

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของระบบพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและน้ำหนักตัวที่เปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีภาวะท้องมาน ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในเรื่องต่อไปนี้

1. โรคตับแข็ง
 - 1.1 การดำเนินของโรคตับแข็ง
 - 1.2 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีภาวะท้องมาน
 - 1.3 แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีภาวะท้องมาน
 - 1.4 ภาวะแทรกซ้อนของโรคตับแข็งที่มีภาวะท้องมาน
2. ทฤษฎีระบบการพยาบาล
3. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีภาวะท้องมาน

โรคตับแข็ง

โรคตับแข็งเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดการสูญเสียโครงสร้างของตับ ปกติเนื้อตับจะนุ่ม ถ้ามีพังผืดเกิดขึ้นที่เนื้อตับ เช่น จากการอักเสบ เนื้อตับจะแข็ง และถ้ามีการทำลายเซลล์อย่างเรื้อรัง จนมีพังผืดเกิดขึ้นในบริเวณกว้าง การทำงานของตับเสื่อมประสิทธิภาพลง จากการที่ตับมีขนาดใหญ่ เวลาเนื้อตับเสื่อมหรือเสียหายค่อย ๆ เป็นทีละจุด และค่อย ๆ เกิดทีละส่วนจนตับแข็ง ถ้าได้รับการรักษาที่ถูกต้อง และการดูแลตนเองที่เหมาะสม เนื้อตับอาจจะกลับสู่สภาพปกติได้ แต่ถ้าดูแลไม่ดีพังผืดแข็งขึ้นเรื่อย ๆ และสุดท้ายจะตับเสียไปทั้งหมด

ความหมายของโรคตับแข็ง

Rossle (1930 อ้างถึงใน ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล, 2541) ให้คำจำกัดความของตับแข็ง (Cirrhosis) ว่าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพที่มีพังผืด (Fibrosis) เกิดขึ้นหลังมีการตายของเนื้อเซลล์ตับ และมีเนื้อตับงอกเกิดใหม่เป็นก้อน (Nodule) ผิดไปจากกายวิภาคปกติของตับ การเปลี่ยนแปลงเช่นนี้ เกิดตามหลังการอักเสบของตับเป็นเวลานานจนเนื้อตับตาย (Necroinflammatory) และเกิดกระจายทั่วทั้งตับ ซึ่งมีผลรบกวนทางไหลเวียนของเลือดผ่านตับ ทำให้เกิดภาวะความดันหลอดเลือดพอร์ทัลสูง (Portal Hypertension)

การดำเนินของโรคตับแข็ง

วิทยา ศรีดามา (2550) แบ่งโรคตับแข็งออกได้กว้าง ๆ เป็น 3 ระยะได้แก่ 1) ระยะเริ่มแรก (Early Liver Cirrhosis) ระยะนี้อาจมีการเปลี่ยนแปลงที่เห็นด้วยตาเปล่าไม่มาก เช่น ผิวตับไม่เรียบ เนื้อตับยืดหยุ่นลดลง เป็นต้น แต่การตรวจ Liver Biopsy อาจพบลักษณะที่บ่งบอกภาวะโรคตับแข็ง ผู้ป่วยระยะนี้ส่วนใหญ่จะไม่มีอาการใด ๆ และแพทย์อาจตรวจร่างกาย หรือตรวจคลื่นเสียง อัลตราซาวนด์พบร่องรอยชวนสงสัยโรคตับแข็งเท่านั้น 2) ระยะเป็นมาก (Advanced Liver Cirrhosis) ในระยะนี้การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยาในระดับตาเปล่า และระดับกล้องจุลทรรศน์จะชัดเจนขึ้น การตรวจร่างกายอาจพบร่องรอยต่าง ๆ ที่บ่งถึงโรคตับแข็งได้ง่ายขึ้น ในระยะนี้ตับยังอาจบวมโต อยู่ก็ได้ และผู้ป่วยอาจเริ่มมีอาการ 3) ระยะสุดท้ายของโรคตับแข็ง (End-stage Liver Cirrhosis) ซึ่งเป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งในตับตัวเอง และที่อวัยวะอื่น ๆ ปรากฏชัดเจน ตับมักจะหดเล็ก ผิวตับไม่เรียบ ม้ามโต และมีอาการแสดงของภาวะ Portal Hypertension ปรากฏที่เรียกกันว่า “Decompensated Liver Cirrhosis” อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางรายที่แม้สภาพตับจะทรุดโทรมมาก แต่สภาพร่างกายผู้ป่วยอาจไม่ทรุดโทรมชัดเจนก็ได้ เช่น ดีซ่านไม่ปรากฏ หรือภาวะท้องมานไม่มี หรือน้อยมาก และ Serum Albumin ยังไม่ต่ำมากลักษณะเช่นนี้อาจเรียกว่า Compensated Liver Cirrhosis

ผู้ป่วยตับแข็งร้อยละ 50 มีโอกาสเกิดท้องมาน (Ascites) ภายในระยะเวลา 10 ปี (Friedman, 2004 cited in Sargent, 2006) การเกิดท้องมานจากโรคตับแข็ง อธิบายได้จากหลายสาเหตุ เช่น ความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดในตับ การสร้างอัลบูมินลดลง และความดันหลอดเลือดพอร์ทัลสูงขึ้น เป็นต้น (สุเทพ กลชาตวิทย์ และปิยะวัฒน์ โกมลมิศร์, 2547; Sargent, 2006) โดยภาวะที่ตับเกิดเนื้อตาย ด้วยสาเหตุต่าง ๆ เกิดเป็น Fibrosis ขึ้น กดการไหลเวียนทำให้เกิดความดันของหลอดเลือดในช่องท้องสูงขึ้น เกิด Portal Hypertension มีผลทำให้มีการเพิ่มขึ้นของพลาสมา เกิดการซึมผ่านของน้ำเข้าไปในช่องท้อง ปริมาณการไหลเวียนในร่างกายลดลง ทำให้มีการกระตุ้นกระบวนการดูดเกลือ และน้ำกลับ มีผลทำให้เกิดการซึมผ่านของน้ำเข้าไปในช่องท้อง ประกอบกับร่างกายมีระดับของอัลบูมินลดลง จากการสังเคราะห์ Protein ได้ลดลงทำให้ความดันออสโมติกลดลง เกิดการซึมผ่านของน้ำเข้าไปในช่องท้อง และความดันที่เพิ่มขึ้น ทำให้เกิด Esophageal Varices, Hemorrhoids Superficial, Abdominal Varices, Splenomegaly เกิดภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ และในกรณีที่มีอาการเลือดออกไม่มาก ผู้ป่วยจะมีภาวะซีด การหายของแผลช้า และเกิดการติดเชื้อได้ง่าย

ภาวะท้องมาน (Ascites) แบ่งออกเป็น 3 Grade (Moore, Roegiers, Jan, & Jan, 2004 cited in Sargent, 2006)

Grade 1 พบว่า มีภาวะท้องมานเพียงเล็กน้อย ซึ่งสามารถตรวจพบได้โดยการตรวจ
Ultrasound

Grade 2 พบว่า มีภาวะท้องมาน ปานกลาง สามารถตรวจร่างกายพบได้ในท่านอน
หงายราบ และท่านอนตะแคงพบว่า เมื่อเคาะจะได้เสียงทึบในส่วนท้องด้านล่าง และได้เสียงโปร่ง
ที่ท้องส่วนบน (Shifting Dullness)

Grade 3 พบว่า มีภาวะท้องมานปริมาณมาก ท้องของผู้ป่วยจะตึงแน่น
ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคตับแข็งที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์
ว่ามีภาวะท้องมานร่วมกับการตรวจร่างกายพบ Shifting Dullness ซึ่งจัดเป็นผู้ป่วยโรคตับแข็ง
Grade 2 และ Grade 3 เนื่องจากผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มเป็นผู้ที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือ มากกว่าผู้ป่วย
โรคตับแข็ง Grade 1

อาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีภาวะท้องมาน

อาการของผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีภาวะท้องมาน คือ ท้องอืดแน่น อึดอัด โดยเฉพาะในราย
ที่มีน้ำในช่องท้องมากจะรบกวนการหายใจ และกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ รวมทั้งมักพบมีสารน้ำ
ในช่องเยื่อหุ้มปอดเล็กน้อยถึงปานกลาง มีอาการเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย และน้ำหนักลด บางราย
มีอาการขาบวม ซึ่งภาวะท้องมาน และอาการบวม เกิดจากความไม่สมดุลระหว่างเกลือโซเดียม
ที่รับประทานกับส่วนที่ขับออกจากร่างกาย (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2546)

อังคณา ชนชนะ (2550) ศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ที่เป็นโรคตับแข็งจากแอลกอฮอล์
พบว่า ผู้ให้ข้อมูลต้องเผชิญกับอาการ และอาการรบกวนต่าง ๆ มากมาย เช่นภาวะท้องอืดโต
ปวดท้อง อาเจียนเป็นเลือดสด แขนขาอ่อนแรง ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้
เหมือนเดิม เช่น ในเรื่องของการทำงาน คือ ไม่สามารถทำงานหนักได้อย่างเดิม

แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีภาวะท้องมาน

การรักษาผู้ป่วยโรคตับแข็ง เป็นการรักษาแบบประคับประคอง มุ่งเน้นการชะลอ
ความเสื่อมของตับ โดยการลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความรุนแรงของโรคตับเพิ่มขึ้น ได้แก่
งดการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคตับแข็ง ลดการรับประทานยาบรรเทาปวดพาราเซตามอลเกิน
ความจำเป็น ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง และควรมีพฤติกรรมดูแลตนเอง
ที่เหมาะสมซึ่งช่วยทำให้การทำงานของตับมีประสิทธิภาพที่ดีได้ แนวทางการรักษาผู้ป่วย
โรคตับแข็งที่มีภาวะท้องมานมีดังนี้

1. การควบคุมอาหารและน้ำ

1.1 จำกัดน้ำดื่ม 1,500 ซีซี/ วัน

1.2 จำกัดเกลือโซเดียมในอาหาร ควรจำกัดเกลือในอาหารให้น้อยกว่า 2 กรัม/ วัน

2. การใช้ยาขับปัสสาวะ ควรเริ่มพร้อม ๆ กับการจำกัดเกลือ เพื่อให้สมดุลโซเดียม เป็นลบจนกระทั่ง Ascites หายไป ยาหลักที่ใช้คือ

2.1 Spironolactone ออกฤทธิ์ขับปัสสาวะที่มีสูตรโครงสร้างคล้ายฮอร์โมน

Aldosterone จะแย่งจับกับ Receptor ของฮอร์โมน เป็นการยับยั้งการทำงานของฮอร์โมนนี้ ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมการแลกเปลี่ยนโซเดียม และโปรแตสเซียมบริเวณท่อไตส่วนปลาย ผลจากการยับยั้งการทำงานของฮอร์โมน Aldosterone ทำให้โปรแตสเซียมไม่สามารถแลกเปลี่ยนกับโซเดียมได้ โซเดียมยังคงค้างอยู่ในท่อไต และถูกขับถ่ายออกทางปัสสาวะ เป็นการลด Blood Volume และความดันโลหิต ส่งผลข้างเคียง ได้แก่ เพศหญิงมีประจำเดือนไม่ปกติ มีขนตามร่างกาย ส่วนเพศชาย อาจมีเต้านมโต และเจ็บ เสี่ยงแหลม สมรรถภาพทางเพศลดลง อาการจะหายไปเมื่อหยุดยา อาจเกิดภาวะโปรแตสเซียมสูง ทำให้หัวใจเต้นผิดปกติ เป็นอันตรายถึงตายได้ และอาจมีอาการแพ้ เช่น ผื่นคัน มีไข้ เป็นต้น ควรดูการตอบสนองทางคลินิกโดยการชั่งน้ำหนักผู้ป่วยทุกวัน ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการบวม น้ำหนักควรลดลงไม่เกิน 0.5 kg/ วัน

2.2 Loop Diuretics เช่น Furosemide ออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดกลับของโซเดียม

ที่ Ascending Limb of Henle's Loop เป็นส่วนใหญ่ โดยยับยั้งการดูดกลับของคลอไรด์ จึงมีผลยับยั้งการดูดกลับของโซเดียมด้วย ถ้าให้ยาในขนาดสูง สามารถยับยั้งการดูดกลับของโซเดียมบริเวณ Proximal และ Distal Tubule ทำให้ร่างกายเสียโซเดียม และคลอไรด์ออกมากับปัสสาวะจำนวนมาก รวมทั้งเสียโปรแตสเซียม แมกนีเซียม และแคลเซียม ผลข้างเคียง ได้แก่ ร่างกายขาดน้ำอย่างรวดเร็ว ปริมาณเลือดไหลเวียนลดต่ำผิดปกติ ความดันโลหิตต่ำ เมื่อเปลี่ยนท่า ทำให้มีอาการมึนงง สับสน มีอาการของการสูญเสียโซเดียม โปรแตสเซียม และแคลเซียม เช่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เป็นตะคริว เบื่ออาหาร เป็นต้น นอกจากนี้ยังทำให้มียูเรียในโตรเจน ครีตินิน กรดยูริก และน้ำตาลในเลือดสูง

3. Paracentesis การเจาะระบายน้ำออกสามารถลดปริมาณ Ascites ได้รวดเร็วเป็นการลดความดันภายในช่องท้อง ซึ่งเป็นการเพิ่มให้เลือดไหลกลับหัวใจได้มากขึ้น ลด Systemic Vascular Resistance ส่งผลให้ความดันโลหิตต่ำลงได้ โดยจะเกิดได้ตั้งแต่ 1 ชั่วโมง ถึง 1 วัน หลังทำการเจาะ ดังนั้นการให้สารน้ำทดแทนจะเป็นการลดปัญหาที่เกิดดังกล่าวได้ ข้อควรระวังในผู้ป่วยบางกลุ่ม คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะ ติดเชื้อของน้ำภายในช่องท้อง ภาวะไตวายจากโรคตับ ภาวะทางสมองจากโรคตับ เกร็ดเลือดต่ำ ความดันโลหิตต่ำ หรือมีภาวะติดเชื้อรุนแรง ๆ ซึ่งภาวะข้างเคียงที่อาจพบได้จากการเจาะระบายน้ำ เช่น เลือดออกจากแผลที่เจาะ การรั่วซึมของน้ำในช่องท้องออกจากรอยเจาะ หรืออาจเจาะแล้วเกิดอันตรายกับอวัยวะภายใน ภายหลังการเจาะระบายน้ำในช่องท้อง ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาด้วยยาขับปัสสาวะต่อไป และควบคุมปริมาณเกลือในอาหาร เพื่อป้องกันไม่ให้ Ascites กลับมาเร็วเกินไป

4. Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt (TIPS) เป็นวิธีการใส่ Shunt เชื่อมระหว่าง Hepatic Vein กับ Portal Vein ซึ่งทำให้ Portal Pressure ลดลง เลือดไปเลี้ยงที่ไตมากขึ้น เพิ่มการขับโซเดียมที่ไต แต่ทั้งนี้ขึ้นกับหน้าที่ของไตก่อนการรักษา และอายุของผู้ป่วยด้วยพิจารณาทำ TIPS เมื่อต้องเจาะท้องบ่อย ๆ คือ มากกว่า 3 ครั้งต่อเดือน มีข้อห้ามในการเจาะท้องหรือไม่สามารถทนการเจาะท้องได้ หรือการเจาะท้องไม่สามารถเอาน้ำออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น มีพังผืดมาก นอกจากนี้ TIPS ยังสามารถรักษาภาวะ Recurrent Massive Hepatic Hydrothorax ได้ด้วย อย่างไรก็ตามการรักษาด้วย TIPS มีอัตราการเกิด Hepatic Encephalopathy หลังการทำค่อนข้างสูง

5. การปลูกถ่ายเปลี่ยนตับ สามารถทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นเป็นการรักษาที่ต้องอาศัยความร่วมมือกันอย่างใกล้ชิด และต่อเนื่อง จากบุคลากรทางการแพทย์ในทุก ๆ ด้าน เสียค่าใช้จ่ายสูง ในประเทศไทยผลการรักษายังไม่ดีนัก เมื่อเทียบกับต่างประเทศเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ทำการผ่าตัดเป็นโรคระยะเร่งด่วนที่มีไข้โรคตับระยะเริ่มต้น และผู้ป่วยบางส่วนมีเชื้อไวรัสตับอักเสบบีร่วมด้วย นอกจากนี้ยังมีอุปสรรคในด้านค่ายาที่มีราคาแพง และต้องซื้อจากต่างประเทศ อีกทั้งการขาดแคลนอวัยวะเป็นอีกปัญหาที่สำคัญทั้งในประเทศไทยและในท้องถิ่น ๆ

Guang, et al. (2006) ศึกษาการพัฒนาวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีภาวะท้องมานไม่ตอบสนองต่อการรักษา (Refractory Ascites) โดยการสวนล้างลำไส้ด้วยสมุนไพรร่วมกับการรักษาเดิม ประเมินผลลัพธ์โดยใช้ค่าของน้ำหนักตัว เส้นรอบท้อง (Abdominal Circumference) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการวิจัยพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงทั้งอาการ และอาการแสดงต่าง ๆ ได้แก่ อาการแน่นอึดอัดท้อง เส้นรอบท้อง น้ำหนักตัว อาการบวมตามแขนขาลดลง ปัสสาวะออกเพิ่มขึ้น แต่ไม่สามารถบรรเทาอาการอ่อนล้าได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่อยู่ในระดับที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองที่มีความแตกต่างก่อน และหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยโรคตับแข็งที่ได้รับการรักษาโดยการใช้ยาแบบประคับประคองตามอาการที่เป็น

ภาวะแทรกซ้อนของโรคตับแข็งที่มีภาวะท้องมาน

1. การติดเชื้อของน้ำภายในช่องท้อง (Spontaneous Bacterial Peritonitis) เป็นภาวะติดเชื้อแบคทีเรียของน้ำในช่องท้อง โดยไม่มีสาเหตุของการติดเชื้อที่ต้องรักษาทางศัลยกรรม ซึ่งพบในผู้ป่วยโรคตับแข็งที่เป็นมาก เกิดจากการที่มีเชื้อที่เจริญมากกว่าปกติในลำไส้แล้วผ่านเข้าสู่ต่อมน้ำเหลือง จากนั้นมีการกระจายของเชื้อเข้าสู่หลอดเลือด และมาเจริญเติบโตที่น้ำในช่องท้อง

อีกครั้ง ซึ่งพบประมาณร้อยละ 10 - 30 ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีการติดเชื้อของน้ำในช่องท้อง จะมีอาการไข้ต่ำ ไปจนถึงไข้สูง หนาวสั่น ปวดท้อง หน้าท้องกดเจ็บ ไปจนถึงภาวะโลหิตเป็นพิษ เสียชีวิตได้ จำเป็นต้องรับการรักษาพยาบาลให้ยาปฏิชีวนะโดยเร็ว แพทย์จะวินิจฉัยภาวะนี้ได้ โดยทำการเจาะท้อง และนำน้ำในช่องท้องมาตรวจนับเซลล์เม็ดเลือดขาว การรักษาโดยการให้ยาปฏิชีวนะ และให้ Albumin ร่วมด้วย ถ้าผู้ป่วยมีการทำงานของไตผิดปกติ ซึ่งภาวะไตวายเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อของน้ำในช่องท้อง ซึ่งผู้ป่วยที่รอดชีวิตได้จะมีอัตราการเป็นซ้ำประมาณร้อยละ 70 (กนิษฐา ตรีทิพย์วณิชย์, ศิยามล มิ่งมาลัยรักษ์, ชวล ศรียาขาง, ประเดิมชัย คงคำ และปิยะวัฒน์ โกมลมิศร์, 2547, หน้า 213 - 220)

2. ภาวะน้ำท่วมในช่องปอด (Hepatic Hydrothorax) เป็นภาวะที่มีน้ำในช่องปอดมากกว่า 500 ซีซี ในผู้ป่วยโรคตับแข็ง ซึ่งไม่ได้เกิดจากโรคทางหัวใจ และปอด มักเกิดในผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีน้ำในช่องท้องอยู่ก่อนแล้วจึงพบว่า มีน้ำในช่องปอด ส่วนมากเป็นข้างขวา อาการทางปอด ได้แก่ แน่นอึดอัด หอบเหนื่อย และรุนแรงจนกระทั่งหายใจล้มเหลว การรักษาเป็นการบรรเทาอาการ ได้แก่ การจำกัดเกลือ โซเดียมไม่เกิน 2 กรัมต่อวัน (88 mEq/ วัน) ร่วมกับยาขับปัสสาวะ การเจาะระบายน้ำในช่องท้อง เพื่อบรรเทาอาการหอบเหนื่อย โดยไม่ควรเจาะเกิน 2 ลิตรในแต่ละครั้ง เพื่อป้องกันการเกิดน้ำท่วมปอดกลับ และภาวะความดันโลหิตต่ำ (วรพจน์ นิลรัตนสกุล, จิรดา ทองใบ และปิยะวัฒน์ โกมลมิศร์, 2550, หน้า 293 - 298)

3. ภาวะเลือดออกจากระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal Bleeding) จากการศึกษาของ จตุรงค์ อมรรัตนโกศล (2544) พบว่า ภาวะเลือดออกจากระบบทางเดินอาหาร เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในผู้ป่วยตับแข็ง ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากเส้นเลือดในหลอดอาหารโป่งแตก ผู้ป่วยอาจจะไม่มีอาการ หรืออาจตรวจพบโดยบังเอิญ แต่บางรายอาจจะมาด้วยอาการเลือดออกหรือตกลี้น ซึ่งพบว่าปัจจัยที่ใช้ในการทำนายการเกิดเส้นเลือดในหลอดอาหารโป่งขนาดใหญ่ในผู้ป่วยโรคตับแข็งที่ยังไม่เคยเกิดเลือดออกจากเส้นเลือดในหลอดอาหารโป่งแตก คือ เกล็ดเลือด น้ำในช่องท้อง และความรุนแรงของโรคตับ หลักสำคัญของการรักษา คือ การรักษาให้สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยการให้สารน้ำหรือเลือด เพื่อทดแทนป้องกันการสำลักน้ำเข้าหลอดลม ในกรณีที่เกิดเลือดต่ำกว่า 50,000 ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ควรให้เกล็ดเลือดด้วย หลังจากนั้นพิจารณาส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนบน เพื่อค้นหาตำแหน่งของการเกิดเลือดออก โดยการรักษาระยะเฉียบพลัน ได้แก่ การให้ยาลดความดันในเส้นเลือดพอร์ทัล การส่องกล้องรักษา การใช้บอลูน การทำ TIPS (Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunts) และการเปลี่ยนตับ

4. ภาวะทางสมองจากโรคตับ (Hepatic Encephalopathy) เป็นภาวะผิดปกติทางประสาทรับรู้ที่เกิดในผู้ป่วยที่การทำงานของตับเสื่อมมาก มีอาการสับสน ซึม รูปแบบการนอนเสียไป

ซึ่งเป็นได้ตั้งแต่เล็กน้อยถึงรุนแรง และเป็นต่อเนื่อง กลไกการเกิดมีหลายปัจจัยเกี่ยวกับสารประกอบในโคโรเจนที่มาจากระบบทางเดินอาหารซึ่งไปมีผลต่อระบบประสาท สารที่คาดว่าน่าจะเป็นตัวหลัก คือ แอมโมเนีย ที่มาจากแบคทีเรียในลำไส้ ทำให้แอมโมเนียเข้าสู่สมองมากขึ้น เกิดการยับยั้งการทำงานในสมอง การรักษาโดยการแก้ไขปัจจัยที่มากระตุ้น ได้แก่ การติดเชื้อของน้ำในช่องท้อง เลือดออกจากระบบทางเดินอาหาร การเสื่อมของไต ภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ และงดยานอนหลับหรือยาคลายเครียด การป้องกัน คือ ไม่ให้มีอาการท้องผูก และป้องกันเลือดออกจากระบบทางเดินอาหาร (อัญชลี แอบู, ต่อศักดิ์ โหระวงศ์, โอฬาร ชาลาภิภัทร์, อารยา เอี่ยมอุดมกาล และปิยะวัฒน์ โกมลมิศร์, 2547, หน้า 207 - 212)

5. ภาวะไตวายจากโรคตับ (Hepatorenal Syndrome) เป็นภาวะที่พบได้บ่อย มีรายงานพบได้ถึงร้อยละ 10 ของผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีน้ำในช่องท้องที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยในผู้ป่วยที่มีน้ำในช่องท้องมีโอกาสเกิดภาวะนี้เกือบร้อยละ 20 ภายใน 1 ปี และเพิ่มได้ถึงร้อยละ 40 ในปีต่อๆ ไป ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีภาวะท้องมานร่วมกับมีโซเดียมในเลือดต่ำ ความดันในเลือดแดงต่ำอย่างมาก (น้อยกว่า 80 มม.ปรอท) และมีปัสสาวะออกน้อย มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะไตวายจากโรคตับ การพยากรณ์โรครุนแรงที่สุดในภาวะแทรกซ้อนทั้งหมดของตับแข็ง มีอัตราการรอดชีวิตในโรงพยาบาลน้อยกว่าร้อยละ 10 โดยทั่วไปผู้ป่วยจะเสียชีวิตภายใน 8 - 10 สัปดาห์ภายหลังภาวะไตวาย การป้องกันทำได้โดยการป้องกันการติดเชื้อของน้ำในช่องท้อง จำกัดปริมาณเกลือในอาหาร จำกัดปริมาณน้ำน้อยกว่า 1 ลิตรต่อวัน ยังไม่มีการสรุปชัดเจนว่าการเจาะน้ำในช่องท้องปลอดภัยในผู้ป่วยกลุ่มนี้ แต่ถ้ามีน้ำในช่องท้องมากให้เจาะระบายในปริมาณน้อยกว่า 5 ลิตรร่วมกับการให้อัลบูมินทดแทน จะช่วยลดอาการความดันโลหิตต่ำให้กับผู้ป่วยได้ (दनัย ลิ้มมธุรสกุล และปิยะวัฒน์ โกมลมิศร์, 2550, หน้า 293 - 298)

จตุรงค์ อมรรัตนโกศล (2544) ศึกษาปัจจัยที่ใช้ทำนายการมีเส้นเลือดในหลอดอาหารโป่งขนาดใหญ่ในผู้ป่วยโรคตับแข็งที่ยังไม่เคยเกิดเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนบนจากความดันในเส้นเลือดพอร์ทัลสูง ศึกษาในผู้ป่วยตับแข็งทั้งเก่า และใหม่ ไม่มีประวัติเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนบน จากความดันในเส้นเลือดพอร์ทัลสูงมาก่อน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดเส้นเลือดในหลอดอาหารโป่งขนาดใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ เกล็ดเลือด โดยยิ่งเกล็ดเลือดต่ำโอกาสที่จะเกิดเส้นเลือดในหลอดอาหารโป่งขนาดใหญ่ก็ยิ่งมากขึ้น น้ำในท้อง และ ความรุนแรงของโรคตับ แสดงให้เห็นว่า การควบคุมน้ำในช่องท้องสามารถลดการเกิดภาวะเส้นเลือดในหลอดอาหารโป่งขนาดใหญ่ได้

ทฤษฎีระบบการพยาบาล

ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System)

เมื่อผู้ป่วยเกิดความไม่สมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้รับบริการเกิดขึ้น เมื่อพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย หรือผู้รับบริการ และลงมือกระทำ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเอง รวมทั้ง ปรับการใช้ และพัฒนาความสามารถ ของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในการดูแลตนเอง หรือปรับการใช้ และพัฒนาความสามารถของผู้รับผิดชอบในการสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองของบุคคล ที่ต้องพึ่งพา ระบบการพยาบาลเป็นระบบของการกระทำที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ตามความสามารถ และความต้องการการดูแลของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (Orem, 2001)

การแบ่งระบบการพยาบาล แบ่งโดยอาศัยเกณฑ์ของความสามารถของบุคคล ในการควบคุมการเคลื่อนไหว และการจัดกระทำ (Control of Movement and Manipulation) ได้ 3 ระบบ ได้แก่ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544; Orem, 2001)

1. ระบบการพยาบาลทดแทนทั้งหมด (Wholly Compensatory Nursing System) ใช้เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถจะปฏิบัติในการดูแลตนเองที่ต้องอาศัยตนเองเป็นผู้ชี้แนะ หรือควบคุมการเคลื่อนไหว หรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยที่ต้องการระบบการพยาบาลชนิดนี้ ได้แก่

1.1 ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจะปฏิบัติในกิจกรรมที่กระทำอย่างจงใจ ไม่ว่าในรูปแบบใด ๆ ทั้งสิ้น เช่น ผู้ป่วยที่หมดสติ หรือผู้ที่ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหว หรือท่าทางของตนเองได้

1.2 ผู้ที่รับรู้ และอาจจะสามารถสังเกต ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง แต่ไม่ควรจะเคลื่อนไหว หรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวใด ๆ ทั้งสิ้น

1.3 ผู้ที่ไม่สนใจหรือเอาใจใส่ในตนเอง ไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลในการดูแลตนเอง แม้ว่าบุคคลนั้นจะสามารถเคลื่อนไหวได้ เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตอย่างรุนแรง

2. ระบบการพยาบาลทดแทนบางส่วน (Partly Compensatory Nursing System) ในระบบนี้ ผู้ป่วยกับพยาบาลร่วมรับผิดชอบในการสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย การช่วยเหลือขึ้นอยู่กับความต้องการ และความสามารถของผู้ป่วย มีการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย โดยพยาบาลจะช่วยผู้ป่วยตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นที่เกิดจากปัญหาสุขภาพ ขณะเดียวกันผู้ป่วยอาจจะปฏิบัติกิจกรรมในส่วนที่เป็น การสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ซึ่งลักษณะของผู้ป่วยที่ควรได้รับระบบการพยาบาลแบบทดแทนบางส่วน คือ

2.1 ต้องจำกัดการเคลื่อนไหวจากโรค หรือการรักษาของแพทย์ สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้บ้าง

2.2 ขาดความรู้ และทักษะที่จำเป็น เพื่อการดูแลตนเองเป็นความต้องการที่เกิดจาก ปัญหาสุขภาพ พบในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพในระดับที่ไม่วิกฤต มีความสามารถในการเคลื่อนไหว และจัดกระทำในระดับหนึ่ง แต่ขาดทักษะในการกระทำการกิจกรรมการดูแลตนเองตามปัญหาสุขภาพ

2.3 ขาดความพร้อมในการเรียนรู้ และกระทำการกิจกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากผู้ป่วย มีข้อจำกัดของความพร้อม เนื่องจากปัญหาสุขภาพ ต้องอาศัยความสามารถที่ซับซ้อน และจำเป็นต้องได้รับการดูแลทดแทนจากพยาบาล ซึ่งความสามารถบางอย่างจำเป็นต้องได้รับการเพิ่มพูนก่อน ผู้ป่วยอาจถูกจัดอยู่ในระบบทดแทนบางส่วนในช่วงหนึ่ง และสามารถฟื้นฟูสภาพ จนอยู่ในระบบสนับสนุน และให้ความรู้ หรือผู้ป่วยอาจมีสุขภาพที่รุนแรงขึ้น และถูกจัดอยู่ในระบบทดแทนทั้งหมด

3. ระบบการพยาบาลสนับสนุน และให้ความรู้ (Educative Supportive Nursing System) ผู้ป่วยจะได้รับการสอน และแนะนำในการปฏิบัติการดูแลตนเอง การสอนจะต้องรวมผู้ป่วย และ ครอบครัว หรือบุคคลที่สำคัญของผู้ป่วยเข้ามามีด้วย บทบาทของพยาบาล คือ การสอน และแนะนำ รวมทั้งการให้กำลังใจ และคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยพยายามที่จะดูแลตนเอง และคงไว้ซึ่งความสามารถ ในการดูแลตนเอง

ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้

วิธีการช่วยเหลือที่พยาบาลใช้เพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง มี 5 วิธี ได้แก่ การกระทำให้หรือกระทำแทน การชี้แนะ การสนับสนุน การส่งเสริม และคงไว้ ซึ่งสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการพัฒนาความสามารถของบุคคล และการสอน ในการวิจัยครั้งนี้นำมา ปรับใช้ 4 วิธี โดยยกเว้นการกระทำให้หรือกระทำแทน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคตับแข็ง ที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ไม่มีอาการของ ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ดังนั้นระบบการพยาบาลแบบสนับสนุน และให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคตับแข็ง ที่มีภาวะท้องมานจึงมีรายละเอียดดังนี้

1. การชี้แนะ เป็นวิธีการที่พยาบาลใช้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจ และเลือก วิธีการกระทำ เนื่องจากผู้ป่วยไม่ทราบแนวทางการกระทำนั้นแม้ว่าจะลงมือทำเอง การชี้แนะจะทำให้ เมื่อให้ข้อมูลแต่ละครั้งเสร็จ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวได้ระบายความรู้สึก ตอบข้อซักถาม ชี้แนะแนวทางการปฏิบัติตัวให้ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวเลือกที่จะปฏิบัติ (กนกวรรณ พูนพานิชย์, 2549)

2. การสนับสนุน เป็นวิธีที่ใช้ในการช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพยายาม ที่จะดูแลตนเอง และป้องกันไม่ให้เกิดความล้มเหลว หรือหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ไม่พึงพอใจ

หรือสถานการณ์ที่มีการตัดสินใจโดยไม่ยินดี การสนับสนุนจากบุคคลผู้ให้การพึ่งพาจะช่วยให้บุคคลระบายความทุกข์ ความกังวลที่มีอยู่ ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า มีความสำคัญ ส่งผลสะท้อนต่อพฤติกรรมของบุคคล รวมทั้งหมายถึงการมีบุคคลที่ไว้วางใจให้การสนับสนุนทั้งข้อมูลข่าวสาร ทรัพย์สิน เงินทอง และความร่วมมือกันนำสู่การมีสุขภาพที่ดี (Orem, 1991) รวมทั้งสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วม เนื่องจากเป็นแหล่งสนับสนุนที่มีความผูกพันใกล้ชิด และสามารถให้การดูแลอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะการดูแลที่บ้าน และร่วมกับทีมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้ (Kane, 1988 อ้างถึงใน กมลวรรณ จันตระกูล, 2547) ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีภาวะท้องมานถึงแม้จะสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ไม่มีอาการของภาวะแทรกซ้อนรุนแรงก็ตาม แต่ก็ยังต้องการความช่วยเหลือจากสมาชิกครอบครัว เช่น การดูแลจัดเตรียมอาหาร การพาผู้ป่วยไปตรวจรับยาต่อเนื่อง เป็นต้น

3. การส่งเสริมและคงไว้ซึ่งสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการพัฒนาความสามารถของบุคคล การสร้างสรรค์ให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมเป็นกันเอง เสริมการเรียนรู้เป็นการส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และยังเป็นการเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วยในการวางแผนเป้าหมายที่เหมาะสม และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้ผลตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงเจตคติ การให้คุณค่าต่อตนเอง การใช้ความสามารถในการสร้างสรรค์ การปรับเปลี่ยนทัศนคติ และการพัฒนาทางด้านร่างกาย (Orem, 2001) โดยการจัดให้ผู้ป่วยมีโอกาสปฏิสัมพันธ์ และติดต่อกับพยาบาล และบุคคลอื่น เช่น กลุ่มช่วยเหลือต่าง ๆ (กนกวรรณ พูนพานิชย์, 2549)

4. การสอนเป็นวิธีการช่วยเหลือที่พยายามช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความรู้ และทักษะที่เฉพาะ และผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่พร้อมจะเรียนรู้สิ่งที่พยาบาลจะสอน เช่น การสอนเกี่ยวกับด้านโภชนาการแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะโรคของตนเองได้ การเรียนรู้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ต้องการช่วงเวลาที่เหมาะสม และสัมพันธ์ภาพที่ยาวนานระหว่างพยาบาล และผู้ป่วย และการที่พยาบาลเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จึงทำให้สามารถเข้าใจภูมิหลัง และความต้องการของผู้ป่วยได้ดี และยังเป็นผู้ที่ทราบถึงการวินิจฉัยโรค การรักษาโรค ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยพยาบาลนำมาวางแผนในเรื่องที่สอนได้อย่างเหมาะสม (กนกวรรณ พูนพานิชย์, 2549) การนำสื่อการสอนมาประกอบในการให้ความรู้จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ เข้าใจ สิ่งที่เป็นนามธรรม จากการที่สามารถถ่ายทอดออกมาเป็นรูปธรรมได้ดียิ่งขึ้น ทั้งนี้เพราะผู้เรียนได้อาศัยอินทรีย์ทั้งห้า คือ จมูก ลิ้น กาย หู และตา ช่วยในการรับความรู้ กล่าวคือผู้เรียนสามารถรับความรู้โดยผ่านโสตประสาทหลายทาง น่าจะได้ผลดีกว่าการรับรู้ที่ผ่านโสตประสาททางเดียว (วรวรรณ ทิพย์วาริรมย์, 2543) สื่อที่ใช้ประกอบการสอน ประกอบด้วย

4.1 วิดีทัศน์ คือ วัสดุอุปกรณ์ทางกายภาพซึ่งใช้บรรจุเนื้อหาที่เกี่ยวกับการเรียน การสอนสามารถสลับเปลี่ยนรูปขณะสอนได้ตามความต้องการ เป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาความรู้ เพิ่มทักษะในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เหมาะสำหรับการนำมาใช้เป็นสื่อ ในการให้ความรู้สำหรับผู้ป่วย ช่วยในการปรับประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ดี เนื่องจากวีดิทัศน์ สามารถแสดงเป็นภาพเคลื่อนไหวได้ สร้างความน่าสนใจ ชวนติดตามในสิ่งที่นำเสนอ ได้เห็นภาพ ที่เกิดขึ้นจริง สามารถเรียนรู้ และเข้าใจได้ง่าย โดยเฉพาะในกิจกรรมที่ต้องใช้ทักษะก่อนการนำไป ปฏิบัติด้วยตนเอง

4.2 หนังสือคู่มือ เป็นสื่อที่ใช้สำหรับค้นหาคำตอบ เมื่อเกิดความสงสัย หรือต้องการ หาความรู้บางอย่าง เพื่อให้ได้คำตอบอย่างรวดเร็ว (สุพัตรา สิงห์อุตสาหะชัย, 2550) หนังสือคู่มือ ถูกนำมาใช้เป็นสื่อในการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ใช้บรรจุเนื้อหาสาระเรียงเป็นลำดับต่อเนื่องตั้งแต่ หน้าแรกจนถึงหน้าสุดท้าย และควรมีรูปภาพประกอบ เพื่อจะทำให้เกิดความเข้าใจ และสามารถ จำได้ดีกว่าการใช้ตัวหนังสือเพียงอย่างเดียว หนังสือ สามารถศึกษาได้ด้วยตนเองตลอดเวลา

4.3 สื่อคอมพิวเตอร์ ประกอบคำบรรยาย เป็นสื่อที่มีลักษณะเป็นภาพที่ประกอบ เป็นเรื่องสั้น ๆ หรือเป็นชุด เรียงลำดับตามเนื้อหาที่สอน นำมาบันทึกเสียงคำบรรยายประกอบ การสอนโดยการเปิดทีละภาพ คล้ายภาพพลิก สามารถย้อนภาพกลับไปมา เพื่อชม และฟังบรรยาย เข้าได้ และยังสามารถหยุดภาพ เพื่ออธิบายเพิ่มเติมได้ นำมาใช้เป็นสื่อในการสอนสุขศึกษาหรือให้ ข้อมูลด้านสุขภาพทั้งการสอนรายบุคคล หรือการสอนรายกลุ่ม ใช้ข้อความที่สั้นกระชับ เข้าใจ ได้ง่าย ใช้รูปภาพประกอบ เพื่ออธิบายเรื่องที่สอน สร้างความน่าสนใจ และนำพาผู้เรียนไปตลอด ระยะเวลาของการสอน มีความคงที่ในส่วนของเนื้อหาที่สำคัญที่อาจจะเกิดจากความผิดพลาด ของผู้สอนที่อาจให้ความสำคัญของเนื้อหาที่ไม่คงที่

โปรแกรมระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีภาวะ ท้องมาน ประกอบด้วย การชี้แนะ การสนับสนุน การส่งเสริมและคงไว้ซึ่งสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุน การพัฒนาความสามารถของบุคคล และการสอน โดยประกอบด้วยการจัดเตรียมสถานที่ สร้างบรรยากาศที่สบายไม่ตึงเครียด และป้องกันสิ่งรบกวนต่าง ๆ ผู้วิจัยกล่าวถึงทฤษฎีสุขภาพอย่างเป็น กันเอง ด้วยสีหน้ายิ้มแย้ม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ตนเผชิญอยู่ อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค และวิธีการจัดการ กับอาการไม่สุขสบาย เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย ฝ่าประเพณีภาวะหายใจ ลำบาก และหมั่นสังเกตความผิดปกติของการหายใจ อาการเหนื่อย เมื่อสมาชิกครบครัน พบว่า ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเหนื่อย ผู้วิจัยให้การดูแลโดยให้ออกซิเจนตามความเหมาะสม ประเมิน การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว การเปลี่ยนแปลงทางบุคลิกภาพ การเปลี่ยนแปลง

ทางสติปัญญา และความคิด การเปลี่ยนแปลงทางการพูดหรือการเขียน ถ้าพบว่าผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น จัดให้พบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัย และประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมตามโปรแกรม ฯ นอกจากนี้โปรแกรม ฯ ยังช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความรู้ และทักษะที่เฉพาะ ในเรื่องการควบคุม ภาวะท้องมาน การประเมินตนเอง และอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ โดยการใช้สื่อ วัสดุทัศน สื่อคอมพิวเตอร์ และคู่มือการดูแลตนเองช่วยในการถ่ายทอดความรู้ การให้ความรู้จัดให้มีการสาธิต และฝึกทักษะที่สำคัญในเรื่องการประเมินตนเอง ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก การวัดเส้นรอบท้อง ประเมินอาการแน่นอึดอัดท้อง และประเมินผลการปฏิบัติของผู้ป่วย โดยการสาธิตย้อนกลับ การทบทวนความรู้ และสิ่งที่ควรปฏิบัติ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งการดูแลตนเอง ผู้วิจัยมอบคู่มือ การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคตับแข็ง เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลตนเอง และผู้ป่วยสามารถ ทบทวนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยเสนอแหล่งสนับสนุนในรูปแบบ ของการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพทางโทรศัพท์ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจ และเลือกวิธีการ กระทำที่เหมาะสม โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้อธิบายถึงปัญหา หรืออุปสรรคในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านอย่างต่อเนื่อง แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความคิดเห็น พูดคุยปรึกษา ให้กำลังใจ เพื่อส่งเสริมแรงใจ ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน เพื่อหาวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้อง เหมาะสมกับแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย มีการให้คำชมเชย ให้กำลังใจ เพื่อให้คงพฤติกรรมที่ดีไว้ รวมทั้งมีการกระตุ้นเตือน และย้าให้ผู้ป่วยมารับการตรวจ ตามนัด เพื่อติดตามผลการรักษา

พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีภาวะท้องมาน

โรคตับแข็งเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การดูแลตนเองเป็นหัวใจ สำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคตับแข็งในการคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ซึ่งขึ้นอยู่กับปฏิบัติตนของผู้ป่วย หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยโรคตับแข็งมีพยาธิสภาพแบบ ไม่กลับคืนสู่สภาพปกติ ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลลดหรือพร่องลง ไม่สามารถที่จะกระทำการกิจกรรมการดูแลตนเองต่าง ๆ ได้ตามปกติ ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องมีพฤติกรรม ในการดูแลตนเองที่เหมาะสม เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

การควบคุมภาวะท้องมาน

การลดปัจจัยเสี่ยง

1. ควรหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ เช่น พวสุราทุกชนิด เพราะอาจทำให้โรคตับ รุนแรงขึ้น นอกจากนี้การดื่มแอลกอฮอล์จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการแตกของเส้นเลือดโป่งพอง

ในหลอดเลือดอาหาร และกระเพาะอาหาร ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญสาเหตุหนึ่งในผู้ป่วยโรคตับแข็ง

2. ถ้าต้องซื้ออาหารนอกบ้านรับประทาน ควรเลือกร้านที่สะอาด ผู้ปรุงแต่งกายสะอาด และเลือกรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ ๆ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

3. หลีกเลี่ยงการรับประทานยาที่ไม่จำเป็นรวมทั้งยาสมุนไพร เพราะยาหลายชนิดถูกทำลายที่ตับ และยาบางชนิดอาจทำให้เกิดตับอักเสบ ดังนั้นจึงควรใช้ยา เมื่อมีข้อบ่งชี้ และภายใต้การดูแลของแพทย์ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยตับแข็งจะเสี่ยงต่อการเกิดตับอักเสบบากกว่าคนปกติ จึงควรรับประทานยาแก้ปวดพาราเซตามอลไม่เกิน 5 เม็ดต่อวัน หรือแนะนำให้รับประทานขนาด 500 มิลลิกรัมครั้งละ 1 เม็ด และรับประทานซ้ำได้ 1 เม็ดทุก 6 ชั่วโมงถ้าจำเป็น

การรับประทานอาหาร

การรับประทานอาหารที่เหมาะสม ผู้ป่วยที่มีภาวะตับแข็งมักมีภาวะทุพโภชนาการ จากสาเหตุหลายประการ ได้แก่ การดื่มสุราเป็นเวลานาน อาการคลื่นไส้ อาเจียนเรื้อรัง การดูดซึมไขมันที่ผิดปกติ การรับประทานอาหารแล้วทำให้ไม่สบายท้อง การจำกัดโปรตีนซึ่งจะนำไปสู่ภาวะทุพโภชนาการ มีกล้ามเนื้อฝ่อลีบ ระดับโปรตีนในเลือดต่ำ เป็นต้น (ประเดิมชัย คงคำ และปิยะวัฒน์ โกมลมิศร์, 2547, หน้า 192 - 197)

การจัดอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคตับแข็ง มีเป้าหมายเพื่อช่วยป้องกันการทำลายเนื้อตับ และช่วยให้เซลล์ตับมีการงอกขึ้นใหม่ ดังนั้นจึงมักต้องดัดแปลงให้เหมาะสมแก่ระยะหรือระดับความรุนแรงของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกรณีอาหารโปรตีน เนื่องจากผู้ป่วยมักจะมีภาวะขาดสารอาหาร อาหารส่วนใหญ่จึงควรมีแคลอรีสูง มีคาร์โบไฮเดรต และโปรตีนสูง และวิตามินเพียงพอ คือ

1. แคลอรี เนื่องจากผู้ป่วยมักจะมีน้ำหนักลดลงจากภาวะขาดอาหาร จึงควรรับประทานอาหารที่มีแคลอรีสูง ประมาณ 3,000 แคลอรีต่อวัน หรืออย่างน้อย 45 ถึง 50 แคลอรีต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน

2. อาหารคาร์โบไฮเดรต การเพิ่มแคลอรีโดยการเพิ่มคาร์โบไฮเดรตจะทำให้ผู้ป่วยรับได้ดีกว่า ไม่ว่าจะเป็น ข้าว ขนมปัง น้ำหวาน น้ำผลไม้ผสมน้ำตาล หรือแม้กระทั่งลูกกวาด ผู้ป่วยควรได้รับคาร์โบไฮเดรต ประมาณวันละ 250 ถึง 400 กรัม ซึ่งจะให้พลังงาน ประมาณ 1,000 ถึง 1,600 แคลอรี

3. อาหารโปรตีนประมาณวันละ 1.5 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม เพื่อทดแทนโปรตีนและอัลบูมินที่ร่างกายเคยสะสมไว้ ช่วยซ่อมแซมเซลล์ตับที่ถูกทำลายไป ช่วยสร้างกล้ามเนื้อในผู้ป่วยขาดอาหาร และ ช่วยสร้างกรดที่สำคัญ และน้ำดี อาหารที่มีโปรตีนสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์

ต่าง ๆ รวมทั้งปลา ไข่ นม ในรายที่มีอาการมากหรือเบื่ออาหารมากจนกินอาหารได้น้อย ได้โปรตีนไม่เพียงพออาจต้องให้อาหารที่มีโปรตีนเข้มข้น เช่น นมผง หรือแป้งถั่วเหลือง ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการบ่งบอกว่ากำลังจะเกิดอาการ โคม่า จะต้องลด หรืองดอาหาร โปรตีน อาหารไขมัน ควรบริโภคปริมาณน้อย ร้อยละ 25 ถึง 30 ของแคลอรีต่อวัน และควรเสริมวิตามินบีรวม

4. โซเดียม ผู้ป่วยมีอาการคั่งของน้ำในร่างกาย และ มีอาการท้องมานประกอบกับการทำงานของไตเสีย พบว่ามีโซเดียมในเลือดต่ำลง ควรได้รับในระดับปริมาณเท่ากับที่เสียไปทางผิวหนัง อุจจาระและปัสสาวะ คือ ประมาณ 200 มิลลิกรัมของโซเดียมต่อวัน อาหารแทบทุกชนิดมีโซเดียมอยู่ในปริมาณมากน้อยแตกต่างกัน หากมีปริมาณสูงก็อาจรับรู้ได้จากรสชาติที่เค็ม นอกจากนั้นโซเดียมอาจผสมอยู่ในอาหารที่มีการแปรรูป เช่น ขนมเกล็ดที่มีการเติมผงฟู หรืออาหารกระป๋องที่มีการเติมสารกันบูด เป็นต้น อาหารที่มีโซเดียมอาจจำแนกได้ดังนี้ (รุจิรา สัมมะสุต, 2543 อ้างถึงใน อรุณลดา นางแย้ม, 2550)

4.1 อาหารประเภทเนื้อสัตว์ โดยธรรมชาติอาหารจำพวกเนื้อสัตว์จะมีโซเดียมอยู่มากกว่าอาหารจำพวกพืช แต่ไม่มีรสเค็ม จึงทำให้ผู้บริโภคคิดว่าไม่ได้บริโภคโซเดียม

4.2 อาหารที่มีการถนอมอาหาร ส่วนใหญ่การแปรรูปอาหารมักใช้เกลือเป็นหลัก ในการปรุงรสเพื่อให้เก็บอาหารไว้ได้นาน เช่น อาหารหมักดอง อาหารเค็ม อาหารตากแห้ง เป็นต้น ดังนั้นจึงมีโซเดียมสะสมอยู่ในอาหารที่มีการแปรรูปดังกล่าว

4.3 เครื่องปรุงรสชนิดต่าง ๆ เช่น เกลือ มีทั้งเกลือเม็ด และเกลือป่น น้ำปลา ซึ่งพบว่าในน้ำปลามีปริมาณของเกลือแตกต่างกันตั้งแต่ ร้อยละ 23 ถึงร้อยละ 25 นอกจากนั้นซอสปรุงรสที่มีรสเค็ม เช่น ซอสถั่วเหลือง ซิอิ๊วขาว ซอสหอยนางรม เต้าเจี้ยว น้ำบูดู กะปิ ปลาเฒ่า เต้าหู้ยี้ และซอสปรุงรสที่ไม่มีรสเค็มหรือเค็มน้อย เช่นซอสมะเขือเทศ ซอสพริกน้ำจิ้ม ไก่หรือปลาหมึกที่มีรสเปรี้ยว ๆ หวาน ๆ ซอสเหล่านี้มีโซเดียมผสมอยู่จำนวนหนึ่งแม้จำนวนไม่มากเท่ากับน้ำปลา แต่ก็ยังเป็นแหล่งของโซเดียม

4.4 ผงชูรส เป็นสารปรุงรสที่ไม่มีรสเค็ม แต่มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบอยู่ด้วยประมาณร้อยละ 15 อาหารสำเร็จรูปต่าง ๆ ที่ขายในท้องตลาดมีการเติมผงชูรส เพื่อช่วยให้อาหารมีรสอร่อยขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยโรคตับแข็ง จึงควรหลีกเลี่ยงการซื้ออาหารสำเร็จรูปมารับประทาน เนื่องจากจะได้รับโซเดียม ปริมาณมากขึ้นจากผงชูรส

4.5 อาหารบรรจุกระป๋องชนิดต่าง ๆ เช่น ผลไม้กระป๋อง ปลากระป๋อง และอาหารสำเร็จรูปต่าง ๆ เช่น ขนมกรอบ มันฝรั่งทอด เป็นต้น อาหารเหล่านี้มีการเติมเกลือ หรือสารกันบูด ซึ่งมีโซเดียมอยู่ในปริมาณมาก

4.6 อาหารสำเร็จรูป อาหารสำเร็จรูปที่มีขายในท้องตลาด เช่น บะหมี่ โจ๊ก ข้าวต้ม ซุปชนิดต่าง ๆ อาหารเหล่านี้มักใส่เครื่องปรุงรสเรียบร้อยแล้ว บางชนิดจะมีซองบรรจุผงเครื่องปรุง ที่มีผงชูรสผสมอยู่ด้วย

4.7 ขนมหชนิดต่าง ๆ ที่มีการเติมผงฟู ขนมหหลายชนิดที่ทำให้ฟู เช่น เค้ก ลูกเกด แพนเค้ก ขนมหปังรวมทั้งแป้งสำเร็จรูปที่ใช้ทำขนมหดังกล่าวจะมีโซเดียมผสมอยู่ด้วยในรูปของผงฟู

5. การปรุงรสอื่น ๆ แทนรสเค็ม

5.1 สารปรุงแต่งรสเปรี้ยว ได้แก่ น้ำส้มสายชู น้ำมะนาว น้ำมะขามเปียก มะขามสด ใบมะขามอ่อน มะดัน มะม่วงดิบ เป็นต้น

5.2 สารปรุงแต่งรสหวาน ได้แก่ น้ำตาลทรายขาว น้ำตาลทรายแดง น้ำเชื่อม น้ำผึ้ง น้ำอ้อย เป็นต้น

5.3 สารปรุงแต่งรสเผ็ด ได้แก่ พริกสด พริกป่น พริกแห้งทอด พริกเผา มัสตาร์ด

5.4 การแต่งกลิ่นอาหาร เพื่อชดเชยกับอาหารที่มีรสอ่อนเค็ม เช่น หอม กระเทียม กระชาย จิง ข่า ตะไคร้ ใบมะกรูด ใบโหระพา ใบแมงลัก ใบสะระแหน่ รากผักชี

5.5 การใช้เครื่องเทศ เช่น พริกไทย ลูกผักชี ยี่หระ อบเชย ลูกจันทร์ ดอกจันทร์ ลูกและใบกระวาน กานพลู มีโซเดียมน้อย ผู้ปรุงสามารถใช้มากกว่าที่ต้องการ

การจำกัดน้ำ

ผู้ป่วยมีอาการคั่งของเกลือในร่างกาย ทำให้มีผลต่อปริมาณน้ำในร่างกายที่เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดอาการท้องมาน และบวมตามร่างกายได้ ดังนั้นควรมีการจำกัดน้ำให้อยู่ในปริมาณที่เหมาะสม โดยปริมาณน้ำควรอยู่ประมาณ 1000 - 1500 ซีซีต่อวัน (Cardenes & Arroyo, 2003)

1. เตรียมน้ำดื่มในแต่ละวันโดยบรรจุใส่ขวด หรือภาชนะในปริมาณที่กำหนดข้างต้น เพื่อใช้ดื่มใน 1 วัน

2. เตรียมยาสำหรับรับประทานหลังอาหารไว้ให้พร้อม และรับประทานยาหลังอาหาร และดื่มน้ำตามทันที

3. เมื่อรู้สึกคอแห้ง หรือกระหายน้ำ ให้บ้วนปากบ่อย ๆ เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปาก

4. ประเมินปริมาณน้ำที่ดื่ม และปัสสาวะที่ออกเป็นประจำทุกวันประเมินตนเอง โดยการชั่งน้ำหนักตัวเป็นประจำทุกวันก่อนอาหารเช้าภายใต้สภาวะปกติ และสวมเสื้อผ้าเช่นเดิม (Sargent, 2006)

การขับถ่าย

การขับถ่ายมีความสำคัญในผู้ป่วยโรคตับแข็ง เมื่อผู้ป่วยมีอาการท้องผูก จะทำให้มีของเสียที่มีส่วนประกอบของไนโตรเจนมากเกินไป และจะถูกแบคทีเรียในลำไส้เปลี่ยนไปเป็น

แอมโมเนีย เกิดการดูดซึมแอมโมเนียเข้าสู่กระแสเลือดไปสู่สมอง เกิดภาวะทางสมองจากโรคตับขึ้นได้ ดังนั้นในผู้ป่วยโรคตับแข็งสิ่งสำคัญ คือ ต้องประเมินเรื่องการขับถ่ายอุจจาระ โดยซักประวัติเกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระตามปกติ ได้แก่ ลักษณะอุจจาระ ความถี่ของการขับถ่าย การเบ่งถ่าย ประวัติท้องผูก การปฏิบัติตนเมื่อท้องผูก พฤติกรรมที่มีผลต่อการขับถ่ายอุจจาระ เช่น ชนิดและปริมาณอาหารที่รับประทานตามปกติ ปริมาณน้ำดื่มในแต่ละวัน การออกกำลังกาย การกลืนอุจจาระ การขับถ่ายแบบเร่งรีบ (กันตพร ยอดไชย, 2550) การตรวจร่างกายโดยการฟัง การเคาะคลำของลำไส้ และการคลำหน้าท้อง เพื่อตรวจดูก้อนอุจจาระไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีภาวะท้องมาน อาจตรวจดูบริเวณทวารหนักว่ามีแผล หรือมีริดสีดวงทวารหรือไม่ ซึ่งผู้ป่วยโรคตับแข็งควรมีการขับถ่ายอุจจาระทุกวัน วันละ 2 - 3 ครั้ง อุจจาระต้องมีลักษณะนิ่ม (Sargent, 2006) จึงจะเหมาะสม การดูแลจัดการเรื่องการขับถ่ายสำหรับผู้ป่วยโรคตับแข็งควรปฏิบัติดังนี้

1. ควรรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง ได้แก่ ยอดแค ชะอม ผักบุ้ง ผลไม้ที่ช่วยในการขับถ่าย เช่น มะละกอ กัญชง ส้ม มะเขือเทศ เป็นต้น ขณะเดียวกันให้หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ผ่านกระบวนการปรุงแต่งหลายขั้นตอน และมีกากใยน้อย เช่น แป้งขัดขาว ไอศกรีม ช็อคโกแลต เป็นต้น

2. ควรมีการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างพอเหมาะและอย่างน้อยควรเปลี่ยนอิริยาบถหรือพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง

3. เมื่อปวดถ่ายอุจจาระ ควรอยู่ในท่าที่เหมาะสม เนื่องจากท่าทางในการขับถ่ายอุจจาระมีส่วนช่วยหรือขัดขวางการขับถ่ายได้ ท่าที่ช่วยกระตุ้นให้มีการขับถ่ายออกได้ดีที่สุดตามหลักสรีรวิทยา คือ ท่านั่งยอง ซึ่งเป็นท่าที่ทำให้กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานอยู่ในลักษณะที่มีความตึงตัวสูงขึ้น และช่วยทำให้ความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้นด้วย สำหรับผู้ป่วยที่นอนพักบนเตียงจำเป็นต้องขับถ่ายโดยใช้หม้อนอน ท่าที่ดีที่สุด คือ การนั่งบนหม้อนอนโน้มตัวไปข้างหน้า แต่การขับถ่ายโดยใช้หม้อนอนเป็นสิ่งที่ไม่เป็นธรรมชาติ ซึ่งอาจขัดขวางการขับถ่ายได้ ดังนั้นถ้าเป็นไปได้ควรให้ผู้ป่วยได้ถ่ายอุจจาระในส้วมที่เหมาะสม (กันตพร ยอดไชย, 2550)

- 3.1 จัดสิ่งแวดล้อมให้มิดชิด ให้มีความเป็นส่วนตัวให้มากที่สุด ผู้ป่วยที่ไม่สามารถไปห้องน้ำได้เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งความเครียดมีผลต่อการขับถ่ายอุจจาระถึงร้อยละ 70.5 (กันตพร ยอดไชย, 2550)

- 3.2 ฝึกผ่อนคลายความเครียด ได้แก่ การหายใจเข้าออกลึก ๆ การทำสมาธิ การสวนมนต์ การฟังดนตรี เป็นต้น

3.3 ฝึกออกกำลังกายที่ช่วยในการขับถ่ายอุจจาระให้แข็งแรง ได้แก่ บริหารกล้ามเนื้อ อู้งเชิงกรานโดยการเกร็งกล้ามเนื้อสะโพก และขมิบบริเวณฝีเย็บ เพื่อสร้างความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้มีกำลังในการขับถ่าย (ปราณี ทูไพบระ, 2532; กันตพร ยอดไชย, 2550)

3.4 ฝึกสูดหายใจในการขับถ่ายให้เป็นเวลาเดียวกันทุกวัน

3.5 การใช้ยาระบาย แพทย์อาจสั่งยาระบาย เพื่อช่วยในการขับถ่าย ควรมีความรู้ในเรื่องยาระบาย เพื่อสามารถติดตามสังเกตอาการ และอาการข้างเคียงจากการใช้นั้นๆ ได้

กิจกรรมและการพักผ่อน

ผู้ป่วยโรคตับแข็งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม จากการมีความผิดปกติในเรื่องการสังเคราะห์อาหารเพื่อนำมาเป็นพลังงานให้แก่ร่างกาย มักพบอาการอ่อนล้า กล้ามเนื้อมีขนาดเล็ก ไม่มีกำลัง จึงไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องใช้พลังงานมาก ๆ ได้ อีกทั้งภาวะท้องมานมีผลต่อการขยายตัวของปอดลดลง นอกจากนี้ยังประสบปัญหาเรื่องการพักผ่อนไม่เพียงพอ ได้แก่ การนอนไม่หลับ ตื่นบ่อย นอกจากนี้การนอนหลับของผู้ป่วยยังถูกรบกวนด้วยอาการแน่นอึดอัดท้องจากภาวะท้องมานในท่านอนราบ ดังนั้นการดูแลตนเองที่เหมาะสมระหว่างกิจกรรม และการพักผ่อน ได้แก่

1. มีกิจกรรม หรือออกกำลังกายอย่างเหมาะสม และถูกวิธี โดยการสงวนพลังงานให้แก่ร่างกาย เช่น มีการวางแผนล่วงหน้าก่อนทำกิจกรรมต่าง ๆ พักผ่อนให้เพียงพอก่อนความรู้สึกเหนื่อยล้าจะเกิดขึ้น หลีกเลี่ยงการกระทำที่รวดเร็ว รุนแรง (วิลาวรรณ เกติโชค, 2550)

2. จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ เช่น อยู่ในที่เงียบสงบ ลดแสงสว่าง มีบรรยากาศแวดล้อมที่ดี

3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการพักผ่อนดีขึ้น โดยให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ โดยวิธีการดังนี้ มีการปฏิบัติกิจกรรมช่วงกลางวันเพียงพอ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มน้ำที่กระตุ้นการทำงานของร่างกาย ได้แก่ ชา กาแฟ จัดเวลาการเข้านอนในแต่ละคืนให้อาบน้ำอุ่นหรือดื่มน้ำอุ่นก่อนเข้านอน การเปลี่ยนแปลงวงจรการนอนหลับได้ร้อยละ 48 ในผู้ป่วยตับแข็งที่ยังไม่มี Encephalopathy พบว่า ระดับ Melatonin ในผู้ป่วยโรคตับแข็งจะเริ่มสูงขึ้นช้ากว่าในคนปกติ และมีระดับสูงในช่วงเวลากลางวัน จากสิ่งที่พบดังกล่าวสนับสนุนเรื่องความผิดปกติในการนอนหลับของผู้ป่วยโรคตับแข็ง (อัญชลี แอนู และคณะ, 2547, หน้า 207 - 212)

4. การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และความเป็นส่วนตัว ผู้ป่วยโรคตับแข็งมีความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่มีผลต่อจิตใจนั้น คือ ภาวะท้องมานที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ โดยเฉพาะในผู้ป่วยเพศหญิง รู้สึกอาย เก็บตัว การดูแลตนเอง

ที่เหมาะสม ได้แก่ สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยอื่นที่เป็นโรคเดียวกัน เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองมีทักษะในการติดต่อสื่อสาร และสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับแพทย์ พยาบาล เพื่อประโยชน์ในการดูแลตนเอง เข้าร่วมกิจกรรมที่ทางโรงพยาบาลหรือชุมชนจัดขึ้น จัดช่วงเวลาในแต่ละวันตามความต้องการของตนเองให้มีช่วงเวลาสำหรับความเป็นส่วนตัว

การใช้ยา

ความรู้เรื่องยามีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคตับแข็ง เนื่องจากผู้ป่วยต้องรับประทานยาตลอดชีวิต และถ้าไม่สามารถควบคุมความรุนแรงของโรคได้ แพทย์จะพิจารณาเพิ่มขนาดของยาขึ้น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงจากยาได้มากขึ้น ยาที่สำคัญคือ ยาลดกรด ผลข้างเคียงของยา ได้แก่ เพศหญิงมีประจำเดือนไม่ปกติ มีขนตามร่างกาย ส่วนเพศชายอาจมีเต้านมโต และเจ็บเสียงแหลม สมรรถภาพทางเพศลดลง อาการจะหายไปเมื่อยุติยา อาจเกิดภาวะโปรแตสเซียมสูง ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ เป็นอันตรายถึงตายได้ และอาจมีอาการแพ้ เช่น ผื่นคัน มีไข้ ร่างกายขาดน้ำอย่างรวดเร็ว ปริมาณเลือดไหลเวียนลดต่ำผิดปกติ ความดันโลหิตต่ำ เมื่อเปลี่ยนท่า ทำให้มีอาการมึนงง สับสน มีอาการของการสูญเสียโซเดียม โปรแตสเซียม และแคลเซียม เช่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เป็นตะคริว เบื่ออาหาร เป็นต้น

การประเมินตนเอง

การประเมินตนเองมีส่วนสำคัญเพื่อความสำเร็จในการดูแลตนเอง การประเมินตนเองที่สำคัญในผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีภาวะท้องมาน ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก การวัดเส้นรอบท้อง และการประเมินระดับหรือความถี่ของอาการแน่นอึดอัดท้อง (Sargent, 2006) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การชั่งน้ำหนัก ควรชั่งน้ำหนักทุกวัน โดยใช้เครื่องชั่งน้ำหนักเครื่องเดิม หลังตื่นนอนตอนเช้า และปัสสาวะแล้ว เสื้อผ้าที่ใส่จะต้องมีน้ำหนักที่ใกล้เคียงกัน
2. การวัดเส้นรอบท้อง วัดโดยใช้สายวัด มีหน่วย เป็นเซนติเมตร เป็นค่าที่ได้จากการวัดรอบท้องผ่านสะดือของผู้ป่วยในท่านอนทุกวัน
3. ประเมินระดับหรือความถี่ของอาการแน่นอึดอัดท้อง หมายถึง การประเมินความรู้สึกไม่สบายจากอาการท้องมาน และจำนวนครั้งของอาการไม่สบายที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย

อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์

ผู้ป่วยโรคตับแข็งมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้ เช่น การติดเชื้อของน้ำภายในช่องท้อง ภาวะน้ำท่วมในช่องปอด ภาวะเลือดออกจากระบบทางเดินอาหาร ภาวะทางสมองจากโรคตับ และภาวะไตวายจากโรคตับ นอกเหนือจากการดูแลตนเองที่ดีแล้วการเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยควรมีความรู้เกี่ยวกับ

อาการผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้นได้เพื่อการตัดสินใจมาพบแพทย์อย่างทันทั่วทั้งที่ อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์มีดังนี้

1. มีภาวะท้องมานที่โตมากขึ้น ทำให้เกิดอาการหายใจไม่สะดวก
2. มีอาการบวมบริเวณขาหรือตามร่างกาย
3. ปัสสาวะออกน้อยกว่าปกติ
4. อาเจียนเป็นเลือด หรือ มีอาการถ่ายดำ
5. มีไข้สูง
6. ปวดท้อง กดเจ็บหน้าท้อง
7. ระดับการรู้สติเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ซึมลง

โดยสรุป จากการทบทวนงานวิจัยดังกล่าว พบว่ายังมีการศึกษาจำนวนน้อยในกลุ่มผู้ป่วยโรคตับแข็ง และสิ่งสำคัญของการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคตับแข็งก็คือการควบคุมภาวะท้องมาน ซึ่งภาวะท้องมานเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่รุนแรงตามมา และเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ และจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตในการปรับตัวต่อความรุนแรงของโรคที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีความเคร่งครัดในการดูแลตนเอง มีกำลังใจ และมีสมาชิกครอบครัวให้การดูแลอยู่เป็นระยะ การนำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุน และให้ความรู้มาใช้ จึงเป็นวิธีการที่สนองตอบต่อความต้องการ และการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุน และให้ความรู้ สำหรับผู้ป่วยโรคตับแข็งได้แก่ การชี้แนะ การสนับสนุน การส่งเสริม และคงไว้ซึ่งสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการพัฒนาความสามารถของบุคคล และการสอน โดยการบูรณาการวิธีการช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ป่วย ได้แก่ การบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ร่วมกับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ จากพยาบาล และครอบครัว มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโดยตรง โดยการใช้สื่อประกอบการให้ความรู้ที่หลากหลาย มีการมอบคู่มือการดูแลตนเอง เพื่อใช้ในการทบทวนความรู้ได้ตลอดเวลา โปรแกรม ฯ ประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที และห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ นอกจากนี้ยังจัดให้มีโทรศัพท์ติดตามสอบถามปัญหา และอุปสรรคในการดูแลตนเองในครั้งที่ 4 และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถขอรับคำปรึกษาทางโทรศัพท์ได้ตามความต้องการ มีการให้คำแนะนำ ชี้แนะ เพื่อการตัดสินใจ ปฏิบัติการดูแลตนเองที่เหมาะสม ซึ่งจัดว่าเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยขณะดูแลตนเองที่บ้าน

ดังนั้น จึงนับได้ว่าระบบพยาบาลสนับสนุน และให้ความรู้ เป็นรูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคตับแข็ง เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

และสามารถเฝ้าระวังป้องกันตนเองไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้ โดยใช้ศาสตร์และศิลป์
ในการดูแลให้ความเอาใจใส่ผู้ป่วย และครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University