

การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งหลอดอาหารที่ได้รับรังสีรักษาที่เกิดภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบติดเชื้อ ร่วมกับการติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะหัวใจเต้นสั่นพลิ้ว ชนิดเต้นเร็ว

Nursing care of a patient with esophageal cancer receiving radiotherapy that has complications from Pneumonitis with Sepsis with AF with RVR.

(Received: January 18,2024 ; Revised: February 3,2024 ; Accepted: February 10,2024)

อนงค์ สง่าเนตร¹

Anong Sagnanate¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลและพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาที่เกิดภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบติดเชื้อร่วมกับการติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะหัวใจเต้นสั่นพลิ้ว ชนิดเต้นเร็ว จำนวน 1 ราย โดยศึกษาข้อมูล วิเคราะห์ย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี โดยมีข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพของกรณีศึกษา ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลการรักษาของแพทย์ ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย จากการเยี่ยมการพยาบาลผู้ป่วยตามหลักของกระบวนการพยาบาล และสรุปกรณีศึกษาอภิปรายผล โดยนำทฤษฎีการพยาบาล แนวคิดทฤษฎีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยกรณีศึกษา ได้แก่ ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม¹ และแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต FASTHUG และ BANDAGE มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยและดำเนินการติดตามให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเอง และดำรงชีวิตอยู่ได้ตามปกติ

ผลการศึกษา: กรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทย อายุ 54 ปี ไม่มีประวัติโรคประจำตัว เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้รังสีรักษา Plan RT 5000 cGy/25Fx. ต่อมาผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างได้รับรังสีรักษา ได้แก่ ปอดอักเสบติดเชื้อร่วมกับการติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะหัวใจเต้นสั่นพลิ้ว ชนิดเต้นเร็ว หลังได้รับการรักษาผู้ป่วยสามารถฉายรังสีต่อได้จนครบ และกลับไปพักฟื้นที่บ้าน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคมะเร็งหลอดอาหาร, ปอดอักเสบติดเชื้อ, ภาวะหัวใจเต้นสั่นพลิ้ว ชนิดเต้นเร็ว

Abstract

This study was a case study aimed to study the nursing process and develop a nursing model for patients with Esophageal cancer receiving radiotherapy who have complications from pneumonitis along with Sepsis with AF with RVR Number of cases: 1, by studying the data Retrospective analysis of outpatient and inpatient medical records. Lop buri Cancer Hospital It contains information about the health history of the case study. Information about laboratory tests Information about the doctor's treatment from the time of admission until discharge. Summary of nursing diagnoses from admission until discharge. From visiting nursing patients according to the principles of the nursing process and summarize the case studies and discuss the results. By applying nursing theory Theoretical concept that. Suitable for case study patients, including Orem's nursing theory 1 and the concepts of nursing for critically ill patients, FASTHUG and BANDAGE2, applied to patient care and to continuously monitor and provide care and assistance to patients and their families. After being discharged from the hospital, the patient and family can take care of themselves. and live normally

Results: Case study of a Thai male patient, age 54 years, with no history of congenital disease. Admitted to the hospital to receive radiotherapy, Plan RT 5000 cGy/25Fx. Later, the patient developed complications during radiotherapy, including infectious pneumonia along with bloodstream infections and a fluttering heart. after receiving treatment Patients can continue with radiation until it is complete. and returned to recuperate at home

¹ พย.บ. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

Keywords: Cancer patients, esophageal cancer, pneumonia, atrial fibrillation

บทนำ

มะเร็งหลอดอาหารและรอยต่อเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับที่ 8 ของโลก ในแต่ละปีมีผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารและรอยต่อมากกว่า 500,000 รายทั่วโลก²⁻⁶ ในประเทศไทยเป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับที่ 8 ในเพศชาย⁷ หลอดอาหาร (esophagus) เป็นอวัยวะที่อยู่ระหว่าง hypopharynx และกระเพาะอาหาร มีหน้าที่ลำเลียงอาหารจากปากลงสู่กระเพาะอาหาร ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุของมะเร็งหลอดอาหารได้อย่างชัดเจน แต่พบว่า มีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งหลอดอาหาร ได้แก่

1. การสูบบุหรี่หรือความเสียหายจะเพิ่มมากขึ้นตามปริมาณ และระยะเวลาที่สูบบุหรี่โดยเฉพาะมะเร็งหลอด อาหารชนิด Squamous cell carcinoma
2. การดื่มแอลกอฮอล์ เป็นการเพิ่มความเสียหายต่อการเป็นโรคมะเร็งหลอดอาหาร โดยเฉพาะมะเร็งหลอดอาหารชนิด Squamous cell carcinoma (การสูบบุหรี่มีความเสี่ยงมากกว่าการดื่มแอลกอฮอล์และทั้ง 2 สาเหตุเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมทำให้เกิดมะเร็งหลอดอาหารได้ง่ายขึ้น)⁸⁻¹⁰
3. เพศชาย เพราะพบโรคนี้นี้ได้ในผู้ชายมากกว่าผู้หญิงประมาณ 3 - 4 เท่า
4. ผู้สูงอายุ เพราะมักพบโรคนี้นี้ในช่วงอายุประมาณ 45 - 70 ปี
5. เชื้อชาติ เพราะพบอุบัติการณ์ของโรคนี้นี้ได้สูงขึ้นในชาวอิหร่าน โซเวียต จีน และชาวผิวดำแอฟริกัน แต่พบได้น้อยในชาวอเมริกา
6. การมีภาวะน้ำหนักตัวเกินหรืออ้วน¹¹
7. การขาดสารอาหารบางชนิดอย่างต่อเนื่องจากการบริโภคอาหารไม่ครบ 5 หมู่ กินผักและผลไม้ น้อย
8. การบริโภคอาหารบางชนิดอย่างต่อเนื่อง เช่น อาหารที่มีสารไนโตรโซ (Nitroso compound) หรือ ไนโตรซามีน (Nitrosamine) ซึ่งมีอยู่ในอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่ใส่สารนี้เพื่อเป็นสารกันบูด อาหารประเภทยาง (เช่น ปลาหมึกย่าง ปลาทะเลย่าง) อาหารหมักดองหรือ

อาหารที่มีเชื้อรา นอกจากนี้สารบางอย่างที่ใช้ในการปรุง รสอาหารอาจเป็นตัวการเพิ่มการเกิดสารไนโตรซามีนได้ เช่น พริก พริกไทย ซึ่งใส่ในอาหารที่มีเนื้อสัตว์ และ เครื่องแกง

9. ภาวะที่หลอดอาหารโดนกรดในกระเพาะกัดซ้ำ ๆ เป็นเวลานาน เช่น โรคกรดไหลย้อน (GERD)¹²⁻¹⁴ ที่ทำให้เยื่อภายในหลอดอาหารเกิดการบาดเจ็บเสียหายต่อเนื่องเรื้อรัง กลุ่มอาการโซลลิงเจอร์-เอลลิสัน (Zollinger-Ellison syndrome) ที่ทำให้กระเพาะอาหารหลั่งกรดไฮโดรคลอริกออกมามากเกินไป ภาวะการอักเสบเรื้อรังของหลอดอาหาร (Barrett's esophagus) ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดในผู้ที่มีการอักเสบของหลอดอาหารจากกรดในกระเพาะอาหารไปทำลายเซลล์เยื่อของหลอดอาหารเป็นเวลานาน เป็นต้น ซึ่งสาเหตุเหล่านี้จะทำให้เกิดโรคมะเร็งหลอดอาหารชนิด Adenocarcinoma ได้

10. ความผิดปกติบางอย่างที่ทำให้อาหารไม่ผ่านลงกระเพาะโดยง่าย แต่กลับไปสะสมอยู่ในหลอดอาหารเป็นเวลานาน เช่น โรคอะคาเซีย (Achalasia), กลุ่มอาการพลัมเมอร์-วินสัน (Plummer-Vinson syndrome) ไส้เลื่อนกะบังลม (Hiatal hernia) รวมทั้งภาวะที่มีการตีบแคบของหลอดอาหารจากสาเหตุต่าง ๆ

11. การเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อของหลอดอาหารจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น การกลืนน้ำกรดหรือด่าง การกลืนน้ำยาล้างห้องน้ำซึ่งอาจทำให้เยื่อภายในหลอดอาหารเกิดความเสียหายต่อเนื่องเรื้อรังและกลายเป็น มะเร็งหลอดอาหารได้

12. การรับประทานอาหารหรือดื่มเครื่องดื่มร้อนจัด ๆ เป็นประจำ

13. การติดเชื้อแบคทีเรียบางชนิดของหลอดอาหาร

14. ความผิดปกติทางพันธุกรรมของแต่ละคนซึ่งไม่ใช่ชนิดที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์

15. เคยได้รับการฉายรังสีรักษาบริเวณทรวงอกตั้งแต่ยังเด็ก

16. เคยได้รับการตัดกระเพาะอาหารทิ้งบางส่วน หรือทั้งหมดมากกว่า 20 ปี

17. เคยเป็นมะเร็งปอด มะเร็งในช่องปาก มะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพยาธิสภาพของโรค ทฤษฎีทางการแพทย์บาลต่าง ๆ และกระบวนการพยาบาลที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งหลอดอาหารที่ได้รับรังสีรักษา ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบติดเชื้อ ร่วมกับการติดเชื้อในกระแสเลือด และมีภาวะหัวใจเต้นสั่นพลิ้ว

2. เพื่อเกิดแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ สามารถใช้อ้างอิงในการปฏิบัติการพยาบาลในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพที่ดียิ่งขึ้น

วิธีดำเนินการศึกษา

1. เลือกกรณีศึกษาที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งหลอดอาหารมีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลระหว่างรับการรักษาด้วยรังสีรักษาแล้วมีภาวะแทรกซ้อนจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก

2. ขออนุญาตผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงเก็บรวบรวมข้อมูลและให้การพยาบาล รวมทั้งได้มีการชี้แจงถึงการศึกษา ทั้งนี้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถที่จะยุติการเป็นกรณีศึกษาได้

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อนำข้อมูลทั้งหมดมาตั้งข้อวินิจฉัย วางแผนการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาลให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด และมีการประเมินซ้ำ เพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับการวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม

4. ค้นคว้าเอกสารวิชาการ และตำราเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งหลอดอาหารรวมถึงแนวทางการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของไอเอ็ม

5. รวบรวมและจัดทำเป็นรายงานกรณีศึกษาซึ่งดำเนินการในช่วงเดือน มีนาคม 2565 ถึงเดือน เมษายน 2565

6. จัดทำเป็นเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน ตรวจทาน แก้ไข และจัดพิมพ์

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 54 ปี ไม่มีประวัติโรคประจำตัว เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้รังสีรักษา Plan RT 5000 cGy/25Fx. ต่อมาผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างได้รับรังสีรักษา ได้แก่ ปอดอักเสบติดเชื้อร่วมกับการติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะหัวใจเต้นสั่นพลิ้ว หลังได้รับการรักษา ผู้ป่วยสามารถหายใจต่อได้จนครบ และกลับไปพักฟื้นที่บ้านได้

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

ต้นเดือนมกราคม 2565 กินไม่ได้ อาเจียน ไอ เจ็บคอ ไปตรวจรพ.สว่างอารมณ์ ส่งต่อไปรพ.อุทัยธานี ทำ EGD with biopsy (20/1/65) ผล Circumferential mass at upper esophagus 20 cm from incisor cannot pass scope due to severe narrowing lumen, Patho : Invasive squamous cell carcinoma moderately differentiated, CT Chest and Upper abdomen (21/01/65) : esophageal cancer upper to mid thoracic esophagus length 8.5 cm with left main bronchus invasion, bilat paratracheal, subcarina, right SPC LN metastasis, suspected aspiration pneumonia S/P feeding jejunostomy แพทย์วินิจฉัย CA Esophagus ส่งตัวมารักษาต่อรพ.มะเร็งลพบุรี

10 มี.ค. 65 มาตามนัด Shift -ISO แพทย์ให้นอนรพ. เพื่อให้รังสีรักษา Plan RT 5000 cGy/25Fx. consult Onco med ให้ฉายแสงไปก่อน ไม่นัด แรกผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไอแห้งๆ เจ็บคอ ปวดศีรษะเล็กน้อย on jejunostomy for feed, PPS 60%

11 มี.ค. 65 ผู้ป่วยเริ่มไอเยอะ มีเสมหะสีขาวขุ่น เหนื่อยมากเวลาไอ บางครั้งไอมีเลือดปนเล็กน้อย

14 มี.ค. 65 ผู้ป่วยมีไข้ 38.3 C, ไอ, เหนื่อย
CXR: infiltrastion, turbid phelm Cr 0.63 Na132 A:
suspected pneumonia, CCRT50Gy:2/25 แพทย์
รับทราบ ส่ง H/C, Sputum gram stain and
Culture, continue RT and start antibiotics ขณะ
ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษาเกิดภาวะ Pneumonitis c AF c
RVR แพทย์จึงให้การรักษาสังเกตอาการที่หอผู้ป่วย
และให้รังสีรักษาจนครบและจำหน่ายกลับบ้าน

ประวัติโรคประจำตัว: ปฏิสัย

ประวัติการสูบบุหรี่/การดื่มแอลกอฮอล์/การ

ใช้สารเสพติด: ปฏิสัย

การวินิจฉัยโรค: CA Esophageal with

Peumonitis with Sepsis with AF with RVR

สรุปข้อมูลแบบแผนสุขภาพที่พบปัญหา โดย
การนำแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย ตามข้อวินิจฉัย
การพยาบาลของ NANDA มาใช้ในการซักประวัติเพื่อ
หาข้อมูลของผู้ป่วยเพิ่มเติมเพื่อนำไปสู่การวางแผนการ
พยาบาลที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยต่อไป

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมจากการ
สอบถามผู้ป่วย ญาติ และจากใบสรุปประวัติที่ส่งมา
รักษาสรุปปัญหาของผู้ป่วยกรณีศึกษา ได้ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เนื่องจากต้องเข้ารับการรักษา ด้วยรังสีรักษา เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยมีความพร้อมเข้ารับการ รักษาด้วยรังสีรักษา	กิจกรรมการพยาบาล 1. สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลพร้อมทั้งประเมินระดับความวิตกกังวลโดยการ สอบถามความรู้สึกและสังเกตอาการแสดงของผู้ป่วยและใช้แบบประเมิน Thai HAD พร้อมเปิดโอกาสให้ ผู้ป่วย/ครอบครัว ระบายความรู้สึก รับฟังพร้อมทั้งพูดคุยให้กำลังใจ 2. ประเมินความรู้ผู้ป่วย/ครอบครัวเกี่ยวกับโรค การรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด ผลข้างเคียงเพื่อวางแผนการให้คำแนะนำ 3. อธิบายแนวทางการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ข้อมูลเกี่ยวกับการฉายรังสี ขั้นตอนการฉายรังสีภาวะแทรกซ้อนที่ อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษา ดังนี้ - แผนการรักษา ซึ่งแพทย์วางแผนการฉายรังสี จำนวน 25 ครั้ง พร้อมทั้งอธิบายความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการฉาย รังสีและขั้นตอนการฉายรังสี การเจาะเลือดและพบแพทย์ทุกวันพุธ ตามแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาล มะเร็งลพบุรี - ภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสี ได้แก่ ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ น้ำลายแห้งการรับรู้รสชาติที่ เปลี่ยนแปลงไป การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง การเกิดภาวะกล้ามเนื้อคอและไหล่ติดแข็ง เป็นต้น 4. ประเมินสภาพช่องปากผู้ป่วย ได้แก่ ความสะอาดในช่องปาก และความสามารถในการอ้าปากโดยการ สังเกตเพื่อวางแผนให้คำแนะนำการดูแลช่องปากที่ถูกต้องพร้อมทั้งส่งพบทันตแพทย์ก่อนการฉายแสง 5. ให้คำแนะนำการดูแลช่องปากก่อนการรักษาด้วยการฉายรังสี ดังนี้ - ให้คำแนะนำการดูแลช่องปากที่ถูกต้องโดยให้ใช้ไม้พันสำลีหรือผ้าก๊อชเช็ดฟันแทนการแปรงฟันเพื่อลดการ บาดเจ็บต่อก่อนเนื้องอกในช่องปากโดยเช็ด 2 ครั้ง/วัน เช้าและก่อนเข้านอน - บ้วนปากด้วยสารละลายน้ำเกลือ (Normal saline solution) 4 ครั้ง/วัน หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น และ ก่อนนอน ในปริมาณครั้งละ 20 มิลลิลิตร นานอย่างน้อย 30 วินาที เพื่อให้ช่องปากสะอาด หรือหากกลัวไม่ สะดวกให้ใช้ลูกยางแดงแทน 6. แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายได้เบา ๆ เช่น การบริหารแขน ขาเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง สดชื่น 7. แนะนำให้ผู้ป่วยเบี่ยงเบนความสนใจจากความวิตกกังวลจากโรคและการรักษาด้วยการใช้เวลาร่วมทำ กิจกรรม ได้แก่ ดูทีวี ฟังวิทยุ เป็นต้น 8. ส่งเสริมให้บุตรผู้ป่วยให้การดูแล ให้กำลังใจและรับฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตก กังวล 9. ให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อเตรียมความ พร้อมก่อนการรักษาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดูแลตนเอง 10. ให้แผนพับ “การปฏิบัติตัวเมื่อฉายรังสีของงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกรังสีรักษา” เพื่อให้ผู้ป่วย/บุตร ได้ ทบทวน

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ประเมินผล 1. ผู้ป่วยสามารถบอกภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการรักษาได้ครบถ้วน แต่บอกการปฏิบัติตัวได้แต่ยังไม่ครบถ้วน จึงมีการทบทวนการให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวดังกล่าวอย่างต่อเนื่องตลอดการรักษา 2. มีค่าคะแนนความวิตกกังวล (Anxiety) 4 คะแนน ความซึมเศร้า 6 คะแนน แปลได้ว่า ผู้ป่วยไม่มีความผิดปกติทางจิต 3. ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายความวิตกกังวลและบอกกังวลลดลง เข้าใจแผนการรักษามากขึ้น
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่องเนื่องจากการติดเชื้อที่ปอด เป้าหมาย ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน	กิจกรรมทางการพยาบาล 1. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน อัตราการหายใจ ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ เยื่อปอดมีลักษณะการซีดเขียว ระดับความรู้สึกตัวและประเมินความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ทุก 4 ชั่วโมง และติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพื่อจะได้ให้การพยาบาลได้ทันทั่วทั้งที่และรายงานแพทย์ทราบเมื่อพบความผิดปกติ 2. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ vital sign วัดระดับ O₂ saturation ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินระดับความรู้สึกตัวและติดตามภาวะพร่องออกซิเจนของผู้ป่วย 3. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันการขาดออกซิเจน 4. สอนการหายใจที่มีประสิทธิภาพ (deep breathing exercise) โดยการจัดทำให้อนสิริษะสูง 30 องศา มือวางบนตัก หายใจเข้าทางรูจมูกช้า ๆ ให้เต็มปอด นับ 1-10 กลั้นลมหายใจ 2-3 วินาทีแล้วจึงหายใจออกทางปากช้า ๆ โดยห่อปากเล็กน้อย ซึ่งระยะเวลาหายใจออกยาวนานเป็นสองเท่าของการหายใจเข้า ทำสลับกัน 5 - 10 ครั้ง และสอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ (cough effective) โดยให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ ผ่านทางจมูกและหายใจออกทางปาก ทำจำนวน 3 ครั้ง และในขณะที่หายใจเข้าครั้งสุดท้ายให้กลั้นหายใจไว้นาน 3 วินาทีให้ผู้ป่วยอ้าปากและไอออกมาจากส่วนลึกของลำคอประมาณ 3 ครั้ง เพื่อช่วยขับเสมหะ 5. ฟังเสียงปอดเป็นระยะ ๆ เพื่อประเมินการหดตัวของปอดที่ผิดปกติของหลอดลมและดูแลท่ากายภาพบำบัดทางเดินหายใจ (chest physical therapy) เช่น เริ่มตั้งแต่จัดทำเพื่อระบายเสมหะโดยการดูแลให้อนสิริษะสูง (postural drainage) การเคาะปอด (percussion) โดยทำมือเป็นอุ้งมือรูปถ้วย นิ้วทั้ง 5 ชิดกัน ใช้วิธีสลับหรือเคลื่อนไหวส่วนข้อมือการเคาะแต่ละช่วงทา ติดต่อกัน 3-5 นาทีเพื่อให้เสมหะระบายออกได้สะดวก 6. ดูแลเปลี่ยนท่านอนให้ผู้ป่วยทุก 1-2 ชั่วโมง 7. ดูแลให้ได้รับยาพ่น ขยายหลอดลม ยาละลายเสมหะและยาแก้อาการตามแผนการรักษา 8. ดูแลให้ Tazocin 4.5 gm iv q 6 hr. 9. ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อลดการใช้ออกซิเจน 10. ติดตามผลภาพถ่ายรังสีปอดละรายงานผลให้แพทย์ทราบ 11. ติดตามผล ABG เป็นระยะ เพื่อประเมินการแลกเปลี่ยน O₂ และ CO₂ ในการทำงานของปอดประเมินภาวะกรดต่างในร่างกายและเพื่อติดตามการรักษาในการปรับเครื่องช่วยหายใจ 12. รายงานอาการให้แพทย์ทราบทันทีเมื่อพบความผิดปกติเช่น หายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น หรือ หายใจลำบากเพื่อร่วมวางแผนในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ประเมินผล หลังได้รับยาพ่นขยายหลอดลมและยา Antibiotic ประมาณ 3 วัน ผู้ป่วยทุเลาเหนื่อย ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95 เปอร์เซ็นต์ เมื่อฟังปอดไม่มีเสียง rhonchi crepitation หรือเสียง wheezing เสมหะลดลง เสมหะไม่เหนียวไม่มีสี ผลภาพถ่ายรังสีปอดปกติ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เป้าหมาย เพื่อให้การไหลเวียนโลหิตไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพียงพอและกลับสู่ภาวะปกติ	กิจกรรมทางการพยาบาล 1. จัดการให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 0.9% NSS 400 ml iv load then 80 ml/hr. 2. ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพ อาการ และอาการแสดงทุก ๆ 15 นาทีในช่วงแรกที่ให้สารน้ำ ทุก ๆ 30 นาทีในช่วงที่ 2 และทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการของผู้ป่วยและทำการวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม 3. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1,000 ml vein drip 60 ml/hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อทดแทนการสูญเสีย

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	4. บันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง จนสามารถ keep ความดันโลหิต $\geq 90/60$ และ MAP ≥ 65 มิลลิเมตรปรอท ถ้าจำนวนปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 cc/hr รายงานแพทย์ทราบ 5. ดูแลให้ได้รับยา Ceftriazone 1 gm iv drip ทันที หลังเก็บเลือดและเสมหะส่งเพาะเชื้อ และหลัง Consult Med ปรับยาใหม่โดยให้ Tazocin 4.5 gm iv drip ทุก 6 ชั่วโมง และสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา 6. ดูแลเช็ดตัวลดไข้เมื่ออุณหภูมิมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส 7. ล้างมือก่อน-หลังให้การพยาบาลทุกครั้ง เพื่อป้องกันการติดเชื้อและลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่ม 8. ติดตามและประเมินระดับความรู้สึกตัว 9. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC, Neutrophil เพื่อประเมินการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง 10. ดูแลสายสวนปัสสาวะให้อยู่ในระบบปิด และดูแลสายสวนปัสสาวะไม่ให้หัก พับ งอ เพื่อป้องกันปัสสาวะคั่งค้างภายในกระเพาะปัสสาวะเป็นเหตุให้เกิดการติดเชื้อได้ 11. บันทึกปริมาณน้ำเข้าออกทุก 8 ชั่วโมง เพื่อติดตามดูแลให้มีความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัว E5 M6V5 ความดันโลหิต 88/65 – 121/82 mmHg ชีพจร 91-96 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16 – 20 ครั้ง/นาที O₂sat 97 - 100 % ปัสสาวะออกแฉะ 290-1,100 ml, ตรวจ CBC ค่าผลปกติ มี WBC 7,100 cells/ul, Neutrophil 67.2%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้ เป้าหมาย ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น ไม่มีไข้	กิจกรรมทางการพยาบาล 1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ วัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมงเพื่อประเมินการติดเชื้อในร่างกาย หากมีไข้ดูแลเช็ดตัวลดไข้เพื่อเป็นการถ่ายเทความร้อนออกจากร่างกายและตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายซ้ำหลังจากเช็ดตัวลดไข้ 30 นาที 2. ดูแลกระตุ้นให้ดื่มน้ำ บ่อย ๆ เพื่อช่วยพาความร้อนออกจากร่างกาย 3. สังเกตอาการผิดปกติเช่น สีของผิวหนังอาการหนาวสั่น อาการปวดเมื่อยตามตัว อาการซึม ชักเกร็ง กระสับกระส่ายอาการเพ้อหากพบความผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์ 4. ดูแลให้ได้รับยาด้านจุลชีพตามแผนการรักษา 5. ดูแลให้ได้รับยาลดไข้ตามแผนการรักษาเมื่ออุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38.5 องศาเซลเซียส ทุก 4-6 ชั่วโมง 6. ติดตามผลเลือดและผลการเพาะเชื้อเมื่อพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทราบเพื่อพิจารณาวางแผนการรักษาร่วมกัน 7. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ชนิดแลปิดไฟ ไม่ส่งเสียงดังรบกวนผู้ป่วย ประเมินผล หลังได้รับ ATB ครบ 10 วัน ผู้ป่วยไข้ลดลง WBC 10.75 10^3/ul, Sputum g/s, c/s และ hemoculture ไม่พบเชื้อ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของอัตราการเต้นและจังหวะการเต้นของหัวใจ เป้าหมาย ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย	กิจกรรมทางการพยาบาล 1. วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมงและเพิ่มความถี่มากขึ้นที่มีการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากภาวะ AF ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง ดังนั้นปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายจึงมีปริมาณลดลง และอาจเป็นสัญญาณที่บ่งบอกถึงภาวะช็อก เช่น ความดันโลหิตน้อยกว่า 90 mmHg หรือ MAP ลดลงมากกว่าเดิมหรือเท่ากับ 30 mmHg 2. ประเมินอาการและอาการแสดงของการเต้นของหัวใจชนิด AF และอาการที่เกิดจากปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง เช่น ระดับความรู้สึกตัว อาการใจสั่น หน้ามืด เวียนศีรษะ อาการสับสน หรือ กระสับกระส่าย ชีพจรเต้นเบาเร็วปลายมือปลายเท้าเย็น ชีตปัสสาวะออกน้อยพร้อมทั้งจดบันทึก 3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน โดยให้ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95% เพื่อให้ออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจอย่างเพียงพอ 4. ดูแลให้นอนพักบนเตียงจัดท่านอนที่สุขสบายเพื่อลดการทำงานของหัวใจ 5. ให้อาา Digoxin 0.25 mg iv q 4 hr. เพื่อควบคุมการบีบตัวของหัวใจตามแผนการรักษาเพื่อคงไว้ซึ่งปริมาณเลือดในระบบไหลเวียน ซึ่งยา Digoxin เป็นยาที่จัดอยู่ในกลุ่มยาคาร์ดิแอก โกลโคไซด์ (Cardiac Glycoside) ซึ่งมีกลไกออกฤทธิ์โดยการส่งผลกระทบต่อแร่ธาตุบางชนิดภายในเซลล์หัวใจ ซึ่งจะช่วยลดความตึงเครียดของหัวใจและช่วยรักษาจังหวะการเต้นหัวใจให้เป็นปกติและสม่ำเสมอ รวมไปถึงช่วยเพิ่มแรงบีบตัวให้กล้ามเนื้อ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	หัวใจและช่วยลดการนำไฟฟ้าหัวใจ ซึ่งทำให้อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง ดังนั้นจึงต้องเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการได้รับยา ได้แก่ คลื่นไส้ ท้องเสีย รู้สึกอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ วิดกกังวล ภาวะซึมเศร้า มีผื่นคันที่ไม่รุนแรง หรือหากมีอาการรุนแรง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เจ็บหน้าอก หัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ ช้าหรือเร็วกว่าปกติ ปวดท้อง ไม่สบายท้อง อุจจาระปนเลือด หรือสีดำ ตามัว หรือมองเห็นสีเหลืองมากขึ้น กระสับกระส่าย สับสน ประสาทหลอน หรือมีสภาพจิตใจและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป หากมีอาการดังกล่าว ให้แจ้งแพทย์ทราบทันที 6. ให้ยา Metoprolol ซึ่งยา ออกฤทธิ์โดยไปยับยั้งการทำงานของสารเคมีตามธรรมชาติในร่างกายที่มีผลต่อหัวใจและหลอดเลือด เช่น Epinephrine ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตลดลง ดังนั้นจึงต้องเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา ได้แก่ วิงเวียน ง่วงนอน อ่อนแรง ท้องเสีย ผื่นร่าย นอนไม่หลับ ซึมเศร้า ตาพร่า เลือดไปเลี้ยงตามปลายมือ-ปลายเท้าลดลง (รู้สึกเย็นและ/หรือชา) ประเมินผล หลังได้รับ Digoxin ครบ 24 ชั่วโมง ร่วมกับการได้รับ Metoprolol คลื่นไฟฟ้าหัวใจกลับมาเป็น Normal sinus rhythm rate 78 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต Systolic BP 126 mmHg ผู้ป่วยไม่มีอาการหน้ามืดเวียนศีรษะ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ ลิ้มเลือดอุดตันเส้นเลือดสมอง และส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย จากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ชนิด AF เป้าหมาย ไม่เกิดภาวะลิ้มเลือดอุดตัน เส้นเลือดสมองและส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย	กิจกรรมทางการพยาบาล - บันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง และเพิ่มความถี่ตามอาการที่เปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะอาการทางระบบประสาทซึ่งแสดงถึงภาวะลิ้มเลือดอุดตันที่สมอง อาการมักเป็นไปอย่างรวดเร็วทำให้เกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ที่ถูกควบคุมโดยระบบประสาท เช่น ความรู้สึกตัวการรับรู้การเคลื่อนไหวของตากรมมองเห็นการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อใบหน้ากำลังของแขนขาและการเคลื่อนไหวประสานงานของร่างกาย - ติดตามประเมินอาการแสดงของภาวะลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงปอด เช่น อาการเหนื่อยที่เพิ่มขึ้นได้ทันทีทันใด อาการเจ็บหน้าอก หรือไอเป็นเลือดความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเต้นเร็ว - เฝ้าระวังและติดตามอาการที่เกิดจากลิ้มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดแดงส่วนปลาย เช่น อาการปลายมือปลายเท้าเย็น อาการปวดกล้ามเนื้อบริเวณผิวหนังที่มีการอุดตันซีดลง แขนหรือขาที่มีการอุดตันจะมีขนาดบวมกว่าข้างที่ปกติ - ส่ง Blood test พร้อมทั้งติดตามผลการตรวจตามแผนการรักษา ประเมินผล ผู้ป่วย GCS = 15, Pupil 2.5 min, RTL BE, motor power 5 all, ไม่มีอาการเหนื่อยแบบทันทีทันใด หรือปวดบวม ผิวหนังซีดเย็น
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล เนื่องจากการเจ็บป่วย คุกคามต่อชีวิต เป้าหมาย เพื่อลดความวิตกกังวลและให้ ความร่วมมือในการดูแลรักษา	กิจกรรมทางการพยาบาล - สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ โดยการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติด้วยความเต็มใจและมีความเป็นกันเอง - อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค และขั้นตอนในการดูแลรักษาความจำเป็นที่ต้องใช้เครื่องมือพิเศษต่าง ๆ - สนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย แสดงความสนใจและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดคอยสอบถาม และสังเกตความต้องการของผู้ป่วยอยู่เสมอ เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยว่าเขาจะมีพยาบาลคอยดูแลและพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือตลอดเวลา - ประสานให้ผู้ป่วยหรือญาติได้พบกับแพทย์เพื่อซักถามในประเด็นที่ยังไม่เข้าใจ และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษา ประเมินผล ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าท่าทางผ่อนคลายลง รับทราบแผนการรักษาและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและ ครอบครัวในการดูแลเพื่อ	กิจกรรมทางการพยาบาล ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและการทำกิจวัตรประจำวัน ในแต่ละวันพร้อมทั้งบันทึกอาการอ่อนเพลีย

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ป้องกันการเกิดปอดอักเสบติดเชื้อหลังจำหน่าย เป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้	2. แนะนำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมเท่าที่สามารถทำได้เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พร้อมทั้งให้ญาติหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในส่วนที่ผู้ป่วยกระทำไม่ได้ 3. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการเกิดของโรค สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น หรือแย่ลง เพื่อให้การรักษาเป็นไปในแนวทางเดียวกัน 4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือกิจกรรมตนเองให้ได้มากที่สุด เช่น การลุกนั่งพลิกตะแคงตัว 5. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ปลอดภัยในการทำ กิจกรรมต่าง ๆ ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดินและจัดให้มีแสงสว่างเพียงพอหรือจัดหาแว่นสายตาที่เหมาะสม 6. ให้ผู้ป่วยบริหารโดยกระดกปลายเท้าเข้าหาตัว จากนั้นกระดกปลายเท้าลง ทำซ้ำ กัน 10 ครั้ง พร้อมทั้งให้กำลังใจผู้ป่วย 7. ประเมินสัญญาณชีพหลังจากทำกิจกรรม เช่น ชีพจรเต้น เร็ว หายใจเหนื่อยหอบ สับสน หรืออ่อนเพลียมากขึ้น หากมีให้หยุดทำกิจกรรมก่อน แล้วหากอาการทุเลาลงหรือดีขึ้นค่อยเริ่มทำกิจกรรมนั้น ๆ ใหม่ ประเมินผล ผู้ป่วยและญาติสามารถอธิบายการเกิดของโรค สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปอดอักเสบได้ ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและเต็มใจในการทำกิจกรรม

อภิปรายผล

กรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทย อายุ 54 ปี ไม่มีประวัติโรคประจำตัว เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้รังสีรักษา Plan RT 5000 cGy/25Fr. ขณะ RT ได้ 1,400/7 Fr. เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างได้รับรังสีรักษา ได้แก่ ปอดอักเสบติดเชื้อร่วมกับการติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะหัวใจเต้นสั่นพลิ้ว จึงเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนัก หลังได้รับการรักษา ผู้ป่วยสามารถหายใจต่อได้จนครบ และกลับไปพักฟื้นที่บ้านได้ ซึ่งผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำด้วยภาวะปอดอักเสบ อีกทั้งผู้ป่วยมะเร็งภูมิต้านทานต่ำ ร่างกายอ่อนแออาจเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดได้⁷

พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร เพื่อที่จะให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ส่วนความเชี่ยวชาญในด้านต่าง ๆ ก็เป็นสิ่งที่สำคัญที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น การดูแลโรคร่วม การประเมินด้านจิตใจ ความวิตกกังวล ความรุนแรงของโรคส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย กล่าวคือ อาจทำให้การรักษาต้องยาวนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาลมากขึ้น หรืออาจรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตได้¹

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะฉุกเฉินทางโรคมะเร็งและอยู่ระหว่างการรับการรักษา มีโอกาสเกิดภาวะวิกฤตได้ตลอดเวลา จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยหนักทุกราย เพื่อเฝ้าระวังและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด

2. ประสพการณ์ความเจ็บป่วยที่รุนแรง ส่งผลถึงความเครียด ความวิตกกังวลที่เพิ่มมากขึ้น เกิดความไม่มั่นใจในการรักษาที่ต่อเนื่อง ซึ่งแพทย์และพยาบาลจำเป็นต้องให้ข้อมูลและเสริมพลังอำนาจ สร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่เกิดประโยชน์สูงสุด

3. ความผิดปกติของร่างกายหลายอย่าง เป็นอาการและอาการแสดง ของโรคหลายโรค ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะ ในโรคต่าง ๆ รวมถึงการประเมิน การวินิจฉัยทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง

4. พยาบาลประจำงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤต แต่ยังคงมีความจำเป็นต้องเพิ่มพูนความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเฉพาะทางโรคมะเร็ง เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Orem DE, Nursing: Concepts of Practices. 6th ed. St. Louis: Mosby Year Book; 2001.
2. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer* 2010; 127: 2893–917.
3. Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Thun MJ. Cancer statistics, 2009. *CA Cancer J Clin* 2009; 59: 225–49.
4. Enzinger PC, Mayer RJ. Esophageal cancer. *N Engl J Med* 2003; 349: 2241–52.
5. Lepage C, Rachet B, Jooste V, Faivre J, Coleman MP. Continuing rapid increase in esophageal adenocarcinoma in England and Wales. *Am J Gastroenterol* 2008; 103: 2694–99.
6. Pohl H, Welch HG. The role of overdiagnosis and reclassification in the marked increase of esophageal adenocarcinoma incidence. *J Natl Cancer Inst* 2005; 97: 142–46.
7. Imsamran W, Chaiwerawattana A, Wiangnon S, et al. Cancer in Thailand. Volume VIII, 2010-2012
8. Lagergren J, Bergstrom R, Lindgren A, Nyren O. The role of tobacco, snuff and alcohol use in the aetiology of cancer of the oesophagus and gastric cardia. *Int J Cancer* 2000;85:340-346.
9. Engel LS, Chow W-H, Vaughan TL, et al. Population attributable risks of esophageal and gastric cancers. *J Natl Cancer Inst* 2003;95:1404-1413.
10. Freedman ND, Abnet CC, Leitzmann MF, et al. A prospective study of tobacco, alcohol, and the risk of esophageal and gastric cancer subtypes. *Am J Epidemiol* 2007;165:1424-1433
11. Turati F, Tramacere I, La Vecchia C, Negri E. A meta-analysis of body mass index and esophageal and gastric cardia adenocarcinoma. *Ann Oncol* 2013;24:609-617.
12. Lagergren J, Lagergren P. Recent developments in esophageal adenocarcinoma. *CA Cancer J Clin* 2013;63:232-248.
13. Cossentino MJ, Wong RK. Barrett's esophagus and risk of esophageal adenocarcinoma. *Semin Gastrointest Dis* 2003;14:128-135.
14. Cameron AJ, Romero Y. Symptomatic gastro-oesophageal reflux as a risk factor for oesophageal adenocarcinoma. *Gut* 2000;46:754-755.