

ผลงานที่ใช้ในการประเมิน

เรื่อง

การจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ  
ที่ได้รับการทำกระเพาะปัสสาวะเทียมเปิดหน้าท้อง (Ileal conduit)

โดย

นางสาวสุภาวดี ศรีสุชาติ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล

ตำแหน่งเลขที่ ๓๒๓๔

กรมการพยาบาลผู้ป่วยนอกคัดสรร

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

## คำนำ

โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ เป็นปัญหาสุขภาพของประชากรที่พบมากและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย มะเร็งกระเพาะปัสสาวะเกิดจากความผิดปกติของเซลล์ในกระเพาะปัสสาวะที่มีการเจริญเติบโตแบ่งตัวเพื่อเพิ่มจำนวนเซลล์อย่างรวดเร็วและมากผิดปกติจนกลายเป็นก้อนเนื้อออกมา และก้อนเนื้ออกนี้สามารถเจริญเติบโตขึ้นจนอาจเต็มกระเพาะปัสสาวะ ลุกลามไปยังอวัยวะและต่อมน้ำเหลืองข้างเคียง สาเหตุของโรคมะเร็งยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบว่ามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคนี้อย่างไรก็ตาม เช่น การสูบบุหรี่ การสัมผัสสารเคมีบางอย่างหรือรังสี การรักษามะเร็งกระเพาะปัสสาวะมีอยู่หลายวิธี ขึ้นอยู่กับระยะของโรค หากเป็นระยะที่ก้อนเนื้ออกลุกลามเข้าไปยังชั้นกล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะ อาจต้องตัดกระเพาะปัสสาวะออก แล้วนำลำไส้ส่วนหนึ่งมาทำหน้าที่แทน และนำมาเป็นรูเปิดปัสสาวะที่หน้าท้องหรือที่เรียกว่าทวารเทียม เป็นทางผ่านของน้ำปัสสาวะจากท่อไตระบายออกสู่ภายนอก และจะต้องติดถุงหน้าท้องตลอดเวลา ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาการขับถ่ายปัสสาวะ มีผลต่อภาพลักษณ์อย่างชัดเจน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและรวมถึงกระทบต่อแบบแผนการดำรงชีวิตของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งผู้ป่วยจะต้องการการดูแลและสนับสนุนทั้งด้านร่างกายและจิตใจอยู่ตลอดเวลา บางรายต้องการการสนับสนุนด้านกำลังใจตลอดชีวิต

ผู้ศึกษาจึงเล็งเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วย จึงได้ศึกษาแนวคิดการจัดการรายกรณีและแนวคิดการดูแลทวารเทียม ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนช่องทางขับถ่ายปัสสาวะหรือมีทวารเทียมทางเดินปัสสาวะ ซึ่งเป็นการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วย วางแผนให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ในทุกระยะของความเจ็บป่วย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในการพยาบาล สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยตามความเป็นจริง ตอบสนองความต้องการที่ซับซ้อนด้านสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว การพิทักษ์สิทธิ์ การประสานให้เข้าถึงแหล่งทรัพยากร อันจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค และเป็นแบบอย่างแนวทางให้แก่พยาบาลและบุคลากรที่สนใจ ในลำดับต่อไป

## โรงพยาบาลเลิดสิน

นางสาวสุภาวดี ศรีสุชาติ

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญภาพ	ค
<b>บทที่ 1      บทนำ</b>	
ความสำคัญและความเป็นมา	1
วัตถุประสงค์	2
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	2
<b>บทที่ 2      ทฤษฎี</b>	
กายวิภาคของกระเพาะปัสสาวะ	3
เส้นเลือดและเส้นประสาทที่เลี้ยงกระเพาะปัสสาวะ	4
กลไกการขับถ่ายปัสสาวะ	5
โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (Bladder cancer)	7
- ระบาดวิทยา	7
- ปัจจัยเสี่ยง (Risk factor)	7
- ชนิดของมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	8
- การแบ่งระยะโรค (Staging)	9
- อาการและอาการแสดง	9
- การวินิจฉัยโรค	10
- การรักษาและการพยาบาล	12
<b>บทที่ 3      ทฤษฎีการพยาบาลที่นำมาประยุกต์ใช้กับกรณีศึกษา</b>	30
แนวคิดการจัดการรายกรณี (Case management)	30
แนวคิดการดูแลออสโตมีและแผล (Ostomy and Wound care)	34
<b>บทที่ 4      กรณีศึกษา</b>	40
ข้อมูลทั่วไป	40
ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย	40
ข้อมูลแบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ	41
การประเมินร่างกายตามระบบ	44
การตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา	44

	หน้า
การวินิจฉัยโรค	47
พยาธิสภาพจากทฤษฎีเปรียบเทียบกับกรณีศึกษา	48
การรักษาและรายละเอียดคำสั่งแพทย์	54
ยาและการเฝ้าระวัง	59
ปัญหาทางการพยาบาลที่พบจากการจัดการรายกรณี	68
- ปัญหาทางการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด	69
- ปัญหาทางการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด	72
- ปัญหาทางการพยาบาลระยะวางแผนจำหน่าย	78
- ปัญหาทางการพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง	84
<b>บทที่ 5      สรุป วิจาร์ณ และข้อเสนอแนะ</b>	<b>88</b>
บรรณานุกรม	91
ภาคผนวก	
-Stoma Assessment Form	94
-ขั้นตอนการรับบริการออสโตมีคลินิก โรงพยาบาลเลิดสิน	96
-แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่มีทวารเทียม	97
-แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะ	98
ปัสสาวะที่ได้รับการตัดกระเพาะปัสสาวะและเปิดทวารเทียมเพื่อขับถ่ายปัสสาวะทาง หน้าท้อง (Ileal conduit)	

# กรมการแพทย์

## โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

## สารบัญภาพ

	หน้า	
ภาพที่ 1	โครงสร้างของระบบทางเดินปัสสาวะ	3
ภาพที่ 2	กายวิภาคของกระเพาะปัสสาวะ	4
ภาพที่ 3	เส้นประสาทที่มาเลี้ยงทางเดินปัสสาวะส่วนล่างในเพศชาย	5
ภาพที่ 4	กลไกการขับถ่ายปัสสาวะ	6
ภาพที่ 5	แสดงระยะ T stage ต่าง ๆ ของมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	9
ภาพที่ 6	การส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ (Cystoscopy)	11
ภาพที่ 7	การผ่าตัดโดยการส่องกล้องผ่านทางท่อปัสสาวะ	12
ภาพที่ 8	การผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด (Radical Cystectomy)	13
ภาพที่ 9	Urinary diversion	15
ภาพที่ 10	Stoma siting selection	22

# กรมการแพทย์

## โรงพยาบาลเลิดสิน

### ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

## บทที่ 1 บทนำ

### ความสำคัญและความเป็นมา

โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะพบมากเป็นอันดับที่ 7 ของมะเร็งทั่วโลก มีอัตราการเกิดโรคร้อยละ 330,000 รายต่อปี อัตราการตาย 130,000 รายต่อปี และอัตราการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะพบในเพศชายมากกว่าในเพศหญิง 3.8 เท่า สำหรับในประเทศไทยพบว่ามะเร็งกระเพาะปัสสาวะเป็นมะเร็งระบบทางเดินปัสสาวะที่พบได้บ่อยที่สุด มีอุบัติการณ์ประมาณ 4.9 ต่อประชากร 100,000 คน อยู่ในช่วงอายุ 50-70 ปี ซึ่งร้อยละ 90 ของมะเร็งกระเพาะปัสสาวะเป็นชนิด Transitional cell carcinoma เกิดจากเยื่อบุภายในของกระเพาะปัสสาวะมีการแบ่งตัวเพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ กลายเป็นเนื้องอกเจริญเติบโตขึ้นจนเต็มกระเพาะปัสสาวะ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาโดยการตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด และเลาะต่อมน้ำเหลืองข้างเคียงออก แล้วจึงทำทางให้ปัสสาวะออกใหม่ (Urinary diversion) ด้วยการนำท่อไตทั้งสองข้างต่อเข้ากับลำไส้เล็กส่วนปลาย (Ileum) ที่ตัดออกมาเป็นช่วงสั้นๆ ประมาณ 10-15 เซนติเมตร เพื่อเป็นทางให้น้ำปัสสาวะออกมาบริเวณหน้าท้องอย่างถาวรหรือที่เรียกว่าทวารเทียม (Stoma) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างหน้าที่ มีการรั่วซึมของปัสสาวะ เนื่องจากน้ำปัสสาวะไหลตลอดเวลา มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบทวารเทียมได้ง่าย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการไม่สุขสบาย มีอาการปวดแสบร้อน ร่วมกับการมีกลิ่นเหม็นของปัสสาวะ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเครียด วิตกกังวลจากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลง ส่งผลกระทบทั้งร่างกายและจิตใจ จากการเผชิญกับปัญหาเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการดำเนินชีวิต

ดังนั้น ผู้จัดทำในฐานะพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Nurse case manager) เล็งเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงได้นำรูปแบบการจัดการรายกรณี ซึ่งเป็นรูปแบบการให้บริการพยาบาลที่มีกรอบแนวคิดในการบริหารจัดการให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุด มาบูรณาการร่วมกับแนวคิดการดูแลทวารเทียมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วย ให้คำแนะนำปรึกษา การส่งเสริมสนับสนุนการดูแลตนเอง การพิทักษ์สิทธิ การประสานให้ผู้ป่วยเข้าถึงแหล่งทรัพยากร ก่อให้เกิดผลลัพธ์เชิงคุณภาพทั้งด้านคลินิก ด้านค่าใช้จ่าย และก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ผู้จัดทำสนใจศึกษาผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะและทำรูเปิดปัสสาวะทางหน้าท้อง (Ileal conduit) หลังผ่าตัดมีรูเปิดปัสสาวะ (Stoma) ต่ำกว่าระดับผิวหนังหน้าท้อง ติดแป้นยากทำให้วัสดุรองรับรั่วซึมง่าย มีความวิตกกังวล ขาดความมั่นใจในการดูแลตนเอง ทำให้มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การทำงาน และการเข้าสังคม ผู้ป่วยและผู้ดูแลจึงควรต้องมีการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติตัว เพื่อเป็นการสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาทักษะเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์

และสังคม เพื่อปรับตัวให้สามารถอยู่ได้กับแบบแผนชีวิตใหม่ อันส่งผลให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ และดำเนินชีวิตได้อย่างสมดุล

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อทบทวนองค์ความรู้ ในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับการทำกระเพาะปัสสาวะเทียมเปิดหน้าท้อง (Ileal conduit)
2. เพื่อประยุกต์องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาค้นคว้า เกี่ยวกับการพยาบาลในรูปแบบพยาบาลผู้จัดการรายกรณี มาใช้ในการเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้กับผู้ป่วยในการดูแลตนเอง

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เกิดการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค
2. เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับทีมพยาบาลผู้จัดการรายกรณีและพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับการผ่าตัดทำกระเพาะปัสสาวะเทียมเปิดหน้าท้อง (Ileal conduit)
3. เป็นแนวทางในการพัฒนาคู่มือการเพิ่มศักยภาพ และส่งเสริมการจัดการการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่มีทวารเทียม

**กรมการแพทย์**

**โรงพยาบาลเลิดสิน**

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

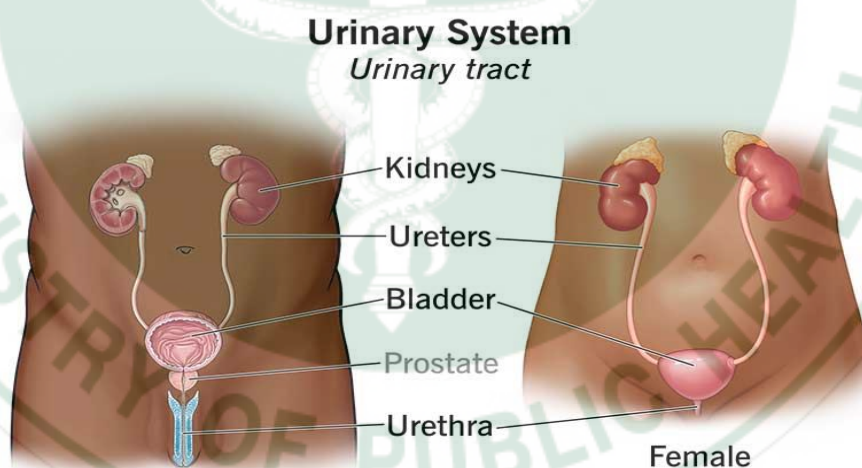
## บทที่ 2

### ทฤษฎีความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

#### กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของระบบทางเดินปัสสาวะ

ระบบขับถ่ายปัสสาวะ (Urinary System) เป็นระบบในร่างกายที่ทำหน้าที่ในการกรองของเสียและสารพิษออกจากเลือดและกำจัดออกจากร่างกายในรูปของน้ำปัสสาวะ (Urine) โดยระบบขับถ่ายปัสสาวะประกอบไปด้วยอวัยวะที่สำคัญ ได้แก่ ไต ท่อไต กระเพาะปัสสาวะและท่อปัสสาวะ (ภาพที่ 1)

ภาพที่ 1 โครงสร้างของระบบทางเดินปัสสาวะ



ที่มา: <https://my.clevelandclinic.org/health/body/21197-urinary-system>

สืบค้นเมื่อวันที่ 23 พฤศจิกายน 2566 เวลา 17.30 น.

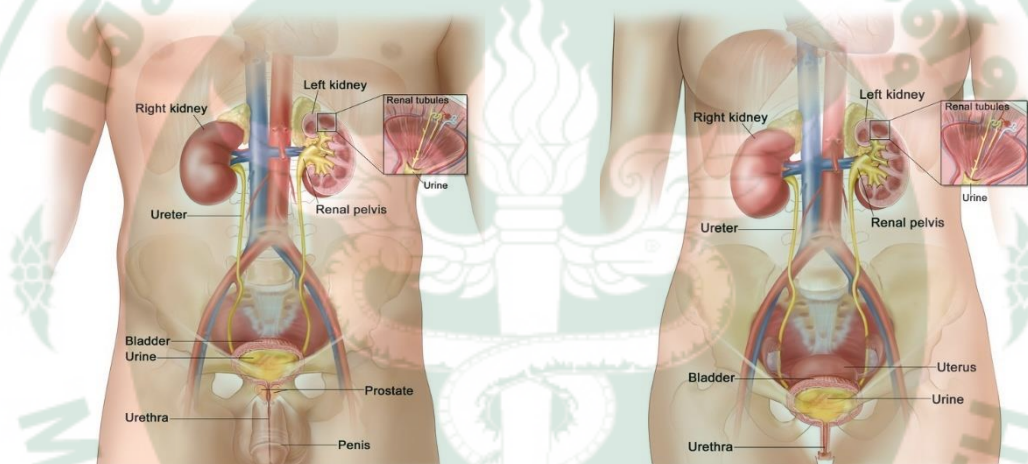
#### กายวิภาคของกระเพาะปัสสาวะ (Urinary bladder)

กระเพาะปัสสาวะ เป็นอวัยวะที่มีลักษณะคล้ายรูป Pyramid ข้างในกลางตั้งอยู่ในอุ้งเชิงกรานหลังต่อกระดูกหัวเหน่า มีความจุประมาณ 350-500 มิลลิลิตร ประกอบด้วย ยอด (Apex) ฐาน (Base) และด้านบน (Superior) ด้านข้างเยื้องไปทางด้านล่าง และคอของกระเพาะปัสสาวะ (Bladder neck) ส่วนยอดมีพังผืดยึดติดอยู่กับสะดือ ส่วนฐานมีลักษณะเป็นแฉ่งสามเหลี่ยม ในขณะที่กระเพาะปัสสาวะแฟบจะอยู่ใต้กระดูกหัวเหน่า เมื่อปัสสาวะเต็มจะโป่งนูนขึ้นมาเหนือหัวเหน่าได้กล้ำเนื้อของผนังหน้าท้องให้มองเห็นได้ทางด้านหลังของกระเพาะปัสสาวะ ในผู้ชายจะชิดกับลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (Rectum) ในผู้หญิงกระเพาะปัสสาวะจะอยู่น้ำมดลูก ปากมดลูกและช่องคลอด ส่วนต่ำสุดของกระเพาะปัสสาวะในผู้ชายเป็นต่อมลูกหมาก (Prostate gland) ซึ่งท่อหุ้มโดยรอบท่อปัสสาวะ (ภาพที่ 2) ขนาดของกระเพาะปัสสาวะ



เปลี่ยนแปลงไปตามปริมาณน้ำปัสสาวะที่มีอยู่ และภายหลังปัสสาวะเสร็จใหม่ๆจะต้องมีปัสสาวะเหลือค้างไม่เกิน 50 มิลลิลิตร

ภาพที่ 2 กายวิภาคของกระเพาะปัสสาวะ



Urinary system, Male, Anatomy

Urinary system, Female, Anatomy

ที่มา: <https://visualsonline.cancer.gov/details.cfm?imageid>

สืบค้นเมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2566 เวลา 20.00 น.

### เส้นเลือดและเส้นประสาทที่เลี้ยงกระเพาะปัสสาวะ

เส้นเลือดที่มาเลี้ยงกระเพาะปัสสาวะ ประกอบด้วย

1. เส้นเลือดแดง คือ Superior vesical artery และ Inferior vesical artery ซึ่งเป็นแขนงมาจากเส้นเลือด Internal iliac artery นอกจากนี้ในเพศหญิงกระเพาะปัสสาวะยังได้รับเลือดจากเส้นเลือด Uterine artery และเส้นเลือด Vaginal artery ด้วย

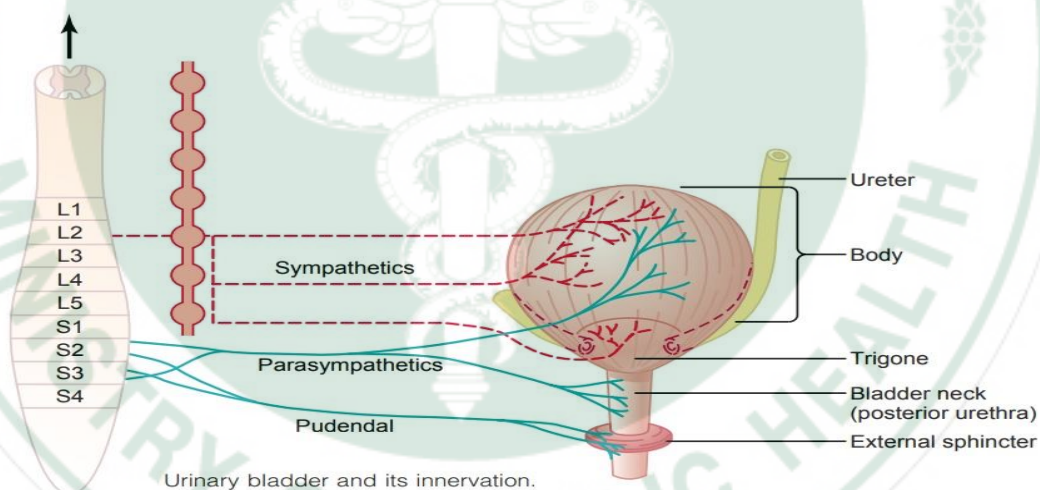
2. เส้นเลือดดำ ที่ทำหน้าที่รับเลือดจากกระเพาะปัสสาวะจะทอดขนานกับเส้นเลือดแดง ในเพศชายจะเชื่อมต่อกับกลุ่มของเส้นเลือดดำในต่อมลูกหมาก (Prostatic venous plexus) ก่อนทะลุเข้าสู่ Internal iliac vein และ Vertebral venous plexus ตามลำดับ ส่วนในเพศหญิงกลุ่มเส้นเลือดดำ Vesical venous plexus ที่บริเวณคอกระเพาะปัสสาวะและท่อปัสสาวะเชื่อมกับเส้นเลือด Dorsal vein ซึ่งรับเลือดดำจาก Clitoris และเชื่อมกับกลุ่มเส้นเลือดดำ Vaginal plexus เพื่อทะลุเข้าสู่เส้นเลือดดำ Internal iliac ต่อไป

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

เส้นประสาทที่มาเลี้ยงกระเพาะปัสสาวะ (ภาพที่ 3) ประกอบด้วย

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

ภาพที่ 3 เส้นประสาทที่มาเลี้ยงทางเดินปัสสาวะ



ที่มา: [https://www.brainkart.com/article/Anatomy\\_and\\_Nervous\\_of\\_the\\_Bladder](https://www.brainkart.com/article/Anatomy_and_Nervous_of_the_Bladder)

สืบค้นเมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2566 เวลา 20.40 น.

### กลไกการขับถ่ายปัสสาวะ

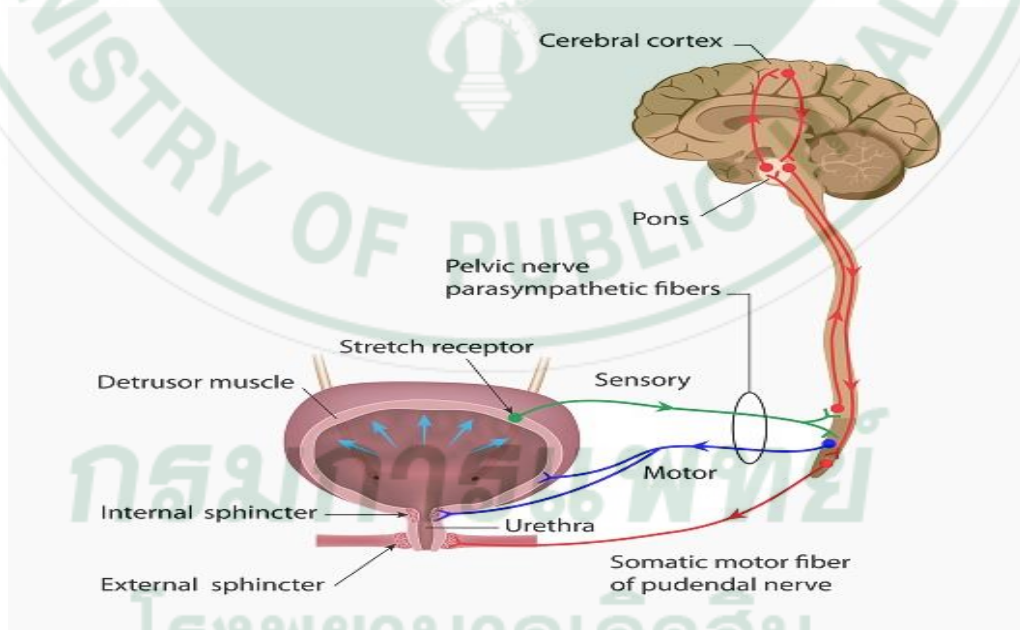
กลไกการขับถ่ายปัสสาวะจะแบ่งเป็น 2 ช่วงคือ ช่วงเก็บกักปัสสาวะ และช่วงการถ่ายปัสสาวะ ในช่วงการเก็บกักน้ำปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะเป็นอวัยวะที่มีคุณสมบัติพิเศษคือ สามารถยืดขยายขนาด กระเพาะปัสสาวะตามปริมาณน้ำปัสสาวะที่เพิ่มขึ้นโดยที่ความดันในกระเพาะปัสสาวะแทบไม่เปลี่ยนแปลง หรือเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยจนกว่าจะมีปริมาณน้ำปัสสาวะถึงความจุของกระเพาะปัสสาวะ ปริมาตรเพิ่มขึ้น โดยที่ความดันไม่เปลี่ยนแปลงเป็นคุณสมบัติที่เรียกว่า มี compliance ดี หรือ compliance สูง

ในช่วงเก็บกักปัสสาวะ (Storage phase) จะมีการทำงานของระบบประสาท Sympathetic ผ่าน Hypogastric nerve ไปกระตุ้นการทำงานของ beta-adrenergic receptor ที่กล้ามเนื้อ Detrusor ของ กระเพาะปัสสาวะ ทำให้กล้ามเนื้อ detrusor ของกระเพาะปัสสาวะคลายตัว และยังมีการกระตุ้นการ

ทำงานของ alpha-adrenergic receptor ที่บริเวณกล้ามเนื้อเรียบบริเวณคอกระเพาะปัสสาวะและท่อปัสสาวะส่วนต้น ทำให้มีการหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบบริเวณคอกระเพาะปัสสาวะและท่อปัสสาวะส่วนต้น นอกจากนี้ยังมีการทำงานผ่าน Pudendal nerve ทำให้มีการหดตัวของกล้ามเนื้อหูรูดบริเวณท่อปัสสาวะ กลไกเหล่านี้เรียกว่า Guarding reflexes เป็นการทำงานช่วงเก็บกักปัสสาวะเพื่อป้องกันปัสสาวะเล็ดรอด

ในช่วงของการขับถ่ายปัสสาวะจะมีการทำงานร่วมกันระหว่างกล้ามเนื้อคอกระเพาะปัสสาวะและกล้ามเนื้อหูรูดของท่อปัสสาวะ โดยจะมีการส่งสัญญาณไปยังยังการทำงานของกล้ามเนื้อหูรูดของท่อปัสสาวะ เป็นผลให้กล้ามเนื้อหูรูดบริเวณท่อปัสสาวะคลายตัว ความดันในท่อปัสสาวะลดลง ร่วมกับการยับยั้งการทำงานของระบบประสาท Sympathetic และกระตุ้นการทำงานของระบบParasympathetic ทำให้กล้ามเนื้อคอกระเพาะปัสสาวะมีการบีบหดตัว ร่วมกับการเปิดของคอกระเพาะปัสสาวะ (Bladder neck) เป็นผลให้น้ำปัสสาวะไหลผ่านท่อปัสสาวะออกมา กลไกการปัสสาวะนี้อาศัยการทำงานร่วมกันตั้งแต่สมองโดยเฉพาะส่วน Pons ไขสันหลัง รวมถึงเส้นประสาทส่วนปลาย Pelvic splanchnic nerve

ภาพที่ 4 กลไกการขับถ่ายปัสสาวะ



ที่มา: <https://biologydictionary.net/urinary-system/>

สืบค้นเมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2566 เวลา 20.40 น.

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

## โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (Bladder Cancer)

มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (Bladder cancer) หมายถึง ความผิดปกติของเซลล์ในกระเพาะปัสสาวะที่มีการเจริญเติบโตและแบ่งตัว เพื่อเพิ่มจำนวนเซลล์อย่างรวดเร็วและมากผิดปกติจนกลายเป็นก้อนเนื้องอกขึ้น โดยส่วนใหญ่่มักเกิดจากการบาดเจ็บของทางเดินปัสสาวะแบบเรื้อรัง กล่าวได้ว่าโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะเป็นโรคที่เกิดจากความเสื่อมและปัจจัยเสี่ยงแวดล้อม (Environmental exposures) ทำให้ความชุกและอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นตามอายุ

### ระบาดวิทยา

มะเร็งกระเพาะปัสสาวะพบได้บ่อยเป็นอันดับ 7 ของมะเร็งทั่วโลก โดยในปี ค.ศ.2020 มีอุบัติการณ์เกิดใหม่ประมาณ 573,000 ราย และการเสียชีวิตเป็นอันดับ 13 ของมะเร็งทั่วโลก ประมาณ 213,000 ราย อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะพบได้สูงในทวีปยุโรปตอนใต้ รองลงมาคือยุโรปตะวันตกและอเมริกาเหนือ โดยพบว่าประเทศกรีซมีอุบัติการณ์สูงที่สุดในเพศชาย และประเทศฮังการีมีอุบัติการณ์สูงที่สุดในเพศหญิง

เพศชายมีความชุกของการเกิดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะมากกว่าเพศหญิงประมาณ 4 เท่า โดยมีอุบัติการณ์อยู่ที่ 9.5 ต่อ 100,000 รายในเพศชายและ 2.4 ต่อ 100,000 รายในเพศหญิง หากคิดเฉพาะเพศชายจะพบว่ามะเร็งกระเพาะปัสสาวะได้บ่อยเป็นอันดับ 6 และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 9 ซึ่งความแตกต่างนี้มีผลมาจากการสูบบุหรี่ ถึงแม้ว่าการติดเชื้อ S.haematobium หรือปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ อาจจะเป็นสาเหตุหลักในบางกลุ่มของประชากร

มะเร็งกระเพาะปัสสาวะเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับ 2 ของมะเร็งในระบบปัสสาวะทั้งหมด ร้อยละ 98 ของมะเร็งกระเพาะปัสสาวะจะเกิดจากชั้น Epithelium ของ Bladder wall ซึ่งเกือบทั้งหมดจะเป็น Transitional cell carcinoma และมะเร็งกระเพาะปัสสาวะพบมากในคนสูงอายุ อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยอยู่ที่ 65 ปี และผู้ป่วยร้อยละ 75 ที่ได้รับการวินิจฉัยจะพบว่ามะเร็งยังอยู่เฉพาะบริเวณกระเพาะปัสสาวะยังไม่มีแพร่กระจาย และเนื่องจากการพัฒนาขบวนการรักษา เช่น Endoscopic resection, Adjuvant instillation ของ Chemotherapy หรือ Immunotherapy ทำให้อัตราการเสียชีวิตลดลง

### ปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

1.การสูบบุหรี่ (Tobacco) บุหรี่ถือเป็นสาเหตุหลักของมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ พบอุบัติการณ์ถึงร้อยละ 60 และมีความสัมพันธ์ของปริมาณและระยะเวลาสูบบวกด้วย โดยเชื่อว่าเกิดจากสารในบุหรี่ที่ชื่อ Aromatic amine และ Polycyclic aromatic hydrocarbon ซึ่งถูกขับโดยไต และมีการสะสมอยู่ในกระเพาะปัสสาวะ อีกทั้งยังพบว่าผู้ที่ได้รับควันบุหรี่ทางอ้อม (Passive smoker) ก็ยังพบความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเช่นกัน

2. **อาชีพ** เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญอันดับสอง พบได้ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยทั้งหมด จะเกิดกับอาชีพที่มีความเกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพในโรงงานอุตสาหกรรมสี โลหะ อุตสาหกรรมยาง ฟอกหนังสัตว์ น้ำยาฟอกสีผม และปิโตรเคมีภัณฑ์ สารเคมีที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อโรค (Carcinogens) ได้แก่ Benzidine Aminobiphenyl, Aromatic amines และ Beta-naphthylamine หรืออาชีพที่เกี่ยวกับสารเคมีอันตรายบางชนิด เช่น สีย้อมผ้า น้ำยาย้อมผ้า อุตสาหกรรมผ้า สารเหล่านี้จะเข้าสู่ร่างกายผ่านทางผิวหนัง หรือสูดเข้าทางเดินหายใจ ซึ่งอาจใช้เวลานาน 10-20 ปี ที่จะเกิดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

3. **น้ำ** ที่มีการปนเปื้อนของ Chlorine, Trihalomethane และ Arsenic เพิ่มโอกาสป่วยด้วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

4. **อาหาร** เช่น อาหารที่มีสัดส่วนของไขมันสัตว์ปริมาณมากพบว่าเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในเพศชาย หรือยาสมุนไพรจีนที่มีส่วนประกอบของ Aristolochic acid ก็มีส่วนให้เกิดโรคและมีโอกาสเกิดภาวะไตล้มเหลวได้

5. **ประวัติการได้รับรังสีรักษาบริเวณอุ้งเชิงกราน** เช่น การได้รับรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งต่อมลูกหมาก

6. **เคมีบำบัด** เช่น ผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาด้วย Cyclophosphamide หรือ Ifosfamide พบว่าเพิ่มอุบัติการณ์ของมะเร็งกระเพาะปัสสาวะได้

7. **พันธุกรรม** โดยพบมะเร็งชนิดนี้บ่อยในคนขาวเมื่อเทียบกับคนผิวดำ

#### ชนิดของมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ มีการเรียกตามประเภทเซลล์ที่กำเนิด ได้แก่

1. **Urothelial carcinoma** (ร้อยละ 80-90) โดยเกิดความผิดปกติที่ Urothelial cell ที่บุรอบกระเพาะปัสสาวะ อาจเรียกได้อีกชื่อหนึ่งคือ Transitional cell carcinoma

2. **Squamous cell carcinoma** (ร้อยละ 1-4) โดยเกิดความผิดปกติที่ Squamous cell ที่บุรอบกระเพาะปัสสาวะ เกิดจากตอบสนองต่อการอักเสบและการระคายเคืองภายในกระเพาะปัสสาวะ ส่วนใหญ่จะกินเข้าไปลึกและมักกระจายตั้งแต่ในระยะแรก ๆ มะเร็งชนิดนี้อาจจะเปลี่ยนมาจากเยื่อของกระเพาะปัสสาวะ (Transitional cell) ก็ได้

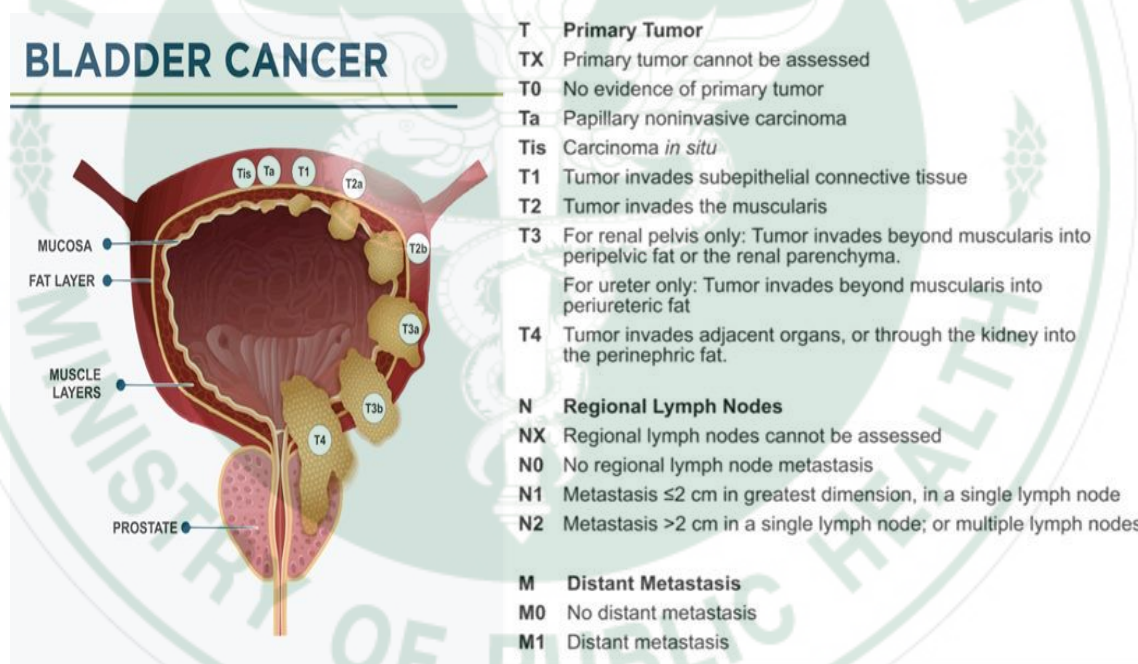
3. **Adenocarcinoma** (ร้อยละ 1) โดยเกิดความผิดปกติที่ Glandular cell มักเกิดบริเวณส่วนโค้งบนของกระเพาะปัสสาวะ และอาจจะเป็นที่บริเวณอื่นร่วมด้วย เช่น คอกระเพาะปัสสาวะ หลอดไต หรืออวัยวะอุ้งเชิงกราน และมีลักษณะค่อนข้างรุนแรงคล้ายกับชนิด Squamous cell carcinoma

4. **Sarcoma botryoides** พบได้ยาก เกิดจากความผิดปกติที่ชั้นกล้ามเนื้อหรือไขมันของกระเพาะปัสสาวะ และชนิดอื่น ๆ ที่พบยาก ได้แก่ Micropapillary, Plasmacytoid หรือ Small cell bladder cancer

## การแบ่งระยะโรค (Staging)

มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ได้รับการแบ่งระยะโรคโดยพิจารณาจากความลึกของมะเร็งลุกลามที่ผนังกระเพาะปัสสาวะ (Depth of invasion) โดยที่ The American Joint Committee on Cancer (AJCC) ได้แบ่งระยะโรคตาม TNM staging ดังภาพที่ 5

ภาพที่ 5 แสดงระยะ T stage ต่าง ๆ ของมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ



ที่มา: <https://www.cancertherapyadvisor.com/ddi/bladder-cancer-made-simple/>

สืบค้นเมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2566 เวลา 21.00 น.

## อาการและอาการแสดง

อาการของมะเร็งกระเพาะปัสสาวะพบได้แตกต่างกันแต่แต่ละบุคคล ระยะเริ่มแรกอาจจะไม่สามารถตรวจพบความผิดปกติได้ อาการที่พบบ่อยที่สุด (ร้อยละ 75) คือปัสสาวะเป็นเลือด (Hematuria) ซึ่งมักจะไม่มีอาการเจ็บปวด (Painless hematuria) และไม่จำเป็นต้องมีทุกวัน ทั้งสามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่าหรือพบจากการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ อาการที่พบบ่อยอื่นๆ อาจมีอาการคล้ายกระเพาะปัสสาวะอักเสบ เช่น ปัสสาวะบ่อย มีอาการปวดหรือแสบเวลาปัสสาวะ รู้สึกปวดปัสสาวะตลอดเวลาถึงแม้กระเพาะปัสสาวะไม่เต็ม ปัสสาวะบ่อยเวลากลางคืน มักพบในมะเร็งที่เกิดในระยะแรก (Carcinoma *in situ*) หากมะเร็งลุกลามไปอุดตันที่คอกระเพาะปัสสาวะ (Bladder neck) อาจทำให้ปัสสาวะไม่ออก ถ้ามี

การอุดตันของท่อไตหรือลูกกลามไปที่รูเปิดของท่อไตจะทำให้เกิดไตบวมน้ำ (Hydronephrosis) ภาวะไตวาย และมีอาการปวดบริเวณบั้นเอว ถ้าเนื้องอกลูกกลามไปยังอวัยวะอื่นและมีการติดเชื่อร่วมด้วย มักจะทำให้ซีด มีไข้ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หรือคลำพบก้อนเนื้อหิวหนา

### การวินิจฉัยโรค

**1. ประวัติผู้ป่วย** ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีปัสสาวะปนเลือด ซึ่งโดยส่วนมากไม่มีอาการปวดร่วมด้วย ควรซักประวัติผู้ป่วยตามปัจจัยเสี่ยงที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น โดยเฉพาะประวัติการสูบบุหรี่ อาชีพซึ่งสัมผัสสารกลุ่มปิโตรเคมีภัณฑ์ ปัสสาวะปนเลือดซึ่งเห็นได้ด้วย ตาเปล่า อายุมากกว่า40ปี มีประวัติการผ่าตัดระบบปัสสาวะมาก่อน กลุ่มอาการระบบปัสสาวะส่วนล่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงเก็บปัสสาวะ การเข้ายารักษาอาการปวดจำพวก Phenacetin เคยได้รับรังสีรักษาบริเวณอุ้งเชิงกราน หรือได้รับเคมีบำบัดประกอบด้วย Cyclophosphamide เป็นต้น

**2. การตรวจร่างกาย** กรณีเป็นมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในระยะต้น มักตรวจร่างกายไม่พบความผิดปกติ ถ้าเป็นมะเร็งระยะลุกลาม อาจคลำกระเพาะปัสสาวะได้จากการตรวจหน้าท้อง หรือร่วมกับการใช้นิ้วลู่วางทวารหนัก พบขาบวมจาก pelvic lymphadenopathy หรืออาจคลำต่อมน้ำเหลืองบริเวณ supraclavicular

### 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจเลือดเพื่อประเมินความสมบูรณ์ของเลือด (Complete blood count: CBC) อาจพบ Anemia จากการเสียเลือด เรื้อรัง หรือจากมะเร็งกระจายเข้าไปใน Bone marrow

3.2 Urinalysis พบ Hematuria (RBC > 3/HPF) ซึ่งเป็นความผิดปกติที่พบมากที่สุดของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ พบได้ทั้ง gross และ microscopic อาจพบ pyuria ถ้ามี infection ร่วมด้วย

3.3 Urine Cytology จากการตรวจ void urine หรือได้ผลดีมากขึ้นจากการเก็บโดย Irrigate bladder ด้วย NSS ผ่านทาง Catheter หรือ Cystoscope ซึ่งจะได้ผลบวกสูงในผู้ป่วย high grade, high stage

**4. การตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา** การตรวจทางรังสีผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ต้องได้รับข้อมูลการตรวจยืนยันและตัดชิ้นเนื้อตรวจด้วย cystoscope ฉะนั้นการตรวจทางรังสีเพื่อเป็นการตรวจว่า มีมะเร็งที่ท่อไต หรือกรวยไตร่วมด้วยหรือไม่ มะเร็งลุกลามถึงชั้นไหนของกระเพาะปัสสาวะ และมีการกระจายไปต่อมน้ำเหลืองหรืออวัยวะอื่นๆ หรือไม่

4.1 เอกซเรย์ปอด ในกรณีที่สงสัยว่าเป็น muscle invasive bladder cancer

4.2 การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound: US) การตรวจด้วย Ultrasound ผ่านช่องท้องจะให้ข้อมูล ก้อนที่ไต ไตบวมน้ำ และก้อนในกระเพาะปัสสาวะ การทำ Ultrasound ยังเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์สำหรับตรวจวินิจฉัย การอุดตันระบบปัสสาวะในผู้ป่วยปัสสาวะปนเลือด

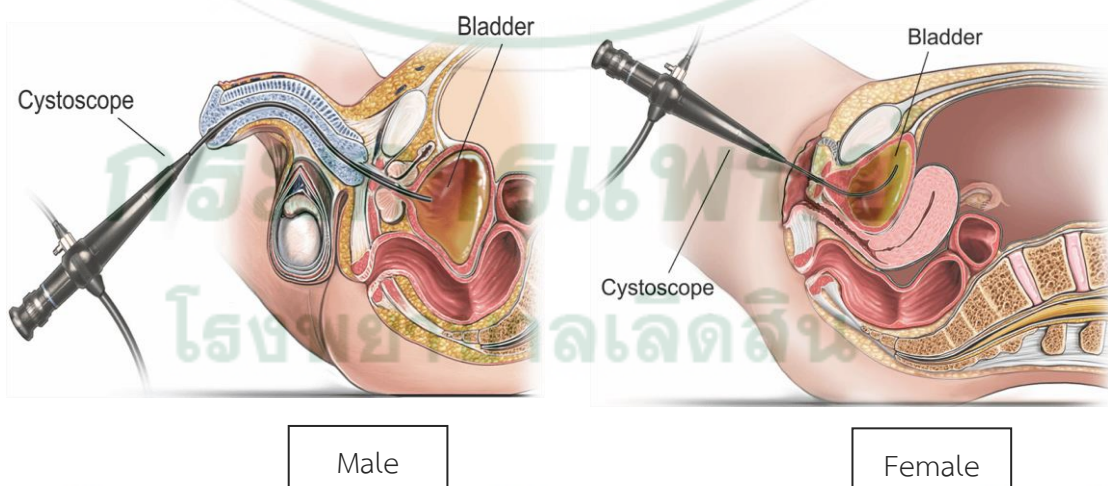
4.3 Intravenous urography (IVU), Intravenous Pyelogram (IVP) เป็นการตรวจเพื่อวินิจฉัยความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับระบบทางเดินปัสสาวะ โดยการตรวจดูการทำงานของไต ท่อไตและกระเพาะปัสสาวะ โดยการฉีดสารทึบรังสีเข้าทางเส้นเลือดดำและให้สารขับออกทางไต จากนั้นถ่ายภาพเอกซเรย์เป็นระยะๆ ตามที่แพทย์สั่ง

4.4 การตรวจระบบปัสสาวะด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging Urography) ใช้เป็นทางเลือกสำหรับประเมินระบบปัสสาวะทั้งส่วนบนและส่วนล่าง ในกรณี ผู้ป่วยที่มีข้อห้ามสำหรับการตรวจด้วย CT urography หรือ Intravenous Pyelogram (IVP) ได้แก่ ผู้ป่วยซึ่งมีหน้าที่ของไตไม่ดี (Poor renal function) หรือแพ้ iodinated contrast

4.5 การทำ bone scan ในกรณีที่สงสัยว่ามีการกระจายของมะเร็งไปยังกระดูก ซึ่งจะเลือกทำในรายที่มีอาการปวดกระดูก หรือมีระดับแคลเซียมในเลือดสูงผิดปกติ

5. การส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ (Cystoscope) เป็นการส่องกล้องผ่านท่อปัสสาวะเข้าไปดูในกระเพาะปัสสาวะ และตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา (Biopsy) ซึ่งนับเป็นการตรวจวินิจฉัยที่สำคัญที่สุดในการวินิจฉัยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ เพราะสามารถช่วยบอกตำแหน่ง ขนาด จำนวน รูปร่าง และขอบเขตของการรุกรานของเนื้องอกได้โดยตรง ช่วยแยกชนิดได้ว่าเป็นมะเร็งชนิดลุกลาม (มะเร็งมีการลุกลามเข้าถึงชั้นกล้ามเนื้อเป็นอย่างน้อย) หรือเป็นชนิดไม่ลุกลาม (มะเร็งจำกัดอยู่เฉพาะในชั้นเยื่อบุกระเพาะปัสสาวะ) และที่สำคัญที่สุดคือ แพทย์สามารถตัดชิ้นเนื้อจากก้อนหรือเนื้อเยื่อที่ผิดปกติส่งตรวจทางพยาธิวิทยาเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคมะเร็งได้แม่นยำที่สุด

ภาพที่ 6 การส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ (cystoscopy)



ที่มา <https://www.healthdirect.gov.au/surgery/flexible-cystoscopy>

สืบค้นเมื่อวันที่ 18 ธันวาคม 2566 เวลา 17.00 น.



## การรักษา

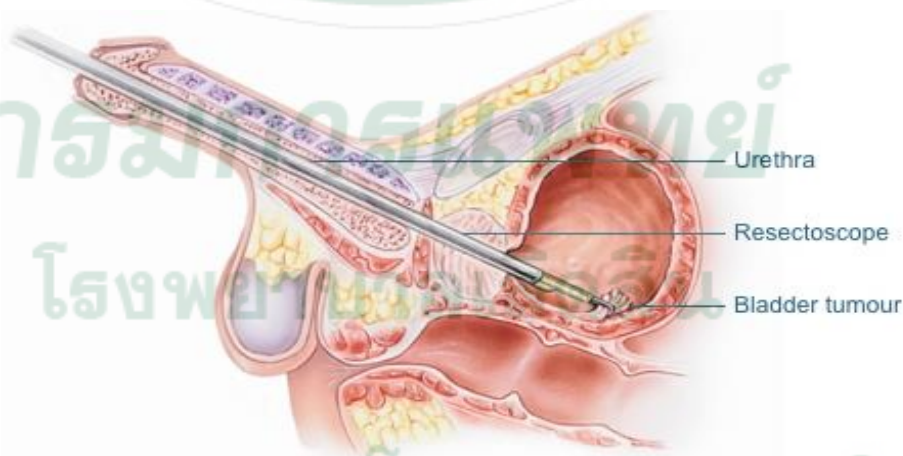
โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะจัดเป็นโรคที่มีความรุนแรงสูง ทั้งนี้ความรุนแรงของโรคมะเร็งขึ้นอยู่กับระยะของโรค อายุ และสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย วัตถุประสงค์ของการรักษาผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ คือ กำจัดเนื้อเยื่อที่มีเซลล์มะเร็งออกให้หมดเพื่อไม่ให้เกิดซ้ำ ก่อนให้การรักษาจะต้องควบคุมการติดเชื้อ ถ้าผู้ป่วยมีการอุดตันที่คอกระเพาะปัสสาวะหรือท่อไต จะต้องแก้ไขให้ผู้ป่วยบรรเทาอาการก่อน การรักษามะเร็งกระเพาะปัสสาวะทำได้หลายวิธี ขึ้นอยู่กับความรุนแรงทางพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อ และการแพร่กระจายของโรค รวมทั้งการอุดตันของท่อไต การรักษามี 4 วิธี ได้แก่

1. การรักษาโดยการผ่าตัด
2. การรักษาด้วยรังสีรักษา
3. การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
4. การรักษาด้วยการใส่ยาเคมีบำบัดหรือยากระตุ้นภูมิคุ้มกัน

### 1. การรักษามะเร็งกระเพาะปัสสาวะโดยการผ่าตัด

**1.1 การผ่าตัดโดยการส่องกล้องผ่านทางท่อปัสสาวะ** เพื่อตัดชิ้นเนื้องอกของกระเพาะปัสสาวะ ออกเป็นชิ้นเล็กๆ (Trans Urethral Resection Bladder Tumor: TUR-BT) หรือโดยวิธีจี้ทำลายด้วยกระแสไฟฟ้า (Fulguration) ที่ก้อนมะเร็ง ซึ่งสามารถทำลายก้อนมะเร็งไปได้วิธีนี้เหมาะสำหรับมะเร็งระยะแรก ซึ่งมีพยาธิสภาพอยู่บริเวณเยื่อบุกระเพาะปัสสาวะ ส่วนมะเร็งที่อยู่ลึกถึงชั้นของกล้ามเนื้อ การรักษาด้วยวิธีนี้มักไม่ได้ผล และมีโอกาสที่จะเกิดเป็นซ้ำได้อีก หลังการผ่าตัดด้วยวิธีนี้อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดหรือมีปัสสาวะปนเลือดเป็นเวลา 2-3 วันหลังผ่าตัด (ภาพที่ 7)

ภาพที่ 7 การผ่าตัดโดยการส่องกล้องผ่านทางท่อปัสสาวะ



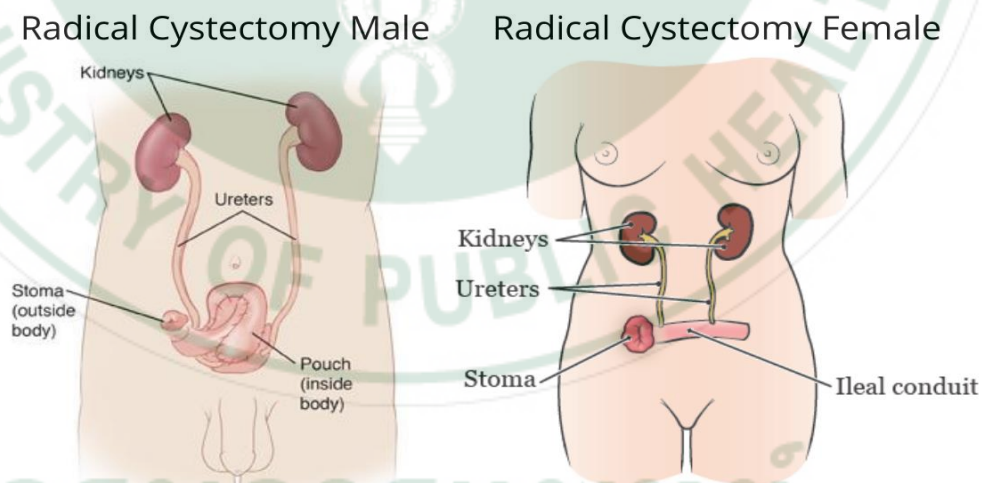
ที่มา: <https://brisbaneurologyclinic.com.au/transurethral-resection-bladder-tumor>

สืบค้นเมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2566 เวลา 16.15 น.

**1.2 การผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกบางส่วน (Partial Cystectomy หรือ Segmental cystectomy)** จะทำในกรณีที่มะเร็งมีการลุกลามไปยังบริเวณผนังของกระเพาะปัสสาวะ อาจอยู่บริเวณส่วนโค้งด้านบนของกระเพาะปัสสาวะและเนื้องอกมีขนาดไม่ใหญ่มากนัก และเป็นอยู่เพียงตำแหน่งเดียวในกระเพาะปัสสาวะ หลังผ่าตัดความจุของกระเพาะปัสสาวะจะลดลง โดยแพทย์จะพิจารณาสายสวนปัสสาวะทั้งทางหน้าท้องเหนือหัวเหน่า (Suprapubic Cystostomy) หรือทางท่อปัสสาวะ จึงต้องมีการดูแลให้น้ำปัสสาวะไหลได้สะดวก และการรักษาด้วยวิธีนี้อาจทำร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด

**1.3 การผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด (Radical cystectomy)** ทำในกรณีที่มะเร็งมีการลุกลามเข้าไปในกล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะ ในเพศชายเป็นการตัดกระเพาะปัสสาวะ ต่อมลูกหมาก seminal vesicle และเนื้อเยื่อรอบๆ กระเพาะปัสสาวะ รวมทั้งต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกรานออก ในเพศหญิงต้องตัดมดลูก รังไข่ ด้านหน้าของช่องคลอดและท่อปัสสาวะออกไปด้วย

**ภาพที่ 8 การผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด (Radical Cystectomy)**



ที่มา: <https://www.medicarespots.com/radical-cystectomy-cost-in-india/>

สืบค้นเมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2566 เวลา 18.20 น.

หลังการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด ต้องทำทางให้ปัสสาวะออกใหม่ (Urinary diversion) ในปัจจุบันสามารถผ่าตัดผ่านทางกล้องวิดิทัศน์ได้ (Laparoscopic radical cystectomy) ทำให้ผู้ป่วยเจ็บแผลหลังผ่าตัดน้อย เสียเลือดน้อย ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลน้อยลง รวมทั้งเวลาในการพักฟื้นหลังผ่าตัดน้อย

## การผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดผ่านทางกล้องวิดิทัศน์และการทำทางให้ปัสสาวะออกใหม่ (Laparoscopic Radical Cystectomy with Urinary Diversion)

เป็นการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งกระเพาะปัสสาวะในระยะที่มีการกระจายไปยังชั้นกล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

**1. การผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกผ่านทางกล้องวิดิทัศน์ (Laparoscopic Radical Cystectomy)** เนื่องจากมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ มีโอกาสในการแพร่กระจายค่อนข้างสูง การรักษาจึงเน้นที่การผ่าตัดนำกระเพาะปัสสาวะและอวัยวะข้างเคียงออก ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละเพศ โดยในเพศชายจะผ่าตัดนำกระเพาะปัสสาวะ ต่อมลูกหมาก Seminal vesicle และเนื้อเยื่อรอบๆกระเพาะปัสสาวะ รวมทั้งต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกรานออก ส่วนในเพศหญิงต้องตัดมดลูก ท่อนำไข่ รังไข่ ด้านหน้าของช่องคลอดและท่อปัสสาวะออก ซึ่งการผ่าตัดผ่านทางกล้องวิดิทัศน์ มีทั้งข้อดีและข้อเสีย ดังนี้

ข้อดี ได้แก่

- เสียเลือดในการผ่าตัดน้อย แผลผ่าตัดมีขนาดเล็ก ทำให้เจ็บปวดหลังผ่าตัดน้อย
- ภาวะลำไส้หยุดทำงานหลังผ่าตัดเกิดน้อย
- ระยะเวลาของการอยู่โรงพยาบาลสั้น
- ระยะเวลาพักฟื้นหลังผ่าตัดสั้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติเร็วขึ้น

ข้อเสีย ได้แก่

- การผ่าตัดใช้เวลานาน
- ค่าใช้จ่ายสูง เนื่องจากเครื่องมือและอุปกรณ์มีราคาแพง
- ระยะเวลาศัลยแพทย์ใช้ในการเรียนรู้ จนมีความชำนาญในการทำผ่าตัดนานกว่า

**2. การผ่าตัดสร้างอวัยวะสำหรับรองรับปัสสาวะทดแทนกระเพาะปัสสาวะที่ตัดออกไป (Reconstructive procedure for urinary diversion)** ซึ่งการผ่าตัดเปลี่ยนช่องทางขับถ่ายปัสสาวะ มี 3 วิธี (ภาพที่ 9) ดังนี้

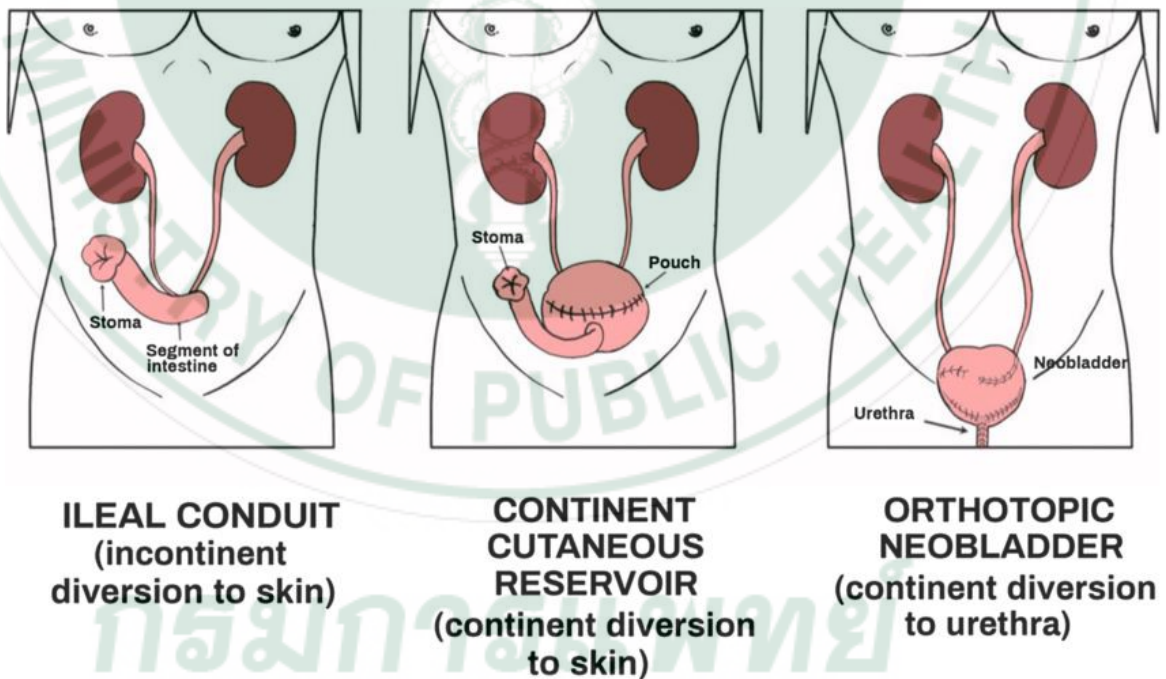
**2.1 Non-continent urinary** เป็นการผ่าตัดที่นำลำไส้เล็กส่วน Ileum ที่มีความยาวประมาณ 15 เซนติเมตร ทำเป็นทางออกของปัสสาวะผ่านทางหน้าท้อง ที่เรียกว่าทวารเทียมหรือ Stoma เพื่อใช้เป็นช่องทางขับถ่ายปัสสาวะ ซึ่งทวารเทียมจะอยู่บริเวณหน้าท้องด้านขวาส่วนล่าง การผ่าตัดด้วยวิธีนี้มีข้อดีคือ ระยะเวลาในการทำผ่าตัดน้อย และการดูแลหลังผ่าตัดไม่มีความยุ่งยากซับซ้อน แต่วิธีนี้อาจมีปัสสาวะไหลซึมออกมาอยู่ตลอดเวลา ต้องปิดถุงเอาไว้ที่ทวารเทียมบริเวณหน้าท้องเพื่อเก็บกักน้ำปัสสาวะ ตัวอย่างเช่น Ileal conduit

**2.2 Continent urinary diversion** เป็นการผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่ส่วนต้นและลำไส้เล็กส่วนปลายมาตัดแปลงเป็นกระเพาะปัสสาวะใหม่ แล้วเย็บต่อกับท่อไตทั้ง 2 ข้าง และเปิดทางหน้าท้อง ลักษณะของ Stoma จะมีขนาดเล็ก สามารถใช้พลาสติกหรือผ้าสะอาดปิดได้ การผ่าตัดด้วยวิธีนี้มีข้อดีคือ

สามารถป้องกันไม่ให้ปัสสาวะไหลย้อนกลับเข้าสู่ไต และป้องกันการติดเชื้อที่ไตได้ อีกทั้งผู้ป่วยยังสามารถควบคุมการขับถ่ายได้ โดยการใช้สายสวนปัสสาวะออกเป็นครั้งๆ อาจจะทำทุก 4-6 ชั่วโมง ดังนั้นผู้ป่วยจึงไม่จำเป็นต้องใส่ถุงรองรับปัสสาวะ พิจารณาทำในรายที่การพยากรณ์โรคที่ดี และมีอายุไม่มาก

**2.3 Urinary diversions to the urethra** เป็นการนำส่วนของลำไส้เล็กส่วน ileum มาเย็บให้มีลักษณะคล้ายกระเพาะปัสสาวะแล้วต่อเข้ากับท่อปัสสาวะเดิมของผู้ป่วย วิธีนี้ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่สูญเสียสภาพลักษณะ เพราะสามารถปัสสาวะออกทางท่อปัสสาวะได้เหมือนเดิม ซึ่งต่างจากการมีถุงรองรับปัสสาวะบริเวณหน้าท้อง ตัวอย่างเช่น Neobladder

ภาพที่ 9 การผ่าตัดสร้างอวัยวะสำหรับรองรับปัสสาวะทดแทนกระเพาะปัสสาวะที่ตัดออกไป  
(Reconstructive procedure for urinary diversion)



ที่มา: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00345-019-02964-8>

สืบค้นเมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2566 เวลา 21.15 น.

หลักการพิจารณาเลือกใช้เทคนิคของการผ่าตัดทำทางสำหรับให้ปัสสาวะออกใหม่ มีดังนี้

**1.การทำงานของไต (Renal function)** ผู้ป่วยที่ทำ Continent urinary diversion และ orthotopic urinary diversion ควรมีการทำงานของไตปกติโดยมี Creatinine น้อยกว่า 2 mg% เนื่องจากผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตผิดปกติ จะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวกับ เมตาบอลิซึมได้มาก เพราะไตไม่สามารถปรับสมดุลได้ ควรจะทำวิธี Incontinent urinary diversion แทน และสำหรับผู้ป่วยที่มีการอุดตันของระบบทางเดินปัสสาวะ (Obstructive uropathy) และการทำงานของไตผิดปกติ ถ้ามีการแก้ไขภาวะการอุดตันได้ โดยการใส่สายเข้าไปในไตผ่านทางชั้นผิวหนัง (Percutaneous nephrostomy) แล้วการทำงานของไตกลับมาเป็นปกติ ก็อาจจะพิจารณาทำ Continent urinary diversion ได้

**2.ความเสี่ยงในการเกิดซ้ำของมะเร็งที่บริเวณท่อปัสสาวะ (Risk of urethral recurrence)** ผู้ป่วยที่มะเร็งลุกลามไปที่คอกระเพาะปัสสาวะและอวัยวะข้างเคียง ได้แก่ ต่อมลูกหมาก ท่อปัสสาวะ ไม่ควรทำกระเพาะปัสสาวะเทียม เพราะมีโอกาสเกิดซ้ำของมะเร็งบริเวณท่อปัสสาวะสูง และตัดท่อปัสสาวะออกด้วย (Urethrectomy) ดังนั้นการทำทางออกของปัสสาวะใหม่ ควรเลือกเป็นวิธี Non-continent urinary diversion

**3.ความเสี่ยงในการเกิดซ้ำของมะเร็งที่บริเวณอุ้งเชิงกราน (Risk of pelvic recurrence)** ส่วนใหญ่จะไม่ทำกระเพาะปัสสาวะเทียม เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่อุ้งเชิงกราน สามารถมีชีวิตอยู่ได้ 5 ปี (5-year survival) ประมาณร้อยละ 30 และการทำกระเพาะปัสสาวะเทียมไม่ได้มีผลต่อการมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นของผู้ป่วย

**4.ส่วนของลำไส้ที่ยังทำงานได้ดี** ผู้ป่วยที่เคยผ่าตัดลำไส้บางส่วนออก เป็นโรคเกี่ยวกับลำไส้ หรือมีประวัติได้รับการฉายแสงบริเวณอุ้งเชิงกราน ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถนำความยาวของลำไส้มาทำ Urinary diversion ได้จำกัด อาจทำไม่ได้ ต้องเลือกวิธี Non-continent urinary diversion

**5.ผู้ป่วยที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่หลังผ่าตัดไม่นาน** ควรเลือกวิธี Non-continent urinary diversion เนื่องจากการพักฟื้นหลังผ่าตัดสั้นกว่า มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดน้อยกว่า สามารถที่จะกลับไปมีความสุขกับบั้นปลายชีวิตที่เหลือน้อยได้เร็ว แต่สำหรับผู้ป่วยที่อายุน้อยและมีการพยากรณ์ของโรคดี การทำ Continent diversion โดยเฉพาะการทำกระเพาะปัสสาวะเทียม จะเป็นทางเลือกที่ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีหลังผ่าตัด

**6.ความสามารถในการทำความสะดวกอุปกรณ์** ที่เป็นสายสวนปัสสาวะสำหรับสวนปัสสาวะด้วยตนเอง (Clean intermittent self-catheterization: CIC) เนื่องจากผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัด Continent urinary diversion จะต้องสามารถทำ CIC หลังผ่าตัดได้ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการทำกระเพาะปัสสาวะเทียม ส่วนใหญ่จะสามารถปัสสาวะเองได้ แต่ยังต้องทำให้กระเพาะปัสสาวะว่างด้วยการทำ CIC ดังนั้น

ผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับการทำให้ CIC หรือทำ CIC ไม่ได้ เช่น ตาหรือมือไม่ดี มีความผิดปกติของสมองหรือระบบประสาท ไม่ควรจะทำ Continent diversion ควรจะทำ Non-continent urinary diversion จะดีกว่า

**7.ภาพลักษณ์ของผู้ป่วย** ในผู้ป่วยบางรายโดยเฉพาะผู้ป่วยที่อายุน้อย อาจจะไม่ยอมรับการมีรูเปิด (Stoma) ที่หน้าท้อง และปฏิเสธการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะ การทำกระเพาะปัสสาวะเทียมอาจจะเป็นทางเลือกหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจผ่าตัดได้เร็วขึ้น เนื่องจากไม่ทำให้สูญเสียภาพลักษณ์ สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ

**8.ระดับการศึกษา** ผู้ป่วยควรมีความเข้าใจในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด รวมทั้งยอมรับความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด นอกจากนี้ผู้ป่วยจะต้องมาติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความเข้าใจและยอมรับได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

**ภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดผ่านทางกล้องวิดิทัศน์** อาจพบได้ดังนี้

**1. ภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ก๊าซเข้าไปในช่องท้อง และระยะเวลาของการผ่าตัดที่ใช้เวลานาน** ทำให้ผู้ป่วยมีการดูดซึมก๊าซเข้าสู่ร่างกายปริมาณมาก ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังนี้

1.1 ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์คั่งใต้ผิวหนัง (Subcutaneous emphysema) เป็นภาวะที่มีลมแทรกเข้าไปอยู่ชั้นใต้ผิวหนัง สาเหตุเกิดจากตำแหน่งปลายของ trocar ที่ใส่ลมอยู่ชั้นใต้ผิวหนัง หรือความดันของลมสูงมากเกินไป ทำให้มีการบวมบริเวณต่างๆ เช่น ใบหน้า ลำคอ เป็นต้น ซึ่งจะถูกดูดซึมได้อย่างรวดเร็ว ประมาณ 24 ชั่วโมงจะยุบหายได้

1.2 การรั่วของก๊าซเข้าสู่ร่างกายผู้ป่วยผิดตำแหน่งที่ต้องการ เช่น หน้าท้อง ซึ่งเกิดจากการแทง Trocar ผิดตำแหน่งทำให้เกิดรูรั่วของผนังช่องท้องได้

1.3 ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในกระแสเลือด (Hypercarbia) ผู้ป่วยจะมีระดับของ end-tidal CO<sub>2</sub> มากกว่าหรือเท่ากับ 50 มิลลิเมตรปรอท ภาวะนี้พบได้ประมาณร้อยละ 5.5 โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีพยาธิของหัวใจและปอดอยู่เดิม ผู้ป่วยที่สูงอายุ ท่านอนในการผ่าตัดที่ขัดขวางการขยายตัวของปอด รวมทั้งภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำขณะผ่าตัด (Hypothermia) ทำให้ความสามารถในการขับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ออกจากร่างกายลดลง

1.4 การเกิดฟองอากาศเข้าในกระแสเลือด (Air embolism) เกิดขึ้นในกรณีที่มีการฉีกขาดของเส้นเลือดดำใหญ่ และแรงดันของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ทำให้ก๊าซเข้าไปในเส้นเลือด ถ้าฟองอากาศมีจำนวนมาก ทำให้เกิดการอุดตันของระบบไหลเวียนโลหิต อาจทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวและเสียชีวิตได้ ซึ่งมีรายงานไม่มากนัก การแก้ไขคือต้องหยุดการใช้ก๊าซทันที แล้วจัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะต่ำ ตะแคงซ้าย

1.5 ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia) เกิดจากการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องว่างของร่างกายผู้ป่วยตลอดเวลา เพื่อเพิ่มพื้นที่ในช่องท้องให้สามารถทำผ่าตัดได้ เนื่องจากการใช้ก๊าซที่มีอุณหภูมิต่ำและไม่มีความชื้น ทำให้เกิดการสูญเสียความร้อน ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการระเหยของน้ำ โดยเฉพาะจากผิวของชั้นเยื่อช่องท้อง (Peritoneum)

**2. ภาวะแทรกซ้อนจากการใส่เครื่องมือเข้าในช่องท้อง** อาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่การเริ่มแทงอุปกรณ์ เจาะรูหรือการใส่เครื่องมือ อาจแทงถูกเส้นเลือดขนาดใหญ่หรือเกิดอันตรายกับอวัยวะข้างเคียง เช่น กระเพาะอาหาร ลำไส้ เป็นต้น โดยเฉพาะรายที่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน ทำให้เลือดออกมากไม่สามารถหยุดเองได้ ต้องใช้เครื่องมือพิเศษในการเย็บซ่อมแซมหรือห้ามเลือด

**3. ภาวะแทรกซ้อนจากท่านอนของผู้ป่วยเพื่อผ่าตัด** การผ่าตัดผ่านทางกล้องวิทัศน์ใช้เวลาานาน ทำให้เส้นเลือดและเส้นประสาทถูกทับเป็นเวลานาน ผู้ป่วยอาจเกิดการชาหลังผ่าตัดได้

**ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเปิดทวารเทียม (Ileal conduit)** แบ่งได้เป็น 2 ระยะ คือ

**1.ภาวะแทรกซ้อนระยะแรกหลังผ่าตัด (Early complication)** เกิดขึ้นภายใน 30 วันหลังผ่าตัด เช่น ภาวะที่รอยเย็บระหว่างลำไส้เปิดกับผิวหนังแยก (Mucocutaneous separation) มีการติดเชื้อ บริเวณผิวหนังรอบลำไส้เปิด (Parastomal abscess) ซึ่งมักพบใน 48-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

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

1.2 ทางเดินปัสสาวะรั่ว (urinary extravasation) ตำแหน่งที่มีการตัดต่อไว้ ผู้ป่วยจะแสดงอาการของภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ (peritonitis) ได้แก่ ปวดท้อง หน้าท้องโป่งตึงการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง มีไข้ มีปัสสาวะ หรือสารเหลวซึมออกจากแผลหรือรอบๆ ท่อระบาย

1.3 ภาวะขาดน้ำและเกลือโซเดียม เนื่องจากผู้ป่วยที่ผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่ส่วนต้นมาทำเป็นกระเพาะปัสสาวะใหม่จะสูญเสียความสามารถในการดูดกลับของน้ำและเกลือโซเดียมที่ลำไส้ใหญ่ ทำให้ร่างกายมีการขับน้ำและเกลือโซเดียมออกเป็นจำนวนมาก ผู้ป่วยอาจมีถ่ายเหลว (diarrhea) และดื่มน้ำมากผิดปกติ

1.4 การดูดซึมไขมันผิดปกติ (fat malabsorption) และภาวะซีด (pernicious anemia) เนื่องจากบริเวณ ลำไส้เล็กส่วนปลายเป็นบริเวณที่ดูดซึมเกลือน้ำดี (bile salts) และวิตามินบี12 เมื่อผ่าตัดเอาลำไส้เล็กส่วนปลาย มาทำเป็นกระเพาะปัสสาวะใหม่ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการดูดซึมไขมันและวิตามินที่ละลายในไขมัน (วิตามิน A, D, E, K) ผิดปกติ จากความผิดปกติของการดูดซึมกลับของเกลือ น้ำดีและเกิดภาวะซีดจากการดูดซึมวิตามินบี12 ลดลง

**2. ภาวะแทรกซ้อนระยะยาว (Late complication)** อาจมีระยะเวลาเป็นเดือนหรือเป็นปีหลังผ่าตัดเช่น ไส้เลื่อนรอบทวารเทียม (Parastomal hernia)

ภาวะแทรกซ้อนบางชนิดสามารถเกิดได้ทั้งสองระยะ เช่น การมีเลือดออกที่ลำไส้เปิด (Stoma bleeding) ภาวะที่ลำไส้ถูกดึงรั้งเข้าไปในช่องท้อง (Stoma retraction) โดยอาจเกิดจากเทคนิคของแพทย์ที่ไม่ดีพอหรือผู้ป่วยอ้วนหน้าท้องหนาทำให้ไม่สามารถที่จะทำช่องเปิดลำไส้ให้ยาวพอ ภาวะทุพโภชนาการ การได้รับยา steroid เป็นต้น

ภาวะแทรกซ้อนของลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (Ileal conduit) และผิวหนังโดยรอบ อาจพบได้แก่

**1. ภาวะเลือดออกบริเวณลำไส้เปิด (Stoma bleeding)** สาเหตุของภาวะเลือดออกบริเวณลำไส้เปิดได้แก่

1.1 Mechanical trauma เกิดจากการได้รับบาดเจ็บบริเวณทวารเทียม การถูกกระแทก สาเหตุที่พบได้บ่อยคือ เทคนิคการตัดช่องเปิดของถุงรองรับสิ่งขับถ่าย (faceplate of pouch) เล็กกว่าขนาดของลำไส้เปิด (Stoma opening too tight) ทำให้เกิดการเสียดสี มีเลือดซึมบริเวณเยื่อบุผิวลำไส้ (Mucosa) และเกิดแผลที่เยื่อบุผิวลำไส้ (Stomal ulceration) ซึ่งสามารถหายได้เอง โดยปกติอาจมีเลือดซึมเล็กน้อย แต่ถ้าพบเลือดไหลออกมาทางช่องลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (Stoma lumen) ถือว่าผิดปกติ ให้รีบรายงานแพทย์

1.2 Granulomas เป็นรูปแบบหนึ่งของการอักเสบเรื้อรัง โดยมีการจับกันเป็นกลุ่มก้อนของเซลล์ ในปฏิกิริยาการอักเสบเรียกว่า แกรนูโลมา (granuloma) เป็นเนื้อเยื่อที่เกิดจากการตอบสนองของขบวนการภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อสิ่งแปลกปลอม เช่น ไหมเย็บแผล การติดเชื้อโรคบางชนิด การได้รับสารพิษ เป็นต้น รวมถึงการเสียดสีกับขอบอุปกรณ์ หรือการใส่เสื้อผ้าหรือเข็มขัดรัดแน่นบริเวณช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้องมากเกินไป Granulomas เป็นตุ่มนูนแดงเล็กๆที่เปราะแตกง่าย ขนาดประมาณ 0.5-1 เซนติเมตรพบบริเวณผิวหนังรอบลำไส้เปิด เป็นสาเหตุให้เลือดออกเมื่อถูกเสียดสี และมักกลับเป็นซ้ำได้

**2. ภาวะลำไส้เปิดต่ำกว่าระดับผิวหนังหน้าท้อง (Stoma retraction)** เป็นการยุบตัวของลำไส้ที่นำมาทำช่องเปิดต่ำกว่าระดับผิวหนัง เกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ไม่สามารถดึงลำไส้ส่วนที่จะทำช่องเปิดลำไส้ให้ยาวพอหรือมีความตึงมาก หรือผู้ป่วยอ้วนขึ้นทำให้ผนังหน้าท้องหนาขึ้น ผู้ป่วยที่ได้รับยา steroid เป็นต้น ปัญหาที่ตามมาคือ การติดถุงไม่อยู่หรือติดได้ไม่นาน เนื่องจากการรั่วซึมใต้แป้น ทำให้ผิวหนังบริเวณลำไส้เปิดระคายเคืองจากสิ่งขับถ่ายและเกิดแผล

**3. ภาวะลำไส้เปิดอยู่ระดับผิวหนังหน้าท้อง (Flush stoma)** สาเหตุอาจเกิด พยาธิสภาพของโรคจากเทคนิคในการผ่าตัด ในขณะที่ดึงลำไส้และการเย็บรอยต่อระหว่างผ่าตัด ซึ่ง flush stoma ทำให้ปัสสาวะที่ไหลออกมา ลงถุงรองรับได้ยากและไปเซาะใต้แป้น เกิดการรั่วซึมของน้ำปัสสาวะ และติดแป้นยาก แป้นหลุดบ่อย

**4. ภาวะไส้เลื่อน (Parastomal hernia)** เกิดจากการมีกล้ามเนื้อหน้าท้องไม่แข็งแรง การอ่อนแอของกล้ามเนื้อ ผู้ที่มีภาวะอ้วน ทุพโภชนาการ การไอเรื้อรัง หรือเทคนิคการผ่าตัดช่องเปิดของลำไส้ โดยไม่ผ่านชั้นกล้ามเนื้อ Rectus จึงไม่มีกล้ามเนื้อพุงลำไส้เปิด ทำให้ลำไส้ในช่องท้องมากองที่ชั้นผิวหนัง ทำให้เห็นผิวหนังรอบ ๆ ลำไส้มีลักษณะนูนบวม เป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาในการติดถุง

**5. การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ** อาการและอาการแสดงได้แก่ ปัสสาวะสีขุ่น เข้ม มีกลิ่นฉุนรุนแรง มีอาการปวดหลังบริเวณไต มีไข้ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน



6. Skin irritation ผิวหนังอักเสบจากการระคายเคืองของผิวหนังจากการรั่วของแบ็นเกิดร่วมกับการขังของปัสสาวะ เกิดความเจ็บปวดและอาจเกิดการติดเชื้อตามมาได้

7. มีผลึกค้ำรอบทวารเทียม เกิดจากสารที่อยู่ในปัสสาวะรวมตัวกัน กลายเป็นผลึกขาวใสบนทวารเทียม หรือผิวหนังรอบทวารเทียม

### การจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ที่ได้รับการตัดกระเพาะปัสสาวะและทำทวารเทียม (Ileal conduit)

การให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะและทำทวารเทียม (Ileal conduit) นั้น พยาบาลที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องมีความรู้ ความชำนาญ มีประสบการณ์ในการพยาบาลเฉพาะทาง เพื่อให้การพยาบาลที่สอดคล้องในการจัดการปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัด ซึ่งจะสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังการรักษาได้ รวมถึงการเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เมื่อกลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัวและสังคม จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียมหรือลำไส้เปิดออกทางหน้าท้องต้องได้รับ (United State of America Ostomy Association ) จำนวน 10 ข้อ ดังนี้

1. การเตรียมผู้ป่วย โดยให้คำปรึกษาก่อนการผ่าตัด
2. ได้รับการกำหนดตำแหน่งลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม
3. มีลักษณะของลำไส้เปิดทางหน้าท้องที่ดี อยู่เหนือระดับผิวหนัง
4. ได้รับการดูแลจากพยาบาลที่มีทักษะในการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้องหลังการผ่าตัด
5. ได้รับการดูแลด้านอารมณ์
6. ได้รับคำแนะนำจากแพทย์เฉพาะทาง
7. ได้รับข้อมูลในเรื่องของวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้
8. ได้รับข้อมูลด้านแหล่งสนับสนุนทางสังคม
9. มีการดูแลติดตามอย่างต่อเนื่อง
10. มีทีมงานเฉพาะทางในการดูแล

### การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด

1. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็นของการผ่าตัด การเตรียมพร้อมก่อนผ่าตัด ขั้นตอนการผ่าตัด การได้รับยาระงับความรู้สึก สภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัด
2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมขยับย้ายปัสสาวะทางหน้าท้อง (Ileal conduit) ความจำเป็นในการผ่าตัด เพื่อให้เกิดความเข้าใจและร่วมมือ ทั้งนี้ควรมีญาติหรือบุคคลใน

ครอบครัวเข้าร่วมให้ข้อมูลและรับฟังความรู้ข้อมูลที่ได้รับ เพื่อวางแผนการดูแลให้ปรับตัวต่อทวารเทียมได้ คลายความวิตกกังวลและมีกำลังใจในการรักษา รวมถึงให้ความร่วมมือในการรักษา

3. อธิบายการตรวจวัดสัญญาณชีพ เพื่อติดตามอาการและประเมินอาการผิดปกติหลังผ่าตัด
4. อธิบายเกี่ยวกับการประเมินความปวดโดยใช้ Visual analogue scale คะแนนตั้งแต่ 0-10 โดยคะแนน 0 หมายถึงไม่ปวด และคะแนน 10 หมายถึงปวดมาก
5. การดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดซึ่งมีหลายวิธี เช่น ทาง Epidural catheter หรือทางที่ให้ผู้ป่วยสามารถดยาเพิ่มเองได้เมื่อมีอาการปวดมากขึ้น (Pain Controlled Analgesia: PCA) ยาฉีดแก้ปวดหรือยาแก้ปวดชนิดรับประทาน
6. การบริหารขา (Leg exercise) เมื่อเริ่มรู้สึกตัวให้ขยับร่างกายทันที โดยเริ่มจากการบริหารขาเพื่อให้เลือดไหลเวียนดีขึ้น โดยหมุนข้อเท้าวนซ้ายขวา กระดกข้อเท้าขึ้นลง
7. การบริหารการหายใจและการไอ (Deep breathing and cough exercise) ทุก 2 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนทางปอด ใช้ Tri-flow ช่วยในการบริหารการหายใจ การไอให้ใช้หมอนประคองบริเวณแผลผ่าตัดไว้ โนมัตวมาด้านหน้า หายใจลึกๆ และไอออกมา
8. การเตรียมความสะอาดลำไส้ก่อนผ่าตัด (Bowel preparation) เพื่อไม่ให้มีสิ่งตกค้าง ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังผ่าตัด โดยเริ่มจากการรับประทานอาหารไม่มีกาก อาหารเหลวใส ยาระบายตามคำสั่งการรักษา
9. อธิบายการรับประทานอาหารหลังผ่าตัด (Step diet) การเริ่มจิบน้ำ อาหารเหลว อาหารอ่อน และอาหารธรรมดาที่เหมาะสมกับโรคร่วมผู้ป่วย
10. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ ชักถามปัญหาและข้อข้องใจต่าง ๆ พุดระบายความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับการทำผ่าตัด ให้กำลังใจ เสริมสร้างพลังอำนาจ และส่งเสริมความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและญาติ
11. การกำหนดตำแหน่งลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (Stoma Site Selection)
 

ผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการผ่าตัดทวารเทียมต้องได้รับการเลือกตำแหน่งทวารเทียมที่ดีก่อนเข้าห้องผ่าตัด เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทวารเทียมที่สามารถป้องกันได้ ผู้ป่วยสามารถดูแลทวารเทียมได้ง่าย มีความมั่นใจในการดูแล สามารถมีกิจวัตรประจำวันหรืองานอดิเรกได้ตามปกติ สามารถดูแลตนเองได้ดีและอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง ผู้ที่ทำการเลือกตำแหน่งทวารเทียมให้ผู้ป่วยต้องมีความเข้าใจ ภาวะโรค ชนิดของทวารเทียมที่จะผ่าตัด ตำแหน่งที่ทำผ่าตัด การใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย วิธีการเลือกตำแหน่งที่ตั้งของทวารเทียม มีดังต่อไปนี้

11.1 ให้ผู้ป่วยนอนราบ ลากเส้นสมมติที่หน้าท้องด้านที่ต้องการทำทวารเทียม เป็นรูปสามเหลี่ยมจาก 3 จุด คือ สะดือ กึ่งกลางของหัวเหน่า และปุ่มกระดูกเชิงกราน (Iliac crest) หาจุดกึ่งกลางของสามเหลี่ยม และทำเครื่องหมายไว้แล้วลากเป็นเส้นตรงขึ้นไปตามแนวยาวของลำตัว หรืออีกวิธี

หนึ่งคือ ลากเส้นสมมติจากสะดือถึงปุ่มกระดูกเชิงกราน แบ่งเส้นสมมตินั้นเป็น 3 ส่วน เลือจุดแรกที่อยู่ใกล้สะดือทำเครื่องหมายไว้ แล้วลากเป็นเส้นตรงขึ้นไปตามแนวยาวของลำตัว แนวของเส้นตรงสมมติทั้ง 2 เส้นนี้คือแนวที่ควรวางตำแหน่งของทวารเทียม ในการทำผ่าตัด ileal conduit การกำหนดตำแหน่งจะอยู่ที่บริเวณ Left lower Quadrant

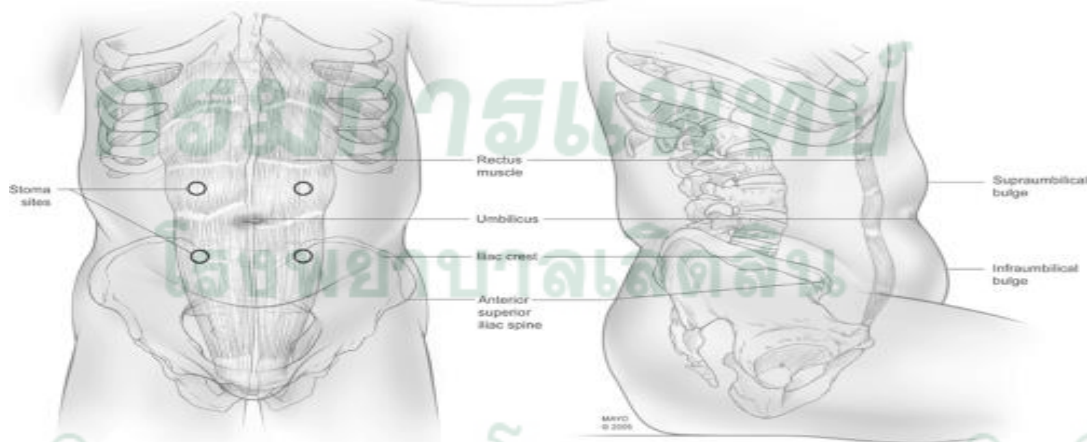
11.2 หลีกเลียงบริเวณแผลเป็น รอยพับย่นของหน้าท้อง สะดือ บริเวณคาดเข็มขัดหรือ ขอบกางเกงและปุ่มกระดูกรวมถึงบริเวณหน้าท้องที่เคยได้รับการฉายรังสี เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับผิวหนังและทวารเทียม แต่ถ้าไม่สามารถเลี่ยงได้ก็เลือกตำแหน่งที่ผิวหนังมีความยืดหยุ่นและลักษณะเหมือนปกติมากที่สุด ในกรณีที่มีแผลเป็นหลายจุดอาจต้องมีการทดลองติดแป้นบริเวณที่เลือกไว้ นานมากกว่า 24 ชั่วโมง เพื่อให้มีความแน่ใจว่าแป้นติดได้ดี ไม่รื้อขี้ง่าย

11.3 ควรเลือกตำแหน่งที่ผู้ป่วยมองเห็น ทั้งท่านอน นิ่ง ยืน และทำโน้มหรือบิดตัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำความสะอาดและดูแลทวารเทียมได้ด้วยตนเอง การทำเครื่องหมายตรงตำแหน่งที่เลือกด้วยปากกา บางครั้งผู้ป่วยอาจมองไม่เห็น เนื่องจากเป็นระดับเดียวกับผิวหนังหน้าท้อง ผู้ที่กำหนดตำแหน่ง อาจใช้วิธีวางนิ้วก้อย ลงบนตำแหน่งที่เลือก แล้วถามว่าผู้ป่วยมองเห็นเล็บหรือไม่ (ซึ่งความสูงจะใกล้เคียงกับทวารเทียม) กรณีที่ผู้ป่วยใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่บนเก้าอี้ ทวารเทียมควรอยู่ในตำแหน่งสูงกว่าปกติเล็กน้อย

11.4 หลังจากได้ตำแหน่งที่เหมาะสม เช็ดทำความสะอาดผิวหนังด้วยสำลีชุบแอลกอฮอล์ จากนั้นทำเครื่องหมาย X ด้วยปากกาชนิดติดถาวร (Permanent หรือ Indelible ink) แล้วปิดทับด้วย Transparent film เพื่อไม่ให้ลบเลือนก่อนการผ่าตัด

11.5 พิจารณาตำแหน่งที่เลือกอีกครั้ง ให้ผู้ป่วยนั่ง เดิน ก้มตัว หรือทำท่าที่ผู้ป่วยทำประจำ เช่น ท่าเอี้ยวตัว ก้มหยิบของ ถ้าบริเวณที่กำหนดเป็นตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม ให้เปลี่ยนตำแหน่งใหม่

#### ภาพที่ 10 การกำหนดตำแหน่งลำไส้เปิดหน้าท้อง (Stoma siting selection)



ที่มา: <https://basicmedicalkey.com/care-of-stomas/>

สืบค้นเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2566 เวลา 20.45 น.

### การพยาบาลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัด

การพยาบาลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดเริ่มตั้งแต่ระยะเวลาที่ผู้ป่วยย้ายมาถึงหอผู้ป่วย ภายหลังจากการผ่าตัดจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน หากพยาบาลสามารถให้การดูแลได้เหมาะสมถูกต้องและครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพและสามารถกลับไปอยู่ในสังคมได้ดี โดยมีหลักดังนี้

1. ประเมินระดับความรู้สึก วัดสัญญาณชีพ และบันทึกปริมาณปัสสาวะ ทุก 1 ชั่วโมง 4 ครั้ง ทุก 2 ชั่วโมง 4 ครั้ง จนค่าสัญญาณชีพคงที่ หรือครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด
2. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการหายใจ และคงไว้ซึ่งการทำงานของระบบหายใจ ได้แก่ ฝ้าระวังภาวะทางเดินหายใจอุดตัน ภาวะหายใจช้า กระตุ้นการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพเพื่อช่วยส่งเสริมการทำงานของปอดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของปอดที่อาจเกิดขึ้น
3. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการทำงานของระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต ได้แก่ การตรวจวัดสัญญาณชีพ การประเมินบาดแผลและสิ่งคัดหลั่งจากท่อระบาย
4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำที่ถูกต้องตามแผนการรักษา
5. ประเมินอาการปวด ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา และประเมินอาการปวดหลังได้รับยาแก้ปวดเพิ่มทุกครั้ง รวมถึงฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา
6. ดูแลอาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดได้บ่อยใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด พยาบาลต้องประเมินและดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา เพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเริ่มรับประทานอาหารได้เร็วขึ้น
7. กระตุ้นการเคลื่อนไหว ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หลังผ่าตัด โดยการบริหารขาเมื่อเริ่มรู้สึกตัว พยาบาลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยลุกนั่งตั้งแต่วันแรกของการผ่าตัด ลุกเดินอย่างน้อย 3 ครั้งต่อวัน
8. ประเมินทวารเทียมทางหน้าท้อง ได้แก่ ลักษณะของทวารเทียมและ Early post-operation complication ได้แก่
  - 8.1 ลักษณะทวารเทียมปกติจะมีความชุ่มชื้นผิวมันวาว สีชมพู ไม่มีสีแดงคล้ำหรือซีด
  - 8.2 ความสูงอยู่เหนือผิวหนังประมาณ 2-2.5 เซนติเมตร
  - 8.3 ผิวหนังรอบทวารเทียมไม่มีการอักเสบระคายเคืองหรือมี Skin excoriation
  - 8.4 สังเกตภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดระยะแรกอย่างใกล้ชิด หากพบว่ามีภาวะเลือดออก (Stoma bleeding) มีการระคายเคืองของผิวหนังรอบบริเวณช่องเปิดลำไส้ ภาวะที่รอยเย็บระหว่างลำไส้เปิดกับผิวหนังแยก (Mucocutaneous separation) หรือมีการรั่วซึมของอุปกรณบ่อยครั้ง รายงานแพทย์ เพื่อวางแผนการดูแลและจัดเตรียมอุปกรณ์ที่เหมาะสม

9. กรณีที่ผู้ป่วยมีโรคเบาหวาน สังเกตอาการและภาวะแทรกซ้อนของน้ำตาลในเลือดผิดปกติ (Hypo-Hyperglycemia) ดูแลให้ได้รับยาควบคุมระดับน้ำตาลตามแผนการรักษา รวมถึงโภชนาการที่เหมาะสม

10. การประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลต่อการดูแลทวารเทียมหลังผ่าตัด สังเกตการณ์ยอมรับการมีทวารเทียม การเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทวารเทียม รวมถึงการดูแลด้านจิตใจ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกต่อการมีทวารเทียม พยาบาลช่วยในการเสริมสร้างพลังอำนาจ ให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง และสามารถปรับตัวได้

### การพยาบาลระยะวางแผนจำหน่าย

กระบวนการวางแผนจำหน่าย ต้องมีการวางแผนตั้งแต่แรกไว้ด้วยความดูแล จนกระทั่งจำหน่าย และมีการติดตามประเมินเป็นระยะๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม และสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี คำแนะนำที่สำคัญในระยะนี้ ได้แก่

1. ให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับทวารเทียม ลักษณะทวารเทียมปกติมีสีแดงหรือชมพู ผิวมันเรียบ ลักษณะชุ่มชื้น ทวารเทียมทางเดินปัสสาวะเป็นการนำส่วนของลำไส้เล็กมาต่อกับท่อไตแล้วเปิดออกทางหน้าท้องเพื่อระบายน้ำปัสสาวะ จึงไม่สามารถควบคุมการไหลของน้ำปัสสาวะได้ จำเป็นต้องมีถุงรองรับตลอดเวลา

2. การทำความสะอาดทวารเทียมและผิวหนังโดยรอบทวารเทียม

2.1 ลอกแป้นโดยใช้นิ้วมือกดผิวหนังด้านล่างไว้ ขณะที่มืออีกข้างค่อยๆ ลอกแป้นออกช้าๆ ด้วยความนุ่มนวล ควรเปลี่ยนแป้นเมื่อมีการรั่วซึม ถ้าแป้นไม่มีการรั่วซึม หลังผ่าตัดระยะแรกสามารถลอกแป้นเปลี่ยนทุก 3-4 วัน และเมื่อปรับตัวได้สามารถลอกแป้นเปลี่ยนทุก 4-6 วัน

2.2 การทำความสะอาดรูเปิดทวารเทียมและผิวหนังรอบทวารเทียม โดยใช้สำลีชุบน้ำสะอาดพองหมาดเช็ดอย่างเบามือทุกวัน หากแป้นยังใช้การได้ให้ทำความสะอาดรูเปิดทวารเทียมและวงด้านในของแป้น รวมทั้งสังเกตความผิดปกติของผิวหนังโดยรอบรูเปิดทวารเทียม เช่น รอยถลอก บาดแผล เลือดออก แล้วปิดถุงรองรับปัสสาวะ

2.3 หลังปิดถุงรองรับปัสสาวะแล้ว ตรวจสอบอีกครั้งว่าแป้นไม่มีการรั่วซึมแล้วจึงสวมใส่เสื้อผ้า

2.4 แนะนำให้เทปัสสาวะเมื่อมีน้ำปัสสาวะประมาณ 1/2-1/3 ของถุง เนื่องจากถ้ามีน้ำปัสสาวะมากเกินไปจะทำให้แป้นหลุดหรือรั่วซึมง่ายขึ้น

3. การเปลี่ยนแป้นและปิดถุงรองรับปัสสาวะ ก่อนที่จะเริ่มทำการเปลี่ยนถุงรองรับควรเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม ได้แก่ แป้นและถุงรองรับ สำลีสำหรับเช็ดทำความสะอาด น้ำสะอาด ปากกาสำหรับวัดขนาด แบบวัดขนาด กรรไกรสำหรับตัดแป้น ถุงขยะ

3.1 แกะแป้นทวารเทียมเดิมออก ทำความสะอาดทวารเทียมและผิวหนังโดยรอบด้วยสำลีน้ำสะอาดพองหมาด แล้วเช็ดคราบออกให้หมดและซับผิวหนังโดยรอบให้แห้ง

3.2 วัดขนาดทวารเทียมโดยใช้แบบเทียบขนาด หรือลอกขนาดทวารเทียมลงบนแผ่นพลาสติกใส ตัดตามรูปร่างทวารเทียมที่วัดไว้ แล้วจึงนำไปเป็นแบบวาดลงบนแป้นด้านหลัง ตัดขนาดวงของทวารเทียมตามแบบที่วาด ลอกกระดาษทวารบริเวณด้านหลังแป้นออก ทาวาสตูป้องกันผิว Stomahesive paste บนแป้นหรือทาที่รอบทวารเทียม ทิ้งไว้ประมาณ 1 นาทีให้แห้ง นำแป้นไปติดรอบทวารเทียมลูบเบาๆ ให้แป้นปิดแนบกับผิวหนัง

3.3 ก่อนติดถุงลงบนแป้น ให้ขยับถุงเล็กน้อยเพื่อให้อากาศเข้าไปในถุงได้ ทำให้ถุงไม่แนบติดกัน และปิดปลายก๊อกรที่ปลายถุงก่อนทำการติดถุงกับแป้น

3.4 ประคบถุงให้เข้ากับแป้น กดเบาๆ อาจใช้สารหล่อลื่นเช่น วาสลีน ทาขอบแป้นก่อนปิดถุง เพื่อให้ปิดถุงได้ง่ายขึ้น

3.5 การเทปัสสาวะออกจากถุง โดยการเปิดปลายถุงแล้วเทปัสสาวะลงในโถส้วม ใส่น้ำเข้าทางปลายถุง ล้างให้สะอาดและเช็ดด้วยกระดาษชำระ แล้วปิดปลายถุง

3.6 การทำความสะอาดถุงรองรับ สามารถทำความสะอาดถุงด้วยครีมอาบน้ำหรือแชมพูให้สะอาด นำมาแขวนผึ่งลมในที่ร่ม แล้วจึงนำกลับมาใช้ใหม่ บริเวณขอบถุงสามารถใช้แปรงทำความสะอาดให้ทั่วถึงได้ เพื่อช่วยลดการเกิดกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์

#### 4. คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป

##### 4.1 การรับประทานอาหาร

4.1.1 สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ และควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ หากไม่มีข้อจำกัด

4.1.2 ควรดื่มน้ำวันละ 8-10 แก้ว หรือ 2-3 ลิตรต่อวัน เพื่อลดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ รับประทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด

4.1.3 อาหารที่ทำให้ปัสสาวะมีกลิ่น ได้แก่ สะตอ ชะอม หัวหอม เครื่องเทศ กระเทียม สมุนไพร ส่วนอาหารที่ช่วยลดกลิ่น ได้แก่ โยเกิร์ต น้ำผลไม้รสเปรี้ยว

4.2 การทำงาน สามารถทำงานได้ งดเว้น การยกของหนักหรือภาวะที่ทำให้แรงดันในช่องท้องสูง ซึ่งจะมีผลกระทบต่อทวารเทียมทำให้เกิดไส้เลื่อน (Parastomal hernia)

4.3 การเดินทาง สามารถเดินทางไกลได้ แต่ควรเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ สำรองไว้ 2-3 ชุด กรณีที่มีความเร่งด่วนจำเป็นต้องเปลี่ยนทันที

4.4 การออกกำลังกาย หลังผ่าตัด เมื่อแข็งแรงดีแล้ว สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ แต่ควรเลี่ยงกีฬาที่หักโหมรุนแรง เช่น ฟุตบอล ชกมวย หรือกีฬาที่มีการกระทบกระเทือนเพราะอาจเป็นอันตรายต่อทวารเทียม

4.5 การแต่งกาย สามารถแต่งกายได้ตามปกติ แนะนำการใส่เสื้อผ้าที่สวมใส่สบาย อาจจะสามารถกระโปรงหรือกางเกงที่มีจีบด้านหน้าหรือชุดที่มีลวดลาย จะช่วยพรางบริเวณที่มีทวารเทียมได้

4.6 การทำความสะอาดร่างกาย สามารถอาบน้ำได้ตามปกติ แต่ควรใช้วิธีซักอาบหรืออาบด้วยฝักบัว อาบได้ทั้งในขณะที่ใส่หรือถอดถุงออก โดยใช้พลาสติกปิดรอบแป้นเพื่อให้แป้นติดแน่นไม่ให้น้ำเซาะ ในกรณีที่จะเปลี่ยนแป้น สามารถแกะแป้นออกก่อน อาบน้ำจนสะอาดแล้วจึงซับผิวให้แห้งก่อนติดแป้นใหม่

4.7 การมีเพศสัมพันธ์ สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ การทำความสะอาดอุปกรณ์หรือเปลี่ยนอุปกรณ์รองรับก่อนการมีเพศสัมพันธ์ จะช่วยเพิ่มความรูสึกมั่นใจได้

4.8 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับความสำคัญของการมาพบแพทย์ตามนัดรวมถึงการมาติดตามดูแล ทวารเทียมที่ออสโตมีคลินิก เพื่อการดูแลต่อเนื่อง แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาโรงพยาบาลได้แก่

4.8.1 ปัสสาวะเป็นเลือด ปัสสาวะขุ่น มีกลิ่นฉุนแรง มีไข้ หนาวสั่น

4.8.2 ผิวหนังรอบทวารเทียมหรือผิวหนังบริเวณที่ปิดแป้นมีอาการคัน ผิวหนังอักเสบ มีเลือดซึม หรือแป้นรั่วซึมตลอดเวลาหรือรั่วซึมบ่อยขึ้น

4.8.3 ผิวหนังรอบทวารเทียมบวมหรือโป่งออกมา หรือมีอาการปวดท้อง

4.8.4 ทวารเทียมมีเลือดไหลไม่หยุด

การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยรวมถึงการเตรียมผู้ดูแลในการช่วยเหลือดูแลและช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ให้มีความรู้ ความสามารถ ทักษะเพื่อกลับไปดูแลตนเองที่บ้านและสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย หลังผ่าตัดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะและได้รับการทำกระเพาะปัสสาวะเทียมเปิดทางหน้าท้อง (Ileal conduit) พยาบาลจะต้องวางแผนจำหน่ายให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง มีแผนสอนและฝึกทักษะที่เฉพาะเจาะจงเหมาะสมกับแต่ละบุคคล โดยบูรณาการแนวทางการจัดการรายกรณีร่วมกับแนวทางการดูแลทวารเทียม ด้วยบทบาทการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การสนับสนุนการดูแลตนเอง การประสานงานให้เข้าถึงแหล่งทรัพยากรที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อป้องกันหรือควบคุมภาวะแทรกซ้อน รวมถึงผลลัพธ์ด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลภาวะสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวพึงพอใจและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

## 2. การรักษาโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะด้วยรังสีรักษา (Radiation therapy)

การรักษาด้วยรังสีรักษา (Radiation therapy) จะเลือกให้การรักษาโดยการฉายรังสี เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถรับการรักษาดูแลด้วยการผ่าตัดได้เนื่องจากสภาพร่างกายไม่พร้อม หรือมีความเสี่ยงสูง จากการดมยาสลบ หรือผู้ป่วยเลือกวิธีนี้ จะพิจารณาให้รังสีรักษาในรายที่มะเร็งกระเพาะปัสสาวะลุกลามเข้าไปในชั้นกล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะ หรือมีการลุกลามไปยังอวัยวะข้างเคียงหรือมีการกระจายไปยังอวัยวะอื่นในผู้ป่วยบางรายที่ได้รับการผ่าตัดแล้วพบว่า มีเนื้องอกมะเร็งหลงเหลืออยู่ หรือมีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง อาจพิจารณาฉายรังสีรักษาพร้อมด้วย ซึ่งผลการรักษายังไม่สามารถเปรียบเทียบได้กับการผ่าตัด

ผลข้างเคียงจากรังสีรักษา แตกต่างกันไปในแต่ละราย ขึ้นอยู่กับปริมาณรังสี หรือการรักษาอื่นร่วมด้วย เช่น การให้เคมีบำบัดร่วม ผลข้างเคียงในการฉายรังสีบริเวณช่องเชิงกราน ในโรคมะเร็ง กระเพาะปัสสาวะ ได้แก่

- ปัสสาวะบ่อยขึ้น รู้สึกกระคายเคืองตอนปัสสาวะ
- ลำไส้แปรปรวน อาจมีลมในท้องหรือมีอาการท้องเสียได้
- อ่อนเพลีย
- ผิวหนังบริเวณที่ได้รับการฉายรังสีอาจมีสีคล้ำขึ้นเหมือนโดนแดดได้
- ขนบริเวณหัวหน่าวร่วงได้ แต่จะขึ้นได้ใหม่เมื่อหยุดการฉายรังสี แต่จะไม่มีผลต่อผม
- ผู้ป่วยบางรายอาจมีปัญหาทางด้านเพศสัมพันธ์ เช่น ผู้ป่วย หญิงอาจมีช่องคลอดแห้งลง หรือในผู้ป่วยชายอาจมีปัญหา เรื่องการแข็งตัวของอวัยวะเพศ แต่มักเป็นผลข้างเคียงแบบชั่วคราว

## 3. การรักษาโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะด้วยยาเคมีบำบัด (Chemotherapy)

การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) เป็นการฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำโดยตรง จะเลือกให้การรักษาในรายที่มีการกระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น หรือให้ภายหลังการผ่าตัด กระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด (Radical cystectomy) แล้วพบว่ามีมีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองหรือยังมีเซลล์มะเร็งหลงเหลืออยู่ โดยผู้ป่วยนั้นจะต้องมีสภาพร่างกายที่สมบูรณ์และการทำงานของไตปกติ

ผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด เช่น อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ผอมลง การทำงานของไตผิดปกติ เม็ดเลือดขาวต่ำ และมีภาวะเกร็ดเลือดต่ำ ทำให้มีเลือดออกได้ง่าย

## 4. การรักษาด้วยการใส่ยาเคมีบำบัดหรือยากระตุ้นภูมิคุ้มกัน (Intravesical therapy)

การใส่ยาเคมีบำบัด หรือยากระตุ้นภูมิคุ้มกันในกระเพาะปัสสาวะ (Intravesical therapy) ชนิดของยาที่ใช้ใส่รักษาในกระเพาะปัสสาวะ ที่นิยมปัจจุบันมี 2 ชนิดคือ BCG Intravesical และ Mitomycin ซึ่ง BCG เป็น microbacterium ที่ถูกทำให้อ่อนแรง ถูกพัฒนาเป็นวัคซีนสำหรับวัณโรค ภายหลังพบว่ามีคุณสมบัติในการรักษาโรคมะเร็งหลายประเภท โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สำหรับมะเร็งเยื่อบุระบบปัสสาวะ ช่วยลด



การแพร่กระจายของเชื้อแบคทีเรียเข้าสู่กระแสเลือด จะเลือกในรายที่เป็นมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ยังไม่ลุกลามเข้าชั้นกล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะ

อาการข้างเคียงและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านหลังได้รับยากระตุ้นภูมิคุ้มกัน ได้แก่

1. มีไข้ จากการที่มีการกระตุ้นให้ร่างกายตอบสนองต่อการรักษา และมักจะเกิดไข้ระยะสั้นๆ 1-2 วัน อาการคล้ายไข้หวัด เช่น มีไข้ ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ให้รับประทานยาลดไข้ และยาอื่น ๆ ตามที่แพทย์สั่ง

2. ปัสสาวะบ่อย และแสบขณะถ่ายปัสสาวะ อาจมีเลือดปนเป็นสีน้ำตาลเนื้อ และอาการจะค่อยๆ ดีขึ้น ให้ดื่มน้ำวันละ 2 ลิตรเพื่อชะล้างกระเพาะปัสสาวะ ควรงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

3. พักผ่อนให้เพียงพอ

4. กรณีมีเพศสัมพันธ์ ผู้ชายควรใส่ถุงยางอนามัยหลังการใส่ยาเป็นเวลา 1 สัปดาห์ เพื่อหลีกเลี่ยงการแพร่เชื้อสู่คู่นอน

5. อาการที่ต้องมาพบแพทย์ทันที เช่น การหายใจติดขัด ไข้สูงมากกว่า 39.5 องศาเซลเซียส ติดต่อกันเกิน 12 ชั่วโมง หรือมีเลือดในปัสสาวะมากผิดปกติ

ภายหลังการรักษามะเร็งกระเพาะปัสสาวะตามแนวทางต่างๆ ที่กล่าวมาแล้ว แพทย์จะมีการติดตามผู้ป่วย เพื่อประเมินผลการรักษา ด้วยการนัดตรวจอย่างสม่ำเสมอ โดยอาจนัดตรวจทุก 1-2 เดือนในปีแรก ภายหลังการรักษา 2-3 ปีอาจนัดตรวจติดตามทุก 2-3 เดือน และถ้าเกิน 5 ปีอาจนัดติดตามทุก 6-12 เดือน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแนวทางการรักษาในแต่ละระยะของโรค การตรวจติดตามอาการของแพทย์จะมีการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจทางรังสีจะขึ้นกับข้อบ่งชี้ในแต่ละรายตามการพิจารณาของแพทย์ ผู้ป่วยควรมาตามนัดเพื่อติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอเพื่อการรักษาที่ต่อเนื่อง และได้รับการดูแลที่เหมาะสม

### การป้องกันมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

ในปัจจุบันยังไม่มีวิธีป้องกันที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ แต่มีคำแนะนำที่อาจช่วยลดโอกาสการเกิดโรคได้บ้าง คือ การลดหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น

1. หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งก่อนเข้านอน เพราะจะมีการตกค้างของสารก่อมะเร็งในกระเพาะปัสสาวะเป็นเวลานานในช่วงที่นอนหลับ

2. หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับสารเคมีที่อาจก่อให้เกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะดังที่กล่าวไป และหากต้องทำงานเกี่ยวข้องกับสารเคมี จะต้องปฏิบัติตามกฎความปลอดภัยอย่างเคร่งครัด เพื่อหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับสารเคมี

3. ดื่มน้ำให้มากๆ ทุกวัน เพื่อช่วยละลายสารพิษที่อาจสะสมอยู่ในปัสสาวะและชะล้างสารพิษในกระเพาะปัสสาวะออกให้เร็วที่สุด

4. กินผักและผลไม้ให้มากๆ และหลากหลายชนิด เพราะผักและผลไม้มีสารต้านอนุมูลอิสระที่ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งได้

5. หากสงสัยว่าเป็นโรคนี เช่น ปัสสาวะเป็นเลือด หรือรักษาอาการกระเพาะปัสสาวะอักเสบแล้วยังไม่ดีขึ้น ควรรีบไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล



**กรมการแพทย์**

**โรงพยาบาลเลิดสิน**

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

## บทที่ 3

### ทฤษฎีการพยาบาลที่ประยุกต์ใช้กับกรณีศึกษา

การจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับการทำกระเพาะปัสสาวะเทียมเปิดหน้าท้อง (Ileal conduit) ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการพยาบาลเพื่อให้ครอบคลุม ดังนี้

1. แนวคิดการจัดการรายกรณี (Case management)
2. แนวคิดการดูแลออสโตมีและแผล (Ostomy and Wound care)

#### 1. แนวคิดการจัดการรายกรณี (Case management)

การจัดการรายกรณี (Case management) เป็นกระบวนการในการดูแลผู้ป่วย เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลที่เน้นผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของการจัดการรายกรณี ดังนี้

- กระบวนการทำงานที่อาศัยความร่วมมือในการประเมิน วางแผน ดำเนินการ การประสานงาน การติดตามกำกับงาน และการประเมินทางเลือกของบริการที่สอดคล้อง ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ โดยอาศัยการสื่อสารและการจัดการทรัพยากร ให้เกิดบริการที่มีประสิทธิภาพและเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ใช้บริการ (Rolling Meadows, IL: 2003)

- กระบวนการทำงานที่อาศัยความร่วมมือในการประเมิน การวางแผน การประสานงานเพื่ออำนวยความสะดวก ให้เกิดการพิทักษ์สิทธิผู้ให้บริการ โดยมีการประเมินบริการที่สอดคล้องและตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ ผ่านการจัดการทรัพยากร ให้เกิดบริการที่มีประสิทธิภาพ และเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ใช้บริการ (Case Manager Society of America – CMSA, The Case Manager 14,no.3(2003):54)

- กระบวนการทำงานที่อาศัยความร่วมมือในการประเมิน การวางแผน การประสานงานเพื่ออำนวยความสะดวก ให้เกิดการพิทักษ์สิทธิผู้ให้บริการ โดยมีการประเมินบริการที่สอดคล้องและตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการและครอบครัว ผ่านการสื่อสารและการจัดการทรัพยากร ให้เกิดบริการที่มีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์การบริการที่มีความคุ้มค่าคุ้มทุน (วรรณณ ประสารอริคม)

- เป็นกระบวนการประสานงาน การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทั้งในสถานบริการและชุมชน มีการวางแผนการออกแบบการดูแลให้แก่ผู้ป่วยเฉพาะราย แบบองค์รวม ในทุกระยะของการเจ็บป่วย เพื่อตอบสนอง ความต้องการที่ซับซ้อนด้านสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว มีการพิทักษ์สิทธิการเจรจาต่อรองของผู้ป่วย ผู้ให้บริการ ผู้ซื้อบริการมีการจัดการเพื่อลดความผันแปรในกระบวนการ ดูแลรักษาผู้ป่วย มีการประสานให้เข้าถึงแหล่งทรัพยากรเพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์เชิงคุณภาพทั้งด้านคลินิก ด้านค่าใช้จ่าย ด้านรายได้

และด้านมูลค่าเพิ่ม และก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ในการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (ปรัชญาวัชร ปราบกุลผล, 2560)

โดยสรุป การจัดการรายกรณี (Case management) หมายถึง ระบบของการให้บริการสุขภาพ ที่ให้ความสำคัญต่อกระบวนการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องมีประสิทธิภาพสูงสุด และค่าใช้จ่ายที่ประหยัดคุ้มค่าเหมาะสม เป็นกระบวนการที่มีการ ประเมิน วางแผนจัดการหรือลงมือปฏิบัติ ประสานงานร่วมกับทีมสุขภาพ ประเมินผลการปฏิบัติ รวมทั้งการพิทักษ์ สิทธิของผู้ป่วย โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี จะเป็นผู้รับผิดชอบจัดการดูแลตั้งแต่แรกเริ่ม จนถึงจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล

### องค์ประกอบของการจัดการรายกรณี

1. ความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพ (Collaborative Practice) เป็นการประสานความร่วมมือกับผู้ที่มิบทบาทเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Client-center approach) โดยการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลต่อเนื่องให้ครอบคลุมปัญหาผู้ป่วย ร่วมกันกำหนดแผน แนวทาง และรูปแบบการดูแลทั้งในด้านโครงสร้างและกระบวนการ โดยมีผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสาน การดูแล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่กำหนด ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีคุณภาพ

2. แผนการดูแลผู้ป่วย (Care map หรือ Clinical pathway) เป็นแผนการดูแลที่ทีมสหวิชาชีพ ร่วมกันกำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วย โดยในแผนจะระบุปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ระบุกิจกรรมที่ผู้ป่วยจะได้รับ และผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในแต่ละครั้งตลอดช่วงการดูแล ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม จนกระทั่งสิ้นสุดการดูแล ระบุหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างชัดเจนของทีมสหสาขา วิชาชีพ ช่วยให้ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องสามารถให้การดูแลรักษาไปในทิศทางเดียวกัน และสามารถ ประเมินผลลัพธ์ตามที่ระบุไว้

3. พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (nurse case manager) เป็นพยาบาลที่มีความรู้พื้นฐานทาง คลินิก สามารถประสานการดูแลระหว่างแพทย์ พยาบาลและทีมสุขภาพ ได้อย่างสอดคล้องกับปัญหาและ ความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย

### กระบวนการทางการพยาบาลในการจัดการรายกรณี

กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นกระบวนการที่เน้นการดูแลให้มีมาตรฐานคุณภาพ ผลลัพธ์ คือ การลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน การกลับมารักษาซ้ำ ควบคุมค่าใช้จ่ายและการจัดสรรทรัพยากรได้ อย่างเหมาะสม กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. การคัดกรองและคัดเลือกผู้ป่วย (Case screening and case selection) ขั้นตอนนี้เป็น ขั้นตอนแรกของกระบวนการ โดย case manager จะเป็นผู้คัดเลือกผู้ป่วยที่มีความต้องการช่วยเหลือที่ ซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่กลับมานอนโรงพยาบาลบ่อย กลุ่มที่มีความเสี่ยงทางเศรษฐกิจ สังคม

**2. การประเมินปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว (Assessment)** โดยผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ศึกษาและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ผลกระทบต่อความเจ็บป่วยจากแหล่งข้อมูล เช่น สมาชิกในครอบครัว บุคคลใกล้ชิด ประวัติความเจ็บป่วยจากบันทึกทางการแพทย์ ครอบครัวทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และสภาพแวดล้อมทั้งด้านครอบครัวและสังคมแบบองค์รวม รวมทั้งแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม แล้วนำข้อมูลมารวบรวมวิเคราะห์ เพื่อหาแนวทางในการให้บริการ โดยประเมินความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ค้นหาปัญหา ตั้งเป้าหมาย วางแผนการจำหน่ายที่จะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

**3. ประสานงาน วางแผนให้การดูแลและแผนการจำหน่าย (Coordinating, developing and discharge plan)** โดยทีมสหวิชาชีพประชุมกำหนดแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ ในแผนการดูแลประกอบด้วยกิจกรรมการดูแล เป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหลังให้การดูแล กำหนดผู้รับผิดชอบแต่ละกิจกรรม และระยะเวลาดูแลผู้ป่วยจากการศึกษาพบว่าระยะเวลาในการดูแลแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะสั้นใช้เวลา 0-3 เดือน ระยะกลางใช้เวลา 3-6 เดือน และระยะยาวใช้เวลา 6-12 เดือน ให้การดูแลจนกระทั่งผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ หรือปัญหานั้นได้รับการแก้ไขให้หมดไป แผนการดูแลสามารถปรับปรุง เปลี่ยนแปลงได้ เพื่อให้สอดคล้องเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติที่ประเมินได้ในขณะที่ดูแลนั้น

**4. ดำเนินความต่อเนื่อง กำกับติดตาม (Continuous case management and monitoring)** โดย Case manager เป็นผู้ให้การดูแลโดยตรง และกรณีที่มีปัญหาซับซ้อนประสานกับผู้เชี่ยวชาญในทีม ให้การดูแลตามแผนที่กำหนด ติดตามปัญหาความต้องการซ้ำทุกครั้งที่ลงไปดูแล เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงอาการทางจิต อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา รวมทั้งติดตามประเมินผลลัพธ์ที่ได้รับจากการดูแลช่วยเหลือตามแผนที่วางไว้ พร้อมกับทบทวนแผนการดูแล กิจกรรมที่ให้การดูแลช่วยเหลือและความเหมาะสมของกิจกรรมที่ดำเนินการดูแลผู้ป่วย

**5. การดำเนินตามแผนขั้นสุดท้าย (Implement of final plan)** ผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ประเมินผู้ป่วยและครอบครัวที่เหมาะสม สำหรับการจำหน่ายที่ปลอดภัย ปัญหาจะได้รับการดูแลตามแผนการดูแลที่กำหนดไว้

**6. การประเมินครั้งสุดท้ายหลังการจำหน่าย และการยุติการดูแล (Final evaluation post discharge follow-up and case closure)** โดยขั้นตอนการยุติบริการได้แก่ ประชุมเตรียมความพร้อม กับทีมผู้ดูแล ประสานกับญาติและผู้ป่วยเพื่อแจ้งเหตุผลที่ชัดเจนของการยุติบริการรวมถึงให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์ในชุมชนและวิธีการกลับเข้าสู่กระบวนการจัดการรายกรณีอีกครั้งถ้าจำเป็น

### สมรรถนะของผู้จัดการรายกรณี

1. **สมรรถนะการจัดการ (Management Competency)** ประกอบด้วยการจัดการความต้องการของผู้ป่วย การจัดการด้านบุคคล การจัดการด้านทรัพยากร การจัดการด้านข้อมูล และการจัดการเชิงผลลัพธ์

2. **สมรรถนะทางคลินิก (Clinical Care Competency)** ประกอบด้วยการจัดการทางคลินิก และการวางแผนการจัดการทางคลินิกในทุกๆระยะของการเจ็บป่วยและระยะการเปลี่ยนผ่าน

3. **สมรรถนะการพิทักษ์สิทธิ (Protection Competency)** ประกอบด้วยการจัดบริการการดูแลรักษาพยาบาลที่สอดคล้องกับมาตรฐานการดูแลรักษา นโยบาย กฎหมาย และระบบการบริการสุขภาพ มอบความเป็นธรรมแก่ผู้รับบริการ ผู้ซื้อบริการ ผู้ให้บริการ โดยมุ่งเน้นประโยชน์สูงสุดที่ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ

4. **สมรรถนะการตัดสินใจจริยธรรม (Ethical Decision-making Competency)** ประกอบด้วย การป้องกันและแก้ไขปัญหาเชิงจริยธรรม ซึ่งอยู่ภายใต้ขอบเขตความมีอิสระของทีมนสหสาขาวิชาชีพ ไวต่อการเข้าไปจัดการปัญหาความขัดแย้งทางจริยธรรม

### ทักษะการจัดการรายกรณี

การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและยุ่งยากซับซ้อน ทำให้เกิดผลกระทบ และปัญหาทั้งต่อผู้ป่วยเอง ครอบครัว ชุมชน พยาบาลที่ทำหน้าที่ผู้จัดการรายกรณี ควรมีทักษะดังนี้

1. ทักษะการจัดการสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพ
2. การประสานความร่วมมือ การเจรจาต่อรอง
3. การเป็นผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก
4. การเป็นผู้ให้คำปรึกษา
5. การส่งเสริม การสนับสนุนการดูแลตนเอง
6. การพิทักษ์สิทธิ การแก้ไขปัญหาและจัดข้อขัดแย้ง
7. การศึกษาวิจัย
8. การจัดการความเสี่ยง การวางแผนในระยะเปลี่ยนผ่าน การจัดการแหล่งประโยชน์ การวิเคราะห์ วิเคราะห์ประสิทธิภาพและประสิทธิผล
9. การสร้างทีมงานและเครือข่าย

### บทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

บทบาทพยาบาลในการเป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณี พยาบาลจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อม ในการปฏิบัติบทบาทให้เต็มความสามารถ ได้แก่ การเลือกผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน การประเมินสุขภาพ ทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม จิตใจ สภาพแวดล้อม สถานภาพทางการเงิน ความสามารถในการปฏิบัติ

หน้าที่ของร่างกาย การประเมินครอบครัว และชุมชน เพื่อศึกษาระบบสนับสนุนของผู้ป่วย นำมาวิเคราะห์ ข้อมูล ให้การวินิจฉัยการพยาบาล กำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไข กำหนดแผนการพยาบาล ประสานงาน ในทีมการพยาบาล ให้มีการนำแผนไปปฏิบัติให้ครอบคลุม ประสานงานกับแหล่งทรัพยากรในชุมชน เป็น ตัวแทนผู้ป่วย เพื่อติดต่อกับแหล่งทรัพยากรที่จะให้เป็นประโยชน์กับผู้ป่วย แสวงหาแหล่งทรัพยากรใหม่ ตามความจำเป็นเหมาะสม ให้สุขศึกษาผู้ป่วย ส่งเสริมแหล่งสนับสนุนในชุมชน ให้เห็นคุณค่าของการดูแล ผู้ป่วย ประเมินความก้าวหน้าในการดูแลเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนด ประเมินการเปลี่ยนแปลงของ ภาวะสุขภาพเป็นระยะๆ รวมถึงการประเมินแผนการบริการสุขภาพในด้านคุณภาพ ปริมาณ เวลาและ ประสิทธิภาพของการบริการ ด้านความเหมาะสม ประหยัดค่าใช้จ่าย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเอง

**แนวคิดการจัดการรายกรณีในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียมทางเดินปัสสาวะ** หลังผ่าตัดผู้ป่วยจะต้องมีทวารเทียมทางหน้าท้อง (Ileal conduit) ไปตลอดชีวิต ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ การเปลี่ยนแปลงทางด้านกิจวัตรประจำวัน การใช้ ชีวิตในสังคม และอาจกระทบถึงบทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว การบูรณาการแนวคิดการจัดการราย กรณีมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม โดยยึดผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลาง เป็นการดูแลที่ต่อเนื่องไม่ซ้ำซ้อน ได้รับการดูแลที่ตรงกับปัญหาและความต้องการ ส่งผลให้ ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างสมดุล และมีการจัดการทรัพยากรที่จำเป็นได้อย่างคุ้มค่าคุ้มทุน

## 2. แนวคิดการดูแลออสโตมีและแผล (Ostomy and Wound care)

Ostomy เป็นภาษากรีก หมายถึง ปาก ภาษาไทยจึงใช้เรียก Ostomy หรือ Stoma ว่า ทวารเทียม หรือลำไส้เปิดออกทางหน้าท้อง ซึ่งอาจเป็นแบบชั่วคราวหรือถาวร การดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้ เปิดทางหน้าท้อง พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีทักษะ ความรู้ ความเชี่ยวชาญทางคลินิก ได้แก่ การประเมิน ผู้ป่วยตั้งแต่อ่อนผ่าตัด การให้ความรู้ การสอนแนะนำ ส่งเสริมการดูแลตนเอง สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ ออสโตมี รวมทั้งการวางแผนการจำหน่าย การติดตามประเมินหลังผ่าตัดและฟื้นฟูสภาวะอย่างต่อเนื่อง อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สมาคมพยาบาลผู้ดูแลผู้มีทวารเทียมหรือลำไส้เปิดออกทางหน้าท้อง The International Ostomy Association 2004 ได้ประกาศสิทธิที่ผู้ป่วยทุกประเทศทั่วโลก ควรได้รับการดูแลดังนี้

1. การเตรียมผู้ป่วย โดยให้คำปรึกษาก่อนการผ่าตัด
2. ได้รับการกำหนดตำแหน่งลำไส้เปิดทางหน้าท้องให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม
3. มีลักษณะของลำไส้เปิดทางหน้าท้องที่ดี อยู่เหนือระดับผิวน้ำ
4. ได้รับการดูแลจากพยาบาลที่มีทักษะในการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้องหลังการผ่าตัด
5. ได้รับการดูแลด้านอารมณ์
6. ได้รับคำแนะนำจากแพทย์เฉพาะทาง

7. ได้รับข้อมูลในเรื่องของวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้
  8. ได้รับข้อมูลด้านแหล่งสนับสนุนทางสังคม
  9. มีการดูแลติดตามอย่างต่อเนื่อง
  10. มีทีมงานเฉพาะทางในการดูแล
- การปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) ในการดูแลผู้ป่วยทวารเทียมหรือลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (Stoma) และการจัดการ ประกอบด้วย
1. การกำหนดตำแหน่งลำไส้เปิดทางหน้าท้อง
  2. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอุปกรณ์รับอุจจาระ
  3. การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง ในระยะก่อนและหลังผ่าตัด
  4. หลักการติดถุงรองรับอุจจาระหรือปัสสาวะเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน
  5. การให้ข้อมูล ความรู้และคำแนะนำต่างๆ แก่ผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง
  6. การดูแลด้านจิตใจ

#### การประเมินความสมบูรณ์ของลำไส้และผิวหนังโดยรอบช่องเปิดลำไส้

หลังผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง การประเมินทวารเทียมเป็นสิ่งสำคัญในการวางแผนให้การพยาบาล ซึ่งการประเมินที่สำคัญ ได้แก่

1. **Stoma viability** ความสมบูรณ์ของ Stoma สี ความยืดหยุ่น ซึ่งปกติ Stoma จะมีสีแดงหรือสีชมพู มีความชุ่มชื้น นุ่ม ผิวเป็นมัน ซึ่งเป็นสีปกติของผิวหนังลำไส้
2. **Size and shape** รูปร่างส่วนใหญ่จะมีรูปร่างกลมหรือรี เส้นผ่านศูนย์กลางโดยปกติประมาณ 22-24 มิลลิเมตร ควรวัดขนาดและบันทึกเพื่อนำมาประเมินการใช้อุปกรณ์
3. **Stoma height** ความยื่นของ Stoma จากผิวหนังหน้าท้อง Stoma ที่ดี ควรยื่นออกมาประมาณ 1"-1½" และมีช่องเปิดอยู่ตรงกลางบนยอด Stoma เพื่อความสะดวกในการดูแลรักษาผิวหนังรอบๆ เนื่องจากน้ำปัสสาวะไหลและรั่วซึมเข้าได้ง่าย ผู้ป่วยจะมีโอกาสเกิดผิวหนังอักเสบจากปัสสาวะกัดได้ง่าย
4. **Mucocutaneous suture line** รอยเย็บและรอยต่อระหว่าง Stoma กับผิวหนัง สังเกตการ healing ของแผลเป็นไปตามปกติหรือมีรอยแยกปริ ควรสังเกตความยืดหยุ่นของไหมและการติดเชื่อมบริเวณรอยเย็บ เพื่อนำมาวางแผนในการป้องกันการเกิด Mucocutaneous separation
5. **Peristomal skin** ลักษณะผิวหนังรอบ Stoma ปกติจะเป็นผิวหนังที่สมบูรณ์ดีและลักษณะของผิวหนังบริเวณใกล้เคียงปราศจากผิวหนังระคายเคือง ควรสังเกตลักษณะของผิวหนังที่ได้รับการระคายเคืองจากอุปกรณ์หรือปัสสาวะที่รั่วซึม ได้แก่ ผิวหนังแดงเปื่อย เป็นตุ่มหนอง ผิวหนังลอก แสบร้อนตลอดเวลา



6. Function การทำงานและลักษณะปัสสาวะที่ออกมา ช่วงแรกหลังผ่าตัดอาจมีเลือดปนจางๆ ร่วมกับมีเมือก แต่หลังจากนั้นปัสสาวะควรจะมีสีเหลือง

### การให้ข้อมูลเกี่ยวกับถุงรองรับปัสสาวะ

พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วย ต้องมีความรู้ทักษะเกี่ยวกับอุปกรณ์ออสโตมี ทั้งอุปกรณ์หลักและอุปกรณ์เสริม สามารถให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ออสโตมีให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยทั่วไปอุปกรณ์ออสโตมี ประกอบด้วย

1. **ถุงรองรับสิ่งขับถ่าย (Faceplate and Pouches)** เป็นอุปกรณ์ออสโตมีพื้นฐาน ซึ่งมีหลายชนิดหลายรูปแบบและหลายขนาด มีทั้งลักษณะใสมองเห็นชัดหรือขุ่นมองเห็นกลางๆ ถุงรองรับสิ่งขับถ่ายที่ทำจาก Polyurethane film อัดหลายชั้น สามารถป้องกันกลิ่นและเก็บเสียงได้ ชนิดของถุงรองรับสิ่งขับถ่าย แบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด ได้แก่

1.1 **ถุงรองรับสิ่งขับถ่ายชนิดชิ้นเดียว (One - piece system)** ประกอบด้วย ถุงรองรับสิ่งขับถ่าย 1 ชิ้น ส่วนที่ยึดกับผิวหนังมีลักษณะเป็นแถบยาว เป็นถุงชิ้นเดียว ใช้ปิดครอบลงบนผิวหนังรอบช่องปิดลำไส้ ปิดได้ครั้งเดียว เมื่อสิ่งขับถ่ายเต็มสามารถระบายออกทางก้นถุง จะเปลี่ยนถุงใหม่เมื่อถุงหมดสภาพ ไม่สามารถแกะออกล้างได้

1.2 **ถุงรองรับสิ่งขับถ่ายชนิด 2 ชิ้น (Two-piece system)** ประกอบด้วยถุงรองรับสิ่งขับถ่าย (Pouch, Bag) 1 ชิ้น และแป้นหรือแผ่นที่มีสารป้องกันการระคายเคืองผิว (Faceplate) 1 ชิ้น ด้านหนึ่งของแป้นมีความเหนียว ใช้ติดกับผิวหนัง เป็นตัวป้องกันผิวหนังสัมผัสกับสิ่งขับถ่าย อีกด้านหนึ่งมีลักษณะเป็นวง ใช้สำหรับติดถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ดังนั้นภายหลังติดถุงรองรับสิ่งขับถ่ายระบบ 2 ชิ้น จึงสามารถถอดถุงออกจากแป้นเพื่อทำความสะอาด และนำกลับมาใช้ได้อีก ถุงสามารถบรรจุได้ประมาณ 350 มิลลิลิตร ถุงปลายเปิด (Drainable pouch) เป็นถุงที่มีปลายเปิดสามารถให้อุจจาระผ่านออกได้ สามารถเปิดและปิด เพื่อสามารถระบายอุจจาระออกได้ตามต้องการ ถุงชนิดมีลิ้น (Urostomy pouch) เป็นถุงที่มีลิ้นอยู่ภายใน (Anti-reflux valve) ของเสียจะไหลผ่านลิ้นด้านบนลงไปสู่ถุงด้านล่าง แล้วลิ้นจะบิดเข้าหากันเอง ทำให้ของเหลวด้านล่างไม่สามารถไหลย้อนกลับขึ้นไปด้านบนได้อีก ถุงชนิดนี้นิยมใช้รองรับของเสียที่มีลักษณะเป็นของเหลว ได้แก่ ปัสสาวะหรือสารขับหลัง

2. **อุปกรณ์ในการป้องกันการระคายเคืองผิว (Skin protective / Skin barrier)** เป็นตัวกั้นผิวหนังไม่ให้ถูกทำลาย หรืออันตรายจากสิ่งขับหลัง ปัจจุบันมีหลายรูปแบบ ได้แก่ Powder มีลักษณะเป็นผง Paste มีลักษณะเป็นแป้งเปียก Wafer มีลักษณะเป็นแผ่น Ring ลักษณะเป็นวง Fluid ลักษณะเป็นของเหลว ได้แก่

2.1 **Protective paste** มีคุณสมบัติในการป้องกันไม่ให้ผิวหนังสัมผัสกับสิ่งขับหลังจากร่างกายสามารถเสริมผิวหนังที่มีรอยพยุบหรือรอยช่องว่างของผิวหนังให้เต็ม และง่ายต่อการปิดถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ใช้ได้ทั้งผู้ที่มีช่องเปิดของลำไส้ ผู้ป่วย Incontinent บาดแผลทะเล่ หรือมีสายระบาย

**2.2 Protective powder** มีส่วนประกอบเหมือน Paste แต่มีลักษณะเป็นผงแป้ง มีคุณสมบัติในการดูดซับความชื้นบนผิวหนัง เมื่อรวมตัวกับน้ำ หรือสิ่งขับหลังจะละลายเป็นเจล (Gelatin) เคลือบปิดคลุมผิวหนังหรือบาดแผลไม่ให้ระคายเคืองมากขึ้น

**2.3 Skin protective sheet /blankets /wafers** มีลักษณะเป็นแผ่นบาง สามารถยืดหยุ่นได้ ด้านหนึ่งเคลือบด้วยพลาสติกและอีกด้านจะเป็น adhesive ที่ยึดเกาะบนผิวหนัง ใช้ปกป้องผิวหนังไม่ให้เกิดแผล มีคุณสมบัติในการดูดซับความชื้นได้ ให้ความชุ่มชื้นและควบคุมอุณหภูมิเพื่อเสริมการหายของแผล ภายหลังติด Skin protective sheet สามารถติดถูงทับได้

### 3. อุปกรณ์เสริม (Accessories)

**3.1 Belts** เป็นเข็มขัดเพื่อใช้เสริมร่วมกับถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ทั้งชนิด 2 ชั้นและชนิดชั้นเดียว ส่วนใหญ่แนะนำให้ผู้ป่วยใช้เสริมความมั่นใจขณะเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายหรือใช้ประคองในภาวะ Stoma hernia Flus stoma หรือ Stoma retraction

**3.2 Plastic clamp** ตัวหนีบพลาสติกมีลักษณะตรงโค้งตามส่วนโค้งของลำตัว

**3.3 Convex face paste /Convex inserts convex face plate** เป็นแป้นซึ่งส่วนของด้าน Adhesive ที่ติดกับผิวหนัง มีลักษณะโค้งนูน ส่วน Convex inserts มีลักษณะเป็นท่วง ซึ่งมีความโค้งใช้ใส่ในแป้นระบบ 2 ชั้น Convex ทั้ง 2 ประเภท นำมาใช้ในการแก้ปัญหา Flash stoma, Stoma retraction, Stoma stenosis หรือ Bad site stoma ควรใช้ร่วมกับเข็มขัด จะทำให้แป้นกระชับผิวหนังมากขึ้น สิ่งขับหลังจึงจะไม่รั่วซึมง่าย ถ้าใช้ติดกันระยะยาว สามารถกระตุ้นให้ Stoma ยื่นออกมามากขึ้น

**3.4 Deodent** น้ำยาดับกลิ่น มีทั้งชนิดเม็ดที่ใส่ลงในถุงรองรับสิ่งขับถ่าย ชนิดน้ำหรือสเปรย์ ใช้ระงับกลิ่นขณะถ่ายเทของเสียออกจากถุง

**3.5 Adhesive removers** มีลักษณะเป็นแผ่นกระดาษชุบด้วยสารที่มีคุณสมบัติในการเช็ดคราบขาวหรือรอยพลาสติกที่ค้างบนผิวหนังออก

**3.6 Skin sealant** เป็นสารประกอบด้วย Isopropyl alcohol มีลักษณะเป็นน้ำใสเมื่อทาลงบนผิวหนังจะแห้งเร็วเป็นฟิล์มบางเรียบ ติดแน่นปกคลุมผิวหนัง เมื่อใช้บนผิวหนังที่มีบาดแผล ทำให้มีการปวดแสบ ควรทดสอบอาการแพ้ก่อนใช้

เมื่อ Stoma แข็งแรงดี อุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่ายและอุปกรณ์ออสโตมีอาจมีเปลี่ยนแปลงได้ ทั้งนี้พยาบาลควรมีการแนะนำผู้ป่วยเป็นผู้พิจารณาเลือกใช้ตามความเหมาะสม โดยพิจารณาประกอบ ดังนี้

1. พิจารณาจากลักษณะของ Stoma และ Peristomal skin ได้แก่ชนิดและตำแหน่งของ Stoma ลักษณะของ Stoma ทรงกลม ทรงรี อยู่ระดับเดียวกับผิวหนังหรือระดับต่ำกว่าผิวของหน้าท้อง ที่ทำให้ปิดถุงรองรับยากขึ้น ลักษณะของผิวหนังโดยรอบ Stoma ไม่เรียบ เมื่อปิดถุงรองรับขับถ่ายอาจทำให้มีการเซาะซึมได้ง่าย ควรใช้อุปกรณ์เสริมช่วย

2. พิจารณาความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care) ได้แก่

2.1 ความสามารถในการใช้มือ ความถนัด การสัมผัสรับรู้ของปลายนิ้ว หากมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวข้อมือ ข้อมือ นิ้วมือ มือสั่น ควรเลือกใช้ถุงแบบขึ้นเดียว

2.2 ความสามารถในการมองเห็น ความชัดเจนสายตา บางรายที่ก้มมองไม่ถนัดอาจใช้วิธีมองผ่านกระจก หรือใช้วิธีสัมผัส กรณีที่สายตามัวหรือมองไม่ชัด แนะนำให้ใช้ถุงใส เพื่อมองเห็นง่ายเวลาปิดถุง

2.3 ความเคลื่อนไหวของร่างกาย เป็นส่วนหนึ่งที่จะต้องพิจารณาในการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์

2.4 ความสามารถในการด้านการสั่งงานของสมอง ในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านนี้ จะต้องมีผู้ช่วยในการดูแลทำความสะอาดและปิดถุง

3. พิจารณาจากลักษณะการดำเนินชีวิตประจำวัน (Lifestyle) ลักษณะอาชีพของผู้ป่วย กีฬาและการออกกำลังกาย แนะนำให้เสริมความมั่นใจด้วยการใช้เข็มขัดที่เกี่ยวกับถุงได้ ขณะเล่นกีฬา ส่วนการยอมรับของผู้ป่วย ผู้ป่วยควรมีส่วนร่วมในการพิจารณาเลือกใช้ถุงรองรับสิ่งขับถ่ายด้วยตนเองเพื่อส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจ และการพิจารณาใช้ถุงชนิดขุ่นจะเสริมให้เกิดความรู้สึกที่ดีขึ้น

4. ฐานะทางเศรษฐกิจ (Financial Situation) ต้องเลือกผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมกับฐานะของผู้ป่วย

#### การให้ข้อมูลในการดูแลตนเองเมื่อมีทวารเทียม

กระบวนการเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สร้างสัมพันธภาพความคุ้นเคยทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว การค้นหาผู้ดูแล ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การรับรู้เรื่องโรค ทักษะคิดและความรู้สึกเกี่ยวกับการผ่าตัดและการมีทวารเทียม ความรู้และคำแนะนำต่างๆ ที่ผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียมหน้าท้องควรทราบ ได้แก่

1. ลำไส้ที่เปิดทางหน้าท้อง เป็นการเปลี่ยนช่องทางขับถ่ายปัสสาวะมาอยู่หน้าท้องตลอดชีวิต ทวารเทียมไม่มีเส้นประสาทมาเลี้ยงแต่มีเลือดมาเลี้ยงมาก จึงเห็นเป็นสีแดง ดังนั้นต้องระวังการกระทบกระแทก เพราะจะทำให้เลือดออกง่าย

2. เวลาในการเปลี่ยนถุง ปกติสามารถอยู่ได้ประมาณ 3-5 วัน เวลาที่ดีที่สุดในการเปลี่ยนแตกต่างกันในแต่ละบุคคล อาจเป็นช่วงเช้าหลังตื่นนอนหรือก่อนรับประทานอาหารเข้า

3. การทำความสะอาด Stoma และผิวหนังโดยรอบโดยใช้น้ำสะอาดธรรมดา สามารถอาบน้ำได้ อาจใช้สบู่อ่อนทำความสะอาดรอบๆผิวหนัง เช็ดผิวหนังรอบๆให้แห้งก่อนที่จะติดถุง ควรตัดขนเพื่อป้องกันการอักเสบของรูขุมขน ไม่ควรใช้น้ำอุ่นเพราะจะทำให้ผิวหนังรอบลำไส้แห้งและคันได้

4. การใช้ผลิตภัณฑ์เคลือบผิวหรือป้องกันการระคายเคืองผิวรอบทวารเทียม (Skin protectant or moisture barrier) กรณีที่ใช้ในรูปแบบครีมต้องทาบางๆและรอให้แห้งก่อนจึงปิดถุง การทาบริเวณผิวหนังรอบๆทวารเทียม เพื่อป้องกันการซึมของการระคายเคืองจากปัสสาวะ ลดการเสียดสีป้องกันการสูญเสียน้ำทางผิวหนัง สามารถให้ความชุ่มชื้นและช่วยป้องกันผิวหนังลอกหลุดจากการลอกอุปกรณ์เปลี่ยนถุงรองรับของเสีย

5. อาหาร รับประทานอาหารให้สมดุล ครบ 5 หมู่ ดื่มน้ำให้เพียงพอเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะติดเชื้ในระบบทางเดินปัสสาวะ อาหารที่ทำให้เกิดกลิ่นฉุน ได้แก่ อาหารรสจัด สะตอ หัวหอม เป็นต้น

#### 6. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

6.1 การออกกำลังกาย หลังผ่าตัด 6 สัปดาห์แรก สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ทั้งเรื่องงานอาชีพ เล่นกีฬา แต่ควรเลี่ยงกีฬาประเภทที่ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง

6.2 การอาบน้ำ ควรใช้วิธีตักอาบน้ำหรืออาบน้ำด้วยฝักบัว โดยปิดอุปกรณ์รองรับหรือไม่ปิดก็ได้ หลังอาบน้ำให้รีบซับทุกส่วนของอุปกรณ์รองรับที่ปิดอยู่เดิมให้แห้งหรือรีบปิดอุปกรณ์ชุดใหม่

6.3 เสื้อผ้าที่หลวมเล็กน้อย อาจสวมเสื้ออึก เสื้อคลุม หรือกางเกงที่มีจีบด้านหน้า จะช่วยพรางตา

6.4 การเดินทาง สามารถเดินทางไปยังที่ต่างๆ ได้ และเตรียมอุปกรณ์รองรับสำรอง 2-3 ชุด เพื่อให้พร้อมใช้งานเมื่อมีความจำเป็น

6.5 การเข้าสังคมและการทำงาน การใช้ชีวิตในสังคมในระยะแรก อาจรู้สึกมีผลกระทบบ้าง แต่ความรู้ความเข้าใจ รวมทั้งแรงสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดจะช่วยสร้างกำลังใจที่ดีและช่วยปรับตัวให้ดีขึ้น สำหรับการทำงานอาจเตรียมอุปกรณ์สำรองไว้เผื่อเมื่อจำเป็น

6.6 การมีเพศสัมพันธ์ เมื่อมีสภาพร่างกายที่แข็งแรง สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ เตรียมตัวโดยระบายนั่งถ่าย การทำความสะอาดหรือเปลี่ยนอุปกรณ์รองรับก่อนการมีเพศสัมพันธ์ รวมทั้งอาจใช้ผ้าพันรอบตัวปิดทวารใหม่จะช่วยให้มั่นใจเพิ่มขึ้น

#### 7. การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ ได้แก่

7.1 ผิวหนังบริเวณรอบทวารเทียมมีการอักเสบ หรือเกิดแผลเปื่อย จากปัสสาวะที่มาสัมผัสบริเวณผิวหนัง ซึ่งอาจมีสาเหตุจากการปิดอุปกรณ์รองรับปัสสาวะไม่พอดี หรือตำแหน่งของทวารเทียมที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดการรั่วซึมของปัสสาวะ หรือการใช้สบู่ที่มีฤทธิ์แรงทำความสะอาด รวมทั้งการแพ้งจากอุปกรณ์รองรับปัสสาวะ

7.2 ทวารเทียมตีบแคบ บวม หรือมีสีคล้ำ มีไส้เลื่อน หรือลำไส้ยื่นออกมาผิดปกติ

7.4 มีเลือดออกมากบริเวณทวารเทียม แต่หากเลือดออกน้อยอาจเกิดจากการทำความสะอาดที่บ่อยหรือแรงเกินไป

7.5 ปัสสาวะมีกลิ่นเหม็นผิดปกติ สีผิดปกติ หรือขุ่น มีไข้ ซึ่งอาจบ่งชี้ถึงการติดเชื้อ

ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียมทางหน้าท้อง จึงต้องได้รับการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแผนการรักษา การดูแลตนเอง การดูแลทวารเทียมที่ถูกต้อง เพื่อลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะตามมา นอกจากตัวผู้ป่วยเองแล้ว แพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงครอบครัวหรือญาติ มีส่วนสำคัญในการสร้างเสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่านำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี

## บทที่ 4 กรณีศึกษา

กรณีศึกษาตามแนวคิดการจัดการรายกรณี ผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะและเปิดทวารเทียมเพื่อขับถ่ายปัสสาวะทางหน้าท้อง (Ileal conduit)

### ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ป่วย ชายไทย อายุ 72 ปี รูปร่างท้วม น้ำหนัก 100 กิโลกรัม ส่วนสูง 168 เซนติเมตร สัญชาติไทย เชื้อชาติ ไทย สถานภาพ สมรส อาชีพ ธุรกิจส่วนตัว ภูมิลำเนา กรุงเทพมหานคร วันที่เข้ารับการรักษา วันที่ 4-21 กรกฎาคม 2565 (รวมเวลา 17 วัน)

สิทธิการรักษา ประกันสังคม

การวินิจฉัยโรคแรกเริ่ม Transitional cell carcinoma of bladder

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Transitional cell carcinoma of bladder

### ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล

มาตามนัดนอนโรงพยาบาลเพื่อทำการผ่าตัด

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 ปีก่อนมาโรงพยาบาล รู้สึกปัสสาวะขัด ปัสสาวะบ่อยโดยเฉพาะตอนกลางคืน ไปตรวจที่โรงพยาบาลเอกชน ได้ยามารับประทาน อาการดีขึ้น ไม่ได้ติดตามอาการต่อเนื่อง

3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะเป็นเลือด ไม่มีอาการปวดร่วมด้วย ไปตรวจที่โรงพยาบาลเอกชน แพทย์ให้ยามารับประทานและนัดตรวจเอกซเรย์พบก้อนที่กระเพาะปัสสาวะ

1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ได้รับการส่องกล้อง (Cystoscopy) และทำผ่าตัด Transurethral resection of bladder tumor (TUR-BT) ที่โรงพยาบาลเอกชน ผลตรวจชิ้นเนื้อพบเป็น Urothelial carcinoma, high-grade และแพทย์ได้ตรวจวินิจฉัยเพิ่มด้วยการทำ CT Scan และมีแผนการรักษาโดยการผ่าตัด ผู้ป่วยจึงมารักษาต่อที่โรงพยาบาลเลิดสินตามสิทธิการรักษา

ผู้ป่วยมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลเลิดสิน แพทย์วินิจฉัยโรคเป็นมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (High grade Transitional cell carcinoma of bladder) วางแผนการรักษาโดยการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและเปิดทวารเทียมเพื่อขับถ่ายปัสสาวะทางหน้าท้อง (Laparoscopic radical cystectomy with ileal conduit)

1 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยปัสสาวะไม่ออก มาตรวจที่โรงพยาบาล แพทย์ได้พิจารณาให้คาสายสวนปัสสาวะไว้ และนัดมานอนโรงพยาบาลเพื่อทำผ่าตัด วันที่ 6 กรกฎาคม 2565

### ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ประมาณ 10 ปีก่อนมาโรงพยาบาล ตรวจสุขภาพพบโรคประจำตัวคือ โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ได้รับการรักษาและรับยาโรคประจำตัวที่โรงพยาบาลเอกชน ขาดนัดพบแพทย์บ้างแต่พยายามรับประทานยาต่อเนื่อง ส่วนใหญ่จะควบคุมการรับประทานอาหาร

5 ปีก่อนมาโรงพยาบาล ตรวจพบความดันโลหิตสูง ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน พบแพทย์และรับประทานยาต่อเนื่อง ควบคุมโรคได้

ประมาณ 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มารับการรักษาตามสิทธิประกันสังคมที่โรงพยาบาลเลิดสิน โดยรักษาโรคเมรังกระเพาะปัสสาวะและโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง รับประทานยาต่อเนื่องและควบคุมการรับประทานอาหาร ตรวจน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติ สามารถควบคุมโรคได้

### ประวัติการแพ้ยาลูกและอาหารและสิ่งเสพติด

- ปฏิเสธการแพ้ยาลูกและอาหาร
- ปฏิเสธการสูบบุหรี่และใช้สารเสพติด

### ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

ผู้ป่วยให้ประวัติ บุคคลในครอบครัวสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ปฏิเสธโรคประจำตัว

### ข้อมูลแบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ

#### แบบแผนที่ 1 การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ

การรับรู้สุขภาพเดิม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ สื่อสารถามตอบเข้าใจ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง สามารถดำเนินการและจัดการในการดูแลสุขภาพตนเองได้ รับรู้ว่าตนเองมีโรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ส่วนใหญ่จะรับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน มีขาดนัดพบแพทย์บ้างบางครั้งเนื่องจากไปต่างประเทศ แต่พยายามรับประทานยาต่อเนื่องและควบคุมการรับประทานอาหาร แต่ด้วยไม่มีอาการของโรคประจำตัวที่รุนแรงจึงไม่มีความวิตกกังวล

การเจ็บป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยมีความเข้าใจและยอมรับในการเจ็บป่วยของตนเอง ก รับรู้ว่าตัวเองเป็นโรคเมรังกระเพาะปัสสาวะ เข้าใจในแผนการรักษาของแพทย์และยินดีให้ความร่วมมือในการรักษาสุขภาพอนามัยทั่วไป ร่างกายสะอาด ผิวหนังไม่มีรอยโรค การแต่งกายสะอาดเรียบร้อย ไม่มีกลิ่นอับชื้น

#### แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร

ภาวะปกติ ผู้ป่วยรับประทานอาหารมังสวิรัต รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ เช้า กลางวัน เย็น ไม่ได้รับประทานอาหารเสริม หลังจากรับรู้ว่าตนเองมีโรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมัน

ในเลือดสูง ผู้ป่วยมีการควบคุมการรับประทานอาหารมากขึ้น ดื่มน้ำวันละประมาณ 1,500-2,000 มิลลิลิตร

ในภาวะเจ็บป่วยเป็นมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ตามปกติ ไม่มีอาการผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร ไม่มีอาการอึดแน่นท้อง

### แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย

การขับถ่ายปัสสาวะ ในภาวะปกติ ผู้ป่วยปัสสาวะได้เอง วันละ 4-6 ครั้งในตอนกลางวันและปัสสาวะในตอนกลางคืน 2-3 ครั้ง เริ่มมีปัสสาวะบ่อยและปัสสาวะขัดในช่วงประมาณปีที่ผ่านมา ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ปรึกษา อาการดีขึ้น จึงไม่ได้ตรวจติดตามอาการ ประมาณ 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล เริ่มมีปัสสาวะปนเลือดบางครั้ง ปัสสาวะบ่อย และ 1 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด ปัสสาวะไม่ออก แพทย์จึงคาสายสวนปัสสาวะไว้ จึงรู้สึกไม่สุขสบายและวิตกกังวลเนื่องจากต้องคาสายสวนปัสสาวะตลอดเวลา

การขับถ่ายอุจจาระ ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง มีท้องผูกบ้าง ไม่ได้ใช้ยาระบาย ไม่มีถ่ายอุจจาระเป็นเลือดหรือถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ

### แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย

ภาวะปกติผู้ป่วยแข็งแรงดี การเคลื่อนไหวของแขนขาปกติ การลุกนั่ง ลุกยืน ลุกเดิน ปกติ จะเข้าบ้างเนื่องจากรูปร่างท้วม (ดัชนีมวลกาย 35.43 กิโลกรัม/ตารางเมตร) ไม่มีเหนื่อยหอบ สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันได้เอง สามารถทำงานได้ ผู้ป่วยมีร้านขายผ้าซึ่งดูแลด้วยตนเอง การออกกำลังกายโดยการเดิน แกว่งแขน แต่ไม่ได้ออกกำลังกายที่ชัดเจน

ในภาวะเจ็บป่วย ผู้ป่วยยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ออกกำลังกายด้วยการเดินบริหารร่างกายด้วยการแกว่งแขน-ขาทุกวัน

### แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ

ผู้ป่วยนอนหลับได้ประมาณ 6-7 ชั่วโมงต่อวัน โดยเข้านอนประมาณ 22.00 น. และตื่นนอนประมาณ 05.00 น. หลังจากเริ่มมีปัญหาปัสสาวะบ่อยจะหลับไม่ค่อยสนิท เนื่องจากตื่นมาปัสสาวะกลางดึก

ในภาวะเจ็บป่วย เมื่อทราบว่าปัสสาวะบ่อยและมีอาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับบ้าง แบบแผนการนอนไม่ต่อเนื่องจากการปัสสาวะบ่อย ปฏิเสธการใช้ยานอนหลับ มีกิจกรรมช่วยผ่อนคลาย เช่น ดูทีวี พูดคุยกับคนในครอบครัว

### แบบแผนที่ 6 สถิติปัญหาและการรับรู้

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารรู้เรื่องและเข้าใจ มีกระบวนการคิดที่สมเหตุสมผล และตอบตรงประเด็น การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล ปกติ มีการตัดสินใจได้ตามสถานการณ์

ในภาวะเจ็บป่วย ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ ต้องรักษาด้วยการทำผ่าตัด มีการหาข้อมูลการดูแลตนเอง การซักถามข้อสงสัยกับแพทย์ผู้รักษาและพยาบาลอยู่เสมอ

#### แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

ภาวะปกติ ผู้ป่วยมีการรับรู้กับตนเองด้านบวก มีความภูมิใจที่สามารถดูแลตนเองและครอบครัวได้

ในภาวะเจ็บป่วย ผู้ป่วยรู้ว่าตนเองเป็นโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ รวมถึงโรคเบาหวาน ไชมันในเลือดสูงและความดันโลหิตสูง ที่เป็นโรคประจำตัว เข้าใจที่จะต้องมีการปรับพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง แต่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการมีทวารเทียมปัสสาวะทางหน้าท้อง เนื่องจากต้องพบปะเพื่อนฝูงและบางครั้งต้องเดินทางไปต่างประเทศ

#### แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ

ผู้ป่วยอยู่กับภรรยา บุตรแยกไปอยู่คนละบ้านแต่ไปมาหาสู่กันตลอด ทุกคนในครอบครัวรักใคร่กันดี ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ให้เกียรติและเคารพการตัดสินใจของคนในครอบครัว

ในภาวะเจ็บป่วย การเจ็บป่วยไม่มีผลกระทบต่อสัมพันธภาพในครอบครัว มีภรรยาเป็นผู้ดูแลหลัก มีบุตรคอยช่วยเหลือบ้าง ผู้ป่วยไม่มีอารมณ์ฉุนเฉียวกับคนในครอบครัว มีความร่วมมือใส่ใจและให้กำลังใจกันดี

#### แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์

ไม่พบความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์ภายนอก ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการแสดงออกทางเพศที่เหมาะสม

#### แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด

ผู้ป่วยเป็นคนมีอัธยาศัยดี คุยสนุก มีน้ำใจ เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่และมีบุคลิกเป็นคนใจเย็น รับฟังผู้อื่น เมื่อมีความวิตกกังวลหรือมีความสงสัยจะซักถาม และมีความมุ่งมั่นพยายามในการเรียนรู้ ปรับตัวกับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น พุดคุยปรึกษากับคนในครอบครัว บุคคลที่คอยสนับสนุนให้กำลังใจคือภรรยาและบุตร

ในภาวะเจ็บป่วย ผู้ป่วยปัสสาวะไม่ออกจึงต้องคาสายสวนปัสสาวะ ซึ่งทำให้ไม่สุขสบายแต่ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและดูแลตนเองขณะใส่สวนปัสสาวะได้ การผ่าตัดครั้งนี้ผู้ป่วยต้องมีทวารเทียมไปตลอดชีวิต มีความวิตกกังวลบ้าง แต่ผู้ป่วยจะเรียนรู้การดูแลและอยู่กับทวารเทียมให้ได้

#### แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ

ผู้ป่วยนับถือศาสนาซิกข์ มีความเชื่อในพระเจ้า มีความศรัทธาเรื่องการทำกรรมดี เป้าหมายในชีวิตคือมีชีวิตที่ดี ครอบครัวมีความสุข ผู้ป่วยมีกิจการค้าขายเป็นของตนเอง และมีการเดินทางไปต่างประเทศเป็นครั้งคราว มีการพบปะเพื่อนร่วมธุรกิจ และมีสัมพันธภาพทางสังคม

ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพทางครอบครัวที่ดี มีความมั่นคงในสถานะทางการเงิน ครอบครัวรักใคร่กันดี เมื่อเกิดการเจ็บป่วย บุคคลในครอบครัวคอยดูแลช่วยเหลือและให้กำลังใจกัน การผ่าตัดครั้งนี้ผู้ป่วยต้องมี



ทวารเทียมปัสสาวะทางหน้าท้อง ซึ่งอาจเกิดการรั่วซึมของน้ำปัสสาวะที่ไหลตลอดเวลา ทำให้สูญเสียภาพลักษณ์ มีความวิตกกังวลในการดูแลตนเอง และขาดความมั่นใจในการเข้าสังคมหรือการเดินทาง

### สถานภาพครอบครัว และสิ่งแวดล้อม

ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับภรรยา มีบุตรสาว 1 คนแต่งงานแล้วและอยู่คนละครอครอบครัว แต่ไปมาหาสู่กันตลอด ความสัมพันธ์ในครอบครัวรักใคร่กันดี ไม่เคยมีเรื่องทะเลาะรุนแรง ผู้ป่วยเป็นคนอหิชาศัยดี ยิ้มแย้มแจ่มใส ชอบการเข้าสังคม มีร้านตัดเสื้อผ้า เกสต์เฮาส์ และร้านอาหาร มีบ้านเป็นของตนเองในย่านสุขุมวิท ที่อาศัยมานานมากกว่า 30 ปี อากาศถ่ายเทดี การคมนาคมสะดวก

### สภาพทางสังคม และเศรษฐกิจ

ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว ทำธุรกิจครอบครัวร่วมกับภรรยาและบุตรสาว รายได้ประมาณมากกว่า 100,000 บาทต่อเดือน มีรายได้เพียงพอในการใช้จ่ายในครอบครัว

### การประเมินร่างกายตามระบบ

สภาพร่างกายทั่วไป ผู้ป่วยชายไทย รูปร่างท้วม น้ำหนัก 100 กิโลกรัม ส่วนสูง 168 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 35.43 กิโลกรัม/ตารางเมตร ผิวขาวเหลือง สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 81 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 118/77 มิลลิเมตรปรอท

ผิวหนัง : ผิวสองสี ชุ่มชื้นดีไม่พบรอยโรค ไม่มีรอยฟกช้ำหรือจุดจ้ำเลือด

ศีรษะและใบหน้า : ได้รูปทรง ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุบริเวณใบหน้าหรือศีรษะ

ตา : สายตายาว สวมแว่นสายตา

จมูก : ไม่มีบาดแผล ไม่มีสิ่งคัดหลั่ง เยื่อจมูกบวม การได้กลิ่นปกติ

ช่องปากและคอ : ริมฝีปากไม่ซีด ไม่แตก ไม่มีแผล ไม่ได้ใส่ฟันปลอม เสียงพูดปกติชัดเจน

ทรวงอก : รูปร่างทรวงอกปกติ สมมาตรกันทั้งสองข้างหายใจ ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ

ระบบประสาท : ระดับความรู้สึกตัวปกติ พูดคุยรู้เรื่องดี ไม่มีอาการสับสน

ระบบกล้ามเนื้อ : การเคลื่อนไหวร่างกายปกติ ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง

ระบบขับถ่าย : ใส่สายสวนปัสสาวะไว้ ปัสสาวะปกติไม่มีเลือดปน อุจจาระปกติ

### ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา

ระยะก่อนรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาจากโรงพยาบาลเอกชน มีผลตรวจดังนี้

วันที่ 3 มิถุนายน 2565 : Surgical pathology from bladder tumor S/P TUR-BT

ผลตรวจชิ้นเนื้อ (Pathology) : Urothelial carcinoma, High-grade

CT urography: ผล : Thickening Anterior Superior bladder wall, no distant metastasis

แพทย์ได้แจ้งผลการตรวจและแผนการรักษากับผู้ป่วย วางแผนการทำผ่าตัด Laparoscopic Radical cystectomy with Ileal conduit และได้ส่งปรึกษาอายุรแพทย์ เพื่อประเมินความพร้อมก่อนผ่าตัด ผลการปรึกษาอายุรแพทย์ สามารถทำผ่าตัดได้

ระยะรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล

#### Complete blood count (CBC)

รายการ	ค่าปกติ	27/6/65	7/7/65	8/7/65	13/7/65
Red blood cell	4-5.6 ( $\times 10^6$ )/ $\mu$ L	4.43	4.01	3.79	3.43
Hemoglobin	11-16.8 g/dL	13.8	12.4	11.8	10.6
Hematocrit	33.1-50.2 %	40.2	35.5	34.2	29.7
White blood cell	4.6-10.2 ( $\times 10^3$ )/ $\mu$ L	6.73	4.48	8.32	4.89
Neutrophils	37-80 %	63.5	87.7	80.1	61.7
Eosinophils	< 7 %	2.2	0.0	0.4	4.3
Monocyte	< 12 %	6.4	6.5	5.0	7.8
Platelet count	142-424 ( $\times 10^3$ )/ $\mu$ L	135	128	144	141
MCV	80-97 fL	90.7	88.5	90.2	86.6
MCH	27-31.2 pg	31.2	30.9	31.1	30.9
MCHC	31.8-35.4 g/dl	34.2	34.9	34.5	35.4

#### การแปลผลและวิเคราะห์ผลตรวจ Complete blood count

ผลตรวจ CBC แรกรับมีค่า Platelet count ต่ำกว่าปกติ ซึ่ง Platelet count มีบทบาทสำคัญในการทำให้เลือดหยุดไหล ซึ่งสาเหตุของการเกิด Platelet count ต่ำเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น โรคมะเร็งบางชนิด การสูญเสียเลือด ผู้ป่วยรายนี้มี Platelet count ที่ต่ำกว่าปกติเล็กน้อย อาจเกิดจากผู้ป่วยมีประวัติ ปัสสาวะมีเลือดปน แต่ไม่มีภาวะเลือดออกผิดปกติหรือมีจุดจ้ำเลือดตามร่างกาย

ผลการตรวจ CBC หลังผ่าตัด พบค่า Platelet count ต่ำกว่าปกติ ซึ่งอาจเกิดจากมีการเสียเลือดระหว่างผ่าตัดและผู้ป่วยมีท่อระบายสิ่งคัดหลั่งจากแผล (Jackson's drain)

#### Coagulogram

รายการ	ค่าปกติ	27/6/65	7/7/65	8/7/65
PT	10.51-13.08 sec	12.90	13.80	15.00
PTT	22.19-30.74 sec	22.90	24.00	27.70
INR		1.11	1.11	1.31

### การแปลผลและวิเคราะห์ผลตรวจ Coagulogram

ผลการตรวจ ค่าที่ได้อยู่ในเกณฑ์ปกติ แสดงว่าผู้ป่วย ไม่มีภาวะเลือดออกง่ายและกลไกการแข็งตัวของเลือดปกติ

### Biochemistry

รายการ	ค่าปกติ	27/6/65	7/7/65	8/7/65	13/7/65
Glucose	70-110 mg/dl	126			
BUN	9-20 mg/dl	9	11	10	8
Creatinine(+eGFR)	0.66-1.25 mg/dl	0.70	0.60	0.64	0.51
e-GFR		94	100	98	107
Total protein	6.3-8.2 g/dl	7.6			
Albumin	3.5-5 g/dl	4.1			
Globulin	2.3-3.5 g/dl	3.5			
Total bilirubin	0.2-1.3 mg/dl	0.64			
Indirect bilirubin	0.01-1.1 mg/dl	0.31			
Direct bilirubin	0.01-0.4 mg/dl	0.33			
AST(SGOT)	17-59 U/L	29			
ALT(SGPT)	<50 U/L	17			
Alk.phosphatase	38-126 U/L	87			
Sodium	137-145mmol/L	140	139	139	135
Potassium	3.5-5.1 mmol/L	4.2	3.6	3.8	3.3
Chloride	98-107 mmol/L	104	108	107	106
Carbon dioxide	22-30 mmol/L	25	22	30	26

### การแปลผลและวิเคราะห์ผลตรวจ

ผลการตรวจ Biochemistry แรกเริ่ม พบค่าน้ำตาลในเลือดสูงจากภาวะโรคเบาหวาน แต่ค่า BUN Creatinine และ e-GFR ที่แสดงถึงการทำงานของไตและอัตราการกรองของเสียที่ไตปกติ เกลือแร่และ Electrolyte ในร่างกายปกติ ค่าโปรตีน Albumin ซึ่งเป็นโปรตีนที่สร้างจากตับ ทำหน้าที่ควบคุมแรงดันออสโมติกของเลือดและใช้ประเมินการทำงานของตับ ซึ่งค่า Protein Albumin ของผู้ป่วยมีค่าปกติ หลังผ่าตัด Potassium ต่ำกว่าค่าปกติ อาจเนื่องจากหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีการสูญเสียเกลือแร่ไปกับน้ำปัสสาวะและท่อระบายซึ่งมีสารคัดหลั่งออกในปริมาณมาก

**SAR-CoV-2**

ด้วยวิธี Real Time RT เป็นการ swab เพื่อเก็บสารคัดหลั่งจากทางเดินหายใจด้านบนเข้าตรวจวิเคราะห์ในห้องปฏิบัติการ เพื่อวิเคราะห์ผล Covid-19

ผลการตรวจ COVID-19 : Not Detected

การแปลผลและวิเคราะห์ผลตรวจ ตรวจไม่พบสารพันธุกรรมของ virus corona (ไม่พบเชื้อ)

**การตรวจ Creatinine จากท่อระบาย Jackson drain fluid**

เป็นการส่งตรวจเพื่อตรวจดูว่ามีน้ำปัสสาวะรั่วซึมออกบริเวณรอยต่อภายในระหว่างหลอดไต หรือ หลอดปัสสาวะ กับส่วนของลำไส้ที่นำมาใช้หรือไม่ ค่าปกติ น้อยกว่า 30 mg/dl

วันที่ 13 กรกฎาคม 2565 : ผลตรวจ 0.52 ml/dl

วันที่ 18 กรกฎาคม 2565 : ผลตรวจ 0.54 ml/dl

**การแปลผลและวิเคราะห์ผลตรวจ**

ปกติ ไม่มีการรั่วของน้ำปัสสาวะรั่วซึมบริเวณรอยต่อภายใน

**การตรวจทางรังสีวิทยา CXR PA Upright วันที่ 14 มิถุนายน 2566**

Finding: No active pulmonary infiltration, nodule, or mass is noted.

**การวินิจฉัยโรค**

การวินิจฉัยโรคแรกเริ่ม Transitional cell carcinoma of bladder

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Transitional cell carcinoma of bladder  
(มะเร็งกระเพาะปัสสาวะชนิด Transitional cell)

# กรมการแพทย์

## โรงพยาบาลเลิดสิน

# ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

## พยาธิสภาพจากทฤษฎีเปรียบเทียบกับกรณีศึกษา

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ หมายถึงความผิดปกติของเซลล์ในกระเพาะปัสสาวะที่ที่การเจริญเติบโตแบ่งตัวเพื่อเพิ่มจำนวนเซลล์อย่างรวดเร็วและมากผิดปกติ จนกลายเป็นก้อนเนื้อออกซัน</p>	
<p><b>สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงปัจจัยเสี่ยง</b></p> <p>สาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง ดังนี้</p> <p><b>1.การสูบบุหรี่ (Tobacco)</b> เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอันดับหนึ่ง พบได้ร้อยละ 30-40 ของ urothelial carcinoma พบความแปรผันระหว่างระยะเวลาการสูบบุหรี่และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ</p> <p><b>2.อาชีพ</b> เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญอันดับสอง พบร้อยละ 30 ของผู้ป่วยทั้งหมด จะเกิดกับอาชีพที่เกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรมสี โลหะ อุตสาหกรรมยาง ฟอกหนังสัตว์ น้ำยาฟอกสีผม และปิโตรเคมีภัณฑ์หรือ หรืออาชีพที่เกี่ยวข้องกับสารเคมีอันตรายบางชนิด เช่น สีหรือน้ำยาย้อมผ้า อุตสาหกรรมผ้าสารเหล่านี้จะเข้าสู่ร่างกายผ่านทางผิวหนัง หรือสูดเข้าทางเดินหายใจ ซึ่งอาจใช้เวลานาน 10-20 ปี ที่จะเกิดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ</p> <p><b>3.น้ำ</b> น้ำที่มีการปนเปื้อนของสารบางชนิด ได้แก่ Chlorine, Trihalomethane และ Arsenic เพิ่มโอกาสป่วยด้วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ</p> <p><b>4.อาหาร</b> เช่น อาหารที่มีสัดส่วนของไขมันสัตว์ปริมาณมากพบว่าเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในเพศชาย</p>	<p>ผู้ป่วยชายไทย อายุ 72 ปี ปฏิเสธการสูบบุหรี่ ประกอบอาชีพเกี่ยวกับอุตสาหกรรมผ้า เป็นระยะเวลามากกว่า 10 ปี ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในผู้ป่วยรายนี้</p>

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>5.ประวัติการได้รับรังสีรักษา เช่น การได้รับรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งต่อมลูกหมาก การสัมผัสรังสีประเภท ionizing radiation จะเพิ่มโอกาสป่วยด้วยโรคมะเร็งประเภทนี้</p>	
<p><b>อาการและอาการแสดง</b></p> <p>อาการของมะเร็งกระเพาะปัสสาวะพบได้แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ในระยะเริ่มแรกอาจไม่สามารถตรวจพบความผิดปกติได้ อาการที่พบบ่อยที่สุด (ร้อยละ 75) คือ ปัสสาวะเป็นเลือด (Hematuria) ซึ่งส่วนใหญ่จะไม่มีอาการเจ็บปวด (Painless hematuria) และไม่จำเป็นต้องมีทุกวันนี้ทั้งที่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่าหรือพบจากการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ อาการที่พบบ่อยอื่น ๆ บางครั้งมีอาการคล้ายกระเพาะปัสสาวะอักเสบ เช่น ปัสสาวะบ่อย มีอาการปวดหรือแสบเวลาปัสสาวะ รู้สึกปวดปัสสาวะตลอดเวลาถึงแม้กระเพาะปัสสาวะไม่เต็ม ปัสสาวะบ่อยเวลากลางคืน ซึ่งมักพบในมะเร็งที่เกิดในระยะแรก (Carcinoma in situ) หากมะเร็งลุกลามไปอุดตันที่คอกระเพาะปัสสาวะ (Bladder neck) อาจทำให้ปัสสาวะไม่ออก ถ้ามีการอุดตันของท่อไตหรือลุกลามไปที่รูเปิดของท่อไตจะทำให้เกิดไตบวมน้ำ (Hydronephrosis) ภาวะไตวาย และมีอาการปวดบริเวณบั้นเอว ถ้าเนื้องอกลุกลามไปยังอวัยวะอื่นและมีการติดเชื้อมักร่วมด้วย มักจะทำให้ซีด มีไข้ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หรือคลำพบก้อนเนื้อที่หน้า เป็นต้น</p>	<p>ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยปัสสาวะเป็นเลือด ไม่มีอาการปวด (Painless hematuria) ปัสสาวะบ่อย กลางคืนและก่อนมาทำผ่าตัด 1 สัปดาห์ปัสสาวะไม่ออกจาก ทำให้ต้องคาสายสวนปัสสาวะ</p>

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p><b>การวินิจฉัยโรค</b></p> <p><b>1.ประวัติผู้ป่วย</b> ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีปัสสาวะปนเลือด ซึ่งโดยส่วนมากไม่มีอาการปวดร่วมด้วย อายุมากกว่า 40 ปี มีประวัติการผ่าตัดระบบปัสสาวะมาก่อน กลุ่มอาการระบบปัสสาวะส่วนล่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงเก็บปัสสาวะ</p> <p><b>2.ตรวจร่างกาย</b> การตรวจร่างกายทั่วไปทุกส่วนอย่างครบถ้วน การตรวจทางหน้าท้อง ร่วมกับการตรวจทางทวารหนักหรือช่องคลอด</p> <p><b>3.การตรวจทางห้องปฏิบัติการ</b></p> <p>3.1การตรวจเลือดเพื่อประเมินความสมบูรณ์ของเลือด (Complete blood count: CBC) อาจพบ Anemia จากการเสียเลือดเรื้อรัง หรือจากมะเร็งกระจายเข้าไปใน Bone marrow</p> <p>3.2Urinalysis พบ Hematuria (RBC &gt; 3/HPF) ซึ่งเป็นความผิดปกติที่พบมากที่สุดของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะพบได้ทั้ง gross และ microscopic อาจพบ pyuria ถ้ามี infection ร่วมด้วย</p> <p><b>4.การตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา</b></p> <p>4.1การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound: US) การตรวจด้วย US ผ่านช่องท้องจะให้ข้อมูล ก่อนที่ไต ไตบวม น้ำ และก้อนในกระเพาะปัสสาวะ</p> <p>4.2CT urography เพื่อค้นหาก้อนเนื้ออกในระบบปัสสาวะ</p> <p>4.3Intravenous urography (IVU) ใช้ในกรณีถ้าไม่สามารถทำ CT ได้</p> <p>4.4การทำ Bone scan ในกรณีที่สงสัยว่ามี การกระจายของมะเร็งไปยังกระดูก ซึ่งจะเลือกทำ</p>	<p>ผู้ป่วยวัยสูงอายุ 72 ปี มาด้วยประวัติ</p> <p>1 ปีก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปัสสาวะขัดและปัสสาวะบ่อย ไปรักษาที่เอกชน อาการดีขึ้น ไม่ได้ตรวจติดตามต่อเนื่อง</p> <p>2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลปัสสาวะบ่อย และบางครั้งมีปัสสาวะขัด</p> <p>-ผู้ป่วยมีค่าความสมบูรณ์ของเลือด (CBC) อยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p>-ผู้ป่วยได้รับการตรวจ CT urography ผลตรวจพบ Thickening Anterior Superior bladder wall, no distal metastasis</p>

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>ในรายที่มีอาการปวดกระดุก หรือมีระดับแคลเซียมในเลือดสูงผิดปกติ</p> <p><b>5.การส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ</b> (Cystoscope) เป็นการส่องกล้องผ่านท่อปัสสาวะเข้าไปในกระเพาะปัสสาวะและตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา (Biopsy) ซึ่งนับเป็นการตรวจวินิจฉัยที่สำคัญที่สุดในการวินิจฉัยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ</p>	<p>-ผู้ป่วยได้รับการส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ (Cystoscope) พบ Bladder tumor</p>
<p><b>การรักษามะเร็งกระเพาะปัสสาวะ</b></p> <p><b>1.การรักษาโดยการผ่าตัด</b></p> <p>1.1 การผ่าตัดโดยการส่องกล้องผ่านทางท่อปัสสาวะเพื่อตัดชิ้นเนื้องอกของกระเพาะปัสสาวะออกเป็นชิ้นเล็กๆ (Trans Urethral Resection Bladder Tumor: TUR-BT) หรือจี้ทำลายด้วยกระแสไฟฟ้า (Fulguration) จี้ที่ก้อนมะเร็ง</p> <p>1.2 การผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกบางส่วน (Partial cystectomy) จะทำในกรณีที่มะเร็งมีการลุกลามไปยังบริเวณผนังของกระเพาะปัสสาวะ หลังผ่าตัดความจุของกระเพาะปัสสาวะจะลดลง แพทย์จะพิจารณาคายสวนปัสสาวะทั้งทางหน้าท้องเหนือหัวเหน่า (Suprapubic Cystostomy) หรือทางท่อปัสสาวะ จึงต้องมีการดูแลให้น้ำปัสสาวะไหลได้สะดวก และการรักษาด้วยวิธีนี้อาจทำร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด</p> <p>1.3 การผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด (Radical cystectomy) ทำในกรณีที่มะเร็งมีการลุกลามเข้าไปในกล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งในเพศชายเป็นการตัดกระเพาะปัสสาวะ ต่อมลูกหมาก Seminal vesicle และเนื้อเยื่อรอบๆ</p>	<p>ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องผ่านทางท่อปัสสาวะ เพื่อตัดชิ้นเนื้องอกของกระเพาะปัสสาวะออกเป็นชิ้นเล็กๆ (Trans Urethral Resection Bladder Tumor: TUR-BT) ส่งตรวจชิ้นเนื้อผลเป็น</p> <p>-Urothelial carcinoma, High-grade -No Muscularis propria invasion is identified</p> <p>- ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดเอากระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดผ่านกล้องวิดิทัศน์ (Laparoscopic Radical Cystectomy)</p>



ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>กระเพาะปัสสาวะ รวมทั้งต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกรานออก ในเพศหญิงต้องตัดมดลูก รังไข่ ด้านหน้าของช่องคลอดและท่อปัสสาวะออกด้วย จากนั้นต้องทำทางให้ปัสสาวะออกใหม่(Urinary diversion) ซึ่งมี 3 ประเภท คือ</p> <p>(1) Non-continent urinary เป็นการผ่าตัดที่นำลำไส้เล็กส่วน Ileum ที่มีความยาวประมาณ 15 เซนติเมตร ทำเป็นทางออกของปัสสาวะผ่านทางหน้าท้อง ที่เรียกว่าทวารเทียมหรือ Stoma เพื่อใช้เป็นช่องทางขับถ่ายปัสสาวะ</p> <p>(2)Continent urinary diversion เป็นการผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่ส่วนต้นและลำไส้เล็กส่วนปลายมาดัดแปลงเป็นกระเพาะปัสสาวะใหม่ แล้วเย็บต่อกับท่อไตทั้ง 2 ข้าง และเปิดทางหน้าท้อง</p> <p>(3)Urinary Diversions to the urethra เป็นการนำส่วนของลำไส้เล็กส่วน Ileum มาเย็บให้มิลักษณะคล้ายกระเพาะปัสสาวะแล้วต่อเข้ากับท่อปัสสาวะเดิมของผู้ป่วย</p> <p><b>2.การรักษาโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะด้วยรังสีรักษา (Radiation therapy)</b></p> <p>การรักษาด้วยรังสีรักษา (Radiation therapy) จะเลือกให้การรักษาโดยการฉายรังสี เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถรับการรักษาด้วยการผ่าตัดได้เนื่องจากสภาพร่างกายไม่พร้อม หรือมีความเสี่ยงสูง จากการดมยาสลบ หรือผู้ป่วยเลือกวิธีนี้ จะพิจารณาให้รังสีรักษาในรายที่มะเร็งกระเพาะปัสสาวะลุกลามเข้าไปในชั้นกล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะ หรือมีการลุกลามไปยังอวัยวะข้างเคียง หรือมีการกระจายไปยังอวัยวะอื่น</p>	<p>- ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดทำทางให้ปัสสาวะออกใหม่ (Urinary Diversion) โดยการนำ ileal conduit (Non-continent urinary) เป็นการผ่าตัดที่นำลำไส้เล็กส่วน Ileum ที่มีความยาวประมาณ 15 เซนติเมตร ทำเป็นทางออกของปัสสาวะผ่านทางหน้าท้อง ที่เรียกว่าทวารเทียมหรือ Stoma เพื่อใช้เป็นช่องทางขับถ่ายปัสสาวะ</p> <p>-ผลตรวจชิ้นเนื้อหลังผ่าตัดเป็น Urothelial carcinoma, High-grade และหลังจากผ่าตัด แพทย์นัดตรวจติดตามอาการต่อเนื่อง</p>

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p><b>3.การรักษามะเร็งกระเพาะปัสสาวะด้วยยาเคมีบำบัด (Chemotherapy)</b></p> <p>การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) เป็นการฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำโดยตรง จะเลือกให้การรักษาในรายที่มีการกระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น หรือให้ภายหลังการผ่าตัด กระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด (Radical cystectomy) แล้วพบว่าการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองหรือยังมีเซลล์มะเร็งหลงเหลืออยู่ โดยผู้ป่วยนั้นจะต้องมีสภาพร่างกายที่สมบูรณ์และการทำงานของไตปกติ</p> <p><b>4.การรักษาด้วยการใส่ยาเคมีบำบัดหรือยากระตุ้นภูมิคุ้มกัน (Intravesical therapy)</b></p> <p>การใส่ยาเคมีบำบัด หรือยากระตุ้นภูมิคุ้มกันในกระเพาะปัสสาวะ (Intravesical therapy) ชนิดของยาที่ใช้ใส่รักษาในกระเพาะปัสสาวะ ที่นิยมปัจจุบันมี 2 ชนิดคือ BCG Intravesical และ Mitomycin ซึ่ง BCG เป็น microbacterium ที่ถูกทำให้อ่อนแรง ถูกพัฒนาเป็นวัคซีนสำหรับวัณโรค ภายหลังพบว่ามีคุณสมบัติในการรักษามะเร็งหลายประเภท โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สำหรับมะเร็งเยื่อระบบปัสสาวะ ช่วยลดการแพร่กระจายของเชื้อแบคทีเรียเข้าสู่กระแสเลือด จะเลือกในรายที่เป็นมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ยังไม่ลุกลามเข้าชั้นกล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะ</p>	

### การรักษาและรายละเอียดคำสั่งแพทย์

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรค Transitional cell carcinoma of bladder ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด Laparoscopic radical cystectomy with ileal conduit และมีรายละเอียดการรักษา ดังนี้

#### การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับตั้งแต่วันที่ 4-21 สิงหาคม 2567

Date Time	ORDER FOR 1 DAY ONLY	ORDER FOR CONTINUATION
04/07/65	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte, FBS</li> <li>Anti-HIV, CXR, EKG 12 lead</li> <li>(ใช้ผลวันที่ 14 มิถุนายน 2565)</li> <li>- G/M จอง PRC 2 units, FFP 2 units</li> <li>- Consult anesth for pre-op evaluation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regular Diet</li> <li>- Record vital sign</li> <li><u>Medication</u></li> <li>- Meiact 2*2 po pc</li> <li>- ยาเดิมผู้ป่วยยกเว้นยาละลายลิ่มเลือด</li> </ul>
05/07/65	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Low residual diet เช้า</li> <li>- Clear liquid diet เที่ยง + เย็น</li> <li>- At 09.00 น. และ 18.00 น.</li> <li>ดื่มน้ำ 250 ml รอ 10 นาที</li> <li>ดื่มน้ำ Swiff 45 ml + น้ำ 125 ml รอ 30 นาที</li> <li>ดื่มน้ำตาม 500 ml</li> <li>ดื่มน้ำ &gt; 2,000 ml/day</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Linagliptin (5) 1*1 po pc</li> <li>- Janumet (50/500) 1*2 po pc</li> <li>- Enaril (5) 1*2 po pc</li> <li>- Atorvastatin (40) 1*1 po hs</li> <li>- Harnal (0.4) 1*1 po hs</li> <li>- Gabapentin (100) 1*1 po hs</li> </ul>
05/07/65	<p><u>Preop order for Laparoscopic radical cystectomy with ileal conduit (06/07/2565)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- NPO after midnight</li> <li>- 0.9% NSS 1,000 ml IV drip 80 ml/hr</li> <li>- Prep skin lower abdomen with perineum</li> <li>- ส่ง OR on call พร้อม chart และ OPD card</li> <li>- เตรียม Foley's catheter No.20 with bag และ Cef-3 2 gm ไป OR</li> <li>- จอง ICU post-op</li> </ul>	

Date Time	ORDER FOR 1 DAY ONLY	ORDER FOR CONTINUATION
05/07/65 (ต่อ)	- Hold Linagliptin, Janomet, Enaril พรุ้งนี้ เช้า	
05/07/65 (16.00น.)	- เปลี่ยน IV เป็น m5%D/N/2 1,000 ml IV drip 80 ml/hr at 06.00 น. พรุ้งนี้ - RI (1:10) IV drip 10 ml/hr at 06.00 น. พรุ้งนี้ - DTX q 2 hr เริ่ม 06.00 น. พรุ้งนี้ keep 80- 200 mg% - Unison enema hs	
06/07/65 (20.00น.)	<b><u>Post-op order for Laparoscopic radical cystectomy with PLND with Ileal conduit</u></b> - Record vital sign q 15 min x 4 then q 30 min x 2 then q 1 hr until stable - NPO - Acetar 1,000 ml IV drip rate 80 ml/hr - พรุ้งนี้ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, CXR portable AP upright	- Diet as one day order <b><u>Medication</u></b> - Ceftriaxone 2 gm IV OD - Losec 40 mg IV OD - DTX q 8 hr keep 80-180 mg% - On RI scale 181-200 ให้ RI 4 u SC 251-300 ให้ RI 6 u SC 301-350 ให้ RI 8 u SC < 80 หรือ > 350 please notify
06/07/65	โรงพยาบาลเลิดสิน	<b><u>Order for epidural 0.08% Marcaine + Fentanyl 1 mg/ml</u></b> 1. Routine postoperative care 2. Monitor: BP, PR, RR ทุก 1 ชั่วโมง ใน 4 ชั่วโมงแรกและต่อมาทุก 4 ชั่วโมง 3. สังเกตการหายใจของผู้ป่วยทุก 1-2 ชั่วโมง

Date Time	ORDER FOR 1 DAY ONLY	ORDER FOR CONTINUATION
		<p>4. ห้ามให้ narcotic อื่น ๆ ทาง IV หรือ IM</p> <p>5. การรักษาภาวะช้ำเคียง</p> <p>5.1 ถ้ามีอัตราการหายใจ <math>\leq 8</math> ครั้ง/นาที</p> <p>-ให้ปลุกผู้ป่วยและกระตุ้นการหายใจ</p> <p>-O<sub>2</sub> cannula 3 LPM</p> <p>-ตามแพทย์ทันที</p> <p>-ให้ Narcan 0.2 mg IV ซ้ำ ๆ</p> <p>5.2 ถ้ามีอาการคลื่นไส้อาเจียน</p> <p>-Plasil 1 amp IV prn q 4-6 hr</p> <p>5.3 ถ้ามีอาการคัน</p> <p>-Piriton 1 amp IV prn q 4-6 hr</p> <p>5.4 ถ้าปัสสาวะลำบาก</p> <p>-สวนทึ่ง prn</p> <p>5.5 ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องอาการปวดมาก</p> <p>-Morphine 3 mg IV prn q 4 hr</p> <p>6.ถ้ามีปัญหาติดต่อวิสัญญี โทร 9812</p>
07/07/65	<p>- 5% DN/2 1,000 ml IV drip 40 ml/hr</p> <p>- Acetar 1,000 ml IV drip 40 ml/hr</p> <p>- ฟรุ้งนี้ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, Coagulogram</p> <p>- ON Spontaneous mode PS 8 PEEP 5</p> <p>FiO<sub>2</sub> 0.4</p>	
07/07/65	<p>- Try wean off</p> <p>- On T-piece 10 LPM ประมาณ 2 hr plan off ETT</p>	

Date Time	ORDER FOR 1 DAY ONLY	ORDER FOR CONTINUATION
07/07/65	- ย้ายกลับ ward ได้ - Off NG tube - ให้ ambulate บนเตียง	
08/07/65	- 5%D/N/2 1,000 ml IV drip 80 ml/hr - เบิก Triflow ฝีกดุดบ่อย ๆ	
09/07/65	- จิบน้ำได้ - MO 3 mg IV prn q 3 hrs - Plasil 10 mg IV prn q 8 hrs - 5%D/N/2 1,000 ml IV rate 80 ml/hr - กระตุ้น Ambulation	- Paracetamol (500mg) 1 tab po. q 6 hrs * 2 day then 1 tab po prn q 4 hr
10/07/65 10/07/65	- Off Foley cath - Drain JD for Cr. พุ่งนี้ - Liquid diet - 5%D/N/2 1,000 ml IV drip 80 ml/hr - กระตุ้น Ambulation - MO 3 mg IV prn q 4 hr - Plasil 10 mg IV prn q 8 hr	
11/07/65	- Soft diet - 5%D/N/2 1,000 ml IV drip 40 ml/hr - Plasil 10 mg IV prn q 6 hr	- Fluimucil 1*3 po pc - Air-x 1*3 po pc - Motilium 1*3 po ac - Off cef-3, Losec - Omnicef (100mg) 2*2 po pc - Losec 1x1 po ac
12/07/65 12/07/65	- IV หมด off, on HL - พุ่งนี้ CBC, BUN, Cr, E'lyte - Drain for Cr พุ่งนี้เข้า - MO 4 mg IV prn q 6 hr - Plasil 10 mg IV prn q 8 hr - Dulcolax 1 tab rectal suppo	- Soft diet - Enalapril (5) 1*2 po pc - DTX OD เข้า scale เดิม

Date Time	ORDER FOR 1 DAY ONLY	ORDER FOR CONTINUATION
	- DTX OD เช้า	
13/07/65	- 10%E.kcl 30 ml po	- Off Omnicef - Atorvastatin (40) 1 tab po hs
15/07/65	- Lactulose 30 ml po	
16/07/65		- Off Enalapril เดิม - Enalapril (5) 1*1 po pc
17/07/65		- Senokot 2 tab po hs and prn for constipation
18/07/65	- เก็บ Cr จาก Jackson drain	
19/07/65		- Off DTX เช้า - Off Fluimucil
19/07/65		- Off Motilium - Off Air-X
20/07/65	- Plan D/C พรุ่งนี้ - Off Staple - Off drain	
21/07/65	- D/C นัด F/U OPD Uro Sx อ.วสันต์ 2 wk BUN,Cr, E'lyte - Home medication 1.Senokot 2 tab po prn hs # 20 2.Enalapril (5) 1*1 po pc # 20	

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

## ยาและการเฝ้าระวัง

### การรักษาทางยาที่ผู้ป่วยได้รับมีทั้งชนิดฉีดทางหลอดเลือดดำและยารับประทาน

#### 1. Meiact

**ชื่อสามัญ** Cefditoren pivoxil

**ประเภท** ยากลุ่ม cephalosporin (Third generation)

**ข้อบ่งใช้** ใช้รักษาการติดเชื้อแบคทีเรียที่ผิวหนังและส่วนที่เป็นเนื้อเยื่ออ่อน (soft-tissue) ตามร่างกาย รักษาการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะทั้งชนิดซับซ้อนและไม่ซับซ้อน รักษาการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและส่วนล่าง

**การออกฤทธิ์** เป็นยาฆ่าเชื้อแบคทีเรียกลุ่ม Cephalosporin โดยมีฤทธิ์ฆ่าเชื้อแบคทีเรียโดยขัดขวางการสร้าง Peptidoglycan ซึ่งเป็นส่วนประกอบของผนังเซลล์ โดยจับกับ Penicillin binding protein (PBPs) มีขอบเขตการออกฤทธิ์กว้าง สามารถฆ่าเชื้อแบคทีเรียได้ทั้งกรัมบวกและกรัมลบ ทนต่อการถูกทำลายโดยเอนไซม์ Beta lactamase

**ผลข้างเคียง** มีอาการท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นคัน สมดุลของเกลือแร่ในร่างกายถูกรบกวน ปวดศีรษะ วิงเวียน ช่องปากหรืออวัยวะเพศมีการติดเชื้อรา ไตอักเสบ มีภาวะเกร็ดเลือดต่ำ มีไข้ ลมพิษ

**ข้อควรระวัง** ห้ามใช้ยานี้กับผู้ป่วยกลุ่ม Cefazolin ระวังการใช้ยานี้กับผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา Penicillin ระวังการใช้ยานี้กับผู้ป่วยที่มีภาวะไตและ/หรือตับทำงานผิดปกติ

#### 2. Linagliptin (5mg)

**ข้อบ่งใช้** เป็นยารักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2

**การออกฤทธิ์** ตัวยาจะออกฤทธิ์ยับยั้งการหลั่งฮอร์โมน glucagon จากตับอ่อน ส่งผลลดการผลิตน้ำตาลในตับ และยังกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนอินซูลินจากตับอ่อนเช่นกัน ซึ่งกลไกทั้งหมดดังกล่าวทำให้น้ำตาลในเลือดลดต่ำลง

**ผลข้างเคียง** เยื่อจมูกอักเสบ คออักเสบ ไอ ตับอ่อนอักเสบ

**ข้อควรระวัง** ห้ามใช้ในผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 18 ปี ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการขับรถ การทำกิจกรรมที่ต้องตื่นตัวหรือการใช้เครื่องจักร เนื่องจากอาจเกิดน้ำตาลในเลือดต่ำ รวมทั้งควรหลีกเลี่ยงหรือจำกัดปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระหว่างการใช้ยา

#### 3. Janumet (50/500 mg)

**ชื่อสามัญ** Sitagliptin, Metformin

**ข้อบ่งใช้** รักษาเบาหวาน type 2 (ไม่ต้องใช้ insulin) ซึ่งไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยอาหาร โดยเฉพาะในรายที่อ้วนและใช้การจำกัดอาหารไม่ได้ผล



**การออกฤทธิ์** เป็นยาลดน้ำตาลในเลือดกลุ่ม Biguanides ไม่มีฤทธิ์กระตุ้นเบต้าเซลล์ให้หลั่ง Insulin แต่ยาจะออกฤทธิ์กระตุ้นเบต้าเซลล์ให้ทำงานดีขึ้น ยาจะลดการดูดซึมของน้ำตาลจากทางเดินอาหาร และยับยั้งการสร้างกลูโคสที่ตับ

**ผลข้างเคียง** เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ท้องเสีย แสบยอดอก หากใช้ยาเป็นเวลานานจะลดการดูดซึมวิตามินบี 12 และโฟเลต ทำให้แลคเตสในเลือดสูง

#### 4. Enalapril (5mg)

**ข้อบ่งใช้** ควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง

**การออกฤทธิ์** ยับยั้งปฏิกิริยาการเปลี่ยน Angiotensin I เป็น Angiotensin II เป็นการรบกวนการทำงานของ Renin-Angiotensin aldosterone system มีผลให้ความดันโลหิตต่ำ

**ผลข้างเคียง** พบน้อย เช่น ความดันโลหิตต่ำ มีผื่นขึ้นตามตัว ไอแห้งๆ การสร้างเม็ดเลือดแดงผิดปกติ สูญเสีย การได้ยิน รบกวนการทำงานของไต

**การพยาบาล**

1. วัดความดันโลหิต สังเกตอาการอย่างใกล้ชิดภายใน 2-3 ชั่วโมง จนกว่าจะคงที่
2. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาเวลาเดียวกันในแต่ละวันและห้ามแบ่งเม็ดยา
3. สังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น ไอแห้งๆ โดยไม่มีเสมหะในเวลากลางคืน เป็นต้น หากอาการไอรบกวนผู้ป่วยมาก ต้องรายงานแพทย์ทราบเพื่อพิจารณาหยุดยา

#### 5. Atorvastatin (40mg)

**ข้อบ่งใช้** ลดระดับ LDL-C และ TC ในผู้ป่วย Hypercholesterolemia และสามารถลดระดับ Triglyceride ได้ปานกลาง

**การออกฤทธิ์** ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ 3-hydroxy-3-methylglutaryl-coenzyme-A reductase ในการสังเคราะห์ cholesterol

**ผลข้างเคียง** มีไข้ เจ็บหน้าอก คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก อุจจาระอัดแน่น ท้องอืด และปวดกล้ามเนื้อมีเอนไซม์ตับเพิ่มขึ้น

#### 6. Hana (0.4mg)

**ชื่อสามัญ** Tamsulosin hydrochloride

**ประเภท** Adrenergic blocker

**ข้อบ่งใช้** ลดความดันโลหิตสูงและใช้รักษาอาการและอาการแสดงของต่อมลูกหมากโต

**การออกฤทธิ์** ช่วยให้กล้ามเนื้อเรียบคลายตัว ปัสสาวะไหลได้สะดวกและทำให้อาการของ Prostate hyperplasia ดีขึ้น ลดอาการหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบของ Prostatic capsule

**ผลข้างเคียง** มึนงง เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ วิดกกังวล นอนไม่หลับ ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า อาจมีอาการคัดจมูก คออักเสบ เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ

**ข้อควรระวัง**

1. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยดูหน้าที่ของไต บันทึกความดันโลหิต
2. ให้อาหารเวลาเดียวกันในแต่ละวัน 30 นาทีหลังอาหาร ให้ระวังเวลาตื่นนอนจากท่านอนเป็นท่านั่ง
3. หลีกเลี่ยงการทำงานที่ต้องใช้สมาธิจนกว่าการตอบสนองยาจะคงที่
4. อย่าเคี้ยวยาหรือเปิดแคปซูล หากลิ้มรับประทานยา ให้รับประทานทันทีที่นี้ก็ได้

**7. Gabapentin**

**ประเภท** ยาระงับการชัก

**ข้อบ่งใช้**

1. ป้องกันและควบคุมอาการชัก
2. บรรเทาอาการปวดเส้นประสาท ปวดปลายประสาท จากโรคเบาหวาน งูสวัด

**การออกฤทธิ์** ออกฤทธิ์ผ่าน Gabapentin receptor ซึ่งมีผลต่อการเพิ่มฤทธิ์ของเอนไซม์ Glutamate dehydrogenase (DGH), Glutamic acid decarboxylase (GAD), GABA transferase (GABA-T) ซึ่งมีผลทำให้ GABA ในสมองเพิ่มสูงขึ้น

**ผลข้างเคียง** ง่วงนอน น้ำหนักตัวเพิ่ม เดี๋ยวเซ ขาดสมาธิ วิงเวียน และปวดศีรษะ

**ข้อควรระวัง**

1. แจ้งให้แพทย์ทราบหากมีประวัติแพ้ยาหรือส่วนประกอบของยา Gabapentin รวมถึงยาและสารอื่น ๆ เพราะอาจเป็นอันตรายต่อร่างกาย
2. แจ้งให้แพทย์ทราบก่อนใช้ยาหากป่วยหรือมีประวัติทางสุขภาพ เช่น โรคปอดหรือมีปัญหาในการหายใจ โรคตับ โรคไตหรือต้องฟอกไต โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคซึมเศร้า โรคความผิดปกติทางจิต มีความคิดหรือพยายามฆ่าตัวตาย ดิสุราหรือสารเสพติด
3. หลีกเลี่ยงการขับชี่ยานพาหนะหรือการทำงานกับเครื่องจักรที่อาจก่อให้เกิดอันตรายได้ เพราะตัวยาอาจทำให้ง่วงซึม เวียนศีรษะ หรือมองเห็นเป็นภาพเบลอ
4. หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ขณะใช้นี้

**8. Ceftriaxone**

**ชื่อสามัญ** Ceftriaxone Sodium

**ประเภท** ยากลุ่ม Cephalosporins เป็น third generation

**ข้อบ่งใช้** รักษาการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง ผิวน้ำ Pharyngeal gonorrhoea การติดเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือด กระจก ขี้ ข่องท้อง เยื่อหุ้มสมอง หูชั้นกลางในเด็ก นอกจากนี้ยังใช้ป้องกันการติดเชื้อก่อนและหลังผ่าตัด

**การออกฤทธิ์** ยับยั้งการสร้างผนังเซลล์ของแบคทีเรีย ฆ่าเชื้อแบคทีเรียแกรมบวก ใช้ได้ผลดีต่อเชื้อ *S.aureus* ทั้ง Penicillin-sensitive และ Resistant strains แต่มีผลน้อยต่อ Methicillin และ Oxacillin- Resistant strains ให้ผลดีต่อ Streptococci รวมทั้ง *S. pneumoniae*

**ผลข้างเคียง** ปวดศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เบื่ออาหาร ปวดท้อง ท้องอืด กด การสร้างไขกระดูก ทำให้เม็ดเลือดขาว เกล็ดเลือดและ Hct ต่ำ อาการแพ้ยา เช่น ผื่นคัน มีไข้

#### **ข้อควรระวัง**

1. สังเกตและประเมินการแพ้ยา โดยเฉพาะในรายที่มีประวัติแพ้ Penicillin หรือ Delayed-type เพราะมี Cross-allergenicity ระหว่าง Cephalosporins และ Penicillin หากมีอาการแพ้ยาเกิดขึ้นควรหยุดยาทันที
2. แนะนำผู้ป่วยไม่ให้ใช้น้ำนม เพราะจะเกิด Secondary infection ได้
3. ระวังในผู้ป่วยโรคไต ผู้สูงอายุ หรือสงสัยว่ามีความผิดปกติของไต ก่อนได้ยาควรทดสอบการทำงานของไต
4. ระวังในผู้ป่วยที่มีประวัติโรคทางเดินอาหาร โดยเฉพาะลำไส้อักเสบ
5. ระวังในผู้ป่วยที่มีการทำงานของตับผิดปกติ
6. การฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำให้ละลายยาในสารละลายที่กำหนดไว้และฉีดในช่วงเวลาที่เหมาะสม การฉีดยาในขนาดสูงและ/หรือเป็นเวลานานทำให้เกิด Thrombophlebitis ได้

## 9. LOSEC

**ชื่อสามัญ** Omeprazole

**ประเภท** ยาลดกรดชนิด Proton pump inhibitor

**ข้อบ่งใช้** ลดกรดในกระเพาะอาหาร รักษาแผลในลำไส้เล็กส่วนต้น แผลในกระเพาะอาหาร หลอดอาหารอักเสบ รักษาภาวะกรดหลังกรดมากเกินไปและ Zollinger-Ellison syndrome

**การออกฤทธิ์** ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์  $H^+$ ,  $K^+$ -ATPase ซึ่งทำหน้าที่ในการขับเคลื่อนไฮโดรเจน อีออนออกจากเซลล์ parietal ของกระเพาะอาหาร จึงยับยั้งการสร้างกรดเกลือในกระเพาะอาหารที่ขั้นตอนสุดท้าย จึงหยุดได้ทั้งกรดที่ตัวเองตามปกติและกรณีที่เกิดจากการกระตุ้นต่างๆ ได้อย่างสมบูรณ์

**ผลข้างเคียง** พบน้อย อาจพบอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ปวดศีรษะ มีผื่นขึ้น ลมพิษ อาการคัน ไอ มีการติดเชื้อในทางเดินหายใจ มีนงง ปวดหลัง ท้องเดิน ท้องผูก ท้องอืด ง่วงนอน นอนไม่หลับ สูญเสียการทรงตัว เอนไซม์ในตับเพิ่มขึ้น รู้สึกไม่สบายตัว อาจมีอาการไวต่อแสง ผิวหนังร้อนแดง ปวดตามข้อ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปากแห้ง

#### ข้อควรระวัง

1. ให้อาหารก่อนอาหารในตอนเช้า
2. หากลิ้มรับประทุษยาให้รับประทานทันทีที่นึกได้
3. ให้อาหารทั้งแคปซูล ไม่แกะแคปซูลหรือเคี้ยว
4. หากมีอาการผิดปกติ เช่น ปัสสาวะเป็นเลือด ปัสสาวะแสบขัด เจ็บคอและมีไข้ อ่อนเพลีย

ให้รายงานแพทย์

## 10. INSULIN

**ข้อบ่งใช้** ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิดอ่อนถึงปานกลางในผู้ป่วยเบาหวานที่คงที่แล้ว

**การออกฤทธิ์** ออกฤทธิ์โดยจับกับ insulin receptor ที่เยื่อหุ้มเซลล์ มีฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลในเลือด โดยเร่ง กลูโคสเข้าเซลล์กล้ามเนื้อและไขมันดีขึ้น ให้ผลในทางเสริมสร้างกระตุ้นให้ร่างกายสร้างไกลโคเจน โปรตีน ไขมันและกรดนิวคลีอิกต่างๆ

#### ผลข้างเคียง

1. เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
2. เกิดรอยบวมบริเวณที่ฉีดยา จากการเจริญผิดปกติของเนื้อเยื่อ ซึ่งทำให้การดูดซึมอินซูลินลดน้อยลง ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้
3. การแพ้ insulin มักเกิดจาก insulin ที่มีความบริสุทธิ์ต่ำ มักมีปฏิกิริยาตรงผิวหนังบริเวณเข็มที่ฉีดยาซึ่งเป็นผลจาก IgE ทำให้เกิดอาการคันและบวมแดงการดื้อต่อ insulin อาจเกิดจากร่างกายสร้าง IgE มาต่อต้าน insulin

#### ข้อควรระวัง

1. ควรเปลี่ยนตำแหน่งที่ฉีดยา เพื่อให้ยาดูดซึมได้ดีและป้องกันผิวหนังบวมหรือูนูน โดยเลือกบริเวณที่ฉีดคือ ฉีดได้ง่าย เช่น บริเวณหน้าท้อง หน้าขา เป็นต้น บริเวณที่ Insulin ดูดซึมได้ดีคือระหว่างชั้นไขมันกับกล้ามเนื้อ
2. ไม่ควรฉีด Insulin บริเวณกล้ามเนื้อที่ใช้ออกกำลังกาย เพราะจะทำให้การดูดซึม insulin จากบริเวณที่ฉีดเร็วกว่าปกติ ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะน้ำตาลต่ำได้
3. การเก็บ Insulin ต้องเก็บในตู้เย็น อุณหภูมิ 2-5 องศาเซลเซียส หากต้องเดินทางอาจเก็บไว้ในภาชนะที่อุณหภูมิไม่เกิน 30 องศาเซลเซียสได้

## 11. Morphine

**ชื่อสามัญ** Morphine sulfate

**ประเภท** ยาระงับปวดชนิดเสพติด สกัดได้จากฝิ่นตามธรรมชาติ มีประสิทธิภาพสูงสุดใน การระงับอาการปวด

**ข้อบ่งใช้** บรรเทาอาการปวดระดับกลางถึงรุนแรง อาการปวดรุนแรงจากกล้ามเนื้อหัวใจ ตาย ใช้ก่อนผ่าตัดเพื่อลดขนาดยาสลบ ควบคุมอาการหลังผ่าตัด บรรเทาความวิตกกังวล ลดอาการ เหนื่อยเนื่องจาก Acute left ventricular failure และ Pulmonary edema และระงับปวดจาก โรคมะเร็ง

**การออกฤทธิ์** กระตุ้น Opioid receptor ได้ดีในไขสันหลังและที่สมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับ ความเจ็บปวด ทำให้การนำความรู้สึกและการแปลผลเกี่ยวกับความเจ็บปวดลดลง

**ผลข้างเคียง** กดหายใจ คลื่นไส้ อาเจียน ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น เวียนศีรษะ ท้องผูก รูม่านตาเล็กลง ปัสสาวะไม่ออก อาการพิษจะเกิดจากการใช้ยาเกินขนาด ม่านตาเท่ารูเข็ม หายใจช้า ในที่สุดเป็น Cheyne-Stokes เกิดอาการตัวเขียว ผิวหนังเย็น ความดันโลหิตต่ำ หหมดสติ เป็นต้น

### การพยาบาล

1. การฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำ ควรฉีดช้า ๆ ให้ช่วงเวลานัดแต่ละครั้งมากกว่า 5 นาที และ ต้องสังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด
2. สังเกตและตรวจสอบสัญญาณชีพก่อนและหลังให้ยา ถ้าพบอัตราการหายใจน้อยกว่า 12 ครั้งต่อนาที ควรรายงานแพทย์ทราบเพื่อพิจารณาหยุดยา
3. บันทึกปริมาณน้ำเข้าและน้ำออก เพื่อดูการทำงานของไต
4. สังเกตอาการข้างเคียงของยา
5. สังเกตระดับความรู้สึกตัว ภาวะทางจิตใจในผู้ที่ได้รับยานานๆ
6. แนะนำผู้ป่วยให้เปลี่ยนอิริยาบถอย่างช้าๆ เพื่อป้องกันความดันโลหิตต่ำ

## 12. PLASIL

**ชื่อสามัญ** Metoclopramide hydrochloride

**ประเภท** ยาระงับอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่นิยมใช้มากเพราะได้ผลดี และมีฤทธิ์ข้างเคียง ที่ไม่เป็นอันตราย

**ข้อบ่งใช้** ป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียนในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดและหลังผ่าตัด

**การออกฤทธิ์** จับกับ Chemoreceptor trigger zone (CTZ) และออกฤทธิ์ต้านการหลั่ง Dopamine ซึ่งเป็นสารสื่อสัญญาณประสาทที่สำคัญของ CTZ ทำให้ Thresholds ของ CTZ เพิ่มขึ้น

นอกจากนี้ยังลดสัญญาณประสาทของระบบทางเดินอาหารไปยังศูนย์อาเจียน และเพิ่มการหดตัวของกล้ามเนื้อหูรูดในหลอดอาหาร ทำให้อาการคลื่นไส้ อาเจียนลดลง

**ผลข้างเคียง** ง่วงนอน อ่อนเพลีย กระสับกระส่าย ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว ท้องผูกหรือท้องเสีย ปากแห้ง มีผื่นขึ้นตามร่างกาย อาการบวม เต้านมโต ในผู้หญิงมีน้ำนมไหลและขาดประจำเดือน

#### การพยาบาล

1. หลีกเลี่ยงการทำงานที่เกี่ยวข้องกับเครื่องจักรกลและการขับรถขณะรับประทานยา
2. หากต้องการป้องกันอาการอาเจียนขณะรับประทานอาหาร ต้องให้รับประทาน ยาก่อนอาหารประมาณ 30 นาที
3. ควรเก็บยาไว้ในขวดสีชาเพื่อป้องกันไม่ให้ถูกแสง สำหรับยาฉีดหากใช้ไม่หมดให้ทิ้ง ห้ามเก็บไว้ใช้อีก เพราะยาเสื่อมสภาพเมื่อถูกแสง
4. สังเกตอาการแพ้ยาและอาการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวกับการกดสมองของยา ในคนอายุน้อย เด็กหรือผู้ป่วยที่ได้รับยาในขนาดสูงๆ ต้องสังเกตอาการที่เรียกว่า Extrapyrarnidal symptoms ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของประสาทควบคุมการเคลื่อนไหวทำให้มีการสั่น กล้ามเนื้อเกร็ง การเคลื่อนไหวลำบาก ตาเหลือก ลูกตาวิ่งขึ้นลงอย่างรวดเร็ว อาการเหล่านี้จะหายไปตัวเองเมื่อหยุดยา

### 13. Paracetamol (500mg)

**ข้อบ่งใช้** ระวังปวด ลดไข้ ควบคุมอาการปวดศีรษะ ปวดหู ปวดประจำเดือน ปวดกล้ามเนื้อ ลดไข้จากเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัส ใช้ในผู้ป่วยที่แพ้แอสไพริน มีปัญหาเลือดออก

**การออกฤทธิ์** ยับยั้งการสังเคราะห์ Prostaglandins ในระบบประสาทส่วนกลางได้ดี แต่ยับยั้งการสร้างสารนี้ที่บริเวณนอกสมองได้น้อยโดยเฉพาะในบริเวณที่เกิดการอักเสบ ซึ่ง Prostaglandins ทำให้เกิดการเจ็บปวดและทำให้เกิดไข้ที่มีผลต่อศูนย์ควบคุมอุณหภูมิร่างกายที่ hypothalamus

**ผลข้างเคียง** ง่วงซึม แพ้ยา เช่น มีผื่น บวม เป็นแผลที่เยื่อช่องปาก มีไข้ เป็นต้น ในขนาดที่มากเกินไปอาจทำให้เกิดตับวายและถึงแก่ความตายได้ คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย อาการดีซ่าน

#### การพยาบาล

1. ควรดื่มน้ำ เครื่องดื่มหรือรับประทานอาหารเหลวบ่อย ๆ เพื่อช่วยลดความร้อน ไม่ควรดื่มน้ำผลไม้หรือเครื่องดื่มที่มีฤทธิ์เป็นกรดหลังรับประทานยา
2. ไม่ซื้อยารับประทานเองและไม่ใช้ยาเป็นเวลานาน เพราะอาจทำให้รับประทานยาเกินขนาด เกิดพิษและอาการข้างเคียง
3. ระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคตับและผู้ที่ติดแอลกอฮอล์

4. หากผู้ป่วยได้รับยาเกินขนาด ควรได้รับการรักษาโดยการล้างท้อง และได้รับยา N-acetylcysteine ซึ่งได้ผลดีภายใน 10 ชั่วโมงหลังรับยาเกินขนาด

#### 14. Flumucil

**ชื่อสามัญ** Acetylcysteine

**ประเภท** ยาลดความหนืดชั้นของเสมหะ

**ข้อบ่งใช้** รักษาโรคทางเดินหายใจที่มีเสมหะมาก ได้แก่ Chronic emphysema, Chronic asthmatic bronchitis, Bronchitis, Pneumonia

**การออกฤทธิ์** ช่วยให้เสมหะที่เหนียวเหลวขึ้น ขับพวกมูก โดยไปทำลาย Disulfide bond ของ Mucoprotein ซึ่งเป็นตัวทำให้มูกหรือเสมหะที่เป็นหนองเหนียวอ่อนตัวลงและขับออกได้ง่าย

**ผลข้างเคียง** ซึม ง่วงนอน เยื่อปากอักเสบ น้ำมูกใสๆไหล จุกเสียดที่หลอดอาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ผื่นลมพิษ ควรระวังในผู้ที่ เป็นหอบหืด เพราะอาจทำให้หลอดลมเกร็งตัว อาจมีใช้ หนวสั่น

#### ข้อควรระวัง

1. NAC Long ไม่ควรใช้กับเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี หรือหญิงมีครรภ์
2. สังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นลมพิษ เป็นต้น

#### 15. Air-X

**ชื่อสามัญ** Simethicone

**ประเภท** ยาลดแก๊ส

**ข้อบ่งใช้** มีคุณสมบัติช่วยให้อาการแน่นและมีลมภายในท้องลดน้อยลง โดยยาจะทำให้ กระจายอาหารและลำไส้หดตัว กล้ามเนื้อหดรูดคลายตัวทำให้เกิดการขับลมและเกิดการเรอ

**การออกฤทธิ์** มีส่วนผสมของสารละลาย Dimethylpolysilones และ Siliga gel มีคุณสมบัติ ในการลดความตึงผิวของฟองอากาศ ทำให้ฟองอากาศรวมตัวกันเป็นฟองใหญ่ขึ้น ขับออกได้ง่าย

**ผลข้างเคียง** ทำให้กระจายอาหารหลังน้ำย่อยมากขึ้น ซึ่งเป็นยาที่มีผลข้างเคียงน้อยแม้จะให้ ในขนาดสูง

#### ข้อควรระวัง

1. ให้ยาตรงเวลาและสัมพันธ์กับเวลารับประทานอาหาร เพื่อช่วยให้ยาออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น
2. ยาชนิดเม็ดต้องเคี้ยวยาให้ละเอียดก่อนกลืนทุกครั้ง เพื่อช่วยให้ยากระจายและแตกตัวได้ดี
3. ในรายที่มีอาการแน่นท้อง ท้องอืดอย่างรุนแรงหลังจากรับประทานยาแล้วอาจต้องช่วยใส่ สายทางทวารหนัก เพื่อช่วยให้ได้ผลลดแก๊สได้ดีขึ้น ควรระวังในผู้ป่วยที่มีแผลในกระเพาะอาหารและ ลำไส้

**16. Motilium**

**ชื่อสามัญ** Domperidone

**ประเภท** ยาป้องกันอาเจียน

**ข้อบ่งใช้** ป้องกันการอาเจียนที่เกิดจากหลายสาเหตุ เช่น หลังผ่าตัด รังสีบำบัด พยาธิสภาพของอวัยวะในช่องท้อง ไมเกรน และใช้รักษาอาการย่อยอาหารผิดปกติ แน่นท้อง ท้องอืด

**การออกฤทธิ์** จับกับ CTZ และออกฤทธิ์ด้านการหลั่ง Dopamine ซึ่งเป็นสารสื่อสัญญาณประสาทที่สำคัญของ CTZ เพิ่มการหดตัวของกล้ามเนื้อหูรูดในหลอดอาหาร ทำให้อาการคลื่นไส้ อาเจียนลดลง

**ผลข้างเคียง** พบน้อย เช่น ปากแห้ง ปวดศีรษะ มีผื่นขึ้นตามผิวหนัง

**กรมการแพทย์**

**โรงพยาบาลเลิดสิน**

**ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน**



## สรุปปัญหาที่พบจากกรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ ผู้จัดทำได้นำรูปแบบการจัดการรายกรณีมาบูรณาการร่วมกับแนวคิด การดูแลออสโตมีและแผล ซึ่งได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย เป็น 4 ระยะคือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด ระยะวางแผนจำหน่าย และระยะดูแลต่อเนื่อง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

### 1.ระยะก่อนผ่าตัด

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเรื่อง การผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะและการดูแลหลังผ่าตัด

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2** ผู้ป่วยมีความกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการเตรียมตัว ก่อนและหลังผ่าตัดรักษามะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

### 2.ระยะหลังผ่าตัด

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3** ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4** มีโอกาสติดเชื้อในร่างกาย เนื่องจากมีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องและมีท่อระบาย

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5** เกิดภาวะไม่สมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6** ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะเห็นคุณค่าในตนเองลดลง (Low self-esteem) เนื่องจากการสูญเสียภาพลักษณ์จากการมีทวารเทียมปัสสาวะทางหน้าท้อง

### 3.ระยะวางแผนจำหน่าย

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7** ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อมีทวารเทียมปัสสาวะทางหน้าท้อง

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8** ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9** วางแผนการจำหน่ายเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ภายหลังจากผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

### 4.ระยะดูแลต่อเนื่อง

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10** ผู้ป่วยวิตกกังวลและเกิดความไม่มั่นใจในการดูแลทวารเทียมปัสสาวะทางหน้าท้อง เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

### ระยะที่ 1 การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

วันที่ 14 มิถุนายน 2565 ผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม ให้ประวัติว่า ประมาณ 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะเป็นเลือด ไม่มีอาการปวดร่วมด้วย ไปตรวจที่โรงพยาบาลเอกชน ได้รับการตรวจวินิจฉัยพบ Bladder tumor และได้รับการผ่าตัด Transurethral resection of bladder tumor (TUR-BT) ผลตรวจชิ้นเนื้อพบเป็น Urothelial carcinoma, high-grade จึงมารักษาต่อที่โรงพยาบาลผลิตินตามสิทธิการรักษา แพทย์ได้อธิบายแนวทางการรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติ วางแผนผ่าตัด Laparoscopic radical cystectomy with ileal conduit วันที่ 6 กรกฎาคม 2565

### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 (วันที่ 28 มิถุนายน 2565 ที่ออสโตมีคลินิก)

**ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการตัดกระเพาะปัสสาวะออกหมด และการดูแลหลังผ่าตัด**

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยและญาติแสดงสีหน้าวิตกกังวล ระหว่างที่พูดคุยกับพยาบาลผู้ป่วยถอนหายใจ 2-3 ครั้ง ซักถามเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา
2. ผู้ป่วยและญาติถามพยาบาลว่า “ทวารเทียมปัสสาวะหน้าท้องเป็นแบบไหน ถ้ามีแล้วสามารถไปไหนมาไหนได้มั้ย”
3. แพทย์วางแผนจะผ่าตัด Laparoscopic Radical Cystectomy with ileal conduit

#### วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติปรับตัวยอมรับ สามารถเผชิญความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม และให้ความร่วมมือในการรักษา

#### เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติรับรู้ มีทัศนคติที่ดีต่อแผนการรักษาและยอมรับการทำ ileal conduit ให้ความร่วมมือในการรักษา

#### กิจกรรมการพยาบาล

ประเมินการรับรู้ การยอมรับในการวินิจฉัยโรค ความรู้ ทัศนคติเรื่องโรค แผนการรักษาและการทำ ileal conduit ดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ
2. เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและซักถามสิ่งที่วิตกกังวล ให้ข้อมูลในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ อธิบายให้ทราบถึงความจำเป็นในการผ่าตัดเปิดทวารเทียมเพื่อขับถ่ายปัสสาวะทางหน้าท้อง (ileal conduit) เพื่อให้เกิดความเข้าใจและร่วมมือ และมีญาติ/บุคคลใน

ครอบครัวเข้าร่วมให้ข้อมูลและรับฟังข้อมูลที่ให้ เพื่อวางแผนการดูแลให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อการมีทวารเทียมได้ คลายความวิตกกังวลและมีกำลังใจในการรักษา รวมถึงให้ความร่วมมือในการรักษา

3. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับสภาพของตนเองหลังผ่าตัด ได้แก่ การมีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง การมีรูเปิดปัสสาวะทางหน้าท้อง ความรู้สึกปวดแผลหลังผ่าตัด เป็นต้น

4. ส่งเสริมให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อ stoma โดยให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในเรื่องเกี่ยวกับ

4.1 ภาพลักษณ์เมื่อมี Stoma

4.2 การเปลี่ยนแปลงการขับถ่ายปัสสาวะ

4.3 สาธิตการกำหนดตำแหน่งลำไส้เปิดทางหน้าท้อง บน Rectus muscle หน้าท้องล่างขวา แบบมีส่วนร่วมกับผู้ป่วย โดยใช้ Model Stoma วางบนตำแหน่งที่เหมาะสม ให้ผู้ป่วยนอน นิ่ง ที่สามารถมองเห็นทวารเทียม รวมถึงการให้คำแนะนำพื้นฐานเรื่องการใช้อุปกรณ์ที่จำเป็นในการรองรับปัสสาวะทางหน้าท้องและให้ผู้ป่วยได้สัมผัสกับอุปกรณ์ออสโตมีจริง

4.4 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับดูแลทวารเทียมพร้อมคู่มือ สร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยและญาติว่าจะได้รับการสอนสาธิตการใช้อุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่าย และการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ทวารเทียมจากพยาบาลเฉพาะทางบาดแผล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ จนกว่าผู้ป่วยจะสามารถดูแลตัวเองได้ และจะมีการติดตามอาการต่อเนื่องภายหลังจากออกโรงพยาบาล

5. หลังจากให้ข้อมูล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามปัญหาและข้อสงสัยพร้อมอธิบายเสริมข้อมูลให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง รับฟังอย่างตั้งใจ พร้อมทั้งสังเกตสิ่งที่ผู้ป่วยแสดงออกมา

6. ให้กำลังใจ เสริมสร้างพลังอำนาจ และส่งเสริมความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล ปรับทัศนคติเชิงบวกเพื่อสามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตแบบใหม่อย่างมีคุณภาพต่อไป

#### ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยสามารถให้ประวัติการเจ็บป่วยของตนเองกับพยาบาลได้ โดยมีสีหน้าท่าที่ผ่อนคลายและมาแสดงอาการซึมเศร้า ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นแจ่มใสขึ้นและบอกว่าจะวางแผนการดูแลตนเองหลังผ่าตัดร่วมกับครอบครัว

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 (วันที่ 4 กรกฎาคม 2565 ที่หอผู้ป่วย)

ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการเตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัดรักษามะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

#### ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยและญาติซักถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

### วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ สามารถปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะได้อย่างถูกต้อง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการผ่าตัด ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์
3. เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดรวมถึงการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะได้อย่างถูกต้อง
2. ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใสขึ้น หลังได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติด้วยการสอบถามความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดรักษาโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
2. ประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ ความวิตกกังวล ความเครียดต่อการผ่าตัด สัมพันธภาพภายในครอบครัว
  - 2.1 สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ญาติและพยาบาล
  - 2.2 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ญาติเกี่ยวกับเหตุผล ความจำเป็นของการผ่าตัด การเปลี่ยนแปลงของการขับถ่ายปัสสาวะ ภาวะลักษณะภายหลังการผ่าตัด แนวทางการดูแล Stoma เพื่อสร้างความมั่นใจและให้กำลังใจ
  - 2.3 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุยซักถามข้อสงสัย บอกถึงปัญหาความต้องการการช่วยเหลือต่างๆ พร้อมให้คำอธิบาย รับฟังผู้ป่วย สังเกตสีหน้าท่าทาง คำพูดและการแสดงออกถึงความรู้สึก
  - 2.4 ประเมินความพร้อม ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยต่อครอบครัว รวมถึงให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลและให้กำลังใจผู้ป่วย
3. ประเมินความพร้อมของร่างกาย รวมถึงอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงเหตุผล ความจำเป็นในการเตรียมร่างกายเพื่อผ่าตัด
  - 3.1 การเตรียมร่างกายทั่วไป ได้แก่ การดูแลความสะอาดร่างกาย เช่น ปาก ฟัน เล็บ ผม เพื่อป้องกันการติดเชื้อก่อนผ่าตัด
  - 3.2 การเตรียมร่างกายเฉพาะที่ เช่น การโกนขน และการทำความสะอาดบริเวณหน้าท้อง ขาหนีบและอวัยวะสืบพันธุ์
  - 3.3 การทำความสะอาดลำไส้ก่อนผ่าตัด โดยแพทย์จะสั่งให้รับประทานอาหารที่มีกากใยน้อยในมือเช้า และรับประทานอาหารเหลวในมือเที่ยงและมือเย็น 1 วันก่อนผ่าตัด พร้อมกับให้

รับประทานยาระบาย Swift ต็มน้ำมากกว่า 2,000 มิลลิลิตร และผู้ป่วยจะได้รับการสวนอุจจาระก่อนนอน

3.4 แจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงการงดน้ำและอาหารทุกชนิดหลังเที่ยงคืนวันที่ 6 กรกฎาคม 2565 และจะได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา

#### 4. การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่

4.1 สอนสาธิตการบริหารการหายใจและการไอ (Deep breathing and cough exercise) ร่วมกับการใช้เครื่องบริหารปอด Triflow ทดลองให้ผู้ป่วยปฏิบัติซ้ำจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง การไอให้ใช้หมอนรองหรือกคบริเวณแผลผ่าตัดไว้ เพื่อลดอาการตึงแผล รวมทั้งเน้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการฝึกปฏิบัติ ซึ่งจะช่วยบริหารปอดให้แข็งแรง ลดการติดเชื้อภายหลังผ่าตัด

4.2 การบริหารขา (Leg exercise) เมื่อเริ่มรู้สึกตัวหลังผ่าตัด ให้เริ่มขยับร่างกายทันที เพื่อให้เลือดไหลเวียนดีขึ้นโดยปฏิบัติดังนี้ หมุนข้อเท้าวันด้านซ้าย วันด้านขวาสลับกัน กระดกข้อเท้าขึ้นลง และเกร็งขายืดขาเหยียดตรง และเกร็งขายืดขาเหยียดตรง ควรปฏิบัติ 4-5 ครั้ง ทุกครั้งชั่วโมง ในขณะที่ตื่น

4.3 แนะนำและสร้างความเข้าใจเพื่อส่งเสริมการลุกจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัด ควรปฏิบัติให้เร็วที่สุดภายใน 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดีและไม่มีข้อจำกัดในการลุกจากเตียง

4.4 สอนวิธีการบอกระดับความปวดแผลหลังผ่าตัด โดยใช้แบบประเมินความปวดแบบตัวเลข (numeric rating scale) ซึ่งมี 0-10 คะแนน โดย 0 คะแนนหมายถึงไม่มีความปวด และ 10 คะแนน หมายถึงมีความปวดมากที่สุด และแนะนำให้ผู้ป่วยขอยาแก้ปวดเมื่อมีอาการปวดตามระดับ

5. สอบถามกลับในสิ่งที่ให้ความรู้ และเปิดโอกาสให้ซักถามในสิ่งที่สงสัยอีกครั้ง รวมถึงสังเกตพฤติกรรม คำพูดของผู้ป่วยว่ามีความวิตกกังวลหรือปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้องหรือไม่

**ประเมินผลการพยาบาล**

หลังจากผู้ป่วยได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ผู้ป่วยบอกว่าเข้าใจ ความวิตกกังวลลดลง สามารถตอบคำถามในเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง

#### ระยะที่ 2 การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด มีดังนี้

วันที่ 6 กรกฎาคม 2565 ผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด ภายหลังทำ Laparoscopic radical cystectomy with ileal conduit ใช้เวลาในการทำผ่าตัด 11 ชั่วโมง 15 นาที หลังผ่าตัดได้รับการดูแลที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมจนอาการคงที่ และย้ายมาดูแลต่อที่หอผู้ป่วยพิเศษวันที่ 7 กรกฎาคม 2565 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย หายใจได้เอง on O2 cannula 3 ลิตรต่อนาที แพทย์ให้ดื่มน้ำดื่มน้ำก่อน มีแผลผ่าตัดหน้าท้อง 3 จุด แผลไม่มีเลือดซึม มีสายระบาย Jackson drain 1 สาย ที่บริเวณหน้าท้องด้านขวา ปริมาณสิ่งคัดหลั่งประมาณ 30 มิลลิลิตร สีแดงเข้ม มี ileal conduit ที่

บริเวณหน้าท้องด้านขวาล่าง เป็น Flush Stoma สีแดงชุ่มชื้น ทวารเทียมมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 22 มิลลิเมตร มี Ureteric catheter และครอบ urostomy bag ไว้ urine สีแดงจาง คาสายสวนปัสสาวะต่อลงถุง (Foley's catheter) ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 5%D/N/2 1000 มิลลิลิตร หยดในอัตรา 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และ Acetar 1000 มิลลิลิตร หยดในอัตรา 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ที่ด้านหลังผู้ป่วยมีสาย Epidural catheter drip 0.08% Marcaine+Fentanyl 1 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร สัญญาณชีพแรกเริ่มที่หอผู้ป่วย อุณหภูมิร่างกาย 38 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 129/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือด 97% ระดับความปวด (pain score) เท่ากับ 5 คะแนน ทีมพยาบาลดูแลจัดทำให้สุขสบาย ดูแลความสะอาดร่างกาย จัดสิ่งแวดล้อม กระตุ้นการไอและการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ

วันที่ 9 กรกฎาคม 2565 (หลังผ่าตัดวันที่ 3) ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น Ambulate ได้รอบๆ เตียง เริ่มหายใจได้ แพทย์ให้เริ่มจิบน้ำได้ ได้รับยาปฏิชีวนะและสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ตรวจน้ำตาลปลายนิ้วทุก 8 ชั่วโมง ผลตรวจได้ 110-130 mg% ปวดแผลระดับ 3 คะแนน แผลผ่าตัดไม่ซึม แผลที่ระบายยังมีเลือดซึมจางๆ จำนวนสิ่งคัดหลั่งจากท่อระบายประมาณ 50 มิลลิลิตร Ileal conduit red moist เนื่องจากเป็น flush stoma และผู้ป่วยมีหน้าท้องหนา ทำให้ปัสสาวะรั่วซึมง่าย ผู้ป่วยและญาติเริ่มสอบถามและสนใจเกี่ยวกับทวารเทียม พยาบาลพูดคุยให้กำลังใจ สร้างเสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและญาติ ให้ความเชื่อมั่นว่าสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

วันที่ 11 กรกฎาคม 2565 (หลังผ่าตัดวันที่ 5) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ลูกนั่งพูดคุยได้ด้วยสีหน้าที่สดชื่นขึ้น เริ่มรับประทานอาหารอ่อนแต่ยังทานได้ไม่หมด ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืดเล็กน้อย ลูกเดินได้แต่ยังต้องช่วยพยุง แผลผ่าตัดไม่ซึม แผลที่ระบายซึมเล็กน้อยสีแดงจาง จำนวนสิ่งคัดหลั่งจากท่อระบาย 40 มิลลิลิตร ส่งตรวจ content for creatinine เพื่อดู urine leakage ผลตรวจปกติ Ileal conduit red moist on ureteric catheter ไว้ สอนสาธิตและประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติในการดูแลทวารเทียม

### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3

ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัด Laparoscopic radical cystectomy with Ileal conduit มีแผลผ่าตัด on Jackson drain 1 สาย และมี Ileal conduit ที่บริเวณ Right lower quadrant
2. ขณะเคลื่อนไหวร่างกายมีสีหน้าเขียวและคิ้วขมวด
3. ผู้ป่วยบ่นปวดตึงแผลบริเวณหน้าท้อง Pain score = 5 คะแนน ปวดมากขึ้นเวลาขยับตัว

### วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลผ่าตัดลดลง สุขสบายขึ้น พักผ่อนได้

### เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดลดลง สุขสบายขึ้น ระดับความปวดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน
2. ไม่มีพฤติกรรมแสดงว่าเจ็บปวด เช่น หน้ามึนคิ้วขมวด มือกุมบริเวณแผล
3. ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกายได้ตามปกติ และสามารถพักผ่อนได้

### กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบสาเหตุของการปวดบริเวณตำแหน่งแผลผ่าตัด และแผนการรักษา พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามปัญหาและข้อข้องใจต่างๆ
2. ประเมินความปวดแผลผ่าตัดเป็นระยะ ๆ โดยใช้แบบประเมินความปวดแบบตัวเลข (Numeric rating scale) ซึ่งมีคะแนน 0-10 คะแนน รวมทั้งสังเกตความปวดจากสีหน้า และท่าทางของผู้ป่วย
3. ติดตามการได้รับยาแก้ปวด 0.08% Marcaine+Fentanyl 1 mg/ml ทาง Epidural catheter ตามแผนการรักษาของแพทย์และประเมินประสิทธิภาพของยาแก้ปวดที่ได้รับ ประสานทีมพยาบาลประจำหอผู้ป่วย รายงานอาการให้แพทย์ทราบในทันที หากอาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น
4. ดูแลเปลี่ยนท่านอนให้กับผู้ป่วยในท่า Semi-Fowler's position เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องและทรวงอกคลายตัว ลดการตึงตัวของแผลผ่าตัด สอนแนะนำสาธิตให้ผู้ป่วยประคองแผลผ่าตัดด้วยมือหรือหมอนนุ่มๆ เวลาไอหรือจาม และขณะที่ผู้ป่วยพลิกหรือตะแคงตัว
5. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ สัมผัสแผลผ่าตัดอย่างนุ่มนวล และเบามือ รวมทั้งระวังสายหรือท่อระบายต่างๆ ไม่ให้ดึงรั้ง
6. สอน แนะนำ สาธิตเทคนิค หรือวิธีการที่ช่วยให้มีการผ่อนคลาย การหายใจเข้า-ออกลึกๆ การฟังเพลง การดูทีวี เป็นต้น

### ประเมินผลการพยาบาล

วันที่ 7 สิงหาคม 2565 ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดทาง epidural catheter สามารถหลับพักผ่อนได้ แต่ยังไม่อนนิ่งๆจนเตียง ไม่ค่อยขยับตัว ความดันโลหิต 118/75 มิลลิเมตรปรอท

วันที่ 9 สิงหาคม 2565 ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น ลูกนั่งบนเตียงคุยกับญาติได้ เคลื่อนไหวแขนขาได้ตามปกติระดับความปวด pain score 2-3 คะแนน นอนหลับพักผ่อนได้

วันที่ 11 สิงหาคม 2565 ผู้ป่วยลุกเดินข้างเตียงได้ สีหน้าสดชื่น เจ็บตึงบริเวณแผลเล็กน้อย ระดับความปวด pain score ประมาณ 2 คะแนน นอนหลับพักผ่อนได้

#### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4

มีโอกาสดเกิดการติดเชื้อในร่างกาย เนื่องจากมีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องและมีท่อระบาย

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. หลังทำผ่าตัด Laparoscopic Radical Cystectomy with Ileal conduit ผู้ป่วยมีแผล Laparoscopic ที่บริเวณหน้าท้อง
2. มีท่อระบายสิ่งคัดหลั่งจากแผลมีแผลท่อระบายและมี discharge ซึม สิ่งคัดหลั่งสีแดงออก ประมาณ 50 มิลลิลิตร
3. Retained Foley's catheter
4. on Ileal conduit บริเวณหน้าท้องด้านขวาล่าง

#### วัตถุประสงค์การพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดและบริเวณท่อระบาย

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. แผลผ่าตัดแห้งสะอาด ไม่มี discharge ซึม
2. แผลท่อระบายและผิวหนังรอบๆไม่มีการอักเสบบวมแดง
3. ผลการตรวจ CBC ทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ พบ WBC 4,000-11,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์เซนติเมตร neutrophil 40-74%
4. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 120/80 มิลลิเมตรปรอท
5. ระบบการทำงานของสายท่อระบายปกติ ไม่มีการอุดตัน หัก พับ งอ content ไม่มีสีและกลิ่นผิดปกติ

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินลักษณะแผลผ่าตัดว่ามีการติดเชื้อหรือไม่ เช่น มีไข้ แผลบวม แดง ร้อน มีกลิ่นเหม็น หรือมี discharge คล้ายหนอง
2. ดูแลทำความสะอาดแผลด้วยหลัก Aseptic technique และเปลี่ยนผ้าก๊อชปิดแผล เมื่อมีสารคัดหลั่งไหลออกมาจากแผล เพื่อป้องกันการติดเชื้อ
3. ให้ความรู้และคำแนะนำผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล ระวังการสัมผัสบริเวณแผลผ่าตัดและบริเวณแผลท่อระบาย เพื่อป้องกันการติดเชื้อ
4. ประเมินระบบการทำงานของท่อระบายสิ่งคัดหลั่ง (Jackson's drain) ดูแลสายไม่ให้หักพับ งอ และ content ไหลสะดวก



5. ดูแลและประเมิน stoma สังเกตภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น เลือดออก ผิวหนังรอบๆ stoma มีการอักเสบหรือเกิดแผลเปื่อย

6. ดูแลความสะอาดและการทำงานของสายสวนปัสสาวะไม่ให้หักพับงอ ปัสสาวะไหลลงถุงได้สะดวก บันทึกจำนวน สี ปัสสาวะ รวมถึงสอนสาธิตการดูแลสายสวนปัสสาวะที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและญาติ

7. ติดตามประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง หากผิดปกติ รายงานแพทย์เพื่อวางแผนการรักษาที่เหมาะสม

8. ประเมินอาการของ Intestinal leakage และเยื่อช่องท้องอักเสบ (peritonitis) ได้แก่ อาการปวดท้อง หน้าท้องโป่งตึง มีไข้ อาเจียน มีปัสสาวะหรือสิ่งขับหลังซึมออกจากแผล หรือรอบๆ ท่อระบาย

8. ติดตามการได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง ตามแผนการรักษาของแพทย์

9. ประสานการดูแลร่วมกับทีมพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ในการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น แผลซึ่มมาก รอบแผลบวมแดง หรือผิวหนังรอบ stoma มีการอักเสบ เป็นต้น

#### ประเมินผลการพยาบาล

1. แผลผ่าตัดแห้งดี แผลท่อระบายมี discharge สีแดงจางๆซึ่มบริเวณก๊อสที่ปิดแผล
2. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.8-37 องศาเซลเซียส
3. ระบบการทำงานของท่อระบายปกติ content สีแดงจาง
4. ผิวหนังบริเวณรอบ stoma ปกติ ไม่มีการอักเสบหรือเกิดแผลเปื่อย

#### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5

เกิดภาวะไม่สมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับการเตรียมลำไส้ก่อนการผ่าตัด ด้วยยาระบาย Swiff ซึ่งอาจทำให้เกิดความสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายเสียไป

2. หลังผ่าตัด มีท่อระบาย (Jackson drain) และมีสิ่งคัดหลั่งออกมากกว่า 80 มิลลิลิตรต่อวัน

3. คำสั่งแผนการรักษา งดน้ำและอาหารก่อนและหลังผ่าตัด

4. วันที่ 13 กรกฎาคม 2565 ระดับ Potassium ในเลือด 3.3 mEq/L และระดับ Sodium ในเลือด 129 mEq/L

#### วัตถุประสงค์การพยาบาล

มีความสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย

### เกณฑ์การประเมินผล

1. อิเล็กโทรไลต์ในร่างกายปกติ Sodium 136-145 mEq/L และ Potassium 3.5-5.0 mEq/L
2. ไม่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง สับสน ใจสั่น
3. ไม่มีอาการแสดงของการขาดน้ำ เช่น ผิวแห้ง ปากแห้ง

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของการขาดน้ำ เช่น ปากแห้ง กระหายน้ำ ผิวหนังขาดความตึงตัว อ่อนเพลีย ซีพจรเต้นเร็ว
2. เฝ้าระวังอาการแสดงของการเปลี่ยนแปลงระดับอิเล็กโทรไลต์ ดังนี้ อาการคลื่นไส้ อาเจียน สับสน อ่อนเพลีย มีตะคริวที่ท้อง ลำไส้มีการเคลื่อนไหวลดลง รายงานแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติ
3. ตรวจสอบสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงและรายงานแพทย์ทราบทันทีเมื่อพบความผิดปกติ
4. ติดตามการได้รับยาและสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา
5. บันทึกความสมดุลของปริมาณน้ำเข้าออกในร่างกายทุก 8 ชั่วโมง
6. ติดตามผลการตรวจอิเล็กโทรไลต์ทางห้องปฏิบัติการ และรายงานแพทย์

### ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงภาวะขาดน้ำ มีความสมดุลของปริมาณน้ำเข้าออกในร่างกาย
2. มีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย แต่ไม่มีอาการของภาวะผิดปกติของความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ ไม่มีอาการสับสน ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง

### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6

ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะเห็นคุณค่าในตนเองลดลง (Low self-esteem) เนื่องจากการสูญเสียภาพลักษณ์จากการมีทวารเทียมปัสสาวะทางหน้าท้อง (Ileal conduit)

### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยและญาติบอกว่าไม่กล้าดูแลทวารเทียมเองเพราะกลัวทำไม่ได้
2. ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน กลัวใช้ชีวิตเหมือนเดิมไม่ได้ เนื่องจากทำ

อาชีพธุรกิจและต้องเดินทางต่างประเทศ

### วัตถุประสงค์การพยาบาล

ผู้ป่วยยอมรับกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปจากการมี Ileal conduit ปรับตัวให้เข้ากับทวารเทียมได้ มีทัศนคติที่ดีต่อการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพ และญาติมีส่วนร่วมในการดูแล

### เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง ยอมรับการเปลี่ยนแปลง ปรับเปลี่ยนทัศนคติและสามารถดูแลทวารเทียมได้อย่างถูกต้อง

### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดี เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดถึงความรู้สึกนึกคิดและซักถาม พูดให้กำลังใจผู้ป่วย และสังเกตพฤติกรรมรวมทั้งคำพูด และกิริยาท่าทางที่ผู้ป่วยแสดงออก
2. แสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่า พยาบาลเต็มใจดูแลโดยไม่มีคำพูดหรือท่าทางแสดงความรังเกียจผู้ป่วย
3. ให้ข้อมูลย้อนกลับที่ดี ที่ช่วยสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว สร้างความเชื่อมั่น ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา และกิจกรรมอะไรบ้างที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้
4. แนะนำให้ผู้ป่วยได้รู้จักทวารเทียมของตนเองมากขึ้น โดยอธิบายพร้อมรูปภาพ กระตุ้นให้เริ่มมองและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลทวารเทียม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามถึงสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป รวมถึงการปฏิบัติตัว สามารถทำงาน ใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข กระตุ้นให้เริ่มมองและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลทวารเทียม
5. สังเกตการแสดงออกของญาติต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย พร้อมทั้งให้กำลังใจและเสริมสร้างความมั่นใจ
6. ยกย่อง ชมเชย เมื่อผู้ป่วยหรือญาติสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง
7. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ ซักถามปัญหาและข้อข้องใจต่าง ๆ พูดระบายความรู้สึก และรับฟังอย่างตั้งใจ

### ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือในการดูแลตนเองโดยมองทวารเทียมและมีส่วนร่วมในการดูแลทวารเทียมมากขึ้น แต่ยังไม่มั่นใจที่จะดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง
2. ญาติมีความเข้าใจและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการดูแลทวารเทียม

### ระยะที่ 3 การพยาบาลระยะวางแผนจำหน่าย

วันที่ 14 กรกฎาคม 2565 (หลังผ่าตัดวันที่ 8) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้มากขึ้น ลุกเดินได้เอง แผลผ่าตัดและแผลท่อระบายไม่ซีมี ระดับความปวด 2 คะแนน รับประทานอาหารได้ นอนหลับพักผ่อนได้ ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลทวารเทียม การท่ปัสสาวะ แต่ผู้ป่วยและญาติยังมีความวิตกกังวลในการเปลี่ยนอุปกรณ์รองรับ กลัวมองไม่เห็น กลัวหลุดเวลาเดินทาง

วันที่ 18 กรกฎาคม 2565 (หลังผ่าตัดวันที่ 12) ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลทวารเทียม แต่เนื่องจากผู้ป่วยมีรูปร่างท้วม ทวารเทียมอยู่ระดับเดียวกับผิวหนัง (Flush stoma) ร่วมกับน้ำปัสสาวะที่ไหลตลอด ทำให้ลำบากและใช้เวลานานในการติดอุปกรณ์ ประกอบกับผู้ป่วยอยู่กับภรรยา 2 คน ผู้ป่วยจึงวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง แต่ผู้ป่วยมีความพยายามในการเรียนรู้การดูแลตนเอง ซักถามในข้อสงสัยและรับฟังคำแนะนำ

วันที่ 20 กรกฎาคม 2565 (หลังผ่าตัดวันที่ 14) ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพจนอาการดีขึ้นและแพทย์วางแผนจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยและญาติฝึกการเปลี่ยนอุปกรณ์รองรับ ผู้ป่วยเข้าใจวิธี ขั้นตอนและการสังเกตอาการผิดปกติ ให้กำลังใจ เสริมสร้างพลังอำนาจ ให้คู่มือการดูแลตนเอง ให้คำแนะนำแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ

วันที่ 21 กรกฎาคม 2565 (หลังผ่าตัดวันที่ 15) แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน รวมระยะเวลาอนโรงพยาบาล 15 วัน นัดตรวจติดตามที่ออสโตมีคลินิก 1 สัปดาห์ แต่ผู้ป่วยขอติดตามอาการพร้อมกับวันพบแพทย์วันที่ 2 สิงหาคม 2565 เนื่องจากเดินทางไม่สะดวก

### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7

**ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อมีทวารเทียมปัสสาวะทางหน้าท้อง**  
**ข้อมูลสนับสนุน**

ผู้ป่วยสีหน้าวิตกกังวล สีหน้าครุ่นคิด และบอกว่าไม่มั่นใจในการดูแลทวารเทียม กลัวทำเองไม่ได้ กลัวอุปกรณ์รองรับหลุด

### วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อให้มีความรู้เรื่องการดูแล ileal conduit และเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
2. ลดความวิตกกังวล เสริมสร้างความมั่นใจ

### เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจ มีความมั่นใจในการดูแล ileal conduit เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความพร้อมแก่ผู้ป่วยและญาติ ในการดูแล ileal conduit
2. วางแผนร่วมกับผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการดูแลทวารเทียมเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน
3. อธิบายเกี่ยวกับทวารเทียม (Stoma) ดังนี้
  - 3.1 ลักษณะ Stoma ปกติมีสีแดงหรือสีชมพู ผิวมันเรียบ ลักษณะชุ่มชื้น
  - 3.2 Stoma ไม่มีกลิ่นเหม็นหรือเหม็นรุนแรง จึงไม่สามารถกลิ่นการขับถ่ายปัสสาวะได้ จำเป็นต้องใช้ถุงรองรับปัสสาวะตลอดเวลา
  - 3.3 บริเวณ Stoma ไม่มีเส้นประสาทรับความรู้สึกเมื่อสัมผัส ดังนั้นต้องระมัดระวังเวลาทำความสะอาด หลีกเลี่ยงการกดทับหรืออุบัติเหตุ
  - 3.4 บริเวณ Stoma มีเส้นเลือดฝอยมาเลี้ยงมาก จึงทำให้เลือดออกได้ง่าย เมื่อเกิดการกระแทกหรือเสียดสีรุนแรง
4. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการทำความสะอาดและผิวหนังโดยรอบ Stoma ดังนี้

4.1 ลอกหรือถอดถุงรองรับสิ่งขับถ่ายออกจากผิวหนังด้วยความนุ่มนวล โดยใช้นิ้วหรือมือ กดผิวหนังด้านล่างไว้ขณะที่มืออีกข้างลอกแป้นออก ควรลอกแป้นเปลี่ยนเมื่อมีการรั่วซึม

4.2 ทำความสะอาดรูเปิดและผิวหนังโดยรอบด้วยสำลีชุบน้ำสะอาด เช็ดและซับผิวหนัง โดยรอบให้แห้งสนิท หากแป้นยังใช้ได้ให้ทำความสะอาดรูเปิดและวงด้านในของแป้นด้วยสำลีชุบน้ำ สะอาดพอหมาดจนหมดคราบ

4.3 ตรวจสอบความผิดปกติของผิวหนังโดยรอบและรูเปิด เช่น รอยถลอก รอยแดง อาการคัน บาดแผล การระคายเคืองหรือมีเลือดไหลไม่หยุดต้องรีบมาพบแพทย์

#### 5. ให้ความรู้ คำแนะนำ และสอนการเปลี่ยนและปิดถุงรองรับปัสสาวะ

5.1 เตรียมอุปกรณ์แป้นและถุงรองรับปัสสาวะ

5.2 ลอกถุงรองรับปัสสาวะเดิมออกทิ้งด้วยความนุ่มนวล เช็ดคราบขาวและทำความสะอาด ผิวหนังด้วยสำลีชุบน้ำสะอาด โดยเช็ดอย่างเบามือ ถ้ามึนน้ำปัสสาวะไหลออกมาให้ใช้สำลีหรือผ้าก๊อสม้วนเป็นกลมๆอุดไว้ก่อน

5.2 วัดขนาดของรูเปิดโดยใช้แบบเทียบขนาด และนำไปวาดลงบนแป้นด้านหลัง

5.3 ตัดขนาดดวงของรูเปิดที่แป้นตามแบบ ลอกกระดาษกาวด้านหลังออกและทาด้วย Stomahesive paste แล้วนำไปปิดรอบรูเปิดของ Stoma ลูบวงรอบเบาๆให้แป้นติดกับผิวหนัง

5.4 ทาวาสลีนเพื่อหล่อลื่นบริเวณขอบแป้นจะช่วยให้ติดถุงได้ง่ายขึ้น แล้วนำถุงรองรับปัสสาวะมาปิดลงบนแป้นและปิดปลายถุงไว้เพื่อไม่ให้ปัสสาวะไหลออกมาจากถุง

6. การเทปัสสาวะ สอนสาธิตให้ผู้ป่วยดูโดยการเทลงเปล่า ทำที่เหมาะสมกับผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ชาย คือทำยืน และผู้ป่วยควรเทปัสสาวะออกจากถุงเมื่อมีน้ำปัสสาวะอยู่ในถุงประมาณ 1/3 หรือ 1/2 ของถุง เพราะถ้าปล่อยให้มึนน้ำปัสสาวะอยู่ในถุงมากเกินไปจะทำให้แป้นและถุงหลุดจากผิวหนัง

#### 7. คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป

7.1 อธิบายถึงความจำเป็นของการได้รับน้ำอย่างเพียงพอ ประมาณวันละ 2,000-2,500 มิลลิลิตร

7.2 การดูแลเรื่องกลิ่น อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า การปิดถุงบน Stoma ให้แนบสนิทไม่มีรูรั่ว จะทำให้ไม่มีกลิ่น อย่างไรก็ตามการเทปัสสาวะออกจากถุงหรือการเปลี่ยนถุงก็จะทำให้มีกลิ่นอันไม่พึงประสงค์ได้

7.3 สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ แต่ควรหลีกเลี่ยงอาหารประเภทที่ทำให้มีกลิ่น เช่น หอมใหญ่ สะตอ ชะอม และเครื่องเทศ สำหรับอาหารที่ช่วยลดกลิ่นได้แก่ ผักใบเขียว เช่น คენัว ผักบู่ ตำลึง

7.4 การดูแลความสะอาดร่างกาย หลังจากแผลผ่าตัดหายดีแล้ว ผู้ป่วยสามารถอาบน้ำได้ตามปกติทั้งขณะใส่ถุงรองรับปัสสาวะ อาจใช้พลาสติกกันน้ำปิดเพื่อยืดระยะเวลาการเปลี่ยนแป้นและ

ในวันที่ถอดแป้นออกเพื่อเปลี่ยน โดยการตักน้ำอาบหรืออาบน้ำด้วยฝักบัว แต่ไม่ควรใช้น้ำฉีดบริเวณ ทวารเทียม หลังจากอาบน้ำเสร็จให้ซับน้ำบริเวณทวารเทียม ให้แห้งแล้วจึงเปลี่ยนอุปกรณ์

7.5 การแต่งกาย สามารถแต่งกายได้ตามปกติ ควรหลีกเลี่ยงการกดทับบริเวณทวารเทียม เนื่องจากอาจทำให้ทวารเทียม ได้รับความเจ็บ และอาจเกิดการรั่วซึมของอุปกรณ์รองรับน้ำปัสสาวะได้

7.6 การเดินทาง สามารถเดินทางไกลได้ แต่ควรเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นไปด้วยตลอดเวลา และควรเตรียมให้มีจำนวนมากเพียงพอในกรณีที่มีความเร่งด่วนหรือฉุกเฉิน

7.7 การทำงาน หลังผ่าตัดประมาณ 1-2 เดือน ผู้ป่วยสามารถทำงานได้ตามปกติ งดเว้น การยกของหนักหรือภาวะที่ทำให้แรงดันในช่องท้องสูง ซึ่งจะมีผลกระทบต่อ Stoma ทำให้เกิด Stoma herniation หรือ Prolapse stoma และควรเตรียมกระเป๋าอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการ เปลี่ยนถุงรองรับน้ำปัสสาวะ

7.8 การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย ผู้ป่วยสามารถทำได้ตามปกติ แต่ควรหลีกเลี่ยง การออกกำลังกายหรือกีฬาที่หักโหมรุนแรง

7.9 การมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อการดูแลต่อเนื่องและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

8. ให้ผู้ป่วยฝึกการเตรียมอุปกรณ์ การ pouching ด้วยตนเองโดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการ ช่วยเหลือผู้ป่วย และประเมินการรับรู้ ความเข้าใจ ความพร้อมในการดูแลทวารเทียมของผู้ป่วยและ ญาติ

9. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม ข้อสงสัย หรือการดูแลทวารเทียมในส่วนที่ยังไม่มั่นใจ

#### ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการดูแลตนเองเมื่อมีทวารเทียมได้
2. ผู้ป่วยสามารถเตรียมอุปกรณ์และ pouching ได้ถูกขั้นตอน โดยมีญาติคอยช่วยเหลือ
3. ผู้ป่วยและญาติ มีความตั้งใจในการเรียนรู้การดูแลทวารเทียม แต่ด้วยเป็นผู้สูงอายุ รูปร่าง ท้วมหน้าท้องหนา ปัสสาวะไหลเกือบตลอดเวลา และ Stoma อยู่ระดับผิวหนังหน้าท้อง (flus stoma) จึง ทำให้ใช้เวลาค่อนข้างนานในการเปลี่ยนอุปกรณ์รองรับ

#### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8

ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับไป อยู่บ้าน

#### ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยและญาติถามว่า หลังออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้านต้องปฏิบัติอย่างไรบ้าง

#### วัตถุประสงค์การพยาบาล

ไม่มีความวิตกกังวลในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

### เกณฑ์การประเมินผล

1. สามารถตอบคำถามและบอกวิธีปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะเมื่อกลับไปอยู่บ้าน หลังการสอนได้ถูกต้อง
2. สามารถบอกวิธีการดูแลตนเองเมื่อมีทวารเทียมทางเดินปัสสาวะ ได้อย่างถูกต้อง
3. สามารถบอกแนวทางการรักษาของตนเองหลังผ่าตัดและให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง

### กิจกรรมการพยาบาล

การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกและเปิดทวารเทียมปัสสาวะทางหน้าท้อง (Ileal conduit) เริ่มตั้งแต่ก่อนผ่าตัดที่มีการให้คำปรึกษา ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการผ่าตัด หลังผ่าตัดต้องมีการประเมิน Stoma และผิวหนังรอบ Stoma รวมถึงการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อกลับบ้านในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดและการดูแล Stoma เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยมีการวางแผนเพื่อการจำหน่ายผู้ป่วย ได้แก่

1. ประเมินผู้ป่วยและญาติในการให้การพยาบาลวางแผนจำหน่าย เพื่อส่งเสริมความสามารถและทักษะการดูแลตนเองที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ด้วย D-METHOD ดังนี้

D: Diagnosis ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ผ่าตัดเอากระเพาะปัสสาวะออกและเปลี่ยนช่องทางขับถ่ายปัสสาวะ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

M: Medicine ให้คำแนะนำการใช้ยาที่ได้รับ สรรพคุณ ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา และสังเกตภาวะแทรกซ้อนของยา

E: Environment ให้คำแนะนำกับญาติในการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้ปลอดภัย ไม่แออัด อากาศถ่ายเท จัดห้องนอนที่ใกล้ห้องน้ำเพื่อสะดวก รวมถึงทำราวยึดเกาะในห้องน้ำเพื่อความปลอดภัย

T: Treatment ให้ความรู้และอธิบายคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยที่มีทวารเทียม สังเกตสีของทวารเทียมว่าไม่มีผิดปกติ ไม่มีเลือดออก การใช้ถุงรองรับสิ่งขับถ่าย

H: Health ส่งเสริมฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แนะนำการออกกำลังกายเมื่อผู้ป่วยร่างกายแข็งแรงขึ้นแล้ว ประมาณหลัง 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด การออกกำลังกายเช่นการบริหารแขน การเดิน แต่ไม่ควรออกกำลังกายที่ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องมาก และการยกของหนัก ในระยะที่สามารถปรับตัวได้แล้วสามารถออกนอกบ้านได้ และผู้ป่วยควรเตรียมอุปกรณ์สำหรับทำความสะอาดทวารเทียม แป้นและถุงรองรับปัสสาวะให้พร้อม เพื่อสามารถเปลี่ยนได้ทันทีเมื่อมีปัญหา เช่น การรั่วซึม

O: Outpatient ให้คำแนะนำการมาตรวจตามนัดที่ห้องตรวจศัลยกรรม ตามนัดการรักษาของแพทย์ และออสโตมีคลินิก แต่หากมีอาการผิดปกติฉุกเฉิน เช่น มีไข้ หนาวสั่น สามารถเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านได้ทันที

D: Diet ให้คำแนะนำการรับประทานอาหาร รับประทานอาหารให้สมดุลครบ 5 หมู่ ดื่มน้ำมากๆ เพื่อป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ สำหรับอาหารที่ช่วยลดกลิ่นปัสสาวะได้แก่ น้ำผลไม้ แครนเบอร์รี่ โยเกิร์ต อาหารที่ทำให้เกิดกลิ่นฉุนได้แก่ อาหารรสจัด สะตอ ชะอม

2. การดูแลด้านจิตใจ จัดการความเครียด ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ ยกย่อง ชมเชย เมื่อผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง Empowerment การดูแลสุขภาพที่เหมาะสม

3. ประเมินผลการสอนการปฏิบัติตัวหลังจำหน่ายและการดูแลทวารเทียม  
**ประเมินผลการพยาบาล**

1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าแจ่มใส สดชื่น ให้ความสนใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับ
2. ผู้ป่วยบอกวิธีการดูแลทวารเทียมได้ และจะพยายามดูแลทวารเทียมได้ด้วยตนเอง

### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9

วางแผนการจำหน่ายเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ภายหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

#### ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยมีโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง เป็นโรคร่วมเรื้อรัง

#### วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตและไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติก่อนจำหน่าย

2. ผู้ป่วยมีความรู้และเห็นความสำคัญในการดูแลตนเองเมื่อมีโรคประจำตัว

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 110 gm/dl
2. ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 90/60-140/90 mmHg
3. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง

#### กิจกรรมการพยาบาล

ทบทวนโปรแกรมการเรียนรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงและการสนับสนุนจัดการตนเอง (Self-management support) โดยการให้ความรู้เพื่อควบคุมระดับน้ำตาล ความดันโลหิตและไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการเรื่องกิจกรรมในแต่ละวัน การออกกำลังกาย การรับประทานยา โดยมีรายละเอียดดังนี้



1. อาหาร แนะนำให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารหลัก 5 หมู่ให้ได้พลังงานและสารอาหารเพียงพอต่อการควบคุมระดับน้ำตาล ไขมันในเลือดและควบคุมระดับความดันโลหิต โดยแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่ควรงดรับประทาน เช่น ขนมหวาน น้ำอัดลม นมข้นหวาน อาหารที่ทำให้เกิดกลิ่นฉุน เช่น สะตอ หน่อไม้ฝรั่ง อาหารรสจัด ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารให้ตรงเวลาเหมาะกับโรค และเพียงพอับความต้องการของร่างกาย รวมถึงสัมพันธ์กับเวลายาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

2. แนะนำให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอับความต้องการของร่างกายโดยคำนวณจากน้ำหนักตัว  $101 \text{ กิโลกรัม} \times 30 \text{ มิลลิลิตร}$  ผู้ป่วยควรได้รับน้ำวันละประมาณ 3,000 มิลลิลิตร

3. แนะนำการออกกำลังกาย เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต ควบคุมระดับไขมันในเลือด และส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ สอนการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ

4. ดูแลและแนะนำการรับประทานยาให้ถูกต้องตรงตามคำสั่งการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด

5. แนะนำสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ พยาบาล หรือต้องมาก่อนวันนัด ได้แก่

5.1 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง มีอาการกระหายน้ำ ปัสสาวะบ่อย อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน หอบ ซึมลง ความรู้สึกตัวลดลง

5.2 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ มีอาการใจสั่น เหงื่อออกมาก ตัวเย็นซีด สับสน อาจหมดสติ

#### ประเมินผลการพยาบาล

1. ระดับน้ำตาลก่อนจำหน่ายอยู่ในช่วง 90-93 mg%

2. ระดับความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/60-110/70 mmHg

3. ผู้ป่วยเข้าใจและเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และบอกว่าจะรับประทานยาและพบแพทย์อย่างต่อเนื่อง

#### ระยะที่ 4 การพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง

วันที่ 2 สิงหาคม 2565 ผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อติดตามอาการหลังผ่าตัด ที่ห้องตรวจศัลยกรรมพร้อมกับการติดตามการดูแลทวารเทียม ประเมินแผลผ่าตัดและแผลบริเวณที่เอาสายระบายออก แผลแห้งดี ไม่มีบวม แดง ร้อน ไม่ปวดแผล ประเมิน ileal conduit ที่บริเวณหน้าท้องล่างขวา ทวารเทียมอยู่ระดับเดียวกับผิวหนัง (Flush stoma) สีแดงชุ่มชื้นดี ขนาดทวารเทียม 22 มิลลิเมตร ผิวหนังรอบทวารเทียมไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ หลังกลับจากโรงพยาบาลในสัปดาห์แรก ผู้ป่วยเปลี่ยนอุปกรณ์รองรับปัสสาวะร่วมกับภรรยา พบปัญหาปัสสาวะรั่วซึมตลอด ใช้เวลาในการเปลี่ยนอุปกรณ์รองรับนานกว่า 1 ชั่วโมง แขนงรองรับหลุดบ่อย ต้องเปลี่ยนทุก 1-2 วัน หลังจากนั้น 1 สัปดาห์ เปลี่ยนเป็นทุก 2-3 วัน แต่ยังคงมีความกังวลเรื่องกลัวเป็นหลุดบ่อยเวลานานอน นอนหลับๆตื่นๆ เนื่องจากกังวลกลัวนอนทับทวารเทียมและทำให้อุปกรณ์รองรับหลุด

วันที่ 16 สิงหาคม 2565 ผู้ป่วยมาติดตามการดูแลทวารเทียม ประเมินทวารเทียม ileal conduit สีแดงชุ่มชื้น ขนาดทวารเทียม 22 มิลลิเมตร ผิวหนังรอบทวารเทียมไม่มีภาวะแทรกซ้อน เปลี่ยนอุปกรณ์รองรับทุก 2-3 วัน ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้น มีการปรับเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลทวารเทียมและการเปลี่ยนอุปกรณ์ด้วยตนเองได้ สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ นัดติดตามอาการต่อเนื่องที่ ออสโตมีคลินิก 1 เดือน

#### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10

ผู้ป่วยวิตกกังวลและเกิดความไม่มั่นใจในการดูแลทวารเทียมปัสสาวะทางหน้าท้อง เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

#### ข้อมูลสนับสนุน

มาตรวจตามนัด ผู้ป่วยให้ประวัติว่าแน่นรั้วซึมบ่อย วิตกกังวลไม่กล้านอน ไม่กล้าออกนอกบ้าน กลัวอุปกรณ์รองรับหลุดเวลานอนหรือเวลาเดินทาง

#### วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ มั่นใจในการดูแลตนเองและดูแลทวารเทียมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
2. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการการดูแลตนเองเมื่อต้องใช้ชีวิตอยู่กับทวารเทียม

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม ระบายความวิตกกังวล บอกในสิ่งที่ต้องการการช่วยเหลือและรับฟังผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ สังเกตการแสดงออกทั้งสีหน้า ท่าทาง คำพูดรวมถึงการแสดงออกทางพฤติกรรมของผู้ป่วย
2. ร่วมกับผู้ป่วยและญาติ (ภรรยา) ในการวางแผนการดูแลตนเองและดูแลทวารเทียม เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจและใช้ชีวิตอยู่กับทวารเทียมได้
3. สอนสาธิตการดูแลทวารเทียมร่วมกับให้ผู้ป่วยลงมือทำเอง โดยพยาบาลคอยช่วยให้คำแนะนำในส่วนที่ผู้ป่วยและญาติยังไม่มั่นใจหรือยังไม่ถูกต้อง ให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยและญาติสามารถเปลี่ยนอุปกรณ์รองรับได้
4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อมูลซ้ำอีกครั้งและให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและญาติ
5. ให้กำลังใจ เสริมพลังอำนาจ ให้ความเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้
6. ให้ข้อมูลแหล่งสนับสนุนข้อมูล ให้ความช่วยเหลือ เช่น คลินิก ออานามัย โรงพยาบาลใกล้บ้าน
7. นัดติดตามอาการต่อเนื่องเพื่อประเมินทวารเทียม ดูแลเรื่องอุปกรณ์รองรับปัสสาวะ ที่ ออสโตมีคลินิกอย่างต่อเนื่อง

9. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาเกี่ยวกับทวารเทียม เช่น เลือดออก ผิวหนังรอบทวารเทียมอักเสบหรือเป็นแผลเปื่อย อุปกรณ์รองรับหลุดง่าย โดยสามารถไปพบแพทย์หรือพยาบาลที่ศูนย์สาธารณสุข คลินิก อนามัย หรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน

#### **ประเมินผลการพยาบาล**

ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ และมีทัศนคติที่ดีในการดูแลทวารเทียมและการเปลี่ยนอุปกรณ์รองรับ โดยมีภรรยาคอยช่วยเหลือ สนับสนุนและให้กำลังใจ ผู้ป่วยบอกว่าจะมีความมั่นใจในการเปลี่ยนมากขึ้น

#### **การบูรณาการการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management)**

ผู้ป่วยกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยสูงอายุ รูปร่างท้วม ผื่นงูขึ้นที่ทวารเทียมอยู่ระดับเดียวกับหน้าท้อง และน้ำปัสสาวะที่ไหลตลอดเวลาทำให้ติดตัวสำรองได้ยาก วัสดุรั่วซึมง่าย ทำให้ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การเดินทาง การนอนหลับพักผ่อน สัมพันธภาพทางสังคม การนำรูปแบบการจัดการรายกรณีมาบูรณาการร่วมกับแนวคิดการดูแลทวารเทียม ในการดูแลให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

**การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีทวารเทียม** มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น การมีเจตคติต่อโรคและการรักษา ความเชื่อต่างๆเกี่ยวกับการรักษา แหล่งสนับสนุนจากผู้ป่วยด้วยกัน แรงสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ โดยพยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ช่วยเหลือ ผู้สนับสนุน ผู้สอนให้คำปรึกษา ผู้อำนวยการความสะอาด เป็นผู้พิทักษ์สิทธิ์แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ ยอมรับ และมั่นใจว่าจะสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆได้ โดยให้การส่งเสริมผู้ป่วยดังนี้

- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมและตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลตนเอง

- เปิดโอกาสและสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ตามความสามารถ
- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวซักถามข้อมูลและรับฟังปัญหาต่างๆ
- การสนับสนุนให้บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อเพิ่มศักยภาพและความเข้มแข็งให้กับครอบครัว เกิดการดูแลต่อเนื่องและยั่งยืน

- การเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง มีอิสระในการตัดสินใจ ลดความเครียดความวิตกกังวลและมั่นใจว่าตนเองจะสามารถผ่านพ้นปัญหาได้

## กล่าวโดยสรุปสำหรับในผู้ป่วยกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายสูงอายุ ได้รับการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกหมดและเปิดทวารเทียมหน้าท้องเพื่อเปลี่ยนช่องทางขับถ่ายปัสสาวะ (Ileal conduit) ซึ่งผู้ป่วยต้องอยู่กับทวารเทียมไปตลอดชีวิต ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการขับถ่าย ด้านจิตใจ มีภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เกิดความเครียดและวิตกกังวล ด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยจึงควรดูแลให้ครอบคลุม ค้นหาปัญหาตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดจนถึงระยะหลังผ่าตัด รวมถึงการติดตามต่อเนื่อง เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว การเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อให้ตระหนักถึงความจำเป็นในการดูแลตนเอง เรียนรู้การแก้ไขปัญหา การใช้ทรัพยากรที่จำเป็น โดยพยาบาลเป็นผู้สนับสนุน ชี้แนะ ส่งเสริมพัฒนาทักษะที่จำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง สามารถจัดการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง จะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ ช่วยฟื้นฟูร่างกาย จิตใจ สังคม ภายหลังผ่าตัดทวารเทียมได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

### การตั้งเป้าหมายและการประเมินผลลัพธ์

#### 1.ผลลัพธ์ระยะสั้น

- ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการผ่าตัดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะและเปลี่ยนช่องทางขับถ่ายปัสสาวะ (Radical cystectomy with Ileal conduit)
- ผู้ป่วยได้รับความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด
- ผู้ป่วยได้รับการประเมิน สอนสาธิตการดูแลทวารเทียม มีความมั่นใจในการดูแลตนเอง รวมถึงการมีทัศนคติที่ดีและการปรับตัวเพื่ออยู่กับทวารเทียม
- ผู้ป่วยมีความรู้ในการประเมินอาการภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉิน และจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง สามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์ได้อย่างรวดเร็ว

#### 2.ผลลัพธ์ระยะยาว

- ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่กับทวารเทียม และสามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติสุข
- เสริมสร้างความมั่นใจโดยเปิดช่องทางการสื่อสารในการให้คำปรึกษาให้แก่ผู้ป่วยเมื่อเกิดปัญหาในการดูแลตนเองและการดูแลทวารเทียม
- ประสานส่งต่อทีมพยาบาลและทีมแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง

## บทที่ 5

### สรุป วิจารณ์ และข้อเสนอแนะ

#### สรุป

ผู้ป่วยชายไทยวัยสูงอายุ อายุ 72 ปี มีอาการปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะเป็นเลือด ไม่มีอาการปวดร่วมด้วย ไปตรวจที่โรงพยาบาลเอกชน ได้รับการตรวจวินิจฉัยพบ Bladder tumor และได้รับการผ่าตัด Transurethral resection of bladder tumor: TUR-BT ผลตรวจพบเป็น Urothelial carcinoma, high-grade จึงมารักษาต่อที่โรงพยาบาลเลิดสินตามสิทธิการรักษา พบแพทย์ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ แพทย์วางแผนการรักษาโดยการผ่าตัด ผ่าตัด Laparoscopic radical cystectomy with ileal conduit โดยได้อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจแผนการรักษา และส่งผู้ป่วยไปพบแพทย์อายุรกรรมเพื่อเตรียมความพร้อมในการผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง แพทย์อายุรกรรมลงความเห็นให้สามารถทำผ่าตัดได้ ผู้ป่วยจึงได้เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในเมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม 2565 และได้รับการเตรียมพร้อมเพื่อทำผ่าตัด การเตรียมผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การเอกซเรย์ปอด การเตรียมความสะอาดของลำไส้ รวมถึงการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด และได้รับการผ่าตัด Laparoscopic radical cystectomy with ileal conduit วันที่ 6 กรกฎาคม 2565 ทำผ่าตัด 11 ชั่วโมง 15 นาที หลังผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ประมาณ 16 ชั่วโมงจนอาการคงที่ และได้ย้ายกลับไปรับการดูแลต่อเนื่องจากที่หอผู้ป่วยพิเศษเมื่อวันที่ 7 กรกฎาคม 2565 เวลา 14.40 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยถามตอบรู้เรื่อง มีอาการอ่อนเพลีย on O2 cannula 3 LPM สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 38 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 129/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือด 97% มีแผลผ่าตัดหน้าท้อง 3 จุด ไม่มีเลือดซึม มีท่อระบายสิ่งคัดหลั่ง Jackson drain 1 สาย มีสิ่งคัดหลั่งออกประมาณ 30 มิลลิลิตร สีแดงเข้ม on ileal conduit ที่บริเวณท้องด้านขวาและมี ureteric catheter ประเมินทวารเทียม Flush stoma ทวารเทียม สีแดงชุ่มชื้นดี เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 22 มิลลิเมตร ครอบ Urostomy bag ไว้ ผู้ป่วยคาสายยางระบายลมทางจมูกและสายสวนปัสสาวะไว้ มีอาการปวดแผล ได้รับยาแก้ปวดทาง Epidural catheter ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำและยา Antibiotic Ceftriaxone 2 gm IV OD ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน Plasil 1 amp IV prn ทุก 8 ชั่วโมง ตรวจน้ำตาลปลายนิ้วทุก 8 ชั่วโมง น้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับ 110-150 mg% พบอาการดูแลความสะอาดร่างกาย กระตุ้นการไอและการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ จัดสิ่งแวดล้อมให้

สงบ ดูแลให้พักผ่อน หลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้ป่วยยังอ่อนเพลีย ปวดแผลระดับ 3-4 คะแนน Ambulate ได้น้อย ไม่มี Bowel sound แพทย์ให้เบิก Triflow และกระตุ้น Ambulate แผลผ่าตัดไม่ซึม แผลที่ระบายซึมเป็นเลือดสีแดงจาง ๆ หลังผ่าตัดวันที่ 3 ผู้ป่วยเริ่มขยับร่างกายมากขึ้น ลูกนั่งพูดคุยและลุกเดินได้ แพทย์ให้เริ่มจิบน้ำได้ Control pain ด้วย morphine 3 mg IV prn ทุก 4 ชั่วโมง paracetamol (500 mg) 1 tab po prn ทุก 4 ชั่วโมง ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษาและได้รับยา Antibiotic ceftriaxone 2 gm IV OD แผลที่ระบายซึม ไม่มีใช้ ประเมิน Ileal conduit ทวารเทียม Flush stoma red moist สีแดงชุ่มชื้นดี ตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว ค่าระดับน้ำตาลในเลือด 100-120 mg% หลังผ่าตัดวันที่ 5 ผู้ป่วยเริ่มทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตัวเองมากขึ้น ลุกเดินได้ ไม่มีเหนื่อยหอบ รับประทานอาหารอ่อนได้แต่ยังทานได้น้อย ผู้ป่วยและญาติเริ่มสอบถามเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียม มีความวิตกกังวลและรู้สึกไม่มั่นใจในการดูแลตัวเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน หลังผ่าตัดวันที่ 8 ผู้ป่วยดูแลตัวเองได้มากขึ้น รับประทานอาหารได้ แผลผ่าตัดไม่ซึม Ileal conduit ปกติไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลทวารเทียม พยาบาลสอนสาธิตการเปลี่ยนอุปกรณ์รองรับ การเทปัสสาวะ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอุปกรณ์รองรับและการดูแลตนเอง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม บอกถึงความต้องการการดูแลหรือข้อมูลการดูแลตนเองที่ต้องการ หลังผ่าตัดวันที่ 10 พยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและญาติในการวางแผนการดูแลตนเองที่บ้าน เพื่อส่งเสริมความสามารถและทักษะในการดูแลตนเอง รวมถึงการดูแลทวารเทียม แพทย์วางแผนจำหน่ายวันที่ 21 กรกฎาคม 2565 รวมระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาล 17 วัน นัดติดตามอาการที่ ออสโตมีคลินิก ห้องตรวจศัลยกรรมวันที่ 2 สิงหาคม 2565 เพื่อพบแพทย์ตรวจติดตามอาการหลังผ่าตัดและพบพยาบาลเพื่อติดตามความก้าวหน้าในการดูแลทวารเทียม ประเมินภาวะแทรกซ้อน ประเมินการใช้อุปกรณ์รองรับ ส่งเสริมการดูแลตนเอง ตามแนวคิดการจัดการรายกรณี ซึ่งพบว่าในช่วงสัปดาห์แรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยยังวิตกกังวลกลัวแป้นรั่วซึม ไม่กล้านอน ไม่กล้าออกจากบ้าน เปลี่ยนอุปกรณ์รองรับทุก 1-2 วัน หลังจากนั้นมาตรวจติดตามครั้งที่ 2 พบว่าผู้ป่วยมีการจัดการการดูแลตนเองได้ดีขึ้น เรียนรู้วิธีจัดการกับปัญหาและแก้ไขปัญหา สามารถปรับตัวกับการอยู่กับทวารเทียมและดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างสมดุมากขึ้น

ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญ ในการสอนและสาธิตเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติฝึกปฏิบัติและนำไปใช้ได้ถูกต้อง การเน้นย้ำการมาตรวจติดตามอาการและติดตามประเมินการดูแลทวารเทียมอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและผู้ป่วยสามารถอยู่กับทวารเทียมได้อย่างปกติสุขต่อไป

## วิจารณ์

ผู้ป่วยสูงอายุและมีโรคร่วม ได้รับการผ่าตัดเอากระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและเปลี่ยนช่องทางขับถ่ายปัสสาวะ (Ileal conduit) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหน้าที่ของอวัยวะอย่างถาวร เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ แบบแผนการขับถ่าย เกิดความไม่สุขสบาย เกิดความกังวลและความกลัว ทำให้มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สิ่งสำคัญคือความมั่นใจในการใช้ชีวิตอยู่กับทวารเทียมให้สมดุลและมีผลกระทบกับการดำเนินชีวิตประจำวันให้น้อยที่สุด ดังนั้นบทบาทสำคัญของพยาบาลคือการเตรียมการช่วยเหลือ แนะนำ เป็นที่ปรึกษา ให้ผู้ป่วยยอมรับ เข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้น มีทัศนคติที่ดีต่อการมีทวารเทียม และใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข

## ข้อเสนอแนะ

1. การดูแลผู้ป่วยควรมีความต่อเนื่อง โดยมีกระบวนการดูแลที่ชัดเจนตั้งแต่มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายไปจนถึงการดูแลต่อเนื่องหลังจากออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ มีความมั่นใจในการดูแลตนเอง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน
2. ผู้ป่วยแต่ละรายมีข้อจำกัดการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีทวารเทียมชนิดทางเดินปัสสาวะและการเกิดภาวะแทรกซ้อนเพื่อนำมาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
3. มีการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในโรงพยาบาลให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยผนวกเข้าไปในการปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ การฟื้นฟูความรู้บุคลากรหรือมี On the job training เรื่องการดูแลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ การนิเทศติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการดูแล โดยผู้นำทางการพยาบาล พยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Enterostomal therapy nurse : ET Nurse)

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

## บรรณานุกรม

- กุลวรา คุปรัตน์. การผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมดและนำลำไส้เล็กส่วนปลายทำทางระบายน้ำปัสสาวะผ่านกล้องวิดีโอ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; 2555. เข้าถึงได้จาก: [www2.simahidol.ac.th/diversion/nursing/sins/index.php/manual/168-manual-2555-03](http://www2.simahidol.ac.th/diversion/nursing/sins/index.php/manual/168-manual-2555-03)
- ชนิษฐา รัตนกลยา, ภารดี นานาศิลป์, นัทธมน วุฒานนท์. *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ* ภายหลังการผ่าตัดทำทางเดินปัสสาวะใหม่ วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา [อินเทอร์เน็ต]. เม.ย.-มิ.ย. 2553;18(2): 34-50. เข้าถึงได้จาก: [db.hitap.net/articles/1880](http://db.hitap.net/articles/1880)
- จุฬาร ประสังสิต, กาญจนา รุ่งแสงจันทร์ และ ยุรัตน์ ม่วงเงิน. *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้และรูเปิดทางหน้าท้อง: ประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ*. ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ. ลีฟวิ่ง จำกัด; 2562
- ทิฆัมพร อธิพิงษ์วัฒน์, สุพร ดนัยดุขฎีกุล, อรพรรณ โตสิงห์, อีระพล อมรเวชสุกิจ. *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุน ทางสังคม ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนทางผิวหนัง ชนิดทางเดินปัสสาวะ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยทำทางเดินปัสสาวะใหม่ระยะยาว* วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล [อินเทอร์เน็ต]. ม.ค.-มี.ค. 2556;31(1): 29-37. เข้าถึงได้จาก: <https://repository.li.mahidol.ac.th/entities/publication/eaea739a-f410-4f21-8be9-558ab35d7503>
- ปราณี ฟูไพบเราะะ. *คู่มือยา Handbook of drug*. พิมพ์ครั้งที่ 14. กรุงเทพฯ: NP Press Limited Partnership; 2559
- พจณี รอดจินดา, สมพร ชีโนรส. *การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตัดกระเพาะปัสสาวะ* ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ). *การพยาบาลศัลยศาสตร์ เล่ม 3*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทธนธัชการพิมพ์ จำกัด; 2546
- พรศิริ พันธศรี. *กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ : การประยุกต์ใช้ทางคลินิก*. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ: บริษัทพิมพ์อักษร จำกัด; 2556
- เพ็ญจันทร์ สุวรรณแสง โมโนยพงศ์ : *การวิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ยวดี เกตสัมพันธ์, สุรรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, อัญชานา ท่วมเพิ่มผล, นภาพร อภิวดีจิตรชัย (บรรณาธิการ). *บูรณาการ การดูแลแผลและออสโตมี*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด; 2544



ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, จันทนา รัตนวิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ลีพหกุล, พัสมนต์ คุ่มทวีพร.

พยาธิสรีรวิทยา ทางกายวิภาค. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: บริษัทบุญศิริการพิมพ์ จำกัด; 2555

วิไล ชินธเนศ, ธันวา ตันสถิตย์, มนต์กานต์ ตันสถิตย์. กายวิภาคศาสตร์ของมนุษย์. พิมพ์ครั้งที่ 14.

กรุงเทพฯ: หจก.สามลดา; 2556

สมจิต หนูเจริญกุล. *ทฤษฎีการพยาบาลของไอเร็ม*. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ). การดูแลตนเอง

: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: วี.เจ.พรินติ้ง; 2544: 17-55

สมพร วรรณวงศ์. *ปัญหาการติดเชื้อในผู้ป่วยอวัยวะที่ได้รับการผ่าตัดเปิดปัสสาวะทางหน้า*

*ท้อง: ความท้าทายในการดูแล* วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้.

[อินเทอร์เน็ต]. ม.ค.-เม.ย. 2559; 3(1): 207-219. เข้าถึงได้จาก

[https://medinfo.psu.ac.th/nurse/research59/1\\_59.pdf](https://medinfo.psu.ac.th/nurse/research59/1_59.pdf)

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. *แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและรักษา โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ*.

กรุงเทพฯ: บริษัทโซซิติกการพิมพ์ จำกัด; 2563

อภิญา เวชชัย. *การจัดการรายกรณีในการปฏิบัติงานคุ้มครองเด็ก*, กทม. : สมาคมนักสังคมสงเคราะห์

แห่งประเทศไทย, 2562

Qu, L. G., Adam, A., Ranasinghe, W., & Lawrentschuk, N. (2020). *Systematic review: bacterial*

*colonisation of conduits and neobladders—when to test, watch, and treat*.

World journal of urology, 38, 1413-1422.

Regmi, S. K., Berrick, E. N., Hannah, P. T., Sathianathen, N., Kalapara, A., & Konety, B. R.

(2021). Drain fluid creatinine-to-serum creatinine ratio as an initial test to detect

urine leakage following cystectomy: a retrospective study. Indian Journal of

Urology, 37(2), 153-158.

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน



## กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

## Stoma Assessment Form (Ostomy Care Note)

ชื่อ-นามสกุล (ผู้ป่วย) ..... HN .....

ที่อยู่-เบอร์โทรศัพท์ .....

ชื่อ-นามสกุล (ญาติ) ..... เบอร์โทรศัพท์ .....

Date of Assessment ..... Time .....  OPD  IPD

Diagnosis .....

Operation ..... Date .....

Doctor .....

Ostomy Diversion  Colostomy  Ileostomy  Urostomy  Other .....

Underlying .....  Self-care  Caregiver

Note .....

Stoma number  1  2



### Stoma Assessment

• Color  Pink  red  Pale pink  Dark red  Other .....

• Viability  Moist  Dry  Edematous  Necrosis  Other .....

• Stoma size & Shape  Round  Oval  Irregular

• Stoma height  Retract  Flush  Slightly Protruding

Moderate Protruding

Excessively long  Prolapsed ..... cms.

• Peristomal Skin  Intact  Lesion

If lesion >> Depth of skin lesion level

Level 1 (Hyperemic lesion) ..... O'clock

Level 2 (Erosive lesion) ..... O'clock

Level 3 (Ulcerative lesion) ..... O'clock

Level 4 (Ulcerative lesion, necrotic, fibrinous) ..... O'clock

Hyper granulation

• **Output / Effluent**

Urine color .....

Stool  Liquid  Paste  Semisolid  Solid  Other .....

• **Accessories**

One-piece

Two-piece  Pre-cut wafer (size) .....

Moldable (size) .....

Other .....

• **Treatment / Nursing care**

.....  
 .....  
 .....

• **Plan**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

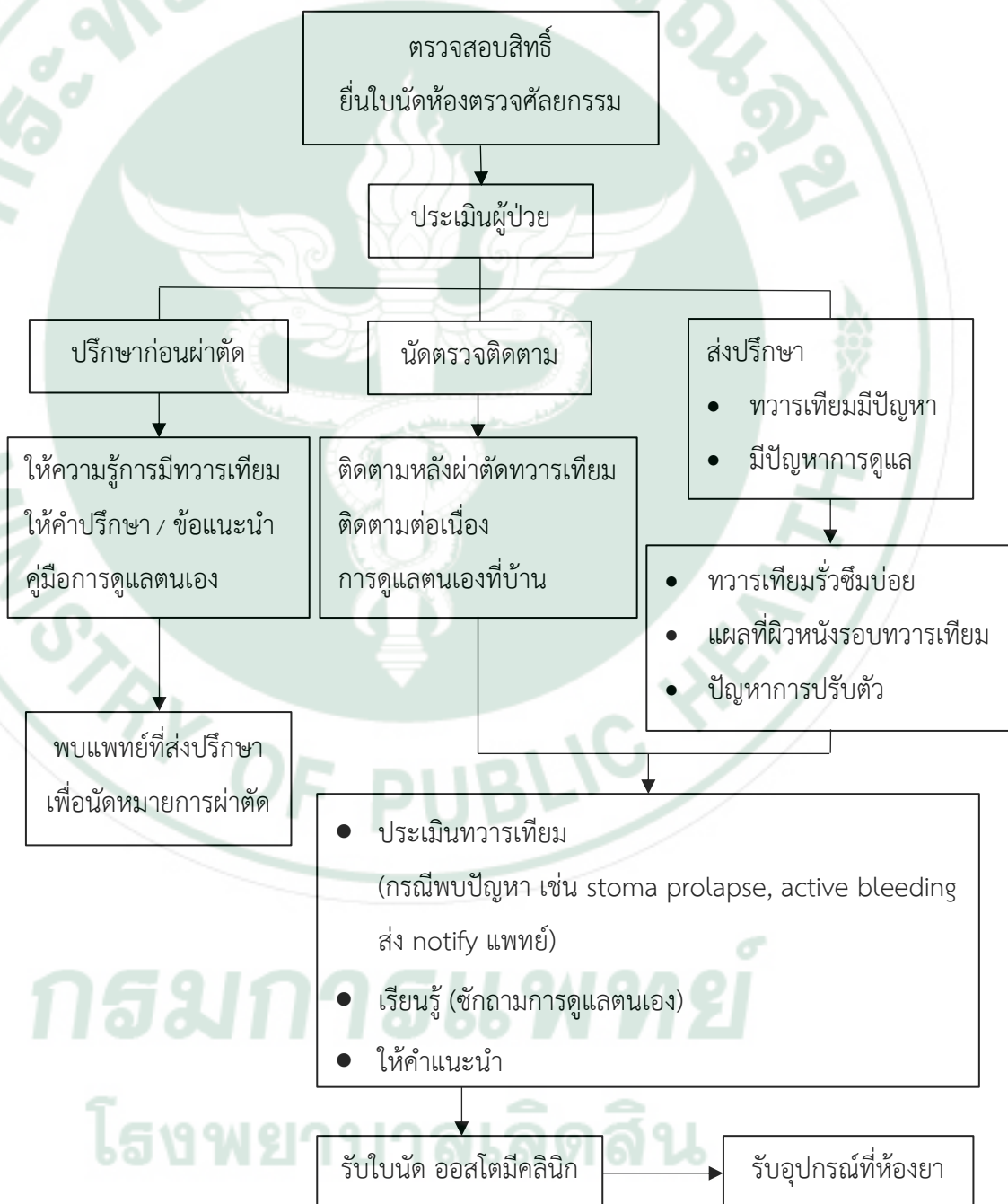
ET Nurse ..... Date ..... Time .....

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ขั้นตอนการรับบริการ ออสโตมีคลินิก  
ห้องตรวจศัลยกรรม อาคาร 33 ปี โรงพยาบาลเลิดสิน



**หมายเหตุ**

ออสโตมีคลินิก เปิดให้บริการ ทุกวันพุธ เวลา 13.00 – 16.00 น. ให้บริการผู้ป่วยโดย  
พยาบาลเฉพาะทางบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่าย จำนวน 2 คน/สัปดาห์

## แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่มีทวารเทียม

### ออสโตมีคลินิก โรงพยาบาลเลิดสิน

ชื่อ-สกุล ..... HN .....

Diagnosis .....

Operation ..... วันที่ผ่าตัด .....

หัวข้อการประเมิน	ผู้ประเมิน / วันที่	ผู้ประเมิน / วันที่
1. ลักษณะความผิดปกติของทวารเทียม		
2. การทำความสะอาด การสังเกตอาการผิดปกติของทวารเทียมและความผิดปกติของผิวหนังรอบทวารเทียม		
3. การเตรียมอุปกรณ์และการติดถุงรองรับ		
4. การทำความสะอาดและการเก็บรักษาอุปกรณ์รองรับ		
5. การรับประทานอาหารและพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม		
6. การทำความสะอาดร่างกาย		
7. การแต่งกาย		
8. การควบคุมกลิ่น		
9. การออกกำลังกาย		
10. การเตรียมความพร้อมเมื่อเริ่มกลับไปทำงานและการเตรียมอุปกรณ์เมื่อออกจากบ้าน		
11. อาการผิดปกติที่ควรปรึกษาแพทย์ / ET Nurse เช่น แผลรอบทวารเทียม ปัสสาวะขุ่น มีไข้		
12. การนัดตรวจติดตามอาการต่อเนื่อง		

## แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับการตัดกระเพาะปัสสาวะและเปิดทวารเทียมเพื่อขับถ่ายปัสสาวะทางหน้าท้อง (Ileal conduit)

Assessment	Intervention	Outcome
Initial Period (ช่วงก่อนผ่าตัด-วันผ่าตัด)		
1. ประเมินการรับรู้ การยอมรับในการวินิจฉัยโรค ความรู้ ทักษะคดีเรื่องโรค แผนการรักษาและการมีทวารเทียม (Ileal conduit)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ญาติ และพยาบาล</li> <li>2. ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติ ถึงความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษา ความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ แผนการรักษา ทักษะคดีและความรู้เกี่ยวกับการมี Stoma (Ileal conduit)</li> <li>3. อธิบายให้ข้อมูลผู้ป่วย สะท้อนให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ในการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษา</li> <li>4. ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อ Stoma (Ileal conduit) โดยให้คำแนะนำผู้ป่วยในเรื่อง <ul style="list-style-type: none"> <li>• ภาพลักษณ์ใหม่เมื่อมี Stoma (Ileal conduit)</li> <li>• การเปลี่ยนแปลงการขับถ่ายปัสสาวะ</li> <li>• การดูแล Stoma (Ileal conduit)เบื้องต้น</li> <li>• อุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่าย</li> </ul>                     โดยการอธิบายให้เข้าใจโดยใช้สื่อที่เป็นรูปภาพและให้สัมผัสอุปกรณ์รองรับจริง                 </li> <li>5. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยและญาติซักถามปัญหาและข้อสงสัย พร้อมทั้งอธิบายเสริมข้อมูลเพื่อให้เข้าใจได้ถูกต้อง</li> </ol>	- ผู้ป่วยและญาติรับรู้ เข้าใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อแผนการรักษาและยอมรับการทำทวารเทียม (Ileal conduit)

Assessment	Intervention	Outcome
<p>2. ประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยก่อนผ่าตัด</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• สภาพร่างกาย</li> <li>• ความสามารถในการดูแลตนเอง</li> <li>• โรคประจำตัว การแพ้ยา-อาหาร</li> <li>• ประวัติการรักษาในโรงพยาบาล</li> <li>• ประวัติการผ่าตัด</li> </ul>	<p>1. ประเมินความพร้อมของร่างกายเพื่อวางแผนการพยาบาลก่อนผ่าตัดและเพื่อวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยประเมินเกี่ยวกับ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• สภาพร่างกาย ความสามารถในการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน</li> <li>• การมองเห็น</li> <li>• การรับรู้ต่อการสัมผัสของมือ ปลายนิ้ว</li> <li>• ระบบการสั่งการและการรับรู้ของสมอง</li> <li>• โรคประจำตัวที่มีผลต่อการปรับตัวต่อการมี Stoma (Ileal conduit)</li> </ul> <p>2. บันทึกประวัติการรักษา การได้รับยาเคมีบำบัด รังสีรักษา เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาล</p> <p>3. บันทึกการแพ้ยา สารเคมีต่าง ๆ รวมถึงอาการแพ้ของผิวหนังเมื่อมีการสัมผัสสารเคมีและสิ่งแปลกปลอมต่าง ๆ</p>	<p>- ผู้ป่วยมีสมรรถภาพทางด้านร่างกายพร้อมในการทำผ่าตัด</p>
<p>3. ประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ สังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ความวิตกกังวล ความเครียดต่อการผ่าตัด</li> <li>• ความพร้อมและสัมพันธภาพในครอบครัว ญาติ และการดูแล</li> <li>• แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะทางเศรษฐกิจ ค่ารักษาพยาบาล</li> </ul>	<p>1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ญาติและพยาบาล</p> <p>2. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ญาติ เกี่ยวกับความจำเป็นในการผ่าตัด การเปลี่ยนแปลงการขับถ่ายปัสสาวะ การเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะภายหลังการผ่าตัด แนวทางการดูแล Stoma (Ileal conduit) เพื่อสร้างความมั่นใจ</p> <p>3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดคุยซักถามพร้อมให้คำอธิบาย</p> <p>4. ประเมินความพร้อม การตัดสินใจของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยต่อครอบครัว บุคคลใกล้ชิดที่ผู้ป่วยไว้วางใจหรือบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึก</p>	<p>- ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด</p>



Assessment	Intervention	Outcome
	<p>ของผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้บุคคลดังกล่าวรับทราบข้อมูลและร่วมวางแผนในการดูแล ให้กำลังใจผู้ป่วย</p> <p>5. อธิบายสิทธิผู้มี Stoma ฟังจะได้รับ สิทธิประโยชน์ตามสิทธิการรักษา รวมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือ</p>	
<p>4. ประเมินความพร้อมของร่างกายก่อนผ่าตัด</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. อธิบาย ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ ได้ทราบถึงเหตุผลและความจำเป็นของการเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> <li>• การเตรียมความสะอาดของร่างกายทั่วไป</li> <li>• การเตรียมความสะอาดของลำไส้ก่อนผ่าตัด</li> </ul> </li> <li>2. อธิบายให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงสภาพร่างกายภายหลังออกจากห้องผ่าตัด เช่น ท่อระบายเลือดจากแผล การได้รับยาและสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และ Stoma (Ileal conduit)</li> <li>3. สอนสาธิต ผูกการไอและการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ</li> <li>4. ร่วมกับผู้ป่วยในการกำหนดตำแหน่งผ่าตัด (Stoma site selection)</li> <li>5. ตรวจสอบความพร้อมเกี่ยวกับ <ul style="list-style-type: none"> <li>• การรับรู้และยินยอมผ่าตัดพร้อมเซ็นใบยินยอมผ่าตัด</li> <li>• ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ EKG Film X-ray</li> <li>• จองเลือดตามแผนการรักษา</li> <li>• อุปกรณ์และยาที่ต้องเตรียมไปห้องผ่าตัด</li> <li>• ดูแลให้สารน้ำ สารอาหารตามแผนการรักษา</li> </ul> </li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายพร้อมที่จะทำผ่าตัด</li> <li>- ผู้ป่วยเข้าใจ ให้ความร่วมมือในการเตรียมร่างกายเพื่อทำผ่าตัด</li> </ul>

Assessment	Intervention	Outcome
	<ul style="list-style-type: none"> <li>ดูแลให้ได้รับการพักผ่อน และงดอาหาร น้ำดื่มหลังเที่ยงคืนก่อนวันผ่าตัดตามแผนการรักษา</li> </ul>	
<p>5. ประเมินความพร้อมวันเข้ารับการผ่าตัด</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ด้านร่างกาย</li> <li>ด้านจิตใจ</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ตรวจสอบความสะอาดบริเวณที่จะทำผ่าตัด</li> <li>สำรวจตำแหน่งบริเวณที่จะเปิด Stoma ว่าเหมาะสม ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ชัดเจน</li> <li>ตรวจวัดสัญญาณชีพและบันทึกก่อนส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด</li> <li>สังเกต พูดคุย ซักถามเกี่ยวกับการพักผ่อนและความรู้สึก</li> <li>พูดคุยก่อนให้กำลังใจ</li> <li>เปิดโอกาสให้ซักถามข้อข้องใจและให้คำแนะนำที่เหมาะสม</li> <li>บันทึกประเมินความพร้อมที่จะส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้ป่วยมีความพร้อมในการทำผ่าตัดทั้งร่างกายและจิตใจ</li> </ul>
<p><b>Interim Period</b> (ระยะ 24-48 ชั่วโมง หลังผ่าตัด)</p>		
<p>1. ประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับจากห้องผ่าตัด</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ตรวจสอบระดับความรู้สึกตัว</li> <li>จัดท่านอนให้เหมาะสม</li> <li>ประเมินการหายใจและบันทึกสัญญาณชีพ</li> <li>ดูแลให้ได้รับสารน้ำและยา ตามแผนการรักษา</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี</li> <li>ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ</li> </ul>
<p>2. ประเมินภาวะเสียเลือด</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ตรวจวัดสัญญาณชีพและบันทึก ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงรายงานแพทย์</li> <li>ประเมินภาวะเสียเลือดจากแผลผ่าตัดและท่อระบาย</li> <li>บันทึกลักษณะและปริมาณสิ่งคัดหลั่งที่ออกจากท่อระบาย</li> <li>สังเกตขนาดและสีของ Stoma (Ileal conduit)</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะเสียเลือด</li> </ul>

Assessment	Intervention	Outcome
	5. ดูแลขจัดระบายเลือดให้เป็นสุญญากาศ สังเกตลักษณะ สี และจำนวนของ ปริมาณสิ่งคัดหลั่งที่ออกมา ถ้าเป็นเลือดสีแดงเข้มและปริมาณเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว รีบรายงานแพทย์ 6. สังเกตอาการผิดปกติจากการเสียเลือดหลังผ่าตัด 7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและรายงานแพทย์	
3. ประเมินและควบคุมอาการปวด	1. ประเมินอาการปวด 2. จัดท่านอนให้รู้สึกสบายโดยให้นอน Fowler's position 3. ให้ยาบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษา 4. ในรายที่ได้รับยาแก้ปวดชนิดควบคุมด้วยตนเอง สอนวิธีการใช้เครื่องและ ประเมินยาที่ผู้ป่วยได้รับ	- อาการปวดทุเลา สามารถพักผ่อน ได้
<b>ระยะหลัง 48 ชั่วโมง</b>		
1. ประเมินทวารเทียม (Ileal conduit) และสีของน้ำปัสสาวะ	1. สังเกตและลงบันทึกลักษณะ สี ของ Stoma (Ileal conduit) 2. สังเกตและลงบันทึกสีของน้ำปัสสาวะ	- Stoma (Ileal conduit) สีแดง ชมพู - ในช่วงแรก urine จะมีสีเหลือง ปนเลือดจาง ๆ ได้
2. ประเมินและป้องกันการติดเชื้อ บริเวณแผลผ่าตัด	1. สังเกตอาการบวม แดง ร้อนหรือมี discharge จากบริเวณแผลผ่าตัด 2. สังเกตและบันทึกลักษณะ ความสมบูรณ์ของ Stoma (Ileal conduit) รอย เย็บระหว่าง Stoma กับผิวหนังหน้าท้อง การแยกและการตั้งรั้งของไหมเย็บ 3. ทำความสะอาดแผลด้วยหลักปราศจากเชื้อ 4. ดูแลความสะอาดทั่วไปและสิ่งแวดล้อม	- ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อบริเวณ แผลผ่าตัด

Assessment	Intervention	Outcome
3. ประเมินและป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ดูแลความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์</li> <li>2. ดูแลให้น้ำปัสสาวะไหลสะดวก</li> <li>3. ดูแลถุงปัสสาวะให้เป็นระบบปิด</li> <li>4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ</li> <li>5. ตรวจวัดสัญญาณชีพและบันทึก สังเกตอาการผิดปกติ อาการหนาวสั่น</li> </ol>	- ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ
4. ประเมินและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับ stoma และผิวหนังโดยรอบ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินและบันทึกความสมบูรณ์ของ stoma และผิวหนังโดยรอบ เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาลได้ถูกต้องเหมาะสม โดยประเมิน <ul style="list-style-type: none"> <li>• ความสมบูรณ์ทางกายภาพ สี ความยืดหยุ่น รูปร่างและขนาด</li> <li>• ความสูงของ stoma จากผิวหนังหน้าท้อง</li> <li>• ตำแหน่งของ stoma</li> <li>• รอยเย็บระหว่าง stoma กับผิวหนัง</li> <li>• ความสมบูรณ์ของผิวหนังโดยรอบ stoma</li> </ul> </li> <li>2. ประเมินและบันทึกลักษณะของน้ำปัสสาวะที่ออกจาก ileal conduit</li> <li>3. พิจารณาเลือกอุปกรณ์รองรับที่เหมาะสมและจำเป็นกับผู้ป่วยและสภาพของ Stoma เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้</li> <li>4. ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับ stoma และผิวหนังโดยรวม เช่น แผลระคายเคืองบริเวณรอบ stoma เลือดออกจาก stoma</li> <li>5. ติดตามประเมินผลและบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ</li> </ol>	- ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ ที่จะเกิดกับ stoma และผิวหนังโดยรอบ

Assessment	Intervention	Outcome
<p>5. ประเมินการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การเผชิญความเครียดกับการสูญเสียภาพลักษณ์</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. พูดคุยซักถาม และสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออก เมื่อพูดถึงทวารเทียมและการดูแล</li> <li>2. ให้การสนับสนุนผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อมูลย้อนกลับที่ดี สร้างความเชื่อมั่น เน้นให้เห็นความก้าวหน้าในการรักษาและอาการที่ดีขึ้น</li> <li>3. แนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักกับ stoma ของตนเอง กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มอง สัมผัส อธิบายด้วยเหตุผล และสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมขณะให้การพยาบาล</li> <li>4. ตรวจสอบให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ สร้างความมั่นใจในแผนการรักษา และกระตุ้นให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือตลอดการรักษา</li> <li>5. สังเกตการแสดงออกของผู้ดูแลหรือญาติ ต่อความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย พร้อมทั้งอธิบาย และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการให้กำลังใจ การให้ความช่วยเหลือและการปฏิบัติตัว</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยมีกำลังใจ ยอมรับความเปลี่ยนแปลงของร่างกายและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการรักษาพยาบาล</li> <li>- ญาติและ/หรือผู้ดูแลสนใจให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและดูแลผู้ป่วยให้ปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม</li> </ul>
<p>6. ประเมินความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจในการดูแล stoma ด้วยตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ตรวจสอบให้กำลังใจผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะๆ</li> <li>2. สร้างความมั่นใจในการดูแล stoma ด้วยตนเองแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยดำเนินการอย่างค่อยเป็นค่อยไปอย่างต่อเนื่อง โดย             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเรื่อง                 <ul style="list-style-type: none"> <li>• ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับ ileal conduit</li> <li>• การทำความสะอาด stoma และผิวหนังโดยรอบ</li> <li>• การเปลี่ยนอุปกรณ์รองรับ</li> <li>• วิธีการใช้และทำความสะอาดถุงรองรับ</li> </ul> </li> <li>2) สนับสนุนให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแล stoma ด้วยตนเอง</li> </ol> </li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลทวารเทียมด้วยตนเอง</li> </ul>

Assessment	Intervention	Outcome
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• สาธิตพร้อมอธิบายอย่างเป็นขั้นตอนง่าย ๆ ถึงวิธีการดูแลทำความสะอาด Stoma การใช้อุปกรณ์รองรับ</li> <li>• กระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมช่วยในการพยาบาลเกี่ยวกับการดูแล ileal conduit เช่น การทำความสะอาด stoma การเปลี่ยนถุงรองรับการท่ปัสสาวะออกจากถุงรองรับ จนผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคย</li> </ul> <p>3) ติดตามประเมินผลและบันทึกการปรับตัวของผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นระยะ ๆ เพื่อวางแผนให้การพยาบาลขั้นต่อไป</p> <p>4) ยกย่องชมเชย ให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยหรือผู้ดูแลสามารถทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้สำเร็จ</p> <p>5) ประสานงานกับญาติผู้ใกล้ชิดในครอบครัวเพื่อให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง</p>	
<b>Pre-discharge</b> <b>(ระยะพักฟื้น-ก่อนกลับบ้าน)</b>		
<p>1. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง</p> <p>1.1 ประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน</p>	<p>1. วางแผนให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างเหมาะสม โดยประเมินจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ข้อมูลจากการวางแผนการจำหน่ายเบื้องต้นในระยะก่อนผ่าตัด</li> <li>• จากการประเมินความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด</li> <li>• ข้อมูลจากการประเมินความรู้และทักษะในการดูแล stoma ด้วยตนเอง</li> </ul>	<p>- ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการดูแลภายหลังการจำหน่ายได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม</p>

Assessment	Intervention	Outcome
<p>1.2 ประเมินความรู้และทักษะในการดูแล stoma และความรู้เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการกลับไปดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ความต้องการการดูแลเอาใจใส่ของผู้ป่วยเพื่อฟื้นฟูสภาพจิตใจ</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. ประสานงานกับผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล ร่วมกันวางแผนการจำหน่าย เพื่อให้มีคุณภาพมากขึ้น</li> <li>3. ให้ความรู้ ฝึกทักษะการดูแลที่บ้าน วางแผนการฝึกปฏิบัติให้ตรงตามความเหมาะสมกับผู้ป่วย</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ทบทวนความรู้และทักษะในการดูแล stoma ด้วยตนเอง <ul style="list-style-type: none"> <li>• ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับ ileal conduit</li> <li>• การทำความสะอาดช่องเปิดลำไส้และผิวหนังโดยรอบ</li> <li>• การใช้อุปกรณ์รองรับ</li> <li>• การทำความสะอาดและการดูแลอุปกรณ์รองรับ</li> </ul> </li> <li>2. ให้ความรู้ คำแนะนำเพื่อสนับสนุนการดำเนินชีวิตกับ ileal conduit <ul style="list-style-type: none"> <li>• การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ; การรับประทานอาหาร การดูแลความสะอาดร่างกาย การป้องกันและการดูแลรักษาผิวหนังโดยรอบ การแต่งกาย การเดินทาง การทำงาน การพักผ่อนและออกกำลังกาย</li> <li>• การปรับเปลี่ยนเลือกใช้อุปกรณ์รองรับที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย</li> <li>• อาหารและการควบคุมกลิ่น</li> <li>• การมีเพศสัมพันธ์และความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว</li> <li>• อุปกรณ์เสริมความมั่นใจในการกลับสู่สังคมอย่างมีคุณภาพ</li> </ul> </li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล มีความพร้อมในการกลับไปอยู่บ้านและสามารถปรับตัวเข้าสู่สังคมได้อย่างมีคุณภาพ</li> <li>- ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล มีความรู้ มีทักษะในการดูแล ileal conduit ด้วยตนเอง และเลือกใช้อุปกรณ์ได้อย่างเหมาะสม</li> </ul>

Assessment	Intervention	Outcome
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• การสังเกตอาการผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนรวมถึงการดูแลแก้ไขเบื้องต้น</li> <li>• ความจำเป็นของการมาตรวจตามนัด</li> </ul>	
<p>2. ประเมินความต้องการด้านอุปกรณ์ ออสโตมีและแหล่งสนับสนุน</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. วิเคราะห์ความต้องการในการใช้อุปกรณ์ออสโตมี ข้อมูลการใช้อุปกรณ์และวางแผนการใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายและประเมินผลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ</li> <li>2. ให้ความรู้ แหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือหรือให้การดูแลต่อเนื่อง <ul style="list-style-type: none"> <li>• แหล่งสนับสนุนด้านอุปกรณ์ออสโตมี</li> <li>• แหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การดูแลตนเอง แนวทางการปฏิบัติตัว</li> </ul> </li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนด้านสุขภาพเกี่ยวกับความรู้ ข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือทางการแพทย์</li> </ul>
<p>3. ประเมินความพร้อมเพื่อรับการรักษา ต่อเนื่องตามแผนการรักษา</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• เคมีบำบัด</li> <li>• รังสีรักษา</li> <li>• รักษาแบบประคับประคอง</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ส่งต่อให้พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา</li> <li>2. ให้คำแนะนำ เพื่อสนับสนุน พื้นฟูร่างกายและจิตใจพร้อมรับการรักษาต่อเนื่อง</li> <li>3. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบและเข้าใจถึงการรักษาต่อเนื่องด้วยเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา</li> <li>4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจในการรับการรักษา</li> <li>5. ประสานงานระหว่างทีมพยาบาลที่ร่วมดูแลเพื่อติดตามความก้าวหน้าของแผนการรักษา</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยทราบวัตถุประสงค์ของแผนการรักษา</li> <li>- ผู้ป่วยสามารถเตรียมตัวและพร้อมในการรักษาต่อเนื่อง</li> </ul>