV bolus ครั้งเดียว จากนั้นตามด้วยการฉีดใต้ผิวหนัง (SC) ขนาดปกติโดยปกติแล้ว Enoxaparin นิยมฉีดเข้าใต้ผิวหนัง (Subcutaneous, SC) มากกว่าการฉีดเข้าหลอดเลือดดำ (IV) โดยในผู้ใหญ่ ฉีดยาเข้าชั้นใต้ผิวหนังปริมาณ 1 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมทุก ๆ 12 ชั่วโมง ติดต่อกัน 2 - 8 วัน

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

ยา Enoxaparin มักไม่ก่อให้เกิดผลข้างเคียงร้ายแรง ผู้ป่วยบางรายอาจรู้สึกกระคายเคืองบริเวณที่ถูกฉีดยา รู้สึกไม่สบายท้อง หรือท้องเสีย

อาการข้างเคียงที่รุนแรง ได้แก่ ผื่นคัน หายใจลำบาก แน่นหน้าอก มีอาการบวมตามใบหน้าริมฝีปาก ลิ้น หรือลำคอ ผิวลอกพร้อมกับมีไข้หรือไม่มีไข้ มีภาวะเลือดออกผิดปกติ เช่น เลือดออกตามไรฟัน อาเจียนเป็นเลือด ไอเป็นเลือด ปัสสาวะมีเลือดปน อุจจาระมีสีดำหรือสีแดง เลือดออกทางช่องคลอด ฟกช้ำตามร่างกาย หรือมีเลือดไหลออกจากแผลไม่หยุด รู้สึกอ่อนเพลีย วิงเวียน มึนงง หรือปวดศีรษะอย่างรุนแรง เป็นต้น

การพยาบาล

1. ฉีดยาเข้าชั้นใต้ผิวหนังในส่วนที่เป็นไขมันบริเวณด้านซ้ายหรือด้านขวาของท้อง ห้ามฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อเด็ดขาด

2. หากลิ่มเลือดตามเวลาที่กำหนด ให้ฉีดยาทันทีที่นึกได้ แต่หากใกล้ถึงครั้งต่อไปแล้ว ให้ข้ามไปฉีดยาครั้งต่อไปได้เลย ห้ามเพิ่มปริมาณเป็น 2 เท่า

3. ล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังฉีดยา

5. Plasil (Metoclopramide)

สรรพคุณ

เป็นยาที่ใช้รักษาอาการคลื่นไส้ อาเจียน ช่วยทำให้กระเพาะและลำไส้บีบไล่อาหารที่ค้างอยู่ในช่องทางเดินอาหารได้เร็วมากขึ้น ยาตัวนี้เหมาะที่จะใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการของกระเพาะและลำไส้ทำงานได้ไม่ดีหรือบีบตัวน้อยเกินไป จนทำให้อาหารค้างคั่งอยู่จนก่อให้เกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนขึ้นมา นอกจากนี้ยังประกอบรักษาโรคต่าง ๆ อีกด้วย เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียนจากการฉายรังสีรักษา จากยาเคมีบำบัด จากการติดเชื้อ จากโรคไมเกรน จากการตั้งครรภ์ จากโรคมะเร็ง จากภาวะสาร์ยูเรียเกินในร่างกาย โดยตัวยาก็จะไปออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของสารสื่อประสาทในสมองบางตัว เช่น โดพามีน (Dopamine) ด้วยสารตัวนี้กระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้ได้นั่นเอง และสำหรับในหญิงที่อยู่ในภาวะให้นมบุตร ยานี้ยังช่วยกระตุ้นให้มีการหลั่งน้ำนมได้มากขึ้นอีกด้วย

ขนาดและวิธีใช้

สำหรับโรคกระเพาะ-ลำไส้ทำงานผิดปกติ รับประทานครั้งละ 10 มิลลิกรัม วันละ 4 ครั้ง

สำหรับรักษาภาวะกรดไหลย้อน รับประทานครั้งละ 10 - 15 มิลลิกรัม วันละ 4 ครั้ง

สำหรับป้องกันการอาเจียนจากยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็ง รับประทานครั้งละ 20 - 40 มิลลิกรัม วันละ 2 - 4 ครั้ง โดยรับประทานก่อนอาหารประมาณ 30 นาที

ขนาดของยาฉีดเพื่อบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัด ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 10 มิลลิกรัม หลังการผ่าตัด อาจฉีดซ้ำทุกๆ 4 - 6 ชั่วโมงถ้าอาการยังไม่ดีขึ้น

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

ผลต่อสมอง มีอาการ ง่วงนอน อ่อนเพลีย วิงเวียน รู้สึกสับสน นอนไม่หลับ ชีพเศร้า

ผลต่อระบบฮอร์โมน อาจทำให้มีอาการน้ำนมไหล หน้าอกโต และประจำเดือนขาด

ผลต่อหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นช้าหรือเร็วผิดปกติ

จังหวะ

ผลต่อระบบทางเดินอาหาร อาจกระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้และท้องเสียติดตามมา

ผลต่อตับ อาจเกิดอาการตัวเหลือง ตาเหลือง ด้วยเกิดพิษของยานี้ต่อตับ

ผลต่อผิวหนัง อาจก่อให้เกิดอาการผื่นคัน

การพยาบาล

1. การใช้ยาร่วมกับยาเบาหวานบางตัว เช่น อินซูลิน อาจก่อให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หากมีความจำเป็นต้องใช้ร่วมกัน ควรปรับขนาด และระยะเวลาการให้ยาเบาหวานต่อผู้ป่วยโดยแพทย์
2. เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ได้แก่ หายใจลำบาก คอแข็ง ขากรรไกรแข็ง เป็นต้น

6. Omeprazole (Losec)

สรรพคุณ

เป็นยาในกลุ่มยับยั้งการขับโปรตอนหรือยับยั้งเอนไซม์ Hydrogen-potassium adenosine triphosphatase เพื่อลดการหลั่งกรด ใช้รักษาโรคระบบทางเดินอาหาร หรือความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร เช่น โรคกระเพาะ โรคกรดไหลย้อน ภาวะกรดในกระเพาะอาหาร มากเกินไป เป็นต้น

1. รักษาอาการหลอดอาหารอักเสบ จากการที่กรดจากกระเพาะไหลย้อนขึ้นไปในหลอดอาหาร ทำให้เยื่อหลอดอาหารบวม ผีกขาด และมีอาการแสบในอก ใช้เวลารักษา 4 - 8 สัปดาห์
2. รักษาโรคที่เกิดจากกรดในกระเพาะไหลย้อนขึ้นไปในหลอดอาหาร หรือเรียกว่า GERD ซึ่งทำให้มีอาการแสบในอก และหลอดอาหารเป็นแผล
3. รักษาอาการปวดในกระเพาะอาหาร เนื่องจากอาหารไม่ย่อยและมีกรดมากเกินไป
4. รักษาแผลในกระเพาะ โดยรักษานาน 4 - 8 สัปดาห์
5. รักษาแผลที่ลำไส้เล็กส่วนต้น Duodenal ulcer ลำไส้เล็กส่วนต้น ใช้เวลารักษา 4 สัปดาห์
6. ป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะหรือลำไส้เล็ก ในผู้ที่ต้องใช้ยากกลุ่มต้านการอักเสบ ที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ใช้รักษาแผลในกระเพาะหรือลำไส้เล็ก ที่มีการติดเชื้อแบคทีเรียเฮลิโคแบคเตอร์พัยโรไล โดยใช้ร่วมกับยาต้านเชื้อแบคทีเรีย คือ Clarithromycin and Amoxicillin

ขนาดและวิธีใช้

1. รักษาอาการปวดในกระเพาะอาหาร เนื่องจากอาหารไม่ย่อยและมีกรดมากเกินไป รับประทาน 20 มิลลิกรัม วันละครั้งก่อนนอน
2. รักษาแผลที่ลำไส้เล็กส่วนต้น รับประทาน 20 มิลลิกรัม วันละครั้งก่อนอาหาร
3. รักษาแผลในกระเพาะ รับประทาน 40 มิลลิกรัม วันละครั้งก่อนนอน
4. รักษาภาวะกรดไหลย้อนที่ไม่มีหลอดอาหารอักเสบ รับประทาน 20 มิลลิกรัม วันละครั้งเป็นเวลา 4 สัปดาห์ หากมีหลอดอาหารอักเสบจะให้ต่ออีก 4 สัปดาห์
5. รักษาการมีกรดในกระเพาะมากเกินไป จากการเจริญที่ผิดปกติของตับอ่อน เริ่มต้นให้ 6 มิลลิกรัมต่อวัน และปรับยาจนถึง 120 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้ง

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

อาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่พบได้ เช่น รบกวนระบบทางเดินอาหาร จะทำให้คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องอืด ท้องร่วง ท้องผูก ปวดศีรษะและเวียนศีรษะ

อาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่พบน้อย เช่น ปากแห้ง นอนไม่หลับ ง่วงซึม รู้สึกไม่สบาย มองไม่ชัด มีผื่นขึ้นและอาการคัน

การพยาบาล

1. ห้ามใช้กับผู้ที่แพ้ยาโอเมพราโซลหรือกินยาแล้วมี ผื่นคัน ลมพิษ หายใจลำบาก หน้าบวม
2. ผู้ที่เป็นแผลในกระเพาะ ต้องตรวจให้แน่ใจว่าผู้ป่วยไม่เป็นมะเร็ง เพราะการใช้นี้จะทำให้อาการดีขึ้นและทำให้การวินิจฉัยล่าช้าไป
3. ผู้ป่วยบางรายอาจต้องใช้อย่างน้อย 2 สัปดาห์หรือเป็นเดือน ควรใช้อย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา แม้ว่าอาการของโรคจะหายไป

7. Adrenaline (Epinephrine)

สรรพคุณ

1. Cardiopulmonary resuscitation (CPR) ใช้เป็นยาช่วยกู้ชีวิตกรณีหัวใจหยุดทำงาน
2. ใช้รักษาอาการแพ้อย่างรุนแรง (Anaphylactic shock หรือ Anaphylaxis)
3. ใช้รักษาโรคหืด (Asthma) ช่วงมีอาการรุนแรง
4. ใช้รักษาภาวะมีความดันสูงในลูกตา (Ocular hypertension)
5. ใช้รักษาอาการต้อหินประเภท Open-angle glaucoma
6. เป็นยาผสมร่วมกับยาชาเช่น ยา Lidocaine

ขนาดและวิธีใช้

สำหรับภาวะหัวใจหยุดเต้น/ล้มเหลว (Advanced cardiac life support) ให้เจือจางยาขนาด 1 มิลลิกรัม/มิลลิลิตร กับ 0.9% Sodium chloride จำนวน 9 มิลลิลิตร จะได้สารละลาย 10 มิลลิลิตร ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ หากจำเป็นอาจต้องใช้อย่างซ้ำๆ 2 - 3 นาที

สำหรับอาการแพ้ขั้นรุนแรง (Anaphylactic shock/Anaphylaxis): ให้เจือจางยาขนาด 1 มิลลิกรัม/มิลลิลิตร กับ 0.9% Sodium chloride จำนวน 9 มิลลิลิตร จะได้สารละลาย 10 มิลลิลิตร ฉีดเข้าหลอดเลือดดำช้าๆ และหยุดให้ยาเมื่ออาการดีขึ้น

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

ก่อให้เกิดผลไม่พึงประสงค์ดังนี้ รู้สึกไม่สบายในกระเพาะอาหารและลำไส้ ปัสสาวะขัด อาหารไม่ย่อย น้ำตาลในเลือดสูงเพิ่มขึ้น เหงื่อออกมาก น้ำลายออกมาก อ่อนเพลีย มีอาการตัวสั่น กลีโพอเทสซีมในเลือดต่ำ (อาการอ่อน เพลีย กล้ามเนื้อเป็นตะคริว หัวใจเต้นผิดปกติ) ตาพร่ามัว ตากลัวแสง ตัวบวม เป็นต้น

การพยาบาล

- 1) ห้ามใช้กับผู้ที่แพยานี้
- 2) ห้ามใช้นี้กับผู้ที่อยู่ในภาวะความดันโลหิตสูง
- 3) ห้ามใช้รักษาต้อหินประเภท Angle-closure glaucoma

- 4) ห้ามใช้กับผู้ที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือหัวใจเต้นเร็ว
- 5) ห้ามใช้ร่วมกับยาชาและฉีดเข้าบริเวณนิ้วมือ นิ้วเท้า หู จมูก และอวัยวะเพศ
- 6) ระงับการใช้ยานี้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ต่อมไทรอยด์เป็นพิษ โรคเบาหวาน
- 7) การใช้ยาในสตรีตั้งครรภ์ สตรีที่ให้นมบุตร และผู้สูงอายุ ต้องได้รับคำสั่งจากแพทย์เท่านั้น

8. Berodual nebulizing solution

สรรพคุณ

เป็นยาขยายหลอดลมในผู้ป่วยทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง ยานี้ใช้ร่วมกับการรักษาภาวะอัสแมในผู้ป่วยหอบหืด และโรคที่เกิดจากการอุดกั้นของทางเดินหายใจชนิดเรื้อรัง ที่ตอบสนองต่อยาสเตียรอยด์

ขนาดและวิธีใช้

ชนิดน้ำโซลูชัน บรรจุหลอดพลาสติก สำหรับใช้ครั้งเดียวโดยวิธีพ่นสูด ในหลอดขนาด 4 มิลลิลิตร มีตัวยาสำคัญ คือ Ipratropium ใช้ครั้งละ 1 หลอด และให้ถึงวันละ 6 ครั้ง

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

อาจพบอาการกล้ามเนื้อสั่น กระสับกระส่าย ปากแห้ง ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ หัวใจเต้นเร็ว และใจสั่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ไวต่อยากลุ่มนี้ การใช้ยาในกลุ่มเบต้าทู อาจทำให้ระดับ Potassium ในเลือดต่ำลง

การพยาบาล

1. ห้ามใช้ในผู้ป่วย ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจหนาผิดปกติแบบมีการอุดกั้น (Hypertrophic Obstructive Cardiomyopathy: HOCM) หรือ โรคหัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะ ผู้ป่วยที่ไวต่อ Fenoterol hydrobromide หรือสารที่มีฤทธิ์คล้ายอะโทรปีน
2. ใช้สำหรับสูดดม โดยใช้เครื่องพ่นสูด ไม่ควรใช้รับประทานหรือให้ทางหลอดเลือด

9. Augmentin (Amoxicillin + Clavulanic acid)

สรรพคุณ

- 1) รักษาการติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนล่าง ได้แก่ ปอดบวม หลอดลมอักเสบชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง เมื่อใช้ขนาดอื่น ๆ แล้วไม่ให้เกิดผลการรักษาที่ดี
- 2) รักษาการติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบน เช่น ไซนัสอักเสบ หูชั้นกลางอักเสบ ทอนซิลอักเสบ เมื่อใช้ขนาดอื่น ๆ แล้วไม่ให้เกิดผลการรักษาที่ดี
- 3) รักษาการติดเชื้อของทางเดินระบบปัสสาวะ อวัยวะสืบพันธุ์ และการติดเชื้อในช่องท้อง เมื่อใช้ขนาดอื่น ๆ แล้วไม่ให้เกิดผลการรักษาที่ดี
- 4) รักษาการติดเชื้อของผิวหนังและเนื้อเยื่ออ่อน กรณีเมื่อใช้ขนาดอื่น ๆ ไม่ให้เกิดผลการรักษา
- 5) การติดเชื้อของกระดูกและข้อต่อ เช่น Osteomyelitis เป็นต้น

6. เลือดเป็นพิษเนื่องจากการติดเชื้อ

7. สัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมกัด

ขนาดและวิธีใช้

ทารกอายุ < 3 เดือน ขนาดที่ใช้ 30 mg/kg/day ทุก 12 ชั่วโมง

เด็กอายุมากกว่า 3 เดือน น้ำหนักน้อยกว่า 40 กิโลกรัม ขนาดที่ใช้ 20 - 90 mg/kg/day ทุก 8 หรือ 12 ชั่วโมง

เด็กน้ำหนักมากกว่า 40 กิโลกรัมและผู้ใหญ่ ขนาดที่ใช้ 250 - 500 มิลลิกรัม ทุก 8 ชั่วโมง หรือ 875 มิลลิกรัม ทุก 12 ชั่วโมง

การพยาบาล

1. ไม่ควรใช้ยาในผู้ป่วยที่มีหลักฐานการทำงานของตับผิดปกติชนิดรุนแรง เพราะยานี้มีพิษต่อตับ และพบการเปลี่ยนแปลงของการทดสอบการทำงานของตับ (Liver function test) ในผู้ป่วยบางคนอาจพบการติดเชื้อซ้ำซ้อน ซึ่งเชื้อราหรือแบคทีเรีย ที่พบบ่อย คือ เชื้อ Pseudomonas/Canida ระหว่างการรักษาควรให้ผู้ป่วยหยุดยาและทำการรักษาวิธีอื่นแทน

2. ผู้ป่วยควรได้รับน้ำหรือของเหลวอื่นเพียงพอในระหว่างการรักษา เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดนิ่ว (Crystalluria)

10.Dextran

สรรพคุณ

มีฤทธิ์เพิ่มปริมาตรของเหลวภายในเลือด ลดความหนืดของเลือด เชื่อว่าการทำงานเกี่ยวข้องกับการยับยั้งการดูดกลับของตัวกระตุ้นพลาสมาโมโนเจน โดยยาจับเข้ากับตัวรับแมนโนส เป็นผลส่งเสริมให้เกิดกระบวนการสลายไฟบริน จึงยับยั้งการเกาะตัวและแข็งตัวของเม็ดเลือดแดง

1. ใช้เป็นสารช่วยในการส่องกล้องในโพรงมดลูก
2. ใช้รักษาภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือด (Thromboembolism)
3. ป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary embolism) และลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ (Venous thrombosis) ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงปานกลาง-ความเสี่ยงสูงที่กำลังเข้ารับการผ่าตัด
4. ป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลังจากการผ่าตัด
5. ใช้รักษาภาวะช็อกจากการเสียเลือด หรือของเหลวออกจากร่างกาย

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ขนาดและวิธีใช้

1. สำหรับใช้เป็นสารช่วยในการส่องกล้องในโพรงมดลูก ขนาดการใช้ยาในผู้ใหญ่ ใช้ Dextran 70 ความเข้มข้น 32 % ปริมาตร 50 - 100 มิลลิลิตร เป็นสารสวนล้างก่อนทำการส่องกล้องในโพรงมดลูก

2. สำหรับรักษาภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือด ใช้ยาในรูปแบบยาฉีด ขนาดการใช้ยาในผู้ใหญ่ ขนาดเริ่มต้น ใช้ Dextran 40 (ความเข้มข้น 10% ในสารละลายโซเดียมคลอไรด์ 0.9% หรือในสารละลายกลูโคส 5%) ขนาด 500 มิลลิลิตร ให้สารน้ำผ่านทางหลอดเลือดดำเป็นเวลา 4 - 6 ชั่วโมง จากนั้นให้ยาต่ออีก 500 มิลลิลิตรเป็นเวลา 4 - 6 ชั่วโมงในวันถัดไป และหลังจากนั้นผลัดยาให้วันเว้นวัน ไม่เกิน 10 วัน

3. ขนาดการใช้ยาในเด็ก ใช้ Dextran 40 ขนาด 5 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม ในเด็กแรกเกิด และขนาด 10 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม ในเด็กปกติ

4. สำหรับป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในปอด และลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงปานกลาง - ความเสี่ยงสูงที่กำลังเข้ารับการผ่าตัด การใช้ยาในรูปแบบยาฉีด ขนาดการใช้ยาในผู้ใหญ่ ขนาดเริ่มต้น ใช้ Dextran 70 (ความเข้มข้น 6 % ในสารละลายโซเดียมคลอไรด์ 0.9% หรือในสารละลายกลูโคส 5%) ขนาด 500 - 1,000 มิลลิลิตร ให้สารน้ำผ่านทางหลอดเลือดดำเป็นเวลา 4 - 6 ชั่วโมงระหว่างผ่าตัด หรือให้ทันทีหลังผ่าตัดเสร็จ จากนั้นให้ยาต่ออีก 500 มิลลิลิตรเป็นเวลา 4 - 6 ชั่วโมงในวันถัดไป และหลังจากนั้นผลัดยาให้วันเว้นวัน เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

5. สำหรับป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลังจากการผ่าตัด การใช้ยาในรูปแบบยาฉีดขนาดการใช้ยาในผู้ใหญ่ ใช้ Dextran 40 (ความเข้มข้น 10 % ในสารละลายโซเดียมคลอไรด์ 0.9% หรือในสารละลายกลูโคส 5%) ขนาด 500 มิลลิลิตร ให้สารน้ำผ่านทางหลอดเลือดดำเป็นเวลา 4-6 ชั่วโมงระหว่างหรือหลังการผ่าตัด อาจให้ขนาดยาเดิมซ้ำได้ในวันถัดไป หรืออาจให้ยาต่อวันเว้นวัน เป็นเวลา 10 วันในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

ผลข้างเคียงต่อระบบอวัยวะต่างๆของร่างกาย ดังนี้ เช่น ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น เจ็บหน้าอก แน่นหน้าอก ความดันโลหิตต่ำ หัวใจหยุดเต้น ผลต่อผิวหนัง เช่น เกิดลมพิษ ผลต่อระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน

การพยาบาล

1. ตรวจสอบประวัติการรักษาและแพ้ยา ห้ามใช้ยานี้ในผู้ป่วยที่มีการแพ้ Dextran ห้ามใช้ยานี้ในผู้ป่วยโรคไตระดับรุนแรง ที่มีการปัสสาวะน้อยกว่าปกติ หรือปัสสาวะไม่ออก

2. ฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา Dextran ที่พบได้บ่อย คือ ผลต่อระบบทางเดินอาหาร ปวดศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ อาเจียน ปวดบริเวณข้อ มีไข้ รู้สึกร้อน หรือแสบบริเวณที่มีการให้ยา

3. ดูแลเก็บรักษายาไว้ที่อุณหภูมิ 25 องศาเซลเซียส โดยเก็บให้พ้นจากแสงแดด และความชื้น

11. Xylocaine (lidocaine HCl)

สรรพคุณ

เป็นยาที่ใช้สำหรับระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน โดยออกฤทธิ์ขัดขวางการสื่อประสาทประสาทในบริเวณที่ยาซึมผ่าน ทำให้สูญเสียการนำความรู้สึก เมื่อหมดฤทธิ์ยาการทำงานของระบบประสาทต่างๆ จะกลับมาเป็นปกติ

ขนาดและวิธีใช้

การบริหารยา สามารถบริหารได้หลายแบบ เช่น

1. Infiltration anesthesia (การฉีดเฉพาะที่)
2. Nerve block anesthesia (การฉีดรอบเส้นประสาท)
3. Intravenous regional anesthesia หรือ Bier Block (การฉีดยาชาเข้าหลอดเลือดดำให้กระจายอยู่ในบริเวณแขนและขาเท่านั้น) เป็นต้น

ในปัจจุบันได้มีการนำยาตีบหลอดเลือด (Vasoconstrictor) ผสมในยาชาเฉพาะที่ Lidocaine เพื่อลดอัตราการดูดซึมของยาชา ทำให้ยาชาออกฤทธิ์เฉพาะที่ได้ยาวนานขึ้น เพิ่มความแรงของการออกฤทธิ์ รวมทั้งช่วยห้ามเลือด ป้องกันภาวะตกเลือด หรือภาวะเลือดไหลไม่หยุดในระหว่างการผ่าตัด นิยมใช้ในทางทันตกรรมในรูป 2% Lidocaine ผสมยาตีบหลอดเลือด Adrenaline (Epinephrine) ในความเข้มข้น 1:200,000 1:100,000 1:80,000 และ 1:50,000

ยาสูตรผสมที่มี Adrenaline ในปริมาณสูง 1:50,000 และ 1:80,000 มีข้อบ่งใช้สำหรับการช่วยห้ามเลือดในระหว่างการผ่าตัดช่องปาก และยาสูตรผสมที่มี Adrenaline ในปริมาณต่ำ 1:200,000 เหมาะสำหรับการใช้ในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความเป็นพิษจากยาชาต่อระบบไหลเวียนเลือดและเส้นประสาท โดยเฉพาะในผู้สูงอายุหรือในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดพิษจากยาชาได้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นพิษ

ในทางเภสัชกรรม ยาชาเฉพาะที่ Lidocaine ผสม Adrenaline มีข้อห้ามใช้คือ ห้ามใช้ในการทำ Intravenous regional anesthesia (Bier block) ห้ามใช้ฉีดในบริเวณอวัยวะส่วนปลาย เช่น ปลายนิ้วมือและปลายนิ้วเท้า (Digital nerve block) ใบหูจมูก อกขาต เป็นต้น เพราะผลจากฤทธิ์ Vasoconstriction ของยา Adrenaline อาจทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือดแดงที่ปลายอวัยวะเหล่านี้และส่งผลทำให้เนื้อเยื่อบริเวณดังกล่าวขาดเลือดและเกิดเนื้อเยื่อตาย (Gangrene) ในบางโรงพยาบาลได้จัดสูตรยาผสมระหว่างยา Lidocaine และ Adrenaline เป็น High alert drug หรือยาที่มีความเสี่ยงสูง

ดังนั้นจึงไม่มีการใช้ 2% Lidocaine หรือ Xylocaine ที่ผสม Adrenaline ในปริมาณสูง เช่น 1:80000 ในงานศัลยกรรมทั่วไปโดยเฉพาะบริเวณอวัยวะส่วนปลายตามเหตุผลที่กล่าวไว้ข้างต้น ได้มีรายงานข้อมูลการศึกษาทางคลินิกถึงประโยชน์และความปลอดภัยในการใช้ยาชาเฉพาะที่ Lidocaine

ร่วมกับยาตีบหลอดเลือดในปริมาณต่ำ เช่น 1% Lidocaine ผสม Adrenaline ในความเข้มข้น 1:100,000 เป็นต้น ในการทำ Digital nerve block การ ผ่าตัดบริเวณมือ (Hand surgery) และการ ผ่าตัดบริเวณองคชาต อย่างไรก็ตาม รายงานการศึกษาวิจัยที่มีอยู่ค่อนข้างเป็นหลักฐานที่มีคุณภาพต่ำ และยังไม่เพียงพอที่จะแนะนำให้ใช้ยาเฉพาะที่ร่วมกับยาตีบหลอดเลือดในการทำศัลยกรรมบริเวณ อวัยวะส่วนปลาย จำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อพิสูจน์ประโยชน์ของการใช้ยาเฉพาะที่ ร่วมกับยาตีบหลอดเลือดในศัลยกรรมทั่วไป

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

ยามีผลข้างเคียงต่อระบบต่าง ๆ ดังนี้

- 1) ระบบเลือด อาจทำให้มีภาวะ Methemoglobinemia
- 2) ระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจเต้นช้าหรือหัวใจเต้นเร็ว หัวใจหยุดเต้น ความดันโลหิตสูงหรือไม่กี่ป่า เป็นต้น
- 3) ระบบประสาท ได้แก่ ปวดศีรษะ วิงเวียน ง่วงนอน ตัวสั่น ความรู้สึกสัมผัสเพี้ยน พูดไม่ชัด เป็นอัมพาต เป็นต้น
- 4) ระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เป็นต้น
- 5) ระบบตา ได้แก่ เกิดภาวะตาพร่า เห็นภาพซ้อนซึ่งอาจเป็นเพียงชั่วคราว เป็นต้น
- 6) สมองจิตใจ ได้แก่ กระสับกระส่าย รู้สึกสับสน ประสาทหลอน เป็นต้น
- 7) ระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ หอบหืดเกร็งตัว หายใจขัด หายใจลำบาก หยุดหายใจ เป็นต้น
- 8) ระบบผิวหนัง ได้แก่ มีลมพิษ มีผื่นคัน ผิวหนังเป็นแผลหรือ บวม แดง เป็นต้น
- 9) ระบบการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย ได้แก่ น้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นต้น
- 10) ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ได้แก่ ปวดหลัง ปวดขา ปวดสะโพก เป็นต้น

การพยาบาล

1. ตรวจสอบคำสั่งการรักษาในการใช้ยาเฉพาะที่ Lidocaine ผสม Adrenaline หรือ ไม่ ผสม Adrenaline
2. เฝ้าระวังและสังเกตอาการข้างเคียง ความดันโลหิตต่ำ ปวดศีรษะ หน้าสั่น เป็นต้น
3. รายงานแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติ ได้แก่ ง่วงซึม สับสน Coma ชักการหายใจหยุด ชะงัก และพิษต่อหัวใจ QRS และ Q-T interval

12. Transamine

สรรพคุณ

ยาที่ให้เลือดแข็งตัว ป้องกันภาวะที่เลือดออกผิดปกติในขณะผ่าตัด ป้องกันและทุเลาการเสียเลือดในผู้ป่วย Hemophilia ที่ถอนฟัน

ขนาดและวิธีใช้

ยา Transamine มี 3 รูปแบบ ได้แก่ ยาแคปซูล ขนาด 250 มิลลิกรัม/แคปซูล ยาเม็ด ขนาด 500 มิลลิกรัม/เม็ด และยาฉีด ขนาด 50 มิลลิกรัม/มิลลิลิตร ในผู้ใหญ่: รับประทาน 1 - 1.5 กรัม หรือ 15 - 25 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม วันละ 2 - 3 ครั้ง และในเด็ก: รับประทาน 25 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม วันละ 2 - 3 ครั้ง

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

ยารับประทานอาจทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน แน่นท้อง แต่อาการจะหายไวย่างรวดเร็ว การให้ยาทางหลอดเลือดดำเร็วเกินไปอาจทำให้ความดันโลหิตต่ำ ในรายที่ได้รับยาเป็นเวลานานอาจทำให้การมองเห็นผิดปกติ

การพยาบาล

1. ต้องฉีดยาช้า ๆ หรือผสมให้จาง ๆ และให้อัตรา 100 มิลลิกรัม (1 มิลลิกรัม)/นาที่ เนื่องจากการฉีดยาเร็วเกินไปอาจเป็นอันตรายต่อหัวใจ
2. บันทึกสัญญาณชีพ เพื่อสังเกตอาการผิดปกติ
3. ชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน เป็นต้น อาจเกิดขึ้นได้ชั่วคราว
4. แนะนำผู้ป่วยให้สังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เช่น การมองเห็นที่ผิดปกติ ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นทันทีทันใด แขนขาหรือผิวหนังเย็นกว่าที่อื่น ๆ หรือเจ็บหน้าอกเพราะอาจเกิดการอุดตันขึ้นในหลอดเลือด เป็นต้น หากพบต้องรีบแจ้งให้แพทย์และพยาบาลทราบ
5. ผู้ป่วยที่ได้รับยาเป็นเวลานาน ควรได้รับการตรวจตาเพื่อดูความผิดปกติแต่เนิ่น ๆ

13. Loratadine

สรรพคุณ

ยาด้านฮิสตามีน มีข้อบ่งใช้ บรรเทาอาการเยื่อจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ อาการหวัดเฉียบพลัน อาการคันที่เกิดจากการแพ้

ขนาดและวิธีใช้

ผู้ใหญ่ และ เด็กอายุตั้งแต่ 12 ขึ้นไป: รับประทานครั้งละ 1 เม็ดหรือครั้งละ 2 ซ่อนชา วันละ ครั้ง เด็กอายุ 2 - 12 ปี และมีน้ำหนักตัวมากกว่า 30 กิโลกรัม: รับประทานครั้งละ 2 ซ่อนชา วันละ ครั้ง หากมีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 30 กิโลกรัมรับประทานครั้งละ 1 ซ่อนชา วันละครั้ง เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี อยู่ในดุลพินิจของแพทย์ผู้รักษา

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

ผลข้างเคียง พบน้อย คือ วิงเวียน กล้ามเนื้อล้า ปวดศีรษะ คัน กระจกกระส่าย และพบน้อยมาก คือ ปากแห้ง ง่วงซึม

การพยาบาล

1. ควรให้ยาพร้อมอาหาร เพื่อลดการระคายเคืองในระบบทางเดินอาหาร
2. แนะนำและส่งเสริมให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมาก ๆ ตลอดระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยยานี้ เพื่อป้องกันเสมหะเหนียวข้น
3. เตือนผู้ป่วยให้ระวังอุบัติเหตุ ขณะรับประทานยานี้

14. Nac long

สรรพคุณ

ยาลดความหนืดชั้นของเสมหะ มีข้อบ่งใช้ รักษา Chronic emphysema, chronic asthmatic bronchitis, Tuberculosis, Bronchiectasis, Pneumonia, Tracheobronchitis

ขนาดและวิธีใช้

ยาอะเซทิลซิสเทอีนมีขนาดการใช้ยาที่แตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นกับอายุและความรุนแรงของสถานะความเจ็บป่วยของร่างกาย ดังนั้นจึงควรให้แพทย์เป็นผู้วินิจฉัยสั่งจ่ายยาที่เหมาะสม ขนาดเริ่มต้นให้รับประทาน 140 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม จากนั้นลดลงเป็น 70 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

ผลข้างเคียง ชีมี ง่วงนอน เบื่ออาหาร อักเสบ น้ำมูกน้ำใส ๆ คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นลมพิษ ควรระวังในผู้ป่วยที่เป็นโรคหอบหืด เพราะอาจทำให้หลอดลมเกร็งตัว อาจมีไข้ หนาวสั่น

การพยาบาล

1. สังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นลมพิษ เป็นต้น หากมีต้องรายงานแพทย์ทราบ
2. สังเกตการหายใจ ฟังเสียงปอด สอนให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคหอบหืดอาจทำให้หลอดลมเกร็งได้

15. Fentanyl

สรรพคุณ

เป็นยาในกลุ่ม Opiate มีข้อบ่งใช้ ชนิดฉีดใช้รักษาอาการปวดจากการผ่าตัด โดยใช้ร่วมกับยาสลบชนิดอื่น ชนิดปิดบนผิวหนังใช้บำบัดความปวดที่เกิดขึ้นรุนแรงและเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจากโรคมะเร็ง ระงับอาการปวดที่รุนแรง โดยทำให้เกิดอาการมึน ง่วงหลับ

ขนาดและวิธีใช้

ยาเฟนทานิลมีรูปแบบการจัดจำหน่าย ได้แก่

- 1) รูปแบบยาเม็ดอม (Buccal tablet) ขนาด 100, 200, 400, 600, และ 800 ไมโครกรัม/เม็ด
- 2) รูปแบบยาเม็ดอม ชนิดออกฤทธิ์เนิ่น (ออกฤทธิ์ได้นาน/Sustained release) ขนาด 10, 20, 30, 40, 60 และ 80 มิลลิกรัม/เม็ด

3) รูปแบบแผ่นแปะผิวหนัง ขนาด 2.1, 4.2 และ 8.4 มิลลิกรัม รูปแบบแผ่นแปะผิวหนัง ขนาด 12, 25, 50 และ 100 ไมโครกรัม/ชั่วโมง

4) รูปแบบยาฉีด ขนาด 0.05 มิลลิกรัม/มิลลิลิตร

ขนาดในผู้ใหญ่ ยาเม็ดสำหรับอม เริ่มต้น 200 ไมโครกรัมเป็นเวลา 15 นาที หากจำเป็นต้องอมซ้ำให้รออีก 15 นาทีแล้วค่อยอมเม็ดยา ห้ามใช้ยาเกิน 4 เม็ด/วัน ชนิดแปะผิวหนัง ขนาด 25 ไมโครกรัม/ชั่วโมง ทุก ๆ 72 ชั่วโมง สำหรับเด็ก การใช้ยานี้ขึ้นกับน้ำหนักตัวของเด็ก จึงอยู่ในดุลพินิจของแพทย์เท่านั้น

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

ผลข้างเคียง กดการหายใจและระบบไหลเวียน ซึ่งเป็นอันตรายมากที่สุดของยา Opiate พบบ่อย คือ อาการท้องผูก หากใช้ต่อเนื่องอาจมีผลเสียต่อกระเพาะอาหาร ตับ และไต

การพยาบาล

1. เตรียมพร้อมเครื่องมือช่วยชีวิต และยาแก้แพ้ เช่น Naloxone เป็นต้น ให้พร้อมใช้เสมอ
2. หากผู้ป่วยไม่สามารถหวนเหลือตัวเองได้ หมั่นเคลื่อนไหวผู้ป่วย พลิกตัวไปมา ให้ผู้ป่วยไอ และหายใจลึก ๆ เพื่อป้องกันปอดแฟบ

16. Alum milk

สรรพคุณ

เป็นยาลดกรด รักษาแผลในทางเดินอาหาร ทำให้ความเป็นกรดในกระเพาะอาหารลดลง เป็นยาลดกรดชนิดที่ไม่ดูดซึมเข้าร่างกาย เนื่องจากเป็นยาที่ไม่ละลายน้ำ จึงออกฤทธิ์ช้าและมีฤทธิ์นาน

ขนาดและวิธีใช้

รับประทานยาลดกรดชนิดน้ำแขวนตะกอน ครั้งละ 1 - 2 ช้อนโต๊ะ วันละ 3 - 4 ครั้ง ก่อนอาหาร ไม่ควรรับประทานเกิน 4 ครั้ง/วัน และถ้าเป็นชนิดเม็ด รับประทานครั้งละ 1 - 2 เม็ด วันละ 3 - 4 ครั้งก่อนอาหาร และไม่ควรเกินวันละ 4 ครั้งเช่นเดียวกับชนิดน้ำ แต่ต้องเคี้ยวยาให้ละเอียดก่อนการกลืน

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

ผลข้างเคียง ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน อุจจาระจับตัวกันแน่นและอุดตันภายในลำไส้ ภาวะขาดฟอสเฟต ทำให้เกิดอาการต่อไปนี้ เช่น เบื่ออาหาร กล้ามเนื้ออ่อนแรง มือสั่น ไม่มีริเฟล็กซ์ ชีมิสเร้า ปวดกระดูก มีแคลเซียมสูงในปัสสาวะ เป็นต้น

การพยาบาล

1. แนะนำวิธีรับประทานยาที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ได้ผลดีที่สุด

2. ควรแนะนำให้รับประทานอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูง ๆ ได้แก่ เนื้อสัตว์ ไข่แดง ถั่ว งา และผักต่าง ๆ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะขาดฟอสเฟตและต้องหมั่นสังเกตอาการของภาวะขาดฟอสเฟต รวมทั้งติดตามผลการตรวจหาระดับแคลเซียมและฟอสฟอรัสใน เลือดด้วย

3. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีวิตามินเอและวิตามินบีสูง เพราะอาจเกิดภาวะขาดวิตามินเอ และบีได้ เนื่องจากยาลดกรดมีผลทำให้การดูดซึมวิตามินเอและบีลดลง

4. สังเกตลักษณะการขับถ่ายอุจจาระ หากเกิดอาการท้องผูกหรือท้องเสีย ควรรายงานแพทย์ เพื่อเปลี่ยนยาใหม่

5. แนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง สำหรับผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ ได้แก่ รับประทานให้เป็นเวลา ไม่รับประทานอาหารรสจัด และอาหารที่มีผลกระตุ้นการหลั่งกรด เช่น แอลกอฮอล์ คาเฟอีน พริกไทย เป็นต้น งดยาแก้ปวด และยาสเตียรอยด์ งดสูบบุหรี่ และลดความเครียด

6. ติดตามผลการรักษาขณะได้รับยาลดกรด โดยสังเกตอาการปวดท้องและลักษณะการถ่ายอุจจาระว่ามีหรือไม่มี

7. ไม่ควรดื่มน้ำส้ม เพราะจะเพิ่มการดูดซึมของ Aluminum ได้

17. Unison enema

สรรพคุณ

ยาระบาย รักษาที่มีภาวะท้องผูก และเพื่อเตรียมตรวจบริเวณลำไส้และทวารหนัก ไม่ดูดซึม และดูดน้ำ เพิ่มกากอาหารและส่งเสริมให้ถ่ายอุจจาระอย่างรวดเร็ว

ขนาดและวิธีใช้

ขนาดและวิธีใช้ควรให้แพทย์เป็นผู้พิจารณาสั่งจ่ายหรือควรปรึกษาเภสัชกรก่อนซื้อยาใช้เอง เพราะการใช้นี้มีข้อควรระวังหลายอย่าง สำหรับผู้ใหญ่ ขนาดที่ใช้สวนทวารแก่ท้องผูกไม่ควรเกิน 40 มิลลิลิตร/ครั้ง ส่วนในเด็ก ควรต้องเป็นคำแนะนำจากแพทย์เสมอ

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

ผลข้างเคียง เป็นตะคริว ปวดท้อง เนื้อเยื่อบริเวณทวารหนักอักเสบ

การพยาบาล

1. ควรดื่มน้ำวันละ 2,500 – 3,000 มิลลิลิตร รวมทั้งรับประทานผลไม้ น้ำผลไม้ ออกกำลังกาย หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้ท้องผูก

2. อย่าให้ในเด็กที่อายุต่ำกว่า 6 ปี

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

18. Chloramphenicol eye ointment

สรรพคุณ

ยาต้านจุลชีพ ที่มีขอบเขตการออกฤทธิ์กว้าง และเป็นยาที่มีอันตราย ไม่ควรใช้พร่ำเพรื่อโดยไม่จำเป็น เพราะยาอาจไปกีดการทำงานของไขกระดูก ทำให้เกิดโรคเลือดจางอะพลาสติก ทำให้มีอาการซีด เลือดออกง่าย ติดเชื้อง่าย และอาจรุนแรงจนถึงตายได้ในที่สุด ใช้ในการรักษาโรคติดเชื้อที่เกิดจาก Anaerobic bacteria ยาสามารถผ่านรกและน้ำนมมารดาได้ ยาถูกเผาผลาญที่ตับและขับออกทางไต

ขนาดและวิธีใช้

ยาขี้ผึ้งป้ายตาขนาดความแรง 1% ห้ามใช้ยานี้ติดต่อกันเกิน 5 วัน

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

ผลข้างเคียง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปากخم รับรสไม่ดี ตามัว ปวดศีรษะ ซึม สับสน กีดการทำงานของไขกระดูก แพ้ยา เช่น ผื่นคัน มีไข้ เป็นต้น ปากและลิ้นเป็นแผล ลำไส้อักเสบ คันทวารหนัก มีเชื้อราในปาก

การพยาบาล

1. สังเกตผลข้างเคียง เช่น เจ็บคอ ปวดศีรษะ มีจุดจ้ำเลือด เป็นต้น
2. ควรให้รับประทานยาหลังอาหาร เพื่อลดการระคายเคืองระบบทางเดินอาหาร
3. ควรตรวจสอบค่าผลเลือดทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC เป็นต้น เพื่อป้องกันการเกิดภาวะผิดปกติของระบบเลือด
4. การใช้ยานี้หยอดตาหรือป้ายตา ถ้าใช้ขนาดสูงอาจซึมเข้าสู่กระแสเลือดเกิด Aplastic anemia

19. Ceftriaxone

สรรพคุณ

ยากลุ่ม Cephalosporins เป็น Third generation รักษาการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง ผิวน้ำ Pharyngeal gonorrhea การติดเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือด กระดูก ข้อ ช่องท้อง เยื่อหุ้มสมอง หูชั้นกลางในเด็ก

ขนาดและวิธีใช้

หากฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ขนาด 0.25 กรัม หรือ 0.5 กรัม ละลายใน 2 มิลลิลิตร หรือขนาดยา 1 กรัม ใน 3.5 มิลลิลิตร ของ 1.0% Lidocaine hydrochloride solution ควรฉีดลึก ๆ และในกล้ามเนื้อขนาดใหญ่ ๆ หากต้องฉีดยาขนาด 2 กรัมขึ้นไป ให้แบ่งฉีดที่กล้ามเนื้อคนละมัด นวดให้ยากระจายเพื่อช่วยให้การดูดซึมดีขึ้น

หากฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ละลายยา 0.25 หรือ 0.5 กรัม ในน้ำกลั่น 5 มิลลิลิตรหรือ 1 กรัมใน 10 มิลลิลิตร ของน้ำกลั่นฉีดเข้าหลอดเลือดดำช้า ๆ ใน 2 - 4 นาที หรือให้ทาง Intravenous solution ผสมยา 2 กรัมใน 40 มิลลิลิตร ของ 0.9% NaCl injection หรือ 5% dextrose injection ให้ Infusion ภายใน 5 - 15 นาที

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

ปวดศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เบื่ออาหาร ปวดท้อง ท้องอืด กดการสร้างไขกระดูก ทำให้เม็ดเลือดขาว เกล็ดเลือด และ Hct ต่ำ แพ้ยา เช่น ผื่นคัน มีไข้ เป็นต้น ปวดบริเวณที่ฉีด

การพยาบาล

1. สังเกตและประเมินการแพ้ยา โดยเฉพาะในรายที่มีประวัติแพ้เพนิซิลลิน หรือ Delayed-type เพราะมี Cross-allergenicity ระหว่าง Cephalosporins และเพนิซิลลิน รวมทั้ง Cephalosporins ถ้ามีอาการแพ้ยาเกิดขึ้นควรหยุดยาทันที

2. แนะนำผู้ป่วยไม่ให้ใช้ยานี้ เพราะจะเกิด Secondary infection ได้

3. ระวังในผู้ป่วยโรคไต ผู้สูงอายุ หรือสงสัยว่ามีความผิดปกติของไต

4. ระวังในผู้ป่วยที่มีประวัติโรคทางเดินอาหาร โดยเฉพาะลำไส้อักเสบ

5. ระวังในยาที่มีการทำงานของตับผิดปกติ โดยเฉพาะ Cefoperazone

6. การฉีดยานี้เข้าทางหลอดเลือดดำ ให้ละลายยาในสารละลายที่กำหนดไว้และฉีดในช่วงเวลาที่เหมาะสม การฉีดยาในขนาดสูงและ/หรือเป็นเวลานานทำให้เกิด Thrombophlebitis ได้ ควรใช้เข็มขนาดเล็ก และฉีดเข้าหลอดเลือดดำขนาดใหญ่ และไม่ควรฉีดซ้ำที่เดียวกัน ควรเปลี่ยนไปเรื่อย ๆ

7. ในรายที่ต้องใช้ยาปริมาณสูง ๆ ต้องติดตามดูความสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย เพราะยาอยู่ในรูปของโซเดียม มีปริมาณโซเดียมค่อนข้างสูง

20. Topoxy

สรรพคุณ

ยากุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ (Cortico steroid) ที่นำมาใช้เป็นยาใช้ภายนอกเพื่อใช้เฉพาะที่สามารถรักษาอาการโรคผิวหนังที่มีลักษณะเป็น ผื่นคัน ระคายเคือง บวมแดง เป็นต้น รูปแบบยาแผนปัจจุบันของยานี้จะเป็นยาครีมที่มีความเข้มข้นแตกต่างกันไป บางสูตรตำรับได้ผสมด้วยยาปฏิชีวนะ เช่น ยา Framycetin และ Gramicidin

ขนาดและวิธีใช้

ยาครีม ขนาดความเข้มข้น 2.5 และ 0.5 มิลลิกรัม/เนื้อครีม 1 กรัม ยาครีมทาผิวหนัง ที่มีส่วนประกอบร่วมกับยาอื่นเช่น Desoximetasone 0.25% + Framycetin sulfate 0.75% +

Gramicidin 0.025% ยาเจล ขนาดความเข้มข้น 0.5 มิลลิกรัม/เนื้อเจล 1 กรัม และยาขี้ผึ้ง ขนาดความเข้มข้น 2.5 มิลลิกรัม/ขี้ผึ้ง 1 กรัม

วิธีใช้ในผู้ใหญ่ ทายาบางๆในบริเวณที่มีการอักเสบวันละ 2 ครั้ง และในเด็กการใช้ยานี้ในเด็กต้องอยู่ในดุลพินิจของแพทย์ผู้รักษาเท่านั้น

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

ยาเดสออกซิเมทาโซนสามารถก่อให้เกิดผลข้างเคียงเช่น มีสิวเกิดขึ้นทั่วตัวรวมถึงใบหน้า ในตำแหน่งที่ทายา อาจทำให้เกิดอาการแสบร้อน คัน ระคายเคือง ผิวแห้ง เกิดอาการปฏิกิริยาของผิวหนัง ทำให้สิวขึ้นชัดเจน เกิดการติดเชื้อของบริเวณที่ทายา ผิวบาง ผด ผื่นคัน หากมีการดูดซึมยาเข้ากระแสเลือดอาจก่อให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ส่งผลให้ปัสสาวะมีน้ำตาลปนออกมา รวมถึงเกิดกลุ่มอาการคุชชิ่ง (Cushing syndrome)

การพยาบาล

1. สังเกตและประเมินการแพ้ยา ถ้ามีอาการแพ้ยาเกิดขึ้นควรหยุดยาทันที
2. ระวังการใช้ยากับ เด็ก ผู้สูงอายุ และสตรีที่อยู่ในภาวะให้นมบุตร ด้วยยานี้มีผลต่อระบบต่างๆของร่างกาย เช่น ลดการเจริญเติบโตในเด็ก รวมถึงซึมผ่านเข้าในน้ำนมมารดาได้
3. คุแลเก็บยาภายใต้อุณหภูมิ 20 - 25 องศาเซลเซียส (Celsius) ห้ามเก็บยาในช่องแช่แข็งของตู้เย็น เก็บยาในภาชนะที่ปิดมิดชิด พ้นแสงแดด ความร้อน และความชื้น เก็บยาให้พ้นมือเด็กและสัตว์เลี้ยง ไม่เก็บยาในห้องน้ำหรือในรถยนต์

21. Meropenam

สรรพคุณ

ยาปฏิชีวนะในหมวดยาคาร์บาเพเนม (Carbapenem) และมีโครงสร้างทางเคมีที่เรียกว่า เบต้า-แลคแตม (Beta lactam) คุณสมบัติที่โดดเด่นของยานี้จะเป็นเรื่องการซึมผ่านเข้าสู่เนื้อเยื่อและของเหลวในร่างกายได้มาก เช่น ผ่านเข้าในน้ำหล่อเลี้ยงไขสันหลัง ซึมเข้าได้ดีใน น้ำดี ลื่นหัวใจ ปอด และในส่วนของการของเหลวในช่องท้อง ฤทธิ์การรักษาของยาเมโรเพเนมจะครอบคลุมแบคทีเรียทั้งชนิด แอโรบิกและแกรมลบรวมเชื้อ Pseudomonas นอกจากนี้ยังสามารถต่อต้านเชื้อแบคทีเรียจำพวก แอโรบิก (Anaerobic bacteria แบคทีเรียที่ไม่จำเป็นต้องใช้ออกซิเจนในการดำรงชีวิต) อีกด้วย รูปแบบยาแผนปัจจุบันของยาเมโรเพเนม เป็นลักษณะของยาฉีด ซึ่งเมื่อตัวยายาเข้าสู่กระแสเลือด ยาประมาณ 2% จะเข้าจับกับพลาสมาโปรตีน ร่างกายต้องใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง เพื่อกำจัดยานี้ ประมาณ 50% ออกจากกระแสเลือดโดยผ่านไปกับปัสสาวะ

ขนาดและวิธีใช้

ผู้ใหญ่ ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ 0.5 - 1 กรัมทุกๆ 8 ชั่วโมง

เด็ก (นิยามคำว่าเด็ก)แรกเกิดที่อายุน้อยกว่า 7 วัน ให้ยาฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ 20 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมทุกๆ 12 ชั่วโมง หากติดเชื้อรุนแรงอาจเพิ่มขนาดยาเป็น 40 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ทุกๆ 12 ชั่วโมง

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

ยา Meropenam สามารถก่อให้เกิดผลข้างเคียง เช่น ท้องเสีย หรือ ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ปวดหัว มีผื่นคัน หรือ ลมพิษขึ้นตามผิวหนัง ปวด บวม ในบริเวณที่มีการฉีดยา อาจเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ส่งผลต่อสมองทำให้มีอาการชัก ก่อให้เกิดผลเสียกับไต ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดอาการ แพ้ยา ลำไส้อักเสบ รวมไปถึงเกิดอาการของ Stevens-Johnson syndrome

การพยาบาล

1. ระวังการใช้น้ำกับผู้ที่ประวัติแพ้ยาในกลุ่ม Carbapenem, Penicillins และยาปฏิชีวนะที่มีโครงสร้างของ เบต้า-แลคแตม (Beta lactam) เป็นองค์ประกอบหลัก
2. หลีกเลี่ยงการใช้ยาเมโรเพเนม ร่วมกับยา Bupropion, Tramadol อาจทำให้เกิดอาการชัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อใช้กับผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีประวัติเป็นโรคลมชักอยู่แล้ว หากไม่มีความจำเป็นใด ๆ ควรหลีกเลี่ยงการใช้ร่วมกัน
3. เก็บยาภายใต้อุณหภูมิ 15 - 25 องศาเซลเซียส (Celsius) ห้ามเก็บยาในช่องแช่แข็งของตู้เย็น เก็บยาในภาชนะที่ปิดมิดชิด พ้นแสง/แสงแดด ความร้อน และ ความชื้น เก็บยาให้พ้นมือเด็ก และสัตว์เลี้ยง

22. Mometasone

สรรพคุณ

Mometasone (โมเมทาโซน) เป็นยารักษาภูมิแพ้และโรคผิวหนัง เช่น โรคผิวหนังอักเสบ โรคสะเก็ดเงิน อาการแพ้ หรือผื่นคัน อาการจากโรคภูมิแพ้ทางจมูก ริดสีดวงจมูก และโรคหืด ด้วยจะออกฤทธิ์ลดอาการอักเสบ บวมแดง และคัน ทำให้อาการทุเลาได้

ขนาดและวิธีใช้

ผู้ใหญ่และเด็กอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 12 ปี ใช้ยาที่มีความเข้มข้น 0.05 เปอร์เซ็นต์ ในปริมาณ 100 ไมโครกรัม พ่นจมูกแต่ละข้าง วันละ 1 ครั้ง หากจำเป็นให้เพิ่มปริมาณยาได้ถึง 200 ไมโครกรัม เด็กอายุ 3 – 11 ปี ใช้ยาปริมาณ 50 ไมโครกรัม พ่นจมูกแต่ละข้าง วันละ 1 ครั้ง

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

การใช้ยา Mometasone แต่ละชนิดอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงที่แตกต่างกันไป เช่น ทำให้รู้สึกแสบร้อน เหมือนมีของแหลมทิ่มแทง คัน เป็นสิ่ว หรือเกิดตุ่มหนองบริเวณผิวหนัง จมูกและคอแห้งหรือระคายเคือง เลือดกำเดาไหล มีเสมหะปนเลือด ไอ คัดจมูก ปวดศีรษะ หรือมีอาการคล้ายไข้หวัด หากอาการข้างต้นคงอยู่เป็นเวลานานหรือผู้ป่วยมีอาการแย่ลง ควรแจ้งให้แพทย์ผู้ดูแลทราบ

อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยมีผลข้างเคียงดังต่อไปนี้ควรแจ้งให้แพทย์ทราบทันที เพราะอาจเป็นอันตราย หรือส่งผลกระทบต่อร่างกายได้ มีสัญญาณของการแพ้ยา เช่น ลมพิษ ผื่นคัน หายใจลำบาก เวียนศีรษะอย่างรุนแรง มีอาการบวมบริเวณใบหน้าริมฝีปาก ลิ้น และลำคอ ผิวหนังระคายเคืองอย่างรุนแรง มองเห็นเป็นภาพเบลอ มองเห็นภาพคล้ายมองผ่านอุโมงค์ เจ็บตา หรือเห็นรัศมีรอบดวงไฟ มีสัญญาณของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เช่น กระหายน้ำมากขึ้น ปัสสาวะบ่อยครั้ง ปากแห้ง ลมหายใจมีกลิ่นผลไม้ เป็นต้น เลือดกำเดาไหลอย่างรุนแรง หรือมีสารคัดหลั่งภายในจมูกเพิ่มขึ้น เจ็บหรือรู้สึกไม่สบายจมูก ปวดศีรษะ มีแผลหรือปื้นสีขาวภายในจมูกที่รักษาไม่หาย หายใจเป็นเสียงหวีด มีปัญหาในการหายใจ รู้สึกสั่นหรือระคายเคืองบริเวณหลังคอ มีปัญหาในการได้ยิน เจ็บหู หูอื้อ หูน้ำหนวก มีปัญหาในการกลืน เจ็บขณะกลืน

การพยาบาล

1. ผู้ป่วยควรเขย่าขวดยาพ่นจมูกก่อนใช้ทุกครั้ง หากเปิดใช้เป็นครั้งแรกหรือไม่ได้ใช้นานเกินกว่า 1 สัปดาห์ ให้ลองกดจนออกมาเป็นละอองฝอยก่อนเสมอ
2. หากผู้ป่วยลืมใช้ยา ให้ใช้ยาทันทีที่นึกขึ้นได้ หากใกล้ถึงช่วงเวลาของยารอบถัดไป ให้ข้ามไปใช้ยาตามเวลาปกติ โดยห้ามเพิ่มปริมาณยาเป็น 2 เท่า
3. เก็บยาไว้ในอุณหภูมิห้อง โดยให้ห่างจากความชื้น ความร้อน และแสงแดด รวมทั้งพ้นจากมือเด็กและสัตว์เลี้ยง
4. แนะนำการใช้ยาโมเมทาโซนอาจใช้เวลา 2 วันไปจนถึง 2 สัปดาห์ จึงจะเห็นผล ผู้ป่วยบางรายจึงอาจต้องใช้ยาก่อนช่วงที่มีละอองเกสรประมาณ 2 – 4 สัปดาห์ เพื่อป้องกันอาการแพ้ที่เกิดขึ้นตามช่วงฤดูกาล

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน