การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด ที่ได้รับการส่องกล้องปอดและหลอดลม

กาญจนา น้ำค้าง*

บทคัดย่อ

โรคมะเร็งปอดเป็นโรคที่พบมากที่สุดและเป็นโรคที่มีผู้เสียชีวิตมากที่สุดในกลุ่มมะเร็ง (โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ใน 5 ของผู้ป่วยที่เป็นมะเร็ง) ผู้ป่วยส่วนมากที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอดจะเสียชีวิตภายในปีแรกเนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากมักได้รับการวินิจฉัยอยู่ในระยะท้ายเพราะอาการของโรคคล้ายกับโรคอื่น มะเร็งเป็นโรคซึ่งมีการเจริญของเซลล์ในเนื้อเยื่อปอดอย่างควรบคุมไม่ได้ การเจริญน้ำนำไปสู่การแพร่กระจาย มีการรุกรานเข้าไปในเนื้อเยื่อข้างเคียงและแทรกซึมข้าไปในอวัยวะนอกปอด มะเร็งส่วนใหญ่เป็นมะเร็งชนิดเยื่อบุ คือ เจริญมาจากเซลล์เนื้อเยื่อบุผิว มะเร็งปอดมักปรากฏอาการเมื่อเนื้อร้ายลุกลามเป็นวงกว้างในระยะที่ 3-4 มะเร็งปอดมีอยู่ 2 ชนิด คือ มะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก (Small cell lung cancer) พบประมาณ 15% และมะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็ก (Non -small cell lung cancer ; NSCLC) พบได้ 85% ของมะเร็งปอดทั้งหมด การที่จะทราบว่าเป็นเซลล์ชนิดใด ต้องมีการตัดชิ้นเนื้อบริเวณที่ผิดปกติส่งตรวจทางพยาธิวิทยาเพื่อทำการวินิจฉัยหรือยืนยันชนิดของชิ้นเนื้อหรือระดับความรุนแรงของชิ้นเนื้อ การส่องกล้องปอดและหลอดลม Bronchoscopy เป็นหัตถการที่ใช้ในการตัดชิ้นเนื้อเพื่อการวินิจฉัยและการรักษาโรคระบบทางเดินหายใจที่มีความผิดปกติ นอกจากนี้แล้ว การส่องกล้องปอดและหลอดลม ก็ยังทำในผู้ป่วยที่มีปอดอักเสบติดเชื้อ หรือมีสิ่งแปลกปลอดติดในหลอดลม การรักษาด้วยการส่องกล้องปอด คือ นำสิ่งแปลกปลอมออกจากหลอดลม น้ำก้อนเนื้องอกออกจากหลอดลมโดยวิธีการตัดหรือจี้ไฟฟ้า ซึ่งจะทำได้ในกรณีที่ก้อนมีขนาดไม่ใหญ่และไม่ลุกลามมาก การรักษาการตีบแคบของหลอดลม การรักษาภาวะปอดแฟบ การรักษาโรคหืดรุนแรง การรักษาโรคปอดอุดกั้นบางราย ซึ่งเป็นหัตถการที่มีการทำแพร่หลายมากขึ้น

จากสถิติมีผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องปอดและหลอดลมของโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช ในปีพ.ศ. 2563 - 2565 จำนวน 237, 217 และ 237 รายตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่จำเป็นต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล นอกจากผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยถูกส่งตัวจากโรงพยาบาลชุมชน มาด้วย ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป การช่วยเหลือตัวเองทำได้ลดลง ผลการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ปอดพบก้อนขนาด 6x6x6 เซนติเมตร และที่ศีรษะขนาด 3x2.5x2.5 เซนติเมตร ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล ทำให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤต ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไขก่อนที่จะได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาล 5 วัน ผู้ป่วยและญาติรักษาแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน

คำสำคัญ: การส่องกล้องปอดและหลอดลม โรคมะเร็งปอดแพร่กระจายไปที่สมอง

---

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานตรวจรักษาพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช

บทนำ

โรคมะเร็งปอด หนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของคนไทย อุบัติการณ์ คือ 22.7 ต่อ 100,000 ประชากรต่อปี ในเพศชาย และ 10.1 ต่อ 100,000 ประชากรต่อปี ในเพศหญิง การสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงการเป็นมะเร็งปอดในผู้ชาย 9-10 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ชายที่ไม่สูบ[1] และข้อมูลจากกรมการแพทย์ ปี 2565 โรคมะเร็งปอดพบได้เป็นอันดับ 2 เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมะเร็งอันดับ 2 ของคนไทย2 มะเร็งปอดคือโรคที่เซลล์ในหลอดลมหรือถุงลมเจริญเติบโตมากผิดปกติจนเป็นก้อนมะเร็งขนาดใหญ่และสามารถแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น ๆ มะเร็งปอดแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ 2 ชนิด คือ ชนิดเซลล์ขนาดเล็กและชนิดเซลล์ขนาดไม่เล็ก ซึ่งพบได้ 90% ของมะเร็ง อาการของโรคขึ้นอยู่กับตำแหน่งของตัวก้อนมะเร็ง เช่น หากอยู่ใกล้หลอดเลือดและหลอดลมอาจจะมีอาการเหนื่อย ไอเป็นเลือด หากอยู่ในกระดูกจะมีอาการปวดกระดูกอย่างมาก หากอยู่ในตับอาจจะมีอากรปอดท้อง ตับโต และการทำงานของตับอาจจะผิดปกติ หากอยู่ที่สมองอาจจะมีอาการแขนขาอ่อนแรง เป็นต้น สำหรับอาการทั่วไปที่พบได้บ่อย เช่น มีอาการไอเรื้อรัง เหนื่อย หายใจไม่สะดวก มีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ ปอดอักเสบติดเชื้อบ่อย ๆ [2] การตรวจวินิจฉัย1.จากการซักประวัติ แบ่งตามความเสี่ยง ประชากรที่มีความเสี่ยงสูง (High Risk Group) จาก NLST : National Lung Screening Trial ต้องมีข้อกำหนด ดังนี้ คือ 1.อายุ 55 ถึง 74 ปี 2.กำลังสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ระยะเวลาเฉลี่ยมากกว่า 30 ปี และมากกว่า 1 ซองต่อวัน (หรือเท่ากับ 30 pack-year) (จำนวน pack-year คือ จำนวนปีที่สูบบุหรี่ คูณด้วยจำนวนซองบุหรี่ที่สูบต่อวัน) 3.หยุดสูบบุหรี่มาไม่เกิน 15 ปี นอกจากการสูบบุหรี่แล้ว พบว่ามีตัวแปรอื่น ๆ ร่วมด้วย ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ น้ำหนักและส่วนสูง ระดับการศึกษา ประวัติมะเร็งปอดของครอบครัว ประวัติมะเร็งอื่นของผู้คัดกรอง รวมถึงประวัติการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประชากรที่อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงปานกลาง คือกำลังสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ระยะเวลาเฉลี่ยมากว่า 20 ปี และมากกว่า 1 ซองต่อวัน (20 pack-year) หรือมีความเสี่ยงอื่น ๆ เช่น มีบุคคลอื่นในครอบครัวสูบบุหรี่ (Second – Hand Smoker) อยู่ในสภาพแวดล้องที่เป็นปัจจัยเสี่ยง เช่น ธูป ควันจากธูปนั้นแตกต่างกับบุหรี่ โดยที่ธูปนั้นเป็นผลกระทบโดยอ้อม คลายกับผู้ได้รับบุหรี่มือสอง (Second – Hand Smoker) ทำให้การวัดปริมาณการได้รับทำได้ค่อนข้างยาก ฝุ่นละออง PM2.5 (Particulate Matter) คือ สสารที่มีขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน เกิดจากควันรถ การเผาไหม้ สถานที่มีการก่อสร้าง เป็นต้น การวัดความหนาแน่นจะใช้ดัชนีคุณภาพอากาศ (Air Quality Index , AQI) สารเหล่านี้ เมื่อเข้าไปในหลอดลมของสิ่งมีชีวิตจะก่อให้เกิดการระคาย ตามด้วยการอักเสบของเนื้อเยื่อปอด ส่งผลกระทบต่อคนที่มีโรคปอดอักเสบ โรคหัวใจขาดเลือด รวมทั้งโรคมะเร็งปอดได้ บุหรี่ไฟฟ้า (Electronic Cigarettes, E-Cigarettes) นั้น มีส่วนประกอบหลัก คือ นิโคติน และผสมด้วยตัวทำละลาย (Propylene Glycol) กลิ่นและรสต่าง ๆ มีจุดประสงค์คือ ลดการใช้บุหรี่ที่มีส่วนผสมของสารพิษ คือ สารหนู (Arsenic) ตะกั่ว (Lead) และอื่น ๆ อีกมากมาย [2] การสัมผัสกับสารก่อมะเร็งความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปอดจะเพิ่มมากขึ้น ในผู้ที่มีประวัติสัมผัสกับสารดังต่อไปนี้เป็นระยะเวลานาน คือ Radon (เรดอน) Asbestos (แร่ใยหิน) Arsenic (สารหนู) Cadmium (แคดเมียม) Chromium (โรคเมี่ยม) Nickel (นิกเกิล) Coal smoke (ครันจากการเผาไหม้ถ่านหิน) Silica (ซิลิกา) Diesel fumes (ควันดีเซล)[3] 2. การตรวจวินิจฉัยมะเร็งปอด วิธีอื่น ๆ คือ การเอกซเรย์ปอด การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan ,Computed tomography) ทำให้เห็นตำแหน่งของเนื้อเยื่อที่ต้องการตรวจสอบอย่างแม่นยำกว่าการทำเอกซเรย์แบบธรรมดา การตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ บางครั้งสามารถพบเซลล์ผิดปกติที่เป็นมะเร็งภายในปอดได้ การตัดชิ้นเนื้อ

เพื่อวิเคราะห์ (Biopsy) การเจาะเข็มขนาดเล็กเข้าไปในปอและเก็บตัวอย่างเนื้อเยื่อที่สงสัยเพื่อส่งตรวจ มักทำคู่กับ CT scan เพื่อชี้ตำแหน่งของเนื้อเยื่อที่ผิดปกติ การส่องกล้องตรวจภายในหลอดลม (Bronchoscopy) สดกล้องขนาดเล็กที่มีไฟส่องสว่างที่ปลายผ่านลำคอลงไปที่ปอด เพื่อตรวจดูบริเวณของปอดที่อาจมีเนื้อเยื่อผิดปกติ การตรวจช่องกลางทรวงอกโดยการส่องกล้อง (Mediastinoscopy) การผ่าตัดบริเวณส่วนบนของกระดูกอกและนำตัวอย่างเนื้อเยื่อหรือต่อมน้ำเหลืองออกมาตาวจ อาจมีการเก็บตัวอย่างชิ้นเนื้อจากบริเวณอื่นที่มีการแพร่กระจายของมะเร็ง เช่นตับ การวินิจฉัยชนิดของมะเร็งปอดนั้นมีความสำคัญต่อการรักษาเพราะจะช่วยให้แพทย์วางแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม[4]

จากความสำคัญดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการศึกษาปัญหาของผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องปอดและหลอดลมเพื่อวินิจฉัยโรคมะเร็งปอด เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลในด้านการดูแลผู้ป่วยก่อน ขณะ และหลังทำหัตถการการส่องกล้องปอดและหลอดลม ประเมินติดตามหลังการส่องกล้อง การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังส่องกล้อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤต ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิต และลดค่าใช้จ่ายจากการนอนโรงพยาบาล จากสถิติของ HDC Program ในปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 74 ,71,67 ราย ตามลำดับ

การส่องกล้องหลอดลม (Bronchoscopy) เป็นการส่องกล้องเข้าไปในหลอดลมโดยผ่านทางจมูกหรือปากของผู้ที่ได้รับการตรวจ เป็นการตัดชิ้นเนื้อในปอดบริเวณที่ผิดปกติ[5] เพื่อการวินิจฉัยและการรักษาโรคของระบบการหายใจ[6] ซึ่งมีการทำหัตถการร่วมกับการส่องกล้องปอดและหลอดลม คือ การล้างหลอดลม(bronchial wash) Large หรือ Central airway เป็นการ Aspiration ของ Secretion หรือ Superficial cell ของ Mucosa ใช้น้ำเกลือใส่ผ่านเข้าไปในช่องของกล้องตรวจและดูดกลับไปส่งตรวจเพื่อหาสิ่งผิดปกติมาตรวจ การล้างถุงลม (bronchoalveolar lavage) Distal airway /alveoli หาสิ่งผิดปกติในบริเวณหลอดลมส่วนปลายและถุงลม ,Wedge position technique ปลายของกล้องที่เข้าไปยังปอดส่วนที่มีรอยโรคที่อยู่ไกลจนปลายอุดหลอดลมสนิท ,ปอดกลีบบนจะดูดกลับได้น้อยกว่ากลีบกลางขวา หรือ lingula หรือการทำหัตถการอื่นที่ทำร่วมกับการส่องกล้องหลอดลม เช่น การตัดชิ้นเนื้อของหลอดลม (bronchial biopsy) การตัดชิ้นเนื้อของปอด (transbronchial lung biopsy) คือ การใช้ที่คีบ ตัดชิ้นเนื้อบริเวณที่ผิดปกติ ส่งตรวจ ประมาณ 8-10 ชิ้น การแปรงหลอดลม (bronchial brushing) คือ การใช้แปรง (Brush) ถูบริเวณหลอดลมส่วนปลายที่มี lesion ส่งตรวจหลาย ๆ ครั้ง การใช้เข็มดูดชิ้นเนื้อ (Transbronchial needle aspirate :TBNA) กรณีรอยโรคหรือต่อมน้ำเหลืองที่โตอยู่ชิดหลอดลม (Hilar-mediastinal LN) ใช้เข็มแทงทะลุเข้าไปและดูดเซลล์/ก้อนเนื้อ/ต่อมน้ำเหลืองในปอด ไปส่งตรวจ การใช้ Laser light จะใช้ wave length 1,060 ลึก 0.5-1.5 เซนติเมตร ใช้ร่วมกับ Rigid/Fiberoptic , Argon plasma coagulation (APC) , Cryotherapy การจี้ก้อนเนื้องอกด้วยความเย็น โดยการใช้เข็มที่ทำให้เกิดอุณหภูมิเย็นจัดทำลายเซลล์เนื้องอก/มะเร็งโดยตรง ,Bronchial Thermoplasty การจี้กล้ามเนื้อเรียบหลอดลมด้วยความร้อน 65 องศาเซลเซียส ด้วยการใส่อุปกรณ์เก็บขึ้นเนื้อเข้าภายในหลอดลมเพื่อการตรวจวินิจฉัยและรักษาโดยทางกล้องส่องหลอดลม

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่ได้รับการส่องกล้องปอดและหลอดลม

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ศึกษาค้นคว้าเอกสารวิชาการ ตำรา งานวิจัย เกี่ยวกับโรคมะเร็งปอด การดูแลรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องปอดและหลอดลม

2. คัดเลือกกรณีศึกษาจากผู้ป่วยสงสัยโรคมะเร็งปอดที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย เลือกผู้ป่วยเฉพาะเจาะจง 1 ราย

3. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน ประเมินปัญหา ความต้องการทางการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดจากทฤษฎีทางการพยาบาลของกอร์ดอน กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4. นำกรณีศึกษามาวิเคราะห์ปัญหา กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผล และสรุปอภิปรายผลกรณีศึกษา

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ชายไทยสูงวัย อายุ 73 ปี ประกอบอาชีพรับจ้าง ผู้ดูแล คือ บุตร โรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง และเส้นเลือดสมองตีบ 3 ปี ปฏิเสธการแพ้ยาและสารต่าง ๆ สูบบุหรี่ 40 มวน/วัน สูบมา 50 ปี ดื่มเหล้าขาว 1 ขวด/วัน ดื่มมา 30 ปี เลิก 10 ปี

อาการสำคัญ

ซึมลง ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

ผู้ป่วยขาดยาโรคความดันโลหิตสูงและเส้นเลือดสมองตีบ ญาติให้ประวัติว่า 4 วันก่อน ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปลี่ยนไป ไม่ทำตามคำสั่ง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง รับประทานได้น้อยลง จึงนำส่งโรงพยาบาลหนองหญ้าไซ นอนโรงพยาบาล เอกซเรย์ปอดพบก้อนด้านขวาล่าง ขนาด 5.8 x 6 เซนติเมตร จึงขอส่งตัวมาโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช เพื่อพบแพทย์เฉพาะทาง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง และเส้นเลือดสมองตีบ 3 ปี รักษาไม่ต่อเนื่อง

แบบแผนการดำเนินชีวิต

1. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแล ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองมีภาวะสุขภาพแข็งแรงดีมาตลอดไม่เคยเจ็บป่วยร้ายแรงที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน

2. โภชนาการและการเผาผลาญ ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เองตามปกติรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ดื่มน้ำประมาณวันละ 6-8 แก้ว ผิวหนังไม่พบภาวะขาดสารอาหาร

3. การขับถ่าย ผู้ป่วยปัสสาวะได้เองตามปกติประมาณวันละ 3-4 ครั้ง ถ่ายอุจาระ วันละ 1 ครั้ง ไม่มีปัญหาท้องผูก ปฏิเสธการใช้ยาระบาย

4. กิจกรรมประจำวันและ การออกกำลังกาย: ผู้ป่วยออกกำลังกายโดยการเดินทำงาน

5. การพักผ่อนนอนหลับ: ผู้ป่วยไม่มีปัญหาการนอนหลับ นอนประมาณวันละ 5-6 ชั่วโมง ปฏิเสธการใช้ยานอนหลับ

6. สติปัญญา การรับรู้ และประสาทสัมผัส : ผู้ป่วยไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ และการได้ยิน

7. การรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์: ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวเป็นคนสำคัญ กลัวจะไม่สามารถทำงานได้หลังจากได้รับการรักษา

8. บทบาทและสัมพันธภาพ : ความสัมพันธ์ในครอบครัวดี

9. เพศ และการเจริญพันธุ์ : ผู้ป่วยอยู่ในช่วงหมดวัยเจริญพันธุ์ ไม่มีความผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์

10. การเผชิญความเครียด/การปรับตัว: ผู้ป่วยมีมนุษยสัมพันธ์ดี มีความเครียดเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ปฏิเสธการใช้ยาคลายความเครียด

11. คุณค่าและความเชื่อ: ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ เชื่อว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดจากการดูแลสุขภาพไม่ดี

การตรวจร่างกายตามระบบ

ชายไทยสูงวัย รูปร่างสมส่วน อายุ 73 ปี น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 24.97 กิโลกรัมต่อตารางเมตร สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 124/88 มิลลิเมตรปรอท

ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก: รูปร่างอกปกติ ปอดมีการขยายตัวที่ดี สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ผลเอกซเรย์ปอดผิดปกติ พบก้อนขนาด 6.2x5.7x5.7 เซนติเมตรบริเวณปอดกลีบกลางด้านขวา

ระบบหัวใจและหลอดเลือด อัตราการเต้นของหัวใจปกติ 86 ครั้ง/นาที จังหวะการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ

ระบบทางเดินอาหาร: ท้องกดไม่เจ็บ คลำไม่พบก้อน

ระบบทางเดินปัสสาวะ: ปัสสาวะปกติ 3-4 ครั้ง/วัน

ระบบประสาท: สับสนเป็นบางครั้ง นอนดิ้นไปมาบนเตียง

ผลการตรวจคลื่นหัวใจ Normal Sinus rhythm

ผลการตรวจเอกซเรย์ปอด Mass at RML size 5.8 x 6 cm.

ผลการตรวจ MDCT of the brain and chest

BRAIN:

- A 2.7x2.4x2.5 cm intense enhancing hyperdense mass with central necrosis in left thalamus with moderate degree of perilesional vasogenic edema in left parietotemporal lobe, left basal ganglion, left thalamus and left-sided midbrain. Associated mass effect to the third ventricle with a 7 mm left-to-right midline shift and moderate hydrocephalus. Findings are suspicious for Brain metastasis.

CHEST:

- A 6.2x5.7x5.7 cm lobulated heterogeneous enhancing soft tissue mass involving the RML, suspicious for CA lung until proven otherwise.
- A few small pulmonary nodules in both upper lobes and RML, largest 2 cm, suggesting intrapulmonary metastases.
- Multiple enlarged mediastinal and right hilar lymph nodes, largest 2.2 cm in short axis, suggesting nodal metastases.
- Mild paraseptal emphysema in both upper lobes, a 1.9 cm lung cyst in RUL and a 0.5 cm

calcified granuloma in LUL.

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Cytology : Bronchoalveolar lavage (BAL) : Negative for malignant cells.

Pathology : Right middle lobe lung mass trans-bronchoscopic biopsy: Adenocarcinoma solid pattern.

การวินิจฉัยโรค R/O CA lung with brain metastasis

การรักษา

แรกรับ ผู้ป่วยมีสับสน ทำตามสั่งได้บางครั้ง ดิ้นไปมาบนเตียง แพทย์ให้ dexamethasone 4 mg. iv q 6 hr. หลังจากนั้นส่งปรึกษา Chest med ให้ NPO After midnight พยาบาลห้องส่องกล้อง Bronchoscope เยี่ยมผู้ป่วยเพื่อประเมินความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ประเมินยาที่ผู้ป่วยได้รับ ตรวจสอบใบเซ็นยินยอมการตรวจ สิทธิ์การรักษา ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่องกล้อง Bronchoscope การอธิบายความจำเป็นในการส่องกล้อง Bronchoscope การปฏิบัติตัวก่อนการส่องกล้อง Bronchoscope พร้อมทั้งอธิบายถึงขั้นตอนการส่องกล้อง Bronchoscope และการปฏิบัติตัวหลังส่องกล้อง Bronchoscope

นอนโรงพยาบาลวันที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบมีสับสนเล็กน้อย ส่องกล้อง Bronchoscopy with bronchial lavage with Biopsy under Fluoroscope ใช้เวลาส่องกล้อง 30 นาที หลังจากสังเกตอาการหลังส่องกล้อง Bronchoscope ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ส่งผู้ป่วยกลับตึกอายุรกรรมชาย สังเกตอาการหลังส่องกล้อง Bronchoscope ต่อ หลังส่องกล้องครบ 4 ชั่วโมง ให้อาหารทางสายยาง NG Feed BD DM low salt (1.5:1) 200 ml. x 4 F + น้ำ 50 ml. On 0.9% NSS 1000 ml IV rate 40 ml/hr. + dexamethasone 4 mg. iv q 6 hr.

วันที่ 2 แพทย์ส่งปรึกษา Onco med คุยกับญาติถึงแนวทางการรักษา ผู้ป่วยและญาติขอรักษาแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน แพทย์พิจารณาให้กลับบ้านได้ ให้ยา Home medication นัด Follow up พร้อมฟังผล Pathology หลังจากกลับบ้าน 2 สัปดาห์ รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาล 5 วัน

3. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล

จากกระบวนการพยาบาล และข้อมูลจากผู้ป่วย ทำให้สรุปการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การพยาบาลผู้ป่วยก่อนการส่องกล้องปอดและหลอดลม ระหว่างส่องกล้องปอดและหลอดลม หลังการส่องกล้องปอดและหลอดลม

3.1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะก่อนการส่องกล้องปอดและหลอดลม

การประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจเอง ใส่ออกซิเจนแคนนูลา 5 ลิตรต่อนาที อัตราการหายใจ 18-22 ครั้งต่อนาที ชีพจร 65 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/90 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนปลายนิ้ว 97 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารหลัง 24.00 น. จัดท่านอนหงาย เตรียมพ่นสเปรย์ยาชาทางปากและจมูกทั้ง 2 ข้าง ตำแหน่งละ 3 ครั้ง พ่น 2 ครั้ง ห่างกัน 5 นาที อธิบายขั้นตอนการตรวจตั้งแต่ก่อน ขณะ และหลังตรวจพร้อมถึงอธิบายถึงภาวะแทรกซ้อน และการสังเกตอาการและการปฏิบัติตัวหลังส่องกล้องเสร็จ ก่อนการส่องกล้อง แพทย์ให้ยา Fentanyl 25 ไมโครกรัม ผสม NSS 10 มิลลิลิตร ฉีดเข้าทางเส้นเลือด dormicum 2.5 มิลลกรัมผสม NSS 10 มิลลิลิตร ฉีดเข้าทางเส้นเลือด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1

ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการส่องกล้องปอดและหลอดลม การรักษาและวิธีการปฏิบัติตัวก่อน ระหว่าง และหลังส่องกล้องปอดและหลอดลม รวมถึงโรคมะเร็งปอด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยไม่เคยส่องกล้องปอดและหลอดลมมาก่อน ไม่รู้ว่าต้องทำตัวอย่างไร โรคมะเร็งก็ไม่เคยเป็น
2. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล ขมวดคิ้ว นั่งกอดอก
3. ญาติยังไม่อยากให้ผู้ป่วยรู้ว่าเป็นโรคอะไร

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

ความวิตกกังวลลดลง มีความรู้ในการปฏิบัติตนก่อน ระหว่างและหลังส่องกล้องปอดและหลอดลม และมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่จะต้องเผชิญ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยยินดี ให้ความร่วมมือและยินยอมรับการส่องกล้องปอดและหลอดลม
2. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น ไม่แสดงอาการวิตกกังวล
3. คลายความวิตกกังวล

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ โดยใช้คำพูดที่สุภาพ น้ำเสียงอ่อนโยน
2. ให้โอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามในสิ่งที่สงสัย ระบายความรู้สึก
3. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนส่องกล้องปอดและหลอดลม พร้อมเหตุผล เช่น การตรวจเลือด การถ่ายภาพรังสีทรวงอก การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจพิเศษ เป็นต้น
4. อธิบายเกี่ยวกับสาเหตุและการดำเนินโรค รวมทั้งรายระเอียดเกี่ยวกับการส่องกล้องปอดและหลอดลมที่ผู้ป่วยได้รับ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล
5. การเตรียมด้านร่างกายและจิตใจ
   1) อธิบายเกี่ยวกับการเตรียมความสะอาดร่างกายทั่วไป การเตรียมความพร้อมสำหรับได้รับยาสลบ ได้แก่ การงดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการส่องกล้องปอดและหลอดลม
   2) ฝึกให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออก การไอเอาเสมหะออกอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการส่องกล้องปอดและหลอดลมและปฏิบัติตัวหลังส่องกล้องปอดและหลอดลม
   3) อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสภาพของผู้ป่วยขณะและหลังส่องกล้องปอดและหลอดลม เช่น ขณะส่องกล้องจะพ่นยาชาในจมูก 2 ข้าง และในปาก และจะพ่นยาชาผ่านกล้องส่องกล้อง จะทำให้ผู้ป่วยไอ เนื่องจากการพ่นยาชา และจะมีเสมหะ ผู้ช่วยแพทย์จะใช้สายดูดเสมหะให้ในปาก
6. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังส่องกล้องปอดและหลอดลม ดังนี้
   1) หลังส่องกล้องปอดและหลอดลมเสร็จผู้ป่วยอาจมีอาการมึนงงศีรษะ เนื่องจากได้รับยานอนหลับ ให้นอนพัก
   2) หลังการส่องกล้องปอดและหลอดลมเสร็จ ปากและคอจะชา ให้งดน้ำและอาหารหลังจากส่องกล้องเสร็จประมาณ 1-2 ชั่วโมง หลังจากนั้นสามารถรับประทานอาหารได้

3) ผู้ป่วยอาจจะมีอาการไอ เนื่องจากเกิดการระคายเคืองในหลอดลม จากการส่องกล้อง

4) เสมหะอาจมีเลือดปนเล็กน้อยเนื่องจากการตัดชิ้นเนื้อในปอดบางส่วนออกไปส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

5) ให้สังเกตอาการที่ผิดปกติ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก ไอมีเสมหะปนเลือดสดๆ เพิ่มปริมาณมากขึ้น หากพบสิ่งผิดปกติรายงานแพทย์ทราบ เพื่อให้การช่วยเหลือ

6) ให้กำลังใจ ให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วยว่าทีมรักษาพยาบาลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย

7) กระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการให้กำลังใจผู้ป่วย พร้อมทั้งดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติตัว

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล สามารถบอกการปฏิบัติตัวก่อน ระหว่างและหลังการส่องกล้องปอดและหลอดลม ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2

มีโอกาสงดหรือเลื่อนการส่องกล้อง จากการปฏิบัติตัวก่อนการส่องกล้องไม่ถูกต้อง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยไม่เคยส่องกล้องปอดและหลอดลมมาก่อน ไม่รู้ว่าต้องทำตัวอย่างไร
2. ผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่รับยาไม่ต่อเนื่อง
3. ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อลดโอกาสการเลื่อนหรืองดการส่องกล้อง

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยได้รับการส่องกล้องตามนัดหมายและปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ โดยใช้คำพูดที่สุภาพ น้ำเสียงอ่อนโยน
2. ให้คำแนะนำ เน้นย้ำการงดน้ำและอาหารตั้งแต่ 24.00 น.ของวันก่อนนัดส่องกล้อง ไม่รับประทานอาหารทุกชนิดจนกว่าจะได้รับการส่องกล้องปอดและหลอดลม
3. ให้โอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามในสิ่งที่สงสัย ระบายความรู้สึก
4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการส่องกล้องปอดและหลอดลม แผนการรักษา การปฏิบัติตัวก่อน ระหว่างและหลังส่องกล้องปอดและหลอดลม เพื่อป้องกันการสำลักน้ำ เศษอาหาร หรือสารคัดหลั่งในกระเพาะอาหารเข้าไปในทางเดินหายใจ
5. ซักประวัติการใช้ยา และศึกษาจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย มียาลดความดันโลหิต แนะนำให้รับประทานยาลดความดันโลหิต และน้ำแค่กลืนยาลง เวลา 06.00 น. และให้งดน้ำและอาหารต่อจนกว่าจะได้รับการส่องกล้อง

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยได้รับการส่องกล้องตามนัดหมายและปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากมีอาการสับสนบางครั้ง นอนดิ้นไปมาบนเตียง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัว สับสนเป็นบางครั้ง

2. นอนดิ้นไปมาบนเตียง

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

1. ตรวจสอบความแข็งแรงของไม้กั้นเตียง
2. ดึงไม้กั้นเตียงขึ้นทั้ง 2 ข้างทุกครั้งเมื่อผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง
3. จัดหาสัญญาณเรียกพยาบาลไว้ใกล้มือผู้ป่วย หากต้องการความช่วยเหลือให้กดสัญญาณได้ตลอดเวลา
4. จัดเครื่องใช้ส่วนตัวต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยใช้บ่อยไว้ด้านที่ผุ้ป่วยสามารถหยิบเองได้สะดวกเพื่อผู้ป่วยจะได้ไม่ต้องเอื้อมหยิบและป้องกันการตกเตียง
5. ไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวตามลำพัง
6. กระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และสอนญาติให้มีทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างปลอดภัย

การประเมินผล ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกเตียง

3.2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระหว่างการส่องกล้องปอดและหลอดลม

ขณะส่องกล้อง ผู้ป่วยมีอาการสับสน ดิ้นเล็กน้อย แพทย์จึงพิจารณาให้ยา Fentanyl และ Dormicum เพื่อให้ผู้ป่วยสงบลงและลดการไอขณะส่องกล้องปอดและหลอดลม และพ่นยาชาผ่านกล้อง Bronchoscope เพื่อลดการและป้องกันการสำลักโดยมีสายดูดน้ำลายในปาก ขณะส่องกล้องปอดและหลอดลม อัตราการหายใจ 22-26 ครั้งต่อนาที ชีพจร 70-90 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/60-150/100 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนปลายนิ้ว 99-100 เปอร์เซ็นต์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 อาจเกิดภาวะพร่องออกซิเจน จากการทำหัตถการส่องกล้องปอดและหลอดลม

ข้อมูลสนับสนุน

1. เป็นหัตถการที่ทำในระบบทางเดินหายใจโดยตรง แพทย์ทำการส่องกล้องปอดและหลอดลม
2. มีการพ่นยาชา และมีการดูดสารคัดหลั่งและน้ำลายเป็นระยะ ๆ
3. ผู้ป่วยไอ หายใจเหนื่อย
4. ผู้ป่วยได้รับยา Sedation ระหว่างส่องกล้องปอดและหลอดลม

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อลดการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนระหว่างทำหัตถการ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ลักษณะการหายใจเป็นปกติ ไม่มีอาการหายใจลำบาก อัตราการหายใจ 16-24 ครั้ง/นาที
2. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดปกติ (O2 Saturation > 95%)
3. ไม่ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจ
4. ปลายมือปลายเท้า ริมฝีปากไม่เขียว (Cyanosis)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย
2. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ สังเกตและบันทึกเกี่ยวกับสีผิว เยื่อบุตา และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (O2 saturation)
3. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาระหว่างส่องกล้องตลอดเวลา ตรวจดูบริเวณข้อต่อต่าง ๆ ของสายที่ต่อเข้ากับจมูก ไม่ให้พับ หลุด

4. จัดท่าผู้ป่วยให้นอนหงาย ใช้หมอนรองไหล่ แหงนหน้าผู้ป่วยขึ้นเพื่อเปิดทางเดินหายใจให้โล่งระหว่างส่องกล้องตลอดเวลา
5. ดูดเสมหะในปากและจมูกด้วยวิธีการปราศจากเชื้อ

การประเมินผล

ระหว่างส่องกล้องปอดและหลอดลม มีอาการไอ หายใจเหนื่อยเล็กน้อย อัตราการหายใจ 22-24 ครั้งต่อนาที ไม่มีอาการเขียวเพราะการขาดออกซิเจน ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (O2 saturation) 98% ปลายมือปลายเท้า ริมฝีปากไม่เขียว

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5

เสี่ยงต่อการเกิดการสำลักน้ำทำให้เกิดทางเดินหายใจอุดกั้นเนื่องจากการทำหัตถการส่องกล้องปอดและหลอดลม

ข้อมูลสนับสนุน

1. เป็นหัตถการที่ทำในระบบทางเดินหายใจโดยตรง แพทย์ทำการส่องกล้องปอดและหลอดลม
2. มีการพ่นยาชา และ NSS lavage เป็นระยะ ๆ
3. ผู้ป่วยไอ หายใจเหนื่อย
4. ผู้ป่วยได้รับยา Sedation ระหว่างส่องกล้องปอดและหลอดลม

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล ไม่เกิดการสำลัก ทางเดินหายใจโล่ง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ลักษณะการหายใจเป็นปกติ ไม่มีอาการหายใจลำบาก อัตราการหายใจ 16-24 ครั้ง/นาที
2. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดปกติ (O2 Saturation > 95%)
3. ไม่ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจ
4. ปลายมือปลายเท้า ริมฝีปากไม่เขียว (Cyanosis)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ตรวจสอบระยะเวลาของการงดน้ำและอาหาร
2. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ สังเกตและบันทึกเกี่ยวกับสีผิว เยื่อบุตา และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (O2 saturation)
3. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาระหว่างส่องกล้องตลอดเวลา ตรวจดูบริเวณข้อต่อต่าง ๆ ของสายที่ต่อเข้ากับจมูก ไม่ให้พับ หลุด
4. จัดท่าผู้ป่วยให้นอนหงาย ใช้หมอนรองไหล่ แหงนหน้าผู้ป่วยขึ้นเพื่อเปิดทางเดินหายใจให้โล่งระหว่างส่องกล้องตลอดเวลา
5. ระหว่างส่องกล้อง ดูดเสมหะในปากและจมูกด้วยวิธีการปราศจากเชื้อ
6. หลังส่องกล้องเสร็จจัดท่านอนศีรษะสูง และกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอขับเสมหะหรือน้ำที่ล้างปอดออกเอง

การประเมินผล

ระหว่างส่องกล้องปอดและหลอดลม มีอาการไอ หายใจเหนื่อยเล็กน้อย อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ไม่มีอาการเขียวเพราะการขาดออกซิเจน ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (O2 saturation) 98% ปลายมือปลายเท้า ริมฝีปากไม่เขียว

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6

เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกมาก เนื่องจากมีการตัดชิ้นเนื้อระหว่างส่องกล้อง และจากการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์เข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน

1. การส่องกล้องปอดและหลอดลมต้องตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
2. ระหว่างส่องกล้องต้องสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์เข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

ไม่เกิดสารเสียเลือดมากระหว่างส่องกล้อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีภาวะซีด โดยประเมินจากเปลือกตาซีดขาว ผิวหนัง เล็บ เหงือกและลิ้น
2. ไม่มีอาการหน้ามือหรือเป็นลมหลังส่องกล้อง
3. สัญญาณชีพปกติ ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/80 มม.ปรอท
4. น้ำล้างปอดมีเลือดปนเล็กน้อย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ซักประวัติโรคประจำตัวและประวัติการใช้ยา ว่ามีการใช้ยาที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือดหรือไม่
2. ตรวจสอบผลของห้องปฏิบัติการก่อนการส่องกล้อง เช่น CBC,Coagulation
3. จัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือให้อยู่ในสภาพสมบูรณ์ ไม่เสียหาย พร้อมใช้ ทดสอบให้ใช้งานได้ดี เพื่อป้องกันการแทงทะละ และป้องกันอุปกรณ์เสียหายระหว่างส่องกล้อง
4. จัดท่าผู้ป่วยให้นอนหงาย ใช้หมอนรองไหล่ แหงนหน้าผู้ป่วยขึ้นเพื่อเปิดทางเดินหายใจให้โล่งระหว่างส่องกล้องตลอดเวลา
5. วัดบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 5 นาที ตลอดการส่องกล้อง
6. ช่วยแพทย์ในการตัดชิ้นเนื้ออย่างระมัดระวัง
7. เฝ้าระวัง สังเกตรอยเลือดออกระหว่างและหลังส่องกล้องร่วมกับแพทย์
8. จัดเตรียม Adrenaline 1:10,000 และรถ Emergency ให้พร้อมใช้
9. สังเกตลักษณะสี ปริมาณของเลือดที่ปนออกมากับน้ำลาย
10. สังเกตอาการที่บ่งชี้ว่ามีภาวะเลือดออก เช่น น้ำลายเป็นเลือดสด ๆ ออกมาก มีภาวะซีด เหงื่อออกตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าเย็น ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำลง เป็นต้น

การประเมินผล

ระหว่างส่องกล้อง ตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ มีเลือดออกเล็กน้อย ใช้ Cold NSS lavage น้ำล้างปอดเป็นสีขาวมีเลือดปนเล็กน้อย อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต130/87 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80 ครั้ง/นาที ไม่มีอาการเขียวบริเวณมือ เท้า ริมฝีปาก O2 Saturation97 % ไม่มีอาการหน้ามือหรือเป็นลมหลังส่องกล้อง

3.3 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหลังการส่องกล้องปอดและหลอดลม

หลังส่องกล้องปอดและหลอดลมเสร็จ จัดท่านอนศีรษะสูง ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยเล็กน้อย ไอมีเสมหะและน้ำลายในปากมี ดูดเสมหะจนหายใจโล่ง อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที ชีพจร 58-66 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต

100/50-130-80 มิลลิเมตรปรอท ได้ชิ้นเนื้อส่งตรวจจำนวน 11 ชิ้น น้ำล้างปอด 3 ขวดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ อธิบายการปฏิบัติตัวหลังส่องกล้องและการสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น ให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการส่องกล้องปอดและหลอดลม เช่น ภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pneumothorax)

ข้อมูลสนับสนุน

1. การส่องกล้องปอดและหลอดลมต้องตัดชิ้นเนื้อภายในปอดเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
2. ระหว่างส่องกล้องต้องสอดใส่อุปกรณ์การตัดชิ้นเนื้อผ่านกล้องส่องหลอดลมเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจโดยมีเครื่องเอกซเรย์ (Fluoroscope) หาตำแหน่งที่ใกล้เคียงกับตำแหน่งก้อนในปอด

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการส่องกล้อง เช่น ภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ลักษณะการหายใจเป็นปกติ ไม่มีอาการหายใจลำบาก อัตราการหายใจ 16-24 ครั้ง/นาที
2. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดปกติ (O2 Saturation > 95%)
3. ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย
2. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ โดยเฉพาะการหายใจ สังเกตและบันทึกเกี่ยวกับสีผิว เยื่อบุตา และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ทุก 15 นาที 4 ครั้ง และทุก1 ชั่วโมง จนกว่าผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์สัญญาณชีพปกติ
3. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา ตรวจดูบริเวณข้อต่อต่าง ๆ ของสายที่ต่อเข้ากับจมูก ไม่ให้พับ หลุด
4. จัดท่านอนศีรษะสูง และกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอขับเสมหะหรือน้ำที่ล้างปอดออกเอง

การประเมินผล

ผู้ป่วยหายใจปกติ ไม่มีการหายใจลำบาก ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที O2 Saturation97 %

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8

อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการส่องกล้องปอดและหลอดลม เช่น หลอดลมตีบเฉียบพลัน

ข้อมูลสนับสนุน

1. การส่องกล้องปอดและหลอดลม สอดใส่กล้องผ่านหลอดลม ทำให้เกิดการกระตุ้นให้ไอ และเกิดการระคายเคืองในหลอดลม
2. หลังส่องกล้องผู้ป่วยมีอาการไอ หายใจเหนื่อยเล็กน้อย อัตราการหายใจ 22-24 ครั้งต่อนาที

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังส่องกล้องปอดและหลอดลม เช่น หลอดลมตีบเฉียบพลัน

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยหายใจปกติ ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ฟังเสียงปอดปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา จัดท่านอนศีรษะสูงเพื่อให้หายใจสะดวก
2. กระตุ้นให้ไอขับเสมหะออกอย่างมีประสิทธิภาพ

3. บันทึกสัญญาณชีพและสังเกตอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก ฟังเสียงหายใจที่ปอดเพื่อประเมินสภาพปอด
4. เตรียมยาและอุปกรณ์ในการช่วยชีวิตให้พร้อมใช้

การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะหลอดลมตีบเฉียบพลัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการแพ้ยาชาเฉพาะที่

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยได้รับการการส่องกล้องปอดและหลอดลม จำเป็นต้องได้ยาชา 10% Xylocaine spray สำหรับพ่นในปากและจมูก 2 ข้าง และ 1% Xylocaine สำหรับพ่นผ่านกล้องบริเวณ Vocal cord และ lower airway

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

ปลอดภัยจากการใช้ยาชา

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีอาการแพ้ยาชา คือ มีผดผื่น คัน หน้าตัวบวม หายใจติดขัด อาจมีภาวะชักหรือหัวใจหยุดเต้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการผิดปกติตั้งแต่เริ่มใช้ยาชาพ่นในปากและจมูก 2 ข้าง
2. ซักถามอาการผู้ป่วยหลังใช้ยาชาพ่นในปากและจมูก เช่น รู้สึกคัน หรือหายใจติดขัดหรือไม่เพื่อประเมินอาการแพ้ยาชา
3. หลังจากส่องกล้องปอดและหลอดลมเสร็จ ให้สังเกตอาการในปากและคอว่ามีอาการบวม มีผดผื่นขึ้นหรือไม่ ถ้ามีอาการให้รายงานแพทย์

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีอาการแพ้ยาชาเฉพาะที่

4. การสรุปและอภิปรายกรณีศึกษา

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูงและ Old CVA รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ 4วันก่อน ญาติให้ประวัติว่าผู้ป่วยนั่งเหม่อลอย สับสน ถามตอบบ้างไม่ตอบบ้าง ทำตามสั่งได้บางครั้ง ปัสสาวะราด อาการไม่ดีขึ้น ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลชุมชน ตรวจร่างกาย แขนขาไม่มีอ่อนแรง ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ เอกซเรย์ปอด พบ seen large radioplaque mass at RLL size 5.8x6 cm. จึงส่งตัวมาโรงพยาบาลศูนย์ แรกรับผู้ป่วยสับสน ดิ้นไปมาบนเตียง แพทย์ให้ dexamethasone 4 mg. iv q 6 hr. หลังจากนั้นส่งปรึกษา Chest med ให้ NPO After midnight พยาบาลห้องส่องกล้อง Bronchoscope เยี่ยมผู้ป่วยเพื่อประเมินความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ประเมินยาที่ผู้ป่วยได้รับ ตรวจสอบใบเซ็นยินยอมการตรวจ สิทธิ์การรักษา ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่องกล้อง Bronchoscope การอธิบายความจำเป็นในการส่องกล้อง Bronchoscope การปฏิบัติตัวก่อนการส่องกล้อง Bronchoscope พร้อมทั้งอธิบายถึงขั้นตอนการส่องกล้อง Bronchoscope และการปฏิบัติตัวหลังส่องกล้อง Bronchoscope

นอนโรงพยาบาลวันที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบมีสับสนเล็กน้อย ส่องกล้อง Bronchoscopy with bronchial lavage with Biopsy under Fluoroscope ใช้เวลาส่องกล้อง 20 นาที หลังจากสังเกตอาการหลังส่องกล้อง Bronchoscope ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ส่งผู้ป่วยกลับตึกอายุรกรรมชาย สังเกตอาการหลังส่องกล้อง

Bronchoscope ต่อ หลังส่องกล้องครบ 4 ชั่วโมง ให้อาหารทางสายยาง NG Feed BD DM low salt (1.5:1) 200 ml. x 4 F + น้ำ 50 ml. On 0.9% NSS 1000 ml IV rate 40 ml/hr. + dexamethasone 4 mg. iv q 6 hr.

วันที่ 2 แพทย์ส่งปรึกษา Onco med คุยกับญาติถึงแนวทางการรักษา ผู้ป่วยและญาติขอรักษาแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน แพทย์พิจารณาให้กลับบ้านได้ ให้ยา Home medication นัด Follow up พร้อมฟังผล Pathology หลังจากกลับบ้าน 2 สัปดาห์ รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาล 5 วัน

ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงและ Old CVA รักษาไม่สม่ำเสมอ อาการแสดงที่มาโรงพยาบาลเหมือนกับอาการทางสมองมากกว่า แต่เมื่อเอกซเรย์ปอด พบก้อนด้านขวาล่างที่มีขนาดใหญ่ จึงจำเป็นต้องตัดชิ้นเนื้อที่ปอดตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อที่จะได้ทราบถึงโรคว่าเป็นมะเร็งปอดแพร่กระจายไปสมอง พยาบาลต้องให้ความรู้และดูแลผู้ป่วยและญาติเนื่องจากผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและหัตถการที่ผู้ป่วยต้องได้รับ คือการส่องกล้องปอดและหลอดลม พยาบาลต้องอธิบายเกี่ยวกับโรคที่คาดการณ์ว่าจะเป็นรวมถึงอธิบายขั้นตอนก่อน ระหว่างและหลังการส่องกล้องปอดและหลอดลม เมื่อผู้ป่วยได้รับการส่องกล้องปอดและหลอดลมแล้ว พยาบาลต้องดูแลและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดทั้งอาการทางสมองและอาการทางระบบทางเดินหายใจ ต้องประเมินปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมถึงสังเกตภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังส่องกล้อง ผู้ป่วยและญาติยังไม่ทราบผล ต้องนัดมาฟังผลในภายหลังอีก 2สัปดาห์ ทำให้ผู้ป่วยยังมีความวิตกกังวลอยู่ พยาบาบต้องเสริมพลังให้ผู้ป่วยและญาติ ให้กำลังใจในการที่จะให้ผู้ป่วยและญาติสามารรถกลับไปดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

1. พยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดและการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องปอดและหลอดลม ต้องทราบถึงอาการและอาการแสดงจำเพาะของโรค ทราบขั้นตอนการวินิจฉัย เพื่อเตรียมความพร้อมในการดำเนินการดูแล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง
2. การให้ญาติมามีส่วนร่วมในการดูแลมีส่วนสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องเมื่อกลับบ้านตลอดจนการมาตรวจตามนัด

ข้อเสนอแนะ

การส่องกล้องปอดและหลอดลม เป็นหัตถการที่มีความเสี่ยงสูงต่อระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากส่องกล้องผ่านหลอลมของผู้ป่วยโดยตรง ผู้ป่วยจะได้รับยาชาเฉพาะที่ พ่นยาให้ผู้ป่วยก่อนการส่องกล้องปอดและหลอดลม ตั้งแต่ในปากและจมูก 2 ข้าง จนถึงทางเดินหายใจส่วนล่าง และผู้ป่วยยังได้รับยา Fentanyl และ Dormicum จะทำให้ผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวลดลง การหายใจไม่สะดวก ระหว่างส่องกล้อง เมื่อดูความผิดปกติของหลอดลมแล้วยังต้องตัดชิ้นเนื้อบางส่วน และเก็บน้ำล้างปอดไปตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน ทุกขั้นตอนในการทำหัตถการจึงมีความสำคัญมากในการเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และต้องประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างและหลังส่องกล้องปอดและหลอดลม พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค ขั้นตอน และต้องดูแลเครื่องมือให้พร้อมใช้ รวมทั้งรถ Emergency ที่ต้องพร้อมใช้ในการช่วยเหลือในภาวะวิกฤติฉุกเฉิน ทีมรักษาพยาบาลต้องมีความ

เอกสารอ้างอิง

1. นิธิพัฒน์ เจียรกุลและคณะ. ตำราโรคระบบการหายใจ 2. พิมพ์ครั้งที่ 1. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย; 2562.
2. คมน์สิทธิ์ ทองธรรมชาติ.มะเร็งปอด. มกราคม 2567. เข้าถึงได้จาก/Available From: https://www.gj.mahidol.ac.th/main/knowledge-2/lungcancer/
3. ทรงภรณ์ โอฬารรัตนชัย. ทำความรู้จักมะเร็งปอด. เข้าถึงได้จาก/Available From: https://www.lungandme.com/Roche_Lung%20cancer%20booklet%20A5_06.pdf
4. ชัยวุฒิ นศถาสุโรดม,สุดปรีดา ชัยนิธิกรรณ.มะเร็งปอด.มกราคม 2023.เข้าถึงได้จาก/Available From: https://www.medparkhospital.com/disease-and-treatment/lung-cancer
5. ลาวรรณ สรสิทธิ์รุ่งสกุล.วราสารพยาบาลสภากาชาดไทย.ปีที่ 13 ฉบับ 1 ,2563.เข้าถึงได้จาก/Available From: file:///C:/Users/user/Downloads/ruchjira1234.
6. มนฤทัย เด่นดวง.การส่องกล้องหลอดลม (Bronchoscopy) และบทบาทของบุคลากรผู้ช่วยแพทย์. วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต. ปีที่ 36 ฉบับที่ 3,2560. เข้าถึงได้จาก/Available From: https://thaichestjournal.org/2019/09/03/fob/
7. ปราณี ทู้ไพเราะ. คู่มือโรค. พิมพ์ครั้งที่ 3. เอ็นพีเพรสลิมิเต็ด พาร์ดเนอร์ชิพ,2558.
8. ปราณี ทู้ไพเราะ. คู่มือข้อวินิจฉัยการพยาบาล.2566
9. วิบูลย์ บุญสร้างสุข. หัตถการวินิจฉัยด้วยกล้องส่องหลอดลม.พิมพ์ครั้งที่ 1.บริษัท บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด,2559.