

กรณีศึกษา: การจัดการอาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
ระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด

โดย

นางวาสนา รัตนะศรี
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล
ตำแหน่งเลขที่ ๓๑๙๙

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

งานการพยาบาลผู้ป่วยในศัลยกรรม

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ภารกิจด้านการพยาบาล

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน
โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์

คำนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและของประเทศไทย ข้อมูลองค์การอนามัยโลก รายงานว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายลำดับ 2 ของประชากรทั่วโลก และมีแนวโน้มสูงขึ้นในทุกประเทศ ก่อให้เกิดความสูญเสียและความทุกข์ทรมานเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้ายที่มีการลุกลามของโรคนั้นไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาจึงเป็นการรักษาตามอาการและการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้าย มักมีความทุกข์ทรมานจากสภาพการเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายต่างๆ เช่น ความเจ็บปวด หายใจลำบาก เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ก่อให้เกิดปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณตามมานับว่าเป็นวิกฤตที่สำคัญของชีวิต ซึ่งการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้ายไม่ได้มุ่งหวังให้ผู้ป่วยหายจากโรค แต่เป็นการเตรียมผู้ป่วยเพื่อการจากไปอย่างสงบ โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ที่กำลังเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต และให้การดูแลรักษาเพื่อบรรเทาอาการปวด

อาการปวดเป็นอาการทางคลินิกที่พบได้ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในทุกระยะความรุนแรงของโรค โดยสาเหตุของอาการปวดอาจเกิดจากการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง การได้รับการรักษาด้วยวิธีต่างๆ รวมถึงสาเหตุทางจิตใจที่ทำให้ผู้ป่วยทนต่อความปวดลดลงจากจิตใจที่เศร้าหมอง ซึมเศร้า หมดหวังในชีวิต วิตกกังวลถึงความเจ็บป่วยของตนเอง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มีผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายลดลง พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจึงต้องมีความรู้และทักษะ ในการบูรณาการศาสตร์ทางการแพทย์และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนการพยาบาลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ที่ถูกต้องเหมาะสม ผู้ศึกษาตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าว จึงได้จัดทำเอกสารวิชาการฉบับนี้ขึ้น โดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา วิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการอาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด แก่บุคลากรทางการแพทย์และผู้สนใจ

โรงพยาบาลเลิดสิน

นางวาสนา รัตนะศรี

มกราคม ๒๕๖๘

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญภาพ	ค
สารบัญตาราง	ง
บทที่ 1 บทนำ	1
ความสำคัญและความเป็นมา	1
วัตถุประสงค์	2
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
บทที่ 2 ทฤษฎี	4
กายวิภาคและสรีรวิทยาของเต้านม	4
โรคมะเร็งเต้านม	5
พยาธิกำเนิดของโรคมะเร็งเต้านม	6
อาการและอาการแสดง	10
การวินิจฉัยโรค	14
การแบ่งระยะของโรค	15
การรักษา มะเร็งเต้านม	18
การผ่าตัด	18
ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม	19
การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด	21
การรักษาทางรังสี	22
มะเร็งระยะแพร่กระจาย	23
การจัดการอาการปวดจากโรคมะเร็ง	30
บทที่ 3 การพยาบาล และทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา	37
บทที่ 4 กรณีศึกษา	53
การประเมินภาวะสุขภาพ	54
การตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา	58
พยาธิสภาพจากทฤษฎีเปรียบเทียบกับกรณีศึกษา	65
สรุปภาวะผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มศึกษาจนปัจจุบัน	72
วินิจฉัยทางการพยาบาล	77
บทที่ 5 สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ	102
บรรณานุกรม	110
ภาคผนวก	112

ผลงานวิจัยการพยาบาลของโรงพยาบาลเลิดสิน

สารบัญภาพ

	หน้า
รูปที่ 1 Anatomy of female breast	4
รูปที่ 2 แสดงความผิดปกติของเต้านม	11
รูปที่ 3 แสดงระยะที่ 1 ของมะเร็งเต้านม	11
รูปที่ 4 แสดงระยะที่ 2 ของมะเร็งเต้านม	12
รูปที่ 5 แสดงระยะที่ 3A ของมะเร็งเต้านม	12
รูปที่ 6 แสดงระยะที่ 3B ของมะเร็งเต้านม	13
รูปที่ 7 แสดงระยะที่ 3C ของมะเร็งเต้านม	13
รูปที่ 8 แสดงระยะที่ 4 ของมะเร็งเต้านม	14
รูปที่ 9 แสดงบทบาทของ Tumor-associated macrophages (TAMs) ในการพัฒนาและการแพร่กระจายของมะเร็ง	28
รูปที่ 10 Breast Cancer Metastases-Bone	29
รูปที่ 11 การประเมินระดับความปวด	34

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 การแบ่งระยะของโรคมะเร็งเต้านมตามระบบ TMN	15
ตารางที่ 2 อัตรารอดชีพ 5 ปี ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่	17



กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นโรคร้ายแรงในสตรีจำนวนมากทั่วโลกอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเต้านมพบมากเป็นอันดับ 1 ของมะเร็งในประเทศสหรัฐอเมริกาและแนวโน้มอุบัติการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ยังมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยประเทศสหรัฐอเมริกามีผู้เสียชีวิตด้วยมะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งปอด (American Cancer Society, 2024) และประเทศไทยพบว่าโรคมะเร็งเต้านมอุบัติการณ์เป็นอันดับหนึ่งในสตรีจากข้อมูลมะเร็งในประเทศไทย (Cancer in Thailand) ปี พ.ศ. 2563 พบมะเร็งเต้านมรายใหม่จำนวน 22,363 คน และสถิติสถาบันมะเร็งแห่งชาติ มีรายงานทะเบียนมะเร็งระดับประเทศ แสดงอุบัติการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่พบว่าในปี พ.ศ. 2563 มีจำนวน 18,000 คน/ปีหรือคิดเป็น 49 คน/วัน และเสียชีวิตวันละ 13 คน และในปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ประมาณ 22,000 คน/ปี และพบมากที่สุดเป็นอันดับ 1 ของมะเร็งที่เกิดขึ้นกับสตรีไทยและมากสุดใน 10 อันดับของโรคมะเร็งทุกชนิดในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (Rojanamatin et al., 2021)

มะเร็งเต้านมเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลานานในการรักษาและติดตามผล การรักษามีหลายวิธี เช่น การผ่าตัด การฉายรังสี การให้ฮอร์โมน การให้ยาฆ่าเซลล์มะเร็งชนิดเจาะจง ซึ่งขึ้นอยู่กับระยะของโรคและการตอบสนองของมะเร็งแต่ละชนิด การรักษาในระยะเต้านมในปัจจุบันส่วนใหญ่รักษาโดยการผ่าตัดเต้านมร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด ผลจากการผ่าตัดผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเผชิญกับความทุกข์ทรมาน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ผู้ป่วยสูญเสียภาพลักษณ์จากการสูญเสียเต้านมและมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น การสูญเสียเลือดแขนข้างที่ผ่าตัด เต้านมวม กล้ามเนื้อยึดติดแน่น เคลื่อนไหวแขนไม่ได้ จากสถิติของโรงพยาบาลเลิดสินพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ ในปี พ.ศ. 2565, 2566 และ 2567 พบผู้ป่วย 2,178, 2,279 และ 2,982 ราย ตามลำดับ และจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาโดยให้ยาเคมีบำบัด ในปี พ.ศ. 2565, 2566 และ 2567 มีจำนวน 120, 118 และ 117 ราย ตามลำดับ ซึ่งพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษามีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ

การรักษาในระยะแพร่กระจายมีการรักษาที่ซับซ้อนขึ้น อาจจะมีการให้ยาเคมีบำบัด ฉายแสง และการผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด สำหรับมะเร็งเต้านมจะให้เพื่อลดขนาดของก้อน และให้ในรายที่มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง การฉายรังสีรักษาเป็นการฉายเพื่อประคับประคอง การผ่าตัดอาจจะทำภายหลังการให้ยาเคมีบำบัด ในระหว่างการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการรักษายาวนานขึ้น ระหว่างการรักษาอาจจะมีภาวะท้อแท้ สิ้นหวัง กลัว เพราะการรักษาเป็นแค่การช่วยเหลือประคับประคองผู้ป่วยเท่านั้น ผู้ศึกษาจึงค้นคว้าและทบทวนองค์ความรู้ทางวิชาการ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับติดตามกรณีศึกษาในระยะยาว และรวบรวมองค์ความรู้ ข้อมูลที่ได้จากกรณีศึกษาและครอบครัว เพื่อเป็นองค์ความรู้ให้กับพยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทาง

ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายที่ได้รับเคมีบำบัดและฉายรังสีก่อนการผ่าตัด และติดเชื้หลังผ่าตัด สามารถนำความรู้มาประเมิน วิเคราะห์ปัญหา และวางแผนให้การพยาบาล ผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ตามความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นตลอดจนสามารถดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดี

เหตุผลในการเลือกศึกษา

โรคมะเร็งเต้านมที่มีการแพร่กระจายส่วนใหญ่มีอาการปวดร่วมด้วย ซึ่งความปวดในผู้ป่วยมะเร็งเป็นปัญหาที่พบบ่อย แต่ยังไม่ได้รับการบรรเทาปวดที่มีประสิทธิภาพ พบอาการปวดในผู้ป่วยที่รักษาโรคมะเร็งหายแล้ว ร้อยละ 33 ผู้ป่วยที่กำลังได้รับการรักษาอยู่ ร้อยละ 59 และผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายสูงถึงร้อยละ 70 (Portenoy, 2011) ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งในทุกๆ ระยะ สำหรับกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด พยาบาลที่ให้การดูแลต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค กระบวนการรักษา ฝัาระวังผลข้างเคียงจากการรักษาที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละระยะ สามารถประเมินปัญหาความปวดครอบคลุมทุกมิติ เพื่อนำไปสู่การจัดการอาการปวดอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งการจัดการความปวดจากมะเร็งแบบไม่ใช้ยาเป็นสิ่งจำเป็นในผู้ป่วยทุกราย เป็นบทบาทอิสระของพยาบาล สามารถเลือกใช้ให้กับผู้ป่วยได้ตามความเหมาะสมภายใต้ขอบเขตวิชาชีพ อีกทั้งพยาบาลต้องมีส่วนร่วมในการให้คำปรึกษา คำแนะนำ เสริมพลัง และให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเป็นแรงขับเคลื่อนในการดูแลตนเอง ให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นใจและเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของตนเอง ในการจัดการกับอาการปวดจากสภาวะของโรค และจัดการอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพและดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทบทวนองค์ความรู้ในการจัดการอาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด
2. เพื่อประยุกต์องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาดำรง และเอกสารงานวิชาการที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะกระบวนการบูรณาการดูแลผู้ป่วย และการสร้างกระบวนการเรียนรู้ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย สู่การปฏิบัติกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้าย โดยการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการผ่าตัดอย่างเหมาะสม

ระยะเวลาที่ศึกษา

วันที่ ๒ มีนาคม - ๙ มีนาคม ๒๕๖๗

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เลือกกรณีศึกษาที่น่าสนใจที่มีความสำคัญต่อการให้การดูแลรักษาพยาบาล
2. รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจพิเศษอื่นๆ และแผนการรักษาของแพทย์
3. ศึกษาการรักษาโรคมะเร็งเต้านมระยะท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด จากตำรา แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัย
4. วางแผนการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับปัญหาและตรวจสอบคุณภาพ
5. ปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยที่เป็นกรณีศึกษา

6. ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลเป็นระยะ
7. ปรับปรุงแก้ไขปัญหาให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย
8. สรุปรณีนีศึกษา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคลากรทางการพยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการจัดการอาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เป็นแนวทางให้พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลศึกษาค้นคว้า การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. เป็นเอกสารทางวิชาการ เผยแพร่ความรู้แก่พยาบาลนักศึกษาพยาบาล และผู้สนใจอื่น ๆ ได้ศึกษา



กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

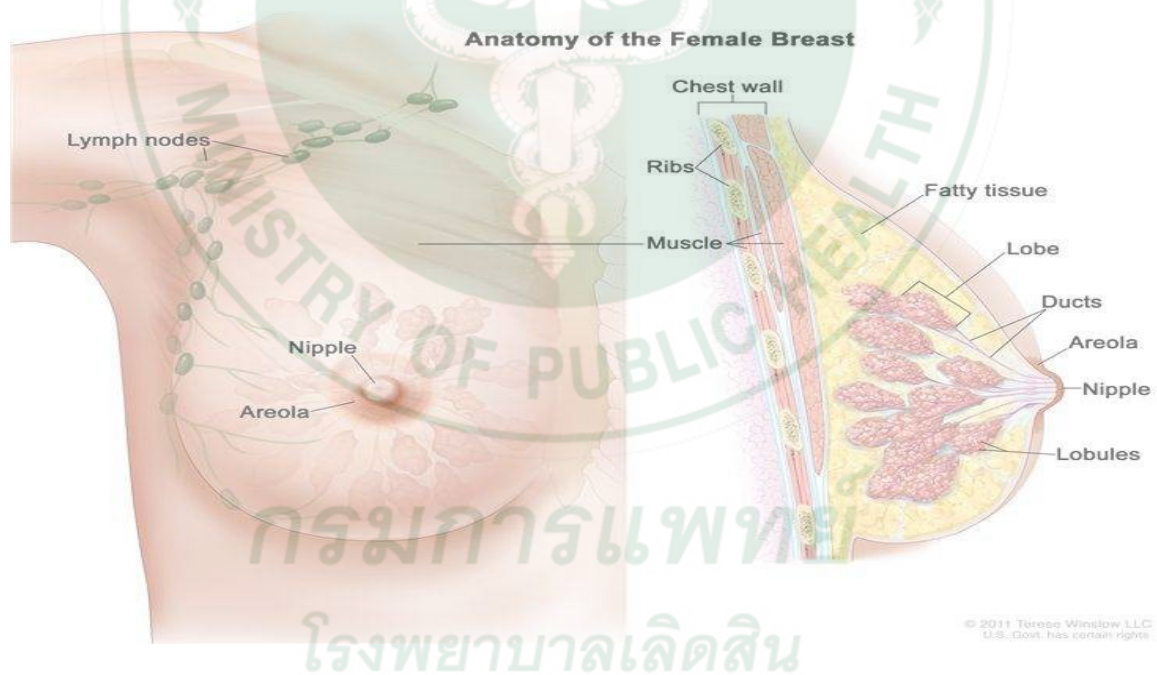
ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 2 ทฤษฎี

ในการศึกษาเรื่องการจัดการอาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผู้เขียนได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปเป็นสาระสำคัญ เสนอเป็นหัวข้อตามลำดับ ดังนี้

1. กายวิภาคและสรีรวิทยาของเต้านม
2. โรคมะเร็งเต้านม
3. การรักษามะเร็งเต้านม
4. การจัดการอาการปวดจากโรคมะเร็ง

1. กายวิภาคและสรีรวิทยาของเต้านม



รูปที่ 1 Anatomy of female breast

ที่มา : <https://www.cancer.gov/types/breast/patient/breast-screening-pdq>

เต้านม คือ อวัยวะที่อยู่บริเวณทรวงอกด้านหน้า ทั้ง 2 ข้าง มีรูปร่างคล้ายกรวย อยู่ระหว่างซี่โครงที่ 2 ถึง 6 โดยวางอยู่บนกล้ามเนื้อหน้าอก เต้านม ประกอบด้วย 3 ส่วนสำคัญ คือ ผิวหนัง ไขมันใต้ผิวหนัง และเนื้อเยื่อเต้านม

เนื้อเยื่อเต้านม ประกอบด้วย ต่อมไขมัน ต่อมไขมัน พังผืด (fibrous tissue) และไขมัน ต่อมสร้างน้ำนม เป็นต่อมเหงื่อพิเศษที่เปลี่ยนแปลงมาเพื่อผลิตน้ำนม

เนื้อเยื่อเต้านม แบ่งออกเป็น 15-20 กลีบ (lobe) แต่ละกลีบจะมีท่อน้ำนมมาเปิดที่หัวนม ใน 1 กลีบ จะแบ่งออกเป็น 20-40 กลีบย่อย (lobule) ซึ่งเป็นส่วนที่มีหน้าที่สร้างน้ำนม

เต้านมประกอบด้วยท่อน้ำนม (mammary gland) อยู่รวมกันเป็นกลีบ 15-20 กลีบ แยกจากกันด้วยเนื้อเยื่อไขมัน ต่อมาเหล่านี้เต็มไปด้วยหน่วยสร้างน้ำนมรูปวงขนาดจิ๋ว ผนังประกอบด้วยเซลล์สร้างและหลั่งน้ำนมผ่านท่อเล็กๆ ที่รวมเป็นท่อน้ำนม (galactophorous tubule) ขนาดใหญ่เพียงท่อเดียวในแต่ละกลีบ บริเวณปลายท่อโป่งออกเป็นกระเปาะน้ำนม (lactiferous sinus) เปิดสู่หัวนม เต้านมผู้ใหญ่มีรูปร่างเป็นครึ่งทรงกลม หรือรูปกรวย แต่ละคนมีขนาดและลักษณะต่างกัน หัวนมอยู่กึ่งกลางเต้านม มีสีคล้ำ และยกตัวสูงขึ้น ล้อมรอบด้วยลานหัวนมที่มีสีคล้ำ ขนาดและสีแตกต่างกัน ลานหัวนมประกอบด้วยตุ่มนูน (Montgomery's tubercle) ที่เป็นต่อมไขมัน 12-20 ตุ่ม ทำหน้าที่สร้างและขับไขมันมาเคลือบผิวหนังบริเวณหัวนมและลานหัวนมไม่ให้แห้ง

2. โรคมะเร็งเต้านม

โรคมะเร็งเต้านม คือ เซลล์ของเนื้อเยื่อเต้านมที่มีความผิดปกติในการควบคุมการเจริญเติบโต มีการแบ่งตัวมากเกินไป รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการจัดการเซลล์ที่ผิดไปจากเดิม และเกิดความไม่เสถียรในจีโนม (Genome instability) เช่น การผ่าเหล่า/การกลายพันธุ์ (Mutation) ในยีน รวมทั้งความผิดปกติบนโครโมโซม ซึ่งก่อให้เกิดรูปร่างลักษณะของมะเร็งเต้านม เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ที่อยู่ภายในท่อน้ำนมหรือต่อมน้ำนม เซลล์เหล่านี้มีการแบ่งตัวผิดปกติ ไม่สามารถควบคุมได้ มักแพร่กระจายไปตามทางเดินน้ำเหลือง ไปสู่อวัยวะที่ใกล้เคียงเช่น ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ หรือแพร่กระจายไปสู่อวัยวะที่อยู่ห่างไกล เช่น กระดูก ปอด ตับ และสมอง เช่นเดียวกับมะเร็งชนิดอื่น ๆ (ธนุตม์ ก้วยเจริญพานิชก์, 2558)

อุบัติการณ์

มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุด โดยทั่วโลกมีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ปีละ 2.26 ล้านคน หรือมีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ชั่วโมงละ 258 คน สำหรับจำนวนรายที่เสียชีวิตจากมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดคือ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งตับ มะเร็งกระเพาะอาหาร ส่วนมะเร็งเต้านมอยู่ในอันดับ 5 เสียชีวิต 0.68 ล้านคนต่อปี หรือ 1 ชั่วโมงจะมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม 78 คน มะเร็งเต้านมจะพบในประเทศที่พัฒนาแล้วมากกว่าประเทศกำลังพัฒนา โดยอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านม แปรผันตามรายได้ต่อหัวประชากร (GDP per capita) นอกจากปัจจัยเรื่องพันธุกรรมแล้ว วิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมในเมืองที่เจริญน่าจะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดมะเร็งเต้านม เนื่องจากการพัฒนาประเทศ ส่งผลให้รายได้ต่อหัวประชากรสูงขึ้นหรือจะกล่าวได้ว่าในอนาคตอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมย่อมสูงขึ้นตามการเพิ่มขึ้นของรายได้ต่อหัวประชากร ถ้าติดตามไปตลอดช่วงชีวิต หญิงอเมริกัน 1 ใน 8 ราย จะถูกวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม (American Cancer Society, 2024) ซึ่งแนวโน้มดังกล่าว คงเกิดกับสตรีไทยในอนาคตเช่นกัน สำหรับประเทศไทยพบมะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบมากเป็น อันดับ 1 ในเพศหญิง และเป็นอันดับ 3 ทั้งเพศชายและหญิง โดยพบมะเร็งเต้านมรายใหม่ 22,158 ราย ต่อปี หรือชั่วโมงละ 2.5 คน และมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม 8,266 รายต่อปี หรือชั่วโมงละ 0.94 คน จึงถือว่ามะเร็งเต้านมเป็นภัยร้ายต่อผู้หญิงทั้งในระดับโลก และในประเทศไทย (World Health Organization, 2021)

พยาธิกำเนิดของโรคมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมส่วนใหญ่เป็นชนิดเนื้อเยื่อเยื่อใย (Carcinoma) พบได้ 70-80 % ของมะเร็งเต้านมทั้งหมด มะเร็งเนื้อเยื่อเยื่อใยกำเนิดมาจากโครงสร้างของเต้านมที่เรียกว่า Terminal duct lobular unit (TDLU) มะเร็งชนิดนี้สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งในเต้านมและเนื้อเยื่อเต้านมที่อยู่ในตำแหน่งอื่น (Accessory breast tissue) แบ่งได้เป็น 2 ประเภท (นรเศรษฐ์ สมานไทย, 2562) คือ มะเร็งเนื้อเยื่อเยื่อใยระยะไม่ลุกลาม (Carcinoma in situ) และมะเร็งเนื้อเยื่อเยื่อใยระยะลุกลาม (Invasive carcinoma)

1. มะเร็งเนื้อเยื่อเยื่อใยระยะไม่ลุกลาม (Carcinoma in situ) เซลล์มะเร็งเจริญอยู่ภายในท่อน้ำนม (Duct) หรือต่อมน้ำนม (Gland) เท่านั้น ไม่พบเซลล์มะเร็งลุกลามทะลุผ่านเยื่อฐาน (Basement membrane) ออกมายังเนื้อเยื่อส่วนพุง (Stromal tissue) และยังพบ Myoepithelial cell (MEC) อยู่รอบๆ ท่อหรือต่อมน้ำนมที่เซลล์มะเร็งนั้นเจริญอยู่ แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

1.1 Ductal carcinoma in situ (DCIS) เป็นรอยโรคต้นกำเนิดของ Invasive carcinoma ผู้ป่วยอาจมาด้วยก้อนเต้านมพบหินปูน (Microcalcification) จากการตรวจคัดกรอง ด้วยแมมโมแกรม (Mammogram) Paget disease ของหัวนม (Nipple) หรือมีสารคัดหลั่งผิดปกติ จากหัวนม สามารถแบ่งตามลักษณะของนิวเคลียสของเซลล์มะเร็ง (Nuclear grade) ที่ตรวจพบ ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ Low-grade DCIS, Intermediate-grade DCIS และ High-grade DCIS

1.2 Lobular carcinoma in situ (LCIS) เป็นรอยโรคที่ส่วนใหญ่พบโดยบังเอิญ ไม่มีลักษณะจำเพาะในการตรวจทางพยาธิวิทยา โดยทั่วไปผู้ป่วยไม่มีอาการ สามารถพบได้ในเต้านมทั้งสองข้าง และเป็นได้หลายตำแหน่งในเต้านมข้างเดียวกัน ในปัจจุบัน LCIS ถูกจัดเป็นเพียงปัจจัยเสี่ยง และไม่ใช้มะเร็งตาม Eighth Edition of the AJCC Cancer Staging Manual: Breast Cancer (Giuliano et al, 2018) สำหรับการวินิจฉัย LCIS จะต้องพบเซลล์มะเร็งเจริญอยู่ภายในท่อหรือต่อมน้ำนมอย่างน้อย 50 % และมีการขยายออกของท่อหรือต่อมน้ำนม (ductal/lobular expansion) ถ้าปริมาณของเซลล์มะเร็งที่พบน้อยกว่า 50 % จะวินิจฉัยเป็น Atypical lobular hyperplasia (ALH)

2. มะเร็งเนื้อเยื่อเยื่อใยระยะลุกลาม (Invasive carcinoma) มะเร็งชนิดนี้เซลล์มะเร็งไม่ได้เจริญอยู่ภายในท่อหรือต่อมน้ำนม แต่เซลล์มะเร็งทำลายเยื่อฐานทะลุออกไปยังเนื้อเยื่อส่วนพุง ข้างเคียงลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาพบว่ามะเร็งเนื้อเยื่อเยื่อใยระยะลุกลามร้อยละ 80 มีรูปร่างหลากหลาย ไม่จำเพาะและอีกร้อยละ 20 การเจริญของมะเร็งมีรูปร่างสัณฐานที่จำเพาะ ซึ่งสามารถแบ่งชนิดตามลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาได้ ดังนี้

2.1 Invasive ductal carcinoma (IDC) มะเร็งชนิดนี้มักเป็นก้อนเนื้อแน่นแข็ง ส่วนใหญ่มีขนาด 1-4 เซนติเมตร ขอบเขตของก้อนไม่ชัดเจน

2.2 Invasive lobular carcinoma (ILC) เป็นมะเร็งเต้านมที่พบมากเป็นอันดับสองรองจาก IDC ลักษณะของก้อนมะเร็งชนิดนี้อาจคล้าย IDC แต่จะนุ่มกว่า และไม่สามารถบอขอบเขตของก้อนได้ชัดเจน สามารถพบมะเร็งได้หลายก้อนในเต้านมข้างเดียวกัน รวมทั้งพบมะเร็งได้ในเต้านมอีกข้างได้มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับมะเร็งชนิดอื่น ในผู้ป่วยบางรายอาจไม่พบก้อนมะเร็งจากการตรวจด้วยตาเปล่า หรือคลำได้เป็นเพียงเนื้อเยื่อเต้านม

2.3 Mucinous carcinoma (MC) พบได้ประมาณร้อยละ 2 ของมะเร็งเต้านมทั้งหมด ก้อนมะเร็งมีขอบเขตชัดเจน หน้าตัดคล้ายวุ้นซึ่งจำเพาะและแตกต่างจากลักษณะของมะเร็งชนิดอื่นๆ

2.4 Tubular carcinoma (TC) พบได้ประมาณร้อยละ 2 ของมะเร็งเต้านมทั้งหมด ก้อนมักมีขนาดเล็กกว่า 1 เซนติเมตร เนื้อแน่นเป็นรูปแฉก (Stellate)

2.5 Cribriform carcinoma (CC) พบได้ประมาณร้อยละ 0.3-0.8 ของมะเร็งเต้านมทั้งหมด ลักษณะก้อนเมื่อตรวจด้วยตาเปล่าไม่มีความจำเพาะ

2.6 Invasive carcinoma with medullary features พบได้น้อยกว่าร้อยละ 1 ของมะเร็งเต้านมทั้งหมด ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่ามะเร็งเต้านมชนิดอื่นๆ ขอบเขตของก้อนมะเร็งชัดเจน มีการพยากรณ์โรคดีกว่าเมื่อเทียบกับมะเร็งเต้านมชนิดอื่นที่มี High histological grade เหมือนกัน

2.7 Invasive carcinoma with apocrine differentiation พบได้ประมาณร้อยละ 4 ของมะเร็งเต้านมทั้งหมด เซลล์มีนิวเคลียสและนิวคลีโอลัสขนาดใหญ่

2.8 Invasive micropapillary carcinoma (IMPC) พบได้ประมาณร้อยละ 0.9-2 ของมะเร็งเต้านมทั้งหมด และมากกว่าร้อยละ 75 ของผู้ป่วยมี Axillary lymph node metastasis ตั้งแต่ตรวจพบก้อนเต้านมครั้งแรก มีการพยากรณ์โรคที่แย่ เมื่อตรวจด้วยตาเปล่าพบลักษณะของก้อนไม่มีความจำเพาะ

2.9 Metaplastic carcinoma พบได้ประมาณร้อยละ 0.2-5 ของมะเร็งเต้านมทั้งหมด เซลล์มะเร็งกลุ่มนี้เปลี่ยนสภาพจากเซลล์บุผิวท่อหรือต่อมน้ำนมไปเป็นเซลล์บุผิวหรือเซลล์ประเภทอื่น เช่น Squamous cell ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาด้วยก้อนที่เต้านมที่ขนาดมีแนวโน้มใหญ่กว่ามะเร็งชนิดอื่นๆ ลักษณะของก้อนไม่มีความจำเพาะ ขอบเขตของก้อนอาจชัดเจนหรือไม่ชัดเจนก็ได้ การพยากรณ์โรคขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็งที่เปลี่ยนสภาพไปเป็นหลัก

พยาธิสภาพของเต้านม

เนื้อเยื่อ (Tissue) ที่ประกอบขึ้นเป็นเต้านมอาจมีการเปลี่ยนแปลงเป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง ได้ทั้งในส่วนเนื้อเยื่อของเต้านมเอง (Mammary gland) และ ในส่วนของเนื้อเยื่อที่แทรกอยู่เป็นส่วนประกอบของเต้านม เช่น เนื้อเยื่อพังพืด (Fibrous tissue) ไขมัน (Fat หรือ Adipose tissue) หลอดเลือด หลอดน้ำเหลือง เส้นใยประสาท ผิวหนังที่คลุม ฯลฯ เหล่านี้อาจเกิดเปลี่ยนแปลงเป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงได้ เช่น จากไขมันเกิดก้อน Lipoma จาก Fibrous tissue เกิด Fibroma ถ้า เป็นทั้ง 2 อย่างรวมอยู่ในตำแหน่งเดียวกันก็เกิดเป็น Fibro-lipoma หรือ Lipo-fibroma แล้วแต่จะมีเนื้อเยื่อชนิดไหนมากกว่ากัน เนื้องอกชนิดไม่ร้ายที่ยกตัวอย่างมานี้มักจะเกิดในส่วนต้นของเต้านมคล้ำได้เป็นก้อนที่มีขอบเขตชัดเจน ที่สามารถจับเคลื่อนไหวไปมาได้ง่าย (Movable) และไม่แข็งมาก พื้นผิวของก้อนมักเรียบ พวกนี้ไม่มีปัญหาในการวินิจฉัยแยกโรค เนื้องอกชนิดไม่ร้ายเหล่านี้มักโตช้า และไม่ทำให้เกิดอาการเจ็บปวด ถ้าตรวจพบควรตัด (Excise) เอาก้อนเนื้อนั้นออกทั้งก้อนและส่งเนื้อตรวจดูพยาธิสภาพที่แน่นอน ผิวหนังที่ปกคลุมเต้านมบางครั้งก็เกิดเป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงได้เช่น Skin papiloma ของหัวนม และปานนม มักจะปรากฏเป็นติ่งเนื้อที่มีขี้ (Pedunculated) ติดอยู่กับปานนมหรือหัวนม ไม่มีอาการเจ็บปวดแต่อย่างใด หรือในบางรายอาจมีไฟที่หัวนม และปานนม ได้เช่นกัน

เนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงที่เกิดกับท่อน้ำนมที่พบบ่อยและมีความสำคัญมากกว่า ได้แก่ Fibroadenoma หรือ Adenofibroma, intraductal papilloma และ Cystosarcomaphylloids

Fibroadenoma เป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงที่พบบ่อยกว่าชนิดอื่น และมักพบในผู้หญิงอายุน้อย และพบบ่อยในหญิงอายุน้อยกว่า 25 ปี เป็นเนื้องอกที่ใช้เวลานานถึง 1 ปี กว่าที่จะโตเป็น 2 เท่า ของก้อนที่คลำได้ในครั้งแรก ผู้ป่วยบางรายให้ประวัติว่ามีก้อนอยู่ 15–20 ปี โดยขนาดก้อนไม่เปลี่ยนแปลงและไม่มีอาการเจ็บปวด

Intraductal papilloma ตั้งเนื้องอกในท่อน้ำนมลักษณะเป็นเนื้อยื่นออกมาจากด้านหนึ่งของผนัง ผิวของท่อขรุขระเป็นก้านยื่น (Villous) ขนาดมักไม่ใหญ่นักส่วนมากไม่เกิน 1 ซม. โดยมากมีก้อนเดียว มักเกิดที่ท่อน้ำนมส่วนปลายใต้หัวนม ลักษณะเต้านมเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ เช่น มีการติ่งรังของผิวหนัง หัวนมบอด พบได้ในทุกช่วงอายุจาก 18–85 ปี

Cystosarcomaphylloids เป็นเนื้องอกของเต้านมมีขอบเขตชัดเจนเคลื่อนไหวได้พื้นผิวของก้อนจะเรียบ ผู้ป่วยมักมาด้วยมีก้อนอยู่ในเต้านมเป็นเวลานานๆ ไม่มีอาการเจ็บปวดอาจจะมีแผลเกิดการติดเชื่อมได้ ก้อนจะโตช้า หลังรับการรักษาแล้วอาจเกิดซ้ำอีก Gynecomastia หมายถึง เต้านมเพศชายที่โตคล้ายของเพศหญิง เป็นข้างเดียวหรือทั้งสองข้างก็ได้ เนื้อเต้านมมี Duct และ Periductal tissue เพิ่มขึ้นแต่ไม่มี Alveoli การที่เต้านมในชายสูงอายุมีไขมันมากเนื่องจากอ้วน ไม่ถือว่าเป็น Gynecomastia สาเหตุของ Gynecomastia มีหลาย ประการ ดังนี้

1. วัยรุ่น เต้านมโตขึ้นเล็กน้อย คลำได้เป็นก้อนใต้หัวนมและเจ็บ หายไปเองประมาณ 1 ปี บางรายโตกว่าปกติและไม่ยุบลงเอง
2. โรคบางอย่าง เช่น Cirrhosis ทำให้การทำลาย Estrogen ลดลงหรือเป็นเพราะเนื้องอกที่สร้างฮอร์โมน Estrogen เช่นเนื้องอกที่อัณฑะ (Choriocarcinoma) หรือ Hepatoma
3. ยาบางชนิด เช่น Reserpine, Spironolactone's methyl dopa, Cimetidine, Digitalis, isoniazid, Phenothiazine
4. ความผิดปกติทางพันธุกรรม เช่น klinefelter's syndrome ซึ่งทำให้อัณฑะไม่ปกติ
5. เป็นเองโดยไม่ทราบสาเหตุ

Fibrocystic change (fibroadenosis) เป็นสาเหตุของอาการเต้านมที่พบบ่อยที่สุดเนื้อของเต้านมมีการเปลี่ยนแปลงแบบ hyperplasia และ regression ตามระดับฮอร์โมนเพศที่แปรไปในรอบเดือน เกิดขึ้นซ้ำซ้อนเป็นเวลานานจนเนื้อเต้านมเปลี่ยนไปจากเดิมโดยมี Glandular hyperplasia (Adenosis), Connective tissue hyperplasia (Fibrosis), Micro และ Macrocyst, Ductal papillomatosis และ Lymphocytic infiltration หรือ Cystichyperplasia หรือ Fibrocystic chain ปัจจุบันไม่นิยมเรียกเป็น Disease เพราะถือว่าเป็นปรากฏการณ์ที่พบได้เสมอโดยมีหรือไม่มีอาการก็ได้ การเปลี่ยนแปลงบางลักษณะมีโอกาสกลายเป็นมะเร็งในภายหลังได้โดยเฉพาะในผู้ที่มีประวัติมะเร็งในครอบครัว เช่น Epitheliosis (หมายถึง Epithelial hyperplasia มากจนเซลล์ซ้อนกันเกิน 4 ชั้นขึ้นไป) และ Papillomatosis และถ้าเซลล์มีลักษณะและการเรียงตัวไม่เป็นระเบียบ (Atypical hyperplasia)

ปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งเต้านม (หะสัน มุหาหมัด, 2563)

ปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งเต้านม ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถหลีกเลี่ยงหรือควบคุมได้

- ภาวะอ้วน ภาวะอ้วนในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน แม้รังไข่จะหยุดสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจนแล้วแต่ก็พบว่ายังมีปริมาณฮอร์โมนอยู่ในระดับต่ำที่ถูกสร้างจากเนื้อเยื่อไขมันในร่างกาย ดังนั้นหากมีภาวะอ้วนก็จะทำให้ร่างกายมีระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนเพิ่มสูงขึ้น จึงเพิ่มความเสี่ยงภาวะอ้วนในผู้หญิงวัยที่มีประจำเดือนอยู่ไม่ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงกลับกันความอ้วนอาจลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมในผู้หญิงที่ยังมีประจำเดือนได้

- อาหาร ควรบริโภคอาหารประเภท พืชผัก ผลไม้ ร่วมกับหลีกเลี่ยง อาหารประเภทไขมัน เนื้อสัตว์ จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมได้

- การออกกำลังกาย แนะนำให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 45-60 นาที 4-5 วันต่อ สัปดาห์
- การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- การสูบบุหรี่
- การทานยาเม็ดคุมกำเนิด
- การทานเสริมฮอร์โมนในสตรีวัยทอง
- ความเครียด

2. ปัจจัยเสี่ยงที่อยู่นอกเหนือการควบคุม

- อายุ อายุมากขึ้น เป็นความเสี่ยงพื้นฐานของการเป็นโรคมะเร็งโดยทั่วไปอยู่แล้ว ไม่ได้จำเพาะอยู่กับมะเร็งเต้านมเพียงอย่างเดียว

- กรรมพันธุ์ โรคมะเร็งทุกชนิดจัดเป็นโรคของความผิดปกติทางพันธุกรรม (Genetic disease) ชนิดหนึ่ง คือต้นตอของความผิดปกติจะอยู่ที่การกลายพันธุ์ของยีนที่อยู่ในสาย DNA ที่อยู่ ภายในเซลล์ ยีนกลายพันธุ์นั้นอาจเกิดจาก

1. การถ่ายทอดมาทางสายเลือดจากพ่อแม่ (Hereditary)

2. เกิดการกลายพันธุ์ขึ้นเองในภายหลัง (Sporadic) เช่นการได้รับสารก่อมะเร็งชนิดต่างๆที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมโดยคำว่า “ยีน” เป็นคำที่ใช้เรียก รหัสทางพันธุกรรมของสิ่งมีชีวิต (ไม่ว่าจะเป็นพืชหรือสัตว์) ยีนมีไว้สำหรับสร้างสารโปรตีนในร่างกาย ถ้ามีความผิดปกติหรือการกลายพันธุ์ของยีน ร่างกายก็จะได้ผลผลิตโปรตีนที่ผิดปกติจากยีนที่ผิดปกติตนเอง ที่นี้โปรตีนที่ผิดปกติก็จะไปทำหน้าที่ที่ผิดปกติต่อกันไป กรณีของโรคมะเร็ง โปรตีนผิดปกติมักจะเป็นพวกโปรตีนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการแบ่งตัวของเซลล์ ไม่ว่าจะเป็นพวกเอนไซม์ที่กระตุ้นกระบวนการแบ่งเซลล์ ได้แก่ Growth factors, Growth factors receptors หรือ Ligands ต่างๆ หรือเอนไซม์ที่ออกฤทธิ์ยับยั้ง (inhibit) กระบวนการแบ่งตัวของเซลล์ในมะเร็งเต้านม มีการค้นพบยีนที่เกี่ยวข้องกับการเป็นมะเร็งเต้านมที่สำคัญคือ BRCA1 และ BRCA2 โดยยีนสองตัวนี้มีหน้าที่ในการควบคุมการแบ่งตัวของเซลล์ (Tumor suppressor gene) ชนิดหนึ่ง พบว่าคนที่มียีนนี้ผิดปกติจะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมได้สูงราวร้อยละ 70-80 ตลอดชีวิต และสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมไปสู่รุ่นลูกหลานได้ สำหรับมะเร็งเต้านมพบว่าผู้ป่วยส่วนน้อยเท่านั้นที่มีสาเหตุจากการถ่ายทอด

ทางกรรมพันธุ์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นมะเร็งขึ้นมาเองโดยไม่ได้เกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์เป็นมะเร็งเต้านม แต่อย่างไรก็ตาม ดังเนื้อหาต่อไปนี้

1. ประมาณร้อยละ 10 เป็นชนิดที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ชัดเจน (Hereditary breast cancer) โดย ได้รับยีน BRCA จากตระกูล

- ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์แน่ๆ ถ้ามีญาติสายตรงเป็นก็ถือว่าเสี่ยงมากต้องพบแพทย์ เพื่อบริหารความเสี่ยง คือเซลล์ทุกเซลล์ในร่างกายจะมียีนผิดปกตินี้อยู่ ดังนั้นมีสิทธิ์เกิดมะเร็งขึ้นในอวัยวะทุกอวัยวะที่ยีนนี้เข้าไปเกี่ยวข้องที่พบบ่อยได้แก่ เต้านม รังไข่ มดลูก ลำไส้ใหญ่ ตับอ่อน ต่อมลูกหมากในผู้ชาย

- ยังไม่มีข้อมูลว่าคนไทยมีพาหะของยีนนี้กันมากแค่ไหน แต่ชาติพันธุ์ที่มีความชุกในยีนนี้ คือ ชาวยิว (Ashkenazi Jews)

- ในคนไทยแต่เชื่อว่าไม่น่ามาก น่าจะประมาณร้อยละ 5-10 ของประชากร

- มักเกี่ยวกับการได้รับสารก่อมะเร็งหรือใช้ชีวิตเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง

- การรักษาคนไข้ที่สงสัยว่าอยู่ในกลุ่มนี้ จะพิเศษกว่าคนไข้ทั่วไป เพราะมีข้อต้องพิจารณามากมาย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการรักษาตัวผู้ป่วยเองทั้งในด้านการผ่าตัด จะผ่าเลือกวิธีแบบไหน การให้ยา การเฝ้าระวังมะเร็งของอวัยวะอื่นๆ รวมทั้งการรักษาญาติพี่น้องในตระกูล

2. ประมาณร้อยละ 20 เป็นชนิดที่เกี่ยวข้องกับการที่มีบุคคลในตระกูลเป็นโรคมะเร็งชนิดใดๆ ก็ได้ (Familial breast cancer)

- มักผิดปกติในยีนที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งชนิดต่างๆ ที่ได้รับการถ่ายทอดมาจากตระกูล

- ยีนที่ทราบแล้วมีอยู่หลายชนิด ทำให้เกิดความไม่เสถียรของสาย DNA ส่งผลให้เกิดการกลายพันธุ์ของยีนอื่น ๆ ตามมาได้ง่ายขึ้น คน ๆ นั้นก็เป็นมะเร็งได้ง่ายขึ้น

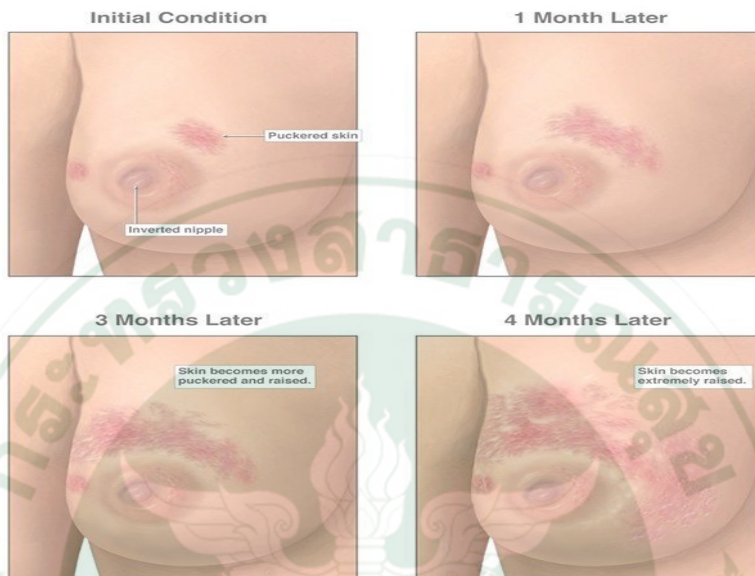
3. ประมาณร้อยละ 70 เป็นชนิดที่ไม่มีประวัติทางกรรมพันธุ์ (Sporadic breast cancer)

- มีการกลายพันธุ์ของยีนที่เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งเต้านมเกิดขึ้นในภายหลัง ไม่ได้รับการถ่ายทอดมาจากตระกูล

- ขึ้นกับปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ต่อการเป็นมะเร็งเต้านม ได้แก่ การมีประจำเดือนครั้งแรกเร็ว ก่อนอายุ 12 ปีการเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนช้า หลังอายุ 55 ปีการมีบุตรคนแรกช้า หลังอายุ 30 ปี

อาการและอาการแสดง (ภรณ์ เหล่าอิทธิ และนภา ปริญญานิติกุล, 2559)

ในระยะแรกมักมีอาการไม่ชัดเจน ต่อมาผู้ป่วยจะคลำได้ก้อนที่เต้านม (มักเกิดขึ้นเพียงข้างเดียว ส่วนโอกาสที่จะเกิดทั้งสองข้างมีเพียงร้อยละ 5) ก้อนที่เป็นมะเร็งเต้านมมักจะมีลักษณะแข็งและขรุขระ แต่อาจจะเป็นก้อนเรียบๆ ได้ ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่จะไม่มีอาการเจ็บหรือปวด แต่จะมีเพียงร้อยละ 10 ของผู้ป่วยเท่านั้นที่มีอาการปวดเต้านม ส่วนอาการอื่น ๆ ที่อาจพบได้แก่ หัวนมบวม (จากเดิมที่ปกติ) เต้านมใหญ่ขึ้นหรือรูปทรงของเต้านมผิดปกติไปจากเดิม ผิวหนังที่เต้านมบวมลงไปคล้ายลักยิ้ม ผิวหนังที่เต้านมมีผื่น แดง ร้อน และขรุขระคล้ายผิวส้ม อาจมีแผลที่หัวนมและรอบหัวนม หรือมีน้ำเหลืองหรือน้ำเลือดไหลออกจากหัวนม ในบางรายอาจคลำพบก้อนบริเวณรักแร้ และน่าน ๆ ครั้งอาจพบมะเร็งเต้านมที่มีอาการบวมแดงคล้ายการอักเสบที่เต้านม



รูปที่ 2: แสดงความผิดปกติของเต้านม

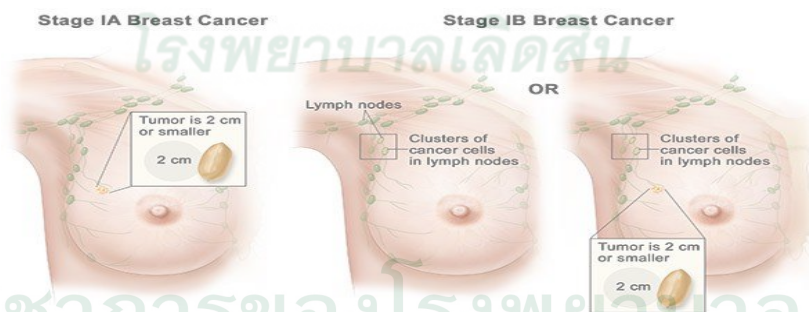
ที่มา: นพ.สุรเกียรติ์ อชานานุกาพ หนังสือตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2.
“มะเร็งเต้านม (Breast cancer)”; 2012

ระยะของโรคมะเร็งเต้านม

โรคมะเร็งเต้านมทั้งในผู้หญิงและผู้ชายจะแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 0 เป็นระยะที่ก้อนมะเร็งยังมีขนาดเล็กและเซลล์มะเร็งยังอยู่เฉพาะในชั้นผิวของเนื้อเยื่อเต้านม ในระยะนี้หากทำการรักษาอย่างถูกต้องจะมีอัตราการรอดชีวิตเกิน 5 ปี สูงถึง 95-100%

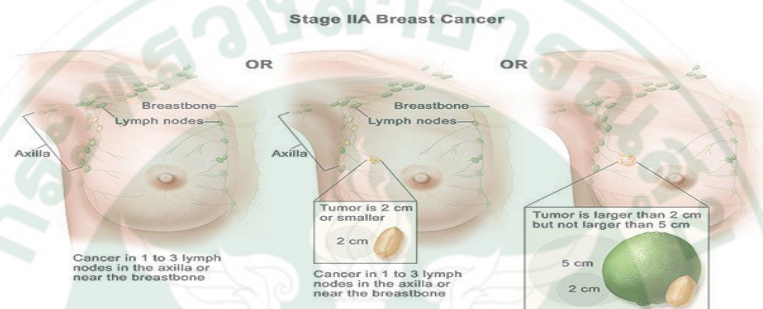
ระยะที่ 1 เป็นระยะที่ก้อนมะเร็งที่เต้านมยังมีขนาดเล็กไม่เกิน 2 เซนติเมตร ยังไม่ลุกลามเข้าไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ (ระยะที่ 1A-Stage IA) หรือเป็นระยะที่มะเร็งได้ลุกลามเข้าไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ และยังไม่พบก้อนมะเร็งที่เต้านมหรือพบก้อนมะเร็งที่เต้านม แต่ยังมีขนาดเล็กไม่เกิน 2 เซนติเมตร (ระยะที่ 1B-Stage IB) ในระยะนี้หากทำการรักษาอย่างถูกต้องจะมีอัตราการรอดชีวิตเกิน 5 ปี สูงถึง 90-100%



รูปที่ 3: แสดงระยะที่ 1 ของมะเร็งเต้านม

ที่มา: นพ.สุรเกียรติ์ อชานานุกาพ หนังสือตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2.
“มะเร็งเต้านม (Breast cancer)”; 2012

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่มะเร็งลุกลามเข้าไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ 1-3 ต่อมน แต่ยังไม่พบก้อนมะเร็งที่เต้านม หรือเป็นระยะที่ก้อนมะเร็งที่เต้านมยังมีขนาดเล็กไม่เกิน 2 เซนติเมตร แต่มะเร็งมีการลุกลามเข้าไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ 1-3 ต่อมน หรือเป็นระยะที่ก้อนมะเร็งที่เต้านมมีขนาดโตกว่า 2 เซนติเมตร แต่ไม่เกิน 5 เซนติเมตร ที่ยังไม่ลุกลามเข้าไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ ในระยะนี้หากทำการรักษาอย่างถูกต้องจะมีอัตราการรอดชีวิตเกิน 5 ปี ประมาณ 85-90%



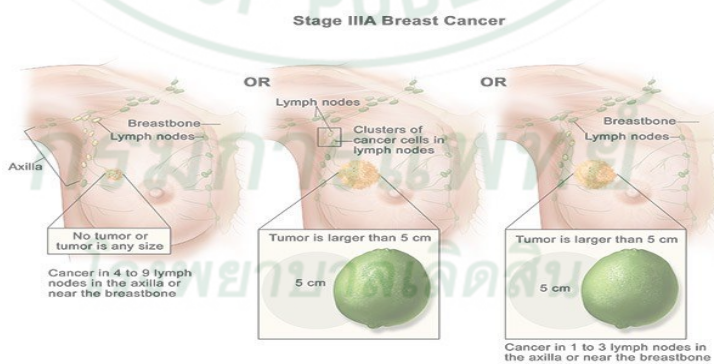
รูปที่ 4: แสดงระยะที่ 2 ของมะเร็งเต้านม

ที่มา: นพ.สุรเกียรติ์ อชานานุภาพ หนังสือตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2.

“มะเร็งเต้านม (Breast cancer)”; 2012

ระยะที่ 3 ในระยะนี้หากทำการรักษาอย่างถูกต้องจะมีอัตราการรอดชีวิตเกิน 5 ปีอยู่ที่ประมาณ 65-70% โดยจะแบ่งออกเป็น 3 แบบดังนี้

ระยะที่ 3A (Stage IIIA): เป็นระยะที่ยังไม่พบก้อนมะเร็งที่เต้านมหรือพบก้อนมะเร็งที่เต้านมขนาดโตก็ได้ และมะเร็งได้ลุกลามเข้าไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ 4-9 ต่อมน หรือพบก้อนมะเร็งที่เต้านมขนาดใหญ่กว่า 5 เซนติเมตร และมะเร็งได้ลุกลามเข้าไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ หรือลุกลามเข้าไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ 1-3 ต่อ



รูปที่ 5: แสดงระยะที่ 3A ของมะเร็งเต้านม

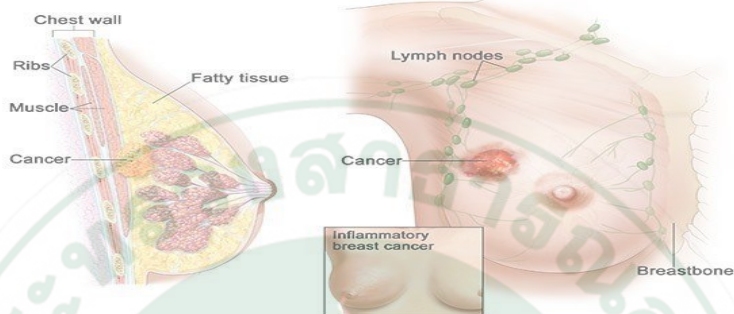
ที่มา: นพ.สุรเกียรติ์ อชานานุภาพ หนังสือตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2.

“มะเร็งเต้านม (Breast cancer)”; 2012

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ระยะที่ 3B (Stage IIIB): เป็นระยะที่พบก้อนมะเร็งที่เต้านมมีขนาดโตก็ได้ และโรคมะเร็งได้ลุกลามไปยังผนังหน้าอกและ/หรือผิวหนังของเต้านมจนก่อให้เกิดอาการบวม และอาจลุกลามเข้าไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้หรือต่อมน้ำเหลืองใกล้กับกระดูกหน้าอกจนถึง 9 ต่อมน

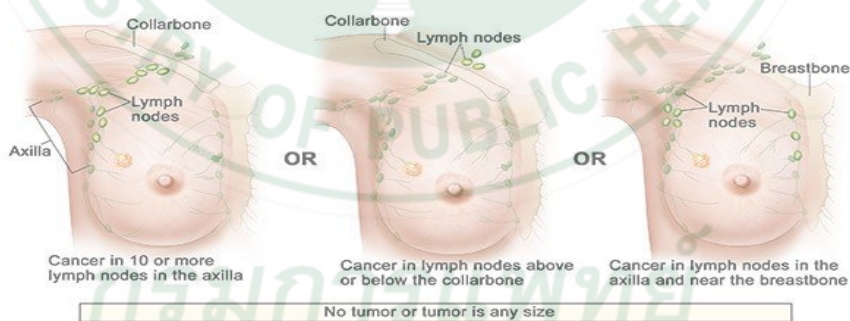
Stage IIIB Breast Cancer



รูปที่ 6: แสดงระยะที่ 3B ของมะเร็งเต้านม
 ที่มา: นพ.สุรเกียรติ์ อชานานุภาพ หนังสือตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2.
 “มะเร็งเต้านม (Breast cancer)”; 2012

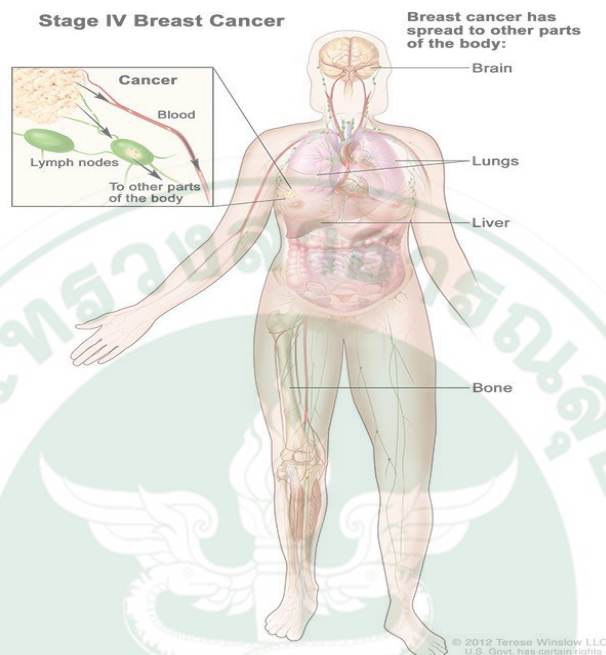
ระยะที่ 3C (Stage IIIC): เป็นระยะที่ยังไม่พบก้อนมะเร็งที่เต้านมหรือพบก้อนมะเร็งที่เต้านมขนาดใดก็ได้ และมะเร็งได้ลุกลามเข้าไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้มากกว่า 10 ต่อม หรือลุกลามไปต่อมน้ำเหลืองที่ไหปลาร้า หรือลุกลามไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้และต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใกล้กับกระดูกหน้าอก

Stage IIIC Breast Cancer



รูปที่ 7: แสดงระยะที่ 3C ของมะเร็งเต้านม
 ที่มา: นพ.สุรเกียรติ์ อชานานุภาพ หนังสือตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2.
 “มะเร็งเต้านม (Breast cancer)”; 2012

ระยะที่ 4 เป็นระยะที่มะเร็งได้แพร่กระจายเข้าสู่กระแสเลือดและอวัยวะอื่น ๆ ที่พบได้บ่อยคือ ปอด สมอง ตับ กระดูก และไขกระดูก ซึ่งโรคในระยะนี้มักจะไม่หายขาด โดยทั่วไปผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 1-3 ปี โดยขึ้นอยู่กับอวัยวะที่มีโรคแพร่กระจาย ส่วนอัตราการรอดชีวิตเกิน 5 ปี จะอยู่ที่ประมาณ 0-20%



รูปที่ 8: แสดงระยะที่ 4 ของมะเร็งเต้านม
ที่มา: นพ.สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ หนังสือตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2.
“มะเร็งเต้านม (Breast cancer)”; 2012

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านม แพทย์ใช้หลักการวินิจฉัยจากความสอดคล้องของการตรวจร่างกาย ผลเอกซเรย์เต้านม และผลเนื้อเยื่อทางพยาธิวิทยา

การตรวจร่างกาย

คลำพบก้อนเนื้อที่เต้านม ตำแหน่งของก้อนมะเร็งที่พบบ่อย คือ เต้านมส่วนบนด้านนอก ร้อยละ 48 รองลงมาพบบริเวณหัวนมร้อยละ 17 เต้านมส่วนบนด้านในร้อยละ 15 เต้านมส่วนล่างด้านนอกร้อยละ 11 และเต้านมส่วนล่างด้านในร้อยละ 6 ลักษณะก้อนมักแข็ง ขอบเขตไม่ชัดเจน มีการดึงรั้งของผิวหนังหรือผิวหนังมีการเปลี่ยนแปลง เช่น ผิวขรุขระคล้ายผิวส้ม มีสารคัดหลั่งจากหัวนม เช่น เลือด น้ำเหลือง อาจตรวจพบต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้โต เนื่องจากมะเร็งแพร่กระจายมาที่ต่อมน้ำเหลือง

เอกซเรย์เต้านม

การทำแมมโมแกรม (mammography) เป็นการตรวจทางรังสีชนิดหนึ่งคล้ายกับการเอกซเรย์ แต่มีความสามารถในการตรวจที่ละเอียดกว่ามาก โดยทั่วไปจะฉายรูปเต้านมด้านละ 2 รูป โดยการบีบเนื้อนมเข้าหากัน ถ่ายรูปจากด้านบนและด้านข้างอย่างละหนึ่งรูป รวมการตรวจแมมโมแกรมในระบบมาตรฐาน 4 รูป ในกรณีที่พบจุดสงสัย อาจมีการถ่ายรูปเพิ่มหรือขยายรูปเพื่อให้เกิดความชัดเจน สิ่งที่แมมโมแกรมสามารถตรวจพบ และดีกว่าการตรวจวิธีอื่นคือ สามารถเห็นจุดหินปูนในเต้านม ซึ่งในบางครั้งมะเร็งเต้านมอาจมีขนาดเล็กมาก คลำไม่พบ ตรวจพบได้เฉพาะการตรวจแมมโมแกรมเท่านั้น ดังนั้นแมมโมแกรมจึงมีประโยชน์ในการตรวจหามะเร็งเต้านมขนาดเล็ก

การทำอัลตราซาวด์เต้านม (ultrasonography) เป็นการตรวจโดยการส่งคลื่นเสียงความถี่สูง เข้าไปในเนื้อเต้านม เมื่อคลื่นเสียงกระทบกับเนื้อเยื่อต่างๆ จะสะท้อนกลับขึ้นมาที่เครื่องตรวจ ซึ่งจะตรวจจับความแตกต่างของเนื้อเยื่อได้ คล้ายกับการตรวจด้วยเรดาร์ ทำให้สามารถแยกเนื้อเยื่อเต้านมปกติกับก้อนในเต้านมได้ นอกจากนี้ยังสามารถบอกได้ว่าก้อนที่พบในเนื้อเต้านมนั้น มีองค์ประกอบเป็นน้ำ หรือเป็นก้อนเนื้อ ในกรณีที่ก้อนน้ำก็ค่อนข้างจะสบายใจเพราะไม่เหมือนมะเร็ง แต่หากเป็นก้อนเนื้อ อัลตราซาวด์จะช่วยบอกว่าก้อนเนื้อนั้นมีขอบเขตที่ดูเรียบร้อย หรือดูค่อนข้างเป็นเนื้อร้าย

การเก็บตัวอย่างเนื้อเยื่อเพื่อพิสูจน์ทางพยาธิวิทยา (biopsy)

Fine needle aspiration (FNA) เป็นการใช้เข็มเล็ก ๆ ดูดเซลล์จากก้อนเนื้อที่สงสัยป้ายลงบนสไลด์ และแช่ใน 95% แอลกอฮอล์ ส่งตรวจด้วยวิธีเซลล์วิทยา (cytology)

Core needle biopsy เป็นการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจด้วยเข็มขนาดใหญ่ เพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา

Surgical biopsy เป็นการผ่าตัดก้อนเนื้อออกเพื่อส่งตรวจ การตัดก้อนเนื้อออกทั้งหมดเรียก excisional biopsy ซึ่งปัจจุบันวิธีนี้ใช้น้อยลง จะพิจารณาใช้ต่อเมื่อแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่มีเครื่องมือหรือไม่สามารถทำ FNA หรือ core needle biopsy ได้เท่านั้น ส่วนการตัดก้อนเนื้อออกบางส่วนเรียก incisional biopsy ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมาด้วยมะเร็งเต้านมที่มีก้อนและแผลแตกบริเวณผิวหนังขนาดใหญ่ที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ และแพทย์ต้องการชิ้นเนื้อบางส่วนเพื่อส่งตรวจพิสูจน์ทางพยาธิวิทยา

การแบ่งระยะของโรค (American Society of Clinical Oncology, 2022)

การแบ่งระยะของโรคมะเร็งเต้านม (staging) นิยมใช้วิธี TMN เป็นการแบ่งขนาดของก้อนเนื้อมะเร็ง การกระจายไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้และการกระจายของโรคไปที่อวัยวะอื่น ๆ เช่น กระจายไปที่ตับ ปอด กระดูก ดังนี้

ตารางที่ 1 การแบ่งระยะของโรคมะเร็งเต้านมตามระบบ TMN

Stage 0	Tis	No	M0	Stage IIIA	T0	N2	M0
Stage IA	T1	N0	M0		T1	N2	M0
Stage IB	T0	N1mi	M0		T2	N2	M0
	T1	N1mi	M0		T3	N1	M0
Stage IIA	T0	N1	M0		T3	N2	M0
	T1	N1	M0	Stage IIIB	T4	N0	M0
	T2	N0	M0		T4	N1	M0
Stage IIB	T2	N1	M0		T4	N2	M0
	T3	N0	M0	Stage IIIC	Any T	N3	M0
				Stage IV	Any T	Any N	M1

ที่มา: สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจน์, 2555: 75

T	หมายถึง	ขนาดของก้อนมะเร็ง
T0 และ T1	ที่มีเพียง	nodal micrometastases จัดอยู่ในระยะ IB
TX	หมายถึง	มะเร็งปฐมภูมิที่เต้านมยังไม่สามารถตรวจพบได้
Tis		เซลล์มะเร็งอยู่เฉพาะที่ไม่ได้ลุกลามผ่านชั้นที่เรียกว่า basement membrane
T0		ตรวจไม่พบก้อนมะเร็งที่เต้านม
T1		ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กกว่า 20 มม.
T1mi		ก้อนมะเร็งมีเส้นผ่าศูนย์กลางที่มากที่สุดของการวัด ขนาดเล็กกว่าหรือเท่ากับ 1 มม.
T1a		ก้อนมะเร็งมีขนาดโตกว่า 1 มม. แต่เล็กกว่าหรือเท่ากับ 5 มม.
T1b		ก้อนมะเร็งมีขนาดโตกว่า 5 มม. แต่เล็กกว่าหรือเท่ากับ 10 มม.
T1c		ก้อนมะเร็งมีขนาดโตกว่า 10 มม. แต่เล็กกว่าหรือเท่ากับ 20 มม.
T2		ก้อนมะเร็งมีขนาดโตกว่า 20 มม. แต่เล็กกว่าหรือเท่ากับ 50 มม.
T3		ก้อนมะเร็งมีขนาดโตกว่า 50 มม.
T4		ก้อนมะเร็งขนาดเท่าใดก็ได้ และมีการลุกลามเข้าผนังทรวงอกหรือผิวหนังเต้านม (ผิวหนังแตกเป็นแผล หรือมีตุ่มก้อนมะเร็ง (nodules) ที่ผิวหนัง)
หมายเหตุ		ถ้าลุกลามเข้าเพียงชั้น dermis ไม่จัดอยู่ในระยะ T4
T4	แบ่งย่อยเป็น	
4a		ลุกลามเข้าผนังทรวงอก นับรวมกระดูกซี่โครงหน้าอก ชั้นกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครง ไม่รวมที่เป็นพังผืดหรือลุกลามเข้ากล้ามเนื้อ pectoralis
4b		ผิวหนังบวม หรือแตกเป็นแผล หรือมีตุ่มก้อนมะเร็งกระจายบนผิวหนังเต้านม รวมทั้งผิวหนังเป็นผิวคล้ายเปลือกส้ม (Peaud' orange)
4c		รวมทั้ง 4a และ 4b
4d		ก้อนมะเร็งอักเสบ (inflammatory carcinoma)
Regional lymph node (N) (ต่อมน้ำเหลืองเฉพาะที่)		
N0		ไม่มีมะเร็งในต่อมน้ำเหลืองเฉพาะที่
N1		มีมะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ในระดับ 1 และ 2 ข้างเดียวกับเต้านมที่เป็นมะเร็ง แต่ต่อมน้ำเหลืองนั้นยังเคลื่อนที่ได้ ยังไม่ยึดติด
N1mi		มะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลือง โดยขนาดของการกระจายมากกว่า 0.2 มม. ไม่เกิน 2 มม.
N2		มีมะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ 1 และ 2 ข้างเดียวกับเต้านมที่เป็นมะเร็ง และต่อมน้ำเหลืองนั้นมีการยึดติดเคลื่อนที่ไม่ได้
N2a		มีมะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ในระดับ 1 และ 2 ข้างเดียวกับเต้านมที่เป็นมะเร็ง และต่อมน้ำเหลืองนั้นยึดติดกัน เคลื่อนต่อไม่ได้หรือติดกับส่วนอื่นของรักแร้
N2b		ตรวจพบมีมะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลือง ภายในเต้านมข้างเดียวกับเต้านมที่เป็นมะเร็ง แต่ตรวจไม่พบมะเร็งกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้ในระดับ 1 และ 2
N3		มีมะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลืองใต้กระดูกไหปลาร้า (ต่อมน้ำเหลืองระดับ 3) ข้างเดียวกับเต้านมที่เป็นมะเร็ง โดยที่มี หรือไม่มีมะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ใน

ระดับ 1 และ 2 หรือมีมะเร็งในต่อมน้ำเหลืองภายในเต้านมข้างเดียวกับเต้านมที่เป็นมะเร็ง ร่วมกับมีมะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ในระดับ 1 และ 2 หรือมีมะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลืองเหนือกระดูกไหปลาร้า (ต่อมน้ำเหลืองระดับ 3) ข้างเดียวกับเต้านมที่เป็นมะเร็ง โดยที่มีหรือไม่มีมะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ และภายในเต้านมข้างเดียวกับเต้านมที่เป็นมะเร็ง

- N3a มีมะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลืองใต้กระดูกไหปลาร้า ข้างเดียวกับเต้านมที่เป็นมะเร็ง
- N3b มีมะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลืองภายในเต้านมข้างเดียวกับเต้านมที่เป็นมะเร็ง และที่ต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้
- N3c มีมะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลืองกระดูกไหปลาร้า ข้างเดียวกับเต้านมที่เป็นมะเร็ง
- M-Metastasis (มะเร็งแพร่กระจายอวัยวะอื่น)**
- M0 ไม่มีมะเร็งกระจายไปอวัยวะอื่น
- cM0 (1+) ตรวจไม่พบมะเร็งกระจายไปอวัยวะอื่นจากการถ่ายภาพทางรังสี แต่ตรวจพบมีเซลล์มะเร็งใน กระแสเลือด ไชกระดูก หรือต่อมน้ำเหลืองของอวัยวะอื่น ขนาดไม่เกิน 0.2 มม. จากการตรวจด้วยกล้อง microscope โดยไม่มีอาการและอาการแสดงของมะเร็งกระจาย
- M1 มีมะเร็งกระจายไปอวัยวะอื่นจากการตรวจร่างกาย และจากการถ่ายภาพทางรังสี และ/หรือจากการตรวจทางจุลกายวิภาค (histology) ของเนื้อเยื่อมีขนาดมากกว่า 0.2 มม.

การพยากรณ์โรค

ด้วยการวินิจฉัยที่สามารถค้นหามะเร็งได้ในระยะแรกๆ ทำให้การรักษาได้ผลดี การพยากรณ์โรคจึงดีขึ้นด้วย หากแบ่งตามระยะมีการพยากรณ์โรคดังนี้

ตารางที่ 2 อัตรารอดชีพ 5 ปี ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่

(ข้อมูลปี พ.ศ.2556 ติดตามถึงปี พ.ศ. 2560)

จำนวนปี	จำนวนผู้ป่วย	จำนวนผู้เสียชีวิต	อัตรารอดชีพ (%)
ปีที่ 1	871	3	99.7
ปีที่ 2	795	75	91.1
ปีที่ 3	731	64	83.7
ปีที่ 4	680	51	77.9
ปีที่ 5	644	36	73.8

ที่มา : สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2562

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

3. การรักษามะเร็งเต้านม (American Society of Clinical Oncology, 2022)

การรักษามะเร็งเต้านมส่วนใหญ่จะเป็นการรักษาแบบผสมผสานหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด การให้เคมีบำบัด การฉายรังสี การใช้ยาต้านฮอร์โมนและยาที่รักษาแบบมุ่งเป้า (targeted therapy) ส่วนผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งระยะต้น อาจใช้วิธีผ่าตัดอย่างเดียว หรือผ่าตัดรวมกับการให้ยาต้านฮอร์โมน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดระยะของโรคและความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย

การผ่าตัด

การผ่าตัดเพื่อให้ได้การวินิจฉัยโรคและเป็นการรักษามะเร็งเต้านม โดยทั่วไปการผ่าตัดมะเร็งเต้านมหมายถึงการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ 2 ส่วน คือ เต้านมและต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ ในส่วนของการผ่าตัดเต้านมมีหลายวิธี การเลือกวิธีผ่าตัดต้องพิจารณา ตำแหน่ง ขนาด ระยะของโรค และปัจจัยทางร่างกายของผู้ป่วย โดยสรุป การผ่าตัดบริเวณเต้านมเพื่อรักษาโรคมะเร็งเต้านม มีทางเลือกได้ ดังต่อไปนี้

1. การผ่าตัดที่เนื้อเต้านม
2. การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้
3. การผ่าตัดเพื่อเสริมสวยหรือแก้ไขความบกพร่อง

1. การผ่าตัดที่เนื้อเต้านม

- **การผ่าตัดแบบอนุรักษ์เต้านม (Breast conserving surgery):** เป็นการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก (ระยะ I, II) มีหลายรูปแบบ เช่น Lumpectomy, complete local excision, partial mastectomy or wide local excision เป็นการผ่าตัดนำเนื้อเต้านมและส่วนที่เป็นมะเร็งออกให้หมด และผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ ที่ระดับ I, II ออกด้วย ซึ่งขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของก้อนมะเร็ง โดยผู้ป่วยจะต้องรับการฉายรังสีบริเวณเต้านมภายหลังได้รับการผ่าตัดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และถ้ามีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองจำเป็นต้องได้รับยาเคมีบำบัดร่วมด้วย

- **Simple (total) mastectomy:** เป็นการผ่าตัดเอาเนื้อเต้านมออกทั้งหมดรวมถึง nipple-areola complex และ กล้ามเนื้อหน้าอก โดยวิธีการผ่าตัดเลาะตามแนวของกล้ามเนื้อหน้าอกไปจนถึงเนื้อเยื่อเต้านมส่วนปลายออก ซึ่งการผ่าตัดกล้ามเนื้อหน้าอกมัดใหญ่ออกจะทำให้พังผืดบริเวณหน้าอกและทำให้เลือดมาเลี้ยงบริเวณหน้าอกลดลงไม่ได้ผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกมาด้วย (Bland, 2011)

- **Modified radical mastectomy (MRM):** การผ่าตัดเต้านมอย่างถอนรากแบบดัดแปลงเป็นการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด และเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออก ทั้งระดับ I, II, III โดยไม่ตัดกล้ามเนื้อหน้าอกมัดใหญ่ (Pectoralis major) และ กล้ามเนื้อหน้าอกมัดเล็ก (Pectoralis minor) เป็นการผ่าตัดที่เป็นมาตรฐานสำหรับโรคมะเร็งเต้านมในระยะที่ I, II และ IIIA ซึ่งเป็นวิธีการผ่าตัดที่นิยมใช้ในปัจจุบัน แต่ผลกระทบที่เกิดภายหลังผ่าตัดเกิดจากการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้และกล้ามเนื้อหน้าอก (Bland, 2011)

2. **การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ (Axillary lymph node surgery):** การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ มี 2 บทบาท คือ การบอกการแพร่กระจายของโรค และการผ่าตัดเพื่อนำมะเร็งที่แพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองออก ในปัจจุบันการผ่าตัดต่อมน้ำเหลือง มี 2 ชนิด คือ

- การผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลือง (Axillary lymph node dissection): เป็นการผ่าตัดนำต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกมาทั้งหมด การเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้จะเลาะทั้ง 3 ระดับ (ตำแหน่งของต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ ระดับที่ I อยู่ด้านข้างของกล้ามเนื้อหน้าอกมัดเล็ก, ระดับที่ II จะอยู่บนกล้ามเนื้อหน้าอกมัดเล็ก, ระดับที่ III จะอยู่ตรงกลางของกล้ามเนื้อมัดเล็ก) โดยวิธีการผ่าตัดจะต้องเก็บรักษาอวัยวะโครงสร้างสำคัญ ได้แก่ หลอดเลือดดำที่รักแร้ (axillary vein) หากได้รับบาดเจ็บจะทำให้เกิดแขนบวม เส้นประสาทที่หน้าอก ซึ่งเป็นเส้นประสาทที่มาเลี้ยง serratus anterior muscle หากได้รับบาดเจ็บจะทำให้เกิดกระดูกด้านหลังจะยื่นออกมาเป็นปีก Thoracodorsal nerve ซึ่งเป็นเส้นประสาทที่มาหล่อเลี้ยง Lattissimus dorsi muscle หากได้รับการบาดเจ็บจะทำให้การเคลื่อนไหวแขนในท่าหุบแขนเสียไป

- การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล (Sentinel lymph node biopsy): เป็นการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติเนลออกไปตรวจหาการแพร่กระจายของมะเร็ง โดยวิธีย้อมสี 1% isosulfan blue ไปที่ก้อนมะเร็งก่อนแล้วจึงผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล Frozen section ถ้าตรวจพบเซลล์มะเร็งแพทย์จะทำการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองออกทั้งหมด

3. การผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมใหม่หลังผ่าตัดเต้านม (Breast reconstruction after mastectomy) สามารถแบ่งออกได้เป็นสองกลุ่มคือ

1. การใช้ Prosthesis เช่น Silicone implants, Saline implants มีข้อดีคือใช้ระยะเวลาผ่าตัดและเวลาพักฟื้นที่โรงพยาบาลน้อยกว่า เหมาะสำหรับการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมหลังตัดเต้านม ทั้งสองข้าง แต่มีข้อเสียคือกรณีทำการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมข้างเดียวรูปทรงจะแตกต่างจากเต้านมด้านตรงข้ามมากกว่า และถ้าจำเป็นต้องได้รับการฉายแสง โอกาสที่จะเกิด Scar contracture มีมากกว่าการใช้เนื้อเยื่อของผู้ป่วยเอง

2. การใช้เนื้อเยื่อของผู้ป่วยเช่น Pedicle flap หรือ Free flap ซึ่งมีข้อดีคือรูปทรงทั้งในระยะสั้นและระยะยาวจะคล้ายคลึงกับเต้านมด้านตรงข้ามมากกว่า และถ้าจำเป็นต้องได้รับการฉายแสง โอกาสการเกิด Scar contracture จะพบได้น้อยกว่าการใช้ Prosthesis แต่มีข้อเสียคือใช้เวลาในการผ่าตัดและการพักฟื้นที่โรงพยาบาลนานกว่า และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนบริเวณ Donor site ได้ โดยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมชนิดอักเสบ (Inflammatory breast cancer) ถือว่าเป็นข้อห้ามของการผ่าตัด Immediate reconstruction

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม

1. ภาวะเลือดออกมากและมีเลือดคั่งที่แผลผ่าตัด (Bleeding and Hematoma) พบได้หลังผ่าตัดทันทีโดยสังเกตได้จากปริมาณเลือดที่ออกมามากผิดปกติในขวัตระบายเลือดและน้ำเหลือง หรือบริเวณแผลผ่าตัดมีลักษณะบวมตึง เกิดจากการที่มีเลือดมาคั่ง แทรกอยู่ระหว่างผิวหนังและกล้ามเนื้อหน้าอกมัดใหญ่ ทำให้ผิวหนังลอยขึ้นมาและขาดเลือดมาเลี้ยงทำให้เกิดเนื้อตายบางส่วนของผิวหนังและแผลแยกได้

2. การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด (Wound Infection) เกิดจากการที่ผิวหนังขาดเลือดมาเลี้ยงซึ่งมาจากการที่เลาะผิวหนังที่นำมาปิดแผลผ่าตัดบางเกินไป ทำให้ผิวหนังขาดเลือดมาเลี้ยง ผิวหนังที่ตายจะเป็นอาหารสำหรับเชื้อแบคทีเรีย ทำให้เกิดการติดเชื้อได้

3. ภาวะลมในช่องปอด (Pneumothorax) เกิดจากการพยายามเลาะกล้ามเนื้อมัดใหญ่หรือความพยายามในการควบคุมเลือดที่ไหลจากเส้นเลือดแดงของ Internal mammary แล้วทะลุเข้าเยื่อหุ้มปอด มักจะพบในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบาก (respiratory distress)

4. ภาวะน้ำเหลืองคั่งที่แผลผ่าตัด (Seroma) พบได้บ่อย โดยจะพบก่อนบริเวณรักแร้หรือเต้านม ซึ่งเกิดจากขอบเขตในการเลาะต่อมน้ำเหลืองมากเกินไป หรือเกิดจากการดึงสายระบายเลือดและน้ำเหลืองออกเร็วเกินไป จะพบสัปดาห์ที่ 1-3 หลังผ่าตัด

5. การบาดเจ็บของเส้นเลือด/เส้นประสาทที่รักแร้ เกิดจากการที่ Brachial plexus ถูกยืดมากเกินไป หรือการดึงรั้ง Brachial plexus โดยตรงในขณะที่ผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ หรือการบิดไหล่มากเกินไป ผู้ป่วยจะรู้สึกชาที่นิ้วมือจนถึงอ่อนแรงและขาทั้งแขน ซึ่งอาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นเพียงชั่วคราว

6. อาการปวด (Pain) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ภายหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่ส่งผลต่อผู้ป่วยทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ พบได้ประมาณร้อยละ 20-65 อาการปวดมีหลายชนิด ได้แก่ อาการปวดเต้านมที่ผ่าตัดออกไปแล้ว (phantom breast pain) อาการปวดที่แผลเป็น (scar pain) อาการปวดที่เส้นประสาท (neuropathic pain) อาการปวดบริเวณรักแร้ ซึ่งอาการปวดเหล่านี้จะเกิดขึ้นภายหลังได้รับการรักษาทั้งการผ่าตัด การฉายรังสี การได้รับยาเคมีบำบัด โดยเฉพาะวิธีการผ่าตัดแบบ MRM ที่เกิดการบาดเจ็บของเส้นประสาทที่รักแร้และการผ่าตัดที่เต้านม

7. ภาวะแขนบวม (Lymphedema): พบได้ประมาณ 15-20% เกิดจากมีการรั่วซึมของโปรตีนและสารน้ำในช่องว่างระหว่างเซลล์เข้าไปสะสมในเนื้อเยื่อมากขึ้น จะเป็นการเพิ่ม osmotic pressure ทำให้น้ำถูกดึงเข้าไปสะสมในเนื้อเยื่อมากขึ้น จึงทำให้มีการคั่งของโปรตีนที่มีอยู่ในน้ำเหลือง ทำให้เกิดภาวะแขนบวมได้ ซึ่งเป็นผลมาจากทางเดินน้ำเหลืองถูกขัดขวาง เมื่อทางเดินน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ถูกทำลายหรืออุดตันทำให้เกิดการบวมและเนื้อเยื่อจะหนาตัวขึ้น เนื่องจากมีพังผืด (fibrosis) ที่ interstitial soft tissue มักเกิดหลังจากผ่าตัดหรือฉายรังสีรักษา มะเร็งเต้านม โดยหลังผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้จะมีพังผืดเกิดขึ้น โดยพังผืดจะไปกีดขวางทางเดินน้ำเหลืองและเป็นตัวขัดต่อหลอดทางเดินน้ำเหลืองที่จะเกิดขึ้นมาใหม่ ผู้ป่วยจะมีอาการแขนบวมและหนักแขน จากการที่มีน้ำเหลืองสะสมอยู่ในเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง อาจมีอาการปวดหรือติดเชื้อบ่อยร่วมด้วย การเคลื่อนไหวแขนจะลำบากมากขึ้น

8. ข้อไหล่ติด เป็นภาวะแทรกซ้อนอย่างหนึ่งที่พบได้หลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม

หลังผ่าตัดผู้ป่วยอาจต้องได้รับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด รังสีรักษา และยาต้านฮอร์โมนโดยแพทย์จะพิจารณาจากรายงานของผลชิ้นเนื้อและข้อมูลเกี่ยวกับอายุของผู้ป่วย ความแข็งแรงของผู้ป่วย ขนาดของก้อนมะเร็ง grade peritumoral vascular invasion จำนวนต่อมน้ำเหลืองที่มีมะเร็งแพร่กระจาย และผลย้อมตัวรับฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสโตโรน ยีนเฮอร์ทู และ KI67 โดยทั่วไปจะมีการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามความเสี่ยง ออกเป็น 3 กลุ่ม โดยมีเกณฑ์การแบ่งดังนี้

กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงน้อย เป็นกลุ่มที่มีก้อนมะเร็งขนาดเล็กกว่าหรือเท่ากับ 2 เซนติเมตร grade 1 (มีการเปลี่ยนแปลงระดับเซลล์บริเวณนิวเคลียสในชั้นดี) ไม่มีมะเร็งแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง ไม่มี extensive peritumoral vascular invasion มีตัวรับฮอร์โมนเอสโตรเจนและ/หรือตัวรับฮอร์โมนโปรเจสโตโรนไม่มียีนเฮอร์ทู อายุมากกว่า 35 ปี

กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงปานกลาง เป็นกลุ่มที่ไม่มีมะเร็งแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง และกลุ่มที่มีมะเร็งแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองจำนวน 1-3 ต่อมน

โดยกลุ่มที่ไม่มีมะเร็งการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองและมีอย่างน้อยอีกอย่างหนึ่งดังนี้ มีก้อนมะเร็งขนาดมากกว่า 2 เซนติเมตร หรือก้อนเนื้อ grade 2-3 (มีการเปลี่ยนแปลงระดับเซลล์บริเวณนิวเคลียสในชั้นปานกลางถึงชั้นไม่ดี) หรือมี extensive peritumoral vascular invasion หรือไม่มีตัวรับฮอร์โมนเอสโตรเจนและ/หรือตัวรับฮอร์โมนโปรเจสโตโรน หรือมีเอนไซม์ HER2 หรืออายุน้อยกว่า 35 ปี

ส่วนกลุ่มที่มีมะเร็งแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองจำนวน 1-3 ต่อมน และต้องมีตัวรับฮอร์โมนเอสโตรเจนและ/หรือตัวรับฮอร์โมนโปรเจสโตโรน ไม่มีเอนไซม์ HER2

กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เป็นกลุ่มที่มีมะเร็งแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองจำนวน 1-3 ต่อมน และไม่มีตัวรับฮอร์โมนเอสโตรเจน หรือไม่มีตัวรับฮอร์โมนโปรเจสโตโรน หรือมีเอนไซม์ HER2 และกลุ่มที่เป็นมะเร็งแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองตั้งแต่ 4 ต่อมนขึ้นไป

การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ยาเคมีบำบัดใช้เป็นการรักษาเสริมหลังผ่าตัด (adjuvant) ในผู้ป่วยที่มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดซ้ำของโรค เพื่อลดอัตราการกลับเป็นซ้ำและเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยหรือใช้รักษาาก่อนผ่าตัด (neoadjuvant) เพื่อลดขนาดของก้อนมะเร็ง ในรายที่ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่มากไม่สามารถปิดแผลได้หรือในรายที่ต้องการผ่าตัดแบบเก็บเต้านม ส่วนในผู้ป่วยที่มีการกระจายของโรคไปสู่อวัยวะอื่น เช่น กระดูก ปอด ตับสมอง การใช้ยาเคมีบำบัดจะเป็นการรักษาหลัก

สูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษาเสริมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด แพทย์จะพิจารณาให้ตามความเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำของโรคดังนี้ (สุรพงษ์ สุภภรณ์, 2552)

กลุ่มที่มีความเสี่ยงน้อย จะใช้การรักษาเสริมโดยให้ยาต้านฮอร์โมนไม่จำเป็นต้องให้ยาเคมีบำบัด

กลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลาง สูตรยาเคมีบำบัด จะใช้รักษาเสริมโดยให้ยาเคมีบำบัดก่อนแล้วตามด้วยยาต้านฮอร์โมน สูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษา ได้แก่

- CMF (Cyclophosphamide 600 mg/m², Methotrexate 40 mg/m², 5-Fluorouracil 600 mg/m²) ทุก 28 วัน 6 cycles

- 4 AC (Doxorubicin 60 mg/m², Cyclophosphamide 600 mg/m²) ให้ทุก 21 วัน 4 cycles

- FAC (5-Fluorouracil 500 mg/m², Doxorubicin 50 mg/m², Cyclophosphamide 500 mg/m²) ทุก 21 วัน 6 cycles

- FEC (5-Fluorouracil 500 mg/m², Epirubicin 100 mg/m², Cyclophosphamide 500 mg/m²) ทุก 21 วัน 6 cycles

กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง และกลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลางที่เป็น triple negative (ไม่มีตัวรับฮอร์โมน เอสโตรเจน และโปรเจสโตโรน ไม่มีเอนไซม์ HER2) ยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษา ได้แก่

- สูตรยา PACS01 (3 FEC & 3T) คือ ให้ FEC 3 cycles และต่อด้วย Docetaxel 100 mg/m² ทุก 21 วัน 3 cycles

- สูตร AC 4 cycles และต่อด้วย T (Docetaxel) ทุก 21 วัน 4 cycles หรือ AC 4 cycles และต่อด้วย P (Paclitaxel 80 mg/m²) ทุกสัปดาห์ 12 cycles

- สูตร TAC (Docetaxel 75 mg/m², Doxorubicin 50 mg/m², Cyclophosphamide 500 mg/m²) ทุก 21 วัน 6 cycles

การรักษาทางรังสี

การรักษาทางรังสี คือ การใช้เครื่องมือพิเศษที่สามารถปล่อยอนุภาครังสีที่มีพลังงานสูงเพื่อไปหยุดยั้งการเจริญเติบโตและการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง รังสีนี้จะไปทำลายทั้งเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว แต่เนื่องจากเซลล์มะเร็งเป็นเซลล์ที่มีการแบ่งตัวเร็วมาก ดังนั้นจึงจะถูกทำลายมากกว่าและนอกจากนั้นเซลล์ปกติยังมีคุณสมบัติที่จะสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทนเซลล์ที่ถูกทำลายไปแล้วได้ จึงทำให้เนื้อเยื่อและอวัยวะต่างๆยังคงรูปร่างและทำงานได้ตามปกติ

การฉายรังสีเป็นการรักษาเสริมเพื่อควบคุมโรคเฉพาะที่ จุดประสงค์ของการฉายรังสีหลังผ่าตัดเพื่อทำลาย microscopic disease ที่อาจหลงเหลืออยู่บริเวณ chest wall และ peripheral lymphatics

ข้อบ่งชี้ของการฉายรังสีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (NCCN, 2011) ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเก็บเต้านม (breast conservation surgery)
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออกทั้งเต้า (total mastectomy) แต่มีความเสี่ยงที่จะกลับเป็นซ้ำ ซึ่งได้แก่

- 2.1 กรณีที่ก้อนมะเร็งมีขนาดมากกว่า 5 เซนติเมตร (T3) หรือ T4 lesion
- 2.2 มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ 4 ต่อมนขึ้นไป
- 2.3 ผลชิ้นเนื้อมะเร็งที่ผ่าตัดออกมีขอบเขตปลอดมะเร็ง น้อยกว่า 1 มิลลิเมตร
- 2.4 หลังผ่าตัดมีก้อนเนื้อเหลืออยู่ (evidence of residual tumor)

โดยทั่วไป การรักษาจะใช้เวลาประมาณ 4-6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 5 วัน ตั้งแต่จันทร์ถึงศุกร์ หยุดเสาร์และอาทิตย์ เพื่อให้ร่างกายและผิวหนังได้มีเวลาพักฟื้นและซ่อมแซมเนื้อเยื่อส่วนที่ถูกทำลายไป เมื่อเริ่มรักษาแล้วควรมารับการรักษาโดยต่อเนื่องจนครบกำหนดมิฉะนั้นจะได้จำนวนรังสีน้อยกว่าที่ควร ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร การฉายแสงในแต่ละวันจะกินเวลาเพียงไม่กี่นาที สำหรับการฉายแสงรักษา มะเร็งเต้านมนั้นก็มักจะเป็นการฉายเพียงครั้งเดียว รังสีไม่ลงไปถึงอวัยวะสำคัญที่อยู่ลึกลงไป ดังนั้นจึงไม่ค่อยพบผลข้างเคียงที่รุนแรง ระหว่างการฉายแสงผู้ป่วยบางรายอาจจะรู้สึกเหนื่อยและเพลีย ดังนั้นจึงควรจะมี พักผ่อนให้มากที่สุดและวางแผนการออกกำลังกายแต่พอสมควร บางครั้งผิวหนังบริเวณที่ถูกรังสีอาจจะมีการเปลี่ยนแปลง เช่น มีสีแดงคล้ำ คันหรือมีความรู้สึกปวดแสบปวดร้อน ดังนั้นในระหว่างกำลังฉายแสง อยู่ควรจะต้องดูแลปฏิบัติต่อผิวหนังบริเวณนั้นอย่างระมัดระวัง ถ้าไม่แน่ใจก็อย่าให้ถูกน้ำ แต่ถ้าถูกน้ำก็ควรจะใช้ผ้าเช็ดตัวนุ่มๆซับเบาๆอย่าเช็ดแรง เพราะว่าการเช็ดแรงๆจะทำให้ผิวหนังลอกและกลายเป็นแผลได้ พยายามอย่าให้มีอะไรไปรบกวนถูกบริเวณผิวหนัง อย่าใช้สบู่ เครื่องสำอางน้ำหอม ยาทาและความร้อน ทุกชนิด อย่าให้ถูกแสงแดดหรืออากาศที่เย็นมากๆ ถ้าจำเป็นจะต้องโดนขนบริเวณนั้นก็ต้องโดนด้วยความ ระวังเป็นพิเศษวิธีที่ปลอดภัยที่สุด คือ การใช้เครื่องโอบไฟฟ้า ถ้ามีอาการคันพยายามอย่าเกาเพราะว่าการ เกาอาจจะทำให้เกิดผิวหนังลอกและเกิดการติดเชื้อได้ง่าย และควรระวังรักษาให้ผิวหนังแห้งอยู่เสมอ

การฉายแสงที่รักแร้อาจจะทำให้เกิดข้อไหล่ติดและแขนบวม ดังนั้นในระหว่างการฉายแสงควรจะต้องออกกำลังกายบริหารอย่างสม่ำเสมอและจะต้องปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันไม่ให้แขนบวม เนื่องจากในปัจจุบันวิวัฒนาการในด้านการฉายแสงได้ก้าวหน้าไปมาก ทั้งในด้านเครื่องมือและความชำนาญของรังสีแพทย์ ผลของการรักษาด้วยการฉายแสงจึงดีกว่าสมัยก่อนผู้ป่วยควรเปลี่ยนทัศนคติต่อการรักษาด้วยการฉายแสงว่าสามารถรักษาได้ผลดีและอาการแทรกซ้อนน้อย และผู้ป่วยยังสามารถปฏิบัติภารกิจได้เหมือนปกติ

มะเร็งระยะแพร่กระจาย (Metastatic cancer)

มะเร็งระยะแพร่กระจาย (Metastatic cancer) หมายถึง มะเร็งที่มีการแพร่กระจายไปยังส่วนอื่นในร่างกายรวมทั้งต่อมน้ำเหลืองในบริเวณที่ไกลจากมะเร็งปฐมภูมิ ซึ่งเซลล์มะเร็งมักไปยังส่วนอื่นทางกระแสเลือด หรือทางเดินน้ำเหลืองที่มีอยู่ทั่วร่างกาย โดยมะเร็งที่สามารถแพร่กระจายได้นั้น จำเป็นต้องมีคุณสมบัติสำคัญคือ การออกจากก้อนมะเร็งปฐมภูมิและเข้าสู่กระแสเลือดหรือทางเดินน้ำเหลืองเพื่อไปยังส่วนต่างๆของร่างกาย จากนั้นเซลล์มะเร็งจะแนบติดกับผนังของหลอดเลือดหรือต่อมน้ำเหลืองเพื่อผ่านไปยังอวัยวะอื่น ซึ่งเป็นที่ที่มะเร็งจะเจริญเติบโตขึ้นได้มากที่สุด จึงได้มีความพยายามคิดค้นวิธีที่จะยับยั้งกระบวนการเติบโตและแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งเหล่านี้ขึ้น เช่น การผลิตยาเพื่อป้องกันการกระจายของเซลล์มะเร็งเข้าสู่กระแสเลือด และยาป้องกันการสร้างเส้นเลือดใหม่ที่เข้าไปเลี้ยงเซลล์มะเร็งเป็นต้น คุณสมบัติที่จำเป็นอีกอย่างหนึ่งสำหรับเซลล์มะเร็ง ได้แก่ การหลบหนีจากการถูกทำลายโดยระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ดังนั้นจะเห็นได้ว่าเซลล์มะเร็งได้มีการปรับตัวอย่างมากมาเพื่อการอยู่รอดในร่างกาย จึงมักเป็นเหตุให้การรักษามะเร็งในระยะนี้เป็นไปด้วยความยากลำบาก อวัยวะที่มักพบการแพร่กระจายของมะเร็ง ได้แก่ ปอด กระดูก ตับ และสมอง ซึ่งมะเร็งแต่ละชนิดมักมีลักษณะของการแพร่กระจายแตกต่างกันออกไป ผู้ป่วยบางรายที่เป็นมะเร็งระยะแพร่กระจายอาจไม่แสดงอาการใดๆ แต่พบโดยบังเอิญจากการตรวจภาพถ่ายรังสีหรือการตรวจเลือด ในกรณีที่มีอาการจากมะเร็งระยะแพร่กระจาย อาการมักขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งที่มีการแพร่กระจาย เช่น มะเร็งที่มีการแพร่กระจายไปยังกระดูกมักทำให้มีอาการปวดและกระดูกหัก มะเร็งที่มีการแพร่กระจายไปยังสมองอาจทำให้มีอาการปวดศีรษะ ชัก หรือมีเนื้องอก มะเร็งที่มีการแพร่กระจายไปยังปอดอาจทำให้มีอาการหายใจลำบาก มะเร็งที่มีการแพร่กระจายไปยังตับ อาจทำให้มีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง ท้องบวมได้ เป็นต้น

การแพร่กระจายของมะเร็งเต้านม

ตำแหน่งที่พบมะเร็งเต้านมเกิดซ้ำได้บ่อย คือ บริเวณหน้าอก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาโดยตัดเต้านมออกทั้งหมด หรือในรายที่ไม่ได้รับการฉายแสงอย่างเต็มที่ นอกจากนั้นอาจพบได้ที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ ในรายที่ไม่ได้เลาะเอาต่อมน้ำเหลืองออก และไม่ได้รับการรักษาด้วยการฉายแสงวิธีการรักษา อาจโดยการผ่าตัดหรือการฉายแสง หรืออาจจะใช้ทั้ง 2 วิธีร่วมกันก็ได้ นอกจากนั้น อาจต้องตรวจร่างกายคนไข้อย่างละเอียด รวมทั้งเจาะเลือดไปตรวจ เพื่อดูการทำงานของอวัยวะต่างๆ เช่น ตับ ไต ว่ายังทำงานปกติหรือไม่ และอาจจะต้องตรวจปัสสาวะ เอกซเรย์ปอด กระดูก เพื่อที่จะดูว่ามะเร็งแพร่กระจายไปแล้วหรือยัง เพราะพบว่าในผู้ป่วยที่มีโรคเกิดเป็นซ้ำขึ้นมาที่ใดที่หนึ่งแล้ว มะเร็งก็มีโอกาสที่จะแพร่กระจายไปยังส่วนอื่นๆ ของร่างกายได้ด้วย

มะเร็งเต้านม ถ้าปล่อยไว้จนถึงระยะหนึ่ง มีโอกาสที่จะแพร่กระจายไปยังส่วนอื่นๆ ของร่างกายได้ โดยเฉพาะเซลล์มะเร็งจะหลุดเข้าไปในหลอดเลือดหรือหลอดน้ำเหลือง หลังจากนั้นมีโอกาสที่จะไปเจริญเติบโตอยู่ที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายได้ มะเร็งเต้านมมักจะแพร่กระจายไปยังกระดูกสันหลัง กระดูกเชิงกราน กระดูกต้นขา ปอด ตับ สมอง เป็นต้น และเมื่อมะเร็งแพร่กระจายไปแล้ว ก็มีโอกาสที่จะแพร่กระจายไปในหลายตำแหน่งหรือหลายอวัยวะพร้อมๆ กันได้

การแพร่กระจายไปยังท่อน้ำเหลือง

การลุกลามเข้าไปในท่อน้ำเหลือง มะเร็งมีแนวโน้มที่จะแทรกไปตามท่อน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียงในระยะแรก ๆ เช่น ในมะเร็งของเต้านม เซลล์มะเร็งจะแทรกเข้าไปอยู่ภายในท่อน้ำเหลืองเป็นกลุ่ม (solid cord) ซึ่งจะกระจายออกไปรอบ ๆ ทุกทิศทางวิธีการนี้เรียกว่า permeation ในส่วนตรงกลางของมะเร็ง อาจจะมีการตาย (necrosis) ได้ แต่ส่วนรอบนอกก็จะกระจายออกไปเรื่อยๆ จนถึงต่อมน้ำเหลืองได้ ถ้ามีการอุดตันของท่อน้ำเหลือง น้ำเหลืองก็จะไหลย้อนกลับไปยังท่อน้ำเหลืองที่ใกล้เคียงทำให้เซลล์มะเร็งไหลย้อนกลับไปด้วย ตัวอย่าง เช่น พบก้อนเนื้ออกบริเวณผิวหนังในรายที่เป็นมะเร็งของเต้านม lymph permeation นี้ทำให้มีการบวมของชั้นผิวหนังได้ที่เรียกว่า peau d'orange ในมะเร็งของเต้านม ในมะเร็งของปอด เซลล์มะเร็งก็อาจจะเข้าไปอยู่ในท่อน้ำเหลือง ซึ่งอยู่ตามหลอดลมและเส้นโลหิตใหญ่ของปอด เมื่อมีการอุดตันขึ้นก็ทำให้เกิดสภาวะที่เรียกว่า lymphangitis carcinomatosa

การกระจายทางท่อน้ำเหลือง เซลล์มะเร็งกระจายไปสู่ต่อมน้ำเหลืองโดยวิธี embolization เมื่อเข้าไปอยู่ในต่อมน้ำเหลืองแล้ว ในระยะแรกจะเข้าไปอยู่ใน subcapsular space ระยะนี้ต่อมน้ำเหลืองจะมีขนาดปกติ เมื่อเซลล์มะเร็งเข้าไปอยู่ใน sinusoid และแทนที่มากขึ้นต่อมน้ำเหลืองจึงจะมีขนาดโตขึ้น

การกระจายของเซลล์มะเร็งจากต่อมน้ำเหลืองหนึ่งไปสู่ต่อมน้ำเหลืองอีกอันหนึ่งนั้นเกิดขึ้นได้ยาก เพราะเซลล์มะเร็งไม่สามารถที่จะผ่านเปลือกหุ้มออกไปได้จนกว่าจะถึงระยะสุดท้ายจึงจะผ่านออกไปได้ แต่เซลล์มะเร็งสามารถกระจายไปสู่ต่อมน้ำเหลืองอื่นได้ โดยไปตามท่อน้ำเหลืองเล็ก ๆ อยู่รอบ ๆ ต่อมน้ำเหลืองซึ่งมีทางติดต่อกับต่อมน้ำเหลืองอื่นๆ น้ำเหลืองจากอวัยวะในช่องท้องจะเข้าสู่ cistern chili เข้าสู่ thoracic duct แล้วจึงเทเข้าสู่ jugular vein ข้างซ้าย เพราะฉะนั้นเซลล์มะเร็งจากท่อน้ำเหลืองจึงเข้าสู่กระแสโลหิตได้โดยวิธีนี้

การแพร่กระจายของมะเร็งไปยังตับ (Liver Metastases)

การแพร่กระจายของมะเร็งไปยังตับ (Liver metastases) หมายถึง เนื้อร้ายที่เกิดจากการแพร่กระจาย (metastasizes) จากส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายมายังตับ ซึ่งเซลล์มะเร็งที่แบ่งตัวออกมาจากมะเร็งต้นกำเนิด จะผ่านมาทางกระแสเลือดไปยังตับซึ่งทำหน้าที่เป็นตัวกรองเลือด ทำให้เซลล์มะเร็งเหล่านี้ตกค้างติดอยู่ที่ตับ ก่อเกิดรูปแบบใหม่ที่เรียกว่า มะเร็งระยะแพร่กระจายมายังตับ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแหล่งกำเนิดของมะเร็ง โดยที่การแพร่กระจายมายังตับนี้ อาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหรือค่อยพัฒนาอย่างช้าๆ ในระยะเวลาหลายปี หลังจากการรักษามะเร็งต้นกำเนิดแล้วก็ได้ พบว่าการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังตับ ส่วนใหญ่เกิดจากมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยร้อยละ 60-70 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ มักจะพัฒนาต่อและกระจายไปยังตับในที่สุด มะเร็งชนิดอื่นๆที่สามารถแพร่กระจายไปยังตับได้ เช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งตับอ่อน มะเร็งปอด มะเร็งไต และมะเร็งผิวหนัง (Melanoma) เป็นต้น

อาการแสดง (Symptoms)

ผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังตับ อาจไม่มีอาการใดเลย หรืออาจมีอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจงแต่อย่างใด และหากเกิดอาการขึ้นอาจรวมถึงอาการดังต่อไปนี้ ได้แก่ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลดลง มีไข้ ความเมื่อยล้า ตัวบวม ค้นตามร่างกาย อาการบวมแขนขา ปวดท้องหรือรู้สึกไม่สบาย ดีซ่าน (ตัวเหลือง ตาเหลือง)

การวินิจฉัยและการแบ่งระยะของโรค (Diagnosis & Staging)

การวินิจฉัยโดยปกติจะเริ่มต้นด้วยการทดสอบเลือดอย่างง่ายเพื่อระบุถึงการมีอยู่ของมะเร็ง เรียกว่า สารบ่งชี้มะเร็ง (Tumor markers) (สารที่พบในปริมาณที่เพิ่มขึ้นในเลือดของผู้ที่มีโรคมะเร็งบางชนิด) เช่น CEA หรือเพื่อระบุความผิดปกติของเอ็นไซม์ตับ ส่วนภาพถ่ายทางรังสีและการทดสอบอื่นๆ อาจใช้เพื่อยืนยันการวินิจฉัยถ้าระดับของสารบ่งชี้มะเร็งมีความสูงผิดปกติ

ภาพถ่ายทางรังสี (Imaging) มีประโยชน์ในการให้รายละเอียดเกี่ยวกับก้อนมะเร็งเช่น ขนาดที่แน่ชัด และอาจช่วยทำนายการตอบสนองต่อการรักษาได้ เทคโนโลยีของภาพถ่ายทางรังสี ยังช่วยให้ข้อมูลและรายละเอียดที่สำคัญแก่ศัลยแพทย์และแพทย์รังสีร่วมรักษา (Interventionist) ในระหว่างการรักษาได้ ตัวอย่างของภาพถ่ายทางรังสี เช่น

- เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scans) แสดงให้เห็นขอบเขตของการของมะเร็ง การแพร่กระจายเข้าสู่ต่อมน้ำเหลือง หรืออวัยวะอื่นๆ ได้

- ภาพสะท้อนคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) แสดงรายละเอียดของอวัยวะและเนื้อเยื่อรอบข้างได้ดีกว่าเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ แสดงให้เห็นขอบเขตของการเจริญเติบโตของเนื้องอกในตับ อวัยวะรอบข้าง และหลอดเลือด รวมทั้งช่วยตรวจสอบว่าเนื้องอกนั้นเป็นมะเร็งหรือไม่

- อัลตราซาวด์ (Ultrasound) แสดงรายละเอียดด้านตำแหน่งและจำนวนของเนื้องอกที่พบในร่างกาย นอกจากนี้ยังสามารถช่วยแยกความแตกต่างของมะเร็งจากเนื้องอกธรรมดา (Benign tumor) ได้

- เพทสแกน (PET) ใช้ร่วมกับภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เรียกว่า เพทซีที สแกน (PET/ CT scan) เพื่อค้นหาเซลล์มะเร็ง และระบุตำแหน่งที่แน่นอนของการแพร่กระจายมายังตับ ก่อนทำการตรวจจะมีการฉีดสารเภสัชรังสีที่จับตัวอยู่กับโมเลกุลของน้ำตาลเข้าสู่หลอดเลือดดำ ทั้งนี้เซลล์มะเร็งซึ่งสามารถดูดซึมน้ำตาลได้อย่างรวดเร็วมากกว่าเซลล์ปกติ นั้น จะเรืองแสงขึ้นในเพทสแกน

การวินิจฉัยอื่นๆ

- ตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา (Biopsy) ใช้เทคนิคการตรวจที่เรียกว่า Fine-Needle Aspiration (FNA) เพื่อเก็บตัวอย่างของเนื้อเยื่อหรือของเหลวจากเนื้องอก โดยตัวอย่างของเนื้อเยื่อนี้จะถูกตรวจสอบภายใต้กล้องจุลทรรศน์โดยพยาธิแพทย์

- การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินอาหารจะใช้กล้องโทรทัศน์ที่มีลักษณะคล้ายท่อขนาดเล็กส่องผ่านทวารหนัก เพื่อเข้าไปตรวจดูลักษณะของเยื่อผิว

- การตรวจด้วยลำกล้องผ่านหน้าท้อง (Laparoscopy) ศัลยแพทย์จะใช้กล้องโทรทัศน์ที่ลักษณะคล้ายท่อขนาดเล็กส่องผ่านแผลขนาดเล็กจากทางหน้าท้อง เพื่อตรวจดูตับและอวัยวะโดยรอบ นอกจากนี้ยังใช้เครื่องมือเก็บตัวอย่างเนื้อเยื่อเพื่อการตรวจทางพยาธิวิทยาอีกด้วย การตรวจประเภทนี้สามารถใช้เพื่อหลีกเลี่ยงการผ่าตัดในผู้ป่วยบางรายได้

การรักษา

การผ่าตัด (Surgery) การผ่าตัดมักใช้ร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด ซึ่งนับเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด

เคมีบำบัด (Chemotherapy) การใช้ยาเคมีบำบัดสามารถลดความเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำ (Recurrence) ของมะเร็งภายหลังการผ่าตัดได้ (การรักษาแบบเสริม) และยังสามารถลดขนาดก้อน ก่อนผ่าตัด (Neoadjuvant)

รังสีรักษา (Radiation Therapy) การรักษาด้วยการฉายรังสี ควรพิจารณาใช้ในกรณีที่ไม่สามารถผ่าตัดออกหรือมะเร็งมีขนาดใหญ่เกินไปจนไม่สามารถรักษาด้วยวิธีการ Ablation ได้

การแพร่กระจายของมะเร็งไปยังสมอง

การแพร่กระจายของมะเร็งไปยังสมอง หมายถึง มะเร็งในสมองซึ่งเกิดจากเซลล์มะเร็งที่การแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง มาจากมะเร็งตำแหน่งอื่นๆในร่างกาย โดยตำแหน่งมะเร็งต้นกำเนิดเรียกมะเร็งปฐมภูมิ เมื่อเกิดการแพร่กระจายขึ้นก็จะเรียกมะเร็งทุติยภูมิ หรือมะเร็งระยะแพร่กระจายไปที่สมอง เซลล์มะเร็งนั้นสามารถแตกตัวออกมาจากมะเร็งต้นกำเนิดแล้วแพร่กระจายไปตามระบบเลือดและน้ำเหลืองซึ่งระบบน้ำเหลืองนั้น เกิดจากเครือข่ายของต่อมน้ำเหลืองมากมายทั่วร่างกายเชื่อมกันด้วยท่อน้ำเหลืองขนาดเล็ก โอกาสเกิดมะเร็งระยะแพร่กระจายไปที่สมองขึ้นกับจำนวน ขนาด ตำแหน่งและชนิดของมะเร็งต้นกำเนิดเดิม โดยถ้าพบก้อนมะเร็งในสมองมากกว่า 1 ตำแหน่ง (multiple brain tumors) จะทำให้สงสัยมะเร็งทุติยภูมิมากขึ้น เนื่องจากมะเร็งปฐมภูมิที่ กำเนิดในสมองเองก็มักจะโตขึ้นอยู่ในตำแหน่งเดียวแต่ถ้าพบมะเร็งในสมองเพียง 1 ตำแหน่ง (solitary brain tumor) และยังไม่พบมะเร็งในตำแหน่งอื่นๆของร่างกายก็ยากที่จะบอกว่าเป็นมะเร็งปฐมภูมิหรือทุติยภูมิ ในกรณีนี้การตัดชิ้นเนื้อขนาดเล็กส่ง ตรวจโดยศัลยแพทย์ประสาทก็จะมีความจำเป็นมากขึ้นเมื่อนำชิ้นเนื้อไปดูผ่านกล้องจุลทรรศน์แล้ว ก็จะสามารถบอกได้ เช่น มะเร็งที่แพร่กระจายมาจากปอดก็จะพบเซลล์มะเร็งหน้าตาเหมือนเซลล์ของปอดมากกว่าเซลล์ในสมอง

มะเร็งระยะแพร่กระจายไปที่สมองสามารถเกิดได้จากมะเร็งต้นกำเนิดเกือบทุกชนิด แต่ชนิดที่พบได้บ่อย ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งไต และมะเร็งผิวหนังชนิด malignant melanoma โดยมากกว่าครึ่งของผู้ที่มะเร็งระยะแพร่กระจายมายังสมองจะมีก้อนเนื้อออกมากกว่า 1 ก้อน เซลล์มะเร็งสามารถเดินทางจากตำแหน่งต้นกำเนิดผ่านทางกระแสเลือดและระบบน้ำเหลืองทำให้เกิดมะเร็งแพร่กระจายไปได้ ทั่วร่างกายรวมถึงสมอง มะเร็งที่แพร่กระจายมาที่สมองมักจะพบที่ตำแหน่งรอยต่อระหว่างสมองเนื้อเทาและเนื้อขาว ซึ่งเป็นตำแหน่งที่มีเส้นเลือดมาเลี้ยงปริมาณมาก โดยสมองเนื้อเทาเป็นเนื้อรอบนอกของสมองและประกอบไปด้วยเซลล์ประสาทจำนวนมากในขณะที่สมองเนื้อขาวจะประกอบไปด้วยเส้นใยประสาทซึ่งเชื่อมต่อเซลล์ประสาทเข้าด้วยกัน โดยสมองเนื้อเทาเป็นตำแหน่งที่ทำหน้าที่ในการคิดคำนวณ เป็นต้น ขณะที่ส่วนเนื้อขาวทำหน้าที่เชื่อมต่อคำสั่งระหว่างสมองส่วนต่างๆ

อาการแสดง

อาการของมะเร็งระยะแพร่กระจายไปที่สมองค่อนข้างหลากหลาย โดยขึ้นกับตำแหน่งและขนาดของก้อน ดังนี้

- ปวดศีรษะ เนื่องจากก้อนเนื้ออกทำให้มีความดันในกะโหลกสูงขึ้นและกดเบียดเนื้อสมองข้างเคียง โดยอาการปวดมักจะ รุนแรงในช่วงเช้าและมีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆในแต่ละวัน มักพบร่วมกับอาการคลื่นไส้อาเจียน

- การชัก เกิดจากการที่เนื้ออกไปรบกวนการนำกระแสประสาทในสมอง อาจพบได้ทั้งการชักบางส่วน เช่น กล้ามเนื้อเต้น กระตุก รับกลิ่นหรือรสผิดปกติ การพูดผิดปกติ การขา หรือชักทั่วทั้งตัวจนผู้ป่วยหมดสติ

- มีปัญหาในการพูด ความเข้าใจในการสื่อสาร การมองเห็น การอ่อนแรงหรือชาตามส่วนต่างๆของร่างกายเกิดจากการที่ ก้อนไปกดเบียดตำแหน่งที่ควบคุมการทำงานต่างๆในสมอง

- การเคลื่อนไหวผิดปกติ เกิดจากก้อนเนื้ออกไปรบกวนการส่งสัญญาณประสาทในการควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ

การวินิจฉัย

โดยปกติแพทย์จะใช้ประวัติการตรวจร่างกายทางระบบประสาท และการทำภาคสะท้อนคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) เพื่อวินิจฉัยมะเร็งระยะแพร่กระจายไปที่สมองและหาตำแหน่งของสมองที่ผิดปกติ

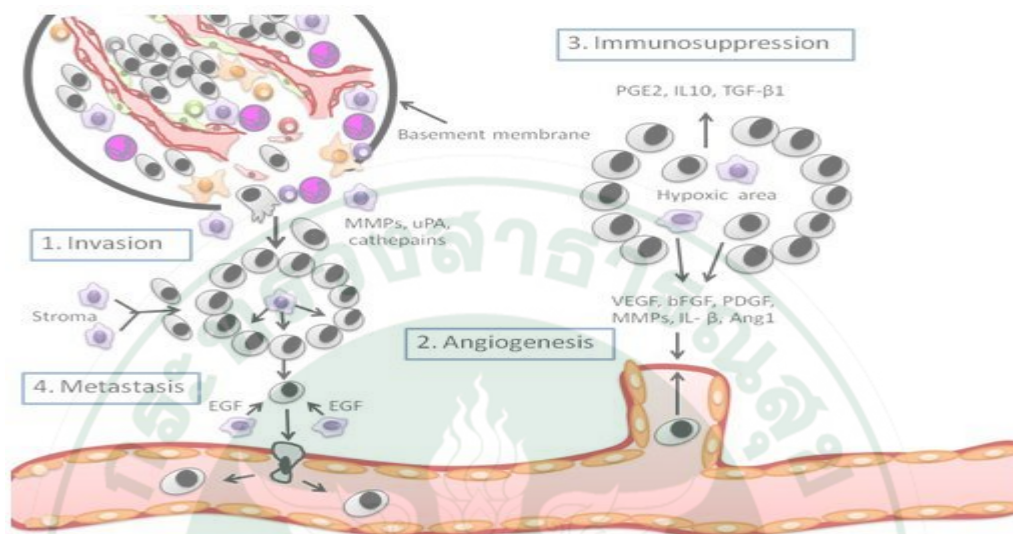
เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT scan) เป็นการถ่ายภาพเอกซเรย์เป็นชุดเพื่อสร้างเป็นภาพสามมิติของร่างกาย ใช้เวลา 10-30 นาที สัมผัสปริมาณรังสีไม่มาก แพทย์จะไม่เป็นอันตรายต่อร่างกายผู้ป่วยและคนรอบข้าง ควรดื่มน้ำและอาหาร 4 ชั่วโมงก่อนทำ โดยระหว่างการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์มักจะมีการฉีดหรือให้กินสารทึบรังสี เพื่อให้สามารถมองเห็นบางตำแหน่งชัดเจนขึ้นจึงควรแจ้งแพทย์ เรื่องประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร หรือหอบหืด

การตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ โดยทั่วไปการตัดชิ้นเนื้อนั้นแพทย์จะไม่มีควมจำเป็นในการวินิจฉัยมะเร็งระยะแพร่กระจายไปที่สมอง ในบางกรณีก็อาจจะ มีการตัดชิ้นเนื้อขนาดเล็กส่งตรวจ หรือมีการเจาะน้ำไขสันหลังส่งตรวจ ซึ่งช่วยวินิจฉัยโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากมะเร็ง (neoplastic meningitis) ซึ่งพบเซลล์มะเร็งแพร่เข้ามาในน้ำไขสันหลังได้

การรักษา วิธีการรักษาต่างๆ ได้แก่ การผ่าตัด การฉายรังสี และการใช้เคมีบำบัด โดยอาจใช้วิธีเดียวหรือหลายวิธีร่วมกันนอกจากนี้ ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วย สเตียรอยด์ เช่น dexamethasone เพื่อลดการบวมของเนื้อสมอง

การแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งมาที่กระดูก

มะเร็งที่กระจายมาที่กระดูกนั้น พบบ่อยเป็นอันดับสามรองจากมะเร็งกระจายมาที่ปอดและตับ การกระจายมาที่กระดูกสันหลังพบเป็น 39% ของมะเร็งที่กระจายมาที่กระดูก ส่วนใหญ่แพร่กระจายมาจากมะเร็งเต้านม มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งปอด และมะเร็งไต กระดูกสันหลังตำแหน่งที่พบได้บ่อยคือบริเวณกระดูกสันหลังส่วนอก รองลงมาคือส่วนเอว ส่วนคอพบน้อยที่สุด วิธีการกระจายมาสู่กระดูกสันหลังที่พบบ่อยที่สุดคือ ผ่านทางหลอดเลือดดำในบางรายอาจกระจายมาที่อวัยวะข้างเคียง



รูปที่ 9: แสดงบทบาทของ Tumor-associated macrophages (TAMs) ในการพัฒนาและการแพร่กระจายของมะเร็ง ได้แก่ 1. การลุกลามเข้าสู่เนื้อเยื่อรอบข้าง 2. การสร้างหลอดเลือดใหม่ 3. การกดภูมิคุ้มกัน 4. การแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งผ่านทางหลอดเลือดดำ

ที่มา: Srinagarind Medical Journal, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, 2019.

อาการและอาการแสดง

- อาการปวด เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดของการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งมาที่กระดูก การปวดช่วงแรกมักเป็นๆหายๆ ปวดมากตอนกลางคืน หลังจากนั้นอาการปวดจะเป็นบ่อยมากขึ้นและอาจแย่งถ้ามีการเคลื่อนไหวร่างกาย

- อาการกระดูกหัก อาจเกิดจากตัวโรคเองโดยไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุหกล้ม หรือหกล้มที่ไม่รุนแรง แต่มีกระดูกหัก หรือแม้กระทั่งขณะกำลังทำกิจวัตรประจำวันตามปกติ กระดูกหักจะมีอาการปวดอย่างรุนแรงขึ้นมากะทันหัน ไม่สามารถเคลื่อนไหวส่วนที่หักได้ ตำแหน่งที่เกิดกระดูกหักได้บ่อย คือ กระดูกขา กระดูกแขน และกระดูกสันหลัง

- อาการกระดูกสันหลังที่ถูกมะเร็งทำลายจนยุบหรือกร่อน และมีการกดทับไขสันหลังทำให้ผู้ป่วยมีอาการชามือ เท้า ขาอ่อนแรงทั้ง 2 ข้าง หรือมีปัญหาในการปัสสาวะ

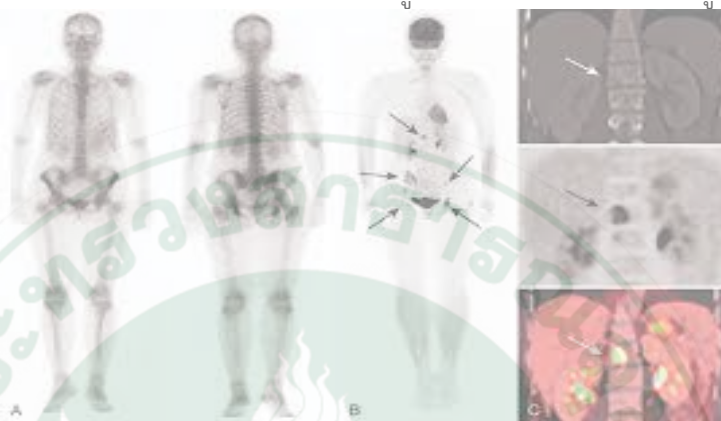
- ภาวะแคลเซียมในเลือดสูง ผู้ป่วยอาจมีอาการได้หลายอย่าง เช่น มือและเท้ามีความรู้สึกชา ผิดปกติ ท้องอืด ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร หัวใจเต้นผิดจังหวะ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ เนื่องจากร่างกายขาดน้ำ ง่วงซึม สับสน อาการซึมหมดสติ เป็นต้น

การวินิจฉัยโรค

ภาพถ่ายรังสีใช้ในการตรวจเบื้องต้น แต่ความไวในการตรวจพบในระยะแรกต่ำ พบว่ามีการทำลายกระดูกสันหลัง กระดูกสันหลังหักยุบ

ผลงานวิจัยของโรงพยาบาลเลดสิน

การตรวจ Bone Scan ใช้ในการตรวจคัดกรองแยกโรคและดูการแพร่กระจายไปยังกระดูกส่วนต่างๆ



รูปที่ 10: Breast Cancer Metastases-Bone

ที่มา: Metastatic Breast Cancer Learning Center, December 14, 2017

Magnetic resonance imaging (MRI) มีความไวและความจำเพาะสูง ในการประเมินผู้ป่วยมะเร็งที่แพร่กระจายมาที่กระดูกสันหลัง

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเลือดหา tumor marker ที่จำเพาะต่อมะเร็งบางชนิด การตรวจชิ้นเนื้อ เพื่อยืนยันว่าเป็นมะเร็งที่แพร่กระจายและเพื่อวินิจฉัยแยกโรค

การรักษา

เป้าหมายหลักของการรักษาการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งมาที่กระดูกคือ ลดอาการปวด และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ยืนยาว แพทย์มักจะเริ่มต้นจากการให้ยาแก้ปวด เช่น พาราเซตามอลหรือ ยาลดการอักเสบ (NSAIDs) แต่ถ้าไม่สามารถควบคุมอาการปวดได้ แพทย์อาจพิจารณาจ่ายยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ (Opioid) เช่น โคดีอีน (Codeine) ทรามอล (Tramol) มอร์ฟิน (Morphine) ยากลุ่มโอปิออยด์มีประสิทธิภาพดีที่สุดในการลดอาการปวดที่เกิดจากมะเร็ง แต่มีผู้ป่วยบางรายไม่ยอมได้ยาดังกล่าว เนื่องจากกลัวการติดยา ซึ่งแท้ที่จริงแล้วสามารถเกิดขึ้นน้อย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความกังวลว่ายากลุ่มโอปิออยด์ จะทำให้วังงจนไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ แต่ความจริงแล้วอาการวังงจะดีขึ้นซึ่งยาดังกล่าวสามารถลดอาการปวดได้อย่างมาก ดังนั้นผู้ป่วยจึงไม่ควรลังเลที่จะรับประทานยาแก้ปวดเมื่อมีอาการ

การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด มีทั้งแบบฉีดเข้าเส้นเลือดดำและรับประทาน ยาจะเข้าไปในกระแสเลือดและไปยังเซลล์มะเร็งทั่วร่างกาย ซึ่งหมายรวมถึงเซลล์มะเร็งที่ลุกลามไปยังกระดูก หากผู้ป่วยตอบสนองต่อยาเคมีบำบัดก็จะช่วยให้อาการปวดลดลงได้

การให้รังสีรักษาเพื่อลดอาการปวดเฉพาะที่ ซึ่งจะช่วยลดการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งเฉพาะตำแหน่งได้ดี โดยเฉพาะในรายที่มะเร็งเข้ากระดูกบริเวณสันหลัง ทำให้เกิดการกดทับไขสันหลัง ผู้ป่วยอาจเป็นอัมพาต ซึ่งการให้รังสีจะช่วยทำให้ผู้ป่วยหายจากอาการอัมพาตหรืออาการอ่อนแรงดีขึ้นหากได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที

การผ่าตัด เป้าหมายเพื่อบรรเทาอาการที่เกิดจากการกระจายไปยังกระดูก และเพื่อให้การเคลื่อนไหวเป็นปกติมากที่สุด การรักษานิดนี้มักใช้กับผู้ป่วยที่พบว่าเกิดภาวะมะเร็งเข้ากระดูกที่รับน้ำหนักมาก เช่น กระดูกต้นขา เมื่อเกิดอาการกระดูกหัก แพทย์จะทำการยึดกระดูกเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรง ป้องกันกระดูกหัก

4. การจัดการอาการปวดจากโรคมะเร็ง

ความปวดจากมะเร็ง (Cancer Pain)

คำนิยาม (Pain definition) ในปี ค.ศ. 2020 สมาคมศึกษาความปวดนานาชาติ (The International Association for the Study of Pain: IASP) ได้มีการทบทวนและปรับความหมายของความปวด หมายถึง ประสบการณ์อันไม่พึงประสงค์ด้านประสาทสัมผัสความรู้สึกและอารมณ์ที่สัมพันธ์กับเนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย หรืออธิบายได้ในเชิงของการทำลายในแต่ละกรณี (an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage or described in terms of such damage) (Raja et al., 2020)

อาการปวดเป็นประสบการณ์เฉพาะบุคคลที่ได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย Dame Cicely Saunders ผู้ก่อตั้งการดูแลแบบประคับประคองสมัยใหม่ ได้เสนอแนวคิด "Total pain" ว่าอาการปวดนั้น มีองค์ประกอบจากหลายมิติ ได้แก่ กายภาพ จิตใจและอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งล้วนมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันและต้องอาศัยการดูแลจากสหวิชาชีพ หากมุ่งเน้นการรักษาทางกายภาพเพียงมิติเดียว อาจส่งผลให้พลาดการดูแลมิติอื่นที่ส่งผลต่อความปวด หรือใช้ยามากเกินไป

ความปวดในผู้ป่วยมะเร็งเป็นปัญหาที่พบบ่อย แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการบำบัดปวดที่มีประสิทธิภาพ พบอาการปวดในผู้ป่วยที่รักษาโรคมะเร็งหายแล้วร้อยละ 33 ผู้ป่วยที่กำลังได้รับการรักษาอยู่ร้อยละ 59 และผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายสูงถึงร้อยละ 70 (Portenoy, 2011) ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งในทุกระยะ และลดประสิทธิภาพการรักษาแบบประคับประคอง หรือการรักษาที่มุ่งให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายทั้งทางกายและใจในระยะสุดท้ายของชีวิต

สาเหตุของความปวดจากโรคมะเร็ง (Cancer pain etiology)

ความปวดจากมะเร็งมีความซับซ้อนและมีหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง สาเหตุใหญ่ ๆ (สหทยา ไพบูลย์วรชาติ, 2556) คือ

1. การดำเนินของโรคมะเร็ง พบประมาณร้อยละ 78 ของผู้ป่วยทั้งหมด เนื่องจากที่มีขนาดใหญ่ขึ้นอย่างรวดเร็วจะไปเบียดเนื้อเยื่อรอบๆ ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นถูกทำลาย ลดปริมาณของออกซิเจนเกิดสภาวะความเป็นกรด ก่อให้เกิดกระบวนการอักเสบ และทำให้เกิดความปวด โดยลักษณะของมะเร็งส่งผลให้เกิดความปวดที่แตกต่างกัน เช่น ชนิดของมะเร็ง และระยะของมะเร็ง เป็นต้น

2. การรักษามะเร็ง พบประมาณร้อยละ 19 ของผู้ป่วยที่ปวดจากมะเร็ง การรักษาไม่เพียงแต่รักษาโรคมะเร็งให้หายเท่านั้น แต่ส่งผลกระทบสร้างความปวดให้แก่ผู้ป่วยมะเร็งด้วย เช่น การผ่าตัดเพื่อเอาก้อนเนื้อมะเร็งออก มีการทำลายผิวหนัง กล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อต่างๆ รอบก้อนเนื้อ มะเร็งทำให้มีอาการหลังการผ่าตัด การรักษาด้วยเคมีบำบัด มีการทำลายเนื้อเยื่ออ่อน ๆ เช่น เยื่อบุในช่องปาก และเนื้อเยื่อประสาทส่วนปลาย ก่อให้เกิดอาการชา และเจ็บปวดบริเวณปลายมือปลายเท้า

3. สาเหตุอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับมะเร็งหรือการรักษา พบประมาณร้อยละ 3 ของผู้ป่วย เป็นผลจากโรคที่ผู้ป่วยมีอยู่ก่อนหรือความปวดที่มีอยู่ก่อน เช่น ข้อเข่าเสื่อม เบาหวาน เป็นต้น

พยาธิสรีรวิทยาของความปวดจากมะเร็ง (Pathophysiology of Cancer Pain)

พยาธิสรีรวิทยาของการเกิดความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง แบ่งความปวดทางพยาธิสรีรวิทยา และกลไกของเกิดความปวด ซึ่งมีลักษณะที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน (Leppert et al., 2016) ดังนี้

1. ความปวดจากเนื้อเยื่อทั่วไปถูกทำลาย (Nociceptive pain) เป็นความปวดที่พบได้บ่อยมากในผู้ป่วยมะเร็งถึงร้อยละ 80 สาเหตุเกิดจากก้อนมะเร็งกดเบียดเนื้อเยื่อต่างๆ ของ ร่างกาย เช่น ผิวหนัง กล้ามเนื้อ กระดูก เส้นเลือด เป็นต้น เรียกว่า ความปวดทางกาย (somatic pain) ถ้าเกิดในเนื้อเยื่ออื่น ๆ ของอวัยวะในช่องท้อง เช่น ตับ ไต กระเพาะอาหาร เป็นต้น เรียกว่า ความปวด ภายในช่องท้อง (visceral pain) ความปวดชนิดนี้ส่วนใหญ่เป็นความปวดแบบเฉียบพลันจากการ มีบาดแผล การอักเสบ สามารถบอกตำแหน่งได้ชัดเจน ระดับความปวดเล็กน้อยถึงปานกลาง มีลักษณะ ของความปวด เช่น ปวดจี๊ด ปวดตื้อ ๆ ปวดตื้อ ๆ ปวดแปลบ ปวดหนัก กดเจ็บ เป็นต้น

2. ความปวดจากเนื้อเยื่อประสาทถูกทำลาย (Neuropathic pain) เป็นความปวดที่พบได้มะเร็งประมาณร้อยละ 19 ถึง 39 โดยอาจเป็นอาการเริ่มต้นของมะเร็ง หรืออาจเกิดขึ้น ภายหลังก็ได้ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากก้อนเนื้อมะเร็งกดเบียดส่วนต่างๆ ของระบบประสาท เช่น เส้นประสาท รากประสาท ไขสันหลัง และสมอง ความปวดชนิดนี้เป็นความปวดเรื้อรัง ไม่สามารถบอกตำแหน่งได้ชัดเจน ระดับความปวดปานกลางถึงรุนแรง มีลักษณะคุณภาพของความปวด ได้แก่ ปวด ร้อน ปวดร้าว ปวดเหมือนไฟฟ้าช็อก เป็นต้น อาการปวดที่พบบ่อยมี 2 รูปแบบ คือ อาการปวดที่เกิดขึ้นเองโดยไม่ต้องมีตัวกระตุ้น (stimulus independent pain) มักมีลักษณะปวดแสบร้อน (burning) เสียวแปลบๆ (intermittent shooting) ปวดเหมือนถูกกรีดเฉือน (lacinating sensation) หรือคล้าย ไฟช็อต (electrical shock-like) ชู่ซ่า (tingling) วูบวาบ ชา หนาว ไม้รู้สึก (paresthesias) อีกรูปแบบ คือ อาการปวดที่เกิดขึ้นเมื่อมีตัวกระตุ้น (stimulus dependent pain) ได้แก่ hyperalgesia คือ อาการปวดที่เป็นการตอบสนองมากกว่าปกติต่อตัวกระตุ้น และ allodynia คือ อาการปวดที่เกิดจากตัวกระตุ้น ซึ่งในภาวะปกติไม่ทำให้เกิดความรู้สึก (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2563) ผู้ป่วยมะเร็งอาจมีความปวดทั้ง 2 แบบผสมกัน เรียกว่า ความปวดชนิดผสม (mixed pain) คือมีทั้ง nociceptive และ neuropathic pain สาเหตุเกิดจากก้อนมะเร็งกดเบียดทั้งเนื้อเยื่อทั่วไป และเนื้อเยื่อประสาท ซึ่งลักษณะของความปวดสามารถบรรยายได้ตามสาเหตุของความปวดนั้น ๆ

ทฤษฎีความปวด (Pain Theories)

ทฤษฎีที่ใช้อธิบายความปวดประกอบด้วย 2 ทฤษฎีคือทฤษฎีประตูควบคุม และทฤษฎี เชื่อมโยงระบบประสาท (ศรีสุตา งามคำ, 2565)

1. ทฤษฎีประตูควบคุม (Gate Control Theory) ทฤษฎีนี้ได้กล่าวไว้ว่า ความปวดเป็นประสบการณ์ตรงของบุคคลคนนั้น มีความซับซ้อน และหลากหลายมิติ ในมิติด้านร่างกาย โดยเส้นใยประสาท A delta และ C รับสัญญาณความปวดจากระบบประสาทส่วนปลาย (peripheral nociceptors) ส่งผ่านสัญญาณความปวด (pain signal) ไปที่บริเวณ dorsal horn ที่ไขสันหลัง (spinal cord) ซึ่งจะมีเซลล์ Substantia Gelatinosa: SG cell ทำหน้าที่ถูกกระตุ้น หรือยับยั้งให้เซลล์ทำงาน

จึงเปรียบเสมือนประตูควบคุมการเปิด หรือการปิดประตูของไขสันหลัง ว่าจะให้สัญญาณความปวดเดินทางไปสู่สมองได้หรือไม่ หากสัญญาณความปวดเข้าสู่สมองแล้ว ร่างกายรับรู้ความปวดได้ ส่วนการปิดประตูนั้นสามารถทำได้เมื่อสัญญาณจากเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ทั้งสองคือ เส้นใยประสาท A alpha และ A beta รับสัญญาณจากการสัมผัสการนวด การสัมผัส และความร้อนหรือเย็น สัญญาณต่าง ๆ จะยับยั้งการทำงานของ substantial gelatinosa cell หรือเรียกว่าปิดประตู กระบวนการเปิดและปิดที่ไขสันหลังนั้น ยังขึ้นอยู่กับระบบของการรู้คิด (cognitive system) ด้วย เพราะกลไกการทำงานของ การควบคุมจากส่วนกลาง (central control) สามารถควบคุมกลไกของประตูได้ โดยสามารถสั่งการให้ประตูปิดได้นอกจากนี้ปัจจัยที่มีผลต่อการปิดของประตูที่ไขสันหลังอีกประการ คือ ความสามารถของสมองในการหลั่งสารสื่อประสาทที่มีชื่อว่า endorphine เมื่อร่างกายกำลังเผชิญกับความปวด สารนี้จะทำปฏิกิริยากับเซลล์ประสาทชื่อ opiate receptors ซึ่งมีจำนวนมากในไขสันหลัง ส่งผลให้ประตูที่ไขสันหลังปิด และหยุดการส่งสัญญาณความปวดขึ้นไปถึงสมอง

2. ทฤษฎีเชื่อมโยงระบบประสาท (Neuromatrix Theory) อธิบายได้ว่า ความปวดเป็นผลรวมของการประมวลความรู้สึก และประสบการณ์ทั้งหมดจากเครือข่ายเชื่อมโยงของ ระบบประสาทที่ได้มาจากการนำเข้าทั้ง 3 มิติได้แก่ มิติการแยกแยะรับรู้ความรู้สึก (sensorydiscrimination: S) มิติจิตใจ อารมณ์และแรงจูงใจ (affective-motivation: A) และมิติการประเมินของ การรู้คิด (evaluative-cognitive: C) ทำให้เกิดผลลัพธ์ทั้งหมดเป็นการรับรู้ความปวด (pain perception)

กลไกความปวดของมะเร็ง (Mechanisms of Cancer Pain)

กลไกของความปวดมะเร็งเป็นกลไกที่เกิดขึ้นในเส้นทางเดินของสัญญาณความปวด ประกอบด้วย 2 เส้นทางใหญ่ ๆ คือ เส้นทางส่งสัญญาณขึ้น (ascending pathway) และเส้นทางส่งสัญญาณลง (descending pathway) ในเส้นทางส่งสัญญาณความปวดขึ้นจากส่วนปลายส่งขึ้นไปถึงสมอง ที่มีการรับรู้ความปวด ประกอบด้วย 4 กระบวนการ ดังนี้

1. กระบวนการนำประสาท (Transduction) เริ่มจากบริเวณส่วนปลายรอบๆ ร่างกายที่มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย ถูกกระตุ้นจากแรงกด หรือเปียดของก้อนเนื้อ มะเร็งเซลล์รอบ ๆ ก้อนเนื้อมะเร็ง จะปล่อยสารคัดหลั่งเคมีต่างๆ ออกมา ส่งผ่านไปตามเส้นใยประสาท ขนาดเล็กชนิด A delta และ C สัญญาณประสาทเหล่านี้เรียกว่า Primary afferent nociceptors (PANs) เส้นใยประสาททั้งสองชนิดนี้ รับสัญญาณความปวด (pain signal) จากระบบประสาทส่วนปลาย (peripheral nociceptors) ส่งผ่านเส้นใยประสาทรับความรู้สึกปวดไปที่บริเวณ Dorsal horn ที่ไขสัน หลัง (Spinalcord) ซึ่งเป็นบริเวณที่ส่งสื่อสัญญาณประสาทความปวดเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system: CNS)

2. กระบวนการส่งประสาท (Transmission) เมื่อ Primary Afferent Nociceptors ได้นำสัญญาณความปวดเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลางผ่าน CNS ไปถึงสมอง ซึ่งมี 2 กระบวนการ คือ การส่งสัญญาณความปวด ตรงไปยังระบบประสาทส่วนกลาง (projection to the CNS) ที่ไขสันหลัง และการกระจายผ่านระบบประสาทส่วนกลาง (propagation through the CNS)

3. กระบวนการรับรู้ความปวด (Perception) เมื่อสัญญาณความปวดถึง สมอง สมองเกิดการรับรู้ทำให้เกิดความรู้สึกปวด (pain sensation) การรับรู้ความปวดในสมองเกี่ยวข้องกับ หลายส่วนของสมองด้วยกัน ได้แก่ บริเวณ Somatosensory cortex เป็นบริเวณที่รับรู้เกี่ยวกับ ตำแหน่งความปวด บริเวณ Insular cortex เป็นบริเวณที่รับรู้ความรุนแรงของความปวด บริเวณ Anterior cingulate cortex เป็นบริเวณที่รับรู้อารมณ์ที่เกิดขึ้นต่อความปวด และในบริเวณ prefrontal cortex เป็นบริเวณที่รับรู้เกี่ยวกับความคิด พฤติกรรมเพื่อจัดการความปวด

4. การบรรเทาความปวด (Modulation) ในกระบวนการนี้อาจมีทั้งการยับยั้ง หรือเพิ่มการกระตุ้นสัญญาณประสาทในเส้นทางส่งสัญญาณลง (descending pathway) จากสมองสู่ไขสันหลัง เรียกสัญญาณประสาทที่ยับยั้งนี้ว่า descending inhibitory pain pathway

การประเมินความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

การประเมินความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง คล้ายการประเมินความปวดแบบอื่น ๆ กล่าวคือ การซักประวัติอาการปวด ตรวจร่างกายที่สัมพันธ์กับอาการปวด และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

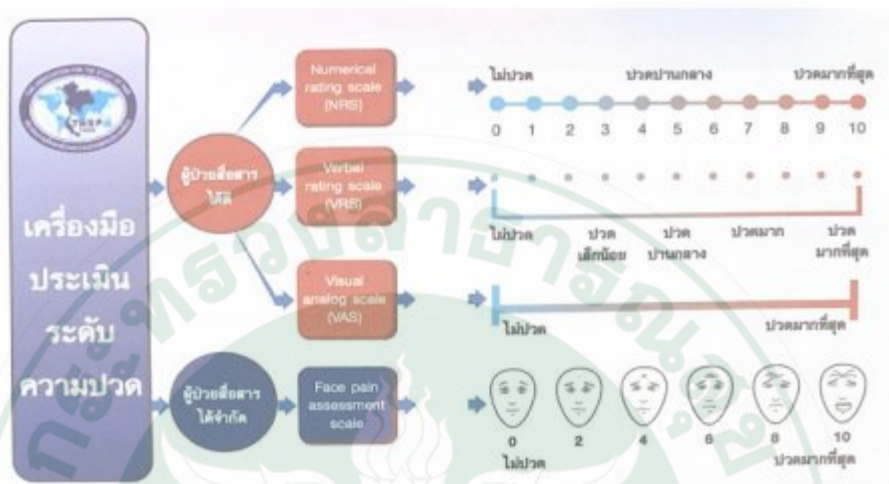
1. การซักประวัติการซักประวัติหรือข้อมูลเกี่ยวกับความปวด Bookbinder and McHugh (2010) แนะนำให้ใช้ระบบ PQRST เพื่อให้ซักประวัติเกี่ยวกับอาการปวดได้อย่างครอบคลุม ดังนี้

- Provocative อาการปวดเกิดขึ้นจากสาเหตุใด มีปัจจัยใดที่ทำให้อาการปวดดีขึ้น และปัจจัยกระตุ้นให้แย่ลง

- Quality or Quantity ลักษณะการปวดเป็นอย่างไร มากน้อยเพียงใด ทำให้ต้อง หยุดกิจกรรมหรือไม่ ลักษณะอาการปวดจำแนกได้เป็น 2 กลุ่มตามลักษณะพยาธิกำเนิด คือ nociceptive pain และ neuropathic pain สามารถใช้เครื่องมือประเมิน neuropathic pain diagnostic questionnaire ฉบับภาษาไทย (Thai DN4) ช่วยในการประเมินได้ โดยคะแนนตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป จัดว่ามี neuropathic pain

- Region and Radiation อาการปวดเกิดขึ้นที่บริเวณใด มีการกระจาย หรือ ปวดร้าวไปบริเวณอื่นหรือไม่

- Severity scale อาการปวดรุนแรงมากน้อยเพียงใด เกิดผลกระทบอย่างไร เป็นเหตุให้ผู้ป่วยต้องนั่งพักหรือนอนพัก หรือทำกิจกรรมช้าลงหรือไม่ การประเมินความปวด (Pain Assessment) เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญของการจัดการความปวดเพื่อนำไปสู่การบรรเทาความปวด ของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ (อภิญญา กุลทะเล, 2562) การประเมินความรุนแรงมีได้ หลายลักษณะ ทั้งการประเมินเชิงคุณภาพ. เช่น การประเมินด้วยวาจา (verbal rating scale) เช่น ปวดเล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง การประเมินเชิงปริมาณ ได้แก่ การให้ประเมินเป็นคะแนนความปวด (Numerical Rating Scale: NRS), Visual Analogue Scale:VAS, การสังเกตสีหน้า (Wong-Baker FACES Pain Rating Scale) ประเด็นสำคัญ คือ หากเป็นไปได้ควรให้ผู้ป่วยรายงานอาการของตนเอง (self report) และไม่มีเครื่องมือใดเครื่องมือหนึ่งประเมินได้สมบูรณ์จำเป็นต้องอาศัยการประเมินในมิติอื่นๆ ประกอบเสมอ



รูปที่ 11 การประเมินระดับความปวด
ที่มา : นุช ตันติศิริรินทร์, 2565.

- Timing อาการปวดเกิดขึ้นเวลาใดบ้าง ลักษณะเริ่มต้น (onset) เป็นอย่างไร เป็นแบบฉับพลันหรือค่อยเป็นค่อยไป มีความถี่มากน้อยเพียงใด (frequency) นานเพียงใด (duration)

อาการปวดเป็นช่วงเวลา (breakthrough pain) เป็นความปวดที่ปะทุขึ้นมาเองหรือ มีเหตุกระตุ้นแม้ว่าผู้ป่วยจะได้อาควบคุมความปวดพื้นฐาน (background pain) อย่างเพียงพอแล้ว แบ่งได้เป็น 3 ชนิด คือ incident pain เป็นการปวดที่สัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวทั้งที่ตั้งใจและไม่ได้ตั้งใจ มักคาดเดาได้ เช่น พลิกตะแคงตัวแล้วปวดมากขึ้น idiopathic/spontaneous pain ไม่สามารถระบุสาเหตุได้ชัดเจน มักจะคงอยู่นานกว่า incident pain และ end-of-dose failure เป็นการปวดก่อนจะถึงรอบยา ต่อไปค่อยเป็นค่อยไป (gradual onset) เกิดจากขนาดยาควบคุมความปวดพื้นฐานไม่เพียงพอไม่นับเป็น อาการปวดเป็นช่วงเวลาแท้จริง

2. การตรวจร่างกาย ควรตรวจร่างกายให้ครบถ้วนเพื่อค้นหาสาเหตุของการปวด ตรวจร่างกายทางระบบประสาท ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ

3. การส่งตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการ พิจารณาส่งตรวจเพิ่มเติมตามสาเหตุที่ สงสัยซึ่งได้จากการซักประวัติและการตรวจร่างกาย รวมถึงการชั่งน้ำหนักระหว่างภาวะที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย (potential burden) ทั้งด้านเวลา ความไม่สะดวก และความไม่สุขสบายต่างๆ

การบำบัดความปวดมะเร็ง

ความปวดเป็นความรู้สึกและประสบการณ์ของบุคคลแต่ละคน ที่แสดงออกถึงความผิดปกติในร่างกาย (ยศพล เหลืองโสมนภา และศรีสุดา งามขำ, 2556) บุคลากรทางการแพทย์มีบทบาท ในการจัดการความปวดที่เกิดจากรอยโรคมะเร็งอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยลดภาวะความเครียดของร่างกายและจิตใจ โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือ ลดอาการปวดไปจนถึงระดับที่ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ยอมรับได้ มากกว่าที่จะเป็นการทำให้ผู้ป่วยไม่มีความปวดเลย (Tredgett, 2020) การรักษาและบรรเทาความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง แบ่งได้เป็น 2 วิธี คือ

1. การรักษาด้วยยา (Pharmacologic management) การบริหารยาเพื่อ บรรเทาอาการปวด ในผู้ป่วยมะเร็ง ปัจจุบันอิงตามองค์การอนามัยโลกมีหลักการสำคัญ คือเลือกการกินยา รับประทานทางปาก เป็นทางเลือกแรก (by the mouth) ให้ยาอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ไม่เพียงเฉพาะเวลาที่มีอาการปวด เท่านั้น (by the clock) การให้ยาระงับปวดตามขั้นบันไดความรุนแรงของอาการปวด (by ladder) ค่อยๆ ปรับขนาดเพิ่มขึ้นด้วยความระมัดระวัง ให้เหมาะสมกับอาการปวดของผู้ป่วยแต่ละราย (for the individual) ขนาดยาที่เหมาะสมคือ ขนาดที่สามารถบรรเทาอาการลงมาจนได้ระดับที่ผู้ป่วย พอใจ และ ปรับการใช้ยาให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย โดยพิจารณาการระงับปวดตามขั้นบันไดตาม คำแนะนำของ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2018) ดังนี้

บันไดขั้นที่ 1 ผู้ป่วยที่มีความปวดระดับน้อย (NRS= 0-3) ให้ใช้ยาในกลุ่ม nonopioid ได้แก่ NSAIDs (non-steroidal anti-inflammatory drugs) หรือ COX-2 (cyclooxygenase-2) inhibitor และ paracetamol (acetaminophen)

บันไดขั้นที่ 2 ผู้ป่วยที่มีความปวดระดับปานกลาง (NRS = 4-6) หลังจากได้รับ ยาในบันไดขั้นที่ 1 แนะนำให้ใช้ยาในกลุ่ม weak opioids ซึ่งได้แก่ codeine และ tramadol ผลข้างเคียง ที่สำคัญคือ คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ง่วงซึม

บันไดขั้นที่ 3 ผู้ป่วยที่มีความปวดระดับรุนแรง (NRS = 7-10) ผู้ป่วยที่ยังปวด อยู่หลังได้รับยาใน บันไดขั้นที่ 2 แนะนำให้ใช้ยาในกลุ่ม strong opioids ได้แก่ Morphine, Fentanyl และ Pethidine ผลข้างเคียงที่สำคัญคือ คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึม ท้องผูก กดการหายใจ โดยสามารถเพิ่มยาเสริม (adjuvant) ซึ่งเป็นยาที่มีกลไกหลักในการรักษาโรคอื่น แต่พบว่ามีฤทธิ์ระงับปวดได้เช่นกัน สามารถใช้กับ ยาแก้ปวดอื่นๆ ในทุกขั้นบันได และให้ non-opioidเสริมได้ในบันไดขั้นที่ 2 และ 3 ยาเสริมที่นิยมใช้ ได้แก่ ยาแก้ชักชนิดต้านตัวรับแคลเซียม (calcium channel inhibitor) หรือยาด้านซึมเศร้ากลุ่ม SNR (serotonin norepinephrine reuptake inhibitor)

2. การรักษาโดยการไม่ใช้ยา (Non pharmacologic management) การจัดการความปวดจาก มะเร็งโดยการไม่ใช้ยา เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลสามารถเลือกใช้ให้กับผู้ป่วยได้ ตามความเหมาะสม ภายใต้ขอบเขตวิชาชีพที่มุ่งเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม สามารถให้การดูแลครอบคลุมทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ มีรายละเอียดดังนี้

- การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลในการจัดการความปวดด้วยตนเองมีความสำคัญอย่างยิ่ง พบว่าสามารถลดความปวด ลดความวิตกกังวล และช่วยให้การนอนหลับดีขึ้น (Syrjala et al., 2014)

- การสะกดจิต (Hypnosis) เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยกำหนดจิต จินตนาการ ถึงประสบการณ์ที่ดีหรือ เวลาที่ไม่ปวด หรือช่วงที่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ พบว่าการสะกดจิตช่วยลด ความปวดที่เกิดจาก มะเร็งหรือการรักษามะเร็ง ได้อย่างชัดเจน (Montgomery, Schnur, & Kravits, 2013)

- การฝึกผ่อนคลาย โดยใช้วิธีโอหรือรูปภาพที่ทำให้ผ่อนคลาย เช่น ภาพวิวทิวทัศน์ สามารถช่วย ลดความปวดได้นอกจากนี้การทำสมาธิ พบว่าช่วยทำให้การนอนหลับดีขึ้น และความทุกข์ใจน้อยลง แต่ไม่ได้ลดความปวดโดยตรง (Kwekkeboom, Cherwin, Lee, & Wanta, 2010)

- แนะนำการออกกำลังกาย ในส่วนที่ไม่มีอาการปวดและไม่ทำให้มีอาการปวดมากขึ้น เพื่อเป็นการรักษาความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ป้องกันภาวะข้อติด ลดอาการเหนื่อยล้า และยังเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวดรวมทั้งช่วยให้นอนหลับได้ดีขึ้น (Cho, Dodd, Cooper, & Miaskowski, 2012)

- การใช้ดนตรีบำบัด (Music Therapy) เมื่อผู้ป่วยมะเร็งได้ฟังดนตรี ที่ฟังพอใจจะไปกระตุ้นการหลั่งโดปามีน มากกระตุ้นสมองที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการของการได้รับรางวัล และสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้เกิดความพึงพอใจ

การบำบัดปวดกระดูกจากการกระจายของมะเร็ง (Metastatic bone pain)

โรคมะเร็งแพร่กระจายมาที่กระดูก นับว่าเป็นสาเหตุสำคัญและพบได้บ่อยที่สุดของรอยโรคที่มีการทำลายโครงสร้างกระดูก พบบ่อยในมะเร็งเต้านม มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งปอด และมะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอีโลมา โดยมีกลไกที่ทำให้เกิดอาการปวดเมื่อมีมะเร็งแพร่กระจายมาที่กระดูก (นุช ตันติศิริพันธ์, 2565) คือ การเสียสมดุลของการทำงานของ osteoblast และ osteoclast ในภาวะปกติกระดูกจะมีการปรับเปลี่ยน ซ่อมแซมตลอดเวลา โดยเซลล์ 2 ชนิด ได้แก่ osteoblasts ทำหน้าที่สร้าง และ osteoclasts ทำหน้าที่ทำลายและดูดซึมเนื้อเยื่อกระดูก ซึ่งจะมีความสมดุลในภาวะปกติ แต่เมื่อมีการแพร่กระจายของมะเร็งสมดุลดังกล่าวจะเสียไป การทำงานของ osteoclasts จะมากขึ้น เพิ่มการทำลายเนื้อกระดูก ซึ่งทำให้เกิดการอักเสบและการเหนียวนำปลายประสาท หลังสารต่างๆ ไปจับกับตัวรับที่ปลายประสาท และเหนียวนำให้ส่งสัญญาณปวดต่อไป หรือเรียกว่าเกิด inflammatory pain และมีการเพิ่มความไวในการถูกกระตุ้นของปลายประสาท ทำให้เส้นประสาทส่งสัญญาณเพิ่มขึ้น นอกจากนี้เซลล์มะเร็งทำให้ osteoblast หลั่งสาร osteoprotegerin (OPG) ส่งผลให้ยับยั้งการทำงานของ osteoclast ทำให้มีการคั่งของสารเหลือที่เป็นกรด เกิดการตายของเซลล์ ร่วมกับภาวะขาดเลือด เกิดภาวะเป็นกรดสูงขึ้นทั้งในและนอกเซลล์ และ pH ลดต่ำลง จนทำให้เกิดการกร่อนของกระดูก (resorption) เสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักได้ (pathologic fracture) กระดูกที่มีการลุกลามของมะเร็งได้บ่อยมักพบในกระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก กระดูกกระยางค์ส่วนต้น (proximal part of long bones)

การบำบัดปวด ประกอบด้วย

1. การประเมินภาวะฉุกเฉินจากกระจายของมะเร็งไปที่กระดูก เช่น การกดทับ ประสาทไขสันหลังจากมะเร็งกระจายไปกระดูกสันหลัง

2. ปรับยาระงับปวดตามระดับความปวด โดยพิจารณาปรับระดับปวดตามขั้นบันไดตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก และพิจารณาใช้วิธีการบำบัดด้วยยาที่ไม่ใช่ยา ได้แก่ รั้งสรีรวิทยา ได้ผลบรรเทาความปวดในภาพรวม overall response ร้อยละ 58-59 และ complete response ร้อยละ 23-24 (วีรุฑฒิ อิมสารานู, อาคม ชัยวีระวัฒน์, ดนัย มโนรมณ์, และ ฉันทนา หมอกเจริญพงศ์, 2561) และการใช้อุปกรณ์พยุงหลังตามความเหมาะสม

3. พิจารณาให้ยาในกลุ่มอื่น เพื่อเสริมฤทธิ์ของยาระงับปวด ได้แก่ ยากลุ่มสเตียรอยด์ แนะนำให้ยา dexamethasone เฉพาะในภาวะที่มีการกดทับประสาทไขสันหลังจากการกระจายของมะเร็งไปยังกระดูกสันหลัง ยากลุ่ม bisphosphonate ใช้เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากความผิดปกติของ กระดูก เช่น กระดูกหัก หรือใช้ในการรักษาภาวะแคลเซียมในเลือดสูง นอกจากนี้ยังสามารถลดอาการปวดได้ (bone pain) และยากันชักกลุ่ม gabapentinoid

บทที่ 3

การพยาบาล และทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา

กรณีศึกษาเรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้นำแนวคิดที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการพยาบาล โดยนำแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ ดังนี้

1. กระบวนการพยาบาล (Nursing Process)
2. กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน
3. แนวคิดเรื่องการสนับสนุนทางสังคม
4. กรอบแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ
5. การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

กรอบแนวคิดและทฤษฎีทางการพยาบาล

พยาบาลมีบทบาทและหน้าที่สำคัญในการจัดการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ ซึ่งจะต้องสามารถค้นหาปัญหาหรือความต้องการทางสุขภาพของผู้รับบริการแต่ละคนที่มีความหลากหลายและมีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการหรือสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการเป็นรายบุคคลได้ พยาบาลจึงมีกรอบการทำงานที่ได้มาจากแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลและความรู้จากศาสตร์สาขาต่าง ๆ มาช่วยในการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจทางคลินิกในการแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ดังกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วย มะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายไปที่ปอดและกระดูกที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดร่วมกับยามุ่งเป้า เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วย บรรเทาอาการและเพิ่มระยะเวลารอดชีวิต สิ่งที่สำคัญ คือ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ในการดูแลตนเองตามการรักษา มะเร็งเต้านมแต่ละระยะ เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ร่วมกับยามุ่งเป้าในแต่ละช่วงเวลาจะมีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันไป ผู้ศึกษาจึงนำแนวคิดกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ มาเป็นกรอบแนวคิดในการดำเนินการในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข

1. กระบวนการพยาบาล (Nursing Process)

กระบวนการพยาบาลเป็นพื้นฐานของกรอบแนวคิดวิเคราะห์ทางการพยาบาลที่เป็นระบบใช้หลัก ของกระบวนการแก้ปัญหาเป็นลำดับ โดยแต่ละขั้นตอนจะมีความสัมพันธ์และอาศัยซึ่งกันและกัน ในการ กำหนดทิศทาง โดยมีเป้าหมายเป็นตัวกำหนดในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย กระบวนการพยาบาลเป็น การใช้องค์ความรู้ทางการพยาบาล ทฤษฎีการพยาบาล หลักทางวิทยาศาสตร์ และเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่นำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการแบบองค์รวมทั้งรายบุคคล กลุ่มบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน เพื่อมีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การใช้ แผนการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล (จันทร์เพ็ญ สัตวาทา, รัตนาภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร และ อภิญญา เพ็ชรพิภรณ์, 2556)

1. การประเมินภาวะสุขภาพ (Health Assessment) การประเมินเป็นขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการอย่างเป็นระบบ คือ การเก็บรวบรวม ตรวจสอบ จัดระบบ วิเคราะห์ และบันทึกข้อมูล การประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวมของทุกความต้องการของผู้รับบริการจะนำไปสู่การตอบสนองต่อความต้องการของปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ การประเมินเป็นขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการอย่างเป็นระบบ เพื่อค้นหาปัญหาหรือความต้องการของผู้รับบริการ โดยพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ ครอบครัว และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติในขั้นตอนนี้ ประกอบด้วย การจำแนกปัญหา และการรวบรวมข้อมูล ซึ่งการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยเนื้อหาของข้อมูล และกระบวนการของการได้รับข้อมูล ชนิดของข้อมูลมีทั้งข้อมูลเชิงนามธรรม (subjective data) ซึ่งเป็นคำบอกเล่า หรือบรรยายถึงความ ต้องการ ความรู้สึก ความเชื่อ การรับรู้ และข้อมูลเชิงรูปธรรม (objective data) เป็นข้อมูลที่สามารถ สังเกต หรือวัดได้ด้วยวิธีการต่าง ๆ ทั้งนี้ข้อมูลเชิงนามธรรมและข้อมูลเชิงรูปธรรมจะมีความสอดคล้องกัน เมื่อพยาบาลพบผู้รับบริการเป็นครั้งแรก อาจต้องประเมินผู้รับบริการ โดยเฉพาะในส่วนที่เป็นปัญหา สำคัญ และรวบรวมข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงกับเรื่องนั้น ๆ และรวบรวมข้อมูลเรื่องอื่น ๆ เพิ่มเติมภายหลัง ดังนั้นจึงอาจต้องใช้เวลาในการรวบรวมข้อมูลหลายครั้งจึงจะสมบูรณ์วิธีการรวบรวมข้อมูลมีหลายวิธี ซึ่งมักใช้ร่วมกัน ได้แก่ การสังเกต การซักประวัติ การสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น เมื่อได้ข้อมูลต่าง ๆ มาแล้ว พยาบาลต้องตรวจสอบความตรงของข้อมูลร่วมกับผู้รับบริการ พร้อมทั้งทำความเข้าใจในข้อมูลที่ยังไม่ชัดเจนหรือคลุมเครือ

2. การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) เป็นขั้นตอนในการดำเนินการ เกี่ยวกับข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาโดยการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อเท็จจริงจนสรุปได้ว่าผู้รับบริการมีปัญหา ทางสุขภาพใด และนำมาเขียนเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เป็นไปตามข้อกำหนดของ North American Nursing Diagnosis Association: NANDA (Potter & Perry, 2005) เพื่อนำไปวางแผนการ พยาบาลในลำดับต่อไปได้ข้อวินิจฉัยการพยาบาลจำแนกออกเป็น 5 ประเภท ดังนี้

2.1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีปัญหาเกิดขึ้นแล้ว (Actual nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่บ่งบอกถึงปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นแล้ว มีอาการและอาการแสดงให้เห็น ชัดเจน ได้มาจากการบอกเล่าของผู้รับบริการหรือจากการสังเกตของพยาบาลที่เป็นทั้งข้อมูลอัตนัย (Subjective data) และข้อมูลปรนัย (Objective data) หรือจากการวินิจฉัยของแพทย์

2.2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความเสี่ยง (Risk nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีปัจจัยเสี่ยงปรากฏให้เห็นแต่ปัญหายังไม่เกิด ไม่มีอาการและอาการแสดงปรากฏให้เห็นชัด และมีโอกาสพัฒนาเป็นปัญหาสุขภาพได้

2.3 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อาจจะเกิดขึ้น (Possible nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ปัญหาอาจเกิดขึ้นได้แต่ยังไม่ชัดเจน สาเหตุของปัญหายังระบุไม่ได้และไม่สมบูรณ์ในข้อมูลที่มีปัญหาเป็นเพียงพิจารณาได้ว่าอาจจะเกิดขึ้นได้ ดังนั้นพยาบาลต้องหาข้อมูลที่ สำคัญและเกี่ยวข้องมาสนับสนุนเพิ่มเติมหรือตัดทิ้งออกไปถ้าแน่ใจว่าปัญหาจะไม่เกิด

2.4 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลสุขภาพดี (Wellness nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลสุขภาพดีที่แสดงถึงภาวะสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงจากระดับสุขภาพดีเป็นระดับที่ดีมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพสามารถ พิจารณาได้จากพฤติกรรมของผู้รับบริการใน 2 ประเด็น ได้แก่ 1) พฤติกรรมที่แสดงถึงความต้องการที่จะมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้น และ 2) พฤติกรรมที่แสดงถึงการทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.5 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลกลุ่มของอาการ (Syndrome Nursing Diagnosis Statement) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อธิบายกลุ่มอาการที่เฉพาะเจาะจงของการวินิจฉัยการพยาบาล ที่เกิดขึ้นร่วมกันของข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เกิดขึ้นแล้วกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความเสี่ยงสูง ร่วมกันที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ซึ่งจะบอกให้พยาบาลได้รับรู้ว่ามีสถานการณ์ร้ายแรงเกิดขึ้น การเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล ประเภทนี้จะมีข้อความที่รวมถึงพยาธิสภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

3. การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan) การวางแผนเป็นขั้นตอนของ การพัฒนากลยุทธ์เพื่อป้องกัน บรรเทาหรือแก้ไขปัญหาที่วินิจฉัย ไว้ประกอบด้วยการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การตั้งเป้าหมายและการเลือกวิธีการบำบัดเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น ผู้รับบริการแต่ละรายมักมีปัญหาที่ต้องการการพยาบาลหลายปัญหา แต่ในทางปฏิบัติอาจไม่จำเป็นต้องแก้ไขปัญหาในเวลาเดียวกัน จึงต้องมีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ซึ่งสามารถพิจารณาจากอันตรายที่จะเกิดแก่ผู้รับบริการ หรือลำดับความต้องการของมนุษย์ กล่าวคือ ปัญหาที่คุกคาม หรือเป็นอันตรายต่อชีวิตมาก หรือปัญหาที่เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ควรมีความสำคัญลำดับต้น ๆ การตั้งเป้าหมาย (goal) จะช่วยให้พยาบาลสามารถเลือกวิธีการบำบัด และประเมินผล ความก้าวหน้าของผู้รับบริการ ได้อย่างเหมาะสม เป้าหมายของการพยาบาลมี 2 ลักษณะคือ เป้าหมายระยะสั้น (short-term goal) ซึ่งบรรลุได้ในเวลาอันรวดเร็ว และเป้าหมายระยะยาว (long-term goal) ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ต้องใช้เวลายาวนาน หรืออาจเป็นเป้าหมายโดยรวมของการดูแลทั้งหมด ลักษณะเป้าหมายของการพยาบาล ควรเป็นเป้าหมายเชิงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ (client outcome) มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้รับบริการแต่ละราย เป็นไปได้จริง บรรลุได้ และวัดได้ในขั้นตอนของการวางแผนยังต้องมีการเลือกวิธีการบำบัด (intervention) กิจกรรม (activity) และการปฏิบัติ (action) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ สำหรับปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว การบำบัดจะมุ่งไปที่การขจัดหรือลดผลกระทบจากสาเหตุของปัญหาเหล่านั้น ส่วนในปัญหาที่ยังไม่ปรากฏแต่มีโอกาสจะเกิดขึ้น การบำบัดของพยาบาลมุ่งที่การประเมินภาวะของผู้รับบริการเพื่อตรวจสอบปัญหาและการป้องกัน หรือหลีกเลี่ยงการเกิดปัญหาดังกล่าว การบำบัด ทางพยาบาลจำเป็นต้องอาศัยวิธีการหลาย ๆ วิธี และไม่เฉพาะเจาะจงกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ในขณะที่เดียวกันก็สามารถเลือกวิธีการบำบัดต่างๆ ที่หลากหลายมาใช้ในข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เป็นทางเลือกต่างๆ ผลที่จะเกิดตามมาและเหตุผลรองรับเชิงวิทยาศาสตร์ นอกจากนี้ควรคำนึงความเป็นไปได้ของการปฏิบัติให้สำเร็จ ตลอดจนความสามารถของผู้ปฏิบัติการพยาบาลนั้นด้วย

4. การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention) เป็นการนำแผนการพยาบาล ไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล โดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลต้องมีความรู้ ความสามารถและทักษะทางการพยาบาลเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของการพยาบาล และต้องคำนึงความปลอดภัย ความสุขสบายของผู้รับบริการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ควรมีการประเมินภาวะสุขภาพก่อนการนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ หากมีการเปลี่ยนแปลงจะได้มีการปรับกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ ควรมีการนิเทศ ติดตาม และตรวจสอบเป็นระยะ เพื่อแน่ใจว่าทุกกิจกรรมการพยาบาลได้มีการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่เขียนไว้

5. การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล การประเมินผล แม้จะมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ของการพยาบาลเป็นพื้นฐาน ยังจำเป็นต้องประเมินผลกระบวนการที่ใช้และโครงสร้างที่เกี่ยวข้องด้วย เนื่องจากทั้งกระบวนการและโครงสร้างสามารถมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้ การประเมินด้านผลลัพธ์ (outcome evaluation) มุ่งเน้นที่ผู้รับบริการ เป็นการพิจารณาตัดสินความก้าวหน้า หรือความเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการเปรียบเทียบ

กับเป้าหมายเชิงผลลัพธ์ที่ตั้งไว้ว่าบรรลุเป้าหมายดังกล่าวหรือไม่ เป้าหมายของการพยาบาลที่กำหนดไว้ในขั้นตอนของการวางแผนจึงเป็นเกณฑ์ที่ใช้สำหรับการประเมินผล การประเมินผลกระบวนการ (Process evaluation) มุ่งเน้นที่คุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาลในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การประเมินข้อมูลจนถึงการนำไปปฏิบัติ ส่วนการประเมินผลด้านโครงสร้าง (Structure evaluation) มุ่งเน้นที่ สภาพแวดล้อมซึ่งเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล อรอนันท์หาญยุทธ (2557) ได้กล่าวถึง การประเมินผลทางการพยาบาลเป็นการตรวจสอบว่า

1. เป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่คาดหวังของผู้รับบริการบรรลุตามเกณฑ์การประเมินหรือไม่ ถ้าบรรลุตามเกณฑ์การประเมิน ปัญหาสุขภาพตามข้อวินิจฉัยนั้นจะถูกลบออกไปจากแผนการพยาบาล
2. ถ้าเป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่คาดหวังของผู้รับบริการบรรลุตามเกณฑ์การประเมิน เป็นบางส่วน ต้องกลับมาทบทวนแผนการพยาบาลและทำการปรับหรือแก้ไขในส่วนนั้น ๆ ก่อนนำไปปฏิบัติให้แก่ผู้รับบริการและทำการประเมินอีกครั้ง
3. ถ้าเป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่คาดหวังของผู้รับบริการไม่บรรลุตามเกณฑ์การประเมิน พยาบาลต้องทบทวนแต่ละขั้นตอนของแผนการพยาบาล และถ้าจำเป็นต้องปรับปรุงแก้ไขต้องทำการเปลี่ยนแปลงแก้ไขแผนการพยาบาลใหม่ทั้งหมด
4. กิจกรรมการพยาบาลเหมาะสมและมีผลต่อการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการหรือไม่ การประเมินผลจะช่วยให้พยาบาลได้กำหนดกิจกรรมการพยาบาลได้ถูกต้องและสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล และความคาดหวังของผู้รับบริการ

จะเห็นได้ว่ากระบวนการพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เป็นการกระทำกิจกรรม การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องแบบองค์รวมทั้งมิติทางด้านร่างกาย มิติด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตามแนวทางวิทยาศาสตร์และเป็นการนำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติบนพื้นฐานของการใช้เหตุผล การตัดสินใจและการแก้ปัญหา แต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล เป็นการดำเนินการค้นหาปัญหา และวางแผนแก้ไขให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในผู้ป่วยโรคมะเร็งแต่ละระยะ ส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาล สร้างความเชื่อมั่นในคุณภาพของการบริการพยาบาล และพยาบาลมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น ซึ่งผลกระทบของโรคมะเร็งในแต่ละด้านเป็นผลกระทบที่มีความสัมพันธ์กัน เมื่อเกิดปัญหากระทบจากผลกระทบหนึ่งก่อให้เกิดปัญหาจากผลกระทบอื่นตามมาเป็นวงจรได้ ผู้ศึกษาจึงได้นำกระบวนการพยาบาลมาเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาล อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

2. กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพ หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมเกี่ยวกับภาวะทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ของบุคคล หรือผู้รับบริการที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่งและสภาพแวดล้อมที่ต่างกัน ซึ่งมีผลโดยตรง ต่อสุขภาพของผู้รับบริการทั้งคนอย่างต่อเนื่อง เป็นพฤติกรรมที่เป็นนิสัยที่จะทำให้บุคคลอยู่ใน ภาวะสุขภาพดีหรือเจ็บป่วยได้ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมภายในและพฤติกรรมภายนอก แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health) เป็นกรอบแนวคิดของ มาร์จอรี กอร์ดอน ใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคลและครอบครัว โดยประเมินแบบแผนพฤติกรรมภายนอกและภายในของบุคคลที่เกิดขึ้นช่วงระยะเวลาหนึ่งและมีผลต่อสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ เช่น พันธุกรรม พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม การบริการสุขภาพ ระบบการสนับสนุนทางสังคม และความช่วยเหลือในครอบครัวหรือสังคม เป็นต้น การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เป็นการประเมินแบบแผนการดำรงชีวิตที่มีการ

เปลี่ยนแปลงจากการเจ็บป่วย การปรับตัวทางกายภาพ และจิตสังคม ประกอบด้วย 11 แบบแผน แต่ละแบบแผนจะมีความสัมพันธ์กัน หากมีความผิดปกติในแบบแผนหนึ่งอาจมีผลกระทบต่อแบบแผนอื่น การตัดสินใจว่าแบบแผนสุขภาพใดปกติหรือผิดปกติ พิจารณาจากการเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งประกอบด้วยเกณฑ์มาตรฐานของแต่ละบุคคล ตามกลุ่มอายุและเกณฑ์มาตรฐานทางสังคม พยาบาลต้องรวบรวมข้อมูลให้ครอบคลุมทั้ง 11 แบบแผน ดังนี้ (พรศิริ พันธสี, 2564)

แบบแผนที่ 1 การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ (Health perception and Health management) เป็นความคิด ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองต่อโรค และภาวะความเจ็บป่วยทั้งในอดีตและปัจจุบัน ผลกระทบจากการเจ็บป่วยต่อการดำเนินชีวิตปกติ การดำเนินการหรือการจัดการในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยครอบคลุมเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง พฤติกรรมการป้องกันโรค และความเจ็บป่วย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง หรือพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วย รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อ การมีภาวะสุขภาพดี

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร (Nutrition and Metabolism) เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการบริโภค ปัญหาและการปรับตัวของผู้ป่วยในการรับประทานอาหารทั้งในภาวะ ปกติและขณะเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย ผลการตรวจร่างกาย และผลการ ตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวกับภาวะโภชนาการ

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย (Elimination) เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการขับถ่ายของเสีย ทุกประเภทออกจากร่างกาย ปัญหาการขับถ่าย ปัญหาในการควบคุมการขับถ่าย รวมทั้งปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อแบบแผนการขับถ่าย ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงกระบวนการขับถ่าย อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ประเมินการปรับตัวและความสามารถในการดูแลตนเองในการขับถ่าย เพื่อแก้ไขปัญหาลักษณะการตรวจร่างกายเกี่ยวกับการขับถ่ายทุกระบบและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้อง

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย (Activity and Exercise) เป็นแบบแผนเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันและการออกกำลังกาย การทำงานของโครงสร้างกระดูก ข้อ กล้ามเนื้อและการทำงานของระบบหัวใจ การไหลเวียนโลหิต ซึ่งประเมินระดับความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตและผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยต่อการประกอบ กิจกรรมและการออกกำลังกาย ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถทำกิจกรรมตามความต้องการ หรือไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้เนื่องจากข้อจำกัดต่างๆ ร่วมกับ ผลการตรวจร่างกายระบบหายใจ ผลการตรวจร่างกายระบบหัวใจและหลอดเลือด ผลการตรวจร่างกายระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้อง

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ (Sleep and Rest) เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการนอนหลับ การพักผ่อน ปัญหาเกี่ยวกับการนอน ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และอุปสรรคต่อแบบแผนการนอนหลับ กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติเพื่อให้ผ่อนคลาย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้ (Cognition and Perception) เป็นแบบแผนเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลในการรับรู้สิ่งเร้า และการตอบสนองต่อสิ่งเร้าด้านการรับรู้ความรู้สึก (sensation) ทั้ง 5 ทาง ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส การรับรู้ความรู้สึกทางผิวหนัง และการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวด และการตอบสนองความสามารถทางสติปัญญาเกี่ยวกับ

ความคิด ความจำ ความสามารถในการตัดสินใจ การแก้ปัญหาและการสื่อสารต่างๆ ทั้งในภาวะปกติ และภาวะเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (Self perception and Self concept) เป็นแบบแผนที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเอง (อัตมโนทัศน์) การมองตนเองเกี่ยวกับรูปร่าง หน้าตา ภาพลักษณ์ ความสามารถ คุณค่า เอกลักษณ์ และความภูมิใจในตนเอง ตลอดจนปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยอุปสรรคที่มีผลต่อการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ (Role and Relationship) เป็นแบบแผนเกี่ยวกับบทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบ การติดต่อสื่อสาร และการมีสัมพันธภาพกับบุคคลทั้งภายในครอบครัวและสังคม ที่อาจส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย รวมทั้งปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัย อุปสรรคต่อการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ และการสร้างสัมพันธภาพ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงบทบาท อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยและสัมพันธภาพต่อบุคคลอื่น

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ (Sexuality and Reproduction) เป็นแบบแผนเกี่ยวกับพัฒนาการตามเพศ ซึ่งมีอิทธิพลมาจากพัฒนาการด้านร่างกาย และอิทธิพลของสังคม สิ่งแวดล้อม การเลี้ยงดู ลักษณะการเจริญพันธุ์พฤติกรรมทางเพศ และเพศสัมพันธ์ ควรประเมินเกี่ยวกับ ความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์การเจริญพันธุ์รวมถึงการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางกายที่แสดงลักษณะทางเพศ ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง หรือปัจจัยอุปสรรคต่อการพัฒนาการตามเพศ และการเจริญพันธุ์ รวมทั้งพฤติกรรมทางเพศที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด (Coping and Stress tolerance) เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้ลักษณะอารมณ์พื้นฐาน การรับรู้เกี่ยวกับความเครียด ปฏิกริยาของร่างกายเมื่อเกิดความเครียดทั้งในภาวะปกติและการเจ็บป่วย กระบวนการเรียนรู้ เพื่อการปรับตัวการแก้ปัญหา ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความเครียด ปัจจัยส่งเสริมและปัจจัยที่เป็น อุปสรรคต่อการปรับตัวกับความเครียด รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ (Value and Belief) เป็นแบบแผนเกี่ยวกับความเชื่อถือ ความศรัทธา ความมั่นคงเข้มแข็ง ทางด้านจิตใจ สิ่งที่มีคุณค่า มีความหมายต่อชีวิต สิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ เป้าหมายในการดำเนินชีวิต ความเชื่อทางด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนตาม ความเชื่อ ปัจจัยส่งเสริม และปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ต่อความมั่นคงเข้มแข็งทางด้านจิตใจ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลง แบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล ซึ่งกรอบแนวคิดแบบแผนด้านสุขภาพของกอร์ดอนเป็นเครื่องมือในการค้นหาปัญหา หรือความต้องการของผู้ป่วย เป็นเครื่องมือให้พยาบาลสามารถประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ นำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์และระบุสาเหตุของความผิดปกตินั้น ๆ สามารถวินิจฉัยการพยาบาลทั้งภาวะที่ปกติและภาวะที่ผิดปกติของแบบแผนวางแผนการพยาบาล กำหนดจุดมุ่งหมายเพื่อให้แบบแผนสุขภาพที่ดีนั้น คงอยู่ต่อไปหรือมีแบบแผน ที่สมบูรณ์ขึ้น ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขความผิดปกติของแบบแผนสุขภาพ การป้องกันความผิดปกติ ที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้แบบแผนนั้น ๆ มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การสอน การให้คำแนะนำ การปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยมุ่งเน้นการสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมและปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล ในแบบแผนที่ผิดปกติขึ้นหรือไม่ และในแบบแผนที่ปกติยังเป็นปกติหรือเสี่ยงต่อความผิดปกติ เพื่อแก้ไขปัญหาจนกว่าจะสิ้นสุด ในกรณี

ที่แบบแผนปกติแล้ว พิจารณาป้องกันปัญหา หรือความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นและส่งเสริมสุขภาพต่อไป ผู้ศึกษาได้นำแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนมาใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพ รวบรวมข้อมูล เพื่อนำไปสู่กระบวนการพยาบาลในลำดับต่อไป

3. แนวคิดเรื่องการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยอย่างหนึ่งทางจิตสังคมที่ก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควรได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลในด้านต่าง ๆ ทั้งนี้ยังช่วยลดปัญหาที่เกิดจากภาวะความตึงเครียด ปัญหาด้านสุขภาพที่ผู้ป่วยกำลังประสบปัญหาอยู่ในช่วงเวลานั้น ได้มีผู้ให้ ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลากหลาย ดังต่อไปนี้

House (1981) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบไปด้วยความรัก ความห่วงใย ความเชื่อมั่น การเห็นคุณค่า และการรับฟังปัญหา ด้วยความห่วงใยร่วมด้วยการช่วยเหลือด้านทรัพยากรต่าง ๆ การให้คำแนะนำ คำปรึกษาจากผู้มี ประสบการณ์หรือกำลังประสบสถานการณ์เดียวกันอยู่

Cobb (1976) ได้กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมนั้น เป็นการที่บุคคลได้รับการ สนับสนุนทางสังคม การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับความรัก ความเอาใจใส่ในการดูแลจากผู้ให้ การสนับสนุนทางสังคม การได้รับการยกย่อง การมีคุณค่าและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่เขามีปฏิสัมพันธ์อยู่ด้วยในสังคมนั้น

Pender (1982) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกถึงการเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยกลุ่ม บุคคลในระบบสังคมนั้นเองเป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตใจอารมณ์ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ข่าวสาร และ คำแนะนำ อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

จากการทบทวนความหมายข้างต้น สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคล ได้รับความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม พ่อแม่ ญาติพี่น้อง สมาชิกในครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน สมาชิกในชุมชน และบุคลากรในวิชาชีพต่าง ๆ โดยการสนับสนุนทางสังคมมีทั้งการให้ ข้อมูลข่าวสาร การได้รับการยอมรับการช่วยเหลือกันทางด้านร่างกายทางด้านอารมณ์ เพื่อให้บุคคลได้รับ การตอบสนองต่อความต้องการ เกิดความมั่นคงทางจิตใจ สามารถเผชิญปัญหาและแก้ไข ปัญหาได้ สามารถปรับตัวการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม

ระดับของการสนับสนุนทางสังคม

Gotlieb (1985) ได้แบ่งระดับของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับมหภาคหรือระดับกว้าง เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วมหรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ ด้วยความ สมัยครใจ และการดำเนินชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชนที่อาศัยอยู่

2. ระดับกลางหรือระดับกลุ่มเครือข่าย เป็นความสัมพันธ์ในระดับที่เฉพาะเจาะจงให้ถึงกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลใกล้ชิดชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ ความเป็นมิตร การสนับสนุนทางอารมณ์และการยกย่อง

3. ระดับจุลภาคหรือระดับเล็ก เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ได้แก่ สามีภรรยาและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ให้การสนับสนุนทางจิตใจแสดงความรักและห่วงใย

แหล่งสนับสนุนทางสังคม

แหล่งสนับสนุนทางสังคม หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีการติดต่อและให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งมีการแบ่งแตกต่างกันตามวัตถุประสงค์ของผู้ศึกษาที่ต้องการเน้นขนาดของกลุ่มบุคคล ความใกล้ชิด ลักษณะของความสัมพันธ์ และระยะของความสัมพันธ์ แหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มสังคมปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน ซึ่งเรียกว่ากลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ
2. กลุ่มสังคมทุติยภูมิ ได้แก่ กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ ซึ่งเรียกว่ากลุ่มช่วยเหลือในวิชาชีพ

การสนับสนุนทางสังคมนี้จะรับความช่วยเหลือสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อมรอบข้างเป็นแรงจูงใจภายนอกที่เข้ามาเสริม ให้ผู้ป่วยกล้าที่จะคิดไตร่ตรองในการตัดสินใจด้วยตนเองทั้งนี้แหล่งการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 2 กลุ่ม จะเป็นแหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยได้ในทุกระดับและตามความต้องการของผู้ป่วย

ประเภทการสนับสนุนทางสังคม

ได้มีผู้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

House (1981) อธิบายว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการให้ความช่วยเหลือ 4 ด้าน ได้แก่

1. ด้านอารมณ์ (Emotional concern) เป็นการให้ความรัก ความห่วงใย การเห็นอกเห็นใจ และความไว้วางใจ ความเชื่อใจ ซึ่งสามารถแปลงเป็นความหมายในเชิงการกระทำได้เช่น การให้ความเคารพส่วนบุคคล มิตรภาพ การรับฟัง การแสดงความห่วงใย และการเห็นอกเห็นใจ เป็นต้น
2. ด้านสิ่งของ (Instrument aid) รวมถึงกิจกรรมที่ช่วยให้บุคคลได้รับตามความต้องการของเขา เช่น ช่วยในการทำงาน เวลา ช่วยเหลือค่าใช้จ่าย ค่าเดินทาง ค่ารักษาพยาบาล เป็นต้น
3. ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information) หมายถึง การให้ข้อมูลที่จะช่วยขจัดปัญหา ทั้งภายในและภายนอกของบุคคลได้ เช่น การให้คำปรึกษาด้านรักษาพยาบาล เพื่อนำไปใช้ในการแก้ไข้ปัญหา
4. ด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม (Appraisal) เป็นการสนับสนุนทางสังคมอีกลักษณะหนึ่งของข้อมูลที่จะช่วยในการสะท้อนความคิดของอีกฝ่ายได้ การได้รับการยกย่องเคารพนับถือ ยอมรับจากอีกฝ่าย การให้ข้อมูลเพื่อให้ตนเองกับผู้อื่นในสังคมเกิดความมั่นใจ

Cobb (1976) ได้แบ่ง การสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การได้รับข้อมูล หรือคำแนะนำข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ และสามารถให้การสนับสนุนที่ไปใช้ประโยชน์ในการเผชิญปัญหาได้
2. การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม แบ่งเป็น
 - 2.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) ได้แก่ การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ มีความรู้สึกผูกพัน และไว้วางใจซึ่งกันและกัน
 - 2.2 การสนับสนุนด้านการยอมรับและการเห็นคุณค่า (Esteem Support) ได้แก่ การได้รับการยกย่อง ชมเชย ในความสามารถหรือความสำเร็จ
3. การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

ดังนั้น แหล่งสนับสนุนทางสังคมจึงมีได้หลายทางทั้งบุคคลใกล้ชิด เช่น ครอบครัว และญาติ พี่น้อง บุคคลหรือองค์กรที่รวมตัวกันเพื่อช่วยเหลือสมาชิกในกลุ่ม เช่น กลุ่มของชุมชน หรือบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งแหล่งการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยในโรงพยาบาลต้องการจะมาจากครอบครัวมากที่สุดเพราะเป็นกลุ่มบุคคลที่ใกล้ชิดและคอยช่วยเหลือผู้ป่วย นอกจากนี้ ยังต้องการการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะการให้ข้อมูลข่าวสาร การเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับโรคที่เป็น จึงอาจกล่าวได้ว่าแหล่งที่มาในการสนับสนุนทางสังคมไม่ได้มาจากบุคคลใกล้ชิดเพียงเท่านั้น แต่มาจากบุคคลรอบตัวที่สามารถให้การสนับสนุนและช่วยเหลือได้

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็ง จึงหมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมที่มีความสัมพันธ์ด้วยกัน ด้านอารมณ์ คือ ผู้ป่วยได้รับความรู้สึกความรัก ความเข้าใจ ความเมตตา ด้านการยอมรับ คือ การกระทำที่ทำให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง การเผชิญปัญหา ด้านเครือข่ายทางสังคม คือ การกระทำที่ยืนยันได้ว่าบุคคลนั้นเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่นๆ ด้านข้อมูลข่าวสาร คือ ให้ข้อมูลที่เป็ประโยชน์ต่อผู้ป่วยทั้งภายนอกและภายในและการสนับสนุนด้านสิ่งของหรือบริการ คือ กิจกรรมหรือสิ่งของที่เอื้ออำนวยแก่ผู้ป่วย เช่น ช่วยในการทำงาน ช่วยเหลือค่าใช้จ่าย ค่าเดินทาง ค่ารักษาพยาบาล เป็นต้น การสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ นั้น ก่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย รวมไปถึงช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการเผชิญปัญหาและปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดเรื่องการสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์ใช้ โดยให้สมาชิกในครอบครัวสนับสนุนด้านอารมณ์และด้านสิ่งของ และบุคลากรทางการแพทย์สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและด้านสิ่งของร่วมด้วย

4. กรอบแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ

กรอบแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) เป็นกรอบแนวคิดที่นิยมใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการอาการไม่สุขสบายที่เกิดจากโรคและการรักษา ซึ่งดอดด์เชื่อว่าเมื่อบุคคลรับรู้ว่าร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงหรือมีความผิดปกติเกิดขึ้น บุคคลจะมีการประเมินว่าอาการ เหล่านั้นมีความรุนแรงต่อตนเองมากน้อยเพียงใด จากนั้นบุคคลจึงแสวงหาวิธีการจัดการกับอาการ เพื่อลดอาการที่ผิดปกติหรือความไม่สุขสบาย และเมื่ออาการไม่ลดลง บุคคลจะหาวิธีจัดการกับอาการนั้น ใหม่หรือเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดการจนกว่าอาการที่เกิดขึ้น จะลดลงหรือหายไป นอกจากนี้แบบจำลองการจัดการอาการของดอดด์ ยังได้ตระหนักถึงมิโนทัศน์ของศาสตร์ทางการแพทย์ ที่ประกอบด้วยบุคคล สุขภาพ ความเจ็บป่วย และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีอิทธิพลต่อการจัดการอาการ ทฤษฎีการจัดการอาการ มีจุดประสงค์เพื่อให้บุคคลสามารถจัดการอาการไม่สุขสบายที่เกิดจากโรคและการรักษาได้ โดยใช้การประเมินอาการที่เกิดขึ้นในด้านความรุนแรง ความถี่ ตำแหน่งที่เกิด รวมทั้งผลกระทบของอาการที่เกิดขึ้นและการตอบสนองต่ออาการ รวมทั้งหาวิธีการจัดการอาการได้จากประสบการณ์เดิม และข้อดีของทฤษฎีการจัดการอาการ หากบุคคลไม่สามารถจัดการอาการของตนเองได้ ด้วยปัจจัยอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ จะมีการใช้บุคคลอื่น เช่น ผู้ดูแลหรือบุคลากรทางการแพทย์ เข้ามามีบทบาทในการจัดการอาการของผู้ป่วย และนอกจากนี้ต้องมีผลลัพธ์ที่บ่งชี้ถึง ประสิทธิภาพในการจัดการอาการนั้น ๆ ได้อย่างชัดเจน

องค์ประกอบของแนวคิดการจัดการกับอาการ ประกอบด้วยมิโนทัศน์หลัก 3 มิโนทัศน์ คือ

1. ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) เป็นประสบการณ์ของบุคคลที่มีความเจ็บป่วย มีความเป็นพลวัตรและสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา องค์ประกอบของประสบการณ์อาการ ได้แก่

1.1 การรับรู้อาการ (Perception of symptoms) เป็นการรับรู้ของบุคคลจากการสังเกตความรู้สึกและพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ซึ่งองค์ประกอบของประสบการณ์การมีอาการจะมีการเปลี่ยนแปลงหรือได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านบุคคล สุขภาพและความเจ็บป่วย และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

1.2 การประเมินอาการ (Evaluation of symptoms) เป็นการประเมินของบุคคลต่ออาการที่เกิดขึ้น โดยประเมินสาเหตุ ความรุนแรง ภาวะคุกคามต่อชีวิต และผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต

1.3 การตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) เป็นการตอบสนองของบุคคลต่อการเกิดอาการ ซึ่งเป็นการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม ซึ่งบุคคลอาจจะตอบสนองโดยแสดงอาการเพียงด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้านก็ได้

2. วิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies) เป็นกระบวนการ ที่บุคคลเลือกใช้ในการจัดการกับอาการ เพื่อบรรเทาหรือทำให้ผลลัพธ์ด้านลบของอาการเกิดขึ้นช้าที่สุด โดยเริ่มให้บุคคลดังกล่าวเป็นผู้ตั้งเป้าหมายการปฏิบัติ ซึ่งต้องกำหนดให้ชัดเจนว่าจะใช้วิธีใดในการจัดการ อาการ (what) จัดการเมื่อใด (when) จัดการที่ไหน (where) จัดการทำไม (why) จัดการมากน้อยเพียงใด (how much) จัดการโดยใคร (who) จัดการให้ใคร (whom) และจัดการอย่างไร (how) ซึ่งเป็น กระบวนการที่ต่อเนื่องและสามารถเปลี่ยนแปลงได้จนกว่าบุคคลจะเกิด ความพึงพอใจ วิธีการจัดการอาจเป็นการจัดการโดยการรักษาจากแพทย์ พยาบาล ทีมสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญ หรือการจัดการด้วยตนเองของบุคคล

3. ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (Outcomes) เป็นผลลัพธ์ที่บ่งชี้หรือเป็นตัวชี้วัด คุณภาพ และประสิทธิภาพในการจัดการอาการที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการและวิธีการจัดการ อาการสามารถประเมินได้จากตัวชี้วัดคุณภาพ การจัดการอาการ 8 ผลลัพธ์ ได้แก่ สภาวะของอาการ (symptom status) การทำหน้าที่ของร่างกาย (functional status) การดูแลตนเอง (self care) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น (costs) คุณภาพชีวิต (quality of life) ความเจ็บป่วยและโรคร่วม (morbidity and co-morbidity) อัตราการตาย (mortality) และสภาวะทางด้านอารมณ์ (emotional status)

จากแนวคิดของแบบจำลองการจัดการอาการของดอดด์และคณะ สรุปความสัมพันธ์ของแต่ละมโนทัศน์ ได้ว่า ภายหลังจากบุคคลได้รับการรักษา บาดเจ็บหรือเจ็บป่วย บุคคลจะมีการรับรู้ ประเมินและตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น ซึ่งแตกต่างกันไปตามลักษณะของแต่ละบุคคล จากนั้น บุคคลจะเลือกวิธีการ จัดการอาการที่แตกต่างกันไป เพื่อให้อาการบรรเทาลงหรือหายไป ซึ่งวิธีการจัดการอาการมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับความเชื่อและเหตุผลของแต่ละบุคคล เมื่อใช้วิธีการเหล่านั้นได้ดี บุคคลจะใช้วิธีการเหล่านั้นอย่างต่อเนื่อง หากวิธีการจัดการอาการไม่ได้ผล บุคคลจะแสวงหาวิธีการจัดการอื่น หรือให้ผู้อื่น เข้ามามีบทบาทในการจัดการอาการ อาทิเช่น แพทย์ พยาบาล ทีมสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญ เป็นต้น ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อองค์ประกอบหลัก ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล (Person) ปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย (Health and Illness) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) รายละเอียด ดังนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคล (Person domain) ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล (Demographic) จิตใจ (Psychological) สังคม (Sociological) และสรีรวิทยา (Physiological) เป็นปัจจัยภายในที่ทำให้บุคคลมีมุมมองและการตอบสนองต่อประสบการณ์การมีอาการ รวมทั้งระดับพัฒนาการและวุฒิภาวะในแต่ละคน

2. ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย (Health and illness domain) ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยงการบาดเจ็บ หรือความพิการ ซึ่งมีผลโดยตรง และโดยอ้อมต่อประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment domain) สภาพแวดล้อมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการขึ้น ประกอบด้วย สภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Physical) สังคม (Social) และวัฒนธรรม (Cultural) สภาพแวดล้อมทางกายภาพจะรวมทั้งที่บ้าน สถานที่ทำงานและโรงพยาบาล สภาพแวดล้อมทางสังคมจะรวมทั้งเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม (Social support network) และสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relationships) และวัฒนธรรมซึ่งเป็นการให้คุณค่าความเชื่อของบุคคล ที่ยึดถือปฏิบัติเป็นแบบอย่างเดียวกันในกลุ่มนั้นๆ โดยสถานที่จะมีผลต่อกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ปัจจุบันการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดส่วนใหญ่จะรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก และนัดผู้ป่วยมารับยาเคมีบำบัดทุก 3 สัปดาห์ พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการเฝ้าระวังและสังเกต อาการของผู้ป่วยขณะได้รับเคมีบำบัด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การดูแลตนเองและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน การเกิดอาการข้างเคียง ช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

พยาบาลเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการให้พยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านม ถือได้ว่าเป็นภาวะวิกฤตเกิดการคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล มีความกลัว หมดหวัง รู้สึกถึงความไม่แน่นอนของชีวิต และทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่าย รวมทั้งความคาดหวังจากการหายของโรค ส่งผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม ทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง รวมไปถึงครอบครัว ในช่วงแรกที่ผู้ป่วยทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านมต้องผ่านปฏิกิริยา ทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ที่หลากหลาย ได้แก่ ความรู้สึกตระหนก แผลกใจ ไม่เชื่อ โกรธ กลัวตาย เศร้า สลด และซึมเศร้า จากนั้นจะเริ่มคิดถึงทางเลือกในการรักษา ตัดสินใจเข้ารับการรักษา ต้องเผชิญกับประสบการณ์ต่าง ๆ ในระหว่างกระบวนการรักษา ได้แก่ รู้สึกวิตกกังวล กลัวการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย รู้สึกผิด รู้สึกอ่อนแอ รู้สึกแปลกแยก เกิดความกังวลใจเรื่องเพศสัมพันธ์ เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต กังวลต่อการกลับเป็นซ้ำของโรค กลัวกระทบความมั่นคงของชีวิต ครอบครัว และความหวังต่อความสำเร็จของการรักษา พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับยามุ่งเป้า ควรประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ดำเนินการค้นหาปัญหาและวางแผนแก้ไขให้สอดคล้องกับปัญหา สุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมแต่ละระยะ เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในแต่ละช่วงเวลาจะมีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันไป การประเมินภาวะจิตสังคมอย่างต่อเนื่อง การสอนและการให้ข้อมูล รวมทั้งเอกสารที่จำเป็นต่อผู้ป่วยและแนะนำแหล่งข้อมูล ที่น่าเชื่อถือ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาข้อมูลที่ต้องการได้ด้วยตนเอง (ทิมาพร วงศ์หงส์กุล, 2564) และช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจ และสามารถรับมือกับอาการที่เกิดตามมาตรฐานการพยาบาล โดยแบ่งการพยาบาลเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อน ระยะระหว่าง และระยะหลังได้รับยาเคมีบำบัด (दनัย ดุสรักษ์, 2560) และนำกระบวนการพยาบาล มาเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

การพยาบาลในระยะก่อนได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

การประเมินภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคมะเร็งก่อนได้รับยาเคมีบำบัด ได้แก่ การเก็บข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งในผู้ป่วยโรคมะเร็งก่อนได้รับยาเคมีบำบัด ด้วยผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดหรือประสบการณ์การรับรู้ในอดีตของผู้ป่วย อาจทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและกลัวการรักษาที่จะเกิดขึ้น พยาบาลควรเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการประเมินนำไปตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยนำไปสู่การใช้แผนการพยาบาล

1. การประเมินภาวะสุขภาพ การตรวจร่างกายและซักประวัติเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาเคมีบำบัด ได้แก่

1.1 ข้อมูลการรักษาพยาบาล ประวัติการรักษาที่เคยได้รับ ประวัติการแพ้ยา และการแพ้อื่นๆ ประวัติการได้รับยาเคมีบำบัด อาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดในครั้งก่อนและการจัดการอาการ วันที่ได้รับยาเคมีบำบัดครั้งล่าสุด การคุมกำเนิด

1.2 ประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Complete Blood Count (CBC), Blood Urea Nitrogen (BUN), Creatinine (Cr), Liver Function Test (LFT) ผลการประเมินการทำงานของหัวใจด้วยวิธี Echocardiography หรือ Gate blood pool study (MUGA scan)

1.3 การประเมินสมรรถนะทางกายของผู้ป่วย (Performance status) เครื่องมือที่นิยมใช้ในการประเมิน ได้แก่ Karnofsky Scales หรือ The Eastern Cooperative Oncology Group: ECOG เป็นต้น ตรวจวัดสัญญาณชีพ ซักถามอาการทั่วไป เช่น ไข้ อาการติดเชื้อระบบต่าง ๆ

1.4 ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย (ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณค่า ดัชนีมวลกาย) ประเมินสุขภาพช่องปากและฟัน

2. การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ ผู้ป่วยมักมีความวิตกกังวลหรือมีข้อสงสัยเกิดขึ้นเสมอ พยาบาลควรสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย มีความเป็นกันเองกับผู้ป่วยและญาติ (อัครเดช บำรุง นาม, 2565)

2.1 การประเมินสภาพด้านจิตใจ (Psychological assessment) โดยประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติ เจตคติต่อโรคและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ความสามารถในการจัดการความเครียด รวมทั้งการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยพยาบาลสามารถ ใช้แบบคัดกรองที่มีมาตรฐานในการประเมิน เช่น แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q และ 8Q ตามลำดับ แบบประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาล ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) เป็นต้น และความพร้อมของผู้ดูแลและครอบครัวในการช่วยเหลือผู้ป่วย

2.2 การให้ข้อมูล (Providing information) โดยต้องประเมินความต้องการของผู้ป่วย ข้อมูลที่สำคัญสำหรับผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะของโรคและแผนการรักษา ระยะเวลาในการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจถึงผลที่จะเกิดขึ้นทั้งผลดีและผลเสียของการรักษา ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการรักษา เน้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น กลวิธีจัดการอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วย พร้อมทั้งให้เอกสารเกี่ยวกับการรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวนำกลับไปทบทวนการปฏิบัติตัวที่บ้าน และสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการข้างเคียงได้อย่างเหมาะสม

2.3 การให้คำปรึกษา (Giving counseling) ในประเด็นที่ผู้ป่วยต้องการขอคำปรึกษา โดยการปรึกษามีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้สำรวจตนเอง เกิดการเรียนรู้และเข้าใจ พัฒนา ทักษะการตัดสินใจ การจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลดความเครียด ความไม่สบายใจที่เกิดขึ้นได้

2.4 การประสานงานกับทีมสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Co-ordinating with health care team) เช่น ผู้ป่วยบางรายอาจกังวลใจเกี่ยวกับการรักษา พยาบาลอาจต้องประสานงานกับหน่วยงานสังคมสงเคราะห์ หรือบางรายมีความวิตกกังวลในระดับสูงหรือภาวะซึมเศร้า แพทย์ผู้รักษาอาจส่งปรึกษาแพทย์ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

2.5 การช่วยเหลือในการจัดการอาการ (Managing symptoms) ความทุกข์ทรมานจากอาการทางกาย ซึ่งมีผลต่อสภาวะทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะความปวด คลื่นไส้ อาเจียน

2.6 การส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (Encouraging family involvement in care) ญาติและครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ โดยการสนับสนุนญาติให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกยังคงเป็นที่รักและเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว และสังคม ไม่ได้ถูกทอดทิ้ง

3. การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย พยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อ รักษาสุขภาพอนามัย การรักษาความสะอาดของร่างกาย แนะนำอาหารที่มีประโยชน์และมีคุณค่าต่อร่างกาย ควรได้รับพลังงานและสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ สอดคล้องกับภาวะโภชนาการ งดสิ่งเสพติด เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงพร้อมที่จะรับการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับยามุ่งเป้า กรณีผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว หรือ ได้รับการรักษาโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย ควรรับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องกับแพทย์เฉพาะทาง เหล่านั้น ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ และแจ้งให้แพทย์เฉพาะทางอายุศาสตร์มะเร็งวิทยาทราบเพื่อ ประโยชน์ของผู้ป่วย ในการรักษาร่วมกัน แนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัดในการดูแลตนเอง รับประทานยาหรือปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์ที่ให้การรักษา และรับการตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันภาวะโรคประจำตัวแทรกซ้อนในระหว่างการให้ยาเคมีบำบัด หากมีอาการ ผิดปกติให้แจ้งแพทย์เจ้าของไข้ทันที

การพยาบาลในระยะระหว่างได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

พยาบาลที่ดูแลต้องมีความรู้เฉพาะทางเรื่องยาเคมีบำบัดร่วมกับยามุ่งเป้า การประเมินความเสี่ยง เพื่อหาแนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและการแก้ไขปัญหาฉุกเฉิน การบริหารยาเคมีบำบัดร่วมกับยามุ่งเป้า เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย มีหลักปฏิบัติดังนี้

1. จัดเตรียมยาฉุกเฉินและอุปกรณ์จำเป็นให้พร้อมใช้ ในกรณีที่ผู้ป่วยที่มีปฏิกิริยาภูมิไวเกิน (Hypersensitivity reactions) จากการได้รับยาเคมีบำบัด

2. จัดเตรียม Spill kit สำหรับกำจัดขยะเคมีบำบัดที่อาจหกหรือตกแตกขณะบริหารยา เพื่อป้องกันการฟุ้งกระจายของสารเคมีและการสัมผัสโดยตรง

3. ตรวจสอบความถูกต้องของเคมีบำบัดให้ตรงกับผู้ป่วยและแผนการรักษาของแพทย์โดยพยาบาลอย่างน้อย 2 คน (double check) ตามหลักปฏิบัติการให้ยา 10 ประการ ได้แก่ ถูกคน (right patient) ถูกขนาด (right dose) ถูกชนิดยา (right drug) ถูกวิธีทาง (right route) ถูกเวลา (right time) ถูกการบันทึก (right document) สิทธิในการปฏิเสธยา (right to refuse) การตรวจสอบประวัติ การแพ้ยาและทำการประเมินถูกต้อง (right history and assessment) การตรวจสอบปฏิกิริยาระหว่างกันของยาและการประเมินถูกต้อง (right drug - drug interaction and evaluation) และการให้ความรู้ และข้อมูลที่ถูกต้อง (right to education and information)

4. การบริหารยาทางหลอดเลือดดำ เลือกการบริหารยาดำแหน่งที่เปิดแทงใหม่ เลือก เส้นเลือดที่ตรง มีขนาดใหญ่ เรียบนูน ไม่แข็ง ไม่อักเสบ หลีกเลียงบริเวณข้อพับ ข้อมือ ปุ่มกระดูก หลีกเลียงแขนผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลือง สลับฝั่งของการให้ยาในแต่ละรอบของการรักษา

5. เลือกอุปกรณ์ที่เหมาะสม ได้แก่ เลือกใช้เข็มพลาสติกที่มีความยืดหยุ่น ขนาด เบอร์เล็ก ที่สุด เลือกใช้พลาสติกชนิดใส (transparent) ปิดตำแหน่งที่แทงเข็ม เพื่อยึดตรึงและสามารถ สังเกต การรั่วซึมของยาหรืออาการบวมแดงได้ชัดเจน

6. บริหารยาป้องกันอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด เช่น ยาแก้คลื่นไส้ (Antiemetic drug) ยาแก้แพ้ (Antihistamine) โดยหยดยาอย่างช้าๆ ประมาณ 30 นาที เพื่อป้องกันอาการไม่พึงประสงค์

7. พยาบาลผู้บริหารยาสวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน (PPE) ได้แก่ ถุงมือ Nitrile แวนตา Mask N95/N100 เสื้อกาวน์ หมวกคลุมผม เพื่อป้องกันอันตรายจากการสัมผัสหรือสูดดมยาเคมีบำบัด ในขณะที่บริหารยาเคมีบำบัด

8. บริหารยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้าตามลำดับขั้นตอนการรักษาและตามชนิดของกลุ่มยา โดยเริ่มจากยากลุ่ม Vesicant เป็นอันดับแรก ในขณะที่หลอดเลือดยังมีความสมบูรณ์ยังไม่ได้เกิดผล กระทบจากยาเคมีบำบัด เนื่องจากยากลุ่มนี้มีความรุนแรงและเข้มข้น แล้วจึงตามด้วยยาในกลุ่ม Irritants และ Non-vesicant drugs ตามลำดับ โดยใช้หลักปราศจากเชื้อ ผ่านเครื่องกำหนดอัตรา หยด (Infusion pump) ยกเว้นยากลุ่ม Vesicant สำหรับยากลุ่มที่มีโอกาสเกิด Hypersensitivity reactions สูง ควรบริหารยาด้วยเครื่อง Infusion pump เพื่อควบคุมอัตราการหยดของยา

9. ขณะบริหารยา ตรวจสอบความสมบูรณ์ของหลอดเลือดทุกครั้งก่อนการบริหารยา โดยการ ฉีดสารละลายน้ำเกลือ 10 มิลลิลิตร เข้าไปในเส้นเลือดได้ดี ไม่ฝืน ไม่อุดตัน และตรวจสอบตำแหน่ง เข็มให้อยู่ภายในหลอดเลือดดำเสมอ เพื่อประเมินการรั่วซึมออกนอกหลอดเลือด (Extravasations) ดังนี้

9.1 กรณีให้ยาแบบหยดอย่างต่อเนื่อง (continuous infusion) นานไม่เกิน 15 นาที ให้ ตรวจสอบตำแหน่งของหลอดเลือดที่แทงเข็มทุก 5-10 นาที ถ้าบริหารยานานมากกว่า 1 ชั่วโมง ให้ ตรวจสอบตำแหน่งของหลอดเลือดที่แทงเข็มทุก 1 ชั่วโมง สังเกตอาการปวด บวม แดง ร้อน และอัตราการ หยด ถ้าหยุดช้าผิดปกติ หรือกรณีใช้เครื่อง Infusion pump หากมีการ alarm โดยไม่ทราบ สาเหตุ อาจเกิดการรั่วซึมของยาออกนอกหลอดเลือด

9.2 ถ้าผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายบริเวณที่ฉีดยาแต่ไม่มีอาการบวม สามารถดูดเลือดออกได้ดี ควร flush ด้วยสารละลายน้ำเกลือช้าๆ ถ้าผู้ป่วยยังคงไม่สบายให้ดึงเข็มออกหยุดการให้ยาบริเวณ นั้น และเปลี่ยนตำแหน่งให้ยาใหม่

9.3 กรณีที่เกิดภาวะรั่วซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือดดำ ให้หยุดการบริหาร ยาทันที และปฏิบัติตามการพยาบาลการเกิดภาวะ Extravasation

10. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ ของผู้ป่วยทั้งก่อน และขณะได้รับยา รวมทั้งเฝ้าสังเกต อาการผิดปกติในช่วง 5 นาทีแรก หลังจากได้ยาในกลุ่มยาที่พบว่ามีอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะภูมิไว เกิน (Hypersensitivity reactions) ควรตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง, ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนยาหมด และเฝ้าติดตามอาการภายหลังยาหมด พร้อมทั้งแนะนำผู้ป่วยและ ญาติ ในการสังเกตอาการผิดปกติในขณะที่ได้รับยา ได้แก่ หน้าแดง (flushing), ไข้ (fever), ผื่นคัน (rash), หายใจลำบาก (dyspnea) เป็นต้น

11. ภาวะที่เกิดภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity reactions) อาการแสดงต่าง ๆ ได้แก่ หน้าแดง มีผื่นตามผิวหนัง คันตามตัว มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ หายใจลำบาก หลอดลม หดเกร็ง บางรายอาจมีอาการปวดหลัง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย หากมีอาการดังกล่าว ต้องรีบหยุดยาเคมีบำบัด บันทึกอาการ รายงานแพทย์เจ้าของไข้ และในกรณีที่มีอาการระดับรุนแรง ให้การดูแลรักษาอาการ ชุกเฉินอย่างเร่งด่วน

12. ใช้หลัก (SAS: Saline Administration of drug Saline) ในกรณีที่ให้ยาเคมีบำบัด มากกว่า 1 ชนิด หลังจากให้ยาเคมีบำบัดครบแต่ละชนิดให้ล้างสายชุดให้สารน้ำที่มียาเคมีบำบัดด้วยสารน้ำที่เข้ากันกับยาเคมีบำบัด ประมาณ 20-30 มิลลิลิตร เพื่อไม่ให้มียาตกค้างอยู่ในสาย ป้องกันการตกตะกอน ของสารน้ำ ลดอาการระคายเคือง และคงสภาพหลอดเลือดให้สมบูรณ์

13. ไม่ควรเคลื่อนย้ายผู้ป่วยขณะบริหารยา Vesicant กรณีผู้ป่วยจะเข้าห้องน้ำ ให้หยุดการบริหารยาเคมีบำบัดไว้ก่อนเปลี่ยนเป็นสารน้ำ เมื่อกลับมาตรวจสอบตำแหน่งเข็มให้อยู่ภายในหลอดเลือดดำเสมอ

14. เมื่อสิ้นสุดให้ยาให้นำก้อนมาพันรอบบริเวณที่แทงเข็มแล้วจึงถอนเข็มออกเพื่อ เป็นการป้องกันการรั่วซึมของยาออกนอกเส้นเลือด พยาบาลผู้บริหรยาถอดชุดอุปกรณ์ป้องกันทั้งใน ภาชนะ สำหรับทั้งยาเคมีบำบัด

15. การดูแลด้านจิตใจ อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าครั้งนี้เป็นการให้ยาเคมีบำบัดในรอบที่เท่าไร สร้างความคุ้นเคยให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อลดความวิตกกังวลต่อการรักษา ให้ความรู้ คำแนะนำ และให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับยามุ่งเป้า เช่น หากต้องการลุกเข้าห้องน้ำควรมีญาติพาไป ลดการขยับหรือยกแขนที่แทงเข็มให้ยาเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุด แนะนำสังเกตอาการผิดปกติขณะได้รับยา เช่น อาการปวด บวม แดง แสบร้อน บริเวณให้ยา เนื่องจากอาจมีการรั่วซึมของยา และการป้องกันอันตรายจากการแพ้ยา โดยสังเกตอาการ หน้าแดง ไข้ ผื่นคัน หายใจลำบาก เป็นต้น

การพยาบาลในระยะหลังได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

การรักษาเมะเร็งเต้านมในระยะแพร่กระจายด้วยยาเคมีบำบัด สามารถเพิ่มระยะเวลาอัตราการรอดชีวิต ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ พยาบาลต้องสามารถทำนายอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้าที่อาจเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อฝึกทักษะการดูแลตัวเองของผู้ป่วย และครอบครัวในการดูแลช่วยเหลือในระยะที่มีการเปลี่ยนผ่านการดูแล จากหน่วยบริการสุขภาพสู่การดูแลตนเองที่บ้าน เพื่อดูแลการเจ็บป่วยและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วย ลดความวิตกกังวล ส่งเสริมการใช้แหล่งประโยชน์ที่จำเป็น โดยใช้รูปแบบ D-METHOD ได้แก่

D: Diagnosis ประเมินความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม อธิบายถึงสาเหตุ การดำเนินของโรค อาการและอาการแสดง แนวทางการรักษา และการพยากรณ์โรค เพื่อเน้นให้ผู้ป่วย และญาติเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ นำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่จะส่งผลให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรค พยาบาลจะให้ความรู้ในการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายไปที่ปอดและกระดูกที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

M: Medicine การประเมินความรู้เรื่องยา ให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา Docetaxel+Trastuzumab+Pertuzumab แบบผู้ป่วยนอก ทุก 3 สัปดาห์ โดยผู้ป่วยจะได้รับยาเคมีบำบัด Docetaxel จำนวน 6 ครั้ง ร่วมกับยามุ่งเป้า Trastuzumab จำนวน 18 ครั้ง และยามุ่งเป้า Pertuzumab ต่อเนื่องจนกว่าจะมีการกำเริบของโรค และต้องมีการประเมินการตรวจ

การทำงานของหัวใจระหว่างการให้ยามุ่งเป้าด้วยวิธีEchocardiogram หรือ MUGA scan เป็นระยะๆ ทุก 3-6 เดือน โดยมี Left Ventricular Ejection Fraction: LVEF มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 และให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาที่ต้องใช้ต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน อาการข้างเคียง ข้อควรระวังและการปฏิบัติตัว เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่ปรับขนาด ยาเอง ไม่ซื้อยามาใช้เอง เมื่อมีอาการผิดปกติ ควรปรึกษาแพทย์

E: Environment & Economic การประเมินเรื่องสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ ให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม สะอาด และปลอดภัยกับผู้ป่วย การดูแลทำความสะอาดเสื้อผ้า อุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ ที่จำเป็น การป้องกันการติดเชื้อ สิทธิการรักษาพยาบาล แหล่งประโยชน์ในชุมชน การส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง รวมทั้งการช่วยเหลือปัญหา ด้านเศรษฐกิจและสังคมตามความเหมาะสม

T: treatment ผู้ป่วยและครอบครัวต้องได้รับการประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับ เป้าหมายของการรักษา มีทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง มีความสามารถในการเฝ้าระวัง และสังเกตภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้ สามารถจัดการตนเองจากอาการข้างเคียงได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งมีความรู้เพียงพอในการจัดการภาวะฉุกเฉินด้วยตนเอง และรายงานอาการสำคัญให้แพทย์และพยาบาลทราบได้ครบถ้วน

H: Health ผู้ป่วยและครอบครัวต้องได้รับการประเมินความเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเอง เช่น ข้อจำกัด จากการเจ็บป่วย การดูแลตนเอง การปรับวิถีการดำเนินชีวิตให้เหมาะสม กับสุขภาพ และสภาพร่างกาย เอื้อต่อการส่งเสริม ฟื้นฟูสภาพร่างกายและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

O: Outpatient Referral การให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการ มาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง การใช้สถานบริการสุขภาพเมื่อเกิดอาการผิดปกติ การไปพบแพทย์โรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อขอความช่วยเหลือ บรรเทาอาการเบื้องต้น และมาพบแพทย์ก่อนนัดถ้ามีอาการผิดปกติ ได้แก่ ใช้สูงมากกว่า 38 องศาเซลเซียส หายใจเหนื่อย หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน มากกว่า 6 ครั้งต่อวัน ปวดท้อง ปัสสาวะลำบากแสบขัด ถ่ายเหลวมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน อุจจาระมีเลือดปน เป็นต้น

D: Diet การให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการเลือกอาหารที่ เหมาะสม ปลอดภัยกับข้อจำกัดด้านสุขภาพและสภาวะเศรษฐกิจอาหารที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมควร รับประทาน คือ ผัก ผลไม้และธัญพืช ไม่น้อยกว่า 35 ถ้วยตวงต่อสัปดาห์ (เฉลี่ยวันละ 5 ถ้วยตวง) ลดปริมาณไขมันให้น้อยกว่าร้อยละ 30 ของพลังงานที่ควรได้รับต่อวัน เนื้อสัตว์ไขมันต่ำ เช่น เนื้อหมูสันใน เนื้อปลา มาตรฐานต่อวัน (10 กรัมต่อวัน) (Runowicz et al., 2016) ในช่วงหลังให้ยาเคมีบำบัด 14 วัน แนะนำอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่อาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ผลิตภัณฑ์จากนม เช่น นมพลาสเจอร์ไรซ์โยเกิร์ต ชีส เนื่องจากมีจุลินทรีย์ที่มีชีวิตอยู่ อาจทำให้ติดเชื้อได้ ผักสด อาจทำความสะอาดได้ไม่เพียงพอ แนะนำให้รับประทานผักต้มสุก ซึ่งปลอดภัยกว่าผลไม้เปลือกบางหรือผลไม้ที่ทานทั้งเปลือก อาจมีเชื้อราที่มองไม่เห็น ควรล้างให้สะอาดด้วยน้ำสะอาดหลาย ๆ ครั้ง และปอกเปลือกทิ้ง

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 4 กรณีศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วย หญิงไทย อายุ 35 ปี สถานภาพ สมรส เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ
ระดับการศึกษา ปริญญาตรี อาชีพ พนักงานบัญชี
ที่อยู่ปัจจุบัน เขตบางขุนเทียน กรุงเทพมหานคร
วันที่รับไว้ในความดูแล 12 กันยายน 2566
ระยะเวลาที่ศึกษา 12 กันยายน 2566 – 21 เมษายน 2567
การวินิจฉัยโรค CA Left Breast stage III
แหล่งข้อมูลจากผู้ป่วย ข้อมูลจากเวชระเบียน ผู้ป่วย และเวชระเบียน

2. ประวัติการเจ็บป่วย

อาการสำคัญ

ผู้ป่วยมาตามนัดเพื่อรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดครั้งที่ 1 ร่วมกับมีอาการปวดที่เต้านมข้างซ้าย
ระดับความปวด 5 คะแนน

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล คลำพบก้อนที่เต้านมข้างซ้าย กดเจ็บบางครั้ง ไม่มีเลือด
น้ำเหลืองไหลออกจากหัวนม มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเลิดสิน ได้รับการผ่าตัด Lumpectomy
เมื่อวันที่ 21 พฤษภาคม 2566 และผ่าตัดทำ Left mastectomy เมื่อวันที่ 1 กันยายน 2566

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

- ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่เคยรับการผ่าตัด
- ปฏิเสธประวัติแพ้ยา อาหาร และสารเคมีใด ๆ

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

- ปฏิเสธประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคมะเร็ง
- ปฏิเสธประวัติอาการเจ็บป่วยและโรคติดต่อในครอบครัว

ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติดและพฤติกรรมเสี่ยง

- ปฏิเสธประวัติการใช้สารเสพติด ปฏิเสธการดื่มสุรา ปฏิเสธการสูบบุหรี่ และบุคคลใน
ครอบครัวปฏิเสธการสูบบุหรี่
- ปฏิเสธประวัติพฤติกรรมเสี่ยง สภาพแวดล้อมที่อยู่สะอาด อากาศไม่มีควันและไม่มีมลพิษ
และปฏิเสธการได้รับควันจากการใช้ชีวิตประจำวัน

ความสัมพันธ์ในครอบครัว

ผู้ป่วยสถานภาพสมรส มีบุตรสาว 1 คน อาศัยอยู่กับสามีและบุตร ในบ้านอยู่ด้วยกัน 3 คน
ทุกคนในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน
สภาพครอบครัวและฐานะทางเศรษฐกิจ อาศัยอยู่บ้านสองชั้น เป็นบ้านของตัวเอง มีรื้อรอบ
แสดงขอบเขตชัดเจน ห้องส้วมถูกสุขลักษณะ น้ำดื่มน้ำใช้เพียงพอ รายได้ประมาณ 35,000 บาท/
เดือน แหล่งที่มาของรายได้ มาจากสามีและตัวผู้ป่วยเอง ไม่ได้กู้ยืมเงิน

3. การประเมินภาวะสุขภาพ ตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ

ก่อนป่วย: ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพแข็งแรงดีมาตลอด ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเองหรือรับการตรวจจากบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งและการดูแลตนเองจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง

ขณะป่วย: ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย รับรู้ว่าการรักษาไม่หายขาด ช่วงแรกผู้ป่วยไม่เข้ารับการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลต่อโรคและการรักษา รู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต จนทำให้โรคมะเร็งลุกลามมากขึ้น มีอาการปวดมากขึ้น ผู้ป่วยไม่ทราบสาเหตุที่ตนเองเป็นมะเร็งเต้านม ทุกคนในครอบครัวรับทราบว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมระยะท้าย

สรุป: ผู้ป่วยมีความบกพร่องเกี่ยวกับด้านการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร

ก่อนป่วย: ผู้ป่วยรูปร่างสมบุรณ์ รับประทานอาหารครบทุกมื้อ ชอบอาหารอีสาน พื้นบ้าน ดื่มน้ำเปล่าประมาณ 1 ขวดใหญ่ต่อวัน (ประมาณ 1,500 ซีซี) น้ำหนักไม่ลด ไม่เพิ่ม ในช่วงที่ผ่านม

ขณะป่วย: ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เอง ภายหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด น้ำหนักลด 0.5 กิโลกรัม ใน 3 สัปดาห์ ร่วมกับมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน วันละ 2-3 ครั้ง รับประทานอาหารได้น้อยลง ไม่ค่อยอยากรับประทานอาหาร เริ่มมีอาการหลังได้รับยา 2-3 วัน และมีอาการต่อเนื่องจนถึง 14 วัน หลังได้รับยา บางมื้อรับประทานอาหารได้ประมาณ 6-7 คำ บุตรจึงจัดหาผลิตภัณฑ์อาหารเสริมทดแทน (นม ensure) ให้ผู้ป่วยชงดื่ม ระหว่างมื้อ ดื่มน้ำวันละ 1,000 ซีซี ไม่มีอาการแน่นอึดอัดท้อง หรือมีความยากลำบากในการกลืนหรือรับประทานอาหาร

สรุป: ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย

ก่อนป่วย: สามารถขับถ่ายได้ด้วยตนเองที่ห้องน้ำ ปัสสาวะประมาณ 3-4 ครั้ง/วัน ปกติ สีเหลืองจาง ไม่มีแสบขัด ไม่มีตะกอน ขับถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง ลักษณะปกติ ผายลมปกติ

ขณะป่วย: ผู้ป่วยเข้าห้องน้ำได้ด้วยตนเอง ปัสสาวะปกติ ไม่มีท้องผูก

สรุป: ผู้ป่วยไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการขับถ่าย

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย

ก่อนป่วย: สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยออกกำลังกายในช่วงเช้าด้วยการเดินรอบ ๆ บ้าน วันละ 10-15 นาที 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ กิจกรรมที่ทำส่วนใหญ่ คือ ทำงานบ้าน

ขณะป่วย: ภายหลังจากได้ยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยรู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อย ไม่ค่อยมีแรง ไม่สดชื่น แต่ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ทำงานบ้านได้เล็ก ๆ น้อย ๆ

สรุป: ผู้ป่วยไม่มีปัญหาเกี่ยวกับกิจกรรมและการออกกำลังกาย

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ

ก่อนป่วย: ผู้ป่วยนอนหลับเวลากลางคืนประมาณ 7-8 ชั่วโมง ไม่เคยนอนพักกลางวันเนื่องจากต้องทำงาน ผู้ป่วยนอนหลับสนิท ปฏิเสธการใช้ยาหรือสมุนไพรในเรื่องการนอนหลับ

ขณะป่วย: ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้วันละประมาณ 4-5 ชั่วโมง มีอาการตื่นกลางดึก เนื่องจากปวดแผลที่เต้านมข้างซ้ายและเอว บางครั้งนอนไม่หลับ เนื่องจากวิตกกังวลเรื่องการเจ็บป่วย

สรุป: ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการพักผ่อนนอนหลับ

แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้

ก่อนป่วย: ผู้ป่วยมีสติปัญญาดี ไม่มีหลงลืม ไม่มีสับสน สามารถบอก บุคคล วัน เวลา สถานที่ ได้ถูกต้อง มีความจำในอดีต และความจำในปัจจุบันดี สามารถรับรู้กลิ่น และรับรสชาติได้ถูกต้อง สามารถรับรู้สัมผัสได้ดี ปฏิเสธอาการชา ปวด ผู้ป่วยสายตายาว ต้องใช้แว่นตาในการอ่านหนังสือและขณะใช้โทรศัพท์มือถือ ไม่ใช้เครื่องช่วยฟัง

ขณะป่วย: ผู้ป่วยยังมีสติปัญญาดี ไม่มีหลงลืม ไม่มีสับสน ตามตอบสื่อสารเข้าใจได้ถูกต้อง มีความจำดีทั้งความจำในอดีตและในปัจจุบัน การได้ยินปกติสามารถบอกความรู้สึก และการรับรู้ถึงความไม่สุขสบายต่างๆ ได้ ผู้ป่วยมีอาการปวดบริเวณต้นขาข้างซ้ายและเอว คะแนนความปวด 5 คะแนน หลังได้รับยา Tramadol 1capsule oral ทุก 6 ชั่วโมง อาการปวดลดลง คะแนนความปวด 3 คะแนน ไม่มีการขอยาแก้ปวดเพิ่ม ผู้ป่วยมีอาการชาปลายมือ ปลายเท้า แต่ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติและอาการชาปลายมือ ปลายเท้า ไม่รบกวนการนอนหลับ

สรุป: ผู้ป่วยไม่มีปัญหาเกี่ยวกับสติปัญญาและการรับรู้

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

ก่อนป่วย: ผู้ป่วยพึงพอใจกับรูปร่าง หน้าตาของตนเอง รู้สึกว่าตนเองเป็นแม่ที่ดีสามารถเลี้ยงดูบุตรให้เป็นคนดี ไม่สร้างความเดือดร้อนให้ผู้อื่น

ขณะป่วย: ผู้ป่วยรับรู้ถึงโรคที่เป็น คือ มะเร็งเต้านมระยะท้าย ไม่แน่ใจในสาเหตุของโรคที่แท้จริง การเจ็บป่วยครั้งนี้ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย แต่ก็หวังว่าจะอยู่ได้นานขึ้น ตอนนี้อยอมรับกับโรคที่เป็นได้ และมีกำลังใจมากขึ้น ทุกคนในครอบครัวและญาติโดยเฉพาะสามีและบุตรเป็นกำลังใจสำคัญของผู้ป่วย ระหว่างรับการรักษาผู้ป่วยมีภาวะผมร่วง รู้สึกอายนกกลัวคนอื่นมองว่าป่วยหนัก ใกล้ตาย

สรุป: ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ

ก่อนป่วย: ผู้ป่วยมีบทบาทเป็นสมาชิกครอบครัว ในครอบครัวอาศัยอยู่ด้วยกัน 3 คน คือ สามี ผู้ป่วย และบุตรสาว ครอบครัวของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน ไม่มีปัญหาความขัดแย้ง ผู้ป่วยเป็นที่รักของเพื่อนบ้านที่อยู่ใกล้เคียงและญาติพี่น้อง เนื่องจากผู้ป่วยเป็นคนมีน้ำใจ ชอบช่วยเหลือคนอื่น ทุกครั้งที่มีโอกาสช่วยเหลือได้บุคคลที่มีความสำคัญต่อชีวิตผู้ป่วย คือ สามีและบุตร

ขณะป่วย: คนที่ดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก คือ บุตรสาว ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวยังคงดีเหมือนเดิม บุคคลที่มีความสำคัญต่อชีวิตผู้ป่วย คือ สามีและบุตร ผู้ป่วยให้ความร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์เป็นอย่างดี

สรุป: ผู้ป่วยไม่มีปัญหาเกี่ยวกับบทบาทและสัมพันธภาพ

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์

ก่อนป่วย: ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 35 ปี ยังไม่หมดประจำเดือน มีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุประมาณ 15 ปี แต่งงานเมื่ออายุ 25 ปี มีบุตร 1 คน โดยการคลอดปกติ คุมกำเนิดด้วยการฉีดยาคุม ปฏิเสธปัญหาในเรื่องเพศสัมพันธ์ และผู้ป่วยแสดงออกตามเพศสภาพของตน

สรุป: ผู้ป่วยไม่มีปัญหาเกี่ยวกับเพศและการเจริญพันธุ์

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด

ก่อนป่วย: ผู้ป่วยเป็นคนจิตใจดี อารมณ์ดี ไม่ค่อยโกรธและโมโห เวลาเครียดจะจัดการความเครียดด้วยการพูดคุยกับบุตรสาวและเพื่อนๆ

ขณะป่วย: หลังจากที่ผู้ป่วยทราบว่าตนเองเป็นมะเร็งเต้านมระยะท้าย ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลต่อโรคและการรักษา ตลอดจนอาการข้างเคียงในการรักษาที่อาจเกิดขึ้น และการจัดการกับอาการข้างเคียงต่าง ๆ ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สามารถรับรู้และคาดเดากับเหตุการณ์ความเจ็บป่วยในอนาคตได้ การเจ็บป่วยครั้งนี้ผู้ป่วยได้รับกำลังใจและความช่วยเหลือจากสามีและบุตร ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างต่อเนื่อง มาตามแพทย์นัดหมายทุกครั้ง สิ่งที่เป็นที่พึงทางจิตใจนอกจากครอบครัว คือ การทำบุญตักบาตร สวดมนต์ ฟังธรรมะ หลังจากได้สวดมนต์ ฟังธรรมะ ช่วยให้ผู้ป่วยลดความกังวลได้

สรุป: ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด

แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ

ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ ไม่ได้นับถือสิ่งใดเป็นพิเศษ มีกิจกรรมการใส่บาตรทุกวัน มีเข้าวัดทำบุญตามเทศกาล ผู้ป่วยเชื่อว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้อาจจะเป็นเวรกรรมที่ต้องเผชิญ

สรุป: ผู้ป่วยไม่มีปัญหาเกี่ยวกับคุณค่าและความเชื่อ

4. การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ (วันที่ 12 กันยายน 2566)

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 35 ปี น้ำหนักแรกรับ 58 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 25.7 กิโลกรัม/ตารางเมตร ไม่มีประวัติน้ำหนักลด ระดับความรู้สึกตัวดี สามารถสื่อสาร ตอบคำถามได้ดี รูปร่างอ้วน ผิวขาว ช่วยเหลือตัวเองได้ดี มีสีหน้ากังวล ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 128/84 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 78 ครั้ง/ นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ECOG score = 1, PPS 90%, Pain score = 5 หมายถึงปวดปานกลาง (Moderate pain) ประเมินโดยใช้ Numerical Rating Scale

การตรวจร่างกาย

ศีรษะและใบหน้า	รูปร่างและขนาดปกติ ลักษณะกะโหลกสมมาตรเท่ากันทั้งสอง ไม่พบรอยนูนหรือรอยบุ๋ม การเคลื่อนไหวของศีรษะปกติ ใบหน้าและส่วนประกอบบนใบหน้าทั้งสองซีกสมมาตรกันดี ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง ไม่มีแผล หรือรอยอักเสบบนใบหน้า
ผมและหนังศีรษะ	ผมสั้น สีดำ สะอาด การกระจายของผมปกติ หนังศีรษะ ไม่มีผื่น ไม่มีแผล
ผิวหนัง	ลักษณะสีผิวปกติ ไม่พบภาวะซีด ยึดหยุ่นดี ไม่มีรอยแผลเป็น มือและเล็บปกติ มีแผลที่เต้านมข้างซ้าย ขนาด 3x4 เซนติเมตร แผลมีลักษณะ ulcerative มีเลือดและสารคัดหลั่งสีเหลืองซึม
ตา	ตาสมมาตรทั้งสองข้าง เยื่อบุตาไม่ซีด ไม่พบการอักเสบของเยื่อบุตา ไม่มีสารคัดหลั่งไหลออกจากตา การกรอกตาและมองเห็นปกติ รูม่านตามีปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสงปกติเท่ากันทั้งสองข้าง
หู	รูปร่างใบหูปกติ สมมาตรกันทั้งสองข้าง ไม่มีอาการบวมแดงหรือสารคัดหลั่ง การได้ยินปกติ

จมูก	รูปร่างสมมาตร ไม่มีอาการคัดจมูก ไม่มี discharge ไหลออกจากจมูก หายใจสะดวก ไม่ติดขัด การได้รับกลิ่นปกติ
ช่องปาก	ริมฝีปากแดง ไม่แห้ง ไม่มีแผลหรือรอยโรคในช่องปาก ลิ้น ไม่มีฝ้า ลิ้นไก่ปกติอยู่ในแนวกึ่งกลาง ไม่มีการอักเสบหรือตุ่มก้อน ช่องปากสะอาดดี
คอ	ลำคออยู่ในแนวตั้งตรง สมมาตรกัน ไม่มีต่อมน้ำเหลืองหรือต่อมไทรอยด์โต
ต่อมทอนซิล	ขนาดปกติ ไม่มีอาการบวม อักเสบ
ทรวงอก	รูปร่างปกติเท่ากันทั้งสองข้าง การขยายตัวของทรวงอกเท่ากันทั้งสองข้าง
ปอด	หายใจปกติ ไม่เหนื่อย ฟังเสียงปอดปกติ
หัวใจ	อัตราการเต้นของหัวใจปกติ สม่ำเสมอดี ฟังไม่พบเสียงผิดปกติ ไม่มี หลอดเลือดโป่งพองที่คอ
ช่องท้อง	ไม่มีอาการแน่นท้อง ไม่มีเส้นเลือดโป่งพอง การเคลื่อนไหวลำไส้ปกติ ไม่มีแผล บริเวณหน้าท้อง คลำไม่พบก้อนกดเจ็บ
ระบบประสาท	ระดับความรู้สึกตัวดี กล้ามเนื้อแขน ขา แข็งแรงดี
กระดูกและกล้ามเนื้อ	มีอาการปวดตื้อนข้างขวา ข้อไม่บวม การทรงตัวปกติ การเคลื่อนไหว ร่างกายปกติ เดินไม่เซ แขน ขา สมมาตรกันทั้งสองข้าง
ระบบขับถ่าย	ปัสสาวะปกติ ไม่มีแสบขัด ถ่ายอุจจาระเป็นเวลา ลักษณะปกติ ผายลมปกติ
ระบบอวัยวะสืบพันธุ์	อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ ไม่มีมีติ่งเนื้อ ไม่มี discharge ไหลออกจาก ช่องคลอด

สรุป กรณีศึกษา มีความผิดปกติระบบผิวหนัง คือ มีแผลที่เต้านมข้างซ้าย ขนาด 3x4 เซนติเมตร แผลมีลักษณะ ulcerative มีเลือดและสารคัดหลั่งสีเหลืองซึ่ม และมีความผิดปกติระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ คือ มีอาการปวดตื้อนข้างซ้าย ระดับความปวด 5 คะแนน ได้รับยา Tramadol 1 capsule oral ทุก 6 ชั่วโมง

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

5. การตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา

HEMATOLOGY

CBC	ค่าปกติ	12 ก.ย.66	17 ต.ค.66	24 ต.ค.66	14 พ.ย.66	8 ธ.ค.66
Red Blood cell (RBC)	4.2-5.5 M/cumm	3.86	4.06	3.21	3.81	3.52
Hemoglobin (HB)	12-16 g/dL	11.4	12.2	12.9	12.5	12.2
Hematocrit (Hct)	36-48 %	36.2	36.6	37.1	37	36.7
White Blood cell (WBC)	4,600-10,200 cell/cumm	4,550	2,040	4,200	5,270	4,590
Neutrophil	37-80 %	61	50	62.8	64.2	65.2
Lymphocyte	10-50 %	22	37	27.9	24.5	25.3
Monocyte	<12 %	5.98	5.9	5.73	5.1	5.41
Eosinophil	<7 %	1.06	1.6	1.603	1.804	1.57
Basophil	<2.5 %	0.2	0.43	0.48	0.53	0.57
Platelet	142,000-424,000 cell/cumm	224,000	204,000	235,000	216,000	224,000
MCV	80-97 fL	89.9	79.8	78.7	80.5	81.4
MCH	27-31.2 pq	29.3	26.7	26.0	26.0	25.8
MCHC	31.8-35.4 g/dL	32.6	33.4	33.1	32.3	31.7
RDW	11.6-14.8 %	13.3	14.5	14.2	15.1	15.0

CBC	ค่าปกติ	5 ม.ค.67	6 มี.ค.67	2 เม.ย.67	5 เม.ย.67	11 เม.ย.67
Red Blood cell (RBC)	4.2-5.5 M/cumm	3.86	3.95	4.33	4.71	4.5
Hemoglobin (HB)	12-16 g/dL	11.3	11.8	12.8	14.1	12.9
Hematocrit (Hct)	36-48 %	34.7	35.4	37.7	41.2	38.9
White Blood cell (WBC)	4,600-10,200 cell/cumm	5,110	3,560	4,950	9,660	6,130
Neutrophil	37-80 %	74.3	74.5	81.4	93.0	85.6
Lymphocyte	10-50 %	18.0	15.4	11.1	4.3	4.6
Monocyte	<12 %	5.9	7.6	5.7	2.6	6.4
Eosinophil	<7 %	1.6	2.2	1.6	0	3.4
Basophil	<2.5 %	0.2	0.3	0.2	0.1	0
Platelet	142,000-424,000 cell/cumm	161,000	203,000	193,000	217,000	201,400
MCV	80-97 fL	89.9	89.6	87.1	87.5	86.4
MCH	27-31.2 pq	29.3	29.9	29.6	29.9	28.7
MCHC	31.8-35.4 g/dL	32.6	33.3	34.0	34.2	33.2
RDW	11.6-14.8 %	13.3	12.5	12.6	13.1	13.8

การแปลและวิเคราะห์ผล

จากผลการตรวจ CBC ในวันที่ 12 กันยายน 2566, วันที่ 17 ตุลาคม 2566, วันที่ 24 ตุลาคม 2566 และวันที่ 6 มีนาคม 2567 พบว่า WBC มีค่าต่ำกว่า 4,600 cell/cumm ถ้าค่า WBC มีค่าต่ำ เรียกว่า ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Leukopenia) อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ไชกระดูกถูกทำลาย (Bone marrow damage) ความผิดปกติของไขกระดูก (Bone marrow disorder) ภาวะภูมิคุ้มกันต่อต้านตนเอง (Autoimmune condition) การติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง (Sepsis) ภาวะขาดอาหาร (Dietary insufficiency) มะเร็งต่อมน้ำเหลืองหรือมะเร็งชนิดอื่นๆ ที่ลามไปกดเบียดไขกระดูก (Lymphoma or other cancers that spread to bone marrow)

จากผลการตรวจ CBC ในวันที่ 12 กันยายน 2566, วันที่ 17 ตุลาคม 2566, วันที่ 24 ตุลาคม 2566, วันที่ 14 พฤศจิกายน 2566, วันที่ 8 ธันวาคม 2566, วันที่ 5 มกราคม 2567, วันที่ 6 มีนาคม 2567 และวันที่ 2 เมษายน 2567 พบว่า RBC มีค่าต่ำกว่าปกติ แสดงว่าเม็ดเลือดแดงมีปริมาณน้อยกว่าปกติ ภาวะที่เม็ดเลือดแดงมีปริมาณน้อยเกินไป เรียกว่าภาวะเลือดจางหรือโลหิตจาง (Anemia) ซึ่งอาจทำให้การขนส่งออกซิเจนไปใช้ที่ส่วนต่างๆ ของร่างกายทำได้ไม่เพียงพอ ในผู้ป่วยรายนี้อาจเกิดจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด อาจไปกดการทำงานของไขกระดูก (Bone marrow suppression) ไชกระดูกทำหน้าที่สร้างเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือด และเนื่องจากการแบ่งเซลล์เป็นจำนวนมากทำให้ได้รับผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดได้ง่าย โดยในช่วงของการให้ยาเคมีบำบัดจะพบการลดลงของ เม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดง และหรือเกล็ดเลือด ซึ่งแพทย์จะทำการเจาะดูจำนวนเม็ดเลือดเป็นระยะๆ เพื่อเฝ้าระวังผลข้างเคียงดังกล่าว ยาเคมีบำบัดไม่ได้ออกฤทธิ์ทำลายเม็ดเลือดในกระแสเลือด แต่ไปทำลายเม็ดเลือดที่กำลังแบ่งเซลล์ในไขกระดูกทำให้ร่างกายไม่สามารถผลิตเม็ดเลือดออกมาแทนเม็ดเลือดที่ตายหรือหมดอายุได้ทันตามที่ร่างกายต้องการ ระดับความรุนแรงของการกดไขกระดูกนั้นขึ้นกับชนิดและปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับ เม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือดจะลดจำนวนลงถึงระดับต่ำสุดภายในระยะเวลา 7-14 วัน และเม็ดเลือดแดงจะลดสู่ระดับต่ำสุด ภายในระยะ 3-4 สัปดาห์หลังจากได้ยาเคมีบำบัด หลังจากนั้นจะค่อยๆ เพิ่มจำนวนสู่ระดับปกติ

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

CHEMISTRY

Biochemistry	ค่าปกติ	12 ก.ย.66	17 ต.ค.66	14 พ.ย.66	8 ธ.ค.66	5 ม.ค.67
BUN	7-18.7 mg/dl	7.0	8.2	8.9	13.7	12.2
Creatinine	0.55-1.02 mg/dl	0.44	0.52	0.48	0.44	0.56
eGFR	ml/min	110	111.6	121.0	110	103.77
Liver function test						
Total Protein	6.4-8.3 g/dl	6.4	6.3	6.8	7.5	7.6
Albumin	3.5-5 g/dl	3.6	3.5	3.8	4.1	4.3
Globulin	2.3-3.5 g/dl	2.9	2.8	3.0	3.4	3.3
Total bilirubin	0.2 – 1.2 mg/dl	0.2	0.31	0.47	0.41	0.39
Indirect bilirubin	<0.7 mg/dl	0.14	0.13	0.31	0.26	0.23
Direct bilirubin	<0.5 mg/dl	0.1	0.18	0.16	0.15	0.16
AST (SGOT)	5-34 U/L	22	27	34	31	32
ALT (SGPT)	<55 U/L	29	12	21	25	26
Alk phosphatase	40-150 U/L	54	53	63	71	72
Electrolyte						
Sodium	136-145 mEq/L	134	138	-	-	142
Potassium	3.5-5.1 mEq/L	3.70	3.20	-	-	3.60
Chloride	98-107 mEq/L	96	99	-	-	112
Carbondioxide	22-31 mEq/L	27.0	27.6	-	-	26.7
Calcium	8.4-10.2 mg/dl	8.7	9.1	-	-	-
Phosphorus	2.3-4.7 mg/dl	3.8	3.8	-	-	-
Magnesium	1.6-2.6 mg/dl	1.7	1.9	-	-	-

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

CHEMISTRY

Biochemisty	ค่าปกติ	6 ก.พ.67	6 มี.ค.67	2 เม.ย.67	5 เม.ย.67
BUN	7-18.7 mg/dl	9.2	7.2	8.5	13.7
Creatinine	0.55-1.02 mg/dl	0.54	0.49	0.44	0.44
eGFR	ml/min	107.56	118.53	110	110
Liver funtion test					
Total Protein	6.4-8.3 g/dl	6.3	7.3	6.8	7.5
Albumin	3.5-5 g/dl	3.5	3.9	3.8	4.1
Globulin	2.3-3.5 g/dl	2.8	2.8	3.0	3.4
Total bilirubin	0.2 – 1.2 mg/dl	0.31	0.38	0.47	0.41
Indirect bilirubin	<0.7 mg/dl	0.13	0.16	0.31	0.26
Direct bilirubin	<0.5 mg/dl	0.18	0.13	0.16	0.15
AST (SGOT)	5-34 U/L	17	18	34	31
ALT (SGPT)	<55 U/L	14	22	21	25
Alk phosphatase	40-150 U/L	52	53	63	71
Electrolyte					
Sodium	136-145 mEq/L	136	138	141.0	140.8
Potassium	3.5-5.1 mEq/L	3.30	3.20	3.55	4.04
Chloride	98-107 mEq/L	96	99	105	105
Carbondioxide	22-31 mEq/L	27.0	27.6	25.2	23.1
Calcium	8.4-10.2 mg/dl	8.7	9.1	9.2	9.5
Phosphorus	2.3-4.7 mg/dl	3.8	3.8	3.3	3.0

การแปลและวิเคราะห์ผล ผลตรวจ Biochemisty พบว่า

ค่า Creatinine ต่ำกว่าค่าปกติ ในวันที่ 12 กันยายน 2566, วันที่ 17 ตุลาคม 2566, วันที่ 14 พฤศจิกายน 2566, วันที่ 8 ธันวาคม 2566, วันที่ 19 มีนาคม 2567, วันที่ 2 เมษายน 2567 และ วันที่ 5 เมษายน 2567

Creatinine เป็นของเสียที่เกิดจากกล้ามเนื้อ สาร Creatinine จะเกิดขึ้นทุกวันและมีค่าคงที่คือมีในปริมาณเท่าๆกันทุกวันในแต่ละคน ซึ่งสารนี้จะถูกขับออกจากร่างกายผ่านไต แต่หากไตทำงานผิดปกติหรือไตเสื่อมด้วยเหตุผลใดๆก็ตาม การกำจัดสาร Creatinine จะลดลง สารนี้จะถูกกรองที่ไตและขับออกทางปัสสาวะ ดังนั้นหากค่านี้สูงก็หมายถึงการทำงานของไตลดลง หากค่า Creatinine ต่ำกว่าปกติ แสดงว่าอาจมีปัญหาเกี่ยวกับกล้ามเนื้อและเส้นประสาท เช่น myasthenia gravis โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงระยะสุดท้าย muscular dystrophy หรือร่างกายอ่อนแอไม่ได้เคลื่อนไหว

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

MICROSCOPY

Urine Analysis (UA)	2 เม.ย.67
Color	Yellow
Clarity	Slight cloudy
Glucose	Negative
Ketone	1 ⁺
Blood	Negative
Protein	Negative
Nitrite	Negative
Bilirubin	Negative
Specific gravity	1.010
pH	7.5
Urobilirubin	Normal
Leucocyte	Negative
RBC	0-1 Cells/HPE
WBC	0-1 Cells/HPE
Squamous epithelial cell	0-1 Cells/HPE
Amorphous	2 ⁺
Bacteria	Many

การแปลและวิเคราะห์ผล ผลการตรวจ Urine Analysis พบมี Bacteria ในปัสสาวะจำนวนมาก ซึ่งปกติปัสสาวะไม่ควรจะมี เพราะมันเป็นกรด Bacteria อยู่ไม่ได้ ถ้ามีแสดงว่ามีการติดเชื้อใน แต่ถ้าปัสสาวะแล้วตั้งทิ้งไว้นานกว่าเจ้าหน้าที่จะมาจับไปตรวจ Bacteria ในอากาศก็อาจเข้าไปเจริญเติบโตในปัสสาวะได้เหมือนกันหรืออาจเกิดจากการเก็บปัสสาวะไม่ถูกวิธี เรียกว่าเป็นผลบวกเทียมหรือเป็นความผิดพลาดทางเทคนิค

Amorphous แปลว่า ผลึกในน้ำปัสสาวะ เช่น ผลึกกรดยูริก เป็นต้น ของผู้ป่วยพบว่ามี 2⁺ บ่งบอกว่าสารที่ตกผลึกนั้นมีมาก อาจจะกลายเป็นนิ่วได้

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ วันที่ 15 กันยายน 2566

CT CHEST AND WHOLE ABDOMEN:

- No definite pulmonary
- Probable two liver cyst

แปลผล: พบถุงน้ำที่ตับทั้ง 2 ข้าง

Bone scan วันที่ 14 กันยายน 2566

- The lesion at right femoral neck is probably traumatic origin, inflammation, recent surgery, OA or single metastasis.

แปลผล: มีรอยโรคที่กระดูกต้นขาขวาอาจเกิดจากได้รับอุบัติเหตุ การอักเสบ การผ่าตัด การเสื่อมหรือการแพร่กระจายของมะเร็ง

ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ วันที่ 12 มกราคม 2567

CT CHEST AND WHOLE ABDOMEN:

- Evidence of left mastectomy with a subcutaneous high dense lesion with faint rim enhancement at upper outer quadrant of left breast (2.2x1.1 cm.) Could be high proteinaceous fluid collection.
- Newly detected mediastinal lymph nodes metastasis.
- Increase skin thickening of left breast, could be due to lymphatic insufficiency or post treatment change.
- Slightly increase size of enhancing lesion at liver segment II, probable single liver metastasis.
- No changed of a 0.4-cm ground-glass nodule at apical segment of RUL (Se:4, Im:45). Non-specific, please follow up.
- Stable two liver cysts at segment VIII and IV, 0.4 cm.

แปลผล:- พบมีการแพร่กระจายของต่อมน้ำเหลืองบริเวณช่องกลางระหว่างอก

- พบมีการแพร่กระจายไปบริเวณตับ segment II
- พบถุงน้ำที่ตับ segment VIII and IV, ขนาด 0.4 เซนติเมตร

CT. Brain with CM วันที่ 2 เมษายน 2567

- Multiple brain metastasis also with leptomeningeal metastasis.

แปลผล: - มีการแพร่กระจายไปยังเยื่อหุ้มสมอง

CT. Lung วันที่ 2 เมษายน 2567

- Seroma at left chest wall, 1x4.4 cm. in size, is detected.
- Matted ring enhanced both lower paratracheal, both subclavian, and anterior mediastinal lymph nodes, size up to 1.2 cm., metastasis is suggested.
- Enhanced bilateral axillary lymphadenopathy, size up to 1.9 cm, metastasis is suggested.
- A left lower thyroid nodule is noted.
- No evidence of liver metastasis is seen.

- Compressed fracture L5 with extradural soft tissue extension to the spinal canal, metastasis is suggested.

แปลผล: - มีการคั่งของน้ำเหลืองบริเวณผนังอกซ้าย ขนาด 1×4.4 เซนติเมตร

- มีการแพร่กระจายของต่อมน้ำเหลืองบริเวณหลอดลมใหญ่ทั้ง 2 ข้าง ขนาด 1.2 เซนติเมตร

- มีการแพร่กระจายของต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ ทั้ง 2 ข้าง ขนาด 1.9 เซนติเมตร

- ไม่พบการแพร่กระจายไปบริเวณตับ

- มีการแพร่กระจายของเนื้อร้ายไปยังช่องไขสันหลัง ทำให้เกิดการแตกหักของกระดูกเชิงกราน L5 จากการขยายเนื้อเยื่ออ่อน

Pathological: Tissue from left chest wall วันที่ 8 มกราคม 2567 พบ Recurrent Invasive ductal carcinoma

แปลผล : พบการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านม (Invasive ductal carcinoma (IDC หรือ infiltrative breast cancer) เป็น มะเร็งชนิดที่พบได้มากที่สุด National Breast Cancer Foundation กล่าวว่า 70-80 เปอร์เซ็นต์ของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านม ทั้ง DCIS และ IDC ต่างมีที่มาจากท่อน้ำนม แต่อย่างหลังจะต่างกับ DCIS ที่จะแพร่ไปทะลุผนังของหลอดเลือดและเนื้อเยื่อไขมันภายในเต้านม หลังจากนั้น มะเร็งอาจแพร่กระจาย (metastasize) ไปยังส่วนอื่นของร่างกายผ่านระบบน้ำเหลืองและการไหลเวียนเลือด)

การวินิจฉัยโรค

CA Left Breast stage III

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

พยาธิสภาพจากทฤษฎีเปรียบเทียบกับกรณีศึกษา

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>1. โรคมะเร็งเต้านม (Breast Cancer)</p> <p>พยาธิสภาพ</p> <p>โรคมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่เป็น adenoma ที่เกิดจากepitheliumของท่อน้ำนม ถ้าเกิดที่ท่อน้ำนมเรียกว่า ductal carcinoma ถ้ามะเร็งลุกลามออกจากท่อน้ำนมหรือนอกท่อน้ำนมเข้าสู่เนื้อเยื่อเต้านมโดยผ่านbasement membrane เรียกว่า invasive หรือinfiltrating carcinoma มะเร็งเต้านมที่พบมากที่สุดร้อยละ70-80คือ Invasive ductal carcinoma รองลงมาเป็น invasive lobular carcinoma พบได้ร้อยละ 5-10 มะเร็งเต้านมชนิดอื่น เช่น medullary carcinoma พบได้ร้อยละ 5-7 mucinous หรือ colloid carcinoma พบได้ร้อยละ3 tubular carcinoma ซึ่งมีพยากรณ์ของโรคดีกว่า invasive ductal carcinoma</p> <p>ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งเต้านม</p> <p>สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแต่จากการศึกษาพบว่า</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อายุ ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงมากกว่า 2. ฮอโมน เชื่อว่าฮอโมนเอสโตรเจนในเพศหญิงมีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งเต้านม คนที่มีประจำเดือนอายุน้อยกว่า12 ปีหรือหมดประจำเดือนช้าหลังอายุ 55 ปี จะมีความเสี่ยงเป็นมะเร็งเต้านมหรือคนที่ตั้งครรรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุมากกว่า 30 ปี มีความเสี่ยงมากกว่าผู้ตั้งครรรภ์อายุน้อย 3. ประวัติโรคมะเร็ง ผู้ที่เคยเป็นมะเร็งเต้านมข้างหนึ่ง มีโอกาสตรวจพบมะเร็งเต้านมอีกข้างหนึ่งได้ 4. ประวัติครอบครัวพันธุกรรม พบว่ามะเร็งเต้านมมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมที่เกี่ยวข้องกับยีน BRCA1บนโครโมโซมคู่ที่ 17และBRCA2บนโครโมโซมคู่ที่ 11 การถ่ายทอดทางพันธุกรรมนี้ ส่วนใหญ่ถ่ายทอดจากญาติสายตรงเช่น บิดา มารดา พี่สาว น้องสาวหรือลูกสาว 	<p>ผู้ป่วยรายนี้เข้ารับการตรวจที่โรงพยาบาล เลิศสิน เมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2566 ด้วยคลำได้ก้อนที่เต้านมข้างซ้ายมาประมาณ 3 เดือน ก้อนขนาดโตขึ้นเล็กน้อย เจ็บเป็นบางเวลา แพทย์ได้ตรวจร่างกายและส่งตรวจทำ Mammogram และ Ultrasound วันที่ 21 พฤษภาคม 2566 ทำ Lumpectomy ผลชิ้นเนื้อพบ Invasive duct carcinoma, grade 3</p> <p>สาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง</p>

พยาธิสภาพจากทฤษฎีเปรียบเทียบกับกรณีศึกษา

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>5. อาหาร การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อาหารไขมันสูง ขาดการออกกำลังกายอันหลังมีประจำเดือน ลงพุง น้ำหนักเกินมีโอกาสเสี่ยงเป็นมะเร็งเต้านมสูง</p> <p>6. ประวัติการรับรังสี ผู้ที่เคยสัมผัสรังสี โดยเฉพาะได้รับรังสีบริเวณหน้าอกเมื่ออายุยังน้อย</p> <p>อาการและอาการแสดง</p> <p>ในระยะแรกมักมีอาการไม่ชัดเจน ต่อมาผู้ป่วยจะคลำได้ก้อนที่เต้านม (มักเกิดขึ้นเพียงข้างเดียว ส่วนโอกาสที่จะเกิดทั้งสองข้างมีเพียง 5%) ก้อนที่เป็นมะเร็งเต้านมมักจะมีลักษณะแข็งและขรุขระแต่อาจจะเป็นก้อนเรียบๆ ได้ ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่จะไม่มีอาการเจ็บหรือปวด แต่จะมีเพียง 10% ของผู้ป่วยเท่านั้นที่มีอาการปวดเต้านม ส่วนอาการอื่นๆที่อาจพบได้แก่ห้วนมบวม เต้านมใหญ่ขึ้นหรือรูปร่างของเต้านมผิดปกติไปจากเดิม ผิวหนังที่เต้านมบวมลงไปคล้ายลึ้กยืมผิวหนังที่เต้านมมีผื่นแดง ร้อน และขรุขระคล้ายผิวส้มอาจมีแผลที่ห้วนมและรอบห้วนม หรือมีน้ำเหลืองไหลออกจากห้วนม คลำพบก้อนบริเวณรักแร้และนานๆครั้งอาจพบมะเร็งเต้านมที่มีอาการบวมแดงคล้ายการอักเสบที่เต้านม</p> <p>การวินิจฉัยโรค</p> <p>แพทย์ใช้หลักการวินิจฉัยโรคจากความสอดคล้องของการตรวจร่างกาย ผลเอกซเรย์เต้านม และผลเนื้อเยื่อทางพยาธิวิทยา</p> <p>1. การตรวจร่างกาย คลำพบก้อนเนื้อที่เต้านม ตำแหน่งที่พบมากคือเต้านมส่วนบนด้านนอกร้อยละ 48 รองลงมาพบบริเวณห้วนมร้อยละ 17 เต้านมส่วนบนด้านในร้อยละ 15 เต้านมส่วนล่างด้านนอกร้อยละ 11 และเต้านมส่วนล่างด้านในร้อยละ 6 ลักษณะก้อนมักแข็งขอบเขตไม่ชัดเจนมีการดึงรั้งของผิวหนัง ผิวขรุขระคล้ายผิวส้ม มีสารคัดหลั่งจากห้วนม เช่น เลือด น้ำเหลือง อาจตรวจพบต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้โตจากมะเร็งแพร่กระจาย</p>	<p>ผู้ป่วยคลำได้ก้อนเต้านมข้างซ้ายมาประมาณ 3 เดือน ก้อนโตขึ้นเล็กน้อย เจ็บเป็นบางเวลา ไม่มีเลือดหรือสิ่งคัดหลั่งไหลออกจากห้วนม</p> <p>แพทย์ได้ตรวจร่างกายและส่งตรวจพิเศษ คือ Mammogram และ Ultrasound ผลตรวจเป็น Mass at left UOQ with left axilla lymphadenopathy, 3/5x2.5 cm. size highly suspicious malignant; BI-RADS 4c และทำ Lumpectomy วันที่ 21 พฤษภาคม 2566 ผลชิ้นเนื้อพบ Invasive duct carcinoma, grade 3 จึงได้แจ้งผลการตรวจและนัดผู้ป่วยเพื่อทำผ่าตัด</p>

พยาธิสภาพจากทฤษฎีเปรียบเทียบกับกรณีศึกษา

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>2. เอกซเรย์เต้านม</p> <p>2.1 การทำแมมโมแกรม (mammography) ลักษณะที่ปรากฏในแมมโมแกรม ก้อนมะเร็งมีลักษณะคล้ายรูปดาว มีการติ่งรั้งของเนื้อเยื่อหรือลักษณะมีแคลเซียมเล็กๆจับเป็นกลุ่มหรือเรียงเป็นแถว</p> <p>2.2 การทำอัลตราซาวด์เต้านม (ultrasonography) ลักษณะที่ปรากฏจะเป็นก้อน hypoechoic mass ขอบเขตไม่เรียบ มีขนาดของความยาวมากกว่าความกว้าง</p> <p>3. การเก็บตัวอย่างเนื้อเยื่อ พิสูจน์ทางพยาธิวิทยา (biopsy)</p> <p>3.1 Fine Needle Aspiration (FNA) เป็นการใช้เข็มเล็กๆ ดูดเซลล์จากก้อนเนื้อ ที่สงสัยป้ายลงบนสไลด์และแช่ใน 95% แอลกอฮอล์ ส่งตรวจด้วยวิธีเซลล์วิทยา (cytology)</p> <p>3.2 Core needle biopsy เป็นการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจด้วยเข็มขนาดใหญ่เพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา</p> <p>3.3 Surgical biopsy เป็นการผ่าตัดก้อนเนื้อออกเพื่อส่งตรวจ การตัดก้อนเนื้อออกทั้งหมดเรียก excisional biopsy ซึ่งปัจจุบันวิธีนี้ใช้น้อยลงจะพิจารณาใช้ต่อเมื่อแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่มีเครื่องมือ ไม่สามารถทำ FNA หรือ core needle biopsy ได้ ส่วนการตัดก้อนเนื้อออกบางส่วนเรียก incisional biopsy ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมาด้วยมะเร็งเต้านมที่มีก้อนและแผลแตก บริเวณผิวหนังขนาดใหญ่ที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ และแพทย์ต้องการชิ้นเนื้อบางส่วนเพื่อส่งตรวจพิสูจน์ทางพยาธิวิทยา นอกจากนี้อาจมีการตรวจเพิ่มเติมพิเศษอื่นๆเพื่อประกอบการรักษาเช่น การทำ magnetic resonance imaging (MRI) เป็นต้น</p>	

พยาธิสภาพจากทฤษฎีเปรียบเทียบกับกรณีศึกษา

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>การรักษา</p> <p>การรักษามะเร็งเต้านมส่วนใหญ่จะเป็นการรักษาแบบผสมผสานหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด การให้เคมีบำบัด การฉายแสง การให้ยาต้านฮอร์โมน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิด ระยะของโรค และความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย</p> <p>1. การผ่าตัด โดยทั่วไปการผ่าตัดมะเร็งเต้านมจะหมายถึง การผ่าตัดต่อมวัยวะ 2 ส่วน คือ เต้านม และต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ ในส่วนของการผ่าตัดมีหลายวิธี ต้องพิจารณา ตำแหน่ง ขนาด ระยะของโรค และปัจจัยทางร่างกายของผู้ป่วย วิธีการผ่าตัด ได้แก่</p> <p>1.1 วิธีการผ่าตัดเต้านมแบบอนุรักษ์เต้านม เป็นการผ่าตัดก้อนมะเร็งและเนื้อเยื่อปกติรอบก้อนมะเร็งนั้นออกเป็นวงกว้าง หรืออาจผ่าตัดหนึ่งในสี่ส่วนของเต้านมออก และหลังผ่าตัดจะต้องฉายรังสีเต้านมข้างที่ผ่าตัดด้วย จึงจะได้ผลการรักษาเท่ากับการผ่าตัดเต้านมออกทั้งเต้า</p> <p>1.2 วิธีการผ่าตัดเต้านมออกทั้งเต้า(mastectomy) เป็นการผ่าตัดและเนื้อเต้านมทั้งหมดออกการผ่าตัดประกอบด้วย การผ่าตัด Nipple areola complex และเนื้อเต้านมออกทั้งหมดตามขอบเขตของเต้านม</p> <p>1.3 วิธีการผ่าตัดเต้านมร่วมกับการทำศัลยกรรมเต้านมใหม่ (mastectomy with reconstruction) การทำศัลยกรรมเต้านมขึ้นมาใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างเต้านมใหม่แทนเต้านมที่ตัดออกให้เหมือนกับข้างที่เหลืออยู่ให้มากที่สุด เพื่อลดผลกระทบทางภาพลักษณ์และเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย การทำศัลยกรรมสร้างเต้านมใหม่สามารถทำในครั้งเดียวกันกับการผ่าตัดเอาเต้านมออกหรือทำภายหลังได้ วิธีการทำศัลยกรรมสร้างเต้านมใหม่ มี 3 วิธี</p> <p>1. การใช้เต้านมเทียมที่เป็นถุงน้ำเกลือหรือซิลิโคน</p> <p>2. การใช้เต้านมเทียมร่วมกับการปิดเสริมด้วยเนื้อเยื่อของตัวเองของผู้ป่วยเอง โดยใช้เต้านมเทียมร่วมกับการปิดเสริมด้วยเนื้อเยื่อที่หลัง</p>	<p>ผู้ป่วยได้รับการรักษา โดยการผ่าตัด Total Mastectomy Left Breast เมื่อวันที่ 1 กันยายน 2566 และมาทำการรักษาต่อเพื่อให้ยาเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลเลิดสิน</p>

พยาธิสภาพจากทฤษฎีเปรียบเทียบกับกรณีศึกษา

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>3. การใช้เนื้อเยื่อของตัวผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว เนื้อเยื่อที่นิยม ได้แก่เนื้อเยื่อจากหน้าท้องใช้กล้ามเนื้อ transverse rectus abdominis muscle (TRAM) และกล้ามเนื้อ latissimus dosi (LD) ที่หลัง</p> <p>3.1 การผ่าตัดเต้านมที่เลาะเต้านมทั้งเต้าออก ร่วมกับผ่าตัดตกแต่งสร้างเต้านมใหม่โดยใช้เนื้อเยื่อจากหน้าท้อง (mastectomy with TRAM flap) คือ การผ่าตัดเลาะเต้านมออกและทำการผ่าตัดเอาผิวหนังกล้ามเนื้อและไขมันบริเวณหน้าท้องดึงขึ้นไปยังทรวงอกรวมทั้งหมดเลือดที่มาเลี้ยงเพื่อให้เนื้อเยื่อที่ถูกดึงขึ้นไม่ตายเรียกว่า pedicle TRAM วิธีนี้เหมาะสำหรับ ผู้ที่มีเต้านมขนาดใหญ่</p> <p>3.2 การผ่าตัดเต้านมที่ผ่าตัดเลาะเต้านมหลังจากนั้นจะทำการผ่าตัดเอาผิวหนังกล้ามเนื้อ LD และไขมันบริเวณด้านหลัง ย้ายมาตกแต่งเสริมเป็นเต้านมใหม่ (total mastectomy with LD-flap) วิธีนี้เหมาะสำหรับผู้ที่มิขนาดเต้านมเล็กหรือในรายที่ผ่าตัดเต้านมออกบางส่วน</p> <p>2. การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดใช้เป็นการรักษาเสริมหลังผ่าตัด (adjuvant) ในผู้ป่วยที่มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดซ้ำของโรค เพื่อลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ และเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยหรือใช้รักษาก่อนผ่าตัด (neoadjuvant) เพื่อลดขนาดของก้อนมะเร็ง ในรายที่ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่มาก ไม่สามารถผ่าตัดได้หรือในรายที่ต้องการผ่าตัดแบบเก็บเต้านม ส่วนในผู้ป่วยที่มีการกระจายของโรคไปสู่อวัยวะอื่น เช่น กระดูก ปอด ตับ สมอง การใช้ยาเคมีบำบัดจะเป็นการรักษาหลัก</p>	

พยาธิสภาพจากทฤษฎีเปรียบเทียบกับกรณีศึกษา

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>สูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษาเสริมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด แพทย์จะพิจารณาให้ตามความเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำของโรค ดังนี้</p> <p>กลุ่มที่มีความเสี่ยงน้อยจะใช้การรักษาเสริมโดยให้ยาต้านฮอร์โมนไม่จำเป็นต้องให้ยาเคมีบำบัด</p> <p>กลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลาง สูตรยาเคมีบำบัดจะใช้รักษาเสริมโดยให้ยาเคมีบำบัดก่อนแล้วตามด้วยยาต้านฮอร์โมน สูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษา ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - CMF (Cyclophosphamide 600 mg/m², Methotrexate 40 mg/m², 5-Fluorouracil 600 mg/m²) ทุก 28 วัน 6 cycle - 4 AC (Doxorubicin 60 mg/m², Cyclophosphamide 600 mg/m²) ให้ทุก 21 วัน 4 cycle - FAC (5-Fluorouracil 500 mg/m², Doxorubicin 50 mg/m², Cyclophosphamide 500 mg/m²) ทุก 21 วัน 6 cycle - FEC (5-Fluorouracil 500 mg/m², Epirubicin 100 mg/m², Cyclophosphamide 500 mg/m²) ทุก 21 วัน 6 cycle <p>กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและความเสี่ยงปานกลางที่เป็น triple negative ยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษา ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - สูตรยา PACS01 (3 FEC & 3T) คือ ให้ FEC 3 cycle และต่อด้วย Docetaxel 100 mg/m² ทุก 21 วัน 3 cycle - สูตร AC 4 cycle และต่อด้วย T (Docetaxel) ทุก 21 วัน 4 cycle หรือ AC 4 cycle และต่อด้วย P (Paclitaxel 80 mg/m²) ทุกสัปดาห์ 12 cycle - สูตร TAC (Docetaxel 75 mg/m², Doxorubicin 50 mg/m², Cyclophosphamide 500 mg/m²) ทุก 21 วัน 6 cycle 	<p>ผู้ป่วยได้รับยา Paclitaxel/Taxol (175 mg/m²) 280 mg + 0.9% NSS 500 ml. iv drip in 3 Hour ทุก 21 วัน</p>

พยาธิสภาพจากทฤษฎีเปรียบเทียบกับกรณีศึกษา

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>นอกจากการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยที่ผลชิ้นเนื้อมียีนเฮอรัททูเป็นผลบวกจะมีการรักษาเสริมด้วยยา Trastuzumab ซึ่งก่อนจะให้การรักษาแพทย์จะนำชิ้นเนื้อส่งตรวจ fluorescence in situ hybridization การแปลผลเป็นบวก เมื่อสัดส่วนของ HER-2 gene copies to chromosome 17 centromeres มากกว่า 2.2</p> <p>3. การรักษาทางรังสี ใช้เป็นการรักษาเสริมเพื่อควบคุมโรคเฉพาะที่จุดประสงค์เพื่อทำลาย microscopic disease ที่อาจหลงเหลืออยู่บริเวณ chest wall และ peripheral lymphatics</p> <p>ข้อบ่งชี้ของการฉายรังสี ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเก็บเต้านม 2. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออกทั้งเต้า แต่มีความเสี่ยงที่โรคจะกลับเป็นซ้ำเฉพาะที่สูง ซึ่งได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 2.1 กรณีที่ก้อนมะเร็งมีขนาดมากกว่า 5 เซนติเมตร 2.2 มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ 4 ต่อมนขึ้นไป 2.3 ผลชิ้นเนื้อมะเร็งที่ผ่าตัดออกมีขอบเขตปลอดมะเร็ง (deep margin) น้อยกว่า 1 มิลลิเมตร 2.4 หลังผ่าตัดมีก้อนเนื้อเหลืออยู่ 4. การฉายยาด้านฮอร์โมนรักษา ใช้รักษาผู้ป่วยที่ผลชิ้นเนื้อมะเร็งตรวจพบมีตัวรับฮอร์โมนเอสโตรเจน และฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน แสดงว่าสามารถให้ยาด้านฮอร์โมนได้ การฉายยาเพื่อหยุดการทำงานหรือสกัดกั้นการออกฤทธิ์ของฮอร์โมนที่อยู่ในเลือดทำให้เซลล์มะเร็งหยุดการเจริญเติบโต ยาด้านฮอร์โมนที่นิยมใช้ คือกลุ่มยา selective estrogen receptor modulators ได้แก่ Tamoxifen โด ยรับประทาน 20mg ต่อวัน เป็นระยะเวลา 5 ปี 	

สรุปภาวะผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มศึกษาจนปัจจุบัน

เริ่มศึกษาผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ 12 กันยายน 2566 จนถึงวันที่ 21 เมษายน 2567 สภาพผู้ป่วย แรกรับที่ห้องตรวจศัลยกรรม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง มีประวัติเป็น CA Left Breast มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเลิดสิน ทำผ่าตัด Total Mastectomy left Breast เมื่อวันที่ 1 กันยายน 2566 หลังผ่าตัดแพทย์นัดมารับการรักษาต่อเนื่อง สัญญาณชีพแรกที่ห้องตรวจศัลยกรรม อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/84 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 57 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร ได้รับการนัดทำ CT Chest และ Abdomen วันที่ 15 กันยายน 2566 นัดทำ Bone scan วันที่ 14 กันยายน 2566, Lab for BUN, Cr, CBC, LFT วันนี้ และส่งปรึกษา ONCOMED นัด F/U วันที่ 19 กันยายน 2566

วันที่ 19 กันยายน 2566 ห้องตรวจอายุรกรรม อาการทั่วไปปกติ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีพูดคุยรู้เรื่อง วัดสัญญาณชีพ เวลา 8.00 น. อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 85 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 132/88 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจน 98% ผล CT chest & Abdomen วันที่ 15 กันยายน 2566 พบมี cyst ที่ตับทั้ง 2 ข้าง ผล Bone scan วันที่ 14 กันยายน 2566 พบมีรอยโรคที่กระดูกต้นขาขวาอาจเกิดจากได้รับอุบัติเหตุ การอักเสบ การผ่าตัด การเสื่อมหรือการแพร่กระจาย แพทย์คุยกับผู้ป่วย พิจารณาให้ adjuvant taxanes ทุก 3 อาทิตย์ ผู้ป่วยขอตัดสินใจก่อน นัด F/U OPD ONCO 29 กันยายน 2566

วันที่ 29 กันยายน 2566 ห้องตรวจอายุรกรรม มาตรวจตามนัด วัดสัญญาณชีพ เวลา 8.10น. อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 116/86 มิลลิเมตรปรอทผู้ป่วยขอรับยา Paclitaxel ทุก 3 อาทิตย์ เริ่มให้วันอังคารที่ 3 ตุลาคม 2566 นัด F/U OPD ONCO 17 ตุลาคม 2566 พร้อม CBC

วันที่ 3 ตุลาคม 2566 เริ่มให้ Paclitaxel cycle 1 [Paclitaxel (175g/m²) 280 mg + 0.9% NSS 500 ml. iv drip in 3 hours] ก่อนเริ่มทำการรักษาด้วยยา Paclitaxel ผู้ป่วยต้องรับประทานยา Dexamethasone ครั้งละ 1 เม็ด 2 ครั้ง คือ 12 ชั่วโมง และ 6 ชั่วโมง เพื่อช่วยป้องกันและลดอาการแพ้ยา ขณะให้ยาผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อาการทั่วไปปกติอุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 136/82 มิลลิเมตรปรอท ไม่พบอาการแพ้ยา ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน หลังให้ยาครบ ผู้ป่วยได้รับ

Home med - Ondansetron (8) 1x3 @ ac # 10 tab
 - Dexamethasone (0.5) 4x2 @ pc # 16 tab
 - Plasil (10) 1x3 @ ac # 10 tab
 - Lorazepam (0.5) 1x1 @ hs # 5 tab

นัด F/U OPD ONCO 2 สัปดาห์ 17 ตุลาคม 2566 พร้อม CBC, BUN, Cr, Electrolyte, LFT

วันที่ 17 ตุลาคม 2566 ห้องตรวจอายุรกรรม มาตรวจตามนัด วัดสัญญาณชีพ เวลา 8.50 น. อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 131/86 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 56.1 กิโลกรัม ผู้ป่วยสบายดี รับประทานอาหารได้ ไม่มีไข้ นัด F/U OPD ONCO 24 ตุลาคม 2560 พร้อม CBC, Cr, AST, ALT

วันที่ 24 ตุลาคม 2566 ห้องตรวจอายุรกรรม มาตรวจตามนัด วัดสัญญาณชีพ เวลา 8.45 น. อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 93 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 123/90 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 56 กิโลกรัม ผู้ป่วยมีอาการปวดบริเวณแผลที่เต้านมมาก ได้รับยาแก้ปวดรับประทานอาหารได้พอควร เตรียมให้ยาเคมีบำบัด cycle ที่ 2 พรุ่งนี้ ผลLab ปกติ นัด F/U OPD ONCO 14 พฤศจิกายน 2566 พร้อม CBC, BUN, Cr

วันที่ 25 ตุลาคม 2566 เริ่มให้ Paclitaxel cycle 2 [Paclitaxel (175g/m²) 280 mg + 0.9% NSS 500 ml. iv drip in 3 hours] ขณะให้ยาผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อาการทั่วไปปกติ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 126/88 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยรู้สึกคลื่นไส้แต่ไม่อาเจียน ไม่มีอาการแพ้ยา หลังให้ยาครบ ผู้ป่วยได้รับ Home med

- Ondansetron (8) 1x3 ● ac # 10 tab
- Dexamethasone (0.5) 4x2 ● pc # 16 tab
- Plasil (10) 1x3 ● ac # 10 tab
- Lorazepam (0.5) 1x1 ● hs # 5 tab

นัด F/U OPD ONCO 3 สัปดาห์ 14 พฤศจิกายน 2566 พร้อม CBC, BUN, Cr

วันที่ 14 พฤศจิกายน 2566 ห้องตรวจอายุรกรรม มาตรวจตามนัด วัดสัญญาณชีพ เวลา 8.43น. อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 121/84 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 55.7 กิโลกรัม ผู้ป่วยปวดแผลมาก ได้รับยาแก้ปวดเพิ่ม รับประทานอาหารได้น้อยลง มีคลื่นไส้อาเจียน ผมเริ่มร่วง มีขามือเล็กน้อย ไม่มีไข้ ผลLab ปกติ นัดมาให้ยาเคมีบำบัด cycle ที่ 3 พรุ่งนี้ F/U OPD ONCO 8 ธันวาคม 2566 พร้อม CBC, Bun, Cr, LFT, CxR PA upright

วันที่ 15 พฤศจิกายน 2566 เริ่มให้ Paclitaxel cycle 3 [Paclitaxel (175g/m²) 280 mg + 0.9% NSS 500 ml. iv drip in 3 hours] ขณะให้ยาผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อาการทั่วไปปกติ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 136/82 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยมีคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย เวียนศีรษะเล็กน้อย หลังให้ยาครบ ผู้ป่วยได้รับ

- Ondansetron (8) 1x3 ● ac # 10 tab
- Dexamethasone (0.5) 2x2 ● pc # 4 tab
- Lorazepam (0.5) 1x1 ● hs # 5 tab

นัด F/U OPD ONCO 3 สัปดาห์ 8 ธันวาคม 2566 พร้อม CBC, BUN, Cr, LFT

วันที่ 8 ธันวาคม 2566 ห้องตรวจอายุรกรรม ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด วัดสัญญาณชีพ เวลา 7.48 น. อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 132/83 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 55 กิโลกรัม ผู้ป่วยมีอาการปวดมากขึ้น รับประทานยาแก้ปวดตลอด รับประทานอาหารได้น้อยลง มีคลื่นไส้อาเจียน ผมร่วง ขามือเล็กน้อย ไม่มีไข้ ผลLab ปกติ นัดมาให้ยาเคมีบำบัด cycle ที่ 4 วันที่ 12 ธันวาคม 2566 F/U OPD ONCO 5 มกราคม 2567 พร้อม CBC, Bun, Cr, LFT แพทย์ plan นัด Radiation Therapy

วันที่ 12 ธันวาคม 2566 เริ่มให้ Paclitaxel cycle 4 [Paclitaxel (175g/m²) 280 mg + 0.9% NSS 500 ml. iv drip in 4 hours] ขณะให้ยาผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อาการทั่วไปปกติ อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 138/81 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยมีคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ ซามีมือเล็กน้อย หลังให้ยาครบ ผู้ป่วยได้รับ

- Dexamethasone (0.5) 2x2 @ pc # 4 tab

นัด F/U OPD ONCO 3 สัปดาห์ 5 มกราคม 2567 พร้อม CBC, BUN, Cr, LFT

วันที่ 5 มกราคม 2567 ห้องตรวจอายุรกรรม ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด วัดสัญญาณชีพ เวลา 11.50 น. อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 87 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/85 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 55.1 กิโลกรัม ผู้ป่วยรู้สึกอ่อนเพลีย บ่นเวียนศีรษะ เหนื่อยง่าย รับประทานอาหารได้น้อยลง ซามีมือเล็กน้อย ผื่นรัง ไม่มีไข้ ผล Lab ปกติ นัด CT chest ส่ง consult OPD ศัลยกรรม F/U OPD ONCO 19 มกราคม 2567 ฟังผล CT

วันที่ 8 มกราคม 2567 ห้องตรวจศัลยกรรม ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด อ่อนเพลียเล็กน้อย บ่นเวียนศีรษะ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 132/87 มิลลิเมตรปรอท ส่งทำ Core Needle Biopsy Left chest wall ที่ห้องผ่าตัดเล็ก เวลา 14.10 น. และส่ง Tissue from left chest wall ตรวจ หลังทำผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ปวดแผลมาก ได้รับยาแก้ปวด แผลไม่มีเลือดซึม วัดสัญญาณชีพ ชีพจร 81 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 141/69 มิลลิเมตรปรอท นัด F/U OPD ศัลยกรรม วันที่ 15 มกราคม 2567

วันที่ 15 มกราคม 2567 ห้องตรวจศัลยกรรม มาตรวจตามนัด ยังอ่อนเพลียและเวียนศีรษะ วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 87 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 137/80 มิลลิเมตรปรอท ฟังผล Patho พบ Recurrent Invasive ductal carcinoma

วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2567 ห้องตรวจอายุรกรรม มาตรวจตามนัด เวลา 8.00 น. วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 97 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 138/88 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 55 กิโลกรัม อ่อนเพลียเล็กน้อย ปวดแผลมากต้องรับประทานยาแก้ปวด รับประทานอาหารได้พอควร อาการคลื่นไส้ อาเจียนลดลง ซามีมือเล็กน้อย นัด F/U OPD ONCO 19 มกราคม 2567 ฟังผล CT พบมีการแพร่กระจายของต่อมน้ำเหลืองไปบริเวณช่องกลางระหว่างอก และแพร่กระจายไปบริเวณตับ ส่งปรึกษา Radiation Therapy วันนี้ นัด F/U OPD ONCO 13 กุมภาพันธ์ 2567 พร้อม CBC, Bun, Cr, LFT, Ca⁺

วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2567 มาตรวจตามนัด วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 97 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/61 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 55.1 กิโลกรัม ผู้ป่วยอ่อนเพลียเล็กน้อย รับประทานอาหารได้พอควร ซามีมือเล็กน้อย นัด Radiation Therapy วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2561 นัด F/U OPD ONCO 6 มีนาคม 2567

วันที่ 6 มีนาคม 2567 ห้องตรวจอายุรกรรม ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด วัดสัญญาณชีพ เวลา 12.35 น. อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 104 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 119/82 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 59 กิโลกรัม เริ่มทำ Radiation Therapy ไปได้ 2 ครั้ง ผู้ป่วยยังคงมีอาการปวดมากอยู่ต้องรับประทานยาแก้ปวดตลอด อาการทั่วไปปกติ มีปวดเมื่อยบางครั้ง นัด F/U OPD ONCO วันที่ 3 เมษายน 2567 พร้อม CBC, Bun, Cr, LFT

วันที่ 9 มีนาคม 2567 ห้องตรวจจอร์โรปิติกส์ เวลา 11.12 น. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 108/70 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยปวดหลังร้าวลงสะโพกมาประมาณ 1 เดือน แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Low Back Pain ได้รับยา Melcam, Miracid, Duocetz, valium นัดทำ Bone scan นัด F/U 29 มีนาคม 2567

วันที่ 29 มีนาคม 2567 เวลา 11.00 น. มาตรวจตามนัด สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 91 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/71 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยปวดสะโพกขวา แพทย์วินิจฉัยเป็น Spinal Metastasis นัดทำ MRI: Whole spine with contrast การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล

วันที่ 2 เมษายน 2567 เวลา 10.30 น. มาตามนัด แพทย์วินิจฉัยเป็น CA breast with multiple metastasis ผู้ป่วยมีอาการปวดมาก แพทย์ให้ Admit for pain control ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง หน้ามืดวิงเวียน ประเมิน pain score 8 คะแนน แพทย์สั่งให้ยาระงับปวด ผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดตามแผนการรักษา อาการปวดทุเลาลงเล็กน้อย ประเมิน pain score 6 คะแนน รับประทานอาหารได้น้อย นอนหลับพักผ่อนได้เป็นช่วงๆ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 137/87 มิลลิเมตรปรอท

วันที่ 5 เมษายน 2567 ผู้ป่วยมีอาการปวดหลังและสะโพกร้าวลงขา หน้ามืดวิงเวียน ประเมิน pain score 8 คะแนน แพทย์สั่งให้ยาระงับปวด ผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดตามแผนการรักษา อาการปวดทุเลาลงเล็กน้อย ประเมิน pain score 6 คะแนน รับประทานอาหารได้น้อย มีคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ นอนหลับพักผ่อนได้น้อย พูดคุยให้กำลังใจ แนะนำการทำสมาธิบำบัด SKT ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยทุเลาอาการปวดลง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 121/78 มิลลิเมตรปรอท

วันที่ 9 เมษายน 2567 อาการปวดของผู้ป่วยทุเลาลง สีหน้าสดชื่นขึ้น ประเมิน pain score 5 คะแนน ผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดตามแผนการรักษา รับประทานอาหารได้มากขึ้น คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะน้อยลง นอนหลับพักผ่อนได้เป็นช่วงๆ พูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย แนะนำการนำสมาธิบำบัด SKT ที่เหมาะสมมาใช้เพื่อผ่อนคลายความปวด สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 131/79 มิลลิเมตรปรอท

วันที่ 13 เมษายน 2567 ผู้ป่วยยังมีอาการปวดหลัง ประเมิน pain score 5 คะแนน ผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดตามแผนการรักษา รับประทานอาหารได้มากขึ้น อ่อนเพลียเล็กน้อย คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะน้อยลง นอนหลับพักผ่อนได้ พูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อผ่อนคลายความปวด สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 113/69 มิลลิเมตรปรอท

วันที่ 19 เมษายน 2567 ผู้ป่วยมีอาการปวดจุกท้องมาก ประเมิน pain score 10 คะแนน รายงานแพทย์รับทราบ พิจารณาให้ยา Losec 40 mg iv และ Plasil 10 mg iv หลังให้ยาประเมิน pain score 4 คะแนน รับประทานอาหารได้พอควร อ่อนเพลีย นอนหลับพักผ่อนได้เป็นช่วงๆ พูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อผ่อนคลายความปวด สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 133/79 มิลลิเมตรปรอท

วันที่ 21 เมษายน 2567 ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ อาการปวด
ทุเลาลง แพทย์จึงอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ นัดF/U 2 สัปดาห์ วันที่ 3 พฤษภาคม 2567 หากพบ
อาการผิดปกติควรรีบมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้าน

- Vultin (300) 1 tab ◉ เช้า, 2 tab ◉ hs/45
- MST (10) 1xprn◉ ทุก 12 ชั่วโมง/30
- MO syrupe 1 tsp ◉ prn ทุก 4 ชั่วโมง/II
- Melcam 1x2 ◉ pc/30
- Duocetz 1x2 ◉ pc/30
- Losec (20) 1x 1◉ ac/

ปัญหาทางการพยาบาลที่พบจากกรณีศึกษา

เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเลิดสินตั้งแต่วันที่ 12 กันยายน 2566
จนถึงปัจจุบัน รับการรักษาต่อเนื่องมาตลอด ผู้เขียนศึกษาผู้ป่วยรายนี้ถึงวันที่ 21 เมษายน 2566
ผู้เขียนขอสรุปเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบจากกรณีศึกษา เรียงลำดับความสำคัญในการให้
การพยาบาลผู้ป่วยในแต่ละระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะก่อนให้ยาเคมีบำบัด (12 กันยายน – 2 ตุลาคม 2566)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล และรู้สึกไม่แน่นอน เกี่ยวกับโรคและการ
รักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด

ระยะที่ 2 ระยะให้ยาเคมีบำบัด (3 ตุลาคม 2566 – 14 มกราคม 2567)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity
reactions) และภาวะปฏิกิริยาจากการให้ยาทางหลอดเลือดดำ (Infusion-related reaction)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะยาเคมีบำบัดรั่วซึมออกนอก หลอดเลือด
(Extravasation)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้า (Fatigue) เนื่องจากผลข้างเคียงของยาเคมี
บำบัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากสูญเสียภาพลักษณ์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากได้รับ
สารอาหาร ไม่เพียงพอ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากจำนวนเม็ดเลือดแดง
ต่ำ (Anemia)

ระยะที่ 3 ระยะRecurrent &Metastasis (15 มกราคม 2567 – 21 เมษายน 2567)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยไม่สุขสบาย (ทุกข์ทรมาน) เนื่องจากปวดแหวและเต้านมข้าง
ซ้าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยพร่องความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อการดูแลตนเอง
ต่อเนื้องที่บ้าน

วินิจฉัยทางการพยาบาล

ระยะที่ 1 ระยะก่อนให้ยาเคมีบำบัด (12 กันยายน – 2 ตุลาคม 2566)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล และรู้สึกไม่แน่นอน เกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data:

1. ผู้ป่วยบอกว่า “พอหมอบอกว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะท้าย รู้สึกเหมือนว่าตัวเองใกล้ตาย รู้สึกกังวล เหมือนชีวิตมันไม่แน่นอน คิดกลับ กลับมา ตัดสินใจไม่ได้ว่าจะเอาอย่างไร”
2. ผู้ป่วยบอกว่า “หลับยากเป็นบางวัน บางครั้งนอนไม่หลับ เพราะคิดเรื่องผู้ป่วย”

Objective data:

1. ข้อมูลทบทวนเวชระเบียน พบผู้ป่วยมีประวัติมารับการรักษาตามแพทย์นัดหมายอย่างต่อเนื่อง
2. ผู้ป่วยสอบถามบ่อย ๆ เกี่ยวกับการโรคและการรักษา
3. ผู้ป่วยมีสีหน้ามีสีหน้าวิตกกังวล

เป้าหมายการพยาบาล

1. เพื่อลดความวิตกกังวลและความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ป่วย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา และการปฏิบัติตัวก่อนเข้ารับการรักษา
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม และเข้ารับการรักษาได้ตลอดแผนการรักษาของแพทย์

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นแจ่มใส
2. ผู้ป่วยยินยอมรับการรักษาและให้ความร่วมมือในการรักษา สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับโรคและการรักษาได้อย่างถูกต้อง
3. ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้อย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง
4. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงการปฏิบัติตัวก่อนเข้ารับการรักษาได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

ประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษา มะเร็งเต้านมระยะท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โดยการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณค่าตนเองมีความสำคัญ เกิดการมีคุณค่าในตนเอง ลดความเครียด ความวิตกกังวลและความรู้สึกไม่แน่นอน มีความหวังในการมีชีวิตอยู่ต่อสามารถเผชิญกับปัญหาได้ดีขึ้น

1. แนะนำตนเองและทักทายด้วยท่าที่เป็นมิตร พุดคุยสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด (therapeutic relationship) กับผู้ป่วย เพื่อความคุ้นเคยเป็นกันเอง ให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกไม่สบายใจ ความเครียด ความวิตกกังวล ได้มองเห็นปัญหาของตนเอง ยอมรับปัญหา เข้าใจปัญหาได้ตรงตามความเป็นจริง

2. ประเมินระดับความวิตกกังวล ประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย และสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยขณะตอบคำถาม พูดคุย ปลอดภัย เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความกังวลใจ และยอมรับการเจ็บป่วย พร้อมให้ความร่วมมือในการรักษา

3. ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรค แผนการรักษา เป้าหมายการรักษา ของผู้ป่วยและญาติ

4. อธิบายและให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะของโรค แผนการรักษา เป้าหมายการรักษา สูตรยาเคมีบำบัด ระยะเวลา อาการข้างเคียงและกลวิธีจัดการอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจถึงผลที่จะเกิดขึ้น ทั้งผลดีและผลเสียของการรักษาประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการรักษา เพื่อช่วยลดความคลุมเครือของเหตุการณ์ความเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้และคาดเดากับเหตุการณ์ความเจ็บป่วยในอนาคตได้ลดความวิตกกังวล และรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวดีขึ้น

5. ให้คำแนะนำการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายก่อนเข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เช่น การปฏิบัติตนเพื่อรักษาสุขภาพอนามัย การรักษาความสะอาดของร่างกาย แนะนำอาหารที่มีประโยชน์และมีคุณค่าต่อร่างกาย ควรได้รับพลังงานและสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ สอดคล้องกับภาวะโภชนาการ งดสิ่งเสพติด การพักผ่อนให้เพียงพอ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงพร้อมที่จะรับการให้ยาเคมีบำบัด

6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วย แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยพูดคุยกับผู้ป่วยรายอื่นที่ได้รับการรักษาเหมือนกัน เพื่อได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

7. ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากญาติและครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ การสนับสนุนด้านอารมณ์และด้านสิ่งของ การแสดงความรัก ความเอาใจใส่ ห่วงใย ความเห็นใจ ให้กำลังใจ และยอมรับในตัวของผู้ป่วย คอยช่วยเหลือด้านสุขภาพและให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองมีความสำคัญ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความหวังในการมีชีวิตอยู่ต่อ สามารถเผชิญกับปัญหาได้ดีขึ้น

8. เสริมสร้างพลังให้ผู้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

9. แนะนำกลวิธีการผ่อนคลาย เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง การทำสมาธิ การสวดมนต์ เพื่อดึงความสนใจและความคิดของผู้ป่วยไม่ให้วิตกกังวลในความเจ็บป่วยของตนเอง

10. ประเมินความพร้อมและจัดให้ผู้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมสนทนากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสแลกเปลี่ยน เรียนรู้ ประสบการณ์การรักษาและการดูแลตนเอง

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล มีสีหน้าสดชื่นขึ้น สามารถบอกถึงแผนการรักษาและผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นได้จากยาเคมีบำบัดได้ถูกต้อง

2. ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างต่อเนื่อง มาตามแพทย์นัดหมายทุกครั้ง

3. ผู้ป่วยบอกว่า นอนหลับได้ต่อเนื่อง 6 ชั่วโมงในเวลากลางคืน บางวันตื่นกลางดึกเพื่อเข้าห้องน้ำ แต่สามารถหลับต่อได้

4. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงการทำปฏิบัติตัวก่อนเข้ารับการรักษาได้อย่างถูกต้อง

สรุป หลังให้การพยาบาลปัญหาดังกล่าวนี้ได้หมดไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด
ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data: ผู้ป่วยสอบถามเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวและผลข้างเคียง เมื่อได้รับยาเคมีบำบัด

Objective data: ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดเป็นครั้งแรก

เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยเข้าใจและบอกวัตถุประสงค์การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้อย่างถูกต้อง
2. ผู้ป่วยสามารถบอกเกี่ยวกับโรคและวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด
3. ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในขณะที่ได้รับยาและภายหลังรับยาเคมี

บำบัดได้มากกว่าร้อยละ 70

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค และการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด พร้อมทั้งอธิบายอาการ ข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่อาจเกิดขึ้น
3. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวขณะรักษาด้วยยาเคมีบำบัด อาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด วิธีการป้องกันและการจัดการกับอาการข้างเคียง การดูแลตนเอง การทำกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย อาการผิดปกติที่ควรรายงานแพทย์หรือพยาบาล
4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ พร้อมทั้งตอบคำถามด้วยท่าที่เป็นมิตรจริงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตัวเองอย่างถูกต้อง
5. ประเมินผลภายหลังการสอนและอธิบายเพิ่มเติมในสวนที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจหรือไม่ชัดเจน
6. ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อให้ผู้ป่วยใช้อานทนขณะอยู่บ้าน

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถบอกวัตถุประสงค์การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้อย่างถูกต้อง
2. ผู้ป่วยบอกเกี่ยวกับโรคและวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด
3. ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในขณะที่ได้รับยาและภายหลังรับยาเคมีบำบัด

ได้มากกว่าร้อยละ 80

สรุป หลังให้การพยาบาลปัญหาดังกล่าวนี้ได้หมดไป

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ระยะที่ 2 ระยะให้ยาเคมีบำบัด (3 ตุลาคม 2566–14 มกราคม 2567)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity reactions) และภาวะปฏิกิริยาจากการให้ยาทางหลอดเลือดดำ (Infusion-related reaction)

ข้อมูลสนับสนุน

Objective data: ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัด Paclitaxel เป็นครั้งแรก

เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของการเกิดภาวะภูมิไวเกินและภาวะปฏิกิริยาจากการให้ยาทางหลอดเลือดดำ

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะภูมิไวเกินและภาวะปฏิกิริยาจากการให้ยาทางหลอดเลือดดำ

2. ผู้ป่วยปลอดภัยหากเกิดภาวะภูมิไวเกินและภาวะปฏิกิริยาจากการให้ยาทางหลอดเลือดดำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดเตรียมอุปกรณ์และยาในการช่วยชีวิตใช้พร้อมงาน กรณีฉุกเฉินจากการบริหารยาเคมีบำบัด

2. ซักประวัติประเมินความพร้อมทางร่างกาย ได้แก่ ตรวจวัดสัญญาณชีพก่อนบริหารยาเคมีบำบัด ประเมินภาวะโภชนาการ (ซึ่งน้ำหนัก วัตส่วนสูง) ประเมินภาวะช่องปากและฟัน ประเมินผลทางห้องปฏิบัติการ ซักประวัติอาการทั่วไป เช่น ไข้ อาการติดเชื้อในระบบต่างๆ หากมีอาการผิดปกติ แพทย์ทราบทันที เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ การเกิดอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดในครั้งก่อน และการจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น

3. ตรวจสอบข้อมูลให้ครบถ้วนก่อนการบริหารยาเคมีบำบัด ได้แก่ ชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ขนาดของยา วันที่บริหารยา วิธีบริหารยา ระยะเวลาของการให้ยา

4. อธิบายขั้นตอน และระยะเวลาของการให้ยาเคมีบำบัด

5. ประเมินและให้ความรู้เกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับ อาการเริ่มแรกของการเกิดภาวะภูมิไวเกินและภาวะปฏิกิริยาจากการให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำ เช่น มีผื่นขึ้นตามร่างกาย หน้าแดง แน่นหน้าอก หายใจไม่ออก หรือหายใจไม่อิ่ม ร้อนวูบวาบ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง หากมีอาการดังที่กล่าวมาให้รีบแจ้งพยาบาลทันที

6. พูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวล ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเกี่ยวกับแนวทางการพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับ

7. ดูแลให้ยา Pre-medication ตามแผนการรักษาคือ Dexamethsone (0.5) 8 tab oral ก่อนให้ยาเคมีบำบัด เพื่อต้านการทำงานของ histamine ลดอาการหลอดลมหดตัว และยับยั้งกระบวนการอักเสบ

8. ภายหลังบริหารยา Pre-medication ครบ 1 ชั่วโมง เริ่มการบริหารยาเคมีบำบัด Paclitaxel 280 mg in 0.9% normal saline 200 ml vein in 90 minutes ผ่านเครื่อง Infusion pump โดยปรับอัตราการบริหารยาเคมีบำบัดอย่างช้า ๆ (titrate) ฝ้าสังเกตและประเมินอาการผิดปกติอย่างใกล้ชิด ในขณะที่ได้รับยาและภายหลังยาเคมีบำบัดหมด ได้แก่ ไข้ หน้าแดง ผื่นคัน แน่นหน้าอก หายใจลำบาก เป็นต้น

9. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพของผู้ป่วยทั้งก่อน และขณะได้รับยาเคมีบำบัด ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนยาหมด

10. ภายหลังจากบริหารยาเคมีบำบัด Paclitaxel ครบ ล้างสายชุดให้สารน้ำที่มียาเคมีบำบัด Paclitaxel ด้วย normal saline ประมาณ 20-30 มิลลิลิตร เพื่อไม่ให้มียาตกค้างอยู่ในสายชุดให้สารน้ำ ป้องกันการตกตะกอนของสารน้ำ ลดอาการระคายเคือง และคงสภาพหลอดเลือดให้สมบูรณ์

11. นำก๊อชมาพันรอบบริเวณที่แทงเข็มแล้วจึงถอนเข็มออก เพื่อป้องกันการรั่วซึมของยาออกนอกเส้นเลือด กดบริเวณผิวหนังที่ถอดเข็มให้นานสักครู่ แล้วปิดพลาสติกอร์บนรอยเข็มที่ถอดออก ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่มีการแสดงของภาวะภูมิไวเกินและภาวะปฏิกิริยาจากการให้ยาทางหลอดเลือดดำ ทุกครั้งที่บริหารยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยสามารถรับยาเคมีบำบัดครบตามแผนการรักษา
สรุป หลังให้การพยาบาลปัญหาดังกล่าวได้รับการแก้ไข แต่ยังคงต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง



กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะยาเคมีบำบัดรั่วซึมออกนอก หลอดเลือด (Extravasation)

ข้อมูลสนับสนุน

Objective data:

1. ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัด Paclitaxel ทางหลอดเลือด เป็นยากลุ่ม Irritants มีความระคายเคืองต่อหลอดเลือดดำ
2. ผู้ป่วยมีภาวะน้ำหนักเกิน BMI 25.3 กิโลกรัม/ตารางเมตร หลอดเลือดดำของผู้ที่มีภาวะอ้วน มักมีขนาดเล็ก เปราะบาง และมีความยืดหยุ่นน้อย เนื่องจากมีไขมันสะสมในชั้นผนังหลอดเลือด จึงแตกและรั่วได้ง่ายแม้ใช้แรงดันเพียงเล็กน้อย

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่เกิดการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือด (Extravasation)

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยไม่มีการบวมหรือรั่วซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือด ในระหว่างบริหารยา
2. ผู้ป่วยไม่มีอาการปวด บวม แดงร้อน หรือพองบริเวณใกล้เคียงกับตำแหน่งแทงเข็ม

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติ เช่น บวม แดง ปวดแสบ ปวดร้อน ตำแหน่งที่ให้ยา หากมีอาการควรแจ้งพยาบาลทันที เนื่องจากยาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับเป็นยากลุ่ม Irritants มีความระคายเคืองต่อหลอดเลือดและลักษณะหลอดเลือดของผู้ป่วยมีความยืดหยุ่นน้อยเนื่องจากมีไขมันสะสมในชั้นผนังหลอดเลือด จึงแตกและรั่วได้ง่ายแม้ใช้แรงดันเพียงเล็กน้อย จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือด

2. แนะนำผู้ป่วย หากต้องการลุกเข้าห้องน้ำ ให้แจ้งพยาบาล เพื่อยุติการบริหารยาเคมีบำบัดและควรมีญาติพาไป เพื่อลดการขยับหรือยกแขนที่แทงเข็มให้ยาเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุด

3. เลือกใช้เข็มพลาสติกเบอร์ 24 ในการแทงหลอดเลือดดำ ใช้พลาสติกชนิดใส (transparent) ปิดตำแหน่งที่แทงเข็ม เพื่อยึดตรึงและสามารถสังเกตการรั่วซึมของยาหรืออาการบวมแดงได้ชัดเจน

4. เลือกตำแหน่งหลอดเลือดดำ โดยเลือกเส้นตรง ยืดหยุ่นดี หลีกเลียงเส้นเลือดที่เพิ่งได้รับการเจาะเลือดตรวจ หลีกเลียงหลอดเลือดบริเวณข้อมือ ข้อพับ เนื่องจากมีเนื้อเยื่อคลุมน้อยมีการเคลื่อนไหวมากทำให้มีโอกาสเลื่อนหลุดสูงและข้อพับแขน เพราะหลอดเลือดอยู่ลึกทำให้ประเมินอาการจากการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดได้ล่าช้าเกินไป

5. ก่อนการบริหารยาเคมีบำบัด Paclitaxel ตรวจสอบความสมบูรณ์ของหลอดเลือด โดยการฉีด 0.9% normal saline 10 มิลลิลิตร เข้าไปในเส้นเลือด ถ้าหากฉีด 0.9% normal saline เข้าไปในเส้นเลือดได้ดี ไม่ฝืด ไม่อุดตัน และอัตราการไหลของน้ำเกลือ free flow เริ่มการบริหารยาเคมีบำบัด Paclitaxel โดยใช้เครื่อง Infusion pump

6. ระหว่างการบริหารยาเคมีบำบัด Paclitaxel ตรวจสอบตำแหน่งของหลอดเลือดที่แทงเข็มทุก 5-10 นาที สังเกตอาการปวด บวม แดง ร้อน หากเครื่อง Infusion pump มีการ alarm โดยไม่ทราบสาเหตุ อาจเกิดการรั่วซึมของยาออกนอกหลอดเลือด

7. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในอิริยาบถที่สบายที่สุด เพื่อหลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหวที่อาจทำให้เข็มออกนอกหลอดเลือดได้

8. ภายหลังจากการบริหารยาเคมีบำบัด Paclitaxel ครบ ล้างสายชุดให้สารน้ำด้วย 0.9% normal saline ประมาณ 20-30 มิลลิลิตร เพื่อไม่ให้มียาตกค้างอยู่ในสายชุดให้สารน้ำ ป้องกันการตกตะกอนของสารน้ำ ลดอาการระคายเคือง และคงสภาพหลอดเลือดให้สมบูรณ์

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดครบตามแผนการรักษา ทุกครั้งที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดไม่เกิดการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดและออกนอกหลอดเลือด

สรุป หลังให้การพยาบาลปัญหาดังกล่าวได้รับการแก้ไข แต่ยังคงต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้า (Fatigue) เนื่องจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data:

ภายหลังการได้รับยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อย ไม่ค่อยมีแรง ไม่สดชื่น”

Objective data:

1. ประเมินอาการเหนื่อยล้า (Piper Fatigue Scale) ได้ 5 คะแนน คือ มีอาการเหนื่อยล้าปานกลาง
2. ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัด Paclitaxel ซึ่งอาการเหนื่อยล้าเกิดจากการทำลายของยาเคมีบำบัดต่อเซลล์มะเร็ง ทำให้เกิดการสะสมของเสียในร่างกาย เช่น กรดแลคติกไพรูเวต ทำให้ความสามารถในการหดตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ส่งผลให้ร่างกายต้องใช้พลังงานมากขึ้น รู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย หดแรง

เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการเหนื่อยล้าจากการได้รับยาเคมีบำบัดได้อย่างเหมาะสม

- #### เกณฑ์การประเมิน
1. ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการเหนื่อยล้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถลดความรุนแรงและความถี่ของอาการเหนื่อยล้าลงได้
 2. ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้
 3. ค่าคะแนนอาการเหนื่อยล้า จากแบบประเมินอาการเหนื่อยล้าของไปเปอร์และคณะ (Piper Fatigue Scale) ฉบับแปลภาษาไทย น้อยกว่า 3.99 คือ มีอาการเหนื่อยล้าเล็กน้อย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินประสบการณ์อาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ รับรู้อาการและความรุนแรงของอาการ รวมทั้งผลกระทบของอาการที่เกิดขึ้น
2. ประเมินอาการเหนื่อยล้า โดยใช้แบบประเมินอาการเหนื่อยล้าของไปเปอร์และคณะ
3. ซักประวัติ เกี่ยวกับเวลาที่เกิดอาการเหนื่อยล้า รูปแบบ ความยาวนานของอาการ และการเปลี่ยนแปลงของอาการ และประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคม คือ ผู้ดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุต้องการการดูแลจากผู้อื่น เช่น การเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของการรักษา การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น
4. ประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาปัจจัยหรือสาเหตุอื่นที่อาจทำให้ผู้ป่วยมีความเหนื่อยล้า เช่น อาการปวด ความเครียด หรือความวิตกกังวล การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ภาวะโภชนาการ ภาวะชืด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น
5. ให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้า รวมทั้งแนะนำกลวิธีในการจัดการอาการเหนื่อยล้า ได้แก่

5.1 การสงวนพลังงาน โดยการจัดลำดับการทำกิจกรรมที่ต้องใช้พลังงานมากไว้ ในช่วงที่ผู้ป่วยยังมีแรง จัดให้มีช่วงพักระหว่างกิจกรรมเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเหนื่อยจนเกินไป จัดอุปกรณ์ช่วยเหลือไว้ให้ผู้ป่วย เช่น wheel chairs, walkers เป็นต้น ลดความเร็วในการทำกิจกรรมต่าง ๆ จำกัดกิจกรรมที่ไม่จำเป็นและดูแลให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมทีละกิจกรรม ไม่ควรทำหลายอย่างพร้อมกัน

5.2 การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมทางกาย

5.2.1 การเดินออกกำลังกาย เป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic exercise) ชนิดหนึ่งซึ่งช่วยเพิ่มปริมาณออกซิเจนและการไหลเวียนเลือดไปยังกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว ช่วยให้มีการขับของเสียที่สำคัญ คือ กรดแลคติก ออกจากร่างกายได้มากขึ้น มีผลทำให้อาการเหนื่อยล้าและความเจ็บปวดลดลง ทำให้รู้สึกสดชื่น กระปรี้กระเปร่า แนะนำให้เดินออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง ครั้งละ 15 นาที จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการเดินออกกำลังกายผสมผสานกลวิธีอื่น ได้แก่

1) การเดินออกกำลังกายและการหายใจแบบลึก การฝึกหายใจแบบลึก เป็นการหายใจที่ใช้กระบังลมและช่องท้อง มีจังหวะการหายใจที่ลึก ช้า และสม่ำเสมอ โดยสูดลมหายใจเข้าปอดเต็มที่ให้กระบังลมดันท้องให้พองขึ้นในขณะที่หายใจเข้า และยุบลงเมื่อหายใจออก เพื่อให้รู้สึกผ่อนคลายและปลอดภัย (วรรณรัตน์ จงเขตกิจ, 2560)

2) การเดินออกกำลังกายร่วมกับการสวดมนต์บำบัด ช้าๆ สม่ำเสมอ อย่างน้อย 15 นาที จะเกิดสมาธิทำให้จิตใจสงบต่อเนื่อง ร่างกายเกิดภาวะผ่อนคลาย ซึ่งมีผลต่อปฏิกริยาการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก ทำให้ร่างกายทำงานช้าลง เกิดการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนจากต่อมใต้สมอง ส่งผลต่ออัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจและการเผาผลาญ (ณชนวีรพร สุนทร และคณะ, 2561)

5.2.2 การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย ช่วยคลายความตึงตัวและช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดทำให้หลอดเลือดเกิดการขยายตัวและไม่ตีบตัน การไหลเวียนของเลือดไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายดีขึ้นทำให้เนื้อเยื่อต่าง ๆ ของร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ เกิดกระบวนการเผาผลาญแบบใช้ออกซิเจน จึงไม่เกิดการสะสมของเสีย และขจัดกรดแลคติกที่คั่งค้างในกล้ามเนื้อออกไป ลดอาการเหนื่อยล้าได้

5.3 การจัดการด้านการนอนหลับ แนะนำในการปรับพฤติกรรมการนอน ควรได้รับการนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง (ศุภกร หวานกระโทก และคณะ, 2557; อภิญญา คารมปราษฎ์และคณะ, 2560) การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการนอนหลับ หลีกเลี่ยงการงีบหลับในช่วงกลางวันจำกัดการงีบหลับตอนกลางวันไม่ให้เกิดวันละ 1 ชั่วโมง เพื่อเพิ่มคุณภาพการนอนหลับตอนกลางคืน (ระเบียบ สุวรรณปริดา, 2557) และหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีกาเฟอีนหลังจากช่วงบ่ายของวัน เช่น ชา หรือกาแฟ

5.4 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและสารน้ำอย่างเพียงพอ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะโภชนาการที่สมบูรณ์

5.5 แนะนำการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะโปรตีน คาร์โบไฮเดรตเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

ประเมินผลการพยาบาล

วันที่ 24 ตุลาคม 2566 และวันที่ 14 พฤศจิกายน 2566 ประเมินอาการเหนื่อยล้า (Piper Fatigue Scale) ของไปเปอร์และคณะ ฉบับแปลภาษาไทย ค่าคะแนนอาการเหนื่อยล้า 3 คะแนน คือมีอาการเหนื่อยล้าเล็กน้อย ผู้ป่วยจัดการอาการเหนื่อยล้าด้วยการพักผ่อนและเดินออกกำลังกาย สัปดาห์ละ 4-5 ครั้ง ครั้งละ 10 นาทีผู้ป่วยรู้สึกสดชื่นขึ้น สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง สรุป หลังให้การพยาบาลปัญหาดังกล่าวได้รับการแก้ไข แต่ยังคงต้องติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง



กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากสูญเสียภาพลักษณ์

Subjective data:

1. วันที่ 10 ตุลาคม 2566 พยาบาลได้โทรศัพท์เยี่ยมติดตามอาการผู้ป่วย (ภายหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด ครั้งที่ 1) ผู้ป่วยบอกว่า “มีผมร่วง”
2. วันที่ 24 ตุลาคม 2566 ผู้ป่วยมารับยาเคมีบำบัด ครั้งที่ 2 ผู้ป่วยถามว่า “ผมที่ร่วงจะงอกมาใหม่ได้หรือเปล่า ใช้ระยะเวลานานแค่ไหน” และผู้ป่วยบ่นว่า “บางครั้ง รู้สึกอายเวลาไปทำงานกลัวคนอื่นมองว่าป่วยหนัก ใกล้ตาย”

Objective data:

วันที่ 24 ตุลาคม 2566 ผู้ป่วยมารับยาเคมีบำบัด ครั้งที่ 2 ผู้ป่วยผมร่วงเกือบหมดศีรษะ
เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง ยอมรับกับภาพลักษณ์ในปัจจุบันได้มากขึ้น

เกณฑ์การประเมิน

1. สีหน้าคลายความวิตกกังวล ปฏิบัติกิจวัตรได้ตามปกติ สามารถทำงานและร่วมกิจกรรมได้
2. ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับภาวะการเปลี่ยนแปลงของร่างกายได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับอาการผมร่วง พร้อมทั้งพูดคุยให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจในการใช้ชีวิตประจำวัน
2. ให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการผมร่วง หลังจากการให้ยาเคมีบำบัดครบ ผมจะค่อย ๆ เริ่มงอกใหม่อีกครั้งภายใน 2-3 เดือน ลักษณะเส้นผมที่งอกใหม่อาจมีสีหรือรูปร่างที่เปลี่ยนไปจากเดิม
3. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังจากมีภาวะผมร่วง
 - 3.1 แนะนำการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ดูแลเส้นผมสูตรอ่อนโยน ใช้หวีซี่ห่าง ๆ หวีผมเบา ๆ ป้องกันไม่ให้เส้นผมขาดหลุดร่วงง่ายขึ้น
 - 3.2 แนะนำการลดการระคายเคืองต่อหนังศีรษะ โดยการสวมหมวกผ้าไหม ๆ หรือใช้ผ้าพันศีรษะเมื่อต้องออกนอกบ้าน
 - 3.3 หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ที่ร้อนจัดหรือเย็นจัด
 - 3.4 นอนหนุนหมอนที่ปลอกหมอนนุ่มและไม่ระคายเคืองหนังศีรษะ
4. ส่งเสริมโดยการพาผู้ป่วยพูดคุยกับกลุ่มผู้ป่วยเดียวกัน เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและให้กำลังใจต่อกัน
5. ส่งเสริมให้ครอบครัวให้การดูแล ให้กำลังใจและรับฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ
6. ให้การสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ ได้แก่ ผ้าพันศีรษะ วิกผม หมวกไหมพรม โดยประสานงาน ขอความช่วยเหลือจากศูนย์ส่งเสริมมิตรภาพบำบัด

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง ผู้ป่วยเลือกผ้าพันศีรษะ และวิกผม จากศูนย์ส่งเสริมมิตรภาพบำบัด ผู้ป่วยเสียใจผมสลัดกับผ้าพันศีรษะทุกครั้งที่ออกจากบ้าน บอกว่ามีความมั่นใจมากขึ้น
สรุป หลังให้การพยาบาลปัญหาดังกล่าวได้รับการแก้ไข แต่ยังคงต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data:

วันที่ 20 พฤศจิกายน 2566 พยาบาลได้โทรศัพท์เยี่ยมติดตามอาการผู้ป่วย (ภายหลังการได้รับยาเคมีบำบัด ครั้งที่ 3) ผู้ป่วยบอกว่า “มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน วันละ 2-3 ครั้ง รับประทานอาหารได้น้อยลง ไม่ค่อยอยากรับประทานอาหาร เริ่มมีอาการหลังให้ยาเคมีบำบัด 2-3 วัน และมีอาการต่อเนื่องจนถึง 14 วัน หลังให้ยาเคมีบำบัด”

Objective data:

วันที่ 12 ธันวาคม 2566 ผู้ป่วยมารับยาเคมีบำบัด ครั้งที่ 4 น้ำหนัก 55 กิโลกรัม ข้อมูลทบทวนเวชระเบียน วันที่ 15 พฤศจิกายน 2566 ผู้ป่วยมารับยาเคมีบำบัด ครั้งที่ 3 น้ำหนัก 55.7 กิโลกรัม สรุปร ผู้ป่วยน้ำหนักลดลง 0.7 กิโลกรัม ใน 3 สัปดาห์

เป้าหมายการพยาบาล

คงไว้ซึ่งภาวะโภชนาการปกติ

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนลดลง ขณะได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
2. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ปกติ
3. น้ำหนักตัวไม่ลดลงน้ำหนักเกิน 2% หรือ 0.5 กิโลกรัม/สัปดาห์

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายสาเหตุของอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่จะเกิดขึ้น และประเมินอาการและระดับความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการขาดน้ำและเกลือแร่

2. แนะนำวิธีการจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียน และเบื่ออาหาร แก่ผู้ป่วยและญาติ (วรินทร์ธโรโพธารินทร์และคณะ, 2564)

2.1 แนะนำการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แบ่งมื้ออาหารเป็นมื้อละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง ประมาณ 5-6 มื้อ/วัน เน้นอาหารที่มีพลังงานและโปรตีนสูง รับประทานอาหารช้า ๆ บริโภคอาหารก่อนรู้สึกหิว หลีกเลี่ยงการนอนราบหลังรับประทานอาหาร ควรนั่งศีรษะสูง 30-60 นาที หลังรับประทานอาหาร

2.2 ปรับรูปแบบการบริโภคอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารหวาน ของทอด อาหารที่มีไขมันมาก รวมถึงอาหารที่มีกลิ่นฉุน รับประทานอาหารที่เย็นหรือที่อุณหภูมิห้อง หรือไม่ร้อนจัด สามารถช่วยทำให้คลื่นอาการที่ลดลง แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มเครื่องดื่มที่ช่วยลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน เช่น ผลิตภัณฑ์จากขิง ชา มะนาว และใบสะระแหน่ เครื่องดื่มที่มีคาร์บอนเนต (โซดา) เป็นต้น

2.3 ดูแลสุขอนามัยในช่องปากให้สะอาดอยู่เสมอ บ้วนปากบ่อย ๆ ก่อนและหลังรับประทานอาหารหรือหลังอาเจียนทุกครั้ง เพื่อกำจัดรสชาติที่ไม่ดีในปาก ซึ่งจะช่วยลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน และดื่มน้ำให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 2 ลิตร

2.4 หากมีอาการอาเจียน ภายหลังจากอาเจียน ควรหลีกเลี่ยงอาหารแข็งเป็นเวลา 30-60 นาที เริ่มรับประทานอาหารและดื่มตามลำดับ ได้แก่ ของเหลวใส (น้ำ น้ำแข็ง น้ำผลไม้ น้ำซूप และไอศกรีม) อาหารประเภทแครกเกอร์ขนมปังปิ้งแห้ง อาหารประเภทโปรตีน (ไก่ ปลา และไข่) และผลิตภัณฑ์จากนม (โยเกิร์ต นม และชีส)

2.5 จัดสิ่งแวดล้อมที่ป้องกันการกลืนรบกวน สร้างบรรยากาศที่ดีในการรับประทานอาหาร เช่น เปิดเพลง หรืออยู่ป็นเพื่อนเพื่อรับประทานอาหารร่วมกัน

2.6 แนะนำการรับประทานยาต้านการคลื่นไส้อาเจียนตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Metoclopramide 1 tab oral tid ac+hs และแนะนำผลข้างเคียง

2.7 แนะนำการชั่งน้ำหนักสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

ประเมินผลการพยาบาล

วันที่ 12 ธันวาคม 2566 ผู้ป่วยยังมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนัก 55 กิโลกรัม น้ำหนักตัวลดลง 0.7 กิโลกรัม ใน 3 สัปดาห์ (จากวันที่ 15 พฤศจิกายน 2566) ผู้ป่วยบอกวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน ได้ถูกต้อง ผู้ป่วยใช้กลวิธีปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้วยการรับประทานอาหารครั้งละน้อย ๆ เพิ่มมื้ออาหารเป็น 5-6 ครั้ง/วัน เลือกรับประทานอาหารประเภทไข่ เนื่องจากมีโปรตีนสูงย่อยง่าย ประกอบอาหารได้หลายเมนูดื่มผลิตภัณฑ์อาหารเสริมแบบชงดื่ม (นม ensure) เสริม วันละ 4 แก้ว และรับประทานยาต้านการคลื่นไส้อาเจียนตามที่แพทย์กำหนด ผู้ป่วยสามารถรับยาเคมีบำบัด ครั้งที่ 4 ได้ตามแผนการรักษาที่กำหนด โดยไม่มีการปรับลดขนาดยา
สรุป หลังให้การพยาบาลปัญหาดังกล่าวได้รับการแก้ไข แต่ยังคงต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากจำนวนเม็ดเลือดแดงต่ำ (Anemia)

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data:

ผู้ป่วยอ่อนเพลีย บ่นเวียนศีรษะ เหนื่อยง่าย เวลาทำกิจกรรมที่ต้องออกแรง

Objective data:

1. ผู้ป่วยมีประวัติรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตร Paclitaxel 4 รอบ
2. ตรวจร่างกายพบว่ามึนเยื่อตาซีดเล็กน้อย
3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่ 5 ม.ค. 61 พบ

Hb 11.3 g/dl, Hct 34.7% RBC 3.86 M/cumm

วันที่ 6 มี.ค. 61 พบ

Hb 11.8 g/dl, Hct 35.4% RBC 3.95 M/cumm

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยไม่มีภาวะ Cyanosis บริเวณริมฝีปาก เล็บ ปลายมือปลายเท้า
2. ผู้ป่วยไม่เกิดอาการอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม ใจสั่น
3. ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อยง่าย หอบเหนื่อย
4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ
 - Hemoglobin อยู่ในช่วง 12.3 - 15.3 g/dl
 - Hematocrit อยู่ในช่วง 35 - 47 g/dl
5. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
 - ชีพจรเต้นสม่ำเสมอ อยู่ในช่วง 60-100 ครั้งต่อนาที
 - อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 12-20 ครั้งต่อนาที
 - ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 90-140/60-90 mmHg
6. O₂ saturation \geq 95 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจร่างกายเพื่อประเมินภาวะซีดของผู้ป่วย ได้แก่ เยื่อตา ริมฝีปาก เล็บ เป็นต้น รวมทั้งสังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม ใจสั่น หอบเหนื่อย เป็นต้น
2. ตรวจวัดและประเมินสัญญาณชีพหากมีค่าผิดปกติร่วมหรือผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบหายใจเร็ว ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา
3. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเม็ดเลือดแดงต่ำ คือ ซีด เหนื่อยง่าย ความดันโลหิตต่ำ มีนเวียนศีรษะ และอ่อนเพลีย
4. ดูแลจัดวางอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยไว้ใกล้มือ รวมทั้งช่วยเหลือกิจกรรมต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วย เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกายโดยไม่จำเป็น

5. แนะนำให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอวันละ 6-8 ชั่วโมง จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการพักผ่อนเมื่อกลับบ้าน

6. แนะนำลดกิจกรรมที่ต้องใช้พลังงานมากเกินไป เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ และแนะนำการปรับเปลี่ยนท่าอย่างช้าๆ

7. แนะนำการรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง อาหารที่ให้พลังงานสูง และมีธาตุเหล็กสูง เช่น ตับ ไข่แดง ผักใบเขียว เป็นต้น เพื่อช่วยเสริมสร้างเม็ดเลือดแดง

8. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hb, Hct เป็นระยะ เพื่อประเมินภาวะซีด
การประเมินผล วันที่ 13 พฤศจิกายน 2566

1. ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุเนื่องจากภาวะเม็ดเลือดแดงต่ำ และสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้
2. ผู้ป่วยไม่มีอาการอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม ใจสั่น เหนื่อยง่าย หอบเหนื่อย
3. O₂ saturation 98 %
4. ภาวะซีดได้รับการแก้ไข ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ
วันที่ 2 เม.ย. 67 Hb 12.8 g/dl Hct 37.7% RBC 4.33 M/cumm
วันที่ 5 เม.ย. 67 Hb 14.2 g/dl Hct 41.2% RBC 4.71 M/cumm
วันที่ 11 เม.ย. 67 Hb 12.9 g/dl Hct 38.9% RBC 4.5 M/cumm

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ระยะที่ 3 ระยะRecurrent &Metastasis (15 มกราคม 2567 – 21 เมษายน 2567)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยไม่สุขสบาย (ทุกข์ทรมาน) เนื่องจากปวดเอวและเต้านมข้างซ้าย

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data:

1. ผู้ป่วยบ่น “ปวดบริเวณปวดเอวและเต้านมข้างซ้าย อาการปวดเกิดขึ้นเอง เป็นช่วงๆ บางครั้งมีอาการปวดเอวมากขึ้นขณะที่ยับตัว”

2. ผู้ป่วยบ่น “นอนไม่หลับ นอนไม่เพียงพอ ต้องตื่นกลางดึก เนื่องจากรู้สึกปวดเต้านมและเอว”

Objective data:

1. ผล CT. Lung วันที่ 2 เมษายน 2567
 - Seroma at left chest wall, 1×4.4 cm. in size, is detected.
 - Matted ring enhanced both lower paratracheal, both subclavian, and anterior mediastinal lymph nodes, size up to 1.2 cm., metastasis is suggested.
 - Enhanced bilateral axillary lymphadenopathy, size up to 1.9 cm, metastasis is suggested.
 - A left lower thyroidodule is noted.
 - No evidence of liver metastasis is seen.
 - Compressed fracture L5 with extradural soft tissue extension to the spinal canal, metastasis is suggested.
2. ผู้ป่วยมีแผลบริเวณเต้านมข้างซ้าย จากการลูกลามเฉพาะที่ของมะเร็ง
3. ผู้ป่วยมีสีหน้าไม่สุขสบาย
4. ประเมินความปวดด้วย Numerical Rating Scale ค่าคะแนนความปวด 5 คะแนน

เป้าหมายการพยาบาล

1. เพื่อบรรเทาอาการปวด
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้

เกณฑ์การประเมิน

1. คะแนนความปวดเท่ากับหรือน้อยกว่า 3 คะแนน
2. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดใสขึ้น สามารถนอนหลับพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ในการจัดการอาการปวดจากพยาธิของโรคเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน โดยการให้ความรู้ ให้ข้อมูลคำปรึกษา ผักกาดต่างๆ เพื่อให้ภรรยาสามารถจัดการอาการปวดได้อย่างเหมาะสม ลดการรับรู้อาการที่เกิดขึ้นทั้งในด้านความถี่และความรุนแรงของอาการปวด และผลกระทบของอาการปวดต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

1. ประเมินข้อมูลเกี่ยวกับอาการปวด เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวดอย่างครอบคลุม โดยใช้ PQRST ประกอบด้วย

- Provocative อาการปวดเกิดขึ้นจากสาเหตุใด มีปัจจัยใดที่ทำให้อาการปวดดีขึ้น และปัจจัยกระตุ้นให้แย่ลง

- Quality ลักษณะการปวดเป็นอย่างไร มากน้อยเพียงใด ทำให้ต้องหยุดกิจกรรมหรือไม่

- Region and Radiation อาการปวดเกิดที่บริเวณใด มีการกระจาย หรือปวดร้าวไปบริเวณอื่นหรือไม่

- Severity scale อาการปวดรุนแรงมากน้อยเพียงใด เกิดผลกระทบอย่างไร เลือกใช้การประเมินความปวด ด้วยการประเมินเป็นคะแนนความปวด (Numerical Rating Scale; NRS)

- Timing อาการปวดเกิดขึ้นเวลาใดบ้าง มีความถี่มากน้อยเพียงใด ระยะเวลาสั้นเพียงใด

2. อธิบายสาเหตุของอาการปวด แก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อลดความวิตกกังวล เพิ่มการรับรู้ที่ถูกต้องให้ผู้ป่วยสามารถคาดคะเนเหตุการณ์ได้ใกล้เคียงกับความเป็นจริง เพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหา และความรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นได้

3. อธิบายการรับประทานยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ MST (10) 1xprn oral ทุก 12 ชั่วโมง และ MO syrupe 1 tsp oral prn ทุก 4 ชั่วโมง และผลข้างเคียงของยาบรรเทาปวด คือ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก เป็นต้น

4. ให้คำแนะนำและฝึกทักษะ (Non-pharmacological treatment) ซึ่งเหมาะกับผู้ป่วยที่มีความปวดในระดับความรุนแรงน้อยถึงปานกลาง การบำบัดความปวดโดยไม่ใช้ยา คือ

4.1 การกระตุ้นที่ผิวหนัง ได้แก่ การประคบร้อนหรือเย็น การนวดฝ่าเท้าและการลูบสัมผัส (เบญจมาศ ปรีชาคุณ และคณะ, 2562) และการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า (อรอนงค์ ศรีเมือง, อภิญญา การมปราษฎ์, มณฑนพิชาญ์ ชินรัตน์, และ จาริณญ์ จินดาประเสริฐ, 2563) เป็นต้น

4.2 การปรับพฤติกรรมและการรับรู้ ได้แก่ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การสะกดจิต การใช้กลิ่นหอมบำบัด การใช้ดนตรีบำบัด และการทำสมาธิบำบัด SKT 8 (นิตยา ภูริพันธุ์, ดวงกมล ดีทองคำ และปณิตา คุณสาระ, 2563) เป็นต้น

5. แนะนำการควบคุมปัจจัยส่งเสริมทางสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความปวดมากขึ้น หรือทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย เช่น อุณหภูมิห้อง เสียงที่ดังเกินไป และแสงที่จ้าเกินไป เป็นต้น

6. อธิบายและแนะนำวิธีการบันทึกการประเมินความปวด ได้แก่ ระดับคะแนนความปวด ความถี่ ระยะเวลา และชนิดของการปวด และการใช้สมุดบันทึกความปวด เพื่อสะดวกต่อการจดบันทึกของผู้ป่วยและญาติ และเป็นประโยชน์แก่ทีมระงับปวดในการประเมินความปวดที่เกิดขึ้น

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยอาการปวดลดลง Pain score 3 คะแนน สามารถบริหารยาบรรเทาปวดได้เอง ไม่มีการขอรับยาเสริมเพิ่มเติม

2. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น นอนหลับพักผ่อน ช่วงกลางคืนได้ โดยไม่ตื่นขึ้นมาเนื่องจากอาการปวด ผู้ป่วยพึงพอใจการบรรเทาอาการปวด

3. ผู้ป่วยเลือกใช้วิธีการบำบัดความปวดโดยไม่ใช้ยา ด้วยการฟังเพลง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยพร้อมความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data:

1. ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่เคยได้รับยาเคมีบำบัดมาก่อน ไม่รู้ว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไร”
2. ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน หลังจากได้รับยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า

Objective data:

1. ข้อมูลทบทวนเวชระเบียนพบว่าผู้ป่วยรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดครั้งแรก
2. แพทย์วางแผนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด อาจเกิดขึ้นในระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ สามารถอธิบายถึงการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัดได้
2. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ สามารถอธิบายถึงการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างถูกต้อง
3. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวภายหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดได้ถูกต้อง
4. ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด และพบแพทย์ก่อนวันนัดเมื่อมีอาการผิดปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ในการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดเมื่อกรณีศึกษากลับบ้าน โดยการให้ความรู้ ให้ข้อมูล คำปรึกษา ฝึกทักษะต่าง ๆ เพื่อให้กรณีศึกษาสามารถจัดการอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดได้อย่างเหมาะสม ลดการรับรู้อาการที่เกิดขึ้น ทั้งในด้านความถี่และความรุนแรงของอาการและผลกระทบของอาการต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

1. ประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ ทั้งก่อนและหลังการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว อาการข้างเคียงและการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามพร้อมทั้งตอบข้อสงสัยต่างๆ ด้วยท่าที่เป็นมิตร ทบทวนประเด็นที่ผู้ป่วยและญาติยังไม่เข้าใจหรือตอบคำถามไม่ถูกต้อง รวมทั้งค้นหาศักยภาพแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่จะส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน

2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง และติดตามประเมินซ้ำเป็นระยะ ๆ ทางโทรศัพท์ เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องและผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและเหมาะสม รวมทั้งให้เบอร์โทรติดต่อพยาบาลเฉพาะทางเคมีบำบัด กรณีมีข้อสงสัย ต้องการข้อมูลหรือคำปรึกษาเพิ่มเติม เบอร์โทร 02-3539865 เวลา 08.00-16.00 น. ในวันราชการ

3. วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยตามแนวคิด D-METHOD เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเองและญาติมีความพร้อม ในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน

D: Disease อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมระยะท้าย พยาธิสภาพที่เกี่ยวข้องกับอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย คือ แผลที่หน้าอกด้านซ้าย เกิดจากการลุกลามเฉพาะที่ของมะเร็ง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดเต้านมด้านซ้าย และการแพร่กระจายของมะเร็งไปที่กระดูกสันหลังส่วนอกถึงส่วนเอว ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดเอว

M: Medication

1. ให้ความรู้เรื่องสูตรยาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่ ขนาดของยา ระยะเวลา และความถี่ของการให้ยาเคมีบำบัด

- ยาเคมีบำบัด Paclitaxel 280 mg. (175 mg/ml.) +0.9%NSS 200 ml vein in 90 minutes. ให้ทุก 3 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง

2. ให้ความรู้เรื่องอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่ ผลต่อไขกระดูกทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำจากเม็ดเลือดขาวต่ำ ภาวะโลหิตจางจากเม็ดเลือดแดงต่ำ ภาวะเลือดออกง่ายจากเกร็ดเลือดต่ำ ผลข้างเคียงต่อระบบหัวใจ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ภาวะผมร่วง อาการชาปลายมือ ปลายเท้า ซึ่งอาการข้างเคียงที่กล่าวมา อาจเกิดขึ้นหรือไม่เกิดกับผู้ป่วยได้ สามารถป้องกันหรือลดความรุนแรงของอาการข้างเคียงด้วยการดูแลตนเองอย่างถูกวิธี

3. แนะนำการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์

- MST (10) 1xprn oral ทุก 12 ชั่วโมง

- MO syrupe 1 tsp oral prn ทุก 4 ชั่วโมง

E: Environment

1. หลีกเลี่ยงอยู่ในที่ชุมชน ที่มีผู้คนจำนวนมากแออัด เนื่องจากอาจมีผู้ไม่สบายปะปนอยู่ ทำให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรคได้ หลีกเลี่ยงการใกล้ชิดผู้ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ หลีกเลี่ยงการเล่นกับสัตว์เลี้ยง

2. แนะนำให้สวมหน้ากากอนามัย ขณะทำงานหรือออกนอกบ้าน โดยเฉพาะช่วง 10-14 วันแรก หลังให้ยาเคมีบำบัด เนื่องจากยาเคมีบำบัดกดการทำงานของไขกระดูก ส่งผลให้ภูมิคุ้มกันต่ำลง มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย

3. แนะนำการทำความสะอาดบ้าน ห้องนอน อย่างสม่ำเสมอ หมั่นเปิดฝ้าม่านให้แสงแดดส่องอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง

4. การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้มีความปลอดภัย เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุและอาจมีอาการแสดงของอาการทางระบบประสาทส่วนปลายจากยาเคมีบำบัด ทำให้มีความเสี่ยง ต่อการเกิดอุบัติเหตุ

- การใช้สื่อกันหรือสัญลักษณ์ช่วยเตือนให้เด่นชัด เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมไปจากเดิม

- การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยอยู่เสมอ โดยการจัดวางสิ่งของ ให้เป็นระเบียบ ไม่ให้มีสิ่งกีดขวางทางเดิน

- ความปลอดภัยในการใช้ห้องน้ำ ใช้สื่อกันลื่นในห้องน้ำ หรือมีราวเกาะในห้องน้ำ เพื่อพยุงตัวและการทรงตัว

5. ประสานงานกับเจ้าหน้าที่เพื่อลงทะเบียนขออนุมัติการใช้ยานอกบัญชี ยาหลักแห่งชาติที่มีค่าใช้จ่ายสูง ผ่านระบบ OCPA (ยามุ่งเป้า) ให้ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยใช้สิทธิข้าราชการ ครอบคลุมการรักษาด้วยยามุ่งเป้า Pertuzumab+Trastuzumab

T: Treatment

1. อธิบายแนวทางการรักษาของแพทย์ให้ผู้ป่วยทราบ ซึ่งแพทย์วางแผน ให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดร่วมกับยามุ่งเป้า เป้าหมายการรักษา คือ การรักษาแบบประคับประคอง บรรเทาอาการ ช่วยควบคุมการลุกลามของโรค ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. แนะนำการดูแลสุขภาพ ภายหลังจากการให้ยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า คือ

- การดูแลสุขภาพอนามัย การรักษาความสะอาดของร่างกาย

- การพักผ่อนให้เพียงพอ อย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง

- ดื่มน้ำสะอาด อย่างน้อยวันละ 2 ลิตร (ประมาณ 8-10 แก้วต่อวัน)

- การรับประทานอาหารที่ให้พลังงานเพียงพอและครบทั้ง 5 หมู่ โดยเน้นอาหารที่มีพลังงานและโปรตีนสูง เช่น เนื้อปลา ไข่ ตับ นม ถั่วต่างๆ ผักใบเขียว เป็นต้น รับประทานอาหารปรุงสุกสะอาด

3. การบรรเทาอาการปวด ที่เกิดจากการลุกลามเฉพาะที่ของมะเร็งบริเวณ เต้านมข้างซ้าย และการแพร่กระจายของมะเร็งไปที่กระดูกสันหลังส่วนอกถึงส่วนเอว ทักษะการดูแลตัวเอง ได้แก่

3.1 การบรรเทาอาการปวดแบบใช้ยา ได้แก่

- การรับประทานยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ MST (10) 1tab prn oral ทุก 12 ชั่วโมง MO syrupe 1 tsp oral prn ทุก 4 ชั่วโมง

- การประเมินอาการปวด เป็นคะแนนความปวด (Numerical Rating Scale: NRS) ใช้ตัวเลขเพื่อบอกระดับความรุนแรงของอาการปวด โดยมีความหมายดังนี้ คะแนน 0 = ไม่ปวดเลย, คะแนน 1-3 = ปวดน้อย, คะแนน 4-6 = ปวดปานกลาง, คะแนน 7-9 = ปวดมาก คะแนน 10 = ปวดมากที่สุด รวมทั้งลักษณะการปวด ตำแหน่งบริเวณที่มีอาการปวด ความถี่ ระยะเวลาของอาการปวด ลงในสมุดบันทึกความปวด เพื่อใช้ในการปรับยาบรรเทาปวดของคลินิกะงับปวด

3.2 การบำบัดความปวดโดยไม่ใช้ยา ซึ่งเหมาะกับผู้ป่วยที่มีความปวดในระดับความรุนแรงน้อยถึงปานกลาง คือ

- การกระตุ้นที่ผิวหนัง ได้แก่ การประคบร้อนหรือเย็น การนวดฝ่าเท้าและการลูบสัมผัส และการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า เป็นต้น

- การปรับพฤติกรรมและการรับรู้ ได้แก่ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การใช้กลิ่นหอมบำบัด การทำสมาธิ การสะกดจิต และการใช้ดนตรีบำบัด เป็นต้น

- การควบคุมปัจจัยส่งเสริมทางสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิด ความปวดมากขึ้น หรือทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย เช่น อุณหภูมิห้อง เสียงที่ดังเกินไป และแสงที่จ้าเกินไป เป็นต้น

H: Health

1. การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดร่วมกับ ที่ผู้ป่วยได้รับ

1.1 ผลต่อไขกระดูก ทำให้ภูมิคุ้มกันต้านทานต่ำจากเม็ดเลือดขาวต่ำ ภาวะซีด โลหิตจางจากเม็ดเลือดแดงต่ำ ภาวะเลือดออกง่ายจากเกร็ดเลือดต่ำ ทักษะการดูแลตัวเอง ได้แก่

- การล้างมือก่อนและหลัง เข้าห้องน้ำ รับประทานอาหาร และเตรียมอาหาร และหลังสัมผัสกับสิ่งสกปรกหรือสัตว์ เพื่อป้องกันการนำเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายและดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล

- ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 2 ลิตร (ประมาณ 8-10 แก้วต่อวัน) เพื่อให้ร่างกายขับของเสียออก

- การพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง เพื่อให้ร่างกายซ่อมแซมเซลล์ที่เสียหายกลับมาภูมิคุ้มกันต้านทานโรคที่ดี

- ระวังการทำการกิจกรรมที่อาจทำให้เกิดการบาดเจ็บ หรือติดเชื้อ ได้ง่าย สังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น ไข้ ท้องเสีย เจ็บคอ ไอมีเสมหะ

- การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ที่ไม่ได้ผ่านการปรุงให้สุกด้วยความร้อนสูง รวมไปถึงอาหารที่แปรรูปเป็นอาหารแห้ง เช่น ปลาหมึกตากแห้ง กุ้งแห้ง เป็นต้น เนื่องจากอาหารเหล่านี้มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ aspergillus รวมถึงแยกเชื้อและภาชนะสำหรับ ใส่เนื้อดิบและเนื้อสุกออกจากกัน และแยกเนื้อที่ยังไม่ได้ปรุงออกจากอาหารที่ปรุงสุกแล้ว เพื่อป้องกัน เชื้อโรคหรือพยาธิที่ปนเปื้อนเข้าสู่ร่างกาย

- งดดื่มนมที่ไม่ผ่านการทำลายเชื้อแบคทีเรีย หรือพาสเจอร์ไรซ์ (pasteurize) เพื่อป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส ในช่วง 10-14 วัน หลังได้รับยาเคมีบำบัด

- การหลีกเลี่ยงการรับประทานผักสด ผลไม้เปลือกบาง เช่น องุ่น ชมพู หากรับประทานผักสด ต้องแช่น้ำหรือล้างผ่านน้ำอย่างน้อย 2-3 ครั้ง เพราะในผักและผลไม้สด อาจมีการสะสมของเชื้อโรค ทำให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อได้

- ปรับอุณหภูมิตู้เย็นให้เหมาะสม อุณหภูมิช่องแช่เย็น ≤ 4 องศาเซลเซียส เพื่อลดโอกาสการเจริญเติบโตของแบคทีเรียในอาหารที่แช่ตู้เย็น

- การหลีกเลี่ยงอยู่ในที่ชุมชน ที่มีผู้คนจำนวนมากแออัด สวมหน้ากากอนามัยเมื่อต้องไปที่ชุมชนแออัด หลีกเลี่ยงการใกล้ชิดผู้ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ วัณโรค สุกใส และหลีกเลี่ยงการเล่นกับสัตว์เลี้ยง

- การรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กมาก เช่น ตับ ผักใบเขียว เป็นต้น เนื่องจากมีโอกาสเกิดภาวะซีด เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย จากเม็ดเลือดแดงมีจำนวนลดลง

- การหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้ร่างกายกระทบกระแทก หรือหกล้ม เนื่องจากยาเคมีบำบัดมีผลต่อไขกระดูก ทำให้เกล็ดเลือดมีปริมาณต่ำลง มีโอกาสเกิดจุดเลือดออก หรือจ้ำเลือดขึ้นตามร่างกาย

- การแปรงฟันด้วยแปรงขนอ่อนนุ่ม ไม่ใช้เส้นด้ายทำความสะอาด ซอกฟัน เพราะอาจบาดเหงือกได้ ใช้ลิปสติกมัน สีส้ม ทาริมฝีปาก ให้ชุ่มชื้นอยู่เสมอ

- การระมัดระวังเวลาจับของมีคม ควรสวมถุงมือ เวลาทำงานในสวน สนามหญ้า และล้างจาน

1.2 ผลข้างเคียงต่อระบบหัวใจ ทักษะการดูแลตัวเอง ได้แก่

- การสังเกตอาการแสดงทางคลินิกที่สัมพันธ์กับการทำงานของหัวใจ ที่ลดลง เช่น หายใจลำบาก เหนื่อยง่าย ปลายมือ ปลายเท้าบวม ไอบ่อย เป็นต้น (วาณี พงษ์ทอง และ มณีรัตน์ เอี่ยมอนันต์, 2563) เมื่อพบอาการเหล่านี้ ต้องรีบแจ้งแพทย์และพยาบาลทราบทันที เพื่อให้การวินิจฉัยและรักษาอย่างเหมาะสม

- แนะนำการจำกัดอาหารที่มีโซเดียมหรือเกลือ เนื่องจากอาหารที่มีโซเดียมสูง ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นและกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายหนาตัว ส่งผลต่อการบีบตัวของหัวใจที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Kong et al., 2016)

- การเข้ารับการประเมินการทำงานของหัวใจเป็นระยะ ๆ เช่น การตรวจ Echocardiography หรือการตรวจ MUGA scan ตั้งแต่เริ่มรักษา ระหว่างการรักษาทุก ๆ 3-6 เดือน ตลอดจนหลังจบการรักษาในปีแรก ๆ เป็นสิ่งจำเป็น เพื่อเฝ้าระวังความผิดปกติของหัวใจ ที่อาจเกิดขึ้น

1.3 อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ทักษะการดูแลตัวเอง ได้แก่

- การปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร แบ่งมื้ออาหารเป็นมื้อละน้อยแต่บ่อยครั้ง เน้นอาหารที่มีพลังงานและโปรตีนสูง รับประทานอาหารเช้า ๆ บริโภคอาหารก่อนรู้สึกหิว หลีกเลี่ยงการนอนราบหลังรับประทานอาหาร ควรนั่งศีรษะสูง 30-60 นาที หลังรับประทานอาหาร

- ปรับรูปแบบการบริโภคอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารหวาน ของทอด อาหารที่มีไขมันมาก รวมถึงอาหารที่มีกลิ่นฉุน รับประทานอาหารที่เย็นหรือที่อุณหภูมิห้อง หรือไม่ร้อนจัด สามารถช่วยทำให้คลื่นอาการที่รุนแรงลดลง แนะนำให้ดื่มเครื่องดื่มที่ช่วยลดอาการคลื่นไส้อาเจียน เช่น ผลิตภัณฑ์จากชিংชา มะนาว และใบสะระแหน่ เครื่องดื่มที่มีคาร์บอนเนต (โซดา) เป็นต้น รับประทานอาหารเย็น ๆ รสเปรี้ยว เช่น ไอศกรีมรสมะนาว รสส้ม เป็นต้น

- การดูแลสุขอนามัยในช่องปากให้สะอาดอยู่เสมอ บ้วนปากบ่อย ๆ เพื่อกำจัดรสชาติที่ไม่ดีในปาก และดื่มน้ำให้เพียงพออย่างน้อย 2 ลิตรต่อวัน

- หากการรับรสผิดปกติ รู้สึกขมปากอยู่ตลอดเวลา ควรหาลูกอม ที่ทำให้รู้สึกสดชื่น เช่น ลูกอมรสเป็ปเปอร์มินท์ หรือลูกอมรสมะนาว เป็นต้น

- หากมีอาการอาเจียน ภายหลังจากอาเจียนควรหลีกเลี่ยงอาหารแข็ง เป็นเวลา 30-60 นาที เริ่มรับประทานอาหารและดื่มตามลำดับ ได้แก่ ของเหลวใส (น้ำ น้ำแข็ง น้ำผลไม้ น้ำซूप และไอศกรีม) อาหารประเภทแครกเกอร์ขนมปังปิ้งแห้ง อาหารประเภทโปรตีน (ไก่ ปลา และไข่) และผลิตภัณฑ์จากนม (โยเกิร์ต นม และชีส)

- การรับประทานยาต้านการคลื่นไส้อาเจียน ตามแผนการรักษาของแพทย์

1.4 อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ทักษะการดูแลตัวเอง ได้แก่

- การสงวนพลังงาน โดยการจำกัดลำดับการทำการกิจกรรม จัดกิจกรรมที่ต้องใช้พลังงานมากไว้ในช่วงที่ผู้ป่วยยังมีแรง จัดให้มีช่วงพักระหว่างกิจกรรมเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเหนื่อยจนเกินไป

- การจัดอุปกรณ์ช่วยเหลือไว้ให้ผู้ป่วย เช่น wheel chairs, walkers เป็นต้น จำกัดกิจกรรมที่ไม่จำเป็น และดูแลให้ผู้ป่วยทำการกิจกรรมทีละกิจกรรม ไม่ควรทำหลายอย่างพร้อมกัน

- การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมทางกาย เช่น การเดิน (พลอยดวงพร วงศ์ชนะภัย, 2557) หรือกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยชอบ จะช่วยลดความเหนื่อยล้าได้ แนะนำ การเดิน ออกกำลังกาย ครั้งละ 15 นาทีต่อวัน ความถี่ 3-5 วันต่อสัปดาห์

- การจัดการด้านการนอนหลับ แนะนำในการปรับพฤติกรรมนอน (ศุภกร หวานกระโทก และคณะ, 2557; อภิญญา คารมปราษฎ์ และคณะ, 2560) เพิ่มระยะเวลาการนอนหลับในตอนกลางคืน ควรได้รับการนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย 8 ชั่วโมง การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการนอนหลับ หลีกเลี่ยงการงีบหลับในช่วงกลางวัน หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีกาเฟอีนหลังจากช่วงบ่ายของวัน เช่น ชา หรือกาแฟ

- การรับประทานอาหารให้ได้สารอาหารและสารน้ำอย่างเพียงพอ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะโภชนาการที่สมบูรณ์

- การใช้เทคนิคผ่อนคลาย เช่น การนวด การเล่นโยคะ ดนตรีบำบัด การสวดมนต์ การทำสมาธิ เป็นต้น

1.5 ภาวะผมรั้ง ทักษะการดูแลตัวเอง ได้แก่

- การเตรียมตัวก่อนที่จะเกิดภาวะผมรั้ง คือ การตัดผมให้สั้น การเตรียมวิกผม หรือผ้าโพกผม การเลือกใช้แชมพูสูตรอ่อนโยน เช็ดเส้นผมด้วยผ้าขนหนูที่สะอาด อ่อนนุ่มอย่างเบามือ ใช้แปรงนุ่มและอ่อน แปรงผมเบา ๆ เพื่อป้องกันการดึงรั้งของหนังศีรษะ หลีกเลี่ยงการใช้สารเคมีในการตัดหรือย้อมผม การเป่าผม และการใช้สเปรย์

- การปฏิบัติตัวหลังจากมีภาวะผมรั้ง คือ การลดการระคายเคือง ต่อหนังศีรษะ โดยการสวมหมวกผ้าไหม ๆ หรือใช้ผ้าพันศีรษะเมื่อต้องออกนอกบ้าน หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ร้อนจัดหรือเย็นจัด นอนหนุนหมอนที่ปกคลุมหมอนิ่มและไม่ระคายเคืองหนังศีรษะ

1.6 อาการขาปลายมือ ปลายเท้า ทักษะการดูแลตัวเอง ได้แก่

- การใช้สื่อหรือสัญลักษณ์ช่วยเตือนให้เด่นชัด เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมไปจากเดิม การจัดสิ่งแวดลอมให้ปลอดภัยอยู่เสมอ โดยการจัดวางสิ่งของให้เป็นระเบียบไม่ให้มีสิ่งกีดขวางทางเดิน

- การจัดการความปลอดภัยในการใช้ห้องน้ำ ใช้สื่อกลิ่นในห้องน้ำ หรือมีราวเกาะในห้องน้ำเพื่อพยุงตัวและการทรงตัว

- การระมัดระวังเมื่อมีการใช้ของมีคม ควรใส่ถุงมือ เมื่อมีกิจกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ เช่น การใช้มีดสับหรือหั่นอาหาร เป็นต้น

- การสังเกตและดูแลเท้า แนะนำให้ทำความสะอาดเท้าไปพร้อมกับ การสังเกตลักษณะของเท้า บาดแผลหรือแม้กระทั่งเล็บเท้า เพื่อลดการเกิดบาดแผลที่เท้า และให้เลือกรองเท้าที่เหมาะสมกับเท้า ไม่แน่นหรือหลวมเกินไป

- การหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะทำให้การไหลเวียนเลือดลดลง หรืออันตรายจากการรับรู้ อุณหภูมิที่ระบบประสาทส่วนปลายเกิดความเสียหาย เช่น หลีกเลี่ยงการแช่น้ำที่อุณหภูมิร้อนที่บริเวณเท้าและมือ เนื่องจากการรับรู้บริเวณปลายประสาทสูญเสียจะทำให้มีโอกาสเกิดแผลพุพองจากการถูกน้ำร้อนลวก ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงจากบริเวณที่ร้อนหรือเย็นจัด

- กิจกรรมการฟื้นฟูการรับรู้ความรู้สึก ฟื้นฟูความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความคล่องแคล่วมือ ได้แก่ การบีบลูกบอล การใช้ไม้หนีบผ้าหนีบขอบกล่อง การฝึกใช้นิ้วหยิบลูกปัดหยอดลงในปากขวด การเก็บเหรียญหยอดลงในกระปุก เป็นต้น

2. การดูแลแผลที่เต้านมข้างซ้าย สอน สาธิตการทำความสะอาดแผลแก่ญาติ และให้ญาติสาธิตย้อนกลับ ประสานโรงพยาบาลใกล้บ้านในการดูแลแผลต่อเนื่องและให้การสนับสนุนอุปกรณ์ในการทำแผล

3. การพักผ่อนและการออกกำลังกาย แนะนำให้ผู้ป่วยทำจิตใจให้สบาย ผ่อนคลาย นอนหลับพักผ่อนให้เต็มที่อย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง แนะนำการเดินออกกำลังกาย ด้วยการเดินออกกำลังกาย สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง ครั้งละ 15 นาที เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ส่งเสริมความสามารถในการทรงตัว ซึ่งสามารถลดอาการเหนื่อยล้าลงได้ เป็นกิจกรรมออกกำลังกาย ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุและมีภาวะน้ำหนักเกิน

O: Out Patient Referral

1. การมาพบแพทย์ตามนัด ทุก 3 สัปดาห์
2. อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด (กรณีฉุกเฉินควรเข้ารับการรักษาเบื้องต้นที่โรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด) ได้แก่

- ใช้มากกว่า 38 องศาเซลเซียส ต่อเนื่องกัน 2 ครั้ง ห่างกันมากกว่า 1 ชั่วโมง โดยเฉพาะหากมีไข้หลังจากที่ได้รับยาเคมีบำบัด 10-14 วัน เนื่องจากเป็นช่วงที่ไขกระดูก ถูกกดจากยาเคมีบำบัด

- หนาวสั่น เจ็บคอ ไอมีเสมหะ 136

- หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติ เหนื่อย ไอบ่อย ปลายมือปลายเท้าบวม

- ปัสสาวะน้อยลงหรือปัสสาวะไม่ออก ปัสสาวะแสบขัด มีสีขุ่น หรือเลือดปน หรือมีไข้ร่วม

ด้วย

- แขน ขา อ่อนแรง ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ-อุจจาระ ไม่ได้

- ปวดที่หนึ่งที่ใดรุนแรง

- น้ำหนักลดหรือเพิ่มอย่างเห็นได้ชัด

- ลมพิษหรือมีผื่นคัน

- บริเวณตำแหน่งที่ให้ยาเคมีบำบัดมีอาการปวดแสบ ปวดร้อน บวม แดง ร้อน หรือตำล้า

- มีอาการคลื่นไส้อาเจียน มากกว่า 6 ครั้ง ใน 24 ชั่วโมง อาเจียนเป็นเลือด หรือมีน้ำดีปนออกมา อาเจียนจนไม่สามารถรับประทานอาหารได้นานมากกว่า 1 วัน หรือจนไม่สามารถรับประทานอาหาร น้ำหรือรับประทานยาแก้อาเจียนรักษาอาการดังกล่าวแล้วไม่ได้ผล

- ท้องเสีย มากกว่า 4 ครั้ง ใน 24 ชั่วโมง มีไข้อ่อนเพลียร่วมด้วย มีเลือดปนออกมากับ

อุจจาระ

- ท้องผูกมาก ไม่ถ่ายอุจจาระมากกว่า 3 วัน

- มีคราบสีขาวที่ลิ้น กระพุ้งแก้ม หรือเพดานปาก หรือมีแผลใน ช่องปาก มีอาการปวดแสบ ปวดร้อน ลิ้นแตกมีฝ้าขาว บวม แดง ขาที่ริมฝีปาก รับประทานอาหารและน้ำไม่ได้เลย หรือได้น้อย

- จุดจ้ำเลือด เลือดไหลไม่หยุด ถ่ายดำ ประจำเดือนออกมากผิดปกติ

- การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว หรือพฤติกรรม เช่น ง่วงซึม งุนงง สับสน

กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ

D: Diet

แนะนำอาหารที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมควรรับประทาน คือ ผักผลไม้ และธัญพืช ไม่น้อยกว่า 35 ถ้วยตวงต่อสัปดาห์ (เฉลี่ยวันละ 5 ถ้วยตวง) ลดปริมาณไขมันให้น้อยกว่าร้อยละ 30 ของพลังงานที่ควรได้รับต่อวัน เนื้อสัตว์ไขมันต่ำ เช่น เนื้อหมูสันใน เนื้อปลา มาตรฐานต่อวัน (10 กรัมต่อวัน) (Runowicz et al., 2016) ในช่วงหลังให้ยาเคมีบำบัด 14 วัน แนะนำอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ อาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ผลิตภัณฑ์จากนม เช่น นมพลาสเจอร์ไรซ์ โยเกิร์ต ชีส เนื่องจากมีจุลินทรีย์ที่มีชีวิตอยู่ อาจทำให้ติดเชื้อได้ ผักสด อาจทำความสะอาดได้ไม่เพียงพอ แนะนำให้รับประทานผักต้มสุก ซึ่งปลอดภัยกว่าผลไม้เปลือกบาง หรือผลไม้ที่ทานทั้งเปลือก อาจมีเชื้อราที่มองไม่เห็น ควรล้างให้สะอาดด้วยน้ำสะอาด หลาย ๆ ครั้งและปอกเปลือกทิ้ง (ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็ง อุบลราชธานี กรมการแพทย์, 2563)

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถบอกวิธีการในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด อาการผิดปกติต่างๆ ที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด
2. ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดหมายทุกครั้ง มีอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด คือ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เหนื่อยล้า ซาปลายมือ ปลายเท้า ผอมร่าง อาการที่เกิดขึ้นไม่รุนแรง สามารถเข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้าได้ตามแผนการรักษา
3. ผู้ป่วยจัดการอาการปวดแบบไม่ใช้ยาด้วย กิจกรรมเบี่ยงเบน ผ่อนคลายความปวดด้วยการฟังเพลง

สรุป ปัญหาได้รับการแก้ไขให้หมดไป

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 5

สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 35 ปี สภาพภาพสมรส เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย จบการศึกษาชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง อาชีพพนักงานบัญชี มีบุตรสาว 1 คน อาศัยอยู่กับสามีและบุตรสาว ให้ประวัติว่า 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล คลำพบก้อนที่เต้านมข้างซ้าย กดเจ็บบางครั้ง ไม่มีเลือดน้ำเหลืองไหลออกจากหัวนม มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเลิดสิน ได้รับการผ่าตัด Lumpectomy เมื่อวันที่ 21 พฤษภาคม 2566 และผ่าตัดทำ Left mastectomy เมื่อวันที่ 1 กันยายน 2566 มกราคม

เริ่มศึกษาผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ 12 กันยายน 2566 จนถึงวันที่ 21 เมษายน 2567 สภาพผู้ป่วยแรกรับที่ห้องตรวจศัลยกรรม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง มีประวัติเป็น CA Left Breast มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเลิดสิน ทำผ่าตัด Total Mastectomy left Breast เมื่อวันที่ 1 กันยายน 2566 หลังผ่าตัดแพทย์นัดมารับการรักษาต่อเนื่อง สัญญาณชีพแรกรับที่ห้องตรวจศัลยกรรม อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/84 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 57 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร ได้รับการนัดทำ CT Chest และ Abdomen วันที่ 15 กันยายน 2566 นัดทำ Bone scan วันที่ 14 กันยายน 2566, Lab for BUN, Cr, CBC, LFT วันที่ และส่งปรึกษา ONCOMED นัด F/U วันที่ 19 กันยายน 2566

วันที่ 19 กันยายน 2566 ห้องตรวจอายุรกรรม อาการทั่วไปปกติ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีพูดคุยรู้เรื่อง วัดสัญญาณชีพ เวลา 8.00 น. อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 85 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 132/88 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจน 98% ผล CT chest & Abdomen วันที่ 15 กันยายน 2566 พบมี cyst ที่ตับทั้ง 2 ข้าง ผล Bone scan วันที่ 14 กันยายน 2566 พบมีรอยโรคที่กระดูกต้นขาขวาอาจเกิดจากได้รับอุบัติเหตุ การอักเสบ การผ่าตัด การเสื่อมหรือการแพร่กระจาย แพทย์คุยกับผู้ป่วย พิจารณาให้ adjuvant taxanes ทุก 3 อาทิตย์ ผู้ป่วยขอตัดสินใจก่อน นัด F/U OPD ONCO 29 กันยายน 2566

วันที่ 29 กันยายน 2566 ห้องตรวจอายุรกรรม มาตรวจตามนัด วัดสัญญาณชีพ เวลา 8.10น. อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 84ครั้ง/นาที หายใจ 20ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 116/86 มิลลิเมตรปรอทผู้ป่วยขอรับยา Paclitaxel ทุก 3 อาทิตย์ เริ่มให้วันอังคารที่ 3 ตุลาคม 2566 นัด F/U OPD ONCO 17 ตุลาคม 2566 พร้อม CBC

วันที่ 3 ตุลาคม 2566 เริ่มให้ Paclitaxel cycle 1 [Paclitaxel (175g/m²) 280 mg + 0.9% NSS 500 ml. iv drip in 3 hours] ก่อนเริ่มทำการรักษาด้วยยา Paclitaxel ผู้ป่วยต้องรับประทานยา Dexamethasone ครั้งละ 1 เม็ด 2 ครั้ง คือ 12 ชั่วโมง และ 6 ชั่วโมง เพื่อช่วยป้องกันและลดอาการแพ้ยา ขณะให้ยาผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อาการทั่วไปปกติอุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 136/82 มิลลิเมตรปรอท ไม่พบอาการแพ้ยา ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน หลังให้ยาครบ นัด F/U OPD ONCO 2 สัปดาห์ 17 ตุลาคม 2566 พร้อม CBC, BUN, Cr, Electrolyte, LFT

วันที่ 17 ตุลาคม 2566 ห้องตรวจอายุรกรรม มาตรวจตามนัด วัดสัญญาณชีพ เวลา 8.50 น. อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 131/86 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 56.1 กิโลกรัม ผู้ป่วยสบายดี รับประทานอาหารได้ ไม่มีไข้ นัด F/U OPD ONCO 24 ตุลาคม 2566 พร้อม CBC, Cr, AST, ALT

วันที่ 24 ตุลาคม 2566 ห้องตรวจอายุรกรรม มาตรวจตามนัด วัดสัญญาณชีพ เวลา 8.45 น. อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 93 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 123/90 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 56 กิโลกรัม ผู้ป่วยมีอาการปวดบริเวณแผลที่เต้านมมาก รับประทานยาแก้ปวด รับประทานอาหารเช้าพร้อม เทรียมให้ยาเคมีบำบัด cycle ที่ 2 พุ่งนี้ ผลLab ปกติ นัด F/U OPD ONCO 14 พฤศจิกายน 2566 พร้อม CBC, BUN, Cr

วันที่ 25 ตุลาคม 2566 เริ่มให้ Paclitaxel cycle 2 [Paclitaxel ($175\text{g}/\text{m}^2$) 280 mg + 0.9% NSS 500 ml. iv drip in 3 hours] ขณะให้ยาผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อาการทั่วไปปกติ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 126/88 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยรู้สึกคลื่นไส้แต่ไม่อาเจียน ไม่มีอาการแพ้ยา หลังให้ยาครบ นัด F/U OPD ONCO 3 สัปดาห์ 14 พฤศจิกายน 2566 พร้อม CBC, BUN, Cr

วันที่ 14 พฤศจิกายน 2566 ห้องตรวจอายุรกรรม มาตรวจตามนัด วัดสัญญาณชีพ เวลา 8.43น. อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 121/84 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 55.7 กิโลกรัม ผู้ป่วยปวดแผลมาก รับประทานยาแก้ปวดเพิ่ม รับประทานอาหารได้น้อยลง มีคลื่นไส้อาเจียน ผมเริ่มร่วง มีขามือเล็กน้อย ไม่มีไข้ ผลLab ปกติ นัดมาให้ยาเคมีบำบัด cycle ที่ 3 พุ่งนี้ F/U OPD ONCO 8 ธันวาคม 2566 พร้อม CBC, Bun, Cr, LFT, CxR PA upright

วันที่ 15 พฤศจิกายน 2566 เริ่มให้ Paclitaxel cycle 3 [Paclitaxel ($175\text{g}/\text{m}^2$) 280 mg + 0.9% NSS 500 ml. iv drip in 3 hours] ขณะให้ยาผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อาการทั่วไปปกติ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 136/82 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยมีคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย เวียนศีรษะเล็กน้อย หลังให้ยาครบ นัด F/U OPD ONCO 3 สัปดาห์ 8 ธันวาคม 2566 พร้อม CBC, BUN, Cr, LFT

วันที่ 8 ธันวาคม 2566 ห้องตรวจอายุรกรรม ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด วัดสัญญาณชีพ เวลา 7.48 น. อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 132/83 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 55 กิโลกรัม ผู้ป่วยมีอาการปวดมากขึ้น รับประทานยาแก้ปวด ตลอด รับประทานอาหารเช้าได้น้อยลง มีคลื่นไส้อาเจียน ผมร่วง ขามือเล็กน้อย ไม่มีไข้ ผลLab ปกติ นัดมาให้ยาเคมีบำบัด cycle ที่ 4 วันที่ 12 ธันวาคม 2566 F/U OPD ONCO 5 มกราคม 2567 พร้อม CBC, Bun, Cr, LFT แพทย์ plan นัด Radiation Therapy

วันที่ 12 ธันวาคม 2566 เริ่มให้ Paclitaxel cycle 4 [Paclitaxel ($175\text{g}/\text{m}^2$) 280 mg + 0.9% NSS 500 ml. iv drip in 4 hours] ขณะให้ยาผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อาการทั่วไปปกติ อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 138/81 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยมีคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ ขามือเล็กน้อย หลังให้ยา นัด F/U OPD ONCO 3 สัปดาห์ 5 มกราคม 2567 พร้อม CBC, BUN, Cr, LFT

วันที่ 5 มกราคม 2567 ห้องตรวจอายุรกรรม ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด วัดสัญญาณชีพ เวลา 11.50 น. อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 87 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/85 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 55.1 กิโลกรัม ผู้ป่วยรู้สึกอ่อนเพลีย บ่นเวียนศีรษะ เหนื่อยง่าย รับประทานอาหารได้น้อยลง ซามือเล็กน้อย ผม่วิ่ง ไม่มีไข้ ผล Lab ปกติ นัด CT chest ส่ง consult OPD ศัลยกรรม F/U OPD ONCO 19 มกราคม 2567 ฟังผล CT

วันที่ 8 มกราคม 2567 ห้องตรวจศัลยกรรม ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด อ่อนเพลียเล็กน้อย บ่นเวียนศีรษะ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 132/87 มิลลิเมตรปรอท ส่งทำ Core Needle Biopsy Left chest wall ที่ห้องผ่าตัดเล็ก เวลา 14.10 น. และส่ง Tissue from left chest wall ตรวจ หลังทำผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ปวดแผลมาก ได้รับยาแก้ปวด แผลไม่มีเลือดซึม วัดสัญญาณชีพ ชีพจร 81 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 141/69 มิลลิเมตรปรอท นัด F/U OPD ศัลยกรรม วันที่ 15 มกราคม 2567

วันที่ 15 มกราคม 2567 ห้องตรวจศัลยกรรม มาตรวจตามนัด ยังอ่อนเพลียและเวียนศีรษะ วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 87 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 137/80 มิลลิเมตรปรอท ฟังผล Patho พบ Recurrent Invasive ductal carcinoma

วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2567 ห้องตรวจอายุรกรรม มาตรวจตามนัด เวลา 8.00 น. วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 97 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 138/88 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 55 กิโลกรัม อ่อนเพลียเล็กน้อย ปวดแผลมากต้องรับประทานยาแก้ปวด รับประทานอาหารได้พอควร อาการคลื่นไส้อาเจียนลดลง ซามือเล็กน้อย นัด F/U OPD ONCO 19 มกราคม 2567 ฟังผล CT พบมีการแพร่กระจายของต่อมน้ำเหลืองไปบริเวณช่องกลางระหว่างอก และแพร่กระจายไปบริเวณตับ ส่งปรึกษา Radiation Therapy วันนี้ นัด F/U OPD ONCO 13 กุมภาพันธ์ 2567 พร้อม CBC, Bun, Cr, LFT, Ca⁺

วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2567 มาตรวจตามนัด วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 97 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/61 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 55.1 กิโลกรัม ผู้ป่วยอ่อนเพลียเล็กน้อย รับประทานอาหารได้พอควร ซามือเล็กน้อย นัด Radiation Therapy วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2561 นัด F/U OPD ONCO 6 มีนาคม 2567

วันที่ 6 มีนาคม 2567 ห้องตรวจอายุรกรรม ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด วัดสัญญาณชีพ เวลา 12.35 น. อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 104 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 119/82 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 59 กิโลกรัม เริ่มทำ Radiation Therapy ไปได้ 2 ครั้ง ผู้ป่วยยังคงมีอาการปวดมากอยู่ต้องรับประทานยาแก้ปวดตลอด อาการทั่วไปปกติ มีปวดเมื่อยบางครั้ง นัด F/U OPD ONCO วันที่ 3 เมษายน 2567 พร้อม CBC, Bun, Cr, LFT

วันที่ 9 มีนาคม 2567 ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ เวลา 11.12 น. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 108/70 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยปวดหลังร้าวลงสะโพกมาประมาณ 1 เดือน แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Low Back Pain ได้รับยา Melcam, Miracid, Duocetz, valium นัดทำ Bone scan นัด F/U 29 มีนาคม 2567

วันที่ 29 มีนาคม 2567 เวลา 11.00 น. มาตรวจตามนัด สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 91 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/71 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยปวดสะโพกขวา แพทย์วินิจฉัยเป็น Spinal Metastasis นัดทำ MRI: Whole spine with contrast

การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล

วันที่ 2 เมษายน 2567 เวลา 10.30 น. มาตามนัด แพทย์วินิจฉัยเป็น CA breast with multiple metastasis ผู้ป่วยมีอาการปวดมาก แพทย์ให้ Admit for pain control ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง หน้าหน้าคิ้วขมวด ประเมิน pain score 8 คะแนน แพทย์สั่งให้ยาระงับปวด ผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดตามแผนการรักษา อาการปวดทุเลาลงเล็กน้อย ประเมิน pain score 6 คะแนน รับประทานอาหารได้น้อย นอนหลับพักผ่อนได้เป็นช่วงๆ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 137/87 มิลลิเมตรปรอท

วันที่ 5 เมษายน 2567 ผู้ป่วยมีอาการปวดหลังและสะโพกร้าวลงขา หน้าหน้าคิ้วขมวด ประเมิน pain score 8 คะแนน แพทย์สั่งให้ยาระงับปวด ผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดตามแผนการรักษา อาการปวดทุเลาลงเล็กน้อย ประเมิน pain score 6 คะแนน รับประทานอาหารได้น้อย มีคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ นอนหลับพักผ่อนได้น้อย พูดคุยให้กำลังใจ แนะนำการทำสมาธิบำบัด SKT ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยทุเลาอาการปวดลง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 121/78 มิลลิเมตรปรอท

วันที่ 9 เมษายน 2567 อาการปวดของผู้ป่วยทุเลาลง สีหน้าสดชื่นขึ้น ประเมิน pain score 5 คะแนน ผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดตามแผนการรักษา รับประทานอาหารได้มากขึ้น คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ น้อยลง นอนหลับพักผ่อนได้เป็นช่วงๆ พูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย แนะนำการนำสมาธิบำบัด SKT ที่เหมาะสมมาใช้เพื่อผ่อนคลายความปวด สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 131/79 มิลลิเมตรปรอท

วันที่ 13 เมษายน 2567 ผู้ป่วยยังมีอาการปวดหลัง ประเมิน pain score 5 คะแนน ผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดตามแผนการรักษา รับประทานอาหารได้มากขึ้น อ่อนเพลียเล็กน้อย คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ น้อยลง นอนหลับพักผ่อนได้ พูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อผ่อนคลายความปวด สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 113/69 มิลลิเมตรปรอท

วันที่ 19 เมษายน 2567 ผู้ป่วยมีอาการปวดจุกท้องมาก ประเมิน pain score 10 คะแนน รายงานแพทย์รับทราบ พิจารณาให้ยา Losec 40 mg iv และ Plasil 10 mg iv หลังให้ยาประเมิน pain score 4 คะแนน รับประทานอาหารได้พอควร อ่อนเพลีย นอนหลับพักผ่อนได้เป็นช่วงๆ พูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อผ่อนคลายความปวด สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 133/79 มิลลิเมตรปรอท

วันที่ 21 เมษายน 2567 ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ อาการปวดทุเลาลง แพทย์จึงอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ นัด F/U 2 สัปดาห์ วันที่ 3 พฤษภาคม 2567 หากพบอาการผิดปกติควรรีบมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้าน

- Vultin (300) 1 tab ◉ เช้า, 2 tab ◉ hs/45

- MST (10) 1xprn ◉ ทุก 12 ชั่วโมง/30

- MO syrupe 1 tsp ◉ prn ทุก 4 ชั่วโมง/II

- Melcam 1x2 ◉ pc/30

- Duocetz 1x2 ◉ pc/30

- Losec (20) 1x 1 ◉ ac/15

วิเคราะห์กรณีศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องร่วมกับการวิเคราะห์กรณีศึกษา พบว่า โรคมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่พบมะเร็งเต้านมมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นตั้งแต่แรกที่ได้รับการวินิจฉัย (de novo metastasis) และกลุ่มที่เพิ่งมาพบการแพร่กระจายลุกลาม ภายหลังจากการให้การรักษามะเร็งเต้านมไปแล้ว โดยพบอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมที่มีการแพร่กระจายตั้งแต่แรกที่ได้รับการวินิจฉัยร้อยละ 10 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั้งหมด ซึ่งกรณีศึกษาเป็นกลุ่มที่มีการแพร่กระจายตั้งแต่แรกที่ได้รับการวินิจฉัย ทำให้โอกาสในการรักษาให้หายขาดและอัตราการรอดชีวิตลดลง

กรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายไปที่ปอดและกระดูกที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ในระหว่างรับการรักษา กรณีศึกษาเข้ารับการรักษามาตามแพทย์นัดหมาย พยาบาลได้ใช้การสร้างสัมพันธ์ภาพเชิงบำบัด พบว่า เมื่อกรณีศึกษาได้รับทราบว่าเป็นโรคมะเร็ง เต้านมระยะแพร่กระจาย ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาเป็นแบบประคับประคอง เพื่อบรรเทาอาการของโรค กรณีศึกษาเกิดความวิตกกังวล มีความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย ไม่สามารถตัดสินใจเรื่องการรักษาได้ ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของคนในสังคม อาจเป็นการกระทำหน้าที่ระหว่างกันของบุคคลแต่ละบุคคลในสังคม ครอบครัว เพื่อน ผู้คนที่อยู่รอบข้าง หรือที่มิใช่อาชีพต่าง ๆ เพื่อให้บุคคลนั้นได้รับความพึงพอใจ ได้รับการยอมรับรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระบุว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงได้ มาประยุกต์ใช้ในการดูแลกรณีศึกษารายนี้ โดยการให้คำแนะนำแก่สมาชิกในครอบครัว ในการสนับสนุนด้านอารมณ์และด้านสิ่งของ การแสดงความรัก ความเอาใจใส่ ความเห็นใจ ห่วงใย ให้กำลังใจ และยอมรับในตัวของผู้ป่วย คอยช่วยเหลือด้านสุขภาพและ ให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณค่าของตัวเองมีความสำคัญเกิดการมีคุณค่าในตนเอง ลดความเครียด ความวิตกกังวลและลดความรู้สึกไม่แน่นอนลงได้ มีความหวังในการมีชีวิตอยู่ต่อ สามารถเผชิญกับปัญหาได้ดีขึ้น กรณีศึกษาได้รับการดูแลจากบุตรสาวและน้องสาวในการช่วยดูแลขณะเจ็บป่วย ได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ด้านสิ่งของ คือ ผ้าพันศีรษะ วิกผม และอุปกรณ์ทำแผล และด้านข้อมูลข่าวสาร คือ การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการรักษา ตลอดจนอาการข้างเคียงในการรักษาที่อาจเกิดขึ้น และการจัดการกับอาการข้างเคียงต่าง ๆ เพื่อช่วยลดความคลุมเครือของเหตุการณ์ความเจ็บป่วย ทำให้กรณีศึกษาสามารถรับรู้และคาดเดากับเหตุการณ์ความเจ็บป่วยในอนาคตได้ มีความพร้อมในการเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น สามารถปรับตัวได้ พบว่ากรณีศึกษาได้เข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมาตามแพทย์นัดหมายทุกครั้ง

สำหรับแนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลกรณีศึกษารายนี้ ผู้ศึกษาได้นำแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนมาใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพ เพื่อประเมินแบบแผนการดำรงชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงจากการเจ็บป่วย ร่วมกับใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) นำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมไปสู่การวินิจฉัยการพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ในการจัดการอาการปวดจากพยาธิของโรค และการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดร่วมกับยามุ่งเป้าเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน โดยการให้ความรู้ ให้ข้อมูล คำปรึกษา ฝึกทักษะต่าง ๆ เพื่อให้กรณีศึกษาสามารถจัดการอาการได้อย่างเหมาะสม ลดการรับรู้อาการ ความรุนแรงของอาการและผลกระทบของอาการต่อการ

ดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ศึกษาได้มีการติดตามและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เป็นระยะ ๆ และให้คำปรึกษาทุกครั้งให้ผู้ป่วยมารับยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า เพื่อกระตุ้นให้กรณีศึกษาและญาติสามารถจัดการกับอาการต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้อง ให้การเสริมแรงและให้กำลังใจ เพื่อเป็นแรงขับเคลื่อนในการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจและเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของตนเองในการจัดการกับอาการต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ซึ่งพบว่ากรณีศึกษาได้มีการจัดการอาการต่าง ๆ ดังนี้

1. อาการปวด กรณีศึกษาได้รับการจัดการความปวดด้วยยา MST (10) 1xprn oral ทุก 12 ชั่วโมง และ MO syrupe 1 tsp oral prn ทุก 4 ชั่วโมง เสมอ ไม่มีการขอรับยาเสริมเพิ่มเติมร่วมกับใช้กิจกรรมเบี่ยงเบน ผ่อนคลายความปวดด้วยการฟังเพลง

2. อาการคลื่นไส้ อาเจียน และเบื่ออาหาร จากกรณีศึกษาพบว่ามีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หลังให้ยาเคมีบำบัด 2-3 วัน และมีอาการต่อเนื่องจนถึง 14 วัน หลังให้ยาเคมีบำบัด ซึ่งเป็นผลจากการถูกรบกวนของเยื่อเมือกของระบบทางเดินอาหาร กรณีศึกษาได้ปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้วยการรับประทานอาหารครั้งละน้อย ๆ เพิ่มมื้ออาหารเป็น 5-6 ครั้ง/วัน เลือกรับประทานอาหารประเภทไข่ เนื่องจาก มีโปรตีนสูง ย่อยง่าย หาซื้อง่าย ประกอบอาหารได้หลายเมนู ดื่มน้ำผลไม้สด อาหารเสริมแบบซอง (นม ensure) เสริม และรับประทานยาต้านการคลื่นไส้ อาเจียน

3. อาการเหนื่อยล้า กรณีศึกษาจัดการอาการเหนื่อยล้าด้วยการพักผ่อนและเดินออกกำลัง

4. อาการนอนไม่หลับ สาเหตุการนอนไม่หลับของกรณีศึกษาเกิดจากอาการปวด และความกังวลต่อโรค ภายหลังจากที่กรณีศึกษาให้ความสนใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ได้รับการจัดการความปวดแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา พบว่ากรณีศึกษาหลับพักผ่อนได้มากกว่าเดิม นอนหลับได้ต่อเนื่อง 6 ชั่วโมงในเวลากลางคืน บางวันตื่นมากกลางดึกเพื่อเข้าห้องน้ำ แต่สามารถหลับต่อ

5. อาการชาปลายมือ ปลายเท้า เป็นอาการที่เกิดจากความเป็นพิษ (toxicity) ต่อระบบประสาทส่วนปลายจากเคมีบำบัด เรียกว่า Chemotherapy Induced Peripheral Neuropathy: CIPN ซึ่งเกิดจากยาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับคือ Paclitaxel

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ เปรียบเสมือนเสาหลักในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด พยาบาลปฏิบัติหน้าที่โดยใช้ความรู้จากศาสตร์ทั้งทางด้าน การพยาบาลและความรู้ที่เกี่ยวข้องในศาสตร์สาขาอื่น ๆ ตัดสินใจวางแผน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วย ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ช่วยฟื้นฟูและสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นอิสระภายใต้ขอบเขตของการพยาบาลและทำงานร่วมกับแพทย์และทีมสหสาขา โดยนำแผนการรักษาของแพทย์สู่การปฏิบัติ ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อให้หายจากโรคหรือควบคุมโรคได้ ผลกระทบของโรคมะเร็งในแต่ละด้านเป็นผลกระทบที่มีความสัมพันธ์กัน เมื่อเกิดปัญหากระทบจากผลกระทบหนึ่งก่อให้เกิดปัญหาจากผลกระทบอื่นตามมาเป็นวงจรได้ ฉะนั้นผู้ป่วยมะเร็งจึงไม่ได้เกิดปัญหาใดปัญหาหนึ่งเพียงด้านเดียว แต่ได้รับผลกระทบหลาย ๆ ด้านไปพร้อมกัน พยาบาลควรต้องมีความรู้ มีทักษะในการประเมินและจัดการอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งอาการที่มีสาเหตุจากสภาวะของโรค และจากการรักษาที่ได้รับให้ครอบคลุม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการต่าง ๆ อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้านมะเร็งแพร่กระจายไปที่ปอดและกระดูกที่ได้รับการรักษาด้วย ยาเคมีบำบัดร่วมกับยามุ่งเป้า พยาบาลควรพัฒนาองค์ความรู้ ความสามารถด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีการแพร่กระจายไปที่กระดูกสันหลัง ประเมินสภาพปัญหาความปวดให้ครอบคลุมในทุกมิติ เพื่อนำไปสู่การจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ

ลดความทุกข์ทรมานจากอาการปวด เฝ้ารอการกดเบียด ไซสัสนหลังที่จะทำให้มีอาการชาอ่อนแรง ก่อให้เกิดความพิการตามมา ควบคู่การพัฒนาความรู้ ทักษะในการบริหารยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้า ให้ปลอดภัย สามารถบริหารจัดการความเสี่ยงยาเคมีบำบัดร่วมกับยามุ่งเป้าที่มีอุบัติการณ์ก่อให้เกิด ภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity reactions) และปฏิกิริยาจากการให้ยาทางหลอดเลือดดำ (Infusion-related reaction) ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินที่สำคัญและพบบ่อยจากชนิด ของยาเคมีบำบัด ร่วมกับยามุ่งเป้าที่ใช้รักษามะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย เฝ้ารอเพื่อป้องกันและจัดการภาวะ ดังกล่าวที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วย พยาบาลต้องสามารถคาดการณ์อาการข้างเคียงตามชนิด ของยาเคมีบำบัดและยามุ่งเป้าที่ผู้ป่วยได้รับที่อาจเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน บุรณาการข้อมูลทาง วิชาการ หลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านตามแนวคิด D-METHOD มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและดำเนินชีวิตได้อย่าง ปกติสุข

ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายไปที่ปอดและกระดูกที่ได้รับการรักษา ด้วยยาเคมีบำบัดร่วมกับยามุ่งเป้า พยาบาลต้องสามารถค้นหาปัญหา หรือความต้องการทางสุขภาพ ของผู้ป่วยที่มีความหลากหลาย และมีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง เพื่อตอบสนองต่อความ ต้องการ หรือสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลได้ เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับการเป็น โรคมะเร็ง ยอมรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง สามารถต่อสู้กับโรคและใช้ชีวิตต่อไปได้ และมีคุณภาพชีวิต ที่ดี โดยพยาบาลมีบทบาทในการให้คำปรึกษา บทบาทการให้ข้อมูลและความรู้ บทบาทการเสริมพลัง บทบาทการฟื้นฟูสภาพจิตใจ และบทบาทการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งการทำบทบาท ของพยาบาลที่หลากหลายนี้จะมีความแตกต่างกันในแต่ละระยะของการรักษา ขึ้นกับความต้องการ และปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว

ข้อเสนอแนะ

ผู้ศึกษาได้พบข้อมูลเพื่อการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยและการปฏิบัติการพยาบาล จึงมีแนวคิด และข้อเสนอแนะในการพยาบาลดังนี้

1. ควรจัดให้มีระบบการประเมินประสพการณ์อาการข้างเคียงที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งที่ ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในแต่ละกลุ่มโรคมะเร็ง เพื่อให้ความรู้ คำปรึกษาในการป้องกันและ จัดการกับอาการข้างเคียงได้อย่างเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยมากขึ้น รวมทั้งการสนับสนุนให้ครอบครัว ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการเรียนรู้ในการประเมินและการจัดการอาการข้างเคียง เพื่อให้ผู้ป่วยมี คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถรับการรักษาด้วยเคมีบำบัดได้อย่างต่อเนื่องจนครบตามแผนการ รักษา

2. พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการต่างๆ จากผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด เพื่อลด ประสพการณ์การมีอาการ ทั้งมิติความถี่และความรุนแรง เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด มี คุณภาพชีวิตที่ดี

3. พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการปวดแบบไม่ใช้ยาแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เพื่อ เพิ่มทักษะในการจัดการอาการปวดแก่ผู้ป่วย เช่น การทำสมาธิบำบัดแบบ SKT 8 การนวดกดจุด สะท้อน ฝ่าเท้า เป็นต้น

4. ควรมีระบบในการติดตามผู้ป่วยขาดนัด โดยเพิ่มจำนวนครั้งในการติดตาม เพื่อให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้เร็วขึ้น มีการเพิ่มช่องทางในการติดต่อกับผู้ป่วย เช่น Line มีการอัปเดต เบอร์โทรศัพท์ทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมาโรงพยาบาล และเพิ่มเบอร์โทรศัพท์ญาติ บันทึกไว้ในระบบโรงพยาบาล มีการประสานเครือข่ายสุขภาพเพื่อช่วยติดตามผู้ป่วย



กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บรรณานุกรม

- ชนิษฐา อยู่เพชร, ปรียาภรณ์ แสงทวี และ เอกพล อัจฉริยะประสิทธิ์. (2563). การจัดการทางการพยาบาลด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *เวชบันทึกศิริราช*, 13(2), 133-140.
- จันทร์เพ็ญ สัตวาทา, รัตนาภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร และ อภิญา เพียรพิจารณ์. (2556). แนวคิดพื้นฐานทฤษฎี และกระบวนการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 8). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก.
- ณัชนรี ลพสุนทร, นงพิมล นิมิตอนันท์, และ สุธีรา อุ๋นตระกูล. (2561). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการเหนื่อยล้าด้วยการเดินออกกำลังกายร่วมกับการสวดมนต์บำบัดต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม. *วารสารทหารบก*, 19 (1), 88-99.
- दनัย दुसूरुकी. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง. กรุงเทพฯ: แดเน็กซ์อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น.
- ทศพร คำผลศิริ และ ลูตินันท์ ดวงจินา. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด. ใน *ทิพาพร วงศ์หงส์กุล และ ศิริรัตน์ ปานอุทัย (บรรณาธิการ), การปฏิบัติการทางอายุรกรรม เล่ม 3* (น. 34-38). เชียงใหม่: สยามพิมพ์นานาชาติ.
- ทับทิม เปาอินทร์, เยาวรัตน์ รุ่งว่าง, และ เรวัต เตียสกุล. (2553). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบ MRM และได้รับเคมีบำบัด. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 4(1), 28-37.
- ทิชากร ศรีอนุชาติ. (2562). รังสีวินิจฉัยสำหรับการวินิจฉัยและการดูแลรักษามะเร็งเต้านม. ใน *พรชัย โอเจริญรัตน์, พุทธิพร เย็นบุตร, วิไลรัตน์ ประเสริฐ, วิษณุ โล่ศิริวัฒน์ และ ดุลยพัฒน์ สงวนรักษา (บรรณาธิการ), มะเร็งเต้านม* (น. 69-99). กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
- ทิพวรรณ เทียมแสน, ปรียาภรณ์ วรรัตอน และ ศิริลักษณ์ ปัญโญ. (2562). ภาวะแทรกซ้อนทางระบบโลหิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลแพร์. *วารสารโรคมะเร็ง*, 39(4), 121-132.
- ทิมาพร วงศ์หงส์กุล. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง. ใน *ประทุม สร้อยวงศ์ (บรรณาธิการ), การพยาบาลอายุรศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 2, น. 383-396). เชียงใหม่: เอ็น.พี.ที. ปรีนตั้ง.
- ธนากร ธนาพงษ์พันธ์. (2562). ศัลยกรรมวิภาคศาสตร์ของเต้านมสำหรับศัลยแพทย์. ใน *พรชัย โอเจริญรัตน์, พุทธิพร เย็นบุตร, วิไลรัตน์ ประเสริฐ, วิษณุ โล่ศิริวัฒน์ และ ดุลยพัฒน์ สงวนรักษา (บรรณาธิการ), มะเร็งเต้านม* (น. 1-12). กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
- นนทิกุล ผาสุขมูล, มานิตย์ แซ่เตียว, ศัรณย์ กิจศรัณย์, จิตรลดา จงสมาน, วาสนา มาทอง, และ ธราธิป จันทร์โสภณพงศ์. (2565). การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดก้อนที่มีภาวะปลายประสาทอักเสบภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*, 18(1), 58-68.
- นพกาญจน์ วรณการโสภณ. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเสริมหลังผ่าตัด. ใน *ศิริอร สีนุ (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา* (น. 75-167). กรุงเทพฯ: วัฒนาการพิมพ์.
- นุช ตันติศิริรินทร์. (2565) การบำบัดปวดในเวชปฏิบัติ : Pain Management in Clinical Practice. กรุงเทพฯ: ไอดี ออล ดิจิตอลพรีน.

- นันทกานต์ อภิวัตน์มรก. (2562). หลักการของรังสีรักษามะเร็งเต้านม. ใน พรชัย โอเจริญรัตน์, พุทธิพร เย็นบุตร, วิไลรัตน์ ประเสริฐ, วิษณุโล่ สิริวัฒน์ และ ดุลยพัฒน์ สงวนรักษา (บรรณาธิการ), **มะเร็งเต้านม** (น. 661-693). กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
- นิตยา ภูริพันธุ์, ดวงกมล ดีทองคำ, และ ปณิตา คุณสาระ. (2563). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ระยะท้ายด้วยสมาชิกบำบัด SKT-8. **วารสารกองการพยาบาล**, 47(1), 173-189.
- เบญจมาศ ปรีชาคุณ, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์, ศิริกร ก้าววัฒนกุล, แสงระวี แทนทอง, พรพิมล เลิศพานิช, และ ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ. (2562). ประสบการณ์อาการและการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและญาติผู้ดูแล. **วารสารการพยาบาลและสุขภาพ**, 1(1), 50-66
- ประสาร เปรมะกุล. (2562). **คู่มือแปลผลตรวจเลือด** เล่มแรก. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.
- ปราณี ทัพพะธะ. (2564). **คู่มือยา HANDBOOK OF DRUGS** (พิมพ์ครั้งที่15). กรุงเทพฯ: เอ็น พีเพลส.
- พรศิริ พันธสี. (2564). **กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ : การประยุกต์ใช้ทางคลินิก** (พิมพ์ครั้งที่ 26). กรุงเทพฯ : พิมพ์อักษร
- วีรวุฒิ อิมสำราญ, อาคม ชัยวีระวัฒน์, ดนัย มโนรมณ์, และ สมชาย ธนะสิทธิชัย. (บรรณาธิการ). (2560). **แนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษา โรคมะเร็งเต้านม**. กรุงเทพฯ: โฆสิตการพิมพ์.
- ศมนันท์ ทศนีย์สุวรรณ และ กิตติกร นิลมานันต์. (2562). ภาวะบีบคั้นด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งระหว่างรับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและการพยาบาล. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์**, 39(4), 110-119.
- อรนันทน์ หาญยุทธ. (2557). กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้. **วารสารพยาบาลทหารบก**, 15(3), 137-143.
- อรอนงค์ ศรีเมือง, อภิญา คารมปราษฎ์, มณฑน์พิชาญ์ ชินรัตน์, และ จาริญาจินดาประเสริฐ. (2563). ผลของโปรแกรมการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าเพื่อลดความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง. **ศรีนครินทร์ เวชสาร**, 35(3), 269-303.

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน



ภาคผนวก

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

การรักษา

เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Total Mastectomy เมื่อวันที่ 1 กันยายน 2566 ที่โรงพยาบาลเลิดสิน หลังผ่าตัดได้รับการรักษาโดยให้ Chemotherapy ตามรายละเอียดดังนี้

- 12 กันยายน 2566
- นัดทำ CT Chest และ Abdomen
 - นัดทำ Bone scan
 - BUN, Cr, CBC, LFT, Electrolyte, Ca⁺, Mg
 - Consult oncomed
- 19 กันยายน 2566
- นัด F/U 19 กันยายน 2566
 - Plan ให้ adjuvant taxanes
 - นัด oncomed 29 กันยายน 2566
- 29 กันยายน 2566
- ผู้ป่วยขอรับยา Paclitaxel ทุก 3 สัปดาห์
 - นัดมาให้ CMT C₁ วันอังคารที่ 3 ตุลาคม 2566
 - Paclitaxel 280 mg. (175 mg/mL.)
 - Dexa (0.5) 8 tab ๑ เย็น 2 ตุลาคม 2566 และเช้า 3 ตุลาคม 2566
- 17 ตุลาคม 2566
- นัด oncomed 24 ตุลาคม 2566
 - CBC, BUN, Cr, AST, ALT, LFT, Electrolyte, Ca⁺, Mg
- 24 ตุลาคม 2566
- นัดให้ CMT C₂ วันที่ 25 ตุลาคม 2566
 - Paclitaxel 280 mg. (175 mg/mL.)
 - นัด oncomed 14 พฤศจิกายน 2566
 - CBC, BUN, Cr
 - Dexa (0.5) 8 tab × 2 pc ๑/16 tab
 - MST (10 mg) 2 tab ๑ ทุก 12 ชั่วโมง
- 14 พฤศจิกายน 2566
- นัดมาให้ CMT C₃ วันที่ 15 พฤศจิกายน 2566
 - Paclitaxel 280 mg. (175 mg/mL.)
 - นัด oncomed 8 ธันวาคม 2566
 - CBC, BUN, Cr, LFT
 - Dexa (0.5) 8 tab × 2 pc เย็นนี้และพรุ่งนี้ ๑/16 tab
 - MST (10 mg) 2 tab ๑ ทุก 12 ชั่วโมง
- 8 ธันวาคม 2566
- นัดมาให้ CMT C₄ วันที่ 12 ธันวาคม 2566
 - Paclitaxel 280 mg. (175 mg/mL.)
 - นัด oncomed 5 มกราคม 2567
 - CBC, BUN, Cr, LFT
 - Dexa (0.5) 8 tab × 2 pc เย็นวันก่อนให้ยาและเช้าก่อนให้ยา ๑/16 tab
 - Plan นัด RT
 - MST (10 mg) 2 tab ๑ ทุก 12 ชั่วโมง

- 5 มกราคม 2567 - ส่ง OPD ศัลยกรรม
- นัด oncomed 19 มกราคม 2567
- นัด CT chest
- 8 มกราคม 2567- ทำ Core Needle Biopsy Left chest wall ที่ห้องผ่าตัดเล็ก
- MST (10 mg) 2 tab ๑ ทุก 12 ชั่วโมง
- 15 มกราคม 2567 - ฟังผล Patho
- นัด oncomed 19 มกราคม 2567
- 6 กุมภาพันธ์ 2567 - ส่งปรึกษา Radiation therapy
- นัด oncomed วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2567
- BUN, Cr, CBC, LFT, Electrolyte, Ca⁺
- MST (10 mg) 2 tab ๑ ทุก 12 ชั่วโมง
- 13 กุมภาพันธ์ 2567 - นัดพบ Radiation therapy วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2567
- นัด oncomed 6 มีนาคม 2567 ฟังผลชิ้นเนื้อ
- 6 มีนาคม 2567 - เริ่ม RT ไป 2 ครั้ง (25 กุมภาพันธ์ และ 5 มีนาคม 2567)
- นัด oncomed วันที่ 3 เมษายน 2567
- BUN, Cr, CBC, LFT, Electrolyte, Ca⁺
- MST (10 mg) 2 tab ๑ ทุก 12 ชั่วโมง
- 19 มีนาคม 2567 - ปวดหลังร้าวลงสะโพกขวา (Low Back Pain)
- Medication - Melcam 1x1๑
- Miracid 1x2๑
- Duocetz 1x2๑
- Valium 1x1hs๑
- นัด F/U 29 มีนาคม 2567
- 29 มีนาคม 2567 - ปรึกษา PM&R
- นัด MRI: Whole spine with contrast
- 2 เมษายน 2567 - Admit for pain control

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

Protocol chemotherapy Paclitaxel, Docetaxel
Cycle 1

Time Sequence	Order for one day	Order for continue
3 ตุลาคม 2566	<p>Premedication</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dexamethazone 20 mg iv - Ondasetron 8 mg iv - Chlorpheniramine 50 mg iv - Ranitidine 50 mg iv <p>Chemotherapy</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paclitaxel/Taxol ($175\text{mg}/\text{m}^2$) 280 mg + 0.9% NSS 500 mL iv drip in 3 hours <p>Home med</p> <ul style="list-style-type: none"> (✓) Ondansetron (8) 1×3 ○ ac # 10 tab (✓) Dexamethasone (0.5) 4×2 ○ pc # 16 tab (✓) Plasil (10) 1×3 ○ ac # 10 tab (✓) Lorazepam (0.5) 1×1 ○ hs # 5 tab <p>D/C นัด F/U OPD ONCO 2 สัปดาห์ 17 ตุลาคม 2566 พร้อม CBC, BUN, Cr, Electrolyte, LFT</p>	<p>Dx CA breast</p> <p>BW 60 kg.</p> <p>HT 160 cms.</p> <p>BSA 1.6 m^2</p> <p>ลด dose.....%</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regular diet - record V/S, I/O <p>Medication</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plasil 10 mg iv prn N/V q 8 hrs - Ondansetron(8) 1×3○ ac - Lorazepam (0.5) 1×1○ hs

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

Protocol chemotherapy Paclitaxel, Docetaxel
Cycle 2

Time Sequence	Order for one day	Order for continue
25 ตุลาคม 2566	<p>Premedication</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dexamethazone 20 mg iv - Ondasetron 8 mg iv - Chlorpheniramine 50 mg iv - Ranitidine 50 mg iv <p>Chemotherapy</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paclitaxel/Taxol (175mg/m²) 280 mg + 0.9% NSS 500 mL iv drip in 3 hours <p>Home med</p> <ul style="list-style-type: none"> (✓) Ondansetron (8) 1x3 ☉ ac # 10 tab (✓) Dexamethasone (0.5) 4x2 ☉ pc # 16 tab (✓) Plasil (10) 1x3 ☉ ac # 10 tab (✓) Lorazepam (0.5) 1x1 ☉ hs # 5 tab <p>D/C นัด F/U OPD ONCO 3 สัปดาห์ 14 พฤศจิกายน 2566 พร้อม CBC, BUN, Cr, Electrolyte, LFT</p>	<p>Dx หลังผ่าตัดแล้ว 2 เดือน CA Left breast stage III</p> <p>BW 59 kg. HT 160 cms. BSA 1.6 m² ลด dose.....%</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regular diet - record V/S, I/O <p>Medication</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plasil 10 mg iv prn N/V q 8 hrs -Ondansetron(8)1x3☉ ac -Lorazepam(0.5)1x1☉ hs

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

Protocol chemotherapy Paclitaxel, Docetaxel
Cycle 3

Time Sequence	Order for one day	Order for continue
15 พฤศจิกายน 2566	<p>Premedication</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dexamethazone 20 mg iv - Ondasetron 8 mg iv - Chlorpheniramine 50 mg iv - Ranitidine 50 mg iv <p>Chemotherapy</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paclitaxel/Taxol ($175\text{mg}/\text{m}^2$) 280 mg + 0.9% NSS 500 mL iv drip in 3 hours <p>Home med</p> <ul style="list-style-type: none"> (✓) Ondansetron (8) 1x3 ☉ ac # 10 tab (✓) Dexamethasone (0.5) 4x2 ☉ pc # 16 tab (✓) Plasil (10) 1x3 ☉ ac # 10 tab (✓) Lorazepam (0.5) 1x1 ☉ hs # 5 tab <p>D/C นัด F/U OPD ONCO 2 สัปดาห์ 8 ธันวาคม 2566 พร้อม CBC, BUN, Cr, Electrolyte, LFT</p>	<p>Dx CA breast</p> <p>BW 59 kg.</p> <p>HT 160 cms.</p> <p>BSA 1.6 m^2</p> <p>ลด dose.....%</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regular diet - record V/S, I/O <p>Medication</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plasil 10 mg iv prn N/V q 8 hrs - Ondansetron(8)1x3☉ ac - Lorazepam(0.5)1x1☉ hs

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

Protocol chemotherapy Paclitaxel, Docetaxel
Cycle 4

Time Sequence	Order for one day	Order for continue
12 ธันวาคม 2566	<p>Premedication</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dexamethazone 20 mg iv - Ondasetron 8 mg iv - Chlorpheniramine 50 mg iv - Ranitidine 50 mg iv <p>Chemotherapy</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paclitaxel/Taxol ($175\text{mg}/\text{m}^2$) 280 mg + 0.9% NSS 500 mL iv drip in 3 hours <p>Home med</p> <ul style="list-style-type: none"> (✓) Ondansetron (8) 1x3 ☉ ac # 10 tab (✓) Dexamethasone (0.5) 4x2 ☉ pc # 16 tab (✓) Plasil (10) 1x3 ☉ ac # 10 tab (✓) Lorazepam (0.5) 1x1 ☉ hs # 5 tab <p>D/C นัด F/U OPD ONCO 3 สัปดาห์ 5 มกราคม 2567 พร้อม CBC, BUN, Cr, Electrolyte, LFT</p>	<p>Dx CA Left breast stage III</p> <p>BW 59 kg. HT 160 cms. BSA 1.6 m^2 ลด dose.....%</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regular diet - record V/S, I/O <p>Medication</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plasil 10 mg iv prn N/V q 8 hrs -Ondansetron(8)1x3☉ ac -Lorazepam(0.5)1x1☉ hs

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

แผนการรักษาของแพทย์

Date Time	Order for one day	Date Time	Order for continue
2 เม.ย.67 11.00 น.	<ul style="list-style-type: none"> - Admit - CBC, LFT, BUN, Cr, E'lyte, Cal, PO₄ - Morphine 4 mg iv ทุก 4 ชั่วโมง - Plasil 10 mg iv prn ทุก 8 ชั่วโมง - Consult Neuro med เรื่อง R/O Brain metastasis - นัด CT chest+whole abdomen 	2 เม.ย.67	<ul style="list-style-type: none"> -Record vital sign -Regular diet <u>Medication</u> - Melcam 1x1๐ pc - Duocetz 1x2๐ pc - Losec (20) 1x2๐ ac - Vultin (300) 1xhs๐ - MST(10) 1 tab ๑prn ทุก12 ชั่วโมง - Fentanyl (4.2 mg/ Pad) 1Patch แปะ ทุก 72 ชั่วโมง
3 เม.ย.67	<ul style="list-style-type: none"> - consult pain clinic - consult onco - ส่งนัด Palliative RT ลด pain 	3 เม.ย.67	<ul style="list-style-type: none"> - เพิ่ม Vultin (300) 1 tab เช้าและก่อนนอน - Dexamethazone 4 mg iv ทุก 8 ชั่วโมง
5 เม.ย.67	<ul style="list-style-type: none"> - CBC, BUN, Cr, E'lyte, LFT,Ca, Po₄ 		
		9 เม.ย.67	<ul style="list-style-type: none"> - off Dexamethasone เดิม - Dexamethasone 4 mg iv ทุก 12 ชั่วโมง

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

Date Time	Order for one day	Date Time	Order for continue
		10เม.ย.67	- off Vultin (300) 1 tab ◉ เช้า 2 tab ◉ hs
11 เม.ย.67	- ถัด D/C นัด onco 27 เม.ย. 2561+ CBC, BUN, Cr, LFT	11เม.ย.67	- off Dexamethasone iv - Dexamethasone (0.5) 4x2 ◉ pc 4วัน then - Dexamethasone (0.5) 3x2 ◉ pc 4 วัน then - Dexamethasone (0.5) 2x2 ◉ pc 3 วัน then - Dexamethasone (0.5) 1x2 ◉ pc 3 วัน
		18เม.ย.67	- off Melcam - Antacid 1x3 ◉ pc

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

Date Time	Order for one day	Date Time	Order for continue
19 เม.ย. 67	- Losec 40 mg iv stat		
21เม.ย. 67	- D/C - F/U 2 สัปดาห์ H/M - Vultin (300) 1 tab ◉ เช้า, 2 tab ◉ hs/45 - MST (10) 1xprn◉ ทุก 12 ชั่วโมง/30 - MO syrupe 1 tsp ◉ prn ทุก 4 ชั่วโมง/II - Melcam 1x2 ◉ pc/30 - Duocetz 1x2 ◉ pc/30 - Losec (20) 1x 1◉ ac/15		

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ยาและการเฝ้าระวัง

1. Paclitaxel

ข้อบ่งใช้ Paclitaxel เป็นยาที่ใช้รักษาโรคมะเร็ง สกัดมาจากเปลือกและใบของต้น Pacific Yew ปัจจุบันสามารถสังเคราะห์ได้ในห้องปฏิบัติการ ยา Paclitaxel มีลักษณะเป็นของเหลวใส ที่ใช้ฉีดหรือหยดซ้ำๆ เข้าทางหลอดเลือดดำ

การออกฤทธิ์ ยาไปจับกับ β -subunit ของ tubulin ใน microtubule เพิ่มการ polymerization ของ tubulin ให้กลายเป็น stable tubulin มากขึ้น และยับยั้งขบวนการ depolymerization

ขนาดและวิธีใช้ Paclitaxel/Taxol ($175\text{mg}/\text{m}^2$) $280\text{ mg} + 0.9\% \text{ NSS } 500\text{ ml. iv drip in } 3\text{ hours}$

คำแนะนำ

- ก่อนที่จะได้รับการรักษาแพทย์จะตรวจเลือดเพื่อดูจำนวนเม็ดเลือดในร่างกาย เพื่อที่จะปรับขนาดยาและระยะเวลาการให้ยาที่เหมาะสม รวมทั้งลดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

- ก่อนเริ่มทำการรักษาด้วยยา Paclitaxel ต้องรับประทานยา Dexamethasone ครั้งละ 1 เม็ด 2 ครั้ง คือ 12 ชั่วโมง และ 6 ชั่วโมง ก่อนการฉีดยา Paclitaxel การรับประทานยา Dexamethasone ก่อนการฉีดยา Paclitaxel มีความสำคัญมาก หากไม่ได้รับประทานยา Dexamethasone มาก่อนแพทย์จะไม่สามารถฉีดยา Paclitaxel ให้ได้ ดังนั้นจะต้องรับประทานยา Dexamethasone ตามเวลาที่แพทย์สั่งหรืออาจจะได้รับการฉีดยา Dexamethasone ก่อนการฉีดยา Paclitaxel แทนการรับประทาน ทั้งนี้เพื่อช่วยป้องกันและลดอาการแพ้ยา

อาการข้างเคียงของยา Paclitaxel

อาการไม่พึงประสงค์	ระยะเวลาที่เริ่มพบ*
ผมร่วน (93%)	E
ท้องเสีย (25%)	I E
คลื่นไส้/อาเจียน (44%)	I
อ่อนเพลีย (17%)	E
ภูมิคุ้มกันต่ำ (เม็ดเลือดขาวต่ำ) ติดเชื้อง่าย (27%) เกร็ดเลือดต่ำ เลือดออกง่าย (7%)	E
ปวดกล้ามเนื้อ (60%, รุนแรง 12%)	E
ชาปลายมือปลายเท้า (64%, รุนแรง 3%)	E
พิษต่อตับ (เพิ่ม LFT 22%)	E
พิษต่อไต (เพิ่ม SCr 7%)	E
บวม (21%)	E
แผลที่ปาก (20%)	E
ผื่น, หายใจไม่ออก, หน้าแดง	I

*ระยะเวลาของการเริ่มเกิดอาการไม่พึงประสงค์

I=immediate: ระยะเวลาเป็นชั่วโมง-วัน E=early: ระยะเวลาเป็นวัน-สัปดาห์

D=delayed: ระยะเวลาเป็นสัปดาห์-เดือน L=late: ระยะเวลาเป็นเดือน-ปี

คำแนะนำในการป้องกัน/แก้ไขอาการข้างเคียงจากยา

การกดไขกระดูก ไขกระดูกทำหน้าที่สร้างเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาวและเกร็ดเลือด และเนื่องจากมีการแบ่งเซลล์เป็นจำนวนมากทำให้ได้รับผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดได้ง่าย ในช่วงของการให้ยาเคมีบำบัดจะพบการลดลงของเม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดง และเกร็ดเลือด ซึ่งแพทย์จะทำการเจาะดูจำนวนเม็ดเลือดเป็นระยะๆ เพื่อเฝ้าระวังผลข้างเคียง ยาเคมีบำบัดไม่ได้ ออกฤทธิ์ทำลายเม็ดเลือดในกระแสเลือด แต่ไปทำลายเม็ดเลือดที่กำลังแบ่งเซลล์ในไขกระดูก ทำให้ร่างกายไม่สามารถผลิตเม็ดเลือดออกมาแทนเม็ดเลือดที่ตายหรือหมดอายุได้ทันตามที่ร่างกาย ต้องการ ระดับความรุนแรงของการกดไขกระดูกนั้นขึ้นกับชนิดและปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับ เม็ดเลือดขาวและเกร็ดเลือดจะลดจำนวนลงถึงระดับต่ำสุดภายในระยะเวลา 7-14 วัน และเม็ดเลือดแดงจะลดสู่ระดับต่ำสุด ภายในระยะ 3-4 สัปดาห์หลังจากได้ยาเคมีบำบัด หลังจากนั้นจะค่อยๆ เพิ่มจำนวนสู่ระดับปกติ

นิวโทรฟิลล์ จัดเป็นเม็ดเลือดขาวชนิดหนึ่งที่มีปริมาณมากและมีบทบาทสำคัญในการ ป้องกันการติดเชื้อ ในคนปกติจะมีจำนวน 2,500-6,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ซึ่งไวต่อการ ถูกทำลายโดยยาเคมีบำบัด หากนิวโทรฟิลล์ต่ำมากผู้ป่วยจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากขึ้น ผู้ป่วยควร ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและหากมีอาการไข้ เจ็บคอ ไอ หายใจเร็ว คัดจมูก ปัสสาวะแสบขัด หนาวสั่นหรืออาการปวด บวมแดง ร้อน ตามตำแหน่งที่มีบาดแผลหรือตำแหน่งที่เจาะเลือด ควรแจ้งแก่แพทย์หรือพยาบาลผู้ดูแลให้ทราบ ในช่วงที่ผู้ป่วยมีระดับเม็ดเลือดขาวต่ำควรอยู่ห่าง จากเด็กเล็กหรือผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และหากเม็ดเลือดขาวมีปริมาณน้อยมาก แพทย์อาจ พิจารณาให้ยาฆ่าเชื้อเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และเลื่อนระยะเวลาในการให้ยาเคมีบำบัดรอบหน้า ออกไปก่อนหรือให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดขาว

ผู้ป่วยที่มีภาวะเม็ดเลือดแดงต่ำจะมีอาการอ่อนเพลีย ซีด เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ ความดันโลหิตต่ำ หายใจเร็วและหัวใจเต้นเร็ว ซึ่งค่าปกติของความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงปกติ ประมาณ 37-52% ภาวะเม็ดเลือดแดงต่ำสามารถรักษาได้โดยการให้เลือดหรือการให้ยากระตุ้น การสร้างเม็ดเลือดแดง

คลื่นไส้อาเจียน ผู้ป่วยมักกังวลเรื่องการคลื่นไส้อาเจียนจากการให้ยาเคมีบำบัด แต่ใน ปัจจุบันมียาหลายชนิดที่สามารถช่วยบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน ซึ่งกลไกของการก่อให้เกิด อาการคลื่นไส้อาเจียนของยาเคมีบำบัดมีหลายกลไกด้วยกัน เช่น การระคายเคืองต่อเยื่อ ุทางเดินอาหารส่วนต้น การกระตุ้นศูนย์ควบคุมการอาเจียนในสมองโดยตรง อาการคลื่นไส้อาเจียน พบร่วมกับมีเหงื่อออกมากหน้ามีด เวียนศีรษะ น้ำลายมาก อ่อนเพลีย และนำไปสู่การอาเจียน หรือสะอึกได้ อาการคลื่นไส้อาเจียนแบ่งเป็นแบบเฉียบพลัน (เกิดภายใน 24 ชั่วโมงหลังได้รับยา) และหลังจาก 24 ชั่วโมง อาจเกิดจากประสบการณ์คลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดในครั้งก่อนๆ เมื่อทราบว่าจะต้องให้ยา เห็นหรือได้กลิ่นยาเคมีบำบัดก็จะกระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้ ซึ่งสามารถให้ยาเพื่อบรรเทาอาการได้แต่การป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนตั้งแต่แรกสำคัญที่สุด

การป้องกันไม่ให้เกิดการคลื่นไส้อาเจียนเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรได้รับยาป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนก่อนได้รับยาเคมีบำบัด เช่น lorazepam, Prochlorperazine, Promethazine Metoclopramide, Corticosteroids, Ondansetron และนอกจากยาแล้วมีวิธีอื่นที่สามารถช่วยลดอาการคลื่นไส้อาเจียน ได้แก่ น้ำขิงหรือขิงเม็ด การออกกำลังกายแบบผ่อนคลาย จินตนาการบำบัด หรือดนตรีบำบัด

ผมร่วง เนื่องจากยาเคมีบำบัดออกฤทธิ์กับเซลล์ที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว เช่น เซลล์รากผม ทำให้เกิดภาวะผมร่วงซึ่งไม่ได้เป็นอันตรายต่อชีวิต แต่ส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย ภาวะผมร่วงจะเริ่มใน 2-3 สัปดาห์หลังจากได้รับการรักษาโดยยาเคมีบำบัด และผมจะเริ่มขึ้นหลังจากสิ้นสุดการรักษา

อาการเจ็บปากหรือเจ็บคอ เนื่องจากยาเคมีบำบัดออกฤทธิ์ต่อเซลล์เยื่อบุช่องปากและทางเดินอาหารส่วนต้น ทำให้ไม่สามารถสร้างเซลล์เยื่อบุใหม่มาแทนเซลล์เก่าที่ตายไปได้ทัน และเกิดการอักเสบของเยื่อบุตามมาโดยเริ่มจากเยื่อบุมีสีซีด แห้ง รู้สึกเจ็บ เซลล์เยื่อบุเปลี่ยนเป็นสีแดงบวม ผู้ป่วยที่มีภาวะอักเสบของเยื่อบุปากและทางเดินอาหารส่วนต้นที่รุนแรง จะกลืนอาหารลำบาก พูดไม่ถนัด และอาจมีเลือดออกเป็นแผล หรือติดเชื้อซ้ำได้ ซึ่งอาการดังกล่าวเกิดขึ้นชั่วคราวจะเกิดในวันที่ 5-14 หลังจากได้รับยาเคมีบำบัดและเป็นอยู่ประมาณ 2-3 สัปดาห์ อาการจะหายสนิทเมื่อเสร็จสิ้นการให้ยาเคมีบำบัด

อาการท้องผูก หมายถึง ถ่ายลำบาก อุจจาระแห้งแข็ง ไม่ถ่ายหลายวันติดต่อกันซึ่งผู้ป่วยจะรู้สึกแน่นท้อง ท้องอืด ปวดท้อง อาการท้องผูกสามารถพบได้ในผู้ป่วยมะเร็งประมาณ 50% หรือ 3 ใน 4 ของผู้ป่วยมะเร็งระยะรุนแรง ผู้ป่วยสามารถทานยาระบาย เช่น มะขามแขกทานได้

อาการท้องเสีย อาจพบร่วมกับ ท้องอืด หรือปวดท้องได้ ซึ่งพบได้ 3 ใน 4 ของผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดเนื่องจากยาเคมีบำบัดทำลายเซลล์เยื่อบุลำไส้ ท้องเสียอาจมีผลรุนแรงถึงชีวิตได้ หากเกิดภาวะขาดน้ำ ขาดสารอาหาร และความไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย ดังนั้นหากผู้ป่วยมีอาการท้องเสียควรแจ้งแพทย์หรือพยาบาลเพื่อทำการรักษา หากเป็นไม่มากให้ซื้อผงเกลือแร่ละลายน้ำชงให้ผู้ป่วยทานได้

อ่อนเพลีย ภาวะอ่อนเพลียจากการได้รับยาเคมีบำบัดไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยการพักผ่อน และเป็นผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดซึ่งมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง หลงลืม ไม่มีสมาธิ ซึ่งอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพ หากผู้ป่วยมีอาการดังกล่าวควรปรึกษาแพทย์เพื่อบรรเทาอาการ

ผลต่อระบบประสาท ยาเคมีบำบัดบางชนิดออกฤทธิ์โดยตรงและโดยอ้อมต่อระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย ส่งผลเสียต่อเซลล์ประสาทภายหลังจากการได้รับยาเคมีบำบัดทันทีหรือหลายปีหลังจากได้รับยาซึ่งผู้ป่วยอาจมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน วุ่นวายหรือนอนมากขึ้น เป็นไข้ สับสน ซึมเศร้า คอแข็ง ชัก การมองเห็นแยลง จมูกได้กลิ่นผิดปกติ การได้ยินผิดปกติ ปากแห้ง อาการชาตามแขนขา การรับความรู้สึกที่แขนขาแยลง และปวดตามแขนขา ระบบประสาทที่ถูกทำลายแล้วส่วนใหญ่สามารถที่จะหายได้เองแต่ก็มีบางส่วนที่ไม่หายขาด ดังนั้นหากมีอาการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวก็ควรแจ้งให้แพทย์ผู้ทำการรักษาทราบโดยเร็ว

ผลต่อดับ ยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่จะถูกย่อยสลายที่ตับและยาเคมีบำบัดบางชนิดมีฤทธิ์ทำลายตับ เช่น Methotrexate, Cytarabine, Vincristine และ Streptozocin ซึ่งตับส่วนที่ถูกทำลายจะหายเป็นปกติได้ภายใน 2-3 สัปดาห์หลังจากได้รับยาเคมีบำบัด โดยผู้ป่วยอาจมีอาการต่อไปนี ตัวตาเหลืองอ่อนเพลีย ปวดชายโครงด้านขวา ท้องโตขึ้นหรือเท้าบวม ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุหรือเป็นตับอักเสบอยู่เดิมจะเสี่ยงต่อการถูกทำลายมากกว่าคนปกติ และสามารถตรวจติดตามโดยการเจาะเลือดดูการทำงานของตับเป็นระยะ

ผลต่อระบบทางเดินปัสสาวะ ยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่จะถูกขับออกนอกร่างกายโดยผ่านทางไตซึ่งยาบางชนิดก็มีฤทธิ์ทำลายไต ท่อไตและกระเพาะปัสสาวะ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องไตจะมีความเสี่ยงมากกว่าปกติ ยาที่มีผลต่อไต เช่น Cisplatin, Cyclophosphamide, Methotrexate, Ifosfamide และ Streptozocin โดยผู้ป่วยอาจมีอาการปวดศีรษะ ปวดหลังส่วนล่าง อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตสูง หายใจเร็ว ปัสสาวะบ่อยขึ้นหรือน้อยลง สีปัสสาวะเปลี่ยนแปลงหรือบวมตามร่างกาย โดยแพทย์จะตรวจติดตามการทำงานของไตโดยการเจาะเลือดเป็นระยะๆ

เอกสารสำหรับแนะนำผู้ป่วย

อาการข้างเคียง	ข้อควรปฏิบัติและวิธีการรักษา
อาการแพ้ยา มักจะเกิดขึ้นได้บ่อยๆ เช่น หน้าแดง เป็นผื่นคัน มีนงง เวียนศีรษะ มีอาการบวมหรือมีปัญหากับระบบการหายใจ	<ul style="list-style-type: none"> - รับประทานยาDexamethasoneตามคำสั่งแพทย์ โดยรับประทานยาพร้อมอาหาร12ชั่วโมง และ 6 ชั่วโมง ก่อนวันที่จะเริ่มฉีดยาPaclitaxel - พยาบาลผู้ฉีดยาอาจวัดอัตราการเต้นของหัวใจและวัดความดันโลหิต ในระหว่างการฉีดยา - แจ้งให้แพทย์หรือพยาบาลผู้ฉีดยาทราบทันที หากรู้สึกผิดปกติเหมือนว่ามีอาการแพ้ยา
เนื่องจากยามีส่วนประกอบของแอลกอฮอล์ อาจทำให้รู้สึกง่วงนอน หรือสับสนได้	<ul style="list-style-type: none"> - ควรหลีกเลี่ยงการขับรถยนต์ รถจักรยานยนต์ หรือการทำงานกับเครื่องจักร
คลื่นไส้และอาเจียน อาจพบได้หลังการฉีดยา ส่วนใหญ่จะมีอาการคลื่นไส้เพียงเล็กน้อย หรืออาจไม่มีอาการเลย	<ul style="list-style-type: none"> - อาการคลื่นไส้ ควรได้รับการป้องกันมากกว่ารักษา ดังนั้นผู้ป่วย จึงควรปฏิบัติตนดังนี้ - ปฏิบัติตามคำแนะนำการใช้ยาป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียนอย่างเคร่งครัด - รับประทานอาหารและดื่มน้ำในปริมาณน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง
จำนวนเม็ดเลือดขาว จะลดลงภายใน 8-11 วัน หลังจากได้รับยาและจะเพิ่มจำนวนเป็นปกติภายใน 3 สัปดาห์ เมื่อหยุดยาเม็ดเลือดขาวมีหน้าที่ป้องกันและต่อสู้กับเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อ เมื่อจำนวนเม็ดเลือดขาวลดลงจะทำให้ติดเชื้อง่ายขึ้น	<ul style="list-style-type: none"> - การป้องกันการติดเชื้อ - ควรล้างมือบ่อยๆโดยเฉพาะหลังจากเข้าห้องน้ำ - ดูแลสุขอนามัยในช่องปากไม่ให้เกิดแผลในปาก - หลีกเลี่ยงสถานที่แออัดและคนป่วย - แจ้งแพทย์ทันทีที่มีอาการบ่งว่าติดเชื้อ เช่น มีไข้ หนาวสั่น ไอ เจ็บคอหรือรู้สึกแสบร้อนเวลาปัสสาวะ

อาการข้างเคียง	ข้อควรปฏิบัติและวิธีการรักษา
อาการปวดกล้ามเนื้อหรือปวดข้อต่างๆ อาจพบได้ 2-3 วันหลังการรักษา แต่จะไม่เกิน 4-7 วัน	- รับประทานยาพาราเซตามอลครั้งละ 1-2 เม็ด ทุก 4-6 ชั่วโมง ถ้ามีอาการปวดที่ไม่รุนแรง
อาการชา รู้สึกเจ็บจี๊ดๆ จี้จี้ตามปลายมือปลายเท้า ซึ่งอาการเหล่านี้จะหายเป็นปกติเมื่อหยุดการรักษา	- ระมัดระวังการจับของมีคม วัตถุที่ร้อน-เย็น - แจ้งให้แพทย์ทราบเมื่อมาพบแพทย์ครั้งต่อไป
ปวดตึง กดเจ็บบริเวณฉีดยา	- ประคบด้วยน้ำเย็นครั้งละ 15-20 นาทีวันละหลายครั้ง
แผลในปาก: เกิดขึ้นหลังจากได้รับยาเพียงไม่กี่วัน อาจพบแผลที่ลิ้น ข้างกระพุ้งแก้มหรือในลำคอ ซึ่งแผลในปากหรือหรือการมีเลือดออกที่เหงือกอาจนำไปสู่การติดเชื้อภายในช่องปากได้	- แปรงฟันเบาๆ หลังจากรับประทานอาหารและก่อนนอนด้วยแปรงสีฟันขนนุ่มๆ ในกรณีที่มีเลือดออกที่เหงือก ให้ใช้ผ้าก๊อชหรือนิ้วมือทำความสะอาดสัปดาห์แทนแปรงสีฟัน - บ้วนปากด้วยน้ำอุ่น 1 แก้วที่มีส่วนผสมของ baking soda หรือเกลือครึ่งช้อนชาวันละหลายๆ ครั้ง - ควรรับประทานโยเกิร์ตและอาหารอ่อนๆ ที่มีรสจืด - ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเปรี้ยวจัดหรือเผ็ดจัด รวมทั้งอาหารที่มีลักษณะแข็ง
ผมร่วง: จะเกิดขึ้นภายใน 2-3 วัน หรือหลายสัปดาห์หลังจากได้รับยา ผมจะบางลงหรืออาจถึงศีรษะล้าน หากได้รับยาในขนาดสูงๆ หนึ่งศีรษะจะบอบบางและอาจกุดแล้วเจ็บ นอกจากนี้ขนที่ใบหน้าและร่างกาย อาจจะหลุดร่วงด้วย แต่เส้นผมและขนจะงอกกลับขึ้นมาใหม่ได้หลังจากหยุดยา แต่ลักษณะเส้นผมและสีผม อาจจะเปลี่ยนไป	- ใช้น้ำยาสระผมอย่างอ่อน และ นวดเบาๆ - หลีกเลี่ยงการเป่า กัด ย้อมสีผม และตัดผม - ควรใช้ผ้าพันคอหรือสวมวิกผม เมื่ออยู่ในที่มีอากาศหนาวเย็น - สวมหมวกเมื่อออกนอกบ้านเพื่อป้องกันปกปิดหนึ่งศีรษะหรือทาครีมกันแดดที่ศีรษะลดการระคายเคืองในวันที่มีแสงแดดร้อนแรง - ทาน้ำมันบนหนังศีรษะเพื่อลดอาการคัน - กรณีที่ขนตาและขนคิ้วร่วง ควรป้องกันดวงตาจากฝุ่นและผงด้วยการสวมหมวกปีกกว้างและสวมแว่นตา

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

การพยาบาล

1. การฉีดยาเคมีบำบัด ต้องมีความระมัดระวังอย่างสูง เพราะการรั่วไหลของยาออกนอกเส้นเลือดแล้วจะทำให้เกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อบริเวณนั้นอย่างรุนแรง เกิดเป็นแผลเรื้อรังได้
2. ห้ามให้ยาที่แขนข้างเดียวกับที่ทำผ่าตัดเต้านม
3. ดูแลสุขภาพทั่วไปทำความสะอาดช่องปาก เพื่อป้องกันและลดอัตราการอักเสบ
4. ดูแลปริมาณน้ำ ต้องมีการบันทึกปริมาณน้ำที่ได้รับกับที่ขับออกต่อวัน
5. ดูแลอาการคลื่นไส้ อาเจียน และเบื่ออาหาร ซึ่งจะต้องให้ยาแก้อาเจียนร่วมด้วย
6. การดูแลปัญหาอื่น เช่น อาการปวด อาการนอนไม่หลับ การมีไข้ซึ่งเกิดจากยาหรือจากการติดเชื้อก็ได้



กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

2. Morphine

สรรพคุณ

- บรรเทาอาการปวดระดับกลางถึงระดับรุนแรง เช่น อาการปวดจากการผ่าตัดหรือจากโรคมะเร็ง
- ใช้เป็นยาป้องกันอาการปวดก่อนเข้ารับการผ่าตัด
- บรรเทาอาการไออันเนื่องจากสาเหตุมะเร็งปอด
- บรรเทาอาการปวดระหว่างการคลอดบุตร
- บรรเทาอาการปวดจากภาวะหัวใจล้มเหลว
- รักษาอาการปวดแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง

กลไกการออกฤทธิ์

ตัวยาจะออกฤทธิ์โดยผ่านเข้าสมองและจับกับตัวรับในสมองที่มีชื่อว่า Opiates receptors ส่งผลบรรเทาอาการปวดต่างๆของร่างกาย ผู้ป่วยจะเริ่มรู้สึกสบายตัวขึ้นคล้ายกับการได้รับสารสื่อประสาทที่ชื่อว่า Endorphins สารที่สร้างจากสมองและต่อมใต้สมองที่ทำงานยับยั้งสัญญาณปวดจากสมองสู่เซลล์/เนื้อเยื่อ นอกจากนี้ยังมีฤทธิ์กดการทำงานของศูนย์ควบคุมการไอในสมองได้อีกด้วย และยามอร์ฟีนยังสามารถออกฤทธิ์ได้ที่ผนังของกล้ามเนื้อเรียบ เช่น ที่ลำไส้ ทำให้ลดการบีบตัวของลำไส้ลดอาการปวดที่เกิดจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อเรียบได้อีกด้วย จากกลไกข้างต้นจึงทำให้เกิดฤทธิ์ของการรักษาตามสรรพคุณ

ขนาดและวิธีใช้ รูปแบบยาและความแรง: Inj: 10 mg/ml ; 1 ml ; Syrup: 2 mg/ml; 50 ml
Tablet: MST continus 10, 30, 60 mg (ออกฤทธิ์ทุก 12 ชั่วโมง)
Capsule: Kapanol 20, 50 mg (ออกฤทธิ์ทุก 24 ชั่วโมง)

ผลข้างเคียงจากการใช้ยา

ยาสามารถก่อให้เกิดผลข้างเคียง เช่น มีอาการชัก คลื่นไส้ อาเจียน ปากแห้ง ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ปัสสาวะขุ่น ปวดศีรษะ วิงเวียน ซึพจรเต้นผิดปกติ ตัวเย็น อาจมีผื่นคันหรือลมพิษขึ้นตามผิวหนัง หัวใจเต้นเร็วหรือช้าผิดปกติ ตาพร่า มีอาการเหงื่อออกมาก อาจรู้สึกหงุดหงิดหรือเคลิบเคลิ้ม และสามารถติดยาได้

สำหรับผู้ที่ได้รับยามอร์ฟีนเกินขนาดจะมีอาการหายใจไม่ออก หายใจลำบาก ซึม ซึ่งเมื่อพบอาการเหล่านี้ต้องรีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลทันที ซึ่งแพทย์จะให้การรักษาโดยให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนและอาจใช้ยา Naloxone เพื่อแก้พิษของมอร์ฟีน

การแก้ไขเมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์หรือความคลาดเคลื่อนทางยา

- ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีอาการของการได้รับยามากเกินไปคือมีอาการง่วงซึมมากและหายใจช้าและม่านตาหดเล็กน้อยเท่ารูเข็ม หายใจน้อยกว่า 10 ครั้งต่อนาที ให้หยุดยาทันที

- ยาแก้พิษ คือ Naloxone ขนาดยาในผู้ใหญ่ 0.2-0.4 mg IV, IM, SC ให้ซ้ำได้ทุก 2-3 นาที หยุดแก้เมื่อหายใจได้เร็วขึ้นกว่า 10 ครั้งต่อนาที ควรติดตามต่ออย่างใกล้ชิดเพราะฤทธิ์ของ Naloxone มักหมดไปก่อน

การพยาบาล

1. แนะนำผู้ป่วย ห้ามบด เคี้ยวก่อนรับประทานยา เพราะการผลิตยาทำให้การสลายยาที่
ลดน้อยหลังกลืนทั้งเม็ด ถ้าทำให้แตกหักก่อน ยาจะถูกสลายทันที จึงออกฤทธิ์ในขนาดทั้งหมดที่
ให้ทันทีและอยู่นานเพียง 4 ชั่วโมง
2. ตรวจสอบสัญญาณชีพก่อนและหลังให้ยา ถ้าพบอัตราการหายใจน้อยกว่า 12 ครั้งต
อนาที ควรรายงานแพทย์ทราบเพื่อพิจารณางดยา
3. บันทึกปริมาณน้ำเข้าและน้ำออก เพื่อดูการทำงานของไต
4. สังเกตอาการข้างเคียงของยา อาการติดยา ถ้าระคายเคืองกระเพาะอาหารให้
รับประทานยาร่วมกับนมหรืออาหาร หลีกเลี่ยงการดื่มสุราและยากดประสาท
5. สังเกตระดับความรู้สึกตัว ภาวะทางจิตใจในผู้ที่ได้รับยานานๆ
6. แนะนำผู้ป่วยให้หลีกเลี่ยงการขับขี่ยานพาหนะหรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล
7. แนะนำผู้ป่วยให้เปลี่ยนอิริยาบถอย่างช้าๆ เพื่อป้องกันความดันโลหิตต่ำ

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

3. Fentanyl Patch

สรรพคุณ

Fentanyl เป็น opioid ที่ถูกสังเคราะห์ขึ้น มีความแรงในการระงับปวด ประมาณ 100 เท่าของ morphine ยามีคุณสมบัติละลายในไขมันได้ดี จึงออกฤทธิ์ได้เร็วในเวลา 1-2 นาที ระยะเวลาการออกฤทธิ์ค่อนข้างสั้น ประมาณ 20-30 นาที

กลไกการออกฤทธิ์

Fentanyl มีฤทธิ์กดการหายใจ และจะเสริมฤทธิ์กับยาชนิดอื่นที่มีผลกดการหายใจ เช่นกัน Fentanyl เป็นยาที่มีผลน้อยต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด แต่อาจทำให้ความดันเลือดลดต่ำลงเล็กน้อย และอาจพบภาวะหัวใจเต้นช้าลงจากการกระตุ้นที่ vagus nerve การให้ยาในขนาดสูงหรือให้ยาเร็วๆ อาจทำให้เกิดกล้ามเนื้อแข็ง (rigidity) ได้ fentanyl กระตุ้นการหลั่ง histamine

ขนาดและวิธีใช้

- Fentanyl injection (100 mcg/2 ml)
- Fentanyl transdermal patch (12, 25, 50 mcg patch)

โดยส่วนใหญ่ในระหว่างการผ่าตัด มักเลือกใช้ชนิดฉีด ในขนาด 1-2 mcg/kg ส่วนในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรัง มักเลือกใช้เป็นชนิดแผ่นแปะ หลังแปะแผ่นยา ยาจะค่อยๆ ซึมเข้าสู่ใช้เวลาในการออกฤทธิ์ประมาณ 10-12 ชั่วโมง จึงจะได้ระดับยาที่ระงับปวดได้ fentanyl patch ออกฤทธิ์ต่อเนื่องนาน 72 ชั่วโมง ต่อ 1 แผ่น

การแปะ durosic ควรปิดบนผิวหนังที่ไม่มีอาการระคายเคือง และผิวหนังนั้นควรราบเรียบ บริเวณที่เหมาะสมที่สุดคือลำตัวหรือต้นแขน และควรเลือกผิวหนังที่ไม่มีขน ก่อนปิดยาไม่ควรใช้มิดโกลน เพราะอาจทำให้เกิดแผลได้ และควรทำความสะอาดบริเวณผิวหนังนั้นด้วยน้ำสะอาดเท่านั้น ผิวหนังที่ปิดยาไม่ควรทาสารจำพวกน้ำมัน น้ำหอม แป้งหรือสารใดๆ ที่อาจก่อให้เกิดการระคายเคืองหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง จากนั้นควรใช้ผ้าแห้งๆ ซับให้ผิวหนังแห้งสนิทก่อนปิดแผ่นยา การแปะแผ่นยาจะต้องกดทับแผ่นยาให้ติดแน่นกับผิวหนังประมาณ 30 วินาที เพื่อให้แน่ใจว่าระบบการให้ยาได้สัมผัสกับผิวหนังอย่างสมบูรณ์ โดยเฉพาะขอบรอบ ๆ แผ่นยา

Oral Morphine (mg/24 hrs)	IM/IV Morphine (mg/24 hrs)	Transdermal Fentanyl (mcg/hr)
45-134	8-22	25
135-224	23-37	50
225-314	38-52	75
315-404	53-67	100

ตารางแสดงขนาด fentanyl patch ที่ควรใช้เมื่อเทียบกับปริมาณ morphine ที่ผู้ป่วยได้รับ

ตารางแสดงข้อดี ข้อเสีย ของการใช้ fentanyl patch

ข้อดี	ข้อเสีย
<ul style="list-style-type: none"> - ใช้ได้นานต่อเนื่องถึง 3 วัน - ใช้ได้ดีในกรณีผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานยา กลืนยา มีปัญหาเกี่ยวกับการดูดซึมยา - ใช้ง่าย ไม่เจ็บตัว 	<ul style="list-style-type: none"> - หลุดง่าย - ขนาดของยาถูกกำหนดแน่นอน ทำให้ยุ่งยากในการปรับขนาด - ใช้เวลานานพอสมควร กว่าระดับยาจะขึ้นถึงจุดที่ต้องการ - เมื่อมีผลข้างเคียงเกิดขึ้น ต้องเฝ้าติดตามนานกว่าปกติ - ไม่สามารถใช้กับผู้ป่วยที่มีโรคผิวหนัง หรือผิวหนังผิดปกติ

ผลข้างเคียงจากการใช้ยา

- ระบบประสาท ง่วงซึม เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย มึนงง สับสน สงบระงับ ล้ม ภาวะวิตกกังวล เกิดความผิดปกติ ความคิดผิดปกติ กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน ท่าเดินผิดปกติ กระวนกระวาย ภาวะเสียความจำ ภาวะเคลิ้มสุข เห็นภาพหลอน ชัก กระตุก ปฏิกริยาหวาดระแวง ความรู้สึกสัมผัสเพี้ยน อาจเกิดภาวะ hyperalgesia ถ้าใช้ยาในขนาดสูง
- ระบบหัวใจและหลอดเลือด อาจเกิดอาการหน้าแดง แขนหน้าอก อ่อนเพลียจนรู้สึกเหมือนจะเป็นลม ความดันเลือดต่ำ หัวใจเต้นช้า หัวใจเต้นผิดจังหวะ
- ระบบหายใจ อาการหายใจลำบาก ภาวะกดการหายใจ หยุดหายใจ
- ระบบทางเดินอาหาร คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปากแห้ง ไม่สบายท้อง ท้องอืด ท้องผูก ท่อน้ำดีหดเกร็ง การเกร็งตัวของลำไส้เพิ่มขึ้น
- ระบบทางเดินปัสสาวะ ปัสสาวะคั่ง ภาวะปัสสาวะน้อย ท่อไตหดเกร็ง
- ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก กล้ามเนื้อหดเกร็ง
- ผิวหนังและปฏิกริยาแพ้ ผิวหนังแห้ง ผื่นขึ้น มีอาการคันลมพิษ มีเหงื่อออกมากผิดปกติ

การพยาบาล

1. ห้ามใช้ในผู้ที่มีประวัติแพ้ยา กลุ่ม opioids
2. ยาอาจทำให้ง่วงซึม จึงไม่ควรขับชี่ยานพาหนะ ทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกลหรือทำงานที่เสี่ยงอันตราย
3. ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะกดการหายใจ เพราะอาจทำให้ความดันเลือดต่ำ กดการหายใจ หัวใจเต้นช้าลง หรือหัวใจหยุดเต้น (asystole)
4. อาจทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ในช่วงแรกของการรักษา ถ้าพบอาการรุนแรง ควรรายงานแพทย์ทันที

4. Midazolam

Midazolam เป็นยานอนหลับ ในกลุ่ม short acting benzodiazepine ที่ดูดซึมในทางเดินอาหารได้ดีที่สุดเมื่อเทียบกับยานอนหลับตัวอื่นๆ มีค่าครึ่งชีวิตสั้นมากประมาณ 2 ชั่วโมง มี active metabolite ที่มีค่าครึ่งชีวิตสั้นมากเช่นกันจึงเหมาะสำหรับคนที่หลับยาก แต่เมื่อหลับแล้วจะหลับได้ปกติจนถึงเช้า ไม่เหมาะที่จะให้คนหลับได้เองแต่มีกึ่งกลางดึก ใช้เป็นยาช่วยในการนอนหลับในคืนก่อนจะทำศัลยกรรม หรือการใช้เครื่องมือตรวจวินิจฉัยโรคต่างๆ ยาตัวนี้อาจทำให้เกิดภาวะจำสิ่งที่ตนกระทำไม่ได้ พบรายงานการเกิด anterograde amnesia ได้บ่อย นอกจากนั้นยังทำให้เกิดอาการสับสน automatic behavior, disinhibition หรือในบางรายอาจมีอาการประสาทหลอนเหมือนผู้ป่วยโรคจิตได้ ดังนั้นจึงควรระวังการใช้โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ

สรรพคุณ

ใช้ในผู้ป่วยที่ต้องรับหัตถการทางการแพทย์เช่น การส่องกล้องตรวจอวัยวะต่างๆ การทำหัตถการทางทันตกรรม หรือการวางยาสลบก่อนการผ่าตัด บรรเทารักษาอาการนอนไม่หลับ

กลไกการออกฤทธิ์

เมื่อนิดเข้ากล้ามเนื้อยาจะถูกดูดซึมได้ดี ระยะเวลาที่ยาเริ่มออกฤทธิ์ประมาณ 5-15 นาที ช่วงเวลาออกฤทธิ์ทั้งรูปแบบฉีดเข้าหลอดเลือดดำและฉีดเข้ากล้ามเนื้อประมาณ 2 ชั่วโมง ยาจับกับ albumin ในพลาสมาประมาณร้อยละ 94-97 ค่า half life 2.2-6.8 ชั่วโมง ยาถูกแปลงสภาพที่ตับโดยเอนไซม์ CYP3A4 โดยกระบวนการ hydroxylation ได้เป็นสาร metabolite ที่ยังมีฤทธิ์อยู่ คือ 1-hydroxymethylmidazolam และอื่นๆผ่านกระบวนการ conjugation ด้วย glucuronic acid และกำจัดออกทางไต

ขนาดและวิธีใช้

ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 70-80 ไมโครกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

ฉีดเข้าหลอดเลือดดำอย่างช้าๆ อย่างน้อย 2 นาทีขนาดยาเริ่มต้น 1 - 2.5 มิลลิกรัม ติดตามอาการหลังฉีดยาอย่างน้อย 2 นาทีและปรับขนาดยาตามความจำเป็นขนาดยาสูงสุดไม่เกิน 5 มิลลิกรัม ผลข้างเคียงจากการใช้ยา

ระบบหายใจ: สะอึก ไอ กล้องเสียงและหลอดลมหดเกร็ง หายใจลำบาก อัตราหายใจเร็ว

ระบบประสาท: ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ควบคุมการเคลื่อนไหวไม่ได้ สูญเสียความจำขณะยาออกฤทธิ์ หลอนประสาท นอนไม่หลับ ผื่นร้าย ความรู้สึกสัมผัสเพี้ยน (paresthesia) ก้าวร้าว กังวล

ระบบทางเดินอาหาร: คลื่นไส้อาเจียน ภาวะหลังน้ำลายมาก อาการขย้อน ปากแห้ง ท้องผูก

ระบบตา: มองภาพไม่ชัด เห็นภาพซ้อน ตากระตุก มีปัญหาในการปรับภาพให้เห็นได้ชัดเจน

การพยาบาล

1. ห้ามใช้ในผู้ที่มีประวัติแพ้ยาในกลุ่ม benzodiazepines
2. เฝ้าระวังการหายใจ ชีพจร และความดันเลือดของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากยาออกฤทธิ์กดการหายใจ อาจทำให้ความดันเลือดต่ำ กตการหายใจ หัวใจเต้นช้าลง หรือหัวใจหยุดเต้น (asystole)
3. ยาอาจทำให้ง่วงซึม จึงไม่ควรขับชียานพาหนะ ทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล
4. ไม่ควรฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำอย่างรวดเร็ว เพราะอาจทำให้เกิดความดันเลือดต่ำอย่างรุนแรงและช็อกได้
5. ระวังการระวังการใช้ในผู้ป่วยที่มี albumin ในพลาสมาต่ำ

5. Dexamethasone

Dexamethasone เป็นยาสังเคราะห์ในกลุ่มกลูโคคอร์ติคอยด์ (Glucocorticoid) ที่เป็นยาสเตียรอยด์ชนิดหนึ่ง ซึ่งใช้รักษาโรคและภาวะผิดปกติหลายอย่าง เช่น ด้านการอักเสบ กดภูมิคุ้มกัน รักษาอาการแพ้ รวมถึงความผิดปกติเกี่ยวกับระบบต่าง ๆ เช่น ทางเดินหายใจ ทางเดินอาหาร ต่อมไร้ท่อ เลือด ผิวหนัง กล้ามเนื้อ ข้อ กระดูก คอลลาเจน และโรคมะเร็งบางชนิด ยา Dexamethasone เป็นยาควบคุมพิเศษที่มีข้อควรระวังและข้อห้ามใช้หลายประการและมีใช้ในสถานพยาบาลที่มีใบอนุญาตเท่านั้น การใช้ยานี้อย่างปลอดภัย เหมาะสม และมีประสิทธิผลมากที่สุด จะต้องอยู่ภายใต้ดุลยพินิจของแพทย์ผู้ให้การรักษาเท่านั้น

สรรพคุณ

ใช้เป็นยาด้านการอักเสบหรือกดภูมิคุ้มกัน ช่วยบรรเทาอาการอักเสบต่างๆ ที่เกิดกับร่างกาย เช่น ระวังการอักเสบในผู้ป่วยโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ รักษาการอักเสบที่บริเวณผิวหนัง ข้อต่อ ปอด และอวัยวะอื่นๆ

ใช้รักษาอาการแพ้ ใช้บรรเทาอาการแพ้ชนิดปฏิกิริยาภูมิแพ้รุนแรงเฉียบพลัน (Anaphylaxis) ใช้เป็นยาระงับอาการแพ้โดยผสมกับยาหยอดตา-หู หรือยาพ่นจมูก รักษาโรคหืด

ใช้รักษาโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (Multiple sclerosis) ในระยะอาการกำเริบเฉียบพลัน

ใช้รักษาอาการผิดปกติทางระบบประสาทหรือการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อพยาธิทริคิโนซิส (Trichinosis)

ใช้รักษาภาวะโลหิตจางที่เกิดจากเม็ดเลือดแดงแตกโดยภูมิคุ้มกันตนเอง (Autoimmune hemolytic anemia)

ใช้เสริมกับยาต้านเชื้อวัณโรคเพื่อรักษาหรือบรรเทาอาการที่เกิดจากการติดเชื้อวัณโรคที่เยื่อหุ้มสมองหรือวัณโรคปอดชนิดแพร่กระจาย (Disseminated pulmonary tuberculosis)

ใช้เป็นยาเสริมสำหรับโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid arthritis)

ใช้รักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดแบบเฉียบพลัน (Acute lymphocytic leukemia)

ใช้รักษาภาวะแคลเซียมในเลือดสูงเนื่องจากโรคมะเร็ง

ใช้วินิจฉัยกลุ่มอาการคุซซิง (Cushing's syndrome)

ใช้รักษาความผิดปกติของระบบเลือด โรคที่เกี่ยวข้องกับต่อมหมวกไต และโรคมะเร็งบางชนิด

ใช้เป็นยาลดภาวะสมองบวมในผู้ป่วยด้วยเนื้องอกสมองหรือมะเร็งสมอง

ใช้เป็นยาบรรเทาและลดอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็ง

ใช้รักษาอาการอักเสบของหู (หูติดเชื้อ) อันมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อแบคทีเรีย

ใช้รักษาและบรรเทาแผลในปาก ช่องคอ โดยการใช้ในรูปแบบของยาพ่น

กลไกการออกฤทธิ์

Dexamethasone เป็นยาในกลุ่มกลูโคคอร์ติคอยด์ชนิดสังเคราะห์ ที่มีฤทธิ์ด้านการอักเสบมากกว่า Prednisolone 5-7 เท่า และมากกว่ายา Hydrocortisone 20-30 เท่า นอกจากนี้ยังมีฤทธิ์ต้านอาการแพ้ ลดไข้ และกดภูมิคุ้มกันได้เหมือนกลูโคคอร์ติคอยด์ชนิดอื่นๆ โดยกลไกด้านการอักเสบของ dexamethasone นั้นมีหลายกลไก เช่น ยับยั้งการเคลื่อนย้ายเม็ดเลือดขาวชนิดพอลีมอร์ฟนิวเคลียร์ (Polymorphonuclear) ไม่ให้เข้าสู่บริเวณที่อักเสบ ยับยั้งการเกาะของนิวโทรฟิลและโมโนไซต์ที่เซลล์ผนังหลอดเลือดฝอย (Capillary endothelial cell) ตรงบริเวณที่อักเสบ ยับยั้งการสะสม

ของแมโครฟาจในบริเวณที่อักเสบ ทำให้เมมเบรนของไลโซโซมของเม็ดเลือด (Leukocyte lysosomal membrane) แข็งแรงขึ้น ต้านฤทธิ์ฮิสตามีนและลดการปล่อยไฮโดรโคโรนหลายชนิดจาก ซีสเตรต ควบคุมการทำงานของสารตัวกลางในการตอบสนองการอักเสบ ยับยั้งฤทธิ์ของเอนไซม์ Phospholipase A2 ทำให้ลดการสร้างโพรสตาแกลนดินส์ (Prostaglandins) ลิวโคทรินส์ (Leukotrienes) และสารประกอบอื่นที่เกี่ยวข้อง ลดการสะสมคอเลสเตอรอล ลดการสร้างแผลเป็น

ส่วนฤทธิ์การกดภูมิคุ้มกันของยา Dexamethasone เกิดจากการยับยั้งการตอบสนองในการ สร้างแอนติบอดีและการตอบสนองผ่านเซลล์ โดยลดการทำงานของระบบน้ำเหลือง ทำให้มีลิมโฟไซต์ในเลือดต่ำลง (Lymphocytopenia) ลดระดับความเข้มข้นของอิมมูโนโกลบูลิน (Immunoglobulin) และ Complement ลดการผ่านของ Immune complexes เข้าออก Basement membranes และกดฤทธิ์ปฏิกิริยาของเนื้อเยื่อที่มีต่อ Antigen-antibody interaction กระตุ้น Erythroid cells ของไขกระดูก ทำให้อายุของเม็ดเลือดแดงและเกล็ดเลือดยาวขึ้น และทำให้จำนวน นิวโทรฟิลสูงขึ้น (Neutrophilia) และจำนวนอีโอซิโนฟิลต่ำลง (Eosinopenia) ด้วยกลไกดังกล่าวนี้เองจึงทำให้ยาเดกซาเมทาโซนช่วยลดการอักเสบและทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นได้

ขนาดและวิธีใช้

ยา Dexamethasone ในปริมาณต่างๆจะมีผลต่อร่างกายแตกต่างกันไป หากแบ่งตาม ปริมาณของยาเดกซาเมทาโซนที่ได้รับต่อวัน สามารถแบ่งได้ดังนี้

ขนาดยา Dexamethasone ที่ถือว่ามีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา (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

ผลข้างเคียงจากการใช้ยา

หลังการใช้ยา Dexamethasone อาจพบอาการข้างเคียง ดังนี้ เกิดสิว นอนไม่หลับ วิงเวียน ศีรษะ รับประทานอาหารมากขึ้น น้ำหนักเพิ่ม เบื่ออาหาร ผิว หนึ่งบางลง ซึมเศร้า ความดันโลหิตสูง มีความเสี่ยงของการติดเชื้อมากขึ้น ความดันในลูกตาเพิ่มขึ้น อาเจียน คลื่นไส้ จิตใจสับสน ปวดศีรษะ ปัสสาวะน้อยลง บวม ใบหน้า ตามนิ้วมือและขา กรณีที่ใช้ยาเป็นเวลานานๆอาจเกิดต่อกระดูก

การพยาบาล

1. ห้ามใช้ในผู้ที่มีประวัติแพ้ยาทุกชนิด เช่น กินยาแล้ว คลื่นไส้มาก ขึ้นผื่น หรือแน่นหายใจ ติดขัดหายใจลำบาก
2. ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวต่างๆ เพราะยา Dexamethasone อาจส่งผลให้อาการของโรคเหล่านั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยาอื่นๆที่กินอยู่ก่อน

6. Ondansetron

Ondansetron เป็นยาที่ใช้ในการรักษาอาการคลื่นไส้และอาเจียนที่เป็นผลมาจากโรคกระเพาะอาหารและลำไส้อักเสบ การผ่าตัด หรือการรักษาในผู้ป่วยมะเร็ง เช่น การทำเคมีบำบัด หรือการฉายรังสี เป็นต้น ทำงานโดยการยับยั้งการผลิตสารเซโรโทนิน (Serotonin) ในลำไส้และระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียน อาจใช้ร่วมกับยาชนิดอื่นเพื่อประสิทธิภาพในการรักษา ควรปฏิบัติตามแพทย์สั่งและฉลากยาอย่างเคร่งครัด เพราะอาจเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาได้

สรรพคุณ

รักษาและบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยที่ต้องรับยาเคมีบำบัด หรือได้รับรังสีรักษา

รักษาและบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัด

รักษากลุ่มอาการอาเจียนรุนแรงที่แพทย์ยังไม่ทราบสาเหตุที่เรียกว่า Cyclic Vomiting Syndrome

กลไกการออกฤทธิ์

จากการใช้ยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็ง อาจเป็นสาเหตุให้ลำไส้เล็กของผู้ป่วยหลั่งสาร Serotonin หรือ 5HT (5 Hydroxytryptamine) ออกมา สารดังกล่าวจะก่อให้เกิดกลไกการกระตุ้นการคลื่นไส้อาเจียน ยาอนดาเซทรอนจะเข้าไปออกฤทธิ์ยับยั้งกลไกการกระตุ้นดังกล่าว ทำให้เกิดฤทธิ์ของการรักษาตามสรรพคุณ

ขนาดและวิธีใช้

ยาเม็ด ขนาด 4 และ 8 มิลลิกรัม/เม็ด

ยาน้ำ ขนาดความแรง 8 มิลลิกรัม/4 มิลลิลิตร

สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา: ผู้ใหญ่: ขนาด 8 มิลลิกรัมก่อนเข้ารักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา 1-2 ชั่วโมง จากนั้นขนาด 8 มิลลิกรัมหลังการได้รับยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาไปแล้ว 12 ชั่วโมง

การรับประทานเชิงป้องกันการคลื่นไส้อาเจียนข้างต้น ผู้ป่วยมักได้รับคำแนะนำให้รับประทานยาต่ออีก 8 มิลลิกรัม ทุก 12 ชั่วโมงเป็นเวลาติดต่อกันอีก 5 วัน

ผลข้างเคียงจากการใช้ยา

ยา Ondansetron อาจทำให้เกิดอาการแพ้ยาได้ เช่น อาการปวดศีรษะ บางรายมีอาการชัก วิงเวียนศีรษะ และการมองเห็นภาพไม่ชัดเจน เกิดภาวะ ใจสั่น เจ็บหน้าอก หัวใจเต้นช้าผิดปกติ หน้าแดง ความดันโลหิตต่ำ สะอึก ท้องผูก การตรวจเลือด อาจพบตับทำงานผิดปกติ หัวใจเต้นเร็ว ตื่นตัวมากเกินไป คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เป็นลม

1. ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาทุกชนิด เช่น กินยาแล้ว คลื่นไส้มาก ชื่นผื่น หรือแน่นหายใจติดขัดหายใจลำบาก

2. การให้ทางหลอดเลือดดำครั้งเดียวเกิน 32 mg อาจมีผลต่อการทำงานของหัวใจทำให้ QT interval ยาวขึ้นนำไปสู่การเกิด Torsades de Points และเสียชีวิตได้ การเกิด QT prolong ขึ้นกับขนาดยาเป็นสำคัญ

3. ควรแก้ไขความผิดปกติของ electrolyte ให้ปกติก่อนฉีดยา

7. Chlorpheniramine

เป็นยาแก้แพ้หรือยาด้านฮิสตามีนในกลุ่มอัลโคลามีน (Alkylamine) ถูกนำมาใช้รักษาอาการแพ้ต่าง ๆ เช่น ลมพิษ ผื่นคัน หวัด ภูมิแพ้ ใช้บรรเทาอาการหวัดและอาการคัน แต่ผลข้างเคียงที่พบบ่อยของยานี้คือ อาการง่วงนอน โดยจะมีอาการตั้งแต่เล็ก ๆ น้อย ๆ มีอาการซึม ๆ ไม่สดชื่น อยากนอน ซึ่งจะเป็นสักพักหนึ่งแล้วกลับมาเป็นปกติ หรือบางคนอาจจะมีอาการง่วงนอนมาก จนขนาดลุกไม่ไหว อยากนอนมาก และไม่สามารถทำงานหรือดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

สรรพคุณ

เป็นสารต้านฮิสตามีนสำหรับใช้รักษาและบรรเทาอาการแพ้ต่าง ๆ เช่น ลมพิษ ผื่นคัน หวัด ภูมิแพ้ ใช้ละอองฟาง เยื่อจมูกอักเสบเนื่องจากการแพ้ เยื่อตาขาวอักเสบจากการแพ้ การแพ้อาหาร แพ้ยาหรือน้ำเกลือ ยุง แมลง เป็นต้น และยังใช้เป็นยาลดน้ำมูกไหลเนื่องจากหวัด และบรรเทาอาการคันจากสาเหตุต่าง ๆ

ใช้บรรเทาอาการแพ้และหวัด ได้แก่ อาการจาม น้ำมูกไหล (ช่วยลดน้ำมูกใส ๆ) คัดจมูก ตาแดง คันที่ตาและน้ำตาไหล คันจมูกและคอ

ใช้บรรเทาอาการแพ้ใช้ละอองฟาง (Hay fever) ซึ่งมีสาเหตุมาจากการแพ้สารจำพวกละอองเกสร ดอกไม้ ฝุ่นละออง หรือสารอื่นในอากาศ

ใช้บรรเทาอาการคันจากสาเหตุต่าง ๆ รักษาอาการคันระคายเคืองในบริเวณดวงตา และกรณีใส่ฝื่อการรักษาโรคกระดูก

กลไกการออกฤทธิ์

กลไกการออกฤทธิ์โดยการป้องกันร่างกายไม่ให้เกิดปฏิกิริยากับสารก่อภูมิแพ้ที่เข้ามากระตุ้นภายในร่างกาย

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 ½-1 หลอด เข้ากล้ามเนื้อหรือเข้าหลอดเลือดดำ

ผลข้างเคียงจากการใช้ยา

ยานี้มักทำให้ง่วงนอน มึนงง เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว การมองเห็นไม่ชัดเจน ปากคอจุกแห้งใจสั่น ความดันโลหิตต่ำ หงุดหงิด มือสั่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหารหรือเจริญอาหาร ท้องเสีย ไม่สบายท้อง ท้องผูกจากฤทธิ์แอนติโคลิเนอร์จิก ปัสสาวะลำบาก เป็นลมพิษ ผื่นคัน เป็นต้น

ผลข้างเคียงรุนแรงของยานี้ คือ มีปัญหาในการมองเห็น เช่น มองเห็นไม่ชัด มีปัญหาในการหายใจอาการกระวนกระวาย ตื่นเต้น วิตกกังวล นอนไม่หลับ หน้ามืด วิงเวียนคล้ายจะเป็นลม หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ ใจสั่น หรือเจ็บแน่นหน้าอก ปัสสาวะลำบาก การชัก การเกร็งของกล้ามเนื้อและใบหน้า เป็นต้น

การพยาบาล: ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีประวัติการแพ้ยา Chlorpheniramine หรือส่วนประกอบใดๆ ของยานี้ การแพ้ยากลุ่มอัลโคลามีน (Alkylamine) และประวัติการแพ้ยาอื่นๆ ทุกชนิด รวมทั้งอาการจากการแพ้ยา เช่น รับประทานยาแล้วคลื่นไส้มาก หรือแน่น หายใจติดขัด/หายใจลำบาก เป็นต้น

8. Lorazepam (Ativan)

สรรพคุณ

Lorazepam หรือชื่อการค้าที่คนไทยรู้จัก คือ Ativan เป็นยาที่จัดอยู่ในกลุ่ม Benzodiazepine ใช้เป็นยาลดความวิตกกังวล คลายเครียด ใช้เป็นยาป้องกันอาการชัก และช่วยคลายกล้ามเนื้อ ช่วยสงบประสาท และทำให้ง่วงนอนหลับ

กลไกการออกฤทธิ์

Lorazepam จะออกฤทธิ์ในสมอง โดยยาจะเข้าไปแทนที่การจับตัวของสารสื่อประสาทที่เรียกว่า GABA (Gamma aminobutyric acid สารที่มีคุณสมบัติทำให้ระบบประสาทตื่นตัว) กับตัวรับ (GABA-A Receptor) ซึ่งจากกลไกนี้จะส่งผลให้มีการยับยั้งคำสั่งของสาร GABA และส่งผลให้มีฤทธิ์ในการรักษาอาการทางระบบประสาทบางอาการได้

ขนาดและวิธีใช้

สำหรับรักษาอาการวิตกกังวล รับประทานครั้งละ 1-2 มิลลิกรัม วันละ 2-3 ครั้ง

สำหรับอาการนอนไม่หลับ รับประทาน 2-4 มิลลิกรัม ก่อนนอน

ผลข้างเคียงจากการใช้ยา

ยาออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง อาการที่พบส่วนใหญ่ คือ ง่วงซึม กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน สูญเสียการควบคุมการเคลื่อนไหว สับสน มึนงง เวียนศีรษะ ใจสั่น ชีพจรเต้นเร็ว นอกจากนี้ อาจเกิดภาวะเสียความจำชั่วคราว มีรายงานการเกิดอาการระคายเคืองทางเดินอาหาร และพบปฏิกิริยาทางผิวหนัง

การพยาบาล

1. สังเกตอาการที่อาจเกิดจากการแพ้ยา ต้องหยุดยาทันทีและรายงานแพทย์ เช่น กินยาแล้วคลื่นไส้มาก ชื่นผื่น หรือแน่นหายใจติดขัด หายใจลำบาก
2. ชักประวัติเกี่ยวกับโรคประจำตัวต่างๆ รวมทั้งกำลังกินยาอะไรอยู่ เพราะยาอาจส่งผลให้อาการของโรคเหล่านั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยาอื่นๆที่กินอยู่ก่อน
3. ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่เคยมีโรคต่อหิน โรคลมชัก โรคปอด โรคตับ โรคหัวใจ ภาวะติดเหล้า ภาวะซึมเศร้า โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (bipolar disorder) โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิดร้าย (myasthenia gravis) โรคพาร์กินสัน (Parkins disease)

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

9. Valium (Diazepam)

สรรพคุณ

ลดความวิตกกังวลทั่วไป รวมทั้งอาการวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ใช้รักษาการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ และควบคุมกล้ามเนื้อสั่นที่เกิดจากการชักและการถอนเหล้า และใช้สงบประสาท การออกฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง โดยเสริมฤทธิ์ Gamma aminobutyric acid (GABA) ทำให้การยับยั้งและอุดกั้นการตื่นตัวของกระแสประสาท ทั้งส่วน Limbic และ Subcortical จึงทำให้สมองส่วนรับความรู้สึกถูกกด การเคลื่อนไหวจึงช้าลง การทำหน้าที่ของสมองเกิดการเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดอาการ ซึม มึนงง ง่วงหลับ

ขนาดและวิธีใช้

ยาเม็ดขนาด 2, 5 และ 10 มิลลิกรัม รับประทานก่อนหรือหลังอาหาร ส่วนใหญ่รับประทาน 4-40 มิลลิกรัมต่อวัน โดยแบ่งรับประทาน 3-4 ครั้ง/วัน

ยาน้ำขนาดความแรง 10 มิลลิกรัม ต่อ 2 มิลลิลิตร

ผลข้างเคียงจากการใช้ยา

ที่พบบ่อย ได้แก่ มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ง่วงนอน ตื่นเต้นผิดปกติ นอนไม่หลับ อ่อนล้า และกล้ามเนื้ออ่อนแรง อาจเกิดการหายใจ เมื่อให้ยาในขนาดสูงๆ หากใช้ยานี้ในระยะยาวๆ อาจมีผลข้างเคียงเกิดขึ้นได้ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ตามัวเห็นภาพซ้อน ปวดศีรษะ ปัสสาวะกะปริดกะปรอย พูดไม่ชัด มือสั่น ผื่นขึ้น เป็นต้น

การพยาบาล

1. ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เช่น อาการจากการหายใจถูกกด เป็นต้น
2. ไม่ควรใช้ยานี้เองหรือรับประทานยานี้มานานๆ เพราะอาจติดยาและเกิดผลเสียได้
3. สังเกตอาการข้างเคียง เช่น เหนื่อยล้า สับสน น้ำหนักเปลี่ยนแปลง ประจำเดือนไม่สม่ำเสมอ ตัวตาเหลือง ผื่นขึ้น ซึมเศร้า เป็นต้น ให้รายงานแพทย์ทราบ
4. หลีกเลี่ยงการดื่มสุราและยาที่กดประสาท เช่น Narcotics, Sedative, Tranquilizers ยาถอนเหล้า ยารักษาอาการแพ้หรือแก้หวัด เป็นต้น
5. หากมีอาการผิดปกติของ Agranulocytosis เช่น มีไข้ หนาวสั่น เจ็บคอ ไอ ปวดหลัง ให้รายงานการแพทย์ทราบ
6. ยานี้อาจเป็นสาเหตุทำให้มึนงง ตาพร่ามัว ห้ามขับรถ ทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล หรือใช้ของมีคม
7. ให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวช้า ๆ จากท่านอนเป็นท่านั่งหรือยืน หากมีอาการวิงเวียน

10. Plasil (Metoclopramide)

สรรพคุณ

บำบัดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ช่วยทำให้กระเพาะและลำไส้บีบไล่อาหารที่ค้างอยู่ในช่องทางเดินอาหารได้เร็วมากขึ้น ยาตัวนี้เหมาะที่จะใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการของกระเพาะและลำไส้ทำงานได้ไม่ดี หรือบีบตัวน้อยเกินไป จนทำให้อาหารค้างคั่งอยู่นานจนก่อให้เกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนขึ้นมา นอกจากนี้ยังเป็นส่วนประกอบในการรักษาโรคต่างๆ อีกด้วย เช่น อาการคลื่นไส้อาเจียนจากการฉายรังสีรักษา จากยาเคมีบำบัด จากการติดเชื้อ จากโรคไมเกรน จากการตั้งครรภ์ จากโรคมะเร็ง จากภาวะสาร์ยูเรียเกินในร่างกาย โดยตัวยานี้จะไปออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของสารสื่อประสาทในสมองบางตัว เช่น Dopamine ด้วยสารตัวนี้กระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้ได้นั่นเอง และสำหรับในหญิงที่อยู่ในภาวะให้นมบุตร ยานี้ยังช่วยกระตุ้นให้มีการหลั่งน้ำนมได้มากขึ้นอีกด้วย

ขนาดและวิธีใช้

สำหรับโรคกระเพาะ-ลำไส้ทำงานผิดปกติ รับประทานครั้งละ 10 มิลลิกรัม วันละ 4 ครั้ง

สำหรับรักษาภาวะกรดไหลย้อน รับประทานครั้งละ 10-15 มิลลิกรัม วันละ 4 ครั้ง

สำหรับป้องกันการอาเจียนจากยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็ง รับประทานครั้งละ 20-40 มิลลิกรัม วันละ 2-4 ครั้ง โดยรับประทานก่อนอาหารประมาณ 30 นาที

ขนาดของยาฉีดเพื่อบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัด: ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 10 มิลลิกรัม หลังการผ่าตัด อาจฉีดซ้ำทุกๆ 4-6 ชั่วโมงถ้าอาการยังไม่ดีขึ้น

ผลข้างเคียงจากการใช้ยา

ผลต่อสมอง: มีอาการ ง่วงนอน อ่อนเพลีย วิงเวียน รู้สึกสับสน นอนไม่หลับ มีอารมณ์ซึมเศร้า

ผลต่อระบบฮอร์โมน: อาจทำให้มีอาการน้ำนมไหล หน้าอกโต และประจำเดือนขาด

ผลต่อหัวใจและหลอดเลือด: ความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นช้าหรือเร็วผิดปกติ

ง่วง

ผลต่อระบบทางเดินอาหาร: อาจกระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้และท้องเสียติดตามมา

ผลต่อตับ: อาจเกิดอาการตัวเหลือง ตาเหลือง ด้วยเกิดพิษของยานี้ต่ออวัยวะตับ

ผลต่อผิวหนัง: อาจก่อให้เกิดอาการผื่นคัน

การพยาบาล: ฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ได้แก่ การหายใจลำบาก คอแข็ง ขากรรไกรแข็ง

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

11. Miracid (Losec)

สรรพคุณ

เป็นยาในกลุ่มยับยั้งการขับโปรตอนหรือยับยั้งเอนไซม์ hydrogen-potassium adenosine triphosphatase เพื่อลดการหลั่งกรด ใช้รักษาโรกระบบทางเดินอาหาร หรือความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร เช่น โรคกระเพาะ โรคกรดไหลย้อน ภาวะกรดในกระเพาะอาหาร มากเกินไป

1. รักษาอาการหลอดอาหารอักเสบจากการที่กรดจากกระเพาะไหลย้อนขึ้นไปในหลอดอาหาร ทำให้เยื่อหลอดอาหารบวม ฉีกขาด และมีอาการแสบในอก ใช้เวลารักษา 4-8 สัปดาห์
2. รักษาโรคที่เกิดจากกรดในกระเพาะไหลย้อนขึ้นไปในหลอดอาหาร หรือเรียกว่า GERD ซึ่งทำให้มีอาการแสบในอกและหลอดอาหารเป็นแผล
3. รักษาอาการปวดในกระเพาะอาหาร เนื่องจากอาหารไม่ย่อยและมีกรดมากเกินไป
4. รักษาแผลในกระเพาะ โดยรักษานาน 4-8 สัปดาห์
5. รักษาแผลที่ลำไส้เล็กส่วนต้น Duodenal ulcer ลำไส้เล็กส่วนต้น ใช้เวลารักษา 4 สัปดาห์
6. ป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะหรือลำไส้เล็ก ในผู้ที่ต้องใช้ยากกลุ่มต้านการอักเสบที่ไม่ใช่ สเตอรอยด์ ใช้รักษาแผลในกระเพาะหรือลำไส้เล็ก ที่มีการติดเชื้อแบคทีเรียเฮลิโคแบคเตอร์ไพโลไร โดยใช้ร่วมกับยาต้านเชื้อแบคทีเรีย คือ clarithromycin and amoxicillin

ขนาดและวิธีใช้

1. รักษาอาการปวดในกระเพาะอาหาร เนื่องจากอาหารไม่ย่อยและมีกรดมากเกินไป รับประทาน Miracid 20 มิลลิกรัม วันละครั้งก่อนนอน
2. รักษาแผลที่ลำไส้เล็กส่วนต้น รับประทาน Miracid 20 มิลลิกรัม วันละครั้งก่อน
3. รักษาแผลในกระเพาะ รับประทาน Miracid 40 มิลลิกรัม วันละครั้งก่อนนอน
4. รักษาภาวะกรดไหลย้อนที่ไม่มีหลอดอาหารอักเสบ รับประทาน Miracid 20 มิลลิกรัม วันละครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ หากมีหลอดอาหารอักเสบจะให้ต่ออีก 4 สัปดาห์
5. รักษาการมีกรดในกระเพาะมากเกินไปจากการเจริญที่ผิดปกติของตับอ่อน เริ่มต้นให้ 60 มิลลิกรัมต่อวันและปรับยาจนถึง 120 มิลลิกรัมวันละ 3 ครั้ง

ผลข้างเคียงจากการใช้ยา

อาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่พบได้ เช่น ระบายระบบทางเดินอาหาร จะทำให้คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องอืด ท้องร่วง ท้องผูก ปวดศีรษะและเวียนศีรษะ

อาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่พบน้อย เช่น ปากแห้ง นอนไม่หลับ ง่วงซึม รู้สึกลมหายใจไม่สบาย มองไม่ชัด มีผื่นขึ้นและอาการคัน

การพยาบาล: สังเกตอาการเจ็บหน้าอก อาการคลื่นลำบาก อุจจาระมีสีดำคล้ำหรือมีเลือดปน หากมีอาการต้องหยุดยาทันทีและรายงานแพทย์

12. Ranitidine

สรรพคุณ

1. รักษาแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ บรรเทาอาการกรดไหลย้อน
2. รักษาภาวะกรดหลังออกมามากเกินไป เช่น โรค Zollinger - Ellison syndrome
3. ใช้ควบคู่กับยาแก้ปวดกลุ่มเอ็นเสด (NSAIDs) เพื่อป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร
4. ใช้เป็นยาร่วมกับยาอื่นในการกำจัดเชื้อแบคทีเรีย H.pylori ที่อยู่ในกระเพาะอาหาร
5. ป้องกันภาวะกรดในกระเพาะอาหารสำคัญเข้าสู่หลอดลมก่อนการผ่าตัด
6. รักษาภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหาร

กลไกการออกฤทธิ์

ออกฤทธิ์ที่ผนังของกระเพาะอาหาร โดยป้องกันไม่ให้สาร Histamine เข้าจับกับตัวรับ (Receptor) ที่เรียกว่า Histamine H2 receptors อีกทั้งยังป้องกันไม่ให้ Histamine ไปกระตุ้นการหลั่งกรดของกระเพาะอาหาร ด้วยกลไกดังกล่าวอาการของโรคจะค่อยๆหายและดีขึ้นเป็นลำดับ

ขนาดและวิธีใช้

- สำหรับแผลในกระเพาะ-ลำไส้ชนิดเฉียบพลัน: รับประทานครั้งละ 150 มิลลิกรัมเช้า-เย็น หรือรับประทานครั้งละ 300 มิลลิกรัมวันละครั้ง ก่อนนอน เป็นเวลาติดต่อกัน 4 สัปดาห์ หากต้องรับประทานนานกว่านี้ ให้ลดขนาดรับประทานเป็น 150 มิลลิกรัมวันละครั้ง ก่อนนอน

- สำหรับป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะอาหารเมื่อใช้ร่วมกับยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs: รับประทาน ครั้งละ 150 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น หรือรับประทานครั้งละ 300 มิลลิกรัม ครั้งเดียวก่อนนอน เป็นเวลาติดต่อกัน 8-12 สัปดาห์

ผลข้างเคียงจากการใช้ยา: อาจเกิดผลไม่พึงประสงค์ คือ ลมพิษ มีไข้ หลอดลมหดเกร็งทำให้หายใจลำบาก ความดันโลหิตต่ำ เจ็บหน้าอก

การพยาบาล: ห้ามใช้ในผู้ที่มีประวัติแพ้ยาทุกชนิด เช่น กินยาแล้วคลื่นไส้มาก ขึ้นผื่นหรือแน่นหายใจติดขัด/หายใจลำบาก

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

13. Duocetz (Tramadol)

สรรพคุณ

เป็นยาแก้ปวดที่ใช้บำบัดอาการปวดขั้นปานกลางถึงรุนแรง ใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดจากโรคต่างๆ ซึ่งใช้ยาแก้ปวดชนิดอื่นๆ แล้วไม่สามารถบรรเทาอาการปวดได้เพียงพอ หรือใช้ร่วมกันเพื่อให้แก้ปวดได้ดียิ่งขึ้น

กลไกการออกฤทธิ์

มีกลไกการออกฤทธิ์ที่สมอง โดยจะยับยั้งการดูดกลับของสารสื่อประสาทในสมอง 2 ตัว คือ Serotonin และ Norepinephrine อีกทั้งยังเพิ่มการผลิต Serotonin ภายในสมองอีกด้วย Tramadol เข้าไปจับกับตัวรับ (Receptor) ในสมองที่เรียกว่า Mu-Opiate Receptors ด้วยกลไกที่กล่าวมาทั้งหมดทำให้เกิดการระงับอาการปวดได้

ขนาดและวิธีใช้

ผู้ใหญ่และเด็กอายุมากกว่า 14 ปีขึ้นไป รับประทาน 50-200 มิลลิกรัม/วัน

ผลข้างเคียงจากการใช้ยา

อาจพบผลข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปากแห้ง วิงเวียนศีรษะ ปวดท้อง ท้องอืด อาหารไม่ย่อย ท้องผูก ง่วงนอน ปวดศีรษะ วิดกกังวล หงุดหงิด อ่อนเพลีย ท้องเสีย ผื่นคัน ปัสสาวะบ่อย เหงื่อออกมาก น้ำหนักลด ลมพิษ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตสูง การมองเห็นภาพได้ไม่ชัดเจน ตับอักเสบ

การพยาบาล: ห้ามใช้ยานี้กับผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาแก้ปวดกลุ่มยาเสพติด ผู้ป่วยที่มีโรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจและผู้ป่วยที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ยานี้อาจทำให้การควบคุมร่างกายด้อยประสิทธิภาพลงได้ ควรหลีกเลี่ยงการทำงานที่เกี่ยวข้องกับเครื่องจักรหรือการขับรถ

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

14. Melcam (Meloxicam)

สรรพคุณ

เป็นยาในกลุ่มเอ็นเสด (NSAID, Non steroidal anti-inflammatory drug) ใช้บรรเทาอาการปวด จากโรคข้อรูมาตอยด์ (Rheumatoid Arthritis) อาการปวดกระดูก/โรคข้อเสื่อม เข้าเสื่อม (Osteoarthritis) และเป็นยาลดไข้

กลไกการออกฤทธิ์

ตัวยาคจะออกฤทธิ์ยับยั้งเซลล์ของร่างกายในการสร้างสาร Prostaglandin (สารที่เกี่ยวข้องกับการปวด) Thromboxane (สารที่เกี่ยวข้องกับการหดตัวของหลอดเลือดและช่วยการจับตัวรวมกันของเกล็ดเลือด) และ Prostacyclin (สารที่เกี่ยวข้องกับการขยายตัวของหลอดเลือด) จากกลไกการลดสารเคมีเหล่านี้จึงอาจส่งผลให้เกิดฤทธิ์ของการรักษา

ขนาดและวิธีใช้

ยาเม็ดชนิดรับประทาน ขนาด 7.5 และ 15 มิลลิกรัม/เม็ด ยาน้ำ ขนาด 15 มิลลิกรัม/1.5 มิลลิลิตร

โรคข้อเสื่อมที่มีอาการกำเริบรุนแรง รับประทานยาขนาด 7.5 มิลลิกรัมต่อวัน เพิ่มขนาดยาได้สูงสุด ไม่เกิน 15 มิลลิกรัมต่อวัน

โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคข้อสันหลังอักเสบชนิดแอนคิโลสซิง (Ankylosing Spondylitis) รับประทานยาขนาด 15 มิลลิกรัมต่อวัน

ผลข้างเคียงจากการใช้ยา

อาจทำให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะหัวใจขาดเลือดหรือโรคหลอดเลือดในสมองอย่างรุนแรง โดยเฉพาะในผู้ที่ใช้ยาต่อเนื่องเป็นเวลานาน ผู้ที่ใช้ยาในปริมาณมาก หรือผู้ป่วยโรคหัวใจ รวมถึงผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคหัวใจก็อาจเกิดความเสี่ยงได้เช่นกันในขณะที่ใช้ยา

อาจทำให้มีเลือดออกในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก เกิดขึ้นได้โดยไม่มีอาการหรือสัญญาณเตือนล่วงหน้า โดยเฉพาะผู้ที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่หรือดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ผู้ที่มีสุขภาพไม่แข็งแรง รวมถึงผู้ที่กำลังใช้ยาบางชนิด เช่น สเตียรอยด์ หรือยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด

การพยาบาล: ห้ามใช้กับผู้ที่แพ้ยานี้หรือผู้ที่แพ้ยาในกลุ่ม Aspirin หรือแพ้ยาในกลุ่มเอ็นเสด (NSAIDs) ผู้ป่วยโรคหืด ผู้ที่เป็นลมพิษ ผื่นคัน ผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับการผ่าตัดหัวใจ

15. Vultin ชื่อสามัญ Gabapentin

สรรพคุณ

กาบาเพนติน (Gabapentin) เป็นยาที่รู้จักกันดีในชื่อการค้าว่า นิวรอนติน (Neurontin) ยาที่ถูกสังเคราะห์ให้มีโครงสร้างคล้ายสารสื่อประสาทของสมองมนุษย์ที่เรียกว่า GABA และถูกนำไปใช้รักษาอาการชักชนิดที่เรียกว่า Partial Seizures รวมไปถึงอาการปวดตามเส้นประสาท

ยา กาบาเพนติน จะออกฤทธิ์ยับยั้งการหลั่งของสารสื่อประสาทที่เรียกว่า Mono-amine neurotransmitters อีกทั้งลดความตื่นตัวของเซลล์ประสาทส่วนที่เรียกว่า แอกซอน (Axon) นอกจากนี้ยังเข้าไปรบกวนการแลกเปลี่ยนแคลเซียมของเซลล์ประสาทในสมอง (Cortical Neurons) ด้วยกลไกข้างต้น จึงสามารถบรรเทาอาการชักและลดอาการเจ็บปวดที่เกิดจากเส้นประสาทได้

ขนาดและวิธีใช้

ขนาดที่รักษาอาการชัก ในผู้ใหญ่และเด็กอายุ 12 ปีขึ้นไป รับประทาน 900 - 3,600 มิลลิกรัม/วัน โดยแบ่งรับประทานในวันแรก รับประทานครั้งละ 300 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้ง จากนั้นแพทย์จะปรับขนาดรับประทานตามความเหมาะสม และผู้ป่วยสามารถรับยาได้สูงสุดไม่เกิน 3,600 มิลลิกรัม/วัน

ขนาดที่ใช้รักษาอาการปวดของเส้นประสาท ในผู้ใหญ่รับประทาน 900 มิลลิกรัม/วัน โดยแบ่งรับประทาน 3 ครั้ง/วัน และปรับขนาดรับประทานสูงสุดไม่เกิน 3,600 มิลลิกรัม/วัน

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

อาการข้างเคียงที่พบบ่อย มีดังนี้ หน้าบวม ความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้ออ่อนแรง ท้องอืด เบื่ออาหาร เวียนศีรษะ วิดกกังวล ความรู้สึกและการตอบสนองของร่างกายต่อสิ่งต่างๆ ลดลง อาจติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ อาจมีการมองเห็นภาพพร่ามัว

การพยาบาล

1. ห้ามใช้กับผู้ที่แพ้ยานี้
2. ขณะใช้ยาไม่ควรทำงานกับเครื่องจักรหรือขับขี้นยานพาหนะ เพราะการควบคุมการทำงาน ของร่างกายอาจไม่เป็นไปตามปกติ จนก่อให้เกิดอุบัติเหตุได้
3. การได้รับยาเกินขนาดจะส่งผลให้มีอาการดังนี้ วิงเวียนจนเสียการทรงตัว ตาพร่ามัว พูดจาไม่ชัด ง่วงนอน ท้องเสีย ควรต้องรายงานแพทย์เพื่อทำการรักษาโดยเร็ว

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน