

เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่มีภาวะอุดตันหลอดเลือดดำใหญ่ร่วม (Superior Vena Cava Syndrome (SVCS))

โดย

นางจันทร์เพ็ญ มุ่งเกิด

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล

ตำแหน่งเลขที่ ๓๓๔๖

งานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

คำนำ

การวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอด เป็นภาวะที่มีผลกระทบต่อบุคคลเป็นอย่างมาก แพทย์วางแผนการรักษาว่าต้องให้ยาเคมีบำบัดเพื่อรักษาอาการ การรักษาโรคมะเร็งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เรียกว่า ภาวะฉุกเฉินทางมะเร็งวิทยา (oncologic emergency) เป็นภาวะฉุกเฉินที่พบได้ไม่บ่อยแต่จะเป็นคุกคามชีวิตที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ หากได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว อาการและคุณภาพชีวิตอาจดีขึ้นได้ ถึงแม้จะเป็นการรักษาพยาบาลเพื่อการประคับประคองเท่านั้น superior vena cava syndrome เป็นภาวะฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับทางมะเร็งวิทยาอีกชนิดหนึ่ง เนื่องจากสาเหตุของ superior vena cava syndrome พบเกิดจากโรคมะเร็งมากที่สุดโดยเฉพาะมะเร็งปอด เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือด superior vena cava จากการกดเบียดจากภายนอกเนื้องอก หลุกลามเข้าหลอดเลือด ดังนั้น superior vena cava syndrome จึงเป็นภาวะฉุกเฉินที่คุกคามชีวิต ผู้ป่วยมีความกลัวและวิตกกังวลเนื่องจากเป็นอวัยวะสำคัญของร่างกาย ไม่ทราบเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังให้ยาเคมีบำบัด พยาบาลต้องมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ต้องมีการสร้างสัมพันธภาพในการให้ข้อมูลต่าง ๆ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการรักษาและให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีความปลอดภัยต่อชีวิต เข้าใจและยอมรับแผนการรักษาทุกขั้นตอนและอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ต่อไปซึ่งจะเป็นประโยชน์กับตัวผู้ป่วยและครอบครัว

จันทร์เพ็ญ มุ่งเกิด

ผู้จัดทำ

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญภาพ	ง
สารบัญตาราง	จ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	3
ขั้นตอนการดำเนินงาน	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
บทที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาและภาวะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง	
กายวิภาค พยาธิสภาพและสรีรวิทยาของปอด	5
สาเหตุและปัจจัย	6
การวินิจฉัยโรคหอบหืดเรื้อรัง	9
การแบ่งระยะโรค	10
การรักษา	13
การดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดเรื้อรังที่มีภาวะเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน	
บทที่ 3 กรอบแนวคิด ทฤษฎีทางการพยาบาล การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม	35
ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มกับกระบวนการพยาบาล	36
กรอบแนวคิดเกี่ยวกับแผนทางด้านสุขภาพ	41
บทที่ 4 กรณีศึกษา	
ประวัติและข้อมูลส่วนบุคคล	47
อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน	47
การประเมินตามแบบแผน	48
สภาพร่างกายแรกพบ	51
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และรังสีวินิจฉัย	52
พยาธิสภาพจากทฤษฎีเปรียบเทียบกับกรณีศึกษา	56
การรักษาที่ได้รับ	61

การติดตามเยี่ยมผู้ป่วย	73
การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีภาวะหลอดเลือดอุดตัน	75
บทที่ 5 สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ	
สรุปกรณีศึกษา	88
วิเคราะห์กรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ	89
บรรณานุกรม	92
ภาคผนวก	94

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

สารบัญภาพ

	หน้า
รูปภาพที่ 2.1	5
รูปภาพที่ 2.2	9
รูปภาพที่ 2.3	26
รูปภาพที่ 2.4	32
โครงสร้างระบบทางเดินหายใจ	
แสดงพยาธิสภาพของโรคมะเร็งปอด	
การจำแนกชนิดและตำแหน่งของการอุดตันของ SVCS	
แนวทางในการบริหารจัดการกลุ่มอาการ Superior Vena Cava Syndromes	

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 การแบ่งระยะของโรคมะเร็งปอดตามเกณฑ์ของ American Joint Committee on Cancer (AJCC) 8 th edition	10
ตารางที่ 2.2 การประเมินระยะของโรคมะเร็งปอดตาม AJCC 8 th edition:TNM classification	12

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งปอดเป็นโรคที่มีอุบัติการณ์และการเสียชีวิตสูง ข้อมูลจาก GLOBOCAN ในปี ค.ศ. 2020 พบผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งปอดทั่วโลก 2,206,771 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.4 และเป็นโรคมะเร็งที่มีการเสียชีวิตสูงที่สุด 1,796,144 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.0 (Hyuna Sung.et.al,2021) ส่วนในประเทศไทยผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งปอด 19,505 ราย และเสียชีวิต 17,669 ราย (IARC, 2020) ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดเพียงร้อยละ 18 ที่รอดชีวิตนานกว่า 5 ปีภายหลังการวินิจฉัยโรค (Howlader, 2017) อย่างไรก็ตามอัตราการรอดชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากการพัฒนาขั้นตอนการตรวจคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง การพัฒนาการรักษาทั้งรังสีรักษา และการให้ยาเคมีบำบัด ตลอดจนการใช้การรักษาแบบจำเพาะเจาะจง (Targeted therapy) ในการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด

เมื่อพิจารณาค่าอุบัติการณ์มาตรฐาน (Age Standardized Rate, ASR) ของมะเร็งทั่วโลกในปี พ.ศ. 2563 พบว่า มะเร็งปอดมีอัตราอุบัติการณ์มาตรฐานสูงเป็นอันดับสาม (ASR = 22.4 ต่อประชากรแสนคนต่อปี) โดยเพศชายมี ASR ของ มะเร็งปอดเป็นอันดับหนึ่ง (ASR = 31.5 ต่อประชากรแสนคนต่อปี) ส่วนเพศหญิงพบเป็นอันดับสาม (ASR = 14.6 ต่อ ประชากรแสนคนต่อปี) (Global Cancer Observatory, 2020b) ประเทศไทยในปี 2563 พบ ASR ของมะเร็งปอดเพศชาย เป็นอันดับสอง (ASR = 27.4 ต่อประชากรแสนคนต่อปี) ส่วนเพศหญิงพบมะเร็งปอดเป็นอันดับห้า (ASR = 11.9 ต่อ ประชากรแสนคนต่อปี) (Global Cancer Observatory, 2020e) รายงานประจำปีหน่วยทะเบียนมะเร็ง สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โดยใช้ข้อมูลระหว่างปี พ.ศ.2564 พบมะเร็งปอดเป็นอันดับต้นๆ ทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยในปี พ.ศ. 2564 พบ ผู้ป่วยมะเร็งปอดเพศชายร้อยละ 11.6 เป็นอันดับสามรองจากมะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และเพศหญิง ร้อยละ 6.8 เป็นอันดับสี่ รองจากมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูกและมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2564)

ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปอดระยะแรกมักจะไม่มีอาการแต่เมื่อโรคดำเนินไปมากขึ้นก็จะมีอาการแต่ก็มักไม่จำเพาะทำให้เกิดการวินิจฉัยที่ล่าช้ามีผลกระทบต่อระยะของโรคที่ลุกลามหรือแพร่กระจายไปมาก อาการที่พบมากที่สุดคือ อาการไอ เหนื่อย ไอเป็นเลือด เจ็บหน้าอก เป็นต้น อาการแสดงเหล่านี้เป็นอาการที่นำผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดมาพบแพทย์ ส่วนมากแล้วผู้ป่วยมักเริ่มด้วยอาการทางหายใจที่เกิดขึ้นใหม่และเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ ส่วนน้อยลงไปจะไม่มีอาการและจากการที่มีเอ็กเซอร์เซปต์อดผิดปกติ บางครั้งก็พบว่าผู้ป่วยมาด้วยอาการข้างเคียงที่ไม่จำเพาะของโรคมะเร็ง เช่น อาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลีย เป็นต้น หรืออาจจะมาพบแพทย์จากอาการของการกระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะต่าง ๆ ในระหว่างรักษามะเร็งปอดด้วยการรักษาทางศัลยกรรม การให้เคมีบำบัด และการฉายรังสีรักษา อาจจะมีอุบัติการณ์จาก ภาวะฉุกเฉินทางมะเร็งวิทยา (oncologic emergency) เป็นภาวะฉุกเฉินที่พบได้ไม่บ่อยแต่จะเป็นคุกคามชีวิตที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ หากได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว อาการและคุณภาพชีวิตอาจดีขึ้นได้ ถึงแม้จะเป็นการรักษาพยาบาลเพื่อการประคับประคองเท่านั้น superior vena cava syndrome เป็นภาวะฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับทางมะเร็งวิทยาอีกชนิดหนึ่ง เนื่องจากสาเหตุของ superior vena cava syndrome พบเกิดจากโรคมะเร็งมากที่สุดโดยเฉพาะมะเร็งปอด เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือด superior vena cava จากการกดเบียดจากภายนอกเนื้องอก ลุกลามเข้าหลอดเลือด เกิดพยาธิสภาพที่อวัยวะข้างเคียง ผู้ป่วยมักมาด้วยอาการเหนื่อย บวมที่หน้า แขน อาจพบเสียง stridor ในปอดจาก proximal airway edema หรือ obstruction อาจพบอาการทางระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น ความดันโลหิตต่ำ อาการทางระบบประสาทเช่น ปวดศีรษะ ตามัว ชักเกร็ง ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง (alteration of conscious) เป็นต้น ดังนั้น superior vena cava syndrome จึงเป็นภาวะฉุกเฉินที่คุกคามชีวิต การตระหนักถึงทำให้สามารถให้การรักษาพยาบาลได้อย่างรวดเร็วครอบคลุมมากขึ้น ภาวะฉุกเฉินที่มีสาเหตุจากโรคมะเร็ง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ โครงสร้างหรือภาวะอุดตันที่เกิดจากก้อนมะเร็ง (structural or obstructive emergencies) ภาวะความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมและฮอร์โมน (metabolic or hormonal problems) และภาวะฉุกเฉินที่เป็นผลจากการรักษา (secondary to complications arising from treatment effects)

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ขอกล่าวเฉพาะกลุ่มที่มีโครงสร้างหรือการอุดตันได้แก่ กลุ่มอาการอุดตันของหลอดเลือด superior vena cava (SVC) Superior vena cava syndrome (SVCS) เป็นภาวะที่พบได้ไม่บ่อย แต่อาจทำให้เกิดอันตรายหรือเสียชีวิตได้ กลุ่มอาการนี้มีสาเหตุจากความผิดปกติหลายสาเหตุเช่นการติดเชื้อ เช่น ซิฟิลิส (syphilis) การมีลิ่มเลือดอุดตัน (thrombosis)

การลุกลามของโรคมะเร็ง พบได้ทั้งแบบเฉียบพลันและแบบค่อยเป็น ค่อยไป โดยการอุดตันของหลอดเลือด superior vena cava นั้น ทำให้เลือดดำจากหลอดเลือดดังกล่าวไม่สามารถไหลเข้าสู่หัวใจห้องบนขวาได้ จากภาวะฉุกเฉินทางมะเร็งวิทยาข้างต้น พยาบาลในหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ระยะก่อน ระหว่าง และหลังให้ยาเคมีบำบัด โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการตัดสินใจ การแก้ปัญหา และสามารถรายงานปัญหาวิกฤตที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยให้แพทย์ที่ทำการรักษาได้ทราบเพื่อหาทางแก้ไข ตัดสินใจแก้ไขปัญหาฉุกเฉิน เผื่อระวังความผิดปกติของสัญญาณชีพแก้ไขได้อย่างรวดเร็ว กระบวนการพยาบาลขณะให้ยาเคมีบำบัดที่มีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย และลดอัตราการตายได้

ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปอด และภาวะฉุกเฉินทางมะเร็งวิทยาในกลุ่มอาการอุดตันของหลอดเลือด superior vena cava (SVC) Superior vena cava syndrome (SVCS) อย่างละเอียด ลึกซึ้ง รอบด้าน เพื่อนำความรู้มาใช้ในการพยาบาลขณะให้ยาเคมีบำบัดให้ได้รับความปลอดภัย ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะทำการวิเคราะห์กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่มีอาการอุดตันของหลอดเลือด Superior vena cava syndrome (SVCS) ร่วมด้วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษา วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุของผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่มีอาการอุดตันของหลอดเลือด Superior vena cava syndrome (SVCS)
2. เพื่อศึกษาและพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่มีอาการอุดตันของหลอดเลือด Superior vena cava syndrome (SVCS)

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. คัดเลือกเรื่องที่ปฏิบัติงานจริง และเป็นโรคที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล
2. ศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยโดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ประวัติบุคคลในครอบครัว ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี แบบแผนในการดำเนินชีวิต การตรวจร่างกายพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย
3. ศึกษาตำราเกี่ยวกับพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง สาเหตุของโรค การตรวจทางห้องปฏิบัติการ รังสีรักษา แผนการรักษาของแพทย์ และกิจกรรมการพยาบาล

4.ศึกษา ค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคเปรียบเทียบกับผู้ป่วยตลอดจนภาวะแทรกซ้อนของการรักษาพยาบาล และปรึกษาประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้เพื่อใช้เป็นข้อมูล

5.นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมวิเคราะห์ นำไปวางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาลโดยเน้นให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม รวมทั้งการวางแผนจำหน่าย

6.ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล และประเมินผล

7. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลให้ข้อเสนอแนะ คำแนะนำแก่ผู้ป่วย และญาติ

8. เรียบเรียง เขียนรายงาน ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้มีประสบการณ์

9. เผยแพร่ผลงานทั้งใน นอกหน่วยงาน เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ และผู้เกี่ยวข้อง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.พยาบาลมีการพัฒนาแนวทางการพยาบาลในประเด็นที่เฉพาะเจาะจงในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่มีอาการอุดตันของหลอดเลือด Superior vena cava syndrome (SVCS)

2.พยาบาลสามารถนำกรณีศึกษาไปปรับใช้ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่มีอาการอุดตันของหลอดเลือด Superior vena cava syndrome (SVCS)

3.บุคลากรทางการพยาบาลสามารถนำกรณีศึกษาไปปรับใช้ในการให้การพยาบาล เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของโรค ส่งเสริม ป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ ร่วมกับการนำวางแผนการพยาบาล พยากรณ์การดำเนินไปของโรคได้อย่างเหมาะสม

โรงพยาบาลเลิดสิน

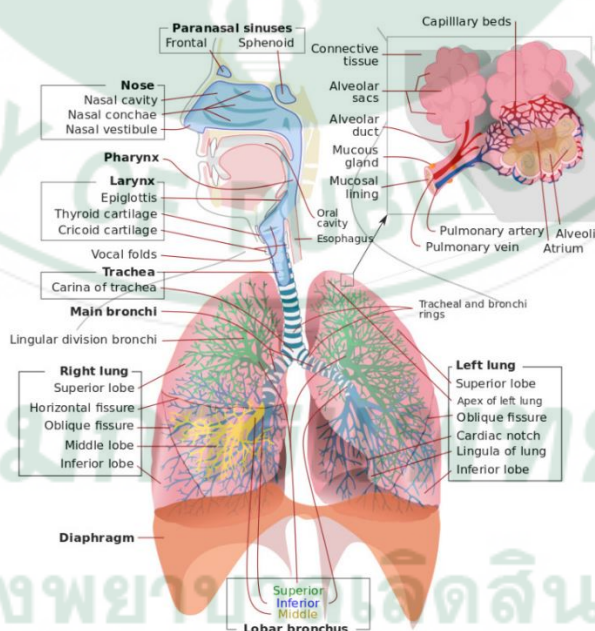
ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

กายวิภาคของปอด

ปอดเป็นอวัยวะที่ใช้ในการแลกเปลี่ยนนำก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ที่เกิดขึ้นในร่างกายกับก๊าซออกซิเจนที่มีอยู่ในอากาศ เพื่อให้เม็ดเลือดแดงนำออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ อย่างเพียงพอ ระบบทางเดินหายใจของพวกเราเริ่มต้นที่จมูก ซึ่งเป็นช่องทางติดต่อระหว่างปอดกับอากาศภายนอก ร่างกายผ่านหลอดลมใหญ่บริเวณลำคอลงไปในห้องอกแล้วแยกเป็นแขนงหลอดลมซ้ายกับหลอดลมขวา ซึ่งแยกออกไปอีกเป็นแขนงย่อย ๆ ลักษณะคล้ายกิ่งไม้จนถึงถุงลมเล็กๆ ภายในถุงลมเป็นที่ที่มีการแลกเปลี่ยนก๊าซดังกล่าวข้างต้น ปอดของเรามีสองข้าง แต่ละข้างแบ่งเป็นกลีบๆ ข้างขวามีสามกลีบข้างซ้ายมีสองกลีบ



ภาพที่ 2.1 แสดงโครงสร้างระบบทางเดินหายใจ

ที่มา: Tyler Brooker, 2008

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

โรคมะเร็งปอดมีต้นกำเนิดมาจากเซลล์เยื่อหุ้มหลอดลมปอดที่ได้รับการระคายเคืองมาเป็นระยะเวลานาน จึงอาจเรียกชื่อมะเร็งตามต้นกำเนิดอีกชื่อหนึ่งว่า Bronchogenic Carcinoma ซึ่งอาจเกิดในบริเวณหลอดลมใหญ่ใกล้ขั้วปอด หรืออาจเกิดในหลอดลมแขนงเล็กๆ ส่วนปลายที่ไกลออกไปจากขั้วปอดก็ได้

อุบัติการณ์

โรคมะเร็งปอดเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของประชากรโลก อัตราการรอดชีวิตใน 5 ปีหลังการวินิจฉัยโรคมะเร็งต่ำมาก การรายงานของ American Society of Clinical Oncology (ASCO) ทั่วโลกมีค่าเฉลี่ยจะอยู่ประมาณร้อยละ 10-20 (ASCO, 2023) สำหรับประเทศไทยมีการรอดชีวิตต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคืออยู่ที่ต่ำกว่าร้อยละ 10 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2564) จากสถิติมะเร็งของไทย ในช่วง ปีพ.ศ. 2564 พบว่าในเพศชายมะเร็งปอดพบสูงเป็นอันดับสาม ร้อยละ 11.6 และพบบ่อยเป็นอันดับสี่ในเพศหญิงร้อยละ 6.8 อัตราส่วนการเป็นมะเร็งปอดในชายต่อหญิงเท่ากับ 1.7 ต่อ 1 แม้ว่าโรคมะเร็งปอดจะพบได้มากขึ้นในปัจจุบันแต่ส่วนใหญ่ของการวินิจฉัยจะพบเมื่อโรคนั้น อยู่ในระยะที่เป็นมากแล้ว การให้การวินิจฉัยในระยะเริ่มแรกจึงมีความสำคัญเพื่อให้ผลการรักษาดีขึ้นโดยแพทย์ ผู้ดูแลควรสงสัยโรคมะเร็งปอดในผู้ป่วยที่มีรอยโรคผิดปกติในปอดที่เป็นไปได้ก่อนหน้านี้ที่ผู้ป่วยจะมีอาการ อาการแสดง ของมะเร็งปอด

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคมะเร็งปอด คือการสูบบุหรี่ เนื่องจากในบุหรี่ ประกอบด้วยสารที่ก่อให้เกิดมะเร็งหลายชนิด เช่น nitrosamines benzo(a) pyrene และ diol epoxide เป็นต้น ความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปอดเพิ่มขึ้นตามจำนวนบุหรี่ และระยะเวลาที่สูบซึ่งสามารถคำนวณหาความเสี่ยงเป็น pack-years ยิ่งไปกว่านั้นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่หรือผู้สูบบุหรี่มือสอง (secondhand smoke) ยังเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งปอดด้วยเช่นกัน The International Agency of Research on Cancer (IARC) ได้ประมาณการความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปอดในผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่สูงถึงร้อยละ 20-30 (Malhotra J, Malyezzi M, Negri E., 2016)

สาเหตุอื่นๆ นอกจากการสูบบุหรี่ เนื่องจากการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยหลักในการเกิดมะเร็งประมาณร้อยละ 90 มีการศึกษาสาเหตุอื่น ๆ ในต่างประเทศพบว่าสารเรดอนเป็นสาเหตุประมาณร้อยละ 10 การสัมผัสสารก่อมะเร็งจากการทำงานประมาณร้อยละ 9 ถึง 15 จากมลภาวะในอากาศร้อยละ

ละ 1 ถึง 2 ดังนั้นจะเห็นได้ว่าปัจจัยการเกิดมะเร็งปอดนอกจากบุหรี่แล้วน่าจะมีปัจจัยหลาย ๆ อย่างร่วมกัน

- สารเรดอน การศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่าเรดอนเป็นสาเหตุให้การเกิดมะเร็งปอดอันดับที่ 2 สารเรดอนเป็นก๊าซ ที่ไม่มีสี ไม่มีกลิ่น และไม่มีรส เป็นสารที่เกิดจากสลายตัวของสารยูเรเนียม พบได้ในดินและหินตามธรรมชาติ พบว่าผู้ป่วยที่เกิดมะเร็งปอดจากสารเรดอนส่วนมากจะมีประวัติสูบบุหรี่และสัมผัสกับสารเรดอน มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอดร้อยละ 11-15 (United States Environmental Protection Agency., 2023)

- มลภาวะในอากาศ การศึกษาด้านระบาดวิทยาเรื่องบทบาทของมลภาวะในอากาศที่จะเป็นสาเหตุของโรคมะเร็งปอด มีการศึกษาที่สนับสนุนและคัดค้านด้านความสัมพันธ์ของมลภาวะในอากาศกับการเกิดมะเร็งปอด มีการศึกษาย้อนหลังที่พบว่ามลภาวะทางอากาศน่าจะมีส่วนทำให้เกิดมะเร็งปอดประมาณร้อยละ 1 ถึง 2 เท่านั้น ซึ่งจัดว่าน้อยมากเมื่อเทียบกับผลของควันบุหรี่ มีการศึกษาถึงการสัมผัสกับสาร radon ในบ้านเรือนสามารถทำให้มีโอกาสเกิดเป็นมะเร็งปอดได้มากขึ้น (Global Burden of Diseases, 2022)

- อาชีพ มีอาชีพหลายอย่างที่ต้องสัมผัสกับสารก่อมะเร็งหลายชนิด โดยเฉพาะเมื่อผู้นั้นสูบบุหรี่ด้วยโอกาสเกิดมะเร็งปอดจะมากขึ้น เช่น asbestos, metals (arsenic, chromium, nickel), ionizing radiation และ polycyclic aromatic. (Marsh GM, Riordan AS, et al., 2017)

- โรคปอดบางชนิด มีรายงานอุบัติการณ์ของการเกิดโรคมะเร็งปอดบ่อยขึ้นในผู้ป่วยโรคปอดบางชนิด เช่น Idiopathic interstitial pulmonary fibrosis พบว่าจะเกิด adenocarcinoma ได้บ่อยขึ้น ในผู้ป่วย sarcoidosis จะมีโอกาสเกิดมะเร็งปอดเพิ่มขึ้นได้ 3 เท่า เช่นเดียวกับในรอยโรคเก่าของวัณโรคปอดที่พบว่ามีโอกาสกลายเปลี่ยนเป็น adenocarcinoma ได้ ผู้ที่ป่วยเป็นโรคถุงลมโป่งพอง (Chronic obstructive pulmonary disease; COPD) มีโอกาสเกิดโรคมะเร็งปอดได้มากกว่าผู้ที่สูบบุหรี่ในปริมาณที่เท่ากัน ทั้งนี้อาจมีสาเหตุจากการที่หลอดลมในผู้ป่วยโรคนี้มีการเปลี่ยนแปลงทำให้สารก่อมะเร็งในบุหรี่ยมีโอกาสสัมผัสกับหลอดลมได้นานขึ้น (Durham AL and Adcock IM., 2015)

การแบ่งชนิดของโรคมะเร็งปอด

โรคมะเร็งปอดสามารถแบ่งได้เป็นสองกลุ่ม คือ

1. Non-small cell lung cancer (NSCLC) ในต่างประเทศพบได้ประมาณร้อยละ

75-80 ประเทศไทยพบประมาณ ร้อยละ 90 มะเร็งปอดชนิด NSCLC แบ่งออกได้เป็น

1.1 Squamous cell carcinoma พบประมาณร้อยละ 45-60 มักจะเกิดภายในหลอดลมขนาดใหญ่ อาจอุดกั้นหลอดลมทำให้ปอดแฟบ (atelectasis) และเกิดปอดอักเสบ

(obstructive pneumonitis) อาจมีเลือดออกทำให้ผู้ป่วยไอเป็นเลือด และมักจะตรวจพบเซลล์มะเร็งในเสมหะได้บ่อย ๆ จากการส่องกล้อง

1.2 Adenocarcinoma พบประมาณร้อยละ 30-35 ส่วนมากจะเกิดในเนื้อปอดส่วนนอก (periphery) จึงมักไม่มีอาการจนกว่าก้อนมะเร็งจะโตมากหรือมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น โดยเฉพาะสมองในผู้ที่ยังไม่มีอาการอาจถูกพบโดยบังเอิญจากการถ่ายภาพรังสีของทรวงอก เพื่อหาสาเหตุอื่น หรือผู้ป่วยมาด้วยอาการทางสมอง เช่น แขนขาอ่อนแรง เป็นต้นส่วนใหญ่มักจะมองไม่เห็นจากการตรวจด้วยกล้องส่องหลอดลม

1.3 Large cell carcinoma พบเพียงประมาณร้อยละ 1 ซึ่งมักเกิดในเนื้อปอดส่วนนอก (periphery) มะเร็งปอดชนิดไม่ใช่เซลล์เล็ก

2. Small cell lung cancer (SCLC) พบได้ประมาณร้อยละ 10 การแบ่งชนิดของโรคมะเร็งปอดตามชนิดของเซลล์นี้เนื่องจากการแบ่งระยะของโรค การรักษา และการพยากรณ์โรคที่แตกต่างกันมากส่วนใหญ่พบบริเวณใกล้ซั้วปอดมากกว่าบริเวณชายปอด มักมีอาการค่อนข้างสูงเนื่องจากเป็นชนิดของโรคมะเร็งปอดที่แพร่กระจายอย่างรวดเร็ว มะเร็งชนิดนี้อาจสร้างสารเคมีบางอย่างทำให้เกิดอาการผิดปกติของระบบ ต่อมไร้ท่อ (ฮอร์โมน) ในร่างกายได้ด้วย แม้มะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก มักตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และรังสีรักษาเป็นอย่างดี สามารถทำให้อาการดีขึ้นได้มากในระยะแรกของการรักษา แต่โอกาสหายขาดยังเป็นไปได้น้อย เนื่องจากส่วนใหญ่มักมีการกำเริบของโรคในที่สุด

2.1. แบ่งกลุ่มของโรคแบบสากลนิยมเป็น 2 กลุ่ม

(1) กลุ่มแพร่กระจายของโรค (Extensive disease) กลุ่มมะเร็งที่ผู้ป่วยจะมาพบแพทย์ด้วยอาการแพร่กระจายของเนื้อร้าย (metastatic disease)

(2) กลุ่มจำกัดของโรค (Limited disease) กลุ่มมะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็กที่เกิดขึ้นในโพรงเยื่อหุ้มปอดที่มีเลือด (hemithorax) ข้างใดข้างหนึ่ง รวมทั้งต่อมน้ำเหลืองบริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้า (supraclavicular) ข้างเดียวกันด้วย เพราะต่อมน้ำเหลืองบริเวณดังกล่าวอยู่ในพื้นที่ที่สามารถทำการรักษาทางรังสีได้



ภาพที่ 2.2 แสดงพยาธิสภาพของโรคมะเร็งปอด

ที่มา : Kuhlmann-Hogan, A., Cordes, T., Xu, Z., et al. (2023).

การวินิจฉัยโรคมะเร็งปอด

1. ประวัติความเสี่ยงและอาการที่ต้องสงสัยต่อการป่วยด้วยโรคมะเร็งปอด
2. การตรวจร่างกายโดยแพทย์ เพื่อหารอยโรคและตำแหน่งที่เกิดความผิดปกติในและนอกปอด ก่อนพิจารณาส่งตรวจและสืบค้นต่อไป
3. การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษต่าง ๆ เช่น การส่องกล้องเพื่อดูหลอดลม และตัดชิ้นเนื้อ การส่องกล้องเข้าไปในช่องกลางทรวงอก การตรวจทางรังสีวิทยาต่าง ๆ เช่น เอกซเรย์ปอด การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง หรืออัลตราซาวด์ (Ultrasound) การตรวจด้วยเครื่องเพท-สแกน หรือเครื่องเพท/ซีทีสแกน เป็นต้น
4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจเลือดดูหน้าที่การทำงานของตับและไต การตรวจนับจำนวนเม็ดเลือดและการหาสารบ่งชี้มะเร็ง (tumor marker) เพื่อติดตามการดำเนินโรค เป็นต้น
5. การวินิจฉัยโรคมะเร็งปอดจำเป็นต้องมีการยืนยันด้วยการตรวจผลชิ้นเนื้อ (biopsy) ผลทางพยาธิวิทยาจะบ่งชี้ถึงชนิดของโรคมะเร็ง การลุกลามของโรคมะเร็ง บ่งชี้ถึงโรคมะเร็งมีสาเหตุเริ่มต้นที่ปอดหรือเป็นการแพร่กระจายมาจากอวัยวะอื่น (metastatic) ระบุการหลงเหลือของรอยโรคหลังการผ่าตัด (surgical margin) และใช้สำหรับการตรวจเพิ่มเติม (molecular diagnostic) เพื่อวางแผนการรักษา การนำชิ้นเนื้อจากผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจสามารถทำได้หลายวิธี เช่น bronchial brushing, bronchial washing, sputum, Fine needle biopsy (FNA), core needle biopsy,

endobrochial biopsy และ transbrochial biopsy มักเป็นวิธีที่ทำเพื่อใช้วินิจฉัยโรค ส่วนการผ่าตัดทั้ง lobectomy หรือ pneumonectomy จะใช้สำหรับการรักษา โดยจะมีการประเมินการหลงเหลือของรอยโรคหลังการผ่าตัด (surgical margin) เพื่อกำหนดการรักษาต่อไป

การแบ่งระยะโรคมะเร็งปอด

การแบ่งระยะของโรคมะเร็งปอด NSCLC ปัจจุบันใช้เกณฑ์ของ American Joint Committee on Cancer (AJCC) 8th edition โดยการประเมินระยะของโรคจะมีการประเมินตามระบบ TNM classification

ตารางที่ 2.1.การแบ่งระยะของโรคมะเร็งปอดตามเกณฑ์ของ American Joint Committee on Cancer (AJCC) 8th edition ที่มา: Lababede, O., & Meziane, M. A. (2018).

Primary tumor (T)	
T category	Definition
Tx	Tumor that is proven histopathologically (malignant cells in bronchopulmonary secretions/washings) but cannot be assessed or is not demonstrable radiologically or bronchoscopically.
T0	No evidence of primary tumor.
Tis	Carcinoma in situ: Squamous cell carcinoma in situ. Adenocarcinoma in situ (pure lepidic pattern and 3 cm in greatest dimension).
T1	Size: ≤ 3 cms. Airway location: in or distal to the lobar bronchus. Local invasion: none (surrounded by lung or visceral pleura). Subdivisions: T1mi: Minimally invasive adenocarcinoma (pure lepidic pattern, 3 cm in greatest dimension and 5 mm invasion)—T1a (size ≤ 1 cm) ^a —T1b (1 cm < size ≤ 2 cm)—T1c (2 cm < size ≤ 3 cm).
T2	Any of the following characteristics: Size: >3 cm but ≤ 5 cm. Airway location: invasion of the main bronchus (regardless the distance to the carina) or presence of atelectasis or obstructive. Pneumonitis that extends to hilar region (whether it is involving part or the entire lung). Local invasion: visceral pleura (PL1 or PL2). Subdivisions: T2a (3 cm < size ≤ 4 cm or cannot be determined) and T2b (4 cm < size ≤ 5 cm).
T3	Any of the following characteristics: Size: >5 cm but ≤ 7 cm. Local invasion: direct invasion of chest wall (including superior sulcus tumors), parietal pleura (PL3), phrenic nerve, or parietal pericardium. Separate tumor nodule(s) in the same lobe of the primary tumor.
T4	Any of the following characteristics: Size >7 cm. Airway location: invasion of the carina or trachea. Local invasion: diaphragm, mediastinum, heart, great vessels, recurrent laryngeal nerve, esophagus or vertebral body. Separate tumor nodule(s) in an ipsilateral different lobe of the primary tumor.
Lymph nodes (N)	

Descriptor	Definition
Nx	Regional lymph nodes cannot be evaluated. N0 No regional lymph nodes involvement.
N1	Involvement of ipsilateral peribronchial and/or ipsilateral hilar lymph nodes (includes direct extension to intrapulmonary nodes).
N2	Involvement of the ipsilateral mediastinal and/or subcarinal lymph nodes.
N3	Involvement of any of the following lymph node groups: contralateral mediastinal, contralateral hilar, ipsilateral or contralateral scalene, or supraclavicular nodes.
Distant metastasis (M)	
Descriptor	Definition
M0	No distant metastasis.
M1	Presence of distant metastasis. Subdivisions: M1a (separate tumor nodule(s) in a contralateral lobe to that of the primary tumor or tumors with pleural or pericardial nodules or malignant effusion); M1b (single extrathoracic metastasis); M1c (multiple extrathoracic metastases to one or more organs).
Note: Tumor's size is determined by the greatest dimension of the lesion.	
^a The uncommon superficial spreading tumor with invasive component limited to bronchial wall is classified as T1a regardless of size or extent to main bronchus	

1. การประเมินก้อนมะเร็ง (Primary tumor, T stage) การบอกรายละเอียดเกี่ยวกับขนาด และตำแหน่งของก้อนมะเร็งจะช่วยในการบอกการพยากรณ์ของโรค การประเมินจะบอกว่าก่อนมีการขยายตัวอย่างไรในเนื้อปอดและมีการกดเบียดหรือแพร่เข้าสู่อวัยวะข้างเคียง การประเมินช่องเยื่อหุ้มปอดและช่องเยื่อหุ้มหัวใจจะสำคัญในการประเมิน T stage

2. การประเมินการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง (N stage) ปัจจัยที่สำคัญที่สุดของการตัดสินใจว่าจะสามารถให้การรักษาโดยการผ่าตัดผู้ป่วยมะเร็งปอดได้หรือไม่รวมถึงการพยากรณ์โรค คือการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองโดยเฉพาะต่อมน้ำเหลืองใน mediastinum การสงสัยว่าอาจมีการกระจายของเซลล์มะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองใน mediastinum อาจดูได้จากภาพเอกซเรย์รังสีทรวงอก ภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของทรวงอก เมื่อพบว่าต่อมน้ำเหลืองมีขนาดโตเท่ากับหรือมากกว่า 1 เซนติเมตร ซึ่งพบว่ามีโอกาสที่จะพบการกระจายของมะเร็งถึงร้อยละ 50 แต่แม้ว่าขนาดของต่อมน้ำเหลืองจะปกติก็พบว่าการกระจายไปแล้วถึงร้อยละ 10 หรือจากการตรวจ PET scan พบว่าการ uptake ของสารที่บริเวณต่อมน้ำเหลือง การที่จะบอกว่าผู้ป่วยมีการกระจายของเซลล์มะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลืองแล้วจำเป็นที่จะต้องได้ตัวอย่างเซลล์หรือชิ้นเนื้อของต่อมน้ำเหลืองที่ส่งสัยมาตรวจทางพยาธิ

วิทยา ซึ่งแม้ว่าจะมีหลายวิธีที่สามารถทำได้แต่ mediastinoscopy ก็เป็นวิธีที่ใช้เป็นตัวเปรียบเทียบเสมอ ปัจจุบันมีวิธีการได้ตัวอย่างต่อเนื่องมาตรวจหาการกระจายของเซลล์มะเร็งโดย

3. การประเมินการกระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ มักประเมินจากการซักประวัติอาการและการตรวจร่างกายเป็นหลักโดยให้ความสนใจอวัยวะ หรือบริเวณที่โรคมะเร็งปอดกระจายไป คือ

3.1 ช่องเยื่อหุ้มปอด ทำให้เกิดน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด ซึ่งต้องหาว่ามีการกระจายของมะเร็งเข้าไปจริงหรือไม่เพราะการที่มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดอาจเกิดจากกลไกอื่น ๆ เช่น การอุดตันทางเดินน้ำเหลือง หรือการที่มีการแพลงของปอดจากการอุดตัวของกลีบปอด การลดลงของโปรตีนในเลือดก็อาจทำให้เกิดน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดได้

3.2 ตับ ต้องอาศัยการตรวจร่างกายและการดูค่าชีวเคมีของตับในการประเมินการกระจายมายังตับการตรวจด้วย CT scan บริเวณ upper abdomen หรือการทำ ultrasound จะช่วยเพิ่มความไวในการวินิจฉัยการลุกลามของโรค

3.3 สมอง อาการของการเพิ่มความดันในสมอง การเกิดอัมพาตหรืออาการทางระบบประสาทอื่นจะทำให้ต้องนึกถึงการกระจายของมะเร็งมายังสมองเมื่อสงสัยต้องทำการสืบค้นต่อไป

3.4 ต่อมหมวกไต เป็นอวัยวะที่ไม่สามารถดูได้จากอาการหรืออาการแสดงต้องใช้การดูจากภาพเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์หรืออัลตราซาวด์ซึ่งในกรณีที่พบก้อนต้องวินิจฉัยแยกโรคจาก benign adenoma ด้วย

ตารางที่ 2.2 แสดงการประเมินระยะของโรคมะเร็งปอดตาม AJCC 8th edition:TNM classification ที่มา: Lababede, O., & Meziane, M. A. (2018).

Stage group	T	N	M
Occult carcinoma	Tx	N0	M0
Stage 0	Tis	N0	M0
Stage IA1	T1a	N0	M0
	T1(mi)	N0	M0
Stage IA2	T1b	N0	M0
Stage IA3	T1c	N0	M0
Stage IB	T2a	N0	M0
Stage IIA	T2b	N0	M0
Stage IIB	T (1–2)	N1	M0
	T3	N0	M0
Stage IIIA	T(1–2)	N2	M0
	T3	N1	M0
	T4	N(0–1)	M0
Stage IIIB	T(1–2)	N3	M0
	T(3–4)	N2	M0

Stage group	T	N	M
Stage IIIC	T(3-4)	N3	M0
Stage IVA	Any T	Any N	M1a,b
Stage IVB	Any T	Any N	M1c

การรักษาโรคมะเร็งปอด

1. การผ่าตัด (Surgery) การผ่าตัดเป็นการรักษาโรคมะเร็งปอดที่ได้ผลดีที่สุด ดังนั้น หากพบผู้ป่วยที่ก้อนมะเร็งอยู่ในลักษณะที่จะผ่าตัดเอากว้างได้หมด และผู้ป่วยยังมีสุขภาพดีพอที่จะทน การผ่าตัดได้ควรจะให้การรักษาโดยการผ่าตัดทุกราย การผ่าตัดจะได้ผลดีหากก้อนมะเร็งยังมีขนาดเล็กยังไม่มีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่ซั้วปอด และผู้ป่วยไม่มีโรคของอวัยวะอื่นแทรกซ้อนอยู่ อย่างไรก็ตามมากกว่าร้อยละ 70 ผู้ป่วยมะเร็งชนิดไม่ใช้เซลล์เล็กที่มาพบแพทย์ มักจะมีการแพร่กระจายของ โรคมะเร็งไปมากแล้ว และผู้ป่วยมะเร็งชนิดเซลล์เล็กเกือบทั้งหมดกระจายไปแล้วไม่สามารถผ่าตัดได้ การผ่าตัดในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดจะเป็นการผ่าตัดใหญ่หลังการผ่าตัดจะมีลมและน้ำขังอยู่ในช่องปอด ผู้ป่วย ซึ่งจำเป็นจะต้องได้รับการช่วยเหลือในการลุกนั่ง การไอเอาเสมหะออก และการหายใจลึก ๆ กิจกรรมเหล่านี้ค่อนข้างจะมีความสำคัญในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยเพราะจะช่วยให้ปอดมีการขยายตัว ได้ดีและกำจัดลมและน้ำที่อยู่ในช่องปอด อาการปวดแผลผ่าตัด และความอ่อนเพลียจะทำให้ผู้ป่วย หายใจตื่นจะพบได้อยู่เสมอ ซึ่งต้องใช้ระยะเวลานานหลายสัปดาห์กว่าผู้ป่วยจะมีความแข็งแรง เหมือนเดิม

2 การใช้ยาเคมีบำบัด (chemotherapy) ปัจจุบันมียาเคมีบำบัดมากมายที่ใช้ในการ รักษาโรคมะเร็งปอด เช่น ยาพาราพลาติน(paraplatin) ยาเวพาซิส (vepesid) และอื่น ๆ โดยเฉพาะ มะเร็งชนิดเซลล์เล็ก ซึ่งอาจได้ผลทำให้ผู้ป่วยมีอายุยาวนานขึ้น แต่มีผลข้างเคียงมากและไม่ได้ทำให้ อัตราตายน้อยลง โดยทั่วไป การรักษาโรคมะเร็งปอด ก็ต้องแบ่ง 2 กลุ่มตามชนิดของมะเร็ง

2.1 มะเร็งชนิดเซลล์เล็ก มักได้ผลดีต่อการใช้เคมีบำบัด และการฉายแสง ซึ่งเป็นวิธีการ รักษาที่สำคัญในผู้ป่วยมะเร็งชนิดนี้

2.2 มะเร็งชนิดไม่ใช้เซลล์เล็ก ซึ่งมักไม่ได้ผลต่อการใช้ยาเคมีบำบัดและการฉายแสง (radiationtherapy) แต่อย่างไรก็ตาม ถ้าผู้ป่วยมีอาการของมะเร็งอุดกั้นหลอดลมทำให้เกิดโรคปอด อักเสบแบบอุดกั้น (obstructive pneumonitis) การให้การรักษาดังกล่าวอาจช่วยทำให้ผู้ป่วยดีขึ้นได้ ซึ่งก็เป็นเพียงการรักษา เพื่อบรรเทาอาการเท่านั้น (palliative treatment)

3 การฉายรังสี รังสีรักษามีบทบาทในการรักษาโรคมะเร็งปอดชนิดไม่ใช้เซลล์เล็กคือ มี บทบาททั้งในด้านการรักษาให้หายขาด (curative treatment) และรักษาแบบประคับประคอง

(palliative treatment) ในผู้ป่วยที่มีอาการมากเพื่อให้ทุเลาจากอาการที่ทรมานของผู้ป่วย เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วย การเกิดผลข้างเคียงจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งของร่างกายที่ได้รับรังสีและปริมาณรังสีที่ได้รับ อาการที่พบบ่อย ได้แก่ คอแห้ง เจ็บคอ กลืนลำบาก อ่อนเพลีย ผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีมีการเปลี่ยนแปลง และอาการเบื่ออาหาร ผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณศีรษะจะมีอาการปวดศีรษะ ผิวหนังเปลี่ยนแปลง ผมหร่วง อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน และอาจมีปัญหาเรื่องความจำและความรู้สึกนึกคิดได้

ข้อบ่งชี้การรักษามะเร็งปอด ชนิด Non-small cell lung cancer (NSCLC)

การรักษาทางด้านศัลยกรรม

1. การผ่าตัดรักษามะเร็งปอดควรทำเป็น anatomic pulmonary resection
2. ในกรณีที่เนื้องอกอยู่ใกล้กับ orifice of bronchus (proximal tumor) ควรพิจารณาเลือกทำ sleeve lobectomy (มากกว่าทำ pneumonectomy) เมื่อสามารถทำได้และให้ได้ negative/free margin
3. Video Assisted Thoracoscopic Surgery (VATS) เป็นทางเลือกของการผ่าตัดรักษามะเร็งปอดที่ได้ผลเทียบเท่ากับ หรือดีกว่าการผ่าตัดแบบ open thoracotomy ในแง่ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด การพักฟื้น การอยู่โรงพยาบาลและการกลับไปใช้ชีวิตแบบปกติสั้นกว่าทราบเท่าที่สามารถคงมาตรฐาน การผ่าตัดรักษามะเร็งปอดไว้ได้ทั้งหมด
4. การเลาะต่อมน้ำเหลืองในการผ่าตัด ควรทำที่ตำแหน่ง N1 และ N2 โดยมี N2 อย่างน้อย 3 ตำแหน่ง หรือทำเป็น complete lymph node dissection
5. ในการผ่าตัดผู้ป่วยทุกรายควรทำ formal ipsilateral mediastinal lymph node dissection แม้อยู่ในระยะ IIIA (N2) ก็ตาม
6. หลังการผ่าตัด ควรส่งปรึกษา oncologist ในผู้ป่วยทุกรายที่มี pathologic stage II ขึ้นไป

นิยาม

- Complete resection (R0) หมายถึง การผ่าตัดที่ได้ free margin ร่วมกับการทำ systematic node dissection หรือ sampling และ highest mediastinal node negative for tumor
- Incomplete resection หมายถึง การผ่าตัดที่พบการลุกลามที่ resected margin มี positive node ที่ไม่ได้ตัดออก หรือ positive pleural or pericardial effusions โดยแบ่งเป็น R1: microscopically positive resection และ R2: macroscopic residual tumor

1. มะเร็งปอดชนิด NSCLC ระยะที่ I (stage I)

- T1a N0M0
- T1b N0M0

การรักษาตามศัลยกรรม สำหรับมะเร็งปอดชนิด NSCLC ระยะที่ 1 (stage I)

Stage IA	T1a-T1b N0 M0
Stage IB	T2a N0 M0

1. พิจารณาทำ curative lung resection ร่วมกับ systematic lymph node dissection หรือ sampling กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีข้อห้ามต่อการผ่าตัดและไม่จำเป็นต้องทำ mediastinal lymph node examination ก่อนผ่าตัดในรายที่ mediastinal lymph node เล็กกว่า 1 เซนติเมตร จากการตรวจ CT scan พิจารณาผ่าตัดใหม่หรือให้ adjuvant radiation ในกรณี unfree surgical margin

2. การผ่าตัด sublobar resection แบบ (limited resection) ควรพิจารณาทำผ่าตัดในกรณี

2.1 ผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพของปอดไม่ดี และมีโรคร่วมที่ทำให้ไม่สามารถทำ lobectomy ได้

2.2 ก้อนที่อยู่ชายปอด (peripheral nodule) ขนาด < 2 เซนติเมตร ที่มีลักษณะอย่างน้อยหนึ่งข้อคือ

1) Pure AIS histology

2) ก้อนมีลักษณะของ ground glass appearance > 50 % จาก CT

3) การเฝ้าติดตามทางรังสีวิทยายืนยันว่ามี long doubling time (>400 วัน)
การผ่าตัด sublobar resection แบบ (segmentectomy หรือ wedge resection)

- ควรตัดเนื้อปอดให้ได้ขอบเนื้อดี (margin) > 2 เซนติเมตรหรือ > ขนาดของเนื้องอก

- ควรร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลือง N1 และ N2 ส่งตรวจ

- ในกรณีที่มีการส่งต่อมน้ำเหลืองหรือเนื้อปอดที่มีเนื้องอกไปตรวจอย่างรวดเร็วในระหว่าง

ผ่าตัด (frozen section) และพบว่า N2 positive หรือ margin positive/unfree ควรทำเป็น lobectomy แทน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

การใช้รังสีรักษา

1. Postoperative radiation ในรายที่ closed หรือ positive margina. เทคนิคที่ใช้ในการรักษา ได้แก่ Conventional Radiotherapy, 3-D Conformal Radiotherapy, IMRT (Intensity Modulated Radiotherapy), VMAT (Volumetric Modulated Arc Therapy)

2. Radical radiation โดย Stereotactic body radiotherapy (SBRT)/ Stereotactic ablative radiotherapy (SABR) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้อห้ามต่อการผ่าตัด หรือปฏิเสธการผ่าตัด

การรักษาด้วยเคมีบำบัด ไม่แนะนำให้ใช้ adjuvant chemotherapy ในผู้ป่วย NSCLC ระยะที่ IA (T1N0M0) ไม่แนะนำให้ใช้ adjuvant chemotherapy ในผู้ป่วย NSCLC IB (T2aN0M0) แต่อาจพิจารณาให้ในกรณีที่ high risk ได้แก่ T > 4 cm., poorly differentiated, vascular invasion, visceral pleural involvement

สูตรยา

- สูตรที่ 1 cisplatin* ร่วมกับ vinorelbine**
- สูตรที่ 2 PE คือ cisplatin* ร่วมกับ etoposide

หมายเหตุ* สามารถใช้ carboplatin แทน cisplatin ได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อยา Cisplatin ได้แก่ มีความเสี่ยงที่จะรับสารน้ำก่อนให้ยา cisplatin มีภาวะการทำงานของไตบกพร่อง, เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนที่รุนแรงแม้ได้รับยาต้านอาเจียนที่เหมาะสม

2. มะเร็งปอดชนิด NSCLC

ระยะที่ II (stage II)

- T1 N1 M0
- T2 N1 M0
- T3 N0 M0.

การรักษาตามคัลยกรรม มะเร็งปอดชนิด NSCLC ระยะที่ II (stage II)

Stage IIA

T1a-T1b N1 M0

T2a N1 M0

T2b N0 M0

Stage IIB

T2b N1 M0

พิจารณาทำ curative lung resection ร่วมกับ systematic lymph node dissections และอาจพิจารณาทำ mediastinal lymph node examination ก่อนผ่าตัด

Stage IIB

T3 N0 M0

พิจารณาผ่าตัดด้วย curative enbloc chest wall, diaphragm, phrenic nerve, parietalpericardium and lung resection with systematic lymph node dissection

การใช้รังสีรักษา

1. Postoperative radiation ในรายที่ closed/ positive margin
2. Radical radiation หรือ definitive chemoradiation ในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้อห้ามต่อการผ่าตัดหรือปฏิเสธการผ่าตัด เทคนิคและเครื่องมือที่ใช้ในการรักษา เทคนิคการฉายรังสี ได้แก่ Conventional Radiotherapy, 3-D Conformal Radiotherapy, IMRT(Intensity Modulated Radiotherapy), VMAT (Volumetric Modulated Arc Therapy)

การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด แนะนำให้รักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด (adjuvant therapy) ภายหลังการผ่าตัดข้อพิจารณา

1. ให้เฉพาะในรายที่โรคอยู่ในระยะ II และ III ที่มีโรคในต่อมน้ำเหลืองหลังได้รับการผ่าตัดเอาเนื้อเยื่อมะเร็งออก
2. ผู้ป่วยต้องมี performance status 0 หรือ 1 สูตรยาที่แนะนำให้ใช้ในการรักษาเสริม ได้แก่
 - สูตรที่ 1 cisplatin* ร่วมกับ vinorelbine**
 - สูตรที่ 2 PE คือ cisplatin* ร่วมกับ etoposide

หมายเหตุ* สามารถใช้ carboplatin แทน cisplatin ได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อยา Cisplatin ได้แก่ มีความเสี่ยงที่จะรับสารน้ำก่อนให้ยา cisplatin มีภาวะการทำงานของไตบกพร่อง เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนที่รุนแรงแม้ได้รับยาต้านอาเจียนที่เหมาะสม

3. มะเร็งปอดชนิด NSCLC ระยะที่ III (stage IIIA)

- T1 N2 M0
- T2 N2 M0
- T3 N1 M0
- T3 N2 M0

- T4 N0 M0

- T4 N1 M0

การรักษาตามศัลยกรรม มะเร็งปอด ชนิด NSCLC ระยะที่ IIIA (stage IIIA)

- T1a-T3 N2 M0 (IIIA N2)

- T3 N1 M0

- T4 N0-N1 M01.

1. พิจารณาทำ mediastinal lymph node examination (EBUS=Endoscopic bronchial ultrasound, Mediastinoscopy) ก่อนผ่าตัดในสถานที่ที่สามารถทำได้ เพื่อหา true pathological N2 ในสถานที่ที่ไม่สามารถทำ mediastinal lymph node examination ก่อนผ่าตัดได้ ให้ใช้ดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษา และใช้ผลของ CT chest เป็นแนวทาง

2. ในกรณี N2 positive ก่อนผ่าตัดจาก imaging (CT scan, PET/CT) หรือ mediastinal lymph node examination ก่อนผ่าตัดพิจารณาให้ pre-op chemotherapy + RT หรือ definitive chemotherapy/RT แล้วอาจพิจารณาผ่าตัดโดยหลีกเลี่ยงการตัดปอดออกทั้งข้าง เพราะพบว่าอัตราการตายจากการผ่าตัดสูง

3. กรณีระหว่างผ่าตัดพบว่า N2 positive ที่ตำแหน่งเดียว (single station N2) และประเมินว่าสามารถตัดออกได้หมด แนะนำให้ทำผ่าตัดตามที่ได้วางแผนไว้

การใช้รังสีรักษา

1. Postoperative radiotherapy หรือ chemoradiotherapy ในกรณีที่ เป็น N2 disease หรือมี closed/positive margin

2. Preoperative chemoradiotherapy

- borderline resectable case (T1-3 N2 หรือ T4 N0-1, M0)

- superior sulcus tumor (T3 N0 or N1, M0)

- chest wall tumor (T3 N0 or N1, M0)

3. การใช้รังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด (Definitive chemoradiotherapy) ในรายที่ไม่สามารถผ่าตัดได้

4. Definitive Radiotherapy ในรายที่สภาพร่างกายไม่เหมาะสมที่จะได้รับการรักษาด้วย chemotherapy ได้เทคนิคและเครื่องมือที่ใช้ในการรักษา เทคนิคการฉายรังสี ได้แก่ Conventional

Radiotherapy, 3-D Conformal Radiotherapy, IMRT (Intensity Modulated Radiotherapy), VMAT (Volumetric Modulated Arc Therapy)

การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด มะเร็งปอดลุกลามเฉพาะที่ระยะที่ III A พิจารณา

1. ในกรณีที่ผ่าตัดได้พิจารณาให้การรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด และตามด้วยการฉายรังสีในรายที่มี N2 positive
2. ในกรณีที่อาจผ่าตัดได้ (potentially resectable) อาจพิจารณาให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (Neoadjuvant chemotherapy) อย่างเดียว หรืออาจให้การฉายรังสี และพิจารณาการผ่าตัดอีกครั้ง ภายหลัง กรณีที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ให้พิจารณาฉายรังสีเพิ่มเติม (ไม่เคยได้รับการฉายรังสีมาก่อน)
3. ในกรณีที่ผ่าตัดไม่ได้ หรือปฏิเสธการผ่าตัด แนะนำให้ definitive chemoradiation และอาจพิจารณาการผ่าตัดอีกครั้ง

สูตรยาเคมีบำบัด

1. สูตรยาที่ใช้เป็นการรักษาเสริม เช่นเดียวกับการรักษาเสริมในระยะที่ 2
2. สูตรยาที่แนะนำให้ให้นำหน้าการผ่าตัด (neoadjuvant chemotherapy)
 - สูตรที่ 1 CbPac คือ carboplatin ร่วมกับ paclitaxel
 - สูตรที่ 2 PE คือ cisplatin* ร่วมกับ etoposide
 - สูตรที่ 3 CG คือ cisplatin* ร่วมกับ gemcitabine
3. สูตรยาที่แนะนำให้ใช้ในการรักษาร่วมกับการฉายรังสี
 - สูตรที่ 1 PE คือ cisplatin* ร่วมกับ etoposide ร่วมกับการฉายรังสี 6-7 สัปดาห์
 - สูตรที่ 2 CbPac คือ carboplatin ร่วมกับ paclitaxel ร่วมกับการฉายรังสี 6-7

สัปดาห์

หมายเหตุ * สามารถใช้ carboplatin แทน cisplatin ได้ ในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อยา cisplatin ได้แก่ มีความเสี่ยงที่จะรับสารน้ำก่อนให้ยา cisplatin มีภาวะการทำงานของไตบกพร่อง หรือ เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนที่รุนแรงแม้ได้รับยาด้านอาเจียนที่เหมาะสม

4. มะเร็งปอดชนิด NSCLC ระยะที่ III (stage IIIB)

AnyT, 1-3 N3 M0

- T4 N2 M0

การรักษาด้วยเคมีบำบัด มะเร็งปอด ชนิด NSCLC ระยะที่ IIIB (stage IIIB)

- T1-T4 N3 M0

- T4 N2 M0

พิจารณาการผ่าตัดในรายที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีเคมีบำบัดหรือฉายแสงแล้วระยะของโรคลดลงภายใต้การประเมินร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ

การใช้รังสีรักษา

1. การใช้รังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด (chemoradiotherapy)
2. Radical radiotherapy ในรายที่สภาพร่างกายไม่เหมาะสมที่จะได้รับการรักษาด้วย chemotherapy ได้เทคนิคและเครื่องมือที่ใช้ในการรักษา เทคนิคการฉายรังสี ได้แก่ Conventional Radiotherapy, 3-D Conformal Radiotherapy, IMRT (Intensity Modulated Radiotherapy), VMAT (Volumetric Modulated Arc Therapy)

การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดให้ร่วมกับการฉายรังสี สูตรยาเช่นเดียวกับการรักษาในระยะ IIIA

5. มะเร็งปอดชนิด NSCLC ระยะที่ IV (stage IV)

ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีการแพร่กระจายของโรคไปเยื่อหุ้มปอด หรือไปยังปอดส่วนอื่นหลายจุด หรืออวัยวะอื่น และมี performance status 0 หรือ 1

- AnyT, AnyN M1

การรักษาตามัลยกรรรม มะเร็งปอด ชนิด NSCLC ระยะที่ 4 (stage IV)

- Any T Any N M1a-M1b

พิจารณาการผ่าตัดในกรณีที่รอยโรคปอดสามารถตัดออกได้ เฉพาะผู้ป่วยที่มีการกระจายไปที่ต่อมหมวกไตหรือสมองที่มีรอยโรคสามารถควบคุมได้โดยดุลพินิจของแพทย์รังสีรักษาและไม่มีการกระจายไปที่อื่นภายใต้การประเมินร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ

การใช้รังสีรักษา

การใช้รังสีรักษาจะใช้ในการบรรเทาอาการเฉพาะที่สามารถพิจารณาให้รังสีรักษาได้เพื่อบรรเทาอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากก้อนมะเร็งทั้งในตำแหน่งของทรวงอกและนอกทรวงอก ได้แก่ อาการปวด เลือดออกหรือเป็นแผล การกดเบียดเนื้อเยื่อปกติ เช่น ที่สมอง หรือไขสันหลัง การอุดกั้นหรือกดเบียดอวัยวะที่เป็นท่อกลาง เช่น Airway obstruction หรือ Obstructive pneumonitis การอุดตันหลอดเลือดดำใหญ่ เช่น SVC obstruction โดยต้องคำนึงถึงผลการรักษา ผลข้างเคียงของการรักษา สภาพร่างกาย การพยากรณ์โรค และความสะดวกในการเดินทางมารักษาของผู้ป่วย โดยพิจารณาให้การรักษาด้วยรังสีในกรณีต่อไปนี้

1. Palliative radiotherapy for unresectable primary tumor

2. Palliative radiotherapy for distant metastatic sites such as bone, brain, spine, lymph nodes, soft tissue and others

เทคนิคและเครื่องมือที่ใช้ในการรักษา ในการให้รังสีแก่ผู้ป่วยในระยะนี้สามารถทำได้ทั้ง

- External beam radiotherapy หรือ Brachytherapy
- External beam radiotherapy สามารถวางลำรังสีได้โดย Conventional Radiotherapy หรือ 3-DConformal Radiotherapy

การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

1. การให้ยาเคมีบำบัดในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะที่ IV สูตรแรก (First line drugs) ข้อพิจารณา

1.1 ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะ IV ที่มี performance status 0 หรือ 1 แนะนำให้ใช้ยาเคมีบำบัดสูตรที่มี platinum ร่วมในการรักษา ในกรณีผู้ป่วยสูงอายุมากกว่า 70 ปี อาจพิจารณาให้ยาเคมีบำบัดชนิดเดียว

1.2 ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะ IV ที่มี performance status 2 ให้พิจารณาการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นราย ๆ ไปโดยอาจพิจารณาใช้ยาเคมีบำบัดชนิดเดียวในการรักษา โดยคำนึงถึงอายุของผู้ป่วยเป็นปัจจัยรองจาก performance status

1.3 การให้ยาเคมีบำบัดต้องมีการติดตามผลการรักษาโดยดูผลการตอบสนองทางรังสีวิทยาพร้อมกับ performance status ของผู้ป่วยว่าได้ประโยชน์จากการรักษาหรือไม่ และไม่ให้ยาเคมีบำบัดมากกว่า 6 cycles

2. การให้ยาเคมีบำบัดในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะที่ IV สูตรที่สอง (second line drugs) ข้อพิจารณา

2.1 ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะที่ IV ที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตรแรกไปแล้ว และยังมี performance status 0 หรือ 1 อาจพิจารณาให้ยาเคมีบำบัดสูตรที่สองได้

2.2 การให้ยาเคมีบำบัดต้องมีการติดตามผลการรักษาโดยดูผลการตอบสนองทางรังสีวิทยาพร้อมกับ performance status ของผู้ป่วยว่าได้ประโยชน์จากการรักษาหรือไม่และให้ยาเคมีบำบัดได้ไม่เกิน 4-6 cycles

2.3 สูตรยาที่แนะนำให้ใช้ คือ docetaxel

2.4 ในกรณีที่เคยได้รับการรักษาสูตรแรกที่มี docetaxel มาก่อน ไม่สามารถใช้ docetaxel เป็นยาสูตรที่สองได้ อาจพิจารณาใช้ pemetrexed และ EGFR TKIs กรณี EGFR mutation positive สูตรยาสำหรับมะเร็งปอดระยะที่ IV สูตรที่สอง (second line drugs) ได้แก่

สูตรที่ 1 คือ Docetaxel

สูตรที่ 2 คือ Pemetrexed*

สูตรที่ 3 คือ EGFR TKIs* กรณี EGFR mutation positive และไม่เคยได้รับมาก่อน

สรุปการรักษาด้วยการผ่าตัด กรณีที่ผ่าตัดแล้ว รายงานทางพยาธิวิทยา พบว่า ขอบเขตของการผ่าตัดยังมีรอยโรคอยู่ (marginpositive – R1, R2) ให้พิจารณาเป็นกรณีดังนี้

1. Stage IA (T1ab N0) พิจารณาผ่าตัดซ้ำ (re-resection) เป็นวิธีที่แนะนำให้เลือก (preferred) หรือ การฉายรังสี
2. Stage IB (T2a N0) และ Stage IIA (T2b N0) พิจารณาผ่าตัดซ้ำ + การให้เคมีบำบัด หรือการฉายรังสี+ การให้เคมีบำบัด
3. Stage IIA (T1ab-T2a N1) และ Stage IIB (T3 N0, T2b N1) พิจารณาผ่าตัดซ้ำ ร่วมกับการให้เคมีบำบัด หรือ การให้เคมีบำบัดร่วมกับการการฉายรังสี +การให้เคมีบำบัด
4. Stage IIIA (T1-3 N2, T3 N1) พิจารณาให้เคมีบำบัดร่วมกับการการฉายรังสี + การให้เคมีบำบัด

ข้อบ่งชี้การรักษามะเร็งปอด ชนิด small cell lung cancer (SCLC)

1. Limited disease

พิจารณาผ่าตัด lobectomy ร่วมกับ mediastinal node dissection or sampling ใน clinicalstage I (T1,2 N0) หลังจากได้ตรวจ standard staging ซึ่งรวมทั้ง CT chest, upper abdomen และ brain ควรทำ mediastinoscopy หรือ endoscopic staging เพื่อ rule out occult nodal disease

1.1 พิจารณาให้รังสีรักษา (thoracic radiation) ร่วมกับยาเคมีบำบัด ได้แก่ combination cisplatin ,etoposide (4-6 cycle)

1.2 พิจารณาการฉายรังสีที่สมองเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรค (prophylactic cranial irradiation) หลังการรักษาด้วย thoracic radiation และเคมีบำบัดเสร็จสิ้นแล้ว ได้ผลการรักษาแบบ complete or partial remission

1.3 พิจารณารังสีรักษาเพื่อบรรเทาอาการ (palliative radiotherapy) ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถรับ chemoradiation ได้

2. Extensive disease

2.1 พิจารณาให้ยาเคมีบำบัด ได้แก่ combination cisplatin* with etoposide (4-6 cycles)

2.2 การใช้รังสีรักษาบรรเทาอาการเฉพาะที่ (palliative radiotherapy) ในรอยโรคที่มีการแพร่กระจาย เช่น สมอง, กระดูก เป็นต้น

2.3 พิจารณาการฉายรังสีรอยโรคในทรวงอก ในรายที่มีการตอบสนองที่ดี ต่อการให้ยาเคมีบำบัด

2.4 พิจารณาการฉายรังสีที่สมองเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรค (prophylactic cranial irradiation) หลังการรักษาด้วยเคมีบำบัดเสร็จสิ้นแล้ว ได้ผลการรักษาแบบ complete หรือ partial response

หมายเหตุ * สามารถใช้ carboplatin แทน cisplatin ได้ ในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อยา cisplatin ได้แก่ มีความเสี่ยงที่จะรับสารน้ำก่อนให้ยา cisplatin มีภาวะการทำงานของไตบกพร่อง หรือ เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนที่รุนแรงแม้ได้รับยาต้านอาเจียนที่เหมาะสม

3. สำหรับมะเร็งปอดกลุ่มที่เคยได้รับการรักษาและกลับมาเป็นซ้ำ (recurrent SCLC)

3.1 พิจารณารังสีรักษาเพื่อบรรเทาอาการ (palliative radiotherapy) ในรอยโรคที่มีการกลับมาเป็นซ้ำ การแพร่กระจาย เช่น สมอง, กระดูก เป็นต้น หรือรอยโรคในทรวงอก

3.2 หลังจากที่ได้รับผลต่อการรักษาด้วย first line cisplatin และ etoposide หรือ carboplatin and etoposide ให้ต่อการรักษาด้วย CAV ได้แก่ combination cyclophosphamide, doxorubicin และ vincristine ซึ่งสามารถใช้เป็น second-line regimen

3.3 หลังจากที่ได้รับผลต่อการรักษาด้วย first line CAV ได้แก่ combination cyclophosphamide, doxorubicin และ vincristine ให้ต่อการรักษาด้วย cisplatin* และ etoposide ซึ่งสามารถใช้เป็น second-line regimen

3.4 สามารถพิจารณาเลือกใช้สูตรยาการรักษาสูตรเดิมในการรักษา SCLC ที่กลับเป็นซ้ำ โดยมึระยะเวลาที่โรคสงบนานกว่า 6 เดือนหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดสูตรแรกหมายเหตุ * สามารถใช้ carboplatin แทน cisplatin ได้ ในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อยา cisplatin ได้แก่ มีความเสี่ยงที่จะรับสารน้ำ ก่อนให้ยา cisplatin มีภาวะการทำงานของไตบกพร่อง หรือ เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนที่รุนแรงแม้ได้รับยาต้านอาเจียนที่เหมาะสม

4. การพิจารณาการผ่าตัดในกรณี

4.1 T1-2 N0 ทั้งกลุ่มที่วินิจฉัยได้ก่อนผ่าตัดและกลุ่มที่ไม่ได้ผลชิ้นเนื้อก่อนผ่าตัด (ในกลุ่มที่วินิจฉัยได้ก่อนผ่าตัดจะให้ยาเคมีบำบัดก่อน)

4.2 ระยะที่ II (stage II) จำเพาะบางรายที่มีการตอบสนองดีมากต่อยาเคมีบำบัด อาจพิจารณาผ่าตัดเพื่อกำจัดมะเร็งส่วนที่ยังตกค้าง

4.3 กรณีที่มี synchronous second primary lesion เริ่มด้วยยาเคมีบำบัด เพื่อควบคุม SCLC แล้วผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งชนิดอื่นที่มีด้วย (second primary lesion)

การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่มีภาวะเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน

ถึงแม้ว่าแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่มีภาวะฉุกเฉินใกล้เคียงกับการดูแลในผู้ป่วยโรคทั่วไป อย่างไรก็ตามควรพิจารณาประเด็นที่สำคัญ ดังต่อไปนี้ร่วมด้วย ได้แก่ ระยะของโรคมะเร็ง การตอบสนองต่อการรักษา และการพยากรณ์ของโรคโดยรวม รวมทั้งการประเมินความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัวต่อโรคมะเร็งเพื่อจะได้วางแผนการดูแลรักษาได้อย่างเหมาะสมการประเมินผู้ป่วยควรประเมินอย่างเร่งด่วน โดยครอบคลุมปัญหาหรืออาการที่เกิดขึ้น ประวัติเกี่ยวกับโรคมะเร็งรวมทั้งการดูแลรักษา การตรวจร่างกายโดยรวมโดยเฉพาะสัญญาณชีพ แล้วนำข้อมูลมาประมวลหาสาเหตุของผู้ป่วย ซึ่งปัญหาภาวะฉุกเฉินดังกล่าวอาจเกิดจากก้อนมะเร็งเอง การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ หรืออาจจะไม่เกี่ยวกับโรคมะเร็ง ดังนั้นภาวะฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคมะเร็งจึงสามารถแบ่งเป็น 3 กลุ่มได้แก่

1. โครงสร้างหรือภาวะอุดตันที่เกิดจากก้อนมะเร็ง (structural or obstructive emergencies)
2. ภาวะความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมและฮอร์โมน (Metabolic or hormonal problems)
3. ผลจากการรักษา (secondary to complication arising from treatment effects)

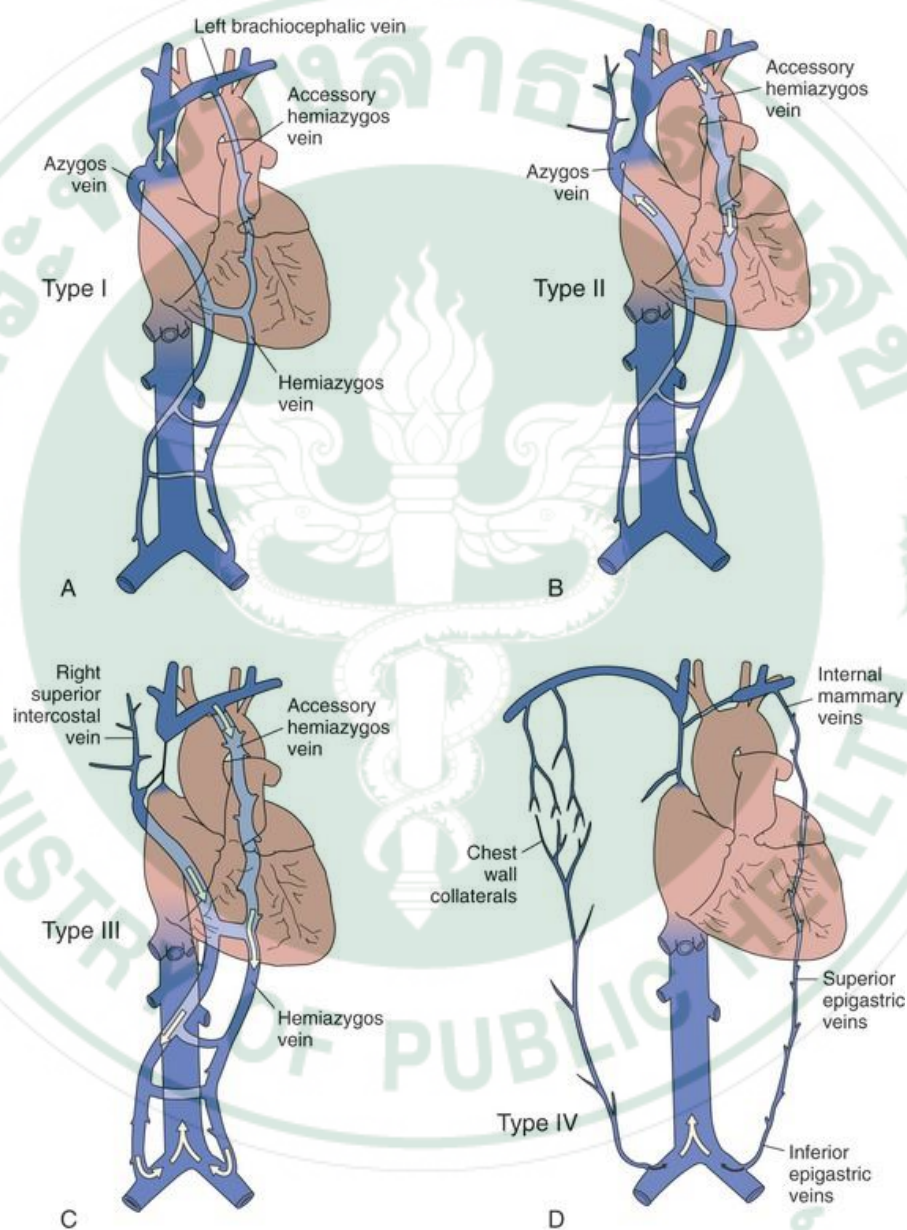
ในการศึกษาในครั้งนี้ขอกล่าวถึงเฉพาะส่วนของโครงสร้างหรือภาวะอุดตันที่เกิดจากก้อนมะเร็ง (Structural or obstructive emergencies) โครงสร้างหรือภาวะอุดตันที่เกิดจากก้อนมะเร็งที่พบได้บ่อย ได้แก่ ภาวะอุดตันหลอดเลือดดำใหญ่ superior vena cava (superior vena cava obstruction) ภาวะบีบรัดเยื่อหุ้มหัวใจ (pericardial tamponade) การกดเบียดไขสันหลัง (spinal cord compression) ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสมองสูง (increased intracranial pressure) การอุดตันทางเดินปัสสาวะ (urinary obstruction) ไอเป็นเลือดและการอุดตันทางเดินหายใจ (hemoptysis and airway obstruction)

ภาวะอุดตันหลอดเลือดดำใหญ่ superior vena cava (Superior vena cava syndrome) ภาวะอุดตันหลอดเลือดดำใหญ่ superior vena cava หรือ Superior Vena Cava Syndrome (SVCS) เกิดจากการอุดตันบางส่วนหรือทั้งหมดของทางเดินของเลือดเข้าสู่หัวใจห้องบนขวา ทำให้เกิดการลดลงของการไหลกลับของหลอดเลือดดำบริเวณศีรษะและคอ บริเวณแขนทั้งสองข้างและหน้าอก สาเหตุการอุดตันดังกล่าว ได้แก่ ก้อนมะเร็งกดเบียดการลุกลามของก้อนมะเร็ง การเกิดลิ่มเลือด หรือพังพืดของหลอดเลือดดังกล่าว ถึงแม้ว่ากลุ่มอาการนี้มีแนวโน้มที่ต้องได้รับการ

รักษา อย่างไรก็ตาม โอกาสที่จะเสียชีวิตเฉียบพลันมักพบได้ไม่บ่อยนัก (immediate life-threatening situation) โรคมะเร็งเป็นสาเหตุของ SVCS มากที่สุด โดยพบมากถึงร้อยละ 90 โรคมะเร็งที่พบได้บ่อย ได้แก่ มะเร็งปอดโดยเฉพาะชนิด small-cell และ squamous cell และ มะเร็งต่อมน้ำเหลือง โดยเฉพาะชนิด non-Hodgkin ถึงแม้ว่ามะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด Hodgkin จะพบบริเวณ mediastinum ได้บ่อยกว่าชนิด non-Hodgkin แต่พบเป็นสาเหตุของ SVCS ได้น้อยกว่า สำหรับโรคมะเร็งอื่น ๆ ที่เกิดบริเวณ mediastinum (primary mediastinal tumors) เช่น มะเร็ง thymoma, germ cell tumor นั้นพบได้น้อยกว่าร้อยละ 2 ของมะเร็งที่เป็นสาเหตุของ SVCS ทั้งหมด สาเหตุอื่น ๆ ที่ไม่ได้เกิดจากโรคมะเร็ง ได้แก่ retrosternal goiter, วัณโรค การเกิดพังพืดบริเวณช่องอกตาม หลังการได้รับรังสีรักษา ซึ่งสาเหตุดังกล่าวพบได้น้อยมาก อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันพบการใส่สายสวนเส้นเลือดดำใหญ่ (central venous catheter) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งมากขึ้นและเป็นสาเหตุของ SVCS ที่มีแนวโน้มมากขึ้น

พยาธิสรีรวิทยา

Superior vena cava (SVC) เป็นหลอดเลือดดำหลักมีหน้าที่รองรับเลือดดำที่ไหลมาจาก ศีรษะ คอ แขน และทรวงอกส่วนบน SVC อยู่ใน middle mediastinum และ ถูกล้อมรอบด้วยโครงสร้างที่ค่อนข้างแข็งแรงกว่า เช่น sternum, trachea, right bronchus, aorta, pulmonary artery, perihilar และ paratracheal lymph nodes. SVC เป็นหลอดเลือดที่มีผนังบางมีความดันภายในต่ำ จึงถูกกดเบียดได้ง่ายจากอวัยวะที่อยู่โดยรอบการปิดกั้น SVC อาจเกิดจาก มะเร็งลุกลามสู่ผนังหลอดเลือด SVC ทำให้เกิดลิ่มเลือด (intravascular thrombosis) ขึ้นหรืออาจเกิดจากก้อนมะเร็งมีแรงกดเบียด (extrinsic pressure) ต่อผนังของ SVC. การตรวจชั้นสูตรภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว แสดงให้เห็นว่า complete SVC obstruction เป็นผลมาจาก intravascular thrombosis ร่วมกับ extrinsic pressure ส่วน incomplete SVC obstruction ส่วนใหญ่เกิดจาก extrinsic compression ที่ไม่มี thrombosis ร่วมด้วย. ส่วนใหญ่ของ SVCS ใช้เวลาเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ ภายใน 2-3 สัปดาห์ สำหรับ SVC obstruction ที่เกิดขึ้นแบบฉับพลันทันใดนั้นพบได้น้อย แต่เป็นภาวะฉุกเฉิน true emergency เพราะทำให้เกิด increased intracranial pressure ซึ่งมีผลทำให้เกิด cerebral edema, intracranial thrombosis or bleeding หรือ เสียชีวิตได้ SVC ที่ถูกปิดกั้นมีผลให้ venous return จากร่างกายส่วนบนไหลกลับสู่หัวใจโดยอาศัยการไหลเวียนผ่านทาง venous collateral circulation ซึ่งเป็นไปได้ดังต่อไปนี้ (ภาพที่. 2.3)



รูปที่ 2.3. การจำแนกชนิดและตำแหน่งของการอุดตันของ SVCS

ที่มา : Azizi, A, Shafi, I, Shah, N. et al., 2020

- 1) ตำแหน่งของ Obstruction อยู่ต่ำกว่ารูเปิดของ azygos vein เลือดดำไหลผ่านทาง azygos - hemiazygos, เข้าสู่ lumbar veins และ IVC
- 2) ตำแหน่งของ Obstruction อยู่สูงกว่ารูเปิดของ azygos vein เลือดดำไหลผ่านทาง Venous collateral ที่คอ ผ่าน azygos vein เข้าสู่ SVC
- 3) ตำแหน่งของ Obstruction ครอบคลุมรูเปิดของ azygos vein ด้วยเลือดดำไหลผ่านทาง Internal mammary, paraspinal, esophageal and subcutaneous vein เข้าสู่ IVC

4) Venous drainage ของสมองไหลเข้าสู่ jugular vein โดยผ่านทาง midline intracranial venous sinuses ถ้ามี SVC obstruction เกิดขึ้นจะทำให้ venous pressure ในส่วนบนของร่างกายมีค่าสูงขึ้นเสมอ ถึงแม้ว่าจะมี collateral circulations มาช่วยแต่ก็มักไม่เพียงพอ. ค่าของ venous pressure ที่สูงถึง 200-500 cmH₂O สามารถพบได้ในผู้ป่วยที่มี severe SVCS

สาเหตุ

ผู้ป่วย SVCS ส่วนใหญ่ (มากกว่า 90%) มีสาเหตุมาจากมะเร็งที่อยู่ในทรวงอก (malignant mediastinal tumors). มะเร็งทุกชนิด ที่กดเบียด หรือ ลูกกลมเข้าสู่ผนังหลอดเลือด SVC สามารถทำให้เกิด SVCS ได้. ในผู้ป่วย SVCS ที่มีมะเร็งเป็นสาเหตุ (malignant SVCS) ส่วนใหญ่ (ประมาณ 85%) มีสาเหตุมาจาก มะเร็งปอด โดยเฉพาะ non-small cell ชนิด squamous และ small-cell lung cancer ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีอายุค่อนข้างมาก และมีประวัติสูบบุหรี่. ส่วนในผู้ป่วยที่อายุน้อย สาเหตุหลักของ SVCS คือมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (malignant lymphoma), โดยมักเป็นชนิด non-Hodgkin's lymphoma (โดยเฉพาะชนิด large cell type). สำหรับใน Hodgkin's lymphoma นั้นแม้ว่าจะพบเกิดที่ mediastinum ได้บ่อย แต่พบเป็นสาเหตุของ SVCS ได้น้อยมาก. ในกรณีที่พบ SVCS ในผู้ชายอายุน้อยที่มี mediastinum mass การวินิจฉัยแยกโรค (differential diagnosis) คือ lymphoma หรือ primary mediastinal germ cell tumor. ส่วนมะเร็งที่แพร่กระจาย (metastatic cancers) เข้าสู่ mediastinum นั้นพบว่าเป็นสาเหตุส่วนน้อยของ SVCS มะเร็งกลุ่มนี้ ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งทางเดินอาหาร มะเร็งต่อมลูกหมาก sarcomas และ melanomas. ผู้ป่วย SVCS ส่วนน้อย (น้อยกว่า 10%) มีสาเหตุที่ไม่ใช่มะเร็ง. สาเหตุเหล่านี้ ได้แก่ retrosternal goiter, teratoma, aortic aneurysm, pleural calcification, silicosis, constrictive pericarditis, thrombosis and fibrosing mediastinitis จาก idiopathic หรือเคยได้รับ irradiation, หรือ histoplasmosis. นอกจากนี้การใช้ pacemaker electrode, hyperalimentation or central venous catheter-line ชนิดอื่นก็อาจทำให้เกิด thrombosis ของ SVC ได้ สาเหตุนี้ พบได้บ่อยขึ้นในผู้ป่วยโรคมะเร็ง.

ลักษณะทางคลินิก

ในช่วงแรกของการดำเนินโรคภาวะ incomplete SVC obstruction อาจยังไม่มีอาการ หรือ มีแค่ อาการและอาการแสดงที่ยังไม่เด่นชัด ซึ่งอาจถูกมองข้ามไป. เมื่อการดำเนินโรคลูกกลมสู่ภาวะ complete SVC obstruction อาการและอาการแสดงที่เด่นชัดจะปรากฏให้เห็น. ผู้ป่วย SVCS ส่วนใหญ่มาพบแพทย์ด้วย อาการบวมที่ลำคอและใบหน้า (โดยเฉพาะบริเวณรอบ ๆ ดวงตา) หอบเหนื่อย และไอ อาการหอบเหนื่อย (dyspnea) เป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุดโดยพบได้ในผู้ป่วย SVCS ส่วนอาการอื่น ๆ ที่พบได้คือ เสียงแหบ ลิ้นบวม ปวดศีรษะ คัดจมูก epistaxis, hemoptysis,

dysphagia, pain, dizziness, syncope, และ lethargy. การเปลี่ยนแปลง position ของร่างกายที่ทำให้ร่างกายส่วนบนอยู่ในตำแหน่งที่ต่ำกว่าหัวใจ เช่น ก้มลำตัวมาด้านหน้ามาก ๆ (bending forward) หรือนอนราบ (lying down) ก็ทำให้ อาการ และอาการแสดงของ SVCS ชัดเจน รุนแรงขึ้นได้ ซึ่งเป็นผลจากการเพิ่ม venous pressure สำหรับ อาการแสดงที่เป็นลักษณะเฉพาะของ SVCS ได้แก่ dilated neck veins, increased number of collateral veins บริเวณ anterior chest wall, cyanosis, facial plethora, และ non-pitting edema of the face, arms, and chest. ผู้ป่วยที่เป็น severe SVCS จะพบมี proptosis, glossal edema, laryngeal edema/ stridor, stupor และ seizure ร่วมด้วยสำหรับความสัมพันธ์ของตำแหน่ง ที่เกิด SVC obstruction และลักษณะทางคลินิกนั้นพบว่า ลักษณะทางคลินิกจะรุนแรงน้อย ถ้า obstruction มีตำแหน่งอยู่สูงกว่า azygos vein (กลุ่มนี้ venous return ไหลผ่านทาง venous collateral ที่คอบผ่าน azygos vein เข้าสู่ SVC ได้บ้าง) อาการและอาการแสดงของ cerebral และหรือ laryngeal edema, ถึงแม้ว่าพบได้ไม่บ่อย แต่จะมีการพยากรณ์โรคไม่ดี (life expectancy ประมาณ 6 สัปดาห์) และ จำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยรีบด่วน. การชักกระตุก (seizures) เกิดจาก brain metastasis ได้มากกว่าที่จะเนื่องจาก cerebral edema จาก venous occlusion กลุ่มผู้ป่วย small-cell lung cancer ที่มี SVCS มี incidence of brain metastasis ได้บ่อยกว่า กลุ่มผู้ป่วย small-cell lung cancer ที่ไม่มี SVCS ผู้ป่วย SVCS ที่มีอาการทางระบบหัวใจและระบบหายใจ cardio-respiratory symptoms ในขณะพัก, โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการรุนแรงมากขึ้นขณะมีการเปลี่ยนแปลงท่าของร่างกายบ่งว่ามี airway and vascular obstruction รุนแรงและ ถึงขีดจำกัดของ physiologic reserve แล้ว. ผู้ป่วยอาจมี cardiac arrest หรือ respiratory failure เกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับ sedatives หรือ general anesthesia.

วินิจฉัย

ถ้าผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วย ลักษณะทางคลินิกของ SVCS ที่ชัดเจนแล้ว การวินิจฉัยก็อาศัยเพียงการซักประวัติและตรวจร่างกายเท่านั้น. อย่างไรก็ตาม ถ้ามีลักษณะทางคลินิกที่ไม่ชัดเจน ก็จำเป็นต้องอาศัย **diagnostic imaging** โดยมีรายละเอียดที่สำคัญดังนี้:

1. **Chest x-rays (CXR):** อาจพบ widening of the superior mediastinum หรือมีก้อนบริเวณทรวงอกด้านขวา Pleural effusion มักอยู่ด้านขวา ซึ่งพบได้ใน 25% ของผู้ป่วย. ภาพ CXR ที่ไม่พบความผิดปกติก็ไม่ได้ขัดแย้งกับการวินิจฉัย SVCS ถ้าผู้ป่วยมีลักษณะทางคลินิกชัดเจน (16% ของผู้ป่วย SVCS มี CXR ปกติ).

2. Computed tomography (CT) ให้ภาพที่ชัดเจนที่สุด mediastinal anatomy. การวินิจฉัย SVCS ด้วย CT นั้นต้องพบ diminished or absent opacification of the central venous structures ร่วมกับพบ prominent collateral venous circulation. CT มีประโยชน์ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับตำแหน่งของ obstruction และ ใช้ช่วย guide การทำ biopsy (CT-guided biopsy) ด้วย mediastinoscopy, bronchoscopy หรือ percutaneous fine-needle aspiration นอกจากนี้ CT ยังให้ข้อมูลเกี่ยวกับอวัยวะอื่น ที่สำคัญ เช่น bronchi และ vocal cord ด้วย ซึ่งถ้ามีการบวม หรือ กดเบียด ของอวัยวะเหล่านี้ก็จำเป็นต้องแก้ไขโดยเร็ว. ข้อเสียของการทำ CT scanning คือจำเป็นต้องใช้ iodinated contrast material ซึ่งอาจทำให้เกิดการแพ้ (allergy) หรือทำให้การทำงานของไต แย่ลงได้.

3. Magnetic resonance imaging (MRI): ยังไม่ชัดเจนนักว่าจะดีกว่า CT หรือไม่ในการวินิจฉัย SVCS. สิ่งที่ MRI อาจจะได้เปรียบ CT คือ MRI ให้ images ได้ในหลาย ๆ planes สามารถดู blood flow ได้โดยตรง การทำ MRI ไม่จำเป็นต้องใช้ iodinated contrast material จึงอาจใช้ MRI แทน CT ถ้า iodinated contrast material เป็น contraindication ต่อผู้ป่วย. ข้อเสียเปรียบของ MRI คือ ราคาตรวจที่แพงกว่า CT และ การมี scanning time ที่นานกว่า CT อาจทำให้ความร่วมมือของผู้ป่วยในการใช้ MRI ลดลง.

4. Invasive contrast venography: สามารถบอกขอบเขต ตำแหน่ง และ สาเหตุของ SVC obstruction ได้อย่างชัดเจนว่าเป็นจาก compression, invasion, or thrombosis การตรวจด้วยวิธี Contrast venography มีความสำคัญมากถ้าคิดที่จะรักษา obstructed SVC ด้วยการผ่าตัดหรือใส่ Stent ผู้ป่วย SVCS ส่วนใหญ่มาพบแพทย์ในขณะที่ยังไม่ได้การวินิจฉัย เกี่ยวกับโรคเดิม underlying disease มาก่อนจึงจำเป็นต้องใช้ investigations ต่าง ๆ เพื่อให้ได้ **histologic diagnosis** ซึ่งจะช่วยให้ทราบว่าเป็น benign หรือ malignant diseases และยังมีประโยชน์ในการเลือกใช้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป.

investigations ที่ จะ เลือกใช้ ขึ้นกับ working diagnosis, location of tumor, physical status และ co-morbidities ของผู้ป่วย และความเชี่ยวชาญของทีมผู้ดูแลในหัตถการชนิดนั้น ๆ. Investigations ที่ใช้มีได้ดังนี้: Sputum cytology ให้ diagnosis ได้ใน 68 % ของผู้ป่วย Excision biopsy of palpable supraclavicular lymph node ให้ diagnosis ได้ใน 87 % ของผู้ป่วย Bronchoscopy ให้ diagnosis ได้ถึง 50 % ของผู้ป่วย SVCS Percutaneous transthoracic biopsy with computed tomographic guidance มีประโยชน์และใช้เป็นตัวเลือกแทนที่ surgical biopsy by thoracotomy or mediastinoscopy ได้. วิธีนี้ให้ diagnosis ในอัตราที่สูง และมีความ

ปลอดภัย สำหรับผู้ป่วย SVCS ที่เคยได้รับการวินิจฉัยอยู่แล้วว่ามี underlying diagnosis เป็นมะเร็งชนิดใด ก็ไม่จำเป็นต้องส่งตรวจ investigations มากมายนัก อาจเริ่มให้การรักษาที่เหมาะสมหลังจากที่ได้รับ ผลตรวจ CT chest แล้ว.

การรักษา

แนวทางการดูแลรักษา ผู้ป่วย SVCS เน้นการส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยให้ได้ว่า SVC obstruction ของผู้ป่วยมีสาเหตุจากมะเร็งหรือเป็นจาก benign conditions เมื่อได้ histologic diagnosis แล้ว, ถ้าเป็นมะเร็งจึงจะเริ่มให้การรักษาด้วย chemotherapy หรือ radiotherapy. แนะนำให้ใช้ chemotherapy ถ้าผลของ histologic diagnosis เป็น chemo sensitive tumors (เช่น small-cell lung cancer, lymphoma และ mediastinal germ cell tumors). ไม่แนะนำให้ใช้รังสีรักษา (radiotherapy) แก่ผู้ป่วย SVCS ก่อนที่จะได้ tissue diagnosis เพราะ การให้ irradiation แก่บริเวณที่จะถูกทำ biopsy ในเวลาต่อมา อาจทำให้การแปรผล biopsy specimen ผิดพลาดได้ถึง 50% ของผู้ป่วย. ข้อยกเว้น คือ ในกรณีฉุกเฉินที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาอันสั้น เช่น impending airway obstruction หรือ increased intracranial pressure ควรรีบใช้ radiotherapy หรือ intravascular stenting ไปก่อนแม้ว่าในขณะนั้นยังไม่ได้ histologic diagnosis. อย่างไรก็ตาม, กรณีฉุกเฉินเช่นนี้เกิดขึ้นน้อย ผู้ป่วย SVCS ส่วนใหญ่สามารถรับการตรวจวินิจฉัยหา underlying malignancy ได้เรียบร้อยก่อนเริ่มการรักษามะเร็ง ผู้ป่วย SVCS ส่วนใหญ่ได้ประโยชน์จากการให้ supportive care ด้วย supplemental oxygen, bed rest with upper body elevation ซึ่งอาจจะช่วยบรรเทาอาการของ SVCS ได้ชั่วคราว ด้วยการลด venous pressure. การใช้ยาขับปัสสาวะ (diuretics) อาจช่วยลดบวมได้ชั่วคราว แต่ไม่ควรให้เกิดการขับปัสสาวะมากเกินไป (over diuresis) เพราะอาจทำให้เกิดภาวะขาดน้ำได้ ซึ่งเป็นการเพิ่มความเสี่ยงของ thrombosis; การใช้ diuretics จึงควรใช้อย่างระมัดระวัง. การใช้ Glucocorticosteroids (เช่น dexamethasone) อาจมีประโยชน์ในกรณีที่มี airway compromise หรือ increased intracranial pressure. Glucocorticoids (เช่น Dexamethasone) อาจช่วยทำให้ lymphoma และก้อนของ Thymoma ยุบลงได้.

เคมีบำบัด (Chemotherapy) จะถูกเลือกใช้เป็นอันดับแรกในการรักษา SVCS ที่เกิดจากมะเร็งที่มีความไวต่อ chemotherapy (chemo sensitive tumors) เช่น small-cell lung cancer, lymphoma, และ mediastinal germ cell tumors. ส่วนใหญ่ของผู้ป่วย small-cell lung cancer จะมีอาการทุเลาดีขึ้น (partial or complete resolution) ภายใน 2-3 สัปดาห์หลังจากเริ่มเคมีบำบัด ถึงแม้ว่า SVC obstruction อาจย้อนกลับกำเริบใหม่ใน 25% ของผู้ป่วย small cell lung

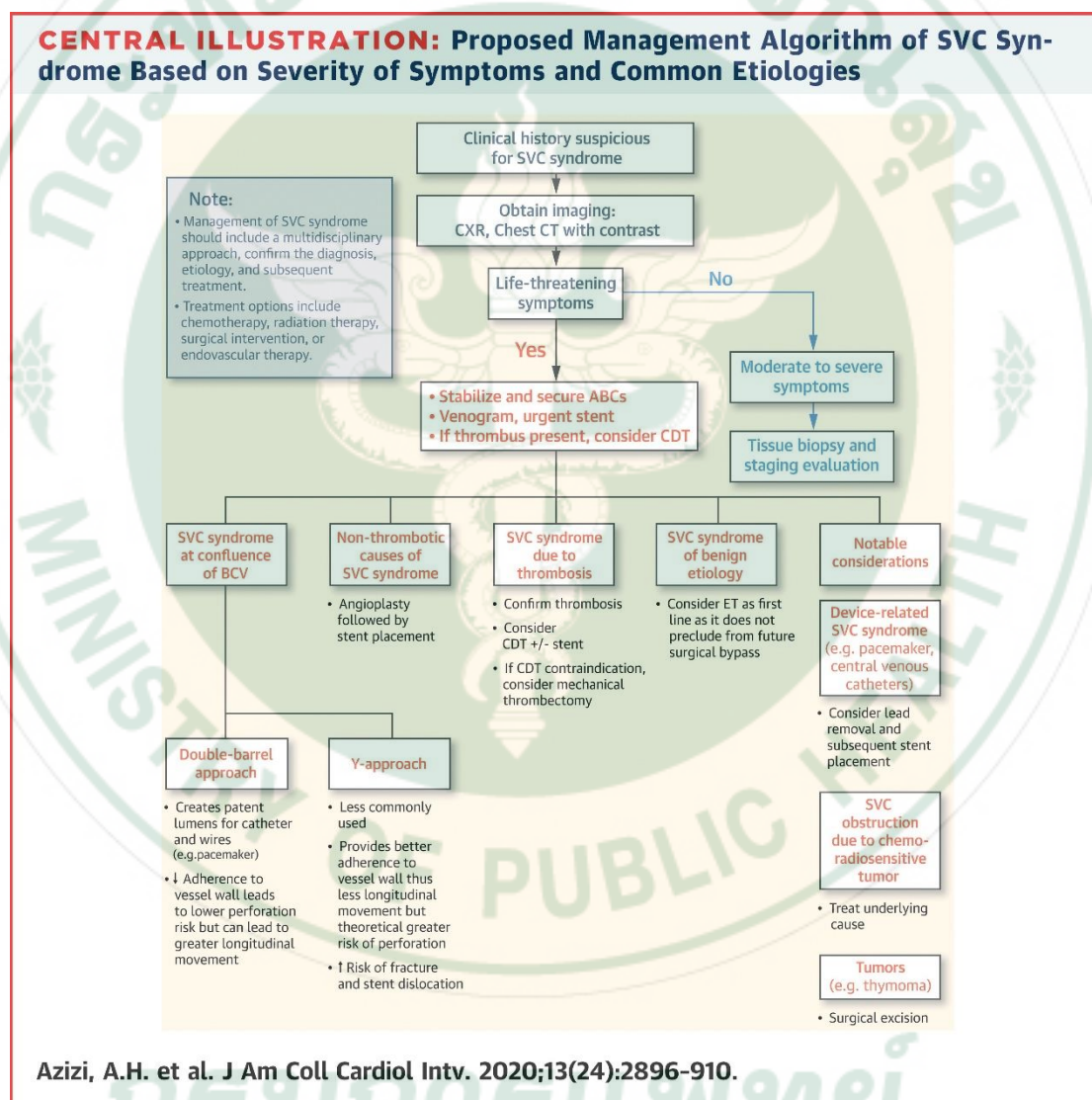
cancer, การใช้ salvage chemotherapy ร่วมกับ / หรือ radiotherapy ก็สามารถทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้นได้อีก เคมีบำบัดยังมีบทบาทในการรักษา SVCS ที่เกิดจาก non-Hodgkin's lymphoma เพราะว่าเคมีบำบัดมีทั้ง local และ systemic therapeutic activity. อย่างไรก็ตาม การใช้วิธีการฉายแสงรังสีขนาดสูงเฉพาะที่ (local consolidation with radiotherapy) ก็เป็นประโยชน์ในผู้ป่วย large-cell lymphoma ที่มีก้อนมะเร็งขนาดใหญ่ใน mediastinum.

รังสีรักษา (Radiotherapy) เป็นการรักษหลักในผู้ป่วย SVCS ที่มีสาเหตุจากมะเร็ง โดยเฉพาะในโรคมะเร็งที่กำลังกำเริบขึ้นใหม่ หลังจากได้รับเคมีบำบัดไปแล้ว หรือเป็น มะเร็งที่ไม่ไวต่อ chemotherapy เช่น non-small cell lung cancer. รังสีรักษาอาจถูกนำมาใช้ได้ในกรณีที่ผู้ป่วยพยายามเต็มที่แล้วแต่ไม่สามารถได้ histologic diagnosis ภายในเวลาอันเหมาะสม. การใช้รังสีรักษาก่อนที่การตรวจหา histologic diagnosis จะเสร็จสมบูรณ์ อาจเป็นสิ่งจำเป็นในกรณีมีภาวะฉุกเฉินที่คุกคามชีวิตผู้ป่วย เช่น airway obstruction, spinal cord compression, หรือ increased intracranial pressure เกิดขึ้นโดยทั่วไป ผู้ป่วย SVCS ทนทานต่อการใช้ external beam radiotherapy ได้ดีผู้ป่วยมีอาการทุเลาดีขึ้นภายใน 1-3 สัปดาห์หลังจากเริ่ม radiation.

การใส่ SVC stent (SVC stenting) สามารถบรรเทาอาการของ ผู้ป่วย SVCS ส่วนใหญ่ได้อย่างรวดเร็วภายใน 2-3 วันและทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น. ในผู้ป่วยมะเร็งที่มี SVCS, stents เหล่านี้ยังคงใช้งานได้ดี (patent) ตลอดช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย. SVC stenting อาจถูกนำมาใช้ช่วยบรรเทาอาการที่รุนแรงของ SVCS ในขณะที่ขบวนการตรวจวินิจฉัยให้ได้ histologic diagnosis ยังไม่แล้วเสร็จ. นอกจากนี้ อาจมีการนำ stenting มาใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับ radiation หรือ chemotherapy ไปแล้ว แต่ยังไม่ออกฤทธิ์หรือไม่ได้ผล ข้อควรระวังในการใช้ stenting คือ ภายหลัง stenting อาจมี venous return เพิ่มขึ้นมากอย่างรวดเร็ว จนอาจทำให้เกิด heart failure และ pulmonary edema ได้

การผ่าตัด surgical bypass of the SVC อาจเป็นประโยชน์ช่วยบรรเทาอาการของ ผู้ป่วย SVCS ที่ไม่ได้มีสาเหตุจากโรคมะเร็ง. SVCS และ Central Venous Catheters. การใช้ long-term central venous catheters ในผู้ป่วยมะเร็งเพื่อให้ยาเคมีบำบัด และ/หรือ สารอาหารทางหลอดเลือด เป็นเวชปฏิบัติที่พบได้บ่อยในยุคปัจจุบัน. ผลเสียอันหนึ่งคืออาจเกิด thrombosis ในหลอดเลือดดำขนาดใหญ่ที่ catheter นั้นสอดใส่อยู่ทางแก้ม SVCS ที่เกิดจาก thrombosis ใน catheter คือการเอา catheter ออกไป และใช้ anticoagulant ป้องกันไม่ให้ thrombus ไหลเข้าสู่กระแสเลือด (embolization). ในกรณีที่พบในระยะแรก ๆ อาจรักษาด้วยการใช้ fibrinolytic

therapy โดยไม่ต้องเอา catheter ออกทิ้งไปก็ได้. การใช้ warfarin (1mg/day) สามารถลด incidence of thrombosis ได้โดยไม่ทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงของ coagulation test.



รูปที่ 2.4 แนวทางในการบริหารจัดการกลุ่มอาการ Superior Vena Cava Syndromes

ที่มา : Azizi, A, Shafi, I, Shah, N. et al., 2020

การพยาบาลระยะฉุกเฉินในผู้ป่วยกลุ่มอาการ Superior Vena Cava Syndromes

Superior vena cava syndromes เป็นกลุ่มอาการที่คุกคามชีวิต โดยเฉพาะภาวะ hypoxia จากพยาธิสภาพของโรค ได้แก่ อาการหอบเหนื่อย (dyspnea) เสียงแหบ ลิ้นบวม ไอเป็นเลือด (hemoptysis) เลือดกำเดาไหล (epistaxis), wheezing, stridor เจ็บหน้าอก หน้าบวมแดง มี

cyanosis ของหน้า ลำคอและแขน อาการทางระบบประสาท (wet brain syndrome) ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ไม่รู้สึกตัว ตามัว ชี้น ชัก เป็นต้น จากข้อมูลด้านพยาธิสรีรวิทยาอาการและอาการแสดงดังกล่าว พยาบาลสามารถประเมินติดตามอาการและให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการ SVCS มีรายละเอียดตามปัญหาดังนี้

กิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่

- การจัดทำนอนศีรษะสูงประมาณ 30-45 องศา (bed rest with upper body elevation) ช่วยลด venous pressure
- ดูแลให้ได้รับออกซิเจน (supplement oxygen) อย่างเพียงพอ
- ประเมิน O₂ saturation, รักษาระดับ O₂ saturation > 95%, capillary refill time < 2 วินาที ระดับความรู้สึกตัว (level of conscious)
- ประเมินอาการ cyanosis ตัวซีดเย็น ประเมินและติดตามการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด
- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา corticosteroid ตามแผนการรักษาเพื่อช่วยลดภาวะ laryngeal edema รวมทั้งเฝ้าระวังภาวะ upper airway obstruction เช่น เสียง stridor เป็นต้น
- การตรวจเช็คและเตรียมอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมใช้งาน

• การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (pleural effusion) การติดเชื้อ (infection) ปอดแฟบ (atelectasis) ประเมินอาการหายใจลำบาก หายใจมีเสียง แน่นหน้าอก มีไข้ แขนบวม หน้าแดง เส้นเลือดที่คอโป่ง สัญญาณชีพผิดปกติ รายงานแพทย์ทันที

กิจกรรมการประเมินและเฝ้าระวังอาการที่เกิดจากการกระจายตัวของโรคมะเร็งไปยังอวัยวะต่าง ๆ ได้แก่ สมอง กระดูก ตับ ได้แก่อาการ ปวดศีรษะ ชี้น ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงตามัว ระดับแคลเซียมในเลือดที่สูงขึ้น ปวดกระดูก บ่งบอกถึงการกระจายของโรคมะเร็งไปยังกระดูก

การพยาบาลเพื่อลดความเครียด การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยมักมีความเครียดจากการเจ็บป่วย นอนไม่หลับ พยาบาลรับฟังและให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติถึงแนวทางการรักษาพยาบาล เปิดโอกาสให้ สอบถามข้อสงสัย มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมการพยาบาล และรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาในเรื่องของการได้รับยาคลายกังวล

การพยาบาลเพื่อดูแลความอยากอาหารลดลง การดูแลให้ได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังภาวะน้ำเกินร่วมด้วยอาจทำให้อาการ SVCS มากขึ้น

มีข้อควรระวังสำหรับพยาบาลในการทำหัตถการ เช่น ให้สารน้ำ การวัดความดันโลหิต การเจาะเลือดไม่ควรเป็นที่แขน (ในส่วน upper extremities) จะทำให้เกิดการคั่งของน้ำ เพิ่ม venous pressure และบวมมากขึ้น

สรุป

Superior vena cava syndrome เป็นกลุ่มอาการที่พบได้ ไม่บ่อย มีสาเหตุจากการอุดตันของหลอดเลือด SVC สาเหตุพบมากจากมะเร็งปอดพยาธิสภาพจะเกิดขึ้นจากการไหลกลับของเลือดดำจากส่วนบนของร่างกายกลับเข้าสู่หัวใจห้องบนขวาไม่ได้ เกิด venous pressure เพิ่มขึ้น ความผิดปกติที่เป็นลักษณะเฉพาะคือ บวมที่หน้า คอ แขน เส้นเลือดบริเวณคอ ทรวงอกขยาย หายใจเหนื่อยหอบ เป้าหมายของการพยาบาล คือไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะพร่องออกซิเจนผู้ป่วยควรได้รับการดูแลและประเมินอาการอย่างใกล้ชิด การศึกษาและเปรียบเทียบความรู้ทางทฤษฎีทำให้เข้าใจ พยาธิสภาพความผิดปกติมากขึ้น สามารถประเมินและติดตามอาการผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว และให้การพยาบาลกับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไปได้

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 3

กรอบแนวคิด ทฤษฎีทางการพยาบาล การพยาบาล

การศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่มีภาวะอุดตันหลอดเลือดดำใหญ่ร่วม (Superior Vena Cava Syndrome (SVCS) ผู้ศึกษาได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็ม ร่วมกับการใช้กรอบแนวคิดด้านสุขภาพ (Function health patterns) ที่พัฒนาโดย กอร์ดอน ช่วยในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ร่วมกับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่มีภาวะอุดตันหลอดเลือดดำใหญ่ร่วม (Superior Vena Cava Syndrome (SVCS ซึ่งทฤษฎีของโอเร็ม เป็นทฤษฎีทางการพยาบาลในระดับกว้าง ซึ่งเป็นที่รู้จักแพร่หลายในวิชาชีพพยาบาล และมีการนำไปใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษา และการวิจัย ทฤษฎีของโอเร็ม ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีหลักที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ 1.ทฤษฎีการดูแลตนเอง และความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด 2.ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง และ3.ทฤษฎีระบบการพยาบาล ได้อธิบายถึงการช่วยเหลือปฏิบัติกิจกรรมแทนบุคคล และช่วยให้บุคคลสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ทฤษฎีนี้มีความเหมาะสมอย่างยิ่งที่นำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่มีภาวะอุดตันหลอดเลือดดำใหญ่ร่วม (Superior Vena Cava Syndrome (SVCS) ได้รับยาเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยมีการฟุ้งเฟ้อบางส่วน และจะต้องได้รับการดูแลการพยาบาลทั้งหมดแบบองค์รวม

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem 's self care Theory) (ฟาริดา อิบราฮิม, 2546)

กระบวนทัศน์หลัก 4 ประการ (Metaparadigm) ที่คณะเกี่ยวกับ คน สุขภาพ สิ่งแวดล้อม และการพยาบาล (Metaparadigm of nursing) มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะเป็นตัวกำหนดแนวปฏิบัติการซึ่งตามทัศนะของโอเร็ม มีดังนี้

บุคคล เป็นผู้ที่มีความสามารถในการกระทำอย่างจงใจ (deliberate action) มีความสามารถในการเรียนรู้ วางแผนจัดระเบียบปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับตนเองได้ และบุคคลมีลักษณะเป็นองค์รวม ทำหน้าที่ทั้งด้านชีวภาพ ด้านสังคม ด้านการแปลและให้ความหมายต่อสัญลักษณ์ต่าง ๆ และเป็นระบบเปิดทำให้บุคคลมีความเป็นพลวัตร คือเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

สุขภาพ เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่อง ผู้ที่มีสุขภาพดี คือคนที่มีโครงสร้างที่สมบูรณ์ สามารถทำหน้าที่ของตนได้ ซึ่งการทำหน้าที่นั้นเป็นการผสมผสานกันของทาง สรีระ จิตใจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และด้านสังคมโดยไม่สามารถแยกจากกันได้ การที่จะมีสุขภาพดีนั้นบุคคลจะต้องมีการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอ และต่อเนื่องจนมีผลทำให้เกิดภาวะสุขภาพดี ส่วนภาวะปกติสุขหรือความผาสุก (well being) โอเร็มให้ความหมาย แยกจากสุขภาพว่า เป็นการรับรู้ถึงความ เป็นอยู่ของตนในแต่ละขณะเป็นการแสดงออกถึงความพึงพอใจ ความยินดี และมีความสุข สุขภาพกับ ความผาสุกมีความสัมพันธ์กัน

สิ่งแวดล้อม หมายถึงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เคมี ชีวภาพ ด้านสังคม และวัฒนธรรม โอเร็มเชื่อว่า บุคคลกับสิ่งแวดล้อมไม่สามารถแยกออกจากกันได้ มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ โอเร็มยังกล่าวถึง สิ่งแวดล้อมในแง่ของพัฒนาการ คือสิ่งแวดล้อมที่ดีจะช่วยจูงใจบุคคล ให้ ตั้งเป้าหมายที่เหมาะสม และปรับพฤติกรรม เพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ การจัดสิ่งแวดล้อมที่ เหมาะสม จะมีส่วนในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานตามแนวคิดของโอเร็ม ด้านสิ่งแวดล้อมที่กำหนดความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการในการดูแลตนเอง

การพยาบาล เป็นบริการช่วยเหลือบุคคลอื่น ๆ ให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง และเพียงพอกับความต้องการในการดูแลตนเอง ซึ่งเป้าหมายการพยาบาล คือช่วยให้บุคคลตอบสนอง ต่อความต้องการการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอ ต่อเนื่อง และช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแล ตนเอง

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem 's self care Theory) (ฟาริดา อิบราฮิม, 2546)

1.ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self - care)

ทฤษฎีนี้จะอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขต่าง ๆ ทางด้านพัฒนาการ และการ ปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลกับการดูแลตนเอง โดยอธิบายมโนทัศน์สำคัญได้แก่ มโนทัศน์เกี่ยวกับการดูแล ตนเอง (Self - care) มโนทัศน์เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง (Self -care agency) มโนทัศน์เกี่ยวกับความต้องการ การดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self - care demand) มโนทัศน์เกี่ยวกับปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ดังนี้

1.1 การดูแลตนเอง (Self - care) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และ กระทำด้วยตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน รวมทั้งการแสวงหา และการมี ส่วนร่วมในการรักษา และการพยาบาล เมื่อการกระทำนั้นมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง

หน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุด เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง (Self-care requisites) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมของกลุ่ม ชุมชน ครอบครัว ซึ่งบุคคลที่กระทำการดูแลตนเองนั้นเป็นผู้ที่ต้องใช้ความสามารถหรือพลังในการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (deliberate action and Goal oriented) ประกอบด้วย 2 ระยะ ระยะที่ 1 ระยะการพิจารณา และตัดสินใจ (Intention phase) เป็นระยะที่มีการหาข้อมูลเพื่อพิจารณา และตัดสินใจเลือกกระทำโดยหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องว่าคืออะไร เป็นอย่างไร จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ทดสอบ และเชื่อมโยงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในขั้นตอนนี้ความรู้เป็นพื้นฐานสำคัญเพราะจะช่วยให้เกิดกระบวนการคิดเชิงวิทยาศาสตร์มากกว่าการใช้ความรู้สึก นอกจากนี้ยังต้องอาศัยสติปัญญาในการที่จะตัดสินใจที่จะกระทำ ระยะที่ 2 ระยะการกระทำ และผลของการกระทำ (Productive phase) เป็นระยะที่เมื่อตัดสินใจแล้วจะกำหนดเป้าหมายที่ต้องการ และดำเนินการกระทำกิจกรรม เพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนด ในขั้นตอนนี้ต้องอาศัยความสามารถของบุคคลทางด้านสรีระที่จะกระทำกิจกรรม (psychomotor action) และมีการประเมินผลการกระทำเพื่อปรับปรุง การที่พยาบาลมีความเข้าใจในแนวคิดของการดูแลตนเองว่าเป็นการกระทำของบุคคลที่ตั้งใจ และมีเป้าหมายจะช่วยส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และต่อเนื่อง พยาบาลจะต้องช่วยให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ ความหมายของเหตุการณ์นั้น ๆ ต้องแน่ใจว่าผู้รับบริการพยาบาล ได้ข้อมูลที่เพียงพอ และเหมาะสมที่จะช่วยให้เขาได้พิจารณาตัดสินใจที่จะทำการดูแลตนเองตามที่ต้องการ ทราบวัตถุประสงค์ของการกระทำตลอดจนการสังเกต และประเมินผลถึงประสิทธิภาพของการทำการดูแลตนเองตามที่ได้เลือก

1.2 ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) เป็นนิยามที่กล่าวถึงคุณสมบัติที่ซับซ้อน หรือพลังความสามารถของบุคคลที่เอื้อต่อการกระทำกิจกรรม การดูแลตนเองอย่างจริงจัง โครงสร้างของ ความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ

1.2.1 ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็น และจะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วย ความสามารถ 3 ประการ คือ

1) การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์ องค์ประกอบในตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมาย และความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง

2) การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถ ควร และจะกระทำเพื่อสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น

3) การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น จะเห็นว่าความสามารถทั้ง 3 ประการนี้เป็นความสามารถที่สะท้อนอยู่ในระยะต่าง ๆ ของการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการกระทำที่จริงจัง และมีเป้าหมาย

1.2.2. พลังความสามารถในการดูแลตนเอง (Power components)
พลังความสามารถนี้ในลักษณะของตัวกลางซึ่งเชื่อมการรับรู้ และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจริงจังเพื่อการดูแลตนเอง ไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป พลังความสามารถมี 10 ประการ ได้แก่

1) ความสนใจ และเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจ และเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมใน นอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

2) ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่ม และการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

3) ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่ม หรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์ และต่อเนื่อง

4) ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลตนเอง

5) มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับ คุณลักษณะ ความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ

6) มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

7) มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสม เชื่อถือได้สามารถจะจดจำ และนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

8) มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิด สถิติปัญญา การรับรู้ การจัดการ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

9) มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

10) มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และ สอดแทรกการดูแลตนเอง เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคลซึ่งมีบทบาท เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว และชุมชน

1.2.3. ความสามารถ และคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate action) โดยทั่ว ๆ ไป ซึ่งแบ่งออกเป็น

1) ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (Doing) (ทางสรีระและจิตวิทยาแบ่งเป็นการรับรู้ความรู้สึก การรับรู้ และการวางตนให้เหมาะสม เป็นต้น)

2) คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ความสามารถและ คุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ หน้าที่ ของประสาทรับรู้ความรู้สึก (Sensation) การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ การเห็นคุณค่าในตนเอง นิสัย ประจำตัว ความตั้งใจ ความเข้าใจในตนเอง ความห่วงใยในตนเอง การยอมรับตนเอง ระบบการ จัดลำดับความสำคัญ ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

2.ทฤษฎีดูแลตัวเอง (Self – care Theory)

เป็นแนวคิดที่อธิบายการดูแลตนเองของบุคคล และการดูแลบุคคลที่พึ่งพอ กล่าวคือ บุคคลที่มีวุฒิภาวะเป็นผู้ใหญ่และกำลังเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ มีการเรียนรู้ในการกระทำและผลของการ กระทำเพื่อสนองตอบความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อหน้าที่ หรือ พัฒนาการของบุคคลเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก การกระทำดังกล่าวรวมไปถึงการ กระทำเพื่อบุคคลที่ต้องพึ่งพาซึ่งสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลอื่น แนวคิดของโอเร็มการดูแลตนเอง เป็นรูปแบบหนึ่งของการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย ซึ่งเกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการ ประกอบด้วย 2 ระยะสัมพันธ์กัน คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการประเมินและตัดสินใจ ในระยะนี้บุคคลจะต้องหาความรู้และ ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และสะท้อนความคิด ความเข้าใจในสถานการณ์ และพิจารณาว่า สถานการณ์นั้นจะสามารถเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่ อย่างไร มีทางเลือกอะไรบ้าง ผลที่ได้รับแต่ละ ทางเลือกเป็นอย่างไร แล้วจึงตัดสินใจที่จะกระทำ

ระยะที่ 2 ระยะของการกระทำและประเมินผลของการกระทำ ซึ่งในระยะนี้จะมีการ แสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ซึ่งเป้าหมายมีความสำคัญเพราะจะช่วยกำหนดทางเลือกกิจกรรมที่ ต้องกระทำและเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรม

วัตถุประสงค์หรือเหตุผลของการกระทำการดูแลตนเองนั้น โอเร็ม เรียกว่า การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) ซึ่งเป็นความตั้งใจหรือเป็นผลที่เกิดขึ้นหลังจากทำการดูแลตนเองที่จำเป็นมี 3 อย่าง คือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ตามระยะพัฒนาการ และมีภาวะเปี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ ดังนี้

2.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล และการดูแลตนเอง เหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้

2.1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ

2.1.1.1 บริโภคอาหาร น้ำ อากาศ ให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ผิดปกติ และคอยปรับตัวตามความเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก

2.1.1.2 รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

2.1.1.3 หาความผิดปกติจากการหายใจ การดื่ม และการรับประทานอาหาร โดยไม่ทำให้เกิดโทษ

2.1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ

2.1.2.1 จัดการให้มีการขับถ่ายตามปกติทั้งจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม

2.1.2.2 จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขับถ่ายซึ่งรวมถึงการรักษาโครงสร้าง และหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติและการระบายสิ่งปฏิกูลจากการขับถ่าย

2.1.2.3 ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล

2.1.2.4 ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

2.1.3 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

2.1.3.1 เลือุกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกายการตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญา และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม

2.1.3.2 รับรู้และสนใจถึงความต้องการการพักผ่อนและการออกกำลังกายของตนเอง

2.1.3.3 ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยม และกฎเกณฑ์จากขนบธรรมเนียม ประเพณีเป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อน และการมีกิจกรรมของตนเอง

2.1.4 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

2.1.4.1 คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนาเพื่อเป็นที่พึ่งของตนเอง และสร้างสัมพันธภาพ กับบุคคลอื่นเพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น

2.1.4.2 ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน

2.1.4.3 ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเอง และการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

2.1.5 ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ

2.1.5.1 สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น

2.1.5.2 จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจจะเป็นอันตราย

2.1.5.3 หลีกเสี่ยงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่าง ๆ

2.1.5.4 ควบคุมหรือจัดการเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิต และสวัสดิภาพ

2.1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (Promotion of normalcy)

2.1.6.1 พัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง

2.1.6.2 ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตน

2.1.6.3 ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล (Health promotion & preventions)

2.1.6.4 ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้าง และหน้าที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง (Early detection)

2.2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโต เข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรค ต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้อง เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ

2.2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่จะช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในระหว่างที่ อยู่ในครรภ์ มารดา และการคลอด ในวัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ วัยชรา และในระยะตั้งครรภ์

2.2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์ เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจาก การขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการพิการ ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการที่จะต้องตาย

2.3. การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้าง

หรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย และจากการวินิจฉัย และการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มี 6 อย่างคือ

2.3.1 แสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2.3.2 รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

2.3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

2.3.4 รับรู้และสนใจที่จะคอยปรับ และป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

2.3.5 ดัดแปลงอัตมโนทัศน์ และภาพลักษณ์ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ตลอดจนความจำเป็นที่ตนเองต้องการความช่วยเหลือเฉพาะจากระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการปรับบทบาทหน้าที่ และการพึ่งพาบุคคลอื่น การพัฒนา คงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของตนเอง

2.3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลของการวินิจฉัย และการรักษาในรูปแบบแผนการดำเนินชีวิต ที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริงซึ่งจะเห็นว่าการสนองตอบความต้องการ การดูแลตนเองในประเด็นนี้ จะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการตนเองในประเด็นอื่น ๆ เข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลที่จะช่วยป้องกัน อุปสรรคหรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัย และการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง

2.4.ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นมโนคติที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของมนุษย์ ซึ่งบุคคลที่มีคุณภาพดังกล่าวจะสร้างหรือพัฒนาการดูแลตนเองได้ โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ คือ

2.4.1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นและจะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ

2.4.1.1. การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมายและความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง

2.4.1.2. การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถควร และจะกระทำเพื่อสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น

2.4.1.3. การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น

2.4.2. **พลังความสามารถในการดูแลตนเอง (Power components : enabling capabilities for self-care)** โอเริ่มมองพลังความสามารถทั้ง 10 ประการนี้ ในลักษณะของตัวกลาง ซึ่งเชื่อมการรับรู้ และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจริงจังเพื่อการดูแลตนเอง ไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป พลังความสามารถ 10 ประการนี้ ได้แก่

2.4.2.1 ความสนใจ และเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจ เอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจ และเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมใน ภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

2.4.2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอ สำหรับการริเริ่ม และการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.4.2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่ม หรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์ และต่อเนื่อง

2.4.2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลตนเอง

2.4.2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะ และความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ

2.4.2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

2.4.2.7 มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสม และเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำ และนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.4.2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

2.4.2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

2.4.2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคลซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

2.4.3. **ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition)** เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจริงจัง (Deliberate action) โดยทั่ว ๆ ไป ซึ่งแบ่งออกเป็น

2.4.3.1 ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (Doing) (ทางสรีระและจิตวิทยาแบ่งเป็นการรับรู้ความรู้สึก การรับรู้ และการวางตนให้เหมาะสม เป็นต้น)

2.4.3.2 คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วยความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียนนับเลขรวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผลและการใช้เหตุผลหน้าที่ของประสาทรับรู้ความรู้สึก (Sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง นิสัยประจำตัว ความตั้งใจ ความเข้าใจในตนเอง ความหวังในตนเอง การยอมรับตนเอง ระบบการจัดลำดับความสำคัญรู้จักจัดแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง เป็นต้น

จะเห็นว่าหากบุคคลขาดความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเหล่านี้ เช่น ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัว ย่อมขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่จริงจัง และมีเป้าหมายโดยทั่วไป ไม่สามารถจะพัฒนาความสามารถเพื่อสนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเองได้ นั่นคือขาดทั้งพลังความสามารถเพื่อสนองตอบต่อความต้องการ การดูแลตนเองได้ การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง โดยประเมินว่าบุคคลสามารถจะกระทำการดูแลตนเอง เพื่อสนองตอบต่อความต้องการ การดูแลตนเองที่จำเป็นในแต่ละข้อที่ใช้ແจกแจงไว้ นอกจากโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ยังต้องคำนึงถึงปัจจัย พื้นฐานซึ่งมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง

3.ระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing system)

เป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำของพยาบาล เพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนองความต้องการ การดูแลตนเองทั้งหมด และความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลได้รับการดูแลให้ถูกนำมาใช้ปกป้อง และดูแลตนเองโดยใช้ความสามารถทางการพยาบาล ระบบการพยาบาลเป็นระบบของการกระทำที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความสามารถ และความต้องการการดูแลของผู้รับบริการซึ่งระบบการพยาบาลได้แบ่งออกเป็น 3 ระบบ โดยอาศัยเกณฑ์ความสามารถของบุคคลในการควบคุมการเคลื่อนไหว และการจัดการกระทำ

3.1. ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system) เป็นบทบาทของพยาบาลที่ต้องกระทำเพื่อทดแทนความสามารถของผู้รับบริการโดยสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพในการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลตนเอง ช่วยประคับประคอง และปกป้องจากอันตรายต่าง ๆ ผู้ที่มีความต้องการระบบการพยาบาลแบบนี้คือ

3.1.1 ผู้ที่ไม่สามารถจะปฏิบัติกิจกรรมหรือจะกระทำอย่างจริงจังไม่ว่ารูปแบบใด ๆ ทั้งสิ้น เช่น ผู้ป่วยที่หมดสติ หรือผู้ที่ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ เป็นต้น

3.1.2 ผู้ที่รับรู้ว่าจะสามารถสังเกต ตัดสินใจเกี่ยวกับดูแลตนเองได้ ไม่ควรจะเคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวใด ๆ ได้แก่ ผู้ป่วยด้านออร์โธพีดิกส์ที่ใส่เฝือกหรือกระดูกหลังหัก เป็นต้น

3.1.3 ผู้ที่ไม่สนใจหรือเอาใจใส่ในตนเอง ไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลในการดูแลตนเอง เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต เป็นต้น

3.2 ระบบทดแทนบางส่วน (partial compensatory nursing system) เป็นระบบการพยาบาลให้การช่วยเหลือที่ขึ้นอยู่กับความต้องการ และความสามารถของผู้ป่วย โดยพยาบาลจะช่วยผู้ป่วยสนองตอบต่อความต้องการ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยรวมรับผิดชอบในหน้าที่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ผู้ป่วยจะพยายามปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องที่เป็นการตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นเท่าที่สามารถทำได้ ส่วนบทบาทของพยาบาลจะต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างสำหรับผู้ที่ยังไม่สามารถกระทำได้ เพื่อชดเชยข้อจำกัดเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และกระตุ้นให้มีการพัฒนาความสามารถในอนาคต การพยาบาลระบบนี้ ผู้ป่วยต้องมีบทบาทในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างด้วยตนเอง ผู้ที่มีความต้องการการพยาบาลแบบนี้ คือ ต้องจำกัดการเคลื่อนไหวจากโรคหรือการรักษา แต่สามารถเคลื่อนไหวได้บางส่วน ขาดความรู้ ทักษะที่จำเป็นเพื่อการดูแลตนเองตามความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น ขาดความพร้อมในการดูแลตนเอง

3.3 ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุน และให้ความรู้ (Education supportive nursing system) เป็นระบบการพยาบาลที่จะเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอน และคำแนะนำในการปฏิบัติตัว การดูแลตนเอง รวมทั้งการให้กำลังใจ และคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยคงความพยายามที่จะดูแลตนเอง และคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง ระบบการพยาบาลทั้ง 3 ระบบเป็นกิจกรรมที่พยาบาลและผู้ป่วยกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด โดยมีวิธีการกระทำได้ใน 5 วิธี ดังนี้

3.3.1. การกระทำให้หรือกระทำแทน

3.3.2. การชี้แนะ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการกระทำได้

3.3.3. การสนับสนุนเพื่อช่วยให้คงไว้ ป้องกันไม่ให้เกิดความล้มเหลว

3.3.4. การสอน เป็นการพัฒนาความรู้และทักษะที่เฉพาะ

3.3.5. การสร้างสิ่งแวดล้อม

การพยาบาลจะมีประสิทธิภาพได้นั้นขึ้นอยู่กับความสามารถทางการพยาบาล (Nursing Agency : NA) เป็นความสามารถของพยาบาลที่ได้จากการศึกษาและฝึกปฏิบัติในศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถทางการพยาบาล คือ ความรู้ ประสบการณ์ ความสามารถในการปฏิบัติ ทักษะทางสังคม แรงจูงใจในการให้การพยาบาล อัตมโนทัศน์ของตน

เกี่ยวกับการพยาบาล ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นทฤษฎีที่ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีย่อยและประกอบด้วย 6 มโนทัศน์ที่มีความสัมพันธ์กัน

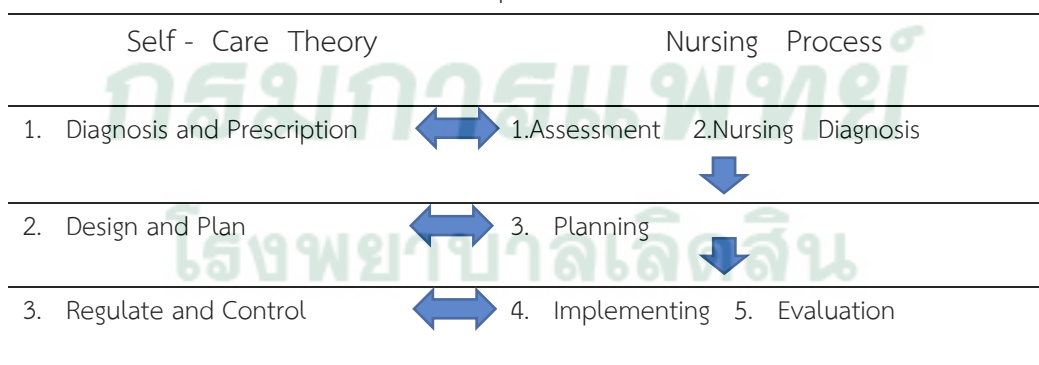
ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มกับกระบวนการพยาบาล

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้โดยการประยุกต์ใช้ตามแนวคิดกระบวนการพยาบาลที่สามารถใช้ได้ตั้งแต่ขั้นประเมินสภาพเป็นต้นไป ตามแนวคิดของโอเร็ม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวินิจฉัยและพรรณนา (Diagnosis and Prescription) เป็นขั้นตอนที่ระบุถึงความพร้อมในการดูแลตนเอง โดยมีขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง ความต้องการในการดูแลตนเอง 3 ด้าน รวมทั้งปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง จากนั้นจะพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถกับความต้องการการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะพร้อมในการดูแลตนเอง และเขียนข้อวินิจฉัย

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นวางแผน (Design and Plan) เป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่อง เมื่อทราบถึงความพร้อมในการดูแลตนเองแล้วจากนั้นจะทำการเลือกระบบการพยาบาลให้เหมาะสม แล้วนำมาวางแผนโดยมีการกำหนด เป้าหมายหรือผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Expected Outcome) และกำหนดกิจกรรมการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นปฏิบัติการพยาบาลและควบคุม (Regulate and Control) เป็นขั้นตอนที่พยาบาลนำกิจกรรมไปลงมือปฏิบัติตามแผนการพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมาย คือการบรรลุความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (TSCD) และในตอนนี้ยังรวมถึงการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลว่ามีประสิทธิภาพหรือไม่และปกป้องหรือพัฒนาความสามารถหรือไม่ และนำข้อมูลย้อนกลับเข้าสู่การประเมินสถานะอีกครั้ง ตามแนวคิดของโอเร็มได้มีขั้นตอนที่สอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้



กรอบแนวคิดเกี่ยวกับแผนทางด้านสุขภาพ (Function health patterns)

กรอบแนวคิดที่พัฒนาโดย กอร์ดอน เกิดขึ้นจากความเชื่อที่ว่า บุคคลจะมีภาวะสุขภาพดีหรือไม่ดี นั้นขึ้นกับความปกติ (Function) หรือผิดปกติ (Dysfunction) ของแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนด้วยกัน ซึ่งนำไปสู่การสร้างกรอบแนวคิด ในการรวบรวมข้อมูล และประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการที่เกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่ของพยาบาล (วิจิตรา กุสมภ์, 2560)

ความสำคัญของแบบแผนทางด้านสุขภาพ คือ การประเมินผู้รับบริการโดยใช้ข้อมูลจากแบบแผนทางด้านสุขภาพ เพราะเป็นข้อมูลที่บ่งบอกภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ เนื่องจากข้อมูลที่ได้มามีความสำคัญดังนี้

1. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนทางด้านสุขภาพกับโรค ถ้าบุคคลมีแบบแผนทางด้านสุขภาพไม่ถูกต้องจะก่อให้เกิดโรคได้ เช่น แบบแผนการรับประทานอาหาร แบบแผนการออกกำลังกาย มีการเผชิญกับความเครียดไม่เหมาะสมจะทำให้เกิดการเจ็บป่วย เป็นต้น
2. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งสำคัญ และมีผลต่อการพัฒนาแบบแผนทางด้านสุขภาพ เช่น แบบแผนบทบาทและสัมพันธ์ภาพ แบบแผนการรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์ เป็นสิ่งที่สร้างสมมาจากสิ่งแวดล้อมของบุคคล สังคม และวัฒนธรรม เป็นส่วนที่บุคคลได้เรียนรู้มาตั้งแต่เกิด
3. พัฒนาของบุคคลเนื่องจากพัฒนาการของบุคคลในแต่ละวัยมีผลต่อลักษณะหรือความเฉพาะของแบบแผนทางด้านสุขภาพที่แตกต่างกันตามวัย พยาบาลต้องให้ความสนใจในความแตกต่างตามพัฒนาการ หรือความเหมาะสมตามพัฒนาการของบุคคล
4. วิธีการปฏิบัติวิธีการปฏิบัติ หมายถึงวิถีการดำเนินชีวิต (ways of living) รวมถึงการปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ นำไปสู่การให้ความช่วยเหลือและการฟื้นฟูสุขภาพผู้รับบริการ
5. ประโยชน์การนำไปใช้ในทางปฏิบัติ

แนวทางในการประเมินแบบแผนทางด้านสุขภาพของบุคคล คือการประเมินแบบแผนทางด้านสุขภาพของผู้รับบริการทั้ง 11 แบบแผน ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วนคือ ประวัติทางการแพทย์ และการตรวจร่างกาย ข้อมูลที่ประเมินจะเป็นข้อมูลทั้งในอดีตและข้อมูลปัจจุบัน ซึ่งจะเป็นแนวทางในการวิเคราะห์หาการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง ผู้รับบริการได้รับการประเมินเมื่อแรกรับด้วยวิธีการสัมภาษณ์ สังเกตใช้เทคนิคต่าง ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลอย่างสมบูรณ์ แต่ถ้าผู้รับบริการอยู่ในภาวะวิกฤติจะประเมินข้อมูลบางส่วนโดยย่อ

1. **แบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ (Health Perception, Health Management Pattern)** หมายถึงแบบแผนที่เกี่ยวกับการรับรู้สุขภาพ และการมีชีวิตอย่างปกติสุข (Well being) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่กระทำเป็นประจำรวมทั้งการรับรู้ภาวะสุขภาพในขณะนั้น ซึ่งมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตทั้งในปัจจุบัน และในอนาคต นอกจากนี้ยังรวมถึงการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันปัญหาภัย และจิตใจ การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล การมารับการรักษาตามนัด

ข้อมูลที่ได้จากแบบแผนนี้ช่วยให้พยาบาลประเมินได้ว่า ผู้รับบริการมีแบบแผนการดูแลสุขภาพอย่างไร มีพฤติกรรมอนามัยถูกต้องหรือไม่ มีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นหรือไม่ มีการรับรู้และแก้ไข ปัญหาสุขภาพเช่นไร ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำหรือไม่

2. **แบบแผนโภชนาการ และเมตาบอลิซึม (Nutritional Metabolic Pattern)** หมายถึงแบบแผนเกี่ยวกับการได้รับอาหารและน้ำ เพื่อตอบสนองความต้องการในการเผาผลาญอาหารในร่างกายโดยทั่วไป และเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย เช่น ผิวหนัง ปลายมือปลายเท้า นอกจากนี้ยังรวมถึงอุปนิสัยการรับประทานอาหารและน้ำ เช่น จำนวนมื้ออาหาร เวลา ปริมาณ ชนิดของอาหารที่ชอบเป็นพิเศษ อาหารเสริมบำรุงร่างกาย บาดแผลหรือริ้วรอยบริเวณผิวหนังโดยทั่วไป แผลหายช้าหรือเร็ว สภาพของผิวหนัง ขน ผมห เยื่อบุต่างๆ ฟัน อุณหภูมิของร่างกาย ส่วนสูงและน้ำหนัก

ข้อมูลที่ได้จากแบบแผนนี้ช่วยให้พยาบาลประเมินได้ว่าผู้รับบริการมีแบบแผนการโภชนาการและการเผาผลาญอาหารเช่นไร ใช้ประกอบการวินิจฉัยการได้รับสารอาหารเกิน หรือขาดสารอาหาร ภาวะน้ำเกินหรือขาดน้ำรวมทั้งปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผิวหนังการหายของแผล การควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย

3. **แบบแผนการขับถ่ายของเสีย (Elimination Pattern)** หมายถึงแบบแผนในการขับถ่ายของเสียของร่างกาย ทางลำไส้ ทางกระเพาะปัสสาวะและทางผิวหนัง รวมทั้งการรับรู้ของบุคคลของบุคคลต่อลักษณะการขับถ่ายของเสียที่ปกติ การใช้ยาถ่ายหรือยาระบายเป็นประจำ การเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการขับถ่ายในเรื่อง เวลา วิถีทาง ปริมาณ คุณภาพ ใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ใดช่วยในการขับถ่าย

ข้อมูลที่ได้จากแบบแผนนี้ ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินแบบแผนการขับถ่ายของเสียทางลำไส้ กระเพาะปัสสาวะ และทางผิวหนัง การวินิจฉัยการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนนี้ได้แก่ ท้องเดิน ท้องผูก ปัสสาวะคั่ง กลั้นปัสสาวะไม่ได้

4. แบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย (Activity-Exercise Pattern)

หมายถึงแบบแผนที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกาย การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ การพักผ่อนหย่อนใจ กิจกรรมประจำวันได้แก่ การอาบน้ำ แปรงฟัน งานครัว การซื้อของและจ่ายตลาด (ถ้าเป็นชาวชนบท หมายถึง การเก็บผัก หาพืช การหาอยู่หากิน) การดูแลบ้านเรือน การออกกำลังกาย และการเล่นกีฬา โดยครอบคลุมถึงชนิด ปริมาณ (ความถี่) คุณภาพ (ระยะเวลา / ต้องใช้แรงมากหรือน้อย) ปัจจัยหรืออุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมที่ชอบ หรือจำเป็นต้องทำ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง เจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย เป็นตะคริวที่น่อง มีความพิการของแขนขา

ข้อมูลที่ได้จากแบบแผนนี้ ช่วยให้พยาบาลประเมินได้ว่าผู้รับบริการมีแบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกายอย่างไร ใช้ประกอบการวินิจฉัยเกี่ยวกับความทนในการออกกำลังกาย การดูแลตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวัน การดูแลบ้าน การทำขาของเนื้อเยื่อ แบบแผนการหายใจ ประสิทธิภาพในการทำทางเดินหายใจให้โล่ง การแลกเปลี่ยนก๊าซในปอด การเจริญเติบโตและการพัฒนาการ

5. แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน (Sleep Rest Pattern)

หมายถึงแบบแผนเกี่ยวกับการนอนหลับพักผ่อน และการผ่อนคลายความเครียดในช่วง 1 วัน ทั้งนี้รวมถึงปริมาณ คุณภาพ ของการนอนหลับที่ผู้รับบริการต้องการ มีการใช้ยาหรือกิจกรรมใดช่วยในการนอนหลับหรือไม่ (เช่น อ่านหนังสือ สวดมนต์ภาวนา ดื่มเครื่องดื่ม ฟังเพลง)

ข้อมูลที่ได้จากแบบแผนนี้ทำให้ทราบว่า ผู้รับบริการต้องการการนอนหลับพักผ่อนเท่าใดจึงเพียงพอ โดยแต่ละคนจะมีการความต้องการแตกต่างกันไป

6. แบบแผนสติปัญญาและการเรียนรู้ (Cognitive Perceptual Pattern)

หมายถึงแบบแผนที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความรู้สึก การรับรู้และสติปัญญา ในด้านการรับรู้ความรู้สึก (Sensation) ได้แก่การมองเห็น การได้ยิน การรับรส การสัมผัส การได้กลิ่น รวมทั้งการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยต่างๆ เช่น เครื่องช่วยฟัง แว่นตา เป็นต้น มีการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวด และวิธีลดความเจ็บปวด ได้ผลหรือไม่ทางด้านสติปัญญา ดูเกี่ยวกับการใช้ภาษา ความจำ การตัดสินใจ

ข้อมูลที่ได้จากแบบแผนนี้ใช้ประกอบการวินิจฉัยภาวะเสี่ยงต่ออันตรายต่างๆ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคิด ความสามารถในการเรียนรู้ การตัดสินใจ รวมถึงความสามารถในการลดความเจ็บปวด

7. แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (Self Perception, Self Concept Pattern) หมายถึงแบบแผนที่อธิบาย อัตมโนทัศน์และการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ได้แก่ ทศนคติเกี่ยวกับตนเอง การรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง (ด้านสติปัญญา อารมณ์ ร่างกาย) ภาพลักษณ์คุณค่าแห่งตนเอง เอกลักษณ์ของตนเอง ท่าทาง การเคลื่อนไหว การสนทนา น้ำเสียง คำพูด ข้อควรคำนึงในการประเมินข้อมูลในแบบแผนนี้คือ จำเป็นต้องสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการและครอบครัวให้ได้ก่อน แบบแผนที่ไม่อาจประเมินได้ครบถ้วนจากการพบผู้รับบริการในครั้งแรกหรือครั้งเดียว

ข้อมูลที่ได้จากแบบแผนนี้ใช้ประกอบการวินิจฉัย การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์คุณค่าแห่งตน การมีอำนาจในการควบคุมสถานการณ์ ความกลัว ความวิตกกังวล ความสิ้นหวัง

8. แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ (Role-Relationship Pattern) หมายถึงแบบแผนเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบ การมีสัมพันธภาพกับคนในครอบครัว สังคม รวมถึงในสถานที่ทำงาน ความพึงพอใจในบทบาทและสัมพันธภาพที่เป็นอยู่

ข้อมูลที่ได้จากการประเมินแบบแผนนี้ ช่วยในการวินิจฉัยการรับรู้เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ ความขัดแย้งในการแสดงบทบาท ความบกพร่องในการสื่อสารด้วยคำพูด การแยกตัวออกจากสังคม

9. แบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ (Sexual Reproductive Pattern) หมายถึงแบบแผนที่เกี่ยวกับความพึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจในเพศสัมพันธ์ ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ การเจริญพันธุ์ การหมดประจำเดือน และที่ผู้รับบริการเห็นว่าเป็นปัญหา

ข้อมูลที่ได้จากการประเมินแบบแผนนี้ ช่วยในการวินิจฉัยการพยาบาลที่เกี่ยวกับแบบแผนเพศสัมพันธ์ การเจริญพันธุ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องรวมถึงวิธีและประสิทธิภาพของการแก้ปัญหาที่ผู้รับบริการใช้

10. แบบแผนการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด (Coping Stress Tolerance Pattern) หมายถึงแบบแผนเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดที่ใช้โดยทั่วไป ประสิทธิภาพของวิธีที่ใช้ถูกต้องเหมาะสมกับเหตุการณ์ ช่วยให้มี ความทนต่อความเครียดเพิ่มขึ้น ความสามารถและแหล่งสนับสนุนของผู้รับบริการในการเผชิญความเครียด ความเครียดเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตมนุษย์ เกิดขึ้นได้ทุกช่วงชีวิต ไม่มีใครเจริญเติบโตขึ้นมาโดยไม่เคยพบกับความเครียด แบบแผนนี้จะประเมิน

เกี่ยวกับความเครียด (Stressor) การเผชิญความเครียด (Coping) และทนต่อความเครียด (Stress intolerance)

ความเครียดเป็นสิ่งที่ทำลาย และคุกคามการดำรงชีวิตมนุษย์ ทำให้เกิดการตอบสนองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ช่วยให้มีวุฒิภาวะในคนที่มีการตอบสนองที่เหมาะสม แต่ในคนที่มีการตอบสนองไม่เหมาะสมจะมีอาการวิตกกังวล กลัว ซึมเศร้า มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ และการรับรู้ตนเอง (Self-perception) การสูญเสียอวัยวะ การเจ็บป่วย การเข้าการรับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นสิ่งที่พยาบาลต้องประเมินดูว่า ผู้รับบริการรับรู้ความเครียดนี้หรือไม่มากนักเพียงใด

การเผชิญความเครียด วิธีการเผชิญความเครียดมีได้หลายอย่างอาจใช้วิธีการแก้ปัญหา (Problem Solving) หรือใช้กลไกทางจิต (Mental Mechanism) เช่นการปฏิเสธ การแยกตัว ผู้รับบริการมีแบบแผนในการเผชิญความเครียดต่างกัน ขึ้นอยู่กับการรับรู้ถึงการคุกคามของความเครียด และประสบการณ์ในชีวิต

ความทนต่อความเครียด บุคคลมีความสามารถในการทนต่อความเครียดได้มากน้อยต่างกัน เช่น คนที่เคยประสบเหตุการณ์สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักมาหลายครั้งแล้ว สามารถผ่านภavnนั้นมาได้ด้วยดีย่อมมีความทนต่อความเครียดในลักษณะนี้ได้มากกว่าคนที่ไม่เคยผ่านการสูญเสียเลย

ข้อมูลในแบบแผนนี้ใช้ประกอบการวินิจฉัยการพยาบาล ที่เกี่ยวกับการเผชิญความเครียดประสิทธิภาพในการเผชิญความเครียด

11. แบบแผนความเชื่อและค่านิยม (Value Belief Pattern) หมายถึงแบบแผนเกี่ยวกับค่านิยม จุดมุ่งหมายในชีวิต ความเชื่อ สิ่งยึดเหนี่ยวทางวิญญาณที่นำไปสู่การเลือกหรือตัดสินใจ รวมถึงสิ่งที่ยอมรับว่ามีความสำคัญต่อชีวิต และสิ่งที่ขัดแย้งกับความเชื่อ ค่านิยมหรือความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

การประเมินข้อมูลในแบบแผนนี้ ใช้ประกอบการวินิจฉัยที่เกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อและค่านิยม เช่น การไม่สามารถปฏิบัติตามความเชื่อ ขาดสิ่งยึดเหนี่ยวทางวิญญาณ

ในการเลือกทฤษฎีการพยาบาลมาใช้เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายแต่ละโรคนั้นมีส่วนสำคัญ ผู้ป่วยที่ศึกษารายนี้เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่มีภาวะอุดตันหลอดเลือดดำใหญ่ร่วม (Superior Vena Cava Syndrome (SVCS) มีผลทำให้เกิดอันตรายต่อสมอง หัวใจและหลอดเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยรอดพ้นวิกฤติและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จึงต้องใช้ทักษะการตัดสินใจของพยาบาล และการแก้ปัญหาตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น หรือ

อาจจะเกิดขึ้นได้ รวมทั้งการดูแลสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัว และด้านสังคมของผู้ป่วยด้วย ดังนั้นจึงได้นำทฤษฎีการดูแลตนเอง การพร่องในการดูแลตนเองของโอเร็มร่วมกับการประเมินสุขภาพตามกรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนทางด้านสุขภาพ (Function health patterns) มาใช้เป็นทฤษฎีการการแก้ปัญหาาร่วมในกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยรายนี้

สรุป

ทฤษฎีของโอเร็มเป็นทฤษฎีทางการพยาบาลที่ได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเอง ความบกพร่องในการดูแลตนเองซึ่งเกิดจากความสามารถไม่เพียงพอที่จะกระทำการดูแลจำเป็นทั้งหมดของตนเองได้ ระบบการพยาบาลจึงเข้าไปช่วยเหลือ ดังนั้นการประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็มมาใช้ในการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองร่วมกับการประเมินแบบแผนสุขภาพของบุคคล เพื่อเป็นข้อมูลที่ใช้ในการวางแผนการพยาบาลในระยะก่อน ระหว่างและหลังการให้ยาเคมีบำบัดได้อย่างครบถ้วน ผู้ป่วยหากผู้ป่วยไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแบบแผนการดำเนินชีวิตได้ จนเกิดความบกพร่องในการดูแลตนเองทำให้ผู้ป่วยต้องนอนในโรงพยาบาลนาน ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาลเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องของตนเองด้วยวิธีกระทำ การชี้แนะ การให้คำแนะนำ การสนับสนุน และส่งเสริมผู้ป่วยเพื่อรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ความผาสุกและคุณภาพชีวิตที่ดี

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 4

กรณีศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 47 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติ ไทย ศาสนาพุทธ การศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 3 สถานภาพคู่ อาชีพรับจ้าง

วันที่รับไว้ในความดูแล 8 พฤษภาคม 2566

ระยะเวลาที่ศึกษา 8 พฤษภาคม 2566 – 26 กรกฎาคม 2566

การวินิจฉัยโรคแรกพบ Lung mass R/O CA Lung right

การวินิจฉัย CA Lung right with Superior Vena Cava Syndrome (SVCS) Obstruction

ประวัติการเจ็บป่วย

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ไอแห้ง หอบเหนื่อย 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

10 ปีก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการไอแห้ง เหนื่อยง่ายเวลาทำกิจกรรม มีไข้ช่วงเย็น ของทุกวันไปพบแพทย์ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอด และรับประทานยาต่อเนื่องมาตลอด

1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการไอมากขึ้นกว่าเดิม และมีก้อนที่ไหล่ขวาโตขึ้น จึงไปพบแพทย์และตัดชิ้นเนื้อไปตรวจพบว่าเป็น มะเร็งกระดูก

2 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล ไอแห้งมากขึ้น เหนื่อยหอบขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ร่วมกับมี น้ำหนักลดลง 10 กิโลกรัมภายใน 1 เดือน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง เป็นมา 5 ปี รับประทานยาและได้รับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลเลิดสินอย่างสม่ำเสมอ Amlodipine (10 mg.) 1 tab oral OD เข้า

ประวัติการแพ้

ผู้ป่วยปฏิเสธการแพ้ยา อาหารหรือสารเคมีทุกชนิด

ประวัติการใช้สารเสพติด

ผู้ป่วยสูบบุหรี่ วันละ 20 มวน นาน 10 ปี แต่ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่แล้ว 5 เดือน

ผู้ป่วยดื่มสุรา นาน ๆ ครั้ง ตามเทศกาลต่าง ๆ นาน 10 ปี แต่ปัจจุบันเลิกดื่มแล้ว 5 เดือน

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

บิดาของผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยหัวใจล้มเหลว สมาชิกในครอบครัวไม่มีใครเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง

2.การประเมินตามแบบแผนสุขภาพ

แบบแผนที่ 1 การรับรู้สุขภาพ และการดูแลสุขภาพ

ข้อมูลจากการซักประวัติ ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงมาตลอดสามารถออกแรงทำงานรับจ้างได้ปกติ ผู้ป่วยกล่าวว่า “5 เดือนก่อนมีเหนื่อยมากขึ้น ไอบ่อย เลิกไปหาหมอ หมอบอกว่าเป็นวัณโรค ผมกินยาตามที่หมอสั่งตลอดเลยนะ ไม่เคยขาดยาเลย” แต่มีอาการหน้ามืด วิงเวียน บ้าง บางครั้ง ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วยในปัจจุบันนี้ ให้ความร่วมมือในการรักษาตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษาดูอยู่ในโรงพยาบาล

ข้อมูลจากการสังเกตและการตรวจร่างกาย พบว่า ผู้ป่วยเพศชายวัยผู้ใหญ่ รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติดังนี้ $T = 37^{\circ}\text{C}$, $P = 94\text{ bpm}$, $R = 24\text{ bpm}$, $BP = 126/80\text{ mmHg}$, $O_2\text{ saturation} = 100\%$

แบบแผนที่ 2 อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร

ข้อมูลจากการซักประวัติ ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าก่อนหน้านี้ ผู้ป่วยชอบรับประทานอาหารประเภท ผัก และ ทอด รวมถึงรับประทานอาหารมันเป็นประจำ รับประทานอาหารเช้า 3 มื้อ แต่รับประทานอาหารได้น้อยในแต่ละมื้อ

ข้อมูลจากการสังเกตและการตรวจร่างกาย น้ำหนัก 42 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย (BMI) = 15.42 kg/m^2 พบว่าดัชนีมวลกายสมส่วน รูปร่างผอมมาก แผนการรักษาให้รับประทานอาหารเช้า Regular Diet เสริมนม 2 กล่อง จากการสังเกตพบว่าผู้ป่วยรับประทานอาหารเช้าไม่หมดถาดในแต่ละมื้อที่ทางโรงพยาบาลจัดเตรียมไว้ให้

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย

ข้อมูลจากการซักประวัติ ผู้ป่วยให้ประวัติว่า การขับถ่ายปัสสาวะสามารถปฏิบัติเองได้ปกติ ไม่มีแสบขัด ปัสสาวะสีเหลืองไม่มีตะกอน ปัสสาวะวันละ 5-6 ครั้ง/วัน และการขับถ่ายอุจจาระ ปกติ ขับถ่าย 1 วัน/ครั้ง ลักษณะอุจจาระปกติ ไม่มีเลือดปน ไม่มีอาการท้องผูก ทั้งขณะที่อยู่บ้านและอยู่ที่โรงพยาบาลเช่นเดียวกัน

ข้อมูลจากการสังเกตและการตรวจร่างกาย No tender at CVA and abdominal

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย

ข้อมูลจากการซักประวัติ ผู้ป่วยให้ประวัติว่าปกติเวลาอยู่บ้านจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมและกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ไม่ได้ออกกำลังกายแต่มีจะออกมาเดินบริเวณหน้าบ้านพักในเวลาตอนเช้า ทุกเช้าเป็นระยะเวลาประมาณ 10-20 นาที

ข้อมูลจากการสังเกตและการตรวจร่างกาย พบว่า Motor Power ได้แขน ขาทั้งสองข้าง Grade 5

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ

ข้อมูลจากการซักประวัติ ผู้ป่วยให้ประวัติว่า ช่วงที่ยังไม่ป่วย พักผ่อนนอนหลับช่วงเวลากลางคืน ระยะเวลาประมาณ 21.00 – 04.00 น. ไม่นอนในช่วงกลางวัน สามารถพักผ่อนนอนหลับได้เอง แต่พอป่วยมากลางคืนนอนไม่ค่อยหลับ

ข้อมูลจากการสังเกตและการตรวจร่างกาย พบว่าผู้ป่วยไม่สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ดีในเวลากลางคืน ในเวลากลางวันมีการนอนหลับพักผ่อนบ้างบางครั้ง แต่ผู้ป่วยขอพยาบาลการปวดขณะอยู่โรงพยาบาลในช่วงกลางคืน คืนละ 1 ครั้ง

แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้

ข้อมูลจากการซักประวัติ ผู้ป่วยมีการพูดคุยโต้ตอบผู้ป่วยมีการแก้ปัญหาและตัดสินใจได้ไม่มีการสับสน จดจำข้อมูลหรือการนัดหมาย ต่าง ๆ ได้ไม่ผิดพลาด จดจำสมาชิกในครอบครัวได้อย่างถูกต้อง

ข้อมูลจากการสังเกตและการตรวจร่างกาย จากการสังเกตพบว่า ช่วงพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิดและวิตกกังวลอยู่บ่อยครั้ง เนื่องจากมีความวิตกกังวลในเรื่องค่าใช้จ่ายและกลัวการเป็นซ้ำ

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

ข้อมูลจากการซักประวัติ ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า ตนเองป่วยแต่โชคดีที่มีสามีคอยดูแลอยู่ตลอดไม่ปล่อยให้ตามลำพัง เวลาที่สามีไปทำงานจะมีญาติคอยมาดูแลพูดคุยอยู่ด้วยตลอดทำให้รู้สึกไม่โดดเดี่ยวและไม่เหงา

ข้อมูลจากการสังเกตและการตรวจร่างกาย จากการสังเกตพบว่าผู้ป่วยแสดงถึงภาวะสมาชิกในครอบครัวการเป็นภรรยา และเป็นบุตรสาวของพ่อแม่ และมีลูกหลานให้ความเคารพนับถือแล้วให้การ

ดูแลอยู่ตลอดเวลา ผู้ป่วยมีความภูมิใจในตนเองดี พุดคุยและยิ้มแย้มกับลูกหลานตลอดแต่มีบางครั้งที่มีอาการหงุดหงิดบ้างเล็กน้อย

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ

ข้อมูลจากการซักประวัติ ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าสมาชิกภายในครอบครัวทุกคนมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันและไม่มี ความรุนแรงเกิดขึ้นภายในครอบครัวทุกคนรักใคร่กันดี รวมสัมพันธภาพกับบุคคลภายนอกครอบครัวก็ไม่ค่อยมีปัญหาอะไร เพื่อนบ้านก็มีความสนิทสนมกันดี

ข้อมูลจากการสังเกตและการตรวจร่างกาย สัมพันธภาพภายในครอบครัวดี มีการดูแลซึ่งกันและกัน สามีและบุตรสาวของผู้ป่วยมีความห่วงใยและดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี ในฐานะเป็นสมาชิกของครอบครัว หลังจากอาการป่วยดีขึ้นหรือแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านจะกลับบ้านที่ศรีสะเกษ

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์

ข้อมูลจากการซักประวัติ พบว่าสถานภาพแต่งงาน มีบุตรสาว 1 คน ไม่มีปัญหาทางเพศสัมพันธ์ ไม่โรคติดต่อทางระบบสืบพันธุ์ ประจำเดือนมาปกติ

ข้อมูลจากการสังเกตและการตรวจร่างกาย พบว่าอวัยวะเพศภายนอกมีลักษณะปกติดี ไม่พบความผิดปกติใด ๆ

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด

ข้อมูลจากการซักประวัติ ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า ปกติตนเองเป็นคนอารมณ์ดีไม่ค่อยเครียดมาก แต่ทุกครั้งที่เครียดหรือกังวลก็จะคุยกับสามีทุกครั้ง ตั้งแต่ป่วยและเคลื่อนไหวร่างกายไม่ค่อยสะดวกก็เครียดมากกว่าเดิมแต่มีสามีคอยดูแลอยู่ตลอดเวลาเลยคลายความเครียดได้

ข้อมูลจากการสังเกตและการตรวจร่างกาย จากการสังเกตพบว่าบางครั้งผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิดง่ายเนื่องจากการมีพยาธิสภาพของโรคแต่ไม่นานความหงุดหงิดก็หายไป สามารถปรับตัวได้ทำให้ไม่มีผลกระทบกับความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ผู้ป่วยมักถามพยาบาลเกี่ยวกับการรักษาของแพทย์อยู่บ่อยครั้ง

แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ

ข้อมูลจากการซักประวัติ ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ ให้ความสำคัญกับครอบครัวที่มีความรักความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่กันและกัน โดยไม่มีเงื่อนไข ผู้ป่วยยืนยันว่าทุกอย่างต้องผ่านพ้นไปได้ด้วยสติ ดังนั้นผู้ป่วยจึงรวบรวมข้อมูล ต่าง ๆ มาใช้ในการตัดสินใจร่วมกับครอบครัวทุกครั้ง ผู้ป่วยเข้ารับแผนการรักษาและปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพมาตลอด เพราะถือว่าเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด ที่จะสู้กับภาวะของโรค ส่วนการพยากรณ์โรคที่ต้องเฝ้าระวังติดตามต่อไปนั้น ผู้ป่วยเตรียมพร้อมรับทุกสถานการณ์ ถ้าจะต้องมีการผ่าตัดตามมาด้วย

ข้อมูลจากการสังเกตและการตรวจร่างกาย จากการสังเกตไม่พบสิ่งที่แสดงคุณค่าและความเชื่อต่าง ๆ ในตัวผู้ป่วย

3.การตรวจร่างกาย

สภาพทั่วไป ผู้ป่วยชายไทย รูปร่างผอมเล็กน้อย ผอมสัน หน้าตาวิดก้างวล ไม่สดชื่น สัญญาณชีพแรกจับ

BP =111/76 มม.ปรอท. P = 96 ครั้ง/นาที R = 24 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส

ผิวหนัง ผิวสองสี มีความตึงตัวดี ผิวค่อนข้างแห้งบริเวณอื่น ไม่มีผื่นหรือจำเลือด ไม่บวม

ศีรษะ มีศีรษะตั้งตรง ไม่เอียง ผมยาวสีดำ หนังศีรษะสะอาด ไม่มีแผล

ตา ขนาดเท่ากันทั้ง 2 ข้าง มีความสมมาตรกัน ตามองเห็นชัดเจนทั้ง 2 ข้าง มีปฏิกิริยาต่อแสงดี ขนาด 2.5 มิลลิเมตร การเคลื่อนไหวของลูกตาปกติ เยื่อบุตาปกติ ตาขาว

หู สมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง การได้ยินปกติ

จมูก สมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง ไม่มีการอักเสบของเยื่อเมือกผนังกันจมูก

ปาก ริมฝีปากสีชมพู ไม่มีรอยโรค ชุ่มชื้นดี ลิ้นไม่แห้งหรือแตก

ลำคอ คอสมมาตรกัน ไม่มีก้อน ต่อมไทรอยด์ไม่โต

ทรวงอก ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก ทรวงอกสมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง ไม่มีอกบวม ออกถึงหรืออกไก่ หายใจสม่ำเสมอประมาณ 24 ครั้งต่อนาที ทรวงอกขยายตัวเท่ากันทั้งสองข้าง ฟังเสียงปอดไม่มีเสียง crepitation

หัวใจและหลอดเลือด มีความแรงและจังหวะสม่ำเสมอ มีอาการบวมปลายมือ ปลายเท้า มีภาวะหัวใจโต หน้าบวม คอบวม

กล้ามเนื้อและกระดูก กล้ามเนื้อแขนและขาแข็งแรงดี มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนขาอยู่ในระดับ 5 ไม่มีอาการสั่นของกล้ามเนื้อ มีการทรงตัวที่ดี

ระบบทางเดินอาหาร ท้องไม่แข็งไม่มีอาการปวดท้อง ดับและน้ำไม่โต กดไม่เจ็บ

ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ ไม่มีอาการปัสสาวะลำบากปัสสาวะไม่สบขัด สีของปัสสาวะเหลืองใส ไม่มีตะกอน

ระบบประสาท รู้สึกตัวดี การเคลื่อนไหวของแขนขาปกติ E₄M₆V₅

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

4.การตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวินิจฉัย

4.1 Complete Blood Count (CBC)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ค่าปกติ/หน่วยนับ	15พ.ค.66	18พ.ค.66	14 มิ.ย.66	28มิ.ย.66
Red blood cell(RBC)	4.5 – 5.1 M/cumm	4.29	4.47	3.83	4.04
Hemoglobin(HB)	12.3-15.3 g/dL	12.5	13.2	10.7	11.5
Hematocrit(Hct)	36 - 48 %	36.0	37.9	31.6	32.3
White blood cell (WBC)	4.4-11.3 * 10 ³ cells/cumm	7.92	10.60	13.75*	10.10*
Neutrophils	45- 75 %	80.2*	80.8*	91.0*	86.0*
Lymphocytes	20 - 45 %	10.5	7.8	3.0	6.8
Monocyte	2-6 %	8.5	9.0	2.0	6.1
Eosinophil	1-6 %	0.5	2.2	0.0	0.7
Basophil	0-1 %	0.3	0.2	0.0	0.4
Platelet	150-450 * 10 ³ cells/cumm	157	216	373	290
MCV	80 - 96 fL	83.9	84.8	82.5	80.0
MCH	27.5 - 33 pg	29.1	29.5	27.9	28.5
MCHC	31.8 - 35.4 g/dL	34.7	34.8	33.9	35.6
RDW	11.6 - 14.8 %	12.9	13.0	13.7	14.4
PT	9.6-12.8 sec			14.20	
INR				1.21	
PTT	21.7-30.1 sec			26.60	
PTT Ratio				1.00	
CRP	<5 mg/L				

จากผลการตรวจ CBC

พบว่า WBC มีค่าสูงกว่า 9,600 cell/cumm ถ้าค่า WBC มีค่าสูงเกิดจาก การติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง (Sepsis) ภาวะขาดอาหาร (Dietary insufficiency) มะเร็งต่อมน้ำเหลืองหรือมะเร็งชนิดอื่นๆ ที่ลามไปกดเบียดไขกระดูก (Lymphoma or other cancers that spread to bone marrow) สำหรับในกรณีศึกษา ผู้ป่วยเป็นมะเร็งปอดได้รับยาเคมีบำบัด แต่เมื่อปล่อยไว้จนถึงระยะหนึ่ง มีโอกาสที่เซลล์มะเร็งจะแพร่กระจายไปยังส่วนอื่น ๆ ของร่างกายได้ โดยเฉพาะ เซลล์มะเร็งจะหลุดเข้าไปในหลอด

เลือดหรือหลอดน้ำเหลือง หลังจากนั้นมีโอกาสที่จะไปเจริญเติบโตอยู่ที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายได้ ซึ่งจากการตรวจ CBC พบว่า RBC มีค่าต่ำกว่าปกติ แสดงว่าเม็ดเลือดแดงมีปริมาณน้อยกว่าปกติ ภาวะที่เม็ดเลือดแดงมีปริมาณน้อยเกินไป เรียกว่าภาวะเลือดจางหรือโลหิตจาง (Anemia) ซึ่งอาจทำให้การขนส่งออกซิเจนไปใช้ที่ส่วนต่างๆ ของร่างกายทำได้ไม่เพียงพอ ในผู้ป่วยรายนี้อาจเกิดจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด อาจไปกดการทำงานของไขกระดูก (Bone marrow suppression) ไขกระดูกทำหน้าที่สร้างเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาวและเกร็ดเลือด และเนื่องจากการแบ่งเซลล์เป็นจำนวนมากทำให้ได้รับผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดได้ง่าย เพื่อเฝ้าระวังผลข้างเคียงดังกล่าว ยาเคมีบำบัดไม่ได้ออกฤทธิ์ทำลายเม็ดเลือดในกระแสเลือด แต่ไปทำลายเม็ดเลือดที่กำลังแบ่งเซลล์ในไขกระดูกทำให้ร่างกายไม่สามารถผลิตเม็ดเลือดออกมาแทนเม็ดเลือดที่ตายหรือหมดอายุได้ทันตามที่ต้องการ ระดับความรุนแรงของการกดไขกระดูกนั้นขึ้นกับชนิดและปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับ เม็ดเลือดขาวและเกร็ดเลือดจะลดจำนวนลงถึงระดับต่ำสุดภายในระยะเวลา 7-14 วัน และเม็ดเลือดแดงจะลดสู่ระดับต่ำสุด ภายในระยะ 3-4 สัปดาห์ หลังจากได้ยาเคมีบำบัด หลังจากนั้นจะค่อยๆ เพิ่มจำนวนสู่ระดับปกติ

4.2 Chemistry-Immunology

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ค่าปกติ /หน่วยนับ	15พ.ค66	18พ.ค66	16มิ.ย.66	20มิ.ย.66
FBS	70 - 110 mg/dl				
BUN	7 - 18.7 mg/dl	8	11	15	8
Creatinine(+eGFR)	0.4 - 1.6 mg/dl	0.56	0.55	0.50	0.45
eGFR	ML/min	123	124	129	135
Sodium	136 - 145 mEq/L		129	128	127
Potassium	3.5 - 5.1 mEq/L		3.7	4.0	3.4
Chloride	98 - 107 mEq/L		99	100	99
Carbon dioxide	21 - 32 mEq/L		26	23	24
HbA1c	<6.5				
PSA	<4.0				
Magnesium	1.6-2.6 mg/dl				
Calcium	8.4-10.2 mg/dl				
Total protein	6.4 - 8.3 g/dl				5.9

การตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	ค่าปกติ /หน่วยนับ	15พ.ค66	18พ.ค66	16มิ.ย.66	20มิ.ย.66
Albumin	3.4 - 4.8 g/dl				2.5
Globulin	2.3 - 3.5 g/dl				3.4
Total bilirubin	0.2 - 1.2 mg/dl				0.40
Indirect bilirubin	< 0.7 mg/dl				0.27
Direct bilirubin	< 0.5 mg/dl				0.13
AST (SGOT)	5 - 34 U/L				35
ALT (SGPT)	< 55 U/L				53
Alk.phosphatase	40 - 150 U/L				426

การแปลและวิเคราะห์ผล

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

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพิเศษ

ผล CT of Neck

- Progression of disease

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

- Primary Lung cancer in the right hilar region with mediastinal invasion. Increased size and number of bilateral pulmonary metastases.
- Progression of bilateral cervical (right more than left), right axillary, bilateral supraclavicular, right paratracheal, retrotracheal, subcarinal, and both hilar lymph nodes metastases. Pressure effect causing narrowing SVC, obliteration of right brachiocephalic vein, right internal jugular vein and stenosis of left internal jugular vein.

: New right malignant pleural effusion.

: New bone erosion at the head of the right clavicle.

; Lymphangitic carcinomatosis in RLL.

CT neck)

nodules at right chest wall. (limitation in comparison due to non-contrast study of Stable right adrenal metastasis

- Atelectasis of RML.

-Edema and narrowing of cervical and upper thoracic esophagus.

-Still noted enlargement and heterogeneous parenchyma of thyroid gland.

แปลผลการตรวจการลุกลามของโรค

- มะเร็งระยะปฐมภูมิในบริเวณซีกปอดด้านขวาโดยมีการบุกรุกทางช่องกลาง เพิ่มขนาดและจำนวนการแพร่กระจายของปอดในระดับทั้งสองปอด

- การลุกลามของกระดูกไหปลาร้า (ขวามากกว่าซ้าย), รักแร้ขวา, การแพร่กระจายของต่อมน้ำเหลืองทั้งสองข้าง ผลกระทบจากแรงกดทำให้ SVC แคบลง หลอดเลือดดำ brachiocephalic ด้านขวาถูกทำลาย หลอดเลือดดำคอขวาภายใน และการตีบของหลอดเลือดดำคอซ้ายภายใน

: เยื่อหุ้มปอดอักเสบชนิดใหม่ด้านขวา

: การพังทลายของกระดูกใหม่ที่ส่วนหัวของกระดูกไหปลาร้าด้านขวา

- มะเร็งต่อมน้ำเหลืองใน RLL

- Atelectasis ของ RML

- อาการบวมและการตีตันของหลอดอาหารบริเวณคอและทรวงอกส่วนบน

- ยังคงสังเกตเห็นการขยายตัวและเนื้อเยื่อที่แตกต่างกันของต่อมไทรอยด์

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

5.พยาธิสภาพจากทฤษฎีเปรียบเทียบกับกรณีศึกษา

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
โรคมะเร็งปอด อุบัติการณ์ โรคมะเร็งปอดเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นของประชากรโลก อัตราการรอดชีวิตใน 5 ปีหลังการวินิจฉัยโรคจะต่ำมาก การรายงานของ American Society of Clinical Oncology (ASCO) ทั่วโลกมีค่าเฉลี่ยจะอยู่ประมาณร้อยละ 10-20 (ASCO,2023) สำหรับประเทศไทยมีการรอดชีวิตต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคืออยู่ที่ต่ำกว่าร้อยละ 10 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ,2564) สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคมะเร็งปอด คือการสูบบุหรี่ เนื่องจากในบุหรี่ ประกอบด้วยสารที่ก่อให้เกิดมะเร็งหลายชนิด ความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปอดเพิ่มขึ้นตามจำนวนบุหรี่ และระยะเวลาที่สูบซึ่งสามารถคำนวณหาความเสี่ยงเป็น pack-years ยิ่งไปกว่านั้นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่หรือผู้สูบบุหรี่มือสอง (secondhand smoke) สาเหตุอื่นๆ นอกจากการสูบบุหรี่ เนื่องจากการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยหลักในการเกิดมะเร็งประมาณร้อยละ 90 มีการศึกษาสาเหตุอื่น ๆ - สารเรดอน พบว่าผู้ป่วยที่เกิดมะเร็งปอดจากสารเรดอนส่วนมากจะมีประวัติสูบบุหรี่และสัมผัสกับสารเรดอน - มลภาวะในอากาศ - อาชีพ มีอาชีพหลายอย่างที่ต้องสัมผัสกับสารก่อมะเร็งหลายชนิด โดยเฉพาะเมื่อผู้นั้นสูบบุหรี่ด้วยโอกาสเกิดมะเร็งปอดจะมากขึ้น เช่น asbestos, metals (arsenic, chromium, nickel), ionizing radiation และ polycyclic aromatic. (Marsh GM, Riordan AS, et al.,2017) - โรคปอดบางชนิด การเกิดโรคมะเร็งปอดบ่อยขึ้นในผู้ป่วยโรคปอดบางชนิด เช่น Idiopathic interstitial pulmonary fibrosis พบว่าจะเกิดadenocarcinoma ได้บ่อยขึ้น ในผู้ป่วย	ในกรณีศึกษาให้ประวัติมีการสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุยังน้อยและสูบบุหรี่ต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลานานจึงทำให้เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดมะเร็งปอด ผู้ป่วยปฏิเสธการสัมผัสสารเคมีก่อนมะเร็ง และประกอบอาชีพที่สัมผัสกับสารก่อมะเร็ง

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
sarcoidosis จะมีโอกาสเกิดมะเร็งปอดเพิ่มขึ้นได้ 3 เท่า เช่นเดียวกับในรอยโรคเก่าของวัณโรคปอดที่พบว่ามีโอกาสกลายเป็น adenocarcinoma ได้ ผู้ที่ป่วยเป็นโรคถุงลมโป่งพอง (Chronic obstructive pulmonary disease; COPD) มีโอกาสเกิดโรคมะเร็งปอดได้มากกว่าผู้ที่สูบบุหรี่ในปริมาณที่เท่ากัน ทั้งนี้ อาจมีสาเหตุจากการที่หลอดลมในผู้ป่วยโรคนี้มีการเปลี่ยนแปลงทำให้สารก่อมะเร็งในบุหรี่มีโอกาสสัมผัสกับหลอดลมได้นานขึ้น การวินิจฉัยโรคมะเร็งปอด 1.ประวัติความเสี่ยงและอาการที่ต้องสงสัยต่อการป่วยด้วยโรคมะเร็งปอด 2.การตรวจร่างกายโดยแพทย์ เพื่อหารอยโรคและตำแหน่งที่เกิดความผิดปกติในและนอกปอด ก่อนพิจารณาส่งตรวจและสืบค้นต่อไป 3. การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษต่าง ๆ เช่น การส่องกล้องเพื่อดูหลอดลม และตัดชิ้นเนื้อ การส่องกล้องเข้าไปในช่องกลางทรวงอก การตรวจทางรังสีวิทยาต่าง ๆ เช่น เอกซเรย์ปอด การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง หรืออัลตราซาวด์ (Ultrasound) การตรวจด้วยเครื่องเพท-สแกน หรือเครื่องเพท/ซีทีสแกน เป็นต้น 4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจเลือดดูหน้าที่การทำงานของตับและไต การตรวจนับจำนวนเม็ดเลือดและการหาสารบ่งชี้มะเร็ง (tumor marker) เพื่อติดตามการดำเนินโรค เป็นต้น 5.การวินิจฉัยโรคมะเร็งปอดจำเป็นต้องมีการยืนยันด้วยการตรวจผลชิ้นเนื้อ (biopsy) ผลทางพยาธิวิทยาจะบ่งชี้ถึงชนิดของโรคมะเร็ง การรักษา 1.การผ่าตัด (Surgery) การผ่าตัดเป็นการรักษาโรคมะเร็งปอดที่ได้ผลดีที่สุด ดังนั้นหากพบผู้ป่วยที่ก้อนมะเร็งอยู่ในลักษณะที่จะผ่าตัดเอาออกได้หมด และผู้ป่วยยังมีสุขภาพดีพอที่จะทนการผ่าตัดได้ควรจะให้การรักษาโดยการผ่าตัดทุกราย 2 การใช้ยาเคมีบำบัด (chemotherapy) ปัจจุบันมียาเคมีบำบัดมากมายที่ใช้ในการรักษาโรคมะเร็งปอด เช่น ยาพาราพลาติน (paraplatin) ยาเวพาซีส (vepesid) และอื่น ๆ โดยเฉพาะมะเร็ง	ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเสี่ยง ได้ทำการถ่ายภาพรังสีทรวงอกและ การทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เพื่อหาตำแหน่งที่แน่นอน และได้ทำการตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
ชนิดเซลล์เล็ก ซึ่งอาจได้ผลทำให้ผู้ป่วยมีอายุยาวนานขึ้น แต่มีผลข้างเคียงมากและไม่ได้ทำให้อัตราตายน้อยลง โดยทั่วไป การรักษาโรคมะเร็งปอด 3 การฉายรังสี รังสีรักษามีบทบาทในการรักษาโรคมะเร็งปอดชนิดไม่ใช่เซลล์เล็กคือ มีบทบาททั้งในด้านการรักษาให้หายขาด (curative treatment) และรักษาแบบประคับประคอง (palliative treatment) ในผู้ป่วยที่มีอาการมากเพื่อให้ทุเลาจากอาการที่ทรมานของผู้ป่วย เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วย การเกิดผลข้างเคียงจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งของร่างกายที่ได้รับรังสีและปริมาณรังสีที่ได้รับ อาการที่พบบ่อย ได้แก่ คอแห้ง เจ็บคอ กลืนลำบาก อ่อนเพลีย ผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีมีการเปลี่ยนแปลง และอาการเบื่ออาหาร ผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณศีรษะจะมีอาการปวดศีรษะ ผิวหนังเปลี่ยนแปลง ผมร่วง อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน และอาจมีปัญหาเรื่องความจำและความรู้สึกนึกคิดได้ ภาวะแทรกซ้อนของโรคมะเร็งปอด ภาวะฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคมะเร็งจึงสามารถแบ่งเป็น 3 กลุ่มได้แก่ 1. โครงสร้างหรือภาวะอุดตันที่เกิดจากก้อนมะเร็ง (structural or obstructive emergencies) 2. ภาวะความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมและฮอร์โมน (Metabolic or hormonal problems) 3. ผลจากการรักษา (secondary to complications a rising from treatment effects) - ภาวะอุดตันหลอดเลือดดำใหญ่ superior vena cava (superior vena cava obstruction) - ภาวะบีบรัดเยื่อหุ้มหัวใจ (pericardial tamponade) การกดเบียดไขสันหลัง (spinal cord compression) - ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสมองสูง (increased intracranial pressure)	การรักษาผู้ป่วยรายนี้ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยมีภาวะ SVC obstruction ได้พิจารณาให้ฉายรังสีรักษา 10 แสง

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
-การอุดตันทางเดินปัสสาวะ (urinary obstruction) -ไอเป็นเลือดและการอุดตันทางเดินหายใจ (hemoptysis and airway obstruction) ภาวะอุดตันหลอดเลือดดำใหญ่ superior vena cava (Superior vena cava syndrome) ภาวะอุดตันหลอดเลือดดำใหญ่ superior vena cava หรือ Superior Vena Cava Syndrome (SVCS) เกิดจากการอุดตันบางส่วนหรือทั้งหมดของทางเดินของเลือดเข้าสู่หัวใจห้องบนขวา ทำให้เกิดการลดลงของการไหลกลับของหลอดเลือดดำบริเวณศีรษะและคอ บริเวณแขนทั้งสองข้างและหน้าอก สาเหตุการอุดตันดังกล่าว ได้แก่ ก้อนมะเร็งกดเบียดการลุกลามของก้อนมะเร็ง การเกิดลิ่มเลือด หรือพังพืดของหลอดเลือด พยาธิสรีรวิทยา Superior vena cava (SVC) เป็นหลอดเลือดดำหลักมีหน้าที่รองรับเลือดดำที่ไหลมาจาก ศีรษะ คอ แขน และทรวงอกส่วนบน SVC อยู่ใน middle mediastinum และ ถูกล้อมรอบด้วยโครงสร้างที่ค่อนข้างแข็งแรงกว่า เช่น sternum, trachea, right bronchus, aorta, pulmonary artery, perihilar และ paratracheal lymph nodes. SVC เป็นหลอดเลือดที่มีผนังบางมีความดันภายในต่ำ จึงถูกกดเบียดได้ง่ายจากอวัยวะที่อยู่โดยรอบการปิดกั้น SVC อาจเกิดจาก มะเร็งลุกลามสู่ผนังหลอดเลือด SVC ทำให้เกิดลิ่มเลือด (intravascular thrombosis) ขึ้นหรืออาจเกิดจากก้อนมะเร็งมีแรงกดเบียด (extrinsic pressure) ต่อผนังของ SVC. การตรวจชั้นสูตรภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว แสดงให้เห็นว่า complete SVC obstruction เป็นผลมาจาก intravascular thrombosis ร่วมกับ extrinsic pressure ส่วน incomplete SVC obstruction ส่วนใหญ่เกิดจาก extrinsic compression ที่ไม่มี thrombosis ร่วมด้วย. ส่วนใหญ่ของ SVCS ใช้เวลาเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ ภายใน 2-3 สัปดาห์ สำหรับ SVC obstruction ที่เกิดขึ้นแบบฉับพลันทันใดนั้นพบได้น้อย แต่เป็นภาวะฉุกเฉิน true emergency เพราะทำให้เกิด increased intracranial pressure ซึ่งมีผลทำให้เกิด cerebral	ผู้ป่วยมีภาวะ ภาวะอุดตันหลอดเลือดดำใหญ่ superior vena cava (superior vena cava obstruction) ขณะให้ยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยมีภาวะอุดตันบริเวณของ left internal jugular vein ชนิด

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
edema, intracranial thrombosis or bleeding หรือ เสียชีวิต ได้SVC ที่ถูกปิดกั้นมีผลให้ venous return จากร่างกายส่วนบน ไหลกลับสู่หัวใจโดยอาศัยการไหลเวียนผ่านทาง venous collateral circulation อาการแสดงที่เป็นลักษณะเฉพาะของ SVCS ได้แก่ - dilated neck veins, - increased number of collateral veins บริเวณ anterior chest wall, - cyanosis, - facial plethora, - non-pitting edema of the face , arms, and chest. ผู้ป่วยที่เป็น severe SVCS จะพบมี proptosis, glossal edema, laryngeal edema/ stridor, stupor และ seizure การรักษา เคมีบำบัด (Chemotherapy) จะถูกเลือกใช้เป็นอันดับแรกในการรักษา SVCS ที่เกิดจากมะเร็งที่มีความไวต่อchemotherapy (chemo sensitive tumors) รังสีรักษา (Radiotherapy) เป็นการรักษาหลักในผู้ป่วย SVCS ที่มีสาเหตุจากมะเร็ง โดยเฉพาะในโรคมะเร็งที่กำลังลุกลามขึ้นใหม่ หลังจากได้รับเคมีบำบัดไปแล้ว หรือเป็น มะเร็งที่ไม่ไวต่อ chemotherapy เช่น non-small cell lung cancer. การใส่ SVC stent (SVC stenting) สามารถบรรเทาอาการของผู้ป่วย SVCS ส่วนใหญ่ได้อย่างรวดเร็วภายใน 2-3 วันและทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น การผ่าตัด surgical bypass of the SVC อาจเป็นประโยชน์ช่วยบรรเทาอาการของผู้ป่วย SVCS ที่ไม่ได้มีสาเหตุจากโรคมะเร็ง.SVCS และ Central Venous Catheters. การใช้ long-term central venous cathetersในผู้ป่วยมะเร็งเพื่อให้ยาเคมีบำบัด และ/หรือ สารอาหารทางหลอดเลือด	ที่ 1 ที่มี การอุดตัน ของ brachiocephalic ทำให้เกิดความดันในหลอดเลือดสูง ผู้ป่วยมีภาวะ dilated neck veinsมี cyanosis, facial plethora, non-pitting edema of the face มีอาการหายใจลำบาก หายใจหอบลึก ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาโดยการเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสีรักษา 10 แสง

การรักษาที่ได้รับ

Paclitaxel

ข้อบ่งใช้ Paclitaxel เป็นยาที่ใช้รักษาโรคมะเร็ง สกัดมาจากเปลือกและใบของต้น Pacific Yew ปัจจุบันสามารถสังเคราะห์ได้ในห้องปฏิบัติการ ยา Paclitaxel มีลักษณะเป็นของเหลวใส ที่ใช้ฉีด หรือหยดเข้า ๆ เข้าทางหลอดเลือดดำ

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

ขนาดและวิธีใช้ Paclitaxel/Taxol (175mg/m²) 280 mg + 0.9% NSS 500 ml. iv drip in 3 hours

คำแนะนำ

- ก่อนที่จะได้รับการรักษาแพทย์จะตรวจเลือดเพื่อดูจำนวนเม็ดเลือดในร่างกาย เพื่อที่จะปรับขนาดยาและระยะเวลาการให้ยาที่เหมาะสม รวมทั้งลดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

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

อาการข้างเคียงของยา Paclitaxel

อาการไม่พึงประสงค์	ระยะเวลาที่เริ่มพบ*
ผื่นร่วง (93%6)	E
ท้องเสีย (25%)	I E
คลื่นไส้/อาเจียน (44%)	I
อ่อนเพลีย (17%)	E
ภูมิคุ้มกันต่ำ (เม็ดเลือดขาวต่ำ) ติดเชื้อง่าย (27%)	E
เกร็ดเลือดต่ำ เลือดออกง่าย (7%)	
ปวดกล้ามเนื้อ (60%, รุนแรง 12%)	E
ชาปลายมือปลายเท้า (64%, รุนแรง 3%)	E
พิษต่อตับ (เพิ่ม LFT 22%)	E

อาการไม่พึงประสงค์	ระยะเวลาที่เริ่มพบ*
พิษต่อไต (เพิ่ม SCr 7%)	E
บวม (21%)	E
แผลที่ปาก (20%)	E
ผื่น, หายใจไม่ออก, หน้าแดง	I

Carboplatin

กลุ่ม Alkylating agent ยับยั้งการสังเคราะห์สารพันธุกรรมของเซลล์มะเร็ง อย่างเช่น DNA และ RNA ส่งผลให้เซลล์มะเร็งหยุดการแบ่งตัว

ข้อควรระวังระหว่างรับยา

1. เนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ผู้ป่วยทุกรายจึงจะได้รับยาฉีดป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนก่อนรับยาเคมีบำบัดประมาณ 30 นาที
2. ยาเคมีบำบัดทุกชนิดอาจทำให้เกิดอาการแพ้ยาได้ หากรู้สึกแน่นหน้าอก หัวใจเต้นผิดปกติ ใจสั่น เวียนศีรษะ หายใจติดขัด ต้องแจ้งพยาบาลทันที

อาการข้างเคียงจากยาสูตรนี้

1. หลังได้รับยาประมาณ 2-3 วัน อาจมีอาการคลื่นไส้อาเจียน พะอืดพะอม ซึ่งแพทย์จะสั่งยาป้องกันอาการให้กลับไปรับประทานที่บ้านต่อเนื่อง
2. ช่วงสัปดาห์แรกหลังรับยาอาจมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ซึ่งจะค่อยๆ ดีขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป
3. ยานี้อาจทำให้เกล็ดเลือดต่ำ เลือดออกง่ายและหยุดยาก โดยอาการอาจเริ่มเกิดในวันที่ 21 หลังให้ยา ควรเพิ่มความระมัดระวังและไม่ควรใช้ยาแก้ปวดกลุ่มที่ระคายเคืองกระเพาะอาหารเช่น แอสไพริน

Dexamethasone

Dexamethasone เป็นยาสังเคราะห์ในกลุ่มกลูโคคอร์ติคอยด์ (Glucocorticoid) ที่เป็นยาสเตียรอยด์ชนิดหนึ่ง ซึ่งใช้รักษาโรคและภาวะผิดปกติหลายอย่าง เช่น ด้านการอักเสบกดภูมิคุ้มกัน รักษาอาการแพ้ รวมถึงความผิดปกติเกี่ยวกับระบบต่าง ๆ เช่น ทางเดินหายใจ ทางเดินอาหาร ต่อมไร้ท่อ เลือด ผิวหนังกล้ามเนื้อ ข้อ กระดูก คอลลาเจน และโรคกระดูกบางชนิด ยา Dexamethasone เป็นยาควบคุมพิเศษที่มีข้อควรระวังและข้อห้ามใช้หลายประการและมีใช้ในสถานพยาบาลที่มีใบอนุญาตเท่านั้น การใช้ยานี้อย่างปลอดภัย เหมาะสม และมีประสิทธิผลมากที่สุดจะต้องอยู่ภายใต้ดุลยพินิจของแพทย์ผู้ให้การรักษาเท่านั้น

สรรพคุณ

ใช้เป็นยาต้านการอักเสบหรือกดภูมิคุ้มกัน ช่วยบรรเทาอาการอักเสบต่าง ๆ ที่เกิดกับร่างกาย เช่น ระวังการอักเสบในผู้ป่วยโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ รักษาการอักเสบที่บริเวณผิวหนัง ข้อต่อ ปอด และอวัยวะอื่นๆ

ใช้รักษาอาการแพ้ ใช้บรรเทาอาการแพ้ชนิดปฏิกิริยาภูมิแพ้รุนแรงเฉียบพลัน (Anaphylaxis)

ใช้เป็นยารับอาการแพ้โดยผสมกับยาหยอดตา-หู หรือยาพ่นจมูก รักษาโรคหืด

ใช้รักษาโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (Multiple sclerosis) ในระยะอาการกำเริบเฉียบพลัน

ใช้รักษาอาการผิดปกติทางระบบประสาทหรือการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อพยาธิทริคิโนซิส (Trichinosis)

ใช้รักษาภาวะโลหิตจางที่เกิดจากเม็ดเลือดแดงแตกโดยภูมิคุ้มกันต้านทานตนเอง (Autoimmune hemolytic anemia)

ใช้เสริมกับยาต้านเชื้อวัณโรคเพื่อรักษาหรือบรรเทาอาการที่เกิดจากการติดเชื้อวัณโรคที่เยื่อหุ้มสมองหรือวัณโรคปอดชนิดแพร่กระจาย (Disseminated pulmonary tuberculosis)

ใช้เป็นยาเสริมสำหรับโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid arthritis)

ใช้รักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดแบบเฉียบพลัน (Acute lymphocytic leukemia)

ใช้รักษาภาวะแคลเซียมในเลือดสูงเนื่องจากโรคมะเร็ง

ใช้วินิจฉัยกลุ่มอาการคุซิง (Cushing's syndrome)

ใช้รักษาความผิดปกติของระบบเลือด โรคที่เกี่ยวข้องกับต่อมหมวกไต และโรคมะเร็งบางชนิด

ใช้เป็นยาลดภาวะสมองบวมในผู้ป่วยด้วยเนื้องอกสมองหรือมะเร็งสมอง

ใช้เป็นยาบรรเทาและลดอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็ง

กลไกการออกฤทธิ์

Dexamethasone เป็นยาในกลุ่มกลูโคคอร์ติคอยด์ชนิดสังเคราะห์ ที่มีฤทธิ์ต้านการอักเสบมากกว่า Prednisolone 5-7 เท่า และมากกว่ายา Hydrocortisone 20-30 เท่า นอกจากนี้ยังมีฤทธิ์ต้านอาการแพ้ ลดไข้ และกดภูมิคุ้มกันได้เหมือนกลูโคคอร์ติคอยด์ชนิดอื่นๆ โดยกลไกต้านการอักเสบของ dexamethasone นั้นมีหลายกลไก เช่น ยับยั้งการเคลื่อนย้ายเม็ดเลือดขาวชนิดพอลีมอร์โฟนิวเคลียร์ (Polymorphonuclear) ไม่ให้เข้าสู่บริเวณที่อักเสบ ยับยั้งการเกาะของนิวโทรฟิลและโมโนไซต์ที่เซลล์ผนังหลอดเลือดฝอย (Capillary endothelial cell) ตรงบริเวณที่อักเสบ ยับยั้งการสะสมของแมโครฟาจในบริเวณที่อักเสบ ทำให้เมมเบรนของไลโซโซมของเม็ดเลือด (Leukocyte lysosomal membrane) แข็งแรงขึ้น ด้านฤทธิ์อิสตามีนและลดการปล่อยไซโตไคน์หลายชนิดจากเซลล์ Mast cell รบกวนการทำงานของสารตัวกลางในการตอบสนองการอักเสบ ยับยั้งฤทธิ์ของเอนไซม์ Phospholipase A2 ทำให้ลดการสร้างโพรสตาแกลนดินส์ (Prostaglandins) ลิวโคทรีนส์ (Leukotrienes) และสารประกอบอื่นที่เกี่ยวข้อง ลดการสะสมคอลลาเจน ลดการสร้างแผลเป็น เป็นต้น

ส่วนฤทธิ์การกดภูมิคุ้มกันของยา Dexamethasone เกิดจากการยับยั้งการตอบสนองในการสร้างแอนติบอดีและการตอบสนองผ่านเซลล์ โดยลดการทำงานและลดปริมาณของระบบน้ำเหลืองทำให้มีลิมโฟไซต์ในเลือดต่ำลง (Lymphocytopenia) ลดระดับความเข้มข้นของอิมมูโนโกลบูลิน (Immunoglobulin) และ Complement ลดการผ่านของ Immune complexes เข้าออก Basement membranes และกดฤทธิ์ปฏิกิริยาของเนื้อเยื่อที่มีต่อ Antigen-antibody interaction กระตุ้น Erythroid cells ของไขกระดูก ทำให้อายุของเม็ดเลือดแดงและเกล็ดเลือดยาวขึ้น และทำให้จำนวนนิวโทรฟิลสูงขึ้น (Neutrophilia) และจำนวนอีโอซิโนฟิลต่ำลง (Eosinopenia) ด้วยกลไกดังกล่าวนี้เองจึงทำให้ยาเดกซาเมทาโซนช่วยลดการอักเสบและทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นได้

ขนาดและวิธีใช้

ยา Dexamethasone ในปริมาณต่างๆ จะมีผลต่อร่างกายแตกต่างกันไป หากแบ่งตามปริมาณของยาเดกซาเมทาโซนที่ได้รับต่อวัน สามารถแบ่งได้ดังนี้

ขนาดยา Dexamethasone ที่ถือว่ามียุทธศาสตร์ทางเภสัชวิทยา (Pharmacological dose) ซึ่งเป็นขนาดยาที่สูงกว่า Physiologic dose สามารถแบ่งได้เป็นหลายระดับ ดังนี้

- ขนาดต่ำ (Low dose, Maintenance dose) วันละ 0.75-2.25 มิลลิกรัม
- ขนาดปานกลาง (Moderate dose) วันละ 0.075 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม
- ขนาดสูง (High dose) วันละ 0.15-0.45 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม
- ขนาดสูงมาก (Massive dose) วันละ 2.25-4.5 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

ผลข้างเคียงจากการใช้ยา

หลังการใช้ยา Dexamethasone อาจพบอาการข้างเคียง ดังนี้ เกิดสิว นอนไม่หลับ วิงเวียนศีรษะ รับประทานอาหารมากขึ้น น้ำหนักเพิ่ม เบื่ออาหาร ผิวง่ายไหม้ หนึ่งบางลง ซึมเศร้า ความดันโลหิตสูง มีความเสี่ยงของการติดเชื้อมากขึ้น ความดันในลูกตาเพิ่มขึ้น อาเจียน คลื่นไส้ จิตใจสับสน ปวดศีรษะ ปัสสาวะน้อยลง บวม ใบหน้า ตามนัยมือและขา กรณีที่ใช้ยาเป็นเวลานานๆ อาจเกิดต่อกระดูก

การพยาบาล

1. ห้ามใช้ในผู้ที่มีประวัติแพ้ยาทุกชนิด เช่น กินยาแล้ว คลื่นไส้มาก ขึ้นผื่น หรือแน่นหายใจติดขัด หายใจลำบาก
2. ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวต่างๆ เพราะยา Dexamethasone อาจส่งผลให้อาการของโรคเหล่านั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยาอื่น ๆ ที่กินอยู่ก่อน

Chlorpheniramine

เป็นยาแก้แพ้หรือยาด้านฮิสตามีนในกลุ่มอัลโคลามีน (Alkylamine) ถูกนำมาใช้รักษาอาการแพ้ต่าง ๆ เช่น ลมพิษ ผื่นคัน หวัด ภูมิแพ้ ใช้บรรเทาอาการหวัดและอาการคัน แต่ผลข้างเคียงที่พบบ่อยของยานี้คือ อาการง่วงนอน โดยจะมีอาการตั้งแต่เล็กน้อย ๆ มีอาการซึม ๆ ไม่สดชื่น อ่อนเพลีย ซึ่งจะ

ลักพักหนึ่งแล้วกลับมาเป็นปกติ หรือบางคนอาจจะมีอาการง่วงนอนมาก จนขนาดลุกไม่ไหว อยากนอนมาก และไม่สามารถทำงานหรือดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

สรรพคุณ

เป็นสารต้านฮิสตามีนสำหรับใช้รักษาและบรรเทาอาการแพ้ต่าง ๆ เช่น ลมพิษ ผื่นคัน หวัด ภูมิแพ้ ไข้ละอองฟาง เยื่อจมูกอักเสบเนื่องจากการแพ้ เยื่อตาขาวอักเสบจากการแพ้ การแพ้อาหาร แพ้ยา หรือน้ำเกลือ ยุง แมลง เป็นต้น และยังใช้เป็นยาลดน้ำมูกไหลเนื่องจากหวัด และบรรเทาอาการคันจากสาเหตุต่าง ๆ

ใช้บรรเทาอาการแพ้และหวัด ได้แก่ อาการจาม น้ำมูกไหล (ช่วยลดน้ำมูกใส ๆ คัดจมูก ตาแดง คันที่ตาและน้ำตาไหล คันจมูกและคอ

ใช้บรรเทาอาการแพ้ไข้ละอองฟาง (Hay fever) ซึ่งมีสาเหตุมาจากการแพ้สารจำพวกละอองเกสรดอกไม้ ฝุ่นละออง หรือสารอื่นในอากาศ

ใช้บรรเทาอาการคันจากสาเหตุต่าง ๆ รักษาอาการคันระคายเคืองในบริเวณดวงตา และกรณีใส่เพื่อรักษาโรคกระตุก

กลไกการออกฤทธิ์

กลไกการออกฤทธิ์โดยการป้องกันร่างกายไม่ให้ตอบสนองกับสารก่อภูมิแพ้ที่เข้ามากระตุ้นภายในร่างกาย

ขนาดและวิธีใช้

ยาเม็ด ขนาด 2 และ 4 มิลลิกรัม/เม็ด

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

ผู้ใหญ่และเด็กอายุ 13 ปีขึ้นไป ให้รับประทานยาครั้งละ 1 เม็ด วันละ 24 ครั้ง หรือทุก 4-6 ชั่วโมง หรือฉีดครั้งละ 1/2-1 หลอด เข้ากล้ามเนื้อหรือเข้าหลอดเลือดดำ

ผลข้างเคียงจากการใช้ยา

ยานี้มักทำให้เกิดง่วงนอน มึนงง เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว การมองเห็นไม่ชัดเจน ปากคอ จมูกแห้งใจสั่น ความดันโลหิตต่ำ หงุดหงิด มือสั่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหารหรือเจริญอาหาร ท้องเสีย ไม่สบายท้อง ท้องผูกจากฤทธิ์แอนติโคลิเนอร์จิก ปัสสาวะลำบาก เป็นลมพิษ ผื่นคัน เป็นต้น

ผลข้างเคียงรุนแรงของยานี้ คือ มีปัญหาในการมองเห็น เช่น มองเห็นไม่ชัด มีปัญหาในการหายใจ อาการกระวนกระวาย ตื่นเต้น วิดกกังวล นอนไม่หลับ หน้ามืด วิงเวียนคล้ายจะเป็นลม หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ ใจสั่น หรือเจ็บแน่นหน้าอก ปัสสาวะลำบาก การชัก การเกร็งของกล้ามเนื้อและใบหน้า เป็นต้น

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

การพยาบาล: ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีประวัติการแพ้ยา Chlorpheniramine หรือส่วนประกอบใดๆ ของยา
การแพ้ยา กลุ่มอัลโคลามีน (Alkylamine) และประวัติการแพ้ยาอื่นๆ ทุกชนิด รวมทั้งอาการแพ้ยา เช่น
รับประทานยาแล้วคลื่นไส้มาก หรือแน่น หายใจติดขัด/หายใจลำบาก เป็นต้น

Lorazepam (Ativan)

สรรพคุณ

Lorazepam ชื่อการค้าที่คนไทยรู้จัก คือ Ativan เป็นยาที่จัดอยู่ในกลุ่ม Benzodiazepine ใช้
เป็นยาคลายความวิตกกังวล คลายเครียด ใช้เป็นยาป้องกันอาการชัก และช่วยคลายกล้ามเนื้อ ช่วยสงบ
ประสาท และทำให้นอนหลับ

กลไกการออกฤทธิ์

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

ขนาดและวิธีใช้

สำหรับรักษาอาการวิตกกังวล รับประทานครั้งละ 1-2 มิลลิกรัม วันละ 2-3 ครั้ง

สำหรับอาการนอนไม่หลับ รับประทาน 2-4 มิลลิกรัม ก่อนนอน

ผลข้างเคียงจากการใช้ยา

ยาออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง อาการที่พบส่วนใหญ่ คือ ง่วงซึม กล้ามเนื้อทำงานไม่
ประสานกัน สูญเสียการควบคุมการเคลื่อนไหว สับสน มึนงง เวียนศีรษะ ใจสั่น ชีพจรเต้นเร็ว เสียความจำ
ชั่วคราว มีรายงานการเกิดอาการระคายเคืองทางเดินอาหาร และพบปฏิกิริยาทางผิวหนัง

การพยาบาล

1. สังเกตอาการที่อาจเกิดจากการแพ้ยา ต้องหยุดยาทันทีและรายงานแพทย์ เช่น กินยาแล้ว
คลื่นไส้มาก ขึ้นผื่น หรือแน่นหายใจติดขัด หายใจลำบาก
2. ชักประวัติเกี่ยวกับโรคประจำตัวต่างๆ รวมทั้งกำลังกินยาอะไรอยู่ เพราะยาอาจส่งผลให้อาการ
ของโรคเหล่านั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยาอื่นที่กินอยู่ก่อน
3. ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีโรคต่อหีน โรคลมชัก โรคปอด โรคตับ โรคหัวใจ ภาวะติดเหล้า ภาวะ
ซึมเศร้า โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิดร้ายแรง โรคพาร์กินสัน

Plasil (Metoclopramide)

สรรพคุณ

ผลทางวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บำบัดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ช่วยทำให้กระเพาะและลำไส้บีบไล่อาหารที่ค้างอยู่ในช่องทางเดินอาหารได้เร็วมากขึ้น ยาตัวนี้เหมาะที่จะใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการของกระเพาะและลำไส้ทำงานได้ไม่ดีหรือบีบตัวน้อยเกินไป จนทำให้อาหารค้างคั่งอยู่จนก่อให้เกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนขึ้นมา นอกจากนี้ยังเป็นส่วนประกอบในการรักษาโรคต่างๆ อีกด้วย เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียนจากการฉายรังสีรักษา จากยาเคมีบำบัด จากการติดเชื้อ จากโรคไมเกรน จากการตั้งครรภ์ จากโรคมะเร็ง จากภาวะสารถูเรย์เกินในร่างกาย โดยตัวยานี้จะไปออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของสารสื่อประสาทในสมองบางตัว เช่น Dopamine ด้วยสารตัวนี้จะกระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้ได้นั่นเอง และสำหรับในหญิงที่อยู่ในภาวะให้นมบุตร ยานี้ยังช่วยกระตุ้นให้มีการหลั่งน้ำนมได้มากขึ้นอีกด้วย

ขนาดและวิธีใช้

สำหรับโรคกระเพาะ-ลำไส้ทำงานผิดปกติ รับประทานครั้งละ 10 มิลลิกรัม วันละ 4 ครั้ง

สำหรับรักษาภาวะกรดไหลย้อน รับประทานครั้งละ 10-15 มิลลิกรัม วันละ 4 ครั้ง

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

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

ผลข้างเคียงจากการใช้ยา

ผลต่อสมอง: มีอาการ ง่วงนอน อ่อนเพลีย วิงเวียน รู้สึกสับสน นอนไม่หลับ มีอารมณ์ซึมเศร้า

ผลต่อระบบฮอร์โมน: อาจทำให้มีอาการน้ำนมไหล หน้าอกโต และประจำเดือนขาด

ผลต่อหัวใจและหลอดเลือด: ความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นช้าหรือเร็วผิดปกติ

ผลต่อระบบทางเดินอาหาร: อาจกระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้และท้องเสียติดตามมา

ผลต่อดับ: อาจเกิดอาการตัวเหลือง ตาเหลือง ด้วยเกิดพิษของยานี้ต่ออวัยวะตับ

ผลต่อผิวหนัง: อาจก่อให้เกิดอาการผื่นคัน

การพยาบาล: ฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ได้แก่ การหายใจลำบาก คอแข็งขาเกร็งเกร็ง

Ranitidine

สรรพคุณ

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

กลไกการออกฤทธิ์

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

ขนาดและวิธีใช้

- สำหรับแผลในกระเพาะ-ลำไส้ชนิดเฉียบพลัน: รับประทานครั้งละ 150 มิลลิกรัม เข้า-เย็นหรือรับประทานครั้งละ 300 มิลลิกรัม วันละครั้ง ก่อนนอน เป็นเวลาติดต่อกัน 4 สัปดาห์ หากต้องรับประทานนานกว่านี้ ให้ลดขนาดรับประทานเป็น 150 มิลลิกรัม วันละครั้ง ก่อนนอน

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

ผลข้างเคียงจากการใช้ยา: อาจเกิดผลไม่พึงประสงค์ คือ ลมพิษ มีไข้ หลดลมเหตุเกร็ง ทำให้หายใจลำบาก ความดันโลหิตต่ำ เจ็บหน้าอก

การพยาบาล: ห้ามใช้ในผู้ที่มีประวัติแพ้ยาทุกชนิด เช่น กินยาแล้วคลื่นไส้มาก ขึ้นผื่นหรือแน่นหายใจติดขัด/หายใจลำบาก

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

Protocol chemotherapy Paclitaxel + Carboplatin cycle 1

Time sequence	Order for one day	Order for continue
23 พ.ค.66	Premedication - Dexamethasone 20 mg. IV - Ondansetron 8 mg. IV - Chlorpheniramine 10 mg. IV - Ranitidine 50 mg. IV	BW. 42 Kgs. Ht. 165 cm. BSA 1.387 m ²
	Chemotherapy - Paclitaxel /Taxol (175 mg/m²) 200 mg. + 0.9%NSS 500 ml. IV drip in 3 hr. - Carboplatin (AUC 5) 370 mg. + 5%DW 250 ml. IV drip in 30 min. - 0.9%NaCl 500 ml + KCL 20 meq. IV drip in 5 hr.	- Regular diet+ high Protein - Record V/S, I/O Medication - Plasil 10 mg.IV prn. N/V q 8 hrs. - Ondansetron (8) 1X3 oral ac. - Lorazepam (0.5) 1X1 oral hs.
	Home Medication - Ondansetron (8) 1X3 oral ac.# 10 tab. - Dexamethasone (0.5 mg) 4X2 oral pc. # 8 tab. - Plasil (10 mg) 1X3 oral ac # 10 tab. - Lorazepam (0.5) 1X1 oral hs. # 5 tab. D/C นัด F/U OPD ONCO 3 wk. พร้อมผลเลือด CBC, BUN, Cr, Electrolyte	

Protocol chemotherapy Paclitaxel + Carboplatin cycle 2

Time sequence	Order for one day	Order for continue
14 มิ.ย.66	Premedication - Dexamethasone 20 mg. IV - Ondansetron 8 mg. IV - Chlorpheniramine 10 mg. IV - Ranitidine 50 mg. IV	BW. 40 Kgs. Ht. 165 cm. BSA 1.354 m ²
	Chemotherapy - Paclitaxel /Taxol (175 mg/m²) 200 mg. + 0.9%NSS 500 ml. IV drip in 3 hr. - Carboplatin (AUC 5) 370 mg. + 5%DW 250 ml. IV drip in 30 min. - 0.9%NaCl 500 ml + KCL 20 meq. IV drip in 5 hr.	- Regular diet+ high Protein - Record V/S, I/O Medication - Plasil 10 mg.IV prn. N/V q 8 hrs. - Ondansetron (8) 1X3 oral ac. - Lorazepam (0.5) 1X1 oral hs.
	Home Medication - Ondansetron (8) 1X3 oral ac.# 10 tab. - Dexamethasone (0.5 mg) 4X2 oral pc. # 8 tab. - Plasil (10 mg) 1X3 oral ac # 10 tab. - Lorazepam (0.5) 1X1 oral hs. # 5 tab. D/C นัด F/U OPD ONCO 3 wk. พร้อมผลเลือด CBC, BUN, Cr, Electrolyte	

Protocol chemotherapy Paclitaxel + Carboplatin cycle 3

Time sequence	Order for one day	Order for continue
4 ก.ค.66	Premedication - Dexamethasone 20 mg. IV - Ondansetron 8 mg. IV - Chlorpheniramine 10 mg. IV - Ranitidine 50 mg. IV	BW. 39 Kgs. Ht. 165 cm. BSA 1.337 m ²
	Chemotherapy - Paclitaxel /Taxol (175 mg/m²) 200 mg. + 0.9%NSS 500 ml. IV drip in 3 hr. - Carboplatin (AUC 5) 370 mg. + 5%DW 250 ml. IV drip in 30 min. - 0.9%NaCl 500 ml + KCL 20 meq. IV drip in 5 hr.	- Regular diet+ high Protein - Record V/S, I/O Medication - Plasil 10 mg.IV prn. N/V q 8 hrs. - Ondansetron (8) 1X3 oral ac. - Lorazepam (0.5) 1X1 oral hs.
	Home Medication - Ondansetron (8) 1X3 oral ac.# 10 tab. - Dexamethasone (0.5 mg) 4X2 oral pc. # 8 tab. - Plasil (10 mg) 1X3 oral ac # 10 tab. - Lorazepam (0.5) 1X1 oral hs. # 5 tab. D/C นัด F/U OPD ONCO 3 wk. พร้อมผลเลือด CBC, BUN, Cr, Electrolyte	

Protocol chemotherapy Paclitaxel + Carboplatin cycle 4

Time sequence	Order for one day	Order for continue
25 ก.ค.66	Premedication - Dexamethasone 20 mg. IV - Ondansetron 8 mg. IV - Chlorpheniramine 10 mg. IV - Ranitidine 50 mg. IV	BW. 37 Kgs. Ht. 165 cm. BSA 1.302 m ²
	Chemotherapy - Paclitaxel /Taxol (175 mg/m²) 200 mg. + 0.9%NSS 500 ml. IV drip in 3 hr. - Carboplatin (AUC 5) 370 mg. + 5%DW 250 ml. IV drip in 30 min. - 0.9%NaCl 500 ml + KCL 20 meq. IV drip in 5 hr.	- Regular diet+ high Protein - Record V/S, I/O Medication - Plasil 10 mg.IV prn. N/V q 8 hrs. - Ondansetron (8) 1X3 oral ac. - Lorazepam (0.5) 1X1 oral hs.
	Home Medication - Ondansetron (8) 1X3 oral ac.# 10 tab. - Dexamethasone (0.5 mg) 4X2 oral pc. # 8 tab. - Plasil (10 mg) 1X3 oral ac # 10 tab. - Lorazepam (0.5) 1X1 oral hs. # 5 tab. D/C นัด F/U OPD ONCO 3 wk. พร้อมผลเลือด CBC, BUN, Cr, Electrolyte	

การติดตามเยี่ยมผู้ป่วย

เยี่ยมครั้งที่ 1

เริ่มศึกษาผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ 8 พฤษภาคม 2566 แรกแรกที่ห้องตรวจอายุรกรรม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง มีประวัติจากห้องฉุกเฉิน จากเดือนที่แล้วมาด้วยอาการเหนื่อยหอบ ไอแห้ง มาพบยาอาการดีขึ้นแพทย์จึงให้ผู้ป่วยกลับบ้าน และนัดมาวันนี้เพื่อให้พบกับอายุรแพทย์ด้านทรวงอก แพทย์สงสัยมีก้อนที่ปอดด้านขวา แต่ผู้ป่วยมีประวัติเป็นวัณโรคมา 10 ปี รับประทานยาครบ 6 เดือน และมีประวัติเป็นมะเร็งกระดูกที่ขา ทำผ่าตัดไปแล้ว โรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาล เลิดสิน ห้องตรวจประกันสังคม สัญญาณชีพแรกที่ห้องตรวจอายุรกรรม อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดัน 129/84 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 42 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร ได้รับการนัด CT Chest วันที่ 12 พฤษภาคม 2566 ผลสงสัย adenocarcinoma นัดทำ Bone scan วันที่ 14 พฤษภาคม 2566 เพื่อดูการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง Lab for BUN, Cr, CBC, LFT วันนี้และส่งปรึกษา ONCOMED นัดวันที่ 15 พฤษภาคม 2566

เยี่ยมครั้งที่ 2

วันที่ 15 พฤษภาคม 2566 ห้องตรวจอายุรกรรม อาการทั่วไปปกติ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง วัดสัญญาณชีพ เวลา 8.00 น. อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 85 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 132/88 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจน 98% ผล CT chest & Abdomen วันที่ 12 พฤษภาคม 2566 พบมีก้อนที่ปอดข้างขวาล่าง ร่วมกับมีน้ำในเยื่อหุ้มปอด Bone scan วันที่ 14 พฤษภาคม 2566 พบมีรอยโรคที่กระดูกต้นขาขวาอาจเกิดจากการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง แพทย์คุยกับผู้ป่วย พิจารณาให้ ยาเคมีบำบัดทุก 3 อาทิตย์ ได้เข้าไปพูดคุยสร้างสัมพันธภาพ โดยการแนะนำตัว และแจ้งวัตถุประสงค์ของการพูดคุยให้ผู้ป่วยรับทราบ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งและการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับตลอดจนผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรับยาเคมีบำบัด พร้อมทั้งประเมินสภาวะจิตใจและความวิตกกังวลของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและระบายความวิตกกังวล โดยเป็นผู้รับฟังที่ดี ให้ความสนใจทั้งคำพูดและ ความรู้สึกของผู้ป่วย ผู้ป่วยขอตัดสินใจและขอกลับไปปรึกษากับภรรยา ก่อน นัด F/U OPD ONCO 23 พฤษภาคม 2566

เยี่ยมครั้งที่ 3

วันที่ 23 พฤษภาคม 2566 เวลา 8 10 น. ห้องตรวจอายุรกรรม ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 116/36 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยขอรับยา Paclitaxel ทุก 3 อาทิตย์ โดยจะเริ่มให้ในวันนี้เลย โดยผู้ป่วยและภรรยาได้ตัดสินใจมารับยาเคมีบำบัด อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการรักษาด้วยยา

เคมีบำบัด ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวขณะรักษาด้วยยาเคมีบำบัด อาการข้างเคียงของยาป้องกันและการจัดการกับอาการข้างเคียง การดูแลตนเอง การทำกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย อาการผิดปกติที่ควรรายงานแพทย์หรือพยาบาล และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามในประเด็นต่าง ๆ พร้อมทั้งตอบคำถามด้วยท่าที่เป็นมิตรจริงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับตนเองอย่างถูกต้อง เริ่มให้ Paclitaxel+Carboplatin cycle 1 [Paclitaxel (175g/m³) 200 mg. + 0.9%NSS 500 ml. IV drip in 3 hr. Carboplatin (AUC 5) 370 mg. + 5%DW 250 ml. IV drip in 30 min. 0.9%NaCl 500 ml + KCL 20 meq. IV drip in 5 hr.

Home med

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

นัด F/U OPD ONCO 3 สัปดาห์ 14 มิถุนายน 2566 พร้อม CBC, BUN, Cr, Electrolyte, LFT

เยี่ยมครั้งที่ 4

วันที่ 14 มิถุนายน 2566 เวลา 8 10 น. ห้องตรวจอายุรกรรม ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 104 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 116/86 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 40 กิโลกรัม มีอาการเหนื่อยง่ายขณะทำกิจกรรมที่จะต้องออกแรง มีอาการเบื่ออาหารเล็กน้อย รับประทานได้น้อยลง เริ่มให้ Paclitaxel+Carboplatin cycle 2 ระหว่างการให้ยาเคมีบำบัดไม่มีอาการแพ้ยา ได้ Home medication เหมือนเดิมนัด F/U OPD ONCO 3 สัปดาห์ 4 กรกฎาคม 2566 พร้อม CBC, BUN, Cr, Electrolyte, LFT

เยี่ยมครั้งที่ 5

วันที่ 4 กรกฎาคม 2566 เวลา 8.30 น. ห้องตรวจอายุรกรรม ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 126/76 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 39 กิโลกรัม มีอาการเหนื่อยง่ายเพิ่มมากขึ้น ขณะทำกิจกรรมที่จะต้องออกแรง มีอาการอ่อนล้า ไม่ค่อยมีแรง มีอาการเบื่ออาหารเล็กน้อย รับประทานได้น้อยลง เริ่มให้ Paclitaxel+Carboplatin cycle 3 ระหว่างการให้ยาเคมีบำบัดไม่มีอาการแพ้ยา ได้ Home medication เหมือนเดิมนัด F/U OPD ONCO 3 สัปดาห์ 25 กรกฎาคม 2566 พร้อม CBC, BUN, Cr, Electrolyte, LFT

เยี่ยมครั้งที่ 6

วันที่ 25 กรกฎาคม 2566 เวลา 8.30 น. ห้องตรวจอายุรกรรม ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 102 ครั้ง/นาที หายใจ 22-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 136/76 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 37 กิโลกรัม มีอาการเหนื่อยง่ายเพิ่มมากขึ้น ต้องนอนหัวสูง

ขณะอยู่ที่บ้าน มีอาการหน้าบวมเล็กน้อย ใจสั่นบางครั้ง ไม่มีอาการเท้าบวมกดบุ๋ม มีอาการอ่อนล้า ไม่ค่อยมีแรง มีอาการเบื่ออาหารเล็กน้อย รับประทานได้น้อยลง เริ่มให้ Paclitaxel+Carboplatin cycle 4 ระหว่างการให้ยาเคมีบำบัดไม่มีอาการแพ้ยา ได้ Home medication เหมือนเดิมนัด F/U OPD ONCO 5 สัปดาห์ 15 สิงหาคม 2566 พร้อม CBC, BUN, Cr, Electrolyte, LFT ผู้ป่วยเริ่มมีอาการแน่นหายใจ อัตราการหายใจ 22-26 ครั้งต่อนาที นอนราบไม่ได้ ได้รายงานแพทย์เจ้าของไข้ ให้ส่งทำ CT Neck ผลมีการอุดตันบริเวณหลอดเลือดคอ มีน้ำบริเวณเยื่อหุ้มปอด ได้ปรึกษาแพทย์ทำหัตถการเจาะน้ำในเยื่อหุ้มปอดแต่แพทย์อธิบายผู้ป่วยว่ามีความเสี่ยงสูง จึงไม่ได้เจาะปอดและพิจารณาการรักษาโดยการฉายแสง ส่งปรึกษาแพทย์รังสีรักษาที่โรงพยาบาลมะเร็งกรุงเทพ พิจารณาให้ฉายแสง 10 ครั้ง และหยุดให้ยาเคมีบำบัดไปก่อน

เยี่ยมครั้งที่ 7

วันที่ 27 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยมาก แพทย์เจ้าของไข้พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ และช่วยการหายใจผ่านเครื่องช่วยหายใจแบบ ช่วยเป็นครั้งคราว ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ใส่สายยางในกระเพาะอาหาร รู้สึกตัวดี มีสีหน้าเศร้าหมอง ภรรยาของผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูง ได้พูดคุยถึงการดูแลผู้ป่วยและการดูแลแบบประคับประคองต่อไป

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีภาวะหลอดเลือดอุดตัน

ด้วยความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ ยาเคมีบำบัดสามารถช่วยทำให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีโอกาสรอดชีวิตและมีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม การรักษาโรคมะเร็งปอดที่มีภาวะหลอดเลือดอุดตัน โดยการผ่าตัดอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบ เช่น สูญเสียอวัยวะ เสียชีวิตได้นั้น นอกจากนี้ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่ยาวนานยังทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานต่อเนื่องทั้ง ด้านร่างกาย-จิตใจ-สังคม-จิตวิญญาณ ดังนั้น ในปัจจุบันแนวคิดในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลควรมีความรู้พื้นฐานในการประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับยาเคมีบำบัด กลไกการออกฤทธิ์และผลข้างเคียงของยา วิธีการบริหารยาเคมีบำบัดอย่างปลอดภัย ตลอดจนการพยาบาลเมื่อเกิดจากผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดอย่างถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้ พยาบาลยังต้องวางแผนการพยาบาล และปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลควบคู่กันอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีเหมาะสมตามแต่ละบุคคล การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีภาวะหลอดเลือดอุดตันที่ได้รับยาเคมีบำบัด แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

- (1) การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนได้รับยาเคมีบำบัด
- (2) การพยาบาลขณะได้รับยาเคมีบำบัด
- (3) การพยาบาลภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

1. การเตรียมผู้ป่วย และครอบครัวก่อนได้รับยาเคมีบำบัด

การดูแลผู้ป่วยระยะนี้ เป็นการแจ้งผลการวินิจฉัยแก่ ผู้ป่วยหรือญาติใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงแนวทางการรักษา ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการรักษา รวมทั้งผลดี และผลเสียของการรักษา รวมทั้งประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนรับยาเคมีบำบัด ได้แก่

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

1.2 การประเมินการทำงานของหัวใจ (EKG) ในกรณีที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีผลต่อหัวใจ เช่น Doxorubicin เป็นต้น

1.3 การประเมินสมรรถนะทางกายของผู้ป่วย (performance status) หากผู้ป่วยมีสมรรถนะทางกายไม่ดี ผู้ป่วยอาจไม่สามารถทนต่อการรักษา และผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดได้ เครื่องมือที่นิยมใช้ในการประเมิน ได้แก่ Karnofsky Scale หรือ Eastern Co operative Oncology Group (ECOG) เป็นต้น

1.4 การประเมินความเสี่ยง ได้แก่ อายุ เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุอาจมีผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด นอกจากนี้ ยังต้องประเมินประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเมเร็งชนิดอื่น ๆ และโรคประจำตัว ตลอดจนประวัติการรักษาโรคของผู้ป่วยอีกด้วย

1.5 การประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยก่อนให้ข้อมูล การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ เช่น แผนการรักษา ขั้นตอนในการรักษาด้วย ยาเคมีบำบัด ระยะเวลา การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและบรรเทาผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม อาการที่ต้องรายงานแพทย์ หรือพยาบาล การให้ข้อมูล และความรู้แก่ผู้ป่วยจะช่วยลดอัตราการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง หรือหยุดยาเอง ซึ่งมีผลต่อการรักษาโรคมะเร็งอย่างมาก

1.6 การประเมินปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ เศรษฐฐานะ แบบแผนการดำเนินชีวิต ศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

1.7 การประเมินด้านจิตสังคม เป็นสิ่งสำคัญในการวางแผนการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อสภาวะของโรค เนื่องจากโรคมะเร็งมักจะส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยทันทีที่ทราบผลการวินิจฉัยโรค และแผนการรักษาจากแพทย์ นอกจากนี้ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดยังส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ ของผู้ป่วย การสูญเสียบทบาทหน้าที่หรือสัมพันธ์ภายในครอบครัว ปัญหาทางการเงิน รวมทั้งการขาดผู้ดูแลขณะเจ็บป่วยอีกด้วย

1.8 การประเมินด้านจิตวิญญาณ โดยประเมินจากวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ความเชื่อ ความคาดหวังต่อการหายจากโรค และการให้คุณค่ากับตนเองยามเจ็บป่วย เป็นต้น

2. การพยาบาลขณะได้รับยาเคมีบำบัด

การบริหารยาเคมีบำบัดต้องทำอย่างระมัดระวัง เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากยาเคมีบำบัดทั้งผู้ให้ และผู้รับบริการ ซึ่งในที่นี้คือ พยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วย รวมถึงการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัด และการแก้ไขปัญหาฉุกเฉิน ได้แก่

2.1 ตรวจสอบความถูกต้องของชนิด ขนาด วิธีบริหารยาเคมีบำบัดให้ตรงกับคำสั่งการรักษา การบริหารยาก่อนได้รับยาเคมีบำบัด เช่น ยาแก้คลื่นไส้ (antiemetic drug) ยาแก้แพ้ (antihistamine drug) ลำดับการให้ยาเคมีบำบัดก่อน-หลัง เช่น ให้ยา Vesicant drugs ก่อนให้ยา Non-vesicant drugs เพื่อลดการบอบช้ำของหลอดเลือด เป็นต้น

2.2 จัดเตรียมยาฉุกเฉิน และอุปกรณ์จำเป็นที่พร้อมใช้ในกรณีผู้ป่วยมีการแพ้ยา (anaphylactic shock) หรือมีปฏิกิริยาภูมิไวเกิน (hypersensitivity) จากการได้รับยาเคมีบำบัด

2.3 จัดเตรียม spill kit สำหรับกำจัดขยะเคมีบำบัดที่อาจหกหรือตกแตกขณะบริหารยาได้อย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันการฟุ้งกระจายของสารเคมีและการสัมผัสยาโดยตรง

2.4 ผู้บริหารยาควรสวมใส่ อุปกรณ์ป้องกันสารเคมี เช่น ถุงมือ แว่นตา ผ้าปิดปากและจมูก เสื้อกาวน์ เพื่อป้องกันอันตรายจากการสัมผัสหรือสูดดมยาเคมีบำบัดในขณะบริหารยา

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

2.6 เลือกเส้นเลือดที่เหมาะสมแก่การให้ยา พร้อมเข็มที่ใช้อย่างเหมาะสม โดยเลือกจากบริเวณส่วนปลายก่อน หลีกเลี่ยงการให้ยาบริเวณข้อ และหลังมือ เพราะถ้ามีการรั่วซึมของยาออกนอกหลอดเลือด จะทำให้เส้นประสาทและเอ็นจะถูกทำลายได้ ไม่ควรเลือกเส้นเลือดที่เคยมีการให้ยาหรือสารน้ำมาก่อนภายใน 24 ชั่วโมง เพราะอาจเกิดการรั่วซึมของยาออกนอกหลอดเลือด ที่สำคัญควรบริหารยาในกลุ่ม Vesicant drugs ก่อนแล้วจึงตามด้วยยาในกลุ่มIrritants และ Non-vesicant drugs ตามลำดับ

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

2.8 แนะนำผู้ป่วยให้ระมัดระวังการเคลื่อนไหวบริเวณที่แทงเข็ม ในขณะที่ให้ยาเคมีบำบัด ไม่ควรขยับแขนหรือยกแขนขึ้นบ่อย ๆ เพื่อป้องกันเข็มทะลุออกนอกเส้นเลือด ทำให้ยารั่วซึมออกมาได้

2.9 เฝ้าสังเกตอาการผิดปกติในช่วง 15 นาทีแรกหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด เพราะอาจเกิดอาการแพ้ยาได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นครั้งแรก จากนั้นให้ทำการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุก 30 นาทีตลอดระยะเวลาของการให้ยาเคมีบำบัด เพื่อสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ และประเมินตำแหน่งที่

ให้ยาว่ามีการรั่วซึมของยาออกนอกเส้นเลือดหรือไม่ หากพบว่าการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือดให้ปฏิบัติ ดังนี้

- 2.9.1 หยุดให้ยาเคมีบำบัดทันที แต่ไม่ต้องดึงเข็มออกจากตัวผู้ป่วย
- 2.9.2 รายงานแพทย์
- 2.9.3 ใช้ปากกาเมจิกเขียนตำแหน่งรอยผิวหนังที่เกิดการรั่วของยาหรือถ่ายรูปไว้
- 2.9.4 สวมถุงมือแบบ Nitrile Gloves ใช้ syringe 3 มล. หรือ 5 มล. ต่อเข้ากับ IV catheter ที่ให้ยาเคมีบำบัด ดูดเลือดหรือยาเคมีบำบัด ส่วนที่รั่วซึมออกให้มากที่สุด ถ้ามียา Antidote ให้ฉีดยาโดยใช้เข็มที่คาอยู่กับผู้ป่วย
- 2.9.5 ดึงเข็มที่ให้ยาเคมีบำบัดออก ใช้สำลีวางตำแหน่งที่ดึงเข็มออกและห้ามกด/คลึง
- 2.9.6 ทายาบริเวณผิวหนังที่เกิดการรั่วซึมตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น ไฮโดรคอร์ติโซน 1% วันละ 2 ครั้ง หรือใช้ครีม DMSO (Dimethyl Sulfonate) ทาเบาๆ ทุก 2 – 8 ชั่วโมง
- 2.9.7 ประคบความอุ่น / ความเย็น ขึ้นกับยาเคมีบำบัดแต่ละชนิด
- 2.9.8 ยกอวัยวะส่วนที่ยาเคมีบำบัดรั่วซึมให้สูงกว่าระดับหัวใจ และกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวของอวัยวะนั้น เพื่อลดอาการบวมและป้องกันการติดเชื้อของเนื้อเยื่อเป็นเวลา 48 ชม.
- 2.9.9 สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณที่เกิดการรั่วซึมของยาเป็นระยะ ๆ เช่น อาการปวด บวมแดง เป็นผื่นแดง (Erythema) การเกิดตุ่มพอง (Blister) และอาการของการเกิด necrosis เป็นต้น
- 2.9.10 บันทึก วัน เวลา ชนิด ขนาดของยาเคมีบำบัดที่ให้ รวมทั้งวิธีการให้ ชนิด และขนาดของเข็มที่ให้ยา ปริมาณยาที่รั่วซึมโดยประมาณ บันทึกตำแหน่ง และความกว้างที่เกิด extravasations และการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการรั่วซึมของยา

2.9.11 ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในเรื่องการประเมิน อาการผิดปกติของผิวหนังที่อาจเกิดจากสาเหตุยาเคมีบำบัดรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดให้แจ้งพยาบาลทันที เมื่อพบอาการ ผิดปกติบริเวณผิวหนัง

2.10 บันทึกข้อมูลการให้ยา ตลอดจนอาการของผู้ป่วยหลังได้รับยาเคมีบำบัด

3. การพยาบาลภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด

ยาเคมีบำบัดทุกชนิดก่อให้เกิดผลข้างเคียงเล็กน้อยแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละคนผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการในขณะที่ได้รับยาเคมีบำบัด หรือภายหลังจากได้รับยา ดังนั้นการเตรียมพร้อมผู้ป่วยในการดูแลและจัดการอาการขณะผู้ป่วยอยู่บ้านจึงเป็นสิ่งสำคัญ ได้แก่

3.1 วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ตั้งแต่ เริ่มรับผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลระหว่างที่อยู่ในโรงพยาบาล และก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้ รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

3.2 ทบทวนข้อมูล และความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตั้งแต่ ก่อนรักษาแก้ไข ข้อมูลหรือบอกข้อมูลที่ถูกต้อง เพื่อให้แน่ใจว่า ผู้ป่วยมีความรู้ และสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลในการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนได้รับยาเคมีบำบัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยไม่เคยรับยาเคมีบำบัดมาก่อน / ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นครั้งแรก
2. มีสีหน้าวิตกกังวล เกี่ยวกับความปลอดภัยจากการให้ยาเคมีบำบัด

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยบอกมีความวิตกกังวลลดลง มีสีหน้าสดชื่นขึ้น
2. ผู้ป่วยยอมรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
3. นอนหลับพักผ่อนได้ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน

กิจกรรมการพยาบาล

1. พยาบาลสร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตัว และแจ้งวัตถุประสงค์ของการพูดคุยทุกครั้ง
เมื่อให้การพยาบาล

2. ประเมินสภาวะจิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะความวิตกกังวลของผู้ป่วย
3. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความวิตกกังวล ในขณะเดียวกันก็เป็นผู้รับฟังที่ดีสนใจทั้ง

คำพูด และความรู้สึกของผู้ป่วย

4. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับ ตลอดจนผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรับยาเคมีบำบัด

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

6. แสดงสีหน้าน่าเป็นมิตร ตลอดจนเยี่ยมเยียนพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอพร้อมให้การดูแลด้วยความจริงใจ โดยช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยความเอื้ออาทร เพื่อลดความเครียด และเป็นที่ปรึกษาของผู้ป่วย

ประเมินผล

ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น และยินยอมให้ยาเคมีบำบัด สามารถพักผ่อนนอนหลับได้ประมาณ 5-6 ชั่วโมงต่อคืน มีระดับความวิตกกังวลระดับน้อย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยไม่เคยรับยาเคมีบำบัดมาก่อน / ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นครั้งแรก
2. ผู้ป่วยสอบถามเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัว และผลข้างเคียงเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยเข้าใจและบอกวัตถุประสงค์การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้อย่างถูกต้อง
2. ผู้ป่วยสามารถบอกเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด
3. ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในขณะที่ได้รับยา และภายหลังรับยาเคมี

บำบัดได้มากกว่าร้อยละ 70

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค และการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด พร้อมทั้งอธิบายอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่อาจเกิดขึ้น
3. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวขณะรักษาด้วยยาเคมีบำบัด อาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด วิธีการป้องกัน และการจัดการกับอาการข้างเคียง การดูแลตนเอง การทำกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย อาการผิดปกติที่ควรรายงานแพทย์ หรือพยาบาล
4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ พร้อมทั้งตอบคำถามด้วยท่าที่เป็นมิตรจริงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตัวเองอย่างถูกต้อง
5. ประเมินผลภายหลังการสอนและอธิบายเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจหรือไม่ชัดเจน
6. ให้คู่มือในการปฏิบัติตัวเพื่อให้ผู้ป่วยใช้อ่านทบทวนขณะอยู่บ้าน และให้ผู้ป่วยเพิ่มสื่อสังคมออนไลน์ (Line official) ของหน่วยงานเพื่อรายงานอาการผิดปกติ

ประเมินผล

ผู้ป่วยเข้าใจและบอกวัตถุประสงค์การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้อย่างถูกต้อง สามารถบอกถึงวิธีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ร้อยละ 85

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลขณะได้รับยาเคมีบำบัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะภูมิไวเกิน (hypersensitivity)

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดที่ทำให้เกิดอาการภาวะภูมิไวเกิน

เป้าหมายการพยาบาล

1. ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะภูมิไวเกิน
2. เฝ้าระวัง และให้การช่วยเหลือ ทันทีเมื่อมีอาการ

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงถึงการมีภาวะภูมิไวเกินที่เกิดจากยาเคมีบำบัด เช่น อาการแน่นหน้าอก อาการหายใจลำบาก ผื่นคัน หน้าแดง เป็นต้น
2. ผู้ป่วยปลอดภัยถ้าเกิดภาวะภูมิไวเกินจากยาเคมีบำบัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับภาวะภูมิไวเกินที่เกิดจากยาเคมีบำบัด เช่น อาการแน่นหน้าอก หายใจลำบาก มีผื่นคัน หน้าแดง อาเจียน หากพบให้รีบรายงานพยาบาลทันที
2. จัดเตรียมอุปกรณ์ในการช่วยชีวิตให้พร้อมใช้ ได้แก่ อุปกรณ์กู้ชีพ ชุดให้ออกซิเจน สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น
3. บริหารยาในกลุ่ม Corticosteroids, Antihistamine และ H2 receptor antagonist เพื่อช่วยป้องกันการเกิดภาวะ hypersensitivity ก่อนให้ยาเคมีบำบัดตามแผนการรักษา
4. การให้ยาเคมีบำบัดควรเริ่มจากปรับหยดยาช้า ๆ บันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาที 4 ครั้ง ทุก 15 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนยาเคมีบำบัดหมด
5. ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก ระดับออกซิเจนในเลือดลดลง < 95% หน้าแดง ผื่นคัน ให้หยุดยาทันที และใช้ NSS ทดแทน และรายงานแพทย์ทราบ
6. หากพบว่ามีอาการแน่นหน้าอก หายใจลำบาก จัดให้ผู้ป่วยนอนหงาย ศีรษะสูงดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ให้ O₂ ถ้าระดับออกซิเจนในเลือดลดลง
7. บริหารยา Antihistamine, Corticosteroid ช้า ๆ เพื่อบรรเทาอาการ ถ้าอาการทุเลาลงภายใน 30 นาที ให้ยาเคมีบำบัดต่อโดยเริ่มปรับหยดยาช้า ๆ เฝ้าดูแลสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด บันทึกบันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาที 4 ครั้ง ทุก 15 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนยาเคมีบำบัดหมด
8. บันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วย พร้อมทั้งวางแผนร่วมกับทีมแพทย์ เภสัชกร เพื่อปรับแนวทางในการรักษา

ประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงถึงการมีภาวะภูมิไวเกินที่เกิดจากยาเคมีบำบัด เช่น อาการแน่นหน้าอก อาการหายใจลำบาก ผื่นคัน หน้าแดง เป็นต้น ผู้ป่วยปลอดภัยถ้าเกิดภาวะภูมิไวเกินจากยาเคมีบำบัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน รู้สึกพะอืดพะอม
2. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยกว่า ½ ถาด
3. ผู้ป่วยน้ำหนักลดลงจากเดิม

เป้าหมายการพยาบาล

อาการคลื่นไส้ อาเจียนลดลง รับประทานอาหารได้มากขึ้น

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยบอกว่าอาการคลื่นไส้ อาเจียนน้อยลง
2. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น น้ำหนักไม่ลดลงกว่าเดิม

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสาเหตุของการคลื่นไส้ อาเจียน เช่น จากโรค การรักษา หรือสภาวะทางอารมณ์ เพื่อแก้ไขปัญหาให้ตรงประเด็น รวมทั้งบันทึกอาการคลื่นไส้ อาเจียนของผู้ป่วยแต่ละครั้ง ถ้าผู้ป่วยอาเจียนมาก ควรรายงานแพทย์ทราบ

2. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยบ้วนปาก และทำความสะอาดช่องปากทุกครั้งก่อน และหลังรับประทานอาหารหรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

3. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานอาหารครั้งละน้อย ๆ บ่อยๆ ครั้ง พร้อมทั้งหลีกเลี่ยงอาหารที่มีกลิ่นแรง รสจัด อาหารที่มีมันมาก

4. จัดบรรยากาศในการรับประทานอาหารให้ดูสดชื่น สะอาด น่านั่งรับประทาน และเป็นที่ชื่นชอบของผู้ป่วย

5. ถ้าผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ได้ หรือได้น้อยมาก ควรแนะนำให้รับประทานอาหารเสริมที่มีส่วนผสมของสารอาหารครบถ้วนร่วมด้วย

6. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานยาป้องกันอาเจียนอย่างสม่ำเสมอแม้จะไม่แสดงอาการ หากมียาแก้คลื่นไส้ อาเจียน ควรให้ก่อนยาเคมีบำบัดเสมอ

7. ประเมินสภาวะอารมณ์ และจิตใจของผู้ป่วย ได้แก่ ความเครียด วิถีกังวล และภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

8. สาธิตวิธีการฝึกการผ่อนคลาย การหายใจแบบลึก ๆ และผ่อนคลายช้า ๆ หรือทำสมาธิ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจในขณะที่ให้ยาเคมีบำบัด เพื่อลดความวิตกกังวล และความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน

9. ชั่งน้ำหนัก 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อติดตามว่ามีน้ำหนักเพิ่มขึ้นหรือลดลงหรือไม่

10. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น Albumin, Electrolyte

ประเมินผล

ผู้ป่วยบอกว่าอาการคลื่นไส้ อาเจียนน้อยลง มีอาการคลื่นไส้หลังให้ยาประมาณ 2 วัน หลังจากนั้นอาการดีขึ้น ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น น้ำหนักลดลงกว่าเดิมเล็กน้อย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีเสี่ยงต่อการเกิดพิษต่อไต (Nephrotoxicity)

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดที่มีโอกาสสูงต่อการเป็นพิษของไต
2. ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติที่แสดงถึงมีภาวะอักเสบของกระเพาะปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะน้อยลง ปวดหน่วงเวลาปัสสาวะ ปัสสาวะมีเลือดออก เป็นต้น

เป้าหมายการพยาบาล

1. ป้องกันไม่ให้เกิดการทำงานของไตล้มเหลวผู้ป่วย
2. ป้องกันไม่ให้เกิดการอักเสบของกระเพาะปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีความสมดุลของน้ำเข้า และน้ำออกจากร่างกาย
2. ผู้ป่วยไม่มีปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะไม่มีขุ่นเป็นตะกอนหรือมีเลือดปน
3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้แก่ BUN = 6-20 mg/dl, Creatinine = 0.4-0.95 mg/dl, Urine exam ตรวจไม่พบโปรตีน หรือ RBC

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากยาเคมีบำบัด
2. ประเมินลักษณะของปัสสาวะทุก 8 ชั่วโมง หากพบมีลักษณะขุ่นมีตะกอน หรือมีเลือดปน

ควรรายงานแพทย์ทราบ

3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากกว่า 2-3 ลิตรต่อวัน และให้ IV fluid ตามแผนการรักษา เพื่อช่วยขับสารเคมีที่อาจตกค้างในร่างกายออกทางปัสสาวะ

4. แนะนำผู้ป่วยไม่ให้กลั้นปัสสาวะ สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปัสสาวะแสบขัดขุ่น มีเลือดปน ให้แจ้งพยาบาลหรือแพทย์ทราบ

5. ติดตามผลการตรวจ BUN, Creatinine, Urine exam หากพบค่าผิดปกติควรรีบรายงานแพทย์ทราบ

6. ประเมินภาวะสารน้ำเข้า และสารน้ำออกต่อวันให้สมดุล

ประเมินผล

ผู้ป่วยมีความสมดุลของน้ำเข้า และน้ำออกจากร่างกายสมดุลกันดีทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาล และการบันทึกเข้า-ออกที่บ้าน ผู้ป่วยไม่มีปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะไม่มีขุ่นเป็นตะกอนหรือมีเลือดปน ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้แก่ BUN = 6-20 mg/dL, Creatinine = 0.4-0.95 mg/dL, Urine exam ตรวจไม่พบโปรตีน หรือ RBC ไม่พบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีอาการปวดและไม่สบาย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าไม่สบาย
2. ผู้ป่วยมีอาการปวด ตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป (Pain score > 3)

เป้าหมายการพยาบาล

อาการปวดลดลง สบายขึ้น

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น สามารถนอนหลับได้ 7-8 ชั่วโมงต่อวัน
2. ผู้ป่วยมีอาการปวดลดลง (Pain score < 3 หรือ เท่ากับศูนย์)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับของความปวด โดยใช้ numeric scale ที่มีระดับตั้งแต่ 0-10 ทุก 4 ชั่วโมงและความไม่สบายของผู้ป่วย เช่น ตำแหน่ง ลักษณะการปวด ความถี่ รวมทั้งระยะเวลาที่ปวด เป็นต้น

2. ประเมินปัจจัยที่ส่งเสริมหรือบรรเทาความปวด เช่น เพศ อายุ ความกลัว ความวิตกกังวล อาการอ่อนเพลีย วัฒนธรรม และปัจจัยทางจิตสังคม เป็นต้น เพื่อหาสาเหตุที่อาจส่งเสริม และสิ่งที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยในการเลือกวิธีในการจัดการความปวด

3. จัดให้ผู้ป่วยนอนท่าที่สบาย เพื่อทุเลาอาการปวด พร้อมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในการทำกิจกรรมที่ช่วยให้เกิดความสุขสบายมากขึ้น

4. บริหารยาแก้ปวดตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง และประเมินความปวดซ้ำหลังได้รับยา พร้อมทั้งสอนให้ผู้ป่วยรายงานความปวด ถ้ารู้สึกว่าการปวดนั้นยังไม่บรรเทาลงบันทึกความรุนแรงของความปวด และผลของยาที่ได้รับ

5. สอนผู้ป่วยในการนำวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาในรูปแบบอื่น ๆ เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย การนวด การประคบร้อนเย็น เทคนิคการเบี่ยงเบน หรือการทำกลุ่มสนับสนุน (support group) เป็นต้น

ประเมินผล

ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น สามารถนอนหลับได้ 5-6 ชั่วโมงต่อวัน ตื่นบ้างในช่วงกลางดึก และมีอาการปวดลดลง (Pain score < 2-3 คะแนน)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลภายหลังการให้ยาเคมีบำบัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยพร่องความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยไม่เคยรับยาเคมีบำบัดมาก่อน / ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นครั้งแรก
2. มีสีหน้าวิตกกังวล เกี่ยวกับความปลอดภัยหลังจากการให้ยาเคมีบำบัด

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยสามารถนำคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดไปปฏิบัติได้

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยบอกมีความวิตกกังวลลดลง มีสีหน้าสดชื่นขึ้น
2. ผู้ป่วยตอบข้อแนะนำได้ร้อยละ 80 ยอมรับปฏิบัติตาม

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อวางแผนการจำหน่ายโดยใช้ P-D- METHOD

P- Psychological support คือการดูแลด้านจิตใจ การจัดการความเครียดวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการ Empowerment การดูแลสุขภาพที่เหมาะสม

D- Diagnosis คือการให้ความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ สาเหตุ อาการ

M - Medicine คือการแนะนำการใช้ยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียด สรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยาตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งข้อห้ามการใช้ยา

E - Environment แนะนำการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านเหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ควรหลีกเลี่ยงการสัมผัสสารเคมีหลังทุกชนิดโดยตรง หากจำเป็นต้องสัมผัสควรหาถุงมือยางแบบใช้แล้วทิ้งมาใช้ เปลี่ยนถุงมือล้างมือให้สะอาดทุกครั้ง- งานหัตถ์งานครัว ควรล้างให้สะอาด

ก่อนนำมาใช้ซ้ำ แก้วน้ำ ควรแยกกัน (หลักสุขอนามัยที่ดี)- เสื้อผ้าซักแยกซัก เกิน 7 วันซักรวมได้ตามปกติ (หากปนเปื้อนสารคัดหลั่ง เช่น อาเจียนรดเสื้อผ้าต้องแยกทำความสะอาด)- ซักโครกแนะนำให้ปิดฝาก่อน กดน้ำสองรอบ (เพื่อป้องกันการกระเด็นออก) หากมีปัสสาวะเปื้อนควรล้างน้ำสะอาดหลาย ๆ ครั้ง- สามารถถอด สัมผัส จับมือ ได้ตามปกติ- การสัมผัสโดยตรง

H : Heath ผู้ป่วย และครอบครัวเข้าใจภาวะสุขภาพของตน เช่น ข้อจำกัด ผลกระทบจากการเจ็บป่วย และสามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน ให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้าน สุขภาพ เอื้อต่อการฟื้นฟูสภาพ และป้องกันภาวะแทรกซ้อน- รักษาความสะอาดของร่างกาย ปากฟัน ล้างมือให้สะอาด ก่อนรับประทานอาหาร และหลังเข้าห้องน้ำทุกครั้ง เพื่อช่วยลดภาวะติดเชื้อ- หลีกเลี่ยงการ ใกล้ชิดกับบุคคลที่เป็นโรคติดต่อ เช่น หวัด วัณโรค ไข้ เป็นต้น- หลีกเลี่ยงการอยู่ในชุมชนแออัด ที่มีคนอยู่ มาก- วางแผนในการทำงานเพื่อให้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ- มีกิจกรรมในสังคม มีส่วนร่วมกิจกรรมกับ เพื่อน ญาติ และ คนอื่นๆ ได้เหมาะสม- พักผ่อนให้เพียงพอวันละ 6-8 ชั่วโมง- การพักผ่อนหย่อนใจ ภายในบ้าน เช่น ดูโทรทัศน์ฟังวิทยุ และหรือเทป อ่านหนังสือ- การพักผ่อนหย่อนใจนอกบ้าน เช่น รับประทานอาหารนอก บ้าน เดินดูสินค้า ต้นไม้ การแสดงต่าง ๆ หรือไปทัศนศึกษาตามสถานที่ต่าง ๆ ตาม ความเหมาะสม

O : Out patient ให้คำแนะนำผู้ป่วยเพื่อให้ความสำคัญของการมาตรวจตามนัด การ ติดต่อกขอความช่วยเหลือ เมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน รวมทั้งการส่งต่อสรุปผลการรักษาและแผนการดูแลผู้ป่วย ให้กับหน่วยงานอื่นที่จะรับช่วง

อาการที่ควรรับมาพบแพทย์

1. แขนข้างที่หย่าเคมีบำบัดมีอาการบวม แดง ร้อน แสบหรือด้าคล้ำ
2. มีไข้สูง หนาวสั่น ชีตมากอ่อนเพลีย มีแผลหรือมีเชื้อราในช่องปาก มีจ้ำเลือดตาม ตัว มีผื่นขึ้นตามตัว

3. คลื่นไส้อาเจียนรุนแรง ร่วมกับมีอาการท้องเสีย
4. ปัสสาวะมีเลือดปน เจ็บเวลาปัสสาวะหรือปัสสาวะไม่ออกภายใน 8 ชั่วโมง
5. เยื่อช่องปากเป็นแผล และอักเสบรุนแรง
6. มีอาการหน้ามืด ใจสั่น หอบเหนื่อย

D : Diet แนะนำผู้ป่วยเข้าใจ และสามารถเลือกรับประทานอาหารได้เหมาะสมกับ ภาวะและข้อจำกัดด้านสุขภาพ เหมาะสมกับสภาวะเศรษฐกิจ อาหารที่ควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่ง กำลังได้รับยาเคมีบำบัด ได้แก่อาหารสุก ๆ ดิบๆ ไม่ว่าจะเป็น หมู ไก่ วัว ปลา อาหารทะเล ไข่ดิบ (มีเชื้อ แบคทีเรีย และพยาธิ) ผลิตภัณฑ์ที่ทำจากนมสด ได้แก่ นมพาสเจอร์ไรซ์ โยเกิร์ต ชีส ล้วนมีจุลินทรีย์ที่มีชีวิต อยู่ ซึ่งเพิ่มโอกาสติดเชื้อได้ สำหรับผู้ที่ต้องการดื่มนม แนะนำให้ดื่มนมที่ผ่านการฆ่าเชื้อ เช่น นมกล่องยู

เอชทีพีคัสต ถึงแม้ว่าผักจะมีประโยชน์แต่ในผู้ที่ได้รับเคมีบำบัด ผักสดนั้นอาจไม่สะอาดพอ จึงแนะนำให้รับประทานผักต้มสุก จะสะอาดและปลอดภัยมากกว่าผลไม้เปลือกบางหรือผลไม้รับประทานทั้งเปลือก อาจจะมีเชื้อราที่มองด้วยตาเปล่าไม่เห็น การรับประทานผลไม้เปลือกหนาที่ผ่านการล้างอย่างสะอาด และลอกเปลือกทิ้ง ถือเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ที่ต้องการรับประทานผลไม้

ประเมินผล

ผู้ป่วยบอกมีความวิตกกังวลลดลง มีสีหน้าสดชื่นขึ้น ตอบคำถามและข้อเสนอแนะได้ร้อยละ 80 ยอมรับปฏิบัติตาม

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 5

สรุปกรณีศึกษา

เริ่มการศึกษาผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับการรักษาตัวที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมรวม ผู้ป่วยชายไทย อายุ 47 ปี ประกอบอาชีพรับจ้าง สิทธิการรักษาประกันสังคมโรงพยาบาลเลิดสิน วันที่รับไว้ในการดูแล วันที่ 8 พฤษภาคม 2566 อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ไอแห้ง หอบเหนื่อย 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 10 ปีก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการไอแห้ง เหนื่อยง่ายเวลาทำกิจกรรม มีไข้ช่วงเย็น ของทุกวันไปพบแพทย์ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอด และรับประทานยาต่อเนื่องมาตลอด 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการไอบ่อยขึ้นกว่าเดิม และมีก้อนที่ไห่ขวาโตขึ้น จึงไปพบแพทย์และตัดชิ้นเนื้อไปตรวจพบว่าเป็น มะเร็งกระดุก 2 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล ไอแห้งมากขึ้น เหนื่อยหอบขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ร่วมกับมีน้ำหนักลดลง 10 กิโลกรัมภายใน 1 เดือน ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง รักษาที่โรงพยาบาลเลิดสิน รับประทานยาต่อเนื่อง หากมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยจะไปรับการรักษาที่คลินิกหรือสถานอนามัยใกล้บ้าน ผู้ป่วยสูบบุหรี่ วันละ 20 มวน นาน 10 ปี แต่ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่แล้ว 5 เดือน ผู้ป่วยดื่มสุรา นาน ๆ ครั้ง ตามเทศกาลต่าง ๆ นาน 10 ปี แต่ปัจจุบันเลิกดื่มแล้ว 5 เดือน ตรวจร่างกาย รูปร่างผอมมากน้ำหนัก 42 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 15.42 kg/m^2 อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต $126/83$ มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100% ประเมิน GCS ได้ $E_4V_5M_6$ Pupil size 3 mm . reaction to light both eye, motor power grade 5 both arms and legs ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผลเลือด มีภาวะโซเดียมต่ำ ชีด ถ่ายภาพรังสีพบว่าก้อนที่ปอด และมีน้ำในเยื่อหุ้มปอด มีอาการเหนื่อย และทำการเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ที่บริเวณคอพบว่า มีการกดเบียดของก้อนมะเร็งที่คอทำให้เกิดผลกระแทกจากแรงกดทำให้ SVC แคบลง หลอดเลือดดำ brachiocephalic ด้านขวาถูกทำลาย หลอดเลือดดำคอขวาภายใน และการตีบของหลอดเลือดดำคอซ้ายภายใน ผู้ป่วยมีภาวะหน้าบวม หน้าอกบวม แน่นหน้าอก หายใจลำบาก แพทย์พิจารณาให้ยาเคมีบำบัด เป็น Paclitaxel (175 mg/m^2) 200 mg . และ Carboplatin 370 mg . และมี Premedication Dexamethasone 20 mg . Ondansetron 8 mg . Chlorpheniramine 10 mg . furosemide (40 mg) 2 เม็ด Home medication Ondansetron (8 mg .) 1 เม็ด 3 เวลา ก่อนอาหาร Dexamethasone (0.5 mg .) 4 เม็ด 2 เวลาหลังอาหาร plasil (10 mg .) 1 เม็ด 3 เวลา ก่อนอาหาร Lorazepam (0.5) 1 เม็ด ก่อนนอน หลังยาไป 4 cycle พบว่าผู้ป่วยมีภาวะหอบเหนื่อยมาก หน้าบวม จึงทำการวินิจฉัยเพิ่มเติม

พบ และส่งฉายแสง 10 แสงที่โรงพยาบาลมะเร็งกรุงเทพ ซอยอารีย์สัมพันธ์ หลังจากนั้นได้หยุดการให้ยาเคมีบำบัด ฉายแสงอย่างเดียว ร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองต่อไป

ปัญหา/อุปสรรค/ข้อจำกัด และแนวทางการแก้ไขปัญหา

ลำดับที่	ปัญหา/อุปสรรค/ข้อจำกัด	แนวทางการแก้ไขปัญหา
1.	ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความเข้าใจถึงสาเหตุการเกิดโรค และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด รับประทานยารักษาต่อเนื่องมาก	1. พูดคุยเพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจ ถึงสาเหตุ การเกิดโรค และค้นหาสาเหตุที่แท้จริง โดยอธิบายสาเหตุ การค้นหาต้นเหตุที่แท้จริง และอธิบายถึงการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย การใช้ชีวิตประจำวัน การเลือกรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไขมัน และการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจ และปฏิบัติตามคำแนะนำ รับประทานยาและบุตรมีระดับความวิตกกังวลลดลง

วิเคราะห์และข้อเสนอแนะ

วิเคราะห์กรณีศึกษา

เมื่อผู้ป่วยต้องรักษาด้วยวิธีการให้ยาเคมีบำบัด มักมีความคิดสับสน เคร่งเครียด พยาบาลต้องเข้าถึงสภาพจิตใจ ปลอดภัยให้กำลังใจ ให้ข้อมูล คำแนะนำการปฏิบัติตัว ได้แก่ ประเมินอาการและโรคประจำตัวผู้ป่วยก่อนการให้ยาเคมีบำบัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น วางแผนเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ยา ต่าง ๆ ให้พร้อมใช้สำหรับการดูแลผู้ป่วย ขณะให้ยาเคมีบำบัด พยาบาลและทีมช่วยเหลือต้องพร้อมเพียงอย่างมาก ต้องเข้าช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ตลอดจนแผนการให้ตรวจสอบการให้ยาเคมีบำบัดก่อนให้ยา การเฝ้าระวังระหว่างการให้ยา การประเมินอาการ และภาวะแทรกซ้อน ความสามารถแก้ไขเหตุการณ์ได้ทันถ่วงทีระหว่างการ ตลอดจนให้การพยาบาลต่อเนื่องหลังการให้ยาเคมีบำบัด ติดตามการเยี่ยมหรือการส่งต่อข้อมูลกับหอผู้ป่วย รวมถึงการวางแผนจำหน่ายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การเตรียมความ

พร้อม ทั้งทางร่างกาย และจิตใจที่ดีตั้งแต่แรกจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย จากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้นทีมให้การรักษาและการพยาบาลจึงมีความสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้อยู่ในสภาพปกติ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อีกทั้งการนำเสนอกรณีศึกษา (Case conference) และการทำงานเป็นทีมของสหสาขาวิชาชีพทำให้การทำงานประสบผลสำเร็จและแก้ไขอุปสรรคต่าง ๆ ได้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

จากผู้ป่วยกรณีศึกษา เมื่อแพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอด ตลอดจนอาการที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา อาจะมาจากหลายสาเหตุ ซึ่งผู้ป่วยมีโรคประจำตัวความดันโลหิต มีการรักษาต่อเนื่อง เมื่อมีโรคมะเร็งปอดและภาวะหลอดเลือดอุดตัน ทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา เนื่องจากการขาดความรู้การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง มีโรคประจำตัว รวมทั้งกลัวการเสียชีวิตจากการรักษา ประกอบกับการรักษาด้วยวิธีการฉายรังสีรักษา อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์ ดังนั้นการประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนและหลังให้ยาเคมีบำบัดจึงมีความจำเป็นต้องวางแผน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในดูแลรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพด้วยเหตุนี้ในการให้ยาเคมีบำบัด ในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีภาวะหลอดเลือดอุดตันร่วมด้วย ที่ได้ดำเนินการดูแลรักษาจนเกิดผลลัพธ์ที่ดี ในการดูแลผู้ป่วยมีดังนี้

1. ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีภาวะหลอดเลือดอุดตันร่วมด้วย โดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่สามารถให้การดูแลที่ครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ ตลอดจนครอบคลุมทั้งทางด้านการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา การฟื้นฟูและการส่งต่อข้อมูลทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน
2. จัดทำคู่มือคำแนะนำการปฏิบัติตัวผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีภาวะหลอดเลือดอุดตันร่วมด้วย ในระยะก่อน ระหว่าง และหลังได้รับยาเคมีบำบัด
3. จัดทำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยให้ยาเคมีบำบัดในระยะก่อน ระหว่างและหลังให้ยาเคมีบำบัด
4. จัดทำแผนภาพประกอบการสอน วิธีโอสาริต การเตรียมตัวก่อนให้ยาเคมีบำบัด
5. การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนกลับบ้าน การจัดการกับความเหนื่อยล้า เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามถึงข้อกังวลต่าง ๆ เน้นย้ำถึงความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่อง การมาตรวจตามนัด รวมถึงการจัดกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเดียวกัน เกิดกำลังใจในการที่จะรักษาอย่างต่อเนื่อง

6. เน้นให้ญาติผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษา เนื่องจากญาติเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งและมีกำลังใจในการรักษา
7. หลังเสร็จสิ้นการรักษาในแต่ละครั้งควรมีการประเมินคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อติดตามความก้าวหน้าของการรักษาและนำมาพัฒนาการดูแลและให้การพยาบาลต่อไป
8. การเตรียมความพร้อม การยอมรับการสูญเสีย และการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง

โอกาสพัฒนา

1. การพยาบาลก่อนและหลังให้ยาเคมีบำบัด สร้างทีมพยาบาลและทีมประสานงานที่เข้ามาช่วยในการดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน เช่น การเตรียมแพทย์ประจำบ้านในการเตรียมผู้ป่วย การรายงานอาการผิดปกติ ร่วมกับการให้การรักษาอย่างทันที่ ในสถานพยาบาลใกล้บ้าน
2. การเพิ่มช่องทางการให้ความรู้และสอนการสังเกตอาการด้วยตนเอง นอกจากการนำเสนอทางเอกสาร แผ่นพับ อาจรวมถึงใช้สื่อต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงข้อมูลได้มากขึ้น

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บรรณานุกรม

- ทนันชัย บุญบุรพงค์.(2559).การบำบัดระบบหายใจในเวชปฏิบัติ :บจก.ปัญญามิตรการพิมพ์
- พาริดา อิบราฮิม. (2546). **ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล** :บริษัท สามเจริญพาณิชย์
- วิจิตรา กุสุมภ์. (2560). **การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต : แบบองค์รวม Critical Care Nursing : A holistic Approach** : ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์.
- ศิริพร เสมสาร และสุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม. (2560). กรณีศึกษาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามแบบประคับประคอง :บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง. *รามธิบดีสาร*.1(23) :11-26
- สมถวิล ลูกรักษ์และคณะ. (2556). การดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งปอด ในมุมมองการรักษา หน่วยมะเร็งวิทยาโรงพยาบาลรามธิบดี .
- อภิัญญา คมปราชญ์และคณะ. (2560). **อาการและการจัดการและผลลัพธ์การจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด**. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- American Cancer Society's (ACS) (2023)., Cancer Facts & Figures 2023 and Cancer Facts & Figures 2022, the ACS website, and the International Agency for Research on Cancer website.
- Azizi, A, Shafi, I, Shah, N. et al.(2020)., Superior Vena Cava Syndrome. *J Am Coll Cardiol Intv.*, 13 (24) 2896–2910.
- Durham AL and Adcock I.M. (2015). The relationship between COPD and lung cancer. *Lang cancer*.2(90):121-7
- GBD 2019 Cancer Risk Factors Collaborators (2022). The global burden of cancer attributable to risk factors, 2010-19: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet (London, England)*, 400(10352), 563–591.
- Kuhlmann-Hogan, A., Cordes, T., Xu, Z., Traina, K. A., Robles-Oteíza, C., Ayeni, D., Kwong, E. M., Levy, S. R., Nobari, M., Cheng, G. Z., Shaw, R., Leibel, S. L., Metallo, C. M., Politi, K., & Kaeck, S. M. (2023). EGFR + lung adenocarcinomas coopt alveolar macrophage metabolism and function to

support EGFR signaling and growth. *bioRxiv : the preprint server for biology*, 2023.04.15.536974.

Lababede, O., & Meziane, M. A. (2018). The Eighth Edition of TNM Staging of Lung Cancer: Reference Chart and Diagrams. *The oncologist*, 23(7), 844–848.

Malhotra J, Malyezzi M, Negri E, La Vecchia C, and Boffetta P.(2016)., Risk factors for lung cancer worldwide. *European Respiratory Journal*.; 48: 889-902.

Marsh GM, Riordan AS, Keeton KA, *et al.* (2017)., Non-occupational exposure to asbestos and risk of pleural mesothelioma: review and meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine* ;74:838-46.

Tyler Brooker, "Lungs - The Respiration Necessity." Topend Sports Website, September 2008,<https://www.topendsports.com/medicine/anatomy-lungs.htm>,

United States Environmental Protection Agency.(2023) Basic Radon Facts. Website, January 2023, <https://www.epa.gov/radon/radon-resistant-construction-basics-and-techniques>, Accessed May 6, 2023

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน