

การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งหลอดอาหารที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับการมีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด: กรณีศึกษา

Nursing care for patients with esophageal cancer receiving radiotherapy with pulmonary embolism: case study.

(Received: April 28,2024 ; Revised: April 29,2024 ; Accepted: April 30,2024)

อนงค์ ส่างเนตร¹
Anong Sa-nganate¹

บทคัดย่อ

กรณีศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาล ผู้ป่วยโรคมะเร็งหลอดอาหารที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับการมีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยชายไทย อายุ 49 ปี มาด้วยอาการสำคัญ ประมาณเดือนเมษายน 2566 มีอาการอาเจียนหลังรับประทานอาหารเป็นบางครั้ง พฤษภาคม 2565 เริ่มเป็นถี่ขึ้น น้ำหนักลดลง ไปตรวจที่ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.สุพรรณบุรี ทำ CT chest (29 มิ.ย.66): long segmental circumferential irregular enhancing wall thickening with luminal narrowing of mid to distal esophagus, about 11 cm. in length, 4.3 x 3.1 cm. in trans axial dimension ทำ EGD with Bx.: well differentiated squamous cell carcinoma, refer โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี พรังสีแพทย์ plan RT 25 Fx/4500 cGy. วันที่ 1 กันยายน 2566 ผู้ป่วยมาตามนัดเพื่อเริ่ม RT พบว่า ผู้ป่วยมีอาการบวมบริเวณใบหน้าและแขนข้างซ้าย CXR:: Suspected mediastinal adenopathy. Minimal reticular opacity in RUL field and haziness in both lower lung. possibly pneumonitis มี Venous thrombosis มี risk PE จึงให้ Enoxaparin 0.6 ml sc OD และต่อเนื่องจนจำหน่ายอีก 30 วัน ซึ่งผู้ป่วยสามารถรับการรักษาด้วยการฉายรังสี ครบ 25 Fx/4,500 cGy. ตามแผนการรักษาและได้รับการเตรียมความพร้อม ด้านการวางแผนจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน อย่างครบถ้วนรวมระยะเวลาการรับการรักษาพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2566–11 ตุลาคม 2566 รวมจำนวนทั้งสิ้น 40 วัน
คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคมะเร็งหลอดอาหาร, ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด, รังสีรักษา

Abstract

This case study aims to study nursing. Esophageal cancer patients receiving radiotherapy with Pulmonary Embolism. The results of the study found that a Thai male patient aged 49 years presented with significant symptoms. Around April 2023, there was occasional vomiting after eating. In May 2022, it began to occur more frequently, weight decreased. Went for examination at Chao Phraya Yommarat Hospital, Suphanburi Province, performed CT chest (29 June 2023): long segmental circumferential irregular enhancing wall. thickening with luminal narrowing of mid to distal esophagus, about 11 cm. in length, 4.3 x 3.1 cm. in trans axial dimension EGD with Bx.: well differentiated squamous cell carcinoma, refer to Lopburi Cancer Hospital, found a radiologist, plan RT 25 Fx/4500 cGy. 1 September 2023 The patient came for an appointment to start RT. It was found that the patient had swelling in the face and left arm. CXR:: Suspected mediastinal adenopathy. Minimal reticular opacity in RUL field and haziness in both lower lung. possibly pneumonitis Venous thrombosis risk PE, therefore give Enoxaparin 0.6 ml sc OD and continue until discharge for another 30 days, in which the patient can receive radiation therapy, complete 25 Fx/4,500 cGy. according to the treatment plan and receive preparation. Distribution planning and continuous care in the community Completely including the duration of receiving medical treatment. From 1 September 2023 to 11 October 2023, a total of 40 days.

Keywords: Patients with esophageal cancer, pulmonary embolism, radiotherapy

¹ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

บทนำ

มะเร็งหลอดอาหารและรอยต่อเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับที่ 8 ของโลก ในแต่ละปีมีผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารและรอยต่อมากกว่า 500,000 รายทั่วโลก²⁻⁶ ในประเทศไทยเป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับที่ 8 ในเพศชาย⁷ หลอดอาหาร (esophagus) เป็นอวัยวะที่อยู่ระหว่าง hypopharynx และกระเพาะอาหาร มีหน้าที่ลำเลียงอาหารจากปากลงสู่กระเพาะอาหารในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุของมะเร็งหลอดอาหารได้อย่างชัดเจน แต่พบว่า มีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งหลอดอาหาร ได้แก่ การสูบบุหรี่หรือความเสี่ยงจะเพิ่มมากขึ้นตามปริมาณ และระยะเวลาที่สูบบุหรี่โดยเฉพาะมะเร็งหลอดอาหารชนิด Squamous cell carcinoma การดื่มแอลกอฮอล์เป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งหลอดอาหาร โดยเฉพาะมะเร็งหลอดอาหารชนิด Squamous cell carcinoma (การสูบบุหรี่มีความเสี่ยงมากกว่าการดื่มแอลกอฮอล์และทั้ง 2 สาเหตุเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมทำให้เกิดมะเร็งหลอดอาหารได้ง่ายขึ้น)⁸⁻¹⁰ เพศชาย เพราะพบโรครนี้ได้ในผู้ชายมากกว่าผู้หญิงประมาณ 3 - 4 เท่า ผู้สูงอายุ เพราะมักพบโรครได้ในช่วงอายุประมาณ 45 - 70 ปี เชื้อชาติ เพราะพบอุบัติการณ์ของโรครได้สูงขึ้นในชาวอิหร่าน โซเวียต จีน และชาวผิวดำแอฟริกันแต่พบได้น้อยในชาวอเมริกา การมีภาวะน้ำหนักตัวเกินหรืออ้วน¹¹ การขาดสารอาหารบางชนิดอย่างต่อเนื่องจากการบริโภคอาหารไม่ครบ 5 หมู่ กินผักและผลไม้ไม่พอ การบริโภคอาหารบางชนิดอย่างต่อเนื่อง เช่น อาหารที่มีสารไนโตรโซ (Nitroso compound) หรือ ไนโตรซามีน (Nitrosamine) ซึ่งมีอยู่ในอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ที่ใส่สารนี้เป็นสารกันบูด อาหารประเภทยาง (เช่น ปลาหมึกยาง ปลาทะเลยาง) อาหารหมักดองหรืออาหารที่มีเชื้อรา นอกจากนี้สารบางอย่างที่ใช้ในการปรุง รสอาหาร

วัตถุประสงค์การศึกษา

อาจเป็นวิธีการเพิ่มการเกิดสารไนโตรซามีนได้ เช่น พริก พริกไทย ซึ่งใส่ในอาหารที่มีเนื้อสัตว์และเครื่องแกง ภาวะที่หลอดอาหารโดนกรดในกระเพาะ กัดซ้ำ ๆ เป็นเวลานาน เช่น โรคกรดไหลย้อน (GERD)¹²⁻¹⁴ ที่ทำให้เยื่อภายในหลอดอาหารเกิดการบาดเจ็บเสียหายต่อเนื่องเรื้อรัง กลุ่มอาการโซลลิงเจอร์-เอลลิสัน (Zollinger-Ellison syndrome) ที่ทำให้กระเพาะอาหารหลั่งกรดไฮโดรคลอริกออกมามากเกินไป ภาวะการอักเสบเรื้อรังของหลอดอาหาร (Barrett's esophagus) ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดในผู้ที่มีการอักเสบของหลอดอาหารจากกรดในกระเพาะอาหารไปทำลายเซลล์เยื่อบุของหลอดอาหารเป็นเวลานาน เป็นต้น ซึ่งสาเหตุเหล่านี้ จะทำให้เกิดโรคมะเร็งหลอดอาหารชนิด Adenocarcinoma ได้ ความผิดปกติบางอย่างที่ทำให้อาหารไม่ผ่านลงกระเพาะได้ง่าย แต่กลับไปสะสมอยู่ในหลอดอาหารเป็นเวลานาน เช่น โรคอะคาเลเซีย (Achalasia), กลุ่มอาการพลัมเมอร์วินสัน (Plummer-Vinson syndrome) ไส้เลื่อนกะบังลม (Hiatal hernia) รวมทั้งภาวะที่มีการตีบแคบของหลอดอาหารจากสาเหตุต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อบุของหลอดอาหารจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น การกลืนน้ำกรดหรือด่าง การกลืนน้ำยาล้างห้องน้ำซึ่งอาจทำให้เยื่อภายในหลอดอาหารเกิดความเสียหายต่อเนื่องเรื้อรังและกลายเป็น มะเร็งหลอดอาหารได้ การรับประทานอาหารหรือดื่มเครื่องดื่มร้อนจัด ๆ เป็นประจำ การติดเชื้อแบคทีเรียบางชนิดของหลอดอาหาร ความผิดปกติทางพันธุกรรมของแต่ละคนซึ่งไม่ใช่ ชนิดที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ เคยได้รับการฉายรังสีรักษาบริเวณทรวงอกตั้งแต่วัยเด็ก เคยได้รับการตัดกระเพาะอาหารทั้งบางส่วนหรือทั้งหมดมากกว่า 20 ปี เคยเป็นมะเร็งปอด มะเร็งในช่องปาก มะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ

เพื่อศึกษาการพยากรณ์ผู้ป่วยโรคมะเร็งหลอดอาหารที่ได้รับรังสีรักษา ร่วมกับการมีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด

วิธีการศึกษา

การศึกษากกรณีศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาล ผู้ป่วยโรคมะเร็งหลอดอาหารที่ได้รับรังสีรักษา ร่วมกับการมีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยชายไทย อายุ 49 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 อาชีพ รับจ้าง ภูมิลำเนา ตำบลไผ่ขวาง อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี วันที่รับไว้ในความดูแล 1 กันยายน 2562-11 ตุลาคม 2562 (รวม 40 วัน)

อาการสำคัญ อาเจียนหลังรับประทานอาหาร ทำ EGD with Bx.: well differentiated squamous cell carcinoma, refer โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี เพื่อรังสีรักษา

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการอาเจียนหลังรับประทานอาหารเป็นบางครั้ง

1 เดือนก่อนมา เริ่มมีอาการถี่ขึ้น น้ำหนักลดลง ญาติพาไปตรวจที่ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.สุพรรณบุรี

29 มิ.ย. 66 CT Chest: long segmental circumferential irregular enhancing wall thickening with luminal narrowing of mid to distal esophagus, about 11 cm. in length, 4.3 x 3.1 cm. in transaxial dimension ทำ EGD with Bx.: well differentiated squamous cell carcinoma, refer โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี พบรังสีแพทย์ plan RT 25 Fx/4500 cGy. แต่แพทย์แนะนำให้ทำ Gastrostomy ก่อนรับการรักษา ผู้ป่วยขอกลับไปทำที่ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

เนื่องจากใกล้บ้านสะดวกในการเดินทางวันที่ 1 กันยายน 2566 ผู้ป่วยมาตามนัดเพื่อเริ่มรังสีรักษา

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่มีประวัติเป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรง หรือโรคติดต่อทางพันธุกรรม และไม่มีประวัติโรคจิตโรคประสาทในครอบครัว

การตรวจร่างกายตามระบบ

ระดับความรู้สึก : รู้สึกตัวดี

ระบบประสาทและการรับรู้ : ความรู้สึก : รู้เวลา สถานที่และบุคคล พูดคุยรู้เรื่องไม่สับสน รับรู้สัมผัสทุกชนิดเดินไถ่แล้วเหยียบง่ายต้องใช้รถเข็นนั่ง

ศีรษะและคอ (Head and Neck)

ศีรษะ : รูปทรงปกติ

ตา : ไม่มีการอักเสบ ไม่บวม มองเห็นชัดเจนทั้ง 2 ข้าง

หู : ใบหูเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ไม่มีสารคัดหลั่งได้ยินชัดเจนทั้ง 2 ข้าง

จมูก : ไม่มีน้ำมูก

ปาก : ปกติ ริมฝีปากไม่แห้ง ชุ่มชื้นดี

ฟัน : มีครบ 32 ซี่

คอ : ปกติ ไม่บวม

ช่องอก (Chest)

ทรวงอก : หายใจสม่ำเสมอ ปกติดี 16 – 20 ครั้ง/นาที

ปอด : เสียงปอดปกติเท่ากันทั้งสองข้างไม่มีเสียง Wheezing หรือ Creptitation

หัวใจ : จังหวะการเต้นของหัวใจเต้นสม่ำเสมอ และอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ช่องท้องและเชิงกราน (Abdomen / Pelvis)

ท้อง : ปกติ ท้องกดนุ่ม ไม่ปวด ไม่มีอาการท้องอืดบวมโต

การขับถ่าย : การขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ ปกติ

ผิวหนัง : ปกติ ไม่มีอาการ Skin turgor

ประเมินสภาพของอารมณ์และจิตใจ

สภาพอารมณ์และจิตใจ : ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาด้วยวิธีรังสีรักษา

การรับรู้ต่อการเจ็บป่วย : ผู้ป่วยรับทราบว่าเป็นมะเร็งหลอดอาหาร มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และการรักษาในครั้งนี้

การตรวจพิเศษอื่น ๆ

CT Chest 12/9/66: Advanced esophagus cancer with bilateral supraclavicular, left axillary, mediastinal, and abdominal node metastasis, liver bilateral adrenal, renal metastasis. Tumorthrombi in bilateral subclavian veins and bilateral jugular veins. small thrombus in SVC. Osteoblastic lesions at manubrium and S1.

CT Chest 18/9/66: Positive for acute pulmonary embolism in small segmental branches in both lungs. Moderate bilateral pleural effusion is seen. Atelectasis of both lower lobes.

CXR 24/9/66: Increased haziness in both lower lungs. progression pneumonia. Decreased left pleural effusion. Suspected mediastinal adenopathy.

ตาราง 1 ปัญหาและการพยาบาล

ปัญหา	การพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1: ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อต้องรับการรักษาด้วยรังสีรักษา ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยแสดงสีหน้าบ่งบอกถึงความวิตกกังวล 2. ซักถามความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนการได้รับรังสีรักษา ผู้ป่วยตอบคำถามได้น้อย และในบางข้อไม่สามารถตอบได้ วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้ผู้ป่วยลดความกลัวและคลายความวิตกกังวล 2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการฉายรังสี และปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องขณะได้รับรังสีรักษา เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับรังสีรักษาสามารถอธิบายได้ถึง - แผนการรักษา - ขั้นตอนและวิธีการรักษา - ภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น 2. ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องระหว่างการฉายรังสี 3. ผู้ป่วยยินยอมรับการรักษา 4. ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น ไม่มีความวิตกกังวล 5. ผู้ป่วยพักผ่อนนอนหลับได้เพียงพอ	กิจกรรมการพยาบาล 1. สร้างสัมพันธ์ภาพให้ผู้ป่วยรู้สึกคุ้นเคยและให้ข้อมูลอธิบายให้ผู้ป่วยให้เห็นความสำคัญและความจำเป็นของการรักษา ความรู้สึกเชิงบวกบนพื้นฐานความจริง 2. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงขั้นตอนการรักษา จำนวนครั้งของการฉายรังสี โดยประมาณ 25 ครั้งและเวลาที่ใช้ในการรักษาซึ่งโดยประมาณ 5 สัปดาห์ และข้อมูลการปฏิบัติตัวขณะรับรังสีรักษา เช่น การนอนนิ่งๆ 3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อข้องใจ หรือปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และปัญหาทางครอบครัวที่ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล 4. ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นผลความก้าวหน้าของการรักษา เพื่อสร้างกำลังใจและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยลง 5. อธิบายผลข้างเคียงของการรักษาที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย พร้อมทั้งให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน 6. ติดตามอาการผู้ป่วย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อดูแลแนวโน้มของการเกิดผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยพร้อมกับให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวกับผู้ป่วยและญาติ และเพื่อให้ญาติช่วยกระตุ้นเตือนผู้ป่วยไปด้วย 7. สร้างเสริมกำลังใจให้ผู้ป่วย โดยเปิดโอกาสให้ญาติใกล้ชิดมาเยี่ยมได้ตาม วันและเวลาที่กำหนด การประเมินผล 1. ผู้ป่วยยอมรับและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี 2. ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องระหว่างได้รับการฉายรังสี 3. ผู้ป่วยสามารถความเข้าใจเกี่ยวกับรังสีรักษามากขึ้น สามารถอธิบายได้ถึงแผนการรักษาของแพทย์ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ 4. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น ไม่มีความวิตกกังวล

ตาราง 1 ปัญหาและการพยาบาล

ปัญหา	การพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีโอกาสเกิดการอุดตันของหลอดเลือดในระบบไหลเวียนเนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงเกิด Venous thrombosis ข้อมูลสนับสนุน 1. ผล CT: Positive for acute pulmonary embolism in small segmental branches in both lungs 2. แพทย์ระบุว่า ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงในการเกิด venous thromboembolism วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะ venous thromboembolism เกณฑ์การประเมิน ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะ venous thromboembolism	5. ผู้ป่วยพักผ่อนนอนหลับได้ ไม่มีสีหน้าอึดโรย 1. สังเกตและประเมินการของ Early Warning sign for Pulmonary Embolism ได้แก่ อาการหายใจ ไม่เต็ม พบได้ร้อยละ 90 อาการเจ็บหน้าอก อาการไอหรือไอเป็นเลือด Syncope พบไม่บ่อยแต่เป็นอาการสำคัญเนื่องจากบ่งชี้ว่า PE ส่งผลกระทบอย่างมากต่อระบบไหลเวียนโลหิต และในผู้ป่วยที่อาการรุนแรงสามารถมาด้วยอาการ shock, arterial hypotension หรือ cardiac arrest 2. ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ซึ่งประกอบด้วย ความหมาย สาเหตุปัจจัยเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนและการป้องกันภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา 3. ให้ผู้ป่วยยกขาสูงกว่าหัวใจ เพื่อเพิ่มการไหลเวียนกลับของเลือดดำ (venous return) 4. ดูแลและสอนการบริหารเท้าและข้อเท้า (foot & ankle exercise) โดยส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วย กระดกฝ่าเท้าขึ้นและคว่ำปลายเท้าลง (dorsiflexion & plantar flexion) เพื่อเพิ่มการไหลกลับของ เลือดดำอีกทั้งยังช่วยเพิ่มความเร็วในการไหลของเลือดดำที่ขา ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติได้เอง พยาบาลควรบริหารให้ผู้ป่วย (active exercise) โดยมีวิธีปฏิบัติดังนี้ 4.1 ขณะทำบริหารข้อเท้า (ankle exercise) ต้องยืดเข่า และสะโพกให้เต็มที่ 4.2 ให้กระดกปลายเท้าและคว่ำปลายเท้าลง (dorsiflexion & plantar flexion) เป็นเวลา 5 นาที โดยทำ 15 ครั้งต่อนาที 4.3 ในขณะที่ทำบริหารให้ผู้ผู้ป่วยต้องยกส้นเท้าสูงเพื่อป้องกันการเสียดสีของ ส้นเท้ากับขอบเตียงเพื่อ ลดแรงเสียดทาน ไม่ให้เกิดการฉีกขาดของผิวหนัง 5. สอนการบริหารการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ (deep breathing exercise) ในผู้ป่วยที่ระดับ ความรู้สึกตัวดี ให้ เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนที่ปอดและเพิ่มการไหลเวียนของ เลือดในหลอดเลือดดำที่ขา โดยมีวิธีการดังนี้ 5.1 ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สบาย โดยถ้าอยู่ในท่านอนหงาย ให้หนุนหมอนใต้เข่า ให้งอประมาณ 45 องศา หรือให้อยู่ในท่านั่ง 5.2 วางมือข้างหนึ่งบริเวณท้องใต้กระดูกซี่โครง (midrectus abdominal area) และมือข้างหนึ่งวาง บริเวณตรงกลางอก (mid-sternal area) 5.3 ให้ผู้ป่วยหายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ ลึก โดยในขณะที่หายใจเข้าให้ท้องป่อง ออกจนรู้สึกว่ามีมือ ข้างที่วางบริเวณท้อง เคลื่อนสูงขึ้น 5.4 ผ่อนลมหายใจออกทางปากช้า ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงแรง ของการหายใจออก พร้อมทั้งกดมือเบาๆ แนบสนิทตลอด ช่วงของการหายใจออก สังเกตได้จาก กล้ามเนื้อหน้าท้องจะยุบลง 5.5 ระยะเวลาในการหายใจเข้า-ออก จะสลับกันทุก 3 วินาที เป็นเวลา 20 วินาที ใช้เวลาในการปฏิบัติ

ตาราง 1 ปัญหาและการพยาบาล

ปัญหา	การพยาบาล
	5 นาที 6. ลดการหยุดนิ่งของเลือดดำและการทำลายผนัง หลอดเลือดดำจากการเคลื่อนไหวได้น้อยลงโดยใช้เครื่อง SCD 7. ดูแลให้ได้รับยา Enoxaparin 0.4 ml SC ทุก 12 hr. ประเมินผล ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะ venous thromboembolism
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับการฉายรังสีต่อเนื่อง เนื่องจากรับรู้ว่าตนเองมีความเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น ทำให้ไม่มั่นใจในการรักษาต่อเนื่อง ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยบอกว่าจะฉายแสงต่อไหวหรือเปล่าไม่รู้เนื่องจากรู้สึกกลัว 2. ผู้ป่วยมีคะแนน Thai HAD ในกลุ่มวิตกกังวล = 12 คะแนน จัดว่าอยู่ในระดับสูง 3. ญาติถามว่า “จะฉายแสงไหวหรือหมอ” วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยมีความพร้อมในการฉายรังสีต่อ เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้มแจ่มใสยอมรับการฉายแสงต่อเนื่อง 2. คะแนน Thai HAD < 12 คะแนน	1. การให้การสนับสนุนทางสังคม เป็นการให้ข้อมูลที่ตรงกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจความหมายของเหตุการณ์ ประเมิน อาการ หรือสถานการณ์ได้ถูกต้อง โดยใช้วิธีการพูดคุย - การแจกเอกสาร แผ่นพับต่าง ๆ สร้างความมั่นใจในแผนการรักษาที่ได้รับ 2. ให้การสนับสนุนทางอารมณ์ โดยแสดงถึงความเข้าใจและให้การดูแลซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ เชื่อถือ ไว้วางใจบุคคลและรู้สึกผ่อนคลาย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ถ่ายทอดความคิด ความรู้สึก ให้กำลังใจ ปลอบโยน และให้ความมั่นใจต่อคุณภาพบริการ มีการยืดหยุ่น ระบบการเยี่ยม การดูแล หรือการสนับสนุนการตอบสนอง ด้านจิตวิญญาณ และปรับตัวต่อภาวะวิกฤตตามความเชื่อ - สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ศาสนา วัฒนธรรม เช่น การให้ครอบครัวอ่านหนังสือธรรมะ ให้ผู้ป่วยฟัง การเปิดเทพธรรมะการสวดมนต์ ตามแต่ละศาสนา การนั่งสมาธิ เป็นต้น ที่ไม่ขัดต่อแผนการรักษา อีกทั้งการส่งเสริมให้ครอบครัวผู้ป่วยเรียนรู้ และดูแลผู้ป่วยในกิจกรรมการดูแลเท่าที่สามารถทำได้ 3. ให้การสนับสนุนทางด้านสิ่งของและบริการเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตาม กิจวัตรประจำวัน และช่วยเหลือทางด้านสิ่งของหรือสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ การประเมินผลการพยาบาล 1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้มแจ่มใส พร้อมกับการฉายแสงต่อเนื่อง 2. คะแนน Thai HAD ลดเหลือ 6 คะแนน
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยสีหน้าวิตกกังวล ถามว่า “กลับไปบ้านจะต้องทำตัวอย่างไร” 2. ญาติถามว่า “คนไข้อาการดีแล้วหรือ หมอถึงให้กลับบ้าน แล้วกลับไปถ้าคนไข้เหนื่อยจะอย่างไร” วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมในการดูแลตนเองหลังการจำหน่าย เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้มแจ่มใส 2. ญาติสามารถบอกการดูแลผู้ป่วยหลังการจำหน่ายได้ถูกต้อง	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล 2. ประสานงานหน่วยคลังเครื่องมือแพทย์ โรงพยาบาลมะเร็ง ลพบุรี ในการยืมเครื่องมือผลิตออกซิเจนและชุดอุปกรณ์ให้ออกซิเจน 3. ประสานพยาบาลหน่วยประคับประคอง ดำเนินการส่งต่อข้อมูลสู่ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่ขวาง จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อดูแลต่อ 4. วางแผนจำหน่ายหลัก DMETHOD โดย 4.1 ประเมินความรู้เรื่องโรคแต่ละเรื่องที่ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจตลอดการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคและการป้องกันต่าง ๆ 4.2 สอนให้คำแนะนำเรื่องโรคและแผนการรักษา รวมถึงการเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงที่สามารถเกิดขึ้นได้พร้อมทั้งให้อเอกสารความรู้กลับไปด้วย 4.3 อธิบายให้ผู้ป่วยตระหนักและให้ความสำคัญกับการควบคุมอาหารรสเค็ม

ตาราง 1 ปัญหาและการพยาบาล

ปัญหา	การพยาบาล
	และการรับประทานยาโรคประจำตัวตามแพทย์สั่งและติดตามค่าความดันโลหิตเองที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ สอนสาธิตการฉีดยา Enoxaparin 0.6 ml SC OD และให้ญาติสาธิตย้อนกลับจนเกิดความมั่นใจ โดยสอนวิธี การบริหารยาตามเข็มนาฬิกา ดังนี้ - ฉีดยาใต้ผิวหนัง (Subcutaneous) บริเวณส่วนท้องด้านบน ล่าง ข้างซ้าย ขวาควรให้ห่างจากสะดือ อย่างน้อยประมาณ 5 เซนติเมตร - ทำความสะอาดบริเวณที่จะฉีดยาด้วยแอลกอฮอล์ - ใช้มือข้างหนึ่งดึงผิวหนังบริเวณที่จะฉีดยาขึ้นมาให้ตึงเป็นก้อนด้วยนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ - แทะเข็มในแนวตั้งฉากกับผิวหนัง ฉีดยาบริเวณผิวหนังที่ตึงขึ้นมาโดยให้ดึงผิวหนังตลอดเวลาขณะ ฉีดยา และทำการฉีดยาจนหมดเข็ม ดังภาพ  โดยก่อนฉีดยาจัดผู้ป่วยให้อยู่ในท่านอน หรือนั่งในท่าที่สบาย ใช้เจลเย็นประคบหน้าท้องบริเวณตำแหน่งที่จะฉีดยาก่อน-หลังฉีด ประมาณ 5 นาที แนะนำการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกง่าย เช่น เลือดกำเดาไหล เลือดออกตามไรฟัน อุจจาระมีเลือดปน หรือมีสีดำคล้ำ หรือมีรอยช้ำ จ้ำเลือดตามร่างกายโดยไม่ทราบสาเหตุ เป็นต้น และหากมีอาการรุนแรงให้รีบมาพบแพทย์ โรงพยาบาลใกล้บ้าน

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทย อายุ 49 ปี ไม่มีโรคประจำตัว เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้รังสีรักษา Plan 25Fx/4,500 cGy. ระหว่างรับการรักษาผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน และอันตรายมากขึ้นหากเกิดภาวะ venous thromboembolism⁴ พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน เพื่อที่จะให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการประเมินด้านจิตใจ ความวิตกกังวล ความรุนแรงของโรคส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย กล่าวคือ อาจทำให้การรักษาต้องยาวนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายใน

การนอนโรงพยาบาลมากขึ้น หรืออาจรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิต^{6,7}

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ระหว่างการรับการรักษา มีโอกาสเกิดภาวะวิกฤตได้ตลอดเวลา จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อเฝ้าระวังและติดตามอาการ

2. ประสพการณ์ความเจ็บป่วยที่รุนแรง ส่งผลถึงความเครียด ความวิตกกังวลที่เพิ่มมากขึ้น เกิดความไม่มั่นใจในการรักษาที่ต่อเนื่อง ซึ่งแพทย์และพยาบาลจำเป็นต้องให้ข้อมูลและเสริมพลังอำนาจสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่เกิดประโยชน์สูงสุด

เอกสารอ้างอิง

1. 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.
2. Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Thun MJ. Cancer statistics, 2009. *CA Cancer J Clin* 2009; 59: 225–49.
3. Enzinger PC, Mayer RJ. Esophageal cancer. *N Engl J Med* 2003; 349: 2241–52.
4. 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.
5. 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.
6. Imsamran W, Chaiwerawattana A, Wiangnon S, et al. Cancer in Thailand. Volume VIII, 2010- 2012.
7. 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.
8. 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.
9. 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
10. 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.
11. Lagergren J, Lagergren P. Recent developments in esophageal adenocarcinoma. *CA Cancer J Clin* 2013;63:232-248.
12. Cossentino MJ, Wong RK. Barrett's esophagus and risk of esophageal adenocarcinoma. *Semin Gastrointest Dis* 2003;14:128-135.
13. Cameron AJ, Romero Y. Symptomatic gastro-oesophageal reflux as a risk factor for oesophageal adenocarcinoma. *Gut* 2000;46:754-755.