

เรื่อง : การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ตรง

ที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า : กรณีศึกษา

Nursing care of patient with CA Rectum treated by
Chemotherapy and Targeted therapy: case study



โดย

กรมการแพทย์

นางสาวอัจฉรา ศิริบรรณ

โรงพยาบาลเลิดสิน

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล

ตำแหน่งเลขที่ 2980

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน การกิจด้านการพยาบาล

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์

คำนำ

ข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ ปี 2562 ประเทศไทยพบคนไข้เสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเฉลี่ยวันละ 15 คน หรือปีละ 5,476 คน และมีผู้ป่วยใหม่ปีละกว่า 15,000 คน การรักษาโรคมะเร็งไส้ตรง มีการพัฒนาอย่างมีประสิทธิภาพและสามารถให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้มากขึ้น การรักษาหลักของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง คือการผ่าตัด และการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นการรักษาเสริมที่สำคัญ เพราะหากก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่และอยู่ในระยะแพร่กระจาย แพทย์มักเลือกการรักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัดก่อนทำการผ่าตัด (neoadjuvant chemotherapy) ในกรณีที่มะเร็งลุกลามมาก ไม่สามารถรักษาด้วยการผ่าตัดได้ หรือมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นแล้ว ส่วนใหญ่เป้าหมายของการรักษามะเร็งระยะลุกลาม จะเป็นการรักษาเพื่อควบคุม ยับยั้ง ลดจำนวนมะเร็ง ควบคุมการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีการรักษามะเร็งที่เรียกว่า ยามุ่งเป้า (targeted therapy) ที่สามารถยับยั้งการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งได้เป็นอย่างดี กรณีศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ตรงที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า โดยใช้ทักษะการพยาบาลและการดูแลเฉพาะทางในผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งมีความยุ่งยากและซับซ้อน ใช้กระบวนการพยาบาลในการวางแผนดูแลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพแบบองค์รวมด้วยความเอื้ออาทร คำนึงถึงสิทธิมนุษยชนและหลักจริยธรรม ด้วยการประยุกต์ใช้ทรัพยากรและเทคโนโลยีที่ทันสมัย ให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดขึ้น วางแผนเรื่องการดูแลภายหลังจำหน่ายตลอดจน เพื่อติดตามอาการได้อย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษาผู้ป่วยเฉพาะกรณีในครั้งนี้ ข้าพเจ้าได้ทำการศึกษาค้นคว้า และรวบรวมข้อมูลจากตำราหลายเล่มประกอบกัน โดยบูรณาการองค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ รวบรวมเป็นแนวทางการปฏิบัติให้ครอบคลุมปัญหาสุขภาพแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้อ่าน สามารถศึกษาและนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างสูงสุด หากบกพร่องประการใดข้าพเจ้าขออภัยมา ณ ที่นี้ด้วย

โรงพยาบาลเลิดสิน

อัจฉรา ศิริบรรณ
ผู้จัดทำ

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญตาราง	ง
สารบัญภาพ	จ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	2
ขั้นตอนการดำเนินการ	2
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมและองค์ความรู้เกี่ยวกับโรค	
กายวิภาค พยาธิสภาพและสรีรวิทยาของลำไส้ตรง	4
สาเหตุและปัจจัย	8
การวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ตรง	14
การแบ่งระยะโรค	15
การรักษา	20
ยาเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และมะเร็งลำไส้ตรงในปัจจุบัน และผลข้างเคียง	25
บทที่ 3 กรอบแนวคิด/ทฤษฎีทางการพยาบาล	
ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม	27
กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน	36
กระบวนการพยาบาล	39
การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ)	48
บทที่ 4 กรณีศึกษา	
ข้อมูลทั่วไป	50
ข้อมูลความเจ็บป่วยและสุขภาพ	50
การประเมินตามแบบแผนสุขภาพ	51
การตรวจร่างกาย	54
ผลการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ	55
เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา	65

การรักษาที่ได้รับ	72
การติดตามเยี่ยมผู้ป่วย	88
การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ตรงที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า	91
บทที่ 5 สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ	
สรุปกรณีศึกษา	109
วิเคราะห์กรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ	110
บรรณานุกรม	112
ภาคผนวก	114



กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

สารบัญตาราง

เรื่อง	หน้า
ตารางที่ 1 แสดง Asia Pacific Colorectal Screening Score (APCS)	11
ตารางที่ 2 แสดงข้อดี ข้อเสียของการคัดกรองแต่ละชนิด	11
ตารางที่ 3 แสดงการแบ่งระยะของมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	19
ตารางที่ 4 แสดงการใช้กระบวนการพยาบาลตามแนวคิดของโอเรม	35



กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

สารบัญภาพ

เรื่อง	หน้า
ภาพที่ 1 แสดงกายวิภาคของลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	5
ภาพที่ 2 แสดงการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อบุที่ผิดปกติในชั้น mucosa (dysplasia)	6
ภาพที่ 3 แสดงตึงเนื้อที่ลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง	6
ภาพที่ 4 แสดงการตรวจอุจจาระ เพื่อหาเลือดที่ปนมากับอุจจาระ	12
ภาพที่ 5 แสดงการส่องกล้องซิกมอยด์ (sigmoidoscopy)	13
ภาพที่ 6 แสดงการส่องกล้องตลอดลำไส้ใหญ่ (colonoscopy)	14
ภาพที่ 7 แสดงมะเร็ง stage 0	15
ภาพที่ 8 แสดงมะเร็ง stage 1	16
ภาพที่ 9 แสดงมะเร็ง stage 2	16
ภาพที่ 10 แสดงมะเร็ง stage 3A	16
ภาพที่ 11 แสดงมะเร็ง stage 3B	17
ภาพที่ 12 แสดงมะเร็ง stage 3C	17
ภาพที่ 13 แสดงมะเร็ง stage 4	17

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งถือเป็นโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตลำดับต้นๆ ของประชากรทั่วโลก จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก (WHO) ปี 2561 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2564) พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน 18.1 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 9.6 ล้านคน โรคมะเร็งที่พบ 5 อันดับแรกของโลก ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และตรง มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งกระเพาะอาหาร ในบรรดาผู้ป่วยใหม่จำนวน 18.1 ล้านราย พบผู้ป่วยมะเร็งปอด 2.1 ล้านราย มะเร็งเต้านม 2.1 ล้านราย มะเร็งลำไส้ใหญ่ 1.8 ล้านราย มะเร็งต่อมลูกหมาก 1.3 ล้านราย และมะเร็งกระเพาะอาหาร 1.0 ล้านราย ส่วนจำนวนผู้เสียชีวิต 9.6 ล้านคน เป็นผู้เสียชีวิตจากมะเร็ง ปอด 1.8 ล้านคน มะเร็งลำไส้ 881,000 คน มะเร็งกระเพาะอาหาร 783,000 คน มะเร็งตับ 782,000 คน และมะเร็งเต้านม 627,000 คน

จากข้อมูลสถิติทะเบียนมะเร็งประเทศไทย ปี 2562 จากกองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขคนไทยป่วยเป็นโรคมะเร็งรายใหม่ วันละ 381 คน หรือ 139,206 คนต่อปี (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2564) และเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง วันละ 230 คน หรือ 84,073 คนต่อปี แต่หากแบ่งออกตามเพศชายหรือหญิงจะพบว่า โรคมะเร็งที่พบในชายไทย (ข้อมูลปี 2563) พบวันละ 173.1 คนต่อประชากร 100,000 คน (อันดับที่ 16 ของทวีปเอเชีย) โดย 5 ชนิดมะเร็งที่พบในชายไทยมากที่สุดต่อประชากร 100,000 คน ประกอบด้วย มะเร็งตับและท่อน้ำดี : 33.2 มะเร็งปอด : 22.8 มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง : 18.7 มะเร็งต่อมลูกหมาก : 7.7 มะเร็งต่อมน้ำเหลือง : 6.6 ส่วนโรคมะเร็งที่พบในหญิงไทย (ข้อมูลปี 2563) พบวันละ 159 คนต่อประชากร 100,000 คน (อันดับที่ 15 ของทวีปเอเชีย) โดย 5 ชนิดมะเร็งที่พบในหญิงไทยมากที่สุดต่อประชากร 100,000 คน ประกอบด้วย มะเร็งเต้านม : 34.2 มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง : 13.3 มะเร็งตับและท่อน้ำดี : 12.2 มะเร็งปอด : 11.5 มะเร็งปากมดลูก : 11.1 และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี 2564 รายงานว่า โรคมะเร็ง ที่พบบ่อย 5 อันดับแรกในคนไทย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงและมะเร็งปากมดลูก โดยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงพบเป็นอันดับ 4 ร้อยละ 18.7 พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิงโดยพบในผู้ชายร้อยละ 19 พบในผู้หญิงร้อยละ 10.1

การลดอัตราการตายของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงนั้น นอกจากการคัดกรองที่จะช่วยในการค้นหาผู้ป่วยมะเร็งระยะเริ่มต้นได้แล้วทำให้มีโอกาสมหาชีวิตได้นั้น ยังเกี่ยวข้องกับการรักษาที่มีการพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้ การรักษาหลักของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง คือ การผ่าตัด และการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นการรักษาเสริมที่สำคัญ เพราะหากก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่และอยู่ในระยะแพร่กระจาย แพทย์มักเลือกการรักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัดก่อนทำการผ่าตัด (neoadjuvant chemotherapy) ในกรณีที่มะเร็งลุกลามมาก ไม่สามารถรักษาด้วยการผ่าตัดได้ หรือมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นแล้ว ส่วนใหญ่เป้าหมายของการรักษามะเร็งระยะลุกลาม จะเป็นการรักษาเพื่อควบคุม ยับยั้ง ลดจำนวนมะเร็ง ควบคุมการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง ทำให้ผู้ป่วย

สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีการรักษามะเร็งที่เรียกว่า ยามุ่งเป้า (targeted therapy) ที่สามารถยับยั้งการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งได้เป็นอย่างดี ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรง ซึ่งการรักษาและการพยาบาลไม่แตกต่างกันมาก การรักษาต่างๆที่กล่าวมานั้นทางด้านผลการรักษามีผลลัพธ์ที่น่าพอใจแต่ก็มีผลข้างเคียงในระหว่างการรักษาด้วยเช่นกัน ส่งผลกระทบทั้งร่างกายและจิตใจแก่ผู้ป่วย ได้แก่ ผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เจ็บชาตามปลายมือปลายเท้า ช่องปากอักเสบ ท้องเสีย เม็ดเลือดแดงเม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือดต่ำ ผลข้างเคียงจากยามุ่งเป้า เช่น อาการภูมิไวเกินของยามุ่งเป้า ภาวะความดันโลหิตสูงที่เกิดจากยาเมื่อรับประทานไปแล้วระยะหนึ่ง เป็นต้น รวมไปถึงเกิดความกลัว ความวิตกกังวลต่างๆเกี่ยวกับการรักษา การถูกเจาะเส้นเลือด อาการปวดบริเวณเส้นเลือดขณะได้รับยาเคมีบำบัด ความกังวลจากโรคที่กลับเป็นซ้ำและไม่มีความหวังว่าจะหายขาดได้ ดังนั้น พยาบาลควรต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด และยามุ่งเป้าที่มีภาวะข้างเคียงค่อนข้างอันตรายทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตได้ นอกจากนี้การดูแลด้านจิตใจที่ต้องเข้าใจถึงความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อให้การดูแลอย่างถูกต้องครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ช่วยลดความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยเป็นการพยาบาลแบบองค์รวมและใช้เครือข่ายส่งเสริมในการดูแลตนเองให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจที่จะยังเข้ารับการรักษาต่อเนื่อง อยู่ในความดูแลของบุคลากรสาธารณสุขให้เกิดลสัมฤทธิ์ที่ดีตามเป้าหมายที่กำหนด สามารถทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการรักษา มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้บุคลากรภายในหน่วยงาน สามารถให้การวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ตรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ตรงที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า ได้รับการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม ถูกต้อง และรวดเร็วครบถ้วน
3. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ตรงที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า ปลอดภัยจากภาวะโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา
4. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ศึกษาและรวบรวมข้อมูล กรณีศึกษาผู้ป่วยผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลเลิดสิน
2. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการเปรียบเทียบกับผู้ป่วย ปรีกษาแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย
3. รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และนำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย โดยเน้นการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม
4. ประเมินผลการจัดการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า
5. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ นำไปวางแผนในการรักษา ตามหลักกระบวนการโดยเน้นให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม ทั้งการวางแผนก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

6. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล สรุปประเด็น ข้อเสนอแนะและโอกาสพัฒนา
7. เรียบเรียงและเขียนรายงาน ส่งผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบเนื้อหาและความถูกต้อง
8. จัดทำรูปเล่มนำไปเผยแพร่ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้อง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคลากรภายในหน่วยงานและผู้ที่เกี่ยวข้อง สามารถให้การวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ตรงได้อย่างมีคุณภาพ
2. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า ได้รับการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับสภาพผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว
3. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า ปลอดภัยจากภาวะโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา
4. ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ตรงที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า โดยผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรม ตำรา และเอกสารที่เกี่ยวข้องครอบคลุม ดังหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคมะเร็งลำไส้ตรง

- 1.1 กายวิภาคของลำไส้ จุลกายวิภาคของมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
- 1.2 คำจำกัดความของโรคมะเร็งลำไส้ตรง
- 1.3 สาเหตุของโรคมะเร็งลำไส้ตรง
- 1.4 พยาธิสรีรวิทยาโรคมะเร็งลำไส้ตรง
- 1.5 อาการของโรคมะเร็งลำไส้ตรง
- 1.6 การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
- 1.7 การวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ตรง
- 1.8 ระยะของโรคมะเร็งลำไส้ตรง
- 1.9 แนวทางการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ตรง

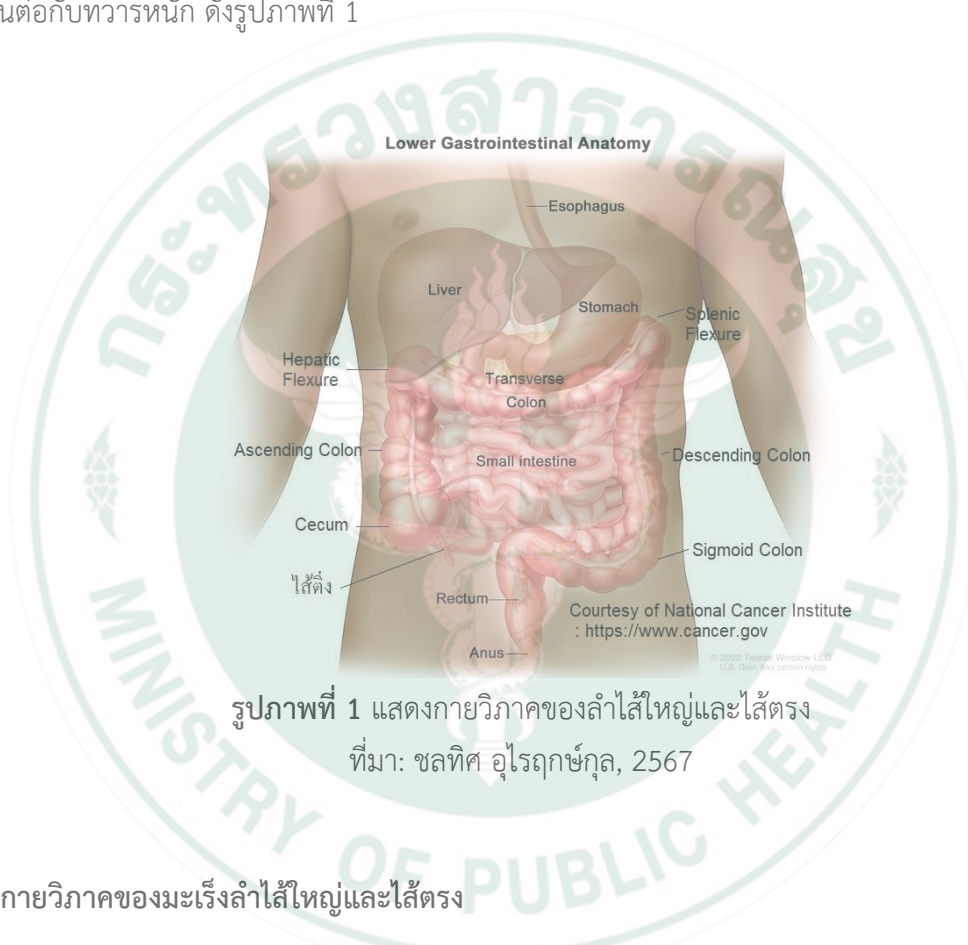
2. ยาเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และมะเร็งลำไส้ตรงในปัจจุบันและผลข้างเคียง

1. โรคมะเร็งลำไส้ตรง

1.1 กายวิภาคของลำไส้

กายวิภาคของลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ลำไส้เล็กส่วนปลาย (Ileum) เปิดเข้าสู่ลำไส้ใหญ่ ผ่านรูเปิดที่เรียกว่า ileocecal valve โดยส่วนแรกของลำไส้ใหญ่เรียกว่า cecum ซึ่งอยู่บริเวณท้องน้อยด้านขวา ติดกับไส้ติ่ง จากนั้นทอดตัวขึ้นบนเรียกลำไส้ใหญ่ส่วนนี้ว่า ascending Colon เมื่อขึ้นถึงบริเวณใต้ตับ (hepatic flexure) แล้ว จะทอดตัวขวางลำตัวจากขวาไปซ้าย เรียกลำไส้ใหญ่ส่วนนี้ว่า transverse colon และเมื่อทอดตัวไปถึงบริเวณม้าม (splenic flexure) จะทอดตัวลงด้านล่าง ส่วนนี้ของลำไส้ใหญ่เรียกว่า descending colon เมื่อลำไส้ใหญ่ทอดตัวเข้าอุ้งเชิงกราน จะโค้งเป็นตัวตัว S เรียกลำไส้ใหญ่ส่วนนี้ว่า sigmoid colon จากนั้นจะวกลงเป็นไส้ตรง เรียกส่วนนี้ว่า rectum เพื่อเปิดสู่ทวารหนัก (anus) ไส้ตรง เป็นส่วนปลายสุดของลำไส้ใหญ่ทั้งหมด (colon) ลำไส้ใหญ่ส่วนปลายสุดนี้มีลักษณะเป็น ท่อตรง จึงได้ชื่อว่าไส้ตรง หรือลำไส้ตรง(rectum, มาจากภาษาลาติน แปลว่า ตรง) ซึ่งนอกจากมีลักษณะตรงแล้ว ไส้ตรงยังเป็นส่วนที่อยู่ในอุ้งเชิงกราน ไม่อยู่ในช่องท้องเหมือนลำไส้ใหญ่ส่วนอื่น จึงส่งผลให้ ต่อมน้ำเหลืองของไส้ตรง จะเป็นต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกราน pelvic node) ทั้งด้านซ้ายและด้านขวา (ซึ่งต่อมน้ำเหลืองลำไส้ใหญ่ส่วนช่องท้อง จะเป็นต่อมน้ำเหลืองรอบๆท่อเลือดแดงช่องท้อง คือ periaortic node) ทั้งนี้ ไส้ตรงมีขนาดยาวประมาณ 12-15 เซ็นติเมตร โดย ศัลยแพทย์ให้นิยามไส้ตรงว่า ยาว 15 ซม. เพราะนับจากตำแหน่งลำไส้ใหญ่ตั้งแต่ระดับปุ่มกระดูกกระเบนเหน็บ (promontory of sacrum) ลงมาจนถึงส่วนต่อกับทวารหนัก แต่นักกายวิภาคศาสตร์

นิยามว่า ไส้ตรงยาว 12 ซม. โดยนับจากระดับกระดูกข้อที่ 3 ของกระดูกกระเบนเหน็บ (S3) ลงมาถึงส่วนต่อกับทวารหนัก ดังรูปภาพที่ 1

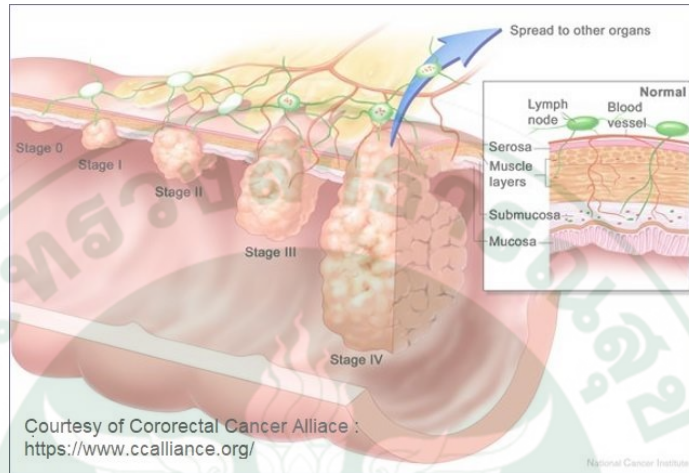


รูปภาพที่ 1 แสดงกายวิภาคของลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
ที่มา: ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2567

จุดกายวิภาคของมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

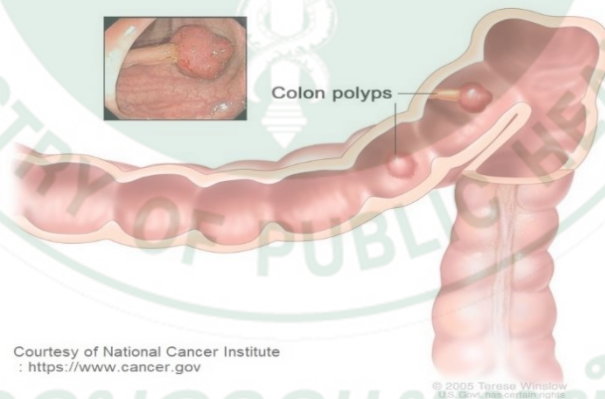
1. ลำไส้ใหญ่ของผู้ใหญ่ยาวประมาณ 5 ฟุต ภายในกลาง ในส่วนของผนังของลำไส้ สามารถแยกเป็นชั้นเมื่อส่องดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ ได้แก่ ชั้นเยื่อบุ (mucosa) โดยเยื่อบุเป็นเซลล์รูปแท่ง (columnar) ชั้นใต้ลงมาเรียกว่าชั้นใต้เยื่อบุ (submucosa) จากนั้นเป็นชั้นกล้ามเนื้อที่อยู่บนผนังลำไส้ (muscular Layer) และชั้นนอกสุดเรียกว่าชั้น serosa

2. มะเร็งของลำไส้ใหญ่ เริ่มจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อบุที่ผิดปกติในชั้น mucosa (dysplasia) โดยกระบวนการเปลี่ยนแปลงอาจจะเป็นเนื้องอก (benign neoplasia) เช่นเป็นติ่งเนื้อที่ลำไส้ใหญ่ (polyps) หรือเป็นมะเร็ง (malignant neoplasia) กระบวนการเปลี่ยนแปลงใช้เวลานาน เป็น 15-20 ปีกว่าที่จะพัฒนาเป็นเซลล์มะเร็ง และติ่งเนื้อในลำไส้บางชนิดก็พัฒนาเป็นมะเร็งได้เหมือนกัน จุดเริ่มต้นของมะเร็งเกิดขึ้นที่ชั้นเยื่อบุ (mucosa) ก่อนจากนั้นมะเร็งก็เริ่มสอดแทรกลึกเข้าไปในชั้นใต้เยื่อบุ (submucosa) ไปยังชั้นกล้ามเนื้อ แล้วทะลุผ่านไปยังชั้น serosa ไปยังเนื้อเยื่อและต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง เข้าสู่ทางเดินน้ำเหลืองและกระแสเลือดไปสู่อวัยวะที่ห่างไกลออกไป ดังรูปภาพที่ 2



รูปภาพที่ 2 แสดงการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อบุที่ผิดปกติในชั้น mucosa (dysplasia) ที่มา: ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2567

3. ดึงเนื้อที่ลำไส้ใหญ่ไส้ตรง แบ่งเป็นชนิดที่ไม่อันตราย (benign) และชนิดที่อันตราย (malignant) เมื่อพบต้องตัดเพื่อส่งตรวจ ดังรูปภาพที่ 3



รูปภาพที่ 3 แสดงดึงเนื้อที่ลำไส้ใหญ่
ที่มา: ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2567

4. ตำแหน่งและประเภทของมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

4.1 พบมะเร็งด้านซ้าย 65-70% โดยเฉพาะที่ rectum และ sigmoid colon เป็นด้านขวา 30-35%

4.2 ร้อยละ 98 เป็น adenocarcinoma ร้อยละ 80 เป็น well and moderately differentiate

ส่วน poor differentiate ที่ prognosis ไม่ดี พบร้อยละ 20 ถ้า poor differentiate เป็น mucinous หรือ colloid ร่วมด้วยซึ่งพบประมาณร้อยละ 15 prognosis ยิ่งไม่ดีมากขึ้น

5. มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง แบ่งตามประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ได้เป็น 3 ประเภทคือ

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเกิดสิน

5.1 แบบที่ไม่มีประวัติครอบครัวหรือประวัติพันธุกรรม เรียกว่า แบบ sporadic พบร้อยละ 70-85% พบในคนอายุ 50 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 80 เป็นแบบ adenomatous polyps ที่เหลือเริ่มจาก non-polypoidal (flat หรือ depress lesion)

5.2 แบบที่มีประวัติครอบครัว เรียกว่า กลุ่ม familial พบ 20-25%

5.3 แบบที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบ เรียกว่ากลุ่ม hereditary โดยถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบ autosomal dominant ประกอบด้วย

5.3.1) Familial adenomatous polyposis (FAP) แบ่งได้ 2 ประเภท คือ

5.3.1.1) Familial adenomatous polyposis (FAP) พบ adenomatous polyps เป็นร้อยถึงพัน ตั้งแต่อายุยังน้อยเฉลี่ย 39 ปี นอกจาก classic FAP แล้วยังมี AFAP (attenuated FAP)

5.3.1.2) other polyposis syndrome ได้แก่ hamartoma tous syndrome , peutz - jehgers syndrome, Juvenile Polyposis

5.3.2) Hereditary non polyposis colorectal cancer (HNPCC) พบได้บ่อยกว่า FAP อายุเฉลี่ยของการเกิดคือ 45 ปี และมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งชนิดอื่นได้แก่ endometrial , ovary, urinary track cancer

6. การเปลี่ยนแปลงของ cell ลำไส้ใหญ่จนเป็นมะเร็ง

6.1 APC mutation ซึ่งทำหน้าที่เป็น suppressor gene ทำให้เยื่อบุลำไส้ใหญ่แบ่งตัวมากกว่าปกติ เป็น benign adenoma ตามด้วยการ mutation ของ K - ras ทำให้เกิด mild, moderate ถึง severe dysplasia จนเป็นเซลล์มะเร็งในท้ายที่สุด ซึ่งกระบวนการนี้ใช้เวลา 5-10 ปี APC mutation เป็นสาเหตุของ sporadic และ FAP

6.2 MYH (Human Mut Y Homology) ผิดปกติ ทำให้เกิดมะเร็งในกลุ่ม AFAP

6.3 ความผิดปกติของ mismatch repair gene ได้แก่ MYH1,MSH2,PMS2,MSH6 ผิดปกติ ทำให้เกิดมะเร็งในกลุ่ม HNPCC

1.2 คำจำกัดความของโรคมะเร็งลำไส้ตรง

มะเร็งลำไส้ตรง หรือ มะเร็งลำไส้ตรง (Rectal cancer) คือ มะเร็งของลำไส้ใหญ่ส่วนปลายสุดที่จะต่อเนื่องไปเป็นทวารหนัก มีความยาว 15 ซม. นับจาก anal verge มีผลทางพยาธิสภาพเป็น adenocarcinoma โดยเกิดจากเซลล์จุดใดของลำไส้ตรงก็ได้ เจริญแบ่งตัวผิดปกติตลอดเวลา และร่างกายควบคุมการแบ่งตัวนี้ไม่ได้ จึงทำให้เกิดเป็นก้อนเนื้อร้าย ก้อนมะเร็ง แผลมะเร็งในลำไส้ตรงที่ส่งผลทำลายเนื้อเยื่อปกติของลำไส้ตรง จนก่ออาการผิดปกติต่างๆ ซึ่งที่พบบ่อย คือ ปวดเบ่งอุจจาระเสมอ ผิดปกติไปจากเดิม, ท้องผูกสลับท้องเสีย, และอุจจาระเป็นเลือด ต่อจากนั้นจะลุกลามทำลาย

เนื้อเยื่อ อวัยวะข้างเคียง ต่อมน้ำเหลืองข้างเคียงที่อยู่ในอุ้งเชิงกราน และในที่สุดลูกกลม รุกรานเข้า กระแสเลือดไปทำลายอวัยวะต่างๆทั่วตัว พบบ่อยที่ ตับ ปอด กระดูก และหรือรุกราน เข้าระบบ น้ำเหลืองไปทำลายต่อมน้ำเหลืองทั่วตัว พบบ่อยคือ ในช่องท้อง และที่เหนือกระดูกไหปลาร้า ความหมาย มะเร็งที่เกิดขึ้นที่ลำไส้ใหญ่ (colon) หรือมะเร็งที่ช่องทวารหนัก (rectum) พัฒนาจาก เซลล์เยื่อบุภายในของลำไส้ใหญ่ที่ผลิตเยื่อเมือกในลำไส้ พบว่าโดยส่วนใหญ่แล้ว มะเร็งลำไส้ใหญ่ เริ่มต้นจากติ่งเนื้อ (polyp) ในลำไส้ใหญ่เองกลายเป็นเซลล์มะเร็ง

1.3 สาเหตุของโรคมะเร็งลำไส้ตรง

1. มีประวัติเนื้องอก ซึ่งปกติจะพบที่ผนังลำไส้ตรงและไม่ใช่นิ่วร้าย แต่หากเวลาผ่านไป เนื้องอกบางชนิดอาจกลายเป็นมะเร็งลำไส้ตรงได้
2. อายุ โดยส่วนใหญ่พบว่าผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไป มีความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้ตรง อุบัติการณ์ของมะเร็งลำไส้ตรง จะพบมากขึ้นตามอายุ แต่จะพบน้อยในบุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี ยกเว้นมีประวัติทางพันธุกรรม หรือมีการอักเสบที่ลำไส้เรื้อรัง ในรายที่มีอายุน้อยก็สามารถพบได้ แต่มีจำนวนไม่มาก
3. มีประวัติเป็นติ่งเนื้อในลำไส้ใหญ่หรือไส้ตรง (adenomatous polyp) หรือมีประวัติลำไส้ อักเสบเรื้อรัง (inflammatory bowel disease) จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรง มากขึ้น
4. มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรง โดยเฉพาะครอบครัว ที่มีสมาชิกป่วย เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรง ก่อนอายุ 60 ปี มีความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรงเพิ่มขึ้น ประวัติ พันธุกรรม ผู้ที่มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรงมาก่อน พบว่ายีนที่ผิดปกติหรือยีนก่อ มะเร็ง สามารถถ่ายทอดสู่สมาชิกภายในครอบครัวได้ สมาชิกในครอบครัวที่ได้รับการถ่ายทอดยีน ดังกล่าว จึง มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรง ได้
5. การไม่ออกกำลังกายและความอ้วน อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรงมากขึ้น การออกกำลังกาย พบว่าการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ นั้น มีความสัมพันธ์ต่อการลดความเสี่ยงต่อ การเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรง โรคอ้วน พบว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกาย (body mass index) สูงกว่า 30 และผู้ที่มี ภาวะอ้วนลงพุง (central obesity) มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรง
6. พฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การดื่มเหล้า สูบบุหรี่ที่มาก พบว่ามีความสัมพันธ์ กับการ เกิดมะเร็ง ลำไส้ใหญ่ไส้ตรงที่เพิ่มขึ้น การสูบบุหรี่ จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงของโรคมะเร็งลำไส้ ใหญ่ไส้ตรง มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ การดื่มสุราหรือเบียร์
7. อาหาร การรับประทานอาหารไขมันสูงหรืออาหารที่ขาดใยอาหาร การขาด สารอาหาร บางชนิด ทำให้มีปัจจัยเสี่ยงต่อมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรงมากกว่า อาหารที่ส่งเสริมการก่อมะเร็ง ได้แก่ เนื้อสัตว์ เนื้อแดง อาหารไขมันสูง เนื่องจากอาหารเหล่านี้ ทำให้มีการเพิ่มสารโคเลสเตอรอล (cholesterol) กรดน้ำดี (bile acid) และทำให้มีการเปลี่ยนแปลงจุลินทรีย์ในลำไส้ ซึ่งกระบวนการนี้ ยังส่งผลให้มีการทำลายเยื่อบุผิวลำไส้ใหญ่ไส้ตรง (colonic mucosa) และมีการเพิ่มการเจริญเติบโต (proliferation activity) ของเยื่อบุลำไส้

1.4 พยาธิสรีรวิทยาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรง

การเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อบุผนังลำไส้ใหญ่ไส้ตรงจนกลายเป็นเซลล์มะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรงได้นั้น ต้องผ่านการเปลี่ยนแปลงหลายขั้นตอนและมีขั้นตอนที่เกี่ยวข้องหลายตัว การดำเนินโรคนี้อาจใช้เวลา 5-10 ปี พยาธิสภาพของมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรง สามารถแบ่งได้ตามลักษณะของก้อนมะเร็งที่มองเห็นเป็น 4 ลักษณะดังนี้

1. ลักษณะเป็นก้อนยื่นออกจากผิวเยื่อบุลำไส้ใหญ่ เข้าไปในโพรงลำไส้ใหญ่ (lumen) ซึ่งเป็นผนังที่ยื่นออกมาขวางช่องภายในลำไส้ใหญ่ โดยมีลักษณะเป็นครึ่งวงกลม
2. ลักษณะเหมือนเป็นแผลที่ผิวบริเวณเยื่อบุลำไส้ใหญ่ ทำให้มีเลือดออกง่าย ทำให้ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ด้วยอุจจาระเป็นเลือด
3. ก้อนมะเร็งเจริญเติบโตเข้าไปในโพรงของลำไส้ใหญ่จนทำลำไส้ใหญ่ตีบตัน
4. ก้อนมะเร็งโตไปตามผนังจนรอบโพรงลำไส้ใหญ่ ซึ่งมักเกิดด้านซ้ายของลำไส้ใหญ่ มะเร็งลำไส้ใหญ่ พบว่า 90-95% จะมีลักษณะพยาธิสภาพแบบ อะดีโนคาร์ซิโนมา (adenocarcinoma) ซึ่งพบอยู่ที่ลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (sigmoid colon) และทวารหนัก (rectum) รองลงมาคือ พยาธิสภาพชนิด มิวซินัส (mucinous) หรือคอลลอยด์อะดีโนคาร์ซิโนมา (colloid adenocarcinoma) ที่พบประมาณร้อยละ 17

1.5 อาการของโรคมะเร็งลำไส้ตรง

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่พบ จะขึ้นอยู่กับตำแหน่ง ขนาด และขอบเขตของก้อน สามารถแบ่งกลุ่มอาการเป็น 3 ลักษณะ ตามตำแหน่งของก้อนมะเร็ง

1. มะเร็งลำไส้ใหญ่ซีกขวา (right colon cancer) เนื่องจากอุจจาระที่ผ่านมาที่ลำไส้ใหญ่ซีกขวาจะยังอ่อนตัวอยู่ ทำให้สามารถผ่านบริเวณรอยโรคที่ก้อนมะเร็งอยู่ไปได้สะดวก จึงไม่ค่อยพบอาการของการอุดตันของลำไส้ใหญ่จากก้อนมะเร็ง รอยโรคบริเวณนี้มักเกิดจากการที่ก้อนมะเร็งมีการแตกเป็นแผล (ulcer) เกิดการเสียเลือดทีละน้อย จนเกิดอาการของโรคโลหิตจางได้ และมาหาแพทย์ด้วยอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น ไม่มีแรง ซีด เป็นต้น

2. มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนขวางและลำไส้ใหญ่ส่วนลง (transverse and descending colon) ส่วนนี้อุจจาระมีความเข้มข้นมากขึ้น ถ้ามีก้อนมะเร็งเกิดขึ้นในบริเวณนี้ และอุดกั้นการเคลื่อนตัวของอุจจาระ อาจทำให้เกิดการอุดตัน มีอาการปวดท้อง (abdominal cramping) จนเกิดการแตก ทะลุ (perforation) ของลำไส้ใหญ่ส่วนที่เหนือต่อการอุดตันได้

3. มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนโค้งและลำไส้ตรง (rectosigmoid colon) เนื่องจากอุจจาระ ที่มาถึงบริเวณส่วนปลายของลำไส้ใหญ่จะมีลักษณะค่อนข้างแข็งตัว และเส้นผ่าศูนย์กลางของลำไส้ใหญ่บริเวณนี้มีขนาดเล็กกว่าส่วนต้น อาจพบการถ่ายเป็นเลือด (hematochezia) ปวดเบ่ง (tenesmus) ส่วนอาการโลหิตจางจะพบน้อยกว่ามะเร็งที่เป็นบริเวณส่วนต้นของลำไส้ใหญ่ บางรายอาจมาหาแพทย์ด้วยอาการถ่ายอุจจาระผิดปกติ (bowel habit change)

1.6 การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

1. แบ่งกลุ่มประชากรที่จะทำการคัดกรอง เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1.1 กลุ่มเสี่ยงสูง แนะนำให้ตรวจ colonoscopy โดยมีข้อใดข้อหนึ่งดังนี้

1.1.1 ผู้ที่เคยมีประวัติเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

1.1.2 ผู้ป่วยที่เคยตรวจพบติ่งเนื้อในลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

1.1.3 มีญาติลำดับแรกเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หรือ advanced adenoma ในขณะที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี หรือมีญาติลำดับแรกอย่างน้อย 2 คนเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หรือ advanced adenoma โดยไม่คำนึงถึงอายุ

1.1.4 ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็น hereditary colorectal cancer เช่น FAP หรือ HNPCC

1.1.5 ผู้ที่มีประวัติลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง (Inflammatory bowel disease)

1.2 กลุ่มเสี่ยงปกติ

2.1 อายุ 50 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง

2.2 ไม่มีข้อข้อหนึ่งที่อยู่ในความเสี่ยงสูง

2. การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

2.1 กลุ่มเสี่ยงสูงแนะนำให้ทำการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (colonoscopy)

2.2 กลุ่มเสี่ยงปกติ ให้เลือกวิธีการคัดกรองวิธีใด วิธีหนึ่งดังต่อไปนี้

2.2.1 ตรวจหาเลือดที่แฝงในอุจจาระทุกปี แนะนำให้ตรวจด้วยวิธี immunochemical fecal occult blood test หรือ iFOBT หรือ FIT (fecal immuno-chemical test) ถ้าให้ผลบวก ให้ทำการตรวจ colonoscopy โปรแกรมดังกล่าวสามารถลดการเสียชีวิตได้ร้อยละ 25-33%

2.2.2 การตรวจ flexible sigmoidoscopy ทุก 5 ปี

2.2.3 การตรวจ colonoscopy ทุก 10ปี

2.2.4 การตรวจเอกซเรย์ลำไส้ใหญ่ (CT colonography) ทุก 10 ปี

3. ได้มีการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองที่ชื่อว่า Asia Pacific Colorectal Screening Score (APCS) โดยการใช้แบบประเมิน (verbal screening) นำมาประยุกต์ใช้ทางคลินิก ได้ 2 แบบ คือ

3.1 กลุ่มที่ screen แล้วพบความเสี่ยงสูง ให้นัดทำ colonoscopy/sigmoidoscopy แต่ความเสี่ยงต่ำหรือปานกลางให้ทำ FIT test ก่อน ถ้า positive ถึงนัดทำ colonoscopy/sigmoidoscopy

3.2 ในรายที่ FIT test ให้ผลบวก ให้ประเมินด้วย APCS เพื่อจัดลำดับให้กลุ่มเสี่ยงสูงทำ colonoscopy/sigmoidoscopy ก่อน แล้วค่อยทำกลุ่มเสี่ยงปานกลาง และต่ำตามลำดับ ดังตารางที่ 1

Risk factor	Criteria	คะแนน
อายุ	< 50 ปี	0
	50-69 ปี	2
	≥ 70 ปี	3
เพศ	หญิง	0
	ชาย	1
ประวัติมะเร็งลำไส้ในญาติลำดับที่หนึ่ง	ไม่มี	0
	มี	2
สูบบุหรี่	ไม่เคยสูบ	0
	เคยสูบหรือสูบอยู่	1

Low risk = 0-1, moderate risk = 2-3, high risk = 4-7

ตารางที่ 1 แสดง Asia Pacific Colorectal Screening Score (APCS)

ที่มา: ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2567

4. ข้อดี ข้อเสียของการคัดกรองแต่ละชนิด ดังตารางที่ 2

วิธีการตรวจ	ความไว (Sensitivity) %		ความสะดวกสบาย	ราคา
	ติ่งเนื้อ(Polyp) ชนิดอื่นทราย	มะเร็ง		
iFOBT	37-48%	67-87%	มาก	ถูก
การส่องด้วยกล้องซิกมอยด์ (Sigmoidoscopy)	70	>95% เฉพาะลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย	ปานกลาง	ปานกลาง
การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy)	88-98%	>95%	เสี่ยงมากที่สุด ต้องเตรียมลำไส้	แพง
การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ลำไส้ใหญ่ (CT Scan)	88% (ขนาดก้อน>9 มม) 66%(ขนาดก้อน 6-9 มม)	>90%	เสี่ยงน้อย ต้องเตรียมลำไส้	แพง

Source : คัดบางส่วนจาก แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ตารางที่ 2 แสดงข้อดี ข้อเสียของการคัดกรองแต่ละชนิด

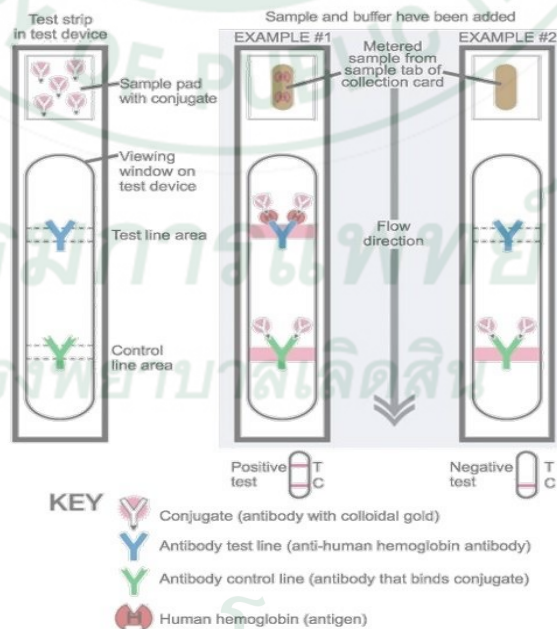
ที่มา: ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2567

หมายเหตุ

1. ไม่แนะนำการตรวจคัดกรองด้วยวิธีตรวจเลือดหาระดับ CEA (carcino-embryonic antigen) และ double contrast barium enema เนื่องจากความไวและความจำเพาะต่ำมาก
2. การตรวจเลือด CEA ใช้ในการตรวจติดตามในรายที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงแล้ว แต่ไม่แนะนำให้มาใช้เพื่อการคัดกรอง

การตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ (fecal occult blood test หรือ FOBT)

วิธีการตรวจที่แนะนำในปัจจุบันเพื่อตรวจหาเลือดของมนุษย์ที่ออกมาจากลำไส้ใหญ่ คือตรวจด้วยวิธี Immunochemical FOBT หรือ iFOBT ถ้าตรวจได้ผลบวก อาจจะเป็นเลือดจากติ่งเนื้อในลำไส้ใหญ่ (polyps) หรือมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หรือสาเหตุอื่นๆ เช่นแผลในลำไส้ จึงต้องทำการตรวจลำไส้ใหญ่ด้วยกล้อง (colonoscopy) เพื่อหาสาเหตุที่ทำให้มีเลือดปนมากับอุจจาระ การคัดกรองด้วยการตรวจอุจจาระเพื่อหาเลือดที่ปนมากับอุจจาระเป็นวิธีที่สะดวก ไม่แพง ไม่ต้องสอดใส่อุปกรณ์เข้าไปตรวจลำไส้ และมีประสิทธิภาพในการตรวจหามะเร็งหรือติ่งเนื้อในลำไส้ใหญ่ ดังรูปภาพที่ 4



ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

รูปภาพที่ 4 แสดงการตรวจอุจจาระ เพื่อหาเลือดที่ปนมากับอุจจาระ

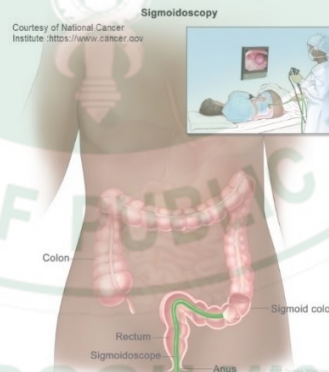
(fecal occult blood test หรือ FOBT)

ที่มา: ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 256

การคัดกรองในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง

ในกลุ่มที่ประวัติเสี่ยงสูง โดยเฉพาะมีประวัติครอบครัวหรือประวัติทางพันธุกรรมเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ควรได้รับการปรึกษาทางพันธุกรรม (genetic counselling) และการตรวจแลบทางพันธุกรรมเพื่อประเมินความเสี่ยง เพื่อพิจารณาวิธีการคัดกรองที่เหมาะสมต่อไป (สำหรับประเทศไทย ยังไม่แนะนำให้ส่งแลบเพื่อตรวจทางยีนส์ที่เสี่ยงต่อมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เนื่องจากราคาแพง โดยแนะนำให้ทำการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในรายที่มีประวัติเสี่ยงสูง) โดยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ มี 2 ประเภทคือ

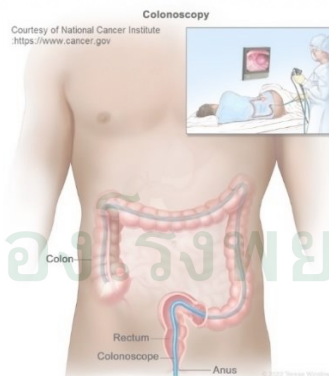
1. การส่องกล้องซิกมอยด์ (sigmoidoscopy) เป็นการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ส่วนไส้ตรง (rectum) และส่วนของ sigmoid colon ดังรูปภาพที่ 5
2. การส่องกล้องตลอดลำไส้ใหญ่ (colonoscopy) เป็นการส่องกล้องตลอดลำไส้ใหญ่ ตั้งแต่ไส้ตรง ไปยังส่วน sigmoid ,descending ,transverse ,ascending colon จนถึง cecum ดังรูปภาพที่ 6



รูปภาพที่ 5 แสดงการส่องกล้องซิกมอยด์ (sigmoidoscopy)

ที่มา: ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2567

โรงพยาบาลเลิดสิน



รูปภาพที่ 6 แสดงการส่องกล้องตลอดลำไส้ใหญ่ (colonoscopy)

ที่มา: ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2567

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

1.7 การวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ตรง

การวินิจฉัย

ใช้การตรวจร่างกาย การตรวจทางภาพถ่าย เช่น การตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง หรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ หรือการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (colonoscopy) หรือ กล้องส่องไส้ตรงและทวารหนัก (sigmoidoscopy) เพื่อตัดเอาชิ้นเนื้อมาตรวจทางจุลพยาธิวิทยา รวมถึงการตรวจทางโมเลกุล เพื่อหา ยีนส์ที่กลายพันธุ์ หรือ ตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (biomarker) เพื่อที่จะหาทางเลือกการรักษาที่เหมาะสมที่สุด

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่จะไม่มีอาการในระยะแรก ๆ อาการที่พบบ่อยขึ้นกับตำแหน่งของมะเร็ง เช่น มะเร็งลำไส้ใหญ่ด้านขวาจะมีอาการอ่อนเพลีย ซีดจากการเสียเลือดเรื้อรัง น้ำหนักลดปวดท้อง หรือ คลำได้ก้อน ถ้า มะเร็งลำไส้ใหญ่ด้านซ้าย มาด้วยอาการ ปวดท้อง ถ่ายเป็นมูกเลือดได้ท้องผูกสลับท้องเสีย และถ้ามะเร็งอยู่ที่ลำไส้ตรง (rectum) อาจมีอาการท้องผูกสลับท้องเสีย, ถ่ายเป็นมูกเลือด, ซีดลง, ถ่ายไม่สุด, ถ่ายลำเล็กลง, ถ่ายเป็นเม็ดกระสุน จนถึงอุดตันจนถ่ายไม่ออก หรือผู้ป่วยมีอาการของภาวะแทรกซ้อนเช่น เลือดออก ลำไส้อุดตัน ลำไส้ทะลุ มีน้ำในช่องท้อง (ascites) ฯลฯ ตรวจร่างกาย อาจไม่พบความผิดปกติ ความผิดปกติที่พบได้ ได้แก่ ซีด คลำได้ก้อนที่ท้อง ตับโต คลำต่อมน้ำเหลืองที่ supraclavicular หรือที่สะดือ น้ำในช่องท้อง ตรวจทางทวารหนักหรือ digital rectal examination (DRE) ประมาณร้อยละ 5-10 สามารถตรวจพบมะเร็งที่ทวารหนักจากการตรวจ DRE การตรวจทางห้องปฏิบัติการ อาจพบมีภาวะซีด ตรวจอุจจาระพบ fecal occult blood test (FOBT) ให้ผลบวก (พบได้ร้อยละ 40-80) liver function test อาจผิดปกติ ถ้ามีการแพร่กระจายมาที่ตับ การตรวจทางรังสีที่ช่วยยืนยัน การวินิจฉัย ได้แก่การทำ barium enema หรือ CT colonography ส่วนการตรวจที่แม่นยำเพื่อช่วยการวินิจฉัย และตรวจ ขึ้นเนื้อยืนยัน คือ การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (colonoscopy)

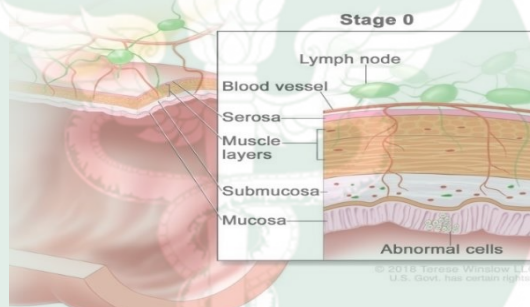
ในผู้ป่วยที่มาตรวจด้วยอาการผิดปกติที่สงสัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เช่น ถ่ายอุจจาระเป็นมูกปนเลือด อุจจาระลำเล็กลง ท้องผูกสลับท้องเสีย เลือดจางโดยหาสาเหตุไม่พบ ควรได้รับการตรวจดังนี้

1. ซักประวัติและตรวจร่างกายโดยละเอียด
2. ทำการตรวจทางทวารหนักด้วยนิ้วมือ (DRE) และ proctoscopy
3. ทำการตรวจ double contrast barium enema หรือทำ colonoscopy
4. กรณีที่สงสัยว่าเป็นมะเร็ง rectum ต้องตัดชิ้นเนื้อเพื่อให้ได้ผลตรวจทางพยาธิวิทยา มา ยืนยันการ วินิจฉัยโรคเสมอ
5. endorectal ultrasonography (ถ้าสามารถทำได้)

1.8 ระยะของโรคมะเร็งลำไส้ตรง (staging)

ใช้ระบบ TNM ในการแบ่งระยะของโรค TNM จะพิจารณาเนื้องอก (T) ต่อมน้ำเหลือง (N) และการแพร่กระจายไปยังส่วนอื่นๆ ของร่างกาย (M) TNM ย่อมาจาก เนื้องอก (tumor, T) : ขนาดและตำแหน่งของเนื้องอก ต่อมน้ำเหลือง (lymph node, N) : ขนาดตำแหน่ง และจำนวนของต่อมน้ำเหลืองที่มะเร็งได้แพร่กระจายไปยังส่วนต่างๆของร่างกาย (M)

ระยะที่ 0 (stage 0) carcinoma in situ (Tis) cell มะเร็งไม่ออกนอก basement membrane ของ glandular cell ดังรูปภาพที่ 7

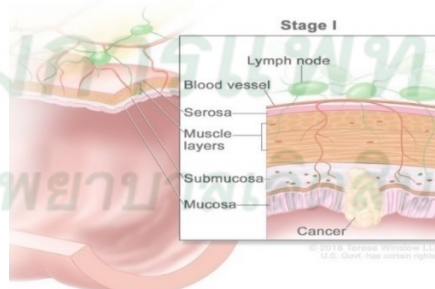


Courtesy of National Cancer Institute : <https://www.cancer.gov>

รูปภาพที่ 7 แสดงมะเร็ง stage 0

ที่มา: ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2567

ระยะที่ 1 (stage 1) มะเร็งออกนอกผนังชั้นในไปสู่ผนังชั้นกลางของลำไส้ใหญ่ จำกัดอยู่ที่ชั้นใต้เยื่อบุผิว (submucosa - T1) หรือ ชั้นกล้ามเนื้อ (muscularis propria - T2) ไม่ได้แพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง ดังรูปภาพที่ 8

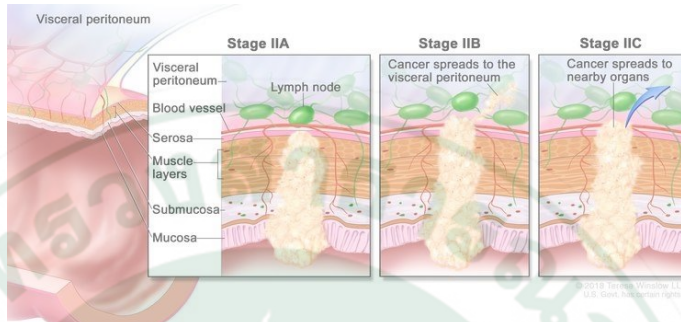


Courtesy of National Cancer Institute : <https://www.cancer.gov>

รูปภาพที่ 8 แสดงมะเร็ง stage 1

ที่มา: ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2567

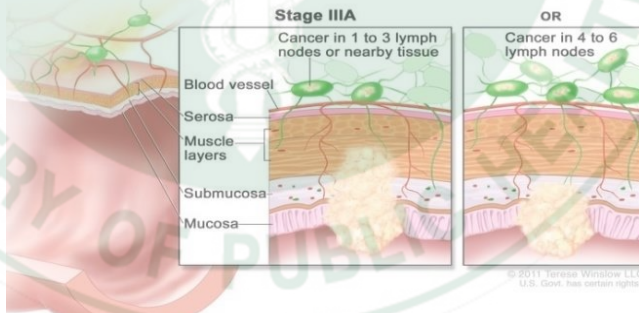
ระยะที่ 2 (stage 2) มะเร็งทะลุผ่านชั้นกล้ามเนื้อ (muscularis propria \geq T3) พบเซลล์มะเร็งได้ลุกลามเข้าไปในผนังลำไส้ส่วนลึก ลุกลามไปยังอวัยวะใกล้เคียงลำไส้ใหญ่ แต่ยังไม่แพร่ไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง ดังรูปภาพที่ 9



Courtesy of National Cancer Institute :<https://www.cancer.gov>

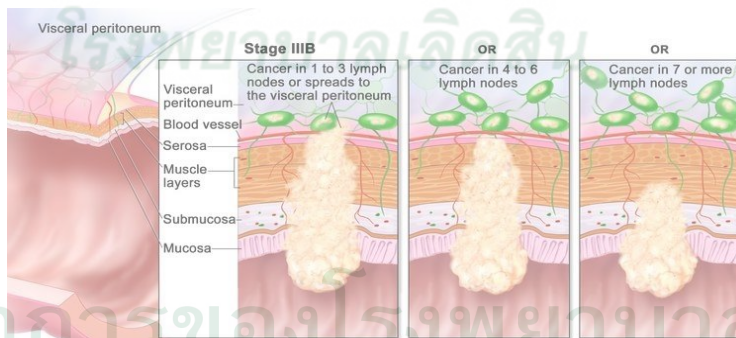
รูปภาพที่ 9 แสดงมะเร็ง stage 2
ที่มา: ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2567

ระยะที่ 3 (stage 3) มะเร็งแพร่ไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง แต่ยังไม่แพร่ไปยังอวัยวะส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย ดังรูปภาพที่ 10,11 และ 12



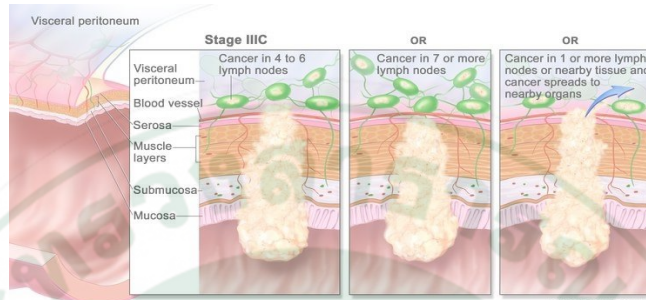
Courtesy of National Cancer Institute :<https://www.cancer.gov>

รูปภาพที่ 10 แสดงมะเร็ง stage 3 A
ที่มา: ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2567



Courtesy of National Cancer Institute :<https://www.cancer.gov>

รูปภาพที่ 11 แสดงมะเร็ง stage 3 B
ที่มา: ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2567

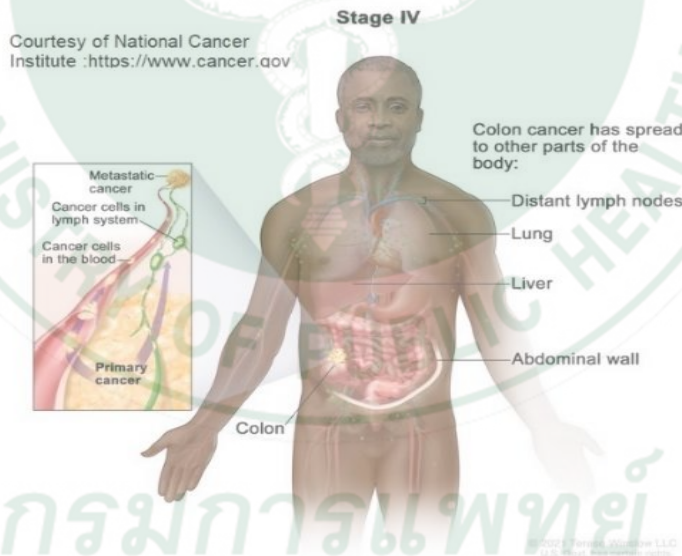


Courtesy of National Cancer Institute : <https://www.cancer.gov>

รูปภาพที่ 12 แสดงมะเร็ง stage 3 C

ที่มา: ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2567

ระยะที่ 4 (stage 4) เซลล์มะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย เช่น ปอด ตับ ผนังช่องท้องและรังไข่ เป็นต้น รวมถึงมะเร็งกลับมาเกิดซ้ำ หลังจากการรักษา ตำแหน่งที่เกิดซ้ำจะอยู่ที่ลำไส้ใหญ่หรืออวัยวะส่วนอื่นๆ ของร่างกาย ดังรูปภาพที่ 13



Courtesy of National Cancer Institute : <https://www.cancer.gov>

รูปภาพที่ 13 แสดงมะเร็ง stage 4

ที่มา: ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2567

สรุป การแบ่งระยะของโรคมะเร็งไส้ตรง (staging of rectal cancer)

การแบ่งระยะของมะเร็งไส้ตรงใช้ตาม american joint committee on cancer (AJCC) โดยใช้ TNM system

primary tumor (T)

TX primary tumor cannot be assessed

To nonevidence primary tumor

Tis carcinoma: intraepithelial or invasion of lamina propria

- T1 tumor invades submucosa
- T2 tumor invades muscularis propria
- T3 tumor invades through the muscularis propria into the subserosa, or in to non-peritoneal zed pericolic or perirectal tissues
- T4 tumor directly invade so the organs or structures, and/or perforates visceral peritoneum

regional lymph nodes (N)

- NX regional lymph nodes cannot be assessed
- No nonregional lymph node metastasis
- N1 metastasis in 1 to 3 regional lymph nodes
- N2 metastasis in 4 or more regional lymph nodes

ผู้ป่วยเป็นที่ No จำนวนของ lymph node ที่ผ่าตัดออกมาตรวจต้องมีจำนวนไม่น้อยกว่า 4 nodes หากน้อยกว่านี้จะถือว่าเป็น sub optimally staged

distant metastasis (M)

- MX distant metastasis cannot be assessed
- Mo no distant metastasis
- M1 distant metastasis

Histologic Grade (G)

- GX grade cannot be assessed
- G1 well differentiated
- G2 moderately differentiated
- G3 poorly differentiated
- G4 undifferentiated

stage grouping of rectal cancer

stage	T	N	M
O	Tis	No	Mo
I	T1	No	Mo
	T2	No	Mo
IIA	T3	No	Mo
IIB	T4	No	Mo
IIIA	T1-T2	N1	Mo
IIIB	T3-T4	N1	Mo
IIIC	AnyT	N2	Mo
IV	AnyT	AnyN	M1

ตารางที่ 3 แสดงการแบ่งระยะของมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

การพยากรณ์โรค (prognosis) การพยากรณ์โรคได้ดีที่สุดได้แก่ pathological stage ตอนที่วินิจฉัยโรค ปัจจัยสำคัญได้แก่ การกระจายของโรคไปที่อื่น ระดับการลุกลามของรอยโรคที่ลำไส้ การลามไปต่อมน้ำเหลืองและการหลงเหลือของเนื้องอกหลังการผ่าตัด และอาจประเมินจาก molecular diagnosis และ clinical features

rectal cancer อัตราการอยู่รอดเกิน 5 ปีต่ำกว่าของ colon cancer บ้าง รายงานของประเทศอเมริกาพบว่าอัตราการอยู่รอดเกิน 5 ปีที่

stage I 72-92%

stage II 52-73%

stage III 37-56%

stage IV 4-8%

1.9 แนวทางการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ตรง

การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ตรงให้ได้ผลดีนั้น ต้องใช้การรักษาร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย การผ่าตัด การให้เคมีบำบัด และการใช้รังสีรักษา โดยพิจารณาตามข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยแต่ละรายเป็นหลัก เนื่องจากในโรคมะเร็งลำไส้ตรงนั้น สามารถตรวจหาระยะของโรคก่อนการผ่าตัดได้ การรักษาประกอบด้วย

1. การผ่าตัด การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ตรง แบ่งตาม clinical staging

1. การรักษาโรคมะเร็งไส้ตรง clinical staging cT1-2 No Mo การผ่าตัดรักษาโรคมะเร็งไส้ตรงมี 2 วิธี คือ

- trans abdominal resection

- trans anal local excision การพิจารณาให้การรักษาเสริมขึ้นกับวิธีการผ่าตัดและ ผลทางพยาธิวิทยา ดังนี้

1.1 การผ่าตัดแบบ trans abdominal resection

1.1.1 ผลพยาธิวิทยาเป็น pT1-2 No Mo - ไม่จำเป็นต้องให้การรักษาเสริมใดๆ

1.1.2 ผลพยาธิวิทยาเป็น pT3 No Mo หรือ pT1-3 N1-2 Mo อาจพิจารณาให้ post operative chemoradiotherapy

1.2 การผ่าตัดแบบ trans anal Local Excision

1.2.1 ผลพยาธิวิทยาเป็น pT1Nx, Margin negative - ไม่จำเป็นต้องให้การรักษาเสริมใดๆ

1.2.2 ผลพยาธิวิทยาเป็น pT2 Nx และ Margin negative - พิจารณาทำการผ่าตัดเพิ่มเติมแบบ transabdominal resection - ถ้าผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัด หรือไม่สามารถผ่าตัดได้พิจารณาให้ chemoradiotherapy

1.2.3 ผลพยาธิวิทยา เป็น pT1-2 Nx และ มีunfavorable featureซึ่งได้แก่ positive margin lymph vascular invasion Poorly differentiation แนะนำให้การรักษาเพิ่มเติมดังนี้

- พิจารณาทำการผ่าตัดเพิ่มเติมแบบ transabdominal resection แล้ว พิจารณาผลพยาธิวิทยาอีกครั้ง

- ถ้าผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัดหรือไม่สามารถผ่าตัดได้พิจารณาให้ Chemoradiotherapy

2. การรักษาโรคมะเร็งไส้ตรง clinical staging cT3 No หรือ T-any N1-2 การรักษาโรคมะเร็งไส้ตรงในระยะนี้ มี 2 แบบคือ

2.1 preoperative neoadjuvant chemoradiotherapy แล้วทำการผ่าตัดแบบ transabdominal resection เมื่อผ่าตัดแล้วให้ adjuvant chemotherapy

2.2 ทำการผ่าตัดแบบ transabdominal resection แล้วให้พิจารณาการรักษาเสริม ดังนี้

2.2.1 ผลพยาธิวิทยาเป็น pT1-2 No Mo - ไม่จำเป็นต้องให้การรักษาเสริมใดๆ

2.2.2 ผลพยาวิริทยาเป็น pT3 No Mo – อาจพิจารณาให้ postoperative chemotherapy หรือ chemoradiotherapy

2.2.3 pT1-3 N1-2 Mo - ควรพิจารณารักษาเสริมด้วย postoperative adjuvant chemo radio therapy

3. การรักษาโรคมะเร็งไส้ตรง clinical staging cT4 หรือ locally unresectable พิจารณาให้ preoperative neoadjuvant chemoradiotherapy – ถ้าสามารถผ่าตัดออกได้พิจารณาให้ post-operative adjuvant chemotherapy– ถ้าไม่สามารถผ่าตัดออกได้พิจารณาให้ palliative care

4. การรักษาโรคมะเร็งไส้ตรง clinical staging any T-any N-any M1

4.1 resect able metastasis มีแนวทางรักษา2 แบบ คือ

4.1.1 ทำการผ่าตัดรักษาโรคมะเร็งไส้ตรง และ metastasis ออกแบบ curative resection แนะนำให้ทำ ผ่าตัดมะเร็งไส้ตรงออกก่อน แล้วจึงทำ ผ่าตัดmetastasis ภายหลัง หรืออาจผ่าตัดออกพร้อมกัน และหลังการ ผ่าตัดควรพิจารณาการรักษาเสริมตามผลพยาวิริทยา ดังนี้ - pT1-2 N0 M1 ให้ post operative adjuvant chemotherapy - pT3-4, N-any หรือ T-any, N1-2 ให้ postoperative chemo radiotherapy

4.1.2 preoperative chemoradiotherapy เป็น neoadjuvant therapy แล้วจึงทำการผ่าตัดรักษาโรคมะเร็งไส้ตรง และ metastasis ออกแบบ curative resection หลังผ่าตัดพิจารณาให้ postoperative adjuvant chemotherapy

4.1.3 การรักษาด้วย radiofrequency ablation เป็นทางเลือกอันหนึ่งของ การรักษา liver metastasis

4.2 unresectable metastasis พิจารณาให้ palliative chemotherapy

การผ่าตัดเฉพาะก้อนมะเร็งออก ไม่ได้ผ่าตัดลำไส้ใหญ่ ทำในรายที่เป็นมะเร็งระยะเริ่มแรก โดยอาจจะทำผ่านกล้องที่สอดจากทวารหนักไปยังลำไส้ใหญ่ที่เป็นมะเร็งเพื่อตัดเอาก้อนมะเร็งออก (local Excision) ถ้าเป็นการตัดตึงเนื้อที่เสี่ยงต่อมะเร็งออกเรียกว่า polypectomy

การผ่าตัดลำไส้ใหญ่ ในส่วนที่เป็นมะเร็งออกแล้วตัดต่อปลายทั้ง 2 ข้างของลำไส้ใหญ่ กระทำในรายที่ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ โดยมีการตัดลำไส้ที่เป็นเนื้อดีออกบางส่วน เพื่อให้แน่ใจว่าปลายทั้ง 2 ข้างของลำไส้ใหญ่ที่จะนำมาต่อกันปลอดภัยจากเซลล์มะเร็ง โดยปกติแพทย์มักจะเลาะเอาต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใกล้เคียงออกด้วย เพื่อนำต่อมน้ำเหลืองดังกล่าวไปตรวจทางจุลพยาธิวิทยาว่ามะเร็งมีการ แพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองหรือไม่

การผ่าตัดแล้วเปิดส่วนปลายของลำไส้ผ่านทางหน้าท้อง เรียกว่า colostomy จะกระทำในกรณีที่ยังไม่สามารถต่อปลายทั้ง 2 ข้างของลำไส้ใหญ่ได้ทันที ต้องรอให้ลำไส้ส่วนปลายแผลหายดีค่อยมาเย็บต่อกัน เรียกว่า การเปิดลำไส้ทางหน้าท้องแบบชั่วคราว แต่ถ้าในกรณีที่มะเร็งลุกลามไปมากไม่สามารถนำปลายทั้ง 2 ข้างมาเย็บต่อกันได้ ก็จำเป็นต้องเปิดให้ลำไส้ทางหน้าท้องถาวร เพื่อให้อุจจาระออกทางถุงที่หน้าท้องแทน

การผ่าตัดอื่นๆ ได้แก่ การจี้ด้วยคลื่นวิทยุความถี่สูง (high radio frequency ablation) โดยหัวจี้ จะมีอิเล็กโทรดที่ปล่อยคลื่นวิทยุขนาดสูงเพื่อทำลายเซลล์มะเร็ง และการจี้ด้วยความเย็น (cryosurgery) โดยจี้ด้วยความเย็นเพื่อฆ่าเซลล์มะเร็ง

การประเมินโรคทางคลินิกมะเร็งลำไส้ตรง ก่อนผ่าตัด (pre-operative clinical evaluation)

1. colonoscopy หรือ double contrast barium enema
2. CT whole abdomen หรือ CT pelvis ร่วมกับ liver ultrasonography หรือ MRI rectum ร่วมกับ liver ultrasonography
3. endorectal ultrasonography (ถ้าสามารถทำได้)
4. chest x-ray
5. CEA

2. เคมีบำบัด เป็นการรักษาโดยใช้ยาเพื่อไปหยุดการเจริญเติบโต หรือหยุดการแบ่งตัว หรือฆ่าเซลล์มะเร็ง เมื่อรับประทาน หรือให้ยาผ่านทางหลอดเลือดดำหรือฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ยาจะเข้าสู่กระแสเลือด แล้วไปสู่เซลล์มะเร็งทั่วร่างกาย (systemic chemotherapy) แต่ถ้าการให้ยาโดยการฉีดเข้าทางน้ำไขสันหลัง หรือเข้าไปในช่องท้อง หรืออวัยวะต่างๆ ยานั้นจะมีผลเฉพาะที่ (regional chemotherapy) การให้เคมีบำบัดผ่านทางเส้นเลือดแดงที่ไปเลี้ยงตับ (chemoembolization) เพื่อการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่แพร่กระจายไปที่ตับ วิธีการให้ยาหรือเลือก regimen ของยา ขึ้นกับประเภทและระยะของมะเร็ง

3. รังสีรักษา เป็นการรักษาโดยการฉายรังสีเอกซ์พลังงานสูง หรือรังสีอื่นๆ เพื่อฆ่า หรือหยุดการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง โดยวิธีการที่ใช้ขึ้นกับประเภทและระยะของมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง แบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือ

3.1 รังสีรักษาภายนอก (external radiation therapy) ใช้เครื่องฉายรังสีที่อยู่ภายนอกร่างกาย แล้วฉายรังสีไปยังตำแหน่งที่กำหนดไว้

3.2 รังสีรักษาภายใน (internal radiation therapy) ใช้การสอดเข็มที่มีสารกัมตภาพรังสีผ่านทางหลอดหรือสายสวนที่สอดเข้าไปใกล้ก้อนมะเร็ง

4. การรักษาแบบมุ่งเป้า (targeted therapy) คือการใช้ยาหรือวัสดุอื่นเพื่อมุ่งเป้าไปยังโมเลกุลเฉพาะที่เซลล์มะเร็งใช้เพื่อการอยู่รอดหรือใช้แพร่กระจาย การรักษาแบบมุ่งเป้าส่วนใหญ่ ใช้ยาที่เป็นโมเลกุลขนาดเล็ก หรือใช้ monoclonal antibody ซึ่งเป็นโปรตีนของระบบภูมิคุ้มกันที่สังเคราะห์ขึ้นจากห้องแล็บเพื่อที่จะไปจับกับเป้าหมายเฉพาะบนเซลล์มะเร็ง หรือเซลล์ที่ช่วยให้เซลล์มะเร็งเจริญเติบโต โดยมี 3 กลไกในการจัดการเซลล์มะเร็งคือ

4.1 ชะลอหรือหยุดยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง (block)

4.2 ชี้เป้าเพื่อให้ระบบภูมิคุ้มกันจัดการเซลล์มะเร็ง (flag)

4.3 นำยา, toxin หรือสารกัมมันตรังสี ที่จะมีผลโดยตรงกับเซลล์มะเร็งติดไปด้วย เพื่อนำไปฆ่าเซลล์มะเร็งเมื่อไปจับกับเซลล์มะเร็ง (deliver) การรักษาแบบมุ่งเป้าที่ใช้รักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงได้แก่

4.3.1 vascular endothelia growth factor (VEGF) inhibitor therapy เซลล์มะเร็งสร้างสารตัวหนึ่งชื่อ VEGF เพื่อทำให้มีการสร้างเส้นเลือดใหม่ไปเลี้ยงเซลล์มะเร็ง ส่วนตัว VEGF inhibitor จะไปยับยั้งการทำงานของ VEGF ทำให้ไม่เกิดเส้นเลือดใหม่ไปเลี้ยงเซลล์มะเร็ง ทำให้เซลล์มะเร็งตาย ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ bevacizumab และ ramucirumab

4.3.2 epidermal growth factor receptor (EGFR) inhibitor therapy EGFR พบที่ผิวของเซลล์ในร่างกาย และพบที่ผิวของเซลล์มะเร็ง เมื่อ EGFR ไปจับที่ผิวเซลล์ก็จะทำให้เซลล์เกิดการแบ่งตัวและเจริญเติบโต เมื่อใช้ EGFR inhibitor ไปจับกับ EGFR ก็จะทำให้เซลล์มะเร็งหยุดการเจริญเติบโต ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ cetuximab และ panitumumab

4.3.3 angiogenesis inhibitor ไปยับยั้งการเกิดเส้นเลือดใหม่ที่หล่อเลี้ยงเซลล์มะเร็งให้เจริญเติบโต

4.3.4 protein kinase therapy เป็นการยับยั้งการสร้างโปรตีนของเซลล์มะเร็ง

5. ภูมิคุ้มกันบำบัด (immunotherapy)

เป็นการรักษาโดยกระตุ้นให้ภูมิคุ้มกันของตนเองจัดการเซลล์มะเร็ง โดยใช้สารที่ร่างกายสร้างขึ้นหรือสารที่สร้างจากห้องแล็บเป็นตัวกระตุ้นภูมิคุ้มกันของเราเพื่อฆ่าเซลล์มะเร็ง immune check point inhibitor therapy โดย immune check point จะไปยับยั้งการทำงานของโปรตีนที่ชื่อ check point ซึ่งสร้างมาจาก immune cell เช่น T cell หรือสร้างจากเซลล์มะเร็ง โดยโปรตีน check point จะเป็นตัวที่ช่วยทำให้ระบบภูมิคุ้มกันไม่ทำงานมากจนสามารถทำลายเซลล์ปกติได้ การที่เซลล์มะเร็งไม่ได้ถูก T cell ทำลายเนื่องจากมีโปรตีน check point นี้เหมือนกัน เมื่อให้ยาที่เป็น

immune check point inhibitor เข้าไป จะไปจับกับ โปรตีน check point ทำให้ T Cell เปลี่ยนสถานะจาก Inactive เป็น active เพื่อมาทำลายเซลล์มะเร็ง

แนวทางการรักษา

1. การผ่าตัด มักใช้ในการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงระยะแรก ที่ยังไม่ได้แพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นของร่างกาย เคมีบำบัดและรังสีรักษาเป็นการรักษาที่ช่วยลดขนาดของก้อนมะเร็ง โดยแพทย์จากสาขาวิชาซีพจะร่วมกันให้การรักษา
2. การดูแลคนไข้มะเร็งแบบประคับประคองก็มีความสำคัญ เป้าหมายเพื่อลดอาการปวด หรือสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

สรุป การรักษาและดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ตามระยะของมะเร็ง

1. มะเร็งระยะแรก คือมะเร็งที่จำกัดขอบเขตที่ลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หรือ ต่อม้ำเหลืองที่อยู่ใกล้เคียงเท่านั้น ไม่ได้กระจายไปยังอวัยวะที่ห่างไกล

วิธีการรักษาคือผ่าตัดเพื่อเอาก้อนมะเร็งและต่อม้ำเหลืองใกล้เคียง โดยประเภทการผ่าตัดขึ้นกับตำแหน่งของลำไส้ที่เป็นมะเร็ง โดยการตัดส่วนของลำไส้ใหญ่ที่เป็นมะเร็ง (colectomy) ในบางกรณีอาจจะเปิดทางออกของอุจจาระทางหน้าท้อง (colostomy) ทั้งแบบชั่วคราวหรือแบบถาวร การรักษาแบบ adjuvant therapy คือการรักษาเพิ่มเติมจากการผ่าตัดเพื่อลดความเสี่ยงจากการกลับมาเป็นซ้ำ (recurrent) ในมะเร็งระยะแรกจะแนะนำ adjuvant chemotherapy เพื่อฆ่าเซลล์มะเร็งที่หลงเหลืออยู่ที่ไม่สามารถเห็นได้ด้วยตาในขณะที่ทำการผ่าตัด และ adjuvant chemotherapy จะแนะนำให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงจากการกลับมาเป็นซ้ำ เช่นในรายที่แพร่กระจายไปยังต่อม้ำเหลืองใกล้เคียง หรือผลทางเซลล์วิทยาที่มีความเสี่ยงสูงที่จะกลับมาเป็นซ้ำ

บางครั้งอาจจะให้เคมีรักษาก่อนทำการผ่าตัด (neoadjuvant chemotherapy) เพื่อลดขนาดของก้อนมะเร็ง สำหรับรังสีรักษามักจะใช้กับมะเร็งของลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (rectum) เพื่อลดขนาดของก้อนมะเร็ง ภายหลังการรักษา การนัดตรวจติดตามและเฝ้าระวังการกลับมาเป็นซ้ำ หรือการเกิดมะเร็งก้อนใหม่เป็นสิ่งที่สำคัญ การเฝ้าระวังประกอบด้วย การตรวจร่างกาย การตรวจอุจจาระ ภาพถ่ายทางรังสีเช่น CT scan

2. มะเร็งระยะลุกลาม การรักษาทั่วทั้งร่างกาย (systemic therapy) เป็นวิธีการหลักในการรักษาเพื่อจัดการเซลล์มะเร็งที่แพร่กระจายไปตามอวัยวะต่างๆทั่วทั้งร่างกาย

เคมีบำบัดเป็นแนวทางการรักษาลำดับแรกเพื่อชลอการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง โดยใช้ยาหลายตัวตามสูตรการรักษาทางเคมีบำบัด การรักษาแบบมุ่งเป้า (targeted therapy) ร่วมกับเคมีบำบัดจะนำมาใช้ในบางรายที่มีการกลายพันธุ์ของยีนส์ เช่น K-ras or braf mutations. การใช้

ภูมิคุ้มกันบำบัด (immunotherapy) ในกรณีที่มีตัวบ่งชี้ทางพันธุกรรม (genetic markers) เช่น microsatellite instability-high (MSI-H) หรือ mismatch repair deficiency (dMMR). ในบางรายการผ่าตัดก็มีความจำเป็นในการรักษามะเร็งในระยะลุกลาม ที่ก้อนมะเร็งไปอุดตันทางเดินอาหาร การรักษาเฉพาะที่ เช่น การรักษาด้วยคลื่นวิทยุความถี่สูง (radio frequency ablation) การใช้ความเย็น (cryoablation) ในพื้นที่เฉพาะที่มะเร็งแพร่กระจายไปเช่น ที่ตับ ในบางรายใช้รังสีรักษาเพื่อควบคุมอาการปวดหรือหยุดการไหลของเลือด

ยาเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และมะเร็งลำไส้ตรงในปัจจุบันและผลข้างเคียง

เนื่องจากยาเคมีบำบัดมีหลายสูตร แพทย์จะพิจารณาการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย สูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้บ่อยในปัจจุบัน มีดังนี้คือ

1. สูตรไฟว์เอฟยู (5-FU, 5 fluorouracil) และโฟลินิกแอซิด หรือลิโวโรริน (folinic acid, leucovorin) เป็นยาฉีด 5 วันติดต่อกัน ต่อ 1 ชุดการรักษา ทุก 28 วัน ให้ทั้งหมด 6 ชุด เป็นเวลา 6 เดือน อาการข้างเคียงที่พบ แผลในปาก ท้องเสีย ผื่นคัน ไข้ ไอ หายใจเหนื่อยหอบ คลื่นไส้ อาเจียน

2. สูตรฟอลฟอก (FOLFOX) ประกอบด้วยยาฉีด 3 ชนิด คือ folinic acid, 5-FU และ ออกซาลิพลาติน (oxaliplatin) สูตรนี้ให้ทุก 2 สัปดาห์ต่อ 1 ชุดการรักษา ทั้งหมด 12 ชุด อาการข้างเคียงที่พบ คือ อาการชาตามปลายมือปลายเท้า

3. สูตรฟอลฟิรี (FOLFIRI) ประกอบด้วยยาฉีด 3 ชนิด คือ อิริโนทีแคน (irinotecan) folinic acid และ 5-FU ให้ทุก 2 สัปดาห์ต่อ 1 ชุดการรักษา ทั้งหมด 12 ชุด หรือ จนกว่าโรคจะสงบ อาการข้างเคียงที่พบ ท้องเสีย ปวดมวนท้อง เป็นตะคริว น้ำมูกไหล น้ำตาไหล

4. สูตรเคพไซทาปีนหรือซีโลดา (capecitabine: xeloda) เป็นยาเม็ดชนิดรับประทาน มีขนาด 500 มิลลิกรัม และ 150 มิลลิกรัม รับประทาน เข้าและเย็น หลังอาหาร ติดต่อกัน 14 วัน พัก 1 สัปดาห์ ต่อ 1 ชุดการรักษา รวม 8 ชุด หรือ 6 เดือน อาการข้างเคียงที่พบ ผื่นแดงฝ่ามือฝ่าเท้า ผื่นแดงลอก และเจ็บ ท้องเสีย

5. สูตรซีล็อก/เคพออก (XELOX/ CAPOX) ประกอบด้วยยา 2 ชนิด คือ ยา capecitabine: xeloda และ ยาฉีด oxaliplatin โดยให้ยาฉีดในวันแรก และยา capecitabine: xeloda รับประทาน 14 วัน พัก 1 สัปดาห์ ต่อ 1 ชุดการรักษา ทั้งหมด 6 ชุด อาการข้างเคียงที่พบ ชาตามปลายมือปลายเท้าและผื่นแดงดำ ฝ่ามือฝ่าเท้าลอกและเจ็บ

6. สูตรยามุ่งเป้า (targeted therapy) มี 2 ชนิด คือ ยาบีวาซิซูแมบ (bevacizumab) ชื่อการค้า ว่า อวาสติน (avastin) และยาซีทูซิแมบ (cetuximab) ชื่อการค้าว่าเออร์บิทัก (erbitux)

วิธีการให้ยา ดังนี้

- ยา bevacizumab ให้คู่กับยาเคมีบำบัด สูตร FOLFOX หรือสูตร FOLFIRI ทุก 2 สัปดาห์

- ยา bevacizumab ให้คู่กับยาเคมีบำบัด สูตร XELOX / CAPOX ทุก 3 สัปดาห์ อาการข้างเคียงที่พบ ความดันโลหิตสูง ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน เลือดออกง่าย ลำไส้ทะลุ มีโปรตีนใน ปัสสาวะ
- ยาเออร์บิทัก (erbitux) ฉีดทุก 1 สัปดาห์ ให้คู่กับยาเคมีบำบัด สูตร FOLFOX หรือ สูตร FOLFIRI ทุก 2 สัปดาห์ อาการข้างเคียงที่พบ ท้องเสีย ผื่น ผิวแห้ง ลอก ผิวไว ต่อแสงแดด



กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 3

กรอบแนวคิด/ทฤษฎีทางการพยาบาล

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem 's self-care theory)

กระบวนทัศน์หลักเกี่ยวกับทฤษฎี

กระบวนทัศน์หลัก 4 ประการ (metaparadigm) ที่ชนะเกี่ยวกับคน สุขภาพ สิ่งแวดล้อมและการพยาบาล (metaparadigm of nursing) มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะเป็นตัวกำหนดแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้รับบริการ ซึ่งตามทัศนะของโอเร็มมีดังนี้

บุคคล ตามแนวคิดของโอเร็ม เชื่อว่า บุคคลเป็นผู้ที่มีความสามารถในการกระทำอย่างจงใจ (deliberate action) มีความสามารถในการเรียนรู้ วางแผนจัดระเบียบปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับตนเองได้ และบุคคลมีลักษณะเป็นองค์รวมทำหน้าที่ทั้งด้านชีวภาพ ด้านสังคม ด้านการแปลและให้ความหมายต่อสัญลักษณ์ต่างๆ และเป็นระบบเปิดทำให้บุคคลมีความเป็นพลวัตร คือเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

สุขภาพ เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่อง ผู้ที่มีสุขภาพดี คือคนที่มีโครงสร้างที่สมบูรณ์สามารถทำหน้าที่ของตนได้ ซึ่งการทำหน้าที่นั้นเป็นการผสมผสานกันของทางสรีระ จิตใจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และด้านสังคม โดยไม่สามารถแยกจากกันได้ และการที่จะมีสุขภาพดีนั้น บุคคลจะต้องมีการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่องจนมีผลทำให้เกิดภาวะสุขภาพดี

ส่วนภาวะปกติสุข หรือความผาสุก (well-being) โอเร็มให้ความหมายแยกจากสุขภาพว่าเป็นการรับรู้ถึงความเป็นอยู่ของตนในแต่ละขณะ เป็นการแสดงออกถึงความพึงพอใจ ความยินดี และมีความสุข สุขภาพกับความผาสุกมีความสัมพันธ์กัน

สิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมหมายถึง สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เคมี ชีวภาพ และด้านสังคมวัฒนธรรม โอเร็มเชื่อว่าคนกับเรื่องสิ่งแวดล้อมไม่สามารถแยกออกจากกันได้และมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน นอกจากนี้โอเร็ม ยังกล่าวถึงสิ่งแวดล้อมในแง่ของพัฒนาการ คือสิ่งแวดล้อมที่ดีจะช่วยจูงใจบุคคลให้ตั้งเป้าหมายที่เหมาะสมและปรับพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม จะมีส่วนในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานตามแนวคิดของโอเร็มเป็นสิ่งแวดล้อมหนึ่งที่กำหนดความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแลตนเอง

การพยาบาล เป็นบริการการช่วยเหลือบุคคลอื่นให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง และเพียงพอกับความต้องการในการดูแลตนเอง ซึ่งเป้าหมายการพยาบาลคือช่วยให้บุคคลตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง และช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง

จุดเน้นของกรอบแนวคิดของโอเร็ม : เน้นที่บุคคลคือ ความสามารถของบุคคลที่จะต้องสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเอง

มโนทัศน์หลักในทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม เป็นทฤษฎีที่มีความซับซ้อน ประกอบด้วยทฤษฎีย่อย 3 ทฤษฎี คือ (Orem , 1983)

1. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (the theory of self - care)
2. ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (the theory of self – care deficit
3. ทฤษฎีระบบการพยาบาล (the theory of nursing system)

1. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (the theory of self - care)

ทฤษฎีนี้จะอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขต่างๆทางด้านพัฒนาการและการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลกับการดูแลตนเอง โดยอธิบายมโนทัศน์สำคัญได้แก่ มโนทัศน์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง (self-care) มโนทัศน์เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) มโนทัศน์เกี่ยวกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care demand) มโนทัศน์เกี่ยวกับปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (basic conditioning factors) ดังนี้

1.1 การดูแลตนเอง (self - care : SC) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุก เมื่อการกระทำนั้นมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุด ของแต่ละบุคคลเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง (self - care requisites) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของกลุ่ม ชุมชน ครอบครัว (รุจา ภูไพบูลย์,2541) ซึ่งบุคคลที่กระทำการดูแลตนเองนั้นเป็นผู้ที่ต้องใช้ความสามารถหรือพลังในการกระทำที่จงใจ (deliberate) ประกอบด้วย 2 ระยะ

ระยะที่ 1 ระยะการพิจารณาและตัดสินใจ (Intention phase) เป็นระยะที่มีการหาข้อมูลเพื่อพิจารณาและตัดสินใจเลือกกระทำ โดยหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องว่าคืออะไร เป็นอย่างไร จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ทดสอบ และเชื่อมโยงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในขั้นตอนนี้ความรู้เป็นพื้นฐานสำคัญเพราะจะช่วยให้เกิดกระบวนการคิดเชิงวิทยาศาสตร์มากกว่าการใช้ความรู้สึก นอกจากนี้ยังต้องอาศัยสติปัญญาในการที่จะตัดสินใจที่จะกระทำ

ระยะที่ 2 ระยะการกระทำและผลของการกระทำ (productive phase) เป็นระยะที่เมื่อตัดสินใจแล้วจะกำหนดเป้าหมายที่ต้องการและดำเนินการกระทำกิจกรรมเพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนด ในขั้นตอนนี้ต้องอาศัยความสามารถของบุคคลทางด้านสรีระที่จะกระทำกิจกรรม (psychomotor action) และมีการประเมินผลการกระทำเพื่อปรับปรุง

1.2 ความสามารถในการดูแลตนเอง (self - care agency: SCA) หมายถึง คุณสมบัติที่ซับซ้อนหรือพลังความสามารถของบุคคลที่เอื้อต่อการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างจงใจ แต่ถ้าเป็นความสามารถในการดูแลบุคคลอื่นที่อยู่ในความรับผิดชอบ เรียกว่า dependent - care agency

ความสามารถนี้ประกอบด้วย 3 ระดับ ดังนี้ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1.4

- 1.2.1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and

disposition) เป็นความสามารถของมนุษย์ขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการรับรู้และเกิดการกระทำ ซึ่งแบ่งออกเป็น ความสามารถที่จะรู้ (knowing) ความสามารถที่จะกระทำ (doing) และคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ประกอบด้วย

1.2.1.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ การอ่าน เขียน การใช้เหตุผลอธิบาย

1.2.1.2 หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึกทั้งการสัมผัส มองเห็น ได้กลิ่นและรับรส

1.2.1.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง

1.2.1.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง

1.2.1.5 นิสัยประจำตัว

1.2.1.6 ความตั้งใจและสนใจสิ่งต่างๆ

1.2.1.7 ความเข้าใจในตนเองตามสภาพที่เป็นจริง

1.2.1.8 ความห่วงใยในตนเอง

1.2.1.9 การยอมรับในตนเองตามสภาพความเป็นจริง

1.2.1.10 การจัดลำดับความสำคัญของการกระทำรู้จักเวลาในการกระทำ

1.2.1.11 ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

1.2.2 พลังความสามารถ 10 ประการ (ten power component) เป็นคุณลักษณะที่จำเป็นและเฉพาะเจาะจง สำหรับการกระทำอย่างจงใจเป็นศูนย์กลางเชื่อมการรับรู้และการกระทำ ประกอบด้วย

1.2.2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเองในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบ

1.2.2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้สามารถปฏิบัติกิจกรรม

1.2.2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นเพื่อการดูแลตนเอง

1.2.2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุผล

1.2.2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำในการดูแลตนเอง

1.2.2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามการตัดสินใจ

1.2.2.7 มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง

จากผู้ที่เหมาะสมและสามารถนำความรู้ไปใช้ได้

1.2.2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดการกระทำ

1.2.2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

1.2.2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติกรดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับการดูแลตนเองเข้าเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

1.2.3 ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง (capabilities for self – care operations) ประกอบด้วย

1.2.3.1 ความสามารถในการคาดคะเน เป็นความสามารถที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับข้อมูลความหมายและความจำเป็นของการกระทำ รู้ปัจจัยภายในภายนอกที่สำคัญ เพื่อประเมินสถานการณ์

1.2.3.2 ความสามารถในการปรับเปลี่ยน เป็นความสามารถในการจัดสนใจเกี่ยวกับสิ่งที่ตนสามารถและควรกระทำ เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นในการดูแลตนเอง

1.2.3.3 ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ เป็นความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงการเตรียมการเพื่อการดูแลตนเอง

1.3 ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self – care demand: TSCD)

หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรม (action demand)การดูแลตนเองทั้งหมดที่จำเป็นต้องกระทำในช่วงเวลาหนึ่ง เพื่อที่จะตอบสนองต่อความจำเป็นในการดูแลตนเอง (self - care requisites) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self - care demand) เป็นเป้าหมายสูงสุด (ultimate goal) ของการดูแลตนเองที่จะถึงซึ่งภาวะสุขภาพ หรือความผาสุก

กิจกรรมที่จะต้องกระทำทั้งหมดนี้จะทราบได้จากการพิจารณาการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งการดูแลที่จำเป็น (self - care requisites : SCR) หมายถึง กิจกรรมที่ต้องการให้บุคคลกระทำหรือกระทำเพื่อบุคคลอื่น ซึ่งมี 3 ด้านดังนี้

1.3.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self – care requisites:

USCR) เป็นความต้องการของมนุษย์ทุกคนตามอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่นๆ เพื่อให้คงไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลและความผาสุก ซึ่งความต้องการจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลทั้งทางด้านคุณภาพหรือปริมาณตามอายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะ

สุขภาพ สังคมวัฒนธรรม และแหล่งประโยชน์ กิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการนี้ (action demand) ประกอบด้วย

- 1.3.1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำและอาหารที่เพียงพอ
- 1.3.1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่าย และการระบายให้เป็นไปตามปกติ
- 1.3.1.3 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน
- 1.3.1.4 รักษาความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 1.3.1.5 ป้องกันอันตรายต่างๆต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ
- 1.3.1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคม

และความสามารถของตนเอง (promotion of normalcy)

1.3.2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ (developmental self – care requisites: DSCR) เป็นความต้องการการดูแลตนเองที่สัมพันธ์กับระยะพัฒนาการของบุคคล สถานการณ์และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของวงจรชีวิต เป็นความต้องการที่อยู่ภายใต้ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปแต่แยกตามพัฒนาการเพื่อเน้นให้เห็นความสำคัญและความเฉพาะเจาะจง ดังนี้

1.3.2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่จะช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่จะช่วยให้บุคคลเจริญก้าวสู่วุฒิภาวะตามระยะพัฒนาการ เช่น ทารกในครรภ์ และในกระบวนการคลอด ทารกแรกเกิด วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมีความต้องการการดูแลตนเองที่เฉพาะเจาะจงตามโครงสร้างและหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลง

1.3.2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทาผล

ความเครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากภาวะวิกฤตเช่น ขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวในสังคม การสูญเสียเพื่อน คู่ชีวิต ทรัพย์สินสมบัติ หรือการเปลี่ยนแปลงย้ายที่อยู่ เปลี่ยนงาน เป็นต้น

1.3.2.3 ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (health deviation self – care requisite: HDSCR) เป็นความต้องการที่สัมพันธ์กับความผิดปกติทางพันธุกรรมและความเบี่ยงเบนของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล และผลกระทบของความผิดปกติ ตลอดจนวิธีการวินิจฉัยโรค และการรักษา ความต้องการนี้ได้แก่

1.3.2.4 มีการแสวงหาและคงไว้ซึ่งการช่วยเหลือที่เหมาะสม

1.3.2.5 รับรู้ สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อพัฒนาการ

1.3.2.6 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูสภาพและการป้องกัน พยาธิสภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

1.3.2.7 รับรู้และสนใจในการป้องกันความไม่สบาย จากผลข้างเคียงการ รักษาหรือจากโรค

1.3.2.8 ดัดแปลงอัตมโนทัศน์หรือภาพลักษณ์ ในการที่จะยอมรับภาวะ สุขภาพและความต้องการการดูแลทางสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงเพื่อคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

1.3.2.9 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้ง ผลจากการวินิจฉัยโรคและการรักษาเพื่อส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง

ในการประเมินความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพจำเป็น ต้องคำนึงถึงปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเป็นหลัก และยังมีความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไป และตามระยะพัฒนาการ

1.4 ปัจจัยพื้นฐาน (basic conditioning factors: BCFs) เป็นคุณลักษณะบางประการ หรือปัจจัยทั้งภายในและภายนอกของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ปัจจัยพื้นฐานนี้ยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในบทบาท ของพยาบาล ได้แก่ 11 ปัจจัย ดังนี้ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ ระบบบริการ สุขภาพ สังคมชนบธรรมเนียมประเพณี ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อมสภาพ ที่อยู่อาศัย แหล่งประโยชน์ต่างๆ ประสพการณ์ที่สำคัญในชีวิต

2. ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (the theory of Self – care deficit)

เป็นแนวคิดหลักในทฤษฎีของโอเรม เพราะจะแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถ ในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งความสัมพันธ์ ดังกล่าวนั้นมีได้ใน 3 แบบ ดังนี้

2.1 ความต้องการที่สมดุล (demand is equal to abilities: TSCD = SCA)

2.2 ความต้องการน้อยกว่าความสามารถ (demand is less than abilities: TSCD < SCA)

2.3 ความต้องการมากกว่าความสามารถ (demand is greater than abilities: TSCD > SCA)

ในความสัมพันธ์ของ 2 รูปแบบแรกนั้นบุคคลสามารถบรรลุเป้าหมายความต้องการการ ดูแลตนเองทั้งหมดได้ ถือว่าไม่มีภาวะพร่อง (no deficit) ส่วนในความสัมพันธ์ที่ 3 เป็นความไม่ สมดุลของความสามารถที่มีไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดจึงมีผลทำ ให้เกิดความบกพร่องในการดูแลตนเอง ความพร่องในการดูแลตนเองเป็นได้ทั้งบกพร่องบางส่วนหรือ ทั้งหมด และความพร่องในการดูแลตนเองเป็นเสมือนเป้าหมายทางการพยาบาล

3. ทฤษฎีระบบการพยาบาล (the theory of nursing system) เป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำของพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลได้รับการดูแลให้ถูกนำมาใช้ ปกป้อง และดูแลตนเอง โดยใช้ความสามารถทางการพยาบาล ระบบการพยาบาลเป็นระบบของการกระทำที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความสามารถและความต้องการการดูแลของผู้รับบริการ ซึ่งระบบการพยาบาลได้แบ่งออกเป็น 3 ระบบ โดยอาศัยเกณฑ์ความสามารถของบุคคลในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำ

3.1 ระบบทดแทนทั้งหมด (wholly compensatory nursing system)

เป็นบทบาทของพยาบาลที่ต้องกระทำเพื่อทดแทนความสามารถของผู้รับบริการ โดยสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพในการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลตนเองและช่วยประคับประคองและปกป้องจากอันตรายต่างๆ และผู้ที่มีความต้องการระบบการพยาบาลแบบนี้ คือ

3.1.1 ผู้ที่ไม่สามารถจะปฏิบัติในกิจกรรมที่จะกระทำอย่างจริงจัง ไม่ว่าจะรูปแบบใด ๆ ทั้งสิ้น เช่น ผู้ป่วยที่หมดสติ หรือ ผู้ที่ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ได้แก่ ผู้ป่วยอัมพาต ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว

3.1.2 ผู้ที่รับรู้และอาจจะสามารถสังเกต ตัดสินใจเกี่ยวกับดูแลตนเองได้ และไม่ควรจะเคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวใดๆ ได้แก่ผู้ป่วยด้านออร์โธพีดิกส์ที่ใส่เฝือก หรือ กระดูกหลังหัก

3.1.3 ผู้ที่ไม่สนใจหรือเอาใจใส่ในตนเอง ไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลในการดูแลตนเอง เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต

3.2 ระบบทดแทนบางส่วน (partly compensatory nursing system)

เป็นระบบการพยาบาลให้การช่วยเหลือที่ขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วยโดยพยาบาลจะช่วยผู้ป่วยสนองตอบ ต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยร่วมรับผิดชอบในหน้าที่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ผู้ป่วยจะพยายามปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องที่เป็น การตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นเท่าที่สามารถทำได้ ส่วนบทบาทของพยาบาล จะต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างสำหรับผู้ที่ยังไม่สามารถกระทำได้ เพื่อชดเชยข้อจำกัด และเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และกระตุ้นให้มีการพัฒนาความสามารถในอนาคต การพยาบาลระบบนี้ผู้ป่วยต้องมีบทบาทในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างด้วยตนเอง ผู้ที่มีความต้องการการพยาบาลแบบนี้ คือ

3. 2.1 ต้องจำกัดการเคลื่อนไหวจากโรค หรือการรักษา แต่สามารถเคลื่อนไหวได้

บางส่วน

3. 2. 2 ขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นเพื่อการดูแลตนเองตามความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

3. 2. 3 ขาดความพร้อมในการเรียนรู้และกระทำในกิจกรรมการดูแลตนเอง

3.3 ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (educative supportive nursing System) เป็นระบบการพยาบาลที่จะเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติดูแลตนเอง

รวมทั้งการให้กำลังใจและคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยคงความพยายามที่จะดูแลตนเองและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง

ระบบการพยาบาลทั้ง 3 ระบบเป็นกิจกรรมที่พยาบาลและผู้ป่วยกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด โดยมีวิธีการกระทำได้ใน 5 วิธีดังนี้

1. การกระทำให้หรือกระทำแทน
2. การชี้แนะ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการกระทำได้
3. การสนับสนุน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพยายาม และป้องกันไม่ให้เกิดความล้มเหลว
4. การสอน เป็นการพัฒนาความรู้และทักษะที่เฉพาะ
5. การสร้างสิ่งแวดล้อม

การพยาบาลจะมีประสิทธิภาพได้นั้น ขึ้นอยู่กับความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency: NA) เป็นความสามารถของพยาบาลที่ได้จากการศึกษา และฝึกปฏิบัติในศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถทางการพยาบาล คือ

1. ความรู้
2. ประสบการณ์
3. ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ
4. ทักษะทางสังคม
5. แรงจูงใจในการให้การพยาบาล
6. อัตมโนทัศน์ของตนเกี่ยวกับการพยาบาล

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมเป็นทฤษฎีที่ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีย่อย และประกอบด้วย 6 มโนทัศน์ ที่มีความสัมพันธ์กัน

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมกับกระบวนการพยาบาล

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรมสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้โดยการประยุกต์ใช้ตามแนวคิดกระบวนการพยาบาลที่สามารถใช้ได้ตั้งแต่ขั้นประเมินสภาพเป็นต้นไป ตามแนวคิดของโอเรมประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้ (Dennis , 1997)

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวินิจฉัยและพรรณนา (diagnosis and prescription)

เป็นขั้นตอนที่ระบุถึงความพร่องในการดูแลตนเอง โดยมีขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง ความต้องการในการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้านรวมทั้งปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง แล้วจากนั้นจะพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถกับความ ต้องการการดูแลตนเองเพื่อบ่งชี้ถึงภาวะพร่องในการดูแลตนเอง และเขียนข้อวินิจฉัย

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นวางแผน (design and plan)

เป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องเมื่อทราบถึงความพร่องในการดูแลตนเองแล้ว จากนั้นจะทำการเลือกระบบการพยาบาลให้เหมาะสม แล้วนำมาวางแผนโดยมีการกำหนดเป้าหมายหรือผลลัพธ์ทางการพยาบาล (expected outcome) และกำหนดกิจกรรมการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นปฏิบัติการพยาบาลและควบคุม (regulate and control)

เป็นขั้นตอนที่พยาบาลนำกิจกรรมไปลงมือปฏิบัติตามแผนการพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมาย คือการบรรลุความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (TSCD) และในตอนนี้ยังรวมถึงการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลว่ามีประสิทธิภาพหรือไม่ และปกป้องหรือพัฒนาความสามารถหรือไม่ และนำข้อมูลย้อนกลับเข้าสู่การประเมินสภาวะอีกครั้ง

ตามแนวคิดของโอเรมได้มีขั้นตอนที่สอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ ดังตารางที่ 4

self - care theory	nursing process
1. diagnosis and prescription	1. assessment 2. nursing diagnosis
2. design and plan	3. planning
3. regulate and control	4. implementing 5. evaluation

ตารางที่ 4 แสดงการใช้กระบวนการพยาบาลตามแนวคิดของโอเรม

กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนด้านสุขภาพ (functional health pattern) ของกอร์ดอน แบ่งออกเป็น 11 แบบแผน ประกอบด้วย

- 1) แบบแผนด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ
- 2) แบบแผนด้านโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร
- 3) แบบแผนด้านการขับถ่าย
- 4) แบบแผนด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย
- 5) แบบแผนด้านสติปัญญาและการรับรู้
- 6) แบบแผนด้านการพักผ่อนนอนหลับ
- 7) แบบแผนด้านการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์
- 8) แบบแผนด้านบทบาทและสัมพันธภาพ
- 9) แบบแผนด้านเพศและการเจริญพันธุ์
- 10) แบบแผนด้านการปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด และ
- 11) แบบแผนด้านคุณค่าและความเชื่อ

โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) แบบแผนด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความคิดความเข้าใจของผู้รับบริการที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง

การดูแลสุขภาพ เป็นการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติขณะเจ็บป่วย ทั้งในขณะที่ผู้ป่วยอยู่บ้านและขณะอยู่โรงพยาบาล รวมถึงการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลตนเองในอนาคตเมื่อกลับไปอยู่บ้านว่าผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง เหมาะสมหรือไม่

2) แบบแผนด้านโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร

ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มักมีปัญหาในการรับประทานอาหาร เช่น รับประทานอาหารน้อยเกินไป มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ความอยากอาหารลดลง

3) แบบแผนด้านการขับถ่าย

แบบแผนนี้ควรประเมินทั้งจำนวนครั้งของการขับถ่าย และความสามารถในการดูแลตนเองในการขับถ่าย เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีปัญหาท้องผูก ท้องเดิน ขับถ่ายทางหน้าท้อง ปัสสาวะลำบาก ซึ่งเกิดได้จากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า

4) แบบแผนด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินระดับความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลบ้าน การประกอบอาชีพ การใช้เวลาว่างและนันทนาการข้อจำกัดหรือเงื่อนไขในการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการทำกิจกรรมและออกกำลังกาย เช่น หอบเหนื่อย แน่นหน้าอก ไม่มีเวลา ผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยต่อการประกอบกิจกรรมและการออกกำลังกาย ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถทำกิจกรรมที่ตนเองต้องการ หรือไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้เนื่องด้วยข้อจำกัดต่างๆ

5) แบบแผนด้านสติปัญญาและการรับรู้

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความสามารถในการรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งเร้า ทั้งเรื่อง การได้ยิน การมองเห็น การได้กลิ่น การรับรส และการสัมผัส ความสามารถในการจำ การแก้ปัญหา ตลอดจนการตัดสินใจเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย ทั้งนี้เพื่อประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองและการแก้ปัญหาด้านสุขภาพ ผลการตรวจร่างกายเกี่ยวกับความสามารถในการอ่านและการเขียนหนังสือ ความจำการรับรู้ต่อบุคคล สถานที่ และเวลา ลักษณะการตอบโต้ การใช้ภาษา การได้ยิน การมองเห็น การได้กลิ่น การสัมผัส อาการเหน็บชา เจ็บปวดระดับความรู้สึกตัว neurological signs/reflex

6) แบบแผนด้านการพักผ่อนนอนหลับ

เป็นการประเมินการนอนหลับ และการพักผ่อน (relax) ของผู้ป่วย ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคที่ส่งผลต่อการนอน ตลอดจนความรู้สึกและผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถนอนหลับและพักผ่อนได้ตามความต้องการ การปฏิบัติตนให้รู้สึกผ่อนคลาย (มีวิธีทำให้ตนรู้สึกผ่อนคลาย/หายเครียดอย่างไรบ้าง สังเกตพฤติกรรมการผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิ การอ่านหนังสือ เป็นต้น) การสังเกตอาการแสดงถึงการนอนไม่พอ

7) แบบแผนด้านการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความคิด ความรู้สึก ความเข้าใจของผู้รับบริการที่มีต่อตนเอง เช่น คุณค่า ความภาคภูมิใจ ความมั่นใจในตนเอง ภาพลักษณ์ ความสามารถ ฯลฯ ทั้งในภาวะปกติและในขณะที่เจ็บป่วยที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพและการรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถทำในสิ่งที่ตนเองต้องการ หรือไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้เนื่องด้วยข้อจำกัดต่างๆ เช่นความรู้สึกต่อรูปร่างหน้าตา ความรู้สึกต่อความสามารถ ความรู้สึกผิดที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยของตนเอง หรือความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง สังเกตพฤติกรรมที่แสดงถึงความสนใจในรูปร่างหน้าตาตนเอง การปิดบังอวัยวะบางส่วน การเปรียบเทียบกับผู้อื่น สีหน้าท่าทางที่แสดงถึงความภาคภูมิใจ/การท้อแท้สิ้นหวัง

8) แบบแผนด้านบทบาทและสัมพันธภาพ

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินบทบาทและสัมพันธภาพของผู้ป่วยต่อบุคคลอื่น ทั้งภายในและภายนอกครอบครัวที่อาจส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การที่ต้องรับผิดชอบชีวิตของทุกคนในครอบครัวทำให้สนใจแต่เรื่องทำมาหากิน ไม่ได้คิดถึงเรื่องมารยาทที่โรงพยาบาลหรือมาตรวจ

ตามนัด และผลของความเจ็บป่วยที่มีต่อบทบาทและสัมพันธภาพต่อบุคคลอื่น เช่น บทบาทหน้าที่ของตนเองที่มีต่อคนในครอบครัวลดลง แยกตัวออกจากสังคม ติดต่อกับเพื่อนน้อยลง เนื่องจากข้อจำกัดทางกาย หรือมีภารกิจในการดูแลสุขภาพมากขึ้น ตลอดจนความรู้สึกและความคิดเห็นที่มีต่อการปรับเปลี่ยนบทบาทและการร่วมกิจกรรมพบปะกับบุคคลอื่น

การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ สัมพันธภาพกับคนในครอบครัวขณะป่วย (ขณะที่ไม่สบายอยู่นี้ใครรับผิดชอบงานในบ้านแทนคุณ ความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัวต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ บุคคลที่ช่วยเหลือขณะเจ็บป่วยครั้งนี้)

การเปลี่ยนแปลงของบทบาทหน้าที่ สัมพันธภาพในอาชีพขณะป่วย (ขณะป่วยนี้กระทบต่ออาชีพการงานหรือไม่ อย่างไร)

9) แบบแผนด้านเพศและการเจริญพันธุ์ (พิจารณาตามความเหมาะสมกับอายุและสถานการณ์)

เป็นผลการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางกายที่แสดงลักษณะทางเพศ พฤติกรรมทางเพศที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ ตลอดจนอิทธิพลทางสังคม การเลี้ยงดูและสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศ ผลกระทบของความเจ็บป่วยที่มีต่อการมีเพศสัมพันธ์ ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเองและคู่ของตนเอง

เพศสัมพันธ์ (ถามในกรณีที่ตั้งงานแล้ว มีปัญหาหรือไม่ ป้องกันโรคติดต่ออย่างไร)

เพศหญิง (ประวัติการมีประจำเดือน ความผิดปกติขณะมีประจำเดือน ตกขาว ตกเลือด เป็นหนอง คัน มีก้อน ตุ่มหรือไม่ การคุมกำเนิด)

เพศชาย (ปัญหาเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ หนอง คัน ต่อมลูกหมากโต ใส่เลื่อน มีก้อน/ตุ่มหรือไม่)

พฤติกรรมที่แสดงออกเหมาะสมกับเพศหรือไม่ (สังเกตจากปฏิกิริยา ท่าทาง การแต่งกาย คำพูดและปฏิสัมพันธ์กับบุคคลเพศเดียวกันและต่างเพศ)

ผลการตรวจร่างกายระบบสืบพันธุ์ (เฉพาะกรณีที่มีข้อบ่งชี้ว่าอาจมีความผิดปกติ เพศหญิงตรวจเต้านม และอวัยวะเพศ เพศชายตรวจอวัยวะเพศ)

10) แบบแผนด้านการปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด

เป็นผลการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความรู้สึกหรือทุกข์ที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับความเครียดทั้งในภาวะปกติและการเจ็บป่วย โดยเฉพาะความเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วย เช่น เผชิญกับความไม่สุขสบายทางกาย การเปลี่ยนแปลงบทบาท การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ฯลฯ ทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ ทรมาน รำคาญ เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มั่นใจ กลัว ฯลฯ ตลอดจนความสามารถในการปรับตัว การแก้ปัญหา บริบทแวดล้อมที่เอื้อหรือเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัว และกระบวนการเรียนรู้ เพื่อการปรับตัวและการแก้ปัญหา

11) แบบแผนด้านคุณค่าและความเชื่อ

เป็นผลการรวบรวมข้อมูลประเมินภาวะความมั่นคงเข้มแข็งทางจิตใจ ซึ่งสะท้อนออกมาทางความคิดและพฤติกรรมที่แสดงออกต่อสิ่งที่ตนเองคิดว่าจะมีความหมายต่อการดำเนินชีวิตของตนเอง และการดูแลสุขภาพ เช่น การกราบไหว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนใช้เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เพื่อขอให้ท่านปกป้องคุ้มครองภัย อันตราย การงดเว้นของแสลงเพราะเชื่อว่าจะทำให้อาการกำเริบมากขึ้น การแสวงหาวิธีการรักษาต่างๆที่เชื่อว่าจะทำให้อาการหรือความเจ็บป่วยของตนดีขึ้น

ต้องการสวดมนต์ไหว้พระหรือปฏิบัติอะไรเกี่ยวกับศาสนาบ้างหรือไม่ขณะที่อยู่โรงพยาบาล สังเกตสิ่งที่น่าสนใจ เช่น ห้อยพระ ใส่เครื่องราง รอยสัก พวงมาลัย เป็นต้น ศาสนามีความสำคัญต่อชีวิตหรือไม่ และสามารถช่วยเมื่อมีปัญหา/ความยากลำบากหรือไม่

กระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล เป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ที่มีระบบระเบียบ มีการดำเนินงานเป็น ขั้นตอน เป็นเครื่องมือปฏิบัติการพยาบาลที่มีความเป็นพลวัต โดยมีศูนย์กลางที่ผู้ใช้บริการ เน้นการใช้ศักยภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการและญาติ ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนทางการพยาบาล การนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ และการประเมินผลทางการพยาบาล กระบวนการพยาบาลจะช่วยให้พยาบาลสามารถวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย ให้การพยาบาล ส่งเสริม ฟื้นฟู และการป้องกันโรคแทรกซ้อน ดูแลให้ผู้ป่วยสุขภาพดีขึ้น โดยอาศัยบทบาทที่เป็นอิสระของพยาบาล

1. ความหมายและความสำคัญของกระบวนการพยาบาล

การพยาบาล เป็นการกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการดูแลและการช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟู สภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค ทั้งนี้ โดยอาศัย วิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล คุณลักษณะสำคัญของวิชาชีพการพยาบาล คือ การให้บริการบนพื้นฐานของสัมพันธภาพที่เอื้ออาทร และเอื้อต่อการมีสุขภาพดีและการฟื้นฟู ให้มีความสำคัญต่อประสบการณ์และการตอบสนองของ บุคคลต่อภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยในภาวะแวดล้อมทั้งกายภาพและสังคม โดยการบูรณาการ ข้อมูลทั้งที่เป็นภาวะวิสัย (objective) และ จิตพิสัย (subjective) ในขอบเขตการดูแล ใช้ความรู้ที่ เชื่อถือได้ (scientific knowledge) ในกระบวนการวินิจฉัยและบำบัด โดยใช้วิจารณญาณและการตัดสินใจ และทำให้ความรู้ทางการพยาบาลก้าวหน้าโดยการศึกษาค้นคว้าทางวิชาการ กระบวนการพยาบาล เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาล ที่แสดงถึงการปฏิบัติในระดับวิชาชีพ และเป็นส่วนหนึ่งของมาตรฐานการพยาบาล เป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ที่มีระบบระเบียบ มีขั้นตอน มีความเป็นพลวัต และเน้นการแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการได้อย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ

1.1 คุณลักษณะของกระบวนการพยาบาล มีดังนี้

1) เป็นกระบวนการที่มีเป้าหมายชัดเจน

2) มีขั้นตอนการดำเนินการที่เป็นระบบระเบียบและมีการวางแผนปฏิบัติการ
ล่วงหน้า

3) เป็นกระบวนการใช้ความคิดและมีการดำเนินการเป็นพลวัต และเป็น
กระบวนการที่เป็นสากล

4) แต่ละขั้นตอนมีความสอดคล้องสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน

5) เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ บุคคล ครอบครัว และชุมชน

6) เน้นการบริการอย่างเฉพาะเจาะจง

7) เน้นผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลางและใช้ศักยภาพของผู้ใช้บริการ

8) ใช้กับผู้ใช้บริการได้ทุกกลุ่มและทุกวัย ทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย

1.2 ความสำคัญของกระบวนการพยาบาล

1) เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาลที่แสดงถึงเอกลักษณ์ เอกลักษณ์ และ
ศาสตร์ของวิชาชีพ

2) กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการกำหนดแผนการพยาบาล ทำให้
พยาบาลทราบ ปัญหาของผู้ใช้บริการ ซึ่งนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายการพยาบาล และกิจกรรมการ
พยาบาลที่เหมาะสม

3) แผนการพยาบาลที่ดีก่อให้เกิดคุณภาพของบริการพยาบาล ช่วยลดค่าใช้จ่ายของ
การ บริการพยาบาลได้ ประหยัดเวลา แรงงาน และช่วยลดความคับข้องใจของพยาบาล จากการ
พยาบาลแบบลองผิดลองถูกและการทำงานที่ไม่ประสานกัน

4) แผนการพยาบาลที่ดีก่อให้เกิดการความร่วมมือ ประสานงานในการปฏิบัติ
พยาบาล ลดความซ้ำซ้อนของการให้บริการ ช่วยให้การใช้ทรัพยากรในการบริการเป็นไปอย่าง
เหมาะสมยิ่งขึ้น

5) แผนการพยาบาลจะช่วยสร้างโอกาสในการแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์
การ ร่วมมือกันระหว่างพยาบาลทั้งเก่าและใหม่ ได้มีทักษะเพิ่มขึ้น

6) การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้ได้รับข้อมูลย้อนกลับที่ช่วยให้ทราบว่า
แผนการพยาบาลนั้นมีประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาของผู้รับบริการหรือไม่ สามารถที่จะเป็น
สาเหตุที่ไม่เป็นไปตามแผน โดยการปรึกษากับผู้รับบริการและบุคคลอื่นๆ ในทีมได้

7) แผนการพยาบาลจะช่วยในการสื่อสารข้อมูลต่างๆ ระหว่างพยาบาลได้เป็นอย่างดี
ทำให้ ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

8) แผนการพยาบาลจะช่วยให้ผู้ใช้บริการหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมช่วยพยาบาล ในการ

วางแผนการพยาบาลสำหรับตัวเอง จะรู้สึกถึงความสามารถของตนเองที่จะแก้ปัญหา นั้นๆ และเมื่อมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ก็มักจะมุ่งทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ

9) การใช้กระบวนการพยาบาลจะทำให้การประเมินสภาพของผู้ใช้บริการมีความครอบคลุม และแผนจะถูกปรับเปลี่ยน เพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไป

2. ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินสภาพ (assessment) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (planning) การปฏิบัติการพยาบาล (implementation) และ การประเมินผลการพยาบาล (evaluation)

2.1 การประเมินสภาพ (assessment)

เป็นขั้นตอนแรกของการใช้กระบวนการพยาบาลและต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่องในขั้นตอนอื่นๆ ด้วย เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัต การประเมินสภาพจะช่วยในการกำหนดแผนการพยาบาล และการประเมินครั้งต่อไป และจะช่วยในการทบทวนและปรับปรุงแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไป ขั้นตอนของการประเมินสภาพ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเก็บรวบรวมข้อมูล 2) การจัดระบบข้อมูล และ 3) การบันทึกข้อมูล

2.1.1 การเก็บรวบรวมข้อมูล (data collecting)

การเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องระหว่างข้อมูลที่ปรากฏจริง กับพื้นฐานความรู้ของผู้เก็บข้อมูล ถ้าไม่มีความรู้จะละเอียดหรือไม่ให้ความสำคัญกับข้อมูลที่รวบรวมมา อาจเก็บตามกรอบแนวคิด (conceptual framework) หรือ ทฤษฎีทางการพยาบาลก็ได้ แต่ต้องครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์และจิตวิญญาณ โดยผู้เก็บรวบรวมข้อมูลต้องใช้ความรู้และทักษะที่เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละราย โดยจะต้องใช้ความรู้ด้านต่าง ๆ เช่น ศาสตร์ทางการพยาบาล ทฤษฎีความต้องการของมนุษย์ เป็นต้น

ชนิดของข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

1) ข้อมูลอัตนัย (subjective data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าของผู้รับบริการ หรือผู้เกี่ยวข้อง หรือ การบ่น การรำพึงของผู้รับบริการ เช่น “คลื่นไส้”, “ปวดท้อง”, “รู้สึกตัวเองไม่มีค่า เป็นภาระของครอบครัว” เป็นต้น

2) ข้อมูลปรนัย (objective data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกต ตรวจสอบได้ด้วยเครื่องมือ การตรวจร่างกาย (ตา-ดู, หู-ฟัง, จมูก-ดม, ลิ้น-ชิม, และมือ-คลำ, สัมผัส) ผลการตรวจทางห้องทดลอง การบันทึกต่าง ๆ ของทีมสุขภาพ และรายงานของผู้ป่วย เช่น ชีพจร 88 ครั้ง/นาที, ผล การตรวจเลือด พบ Hct 25%, ฟังเสียงปอดมี crepitation, คลำตับได้ 2 FB, เคาะปอดทึบ เป็นต้น

แหล่งของข้อมูล แบ่งออกเป็น

1) แหล่งข้อมูลปฐมภูมิ (primary source) ข้อมูลชนิดนี้ได้จากผู้รับบริการโดยตรง ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ การวัดประเมินด้วยเครื่องมือต่างๆ เช่น มีผื่นแดงบริเวณใบหน้า, ซีพีจร 88 ครั้ง/นาที, ฟังเสียงปอดมี crepitation, คลำตับได้ 2 FB, เคาะปอด ทึบ เป็นต้น

2) ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary source) ข้อมูลชนิดนี้ได้จากแหล่งข้อมูลอื่นๆ เช่น ญาติ แพ้ม รายงาน ผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผลการตรวจเลือด พบ Hct 25%, ญาติบอกว่า เป็นลมหมดสติไปนาน 10 นาที เป็นต้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้หลายวิธี คือ การสัมภาษณ์ การสังเกต การตรวจร่างกาย การศึกษาจากรายงานผู้ป่วย และการสอบถามจากทีมสุขภาพ

1) การสัมภาษณ์ (interview) เป็นการสนทนาระหว่างบุคคล 2 คน อย่างมีจุดมุ่งหมาย โดยใช้ทักษะในการติดต่อสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพ รวมทั้งการสังเกต เพื่อให้ได้ข้อมูลเพียงพอที่จะประเมินภาวะสุขภาพ ปัญหา ความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อนำมาใช้ประกอบการวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม

2) การสังเกต (observation) เป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการใช้ประสาทสัมผัส วิธีการสังเกตจะทำให้ทราบลักษณะทั่วไปของผู้รับบริการ

3) การตรวจร่างกาย (physical examination) เป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่สภาพร่างกาย โดยการใช้เทคนิคการดู (inspection), การคลำ (palpation), การเคาะ (percussion), การฟัง (auscultation) ตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า

4) การศึกษาจากรายงานผู้ป่วยและรายงานการตรวจวินิจฉัยต่างๆของแพทย์ แพ้มประวัติของผู้รับบริการ จะมีข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจทางห้องทดลอง เช่น ผลการตรวจเลือด อุจจาระ ปัสสาวะ หรือ การตรวจพิเศษต่าง ๆ รวมทั้งการบันทึกของแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับอาการแสดงของผู้รับบริการ และตรวจพบความผิดปกติต่าง ๆ

5) การสอบถามจากบุคลากรในทีมสุขภาพ ทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ใช้บริการ จะให้ความร่วมมือกันในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ใช้บริการ จะทำให้ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลรักษาตรงกับสภาพปัญหาที่เป็นจริง

2.1.2 การจัดระบบข้อมูล (data organization) การนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาจัดให้เป็นหมวดหมู่ โดยต้องตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วย จะช่วยให้การวินิจฉัยการพยาบาลได้เที่ยงตรงและครอบคลุมปัญหาความต้องการของผู้รับบริการ การจัดระบบข้อมูลขึ้นอยู่กับกรอบแนวคิดหรือทฤษฎีการพยาบาลที่ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ เช่น กรอบแนวคิดความต้องการพื้นฐานของมาสโลว์ กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ทฤษฎี การพยาบาลต่าง ๆ เป็นต้น ในที่นี้จะขอเน้นการใช้กรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ซึ่งจะกล่าวในบทต่อไป

2.1.3 การบันทึกข้อมูล (data recording) ข้อมูลที่ได้มาจะบันทึกลงในฟอร์มรวบรวมข้อมูลที่สร้างขึ้น ซึ่งประกอบด้วยส่วนสำคัญ 3 ส่วน คือ

1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา อาชีพ สถานภาพสมรส การศึกษา เศรษฐกิจ ภูมิฐานะ เป็นต้น

2) ผลการตรวจร่างกาย ซึ่งได้จากการดู คลำ เคาะ และฟัง การตรวจทางห้องทดลอง เช่น ผลการตรวจเลือด ปัสสาวะ อุจจาระ น้ำไขสันหลัง และผลการตรวจพิเศษต่าง ๆ เช่น ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นต้น

3) ประวัติทางการแพทย์ ช่วยให้การรวบรวมข้อมูลเป็นไปอย่างมีระบบ ทำให้การวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลเหมาะสมกับสภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้รับบริการ

2.2 การวินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis)

การวินิจฉัยการพยาบาล เป็นขั้นตอนที่ 2 ของกระบวนการพยาบาล เป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้จากขั้นตอนที่ 1 และระบุขอบเขตของปัญหาสำหรับผู้ป่วยแล้วให้การวินิจฉัยทางการแพทย์

การวินิจฉัยการพยาบาลประกอบด้วย 3 กระบวนการ คือ การ ดำเนินการเกี่ยวกับข้อมูล การกำหนดภาวะสุขภาพ และการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล

2.2.1 การดำเนินการเกี่ยวกับข้อมูล (data processing) เป็นขั้นตอนของการจำแนกจัดหมวดหมู่ ของกลุ่มอาการและอาการแสดงตามแบบประเมินที่สถานบริการนั้นยึดถือปฏิบัติอยู่ เช่น จัดตามทฤษฎีการพยาบาล จัดตามแบบแผนสุขภาพ ของกอร์ดอน เป็นต้น จากนั้นค้นหาข้อมูลที่เฉพาะเจาะจง แล้วนำมาวิเคราะห์หรือสังเคราะห์ และ แปลความหมายของข้อมูล เปรียบเทียบกับมาตรฐานหรือปกติวิสัย การจัดหมวดหมู่นี้จะช่วยให้พยาบาล มองปัญหา สาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และแนวทางแก้ไขปัญหาได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2.2.2 การกำหนดภาวะสุขภาพ (determining health status) เมื่อจัดหมวดหมู่และแปลความข้อมูลแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือ การระบุภาวะสุขภาพ โดยการเปรียบเทียบกับเกณฑ์หรือมาตรฐาน หรือปกติวิสัย แบบแผนหรือแนวโน้ม ข้อมูลที่บ่งชี้นำไปสู่การอ้างอิง สรุปด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ โดยอาศัยความรู้จากศาสตร์สาขาต่าง ๆ และศาสตร์ทางการแพทย์ การระบุภาวะสุขภาพจำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ ภาวะสุขภาพดี หรือไม่มีปัญหาสุขภาพ และมีปัญหาสุขภาพ

การกำหนดปัญหาสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

1) ปัญหาที่ "เกิดขึ้นแล้ว" (actual problem) คือ ปัญหาที่มีข้อมูลสนับสนุนว่ามีอาการและอาการแสดงอย่างชัดเจน รวมทั้งมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่บ่งชี้ เช่น ขาดประสิทธิภาพในการทำทางเดินหายใจให้โล่งเนื่องจากมีเสมหะเหนียวข้น

2) ปัญหา "เสี่ยงต่อการเกิด" หรือมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้น (potential nursing diagnosis) ได้แก่ ปัญหาที่ยังไม่ปรากฏอาการและอาการแสดง แต่มีข้อมูลสนับสนุน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้รับบริการว่าจะเกิดขึ้น ถ้าพยาบาลไม่ระมัดระวัง ป้องกัน หรือแก้ไข เช่น เสี่ยงต่อทางเดินหายใจอุดตัน เนื่องจาก ไม่สามารถไอเอาเสมหะออกได้เอง เป็นต้น

3) ปัญหาที่ "อาจจะเกิด หรือ มีโอกาส" (possible nursing diagnosis) ได้แก่ ปัญหาที่พยาบาลคิดว่าน่าจะเกิดขึ้นตามประสบการณ์และความรู้ทางการแพทย์ แต่ยังไม่ข้อมูลสนับสนุนเพียงพอ ผู้รับบริการยังไม่มีอาการและอาการแสดง ต้องการรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อตัดสินใจได้แน่นอนว่ามีปัญหาจริงหรือไม่ เช่น มีโอกาสอาการของโรคกำเริบขึ้นหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เป็นต้น

2.2.3 การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล เป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ จะทำให้พยาบาลทราบแนวทางในการให้การพยาบาล ซึ่งสามารถทำได้ 2 รูปแบบ คือ กำหนดเป็นข้อความ 2 ส่วน (two-part statement) หรือ กำหนดในรูป PES format

1) กำหนดข้อความเป็น 2 ส่วน คือ ปัญหาสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือสาเหตุ เขียนเชื่อมข้อความทั้ง 2 ส่วนด้วยคำว่า "เนื่องจาก" "สัมพันธ์กับ" "เกี่ยวข้องกับ" หรือใช้ เครื่องหมาย / ในที่นี้จะเน้น ใช้คำว่า "เนื่องจาก"

2) กำหนดในรูปของ PES format เป็นการกำหนดการวินิจฉัยการพยาบาลตามแนวคิดของ กอร์ดอนประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

P (problem) คือ ปัญหาสุขภาพ

E (etiology) คือ สาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

S (symptoms and signs) คือ กลุ่มอาการและอาการแสดง

1. ปัญหาสุขภาพ ได้แก่ ปัญหาที่พยาบาลกำหนดขึ้นจากกระบวนการวินิจฉัยปัญหาทางการแพทย์ โดยต้องระบุทั้งปัญหาและระดับความรุนแรงของปัญหา

2. สาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านร่างกาย สิ่งแวดล้อม จิตใจ อารมณ์ สังคม ประเพณีวัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม การเขียนส่วนนี้จะเชื่อมด้วยคำว่า "เนื่องจาก" กับข้อความที่เป็นปัญหาสุขภาพ

3. กลุ่มอาการและอาการแสดง เป็นส่วนที่ขยายจากส่วนที่สอง โดยเขียนต่อท้ายจากปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เชื่อมด้วยคำว่า "จาก" "เป็นผลจาก" "สังเกตจาก" ประโยชน์ของการระบุกลุ่มอาการและอาการแสดง ทำให้ทราบถึงระดับความรุนแรงของปัญหา และเป็นแนวทางในการกำหนดจุดมุ่งหมายและเกณฑ์การประเมินผล ตลอดจนการวางแผนการพยาบาล เพื่อลดอาการและอาการแสดงนั้น ๆ

ตัวอย่าง - เจ็บปวดบริเวณต้นขาขวา เนื่องจากได้รับบาดเจ็บจากกระดูกต้นขาขวาหัก

- การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง เนื่องจากมีเสมหะคั่งค้างในทางเดินหายใจเป็นผลจากการไอขับเสมหะออกลำบาก

2.3 การวางแผนการพยาบาล (planning)

การวางแผนการพยาบาลเป็นการจัดระบบของการปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมกับการเป็นวิชาชีพขั้นตอนของการวางแผนการพยาบาลประกอบด้วย การเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา

การกำหนดจุดมุ่งหมายการพยาบาล และการประเมินผลการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล และการเขียนแผนการพยาบาล

2.3.1 การเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา การวางแผนการพยาบาลควรมีการพิจารณาปัญหาต่างของผู้รับบริการว่าปัญหาใดมีความสำคัญมากที่สุด รองลงมา และน้อยที่สุด และควรเป็นความเห็นร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ ปัญหาที่มีความสำคัญคือ มีอันตรายต่อชีวิต ควรได้รับการแก้ไขก่อน แล้วจึงแก้ไขปัญหารองลงมา

แนวทางจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

1) พิจารณาตามลักษณะของปัญหา (setting priority) โดยแบ่งระดับความรุนแรงของปัญหาเป็น 3 ระดับ คือ

ลำดับที่ 1 ปัญหาที่มีความสำคัญมากคุกคามต่อชีวิต ต้องการแก้ไขทันที ถ้าปล่อยทิ้งไว้อาจเสียชีวิตหรือพิการ อาจเป็นปัญหาที่กำลังเกิดขึ้นหรือเสี่ยงก็ได้ ตัวอย่าง มีภาวะช็อค เนื่องจากเสียเลือดในระบบทางเดินอาหาร

ลำดับที่ 2 ปัญหาที่มีความสำคัญปานกลาง ไม่คุกคามต่อชีวิต ต้องการการแก้ไขอย่างรีบด่วน ถ้าปล่อยทิ้งไว้อาจเกิดปัญหารุนแรงเพิ่มขึ้น ตัวอย่าง มีไข้สูง เนื่องจากแผลที่เท้ามีการติดเชื้อ

ลำดับที่ 3 ปัญหาที่มีความสำคัญน้อย การดำเนินของปัญหาเป็นไปอย่างช้า ๆ ต้องการการพยาบาลแต่รอได้ ตัวอย่าง ผิวหนึ่งเสียหายที่ เนื่องจากอยู่ในภาวะถูกจำกัดการเคลื่อนไหว

2) พิจารณาตามหลักการวิทยาศาสตร์ และแนวคิดต่างๆ แนวคิดที่นิยมมาใช้เป็นแนวทางคือ ความต้องการพื้นฐานของมาสโลว์ โดยเรียงลำดับความต้องการขั้นพื้นฐานไปยังความต้องการขั้นสูง หากความต้องการขั้นต้นไม่ได้รับการตอบสนองก็จะไม่สามารถตอบสนองในขั้นสูงขึ้นได้ เช่น ความต้องการขั้นพื้นฐานของร่างกายมีความสำคัญกว่าความต้องการด้านมั่นคงปลอดภัย และความมั่นคงปลอดภัยมีความสำคัญกว่า ความต้องการความรักและความเป็นเจ้าของ เป็นต้น

3) ลำดับความสำคัญของปัญหา และวางแผนการพยาบาลของตนเอง โดยไม่ขัดต่อแผนการรักษา เพื่อส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือ เนื่องจากบางครั้งอาจมองข้ามปัญหาที่ผู้รับบริการเห็นว่าควรได้รับการแก้ไข แต่พยาบาลเห็นว่าปัญหาอื่นสำคัญกว่า ทำให้ผู้รับบริการกังวลอยู่กับปัญหาที่พยาบาลมองข้าม

4) พิจารณาตามประเพณี ค่านิยม และความเชื่อของผู้รับบริการและครอบครัว ผู้รับบริการที่เติบโตจากวัฒนธรรมต่างกัน อาจมองปัญหาและดูแลด้านสุขภาพแตกต่างกัน จึงไม่ควรเพิกเฉยต่อความเชื่อของผู้รับบริการ และนำมาพิจารณาในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาด้วย

5) พิจารณาจากภาวะเศรษฐกิจ ทรัพยากรบุคคลากร และเวลา ถ้าไม่เอื้ออำนวยในการแก้ปัญหาเฉพาะอย่างได้ ความสำคัญของปัญหานั้นอาจจัดอยู่ในอันดับรองลงไป

2.3.2 การกำหนดจุดมุ่งหมายการพยาบาล จุดมุ่งหมายการพยาบาล คือ ข้อความที่แสดงถึงความคาดหวังพฤติกรรมของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นเนื่องจากการพยาบาล โดยจะเขียน

กว้างๆ สอดคล้องกับปัญหาตามที่ระบุไว้ในการวินิจฉัยการพยาบาล โดยแนวทางการเขียนต้องมีลักษณะดังนี้

- 1) ต้องสัมพันธ์กับการวินิจฉัยการพยาบาล
- 2) ต้องกำหนดระยะเวลา คำนึงถึงความเป็นไปได้ตามหลักความเป็นจริง
- 3) เป็นข้อความเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้รับบริการ ที่แสดงถึงความสำเร็จในการแก้ไขปัญหา
- 4) ต้องนำไปสู่กิจกรรมการพยาบาล
- 5) ต้องเป็นสิ่งที่กระทำได้จริง
- 6) ต้องเป็นข้อความที่พยาบาลและผู้รับบริการยอมรับร่วมกันเพื่อปฏิบัติร่วมกันให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ ที่กำหนดไว้
- 7) ต้องชัดเจน เฉพาะ สั้น กระชับรัดกุม
- 8) ต้องมาจากการวินิจฉัยการพยาบาลเพียงข้อเดียว
- 9) แบ่งเป็นวัตถุประสงค์ระยะสั้น และ ระยะยาว

จุดมุ่งหมายระยะสั้น มีความเฉพาะเจาะจง อยู่ในระยะเวลา 2-3 วัน หรือ 2-3 ชม. หรือ เป็นนาที ในกรณีของความต้อการมีชีวิตรอด จุดมุ่งหมายระยะสั้นมีประโยชน์ในกรณีดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเฉียบพลัน

จุดมุ่งหมายระยะยาว มักจะใช้เวลามากกว่า 1 สัปดาห์ จะบ่งชี้ทิศทางทางการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยรวม โดยมีจุดมุ่งหมายในการดูแลรักษาให้กลับสู่ภาวะปกติ หรือระดับสูงสุดที่สามารถช่วยเหลือผู้รับบริการได้ ซึ่งมักพบในผู้ป่วยเรื้อรัง

2.4 การปฏิบัติการพยาบาล (implementing)

การปฏิบัติการพยาบาลเป็นขั้นตอนที่สำคัญอีกขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการพยาบาล หลังจาก ขั้นตอนการวางแผนการพยาบาล เป็นขั้นตอนการนำแผนการพยาบาลที่วางไว้ไปปฏิบัติ โดยตรงต่อผู้รับบริการเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้กิจกรรมย่อยของขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วยกิจกรรม 3 ขั้นตอน ได้แก่ การตรวจสอบแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการบันทึกการพยาบาล

2.4.1 การตรวจสอบแผนการพยาบาล วัตถุประสงค์ของการตรวจสอบแผนการพยาบาล คือ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ใช้บริการโดยการ ทบทวนแผนการพยาบาลเกี่ยวกับความถูกต้องตามหลักการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุนเพียงพอต่อการ วินิจฉัย ซึ่งกระทำโดยพยาบาลที่มีประสบการณ์ หรือพยาบาลผู้นิเทศ ขั้นตอนนี้ประกอบด้วยกิจกรรมย่อย 3 กิจกรรม ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพซ้ำ การทบทวนและปรับแผนการพยาบาล และ การกำหนดทรัพยากรที่ต้องการ

2.4.2 การปฏิบัติการพยาบาล ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนนำแผนที่ปรับปรุงใหม่ ตามปัญหาของผู้ใช้บริการไปปฏิบัติจริง พยาบาลจำเป็นต้องมีทักษะทั้งด้านสติปัญญา การสร้างมนุษยสัมพันธ์

การสังเกต การสื่อสาร และเทคนิคการพยาบาลต่าง ๆ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแผนการรักษาต้องนำวิธีปฏิบัติหลายกิจกรรมมาประกอบกัน กิจกรรมส่วนใหญ่ที่พยาบาลนำมาใช้มี 5 วิธี คือ การช่วยเหลือเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวัน การ ให้คำปรึกษา การสอน การเฝ้าระวังและป้องกันอันตราย และการส่งเสริมสนับสนุน

2.4.3 การบันทึกการพยาบาล เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเป็นหลักฐานแสดงถึงสิ่งที่พยาบาลได้ทำให้กับผู้ใช้บริการ เพื่อการสื่อสารกันในทีมผู้ดูแล และเป็นข้อมูลประวัติความเจ็บป่วย นอกจากนี้ยังมีประโยชน์ในแง่การเป็นแหล่งค้นคว้าของทีมสุขภาพ เป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยและเป็นหลักฐานทางกฎหมายอีกด้วย คุณลักษณะของการบันทึกทางการพยาบาลที่ดีควรมีความกะทัดรัด ชัดเจน และสามารถใช้ในการสื่อสารในทีมพยาบาลได้ง่าย

วิธีการบันทึกการพยาบาลที่ใช้อยู่ในปัจจุบันมี 3 ลักษณะ ได้แก่

1) การบันทึกโดยยึดแหล่งที่มาของข้อมูล การบันทึกโดยระบบนี้ใช้กันมานาน โดยจะบันทึกในลักษณะความเรียง ตามลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แยกบันทึกแต่ละเรื่อง แต่ละผู้ดูแล เช่น บันทึกของแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด บันทึกปริมาณน้ำเข้าออก เป็นต้น

2) การบันทึกโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก ส่วนประกอบของการบันทึกโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก ได้แก่ ข้อมูลเบื้องต้น ปัญหาของผู้รับบริการ การวางแผนการดูแล การบันทึกผลการปฏิบัติการ การบันทึกการจำหน่าย การบันทึกความก้าวหน้า

3) การบันทึกโดยใช้คอมพิวเตอร์ปัจจุบันมีการนำเอาคอมพิวเตอร์มาใช้ในระบบข้อมูลต่างๆ ในหน่วยงานสุขภาพ ทำให้มีการพัฒนาวิธีการลงบันทึกไว้เป็นหลักฐานในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ระบบบันทึกเป็นเวรผลัด ระบบบันทึกโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก เป็นต้น

2.5 การประเมินผลการพยาบาล (evaluation)

การประเมินผล เป็นขั้นตอนที่สำคัญต่อจากการปฏิบัติการพยาบาล ข้อสรุปที่ได้จากการประเมินผลจะ ช่วยบอกว่า การพยาบาลที่ให้แก่ผู้ใช้บริการนั้นควรยุติเพราะข้อวินิจฉัยการพยาบาลเหล่านั้นได้รับการแก้ไขเรียบร้อยแล้ว หรือต้องนำแผนการพยาบาลมาปรับปรุงแก้ไขใหม่ เนื่องจากไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไป การประเมินผลกระทำได้ทั้งในขณะปฏิบัติการพยาบาล และเมื่อสิ้นสุดการปฏิบัติการพยาบาลแล้ว เพื่อตรวจสอบผลที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้หรือไม่

2.5.1 ความหมายของการประเมินผลการพยาบาล หมายถึง การตัดสินใจให้การพยาบาลกับผู้ใช้บริการว่าบรรลุตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ประเมินผลที่สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายนั้น ๆ ภายใต้การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบ เพื่อนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจว่าควรยุติการให้การพยาบาล คงการพยาบาลนั้นไว้ หรือปรับปรุงแก้ไข เปลี่ยนแปลงใหม่

2.5.2 วัตถุประสงค์ของการประเมินผลการพยาบาล คือ เพื่อให้ทราบผลของการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อควบคุมคุณภาพและมาตรฐานของการพยาบาล และเพื่อพัฒนาการเรียนรู้เพื่อปรับปรุงการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาล

2.5.3 ประเภทของการประเมินผลการพยาบาล จำแนกเป็น 2 ประเภท คือ

- 1) การประเมินผลขณะปฏิบัติการพยาบาล (formative evaluation) และ
- 2) การประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการพยาบาล (summative evaluation)

2.5.4 กระบวนการประเมินผลการพยาบาล ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ การเก็บรวบรวมข้อมูลที่สอดคล้องกับเกณฑ์ประเมินผล และนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมิน

1) การเก็บรวบรวมข้อมูลที่สอดคล้องกับเกณฑ์ประเมินผล เพื่อประเมินการตอบสนองของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลทำได้โดยการสังเกต การสอบถาม/สัมภาษณ์ การวัดโดยใช้เครื่องมือ การประชุมปรึกษาของทีมสุขภาพ การวิเคราะห์จากรายงานผู้ป่วย การศึกษาจากบันทึกปฏิบัติการ

2) การนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมิน เป็นการประเมินผลสัมฤทธิ์ของปฏิบัติการพยาบาล ผลของขั้นตอนนี้จะทำให้พยาบาลจะตัดสินใจว่าควรยุติการให้การพยาบาล หรือยังคงต้องให้การพยาบาลต่อ จากนั้นอาจมีการประเมินผลสัมฤทธิ์ที่ได้จากการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งจะทำให้ทราบว่ากิจกรรมการพยาบาลบรรลุวัตถุประสงค์ มีแนวโน้มจะบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่บรรลุวัตถุประสงค์

สรุป กระบวนการพยาบาล เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาล ที่แสดงถึงการปฏิบัติในระดับวิชาชีพ และเป็นส่วนหนึ่งของมาตรฐานการพยาบาล เป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ที่มีระบบระเบียบ มี ขั้นตอน มีความเป็นพลวัต และเน้นการแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการได้อย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย ขั้นตอนต่าง ๆ 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินสภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และ การประเมินผลการพยาบาล

การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ)

การดูแลแบบองค์รวม หรือ holistic care คือ การดูแลคนๆ หนึ่งให้ครบทุกด้านของความ เป็นมนุษย์ ไม่แยกส่วน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่ได้พิจารณาเฉพาะโรคที่เป็นหรือความเจ็บป่วยส่วนใดส่วนหนึ่งเท่านั้น แต่พิจารณาจากความสัมพันธ์ของทั้ง 4 ด้าน สำหรับการดูแลรักษาเพื่อให้เกิดความสมดุล และมีสุขภาพที่ดีครบทุกประการ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลสุขภาพเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยให้ความหมายของแต่ละด้าน ดังนี้

ด้านร่างกาย (physical) คือ ให้การดูแลที่เน้นให้ร่างกายมีความแข็งแรง มีพลังกำลังที่สมบูรณ์

ด้านจิตใจ (mental) คือ การมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข ปราศจากความเครียด สามารถปรับตัวต่อทุกสภาวะของร่างกายได้ดี มีความคิดความอ่านได้เหมาะสมตามวัย

ด้านสังคม (social) คือ ความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม การอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างมีความสุข และมีระบบบริการที่ดี มีแหล่งช่วยเหลือที่เหมาะสม

ด้านจิตวิญญาณ (spiritual) หรืออาจหมายถึง ด้านปัญญา คือ การมีความสุขที่เกิดจากความเข้าใจความเป็นจริงของชีวิต ความเชื่อต่างๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพกายและใจ

จะเห็นได้ว่า การดูแลผู้รับบริการของเรา ได้ให้ความสำคัญกับทุกด้านของร่างกาย ดูแลคนแบบคนทั้งคน เพื่อส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีสุขภาพที่ดี มีความรู้สึกที่เป็นสุข สามารถปรับตัวต่อการรักษา และ ดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ที่สำคัญคือสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 4 กรณีศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 64 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ การศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 3
สถานภาพ สมรส อาชีพค้าขาย ECOG 0

วันที่รับไว้ในการดูแล 9 ธันวาคม 2565
ระยะเวลาที่ศึกษา 9 ธันวาคม 2565 – 30 มิถุนายน 2566
การวินิจฉัยโรคแรกเริ่ม anemia, +/- UGIH, R/O CA rectum
การวินิจฉัย CA rectum

ประวัติการเจ็บป่วย

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

มาตรวจตามแพทย์นัด เพื่อรับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 1

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 ปีก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดท้องใต้ลิ้นปี่ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายเวลาทำกิจกรรม ซ้ำ
ยารับประทานเองมาตลอด

3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล (16 กันยายน 2565) มาด้วยอาการถ่ายอุจจาระสีดํา บางครั้ง
เป็นเลือดสด วันละ 1 – 2 ครั้ง แพทย์นัดทำ colonoscopy (ได้ทำ 20 กันยายน 2565) พบก้อนเนื้อ
บริเวณ upper rectal ตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ผลพบเป็น adenocarcinoma แพทย์
วินิจฉัยเป็น มะเร็งลำไส้ตรง CA rectum นัดทำ ct chest and whole abdomen เพื่อดูการแพร่
กระจายของเซลล์มะเร็ง ได้ทำ วันที่ 17 ตุลาคม 2565 ผลพบมี necrotic lymphadenopathy are
noted in bilateral common iliac regions. the largest necrotic node in left common
iliac region is measured about 3.4x3.7 cm. แพทย์วินิจฉัยเป็น มะเร็งทวารหนัก มีแนวโน้มเป็น
T3N3M0

1 อาทิตย์ก่อนมาโรงพยาบาล ยังมีถ่ายอุจจาระสีดําอยู่ อ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย
น้ำหนักลดลง 5 กิโลกรัมภายใน 1 เดือน

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่

ประวัติการแพ้

ผู้ป่วยปฏิเสธการแพ้ยา อาหารหรือสารเคมีทุกชนิด

ประวัติการใช้สารเสพติด

ผู้ป่วยปฏิเสธการสูบบุหรี่ ปฏิเสธการดื่มสุรา

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

มารดาของผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคชรา พี่น้องไม่มีใครเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง

2. การประเมินตามแบบแผนสุขภาพ

แบบแผนที่ 1 การรับรู้สุขภาพ และการดูแลสุขภาพ

ข้อมูลจากการซักประวัติ ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงมาตลอด ทำงานขายของได้ปกติทุกวัน ผู้ป่วยกล่าวว่า “3 เดือนก่อนมีอาการอ่อนเพลีย ถ่ายอุจจาระสีดํา บางครั้งเป็นเลือดสีแดงสด วันละ 1 – 2 ครั้ง มาตรวจที่โรงพยาบาลเลิดสิน วันที่ 21 กันยายน 2565 หมอส่งกล้องทางลำไส้ใหญ่ให้ หมอบอกเจอก้อนเนื้อบริเวณลำไส้ตรง หมอเลยตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ นัดมาฟังผลหมอบอกผลเป็น มะเร็งลำไส้ตรง” ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วยในปัจจุบันนี้ ให้ความร่วมมือในการรักษา มาตรวจตามนัดตลอด

ข้อมูลจากการสังเกตและการตรวจร่างกาย พบว่า ผู้ป่วยเพศชายวัยผู้สูงอายุ รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้ดี สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติดังนี้ T = 36.7 °C, P = 88 bpm, R = 20 bpm, BP = 106/64 mmHg, O2 saturation = 100 %

แบบแผนที่ 2 อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร

ข้อมูลจากการซักประวัติ ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า ก่อนหน้านี้ผู้ป่วยชอบรับประทานอาหารประเภทรสจัดและปิ้งย่าง รวมถึงรับประทานอาหารมันเป็นประจำ รับประทานอาหารเช้า 3 มื้อ แต่รับประทานอาหารได้น้อยในแต่ละมื้อ

ข้อมูลจากการสังเกตและการตรวจร่างกาย น้ำหนัก 50 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย (BMI) = 20.03 kg/m² พบว่าดัชนีมวลกายสมส่วน รูปร่างผอม แพทย์แนะนำให้รับประทานอาหารประเภทโปรตีนสูง เช่น เนื้อสัตว์ นม ไข่ เป็นต้น

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย

ข้อมูลจากการซักประวัติ ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า การขับถ่ายปัสสาวะสามารถปฏิบัติเองได้ปกติ ไม่มีแสบขัด ปัสสาวะสีเหลือง ไม่มีตะกอน ปัสสาวะวันละ 5-6 ครั้ง/วัน และการขับถ่ายอุจจาระปกติแล้วมักจะขับถ่ายวันละ 1 - 2 ครั้ง/วัน ลักษณะอุจจาระผิดปกติ มีเลือดปนบางครั้งก็เป็นสีดํา บางครั้งก็เป็นเลือดสดปน ไม่มีอาการท้องผูกหรือท้องเสีย

ข้อมูลจากการสังเกตและการตรวจร่างกาย abdominal : Soft, not tenderness, no hepatomegaly

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย

ข้อมูลจากการซักประวัติ ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า ปกติอยู่บ้านสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ไม่ได้ออกกำลังกายแต่เดินชายของทั้งวัน

ข้อมูลจากการสังเกตและการตรวจร่างกาย พบว่า motor power ได้แขน ขาทั้งสองข้าง grade 5

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ

ข้อมูลจากการซักประวัติ ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า ช่วงที่ยังไม่ป่วยพักผ่อนนอนหลับช่วงเวลากลางคืน เวลาประมาณ 22.00 – 04.00 น. ไม่นอนช่วงกลางวัน สามารถพักผ่อนนอนหลับได้เอง แต่พอป่วยกลางคืนมักนอนไม่ค่อยหลับ จะหลับๆตื่นๆ

ข้อมูลจากการสังเกตและการตรวจร่างกาย พบว่าผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ดีตลอดในช่วงเวลาที่ให้ยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า

แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้

ข้อมูลจากการซักประวัติ ผู้ป่วยมีการพูดคุยโต้ตอบได้ปกติ ผู้ป่วยมีการแก้ปัญหาและตัดสินใจได้ดี ไม่มีอาการสับสน จดจำข้อมูลหรือการนัดหมายต่างๆ ได้ไม่ผิดพลาด จดจำสมาชิกในครอบครัวได้อย่างถูกต้อง

ข้อมูลจากการสังเกตและการตรวจร่างกาย จากการสังเกตพบว่า ช่วงระหว่างการรักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้าที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการมึนงง พูดน้อย มีสีหน้าวิตกกังวลอยู่บ่อยครั้ง เนื่องจากมีความวิตกกังวลในเรื่องของโรคและอาการของตนเอง

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

ข้อมูลจากการซักประวัติ ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า ตนเองป่วยแต่โชคดีที่มีภรรยาและลูกคอยดูแลอยู่ตลอด ไม่ปล่อยให้ยู่ตามลำพัง ช่วงนี้ส่วนมากภรรยาก็ช่วยคนเดียว ตนเองช่วยได้บ้างเล็กน้อย มีญาติคอยมาพูดคุยด้วยตลอดทำให้รู้สึกไม่เหงาไม่โดดเดี่ยว

ข้อมูลจากการสังเกตและการตรวจร่างกาย จากการสังเกตพบว่าผู้ป่วยแสดงถึงสภาวะสมาชิกในครอบครัวการเป็นสามี และเป็นบิดาของลูก และมีลูกหลานให้ความเคารพนับถือดูแลอยู่ตลอดเวลา ผู้ป่วยมีความภูมิใจในตนเองดี พูดคุยและยิ้มแย้มกับลูกหลานตลอด

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ

ข้อมูลจากการซักประวัติ ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าสมาชิกภายในครอบครัวทุกคนมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันและไม่มี ความรุนแรงเกิดขึ้นภายในครอบครัว ทุกคนรักใคร่กันดี รวมสัมพันธภาพกับบุคคลภายนอก ครอบครัวก็ไม่มีปัญหาอะไร เพื่อนบ้านก็มีความสนิทสนมกันดี กับลูกค้ำก็ไม่เคยมีปัญหา

ข้อมูลจากการสังเกตและการตรวจร่างกาย สัมพันธภาพภายในครอบครัวดี มีการดูแลซึ่งกันและกัน ภรรยาและบุตรสาวของผู้ป่วยมีความห่วงใยและดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี ในฐานะเป็นสมาชิกของครอบครัว

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์

ข้อมูลจากการซักประวัติพบว่าสถานภาพแต่งงาน มีบุตรสาว 1 คน ไม่มีปัญหาทางเพศสัมพันธ์ ไม่มีโรคติดเชื้อทางระบบสืบพันธุ์

ข้อมูลจากการสังเกตและการตรวจร่างกาย พบว่าอวัยวะเพศภายนอกมีลักษณะปกติดี ไม่พบความผิดปกติใด ๆ

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด

ข้อมูลจากการซักประวัติผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า ปกติตนเองเป็นคนอารมณ์ดี ไม่ค่อยเครียด แค่ว่าไม่ค่อยเก่งเฉยๆ แต่ทุกครั้งที่เครียดหรือกังวลก็จะคุยกับภรรยาทุกครั้ง ตั้งแต่ป่วยรู้สึกอ่อนเพลียรับประทานอาหารได้น้อย ร่างกายไม่ค่อยแข็งแรงเหมือนเดิม รู้สึกเครียดบ้างเป็นบางช่วง แต่มีภรรยาและลูกสาวคอยดูแลอยู่ตลอดเวลาเลยคลายความเครียดได้

ข้อมูลจากการสังเกตและการตรวจร่างกาย จากการสังเกตพบว่าบางครั้งผู้ป่วยมีอาการนั่งเฉยดูหงุดหงิดใส่ลูกสาวบ้าง เนื่องจากการมีพยาธิสภาพของโรค แต่ไม่นานความหงุดหงิดก็หายไป สามารถปรับตัวได้ทำให้ไม่มีผลกระทบต่อความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ผู้ป่วยมักถามพยาบาลเกี่ยวกับอาการและการปฏิบัติตัวหลังจากได้ยาเคมีบำบัดแล้วบ่อยครั้ง

แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ

ข้อมูลจากการซักประวัติ ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ ให้ความสำคัญกับครอบครัวแสดงถึงความรัก ความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่กันและกัน โดยไม่มีเงื่อนไข ผู้ป่วยยึดมั่นว่าทุกอย่างต้องผ่านพ้นไปได้ด้วยดี ผู้ป่วยตัดสินใจร่วมกับครอบครัวทุกครั้ง เข้ารับแผนการรักษาและปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลมาตลอด เพราะถือว่าเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด ที่จะสู้กับภาวะของโรค ส่วนการพยากรณ์โรคที่ต้องเฝ้าระวังติดตามต่อนั้น ผู้ป่วยเตรียมพร้อมรับทุกสถานการณ์หากต้องมีการผ่าตัดตามมาภายหลัง

ข้อมูลจากการสังเกตและการตรวจร่างกาย จากการสังเกตไม่พบสิ่งที่แสดงคุณค่าและความเชื่อต่าง ๆ ในตัวผู้ป่วย

3.การตรวจร่างกาย

สภาพทั่วไป ผู้ป่วยชายไทย รูปร่างผอม ผมห่น หน้าตาวิตกกังวล ไม่สดชื่น สัญญาณชีพแรกจับ
BP = 106/64 mmHg, T = 36.7 °C, P = 88 bpm, R = 20 bpm, O₂ saturation = 100 %

ผิวหนัง ผิวขาวเหลือง มีความตึงตัวดี ผิวค่อนข้างแห้ง ไม่มีผื่นหรือจ้ำเลือด ไม่บวม

ศีรษะ มีศีรษะตั้งตรง ไม่เอียง ผมยาวสีดำ หนังศีรษะสะอาด ไม่มีแผล

ตา ขนาดเท่ากันทั้ง 2 ข้าง มีความสมมาตรกัน ตามองเห็นชัดเจนทั้ง 2 ข้าง มีปฏิกิริยา
ต่อ

แสงดี ขนาด 2.5 มิลลิเมตร การเคลื่อนไหวของลูกตาปกติ เยื่อบุตาปกติ

หู สมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง การได้ยินปกติ

จมูก สมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง ไม่มีการอักเสบของเยื่อเมือกผนังกันจมูก

ปาก ริมฝีปากสีชมพู ไม่มีรอยโรค ชุ่มชื้นดี ลิ้นไม่แห้งหรือแตก

ลำคอ คอสมมาตรกัน ไม่มีก้อน ต่อมน้ำไทรอยด์ไม่โต

ทรวงอก ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก ทรวงอกสมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง ไม่มีอกบวม ออกถึง
หรืออกไก่ หายใจสม่ำเสมอประมาณ 20 ครั้งต่อนาที ทรวงอกขยายตัวเท่ากันทั้ง
สองข้าง ฟังเสียงปอดไม่มีเสียง crepitation

หัวใจและหลอดเลือด มีความแรงและจังหวะสม่ำเสมอดี ไม่มีอาการบวมปลายมือปลายเท้า ไม่มี
ภาวะหัวใจโต หน้าไม่บวม คอไม่บวม

กล้ามเนื้อและกระดูก กล้ามเนื้อแขนและขาแข็งแรงดี มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนขาอยู่ใน
ระดับ 5 ไม่มีอาการสั่นของกล้ามเนื้อ มีการทรงตัวที่ดี

ระบบทางเดินอาหาร ท้องไม่แข็งไม่มีอาการปวดท้อง ตับและม้ามไม่โต กดไม่เจ็บ

ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ ไม่มีอาการปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะไม่แสบขัด สี
ของปัสสาวะเหลืองใส ไม่มีตะกอน

ระบบประสาท รู้สึกตัวดี การเคลื่อนไหวของแขนขาปกติ E4M6V5

4.การตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวินิจฉัย

4.1 Complete Blood Count (CBC)

การตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	ค่าปกติ /หน่วย นับ	9 ธ.ค. 2565	30 ธ.ค. 2566	10 ก.พ. 2566	10 มี.ค. 2566	31 มี.ค. 2566	19 พ.ค. 2566	9 มิ.ย. 2566	30 มิ.ย. 2566
Red blood cell (RBC)	4.5 – 5.1 M/cumm	2.98	3.85	4.09	2.94	3.75	3.83	3.06	3.13
Hemoglobin (Hb)	12.3-15.3 g/dL	5.4	8.1	9.6	5.3	7.1	8.3	9.2	9.0
Hematocrit (Hct)	36 - 48 %	30.7	34.7	37.4	30.2	33.8	35.8	36.3	31.2
White blood cell (WBC)	4.4-11.3 * 10 ³ cells/cumm	8.14	8.48	6.63	3.70	6.34	6.26	6.96	5.78
Neutrophils	45- 75 %	69.0	66.1	61.0	50.5	52.4	57.7	54.2	51.9
Lymphocytes	20 - 45 %	23.0	26.1	26.4	36.0	31.5	27.6	28.9	33.6
Monocyte	2-6 %	6.8	5.8	10.6	6.3	15.3	12.3	13.5	11.6
Eosinophil	1-6 %	0.6	1.1	0.9	5.4	0.5	1.8	2.7	2.2
Basophil	0-1 %	0.6	0.9	1.1	1.8	0.3	0.6	0.7	0.7
Platelet	140-450 * 10 ³ cells/cumm	386	390	300	224	221	236	231	210
MCV	80 - 96 fL	55.7	64.2	62.4	68.7	73.2	85.1	85.9	86.9
MCH	27.5 - 33 pg	15.6	18.4	18.6	21.4	24.0	27.4	28.1	28.8
MCHC	31.8 - 35.4g/dL	28.0	28.7	29.9	31.2	32.8	32.2	32.7	33.1
RDW	11.6 - 14.8 %	21.0	30.3	27.2	30.6	-	30.5	27.4	26.3
Microcytosis	-	2+	1+	1+	1+	1+	-	-	-
Target cell	-	Few	1+	1+	1+	1+	-	-	-
Schistocyte	-	Few	-	2+	Few	Few	-	-	-
Hypochromia	-	2+	-	Few	2+	1+	-	-	-
Polychromasia	-	Few	-	-	Few	-	-	-	-

จากผลการตรวจ CBC

เนื่องจากแพทย์ต้องพิจารณาความพร้อมของร่างกายก่อนที่จะรับยาเคมีบำบัด โดยตรวจดู
ความสมบูรณ์ และปริมาณของเม็ดเลือดชนิดต่างๆ ที่สร้างโดยเซลล์ไขกระดูก ประกอบด้วยส่วนสำคัญ
คือ เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือด ค่าปกติขององค์ประกอบเลือดมีดังนี้

ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง ค่าปกติ 14– 18 (ผู้ชาย) g/dL, 12 – 16 (ผู้หญิง) g/dL ใน
กรณีศึกษาพบว่า RBC เท่ากับ 2.82 มีค่าต่ำกว่าปกติ คือ 4.5-5.1 M/cumm, Hemoglobin (Hb)
เท่ากับ 4.4 ต่ำกว่าปกติ คือ 12.3-15.3 g/dL และ Hematocrit (Hct) เท่ากับ 15.7 ต่ำกว่าปกติคือ
36 - 48 % จากการที่ RBC มีค่าต่ำกว่าปกติ แสดงว่าเม็ดเลือดแดงมีปริมาณน้อยกว่าปกติ ภาวะที่

เม็ดเลือดแดงมีปริมาณน้อยเกินไป เรียกว่าภาวะเลือดจางหรือโลหิตจาง (anemia) ซึ่งอาจทำให้การขนส่งออกซิเจนไปใช้ที่ส่วนต่างๆ ของร่างกายทำได้ไม่เพียงพอ ในผู้ป่วยรายนี้ทำให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ไม่สดชื่น เหนื่อยง่าย ซึ่งสาเหตุอาจเกิดจากการถ่ายอุจจาระมีเลือดดำหรือเลือดสดปน จากโรคมะเร็งลำไส้ตรง

ส่วน wbc หรือเม็ดเลือดขาว มีค่าปกติ $4.4-11.3 \times 10^3$ cells/cumm ในกรณีศึกษา ผู้ป่วยมีค่า wbc อยู่ในค่าปกติ 8.14×10^3 cells/cumm ในครั้งแรกก่อนที่จะเริ่มให้ยาเคมีบำบัด และเมื่อให้ยาเคมีบำบัดไปแล้ว ผู้ป่วยมีค่า wbc ต่ำกว่าค่าปกติเล็กน้อยในการเจาะเลือดดูก่อนให้ยาเคมีบำบัดในครั้งที่ 4 เท่ากับ 3.70×10^3 cells/cumm แต่สามารถให้ยาเคมีบำบัดได้ โดยจากการคำนวณค่าของเม็ดเลือดขาวสมบูรณ์ (absolute neutrophil count = ANC)

neutrophils เป็นเม็ดเลือดขาวชนิดหนึ่ง มีหน้าที่สำคัญในการป้องกันการติดเชื้อและต่อสู้กับเชื้อโรคชนิดต่างๆ ค่าปกติเท่ากับ 45- 75 % ในกรณีศึกษา ผู้ป่วยมีค่า Neutrophils เท่ากับ 69.0 % และ Platelet หรือเกล็ดเลือด มีค่าปกติที่ $140 - 450 \times 10^3$ cells/cumm ในกรณีศึกษา ผู้ป่วยมีค่าเกล็ดเลือดปกติ ที่ 386×10^3 cells/cumm

ก่อนให้ยาเคมีบำบัด แพทย์จะมีวิธีการคำนวณค่าของเม็ดเลือดขาวสมบูรณ์ (absolute neutrophil count = ANC) โดยมีวิธีการคำนวณดังนี้คือ

$$\text{จำนวนเม็ดเลือดขาวสมบูรณ์ (ANC)} = \frac{\text{นิวโทรฟิล} \times \text{เม็ดเลือดขาวทั้งหมด}}{100}$$

100

ถ้าจำนวนเม็ดเลือดขาวสมบูรณ์ (ANC) น้อยกว่า 1,500 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร (โดยประมาณ) ทางแพทย์ถือว่าท่านมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากกว่าคนปกติ แพทย์อาจพิจารณาหยุดการให้ยาเคมีบำบัดชั่วคราว หรือปรับลดขนาดยาลง ขึ้นกับการพิจารณาของแพทย์ในผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้แพทย์ต้องพิจารณาความเข้มข้นของเลือด และเกล็ดเลือดก่อนให้ยาเคมีบำบัดด้วย

ในกรณีศึกษา ผู้ป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ตรง ได้รับยาเคมีบำบัด แต่เมื่อได้รับยาเคมีประยะหนึ่ง มีโอกาสที่ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด อาจไปกดการทำงานของไขกระดูก (bone marrow suppression) ไขกระดูกทำหน้าที่สร้าง เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือด และเนื่องจากการแบ่งเซลล์เป็นจำนวนมากทำให้ได้รับ ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดได้ง่าย เพื่อเฝ้าระวังผลข้างเคียงดังกล่าว ยาเคมีบำบัดไม่ได้ออกฤทธิ์ทำลาย เม็ดเลือดในกระแสเลือด แต่ไปทำลายเม็ดเลือดที่กำลังแบ่งเซลล์ในไขกระดูกทำให้ร่างกายไม่สามารถผลิต เม็ดเลือดออกมาแทนเม็ดเลือดที่ตายหรือหมดอายุได้ทันตามที่ร่างกายต้องการ ระดับความรุนแรงของการ กดไขกระดูกนั้นขึ้นกับชนิดและปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับ เม็ดเลือดขาวและเกร็ดเลือดจะลดจำนวนลงถึง ระดับต่ำสุดภายในระยะเวลา 7-14 วัน

และเม็ดเลือดแดงจะลดสู่ระดับต่ำสุด ภายในระยะ 3-4 สัปดาห์ หลังจากได้ยาเคมีบำบัด หลังจากนั้นจะค่อยๆ เพิ่มจำนวนสู่ระดับปกติ

4.2 Chemistry-Immunology

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ค่าปกติ / หน่วยนับ	9 ธ.ค. 2565	30 ธ.ค. 2566	10 ก.พ. 2566	10 มี.ค. 2566	31 มี.ค. 2566	19 พ.ค. 2566	9 มิ.ย. 2566	30 มิ.ย. 2566
FBS	70 - 110 mg/dl	76							
BUN	7 - 18.7 mg/dl	12			14				11
Creatinine (+eGFR)	0.4 - 1.6 mg/dl	0.98			0.92				0.80
eGFR	ML/min	82			88				94
Sodium	136 - 145 mEq/L	133							
Potassium	3.5 - 5.1 mEq/L	3.6							
Chloride	98 - 107 mEq/L	104							
Carbon dioxide	21 - 32 mEq/L	21							
CEA	<5					19.90	CEA 20 ก.ค.66 = 42.4		
Magnesium	1.6-2.6 mg/dl								
Calcium	8.4-10.2 mg/dl								
Total protein	6.4 - 8.3 g/dl	6.9							
Albumin	3.4 - 4.8 g/dl	3.7							
Globulin	2.3 - 3.5 g/dl	3.2							
Total bilirubin	0.2 - 1.2 mg/dl	0.39							
Indirect bilirubin	< 0.7 mg/dl	0.38							

Direct bilirubin	< 0.5 mg/dl	0.01							
AST (SGOT)	5 - 34 U/L	25							
ALT (SGPT)	< 55 U/L	11							

การแปลและวิเคราะห์ผล

ผลตรวจ biochemistry พบว่า creatinine เป็นของเสียที่เกิดจากกล้ามเนื้อ สาร creatinine จะเกิดขึ้นทุกวัน และมีค่าคงที่ คือมีในปริมาณเท่า ๆ กันทุกวันในแต่ละคน ซึ่งสารนี้จะถูกขับออกจากร่างกายผ่านไต แต่หากไตทำงานผิดปกติหรือไตเสื่อมด้วยเหตุผลใดๆก็ตาม การกำจัดสาร Creatinine จะลดลง สารนี้จะถูกกรองที่ไต และขับออกทางปัสสาวะ ดังนั้นหากค่า creatinine ต่ำกว่าปกติ แสดงว่าอาจมีปัญหาเกี่ยวกับกล้ามเนื้อและเส้นประสาท เช่น myasthenia gravis โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงระยะสุดท้าย muscular dystrophy หรือร่างกายอ่อนแอไม่ได้เคลื่อนไหว ผู้ป่วยมีภาวะ severe hyponatremia ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะอ่อนแรง อ่อนเพลีย คลื่นไส้ เบื่ออาหาร เมื่อผู้ป่วยมี hyponatremia ร่างกายจะเกิด hypotonicity ทำให้มีการเคลื่อนที่ของน้ำจาก extracellular มาที่ intracellular compartment ส่งผลให้มี cell swelling จึงเกิดอาการของ hyponatremia ร่างกายจะมีการปรับตัวโดยลด solute ในส่วน intracellular compartment ทำให้ osmolality ใน cell น้อยลง ซึ่งการปรับตัวใช้เวลาประมาณ 48 ชั่วโมง การรักษา chronic hyponatremia ต้องเพิ่มระดับ serum Na ไม่เร็วเกินไป เนื่องจากการเพิ่ม serum Na เร็ว จะทำให้มีการเคลื่อนที่ของน้ำจาก intracellular ไปยัง extracellular space อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน คือ osmotic demyelination syndrome

ในกรณีศึกษา แพทย์ตรวจดูค่าน้ำตาลผลปกติ การทำงานของไตผลปกติ เกลือแร่และอิเล็กโทรไลต์ปกติ ค่าตับปกติ และตรวจสารบ่งชี้มะเร็งลำไส้ carcinoembryonic antigen (CEA) ปีนแอนติเจนที่ถูกสร้างตามปกติจากเซลล์ลำไส้และตับภายในร่างกาย CEA มักมีค่าที่สูงผิดปกติในผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหาร, มะเร็งตับอ่อน, มะเร็งปอด, มะเร็งรังไข่ ฯลฯ โดยในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ จะพบ CEA สูงมากกว่าปกติ ซึ่งค่าปกติของ CEA จะอยู่ระหว่าง 2.5-5 นาโนกรัม/มิลลิลิตร ในกรณีศึกษา ค่า CEA สูง เท่ากับ 19.9 นาโนกรัม/มิลลิลิตร ซึ่งการตรวจ CEA ควรทำร่วมกับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (colonoscopy) เพื่อเป็นการตรวจคัดกรองเชิงป้องกันโดยละเอียด

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพิเศษ

COLONOSCOPY

SURGICAL PATHOLOGY REPORT 20/09/2022

DIAGNOSIS: Rectal mass, 15 cm from AV, biopsy:

- A few clusters of atypical glandular epithelium with extracellular mucin, suspicious for adenocarcinoma with mucinous features

Note: The interpretation is limited due to very small amount of tumor cells. Correlation with clinical and endoscopic finding is recommended.

GROSS DESCRIPTION:

Formalin fixed specimen, labeled as "Mass at rectum", consists of five pieces of rubbery tan white tissue, ranging from 0.3x0.3x0.3 cm to 0.5x0.3x0.2 cm.

MICROSCOPIC FINDING:

Section shows colorectal mucosa. One of the piece reveals ulceration with neutrophilic infiltration and extracellular mucinous material. There are a few floating clusters of atypical cells arranging cribriform pattern. These cells possess pleomorphic hyperchromatic nuclei and visible nucleoli.

แปลผลการตรวจทางพยาธิวิทยาทางศัลยกรรม

การวินิจฉัย: ก้อนเนื้อทางทวารหนัก 15 ซม. จาก AV, ตรวจชิ้นเนื้อ:

- กลุ่มเยื่อผิวต่อมผิดปกติจำนวนหนึ่งที่มีเมือกนอกเซลล์ สงสัยว่าเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่มีลักษณะเป็นเมือก

หมายเหตุ: การตีความมีข้อจำกัดเนื่องจากเซลล์เนื้องอกมีจำนวนน้อยมาก แนะนำให้มีความสัมพันธ์กับผลการตรวจทางคลินิกและการส่องกล้อง

คำอธิบายโดยรวม:

ตัวอย่างที่ตรึงด้วยฟอร์มาลิน มีฉลากระบุว่า “ก้อนเนื้อที่ทวารหนัก” ประกอบด้วยเนื้อเยื่อ สีแทนขาว คล้ายยางจำนวน 5 ชิ้น ขนาดตั้งแต่ 0.3x0.3x0.3 ซม. ถึง 0.5x0.3x0.2 ซม.

การค้นพบด้วยกล้องจุลทรรศน์:

ส่วนนี้แสดงเยื่อบุลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ส่วนหนึ่งเผยให้เห็นแผลพุพองจากการแทรกซึมของนิวโทรฟิลและสารเมือกจากภายนอกเซลล์ มีกลุ่มเซลล์ผิดปกติลอยอยู่ไม่กี่กลุ่ม เรียงตัวกันเป็นรูปทรงคล้ายครีบริฟอร์ม เซลล์เหล่านี้มีนิวเคลียสไฮเปอร์เพอร์โครมาติก แบบหลายรูปร่างและนิวคลีโอลัสที่มองเห็นได้

CT. Lung (Chest) 17/10/2022

CT CHEST AND WHOLE ABDOMEN

HISTORY : A 63-year-old man

TEHCNIQUE : The serial axial scans of the chest and whole abdomen were performed both pre- and post-contrast enhancement. The lung window is obtained too.

CT CHEST

FINDINGS : The study reveals reticulonodular opacities in bilateral apical lungs. Fibrosis in RML and apical segment of LLL is also noted.

No intrathoracic lymphadenopathy is seen.

The lung window shows no pulmonary infiltration.

The heart and great vessels are normal. No shifting of mediastinal structure is noted.

No pleural effusion is seen.

CT WHOLE ABDOMEN

FINDINGS : The study reveals circumferential wall thickening of upper rectum causes severe lung narrowing, measured about 8.7 cm. Proximal dilatation of rectosigmoid colon is noted.

Several necrotic lymphadenopathy are noted in bilateral common iliac regions. The largest necrotic node in left common iliac region is measured about 3.4x3.7 cm.

Liver shows normal shape and size of liver without space taking lesion. No dilatation of the biliary system is seen. The portal vein is patent.

Gallbladder has smooth and thin wall without gallstone.

Spleen and pancreas appear normal.

Both kidneys are normal size and axis without hydronephrosis or stone. A cortical cyst at upper pole of left kidney is measured about 11 mm.

No ascites or lymphadenopathy is seen.

The urinary bladder has smooth and thin wall. Prostate gland is within no

IMPRESSION : significant findings are...

- Rectal cancer is likely T3N3M0
- Lungs: old granulomatous disease, no definite pulmonary nodule

แปลผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องอกและช่องท้อง

CT หน้าอก 17/10/2022

ผลการศึกษา : การศึกษานี้เผยให้เห็นความทึบของเรติคูลोनอดูลาร์ในปอดส่วนปลายทั้งสองข้าง พังผืดใน RML และนอกจากนี้ยังพบส่วนปลายของ LLL ด้วย แต่ไม่พบต่อมน้ำเหลืองโตในช่องทรวงอก หน้าต่าปอดไม่แสดงการแทรกซึมของปอด หัวใจและหลอดเลือดใหญ่ปกติ ไม่พบการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของช่องกลางทรวงอก ไม่พบการมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด

CT ช่องท้องทั้งหมด

ผลการศึกษา : การศึกษาพบว่าผนังรอบทวารหนักส่วนบนหนาขึ้น ทำให้ช่องทวารหนักแคบลงอย่างรุนแรง โดยวัดได้ประมาณ 8.7 ซม. นอกจากนี้ยังพบการขยายตัวของลำไส้ใหญ่ส่วนต้นที่เป็นซิกมอยด์ด้วย พบภาวะต่อมน้ำเหลืองเน่าหลายแห่งในบริเวณอุ้งเชิงกรานทั้งสองข้าง โดยบริเวณที่ใหญ่ที่สุด ต่อมน้ำเหลืองเน่าที่บริเวณอุ้งเชิงกรานด้านซ้ายวัดได้ประมาณ 3.4x3.7 ซม.

ตับมีรูปร่างและขนาดปกติโดยไม่มีช่องว่างและไม่มีการขยายตัวของตับ เห็นระบบท่อน้ำดีหลอดเลือดดำพอร์ทัลเปิดโล่ง

ถุงน้ำดีมีผนังเรียบและบางโดยไม่มีนิ่ว

ม้ามและตับอ่อนดูปกติ

ไตทั้งสองข้างมีขนาดและแกนปกติ ไม่มีภาวะไตบวมน้ำหรือนิ่ว มีซีสไตโนเปล็อกไต ขั้วบนของไตซ้ายวัดได้ประมาณ 11 มม. ไม่พบ ภาวะบวมน้ำหรือต่อมน้ำเหลืองโต

กระเพาะปัสสาวะมีผนังเรียบและบาง ต่อมนลูกหมากอยู่ในเกณฑ์ปกติ

วินิจฉัยผลลัพธ์ที่สำคัญดังนี้

- มะเร็งทวารหนัก มีแนวโน้มเป็น T3N3M0
- ปอด: โรคเนื้อเยื่ออักเสบเรื้อรัง ไม่มีก้อนเนื้อหรือก้อนเนื้อในปอดที่ชัดเจน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

CT CHEST AND WHOLE ABDOMEN WITH CONTRAST

64-year-old male with history of rectal cancer S/P neoadjuvant C to follow up. Compared with previous study on 17/10/2022

CHEST FINDINGS:

Fibrocalcific infiltration at both upper lungs, RMI, and superior segment of both lower lungs, possible old granulomatous infection such as TB.

Centrilobular emphysema at both upper lungs.

No pleural effusion is shown.

No gross mediastinum lymph node is observed.

There is no cardiomegaly.

Thyroid gland show nodules at both lobe, size up to 1.0 cm.

WHOLE ABDOMEN FINDINGS:

Decrease size of heterogeneous enhancing circumferential mass at sigmoid colon which directly invasion to rectum

Liver show no space taking lesion.

No IHD or CBD dilatation is observed.

Gallbladder shows no gallstone.

The spleen, pancreas and both adrenal glands appear unremarkable.

Both kidneys show no stone or hydronephrosis.

Slightly decrease size of necrotic lymph node at left common iliac region, size about 2.6 cm in diameter.

No ascites is evident.

The stomach is unremarkable.

Prostate gland and bilateral seminal vesicles are unremarkable.

Urinary bladder shows no stone.

Bony structure is intact.

IMPRESSION: - Partial response to treatment.

- Slightly decrease size of necrotic lymph node at left common iliac region, size about 2.6 cm. in diameter.

- Fibrocalcific infiltration at both upper lungs, RMI, and superior segment of both lower lungs, possible old granulomatous infection such as TB.
- Centrilobular emphysema at both upper lungs.
- A few thyroid nodules at both lobe, size up to 1.0

เทียบกับการศึกษาครั้งก่อนในวันที่ (17/10/2022)

ผลการตรวจทางทรวงอก:

การแทรกซึมของไฟโบรแคลเซียมที่ปอดทั้งสองข้างส่วนบน RMI และส่วนด้านบนของปอดทั้งสองข้างส่วนล่าง อาจมีการติดเชื้อเนื้อเยื่อเม็ดเลือดขาวชนิดเก่า เช่น วัณโรค

โรคถุงลมโป่งพองบริเวณศูนย์กลางปอดทั้งสองข้างส่วนบน

ไม่ปรากฏการมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด

ไม่พบต่อมน้ำเหลืองในช่องกลางทรวงอกไม่มีภาวะหัวใจโต

ต่อมไทรอยด์มีปุ่มที่กลีบทั้งสองข้าง ขนาดใหญ่ประมาณ 1.0 ซม.

ผลการตรวจช่องท้องทั้งหมด:

ลดขนาดของมวลเส้นรอบวงที่ไม่สม่ำเสมอซึ่งเพิ่มจำนวนขึ้นที่ลำไส้ใหญ่ส่วน sigmoid ซึ่งรุนแรงโดยตรงไปที่ ทวารหนัก ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อในลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ตับไม่แสดงช่องว่างที่เกิดตับไม่แสดงช่องว่างที่เกิดการบาดเจ็บ

ไม่มีการสังเกตการขยายตัวของ IHD หรือ CBD

ถุงน้ำดีไม่มีนิ่วในถุงน้ำดี

ตับไม่แสดงช่องว่างที่เกิดการบาดเจ็บ

ไม่มีการสังเกตการขยายตัวของ IHD หรือ CBD

ถุงน้ำดีไม่มีนิ่วในถุงน้ำดี

ม้าม ตับอ่อน และต่อมหมวกไตทั้งสองข้างดูไม่มีอะไรน่าสังเกต

ไตทั้ง 2 ข้างไม่มีนิ่วหรือ ภาวะไตบวม

ขนาดของต่อมน้ำเหลืองเน่าที่บริเวณอุ้งเชิงกรานซ้ายลดลงเล็กน้อย โดยมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง ประมาณ 2.6 ซม.

ไม่พบอาการบวมในช่องท้อง

ท้องก็ไม่มีอะไรน่าสังเกต

ต่อมลูกหมากและถุงน้ำอสุจิทั้งสองข้างไม่มีอะไรน่าสังเกต

กระเพาะปัสสาวะไม่มีนิ่ว

โครงสร้างกระดูกยังสมบูรณ์

การวินิจฉัย: - ตอบสนองต่อการรักษาบางส่วน

- ขนาดของต่อมน้ำเหลืองเน่าที่บริเวณอุ้งเชิงกรานซ้ายลดลงเล็กน้อย ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง

ประมาณ 2.6 ซม.

- การแทรกซึมของไฟโบรแคลเซียมที่ปอดทั้งสองข้างส่วนบน RML และส่วนด้านบนของปอดทั้งสองข้างส่วนล่าง อาจมีการติดเชื้อเนื้อเยื่อเม็ดเลือดขาวชนิดเก่า เช่น วัณโรค

- โรคถุงลมโป่งพองบริเวณศูนย์กลางปอดทั้งสองข้างส่วนบน

- มีก้อนเนื้อที่ต่อมไทรอยด์จำนวนเล็กน้อยที่บริเวณกลีบทั้งสองข้าง ขนาดประมาณ 1.0 ซม.

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

5. พยาธิสภาพจากทฤษฎีเปรียบเทียบกับกรณีศึกษา

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>โรคมะเร็งลำไส้ตรง (rectal cancer)</p> <p>อุบัติการณ์</p> <p>รายงานจากสถิติมะเร็งของประเทศไทยจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี พ.ศ. 2563 พบมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรง เป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยมะเร็งเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 20.7 ของมะเร็งในผู้ป่วยเพศชาย รองลงมาเป็นมะเร็งตับและท่อน้ำดี และมะเร็งปอดและหลอดลมตามลำดับ สำหรับผู้ป่วยเพศหญิงพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรงเป็นอันดับสอง คิดเป็นร้อยละ 12.2 ของมะเร็งในผู้ป่วยเพศหญิง</p> <p>สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง</p> <ol style="list-style-type: none">1. มีประวัติเนื้องอก ซึ่งปกติจะพบที่ผนังลำไส้ตรงและไม่ไช่เนื้อร้าย แต่หากเวลาผ่านไปเนื้องอกบางชนิดอาจกลายเป็นมะเร็งลำไส้ตรงได้2. อายุ โดยส่วนใหญ่พบว่าผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้ตรง จะพบมากขึ้นตามอายุ แต่จะพบน้อยในบุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี ยกเว้นมีประวัติทางพันธุกรรมหรือมีการอักเสบที่ลำไส้เรื้อรัง ในรายที่มีอายุน้อยก็สามารถพบได้ แต่มีจำนวนไม่มาก3. มีประวัติเป็นติ่งเนื้อในลำไส้ใหญ่หรือไส้ตรง (adenomatous polyp) หรือมีประวัติลำไส้อักเสบเรื้อรัง (inflammatory bowel disease) จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรงมากขึ้น4. มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรง โดยเฉพาะครอบครัว ที่มีสมาชิกป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรง ก่อนอายุ 60 ปี มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น ประวัติ พันธุกรรม ผู้ที่มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรงมาก่อน	<p>ในกรณีศึกษา : ผู้ป่วยชายไทย อายุ 64 ปี ให้ประวัติว่า ไม่มีโรคประจำตัว ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่</p> <ul style="list-style-type: none">- ชอบรับประทานอาหารรสจัด ปรุงง่าย และอาหารมัน- มารดาของผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคชรา ฟันงอกไม่มีใครเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง- ไม่ชอบออกกำลังกาย รูปร่างผอม ตัวเล็ก

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>5. การไม่ออกกำลังกายและความอ้วน โรคอ้วน อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ตรงมากขึ้น</p> <p>6. พฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การดื่มเหล้า สูบบุหรี่ที่มาก</p> <p>7. อาหาร การรับประทานอาหารไขมันสูงหรืออาหารที่ขาดใยอาหาร การขาด สารอาหารบางชนิด</p> <p>พยาธิสรีรวิทยาโรคมะเร็งลำไส้ตรง</p> <p>มะเร็งลำไส้ตรง (rectal cancer) หมายถึง ลำไส้ตรงที่มีความยาว 15 ซม. นับจาก anal virgin มีผลทางพยาธิสภาพเป็น adenocarcinoma สามารถแบ่งได้ตามลักษณะของก้อนมะเร็งที่มองเห็นเป็น 4 ลักษณะดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none">1. ลักษณะเป็นก้อนยื่นออกจากผิวเยื่อลำไส้ใหญ่ เข้าไปในโพรงลำไส้ใหญ่ (lumen) ซึ่งเป็นผนังที่ยื่นออกมาจากช่องภายในลำไส้ใหญ่ โดยมีลักษณะเป็นครึ่งวงกลม2. ลักษณะเหมือนเป็นแผลที่ผิวบริเวณเยื่อลำไส้ใหญ่ ทำให้มีเลือดออกง่าย ทำให้ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ด้วยอุจจาระเป็นเลือด3. ก้อนมะเร็งเจริญเติบโตเข้าไปในโพรงของลำไส้ใหญ่จนทำลำไส้ใหญ่ตีบตัน4. ก้อนมะเร็งโตไปตามผนังจนรอบโพรงลำไส้ใหญ่ ซึ่งมักเกิดด้านซ้ายของลำไส้ใหญ่ มะเร็งลำไส้ใหญ่ พบว่า 90-95% จะมีลักษณะพยาธิสภาพแบบ อะดีโนคาร์ซิโนมา (adenocarcinoma) ซึ่งพบอยู่ที่ลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (sigmoid colon) และทวารหนัก (rectum) <p>อาการของโรค</p> <p>อาการและอาการแสดงของมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่พบ จะขึ้นอยู่กับตำแหน่ง ขนาด และขอบเขตของก้อน สามารถแบ่งกลุ่ม</p>	<p>กรณีศึกษา</p> <p>- จากการทำ Colonoscopy และตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ ผล PATHOLOGY REPORT 20/09/2022 ชนิดของเนื้องอก : mucinous adenocarcinoma บริเวณที่เกิดเนื้องอก: ลำไส้ใหญ่ส่วนตรง ขนาดของเนื้องอก : 0.3x0.3x0.3 ซม. ถึง 0.5x0.3x0.2 ซม. บริเวณลำไส้ตรง พบมีขนาดรอยโรคขยายขึ้น 1 ซม. ห่างจาก AV 15 ซม. ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการถ่ายอุจจาระมีเลือดปน</p> <p>- ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการถ่ายอุจจาระมีเลือดปน อ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนักลดลง 5 กิโลกรัมภายใน 1 เดือน</p>

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>อาการเป็น 3 ลักษณะ ตามตำแหน่งของ ก้อนมะเร็ง 1.มะเร็งลำไส้ใหญ่ซีกขวา (right colon cancer) เนื่องจากอุจจาระที่ผ่านมาจาก ลำไส้ใหญ่ซีกขวาจะยังอ่อนตัวอยู่ ทำให้สามารถ ผ่านบริเวณรอยโรคที่ก้อนมะเร็งอยู่ไปได้สะดวก จึงไม่ค่อยพบอาการของการอุดตันของลำไส้ใหญ่ จากก้อนมะเร็ง รอยโรคบริเวณนี้มักเกิดจาก การที่ก้อนมะเร็งมีการแตกเป็นแผล (ulcer) เกิด การเสียเลือดทีละน้อย จนเกิดอาการของโรค โลหิตจางได้ และมาหาแพทย์ด้วยอาการ อ่อนเพลีย ใจสั่น ไม่มีแรง ซีด เป็นต้น</p> <p>2. มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนขวางและลำไส้ใหญ่ส่วน ลง (transverse and descending colon) ส่วนนี้อุจจาระมีความเข้มข้นมากขึ้น ถ้ามี ก้อนมะเร็งเกิดขึ้นในบริเวณนี้ และอุดกั้นการ เคลื่อนตัวของอุจจาระ อาจทำให้เกิดการอุดตัน มีอาการปวดท้อง (abdominal cramping) จน เกิดการแตก ทะลุ (perforation) ของลำไส้ใหญ่ ส่วนที่เหนือต่อการอุดตันได้</p> <p>3. มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนโค้งและลำไส้ตรง (rectosigmoid colon) เนื่องจากอุจจาระ ที่ มาถึงบริเวณส่วนปลายของลำไส้ใหญ่จะมี ลักษณะค่อนข้างแข็งตัว และเส้นผ่าศูนย์กลาง ของลำไส้ใหญ่บริเวณนี้มีขนาดเล็กกว่าส่วนต้น อาจพบการถ่ายเป็นเลือด (hematochezia) ปวดเบ่ง (tenesmus) ส่วนอาการโลหิตจางจะ พบน้อยกว่ามะเร็งที่เป็นบริเวณส่วนต้นของลำไส้ ใหญ่</p> <p>การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง แบ่งกลุ่มประชากรที่จะทำการคัดกรอง เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none">1. กลุ่มเสี่ยงสูง แนะนำให้ตรวจ colonoscopy โดยมีข้อใดข้อหนึ่งดังนี้	<p>กรณีศึกษา</p> <p>- อยู่ในกลุ่มอายุ 50 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยมีอายุ 64 ปี ไม่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคมะเร็ง แต่มา โรงพยาบาลด้วยอาการถ่ายอุจจาระมีเลือดปน และน้ำหนักลดลง 5 กิโลกรัมภายใน 1 เดือน แพทย์จึงพิจารณาคัดกรองด้วยการทำ colonoscopy และตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ (biopsy)</p>

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>1.1 ผู้ที่เคยมีประวัติเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง</p> <p>1.2 ผู้ป่วยที่เคยตรวจพบติ่งเนื้อในลำไส้ใหญ่และไส้ตรง</p> <p>1.3 มีญาติลำดับแรกเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หรือ advanced adenoma ในขณะที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี หรือมีญาติลำดับแรกอย่างน้อย 2 คนเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หรือ advanced adenoma โดยไม่คำนึงถึงอายุ</p> <p>1.4 ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็น hereditary colorectal cancer เช่น FAP หรือ HNPCC</p> <p>1.5 ผู้ที่มีประวัติลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง (inflammatory bowel disease)</p> <p>2 กลุ่มเสี่ยงปกติ</p> <p>2.1 อายุ 50 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง</p> <p>2.2 ไม่มีข้อใดข้อหนึ่งที่อยู่ในความเสี่ยงสูง</p> <p>การวินิจฉัย</p> <p>ใช้การตรวจร่างกาย การตรวจทางภาพถ่าย เช่น การตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้องหรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ หรือการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (colonoscopy) หรือ กล้องส่องไส้ตรงและทวารหนัก (sigmoidoscopy) เพื่อตัดเอาชิ้นเนื้อมาตรวจทางจุลพยาธิวิทยา รวมถึงการตรวจทางโมเลกุล เพื่อหาชิ้นที่กลายพันธุ์หรือ ตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (biomarker) เพื่อที่จะหาทางเลือกการรักษาที่เหมาะสมที่สุด</p> <p>ในผู้ป่วยที่มาตรวจด้วยอาการผิดปกติที่สงสัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เช่น ถ่ายอุจจาระเป็นมูกปนเลือด อุจจาระลำเล็กลงท้องผูกสลับท้องเสีย เลือดจางโดยหาสาเหตุไม่พบ ควรได้รับการตรวจดังนี้</p> <p>1. ซักประวัติและตรวจร่างกายโดยละเอียด</p> <p>2. ทำการตรวจทางทวารหนักด้วยนิ้วมือ (DRE) และ proctoscopy</p>	<p>กรณีศึกษา</p> <p>- ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการผิดปกติ ถ่ายอุจจาระมีเลือดปน ร่วมกับมีน้ำหนักลดลงจากเดิม 5 กิโลกรัมใน 1 เดือน เลือดจางโดยไม่ทราบสาเหตุ แพทย์สงสัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง แพทย์ได้ทำการตรวจวินิจฉัยโดย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ซักประวัติและตรวจร่างกายโดยละเอียด 2. colonoscopy 3. สงสัยว่าเป็นมะเร็ง rectum จึงได้ตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) เพื่อให้ได้ผลตรวจทางพยาธิวิทยามายืนยันการวินิจฉัยโรค

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>3. ทำการตรวจ double contrast barium enema หรือทำ colonoscopy</p> <p>4. กรณีที่สงสัยว่าเป็นมะเร็ง rectum ต้องตัดชิ้นเนื้อเพื่อให้ได้ผลตรวจทางพยาธิวิทยา มายืนยันการ วินิจฉัยโรคเสมอ (biopsy)</p> <p>5. endorectal ultrasonography (ถ้าสามารถทำได้)</p> <p>ระยะของโรคมะเร็งลำไส้ตรง (Staging) ใช้ระบบ TNM ในการแบ่งระยะของโรค</p> <p>TNM จะพิจารณาเนื้องอก (T) ต่อมน้ำเหลือง (N) และ การแพร่กระจายไปยังส่วนอื่นๆ ของร่างกาย (M) TNM ย่อมาจาก เนื้องอก (tumor, T): ขนาดและตำแหน่งของเนื้องอก ต่อมน้ำเหลือง (lymph node, N): ขนาดตำแหน่ง และจำนวนของต่อมน้ำเหลืองที่มะเร็งได้แพร่กระจายไปยังส่วนต่างๆของร่างกาย (M)</p> <p>ระยะที่ 0 (stage 0) carcinoma in situ (Tis) cell มะเร็งไม่ออกนอก basement membrane ของ glandular cell</p> <p>ระยะที่ 1 (stage 1) มะเร็งออกนอกผนังชั้นในไปสู่ผนังชั้นกลางของลำไส้ใหญ่ จำกัดอยู่ที่ชั้นใต้เยื่อบุผิว (submucosa - T1) หรือ ชั้นกล้ามเนื้อ (muscularis propria - T2) ไม่ได้แพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง</p> <p>ระยะที่ 2 (stage 2) มะเร็งทะลุผ่านชั้นกล้ามเนื้อ (Muscularis Propria \geqT3) พบเซลล์มะเร็งได้ลุกลามเข้าไปในผนังลำไส้ส่วนลึก ลุกลามไปยังอวัยวะใกล้เคียงลำไส้ใหญ่ แต่ยังไม่แพร่ไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง</p> <p>ระยะที่ 3 (stage 3) มะเร็งแพร่ไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง แต่ยังไม่แพร่ไปยังอวัยวะส่วนอื่น ๆ ของร่างกายระยะ T อื่นๆ, N1-N3, M0 เซลล์มะเร็งได้ลุกลามไปยังบริเวณต่อมน้ำเหลือง</p>	<p>CT CHEST AND WHOLE ABDOMEN 17/10/2022</p> <p>several necrotic lymphadenopathy are noted in bilateral common iliac regions. The largest necrotic node in left common iliac region is measured about 3.4x3.7 cm.</p> <p>พบภาวะต่อมน้ำเหลืองเน่าหลายแห่งในบริเวณอุ้งเชิงกรานทั้งสองข้าง โดยบริเวณที่ใหญ่ที่สุดต่อมน้ำเหลืองเน่าที่บริเวณอุ้งเชิงกรานด้านซ้ายวัดได้ประมาณ 3.4x3.7 ซม.</p> <p>IMPRESSION: significant findings are...</p> <ul style="list-style-type: none"> - rectal cancer is likely T3N3M0 <p>มะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะ 3 : ระยะ T อื่นๆ, N1-N3, M0 เซลล์มะเร็งได้ลุกลามไปยังบริเวณต่อมน้ำเหลืองและถือเป็นมะเร็งระยะแพร่กระจาย AnyT AnyN M0</p>

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>ระยะที่ 4 (stage 4) เซลล์มะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย เช่น ปอด ตับ ผนังช่องท้องและรังไข่ เป็นต้น รวมถึงมะเร็งกลับมาเกิดซ้ำ หลังจากการรักษา ตำแหน่ง ที่เกิดซ้ำจะอยู่ที่ลำไส้ใหญ่หรืออวัยวะส่วนอื่นๆ ของร่างกาย</p> <p>การรักษา</p> <p>1. การผ่าตัด</p> <p>การผ่าตัดรักษาโรคมะเร็งไส้ตรงมี 2 วิธี คือ</p> <p>1.1 trans abdominal resection</p> <p>ผลพยาธิวิทยาเป็น pT1-2 No Mo – ไม่จำเป็นต้องให้การรักษาเสริมใดๆ แต่ถ้าผลพยาธิวิทยาเป็น pT3 No Mo หรือ pT1-3 N1-2 Mo – อาจพิจารณาให้ post operative chemoradiotherapy</p> <p>1.2 trans anal local excision</p> <p>1.2.1 ผลพยาธิวิทยาเป็น pT1Nx, margin negative - ไม่จำเป็นต้องให้การรักษาเสริมใดๆ</p> <p>1.2.2 ผลพยาธิวิทยาเป็น pT2 Nx และ Margin negative - พิจารณาทำการผ่าตัดเพิ่มเติมแบบ transabdominal resection - ถ้าผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัด หรือไม่สามารถผ่าตัดได้พิจารณาให้ chemoradiotherapy</p> <p>1.2.3 ผลพยาธิวิทยาเป็น pT1-2 Nx และมี unfavorable feature ซึ่งได้แก่ positive margin lymph vascular invasion poorly differentiation แนะนำให้การรักษาเพิ่มเติม ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none">- พิจารณาทำการผ่าตัดเพิ่มเติมแบบ transabdominal resection แล้ว พิจารณาผลพยาธิวิทยาอีกครั้ง- ถ้าผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัดหรือไม่สามารถผ่าตัดได้พิจารณาให้ chemoradiotherapy การพิจารณาให้การรักษาเสริมขึ้นกับวิธีการผ่าตัดและผลทางพยาธิวิทยา	<p>กรณีศึกษา</p> <p>- แพทย์พิจารณาเลือกการรักษาที่เรียกว่า neoadjuvant คือ เป็นการรักษาที่ให้ยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด ยาเคมีบำบัดสูตร XELOX เนื่องจากผู้ป่วย rectal cancer is likely T3N3M0 เป็นมะเร็งลำไส้ตรงระยะ 3 ที่ตำแหน่งของเนื้องอก ได้กระจายไปต่อมน้ำเหลือง และให้ยามุ่งเป้าร่วมด้วย เพื่อมุ่งเป้าไปยังโมเลกุลเฉพาะที่เซลล์มะเร็ง ซึ่งใช้ในมะเร็งระยะแพร่กระจาย</p>

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>2. เคมีบำบัด เป็นการรักษาโดยใช้ยาเพื่อไปหยุดการเจริญเติบโต หรือหยุดการแบ่งตัว หรือฆ่าเซลล์มะเร็ง การรักษาโรคมะเร็งไส้ตรง สามารถทำได้ทั้ง 2 แบบคือ 2.1 ฆ่าตัดก่อนให้ยาเคมีบำบัด (adjuvant chemotherapy) 2.2 ให้ยาเคมีบำบัดก่อนฆ่าตัด (neoadjuvant therapy)</p> <p>3. รังสีรักษา เป็นการรักษาโดยการฉายรังสีเอกซ์พลังงานสูง หรือรังสีอื่นๆ เพื่อฆ่า หรือหยุดการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง</p> <p>4. การรักษาแบบมุ่งเป้า (targeted therapy) คือการใช้ยาหรือวัสดุอื่นเพื่อมุ่งเป้าไปยังโมเลกุลเฉพาะที่เซลล์มะเร็งใช้เพื่อการอยู่รอดหรือใช้ในมะเร็งระยะแพร่กระจาย</p> <p>5. ภูมิคุ้มกันบำบัด (immunotherapy) เป็นการรักษาโดยกระตุ้นให้ภูมิคุ้มกันของตนเองจัดการเซลล์มะเร็ง โดยใช้สารที่ร่างกายสร้างขึ้นหรือสารที่สร้างจากห้องแล็บเป็นตัวกระตุ้นภูมิคุ้มกันของเราเพื่อฆ่าเซลล์มะเร็ง Immune Check point inhibitor therapy</p>	<p>ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยยามุ่งเป้า Bevacizumab ร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดสูตร XELOX เนื่องจากผู้ป่วยเข้าตามเกณฑ์ที่สปสช. กำหนด CT CHEST AND WHOLE ABDOMEN 17/10/2022</p> <p>IMPRESSION: significant findings are... - rectal cancer is likely T3N3M0 ระยะที่ 3 (Stage 3) มะเร็งแพร่ไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง แต่ยังไม่แพร่ไปยังอวัยวะส่วนอื่น ๆ ของร่างกายระยะ T อื่นๆ, N1-N3, M0 เซลล์มะเร็งได้ลุกลามไปยังบริเวณต่อมน้ำเหลือง</p>

การรักษาที่ได้รับ

ยาเคมีบำบัด สูตรซีล็อก/เคฟออก (XELOX/ CAPOX)

ยา XELOX เป็นสูตรยาที่ใช้รักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งประกอบด้วยยา 2 ชนิด คือ ยา oxaliplatin (ออก-ซา-ลิ-พลา-ทิน) รูปแบบฉีดทางหลอดเลือดดำ 1 วัน และยาเม็ดรับประทาน capecitabine (เคป-ไซ-ตา-บีน) กินต่อเนื่องกันนาน 2 สัปดาห์ และเว้น 1 สัปดาห์ นับรวม 3 สัปดาห์ เป็น 1 รอบการรักษา ทั้งหมด 6 ชุด โดยระยะเวลาในการให้ยานานประมาณสองชั่วโมงครึ่งถึงสาม ชั่วโมง อาการข้างเคียงที่พบ ซาตามปลายมือปลายเท้าและผื่นแดงดำ ฝ่ามือฝ่าเท้าลอกและเจ็บ และ **สูตรยามุ่งเป้า (targeted therapy)** คือ ยาปีวาซิซูแมบ (bevacizumab) ชื่อการค้าว่า อวาสติน (avastin)

วิธีการให้ยาดังนี้

- ยา bevacizumab ให้คู่กับยาเคมีบำบัด สูตร XELOX / CAPOX ทุก 3 สัปดาห์ อาการข้างเคียงที่พบ ความดันโลหิตสูง ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน เลือดออกง่าย ลำไส้ทะลุ มีโปรตีนใน ปัสสาวะ

oxaliplatin

ข้อบ่งใช้ oxaliplatin เป็นยาเคมีบำบัดที่ได้รับการพัฒนามาเป็นรุ่นที่สาม (3rd generation) ในกลุ่มยาแพลตตินัม (platinum agent) ข้อบ่งชี้หลักในการใช้ยา oxaliplatin ส่วนใหญ่ ใช้สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหาร รักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรงโดยตรง มีลักษณะเป็นผงผลึกสีขาวถึงเกือบขาว ละลายได้เล็กน้อยในน้ำ ละลายได้น้อยมากในเมธานอล และแทบไม่ละลายในเอทานอล

การออกฤทธิ์ มีกลไกการออกฤทธิ์ต่อเซลล์มะเร็งลำไส้ใหญ่โดยตรง โดยตัวยานี้จะเข้าทำลายสารพันธุกรรมของเซลล์มะเร็ง ทำให้วงจรชีวิตของเซลล์มะเร็งชะงักลงพร้อมกับหยุดการแบ่งตัว ซึ่งอะตอมของแพลตตินัมจะจับกับ 1,2-diaminocyclohexane (DACH) และกลุ่มออกซาเลต (oxalate group) เปนสารเชิงซ้อน oxaliplatin เปนอีนแนนทิโอเมอร์(enantiomer) เดียว นั่นคือ cis-[oxalate (trans-l-1,2-DACH) platinum]

ขนาดและวิธีใช้ 85 mg/m² IV day1 ผสมยากับสารละลาย D5W ปริมาตร 250-500 ml เพื่อให้ได้ความเข้มข้น 0.2-0.7 mg/ml สำหรับการให้ทางหลอดเลือดดำ

คำแนะนำ ก่อนที่จะได้รับการรักษาแพทย์จะตรวจเลือดเพื่อดูจำนวนเม็ดเลือดในร่างกาย เพื่อที่จะปรับขนาดยาและระยะเวลาการให้ยาที่เหมาะสม รวมทั้งลดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ก่อนเริ่มทำการรักษาด้วยยา oxaliplatin ต้องได้รับการฉีดยา pre medication ให้ก่อนเริ่มยาเคมี 30 นาที ทั้งนี้เพื่อช่วยป้องกันและลดอาการแพ้ยา และช่วยลดอาการคลื่นไส้อาเจียน ที่อาจจะเกิดขึ้นได้

อาการข้างเคียงของยา oxaliplatin

- เนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ผู้ป่วยทุกรายจึงจะได้รับยาฉีดป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนก่อนรับยาเคมีบำบัดประมาณ 30 นาที

- ยาเคมีบำบัดทุกชนิดอาจทำให้เกิดอาการแพ้ยาได้ หากรู้สึกแน่นหน้าอก หัวใจเต้นผิดปกติ ใจสั่น เวียนศีรษะ หายใจติดขัด มีผื่นแดงตามตัว ใบหน้าร้อน ฝ่ามือบวม คันทั่วตัว อาจมีอาการไข้ ต้องแจ้งพยาบาลทันที
- ยา oxaliplatin อาจทำให้เกิดอาการเกร็ง หรือความรู้สึกผิดปกติรอบๆ ปาก และคอ หลอดลมตีบ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก ควรหลีกเลี่ยงการกินอาหารหรือดื่มเครื่องดื่มที่เย็น โดยเฉพาะช่วงระหว่างให้ยาและหลังให้ยา 1-2 วันแรก ขนาดยาสะสมของยา oxaliplatin อาจทำให้เกิดอาการชาบริเวณปลายมือปลายเท้า การรับรู้ความรู้สึกลดลง ควรหลีกเลี่ยงการกินอาหารหรือดื่มเครื่องดื่มที่เย็น หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่เย็น เช่น ห้องแอร์ และควรสวมเสื้อผ้าให้อบอุ่น อาการเหล่านี้จะดีขึ้นหลังสิ้นสุดการรักษา
- หากมีอาการปวดบริเวณที่ให้ยา พยาบาลจะให้ประคบอุ่นเพื่อบรรเทาอาการ
- หลังได้รับยาประมาณ 2-3 วัน อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน พะอืดพะอม ซึ่งแพทย์จะสั่งยาป้องกันอาการให้กลับไปรับประทานต่อที่บ้านต่อเนื่อง

capecitabine

ข้อบ่งใช้ เป็นยารักษาโรคมะเร็ง เช่น มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งเต้านม โดยตัวยาคงต้านการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง จึงช่วยชะลอการขยายตัวของเนื้องอก บางกรณีอาจใช้เมื่อเซลล์มะเร็งกระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ในร่างกาย หรืออาจใช้รักษาภาวะอื่นตามดุลยพินิจของแพทย์

การออกฤทธิ์ อยู่ในกลุ่มของ antimetabolites ยา capecitabine เป็นสารที่อยู่ในรูปที่ไม่ออกฤทธิ์ แต่เมื่อรับประทานยา capecitabine เข้าไปในร่างกาย ยา capecitabine จะถูกเปลี่ยนแปลงโดยเอนไซม์จากตับที่ชื่อว่า carboxyl esterase เปลี่ยนเป็น 5, -deoxy-fluorocytidine (5, -DFCR) ต่อมาเอนไซม์ cytidine deaminase ที่อยู่ในตับหรือเนื้อเยื่อมะเร็งจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงไปเป็น 5, -Deoxy-5-fluorouridine (5, -DFUR) หลังจากนั้นในขั้นตอนสุดท้ายจะถูกเอนไซม์ thymidine phosphorylase เปลี่ยนแปลงให้เป็น 5-fluorouracil (5-FU) ซึ่งเป็นตัวยาที่อยู่ในรูปออกฤทธิ์ยับยั้งเซลล์มะเร็ง โดย 5-fluorouracil (5-FU) จะทำ หน้าที่จับกับเอนไซม์ thymidylate synthetase มีผลทำให้เกิดการยับยั้ง thymidine ซึ่งมีบทบาทต่อการสร้างรหัสพันธุกรรม จึงทำให้เกิดผลกระทบต่อการสร้างรหัสพันธุกรรม DNA ส่งผลยับยั้งการสร้างและแบ่งตัวของเซลล์มะเร็งและตายในที่สุด

ขนาดและวิธีใช้ ยาเม็ดสำหรับรับประทานเท่านั้น มีขนาด 150 มิลลิกรัม และขนาด 500 มิลลิกรัม ขนาดและปริมาณของยาที่ผู้ป่วยรับประทาน ขึ้นอยู่กับขนาดร่างกายของแต่ละคน ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาคำนวณขนาดยาให้ถูกต้องและเหมาะสม แต่โดยทั่วไปยา capecitabine มีขนาดรับประทานคือ 1,250 มิลลิกรัมต่อพื้นที่ผิวร่างกายหนึ่งตารางเมตร วันละ 2 ครั้ง ซึ่งยา Capecitabine ใช้เป็นยาเดี่ยว หรือใช้ร่วมกับ ยาอื่นในการรักษา วิธีการ รับประทานวันละ 2 ครั้งเป็น เวลา 2 สัปดาห์ แล้วพัก

หยุดรับประทานยา 1 สัปดาห์ นับเป็น 1 ชุดการรักษา ใช้ร่วมกับยาอื่นเช่น สูตรซีล็อก/เคพออก (XELOX, CAPOX) โดยให้ยาฉีด oxaliplatin ในวันแรก และให้ยาเม็ดสำหรับรับประทาน capecitabine รับประทาน 2 สัปดาห์ พัก 1 สัปดาห์ต่อ 1 ชุดการรักษา รวมทั้งหมด 6 ชุด และยังสามารถให้ร่วมกับยามุ่งเป้าได้อีกด้วย เช่น การให้ bevacizumab + XELOX โดยให้ทุก 3 สัปดาห์ เป็นต้น ซึ่งการรับประทานยา capecitabine ต้องรับประทานยาหลังอาหารและรับประทานยาเป็นเวลาเดียวกันทุกวัน โดยไม่แบ่งหักบด หรือเคี้ยวยา capecitabine

คำแนะนำ กรณีหากลิ้มรับประทานยา capecitabine ในมือนั้น ให้รับประทานยาทันทีที่นึกได้ หากเวลาไม่เกินกว่า 6 ชั่วโมง แต่หากเวลาที่นึกได้เกินกว่า 6 ชั่วโมง ให้เว้นการรับประทานยามือนั้นที่ลิ้มไป และให้รับประทานยา capecitabine มื้อถัดไปตามเวลาเดิม โดยไม่ต้องเพิ่มขนาดยาเป็น 2 เท่า รวมทั้งบันทึกไว้เพื่อรายงานแพทย์ต่อไป หากรับประทานยา capecitabine แล้วเกิดอาการแพ้ยา เช่น หายใจลำบาก หายใจไม่สะดวก มีผื่นคันขึ้นตามตัว แขน ขา ใบหน้า หรือหนังตา เปลือกตา ริมฝีปาก บวม เป็นต้น ควรรีบแจ้งแพทย์ ทันที

อาการข้างเคียงของยา ขนาดยาสะสมของยา capecitabine อาจทำให้เกิด hand-foot syndrome คือ ฝ่ามือและฝ่าเท้ามีอาการมีการบวม แดง ชา หรือ รู้สึกเจ็บเหมือนถูกแทงด้วยของแหลม ในรายที่รุนแรงอาจเกิดเป็นแผลพุพอง แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการสวมรองเท้าที่คับจนเกินไป หลีกเลี่ยงการบีบนิ้วหรือกดแรงลงที่ฝ่ามือและเท้า ควรทาครีมหรือโลชั่นเพื่อรักษาความชุ่มชื้นของผิวหนังจะช่วยลดอาการปวดเจ็บได้ อาการอาจเกิดได้ตั้งแต่ 24 ชั่วโมงแรกจนถึง 2-3 สัปดาห์หลังจากรับประทานยา

bevacizumab

ข้อบ่งใช้ เป็นยารักษาโรคมะเร็งและเนื้องอกบางชนิด เช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด มะเร็งเนื้อเยื่อไต (renal cell carcinoma) มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งปากมดลูก หรือเนื้องอกไกลิโอบลาสโตมา (glioblastoma) โดยมักใช้ร่วมกับยาเคมีบำบัดหรือยาชนิดอื่น ๆ

การออกฤทธิ์ ตัวยาจะออกฤทธิ์ยับยั้งการสร้างหลอดเลือดใหม่ที่ไปหล่อเลี้ยงเซลล์เนื้องอกหรือมะเร็ง ซึ่งอาจช่วยชะลอการเจริญเติบโตและการแพร่กระจายของเซลล์ดังกล่าวได้ นอกจากนี้ แพทย์อาจพิจารณานำยา bevacizumab มาใช้กับโรคอื่น ๆ ตามความเหมาะสม เป็นยากลุ่มโมโนโคลนอล แอนติบอดี (monoclonal antibody) หรือยาเจาะจงเซลล์มะเร็ง (targeted cancer therapy)

ขนาดและวิธีใช้ ผู้ใหญ่ ให้โดยหยดยาเข้าทางหลอดเลือดดำร่วมกับยาชนิดอื่น โดยปริมาณยาจะขึ้นอยู่กับยาที่นำมาใช้ร่วมกัน เช่น ใช้ยาปริมาณ 5 หรือ 10 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ทุก 2 สัปดาห์ หรือใช้ยาปริมาณ 7.5 หรือ 15 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ทุก 3 สัปดาห์ โดยการให้ยาครั้งแรกจะใช้เวลาประมาณ 90 นาทีขึ้นไป หลังจากนั้นอาจปรับเป็น 30 หรือ 60 นาทีขึ้นไป ขึ้นอยู่กับ การตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย

คำแนะนำ หากพบความผิดปกติในระหว่างหรือหลังการหยุดยา ควรแจ้งให้แพทย์หรือพยาบาลทราบทันที เช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ มีเหงื่อออก ส้น หน้าแดง ผื่นคัน ปวดศีรษะ หายใจไม่อิ่ม หรือเจ็บหน้าอก

อาการข้างเคียงของยา ผลข้างเคียงที่สำคัญ คือทำให้เกิดความดันโลหิตสูง ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน เลือดออกง่าย แผลแยกไม่ติด ดังนั้น ควรสังเกตอาการต่างๆ เช่น อาการปวดท้องเกิดจากแผลในกระเพาะอาหาร หรืออาการปวดท้องรุนแรงฉับพลันจากลำไส้ทะลุ หรือมีเลือดออกผิดปกติตามอวัยวะต่างๆ เช่น เลือดกำเดาไหล ไอหรือ อาเจียนมีเลือดปน ปัสสาวะมีเลือดปน ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ อาการปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก เหนื่อยหอบซึ่งเป็นอาการของความดันโลหิตสูงรุนแรง บวมที่แขนและขา หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ ใจสั่น หัวใจ เต็มผิดปกติหวัหระ ระวังอุบัติเหตุของมีคม

ondansetron

ข้อบ่งใช้ เป็นยาสำหรับป้องกันอาการคลื่นไส้และอาเจียน ที่เกิดจากการใช้ยาเคมีบำบัด (ยาเคมีบำบัด; chemotherapy) และการฉายรังสี (radiation therapy) และยังใช้สำหรับป้องกันและรักษาอาการคลื่นไส้ และอาเจียน ภายหลังจากการผ่าตัด

การออกฤทธิ์ เป็นยาในกลุ่ม serotonin 5-HT₃ receptor antagonists ที่ทำงานโดยการปิดกั้นตัวรับ serotonin 5-HT₃ ในระบบประสาทส่วนกลางและระบบประสาทลำไส้ การปิดกั้นตัวรับเหล่านี้ช่วยลดอาการคลื่นไส้และอาเจียนที่เกิดจากการกระตุ้นของ serotonin

ขนาดและวิธีใช้ ผู้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีระดับความรุนแรงปานกลาง รับประทานยาขนาด 8 มิลลิกรัม 2 ครั้งต่อวัน ครั้งแรก 30 นาทีก่อนการทำเคมีบำบัด และอีกครั้งหลังการทำเคมีบำบัด 8 ชั่วโมง จากนั้นรับประทานขนาด 8 มิลลิกรัม 2 ครั้งต่อวัน ทุก 12 ชั่วโมง หลังสิ้นสุดการรักษาเป็นเวลา 1-2 วัน

เป็นชนิดสารละลายใช้สำหรับฉีด มีตัวยา Ondansetron 2 มิลลิกรัมต่อ 1 มิลลิลิตร ใน 1 amp มียา Ondansetron 8 มิลลิกรัมต่อ 4 มิลลิลิตร

คำแนะนำ การใช้ยา ondansetron อาจทำให้เกิดผลข้างเคียงหรือปฏิกิริยาที่ไม่พึงประสงค์ได้ ดังนั้น ควรปรึกษาและแจ้งแพทย์หรือเภสัชกรให้ทราบถึงเงื่อนไขของผู้ป่วยเกี่ยวกับประวัติการใช้ยา ประวัติทางการแพทย์ และประวัติการแพ้ยาก่อนการใช้ยาทุกครั้ง โดยเฉพาะบุคคลที่อยู่ในกลุ่มดังต่อไปนี้ ผู้ที่ใช้ยาการรักษาโรคพาร์กินสัน เช่น อะโปมอร์ฟิน (apomorphine) ผู้ที่มีอาการแพ้ยา ondansetron หรือยาที่ใช้รักษาอาการอาเจียนจากยาเคมีบำบัดอื่น ๆ เช่น โดลาเซตรอน (dolasetron) แกรนิเซตรอน (granisetron) เป็นต้น ผู้ที่เป็นโรคตับ ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับหัวใจ ผู้ที่มีระดับโพแทสเซียมและแมงกานีสในร่างกายไม่สมดุล

อาการข้างเคียงของยา ยา ondansetron อาจทำให้เกิดอาการแพ้ยาได้ เช่น ผื่นคัน มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก มีอาการบวมที่ใบหน้าริมฝีปาก ลิ้น หรือลำคอ เป็นต้น หรือทำให้เกิดผลข้างเคียงได้ในขณะใช้ยาผลข้างเคียงที่พบได้ทั่วไป เช่น ท้องเสีย หรือท้องผูก ปวดหัว ง่วงซึม หรือรู้สึกเหนื่อย

dexamethasone

ยา dexamethasone เป็นยาควบคุมพิเศษที่มีข้อควรระวังและข้อห้ามใช้หลายประการและมีใช้ในสถานพยาบาลที่มีใบอนุญาตเท่านั้น การใช้ยานี้อย่าพลอดภัย เหมาะสม และมีประสิทธิผลมากที่สุดจะต้องอยู่ภายใต้ดุลยพินิจของแพทย์ผู้ให้การ รักษาเท่านั้น

ข้อบ่งใช้ dexamethasone เป็นยาสังเคราะห์ในกลุ่มกลูโคคอร์ติคอยด์ (glucocorticoid) ที่เป็นยา สเตียรอยด์ชนิดหนึ่ง ซึ่งใช้รักษาโรคและภาวะผิดปกติหลายอย่าง เช่น ด้านการอักเสบกดภูมิคุ้มกัน รักษาอาการแพ้ รวมถึงความผิดปกติเกี่ยวกับระบบต่าง ๆ เช่น ทางเดินหายใจ ทางเดินอาหาร ต่อมไร้ท่อ เลือด ผิวหนังกล้ามเนื้อ ข้อ กระดูก คอลลาเจน และโรคกระดูกบางชนิด

การออกฤทธิ์ เป็นยาในกลุ่มกลูโคคอร์ติคอยด์ชนิดสังเคราะห์ ที่มีฤทธิ์ด้านการอักเสบ มากกว่า prednisolone 5-7 เท่า และมากกว่ายา hydrocortisone 20-30 เท่า นอกจากนี้ยังมีฤทธิ์ต้านอาการแพ้ ลดไข้ และกดภูมิคุ้มกัน ได้เหมือนกลูโคคอร์ติคอยด์ชนิดอื่นๆ โดยกลไกด้านการอักเสบของ dexamethasone นั้นมีหลายกลไก เช่น ยับยั้งการเคลื่อนย้ายเม็ดเลือดขาวชนิดพอลีมอร์โฟนิวเคลียร์ (polymorphonuclear) ไม่ให้เข้าสู่บริเวณที่อักเสบ ยับยั้งการเกาะของนิวโทรฟิลและโมโนไซต์ที่เซลล์ ผนังหลอดเลือดฝอย (capillary endothelial cell) ตรงบริเวณที่อักเสบ ยับยั้งการสะสมของแมโครฟา จินบริเวณที่อักเสบ ทำให้เมมเบรน ของไลโซโซมของเม็ดเลือด (leukocyte lysosomal membrane) แข็งแรงขึ้น ด้านฤทธิ์อิสตามีนและลดการปล่อยไซโตไคน์หลายชนิดจากเซลล์ ควบคุมการทำงานของ สารตัวกลางในการตอบสนองการอักเสบ เป็นยาในกลุ่ม corticosteroid โดยหนึ่งในกลไกที่ dexamethasone ออกฤทธิ์ลดการอักเสบเกิดขึ้นผ่าน eicosanoid pathway ด้วยการยับยั้งการสร้างเอนไซม์ phospholipase A2 และทำให้ arachidonic acid ไม่สามารถเปลี่ยนไปอยู่ในรูปที่จะถูกเปลี่ยนต่อไปเป็น prostaglandins และ leukotrienes โดยเอนไซม์ที่เกี่ยวข้องได้ จึงส่งผลให้ระดับ prostaglandins และ leukotrienes ลดลง

ส่วนฤทธิ์การกดภูมิคุ้มกันของยา dexamethasone เกิดจากการยับยั้งการตอบสนองในการสร้างแอนติบอดีและการตอบสนองผ่านเซลล์ โดยลดการทำงานของและลดปริมาตรของระบบน้ำเหลือง ทำให้มีลิมโฟไซต์ในเลือดต่ำลง (lymphocytopenia) ลดระดับความเข้มข้นของอิมมูโนโกลบูลิน (immunoglobulin) และ complement ลดการผ่านของ immune complexes เข้าออก basement membranes และกดฤทธิ์ปฏิกิริยาของเนื้อเยื่อที่มีต่อ antigen-antibody interaction กระตุ้น erythroid cells ของไขกระดูก ทำให้อายุของเม็ดเลือดแดงและเกล็ดเลือดยาวขึ้น และทำให้จำนวนนิวโทรฟิลสูงขึ้น (neutrophilia) และจำนวนอีโอซิโนฟิลต่ำลง (eosinopenia) ด้วยกลไกดังกล่าวนี้เอง จึงทำให้ยาเดกซาเมทาโซนช่วยลดการอักเสบและทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นได้

ขนาดและวิธีใช้ ยา dexamethasone ในปริมาณต่างๆ จะมีผลต่อร่างกายแตกต่างกันไป หากแบ่งตามปริมาณของยาเดกซาเมทาโซนที่ได้รับต่อวัน สามารถแบ่งได้ดังนี้

ขนาดยา dexamethasone ที่ถือว่ามียฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา (pharmacological dose) ซึ่งเป็นขนาดยาที่สูงกว่า physiologic dose สามารถแบ่งได้เป็นหลายระดับ ดังนี้

- ขนาดต่ำ (low dose, maintenance dose) วันละ 0.75-2.25 มิลลิกรัม

- ขนาดปานกลาง (moderate dose) วันละ 0.075 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม
- ขนาดสูง (high dose) วันละ 0.15-0.45 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม
- ขนาดสูงมาก (massive dose) วันละ 2.25-4.5 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

คำแนะนำ ห้ามใช้ในผู้ที่มีประวัติแพ้ยาทุกชนิด เช่น กินยาแล้ว คลื่นไส้มาก ชื่นผื่น หรือแน่น หายใจติดขัด หายใจลำบาก ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวต่างๆ เพราะยา dexamethasone อาจส่งผลให้อาการของโรคเหล่านั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยาอื่น ๆ ที่กินอยู่ก่อน

อาการข้างเคียงของยา หลังการใช้ยา dexamethasone อาจพบอาการข้างเคียงดังนี้ เกิดสิว นอนไม่หลับ วิงเวียน ศีรษะ รับประทานอาหารมากขึ้น น้ำหนักเพิ่ม เบื่ออาหาร ผิว หนักบางลง ซึมเศร้า ความดันโลหิตสูง มีความเสี่ยงของการติดเชื้อมากขึ้น ความดันในลูกตาเพิ่มขึ้น อาเจียน คลื่นไส้จิตใจ สับสน ปวดศีรษะ ปัสสาวะน้อยลง บวม ใบหน้า ตามนึ่งมือและขา กรณีที่ใช้ยาเป็นเวลานานๆ อาจเกิดต่อกระดูกได้

chlorpheniramine

ข้อบ่งใช้ ใช้รักษาอาการแพ้ จากผื่นคัน ลมพิษ อาการแพ้ น้ำมูกไหล จาม คัดจมูกจากโรคหวัด รักษาอาการคันระคายเคืองในบริเวณติ และในกรณีใส่เพื่อรักษาโรคกระดูก

การออกฤทธิ์ กลไกการออกฤทธิ์ของยาคลอเฟนิรามีนคือ ป้องกันร่างกายไม่ให้ตอบสนองกับสารก่อภูมิแพ้ที่เข้ามากระตุ้นภายในร่างกาย

ขนาดและวิธีใช้ ยาเม็ด ขนาด 2 และ 4 มิลลิกรัม/เม็ด

ยาฉีด ความแรง 5 มิลลิกรัม/มิลลิลิตร บรรจุในหลอด 2 มิลลิลิตร (10 มิลลิกรัม)

และขนาด 10 มิลลิกรัม/มิลลิลิตร

ผู้ใหญ่และเด็กอายุ 13 ปีขึ้นไป ให้รับประทานยาครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2- 4 ครั้ง หรือทุก 4-6 ชั่วโมง หรือฉีดครั้งละ 1/2-1 หลอด เข้ากล้ามเนื้อหรือเข้าหลอดเลือดดำ

คำแนะนำ ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีประวัติการแพ้ยา chlorpheniramine หรือส่วนประกอบใดๆ ของยานี้ การแพ้ยากลุ่มอัลคาลามีน (alkylamine) และประวัติการแพ้ยาอื่นๆ ทุกชนิด รวมทั้งอาการแพ้ยา เช่น รับประทานยาแล้วคลื่นไส้มาก หรือแน่น หายใจติดขัด/หายใจลำบาก เป็นต้น

อาการข้างเคียงของยา ยานี้มักทำให้ง่วงนอน มึนงง เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว การมองเห็นไม่ชัดเจน ปากคอ จมูกแห้งใจสั่น ความดันโลหิตต่ำ หงุดหงิด มือสั่น คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหารหรือเจริญอาหาร ท้องเสีย ไม่สบายท้อง ท้องผูกจากฤทธิ์แอนติโคลิเนอร์จิก ปัสสาวะลำบาก เป็นลมพิษ ผื่นคัน เป็นต้น ผลข้างเคียงรุนแรงของยานี้คือ มีปัญหาในการมองเห็น เช่น มองเห็นไม่ชัด มีปัญหาในการหายใจ อาการกระวนกระวาย ตื่นเต้น วิดุกกังวล นอนไม่หลับ หน้ามืด วิงเวียนคล้ายจะเป็นลม หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ ใจสั่น หรือเจ็บแน่นหน้าอก ปัสสาวะลำบาก การชัก การเกร็งของกล้ามเนื้อและใบหน้า เป็นต้น

metoclopramide หรือ plasil

ข้อบ่งใช้ เป็นยาบำบัดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ช่วยเพิ่มการบีบตัวของกระเพาะอาหารและลำไส้ ซึ่งจะช่วยให้อาหารที่ตกค้างอยู่ในกระเพาะเคลื่อนไปสู่ลำไส้ได้เร็วยิ่งขึ้น ใช้รักษาอาการแสบร้อนกลางอกอันเกิดจากกรดไหลย้อน และรักษาภาวะกระเพาะอาหารบีบตัวช้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน จุกแน่น แสบร้อนกลางอกหลังรับประทานอาหาร รวมทั้งรักษาอาการคลื่นไส้ อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและการฉายรังสี หรืออาจใช้รักษาโรคอื่น ๆ นอกเหนือจากนี้ตามดุลยพินิจของแพทย์

การออกฤทธิ์ ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของสารสื่อประสาทในสมองบางตัว เช่น โดพามีน (dopamine) จึงมีผลให้กระตุ้นการบีบตัวของกระเพาะและลำไส้เล็กน้อย และทำให้มวลของอาหารเคลื่อนตัวและถูกส่งต่อไปตามลำไส้โดยไม่ได้กระตุ้นการหลั่งกรด น้ำดี และน้ำย่อยจากตับอ่อน อีกทั้งยังทำให้กล้ามเนื้อหูรูดของหลอดอาหารส่วนล่างมีการหดตัวและกระชับ ด้วยกลไกข้างต้นจึงทำให้ยานี้มีฤทธิ์ในการรักษาอาการคลื่นไส้ อาเจียน และโรคกรดไหลย้อน

ขนาดและวิธีใช้ ยาเม็ด ขนาด 10 มิลลิกรัม

ยาน้ำ ขนาด 1 มิลลิกรัม/มิลลิลิตร

ยาฉีด ขนาด 10 มิลลิกรัม/2 มิลลิลิตร

สำหรับป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียนจากโรคและยา ในผู้ใหญ่ให้รับประทานครั้งละ 10-20 มิลลิกรัม วันละ 3-4 ครั้ง ก่อนอาหารหรือก่อนรับประทานยาที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน

สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดระดับรุนแรงมาก ฉีดยาปริมาณเริ่มต้น 2 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม โดยฉีดให้ยาเข้าสู่ร่างกายช้า ๆ อย่างน้อย 15 หรือ 30 นาที ก่อนรักษาด้วยเคมีบำบัด และให้ยาซ้ำทุก 2 ชั่วโมง จำนวน 2 ครั้ง จากนั้นให้ยาทุก 3 ชั่วโมง จำนวน 3 ครั้ง

สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดระดับรุนแรงน้อย ฉีดยาปริมาณ 1 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม โดยให้ยาเป็นเวลาสูงสุดไม่เกิน 5 วัน

คำแนะนำ คำเตือนในการใช้ยา metoclopramide

แจ้งให้แพทย์ทราบเกี่ยวกับยาที่กำลังใช้อยู่ทุกชนิด ทั้งยาที่แพทย์สั่งหรือยาที่ซื้อใช้ด้วยตนเอง โดยเฉพาะยาพาราเซตามอล ยาไดจอกซิน ยาไซโคลสปอริน ยาไกลโคไฟโรเลต อินซูลิน วิตามิน และสมุนไพรอื่น ๆ เพราะมียาหลายชนิดที่อาจมีปฏิกิริยากับยานี้

ห้ามใช้ยานี้ในปริมาณมากกว่าที่กำหนดหรือนานเกินกว่า 12 สัปดาห์ เพราะอาจทำให้การเคลื่อนไหวร่างกายผิดปกติ และไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อในร่างกายได้ เช่น บริเวณลิ้น ริมฝีปาก ตา ใบหน้า แขนหรือขา โดยจะมีความเสี่ยงสูงในกลุ่มผู้ป่วยเพศหญิง ผู้ป่วยเบาหวาน และผู้สูงอายุ ไม่ควรใช้ยาในผู้ที่มีประวัติแพ้ยานี้ หรือมีประวัติเลือดออก มีรูหรือมีการอุดตันของกระเพาะอาหารและลำไส้ โรคลมชัก อาการชัก รวมไปถึงเนื้องอกในต่อมหมวกไต

แจ้งให้แพทย์ทราบก่อนใช้ยา หากเป็นโรคไต โรคตับ ภาวะหัวใจล้มเหลว ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคพาร์กินสัน มะเร็งเต้านม หรือมีประวัติเป็นโรคซึมเศร้า

แจ้งให้แพทย์หรือทันตแพทย์ทราบว่ากำลังใช้ยานี้ หากต้องเข้ารับการผ่าตัดใด ๆ

ผู้ที่ตั้งครรภ์ วางแผนมีบุตร หรือกำลังให้นมบุตร ควรปรึกษาแพทย์ถึงข้อดีและข้อเสียของยาก่อน
ใช้ยานี้

ห้ามดื่มแอลกอฮอล์ในระหว่างที่ใช้ยา เพราะจะเพิ่มความเสี่ยงให้เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา
ห้ามขับรถหรือทำงานใช้เครื่องจักรที่อาจก่อให้เกิดอันตราย จนกว่าจะแน่ใจว่ายานี้ไม่ทำให้เกิดผล
ข้างเคียง เพราะยา metoclopramide อาจทำให้เกิดอาการง่วงซึมได้

อาการข้างเคียงของยา หากพบผลข้างเคียงที่รุนแรงจากการใช้ยา metoclopramide ดังต่อไปนี้
ควรหยุดใช้ยาและไปพบแพทย์ทันที

อาการแพ้ยา เช่น ลมพิษ หายใจลำบาก หน้าบวมริมฝีปากบวม ลิ้นบวม หรือคอบวม
เคลื่อนไหวร่างกายผิดปกติอย่างรุนแรง อาจเกิดขึ้นภายใน 2 วันหลังเริ่มใช้ยา ได้แก่ มือหรือ
ขาสั่น กล้ามเนื้อใบหน้ามีการเคลื่อนไหวอย่างควบคุมไม่ได้ เช่น เคี้ยวปาก ขมวดคิ้ว กะพริบ
ตา หรือขยับตา เป็นต้น

มีความรู้สึกเหมือนกำลังใส่หน้ากาก

กล้ามเนื้อกระตุก กล้ามเนื้อแข็งเกร็งมาก เคลื่อนไหวกล้ามเนื้อได้ช้า หรือมีปัญหาในการเดิน
และการทรงตัว

มีไข้สูง เหงื่อออกมาก สับสน หัวใจเต้นผิดปกติ หวหวน หรือรู้สึกคล้ายจะหมดสติ

ซึมเศร้า มีความคิดฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายตนเอง

หลอน วิดุกกังวล หงุดหงิด กระวนกระวาย อยู่นิ่ง ๆ ไม่ได้

หายใจไม่อิ่ม มีอาการบวม และน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ดีซ่าน ชัก

ส่วนผลข้างเคียงที่พบได้น้อย ได้แก่ กระสับกระส่าย ง่วงซึม เหนื่อย เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ
นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เต้านมมีอาการกดเจ็บหรือบวม ประจำเดือนมาไม่ปกติ
ปัสสาวะมากกว่าปกติ ทั้งนี้ หากผู้ป่วยพบอาการผิดปกติใด ๆ เพิ่มเติม ควรรีบแจ้งให้แพทย์ทราบด้วย
เช่นกัน

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

protocol chemotherapy oxaliplatin + capecitabine cycle 1

time sequence	order for one day	order for continue
9 ธ.ค. 2565	pre medication <ul style="list-style-type: none">- dexamethasone 20 mg. IV- ondansetron 8 mg. IV- chlorpheniramine 20 mg. IV	BW. 50 Kgs. Ht. 158 cm. BSA 1.481 m ²
	chemotherapy <ol style="list-style-type: none">1. oxaliplatin (130 mg/ m²) 192 mg. + D5W 250 ml. IV drip in 2 hrs.2. capecitabine (1,000 mg/m²) PO bid x 14 วัน # 56 tab. <ul style="list-style-type: none">- capecitabine (500mg) 2 tab oral pc เช้า- capecitabine (500mg) 2 tab oral pc เย็น	
	home medication <ul style="list-style-type: none">- ondansetron (8) 1X3 oral q 8 hrs. # 10 tab. D/C นัด F/U 3 wk. วันที่ 30 ธ.ค. 2565 พร้อมผลเลือด CBC	

protocol chemotherapy oxaliplatin + capecitabine cycle 2 + bevacizumab cycle 1

time sequence	order for one day	order for continue
20 ม.ค. 2566	<p>pre medication</p> <ul style="list-style-type: none"> - dexamethasone 20 mg. IV - ondansetron 8 mg. IV - plasil 10 mg. IV 	<p>BW. 49 Kgs. Ht. 158 cm. BSA 1.466 m²</p>
	<p>chemotherapy</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. oxaliplatin (130 mg/ m²) 191 mg. + D5W 250 ml. IV drip in 2 hrs. 2. capecitabine (1,000 mg/m²) (1,250 mg/m²/dose) PO bid x 14 วัน # 56 tab. <ul style="list-style-type: none"> - capecitabine (500mg) 2 tab oral pc เช้า - capecitabine (500mg) 2 tab oral pc เย็น 3. bevacizumab (5 mg/ kg.) 245 mg.+ NSS 100 ml. IV drip in 1 hr. 	
	<p>home medication</p> <ul style="list-style-type: none"> - ondansetron (8) 1X3 oral q 8 hrs. # 10 tab. <p>D/C นัด F/U 3 wk. วันที่ 10 ก.พ. 2566 พร้อมผลเลือด CBC</p>	

protocol chemotherapy oxaliplatin + capecitabine cycle 3 + bevacizumab cycle 2

Time sequence	Order for one day	Order for continue
13 ก.พ. 2566	<p>pre medication</p> <ul style="list-style-type: none"> - dexamethasone 20 mg. IV - ondansetron 8 mg. IV - chlorpheniramine 20 mg. 	<p>BW. 49 Kgs. Ht. 158 cm. BSA 1.466 m²</p>
	<p>chemotherapy</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. oxaliplatin (130 mg/ m²) 192 mg. + D5W 250 ml. IV drip in 2 hrs. 2. capecitabine (1,000 mg/m²) (1,250 mg/m²/dose) PO bid x 14 วัน # 70 tab. - capecitabine (500mg) 3 tab oral pc เช้า - capecitabine (500mg) 2 tab oral pc เย็น 3. bevacizumab (5 mg/ kg.) 245 mg.+ NSS 100 ml. IV drip in 1 hr. 	
	<p>home medication</p> <ul style="list-style-type: none"> - ondansetron (8) 1X3 oral q 8 hrs. # 10 tab. <p>D/C นัด F/U 3 wk. วันที่ 10 มี.ค. 2566 พร้อมผลเลือด CBC</p>	

protocol chemotherapy oxaliplatin + capecitabine cycle 4 + bevacizumab cycle 3

time sequence	order for one day	order for continue
13 มี.ค. 2566	<p>pre medication</p> <ul style="list-style-type: none"> - dexamethasone 20 mg. IV - ondansetron 8 mg. IV - chlorpheniramine 20 mg. 	<p>BW. 50 Kgs. Ht. 158 cm. BSA 1.466 m²</p>
	<p>chemotherapy</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. oxaliplatin (130 mg/ m²) 193 mg. + D5W 250 ml. IV drip in 2 hrs. 2. capecitabine (1,000 mg/m²) PO bid x 14 วัน # 84 tab. - capecitabine (500mg) 3 tab oral pc เช้า - capecitabine (500mg) 3 tab oral pc เย็น 3. bevacizumab (5 mg/ kg.) 250 mg.+ NSS 100 ml. IV drip in 1 hr. 	
	<p>home medication</p> <ul style="list-style-type: none"> - ondansetron (8) 1X3 oral q 8 hrs. # 10 tab. <p>D/C นัด F/U 3 wk. วันที่ 31 มี.ค. 2566 พร้อมผลเลือด CBC, CEA, CT chest + CT whole abdomen</p>	

protocol chemotherapy oxaliplatin + capecitabine cycle 5 + bevacizumab cycle 4

time sequence	order for one day	order for continue
3 เม.ย.2566	<p>pre medication</p> <ul style="list-style-type: none"> - dexamethasone 20 mg. IV - ondansetron 8 mg. IV - chlorpheniramine 20 mg. 	<p>BW. 49 Kgs. Ht. 158 cm. BSA 1.466 m²</p>
	<p>chemotherapy</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. oxaliplatin (130 mg/ m²) 189.8 mg. + D5W 250 ml. IV drip in 2 hrs. 2. capecitabine (1,000 mg/ m²) (1,460 – 1,825 mg/m²/dose) PO bid x 14 วัน # 84 tab. - capecitabine (500mg) 3 tab oral pc เช้า - capecitabine (500mg) 3 tab oral pc เย็น 3. bevacizumab (5 mg/ kg.) 245 mg.+ NSS 100 ml. IV drip in 1 hr. 	
	<p>home medication</p> <ul style="list-style-type: none"> - ondansetron (8) 1X3 oral q 8 hrs. # 10 tab. <p>D/C นัด F/U 3 wk. วันที่ 28 เม.ย. 2566 พร้อมผลเลือด CBC</p>	

protocol chemotherapy oxaliplatin + capecitabine cycle 6 + bevacizumab cycle 5

time sequence	order for one day	order for continue
19 พ.ค. 2566	<p>pre medication</p> <ul style="list-style-type: none"> - dexamethasone 20 mg. IV - ondansetron 8 mg. IV - chlorpheniramine 20 mg. 	<p>BW. 51 Kgs. Ht. 158 cm. BSA 1.5 m²</p>
	<p>chemotherapy</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. oxaliplatin (130 mg/ m²) 195 mg. + D5W 250 ml. IV drip in 2 hrs. 2. capecitabine (1,000 mg/m²) (1,250 – 1,500 mg/m²/dose) ลดเหลือ 80 % PO bid x 14 วัน # 70 tab. - capecitabine (500mg) 3 tab oral pc เช้า - capecitabine (500mg) 2 tab oral pc เย็น 3. bevacizumab (5 mg/ kg.) 255 mg.+ NSS 100 ml. IV drip in 1 hr. 	
	<p>โรงพยาบาลเลิดสิน home medication</p> <ul style="list-style-type: none"> - ondansetron (8) 1X3 oral q 8 hrs. # 10 tab. <p>D/C นัด F/U 3 wk. วันที่ 9 มิ.ย. 2566 พร้อมผลเลือด CBC</p>	

protocol chemotherapy oxaliplatin + capecitabine cycle 7 + bevacizumab cycle 6

time sequence	order for one day	order for continue
9 มิ.ย. 2566	<p>pre medication</p> <ul style="list-style-type: none"> - dexamethasone 20 mg. IV - ondansetron 8 mg. IV - chlorpheniramine 20 mg. 	<p>BW. 52 Kgs. Ht. 158 cm. BSA 1.51 m²</p>
	<p>chemotherapy</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. oxaliplatin (130 mg/ m²) 196 mg. + D5W 250 ml. IV drip in 2 hrs. 2. capecitabine (1,000 mg/m²) PO bid x 14 วัน # 70 tab. - capecitabine (500mg) 3 tab oral pc เช้า - capecitabine (500mg) 2 tab oral pc เย็น 3. bevacizumab (5 mg/ kg.) 260 mg.+ NSS 100 ml. IV drip in 1 hr. 	
	<p>โรงพยาบาลเลิดสิน home medication</p> <ul style="list-style-type: none"> - ondansetron (8) 1X3 oral q 8 hrs. # 10 tab. <p>D/C นัด F/U 3 wk. วันที่ 30 มิ.ย. 2566 พร้อมผลเลือด CBC</p>	

protocol chemotherapy oxaliplatin + capecitabine cycle 8 + bevacizumab cycle 7

time sequence	order for one day	order for continue
30 มิ.ย. 2566	<p>pre medication</p> <ul style="list-style-type: none"> - dexamethasone 20 mg. IV - ondansetron 8 mg. IV - chlorpheniramine 20 mg. 	<p>BW. 51 Kgs. Ht. 158 cm. BSA 1.5 m²</p>
	<p>chemotherapy</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. oxaliplatin (130 mg/ m²) 196 mg. + D5W 250 ml. IV drip in 2 hrs. 2. capecitabine (1,000 mg/m²) PO bid x 14 วัน # 70 tab. - capecitabine (500mg) 3 tab oral pc เช้า - capecitabine (500mg) 2 tab oral pc เย็น 3. bevacizumab (5 mg/ kg.) 255 mg.+ NSS 100 ml. IV drip in 1 hr. 	
	<p>โรงพยาบาลเลิดสิน</p> <p>home medication</p> <ul style="list-style-type: none"> - ondansetron (8) 1X3 oral q 8 hrs. # 10 tab. <p>D/C นัด F/U 3 wk. วันที่ 20 ก.ค. 2566 พร้อมผลเลือด CBC, CEA, CT chest + CT whole abdomen, BPH</p>	

การติดตามเยี่ยมผู้ป่วย

เยี่ยมครั้งที่ 1

เริ่มศึกษาผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ 9 ธันวาคม 2565 แรกรับที่หน่วยเคมีบำบัด ผู้ป่วยชายไทย รู้สึกตัวดี พุดคุยรู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ ECOG 0 รูปร่างผอม หน้าตาวิตกกังวล ไม่สดชื่น มีประวัติจากห้องตรวจคัดสรร 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล (16 กันยายน 2565) มาด้วยอาการถ่ายอุจจาระสีดำ บางครั้งเป็นเลือดสด วันละ 1 – 2 ครั้ง แพทย์นัดทำ colonoscopy (ได้ทำ 20 กันยายน 2565) พบก้อนเนื้อบริเวณ upper rectal ตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ผลพบเป็น adenocarcinoma แพทย์วินิจฉัยเป็น มะเร็งลำไส้ตรง (CA rectum) นัดทำ CT chest and whole abdomen เพื่อดูการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง ได้ทำ วันที่ 17 ตุลาคม 2565 ผลพบมี necrotic lymphadenopathy are noted in bilateral common iliac regions. The largest necrotic node in left common iliac region is measured about 3.4x3.7 cm. แพทย์วินิจฉัยเป็น มะเร็งทวารหนัก มีแนวโน้มเป็น T3N3M0 ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ ปฏิเสธการแพ้ยา อาหารหรือสารเคมีทุกชนิด ปฏิเสธการสูบบุหรี่ ปฏิเสธการดื่มสุรามารดาของผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคชรา พี่น้องไม่มีใครเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง ผู้ป่วยสิทธิ์ 30 บาทโรงพยาบาลเลิดสิน 1 อาทิตย์ก่อนมาโรงพยาบาล ยังมีถ่ายอุจจาระสีดำอยู่ อ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนักลดลง 5 กิโลกรัมภายใน 1 เดือน

วันนี้มาตรวจตามแพทย์นัด เพื่อรับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 1 มีภรรยามาคอยดูแล ได้เข้าไปพุดคุยสร้างสัมพันธภาพ โดยการแนะนำตัว และแจ้งวัตถุประสงค์ของการพุดคุยให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและยาเคมีบำบัด รวมถึงการปฏิบัติตัวทั้งก่อน ขณะ และหลังให้ยาเคมีบำบัด ตลอดจนผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรับยาเคมีบำบัด พร้อมทั้งประเมินสภาวะจิตใจและความวิตกกังวลของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยและระบายความวิตกกังวล โดยเป็นผู้รับฟังที่ดี ให้ความสนใจทั้งคำพูดและความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี มีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาล สีหน้าดูสดชื่นขึ้น สัญญาณชีพแรกรับที่หน่วยเคมีบำบัดวัดสัญญาณชีพ เวลา 10.30 น. อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจน 100 % น้ำหนัก 50 กิโลกรัม ขณะและหลังให้ยาเคมีบำบัดไม่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้น แนะนำการรับประทานยา Home medication ตามแพทย์สั่ง และการมาตรวจตามนัดทุกครั้ง พร้อมเจาะเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ วันที่ 30 ธ.ค. 2565 พร้อมผลเลือด CBC

เยี่ยมครั้งที่ 2

วันที่ 20 มกราคม 2566 หน่วยเคมีบำบัด ผู้ป่วยมารับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 2 อาการทั่วไปปกติ รู้สึกตัวดี พุดคุยรู้เรื่อง ECOG 0 วัดสัญญาณชีพ เวลา 10.30 น. อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 122/78 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของ

ออกซิเจน 99 % น้ำหนัก 49 กิโลกรัม เข้าไปพูดคุยสร้างสัมพันธภาพ ซักถามเกี่ยวกับอาการหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 1 ผู้ป่วยบอกว่าคลื่นไส้บ้างเล็กน้อยไม่ถึงกับอาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนักลดลง 1 กิโลกรัม มีอาการชาบริเวณแขนขา 2 ข้างเล็กน้อย ไม่มีมือเท้าลอกดำ

แจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงแผนการรักษาวันนี้ โดยแพทย์เพิ่มยามุ่งเป้ารักษาร่วมกับยาเคมีบำบัดให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับยามุ่งเป้า ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจตามคำแนะนำ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและระบายความวิตกกังวล โดยเป็นผู้รับฟังที่ดี ให้ความสนใจทั้งคำพูดและความรู้สึกของผู้ป่วย ขณะและหลังให้ยาเคมีบำบัดไม่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้น แนะนำการรับประทานยา home medication ตามแพทย์สั่ง และการมาตรวจตามนัดรอบหน้าพร้อมเจาะเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ วันที่ 10 ก.พ. 2566 พร้อมผลเลือด CBC ดำ

เยี่ยมครั้งที่ 3

วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 11.00 น. ที่หน่วยเคมีบำบัด ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดเพื่อรับยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้าครั้งที่ 3 แรกรับผู้ป่วยอาการทั่วไปปกติ รู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ ECOG 0 ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/68 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจน 99 % น้ำหนัก 49 กิโลกรัม พูดคุยซักถามอาการจากการได้รับยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้าในครั้งที่ 2 มีอาการเบื่ออาหารเล็กน้อย รับประทานอาหารได้น้อยลง ชาบริเวณแขนขา 2 ข้างเล็กน้อย ไม่มีมือเท้าลอกดำ ให้คำแนะนำซ้ำในการปฏิบัติตัวขณะรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า อาการข้างเคียงของยาเคมีและยามุ่งเป้า การป้องกันและการจัดการกับอาการข้างเคียง การดูแลตนเอง การทำกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามในประเด็นต่าง ๆ พร้อมทั้งตอบคำถามด้วยท่าที่เป็นมิตรจริงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจและคลายวิตกกังวล ให้กำลังใจทั้งผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วย แนะนำการรับประทานยา Home medication ตามแพทย์สั่ง และการมาตรวจตามนัดรอบหน้าพร้อมเจาะเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ วันที่ 10 มี.ค. 2566 พร้อมผลเลือด CBC

เยี่ยมครั้งที่ 4

วันที่ 13 มีนาคม 2566 เวลา 11.30 น. ที่หน่วยเคมีบำบัด ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดเพื่อรับยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้าครั้งที่ 4 แรกรับผู้ป่วยอาการทั่วไปปกติ รู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ ECOG 0 ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 104 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 126/86 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจน 100 % น้ำหนัก 50 กิโลกรัม ลูกชายซื้ออาหารเสริมให้รับประทาน รับประทานอาหารเสริมได้วันละ 2 แก้ว น้ำหนักที่ลดลงไปเพิ่มขึ้นมาเท่าเดิม 1 กิโลกรัม ชาบริเวณแขนขา 2 ข้างมากขึ้นเล็กน้อย ไม่มีมือเท้าลอกดำ ระหว่างการให้ยาเคมีบำบัดไม่มีอาการแพ้ยา แนะนำการรับประทานยา Home

medication ตามแพทย์สั่ง และการมาตรวจตามนัดรอบหน้าพร้อมเจาะเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ วันที่ 31 มี.ค. 2566 พร้อมผลเลือด CBC และ CT chest + CT whole abdomen

เยี่ยมครั้งที่ 5

วันที่ 3 เม.ย.2566 เวลา 12.45 น. ที่หน่วยเคมีบำบัด ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดเพื่อรับยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้าครั้งที่ 5 ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 136/72 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจน 99 % น้ำหนัก 49 กิโลกรัม มีอาการชามือทั้ง 2 ข้างมากขึ้น แต่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มือเท้าทั้ง 2 ข้าง ไม่มีลอก แต่ฝ่ามือดำคล้ำ ไม่เจ็บ เบื่ออาหารเล็กน้อย รับประทานอาหารพอได้ รับประทานอาหารเสริมได้วันละ 2 แก้ว ระหว่างการให้ยาเคมีบำบัดไม่มีอาการแพ้ยา แนะนำการรับประทานยา home medication ตามแพทย์สั่ง และการมาตรวจตามนัดรอบหน้าพร้อมเจาะเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ วันที่ 28 เม.ย. 2566 พร้อมผลเลือด CBC

เยี่ยมครั้งที่ 6

วันที่ 19 พฤษภาคม 2566 เวลา 11.00 น.ที่หน่วยเคมีบำบัด ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดเพื่อรับยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้าครั้งที่ 6 แรกรับผู้ป่วยอาการทั่วไปปกติ รู้สึกตัวดี พุดคุยรู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ ECOG 0 ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 118/76 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจน 100 % น้ำหนัก 51 กิโลกรัม ชามือทั้ง 2 ข้างมากขึ้น แต่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ดิถกรรมตนเองได้ เขียนหนังสือได้ มือเท้าทั้ง 2 ข้าง ไม่มีลอก แต่ฝ่ามือฝ่าเท้าดำคล้ำมากขึ้น ไม่เจ็บ รับประทานอาหารได้ปกติ รับประทานอาหารเสริมได้วันละ 2 แก้ว ระหว่างการให้ยาเคมีบำบัดไม่มีอาการแพ้ยา แนะนำการรับประทานยา Home medication ตามแพทย์สั่ง และการมาตรวจตามนัดรอบหน้าพร้อมเจาะเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ วันที่ 9 มิ.ย. 2566 พร้อมผลเลือด CBC

เยี่ยมครั้งที่ 7

วันที่ 9 มิถุนายน 2566 เวลา 13.00 น.ที่หน่วยเคมีบำบัด ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดเพื่อรับยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้าครั้งที่ 7 แรกรับผู้ป่วยอาการทั่วไปปกติ รู้สึกตัวดี พุดคุยรู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ ECOG 0 ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 129/82 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจน 100 % น้ำหนัก 51 กิโลกรัม ชามือทั้ง 2 ข้างมากขึ้น แต่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มือเท้าทั้ง 2 ข้าง ไม่มีลอก แต่ฝ่ามือฝ่าเท้าดำคล้ำมากขึ้น ไม่เจ็บ รับประทานอาหารได้ปกติ รับประทานอาหารเสริมได้วันละ 2 แก้ว ระหว่างการให้ยาเคมีบำบัดไม่มีอาการแพ้ยา แนะนำการรับประทานยา Home medication ตามแพทย์สั่ง และการมาตรวจตามนัดรอบหน้าพร้อมเจาะเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ วันที่ 30 มิ.ย. 2566 พร้อมผลเลือด CBC

เยี่ยมครั้งที่ 8

วันที่ 30 มิ.ย. 2566 เวลา 13.30 น.ที่หน่วยเคมีบำบัด ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดเพื่อรับยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้าครั้งที่ 8 แรกรับผู้ป่วยอาการทั่วไปปกติ รู้สึกตัวดี พุดคุยรู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ ECOG 0 ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 132/90 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจน 100 % น้ำหนัก 51 กิโลกรัม ซามือทั้ง 2 ข้างมากขึ้น แต่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มือเท้าทั้ง 2 ข้างไม่มีลอก ฝ่ามือฝ่าเท้าดำคล้ำเท่าๆเดิม ไม่เจ็บ รับประทานอาหารได้ปกติ รับประทานอาหารเสริมได้วันละ 2 แก้ว ระหว่างการให้ยาเคมีบำบัดไม่มีอาการแพ้ยา แนะนำการรับประทานยา home medication ตามแพทย์สั่ง และการมาตรวจตามนัดรอบหน้าพร้อมเจาะเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ วันที่ 20 ก.ค. 2566 พร้อมผลเลือด CBC, CEA, CT chest + CT whole abdomen

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า

มะเร็งลำไส้ตรงที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า เป็นวิธีการรักษาหลัก ยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า ถึงแม้จะให้ผลการรักษาที่ดี แต่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญปัญหา ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ทำให้ต้องมีการวางแผนการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม อีกทั้งการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้าที่ยาวนาน ยังทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานต่อเนื่องทั้งด้านร่างกาย-จิตใจสังคม-จิตวิญญาณ ดังนั้น ในปัจจุบันแนวคิดในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลควรมีความรู้พื้นฐานในการประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับยาเคมีบำบัด กลไกการออกฤทธิ์และผลข้างเคียงของยา วิธีการบริหารยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้าอย่างปลอดภัย ตลอดจนการพยาบาลเมื่อเกิดจากผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้าอย่างถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้ พยาบาลยังต้องวางแผนการพยาบาล และปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลควบคู่กันอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีเหมาะสมตามแต่ละบุคคล

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1. ระยะการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัว ก่อนได้รับยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า
2. ระยะขณะให้ยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า
3. ระยะหลังรับยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า และวางแผนต่อเนื่อง

1. การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนได้รับยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า

การดูแลผู้ป่วยระยะนี้ เป็นการแจ้งผลการวินิจฉัยแก่ ผู้ป่วยหรือญาติใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงแนวทางการรักษา ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการรักษา รวมทั้งผลดีและผลเสียของการรักษา รวมทั้งประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนรับยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า ได้แก่

1.1 การประเมินผลทางห้องปฏิบัติการ เช่น complete blood count, BUN, creatinine, SGOT, SGPT, alkaline phosphatase, albumin, total protein เป็นต้น

1.2 การประเมินการทำงานของหัวใจ (EKG) ในกรณีที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีผลต่อหัวใจ เช่น doxorubicin เป็นต้น

1.3 การประเมินสมรรถนะทางกายของผู้ป่วย (performance status) หากผู้ป่วยมีสมรรถนะทางกายไม่ดี ผู้ป่วยอาจไม่สามารถทนต่อการรักษา และผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้าได้ เครื่องมือที่นิยมใช้ในการประเมิน ได้แก่ Karnofsky Scale หรือ Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) เป็นต้น

1.4 การประเมินความเสี่ยง ได้แก่ อายุ เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุอาจมีผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า นอกจากนี้ ยังต้องประเมินประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งชนิดอื่น ๆ และโรคประจำตัว ตลอดจนประวัติการรักษาโรคของผู้ป่วยอีกด้วย

1.5 การประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยก่อนให้ข้อมูล การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ เช่น แผนการรักษา ขั้นตอนในการรักษาด้วย ยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า ระยะเวลา การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและบรรเทาผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม อาการที่ต้องรายงานแพทย์หรือพยาบาล การให้ข้อมูล และความรู้แก่ผู้ป่วยจะช่วยลดอัตราการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง หรือหยุดยาเอง ซึ่งมีผลต่อการรักษาโรคมะเร็งอย่างมาก

1.6 การประเมินปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ เศรษฐฐานะ แบบแผนการดำเนินชีวิต ศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

1.7 การประเมินด้านจิตสังคม เป็นสิ่งสำคัญในการวางแผนการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อสถานะของโรค เนื่องจากโรคมะเร็งมักจะส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยทันทีที่ทราบผลการวินิจฉัยโรค และแผนการรักษาจากแพทย์ นอกจากนี้ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า ยังส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วย การสูญเสียบทบาทหน้าที่หรือสัมพันธ์ภายในครอบครัว ปัญหาด้านการเงิน รวมทั้งการขาดผู้ดูแลขณะเจ็บป่วยอีกด้วย

1.8 การประเมินด้านจิตวิญญาณ โดยประเมินจากวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อ ความคาดหวังต่อการหายจากโรค และการให้คุณค่ากับตนเองยามเจ็บป่วย เป็นต้น

2. การพยาบาลขณะได้รับยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า

การบริหารยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า ต้องทำอย่างระมัดระวัง เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ซึ่งในที่นี้คือ พยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วย รวมถึงการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า และการแก้ไขปัญหาฉุกเฉิน ได้แก่

2.1 ตรวจสอบความถูกต้องของชนิด ขนาด วิธีบริหารยาเคมีบำบัดให้ตรงกับคำสั่งการรักษา การบริหารยาที่ได้รับยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า เช่น ยาแก้คลื่นไส้ (antiemetic drug) ยาแก้แพ้ (antihistamine drug) ลำดับการให้ยาเคมีบำบัดก่อน-หลัง เช่น ให้ยา vesicant drugs ก่อนให้ยา non-vesicant drugs เพื่อลดการบอบซ้ำของหลอดเลือด เป็นต้น

2.2 จัดเตรียมยาฉุกเฉิน และอุปกรณ์จำเป็นที่พร้อมใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการแพ้ยา (anaphylactic shock) หรือมีปฏิกิริยาภูมิไวเกิน (hypersensitivity) จากการได้รับยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า

2.3 จัดเตรียม spill kit สำหรับกำจัดขยะเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า ที่อาจหกหรือตกแตกขณะบริหารยาได้อย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันการฟุ้งกระจายของสารเคมีและการสัมผัสโดยตรง

2.4 ผู้บริหารยาควรสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันสารเคมี เช่น ถุงมือ แว่นตา ผ้าปิดปากและจมูก เสื้อกาวน์เพื่อป้องกันอันตรายจากการสัมผัสหรือสูดดมยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า ในขณะที่บริหารยา

2.5 ตรวจสอบคำสั่งการรักษา ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย H.N. ชื่อยา ขนาด จำนวนวิธีการบริหารยา ระยะเวลาที่ให้ยาโดยพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 2 คน เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น

2.6 เลือกเส้นเลือดที่เหมาะสมแก่การให้ยา พร้อมเข็มที่ใช้อย่างเหมาะสม โดยเลือกจากบริเวณส่วนปลายก่อน หลีกเลี่ยงการให้ยาบริเวณข้อ และหลังมือ เพราะถ้ามีการรั่วซึมของยาออกนอกหลอดเลือด จะทำให้เส้นประสาทและเอ็นจะถูกทำลายได้ ไม่ควรเลือกเส้นเลือดที่เคยมีการให้ยาหรือสารน้ำมาก่อนภายใน 24 ชั่วโมง เพราะอาจเกิดการรั่วซึมของยาออกนอกหลอดเลือด ที่สำคัญควรบริหารยาในกลุ่ม vesicant drugs ก่อนแล้วจึงตามด้วยยาในกลุ่ม irritants และ non-vesicant drugs ตามลำดับ

2.7 บริหารยาเคมีบำบัดตามขั้นตอน โดยใช้หลักปราศจากเชื้อ (universal precaution technique) ผ่านเครื่องกำหนดจำนวนหยด (infusion pump) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดตรงตามแผนการรักษา

2.8 แนะนำผู้ป่วยให้ระมัดระวังการเคลื่อนไหวบริเวณที่แทงเข็ม ในขณะที่ให้ยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า ไม่ควรขยับแขนหรือยกแขนขึ้นบ่อย ๆ เพื่อป้องกันเข็มทะลุออกนอกเส้นเลือด ทำให้ยารั่วซึมออกมาได้

2.9 ฝ้าสังเกตอาการผิดปกติในช่วง 15 นาทีแรกหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด เพราะอาจเกิดอาการแพ้ยาได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นครั้งแรก จากนั้นให้ทำการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุก 30 นาทีตลอดระยะเวลาของการให้ยาเคมีบำบัด เพื่อสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ และประเมินตำแหน่งที่ให้ยาว่ามีการรั่วซึมของยาออกนอกเส้นเลือดหรือไม่ หากพบว่าการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือดให้ปฏิบัติ ดังนี้

2.9.1 หยุดให้ยาเคมีบำบัดทันที แต่ไม่ต้องดึงเข็มออกจากตัวผู้ป่วย

2.9.2 รายงานแพทย์

2.9.3 ใช้ปากกาเมจิกเขียนตำแหน่งรอยผิวหนังที่เกิดการรั่วของยาหรือถ่ายรูปไว้

2.9.4 สวมถุงมือแบบ nitrile gloves ใช้ syringe 3 มล. หรือ 5 มล. ต่อเข้ากับ IV Catheter ที่ให้ยาเคมีบำบัด ดูดเลือดหรือยาเคมีบำบัด ส่วนที่รั่วซึมออกให้มากที่สุด ถ้ามียา antidote ให้ฉีดยาโดยใช้เข็มที่คาอยู่กับผู้ป่วย

2.9.5 ดึงเข็มที่ให้ยาเคมีบำบัดออก ใช้สำลีวางตำแหน่งที่ดึงเข็มออกและห้ามกด/
คลึง

2.9.6 ทายาบริเวณผิวหนังที่เกิดการรั่วซึมตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น ไฮโดรคอร์ติโซน 1% วันละ 2 ครั้ง หรือใช้ครีม DMSO (dimethyl sulfonate) ทาเบาๆ ทุก 2 – 8 ชั่วโมง

2.9.7 ประคบความอุ่น / ความเย็น ขึ้นกับยาเคมีบำบัดแต่ละชนิด

2.9.8 ยกอวัยวะส่วนที่ยาเคมีบำบัดรั่วซึมให้สูงกว่าระดับหัวใจ และกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวของอวัยวะนั้น เพื่อลดอาการบวมและป้องกันการดิ่งรั้งของเนื้อเยื่อเป็นเวลา 48 ชม.

2.9.9 สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณที่เกิดการรั่วซึมของยาเป็นระยะ ๆ เช่น อาการปวด บวมแดง เป็นผื่นแดง (erythema) การเกิดตุ่มพอง (blister) และอาการของการเกิด necrosis เป็นต้น

2.9.10 บันทึก วัน เวลา ชนิด ขนาดของยาเคมีบำบัดที่ให้รวมทั้งวิธีการให้ชนิด และขนาดของเข็มที่ให้ยา ปริมาณยาที่รั่วซึมโดยประมาณ บันทึกตำแหน่ง และความกว้างที่เกิด extravasations และการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการรั่วซึมของยา

2.9.11 ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในเรื่องการประคบ อาการผิดปกติของผิวหนังที่อาจเกิดจากสาเหตุยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า รั่วซึมออกนอกหลอดเลือดให้แจ้งพยาบาลทันที เมื่อพบอาการ ผิดปกติบริเวณผิวหนัง

2.10 บันทึกข้อมูลการให้ยา ตลอดจนอาการของผู้ป่วยหลังได้รับยาเคมีบำบัด

3. การพยาบาลภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า

ยาเคมีบำบัดทุกชนิดก่อให้เกิดผลข้างเคียงมากน้อยแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละคนผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการในขณะที่ได้รับยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า หรือภายหลังจากได้รับยา ดังนั้นการเตรียมพร้อมผู้ป่วยในการดูแลและจัดการอาการขณะผู้ป่วยอยู่บ้านจึงเป็นสิ่งสำคัญ ได้แก่

3.1 วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ตั้งแต่ เริ่มรับผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลระหว่างที่อยู่ในโรงพยาบาล และก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

3.2 ทบทวนข้อมูล และความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตั้งแต่ ก่อนรักษาแก้ไข ข้อมูลหรือบอกข้อมูลที่ต้องการ เพื่อให้แน่ใจว่า ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการพยาบาลมี 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนได้รับยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า
2. ระยะขณะให้ยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า
3. ระยะหลังรับยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า และวางแผนต่อเนื่อง

ระยะการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนได้รับยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนได้รับยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 : ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา และเป้าหมายการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยสอบถามเกี่ยวกับโรค และถามว่าต้องให้ยาเคมีบำบัดกี่ครั้ง
2. มีสีหน้าวิตกกังวลไม่สดชื่นนัก

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยเข้าใจโรคที่เป็นอยู่ และยอมรับแผนการรักษา
2. ผู้ป่วยสามารถอธิบายการปฏิบัติตัวทั้งก่อน ขณะ และหลังรับยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้าได้
3. สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา และเป้าหมายการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า ได้มากกว่าร้อยละ 70

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประเมินความพร้อมด้านร่างกายของผู้ป่วยเกี่ยวกับ

- 1.1 การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง
- 1.2 ภาวะโภชนาการ
- 1.3 ซักประวัติการเจ็บป่วย เช่น โรคประจำตัว/ประวัติการใช้ยาที่อาจมีผลกับยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า
- 1.4 ผล pathology/cytology และ staging
- 1.5 BSA (body surface area) ซึ่งจะวัดออกมาเป็น square meter (m²) คำนวณขึ้นอยู่กับความสูงและน้ำหนัก โดยมากแล้วอยู่ประมาณ 1.5 – 2.0 Square meter
- 1.6 ประเมิน ECOG score performance status คะแนนไม่ควรเกิน 2
- 1.7 ประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (CBC, LFT, Cr, BUN)
 - ระบบเลือด โดยดูผล CBC Hb >10 gm/dl, wbc 4,000cell/mm³, platelet > 100,000 cell/mm³, ANC >1,500 (ค่าปกติ > 2,000 cell/mm³), ANC = WBC x (neutrophil + band/monocytes) ÷ 100
 - สมรรถภาพของไต ประกอบด้วยBUN, Cr และ GFR (ผู้ป่วย ควรมี GFR ≥ 50) ใช้ดูความสามารถในการขับถ่ายยาของไต โดยเฉพาะยาเคมีบำบัดที่ขับถ่ายออก ทางไตเป็นหลัก เช่น สมการที่ใช้ คำนวณ GFR คือ cockcroft-gault ดังนี้ CrCl (ml/min) = (140-อายุ) x weight (kg) / 72 x Cr สำหรับผู้หญิงจะคูณด้วย 0.85 (เนื่องจากมีมวล กล้ามเนื้อน้อยกว่าผู้ชาย)
 - สมรรถภาพของตับโดยดู LFT เนื่องจากที่สำคัญคือ ค่าเอนไซม์ตับ (SGOT / SGPT) ต้องน้อยกว่า 5 เท่าของค่าปกติ , bilirubin level ผู้ป่วยต้องมีค่า bilirubin < 3 mg/dl เพราะยาเคมีบำบัดหลายชนิดจะถูกเปลี่ยนแปลงที่ตับ (metabolite) ก่อนขับออกนอกร่างกาย
2. ประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ตรง ระยะของโรคและแผนการรักษา แผนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า (จุดประสงค์ ชนิดของยา ระยะเวลา จำนวนครั้ง)
3. ประเมินความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังรับยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า
4. ให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ตรงและแนวทางการรักษาของผู้ป่วย ที่แพทย์วางแผนการรักษาไว้
5. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด พร้อมทั้งอธิบายอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้าที่อาจเกิดขึ้น

6. ให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยทั้งก่อน ขณะ และหลังให้ยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และวางแผนการปรับตัวเข้ากับชีวิตประจำวัน การประกอบอาชีพและการดูแลสุขภาพในระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด

6. ให้ความรู้กับญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยด้านต่างๆ เช่น กิจกรรมประจำวัน อาหาร สิ่งแวดล้อมต่างๆที่ต้องจัดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่รับยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า เป็นต้น

ประเมินผล

ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรคของตนเอง ยอมรับแผนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า และทราบถึงอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า สามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวทั้งก่อน ขณะ และหลังให้ยาเคมีบำบัดได้ถูกต้อง ตอบคำถามเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา และเป้าหมายการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้าได้ร้อยละ 80 มีความพร้อมในการให้ยาเคมีบำบัด ผลการประเมินเม็ดเลือด (CBC) ดังนี้ Hct. 30.7 % wbc 8,140 cell/uL PMN 69.0 % lymphocyte 23.0 % platelet count 386,000 cell/uL ANC 5,616 cell/ uL อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผล LFT ดังนี้ total protein 6.9 g/dl globulin 3.2 g/dl albumin 3.7 g/dl total bilirubin 3.09 mg/dl direct bilirubin 0.01 mg/dl SGOT 25 U/L SGPT 11 U/L alkaline phosphatase 50 U/L อยู่ในเกณฑ์ปกติ creatinine 0.98 mg/dL EGFR 82 ml/min อยู่ในเกณฑ์ปกติ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดย อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.4 – 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ในช่วง 76 - 104 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 - 20 ครั้ง/นาที O₂ saturation อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ 98 - 100 % ECOG score = 0

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 : ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่าไม่เคยรับยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้ามามาก่อน ครั้งนี้เป็นครั้งแรก
2. มีสีหน้าวิตกกังวล เกี่ยวกับความปลอดภัยจากการให้ยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยบอกมีความวิตกกังวลลดลง มีสีหน้าสดชื่นขึ้น ยอมรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า Thai HADs คะแนนปกติ 0 – 7 คะแนน
2. นอนหลับพักผ่อนได้ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน

กิจกรรมการพยาบาล

1. พยาบาลสร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตัว และแจ้งวัตถุประสงค์ของการพูดคุยทุกครั้ง เมื่อให้การพยาบาล

2. ประเมินสถานะจิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยใช้แบบวัดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า hospital anxiety and depression scale (Thai HADs) แบ่งเป็น 3 ระดับ
1) 0 – 7 คะแนน ปกติ 2) 8 – 10 คะแนน วิตกกังวล แต่ยังไม่ผิดปกติทางจิตเวช 3) 11 – 21 คะแนน ผิดปกติทางจิตเวช

3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความวิตกกังวล ในขณะเดียวกันก็เป็นผู้รับฟังที่ดี สนใจทั้งคำพูดและความรู้สึกของผู้ป่วย

4. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับ ตลอดจนผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรับยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า

5. แนะนำวิธีการผ่อนคลาย หรือซักถามความสนใจของผู้ป่วย เช่น การอ่านหนังสือ ฟังเพลง การทำสมาธิ การเบี่ยงเบนความสนใจ เพื่อไม่ให้หมกมุ่นใน เรื่องของตนเอง และความเจ็บป่วย

6. แสดงสีหน้าน่ายิ้มตาเป็นมิตร ตลอดจนเยี่ยมเยียนพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอพร้อมให้การดูแลด้วยความจริงใจ โดยช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยความเอื้ออาทร เพื่อลดความเครียดและเป็นທີ່ปรึกษาของผู้ป่วย

ประเมินผล

ผู้ป่วยบอกว่า พอรู้อข้อมูลก็รู้สึกคลายกังวลลง มีสีหน้าสดชื่นขึ้น และยินยอมให้ยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า สามารถพักผ่อนนอนหลับได้ประมาณ 5 - 6 ชั่วโมงต่อคืน มีระดับความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย Thai HADs = 1 คะแนน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลขณะได้รับยาเคมีบำบัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 : ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะภูมิไวเกิน (hypersensitivity)

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัด oxaliplatin ที่ทำให้เกิดอาการภาวะภูมิไวเกิน

เป้าหมายการพยาบาล

1. ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะภูมิไวเกิน
2. ฝึกระวัง และให้การช่วยเหลือ ทันทีเมื่อมีอาการ

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงถึงการมีภาวะภูมิไวเกินที่เกิดจากยาเคมีบำบัด เช่น อาการแน่นหน้าอก อาการหายใจลำบาก ผื่นคัน หน้าแดง เป็นต้น

2. ผู้ป่วยปลอดภัยถ้าเกิดภาวะภูมิไวเกินจากยาเคมีบำบัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับภาวะภูมิไวเกินที่เกิดจากยาเคมีบำบัด เช่น อาการแน่นหน้าอก หายใจลำบาก มีผื่นคัน หน้าแดง อาเจียน หากพบให้รีบรายงานพยาบาลทันที

2. จัดเตรียมอุปกรณ์ในการช่วยชีวิตให้พร้อมใช้ได้แก่อุปกรณ์กู้ชีพ ชุดให้ออกซิเจน สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น

3. บริหารยาในกลุ่ม corticosteroids, antihistamine และ H2 receptor antagonist เพื่อช่วยป้องกันการเกิดภาวะ hypersensitivity ก่อนให้ยาเคมีบำบัด 30 นาที ตามแผนการรักษา

4. การให้ยาเคมีบำบัดควรเริ่มจากปรับหยดยาช้า ๆ บันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาที 4 ครั้งทุก 15 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนยาเคมีบำบัดหมด

5. ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก ระดับออกซิเจนในเลือดลดลง < 95% หน้าแดง ผื่นคัน ให้หยุดยาทันที และใช้ NSS ทดแทน และรายงานแพทย์ทราบ

6. หากพบว่ามีอาการแน่นหน้าอก หายใจลำบาก จัดให้ผู้ป่วยนอนหงาย ศีรษะสูง ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ให้ O₂ ถ้าระดับออกซิเจนในเลือดลดลง < 95%

7. บริหารยา antihistamine, corticosteroid ช้า ๆ เพื่อบรรเทาอาการ ถ้าอาการทุเลาลงภายใน 30 นาที ให้ยาเคมีบำบัดต่อโดยเริ่มปรับหยดยาช้า ๆ ฝ้าดูแลสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด บันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาที 4 ครั้ง ทุก 15 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนยาเคมีบำบัดหมด

8. บันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วย พร้อมทั้งวางแผนร่วมกับทีมแพทย์เภสัชกร เพื่อปรับแนวทางในการรักษา

ประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงถึงการมีภาวะภูมิไวเกินที่เกิดจากยาเคมีบำบัด เช่น อาการแน่นหน้าอก อาการหายใจลำบาก ผื่นคัน หน้าแดง เป็นต้น ผู้ป่วยปลอดภัยถ้าเกิดภาวะภูมิไวเกินจากยาเคมีบำบัด สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนอยู่ในเกณฑ์ปกติคือ 100 %

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 : ไม่สุขสบายเนื่องจากปวด ชา บริเวณให้ยาเคมีบำบัด oxaliplatin

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าไม่สุขสบาย

2. ผู้ป่วยบอกว่าปวด ชา บริเวณแขนที่ให้ยาเคมีบำบัด pain score 4

เป้าหมายการพยาบาล

อาการปวด ชา ลดลง pain score ลดลงอย่างน้อย 1 – 2 คะแนน สุขสบายขึ้น สีหน้าสดชื่นขึ้น

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น สามารถนอนหลับได้ขณะให้ยาเคมีบำบัด
2. ผู้ป่วยมีอาการปวดลดลง (pain score < 3 หรือ เท่ากับ 0)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับของความปวด โดยใช้ numeric scale ที่มีระดับตั้งแต่ 0–10 คะแนน และความไม่สุขสบายของผู้ป่วย เช่น ตำแหน่ง ลักษณะการปวด ความถี่ รวมทั้งระยะเวลาที่ปวด เป็นต้น
2. ประเมินปัจจัยที่ส่งเสริมหรือบรรเทาความปวด เช่น เพศ อายุ ผิวหนัง ความกลัว ความวิตกกังวลอาการอ่อนเพลีย วัฒนธรรม และปัจจัยทางจิตสังคม เป็นต้น เพื่อหาสาเหตุที่อาจส่งเสริมและสิ่งที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยในการเลือกวิธีในการจัดการความปวด
3. จัดให้ผู้ปวยนอนท่าที่สุขสบาย ดูแลหมัดผ้าเพื่อทำให้ร่างกายอบอุ่น พร้อมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมเพื่อความสุสบายนมากขึ้น
4. สอบถามอาการชา ปวดเส้นเลือดบริเวณที่ได้รับยาเคมีบำบัด ดูแลประคบอุ่น และเปลี่ยนให้เมื่อคลายอุ่น 15 - 20 นาที ทุก 1-2 ชม. หรือ เจือจางยา หรือ เปลี่ยนตำแหน่งเส้นเลือดเพื่อบรรเทาอาการชา ปวด
5. แนะนำให้หลีกเลี่ยงการรับประทานหรือดื่มเครื่องดื่มที่เย็น โดยเฉพาะช่วงระหว่างให้ยาเคมีบำบัดและหลังให้ยาเคมีบำบัด 1 - 2 วันแรก

ประเมินผล

ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น สามารถนอนหลับได้ขณะได้รับยาเคมีบำบัด หลังจากให้การพยาบาล อาการชาและปวดลดลง (pain score < 1 - 2 คะแนน) สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนอยู่ในเกณฑ์ปกติคือ 100 % สามารถกลับบ้านได้

ผลงานวิจัยการพยาบาลของโรงพยาบาลเลิดสิน

ระยะหลังให้ยาเคมีบำบัดและวางแผนต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 : มีโอกาสเกิดภาวะไขกระดูกถูกกดหลังรับยาเคมีบำบัดไปแล้ว 1-2 สัปดาห์

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัด oxaliplatin

เป้าหมายการพยาบาล

ผล เลือด CBC อยู่ในเกณฑ์ปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

ผล เลือด CBC อยู่ในเกณฑ์ปกติ Hb \geq 11gm/dL , Platelet \geq 100,000 cell/dL, ANC \geq 1500 cell/mm³

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำการปฏิบัติตัวให้รับประทานอาหารให้พลังงานและโปรตีนเพียงพอ เช่น เนื้อสัตว์ นม ไข่ขาว ตับ เป็นต้น
2. นอนพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง และควรรหาเวลาพักผ่อนนาน 30-60 นาที ในช่วงกลางวัน
3. ออกกำลังกายเบาๆ ใช้เวลาไม่นานมากช่วงสั้นๆ แต่สามารถทำได้บ่อยครั้ง ไม่ควรทำงานหนัก หรือออกแรงมากเกินไป
4. แนะนำคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด ในการช่วยทำกิจกรรมบางอย่างที่ต้องออกแรงมากๆ
5. ถ้ามีอาการซีด จะรู้สึกหนาวง่าย ถ้าซีดมากๆ แพทย์อาจพิจารณาให้เลือดหรือยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง โดยแพทย์จะพิจารณาให้ผู้ป่วยเป็นรายๆไป ตามความเหมาะสม
6. ติดตามผลเลือด CBC ในการนัดครั้งถัดไป

ประเมินผล

ผลการตรวจเลือดในการนัดครั้งถัดไปปกติทุกครั้ง ผล เลือด CBC พบ Hb 5.4- 9.6 gm/dL , platelet 210,000 – 390,000 cell/dL, ANC 1,860 – 5,600 cell/mm³ สามารถให้ยาเคมีบำบัดได้ตามนัดทุกครั้ง

โรงพยาบาลเลิดสิน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 : มีโอกาสเกิดการติดเชื้อจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Neutropenia) ในช่วง 7-14 วัน หลังให้ยาเคมีบำบัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัด oxaliplatin

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ ไม่มีไข้ T.36.0 - 37.5 องศาเซลเซียส

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำผู้ป่วยไม่ควรไปในที่ชุมชนแออัด เช่น ศูนย์การค้า ตลาดนัด โรงภาพยนตร์
2. หลีกเลี่ยงให้ห่างจากคนที่เป็นโรคติดต่อ เช่น หวัด ไข้หวัดใหญ่ หัด
3. จัดสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้สะอาดปลอดโปร่ง ไม่มีสัตว์เลี้ยงที่เป็นพาหะของเชื้อโรคอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย
4. ใส่ผ้าปิดปากปิดจมูกอยู่เสมอ
5. ล้างมือทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร และภายหลังจากเข้าห้องน้ำทุกครั้ง
6. รับประทานอาหารปรุงสุกทั้งหมด สะอาด งดผักผลไม้สด
7. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการติดเชื้อ ประกอบด้วยมีไข้สูง หนาวสั่น เจ็บคอ ไอมาก ท้องเสีย ผื่นหนังมีการอักเสบวมแดง เป็นตุ่ม ควรรีบมาพบแพทย์ ไม่ควรซื้อยากินเอง

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อก่อนถึงวันนัด อุณหภูมิ 36.4 - 37 องศาเซลเซียส

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 : ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกง่ายจากเกร็ดเลือดต่ำหลังได้รับเคมีบำบัด

เกณฑ์การประเมินผล

- ผลเลือด CBC Platelet $\geq 100,000$ cell/dL, ANC ≥ 1500 cell/mm³
- ไม่มีเลือดออกผิดปกติที่อวัยวะใด

กิจกรรมการพยาบาล

1. หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่อาจทำให้ร่างกายกระทบกระเทือน หรือหกล้ม
2. แปรงฟันด้วยแปรงขนอ่อนนุ่ม ไม่ใช่เส้นด้ายทำความสะอาดซอกฟัน เพราะอาจบาดเหงือกได้
3. ระมัดระวังเวลาจับของมีคม ควรสวมถุงมือเวลาทำงานในสวน สนามหญ้า และล้างจาน
4. ล้างน้ำมูกเบาๆ ถ้ามีเลือดกำเดาออกให้อยู่ในท่านั่ง บีบจมูก
5. ถ้ามีอาการไอ ควรปรึกษาแพทย์เพื่อรับยาแก้ไอ เพราะการไอหรือจามแรงๆ อาจเป็นสาเหตุให้เลือดออกได้
6. ก่อนใช้ยารักษาโรคทุกครั้ง ควรปรึกษาแพทย์ เภสัชกร เพราะยาบางชนิดอาจทำให้เลือดแข็งตัวช้า ควรหลีกเลี่ยงยาแอสไพริน
7. ห้ามฉีดยาเข้าทางกล้ามเนื้อ
8. แพทย์อาจพิจารณาให้เกล็ดเลือด ในกรณีที่เกล็ดเลือดต่ำและเสี่ยงต่อการมีเลือดออกง่าย

ประเมินผล

ผลการตรวจเลือดในการนับครั้งถัดไปปกติทุกครั้ง CBC Platelet $\geq 100,000$ cell/dL, ANC ≥ 1500 cell/mm³ ไม่มีเลือดออกผิดปกติที่อวัยวะใดในร่างกายค่า Platelet = 210,000 – 390,000 cell/dL, ANC = 1,860 – 5,600 cell/mm³

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 : ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังรับเคมีบำบัดไปแล้ว 2-3 วัน

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- เพื่อลดอาการคลื่นไส้อาเจียน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้คำแนะนำเรื่องของการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคและยาเคมีบำบัดมีผลข้างเคียง ไม่กระตุ้นให้มีอาการคลื่นไส้อาเจียนเช่น

- ลองรับประทานอาหารรสชาติเปรี้ยวๆ หรือขนมปังกรอบเวลาารู้สึกคลื่นไส้
- ควรรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย หลีกเลี่ยงรับประทานอาหารรสจัด รสหวาน อาหารกลิ่นฉุน และทอด
- แพทย์อาจสั่งยาแก้คลื่นไส้อาเจียน ให้รับประทานก่อนรับยาเคมีบำบัด 1/2 - 1 ชั่วโมง หรือก่อนมื้ออาหาร ถ้ามีอาการมากจนทนไม่ได้ให้ปรึกษาแพทย์

2. ติดตามอาการหลังรับยาเคมีบำบัดไปแล้วโดยมีช่องทางติดต่อกลับ

3. ประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนรับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไป

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียน 2-3 วันหลังรับยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้าไป และสามารถรับประทานอาหารได้เพียงพอ รับประทานอาหารเสริมทางการแพทย์ได้วันละ 2 แก้ว อ่อนเพลียเล็กน้อย น้ำหนักลดลง 1 กิโลกรัมช่วงแรก แต่พอเริ่มปรับตัวได้ ครั้งต่อๆมาก็น้ำหนักกลับมาเท่าเดิม 49 -51 กิโลกรัม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 : ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (mucositis) หลังได้รับยาเคมีบำบัด 7-14 วัน

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยไม่มีภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ grade 0

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพช่องปากโดยใช้ the World Health Organization's (WHO) Oral Toxicity Scale

2. ให้คำแนะนำการดูแลช่องปาก

- หากเจ็บหรือแสบร้อนในปากควรเปลี่ยนแปลงสีฟันเป็นชนิดขนนุ่มและบ้วนปากบ่อยๆ ด้วยน้ำเกลือหรือน้ำสะอาด เพื่อช่วยรักษาความสะอาด ลดโอกาสการติดเชื้อ
- ห้ามใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีแอลกอฮอล์เพราะจะยิ่งระคายเคือง
- รับประทานอาหารที่รสไม่จัดเพื่อลดการระคายเคือง

3. ติดตามอาการเปลี่ยนแปลง ถ้าพบมีอาการที่รุนแรงมากขึ้น ให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาเลื่อนยาเคมีบำบัดและให้ยารักษาการอักเสบในช่องปาก

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีภาวะ oral mucositis เกิดขึ้น คือ ตรวจดูภายในช่องปากปกติ ไม่มีแผล ไม่มีตุ่ม สามารถรับประทานอาหารได้ ไม่เจ็บ กลืนน้ำได้ = oral mucositis grade 0

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 : ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการปลายประสาทอักเสบ (peripheral neuropathy) เนื่องจากผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการแสดงถึงภาวะปลายประสาทอักเสบ เช่น ชาตามมือเท้า เสียวแปลบเหมือนถูกไฟช็อต ไม่มีอาการอ่อนแรงเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ไม่มีอุบัติเหตุเกิดขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการโดยสอบถามผู้ป่วยเรื่องอาการชา หรือรู้สึกคล้ายเข็มทิ่มแทงที่เท้าหรือมือหรือไม่ ถ้าไม่

มี ไม่ต้องประเมินต่อถ้ามีอาการ ประเมินผู้ป่วยต่อด้วย 3 คำถามคือ

- 1.1) มีปวดแสบร้อน(burning) ปวดแปลบคล้ายเข็มทิ่มหรือไม่
- 1.2) มีอาการชาหรือรู้สึกคล้ายเข็มทิ่มที่นิ้วมือหรือแขนหรือไม่ และ
- 1.3) อาการชาหรือรู้สึกคล้ายเข็มทิ่มที่เท้าหรือขาหรือไม่

2. ประเมินระดับ peripheral sensory neuropathy โดย WHO แบ่งเป็น 4 ระดับได้แก่

grade 0 ไม่มีอาการ

grade 1 มีอาการชา รู้สึกเหมือนโดนของแหลมทิ่มและ/หรือ deep tendon reflex ลดลง

grade 2 มีอาการชา รู้สึกเหมือนโดนของแหลมทิ่ม แสบร้อน ปวดรุนแรง และ/หรือ มี Light muscle weakness

grade 3 มีอาการปวด ชารุนแรงจนไม่สามารถทนได้ และ/หรือ มี marked weakness

grade 4 อัมพาต

3. ให้คำแนะนำดื่มน้ำเย็นจัด น้ำแข็ง ไอศกรีม หรือของอ่อนจัด ของร้อน ให้ดื่มน้ำอุณหภูมิปกติ หลีกเลี่ยงอากาศเย็นหรือเครื่องปรับอากาศที่ตั้งอุณหภูมิต่ำ แนะนำให้สังเกตอาการชา ปวด ตะคริว เจ็บ แผลบและกล้ามเนื้ออ่อนแรง เพื่อรายงานแพทย์ในการนัดครั้งต่อไป

ประเมินผล

ผู้ป่วยมีอาการชาตามปลายมือตามเท้า มีเหน็บชาบ้างนานๆครั้ง ไม่เป็นตะคริว มีอาการเจ็บ แผลบนานๆครั้ง และไม่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ประเมินระดับ peripheral sensory neuropathy grade 1 ไม่มีอุบัติเหตุเกิดขึ้น สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 : ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดเลือดออกง่ายกว่าปกติจากผลข้างเคียงของยามุ่งเป้า bevacizumab

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับยามุ่งเป้า bevacizumab

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะเลือดออกง่ายกว่าปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถบอกการสังเกตอาการผิดปกติได้ถูกต้อง
2. ผู้ป่วยและญาติสามารถอธิบายวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน
3. ไม่พบอาการเลือดออกผิดปกติของอวัยวะใดๆ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้คำแนะนำ ดังนี้

- ควรหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหรือมีเลือดออกเพิ่มขึ้น
- ควรแปรงฟันหรือใช้มีดโกนด้วยความระมัดระวัง เพื่อลดโอกาสเกิดเลือดออกตามไรฟันหรือผิวหนัง ในกรณีที่มีเลือดไหลไม่หยุดหรือมีเลือดออกภายในร่างกาย ควรไปพบแพทย์ทันที
- หลีกเลี่ยงการขบชี่ยานพาหนะหรือทำกิจกรรมที่ต้องอาศัยการตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา เนื่องจากตัวยาอาจทำให้ง่วงนอนหรือหมดสติได้

- สังเกตอาการข้างเคียง เช่น มีอาการบวมแดงบริเวณผิวหนังที่ฉีด เลือดกำเดาไหล ถ่ายเป็นเลือด อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ปวดหลัง หรือมีปัญหาในการนอนหลับ ซึ่งหากมีอาการแย่งหรือไม่หายไป ผู้ป่วยควรไปพบแพทย์

- สังเกตอาการปวดศีรษะรุนแรง มองเห็นเป็นภาพเบลอ หรือซีพจรเต้นแรงตบ ๆ บริเวณคอหรือใบหูเพราะอาจมีระดับความดันโลหิตสูงขึ้น

2. ซักถามประวัติทางสุขภาพหรือมีอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเมื่อไม่นานมานี้ เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ภาวะหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ลิ่มเลือด โรคเลือดหรือการแข็งตัวของเลือด โรคเบาหวาน โรคไต มีเลือดออกในกระเพาะอาหารหรือลำไส้ หลอดอาหาร กระเพาะอาหารหรือลำไส้ทะลุ ไอเป็นเลือด มะเร็งที่แพร่กระจายไปสู่อวัยวะส่วนอื่น ๆ หรือเคยรักษาด้วยรังสีรักษา (radiotherapy) บริเวณหน้าอกหรือกระดูกเชิงกรานด้านซ้าย เพราะอาจเกิดมีเลือดออกง่ายได้โดยไม่คาดคิด

3. สอบถามอาการเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนเลือดออกง่ายให้ละเอียดทุกครั้งที่มาพบแพทย์ในการให้ยาครั้งถัดไป

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีภาวะเลือดออกผิดปกติที่อวัยวะส่วนใดเพิ่มขึ้น มีถ่ายอุจจาระเป็นเลือดปนเดิม ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ 120/70 - 136/72 มิลลิเมตรปรอท สามารถอธิบายวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันอาการอาการผิดปกติจากเลือดออกง่ายได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 : ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังรับเคมีบำบัดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยไม่เคยรับยาเคมีบำบัดมาก่อน / ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นครั้งแรก
2. มีสีหน้าวิตกกังวล เกี่ยวกับความปลอดภัยหลังจากการให้ยาเคมีบำบัด

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยสามารถนำคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดไปปฏิบัติได้

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยบอกมีความวิตกกังวลลดลง มีสีหน้าสดชื่นขึ้น
2. ผู้ป่วยตอบข้อแนะนำได้ร้อยละ 80 ยอมรับปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และแผนการรักษา

2. สอน แนะนำญาติ ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ภาวะเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อน การรักษา พยาบาล เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย ให้สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่จะเกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง

3. ให้คำแนะนำและจำหน่ายโดยอาศัยหลักการ D – METHOD model ดังนี้

D: Diagnosis การวินิจฉัยโรค ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพของโรค การรักษาด้วยยา เคมีบำบัดและยามุ่งเป้าที่ได้รับ การมาตรวจตามนัดที่จะต้องมีการเจาะเลือดทุกครั้ง การดูแลต่อเนื่อง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

M: Medication รายละเอียดเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับนำกลับบ้าน จะต้องระบุชื่อยา ขนาด และกำหนดเวลารับประทาน การสังเกตอาการข้างเคียงของยา อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ผู้ป่วยต้องได้รับยาครบตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่ควรหยุดยาเอง

E: Environment Assist Device การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ด้านล่างของบ้าน เพื่อความสะดวกในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จัดพื้นที่ส่วนตัวในการจัดการดูแลทวารเทียม ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมให้คนอื่นเห็น การให้คำแนะนำหรือความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมกับภาวะสุขภาพ เช่น หลีกเลี่ยงอยู่ในที่ชุมชนแออัด ตลาด โรงภาพยนตร์ หรือหลีกเลี่ยงบุคคลที่ป่วยติดเชื้อ เป็นต้น

T: Treatment เป็นวิธีการปฏิบัติเพื่อการรักษาพยาบาลตนเอง เช่น สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ได้แก่ มีไข้ มีอาการแสดงของการติดเชื้อเช่น ไอ เหนื่อย ท้องเสีย เป็นต้น การมีเลือดออกผิดปกติ คลื่นไส้อาเจียนจนทนไม่ไหว เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับยา capecitabine จะทำให้เม็ดเลือดขาวต่ำหลังจากได้รับยา ทำให้ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต่ำ มีไข้เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย และอธิบายถึงความสำคัญของการมาพบแพทย์ตามนัด

H: Health Education การให้คำแนะนำและการให้ความรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นแนวทางปฏิบัติที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัว และปรับตัวได้เหมาะสม โดยให้ญาติผู้ป่วยทราบข้อจำกัดและข้อห้ามต่างๆ เช่น การดูแลตนเองเรื่องการหลีกเลี่ยงของเย็น งดน้ำเย็น งดน้ำแข็ง การทำให้ร่างกายอบอุ่น เป็นต้น

O: Outpatient referral แนะนำสถานที่ บุคคล หน่วยงานที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วย หลังออกจากโรงพยาบาล การให้คำแนะนำความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับความสำคัญการมาตรวจตามนัดเพื่อรับยาเคมีบำบัด ทุก 3 สัปดาห์ การติดตามผลการรักษา แนะนำเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน เช่น มีไข้สูงมากกว่า 38 องศาเซลเซียส หรือมีไข้หนาวสั่น ท้องเสียมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน เป็นต้น สำหรับความช่วยเหลือฉุกเฉินที่ติดต่อได้

D: Diet การดูแลในเรื่องโภชนาการที่เหมาะสมกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น เช่น รับประทานอาหารที่มีพลังงานและโปรตีนสูง งดผักผลไม้สดเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารเสริมสมุนไพร ยาลูกกลอน เพราะอาจจะมีผลต่อการทำงานของตับและไต

ประเมินผล

ผู้ป่วยบอกเข้าใจดีมากขึ้นตามคำแนะนำ วิดกกังวลลดลง สีหน้าสดชื่นขึ้น ตอบคำถามและข้อแนะนำได้ร้อยละ 80 บอกว่าสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ญาติบอกว่าสามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามคำแนะนำ



กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 5 สรุปกรณีศึกษา

เริ่มการศึกษาผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับการรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า ที่หน่วยเคมีบำบัดโรงพยาบาลเลิดสิน ผู้ป่วยชายไทย อายุ 64 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ การศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 3 สถานภาพสมรส อาชีพค้าขาย ECOG 0 สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าโรงพยาบาลเลิดสิน วันที่รับไว้ในการดูแล วันที่ 9 ธันวาคม 2565 ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 1 ปีก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดท้องใต้ลิ้นปี่ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายเวลาทำกิจกรรม ซึ้อยารับประทานเองมาตลอด 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล (16 กันยายน 2565) มาด้วยอาการถ่ายอุจจาระสีดำ บางครั้งเป็นเลือดสด วันละ 1 – 2 ครั้ง แพทย์นัดทำ colonoscopy (ได้ทำ 20 กันยายน 2565) พบก้อนเนื้อบริเวณ upper rectal ตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ผลพบเป็น adenocarcinoma ขนาดตั้งแต่ 0.3x0.3x0.3 ซม. ถึง 0.5x0.3x0.2 ซม. แพทย์วินิจฉัยเป็น มะเร็งลำไส้ตรง CA rectum นัดทำ CT chest and whole abdomen เพื่อดูการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง ได้ทำ วันที่ 17 ตุลาคม 2565 ผลพบมี necrotic lymphadenopathy are noted in bilateral common iliac regions. The largest necrotic node in left common iliac region is measured about 3.4x3.7 cm. แพทย์วินิจฉัยเป็น มะเร็งทวารหนัก มีแนวโน้มเป็น T3N3M0 1 อาทิตย์ก่อนมาโรงพยาบาล ยังมีถ่ายอุจจาระสีดำอยู่ อ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนักลดลง 5 กิโลกรัมภายใน 1 เดือน ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ ปฏิเสธการแพ้ยา อาหารหรือสารเคมีทุกชนิด

แรกรับที่หน่วยเคมีบำบัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ ECOG 0 รูปร่างผอม หน้าตาวิตกกังวล ไม่สดชื่นนัก มากับภรรยา วันนี้เริ่มให้ยาเคมีบำบัดวันแรกคือ 9 ธันวาคม 2565 และให้ต่ออีก 7 cycle โดยเริ่มให้ยามุ่งเป้าร่วมกับยาเคมีบำบัดใน cycle ที่ 2 ให้ห่างกันทุก 3 สัปดาห์ รวมทั้งหมด 8 cycle สัญญาณชีพตั้งแต่เริ่มให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 1 - ครั้งที่ 8 ปกติ อุณหภูมิ 36.4 - 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 72-106 ครั้งต่อนาที, หายใจ 18- 20 ครั้งต่อนาที, ความดันโลหิต 120/70 - 136/72 มิลลิเมตรปรอท, น้ำหนัก 49 - 51 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 ซม. BMI 19.623 - 20.439 kg/m² , BSA 1.466 -1.51 m² ANC >1,500 cell/mm³ ทุกครั้ง ตรวจร่างกายสภาพร่างกายทั่วไปปกติ ผลการตรวจ clinical hematology พบมี Hct 31.2 - 36.3 % , Hb 5.4 - 9.6 g/dl , Platelets 210,000 - 390,000 cell /ul แพทย์พิจารณาให้ยาเคมีบำบัดสูตร cape/ox ใน Cycle ที่ 1 และเริ่มยามุ่งเป้า bevacizumab ใน Cycle ที่ 2 ได้รับยาเคมีบำบัด oxaliplatin 192 mgs และ capecitabine 500 mgs. 2-0-2 oral. pc # 2 สัปดาห์ bevacizumab 245 mgs ในระหว่างให้ยาเคมีบำบัดพบมีอาการปวด ชา บริเวณแขนข้างที่ให้ยาเคมีบำบัดเล็กน้อย pain score 3 คะแนน ได้รับการแก้ไขสามารถให้ยาเคมีบำบัดต่อได้จนครบ ไม่มีอาการแพ้ยา , ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน 2-3 วันหลังรับยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้าไป รับประทานอาหารได้เพียงพอ รับประทานอาหารเสริมทางการแพทย์ได้วันละ 2 แก้ว อ่อนเพลียเล็กน้อย น้ำหนักลดลง 1 กิโลกรัมช่วงแรก แต่พอเริ่มปรับตัวได้ ครั้งต่อๆ มาน้ำหนักก็กลับมาเท่าเดิม 49 -51 กิโลกรัม ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของการ

ติดเชื้อ เยื่อช่องปากอักเสบ อาการเลือดออกผิดปกติ ไม่มีอาการปลายประสาทอักเสบ ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดี ญาติช่วยดูแลผู้ป่วยได้ดีตามคำแนะนำ ได้รับยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้าครบ 8 ครั้งตามแผนการรักษาของแพทย์

ปัญหา/อุปสรรค/ข้อจำกัด และแนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/อุปสรรค/ข้อจำกัด

ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความเข้าใจ ถึงสาเหตุการเกิดโรค และการปฏิบัติตัวก่อนมาให้ยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้าในแต่ละครั้ง ภรรยาบอกว่าผู้ป่วยมักจะนอนไม่ค่อยหลับคืนก่อนมาโรงพยาบาลเกือบทุกครั้ง

แนวทางการแก้ไขปัญหา

พูดคุยเพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจ ถึงสาเหตุการเกิดโรคและค้นหาสาเหตุที่แท้จริง โดยอธิบาย สาเหตุการค้นหาค้นหาสาเหตุที่แท้จริง พูดคุยให้กำลังใจเสมอ และอธิบายถึงการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย การใช้ชีวิตประจำวัน การจำเป็นของการพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอก่อนมารับยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า การเลือกรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ นม และการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับ ยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจมากขึ้น และปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดี ภรรยาและบุตรมีระดับความวิตกกังวลลดลง

วิเคราะห์และข้อเสนอแนะ

วิเคราะห์กรณีศึกษา

โรคมะเร็งลำไส้ตรงในปัจจุบันมีแนวทางการคัดกรองที่รวดเร็วมีประสิทธิภาพ สามารถที่จะนำผู้ป่วยในระยะเริ่มต้นรักษาด้วยการผ่าตัด และให้ยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้าเพื่อให้หายขาดได้ เมื่อผู้ป่วยต้องรักษาด้วยวิธีการให้ยาเคมีบำบัด ส่งผลทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาที่ต้องใช้การรักษาหลายแบบ และใช้ระยะเวลาในการรักษา ผู้ป่วยและครอบครัวมักตกใจ รู้สึกสับสน มีความวิตกกังวล เครียด ส่งผลกระทบกับชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและอารมณ์ รวมถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น เนื่องจากต้องใช้การรักษาหลายวิธีการร่วมกันและจะต้องมีการเตรียมผู้ป่วยที่ดี มีประสิทธิภาพในการเข้ารับการรักษา เพื่อประสิทธิผลการรักษา พยาบาลผู้รับผิดชอบหลักในการดูแล ต้องมีความสามารถขั้นสูงในการดูแลให้ครบองค์รวม จะต้องมีเครือข่ายการประสานงานที่สามารถสื่อสารการส่งต่อให้เข้าใจตรงกัน มีความรอบรู้ มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ตรง ที่รับการรักษาด้วยแผนการรักษาที่ทันสมัยให้มีคุณภาพ มีกระบวนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่ดีอันเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยสูงสุด

ข้อเสนอแนะ

จากผู้ป่วยกรณีศึกษา เมื่อแพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ตรง และก้อนมะเร็งนั้นมีขนาดใหญ่และอยู่ในระยะแพร่กระจาย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา

เนื่องจากการขาดความรู้ การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง รวมทั้งกลัวการเสียชีวิตจากโรคและจากการรักษา ประกอบกับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า นั้น อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์ ดังนั้นการประเมินและเตรียมความพร้อม ก่อนและหลังให้ยาเคมีบำบัด จึงมีความจำเป็นต้องวางแผนเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในดูแลรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ ด้วยเหตุนี้ในการให้ยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรง ที่ได้ดำเนินการดูแลรักษาจนเกิดผลลัพธ์ที่ดี ในการดูแลผู้ป่วยมีดังนี้

1. ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งมะเร็งลำไส้ตรง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่สามารถให้การดูแลที่ครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ ตลอดจนครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา การฟื้นฟูและการส่งต่อข้อมูลทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน
2. จัดทำคู่มือคำแนะนำการปฏิบัติตัวผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรง ในระยะก่อน ระหว่าง และหลังได้รับยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า
3. จัดทำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยให้ยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า ในระยะก่อน ระหว่างและหลังให้ ยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า
4. จัดทำแผนภาพประกอบการสอน วีดีโอสาธิต การเตรียมตัวก่อนให้ยาเคมีบำบัด
5. การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนกลับบ้าน การจัดการกับความเหนื่อยล้า เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามถึงข้อกังวลต่าง ๆ เน้นย้ำถึงความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่อง การมาตรวจตามนัด รวมถึงการจัดกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเดียวกัน เกิดกำลังใจในการที่จะรักษาอย่างต่อเนื่อง
6. เน้นให้ญาติผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษา เนื่องจากญาติเป็นผู้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย เป็นกำลังใจหลักที่สำคัญ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งและมีกำลังใจในการรักษา
7. หลังเสร็จสิ้นการรักษาในแต่ละครั้ง ควรมีการประเมินคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อติดตามความก้าวหน้าของการรักษาและนำมาพัฒนาการดูแลและให้การพยาบาลต่อไป
8. การเตรียมความพร้อม การยอมรับการสูญเสีย และการดูแลแบบประคับประคอง อย่างต่อเนื่อง

โอกาสพัฒนา

1. การพยาบาลก่อนและหลังให้ยาเคมีบำบัด สร้างทีมพยาบาลและทีมประสานงาน ที่เข้ามาช่วยในการดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน เช่น การเตรียมแพทย์ประจำบ้านในการเตรียมผู้ป่วย การรายงานอาการผิดปกติ ร่วมกับการให้การรักษาอย่างทันท่วงที ในสถานพยาบาลใกล้บ้าน
2. การเพิ่มช่องทางการให้ความรู้และสอนการสังเกตอาการด้วยตนเอง นอกจากการนำเสนอทางเอกสาร แผ่นพับ อาจรวมถึงใช้สื่อต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงข้อมูลได้มากขึ้น

บรรณานุกรม

จาริณญ์ จินดาประเสริฐ. (2562). การรักษามะเร็งด้วยยามุ่งเป้า. มะเร็งวิทยาพื้นฐาน. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา. 91-106.

จันทิมา แจ่มจำรัส, พรณภา เพ็ชรมาก. (2560). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด capecitabine. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. (2567). การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง. applications BSE 1 มกราคม 2567

นงนภัทร รุ่งเนย. (2560). การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก.

ปิยาภรณ์ อินทผลัญ, กนกวรรณ สุวรรณปฏิกรณ์. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด.

วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพ [อินเทอร์เน็ต]. ก.ค.-ธ.ค.2563 [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.ย.2566]; 13(2): 98-113 . เข้าถึงได้จาก [ruchjira1234,+fSuserGroup},+9.pdf](#)

พรศิริ พันธสี. (2565). กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก (พิมพ์ครั้งที่ 27). กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร.

พาริตา อิบราฮิม. (2546). ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล :บริษัท สามเจริญพาณิชย์

รัชนก คชไกร และเวหาเกษมสุข (บรรณาธิการ). (2562). การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส.

ศุภกร วงศ์ทัตญญ.(2565). ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเรียม [เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์].คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี, มหาวิทยาลัยมหิดล

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง [อินเทอร์เน็ต]. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โฆสิต การพิมพ์จำกัด; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 13 ก.ย.2566]. เข้าถึงได้จาก:

[CPG Colon \(020266- final\).pdf](#)

สุขภาพ มะเร็งอัส และภคินี มงคลพันธุ์. (2019). การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งใน

โรงพยาบาลนครนายก. J Med Health Sci Vol.26 No.3 December 2019

อภิญา คมปราชญ์และคณะ. (2560). อาการและการจัดการและผลลัพธ์การจัดการอาการของผู้ป่วย

มะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- As published in Am. J. Clin. Oncol.: Oken, M.M., Creech, R.H., Tormey, D.C., Horton, J., Davis, T.E., McFadden, E.T., Carbone, P.P.: Toxicity and Response Criteria of The Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol 5:649-655, 1982.
- Blagden SP, Charman SC, Sharples LD, et al. Performance status score: do patients and their oncologists agree. Br J Cancer 2003 Sep 15; 89(6): 1022-7.
- Elaine M. Keohane. (2019). Rodak's Hematology: Clinical Principles and Applications. (6th Ed), Saunders Press.
- Estes, M. E. Z. (2014). Health assessment and physical examination. Cengage Learning.
- Gordon, M. (1994). Nursing diagnosis: Process and Application. New York: McGraw-Hill. Jensen, S. (2019). Nursing health assessment: a best practice approach. Edition 3. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน



กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ECOG performance status
Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)

ECOG	Description
0	Fully active, able to carry on all pre-disease performance without restriction.
1	Restricted in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out work of a light or sedentary nature, e.g., light house work, office work.
2	Ambulatory and capable of all selfcare but unable to carry out any work activities. Up and about more than 50% of waking hours.
3	Capable of only limited selfcare, confined to bed or chair more than 50% of waking hours.
4	Completely disabled. Cannot carry on selfcare. Totally confined to bed or chair

คำอธิบาย

เกณฑ์คะแนนการประเมินสมรรถภาพการทำกิจวัตรประจำวัน (Performance status) (lymphoma guideline 2022)

ECOG grade	สมรรถภาพที่ทำได้
0	สามารถทำกิจกรรมต่างๆ เท่าก่อนป่วยโดยไม่มีข้อจำกัด
1	ไม่สามารถทำกิจกรรมที่ออกแรงมาก แต่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น งานบ้าน งานในที่ทำงาน
2	เดินไปมาได้ สามารถดูแลช่วยเหลือตัวเอง แต่ไม่สามารถทำงาน อยู่บนเตียงน้อย
3	กว่าร้อยละ 50 ของเวลาที่ตื่น ดูแลช่วยเหลือตัวเองในขีดจำกัด ต้องอยู่บนเตียงมากกว่าร้อยละ 50 ของเวลาที่ตื่น
4	ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย อยู่บนเตียงตลอดเวลา

ผู้ป่วยมะเร็งที่มีสถานะทางกาย (ECOG performance) 0-1 มีแนวโน้มที่จะสัมพันธ์ไปในทางเดียวกันกับคุณภาพชีวิตที่ดีทางด้านร่างกายและคุณภาพชีวิตโดยรวม

แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS)

เป็นแบบสอบถามที่ได้พัฒนาขึ้น เพื่อใช้เป็นแบบคัดกรองอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยคำถามจะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม เป็นคำถามถึงอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า แบบสอบถามชุดนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยให้ผู้ดูแลรักษาท่าน เข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของท่านในขณะที่เจ็บป่วยได้ดีขึ้น กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อ และทำเครื่องหมายถูก ในช่องคำตอบที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่าน ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มากที่สุด และกรุณาตอบทุกข้อ

1. ฉันรู้สึกตึงเครียด		4. ฉันสามารถหัวเราะและมีอารมณ์ขันในเรื่องต่างๆได้	
() เป็นส่วนใหญ่	3	() เหมือนเดิม	0
() บ่อยครั้ง	2	() ไม่มากนัก	1
() เป็นบางครั้ง	1	() มีน้อย	2
() ไม่เป็นเลย	0	() ไม่มีเลย	3
2. ฉันรู้สึกเปลือยใจกับสิ่งต่างๆ ที่ฉันเคยชอบได้		5. ฉันมีความคิดวิตกกังวล	
() เหมือนเดิม	0	() เป็นส่วนใหญ่	3
() ไม่มากเท่าแต่ก่อน	1	() บ่อยครั้ง	2
() มีเพียงเล็กน้อย	2	() เป็นบางครั้ง แต่ไม่บ่อย	1
() เกือบไม่มีเลย	3	() นานๆครั้ง	0
3. ฉันมีความรู้สึกกลัว คล้ายกับว่ากำลังจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้น		6. ฉันรู้สึกแจ่มใสเบิกบาน	
() มี และค่อนข้างรุนแรงด้วย	3	() ไม่มีเลย	3
() มี แต่ไม่มากนัก	2	() ไม่บ่อยนัก	2
() มีเพียงเล็กน้อย และไม่ทำให้กังวลใจ	1	() เป็นบางครั้ง	1
() ไม่มีเลย	0	() เป็นส่วนใหญ่	0

7. ฉันสามารถทำตามสบาย และ รู้สึกผ่อนคลาย
- () ได้ดีมาก 0 () เป็นมากที่สุด 3
- () ได้โดยทั่วไป 1 () ค่อนข้างมาก 2
- () ไม่บ่อยนัก 2 () ไม่มากนัก 1
- () ไม่ได้เลย 3 () ไม่เป็นเลย 0
8. ฉันรู้สึกว่าตัวเองคิดอะไร ทำอะไร เชื่องช้าลงกว่าเดิม
- () เกือบตลอดเวลา 3 () มากเท่าที่เคยเป็น 0
- () บ่อยมาก 2 () ค่อนข้างน้อยกว่าที่เคยเป็น 1
- () เป็นบางครั้ง 1 () น้อยกว่าที่เคยเป็น 2
- () ไม่เป็นเลย 0 () เกือบจะไม่มีเลย 3
9. ฉันรู้สึกไม่สบายใจ จนทำให้ ปั่นป่วนในท้อง
- () ไม่เป็นเลย 0 () บ่อยมาก 3
- () เป็นบางครั้ง 1 () ค่อนข้างบ่อย 2
- () ค่อนข้างบ่อย 2 () ไม่บ่อยนัก 1
- () บ่อยมาก 3 () ไม่มีเลย 0
10. ฉันปล่อยเนื้อปล่อยตัว ไม่สนใจ ตนเอง
11. ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย เหมือนกับจะอยู่นิ่งๆ ไม่ได้
- () เป็นมากที่สุด 3
- () ค่อนข้างมาก 2
- () ไม่มากนัก 1
- () ไม่เป็นเลย 0
12. ฉันมองสิ่งต่างๆ ในอนาคต ด้วย ความเบิกบานใจ
- () มากเท่าที่เคยเป็น 0
- () ค่อนข้างน้อยกว่าที่เคยเป็น 1
- () น้อยกว่าที่เคยเป็น 2
- () เกือบจะไม่มีเลย 3
13. ฉันรู้สึกพวพหรือตกใจขึ้นมา อย่างกระทันหัน
- () บ่อยมาก 3
- () ค่อนข้างบ่อย 2
- () ไม่บ่อยนัก 1
- () ไม่มีเลย 0
14. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินไปกับการ อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือดู โทรทัศน์ หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่เคย เพลิดเพลินได้

() ไข้	3	() เป็นส่วนใหญ่	0
() ไม่ค่อยใส่ใจเท่าที่ควร	2	() เป็นบางครั้ง	1
() ใส่ใจน้อยกว่าแต่ก่อน	1	() ไม่บ่อยนัก	2
() ยังใส่ใจตนเองเหมือนเดิม	0	() น้อยมาก	3

การคิดคะแนน

สำหรับอาการวิตกกังวล คิดคะแนนข้อที่ทั้งหมด (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) รวมกัน
สำหรับอาการซึมเศร้า คิดคะแนนข้อคู่ทั้งหมด (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14) รวมกัน
ผู้ป่วยที่มีคะแนนรวมของกลุ่มอาการใดเกินกว่า 11 แสดงว่าอาจมีความผิดปกติทางจิตเวชในกลุ่มอาการนั้น

ที่มา : วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย
Journal of the Psychiatrist Association of Thailand

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน