

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดี (Percutaneous transhepatic biliary drainage: PTBD) ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตในการทบทวนวรรณกรรมและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามลำดับดังนี้

1. โรคมะเร็งท่อน้ำดี
2. การรักษา มะเร็งท่อน้ำดีโดยการทำให้ PTBD
3. ผลกระทบต่อผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD
4. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม
5. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma)

ความหมาย

มะเร็งท่อน้ำดี คือมะเร็งที่เกิดจากเซลล์เยื่อผนังของท่อทางเดินน้ำดีซึ่งรวมถึงท่อน้ำดีภายในและภายนอกตับ แต่ไม่ถึงเยื่อของถุงน้ำดีและ Papilla of Vater (ณรงค์ ชันดีแก้ว, 2548) แบ่งเป็น 2 ประเภท (Uttaravichien, Buddhiaswasdi, & Pairojkul, 1996) ดังนี้

1. **Intrahepatic type (Peripheral type)** มะเร็งจะเกิดขึ้นที่ท่อน้ำดีภายในตับและขยายออกสู่เนื้อตับข้าง ๆ ทำให้มีลักษณะเป็นก้อนมะเร็งคล้ายกับมะเร็งตับชนิด Hepatocellular carcinoma โดยระยะของโรคสามารถแบ่งโดยใช้ระบบ TNM ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 TNM classification (Intrahepatic Cholangiocarcinoma)

Stage	Tumor	Node	Metastasis
I	T1	N0	M0
II	T2	N0	M0
IIIA	T3	N0	M0
IIIB	T4	N0	M0
IIIC	Any T	N1	M0
IV	Any T	Any N	M1

(American Joint Committee on Cancer: AJCC, 2002 อ้างถึงใน ณรงค์ ชันตีแก้ว, 2548)

T (Primary tumor) แสดงขนาดของมะเร็งปฐมภูมิ

- TX ไม่สามารถบอกถึงขอบเขต (Extent) ได้แน่นอนถ้ามิได้ทำการผ่าตัดก่อน
- T0 การตรวจไม่พบมะเร็งตับปฐมภูมิ
- T1 ก้อนมะเร็งก้อนเดี่ยวขนาด 2 ซม. ไม่มีการกระจายทางระบบเลือด
- T2 ก้อนมะเร็งก้อนเดี่ยวขนาด 2 ซม. มีการกระจายทางระบบเลือด หรือ ก้อนมะเร็งหลายก้อนเกิดที่กลีบเดียวไม่มีการกระจายทางระบบเลือด หรือก้อนมะเร็งก้อนเดี่ยวขนาด > 2 ซม. ไม่มีการกระจายทางระบบเลือด
- T3 ก้อนมะเร็งก้อนเดี่ยวขนาด > 2 ซม. มีการกระจายทางระบบเลือดหรือ ก้อนมะเร็งหลายก้อนเกิดที่กลีบเดียวขนาด < 2 ซม. มีการกระจายทางระบบเลือด หรือก้อนมะเร็งหลายก้อนเกิดที่กลีบเดียว ขนาด > 2 ซม. มีหรือไม่มีการกระจายทางระบบเลือด
- T4 ก้อนมะเร็งหลายก้อน เกิดมากกว่า 1 กลีบ มีการกระจายไปยังร่องของตับ (Portal or hepatic veins)

N (Regional lymph node) แสดงการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง

- NX ต่อมน้ำเหลืองที่ไม่สามารถบอกสภาพที่แท้จริงในทางคลินิกได้
- N0 การคลำไม่พบต่อมน้ำเหลือง หรือการตรวจวิธี Lymphography
- N1 การรู้สภาพต่อมน้ำเหลืองจากการคลำ การตรวจโดยวิธี Lymphography

M (Distant metastasis) แสดงการแพร่กระจายไปสู่อวัยวะอื่น

- M0 การตรวจโดยทางคลินิกไม่พบ Distant metastasis นอกจากการมี Involvement ของต่อมน้ำเหลือง Regional
- M1 มี Distant metastasis



สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
ห้องสมุดงานวิจัย
วันที่..... 12 มี.ค. 2556
เลขทะเบียน..... 208886
เลขเรียกหนังสือ.....

2. **Extrahepatic type (Central type)** มะเร็งจะเกิดขึ้นที่ท่อน้ำดีใหญ่ตั้งแต่ระดับจนถึงท่อน้ำดีร่วม (Common bile duct) ส่วนปลาย ทั้งนี้ไม่รวมมะเร็งที่ Ampulla of Vater และมะเร็งท่อน้ำดี มะเร็งท่อน้ำดีต้นในกลุ่มนี้จะทำให้เกิดการอุดตันท่อน้ำดี ซึ่งสามารถแบ่งตาม Bismuth's classification แบ่งออกเป็น 4 ชนิด ตามตำแหน่งของมะเร็งและการแพร่กระจายว่าจะอยู่ที่ Common hepatic duct, Hepatic ducts confluence, หรือ Left/Right intrahepatic duct ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 Classification ของ Extrahepatic Cholangiocarcinoma (Bismuth, 1992 อ้างถึงใน อภิชาติ แสงจันทร์ และพิศาล ไม้เรียง, 2548)

Type I	มะเร็งอยู่ที่ Common hepatic duct ยังไม่ลามไปถึง Hepatic confluence
Type II	มะเร็งอยู่ที่ Common hepatic duct และลามไปที่ Hepatic confluence
Type III a	เหมือน Type II และมะเร็งลามไปที่ Right main intrahepatic duct
Type III b	เหมือน Type II และมะเร็งลามไปที่ Left main intrahepatic duct
Type IV	มะเร็งกระจายอยู่ที่ Common hepatic duct, Hepatic confluence และ Left/Right main intrahepatic duct

โดยมะเร็งท่อน้ำดีชนิด Intra hepatic type พบร้อยละ 20 ส่วนชนิด Extrahepatic type ที่ตำแหน่ง Hepatic hilar พบมากถึงร้อยละ 60 และพบตำแหน่งอื่นและพบทั้ง Intra hepatic และ Extrahepatic bile duct ร้อยละ 20 มะเร็งชนิดนี้ถือว่าเป็นมะเร็งที่มีการเจริญเติบโตช้าแต่แพร่ลุกลามและกระจายตัวเร็ว (วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์, 2539; ณรงค์ ชันตีแก้ว, 2548; บรรจบ ศรีภา และคณะ, 2551) โดยพบว่าการลุกลามไปสู่อวัยวะอื่นได้โดยเฉพาะอวัยวะข้างเคียงและต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใกล้ๆ ทั้งๆ ที่ตัวก้อนมะเร็งนั้นอยู่ในระยะสุดท้ายแล้วก็ตาม (ณรงค์ ชันตีแก้ว, 2548) ซึ่งโดยปกติผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีส่วนใหญ่มักจะเสียชีวิตภายใน 6 เดือนถึง 1 ปี ภายหลังจากมีภาวะเหลือง (สุพจน์ คำสะอาด, 2544; Czerniak & Blumgart, 1988)

อุบัติการณ์ของโรค

โรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นมะเร็งที่พบทั่วโลกประมาณร้อยละ 10-15 ของมะเร็งตับทั้งหมด (บรรจบ ศรีภา และคณะ, 2548) ซึ่งมีอุบัติการณ์การเกิดสูงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของ

ประเทศไทย (วันชัย วัฒนศัพท์ และคณะ, 2539; ทองอวบ อุตรวีเชียร, 2532; จงรัก ศรีภา และคณะ, 2542) และเป็นพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก (ปณิต มิคะเสน, 2535; ประสิทธิ์ วัฒนาภา และคณะ, 2545; อาคม ชัยวีระวัฒน์ และคณะ, 2549; บรรจบ ศรีภา และคณะ, 2551; Vatanasapt et al., 1999; Sriamporn et al., 2004) พบมากในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 3:1 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 30-60 ปี (ปณิต มิคะเสน, 2533) จากการศึกษาสถิติของมะเร็งตับเมื่อปรับให้เข้ากับกลุ่มประชากรมาตรฐานโลกโดยทำการศึกษาร่วมกันระหว่างหน่วยมะเร็งคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เชียงใหม่ สงขลา และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (ในกรุงเทพมหานคร) ในปี พ.ศ. 2531-2534 พบว่าอุบัติการณ์ของมะเร็งตับในจังหวัดขอนแก่นในเพศชายเป็น 94.8 และในเพศหญิงเป็น 39.4 ต่อประชากร 100,000 คนและคาดว่า จะมีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 8,000 รายต่อปีซึ่งพบว่าร้อยละ 89 ของผู้ป่วยมะเร็งตับทั้งหมดเป็นมะเร็งท่อน้ำดีและจากการศึกษาของ Parkin et al. (1997) ในระยะต่อมาพบอุบัติการณ์ของมะเร็งตับเพิ่มสูงขึ้นในเพศชายถึง 97.4 ต่อประชากร 100,000 คน ในขณะที่มะเร็งชนิดนี้ในประเทศตะวันตกมีเพียง 0.5-2 คนต่อประชากร 100,000 คน (จงรัก ศรีภา และคณะ, 2542)

สาเหตุของโรคมะเร็งท่อน้ำดี

สาเหตุส่วนใหญ่ในการเกิดมะเร็งท่อน้ำดียังไม่ทราบแน่ชัดแต่ปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) ที่นำไปสู่การเป็นโรคมะเร็งชนิดนี้มีด้วยกันหลายปัจจัย (ประสิทธิ์ วัฒนาภา และคณะ, 2545; อาคม ชัยวีระวัฒน์ และคณะ, 2549; Yeo et al., 1990) ได้แก่

1. Primary sclerosing cholangitis
2. Liver fluke infestation (*Opisthorchis viverrini*, *Clonorchis sinensis*)
3. Chronic intra hepatic duct stone
4. Congenital choledochal cyst
5. Calori's disease
6. Multiple biliary papillomatosis
7. Thorotrast exposure

ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เหล่านี้สามารถทำให้เกิดพยาธิสภาพที่คล้ายกันใน 2 ลักษณะคือ การอักเสบเรื้อรัง (Chronic inflammation) และการบาดเจ็บเรื้อรังของเยื่อบุทางเดินน้ำดี (Chronic injury)

สำหรับในประเทศไทยพบว่าสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีมีความเกี่ยวข้องกับการรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดแบบดิบๆ ซึ่งจะทำให้ได้รับตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับ (*Metacercaria of Opisthorchis Viverrini*) และจะเจริญอยู่ในทางเดินน้ำดี (อาคม ชัยวีระวัฒน์ และคณะ, 2549) ทำให้เกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อบริเวณเยื่อบุท่อน้ำดีและตับ (ไพบูลย์ สิทธิถาวร, 2548) เกิดการทำลายเยื่อบุผิวท่อน้ำดีเรื้อรัง (บรรจบ ศรีภา และคณะ, 2548) พบว่ากว่าร้อยละ 9.4 หรือประมาณ 6 ล้านคนทั่วประเทศมีการติดเชื้อพยาธิชนิดนี้ (บรรจบ ศรีภา และ

คณะ, 2551) อย่างไรก็ตามยังมีปัจจัยอื่นๆ ในภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่น่าจะมีบทบาทร่วมคือ สารก่อมะเร็งต่างๆ ในอาหารประจำวันของประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจากอาหารหมักดอง เช่น ปลาร้า ปลาเจ่า ปลาส้ม (Vatanasapt et al., 1999) ซึ่งมีรายงานการปนเปื้อนของสารก่อมะเร็งโดยเฉพาะกลุ่มเอ็นไนโตรโซคอมพาวด์ (N - Nitrosocompound) และไนโตรซามีน (Nitrosamine) ซึ่งจะเร่งให้เกิดโรคมะเร็งได้เร็วขึ้น (Thamavit, Bhamarpravati, Sahaphong, Vasrasthira, & Angsubhakorn, 1978; Flavell & Lucas, 1983)

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีมักมาพบแพทย์เมื่อมีอาการและระยะของโรคที่มากแล้ว หรือรุนแรงแล้วเป็นส่วนใหญ่ มะเร็งเกือบทั้งหมดจะกระจายไปไกลเป็นระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4 แล้วทั้งนั้น (ทองอวบ อุดรวิเชียร, 2532) อาการของผู้ป่วยแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1. **Intra hepatic (Peripheral type)** ผู้ป่วยจะมีอาการปวดท้องที่ชายโครงขวาและอาจร้าวไปที่ไหล่หรือหลัง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการเบื่ออาหารและน้ำหนักลดร่วมด้วยการตรวจร่างกายมักพบตับโต ซึ่งถ้าเป็นมะเร็งกลีบตับด้านใดจะทำให้กลีบตับด้านนั้นเหี่ยวเนื่องจากมะเร็งกดรัดเส้นเลือดและจะมีกลีบตับด้านตรงข้ามโตขึ้น (Compensation hypertrophy) (Uttaravichien, 1994)

2. **Extra hepatic type (Central type)** ผู้ป่วยจะมีอาการตัวเหลือง ซึ่งเกิดจากการอุดตันของท่อน้ำดี มักมีอาการคันและอุจจาระสีซีด ในกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น Ascending cholangitis หรือ Acalculous cholecystitis จะมีอาการไข้และเจ็บชายโครงขวา

ลักษณะอาการของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่พบบ่อย คือ อาการตัวเหลืองตาเหลืองจากการอุดตันของท่อน้ำดีซึ่งพบได้ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีทั้งหมด (Vatanasapt et al., 1999) ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีส่วนใหญ่มักเสียชีวิตอย่างรวดเร็วภายหลังทราบการวินิจฉัยโรคเนื่องจากวิธีการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกยังไม่มี ทั้งนี้ลักษณะทางคลินิกในระยะแรกของโรคอาการคลุมเครือ ไม่ชัดเจน ต่อเมื่อระยะของโรคได้พัฒนาเข้าสู่ระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4 อาการของโรคจึงปรากฏชัดเจนขึ้น คือ มีอาการแสดงออกถึงปวดแน่นใต้ลิ้นปี่ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ซีด ตับโต ตาเหลือง ตัวเหลือง มีไข้และคันตามร่างกาย ตลอดจนมีอาการติดเชื้อบริเวณทางเดินน้ำดี (Gitnick, 1992; Gholson & Bacon, 1993) สอดคล้องกับการศึกษาของ ซูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ (2545) จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า อาการนำที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์มีอาการมากน้อยแตกต่างกัน คือ ปวด แน่นท้อง ปวดบริเวณชายโครงขวา มีไข้ หนาวสั่น ปัสสาวะสีเหลือง ตาเหลืองและมีอาการคัน

การอุดตันท่อน้ำดี ไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุใดก็ตาม เช่น นิ่ว มะเร็ง ก้อนเนื้องอก เป็นเหตุให้เกิดพยาธิสภาพและอาการดังต่อไปนี้ (สาลี เฉลิมวรรณพงศ์, 2537)

1. อาการปวดร้าวจากหน้าท้องไปชายโครงขวาและแน่นใต้ลิ้นปี่ จากการอุดตันท่อน้ำดีและถุงน้ำดี น้ำดีจะเข้มข้นขึ้นทำให้ระคายเคืองต่อเยื่อบุท่อน้ำดีและถุงน้ำดี ส่วนที่อยู่เหนือจุดอุดตันจะโป่งตึงจากน้ำดีคั่ง ทำให้ปวด
2. มีไข้จากการติดเชื้อจากลำไส้เล็กดูโอดินัม (Duodenum) และซึมผ่านกระแสเลือดง่ายขึ้นจากการอักเสบ รวมทั้งจากเชื้อที่มีอยู่ตามปกติเล็กน้อยจะมีการเจริญผิดปกติ
3. ตัวเหลือง ตาเหลือง ค้นตามร่างกาย จากการที่น้ำดีถูกขัดขวางไหลลงลำไส้เล็กไม่ได้ ทำให้บิลิรูบิน (Bilirubin) และเกลือน้ำดี (Bile salt) ถูกดูดซึมกลับเข้ากระแสเลือดทางผนังถุงน้ำดีที่ก้ำลำไส้เล็กซึ่งปกติจะไม่เกิดขึ้น ระดับบิลิรูบินและเกลือน้ำดีจะสูงขึ้นมากเมื่อไหลไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายจะไปเกาะอยู่ที่เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน เยื่อเมือก เยื่อบุตาขาวและผิวหนังจะมีสีเหลืองจากสีของบิลิรูบิน ผิวหนังคัน อาจจะมีรู้สึกแสบร้อนจากการระคายเคืองของเกลือน้ำดี
4. ปัสสาวะสีเหลืองทองแกมน้ำตาล เนื่องจากบิลิรูบินในกระแสเลือดเป็นคอนจูเกตบิลิรูบิน (Conjugate bilirubin) ละลายน้ำได้จึงถูกกรองที่ไตและออกมากับปัสสาวะ
5. อุจจาระมีไขมันมาก (Steatorrhea) จากการที่น้ำดีไหลลงสู่ลำไส้ไม่ได้ ทำให้ขาดกรดน้ำดี (Bile acid) ที่จับกับไขมันที่ลำไส้ใหญ่สำหรับใช้ย่อยไขมัน ไขมันที่มากับอาหารไม่ได้รับการย่อย ดูดซึมไม่ได้จึงถูกขับออกมากับอุจจาระ
6. อุจจาระสีซีด จากการขาดยูโรบิลิโนเจน (Urobilinogen) เนื่องจากขณะที่น้ำดีไหลลงสู่โอดินัมไม่ได้จึงไม่มีบิลิรูบินลงไปลำไส้ใหญ่อุจจาระปกติมีสีเหลืองน้ำตาลจึงมีสีซีด
7. โรคกระดูกอ่อน (Osteomalacia) จากการขาดวิตามิน D ที่ใช้ในการสร้างกระดูกเนื่องจากร่างกายดูดซึมไขมันไม่ได้ ทำให้ขาดวิตามิน A, D, E และ K ซึ่งละลายในไขมัน เลือดออกง่าย จากการขาดวิตามิน K ซึ่งเป็นตัวที่ทำให้เกิดการสร้างแฟคเตอร์ 2, 7, 9 และ 5 อันเป็นส่วนที่ทำให้เกิดการแข็งตัวของเลือด

การวินิจฉัยโรคมะเร็งท่อน้ำดี

การวินิจฉัยโรคมะเร็งท่อน้ำดีในระยะเริ่มต้นถือว่ามีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อการลดอัตราการเสียชีวิตเนื่องจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีสำหรับการวินิจฉัยนี้ต้องประกอบด้วย 2 องค์ประกอบที่สำคัญ (ประสิทธิ์ วัฒนาภา และคณะ, 2545) คือ

1. การตรวจพบที่มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อบุผนังท่อน้ำดีเป็นเซลล์มะเร็งซึ่งอาจตรวจได้โดยการตรวจในกระแสเลือดหรือในน้ำดี
 2. การตรวจหาตำแหน่งที่เกิดมีการเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งในระบบท่อน้ำดี
- โดยทั่วไปแล้วการวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดีสามารถทำได้ดังนี้ (อาคม ชัยวีระวัฒนะ และคณะ, 2549)

การตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma screening)

การตรวจระดับ Serum alkaline phosphatase, Bilirubin และ Gamma glutamyl transpeptidase ยังไม่มีความไวและเจาะจงมากพอในการตรวจคัดกรอง (Gores, 2000 อ้างถึงใน อาคม ชัยวีระวัฒนะ และคณะ, 2549)

การตรวจ Tumor marker ที่นำมาใช้มากที่สุดคือ Carbohydrate antigen serum 19-9 (CA19-9) ซึ่งจะขึ้นสูงใน Cholangiocarcinoma ถึงร้อยละ 85 และถ้าใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโดย CA19-9 สูงกว่า 100U/ml จะมีความไวร้อยละ 75 และมีความเฉพาะเจาะจงมากถึงร้อยละ 80 ใน Cholangiocarcinoma ที่เกิดกับผู้ป่วย Primary sclerosing cholangitis แต่อย่างไรก็ตาม CA19-9 อาจสูงได้มาก ๆ ในผู้ป่วยที่มีภาวะเหลืองจากการอุดตัน (Obstructive jaundice) โดยไม่มีมะเร็งได้จึงมีข้อจำกัดเมื่อนำมาใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะ Obstructive jaundice

การตรวจ Carcinoembryonic antigen (CEA) พบสูงในผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีประมาณ 30% และพบในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งชนิดอื่น ๆ ได้อีก เช่น มะเร็งลำไส้ มะเร็งกระเพาะอาหารและตับอ่อน จึงไม่สามารถใช้ CEA เป็น Screening test ได้

นอกจากนี้สามารถตรวจได้จาก Tumor marker ในน้ำดี ถึงแม้จะมีความไวแต่ต้องทำการตรวจด้วยการส่องกล้องเพื่อเก็บน้ำดีมาตรวจซึ่งไม่สะดวกและยุ่งยากที่จะนำมาเป็น Screening test การวินิจฉัยจากอาการทางคลินิก

โรคมะเร็งท่อน้ำดียังไม่สามารถตรวจพบได้ในระยะเริ่มแรก ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมาพบแพทย์เมื่อมีอาการแสดงอย่างชัดเจนและมะเร็งได้ลุกลามไปมากแล้ว (อาคม ชัยวิระวัฒน์ และคณะ, 2549) การวินิจฉัยจะอาศัยอาการและอาการแสดงทางคลินิก การตรวจร่างกายจะพบภาวะเหลือง ตับโตและในบางรายจะมีถุงน้ำดีโตร่วมด้วย ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะพบมะเร็งแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองเหนือไหปลาร้าและกระจายไปอวัยวะอื่น ๆ ในร่างกาย เช่น ช่องท้อง ปอดและกระดูก เป็นต้น ผู้ป่วยที่มีท่อน้ำดีอุดตันเป็นเวลานานจะเกิดตับแข็งตามมา (Secondary biliary cirrhosis) ผู้ป่วยที่มีระดับบิลิรูบินสูงมาก อาจจะร่วมกับการติดเชื้อในทางเดินน้ำดีหรือไม่ก็ได้ มีโอกาสเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันได้สูง (Mairiang, Bhudhisawasdi, Borirakchanyavat, & Sitprija, 1990)

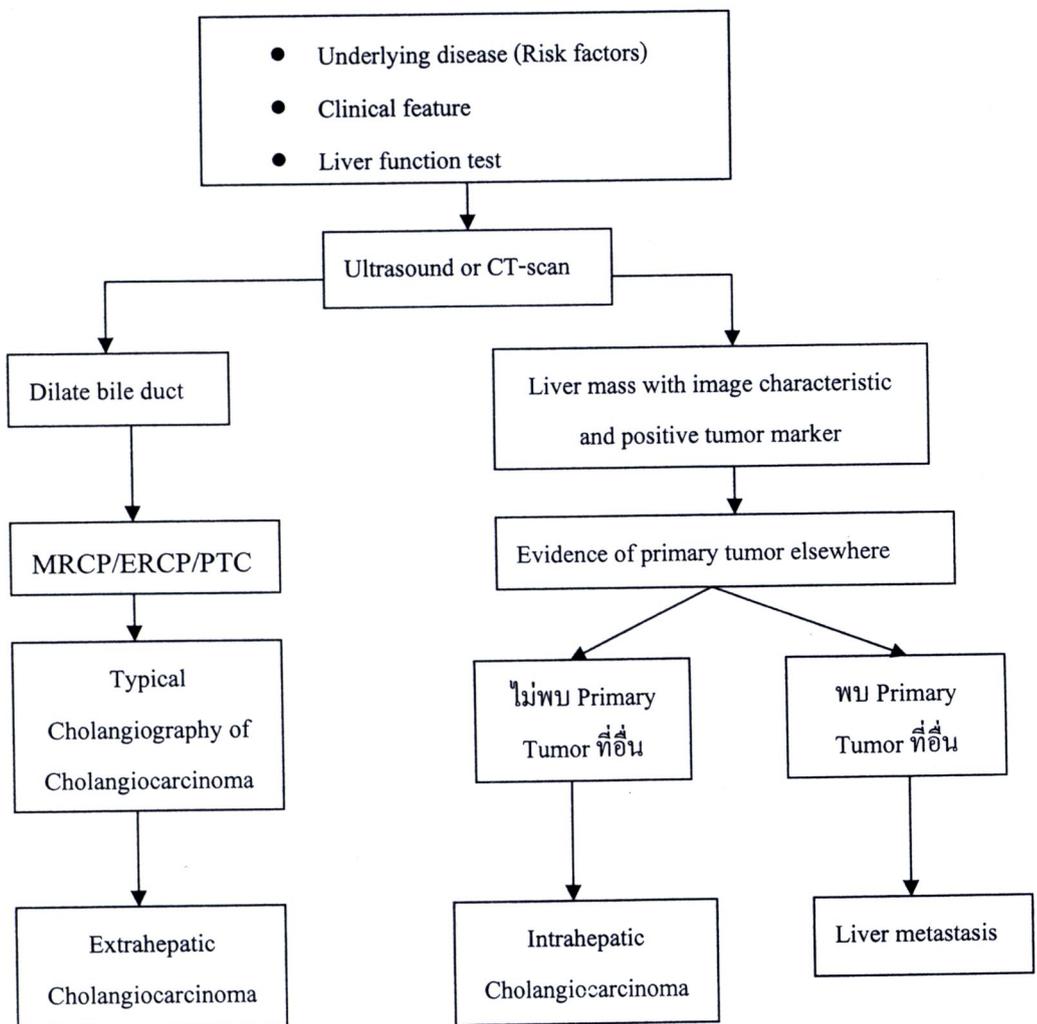
การตรวจทางรังสี

1. การตรวจด้วยวิธี Ultrasonography
2. การตรวจด้วย Computed tomography (CT) จะพบรายละเอียดและตำแหน่งของการอุดตันท่อน้ำดีได้ชัดเจนในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ (Extrahepatic type)
3. การตรวจด้วยวิธี Magnetic resonance imaging (MRI) และ Magnetic resonance cholangio pancreatography (MRCP) ถือเป็นการตรวจที่ดีมากในการดูขอบเขตของมะเร็งและรายละเอียดของท่อน้ำดีในมะเร็งชนิด Extrahepatic type โดยไม่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเหมือน Endoscopic retrograde cholangio-pancreaticography (ERCP)
4. การตรวจด้วยวิธี ERCP วิธีนี้สามารถให้รายละเอียดของท่อน้ำดีได้อย่างชัดเจน และสามารถแยกสาเหตุของท่อน้ำดีอุดตันได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ยังสามารถทำการตรวจ Cytology และ Tissue pathology เพื่อยืนยันการวินิจฉัยมะเร็งได้อย่างแน่นอนและยังสามารถเก็บน้ำดีส่งตรวจ Tumor marker ต่าง ๆ ได้ นอกจากนี้ยังมีการตรวจด้วย Endoscopic ultrasound ซึ่ง

สามารถตรวจ Extrahepatic bile duct และสามารถตรวจหาและเจาะดูเนื้อเยื่อจากต่อมน้ำเหลือง เพื่อวินิจฉัยการแพร่กระจายของมะเร็งได้อีกด้วย

ในปัจจุบันถึงแม้ว่าการตรวจหามะเร็งท่อน้ำดีโดยใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT) หรือ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็ก (MRI) จะมีอัตราความถูกต้องในการตรวจหามะเร็งสูงถึง 90% แต่ การตรวจหามะเร็งท่อน้ำดีที่เพิ่งเริ่มเกิดซึ่งจะมีขนาดเล็กมาก ๆ นั้นยังไม่สามารถตรวจหาได้ด้วยวิธี ดังกล่าวนอกจากนี้จากการที่ระบบท่อน้ำดีภายในตับมีความซับซ้อนและแตกออกเป็นถึง 3 แขนง ทำให้การตรวจหาตำแหน่งของมะเร็งจำเป็นต้องอาศัยการตรวจที่ให้ภาพเป็น 3 มิติโดยเฉพาะ อย่างยิ่งหากจะมีการผ่าตัดเอามะเร็งเริ่มต้นนั้น ๆ ออกยังอาจต้องอาศัยการตรวจที่สามารถทำได้ใน ห้องผ่าตัดช่วยเสริม (ประสิทธิ์ วัฒนาภา และคณะ, 2545)

ข้อแนะนำการวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดี (Suspected Cholangiocarcinoma) ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ข้อแนะนำการวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดี (อาคม ชัยวีระวัฒน์ และคณะ, 2549)

การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี

โดยทั่วไปเป้าหมายการแก้ไขปัญหาโรคมะเร็งคือการลดอัตราการเสียชีวิตจากโรครวมทั้งการลดปัจจัยเสี่ยงกรณีที่ทราบปัจจัยเสี่ยงแน่ชัด ซึ่งจะส่งผลให้แนวโน้มอุบัติการณ์ของโรคและอัตราการเสียชีวิตลดลงในที่สุด ปัจจุบันอุบัติการณ์ของมะเร็งท่อน้ำดียังไม่ลดลงและการรักษายังให้ผลไม่เป็นที่น่าพอใจ (ประสิทธิ์ วัฒนาภา และคณะ, 2545)

การรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดีขึ้นอยู่กับกลุ่ลลามของโรค (Invasion) โดยจะพิจารณาจากขนาด (Size) บริเวณที่เกิดโรค (Location) ระยะการลุกลามของโรค (Distant metastasis) และความสามารถที่จะทำการผ่าตัด (Resectibility) ซึ่งสามารถแบ่งการรักษาเป็น 2 กลุ่มเป้าหมาย (ศูนย์มะเร็งคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2551) คือ

1. การรักษาเพื่อให้หายขาด (Curative treatment)

การรักษาเพื่อให้หายขาดทำได้โดยการผ่าตัดเท่านั้นหากพบว่าผู้ป่วยสามารถผ่าตัดเนื้องอกออกได้ทั้งหมดเป็นโอกาสเดียวที่จะรักษาให้หายขาดได้ แต่เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมาพบแพทย์เมื่อมะเร็งได้ลุกลามไปมากแล้วซึ่งทำให้ผลการรักษาไม่ดีเท่ากับการรักษามะเร็งชนิดอื่น ๆ (ณรงค์ ชันติแก้ว, 2548) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่สังเกตเห็นอาการผิดปกติจนกระทั่งมะเร็งมีการเจริญเติบโตและพัฒนาสู่ระยะสุดท้ายซึ่งจะทำให้การรักษาโดยการผ่าตัดไม่ได้ผล ซึ่งพบว่ามีเพียงร้อยละ 10-15 ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีเท่านั้นที่สามารถรับการผ่าตัดได้และส่วนใหญ่จะเป็นการผ่าตัดเพื่อบรรเทาภาวะแทรกซ้อนของมะเร็ง อีกร้อยละ 85-90 ต้องรักษาด้วยวิธีอื่น (บรรจบ ศรีภา และคณะ, 2551)

2. การรักษาแบบประคับประคอง (Palliative treatment)

การรักษาส่วนใหญ่ในปัจจุบันเป็นการรักษาเพื่อประคับประคองหรือแก้ไขการอุดตันของท่อน้ำดีเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการคันและการติดเชื้อในท่อน้ำดี ได้แก่

2.1 การรักษาโดยการผ่าตัด ในผู้ป่วยที่คาดว่าสามารถผ่าตัดก่อนเนื้องอกออกได้จะรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเพราะเป็นวิธีมาตรฐานที่สามารถเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้ ในผู้ป่วยที่คาดว่าผ่าตัดเนื้องอกได้แต่ในขณะที่ผ่าตัดพบว่าระยะของโรคไม่สามารถผ่าตัดออกได้จะได้รับการผ่าตัดเพื่อระบายน้ำดีเพราะสามารถรักษาอาการคันและเหลืองของผู้ป่วยได้ (อภิชาติ แสงจันทร์ & พิศาล ไม้เรียง, 2548; Czerniak & Blumgart, 1988; Khan, Thomas, Davidson, & Taylor-Robinson, 2005) การผ่าตัดแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 4 กลุ่ม คือ

2.1.1 ในรายที่ได้รับการตัดตับบางส่วน แสดงว่า ตำแหน่งของมะเร็งอยู่บริเวณชายตับและอาจมีการอุดตันของท่อน้ำดี 1 ข้าง

2.1.2 ในรายที่ได้รับการตัดตับและทำทางเดินน้ำดีใหม่ แสดงว่า ตำแหน่งของมะเร็งอยู่บริเวณขั้วตับและมีการอุดตันของท่อน้ำดี 2 ข้าง

2.1.3 ในรายที่ได้รับการทำทางเดินน้ำดีใหม่ แสดงว่าระยะของโรคลุกลามไปมากแล้ว การผ่าตัดสามารถแก้ไขเพียงบรรเทาอาการอุดตันของท่อน้ำดี



2.1.4 ในรายที่ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ แสดงว่าระยะของโรคลุกลามไปมากแล้ว ไม่สามารถทำอะไรได้

อัตราการรอดชีวิตหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ไม่มีตัวเหลืองในระยะ 1 ปี 2 ปี และ 5 ปี มีร้อยละ 75, 50, และ 15 ตามลำดับและอัตราการรอดชีวิตภายหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยที่มีตัวเหลือง ตาเหลืองในระยะ 3 เดือน, 1 ปี และ 5 ปี มีร้อยละ 50, 15 และ 1-2 ตามลำดับ (ทองอวบ อุดวิเชียร & วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์, 2538) หากไม่ได้รับการรักษาผู้ป่วยจะเสียชีวิตในเวลาสั้น จากตับวาย ติดเชื้อในท่อน้ำดีและในกระแสเลือดหรือภาวะขาดสารอาหาร (ธีรวัฒน์ ภาสตรโรจน์, 2549)

2.2 การรักษาโดยรังสีรักษา ใช้เป็น Adjuvant therapy โดยการเข้าร่วมกับวิธีการอื่น (Abraham & Leslie, 1988) สามารถยับยั้งการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งได้ (อุบลจ้วงพานิช และคณะ, 2546) การให้รังสีรักษาหากใช้ร่วมกับยาเคมีบำบัดเป็นการรักษาที่มีแนวโน้มให้ผลดีกว่า การใช้รังสีรักษาหรือยาเคมีบำบัดเพียงอย่างเดียว (ชลเกียรติ หอประเสริฐ, ศักดิ์พิสิษฐ นวลศิริ & ยงยุทธ คงธนรัตน์, 2549)

2.3 การรักษาโดยเคมีบำบัด สามารถยับยั้งการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งได้แต่ต้องเข้าร่วมกับวิธีอื่น ๆ การรักษาโดยใช้เคมีบำบัดในมะเร็งของอวัยวะในช่องท้อง หรือระบบทางเดินอาหารโดยเฉพาะมะเร็งตับได้ผลไม่ดี ส่วนใหญ่ที่ใช้กันเป็นการรักษาเพื่อบรรเทาอาการ (Palliative treatment) (วันชัย วัฒนศัพท์ & พิศาล ไม้เรียง, 2539) มะเร็งท่อน้ำดีที่พบในคนไทยมีหลายลักษณะทำให้การตอบสนองต่อยาของผู้ป่วยแต่ละรายแตกต่างกัน มีการติดต่อยาเคมีบำบัด รวมทั้งการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา จึงมีผู้ป่วยเพียงบางส่วนเท่านั้นที่สามารถรับยาจนครบสูตร (บรรจบ ศรีภา และคณะ, 2551) เคมีบำบัดที่ดีที่สุดสำหรับมะเร็งท่อน้ำดียังต้องทำการศึกษาต่อไป (อาคม ชัยวีระวัฒน์ และคณะ, 2549) แต่อย่างไรก็ตามทั้งการรักษาโดยใช้เคมีบำบัดหรือรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีนั้นยังได้ผลน้อย (Wattanapa, 1996; Taoka & Kawarada, 1997)

2.4 การรักษาโดยวิธีรังสีร่วมรักษา ในปัจจุบัน ผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินน้ำดีที่ไม่สามารถทำการผ่าตัดเอาเนื้องอกออกไปได้นั้น สามารถจะได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (Palliative treatment) โดยวิธีรังสีร่วมรักษา คือ

2.4.1 การรักษาโดยวิธีการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้องอกเข้าสู่ท่อน้ำดี (Percutaneous transhepatic biliary drainage: PTBD) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือการใส่สายระบายน้ำดีออกมาภายนอกร่างกาย (External drainage) และการใส่สายระบายน้ำดีภายในและภายนอก (Internal and external drainage)

2.4.2 การใส่ท่อระบายน้ำดีเทียม (Biliary endoprosthesis) แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือการใส่ท่อระบายน้ำดีเทียมชนิดพลาสติก (Plastic endoprosthesis) และการใส่ท่อระบายน้ำดีเทียมชนิดขดลวด (Metallic stents) เป็นการระบายน้ำดีจากท่อน้ำดีลงสู่ลำไส้ โดยการใส่ Metallic stent placement ผ่านทางผิวหนังและดับเข้าสู่ท่อน้ำดีลงไปจนถึงลำไส้เล็ก

ส่วนต้น (Duodenum) จะเริ่มจากการระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังก่อนเพื่อประเมินว่าน้ำดีไหลลงสู่ลำไส้ได้หรือไม่

นอกจากนี้การรักษามะเร็งท่อน้ำดียังสามารถทำได้โดยวิธีการปลูกถ่ายตับ (Liver transplant) ซึ่งในปัจจุบันนี้แพทย์ไทยสามารถทำได้ แต่สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่มักจะมีข้อจำกัดมากมายและไม่ใช้เป็นทางเลือกในการรักษา (กองทุนโรครายาเพื่อเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคตับ, 2002) ซึ่งการเปลี่ยนตับสำหรับมะเร็งท่อน้ำดีที่ไม่สามารถผ่าตัดได้นั้นในปัจจุบันยังมีข้อโต้แย้งเนื่องจากพบอัตราการกลับเป็นซ้ำเพิ่มมากขึ้นถึง 90% ภายในระยะเวลา 2 ปี (Jeyarajah & Klintmalm, 1998; Meyer, Penn & James, 2000)

2. การรักษามะเร็งท่อน้ำดีโดยการทำ PTBD

ในปัจจุบันผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินน้ำดี ที่ไม่สามารถทำการผ่าตัดเอาเนื้องอกออกได้ สามารถรักษาแบบประคับประคอง (Palliative treatment) ด้วยวิธีรังสีร่วมรักษา (Interventional radiology) การระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังเป็นเทคนิคที่ทำได้ดีมาก มีความสะดวกเนื่องจากความก้าวหน้าของอุปกรณ์ทางรังสีและความก้าวหน้าของเทคนิคการใส่สายสวนหลอดเลือด สามารถประยุกต์ใช้ในท่อน้ำดีได้ (ราเมศร์ วัชรสินธุ์, 2535) ผลแทรกซ้อนและข้อห้ามในการทำน้อย จึงเป็นวิธีการที่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย เป็นที่ยอมรับและใช้กันทั่วไป (นรา แวศร, 2530; ไพฑูรย์ จงจิตรนนท์ & ราเมศร์ วัชรสินธุ์, 2528; Ferrucci, Mueller, & William, 1980; Lu, Ho, & King, 1991) ซึ่งถือว่าเป็นการรักษาแบบประคับประคองที่ได้ผลโดยสามารถลดอาการคัน ไข้และลดภาวะตัวและตาเหลืองลงได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นถึงร้อยละ 75-80 (ไพฑูรย์ จงจิตรนนท์ & ราเมศร์ วัชรสินธุ์, 2528) และสามารถทำได้สำเร็จประมาณร้อยละ 90-96 (ไพฑูรย์ จงจิตรนนท์ & ราเมศร์ วัชรสินธุ์, 2528; Gunther et al., 1988)

ข้อบ่งชี้สำหรับการทำ PTBD (ราเมศร์ วัชรสินธุ์, 2535) มีดังนี้

1. Palliative treatment สำหรับ Malignant obstruction ที่พบบ่อยในประเทศไทยได้แก่ Cholangiocarcinoma โดยเฉพาะชนิด Hilar type ซึ่งไม่สามารถผ่าตัดได้หรือมีความเสี่ยงในการผ่าตัดสูง การใส่ท่อระบายน้ำดีจะลดอาการคัน ช่วยไม่ให้ผู้ป่วยทรมานมาก ช่วยลดความดันภายในท่อทำให้ตับมีการทำงานดีขึ้น นอกจากนี้จะใช้เป็นการเตรียมผู้ป่วยสำหรับการรักษาโดยเคมีบำบัดต่อไป

2. การติดเชื้อในทางเดินน้ำดี (Cholangitis) ผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินน้ำดี มักมีการติดเชื้อร่วมด้วย กรณีที่ไม่สามารถรักษาได้ด้วยยาปฏิชีวนะ จะต้องทำการระบายน้ำดี ซึ่งปัจจุบันสามารถทำได้โดยไม่ต้องผ่าตัด เช่น การใส่ท่อระบายผ่านทางผิวหนัง หรือใส่ท่อระบายโดยใช้กล้องตรวจทางเดินอาหารช่วยนำทาง

3. เป็นการสร้าง Tract สำหรับการรักษานิดอื่น ๆ เช่น การใส่แร่กัมมันตรังสี หรือการตรวจชิ้นเนื้อด้วยกล้องส่องท่อน้ำดี (Cholangioscopy) หรือการขยายท่อน้ำดีที่มีการอุดตัน (Dilatation of biliary stricture) ที่เกี่ยวข้องกับการอุดตันในทางเดินน้ำดี

4. ใช้เตรียมผู้ป่วยก่อนทำการผ่าตัด (Preoperative drainage) โดยการผ่าตัดที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การผ่าตัดตับ ตับอ่อน ซึ่งต้องใช้เวลาผ่าตัดนาน การเตรียมผู้ป่วยก่อนทำการผ่าตัดจะช่วยให้การทำงานของตับและสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วยดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตามข้อบ่งชี้ที่มีผู้ที่ไม่เห็นด้วย เนื่องจากอาจมีผลทำให้ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยยาวนานขึ้นและมีผลแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในทางเดินน้ำดีมากขึ้น ดังนั้นการเตรียมผู้ป่วยก่อนทำการผ่าตัดโดยการทำ PTBD จึงขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของศัลยแพทย์ว่าควรจะทำ PTBD ก่อนหรือไม่

นอกจากนี้ Hill & Gibson (2004) ได้กล่าวถึงข้อบ่งชี้ในการใส่สายระบายน้ำดีออกภายนอกร่างกาย ดังนี้

1. ใช้ในผู้ป่วยที่มีการอักเสบของท่อน้ำดีเนื่องจากการระบายน้ำดีภายในร่างกายไม่สามารถทำได้
2. ทำการระบายน้ำดีชั่วคราวในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเพียงเล็กน้อยถ้าการใส่ท่อระบายน้ำดีเทียมล้มเหลว
3. เป็นการระบายน้ำดีแบบถาวรเพื่อใช้เป็นแนวสำหรับการรักษาโดยวิธี Brachytherapy
4. ใช้สำหรับรักษาภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

ประโยชน์ของการทำ PTBD มี 2 ประการใหญ่ ๆ (ไพฑูรย์ จงจิตรนนท์ & ราเมศร์ วัชรสินธุ์, 2528) คือ

1. ระบายน้ำดีแบบถาวร เช่นผู้ป่วยมะเร็งน้ำดีระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่มีสภาพของหัวใจและปอดไม่ปลอดภัยต่อการให้ยาสลบ หรือผู้ป่วยที่ชราภาพ
2. ระบายน้ำดีแบบชั่วคราว โดยเฉพาะในรายที่มีการอุดตันของท่อน้ำดีรุนแรงหรือเป็นมานาน มีการติดเชื้อร่วมด้วยหรือผู้ป่วยที่มีภาวะทางโภชนาการไม่ดี การผ่าตัดหลังจากที่ได้ระบายน้ำดีแล้วจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดลงได้ เช่น การรั่วไหลของน้ำดี

ข้อห้ามสำหรับการทำ PTBD (ไพฑูรย์ จงจิตรนนท์ & ราเมศร์ วัชรสินธุ์, 2528; ราเมศร์ วัชรสินธุ์, 2535) ได้แก่

1. ภาวะเลือดแข็งตัวช้า แต่ถ้ามีความจำเป็นต้องทำการระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังสามารถแก้ไขได้โดยการให้ Fresh Frozen Plasma (FFP) และวิตามิน K หรือเกร็ดเลือด (Platelets concentrate) เพื่อให้ค่าของ PT, PTT อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติ
2. ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ควรรักษาให้ภาวะติดเชื้อดีขึ้นอาจต้องให้ยาปฏิชีวนะและให้น้ำอย่างเพียงพอก่อนการทำ PTBD

3. ภาวะมีน้ำในช่องท้อง (Ascites) ไม่ทำเพราะอาจมีการติดเชื่อในช่องท้อง และท่อน้ำดีไม่อยู่นิ่งทำให้ทำยาก เนื่องจากตับจะลอยไปมา มีอันตรายระหว่างทำได้ แต่หากมีความจำเป็นต้องทำอาจจะทำได้แต่ต้องใช้ Guide wire ที่แข็งหรือดูด Ascites ออกก่อน

4. การอุดตันหลายตำแหน่ง เช่นอุดตันของท่อน้ำดีในตับและท่อน้ำดีนอกตับ ถ้าจำเป็นต้องทำต้องเลือกทำในตำแหน่งที่คิดว่าเกิดการติดเชื่อ นอกจากนี้ยังไม่สามารถระบายได้ทุกจุด กรณีเช่นนี้มักพบในผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพราะไม่มีประโยชน์ที่จะทำการระบายน้ำดี

5. ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งในระยะสุดท้ายแต่มีอาการเพียงเล็กน้อยซึ่งการทำผ่าตัดหรือการระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังอาจไม่ได้ช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้น

ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการทำ PTBD

ถึงแม้ว่าการรักษามะเร็งท่อน้ำดีโดยการทำ PTBD จะสามารถบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่างๆที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรคให้กับผู้ป่วยได้แต่พบว่าสามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาภายหลังได้ (ไพฑูรย์ จงจิตนันท์ & ราเมศร์ วัชรสินธุ์, 2528; นรา แววศร, 2530; ราเมศร์ วัชรสินธุ์, 2535; Ferrucci et al., 1980; Gunther et al., 1988; Barth, 1990; Han & Park, 1999; Molnar & Stockum, 1974 cited in Hili et al, 2003)

ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการทำ PTBD แบ่งเป็น 2 ระยะ (ไพฑูรย์ จงจิตนันท์ & ราเมศร์ วัชรสินธุ์, 2528; ราเมศร์ วัชรสินธุ์, 2535; Han & Park, 1999) ดังนี้

1. ภาวะแทรกซ้อนระยะเฉียบพลัน (Acute complication) ปัญหาที่พบบ่อยคือการติดเชื่อในกระแสเลือดซึ่งเกิดจากเข็มแทงผ่านเส้นเลือดระหว่างการทำหรืออาจเกิดจากการฉีดสารทึบรังสีมากเกินไป ทำให้มีการไหลย้อนของน้ำดีที่ติดเชื่อเข้าหลอดเลือดดำได้ พบภาวะติดเชื่อนี้ได้ร้อยละ 10 โดยทั่วไปสามารถควบคุมได้ด้วยการให้ยาปฏิชีวนะก่อนและหลังการตรวจอย่างน้อย 48-72 ชั่วโมง มีประมาณร้อยละ 3 จะมีอาการรุนแรงเกิด Septic shock ได้ ต้องให้การรักษาที่รวดเร็วและให้สารน้ำเพียงพอ รองจากการติดเชื่อคือภาวะเลือดออกจากสาเหตุต่างๆ เช่น มีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติซึ่งไม่ได้รับการตรวจที่ถูกต้องก่อนทำ PTBD การใช้เข็มขนาดใหญ่เกินไปและผู้ป่วยที่ตื่น หายใจแรง จะทำให้เกิดการฉีกขาดของผิวหนังได้ การป้องกัน คือการใช้เข็มขนาดเล็ก อุบัติการณ์ของการตกเลือดมากกว่า 500 มล. พบได้ร้อยละ 3-5 นอกจากนี้อาจพบการรั่วของน้ำดีเข้าสู่ช่องท้องซึ่งเกิดจากสายหลุดระหว่างทำหรือแทงเข็มแต่สามารถใส่สายได้ โอกาสเกิดท่อน้ำดีรั่วกรณีที่ใส่สายไม่ได้พบสูงถึงร้อยละ 70 ดังนั้นการทำ PTBD จำเป็นต้องอาศัยประสบการณ์และมีอุปกรณ์ที่พร้อม จะต้องพยายามใส่ท่อระบายให้สำเร็จซึ่งรายที่มีท่อน้ำดีรั่วต้องผ่าตัดทุกราย สำหรับผลแทรกซ้อนอื่นในระยะเฉียบพลันพบได้น้อย เช่น การแทงผิดพลาดเข้าสู่อวัยวะอื่น เช่น ปอด ถุงน้ำดี ลำไส้ เป็นต้น

จากการศึกษาของ Leackong et al. (n.d.) ถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาโดยการทำ PTBD จำนวนทั้งหมด 95 รายในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น โดยทำการศึกษาย้อนหลังจากบันทึกของแพทย์ รังสี

แพทย์และภาพถ่ายเอ็กซเรย์ในปี 2003-2006 ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันจะเกิดขึ้นภายใน 2 สัปดาห์หลังทำ PTBD และปัญหาที่พบบ่อยมากที่สุดได้แก่ การติดเชื้อพบทั้งหมดร้อยละ 27.27 ประกอบด้วยมีไข้หลังทำ PTBD ร้อยละ 21.21 เกิดการติดเชื้อทางเดินน้ำดีร้อยละ 3.03 และติดเชื้อในกระแสเลือดร้อยละ 3.03 และการมีความผิดปกติของสายร้อยละ 11.11 ประกอบด้วย สายอุดตันร้อยละ 7.07 สายเลื่อนร้อยละ 3.03 และสายหลุดร้อยละ 1.01

Berquist, May, Johnson, Adson, & Thistle (1981) ศึกษาภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันในผู้ป่วย 40 รายที่ได้รับการรักษาโดยการระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังปัญหาที่พบได้แก่ มีเลือดออก 8 ราย ติดเชื้อในกระแสเลือด 4 ราย มีไข้และหนาวสั่น 13 ราย ปวดบริเวณที่แทงเข็ม 9 ราย ตับอ่อนติดเชื้อ 1 รายและมีเลือดออกในช่องปอด 1 ราย

2. ภาวะแทรกซ้อนระยะหลัง (Delayed complication) เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยภายหลังจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลัน ภาวะแทรกซ้อนระยะหลังที่พบได้แก่

2.1 การติดเชื้อในทางเดินน้ำดี โดยพบในผู้ป่วยเกือบทุกรายที่จำเป็นต้องคาท่อระบายไว้ตลอดชีวิตอย่างน้อย 1 ครั้ง สาเหตุของการติดเชื้อมักเกิดจากท่อระบายอุดตัน หรือการดูแลแผลและบริเวณผิวหนังทางออกของสายไม่สะอาด

2.2 ท่อระบายเลื่อนหรือหลุดออกมานอกผิวหนัง โดยมีสาเหตุมาจากการหายใจแรง อุบัติเหตุ หรือบริเวณที่เย็บท่อระบายติดไว้กับผิวหนังขาดทำให้สายหลุดได้

2.3 ท่อระบายอุดตัน เกิดจากตะกอนของน้ำดีหรือเนื้อมะเร็งมาอุดอยู่รอบ ๆ ทำให้น้ำดีไหลไม่สะดวก ซึ่งจะพบว่า มีน้ำดีซึมรอบ ๆ แผล น้ำดีไม่อยู่ในถุงระบาย มีอาการปวดและมีไข้

ภาวะแทรกซ้อนระยะหลังที่พบได้บ่อยหลังทำ PTBD คือการติดเชื้อทางเดินน้ำดี (นรา แววศร, 2530; ราเมศร์ วัชรสินธุ์, 2535; Han & Park, 1999; Nomura et al., 1999) ซึ่งมีสาเหตุสำคัญมาจากการอุดตันของสาย สายเลื่อน สายมีรอยพับงอ (Nomura et al., 1999) และเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต (Handerson et al. 1979 cited in Clouse et al., 1983) โดยจากการศึกษาของ Audisio et al. (1993) ศึกษาผลของการติดเชื้อทางเดินน้ำดีในผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเหลืองและได้รับการรักษาโดยการทำ PTBD จำนวน 29 ราย พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 14 เสียชีวิตจากการติดเชื้อทางเดินน้ำดีหลังจากรักษาด้วยวิธีนี้

การติดเชื้อทางเดินน้ำดีอาจมีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยไม่ดูแลความสะอาดผิวหนังรอบ ๆ บาดแผลและท่อระบาย การไม่ทำแผลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ การไม่ล้างท่อระบายตามกำหนด การไม่ระมัดระวังอุบัติเหตุ การเกิดการดึงรั้งของสาย ทำให้อสายเลื่อนหรือสายหลุดซึ่งเป็นสาเหตุของการติดเชื้อตามมาได้ (วรรณภา ศรีธัญรัตน์, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, อารีย์ พรหมไม้ & ทิพวัลย์ โพธิ์แทน, 2529; นรา แววศร, 2530; ราเมศร์ วัชรสินธุ์, 2535) หากผู้ป่วยดูแลความสะอาดบริเวณทางออกของสายระบายไม่ถูกต้องอาจทำให้เกิดการติดเชื้อได้เนื่องจากท่อ

ระบายที่ใส่เข้าไปภายในช่องท้องจะเป็นทางนำเชื้อโรคจากภายนอกเข้าไปในร่างกายได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของสายระบายและวิธีการดูแลสายระบายที่ถูกต้องก็เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ทั้งสิ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Mueller et al. (1982) ที่พบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดสายระบายเลื่อนหลุดในผู้ป่วยที่ทำ PTBD มีความสัมพันธ์กับความเข้าใจเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของสายระบายและวิธีการดูแลสายระบายที่ถูกต้องของผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการทำ PTBD ดังนี้

Wongkonkitsin et al. (2006) ได้ทำการศึกษาเชิงวิเคราะห์โดยการเก็บข้อมูลย้อนหลังและไปข้างหน้าระหว่างปี พ.ศ. 2543-2545 ทำการติดตามผู้ป่วยจนถึงปี พ.ศ. 2547 ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการนำ PTBD ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 41 ราย โดยพบปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การอุดตันของสายร้อยละ 9.76 และ 18.07 สายเลื่อนร้อยละ 21.95 และ 26.83 ในผู้ป่วยที่ทำ PTBD แบบชั่วคราวและถาวรตามลำดับ สอดคล้องกับการสุ่มสำรวจประวัติการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ทำ PTBD จำนวน 30 รายที่มาติดตามการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ครั้งขึ้นไปตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2551 ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นโดยผู้วิจัยเอง พบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้แก่ สายระบายอุดตันร้อยละ 100 สายเลื่อนหลุดร้อยละ 36.67 และมีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเกิดการติดเชื้อทางเดินน้ำดี 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.33 ในจำนวนผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อทางเดินน้ำดีนี้พบว่าผู้ป่วย 15 รายเกิดการติดเชื้อทางเดินน้ำดีภายในระยะเวลา 1-5 เดือนหลังจากได้รับการรักษาและกลับไปดูแลตนเองที่บ้านและเกิดการติดเชื้อซ้ำบ่อย ๆ

Nomura et al. (1999) ศึกษาการเกิดการติดเชื้อทางเดินน้ำดีภายหลังทำ PTBD ในผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินน้ำดีจากมะเร็งโดยทำการศึกษาย้อนหลังจากบันทึกอาการทางคลินิกของผู้ป่วยทั้งหมดในปี 1984-1995 วิเคราะห์ระยะเวลาของการเกิดการติดเชื้อทางเดินน้ำดีในผู้ป่วย 128 ราย เป็นหญิง 58 ราย ชาย 70 ราย อายุ 31-82 ปี อายุเฉลี่ย 64 ปี โดยทำการวิเคราะห์จากการมีไข้ จำนวนเม็ดเลือดขาวมากกว่า 10×10^9 cell/mm³ ผลการตรวจ Bile culture positive มีภาวะเหลืองและปวดท้อง โดยทำการศึกษาเป็นเวลา 60 วันหลังทำ PTBD ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วย 98 ราย (ร้อยละ 77) มีผลการตรวจ Bile culture positive หลังการทำ PTBD และผู้ป่วย 36 ราย (ร้อยละ 28) เกิดการติดเชื้อทางเดินน้ำดีภายหลังการทำ PTBD และมีอุบัติการณ์ติดเชื้อทางเดินน้ำดีเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 10 ใน 2 สัปดาห์แรกภายหลังทำ PTBD และเมื่อครบ 60 วันอัตราการติดเชื้อเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 40 นอกจากนี้ยังพบว่าสาเหตุของการติดเชื้อทางเดินน้ำดีในผู้ป่วย 12 รายเกิดจากการอุดตันทำให้น้ำดีไม่ไหล สายเลื่อนและสายพับงอ

Audisio et al. (1993) ศึกษาผลลัพธ์ของการติดเชื้อทางเดินน้ำดีในผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเหลืองและได้รับการรักษาโดยการนำ PTBD จำนวน 29 ราย เป็นเพศชาย 13 รายและเพศหญิง 16 ราย อายุเฉลี่ย 55 ปี ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจำนวน 4 ราย (ร้อยละ 14) เสียชีวิต

จากการติดเชื้อหลังจากรักษาโดยการทำให้ PTBD และมีการติดเชื้อซ้ำบ่อย ๆ เมื่อวิเคราะห์ระยะเวลาของการเกิดการติดเชื้อทางเดินน้ำดีพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 50 เกิดการติดเชื้อทางเดินน้ำดีภายใน 5 เดือนและผู้ป่วยร้อยละ 100 เกิดการติดเชื้อทางเดินน้ำดีภายใน 9 เดือน หลังจากได้รับการรักษาโดยการทำให้ PTBD นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วย 15 รายได้รับการเปลี่ยนสายใหม่โดยผู้ป่วย 14 ราย เปลี่ยนสายมากกว่า 1 ครั้งและพบว่าเทคนิคการระมัดระวังและการดูแลสายที่ตีรวมทั้งการล้างสายด้วยน้ำเกลือปราศจากเชื้อเพื่อไม่ให้เกิดการอุดตันจะช่วยลดอุบัติการณ์และจำนวนครั้งของการเกิดการติดเชื้อได้ถึงร้อยละ 38.5

Carrasco, Zornoza, & Bechtel (1984) ศึกษาการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังในผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินน้ำดีจากมะเร็ง โดยทำการศึกษาในผู้ป่วย 134 รายที่ได้รับการรักษาโดยการระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังในโรงพยาบาล Anderson และสถาบันมะเร็งใน Houston มหาวิทยาลัย Texas ระหว่างปี 1979-1982 ผลการศึกษาพบว่าภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นในผู้ป่วย 111 รายคิดเป็นร้อยละ 69 ซึ่งพบว่าการติดเชื้อทางเดินน้ำดีเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุดโดยเกิดขึ้นในผู้ป่วย 75 รายคิดเป็นร้อยละ 47 สายเลื่อน 29 ราย (ร้อยละ 18) รอบ ๆ สายมีน้ำดีซึม 26 ราย (ร้อยละ 16) สายอุดตัน 22 ราย (ร้อยละ 14) เกิดการตกเลือดเข้าไปในทางเดินของน้ำดี 12 ราย (ร้อยละ 7)

Doyle & Jones (1984) ทำการศึกษาประสิทธิผลการรักษาโดยการทำให้ PTBD ในผู้ป่วย 54 รายมีผู้ป่วย 15 รายทำการระบายน้ำดีก่อนผ่าตัด (ระยะสั้น) และผู้ป่วยจำนวน 35 รายสมัครใจทำการระบายน้ำดีระยะยาวโดยเป็นผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งในระยะแพร่กระจายหรือทำการผ่าตัดล้มเหลวมาก่อน ผลการวิจัยพบว่า ในผู้ป่วย 35 รายที่ทำการระบายน้ำดีระยะยาวใส่สายระบายน้ำดีนานเฉลี่ย 70 วัน ผู้ป่วย 5 รายมีไข้หลังจากทำ PTBD เกิดการติดเชื้อทางเดินน้ำดี 4 ราย น้ำดีรั่วเข้าไปในช่องท้อง 3 ราย แผลทางออกของสายระบายติดเชื้อ 3 ราย อีก 4 ราย ติดเชื้อ MRSA (*Multi-resistant Staphylococcus Aureus*)

Clouse et al. (1983) ทำการศึกษาภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่รักษาโดยการทำให้ PTBD เนื่องจากมีการอุดตันในท่อน้ำดีหลายตำแหน่งในโรงพยาบาล New England Deaconess และ Harvard medical school, Boston, Massachusetts จำนวนทั้งหมด 53 รายโดยการทบทวนอุบัติการณ์การเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่า ผู้ป่วย 52 รายประสบความสำเร็จในการใส่สายระบายน้ำดีมีผู้ป่วย 14 รายเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) คิดเป็นร้อยละ 3 ติดเชื้อในกระแสเลือดและมีการอักเสบร่วมด้วยจำนวน 2 ราย

Mueller et al. (1982) ศึกษาภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ทำ PTBD แล้วกลับไปดูแลสายที่บ้านมากกว่า 2-3 เดือนจำนวน 40 รายพบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ได้แก่ เกิดสายอุดตันจากตะกอนน้ำดีหรือมะเร็งจำนวน 7 ราย เกิดการติดเชื้อทางเดินน้ำดีจำนวน 13 ราย สายเลื่อนจำนวน 11 รายและพบว่าความถี่ของการเกิดภาวะแทรกซ้อนสัมพันธ์กับลักษณะของครอบครัวและการดูแลที่บ้านที่ผู้ป่วยได้รับและการเกิดการติดเชื้อทางเดินน้ำดีมีความสัมพันธ์กับ

ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับหน้าที่ของสายระบายและความต้องการการดูแลสายที่ถูกต้องซึ่งจะทำให้การเกิดสายเลือดอุดตันมีอัตราการเกิดต่ำลง

Berquist et al. (1981) ศึกษาภาวะแทรกซ้อนระยะหลังที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย 40 รายที่ทำการรักษาโดยการระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนัง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้แก่ เกิดการอักเสบของผิวหนังบริเวณทางออกของสาย 3 ราย น้ำดีซึมรอบ ๆ แผล 4 ราย เกิดการติดเชื้ทางเดินน้ำดี 7 ราย เกิดการอุดตันของสาย 6 รายและสายเลือด 2 ราย

Handerson et al. (1979) รายงานว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการระบายน้ำดีออกภายนอกร่างกายพบอุบัติการณ์การเกิดการติดเชื้ในทางเดินน้ำดีร้อยละ 25 ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการรักษาโดยวิธีนี้เป็นระยะเวลามากกว่า 4 เดือนจะเกิดการติดเชื้ทางเดินน้ำดีอย่างน้อย 1 ครั้งและพบว่าเกิดการติดเชื้ทางเดินน้ำดีเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้ป่วย 1 ราย (Handerson et al., 1979 cited in Clouse et al., 1983)

จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าการติดเชื้ทางเดินน้ำดีเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยอีกทั้งภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ได้แก่ สายระบายน้ำดีเกิดการอุดตัน สายเลือด สายพังงอ น้ำดีซึมรอบ ๆ แผลทางออกของสายยังเป็นสาเหตุทำให้เกิดการติดเชื้ทางเดินน้ำดีตามมาได้ซึ่งระยะเวลาของการติดเชื้ทางเดินน้ำดีที่พบได้มากที่สุดคือภายหลังการเกิดภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันในระยะเวลา 2 สัปดาห์ขึ้นไป (Leackong et al., n.d.) สอดคล้องกับการศึกษาของ Nomura et al. (1999) ที่พบว่าภายหลังการทำ PTBD 2 สัปดาห์ผู้ป่วยมีการติดเชื้ทางเดินน้ำดีมากกว่าร้อยละ 10 และภายหลังการทำ PTBD 60 วัน พบการติดเชื้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 40 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mueller et al. (1982) ที่พบว่าผู้ป่วยภายหลังการทำ PTBD แล้วกลับไปดูแลสายระบายน้ำดีที่บ้านเป็นระยะเวลามากกว่า 2-3 เดือนจะเกิดการติดเชื้ทางเดินน้ำดีร้อยละ 32.5 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Handerson et al. (1979) ที่พบว่าผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการรักษาโดยการทำ PTBD เป็นระยะเวลามากกว่า 4 เดือนจะเกิดการติดเชื้ทางเดินน้ำดีอย่างน้อย 1 ครั้ง นอกจากนี้จากการศึกษาของ Audisio et al. (1993) ยังพบว่าภายหลังการทำ PTBD เป็นเวลา 5 เดือน ผู้ป่วยมากถึงร้อยละ 50 เกิดการติดเชื้ทางเดินน้ำดี ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD ในระยะ 2 สัปดาห์ถึง 5 เดือน ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกๆ ที่ผู้ป่วยจะต้องดูแลตนเองที่บ้าน

3. ผลกระทบต่อผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีและได้รับการรักษาโดยการทำ PTBD

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งนับเป็นภาวะคุกคามชีวิตและความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งมีความแตกต่างจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่นๆ (Tritter & Calnan, 2002) จากระยะของโรคที่รุนแรงเฉียบพลัน (Krause, 1991) ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ประเมินสถานการณ์

เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งว่าเป็นความเครียด (ผ่องพักตร์ พิทยพันธ์, 2542) และมีระดับความรุนแรงมากที่สุด (ไพพร แซ่เตีย, 2544) ทั้งนี้จากการรับรู้ว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย เป็นแล้วต้องตาย เกิดความรู้สึกกลัว รู้สึกไม่แน่นอนในผลการรักษาและการรอดชีวิต ไม่สามารถวางใจจากอาการกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำของมะเร็ง สิ่งเหล่านี้นับเป็นสถานการณ์เครียด ส่งผลต่อภาวะสุขภาพกาย บทบาททางสังคมและหน้าที่การทำงานตามมา (ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล, 2546; สุกัญญา เตชะโชควิวัฒน์, 2544; Folkman & Greer, 2000 cited in Nail, 2001; สมจิต หนูเจริญกุล, 2536; Lazarus & Folkman, 1984)

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการรักษาโดยการผ่าตัด PTBD มีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายที่สำคัญ ได้แก่ ความเจ็บปวดจากการรุกรานของมะเร็งซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 60-80 ของผู้ป่วยทั้งหมด (Nail, 2001) ความไม่สุขสบายแน่นอึดอัดท้อง ท้องโต อาหารไม่ย่อยจากการอุดตันของท่อน้ำดี ภาวะท้องมานเนื่องจากตับสร้างอัลบูมินลดลง อาการคันตามตัว ภาวะลักษณะเปลี่ยนไปจากภาวะตัวตาเหลือง การมีสายระบายน้ำดีติดตัวตลอดเวลาซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบาย เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลทางออกของสายหากดูแลแผลไม่สะอาดเพียงพอ และอาจลุกลามเกิดการติดเชื้อทางเดินน้ำดีและติดเชื้อในกระแสเลือดตามมาได้ ผลกระทบทางด้านจิตใจพบว่าผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีมีความวิตกกังวล กลัวไม่หาย กลัวโรคกลับเป็นซ้ำ รู้สึกไม่แน่นอนจากการคาดหวังว่าการรักษาจะช่วยให้ตนหายจากโรคและอาการทุกข์ทรมาน (ชูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ, 2547; นวลจันทร์ ธาณินทร์สุรัตน์, 2544; อุบล จัวงพานิช และคณะ, 2546) นอกจากนี้ยังมีผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจเนื่องจากปกติแล้วผู้ป่วยจะต้องได้รับการเปลี่ยนสายทุก 4-6 เดือนหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องทำให้เกิดการอุดตันของสายระบายหรือสายระบายเลื่อนหลุด มีการติดเชื้อหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์เพื่อทำการรักษาหรือเปลี่ยนสายก่อนกำหนด ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนสายแต่ละครั้งจะเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 13,000 บาทและในกรณีผู้ป่วยอยู่ต่างจังหวัดต้องเดินทางมาติดตามการรักษาหรือแก้ไขภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้นทำให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจต่อผู้ป่วยและครอบครัวตามมา (ราเมศร์ วัชรสินธุ์, 2535)

ดังนั้นเพื่อเป็นการป้องกันปัญหาดังกล่าวผู้ป่วยจึงควรได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างเพียงพอเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและปรับพฤติกรรมใหม่ให้เข้าได้กับสภาวะที่เปลี่ยนแปลงไปจากพยาธิสภาพของโรคและการรักษาที่ได้รับซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยและสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นตามมาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ตามความสามารถที่มีอยู่อันจะนำไปสู่ความผาสุกตามอรรถภาพของผู้ป่วยต่อไป



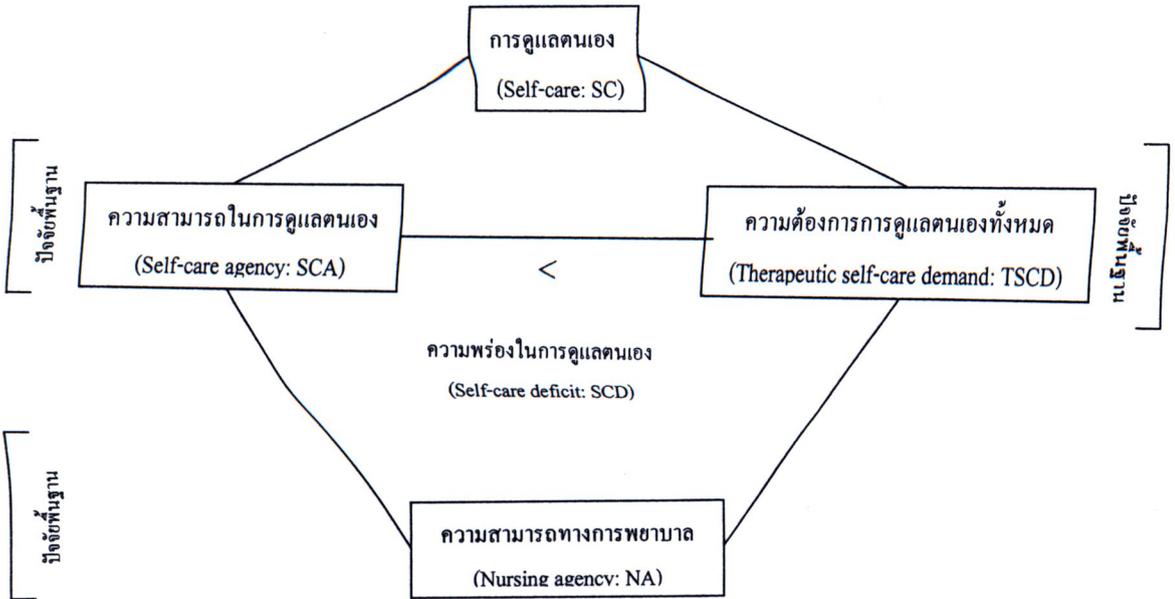
4. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) อธิบายว่า

“บุคคลจะมีการดูแลตนเองเพื่อรักษาซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ แต่เมื่อใดที่บุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้ ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นโดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว และเมื่อสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถช่วยเหลือได้ พยาบาลจะสามารถให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมโดยการกระทำแทนหรือกระทำให้กับผู้ป่วย การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน การให้กำลังใจและปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม ซึ่งการกระทำต่างๆ เหล่านี้พยาบาลจะกระทำร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวโดยมุ่งช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ ให้สุขภาพดีขึ้นและอยู่ได้อย่างปกติสุข”

นอกจากนี้ทฤษฎีนี้เชื่อว่า คน เป็นผู้ที่มีความสามารถกระทำกิจกรรมอย่างจงใจ (Deliberate action) มีความสามารถในการเรียนรู้และสามารถวางแผนจัดระบบการดูแลตนเองได้ และคนจะมีลักษณะเป็นองค์รวม ไม่สามารถแยกจากสิ่งแวดล้อมได้และมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน สิ่งแวดล้อมที่ดีจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลตั้งเป้าหมายในการปรับพฤติกรรม การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมจะมีส่วนช่วยพัฒนาความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเอง บุคคลจะต้องมีการดูแลตนเองอย่างเพียงพอและต่อเนื่องจึงจะบรรลุถึงการมีสุขภาพดี การพยาบาลเป็นการบริการสุขภาพที่มีจุดเน้นในการช่วยปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองแทนบุคคลเมื่อบุคคลหรือสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถกระทำได้และช่วยให้บุคคลสามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่องเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุกของบุคคลนั้น ๆ

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 1985) ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กันคือทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self-care) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Theory of self-care deficit) และทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing system) ซึ่งทั้ง 3 ทฤษฎีรวมกันประกอบด้วย 6 มโนทัศน์หลัก ซึ่งเป็นแก่นของทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม คือการดูแลตนเอง (Self-care) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ความพร้อมในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) ระบบการพยาบาล (Nursing system) และความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency) ส่วนมโนทัศน์ประกอบคือ ปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors) กรอบแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีมีความสัมพันธ์กัน ดังแสดงในภาพที่ 3



< หมายความว่า น้อยกว่า

ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎี (Orem, 1991 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540)

รายละเอียดของแต่ละมโนทัศน์มีดังนี้

การดูแลตนเอง (Self-care)

การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม ในแนวคิดของโอเร็ม การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action and goal oriented) ซึ่งการกระทำอย่างจริงจังของบุคคลขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจว่าอะไรคือสิ่งที่เหมาะสมในสถานการณ์นั้น ๆ (Orem, 1985 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540)

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand)

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด หมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรจะต้องกระทำในระยะเวลาใดเวลาหนึ่งหรือเป็นงานทั้งหมดที่ต้องกระทำเพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ ในสถานการณ์นั้นเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น 3 ด้าน คือ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540)

1. **ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self-care requisites)** เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ของการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้

- 1.1 คงไว้ซึ่ง อากาศ น้ำและอาหารที่เพียงพอ
- 1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ
- 1.3 รักษาซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน
- 1.4 รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 1.5 ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ
- 1.6 ส่งเสริมการอยู่อย่างปกติสุข

2. **การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Development self-care requisites)** เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรืออุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ดีที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่าง ๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอด ในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจาก การขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการพิการ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการตาย

3. **การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites)** เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น การเกิดโรค หรือความเจ็บป่วย และจากการวินิจฉัยโรคและการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มีดังนี้คือ

3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

3.2 รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้และสนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

3.5 ปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการรักษา โดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบของการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริงซึ่งจะเห็นว่าการดูแลตนเองในประเด็นนี้ บุคคลจะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการการดูแลตนเองในประเด็นอื่น ๆ เข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมดที่จะช่วยป้องกันอุปสรรคหรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัย และการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency)

ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะทำงานเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ความรู้เกี่ยวกับการกระทำอย่างจริงจังและมีเป้าหมายในระยะต่าง ๆ จะช่วยให้เข้าใจความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ในระยะแรกที่น่าไปสู่การตัดสินใจ คือ การเก็บรวบรวมข้อมูล แปลความหมายของข้อมูล และตัดสินใจควรกระทำหรือเปลี่ยนแปลงอะไรบ้างซึ่งการจะกระทำเช่นนี้ได้บุคคลต้องมีความรู้และทักษะในการคิดและตัดสินใจ ในระยะที่สองเกี่ยวข้องกับความสามารถในการปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ การประเมินและการปรับเปลี่ยนการกระทำซึ่งจะต้องมีความสามารถในการจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม และถ้าการกระทำนั้นเป็นการกระทำดูแลตนเองเรียกว่า การปฏิบัติการดูแลตนเอง (Self-care operations)

ความสามารถในการดูแลตนเองยังประกอบด้วยอีก 2 มิติ คือ 1) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions) และ 2) พลังอำนาจ 10 ประการ (Power components or enabling abilities) ซึ่งทั้ง 2 มิติอยู่ภายใต้โครงสร้างของการปฏิบัติการดูแลตนเอง

ความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit)

เมื่อความต้องการการดูแลตนเองมากกว่าความสามารถที่จะตอบสนองได้ บุคคลจะมีความพร่องในการดูแลตนเองและต้องการการพยาบาล ความพร่องในการดูแลตนเองเป็นความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง (ความสามารถในการกระทำ) และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (งานทั้งหมดที่ต้องกระทำ) ความจำกัดในการดูแลตนเองเกิดจากการรู้ การพิจารณาตัดสินใจและการลงมือปฏิบัติ

ความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency)

เป็นความสามารถที่ได้มาจากการศึกษาและฝึกปฏิบัติในศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล เป็นความสามารถที่จะช่วยให้พยาบาลได้วินิจฉัยความต้องการการดูแลและจัดระบบการดูแลในผู้ป่วยที่มีความพร้อมหรือมีโอกาสจะเกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง แนวคิดของความสามารถทางการพยาบาลเปรียบได้กับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่จะต่างกันตรงที่ความสามารถทางการพยาบาลจะมุ่งให้การดูแลบุคคลอื่นที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง

ระบบการพยาบาล (Nursing system)

ระบบการพยาบาล คือ ระบบที่ได้มาจากการใช้ความสามารถทางการพยาบาลเพื่อปรับแก้ไขความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ใช้บริการ ระบบการพยาบาลจะเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ เพื่อค้นหาปัญหาความต้องการการดูแลและลงมือกระทำเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแล รวมทั้งปรับการใช้และพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการในการดูแลตนเองหรือปรับการใช้และพัฒนาความสามารถของผู้รับผิดชอบในการสนองตอบต่อความต้องการการดูแลของบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา ระบบการพยาบาลเป็นระบบของการกระทำที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความสามารถ และความต้องการการดูแลของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ

การแบ่งชนิดของระบบการพยาบาล อาศัยเกณฑ์ของความสามารถของบุคคลในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำ (Control of movement and manipulation) ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 3 ระบบ คือ

1. ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system) ใช้เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่ต้องอาศัยตนเองเป็นผู้ชี้แนะหรือไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว
2. ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system) ในระบบนี้ผู้ป่วยกับพยาบาลร่วมกันรับผิดชอบในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย การช่วยเหลือขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วย ผู้ป่วยกับพยาบาลอาจจะต้องเป้าหมายร่วมกัน ผู้ป่วยอาจจะปฏิบัติในกิจกรรมการดูแลที่เกี่ยวข้องกับการสนองตอบต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) ส่วนพยาบาลอาจจะช่วยผู้ป่วยสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นซึ่งเกิดจากปัญหาสุขภาพ
3. ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) ในระบบนี้ผู้ป่วยจะเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและกิจกรรมที่ต้องกระทำ ผู้ป่วยจะได้รับการสอน แนะนำ และสนับสนุนจากพยาบาล การสอนจะต้องรวมผู้ป่วยและครอบครัวหรือบุคคลที่สำคัญของผู้ป่วยด้วย ส่วนพยาบาลนอกจากจะสอนและให้คำแนะนำแล้วยังต้องคอยกระตุ้นให้กำลังใจให้ผู้ป่วยคงความพยายามในการดูแลตนเอง

วิธีการให้ความช่วยเหลือ

พยาบาลให้ความช่วยเหลือในส่วนที่บุคคลมีความพร้อมในการดูแลตนเองที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ วิธีให้การช่วยเหลือมี 5 วิธี คือ

1. การกระทำให้หรือกระทำแทน (Action for or doing for)
2. การชี้แนะ (Guiding another)
3. การสนับสนุน (Supporting another)
4. การสอน (Teaching)
5. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถที่จะ

สนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง

ปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors)

การดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลนั้น นอกจากต้องอาศัยความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน พลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองดังกล่าวมาแล้วนั้น การดูแลตนเองของบุคคลยังขึ้นอยู่กับปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกบุคคล ซึ่งโอเร็มได้กล่าวถึงปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานในการดูแลตนเองของบุคคล ดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

1. อายุ อายุมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคล โดยทารกและเด็กจะต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง เมื่อโตขึ้นเด็กจะสามารถเรียนรู้และดูแลตนเองได้มากขึ้นตามวัย และเมื่อเข้าสู่วัยชราความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองก็จะลดลงตามวัย เช่นกัน

2. เพศ โอเร็มกล่าวถึงเรื่องเพศว่าเป็นปัจจัยที่กำหนด บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบในครอบครัวและบ่งบอกความแตกต่างด้านสรีระ ซึ่งอาจมีผลต่อการดูแลตนเองของบุคคล

3. ระยะพัฒนาการ การดูแลตนเองของบุคคลขึ้นอยู่กับระยะพัฒนาการแต่ละช่วงชีวิต ทารกและเด็กอยู่ในระยะเริ่มต้นการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เมื่อถึงวัยผู้ใหญ่ความสามารถในการดูแลตนเองก็จะพัฒนาสูงขึ้น สามารถประเมินเลือกแนวทาง วางเป้าหมายและตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้

4. ภาวะสุขภาพ ระยะของโรคและอาการที่ปรากฏเป็นตัวบ่งบอกภาวะสุขภาพและกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล เมื่อความรุนแรงของโรคมากขึ้นจะทำให้มีอุปสรรคและข้อจำกัดในการดูแลตนเองมากขึ้น เป็นผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองน้อยลง

5. สังคมและขนบธรรมเนียมประเพณี โอเร็มกล่าวว่าการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรมและความเชื่อของบุคคล โดยมีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง วิธีการดูแลตนเองที่ได้จาก

การเรียนรู้และการถ่ายทอดกันมาจนเป็นขนบธรรมเนียมประเพณี อาจเป็นวิธีการดูแลตนเองที่เป็นประโยชน์หรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพ วิธีการดูแลตนเองบางอย่างจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม

6. ระบบครอบครัว สถานภาพและความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวอาจส่งผลต่อการดูแลตนเองของบุคคล โดยครอบครัวจะมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของสมาชิกที่เจ็บป่วย อาจเป็นแหล่งประโยชน์ในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง หรืออาจเป็นข้อจำกัดในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล

7. ระบบบริการสุขภาพ การจัดระบบบริการสุขภาพทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของบุคคล โดยเป็นแหล่งส่งเสริมให้บุคคลสามารถแสวงหาความรู้และปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

8. แบบแผนการดำเนินชีวิต การดำเนินชีวิตเป็นตัวกำหนดความต้องการการดูแลตนเองของบุคคลและมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่เปลี่ยนแปลงไปจากแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เคยปฏิบัติ

9. สิ่งแวดล้อม ได้แก่ สภาพที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมด้านตัวบุคคล เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของบุคคล โดยสภาพแวดล้อมที่ดีจะช่วยจูงใจให้บุคคลตั้งเป้าหมายและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองให้บรรลุเป้าหมาย เป็นการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล

10. แหล่งประโยชน์ แหล่งประโยชน์ของบุคคล เช่น ฐานะทางเศรษฐกิจ ความช่วยเหลือจุนเจือต่าง ๆ เป็นปัจจัยในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล

11. ประสบการณ์ที่ผ่านมาในชีวิตของบุคคล ได้แก่ ความเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือเรื้อรังอาจมีผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้สูญเสียความหวังจนไม่สามารถดูแลตนเองได้

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มจึงเป็นทฤษฎีที่เน้นบทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง โดยดูแลทดแทนในส่วนที่ผู้ป่วยและญาติไม่สามารถกระทำได้ รวมทั้งส่งเสริมและพัฒนาความสามารถของบุคคลและครอบครัวในการดูแลตนเองและนำศักยภาพที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด PTBD บุคคลจึงต้องการความรู้และทักษะในการปฏิบัติตัวเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมตามความต้องการการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ แต่ในขณะเดียวกันก็ต้องดัดแปลงกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปและการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ ให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วย เพื่อรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ที่ปกติและเพื่อส่งเสริมพัฒนาการและเพิ่มความสามารถในการป้องกันตนเองจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ซึ่งความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดจะถูกตอบสนอง

ได้มากเพียงใดจะแสดงออกโดยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างมีเป้าหมายและ
จงใจกระทำตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม

5. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD

จากแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะส่งผลให้ความสามารถใน
การดูแลตนเองของบุคคลลดลงในขณะเดียวกันความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดจะเพิ่มขึ้น
บุคคลจึงเกิดความพร่องในการดูแลตนเองและต้องการความช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการ
การดูแลตนเองทั้งหมด กิจกรรมการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเร็มเป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติ
อย่างจงใจและมีเป้าหมายภายหลังการคิดพิจารณา ตัดสินใจที่จะปฏิบัติเพื่อตอบสนองความ
ต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Orem, 1995) ผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง
ท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD ซึ่งพยาธิสภาพและการรักษาที่ได้รับส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพ
เป็ยงเบนไปจากปกติ มีข้อจำกัดจากโรคและการรักษาจึงเกิดความต้องการในการดูแลตนเองเพิ่ม
มากขึ้นหากผู้ป่วยดูแลตนเองไม่ถูกต้องเหมาะสมอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบ
ต่าง ๆ ตามมา ดังนั้นเพื่อเป็นการป้องกันปัญหาดังกล่าว การดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพของ
ผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการควบคุมความเจ็บป่วยเพื่อชะลอความก้าวหน้าของโรคและหลีกเลี่ยง
อาการกำเริบ (Connolly, 1985) ผู้ป่วยจึงต้องปฏิบัติกรดูแลตนเองให้ติดลอดระยะเวลาของการ
เจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิต เรียนรู้ในการผสมผสานและ
สอดแทรกกิจกรรมการดูแลตนเองเข้าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตโดยที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าเวลาทั้งหมดถูก
ใช้ไปในการควบคุมโรค จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยได้สรุปเป็น
พฤติกรรมที่ต้องกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยมะเร็ง
ท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD ดังนี้

5.1 พฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหาร

ผู้ป่วยโรคมะเร็งเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารชนิดต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการขาด
สารอาหารประเภทโปรตีนและพลังงาน การให้อาหารที่ถูกหลักโภชนาการมีบทบาทสำคัญในการ
สนับสนุนวิธีการรักษาโรคมะเร็งให้สัมฤทธิ์ผล ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลด้านอาหารเป็น
อย่างดีควบคู่ไปกับการรักษา ผลการรักษาย่อมดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการเหลียวแลด้านโภชนาการ
(วิจัย ตันไพจิตร, 2532; Norton, Peacock & Morrison, 1987 อ้างถึงใน อนัน ศรีพนัสกุล,
2542) เนื่องจากภาวะโภชนาการมีผลต่อการตอบสนองต่อการรักษามะเร็งหลายชนิด โดยพบว่า
ผู้ป่วยที่มีภาวะโภชนาการไม่ดีลงเรื่อย ๆ จะเป็นสาเหตุการตายถึง 2 ใน 3 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด
(Lawson et al., 1982 อ้างถึงใน อนัน ศรีพนัสกุล, 2542) ผู้ป่วยโรคตับไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุ
ใดก็ตามมักมีปัญหาทุโภชนาการ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อนและอัตรา
การรอดชีวิตที่สูงขึ้น (ปณิตา ลิมปะวัฒน์ & ประณิธิ หงส์ประภาส, 2545) การดูแลตนเองใน
เรื่องการจัดการอาหารของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD ในแต่ละวันให้เหมาะสมและ

เพียงพอกับความต้องการของร่างกายจึงมีความสำคัญ เนื่องจากสารอาหารทำให้ร่างกายได้รับพลังงานเพียงพอ ส่งเสริมการเจริญเติบโต ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย ควบคุมกระบวนการต้านการอักเสบและลดโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อภูมิคุ้มกันของร่างกาย (นัยนา บุญทวีวัฒน์, 2548) ซึ่งกระบวนการดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD ทั้งสิ้น จึงเป็นการช่วยชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนให้ช้าลงได้ ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD ควรรับประทานอาหารอย่างน้อยวันละ 3 มื้อ หากสังเกตแล้วว่าได้อาหารไม่เพียงพออาจต้องเพิ่มอาหารเป็นวันละ 5-6 มื้อ โดยการให้อาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการระหว่างมื้อจะมีส่วนทำให้ผู้ป่วยได้รับโปรตีนและพลังงานมากขึ้น (วิชัย ตันไพจิตร, 2532) การรักษาความสะอาดในช่องปากเป็นสิ่งที่ละเลยไม่ได้เพราะถ้าเกิดการอักเสบจะทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง การดูแลปากและฟันให้สะอาดยังช่วยให้มีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น (สาลี เฉลิมวรรณพงศ์, 2537) ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีพยาธิสภาพของโรคจะไปรบกวนการทำหน้าที่ของระบบน้ำดีและตับอ่อนซึ่งเกี่ยวข้องกับการสร้างน้ำดีเพื่อช่วยแยกอนุภาคของไขมันให้มีขนาดเล็กลง ทำให้น้ำย่อยสามารถย่อยไขมันได้เร็วขึ้นและน้ำดียังมีฤทธิ์เป็นด่างช่วยปรับสภาพความเป็นกรด-ด่าง ของอาหารที่ผ่านการย่อยจากกระเพาะให้มีค่าเหมาะสมกับการทำงานของน้ำ (อุษณีย์ ยิงยวด, 2551) ดังนั้นในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีจึงควรได้รับอาหารที่มีไขมันต่ำเพื่อลดการกระตุ้นการทำงานของระบบน้ำดีและตับอ่อนมากเกินไป ควรหลีกเลี่ยงอาหารประเภทนม หรือผลิตภัณฑ์จากนม เช่น ครีม เนย ไอศกรีม ข้าวผัดและถั่วต่างๆ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟและอาหารที่ให้แก๊สเพราะจะทำให้ลำไส้โป่งตึง กระตุ้นการหลั่งน้ำย่อยจากตับอ่อน ควรรับประทานอาหารหลายมื้อ ปริมาณน้อย เพื่อจะได้ย่อยง่ายและควรเพิ่มพลังงานให้ได้รับจากอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตและโปรตีนสูงแทนไขมัน (พลังงาน 1,000-1,200 cal/day) (ชิตชม สุวรรณน้อย, 2543; สาลี เฉลิมวรรณพงศ์, 2537) นอกจากนี้โรคมะเร็งมีผลทำให้ร่างกายต้องใช้พลังงานสำรองที่เก็บสะสมไว้มากจนกระทั่งขาดสารอาหาร มีรูปร่างผอมแห้ง กล้ามเนื้อแขนขาลีบเล็ก อีกทั้งความวิตกกังวล การติดเชื้อของทางเดินน้ำดี อาการแน่นอึดอัดท้อง การเปลี่ยนแปลงของการรับรสและกลิ่นเมื่อเกิดการเจ็บป่วย (ทิพย์ภา เชษฐุ์ชาวลิต, 2540) อ้างถึงใน นวลจันทร์ ธานินทร์สุรัตน์, 2544) ส่งผลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยเช่นกัน ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรได้รับสารอาหารที่ให้พลังงานเพิ่มเติมหรืออาหารเสริมที่มีประโยชน์เพื่อบำรุงร่างกาย นอกเหนือจากที่รับประทานปกติและควรรับประทานอาหารที่มีวิตามิน เอ ดี อี และเค เพิ่มเติม เพราะการย่อยไขมันในร่างกายมีความผิดปกติ จึงมีโอกาขาดวิตามินที่ละลายในไขมันได้ (สาลี เฉลิมวรรณพงศ์, 2537) อาหารที่มีวิตามินดังกล่าว ได้แก่

5.1.1 วิตามิน A พบมากในนม เนย ไข่แดง น้ำมันตับปลาหรือตับปลาเป็นแหล่งที่ดีที่สุด นอกจากนี้ยังพบในตับ เครื่องในสัตว์ กุ้งและผักใบเขียว เช่น บร็อคโคลี่ พริก ผักตำลึง ผักบุ้ง โดยเฉพาะผลไม้ที่มีสีเหลืองจัดเขียวจัดและสีแดงจะมีวิตามินเอสูงมาก เช่น มันเทศ แครอท ลูกพีช มะละกอ ถั่วลิสง สับปะรด ละครุด ขนุน ส้มสด ๆ มะม่วงและทุเรียน

5.1.2 ไทตามิน D อาหารที่มีวิตามินดีพบได้ทั้งในพืชผัก ผลไม้และในเนื้อเยื่อของสัตว์ เป็นวิตามินชนิดเดียวที่มีอยู่น้อยมากในพืชและผัก ที่พบมากได้แก่ น้ำมันตับปลา ไขมันนม เนย ตับสัตว์ ปลาทู ไช้แดง ปลาแซลมอน ปลาซาตินและร่างกายสามารถสร้างเองได้โดยอาศัยแสงอาทิตย์

5.1.3 ไทตามิน E พบมากใน น้ำมันพืช เช่นจากถั่วเหลือง ข้าวโพดและดอกคำฝอย น้ำมันจมูกข้าวสาลี น้ำมันตับปลา น้ำมันมะกอก น้ำมันเมล็ดทานตะวันและผักใบเขียว

5.1.4 ไทตามิน K พบมากในผักกระเฉด กะหล่ำปลี บร็อคโคลี่ มะเขือเทศ หน่อไม้ฝรั่ง สาหร่ายทะเล น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันตับปลา ตับหมู นมวัว เนยแข็ง โยเกิร์ต ไช้แดง น้ำมันดอกคำฝอยและพืชผักที่มีใบสีเขียวอื่น ๆ (วรนนท์ ศุภพิพัฒน์, 2538; สิริพันธ์ จุลรังคะ, 2542; เสาวนีย์ จักรพิทักษ์, 2542; สุทิน เกตุแก้ว, 2542)

ทั้งนี้ในการเลือกรับประทานอาหารที่มีวิตามินแต่ละชนิดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ดังที่กล่าวมานั้นควรเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำเป็นสำคัญ

5.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการขับถ่ายและการระบายที่เป็นปกติ

ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีมีการสูญเสียหน้าที่ของระบบทางเดินน้ำดีและตับอ่อนเนื่องจากก้อนมะเร็งไปอุดตันทางเดินน้ำดีไม่ไหลได้สะดวกตามปกติ ทำให้ร่างกายไม่สามารถย่อยอาหารไขมันได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระมีไขมันมากและท้องเดิน (Meyers & Jones, 1990 อ้างถึงใน สาลี เฉลิวรรณพงศ์, 2537) และจากการที่น้ำดีไหลลงสู่ดูโอดินัมไม่ได้ทำให้ไม่มีบิรูบินลงไปทีลำไส้ใหญ่อุจจาระจึงเป็นสีซีด ระดับบิรูบินในกระแสเลือดสูงจะถูกขับออกทางปัสสาวะ น้ำปัสสาวะจึงมีสีเหลืองทองเข้ม ซึ่งอาการต่างๆ เหล่านี้เป็นอาการของการเกิดการอุดตันของทางเดินน้ำดี (สาลี เฉลิวรรณพงศ์, 2537) ซึ่งอาจเกิดขึ้นซ้ำได้ในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด PTBD ดังนั้นภายหลังการรักษาผู้ป่วยจึงควรสังเกตลักษณะสีของอุจจาระและปัสสาวะหากมีลักษณะดังกล่าวเป็นการแสดงถึงการมีภาวะอุดตันของทางเดินน้ำดีซ้ำควรรีบรายงานให้แพทย์ทราบ

นอกจากนี้ผู้ป่วยควรสังเกตปริมาณของปัสสาวะที่ออกในแต่ละวัน เนื่องจากการที่ประสิทธิภาพการทำงานของตับลดลงนั้น ทำให้การสร้างอัลบูมินลดลง ส่งผลให้ร่างกายไม่สามารถรักษาระดับของน้ำในกระแสเลือดได้ตามปกติ เลือดไปเลี้ยงไตได้น้อยลง ไตจึงขับปัสสาวะได้น้อยลงซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลันตามมาได้ (วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์, ม.ป.ป.)

จากการที่ผู้ป่วยมีสายระบายน้ำดีออกมภายนอกร่างกายจึงทำให้มีโอกาสเกิดความไม่สมดุลของน้ำและเกลือแร่ได้ โดยปกติในผู้ใหญ่จะหลั่งน้ำดีออกมาประมาณ 400-800 มิลลิลิตรต่อวัน (วรวุฒิ เจริญศิริ, 2551) ผู้ป่วยจึงควรบันทึกปริมาณน้ำดีที่ออกในแต่ละวัน

5.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD สามารถออกกำลังกายและทำงานได้ตามปกติ การออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญทำให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น ช่วยส่งเสริมสุขภาพทั้งร่างกาย

และจิตใจ ทำให้หัวใจทำงานดีขึ้น ลดความเครียด มีภูมิคุ้มกันโรคดีขึ้น ร่างกายสามารถกำจัดเชื้อแบคทีเรียและไวรัสได้ดีขึ้น ผู้ป่วยจึงควรออกกำลังกายพอประมาณวันละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน (เกษม อัครฐศิริ, 2004) สำหรับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีสายระบายน้ำดีติดอยู่ข้างลำตัวตลอดเวลาอาจเกิดการเลื่อนหลุดของสายได้ ซึ่งอาจเกิดจากอุบัติเหตุหรือบริเวณที่เย็บไว้อาจขาดทำให้สายหลุดได้ (ราเมศร์ วัชรสินธุ์, 2535) ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติเช่นกันแต่ควรระมัดระวังการทำกิจกรรมเพื่อไม่ให้เกิดการดึงรั้งของสาย เช่น กิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก ๆ การยกของหนัก หรือ กิจกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดการดึงรั้งของสาย นอกจากนี้โรคมะเร็งมีผลทำให้เบื่ออาหารน้ำหนักลด อัตราการเผาผลาญอาหารเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยขณะที่ร่างกายต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นประกอบกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรคและการรักษาที่ได้รับส่งผลให้ผู้ป่วยอ่อนเพลีย (จารุวรรณ มานะสุการ, 2544) ผู้ป่วยจึงควรเลือกทำกิจกรรมและการพักผ่อนให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเอง โดยจัดช่วงเวลาของการพักผ่อนให้เพียงพอ ควรนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมงรวมทั้งหาวิธีแก้ไขปัญหานอนไม่หลับ เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ การจัดการกับอารมณ์และความตึงเครียดโดยการฝึกการผ่อนคลาย ดนตรีบำบัด การฝึกจินตนาการ เป็นต้น (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2544) ลดความไม่สุขสบายที่อาจรบกวนการนอนหลับ เช่น อาการคันตามผิวหนังซึ่งเกิดจากภาวะ Jaundice เกิดการระคายเคืองทำให้รู้สึกคันไม่ได้เกิดจากการแพ้ ผู้ป่วยจึงควรดูแลตนเองโดยการทา Calamine lotion หรือ Antipruritus oil ส่วนในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงดูแลให้ได้รับยา Antihistamine ตามแนวการรักษาของแพทย์ นอกจากนี้ผู้ป่วยควรดื่มน้ำมาก ๆ ตามที่ร่างกายต้องการหากไม่มีข้อจำกัด เพื่อช่วยระบายและขับบิลิรูบินออกจากร่างกาย (ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, จันทนา รัตนวิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส สีพหกุล & พัสมณฑ์ คุ่มทวีพร, 2550; ชิตชม สุวรรณน้อย, 2543) เพื่อช่วยลดอาการคันทำให้สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ต่อเนื่อง

ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีโดยส่วนใหญ่อยู่ในระยะของการรักษาและรู้สึกว่าตนเองเจ็บป่วยตลอดเวลา จึงเสี่ยงการมีกิจกรรมกับเพื่อนและสังคม ทำให้การดำรงบทบาททางสังคมลดลง (นวลจันทร์ ธาณินทร์สุรัตน์, 2544) จึงควรแนะนำให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและสังคม นอกจากนี้ควรหาโอกาสได้พูดคุยกับผู้ป่วยโรคเดียวกันเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เป็นการช่วยส่งเสริมการรับรู้ที่ติดต่อการเจ็บป่วยมีผลต่อการปรับตัวและช่วยส่งเสริมการมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการดูแลตนเอง (ผ่องพรรณ อรุณแสง, ประสพสุข ศรีแสนปาง & บุชบา สมใจวงศ์, 2539)

5.4 พฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการจัดการความเครียด

การเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นสิ่งที่คุกคามต่อศักยภาพของชีวิตซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ต่อผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมากมาย ทำให้ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต บทบาทและสัมพันธภาพในสังคม ภาพลักษณ์และความภาคภูมิใจในตนเองถูกคุกคาม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและแหล่งประโยชน์ลดลง ต้องมีชีวิตอยู่กับความเปลี่ยนแปลง ความ

ไม่แน่นอนและอนาคตที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจึงเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544) ซึ่งพบว่าเมื่อความเครียดเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานจะมีผลต่อการทำหน้าที่ของระบบต่างๆ ในร่างกาย ดังนี้ (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2544)

5.4.1 สมอง มีการทำหน้าที่ของสารเคมีผิดปกติ ทำให้เกิดการเหนี่ยวย้ำปวดศีรษะ ปวดต้นคอและไหล่ ร้องไห้เป็นพัก ๆ ซึม เศร้า วิตกกังวล นอนไม่หลับหรือหลับยาก ผื่นร่าย

5.4.2 ระบบทางเดินอาหาร เกิดแผลในกระเพาะอาหาร ปวดท้อง เป็นตะคริว ท้องเสีย ลำไส้ใหญ่อักเสบ เบื่ออาหาร หรือกินมากกว่าปกติ ท้องอืด ท้องเฟ้อ

5.4.3 ระบบต่อมไร้ท่อ การทำงานของต่อมไทรอยด์ผิดปกติ

5.4.4 ระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ การเต้นของหัวใจผิดปกติ โรคหลอดเลือดในสมองแตก

5.4.5 ระบบผิวหนัง มีผื่นคันตามผิวหนัง

5.4.6 ระบบภูมิคุ้มกันลดลง ทำให้ง่ายต่อการติดเชื้อและเกิดโรคมะเร็งหรือเนื้องอกของอวัยวะต่างๆ

นอกจากนี้เมื่อเกิดความเครียดร่างกายจะหลั่งสารแคทีโคลามีนและ Cortisol เพิ่มขึ้นซึ่ง Cortisol มีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายและออกฤทธิ์ยับยั้งทุกขั้นตอนของปฏิกิริยาการอักเสบ (รัชฎา แก่นสาร, 2540; สุพรพิมพ์ เจียสกุล, 2545) ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งที่ทนน้ำดีภายหลังการทำ PTBD จึงจำเป็นต้องเรียนรู้และหาทางออกที่เหมาะสมเพื่อจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น โดยอาจพูดระบายความทุกข์ หางานอดิเรกทำ อ่านหนังสือหรือทำจิตใจให้สงบจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและบรรเทาความเครียดลงได้

5.5 พฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคมะเร็งที่ทนน้ำดีภายหลังการทำ PTBD

ผู้ป่วยมะเร็งที่ทนน้ำดีที่ได้รับการรักษาโดยการทำให้ PTBD สามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายได้ เช่น การติดเชื้อในทางเดินน้ำดี สายระบายเลื่อนหลุด สายระบายอุดตัน (นรา แวตร, 2530; ไพฑูรย์ จงจิตนันท์ & ราเมศร์ วัชรสินธุ์, 2528; ราเมศร์ วัชรสินธุ์, 2535) ปัญหาที่ผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์ก่อนเวลานัดส่วนใหญ่จะมาด้วยปัญหาที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เหล่านี้ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีรายงานว่าผู้ป่วยที่ใส่สายระบายน้ำดีรู้สึกไม่สุขสบาย มีความยุ่งยากเกี่ยวกับการสวนล้างสายระบาย การทำแผลอย่างสม่ำเสมอและความจำเป็นที่ต้องเปลี่ยนสายบ่อยๆ (Hii & Gibson, 2004) หากผู้ป่วยไม่มีความรู้ในการดูแลตนเองจึงอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีความรุนแรงและเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยมะเร็งที่มีภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำกว่าปกติจึงมีโอกาสเกิดการติดเชื้อต่างๆ ได้ง่าย ผู้ป่วยจึงควรดูแลตนเองและรักษาสุขภาพของร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดังนี้

5.5.1 การดูแลสายระบายน้ำดีและการดูแลแผลทางออกของสาย (ภาควิชารังสีวิทยา โรงพยาบาลศิริราช, 2530; ราเมศร์ วัชรสินธุ์, 2535; Health information, 2551; แผนกรังสีรักษาโรงพยาบาลศรีนครินทร์, 2551)

5.5.1.1 ผู้ป่วยควรทำแผลทุก 3 วันในกรณีที่ปิดแผลด้วย Tegaderm หากปิดแผลด้วยผ้าก๊อสควรทำแผลทุกวันหรือทุกครึ่งเมื่อแผลซึม ด้วยเทคนิคปลอดเชื้อและล้างมือด้วยสบู่และน้ำอย่างน้อย 30 วินาทีก่อนทำแผลทุกครั้ง การทำแผลอาจทำได้โดยการทาด้วยเบตาดีนรอบ ๆ แผลและสายระบายน้ำดีสูงขึ้นประมาณ 4-5 เซนติเมตร ตามด้วยแอลกอฮอล์ 70% เพื่อเช็ดไอโอดีนออกให้หมดป้องกันผิวหนังอักเสบจากไอโอดีน ปิดด้วยผ้าก๊อสที่สะอาดปราศจากเชื้อ ตัดเป็นร่องและปิดทับอีกชั้นหนึ่งให้สายระบายน้ำดีแนบกับลำตัว

5.5.1.2 ระวังไม่ให้แผลถูกน้ำ

5.5.1.3 สังเกตการติดเชื้อบริเวณแผลทางออกของสายจากการกดเจ็บหรือปวดเพิ่มขึ้น แดงหรือบวมเพิ่มขึ้น น้ำดีที่ระบายออกมามีสีเขียวหรือมีกลิ่นเหม็นและตรวจสอบดูว่าบริเวณที่เย็บติดกับผิวหนังแน่นหรือหลวมเกินไปหรือไม่ (Health information, 2551) หากมีความผิดปกติควรปรึกษาแพทย์

5.5.1.4 โดยปกติในผู้ใหญ่จะหลั่งน้ำดีออกมา 400-800 มิลลิลิตรต่อวัน ผู้ป่วยควรสังเกตสีและบันทึกจำนวนน้ำดีที่ออกในแต่ละวัน ควรปล่อยถุงระบายน้ำดีออกจากถุงเวลา 6.00 น.ทุกวันและนำผลการบันทึกมาให้แพทย์ดูในวันที่มาติดตามการรักษา

5.5.1.5 ทำความสะอาดบริเวณรูเปิดของถุงน้ำดีด้วย 70% แอลกอฮอล์ก่อนและหลังปล่อยน้ำดีออกจากถุงทุกครั้ง

5.5.1.6 ระวังไม่ให้สายระบายน้ำดี หัก พับ งอ ดึงรั้งและถุงรองรับต้องอยู่ต่ำกว่าระดับเอวเสมอ

5.5.1.7 ควรสวนล้างสายระบายน้ำดีอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1-2 ครั้งเพื่อป้องกันการอุดตันโดยแพทย์หรือพยาบาลที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน ด้วยน้ำเกลือปราศจากเชื้อ 5-10 มิลลิลิตร ด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ

5.5.1.8 ถ้าน้ำดีไหลน้อยลง ไม่ไหล ชून มีกลิ่นเหม็นหรือมีน้ำดีซึมออกข้างสายระบาย ควรไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อสวนล้างสายระบายด้วยน้ำเกลือปราศจากเชื้อครั้งละ 5-10 มิลลิลิตร จนกว่าจะใส

5.5.1.9 เวลานั่งหรือเดิน ควรมีถุงผ้าหรืออุปกรณ์รองรับถุงน้ำดีไว้ตลอดเวลา และผูกรัดไว้ที่เอว

5.5.1.10 ห้ามผู้ป่วยนอนทับด้านขวาเพื่อป้องกันการดึงรั้งหรือสายหัก พับ งอ เวลาหลับ

5.5.1.11 หากท่อระบายหลุดให้ปิดแผลด้วยผ้าก๊อสปราศจากเชื้อและนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล

5.5.1.12 ผู้ป่วยควรมาพบแพทย์เพื่อพิจารณาเปลี่ยนสายทุก 4-6 เดือนตามที่แพทย์นัดทุกครั้ง

5.5.2 อการผิดปกติที่ผู้ป่วยควรมาพบแพทย์ มีดังนี้ (Health information, 2551)

5.5.2.1 มีไข้มากกว่า 38 องศาเซลเซียส

5.5.2.2 ปวดแน่นท้องเจ็บบริเวณชายโครงขวา

5.5.2.3 คลื่นไส้ อาเจียน มีอาการตัวเหลือง ตาเหลืองเพิ่มขึ้น

5.5.2.4 น้ำดีมีสีผิดปกติ มีกลิ่นเหม็นและขุ่น

5.5.2.5 น้ำดีไหลไม่สะดวกและออกจนวนน้อยลงหรือมีน้ำดีซึมออกรอบ ๆ แผล

5.5.2.6 สายระบายน้ำดีเลื่อน หลุด หรือบริเวณที่เย็บกับผิวหนังไว้หลุด

5.5.2.7 บริเวณทางออกของสาย ปวด บวม แดง

บุคคลที่เจ็บป่วยไม่ว่าจะเจ็บป่วยเล็กน้อยหรือรุนแรงจะเกิดความรู้สึกสูญเสีย โดยมีทั้งความรู้สึกสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ สูญเสียความมั่นใจในตนเอง ตลอดจนสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่ออัตมโนทัศน์โดยรวมและมีผลทำให้บุคคลมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) เป้าหมายของการรักษาการเจ็บป่วยเรื้อรังไม่ใช่เพียงการช่วยให้มีชีวิตรอดหรือควบคุมอาการได้เท่านั้นแต่ยังมุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีแบบแผนการดำเนินชีวิตใกล้เคียงปกติ เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัวและสังคมทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ผู้ป่วยต้องจัดการแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่ให้เหมาะสมกับข้อจำกัดที่มีอยู่ (ประคอง อินทรสมบัติ, 2540) และยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตอย่างถาวร (White et al., 1992) ดังนั้นผู้วิจัยมีความเชื่อว่าการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการจัดการกับภาวะเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตได้เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ ลดภาระการพึ่งพาผู้อื่น เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดค่าใช้จ่ายในกรณีที่เกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างผาสุกตามควรแก่อัตภาพ ผู้ป่วยจึงควรมีการเรียนรู้การดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเพื่อป้องกันปัญหาและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลที่ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นที่ต้องดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่ดีป้องกันโรคกำเริบและส่งเสริมภาวะสุขภาพอย่างเหมาะสมตามความสามารถของผู้ป่วยและกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกดีกับการดูแลสุขภาพของตนเองและปรารถนาที่จะดูแลสุขภาพด้วยตนเอง มีการแสวงหาวิธีการดูแลสุขภาพจากบุคคลที่เคยมีประสบการณ์ จากบุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้านเพื่อสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี

สมปอง พะมุลลิตา (2550) ได้ทำการศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยและแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยพิเศษ ชายและหญิง ศูนย์มะเร็งอุดรธานี จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาตามปกติ 15 รายและอีก 15 รายเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลเป็นรายบุคคลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน คนละ 45-60 นาทีต่อครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 6-8 วัน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีซึ่งดัดแปลงจากแบบประเมินการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดของ รัชณี คนชุม (2547) หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการทดสอบที (Independent t-test) และ Paired t-test ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์สูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีภายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์สูงกว่าก่อนการได้รับได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมและเพิ่มความสามารถในการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีโดยมีค่าคะแนนอยู่ในระหว่างการปรับตัว ซึ่งมีแนวโน้มเข้าสู่การปรับตัวที่มีคุณภาพ

เฉลิมศรี สรสิทธิ์ (2548) ศึกษาความเข้มแข็งอดทนและผลลัพธ์การเผชิญปัญหาในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดีตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป ซึ่งมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 130 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ความเข้มแข็งอดทนและแบบสัมภาษณ์ผลลัพธ์การเผชิญปัญหาในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและหาค่าความเที่ยงได้ 0.80 และ 0.89 ตามลำดับ ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเข้มแข็งอดทนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่า ด้านความมุ่งมั่นและด้านความรู้สึกทำทนายมีค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านความสามารถในการควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนในระดับปานกลาง 2) ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีมีค่าเฉลี่ยของคะแนนผลลัพธ์การเผชิญปัญหาโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางโดยพบว่า ด้านขวัญกำลังใจและด้านภาวะสุขภาพกายมีค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ในระดับสูงส่วนด้านการดำรงบทบาทในสังคมมีค่าเฉลี่ยของ

คะแนนอยู่ในระดับปานกลาง 3) ความเข้มแข็งอดทนโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านความมุ่งมั่น ความสามารถในการควบคุมและความรู้สึกท้าทาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์การเผชิญ ปัญหาในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรประเมินลักษณะความเข้มแข็งอดทนและผลลัพธ์การเผชิญปัญหาและหาวิธีการเพื่อ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งอดทนเพื่อเผชิญสถานการณ์เครียดจากการเจ็บป่วย รวมทั้งหา แนวทางการพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสุข เกิดความพึงพอใจและ สามารถดำรงบทบาททางสังคมได้

อุบล จ้วงพานิช และคณะ (2546) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแล ตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น ระหว่างปี พ.ศ. 2543-2545 โดยแบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ช่วง ช่วงแรกเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยจำนวน 30 รายและช่วงที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อหารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วย 17 ราย ติดตามได้ 11 ราย โดยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ สมุดประจำตัวผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี แบบ ประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัด แบบสัมภาษณ์ เจาะลึกและเครื่องมือที่ใช้ประกอบในการสอนผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า ในระยะแรกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 รายเป็นชาย 26 ราย หญิง 4 ราย อายุเฉลี่ย 54 ปี นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาชั้น ประถมศึกษา ผู้ป่วยทุกรายมีความวิตกกังวลและพบปัญหา 1) ด้านร่างกาย ปวดท้อง ท้องโตและ แน่นท้อง ปวดรอยแผลผ่าตัดและปวดเอว คั้นตามตัว มีไข้สูงหนาวสั่น ผู้ป่วยบางรายบอกว่ามี ผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด 2) ปัญหาด้านจิตใจ วิตกกังวล กลัวไม่หายและกลัว โรครกลับเป็นซ้ำ 3) ปัญหาด้านจิตวิญญาณ กลัวตายและวิถีชีวิตเปลี่ยนไป ระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 11 ราย เป็นผู้ป่วยชาย 7 รายและหญิง 4 ราย อายุ 41-67 ปี นับถือศาสนาพุทธ จบ การศึกษาชั้นประถมศึกษา รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองมี 1) การให้ความรู้เรื่องโรคและ การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีและจัดหาหนังสือที่ส่งเสริมพลังใจให้อ่าน 2) การให้ คำปรึกษาทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน 3) การให้กำลังใจและจัดให้เข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน 4) การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม 5) ส่งเสริมให้มีเจตคติที่ดีต่อโรคและการรักษา 6) ให้กำลังใจและ ความมั่นใจอย่างต่อเนื่อง 7) ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวหาแหล่งประโยชน์ 8) เป็นสื่อกลาง ระหว่างผู้ป่วยและทีมการดูแล หลังการให้การดูแลผู้ป่วยตามรูปแบบที่เหมาะสมในแต่ละคน ผู้วิจัยติดตามวัดพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มารับยาเคมีบำบัดจำนวน 3 ครั้งจนสิ้นสุดโครงการ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัดภายหลังได้รับการพัฒนา ศักยภาพในการดูแลตนเองสามารถดูแลตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

นวลจันทร์ ธาณินทร์สุรัตน์ (2545) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการ ปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 98 รายพบว่า เพศชายปรับตัวได้ ดีกว่าเพศหญิงในด้านอัตมโนทัศน์และด้านบทบาทหน้าที่ ผู้ที่มีอายุน้อย (อายุ 31-60 ปี)



ปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุมาก (อายุ 61-80 ปี) ผู้ที่มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยเฉพาะการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคตรงตามความเป็นจริง ปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเกินความเป็นจริง ซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพสามารถทำนายการปรับตัวได้ร้อยละ 26 ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์

ชูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ (2544) ศึกษาการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างมีระบบเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ เป็นการวิจัยเชิงทดลองเพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานการดูแลตนเอง การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้โปรแกรมกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยและการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่วินิจฉัยเป็นมะเร็งท่อน้ำดีและวางแผนผ่าตัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 75 ราย เก็บข้อมูล 2 วิธี คือ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยศึกษาข้อมูลพื้นฐานและสะท้อนประสบการณ์เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก 22 ราย การสนทนากลุ่ม 25 ราย สังเกตขณะสัมภาษณ์และบันทึกด้วยเทปบันทึกเสียง และข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวน 75 ราย เพื่อวัดความสามารถในการดูแลตนเองการเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีก่อนและหลังการใช้การจ้ดระบบการดูแลผู้ป่วยและติดตามผลการรักษาภายหลังผู้ป่วยกลับบ้าน 2 สัปดาห์โดยใช้แบบฟอร์มสัมภาษณ์ชุดเดียวกัน ผลการวิจัยในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าอาการนำที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์มีอาการเล็กน้อยแตกต่างกันคือปวดแน่นท้อง ปวดบริเวณชายโครงขวา มีไข้หนาวสั่น ปัสสาวะสีเหลือง ตาเหลืองและมีอาการคันปรากฏการณ์การแสวงหาการรักษามีทั้งซื้อยากินเอง รักษาพื้นบ้านและแสวงหาสถานบริการสุขภาพที่เชื่อถือได้โดยมีการปรึกษากับบุคคลต่าง ๆ มีการรับรู้ ต่อโรคว่าเป็นแล้วรักษาไม่หายอายุไม่ยืน รอวันตายและเชื่อว่าเป็นโรคของเวรกรรม โดยคิดว่ามีสาเหตุจากการดื่มสุรา สูบบุหรี่รับประทานอาหารดิบ รับประทานยาแก้ปวดมานานและการทำงานหนัก ปฏิบัติยาตอบสนองเมื่อรับรู้ว่าเป็นโรคเนื่องอกหรือมะเร็งท่อน้ำดีคือแสดงอาการตกใจ กลัว ร้องไห้ เกรียด นอนไม่หลับกินไม่ได้และแยกตัวจากบุคคลอื่น การรับรู้ต่อการรักษาด้วยการผ่าตัดได้ให้ความเห็นว่า ทำให้มีโอกาสรอด มีอายุยืนขึ้นและบางคนบอกว่าผ่าตัดก็ตาย ไม่ผ่าตัดก็ตาย การดูแลตนเองและการดำรงชีวิตอยู่กับโรคใช้วิธี 1) ปรับความคิดและจิตใจด้วยการทำใจ 2) แสวงหาการรักษาและสถานที่รักษาที่เชื่อถือได้ 3) แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลในและนอกครอบครัว 4) ดูแลตนเองแบบผสมผสานได้แก่ การดูแลรักษาสุขภาพตนเอง ให้แข็งแรง ไปพบแพทย์ตามนัดและเมื่อมีความผิดปกติปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดทำกิจกรรมที่ทำให้เกิดความผ่อนคลายและผลการวิจัยเชิงทดลองพบว่า ผลของการจ้ดระบบการดูแลผู้ป่วยด้วยโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยผสมผสานกับการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีพบว่า กลุ่มผู้ป่วยทดลอง มีการเผชิญปัญหา ความพึงพอใจในชีวิต ความสามารถในการดูแลตนเองและความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลในทุกมิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นความพึงพอใจในชีวิตส่วนพลังใจของผู้ป่วยสูงขึ้นเฉพาะระยะติดตามผล

6.2 งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

อรัญญา ลำพุกธา (2548) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนของครอบครัวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนของครอบครัวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาและศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาที่มีปัจจัยเสี่ยงทางสังคมและเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานที่พักขณะรับรังสีรักษาและผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย โดยใช้แนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็มมาใช้ในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 2 และ 3 ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไปและได้รับรังสีรักษาตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 เป็นต้นไป ที่มารับบริการ ณ หน่วยรังสีรักษาโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 92 ราย ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในระดับมาก จำแนกได้ดังนี้ ด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในด้านอารมณ์และจิตใจในระดับมาก โดยพบว่า ผู้ป่วยได้รับกำลังใจและความรักใคร่ห่วงใยจากครอบครัวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 81.50 ด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในด้านข้อมูลข่าวสารในระดับมากโดย คนในครอบครัว (สามี) แนะนำให้ผู้ป่วยมารับการรักษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 78.30 ด้านการเงินหรือสิ่งของ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในด้านการเงินหรือสิ่งของในระดับมากโดยคนในครอบครัวช่วยเหลือค่าใช้จ่ายให้ผู้ป่วยในการเดินทางมารับการรักษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.90 2) พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเองได้ดีมาก ได้แก่ การมารับรังสีรักษาตามแพทย์นัด (ร้อยละ 92.40) มากที่สุดรองลงมา คือ ดูแลผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีรักษาให้แห้งอยู่เสมอ (ร้อยละ 89.10) ส่วนพฤติกรรมที่ไม่ดีที่ผู้ป่วยไม่เคยปฏิบัติเลยมากที่สุด คือ การใช้สบู่หรือโลชั่นทาบริเวณกากบาทซึ่งเป็นตำแหน่งฉายรังสี (ร้อยละ 85.90) รองลงมาคือ การกลั้นปัสสาวะขณะได้รับรังสีรักษาและการรักษาด้วยวิธีรับประทานยาต้มหรือยาหม้อร่วมกับการรักษาของแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 75 3) แรงสนับสนุนของครอบครัวด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านการเงินหรือสิ่งของมีความสัมพันธ์ทางบวกแต่อยู่ในระดับน้อยถึงค่อนข้างน้อยกับพฤติกรรม การดูแลตนเองบางพฤติกรรมของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ($p < 0.05$) ส่วนพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยพบว่ามีความสัมพันธ์มากที่สุดกับแรงสนับสนุนของครอบครัวทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมรับประทานยาตามแผนการรักษา พฤติกรรม การดูแลผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีให้แห้งอยู่เสมอ และพฤติกรรมปรึกษาเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพ 4) สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานที่พักขณะรับการรักษาและผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา มีผลทำให้พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยแตกต่างกัน ($p < 0.05$) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การ

รับประทานยาตามแผนการรักษาและการหาวิธีรับประทานอาหารให้มากขึ้นหรือทุกครั้งที่หิว ยกเว้นปัจจัยด้านอายุที่แตกต่างกัน พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ($p < 0.05$) 3 พฤติกรรมได้แก่ การรับประทานยาตามแผนการรักษา การดูแลผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีให้แห้งอยู่เสมอและการหาวิธีรับประทานอาหารให้มากขึ้นหรือทุกครั้งที่หิว

อรัญญา วันทา (2547) ศึกษาพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวร เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวร จำนวน 50 ราย ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิก ซีเอพีดี โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยแบ่งพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็น 3 ด้าน คือ พฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยทั่วไป พฤติกรรมในการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการและพฤติกรรมในการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวรมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีมากและมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองระดับดีมาก 2 ด้าน คือ พฤติกรรมในการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการและพฤติกรรมในการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ ส่วนพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยทั่วไปอยู่ในระดับดี

วัชรินทร์ แก้วมรินทร์ (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และสร้างสมการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเอง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจและความเป็นอยู่ โดยใช้ตัวแปรเพศ ระดับการศึกษา ระดับความรุนแรงของโรค การรับรู้เกี่ยวกับโรคและความต้องการการช่วยเหลือจากครอบครัวเป็นตัวพยากรณ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเอดส์ในศูนย์จัดบริการทางการแพทย์และสังคมในช่วงกลางวันของโรงพยาบาลในจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 70 ราย ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์โดยภาพรวมและรายด้าน 4 ด้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการศึกษา ความรุนแรงของโรค การรับรู้เกี่ยวกับโรคและความช่วยเหลือจากครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรเกี่ยวกับเพศสำหรับผู้ป่วยเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองและพบว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยเอดส์ทั้งโดยภาพรวมและรายด้าน 3 ด้านคือ ด้านอารมณ์ สังคม เศรษฐกิจและความเป็นอยู่สามารถพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากตัวแปร 4 ตัวแปร โดยเรียงลำดับค่าอำนาจการพยากรณ์จากมากไปหาน้อย ดังนี้ การรับรู้เกี่ยวกับโรค ความต้องการการช่วยเหลือจากครอบครัวและระดับการศึกษา ส่วนด้านร่างกายสามารถทำนายได้เพียง 3 ตัวแปรโดยเรียงจากมากไปหาน้อย ดังนี้ การรับรู้เกี่ยวกับโรค ระดับความรุนแรงของโรคและความต้องการการช่วยเหลือจากครอบครัวผลการศึกษาให้ข้อเสนอแนะว่า การสื่อสารเรื่องเอดส์และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวควรมีเทคนิคและวิธีการเพื่อให้เกิดการรับรู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคและความรุนแรงของโรค เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองในด้านการส่งเสริมสุขภาพหรือให้มีชีวิตยืนยาวและสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ

มานา พัฒนจักร, วิไลวรรณ จงตระการสมบัติ และ กรองพุทธ พิมพ์หาญ (2544) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในไตและตัวแปรด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ผ่าตัดนิ้วในไตและมารับการรักษาที่คลินิกศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโสธร จำนวน 70 ราย ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.38$) ผลการศึกษาครั้งนี้ได้สนับสนุนแนวคิดของโอเร็มในด้านความพร้อมในการดูแลตนเองที่อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเองส่งผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะคือ การพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีแบบแผนเพียงอย่างเดียวไม่น่าส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพได้ เนื่องจากยังมีปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น สภาพการดำรงชีวิต ความเชื่อ ลักษณะครอบครัว ความเคยชินที่สะสมมานาน

6.3 งานวิจัยเกี่ยวกับการรักษามะเร็งท่อน้ำดีโดยการทำให้ PTBD

Wongkonkitsin et al. (2006) ทำการศึกษาวิเคราะห์แบบเก็บข้อมูลย้อนหลังและไปข้างหน้าเป็นระยะเวลา 3 ปีและติดตามผู้ป่วยต่ออีก 2 ปี โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในการศึกษาอัตราการรอดชีพในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดทำทางลัดท่อน้ำดี 42 รายและผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการทำให้ PTBD 41 รายพบปัญหาของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการทำให้ PTBD เกิดการอุดตันของสายร้อยละ 9.76 และ 18.07 สายเลื่อนร้อยละ 21.95 และ 26.83 ในผู้ป่วยที่ทำ PTBD ในระยะสั้นและระยะยาวตามลำดับ

Lu et al. (1991) ศึกษาการระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังสำหรับการรักษาการอุดตันทางเดินน้ำดีจากมะเร็ง รายงานจากผู้ป่วย 2 รายที่มีอัตราการรอดชีวิต 5 ปีพบผู้ป่วย 1 รายเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารอีก 1 ราย สามารถมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การศึกษานี้สรุปว่าการระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังไม่เหมาะสมในการรักษาแบบประคับประคองระยะสั้นในผู้ป่วยท่อน้ำดีอุดตันจากมะเร็งแต่จะใช้ได้ดีในการรักษาแบบประคับประคองในระยะยาว

Brian et al. (1981) ศึกษาความสำเร็จระยะยาวในการรักษาระบบทางเดินน้ำดีโดยการระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังในผู้ป่วยที่มีท่อน้ำดีอุดตันจากมะเร็งจำนวน 35 รายเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะเริ่มแรก 10 รายและมะเร็งในระยะร้ายแรง 25 รายผลการศึกษาพบว่า การระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังมีความปลอดภัยและมีผลต่อการรักษาในระยะยาวสำหรับผู้ป่วยระบบทางเดินน้ำดี โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในการผ่าตัดและเป็นมะเร็งในระยะลุกลามหรือมะเร็งที่ไม่สามารถทำการผ่าตัดได้

Voegeli, Crummy, & Weese (1985) ทำการศึกษาย้อนหลังจากประสบการณ์ในผู้ป่วย 100 รายที่ทางเดินน้ำดีอุดตันจากมะเร็งและได้รับการตรวจระบบทางเดินน้ำดีโดยวิธี

แทงเข็มผ่านตับ (Percutaneous transhepatic cholangiography: PTC) เพียงอย่างเดียวหรือได้รับการรักษาร่วมกับการระบายผ่านทางผิวหนัง (Percutaneous drainage) จากการศึกษาพบว่าการตรวจระบบทางเดินน้ำดีโดยการทำ PTC มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ประสบความสำเร็จร้อยละ 98 ของผู้ป่วยทั้งหมดและมีผู้ป่วย 1 ราย (ร้อยละ 4.1) เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่นเดียวกับกับการระบายผ่านทางผิวหนังมีประสิทธิภาพสูงในการรักษาแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ไม่สามารถทำการผ่าตัดได้ การระบายผ่านทางผิวหนังประสบความสำเร็จ 74 ราย จาก 76 ราย (ร้อยละ 97.4) ผู้ป่วย 5 ราย (ร้อยละ 6.6) เกิดภาวะแทรกซ้อน 1 ราย เสียชีวิต (ร้อยละ 1.3) ระยะเวลาการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีคือ 29 เดือน มะเร็งตับอ่อน 3.4 เดือน ดังนั้นอัตราการรอดชีวิตและอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับต่ำและอัตราการรอดชีวิตมีจำนวนเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่รักษาแบบประคับประคองโดยวิธีการผ่าตัดทำทางเดินน้ำดีใหม่ดังนั้นการรักษาโดยการระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังเป็นทางเลือกหนึ่งของแพทย์ศัลยกรรมที่สามารถนำมาใช้ได้และได้ผลเป็นที่น่าพอใจ

สรุป

การรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดีโดยการทำ PTBD นั้นเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาแบบประคับประคองที่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำการผ่าตัดได้ ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการผ่าตัด ผู้ป่วยที่สภาพร่างกายไม่พร้อมสำหรับการผ่าตัด หรือเป็นการเตรียมผู้ป่วยก่อนทำหัตถการต่าง ๆ เพื่อให้การทำงานของตับอยู่ในสภาพปกติซึ่งพบว่าสามารถทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและประสบความสำเร็จในการทำเป็นที่น่าพอใจ แต่พบว่ายังมีรายงานการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยและอาจเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ซึ่งการเกิดการติดเชื้อทางเดินน้ำดีเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่พบบ่อยและเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเกือบทุกรายภายหลังการรักษาโดยการทำ PTBD โดยสาเหตุของการติดเชื้อมีสาเหตุมาจากสายระบายอุดตัน สายเลื่อนหลุด สายมีรอยพับ นอกจากนี้ยังมีสาเหตุมาจากการดูแลแผลบริเวณทางออกของสายไม่ถูกต้อง การไม่ไปล้างสายระบายตามนัด ตลอดจนความไม่เข้าใจเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของสายระบายและการดูแลสายระบายที่ถูกต้อง ซึ่งสาเหตุต่าง ๆ เหล่านี้พบได้บ่อยนำไปสู่การติดเชื้อทางเดินน้ำดีในที่สุดและเป็นสาเหตุหนึ่งของการเสียชีวิตของผู้ป่วย มีหลายการศึกษาที่พยายามศึกษาเกี่ยวกับระยะเวลาของการเกิดการติดเชื้อทางเดินน้ำดีภายหลังการรักษาโดยการทำ PTBD แต่ผลการศึกษามีระยะเวลาของการเกิดการติดเชื้อทางเดินน้ำดีไม่ตรงกันทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคที่พบบ่อยมากในแถบเอเชียโดยเฉพาะประเทศไทยพบมากที่สุด ในภาคอีสานการดูแลรักษาและพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยอาจจะมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ทำให้ระยะเวลาของการเกิดการติดเชื้อแตกต่างกันไปด้วย แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันภายหลังการรักษาโดยการทำ PTBD ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่นซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งท่อน้ำดีมากที่สุดในโลก (ปณิต มิคะเสน, 2535; ประสิทธิ์ วัฒนภา และคณะ, 2545; อาคม ชัยวีระวัฒน์ และคณะ, 2549; Vatanasapt et al., 1999; Sriamporn et al.,

2004) พบว่าภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันจะเกิดขึ้นภายใน 2 สัปดาห์หลังทำ PTBD ดังนั้นภาวะแทรกซ้อนระยะหลังจึงเกิดขึ้นหลัง 2 สัปดาห์ขึ้นไปซึ่งผู้ป่วยต้องกลับไปดูแลตนเองที่บ้านระยะนี้และในการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากประวัติผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการรักษาโดยการทำให้ PTBD 30 รายในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ที่พบว่าผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเกิดการติดเชื้อทางเดินน้ำดีอยู่ในช่วงระยะเวลา 1-5 เดือนหลังทำ PTBD และมีการเกิดการติดเชื้อซ้ำบ่อยๆ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศหลายการศึกษาที่พบว่าหลังทำ PTBD 2 สัปดาห์จนถึง 5 เดือนจะมีอัตราการติดเชื้อทางเดินน้ำดีเพิ่มมากขึ้น นอกจากผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สายระบายน้ำดีดังกล่าวแล้วผลกระทบจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังได้รับการรักษาโดยการทำให้ PTBD ยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านอื่นๆ เช่นทางด้านอารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งผลกระทบต่างๆ เหล่านี้มีผลทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิต บทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยและครอบครัวเปลี่ยนไป ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นและต้องการความช่วยเหลือในกรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง จึงทำให้ผู้วิจัยเห็นว่าการออกแบบการดูแลตนเองของโอเร็มสามารถนำไปสู่การอธิบายพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการรักษาโดยการทำให้ PTBD ในด้านต่างๆ ได้อย่างครอบคลุม ผู้วิจัยจึงนำกรอบแนวคิดนี้มาใช้ในการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการทำ PTBD ในระยะ 2 สัปดาห์ถึง 5 เดือน เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาลเชิงรุกทั้งในระยะสั้นและระยะยาวและเพื่อป้องกันผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นตามมาอีกทั้งยังเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้นตามความสามารถที่มีอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความสุขตามอรรถภาพของผู้ป่วยต่อไป