การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งส่วนหัวตับอ่อนที่ได้รับการผ่าตัด Whipple's operation: กรณีศึกษา

Nursing care of pancreatic head CA patients with receiving Whipple's operation: A case study

(Received: June 27,2023 ; Revised: June 28,2023 ; Accepted: June 29,2023)

สร้อยสน พามา[1]
Soison Pama

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งส่วนหัวตับอ่อนที่ได้รับการผ่าตัด Whipple's operation

ผลการศึกษา: กรณีศึกษาหญิงไทย อายุ 73 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 22 พฤษภาคม 2565 ด้วยอาการปวดจุกแน่นท้อง ท้องอืดบ่อยๆ นัดมาส่องกล้องทางเดินอาหาร ERCP พบ Obstructive jaundice ได้รับการทำ CT of upper abdomen พบ Distal CBD obstruction และวินิจฉัย Primary pancreatic head CA แพทย์ทำผ่าตัด Whipple's operation วันที่ 24 พฤษภาคม 2565 ขณะดูแล ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพการหายใจบกพร่อง ใส่ท่อช่วยหายใจ เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน POPF ซึ่งเป็นภาวะหลังการผ่าตัดตับอ่อนที่พบได้บ่อยที่สุด ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาจนปลอดภัย ในระยะฟื้นฟู ได้รับการดูแลป้องกันติดเชื้อที่บาดแผล การควบคุมความปวด จนอาการดีขึ้นตามลำดับ จำหน่ายได้วันที่ 5 มิถุนายน 2565 รวมระยะการรักษาตัวในโรงพยาบาล 14 วัน

คำสำคัญ : การพยาบาล, มะเร็งส่วนหัวตับอ่อน**,** การผ่าตัด Whipple's operation

Abstract

This study was case study aimed to study the nursing care of pancreatic head CA patients with receiving Whipple's operation.

Results: A case study of a 73 year old Thai woman with abdominal pain and flatulence was admitted to the hospital on 22 May 2022. After endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP), the result showed obstructive jaundice. Patient was received CT of upper abdomen. Distal CBD obstruction was observed. The patient was diagnosed with Primary pancreatic head CA. Doctor performed Whipple's operation on 24 May 2022. During nursing care, the patient had impaired breathing performance then received the intubation. The patient had a risk of bleeding after surgery and postoperative pancreatic fistula (POPF) which is the most common condition after pancreatic surgery. The patient was treated until safe. During the recovery period, patient received care to prevent wound infection and pain control. The patient was discharged on 5 June 2022, Total of admission for14 days.

Keywords: nursing care, pancreatic head CA, Whipple's operation

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

บทนำ

มะเร็งส่วนหัวตับอ่อน เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สัมพันธ์กับโรคมะเร็งเป็นอันดับที่ 4 ในประชากรฝั่งตะวันตกทั้งในทวีปยุโรป และอเมริกา ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตประมาณหนึ่งแสนรายต่อปี และมีอัตราการรอดชีวิตระยะยาวเพียง ร้อยละ 1 หากพิจารณาประเด็นอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งทั้งหมด พบว่า ปัญหาหลักที่สำคัญ คือ การวินิจฉัยมะเร็งตับอ่อนในครั้งแรกพบว่าอยู่ในระยะลุกลาม ไปยังเนื้อเยื่อข้างเคียงหรือเป็นระยะแพร่กระจาย ประมาณร้อยละ 80 ถึง 90 อย่างไรก็ตามหากสามารถผ่าตัดเอามะเร็งออกในผู้ป่วยที่เหมาะสมได้ อาจส่งผลให้อัตราการอยู่รอดสูงถึงร้อยละ 25 และในสถาบันที่มีการผ่าตัดปริมาณมาก (high volume) ย่อมทำให้ผู้ป่วยมีผลจากการผ่าตัดที่ดีและมีอัตราการตายต่ำกว่าร้อยละ 5 ซึ่งจากอดีตจนถึงปัจจุบันได้มีการพัฒนาวิธีการผ่าตัดรักษามะเร็งส่วนหัวตับอ่อนมากขึ้น ตั้งแต่การผ่าตัดเปิดช่องท้องจนไปถึงการเจาะรูผนังหน้าท้องเพื่อผ่าตัดมะเร็ง

ปัจจุบันโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ได้มีการผ่าตัดมะเร็งส่วนหัวของตับอ่อน (Whipple's operation) โดยปี พ.ศ. 2563-2565 มีจำนวนผู้ป่วย 6 ราย, 7 ราย และ 9 ราย ตามลำดับ หลังผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดจะได้รับการดูแลในห้องผู้ป่วยหนัก มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลใกล้ชิด ปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจากการผ่าตัด ซึ่งพยาบาลเป็นผู้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ในช่วงภาวะวิกฤต จะต้องมีความรู้ ความสามารถ และความชำนาญด้านการพยาบาลรวมทั้งความเข้าใจพยาธิสภาพหลังการผ่าตัด และสามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ทันทีหากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ภาวะเลือดออกมากหลังผ่าตัด อาการปวดแผลเฉียบพลัน ดังนั้นจึงมีความสนใจที่จะศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งส่วนหัวของตับอ่อนที่ได้รับการผ่าตัด Whipple's operation เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ยกระดับคุณภาพการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งส่วนหัวตับอ่อนที่ได้รับการผ่าตัด Whipple's operation: กรณีศึกษา ให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ

วิธีการศึกษา

1. เลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล จำนวน 1 ราย
2. รวบรวมข้อมูล อาการ ประวัติการเจ็บป่วย ผลการตรวจรักษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาของแพทย์
3. ศึกษาค้นคว้า ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากเอกสาร ตำรา ผลงานวิชาการ บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งส่วนหัวตับอ่อนที่ได้รับการผ่าตัด Whipple's operation
4. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ปัญหา นำมาวางแผนการพยาบาล
5. ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล และประเมินผลการพยบาลตามแผน
6. สรุปผลการศึกษา เพื่อรวบรวมข้อมูลและปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยเพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา
7. นำเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน ตรวจทาน แก้ไข และจัดพิมพ์เผยแพร่

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

กรณีศึกษาหญิงไทย อายุ 73 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 22 พฤษภาคม 2565 ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดจุกแน่นท้อง ท้องอืดบ่อยๆ นัดมาส่องกล้องทางเดินอาหาร ERCP พบ Obstructive jaundice ได้รับการทำ CT of upper abdomen พบ Distal CBD obstruction และวินิจฉัย Primary pancreatic head CA แพทย์จึงนัดมาทำผ่าตัด แรกรับเข้ารักษาตัวที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม

หญิง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ลุกเดินช่วยเหลือตัวเองได้ดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/90 มิลลิเมตรปรอท เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC 5,780 cell/cu.m.m, Neutrophil 47.9%, Lymphocyte 44.5%, Monocyte 4.5%, Eosinophil 2.6, Basophil 0.5%, Hct 31% Biochemistry Na 141 mmol/L, K 4.04 mmol/L, Cl 105 mmol/L, CO_2 25.4 mmol/L, BS 86 mg/dl, PT 10.5 sec, INR 0.89, PTT 22.2 sec, LFT Total protein 7.02 g/dl, Albumin 3.71 g/dl, Globulin 3.31%, Direct bilirubin 2.48 mg/dl, Alkaline phosphatase 224 U/L, SGOT 31 U/L, SGPT 15 U/L จากการศึกษาประวัติและแบบแผนการดำเนินชีวิต พบว่า

แบบแผนที่ 1 แบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยจะรอให้หายเองและซื้อยามารับประทาน เมื่อเจ็บป่วยมากจะเข้ารักษาในสถานีอนามัยใกล้บ้านหรือโรงพยาบาล เคยดื่มสุรามานาน 10 ปี ปัจจุบันเลิกแล้ว ไม่เคยสูบบุหรี่ การประเมินสุขภาพ ท้องอืดตึงเล็กน้อย สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/68 มิลลิเมตรปรอท

แบบแผนที่ 2 แบบแผนโภชนาการและเมตาโบลิซึม รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ตรงตามเวลา โดยมีอาหารหลัก คือ ข้าวจ้าว ชอบอาหารที่มีรสจัด รับประทานได้ทุกประเภท ปฏิเสธการรับประทานอาหารดิบ ของหมักดอง ปฏิเสธการอาหาร การประเมินสุขภาพ น้ำหนักประมาณ 54 กิโลกรัม ส่วนสูงประมาณ 156 เซนติเมตร ลักษณะผิวหนังยืดหยุ่นดี

แบบแผนที่ 3 แบบแผนการขับถ่ายของเสีย ปกติถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง ถ่ายปัสสาวะวันละ 3-4 ครั้ง ไม่มีอาการปัสสาวะแสบขัด การประเมินสุขภาพ ผู้ป่วยได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะก่อนผ่าตัด

แบบแผนที่ 4 แบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ทำได้ตามปกติ ออกกำลังกายเดินระยะสั้น ๆ ได้ การประเมินสุขภาพ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แขนขาทั้งสองข้างแรงดี

แบบแผนที่ 5 แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน การนอนหลับ ผู้ป่วยนอนหลับวันละ 8-10 ชั่วโมง นอนเป็นเวลา ตั้งแต่เวลา 22:00 น.- 06:00 น. นอนเวลากลางวันประมาณ 1 ชั่วโมง รับประทานยานอนหลับเป็นบางครั้ง

แบบแผนที่ 6 แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ การมองเห็นไม่ชัดเจนตาพร่ามัวประมาณ 3 ปี ไม่ได้สวมแว่นตา การได้ยิน หูทั้งสองข้างได้ยินชัดเจนดี การดมกลิ่น จมูกสามารถรับกลิ่นได้ตามปกติ การรับรส ลิ้นสามารถรับรสชาติอาหารได้ปกติ การสัมผัสความรู้สึกร้อน หนาว เจ็บปวดได้ตามปกติ

แบบแผนที่ 7 แบบแผนการเรียนรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ ก่อนการเจ็บป่วยรู้สึกว่าตนเองสามารถทำงานได้ทุกอย่างปกติ ตามอายุ จากการประเมินสุขภาพ การเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้เป็นภาระของครอบครัว กลัวรักษาไม่หายและกลัวเสียชีวิต

แบบแผนที่ 8 แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพดีกับบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน สามารถพึ่งพาได้ ไม่มีปัญหาในการปรับตัวหรืออยู่ร่วมกับผู้อื่น บทบาทเป็นสมาชิกในครอบครัว

แบบแผนที่ 9 แบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ ผู้ป่วยแต่งงาน มีบุตร 2 คน ปฏิเสธความผิดปกติด้านเพศสัมพันธ์ และความผิดปกติของอวัยวะเพศ

แบบแผนที่ 10 แบบแผนการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการที่เป็นอยู่ กลัวเสียชีวิต

แบบแผนที่ 11 แบบแผนค่านิยมและความเชื่อ เชื่อเรื่องบาป บุญ เวรกรรม ต้องการหายจากการเจ็บป่วยและอยู่กับครอบครัวนาน ๆ

แพทย์วางแผนผ่าตัดมะเร็งส่วนหัวของตับอ่อน (Whipple's operation) วันที่ 24 พฤษภาคม 2565 ผู้ป่วยได้รับการเตรียมผ่าตัดที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ส่งเข้าผ่าตัดเวลา 09.44 น. ออกจากห้องผ่าตัดเวลา 15.15 น. และเข้ารักษาพยาบาลต่อที่ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม แรกรับที่ห้องผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยรู้สึกตัว อ่อนเพลีย ใส่ท่อช่วยหายใจ No.8 มุมปาก 22 cms หายใจสัมพันธ์กับการบีบ Ambu bag สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/78 มิลลิเมตรปรอท On NG tube ต่อลงถุง content สีเขียวใส แผลผ่าตัดหน้าท้องมีสายระบาย Jackson drain 1 เส้น ใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองเข้มออกก้นถุง 50 ml

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพการหายใจบกพร่องภายหลังผ่าตัดไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ใส่ท่อช่วยหายใจ O_2 saturation 97% ประเมินการหายใจต่อเครื่องช่วยหายใจ Volume ventilator mode PCMV RR 16/min PS 14 cmH_2O PEEP 5 cmH_20 FiO_2 0.4 ประเมินสังเกตจดบันทึกอาการแสดง Vital signs ทุก 15 นาที และอาการของภาวะขาดออกซิเจน ได้แก่ ซีด ตัวเย็น กระสับกระส่าย หายใจเหนื่อยหอบ ปลายมือปลายเท้าเย็น ดูแลให้เครื่องช่วยหายใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ จัดสายเครื่องช่วยหายใจไม่ให้หักพับงอ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูดเสมหะอย่างนุ่มนวลเมื่อพบว่ามีเสียงเสมหะในท่อหลอดลมคอ ดูดเสมหะครั้งหนึ่งๆ ไม่เกิน 10-15 วินาที ใช้ self inflating bag ต่อออกซิเจน 10 ลิตร/นาที บีบลมเข้าปอดอย่างนุ่มนวลสลับกับการดูดเสมหะ ขณะดูดเสมหะสังเกตอาการขาดออกซิเจน ได้แก่ ซีด ริมฝีปากเขียวคล้ำ ประเมิน Tidal volume และวัด O_2 saturation ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อปรับเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสม ฟังเสียงลมเข้า-ออกจากปอด ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจและตรวจสอบตำแหน่งของท่อหลอดลมคอ การประเมินผล 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ สัญญาณชีพ ชีพจร 100-110 ครั้ง/นาที หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/70-130/90 มิลลิเมตรปรอท O_2 saturation 97-98% เริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจวันที่ 2 หลังการผ่าตัด โดย Spont 5 cmH_2O. PS 10 cmH_2O FiO2 0.4 ประเมิน O_2 saturation ระหว่างการหย่าเครื่องช่วยหายใจ แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจและในปากออกหมด ปล่อยลมออกจาก cuff ถอดท่อช่วยหายใจ เมื่อผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจแล้ว On O_2 Canular 5 LPM ประเมินลักษณะการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ O_2 saturation ภายหลังถอดท่อช่วยหายใจ Monitor NIBP อย่างใกล้ชิด ติดตามและบันทึกการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เตรียมอุปกรณ์พร้อมใส่ใหม่เมื่อมีอาการเหนื่อยหอบ ผู้ป่วยสมารถถอดท่อหายใจได้สำเร็จ

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด หลังการผ่าตัดมีแผลบริเวณหน้าท้องงมีเลือดซึมเล็กน้อย สารเหลวจากท่อระบายสีแดงสด ปริมาณ 50 ml เสียเลือดในห้องผ่าตัด 400 ml ความดันโลหิต 100/62 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 102 ครั้ง/นาที วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก ½ -1 ชั่วโมง ใน 12 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้น ทุก 1 ชั่วโมง สังเกตและบันทึกปริมาณเลือดที่ออกจากแผลผ่าตัดและสายระบาย เช่น ท่อระบาย gastric content ถ้าปริมาณเลือดที่ออกจากท่อระบายเป็นเลือดสด >400 มล./ชม. ใน 1 ชม., 200 มล./ชม.X 2 ชม., 100 มล./ชม. X 4 ชม. หรือมีภาวะ hypovolumia เช่น ความดันโลหิตต่ำ ปลายมือปลายเท้าเย็น ให้รีบรายงานแพทย์ทันที ดูแลการทำงานของสายระบายให้มีประสิทธิภาพ โดย ดูแลวางสายระบายไม่ให้หักพบงอ ใช้ตัวหนีบของขวด Jackson drain หนีบ กับเสื้อเพื่อยึดสายให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม และจัดสายท่อระบายให้ตึงพอดีไม่ดึงรั้ง เทสารคัดหลั่ง (Content) ออกจากกระเปราะลงในถุงพลาสติกโดยใช้หลักปราศจากเชื้อ บีบพับให้กระเปาะแบนพร้อมเช็ดบริเวณฝาปิด ดูแลสายที่ใส่เข้าไปในกระเพาะอาหารต่อลงถุงพร้อมสังเกตสีและจำนวนของน้ำที่ถูกดูด

ออกมา ดูแลให้สารน้ำ Acetar 1000 ml iv drip 120 ml/hr ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct ลดลงจาก 32% เป็น 25% ดูแลให้เลือดชนิด PRC 1 unit iv in 3 hr ทดแทนตามแผนการรักษา สังเกตลักษณะ จำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง keep 25 ml/hr การประเมินผล หลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เลือดที่ออกจากท่อระบาย 20 ml สีแดงจางๆ ไม่ มีเลือดออกที่แผลผ่าตัด รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ชีพจรส่วนปลายแรง capillary filling test 2 วินาที ผิวหนังอุ่นผล Hct หลังให้เลือด 31% ปัสสาวะออก 50 ml/hr

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน POPF (Postoperative pancreatic fistula) POPF เป็นภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดตับอ่อนที่พบได้บ่อยที่สุด โดยพบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดนั้นอยู่ที่ประมาณร้อยละ 10-60 พยาบาลจึงต้องเฝ้าระวังใกล้ชิด ประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง สังเกตสารคัดหลั่งในขวดระบาย ทั้งสี และปริมาณ 3 วัน หลังผ่าตัด ส่งตรวจ Serum amylase จากเลือด และสายระบายที่ออกมา หากมีค่า amylase ในสายระบาย (drain fluid) ที่สูงมากกว่าสามเท่าของค่าสูงสุดของค่าปกติ (upper normal limit) รีบรายงานแพทย์ทันที การประเมินผล พบว่าผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ค่า amylase ในสายระบายสัดส่วนน้อยกว่าค่า Serum amylase ไม่พบการรั่วซึมหลังการผ่าตัด 1 สัปดาห์หลังผ่าตัด สามารถ off drain ออกได้

รูปแบบการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ/การขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากปวดแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง หลัง off Et-tube ผู้ป่วยหายใจเร็วตื้น อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที นอนนิ่งไม่ขยับตัว มีเสียงเสมหะในลำคอ อธิบายสาเหตุและผลกระทบของการขับเสมหะหรือการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่า semi-fowler’s position หรือในท่านอนศีรษะสูง (fowler’s position) เพราะในท่านี้จะช่วยให้กล้ามเนื้อกะบังลมลดต่ำและทำให้หดตัวได้แรงดีส่งผลให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ ให้ผู้ป่วยใช้มือประสานกันพยุงแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง ใช้หมอนหรือผ้าสะอาดวาง บนแผลและใช้มือ 2 ข้างวางทับอีกครั้งเพื่อช่วยลดการสะเทือนบริเวณแผลผ่าตัด สอนการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ และฝึกหายใจโดยใช้อุปกรณ์ (Incentive spirometer) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา ประเมินอาการของภาวะพร่องออกซิเจน การทำงานของปอดโดยฟังเสียง และประเมินการหายใจผิดปกติรายงานแพทย์ บันทึกสัญญาณชีพ O_2 saturation ทุก 4 ชั่วโมง ดูแลความสะอาดปากและฟันลดการคั่งของเสมหะ ติดตามผลการตรวจ CXR ผู้ป่วยไม่มีอาการกระสับกระส่าย หายใจไม่หอบเหนื่อย สัญญาณชีพปกติ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที O_2saturation มากกว่า 99% เสียงหายใจปกติ ผลตรวจ CXR ปกติ

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสารน้ำและเกลือแร่ไม่สมดุล ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปิดตัดเอามะเร็งส่วนหัวตับอ่อนออก วันที่ 2 ยังงดน้ำและอาหารทางปาก มี gastric content จาก NG tube สีเขียว ออก 100 ml อ่อนเพลีย การ เคลื่อนไหวของลำไส้ 1-2 ครั้งต่อนาที ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ คือ ปากแห้ง กระหายน้ำ ผิวหนังขาดความตึงตัว อ่อนเพลีย ชีพจรเต้นเร็ว ปัสสาวะมีความถ่วงจำเพาะมากกว่า 1.030 เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะโซเดียมต่ำ คือ คลื่นไส้ อาเจียน สับสน สั่น อ่อนเพลีย มีตะคริว อาการโพแทสเซียมต่ำ คือ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชีพจรเต้นไม่สม่ำเสมอ คลื่นไส้ อาเจียน ซึมลงลำไส้มีการเคลื่อนไหวลดลง บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ดูแลให้สารน้ำและสารอาหารทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ได้แก่ Acetar 1000 ml iv drip 120 ml/hr สังเกตสีลักษณะ ปริมาณของสารเหลว (content) ที่ออกจาก NG tube ท่อระบาย ลักษณะอุจาระปัสสาวะ ผิดปกติรายงานแพทย์ บันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 4-8 ชั่วโมง ถ้าออกน้อยกว่า 0.5 มล./กก./ชม. รายงานแพทย์ ส่งตรวจและติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอิเลคโตรไลท์หลังผ่าตัด การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ปริมาณน้ำเข้า/น้ำออก คือ 1,500 มล./ 1,350 มล. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ชีพจร 100-110 ครั้ง/

นาที หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/70-120/86 มิลลิเมตรปรอท 4 วันหลังผ่าตัด off NG tube ได้ เริ่มจิบน้ำ อาหารเหลว อาหารอ่อนได้ตามลำดับ ตรวจเกลือแร่ในร่างกาย Na 135 mmol/L, K 3.54 mmol/L, Cl 126 mmol/L, CO_2 20.3 mmol/L

ไม่สุขสบายปวดแผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด หลังผ่าตัด Whipple's operation วันที่ 1 มีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง ใต้ชายโครงขวาแนวเฉียง ผู้ป่วยบอกปวดแผลมาก นอนนิ่งไม่เคลื่อนไหวร่างกาย สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง มีความดันโลหิตสูงขึ้น 160/98 มิลลิเมตรปรอท หายใจเร็ว 24 ครั้ง/นาที ชีพจรเต้นเร็ว 108 ครั้ง/นาที สีหน้าไม่สุขสบาย pain score 10 คะแนน ประเมินความปวดโดยใช้ numeric rating scale ร่วมกับประเมิน สีหน้า ท่าทาง สัญญาณชีพ ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาโดยให้ 0.0625% Marcrain + MO 0.02 mg/ml epidural drip 4 ml/hr ทางหลอดเลือดดำและสังเกต อาการแทรกซ้อน คือ กดการหายใจ RR< 12 ครั้ง/นาทีคลื่นไส้อาเจียน หลังได้รับยา 30-60 นาที ประเมิน ความปวดซ้ำ งดให้ morphine จัดท่าศีรษะสูง หรือท่า semi fowler's position เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อน ลดความตึงของแผลที่ท้อง สอนให้ประคองแผลเวลาไอหรือขยับตัวเพื่อลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อการสั่นสะเทือนแผล แนะนำการใช้เทคนิคผ่อนคลาย เช่น หายใจเข้าออกยาว ๆ ลึก ๆ และการเบี่ยงเบนความสนใจ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนและช่วยเหลือในการทำกิจกรรม เช่น การพลิกตะแคงตัว การเช็ดตัว การประเมินผล 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด สีหน้ายังไม่ค่อยสุขสบาย นอนหลับได้เป็นพักๆ ประมาณครั้งละ 1-2 ชั่วโมง pain score 6 คะแนน ชีพจร 98 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/78 มิลลิเมตรปรอท 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด นอนหลับพักได้นานขึ้น 3-4 ชั่วโมง pain score 5 คะแนน

เสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด มีแผลหน้าท้องเป็นแผลเปิดยังไม่เย็บแผล มีท่อระบาย สิ่งคัดหลั่ง มีไข้เป็นบางเวลา (T 39°C) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC พบ WBC 13,800 cell/cumm., Neutrophil 80 cell/cumm., Lymphocyte 15 cell/cumm. สังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ได้แก่ แผลที่หน้าท้องไม่มีการอักเสบ ปวด บวม แดง ร้อน ประเมินลักษณะสิ่งคัดหลั่งที่ออกจากแผลผ่าตัดและท่อระบายทั้ง สี กลิ่น ปริมาณ หาก ผิดปกติ ได้แก่ สิ่งคัดหลั่งสีน้ำตาล แดงคล้ำ สีเขียวคล้ายน้ำดี ให้รายงานแพทย์ ดูแลความสะอาดร่างกายของผู้ป่วย ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ได้แก่ Cef 3 2 gm iv OD Metronidazole 500 mg iv ทุก 8 ชั่วโมง วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง บันทึกน้ำเข้าน้ำออกทุก 8 ชั่วโมง เมื่อมีไข้ ดูแลเช็ดตัวลดไข้และกระตุ้นให้ดื่มน้ำมากกว่า 3,000 มล./วัน จัดสิ่งแวดล้อมให้อากาศถ่ายเท ดูแลให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษา ให้ได้รับอาหารเพื่อส่งเสริมกระบวนการหายของแผล ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC ดูแลทำความสะอาดแผลผ่าตัดที่มีท่อระบาย เพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ลดจำนวนเชื้อโรคและการระคายเคืองผิวหนัง ช่วยส่งเสริมการหายของแผล ดูแลท่อระบายไม่ให้หักพับงอ ติดพลาสเตอร์ ยึดสายให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม และจัดสายท่อระบายให้ตึงพอดี ไม่ดึงรั้ง การบีบรูด (milking) สายท่อระบาย ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/60 มิลลิเมตรปรอท แผลที่หน้าท้องแดงดี ไม่มีหนอง ปวด บวม แดง ร้อน ท้องอืดเล็กน้อย ไม่มีคลื่นไส้และอาเจียน สารคัดหลั่งจากท่อระบายสีเหลืองใส ปริมาณ 10-20 ซีซี ใน 8 ชั่วโมง วันที่ 3 มิถุนายน 2565 ผู้ป่วยได้รับการเย็บแผลที่ห้องผ่าตัด แผลแห้งดี ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อ

ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก อาการดีขึ้นตามลำดับ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจสม่ำเสมอ (room air) สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/60 มิลลิเมตรปรอท แผลผ่าตัดแห้งดี รับประทานอาหารอ่อนได้ดี ไม่มี

คลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะได้เอง สีเหลืองใส แพทย์ให้จำหน่ายได้วันที่ 5 มิถุนายน 2565 ก่อนจำหน่ายกลับบ้านอธิบายการปฏิบัติตัวต่อที่บ้านเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น ไข้ แผลผ่าตัด บวม แดง ท้องอืด มีคลื่นไส้อาเจียน การดูแลบาดแผลให้ทำแผลวันละ 1 ครั้งที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน การรับประทานยาปฏิชีวนะต่อเนื่องจนครบ 1 สัปดาห์ รวมระยะการรักษาตัวในโรงพยาบาล 14 วัน

อภิปรายผล

1. การผ่าตัด Whipple's operation เป็นการผ่าตัดที่ใช้ระยะเวลาการผ่าตัดนาน ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้ใช้เวลาผ่าตัดนานมากกว่า 6 ชั่วโมง ซึ่งถือเป็นความเสี่ยงมากที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ภาวะสับสนชั่วขณะ หรือการฟื้นจากยาสลบช้า ภาวะพร่องออกซิเจน พยาบาลจึงต้องสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดภายหลังจากผ่าตัด ต้องวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที สังเกตอาการฟื้นจากยาสลบ ระดับความรู้สึกตัว ระดับออกซิเจนในร่างกาย Central monitor ให้ทราบอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ตลอดจนการป้องกันการติดเชื้อที่ปอดสัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยด้วยการปฏิบัติตามมาตรฐาน VAP BUNDLE ให้ผู้ป่วยสามารถหายใจได้โดยเร็ว ไม่เกิดภาะแทรกซ้อน ผู้ป่วยรายนี้จึงหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จใน 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด

2. การเกิดภาวะแทรกซ้อน POPF (Postoperative pancreatic fistula) ซึ่งเป็นภาวะแทรก- ซ้อนหลังการผ่าตัดตับอ่อนที่พบได้บ่อยที่สุด พยาบาลต้องสังเกตอาการแสดงของการเกิดภาวะนี้ ได้แก่ สายระบายไม่มี content ออก ท้องอืด ปวดท้อง ความดันโลหิตลดลงเฉียบพลัน ซึ่งถือว่าอาการรุนแรงแล้ว การส่งตรวจ Serum amylase จากเลือดและสายระบายที่ออกมาจะช่วยวินิจฉัยได้ดี แต่ในการเก็บสิ่งส่งตรวจดังกล่าวต้องอยู่ภายใต้เทคนิคความปลอดภัย และปราศจากเชื้อและส่งตรวจในทันที เมื่อทราบผลพยาบาลสามารถที่จะทำนายความผิดปกติและสามารถรายงานแพทย์ได้ทันที ส่งผลให้ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการดูแลเป็นตามมาตรฐานปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

3. หลังการผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการปวดแผลมาก ไม่กล้าขยับตัวเพราะกลัวเจ็บแผลมากขึ้น ต้องให้ยาแก้ปวด MO 4 mg iv ทุก 4 ชั่วโมง ในระยะ 3 วันแรก และประเมิน pain score ทุก 4 ชั่วโมงระดับ pain score ลดลงเท่ากับ 5-7 คะแนน เมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดลดลงต้องกระตุ้นให้เคลื่อนไหวร่างกายตามความเหมาะสม เพราะอาจเกิดมี Re-bleeding ในช่องท้องได้ โดยการติดตามอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด และติดตาม Hct เป็นระยะ การสังเกตและบันทึกปริมาณของสารระบายจากสายต่างๆ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดอบรมเพิ่มความรู้ และสมรรถนะในการให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งทุกปี เนื่องจากโรงพยาบาลมีแพทย์เฉพาะทางด้านโรคศัลยกรรมตับและทางเดินน้ำดี จะส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น พยาบาลต้องมีความรู้ทันต่อสมัยตลอดเวลา

2. ควรจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนให้เป็นมาตรฐานสำหรับการดูแลผู้ป่วยให้เป็นแนวทางเดียวกัน

3. แก้ปัญหาการขาดแคลนเลือด โดย เตรียมล่วงหน้าก่อนผ่าตัดให้ญาติมาบริจาคเก็บไว้ และประชาสัมพันธ์การมาบริจาคเลือด

เอกสารอ้างอิง

1.ชัยพิชิต พุทธาพิทักษ์พงศ์. (2559). การดูแลโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน. เวชสารแพทย์ทหารบก. 69(2), 89-99.

2.ธีระชล สาตสิน, ปิยะพงษ์ หารศรี, ชญานิศ ชอบอรุณสิทธิ ธณิดา พุ่มท่าอิฐ. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนในระยะสุดท้าย: กรณีศึกษา. วชิรสารการพยาบาล; 23(2): 82-96.

3.วีรรณ อุดมประภาทรัพย. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งส่วนหัวของตับอ่อน (Whipple operation) : กรณีศึกษา. วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร; 20(1): 14-23.

4.Bourgouin S, Ewald J, Mancini J, Moutardier V, Delpero JR, Le Treut YP. (2017). Predictive factors of severe complications for ampullary, bile duct and duodenal cancers following pancreaticoduodenectomy: Multivariate analysis of a 10-year multicentre retrospective series. Surgeon;15(5):251-8.

5.Gumbs, A.A.; Rodriguez Rivera, A.M.; Milone, L.; Hoffman, J.P. (2017).Laparoscopic Pancreatoduodenectomy: A Review of 285 Published Cases. Ann. Surg. Oncol. 2017, DOI:10.1245/s10434-010-1503-4.

6.Hassold N, Wolfschmidt F, Dierks A, Klein I, Bley T, Kickuth R. (2016). Effectiveness and outcome of endovascular therapy for late-onset postpancreatectomy hemorrhage using covered stents and embolization. J Vasc Surg;64(5):1373-83.

7.Staerkle RF, Gundara JS, Hugh TJ, Maher R, Steinfort B, Samra JS. (2017). Management of recurrent bleeding after pancreatoduodenectomy. ANZ J Surg.