

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนระยะแพร่กระจายที่ได้รับการรักษา
แบบประคับประคอง
กรณีศึกษา

โดย

นางพลับพลึง ชูคำ

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล

ตำแหน่งเลขที่ ๕๔๔๙

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ภารกิจด้านการพยาบาล
โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

มะเร็งตับอ่อน ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคเมื่อเข้าสู่ระยะลุกลาม อัตราการเสียชีวิตสูง แม้วิวัฒนาการทางการแพทย์และเทคโนโลยีก้าวหน้าขึ้น ลักษณะอาการมีทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรังค่อยเป็นค่อยไป พยาธิสภาพของโรครุนแรง และไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำได้เพียงประคับประคองหรือการจัดการกับอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยทรมานน้อยที่สุด ในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาและความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) คือการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งกายใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ บนกระบวนการทำความเข้าใจและตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี เท่าที่สภาพร่างกายและการดำเนินโรคจะเอื้ออำนวย คลายความวิตกกังวลต่าง ๆ จนกระทั่งสามารถจากไปอย่างสงบและเป็นธรรมชาติ รวมถึงการดูแลสภาพจิตใจของญาติ ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้เสียชีวิตไปแล้ว

บุคลากรและทีมสหสาขาวิชาชีพจำเป็นต้องพัฒนาความรู้ ทักษะการดูแลเพื่อให้สามารถจัดการอาการได้อย่างดี โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ต้องมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยา อาการ และอาการแสดง ระยะของโรค การรักษา การเปลี่ยนแปลงต่างๆ เพื่อให้การพยาบาลที่เหมาะสม

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนระยะแพร่กระจายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง เพื่อส่งเสริมองค์ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่มีชีวิตอยู่ในเวลาที่จำกัด ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ในช่วงระยะท้ายของชีวิต และจากไปอย่างสงบตามความประสงค์ที่ผู้ป่วยแสดงเจตนาไว้

พลับพลึง ชูคำ

มีนาคม 2567

สารบัญ

เนื้อหา	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญเรื่อง	ข
สารบัญตาราง	ง
สารบัญภาพ	จ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	2
เหตุผลในการเลือกศึกษา	2
วัตถุประสงค์	2
ระยะเวลาที่ศึกษา	2
ขั้นตอนการดำเนินการ	2
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
บทที่ 2 กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้อง	4
กายวิภาคและสรีรวิทยาของตับอ่อน	4
ลักษณะทางกายวิภาคของตับอ่อน	5
หน้าที่ของตับอ่อน	7
ความหมายของโรคมะเร็งตับอ่อน	8
สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งตับอ่อน	8
พยาธิวิทยา(Pathogenesis)	9
อาการและอาการแสดง	10
การวินิจฉัยโรค	11
การแบ่งชนิดและระยะของโรคมะเร็งตับอ่อน	14
การรักษาโรคมะเร็งตับอ่อน	16
- การผ่าตัด	17
- การฉายรังสี	19
- เคมีบำบัด	24
- การใส่ท่อระบายน้ำดีผ่านหน้าท้องหรือผ่านทางท่อส่งกลืน	32
- การรักษาด้วยวิธีใหม่	33
- การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย	33
การประเมินและการวินิจฉัย(โดยใช้เกณฑ์ทั่วไป)	35
แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง	37
ภาวะฉุกเฉินด้านโรคมะเร็ง	52

สารบัญ (ต่อ)

เนื้อหา	หน้า
บทที่ 3 กระบวนการพยาบาล	62
กรอบแนวคิดและทฤษฎีทางการพยาบาล	62
กระบวนการพยาบาล	62
ทฤษฎีการประเมินทางการพยาบาล-แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน	66
การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรัง	68
- การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการ ศัลยกรรม	68
- การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา	72
- การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด	79
- การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย	86
บทที่ 4 กรณีศึกษา	108
ข้อมูลทั่วไป	108
ประวัติการเจ็บป่วย	108
การประเมินสภาพร่างกาย	109
การประเมินตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน	111
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	114
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	122
การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย(Discharge Planning)	132
บทที่ 5 สรุปวิเคราะห์กรณีศึกษาและข้อเสนอแนะ	135
สรุปกรณีศึกษา	135
วิเคราะห์กรณีศึกษา	136
ข้อเสนอแนะ	136
บรรณานุกรม	138
ภาคผนวก	148

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	โรคหรือภาวะที่สำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับอ่อน	8
ตารางที่ 2	อาการและอาการแสดงของมะเร็งตับอ่อน	10
ตารางที่ 3	ความไวในการตรวจวินิจฉัยมะเร็งตับอ่อนด้วยวิธีการต่าง ๆ	11
ตารางที่ 4	การแบ่งระยะ(Staging) ของมะเร็งตับอ่อนตาม American Journal of Critical Care	15
ตารางที่ 5	ขนาดและสูตรของยาเคมีบำบัดมะเร็งท่อน้ำดี มะเร็งตับอ่อนหลังผ่าตัดร่วมรังสีรักษา	29
ตารางที่ 6	สูตรยาเคมีบำบัดมะเร็งท่อน้ำดีและมะเร็งตับอ่อนระยะลุกลามที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ หรือระยะแพร่กระจาย	29
ตารางที่ 7	กลุ่มยาที่ใช้ในการบรรเทาความปวด	45
ตารางที่ 8	MESCC : Grading system of metastatic epidural spinal cord compression	58
ตารางที่ 9	Palliative Performance Scale version 2	88
ตารางที่ 10	ESAS : Edmonton Symptom Assessment System	89
ตารางที่ 11	แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ตามผลการประเมิน PPS V2	90
ตารางที่ 12	ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hematology	114
ตารางที่ 13	ผลการตรวจ Computer Tomography	116

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 1	แสดง Anatomy of Pancreas	4
ภาพที่ 2	แสดง Organisation of pancreas	5
ภาพที่ 3	แสดง Islet of Langerhans	6
ภาพที่ 4	แสดง Anatomy of Pancreas	7
ภาพที่ 5	แสดงตำแหน่งและระยะมะเร็งตับอ่อน	15
ภาพที่ 6	Surgery for Pancreatic Cancer	18
ภาพที่ 7	แสดง Biliary Drainage	32
ภาพที่ 8	แสดง Duodenal Stent	33
ภาพที่ 9	โครงสร้างและการจัดบริการคุณภาพตามมาตรฐานของศูนย์ดูแล ระดับประคองในโรงพยาบาล	36
ภาพที่ 10	แสดงแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคอง	37
ภาพที่ 11	มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (Visual Analogue Scale)	42
ภาพที่ 12	มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numerical Rating Scals:NRS)	43
ภาพที่ 13	มาตรวัดความปวดแบบรูปใบหน้า (Face Pain Scale)	43
ภาพที่ 14	สรุปประเด็นทางกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลแบบ ประคอง	50
ภาพที่ 15	ภาพแสดงกระดูกสันหลัง	53
ภาพที่ 16	ภาพแสดงส่วนประกอบของกระดูกสันหลังส่วนอก	54
ภาพที่ 17	ภาพแสดงส่วนประกอบของเส้นประสาทไขสันหลัง	55
ภาพที่ 18	ภาพแสดงอาการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไขสันหลัง	57

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศ รวมทั้งประเทศไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประชากรไทย โดยมะเร็งตับอ่อน (Pancreatic Cancer) เป็นมะเร็งที่พบได้ไม่บ่อย แต่เป็นหนึ่งในมะเร็งที่มีอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยในปี 2561 พบมีผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนรายใหม่ 258,918 คนทั่วโลก นับว่าเป็นมะเร็งที่มีความสำคัญ เนื่องจากมีอุบัติการณ์การเสียชีวิตสูงเป็นอันดับที่ 7 ของโรคมะเร็งทั้งหมดทั่วโลก ถึงแม้จะมีความก้าวหน้าในวิวัฒนาการทางการแพทย์ในการตรวจรักษามะเร็งตับอ่อน แต่อัตรารอดชีพใน 5 ปี ของมะเร็งตับอ่อน ยังอยู่ที่ 9 เปอร์เซ็นต์เท่านั้น (Rawla, P., Sunkara, T., & Gaduputi, V., 2019) สำหรับสถานการณ์โรคมะเร็งตับอ่อนในประเทศไทยนั้นพบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดโรคในเพศหญิงเท่ากับ 1.6 คนต่อแสนประชากร และในเพศชาย 2.1 คนต่อแสนประชากร และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ สอดคล้อง กับสถิติโรคมะเร็งทั่วโลก (J. Rojanamatin et al., 2021) จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนที่มารักษาในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2564 ,2565 และ 2566 พบผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อน 17, 19 และ 24 คน ตามลำดับ (หน่วยทะเบียนมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี, 2558) โดยโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ให้บริการที่ครอบคลุมตั้งแต่การตรวจคัดกรองผู้ป่วยมะเร็ง การให้บริการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง ทั้งในด้านการผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา รวมถึงการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

มะเร็งตับอ่อนจะเป็นมะเร็งที่พบได้ไม่บ่อย แต่มีความรุนแรงมาก ผู้ป่วยมักเสียชีวิตภายใน 1 ปี โดยสาเหตุการเกิดโรคมะเร็งยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบมีปัจจัยเสี่ยงได้แก่ ผู้ที่สูบบุหรี่จัด รูปร่างอ้วนเป็นโรคเบาหวาน และผู้ที่มีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคมะเร็งตับอ่อน จะมีอัตราเสี่ยงสูง มะเร็งชนิดนี้อาการในระยะแรกไม่เฉพาะ เจาะจง หรือไม่แสดงอาการเลย จนกระทั่งเป็นมาแล้วจะแสดงอาการ เช่น ปวดท้อง ปวดหลังเรื้อรัง เบื่ออาหาร น้ำหนักลดต่อเนื่อง ตาตัวเหลือง (ดีซ่าน) ทำให้ผู้ป่วย 80-85% มาพบแพทย์เมื่อก่อนมีขนาดใหญ่ โรคมะเร็งลุกลาม การรักษาจึงทำได้เพียงประคับ ประคองอาการและควบคุมโรคให้อยู่เฉพาะที่เท่านั้น

มะเร็งตับอ่อนในระยะแพร่กระจาย ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยบางรายเกิดความท้อแท้ และสิ้นหวัง โดยเฉพาะในรายที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยมีอาการลุกลามแพร่ กระจายไป ผู้ป่วยและญาติจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะของโรค แผนการรักษาในขั้นตอนต่างๆ ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการวางแผนดูแลรักษา เมื่อการรักษาต่างๆ ไม่สามารถควบคุมการแพร่กระจายของโรคได้ ผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลอย่างเป็นองค์รวมและให้ความช่วยเหลือประคับประคองผู้ป่วยในระยะท้ายที่มีปัญหาสุขภาพพ่วงยากซับซ้อนและเสี่ยงต่อภาวะวิกฤติต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งพยาบาลต้องใช้ความรู้ความสามารถ ความชำนาญและประสบการณ์สูงมาก

ด้านการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อบรรเทาอาการความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในเวลาที่เหลืออยู่ ด้วยศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ด้วยการมุ่งเน้นการดูแลทางการแพทย์ได้แก่ ผู้ป่วยปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เหตุผลในการเลือกศึกษา

โรคมะเร็งตับอ่อน ที่ไม่พบบ่อย แต่เมื่อพบมักเป็นระยะท้าย ผู้ป่วยจึงได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่มีบทบาทเป็นผู้ประเมินการดูแลรักษาและให้การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัว เป็นบทบาทที่ท้าทายของการดูแลที่ต้องดูแลครอบคลุมทั้งองค์รวมในผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเผชิญกับปัญหาที่ต้องเจอได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนกลับไปดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินชีวิตได้อย่างดี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพยาธิสภาพ การดำเนินโรค แนวทางการรักษา การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อน ระยะแพร่กระจายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง
2. เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนระยะแพร่กระจายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

ระยะเวลาที่ศึกษา

1. วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2565 - 5 มีนาคม 2565 รวมจำนวนวันนอนโรงพยาบาล 28 วัน
2. โทรศัพท์เยี่ยมติดตามอาการผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 2 ครั้ง ในวันที่ 20 มีนาคม 2565 และ 5 เมษายน 2565 รวมระยะเวลาในการศึกษา 7 กุมภาพันธ์ 2565 - 5 เมษายน 2565 รวมระยะเวลา 58 วัน

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เลือกกรณีศึกษาที่น่าสนใจ ที่มีความสำคัญต่อการดูแลรักษาพยาบาล
2. รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจพิเศษอื่นๆ และแผนการรักษาของแพทย์
3. ศึกษาค้นคว้าตำราวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ นำมาบูรณาการร่วมกันเพื่อประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลที่ครอบคลุมกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วย
4. ปรึกษาแพทย์ผู้ทำการรักษาและผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในการนำความรู้และประสบการณ์มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลที่ครอบคลุมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

5. นำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์ เพื่อการวางแผนการพยาบาลตามขั้นตอน กระบวนการพยาบาลโดยให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง
6. นำแผนการพยาบาลลงสู่การปฏิบัติการพยาบาลและติดตามประเมินผลผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้ง พร้อมทั้งลงบันทึกทางการพยาบาลอย่างครบถ้วน
7. เปรียบเทียบแนวคิดทฤษฎีการศึกษาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา วิเคราะห์ข้อมูล ประเมินผลและสรุปผลการศึกษา
8. รวบรวม จัดลำดับ วางแผนรูปแบบเอกสารและตรวจสอบ
9. จัดพิมพ์รูปเล่ม นำเสนอตามขั้นตอน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพ การดำเนินโรค แนวทางการรักษา และการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนระยะแพร่กระจายด้วยการรักษาแบบประคับประคอง
2. มีความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนระยะแพร่กระจายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง
3. ใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนระยะแพร่กระจายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง
4. ผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนแพร่กระจายไปกระดูกเปื่อยไขสันหลังที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีมาตรฐาน มีประสิทธิภาพปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยการได้รับการประเมินและเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย จิตใจ ก่อน ระหว่างและหลังการได้รับรังสีรักษาอย่างถูกต้อง
5. ผู้ป่วยกรณีศึกษาได้รับการพยาบาลอย่างครบถ้วน ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี
6. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจ ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และสามารถจัดการอาการได้อย่างเหมาะสม

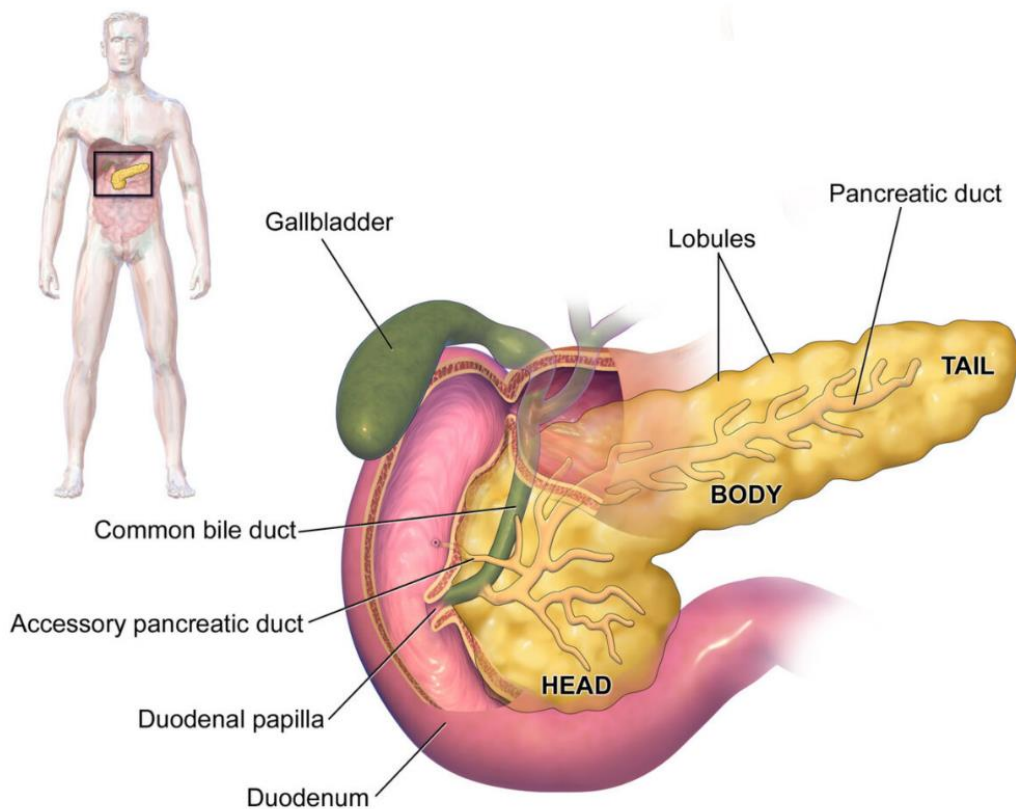
บทที่ 2

กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้อง

กายวิภาคและสรีรวิทยาของตับอ่อน

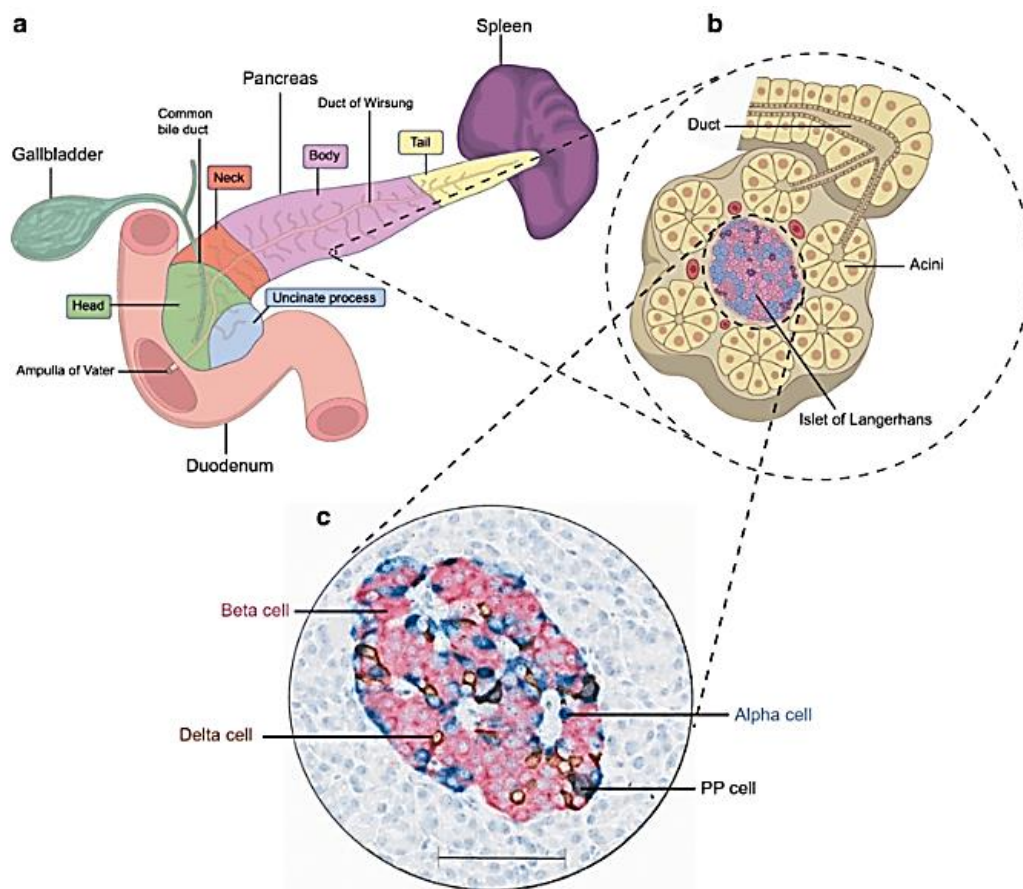
ตับอ่อน (Pancreas) เป็นอวัยวะที่วางตัวอยู่ส่วนหลังของช่องท้องในแนวเฉียง ทอดตัวจาก C-loop ของ duodenum ไปยัง splenic lilium ถูกบุด้วย parietal peritoneum และล้อมรอบด้วยอวัยวะสำคัญหลายอย่าง ตับอ่อนมีรูปร่างคล้ายไปไม้ ยาวประมาณ 6 นิ้ว (12 - 15 เซนติเมตร) ซิดกับผนังด้านหลังของช่องท้อง (Posterior Abdominal Wall) โดยอยู่หลังต่อจากกระเพาะอาหาร ตับอ่อนแบ่งออกเป็น ๔ ส่วน คือ (คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2558)

1. Head เป็นส่วนที่กว้างที่สุดของตับอ่อน อยู่บริเวณส่วนโค้งรูปตัว C ของลำไส้เล็กส่วนต้นคือ ส่วน duodenum โดยเชื่อมต่อด้วยเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน อยู่หน้าต่อกระดูกสันหลัง L₁-L₂
2. Neck เป็นบริเวณรอยคอด ที่อยู่ระหว่าง head กับ body
3. Body เป็นส่วนกลางของตับอ่อน อยู่ระหว่าง head และ tail
4. Tail ชี้ไปทางซ้ายของลำตัว มีลักษณะเรียวยาว ซุกอยู่ที่บริเวณ hilum ของม้าม (spleen)



ภาพที่ 1 Anatomy of Pancreas

ที่มา : Lecturio Nursing. What is the pancreas, 2023.



ภาพที่ 2 Organisation of pancreas

ที่มา : Mark A Atkinson. Organisation of the human pancreas in health, 2020.

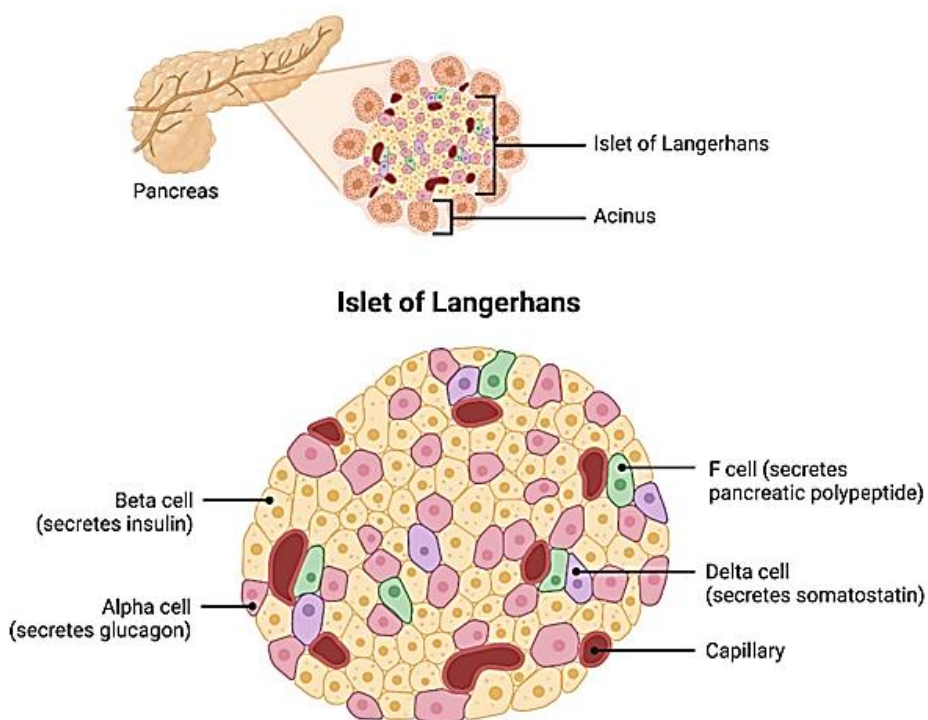
ตับอ่อนจัดเป็นทั้งต่อมมีท่อ (Exocrine gland) และต่อมไร้ท่อ (Endocrine gland) เนื้อส่วนใหญ่ของตับอ่อนเป็นส่วนของ Exocrine ทำหน้าที่สร้างน้ำย่อย (Pancreatic juice) ผ่านมาตาม Main pancreatic duct ที่ทอดอยู่ในแนวกลางของต่อมโดยจะมี Interlobular duct มาเปิดเข้าเป็นระยะๆ ตลอดความยาวของ Duct ปลายท่อจะรวมกับ Common bile duct และเปิดเข้าสู่ Descending part ของ Duodenum ส่วน Endocrine part จะทำหน้าที่สร้างฮอร์โมนที่สำคัญ เช่น อินซูลิน

ลักษณะทางกายวิภาคของตับอ่อน

ตับอ่อนจะมี Capsule ห่อหุ้มภายนอก และแทรกเข้าไปแบ่งเนื้อต่อมออกเป็น Lobules ระหว่าง Lobule จะมีท่อน้ำย่อย ที่เรียกว่า Interlobular duct และหลอดเลือดแทรกอยู่ ตับอ่อนจัดเป็น Compound tubuloalveolar gland เนื้อของตับอ่อนส่วนใหญ่เป็น Exocrine ประกอบด้วยกลุ่มเซลล์ที่ทำหน้าที่เป็น Secretory cells จัดเรียงตัวเป็นถุงเล็กๆ เรียกว่า Acini ซึ่งเป็นกลุ่มเซลล์รูปร่างพีระมิด มี Nucleus อยู่ค่อนข้างไปทางด้านฐาน ยอดเซลล์มี Granule ติดสี Acid dye เรียก

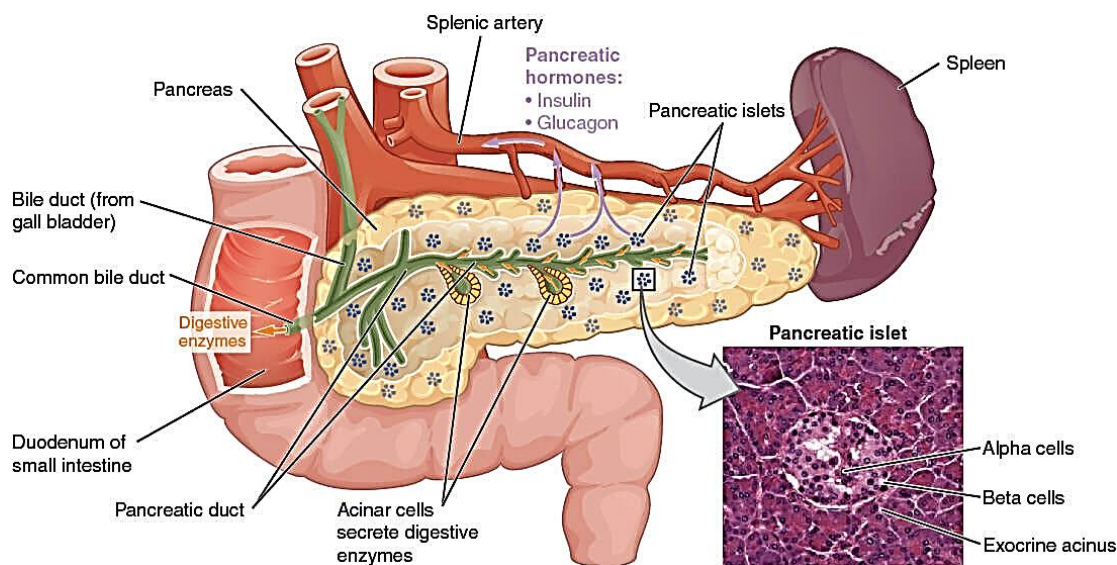
Zymogen granule ตรงกลาง Acini จะมี Lumen ซึ่งเป็นส่วนปลายของท่อ Intralobular duct ที่ยื่นเลยเข้าไปกลาง Acini สารหลังจาก Acinar cell จะเทเข้าสู่ Lumen ผ่านไปตาม Intralobular duct ซึ่งแทรกอยู่ใน Lobule จากนั้นจะรวมกันเข้าสู่ Interlobular duct และ Main pancreatic duct ต่อไป ส่วนเนื้อของตับอ่อนส่วนที่เป็นต่อมไร้ท่อ (Endocrine part) จะมีลักษณะเป็นกลุ่มเซลล์ ติดสีจาง กระจายอยู่ในเนื้อของตับอ่อน แทรกอยู่ระหว่างกลุ่ม Acini เรียกว่า Pancreatic islets หรือ Islet of Langerhans โดยจะมี Connective tissue บางๆ หุ้มไว้ ภายใน Islet of Langerhans มีกลุ่มเซลล์หลายชนิดได้แก่ (กมล โฆษิตรังสิกุล, 2566)

1. Beta-cell (B-cell) ฮอร์โมนที่สร้างจากเซลล์กลุ่มนี้คือฮอร์โมน insulin ทำหน้าที่ลดระดับน้ำตาลในเลือด ถ้าร่างกายขาดฮอร์โมน insulin จะทำให้ปริมาณน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ ทำให้เกิดเป็นโรคเบาหวาน(diabetes mellitus)
2. Alpha-cell (A-cell) สร้างฮอร์โมน glucagon ซึ่งทำหน้าที่เพิ่มระดับน้ำตาลในเลือด
3. Delta-cell (D-cell) ทำหน้าที่สร้าง somatostatin ซึ่งเป็น neurotransmitter ไปยับยั้งการหลั่งฮอร์โมน glucagon และ insulin



ภาพที่ 3 Islet of Langerhans

ที่มา : Biorender. Pancreatic Islet of Langerhans, 2024.



ภาพที่ 4 Anatomy of Pancreas

ที่มา : Olivelab. The Pancreas (Overview), 2023.

หน้าที่ของตับอ่อน

จากการที่ตับอ่อนประกอบด้วยเซลล์หลัก 2 ชนิด คือ เซลล์จากต่อมมีท่อ (Exocrine gland) และเซลล์จากต่อมไร้ท่อ (Endocrine gland) จึงมีหน้าที่หลัก ๆ ดังต่อไปนี้ (กมล โฆษิตรังสิกุล, 2566)

1. ต่อมมีท่อ (Exocrine gland) ในตับอ่อนทำหน้าที่สำคัญเกี่ยวข้องกับการ ผลิตเอนไซม์ไว้ย่อยอาหาร โดยหลั่งน้ำย่อยเข้าไปในลำไส้เล็ก ผ่านทางท่อตับอ่อน น้ำย่อยจัดเป็นเอนไซม์ที่ย่อยสลายไขมัน โปรตีน และคาร์โบไฮเดรตในอาหาร โดยปกติ น้ำย่อยที่สร้างจากตับอ่อนจะยังไม่ออกฤทธิ์จนกระทั่งเมื่อถูกหลั่งเข้าสู่ลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัม จึงจะเริ่มทำหน้าที่ย่อยสารอาหารไขมัน โปรตีน และคาร์โบไฮเดรต แต่เมื่อใดก็ตามที่เอนไซม์ หรือน้ำย่อยเหล่านั้นออกฤทธิ์ภายในตับอ่อน หรือถูกกระตุ้นให้เข้าสู่ภาวะแอ็กทีฟ ก็จะเหมือนกับว่าน้ำย่อยที่สร้างมาจากตับอ่อน กำลังทำการย่อยเนื้อตับอ่อนเอง ทำให้เกิดพยาธิสภาพขึ้น ปรากฏอาการและอาการแสดงที่ชัดเจน

2. เซลล์จากต่อมไร้ท่อ (Endocrine gland) ในตับอ่อนทำหน้าที่สร้างฮอร์โมนได้แก่ อินซูลิน และกลูคากอน โดยเมื่อสังเคราะห์อินซูลินและกลูคากอนแล้ว ก็จะหลั่งเข้าไปในกระแสเลือดที่ฮอร์โมนทั้งสองทำหน้าที่ควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือด

โดยสรุป ตับอ่อนเป็นอวัยวะขนาดเล็ก อยู่ลึกภายในช่องท้องระหว่างกระเพาะอาหารและม้าม ติดกับลำไส้เล็กส่วนต้น มีบทบาทหลักในกระบวนการย่อยอาหาร โดยตับอ่อนจะหลั่งเอนไซม์เข้าสู่ลำไส้เล็กส่วนต้น แล้วร่วมกับน้ำย่อยในลำไส้เล็กทำหน้าที่ในการย่อยโปรตีน คาร์โบไฮเดรต และไขมัน นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งผลิตอินซูลินและกลูคากอนซึ่งมีหน้าที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอีกด้วย

ความหมายของโรคมะเร็งตับอ่อน

มะเร็งตับอ่อน (Pancreatic cancer) คือ เนื้องอกร้ายหรือมะเร็งซึ่งเกิดขึ้นจากเซลล์ของตับอ่อน ผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนมักมาพบแพทย์เมื่อก่อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ เนื่องจากอาการในระยะแรกมักไม่เฉพาะเจาะจงหรือไม่มีอาการแสดงเลย จนกระทั่งเป็นมากแล้วจึงจะแสดงอาการ เช่น ปวดท้องหรือปวดหลังเรื้อรัง เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลดลง ตัวเหลือง ตาเหลือง (ดีซ่าน) (ขวลิต เลิศบุษยานุกูล, 2564)

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งตับอ่อน

ปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งตับอ่อน (วาทีณี เขียรสุคนธ์ และ นิษา เรืองกิจอุดม, 2557) มีหลายประการ ได้แก่

1. คนที่สูบบุหรี่จัด มีปัจจัยเสี่ยงต่อมะเร็งตับอ่อนมากกว่า โดยพบว่า 1 ใน 5 (20%) ของผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนเป็นคนเคยสูบบุหรี่
2. คนที่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งตับอ่อน มีโอกาสเป็นมะเร็งตับอ่อนได้สูงกว่า
3. โรคประจำตัวบางชนิด ได้แก่ ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน ตับอ่อนเรื้อรัง ซึ่งเป็นผลจากการหลังสารของเซลล์เนื้องอกเอง
4. อาหาร การศึกษาพบว่าการบริโภคไขมัน และเนื้อแดงหรือเนื้อที่ผ่านการแปรรูป ในปริมาณมากเป็นประจำ เพิ่มปัจจัยเสี่ยงมะเร็งตับอ่อน
5. น้ำหนักตัวมาก ไม่มีการออกกำลังกาย
6. ประวัติครอบครัว ไม่ได้เป็นปัจจัยเสี่ยงเสมอไป โดยพบว่ามี ความเชื่อมโยงทางพันธุกรรมประมาณ 1 ใน 10 ของผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อน

ตารางที่ 1 โรคหรือภาวะที่สำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับอ่อน

ภาวะ	ความเสี่ยง มะเร็งตับอ่อน (เท่า)	รายละเอียด
ตับอ่อนอักเสบชนิด พันธุกรรม	53 – 87	ความเสี่ยงชั่วชีวิตร้อยละ 40 - 55, อาจถึง ร้อยละ 70 ในกรณีที่ถ่ายทอดผ่านทางบิดา
ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง	5 - 100	100 เท่าถ้านับทุกรายที่มีสงสัยมะเร็งตับอ่อน , 5 เท่าถ้านับเฉพาะผู้ป่วยที่มีชิ้นเนื้อยืนยัน
ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง	13 – 26	ความเสี่ยงร้อยละ 2 ทุก ๆ 10 ปี
มะเร็งตับอ่อนชนิด พันธุกรรม	18 - 56	มีญาติชั้นที่ 1 อย่างน้อย 2 คนเป็นมะเร็งตับ อ่อน
ประวัติครอบครัวเป็นมะเร็ง ตับอ่อน	3 - 5	ความเสี่ยงชั่วชีวิตร้อยละ 5 ถ้ามีญาติชั้นที่ 1 เป็นมะเร็งตับอ่อน ความเสี่ยง 4.6, 6.4 และ 32 เท่า ถ้ามีญาติเป็นมะเร็งตับอ่อน 1, 2 และ 3 คนตามลำดับ

ภาวะ	ความเสี่ยง มะเร็งตับอ่อน (เท่า)	รายละเอียด
Intraductal papillary mucinous neoplasms (IPMN)	ไม่ทราบ	Main duct type ร้อยละ 75 พบมะเร็งเมื่อ ผ่าตัด Branch duct type ร้อยละ 25 พบ มะเร็งเมื่อผ่าตัด
	1.5	เป็นเบาหวานมานานกว่า 5 ปี
	8	ผู้ป่วยอายุมากกว่า 50 ปีที่เพิ่มพบเบาหวาน ภายใน 3 ปี
การสูบบุหรี่	2	เป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยที่สุดของมะเร็งตับ อ่อน (ร้อยละ 20 - 25)
Cystic fibrosis	5	-

ที่มา : วาทีนิ เอียร์สคูคนธ์ และนิชา เรืองกิจอุดม. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งตับอ่อนที่มารับ
การตรวจส่องกล้องและตัดชิ้นเนื้อด้วยกล้องอัลตราซาวด์ (EUS-FNA), 2557.

พยาธิวิทยา (Pathogenesis)

ความผิดปกติของตับอ่อนสามารถนำไปสู่การเกิดโรคได้หลายอย่าง เช่น โรคเบาหวาน ตับอ่อน
อักเสบ และมะเร็ง มะเร็งตับอ่อนส่วนใหญ่ร้อยละ 90 – 95 เป็น Adenocarcinoma และเกิดที่
บริเวณส่วนหัวของตับอ่อน (Head of Pancreas) เกิดจากเซลล์ต่อมมีท่อ มะเร็งเริ่มต้นในเซลล์เยื่อใน
ท่อของตับอ่อน ซึ่งเป็นท่อลำเลียงเอ็นไซม์เข้าสู่ลำไส้เล็ก ส่วนอีกร้อยละ 5 เป็นชนิด
Neuroendocrine tumor และ Lymphoma of the pancreas ในส่วนของ Neuroendocrine
tumor เกิดน้อยกว่า Adenocarcinoma แต่รักษายากกว่า และโรคมะเร็งตับอ่อนชนิดเอ็นโดคราย
ยังแบ่งได้เป็นอีกชนิดเช่น แกสตรินอมา (Gastrinoma) อินซูลินอมา (Insulinoma) และกลูคาโกโนมา
(Glucagonoma) ส่วนมะเร็งตับอ่อนชนิด Lymphoma of the pancreas เป็นเซลล์มะเร็งต่อม
น้ำเหลืองที่เกิดในตับอ่อน พบน้อยมาก (ซวลิต เลิศบุษยานุกูล, 2564)

ตับอ่อนประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนหัว, ส่วนคอ, ส่วนลำตัวและส่วนหาง โดยส่วนหางจะชี้ไป
ทางซ้ายมาม ในขณะที่ส่วนหัวอยู่บริเวณหน้าและด้านข้างของ Superior mesenteric artery และมี
Uncinate process โอบไปทางด้านหลังของเส้นเลือดเส้นนี้ ด้านหน้าของตับอ่อนถูกปกคลุมด้วยเยื่อ
บุช่องท้อง แต่ด้านหลังของ ตับอ่อนอยู่ติดกับ preaortic soft tissue, superior mesenteric artery
และ splenic vein ก้อนมะเร็งที่โตขึ้น จึงมักจะขยายไปทางด้านหลัง และลุกลามไปยังเส้นเลือด
ดังกล่าว ตลอดจน portal vein และ celiac artery ซึ่งการลุกลามไปยังเส้นเลือดนี้เอง ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้
สำหรับศัลยแพทย์ว่าจะสามารถผ่าตัดได้หรือไม่ (Resect ability) ทางเดินน้ำเหลืองของตับอ่อนผ่าน
ทางต่อมน้ำเหลือง Pancreaticoduodenal, Suprapancreatic, Pyloric และ Pancreaticosplenic ซึ่ง
ทั้งหมดนี้จะนำไปสู่ต่อมน้ำเหลือง Celiac และ Superior mesenteric สำหรับต่อมน้ำเหลืองบริเวณ
Porta hepatis มักพบในรายที่เป็นมะเร็งระยะเป็นมากเฉพาะที่ (Locally advanced disease)

ก้อนมะเร็งที่ส่วนหัวของตับอ่อน สามารถกดทางเดินน้ำดี (Common bile duct) และ pancreatic duct หรือลูกกลมบริเวณรูเปิด Ampulla of Vater ซึ่งทำให้เกิดอาการตัวเหลือง ตาเหลือง หรือเกิด exocrine pancreatic insufficiency ได้

เส้นประสาทที่เลี้ยงบริเวณตับอ่อน ได้แก่ Vagus และ splanchnic nerve ซึ่งออกมาจาก Celiac และ superior mesenteric plexus หากก้อนมะเร็งลูกกลมมาบริเวณปมประสาทนี้สามารถทำให้เกิดอาการปวดแบบ Sharp pain ซึ่งร้าวไปที่หลังได้

อาการและอาการแสดง

ระยะแรกมักไม่มีอาการแสดง แต่เมื่อมะเร็งลูกกลมไปมากแล้ว จะทำให้มีอาการปวดท้องส่วนบน และปวดร้าวไปที่หลัง ซึ่งมักจะปวดเวลาหลังอาหารหรือนอนลง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด มีอาการแบบอาหารไม่ย่อย มีภาวะดีซ่าน จะมีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง คันตามตัว ปัสสาวะมีสีเข้ม ซึ่งเกิดจากก้อนมะเร็งกดเบียดท่อน้ำดีจากตับเข้าสู่ลำไส้เล็ก เกิดการคั่งของน้ำดีในตับ จึงเกิดอาการดีซ่านขึ้นมา อุจจาระสีซีด (เนื่องจากก้อนมะเร็งอุดกั้นทางเดินน้ำดี) คันตามผิวหนัง อาจคลำได้ก้อนในท้อง ตับโต ถุงน้ำดีโต คลื่นไส้ อาเจียน (เนื่องจากลำไส้อุดกั้นจากก้อนมะเร็ง) มีอาการของโรคเบาหวาน (เนื่องจากมะเร็งไปยับยั้งการผลิตอินซูลิน) ท้องเสียเรื้อรัง (เนื่องจากผลิตเอนไซม์ย่อยอาหารได้น้อย ทำให้การดูดซึมผิดปกติ) หรือมีอาการที่เกิดจากมะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น เช่น ลำไส้ กระจายอาหาร ปอด ตับ กระดูก สมอง (Saad, Turk, AL – Hussein, & Abdel-Rahman, 2018) ซึ่งอาการจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งของก้อนมะเร็ง ส่วนหัว กลาง หรือปลายของตับอ่อน ซึ่งพบว่า 70 – 80 เปอร์เซ็นต์ เกิดที่ส่วนหัวของตับอ่อน

ตารางที่ 2 อาการและอาการแสดงของมะเร็งตับอ่อน

อาการและอาการแสดง	ตำแหน่งของมะเร็งตับอ่อน (ร้อยละ)		
	หัวตับอ่อน	ตัวตับอ่อน	หางตับอ่อน
ดีซ่าน	63	3	0
ปวดท้อง	64	93	63
น้ำหนักลด	53	66	38
ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน	4	3	0
เบาหวาน	10	5	0
อื่น ๆ	53	43	75

ที่มา : วาทีนี เขียรสุคนธ์ และ นิษา เรืองกิจอุดม. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งตับอ่อนที่มารับการตรวจส่องกล้องและตัดชิ้นเนื้อด้วยกล้องอัลตราซาวด์ (EUS-FNA), 2557.

การวินิจฉัยโรค

มะเร็งตับอ่อนเป็นมะเร็งที่วินิจฉัยยาก หลังจากแพทย์ซักประวัติและตรวจร่างกายแล้วเกิดข้อสงสัย มักจะต้องทำการตรวจเพิ่มเติมโดยส่งตรวจอัลตราซาวด์ หรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) เพื่อยืนยันดูพยาธิสภาพในตับอ่อนและตับ เพราะมะเร็งตับอ่อนกระจายไปตับได้สูงร่วมกับมีการตรวจสารบ่งชี้มะเร็งในเลือดได้แก่ซี เอ 19-9 (CA 19-9) หากอัลตราซาวด์หรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ พบก้อนเนื้อในตับอ่อนและสามารถผ่าตัดได้แพทย์มักทำการรักษาด้วยการผ่าตัดเพื่อเอาก้อนเนื้อออกและส่งก้อนเนื้อดังกล่าวไปตรวจพิสูจน์ทางพยาธิวิทยา (การตัดชิ้นเนื้อตับอ่อนเพื่อพิสูจน์ทางพยาธิวิทยา ก่อนการผ่าตัด มักทำไม่ได้เพราะมีอันตรายค่อนข้างสูง) ว่าใช่มะเร็งตับอ่อนหรือไม่

นอกจากนี้มีการตรวจเลือดเพิ่มเติม ตรวจปัสสาวะ และภาพเอกซเรย์ปอด เพื่อประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วย และดูว่ามีโรคแพร่กระจายไปปอดและตับหรือไม่

ตารางที่ 3 ความไวในการตรวจวินิจฉัยมะเร็งตับอ่อนด้วยวิธีการต่าง ๆ

การวินิจฉัย	ความไว (ร้อยละ)
CA 19-9	80 - 85
อัลตราซาวด์	56 - 97
เอกซเรย์คอมพิวเตอร์	53 - 97
การตรวจคลื่นแม่เหล็ก ± MRCP	63 - 87
ERCP	70 - 97
EUS	86 - 100
PET	85

ที่มา : สุพจน์ พงศ์ประสพชัย. Clinical Practice in Gastroenterology, 2555.

ปัจจุบันไม่มี Screening test ตัวใดที่ได้ผลดีที่สุด CA 19-9 เป็นตัวที่ใช้กันแพร่หลาย แต่ก็ยังไม่มี Specificity และ Sensitivity พอที่จะนำมาใช้ในคนปกติ การศึกษาทาง Molecular genetic ในช่วงหลัง ๆ โดยทำ Serial analysis of gene expression (SAGE) และ Analysis of protein expression ในเนื้อเยื่อ ได้ค้นพบ Marker ตัวใหม่ ๆ เช่น Tissue inhibitor of metalloproteinase type 1 (TIMP-1), Prostate stem cell antigen และ mesothelin ไม่มี Marker ตัวใดใช้ได้ผลดีที่สุด แต่ทั้งหมดมีความแม่นยำกว่า CA 19-9 ใน Early detection ในขณะนี้การ Screening จำกัดอยู่ในวงแคบเฉพาะในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงเท่านั้น ประสพการณ์ที่มากขึ้น ร่วมกับ Marker ตัวใหม่ ๆ อาจนำมาใช้ในการ Screening ในคนทั่วไปได้อย่างคุ้มค่าในอนาคต

1. Screening High Risk Group

ในปัจจุบันพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งตับอ่อนสูงขึ้นในผู้ป่วย Hereditary pancreatic, Hereditary nonpolyposis colorectal cancer, Familial breast cancer ที่สัมพันธ์กับ BRCA 2, Familial atypical multiple mole melanoma syndrome, Peut-Jaghers syndrome และ ataxia telangiectasia นอกจากนั้นญาติผู้ป่วยเหล่านี้ก็มีความเสี่ยงสูงขึ้น

2. Computerized Tomography Scan (CT Scan)

ได้ถูกนำมาใช้ในการประเมินผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งสามารถที่จะวินิจฉัยโรค ประเมินระยะของโรค (Resect ability) ได้แม่นยำ การทำ Dual-phase spiral CT ตัดห่างกัน 3 - 4 มิลลิเมตร ในช่วง arterial phase (20-25 sec หลังฉีดยา) ตามด้วย Venous phase (10-70 sec) ตัดห่างกัน 5 มิลลิเมตร สามารถที่จะประเมิน pancreatic mass, local extension of tumor และ metastatic disease ซึ่งมีความสำคัญในการพิจารณาการผ่าตัด ปัจจุบันมีการพัฒนา CT scan รูปแบบใหม่ ที่เรียกว่า multidetector 3D CT scan ซึ่งได้ภาพที่คมชัดและรวดเร็ว ทำให้สามารถประเมิน staging ได้แม่นยำขึ้น

3. Magnetic Resonance Imaging (MRI)

คือเครื่องมือในการตรวจความผิดปกติของร่างกาย โดยใช้เครื่องสนามแม่เหล็กและคลื่นความถี่วิทยุสร้างภาพที่มีความละเอียดสูงช่วยให้แพทย์วินิจฉัยโรคได้ละเอียดยิ่งขึ้น ส่วนผู้ป่วยก็ไม่ได้รับผลกระทบจากรังสีจากการเอกซเรย์ เช่น MRI สมอ , MRI กระดูกสันหลัง MRI ได้รายละเอียดใกล้เคียงกับ Spiral CT การทำ MRCP ได้ผลใกล้เคียงกับการทำ ERCP, MRI ยังสามารถนำมาใช้ในผู้ที่แพ้สารทึบรังสี

4. Endoscopic Ultrasound

คือการตรวจทางเดินอาหารโดยส่องกล้องที่ติดอัลตราซาวด์ Endoscopic Ultrasound มี sensitivity ใกล้เคียงกับ Dual-phase spiral CT ในการประเมิน mass และ Vascular involvement นอกจากนี้สามารถที่จะตัดเนื้อมาตรวจโดยการทำ Fine needle aspiration ซึ่งมีความปลอดภัยและโอกาสเกิด Fistula น้อยกว่า Percutaneous biopsy อย่างไรก็ตาม การวินิจฉัย Pancreatic cancer ไม่จำเป็นต้องได้ Tissue diagnosis เสมอไป จะทำในกรณีที่ CT ได้ผลไม่ชัดเจนหรือเป็น Unsittable

5. Positron-Emission Tomography (PET)

คือการตรวจเอกซเรย์ด้วยโพสิตรอน หรือถ่ายภาพรังสีจากอนุภาคโพสิตรอนหลายระบบ เป็นเทคนิคทางการแพทย์นิวเคลียร์ที่ช่วยสร้างภาพทางการแพทย์ (medical imaging) ซึ่งแสดงผลเป็นภาพสามมิติแลให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการชีวเคมีของร่างกายหรือ metabolism ที่เฉพาะเจาะจง (metabolism information) เพื่อใช้วิเคราะห์ความผิดปกติต่าง ๆ ของร่างกายและติดตามความก้าวหน้าของการรักษาทางการแพทย์ (therapy monitoring) นอกจากนี้ยังสามารถใช้เทคนิคนี้ในการช่วยศึกษาและติดตามกระบวนการชีวเคมีที่เฉพาะเจาะจงได้อีกด้วย Positron-emission tomography เป็น modality ใหม่ในการวินิจฉัย pancreatic cancer โดยอาศัยหลักการของ metabolism ของกลูโคสที่ติดสารรังสีไว้นำมาสร้างภาพ มีความไวในการดู hepatic และ peritoneal metastasis และยังสามารถแยกแยะเนื้ออวัยวะระหว่าง benign และ malignant ได้

6. Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography (ERCP)

คือการส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน โดยใช้กล้องส่องเข้าทางปากผ่านหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้ส่วนต้นจนถึงท่อเปิดของน้ำดีในลำไส้เล็กเพื่อฉีดสารทึบแสงและถ่ายภาพเอกซเรย์ เพื่อตรวจหาความผิดปกติของท่อน้ำดีและตับอ่อน ERCP มีความไวในการวินิจฉัย Ductal carcinoma ของ pancreas ซึ่งจะพบมี Irregular stricture สัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วย

อย่างไรก็ตาม เนื่องจาก Spiral CT มีการพัฒนาจนมีความไวสูง ดังนั้น ERCP จึงมีที่ใช้ลดลง ซึ่งจะใช้ในกรณีที่มีวินิจฉัยได้ลำบาก

7. Laparoscopic Staging

เป็นการผ่าตัดโดยเจาะผ่านช่องท้องหรือผิวหนังใกล้อวัยวะที่ต้องการผ่าตัด อุปกรณ์ไฟฉายและกล้องขนาดเล็กเพื่อบันทึกภาพส่งมายังจอรับ ซึ่งทำหน้าที่แทนตาของศัลยแพทย์เพื่อผ่าตัดสะดวงขึ้น Laparoscopy และ Laparoscopic ultrasound ช่วยเสริมกับ Spiral CT ในการวินิจฉัย Peritoneal และ Hepatic metastasis cancer หลายกรณีศึกษาพบว่า Laparoscopic staging ควรนำมาใช้ในการประเมิน Respectability หลังจาก Imaging ต่าง ๆ

1. การตรวจคัดกรองมะเร็งตับอ่อนในประชาชนทั่วไป

ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการตรวจคัดกรองใดที่มีความน่าเชื่อถือพอสำหรับการตรวจหามะเร็งตับอ่อนในบุคคลทั่วไปที่ไม่มีอาการ เนื่องจากความชุกของโรคในประชากรทั่วไปต่ำมาก ทำให้การตรวจคัดกรองเกิดผลบวกลวงจำนวนมาก การตรวจคัดกรองในบุคคลทั่วไปได้มีการศึกษาได้แก่ การตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง และการตรวจ CA 19-9

การตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้องร่วมกับ CA 19-9 ในบุคคลทั่วไปพบว่ามี positive predictive value(PPV) เพียงร้อยละ 0.5 การศึกษาการตรวจ CA 19-9 อย่างเดียวพบว่ามี PPV เพียงร้อยละ 0.9 ดังนั้นจึงไม่ควรตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้องหรือ CA 19-9 ในบุคคลทั่วไปเพื่อคัดกรองมะเร็งตับอ่อน เพราะมีผลบวกลวงมากกว่าร้อยละ 99

การตรวจอื่น ๆ ที่มีความแม่นยำดีขึ้น ได้แก่ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจคลื่นแม่เหล็ก แต่ต้องสัมผัสกับรังสีหรือมีราคาสูงมากเกินกว่าจะนำมาใช้ตรวจคัดกรองเป็นประจำ และยังมีผลบวกลวงมากเกินไป การตรวจที่มีความแม่นยำสูงมาก เช่น ERCP หรือ EUS ไม่เหมาะที่นำมาใช้ตรวจคัดกรองเพราะค่อนข้าง invasive และมีอันตรายจากการทำได้

ปัจจุบันจึงแนะนำเพียงการป้องกันแบบปฐมภูมิสำหรับมะเร็งตับอ่อน ได้แก่ การงดสูบบุหรี่ การลดการบริโภคอาหารไขมัน เพิ่มการบริโภคผลไม้ และผักเป็นประจำ หมั่นออกกำลังกายและควบคุมน้ำหนักตัว

2. การเฝ้าระวังมะเร็งตับอ่อนในประชาชนกลุ่มเสี่ยง

ปัจจุบันเริ่มมีการศึกษาบ้างแล้ว แต่ยังไม่ทราบแน่ชัดว่าการตรวจพบรอยโรคระยะแรกก่อนกลายเป็นมะเร็ง เช่น Pan IN 2-3 หรือ มะเร็งตับอ่อนขนาดเล็กกว่า 1-2 เซนติเมตร แล้วทำการผ่าตัดกลุ่มนี้จะมีผลยืดอายุผู้ป่วยได้จริง หรือเป็นเพียง Lead time bias ขณะนี้จึงแนะนำว่าการตรวจคัดกรองในบุคคลกลุ่มเสี่ยงควรเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย บุคคลที่ควรเฝ้าระวังคือบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อมะเร็งตับอ่อนมากกว่า 10 เท่า หรือมีความเสี่ยงตลอดช่วงชีวิตมากกว่าร้อยละ 5 ได้แก่ มะเร็งตับอ่อนชนิดพันธุกรรม, Puert Jeghers syndrome, Familial atypical multiple more melanoma (FAMMM) syndrome และผู้ป่วย Breastovarian cancer syndrome ที่มี BRCA2 mutation ร่วมกับมีญาติไม่เกินระดับสอง (บางแห่งพิจารณาเอาญาติระดับหนึ่ง) เป็นมะเร็งตับอ่อนอย่างน้อยหนึ่งคน

วิธีการคัดกรองที่มีการศึกษามากที่สุดคือ การตรวจ EUS ปีละ 1 ครั้ง โดยเริ่มต้นที่อายุ 45 ปี หรือที่มีอายุน้อยกว่าบุคคลในครอบครัวที่เป็นโรคมะเร็งตับอ่อนที่อายุน้อยที่สุด 15 ปี ถ้าความ

ผิดปกติ เช่น พบถุงน้ำเล็ก ๆ (จะสงสัย IPMN) หรือ Side branch ของท่อตับอ่อนที่ผิดปกติ (คล้าย ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง จะสงสัย Pan IN ในผู้ป่วยเหล่านี้) ให้เจาะดูตรวจเซลล์วิทยาด้วยเข็มขณะทำ (EUS-FNA) หรือทำ ERCP ต่อไป ถ้าพบว่าเป็นมะเร็งตับอ่อนระยะแรก, IPMN หรือ Pan IN แนะนำให้ผ่าตัดซึ่งผลการศึกษาจาก 3 สถาบันในผู้ป่วยรวม 198 ราย 30-32 พบว่าเป็นมะเร็งตับอ่อนระยะแรกร้อยละ 2, Pan IN ร้อยละ 2 และ Intraductal Papillary Mucinous Neoplasm (IPMN) ชนิด Branch-duct ร้อยละ 7

ผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบชนิดพันธุกรรมแม้จะเป็นกลุ่มเสี่ยงเช่นกัน แต่การตรวจ EUS มีข้อจำกัด เนื่องจากพยาธิสภาพจากตับอ่อนอักเสบของผู้ป่วยเองจะบดบังและคล้ายคลึงกับลักษณะที่จะวินิจฉัย Pan In (เห็น Side branch ขรุขระ) หรือ IPMN (เห็นถุงน้ำในตับอ่อน) ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่มีวิธีการคัดกรองที่ดีในขณะนี้

โดยสรุป ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งตับอ่อนและวิธีการรักษา รวมทั้งการตรวจร่างกาย โดยการส่องกล้อง จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา และทำให้ผู้ป่วยได้รับการประเมิน ติดตาม และการดูแลที่เหมาะสม

การแบ่งชนิดและระยะของโรคมะเร็งตับอ่อน

การแบ่งชนิดและระยะของโรคมะเร็งตับอ่อน (ธีระชล สาทสิน และคณะ, 2557 อ้างถึง Saad, Turk, Al-Husseini, & Abdel-Rahman, 2018) ดังนี้

1. ชนิดของมะเร็งตับอ่อน

1.1 อะดีโนคาร์ซิโนมา (Adenocarcinoma) ส่วนใหญ่ของมะเร็งตับอ่อนจะเป็นชนิดนี้ ร้อยละ 90 - 95 เกิดจากเซลล์ต่อมมีท่อ มะเร็งเริ่มต้นในเซลล์เยื่อบุในท่อของตับอ่อนซึ่งเป็นท่อลำเลียงเอ็นไซม์เข้าสู่ลำไส้เล็ก

1.2 Endocrine pancreatic tumors หรือบางครั้งเรียกว่า Neuroendocrine tumors ชนิดเกิดน้อยมากและรักษายากกว่าชนิดแรก โรคมะเร็งตับอ่อนชนิดเอ็นโดครายนี้ ยังมีแบ่งย่อยเป็นอีกหลายชนิด อาทิ แกสตรินโนมา (Gastrinoma) อินซูลินโนมา (Insulinoma) และกลูคาโกโนมา (Glucagonoma) ทั้งนี้มะเร็งตับอ่อนชนิดเอ็นโดคราย ยังมีทั้งชนิด ไม่สร้างฮอร์โมน และชนิดสร้างฮอร์โมน

1.3 Lymphoma of the pancreas เป็นเซลล์มะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่เกิดในตับอ่อน ซึ่งโรคชนิดที่พบน้อยมาก

2. ระยะของโรคมะเร็งตับอ่อน

ระยะที่ 1 เป็นระยะที่พบมะเร็งเกิดขึ้นในตับอ่อนเท่านั้น ยังไม่ลุกลามออกนอกตับอ่อน

ระยะ IIA มะเร็งมีขนาดไม่เกิน ๒ เซนติเมตร

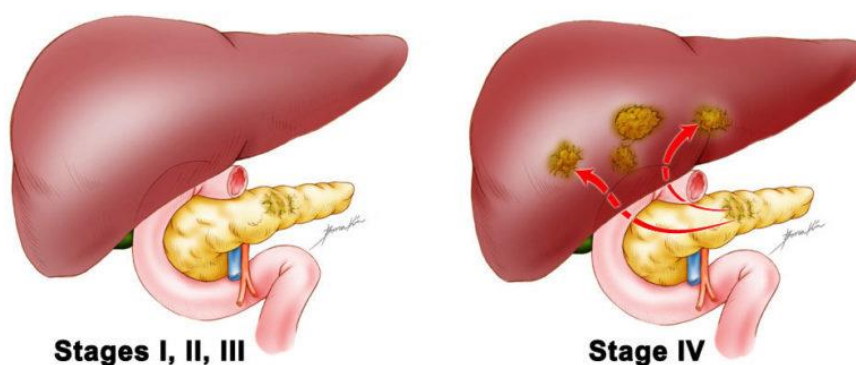
ระยะ IIB มะเร็งมีขนาดใหญ่มากกว่า ๒ เซนติเมตร

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่มะเร็งอาจลุกลามไปยังเนื้อเยื่อและอาจแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง

ระยะ IIC ยังไม่มีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง

ระยะ IID มะเร็งแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง

- ระยะที่ 3 มะเร็งลุกลามออกนอกตับอ่อนและเข้าสู่หลอดเลือดใหญ่ซึ่งอยู่ใกล้ตับอ่อน อาจมี/ไม่มีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง
- ระยะที่ 4 เป็นระยะที่มะเร็งอาจมีขนาดโตก็ได้ และมีการลุกลามไปยังเนื้อเยื่อและอวัยวะที่อยู่ห่างไกลออกไป เช่น ตับ ปอด ช่องท้อง(ที่พบบ่อยคือ ตับ) และอาจลุกลามไปยังเนื้อเยื่อและอวัยวะใกล้ตับอ่อนหรือแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง



ภาพที่ 5 แสดงตำแหน่งและระยะมะเร็งตับอ่อน

ที่มา : Johns Hopkins. Stage and Grad Pancreatic Cancer, 2023.

ตารางที่ 4 การแบ่งระยะ(staging) ของมะเร็งตับอ่อนตาม American Journal of Critical Care (AJCC)

ระยะ (Stage)	ก้อนมะเร็ง (Tumor)	ต่อมน้ำเหลือง (Node)	การแพร่กระจาย (Metastasis)	Median Survival (month)	รายละเอียด
IA	T1	N0	M0	24	- เนื้องอกยังอยู่ในตับอ่อน ขนาด ≤ 2 ซม.
IB	T2	N0	M0	21	- เนื้องอกยังอยู่ในตับอ่อน ขนาด ≥ 2 ซม.
IIA	T3	N0	M0	15	- เนื้องอกลุกลามออกจากตับอ่อน แต่ไม่โดน celiac artery หรือ SMA
IIB	T1,T2	N1	M0	13	- มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองรอบข้าง
III	T3 T4	N0, N1	M0	11	- เนื้องอกลุกลามโดน celiac artery หรือ SMA

ระยะ (Stage)	ก้อนมะเร็ง (Tumor)	ต่อมน้ำเหลือง (Node)	การแพร่กระจาย (Metastasis)	Median Survival (month)	รายละเอียด
IV	T1, T2, T3, T4	N0, N1	M1	5	- มีการกระจายไปไกล ๆ (distant metastasis)

ที่มา : สุพจน์ พงศ์ประสพชัย. Clinical Practice in Gastroenterology, 2555.

การรักษาโรคมะเร็งตับอ่อน

การผ่าตัดเป็นการรักษาเดียวที่หวังผลหายขาดได้ มะเร็งที่หวัตบ่อน หากยังไม่มีกระจายออกไป (พัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ, 2558) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักได้ Adjuvant Chemo-Radiation หลังการผ่าตัด ในสถานที่ที่มีเครื่องมือพร้อม การให้รังสีอาจฉายในท้องผ่าตัดโดยตรงที่ Operative Field เลย (intra Operative radiotherapy : IORT) และในปัจจุบันเริ่มการให้ Neoadjuvant chemo-radiation ก่อนการผ่าตัดซึ่งอาจช่วยลดการกระจายของ Tumor ส่วนผู้ป่วยที่ไม่สามารถผ่าตัดเนื้องอกออกได้จะใช้วิธีใส่ Stent ถ่างขยายเพื่อลดปัญหา Jaundice, duodenal obstruction และ Pain ได้ การรักษา มะเร็งตับอ่อนพิจารณาโดยแบ่งตามระยะของโรค (ธีระชล สาสติน และคณะ, 2564)

ระยะที่ 1-2 การรักษาจะมีตั้งแต่การผ่าตัด (Surgery) แล้วตามด้วยการให้ยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) หรือการผ่าตัดแล้วตามด้วยการให้ยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) คู่กับการใช้รังสีรักษา (Radiation therapy) ส่วนวิธีการรักษาอยู่ในระหว่างการทดสอบทางคลินิก คือ การให้ยาเคมีบำบัดหลายชนิดร่วมกัน (Combination chemotherapy), การให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับยารักษาตรงเป้า (Targeted therapy) และการให้ยาเคมีบำบัดและ/หรือการใช้รังสีรักษา (Radiation therapy) ก่อนการผ่าตัด

ระยะที่ 3 การรักษาจะมีตั้งแต่การผ่าตัดเพื่อบรรเทาอาการ (Palliative surgery), การให้ยาเคมีบำบัดแล้วตามด้วยการให้ยาเคมีบำบัดคู่กับการใช้รังสีรักษา (Chemo radiotherapy), การให้ยาเคมีบำบัดคู่กับการใช้รังสีรักษาแล้วตามด้วยการให้ยาเคมีบำบัด (Chemo therapy), การให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับหรือไม่ร่วมกับยารักษาตรงเป้า (Targeted therapy) ส่วนวิธีการรักษาอยู่ในระหว่างการทดสอบทางคลินิก คือ การใช้รังสีรักษาแบบภายใน (Internal radiation therapy)

ระยะที่ 4 การรักษาจะมีตั้งแต่การรักษาแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาอาการปวด, การผ่าตัดเพื่อบรรเทาอาการ (Palliative surgery) และการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับหรือไม่ร่วมกับยารักษาตรงเป้า (Targeted therapy)

เมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ 4 จะมีการปรับเปลี่ยนจากแผนการรักษาเป็นการดูแลแบบประคับประคองบุคคลเข้าสู่ระยะสุดท้าย พบว่าการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายดังนี้ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ทานน้อยลง ดื่มน้ำน้อยลงหรือไม่ดื่ม ไม่รู้สึกตัว ร้องครวญคราง มีเสมหะมาก อาจมีอาการเพื่อ ประสาทหลอน 24-72 ชั่วโมงก่อนเสียชีวิตจะมีสารคัดหลั่งในระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดเสียงสั้นของความตาย เป็นเสียงที่มีลักษณะเฉพาะที่สามารถกลืนหรือไอได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะล้างน้ำลายที่เรียกว่า death rattle และการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ เครียด กังวล กลัว

อารมณ์โกรธ หงุดหงิด เสียใจ ซึมเศร้า ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลตามหลักทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (theory of peaceful end of life) (พัชรรัตน์ อันสีแก้ว, เยาวรัตน์ มัชฌิม และ หทัยวรรณ รัตนบรรเจิดกุล, 2563) ประกอบด้วย

- 1) ไม่อยู่ในความเจ็บปวด (Not being in pain)
- 2) มีประสบการณ์ของความสบาย (Experience of comfort)
- 3) มีประสบการณ์ของความมีศักดิ์ศรี (Experience of dignity)
- 4) อยู่ในความสงบ (Being at peace)
- 5) มีความใกล้ชิดกับญาติ และบุคคลที่รักและผูกพัน (Closeness to significant other)

1. การผ่าตัด

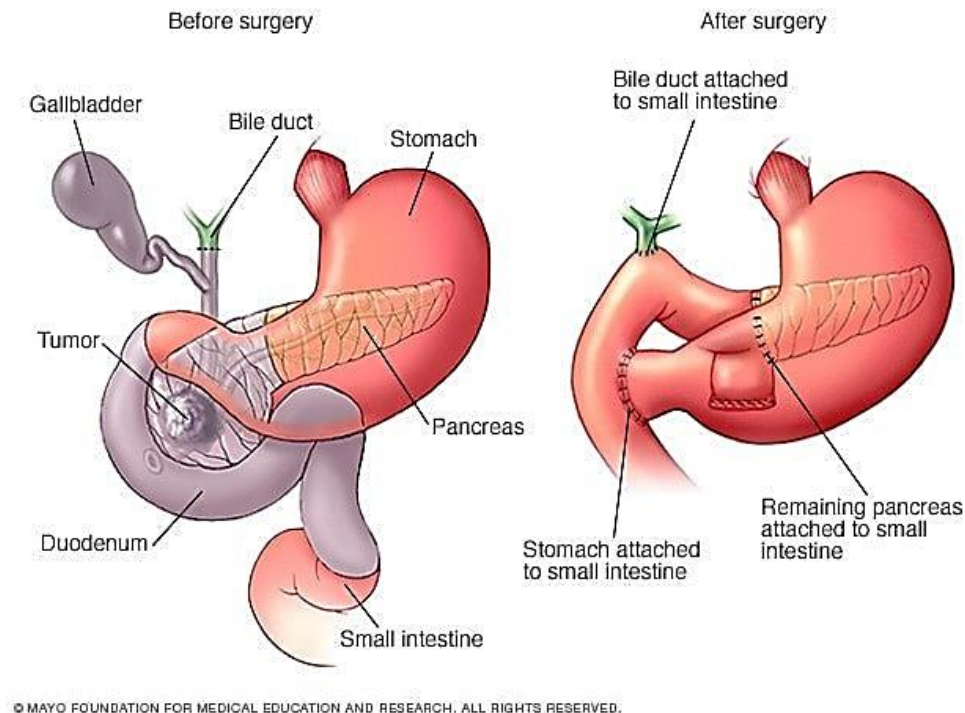
การผ่าตัดเป็นการรักษามะเร็งตับอ่อนที่ดีที่สุด การผ่าตัดมาตรฐานในการรักษามะเร็งที่ Head และ Uncinate process ของ Pancreas คือการทำ Pancreaticoduodenectomy (หรือ Pylorus-preserving Pancreaticoduodenectomy) ส่วนมะเร็งที่ Body และ Tail ของ Pancreas รักษาโดยการทำให้ Distal pancreatectomy ร่วมกับ Splenectomy การผ่าตัดต้องประเมินดู Liver (ควรใช้ Intraoperative ultrasound) Peritoneal surface และ Lymph node (Celiac axis) นอกบริเวณที่จะตัดออก เพื่อดู Evidence ของ Metastasis ถ้ามะเร็งที่ Head หรือ Uncinate process สามารถตัดออกได้ ก็เริ่มผ่าตัดโดยการทำให้ Kocher maneuver ตามด้วย Cholecystectomy และ ตัดแบ่ง Distal common hepatic duct, clear ด้านหน้าของ Portal vein และ Superior mesenteric vein , ตัด Gastroduodenal artery, ทำ Distal gastrectomy (หรือตัด Duodenum 2 เซนติเมตร ล่างต่อ pylorus ใน PPPD) , ตัด Pancreatic neck, ตัด Jejunum เหนือ Ligament of Treitz, แยก Head และ Uncinate process ออกจาก Superior mesenteric vein, Portal vein และ Artery การต่อ Pancreatic jejunostomy อาจทำได้ทั้ง End to end หรือ End to side ทำ end to side hepaticojejunostomy และ end to side duodenojejunostomy (วาง closed suction drain ใกล้ pancreatic และ biliary anastomosis)

1.1 การผ่าตัดมาตรฐาน คือการผ่าตัด Whipple operation ใช้สำหรับการรักษามะเร็งตับอ่อนส่วนหัว เรียกว่า Pancreaticoduodenectomy เป็นการตัดส่วนหัวตับอ่อนไปพร้อมกับลำไส้เล็ก เนื่องจากมีเลือดไปเลี้ยงร่วมกัน เพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งในตับอ่อนและอวัยวะใกล้เคียง เช่น กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็ก และท่อน้ำดี ออกไปเป็นก้อนเดียวกัน (En Bloc resection) ร่วมกับเลาะต่อมน้ำเหลืองโดยรอบ ซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ ต้องผ่านการรักษาจากศัลยแพทย์ที่ชำนาญ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่จะสามารถผ่าตัดได้ ก้อนเนื้อต้องไม่ใหญ่และลุกลามไปเส้นเลือดบริเวณใกล้เคียง

1.2 การผ่าตัดแบบประคับประคอง หากมะเร็งแพร่กระจายจนไม่สามารถผ่าตัดมาตรฐานได้ ศัลยแพทย์จะพิจารณา (ซวลิต เลิศบุษยานุกุล, 2564)

- การบายพาสทางเดินน้ำดี (Choledochu jejunostomy) คือการตัดถุงน้ำดีหรือท่อน้ำดีในบริเวณที่มีการอุดตันแล้วเชื่อมต่อเข้ากับลำไส้เล็ก เพื่อสร้างทางเดินใหม่รอบ ๆ บริเวณที่ถูกปิดกั้น

- การบายพาสกระเพาะอาหาร(Gastrojejunostomy) หากก้อนมะเร็งอุดกั้นการไหลของอาหารจากกระเพาะอาหาร ศัลยแพทย์อาจเปิดทางลัดจากกระเพาะอาหารไปที่ลำไส้เล็กโดยตรงเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ ผู้ป่วยส่วนใหญ่แม้ผ่าตัดสำเร็จมักมีการกลับเป็นซ้ำของโรคสูง ทั้ง local และ Systemic Recurrence และ median survival อยู่ประมาณ 12-15 เดือน ผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากแพทย์หลายสาขาทั้งศัลยแพทย์, Medical, Radiooncologist, Intensivist gastroenterologist และ Interventional radiologist



ภาพที่ 6 Surgery for Pancreatic Cancer

ที่มา : Mayo clinic. Pancreatic Cancer, 2024.

ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

การผ่าตัดมะเร็งตับอ่อน หลัก ๆ มีสองประเภท ได้แก่ การผ่าตัดมาตรฐานคือการผ่าตัดวิปเปิ้ล ใช้สำหรับการรักษามะเร็งตับอ่อนส่วนหัวโดยเป็นการผ่าตัดส่วนหัวของตับอ่อน ถุงน้ำดี ส่วนหนึ่งของกระเพาะอาหาร ลำไส้เล็ก และท่อน้ำดี นับเป็นการผ่าตัดใหญ่ ต้องผ่านการรักษาจากศัลยแพทย์ที่ชำนาญโดยเฉพาะ ผู้ป่วยที่จะสามารถผ่าตัดได้ก่อนเนื้อต่อนี้ต้องไม่ใหญ่และไม่ลุกลามเส้นเลือดบริเวณใกล้เคียง และการผ่าตัดแบบประคับประคอง หากมะเร็งแพร่กระจายจนไม่สามารถผ่าตัดมาตรฐานได้ ศัลยแพทย์จะพิจารณา การบายพาสทางเดินน้ำดี โดยศัลยแพทย์จะตัดถุงน้ำดีหรือท่อน้ำดีในบริเวณที่มีการอุดตันแล้วเย็บต่อกับลำไส้เล็กเพื่อสร้างทางเดินใหม่รอบ ๆ บริเวณที่ถูกปิดกั้น รวมถึงการบายพาสกระเพาะอาหาร หากก้อนมะเร็งอุดกั้นการไหลของอาหารจากกระเพาะอาหาร ศัลยแพทย์อาจเปิดทางลัดจากกระเพาะอาหารไปที่ลำไส้เล็กโดยตรงเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ การรักษามะเร็งตับอ่อน อาจจะมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ ดังนี้

1. อาการแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ รอยเย็บที่ต่ออวัยวะภายในเข้าด้วยกันเกิดรั่ว มีอาการติดเชื้อและตกเลือด ปกติอาการแทรกซ้อนดังกล่าวสามารถแก้ไขได้โดยใส่ท่อระบายของเหลวออกและใช้ยาปฏิชีวนะ บางกรณีอาจจำเป็นต้องผ่าตัดอีกครั้งหนึ่งเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น
2. หลังผ่าตัดผู้ป่วยมักรับประทานอาหารได้ลำบาก หรือรู้สึกคลื่นไส้ อาเจียน หรือแสบร้อนแน่นหน้าอก สาเหตุเกิดจากกระเพาะอาหารหยุดทำงานชั่วคราว กว่าระบบย่อยอาหารจะกลับไปทำงานเป็นปกติอาจใช้เวลาตั้งแต่ไม่กี่สัปดาห์ไปจนถึงหลายเดือนก็เป็นได้ แพทย์ไม่สามารถคาดได้ว่ากระเพาะอาหารจะกลับไปทำงานปกติได้เร็วเพียงใด ผู้ป่วยต้องทดลองไปเรื่อยๆ จนกว่าจะสามารถรับประทานอาหารได้เหมือนเดิม
3. ผู้ป่วยบางรายอาจต้องเปลี่ยนอาหารอย่างถาวรเพื่อบรรเทาอาการท้องร่วง มีแก๊สในท้องและปวดท้อง
4. หากกระเพาะอาหารไม่ยอมกลับไปทำงานตามปกติอาจต้องให้อาหารผู้ป่วยทางสายยางเพื่อให้ได้รับสารอาหารเพียงพอ โดยทั่วไปขณะกำลังพักฟื้นหลังผ่าตัดผู้ป่วยควรรับประทานอาหารหรือของว่างครั้งละน้อยๆ แต่รับประทานทุก 3 ชั่วโมง โดยแต่ละมื้อควรเริ่มรับประทานอาหารที่มีโปรตีนก่อนเป็นอย่างแรกเพื่อไม่ให้ร่างกายสูญเสียกล้ามเนื้อมากเกินไป อีกทั้งควรดื่มเครื่องดื่มบ่อยๆ ระหว่างวันเพื่อไม่ให้ร่างกายขาดน้ำ

2. การฉายรังสี

2.1 การรักษาด้วยการฉายรังสีในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

การรักษาประกอบด้วยวิธีการรักษาหลายวิธี เช่น ฉายรังสี การผ่าตัด เคมีบำบัดและการรักษาด้วยฮอร์โมน เป็นต้น ซึ่งอาจจะให้การรักษาด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง หรือใช้หลายวิธีร่วมกัน ในกรณีที่ต้องมีการรักษาด้วยการฉายรังสี ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลโดยการรังสีแพทย์ แพทย์จะอธิบายถึงบทบาทของรังสีรักษา ข้อดี-ข้อเสีย และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการรักษาและภายหลังจากเสร็จสิ้นการรักษา (ศูนย์รังสีร่วมพิกัด คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2564)

2.2 วิธีการของการรักษาด้วยรังสี (รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย, 2564)

รังสีรักษาจะทำลายสารพันธุกรรมภายในเซลล์มะเร็งและทำให้เซลล์มะเร็งได้รับความเสียหายหรือตายไป ร่างกายก็จะกำจัดเซลล์เหล่านี้ออกจากร่างกาย ในขณะที่เดียวกันเซลล์ปกติก็ได้รับผลกระทบจากรังสีด้วย แต่เซลล์ปกติเหล่านี้มีความสามารถในการซ่อมแซมตัวเองได้ดีกว่าเซลล์มะเร็ง ปัจจุบันเทคนิคการฉายรังสีพัฒนาไปมาก แพทย์รังสีรักษาสามารถกำหนดตำแหน่งของการฉายรังสีไปยังก้อนมะเร็งได้อย่างแม่นยำ โดยเนื้อเยื่อปกติโดยรอบได้ปริมาณรังสีน้อยมาก

2.3 วัตถุประสงค์ของการรักษาด้วยรังสีในโรคมะเร็งตับอ่อน

- 2.3.1 เพื่อกำจัดเนื้องอกที่ยังไม่มีการกระจายไปยังส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย
- 2.3.2 เพื่อลดความเสี่ยงของการกำเริบหลังการผ่าตัด หรือให้ยาเคมีบำบัด โดยสามารถฆ่าเซลล์มะเร็งที่หลงเหลืออยู่แต่มองไม่เห็นได้

2.3.3 เพื่อลดขนาดของเนื้องอกก่อนการผ่าตัด

2.3.4 ลดอาการต่าง ๆ ที่เกิดจากก้อนเนื้องอก และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต ซึ่งการรักษาแบบนี้จะเรียกว่า การรักษาแบบประคับประคอง หรือการรักษาเพื่อบรรเทาอาการ เช่น การฉายรังสีเพื่อลดอาการปวดจากก้อนเนื้องอกไปกด หรือการฉายรังสีเพื่อลดขนาดของก้อนที่ทำให้หอบเหนื่อย

ผู้ป่วยบางรายอาจกลัวว่าการฉายรังสีจะทำให้เกิดมะเร็งชนิดอื่นตามมาหลังการรักษา แต่ในความเป็นจริงแล้ว ความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งตามหลังการรักษาด้วยรังสีนั้นน้อยมาก เมื่อเทียบกับประโยชน์ของการรักษาเพื่อให้หายขาดจากโรคมะเร็ง ซึ่งมีประโยชน์และสำคัญมากกว่า

2.4 เทคนิคการฉายรังสี (พิทยภูมิ ภัทรนุชาพร, 2566)

จุดประสงค์หลักของการฉายรังสีคือ เพื่อกำจัดและฆ่าเซลล์มะเร็ง และโดยที่เนื้อเยื่อปกติโดยรอบได้รับรังสีปริมาณน้อยที่สุด การรักษาด้วยการฉายรังสีมี 2 แบบ คือ

2.4.1 รังสีรักษาระยะไกล (External beam radiation therapy)

ในการรักษาด้วยรังสีรักษาระยะไกล ลำแสงจากภายนอกจะทะลุผ่านผิวหนังไปยังก้อนมะเร็งและพื้นที่รอบ ๆ เพื่อทำลายเซลล์มะเร็ง โดยทั่วไปจะฉายรังสี 5 วันต่อสัปดาห์ เพื่อให้รังสีเข้าไปทำลายเซลล์มะเร็งได้อย่างสม่ำเสมอ และเว้นระยะเวลาให้เซลล์เนื้อเยื่อปกติได้มีเวลาซ่อมแซมตัวเอง เพื่อลดผลข้างเคียงจากการฉายรังสี

รังสีรักษาระยะไกลมีหลายชนิดและมีการพัฒนาเพื่อจำกัดขอบเขตของการฉายรังสีให้ครอบคลุมก้อนให้มากขึ้น โดยส่งผลกระทบต่ออวัยวะข้างเคียงให้น้อยที่สุด รังสีรักษาระยะไกลมีหลายเทคนิคได้แก่

1) การฉายรังสีแบบ 3 มิติ (3D conformal radiotherapy, 3D-CRT)

เป็นการนำภาพเอกซเรย์ CT, MRI, PET มาช่วยในการกำหนดตำแหน่งของการฉายรังสี โดยใช้คอมพิวเตอร์ในการวางแผน มีการกำหนดทิศทางของลำรังสี แล้วปรับรูปทรงและขนาดของรังสี โดยใช้ Multileaf collimator (MLC) หรือซี่ตะกั่ว เพื่อกำหนดรูปร่างของรังสีให้ครอบคลุมก้อนและหลีกเลี่ยงอวัยวะข้างเคียงให้มากที่สุด

2) การฉายรังสีแบบปรับความเข้ม (Intensity modulated radiation therapy, IMRT)

เป็นเทคนิคที่พัฒนามาจากการฉายรังสี 3D-CRT สามารถให้ความละเอียดแม่นยำได้มากขึ้น เพราะใช้ลำรังสีขนาดเล็ก ๆ ฉายจากหลายทิศทางไปยังเป้าหมายโดยใช้อุปกรณ์ปรับลำแสง (MLC) ในการปรับความเข้มของรังสีในบริเวณต่าง ๆ ลำรังสีจะตรงไปยังก้อนมะเร็งได้อย่างแม่นยำ ในขณะที่หลบหลีกอวัยวะข้างเคียงรอบ ๆ ไปด้วย ทำให้สามารถเพิ่มปริมาณรังสีไปยังก้อนมะเร็งเพื่อเพิ่มโอกาสการหายขาดจากโรคได้อย่างปลอดภัย

3) การฉายรังสีแบบปรับความเข้มหมุนรอบตัวผู้ป่วย (Volumetric Modulated Radiation therapy, VMAT)

เป็นเทคนิคที่พัฒนาขึ้นมาจากเทคนิค IMRT เนื่องจากเทคนิค IMRT มีข้อจำกัดเรื่องของระยะเวลาในการฉายรังสีค่อนข้างนาน คือประมาณ 15-20 นาที ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่

สะดวกหากต้องนอนนิ่งนาน ๆ ระหว่างการฉายรังสี สำหรับเทคนิค VMAT นี้ นอกจากที่กำบังลำรังสี จะมีการปรับความเข้มระหว่างฉายรังสีตลอดเวลาแล้ว ยังมีการปรับอัตราปริมาณรังสีที่ออกมาต่อ หน่วยเวลาและความเร็วของหัวเครื่องฉายรังสีด้วย เพื่อช่วยลดระยะเวลาในการฉายรังสีลง ในขณะที่ ปริมาณรังสียังคงครอบคลุมเฉพาะก้อนมะเร็ง

4) Image-Guided Radiation Therapy (IGRT)

เป็นเทคนิคใหม่ที่จะช่วยเพิ่มความแม่นยำในการฉายรังสีและลดภาวะแทรกซ้อน ของเนื้อเยื่อปกติจากรังสี เนื่องจากในระหว่างการรักษาผู้ป่วยอาจมีการเคลื่อนไหวหรือก้อนเนื้อออก อาจมีการเปลี่ยนแปลง ดังนั้นจึงมีการนำภาพเอกซเรย์มาใช้ เพื่อตรวจสอบตำแหน่งของก้อนเนื้อออก ในแต่ละวันของการรักษา ผู้ป่วยทุกคนจะได้รับการทำเอกซเรย์หรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ก่อน เพื่อนำ ภาพมาวางแผนการฉายรังสี โดยข้อมูลเหล่านี้ จะถูกส่งไปยังคอมพิวเตอร์ประจำห้องฉายรังสี เพื่อให้ แพทย์สามารถเปรียบเทียบภาพเอกซเรย์ก่อนที่จะทำการฉายรังสีจริงกับภาพที่แพทย์ได้วางแผนไว้ ก่อน เพื่อให้ตำแหน่งของก้อนมะเร็งตรงกันมากที่สุด

5) การฉายรังสีร่วมพิกัต (Stereotactic Radiation Therapy)

เป็นการฉายรังสีในปริมาณที่สูงโดยใช้ลำรังสีขนาดเล็กหลายทิศทางในการ กำหนดพิกัตสามมิติ เพื่อให้รังสีพุ่งตรงสู่เป้าหมายหรือรอยโรคที่กำหนด เทคนิคการฉายรังสีร่วมพิกัตนี้ แบ่งออกได้เป็น 2 ชนิดคือ

1. **Stereotactic radiosurgery (SRS)** เป็นการฉายรังสีร่วมพิกัตปริมาณ รังสีสูงเพียงครั้งเดียว ซึ่งถูกพัฒนามาใช้ครั้งแรกในการรักษามะเร็งในสมอง การรักษาชนิดนี้ นอกจากจะใช้รักษามะเร็งสมองแล้ว ยังมีการนำมาใช้ในการรักษาโรคกลุ่มเนื้องอกธรรมดา (Benign tumor) เช่น โรคหลอดเลือดในสมองผิดปกติแต่กำเนิด (AVM) บางครั้งอาจใช้การฉายรังสีมากกว่า 1 ครั้ง เพื่อลดผลข้างเคียงจากวิธีฉายรังสีแบบครั้งเดียว

2. **Stereotactic body radiation therapy (SBRT)** เป็นการฉายรังสี ร่วมพิกัตในบริเวณอื่นนอกจากสมอง โดยมักแบ่งการฉายรังสีเป็นหลาย ๆ ครั้ง ส่วนมากแบ่งเป็น 3-8 ครั้ง วิธีการรักษานี้มักใช้ในโรคมะเร็งบริเวณ ปอด กระดูกสันหลัง และตับ

ในการฉายรังสีแบบร่วมพิกัตนั้น มีการให้ปริมาณรังสีสูงมากในแต่ละครั้ง ดังนั้นต้องให้ผู้ป่วยอยู่นิ่งให้มากที่สุดและเหมือนเดิมมากที่สุด จึงจำเป็นต้องมีเครื่องยึดตัวผู้ป่วยใน ระหว่างการฉายรังสี

2.4.2 รังสีรักษาระยะใกล้ (Brachytherapy)

รังสีรักษาระยะใกล้ หรือการฝังแร่ คือ การใส่สารกัมมันตรังสีเข้าไปภายในตัว ผู้ป่วย ซึ่งต้นกำเนิดรังสีจะอยู่ใกล้กับบริเวณที่จะทำการรักษา วิธีการใส่แร่แบ่งออกเป็น ๒ ประเภท คือการใส่แร่ผ่านทางเครื่องมือที่ใส่ในโพรงของร่างกาย (Intracavitary brachytherapy) ซึ่งได้แก่ การใส่แร่ในมะเร็งปากมดลูก มะเร็งทางช่องคลอดและการใส่แร่ผ่านทางเครื่องมือที่แทงเข้าไปในตัว ก้อนมะเร็ง (Internal brachytherapy) เช่น มะเร็งต่อมลูกหมาก หรือใช้ในการเสริมการรักษามะเร็ง ปากมดลูก ผู้ป่วยบางรายอาจต้องได้รับการระงับความรู้สึกด้วยและนอนโรงพยาบาลเป็นเวลาสั้น ๆ เทคนิคใส่แร่ในปัจจุบันได้แก่ High dose rate (HDR) brachytherapy ซึ่งเป็นการใส่แร่ที่ให้ปริมาณ สูงในแต่ละครั้ง ทำให้ใช้เวลาในการรักษาไม่นาน คือประมาณ 00-20 นาที โดยอาจรักษาวันละ 1-2

ครั้ง, สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ในระหว่างใส่แร่ ผู้ป่วยอาจรู้สึกอึดอัด ไม่สบายตัวได้บ้างจากการใส่เครื่องมือ ซึ่งทีมแพทย์ และพยาบาลจะดูแลให้ยารักษาตามอาการอย่างใกล้ชิด

2.5 ผลข้างเคียง (Side effect)

ผลข้างเคียงของการฉายรังสีเป็นผลข้างเคียงเฉพาะที่ ขึ้นกับบริเวณที่ได้รับการฉายรังสี เช่น ในการรักษามะเร็งเต้านมผู้ป่วยอาจมีรอยแดงหรือสีผิวคล้ำขึ้นตรงผิวหนังบริเวณหน้าอกตรงที่ฉายรังสี ในขณะที่ถ้าเป็นมะเร็งในช่องปากจะมีอาการเจ็บปากเจ็บคอในช่วงฉายรังสีได้ หรือผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณช่องท้อง อาจรู้สึกปวดมวนท้อง เป็นต้น อาการเหล่านี้ มักเป็นชั่วคราว และมักเริ่มในช่วงสัปดาห์ที่สองและสามของการฉายรังสี และอาจมีอาการอีกต่อไปได้อีก 1-3 สัปดาห์หลังฉายรังสีครบ ส่วนน้อยมากเท่านั้นที่เกิดอาการข้างเคียงรุนแรงภายหลังการฉายรังสี

อาการที่มักเจอบ่อย ๆ ช่วงฉายรังสีไม่ว่าจะรักษาบริเวณไหนก็ตาม คือ รู้สึกอ่อนเพลีย ซึ่งระดับความมากน้อยขึ้นกับตัวบุคคล บริเวณที่ฉายรังสี และการได้รับรักษาอื่น ๆ ร่วมด้วยเช่น ยาเคมีบำบัด หากมีอาการดังกล่าวควรพยายามพักผ่อนให้มาก และผ่อนคลายความเครียด

ปัจจุบันได้มีการพัฒนาเทคนิคการใส่แร่เป็นแบบ 3 มิติ ร่วมกับภาพสะท้อนคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) ซึ่งถือเป็นเทคนิคที่มีความแม่นยำสูง และมีประสิทธิภาพมากที่สุดในปัจจุบัน ตั้งแต่ก่อนการรักษาซึ่งมีส่วนช่วยให้แพทย์เลือกวิธีการและเทคนิคการรักษาได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน และในระหว่างการรักษาที่ช่วยให้สามารถระบุตำแหน่งก้อนมะเร็งได้อย่างชัดเจน และคำนวณปริมาณรังสีได้อย่างแม่นยำ ทำให้สามารถลดผลข้างเคียงจากรังสีไปยังอวัยวะข้างเคียง

2.6 บทบาทของการฉายรังสีในโรคมะเร็งตับอ่อน (พิทยภูมิ ภัทรนุชาพร, 2566)

การใช้รังสีเพื่อรักษาโรคมะเร็งตับอ่อน มีหลักที่สำคัญ คือ การให้รังสีแก่ก้อนมะเร็ง และพยายามให้มี Damage ต่อ Normal tissueให้น้อยที่สุด การให้รังสีนอกจากเพื่อทำให้หายขาดจากโรคแล้วยังสามารถใช้ในการบรรเทาอาการจากโรคในกรณีที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ บทบาทของรังสีรักษาในการรักษาโรคมะเร็งตับอ่อน มีเทคนิคดังนี้

2.6.1 เทคนิคทางรังสีรักษาในผู้ป่วยที่ไม่สามารถผ่าตัดก้อนมะเร็งออกได้ Target Volume สามารถดูได้จากภาพ CT การฉายรังสี ต้องฉายคลุมทั้งก้อนมะเร็ง และต่อมน้ำเหลืองข้างเคียง โดยมีการเปิดขอบเขตออกไปอย่างน้อย 2 เซนติเมตร การให้ผู้ป่วยกลืนสารทึบรังสีทำให้สามารถเห็นก้อนมะเร็งบริเวณลำตัวและหางของตับอ่อน มีขอบเขตการฉายรังสีคล้ายกับมะเร็งตับอ่อนส่วนหัว และต้องฉายรังสีคลุมต่อมน้ำเหลืองบริเวณขั้วม้าม แต่ไม่ต้องฉายรังสีคลุมต่อมน้ำเหลืองบริเวณ Portal hepatic และบริเวณ C – loop ของ Duodenum ดังนั้นขอบขวาของการฉายรังสีหน้า - หลัง อยู่ที่ 2 เซนติเมตร ห่างจากขอบขวาของกระดูกสันหลัง โดยระวางไม่ให้ฉายรังสีถูกไตข้างขวา ขอบซ้ายเลื่อนมาคลุมบริเวณขั้วม้าม สำหรับขอบบนอาจต้องเลื่อนสูงขึ้นไป เพื่อให้คลุมส่วนหางของตับอ่อน

2.6.2 เทคนิคทางรังสีรักษาในผู้ป่วยที่สามารถผ่าตัดก้อนมะเร็งได้ ดูจากภาพ CT Scan ของก้อนมะเร็ง ก่อนผ่าตัดเป็นหลัก และหากศัลยแพทย์วาง clip ในบริเวณที่เคยมีก้อนมะเร็งหรือต่อมน้ำเหลืองจะช่วยให้แพทย์รังสีรักษาวางขอบเขตของการฉายรังสีได้ง่ายขึ้น ในกรณีที่ผ่าตัดก้อนมะเร็งได้หมด ปริมาณรังสีที่ใช้อยู่ระหว่าง 45 – 50.4 Gray และหากมีก้อนมะเร็งเหลืออยู่มาก อาจต้องเพิ่มปริมาณรังสีขึ้นไปประมาณ 60 Gray

2.6.3 การฉายรังสี 3 มิติ (3D conformal radiation therapy) ในทางคลินิก เชื่อว่าสามารถช่วยลดผลข้างเคียงของการรักษา และอาจเพิ่มปริมาณรังสีให้ก้อนมะเร็ง นอกจากนี้ อาจทำให้บรรเทาอาการปวดได้ดีขึ้น ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาว่าการเพิ่มปริมาณรังสีในปริมาณสูงจะ ช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย การเคลื่อนที่ของอวัยวะตามการหายใจหรือตามการขยายตัวของกระเพาะอาหารและลำไส้ เป็นปัญหาหนึ่งของการฉายรังสี ๓ มิติ พบว่าบริเวณตับอ่อนส่วนหาง เส้นเลือดแดง Superior mesenteric ไต และตับมีการเคลื่อนไหวแบบ หัว-ท้าย (Cranio – Caudal) ได้ถึง 1.7-2.4 เซนติเมตร การใช้วิธีการฉายรังสีปรับการหายใจ (Respiratory – gated radiation therapy) จึงมีการพัฒนาขึ้น ปี 2020 มีรายงานการฉายรังสีด้วยเทคนิค SBRT หรือรังสีร่วมพิกัด ในมะเร็งตับอ่อนเป็นการใช้เครื่องฉายรังสีที่เป็นเทคโนโลยีระดับสูง และแพทย์สามารถใช้เทคนิคขั้นสูง ได้ช่วยให้ก้อนมีขนาดเล็กก่อนการผ่าตัด ยืดระยะเวลาการอยู่รอด บรรเทาปวด เพื่อไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ผลการรักษาขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น สภาพร่างกายของผู้ป่วย การตอบสนองต่อการรักษา (Clinical and Translational Radiation Oncology 2022; 35 : 9 – 16) ในอดีตรังสีจะไม่มีบทบาทในการรักษา เพราะเป็นอันตรายต่อตับที่จะนำไปสู่ภาวะตับวายได้ โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนที่เรียกว่า Radiation – induced liver disease (RILD) แต่ในปัจจุบันด้วยความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีเทคนิคที่เรียกว่า SBRT (Stereotactic Body Radiation ร่วมกับ Respiratory Gating) ซึ่งควบคุมการหายใจในผู้ป่วยที่หายใจไม่สม่ำเสมอ เพื่อควบคุมลำรังสีให้ถูกเฉพาะเนื้องอก โดยเนื้อเยื่อตับปกติ ปลอดภัยจากรังสี เกิดเสมือนผ่าตัด ในการฉายรังสีแบบร่วมพิกัด นั้น มีการให้ปริมาณรังสีสูงมากในแต่ละครั้ง ดังนั้นต้องให้ผู้ป่วยอยู่นิ่งมากที่สุด และเหมือนเดิมมากที่สุด จึงจำเป็นต้องมีเครื่องมือยึดผู้ป่วยในระหว่างการฉายรังสีด้วย

2.7 การฝังแร่ระยะใกล้ ในการรักษามะเร็งตับอ่อน ระยะที่ผ่าตัดไม่ได้โดยใช้การฝังแร่ระยะใกล้ (Interstitial brachytherapy) ด้วยแร่ Iodine 125 และ Palladium 103 แล้วตามด้วยการฉายรังสีภายนอก ช่วยให้แพทย์สามารถเพิ่มปริมาณรังสีบริเวณก้อนมะเร็งได้สูงกว่า 70 Gray สามารถเพิ่มโอกาสควบคุมโรคเฉพาะที่ได้สูง

2.8 การฉายรังสีระหว่างผ่าตัด มีข้อดีคือ สามารถฉายรังสีก้อนมะเร็งและบริเวณข้างเคียงที่มีความเสี่ยงสูงต่อแพร่กระจาย ซึ่งทำให้แพทย์กำหนดบริเวณการฉายรังสีได้ถูกต้อง ในขณะที่เดียวกันยังสามารถใช้วัสดุกำบังรังสีกันอวัยวะที่ไม่ต้องการถูกรังสี เช่น ลำไส้ และกระเพาะอาหาร ได้

ภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสี

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสี ได้แก่ ปริมาณรังสี คือ ยิ่งฉายปริมาณรังสีมากเช่น เกิน 5 สัปดาห์ก็ทำให้เกิดผลข้างเคียงมากขึ้น เทคนิคการฉายรังสี คือ เทคนิคการฉายรังสีที่ต่างกันก่อให้เกิดผลข้างเคียงที่ต่างกันได้ ตำแหน่งหรือบริเวณที่ฉายรังสี เช่น หากฉายบริเวณศีรษะ อาจทำให้ผมร่วง ฉายรังสีบริเวณทรวงอก อาจมีอาการ ไอ เจ็บคอเวลากลืนอาหาร หากฉายบริเวณช่องท้องอาจมีอาการท้องเสีย คลื่นไส้ และอาเจียน เป็นต้น ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบหลัก ๆ ได้แก่

- 1) อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เกิดจากผู้ป่วยรับประทานได้น้อยลงหรือจากการเดินทางมาฉายรังสีทุกวัน ทำให้รู้สึกอ่อนแรง เหนื่อย และง่วงซึม โดยอาจเกิดขึ้นทันที หรือหลังฉายรังสีไปแล้วระยะหนึ่ง
- 2) อาการไอ เจ็บคอ เยื่อภายในช่องปากอักเสบ เกิดจากการฉายแสงถูกบริเวณใกล้เคียงกับช่องปาก ทำให้เซลล์บริเวณนั้นเกิดการอักเสบ เกิดอาการเจ็บคอ และติ่งในปาก เยื่อภายในช่องปากบวมแดง หรืออาจพบแผ่นฝ้าขาวในปาก
- 3) อาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือเบื่ออาหารเป็นผลมาจากการฉายรังสีโดนบริเวณทางเดินอาหาร เช่น หลอดอาหารหรือกระเพาะอาหาร ทำให้คลื่นไส้ อาเจียน และไม่รู้สึกลอยากรับประทานอาหาร
- 4) อาการท้องผูก หรือท้องเสียเกิดจากการฉายรังสีในบริเวณลำไส้และทวารหนัก ทำให้มีอาการเช่น ถ่ายบ่อย อุจจาระเหลวมากกว่าปกติ บางรายอาจมีอาการท้องผูก
- 5) อาการผมร่วง เส้นผมหลุดร่วงจะเกิดเฉพาะกรณีฉายรังสีบริเวณศีรษะ และเมื่อหยุดการฉายรังสีผมในบริเวณนั้นจะค่อยๆกลับมาปกติ
- 6) ผิวหนังแดง/แห้ง/คันและปัญหาผิวหนังอื่นๆ ผิวหนังบริเวณที่ได้รับการฉายรังสีอาจมีสีคล้ำลง แห้ง ลอกและคัน ได้

3. เคมีบำบัด

เคมีบำบัด หมายถึง การนำสารเคมีหรือยามาใช้ในการรักษาโรคมะเร็ง เมื่อยาเคมีบำบัดเข้าสู่กระแสโลหิตแล้ว สามารถทำลายเซลล์มะเร็งในระยะต่าง ๆ ของวงจรชีวิตการแบ่งตัวได้ ยาเคมีบำบัดมีหลายกลุ่ม ชวนพิศ นรเดชานนท์ (2547) ได้แบ่งตามการออกฤทธิ์ได้ 2 ประเภท คือ

- 3.1 Cell Cycle Specific (CCS) ยาในกลุ่มนี้มีผลทำลายเซลล์มะเร็งในระยะที่เซลล์มีการแบ่งตัวมากกว่าในระยะพัก
- 3.2 Cell Cycle Non Specific (CCNS) ยาในกลุ่มนี้มีผลทำลายเซลล์ทั้งในระยะแบ่งตัวและระยะพักตัว

3.1 กลุ่มของยาเคมีบำบัด จำแนกออกได้หลายกลุ่ม ดังนี้

3.1.1 Alkylating agent ยาในกลุ่มนี้เป็นชนิด CCNS ออกฤทธิ์รบกวนการเกิด Mitosis และการแบ่งตัวของเซลล์ในทุกระยะ ยาในกลุ่มนี้ เช่น Nitrogen mustard, Ethylenimines, Methylmelamines, Alkylsulfonate, Nitrosureas, Triazene, Platinum complex เป็นต้น ยาในกลุ่มนี้จะมีผลต่อเซลล์ที่กำลังแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว จึงมักพบว่ามีผลต่อการสร้างเม็ดเลือด ซึ่งภายหลังการใช้ยาในเวลาสั้น ๆ จะพบการผลิตเซลล์เม็ดเลือดในไขกระดูกลดลง และอาจเกิดเป็นเวลาหลายสัปดาห์แม้ว่าการรักษาจะสิ้นสุดแล้วก็ตาม แต่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้

3.1.2 Antimetabolites เป็นกลุ่มของสารที่สามารถรบกวนกระบวนการเมตาบอลิซึมของเซลล์ ส่งผลให้เซลล์ถูกทำลายหรือไม่สามารถที่จะจำลองรูปแบบของตัวเองได้ ยาในกลุ่มนี้เป็น CCS ซึ่งจะมีผลต่อเซลล์ที่กำลังแบ่งตัวในระยะ S phase เท่านั้น มีผลข้างเคียงทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน และกุดการทำงานของไขกระดูก ยาในกลุ่มนี้ เช่น Cytarabine (Cytosar, Ara-C), Floxuridine, Fluorouracil (5FU), Mercaptopurine (6-MP), Methotrexate, Thioguanine (6-TG)

3.1.3 Miotic inhibitors เป็น CSS โดยการรบกวนกระบวนการแบ่งตัวของเซลล์ในระยะ M phase ผลข้างเคียงที่มักพบคือ กัดกร่อนการทำงานของไขกระดูก มีผลต่อระบบประสาท ยาในกลุ่มนี้เช่น Vinblastine และ Vincristine นอกจากนี้ยังมี Etoposide เป็นยาที่มีความรุนแรงมากที่สุดในการกดไขกระดูกร่วมกับการลดปริมาณของเม็ดเลือดขาวในระบบหมุนเวียนโลหิตด้วย

3.1.4 Antibiotic สกัดจากจุลชีพและทำงานแตกต่างจากยาปฏิชีวนะที่ใช้ในการทำลายจุลชีพ เป็นยาในกลุ่ม CCNS มีผลต่อการสังเคราะห์ DNA และ RNA ในหลายระยะของเซลล์ โดยการรบกวนการเจริญเติบโตและการแบ่งตัวของเซลล์ ยากลุ่มนี้ เช่น Bleomycinsulfate, D actinomycin, Mitomycin เป็นต้น

3.1.5 Hormones ฮอโมนถูกนำมาใช้เพื่อลดการเจริญเติบโตของเซลล์ได้โดยไม่มีผลต่อเซลล์ปกติ ยากลุ่มนี้ เช่น Androgens (Dromostanolone, Propionate, Testolactone), Antiestrogens (Tamoxifen), Corticosteroids (Prednisolone), Estrogen (Diethylstilbestrol), Gonadotropin releasing hormone analog (Leuprolide acetate) และ Progesterone (Medroxyprogesterone acetate) ซึ่งจะมีผลไปรบกวนสภาพแวดล้อมของเนื้อเยื่อที่ต้องอาศัยฮอโมนเหล่านี้ในการเจริญเติบโต เช่น การใช้ Estrogen ในการรักษามะเร็งต่อมลูกหมาก เนื่องจากฮอโมนเพศหญิงยับยั้งการเจริญเติบโตของต่อมลูกหมาก

3.1.6 Miscellaneous antineoplastic agent ยังมียาบางชนิดไม่สามารถจำแนกให้อยู่ในกลุ่มต่าง ๆ ได้อย่างชัดเจนเนื่องจากการออกฤทธิ์ที่ไม่เข้าพวกกับกลุ่มอื่น ยาในกลุ่มนี้ เช่น Mitotane, Procarbazine HCL, L-asparaginase dacarbazine hydroxyurea ยาในกลุ่มนี้ มีทั้ง CCS และ CCNS

3.2 วัตถุประสงค์ของการรักษาด้วยเคมีบำบัด มี 3 ประการคือ

เพื่อรักษาให้หายขาด (Cure) เป็นวัตถุประสงค์ที่สำคัญที่สุดของการรักษาโรคมะเร็ง ซึ่งปัจจุบันโรคมะเร็งที่รักษาให้หายขาดได้โดยมากจะเป็นโรคในระยะต้น ๆ เท่านั้น (Early stage disease) แต่ถ้าในระยะที่โรคมมีการลุกลามมาก (Locally advanced disease) หรือมีการแพร่กระจายไปแล้ว (Metastatic disease) จะมีโรคมะเร็งเพียงไม่กี่โรคที่ตอบสนองต่อยาเคมีบำบัด และสามารถทำให้หายขาดได้ โดยก่อนจะถึงระยะที่เราสามารถบอกคนไข้ได้ว่าหายขาดนั้น คนไข้คนนั้นจะต้องมีการตอบสนองของโรคต่อการรักษาแบบที่เรียกว่า Complete remission เสียก่อน ซึ่ง complete remission นั้นหมายถึง รอยโรคที่เคยมียุบลงไปจนหมด ไม่มีรอยโรคใหม่เกิดขึ้น และไม่สามารถตรวจพบรอยโรคได้เลย ไม่ว่าจะป็นวิธีใด ๆ ก็ตาม เช่น การตรวจร่างกาย (Clinical complete remission) หรือจากการวินิจฉัยทางรังสีวินิจฉัยหรือแม้แต่จากการผ่าตัดที่ทำตามมาภายหลัง (Pathological complete remission)

3.2.1 เพื่อควบคุมการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งหรือก้อนเนื้องอก (Palliative treatment) ในระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เพื่อบรรเทาอาการปวด การอุดต้นต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวได้อีกระยะหนึ่ง

3.2.2 ใช้ในการรักษาร่วมกับการรักษาวิธีอื่น (Adjuvant therapy) เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำในรายที่มีความเสี่ยงสูง การดูอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรค (Recurrence rate) เป็นจุดประสงค์ที่สำคัญในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดแบบ Adjuvant therapy คือระยะของการที่ผู้ป่วยมี

ชีวิตอยู่โดยปราศจากรอยโรค (Disease free survival) และดู Overall survival ซึ่งถ้าการรักษาแบบ adjuvant therapy นี้ได้ผล ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อด้วยยาเคมีบำบัดจะต้องมี Disease free survival, Overall survival 3 or 5 years survival rate ที่ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาต่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาต่อ

3.3 รูปแบบการใช้ยาเคมีบำบัด (วิเชียร ศรีมนินทรนิมิต, วิโรจน์ ศรีอุฬารพงศ์, สุดสวาท เลหาวินิจ และธิตยา สิริสิงห์, 2554)

3.3.1 Adjuvant chemotherapy หมายถึง การให้ยาเคมีบำบัดตามหลังวิธีการรักษาอื่น เช่นการผ่าตัดหรือรังสีรักษา ซึ่งอาจมีเซลล์มะเร็งที่ไม่สามารถมองเห็นด้วยตาเปล่าหรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การให้ยาเคมีบำบัดตามหลังการผ่าตัด จึงช่วยกำจัดเซลล์มะเร็ง เพื่อช่วยลดการแพร่กระจายของโรคมะเร็งนั่นเอง

3.3.2 Neoadjuvant chemotherapy หมายถึง การให้ยาเคมีบำบัดก่อนการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ เพื่อช่วยทำให้ก้อนมะเร็งมีขนาดก่อนลดลง สามารถทำการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกได้มากและสะดวก หรือทำให้บริเวณที่ต้องฉายรังสีมีขนาดแคบลง วิธีนี้จึงอาจจะเรียกว่า cytoreductive, inductive หรือ primary chemotherapy

1) Concurrent treatment หมายถึง การให้ยาเคมีบำบัดพร้อมกับการผ่าตัดหรือรังสีรักษา

2) Salvage chemotherapy หมายถึง การให้เคมีบำบัดเมื่อมีการกลับเป็นซ้ำของรอยโรคหลังจากที่เคยได้รับยาเคมีบำบัดมาก่อนหรือมีการดื้อยา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรักษาแบบประคับประคอง

3) Palliative chemotherapy หมายถึง การให้เคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งในระยะที่มีการแพร่กระจายแล้ว เพื่อบรรเทาอาการจากโรค หรือยืดอายุของผู้ป่วยให้ยาวนานขึ้น

3.4 การตอบสนองต่อการรักษา (Tumor response)

คือ รอยโรคนั้น ๆ สามารถที่จะมีขนาดเล็กหรือยุบลงไปได้หลังจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ในทางคลินิก หลังจากการให้ยาเคมีบำบัดไปแล้ว(ประมาณ 2-3 ครั้ง) จะต้องมีการประเมินการตอบสนองของโรคต่อการรักษา ซึ่งผลของการรักษา วันทกานต์ ราชวงศ์ (2556) ได้แบ่งออกได้เป็นกลุ่มใหญ่ 4 กลุ่ม ดังนี้

3.4.1 Complete remission คือรอยโรคมีการตอบสนองต่อยาดีมาก โดยรอยโรคเก่ายุบหายไปจนหมด และไม่มีรอยโรคใหม่เกิดขึ้น แต่ไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยจะหายขาด ในความเป็นจริงแล้ว ยังมีเซลล์มะเร็งที่ยังหลงเหลืออยู่ในระดับจุลภาค (micro metastasis) ซึ่งจะค่อย ๆ แบ่งตัวเพิ่มขึ้นมา ทำให้มีรอยโรคกลับคืนมาภายหลังได้ แต่ถ้าผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่ได้ complete remission เป็นเวลานาน ๆ และไม่มีอาการกลับคืนมาของโรค โดยมากถือว่าเอาช่วงเวลาประมาณ 5 ปี จึงจะสามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยรายนั้น ๆ หายขาดจากโรคมะเร็ง

3.4.2 Partial remission คือตอบสนองดีพอสมควร รอยโรคเดิมมีขนาดยุบลงไปมากกว่าร้อยละ 50 และไม่มีรอยโรคใหม่เกิดขึ้น ซึ่งแสดงว่าโรคนั้นตอบสนองต่อการให้ยาเคมีบำบัดแพทย์จะให้ยาเคมีบำบัดสูตรนั้น ๆ ต่อไปจนได้การตอบสนองที่ดีที่สุด (Maximum response) คือรอยโรคไม่ยุบลง หรือลดขนาดลงไปอีกแล้ว

3.4.3 Minimal response or stable disease คือรอยโรคมีขนาดลดลงไปแต่มีขนาดลดลงน้อยกว่าร้อยละ 50 ของขนาดก่อนการรักษา เรียกได้ว่า minimal response หรือรอยโรคมีขนาดเท่ากับก่อนการรักษา หรือมีขนาดเพิ่มขึ้นแต่ไม่เกินร้อยละ 25 และไม่มีรอยโรคใหม่เกิดขึ้น เรียกว่า Stable disease

3.4.5 Progressive disease คือไม่มีการตอบสนองต่อการรักษา โดยมีขนาดของโรคหลังการรักษาเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 25 ของขนาดก่อนการรักษา หรือมีรอยโรคเกิดขึ้นใหม่ระหว่างการรักษา แสดงว่าไม่ตอบสนองต่อยาเคมีบำบัดที่ให้ อาจจะต้องมีการเปลี่ยนยาเคมีบำบัดมาเป็น Second line หรือ Salvage therapy เพราะถ้ารอยโรคยุบไปได้ดี เราสามารถที่จะให้การรักษาเฉพาะที่ ด้วยการผ่าตัดหรือฉายรังสีต่อ และสามารถทำให้โรคนั้น ๆ มี Complete remission และอาจหายขาดได้ และยังมีจุดประสงค์ที่สำคัญในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในระยะลุกลาม (Advanced and metastasis disease) เพราะในผู้ป่วยที่ได้รับการตอบสนองแบบ Complete remission หรือ partial remission โดยมากจะมีอัตราการรอดชีวิต (Survival rate) และระยะกึ่งกลางชีวิต (Median survival) ที่ยาวนานกว่าคนที่ไม่ได้รับการรักษา หรือได้รับการรักษาแต่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา

3.5 การบริหารยาเคมีบำบัด (สุวรรณิ สิริเลิศตระกูล, สุวลักษณ์ วงศ์จรรโลงศิลป์, ประไพ อริยประยูร, และ แม้นมมา จิระจรัส, 2555)

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัดนั้น มีหลักการปฏิบัติในการบริหารยาเคมีบำบัด ดังนี้

3.5.1 การรับประทาน ยาเคมีบำบัดประเภทนี้ควรเป็นยาที่มีคุณสมบัติละลายในไขมัน เพราะยาจะถูกนำไปยังเป้าหมายด้วยวิธี specific transport system นิยมใช้เพื่อควบคุมระยะสงบให้นานขึ้น หรือใช้ร่วมกับการบริหารยาประเภทอื่น ได้แก่ Etoposide, 5 Fluorouracil Tamoxifen เป็นต้น

3.5.2 การฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ยาในกลุ่มนี้ไม่ควรเป็นยาที่ทำให้เกิดเนื้อตาย (tissue necrosis) โดยเฉพาะกลุ่ม vesicant drug เช่น Vincristine, Doxorubicin ซึ่งผู้ป่วยต้องไม่มีภาวะเลือดออกง่าย หรือเกล็ดเลือดต่ำ

3.5.3 การใส่ยาเคมีบำบัดเข้าไปเฉพาะจุด เพื่อผลในการรักษาเฉพาะที่ เช่น การให้ยาเคมีบำบัดในช่องท้อง จะให้ยาเคมีบำบัดที่มีความเข้มข้นสูง เข้าสู่ช่องท้องเพื่อสัมผัสกับมะเร็งโดยตรง ทำให้เซลล์มะเร็งถูกทำลายได้มากขึ้น มีอัตราการตอบสนองต่อการรักษา (Response rate) สูงขึ้นด้วย แต่ปัญหาที่อาจเกิดขึ้น เช่น ปลายของ Catheter ที่อยู่ในตำแหน่งเดียวกัน ๆ อาจมีผลต่อการไหลเวียนของยา ส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางลำไส้ เกิดการติดเชื้อ ตกเลือดภายในช่องท้อง

3.5.4 การฉีดเข้าทางหลอดเลือดแดง ที่ไปเลี้ยงก้อนมะเร็งโดยตรง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษาเฉพาะที่ และลดผลข้างเคียงของยาให้มากที่สุด

3.5.5 การฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ช่วยให้ยาสามารถกระจายไปทั่วร่างกายได้รวดเร็ว ควรเป็นยาที่มีคุณสมบัติละลายน้ำได้ดี (Water soluble compound) การให้ยาโดยการฉีดเข้าหลอดเลือดดำโดยตรง (Bolus dose) ทำให้ระดับยาในกระแสเลือดสูงขึ้น และจะลดลงรวดเร็ว เพราะถูกขับออกจากร่างกายได้ง่าย การบริหารยาชนิดนี้จะเหมาะสมสำหรับยาในกลุ่มที่ออกฤทธิ์ได้ทุกระยะในวงจร

ชีวิตของเซลล์ ส่วนยาที่ออกฤทธิ์ได้เฉพาะในช่วงการแบ่งตัวของเซลล์ควรให้ในรูปแบบของสารน้ำทางหลอดเลือดดำ (Intravenous infusion) ใช้ระยะเวลาสั้นๆ เพื่อให้มีระดับในกระแสเลือดนานขึ้น และยังสามารถลดพิษจากยาเคมีบำบัด (Drug toxicity) ได้

3.6 แนวทางการให้เคมีบำบัดในมะเร็งตับอ่อน แบ่งออกเป็น

3.6.1 ระยะเริ่มต้นหลังการผ่าตัด (Adjuvant Chemotherapy) ยังมีข้อมูลไม่เพียงพอที่จะแนะนำการใช้เคมีบำบัดในข้อบ่งชี้

3.6.2 ระยะลุกลามไม่สามารถผ่าตัดได้ และระยะแพร่กระจาย (Local advanced and metastasis)

หากผู้ป่วยอยู่ในระยะที่มะเร็งแพร่กระจายแล้ว มักจะทำการรักษาด้วยการใช้ยาเคมีบำบัด หรือจะให้การรักษาแบบตรงเป้า ด้วยยามุ่งเป้าไปที่เซลล์มะเร็งโดยเฉพาะหรือบางคนอาจเลือกเป็นการใช้ยาภูมิคุ้มกันบำบัด

1) ยาเคมีบำบัด เป็นกลุ่มยาหลักที่ใช้ในการควบคุมมะเร็งตับอ่อนระยะแพร่กระจาย พบว่าการให้ยาเคมีบำบัดสามารถยืดระยะเวลาการรอดชีวิตของผู้ป่วย เมื่อกับการรักษาตามอาการเพียงอย่างเดียว เนื่องจากเคมีบำบัดที่มีข้อมูลในการรักษามะเร็งตับอ่อนระยะแพร่กระจายสามารถให้ได้หลายแบบ

2) ยามุ่งเป้า การให้ยามุ่งเป้า มีความจำเป็นต้องตรวจการกลายพันธุ์ของยีนส์ก่อนให้ยาเสมอ หากไม่พบการกลายพันธุ์ของยีนส์ที่เฉพาะเจาะจงของยามุ่งเป้าชนิดนั้น ๆ จะไม่สามารถใช้ยามุ่งเป้าได้ ซึ่งยามุ่งเป้าที่มีข้อมูลในมะเร็งตับอ่อนระยะแพร่กระจายได้แก่

- ยากลุ่ม NTRK Inhibitor จะพิจารณาใช้ยากลุ่มนี้ในผู้ป่วยที่ตรวจพบการกลายพันธุ์ของยีนส์ที่ชื่อว่า NTRX gene fusion จากชิ้นเนื้อของก้อนมะเร็ง ซึ่งอุบัติการณ์ในการตรวจพบในมะเร็งตับอ่อนถือว่าน้อยมาก คือน้อยกว่าร้อยละ 5

- ยากลุ่ม PARP inhibitor จะพิจารณาใช้ยากลุ่มนี้ในผู้ป่วยที่ตรวจพบการถ่ายทอดทางพันธุกรรมของยีนส์ที่ชื่อ BRCA1/BRCA2 โดยมีการศึกษาวิจัยพบว่าหลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดขนานแรกนาน 4-6 เดือน และสามารถควบคุมโรคได้ การให้ยากลุ่ม PARP inhibitor สามารถช่วยยืดระยะเวลาการกำเริบของโรค อย่างไรก็ตามอุบัติการณ์ในการตรวจพบการถ่ายทอดทางยีนส์ชนิดในมะเร็งตับอ่อนพบเพียงร้อยละ 4-7

- ยาภูมิคุ้มกันบำบัด ยากลุ่มนี้ไม่สามารถใช้ในผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนระยะแพร่กระจายทุกคน ก่อนใช้ยามีความจำเป็นต้องตรวจหาโมเลกุลเพิ่มเติมหากพบ MSI – high หรือ dMMR จึงจะสามารถใช้ยาภูมิคุ้มกันบำบัดได้ อย่างไรก็ตามอุบัติการณ์ในการตรวจพบดังกล่าวในมะเร็งตับอ่อน ถือว่าค่อนข้างน้อย คือประมาณร้อยละ 1-2

จากบทความเรื่อง FOLFIRINOX or gemcitabine as adjuvant therapy for pancreatic cancer รายงานว่า การรักษาด้วยเคมีบำบัดสูตร Fluorouracil, Leucovorin, Irinotecan และ Oxaliplatin (FOLFIRINOX) สัมพันธ์กับการรอดชีวิตที่นานกว่าเมื่อเทียบกับ gemcitabine ในผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนแพร่กระจาย คณะศึกษายังได้เปรียบเทียบประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการรักษาด้วยสูตร Modified-FOLFIRINOX และ gemcitabine สำหรับการรักษาเสริม (Adjuvant therapy) ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งตับอ่อน การรักษาเสริมด้วยสูตร Modified-

FOLFIRINOX สัมพันธ์กับการรอดชีวิตที่นานกว่าอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับ Gemcitabine ในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งตับอ่อน (N. Engl J Med, 2018)

Protocol เพื่อการเบิกจ่ายชดเชยค่ารักษาผู้ป่วยมะเร็งน้ำดีและถุงน้ำดี ปีงบประมาณ 2561

Protocol 1 : Postoperative Chemoradiation สำหรับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี มะเร็งตับอ่อน หลังการผ่าตัดร่วมรังสีรักษา

ข้อพิจารณา

- 1.1 ให้เฉพาะในรายที่มี Positive margin, lymph node positive
- 1.2 ผู้ป่วยต้องมี Performance status 0 หรือ 1

ตารางที่ 5 ขนาดและสูตรของยาเคมีบำบัดมะเร็งท่อน้ำดี มะเร็งตับอ่อนหลังผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา

ลำดับ	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้รวม (mg/m ²)
1.	5-fluorouracil /leucovorin	q 28 days	5-fluorouracil	C1-2: 400mg/m ² /d IV day 1-4, 29-32 of RT	400	4	2	3,200
			Leucovorin	C1-2: 20mg/m ² /d IV day 1-4, 29-32 of RT	20	4	2	160
2.	5-fluorouracil /leucovorin	q 28 days	5-fluorouracil	375 – 425 mg/m ² /d IV day 1-5	375-425	5	6	11,250 – 12,750
			Leucovorin	20 mg/m ² /d IV day 1-5	20	2	6	600

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางการรักษาโรคมะเร็งในผู้ใหญ่, 2561.

ตารางที่ 6 Protocol 2 : สูตรยาเคมีบำบัดมะเร็งท่อน้ำดีและมะเร็งตับอ่อนระยะลุกลามที่ไม่สามารถผ่าตัดได้หรือระยะแพร่กระจาย

ลำดับ	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้รวม (mg/m ²)
1.	Cisplatin/5-FU	q 28 days	Cisplatin	75-100 mg/m ² /d IV day1	75-100	1	6	450-600
			5-fluorouracil	1,000 mg/m ² /d IV Day 1-4	1,000	4	6	24,000

ลำดับ	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้รวม (mg/m ²)
2.	Carboplatin/5-FU	q 28 days	Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5 mg/ml/min IV Day 1	Maximum total dose ≤750	1	6	4,500
			5-fluorouracil	1,000 mg/m ² /d IV Day 1-4	1,000	4	6	24,000
3.	Cisplatin/gemcitabine ***	q 21 days	Cisplatin	25 mg/m ² /d IV day 1 and day 8	25	2	6	300
			Gemcitabine	1,000 mg/m ² /d IV day 1 and day 8	1,000	2	6	12,000
4.	Cisplatin/gemcitabine ***	q 21 days	Cisplatin	75 mg/m ² /d IV day 1 and day 8	75	1	6	450
			Gemcitabine	1,000 – 1,250 mg/m ² /d IV day 1 and day 8	1,000-1,250	2	6	12,000-15,000

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางการรักษาโรคมะเร็งในผู้ใหญ่, 2561.

ภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัด

ยาเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษาโรคมะเร็ง เมื่อเข้าสู่กระแสเลือดจะมีผลต่อการเจริญเติบโตของเซลล์ที่มีการแบ่งตัวเร็ว ซึ่งนอกจากเซลล์มะเร็งแล้วจึงมีผลกระทบต่อเซลล์ปกติของร่างกายที่มีการแบ่งตัวเร็วด้วย ได้แก่ เซลล์ในไขกระดูก เซลล์เยื่อบุทางเดินอาหาร รากผม เป็นต้น ดังนั้นยาพวกนี้จึงมีผลข้างเคียงมากกว่ายาในกลุ่มอื่น ผลกระทบนี้อาจจะทำให้เกิดอาการข้างเคียงในแต่ละระบบ ดังนี้

1) ระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดอาการดังต่อไปนี้

- คลื่นไส้ อาเจียน พบได้บ่อย และขึ้นอยู่กับชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับอาการจะเกิดได้ภายใน 1-2 ชั่วโมง หลังได้รับยา และอาการส่วนใหญ่จะหายไปภายใน 24 ชั่วโมง ยกเว้นสำหรับยาเคมีบำบัดบางชนิดที่อาจทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้นานถึง 3-7 วัน หลังจากได้ยาครั้งสุดท้าย

- เบื่ออาหาร เนื่องจากยาเคมีบำบัดมีผลทำให้การรับรสอาหารเปลี่ยนแปลง ความอยากรับประทานอาหารลดลง อาการนี้จะเกิดขึ้นชั่วคราว และหายไปภายใน 2-6 สัปดาห์หลังได้รับยา
- เยื่อบุช่องปากอักเสบ เกิดเนื่องจากยาเคมีบำบัดมีผลต่อการแบ่งตัวของเซลล์เยื่อบุช่องปาก ทำให้มีอาการ

- ปากแห้ง เจ็บและมีแผล อาจจะมีการติดเชื้อในช่องปากได้ รับประทานอาหารได้ลดลง อาการนี้จะเกิดขึ้น หลังได้รับยา 5-7 วัน อาการจะดีขึ้น ถ้าได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง และเมื่อหายหมดฤทธิ์

- เยื่อบุหลอดอาหารอักเสบ ทำให้เกิดอาการคอแห้ง เจ็บคอ กลืนอาหารลำบาก
- ท้องเสีย เกิดจากยาระคายเคืองต่อเยื่อบุทางเดินอาหาร ทำให้การย่อย และดูดซึมอาหารลดลง อาการจะ เป็นอยู่ชั่วคราว และจะดีขึ้นเมื่อยาหมดฤทธิ์

- ท้องผูก เนื่องจากยามีผลต่อเส้นประสาทบริเวณลำไส้ ลดการเคลื่อนไหวของลำไส้ อาการนี้จะเกิดขึ้นชั่วคราว และดีขึ้นภายหลังได้ยา 1 สัปดาห์

2) ระบบไขกระดูก ยาเคมีบำบัดจะไปกดการทำงานของไขกระดูก มีผลต่อการสร้างเม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดง และเกร็ดเลือด ทำให้เกิดผลดังนี้

- ภูมิคุ้มกันโรคต่ำ จากการที่ไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดขาวลดลง ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย ส่วนใหญ่จะ เกิดขึ้นภายหลังได้รับยาแล้ว 10-14 วัน แล้วเม็ดเลือดขาวจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นภายใน 1-2 สัปดาห์หลังจากนั้น

- โลหิตจาง อ่อนเพลียไม่มีแรง จะเกิดขึ้นภายหลังได้รับยาประมาณ 7 วันแล้วจะค่อย ๆ ดีขึ้น

- ภาวะเลือดออกง่าย จากเกล็ดเลือดต่ำ อาจเกิดขึ้นภายหลังได้รับยาประมาณ 2 สัปดาห์ แล้วจะค่อยกลับสู่ปกติในสัปดาห์ที่ 3-4 หลังได้รับยาเคมีบำบัด

3) ผิวหนัง ผม และขน โดยยาเคมีบำบัดทำให้เกิด

- ผิวหนังแห้งและคัน ผิวลำบากและมีความไวต่อแสงแดด และการเปลี่ยนแปลงของสีเล็บ จากผลของยาเคมีบำบัดบางชนิด

- ผมและขนร่วง เนื่องจากยาเคมีบำบัดมีผลต่อรากผม และขน ทำให้ผม และขนร่วงง่าย อาการจะเป็นอยู่ชั่วคราวเท่านั้น โดยมีอาการเกิดขึ้นภายใน 2-3 สัปดาห์ หลังได้รับยา และผมจะงอกขึ้นใหม่ภายใน 1 เดือน หลังจากหยุดยาแล้ว

4) ปฏิกริยาต่อเนื้อเยื่อ ยาเคมีบำบัดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือดบางกลุ่มมีผลต่อเนื้อเยื่อรุนแรง ทำให้เกิดการอักเสบของหลอดเลือดดำ ทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อได้ถ้ามีการรั่วซึมของยาออกนอกเส้นเลือด

5) ระบบสืบพันธุ์

ในเพศหญิง ผลมีทำให้ประจำเดือนมาไม่ปกติ หรือขาดประจำเดือนขณะได้รับการรักษา ส่วนในเพศชายอาจทำให้เชื้ออสุจิลดลง ซึ่งส่งผลให้ทั้งเพศหญิง และชายมีโอกาสเป็นหมัน

ชั่วคราวขณะรับการรักษา การเปลี่ยนแปลงนี้มักจะหายไปหลังจากหยุดการรักษาประมาณ 18-24 เดือน แต่ในผู้ป่วยบางรายพบว่า การเปลี่ยนแปลงนี้ไม่กลับเป็นปกติ ทำให้มีโอกาสเป็นหมันถาวรได้

6) อวัยวะสำคัญ ได้แก่ ตับ ไต และระบบขับถ่ายปัสสาวะ พิษต่อตับ และไตขึ้นอยู่กับชนิดของยา ขนาดของยา จำนวนครั้งที่ได้รับยา สำหรับไตอาจเกิดจากการรับน้ำไม่เพียงพอ นอกจากนี้ อาจเกิดจากเซลล์มะเร็งที่ถูกทำลายด้วย ทำให้เกิดกรดยูริกในเลือดสูง ทำให้เกิดไตวายได้

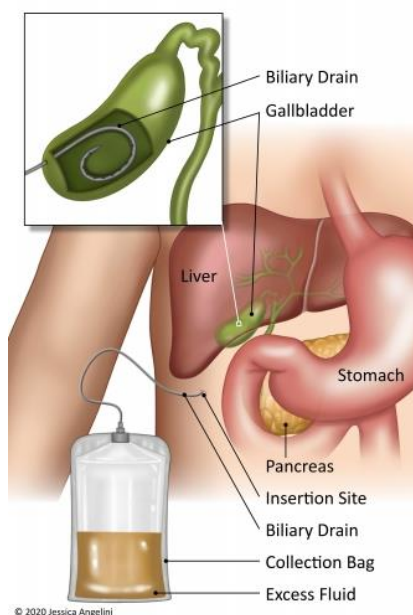
7) ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชาปลายมือปลายเท้า สูญเสียการทรงตัว นอกจากนี้ ยังมียาเคมีบำบัดบางชนิดทำให้เกิดอาการซีมเศร้า และอาการทางจิตประสาทได้

อาการดังกล่าวข้างต้นไม่ได้เกิดในผู้ป่วยทุกคนที่ได้รับยาเคมีบำบัด และไม่เกิดกับยาเคมีบำบัดทุกชนิด โดยจะมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับชนิดของยา ขนาดของยา และจำนวนครั้งที่ได้รับยา

4. การใส่ท่อระบายน้ำดีผ่านทางหน้าท้องหรือผ่านทางท่อส่งกล้อง

4.1 Biliary Drainage

ผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนที่ผ่าตัดไม่ได้ และมีติชานควรได้รับการส่องกล้องเพื่อใส่ท่อระบายน้ำดีชนิด Self-expandable metallic stent (SEMS) เนื่องจากได้ผลดีพอ ๆ กับการผ่าตัด Biliary bypass และเกิดปัญหาท่อระบายอุดตันน้อยกว่าท่อชนิดพลาสติกอย่างชัดเจน

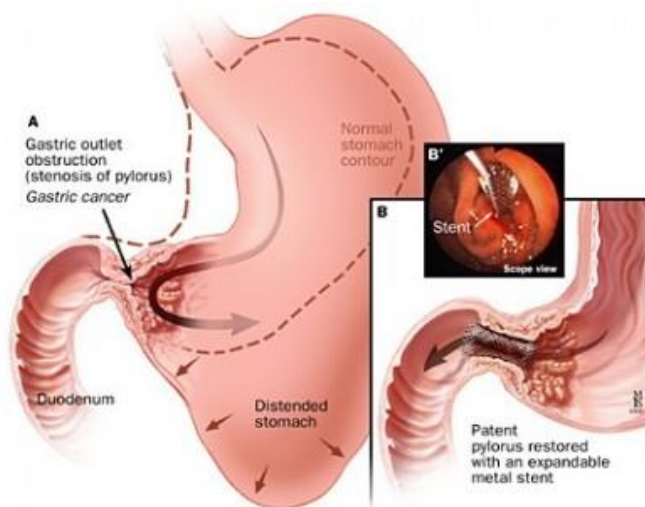


ภาพที่ 7 แสดง Biliary Drainage

ที่มา : OncoLink Team. Biliary Drain, 2022.

4.2 Duodenal Stent

ผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนที่ผ่าตัดไม่ได้และเกิดอาการอุดตันที่ปลายกระเพาะ (Gastric outlet) หรือดูโอดินัม ควรได้รับการส่องกล้องเพื่อใส่ Duodenal stent หรือผ่าตัด Gastrojejunostomy เพื่อบรรเทาอาการดังกล่าว



ภาพที่ 8 แสดง Duodenal Stent

ที่มา : Otto S. Lin. Analgo-sedaton for Endoscopic Procedure, 2017.

5. การรักษาด้วยวิธีใหม่ เช่น การใช้ไฟฟ้า (Irreversible electroporation; IRE) การใช้ความเย็น (Cryotherapy) การใช้สารกัมมันตภาพรังสี (I-125) ยังอยู่ในขั้นตอนทดสอบหาข้อสรุป อาจมีการใช้ในกรณีเพื่อลดอาการหรือลดขนาดของก้อน แต่ไม่มีใช้ในกรณีทั่วไป (Otto S. Lin. , 2017)

6. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย

การดูแลแบบ “Palliative care” (Palliative approach) เป็นการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่โรครุนแรงในระยะลุกลามหรือเป็นมาก (Advance disease) หรือมีการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต (Life threatening illness) เป็นการดูแลให้ผู้ป่วยมีสมรรถนะและคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดที่จะเป็นไปได้ ดูแลในทุกมิติแบบองค์รวมและอย่างต่อเนื่อง รวมถึงช่วยผู้ป่วยและครอบครัวให้เข้าใจสภาวะโรค และช่วยในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2559) มีความจำเป็นที่ต้องเข้าใจความแตกต่างระหว่างการดูแลแบบ Palliative care และ Hospice care, Palliative approach หมายถึง การให้การดูแลผู้ป่วยที่มีโรคที่คุกคามต่อชีวิตโดยทีมสุขภาพทั่วไป (Primary palliative care) สามารถนำหลักการดูแลแบบ Palliative care มาใช้ ส่วนคำว่า Hospice care มักหมายถึง การจัดการบริการแบบเบ็ดเสร็จให้แก่ผู้ป่วยที่มีโรคคุกคามต่อชีวิตและโรคดำเนินมาถึงระยะท้ายของชีวิต ซึ่งอาจมีเวลาเหลือเพียง 6-12 เดือน ซึ่งผู้ให้การดูแลมักเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านนี้โดยเฉพาะ (Specialist palliative Care) หรือเป็นทีมสุขภาพทั่วไปที่ผ่านการอบรมระยะกลางเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นและความต้องการที่หลากหลายของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะนี้ได้

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ให้คำนิยามไว้ว่า “การดูแลแบบประคับประคอง” หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิตและคุณภาพชีวิตรวมถึงครอบครัวของผู้ป่วยด้วย การดูแลสามารถเริ่มตั้งแต่การวินิจฉัยโรคต่อเนื่องไปจนถึงการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต (End of life care or Hospital care) ซึ่งหมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่คาดการณ์ว่าจะมีชีวิตอยู่ต่อไปอีกประมาณ 6 เดือน และการดูแลไม่ได้สิ้นสุดหลังผู้ป่วยเสียชีวิต แต่ยังมี การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ภายหลังการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ที่เรียกว่า “Bereavement care” เพื่อให้มั่นใจว่าครอบครัวจะสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้แม้ผู้ป่วยจะเสียชีวิตแล้ว

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2556) ได้ให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง คือการดูแลทางการแพทย์การพยาบาลทุกชนิด รวมถึงการดูแลด้านจิตใจ สังคม ความต้องการของผู้ป่วยตลอดจนการดูแลครอบครัวผู้ป่วยจากความเศร้าโศก เนื่องจากต้องสูญเสียผู้ป่วยไป

นอกจากนี้ ซลिया วามะลุน (2559) ได้สรุปการดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลที่ผสมผสานเอาหลายแนวคิด นำมาบูรณาการกันที่เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ความต้องการของผู้ป่วยที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งการดูแลจะรวมได้ด้วยการดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวตลอดช่วงเวลาการป่วยไข้ของผู้ป่วย ตลอดจนการดูแลครอบครัวผู้ป่วยหลังการตายของผู้ป่วย

สรุป การดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลที่ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดที่จะทำได้โดยการป้องกันและจัดการความไม่สุขสบาย โดยการประเมินผู้ป่วยอย่างถี่ถ้วนและจัดการอาการปวดหรืออาหารไม่สุขสบายอื่น ๆ อย่างมีประสิทธิภาพโดยการดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยดูแลครอบครัวของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ภายหลังการตายของผู้ป่วยด้วย

Cassem NA (1997) ได้เสนอหลักการในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยประด้วย “9 C” ดังนี้

1. Competence สร้างความมั่นใจในแนวทางการรักษา
2. Concern สนใจ และใส่ใจความรู้สึก อารมณ์ของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล
3. Comport ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายที่สุด ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ลดความทุกข์ทรมานต่าง ๆ
4. Communication ความสามารถในการสื่อสารที่ถูกกาลเทศะในเวลาอันควรและเลือกเรื่องที่เหมาะสม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความคิดเห็น รวมทั้งมีส่วนร่วมในการดูแลและตัดสินใจ
5. Children การมีเด็กที่เป็นลูกหลานมาเยี่ยมเยียนจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุข สดชื่น ผ่อนคลาย
6. Cohesion and integration of family ความผูกพันของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วย ทำให้เกิดกำลังใจ มีความอบอุ่น ไม่ว่าเหว การเยี่ยมของครอบครัวและญาติจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ
7. Cheerfulness การสร้างอารมณ์ขันที่ถูกกาลเทศะ อาจช่วยด้านจิตใจผู้ป่วยได้
8. Consistency ความสม่ำเสมอของการดูแลของแพทย์ เช่น การเยี่ยมผู้ป่วยเป็นประจำ
9. Calmness of mind and temper (Equanimity) สร้างความสงบทางใจและอารมณ์ช่วยก่อให้เกิดความสุขในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่และเตรียมตัวที่จะจากกันด้วยความสุขได้

องค์ประกอบสำคัญของการดูแลแบบ Palliative care คือการให้เข้าถึงบริการ การจัดประสานการดูแลแบบทีมสหสาขา การค้นหาเป้าหมายการดูแล การประเมินผลกระทบโดยรวมในการให้การรักษาหรือดำเนินการต่าง ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงหรือถ่วงถอนการรักษาที่สร้างภาระการประสานส่งต่อ

สถานที่ดูแลรวมถึงสถานที่เสียชีวิต ตามความต้องการของผู้ป่วยและการประสานการเปลี่ยนผ่านระดับการดูแลและการส่งต่อ

ปัจจุบันการดูแลแบบประคับประคองมีการพัฒนาระบบบริการของศูนย์ดูแลประคับประคอง (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2564) เนื่องจากโรงพยาบาลเป็นต้นทางของการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่เข้าสู่ระยะท้ายดังกล่าวแล้ว การตรวจคัดกรองจะช่วยให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างครอบคลุม มีการประเมินแบบองค์รวมรอบด้านทุกมิติทั้งกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การวางแผนดูแลที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย การให้ข้อมูลช่วยผู้ป่วยและครอบครัวในการวางแผนดูแลล่วงหน้า มีการวางแผนจำหน่ายที่ดี ส่งต่อข้อมูลและแผนการดูแลให้ทีมในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายสามารถได้รับการดูแลที่บ้านได้อย่างต่อเนื่องจนกว่าจะเสียชีวิต ทั้งนี้ศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปต้องเป็นแม่ข่ายที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแก่ทีมในชุมชน

การประเมินและการวินิจฉัย (โดยใช้เกณฑ์ทั่วไป)

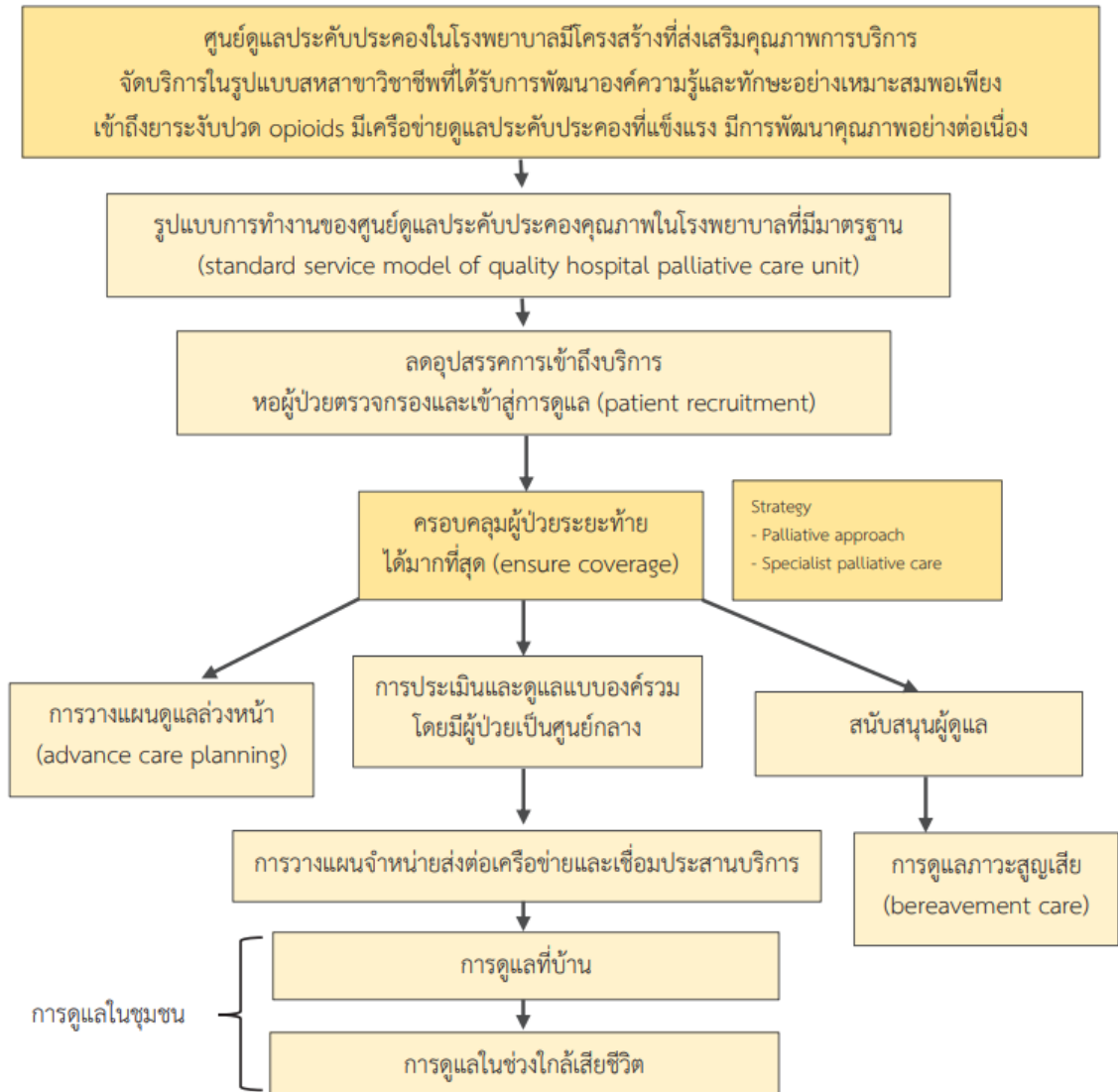
การตระหนักว่าคุณค่าหรือการเจ็บป่วยของผู้ป่วยใกล้สิ้นสุดลงแล้วนั้นเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อการดูแลที่เหมาะสม (นิอร โชติธนะประสิทธิ์ และคณะ, 2563) การระบุว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะเริ่มต้นของการสิ้นสุดภาวะการเจ็บป่วยหรือเข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิตเมื่อไรนั้น ไม่ใช่เรื่องที่จะกำหนดได้ถูกต้องเสมอไป อีกทั้งการวินิจฉัยวาระสุดท้ายของชีวิตหรือภาวะกำลังจะเสียชีวิต เป็นการตัดสินใจทางคลินิกที่ซับซ้อน และมีความไม่แน่นอน ด้วยเหตุนี้เพื่อบรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จะเห็นว่าการวินิจฉัยและการประเมินผู้ป่วยนอกจากจะมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่เข้าข่ายต้องได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองตั้งแต่แรก ๆ แล้วนั้น ประเด็นสำคัญคือเพื่อจะได้วางแผนให้ความช่วยเหลือโดยทีมสหสาขาวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยมีรายละเอียดการวินิจฉัยและการประเมินผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยมีกระบวนการคัดกรองที่สอดคล้องกับ Gold Standard Framework ในประเทศสหราชอาณาจักร ซึ่งมีข้อแนะนำสำหรับกระบวนการ 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การวินิจฉัย (Assess) เป็นขั้นตอนของกระบวนการคัดกรอง โดยมุ่งเน้นไปที่การวินิจฉัยเป็นรายบุคคล ซึ่งเป็นผู้ที่อาจจะได้รับประโยชน์จากการดูแลแบบประคับประคองในตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของวิธีการเจ็บป่วยของบุคคลนั้น ๆ

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผน (Plan) ในขั้นตอนนี้ควรมีการประเมินที่ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวมถึงความต้องการการดูแลของบุคคลทั้งปัจจุบันและอนาคต โดยใช้เครื่องมือการประเมินที่มีความเหมาะสมและถูกต้อง ทั้งจากการสัมภาษณ์ประวัติเชิงลึก การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษอื่น ๆ เพื่อพิจารณาร่วมกันในการประเมินผู้ป่วยสำหรับการดูแลแบบประคับประคอง

ขั้นตอนที่ 3 จากการประเมินในขั้นตอนที่ 2 จะช่วยในการพิจารณาการดูแลที่จำเป็นเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในขั้นตอนที่ 3 คือ การวางแผนและการจัดการอันจะนำไปสู่ประสิทธิภาพของผลลัพธ์การดูแลต่อไป

โครงสร้างและระบบการทำงานที่ช่วยส่งเสริมการทำงานของศูนย์ดูแลระดับประคับประคองต้องประกอบด้วย



ภาพที่ 9 โครงสร้างและการจัดการบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานของศูนย์ดูแลระดับประคับประคองในโรงพยาบาล

ที่มา : ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. การดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย: การมุ่งสู่คุณภาพ คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้ายสำหรับบุคลากรทางการแพทย์, 2564.

1. แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย ของ World Health Organization เน้น 6 ด้าน คือ

- 1.1 จุดเน้นในการดูแล คือ ผู้ป่วยและครอบครัวที่ถือว่าเป็นจุดศูนย์กลางของการดูแล
- 1.2 เป็นการดูแลแบบองค์รวม ที่เน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน
- 1.3 มีความต่อเนื่องในการดูแล

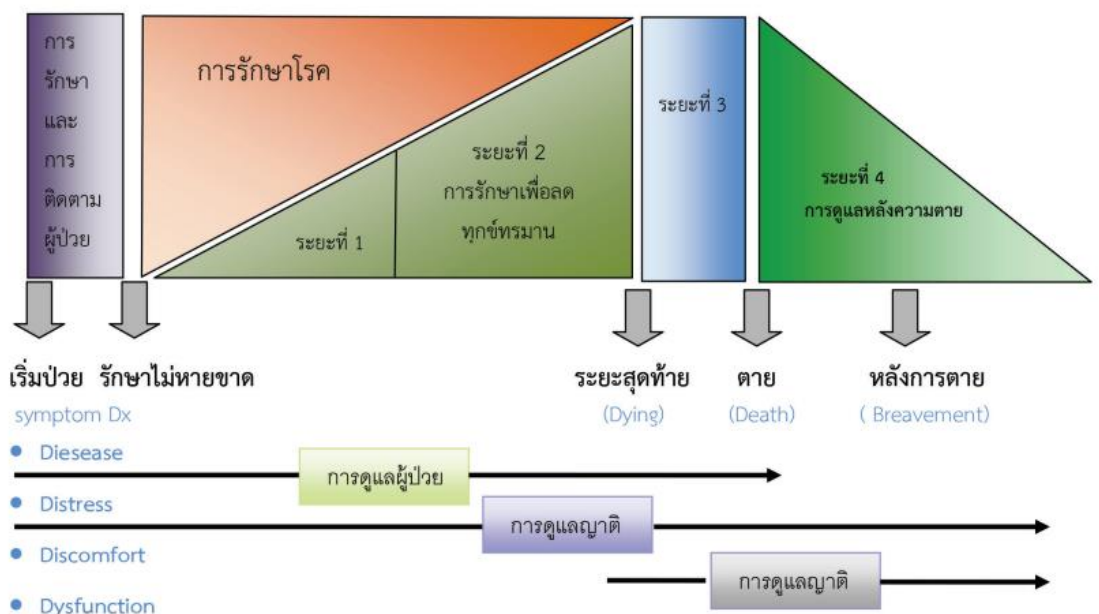
1.4 เป็นการดูแลที่เป็นทีม

1.5 เน้นส่งเสริมระบบสนับสนุนการดูแล

1.6 เป้าหมายในการดูแลเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

ดังนั้น Palliative Care จึงเป็นการดูแลแบบประคับประคอง มุ่งให้มีความสุขสบายแก่ผู้ป่วย ช่วยลดความปวดและความทุกข์ทรมาน ครอบคลุมถึงจิตวิญญาณและตระหนักถึงการตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (Dignified death) รวมถึงครอบครัวที่มีผู้ป่วยอยู่ในระยะท้าย และหลังเสียชีวิตแล้ว

แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง



ภาพที่ 10 แสดงแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ที่มา : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. Palliative care in Cancer patient, 2539.

องค์ประกอบที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ คือ (WHO, 2002)

1. การควบคุมอาการ (Symptom control) ผู้ป่วยในระยะท้ายมักมีอาการทางกายที่ก่อให้เกิดความไม่สบาย อาการต่าง ๆ ได้แก่ อาการปวด เบื่ออาหาร ผอมแห้ง หายใจลำบาก เหนื่อยล้า เป็นต้น

2. การรักษา (Disease management) เป็นการรักษาภาวะที่แก้ไขได้ (Reversible condition) ร่วมกับการพิจารณาสมรรถนะทางกายและการพยากรณ์โรค การจัดการนี้ ได้แก่

1) การรักษาแบบประคับประคองด้วยการผ่าตัด เพื่อลดขนาดของก้อน การผ่าตัดผู้ป่วยที่มีลำไส้อุดตันจากมะเร็ง

2) การรักษาแบบประคับประคองด้วยรังสีรักษา เพื่อควบคุมภาวะเลือดออกจากแผลมะเร็ง การควบคุมความปวดจากมะเร็ง

3) การรักษาแบบประคับประคองด้วยเคมีบำบัด (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2558)

3. การดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (Psychosocial and Spiritual Care) คือการเห็นผู้ป่วยทั้งตัวตนด้วยจิตสังขม และต้องมีการประเมินผู้ป่วยที่มีบุคลิก ลักษณะครอบครัว และความสัมพันธ์ด้านจิตวิญญาณ มีการประเมินและช่วยผู้ป่วยค้นหาความหมายของชีวิต

บทบาทของทีมดูแลสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

การดูแลในรูปแบบการทำงานของสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักรังสีการแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักประชาสัมพันธ์ ผู้นำศาสนา ผู้ดูแล และอื่น ๆ เป็นการบูรณาการความรู้ โดยใช้ศาสตร์และศิลป์ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทุก ๆ ด้าน หรือลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย โดยบุคลากรทีมสุขภาพทุกฝ่ายล้วนมีบทบาทสำคัญในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความแตกต่างกันในแต่ละด้านตามความถนัดในแต่ละสาขา และมีศิลปะที่จะให้การรักษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและญาติเป็นสำคัญ (ชลียา วามะลุน, 2559)

ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ประกอบด้วยส่วนสำคัญ 2 ส่วน ดังนี้ (ชลียา วามะลุน, 2559)

1. ทักษะในการดูแล ผู้ให้การดูแลต้องมีทัศนคติที่ส่งเสริมการดูแลที่สามารถตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วย มีการรับรู้และเข้าใจต่อความรู้สึกผู้อื่น สนใจจะทำความเข้าใจในความทุกข์ทรมานของบุคคลในทุกด้าน เสียสละอุทิศตนให้ยอมรับและนับถือในบุคคล

2. การให้การดูแล ต้องครอบคลุมการรักษาทางการแพทย์และการพยาบาล ตลอดจนให้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับปรัชญาการดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจึงมีความสำคัญต่อผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ เครือข่ายสุขภาพ และภาคส่วนอื่น ๆ ร่วมมือช่วยกันดูแลผู้ป่วยให้บรรเทาความทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในเวลาที่เหลืออยู่

จากแนวคิดพื้นฐานของการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง หรือระยะสุดท้ายที่วางไว้โดยองค์การอนามัยโลก คือ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะเชื่อในคุณค่าของการมีชีวิตอยู่ ดังนั้นจะไม่เร่งให้ผู้ป่วยตายก่อนเวลาอันควร ถึงแม้ผู้ป่วยจะต้องทนทุกข์ทรมานก็ตาม ในขณะที่เดียวกันก็มองความตายเป็นกระบวนการตามธรรมชาติจะไม่ยื้อให้การตายยืดเยื้อ (ปกรณ ทองวิไล, 2553) ได้กล่าวถึงหลักการที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ

1. Meet physical, Psychological, Social, and Spiritual expectations/Needs การดูแลผู้ป่วยที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ และให้ความสำคัญกับความคิด ความเชื่อ วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของผู้ป่วย

2. Access ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการเมื่อยามจำเป็นได้อย่างทันท่วงที โดยใช้ภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้

3. Equal Availability without Discrimination ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกคนควรได้รับบริการที่เท่าเทียมกันโดยไม่แยกเพศ วัย การศึกษา หรือเศรษฐฐานะ
4. Ethics การดูแลต้องเป็นไปตามมาตรฐานจริยธรรมทางการแพทย์ ได้แก่ เคารพสิทธิ์ของผู้ป่วยในการตัดสินใจเพื่อตนเอง (Autonomy) การกระทำที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย (Beneficence) หลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นโทษกับผู้ป่วย (Non-maleficence) ยุติธรรมและเท่าเทียม (Justice) ให้ข้อมูลที่เป็นจริงแก่ผู้ป่วย (Truth telling) และรักษาความลับของผู้ป่วย (Confidentiality)
5. Right to information ผู้ป่วยและครอบครัวมีสิทธิ์ที่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย แนวทางการรักษา ข้อดีข้อเสียและทรัพยากรต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการรักษา
6. Right to choice/Empowerment ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลรักษาในระดับผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ
7. Unit of care ศูนย์กลางของการดูแลคือ ผู้ป่วยและครอบครัว
8. Interdisciplinary Team การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่สามารถทำเพียงลำพังผู้เดียว หรือวิชาชีพเดียวได้ ต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพ การประสานงานกับผู้ป่วย และผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วย
9. Continuity of care การดูแลต้องมีความต่อเนื่อง โดยอาศัยการประสานงานระหว่างสถานบริการ
10. Community collaboration through partnerships and mutual support แสวงหาความร่วมมือและทรัพยากรในชุมชนในการช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย เช่น จิตอาสา เครือข่ายผู้ป่วยมะเร็ง เป็นต้น

การจัดการอาการในผู้ป่วยระยะท้าย (Symptom Management in Palliative Care)

อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ป่วยระยะท้ายมักมีอาการหลายอย่าง นอกจากอาการเบื่ออาหารและอ่อนล้าที่มักพบอยู่แล้ว อาการที่พบบ่อยได้แก่ อาการปวด หายใจไม่อิ่มท้องผูก ปากแห้ง แผลในปาก นอนไม่หลับ เป็นต้น ซึ่งหลักการการจัดการอาการคือ การประเมินอาการของผู้ป่วยอย่างทั่วถ้วน โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เหมาะสมและจำเป็น และยึดหลักการจัดการอาการดังนี้ (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2560)

1) พิจารณาหาสาเหตุของอาการที่ไม่สุขสบาย ต้องเข้าใจว่าผู้ป่วยระยะท้ายมักมีอาการไม่สุขสบายหลายอย่าง สาเหตุของอาการอาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ ให้การรักษาภาวะที่จัดการให้หายได้ (Reversible condition) ส่วนภาวะที่รักษาให้หายไม่ได้ (Irreversible conditions) ให้การระงับอาการโดยใช้ยา (Symptom management)

2) ประเมินผลกระทบที่เกิดกับผู้ป่วยจากอาการนั้น ตัวอย่างเช่น อาการปวดที่ไม่ได้รับการจัดการ ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่ได้ อ่อนเพลีย ไม่อยากรับประทานอาหาร อาจทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้า หรือแม้แต่คิดอยากตาย อาการปวดที่เกิดจากการกระจายของมะเร็งไปที่กระดูก มักพบ Incident pain ปวดมากเวลาเคลื่อนไหว ทำให้จำกัดกิจกรรมของผู้ป่วย การนอนเฉย ๆ ทำให้เกิดแผลกดทับ เกิดการติดเชื้อในปอด ทางด้านสังคมทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว

3) พิจารณาถึงอิทธิพลของภาวะจิตสังคมและจิตวิญญาณต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว ต้องเข้าใจว่า ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการทางกาย หรือทำให้อาการทางกายเป็นรุนแรงมากขึ้นได้

4) วางแผนการดูแลสำหรับปัญหาแต่ละอย่าง ซึ่งรวมถึงการรักษาสาเหตุและการรักษาจัดการอาการ รวมถึงการรักษาแบบไม่ใช้ยาาร่วมด้วย

5) พุดคุยและทำข้อตกลงถึงแผนการดูแลกับผู้ป่วยและครอบครัวรวมถึงทีมสุขภาพที่ให้การดูแล เป็นการให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล ให้มั่นใจว่า การรักษาทุกอย่างต้องสะท้อนความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

6) หยุดยาที่ไม่จำเป็น เนื่องจากผู้ป่วยระยะท้ายมักมีอาการหลายอย่างรวมถึงอาจมีโรคเรื้อรังอยู่เก่าที่ต้องรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยจึงมีารับประทานหลายชนิด ทำให้ต้องรับประทานยาจำนวนมาก ให้มั่นใจว่าผู้ป่วยและทีมสุขภาพเข้าใจอย่างถ่องแท้ถึงการใช้ยาเฉพาะที่จำเป็นเพื่อเพิ่ม Compliance มีการทำ Medical reconciliation เมื่อแรกรับเข้าการดูแล รวมถึงเมื่อเปลี่ยนผ่านสถานที่ดูแลจากโรงพยาบาลหนึ่งไปอีกแห่งหนึ่ง และจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

7) ทบทวนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ประเมินอาการและวางแผนการดูแลใหม่เป็นระยะ เนื่องจากผู้ป่วยระยะท้ายอยู่ในภาวะเปราะบางหลังจัดการอย่างหนึ่งดีขึ้นแล้ว อาจมีอาการอย่างอื่นเกิดขึ้นเป็นระยะ รวมถึงตัวโรคมักมีการลุกลามมากขึ้น ทำให้มีอาการเพิ่มมากขึ้นได้ ติดตามได้ตลอดเวลา

ความปวด (Pain)

ความปวดเป็นอาการที่พบได้บ่อยในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยมะเร็ง ความปวดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และภาวะดำเนินชีวิต ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอาการปวดจึงจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลและรักษาอย่างเหมาะสม ตามผลการประเมินความปวดของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งวิธีการบำบัดรักษาอาการปวดมีทั้งวิธีการรักษาด้วยยาและวิธีการรักษาโดยไม่ใช้ยา ทั้งนี้การประเมินความปวดและทักษะของผู้ดูแลจึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะจัดการอาการปวดของผู้ป่วยจนอยู่ในระดับที่พึงพอใจ การจัดการปัญหาความปวดของผู้ป่วยจึงเป็นเรื่องที่สำคัญสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอาการปวด (ธีรพล สมหมายไชยา, 2563)

สาเหตุของความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

ความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งพบในระยะใดของโรคก็ได้ ทั้งก่อนการวินิจฉัย ระหว่างการรักษา ช่วงระยะของการเป็นโรค ไปจนถึงระยะท้ายของโรคโดยที่อาจเป็นความปวดแบบเฉียบพลัน ความปวดเรื้อรัง หรือทั้งสองอย่าง รวมทั้งความปวดที่เกิดเพิ่มสูงจากความปวดที่มีอยู่เดิมในลักษณะที่เรียกว่า ความปวดแทรก (Breakthrough pain) ก็ได้ ความปวดเกิดจากสาเหตุต่าง ๆ ดังนี้ (ศศิกานต์ นิมมานรัชต์, วงจันทร์ เพชพิเชฐเชียร, ชัชชัย ปรีชาไว, 2552)

1. สาเหตุจากก้อนมะเร็งโดยตรง พบว่าเป็นสาเหตุสำคัญ พบบ่อยที่สุดโดยมักเกิดจากการที่ก้อนมะเร็งขยายตัวทำลายเนื้อเยื่อ และไปกดเบียดเส้นประสาทที่มาเลี้ยงอวัยวะที่เป็นมะเร็ง และอวัยวะข้างเคียง หรือจากการที่ก้อนมะเร็งลุกลามไปยังอวัยวะต่างๆ เช่น กระดูก ทำให้เกิดอาการปวดในกระดูก ลุกลามไปยังอวัยวะภายใน เช่น ตับ ทำให้ปวดท้อง หรือสมองทำให้ปวดศีรษะ หรือในบางรายอาการปวดเกิดจากก้อนมะเร็งไปอุดตันอวัยวะในท้องกลาง (Hollow viscus) เช่น ท่อน้ำนม

ทางเดินน้ำดีในตับ เป็นต้น ความปวดลักษณะนี้รวมเรียกว่า ความปวด Nociceptive pain นอกจากนี้
ก่อนมะเร็งอาจลุกลามไปยังอวัยวะของระบบประสาทโดยตรง เช่น รากประสาทไขสันหลัง อาการ
ปวดนี้จะทำให้มีความปวดจากความผิดปกติของระบบประสาท (Neuropathic pain) และอาจจะมี
อาการทางระบบประสาทอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง

2. สาเหตุจากการเป็นโรคมะเร็ง หมายถึงการที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีภาวะภูมิคุ้มกัน
ทางร่างกายต่ำลง จึงเกิดการติดเชื้อบางอย่างที่มีอาการปวดตามมาได้ง่าย เช่น การติดเชื้องูสวัดเกิด
ความปวดในเส้นประสาท ที่เรียกว่า Post herpetic neuralgia (PHN) หรือการที่เซลล์มะเร็งปล่อย
สารบางอย่างออกมา กระตุ้นให้เกิดความปวด หรือการจำกัดการเคลื่อนไหวมีแผลกดทับ และมีความ
ปวดจากแผลกดทับ เป็นต้น

3. สาเหตุจากการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็งพบประมาณร้อยละ 10-20
โดยที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งมักต้องผ่านการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค เช่น การตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ (Biopsy)
การส่องกล้อง การเจาะไขกระดูก ทำให้เกิดความปวดจากการทำหัตถการเหล่านี้ นอกจากนี้การรักษา
โรคมะเร็ง เช่น การผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา ก่อนให้เกิดความปวดได้ การผ่าตัดผู้ป่วยบาดแผล
ภายหลังการผ่าตัดเช่นเดียวกันกับการผ่าตัดโรคอื่นๆ หรืออาจพัฒนาเป็นความปวดเรื้อรังที่แผลผ่าตัด
หรือปวดในระยางค์ที่ถูกตัดออก(Phantom pain) การให้ยาเคมีบำบัดมีผลข้างเคียงที่ทำให้เกิดความ
ปวดได้ เช่น เยื่อช่องปากอักเสบ เส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมทำให้มีอาการชา เจ็บยิบๆ (tingling)
การรักษาด้วยรังสีทำให้เกิดการบาดเจ็บของเส้นประสาทบริเวณฉายรังสี เกิดความปวดจากความ
ผิดปกติในเส้นประสาทได้

การประเมินความปวดในการดูแลแบบประคับประคอง

วัตถุประสงค์เพื่อหาสาเหตุและติดตามประเมินความรุนแรงของความปวดเป็นการ
ตอบสนองต่อการรักษาโดยให้ครอบคลุม ดังนี้ (ธีรพล สมหมายไชยา, 2563)

1) ตำแหน่ง (Pain position) สามารถทำให้สะดวกด้วยรูปภาพร่างกาย (Body
chart) และบางครั้งอาจมีอาการปวดหลายตำแหน่งหลายลักษณะ

2) ลักษณะความปวด (Pain characteristics) เช่น ปวดตื้อๆ ปวดตึบๆ ปวดเหมือน
ถูกทิ่มตำ ปวดเหมือนถูกบีบรัด ปวดแหลมๆ ปวดร้าว เป็นต้น ช่วยให้พิจารณาแยกความปวดว่าน่าจะ
มีกลไกของความปวดอย่างไร

3) ความรุนแรงของความปวด (Pain Intensity) ประเมินโดยเครื่องมือวัดระดับ
ความปวด ดังนี้กรณีที่ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้ ให้ประเมินความรุนแรงของความปวดว่าผู้ป่วยปวดที่
คะแนนโดยใช้แบบประเมิน Numerical rating scale (NRS) คือ จากคะแนน 0-10 โดย 0 หมายถึง
ไม่ปวดเลย และ 10 หมายถึงปวดมากที่สุดที่เป็นไปได้ กรณีผู้ป่วยสื่อสารไม่ได้ให้ใช้แบบประเมินความ
รุนแรงของความปวด คือ แบบประเมิน Faces pain rating scale และระบุด้วยว่าประเมินอาการ
ปวดเมื่อใด เช่น ขณะพัก ขณะมีกิจกรรม ฯลฯ

การประเมินความปวด(Pain Assessment)เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญของการจัดการความ
ปวดเพื่อนำไปสู่การบรรเทาความปวดของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ (อภิญา กุล
ทะเล , 2562) การประเมินความปวดเพื่อให้ได้มาซึ่งระดับความปวดของผู้ป่วย สามารถกระทำ
ได้หลายวิธี เช่น สอบถามจากผู้ป่วยโดยตรง การสังเกตพฤติกรรม/การแสดงออก หรือการใช้เครื่องมือ

ในการประเมินความปวด อย่างไรก็ตาม การประเมินความปวดที่ดีที่สุดคือ การที่ผู้ป่วยเป็นผู้บอกเล่าเอง เพราะความปวดเป็นความรู้สึกส่วนตัวที่ไม่มีใคร สามารถบอกได้ดีเท่ากับตัวเอง (Gerber, Thevoz & Ramelet, 2015)

การประเมินความปวดในแต่ละครั้ง พยาบาลจะต้องคำนึงถึงความเหมาะสมในการเลือกใช้วิธีการต่างๆ ได้แก่อายุของผู้ป่วย ภาษาที่ใช้ ระดับความรู้สึกตัว ความสามารถหรือความเข้าใจในคำถามที่ใช้ประเมินและควรประเมินให้ครอบคลุมประกอบของลักษณะความปวดทั้ง 4 องค์ประกอบคือ Location, Quality, Timing and Severity เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการระบุปัญหาสุขภาพและวางแผนบรรเทาความปวดที่เหมาะสม โดยใช้เครื่องมือวัดความปวดที่มีความแตกต่างกันดังนี้ (Potter & Perry, 2017) มีเครื่องมือวัดความปวดดังนี้

1. เครื่องมือวัดความปวดชนิดมิติเดียว (Uni-dimensional tool) ใช้วัดมิติด้านการรับรู้ความรู้สึก ประกอบด้วย

1.1 Categorical scales เป็นเครื่องมือที่ผู้ป่วยรายงานความปวดโดยบอกความปวดตั้งแต่ไม่ปวดจนถึงปวดมากที่สุด เป็นการวัดระดับความปวดหรือความรุนแรงของความปวด เครื่องมือที่นิยมวัดมี หรือเป็นการวัดความปวดด้วยวาจา (Verbal Descriptive Scale : VDS) ประกอบด้วยการจำแนกความปวดออกเป็นช่วงๆ ดังนี้ ไม่ปวดเลย ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดมาก ปวดจนทนไม่ได้

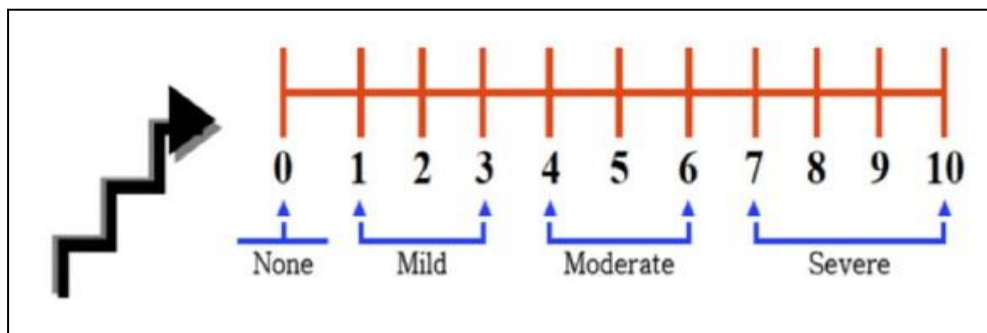
1.2 มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (Visual Analog Scale; VAS) เป็นเครื่องมือที่นิยมใช้กันมากในการวิจัยมีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร โดยด้านซ้ายสุดจะเขียนว่าไม่ปวด และด้านขวาสุดจะเขียนว่าปวดมากที่สุดจนทนไม่ได้ วิธีใช้คือให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายบนเส้นตรงที่ตรงกับความรู้สึกปวดที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ แล้ววัดความยาวออกมาด้วยไม้บรรทัดข้อดีคือใช้ง่าย ให้ค่าคะแนนความปวดมากกว่า NRS ซึ่งเป็นตัวเลขที่ลงตัว

ไม่เจ็บปวดเลย _____ เจ็บปวดจนทนไม่ได้

ภาพที่ 11 มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (Visual Analogue Scale)

ที่มา : Stewart, M.L. Measurement of clinical pain, 1977.

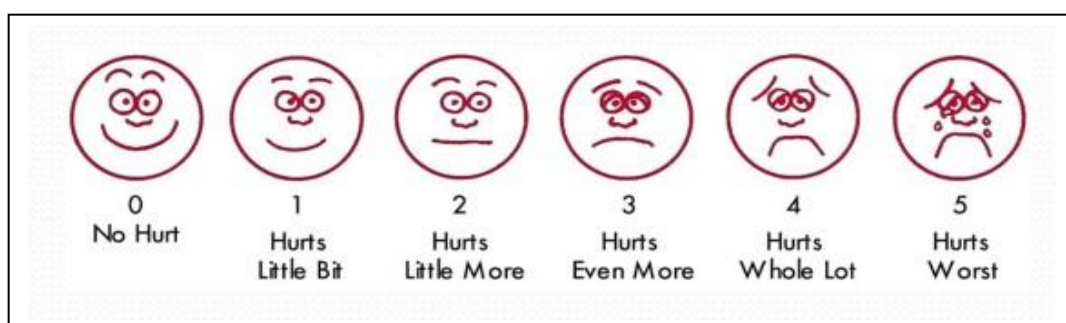
1.3 มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numerical Rating Scale; NRS) เป็นมาตรวัดที่มีการกำหนดตัวเลขแสดงความปวดอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ (หมายถึง ไม่ปวดเลย (no pain) จนถึง 10 หมายถึงปวดมากที่สุด (severe pain) มาตรวัดนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 8 ปีขึ้นไป และให้จัดการความปวดโดยใช้ยาเมื่อคะแนนมากกว่า 3 คะแนน (cut of point > 3) วิธีประเมิน อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าตัวเลขแต่ละระดับหมายถึงความปวดระดับไหน และให้ตอบเป็นตัวเลขตามความรู้สึกปวด กล่าวคือ "มีตัวเลขแสดงระดับความเจ็บปวดตั้งแต่ศูนย์ถึงสิบ โดยที่ศูนย์หมายถึงไม่ปวดเลย ห้าหมายถึง ปวดปานกลางและสิบหมายถึงปวดมากที่สุดจนทนไม่ได้



ภาพที่ 12 มาตรฐานวัดความปวดแบบตัวเลข (Numerical Rating Scales : NRS)

ที่มา : Ajithkumar T, et al. Oxford Desk Reference Oncology; Palliative care , 2011.

1.4 มาตรฐานวัดความปวดด้วยใบหน้า (Face Pain Scale; FPS และ Face Pain Scale - Revised; FPS - R) เป็นมาตรฐานที่มีรูปใบหน้าที่ตรงกับความรู้สึกปวดในระดับต่าง ๆ เหมาะสำหรับผู้ป่วยเด็กอายุตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป หรือผู้ใหญ่ที่มีข้อจำกัดในการสื่อสาร วิธีประเมิน ให้ผู้ป่วยชี้เลือกรูปใบหน้าที่ตรงกับความรู้สึกปวดขณะนั้น และผู้ประเมินบันทึกความรู้สึกปวดความหมายตรงกับรูปหน้านั้น โดยห้ามใช้รูปใบหน้าเปรียบเทียบกับใบหน้าของผู้ป่วย



ภาพที่ 13 มาตรฐานวัดความปวดแบบรูปใบหน้า (Face Pain Scale)

ที่มา : Wynne, et al. Comparison of Pain Assessment Instruments, 2000.

2. เครื่องมือวัดความปวดแบบหลายมิติ (multiple dimension) เนื่องจากความปวดมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องมากมายและมิติของความรู้สึก อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม เครื่องมือที่ประเมินเพียงความรุนแรงของความปวดเพียงด้านเดียว อาจได้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวดที่ไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะในความปวดชนิด Neuropathic รวมทั้งความปวดในแง่ต่างๆ อารมณ์ความรู้สึก และการแก้ปัญหาความปวดของผู้ป่วย

การจัดการความปวด (Pain Management)

ความปวดนอกจากจะส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงในหลาย ๆ ระบบของร่างกายแล้ว หากความปวดที่เกิดขึ้นไม่ได้รับการจัดการที่มีประสิทธิภาพจะนำไปสู่การฟื้นฟูที่ล่าช้า มีโอกาสติดเชื้อมากขึ้น หรือผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น (อภิญา กุลทะเล, 2562) พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยบรรเทาความปวด (Pain - relief) ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ตั้งแต่กระบวนการประเมิน

(Assessment) ความปวด วิเคราะห์และกำหนดปัญหา (Nursing diagnosis) ความปวด วางแผนการพยาบาล (Planning) เพื่อจัดการความเจ็บปวด ให้การพยาบาล (Nursing intervention) เพื่อลดความปวด ไปจนถึงประเมินผลลัพธ์ (Evaluation) ของการจัดการความปวดดังกล่าว

การบรรเทาความปวดแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ การบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา (Nonpharmacological Pain Relief Interventions) และการบรรเทาความเจ็บปวดโดยใช้ยา (Pharmacological Pain Therapies) การเลือกใช้วิธีบรรเทาความปวดในประเภทใดจะขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งจะแตกต่างกัน โดยอาจเลือกใช้ประเภทใดประเภทหนึ่งหรือใช้ทั้งสองประเภทร่วมกัน (Combination) (Williams, 2018)

การพยาบาลเพื่อลดความเจ็บปวด (Nursing Intervention for Pain - Relief) ได้แก่ การบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา การบริหารยาบรรเทาความปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ และการติดตามอาการแสดงและอาการ หรือผลข้างเคียง หลังผู้ป่วยได้รับการบรรเทาปวดโดยใช้ยา

1. การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา (Nonpharmacological Pain - Relief Interventions) การบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาเป็นบทบาทที่พยาบาลสามารถกระทำได้ด้วยอิสระ (Independent role) มักใช้เป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดแบบเรื้อรัง หรือใช้เพื่อลดจำนวนยาบรรเทาปวด รวมถึงใช้เพื่อให้การบรรเทาความปวดโดยใช้ยามีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ตลอดจนระดับความปวดที่ยังไม่เกิน cut of point ของแต่ละมาตรวัด การบรรเทาความปวดด้วยวิธีนี้ประกอบด้วย 2 หลักการใหญ่ ๆ ดังนี้ (Potter & Perry, 2017)

1.1 การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive - Behavioral approaches) เป็นการปรับเปลี่ยนความรู้สึกต่อความปวดหรือพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความปวด เพื่อช่วยให้สามารถควบคุมความปวดได้ดีขึ้น ตัวอย่างเช่น การจัดสภาพแวดล้อม การเบี่ยงเบนความสนใจ การสวดมนต์ การผ่อนคลาย การสร้างจินตนาการ การฟังเพลง เป็นต้น

1.2 การปรับเปลี่ยนทางด้านร่างกาย (Physical approaches) เป็นการปรับเปลี่ยนการทำหน้าที่ของร่างกายให้ทำงานได้อย่างปกติ (Correct physical dysfunction) ตัวอย่าง เช่น การจัดทำและการเคลื่อนไหว การบำบัดด้วยน้ำ การสัมผัสและการนวด เป็นต้น

2. การบรรเทาความเจ็บปวดโดยใช้ยา (Pharmacological Pain Therapies) การบรรเทาความเจ็บปวดโดยใช้ยาเป็นบทบาทที่พยาบาลไม่สามารถกระทำได้ด้วยอิสระ (Dependent role) กล่าวคือ พยาบาลทำหน้าที่บริหารยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งยาบรรเทาปวดส่วนใหญ่มีผลข้างเคียงค่อนข้างมากและเป็นอันตราย พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการร่วมติดตามอาการผู้ป่วยหลังได้รับยาบรรเทาปวดด้วย

2.1 ตัวอย่างกลุ่มยาที่ใช้ในการบรรเทาความปวด ยาบรรเทาความปวดในปัจจุบันมีหลายชนิดและหลายรูปแบบในการให้แก่ผู้ป่วยได้แก่ แบบรับประทาน แบบให้ทางหลอดเลือดดำ ให้ทางไขสันหลัง หรือแบบแผ่นแปะตามผิวหนัง เป็นต้นซึ่งสามารถแบ่งเป็นหลายกลุ่มตามการออกฤทธิ์ของยาดังนี้ (Williams, 2018)

ตารางที่ 7 กลุ่มยาที่ใช้ในการบรรเทาความปวด

Type of Drug	Primary Mode of Action	Examples
Non-opioid analgesics, including NSAIDs	Block pain at the peripheral nervous system level	Aspirin, Acetaminophen, Ibuprofen, Naproxen, Indomethacin
COX-2 inhibitors	Block the COX-2 enzyme, which plays a role in arthritis pain	Celecoxib
Narcotics or Opioids	Block pain at the central nervous system level	Weak opioids: Codeine, Tramadol Strong opioids: Morphine, Pethidine, Fentanyl, Methadone
Adjuvant analgesics	Various methods of action	Anticonvulsants: Phenytoin, carbamazepine Antidepressants: Amitriptyline, Imipramine Muscle relaxants: Baclofen

ที่มา : Williams, P. Fundamental Concepts and Skills for Nursing, 2018.

2.2 ผลข้างเคียงของยาบรรเทาปวดและการพยาบาล

กลุ่มยา Narcotics or Opioids ผลข้างเคียง คืออาการท้องผูก คลื่นไส้ (Nausea) ง่วงซึม (drowsiness) กตการหายใจ (RR < 8 ครั้งต่อนาที) ปัสสาวะคั่งหรือปัสสาวะไม่ออก (Urinary retention) และอาจมีอาการประสาทหลอน (Hallucination, confusion)

กลุ่มยา NSAIDs, COX-2inhibitors อาจทำให้เกิดผลข้างเคียงคืออาจมีเลือดออกในกระเพาะอาหาร ไตล้มเหลว และเกล็ดเลือดต่ำได้

การรักษาเฉพาะของความปวดจากโรคมะเร็งที่เกิดจากสาเหตุต่างๆ

การรักษาอาการปวดจากสาเหตุต่างๆ ในผู้ป่วยมะเร็งมีดังนี้ (วีรุฑิ อิมสำราญ, ดนัย มโนรมณ์, อาคม ชัยวีระวัฒน์, ฉันทนา หมอกเจริญพงศ์, 2561)

1. Neuropathic cancer pain (NCP)

ภาวะปวดสาเหตุจากพยาธิสภาพประสาทในผู้ป่วยมะเร็ง (Neuropathic cancer pain: NCP) เป็นภาวะที่สำคัญที่ทำให้การบำบัดรักษาความปวดจากมะเร็งไม่ได้ผลไม่ดีขึ้น พบได้ราวร้อยละ 19 - 39 โดยอาจเป็นอาการเริ่มต้นของมะเร็งหรือเกิดภายหลังก็ได้สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากมะเร็งกดเบียดส่วนต่าง ๆ ของระบบประสาท เช่น เส้นประสาท ข่ายประสาท รากประสาท ไขสันหลัง สมอ โดยเกิดได้ในมะเร็งระยะต่าง ๆ นอกจากนี้ อาจเกิดตามหลังผ่าตัด รังสีรักษา หรือเคมีบำบัด ความปวดลักษณะเฉพาะของ Neuropathic pain ได้แก่ Aching, Burning, Stabbing หรือ Lancinating และอาจพบ Paraesthesia, Dysaesthesia, Hyperalgesia หรือ Allodynia การรักษาแบ่งได้ดังนี้

1.1 การรักษาจำเพาะทางมะเร็ง ได้แก่ การผ่าตัด รังสีรักษา และเคมีบำบัด เช่น รังสีรักษาตรงที่ก้อนเนื้อมะเร็งกดเส้นประสาทหรือระคายเคืองเส้นประสาท การผ่าตัด หรือรังสีรักษา ร่วมกับการให้สเตียรอยด์ ในกรณีที่มีมะเร็งกดทับไขสันหลัง หรือสมอ

1.2 การรักษาตามอาการ ใช้แนวทางของ Neuropathic pain ที่ไม่ได้เกิดจากมะเร็ง มาประยุกต์ซึ่งยาที่ใช้เป็นการรักษาลำดับแรก คือ ยากลุ่มกันชักและยาต้านเศร้า ในรายที่มีชนิดของความปวดหลายชนิดร่วมกัน (Mixed pain) ควรพิจารณาว่ามีฤทธิ์ต่างกันร่วมกัน เช่น ยากันชัก, ยาต้านเศร้า, Opioid, NSAIDs

2. Cancer-induced bone pain (CIBP)

กระดูกเป็นอวัยวะที่โรคมะเร็งแพร่กระจายไปมากที่สุด ความปวดกระดูกจากมะเร็ง (Cancer-induced bone pain; CIBP) พบได้ประมาณร้อยละ 28-45 ของผู้ป่วยมะเร็งที่แพร่กระจายไปกระดูกโดยมีลักษณะเฉพาะแตกต่างจากความปวดประเภทอื่น คือ นอกจากจะมี Background pain แล้ว ยังมี Breakthrough pain บ่อยมาก ทั้งแบบ Spontaneous rest pain และ Incident pain ที่มักคาดเดาไม่ได้ว่าจะเกิดเมื่อไร จึงรบกวนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและดูแลรักษายากกว่า

การรักษาความปวดกระดูกจากโรคมะเร็งในปัจจุบัน ประกอบด้วย การฉายรังสี (External radiotherapy), ไอโซโทปกัมมันตรังสี (Radioisotopes), การใช้ยาระงับปวดกลุ่ม Opioids, ยากลุ่ม Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) และ Bisphosphonates

การฉายรังสี (External radiotherapy) ได้ผลบรรเทาความปวดในภาพรวม Overall response ร้อยละ 58-59 และ Complete response ร้อยละ 23-42 จึงควรส่งผู้ป่วยทุกรายที่ควบคุมความปวดด้วยยาแล้วให้ผลไม่ดี ปรีกษาแพทย์รังสีรักษาและเนื่องจากการฉายรังสีเพียงครั้งเดียว ได้ผลไม่ต่างจากการฉายหลายครั้ง ผู้ป่วยที่มีระยะเวลารอดชีวิตสั้นหรือไม่สะดวกในการเดินทางมารับการรักษา ก็ยังได้ประโยชน์จากการฉายรังสีเพียงครั้งเดียว

3. Tumor-induced headache (TIH)

ภาวะปวดศีรษะจากความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูง (Tumor-induced headache; TIH) เกิดได้ทั้งมะเร็งของสมองหรือระบบประสาทเอง และมะเร็งที่กระจายมาจากอวัยวะอื่น อย่างไรก็ตามกลุ่มมะเร็งที่กระจายมาพบบ่อยกว่ามากถึงราวร้อยละ 20-40 ของผู้ป่วยมะเร็ง และราวสองในสามจะมีอาการ มะเร็งที่กระจายมาบ่อย ได้แก่ ปอด เต้านม ผิวหนัง ลำไส้ใหญ่ และไต ส่วนหนึ่งจะไม่พบมะเร็งปฐมภูมิที่กระจายมาอาการปวดศีรษะเป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุดในภาวะที่มะเร็งกระจายมาที่สมอง ตามด้วยความผิดปกติของระบบประสาทเฉพาะที่ และอาการชักอาการปวดศีรษะส่วนใหญ่ มักปวดทั่วๆ ตื้อๆ มีนๆ บางส่วนอาจปวดตื้อๆ หรือปวดแทง มักมีอาการร่วม เช่น คลื่นไส้/อาเจียน

และปวดมากขึ้นเมื่อเบ่งไอ จามหรือทำกิจกรรมทั่วไป อาการปวดศีรษะจะกำเริบเป็นครั้ง ๆ และมีความรุนแรงมากขึ้น ประมาณหนึ่งในสี่จะปวดเวลากลางคืนหรือตื่นนอน หากโรคหลอดเลือดจะมีอาการมากขึ้นเรื่อย ๆ ตำแหน่งที่ปวดอาจบอกถึงรอยโรคได้บ้างแต่ไม่แน่นอนนัก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักตอบสนองดีต่อการรักษาที่ไม่ว่าจะเป็นการรักษาจำเพาะและการรักษาตามอาการ หากมีการปวดซ้ำ ควรระวังว่าโรคจะลุกลามหรือเป็นซ้ำภายหลังการวินิจฉัยภาวะนี้มักใช้ CT หรือ MRI สมอที่พบก่อนตั้งแต่ 1 ก้อนขึ้นไป ก้อนมักมีลักษณะกลมและมีการเรืองแสงหลังฉีดสารปรับชัด บางรายมีการกระจายไปที่เยื่อหุ้มสมองร่วมด้วย

การรักษา การรักษาจำเพาะคือการผ่าตัดมักเลือกทำในรายที่มีก้อนเพียง 1-2 ก้อน ในตำแหน่งที่ผ่าตัดได้ไม่ยากมีความปลอดภัย ในผู้ป่วยที่มีสถานะดี และไม่มีโรคอื่นร่วมมากนักรังสีรักษา มักใช้ในรายที่ก้อนหลายก้อนผู้ป่วยมีสถานะไม่ดีนักโดยมักฉายรังสีทั้งศีรษะ(Whole brain radiation) โดยแบ่งฉายเป็นหลายครั้งในขนาดที่ต่ำๆ ส่วนเคมีบำบัดใช้ในรายที่มะเร็งปฐมภูมิตอบสนองต่อเคมีบำบัดมาก่อน เช่น มะเร็งต่อมน้ำเหลือง เต้านม และมะเร็งเซลล์สีบพันธุ์ ในการรักษาประคับประคองสเตียรอยด์: Dexamethasone เป็นยาในกลุ่มนี้ที่ใช้บ่อยที่สุด มักในขนาดสูง โดยให้ครั้งแรกในขนาด 4-8 มิลลิกรัม แล้วให้ต่อเนื่องราว 8 มิลลิกรัม/วัน โดยแบ่งให้ 2-4 ครั้งในรายที่มีอาการรุนแรง เช่น ระดับสติลดลงความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูงมากอาจใช้ยาในขนาดสูงราว 16-24 มิลลิกรัม/วัน แล้วลดขนาดลงเรื่อย ๆ ในสัปดาห์แรกแล้วหยุดยาภายใน 2 สัปดาห์หากเป็นไปได้ระหว่างนั้นผู้ป่วยควรได้รับการรักษาและเฝ้าภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากยาได้ ส่วนยากันชักจะใช้ในรายที่มีอาการชัก เพื่อป้องกันไม่ให้ความดันในกะโหลกสูงขึ้นอีก Mannitol : ใช้ในช่วงสั้น ๆ เพื่อให้ลดความดันอย่างรวดเร็วร่วมกับสเตียรอยด์

4. Visceral pain and malignant bowel obstruction (MBO)

ความปวดจากอวัยวะภายในและภาวะลำไส้อุดตันจากมะเร็ง (Visceral pain and malignant bowel obstruction: MBO) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งในช่องท้องและอุ้งเชิงกรานระยะลุกลาม ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ มะเร็งรังไข่ และอาจเกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็งตำแหน่งอื่นมายังช่องท้อง การวินิจฉัยได้จากประวัติ การตรวจร่างกาย และภาพถ่ายทางรังสี ต้องแยกพยาธิสรีรวิทยาของ MBO ว่าเกิดจากเกิดจากการอุดตันจากภายนอกลำไส้จากก้อนมะเร็งเองหรือพังพืดในช่องท้อง หรือการอุดตันจากภายในลำไส้(Mechanical obstruction) หรือ เกิดจากเส้นประสาทหรือ coeliac plexus(Functional obstruction หรือ Dynamic ileus), เกิดภาวะ Paraneoplastic neuropathy, Autonomic neuropathy ภาวะไซสันหลังถูกกดทับ, Peritonitis, Intra-abdominal carcinomatosis หรืออาจเกิดจากยา เช่น ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids และยากลุ่ม Anticholinergics

อาการแสดงอาการมักค่อยเป็นค่อยไป เริ่มจากปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องโป่งพอง ซึ่งมักรุนแรงเป็นระยะ ๆ และหายได้เองความรุนแรงจะขึ้นกับตำแหน่งของการอุดตัน เมื่ออาการรุนแรงมากขึ้นอาจปวดตลอดเวลา ไม่ถ่ายอุจจาระไม่ผายลม เบื่ออาหาร อาจพบอาการท้องเสียจากการสะสมของแบคทีเรียในลำไส้ อาจพบอาการร่วมอื่นๆ เช่น ง่วง ซึม ทายใจลำบาก ปากแห้ง จากภาวะขาดน้ำ ตรวจพบท้องโป่งพอง อาจมองเห็นการเคลื่อนไหวของลำไส้จากผนังหน้าท้องอย่างไรก็ตามควรแยกปัญหาท้องผูกและลำไส้ไม่ทำงานจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น ยาแก้ปวด ยาต้านเศร้า เป็นต้น หลักการ

วินิจฉัยแยกตำแหน่งของลำไส้อุดตันจะใช้ประวัติและอาการแสดงเป็นสำคัญ (Ripamonti CL, Easson AM, Gerdes H, 2008).

5. อาการปวดที่สัมพันธ์กับภาวะฉุกเฉินทางมะเร็งวิทยา(Pain related with oncologic emergencies)

การกดเบียดไขสันหลัง (Spinal cord compression) และภาวะ Increased intracranial pressure ซึ่ง Spinal cord compression จัดอยู่ในกลุ่มของ Structural emergency ที่เกิดจากการกดเบียดส่วนของร่างกายที่สำคัญ โดยผู้ป่วยจะมีการปวดหลัง พบได้บ่อยในกลุ่มมะเร็งเต้านม มะเร็งปอด และ มะเร็งในกลุ่ม Lymphoma ตำแหน่งที่พบได้บ่อยที่สุด คือกระดูกสันหลังส่วนอก(Thoracic spine) ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 70 รองลงมา คือกระดูกสันหลังส่วนเอว ภาวะนี้จัดเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องให้การดูแลรักษาอย่างเร่งด่วน เพื่อป้องกันการเกิด Permanent neurological deficit พยาธิสรีระวิทยาจากหลายสาเหตุ ไม่ว่าจะเกิดจากการขยายตัวของก้อนมะเร็งเข้าไปกด Spinal cord โดยตรงหรือเกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็งมากด Dural sac (Epidural metastasis) หรืออาจเกิดจากการกระจายของมะเร็งไปยังกระดูกสันหลังแล้วทำให้เกิดการยุบตัวของกระดูกสันหลังตามมา ในการวินิจฉัยควรนึกถึงภาวะนี้ในผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่เคยมีอาการปวดหลังมาก่อน อาการปวดมักรุนแรงมากในเวลากลางคืน ไม่สามารถบรรเทาอาการปวดได้ด้วยยาแก้ปวดทั่วไป พบอาการปวดรุนแรงขึ้นเวลาอนราบหรือเวลาเบ่ง ไอ จาม ซึ่งทำให้เพิ่มความดันใน Epidural space ซึ่งเป็นลักษณะของความปวดที่แตกต่างจากอาการปวดหลังจากสาเหตุอื่น ๆ ที่พบได้บ่อยกว่า เช่น Disc herniation หรือ Lumbar stenosis ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอาการปวดหลังควรได้รับการตรวจร่างกายอย่างละเอียด โดยจะพบจุดกดเจ็บบนกระดูกสันหลัง ระยะแรกอาจตรวจยังไม่พบอาการชา หรืออ่อนแรงของขา ต่อมาอาจพบอาการอ่อนแรงหรือชาตาม Dermatome ที่สัมพันธ์กับตำแหน่งที่ถูกกดเบียด ในระยะท้ายอาจพบมีการสูญเสียหน้าที่ของการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ ซึ่งถ้าพบแล้วมักสัมพันธ์กับการเกิด Permanent neurological deficit เมื่อสงสัยภาวะนี้ควรให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา โดยการทำให้ Magnetic resonance imaging (MRI) ซึ่งจัดเป็นเครื่องมือที่ดีที่สุดสำหรับภาวะนี้ เพราะช่วยระบุตำแหน่งการกดเบียดได้ชัดเจน และช่วยในการวางแผนการรักษาต่อไป

การรักษาได้แก่ การบรรเทาอาการปวดด้วยยาแก้ปวดที่เหมาะสมและหากพบว่ามีอาการทางระบบประสาทร่วมด้วย ผู้ป่วยควรได้รับยากลุ่ม Steroid เช่น Dexamethasone 10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทันที ตามด้วยการให้ต่อในขนาด 4 มิลลิกรัมทุก 6 ชั่วโมง โดยไม่จำเป็นต้องรอผลการตรวจทางรังสี หลังจากนั้นพิจารณาให้การรักษาด้วยรังสีรักษาหรือการผ่าตัดขึ้นอยู่กับผลการตรวจทางรังสีและชนิดของมะเร็งที่ผู้ป่วยเป็น ซึ่งควรส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญต่อไป

สรุปความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งแต่ละรายที่เกิดขึ้นจะดำเนินไปตามสาเหตุของความปวด ประสบการณ์และรับรู้ของแต่ละบุคคล การจัดการความปวดของพยาบาลให้กับผู้ป่วยจะใช้การพยาบาลทั้งในรูปแบบของการไม่ใช้ยาและใช้ยาในการบรรเทาความปวดตามแผนการรักษา พยาบาลจึงควรใช้กระบวนการพยาบาลตั้งแต่การเริ่มค้นหาความปวดของผู้ป่วย โดยการใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่เหมาะสมตามการรับรู้ของผู้ป่วยแต่ละราย นำมาวิเคราะห์และกำหนดปัญหาความปวด

วางแผนการพยาบาลเพื่อจัดการความปวด การพยาบาลเพื่อลดความปวด ไปจนถึงการประเมินผลลัพธ์ของการจัดการความปวดดังกล่าว

การดูแลผู้ป่วยประคับประคองวิถีใหม่ (ปฐมพร ศิริประภาศิริ, ชลศณีย์ คล้ายทอง, ญัฐฐา อาศนเลขา, 2563)

ปี 2563 กระทรวงสาธารณสุขประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่อร้ายแรงในราชกิจจานุเบกษา ในสถานการณ์นี้ การตอบสนองทางสาธารณสุขต่อโรคติดต่อและการให้บริการรักษาโรคและภาวะอื่นอย่างต่อเนื่อง (Service Continuity) มีความสำคัญไม่น้อย ผู้ป่วยประคับประคองและระยะท้าย กลายเป็นกลุ่มเปราะบางเสียประโยชน์จากการไม่สามารถเข้ารับบริการสุขภาพปกติ ด้วยคำนึงถึงความเสี่ยงสูงที่จะเกิดกับสุขภาพด้านอื่นของผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และภาวะสุขภาพโดยรวมของประเทศ จึงเกิดการพัฒนารูปแบบการพัฒนาการจัดการบริการแบบประคับประคองวิถีใหม่ (New normal in palliative care) โดยอ้างอิงจากหลักการดูแลแบบประคับประคองและคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (WHO) แนวทางการบริการแบบประคับประคองวิถีใหม่ คำนึงถึงวัตถุประสงค์ 3 ประการ ได้แก่

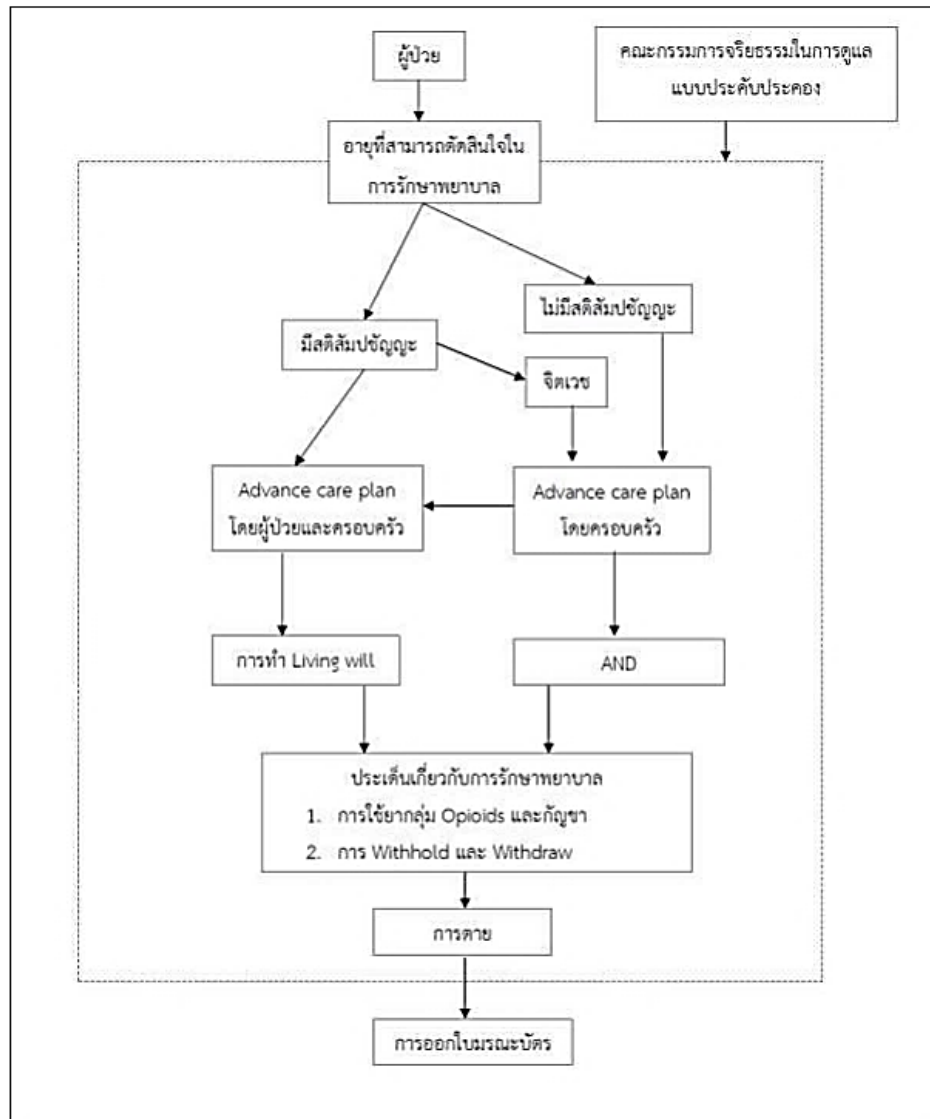
1. ความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการและหน้าที่ (2P safety)
2. การลดความแออัดของการรับบริการ (Overcrowding management)
3. ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการประชาชน (Health equity)

การดูแลผู้ป่วยประคับประคองวิถีใหม่ (New normal in palliative care) เช่น ระบบแพทย์ทางไกล ระบบการให้บริการส่งยาให้ผู้ป่วยทางไปรษณีย์ ระบบการให้บริการรับยาแบบไม่ลงจากรถ (Drive thru) แบ่งกลุ่มผู้ป่วยประคับประคองและระยะท้ายเพื่อเลือกรูปแบบและสถานที่จัดบริการ

กฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคองมีประเด็นกฎหมายและจริยธรรมเข้ามาเกี่ยวข้องค่อนข้างมาก เนื่องจากเป็นการดูแลทางการแพทย์ที่เชื่อมโยงมิติการดูแลทางจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และการดูแลครอบครัวของผู้ป่วย

ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่มีความละเอียดอ่อน มีประเด็นทางสังคมครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามาเกี่ยวข้องมาก รวมทั้งกฎหมายในหลาย ๆ กรณีที่ไม่ได้บัญญัติไว้โดยตรง จึงต้องนำหลักจริยธรรมทางการแพทย์ต่าง ๆ มาปรับใช้ในการแก้ไขปัญหา (พิสิษฐ์ ศรีอัคคโภคิน, 2563)



ภาพที่ 14 สรุปประเด็นทางกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลแบบประคับประคอง
ที่มา : พิสิษฐ์ ศรีอัคคโกคิน. กฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง, 2563.

จากภาพสรุปประเด็นทางกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลแบบประคับประคอง สามารถสรุปประเด็นได้ดังนี้

1. การจัดตั้งคณะกรรมการจริยธรรม ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาล เนื่องจากการดูแลแบบประคับประคองมีรูปแบบการดูแลทางการแพทย์ที่ผสมผสานการดูแลทางจิตใจ สังคม จิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความพร้อมในการเข้าสู่ภาวะสุดท้าย และความตายอย่างสงบ ปราศจากความทุกข์ทรมาน โรงพยาบาลจึงควรมีการจัดตั้งคณะกรรมการจริยธรรมในการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้คำปรึกษาแก่แพทย์ พยาบาล ผู้ป่วย และญาติในแง่มุมต่าง ๆ

2. อายุของผู้ป่วยที่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา โดยกำหนดให้เป็นไปคำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วยข้อ 9 ที่กำหนดว่า

“9. บิดามารดาหรือผู้แทนโดยชอบธรรมอาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเอง”

3. การให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาล
4. ยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว (Inform consent)
5. ความสามารถของผู้ให้คำยินยอม ควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
6. ผู้ให้ความยินยอมในการรักษา ได้แก่ ตัวผู้ป่วย ทายาทโดยธรรม ผู้ปกครอง
7. การวางแผนการล่วงหน้า (Advance Careplan)

เป็นกระบวนการวางแผนการดูแลสุขภาพที่ทำไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจ หรือเข้าสู่ระยะท้าย อาจเป็นทางการหรือไม่ก็ได้

8. การทำหนังสือเจตนาไม่ประสงค์ จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือยุติการทรมานจากความเจ็บป่วย (Living will) โดยผู้ป่วยสามารถแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต หรือขอปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เป็นการยื้อชีวิตของตนเอง

9. การปฏิเสธการรักษาพยาบาลโดยครอบครัว เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาเมื่อผู้ป่วยไม่ได้สติสัมปชัญญะแล้ว ด้วยการประชุมครอบครัว (Family meeting) บุคลากรทางการแพทย์ควรลงบันทึกทางการแพทย์ว่ามีการจัดประชุมกลุ่มครอบครัว เพื่อเป็นข้อสรุปร่วมกันของแพทย์และครอบครัว

10. การไม่ใช้ (withhold) หรือการยุติการใช้ (with draw) เครื่องมือทางการแพทย์ในการพยุงชีพผู้ป่วย ผู้ป่วยหรือครอบครัวสามารถร้องขอให้ยุติการรักษาที่ไม่น่าเกิดประโยชน์กับอาการของผู้ป่วยแล้ว ดังนั้นการใช้หรือไม่ใช้เครื่องมือทางการแพทย์จึงมีค่าเท่ากัน เนื่องจากไม่เกิดประโยชน์ แต่จะทำให้เกิดโทษและสร้างความทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วย

11. การใช้ยากลุ่ม Opioids และกัญชาพบในการบรรเทาอาการปวด การใช้ opioids ช่วยลดอาการปวดและลดอาการหอบเหนื่อย การใช้กัญชาเพื่อประคับประคองอาการ ช่วยระงับอาการปวดโดยแพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้านที่ส่งจ่ายกัญชาได้ ต้องผ่านการอบรมในหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

12. การออกไปในกรณีที่ผู้ป่วยกลับไปตายบ้าน

1) โรงพยาบาลควรเขียนหนังสือสรุปอาการและความประสงค์ของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยนำกลับบ้าน เพื่อแสดงต่อเจ้าพนักงานทะเบียนหรือตำรวจ

2) โรงพยาบาลสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ในการส่งผู้ป่วยกลับไปดูแลที่บ้าน เพื่อเครือข่ายเหล่านี้จะเข้ามาช่วยในการยืนยันการกลับมาดูแลและตายที่บ้านจริง

ภาวะฉุกเฉินด้านโรคมะเร็ง

ภาวะฉุกเฉินทางมะเร็งวิทยาที่พบบ่อย เป็นภาวะที่ก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้อย่างมากหากได้รับการวินิจฉัยและการดูแลรักษาที่ล่าช้า ดังนั้น การตระหนักถึงภาวะเหล่านี้และการวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว จึงเป็นสิ่งที่สำคัญ รวมทั้งการดูแลรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็ว ซึ่งภาวะฉุกเฉินนี้สามารถแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ (โกสินทร์ วีระพร,2558)

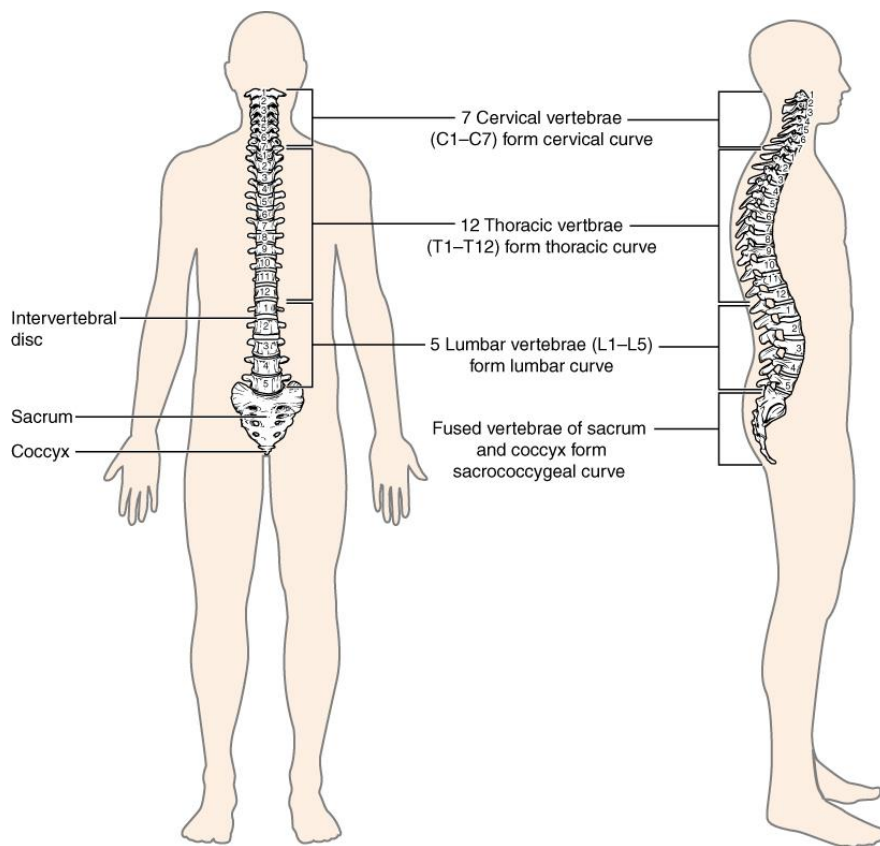
1. โครงสร้างหรือภาวะอุดตันที่เกิดจากก้อนมะเร็ง ได้แก่ ภาวะอุดตันหลอดเลือดดำใหญ่ superior vena cava ภาวะบีบรัดเยื่อหุ้มหัวใจ การกดเบียดไขสันหลัง ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสมองสูง การอุดตันทางเดินปัสสาวะ ไอเป็นเลือดและการอุดตันทางเดินหายใจ
2. ภาวะความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมและฮอร์โมน ได้แก่ ภาวะแคลเซียมสูงในเลือด และการหลั่งของฮอร์โมน Antidiuretic ไม่เหมาะสม
3. ผลจากการรักษา ได้แก่ Tumor lysis syndrome ปฏิกริยาภูมิแพ้อย่างเฉียบพลันจากการได้รับเคมีบำบัด และกระเพาะปัสสาวะอักเสบชนิดมีเลือดออก

การกดเบียดไขสันหลัง (Spinal cord compression)

เป็นภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทที่พบได้บ่อยเป็นอันดับสอง รองจาก brain metastasis ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งพบการกดเบียดไขสันหลังเป็นอาการแรกวินิจฉัย และร้อยละ 5-10 พบระหว่างการดูแลรักษาโรคมะเร็ง การกดเบียดไขสันหลังเป็นภาวะที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วน มิฉะนั้นก่อให้เกิดความพิการของผู้ป่วยโดยเฉพาะอาการขาอ่อนแรงทำให้ไม่สามารถเดินได้ (โกสินทร์ วีระพร,2558)

กายวิภาคของกระดูกสันหลัง

กระดูกสันหลังมีทั้งหมด 33 ชิ้น ประกอบด้วยกระดูกคอ (Cervical) 7 ชิ้น กระดูกทรวงอก (Thoracic) 12 ชิ้น กระดูกเอว (Lumbar) 5 ชิ้น กระดูกกระเบนเหน็บ (Sacrum) 5 ชิ้น เชื่อมติดต่อกันเป็นชิ้นเดียวกันและกระดูกก้นกบ (Coccyx) 4 ชิ้นเชื่อมติดต่อกันเป็นชิ้นเดียวกัน ระหว่างกระดูกสันหลังแต่ละชิ้นจะมีหมอนรองกระดูก (Intervertebral disc) คั่น เพื่อพยุงกระดูกสันหลังและรองรับแรงกระแทก กระดูกสันหลังทำหน้าที่ยึดลำตัวให้ตั้งตรง และเป็นที่ยึดเกาะของกล้ามเนื้อปกป้องอันตรายให้แก่ประสาทไขสันหลัง กระดูกสันหลัง 1 ชิ้น ประกอบไปด้วยปล้องกระดูกสันหลัง (Body) มีหน้าที่รองรับน้ำหนักในแนวตั้ง และวงแหวน (Vertebral arch) ทำหน้าที่ป้องกันไขสันหลังที่อยู่ภายในช่องในกระดูก (อภิชนา โฉมวิเศษ,2556)



ภาพที่ 15 ภาพแสดงกระดูกสันหลัง

ที่มา : Oregon State University. The Vertebral Column, 2024.

ส่วนประกอบของกระดูกสันหลัง

โครงสร้างที่สำคัญของกระดูกสันหลังจะมีลักษณะเหมือนกัน ประกอบไปด้วยปล้องกระดูกสันหลัง(Body) และวงแหวน (Vertebral arch)

1. ปล้องกระดูกสันหลัง (body) เป็นส่วนหน้าของกระดูกสันหลัง ด้านหน้า และด้านหลังของ Body จะมี anterior และ Posterior longitudinal ligaments ซึ่งตามยาวจากบนลงล่างเชื่อม Body แต่ละอันเข้าด้วยกัน ทำให้กระดูกสันหลังมีความมั่นคงมากขึ้น

2. วงแหวน (Vertebral arch) อยู่ส่วนหลังของกระดูก ประกอบด้วย pedicle, lamina, facet joint spinous process และ Transverse process

2.1 Pedicle อยู่ด้าน Posterolateral ของแต่ละ Body ทำหน้าที่เหมือนเสารองรับ lamina มี 2 อัน ซ้ายและขวา

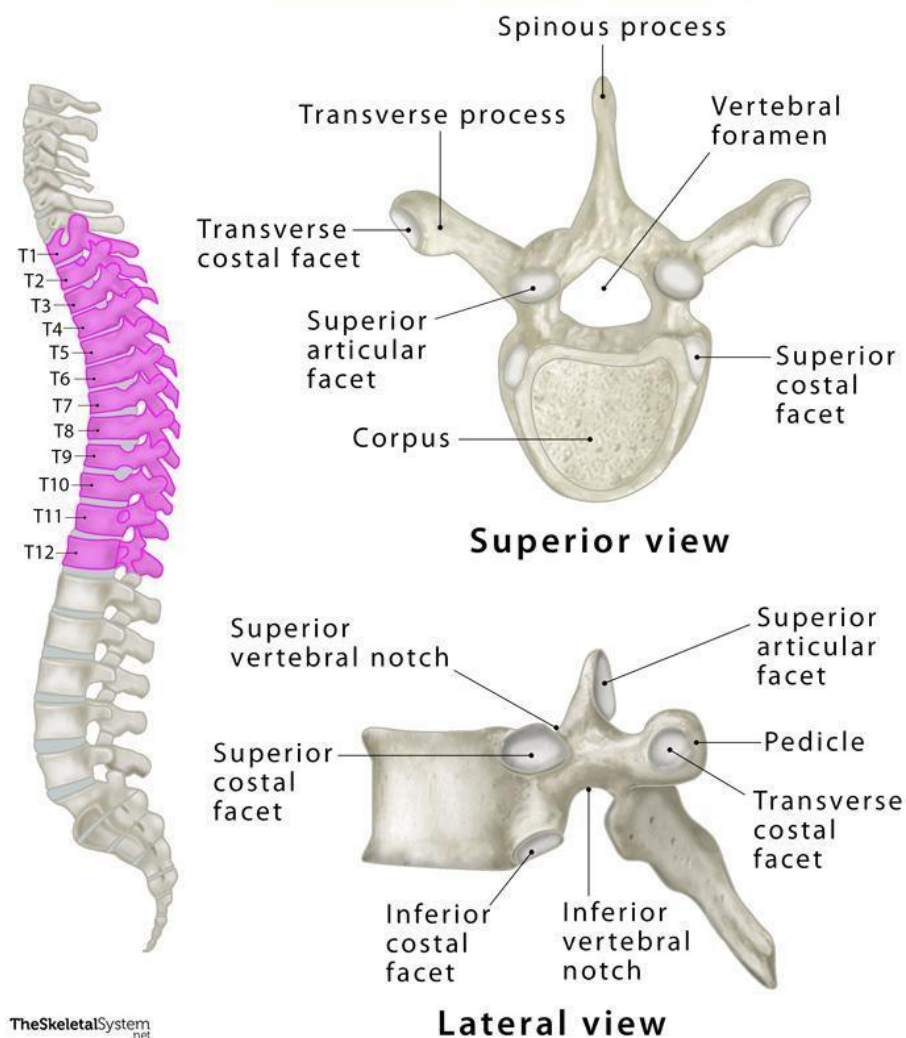
2.2 Lamina เป็นส่วนที่ต่อจาก Pedicle และเป็นที่รองรับ Spinous process มี 2 อัน ซ้ายและขวา

2.3 Facet joints เป็นข้อส่วนหลัง 2 ข้อ ประกอบด้วย Inferior articular process และsuperior articular process มีลักษณะเป็นแอ่งตื้นๆ ทำหน้าที่ร่วมกับ Interspinous Ligaments และparavertebral muscle ทำให้กระดูกสันหลังมีความมั่นคงขึ้น

2.4 Spinous process คือ ส่วนที่ยื่นออกไปข้างหลัง มี 1 ปุ่ม สามารถคลำได้ เป็นที่เกาะของกล้ามเนื้อหลัง

2.5 Transverse process คือ ส่วนที่ยื่นออกไปด้านข้าง มี 2 ปุ่ม เป็นที่เกาะของกล้ามเนื้อหลัง

Thoracic Vertebrae

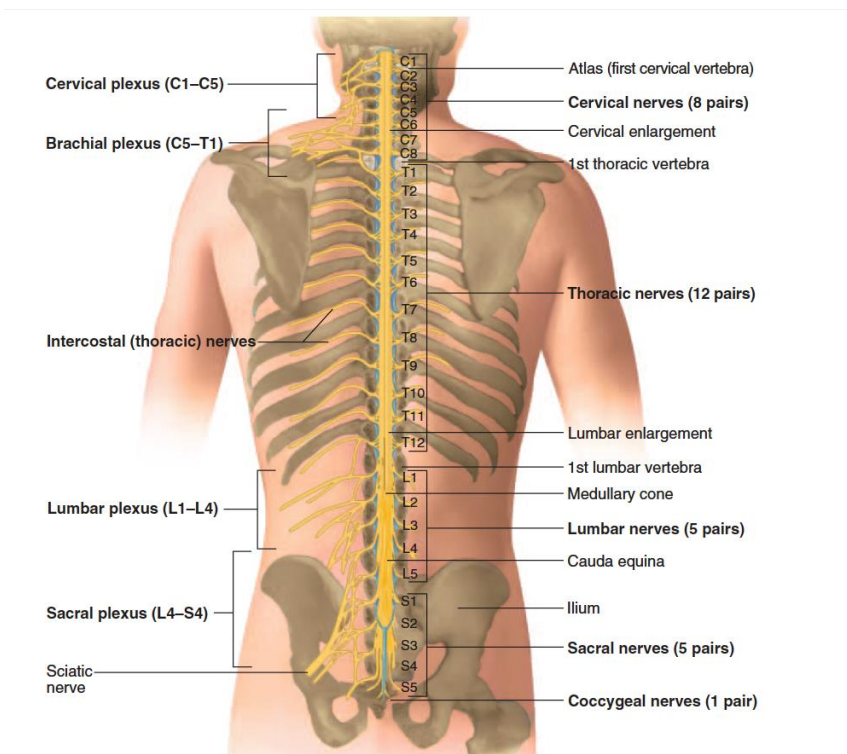


ภาพที่ 16 ภาพแสดงส่วนประกอบของกระดูกสันหลังส่วนอก

ที่มา : Oregon State University. Thoracic Vertebrae, 2022.

กายวิภาคของไขสันหลัง (รัช ประสาทฤทธา,พรทิพย์ ลยานันท์และสุขใจ ศรีเพียรเอม.การพยาบาลอโรปีติกส์, 2555)

ประสาทไขสันหลังเป็นเนื้อเยื่อประสาทส่วนที่ยื่นต่อมาจากเนื้อสมอง เชื่อมต่อกันส่วน Medulla oblongata ผ่านจากฐานกะโหลกลงมาในโพรงสันหลัง (Vertebral canal) ไปสิ้นสุดที่กระดูกระดับเอวที่ 1-2 (L 1 - L 2) รูปร่างเป็นทรงกระบอก มีเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 1 เซนติเมตร และมีส่วนที่โป่งออก 2 ส่วนคือ บริเวณคอ (Cervical enlargement) บริเวณนี้จะมีขั้วประสาทสันหลังไปเลี้ยงแขน และส่วนโป่งบริเวณเอว (Lumbar enlargement) จะมีขั้วประสาทไปเลี้ยงขา ส่วนปลายของไขสันหลังจะเรียวยาวลงเป็นรูปกรวย เรียกว่า Conus medularis บริเวณนี้มีเส้นประสาทแตกแขนงออกมาลักษณะเป็นพวงคล้ายหางม้าเรียกว่า Cauda equina ตรงกลางของหางม้าจะมีส่วนของไขสันหลังเป็นเส้นเล็กๆ ยาวไปถึงก้นเรียกว่า Flum terminale



ภาพที่ 17 ภาพแสดงส่วนประกอบของเส้นประสาทไขสันหลัง

ที่มา : National Cancer Institute. The Spinal Cord Spinal Nerves, 2019.

ประสาทสันหลัง (Spinal Nerve)

ประสาทสันหลังเกิดจากรากประสาท (nerve root) ที่ออกมาจากไขสันหลังบริเวณที่มีพื้นที่สี่เทาโดยแยกออกเป็นด้านหน้า และด้านหลัง ดังนี้(อภิขนา โฆวินทะ,2556)

1. Ventral spinal nerve root เป็นกลุ่มที่ออกมาทางด้านหน้าของไขสันหลัง (anterior gray horn) ทำหน้าที่นำคำสั่งจากไขสันหลังไปยังกล้ามเนื้อต่างๆ ของร่างกาย เรียกกล้ามเนื้อส่วนที่เลี้ยงด้วยประสาทสันหลังนี้ว่า "Myotome"

2. Dorsal spinal nerve root เป็นกลุ่มที่ออกมาทางด้านหลังของไขสันหลัง (Posterior gray horn) ทำหน้าที่รับความรู้สึกของร่างกายในระดับต่างๆ เรียกผิวหนังส่วนที่เลี้ยงด้วยประสาทสันหลังนี้ว่า "Dermatome" ประสาทสันหลังมี 31 คู่ แบ่งเป็นระดับต่างๆ ดังนี้

เส้นประสาทส่วนคอ (Cervical spinal nerves) 8 คู่ คู่ที่ 1 ออกมาระหว่าง Cipital bone กับกระดูกคอชั้นที่ 1 (atlas) และคู่ที่ 8 อยู่บนกระดูกคอชั้นที่ 7 ทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหว และการรับความรู้สึกของคอ แขน และอกท่อนบนเส้นประสาทส่วนทรวงอก (thoracic spinal nerves) 12 คู่ ทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวและการรับความรู้สึกของทรวงอก ลำตัว และท้องเส้นประสาทส่วนเอว (Lumbar และ Sacral spinal nerves) อย่างละ 5 คู่ ทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวและการรับความรู้สึกของขา กระเพาะปัสสาวะ และอวัยวะสืบพันธุ์ ส่วนก้นกบ(Coccyx geal spinal nerves) 1 คู่ ทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหว และการรับความรู้สึกของไส้ตรง (rectum) และทวารหนัก (anus)

สาเหตุ

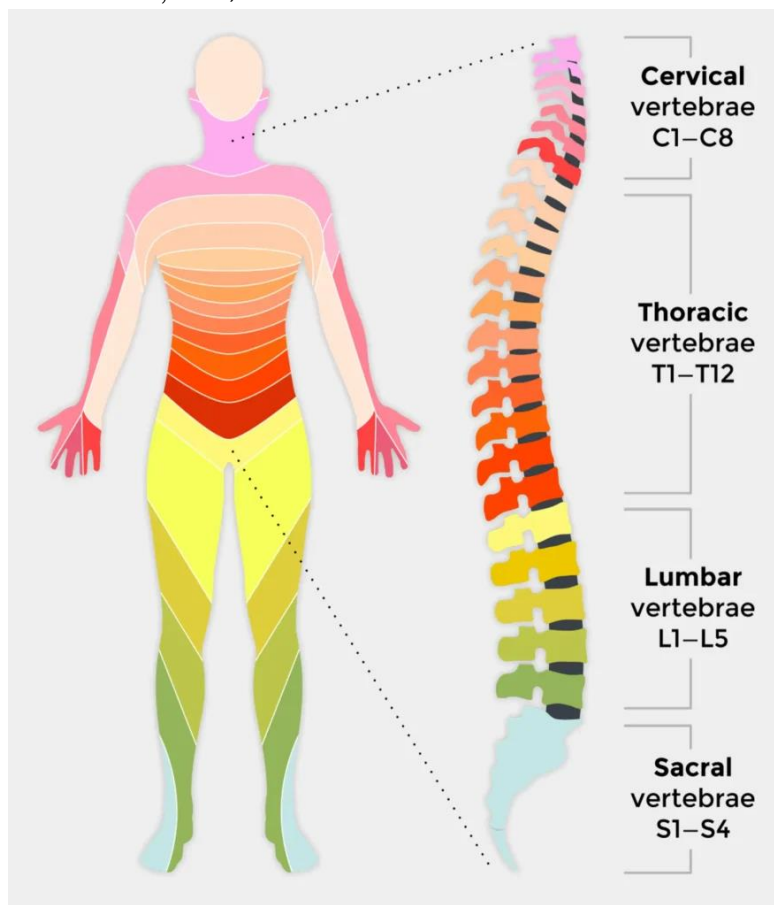
สาเหตุส่วนมากเกิดจากการแพร่กระจายของโรคมะเร็งมาที่เยื่อหุ้มไขสันหลังส่วนนอก (Extradural metastasis) นอกจากนี้อาจเกิดจากโรคมะเร็งมีการกระจายมาที่กระดูกสันหลังระดับอก หลังและคอ ทำให้เกิดการบาดเจ็บของไขสันหลังจากที่ถูกกลุกลามมายังบริเวณ Vertebral body หรือเมื่อมีการขยายใหญ่ของกระดูกส่วน Pedicle ทำให้เกิดการกดเบียดเยื่อหุ้มไขสันหลังที่อยู่ระดับล่าง เกิดอาการปวดหลังและตรวจพบจุดกดเจ็บเฉพาะที่ (โกสินทร์ วีระชร, 2558)

อาการและอาการแสดง

อาการที่พบได้บ่อยและเป็นอาการเริ่มแรกสุดของการกดเบียดไขสันหลัง สามารถพบอาการดังกล่าวได้นานหลายเดือนก่อนที่จะได้รับการวินิจฉัยการกดเบียดไขสันหลังหรือตรวจพบความผิดปกติทางระบบประสาท ส่วนมากอาการปวดเกิดจากพยาธิสภาพบริเวณกระดูกสันหลัง อย่างไรก็ตามอาจเกิดจากการติ่งรังของเส้นประสาทไขสันหลังที่เกิดจากการกดเบียดไขสันหลัง ภาวะดังกล่าวมีลักษณะพิเศษที่แพทย์ต้องให้ความสนใจเพื่อการวินิจฉัยคือ อาการปวดจากภาวะนี้จะมีอาการปวดมากขึ้นเวลากลางคืน ไม่สามารถบรรเทาด้วยยาแก้ปวดทั่วไป และอาการอาจแย่ลงเมื่อนอนหงายหรือ ท่าทางที่ทำให้เพิ่มแรงดันในช่องเยื่อหุ้มไขสันหลังชั้นนอก ได้แก่ ไอ จาม หรือเบ่ง ซึ่งอาการดังกล่าวแตกต่างจากภาวะความผิดปกติของหมอนรองสันหลังกดทับ

ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอาการปวดหลังควรได้รับการประเมินการกดเบียดของไขสันหลังเสมอ การวินิจฉัยภาวะดังกล่าวได้ก่อนการเกิดอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงถือว่าเป็นสิ่งสำคัญ มีผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยการกดเบียดไขสันหลังที่สามารถเดินได้ พบว่ายังคงสามารถเดินต่อไปได้ภายหลังจากได้รับการรักษา และร้อยละ 10 ของผู้ป่วยที่ไม่สามารถ

เดินได้ในตอนเริ่มแรกของการวินิจฉัยกลับมาเดินได้หลังได้รับการรักษาถึงแม้ว่า ดั้งนั้นการชักประวัติ และตรวจร่างกายที่แม่นยำจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการวินิจฉัยการกดเบียดไขสันหลัง และนอกจากนั้นความผิดปกติของไขสันหลังที่ตรวจพบจากการตรวจร่างกายอย่างละเอียดเป็นสิ่งช่วยแนะนำให้ทำภาพรังสีในบริเวณนั้นๆ การประเมินระบบประสาทในแง่ระบบสั่งการกล้ามเนื้อ ความรู้สึกและระบบประสาทอัตโนมัติ ควรต้องได้รับการตรวจประเมินอย่างละเอียด ถึงแม้ว่าอาการบางอย่างของระบบการรับรู้ความรู้สึกที่มีปัญหาเล็กน้อยและส่วนมากจะถูกกลบเกลื่อน เช่น ปัสสาวะลำบากหรือท้องผูก แต่อาการดังกล่าวบ่งบอกถึงการทำลายของไขสันหลังในระยะท้ายและส่วนมากพบว่าไม่สามารถฟื้นคืนกลับมาได้หลังได้รับการรักษา ความผิดปกติของภาพทางรังสีวินิจฉัยของกระดูกสันหลังในผู้ป่วยที่มีการกดเบียดไขสันหลัง ได้แก่ Bone erosion หรือ การหายไปของกระดูก Pedicle หรือพบการยุบตัวของกระดูกสันหลัง (Vertebral collapse) หรือพบก้อนเนื้อบริเวณข้างกระดูกสันหลัง (Paraspinal soft tissue mass) อย่างไรก็ตามการตรวจทางรังสีด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic resonance imaging หรือ MRI) เป็นเครื่องมือที่ดีที่สุดในการประเมินการกดเบียดไขสันหลัง โดยสามารถระบุบริเวณที่ถูกกดเบียดได้อย่างชัดเจนและช่วยวางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาหรือการผ่าตัด(โกสินทร์ วิระษร,2558)



ภาพที่ 18 ภาพแสดงอาการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไขสันหลัง

ที่มา : National Cancer Institute. Spinal cord injury and how it affects people, 2020.

การวินิจฉัย

การตรวจร่างกายมักพบจุดกดเจ็บตรงบริเวณ Lesion (33-74%) X-ray thoracolumbar spine มักแสดงให้เห็น Lytic bone lesions หรือ loss of pedicle (17% ของผู้ป่วยมี bone scan positive แต่ plain film ปกติ) การวินิจฉัยยืนยันอาจทำได้ด้วย myelogram หรือ MRI spine แสดงให้เห็นว่ามีก้อนเนื้อออกกดทับไขสันหลัง ข้อดีของ MRI คือ สามารถบอกถึง Multiple level involvement ในกรณีที่มี Complete block และ ทำได้ในผู้ป่วยที่แพ้สารไอโอดีน แต่ข้อเสียคือมีราคาแพง และใช้เวลาในการตรวจนานกว่า myelogram การทำ CT scan of the spine อาจช่วยให้เห็นลักษณะรอยโรคที่กระดูกสันหลังได้ดี จึงอาจส่งตรวจในรายที่จะให้การรักษาโดยการผ่าตัด (อนุสรณ์ ส่องทอง, 2018)

ตารางที่ 8 Grading system of metastatic epidural spinal cord compression (MESCC) ของ Bilsky et al.

Radiographic grade	Description	Recommendations
0	Spinal bone involved only	
1a	Epidural impingement, without deformation of the thecal sac	Radiotherapy (RT)
1b	Deformation of the thecal sac without spinal cord abutment	Radiotherapy (RT)
1c	Deformation of the thecal sac with spinal cord abutment but without cord compression	Radiotherapy or Surgery
2	Spinal cord compression with cerebrospinal fluid(CSF) visible around the cord	Surgery followed by postoperative RT
3	Spinal cord compression without CSF visible around the cord	Surgery followed by postoperative RT

ที่มา : Bilsky MH, et al. Reliability analysis of the epidural spinal cord compression scale, 2010.

แนวทางการรักษา

การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีการกดเบียดของไขสันหลังต้องทำโดยรีบด่วน เป้าหมายการรักษากดเบียดไขสันหลังคือบรรเทาอาการเจ็บปวดและคงสภาพหรือฟื้นกลับมาของการทำงานของไขสันหลัง ปัจจัยที่มีผลต่อการพิจารณาเลือกการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ (อนุสรรา ส่งทอง, 2018)

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย (Patient factors) โดยพิจารณาจาก สภาวะโดยรวมของผู้ป่วยว่าเหมาะสมกับการรักษาที่จะให้หรือไม่ ระยะเวลารอดชีวิต ทั้งนี้ขึ้นกับชนิดของโรคมะเร็งปฐมภูมิ การแพร่กระจายของโรคไปยังอวัยวะอื่นๆ ของร่างกาย และความรุนแรงของอาการทางระบบประสาท คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการรักษา

2. ปัจจัยด้านตัวโรค (Disease factors) โดยพิจารณาจาก ชนิดของโรคมะเร็ง ซึ่งบ่งชี้ถึงความไวต่อรังสีหรือยาเคมีบำบัด เช่น Multiple myeloma (MM) ซึ่งไวต่อรังสีมาก ดังนั้นจึงสามารถใช้การฉายรังสีเป็นการรักษาหลักได้ นอกจากนี้ Vascularity ของมะเร็งแต่ละชนิดก็มีส่วนสำคัญเช่น Renal cell carcinoma (RCC) และ Thyroid cancer มักมีเลือดมาเลี้ยงมาก อาจพิจารณาการอุดเส้นเลือด (Embolization) ก่อนการผ่าตัด ภาวะความไม่มั่นคงของกระดูกสันหลังและความผิดปกติทางระบบประสาท ควรพิจารณาการผ่าตัดเป็นลำดับแรก และหากมีการดำเนินโรคเร็วหรือระดับความรุนแรงทางระบบประสาทมาก เช่น ไม่สามารถเดินได้ มักบ่งชี้ถึงการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี ไม่ว่าจะรักษาด้วยวิธีใดก็ตาม

3. ปัจจัยด้านการรักษา (Treatment factors) โดยพิจารณาจากการรักษาที่เคยได้รับ เช่น ผู้ป่วยที่เคยได้รับการฉายรังสีมาก่อน ควรพิจารณาการผ่าตัดเป็นลำดับแรก ยกเว้นในกรณีที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ (Inoperable or unresectable cases) อาจพิจารณาการฉายรังสีซ้ำ แต่ต้องระมัดระวังปริมาณรังสีที่จะไปยังอวัยวะสำคัญข้างเคียง และในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาสเตียรอยด์หรือยาเคมีบำบัดมาเป็นเวลานาน อาจส่งผลให้ภูมิคุ้มกันต้านทานในร่างกายลดลง จึงต้องระมัดระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เช่น แผลผ่าตัดติดเชื้อ เป็นต้น การพิจารณาการรักษาควรตัดสินใจร่วมกันระหว่างทีมสหสาขา ซึ่งประกอบด้วย ศัลยแพทย์ด้านกระดูกสันหลัง (Spine neurosurgeons / Orthopedic surgeons) รังสีแพทย์ด้านระบบประสาท แพทย์รังสีรักษา อายุรแพทย์ด้านยาเคมีบำบัด และนักฟิสิกส์การแพทย์ สถาบัน Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC) ได้พัฒนากรอบในการพิจารณาการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะ Spinal metastases ขึ้นเรียกว่า NOMS decision framework โดยมีปัจจัย หลักที่ต้องพิจารณา 4 ปัจจัย ได้แก่ (อนุสรรา ส่งทอง, 2018)

- 3.1 การประเมินทางระบบประสาท (Neurologic assessment)
- 3.2 การประเมินตัวโรคมะเร็ง (Oncologic assessment)
- 3.3 การประเมินความมั่นคงของกระดูกสันหลัง (Mechanical instability)
- 3.4 การประเมินสภาวะโรคโดยรวม(Systemic disease)

แนวทางการรักษาซึ่งสามารถทำได้สองวิธี คือ (อนุสรธา ส่งทอง, 2018)

1. การฉายแสง (Radiation) การรักษาด้วยการฉายรังสีแบบ Conventional External Beam Radiation Treatment (CEBRT) จัดเป็นการรักษาหลักที่สำคัญอย่างหนึ่งในผู้ป่วยที่มีภาวะ Spinal metastases เนื่องจากสามารถบรรเทาอาการปวดได้ดี รวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทที่อาจเกิดจากการหักของกระดูกสันหลังและการกดทับของไขสันหลัง (MESCC) ได้ด้วย โดยอาจเป็นฉายรังสีเพียงอย่างเดียวหรือฉายรังสีร่วมกับการผ่าตัดก็ได้ การฉายรังสีสามารถทำได้หลายแบบ โดยที่นิยมได้แก่ ฉายรังสีครั้งเดียว 8 เกรย์, ฉายรังสี 20 เกรย์ใน 5 ครั้ง, ฉายรังสี 30 เกรย์ใน 10 ครั้ง, ฉายรังสี 37.5 เกรย์ใน 15 ครั้งและฉายรังสี 40 เกรย์ใน 20 ครั้ง ซึ่งแต่ละแบบจะมีประสิทธิภาพด้านการควบคุมอาการปวดไม่แตกต่างกัน แต่อัตราการควบคุมโรคในระยะยาวและอัตราการรักษาซ้ำรวมทั้งอัตราการเกิดกระดูกหักหรือยุบในกลุ่มที่ได้รับปริมาณรังสีมากกว่าจะดีกว่าในกลุ่มที่ได้รับรังสีน้อย ในทางปฏิบัติการฉายรังสีที่ใช้บ่อยที่สุดคือ 30 เกรย์ใน 10 ครั้ง ทั้งในกรณีฉายรังสีอย่างเดียวและฉายรังสีเสริมหลังผ่าตัดได้

การรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมพิกัด หรือ Stereotactic Body Radiotherapy (SBRT) นับเป็นก้าวสำคัญในการพัฒนาเทคโนโลยีการฉายรังสี ซึ่งเกิดจากการผสมผสานกันของเทคโนโลยีที่ล้ำสมัยในทุก ๆ ด้าน อันได้แก่ ด้านคอมพิวเตอร์ด้านภาพถ่ายทางรังสี เช่น MRI ซึ่งทำให้ได้ภาพของก้อนมะเร็งและเส้นประสาทไขสันหลังที่ชัดเจน ด้านอุปกรณ์การรัดตรึงผู้ป่วย (Immobilization devices) ด้านเทคนิคการฉายรังสีสมัยใหม่ด้วยการปรับความเข้มหรือปรับทิศทางของลำรังสี และด้านการตรวจสอบตำแหน่งของผู้ป่วยและก้อนมะเร็งก่อนและระหว่างการฉายรังสี (Image Guidance Radio Therapy, IGRT) ดังนั้นจะเห็นว่า SBRT มีบทบาทเพิ่มขึ้นใน Oligometastatic diseases เช่น การแพร่กระจายไปยังปอด ตับ และกระดูกสันหลัง เป้าหมายของการรักษา spinal metastasis ด้วยการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมพิกัด ได้แก่ การบรรเทาอาการปวดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทที่อาจเกิดขึ้นตามมาเช่นเดียวกับการฉายรังสีแบบ CEBRT แต่มุ่งเน้นการเพิ่มการควบคุมโรคระยะยาวและการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งลดผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาด้วย หลายการศึกษาทั้ง Retrospective และ Prospective studies ได้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการรักษาภาวะ Spinal metastases ด้วยเทคนิคการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมพิกัด

2. การผ่าตัด (Decompression by laminectomy) มักทำในรายที่ยังไม่ทราบชนิดของมะเร็งต้นเหตุ หรือ ให้รังสีรักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้นหรือ ก้อนมะเร็งเกิดขึ้นใหม่ในบริเวณที่เคยได้รับรังสีมาก่อน และในรายที่มี Instability of spine นอกจากนี้ ควรให้ Steroid เช่น Dexamethasone 10 มิลลิกรัม IV ในทันที แล้วตามด้วย 4 มิลลิกรัม IV ทุก 6 ชั่วโมงในช่วง 3-7 วัน แรกไปด้วยเพื่อช่วยลดอาการบวมของ spinal cord และยังลดอาการปวดหลังอีกด้วย หลังจากนั้นให้ลดขนาดจนหยุดยาได้ในช่วง 2 สัปดาห์ โอกาสที่อาการอ่อนแรงของขาจะกลับคืนมามากน้อยเพียงใด ขึ้นกับ Motor power ในขณะเริ่มรักษา และความเร็วของการดำเนินโรค ถ้าขณะเริ่มรักษาผู้ป่วยยังพอขยับขาได้โอกาสฟื้นคืนสภาพเดินจะสูงกว่ารายที่ขยับขาไม่ได้เลย ถ้าอาการเกิดช้าในเวลาหลายวัน โอกาสที่จะดีขึ้นจะสูงกว่ารายที่เกิดอย่างรวดเร็ว (ในเวลาไม่กี่ชั่วโมง) พยากรณ์โรคและระยะเวลารอด

ชีวิตของผู้ป่วยแปรผันตามชนิดของมะเร็งต้นเหตุ โดยเฉลี่ยแล้ว 1 year survival rate ประมาณ 35% median survival 3 เดือนสำหรับผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปอด

สรุปในผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายของโรคมะเร็งและก่อให้เกิดภาวะฉุกเฉินทางด้านโรคมะเร็ง เป็นภาวะฉุกเฉินที่มีอันตรายคุกคามอย่างเฉียบพลันต่อชีวิตของผู้ป่วยเนื่องมาจากโรคมะเร็งที่เป็นอยู่หรือเนื่องมาจากการรักษาโรคมะเร็ง ซึ่งภาวะฉุกเฉินเหล่านี้หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างรวดเร็ว อาจส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยที่รุนแรงอย่างถาวร ในการแพร่กระจายของโรคไปที่กระดูกไขสันหลังจะทำให้ผู้ป่วยมีอัมพาตท่อนล่างได้ เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะฉุกเฉินทางด้านโรคมะเร็งเกิดขึ้นแล้ว แนวทางการดูแลรักษามักน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับว่าภาวะฉุกเฉินนั้นได้รับการแก้ไขให้ผู้ป่วยกลับมาสู่ภาวะปกติได้หรือไม่ ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะมีชีวิตอยู่ยืนนานหรือหายขาดจากโรคมะเร็งได้หรือไม่ ผู้ป่วยบางรายจึงต้องได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองอย่างองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณที่มีประสิทธิภาพเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

บทที่ 3

กระบวนการพยาบาล

กรอบแนวคิดและทฤษฎีทางการพยาบาล

ผู้ป่วยมะเร็งระดับอ่อนระยะแพร่กระจายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาเฉพาะทางอย่างใกล้ชิดจากภาวะลุกลามแพร่กระจายของโรคไปยังหลายอวัยวะในร่างกายที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก พยาบาลมีบทบาทและหน้าที่ที่สำคัญในการจัดการปัญหาสุขภาพผู้ป่วยรายบุคคล ต้องเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการค้นหาปัญหาของผู้ป่วยเพื่อนำมาแก้ไข และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ ซึ่งในการปฏิบัติงานจึงจำเป็นต้องมีการทำงานที่ได้จากแนวคิดและทฤษฎีทางการพยาบาล ความรู้จากศาสตร์สาขาต่างๆ มาช่วยในการคิด วิเคราะห์และตัดสินใจในทางคลินิก เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาให้แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล สามารถเลือกกิจกรรมการพยาบาลลงสู่การปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจะสามารถปรับตัวได้หรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าที่มากกระทบและความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคล ซึ่งมีความแตกต่างกันไป

ดังนั้นการศึกษาให้ทราบถึงพฤติกรรมปรับตัวของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งเร้าที่มีผลต่อพฤติกรรมปรับตัว จึงเป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดแนวทางในการให้การพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จัดทำจึงนำกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) และกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน(Gordon's Function Health) มาประยุกต์ใช้เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลและประเมินภาวะสุขภาพ เพื่อให้สามารถวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมองค์รวม

1. กระบวนการพยาบาล (Nursing Process)

กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่มีความสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย ๕ ขั้นตอนได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผล การใช้กระบวนการพยาบาลเป็นการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการเป็นรายบุคคลแบบองค์รวมตามแนวทางวิทยาศาสตร์ และเป็นการนำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติบนพื้นฐานของการใช้เหตุผล การตัดสินใจและการแก้ปัญหาซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการพยาบาล สร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้รับบริการในคุณภาพของการบริการที่ได้รับ และพยาบาลมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นการสร้างมาตรฐานคุณภาพทางการพยาบาล (อรนนท์ หาญยุทธ, 2557) กระบวนการพยาบาลประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

1.1 การประเมินสุขภาพ

พยาบาลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคและกลุ่มอาการต่าง ๆ มีความสามารถในการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การสืบค้นข้อมูลต่าง ๆ การวิเคราะห์ปัญหา และวางแผนการดูแลผู้ป่วย และต้องมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพและการคิดวิเคราะห์เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ต้องการและตรงกับความ เป็นจริง รวมทั้งใช้คุณธรรม จริยธรรม ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ คำนึงถึงความเป็นองค์รวมของ บุคคล มีการใช้ถ้อยคำที่สุภาพ อ่อนโยน และอดทน อดกลั้นต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย

การประเมินภาวะสุขภาพ (Health assessment) เป็นการรวบรวมข้อมูลบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง เพื่อให้ทราบปัญหา หรือความต้องการทางสุขภาพบุคคล ครอบครัว และชุมชน เนื่องจากการประเมินสุขภาพเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล เนื่องจากการประเมินสุขภาพนั้นเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ ทำให้ข้อมูลมี ความสมบูรณ์ การประเมินภาวะสุขภาพต้องประเมินให้ครอบคลุมองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้รับบริการ เมื่อประเมินภาวะสุขภาพได้ครอบคลุมจะช่วยให้วิเคราะห์ ข้อมูลตามปัญหาที่เกิดขึ้นและแปลผลได้ถูกต้อง หลังจากนั้นจะนำไปสู่การวินิจฉัยการพยาบาลและ วางแผนการพยาบาล ซึ่งพยาบาลสามารถปฏิบัติได้อย่างอิสระ สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ ของผู้รับบริการอย่างแท้จริง (ชูลีกร ตำนยยุทธศิลป์, 2552)

การประเมินภาวะสุขภาพจะนำไปสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล และการวางแผน กิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการของปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ ควรเป็นการ ประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวมของทุกความต้องการของผู้รับบริการ โดยใช้แนวคิดและรูปแบบ การพยาบาลมาใช้เป็นกรอบแนวคิด การประเมินภาวะสุขภาพมีกิจกรรมที่พยาบาลต้องทำมี 5 กิจกรรม ได้แก่

- 1.1.1 การเก็บข้อมูล (Collecting data)
- 1.1.2 การตรวจสอบข้อมูล (Validating data)
- 1.1.3 การจัดระบบข้อมูล (Organizing data)
- 1.1.4 การวิเคราะห์ข้อมูล (Analyzing of data)
- 1.1.5 การบันทึกข้อมูล (Recording/Documentation of data)

1.2 การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis)

เป็นขั้นตอนของการนำความต้องการหรือปัญหาทางสุขภาพของผู้รับบริการ (Client's needs or problems) ที่ผ่านการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อเท็จจริงจนสรุปได้ว่าผู้รับบริการมีปัญหาทาง สุขภาพ มาเขียนเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis Statement) NANDA (The North American Nursing Diagnosis Association) ได้ให้ความหมายของการวินิจฉัยการพยาบาลไว้ว่า "เป็นการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับบุคคล ครอบครัวหรือชุมชนที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่กำลัง เกิดขึ้นหรือมีโอกาสที่จะเกิดขึ้นได้ในกระบวนการของชีวิตการวินิจฉัยการพยาบาลใช้เป็นฐานสำหรับการ จัดกิจกรรมการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่พยาบาล รับผิดชอบ NANDA ได้จำแนกข้อวินิจฉัยการพยาบาล

1.2.1. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีปัญหาเกิดขึ้นแล้ว (Actual nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่บ่งบอกถึงปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นแล้วในขณะที่ทำการประเมินภาวะ

สุขภาพมีอาการและอาการแสดงให้เห็นชัดเจน (Signs and Symptoms) ได้มาจากการบอกเล่าของผู้รับบริการหรือจากการสังเกตของพยาบาลที่เป็นทั้งข้อมูลอัตนัย (Subjective data) และข้อมูลปรนัย (Objective data) หรือจากการวินิจฉัย ของแพทย์ นำปัญหาสุขภาพมาเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล ตัวอย่างการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล "ได้รับสารอาหาร ไม่เพียงพอเนื่องจากความอยากรับประทานอาหารลดลง"

1.2.2. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความเสี่ยง (Risk nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มี โอกาสจะเกิดขึ้นได้คือมีปัจจัยเสี่ยงปรากฏให้เห็น แต่ปัญหายังไม่เกิด ไม่มีอาการและอาการแสดงปรากฏให้เห็นชัด และมีโอกาสพัฒนาเป็นปัญหาสุขภาพได้ ถ้าพยาบาลปล่อยให้ปัจจัยเสี่ยงได้พัฒนาจนเป็นปัญหา การเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลประเภทนี้จึงไม่ต้องเขียนระบุอาการหรืออาการแสดงไว้ เนื่องจากปัญหาสุขภาพยังไม่เกิด แต่ต้องระบุปัจจัยเสี่ยงที่แสดงว่าปัญหาทำท่า จะเกิดจากปัจจัยเสี่ยงนั้น ๆ พยาบาลต้องทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งกับปัจจัยเสี่ยงนั้น เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหา การเขียนข้อวินิจฉัยประเภทนี้จะขึ้นต้นข้อความว่า "เสี่ยง" (Risk) นำปัญหาสุขภาพมาเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล ตัวอย่างการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล "เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากขาดประสิทธิภาพในการดูแลตนเอง"

1.2.3. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อาจจะเกิดขึ้น (Possible nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ปัญหาอาจเกิดขึ้นได้ แต่ยังไม่ชัดเจนและไม่สมบูรณ์ในข้อมูลที่มีและสาเหตุของปัญหายังระบุไม่ได้ ปัญหาเป็นเพียงพิจารณาได้ว่าอาจจะเกิดขึ้นได้ ดังนั้นพยาบาลต้องหาข้อมูลที่สำคัญและเกี่ยวข้องมาสนับสนุนเพิ่มเติมหรือตัดทั้งหมดออกไปถ้าแน่ใจว่าปัญหาจะไม่เกิด การเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลประเภทนี้จะ ขึ้นต้นข้อความว่า "อาจ" (Possible) นำปัญหาสุขภาพมาเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล ตัวอย่างการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล "อาจมีแผลกดทับเนื่องจากไม่สามารถ เคลื่อนไหวร่างกายได้"

1.2.4. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลสุขภาพดี (Wellness nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลสุขภาพดีที่แสดงถึงภาวะสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงจากระดับสุขภาพดี เป็นระดับดีมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพสามารถ พิจารณาได้จากพฤติกรรมของผู้รับบริการใน 2 ประเด็น ได้แก่ 1) พฤติกรรมที่แสดงถึงความต้องการที่จะมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้น 2) พฤติกรรมที่แสดงถึงการทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลจะเริ่มต้นด้วยคำ "มีความพร้อมสำหรับ ..." (Readiness for Enhanced) หรือขึ้นต้นด้วย ข้อความที่ เป็นการบ่งบอกถึงพฤติกรรมที่ทำให้สุขภาพดีขึ้น วินิจฉัยประเภทนี้จะเน้นที่การตอบสนองของการมีสุขภาพดีของผู้รับบริการที่พบได้บ่อยในผู้รับบริการทาง ด้าน สุนัขศาสตร์ครอบครัว และชุมชนนำปัญหาสุขภาพมาเขียน ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ตัวอย่างการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล "ดูแลสุขภาพตนเองได้ดีเนื่องจากมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ถูกต้อง"

1.3 การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan)

เป็นขั้นตอนการพัฒนากลยุทธ์ เพื่อป้องกันบรรเทา หรือแก้ไขปัญหาจากการวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้มี 4 ขั้นตอนของกิจกรรมดังนี้

1.3.1 จัดลำดับข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามความสำคัญและความเร่งด่วนของปัญหา การจัดลำดับมีหลักการพิจารณาได้ 2 ทาง คือ 1) ปัญหาที่มีความรุนแรงและมีผลต่อชีวิตต้อง

ได้รับการช่วยเหลือและแก้ไขทันที เป็นปัญหาเกิดขึ้นแล้ว (Actual nursing diagnosis) และ 2) การจัดลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาลโดยการใช้ทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ (Maslow' hierarchy of needstheory) ตามขั้นตอนความต้องการของมนุษย์ ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological needs) เป็นระดับความต้องการที่จำเป็นต่อการอยู่รอดของชีวิต ได้แก่ อากาศอาหาร น้ำ การขับถ่าย อุณหภูมิ ที่อยู่อาศัย การพักผ่อนนอนหลับและความสัมพันธ์ทางเพศ

1.3.2 กำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected out-comes) หรือเกณฑ์การประเมินผล (Evaluation criteria) เป็นการกำหนดข้อบ่งชี้ในการวัดพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไปตามที่คาดหวังไว้ว่าบรรลุตามที่คาดหวังไว้หรือไม่ เป็นการกำหนดเกณฑ์การประเมินผล

1.3.3 การเลือกกิจกรรมการพยาบาล (Selecting Nursing Interventions /Activities) เป็นการเลือกกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการและเป้าหมายการพยาบาล เป็นกิจกรรมที่ทำในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพและสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ไม่ขัดต่อความเชื่อศาสนาและวัฒนธรรม รวมถึงความปลอดภัยของผู้รับบริการ เป็นกิจกรรมสำหรับผู้รับบริการเฉพาะรายเน้นความเป็นปัจเจกบุคคลแบบองค์รวม

1.3.4 การเขียนแผนการพยาบาล (Writing nursing care plan) การเขียนแผนการพยาบาลเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลทุกคนที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้รับบริการที่ได้รับมอบหมาย แผนการพยาบาลจะเขียนก่อนที่จะให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการทุกคน รูปแบบหรือแบบฟอร์มแผนการพยาบาลที่ใช้มีความหลากหลาย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแนวปฏิบัติของแต่ละสถานบริการสุขภาพ การเขียนแผนการพยาบาลเป็นการนำส่วนต่าง ๆ ที่เป็นองค์ประกอบของกระบวนการพยาบาลมาเขียนเป็นแผนการพยาบาล

1.4 การใช้แผนการพยาบาล (Implementation of nursing care plan)

เป็นขั้นตอนของการนำแผนการพยาบาลไปสู่การปฏิบัติ หรือการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แผนการพยาบาลที่มีความสมบูรณ์และถูกต้อง ก่อนนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติพยาบาลควรประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการซ้ำ เพื่อตรวจสอบภาวะสุขภาพของผู้รับบริการอีกครั้งว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงจะได้มีการปรับกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ และปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาลขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถและทักษะทางการพยาบาล เมื่อพยาบาลพิจารณาแล้วว่าขาดความรู้หรือไม่มีทักษะในกิจกรรมนั้นๆ จำเป็นต้องขอความช่วยเหลือจากพยาบาลคนอื่นที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านนี้โดยตรงมาช่วย การปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นถึงความปลอดภัยและความสุขสบายของผู้รับบริการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล พยาบาลต้องทำความเข้าใจให้ชัดเจนในแต่ละกิจกรรมการพยาบาลก่อนที่จะนำไปปฏิบัติ ถ้าพบว่ามีปัญหาในส่วนใดของกิจกรรมต้องทำให้กระจ่างและชัดเจนก่อน กิจกรรมการพยาบาลต้องเป็นการปฏิบัติให้แก่ผู้รับบริการเป็นรายบุคคลคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล สิทธิของบุคคล และความเสียงต่าง ๆ ที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ในกรณีที่มีการมอบหมายแผนการพยาบาลให้พยาบาลคนอื่นนำไปใช้ ผู้ที่วางแผนการพยาบาลต้อง

แน่ใจว่าทุกกิจกรรมการพยาบาลได้มีการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่เขียนไว้ จึงควรมีการนิเทศและตรวจสอบเป็นระยะ ๆ

1.5 การประเมินผล (Evaluation)

การประเมินผลการพยาบาลเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล เป็นการประเมินทุกขณะของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตรวจสอบกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้รับบริการ สอดคล้องกับเป้าหมายและสิ่งที่คาดหวังไว้หรือไม่ การประเมินผลการพยาบาลช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ และเป็นการตรวจสอบคุณภาพของการพยาบาลที่ปฏิบัติให้แก่ผู้รับบริการ ดังนั้นการประเมินผลการพยาบาลเป็นการสร้างมาตรฐานสำหรับผู้ปฏิบัติการพยาบาล และผลการปฏิบัติการพยาบาล

สรุป กระบวนการพยาบาลเป็นการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักวิทยาศาสตร์ เป็นเครื่องมือและวิธีการที่ช่วยให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบ โดยใช้การวิเคราะห์และตัดสินใจอย่างมีวิจารณ์ญาณ เพื่อแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพอย่างมีคุณภาพ เป็นการพยาบาลอย่างมีขั้นตอน และมีความต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงธรรมชาติและพื้นฐานของมนุษย์หรือผู้รับบริการเป็นหลัก เป็นการแสดงออกถึงความเป็นเอกลักษณ์และความเป็นวิชาชีพของพยาบาล การใช้กระบวนการพยาบาลประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินผู้รับบริการแรกรับและการรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและการวินิจฉัยทางการพยาบาลการวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล กระบวนการพยาบาลเป็นการรับประกันคุณภาพการดูแลผู้รับบริการ ทำให้ผู้รับบริการได้รับการบริการอย่างมีคุณภาพเป็นรายบุคคล อย่างต่อเนื่องและสมบูรณ์แบบตามมาตรฐานการพยาบาล

2. ทฤษฎีการประเมินทางการพยาบาล-แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's function health) (รัชนก คชไกร และเวหา เกษมสุข, 2562) เป็นกรอบแนวคิดของ มาร์จจอรี่ กอร์ดอน (Gordon, 1994) ใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัวหรือชุมชน โดยประเมินแบบแผนพฤติกรรมภายนอกและภายในของบุคคลที่เกิดขึ้น ช่วงระยะเวลาหนึ่งและมีผลต่อสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ เช่น พันธุกรรม พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม ระบบการสนับสนุนทางสังคม การบริการสุขภาพ เป็นต้น การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนประกอบด้วย 11 แบบแผน แต่ละแบบแผนจะมีความสัมพันธ์กัน หากมีความผิดปกติในแบบแผนหนึ่งอาจมีผลกระทบต่อแบบแผนอื่น ทำให้บุคคลมีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย การตัดสินใจว่าแบบแผนสุขภาพใดปกติหรือผิดปกติ พิจารณาจากการเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานซึ่งประกอบด้วยเกณฑ์มาตรฐานของแต่ละบุคคล ตามกลุ่มอายุและเกณฑ์มาตรฐานทางสังคม โดยเกณฑ์มาตรฐานของแต่ละบุคคลตามกลุ่มอายุ จะนำมาพิจารณาตัดสินความปกติหรือผิดปกติของพฤติกรรมภายในบางแบบแผน เช่น แบบแผนอาหารและการเผาผลาญอาหาร หรือแบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย จะพิจารณาจากค่าปกติของสารเคมีต่าง ๆ ในเลือด

โดยการประเมินภาวะสุขภาพเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล ซึ่งแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนเป็นเครื่องมือในการค้นหาปัญหาหรือความต้องการของผู้รับบริการ แล้วนำไปปฏิบัติการ

พยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้สอดคล้องกับความต้องการ ช่วยให้เข้าใจถึงการดำรงชีวิต การปรับตัว และจิตสังคมของผู้ป่วย ประกอบด้วย 11 ด้าน ดังนี้

1) การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ การดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลและฟื้นฟูสภาพ

2) โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร ภาวะโภชนาการ น้ำและเกลือแร่ การเจริญเติบโตและระบบภูมิคุ้มกัน

3) การขับถ่าย เกี่ยวข้องกับการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะรวมถึงปัจจัย ส่งเสริมและปัญหาอุปสรรคต่อการขับถ่าย

4) กิจกรรมและการออกกำลังกาย เกี่ยวกับแผนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมต่าง ๆ การดูแลสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย การออกกำลังกายและการใช้เวลาว่าง การพัฒนาการทำงานของโครงสร้างและกล้ามเนื้อ ระบบหายใจ ระบบหัวใจและไหลเวียนเลือด

5) การพักผ่อนนอนหลับ เป็นแบบแผนด้านการพักผ่อนหรือการผ่อนคลายและการนอนหลับ

6) สติปัญญาและการรับรู้ เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกทางประสาทสัมผัส ความสามารถทางสติปัญญา ได้แก่ ความคิด การแก้ปัญหาการตัดสินใจและการเรียนรู้

7) การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ เป็นแบบแผนที่เกี่ยวกับภาพลักษณ์ อัตมโนทัศน์ และความภูมิใจในตนเอง

8) บทบาทและสัมพันธภาพ เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามบทบาท สัมพันธภาพ และการสื่อสารและพัฒนาการด้านสังคม

9) เพศและการเจริญพันธุ์ เป็นแบบแผนด้านพัฒนาการทางเพศ การเจริญพันธุ์และเพศสัมพันธ์

10) การปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด เป็นแบบแผนด้านการจัดการและการปรับตัวกับความเครียด

11) คุณค่าและความเชื่อ เป็นแบบแผนด้านการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งที่บุคคลเชื่อถือ ศรัทธา สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ คุณค่าในชีวิต และความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ

จากการนำกระบวนการพยาบาล(Nursing Process) และแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน(Gordon's Function Health) มาเป็นกรอบแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษาครั้งนี้ สรุปได้ว่าในผู้ป่วยรายนี้ การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล โดยการวางแผนการทำงานอย่างเป็นระบบและได้มาตรฐานทางการพยาบาล มีขั้นตอนของการตอบสนองความต้องการและปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ในขณะที่ต้องเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วย และการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ทฤษฎีการปรับตัวของรอยจะช่วยให้พยาบาลได้พัฒนาแผนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ กำหนดหน้าที่ของพยาบาลในการช่วยให้ผู้รับบริการปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงและยังสามารถออกแบบการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละรายได้เป็นอย่างดี และนำการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนเป็นรูปแบบองค์รวมของสุขภาพบุคคลในแต่ละแบบแผนสุขภาพประกอบด้วยคำถามที่แตกต่างกันเพื่อสะท้อนความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งใช้ประเมินสุขภาพในขั้นตอน กระบวนการพยาบาลและใช้ในกระบวนการรับผู้รับบริการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มี

รูปแบบแผนสุขภาพครอบคลุมสุขภาพโดยทั่วไปของผู้รับบริการด้านการรับรู้สุขภาพและการจัดการสุขภาพ ช่วยให้พยาบาลและทีมสุขภาพได้เข้าใจสถานการณ์ของผู้รับบริการได้ดีขึ้น เพื่อให้ผู้รับบริการแก้ไขปัญหาได้ถูกต้อง

3. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อน

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนที่ได้รับการรักษาด้วยการศัลยกรรม

โดยความผิดปกติของตับอ่อนที่ต้องได้รับการรักษาทางศัลยกรรมที่พบบ่อย (Black & Hawks, 2010 ; Cheever, 2018) คือ ตับอ่อนเฉียบพลัน ตับอ่อนอักเสบ มะเร็งตับอ่อน การผ่าตัดเป็นวิธีการรักษา มะเร็งตับอ่อนจะทำในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งตับอ่อนที่โรคนยังไม่ลุกลาม เพื่อช่วยผู้ป่วยให้เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งได้รับการผ่าตัดแล้ว มักมีการกลับเป็นซ้ำของโรคสูงและต้องได้รับการดูแลจากแพทย์หลายสาขา ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยตลอดจนให้คำแนะนำให้ความรู้ ความเข้าใจก่อนทำการผ่าตัดจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง (ประทีน ไชยศรี, 2550)

1. การพยาบาลก่อนการผ่าตัด

1.1 การเตรียมทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัด จะเกิดความกังวลเกี่ยวกับการได้รับยาระงับความรู้สึก ความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์หรือการทำหน้าที่ของร่างกายเปลี่ยนไปและความตาย การเตรียมทางด้านจิตใจของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด จึงมีความสำคัญไม่น้อยกว่าการพยาบาลทางด้านร่างกาย การพยาบาลเพื่อลดและป้องกันปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วยดังนี้

- 1) บอกให้ผู้ป่วยทราบรายละเอียดเกี่ยวกับโรค ความจำเป็นที่ต้องเข้ารับ มีทีมงานการดูแลจากพยาบาลที่มีทักษะในการดูแลหลังการผ่าตัด ในเรื่องของวัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ ตลอดจนเครื่องมือต่าง ๆ ที่จะต้องใช้กับผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด
- 2) ชี้แจงและอธิบายเหตุผล ความจำเป็นในการเตรียมทำความสะอาดผิวหนัง เจาะเลือด งดอาหารและน้ำทางปาก การสวนอุจจาระและการตรวจต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยได้รับก่อนผ่าตัด
- 3) อธิบายถึงเหตุผลและความจำเป็นในสิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องประสบเกี่ยวกับอาการและเครื่องมือบางอย่าง เช่น ปากแห้ง กระหายน้ำ อาเจียน ปวดแผล เจ็บคอ มีสายระบายน้ำดี สายดูดน้ำย่อยออกจากกระเพาะอาหาร คาสายให้ออกซิเจน การเจาะคอและคาท่อช่วยหายใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจ และการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและชัดเจน
- 4) สาธิตและอธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะก่อนและหลังผ่าตัด สอนและจัดให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติ เช่น การพลิกตะแคงตัว การหายใจเข้า และออกลึก ๆ การไอที่ถูกวิธี
- 5) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยและรับฟังปัญหาพร้อมทั้งตอบสนองความต้องการ
- 6) สร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วย โดยแจ้งให้ทราบว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดจากแพทย์ พยาบาล วิชาชีพพยาบาลในขณะที่ได้รับการผ่าตัด และตลอดระยะเวลาหลังผ่าตัด
- 7) สร้างเสริมความคุ้นเคยและเป็นกันเองกับผู้ป่วย และให้การพยาบาลช่วยเหลือด้วยความเต็มใจและเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย
- 8) ส่งเสริมกำลังใจให้แก่ผู้ป่วยโดยเปิดโอกาสให้ญาติที่ใกล้ชิดเข้าเยี่ยมในเช้าวันผ่าตัด และติดตามไปส่งผู้ป่วยหน้าห้องผ่าตัด

9) หมั่นสังเกตและประเมินพฤติกรรมที่ผิดปกติ เช่น อาการนอนไม่หลับ กระสับกระส่าย ผุดลุกผุดนั่ง ระวัง หวาดกลัว ไม่ร่วมมือต่อการพยาบาล รายงานแพทย์ทราบเพื่อให้การดูแลรักษาแก้ไขหรือให้ยาลดความวิตกกังวล

1.2 การเตรียมทางด้านร่างกาย ความพร้อมทางด้านร่างกายก่อนผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญที่จะลดและป้องกันโรคแทรกซ้อนในระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยต้องได้รับการเตรียมผ่าตัด ดังนี้

1) ซักประวัติสำคัญที่อาจส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ โรคประจำตัว ประวัติการผ่าตัดในช่องท้อง การใช้ยาประจำโดยเฉพาะยาละลายลิ่มเลือดและประวัติการแพ้ยา

2) ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เลือด ตรวจปัสสาวะ คลื่นหัวใจ ภาพรังสีทรวงอกและภาพรังสีบริเวณช่องท้อง และรายงานแพทย์ในวันก่อนผ่าตัด

3) ตรวจสอบแผนการรักษาเรื่องการผ่าตัด การเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์/เครื่องมือพิเศษที่ต้องใช้ในการผ่าตัด

4) ป้องกันเกิด Deep Vein thrombosis หลังผ่าตัดจากการนอนนานในขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด โดยกระตุ้นให้มีการทำ Leg exercise ในระยะแรกหลังผ่าตัด กระตุ้นให้มีการพลิกตะแคงตัวบ่อย ๆ

5) ดูแลเตรียมผิวหนังด้วยคลิปเปอร์ (clipping) ตอนเช้าก่อนผ่าตัด เพื่อลดการติดเชื้อเป็นไปตามมาตรฐานเชิงประจักษ์เรื่อง “การกำจัดขนก่อนการผ่าตัดเพื่อลดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด”

6) ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายโดยให้อาบน้ำ สระผมในคืนก่อนผ่าตัดและอาบน้ำตอนเช้าก่อนผ่าตัด

7) ดูแลประเมินประสิทธิภาพในการเตรียมลำไส้ เพื่อลดการปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรียในขณะทำผ่าตัด

8) จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเพื่อส่งเสริมการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ และให้ยา pre-med เพื่อส่งเสริมการนอนหลับ

9) ดูแลให้ดื่มน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน

10) ดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษา

11) ตรวจสอบสัญญาณชีพทุก ๔ ชั่วโมง และประเมินก่อนส่งผ่าตัด

12) ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดที่ได้รับ เพื่อเตรียมการให้ข้อมูลส่วนที่ยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด

13) อธิบายความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องนอนพักในหอผู้ป่วยหนักเป็นเวลา ๒ - ๓ วัน เนื่องจากหลังผ่าตัดต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากทีมการรักษา ด้วยอุปกรณ์พิเศษของหอผู้ป่วยหนักตามปัญหาเรื่องการหายใจ การติดตามการไหลเวียนของเลือด เป็นต้น

14) ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยและญาติเรื่องแผนการดูแลอย่างใกล้ชิดจากทีมการดูแลตลอดระยะเวลาของการผ่าตัดและภายหลังผ่าตัด จนกว่าผู้ป่วยจะอยู่ในระยะที่ปลอดภัย

15) ส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อการฟื้นหายหลังผ่าตัด ได้แก่ การฝึกการหายใจเพื่อเพิ่มสมรรถนะของการทำงานของปอด การฝึกการดูด Spirometer อย่างมีประสิทธิภาพ การทำ Leg

exercise เพื่อป้องกันภาวะ Deep vein thrombosis โดยเริ่มตั้งแต่มื้อก่อนวันนอนโรงพยาบาล และต่อเนื่องทันทีหลังผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี

16) เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติมจนกว่าจะเข้าใจ

17) สิ่งของต่าง ๆ ที่จะเตรียมไปห้องผ่าตัด

17.1 เตรียมเลือด และส่วนประกอบของเลือดตามจำนวนที่แพทย์ต้องการ

17.2 แพ้ประวัติผู้ป่วย รวมทั้งผลรายงานต่าง ๆ ทางห้องปฏิบัติการ

17.3 เตรียมสิ่งของจำเป็นต้องใช้กับผู้ป่วยให้พร้อม เช่น น้ำเกลือ พร้อม set urine

bag และ Foley's catheter, N.G. tube, Blood set เป็นต้น

2. การพยาบาลหลังผ่าตัด

2.1 เคลื่อนย้ายผู้ป่วยลงเตียงอย่างนุ่มนวล ดึงไม้กั้นเตียงขึ้น ป้องกันผู้ป่วยตื่นตกเตียง

2.2 ทดสอบความรู้สึกของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยยังไม่รู้สึกตัว หรือระยะครึ่งหลับครึ่งตื่นเป็นระยะอันตรายที่สุด ในระยะนี้ควรให้การพยาบาล ดังนี้

2.2.1 จัดให้ผู้ป่วยอยู่เตียงใกล้กับเคาเตอร์พยาบาล

2.2.2 จัดให้ผู้ป่วยนอนราบไม่หมุนหมอนคางคางหน้าไปข้างใดข้างหนึ่ง

2.2.3 ประเมินและบันทึกชีพจร การหายใจ และความดันโลหิตทุก ๑๕ นาที จนกว่าผู้ป่วยจะรู้สึกตัวดี

2.2.4 ถ้าเสมหะอุดตันทางเดินหายใจ หรือหายใจเสียงดัง ให้ใช้เครื่องช่วยดูดเสมหะเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ถ้าระดับความรู้สึกตัวลดลง ความดันโลหิตลดลงมากผิดปกติ ควรรายงานแพทย์ทันที

2.3 ควรให้ O₂ ผู้ป่วยหรือให้ O₂ Nebulizer ตามแผนการรักษา

2.4 ควรวัดสัญญาณชีพของผู้ป่วยทุก 15 นาที 30 นาที 1 หรือ 2 ชั่วโมง จนกว่าจะปกติ หรือตามแผนการรักษาผู้ป่วยที่ผ่าตัดใหญ่จะมีการสูญเสียเลือดมาก อาจทำให้เกิดภาวะ Shock ได้

2.5 ต่อสายต่าง ๆ ที่ติดมากับผู้ป่วยตามแผนการรักษาพร้อมทั้งสังเกตสิ่งที้ออกมาจากร่างกาย ถ้าผ้าปิดแผลมีเลือดซึมมากขึ้น หรือเลือดออกทางท่อระบายทรวงอกจำนวนมาก หรือเลือดออกและช้ำภายในบาดแผลโดยสังเกตจากผิวหนังสีคล้ำร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงชีพจรเบาเร็ว ไม่สม่ำเสมอ หายใจเร็วตื่น ความดันโลหิตลดลงมากผิดปกติ หน้าซีด ริมฝีปากเขียว เหงื่อออกมาก มือเท้าเย็น กระสับกระส่าย และหมดสติ หลักการพยาบาลคือ

2.5.1 สังเกตและบันทึกจำนวนเลือดที่ออกทุก 1 ชั่วโมง

2.5.2 เจาะเลือดวัดค่า Hematocrit ทุก 6 ชั่วโมง ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดที่พบว่ามีการเสียเลือด

2.5.3 ฝ้าสังเกตและบันทึกการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิ ชีพจร การหายใจ และความดันโลหิตทุก 15 นาที

2.5.4 ช่วยเหลือหยุดโดยทำแผลและยึดไว้ให้แน่นด้วยพลาสติก

2.5.5 จัดเตรียมเลือด สารน้ำ ไว้ทดแทนเลือดที่เสียไป

2.5.6 รายงานแพทย์ทันทีที่เลือดออกมากผิดปกติ และพบอาการแรกเริ่มของภาวะช็อค

2.6 อาการปวดแผลจะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้พักผ่อนเต็มที่ นอนไม่หลับ ทุกข์ทรมาน ไม่กล้าขยับหรือพลิกตะแคงตัว หายใจตื้น ๆ ปวดขยายได้ไม่เต็มที่ ไม่ยอมไอเอาเสมหะที่คั่งอยู่ในหลอดลมออกมา หายใจขัดอันเป็นสาเหตุของโรคปอดบวม และปอดแฟบได้ หลักการพยาบาลคือ

2.6.1 ให้อาการปวดตามแผนการรักษาของแพทย์

2.6.2 จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบายและไม่ขัดต่อการรักษาของแพทย์

2.6.3 ใช้มือประคองบริเวณบาดแผลขณะไอ

2.6.4 ดูแลสายต่าง ๆ ไม่ให้ดึงรั้งขณะพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย

2.7 ให้การรักษาตามแพทย์สั่ง เช่น ฉีดยา เจาะเลือด ให้เลือดหรือสารละลายต่าง ๆ

2.8 จัดบันทึกจำนวนน้ำเลือด พลาสมา ที่ผู้ป่วยได้รับ จำนวนปัสสาวะ เลือด อาเจียน น้ำย่อยและน้ำดีที่ออกโดยละเอียด

2.9 ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าจะไม่ถูกทอดทิ้ง อบอุ่นใจ และให้การพยาบาลผู้ป่วยตามสิ่งที่พบ เช่น

2.9.1 แผลเปื่อยและ เปลี่ยนแผลโดยใช้หลัก Sterile technique

2.9.2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวให้นอน Fowler's position และจัดท่านอนให้สุขสบาย

2.9.3 มีไข้สูง เช็ดตัวเพื่อลดไข้หรือยาลดไข้

2.9.4 ร่างกายสกปรก เปื้อนเลือดหรือเปื่อยและ เช็ดตัวให้สะอาด เปลี่ยนเสื้อผ้า ผ้าขวางเตียง Mouth care ให้สะอาด หรือหลังจากคลื่นไส้ อาเจียน

2.9.5 เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัว อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสิ่งต่าง ๆ ที่ติดอยู่กับผู้ป่วยไม่ควรจะดึงออกเอง

2.10 ในกรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี วันแรกของการผ่าตัดเริ่มกระตุ้นให้ผู้ป่วย Ambulation ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติเองได้ พยาบาลจะต้องเป็นผู้ช่วยให้ได้รับการเคลื่อนไหวเพื่อป้องกันโรคแทรกที่จะเกิดขึ้นหลังการผ่าตัด เช่น ปอดบวม ปอดแฟบ ท้องอืด เป็นต้น

3. การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน (เพิ่มสุข ผุยคำสิงห์ , 2566)

1) แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ เน้นโปรตีน เช่น ไข่ขาว เนื้อสัตว์ เนื้อปลา นม ถั่ว ลดอาหารไขมันสูง อ่อน ย่อยง่าย เพิ่มผักผลไม้กากใยสูง ทานทีละน้อยบ่อย ๆ ครั้ง

2) แนะนำให้พักผ่อนอย่างน้อย 6 - 8 ชั่วโมง

3) ออกกำลังกายตามกำลัง

4) งดการทำงานหนัก ออกแรง 2 เดือน

5) ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2,000 มิลลิลิตร

6) รับประทานยาตามแพทย์สั่ง

7) แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัด เพื่อติดตามผลการรักษาและประเมินภาวะแทรกซ้อน

4. อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด

1) ปวดท้อง กินยาแก้ปวดแล้วไม่หาย

2) ตา ตัวเหลืองมากขึ้น

3) เหนื่อย อ่อนเพลีย

- 4) รับประทานยาแล้วมีอาการแน่นท้อง ท้องอืด อาเจียน
- 5) ขับถ่ายอุจจาระผิดปกติทั้งปริมาณ สีอุจจาระ
- 6) แผลผ่าตัด และรูระบายหากพบมีเลือด น้ำใส เยียว หนองซึม ปวดบวมแดงร้อนให้รีบมาพบแพทย์

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนที่ได้รับการรักษาด้วยรังสี

การรักษาด้วยรังสีรักษาในผู้ป่วยกรณีศึกษาบริเวณตับอ่อน เป็นการรักษาที่ลดขนาดของก้อนมะเร็งและลดความเจ็บปวด ในระหว่างการรักษาอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และอาการข้างเคียงต่าง ๆ พยาบาลมีบทบาทสำคัญอย่างมากที่ต้องคอยช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับผลการรักษาอย่างเต็มที่ บรรเทาอาการข้างเคียง สามารถปรับตัวกับอาการแทรกซ้อนและรับการรักษาต่อเนื่องจนครบการรักษา ดังนั้นการวางแผนทางการพยาบาลจำเป็นต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยในทุกระยะของการรักษาเพื่อเป็นการป้องกัน จัดการอาการและลดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้น โดยสามารถแบ่งการพยาบาลออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (วันทกานต์ ราชวงศ์, 2556)

1. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนรับการรักษาด้วยรังสีรักษา

1.1 การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยด้านร่างกาย

1.1.1 การตรวจร่างกาย การซักประวัติ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษทางเอกซเรย์ ตรวจหรือรักษาพิเศษอื่น ๆ เพิ่มเติม

1.1.2 แนะนำเกี่ยวกับเสื้อผ้าและเครื่องแต่งกาย ที่ใช้ระหว่างการฉายรังสี ควรแต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่สะดวกต่อการถอดและสวมใส่ เสื้อผ้าต้องสะอาดเนื้อผ้านุ่ม ไม่ระคายเคือง หรือไม่รัดแน่น จนเกินไปโดยเฉพาะบริเวณที่ฉายรังสี

1.1.3 แนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และมีคุณค่าต่อร่างกาย ดื่มน้ำสะอาดวันละอย่างน้อย 6 - 8 แก้ว ควรงดสารเสพติดทุกชนิด

1.1.4 ดูแลรักษาความสะอาดร่างกายทั่วไป เช่น การอาบน้ำ สระผม ตัดเส้นให้สั้น การดูแลความสะอาดปากและฟัน

1.1.5 ซักประวัติโรคประจำตัวต่าง ๆ ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการรักษา เช่น โรคหัวใจ โรคหอบหืด

1.1.6 หญิงวัยเจริญพันธุ์ ซักประวัติการตั้งครรภ์

1.1.7 การรับประทานยาซึ่งรักษาโรคอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

1.1.8 การตรวจนับเม็ดเลือด เม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือด

1.2 การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยด้านจิตใจ

1.2.1 สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ ให้การต้อนรับ

1.2.2 ให้ความรู้และข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการฉายรังสี อาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการรักษา และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันหรือลดอาการข้างเคียง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามปัญหาและข้อสงสัยต่าง ๆ

1.2.3 การฉายรังสีต้องใช้เวลาหลายวันผู้ป่วยต้องเตรียมการกลางวันและเรื่องที่พัก

1.2.4 แนะนำกฎระเบียบโรงพยาบาล แนะนำสถานที่ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง วิธีการติดต่อ การกำหนดเวลาเยี่ยม และแผนการรักษาของแพทย์ให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ

1.2.5 ปลอดภัยและให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยสบายใจ คลายความวิตกกังวลแสดงความพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตลอดเวลา

2. การพยาบาลผู้ป่วยขณะรับการรักษาด้วยรังสีรักษา

2.1 การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง การดูแลบริเวณผิวหนังที่ได้รับรังสี

กิจกรรมการพยาบาล

2.1.1 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงผลที่อาจเกิดขึ้นต่อผิวหนังภายหลังการได้รับรังสีรักษา แต่อาการเหล่านี้จะหายไปเมื่อหยุดการรักษา

2.1.2 การดูแลผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีให้แห้งอยู่เสมอในระหว่างการรักษาและภายหลังการรักษาครบ 3 – 4 สัปดาห์ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ Moist desquamation

2.1.3 แนะนำไม่ให้ใช้สบู่ ครีม หรือขี้ผึ้งในบริเวณที่ได้รับรังสี โดยไม่ได้รับอนุญาตจากแพทย์ เพราะลักษณะผิวที่ดำเป็นปฏิกิริยาของผิวหนังที่เกิดระหว่างฉายรังสี และจะจางหายไปหลังหยุดการรักษา

2.1.4 การอาบน้ำบริเวณที่รับรังสีอาจโดนน้ำได้แต่ต้องรีบซับให้แห้งโดยเร็วด้วยผ้านุ่ม ๆ ห้ามถูหรือเช็ดแรง ๆ เพราะอาจทำให้เกิดรอยถลอกของผิวหนังกลายเป็นแผลได้

2.1.5 แนะนำการหลีกเลี่ยงการใช้เสื้อผ้าที่รัดคับบริเวณที่ได้รับรังสี เช่น ขอบกางเกงใน หรือเสื้อผ้าเนื้อหยาบระคายผิว การเสียดสีหรือครัดจะทำให้เกิด Skin necrosis และกลายเป็นบาดแผลในที่สุด

2.1.6 ถ้าผิวหนังเกิด Moist desquamation ให้ทาแผลด้วย Gentian violet และส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางงานพยาบาลออสโตมีและดูแลบาดแผล

2.1.7 หลีกเลี่ยงการติดพลาสติก หรือเทปใด ๆ บนผิวหนังที่ได้รับรังสีหรือบริเวณใกล้เคียง เพราะนอกจากจะทำให้เกิดการระคายเคืองยังอาจทำให้เกิดแผลกดทับ และการเสียดสีต่อผิวหนังได้

2.1.8 แนะนำผู้ป่วยในการระวังไม่ให้บริเวณที่ได้รับรังสีถูกความร้อน

2.1.9 สังเกตบริเวณที่รับรังสีทุกวัน ว่ามีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้นหรือไม่

2.1.10 ถ้ามีอาการคันในบริเวณที่ได้รับรังสีให้ใช้แป้งข้าวโพดลูบเบา ๆ ไม่ควรใช้แป้งฝุ่นที่ใช้ทั่วไปเพราะมีส่วนผสมของโลหะหนัก ซึ่งจะทำให้เกิดปฏิกิริยาของรังสีต่อผิวหนัง

2.1.11 แนะนำการห้ามลบรอยที่ขีดจำกัดบริเวณฉายรังสีออก ถ้ารอยที่ขีดจางลงจะต้องได้รับการขีดทับใหม่เพื่อให้รังสีตรงจุดที่ต้องการรักษา

2.1.12 ถ้าเกิดผื่นคัน ผิวหนังมีลักษณะคล้ายไหม้แดด ให้รายงานแพทย์เพื่อการรักษาที่ถูกวิธี

2.1.13 แนะนำการตัดเล็บให้สั้นเพื่อหลีกเลี่ยงการแกะเกาและรักษาให้สะอาด

2.1.14 แนะนำห้ามใช้สารระคายเคืองใด ๆ ทาผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี เช่น แอลกอฮอล์ น้ำหอม เครื่องสำอาง โลชั่น สารระงับกลิ่นตัว เพราะสารเหล่านี้มักจะมีส่วนผสมโลหะหนักซึ่งจะทำให้เกิดการกระจายของรังสี(Scattering) ทำให้ปริมาณรังสีที่กระจายไปยังก้อนเนื้องอกน้อยลง และทำให้รังสีมีผลต่อผิวหนังมากขึ้น

2.1.15 ให้คำแนะนำไม่ควรใช้กระเป๋าน้ำร้อนหรือน้ำเย็นวางบนผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี เพราะจะทำให้ผิวหนังอักเสบและเกิดเป็นแผลได้

2.1.16 แนะนำการเปลี่ยนท่านอน ไม่นอนท่าเดียวนาน ๆ เพราะอาจทำให้เกิดแผลกดทับ บริเวณที่ฉายรังสีจากการที่เลือดไหลเวียนไม่สะดวก

2.1.17 ภายหลังการรักษาอาจใช้ครีมชนิดเพื่อป้องกันหรือลดความรุนแรงของภาวะ Subcutaneous fibrosis แต่ต้องให้ผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีผ่านระยะ Dry desquamation ไปแล้ว

2.1.18 การดูแลผิวหนังจำเป็นต้องกระทำอยู่ตลอดเวลาในระหว่างการรักษา และต่อเนื่อง ภายหลังหยุดการรักษาไปแล้วอย่างน้อย 4 สัปดาห์

2.1.19 การดูแลแผลที่เกิดขึ้นบริเวณที่ได้รับรังสี ไม่ควรใช้ยาใด ๆ ต้องหาสาเหตุของการเกิดแผลและให้การดูแลเช่นเดียวกับแผลกดทับ

2.2 การดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการอ่อนเพลีย

กิจกรรมการพยาบาล

2.2.1 การประเมินอาการอ่อนเพลียที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

2.2.2 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าอาการอ่อนเพลียที่เพิ่มมากขึ้นไม่ใช่เพราะอาการของโรคที่แย่ง แต่เป็นผลจากการได้รับรังสีรักษา ซึ่งอาการจะดีขึ้นเมื่อหยุดให้รังสีรักษา

2.2.3 แนะนำแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ ถ้าไม่หลับควรรายงานแพทย์ เพื่อให้ยาช่วยการนอนหลับชนิดอ่อน ๆ

2.2.4 การรับประทานอาหาร แนะนำและจัดอาหารที่มีแคลอรีสูง และควรมีอาหารเสริม เพื่อคุณค่าอาหาร เนื่องจากผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง

2.2.5 ดูแลให้การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันกรณีที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย แนะนำการใช้กริ่งหรือสัญญาณขอความช่วยเหลือ

2.2.6 แนะนำการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ เช่น การพลัดตก หกล้ม อนุญาตให้มีญาติเฝ้าดูแลเพื่อคอยช่วยเหลือผู้ป่วย

2.2.7 แนะนำให้ลดหรือจำกัดกิจวัตรประจำวัน โดยให้ญาติคอยช่วยเหลือแบ่งเบาภาระ

2.3 การดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการเบื่ออาหาร

กิจกรรมการพยาบาล

2.3.1 แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีคุณค่าอย่างเต็มที่ และเมื่อเริ่มมีอาการเบื่ออาหารแนะนำการรับประทานอาหารครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง

2.3.2 นำให้ดื่มน้ำผลไม้เช่น น้ำส้มคั้น น้ำมะนาว น้ำมะเขือเทศก่อนรับประทานอาหารอย่างน้อยครึ่งชั่วโมง จะช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น

2.3.3 แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย 10 – 15 นาทีก่อนรับประทานอาหารหรือครึ่งชั่วโมงถึงหนึ่งชั่วโมง จะช่วยให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น

2.3.4 แนะนำการเลือกรับประทานอาหารอ่อนที่มีพลังงานสูง ประุงแต่งคุณค่าและรสชาติของสารอาหารเพื่อให้รับประทาน

2.3.5 แนะนำการปรับเปลี่ยนเมนูอาหารบ่อย ๆ การสร้างบรรยากาศในการรับประทานอาหาร และปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อกระตุ้นในการอยากรับประทานอาหารมากขึ้น

2.4 การดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน

กิจกรรมการพยาบาล

2.4.1 ก่อนการฉายรังสีแนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารมากเกินไปเพราะจะเป็นการส่งเสริมให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนมากขึ้น

2.4.2 แนะนำการรับประทานอาหารที่ย่อยง่ายหรืออาหารว่าง เช่น นม ขนมปังกรอบ น้ำผลไม้ จะช่วยบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้

2.4.3 แนะนำให้รับประทานอาหารครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง และควรหลีกเลี่ยงอาหารทอดมัน มีกลิ่นจัด อาหารที่เพิ่มแก๊ส อาหารที่ร้อนจัด เย็นจัด สุราและเบียร์ เพราะจะทำให้เกิดการระคายเคืองต่อทางเดินอาหาร

2.4.4 แนะนำการดื่มน้ำสะอาด 2 – 3 ลิตรต่อวัน เกลือแร่ จิบน้ำขิง หรืออมผลไม้ที่มีรสเปรี้ยวเพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน

2.4.5 จัดให้มีอาหารว่างและดื่มน้ำเย็นระหว่างมื้ออาหาร การรับประทานวิตามินบี 6 และการให้ออนพักทุกครั้งหลังมื้ออาหารจะช่วยลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้

2.4.6 สอนเทคนิคการหายใจเข้าออกลึก ๆ เมื่อรู้สึกคลื่นไส้จะทำให้อาการคลื่นไส้ดีขึ้น

2.4.7 แนะนำการดูแลความสะอาดของช่องปากและฟัน ทุกครั้งหลังรับประทานอาหารและบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากหรือน้ำอุ่นภายหลังการอาเจียนเพื่อกำจัดกลิ่นปาก ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นให้มีการอาเจียนมากขึ้น

2.4.8 บันทึกอาการคลื่นไส้ อาเจียน ถ้าเกิน 5 – 10 ครั้งต่อวัน ควรรายงานแพทย์ เพราะผู้ป่วยอาจได้รับอาหารไม่เพียงพอหรือขาดสารอาหาร

2.4.9 บันทึกจำนวนอาหาร น้ำดื่ม การขับถ่าย และประเมินอาการผิวแห้ง ปากแห้ง เพื่อประเมินความสมดุลของน้ำในร่างกาย

2.4.10 ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการสังเกตอาการคลื่นไส้ อาเจียนของตนเองโดยผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนมาก ในช่วงเช้าเพื่อการปรับเปลี่ยนกิจกรรมต่าง ๆ ให้เหมาะสม

2.4.11 ในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ได้ ให้รายงานแพทย์ เพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

2.4.12 ประเมินติดตามการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวของผู้ป่วย เช่น การชั่งน้ำหนักอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

2.4.13 ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผลอัลบูมินในเลือด

2.4.14 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ

2.5 การดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะช็อคและติดเชื้อ

กิจกรรมการพยาบาล

2.5.1 แนะนำผู้ป่วยให้พักผ่อนอย่างเพียงพอเพื่อเป็นการสงวนพลังงาน

2.5.2 แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และบำรุงเลือด เช่น ตับ เครื่องในสัตว์ ผักใบเขียวและผลไม้ที่ช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็ก ได้แก่ ส้ม กล้วย และป้องกันการติดเชื้อด้วยการล้างมือก่อนและหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง

2.5.3 แนะนำให้ดื่มน้ำมาก ๆ และหลีกเลี่ยงการใช้ยา Aspirin

- 2.5.4 ให้สังเกตอาการผิดปกติเกี่ยวกับการติดเชื้อ และการมีเลือดออก ได้แก่ การมีเลือดออกจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ผิวหนัง ปาก และฟัน จากการไอ จาม อาเจียน ถ่ายเหลว ปัสสาวะ อุจจาระปนเลือด เพื่อจะได้แก้ไขอาการรุนแรงได้ทันเวลาที่
- 2.5.5 แนะนำให้หลีกเลี่ยงการอยู่ในชุมชน หรือใกล้ชิดผู้ที่เป็นหวัด
- 2.5.6 แนะนำการรักษาความสะอาดของร่างกายทุกระบบ
- 2.5.7 ติดตามผลการตรวจนับเม็ดเลือดและความเข้มข้นของเลือดและรายงานแพทย์เมื่อมีค่าผิดปกติ
- 2.5.8 ดูแลผู้ป่วยในกรณีที่ต้องได้รับเลือด
- 2.5.9 การตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง
- 2.5.10 จัดสภาพแวดล้อมให้สะอาด อากาศถ่ายเทได้สะดวก
- 2.5.11 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยทุก 1 - 2 สัปดาห์

3. การพยาบาลผู้ป่วยหลังรับการรักษาด้วยการฉายรังสี

หลังการฉายรังสีครบพยาบาลต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการดูแลตนเอง วิธีการลดอาการข้างเคียงและอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ ดังนี้

- 3.1 การดูแลผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีเช่นเดียวกันกับขณะฉายรังสีต่ออีก 4 – 6 สัปดาห์
- 3.2 แนะนำรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ดื่มน้ำมาก ๆ วันละ 2 – 3 ลิตร พักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายไม่หักโหม เช่น การเดิน ทำงานบ้าน
- 3.3 แนะนำให้ผู้ป่วยอยู่ในที่อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่อยู่ในสถานที่แออัด
- 3.4 แนะนำให้สังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ เช่น มีไข้สูง มีเลือดออกผิดปกติ การคลำพบก้อนตามอวัยวะต่าง ๆ มีคลื่นไส้อาเจียน อ่อนเพลียมาก รับประทานอาหารไม่ได้
- 3.5 แนะนำให้มาตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ

ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับรังสีรักษา

ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับรังสีรักษา อาการที่มักพบบริเวณที่ฉายรังสี ได้แก่ (ยูพิน เพียร์มงคล, 2553)

1. การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง

ผิวหนังบริเวณฉายรังสีแดง คล้ำ แห้ง เป็นขุย หรืออาจมีอาการคันได้และหากได้รับการดูแลไม่ถูกต้องจะแตกเป็นแผลได้ นอกจากนั้นผมหรือขนเฉพาะบริเวณฉายรังสีจะหลุดร่วงได้ การเปลี่ยนแปลงนี้จะค่อย ๆ กลับสู่สภาพเดิม หลังจากฉายรังสีครบแล้ว การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังจากการได้รับรังสีมีระยะต่าง ๆ ดังนี้

ระยะที่ 1 เกิดภายใน 2 -3 วันแรกหลังจากฉายรังสี ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกปวดแสบ ปวดร้อน หรือบวมบริเวณที่ได้รับรังสีเพราะรังสีจะให้ผลคล้าย ๆ กับพลังงานความร้อน ทำให้ผิวหนังในส่วนนั้นมีอาการคล้ายถูกความร้อนจากน้ำร้อนลวก หรือไฟไหม้ แต่จะไม่รุนแรงหากได้รับปริมาณรังสี 1,000 – 2,000 เซนติเกรย์ อาจพบอาการผื่นแดงที่ผิวหนังที่เรียกว่าเกิด Erythematous change ซึ่งจะค่อย ๆ หายไปเองภายใน 2 – 3 วัน

ระยะที่ 2 ผิวหนังมีสีคล้ำขึ้น Hyperpigmentation เนื่องจากได้รับปริมาณรังสีสูงขึ้นถึงระดับมากกว่า 4,000 เซนติเกรย์ มีผลกระตุ้นเซลล์ Melanocyte ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการสังเคราะห์

Melanin เป็นรงควัตถุสีดำของผิวหนัง เซลล์ Melanocyte พบอยู่ระหว่างชั้นหนังกำพร้าและชั้นหนังแท้ เซลล์เหล่านี้จะส่ง Melanin ไปยัง Basal อันเป็นกลุ่มเซลล์ซึ่งมีการเคลื่อนที่ไปทดแทนเซลล์ที่หลุดออกไป ทำให้ผิวหนังบริเวณนั้นมีสีดำคล้ำมากขึ้น และพบจุดดำเล็ก ๆ กระจายตามบริเวณรูขุมขนซึ่งเป็นส่วนที่ไวต่อรังสีมากกว่าส่วนอื่น

ระยะที่ 3 ผิวหนังแห้งหลุดลอกเป็นสะเก็ด Dry desquamation พบเนื่องจากการสูญเสียหน้าที่ของต่อมเหงื่อ และต่อมไขมัน ผิวหนังชั้นบนสุดปราศจากแผ่นฟิล์มที่จะปกป้องโดยธรรมชาติ ทำให้ร่างกายสูญเสียน้ำขาดความชุ่มชื้น มีการยับยั้งการแบ่งตัวและการเคลื่อนที่ของกลุ่มเซลล์รอบนอกที่มีผลต่อการสร้างเซลล์มาปกคลุมแทนส่วนที่หลุดลอกออกไป Dry desquamation จะเกิดเมื่อได้รับปริมาณรังสีสูงกว่า 5,000 เซนติเกรย์

ระยะที่ 4 ผิวหนังแตกเป็นแผลเปื่อย Moist desquamation คล้ายแผลน้ำร้อนลวกหรือไฟไหม้ เนื่องจากอัตราการสร้างเซลล์ใหม่น้อยกว่าอัตราการสูญเสียของเซลล์เก่า ผิวหนังจะแห้งและแตกปริ ทำให้สูญเสียการป้องกันโดยธรรมชาติ (Natural barrier) ประกอบกับการให้การดูแล Dry desquamation ไม่ดีพอจึงเปิดโอกาสให้จุลชีพต่าง ๆ จากภายนอกเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายเกิดการติดเชื้อทำให้แผลหายช้า และต้องหยุดการฉายรังสีจนกว่าแผลจะหายเนื่องจากรังสีที่ใช้รักษาเป็น ionizing radiation ซึ่งจะเกิดปฏิกิริยาสูงขึ้นถ้ามีความชื้น

การปฏิบัติตัว

1.1 ห้ามเช็ด ล้าง หรือลบรอยหมึกที่แพทย์ขีดไว้ เนื่องจากรอยหมึกจะเป็นบริเวณที่แพทย์คำนวณไว้เพื่อให้ฉายรังสีได้ตรงกับบริเวณที่เป็นโรค แต่หากบริเวณนี้โดนน้ำโดยบังเอิญให้ใช้ผ้าซับเบา ๆ ได้

1.2 ห้ามนำครีม น้ำมัน แป้ง หรือสิ่งอื่น ๆ ทาบริเวณที่ฉายแสง นอกจากรังสีแพทย์จะแนะนำให้ใช้

1.3 หลีกเลียงจากแสงแดดจัด ๆ เนื่องจากจะทำให้ผิวหนังอักเสบ และรู้สึกแสบร้อนได้

1.4 เมื่อฉายแสงครบแล้ว ควรดูแลผิวหนังเหมือนขณะฉายแสงต่อไปอีกระยะเวลาประมาณ 10 วัน หรือจนกว่าผิวหนังที่เป็นแผลจะหายดีแล้ว

1.5 หลีกเลียงการแกะ เกา เพราะจะทำให้เกิดแผลได้ง่ายขึ้น หากมีอาการคันให้ใช้มือลูบเบา ๆ และให้ใช้แป้งข้าวโพดทา และหากมีแผลควรปรึกษาแพทย์ หรือพยาบาลเฉพาะทางออสโตมีและดูแลบาดแผล

2. อาการอ่อนเพลีย

อาการอ่อนเพลียอาจเกิดขึ้นได้ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งผิดปกติ อีกทั้งอาจเกิดจากผู้ป่วยรับประทานได้น้อยลงและอาจเดินทางมาไกลทุก ๆ วันจึงทำให้อ่อนเพลียได้ การปฏิบัติตัวพักผ่อนให้เพียงพอ ปรับการทำงานหรือการออกแรงให้เหมาะสม โดยการทำให้แล้วไม่รู้สึกเหนื่อยหรือเพลียเพิ่ม เวลานอนพักผ่อนกลางวัน วันละ 2 – 3 ชั่วโมง

3. อาการเบื่ออาหาร

ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากอาการข้างเคียงของการฉายแสง และเกิดจากการที่มีกิจกรรมหรือทำงานลดลงในระหว่างการฉายแสง ประกอบกับมีการเปลี่ยนแปลงการรับรสอาหาร หรืออาจเกิดจากความเครียด ซึมเศร้า วิดกกังวล จึงทำให้ไม่อยากรับประทานอาหาร

การปฏิบัติตัว

3.1 ควรพยายามรับประทานอาหารให้ได้เต็มที่ โดยเฉพาะในระยะแรกของการได้รับรังสีรักษา เนื่องจากจะยังไม่มีอาการเบื่ออาหารมากนัก

3.2 ให้รับประทานอาหารที่ชอบ

3.3 รับประทานอาหารครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อย ๆ ครั้ง และรับประทานอาหารร่วมกับสมาชิกในครอบครัว

3.4 ออกกำลังกายเบา ๆ Active and Passive exercise ประมาณ 5 – 10 นาที ก่อนอาหารครึ่งชั่วโมง

3.5 พยายามดื่มเครื่องดื่มประเภทนม โยเกิร์ต น้ำเต้าหู้ หรือนมถั่วเหลือง เป็นต้น ซึ่งเป็นเครื่องดื่มที่ให้พลังงานและมีประโยชน์ แต่หากยังรับประทานได้น้อยมาก หรือน้ำหนักลดลงมากควรปรึกษาแพทย์

4. ความต้านทานโรคต่ำ ซีด เลือดออกง่าย

เป็นผลจากไขกระดูกที่ทำหน้าที่สร้างเม็ดเลือดถูกกดจากรังสี หรือยาเคมีบำบัดที่เคยให้ ร่วมกับการฉายรังสีในผู้ป่วยบางราย ทำให้เม็ดเลือดขาวซึ่งมีหน้าที่ต้านเชื้อโรคลดจำนวนลง ผู้ป่วยจึงติดเชื้อได้ง่าย อาการเหล่านี้จะดีขึ้นเมื่อหยุดการฉายรังสีชั่วคราว

การปฏิบัติตัว

4.1 หลีกเลี่ยงการเข้าใกล้หรือคลุกคลีกับบุคคลที่ติดเชื้อ

4.2 ไม่ควรอยู่ในที่แออัดหรือมีคนมาก ๆ

4.3 รักษาความสะอาดของร่างกาย รวมทั้งภาชนะที่ใส่อาหาร

4.4 รับประทานอาหารที่ต้มสุกแล้ว

4.5 รับประทานอาหารที่ช่วยบำรุงเลือด เช่น เนื้อสัตว์ ไข่แดง ผักใบเขียว

4.6 หากมีไข้ตัวร้อน ท้องเสีย ควรแจ้งแพทย์โดยเร็ว

ผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ

1. ด้านตัวผู้ป่วย

ผู้ป่วยจะรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับความรุนแรงจากโรคและผลที่เกิดจากการรักษา ผู้ป่วยจะกลัวว่าจะรักษาไม่หาย ต้องตาย กลัวว่าการรักษาด้วยรังสีเป็นหนทางสุดท้ายของการรักษา กลัวอาการแพ้แสง กลัวว่ารังสีจะทำให้มะเร็งกำเริบมากขึ้น ไม่กล้าติดต่อสังสรรค์กับคนอื่น รู้สึกไม่มั่นใจในตนเอง ความรู้สึกภาคภูมิใจในตัวเองลดลง

2. ด้านบทบาทหน้าที่

ในระหว่างที่ผู้ป่วยมีอาการปวดและขาอ่อนแรง ผู้ป่วยต้องลาออกจากงานเพื่อมารับการรักษาด้วยการฉายรังสี ส่งผลต่อเศรษฐกิจของครอบครัวทำให้รายรับลดลงรายจ่ายที่เพิ่มขึ้น ขณะที่ฉายรังสีจะมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอกจากนี้สภาพความทรุดโทรมทั้งทางร่างกายและจิตใจทำให้ผู้ป่วยต้องละเว้นการติดต่อสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านหรือสังคมที่คุ้นเคย ผู้ป่วยจะรู้สึกถูกแยกออกจากสังคม โดดเดี่ยว รู้สึกสูญเสียอำนาจในสังคม

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

ในปัจจุบันแนวคิดในการดูแลผู้ป่วย คือ การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic care) พยาบาลควรมีความรู้พื้นฐานในการประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับยาเคมีบำบัด กลไกการออกฤทธิ์ และผลข้างเคียงของยา วิธีการบริหารยาเคมีบำบัดอย่างปลอดภัยตลอดจนการพยาบาลเมื่อเกิดจากผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดอย่างถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้ พยาบาลยังต้องวางแผนการพยาบาลและปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลควบคู่กันอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีเหมาะสมตามแต่ละบุคคล ดังนี้

1. การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนได้รับยาเคมีบำบัด

การดูแลผู้ป่วยระยะนี้ เป็นการแจ้งผลการวินิจฉัยแก่ผู้ป่วยและญาติใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงแนวทางการรักษา ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการรักษา ผลดีและผลเสียของการรักษา รวมทั้งประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนรับยาเคมีบำบัด (ชวนพิศ นรเดชานนท์, 2547)

1.1 การประเมินผลทางห้องปฏิบัติการ เช่น Complete blood count, BUN, Creatinine, SGOT, SGPT, Alkaline phosphatase, Albumin, Total protein เป็นต้น

1.2 การประเมินการทำงานของหัวใจ (EKG) ในกรณีที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีผลต่อหัวใจ เช่น Doxorubicin เป็นต้น

1.3 การประเมินสมรรถนะทางกายของผู้ป่วย (Performance status) หากผู้ป่วยมีสมรรถนะทางกายไม่ดี ผู้ป่วยอาจไม่สามารถทนต่อการรักษาและผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดได้ เครื่องมือที่นิยมใช้ในการประเมิน ได้แก่ Karnofsky Scale หรือ Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)

1.4 การประเมินความเสี่ยง ได้แก่ อายุ เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุอาจมีผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด นอกจากนี้ยังต้องประเมินประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งชนิดอื่น ๆ และโรคประจำตัวตลอดจนประวัติการรักษาโรคของผู้ป่วยอีกด้วย

1.5 การประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยก่อนให้ข้อมูล การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในด้านต่างๆ

1.6 การประเมินปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ เศรษฐฐานะ แบบแผนการดำเนินชีวิต ศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

1.7 การประเมินด้านจิตสังคม เป็นสิ่งสำคัญในการวางแผนการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อสถานะของโรค กระทบต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วย การสูญเสียบทบาทหน้าที่หรือสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัว ปัญหาทางการเงิน รวมทั้งการขาดผู้ดูแลขณะเจ็บป่วยอีกด้วย

1.8 การประเมินด้านจิตวิญญาณ โดยประเมินจากวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ความเชื่อ ความคาดหวังต่อการหายจากโรค และการให้คุณค่ากับตนเองยามเจ็บป่วย เป็นต้น

2. การพยาบาลผู้ป่วยขณะได้รับยาเคมีบำบัด

การบริหารยาเคมีบำบัดต้องทำอย่างระมัดระวัง เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากยาเคมีบำบัดทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ซึ่งในที่นี้คือ พยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วย รวมถึงการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัดและการแก้ไขปัญหาฉุกเฉิน ได้แก่ (เพลินพิศ ธรรมนิภา, 2558)

2.1 ตรวจสอบความถูกต้องของชนิด ขนาด และวิธีบริหารยาเคมีบำบัดให้ตรงกับคำสั่งการรักษา การบริหารยาก่อนได้รับยาเคมี

2.2 จัดเตรียมยาฉุกเฉินและอุปกรณ์จำเป็นที่พร้อมใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการแพ้ยา (Anaphylactic shock) หรือมีภูมิไวเกิน (Hypersensitivity) จากการได้รับยาเคมีบำบัด

2.3 จัดเตรียม Spill kit สำหรับกำจัดขยะเคมีบำบัดที่อาจหกหรือตกแตกขณะบริหารยาได้อย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันการฟุ้งกระจายของสารเคมีและการสัมผัสยาโดยตรง

2.4 ผู้บริหารยาควรสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันสารเคมี เช่น ถุงมือ แว่นตา ผ้าปิดปากและจมูก เสื้อกาวน์ เพื่อป้องกันอันตรายจากการสัมผัสหรือสูดดมยาเคมีบำบัดในขณะบริหารยา

2.5 ตรวจสอบคำสั่งการรักษา ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย HN ชื่อยา ขนาด จำนวน วิธีการบริหารยา ระยะเวลาที่ให้ยาโดยพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 2 คน เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น

2.6 เลือกเส้นเลือดที่เหมาะสมแก่การให้ยา พร้อมเข็มที่ใช้อย่างเหมาะสม โดยเลือกจากบริเวณส่วนปลายก่อน หลีกเลี่ยงการให้ยาบริเวณข้อและหลังมือ

2.7 บริหารยาเคมีตามขั้นตอน โดยใช้หลักปราศจากเชื้อ (Universal precaution technique) ผ่านเครื่องกำหนดจำนวนหยด (Infusion pump) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดตรงตามแผนการรักษา

2.8 แนะนำผู้ป่วยให้ระมัดระวังการเคลื่อนไหวบริเวณที่แทงเข็ม ในขณะให้ยาเคมีบำบัด ไม่ควรขยับแขนหรือยกแขนขึ้นบ่อย ๆ เพื่อป้องกันเข็มทะลุออกนอกเส้นเลือด ทำให้ยารั่วซึมออกมาได้

2.9 ฝ้าสังเกตอาการผิดปกติในช่วง ๑๕ นาทีแรกหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด เพราะอาจเกิดอาการแพ้ยาได้ และประเมินตำแหน่งที่ให้ยามีการรั่วซึมของยาออกนอกเส้นเลือด

2.10 บันทึกข้อมูลการให้ยา ลงลายมือผู้ให้ยา วัน เวลาที่ให้ เพื่อการตรวจสอบภายหลังตลอดจนอาการของผู้ป่วยหลังได้รับยาเคมีบำบัด

3. การพยาบาลหลังการบริหารยาเคมีบำบัด

3.1 ดึงเข็มออกอย่างระมัดระวังและกดไว้สักครู่ด้วยสำลีแห้ง จนกระทั่งเลือดหยุด

3.2 ลงบันทึกชนิด ขนาดของยา ตำแหน่งที่เปิดเส้นเลือดดำในแต่ละครั้ง เพื่อติดตามประเมินผลครั้งต่อไป

3.3 ลงบันทึกอย่างละเอียด ถึงลักษณะอาการขณะได้รับยาเคมีบำบัด หรือการพยาบาลในกรณีที่มียารั่วออกนอกเส้นเลือด

3.4 ให้คำแนะนำในการดูแลบริเวณให้ยาเคมีหรือรั่วออกนอกเส้นเลือดดำ

3.5 เขียนบัตรนัดมาตรวจครั้งต่อไปและแนะนำขั้นตอนการมารับบริการ

4. การพยาบาลเพื่อป้องกันและลดอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด

ยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่เมื่อเข้าสู่กระแสเลือดและออกฤทธิ์ทำลายเซลล์มะเร็ง ซึ่งมีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็วทั้งเซลล์ปกติและเซลล์ที่ผิดปกติ ได้แก่ เซลล์ไขกระดูก เซลล์เยื่อบุทางเดินอาหาร รากผม เซลล์มะเร็ง เป็นต้น ผลกระทบนี้ก่อให้เกิดอาการข้างเคียงในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งพยาบาลต้องช่วยดูแลให้การพยาบาลดังต่อไปนี้

4.1 ผลข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal toxicity) ได้แก่

4.1.1 เบื่ออาหาร (Anorexia) การพยาบาลที่ให้

- แบ่งอาหารรับประทาน โดยรับประทานครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้งขึ้น
 - ออกกำลังกายเบา ๆ 5-10 นาทีก่อนรับประทานอาหารเพื่อเพิ่มความอยากอาหาร

- ดูแลความสะอาดของปากและฟัน ช่วยทำให้การรับประทานอาหารดีขึ้น

4.1.2 คลื่นไส้ อาเจียน (Nausea & Vomiting) การพยาบาลที่ให้

- รับประทานยาป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน ก่อนให้ยาเคมีบำบัดและก่อนรับประทานอาหาร 30 นาที - 1 ชั่วโมง หรือตามแผนการรักษาของแพทย์

- รับประทานอาหารอ่อน ๆ และหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสจัด อาหารที่เพิ่มแก๊สและมีแอลกอฮอล์

- รับประทานอาหารครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้งขึ้น โดยแบ่งรับประทานวันละ 5-6 ครั้ง

- รับประทานอาหารช้า ๆ เคี้ยวให้ละเอียด

- รับประทานอาหารที่ย่อยง่ายและดูดซึมได้เร็ว เพื่อไม่ให้อาหารค้างอยู่ในกระเพาะเป็นเวลานาน

- บรรเทาอาการโดยการดื่มเครื่องดื่มที่มีรสเปรี้ยว เช่น น้ำมะนาว น้ำส้ม

- ประเมินความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน

- ประเมินภาวะทางโภชนาการของผู้ป่วย โดยการชั่งน้ำหนักสัปดาห์ละครั้ง

- จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด อากาศถ่ายเทได้สะดวก เพื่อความสบายของผู้ป่วย

ผู้ป่วย

- ดื่มน้ำมาก ๆ เช่น น้ำสะอาด น้ำชุป น้ำผลไม้ อย่างน้อยวันละ 2,500 - 3,000 ซีซี เพื่อป้องกันการขาดน้ำ

4.1.3 เยื่อช่องปากอักเสบ (Stomatitis) และหลอดอาหารอักเสบ (Esophagitis)

เนื่องจากยาเคมีบำบัดทำลายเซลล์เยื่อและรบกวนการเจริญเติบโตของเซลล์เยื่อทำให้เจ็บปวดและมีแผลเลือดออกได้ ซึ่งจะเกิดการติดเชื้อตามมา การเคี้ยวและการกลืนอาหารลำบาก อาจเกิดขึ้นได้หลังได้รับยา 5-7 วัน การให้การพยาบาล

- สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงภายในช่องปากอย่างใกล้ชิด

- ทำความสะอาดปากและฟัน โดยใช้แปรงขนนุ่ม และยาสีฟันชนิดอ่อน

- บ้วนปากด้วยน้ำสะอาดทุก 1-2 ชั่วโมง หรือ Baking soda 1 ช้อนโต๊ะ ผสมเกลือ 1 ช้อนชา ผสมในน้ำ 1,000 ซีซี อมบ้วนปากทุก 4 ชั่วโมง

- ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ ๒,๕๐๐ - ๓,๐๐๐ ซีซี

- หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด แห็ง ร้อนจัด หรือเย็นจัด

- ประเมินภาวะการติดเชื้อ รายงานแพทย์เมื่อมีอาการแสดงของการติดเชื้อ

4.1.4 ท้องเสีย (Diarrhea) เนื่องจาก Epithelium cell ในระบบทางเดินอาหารถูกทำลาย

มีการฟอของเนื้อเยื่อบุลำไส้เล็ก การย่อยการดูดซึมเกิดขึ้นไม่เต็มที่ การพยาบาลที่ให้

- รับประทานอาหารอ่อนและย่อยง่าย สุก สะอาด และปรุงสุกเสร็จใหม่ ๆ

- หลีกเลี่ยงอาหารที่มีกากใยมาก หลีกเลี่ยงการดื่มนมสด และผลิตภัณฑ์จากนมหรืออาหารที่ระคายเคืองต่อทางเดินอาหาร

- ล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหารทุกครั้ง
- สังเกตอาการหากมีอาการท้องเสียให้แจ้งแพทย์ทราบ

4.1.5 ท้องผูก (Constipation) ยาเคมีจะมีผลต่อระบบประสาทและกล้ามเนื้อเรียบ ทำให้ลดการบีบตัวของลำไส้ การพยาบาลที่ให้

- ดื่มน้ำมาก ๆ 2,500 - 3,000 ซีซี/วัน
- รับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก และผลไม้
- ออกกำลังกาย เคลื่อนไหวร่างกายเพื่อช่วยกระตุ้นให้ลำไส้เคลื่อนไหวดีขึ้น
- ดื่มน้ำส้ม น้ำลูกพรุน เพื่อช่วยระบาย
- ใช้น้ำยาระบายช่วยกรณีอาการท้องผูกอย่างรุนแรง

4.2 ผลต่อระบบโลหิต ยาเคมีบำบัดจะกดการทำงานของไขกระดูกมักเกิดในระยะ 7 - 14 วัน ภายหลังได้รับยา มีผลต่อการสร้างเม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดง และเกล็ดเลือด ทำให้ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต่ำ โลหิตจางและอาจมีภาวะเลือดออกง่าย

4.2.1 ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Neutropenia) พบได้หลังให้ยาเคมีบำบัด 7 - 14 วัน และกลับคืนสู่ภาวะปกติภายใน 4 สัปดาห์ เป็นภาวะที่ร่างกายมีปริมาณเม็ดเลือดขาวต่ำ เสี่ยงต่อการติดเชื้อในทุกระบบของร่างกาย การพยาบาลที่ให้

- แนะนำการรับประทานอาหารสุก สะอาด และปรุงเสร็จใหม่ๆ และงดผัก สด ผลไม้สด หรืออาหารที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่วงเม็ดเลือดขาวต่ำ

- ล้างมือก่อนสัมผัสผู้ป่วยทุกครั้ง

- แนะนำดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย ผิวหนัง เยื่อบุต่าง ๆ ให้สะอาด ไม่อับชื้น และป้องกันการทำให้เกิดบาดแผล

- แนะนำให้หลีกเลี่ยงผู้ติดเชื้อต่าง ๆ หรือผู้ที่ป่วยเป็นโรคติดต่อ
- แนะนำให้หลีกเลี่ยงที่ชุมชน หรือสถานที่สกปรก
- จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก
- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างน้อยวันละ 2,500 - 3,000 ซีซี
- ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอวันละ 8 - 10 ชั่วโมง
- ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อและประเมินอาการแสดงของการติดเชื้อ
- ในผู้ป่วยที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ Neutrophil ต่ำกว่า 1,000 เซลล์/มม³

หลีกเลี่ยงการรับประทานผักสด ผลไม้สด นมสด งดการเย็บมดด้วยดอกไม้สด และควรจัดแยกผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และติดตามผล Complete blood count ทุกวัน

4.2.2 เกล็ดเลือดต่ำ (Thrombocytopenia) อาจเกิดภายใน ๒ สัปดาห์ หลังได้รับยาเคมีบำบัด การพยาบาลที่ให้

- หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เป็นอันตรายต่อผิวหนัง ร่างกาย
- สังเกตภาวะเลือดออกได้ง่าย เช่น มีจุดหรือจ้ำเลือด ตามผิวหนังเลือดออกตามไรฟัน ถ่ายอุจจาระสีดํา เป็นต้น

- ติดตามผลการตรวจนับเม็ดเลือด ถ้าเกล็ดเลือดต่ำกว่า 50,000 เซลล์/มม³ จะทำให้เลือดออกได้ง่าย

- ให้อนพักบนเตียงและทำกิจกรรมให้น้อยที่สุด
- ระวังระวังการตกเลือดในช่องท้อง หรืออวัยวะภายใน หรือในสมองโดยหมั่นตรวจสอบสัญญาณชีพ อาการปวดในช่องท้อง ระดับความรู้สึก

- กรณีมีเลือดออก ให้ใช้ผ้าก๊อสดบริเวณที่เลือดออกจนกว่าจะหยุด
- ถ้ามีเลือดกำเดาไหล จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง ใช้น้ำแข็งประคบบริเวณจมูก

- ในรายที่มีเลือดออกตามไรฟัน หลีกเลี้ยงการใช้ไหมขัดฟัน ควรใช้ไม้ฟันสาลีเช็ดเบา ๆ ให้ผู้ป่วยบ้วนปากและจิบน้ำบ่อย ๆ อย่างน้อยทุก 1 - 2 ชั่วโมง

4.2.3 ภาวะโลหิตจาง (Anemia) จำนวนเม็ดเลือดแดงที่ลดลงจากการถูกทำลาย ด้วยยาเคมีบำบัดโดยตรงหรือจากการกดไขกระดูก ทำให้สร้างเม็ดเลือดแดงได้ น้อยลง ประกอบกับผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย การพยาบาลที่ให้

- จำกัดกิจกรรมผู้ป่วยให้น้อยลง พักผ่อนให้มากขึ้น มีกิจวัตรประจำวันเท่าที่จำเป็นเพื่อลดปริมาณการใช้ O₂ ภายในร่างกาย

- รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กและแคลอรีสูง เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

- ดื่มน้ำวันละ 2,500 - 3,000 ซีซี
- ประเมินภาวะโลหิตจาง เช่น ซีดี มีนง ติดตามผลการตรวจนับเม็ดเลือดแดง ถ้าต่ำกว่า 10 กรัม% รายงานให้แพทย์ทราบ

- ดูแลให้ได้รับยา หรือเลือดทดแทนตามแผนการรักษาของแพทย์
4.3 ผลต่อระบบประสาท (Neurotoxicity) จะทำให้เกิดอาการชาปลายมือ ปลายเท้า อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ การพยาบาลที่ให้

- อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจอาการที่เกิดขึ้น อาการจะเป็นชั่วคราว จะค่อย ๆ ดีขึ้นเมื่อหยุดยา

- อนุญาตบริเวณที่ชาอย่างสม่ำเสมอ
- ให้ผู้ป่วยออกกำลังกายด้วยตนเอง โดยยกแขนขึ้นลง เขยียดแขนและขา หมุนสะบัดปลายมือ ปลายเท้าบ่อยครั้ง

- ระวังการเกิดอุบัติเหตุ โดยเฉพาะบริเวณที่ชา เช่น การสัมผัสของที่ร้อนหรือเย็นจัด
- สังเกตและบันทึกอาการความรุนแรงของการชาและปลายประสาทอักเสบ

4.4 ผลต่อผิวหนัง ทำให้ผิวแห้งและคัน (Dry skin) เกิดการอักเสบ (Dermatitis) มีผื่น (Rash) ผิวสีคล้ำขึ้น (Hyperpigmentation) และมีความไวต่อแสงแดด (Photosensitivity) มีความรู้สึกร้อนทั่วร่างกายขณะให้ยา ผิวหนังหนาขึ้น (Hyperkeratosis) บริเวณมือ เท้า และใบหน้า การพยาบาลที่ให้

- อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า เป็นผลข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นได้ชั่วคราว
- ตัดเล็บให้สั้น ตะไบเล็บอย่าให้คม

- ใช้สบู่อ่อน ๆ ฟอกตัว และใช้ครีมหรือโลชั่นทาผิวแห้ง เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้น
- หลีกเลี่ยงแสงแดด โดยสวมเสื้อแขนยาว หมวก หรือกางร่ม

4.5 ผมร่วง (Alopecia) เนื่องจากยาเคมีบำบัดมีผลทำลายเซลล์รากผม มักเกิดหลังจากให้ยาแล้วประมาณ ๓ สัปดาห์ การพยาบาลที่ให้คือ

- อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า เป็นผลข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นชั่วคราว และจะขึ้นมาหลังจากหยุดยาเคมี

- แนะนำให้ผู้ป่วยตัดผมสั้น ไม่ควรสระผมบ่อย ๆ ใช้ยาสระผมชนิดอ่อน ๆ ไม่ใช้ยาย้อมผม และใช้แปรงซี่ห่าง ๆ สำหรับหวีผม

- แนะนำให้ใช้ผมปลอม หมวก หรือผ้าโพกศีรษะ

4.6 ผลข้างเคียงต่อระบบปัสสาวะ เช่น Cisplatin เป็นพิษต่อไต Cyclophosphamide อาจทำให้กระเพาะปัสสาวะอักเสบ หรือปัสสาวะเป็นเลือดได้ Gemcitabine ทำให้ขาปลายมือปลายเท้า ปวดศีรษะได้ นอกจากนี้ เซลล์มะเร็งที่ถูก ทำลายด้วยยา ทำให้เกิดกรดยูริกในเลือดสูง และตกผลึกในท่อไต เกิดไตวายได้ การพยาบาลที่ให้คือ

- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 2,500 - 3,000 ซีซี

- แนะนำให้รับประทานยา Cyclophosphamide ในตอนเช้า ไม่ควรรับประทานก่อนนอน ซึ่งจะทำให้ยากตกค้างในกระเพาะปัสสาวะนาน

- ติดตามผลการทำงานของไตก่อนได้รับยาเคมีทุกครั้ง โดยเฉพาะ Cisplatin ซึ่งมีพิษต่อไต

- ดูแลให้ได้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาก่อนให้ยาเคมีบำบัด โดยเฉพาะยาที่มีพิษต่อไต

- จัดบันทึก Intake-Output ในรอบ 24 ชั่วโมง เพื่อดูความสมดุลของน้ำ
- สังเกตสีและกลิ่นปัสสาวะ หากผิดปกติรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาต่อไป
- ควรเพิ่มความระมัดระวังเมื่อใช้ของมีคมหรือหยิบจับของร้อนหรือเย็นมาก

4.7 ผลข้างเคียงต่อระบบสืบพันธุ์ ในเพศหญิงจะทำให้ประจำเดือนมาไม่ปกติหรือขาดหายไป ในเพศชายจะทำให้เป็นหมันชั่วคราว การเคลื่อนไหวกของสเปิร์มลดลง การเปลี่ยนแปลงนี้มักจะหายไปหลังจากหยุดยา 18 - 24 เดือน การพยาบาลที่ให้ 8nv

- อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบก่อนให้ยา

- แนะนำให้คุมกำเนิดในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด

- ในเพศชายบางรายอาจนำสเปิร์มไปฝากไว้ในธนาคารสเปิร์ม เพื่อให้สามารถมีบุตรได้ภายหลังหายจากโรคมะเร็งแล้ว

4.8 ผลข้างเคียงต่อปอด (lung toxicity) ยาเคมีบางตัวอาจทำให้เกิด Pulmonary fibrosis ได้ เกิดอาการหายใจลำบาก การพยาบาลที่ให้

- สังเกตอาการ เช่น ไอแห้งโดยไม่มีเสมหะ เหนื่อยง่าย อาจเป็นอาการของ Pulmonary fibrosis

- ให้ผู้ป่วยนอนพัก กรณีหายใจเหนื่อยหอบ ให้ O₂

4.9 พิษต่อตับ (Liver Toxicity) มีการเปลี่ยนแปลงของเอนไซม์ที่ตับ ทำให้ระดับของ SGOT, SGPT เพิ่มขึ้น การพยาบาลที่ให้

- สังเกตอาการตาและตัวเหลือง (Jaundice) อาการแน่นท้อง ท้องอืด
- ติดตามผลการตรวจ SGOT, SGPT อย่างสม่ำเสมอ
- กระตุ้นให้ดื่มน้ำวันละ 2,500 - 3,000 ซีซี
- ลดอาหารจำพวกไขมัน

5. การพยาบาลด้านจิตใจและสังคม

ผู้ป่วยที่ทราบว่า เป็นมะเร็ง จะเกิดความวิตกกังวลมาก กลัวความตาย กลัวการรักษาของแพทย์ กลัวอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด กลัวสูญเสียภาพลักษณ์ ดังนั้นพยาบาลนอกจากจะดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยทางด้านร่างกายแล้ว จะต้องดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วยให้มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถช่วยคลายความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ โดยให้การพยาบาล ดังนี้

- พยาบาลควรมีเวลาพูดคุย อธิบายถึงข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา ขั้นตอนการรักษา การปฏิบัติตัวระหว่างรับการรักษา รวมทั้งการช่วยเหลือของแพทย์ พยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัย การตอบข้อสงสัยที่ถูกต้องและเหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา สามารถวางแผนค่าใช้จ่าย การลา งาน
- ปัญหาด้านภาพลักษณ์ของผู้ป่วย เช่น ผมร่วง ผอมซีด ผิวหนังมีสีเปลี่ยนแปลง พยาบาลต้องให้คำแนะนำ ปลอบโยน ให้กำลังใจ เช่น แนะนำการใช้ผมปลอม สวมหมวก เป็นต้น
- สัมผัสผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล และเห็นคุณค่าของมนุษย์ พุดจาไพเราะ ไม่ตำหนิดูต่ำผู้ป่วย ดูแลให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล
- ควรยึดหยุ่นกฎระเบียบภายในโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยเด็กควรจะให้บิดา หรือมารดา มาเฝ้าระหว่างได้รับยาเคมี หรือผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยควรให้ญาติมาเฝ้าดูแลอาการตามต้องการ
- ขณะฉีดยาเคมีบำบัด ควรซักถามอาการเป็นระยะ ๆ เช่น รู้สึกปวดแสบ ปวดร้อน บริเวณที่ฉีดยา รู้สึกคลื่นไส้ อาเจียนหรือไม่ และเตรียมอุปกรณ์รองรับ เตรียมกระดาษชำระและน้ำ บ้วนปาก
- แนะนำแหล่งสถานบริการที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินขณะ อยู่ที่บ้าน และหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อกับโรงพยาบาลได้
- แนะนำการทำบัตรสวัสดิการที่ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สถานที่ติดต่อทำบัตร การให้บริการที่ถูกขั้นตอน
- ให้คำปรึกษาในด้านอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยและญาติต้องการขอรับการปรึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย

ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจะพบว่า การดูแลจะเปลี่ยนการรักษาที่สามารถจัดการ ด้วยวิธีการทางการแพทย์ มาเป็นการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ทำให้บทบาทของ

ทีมผู้ดูแลมีมากขึ้น โดยมีแกนหลักที่สำคัญคือ พยาบาล เพราะพยาบาลเป็นผู้ที่ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จึงทำให้รับทราบปัญหา ความต้องการต่าง ๆ ของผู้ป่วยและญาติ พยาบาลต้องเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการประเมินปัญหาให้การดูแล รวมทั้งต้องเข้าใจถึงชีวิตและความตาย ทำอย่างไรที่จะทำให้ความตายของมนุษย์คนหนึ่งมีคุณค่า สมเกียรติภูมิของความเป็นมนุษย์ เข้าใจสิ่งรอบตัวและปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งความเชื่อทางศาสนา ประสบการณ์การเจ็บป่วย ระยะเวลาการเจ็บป่วย สภาพครอบครัว สังคม อายุ เพศ สิ่งเหล่านี้ เป็นตัวแปรที่มีผลต่อการรับรู้ต่อการเผชิญกับความตายอย่างมาก

ในมิติของการดูแล บทบาทของพยาบาลนั้นจะต้องมีบทบาทและมีมิติการดูแลในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย โดยควรคำนึงถึงมิติการดูแลดังนี้ (ดวงพร สีจร, 2552)

1. การให้คุณค่า เป็นการให้คุณค่าต้องเริ่มต้นขึ้นทันที บทบาทหน้าที่เมื่อจะต้องเปลี่ยนวิธีการรักษามาเป็นการประคับประคอง ต้องให้คุณค่าความสำคัญต่อผู้ป่วยว่าเขามีความแข็งแรง (Strengths) มีพลังอำนาจในจิตใจที่จะต่อสู้ และเผชิญกับความตาย ความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน

2. การติดต่อสัมพันธ์ พยาบาลควรจัดให้มีการติดต่อกันระหว่าง ผู้ป่วย ครอบครัว และทีมผู้ดูแล ในการที่จะวางแผนร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยพยาบาลต้องมีทักษะในการติดต่อสื่อสาร เพราะเป็นผู้ที่ต้องประสานงานกับทุก ๆ ฝ่าย หรืออีกนัยหนึ่งคือแกนหลักสำคัญ ดังนั้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยและครอบครัวจะทำให้เข้าถึงปัญหาที่แท้จริง

3. การเสริมสร้างพลังอำนาจ พยาบาลที่อยู่ในบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ต้องเสริมสร้างพลังอำนาจในตัวผู้ป่วยและครอบครัว ให้มีจิตใจที่เข้มแข็ง ค้นหาความสามารถศักยภาพต่าง ๆ เพื่อให้สามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่รุมเร้าเข้ามาในช่วงเวลาที่วิกฤติ ซึ่งอาจจะพบว่าผู้ป่วยและญาติ อาจเกิดกับความท้อแท้ เหนื่อยหน่ายกับปัญหา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องให้กำลังใจ แสดงความรู้สึกร่วม ให้การช่วยเหลือด้วยความอดทน

4. ค้นหาความหมาย ช่วยผู้ป่วยและครอบครัวได้ค้นหาความหมายของชีวิตที่มีอยู่ในช่วงสุดท้ายและทำให้เข้าใจกับปัจจุบัน แนวทางการรักษาที่ต้องเปลี่ยนไป เป็นการประคับประคองความตายที่จะเกิดขึ้นในช่วงต่อไป พยาบาลต้องค้นหาว่าผู้ป่วยต้องการจะทำอะไร ต้องการบอกหรือทำกิจกรรมกับใครบ้างสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ พยาบาลต้องเข้าใจ และส่งเสริมให้เกิดการตอบสนองตามความต้องการ สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้เยียวยาบำบัดตนเองอย่างเหมาะสม

5. ให้การดูแล เป็นการช่วยเหลือดูแลทางการพยาบาลตามความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ พยาบาลมีบทบาทที่จะต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์ พุดคุยและระบายความรู้สึกได้ทบทวนค้นหาความจริง และทำให้ผู้ป่วยมีพลังอำนาจเพิ่มขึ้นเพื่อเผชิญกับปัญหา

6. การมีคุณธรรม จริยธรรม ซึ่งเป็นหลักแนวคิดในการดูแล พยาบาลจะต้องเป็นผู้มีเมตตา ซื่อสัตย์ มีคุณธรรมในการดูแลผู้ป่วย เคารพในความเป็นบุคคล แม้ว่าผู้ป่วยจะกำลังอยู่ในวาระสุดท้ายที่อาจไม่รับรู้ถึงการตอบสนองได้ตามปกติ แต่ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ยังคงอยู่ ซึ่งเป็นสิทธิทางจริยธรรม ผู้ป่วยจะต้องได้รับการปฏิบัติด้วยการให้เกียรติจนวาระสุดท้าย

การที่จะดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและมีประสิทธิภาพ ต้องมีการประเมินอาการผู้ป่วย และวางแผนในการดูแลแบบประคับประคอง ยังมีอาการรุนแรงมากหรือมีความก้าวหน้าของโรคที่รุนแรง

มาก ความพร้อมในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยก็จะยิ่งลดลง ดังนั้น พยาบาลควรประเมินผู้ป่วยและครอบครัว โดยคำนึงถึงหลักการทั่วไปในการประเมินผู้ป่วยระยะสุดท้าย (พิกุล นัทชัยพันธ์ และประทุม สร้อยวงค์, 2557) ดังต่อไปนี้

1. การประเมินควรทำร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้สามารถวางแผนและให้การดูแลความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
2. ประเมินแบบองค์รวม ควรประเมินผู้ป่วยและครอบครัวรอบด้านอย่างเป็นองค์รวมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ควรมีการประเมินซ้ำเป็นระยะ ๆ เพื่อให้ทราบถึงความเปลี่ยนแปลง
3. ประเมินเพื่อค้นหาผู้ป่วยที่สมควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
4. การประเมินผู้ป่วยควรมีความครอบคลุมทุกประเด็น
5. เครื่องมือประเมินสำหรับการดูแลระยะสุดท้าย ที่นิยมใช้ คือ แบบวัดความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย Palliative Performance Scale : PPS) ซึ่งเหมาะสำหรับการประเมิน เพื่อช่วยในการพยากรณ์ผู้ป่วยและประเมินความต้องการดูแลแบบประคับประคองร่วมกับให้ผู้ป่วยประเมินอาการของตนเองโดยใช้เครื่องมือ คือ ESAS (Edmonton Symptom Assessment System)

แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมาน และช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แต่การประเมินผู้ป่วยในระยะท้าย ผู้ป่วยจะมีสุขภาพอ่อนแอ การประเมินจะต้องง่ายต่อการให้คะแนน รวดเร็ว และครบถ้วน ผลการประเมินไวต่อการเปลี่ยนแปลงของการดำเนินโรคของผู้ป่วย ผลจากการประเมินจะทำให้ทราบปัญหาความต้องการของผู้ป่วย นำสู่การวางแผนการดูแลร่วมกันของผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพต่อไป ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองจึงต้องมีทักษะในการใช้แบบประเมินที่ครอบคลุมการดูแลในด้านต่าง ๆ โดยนำแบบประเมินมาจากการพัฒนาของสถาบันการศึกษาและโรงพยาบาล ได้แก่ รพ.มหาสารคามศรีเชียงใหม่ รพ.รามาริบัติ เป็นต้น เพื่อนำมาประเมินผู้ป่วย ดังนี้

1. แบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative performance scale for adult suandok) : (PPS Adult suandok)

ตารางที่ 9 Palliative Performance scale version 2 (PPS v2) ฉบับภาษาไทย

ระดับ PPSV2	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค	การดูแลตนเอง	การรับประทานอาหาร	ระดับความรู้สึกตัว
100%	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ ไม่มีอาการของโรค	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90%	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ มีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80%	เคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการทำกิจกรรมตามปกติ มีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี
70%	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ มีอาการของโรคอย่างมาก	ทำได้เอง	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี
60%	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรก/งานบ้านได้ มีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความช่วยเหลือเป็นครั้งคราว	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน
50%	นั่ง/นอน เป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลย มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน
40%	นอนอยู่บนเตียง เป็นส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมาก มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือร้องงัวงิม +/- สับสน
30%	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการดูแลทั้งหมด	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือร้องงัวงิม +/- สับสน
20%	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการดูแลทั้งหมด	จิบน้ำได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดีหรือร้องงัวงิม +/- สับสน
10%	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการดูแลทั้งหมด	ไม่ดื่มหรือไม่กินเลย	รู้สึกตัวดีหรือร้องงัวงิม +/- สับสน
0%	เสียชีวิต	-	-	-	-

การแปลผล

ระยะคงที่(Stable)	คะแนน PPS v2 70% - 100%
ระยะเปลี่ยนผ่าน(Transitional)	คะแนน PPS v2 40% - 60%
ระยะสุดท้าย (end-of-life)	คะแนน PPS v2 10% - 30%

ที่มา : Chewaskulyong et al.,2011. (ฉบับสวนดอก (PPS Adult Suandok))

2. แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) เป็นการประเมินอาการจากการวัดปริมาณความรุนแรงของอาการตามตัวเลขจากแบบสอบถาม ESAS การประเมินด้วยอาการที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อกิจกรรมหรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในด้านใดบ้าง

ตารางที่ 10 ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) ฉบับภาษาไทย

โปรดวงกลมหมายเลขที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ณ ขณะนี้

ไม่มีอาการปวด							มีอาการปวดรุนแรงที่สุด				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
(กรุณาระบุตำแหน่งที่ปวดในแผนภาพด้านหลัง)											
ไม่มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย							มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลียมากที่สุด				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ไม่มีอาการคลื่นไส้							มีอาการคลื่นไส้รุนแรงที่สุด				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ไม่มีอาการซึมเศร้า							มีอาการซึมเศร้ามากที่สุด				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ไม่วิตกกังวล							วิตกกังวลมากที่สุด				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ไม่มีอาการง่วงซึม/สับสน/งง							มีอาการง่วงซึม/สับสน/งงมากที่สุด				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ไม่เบื่ออาหาร							เบื่ออาหารมากที่สุด				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
สบายดีทั้งกายและใจ							ไม่สบายกายและใจเลย				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ							มีอาการเหนื่อยหอบมากที่สุด				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ปัญหาอื่น ๆ ได้แก่							(ถ้าปัญหาดังกล่าวรุนแรงมากคะแนน=10)				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

ทำโดย

ชื่อผู้ป่วย.....

ผู้ป่วย

วันที่.....เวลา.....

ผู้ดูแลผู้ป่วย

อื่น ๆ ได้แก่.....

ที่มา : แปลจาก Brueral E,MD Version 1991 โดยแพทย์หญิงดาริน จตุรภัทรพร และคณะ
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

3. แบบประเมินภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า (THAI HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale)

แบบวัดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย

แบบสอบถามชุดนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยให้ผู้ดูแลรักษาท่าน เข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของท่านในขณะที่เจ็บป่วยได้ดีขึ้น กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย ในช่องคำตอบที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมามากที่สุด และกรุณาตอบทุกข้อ

<p>1. ฉันรู้สึกตึงเครียด</p> <p>[3] เป็นส่วนใหญ่ [2] บ่อยครั้ง</p> <p>[1] เป็นบางครั้ง [0] ไม่เป็นเลย</p> <p>3. ฉันมีความรู้สึกกลัว คล้ายกับว่ากำลังจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้น</p> <p>[3] มี และค่อนข้างรุนแรงด้วย</p> <p>[2] มี แต่ไม่มากนัก</p> <p>[1] มีเพียงเล็กน้อย และไม่ทำให้กังวลใจ</p> <p>[0] ไม่มีเลย</p> <p>5. ฉันมีความคิดวิตกกังวล</p> <p>[3] เป็นส่วนใหญ่ [2] บ่อยมาก</p> <p>[1] เป็นบางครั้งแต่ไม่บ่อย [0] ไม่เป็นเลย</p> <p>7. ฉันสามารถทำตัวตามสบาย</p> <p>[0] เหมือนเดิม [1] ได้โดยทั่วไป</p> <p>[2] ไม่บ่อยนัก [3] ไม่มีเลย</p> <p>9. ฉันรู้สึกไม่สบายใจจนทำให้ทำให้บ่นป่วนในท้อง</p> <p>[0] ไม่เป็นเลย</p> <p>[1] เป็นบางครั้ง</p> <p>[2] ค่อนข้างบ่อย</p> <p>[3] บ่อยมาก</p> <p>11. ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย เหมือนกับจะอยู่นิ่งๆไม่ได้</p> <p>[3] เป็นมากที่สุดทีเดียว</p> <p>[2] ค่อนข้างมาก</p> <p>[1] ไม่มากนัก</p> <p>[0] ไม่เป็นเลย</p> <p>13. ฉันรู้สึกผวาหรือตกใจขึ้นมากะทันหัน</p> <p>[3] บ่อยมาก [2] ค่อนข้างบ่อย</p> <p>[1] ไม่บ่อยนัก [0] ไม่มีเลย</p>	<p>2. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินใจกับสิ่งต่าง ๆ ที่ฉันเคยชอบได้</p> <p>[0] เหมือนเดิม [1] ไม่มากเท่าแต่ก่อน</p> <p>[2] มีเพียงเล็กน้อย [3] เกือบไม่มีเลย</p> <p>4. ฉันสามารถหัวเราะและมีอารมณ์ขันในเรื่องต่างๆได้</p> <p>[0] เหมือนเดิม</p> <p>[1] ไม่มากนัก</p> <p>[2] มีน้อย</p> <p>[3] ไม่ได้เลย</p> <p>6. ฉันรู้สึกแจ่มใสเบิกบาน</p> <p>[3] ไม่มีเลย [2] ไม่บ่อยนัก</p> <p>[1] เป็นบางครั้ง [0] เป็นส่วนใหญ่</p> <p>8. ฉันรู้ว่าตัวเองคิดอะไร ทำอะไรเชิงซ้ำลงกว่าเดิม</p> <p>[3] เกือบตลอดเวลา [2] บ่อยครั้ง</p> <p>[1] เป็นบางครั้ง [0] ไม่เป็นเลย</p> <p>10. ฉันปล่อยเนื้อปล่อยตัวไม่สนใจตนเอง</p> <p>[3] ใช่</p> <p>[2] ไม่ค่อยใจเท่าที่ควร</p> <p>[1] ใส่ใจน้อยกว่าแต่ก่อน</p> <p>[0] ยังใส่ใจตนเองเหมือนเดิม</p> <p>12. ฉันมองสิ่งต่าง ๆ ในอนาคต ด้วยความเบิกบานใจ</p> <p>[0] มากเท่าที่เคยเป็น</p> <p>[1] ค่อนข้างน้อยกว่าที่เคยเป็น</p> <p>[2] น้อยกว่าที่เคยเป็น</p> <p>[3] เกือบจะไม่มีเลย</p> <p>14. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินใจไปกับการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์ หรือกิจกรรมอื่น ๆ ที่เคยเพลิดเพลินได้</p> <p>[0] เป็นส่วนใหญ่ [1] เป็นบางครั้ง</p> <p>[2] ไม่บ่อยนัก [3] น้อยมาก</p>
---	--

คะแนนรวมข้อที่.....คะแนน คะแนนรวมข้อคู่ =คะแนน

ชื่อ-สกุล	อายุ	ปี	เลขที่ภายนอก	เลขที่ภายใน
การวินิจฉัยโรค	ระยะ		หอผู้ป่วย	แพทย์

การคิดคะแนน

อาการวิตกกังวล คิดคะแนนข้อที่ทั้งหมด (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) รวมกัน

อาการซึมเศร้า คิดคะแนนข้อที่ทั้งหมด (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14) รวมกัน

วินิจฉัยเป็น 3 ระดับ คือ

0 – 7 คะแนน เป็นกลุ่มที่ไม่มี ความผิดปกติทางจิตเวช

8 – 10 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าสูง แต่ยังไม่ ผิดปกติชัดเจน

11 – 21 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าในขั้นที่ถือว่าเป็น ความผิดปกติทางจิตเวช

ที่มา : ธนา นิลชัยโกวิทย์. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2555.

การวินิจฉัย.....

กิจกรรมการพยาบาล	ครั้งที่ 1 วันที่.....	ครั้งที่ 2 วันที่.....	หมายเหตุ
1. ประเมินภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ได้แก่ - ด้านร่างกาย เช่น การนอนหลับ การรับประทานอาหาร เรื่องเกี่ยวกับเพศ - ด้านจิตใจ อารมณ์ ความคิด ประเมินระดับความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความเครียด ความคิด และความรู้สึกทั้งต่อ ตนเองและต่อผู้อื่น วิธีการแก้ปัญหา - ด้านสังคมและพฤติกรรม โดยการประเมินสัมพันธภาพ ระหว่าง บุคคลการทำหน้าที่และบทบาท การแสดงออกทางพฤติกรรม	
2. ค้นหาสาเหตุของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า			
3. การพยาบาลตามปัญหาและสาเหตุที่เกิดขึ้น			
4. แนะนำผู้ป่วยเพื่อการผ่อนคลายความวิตกกังวลและความ ซึมเศร้า ได้แก่ - การสร้างเสียงหัวเราะให้กับตนเอง - การระบายอารมณ์ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การพูดคุย ร้องไห้ หรือการเขียนความรู้สึกลงในสมุดบันทึก - การพูดคุยกับคนที่ไว้ใจ - การมองโลกในแง่ดี - การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ 30 นาที	
5. ประเมินผลหลังการพยาบาล			

ผู้ประเมิน

.....

(.....)

วันที่.....

ที่มา : ชลียา วามะลุน. ผลของการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต
ต่อความสามารถในการยับยั้งเผชิญวิกฤติในผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี, 2555.

4. แบบประเมินองค์รวมหรือระยะสุดท้าย มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง (ชลิยา วามะสุน และคณะ, 2551) โครงการการวิจัย “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวมในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี”

เนื้อหา	แนวคำถามที่ใช้
Attitude and Knowledge	<ul style="list-style-type: none"> - อยากให้ท่านเล่าประสบการณ์ชีวิตตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วย - มีอะไรเกิดขึ้นในชีวิตบ้าง - ท่านทราบหรือไม่ว่าเป็นโรคอะไร - ท่านคิดและรู้สึกอย่างไรกับโรค / การเจ็บป่วยที่เป็นในขณะนี้ - ท่านทราบหรือไม่ว่าจุดมุ่งหมายของการดูแลรักษาครั้งนี้เป็นอย่างไร - ท่านคิดและคาดหวังอย่างไรต่อการรักษาพยาบาล
Clinical	<ul style="list-style-type: none"> - อาการที่เกิดขึ้นมีอะไรบ้าง - ท่านมีวิธีจัดการอาการเป็นอย่างไรบ้าง - ผลจากการจัดการอาการเป็นอย่างไรบ้าง - ท่านต้องการ/อยากได้รับการดูแลจากญาติ พยาบาล เจ้าหน้าที่อื่นๆ อย่างไรบ้าง
Psycho/Social	<ul style="list-style-type: none"> - ท่านรู้สึก/คิดอย่างไรกับชีวิตในขณะนี้ - ขณะนี้ท่านรู้สึกกังวลใจ / กลัวหรือไม่เกี่ยวกับเรื่องใด - ท่านปฏิบัติอย่างไรในการเผชิญกับความเครียด / ความสูญเสีย - เมื่อท่านมีปัญหา / ต้องการความช่วยเหลือ ท่านนึกถึง/ปรึกษาใคร - มีใครบ้างที่มาเยี่ยม/ให้การดูแลท่านขณะอยู่ที่โรงพยาบาล - มีใครบ้างที่มาเยี่ยม/ให้การดูแลท่านขณะอยู่ที่บ้าน - ญาติท่านรู้สึกอย่างไรกับการเจ็บป่วยครั้งนี้
Spiritual	<ul style="list-style-type: none"> - อะไรคือแหล่งของความหวัง/กำลังใจของท่าน - ท่านคาดหวังอะไร/อยากจะทำอะไรให้สำเร็จ - อะไรที่มีความหมาย/มีคุณค่ามากที่สุดสำหรับท่านในขณะนี้
	<ul style="list-style-type: none"> - เมื่อท่านรู้สึกกลัวหรือต้องการกำลังใจ อะไร/วิธีการใดที่จะช่วยท่านได้มากที่สุด - อะไรบ้างที่ช่วยให้ท่านรู้สึกมีความสุขและสบายใจ - อะไรค้างคาในใจ ที่ท่านต้องการขอภัยหรือให้อภัยใครหรือไม่ - ท่านต้องการพูดคุยกับใครเป็นกรณีพิเศษหรือไม่ - ท่านคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดจากอะไร

เนื้อหา	แนวคำถามที่ใช้
	<ul style="list-style-type: none"> - การเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลทำให้ความเชื่อและความศรัทธาท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ - ท่านต้องการปฏิบัติวิธีทางศาสนาหรือต้องการเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ขณะอยู่ที่โรงพยาบาล(บุคคล/สิ่งของ/สัญลักษณ์ศาสนา)

การให้บริการพยาบาลแบบประคับประคอง เป็นขั้นตอนที่พยาบาลประคับประคองของหน่วยงาน (Palliative Care Ward Nurse : PCWN) ให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามผลการประเมิน PPSV2 ซึ่งแบ่งการให้บริการพยาบาลเป็น 3 ระดับคือ (ชุดิกาญจน์ หลุทัย, 2559)

ตารางที่ 11 แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ตามผลการประเมิน PPSV2

ระดับคะแนน PPSV2	แนวทางการพยาบาล
ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม/ผู้ป่วยระยะลุกลามโรคอื่น ๆ ที่มีคะแนน PPSV2 อยู่ระหว่าง 70-100%	1. ประเมินอาการอาการแสดงและความก้าวหน้าของโรค
	2. ประเมินและจัดการอาการรบกวนทางกาย/ความทุกข์ทรมาน/ความไม่สบาย เช่น อาการปวด หายใจลำบาก เหนื่อย อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ฯลฯ
	3. ประเมินและจัดการอาการรบกวนทางจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว ฯลฯ โดยนำวิธีการหลากหลาย ทั้งการให้ยาตามแผนการรักษาและวิธีการบำบัดแบบทางเลือก หรือแบบเสริมโดยไม่ใช้ยา การใช้กลยุทธ์ในเรื่อง การเสริมสร้างพลังอำนาจ การคิดเชิงบวก การส่งเสริมการจัดการตนเอง การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม รวมทั้งการใช้กระบวนการให้คำปรึกษา เพื่อช่วยให้มีการเรียนรู้ปรับเปลี่ยนทัศนคติ
	4. ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวด้านสังคมวัฒนธรรม ความเป็นอยู่ ความเชื่อและความศรัทธา สัมพันธภาพต่อผู้อื่น ปัญหาทางเศรษฐกิจความไม่สามารถคงไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่และการทำหน้าที่ทางครอบครัว ภาระในการรักษาพยาบาล บุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว การปรับตัว ในการดำรงชีวิต การไม่มีครอบครัวผู้ดูแลรดกทรัพย์สินหรือหนี้สิน โดยจัดการให้มีคำปรึกษาด้านการปรับตัวทางสังคมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว จัดให้มีกิจกรรมสนทนาร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อหาปัญหาและแนวทางแก้ปัญหาาร่วมกัน (Family Meeting) เป็นต้น
	5. การประเมินการรับรู้ (Perception) และความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับสถานการณ์โรค ความเจ็บป่วย การดำเนินของโรค

ระดับคะแนน PPSV2	แนวทางการพยาบาล
	การรักษา แนวทางการพยาบาล การยอมรับได้ต่อการเจ็บป่วย และ ความคาดหวังความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
	6. ประเมินและตอบสนองความประสงค์ของผู้ป่วยหรือการแสดง เจตจำนงเกี่ยวกับความตาย ความต้องการเกี่ยวกับการรักษาและความ ปรารถนาในวาระท้ายของชีวิต (Last Wish)
	7. ประเมินแหล่งช่วยเหลือ เมื่อต้องกลับไปอยู่บ้าน
	8. ประเมินและตอบสนอง ความหวัง ความปรารถนาครั้งสุดท้ายในชีวิต (Living will) รวมถึงการให้อภัย ความเชื่อเกี่ยวกับชีวิตและความตาย และการทำให้ชีวิตมีความสมบูรณ์ก่อนตาย โดยเป็นไปตามความเชื่อ ศรัทธา และศาสนาของผู้ป่วยและครอบครัว
	9. สื่อสารทำความเข้าใจ (Communication) เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว ตัดสินใจในเรื่องการวินิจฉัย การพยากรณ์โรคแนวทางการรักษาที่มีอยู่ การตั้งเป้าหมายการรักษา (Goal clarification) และการวางแผน ล่วงหน้าเกี่ยวกับ การรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต
ผู้ป่วยมะเร็งระยะ ลุกลาม/ผู้ป่วย ระยะลุกลามโรค อื่น ๆ ที่มีคะแนน PPSV2 อยู่ ระหว่าง 40-60%	<ol style="list-style-type: none"> 1. ให้การพยาบาลเหมือนระยะที่ 1 และแจ้งข่าวร้าย 2. ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว 3. ดูแลด้านภาวะโภชนาการ ให้อาหารแต่ละมื้อ จำนวนน้อยแต่บ่อยครั้ง 4. ประเมินการเจ็บป่วย การดำเนินการของโรคร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ การวางแผนล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต 5. ประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ โดยใช้ Braden scale และวางแผนการป้องกัน 6. ปรึกษาคอร์ปอร์ว เรื่องการตัดสินใจเกี่ยวกับการพยาบาล ในระยะ สุดท้ายได้แก่ การช่วยฟื้นคืนชีพ (Cardio-Pulmonary Resuscitation) การใส่ท่อช่วยหายใจ การใส่เครื่องช่วยหายใจ การเสนอสถานที่การ พยาบาลผู้ป่วย การเลือกสถานที่ถึงแก่กรรม 7. อำนวยความสะดวกในการจัดสิ่งแวดล้อมที่ดี สงบเงียบ 8. ช่วยติดต่อ/ประสานแหล่งอำนวยความสะดวกในการส่งต่อผู้ป่วย 9. ให้แนวทาง/ช่องทางติดต่อเวลาผู้ป่วยถึงแก่กรรม 10. ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวไม่วิตกกังวล
ผู้ป่วยมะเร็งระยะ ลุกลาม/ผู้ป่วย ระยะลุกลามโรค อื่น ๆ ที่มีคะแนน	<ol style="list-style-type: none"> 1. ให้การพยาบาลเหมือนระยะที่ 2 แสดงบทบาทเป็นผู้รักษา ผลประโยชน์ของผู้ป่วย (Advocacy) เพื่อให้บรรลุความปรารถนาของ ผู้ป่วย 2. ปรึกษาญาติผู้ป่วยและแพทย์ เรื่องการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปที่บ้าน

ระดับคะแนน PPSV2	แนวทางการพยาบาล
PPSV2 อยู่ ระหว่าง 0-30%	3. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญความตาย ประเมินความเศร้าโศก
	4. ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย
	5. เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่วาระท้ายของชีวิต พยาบาลประคับประคองของ หน่วยงาน (Palliative Care Ward Nurse: PCWN) ประสานข้อมูลให้ พยาบาลประคับประคอง (Palliative Care Nurse: PCN) เพื่อร่วมกัน ดูแลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต อย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์
	6. การจัดการภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต โดยผู้ดูแลสมาชิกครอบครัวของ ผู้ป่วยเผชิญกับความสูญเสีย และเปิดโอกาสให้ครอบครัวประกอบ พิธีกรรมตามความเชื่อและให้การช่วยเหลือติดตามดูแลครอบครัว ภายหลังเสียชีวิต (Bereavement)

ที่มา : ชุตติกาณจน์ หฤทัย. ระบบบริหารการพยาบาลแบบประคับประคอง, 2559.

การดูแลด้านจิตใจในการดูแลแบบประคับประคอง

ปัญหาทางอารมณ์หรือจิตใจที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น ความซึมเศร้า (Depression) ความวิตกกังวล (Anxiety) ความรู้สึกสับสน (Confusion) ความรู้สึกไม่แน่นอน (Uncertainty) ความกลัว (Fear) ความโกรธ (Anger) ความสิ้นหวัง (Hopelessness) ความรู้สึกหมดหนทาง (Helplessness) และ ความรู้สึกสูญเสียและโศกเศร้า (Grief and bereavement) (พิบูล นันทชัยพันธ์ และประทุม สร้อยวงค์, 2557)

การประเมินความทุกข์ทรมานด้านจิตใจในการดูแลแบบประคับประคอง

1. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการประเมินปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ และความรู้สึกอย่างต่อเนื่องตลอดการดูแล โดยอาศัยเครื่องมือประเมินที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ
2. การประเมินทางจิตใจควรครอบคลุมการรับรู้และเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรค ความเจ็บป่วย การรักษา และผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย กลวิธีในการเผชิญปัญหาหรือการจัดการกับภาวะอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนความต้องความช่วยเหลือของผู้ป่วยและครอบครัว
3. ควรมีการสื่อสารผลการประเมินให้ทีมผู้ดูแลจากสหสาขาวิชาชีพได้รับทราบเพื่อวางแผนการดูแลร่วมกันและยึดถือปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน
4. ควรมีการบันทึกผลการประเมินอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้ในการสื่อสารกันระหว่างทีมผู้ดูแล และใช้เปรียบเทียบผลของการดูแลและความเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาของการดูแล

การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับปัญหาทางด้านจิตใจ

1. ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ เช่น พยาบาลจิตเวช จิตแพทย์ นักจิตวิทยา เป็นต้น
2. พยาบาลควรอธิบายให้ครอบครัวของผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับความเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วย สามารถสนับสนุน ให้กำลังใจ และช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับอารมณ์และความรู้สึกได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. พยาบาลควรนำวิธีการที่หลากหลายมาให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น การให้ยาตามคำสั่งการรักษา เช่น ยาคลายกังวล ยาต้านความซึมเศร้า ยานอนหลับ ยาระงับประสาท การเลือกใช้วิธีการบำบัดแบบทางเลือกหรือแบบเสริม (Complementary therapies) การบำบัดโดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacological therapies) โดยเลือกวิธีที่มีความเหมาะสมหรือตรงกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย และอธิบายเกี่ยวกับวิธีการที่ใช้และผลที่อาจตามมาทุกครั้งก่อนที่จะให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือก วิธีการที่ใช้ควรบันทึกไว้เพื่อสื่อสารให้ทราบกันภายในทีมผู้ดูแล
4. พยาบาลควรมีการประเมินซ้ำเป็นระยะ อย่างสม่ำเสมอถึงปัญหาด้านอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวรวมถึงผลของการดูแล
5. กรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ที่ซับซ้อน พยาบาลควรช่วยส่งต่อไปรับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช หรือนักบวชในศาสนาที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเชื่อและศรัทธา เป็นต้น
6. พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองควรได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลปัญหาด้านจิตใจ และควรผ่านการฝึกปฏิบัติวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวด้วยแนวคิดและกลยุทธ์ต่าง ๆ เช่น

- เทคนิคการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment)
- เทคนิคการคิดเชิงบวก (Positive thinking)
- เทคนิคการส่งเสริมการจัดการตนเอง (Self-management)
- การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy :CBT)

7. สาเหตุสำคัญของปัญหาด้านจิตใจอย่างหนึ่ง คือ ความกลัวตาย การมองความตายเป็นเรื่องน่ากลัวและเป็นการสิ้นสุดของชีวิต จึงนำไปสู่ภาวะอารมณ์ในทางลบ ดังนั้น ผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับความช่วยเหลือโดยใช้กระบวนการให้คำปรึกษา (Counselling) เพื่อช่วยให้มีการเรียนรู้ที่จะปรับเปลี่ยนความคิดและเข้าใจธรรมชาติของชีวิตและความตายตามหลักศาสนาที่มีความเชื่อและศรัทธา เพื่อให้เกิดการยอมรับและปล่อยวาง เพื่อให้มีการเตรียมตัวสำหรับการตายอย่างเหมาะสม

การดูแลด้านสังคมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ตลอดเส้นทางของวิถีเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต (End of life trajectories) ผู้ป่วยและครอบครัวมักประสบกับปัญหาทางสังคมความเป็นอยู่ที่สืบเนื่องและสัมพันธ์กับความเจ็บป่วย การสูญเสียชีวิต เป็นผู้ติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจะต้องให้ความสนใจ ประเมินปัญหาและหาทางช่วยเหลือ ครอบครัวประเด็นต่อไปนี้ (พิกุล นันทชัยพันธ์ และประทุม สร้อยวงศ์, 2557)

1. ปัญหาเศรษฐกิจ มักเกิดจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ต้องขาดรายได้ และต้องเสียค่าใช้จ่ายกับการดูแลรักษาในระยะเวลาที่ยาวนาน

- น้อยลง
2. ไม่สามารถคงไว้ซึ่งบทบาทและการทำหน้าที่ทางครอบครัวและสังคม
 3. ปัญหาด้านสัมพันธภาพทางสังคมที่ลดน้อยลง เครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมลดน้อยลง
 4. ปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัว
 5. ปัญหาภาระในการดูแลบุคคลอื่นในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ ลูกและผู้อยู่ในความดูแลอื่นๆ
 6. การขาดแคลนแหล่งประโยชน์หรือการสนับสนุนทางสังคม
 7. ปัญหาการปรับตัวในการดำรงชีวิตอยู่กับโรคระยะสุดท้าย
 8. ปัญหาไม่มีครอบครัวผู้ดูแล
 9. ปัญหาด้านการจัดการมรดกทรัพย์สิน หรือหนี้สิน

การประเมินปัญหาด้านสังคมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

1. ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการประเมินปัญหาทางครอบครัวและสังคม หน่วยบริการการดูแลแบบประคับประคอง ควรมีเครื่องมือประเมินที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพมาใช้ในการให้บริการ
2. ควรมีการบันทึกผลการประเมินไว้เพื่อใช้สื่อสารกันภายในทีมผู้ดูแลจากสหสาขาวิชาชีพ

การดูแลด้านสังคมในการดูแลแบบประคับประคอง

1. ควรจัดให้มีบริการให้คำปรึกษาด้านการปรับตัวทางสังคมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
2. พยาบาลควรจัดกิจกรรมสนทนาร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อค้นหาปัญหาด้านความเป็นอยู่และร่วมกันแสวงทางเลือกและตัดสินใจการแก้ไขปัญหา
3. การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพควรเป็นไปตามแผนการดูแลซึ่งได้มาจากผลการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
4. ควรมีการประเมินผลการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นระยะ
5. ควรมีเครือข่ายการดูแลที่กว้างขวางและครอบคลุมสถานบริการทุกระดับ และควรมีเครือข่ายจากพหุภาคี คือ ภาครัฐ เอกชน และชุมชน
6. ควรจัดให้มีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ มีระบบการทำงานของเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ มีระบบส่งต่อและรับกลับ มีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน และมีการจัดการความรู้ร่วมกัน เพื่อพัฒนาคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

การดูแลด้านจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ต้องไม่ละเลยมิติด้านจิตวิญญาณ โดยให้การยอมรับความเชื่อ ความต้องการของผู้ป่วย ยืดหยุ่นให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามความเชื่อนั้น ๆ ตามความเหมาะสม ไม่เพิกเฉยต่อการแสดงพฤติกรรมความเชื่อต่าง ๆ พยาบาลควรตระหนัก รับรู้ ให้คำแนะนำ ปรึกษาได้สอดคล้องกับความเชื่อด้านมิติจิตวิญญาณของผู้ป่วย (ดวงพร สีจร, 2552)

กิจกรรมการพยาบาลที่ใช้เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ

1. การเข้าหาผู้ป่วยและการสัมผัส
2. การนั่งเงียบ ฟังและสังเกต เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้ระบายความรู้สึก
3. การแสดงความรู้สึกอาทร ร่วมทุกข์ร่วมสุข
4. การเข้าหาผู้ป่วยทันทีที่ต้องการ

5. การสวดมนต์ภาวนา
6. การใช้หนังสือธรรมะ คัมภีร์ สื่อที่เกี่ยวข้องกับศาสนาที่ผู้รับบริการนับถือ
7. การเอื้ออำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วย ในการมีส่วนร่วมในพิธีกรรมทางศาสนา
8. การเปิดโอกาสให้ใช้วัตถุมงคลต่าง ๆ
9. การเปิดโอกาสให้พระหรือบุคคลสำคัญทางศาสนาประกอบพิธีกรรมทางศาสนาในหอผู้ป่วย
10. การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วย ให้แสดงออกถึงความเชื่อทางศาสนา
11. ส่งเสริมการมีคุณค่า โดยการเสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็ง มีโอกาสและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่าง ๆ ยังเป็นบุคคลสำคัญของครอบครัว ไม่โดดเดี่ยว
12. การใช้เวลากับบุคคลที่รัก ครอบครัวได้ใช้เวลาในการดูแล ให้ความรักความเข้าใจ ช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจเข้มแข็ง ระลึกถึงสิ่งที่ตั้งงามที่ได้ทำไว้ ซึ่งจะทำให้เกิดความสุข ปิติ และครอบครัวยังช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึงได้อย่างสงบ
13. การปฏิบัติตามความเชื่อและศาสนา พยาบาลเป็นผู้เอื้ออำนวย ให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปฏิบัติตามความเชื่อและศาสนา ประกอบพิธีกรรมต่าง ๆ ได้จัดเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้ เช่น พระพุทธรูป ดอกไม้ ธูปเทียน ด้าย เข็ม ห้องประกอบกิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น
14. การขออโหสิกรรมและการให้อภัย เปิดโอกาสและเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้กล่าวคำอโหสิกรรม และการให้อภัย เพื่อให้จิตใจผู้ป่วยได้สงบและปล่อยวาง
15. การช่วยปลดเปลื้องสิ่งค้างคาใจ สิ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยไม่อาจสงบได้ในช่วงสุดท้ายของชีวิต คือความรู้สึกค้างคาใจกับบางเรื่อง บางคน ต้องเปิดโอกาสให้ได้ระบาย บอกเล่าให้รู้และจัดการอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมที่ค้างค้างให้แล้วเสร็จ

นอกจากนั้นพยาบาลจะต้องมีความพร้อมในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม มีความเข้าใจตนเอง พัฒนาจิตวิญญาณของตนเอง ให้มีมโนธรรม คุณธรรม จริยธรรม มีสติ สมาธิ และปัญญา ศึกษาวัฒนธรรม ความเชื่อและพิธีกรรมทางศาสนาต่าง ๆ เมื่อมีความพร้อมทางด้านจิต วิญญาณแล้วพยาบาลจะเป็นผู้ที่สามารถให้การพยาบาลในมิติจิตวิญญาณได้

การดูแลแบบประคับประคองระยะท้ายที่บ้าน

ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายประมาณร้อยละ 90 ในช่วงระยะ 1 ปีก่อนเสียชีวิตต้องการอยู่บ้าน และเลือกเป็นสถานที่สุดท้ายในการดูแล การจัดระบบบริการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้านได้เป็นอย่างดี จะช่วยลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น (ปารีชาติ เพ็ญสุพรรณ, 2556)

กิจกรรมการพยาบาล

1. การประเมินผู้ดูแล การทำนายระยะเวลาที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยระยะท้าย มีประโยชน์สำหรับ ครอบครัวเพื่อใช้ในการวางแผนการดูแล สิ่งสำคัญคือ ครอบครัวต้องระบุผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง มีการแบ่งงานและมอบหมายหน้าที่ของแต่ละคนที่มีส่วนร่วมดูแล เพื่อให้แต่ละคนมีเวลาว่างสำหรับตัวเองในการพักผ่อน กรณีไม่มีผู้ดูแลแต่สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายได้ อาจจ้างผู้ช่วยดูแลที่บ้านได้

2. การประสานเครือข่ายร่วมดูแล การวางแผนการจำหน่ายและแผนการดูแล มีการส่งต่อแผนการดูแลให้กับทีมโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล โดยมีทีมการ

ดูแลแบบประคับประคองทำหน้าที่หลักในการประสานการดูแล ร่วมกับทีมดูแลปฐมภูมิในชุมชน เพื่อประสานขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน และพระสงฆ์ เป็นต้น

3. การเตรียมทีมที่พร้อมให้คำแนะนำปรึกษาให้ได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง ระบบโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้เมื่อเกิดปัญหาฉุกเฉิน รวมถึงเตรียมทีมสำหรับการเยี่ยมบ้าน

4. การเตรียมพื้นที่บ้าน พื้นที่อยู่อาศัยควรจัดให้ผู้ป่วยมีโอกาสร่วมกิจกรรมพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว หลีกเลี่ยงให้อยู่ลำพัง การเตรียมห้องอาบน้ำ และสุขาควรจัดอยู่ใกล้ ๆ ให้มีพื้นที่พอสำหรับพาผู้ป่วยไปนั่งอาบน้ำ มีราวจับถนัดนั่งถ่ายควรเป็นชักโครก ส่วนการจัดห้องนอนควรให้มองออกไปเห็นสวนทิวทัศน์ภายนอกได้ จัดเตียงให้สามารถเข้าได้สองด้าน มีโต๊ะข้างเตียงเล็ก ๆ สำหรับวางของใช้ มีที่นั่งสำหรับผู้มาเยี่ยม จัดเฟอร์นิเจอร์ให้เท่าที่จำเป็น รวมถึงมีแสงและอากาศถ่ายเทได้ดี

5. การเตรียมอุปกรณ์การแพทย์ ควรจัดหาอุปกรณ์การแพทย์ให้บริการผู้ป่วยและครอบครัว เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องปั๊มยาต่อเนื่องที่บ้าน ที่นอนลม เตียง อุปกรณ์ช่วยเดิน เป็นต้น ถ้าจำเป็นควรจัดหาให้เพียงพอตามความต้องการอย่างเหมาะสม เพื่อให้ครอบครัวมั่นใจในการดูแลและไม่ควรมีค่าใช้จ่ายที่สูงมากเกินไป

6. การจัดการอาการสำคัญ

6.1 การดูแลอาการปวด เป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุดโดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม สิ่งสำคัญในการดูแล คือ กระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกความรุนแรงของอาการเป็นตัวเลข ๐ - ๑๐ ใช้ยาแก้ปวดตามระดับความรุนแรงดีที่สุด ควรให้ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง ไม่ควรรอจนอาการปวดรุนแรง จึงค่อยให้ยาเพราะทำให้การควบคุมความปวดทำได้ยาก ยามีทั้งชนิดฉีด เม็ด แคปซูล น้ำ แผ่นแปะผิวหนัง ไม่ต้องกลัวถ้าแพทย์แนะนำให้ใช้ยามอร์ฟิน เพราะเป็นยาที่ใช้ได้ผลดีและมีประสิทธิภาพในการลดอาการปวด ไม่ต้องกลัวติดยาหรือยาจะไปเร่งให้เสียชีวิตเร็วขึ้น บางครั้งถ้าโรคลุกลามไประบบประสาทอาจมีอาการแสบร้อนร่วมด้วย จะได้รับยาต้านการซึมเศร้า หรือยากันชักร่วมด้วย ฤทธิ์ข้างเคียงสำคัญของยามอร์ฟินที่มักพบไปตลอดระยะเวลาที่ได้รับยาเพื่อควบคุมอาการปวดคือ อาการท้องผูก ผู้ดูแลต้องทำความเข้าใจ รวมทั้งต้องรับทราบว่าปัญหาทางด้านจิตใจ อารมณ์สังคม มีส่วนส่งเสริมให้อาการปวดรุนแรงขึ้น ดังนั้นการดูแลเพื่อลดปัญหาดังกล่าวมีความสำคัญไม่น้อยกว่ายา

6.2 การดูแลอาการหายใจลำบาก อาการหายใจลำบากมีสาเหตุมาจากปอดถูกทำลาย มีน้ำในปอด ซีด ร่างกายชুবวม มีภาวะอ่อนเพลีย ซึ่งสาเหตุดังกล่าวจัดการได้ยาก อาการหอบมักทำให้เกิดอาการตกใจกลัว ดูแลโดยการฝึกหายใจ เปิดพัดลมใส่หน้า จัดท่าเบี่ยงเบนความสนใจ และใช้วิธีผ่อนคลาย จะช่วยบรรเทาอาการได้ กรณีไม่ได้ผลจำเป็นต้องใช้ยามอร์ฟินในขนาดน้อย รับประทานเพื่อลดอาการ หรือถ้ามีออกซิเจนในร่างกายต่ำ จำเป็นต้องได้รับออกซิเจนที่บ้าน ดูแลให้พักผ่อนเพียงพอ วางแผนการทำกิจกรรมและสงวนพลังงาน

6.3 การดูแลอาการท้องผูก ท้องผูกมักมีสาเหตุมาจากโรคที่ลุกลาม การเคลื่อนไหวไหลลดลง กินได้น้อย และที่สำคัญคือผลข้างเคียงจากยามอร์ฟิน การดูแลควรกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหว ดื่มน้ำอย่างเพียงพอ ดูแลให้ยาระบายตามแผนการรักษา ถ้าไม่ภายใน ๓ วันจำเป็นต้องปรับเพิ่มขนาดยาระบาย เหน็บหรือสวนอุจจาระร่วมด้วย

6.4 การดูแลอาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการคลื่นไส้ อาเจียนอาจมีสาเหตุมาจากโรคในช่องท้องหรือโรคที่สมอง หรืออาจเกิดจากยาและอาการข้างเคียงของยา ดูแลโดยให้กินอาหารที่ละน้อยแต่บ่อยครั้ง หลีกเลี่ยงอาหารกลิ่นฉุน มัน รสจัด รักษาความสะอาดในช่องปาก ดูแลลดความวิตกกังวล

6.5 การดูแลภาวะโภชนาการ (Nutrition) การกินอาหารเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ แต่สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ภาวะเบื่ออาหารและร่างกายซูบผอมเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้เป็นธรรมชาติของโรค มีความจำเป็นที่เราต้องอธิบายทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและครอบครัวว่าเขาจะไม่ตายจากการอดอาหาร อธิบายว่าที่ผู้ป่วยไม่หิวและเบื่ออาหารเป็นจากโรคมะเร็ง แต่กรณีผู้ป่วยโรคมะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งหลอดอาหาร มีความจำเป็นต้องให้อาหารทางสายยาง (Enteral feeding) หรือพิจารณาทำ Gastrostomy นอกจากนี้ยังพบว่าความเข้าใจผิดได้บ่อย ๆ เช่น “ถ้าไม่ได้กินอาหารคนเราจะตาย หรือถ้ากินได้เราจะรอด” ต้องทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและครอบครัวว่าในระยะท้าย การได้รับอาหารลดลง หรือการถอดถอนสารอาหารทางหลอดเลือดไม่ได้หมายความว่า จะทำให้ชีวิตเขาสั้นลง แต่ต้องยอมรับว่าระยะเวลาที่เหลืออยู่มีน้อยลงเป็นไปตามธรรมชาติของโรค

6.6 อาหารของผู้ป่วยระยะท้าย ในระยะไม่กี่สัปดาห์ก่อนเสียชีวิต ควรมีแนวปฏิบัติเรื่องอาหาร (Dietary guidelines) ดังนี้

1) ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงไปทุกวัน บางวันกินอาหารได้มาก บางวันกินอาหารได้น้อย บางวันไม่กินอาหารเลย สิ่งเหล่านี้ถือว่าเป็นปกติของผู้ป่วยระยะท้าย แต่มีความจำเป็นที่ต้องอธิบายให้ครอบครัวรับทราบด้วย

2) อาจจะกินมากในมือเช้า แต่ไม่กินเลยในมือเย็น

3) ในระยะใกล้เสียชีวิตการให้น้ำ (อาจจะเป็นน้ำเย็นหรือน้ำอุ่น) ขึ้นอยู่กับความชอบของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

4) ความต้องการของผู้ป่วยสำคัญที่สุด ควรจัดอาหารที่ชอบ เลี่ยงอาหารรสเผ็ด ซึ่งภายหลังการอธิบายให้ข้อมูลเหตุผลในเรื่องอาหารและน้ำ กับครอบครัวแล้วเกิดความความกังวล จำเป็นต้องอภิปรายและพูดคุยกันถึงเรื่องนี้อีกครั้ง

6.7 การดูแลอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด มีสาเหตุมาจากการรับรสเสียไปเป็นไปตามการลุกลามของโรค ไม่ควรกังวลและไม่ต้องคาดหวังให้ผู้ป่วยกินให้ได้ทีละมาก ๆ ดูแลจัดอาหารที่ชอบให้กินทีละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง

6.8 การทำความสะอาดช่องปาก (Mouth Care) ปัญหาช่องปากมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดื่มน้ำและกินได้ การประเมินอนามัยในช่องปากมีความจำเป็น อาการที่มักพบได้บ่อยคืออาการปากแห้งจากการขาดน้ำ ดูแลโดยให้อมน้ำแข็ง จิบน้ำบ่อย ๆ อมผลไม้รสเปรี้ยว เช่น สับปะรด มะนาวฝานแช่แข็ง หรืออาจใช้วาสลีนทาลิปปากบ่อย ๆ ให้ชุ่มชื้น

6.9 การดูแลภาวะแขนขาบวม (Lymphedema) เนื่องจากน้ำเหลืองคั่ง ไม่สามารถระบายออกได้ และมีการอุดตัน ควรส่งต่อให้กับนักกายภาพบำบัดและทีมที่มีความชำนาญ จำเพาะในการดูแลแบบประคับประคองให้การดูแล วิธีการดูแลโดยใช้วิธีนวดและการใช้ผ้ายึดพัน (Specialized bandaging)

6.10 การดูแลภาวะท้องมาน (Ascites) เกิดจากมีการคั่งของน้ำในช่องท้อง ทำให้รู้สึกอึดอัดทรมาน ในระยะแรกอาจได้รับการรักษาด้วยยาขับปัสสาวะ หรือเจาะน้ำในช่องท้อง ในระยะใกล้เสียชีวิตการเจาะระบายเอาน้ำออกจะไม่สามารถทำได้อีก ดูแลโดยการจัดทำศีรษะสูงช่วยเบี่ยงเบนความสนใจให้รู้สึกผ่อนคลาย

6.11 การดูแลผิวหนัง (Skin Care) ผู้ป่วยระยะท้ายเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับต้องมีการเฝ้าระวัง และระมัดระวังตรวจหาตำแหน่งที่มีโอกาสเกิดแผลกดทับ การใช้ที่นอนลม บางครั้งสามารถช่วยได้ หรือการใช้เจลหรือคอลลอยด์หลังทำแผลติดไว้จะช่วยทำให้อยู่ได้หลายวัน ในการทำแผลถ้ามีอาการปวดอาจจำเป็นต้องให้มอร์ฟินก่อนการทำแผล 20 นาที กลิ่นจากแผลอาจจะใช้ยา Metronidazole ชนิดกินหรือฉีดก็ได้ทาเคลือบแผลเพื่อลดกลิ่น ในระยะแรกกินอาหารและน้ำดื่มให้เพียงพอ แต่ถ้าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายแล้ว ควรให้กินอาหารที่ชอบไม่ควรจำกัด การกลืนอุจจาระปัสสาวะไม่ได้ เป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีโอกาสเกิดแผลกดทับและแผลมีโอกาหายได้ยาก จำเป็นต้องได้รับการดูแลผิวหนังโดยรอบอย่างดี

6.12 การดูแลแผลมะเร็ง (Fungating tumors) ควรมีการจัดการกับอาการที่ส่งผลให้เกิดความไม่สุขสบาย ดังนี้

1) สารคัดหลั่ง (Exudates) กรณีที่มีสารคัดหลั่งน้อย การทำแผลที่ดีที่สุดคือการใช้น้ำเกลือ (normal saline) เทราดแผลให้ชุ่มก่อนเพื่อช่วยในการแกะลอกแผล ป้องกันการบาดเจ็บและเลือดออก (ควรระวังในการใช้ Hydrogen peroxide, Dakin solution หรือ Povidine ในการทำแผล) สอนล้างแผลโดยใช้ Syringe ขนาด 50 มิลลิลิตร ดูดน้ำเกลือ 35 มิลลิลิตรโดยใช้เข็มเบอร์ 18 ฉีดด้วยความแรงต่ำ ช่วยชะล้างเนื้อตายออก และลดปริมาณแบคทีเรียได้ กรณีที่มีสารคัดหลั่งออกมาจากแผลจำนวนมากซึมเปื้อนผ้า เตียงนอนก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย วิธีการดูแลคือใช้ Vaseline gauze ในการปิดแผลชั้นแรกก่อน และชั้นที่สองตามด้วย Gauze หรือ Top gauze เพื่อระบายสารคัดหลั่งที่ออกมาระหว่างวัน ทำแผลเพื่อเปลี่ยนวัสดุชั้นแรกวันละครึ่ง ส่วนชั้นที่สองถ้าพบว่าสารคัดหลั่งซึมผ่านทะลุมาถึงผ้าพันแผลชั้นนอกสุดสามารถเปลี่ยนได้วันละ 2-3 ครั้ง อาจใช้โฟม (Foam) หรืออัลจินเทท (Alginate) ในการดูดซับสารคัดหลั่ง หรือใช้ผ้าอนามัย (Menstrual pad) ซึ่งช่วยดูดซึมได้ดีเยี่ยมและมีพลาสติกด้านหลังเพื่อป้องกันสารคัดหลั่งทะลุผ่านมาได้ ป้องกันการซึมเปื้อนเสื้อผ้า ร่วมกับการใช้ Barrier ointment หรือ Skin sealant เช่น Vaseline หรือ Zinc oxide ทาเคลือบรอบ ๆ แผล

2) เลือดออก (Capillary bleeding) ลอกวัสดุออกจากแผลเบา ๆ ด้วยความใส่ใจและนุ่มนวล ถ้าแผลติดแน่นมากใช้น้ำเกลือเทราดแผลให้เปียกชุ่ม เพื่อใช้ความชื้นชะให้หลุดลอกวัสดุออกง่ายหรือใช้วัสดุที่ป้องกันการติดกันระหว่างแผลกับวัสดุที่ใช้ทำแผล เช่น Vaseline gauze หรือ Sofra-tulle

3) กลิ่นไม่พึงประสงค์ (Malodour) กรณี มีการติดเชื้อที่แผลแต่ไม่ได้มีการติดเชื้อในกระแสเลือด ควรใช้ metronidazole โดยเฉพาะที่ในการควบคุมกลิ่นจะได้ผลดีกว่าให้โดยการฉีดดังนี้

- ยา Metronidazole ชนิดเม็ดโดยการบดยาให้ละเอียดผสมกับ Sterile water ให้ได้สารละลายที่มีความเข้มข้น 0.5% (5 mg/ml) เตรียมโดยใช้ยา 1 เม็ดผสม Sterile

water 40 มิลลิลิตรและ 1% (๑๐mg/ml) เตรียมโดยใช้ยา 1 เม็ดผสม Sterile water 20 มิลลิลิตร นำไปชุบกับ Gauze ให้ชุ่มแล้วนำไปปิดหรือ Pack เข้าไปภายในโพรงแผล วิธีการนี้ต้องระวังเพราะ Gauze อาจยึดติดกับแผล เมื่อทำแผลครั้งต่อไป ถ้ำลอกออกจะส่งผลให้เกิดอาการปวดและเลือดออกได้

- 1% metronidazole injection solution (500 มิลลิกรัมต่อขวด) เตรียมโดยใช้ Gauze ชุบน้ำยาจนชุ่มแล้วนำไปปิดหรือ Pack เข้าไปภายในโพรงแผล สามารถลดกลิ่นได้ภายใน 2.7 วัน (ยาที่เหลือสามารถเก็บใช้ได้ต่อจนหมดภายใน 7 วัน โดยเก็บให้พ้นแสงใน อุณหภูมิปกติไม่ควรแช่เย็น)

6.13 การดูแลภาวะอ่อนล้า อาจมีสาเหตุมาจากการลุกลามของโรค ภาวะซีด เมตาโบลิซึมและเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ เบื่ออาหารกินได้ลดลง นอนหลับไม่เพียงพอจากอาการปวด หายใจไม่อิ่ม เป็นต้น การให้ยาวิตามินและยาบำรุงไม่ได้ช่วยให้อาการอ่อนเพลียดีขึ้น ควรให้ความสำคัญกับการพักผ่อน และควรจัดกิจกรรมในช่วงที่รู้สึกสดชื่น

6.14 การดูแลอาการนอนไม่หลับ อาการนอนไม่หลับอาจเนื่องมาจากอาการไม่สบายอื่นๆ ที่ควบคุมไม่ได้ เช่น อาการปวด อาการหายใจไม่อิ่ม คลื่นไส้ อาเจียน การดูแลโดยจัดการอาการปวดและอื่น ๆ ให้สุขสบายที่สุด ไม่ควรนอนกลางวันมาก ไม่ควรดื่มน้ำชาและกาแฟก่อนนอน ถ้าจำเป็นอาจต้องใช้ยานอนหลับช่วย

6.15 การดูแลอาการวิตกกังวล กลัว และซึมเศร้า มีสาเหตุจากความรุนแรงของโรค ที่คาดเดาอะไรไม่ได้ และคาดหวังกับการรักษา ดูแลโดยอยู่เป็นเพื่อน ให้กำลังใจ เป็นผู้ฟังที่ดี พูดคุยกันอย่างเปิดเผยและจริงใจ ให้ข้อมูลกับทีมสุขภาพตามตรงเพื่อให้การช่วยเหลือ

7. ทักษะในการให้การพยาบาล หัวใจสำคัญของการให้การพยาบาล คือการไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วย ความนุ่มนวลในการดูแล และคำนึงถึงสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ ทักษะจำเป็นที่ผู้ดูแลต้องเรียนรู้จากพยาบาล มีดังนี้

7.1 การยกและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

- การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงไปเก้าอี้ หรือจากเก้าอี้ไปห้องน้ำ

- การจัดทำให้ผู้ป่วยสุขสบาย และการจัดทำบนเตียงเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ทับ

- หลักการสำคัญของการยกผู้ป่วยคือ ขณะยกผู้ป่วยให้งอเข่าสองข้างแทนการก้ม

หลัง

- การหมอนเตียงนอน หรือจัดเก้าอี้ให้สูงขึ้น มีประโยชน์ช่วยให้เบาแรงในการช่วย

ผู้ป่วยลุกขึ้น

7.2 การเปลี่ยนผ้าปูที่นอน ควรเปลี่ยนผ้าปูที่นอนในช่วงเวลาเดียวกับการเช็ดตัวผู้ป่วยบนเตียง จัดที่นอนให้เรียบตึงใช้ผ้าขาวางเตียงปูทับบนผ้าอย่างขาวางเตียงเมื่อผ้าขาวางเตียงเปียก สกปรกหรือผู้ป่วยปัสสาวะ อุจจาระราด ควรเปลี่ยนเฉพาะผ้าขาวางเตียง ไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนผ้าปูที่นอน

7.3 การดูแลอื่น ๆ ตามความเหมาะสม การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายไม่ได้มีวิธีการที่ตายตัว ควรยึดความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พร้อมกับสร้างสรรค์สิ่งใหม่ ๆ ที่ช่วยทำให้ผู้ป่วยพอใจและสุขสบายอยู่เสมอ ดังนี้

- การจัดสิ่งแวดล้อมในห้อง แสงสว่าง รูปภาพ การใช้กลิ่นที่ชอบ เช่น น้ำหอม สมุนไพร ในห้องนอนหรือห้องนั่งเล่น ช่วยสร้างความพึงพอใจได้
- การตัดเล็บให้สั้นช่วยให้รู้สึกสะอาด
- การอาบน้ำให้ด้วยสบู่ หรือสระผมด้วยน้ำอุ่น และช่วยนวดศีรษะเบา ๆ จะทำให้รู้สึกดีและสุขสบายขึ้น

- การนวดตัวให้เบา ๆ โดยใช้น้ำมันหอมระเหยจะเพิ่มความสุขสบายขึ้น
- การทำความสะอาดช่องปาก ถ้าไม่มีปัญหาเกล็ดเลือดต่ำ และผู้ป่วยให้ความร่วมมือดีควรแปรงฟันด้วยแปรงขนาดเล็กขนนุ่มทุกวัน เมื่อเริ่มมีการรู้สึกลดลง อาจใช้ Clamp คีบสำลีเพื่อป้องกันสำลีหลุดเข้าไปในคอ ชุบน้ำเกลือแล้วเช็ดให้ทั่วปากสร้างความมั่นใจการใกล้ชิด กัน

7.4 การปรุงแต่งอาหารให้น่ากิน ผู้ป่วยระยะท้ายมักจะมีการรับรสเสียไป ควรจัดปรุงอาหารที่กลิ่นง่าย ดูดซึมได้ดี ปรุงรสตามความชอบของผู้ป่วย แต่งกลิ่นสีให้น่ากิน เพิ่มรสจัดเล็กน้อย เพิ่มคุณค่าอาหารโดยเพิ่มส่วนผสมที่มีประโยชน์ เช่น ไข่ หรือนมผง ปั่นเครื่องประกอบอาหารเป็นชิ้นเล็ก ๆ อาจหาอาหารเสริม เช่น Sustagen, Ensure (1 แก้วเทียบเท่าอาหาร 1 มื้อได้) และหลักการสำคัญคือ การช่วยให้ผู้ป่วยกินได้ครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง พักผ่อนบ่อย ๆ ระหว่างมื้ออาหาร การใช้หลอดดูดจะดื่มน้ำได้มากขึ้น ขจัดกลิ่นที่ชวนคลื่นไส้ จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดสดชื่น

7.5 การเสริมสร้างกำลังใจ เรียนรู้เป็นผู้ฟังที่ดี กระตุ้นการพูดคุยอย่างเปิดเผยและจริงใจเกี่ยวกับความคิดและความรู้สึก เนื่องจากผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่รู้สึกกลัว เคร้าหรือโกรธได้ง่าย การพูดถึงความคิดและความรู้สึกตามความเป็นจริงจะช่วยให้ผู้ป่วย เอาชนะความรู้สึกสิ้นหวังได้ และคาดหวังตามความเป็นจริงในระยะเวลาที่เหลืออยู่

7.6 ทักษะอื่น ๆ เช่น การดูแลสายสวน ปัสสาวะ การเทปัสสาวะออกจากถุง การให้ยาฉีดเมื่อจำเป็น เช่น การฉีดยามอร์ฟินเวลาปวดรุนแรงทันทีทันใด หรือการฉีดยาสเตียรอยด์หรือยาอื่นที่บ้าน การเรียนรู้การใช้เครื่องปั๊มยาต่อเนื่องที่บ้าน (Syringe driver) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการควบคุมอาการไม่สุขสบายได้อย่างดี

การดูแลเรื่องยา

- ควรบันทึกการให้ยา ชนิดของยาและเวลาที่ให้ยา รวมทั้งยาที่ให้เมื่อจำเป็น เช่น ยาแก้ปวดที่ออกฤทธิ์สั้นที่ใช้ลดปวดระหว่างวันทุก 2 ชั่วโมง ควรบันทึกว่ากินเวลาไหนบ้าง วันละกี่ครั้ง

- ยาเม็ดควรจัดใส่กล่องที่มีหลาย ๆ ช่อง (มีฝาปิด) โดยแบ่งเป็นมื้อ ๆ ใน 1 วัน
- เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาคลื่นไส้ อาเจียน ซึมลง กลืนยาไม่ได้ ต้องรีบปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลเพื่อปรับการให้ยาทางอื่น เช่น ทางทวารหนักหรือทางชั้นใต้ผิวหนัง

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายใกล้เสียชีวิตที่บ้าน

จุดมุ่งหมายของการพยาบาลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตที่บ้านคือ การช่วยให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ไม่จำเป็นต้องให้การรักษาอะไรที่ไม่เป็นประโยชน์ และไม่จำเป็นต้องส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาสาเหตุการดำเนินโรค ดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเน้นการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย รวมถึงให้การดูแลครอบครัว จำเป็นต้องมีการพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวในประเด็นดังต่อไปนี้ (ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ, 2556)

1. โดยทั่วไปผู้ป่วยและครอบครัวมักจะอยากรู้ว่าความตายจะมาถึงเมื่อไร ควรทำความเข้าใจและแจ้งว่าจะสามารถคาดหวังอะไรได้บ้าง และให้ข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นต่อการดูแลที่บ้านได้ตามที่ต้องการ
2. ผู้ป่วยต้องการความเป็นส่วนตัวและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
3. ผู้ป่วยจะได้รับการควบคุมอาการปวดและอาการรบกวนอื่น ๆ ได้ดี และสามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นได้
4. ให้ทางเลือกเพื่อเข้าถึงสถานดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามความต้องการไม่ใช่เฉพาะที่บ้านและโรงพยาบาลเท่านั้น
5. ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์จิตวิญญาณ ตามความเหมาะสม
6. บอกความต้องการว่าต้องการให้ใครอยู่ด้วยในวันเสียชีวิต มีโอกาสได้กล่าวลาบุคคลที่ต้องการ
7. ความต้องการของผู้ป่วยในการปฏิเสธการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ในอนาคต (ลงชื่อเป็น หลักฐานด้วยตัวเอง) เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย ควรเคารพความปรารถนาที่แท้จริงของผู้ป่วย
8. สามารถจากไปได้เมื่อเวลามาถึงโดยไม่ต้องกรอกรอเวลาออกไปอีก

กิจกรรมการพยาบาล

ควรให้การดูแลดังต่อไปนี้

1. ทบทวนยาที่ได้รับ หยุดยาที่ไม่จำเป็น ได้แก่ ยาวิตามิน (Iron, Vitamin) ยาที่ใช้ในการรักษาโรคระยะยาว (Cardiac drug, Hypoglycemia, Anti-hypertensive drug, Diuretic, Potassium supplement, H, Antagonist) ยาปฏิชีวนะ ยาต้านเศร้า (Antidepressant)
2. ปรับเปลี่ยนวิถีทางในการให้ยา (Route of administration) ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตเริ่มกลืนไม่ได้ การรู้สึกลดลง แต่อาการปวดและไม่สุขสบายต่าง ๆ ยังคงมีอยู่ ควรให้ทางชั้นใต้ผิวหนัง โดยใช้เครื่องปั๊มยาต่อเนื่อง ยาที่ให้ทางชั้นใต้ผิวหนังได้ และที่มักใช้บ่อย ๆ ได้แก่ Morphine, Haloperidol, Midazolam, Metoclopramide hyoscine butyl bromide
3. การคาดคะเนปัญหาหรืออาการที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เป็นทักษะของแพทย์และผู้เชี่ยวชาญในการดูแลแบบประคับประคอง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องเตรียมยาเพื่อให้ผู้ป่วยไว้ใช้ที่บ้านเพื่อควบคุมอาการปวดและความไม่สุขสบายต่าง ๆ ในช่วงระยะใกล้เสียชีวิต เช่น ยามอร์ฟีนเพื่อใช้สำหรับ Breakthrough pain, ยา Midazolam เพื่อลดอาการกระวนกระวาย หรือ Atropine เพื่อช่วยเสมหะในทางเดินหายใจแห้งช่วยลดอาการเสียงหายใจดัง (Noisy secretions) ได้ เป็นต้น

4. การจัดการอาการไม่สบายต่าง ๆ

4.1 อาการปวด ควรให้ยา Morphine SC ทุก 4 ชั่วโมง หรือให้โดยใช้เครื่องปั๊มยา ต่อเนื่องที่บ้าน (Syringe driver) ไปจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต และควรดูแลให้ได้รับยา Breakthrough pain ตามความเหมาะสม

4.2 อาการกระวนกระวาย (Restlessness) ควรประเมินหาสาเหตุว่าเกิดจากอะไร เช่น การควบคุมความปวดไม่ดี ปัสสาวะอุจจาระคั่งค้าง มีแผลกดทับหรือไม่ ถ้าสาเหตุที่เกิดขึ้นไม่สามารถแก้ไขได้ควรจัดการอาการด้วยยา Midazolam และควรให้ยาทางชั้นใต้ผิวหนังโดยใช้เครื่องปั๊มยา ต่อเนื่องและควรจัดเตรียมยา Midazolam สำหรับ Breakthrough pain ทุก 2-4 ชั่วโมง

4.3 หายใจเสียงดัง (Noisy secretions) อาการเหล่านี้จะไม่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน แต่ มักทำให้ผู้ดูแลวิตกกังวล ดังนั้นควรมีการสื่อสารพูดคุยกัน ยาที่ช่วยได้คือ Atropine โดยให้ทางชั้นใต้ผิวหนังต่อเนื่องหรือเพื่ออยู่กับครอบครัวใช้ 1% Atropine eye drop หยดใต้ลิ้น 4 หยดทุก 4 ชั่วโมง

4.4 อาการชัก (Convulsions) ควบคุมได้โดยการให้ Midazolam หรือ Phenobarbital ทางชั้นใต้ผิวหนัง หรือใช้ Diazepam สวนทวารเมื่อมีอาการ

4.5 ภาวะเลือดออก (Hemorrhage) เป็นเหตุการณ์ที่ทำให้ครอบครัวกลัว ตกใจสะเทือนใจได้ แพทย์ต้องประเมินพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัว ถ้าเผชิญปัญหาไม่ได้ ควรเตรียมให้สามารถเข้ามารักษาในโรงพยาบาลได้ สิ่งที่ต้องเตรียมที่บ้านคือผ้าสีเข้มและยา Sedative ควรได้เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ระบายหลังเสียชีวิต

4.6 อาการหายใจลำบาก (Dyspnea, Breathlessness) มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่าการควบคุมอาการหายใจลำบากได้โดยการให้ยาในกลุ่ม Opioid (Morphine หรือ Fentanyl) คู่กับยาในกลุ่ม Benzodiazepines (เช่น Midazolam, Diazepam, Lorazepam) ดีกว่าการให้ยาในกลุ่ม Opioid อย่างเดียว

4.7 อาเจียน Metoclopramide หรือ Haloperidol เป็นยาที่ใช้บ่อยในการรักษาอาการของผู้ป่วยระยะนี้

4.8 ยาที่ควรเตรียมพร้อมในกระเป๋าเยี่ยมบ้านของพยาบาลที่เชี่ยวชาญในการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ Morphine, Dexamethasone, Buscopan, Midazolam (ถ้าไม่มีใช้ Diazepam แทนได้) และ Haloperidol

4.9 อุปกรณ์การแพทย์ที่ควรเตรียมพร้อมในกระเป๋าเยี่ยมบ้าน (Home care kit)

5. ทบทวนการพยาบาล โดยมีเป้าหมายเพื่อการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความสุขสบายมากที่สุด จนกว่าจะเสียชีวิต

5.1 การดูแลช่องปาก อาการปากแห้งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยของผู้ป่วยระยะท้าย ต้องสอนครอบครัวและผู้ดูแลในการทำมาสะอาดช่องปากอย่างต่อเนื่อง จิบน้ำ อมน้ำแข็งก้อนเล็ก ทาริมฝีปากด้วย Vaseline ดูแลช่องปากให้ชุ่มชื้นอยู่เสมอโดยใช้สาลีชุบน้ำเช็ดบ่อย ๆ ช่วยบรรเทาอาการการกระหายน้ำได้ ถ้าพบว่ามีกรดติดเชื้อราในช่องปากจำเป็นต้องรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้รับยาต้านเชื้อราาร่วมด้วย

5.2 การดูแลแผลกดทับ การพลิกตัวผู้ป่วยในระยะนี้อาจจะไม่ต้องบ่อยโดยเฉพาะผู้ป่วยที่แสดงสีหน้าเจ็บปวด อาจใช้ที่นอนลมช่วยหรือใช้เบาะรองที่ปกป้องและช่วยลดแรงกดบริเวณสันเท้า ข้อศอก และเข่า ในระยะนี้การดูแลผิวหนังยังมีความสำคัญ

5.3 การดูแลระบบขับถ่ายอุจจาระ ปัญหาท้องผูกในระยะใกล้เสียชีวิตอาจจะเกิดไม่ยาวนาน ควรหยุดยาระบายที่กินทางปาก ควรปรับเปลี่ยนไปให้ทางทวารหนักแทน

5.4 การดูแลระบบขับถ่ายปัสสาวะ ผู้ป่วยอาจมีโอกาสดังกล่าวข้างต้นต้องพูดคุยสื่อสารในครอบครัว ถ้าจำเป็นอาจต้องใส่คาสายสวนปัสสาวะหรือถ้ากลั้นปัสสาวะไม่ได้ ให้ใส่แผ่นรองซึมซับแทนและทา Vaseline ปกป้องดูแลผิวหนังโดยรอบ

5.5 การดูแลสิ่งแวดล้อมในบ้าน ควรจัดให้มีการระบายอากาศดี แสงพอควร ลดเสียงลวดกลืนที่ไม่พึงประสงค์ จัดหาเก้าอี้ให้กับครอบครัวได้มีโอกาสมานั่งใกล้ชิดกับผู้ป่วยจัดสิ่งของไว้ใกล้ ๆ สามารถหยิบจับได้ง่าย

5.6 การดูแลผู้ดูแล ดังนี้

- ถึงแม้ว่าครอบครัวจะรับทราบว่าผู้ป่วย กำลังจะเสียชีวิต แต่ถึงเวลาจริง ๆ พบว่าครอบครัวมักมีอาการตกใจ การอยู่เป็นเพื่อนให้ความมั่นใจจะช่วยให้

- ยืนยันกับผู้ดูแลว่ายามอร์ฟินไม่ได้ทำให้ ผู้ป่วยจากไปเร็วขึ้น

- อธิบายอาการที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ในระยะใกล้เสียชีวิตไม่ควรกังวล เช่น หายใจเสียงดังไม่สม่ำเสมอ เพื่อสับสน เป็นต้น

- การกระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล ถือเป็นความช่วยเหลือกระบวนการเศร้าโศกเสียใจให้ผ่านพ้นไปได้ด้วยดี

- ให้การสนับสนุนช่วยเหลือครอบครัว ตอบคำถามที่สงสัย

6. การดูแลภายหลังเสียชีวิต (After death) สัมพันธภาพที่ดีระหว่างทีมผู้ดูแลและครอบครัว การที่ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ได้ปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วย เหล่านี้ล้วนมีผลต่อการเผชิญความเศร้าโศกของผู้ป่วยและครอบครัวได้เป็นอย่างดี การตาย การสูญเสีย และความทุกข์โศก ควรได้รับการดูแลโดยมองในแง่ธรรมชาติ ไม่ใช่ความผิดปกติ ทีมผู้ดูแลรักษาควรให้ความช่วยเหลือ (Support) แต่ไม่ใช่การบำบัดรักษา (Treatment) สามารถให้ความช่วยเหลือครอบครัวดังนี้

6.1 ช่วยเหลือสนับสนุนภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตเกี่ยวกับการจัดการกับศพ อธิบายให้ข้อมูล และเขียนให้เห็นขั้นตอนอย่างชัดเจน การอาบน้ำศพ การฉีดยาศพ การจัดหาโลงศพ การเคลื่อนย้ายศพ การออกใบรับรองแพทย์ การแจ้งเสียชีวิต การจัดการงานศพ ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในช่วงที่ครอบครัวกำลังสับสน เช่น จัดหาเบอร์โทรศัพท์ให้

6.2 คำพูดที่ควรพูดกับครอบครัวคือ “เสียใจ ด้วยนะค่ะ” “เรารู้สึกเป็นห่วงคุณนะค่ะ” “มีอะไรให้ทางเราช่วยมั๊ยค่ะ บอกได้เลยไม่ต้องเกรงใจ โทรหาได้ตลอดเวลา” “อยากจะบอก อยากจะพูดอะไรมั๊ยค่ะ เรายินดีที่จะรับฟัง” “ทราบว่าช่วงนี้เป็นช่วงเวลาที่ยากลำบากสำหรับคุณและครอบครัว” “อยากจะพูดอะไรเกี่ยวกับ (ชื่อผู้ป่วย) มั๊ยค่ะ” “เป็นกำลังใจให้ค่ะ” ทุกถ้อยคำที่เราพูดกับครอบครัว หากเราพูดด้วยความจริงใจ แสดงให้เขาเห็นว่าเราพร้อมที่จะช่วยเหลือเขา ก็จะสร้างความ

เชื่อมั่นให้กับครอบครัวว่าเขายังมีคนที่อยู่เคียงข้างเขาในวันที่เศร้าที่ทุกข์อย่างแสนสาหัส เพราะฉะนั้น คำพูดที่เหมาะสมเราก็ควรเลือกที่จะพูด

6.3 การไปร่วมงานศพตามความเหมาะสม

6.4 การทำความเข้าใจในพฤติกรรมหรือปฏิกิริยา (Reaction) ของผู้ป่วยและครอบครัว เอาใจใส่ต่อความสามารถในการเผชิญกับความตายของผู้ป่วย ประเมินว่ามีเรื่องอะไรที่ยังค้างคาใจอยู่หรือไม่ เราอาจจะได้ช่วยให้เขาได้คลี่คลาย

6.5 ให้ความรู้เรื่องกระบวนการของความเศร้าโศกโดยการแจก “คู่มือปฏิบัติตัว ปฏิบัติใจ อย่างไรเพื่อรับมือกับความเศร้าโศกจากการสูญเสีย”

6.6 ให้กำลังใจ โดยการเขียนจดหมาย โทรศัพท์ ติดตามประเมินความสามารถในการปรับตัวหลังสูญเสีย สอบถามความต้องการความช่วยเหลือจากทีม ส่งการ์ดแสดงความเสียใจ

6.7 ช่วยครอบครัวมองหาว่าอะไรทำให้สบายใจ เช่น ถ้ามีแหล่งยึดเหนี่ยวทางศาสนา สวดมนต์ นั่งสมาธิ

6.8 ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา (Grief counseling) ให้ครอบครัวได้ระบายความเศร้า นัดพบปะเพื่อจัดกิจกรรมระลึกถึงผู้จากไปร่วมกันหรือเข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนผู้สูญเสียก็จะทำให้เกิดการเยียวยาซึ่งกันและกัน

6.9 แนะนำให้ครอบครัวดูแลตัวเองโดยเผชิญความรู้สึกที่แสดงออกมา อาจจะจัดการกับมันได้แต่บางครั้งไม่สามารถเลี่ยงความรู้สึกเศร้าได้ตลอด บางครั้งอาจต้องบอกตัวเองว่าเจ็บปวดเพื่อยึดกระบวนการความเศร้าโศก

- ดูแลสุขภาพร่างกาย จิตใจ และร่างกายมีการเชื่อมต่อกัน เมื่อเรารู้สึกดี ร่างกายจะรู้สึกดีขึ้น นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ กินอาหารที่มีประโยชน์ และออกกำลังกาย ไม่ควรใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือยาเสพติดเพื่อเยียวยาความทุกข์โศก

- แนะนำให้อยู่กับปัจจุบันและรู้ตัวเองทุกขณะจิตและทุกความรู้สึก ปล่อยให้ตัวเองรู้สึกสิ่งที่ หัวเราะเพื่อหาช่วงเวลาของความสุขและปล่อยให้ความเศร้าค่อย ๆ คลายไป

6.10 แนะนำให้ครอบครัววางแผนล่วงหน้าสำหรับความเศร้าโศก อาจจะกลับมาเมื่อครบรอบวัน หยุดพักผ่อนและครบรอบเหตุการณ์สำคัญ ความทรงจำและความรู้สึกที่เคยมีร่วมกับผู้ตาย ขอให้เตรียมตัว เตรียมใจไว้สำหรับอารมณ์เศร้า และรับรู้ว่ามีเป็นเรื่องปกติที่อาจเกิดได้

ผู้ป่วยและที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่ต้องการใช้ชีวิตระยะท้ายที่บ้าน ต้องการเสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบในบรรยากาศที่เอื้ออาทรเต็มไปด้วยญาติมิตร ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานจากการถูกยึดชีวิต ด้วยเครื่องมือต่าง ๆ ในโรงพยาบาล และยังช่วยลดอัตราการครองเตียงในโรงพยาบาล ทีมสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการปรับตัวต่อการเสียชีวิตที่กำลังจะมาถึงได้ด้วยจิตใจที่เข้มแข็ง ยอมรับความจริงได้อย่างมีสติและสงบ ด้วยการประเมินสภาพครอบครัว อำนวยความสะดวก วางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับครอบครัว สอนให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา และให้การดูแลในสิ่งที่ครอบครัวไม่สามารถทำได้ ควรมีการให้บริการเยี่ยมบ้าน ซึ่งความถี่ในการให้บริการนั้นจะบ่อยครั้งเพียงใด ขึ้นกับสภาพของผู้ป่วยหรือบ่อยครั้งตามที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ ทั้งนี้ต้องให้การประคับประคองด้านจิตใจแก่ครอบครัวผู้ป่วยให้สามารถยอมรับความจริง กับการสูญเสียภายหลังตายได้อย่างถูกต้อง สมเกียรติและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

บทที่ 4 กรณีศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วย เพศชาย อายุ 76 ปี สถานภาพ สมรส เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธอาชีพ
ค้าขาย ระดับการศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 4 ที่อยู่ ภูมิลำเนาจังหวัดอุบลราชธานี

สิทธิการรักษา จ่ายตรง

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล

- วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2565 - 5 มีนาคม 2565 รวมจำนวนวันนอนโรงพยาบาล 28 วัน
- โทรศัพท์เยี่ยมติดตามอาการผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 2 ครั้ง ในวันที่ 20 มีนาคม 2565
และ 5 เมษายน 2565 รวมระยะเวลาในการศึกษา 7 กุมภาพันธ์ 2565 - 5 เมษายน
2565 รวมระยะเวลา 58 วัน

การวินิจฉัยโรค CA Pancreas with liver metastasis with lung metastasis with Lymph
node metastasis with bone metastasis

การรักษา รับประทานยาด้วยการฉายรังสีบริเวณกระดูกสันหลังส่วนอกชั้นที่ 7-9 ฉายรังสี จำนวน
5 ครั้ง วันที่ 7-11 กุมภาพันธ์ 2565 เป้าหมายการรักษาเพื่อประคับประคองลดอาการปวด (For
palliative Radiation T7-T9 400 cGy x 5 Fraction) และส่งตัวกลับติดตามอาการต่อที่
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

2. ประวัติการเจ็บป่วย

2.1 อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ปวดท้องใต้ลิ้นปี่ ราวไปหลัง มีคลื่นไส้ อาเจียนร่วมด้วย เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน

2.2 ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

4 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการปวดท้องใต้ลิ้นปี่ราวไปหลัง ไปตรวจรักษาที่
โรงพยาบาล แพทย์ตรวจร่างกายด้วยการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์บริเวณอกและช่องท้อง ให้การวินิจฉัย
ว่าเป็นมะเร็งตับอ่อนส่วนหางกระจายไปที่ปอด ตับ และต่อมน้ำเหลือง (CA Tail of Pancreas with
lung metastasis, with liver metastasis, with lymph node metastasis) ได้ทำ Liver needle
Biopsy ผลชิ้นเนื้อพบ Adenocarcinoma moderately differentiate แพทย์จึงให้การรักษาด้วย
การให้ยาเคมีบำบัดสูตร Cisplatin + Gemcitabine จำนวน 2 ครั้ง หนึ่งเดือนต่อมา แพทย์ได้ส่ง
ตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ บริเวณ Chest และ Whole Abdomen พบว่าก้อนมะเร็งบริเวณตับอ่อน
ยังมีขนาดเท่าเดิม แพทย์จึงแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าการให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด 2 ครั้งที่
ผ่านมา ก้อนมะเร็งไม่ตอบสนองต่อการรักษา

หนึ่งเดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเริ่มมีอาการปวดที่หลัง แพทย์ได้สั่งทำ Bone Scan ผล
ตรวจพบว่ามี Bone metastasis at T₇ - T₉ ได้รับการรักษาอาการโดยการให้ยาแก้ปวด จึงได้ประสาน
ขอนัดรับการรักษาผ่านทางศูนย์ประสานงานเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็ง

อุบลราชธานี เพื่อขอวันนัดรับการรักษาและส่งต่อเพื่อ Palliative Radiation ลดอาการปวดหลัง แพทย์ได้นัดรับผู้ป่วยเพื่อจำลองการรักษา การฉายรังสีที่กระดูกสันหลังบริเวณอก ชั้นที่ 7 – 9 ในวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2565

ลักษณะผู้ป่วยเมื่อแรกรับไว้ในความดูแล ผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมะเร็ง อุบลราชธานี แรกรับผู้ป่วยมารณอน รู้สึกตัวดี หายใจไม่มีหอบเหนื่อย มีอาการอ่อนเพลียและปวดที่ บริเวณหลัง Pain Score 8, Palliative Performance Scale version 2 (PPSV2) 50 – 60 % Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Score 2

2.3 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือ เบาหวาน รับประทานยาประจำ และไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงใด ๆ หากมีอาการเจ็บป่วย มีไข้ก็จะซื้อยามารับประทานเอง และไปตรวจรักษาที่คลินิก และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ปฏิเสธการได้รับอุบัติเหตุ ไม่มีประวัติการผ่าตัด ไม่เคยแพ้ยา ไม่แพ้อาหารชนิดใด

2.4 ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว

บุคคลในครอบครัวไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงใด ๆ

2.5 ประวัติการใช้ยาและสารเสพติด

ผู้ป่วยสูบบุหรี่(ยาเส้น) อายุ 19 ปี สูบ 2 - 3 มวนต่อวัน เลิกสูบบุหรี่เมื่อผู้ป่วยอายุ 50 ปี ดื่มแอลกอฮอล์บ้างช่วงเทศกาลต่าง ๆ

2.6 ความสัมพันธ์ในครอบครัว

ผู้ป่วยมีภูมิลำเนาอยู่ที่อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี แต่งงานเมื่ออายุ 25 ปี ประกอบอาชีพค้าขายของชำ เป็นหัวหน้าครอบครัว มีบุตร 4 คน ชาย 1 คน หญิง 3 คน บุตรคนโต อาชีพค้าขายอาศัยอยู่กับผู้ป่วยแต่งงานมีครอบครัวมีบุตร 2 คน ส่วนบุตรสาว 2 คน และบุตรชาย 1 คน รับราชการ มีอาชีพมั่นคงแยกครอบครัวไปอยู่ต่างอำเภอและต่างจังหวัด ในการเจ็บป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยใช้สิทธิ์ข้าราชการ จ่ายตรง ผู้ป่วยปกติเป็นคนอุปนิสัยร่าเริง ชอบพูดคุย อารมณ์ดี เป็นที่รักและเคารพของทุกคนในครอบครัวและเพื่อนบ้าน

2.7 ประวัติการการแพ้ยา

ปฏิเสธการแพ้ยา อาหารหรือสารใดๆ

2.8 สภาพครอบครัวและฐานะทางเศรษฐกิจ

อาศัยอยู่บ้าน 2 ชั้น มีรั้วรอบแสดงขอบเขตชัดเจน มีห้องน้ำถูกสุขลักษณะ น้ำดื่มน้ำใช้เพียงพอ โดยบ้านผู้ป่วยค้าขายของชำ รายได้ประมาณ 30,000 บาท/เดือน เพียงพอต่อการใช้จ่ายในครอบครัว

3. การประเมินสภาพร่างกาย

3.1 การประเมินทางชีวภาพ

อุณหภูมิร่างกาย	37.3	องศาเซลเซียส
ชีพจร	100	ครั้ง/นาที
อัตราการหายใจ	24	ครั้ง/นาที

ความดันโลหิต	130/80	มิลลิเมตรปรอท
น้ำหนัก	52	กิโลกรัม
ส่วนสูง	186	เซนติเมตร

3.2 การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ผิวหนัง ผิวขาวเหลือง ซีด ผิวค่อนข้างแห้ง มีความยืดหยุ่นของผิวหนังพอสมควรไม่มีผื่น เล็บมือสะอาด ซีดเล็กน้อย

ศีรษะ ใบหน้าและคอ

- ผม** - ผมสั้นเกรียนสีดำสลับขาว ลักษณะมันไม่แห้งกรอบ หนังศีรษะไม่มีผื่น ไม่มีแผลและรังแค
- ศีรษะ** - รูปร่างสมมาตรเท่ากันทั้งสองข้าง ไม่มีก้อนนูน ไม่มีรอยบุ๋ม ไม่มีแผล ไม่มีกุดเจ็บ
- ตา** - การมองเห็นได้ชัดเจน มีวงเขียวคล้ำใต้ดวงตาลเล็กน้อย เปลือกตาล่างซีด Sclera สีเหลือง ไม่มีต่อกระจก หรือต่อเนื้อ รูม่านตามขนาด 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง ขนตาและคิ้วสีดำ มีการกระจายสม่ำเสมอ ขนตาไม่งุ้มเข้า
- หู** - ใบหูอยู่ในตำแหน่งเดียวกันทั้ง 2 ข้าง ขนาดเท่ากัน ลักษณะหูปกติ ไม่มีก้อน ไม่มีแผล ไม่มี Discharge ผิดปกติออกจากหู ต่อม น้ำเหลืองหลังหูไม่โต ไม่มีกุดเจ็บ การได้ยินชัดเจนดีทั้ง 2 ข้าง
- จมูก** - ลักษณะของจมูกอยู่ในแนวตรง สันตรงกลางไม่คด ไม่มีรอยบุ๋ม ไม่มีน้ำมูก เยื่อบุจมูกสีชมพู ไม่มีแผลในจมูก ไม่มีบวมแดง สามารถดมกลิ่นและแยกชนิดของกลิ่นได้
- ปากและฟัน** - ริมฝีปากซีด แห้งเล็กน้อย ไม่มีแผล ไม่มีรอยแตก เหงือกสีซีดจาง ๆ ไม่มีฟันปลอม ลิ้นมีสีขาวไม่มีแผล สามารถเคลื่อนไหวและกระดกได้ปกติ ลิ้นไก่อยู่ในแนวตรง ทอลซิลไม่โต กลืนอาหารลำบาก เนื่องจากมีอาการปากแห้ง น้ำลายเหนียว
- คอ** - รูปร่างคอสมมาตร ไม่มีแผล ไม่มีก้อนหรือรอยบุ๋ม ไม่มีเส้นเลือดดำโป่งพองที่คอ ต่อมไทรอยด์ทั้ง 2 ข้างไม่โต ไม่มีต่อมน้ำเหลืองโต

ทรวงอกและทางเดินหายใจ ลักษณะโดยทั่วไปของทรวงอกไม่มีอกบวม ไม่มีอกไก่ทรวงอกสองข้างสมมาตรตรงกัน ไม่มีการดิ่งรั้งหรือโป่งพองของกล้ามเนื้อเนื้อระหว่างช่วงซี่โครง มีหายใจไม่อิ่ม อัตราการหายใจ 22-24 ครั้งต่อนาที

หัวใจและหลอดเลือด ลักษณะของทรวงอกซ้ายไม่มีผนังทรวงอกนูน ไม่มี Trill เสียงหัวใจปกติ ไม่มี Murmur ซ้ำพจรที่คอ แขน ขา ขาหนีบ และหลังเท้าแรงสม่ำเสมอ อัตรา 100 ครั้งต่อนาที

ช่องท้องและช่องเชิงกราน คลำพบก้อนที่ท้อง ท้องโตตึง อืดอืดแน่นท้อง นอนหงายลำบาก

ระบบขับถ่าย ปั่นท้องอืด อึดอัดแน่นท้อง ไม่ถ่ายมาแล้ว 3 วัน มีปัสสาวะสีเหลืองเข้ม ผู้ป่วยใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ไว้ตลอดเวลา เปลี่ยนวันละประมาณ 3 ชิ้น

กล้ามเนื้อและกระดูก รูปร่างผอม กำลังของแขนขาสองข้างอ่อนแรงเล็กน้อยนาน ๆ ครั้ง หลังเท้า 2 ข้างบวมเล็กน้อย กดไม่บวม

ระบบประสาทและความรู้สึก มีระดับความรู้สึกดี การพูดจาปกติไม่สิ้นเครือ ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ปกติ มีการรับรู้ตามสภาพความเป็นจริง ไม่มีประสาทหลอนหรือแปลสภาพผิด การรับรู้เวลาสถานที่ และบุคคลปกติ

ECOG SCORE : 2 (หมายถึงมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมและมีอาการแสดงของโรค)

PAIN SCORE : ปวดหลังบริเวณกระดูกสันหลังช่วงอกคะแนน 8 หมายถึง ปวดมาก Very pain ประเมินโดยใช้ Numerical Rating Scale (NRS)

PPSV2 : 50 (การประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก) หมายถึงผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่าน(Transitional)

4. การประเมินตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

4.1 แบบแผนการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ

ภาวะสุขภาพก่อนป่วย มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ตรวจพบเมื่อผู้ป่วยอายุ 50 ปี มียาต้องรับประทานประจำสม่ำเสมอ ไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งตั้งแต่อ่อน แพทย์เจ้าของไข้ได้แจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบว่ามีการกระจายไปยังหลายอวัยวะ การรักษาที่ได้รับคือ การรักษาแบบประคับประคองอาการ ผู้ป่วยรู้สึกตกใจ เศร้าและสิ้นหวัง กังวลและนอนไม่หลับ แต่มีกำลังใจเนื่องจากมีภรรยา ลูก และหลาน ๆ มาอยู่เคียงข้างและดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี ผู้ป่วยรับทราบว่าครั้งนี้มะเร็งมีการแพร่กระจายมาที่กระดูกช่วงอก ทำให้ผู้ป่วยปวดจุก ไม่สุขสบาย จึงได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี จำนวน 5 ครั้ง ส่วนการปฏิบัติตัว ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองเมื่อได้รับการฉายรังสี ส่วนญาติก็รับรู้ต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในครั้งนี้ รับทราบว่าผู้ป่วยจะไม่หายจากโรคนี้อย่างแน่นอน แต่ยังกังวลเรื่องการจัดการอาการที่มารุกราน กลัวว่าจะดูแลผู้ป่วยไม่ได้ อยากให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ให้นานที่สุด และทุกข์ทรมานน้อยที่สุด

4.2 แบบแผนอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร

ปกติรับประทานข้าวเหนียว ชอบรับประทานอาหารรสจัด เผ็ดจัด โดยเฉพาะอาหารพื้นบ้าน เช่น ส้มตำ ก้อย ลาบ แต่ไม่ชอบรับประทานผัก ผลไม้ ช่วงของการมานอนรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง อึดอัดแน่นท้อง ได้มีมื้อละประมาณ 7-8 ซ้อน เสริมด้วยนมได้เล็กน้อย มีคลื่นไส้เป็นบางครั้ง ผู้ป่วยบอกว่าน้ำหนักลดลงมาก ปกติน้ำหนักอยู่ที่ 86 กิโลกรัม ปัจจุบันที่ยืนชั่งได้ 52 กิโลกรัม

4.3 แบบแผนการขับถ่าย

มีอาการท้องผูก 2-3 วัน จึงขับถ่าย อุจจาระมีลักษณะแข็ง ปัสสาวะ 4 ครั้งต่อวัน ลักษณะสีเหลืองเข้มไม่มีตะกอน

4.4 แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย

ก่อนการเจ็บป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ทุกอย่างไม่มีการออกกำลังกายเป็นพิเศษนอกจากการทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ภายในบ้าน คิดว่าเป็นการออกกำลังกายที่เพียงพอแล้ว ขณะเจ็บป่วยผู้ป่วยลุกเดินไม่ได้เนื่องจากปวดท้อง ปวดหลังมาก

4.5 แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ

ก่อนการเจ็บป่วยผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนในช่วงกลางคืน 6-8 ชั่วโมง ไม่เคยรับประทานยานอนหลับ ไม่ได้นอนพักในช่วงกลางวันเนื่องจากต้องทำงาน ขณะเจ็บป่วยผู้ป่วยพักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจากนอนหลับไม่สนิทเพราะมีอาการปวดท้อง และหลัง และอึดอัดแน่นท้อง เวลาพลิกตะแคงตัว และวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ผู้ป่วยได้รับยาคลายความวิตกกังวล (Amitriptyline 25 mg) ก่อนนอนทุกวัน และนอนหลับในช่วงกลางวันประมาณ 1-2 ชั่วโมง

4.6 แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้

การได้ยินชัดเจน ไม่มีเสียงดังในหู ไม่มีประวัติหูน้ำหนวก การมองเห็น การได้กลิ่น การรับรส การสัมผัสเป็นปกติ สามารถบอกความรู้สึกและการรับรู้ถึงความไม่สุขสบายต่าง ๆ การรับรู้ต่อเวลา สถานที่และบุคคลปกติ ระดับความทรงจำ ผู้ป่วยสามารถจำเหตุการณ์ต่าง ๆ ในอดีตและปัจจุบันได้ดี

4.7 แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

ผู้ป่วยมีความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตัวเอง ความเชื่อมั่นในตนเองลดลง ความเจ็บป่วยในครั้งนี้นำผู้ป่วยรู้สึกตัวเองเป็นภาระต้องพึ่งพาผู้อื่นต้องทำให้ผู้อื่นลำบาก

4.8 แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ

สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวดี ปัจจุบันผู้ป่วยมีบุตร 4 คน ชาย 1 คน หญิง 3 คน อาศัยอยู่กับภรรยา บุตรสาว-บุตรชาย หลานสาว 2 คน ส่วนบุตรหญิง 2 คน บุตรชาย 1 คน แยกไปมีครอบครัวแล้ว มาเยี่ยม ผลัดเปลี่ยนมาดูแล ทุกคนในครอบครัวรักใคร่กันดี ช่วยเหลือจุนเจือซึ่งกันและกัน มีขัดแย้งกันบ้างในเรื่องภรรยาไม่ยอมพาผู้ป่วยกลับไปที่บ้านหลังจากฉายรังสีครบ กังวลกลัวดูแลผู้ป่วยไม่ได้ ไม่อยากเห็นผู้ป่วยทรมาน มีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนบ้าน เป็นที่รักใคร่ของคนในชุมชนไปมาหาสู่กันเป็นประจำ เมื่อยามเจ็บป่วยเพื่อนบ้านจะมาเยี่ยมเสมอ ๆ ระหว่างที่รับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล บุตรชาย- บุตรสาวจะสลับกันมาเฝ้าผู้ป่วยตลอดเวลา

4.9 แบบแผนเพศและเจริญพันธุ์

อวัยวะในระบบสืบพันธุ์ และอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ

4.10 แบบแผนการปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด

สภาพจิตใจปกติผู้ป่วยเป็นคนอารมณ์ดี ใจเย็น ไม่ค่อยพูด ค่อนข้างเงียบ แต่ใจดี เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล หดงอ กังวล ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกว่าทรมานกับอาการต่าง ๆ การเผชิญปัญหา ผู้ป่วยบอกว่าตนเองไม่สบาย การเจ็บป่วยครั้งนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ไม่สบายใจมากเป็นห่วงภรรยา ลูก และหลาน

4.11 แบบแผนคุณค่าและความเชื่อ

สิ่งที่มีคุณค่าที่สุดในชีวิตของผู้ป่วยคือทุกคนในครอบครัว การเจ็บป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยเชื่อว่ามิสาเหตุมาจากการดูแลสุขภาพไม่ถูกต้อง และเกิดจากเวรกรรมที่เคยทำไว้ สิ่งที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจคือพระพุทธศาสนา โดยปกติก่อนป่วยผู้ป่วยจะไปวัดทุกวันพระและเปิดฟังพระธรรมเทศนาทุกวัน ผู้ป่วย

เชื่อว่าอาการเจ็บป่วยในครั้งนี้จะทำให้ไม่สามารถมีชีวิตอยู่กับครอบครัว และบุคคลอื่นเป็นที่รักได้นานขึ้น และเชื่อว่าตนเองจะจากไปอย่างสงบ

5. การประเมินจิตสังคมและจิตวิญญาณ

5.1 การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพตนเอง

ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพตนเองเป็นโรคมะเร็งและรับทราบว่าเป็นโรคมะเร็งในระยะสุดท้าย ขณะนี้ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง แต่ยังไม่แน่ใจอาการต่อไปจะเป็นอย่างไร แต่เชื่อในวิวัฒนาการทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าของการแพทย์สมัยใหม่ที่ทำให้มีชีวิตที่ยืนยาวได้

5.2 ศรัทธาและความหวัง (กำลังใจ แรงจูงใจ ความมุ่งมั่น อดทน ความตั้งใจ ความหวัง)

ผู้ป่วยมีความหวังว่าอาการปวดท้อง ปวดหลัง และอึดอัดแน่นท้องที่เป็นอยู่สามารถบรรเทาอาการไปได้อีกนาน ไม่ต้องทนทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยพยายามปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง แต่เมื่ออาการไม่ดีขึ้นทำให้ผู้ป่วยเริ่มขาดกำลังใจและแรงจูงใจในการที่จะหายจากโรคที่เป็น ผู้ป่วยมีความศรัทธาในพระพุทธศาสนา ได้เข้าวัดทุกวันพระ เมื่อไม่สบายก็ไม่สามารถปฏิบัติได้เช่นเดิม ได้ให้ภรรยา และบุตรสาวไปวัดแทน

5.3 การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง (รับรู้ความรู้สึกของตนเอง รับรู้สภาพของตนเอง การมีคุณค่าเป็นที่รักและบุคคลที่รัก)

รับรู้ว่าคุณภาพตนเองมีคุณค่าเป็นที่รักของครอบครัว ภรรยา บุตร และญาติพี่น้อง จะสับเปลี่ยนมาเฝ้าดูแลและเอาใจใส่ผู้ป่วยตลอดเวลา

5.4 เพศและเพศสัมพันธ์

เพศชาย มีครอบครัว สถานะอยู่ด้วยกัน

5.5 การสร้างสัมพันธภาพและการขอความช่วยเหลือ

มีสัมพันธภาพที่ดีกับทุกคนในครอบครัว พูดคุยบอกความต้องการได้ไม่มีอาการสับสน เพื่อให้ภรรยาและบุตรช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

5.6 การแสดงออกถึงความต้องการและความรู้สึก

ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล พูดคุยน้อยค่อนข้างเงียบ เวลาพลิกตะแคงตัวจะแสดงสีหน้าอาการเจ็บปวดและสามารถบอกได้ว่ามีอาการไม่สุขสบายจากอาการปวดท้อง ปวดหลังมาก ๆ และอึดอัดแน่นท้อง หายใจลำบาก ทำให้นอนในท่านอนหงายไม่ได้ ต้องนอนตะแคง หรือยกศีรษะสูง

5.7 พฤติกรรมการเผชิญปัญหาและการปรับตัว

เมื่อมีปัญหาผู้ป่วยมักจะพยายามที่จะแก้ปัญหาและตัดสินใจด้วยตัวเอง มีพูดคุยปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับภรรยาเป็นบางครั้ง

5.8 ความสามารถในการเรียนรู้

สามารถรับรู้และเข้าใจเมื่อได้รับคำแนะนำ แต่สามารถปฏิบัติได้บางส่วน

5.9 สภาพแวดล้อมด้านกายภาพ (สิ่งแวดล้อม ห้องพัก การเป็นสัดส่วน สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์)

อยู่หอผู้ป่วยพิเศษห้องเดี่ยว ผู้ป่วยจ่ายค่าห้องพักส่วนกินเอง เพื่ออยากให้มีญาติเฝ้าดูแลได้ตลอด ส่วนที่บ้านได้จัดสถานที่ให้ผู้ป่วยอยู่เป็นสัดส่วน อากาศถ่ายเทได้ดี

5.10 ความเชื่อ (ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับอำนาจเหนือมนุษย์ ความต้องการตามความเชื่อ การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อ ความเชื่อเกี่ยวกับความตาย)

ความเจ็บป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยเชื่อว่ามีสาเหตุมาจากการดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้องและเกิดจากเวรกรรมที่เคยทำไว้ เชื่อว่าการเจ็บป่วยในครั้งนี้จะทำให้ไม่สามารถมีชีวิตอยู่กับครอบครัวและบุคคลอื่นเป็นที่รักได้นาน

5.11 สัมพันธภาพในครอบครัวและบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วย (บุคคลสำคัญ คนที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย)

ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับภรรยา บุตรสาว บุตรชาย และหลานสาว 2 คน มีรายได้เพียงพอในการดำรงชีวิตแบบเรียบง่าย

5.12 สิ่งที่ยังกังวลและต้องการจัดการให้เสร็จ

ไม่มีเรื่องกังวลใด ๆ ภรรยาสุขภาพแข็งแรงดี บุตรสาว บุตรชายประสบผลสำเร็จในหน้าที่การงาน และครอบครัวมั่นคง

5.13 ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลรักษา

ผู้ป่วยอยากหายและกลับบ้าน แพทย์ได้พูดคุยกับภรรยาและบุตรถึงระยะของโรค คือระยะสุดท้ายและการรักษาแบบประคับประคอง ภรรยาผู้ป่วยรับทราบแต่ยังไม่อยากพาผู้ป่วยกลับ เพราะกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย กลัวผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานมากเพราะสงสาร ขอให้ช่วยดูแลและแนะนำ จนผู้ป่วยอาการดีขึ้นจึงจะขอกลับบ้าน

6. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

6.1 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจอื่นๆ

ตารางที่ 12 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hematology

รายการ	ค่าปกติ	วันที่ตรวจ	
		7 ก.พ. 65	12 ก.พ. 65
<u>CBC</u>			
White blood cell (WBC)	4 – 10 x 10 ³ cell/uL	8.12	8.76
Red blood cell (RBC)	ญ.4.3-5.1 ซ.4.8-5.9x10 ⁶	2.84	3.40
Hemoglobin (Hb)	cell/uL	11.5 ↓	11 ↓
Hematocrit (Hct)	ญ.12.3-15.3 ซ.14-18 gm/dl	36.1 ↓	32 ↓
MCV	ญ. 35 – 47% ซ. 40-52%	96.1	88.7
MCH	83-97	29.4	33
MCHC	27-33	33.0	32.9
Platelet count	31-35	90 ↓	85
Platelet(smear)	140-400x10 ³ cell/uL	Adequate	Adequate
Neutrophils	Adequate	73	75
Lymphocytes	50-70%	18	19
Monocytes	25-40%	7	6

รายการ	ค่าปกติ	วันที่ตรวจ	
		7 ก.พ. 65	12 ก.พ. 65
Eosinophils	2-8%	7	3
Basophils	0-7%	0	0
<u>Renal function test</u>	0-1%		
BUN	9-25 mg%	24 ↑	6.2 ↓
Creatinine	0.8-1.3 mg%	0.9	0.8
<u>Liver function test</u>			
Total protein	6.6-8.3 g%	6.3 ↓	6.4 ↓
Albumin	3.5-5.2 g%	3.0	3.4 ↓
Total bilirubin	0.3-1.2 mg%	0.3	1.0
Direct bilirubin	0-0.2 mg%	0.43	0.5 ↑
AST(SGOT)	5-35 U/L	101	104 ↑
ALT(SGPT)	4-45 U/L	57	68 ↑
ALP Phosphatase(ALP)	30-120 U/L	292	320 ↑
<u>Electrolyte</u>			
Sodium(Na+)	136-146 mmol/L	132 ↓	134 ↓
Potassium(K+)	3.5-5.1 mmol/L	3.9	3.2 ↓
Chloride(CL-)	98-106 mmol/L	96 ↓	100
Carbondioxide (Co ₂)	21-31 mmol/L	26	26

การแปลผลทางห้องปฏิบัติการ พบว่า

- ผล - Sodium จากที่โซเดียมเป็นแร่ธาตุอิเล็กโทรไลต์ที่ช่วยรักษาสมดุลของน้ำรอบ ๆ เซลล์และภายในเซลล์ ผู้ป่วยรายนี้มีค่าโซเดียมต่ำแสดงว่าอาจเกิดจากการกินยาขับปัสสาวะ หรือโรคจากไตเองที่ดูดกลับโซเดียมไม่ได้อย่างที่ควรกระทำ
- ผล - Potassium จากที่โพแทสเซียมเป็นแร่ธาตุที่มีส่วนในการส่งสัญญาณไฟฟ้าไปยังเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น เซลล์ประสาท เซลล์กล้ามเนื้อ โดยเฉพาะเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ผู้ป่วยรายนี้มีค่าโพแทสเซียมต่ำแสดงว่าเกิดจากการอาเจียนและรับประทานอาหารไม่ได้
- ผล - Chloride จากการที่ Chloride เป็นตัวควบคุมน้ำในเซลล์และนอกเซลล์ ผู้ป่วยรายนี้มีค่า Chloride ต่ำ แสดงว่าผู้ป่วยรายนี้ขาดน้ำ
- ผล - AST(SGOT) , ALT(SGPT), ALK Phosphate(ALP) มีค่าสูงกว่าปกติ ก็อาจเป็นตัวบ่งชี้ได้ว่า มีความเสี่ยงในการเป็นโรคเกี่ยวกับโรคตับอักเสบ หรือโรคตับแข็งได้
- ผล - Albumin ด้วยเหตุที่ Albumin ผลิตขึ้นมาจากตับเพียงแหล่งเดียวเท่านั้น ในผู้ป่วยรายนี้ มีค่า Albumin ต่ำกว่าค่าปกติ แสดงว่าตับทำงานได้ไม่ดี อาจมีการอักเสบของตับ หรือเกิดการอักเสบแบบเฉียบพลันของอวัยวะภายในการทำงาน ของตับ จึงทำให้ผลิต Albumin ออกมาในปริมาณปกติไม่ได้อย่างที่เคยเป็น

6.2 ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา

PATHOLOGICAL DIAGNOSIS : Liver, Ultrasound guided core needle biopsy
(วันที่ 11 พฤศจิกายน 2565)

- Adenocarcinoma, moderately differentiated

Addendum report (21 พฤศจิกายน 2564)

- Adenocarcinoma, moderately differentiated

- The primary site Could be liver or Pancreas

Immunohistochemistry (IHC)

- Positive for CK 7 and CK 19 Stains

- Negative for CK 20 Stains

การแปลผลตรวจชิ้นเนื้อ

การวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา

การเจาะชิ้นเนื้อที่ตับโดยใช้เครื่องอัลตราซาวด์เป็นตัวช่วยระบุตำแหน่งเนื้ออก การตรวจชิ้นเนื้อพบเนื้ออกเป็นมะเร็งชนิดต่อม(Adenocarcinoma) ซึ่งต้นกำเนิด(Primary Site) อาจเป็นตับ หรือตับอ่อน

6.3 การตรวจเฉพาะโรคอื่นๆ

COMPUTER TOMOGRAPHY

ผู้ป่วยได้มีการทำ Computer Tomography (CT Scan) จำนวน 3 ครั้งดังนี้

ตารางที่ 13 ผลการตรวจ Computer Tomography

ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
13 พ.ย. 2564	15 พ.ย. 2564	26 ม.ค.2565
CT Chest - Multiple pulmonary nodules in both side of lung, up to 1.3 cm. and 1.2 cm. in LUL and RLL compatible with pulmonary metastasis - Small mediastinal LNs, up to 1.1 cm at right paratracheal area - No active pulmonary infiltration - No plural effusion	CT Whole Abdomen - An ill-defined mass at pancreatic tail 6x5.7x5 cm. in size suggestive of <u>CA Pancreas</u> - The mass attaches to the adjacent left renal Cortex and the Spleen are note - Numerous hypo vascular liver Metastasis Scatter in the both lobe up to 6.6 cm. and 4.5 cm. in size Segment 3 and 2 with Adjacent IHD dilatation	CT Chest and whole abdominal CHEST - Overall no significant change of multiple nodules at both lungs are size up to 0.8 cm at RUL. Some of them show mildly decrease in size. - No pleural effusion or pneumothorax is seen. - Trachea and main bronchi are patent.

ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
<p>การแปลผล พบว่า มะเร็งมีการกระจายไปยังปอด (ส่วน Left upper lobe(LUL) และส่วน Right lower lobe(RLL))</p>	<p>- LN Metastasis at periportal area 1.6 cm in size and Small lymph node at aortocaval and left Para-aortic area up to 1.1 cm in size</p> <p>- Partial collapse Gall bladder with diffuse thickening</p> <p>- Multiple bilateral renal Cortex cysts, up to 1.8 cm. in size</p> <p>การแปลผล พบก้อนที่ส่วนหางของตับอ่อน ที่บ่งบอกถึงมะเร็งตับอ่อน(CA Pancreas) และพบก้อนในส่วนของเนื้อไตชั้นนอก (renal cortex) และม้ามที่อยู่ติดกันด้วย รวมถึงพบว่าการแพร่กระจายไปยังตับและต่อมน้ำเหลืองด้วย</p>	<p>- No enlarged mediastinal lymph nodes is detected.</p> <p>- Atherosclerosis of thoracic aorta is seen. Heart and pulmonary artery are unremarkable.</p> <p>- Chest wall is intact.</p> <p>ABDOMEN</p> <p>- Decreased size of hypo enhancing mass at pancreatic tail is now about 3.6x3.9 cm, suggestive of CA Pancreas. Again noted abutting left kidney and spleen is seen.</p> <p>- The splenic vessels is not well opacified, with newly seen hypoenhancement of posterior part of spleen. A 0.7 cm splenule at anteroinferior aspect of spleen is unchanged.</p> <p>- Overall decreased size of multiple liver metastasis are size up to 5.1x6.1 cm at hepatic segment 3. Portal vein is well patent. Mild smooth left IHD dilatation is still seen. GB is distended with no detectable with no detectable gallstones or sign of acute inflammation.</p> <p>- Slightly decreased size of left adrenal gland</p>

ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
		<p>metastasis is now about 3.5x1.5cm</p> <ul style="list-style-type: none"> - Multiple bilateral renal cysts are unchanged. - Right adrenal gland is normal. - Stomach and bowel loops show no gross mass. <p>Unchanged left inguinal hernia containing fat and fluid is noted.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Minimal intra-abdominal free fluid is unchanged. - A few left paraaortic lymphadenopathy are seen, size up to 1.2 cm in short axis. <p>Atherosclerosis of abdominal aorta and its branches is noted.</p> <ul style="list-style-type: none"> - The urinary bladder is normal distention with gross stone or mass. - Prominent size of prostate gland is unchanged. - Progression of osteolytic lesion at TB vertebral body is seen. Surgical material at C5-C6 levels are seen. Rod and pedicular screw fixation at L4 and L5 levels are unchanged. - Abdominal wall intact.

ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
		<p>การแปลผล</p> <p>CHEST</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีก้อนเล็กๆ หลายๆ ก้อน บริเวณปอดทั้ง 2 ข้าง โดยมี ขนาดใหญ่สุดบริเวณ ปอดขวาบน ขนาดศูนย์กลาง 0.8 เซนติเมตร ซึ่งบางที่มีขนาดเล็กกว่าเดิม จากรอบก่อน -ไม่พบน้ำในปอดทั้ง 2 ข้าง และ ไม่มีภาวะปอดแตก -หลอดลม และแขนงหลอดลม หลัก ยังคงอยู่ ไม่มีความผิดปกติ -ต่อมน้ำเหลือง เมดิแอสติเนียม ไม่ได้มีขนาดใหญ่กว่าปกติ -หลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ต้า มี ลักษณะภาวะแข็งตัว หัวใจและ แขนงหลอดเลือดแดงของปอด ไม่ พบความผิดปกติ -ผนังปอดปกติ <p>ABDOMEN</p> <ul style="list-style-type: none"> -ขนาดของก้อนบริเวณส่วนหาง ของตับอ่อนมีขนาดที่เล็กลง ขนาดประมาณ 3.6 x 3.9 เซนติเมตร ซึ่งก้อนนี้นี้ก็ถึงจาก มะเร็งตับอ่อน และเห็นการติดกัน ระหว่างไตด้านซ้ายกับม้าม -เส้นเลือดบริเวณม้าม มีลักษณะ เหมือนไม่ชัดเจนว่าปกติดี และ เห็นรอยไหม้ลักษณะต่างๆ บริเวณ ส่วนด้านหลังของม้าม และเห็น จุดก้อนขนาดประมาณศูนย์กลาง ประมาณ 0.7 เซนติเมตร บริเวณ ด้านหน้าเยื่อลงข้างใต้ของม้าม

ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
		<p>ซึ่งเป็นก้อนเดิม ไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงก่อน</p> <ul style="list-style-type: none"> -โดยภาพรวม ก้อนหลายๆก้อนที่กระจายมาบริเวณตับมีขนาดเล็ก ลง ขนาดใหญ่สุดประมาณ 5.1x6.1 เซนติเมตร บริเวณ ตับ segment ที่ 3 เส้นเลือดดำพอร์ทอลปกติดี และมีท่อน้ำดีในตับขนาดกว้างมากขึ้น และถุงน้ำดีลักษณะใหญ่ขึ้น แต่ไม่พบสาเหตุที่ทำให้ใหญ่ขึ้น ไม่พบนิ่วในถุงน้ำดี และไม่พบลักษณะการอักเสบเฉียบพลันที่เกิดขึ้น -ต่อมหมวกไตซ้ายที่มีการกระจายมาของมะเร็ง มีขนาดเล็ก ลง ขนาดประมาณ 3.5 x 1.5 เซนติเมตร -พบซีตส์หลายๆ ก้อน บริเวณไต ลักษณะเหมือนเดิมกับรอบก่อน -ต่อมหมวกไตขวาปกติ -กระเพาะและขดวงของลำไส้ปกติดี ไม่พบก้อนใดๆ -ไส้เลื่อนด้านซ้ายเหมือนเดิม เห็นลักษณะน้ำและไขมัน -เห็นลักษณะน้ำในท้อง เหมือนเดิม ไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลง -ต่อมน้ำเหลืองบริเวณด้านข้างเส้นเลือดเออร์ต้า มีขนาดใหญ่ ขนาดประมาณ 1.2 เซนติเมตร -แขนงเส้นเลือดแดงใหญ่เออร์ต้า ดูแข็งแรงขึ้น -กระเพาะปัสสาวะปกติ

ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
		<p>-ต่อมลูกหมากมีขนาดโต แต่ไม่ได้เปลี่ยนแปลงจากเดิม</p> <p>-มีการทำลายมากขึ้น บริเวณกระดูกสันหลัง นึกถึงจาก วัณโรค</p> <p>กระดูกสันหลังเดิม และเห็นรอยการผ่าตัดเดิมบริเวณ กระดูกสันหลังระดับ C5-C6</p> <p>และเห็นเหล็กสกรู บริเวณระดับ L4-L5 ลักษณะเดิม</p> <p>-ผนังหน้าท้องปกติดี</p>

BONE SCAN (29 มกราคม 2565)

Finding : The study reveal increased radiotracer uptake at T7-T9 and C5-C6 which are highly Suggestive of bone metastasis. The rest of skeleton appears unremarkable. Radiotracer contamination at the right cubital fossa is note

Impression : Bone metastasis at T7-T9 and C5-C6 vertebrae are suggested.

การแปลผลสแกนกระดูก

พบมีการกระจายของมะเร็งไปที่บริเวณสันหลังช่วงอกที่ 7-9 และกระดูกสันหลังส่วนคอที่ 5 ถึง 6

การวินิจฉัย CA Pancreas with Liver Metastasis with Lymphnode Metastasis with Lung Metastasis with Bone Metastasis

วันที่รับไว้ดูแล 7 กุมภาพันธ์ 2565 – 5 เมษายน 2565

การรักษาที่ได้รับ Palliative Radiation T7-T9 ปริมาณ 400 cGy จำนวน 5 ครั้ง เป้าหมายการรักษาในรายนี้คือ เพื่อประคับประคอง เนื่องจากโรคมะเร็งกระจายไปหลายอวัยวะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และเป็นการบรรเทาอาการปวดหลังของผู้ป่วยโดยให้ยาที่ใช้ในการรักษาร่วมด้วย

1. Fentanyl 12 ไมโครกรัม แปะทุก 3 วัน
2. Morphine Sustained release Syrup 5 ml เวลามีอาการปวดทุก 4 ชั่วโมง
3. Amitriptyline 10 mg 1 เม็ดก่อนนอน
4. Senokot 2 เม็ดก่อนนอน
5. Metoclopramide 10 mg 1 เม็ด ก่อนอาหาร 3 เวลา
6. Oral Rehydration Salt : ORS ชงดื่ม
7. Lorazepam 1 mg 1 เม็ดก่อนนอน

7. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ไม่สุขสบายจากปวดบริเวณหลัง เนื่องจากมะเร็งลุกลามไปที่กระดูกสันหลังช่วงอก
- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย
- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ความทนในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง เนื่องจากได้ออกซิเจนไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายจากพยาธิสภาพของมะเร็งแพร่กระจายไปปอด
- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ท้องผูก(Constipation) เนื่องจากได้รับน้ำไม่เพียงพอและรับประทานอาหารที่กากใยน้อย
- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 นอนไม่หลับ เนื่องจากมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็น
- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 หมดความภาคภูมิใจในตนเอง เนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน
- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ดูแลหลักมีภาวะอ่อนล้าจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเมื่อเข้าสู่ระยะท้าย
- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวยอมรับการเตรียมตัวเมื่อโรคแพร่กระจายเข้าสู่ระยะท้าย
- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 ญาติขาดความรู้ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายต่อเนืองที่บ้าน

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1

ไม่สุขสบายปวดบริเวณหลัง เนื่องจากมะเร็งลุกลามไปที่กระดูกสันหลังส่วนอก

ข้อมูลสนับสนุน

- Subjective data :ผู้ป่วยบอกว่า “มีความรู้สึกปวดหลังมาก”
:ภรรยาบอกว่า “เวลาปวดพอจะร้องครางและหลับไม่ได้เลย”
- Objective data : Pain Score = 8 คะแนน
: ฉายรังสีบริเวณ T₇-T₉
: ขนาดของก้อนมะเร็ง 6.5 x 7.5 เซนติเมตร ตำแหน่งทางของตับอ่อน
: สีหน้าไม่สดชื่น ขมวดคิ้วตลอดเวลา พักผ่อนน้อย
: ได้รับยาแก้ปวดเป็น Fentanyl และ Mss

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น อาการปวดลดลง

เกณฑ์การประเมิน

1. ระดับความปวดลดลง Pain Score น้อยกว่า 5
2. ผู้ป่วยพักผ่อนได้ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย
3. มีสีหน้าสดชื่น ไม่แสดงอาการเจ็บปวด ไม่ร้องไห้ครวญคราง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเจ็บปวดโดยใช้ Verbal Numeric Rating Scales (VNRS) โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย (mild) ค่าคะแนนความเจ็บปวด 1-3 ระดับปานกลาง (moderate) ค่าคะแนนความเจ็บปวด 4-6 และระดับรุนแรง (severe) ค่าคะแนนความเจ็บปวด 7 - 10 (ปาริฉัตต์ นิลแย้ม และคณะ, 2559) และแบบประเมินอาการรบกวนในผู้ป่วยแบบประคับประคอง (ESAS) (Bruera et al., 1991) เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของการปวด และประเมินปัญหาความไม่สุขสบายพื้นฐานของผู้ป่วยโดยยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการดูแล

2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุ การดูแล และการรักษาอาการปวดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจสาเหตุของอาการปวด และการจัดการกับความปวดอย่างถูกวิธี

3. ดูแลให้ได้รับยาบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่

3.1 Fentanyl 12 µg แปะทุก 3 วัน

3.2 MSS 5 cc oral เวลาปวดห่างกัน 4 ชั่วโมง

พร้อมทั้งติดตามประเมินผลการได้รับยาทุกครั้งและสังเกตผลข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้น ตลอดจนการรายงานแพทย์ เมื่อผู้ป่วยได้รับยาไม่เพียงพอที่จะควบคุมความเจ็บปวดได้

4. ดูแลการได้รับยา Amitriptyline (25 mg) 1 table oral hs ตามแบบแผนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้อย่างเพียงพอ

5. ดูแลให้ได้รับการรักษาแบบ Supportive Radiotherapy ด้วยการฉายรังสีวันละ 400 Centi-gray จำนวน 5 ครั้ง ตามแผนการรักษาของแพทย์

6. แนะนำให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวด ซึ่งจะช่วยเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยออกจากความรู้สึกเจ็บปวด สามารถลดความรุนแรงของการเจ็บปวดได้ เช่น การทำสมาธิ ฟังเพลง ดนตรี

7. ใช้การนวดหรือการสัมผัสเพื่อบรรเทาอาการปวด เพราะการนวดเป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ ทำให้มีความยับยั้งการนำกระแสประสาทของความเจ็บปวดที่บริเวณไขสันหลัง ทั้งการพูดคุยขณะนวดหรือสัมผัสจะช่วยเพิ่มความรู้สึกทางบวกว่ามีคนเห็นอกเห็นใจ เข้าใจ ได้รับกำลังใจและการเอาใจใส่เป็นอย่างดี

8. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล เบามือ เช่น การพลิกตะแคงตัว หรือการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย

9. ดูแลความสะอาดของร่างกายทั่วไป เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้อย่างเต็มที่

10. ดูแลจัดท่านอนในท่าที่สุขสบาย ใช้หมอน Support และช่วยพลิกตะแคง

11. ดูแลช่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั่วไป รวมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้อย่างเต็มที่ และจัดวางสิ่งของเครื่องใช้ไว้ใกล้ตัวผู้ป่วยเพื่อให้สามารถหยิบใช้ได้สะดวก

การประเมินผล

1. ระดับความปวดลดลงจากเดิม อยู่ระหว่าง 1-2

2. ผู้ป่วยพักผ่อนได้ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย

3. มีสีหน้าสดชื่น ไม่แสดงถึงความเจ็บปวด ไม่ร้องไห้ครวญคราง

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2

มีภาวะความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ อิเล็กโทรไลต์

Sodium (Na)	=	13 mmol/L
Potassium (K ⁺)	=	3.2 mmol/L
Chloride (Cl)	=	96 mmol/L
2. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ 7-8 คำต่อมื้อ มีภาวะเบื่ออาหาร ท้องอืด อึดอัดแน่นท้อง คลื่นไส้ นาน ๆ ครั้ง
3. อ่อนเพลีย ปากแห้ง
4. กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง เป็นตะคริว นาน ๆ ครั้ง

วัตถุประสงค์

ได้รับสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

เกณฑ์การประเมิน

1. ผลอิเล็กโทรไลต์อยู่ในเกณฑ์เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย
 - Sodium = 136 – 146 mmol/L
 - Potassium = 3.5 – 5.1 mmol/L
 - Chloride = 98 - 106 mmol/L
2. สัญญาณชีพปกติ
3. ไม่มีอาการทางภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ คือ ซึม สับสน กล้ามเนื้อเกร็งหรืออ่อนแรง ความดันโลหิตต่ำ เมื่อเปลี่ยนท่า หัวใจเต้นผิดปกติ หายใจตื้น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน และ ท้องอืด
4. ผิวหนังและเยื่อชุ่มชื้น ความยืดหยุ่นของผิวหนัง (Skin turgor) ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลการได้รับ Elixir KCL 30 cc oral ทุก 4 ชั่วโมง 2 ครั้ง ตามแผนการรักษาเพื่อทดแทนและแก้ไขภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ
2. แนะนำการได้รับอาหารมีโปแตสเซียมสูง เช่น น้ำผลไม้ กล้วย ส้ม แดง กล้วย นม บล็อกทอสี่ ถั่ว ปลา เป็นต้น
3. ดูแลได้รับน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว
4. สังเกตอาการของภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นตะคริวเฉื่อยชา ซึม ง่วงนอน รีเฟล็กซ์ลดลง ซีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า หัวใจเต้นผิดปกติ หายใจตื้น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด
5. บันทึกสารน้ำเข้าและออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง
6. บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินปริมาณการไหลเวียนของเลือดในร่างกายและความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์

7. ประเมินและติดตามผล Electrolyte และรายงานแพทย์ทันทีเมื่อผลเลือดผิดปกติ เพื่อจะได้รับการแก้ไข

การประเมินผล

1. ผลอิเล็กโทรไลต์อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ
 - Sodium = 136 mmol/L
 - Potassium = 3.4 mmol/L
 - Chloride = 100 mmol/L
2. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ = 37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร = 96 ครั้ง/นาที การหายใจ 24 - 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต = 130/90 มิลลิเมตรปรอท
3. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีสับสน กล้ามเนื้อแขนขาแข็งแรง มีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น รับประทานอาหารได้มีอิสระครั้งถ้วยเล็ก
4. ผิวหนังและเยื่อชุ่มชื้น ความยืดหยุ่นของผิวหนัง (Skin turgor) ดีขึ้น

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3

ความทนในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง เนื่องจากได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายจากพยาธิสภาพของมะเร็งแพร่กระจายไปปอด

ข้อมูลสนับสนุน

1. เหนื่อยง่ายขณะเคลื่อนไหว
2. บอกว่าเหนื่อย เพลีย ไม่มีแรง
3. มีความผิดปกติของอัตราการเต้นหัวใจ การหายใจ ขณะทำกิจกรรมต่างๆ
4. ความสนใจต่อกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง
5. ผู้ป่วยได้รับ O₂ Canular อัตราการหายใจ 24 - 28 ครั้ง/นาที

วัตถุประสงค์

เซลล์ได้รับออกซิเจนเพียงพอ สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้มากขึ้น

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีอาการของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อย เวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น ปลายมือปลายเท้าเขียว
2. อัตราการเต้นของหัวใจปกติ (60-100 ครั้งต่อนาที) อัตราการหายใจ 18 - 20 ครั้งต่อนาที ไม่มีภาวะหายใจลำบากหรือไม่สุขสบายขณะทำกิจกรรมหรือหลังทำกิจกรรม
3. มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม
4. O₂ ≥ 95 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความสามารถในการมีกิจกรรมของผู้ป่วย
2. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับ O₂ Canular 3 Lit/min ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อเพิ่มออกซิเจนในร่างกาย

3. ประเมินภาวะพร่อง O₂ โดยการสังเกตอาการแสดงของผู้ป่วย ว่ามีลักษณะของภาวะพร่อง O₂ ได้แก่ อาการหายใจหอบเหนื่อย ตัวเย็น ซีฟจรเร็ว ปลายมือปลายเท้าเขียว และประเมินโดยการวัดระดับ O₂ Saturation เพื่อจะได้ทราบถึงระดับความรุนแรงของอาการ
4. อธิบายถึงความสำคัญของการทำกิจวัตรประจำวัน และชี้แนะวิธีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมให้เหมาะสม
5. ให้ความช่วยเหลือทั้งในขณะ/และภายหลังการมีกิจกรรม
6. ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษาขณะมีกิจกรรม และหลังมีกิจกรรมในกรณีที่มีอาการเหนื่อยหอบ หรือหายใจลำบาก
7. กระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการมีกิจกรรมของผู้ป่วย
8. สอนผู้ป่วย และครอบครัว ติดตามความก้าวหน้าหรือการเปลี่ยนแปลงของตนเอง
9. สอนให้ผู้ป่วยและญาติในการจับชีพจรและบันทึกสัญญาณชีพ ในขณะและหลังการมีกิจกรรม
10. จัดบันทึกสัญญาณชีพ ก่อนและหลังทำกิจกรรม เพื่อประเมินสภาพร่างกาย ความคงทนต่อการทำกิจกรรม
11. สังเกตและจดบันทึกระยะเวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ
12. ดูแลและช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพราะจะช่วยลดอาการเหนื่อยเพลียจากการที่ร่างกายต้องใช้พลังงานเพิ่มขึ้นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ
13. วัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง เพราะการประเมินสัญญาณชีพจะช่วยให้ทราบความรุนแรงของภาวะพร่องออกซิเจน
14. ประเมิน O₂ saturation ทุก 4 ชั่วโมง เพราะเป็นการวัดระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีอาการของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเขียว ผู้ป่วยยังคงมีอาการอ่อนเพลีย แต่ไม่มีเหนื่อยหอบ

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4

ท้องผูก เนื่องจากได้รับน้ำไม่เพียงพอและรับประทานอาหารที่มีกากใยน้อย

ข้อมูลสนับสนุน

- Subjective data** : ผู้ป่วยบอกว่า “มีปัญหาท้องผูกปกติจะถ่ายทุกวัน แต่ทุกวันนี้ถ่าย 3 วัน ต่อครั้ง”
- Objective data** : ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดกลุ่ม Opioid ซึ่งยาเหล่านี้มีผลข้างเคียงทำให้เกิดอาการท้องผูก

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย ไม่เกิดอาการท้องผูก

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยถ่ายได้ปกติในทุกวันหรือ 1-3 วันต่อครั้ง

2. ไม่มีอาการของท้องผูก คือ ต้องเบ่งมากกว่าปกติ อุจจาระเป็นก้อนแข็ง รู้สึกเหมือนถ่ายอุจจาระไม่สุด หรือถ่ายไม่ออก
3. ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดท้อง ท้องอืด แน่นท้อง ซึ่งเป็นผลมาจากภาวะท้องผูก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอุปนิสัยในการขับถ่ายอุจจาระของผู้ป่วย และประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะท้องผูก คือ ถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ต้องเบ่งมากกว่าปกติ อุจจาระเป็นก้อนแข็ง ผู้ป่วยอาจรู้สึกเหมือนถ่ายอุจจาระไม่สุด หรือถ่ายไม่ออก เพื่อให้ทราบถึงความรุนแรงของภาวะท้องผูกของผู้ป่วย
2. ให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เพื่อให้ช่วยขับถ่ายได้สะดวกและป้องกันภาวะท้องผูก
3. ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำวันละ 2,000 - 2,500 มิลลิลิตร เพื่อให้อุจจาระอ่อนตัวและขับถ่ายง่าย
4. ให้จับน้ำอุ่นบ่อย ๆ เพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้
5. จัดเวลาในการขับถ่ายปัสสาวะให้เป็นเวลาเดิมตามสุขนิสัยของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยถ่ายทุกครั้งที่ปวดอุจจาระ เพื่อป้องกันภาวะท้องผูก
6. ให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายบ่อย ๆ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการทำงานของลำไส้
7. ให้ผู้ป่วยรับประทานยาซีโนคอต (Senokot) 2 เม็ดทางปากก่อนนอน ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อรักษาอาการท้องผูก ช่วยในการขับถ่าย และติดตามผลข้างเคียงหลังการได้รับยา

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระทุกวัน
2. ไม่มีอาการของท้องผูก คือ ต้องเบ่งมากกว่าปกติ อุจจาระเป็นก้อนแข็ง รู้สึกเหมือนถ่ายอุจจาระไม่สุด หรือถ่ายไม่ออก
3. ผู้ป่วยไม่มีอาการ ปวดท้อง ท้องอืด แน่นท้อง ซึ่งเป็นผลมาจากภาวะท้องผูก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5

นอนไม่หลับ เนื่องจากวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็น

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่าไม่คิดว่าโรคจะแพร่กระจายไปรวดเร็วขนาดนี้ ยังไม่ยอมตาย
2. ผู้ป่วยบอกว่าปกติเป็นคนนอนหลับง่าย แต่ตอนนี้คิดมากเกี่ยวกับโรคที่เป็น เลยนอนหลับ ๆ ตื่น ๆ มีอาการมึนศีรษะเป็นบางครั้ง
3. ผู้ป่วยมีอาการไม่สดชื่น ดูท่าทางเพลีย หาวบ่อย มีวงเขียวคล้ำใต้ดวงตา

วัตถุประสงค์

ส่งเสริมให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยนอนหลับได้ต่อเนื่อง 6-8 ชั่วโมง มีความสบายใจขึ้น
2. ไม่มีอาการที่บ่งชี้ว่านอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ เช่น หาวบ่อย อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ มึนงง ขอบตาเขียวคล้ำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. รับฟังปัญหาของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกและซักถามปัญหา
2. อธิบายเกี่ยวกับโรคให้ผู้ผู้ป่วยทราบตามความเหมาะสมและให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การจัดการอาการล่วงหน้าที่จะเกิดขึ้นเพื่อลดความวิตกกังวลและความหวาดกลัวกับโรคที่เป็นอยู่
3. ดูแลการรับ Amitriptyline (25 mg) 1 เม็ดก่อนนอนตามแผนการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้อย่างเพียงพอ
4. ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยผ่อนคลาย สบายใจ เช่น การนอนข้าง ๆ จะช่วยให้รู้สึกอบอุ่น ไม่เดียวดาย และหลับได้
5. แนะนำผู้ป่วยให้ปฏิบัติในสิ่งที่จะช่วยให้นอนหลับได้ดีขึ้นก่อนนอน เช่น เครื่องดื่มอุ่น ๆ อาบน้ำ อ่านหนังสือ หรือสวดมนต์ เป็นต้น
6. วางแผนกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสมเพื่อจะได้ไม่รบกวนผู้ป่วยบ่อยเกินไป หรือโดยไม่จำเป็นในเวลากลางคืน

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสบายใจขึ้น หลังจากได้พูดคุยกับโรคที่เป็น นอนหลับได้ต่อเนื่องยาวขึ้นครั้งละ 2 - 3 ชั่วโมง
2. ผู้ป่วยยังอ่อนเพลียเล็กน้อย ไม่ปวดศีรษะ มีนงง ขอบตาไม่เขียวคล้ำ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6

หมดความภูมิใจในตนเอง เนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าเศร้า พูดน้อย
2. ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง
3. ผู้ป่วยบอกสงสารภรรยา และบุตรที่ต้องอยู่ดูแลตนเองตลอดเวลา
4. บุตรสาวที่เฝ้าบอกว่า ผู้ป่วยพยายามที่จะช่วยเหลือในการทำกิจกรรมด้วยตนเองที่สามารถทำได้ เนื่องจากเกรงใจ ไม่อยากเป็นภาระของใคร
5. ผู้ป่วยมีปวดกระตักหลังช่วงอก เคลื่อนไหวร่างกายไม่สะดวก
6. การประเมิน Palliative Performance Scale (PPS Version 2) ได้ 50%

วัตถุประสงค์

ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองมีค่ามากขึ้น และเป็นที่รักของครอบครัว

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง
2. สีหน้าสดชื่น พูดคุยยิ้มแย้ม พูดถึงตนเองในทางที่ดีขึ้น
3. ผู้ป่วยยอมรับสภาพความเจ็บป่วยไม่ท้อแท้ พยายามพัฒนาความสามารถของตนเอง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้สึกที่แสดงออกทั้งคำพูด และพฤติกรรมของผู้ป่วย

2. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจพยาธิสภาพของความผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างรับการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวยอมรับสภาพความเจ็บป่วยนี้ได้

3. ช่วยประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยโดยการให้กำลังใจสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมดูแลตนเองมากขึ้น ตามสภาวะการเจ็บป่วย โดยการยกย่องชมเชยแสดงถึงการรับรู้ความลำบากทุกข์ยากของผู้ป่วย

4. เป็นสื่อเชื่อมสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ให้มีความเข้าใจต่อกันเข้าใจความรู้สึกอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เข้าใจการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรค เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดเกิดความอบอุ่นใจ

5. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความรู้สึกของบุตรหรือผู้ดูแลว่าเป็นความรู้สึกที่ดีที่ได้ดูแลและทดแทนคุณของบิดาผู้ให้กำเนิด รู้สึกภาคภูมิใจในฐานะลูกที่สามารถดูแลบิดาได้เป็นอย่างดี

6. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวลสุภาพ ให้ความสำคัญต่อผู้ป่วย ให้เกียรติ ยอมรับความมีศักดิ์ศรีในตนเองของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกในคุณค่าของตนเอง มีความรู้สึกต่อตนเองที่ดีขึ้น

7. มีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ทำให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกและปัญหาของตนเองออกมา สามารถให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ครบถ้วน

8. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจที่จะเผชิญกับโรคและการรักษา โดยให้การพยาบาลด้วยสัมผัสและคำพูดที่สุภาพ นุ่มนวล ซักถามด้วยความห่วงใยและจริงใจ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยพูดคุยกับครอบครัวกับผู้มาเยี่ยมมากยิ่งขึ้น
2. ผู้ป่วยพูดคุยและทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยสีหน้าที่สดชื่น
3. ผู้ป่วยพูดถึงตนเองในทางที่ดีขึ้น ยินยอมรับการดูแลของบุตรสาวและภรรยามากขึ้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7

ผู้ดูแลหลักมีภาวะอ่อนล้าจากการดูแลผู้ป่วยเมื่อเข้าสู่ระยะท้าย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ภรรยา(ผู้ดูแลหลัก) มีสีหน้าอิดโรย แหวดครุ่นคิด ถอนหายใจบ่อยครั้ง อาการซึมเศร้า
2. ภรรยาของผู้ป่วยบอกว่าไม่อยากพาผู้ป่วยกลับบ้าน อยู่โรงพยาบาลยังมีทีมดูแล วิตกกังวลถ้ากลับบ้านจะดูแลผู้ป่วยอย่างไร

กังวลถ้ากลับบ้านจะดูแลผู้ป่วยอย่างไร

วัตถุประสงค์

บรรเทาความอ่อนล้าของผู้ดูแลหลัก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ดูแลหลักสีหน้าทางทางผ่อนคลาย ไม่มีอาการซึมเศร้า
2. ผู้ดูแลยอมรับการเตรียมตัวดูแลผู้ป่วยเมื่อเข้าสู่ระยะท้าย

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพ ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ
2. เปิดโอกาสให้ภรรยาระบายความรู้สึก ให้ความสนใจต่อสิ่งที่ผู้ดูแลบอกเพื่อค้นหา และประเมินความอ่อนล้า และคลายความรู้สึก

3. ให้ความช่วยเหลือ ค้นหาแหล่งที่เป็นประโยชน์ บุคคลที่สามารถช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลหลักได้พักผ่อน
4. แนะนำการพักผ่อนและผ่อนคลายความอ่อนล้า
5. ประเมินความอ่อนล้าของผู้ดูแลหลักเป็นระยะ เพื่อให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอ

การประเมินผล

ผู้ดูแลผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น ได้นอนพักอย่างน้อย 6 - 8 ชั่วโมงต่อวัน ทำทางผ่อนคลายขึ้น และมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลเพื่อเตรียมตัวเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8

ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวยอมรับการเตรียมตัวเมื่อโรคแพร่กระจายเข้าสู่ระยะท้าย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วย CA Pancreas with liver metastasis with lung metastasis with Lymphnode metastasis with bone metastasis ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง
2. ผู้ป่วยบอกว่าฉันยังไม่อยากตาย จะอยู่ได้อีกนานแค่ไหน ยังจัดการทรัพย์สินให้บุตร ธิดา ยังไม่เรียบร้อยและยังอยากอยู่กับลูกและหลาน ๆ
3. อารมณ์แปรปรวนเดี๋ยวเงียบเฉย ซึมเศร้า แยกตัวไม่ตอบคำถาม เดียวโกรธ ก้าวร้าว ไม่อยากฉายรังสีในบางครั้ง
4. การประเมิน Palliative Performance Scale (PPS version 2) ได้ 50%

วัตถุประสงค์

ส่งเสริมผู้ป่วยสามารถเผชิญกับระยะท้ายของชีวิตได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่แสดงท่าทางซึมเศร้า คุยกับญาติ พยาบาลมากขึ้น
2. ไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว
3. ยอมรับปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. เข้าใจและยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ไม่ตอบโต้ผู้ป่วยด้วยคำพูดหรือกิริยาที่มีความรุนแรง แต่ควรใช้ความอ่อนโยน นุ่มนวล
2. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายที่สามารถบรรลุเป้าหมายที่เป็นจริงได้ เช่น ไม่ตั้งเป้าหมายที่จะหายจากโรคแต่ควรปรับเป้าหมายเป็นปวดหลังลดลง ใช้จ่ายแก้ปวดลดลง นอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้น
3. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ให้ความสนใจต่อสิ่งที่ผู้ป่วยบอก เพื่อคลายความรู้สึกกลัว
4. อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยต้องการ เพื่อลดความกลัวของผู้ป่วย
5. ให้การพยาบาลด้วยท่าที่อ่อนโยน ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ
6. ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกให้ผู้ผู้ป่วยได้เตรียมความพร้อมทั้งครอบครัว ทรัพย์สินสมบัติ เอกสาร และด้านอื่น ๆ

7. ส่งเสริมการปรับตัว และการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณเพื่อเผชิญกับระยะท้ายของชีวิตด้วยใจสงบ เช่น การช่วยเหลือให้ได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา

8. พูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อประเมินการรับรู้ ภาวะการเจ็บป่วยและความสามารถในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยอย่างสม่ำเสมอ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าท่าทางซึมเศร้าลดลง พูดถึงความตายด้วยท่าที่สงบลง คุยกับญาติเรื่องการจัดการทรัพย์สินกับบุตร ธิดาเรียบร้อย ขอความช่วยเหลือจากพยาบาลมากขึ้น
2. อารมณ์โกรธ ก้าวร้าวลดลง พยาบาลนิมนต์พระมาให้ผู้ป่วยใส่บาตรทุกวันอังคาร
3. ผู้ป่วยบอกจะพยายามไปฉายรังสีให้ครบตามแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9

ญาติขาดความรู้ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ญาติบอกว่าเมื่อกลับบ้านไม่รู้ว่าจะดูแลอย่างไร เพราะผู้ป่วยมีอาการปวดที่บริเวณกระดูกสันหลังเป็นอย่างมาก ท้องโตตึง อึดอัดแน่นท้อง หายใจไม่อิ่มเป็นบางครั้ง
2. ญาติบอกไม่กล้าพลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วย เมื่อเห็นผู้ป่วยมีอาการปวดบริเวณหลัง และหายใจไม่สะดวก
3. ผู้ป่วยนอนนิ่งไม่อยากขยับตัวหรือพลิกตะแคงตัว
4. ญาติมีแววตาครุ่นคิด ถอนหายใจบ่อยครั้ง กังวลเรื่องการควบคุมอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นที่บ้านของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ญาติมีความรู้และการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง
2. เพื่อให้ญาติสามารถจัดการควบคุมอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเบื้องต้นที่บ้านได้ เพื่อขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพใกล้บ้าน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน
2. ญาติสามารถบอกวิธีการจัดการควบคุมอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเบื้องต้นที่บ้านได้ เพื่อขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพใกล้บ้าน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้และความพร้อมของญาติทั้งร่างกายและจิตใจก่อนกลับบ้าน
2. ให้คำแนะนำเรื่องความเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยและอาการที่อาจจะพบได้เมื่อเข้าสู่ระยะท้าย เช่น อาการปวด หายใจไม่อิ่ม คลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น
3. สอน/สาธิตการทำท่าความสะอาดร่างกาย การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การจัดทำให้ผู้ป่วยสุขสบาย

4. สอน/สาธิตการดูแลเรื่องยา การรับประทานยาให้ทานยาตามคำแนะนำที่ได้รับ โดยเฉพาะยาแก้ปวดต้องมีการจดบันทึกการประเมินอาการปวดก่อนและหลังทานยา
5. สอน/สาธิตวิธีการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง สร้างความมั่นใจทุกขั้นตอน เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับจากการนอนท่าเดิมนาน ๆ
6. แนะนำแหล่งประโยชน์อื่น ๆ เพื่อให้ความรู้และแหล่งสนับสนุน เช่น โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เป็นต้น
7. ให้ความรู้ญาติในการจัดการสภาพแวดล้อมบริเวณบ้านให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย คือ จัดให้อยู่ในบริเวณชั้นล่างของบ้าน อากาศถ่ายเทได้สะดวกไม่อับชื้น
8. การดูแลการขับถ่ายและแนะนำการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ทุกครั้งเมื่อมีการปัสสาวะ
 - 1) ดื่มน้ำมาก ๆ อย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว
 - 2) การดูแลอาการนอนไม่หลับ วิดกกังวล และซึมเศร้า
 - 3) การปรุงแต่งอาหารให้น่ารับประทาน

การประเมินผล

1. ญาติรับฟังอย่างตั้งใจ มีการซักถามเป็นระยะเมื่อไม่เข้าใจ สามารถอธิบายวิธีการดูแลได้ ถูกต้อง และตอบคำถามได้ มีท่าทางมั่นใจมากขึ้น
2. ญาติบอกวิธีการจัดการควบคุมอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเบื้องต้นที่บ้านได้ เพื่อขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพใกล้บ้าน

การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Planning)

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระดับอ่อนระยะแพร่กระจายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลเฉพาะทางอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ขั้นตอนการเตรียมความพร้อมก่อนรับ การรักษา ขณะทำการรักษา และหลังครบการรักษา ดังนั้นการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นกระบวนการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมในการดูแลตนเอง รวมถึงการเตรียมผู้ดูแลและชุมชนให้พร้อมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย และพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในระยะที่มีการเปลี่ยนผ่านการดูแลจากหน่วยบริการสุขภาพไปสู่หน่วยบริการสุขภาพอื่น หรือสู่การดูแลตนเองที่บ้านอย่างเป็นระบบแบบองค์รวม มีการประสานงานของสหสาขาวิชาชีพ ในการสนับสนุน และเสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งมีการส่งเสริมการใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างเหมาะสม เพื่อเตรียมการให้ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงชุมชนให้สามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองอย่างมั่นใจ ปลอดภัยและพึงพอใจ โดยใช้กระบวนการวางแผนการจำหน่าย ตามรูปแบบ D METHOD ที่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยอย่างองค์รวม

การวางแผนการจำหน่ายตามรูปแบบ D METHOD ในผู้ป่วยรายนี้ประกอบด้วย

D : Diagnosis ให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งระดับอ่อนระยะแพร่กระจายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง อธิบายถึงสาเหตุการเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดโรค การดำเนินโรค เพื่อจะได้เข้าใจและสบายใจเมื่อทราบเหตุผลในเรื่องต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อให้มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เปิดโอกาส

หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและซักถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ปัญหาที่กระทบต่อครอบครัวอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจ

M : Medication อธิบายเกี่ยวกับข้อมูลการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างละเอียดถึงชื่อของยา การออกฤทธิ์ของยา วัตถุประสงค์ในการใช้ วิธีการใช้ยา ขนาด และปริมาณของยา จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ยา ข้อควรระวังในการใช้ยา ผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนของการใช้ยา รวมถึงข้อห้ามข้อควรระวังสำหรับการใช้ยา ยาที่ผู้ป่วยได้รับให้แก่ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบและปฏิบัติได้ถูกต้อง ทานยาได้ตรงเวลา ปริมาณ และขนาดของยาทั้งยาที่รับขณะอยู่โรงพยาบาลและยาที่รับประทานต่อเองที่บ้าน แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องจนกว่าจะหมด อธิบายและทบทวนความเข้าใจของญาติเกี่ยวกับยาและการออกฤทธิ์และผลข้างเคียงจากยาที่ได้รับแต่ละตัวและเน้นย้ำในการรับประทานยาตามแพทย์สั่งและควรรับประทานตามเวลาเดิมทุกวัน เนื่องจากมีผลต่อระดับยาในกระแสเลือดซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะให้อธิบายให้ผู้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงข้อห้ามต่าง ๆ ของยาทุกตัว ถ้ามีอาการผิดปกติไม่ให้อธิบายรับประทานเองหรือปรับขนาดยาเอง ควรมาพบแพทย์หรือหากไม่สะดวกให้ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

E : Environment & Economic แนะนำให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและเศรษฐกิจ การจัดบริเวณที่อยู่ให้มีอากาศถ่ายเทได้สะดวกและปลอดภัยกับผู้ป่วย จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นระเบียบ ดูแลภายในที่พักให้สะอาดอยู่เสมอ ควรจัดที่นอนผู้ป่วยให้อยู่ชั้นล่างของบ้านเพื่อสะดวกแก่การทำกิจวัตรประจำวันและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ แนะนำให้มีการจัดวางสิ่งของของผู้ป่วยใช้ประจำวันให้ใกล้กับเตียงผู้ป่วยให้สามารถหยิบใช้ได้สะดวก เป็นการป้องกันอุบัติเหตุจากที่ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย และมีการจัดหาล้างให้ผู้ป่วยเมื่อต้องการความช่วยเหลือ

T : Treatment แนะนำผู้ป่วยและญาติให้รับรู้และเข้าใจเป้าหมายในการรักษาโรคที่เป็นอยู่ และมีทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา การเฝ้าระวังสังเกตอาการที่ผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นและสามารถแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินได้ ต้องมีความรู้ความเข้าใจในการจัดการ และแก้ไข ปัญหาหรืออาการผิดปกติหรืออาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมและถูกต้อง แนะนำสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัดเช่น มีไข้หนาวสั่น อ่อนเพลียมาก รับประทานอาหารไม่ได้ ปวดมากได้ยาระงับปวดแล้วไม่ทุเลาลง ประสานงานกับหน่วยเยี่ยมบ้านในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านหรือแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชนเพื่อให้การช่วยเหลือ เมื่อต้องการความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ

H : Health ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจรับรู้ถึงสภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีข้อจำกัดอะไรบ้าง มีการส่งเสริมฟื้นฟูทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค การเตรียมด้านจิตสังคมเน้นให้ผู้ผู้ป่วยออกความคิดเห็นในการวางแผนการดูแลตนเอง และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการร่วมดูแล สอนและฝึกให้ผู้ผู้ป่วยออกกำลังกายบนเตียง แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการรักษาความสะอาด การเช็ดตัวทำความสะอาดร่างกาย การดูแลแผลกดทับ ส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วยและแนะนำผู้ป่วยหากรู้สึกเครียดควรหาวิธีผ่อนคลายอย่างเหมาะสม แนะนำผู้ป่วยควรนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง เพื่อส่งเสริมฟื้นฟูสภาพร่างกายให้ดีขึ้นได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

O : Outpatient referral แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและรับรู้ถึงความสำคัญของการมาตรวจตามที่แพทย์นัด แนะนำข้อมูลแหล่งขอความช่วยเหลือหรือแหล่งประโยชน์ในกรณีเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินขึ้น เช่น กรณีมีการเจ็บป่วยแนะนำให้ไปใช้สถานบริการทางด้านสุขภาพใกล้บ้าน การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้านในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน รวมถึงการส่งต่อข้อมูลแผนการดูแลต่อเนื่องและการสรุปผลการดูแลไปยังเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่ผู้ป่วยและญาติที่จะสามารถขอความช่วยเหลือได้เวลาเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน

D : Diet ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเห็นถึงความสำคัญในการรับประทานอาหารให้ครบตามความต้องการของร่างกาย เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยและเสริมภูมิคุ้มกันโรค แนะนำผู้ป่วยหากมีอาการเบื่ออาหารมาก หรือรับประทานอาหารไม่ได้ควรไปพบแพทย์ แนะนำผู้ป่วยและญาติในการรับประทานอาหารอ่อนที่ง่าย เคี้ยวอาหารช้า ๆ พร้อมทั้งการดื่มน้ำให้ได้ 2-3 ลิตรต่อวันเพื่อป้องกันอาการท้องผูก

บทที่ 5

สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษาและข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยชายไทยวัย 76 ปี สถานภาพสมรส มีบุตร 4 คน อาชีพค้าขาย ภูมิลำเนาจังหวัด อุบลราชธานี ผู้ป่วยให้ประวัติว่าประมาณเดือนสิงหาคม 2564 มีอาการปวดท้องด้านขวาใต้ลิ้นปี่ ร้าว ไปที่หลัง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักลด จึงไปตรวจที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ แพทย์ พิจารณาส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องและหน้าอก ผลตรวจพบว่ามีก้อนที่ตับอ่อนขนาด 6.5 x 7.5 เซนติเมตร และพบว่ามีอาการลุกลามไปที่อวัยวะอื่นๆ ได้แก่ ตับ ปอด ต่อมไทรอยด์ แพทย์ พิจารณาส่งตรวจชิ้นเนื้อที่ตับ ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาเป็น Adenocarcinoma moderately differentiated ผู้ป่วยบอกว่า แพทย์ได้แจ้งให้ทราบว่าโรคมียาการลุกลามไปหลายอวัยวะ ได้รับการ รักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัดสูตร Cisplatin + Gemcitabine จำนวน 2 ครั้ง และแพทย์ได้ทำการ ตรวจติดตามและประเมินผลการรักษาด้วยการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์บริเวณช่องท้อง พบว่าก้อนมี ขนาดเท่าเดิมคือ 6.5 x 7.5 เซนติเมตร ร่วมกับผู้ป่วยมีอาการปวดหลังระดับ 8 จนไม่สามารถนั่งหรือ ทำกิจกรรมได้ แพทย์จึงส่งตรวจ Bone Scan พบมีการแพร่กระจายไปที่กระดูกส่วนอก T₇-T₉ แพทย์จึงพิจารณาส่งผู้ป่วยมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เพื่อฉายรังสีบริเวณ กระดูกสันหลังส่วนอก T₇-T₉

ผู้ป่วยมารับการตรวจและรักษาที่โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี โดยผ่านศูนย์ประสานงาน เครือข่าย และรังสีแพทย์รับผู้ป่วยไว้รักษาแบบประคับประคองด้วยการฉายรังสีแบบเร่งด่วนวันละ ๔๐๐ centi-gray/Fraction จำนวน 5 Fraction ระหว่างรับการรักษา ผู้ป่วยมีภาวะของโรคที่ลุกลาม ซ้ำซ้อน ทีมสหสาขาวิชาชีพได้ร่วมกันดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงได้มีการวางแผนการดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน ให้คำแนะนำเรื่องการจัดการอาการรบกวน ประเมินอาการปวด จัดการอาการหายใจ ลำบาก และแนะนำญาติและผู้ป่วยในการเตรียมความพร้อมต่อการยอมรับการสูญเสีย และยอมรับ ความตายที่จะเกิดขึ้น รวมถึงผู้ดูแลหลักที่มีภาวะอ่อนล้าจากการดูแลผู้ป่วยเมื่อเข้าสู่ระยะท้าย

ผู้ป่วย ญาติและบุคลากรทางการแพทย์ได้วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกันจนเกิดความ มั่นใจ และมีกำลังใจในการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน

แพทย์จำหน่ายผู้ป่วยโดยการส่งตัวกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ในวันที่ 5 มีนาคม 2565 รวมระยะเวลาในโรงพยาบาล 28 วัน และนัดตรวจติดตาม อาการวันที่ 7 เมษายน 2565 หลังจากนั้นได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ครั้งที่ 1 วันที่ 20 มีนาคม 2565 และ เยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ 2 วันที่ 5 เมษายน 2565 ก่อนวันนัดตรวจติดตามในวันที่ 7 เมษายน 2565 บุตรสาวแจ้งว่าจะไปรับยาแทน เนื่องจากผู้ป่วยเคลื่อนไหวและเดินทางลำบาก และผู้ป่วย ประสงค์จะไม่ขอเข้ารับการรักษาใดๆ เพิ่มเติม ได้ประสานเครือข่ายสถานบริการใกล้บ้านในการ ดูแลต่อเนื่อง

วิเคราะห์กรณีศึกษา

โรคมะเร็งตับอ่อน การรักษาที่สำคัญที่สุดคือ การผ่าตัด แต่ถ้าโรครออยู่ในระยะลุกลาม การรักษาต่อเนื่องคือ ยาเคมี ฉายรังสี ส่วนยามุ่งเป้าอยู่ในระหว่างการศึกษา อย่างไรก็ตามในการใช้วิธีการรักษาต้องประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยแต่ละราย การพยากรณ์โรคมะเร็งตับอ่อนไม่ดีนัก การดำเนินของโรคมะเร็งทั้งแบบเฉียบพลัน และค่อยเป็นค่อยไป พยาธิสภาพและการดำเนินของโรคทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหา และความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ปัญหาทางด้านร่างกาย หรือ อาการที่ปรากฏทางกายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายประกอบด้วย อาการปวด เหนื่อยล้า หายใจลำบาก สับสน กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน และท้องผูก (กิตติกร นิลมานัต, 2555; ชีระชล สาดสิน และเยาวรัตน์ มัชฌิม, 2560) ส่วนปัญหาด้านจิตใจได้แก่ ภาวะซึมเศร้า หดหู่ วิตกกังวล กลัวความตาย และกลัวการพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก (พระไพศาล วิสาโล, 2552) เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงเป็นการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตและครอบครัวของผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อลดความทุกข์ทรมาน ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ (WHO, 2002) ผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนมีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย ลักษณะอาการอาจเป็นแบบเฉียบพลันหรือแบบเรื้อรังค่อยเป็นค่อยไป จนอาการทรุดลงเรื่อย ๆ ในที่สุดมาถึงช่วงสุดท้ายของชีวิต พยาบาลเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากที่สุด จึงควรมีความรู้ และสามารถบูรณาการศาสตร์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้จากไปอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (Martins Pereira, Hernandez-Marrero, Pasman, Capelas, Larkin, & Francke, 2021)

จะเห็นได้ว่ามะเร็งตับอ่อน การพยากรณ์โรคไม่ดี ถึงแม้ว่าจะตรวจพบในระยะแรกและได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ถูกต้องก็ตาม อัตราการรอดชีพใน 5 ปีมีเพียงร้อยละ 9 การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งตับอ่อนนี้จึงให้ความสำคัญในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง การตระหนักว่าบุคคลหรือการเจ็บป่วยของผู้ป่วยใกล้สิ้นสุดลงแล้วนั้น เป็นสิ่งสำคัญในการวางแผนเพื่อการดูแลที่เหมาะสม ด้วยการเปลี่ยนแปลงการดูแลรักษาจากการหวังผลการรักษาให้หายขาด สู่แผนการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (นิอร โชติชนประสิทธิ์, และคณะ, 2563) ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาวะการเจ็บป่วย ส่งผลให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง คือ การตายดี (Good death) (ฉัตรกมล เจริญวิภาดา, 2561)

ข้อเสนอแนะ

โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ ให้บริการรักษาเฉพาะทางที่ต้องใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีระดับสูงที่จำเป็นต่อการตรวจรักษาอย่างครบถ้วน เน้นการแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยและผลกระทบจากความเจ็บป่วยที่ซับซ้อน รุนแรงจนถึงขั้นวิกฤต การบริการต้องตอบสนองความจำเป็นอย่างทั่วถึง ให้บริการทั้งในโรงพยาบาลและที่พักอาศัยของผู้ป่วย มีระบบการดูแลที่ต่อเนื่อง การส่งต่อมีประสิทธิภาพ และมีการถ่ายทอดเทคโนโลยีร่วมกัน ในด้านบุคลากรที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะของโรคลุกลามแพร่กระจายที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและการดำรงชีวิตของผู้ป่วยและญาติ นับว่ามีความท้าทายในการที่จะดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมครบทุกมิติ โรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถเฉพาะทาง สามารถตอบสนองผู้รับบริการได้อย่างทั่วถึงมีประสิทธิภาพ

ค้นหาปัญหารวมทั้งความเสี่ยงทางคลินิกที่อาจเกิดขึ้น โดยมุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสำคัญ โดยการใช้หลักของกระบวนการพยาบาล(Nursing Process) พยาบาลจึงต้องมีกรอบการทำงานที่ได้มาจากแนวคิด ทฤษฎีทางการพยาบาลและความรู้จากศาสตร์สาขาต่างๆ มาช่วยในการคิดวิเคราะห์และตัดสินใจทางคลินิกในการปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการโดยมีแนวคิดและข้อเสนอแนะในการพยาบาลดังนี้

1. ทบทวน วิเคราะห์ระบบบริการ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระดับอ่อนแบบประคับประคอง (Palliative Care)
2. มีการกำหนดมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระดับอ่อนระยะแพร่กระจายที่ได้รับการรักษาหลังการวางแผนจำหน่าย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
3. ส่งเสริมสนับสนุนการฝึกทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติโดยเน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลระหว่างผู้ป่วย ญาติ และสหสาขาวิชาชีพ
4. พัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระดับอ่อนระยะแพร่กระจายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง
5. พัฒนาจัดทำคู่มือ สื่อการสอน เพื่อใช้ประกอบการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระดับอ่อนระยะแพร่กระจายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองให้มีประสิทธิภาพต่อไป
6. พัฒนาการจัดเก็บข้อมูลเพื่อติดตามและประเมินผลคุณภาพการพยาบาล

บรรณานุกรม

- โกสินทร์ วิระขร. (2558). ภาวะฉุกเฉินทางมะเร็งที่พบบ่อย.ขอนแก่น:คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- กิติพล นาควิโรจน์.(2559). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว*. กรุงเทพฯ : บริษัทปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *Palliative care in Cancer patient* ใน อากาศ พัฒนเรืองไล อำไพพร ยังวัฒนา,นฤมล เรื่องกิจวัตนการ,อภิสิทธิ์ ศรีอินแก้ว และ วิชยาภา เอี่ยมสว่าง(บรรณาธิการ), List disease of Palliative care and Functional unit. นนทบุรี:บริษัท อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2558). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย*. พรปวีณ์ อธิธัญชัยพงษ์,(บรรณาธิการ), พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ.
- กมล โฆษิตรังสิกุล. (2566). *ตับอ่อน หน้าที่ มีอะไรบ้าง และเกี่ยวข้องกับอย่างไรกับระดับน้ำตาลในเลือด*. สืบค้น 21 กุมภาพันธ์ 2567 จาก <https://helloworld.com/เบาหวาน/ตับอ่อน-ทำหน้าที่-อะไร/>
- คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2558). *ตำราศัลยศาสตร์ ภาค ๒*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉัตรกมล เจริญวิภาดา.(2561). *การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ต่อเนื่องจากสถานพยาบาลไปยังบ้านและชุมชนในบริบทของศูนย์ดูแลแบบประคับประคอง*. ระเบียบ : กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลคลองท่อม.
- จอนณะจง เพ็งจาด. (2556). *การพยาบาลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง* ใน ลักษณะมีชาญเวชและดุสิต สถาวร (บรรณาธิการ), *The Dawn of Palliative Care in Thailand*. กรุงเทพฯ : บริษัทปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- ชลียา วามะลุน. (2559). *รูปแบบการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์และการพัฒนาภูมิภาค บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- ชลียา วามะลุน และคณะ.(2551). *การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวมใน ศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี*. อุบลราชธานี : หจก.อุบลกิจออฟเซ็ทการพิมพ์.
- ชุลีกร ตำนายุทธศิลป์. (2555). *หลักการประเมินสุขภาพ*. พิษณุโลก : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ชุตติกาญจน์ หลุ่ย อัมราภัสร์ อรรถชัยวัฒน์ และไศภิชันธุ์ สุวรรณเกษางษ์. (2559). *ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง*. กรุงเทพฯ : บริษัท สำนักพิมพ์สี่ต่อตะวัน จำกัด.
- ชวนพิศ นรเดชานนท์. (2547). *เคมีบำบัด : หลักการพยาบาล*. ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชวลิต เลิศบุษยานุกุล. (2564). *มะเร็งตับอ่อน*. สืบค้น 26 ธันวาคม 2566, จาก <https://www.chulacancer.net/articles-page.php?id=454&keyname=academic>

- ดัดแปลงจาก The Roy's Adaptation Model (p.114), By Roy & Andrews, 1999 จาก :
<https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2016/12205/1/420237.pdf>
- ดาริน จตุรภัทรพร และคณะ. (2534). *การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care)*.
 กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- दनัย ดุลรักษ์. (2560). *การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง Nursing Care for Patients with Cancer*.
 กรุงเทพฯ : แดเน็กซ์อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น จำกัด.
- ดวงพร สีจร. (2552). *การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย*. ขอนแก่น : โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะ
 แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- เต็มศักดิ์ พังรัมย์. (2559). *การดูแลผู้ป่วยที่ใกล้จะเสียชีวิต* ใน กิตติพล นาควิโรจน์ (บรรณาธิการ), *คู่มือ
 การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว*. กรุงเทพฯ : บริษัทปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- ถนอมขวัญ ทวีบุรณ์. (2558). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. สืบค้น 7 มกราคม 2567, จาก
<http://www.elearning.ns.mahidol.ac.th/Patients-with-end-stage>
- ธนา นิลชัยโกวิท. (2555). *Thai Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย
 (Thai. HADS)*. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล
 รามาธิบดี.
- ธีระชล สาดสิน และเยาวรัตน์ มัชฌิม. (2560). *การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนระยะสุดท้าย*.
 กรุงเทพฯ : วชิรสารการพยาบาล.
- ธีระชล สาดสิน, ปิยะพงษ์ หารศรี, ชญาณิช ขอบอรุณสิทธิ, ธนิตา พุ่มท่าอิฐ. (2557). *การพยาบาล
 ผู้ป่วยตับอ่อนในระยะสุดท้าย: กรณีศึกษา*. กรุงเทพฯ : วชิรพยาบาล
- ธีรพล สมหมายไชยา. (2563). *การดูแลผู้ป่วยประคับประคองแบบองค์รวม.ใน ปฐมพร ศิริประภาศิริ
 และเดือนเพ็ญ ห่อรัตนนา(บรรณาธิการ),คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะ
 ท้าย(สำหรับบุคลากรทางการแพทย์).*(น. 46-72).กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพยาบาล
 องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.นงนภัทร รุ่งเนย. (2560). *การ
 ประเมินสุขภาพแบบองค์รวม*. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบัน
 พระบรมราชชนก
- นอร โชติชนประสิทธิ์, ชลียา วามะลุน, โสภิต ทับทิมหิน, เพชรไทย นิรมานสกุลพงศ์, สุวรรณกิจ สม
 ทรัพย์, ธีรพันธ์ กากแก้ว. (2563). *การประเมินและการวินิจฉัย (โดยใช้เกณฑ์ทั่วไป)*. ใน
 ปฐมพร ศิริประภาศิริ และเดือนเพ็ญ ห่อรัตนนาเรื่อง(บรรณาธิการ). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบ
 ประคับประคองและระยะท้าย*. นนทบุรี : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- นภา หลิมรัตน์ และศรีเวียง ไพโรจน์กุล.(2559). *การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับผู้ให้การดูแล*.
 ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- บุษยามาส ชิวกุลยง และคณะ. (2557). *การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care)*.
 เชียงใหม่ : บริษัทกลางเวียงการพิมพ์ จำกัด.
- ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ. (2556). *การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน (Palliative Home Care)*.
 ในลักษมี ชาญเวชซ์ และดุสิต สดาวร (บรรณาธิการ). *The Dawn of Palliative Care in
 Thailand*. กรุงเทพฯ : บริษัท ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด .

- ปาริชาติ จิตกลาง. (2564). *กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เบาหวานขึ้นจอตา ภาวะโรคไต จากเบาหวาน ร่วมกับความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดสูง* โรงพยาบาลแห่งหนึ่งใน เขตสุขภาพที่ 9, นครราชสีมา : สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
- ปฐมพร ศิริประภาศิริ, ชลศณีย์ คล้ายทอง, ณิชฐา อาศนเลขา. (2563). *การดูแลผู้ป่วย ประคับประคองวิธีใหม่*. ใน ปฐมพร ศิริประภาศิริ และเดือนเพ็ญ ห่อรัตนารื่อง (บรรณาธิการ). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย*. นนทบุรี : โรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ประทีน ไชยศรี. (2550). *การดูแลช่องเปิดลำไส้และการฟื้นฟูสภาพ*. เชียงใหม่ : ยูเนียนออฟเซต.
- ประถมาภรณ์ จันทร์ทอง.(2556). *ความปวดในผู้ป่วยระยะท้าย*. ในลักขมิ ชาญเวช และดุสิต สถาวร(บรรณาธิการ), *The Dawn of Palliative Care in Thailand*.กรุงเทพฯ : บริษัท ยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย. (2550). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย : End of life care improving care of the dying*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัท พิมพ์อักษร จำกัด .
- ปราณี ทัพไพเราะ. (2564). *คู่มือการใช้ยา : Handbook of Drugs*. พิมพ์ครั้งที่ 15. กรุงเทพฯ : N P Press Limited Partnership.
- ปกรณ ทงวิไล. (2553). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย(ทางการแพทย์) “ช่วยให้เกิดการตายอย่าง สดวกดีศรีเมื่อวาระสุดท้ายมาถึง”*. กรุงเทพฯ : วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว.
- พิกุล นันทชัยพันธ์, และประทุม สร้อยวงศ์. (2557). *แนวปฏิบัติกรพยาบาลทางคลินิก: การดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยผู้ใหญ่*. นนทบุรี: สภาการพยาบาลและสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ.
- พัฒนพงศ์ นาวิเจริญ. (2558). *ตำราศัลยศาสตร์ ภาค 1*. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ : ภาควิชา ศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรรัตน์ อันสีแก้ว, เยาวรัตน์ มัชฌิม และหทัยวรรณ รัตนบรรเจิดกุล. (2563). *ผลของโปรแกรมการ ดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย* : กรุงเทพฯ . มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พัสมณฑิ์ คุ่มทวี. (2553). *การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง: การป้องกันและการดูแลผู้ป่วย*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ฮายาบุสะ กราฟฟิก.
- พิสิษฐ์ ศรีอัคคโกคิน. (2563). *กฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง*. ใน ปฐมพร ศิริประภาศิริ และเดือนเพ็ญ ห่อรัตนารื่อง(บรรณาธิการ). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคองและระยะท้าย*. นนทบุรี : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- พรศิริ พันธสี.(2554). *กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ* : การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. สมุทรปราการ : บริษัท พิมพ์อักษร จำกัด .
- พิทยภูมิ ภัทรนุภาพร และคณะ.(2550). *National Comprehensive Cancer Network*. กรุงเทพฯ : บริษัทล็กกี้ สตาร์ มีเดีย.

- พิทยภูมิ ภัทรนุชาพร. (2566). *การฉายรังสี เทคนิค SBRT ในมะเร็งตับอ่อน*. สืบค้น ๕ มกราคม 2567, จาก <https://shorturl.at/drwDP>
- เพิ่มสุข ผุยคำสิงห์. (2566). *การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด Whipple procedure*. มุกดาหาร : โรงพยาบาลมุกดาหาร
- เพลินพิศ ธรรมนิภา. (2558). *คู่มือการพยาบาล : การบริหารยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งรังไข่*. กรุงเทพฯ : ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพิน เพ็ยมงคล. (2553). *การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก*. เชียงใหม่ : สำนักพิมพ์ ชันไชล์ดเลิร์นนิ่ง.
- รัชฎา แก่นสาร.(2552). *สรวิวิทยา*. พิมพ์ครั้งที่ 9.กรุงเทพฯ : บริษัทยุทธินท์การพิมพ์ จำกัด.
- รัชนก คชไกร และเวหา เกษมสุข (บรรณาธิการ). ๒๕๖๒. *การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรช.
- รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. (2564). *เทคนิคการฉายรังสี*, สืบค้น 10 มกราคม 2567, จาก <https://www.chulacancer.net/patient-knowledge-list.php?gid=41>
- รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. (2564). *การฉายรังสีสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง*, สืบค้น 10 มกราคม 2567, จาก https://www.chulacancer.net/uploads/articles_attc/2023_02/208_attach_1677073678.pdf
- ลักษมี ชาญเวชช์ และดุสิต สถาวร.(2556). *The Dawn of Palliative care in Thailand*. กรุงเทพฯ : บริษัทปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- ลักษมี ชาญเวชช์ .(2559). *หลักพื้นฐานการประเมินความปวดและการรักษาความปวดในผู้ป่วยระยะท้าย* ใน กิตติพล นาควิโรจน์ (บรรณาธิการ), *คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว*. กรุงเทพฯ : บริษัทปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- วราพร พาดิและทิพวรรณ วงษ์สินธ์. (2552). *การจัดการความปวดในมะเร็งระยะสุดท้าย* ในดวงพร สีจร, เผ่าทิพย์ บุญญศาสตร์พันธุ์, วราพร พาดิ, วรชัย ตั้งวรพงศ์ชัย และมณฑิร เปสึ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย*.ขอนแก่น: โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วันดี โดสุขศรี และคณะ. (2559). *ตำราการพยาบาลอายุรศาสตร์ 2 (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1)*. โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิเชียร ศรีมนินทร์นิมิต, วิโรจน์ ศรีอุฬารพงศ์, สุดสวาท เลหาวินิจ และธิติยา สิริสิงห์. (2554). *ทำ ความรู้จักกับยาเคมีบำบัด*. กรุงเทพฯ : มะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย.
- วิโรจน์ ไหววานิชกิจ. (2566). *มะเร็งตับอ่อน(e-book)*. กรุงเทพฯ : วิโรจน์ ไหววานิชกิจ.
- วีรวุฒิ อิ่มสำราญ,दनัย มโนรมณ์,อาคม ชัยวีระวัฒน์ และ ฉันทนา หมอกเจริญพงศ์. (2561).แนวทางการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคมะเร็ง.กรุงเทพฯ : บริษัท โฆสิตการพิมพ์ จำกัด.

- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2554). *การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง*. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.
- วาทีณี เเชียรสุนด์ และนิษา เรื่องกิจอุดม. (2557). *คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนที่มารับการตรวจส่องกล้องและตัดชิ้นเนื้อด้วยกล้องอัลตราซาวด์*. กรุงเทพฯ : ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันทกานต์ ราชวงค์. (2556). *ผลของโปรแกรมการจัดการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีหรือการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด*. วารสารสภาการพยาบาล, 28(1), 33-34
- ศูนย์การุณรักษ์.(2558). *Basic Palliative Care for District Hospital Team*. ขอนแก่น : เอกสารประกอบการอบรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์.(2552). *การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. นนทบุรี : โครงการสวัสดิการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2559). *ความสำคัญของการพัฒนาระบบบริการแบบ Palliative care ใน กิติพล นาควิโรจน์ (บรรณาธิการ), คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว*. กรุงเทพฯ : บริษัทปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2564). *การดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย: การมุ่งสู่คุณภาพ คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้ายสำหรับบุคลากรทางการแพทย์*. ขอนแก่น : ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศศิกานต์ นิมมานรัชต์, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร และ ชัชชัย ปรีชาไว. (2552). *ความปวดและการระงับปวด: Pain & Pain Management 2*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ศูนย์รังสีร่วมพิภัก คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. (2564). *รังสีรักษา คืออะไร*. สืบค้น 15 มกราคม 2567, จาก https://www.rama.mahidol.ac.th/radiosurgery_center/th/km/15sep2021-1059
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2561). *แนวทางการรักษาโรคมะเร็งในผู้ใหญ่*. กรุงเทพฯ : สหมิตรพรินต์ติ้งแอนพับลิชซิง จำกัด.
- สุพจน์ พงศ์ประสพชัย. (2555). *Clinical Practice in Gastroenterology*. กรุงเทพฯ : กรุงเทพเวชสาร.
- สภาการพยาบาล. (2552). *คู่มือการใช้ยาในการรักษาโรคเบื้องต้น*. พิมพ์ครั้งที่ 5. นนทบุรี : ศิริยอดการพิมพ์.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). *การดูแลตนเองกับทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม*. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), *การพยาบาลศาสตร์ของการปฏิบัติ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : วี.เจ.พรินต์ริง.
- สุวคนธ์ กุรัตน, พัชรี ภาระโช และสุวิริยา สุวรรณโคตร.(2556). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: มิติใหม่ที่ท้าทายบทบาทของพยาบาล*. วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาพร ลีถ่านนทกิจ.(2547). *คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

- สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และพัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ. (2558). *ตำราศัลยศาสตร์ ภาค 2*. กรุงเทพฯ : บริษัท ไพลิน.
- วันเพ็ญ พันธางกูร และ นพกาญจน์ วรรณการโสภณ. (2555). *การบริหารยาเคมีบำบัด*. ใน สุวรรณีสิริเลิศตระกูล, สุวลักษณ์ วงศ์จรโรลงศิล, ประไพ อริยประยูร, และ แม้นมณา จิระจรัส. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง. สมุทรปราการ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สันทวิกิจ พรินต์ติ้ง.
- หน่วยทะเบียนมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี. (2558). สถิติโรคมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี (Hospital based cancer registry) ปี พ.ศ. 2558. อุบลราชธานี : หน่วยทะเบียนมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี.
- อรนันท์ หาญยุทธ. (2557). *กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้ใน Nursing process and Implications*. Royal Thai Army Nurses. ISSN 1513-5217.
- อนุสสร่า ส่งทอง.(2018). journal of Thai Association of Radiation Oncology ,24 (1) , 35-43
- อภิรักษ์ ราชภูริวิจิตร. (2561). *เจมิไซทาบิน (Gemcitabine)*. สืบค้น 15 มกราคม 2567, จาก <https://shorturl.at/kJMQX>
- อภิชนา ไชวินทนะ. (2556).ตำราบำบัดเจ็บไขสันหลัง เล่ม 1. เชียงใหม่ : สุทินการพิมพ์.
- Ajithkumar, T., et al.(2011). Oxford Desk Reference Oncology; Palliative care Oxford University Press,639-668
- Amir E, Freeman OC, Seruga B, Evans DG. (2010). Assessing women at high risk of breast cancer: A review of risk assessment models. ใน พัสมณท์ คุ่มทวี. *การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง: การป้องกันและการดูแลผู้ป่วย*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ ฮายาบุสะ กราฟฟิก.
- Anderson RL. (2010). Understanding breast cancer risk. ใน พัสมณท์ คุ่มทวี. *การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง: การป้องกันและการดูแลผู้ป่วย*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ ฮายาบุสะ กราฟฟิก.
- Anatomy of pancreas. (2004). <https://www.cancer.net/file/pancreascreditlargejpg>
- Otto S. Lin. (2017). Analgo-sedaton for Endoscopic Procedure. Digestive Disease Institute, Virginia Mason Medical Center.
- Bilsky, MH., &Laufer, I., et al.(2010). Reliability analysis of the epidural spinal cord compression scale. J Neurosurg Spine, 324-328.
- Biorender. (2024). Pancreatic Islet of Langerhans. Retrieved February 28, 2024 from : <https://www.biorender.com/template/pancreatic-islet-of-langerhans>
- Black JH. (2010). Evidence base and strategies for successful smoking cessation. ใน พัสมณท์ คุ่มทวี. *การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง: การป้องกันและการดูแลผู้ป่วย*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ ฮายาบุสะ กราฟฟิก.
- Black JM, Hawks JH. (2010). *Medical-surgical Nursing: Clinical Management for Positive Outcomes*. USA. Elsevier Saunders.

- Brant, J.M. (2012). *Strategies to manage pain in palliative care*. In M.O'Connor, S.Lee, & S. Aranda(Eds), *Palliative care nursing A guide to practice*. (3rd ed, pp.93-113). Victoria, Australia: Ausmed.
- Busyamas, C, Downing, M, Sapinum, L, Somwangprasert, A, Intaratat, P, Leerapun, T, Leotrakul, S, & Lesperance, M. *Reliability and validity of the Thai translated version (PPS Adult Suandok) of the Palliative Performance Scale (PPSv2)*. Retrieved November 10, 2010 from <http://www.med.cmu.ac.th/dept/family/2010/index.php/en/suandokpal>
- Cheever. (2018). *textbook of medical-surgical nursing*. 14th edition. Philadelphia, Wolters Kluwer.
- Chewaskulyong, B., Sapinum, L., Downing, G.M., Intaratat, P., Lesperance, M., Leutrakul, S., et al. (2011). Reliability and validity of the Thai translation (Thai PPS Adult Suandok) of the palliative performance scale (PPSv2). *Palliative Medicine*, 26, 1034-1041.
- Chinda, M., Jaturapatporn, D., Kirshen, A. J. & Udomsubpayakul, U. (2011). *Reliability and validity of a Thai version of the Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS-Thai)* *Journal of Pain and Symptom Management*, 42(6) : 954-960
- Cokkinides V, Bandi P, McMahon C, Jemal A, Gltnn T, Rard E. (2009). Tobacco control in the United States—recent progress and opportunities. ใน *พัสมณท์ คຸ້มทวี่. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง: การป้องกันและการดูแลผู้ป่วย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ ฮายาบุสะ กราฟฟีก.*
- Cranston, M, J.M, Crockett, A, & Currow, D. (2009). *Oxygen therapy for dyspnea in adults*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD004769.
- David Krogh. (2010). *Biology: A Guide to the Natural World*, Benjamin-Cummings Publishing Company, p. 597, ISBN 978-0-321-61655-5
- Downing GM, Lau F, Lesperance M, et al. (2007). *Meta-analysis of survival prediction with Palliative Performance Scale*. *J Palliat Care*, 23 (4) : 245-254.
- Gerber, A., Thevoz, A. L., & Ramelet, A. S. (2015). Expert clinical reasoning and pain assessment in mechanically ventilated patients: A descriptive study. *Australian Critical Care*, 28(1), 2 - 8.
- Gordon, M. (1994). *Nursing diagnosis: Process and Application*. New York: McGraw-Hill.
- Hayes, D. (2011). Biomarkers. In V.T. Devista, T.S. Lawrence, S. A. Rosenberg, & S. Hellman(Eds.), *Cancer: Principle & practice of oncology*. ใน *พัสมณท์ คຸ້มทวี่. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง: การป้องกันและการดูแลผู้ป่วย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ ฮายาบุสะ กราฟฟีก.*

- Hooks MA. (2010). Breast cancer: risk assessment and prevention. ใน พัสมณต์ คัมทวิ. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง: การป้องกันและการดูแลผู้ป่วย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ ฮายาบุสะ กราฟฟิค.
- Johns Hopkins. (2023). Stage and Grad Pancreatic Cancer, Retrieved December 20, 2023 from : <https://pathology.jhu.edu/pancreas/stage-grade>
- Lecturio Nursing. (2023). What is the pancreas, Retrieved December 28, 2023 from : <https://www.lecturio.com/nursing/free-cheat-sheet/pancreas-function-anatomy/>
- Martins Pereira, Hernandez-Marrero, Pasman, Capelas, Larkin, & Francke. (2021). Nursing education on palliative care across Europe. Retrieved August 18, 2023, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32912033/>
- Mark A Atkinson. (2020). Organisation of the human pancreas in health. from : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32894306/>
- Mayo Clinic. (2024). Pancreatic Cancer. Retrieved February 16, 2024 from : <https://www.olivelab.org/surgery-for-pancreatic-cancer-overview.html>
- Morita M, Kumashiro R, Kubo N, Nakashima Y, Yoshida R, Yoshinaga K, et al. (2010). Alcohol drinking, Cigarette smoking, And the development of squamous cell carcinoma of the esophagus: epidemiology. ใน พัสมณต์ คัมทวิ. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง: การป้องกันและการดูแลผู้ป่วย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ ฮายาบุสะ กราฟฟิค.
- National Library of Medicine.(1977). Computed tomography of the normal pancreas. From : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/615203>
- National Cancer Institute. (2020). Spinal cord injury and how it affects people. Available from : <https://www.backuptrust.org.uk/spinal-cord-injury/what-is-spinal-cord-injury>
- National Cancer Institute. (2024). The Spinal Cord, Spinal Nerves. Available from : <https://m.cafe.daum.net/panicbird/OXYY/38>
- Newton S, Hickey M, Marrs J. (2009). Mosby's oncology nursing advisor: A Comprehensive guide to clinical practice. ใน พัสมณต์ คัมทวิ. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง: การป้องกันและการดูแลผู้ป่วย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ ฮายาบุสะ กราฟฟิค.
- North of England Cancer Network.(2012). Palliative and end of life care guidelines for cancer and non-cancer patients.Retrieved October 22,2012 from : www.cancernorth.nhs.uk
- N. Engl J Med. (2018). เปรียบเทียบ FOLFIRINOX และ Gemcitabine สำหรับ Adjuvant Therapy ในมะเร็งตับอ่อน. จาก <https://wongkarnpat.com/viewpat.php?id=2679>
- Olivelab. (2023). The Pancreas (Overview). Available from: <https://www.olivelab.org/the-pancreas-overview.html>

- OncoLink Team. (2022). *Biliary Drain*. from : <https://www.oncolink.org/cancer-treatment/hospital-helpers/biliary-drain>
- Oregon State University. (2024). The Vertebral Column. Available from: <https://open.oregonstate.edu/aandp/chapter/7-4-the-vertebral-column>
- Oregon State University. (2022). Thoracic Vertebrae. Available from : <https://www.theskeletalsystem.net/spine-vertebral-column/thoracic-vertebrae.html>
- Pattison,N. (2008). *Caring for patients after death.Nursing Standard*,22(51),48-56.
- Potter, S. & Perry, H. (2017). *Fundamentals of Nursing*. (9th ed.). St. Louis: ELSEVIER.
- Rabbas A, Yang G, Falih M. (2010). *Management of anal cancer in 2010*. ใน พัสนมณต์ คุ่มทวี. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง: การป้องกันและการดูแลผู้ป่วย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ ฮายาบุสะ กราฟฟิก.
- Rawla, P., Sunkara, T., Gaduputi V.(2019). *Epidemiology of Pancreatic Cancer: Global Trends, Etiology and Risk Factors*. National Library of Medicine. Retrieved February 16, 2024 from : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30834048/>
- Ripamonti Cl, Easson AM, Gerdes H.(2008). Management of malignant bowel obstruction. *Eur J Cancer* :1105-1115
- Rojanamatin J, Ukranun W, Supaattagorn P, et al eds. (2021). *Cancer in Thailand Volume X, 2016-2018*. Bangkok.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2011). *End of life care during the last days and hours*. Retrieved February 28,2012 from http://www.rnao.org/Storage/83/7720_BPG_Endoflife_2011_Final.pdf.
- Saad, A. M., Turk, T., Al-Husseini, M. J., & Abdel-Rahman, O. (2018). Trends in pancreatic adenocarcinoma incidence and mortality in the United States in the last four decades; a SEER-based study. *BMC cancer*
- Stewart, M.L. (1977). Measurement of clinical pain. In A.K. Jacox (Ed.). *Pain: A source book for nurse and other health professionals*. (pp. 107-137). Boston: Little Brown.
- St.stamford Inter Medical. (2567). *การรักษามะเร็ง 18 วิธี*, สืบค้น 11 มกราคม 2567 จาก <https://www.moderncancerthai.com/cancer-therapies>
- Tilden,V,Corless,l,Dahlin,C,Ferrell,B,Gibson,R,& Lentz,j. (2011). *Advance care planning as an urgent public health concern.Nursing Outlook*,59(1),55-56
- Waller,S,Dewar,S,Masterson,A,&Finn,H. (2008). *Improving environments for care at end of life*. Cavendish Square:King's Fund.

Williams, P. (2018). *Fundamental Concepts and Skills for Nursing*. (5th ed.). St. Louis:ELSEVIER.

WHO. (2002). *WHO Definition of Palliative Care*. from :

<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Wynne, C.F., Ling, S.M., & Remsburg, R. (2000). Comparison of Pain Assessment Instruments.Cognitively Impaired Nursing Home Residents. *Geriatric Nursing*, 21(1), 20-23.

ภาคผนวก

สรุปการใช้ยารักษาโรคมะเร็งระดับอ่อน

1. ยาที่ใช้ในการรักษา

(แสดงเฉพาะยาที่ใช้ตั้งแต่วันที่ Admit และใช้ต่อเนื่องถึงวันที่รับไว้ในความดูแล)

1. Fentanyl 12 ไมโครกรัม แปะทุก 3 วัน
2. MSS 5 ml oral prn for pain ทุก 2 hrs.
3. Amitriptyline (25 mg) 1 tab oral hs.
4. Senokot 3 tab oral hs.
5. ORS
6. Metoclopramide (10 mg) Tab
7. ยา Lorazepam

1.1 เฟนทานิล (Fentanyl)

ชื่อสามัญ	เฟนทานิล เป็นยากลุ่มโอปิออยด์ที่ถูกสังเคราะห์ขึ้น มีความแรงในการระงับปวดมากกว่ามอร์ฟินประมาณ 50-100 เท่า
ประเภท	
ข้อบ่งชี้	เป็นยาระงับปวดในกลุ่มโอปิออยด์ (Opioid) ใช้รักษาอาการปวดชนิดรุนแรง เช่น อาการปวดจากโรคมะเร็ง ออกฤทธิ์โดยเข้าไปจับกับตัวรับโอปิออยด์ ชนิด mu Receptors ในระบบประสาทส่วนกลางที่สมองและไขสันหลัง
ฤทธิ์ของยา	ทำให้เกิดอาการอ่อนคลาย เคลิบเคลิ้มเป็นสุข
กลไกการออกฤทธิ์	ออกฤทธิ์โดยเข้าไปจับกับตัวรับโอปิออยด์ ชนิด mu Receptors ในระบบประสาทส่วนกลางที่สมองและไขสันหลัง
อาการไม่พึงประสงค์	กรณีได้รับยาเกินขนาดได้แก่ รูม่านตาหดเล็ก อ่อนเพลีย กังวล เวียนศีรษะ รุนแรง ความดันต่ำ หน้ามืดคล้ายเป็นลม เป็นไข้ ผิวหนังเย็นขึ้น ชัก กดการหายใจ ทำให้หายใจลำบาก
การพยาบาล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ใช้ยาในปริมาณที่ถูกต้องตามคำสั่งแพทย์ ห้ามใช้ยาเกินปริมาณหรือนานเกินกว่าที่แพทย์กำหนด 2. ยา Fentanyl อาจมีผลข้างเคียงที่พบได้บ่อย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน มีไข้ เกิดการกดการหายใจ และมีเหงื่อออกมาก ซึ่งบางอาการอาจไม่จำเป็นต้องรับการรักษา เพราะเมื่อร่างกายปรับตัวให้ชินกับยาแล้ว อาการดังกล่าวอาจหายไปเอง แต่หากยังมีอาการอย่างต่อเนื่อง จนรบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน หรือหากผู้ป่วยมีข้อสงสัยใด ๆ ควรไปปรึกษาแพทย์

3. ระหว่างใช้ยา ผู้ป่วยอาจเวียนศีรษะหรือรู้สึกหน้ามืดหากลุกขึ้นยืนหลังจากนอนเป็นเวลานาน ซึ่งเป็นอาการปกติเมื่อเริ่มต้นใช้ยาควรค่อยๆ ลุกจากเตียง และวางเท้าไว้ที่พื้น 4-5 นาที ก่อนลุกขึ้นยืน เพื่อช่วยลดอาการดังกล่าว
4. ห้ามใช้ยาเกินวันละ 4 ครั้ง ควรปรึกษาแพทย์หากมีอาการปวดมากกว่า 4 ครั้ง/วัน โดยแพทย์อาจปรับปริมาณยาแก้ปวดชนิดอื่น ๆ ให้แทน
5. ห้ามบริโภคเกรปฟรุตหรือดื่มน้ำเกรปฟรุตในระหว่างที่ใช้ยา
6. ห้ามนำยาไปใช้เพื่อจุดประสงค์อื่นนอกเหนือจากที่แพทย์ระบุ
7. หากผู้ป่วยใช้ยารูปแบบยาอม ควรปรึกษาแพทย์ถึงการรักษาสุขภาพฟัน เนื่องจากยาอมมีส่วนประกอบเป็นน้ำตาลที่อาจทำให้ฟันผุ หรือเกิดปัญหาเกี่ยวกับฟันได้
8. ห้ามหยุดใช้ยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์เด็ดขาด เพราะอาจทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้
9. ควรเก็บยาที่อุณหภูมิ 20-25 องศาเซลเซียส และเก็บยาให้พ้นจากแสง

1.2 MSS (Morphine sustained release syrup)

ชื่อสามัญ	Morphine sulfate
ประเภท	ยาแก้ปวด (Strong opioid agonist)
ข้อบ่งชี้	บรรเทาอาการปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง ในผู้ป่วยที่ต้องรักษาอาการปวดอย่างต่อเนื่อง
การออกฤทธิ์	Morphine เป็นยาในกลุ่ม opioid agonist ออกฤทธิ์โดยจับกับ mu (μ) receptors เป็นหลัก ที่บริเวณสมองและไขสันหลัง มีผลบรรเทาอาการปวดและทำให้เกิดอารมณ์เคลิ้มสุขได้
ขนาดการใช้และวิธีการใช้	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ใหญ่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง โดยปรับขนาดยาตามความรุนแรงของอาการปวดและตามการตอบสนองของผู้ป่วยโดยเริ่มต้นด้วยขนาด 10-30 มิลลิกรัม ทุก 4 ชั่วโมง - เด็ก ใช้ยาตามแพทย์สั่งโดยปรับขนาดยาตามความรุนแรงของอาการปวด หรือขึ้นกับอายุและขนาดตัวของเด็ก ควรมีการปรับขนาดยาอย่างระมัดระวัง เพื่อป้องกันการได้รับยาเกินขนาดในเด็กที่อายุต่ำกว่า 6 ปี
ฤทธิ์ข้างเคียงและข้อควรระวัง	ห้ามใช้ในผู้ป่วยหอบหืดรุนแรงและเฉียบพลัน(acute severe asthma) ความดันในสมองสูง ผู้ป่วยช็อค ผู้ป่วยไตวาย หลังกินนมบุตร รวมถึงผู้ใหญ่ที่ปัสสาวะน้อยกว่าวันละ 600 ซีซี หรือผู้ที่ไตบกพร่องหรือเสีย เพราะยาจะสะสมได้
อาการไม่พึงประสงค์	คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ท้องผูก ปัสสาวะคั่ง ง่วงซึม วิงเวียน ตาพร่า หัวใจเต้นช้า ความดันโลหิตต่ำ เหงื่อออก คับ
การพยาบาล	ประเมินอาการผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังอาการเป็นพิษจากยา อาการที่แสดงว่าระดับยาสูง ต้องติดตามผลและแจ้งคือ

1. RR < 10 ครั้ง/นาที
2. หายใจลำบาก
3. Miosis (รูม่านตาขนาดเล็กกว่า 2 มิลลิเมตร)
4. BP น้อยกว่า 90/60 mmHg
5. ปลุกไม่ตื่น

การแก้ไขเมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์

1. หยุดยา
2. Support airway อาจให้การบำบัดตามอาการ เช่น Oxygen, IV fluids, Vasopressors ยาแก้พิษของ Morphine ได้แก่ Naloxone IV 0.4-2 mg ทุก 2-3 นาที (รวมแล้วไม่เกิน 10 mg) ในเด็ก 0.01 mg/kg
- การปรับขนาดยาในผู้ป่วยที่การทำงานของไตบกพร่อง : ไม่มีข้อมูลการปรับยา
- การปรับขนาดยาในผู้ป่วยที่การทำงานของไตบกพร่อง: ปรับขนาดยาลงครึ่งหนึ่งในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่อง CrCL น้อยกว่า 10 mL/นาที
- ขนาดยาในผู้สูงอายุ: ขนาดยาต้องมีการลดลง ใช้อย่างระมัดระวัง

1.3 Amitriptyline

ชื่อสามัญ

ชื่อการค้า

ข้อบ่งใช้

อะมิทริปไทลีน (Amitriptyline)

ทริปตานอล (Tryptanol), ทริปตา (Tripta), ทริปไทลีน (Trityline)

เป็นยาในกลุ่มแก้ซึมเศร้า (Antidepressant) นอกจากนี้ใช้รักษาโรคซึมเศร้าแล้ว ยังสามารถนำมาใช้รักษาโรคอื่น ๆ ได้อย่างกว้างขวางได้แก่

1. ป้องกันไมเกรน
2. บรรเทาอาการปวดประสาทหลังเป็นงูสวัด
3. บรรเทาอาการผู้ป่วยกลุ่มอาการลำไส้ไวต่อสิ่งเร้า ปวดศีรษะจากความเครียด โรคกังวล
4. โรคซึมเศร้า (มีอาการท้องอืด เบื่อหน่าย อยากรตาย นอนไม่หลับหลังเข้านอนแล้วตื่นขึ้นกลางดึก)

การออกฤทธิ์

ออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดกลับ (เข้าสู่เซลล์ประสาท) ของสารสื่อประสาท Noradrenaline และ Serotonin ที่มีหน้าที่ช่วยให้ร่างกายรู้สึกผ่อนคลาย เป็นเหตุให้สารทั้ง 2 ตัวในสมองมีปริมาณเพิ่มขึ้น ด้วยผลดังกล่าวจึงทำให้ร่างกายเกิดความรู้สึกผ่อนคลายและลดภาวะซึมเศร้าในที่สุด

ผลข้างเคียง

ง่วงนอน ปากแห้ง ท้องผูก ใจสั่น หรือแพ้ยา

ข้อควรระวัง

1. ยานี้มีผลข้างเคียง เช่น ง่วงนอน ปากแห้ง ท้องผูก ตาพร่ามัว ปัสสาวะลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตต่ำหรือความดันโลหิตสูง ใจสั่น น้ำหนักขึ้น บวม เป็นต้น
2. อาจทำให้เกิดอาการแพ้ มีลมพิษ ผื่นคันได้
3. ควรระมัดระวังการใช้ในคนที่มีอาการชัก โรคตับ ต่อมลูกหมากโต ต้อหิน โรคหัวใจ คอพอกเป็นพิษ ผู้สูงอายุและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

การพยาบาล

1. รับประทานตามปริมาณและระยะเวลาที่แพทย์แนะนำ
2. การรับประทานยาเกินขนาดอาจทำให้เกิดอาการชัก หัวใจเต้นผิดจังหวะ ซึมลง สับสน หมดสติ หรืออาการโคม่า และสามารถทำให้เสียชีวิตได้
3. สามารถรับประทานได้ทั้งระหว่างมื้ออาหารและขณะท้องว่าง
4. ยานี้อาจต้องใช้ระยะเวลานานถึง 4 สัปดาห์จึงจะเห็นผล ให้ผู้ป่วยใช้ยาต่อเนื่องจนครบกำหนด และแจ้งให้แพทย์ทราบหากอาการไม่ดีขึ้นหรือแย่ลง
5. ห้ามหยุดรับประทานทันที ควรสอบถามแพทย์ถึงวิธีการหยุดยาอย่างปลอดภัย
6. ผู้ที่กำลังใช้ยานี้และต้องเข้ารับการผ่าตัดควรแจ้งแพทย์ล่วงหน้า เพราะอาจต้องหยุดใช้ยานี้สักพัก หากอาการของคุณไม่ดีขึ้นหรือมีอาการแย่ลง (เช่น อาการเส้ร้าแย้ลง เส้ร้ามากขึ้น หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย) ควรแจ้งให้แพทย์ทราบ
7. ผู้ที่กำลังใช้ยานี้ไม่ควรดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ขับรถ และทำงานที่ใช้เครื่องจักร เนื่องจากยานี้ทำให้ง่วงนอนและอาจทำให้เกิดอันตราย และควรหลีกเลี่ยงการสัมผัสแสงแดด เพราะยานี้อาจทำให้ผิวไหม้แดดได้ง่าย ควรทาครีมกันแดดที่มีค่า SPF 30 ขึ้นไปก่อนออกจากบ้านทุกครั้ง
8. ผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา Amitriptyline ควรตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ เพราะยานี้อาจส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด

1.4 Senokot

ชื่อสามัญ

Sennosides A&B หรือ Senna (มะขามแขก)

ชื่อการค้า

Aqiolax, Circanetten, Senokot

ประเภท

ยาถ่ายในกลุ่มที่กระตุ้นการถ่ายอุจจาระ

ข้อบ่งใช้

รักษาผู้ป่วยที่มีภาวะท้องผูก

การออกฤทธิ์

ยาจะออกฤทธิ์หลังรับประทานยาภายใน 12 ชั่วโมง โดยแบคทีเรียในลำไส้จะช่วยย่อย Glycosides ของมะขามแขก ให้กลายเป็นกลูโคสและ emodins ซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้นปลายประสาทที่ลำไส้ใหญ่ทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้เพิ่มขึ้น และมีฤทธิ์ทำให้น้ำและเกลือแร่ในลำไส้ใหญ่เพิ่มมากขึ้นด้วย

ขนาดและวิธีใช้	- ผู้ใหญ่รับประทานครั้งละ 2-4 เม็ดต่อวัน - เด็กรับประทานครั้งละ 1-2 เม็ดต่อวัน
ฤทธิ์ข้างเคียงและข้อควรระวัง	ปวดท้อง ท้องอืด คลื่นไส้ ถ้าใช้เป็นเวลานาน ๆ อาจทำให้เกิดท้องเสียสูญเสีย น้ำและเกลือแร่ น้ำหนักลดได้
การพยาบาล	<ol style="list-style-type: none"> 1. มะขามแขกเป็นสมุนไพรไทยที่มีการพัฒนาให้อยู่ในรูปยาแผนปัจจุบัน หรือยาพัฒนาจากสมุนไพรซึ่งถูกบรรจุอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ สำหรับใช้เพื่อบรรเทาอาการท้องผูก มีผลทำให้การถ่ายอุจจาระคล่องขึ้นและถ่ายเป็นเนื้อกึ่งเหลว อีกทั้งเป็นยาที่ค่อนข้างปลอดภัยหากใช้ตามคำแนะนำ อย่างไรก็ตามไม่ควรใช้มะขามแขกติดต่อกันเป็นระยะเวลานานเพราะจะทำให้ลำไส้ใหญ่ชินต่อยา และไม่สามารถขับถ่ายได้ถ้าไม่ใช้ยาถ่าย 2. ให้ผู้ป่วยหยุดใช้เมื่อมีเลือดออกจากทวารหนัก 3. การใช้ในเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี หรือในผู้ป่วยโรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง (inflammatory bowel disease) 4. การรับประทานยาในขนาดสูงอาจทำให้เกิดไตอักเสบ 5. ควรเก็บยานี้ในภาชนะบรรจุเดิมที่บรรจุมา ปิดให้สนิท และเก็บไว้ในอุณหภูมิห้อง พ้นจากความร้อนและแสงแดด อุณหภูมิไม่เกิน 30 องศาเซลเซียส 6. ยานี้อาจทำให้ปัสสาวะเปลี่ยนสี, ปัสสาวะมีสีคล้ำ, ปัสสาวะออกเป็นสีแดงได้ แต่อาการที่ต้องแจ้งแพทย์คือ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง น้ำหนักลดผิดปกติ 7. หากผู้ป่วยลืมรับประทานยาให้ทานยาทันที

1.5 ORS

ชื่อสามัญ	Oral Rehydration Salt : ORS, ผงน้ำตาลเกลือแร่
ประเภท	ยาแก้ท้องเสีย
ข้อบ่งใช้	ใช้ทดแทนการเสียน้ำและเกลือแร่ในผู้ป่วยที่มีอาการท้องเสียหรืออาเจียนมาก ๆ
ขนาดและวิธีใช้	<ul style="list-style-type: none"> - ยา 1 ซองละลายน้ำสะอาด 1 แก้ว (250 มิลลิลิตร) - เด็กอายุมากกว่า 2 ปี และผู้ใหญ่ดื่ม 1 แก้วต่อการถ่าย 1 ครั้ง - เด็กต่ำกว่า 2 ปี ให้ดื่มทีละน้อย (10 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อการถ่าย 1 ครั้ง)
ฤทธิ์ข้างเคียงและข้อควรระวัง	บวมที่ใบหน้า เปลือกตา ริมฝีปาก ลมพิษ หน้ามืด เป็นลม แน่นหน้าอก หายใจลำบาก ชักเกร็งจากเกลือแร่ในเลือดสูง
การพยาบาล	<ol style="list-style-type: none"> 1. หากผู้ป่วยมีอาการ บวมที่ใบหน้า เปลือกตา ริมฝีปาก ลมพิษ หน้ามืด เป็นลม แน่นหน้าอก หายใจลำบาก ผิวหนังลอก ผื่นแดง ตุ่มพอง ชักเกร็งจากเกลือโซเดียมในเลือดสูง ให้หยุดยาและรายงานแพทย์

2. หากผู้ป่วยล้มรับประทาน ซึ่งหากยังมีอาการอยู่สามารถรับประทานได้ทันที
3. กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการถ่ายเพิ่มมากขึ้น อาเจียนมาก มีไข้สูง เหงื่อออกมากให้รายงานแพทย์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยทันที

1.6 Metoclopramide

ชื่อสามัญ

เมโทโคลพราไมด์ไฮโดรคลอไรด์ (Metoclopramide hydrochloride)

ประเภทยา

รักษาอาการคลื่นไส้ อาเจียน

ข้อบ่งใช้

ใช้ป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน ที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัดหรือการฉายรังสี

ขนาดและวิธีการใช้

- ผู้ใหญ่ รับประทานยาปริมาณ 10 มิลลิกรัม วันละ 4 ครั้ง เป็นเวลา 2-8 สัปดาห์ หรือฉีดยาปริมาณ 10 มิลลิกรัม วันละ 4 ครั้ง โดยฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อหรือทางหลอดเลือดดำช้า ๆ 1-2 นาที โดยให้ยาติดต่อกันไม่เกิน 10 วัน และเปลี่ยนเป็นยารับประทานเมื่ออาการดีขึ้น
- เด็กอายุ 1-3 ปี หรือน้ำหนัก 10-14 กิโลกรัม ฉีดยาปริมาณ 1 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้ง โดยใช้ยาเป็นเวลาสูงสุดไม่เกิน 48 ชั่วโมง
- เด็กอายุมากกว่า 3-5 ปี หรือน้ำหนัก 15-19 กิโลกรัม ฉีดยาปริมาณ 2 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้ง โดยใช้ยาเป็นเวลาสูงสุดไม่เกิน 48 ชั่วโมง
- เด็กอายุมากกว่า 5-9 ปี หรือน้ำหนัก 20-29 กิโลกรัม ฉีดยาปริมาณ 2.5 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้ง โดยใช้ยาเป็นเวลาสูงสุดไม่เกิน 48 ชั่วโมง
- เด็กอายุมากกว่า 9-18 ปี หรือน้ำหนัก 30-60 กิโลกรัม ฉีดยาปริมาณ 5 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้ง โดยใช้ยาเป็นเวลาสูงสุดไม่เกิน 48 ชั่วโมง
- อาการแพ้ยา เช่น ลมพิษ หายใจลำบาก หน้าบวม ริมฝีปากบวม ลิ้นบวม หรือคอบวม
- เคลื่อนไหวร่างกายผิดปกติอย่างรุนแรง อาจเกิดขึ้นภายใน 2 วันหลังเริ่มใช้ยา ได้แก่ มือหรือขาสั่น กล้ามเนื้อใบหน้ามีการเคลื่อนไหวอย่างควบคุมไม่ได้ เช่น เคี้ยวปาก ขมวดคิ้ว กะพริบตา หรือขยับตา เป็นต้น
- มีความรู้สึกเหมือนกำลังใส่หน้ากาก
- กล้ามเนื้อกระตุก กล้ามเนื้อแข็งเกร็งมาก เคลื่อนไหวกล้ามเนื้อได้ช้า หรือมีปัญหาในการเดินและการทรงตัว
- มีไข้สูง เหงื่อออกมาก สับสน หัวใจเต้นผิดปกติ หายใจ หรือรู้สึกคล้ายจะหมดสติ
- ซึมเศร้า มีความคิดฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายตนเอง
- หลอน วิดกกังวล หงุดหงิด กระวนกระวาย อยู่หนึ่ง ๆ ไม่ได้
- หายใจไม่อิ่ม มีอาการบวม และน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว
- ดีซ่าน
- ชัก

ฤทธิ์ข้างเคียงและข้อควรระวัง

การพยาบาล

1. ใช้ยาตามฉลากและตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด ไม่ใช้ยานี้ในปริมาณมากกว่า น้อยกว่า หรือติดต่อกันนานกว่าที่แพทย์แนะนำ หากมีข้อสงสัยควรสอบถามแพทย์หรือเภสัชกรก่อนใช้ยาเสมอ
2. ใช้ยา Metoclopramide ก่อนอาหาร 30 นาที ตอนท้องว่าง และก่อนนอน หรือตามคำแนะนำของแพทย์
3. การใช้ยา Metoclopramide ชนิดยาเม็ดละลายในปาก ควรเก็บยาไว้ในแผงหรือขวดยาจนกว่าจะนำยามาใช้ และควรให้มือแห้งก่อนหยิบยา หากยาแตกหักหรือละลายในมือ ให้ทิ้งยาแล้วเปลี่ยนเป็นเม็ดใหม่ แล้วนำยาวางไว้ที่ลิ้นปล่อยให้ยาละลาย โดยห้ามเคี้ยวหรือกลืนยาทั้งเม็ด เมื่อยาละลายให้กลืนยาโดยไม่ต้องดื่มน้ำ
4. หากใช้ยา Metoclopramide ชนิดยาน้ำ ให้วัดปริมาณยาด้วยถ้วยหรือช้อนยาโดยเฉพาะ หากไม่มีช้อนยาควรสอบถามกับเภสัชกร
5. ห้ามรับประทานยา Metoclopramide ในรูปแบบแตกต่างกันพร้อมกัน
6. หลังใช้ยา Metoclopramide ผู้ป่วยอาจมีอาการถอนยา เช่น เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ หรือรู้สึกตึ๊งกิ้ว ซึ่งผู้ป่วยควรปรึกษาแพทย์ถึงวิธีการรับมือกับอาการดังกล่าว
7. หากลืมใช้ยาตามเวลาที่กำหนด ให้ใช้ยาได้ทันที แต่หากใกล้ถึงเวลาใช้ยาในรอบถัดไป ให้ข้ามไปใช้ยาต่อไป และไม่เพิ่มปริมาณยาเป็น 2 เท่า
8. เก็บยาไว้ที่อุณหภูมิห้อง ให้พ้นจากแสงแดด ความชื้น และความร้อน โดยปิดขวดยาให้แน่นสนิทเมื่อไม่ได้ใช้ยา

2. ยาที่เกี่ยวข้องกับการรักษา

2.1 ยา Lorazepam (ปราณี ฟูไฟรีอะ, 2564)

ชื่อสามัญ	Lorazepam
ชื่อการค้า	Anta, Anxira, Ativan, Lonza, Loramed Medifive, Lora-P, Lorapam, Lorazene, Lorazep, Lorazepam Macro Phar, Ora, Tranavan, Zora
ประเภท	ยาพวก Benzodiazepine
ข้อบ่งใช้	ลดความวิตกกังวล นอนไม่หลับที่มีสาเหตุมาจากความวิตกกังวล ระวังอาการชัก และใช้รักษาอาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาโรคจิตประสาท
การออกฤทธิ์	กดประสาทส่วนกลาง โดยเสริมฤทธิ์ Gamma aminobutyric acid (GABA) ทำให้การยับยั้งและอุดกั้นการตื่นตัวของกระแสประสาททั้งส่วน Limbic และ Subcortical จึงทำให้สมองส่วนรับรู้รู้สึกถูกกด การเคลื่อนไหวจึงช้าลง การทำหน้าที่ของสมองเกิดการเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดอาการซีก มึนงง ง่วงหลับ

ผลข้างเคียง

ง่วงซึม อ่อนแรง สับสน มึนงง หัวใจเต้นช้า หรือหัวใจหยุดเต้น เห็นภาพซ้อน มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักและความอยากอาหาร อาจเพิ่มหรือลด ปากแห้ง มีน้ำลายมาก ประจำเดือนผิดปกติ ผื่นคัน แพ้แสง ตับและไตเสียหายที่

การพยาบาล

1. หากมีอาการผิดปกติของ Agranulocytosis เช่น มีไข้ หนาวสั่น เจ็บคอ ไอ ปวดหลัง เป็นต้น ให้รายงานแพทย์ทราบ
2. ยานี้อาจเป็นสาเหตุทำให้ง่วง มึนงง ตาพร่ามัว แนะนำผู้ป่วยไม่ให้ขับรถ ใช้ของมีคม หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล ไม่ควรดื่มสุรา เพราะอาจเกิดอันตรายได้
3. หากมีอาการวิงเวียน ให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวช้า ๆ จากท่านอนเป็นท่านั่ง หรือยืน หากมีอาการท้องผูก ให้รับประทานผัก ผลไม้ ดื่มน้ำให้เพียงพอ วันละ 2,500 – 3,000 มิลลิลิตร ออกกำลังกาย หากมีอาการมากให้ รายงานแพทย์ทราบ
4. ยาอาจทำให้มีปัสสาวะคั่ง ระวังในผู้สูงอายุเพศชาย หากมีอาการนี้ให้ รายงานแพทย์ทราบ
5. หากลืมนับประทานยาให้รับประทานทันทีที่นึกได้ อย่ารับประทานยา เป็น 2 เท่า ในแต่ละมื้อ
6. เก็บยาไว้ในขวดปิดสนิท ป้องกันแสง เก็บที่อุณหภูมิ 15 – 30 องศา
7. ผู้ใช้ยานี้ควรปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และไม่ควรหยุดยาเองทันที เพราะจะทำให้เกิดการชัก หรืออาการผิดปกติที่เนื่องจากขาดยากะทันหัน อย่างไรก็ตาม ยานี้ไม่ควรรับประทานต่อเนื่องเกิน 4 เดือน
8. ยานี้อาจเสพติดและให้โทษ จึงต้องใช้ตามแพทย์สั่งเท่านั้น ห้ามสูบบุหรี่ เพราะบุหรี่ทำให้ประสิทธิภาพของยาลดลง