

การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาแบบผสมผสาน และมีภาวะซึมเศร้า : กรณีศึกษา

นางสาวเพ็ญทิพย์ เชาวลิต

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาโรค

มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นโรคร้ายแรงที่กระทบต่อชีวิตของสตรีจำนวนมากทั่วโลกอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับ 1 ของมะเร็งที่เกิดขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกาในสตรีและแนวโน้มอุบัติการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ยังมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆโดยประเทศสหรัฐอเมริกาผู้ที่เสียชีวิตด้วยมะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งปอด (American Cancer Society, 2023) และประเทศไทยพบว่าโรคมะเร็งเต้านมอุบัติการณ์เป็นอันดับหนึ่งในสตรีจากข้อมูลมะเร็งในประเทศไทย (Cancer in Thailand) ปีพ.ศ. 2563 พบมะเร็งเต้านมรายใหม่จำนวน 22363 คน และสถิติสถาบันมะเร็งแห่งชาติ มีรายงานทะเบียนมะเร็งระดับประเทศ แสดงอุบัติการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่พบว่าในปีพ.ศ. 2563 มีจำนวน 18,000 คน/ปีหรือคิดเป็น 49 คน/วัน และเสียชีวิตวันละ 13 คน ซึ่งคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2566 จะพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ราว 22,000 คน/ปีและพบมากที่สุดเป็นอันดับ 1 ของมะเร็งที่เกิดขึ้นกับสตรีไทยและมากสุดใน 10 อันดับของโรคมะเร็งทุกชนิดในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (Cancer in Thailand 10 (2016-2018): 9)

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่ยังคงมีสูงของอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเต้านมในสตรีสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมไม่ทราบแน่ชัด แต่พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมามากขึ้นจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตเช่น รับประทานอาหารไขมันสูง ขาดการออกกำลังกาย และดื่มสุรา รวมถึงบางปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้เช่น ความผิดปกติทางพันธุกรรม และอายุที่มากขึ้น เป็นต้น

มะเร็งเต้านมสามารถรักษาให้หายได้หากพบในระยะเริ่มแรกดังนั้นในปัจจุบันจึงได้มีการรณรงค์ให้มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพื่อค้นหาโรคตั้งแต่เริ่มต้นและเมื่อเกิดโรครุนแล้วผู้ป่วยจะได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด เคมีบำบัด การรักษาโดยรังสีรักษาการให้ฮอร์โมนบำบัดการรักษาแบบประคับประคองหรือการรักษาด้วยวิธีหลายวิธีการผสมผสานกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีระยะเวลาปลอดจากโรคนานขึ้น และบางรายอาจหายจากโรคได้

การรักษาในปัจจุบันนี้มีวิวัฒนาการที่ก้าวหน้า ตั้งแต่แนวคิดของการรักษา การตรวจวินิจฉัย โดยเฉพาะในด้านการผ่าตัดและวิธีการรักษาอื่นๆที่เกี่ยวข้อง การผสมผสานการรักษาในรูปแบบต่างๆที่หวังผลสูงสุดที่ผู้ป่วยได้รับเป็นสิ่งสำคัญ ทำให้การผ่าตัดมะเร็งมีวิธีการที่หลากหลายและทันสมัยมากขึ้น ซึ่งการรักษาด้วยการผ่าตัดยังใช้เป็นการรักษาหลักอยู่มีทั้งการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดและการผ่าตัดแบบเก็บเต้านมไว้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ

กับการวินิจฉัยของทีมแพทย์ผู้ทำการรักษาการรักษา มะเร็งเต้านมด้วยการผ่าตัดแบบเก็บเต้านมเป็นที่นิยมมาก หลักการคือผ่าตัดเอาเฉพาะก้อนมะเร็งออกโดยเก็บผิวหนังบริเวณเต้านมหุ้มและลานนมไว้ นับเป็นเทคโนโลยีในการผ่าตัดที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยยังคงความเป็นหญิงไม่สูญเสียเต้านมและนำมาสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

หลังจากการผ่าตัดมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยอาจต้องได้รับการรักษาเสริมด้วยรังสีรักษา เคมีบำบัดและยาต้านฮอร์โมน ซึ่งพิจารณาจากผลชิ้นเนื้อ อายุของผู้ป่วย ความแข็งแรงของผู้ป่วย ขนาดของก้อนมะเร็ง grade, peritumoral vascular, จำนวนต่อมน้ำเหลือง ที่มีมะเร็งแพร่กระจายและผลย้อมตัวรับฮอร์โมนเอสโตรเจน และโปรเจสโตโรน ยีนเฮอร์ทูและ Ki 67

ยาเคมีบำบัดใช้เป็นการรักษาเสริมหลังผ่าตัด (adjuvant) ในผู้ป่วยที่มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดซ้ำของโรค เพื่อลดอัตราการกลับเป็นซ้ำและเพิ่มอัตราการรอดชีวิตแก่ผู้ป่วยและการรักษาด้วยการใช้ยาต้านฮอร์โมน เพื่อหยุดการทำงานหรือสกัดกั้นการออกฤทธิ์ของฮอร์โมนที่อยู่ในเลือด ทำให้เซลล์มะเร็งหยุดการเจริญเติบโต

แนวความคิดใหม่ที่จะให้การรักษาเพื่อการผ่าตัดแบบสงวนเต้า ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ต้องได้รับการรักษาแบบผสมผสาน ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาอย่างต่อเนื่องและใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนาน ทำให้มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวค่อนข้างมาก ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ พยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดำเนินของโรค แนวทางการรักษา การให้การพยาบาลอย่างถูกวิธี สามารถผสานความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ช่วยเหลือประคับประคองผู้ป่วยให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤต มีชีวิตที่ยืนยาวพร้อมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากข้อมูลทางการแพทย์พบว่าการผ่าตัดรักษาด้วยวิธีผ่าตัดแบบเก็บเต้านมอย่างเดียวจะทำให้อัตราการเกิดซ้ำของมะเร็งเต้านมสูงขึ้นจำเป็นที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องได้รับการฉายรังสีรักษาภายนอกหลังการผ่าตัดแล้วเป็นจำนวน 25-30 ครั้งเป็นระยะเวลา 5-6 สัปดาห์ติดต่อกัน ทำให้สร้างความลำบากให้แก่ผู้ป่วยและยังทำให้การบริการทางรังสีรักษาแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นจำนวนมาก การพัฒนาเทคโนโลยีใหม่นี้เป็นการผ่าตัดเฉพาะก้อนมะเร็งเต้านมพร้อมฉายรังสีรักษาครั้งเดียวในห้องผ่าตัด Intraoperative Radiotherapy (IORT) ข้อดี ได้แก่ สามารถฉายรังสีก่อนที่เซลล์มะเร็งจะแบ่งตัวมากขึ้น นอกจากนี้ เนื้อเยื่อที่เพิ่งผ่านการผ่าตัดไปยังมีเลือดไปหล่อเลี้ยงดี ซึ่งสามารถตอบสนองได้ดีกับรังสีจึงได้ผลดีในการรักษาหายเทียบเท่ากับการรักษาด้วยการฉายรังสีหลายครั้ง

การผ่าตัดรักษามะเร็งเต้านมแนวใหม่ แพทย์จะเลือกคนไข้ที่เหมาะสม ซึ่งไม่ใช่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทุกรายที่สามารถรับการรักษาดังวิธีนี้ได้ แพทย์ผู้รักษาต้องเป็นผู้ประเมินว่าผู้ป่วยรายใดสมควรที่จะได้รับการฉายรังสีในห้องผ่าตัด รายใดไม่สามารถทำได้ โดยทั่วไปผู้ป่วยที่เหมาะสมรักษาวินิจฉัยนี้ จะต้องเป็นมะเร็งของท่อน้ำนมชนิดลุกลาม มีอายุเท่ากับ 55 ปี หรือ 55 ปีขึ้นไป เป็นมะเร็งระยะเริ่มต้น ขนาดก้อนเล็กกว่า 2 ซม. ไม่มีการกระจายของเซลล์มะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลือง มีก้อนมะเร็งก้อนเดียว และมีตัวรับฮอร์โมนเอสโตรเจนใน

เซลล์มะเร็ง โดยการผ่าตัดนั้นจะเริ่มผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ จากนั้นผ่าตัดเฉพาะก้อนมะเร็งออก ตามด้วยการฉายรังสีรักษาครั้งเดียวในห้องผ่าตัด

การฉายแสงหรือรังสีรักษา ถือเป็นกระบวนการหลักอย่างหนึ่งในการรักษามะเร็งเต้านม เพื่อหวังผลให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรคหรือป้องกันการกลับมาของโรค ซึ่งข้อดีของการฉายรังสีรักษาในห้องผ่าตัด คือ การลดระยะเวลาในการฉายรังสีภายนอกได้ถึง 25-30 ครั้ง นอกจากนี้การฉายรังสีเข้าไป ในบริเวณที่เป็นตำแหน่งของก้อนมะเร็งทันทีภายหลังการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออก จะทำให้สามารถกำหนดตำแหน่งของการฉายรังสีรักษาได้แม่นยำมากขึ้นลดระยะเวลาการรักษาที่สั้นและเร็วที่สุด โดยฉายเหลือเพียงครั้งเดียวและทำในห้องผ่าตัดทีเดียวและเนื่องจากบริเวณฉายแสงเล็กลง จึงทำให้ผลกระทบต่ออวัยวะข้างเคียง เช่น ปอด หัวใจ เนื้อเยื่อเต้านม บริเวณอื่นๆ และผิวหนังลดน้อยลงไปด้วย ทำให้เพิ่มโอกาสหายจากโรค นอกจากนี้พบว่าภาวะความสวยงามของเต้านมภายหลังการรักษาอยู่ในเกณฑ์ดีมากถึงดีเลิศ มีการใช้แบบสอบถามที่เป็นมาตรฐานทั่วโลกฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังการรักษามะเร็งเต้านม พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ดีมาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่พึงพอใจกับการรักษาและรู้สึกพึงพอใจที่ไม่มีการสูญเสียเต้านมภายหลังการผ่าตัด

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีระหว่างผ่าตัดจะมี 2 แบบ คือ Full dose จะเป็นการฉายรังสีครั้งเดียวระหว่างการผ่าตัดเต้านมแบบสงวนเต้า (Breast conservative surgery) ปริมาณรังสี 21 Gy และ รูปแบบ Boost dose จะเป็นการฉายรังสีเพียงบางส่วนระหว่างการผ่าตัดเต้านมแบบสงวนเต้า (Breast conservative surgery) ปริมาณรังสี 9 Gy แล้วตามด้วยการฉายรังสีเต้านมภายนอก (External Beam Radiation Therapy : EBRT) ปริมาณรังสี 45-50 Gy

วัตถุประสงค์ในการจัดทำกรณีศึกษา

1. เพื่อให้พยาบาลและผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับการรักษาด้วยแบบผสมผสาน (การผ่าตัด การฉายรังสีในห้องผ่าตัด เคมีบำบัด และยาต้านฮอร์โมน)
2. เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจากการรักษามะเร็งที่มีผลข้างเคียงและใช้เวลานานในการรักษา
3. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม
4. เพื่อนำความรู้ที่ได้รับจากการศึกษาไปเผยแพร่ และให้ความรู้แก่บุคลากรในทีมสุขภาพเพื่อเพิ่มพูนทักษะในการปฏิบัติงาน

5. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาหาความรู้ของพยาบาลที่จบใหม่และใช้เป็นคู่มือในการปฏิบัติงาน

เหตุผลในการเลือกศึกษา

กรณีศึกษารายนี้ เป็นหญิงไทย อายุ 63 ปี ผู้ศึกษาได้พบกับญาติ (บุตรสาว) นำผล Mammogram และ Ultrasound : BIRADS 5 มาพบแพทย์เมื่อวันที่ 10 กันยายน 2562 แพทย์ได้ส่งปรึกษา Intervention เพื่อทำ US guided CNB ที่ R10ทำเมื่อวันที่ 13 กันยายน 2562และนัดฟังผลชิ้นเนื้อเมื่อวันที่ 24 กันยายน 2562 ผลเป็น Invasive ductal carcinoma แพทย์นัดทำผ่าตัด Rt. BCS c SLNB c IORT วันที่ 9 ตุลาคม

2562 โดยส่งปรึกษารังสีรักษา เพื่อทำ IORT แบบ Full dose 21 Gy หลังผ่าตัดผลชิ้นเนื้อเป็น Invasive ductal carcinoma grade 2, with ductal carcinoma in situ, Tumor size 1.4 cm. Free resection margins, No Lymphovascular

invasion indentified, pT1N0M0, Luminal A, ER+, PR+, Ki 67 10%, Her-2 +1 แพทย์ส่งปรึกษาเคมี วันที่ 22 ตุลาคม 2562 เคมีรับไว้รักษาต่อด้วยให้ Adjuvant CMT AC x 4 ครั้ง และ hormonal Treatment ต่อ 5 ปี เนื่องจากผล IDC grade 2 เริ่มให้ยาเคมีครั้งแรกเมื่อวันที่ 18 พฤศจิกายน 2562 และเคมีครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ 27 มกราคม 2563 และรักษาต่อด้วยยาต้านฮอร์โมน 5 ปี เริ่มรับยาต้านฮอร์โมนครั้งแรกเมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2563 ซึ่งในขณะนี้อยู่ในช่วงการรักษาต่อเนื่องด้วยยาต้านฮอร์โมน โดยจะนัดรับยาต้านฮอร์โมนทุก 3 เดือน

การรักษา มะเร็งเต้านมแบบผสมผสาน โดยผู้ป่วยสามารถเก็บเต้านม ยังคงสภาพลักษณะของสตรี แต่การที่ผู้ป่วยต้องรับการรักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับฉายแสงในท้องผ่าตัด มีการรักษาเสริมโดยให้เคมีบำบัดและยาต้านฮอร์โมนร่วมด้วย ผู้ป่วยต้องมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการรักษาที่ใช้ระยะเวลานาน โดยระหว่างรักษาด้วยเคมีบำบัด ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยเรื้อรัง แม้ว่าจะเป็นมะเร็งในระยะแรก ด้วยสาเหตุจากความไม่แน่นอนของอาการ จากผลข้างเคียงของการรักษา การรักษาไม่ต่อเนื่อง ร่วมกับสูงอายุ และพร่องความรู้ความเข้าใจ ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจึงได้เลือกมาเป็นกรณีศึกษา โดยผู้ศึกษาได้ติดตามผู้ป่วยรายนี้มาตลอดตามแผนการรักษาของแพทย์ที่เปลี่ยนแปลงตามการดำเนินของโรค จนจบกระบวนการรักษาและติดตามผลการรักษา ได้ให้ข้อมูล คำแนะนำ ต่างๆ ตลอดจนให้กำลังใจทุกช่วงของการรักษาจนอาการดีขึ้นและรับการรักษาครบตามแผน

ระยะเวลาศึกษา วันที่ 10 กันยายน 2562 ถึงวันที่ 18 พฤศจิกายน 2566

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. คัดเลือกผู้ป่วยที่จะนำมาเป็นกรณีศึกษา
2. ศึกษาและค้นคว้าทางวิชาการโรคมะเร็งจากเอกสาร แหล่งข้อมูล
3. จัดทำเค้าโครงเรื่องโรคมะเร็งที่ศึกษาและวางแผนการดำเนินกิจกรรมทางการแพทย์แก่

กรณีศึกษา

4. ให้การพยาบาลในกรณีศึกษา ติดตามและประเมินผลกิจกรรมพยาบาล
5. สรุปกรณีศึกษา
6. เขียนรายงานตามเค้าโครงเรื่องและผลลัพธ์ของกิจกรรมการพยาบาลกรณีศึกษา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนามาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมชนิดลุกลามที่รับการรักษาแบบผสมผสาน (ผ่าตัด ฉายแสง IORT เคมีบำบัด และยาต้านฮอร์โมนรักษา) และการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในการวางแผนการพยาบาล ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ

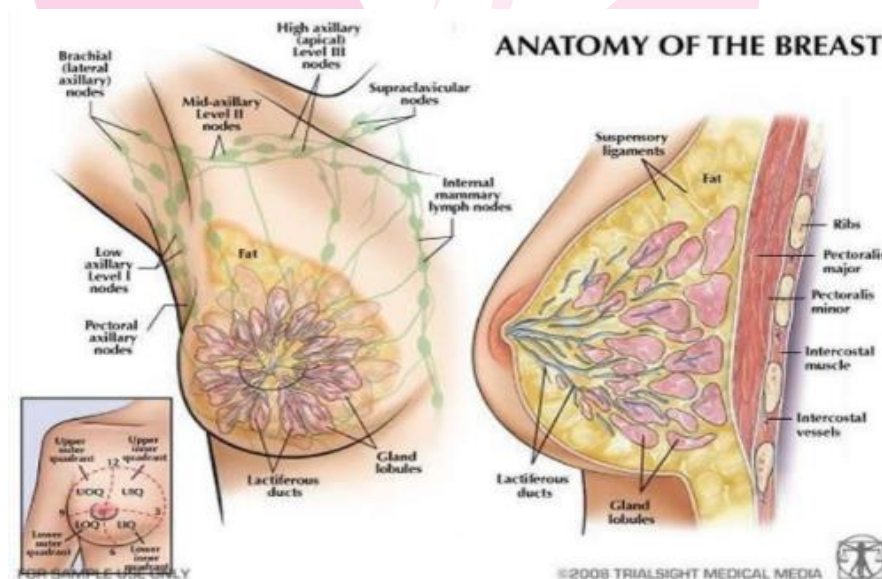
2. เพื่อเป็นคู่มือในการปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมชนิดลุกลามที่รับการรักษาแบบผสมผสาน สำหรับนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลที่จบใหม่และบุคคลที่สนใจในการพยาบาลอย่างมีองค์ความรู้ ใช้ทักษะอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยกลับมาคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

3. เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับเทคโนโลยีที่ทันสมัยในการรักษามะเร็งเต้านมอย่างต่อเนื่อง

บทที่ 2

พยาธิสภาพและสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้อง

1. กายวิภาคและสรีรวิทยาของเต้านม (Anatomy and Physiology of the Breast)



ภาพที่ 1 แสดงภาพลักษณะกายวิภาคของเต้านมเพศหญิง

ที่มา : www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/160318145828700935.ppt,

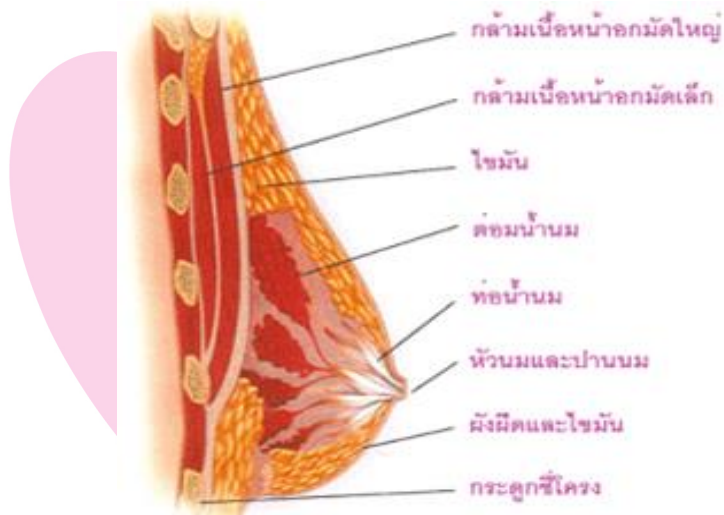
3 กันยายน 2561

กายวิภาคของเต้านม (Anatomy of the Breast)

เต้านมเป็น Glandular Tissue ตั้งอยู่บนทรวงอกด้านหน้า บริเวณกระดูกซี่โครงซี่ที่ 2 ถึงซี่ที่ 6 ตั้งอยู่บน Deep Fascia ที่คลุมกล้ามเนื้อ Pectoral Major Anterior serratus และกล้ามเนื้อ External oblique รวมทั้ง Anterior rectus sheath การที่รูปร่าง ขนาด ตำแหน่ง ของเต้านมในแต่ละคนแตกต่างกันขึ้นอยู่กับกรรมพันธุ์ จำนวนไขมัน อายุ เชื้อชาติ อาหารและระยษหน้าที่ของเต้านม เช่น ระยะก่อนมีประจำเดือน ระยะตั้งครรภ์ เป็นต้น

เต้านมมีกำเนิดจากสันของ Ectoderm ซึ่งยาวตั้งแต่รักแร้มาถึงขาหนีบเรียกว่า Milk line ดังภาพที่ 1 พบตั้งแต่เด็กในครรภ์อายุ 6 สัปดาห์ สันนี้จะสลายไปหมด ยกเว้นในตำแหน่งที่ต่อมากลายเป็นหัวนม ฐานนม (Areola) และต่อมน้ำนม ต่อมน้ำนมเหล่านี้เจริญเติบโตใน Superficial fascia ทำให้มีไขมันและ Connective

Tissue หุ้มโดยรอบ เต้านมในสตรีแตกต่างกันตามจำนวนไขมัน ตำแหน่งหัวนมเป็นไปตามความหย่อนยานของเต้านม



ภาพที่ 2 ภาพแสดงการตัดขวางของเต้านม

ที่มา : http://nomnanom.blogspot.com/2010/05/blog-post_03.h 1 พฤษภาคม 2563

ลักษณะภายนอกของเต้านม

เต้านมปกติมีลักษณะเป็นรูปกรวยคว่ำมีอยู่ 2 ข้าง มีหน้าทีสร้างน้ำนมเพื่อบำรุงเลี้ยงเด็ก มีหัวนมอยู่ที่ยอด (Nipple) ที่ Nipple นี้มีรูของ Milk duct และผิวหนังที่อยู่รอบๆหัวนมจะสีคล้ำกว่าผิวหนังทั่วไปของเต้านม ผิวหนังบริเวณนี้เรียกว่าป่านนมหรือ Areola เป็นต่อม Compound gland ซึ่งแบ่งเป็นส่วนๆ มีประมาณ 20 lobe แบ่งโดย Connective tissue และ lobe หนึ่งๆจะมี Excretory duct ของมันเอง มีปลายของหลอดที่จะมาเปิดที่หัวนมพื้นขยายพองโตเพื่อขังน้ำนมไว้ในเวลาที่ต่อมน้ำนมทำหน้าที่สร้างน้ำนมออกมาและ duct เหล่านี้ต่างก็ไปที่ผิวหนังของหัวนมโดยตรง lobe ต่างๆเหล่านี้ยังแบ่งออกเป็น lobe เล็กๆหรือ lobular

ลักษณะภายในของเต้านม

เต้านมตั้งอยู่หน้ากล้ามเนื้อ Pectoral muscles เต้านมเป็น Glandular structure อยู่ในชั้น subcutaneous tissue ของร่างกายอยู่ระหว่าง superficial fascia กับ Deep fascia ยกเว้น Axillary tail ที่ยื่นต่อ Deep fascia เต้านมมีอาณาเขตตั้งแต่ซี่โครงที่ 2 ถึง 6 และจากขอบ sternum และขอบของรักแร้

ภายในเต้านมประกอบด้วย Glandular tissue ซึ่งมีโครงสร้างเช่นเดียวกับ Exocrine gland ทั่วไป ประกอบด้วย Acini Areola และท่อน้ำนมหรือ Ductal system ภายใน glandular tissue มี Fibrous septum แบ่งต่อมออกเป็น lobe และ lobular หลายอัน Fibrous septum จะแผ่รัศมีออกจากศูนย์กลางคือหัวนม ต่อมน้ำเหลืองฝังอยู่ในชั้นไขมันใต้ผิวหนังโดยมีชั้นไขมันแทรกอยู่ในระหว่างเนื้อต่อมด้วยถ้ามีไขมันแทรก

อยู่มากในระหว่าง lobe และ lobular เราจะไม่สามารถมองเห็นหรือสัมผัสลักษณะอ่อนนุ่ม (soft) หรือค่อนข้างแน่นตึงไม่แข็ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับไขมันที่แทรกอยู่ระหว่าง Glandular tissue

Acini และ Areola จะมีท่อน้ำนมประกอบเป็น Ductal system รวมมาเปิดที่หัวนมมีประมาณ 15-20 ท่อ บนผิวของ Areola มีตุ่มนูนขึ้นมาเป็นต่อมที่เชื่อว่าทำหน้าที่รับไขมันทำให้ผิวหนังของ Areola และหัวนมชุ่มชื้น ต่อมเหล่านี้เรียกว่า Grands of Montgomery เส้นเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณเต้านมประกอบด้วยหลอดเลือดแดงหลอดเลือดดำและระบบท่อทางเดินน้ำเหลืองการศึกษาหลอดเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณเต้านมทำให้เข้าใจถึงการกระจายของโรคและเป็นหลักในการรักษา

เต้านมได้รับเลือดจากแขนงของหลอดเลือดแดงที่สำคัญคือ

1. แขนงทะลุ (Perforating branch) ของหลอดเลือดแดง Internal mammary ซึ่งจะทะลุช่องระหว่างซี่โครงเข้ามาเลี้ยงด้านใน (Medial หรือ Inner) ของต่อมน้ำนมและจะนำเลือดไปเลี้ยงผิวหนังของเต้านม และต่อมน้ำนมประมาณ 1 ใน 3 ส่วนของเต้านมที่อยู่ด้านใกล้กลางแขนงทะลุเส้นที่ 2, 3 และ 4 เป็นแขนงใหญ่ ซึ่งนำเลือดไปสู่ Supero-medial aspect ของเต้านม Miliacic 3 เชื่อว่าแขนงทะลุเส้นที่ 2 เป็นแขนงใหญ่และสำคัญที่สุด

2. แขนง Pectoral ของหลอดเลือดแดง Thoraco-arterial จะทอดเข้าไประหว่างกล้ามเนื้อ Pectoral major และ Pectoral minor นำเลือดเข้าสู่กล้ามเนื้อทั้ง 2 คู่ Deep fascia ของเต้านมข้อหลังนี้ยังมีความเห็นโต้แย้งจากผู้รู้หลายท่านนอกจากนี้ยังมีแขนงเล็กๆ จากหลอดเลือดแดง Axillary ซึ่งทอดข้ามหลอดเลือดดำชื่อเดียวกันขนานไปกับเส้นประสาทเข้าสู่กล้ามเนื้อ Pectoralis minor

3. ส่วน Super-lateral quadrant และ Infero-lateral quadrant ได้รับเลือดมาเลี้ยงจากแขนงของหลอดเลือดแดง lateral thoracic ซึ่งมาจากส่วนที่ 2 ของหลอดเลือดแดง Axillary หลอดเลือดแดง Lateral thoracic ซึ่งจะนำเลือดไปเลี้ยงหัวนมและป้านนมโดยไปประสานเชื่อม (Anastomosis) กับแขนงทะลุของหลอดเลือดแดง Internal mammary

4. แขนงจากหลอดเลือดแดงระหว่างซี่โครง (Intercostal arteries) ส่วนใหญ่จะนำเลือดไปเลี้ยงส่วนลึก หรือ Posterior aspect ของเต้านมไม่มีการประสานต่อเชื่อมกันระหว่างหลอดเลือดแดงเหล่านี้ยกเว้นในบริเวณใกล้เคียงกับหัวนม เชื่อว่าหลอดเลือดแดงระหว่างซี่โครงไม่ใช่หลอดเลือดที่สำคัญในการนำเลือดมาเลี้ยง เต้านมประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50) ของเต้านมได้รับเลือดจากหลอดเลือดแดง Internal mammary หลอดเลือดแดง Lateral thoracic และ intercostal รวมกัน ดังนั้นของหลอดเลือดแดง Later thoracic ร่วมกับหลอดเลือดแดงอื่นๆ ดังกล่าวมาแล้ว นำเลือดไปสู่เต้านมมีถึงร้อยละ 68 ของจำนวนเลือดที่มาเลี้ยงเต้านมทั้งหมด

หลอดเลือดแดง Lateral thoracic มีแขนงซึ่งผ่านไปทาง Superior และ medial aspect ของเต้านม เข้าสู่หัวนมทางด้านใกล้กลาง (Medial) ประมาณร้อยละ 74 ของจำนวนเลือดที่ไปเลี้ยงหัวนมมาจากหลอดเลือดแดง Internal mammary และ Lateral thoracic

เส้นเลือดดำที่เป็นทางไหลเวียนกลับของเลือด (Venous drainage)

เส้นเลือดดำของเต้านมไหลเวียนเข้าสู่ระบบไหลเวียนส่วนกลาง โดยทางหลอดเลือดดำซึ่งทอดขนานกับหลอดเลือดแดงของเต้านมและมักใช้ชื่อเดียวกัน

ทางไหลกลับของเลือดดำของเต้านมอาจสรุปได้เป็นเส้นทางใหญ่ๆดังนี้

1. ทางหลอดเลือดดำซึ่งทอดขนานกับแขนงของหลอดเลือดแดง Internal mammary เข้าสู่หลอดเลือดดำ Internal mammary ซึ่งทอดขนานกับหลอดเลือดแดงชื่อเดียวกันไปสู่หลอดเลือดดำใหญ่ Innominate
2. พื้นผิวส่วนลึก (Deep surface) ของเต้านมและกล้ามเนื้อ Pectoral โดยแขนงหลอดเลือดดำ (Tributaries) ไปสู่หลอดเลือดดำ Axillary
3. หลอดเลือดดำ Intercostal ซึ่งทอดขนานกับหลอดเลือดแดงชื่อเดียวกันจะรับเลือดดำภายในส่วนลึกของเต้านมไปสู่หลอดเลือดดำ Azygous, Vertebral และหลอดเลือดดำใหญ่ Superior vena cava

ทางเดินน้ำเหลืองบริเวณเต้านมแบ่งออกเป็น

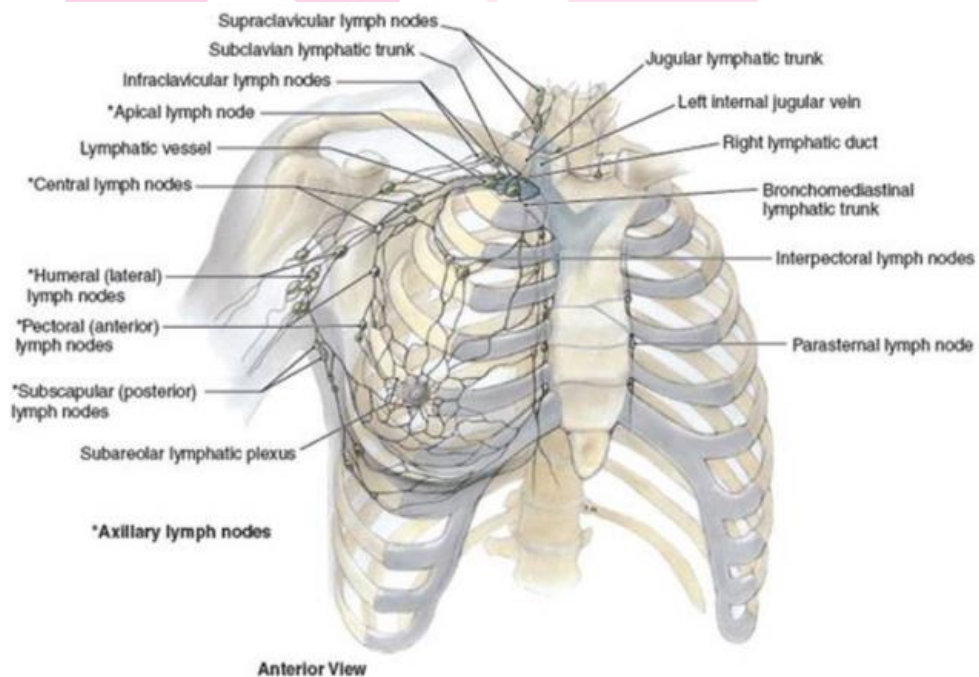
1. กลุ่มต่อมน้ำเหลืองรักแร้การระบายน้ำเหลืองจะไปตามท่อน้ำเหลืองที่ขนานไปกับหลอดเลือดแดง Lateral thoracic ไปยังกลุ่มของต่อมน้ำเหลืองที่ฝังอยู่ในแผ่นไขมันของผนังด้านหน้าของรักแร้ต่อมน้ำเหลืองกลุ่มนี้เรียกว่า Anterior group หรือ Pectoral group ซึ่งเราจะคลำได้ที่ด้านหลังของ Anterior axillary fold ต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ลึกเข้าไปอีกหน่อยได้แก่ Medial group ซึ่งจะคลำได้บน Medial wall ของ Axillary ก็คือส่วนบนของ Chest wall นั่นเอง ทางผนังด้านหลังของรักแร้ Lymphatic drainage จะทะลุเข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองกลุ่มหลังคือ Posterior group หรือ Subscapular nodes ต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ตามหลอดเลือด Axillary จะ Drain น้ำเหลืองไปตามท่อน้ำเหลืองจะไหลไปสู่หลอดเลือดดำตรงรอยต่อระหว่างหลอดเลือดดำ Jugular กับหลอดเลือด Subclavian ถ้าเป็นเต้านมข้างขวาสำหรับน้ำเหลืองจากเต้านมข้างซ้ายจะไปเข้าสู่ท่อน้ำเหลืองใหญ่ Lateral thoracic โดยตรงกลุ่มของต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ตรงยอด (Apex) ของรักแร้เรียกว่ากลุ่มยอด หรือ Apical group ต่อมน้ำเหลืองกลุ่มนี้รับ lymphatic drainage จากต่อมน้ำเหลืองระหว่างกล้ามเนื้อ Pectoral (Interpectoral หรือ Rotter's nodes)

2. Internal mammary chain ต่อมน้ำเหลืองกลุ่มนี้จะรับน้ำเหลืองกลุ่มนี้ด้านในของเต้านม ยังมีท่อน้ำเหลืองซึ่งถ่ายเทน้ำเหลืองจากด้านบนและส่วนหน้าของกระบังลม (Diaphragm) และส่วนบน (Superior Surface) ของตับ โดยมีท่อน้ำเหลืองที่แหงทะเล Falciform ligament และส่วนบนของกล้ามเนื้อ Rectus มีทิศทางของกระแสเลือดได้ 2 ทาง มีท่อน้ำเหลืองติดต่อกันระหว่างท่อน้ำเหลืองของเต้านม เรียกว่า Inferomedial quadrant ติดกับกระบังลมเยื่อช่องท้อง (Peritoneum) ท่อน้ำเหลืองจาก Inferomedial quadrant ของเต้านมขนานไปกับแขนงทะเลของหลอดเลือดแดง Internal mammary กลุ่มของต่อมน้ำเหลืองเหล่านี้จึงได้ชื่อว่า Internal mammary chain

3. ท่อน้ำเหลืองตามผิวของเต้านม (Superficial lymphatic) ท่อน้ำเหลืองจะทอดตาม Internal mammary vessels ทางขวาจะ drain สู่ right lymphatic ducts หรือเข้า Mediastinal trunk ทางซ้าย drain สู่ thoracic ducts หรือถ่ายเทสู่หลอดเลือดดำใหญ่ Subclavian โดยตรงในตำแหน่ง Jugular subclavian junction

4. การถ่ายเทน้ำเหลืองของ Nipple และ Areola จะย้อนไปตามเส้นทางของหลอดเลือดแดงของ Nipple และ Areola สู่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้

ท่อน้ำเหลืองส่วนใหญ่ในเต้านมจะเชื่อมต่อไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ (Axillary nodes) ท่อน้ำเหลืองบางเส้นก็ไปเชื่อมต่อกับต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ในผนังทรวงอก (Internal mammary node) และ ต่อมน้ำเหลืองบริเวณไหปลาร้า (supraclavicular node และ Intraclavicular node)



ภาพที่ 3 แสดงระบบทางเดินน้ำเหลืองของเต้านม

ที่มา : <https://doctorlib.info/gynecology/obstetrics-gynecology/33.html>

เมื่อเซลล์มะเร็งสามารถกระจายสู่ต่อมน้ำเหลืองได้ก็จะมีโอกาสสูงที่จะเข้าสู่ระบบหลอดเลือดและแพร่กระจายไปยังส่วนอื่นของร่างกาย ยิ่งต่อมน้ำเหลืองที่มีเซลล์มะเร็งเต้านมมีจำนวนมากเท่าใดก็ยิ่งมีโอกาสที่จะพบเซลล์มะเร็งในอวัยวะอื่นมากขึ้นเท่านั้นดังนั้นจำนวนต่อมน้ำเหลืองที่มีเซลล์มะเร็งจึงมีผลต่อแผนการรักษาอย่างไรก็ตามไม่ใช่ผู้ป่วยทุกคนที่มีมะเร็งในต่อมน้ำเหลืองแล้วจะมีการแพร่กระจายและบางครั้งการแพร่กระจายก็พบในผู้ป่วยที่ไม่มีเซลล์มะเร็งในต่อมน้ำเหลือง

สรีรวิทยา (Physiology of the Breast)

เต้านมเป็นอวัยวะที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาภายใต้อิทธิพลของฮอร์โมนเพศหญิงและอื่นๆ “Endocrine target organ” ในขณะที่เป็นเด็กเต้านมยังไม่เจริญเติบโตและประกอบไปด้วย Lactiferous duct มากขึ้น cell ของ duct แบ่งตัวมากขึ้นเต้านมมีขนาดโตขึ้นเมื่อเริ่มมี Ovulation, Estrogen และ

Progesterone จะทำให้เกิดการเจริญของ Lobular alveolar structure ด้วยคือโตเต็มที่ในที่สุดระหว่างช่วงเวลาของรอบเดือนเต้านมก็มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดยอิทธิพลของฮอร์โมน Estrogen และ Progesterone ระหว่างใกล้และเป็นประจำเดือนจะมีขนาดโตขึ้นเพราะทั้ง duct และ Acini ขนาดโตขึ้นและมีน้ำคั่งในเต้านมมากขึ้นการตรวจเต้านมจึงควรทำในขณะที่เต้านมมีอิทธิพลจากฮอร์โมนน้อยที่สุดคือ 5-7 วัน หลังหมดประจำเดือนแล้ว

ในระหว่างตั้งครรภ์อิทธิพลของฮอร์โมนคือ Estrogen และ Progesterone จะมีมากถึงที่สุดเป็นการเตรียมเต้านมให้พร้อมที่จะสร้างน้ำนมได้ทันทีในระยะหลังคลอดบุตรฮอร์โมนที่เสริมยังมี Prolactin, Placent lactogen และ Chorionic gonadotropin ในระยะหลังคลอดมีการลดระดับฮอร์โมนอื่น ทำให้ Prolactin เป็นตัวควบคุมการสร้างน้ำนมเลี้ยงบุตรต่อไป

ในวัยหมดประจำเดือนฮอร์โมนลดลงทำให้เต้านมเริ่มเหี่ยว (Involution) Lobular alveolar structure หายไปจะเหลือแต่ไขมันและ duct ในที่สุด

เต้านมเป็นอวัยวะที่ถูกควบคุมด้วยฮอร์โมนหลายชนิดที่สำคัญมีอยู่ 3 ชนิดเกี่ยวกับการเจริญเติบโต (Development) และการทำหน้าที่ (Function) ของเต้านมคือ

Estrogen กับ Progesterone จากรังไข่และ Prolactin จาก Anterior pituitary

Estrogen มีความสำคัญเกี่ยวกับการเจริญของ ductal system

Prolactin ร่วมกับ Progesterone กระตุ้นให้มีการเจริญ lobulo-aveola system ของเต้านม

Prolactin มีความสำคัญต่อเต้านมทั้งในภาวะปกติ (Physiological) และเมื่อมีพยาธิสภาพ (Pathological) โดยการกระตุ้นของ Estrogen ต่อ Pituitary จะผลิต Prolactin ซึ่งจะออกฤทธิ์ร่วมกับ Progesterone ทำให้มีการเจริญเติบโตของ Acini

2. ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม

พยาธิกำเนิดและปัจจัยเสี่ยง (Etiology and risk factors)

พยาธิกำเนิดของมะเร็งเต้านมปัจจุบันยังไม่ทราบแน่ชัดแต่การเกิดโรคมะเร็งเต้านมจะขึ้นอยู่กับ 2 ปัจจัยหลักคือปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับมะเร็งเต้านมได้แก่เพศอายุและพันธุกรรมส่วนปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้คือสิ่งแวดล้อมและการดำเนินชีวิตโดยโรคมะเร็งเต้านมจะพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 100:1 จากการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 2005 พบว่ามีผู้ชายเป็นโรคมะเร็งเต้านมถึง 1,690 คน และผู้ชายที่เป็นมะเร็งเต้านมจัดเป็นกลุ่มที่มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี (poor prognostic factors) แต่อย่างไรก็ตามการรักษาจะเหมือนกันทั้งในเพศชายและเพศหญิง ความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านมจะมีความสัมพันธ์อย่างมากกับอายุที่เพิ่มมากขึ้นจากการศึกษาของ Feuer และคณะ (ใน วารสาร British Medical Journal, 2560) พบว่าในแต่ละช่วงอายุจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมที่ไม่เท่ากันโดยพบว่าในหญิงที่มีอายุระหว่าง 30-40 ปีจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม 1 :250 หรือร้อยละ 0.04 และความเสี่ยงนี้จะเพิ่มตามอายุที่เพิ่มมากขึ้นดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านมตามช่วงอายุ

ช่วงอายุ (ปี)	ความน่าจะเป็นต่อการเกิดมะเร็งเต้านม
30-40	0.40 หรือ 1 : 250
40-50	1.45 หรือ 1 : 69
50-60	2.78 หรือ 1 : 36
60-70	3.81 หรือ 1 : 26
ตั้งแต่ เกิดจนตาย	13.51 หรือ 1 : 7

ที่มา : วิระพล ภิมาลัย, , **เภสัชกรรมบำบัดโรคมะเร็งเต้านม** Pharmacotherapy in breast cancer, [อินเทอร์เน็ต].[วันที่อ้างถึง 22 ตุลาคม 2566]. ที่มา:

[http://www.kpi.msu.ac.th/upload/ag_tor_ref_byval/ag_16_in_1.2.4_382\(2555\).pdf](http://www.kpi.msu.ac.th/upload/ag_tor_ref_byval/ag_16_in_1.2.4_382(2555).pdf)

นอกจากปัจจัยด้านเพศและอายุที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้แล้ว ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่สามารถส่งเสริมให้เกิดมะเร็งเต้านมได้คือ

1. ปัจจัยด้านต่อมไร้ท่อ (Endocrine factor) ต่อมไร้ท่อมีหน้าที่หลักคือผลิตฮอร์โมนซึ่งฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งเต้านมคือเอสโตรเจน(Estrogen)และช่วงระยะเวลาที่สัมผัสกับเอสโตรเจนก็เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดมะเร็งเต้านมด้วยโดยในเพศหญิงที่มีประจำเดือน(menstruation)เร็วโดยเฉพาะอย่างยิ่งที่มีประจำเดือนก่อนอายุ 12 ปีจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมมากกว่าคนที่มีประจำเดือนตอนอายุ 16 ปีในทางกลับกันในหญิงที่เข้าสู่ภาวะวัยทองเร็ว(menopause) จะเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมน้อยกว่าคนที่หมดประจำเดือนช้านอกจากนี้ช่วงอายุการตั้งครรภ์ก็จัดเป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งซึ่งผู้ที่ตั้งครรภ์แรกเมื่อมีอายุมากกว่า 30 ปีจะเสี่ยงมากกว่าคนที่ตั้งครรภ์เมื่ออายุน้อยกว่า 30 ปีถึง 2 เท่า

เมื่อเปรียบเทียบหญิงที่มีบุตรกับไม่มีบุตรแล้วพบว่าหญิงที่ไม่มีบุตรหรือไม่เคยตั้งครรภ์จะมีความเสี่ยงมะเร็งเต้านมมากกว่าทั้งนี้เพราะในขณะที่ตั้งครรภ์ร่างกายจะมีฮอร์โมนEstrogen ต่ำกว่าคนปกติดังนั้นการตั้งครรภ์ก็จึงเป็นปัจจัยปกป้อง (protective factor)ของมะเร็งเต้านม

ประวัติเกี่ยวกับการมีประจำเดือนการมีบุตรและปัจจัยอื่นๆพอสรุปได้คือผู้หญิงที่มีประจำเดือนตั้งแต่อายุน้อยๆหรือหมดประจำเดือนช้าเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมสูงตรงข้ามกับผู้หญิงที่ต้องผ่าตัดรังไข่ออกตั้งแต่อายุน้อยๆไม่ค่อยเป็นมะเร็งเต้านมผู้หญิงที่แต่งงานแล้วไม่มีบุตรเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่ามีบุตรหรือแม้มีบุตรก็พบว่าถ้ามีบุตรตอนอายุมากก็มีอัตราเสี่ยงมากกว่ามีบุตรหลายคนส่วนปัจจัยอื่นพบว่าผู้หญิงที่เคยได้รับการฉายรังสีบริเวณทรวงอกมาก่อน มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมผู้หญิงอ้วนในวัยหมดประจำเดือนเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าคนผอมในวัยเดียวกัน

จากการศึกษาหาความสัมพันธ์ของการเกิดมะเร็งเต้านมกับการได้รับฮอร์โมนในฮอร์โมนเสริมจากภายนอกในร่างกายในกลุ่มประชากรหญิงวัยหมดประจำเดือนที่ได้รับฮอร์โมนทดแทนผลของการศึกษาแบบ Meta-analysis จากกลุ่มประชากร 80,000 คนที่ได้รับฮอร์โมนทดแทนคือ estrogen และ progesterone เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้ estrogen เพียงอย่างเดียวพบว่ากลุ่มที่ได้รับ estrogen และ progesterone จะเป็นมะเร็งเต้านมถึง 38 คนต่อประชากร 100,000 คนส่วนกลุ่มที่ได้รับ estrogen เพียงอย่างเดียวจะเป็นมะเร็ง 30 คนต่อประชากร 100,000 คน (RR = 1.26) ระยะเวลาเฉลี่ยที่ได้รับฮอร์โมนทดแทน 5.2 ปีจากการศึกษานี้จะเห็นว่าฮอร์โมน progesterone ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมอย่างหนึ่งในการเกิดมะเร็งเต้านมดังนั้นในผู้ที่เคยมีประวัติเป็นมะเร็งเต้านมมาก่อนจัดเป็นข้อห้ามใช้อย่างหนึ่งของฮอร์โมนทดแทน

2. ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม (Genetic factors) ในคนที่มีคนในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านมจะจัดเป็นปัจจัยสิ่งที่สำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งคนที่มีบุคคลใน First-degree generation เป็นมะเร็งเต้านม นอกจากคนในครอบครัวมีประวัติเป็นมะเร็งชนิดอื่นๆ เช่น มะเร็งมดลูก มะเร็งรังไข่ จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านมมากกว่าคนที่ไม่มีประวัติถึง 5 เท่าจากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่าประมาณร้อยละ 5 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านมมาก่อนในปี ค.ศ. 1990 ได้มีการทำ pedigree analysis เพื่อหา ยีนส์ ที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งเต้านม และ รังไข่ พบว่าบนแขนด้านยาวของโครโมโซมคู่ที่ 17 จะมียีนส์ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งเต้านมคือ BRCA 1 และ BRCA 2 บนโครโมโซมคู่ที่ 13 โดย BRCA 2 จะมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งรังไข่ด้วย และจากการศึกษาต่อมาพบว่าในผู้ที่มีการกลายพันธุ์ของ BRCA 1 จะมีความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งเต้านมถึงร้อยละ 85 ส่วนการกลายพันธุ์ที่ BRCA 2 จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมและรังไข่โดยพบว่ามะเร็งเต้านมประมาณร้อยละ 5-10 เกิดจากการกลายพันธุ์ของยีน BRCA 1 และความถี่นี้จะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5-10 เป็นร้อยละ 25 ในสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยก่อนวัย 30 ปี ยีน 2 ชนิดดังกล่าวจัดอยู่ในกลุ่มของ Tumor Suppressor Gene หมายความว่า ยีนทั้ง 2 ชนิดนี้ถ้าปกติจะผลิตโปรตีนที่ทำหน้าที่ควบคุมเซลล์เป้าหมายในที่นี้หมายถึงต่อมและท่อน้ำนมเซลล์ของรังไข่ให้มีการแบ่งตัวอย่างปกติ คือ ยับยั้งไม่ให้แบ่งตัวมากเกินไปจนกลายเป็นเนื้องอก แต่ถ้ายีนส์ 2 ชนิดนี้เกิดการกลายพันธุ์ ยีนส์ทั้ง 2 ก็จะสามารถผลิตโปรตีนซึ่งทำหน้าที่ควบคุมเซลล์เป้าหมายเซลล์เป้าหมายก็จะแบ่งตัวผิดปกติเกิดเป็นโรคมะเร็งขึ้น ทั้งมะเร็งเต้านมและมะเร็งรังไข่ที่เกิดจากพันธุกรรมซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของยีนตัวเดียวกันคือ BRCA 1 โดยบรรดาครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นมะเร็งเต้านมและหรือมะเร็งรังไข่นั้น จะมีการกลายพันธุ์ของ ยีน BRCA 1 เกิดขึ้นประมาณร้อยละ 45 ของสมาชิกในครอบครัว ที่มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมากถึงร้อยละ 90 ของสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและรังไข่ นอกจากนี้ยังพบว่าภายในครอบครัวที่มีการถ่ายทอดเฉพาะมะเร็งเต้านมอย่างเดียว ถ้าหากสมาชิกในครอบครัวที่เป็นมะเร็งส่วนใหญ่จะอายุต่ำกว่า 45 ปี ความถี่ในการกลายพันธุ์ของยีน BRCA 1 จะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45 เป็นร้อยละ 70 ซึ่งสตรีที่มีการกลายพันธุ์ของยีน BRCA 1 นี้จะมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งเต้านมในช่วงหนึ่งของอายุขัยได้มากถึงร้อยละ 85 และมีโอกาสเป็นมะเร็งที่รังไข่ได้ประมาณร้อยละ 40-60 อีกด้วย

BRCA 2 เป็นยีนที่สัมพันธ์กับมะเร็งเต้านมชนิดที่สองที่แยกได้ในเวลาใกล้เคียงกับ BRCA 1 โดยจะพบการกลายพันธุ์ของยีน BRCA 2 ในครอบครัวมะเร็งเต้านมที่ไม่เกิดการกลายพันธุ์ ของยีน BRCA 1

ประวัติครอบครัวและประวัติในอดีต ครอบครัวที่มีประวัติสมาชิกในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม โดยเฉพาะถ้าสมาชิกนั้นเป็นมะเร็งเต้านมในช่วงก่อนวัยหมดประจำเดือน (Pre menopause) และเป็นที่เต้านมทั้งสองข้าง มารดาผู้ป่วย ลูกสาว พี่สาวและน้องสาวของผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมสูงถึง ร้อยละ 50 แต่ถ้าผู้ป่วยเป็นโรคในช่วงหลังวัยหมดประจำเดือน (Post menopause) และเป็นที่เต้านมข้างเดียว อัตราเสี่ยงจะเป็นเพียงร้อยละ 7 ผู้หญิงที่มีประวัติเป็นมะเร็งเต้านมข้างหนึ่งแล้วจะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมอีกข้างหนึ่งมากขึ้นผู้หญิงที่เคยเป็นถุงน้ำในเต้านม (Fibrocystic disease) มีโอกาสเสี่ยงเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าคนปกติถึง 3 เท่า นอกจากนี้ผู้หญิงที่เคยเป็นมะเร็งของรังไข่และมะเร็งของเยื่อบุมดลูก ก็พบว่ามีอัตราเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งเต้านมได้มากเช่นกัน

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการดำเนินชีวิต (Environmental and lifestyle factors)ปัจจุบันพบว่าปัจจัยทั้งสองมีความสัมพันธ์อย่างมาก จากการศึกษาเชิงสังเกตการณ์ (observational study) ในหญิงเอเชียซึ่งปกติแล้วจะมีอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านมที่ค่อนข้างต่ำคือ 97 : 100,000 คน ผู้หญิงที่อยู่ในเมืองมีโอกาสเป็นมะเร็งมากกว่าผู้หญิงที่อยู่ตามชนบทแต่ ในหญิงชาวเอเชียที่อพยพไปอยู่ประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่ามีความเสี่ยงเพิ่มสูงมากขึ้น ซึ่งบางครั้งจะเทียบเท่ากับประชากรผิวขาวที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เดียวกัน สาเหตุที่หญิงชาวเอเชียมีความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นนี้เพราะพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ชอคโกแลต เป็นต้น

รูปแบบการปรุงอาหารและประเภทของอาหารก็เป็นตัวกำหนดความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านมเช่นกันซึ่งการปรุงอาหารด้วยวิธีปิ้งย่างรมควันและทอดอาหารประเภทโปรตีนเช่นเนื้อวัวหมูไก่ด้วยความร้อนที่มากกว่า 100-150 องศาเซลเซียสจะทำให้เกิดสารประกอบ heterocyclic amine ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง (carcinogen) โดยการเพิ่มอนุมูลอิสระในร่างกายและในผู้ที่อ้วนลงพุงในวัยหมดประจำเดือนก็จะเสี่ยงมากกว่าคนปกติส่วนการดื่มแอลกอฮอล์นั้นความเสี่ยงจะแปรผันตามปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์กลไกการเพิ่มความเสี่ยงคือ แอลกอฮอล์จะเพิ่มระดับของ estradiol หรือฮอร์โมนเพศ (steroid hormone) เพราะการดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เซลล์ในเซลล์ตับผิดปกติทำงานลดลงกระบวนการเปลี่ยนแปลงสารก่อมะเร็งให้อยู่ในรูปแบบดฤที่น้อยลง

- ลักษณะMammography ของเต้านมที่หนาที่มากกว่าปกติก็มีผู้ศึกษาพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมเช่นกัน

- การดื่มสุราสารเคมีในน้ำยาขัดผมก็อาจเป็นสาเหตุได้เช่นเดียวกัน

- ภาวะความเครียดทางจิตใจก็อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น

- เชื้อไวรัสบางชนิดทำให้เกิดมะเร็งเต้านมในหนูและลิง และตรวจพบ viral particles คล้ายกันในน้ำนมคนแต่ก็ยังพิสูจน์ไม่ได้ว่าเป็นสาเหตุทำให้เกิดมะเร็งเต้านมในคน

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงผลของการรับประทานวิตามินหรือแร่ธาตุต่อการป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านมพบว่า การรับประทานอาหารหรือวิตามินแร่ธาตุเช่น fiber, β -carotene, vitamin A, C และ E ผลจากการศึกษาพบว่า β -carotene, vitamin C และ E สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมได้สำหรับ vitamin A ข้อมูลยังขัดแย้งกันอยู่ ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆของการเกิดมะเร็งเต้านมแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 : แสดงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดมะเร็งเต้านม

Risk Factor	Comparison Category	Risk Category	Typical Relative Risk
Family history of breast cancer	No first-degree relatives affected	Mother affected the age of 60 y	2.0
		Mother affected after the age of 60 y	1.4
		Two first-degree relatives affected	4-6
		Breast cancer in one or more second-degree relatives	1.36
		Ovarian cancer in one or more first-degree relatives	1.59
Age at menarche	16 y	11 y	1.3
Age at birth of first child	Before 20 y	20-24 y	1.3
		25-29 y	1.6
		≥ 30 y	1.9
Age at menopause	45-54 y	After 55 y	1.5
		Before 45 y	0.7
		Oophorectomy before 35 y	0.4
Benign breast disease	No biopsy or aspiration	Proliferation only	1.5
		Atypical hyperplasia	3.5
		Lobular carcinoma <i>in situ</i>	7.2
Obesity	10th percentile	90th percentile	0.8
		Age, 30-49 y	1.2
		Age ≥ 50 y	
Oral contraceptive use	Never used	Ever used	1.0
		≥ 4 y before first pregnancy	1.7
Postmenopausal estrogen	Never used	Current use all ages	1.4
		15 + y	1.3
		Past use	1.0

Alcohol use	Nondrinker	1 drink/day	1.10
		2 drinks/day	1.25
		3 drinks/day	

ที่มา : ศูนย์เต้านม โรงพยาบาลพญาไท 1. "ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม". นพ, หะสัน มุหาหมัด).

[อินเทอร์เน็ต]. [วันที่อ้างถึง 11 ส.ค. 2020]. ที่มา : www.thai breastcancer.com.

พยาธิสภาพของเต้านม (Pathology of breast)

เนื้อเยื่อ(Tissue)ที่ประกอบขึ้นเป็นเต้านมอาจมีการเปลี่ยนแปลงเป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายได้ทั้งในส่วนเนื้อเยื่อของเต้านมเอง (Mammary glands) และในส่วนของเนื้อเยื่อที่แทรกอยู่เป็นส่วนประกอบของเต้านม เช่นเนื้อเยื่อพังผืด (Fibrous tissue)ไขมัน(Fat หรือ Adipose tissue)หลอดเลือดหลอดน้ำเหลืองเส้นใยประสาทผิวหนังที่คลุม ฯลฯ เหล่านี้อาจเกิด เปลี่ยนแปลงเป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงได้เช่นจากไขมันเกิดก้อน lipomaจากfibrous tissueเกิดfibromaถ้าเป็นทั้ง 2 อย่างรวมอยู่ในตำแหน่งเดียวกันก็เกิดเป็นfibro-lipoma หรือlipofibromaแล้วแต่จะมีเนื้อเยื่อชนิดไหนมากกว่ากันเนื้องอกชนิดไม่ร้ายที่ยกตัวอย่างมานี้มักจะเกิดในส่วนต้นของเต้านม คล้ายได้เป็นก้อนที่มีขอบเขตชัดเจนที่สามารถจับเคลื่อนไหวไปมาได้ง่าย(Movable)และไม่ค่อยจะแข็งมาก พื้นผิวของก้อนก็มักเรียบ พวกนี้ไม่มีใครมีปัญหาในการวินิจฉัยแยกโรคเนื้องอกชนิดไม่ร้ายเหล่านี้มักโตช้าและไม่ทำให้เกิดอาการเจ็บปวดถ้าตรวจพบควรตัด(excise)เอาก้อนเนื้องอกนั้นออกทั้งก้อนและส่งเนื้อตรวจดูพยาธิสภาพที่แน่นอน

ผิวหนังที่ปกคลุมเต้านมบางครั้งก็เกิดเป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงได้เช่นSkin papillomaของหัวนมและปานนมมักจะปรากฏเป็นติ่งเนื้อที่มีขี้(peduculated) ติดอยู่กับปานนมหรือหัวนมไม่มีอาการเจ็บปวดแต่อย่างไรหรือในบางรายอาจมีไฟที่หัวนมและปานนมได้เช่นกัน

เนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงที่เกิดกับท่อน้ำนมที่พบบ่อยและมีความสำคัญมากกว่าได้แก่ Fibro adenoma หรือ adeno fibroma, intraductal papillomaและ cystosarcoma phyllodes

Fibro adenomaเป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงที่พบบ่อยกว่าชนิดอื่นและมักพบในผู้หญิงอายุน้อยและพบบ่อยในหญิงอายุน้อยกว่า 25 ปีเป็นเนื้องอกที่ใช้เวลานานถึง 1 ปีกว่าจะโตเป็น 2 เท่าของก้อนที่คลำได้ในครั้งแรกผู้ป่วยบางรายให้ประวัติว่ามีก้อนอยู่ 15 ถึง 20 ปีโดยขนาดก้อนไม่เปลี่ยนแปลงและไม่มีอาการเจ็บปวด

Intraductal papilloma ตีงเนื้องอกในท่อน้ำนมลักษณะเป็นเนื้อเยื่อยื่นออกมาจากด้านหนึ่งของผนังผิวของท่อขรุขระเป็นกลีบยื่น(Villosus)ขนาดไม่ใหญ่นักส่วนมากไม่เกิน 1ซม.โดยมากมีก้อนเดียวมักเกิดที่ท่อน้ำนมส่วนปลายใต้หัวนมลักษณะเต้านมเปลี่ยนแปลงไปจากปกติเช่นมีการติ่งรังของผิวหนังหัวนมบอดพบได้ในทุกช่วงอายุจาก 18-85 ปี

Cystosarcomaphyllodesเป็นเนื้องอกของเต้านมมีขอบเขตชัดเจนเคลื่อนไหวได้ พื้นผิวของก้อนจะเรียบ ผู้ป่วยมักมาด้วยมีก้อนอยู่ในบริเวณเต้านมเป็นเวลานานๆ ไม่มีอาการเจ็บปวด อาจจะมีแผลเกิดการติดเชื้อร่วมได้ ก้อนจะโตช้า หลังรับการรักษาแล้วอาจเกิดซ้ำอีก

Gynecomastia หมายถึงเต้านมเพศชายที่โตคล้ายของเพศหญิง เป็นข้างเดียวหรือทั้งสองข้างก็ได้ เนื้อเต้านมมี duct และ periductal tissue เพิ่มขึ้นแต่ไม่มี alveoli การที่เต้านมในชายสูงอายุมีไขมันมากเนื่องจากอ้วน ไม่ถือว่าเป็น gynecomastia สาเหตุของ gynecomastia มีหลายประการดังนี้

1. วัยรุ่น เต้านมโตขึ้นเล็กน้อย คลำได้เป็นก้อนใต้หัวนมและเจ็บ หายไปเองประมาณ 1 ปี บางรายโตกว่าปกติและไม่ยุบลงเอง
2. โรคบางอย่าง เช่น cirrhosis ทำให้การทำลาย estrogen ลดลงหรือเป็นเพราะเนื้องอกที่สร้างฮอร์โมน estrogen เช่น เนื้องอกที่อัมชะ (choriocarcinoma) หรือ hepatoma
3. ยาบางชนิด เช่น reserpine, spironolactone, methyl dopa, cimetidine, digitalis, isoniazid, phenothiazine
4. ความผิดปกติทางพันธุกรรม เช่น Klinefelter's syndrome ซึ่งทำให้อัมชะไม่ปกติ
5. เป็นเองโดยไม่ทราบสาเหตุ

Fibrocystic change (Fibroadenosis) เป็นสาเหตุของอาการเต้านมที่พบบ่อยที่สุด เนื้อของเต้านมมีการเปลี่ยนแปลงแบบ hyperplasia และ regression ตามระดับฮอร์โมนเพศที่แปรไปในรอบเดือน เกิดขึ้นซ้ำซ้อนกันเป็นเวลานานจนเนื้อเต้านมเปลี่ยนไปจากเดิมโดยมี glandular hyperplasia (adenosis), connective tissue hyperplasia (fibrosis) และ macrocyst, ductal papillomatosis และ lymphocytic infiltration หรือ cystic hyperplasia หรือ fibrocystic chain ปัจจุบันไม่นิยมเรียกเป็น disease เพราะถือว่าเป็นปรากฏการณ์ที่พบได้เสมอโดยมีหรือไม่มีอาการก็ได้ การเปลี่ยนแปลงบางลักษณะมีโอกาสกลายเป็นมะเร็งในภายหลังได้ โดยเฉพาะในผู้ที่มีประวัติมะเร็งในครอบครัว เช่น epitheliosis (หมายถึง epithelial hyperplasia มากจนเซลล์ซ้อนกันเกิน 4 ชั้นขึ้นไป) และ papillomatosis และถ้าเซลล์มีลักษณะและการเรียงตัวไม่เป็นระเบียบ (atypical hyperplasia)

โรคมะเร็งเต้านม (Malignant Tumor หรือ Carcinoma)

มะเร็งเต้านมกว่า 90% เกิดจาก Epithelium ของท่อน้ำนม ส่วนน้อยเกิดจาก Epithelium ของ Terminal duct ภายใน lobule หรือ alveoli ทั้ง 2 ชนิดนี้มีทั้งแบบ infiltrating และ non-infiltrating ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงชนิดของมะเร็งเต้านม

	DUCTAL CARCINOMA	LOBULAR CARCINOMA
Non-infiltrating	Intraductal (comedo)	Carcinoma in situ
Infiltrating	Scirrhus Medullary Colloid Papillary	Lobular carcinoma

	Paget's disease	
--	-----------------	--

ที่มา : ธนิต วัชรพุกก์.ตำราศัลยศาสตร์, 2547:283

มะเร็งเต้านมเกิดจากการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของเซลล์ท่อทางเดินน้ำนม และต่อมสร้างน้ำนม สามารถแบ่งตามชนิดของจุดเริ่มต้น เช่น บริเวณท่อทางเดินน้ำนม หรือต่อมสร้างน้ำนม เป็นต้น การลุกลาม แบ่งได้ 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่จำกัดเฉพาะเรียกว่า มะเร็งเต้านมชนิดจำกัดอยู่เฉพาะที่ (noninvasive or carcinoma in situ)และกลุ่มที่มีการลุกลามเรียกว่า มะเร็งเต้านมชนิดที่มีการลุกลาม (invasive breast cancers) ชนิดของมะเร็งเต้านมโดยแบ่งตามจุดเริ่มต้นและการลุกลาม มีรายละเอียดดังนี้

1. มะเร็งเต้านมชนิดจำกัดอยู่เฉพาะที่ (carcinoma in situ [CIS])หมายถึงมะเร็งในระยะเริ่มแรกที่ถูกจำกัดอยู่ในท่อน้ำนมหรือต่อมผลิตน้ำนมโดยยังไม่มีการแพร่กระจายออกไปยังเนื้อเยื่อรอบๆเต้านมหรือไปสู่อวัยวะอื่นๆภายในร่างกายสามารถแบ่งมะเร็งได้ออกเป็น 2 ชนิดคือ

1.1 มะเร็งในท่อน้ำนมที่จำกัดอยู่เฉพาะที่(ductal carcinoma in situ [DCIS] or intraductal carcinoma) เป็นมะเร็งที่เกิดในท่อน้ำนม (duct)แต่ยังไม่มีการแพร่กระจายออกจากผนังท่อน้ำนมออกไปยังเนื้อเยื่อรอบๆเต้านมมะเร็งชนิดนี้พบได้ 1 ใน 5 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่พบว่าเป็นมะเร็งในท่อน้ำนมที่จำกัดอยู่เฉพาะที่มะเร็งชนิดนี้หากตรวจพบในระยะแรกสามารถรักษาให้หายได้

1.2 มะเร็งในต่อมผลิตน้ำนมที่จำกัดอยู่เฉพาะที่ (lobular carcinoma in situ [LCIS] or lobular neoplasia) เป็นมะเร็งที่เกิดขึ้นในต่อมผลิตน้ำนม(lobule)แต่ยังไม่มีการแพร่กระจายออกจากผนังต่อมผลิตน้ำนมออกไปยังเนื้อเยื่อรอบๆเต้านมมะเร็งชนิดนี้เป็นมะเร็งชนิดที่ไม่มีการลุกลามยกเว้นในสตรีที่มีภาวะเสี่ยงสูงเช่นมีญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านมเป็นโรคอ้วน เป็นต้นจึงพัฒนากลายเป็นมะเร็งชนิดที่มีการลุกลามได้

2. มะเร็งเต้านมชนิดที่มีการลุกลาม(invasive breast cancer)หมายถึงมะเร็งที่มีการเจริญเติบโตและแพร่กระจายออกจากท่อน้ำนมหรือต่อมผลิตน้ำนมไปยังเนื้อเยื่อในเต้านมหรือไปยังอวัยวะอื่นๆภายในร่างกายมะเร็งในกลุ่มนี้ประกอบด้วย

2.1 มะเร็งเต้านมที่มีการรุกรานจากท่อน้ำนม(invasive or infiltrating ductal carcinoma [IDC]) เป็นมะเร็งเต้านมชนิดที่เซลล์มะเร็งเริ่มต้นบริเวณท่อน้ำนมและมีการทำลายผนังเซลล์ของท่อน้ำนมออกมาเจริญเติบโตบริเวณเนื้อเยื่อรอบๆท่อน้ำนมและมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะส่วนอื่นของร่างกายโดยผ่านทางระบบเลือดและน้ำเหลืองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมชนิดที่มีการลุกลามพบว่า 8 ใน 10 คนจะเป็นมะเร็งชนิดนี้

2.2 มะเร็งเต้านมที่มีการลุกลามจากต่อมผลิตน้ำนม(invasive or infiltrating lobular carcinoma [ILC]) เป็นมะเร็งที่เซลล์มะเร็งเริ่มต้นในต่อมผลิตน้ำนม และมีการทำลายผนังเซลล์ของต่อมน้ำนมออกมาเจริญเติบโตบริเวณเนื้อเยื่อรอบๆ ต่อมผลิตน้ำนม และมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะส่วนอื่นๆ ของ

ร่างกายโดยผ่านทางระบบเลือดและน้ำเหลืองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมชนิดที่มีการลุกลามพบว่า 1 ใน 10 คนเป็นมะเร็งเต้านมชนิดนี้และมะเร็งชนิดนี้ตรวจวินิจฉัยได้ยากกว่าชนิดที่มีการลุกลามจากท่อน้ำนม

2.3 มะเร็งรูปผสม(mixed tumors) เป็นก้อนมะเร็งที่มีเซลล์มะเร็งหลากหลายชนิดในก้อนนั้น เช่นพบทั้งมะเร็งเต้านมที่มีการรุกรานจากท่อน้ำนมและมะเร็งเต้านมที่มีการลุกลามจากต่อมผลิตน้ำนมเป็นต้น

2.4 มะเร็งชนิดเมดูลลารี (medullary carcinoma) เป็นมะเร็งเต้านมที่มีเซลล์มะเร็งที่มีขนาดใหญ่และมีเซลล์ที่ทำหน้าที่คล้ายระบบภูมิคุ้มกัน(immune system cells)อยู่ในก้อนมะเร็งมะเร็งชนิดนี้พบได้ประมาณร้อยละ 3-5 ของมะเร็งเต้านมทั้งหมดการพยากรณ์โรคของมะเร็งชนิดนี้ดีกว่ามะเร็งชนิดอื่น

2.5 มะเร็งชนิดเมตาพลาสติก(metaplastic carcinoma) เป็นมะเร็งท่อน้ำนมชนิดร้ายแรงเป็นมะเร็งที่พบน้อยก้อนมะเร็งชนิดนี้จะประกอบด้วยเซลล์ที่มีลักษณะเป็นรูปลิ่มเหลี่ยมคล้ายกับเซลล์ผิวหนัง (squamous cells)หรือเซลล์ของกระดูก

2.6 มะเร็งเต้านมที่มีการอักเสบ(inflammatory breast cancer [IBC])เป็นมะเร็งเต้านมที่พบน้อยแต่เป็นชนิดรุนแรงพบได้ร้อยละ 1-3 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโดยปกติมักจะไม่นับก้อนบริเวณเต้านมแต่จะมีผิวหนังบริเวณเต้านมจะอุ่นเป็นสีแดงและหนาขึ้นคล้ายเปลือกส้ม (peaud'orange)การเปลี่ยนแปลงนี้เกิดจากเซลล์มะเร็งไปอุดตันท่อน้ำเหลืองบริเวณผิวหนังส่งผลให้เต้านมมีขนาดใหญ่ขึ้นเกิดอาการบวมตึงกดเจ็บและคันในระยะแรกมะเร็งชนิดนี้จะมีลักษณะของเต้านมอักเสบและไม่สามารถตรวจพบได้ด้วยการทำแมมโมกราฟี(mammography) จึงทำให้ยากต่อการวินิจฉัยและพบว่าเป็นมะเร็งที่มีการแพร่กระจายของมะเร็งได้มากกว่าชนิดมะเร็งในท่อน้ำนมที่จำกัดอยู่เฉพาะที่และชนิดมะเร็งในต่อมผลิตน้ำนมที่จำกัดอยู่เฉพาะที่มะเร็งชนิดนี้จะมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี

2.7 มะเร็งเต้านมที่มีการผลิตเมือก(mucinous carcinoma or colloid carcinoma) เป็นมะเร็งท่อน้ำนมชนิดร้ายแรงที่พบน้อยโดยมีลักษณะของเซลล์มะเร็งที่มีการผลิตเมือก (mucus producing cancer cells)การพยากรณ์โรคของมะเร็งชนิดนี้ดีกว่ามะเร็งเต้านมชนิดอื่น

2.8 มะเร็งเต้านมในท่อน้ำนม(tubular carcinoma) เป็นมะเร็งท่อน้ำนมชนิดที่มีการลุกลามอีกชนิดหนึ่ง เซลล์มะเร็งชนิดนี้สามารถตรวจพบได้โดยการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์พบมะเร็งชนิดนี้ได้พบประมาณร้อยละ 2 ของมะเร็งเต้านมทั้งหมดและการพยากรณ์โรคได้ดีกว่ามะเร็งที่มีการแพร่กระจายไปที่ท่อน้ำนมและต่อมผลิตน้ำนม

2.9 มะเร็งเต้านมชนิดถุงน้ำ(papilla carcinoma) เป็นมะเร็งที่เซลล์มะเร็งมีลักษณะคล้ายนิ้วมือเมื่อมองผ่านกล้องจุลทรรศน์มะเร็งชนิดนี้เชื่อว่าเป็นมะเร็งในท่อน้ำนมที่จำกัดอยู่เฉพาะที่(DCIS) ชนิดหนึ่งแต่ในบางครั้งจะพบเป็นชนิดลุกลามได้แต่พบน้อยมะเร็งชนิดนี้มักพบในหญิงสูงอายุ

ระยะของโรคมะเร็ง

การแบ่งระยะของโรคมะเร็งเป็นการหาขอบเขตของการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งตามลักษณะทางกายวิภาคของโรคในขณะที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเป็นพื้นฐานของการแบ่งมะเร็งที่มีการลุกลามหรือ

มะเร็งที่เกิดเฉพาะที่การแบ่งระยะของโรคมะเร็งเป็นสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งในการพยากรณ์โรค การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาและการเปรียบเทียบผลการรักษาที่แตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่มการแบ่งระยะของโรคมะเร็งด้านมใช้หลักการตามทีเอ็นเอ็ม(TNM) คือขนาดของก้อนมะเร็ง จำนวนต่อมน้ำเหลืองที่มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งและการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นซึ่งวิธีการนี้พัฒนาโดยสมาคมโรคมะเร็งแห่งชาติอเมริกา (American Joint Committee on Cancer [AJCC]) (ใน นรินทร์ วรวุฒิ,2546) โดยมีความหมายดังนี้

1. ขนาดของก้อน(T Category)ประกอบด้วยตัวเลข 0-4 หมายถึงขนาดของก้อนมะเร็งด้านมและขอบเขตการแพร่กระจายของมะเร็งภายในด้านมและอวัยวะใกล้เคียงเช่นผิวหนังหรือผนังทรวงอกที่อยู่ใต้ด้านมเป็นต้น ตัวเลขที่สูงขึ้นหมายถึงก้อนที่มีขนาดใหญ่ขึ้นและ/หรือมีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะอื่นๆที่อยู่ไกลออกไปแบ่งได้เป็น 7 ระดับดังนี้

Tx หมายถึงไม่สามารถตรวจพบก้อนมะเร็งหรือเนื้องอก

T0 หมายถึงไม่มีข้อมูลสนับสนุนว่ามีก้อนมะเร็งหรือเนื้องอก

Tis หมายถึงมะเร็งด้านมที่มีการจำกัดอยู่เฉพาะที่

T1 หมายถึงก้อนเนื้องอกที่มีขนาดน้อยกว่า 2 เซนติเมตร

T2 หมายถึงก้อนเนื้องอกที่มีขนาดมากกว่า 2 เซนติเมตรแต่ไม่เกิน 5 เซนติเมตร

T3 หมายถึงก้อนเนื้องอกที่มีขนาดมากกว่า 5 เซนติเมตร

T4 หมายถึงก้อนเนื้องอกมีขนาดเท่าไรก็ได้แต่ก้อนเนื้องอกมีการแพร่กระจายไปบริเวณผนังทรวงอกหรือผิวหนังบริเวณทรวงอก

2. ต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียงด้านม(N category)หมายถึงการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียงกับด้านมและจำนวนของต่อมน้ำเหลืองที่มีการแพร่กระจายสามารถแบ่งระดับได้ตามที่แพทย์เห็นจากลักษณะที่เห็น(clinical) หรือจากพยาธิสภาพ(pathological) ได้เป็น 4 ระดับดังนี้

2.1 N0 clinical หมายถึงคลำไม่พบมะเร็งบริเวณต่อมน้ำเหลือง

Pathological หมายถึงการตรวจทางกล้องจุลทรรศน์พบว่าไม่มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง

2.2 N1 clinical หมายถึงมะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ข้างเดียวกันกับที่เป็นมะเร็งด้านม

Pathological หมายถึง คลำพบก้อนบริเวณต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ 1-3 ต่อมนหรือมีการคลำพบต่อมน้ำเหลืองบริเวณด้านม

2.3 N2 clinical หมายถึงมะเร็งที่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ข้างเดียวกันกับที่เป็นมะเร็งด้านมและมีการแพร่กระจายไปยังเนื้อเยื่อรอบๆหรือมะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณด้านมด้านในแต่ไม่แพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้

Pathological หมายถึงมะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ 4-9 ต่อมน

2.4 N3 clinical หมายถึงมะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณเหนือหรือใต้กระดูกไหปลาร้า (collar bone)ข้างเดียวกันกับที่เป็นมะเร็งเต้านมและมีหรือไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้หรือมะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณเต้านมด้านในและต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ข้างเดียวกันกับที่เป็นมะเร็งเต้านม

Pathological หมายถึงมะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ตั้งแต่ 10 ต่อมนขึ้นไปหรือมีการลุกลามเข้าไปในต่อมน้ำเหลืองอื่นๆบริเวณเต้านม

3. การแพร่กระจายไปยังเนื้อเยื่อและอวัยวะอื่น (M category) หมายถึงการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะอื่นๆที่อยู่ไกลออกไปเช่นปอด ตับ กระดูก สมอง เป็นต้น

MX หมายถึงไม่สามารถประเมินการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นๆได้

M0 หมายถึงไม่มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะใกล้เคียง

M1 หมายถึงมีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะใกล้เคียง

จากขนาดของก้อนการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองและการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นเมื่อนำมาจัดเป็นระยะประกอบด้วย 4 ระยะ

โรคมะเร็งเต้านมแบ่งออกเป็น 4 ระยะด้วยกันเช่นเดียวกับโรคมะเร็งทั่วไปดังนี้

ระยะที่ 0 เป็นระยะที่ก้อนมะเร็งยังมีขนาดเล็กและเซลล์มะเร็งยังอยู่เฉพาะในชั้นผิวของเนื้อเยื่อเต้านม ในระยะนี้หากทำการรักษาอย่างถูกต้องจะมีอัตราการรอดชีวิตเกิน 5 ปีสูงถึง 95-100% (ในระยะนี้ยังไม่จัดว่าเป็นโรคมะเร็งอย่างแท้จริงเพราะโรคมะเร็งยังไม่มีการรุกรานใดๆ)

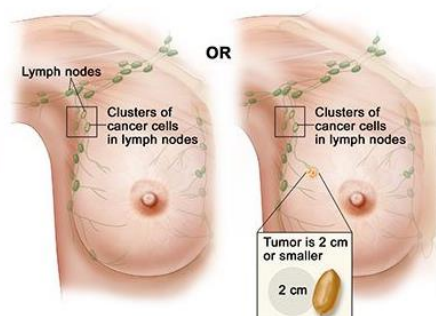
ระยะที่ 1 เป็นระยะที่ก้อนมะเร็งที่เต้านมยังมีขนาดเล็กไม่เกิน 2 เซนติเมตรยังไม่ลุกลามเข้าไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้(ระยะที่ 1A – Stage IAหรือเป็นระยะที่มะเร็งได้ลุกลามเข้าไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ (เป็นเซลล์มะเร็งกลุ่มเล็กๆ) และยังไม่พบก้อนมะเร็งที่เต้านมหรือพบก้อนมะเร็งที่เต้านมแต่ยังขนาดเล็กไม่เกิน 2 เซนติเมตร (ระยะที่ 1B-Stage 1B) ในระยะนี้หากทำการรักษาอย่างถูกต้องจะมีอัตราการรอดชีวิตเกิน 5 ปีสูงถึง 90-100%

National Cancer Institute

Stage IA Breast Cancer



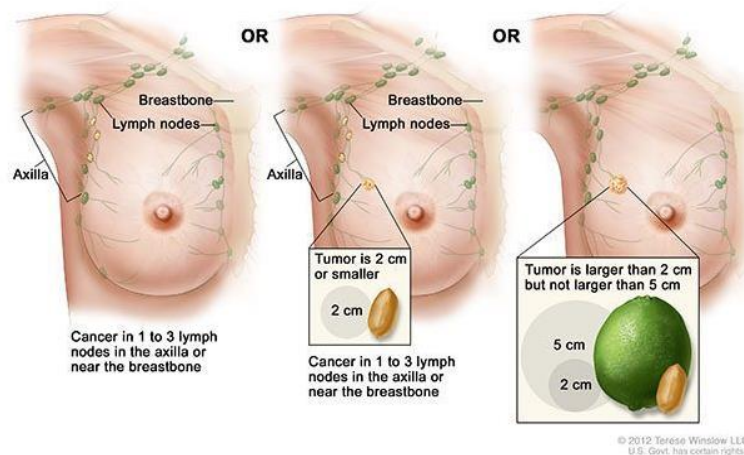
Stage IB Breast Cancer



ที่มา : จาก <http://medthai.com/>

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่มะเร็งลุกลามเข้าไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ 1-3 ต่อมนแต่ยังไม่พบก้อนมะเร็งที่เต้านมหรือเป็นระยะที่ก้อนมะเร็งที่เต้านมยังมีขนาดเล็กไม่เกิน 2 เซนติเมตรแต่มะเร็งมีการลุกลามเข้าไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ 1-3 ต่อมนหรือเป็นระยะที่ก้อนมะเร็งที่เต้านมมีขนาดโตกว่า 2 เซนติเมตรแต่ไม่เกิน 5 เซนติเมตร ที่ยังไม่ลุกลามเข้าไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ในระยะนี้หากทำการรักษาอย่างถูกต้องจะมีอัตราการรอดชีวิตเกิน 5 ปีประมาณ 85-90%

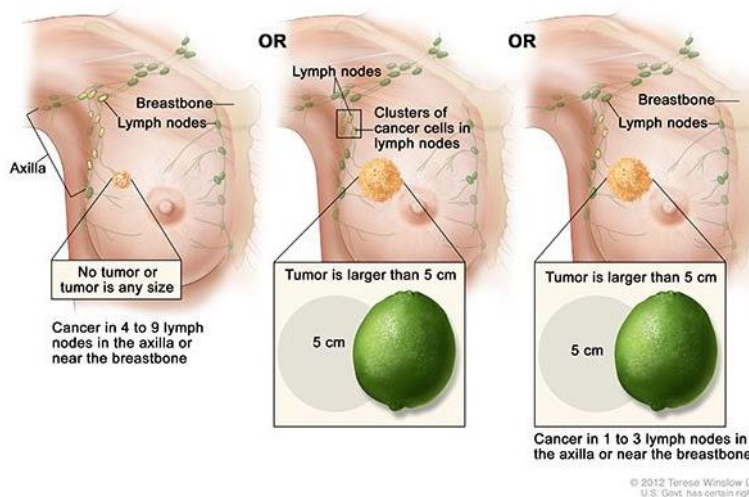
Stage IIA Breast Cancer



ที่มา : จาก <https://medthai.com/>

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

Stage IIIA Breast Cancer

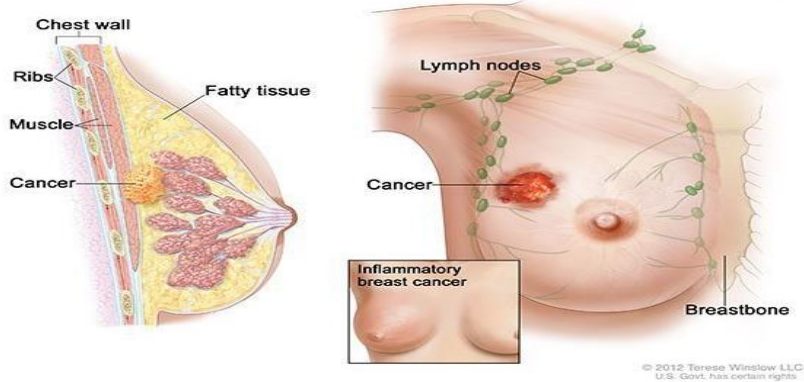


ที่มา : จาก <https://medthai.com/>

ระยะที่ 3A(Stage IIIA) :เป็นระยะที่ยังไม่พบก้อนมะเร็งที่เต้านมหรือพบก้อนมะเร็งที่เต้านมขนาดโตก็ได้และมะเร็งได้ลุกลามเข้าไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ 4-9 ต่อมนหรือพบก้อนมะเร็งที่เต้านมขนาดใหญ่กว่า 5 เซนติเมตรและมะเร็งได้ลุกลามเข้าไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ (เป็นเซลล์มะเร็งกลุ่มเล็กๆ) หรือลุกลามเข้าไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ 1-3 ต่อมน

ระยะที่ 3B(Stage IIIB) : เป็นระยะที่พบก้อนมะเร็งที่เต้านมมีขนาดโตก็ได้และโรคมะเร็งได้ลุกลามไปยังผนังหน้าอกและหรือผิวหนังของเต้านมจนก่อให้เกิดการบวมและอาจลุกลามเข้าไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้หรือต่อมน้ำเหลืองใกล้กับกระดูกหน้าอกจนถึง 9 ต่อมน

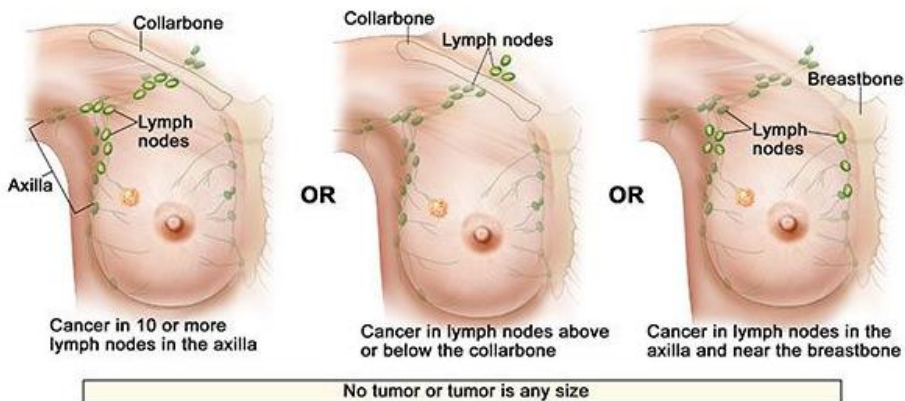
Stage IIIB Breast Cancer



ที่มา : จาก <https://medthai.com/>

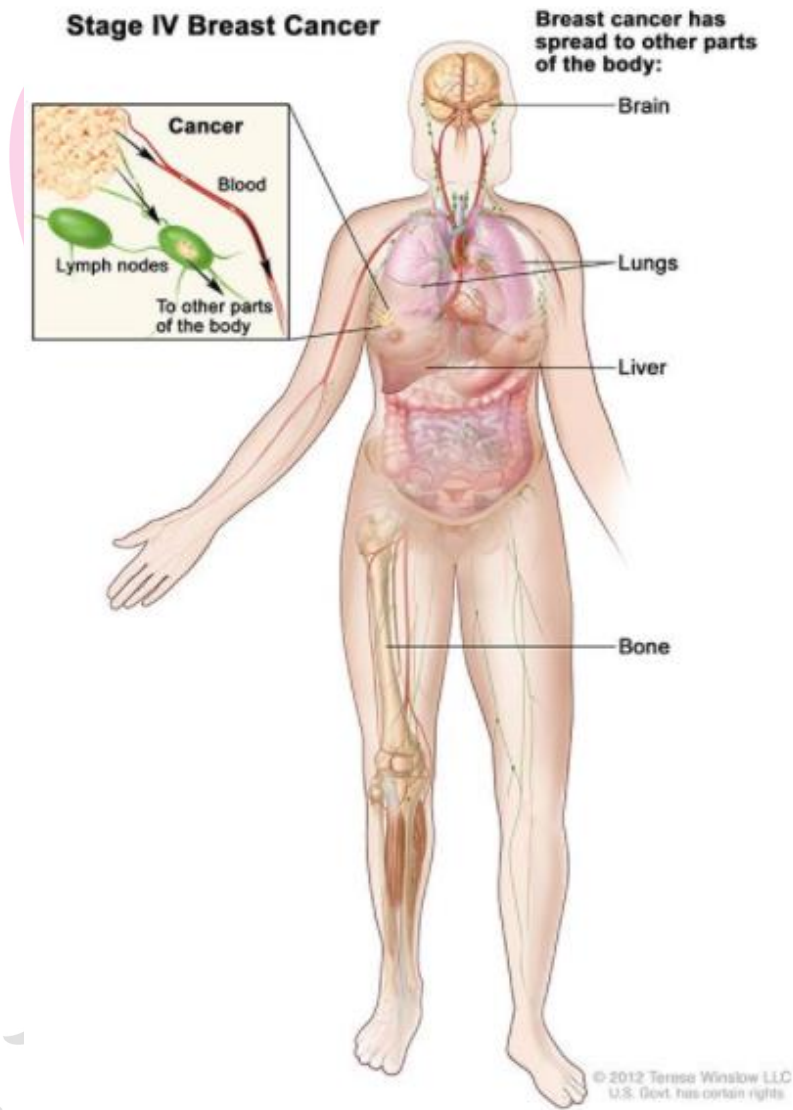
ระยะที่ 3 C(Stage IIIC)เป็นระยะที่ยังไม่พบก้อนมะเร็งที่เต้านมหรือพบก้อนมะเร็งที่เต้านมขนาดโตก็ได้และมะเร็งได้ลุกลามเข้าไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้มากกว่า 10 ต่อมน หรือลุกลามไปต่อมน้ำเหลืองที่ไหปลาร้าหรือลุกลามไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้และต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใกล้กับกระดูกหน้าอก

Stage IIIC Breast Cancer



ที่มา : จาก <https://medthai.com/>

ระยะที่ 4 เป็นระยะที่มะเร็งได้แพร่กระจายเข้าสู่กระแสเลือดและอวัยวะอื่นๆที่พบได้บ่อยคือปอดสมองตับกระดูกและไขกระดูกซึ่งโรคในระยะนี้มักจะไม่หายขาดโดยทั่วไปผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 1- 3 ปี โดยขึ้นอยู่กับอวัยวะที่มีโรคแพร่กระจายส่วนอัตราการรอดชีวิตเกิน 5 ปีจะอยู่ที่ประมาณ 0-20%



สค

ที่มา :จาก <https://medthai.com/>

ชาติ

Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ตารางที่ 4 : แสดงระยะของมะเร็งเต้านม

ระยะ	T category	N category	M category
Stage 0	Tis	N0	M0
Stage I	T1	N0	M0
Stage II	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Stage IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Stage IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
Stage IIIB	T4	Any N	M0
Stage IIIC	Any T	N3	M
Stage IV	Any T	Any N	M

ที่มา : Treatment guideline for patient, breast : Treatment guideline for patients version VIII (p.16), by American Cancer Society and Nation Comprehensive Cancer Network, 2006, Retrieved from <http://www/cancer.org>, 14 October 2017

การพยากรณ์โรคมะเร็งเต้านม

ตารางที่ 5 แสดงการพยากรณ์โรคคิดจากการอยู่รอดโดยปราศจากโรค (DFS) ในแต่ละระยะ

Stage	Percentage of Total Cases	5-Year DFS (%)
Stage I	40	70-90
Stage II	40	50-70
Stage III	15	20-30
Stage IV	5	0-10*

* หมายเหตุ : ผู้ป่วยที่อยู่ใน stage IV จะมีอัตราการรอดชีวิตในช่วง 5 ปีน้อยมาก

ปัจจัยที่มีผลต่อการพยากรณ์โรค

ปัจจัยที่มีผลต่อการพยากรณ์โรคแบ่งออกเป็น 3 ประเภทหลักๆซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะเริ่มคิดเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยหรือระยะเวลาที่ทำการผ่าตัด

1. ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ที่มีผลต่อการพยากรณ์โรคมมากที่สุดคืออายุและเชื้อชาติปกติแล้วช่วงอายุที่เป็นมะเร็งเต้านมมากที่สุดคือ 60-65 ปีแต่ในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านมตั้งแต่อายุน้อยๆคืออายุน้อยกว่า 35 ปีหรือมีอายุมากกว่า 70 ปีจะจัดเป็นการพยากรณ์ที่ไม่ดีสำหรับเชื้อชาติจากการศึกษาพบว่าชาวผิวดำมักจะมีขนาดของเซลล์มะเร็งที่โตกว่าคนที่เป็นโรคมะเร็งที่มีอายุเท่ากันดังนั้นชาวผิวดำจึงจัดเป็นการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี

2. ปัจจัยด้านโรค คือขนาดของก้อนมะเร็งโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่มีขนาดก้อนมะเร็งโตมากกว่าเซนติเมตร จัดเป็นการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีและถ้ามีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองร่วมด้วยจะเป็นปัจจัยส่งเสริมกัน และมีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูงด้วยเป็น 3 กลุ่มตามขนาดของเซลล์มะเร็งคือน้อยกว่า 2 เซนติเมตร 2-5 เซนติเมตรและมากกว่า 5 เซนติเมตร

2.1 ขนาดของก้อนมะเร็ง (tumor size) ก้อนมะเร็งที่มีขนาดใหญ่มีความสัมพันธ์กับการกระจายของโรคไปที่ต่อมน้ำเหลืองและการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีโดยขนาดของก้อนมะเร็งที่มีเส้นผ่านศูนย์กลางน้อยกว่า 1 เซนติเมตรมีอัตราการรอดที่ 5 ปีร้อยละ 99 ขนาดของก้อนมะเร็งที่มีเส้นผ่านศูนย์กลาง 1-3 เซนติเมตรมีอัตราการรอดที่ 5 ปี ร้อยละ 91 และขนาดของก้อนมะเร็งที่มีเส้นผ่านศูนย์กลางมากกว่า 30 เซนติเมตรมีอัตราการรอดที่ 5 ปีร้อยละ 85

2.2 ต่อมน้ำเหลืองจำนวนต่อมน้ำเหลืองที่ตรวจพบมะเร็งมีความสัมพันธ์กับการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีและการกลับเป็นซ้ำภายใน 5 ปีผู้หญิงที่พบว่ามีมะเร็งที่ต่อมน้ำเหลือง 1-3 ต่อมน พบว่ามีการกลับเป็นซ้ำของโรคภายใน 5 ปีร้อยละ 40 หากพบต่อมน้ำเหลือง 10 ต่อมนหรือมากกว่า พบว่ามีการกลับเป็นซ้ำของโรคภายใน 5 ปีสูงถึงร้อยละ 78

2.3 จุลกายวิภาคศาสตร์ของเนื้อเยื่อมะเร็งเต้านม(histopathologic characteristics of breast cancers)การแบ่งตัวที่มีลักษณะคล้ายเซลล์ปกติ(well differentiated) จะมีการแบ่งนิวเคลียสของเซลล์อยู่ในระดับต่ำโอกาสที่โรคมะเร็งจะแพร่กระจายมีน้อยขณะที่นิวเคลียสของเซลล์มีการแบ่งตัวสูงเซลล์ใหม่มีความแตกต่างจากเซลล์ปกติการเกิดการแพร่กระจายจะสูงไปด้วย

2.4 nuclear grade มะเร็งที่มี High-grade differentiated มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี

3. Biomarkers เช่น **hormone receptor status** จัดเป็นการตรวจหาความผิดปกติในระดับยีนส์เพื่อหาความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับมะเร็ง biomarker ที่นิยมตรวจกัน ได้แก่ erbB-2(HER-2/neu oncology), cathepsin D, angiogenic growth factor การกลายพันธุ์ของ tumor suppressor p53 gene ดัชนีการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง Ki67 ตรวจพบ biomarker เหล่านี้จัดเป็นการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี

3.1 ตัวรับฮอร์โมนเนื้อเต้านมที่ตรวจพบ estrogen receptors และ progesterone receptors มักจะพบมีการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็งแบบ well differentiated และ lower grade ซึ่งตอบสนองต่อการรักษาด้วยฮอร์โมนมากกว่าร้อยละ 75

3.2 proto-oncogene พบว่าเพศหญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมร้อยละ 15 ถึง 25 มียีน HER2/neu การตรวจหา Biology Marker ใช้ช่วยพยากรณ์โรคและวางแผนเลือกวิธีการรักษาหลังผ่าตัดถ้าเนื้อมะเร็งมีตัวรับฮอร์โมนก็มีโอกาสรักษาด้วยยากกลุ่มต้านฮอร์โมน ส่วนดัชนีการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็งถ้ามีค่าสูงจะช่วยบ่งบอกถึงแนวทางการรักษาเพิ่มเติมได้เช่นอาจจะเป็นตัวหนึ่งที่ใช้ในการตัดสินใจให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเพิ่มเติมหลังผ่าตัด

ปัจจุบันการศึกษาโรคมะเร็งเต้านมมีการศึกษาระดับโมเลกุล(molecular) และได้จำแนกประเภทมะเร็งเต้านมออกเป็น 4 กลุ่ม เพื่อกำหนดตัวพยากรณ์โรคและแนวทางในการรักษาเสริมซึ่งได้แก่

1. **Luminal A** เป็นกลุ่มที่มี estrogen receptor และหรือ progesterone receptor มีผลบวก HER-2 มีผลลบ และมี Ki 67 ต่ำกว่า 14% พบได้ร้อยละ 42-59
2. **Luminal B** เป็นกลุ่มที่มี estrogen receptor และหรือ progesterone receptor มีผลบวก HER-2 มีผลบวก หรือ HER-2/neu มีผลลบ แต่มี Ki 67 เท่ากับหรือสูงกว่า 14% พบได้ร้อยละ 6-19
3. **Triple negative /basal like** เป็นกลุ่มที่มี estrogen receptor, progesterone receptor และ HER-2 มีผลลบ, cytokeratin 5/6 มีผลบวก และหรือ HER-2 มีผลหนึ่งบวก พบได้ร้อยละ 15-20
4. **HER-2 มีผลบวก** เป็นกลุ่มที่มี estrogen receptor และหรือ progesterone receptor มีผลลบ แต่ HER-2 มีผลบวก พบได้ร้อยละ 7-12

อาการและอาการแสดง

1. อาการและอาการแสดงระยะเริ่มต้น

- 1.1 เมื่อเริ่มเป็นมะเร็งเต้านมจะไม่แสดงอาการ
- 1.2 อาการที่สำคัญต่อมาได้แก่เป็นก้อนในเต้านมส่วนใหญ่ไม่มีอาการเจ็บปวดร่วมด้วยและก้อนไม่สัมพันธ์กับประจำเดือน ร้อยละ 90 ก้อนในเต้านมถูกค้นพบโดยผู้ป่วยเอง ร้อยละ 50 พบบริเวณส่วนบนด้านนอก (upper outer quadrant) ของเต้านมส่วนใหญ่เกิดในข้างซ้ายมากกว่าข้างขวาเล็กน้อยก่อน ก้อนที่ตรวจพบในเต้านมประมาณร้อยละ 25 ที่พบเป็นมะเร็ง ส่วนโอกาสที่จะเกิดทั้ง 2 ข้างมีเพียงร้อยละ 5

2. อาการและอาการแสดงระยะลุกลาม

- 2.1 ก้อนเนื้อที่มีขนาดโตขึ้นคล้ำหรือมองเห็นได้ชัดเจนก่อนจะแข็งขรุขระขอบเขตของก้อนไม่ชัดเจนและยึดติดแน่นอยู่กับที่มีการดึงรั้งผิวหนังหรือหัวนมให้บุ๋มลงจากการดึงรั้งของ Cooper's ligaments มีน้ำเหลืองหรือเลือดออกทางหัวนมผิวหนังที่เต้านมจะบวมแดงเนื่องจากการอุดตันของทางเดินน้ำเหลืองของผิวหนังทำให้มีลักษณะเหมือนผิวส้มต่อมาก่อนจะแตกเป็นแผลและมีอาการเจ็บปวดเหมือนเป็นฝี

2.2 คลำพบต่อมน้ำเหลืองรักแร้โตหรือเหนือกระดูกไหปลาร้า เกิดจากมีโรคแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง

2.3 อาการปวดไหล่ สะโพก หลัง ช่วงล่าง อาการไอ เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง ปวดศีรษะ ซึ่งเป็นอาการจากการแพร่กระจายของมะเร็งไปอวัยวะอื่นๆที่ไกลออกไป

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยมะเร็งเต้านมต้องอาศัยองค์ประกอบหลายอย่างประกอบด้วย

1. การซักประวัติ จะซักถามถึงระยะเวลาที่เกิด อาการ สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค จะช่วยประกอบการวินิจฉัยโรคได้ เช่นอายุ ประวัติการเกิดมะเร็งในครอบครัว มารดาประวัติการมีประจำเดือนการให้นมบุตร/การเลี้ยงลูกด้วยนมตนเองประวัติการใช้ยาที่มีส่วนผสมของฮอร์โมนเช่นการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ครีมเสริมสวยที่เข้าฮอร์โมนบางอย่างที่มีฤทธิ์ คล้ายEstrogen เช่น Tranquilizer, Phenothiazine derivative, Digitalisและ Reserpine

2. การตรวจเต้านมโดยการดูและการคลำ ดูขนาดเปรียบเทียบเต้านมทั้งสองข้าง ดูสีของผิวหนังระดับของหัวนมลักษณะของหัวนม จากนั้นใช้วิธีคลำโดยใช้ปลายนิ้วมือคลำในท่านั่ง ดูต่อมน้ำเหลืองในรักแร้ คลำท่อนอนธรรมดาและนอนหมอนหนุนไหล่ ควรบีบหัวนมดูว่ามีเลือดหรือน้ำเหลืองไหลออกจากหัวนมหรือไม่

3. การถ่ายภาพรังสีของเต้านม(Mammography) เป็นวิธีที่มีประโยชน์มักทำในผู้ป่วยที่มีอาการทางเต้านมที่มีเต้านมขนาดใหญ่ คลำยากหรือผู้ป่วยอายุ 35-50 ปีที่ไม่มีอาการแต่มีปัจจัยเสี่ยงสูงหรือใช้เพื่อตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมในประชากรทั่วไปอายุมากกว่า 50 ปี

4. การทำ Ductogram เป็นการฉีดสารทึบรังสีเข้าไปในท่อน้ำนมที่มีอาการส่องแสดงว่ามีโรคอยู่ภายใน มักทำให้ผู้ป่วยที่มีของเหลวไหลออกจากหัวนมและมีรูเปิดของท่อน้ำนมใหญ่พอ

5. Ultrasonography ของเต้านมเป็นการตรวจที่ช่วยแยกลักษณะของถุงน้ำออกจากก้อนทึบ มักใช้ในคนอายุน้อยหญิงมีครรภ์และใช้เพื่อหาข้อมูลเสริมการตรวจเต้านมและ Mammography ในรายที่ยังหาข้อยุติไม่ได้

6. Magnetic Resonance Imaging หรือ MRI เป็นการสืบค้นมะเร็งเต้านมอีกวิธีหนึ่งซึ่งสามารถสะท้อนภาพของก้อนมะเร็งในเต้านมได้โดยไม่ต้องกลัวอันตรายจากกัมมันตรังสี แต่ค่าใช้จ่ายสูงไม่คุ้มค่ากับข้อมูลเพื่อประกอบการวินิจฉัยในรายที่เลือกผ่าตัดแบบเก็บเต้านม

7. การตรวจทางพยาธิวิทยา เป็นการวินิจฉัยที่สำคัญที่สุด จะต้องมีข้อมูลนี้ทุกรายก่อนที่จะรักษาด้วยวิธีรักษามะเร็งเต้านมอาจทำได้หลายวิธี

7.1 การใช้เข็มเจาะดูดเอาเซลล์มาตรวจหรือ FNA (Fine needle aspiration for cytology) หากจะดูดได้ตรงตำแหน่งของรอยโรค แล้วส่งให้ตรวจโดยแพทย์ผู้ชำนาญด้านเซลล์วิทยาจะได้รับการวินิจฉัยที่มีความแน่นอนสูง

7.2 การตัดตัวอย่างเนื้อเยื่อออกมาตรวจย้อมหามะเร็ง (Excisional biopsy with Frozen section) แต่แพทย์จะทำในรายที่จะทำผ่าตัดเต้านมออกทันทีที่พิสูจน์ได้ว่าเป็นมะเร็ง

7.3 Core needle biopsy เป็นการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจด้วยเข็มขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา

7.4 การตัดเอาก่อนเนื้อออกทั้งก้อนเพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาภาพหรือ Excisional biopsy ทำในรายที่ก้อนไม่ใหญ่เกินไปวิธีได้เนื้อเยื่อมากพอที่จะส่งตรวจหา Hormone receptor ได้ด้วย

7.5 การตัดชิ้นเนื้อออกบางส่วนเรียก Incisional biopsy ใช้ในกรณีผู้ป่วยมาด้วยมะเร็งเต้านมที่มีก้อนและแผลแตกบริเวณผิวหนังขนาดใหญ่ที่ไม่สามารถผ่าตัดได้และแพทย์ต้องการตัดชิ้นเนื้อบางส่วนเพื่อส่งตรวจพิสูจน์ทางพยาธิวิทยา

8. Tumor Markers สำหรับมะเร็งเต้านม

8.1 CEA (carcinoembryonic antigen) เป็นกลัยโคโพรตีนสายเดี่ยวที่สร้างโดยเซลล์ Columnar epithelium ของระบบย่อยอาหารและมะเร็งที่มีเซลล์คล้ายๆกัน CEA สามารถตรวจพบได้ในคนปกติแต่พบปริมาณน้อยเซลล์มะเร็งสร้างได้มากกว่า CEA ช่วยในการบ่งชี้มะเร็งเต้านมได้ 50% นอกจากนี้ยังพบระดับ CEA สูงได้ในโรคมะเร็งอีกหลายชนิดการสูบบุหรี่และโรคอื่นๆ ก็ยังไม่สามารถใช้ CEA เป็นตัววัดในการตรวจจับผู้ป่วยมะเร็งที่ยังไม่มีการชดเชยนี้จึงใช้ประโยชน์เป็นตัวติดตามผลการรักษาและการพยากรณ์โรคเท่านั้น

8.2 MCA (Mucin-like carcinoma-associated antigen) เป็นกลัยโคโพรตีนชนิดหนึ่งที่มีคุณสมบัติคล้าย mucin สามารถตรวจพบได้ในเซลล์มะเร็งหลายชนิดโดยเฉพาะจะพบมากในเซลล์มะเร็งเต้านมและยังสามารถตรวจพบได้ใน mucinous epithelial cells ที่ปกติ MCA ใช้เป็นประโยชน์ในการพยากรณ์โรคติดตามผลการรักษาและการดูการกลับเป็นใหม่ (relapse)

8.3 CA153 ตรวจพบโดย monoclonal antibody ต่อ 115D8 และ DF3 พบว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่างระดับของ MCA และ CA₁₅₃ ใน metastatic breast cancer จึงควรเลือกใช้ MCA หรือ CA₁₅₃ ใดอย่างหนึ่ง

8.4 การตรวจยีน (Gene) เพื่อหามะเร็งเต้านมนั้นไม่ค่อยเป็นที่นิยมนักเพราะมีราคาแพง เช่น gene BRCA1, BRCA2 ซึ่งจะมีความผิดปกติในมะเร็งเต้านมที่เป็นกันทั้งครอบครัวหากตรวจพบก็ไม่ได้หมายความว่ากำลังเป็นมะเร็งอยู่เพียงแต่จะทำให้รู้ว่ามีโอกาสเป็นมะเร็งได้มากกว่าคนทั่วไปและยีนดังกล่าวก็พบได้เพียง 5-10% ของผู้ป่วยทั้งหมดที่เป็นมะเร็งเต้านมเท่านั้นเมื่อตรวจแล้วพบว่าปกติก็ยังมีสิทธิ์เป็นมะเร็งเต้านมอยู่ไม่น้อย

9. การตรวจอื่นๆ ได้แก่ เอกซเรย์ปอด Liver scan หรือ liver Ultrasound scan เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ สมอง การตรวจหา Estrogen receptor (ER) และ Progesterone receptor (PR) ที่ก้อนมะเร็งต่อมน้ำเหลือง

การตรวจดู tumor micro vessel density, C-erb B-2, P 53 expression และ peritumorallymphatic vessels invasion เพื่อหาขอบเขตของการลุกลามของโรคซึ่งจะมีประโยชน์ในการวางแผนการรักษาและการพยากรณ์โรค

วิธีป้องกันมะเร็งเต้านม

1. หมั่นตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม เพื่อให้พบโรคได้ตั้งแต่ยังไม่มีอาการ ซึ่งการตรวจพบมะเร็งเต้านมได้ตั้งแต่ในระยะแรกเริ่มจะมีโอกาสรักษาโรคนี้นี้ให้หายขาดได้ ดังนั้นผู้หญิงทุกคนควรหมั่นตรวจเต้านมด้วยตัวเองไปพบแพทย์เพื่อตรวจเต้านมหรือถ่ายภาพรังสีเต้านมตามเกณฑ์อายุ ดังนี้

1.1 อายุ 20 ปีขึ้นไปให้ตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง (ตามวิธีการที่แนะนำไว้ข้างต้น)

1.2 อายุ 20-40 ปีควรไปพบแพทย์เพื่อตรวจเต้านมทุกๆ 3 ปีและอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปควรไปพบแพทย์เพื่อตรวจเต้านมเป็นประจำทุกปี

1.3 อายุ 35-40 ปีควรตรวจหามะเร็งระยะแรกเริ่ม (ก่อนคลำได้ก้อน) ด้วยการถ่ายภาพรังสีเต้านม(Mammography) เป็นครั้งแรกไว้เป็นพื้นฐานเมื่ออายุ 40-49 ปีควรตรวจซ้ำทุก 1-2 ปีและหลังจากอายุ 50 ปีไปแล้วควรตรวจซ้ำเป็นประจำทุกปีส่วนผู้ที่มีความเสี่ยงสูง (เช่นคนในครอบครัวสายตรงมีประวัติเป็นโรคนี้อื่นๆ) อาจจำเป็นต้องตรวจถี่ขึ้นมากกว่าปกติ

1.4 การตรวจมะเร็งเต้านมด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีเต้านม (Mammography) ถือเป็นวิธีที่ดีที่สุดและได้รับการยอมรับเป็นมาตรฐานทั่วโลกเพราะสามารถตรวจพบมะเร็งในระยะแรกเริ่มที่มีขนาดเล็กมากหรือที่เพิ่งจะเห็นเป็นหินปูนอยู่ในเต้านมได้ (ซึ่งเป็นมะเร็งระยะที่รักษาให้หายขาดได้) โดยจะเป็นการใช้เครื่องเอกซเรย์ชนิดพิเศษที่ใช้รังสีในปริมาณต่ำกว่าเครื่องเอกซเรย์ทั่วไปมากเพื่อทำการตรวจเต้านมข้างละ 2 ท่า รวม 4 ภาพ โดยจะมีอุปกรณ์ช่วยในการกดเต้านมเพื่อให้เนื้อเต้านมกระจายและเครื่องจักรเอกซเรย์ภายในเวลาไม่กี่วินาทีซึ่งจะไม่เป็นอันตรายใดๆแก่เต้านมจึงมีความปลอดภัยมากแม้ผู้ที่ได้รับการเสริมเต้านมมาแล้วก็สามารถตรวจได้อย่างปลอดภัยส่วนในผู้ชายนั้นยังไม่มีคำแนะนำให้ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมที่เฉพาะเจาะจงแพทย์เพียงแต่จะแนะนำให้หมั่นสังเกตตัวเองถ้าพบว่ามีก้อนเนื้อผิดปกติหรือมีเลือดออกจากหัวนมก็ควรรีบไปพบแพทย์เพื่อตรวจหาสาเหตุและรับการรักษาอย่างถูกต้อง

2. หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมได้ เช่นการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์จัดและการใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนเป็นเวลานาน

3. ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

4. ลดการบริโภคเนื้อแดงอาหารที่มีไขมันสูง

5. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ให้ครบทั้ง 5 หมู่ โดยเฉพาะผักและผลไม้ ควรรับประทานให้มากๆ

6. หมั่นออกกำลังกายเป็นประจำ

7. ควรเลี้ยงลูกด้วยนมตนเอง เพราะจากการศึกษาพบว่ามารดาที่ให้ลูกตึมนมตัวเองนานเกิน 2 ปีจะมีผลช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมลงได้

8. ผู้ที่มีความเสี่ยงสูง เช่นคนในครอบครัวมีประวัติป่วยเป็นโรคนี้อื่น ๆ ควรปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาให้กินยาป้องกันเอาไว้เช่น แอสไพริน(สัปดาห์ละครั้ง) หรือยาต้านเอสโตรเจน เช่น ทาม็อกซิเฟน (Tamoxifen), ราโลซิเฟน (Raloxifene) เป็นต้น

9. ทั้งในผู้หญิงและผู้ชายถ้าคลำพบก้อนในเต้านมหรือพบความผิดปกติของเต้านม ควรรีบไปพบแพทย์เพื่อรับการตรวจภายใน 1-2 สัปดาห์

7 สัญญาณเตือนมะเร็งเต้านม

นอกจาก 7 สัญญาณอันตรายที่หลายคนรู้จักว่าเป็นอาการที่บ่งบอกว่าอาจมีโอกาสเป็นมะเร็งอันได้แก่ “ระบบขับถ่ายที่เปลี่ยนแปลง ผลที่ไม่รู้จักหายร่างกายมีก้อนตุ่มกลุ่มใจเรื่องกินกลืนอาหารทวารทั้งหลายนมีเลือดไหลไฟหลุดที่เปลี่ยนไปไอและเสียงแหบจนเรื้อรัง” ก็ยังมี 7 สัญญาณอันตรายของอาการที่บ่งบอกว่ามีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมด้วยเช่นกัน

สัญญาณที่ 1 มีก้อนที่เต้านมหรือที่รักแร้เป็นอาการยอดนิยมอันดับหนึ่งที่ทำให้ผู้หญิงรีบมาพบแพทย์ ไม่ว่าจะแน่ใจหรือไม่แน่ใจว่าเป็นก้อนเนื้ออกหรือเนื้อเต้านมที่หนาผิดปกติควรรีบมาพบแพทย์เพื่อตรวจซ้ำหรือส่งตรวจทางรังสีเพิ่มเติม

สัญญาณที่ 2 รูปร่างหรือขนาดของเต้านมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมต้องหมั่นสังเกตทั้งรูปร่างทรงและขนาดของเต้านมอย่างสม่ำเสมอและควรเปรียบเทียบในช่วงเวลาเดียวกันของรอบเดือน ต่อด้วย สัญญาณที่ 3 มีน้ำผิดปกติไหลจากหัวนมผู้หญิงในวัย 41-58 ปีอาจมีของเหลวที่ออกจากหัวนมทั้งสองข้างได้บ้างจำนวนเล็กน้อยซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนตามรอบเดือนแต่ถ้าออกจากหัวนมข้างเดียวหรือมีสีคล้ายเลือดก็ควรมาพบแพทย์

สัญญาณที่ 3 รูปร่างหรือขนาดของเต้านมใหญ่โตขึ้น มีก้อน คลำพบก้อนแข็ง ขอบของก้อนไม่เรียบ ก้อนไม่เคลื่อนไหว อาจมีก้อนเดียวหรือหลายก้อนก็ได้

สัญญาณที่ 4 รูปร่างหรือขนาดของหัวนมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมปกติรูปร่างและขนาดของหัวนมมีโอกาสเปลี่ยนแปลงตามอายุขัยและน้ำหนักตัวที่เพิ่มมากขึ้นได้แต่ที่ต้องระวัง หมั่นสังเกตเป็นพิเศษคือหัวนมที่เคยปกติกลายเป็นหัวนมบอดอาจเกิดจากมีก้อนเนื้อมะเร็งใต้หัวนม ที่ลุกลามไปที่ท่อน้ำนมและดึงรั้งหัวนมให้บวมลงรวมถึงต้องสังเกตด้วยว่ามีแผลที่หัวนมหรือไม่

สัญญาณที่ 5 สีหรือผิวหนังบริเวณลานหัวนมที่เปลี่ยนไปจากเดิมเช่นมีรอยบุ๋มรอยย่นผื่นคันที่รักษาแล้วไม่หายขาดเป็นๆหายๆ ก็มีโอกาสมะเร็งได้เช่นกัน

สัญญาณที่ 6 อาการเจ็บผิดปกติที่เต้านมหรือที่รักแร้ที่ไม่ใช่อาการเจ็บเต้านมปกติระหว่างมีประจำเดือนโดยเฉพาะเจ็บเต้านมข้างเดียวกันหรือรักแร้ข้างเดียว

สัญญาณที่ 7 ผิวหนังของเต้านมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมไม่ว่าจะเป็นรอยบุ๋มแบบลักลักยืมมีรอยย่น ผิวหนังบวมหนาตัวผิวของเปลือกส้มก็อย่าคิดว่าไม่มีอะไรเพราะนั่นเป็นสัญญาณว่าเซลล์มะเร็งได้ลุกลามขึ้นมาที่ชั้นเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

การรักษาโรคมะเร็งเต้านม (Treatment)

การรักษาโรคมะเร็งเต้านมในปัจจุบันใช้หลายวิธีร่วมกันขึ้นอยู่กับระยะของโรค จำนวนต่อมน้ำเหลือง axillary ที่โรคแพร่กระจายเข้าถึงผล Immunohistochem ได้แก่ ER (Estrogen receptor) PR (progesterone receptor) Ki 67 HER-2 และสถานภาพของการมีหรือหมดประจำเดือนเป็นสำคัญ

การรักษาโรคมะเร็งเต้านมผู้ป่วยที่สงสัยมะเร็งเต้านมได้รับการตรวจอย่างละเอียดทางคลินิกดังกล่าวแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัดพิสูจน์ชิ้นเนื้อซึ่งนิยมทำแบบดีที่ตีที่สุดถ้าทำได้เมื่อทราบได้ว่าเป็นมะเร็งโดยการพิสูจน์ชิ้นเนื้อชิ้นต่อไปจะเป็นการรักษาโดยการผ่าตัดใหญ่ออกไป

การรักษาโรคมะเร็งเต้านมนั้นมีจุดหมายของการรักษาอยู่ที่

1. การรักษาเฉพาะที่ (Loco-regional Treatment)
2. การรักษาทั่วร่างกาย (Systemic Treatment)

วิธีการรักษามีหลายวิธีดังนี้

1. การรักษาโดยการผ่าตัด (surgery Treatment)
2. การรักษาด้วยเคมีบำบัด (Chemotherapy)
3. การรักษาด้วยรังสีรักษา (Radiation Therapy)
4. การรักษาด้วยฮอร์โมนบำบัด (Hormonal Therapy)
5. การรักษาด้วยยาที่ออกฤทธิ์เฉพาะ (Targeted Therapy)

มะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกการรักษาโดยการผ่าตัดเป็นอันดับแรกและส่วนมากต้องการการรักษาวิธีอื่น ๆ ร่วมด้วยเพื่อเสริมให้ผลการรักษาที่ดีขึ้นเช่นผ่าตัดก่อน หลังจากแผลหายจึงให้ยาเคมีบำบัดต่อจากนั้นรักษาโดยการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาต้านฮอร์โมนทั้งนี้ขึ้นกับระยะของโรคคุณลักษณะของมะเร็งรวมถึงวิธีการผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีรายละเอียดที่แตกต่างกันทำให้การรักษาย่อมมีความแตกต่างกันตามไปด้วยควรปรึกษาแพทย์ผู้ให้การรักษาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนในกรณีที่ยังมีความสงสัยอาจปรึกษาแพทย์ท่านอื่นๆ เพื่อสอบถามความเห็นเพิ่มเติมได้

1. การรักษาโดยการผ่าตัด (Surgery Therapy)

เป็นวิธีการรักษาหลักสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกซึ่งมีประโยชน์ในการควบคุมโรคและสามารถนำชิ้นเนื้อที่ได้จากการผ่าตัดไปตรวจทางพยาธิวิทยาทำให้ทราบระยะที่แท้จริงของโรค ช่วยวางแผนการรักษาที่เหมาะสมและสามารถพยากรณ์โรคได้แม่นยำมากขึ้น ขั้นตอนการผ่าตัดรักษามะเร็งเต้านม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน มาตรฐานและมีการผ่าตัดอีกคือการเสริมสร้างเต้านมใหม่เพิ่มคุณภาพชีวิต

1. การผ่าตัดบริเวณเต้านม
2. การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้
3. การเสริมสร้างเต้านมใหม่

1.1 การผ่าตัดบริเวณเต้านมแบ่งได้เป็น 2 วิธีได้แก่

1.1.1 การตัดเต้านมออกทั้งเต้า (Total or Simple mastectomy) คือการผ่าตัดเอาเต้านมออกทั้งหมด (รวมผิวหนังส่วนที่อยู่เหนือก้อนมะเร็งและหัวนมด้วย) เดิมการผ่าตัดวิธีนี้เป็นวิธีมาตรฐานที่ใช้กับผู้ป่วยทุกรายแต่ปัจจุบันแพทย์เลือกใช้กับผู้ป่วยที่ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่มีก้อนมะเร็งหลายก้อนเต้านมขนาดเล็กหรือผู้ป่วยที่ไม่สะดวกหรือมีข้อห้ามในการฉายรังสีที่เต้านมหลังผ่าตัด

การผ่าตัดเต้านมออกวิธีมาตรฐานในปัจจุบัน (Modify Radical Mastectomy, MRM)

ในกรณีผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมและมีความจำเป็นที่จะต้องผ่าตัดเต้านมออกนั้นแพทย์และผู้ป่วยจะต้องปรึกษาหารือทำความเข้าใจถึงผลที่จะเกิดตามมาภายหลังการผ่าตัดเนื่องจากจะทำให้เกิดความผิดปกติของเต้านมที่หายไปโดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับเต้านมอีกข้างที่ยังมีอยู่นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาเรื่องการเลาะต่อมน้ำเหลืองด้วยการผ่าตัดวิธีนี้แพทย์จะตัดผิวหนังส่วนเกิดทั้งหมดออกรวมไปถึงหัวนมและลานนมการเลือกแนวแผลผ่าตัดส่วนใหญ่แพทย์จะเลือกแผลผ่าตัดตามแนวขวางของร่างกายอาจจะเอียงแนวแผลด้านข้างเข้าไปหารักแร้เพื่อสะดวกในการเลาะต่อมน้ำเหลืองรักแร้การผ่าตัดวิธีนี้จะแตกต่างจากการผ่าตัดแบบถอนรากถอนโคนโดยจะไม่ตัดกล้ามเนื้อแพคเตอรอลิส ออกทั้งสองมัดหลังจากตัดเต้านมรวมทั้งหัวนมลานนมจะทำการเลาะไขมันและเนื้อต่อมน้ำนมออกจากพื้นผิวทรวงอกออกเกือบหมดจากนั้นใส่ท่อระบายน้ำเลือดและน้ำเหลืองออกจากแผลภายหลังการผ่าตัด

ข้อเสียของการผ่าตัดวิธีนี้ดังได้กล่าวมาแล้วว่าผลที่จะเกิดขึ้นคือการเสียรูปร่างของเต้านมไปจากที่เคยเป็นการผ่าตัดวิธีนี้ต้องระวังเรื่องของอาการปวดและหัวไหล่ติดภายหลังการผ่าตัดข้อดีของวิธีนี้คือในผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ต้องฉายรังสีรักษาบริเวณหน้าอกภายหลังการผ่าตัดในบางกรณีเท่านั้นที่แพทย์ผู้ให้การรักษาเห็นว่ามีความจำเป็นต้องใช้การใช้รังสีรักษาเสริมหลังผ่าตัดจึงจะฉายรังสีรักษาเท่านั้นข้อดีการผ่าตัดวิธีนี้การติดตามการเกิดรอยโรคกลับเป็นใหม่เฉพาะที่สามารถทำได้โดยง่ายเนื่องจากไม่มีเนื้อเต้านมเหลือจึงคลำพบก้อนมะเร็งที่กลับเป็นใหม่ได้โดยง่าย

ในผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการขาไม่มีความรู้สึกที่ผิวหนังบริเวณท้องแขนใกล้กับรักแร้ซึ่งเป็นผลมาจากการผ่าตัดบริเวณรักแร้ที่ ต้องมีการกระทบกระเทือนต่อเส้นประสาทที่มาเลี้ยงบริเวณผิวหนังดังกล่าวซึ่งอาการขาเสียวความรู้สึกบริเวณนี้จะกลับคืนสู่ภาวะปกติได้เกือบทั้งหมดแต่ในระยะเวลาต่อมาแต่ในผู้ป่วยบางรายอาจจะต้องใช้เวลาานพอสมควร

1.1.2 การตัดเต้านมออกเพียงบางส่วน (Partial mastectomy or Breast conserving surgery)

คือการตัดก้อนมะเร็งและเนื้อของเต้านมปกติที่อยู่รอบโดยตัดห่างจากขอบของก้อนมะเร็งประมาณ 1-2 ซม. โดยมากจะยังคงเหลือหัวนมฐานหัวนมและส่วนใหญ่ของเนื้อเต้านม ส่วนมากมักเลือกใช้ใ้ในรายที่มะเร็งมีขนาดเล็กมีมะเร็งเพียงตำแหน่งเดียวและ/หรือเต้านมมีขนาดใหญ่พอสมควร ภายหลังการผ่าตัดแล้วผู้ป่วยยังสามารถรักษารูปร่างของเต้านมได้ดี ผู้ป่วยทุกรายจะต้องได้รับการฉายรังสีที่เต้านมร่วมด้วยเสมอ ถ้าเลือกผู้ป่วยได้อย่าง

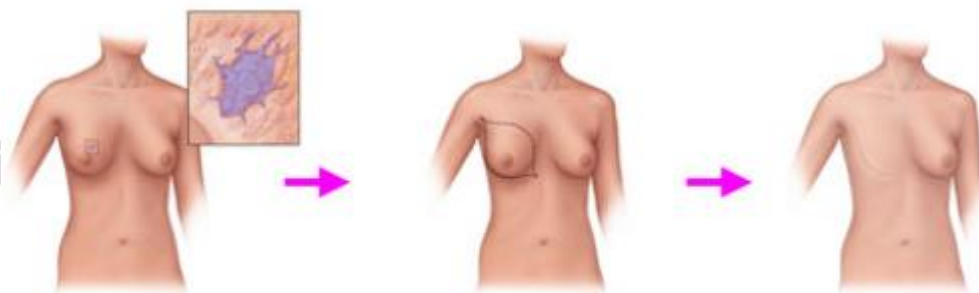
เหมาะสมและผ่าตัดโดยแพทย์ที่ชำนาญ การตัดเต้านมออกเพียงบางส่วนจะได้ผลการรักษาดีเทียบเท่ากับการตัดเต้านมออกทั้งเต้า และรูปร่างของเต้านมยังคงสภาพสวยงามใกล้เคียงเดิม

วิธีการผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีการสงวนเต้านม จะกำหนดตำแหน่งที่เป็นให้แน่นอนว่าเป็นบริเวณใด ผู้ป่วยบางรายที่ตรวจพบก้อนมะเร็งเต้านมขนาดเล็กมากจากการถ่ายภาพรังสีหรือแมมโมแกรมและก้อนไม่สามารถตรวจพบด้วยวิธีการคลำ จะต้องทำการกำหนดจุดที่เป็นมะเร็งด้วยวิธีการรังสีวิทยาโดยรังสีแพทย์จะเป็นผู้ทำหน้าที่ชี้จุดและทำเครื่องหมายด้วยการฝังลวดขนาดเล็กที่มีตะขอยู่บริเวณตรงปลาย เพื่อให้ศัลยแพทย์ผ่าตัดได้อย่างถูกต้องแม่นยำ การผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งเต้านมและเนื้อเยื่อโดยรอบออกก่อนนั้นสามารถแบ่งได้ดังนี้

1. การผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งเต้านมรวมทั้งเนื้อเยื่อเต้านมที่ไม่มีเซลล์มะเร็งออกโดยรอบจนพ้นมะเร็งเต้านม (lumpectomy) โดยทั่วไปการผ่าตัดจะพยายามเอาเนื้อเยื่อที่ดีโดยรอบให้มีความหนาพอสมควร แต่ในบางตำแหน่งที่ไม่สามารถทำได้ เนื่องจากเนื้อเยื่อที่จำกัด อาจจะยอมรับความหนาของเนื้อเยื่อที่ตัดพ้นตำแหน่งที่เป็นมะเร็งอย่างน้อย 1 มิลลิเมตร

2. การผ่าตัดเอาตำแหน่งที่เป็นมะเร็งเต้านมรวมทั้งเนื้อเยื่อโดยรอบออกไปเป็นจำนวนมากจนพ้นขอบของมะเร็งแต่ละด้าน(wide excision) ความหนาของเนื้อเยื่อที่ดีทำการตัดออกควรหนาอย่างน้อย 1 เซนติเมตร การผ่าตัดวิธีนี้อาจทำให้เต้านมผิดรูปหรือบิดเบี้ยวได้ถ้าเต้านมมีขนาดไม่ใหญ่ ในผู้ป่วยบางรายจึงใช้การผ่าตัดเสริมเนื้อเยื่อโดยใช้กล้ามเนื้อและไขมันจากตำแหน่งข้างเคียงมาถมปิดตำแหน่งที่เป็นช่องว่าง เนื้อเยื่อนำมาจากตำแหน่งข้างเคียงที่ได้รับความนิยมคือกล้ามเนื้อซี่ข้างที่เรียกว่าแลตทิซิมัสคอซไต รายละเอียดเรื่องนี้จะอยู่ในเรื่องการผ่าตัดเสริมสวยหลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านม

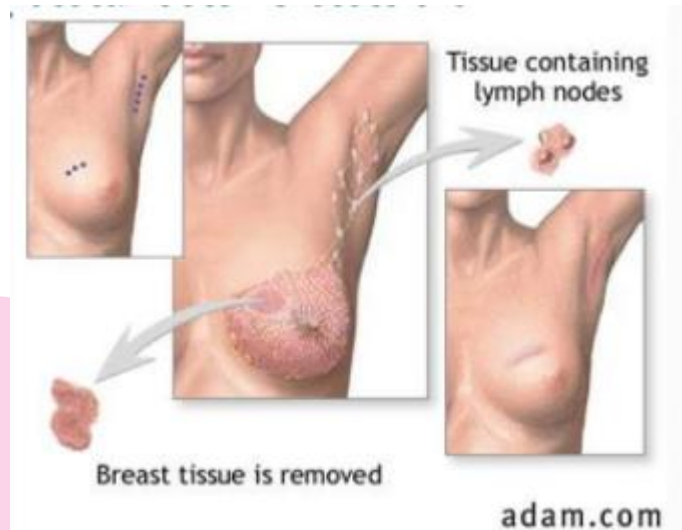
3. การผ่าตัดเอาเนื้อเต้านมออกไปประมาณ 1 ใน 4 ของเนื้อเต้านม(quadrantectomy) โดยจะทำการกำหนดแบ่งเต้านมออกเป็นสี่ส่วน คือส่วนบนด้านใน ส่วนบนด้านนอก ส่วนล่างด้านในและส่วนล่างด้านนอก ถ้ามะเร็งเต้านมมีจุดกึ่งกลางที่ส่วนไหนก็ตัดส่วนนั้นออกทั้งส่วน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าสามารถตัดเนื้อเต้านมทั้งมะเร็งออกได้หมด ข้อเสียของวิธีนี้คือเนื้อเต้านมถูกตัดออกไปมากกว่า 2 วิธีที่กล่าวมาเต้านมจะบิดเบี้ยวและเสียรูปทรงเป็นอย่างมาก จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเสริมสวยโดยการนำเนื้อเยื่อมาเสริมถ่มเนื้อเยื่อที่หายไปให้สวยงามเช่นกัน



Mastectomy: surgical removal of the entire breast

ภาพที่ 4 : แสดงการผ่าตัดแบบ Mastectomy and Lumpectomy

ที่มา : จาก <https://arizona-breast-cancer-specialists.com/treatments/>



ภาพที่ 5 : แสดงการผ่าตัดแบบ Wide Excision

ที่มา : จาก <https://images.app.goo.gl/bzoHawuzPdF7vJFt6>

1.2 การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ แบ่งได้เป็น 2 วิธีได้แก่

1.2.1 การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกทั้งหมด (Axillary dissection) เป็นมาตรฐานของการผ่าตัดมะเร็งเต้านม เพื่อกำจัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ที่อาจมีการแพร่กระจายของมะเร็ง ทำให้ได้ประโยชน์ทั้งในการควบคุมโรค ทราบระยะที่แท้จริงของโรค และนำมาใช้ในการวางแผนการรักษา ซึ่งทั้งหมดล้วนเป็นผลดีต่อการรักษาโรค ในทางตรงข้ามการผ่าตัดดังกล่าวอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้ เช่นมีอาการชาบริเวณต้นแขนด้านใน มีการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทที่ทำให้กล้ามเนื้อบางส่วนทำงานได้ลดลงหรือในระยะยาวอาจมีภาวะแขนบวม ข้อไหล่ติดได้ โดยโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจะเพิ่มขึ้น ถ้าจำเป็นต้องได้รับการฉายแสง (รังสีรักษา) ร่วมด้วยดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องดูแลแขนข้างที่ผ่าตัดเป็นพิเศษ เช่นหลีกเลี่ยงการยกของหนัก การใช้งานซ้ำๆ การบาดเจ็บหรือการติดเชื้ของแขนข้างเดียวกัน เพื่อลดโอกาสการเกิดภาวะแขนบวม ในปัจจุบันการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกหมด จะทำให้ผู้ป่วยที่คลำพบต่อมน้ำเหลืองผิดปกติที่รักแร้ตั้งแต่ก่อนเริ่มการรักษา เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสที่จะมีมะเร็งแพร่กระจายมาที่ต่อมน้ำเหลืองมากกว่า 70% และในผู้ป่วยที่ตรวจพบการแพร่กระจายของมะเร็งมายังต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล

1.2.2 การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล (Sentinel lymph node biopsy) เป็นวิธีการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองรักแร้ที่ได้รับการยอมรับมากในปัจจุบัน เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีโอกาสน้อยที่มะเร็งจะแพร่กระจายของไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ เช่นผู้ป่วยที่คลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองโตที่รักแร้ ผู้ป่วยในระยะเริ่มแรกและก่อนมะเร็งมีขนาดเล็กผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสที่จะมีมะเร็งแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองน้อยกว่า 30% การผ่าตัดนี้เป็นการหาต่อมน้ำเหลืองกลุ่มแรกที่มะเร็งแพร่กระจายไปและนำต่อมน้ำเหลืองดังกล่าวไปตรวจเพื่อยืนยันว่ามีมะเร็งกระจายมาหรือไม่ หากไม่พบมะเร็งแพร่กระจายมายังต่อมน้ำเหลืองดังกล่าวก็ไม่ต้องผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองอื่นๆออกซึ่งช่วยลดโอกาสเกิดแขนบวม (Lymphedema) แต่หากตรวจพบการกระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองเซนติเนลแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาต่อด้วยการเลาะต่อมน้ำเหลืองรักแร้ออก

ทั้งหมด(Axillary dissection) ในปัจจุบันการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล ถือเป็นการรักษามาตรฐานของโรงพยาบาลศิริราชสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก ทั้งนี้เพื่อลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดจากการเลาะต่อมน้ำเหลืองรักแร้ออกหมด(Axillary dissection) โดยไม่มีผลเสียใดๆต่อการรักษามะเร็งเต้านม การพิจารณาว่าจะผ่าตัดด้วยวิธีใด ขึ้นอยู่กับระยะของโรคมะเร็ง ขนาดของก้อนมะเร็ง สภาพร่างกายของผู้ป่วย ความชำนาญของศัลยแพทย์ บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีการผ่าตัดได้มากกว่าหนึ่งวิธี ดังนั้น ศัลยแพทย์จะเป็นผู้แนะนำถึงการผ่าตัดแต่ละวิธีเพื่อให้ผู้ป่วยและวิธีการผ่าตัดที่เหมาะสมที่สุดสำหรับตนเอง ในปัจจุบันเนื่องจากการรักษามะเร็งเต้านมได้ผลดีกว่าในอดีตอย่างชัดเจน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น มีโอกาสในการกลับเป็นซ้ำลดลง โดยเฉพาะในรายที่เป็นมะเร็งระยะเริ่มแรก ดังนั้นนอกเหนือจากการรักษาชีวิตรักษาโรคให้หายแล้วการเก็บรักษาเต้านมหรือการรักษารูปร่างเต้านมไว้จึงมีความสำคัญมากขึ้น เพราะช่วยการสร้างความมั่นใจ ลดความรู้สึกสูญเสียอันจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัด เป็นผลให้เกิดวิธีการผ่าตัดใหม่ๆที่ช่วยเสริมสร้างเต้านมใหม่หรือทดแทนส่วนที่ขาดหายไป (Breast reconstruction) โดยไม่มีผลเสียต่อไปรักษามะเร็งเต้านมโดยรวม

Sentinel Node Biopsy and Breast Cancer

การรักษาโรคมะเร็งให้หายขาดนั้น มักจะต้องอาศัยความร่วมมือในการรักษาหลายแบบ (multimodalities) ไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดการฉายรังสีหรือการให้เคมีบำบัดซึ่งเป็นการรักษาทุกชนิดนั้น นอกจากก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยแล้วก็ยังก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้ด้วย จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเลือกการรักษาให้เหมาะสมและให้การรักษาเท่าที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย

การประเมินสถานะหรือความรุนแรงของโรคมะเร็ง (staging) แบบTNM ที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบันมีส่วนสำคัญในการคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม

การทำ axillary lymph node dissection สำหรับมะเร็งเต้านมเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของการรักษา ทั้งนี้เพื่อหวังผล 2 ประการคือ 1) เพื่อเป็นการบอกระยะของโรค(staging) หากโรคมะเร็งอยู่ในระยะแพร่กระจายแล้วจะได้พิจารณาให้การรักษาเสริมอื่นเช่นเคมีบำบัด (chemotherapy) การรักษาด้วยฮอร์โมน (hormonal treatment) หรือรังสีรักษา (radiation therapy) เพื่อช่วยให้อัตราการรอด (survival) ของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น และ 2) เพื่อจำกัดมะเร็งที่แพร่กระจายมาอยู่ที่ต่อมน้ำเหลืองแต่อย่างไรก็ตามการทำ axillary lymph node dissection ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอาจทำให้เกิดภาวะแขนบวม (lymphedema) ได้ 3-12% ซึ่งทั้งแพทย์และผู้ป่วยยังต้องยึดถือการทำ axillary lymph node dissection ไว้เป็นมาตรฐานการรักษาและทำใจให้ยอมรับกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและรักษาภาวะแทรกซ้อนนั้นตามสภาพ

มะเร็งเต้านมที่มีขนาดเล็กเช่นเส้นผ่าศูนย์กลางน้อยกว่า 2 ซม. มีโอกาสพบโรคแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง 27% และหากขนาดเล็กกว่า 1 ซม. โอกาสดังกล่าวจะลดลงเหลือเพียง 13%ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยเหล่านั้นส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัด lymph node dissection โดยไม่ได้เกิดประโยชน์เพิ่มเติม อีกทั้งยังเสี่ยงต่อ

ภาวะแทรกซ้อนด้วยดังนั้นจึงได้มีความพยายามที่จะลดหรืองดการผ่าตัด lymph node dissection ในรายที่ไม่จำเป็นลงโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ไม่มีมะเร็งแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง

ในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการประเมินสถานะการแพร่กระจายของโรคที่ไปยังต่อมน้ำเหลืองที่ดีหรือเทียบเท่ากับการทำ axillary lymph node dissection ได้ไม่ว่าเป็นการตรวจร่างกาย Ultrasound, CT scan, MRI, Fine needle aspiration ซึ่งทั้งหมดมีความแม่นยำอยู่ในระหว่าง 66-8% เท่านั้น

ถึงแม้ว่าก่อนหน้านี้จะมีการทำผ่าตัดที่พยายามหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนจากการทำ axillary dissection โดยใช้วิธีการต่างๆ เช่น Limited lymph node sampling (4 nodes) หรือ selective axillary dissection แต่ก็พบว่าไม่สามารถบอกภาวะการแพร่กระจายของโรคไปให้เป็นที่ยอมรับได้เท่ากับ axillary node dissection อยู่ดีการหาต่อมน้ำเหลืองซึ่งเป็นต่อมแรกที่มะเร็งแพร่กระจายไปซึ่งเรียกว่า sentinel node เพื่อใช้เป็นตัวแทนในการบอกภาวะการแพร่กระจายของโรคไปยังต่อมน้ำเหลืองเป็นแนวความคิดใหม่ที่กำลังได้รับความสนใจเป็นอย่างมาก

คำจำกัดความ

Sentinel lymph node คือชื่อที่เรียกต่อมน้ำเหลือง Lymph node ต่อมแรกที่มะเร็งจะแพร่กระจายไปโดยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองต่อมนี้มีหน้าที่เหมือนทหารยามรักษาประตูพระราชวัง sentinel ที่จะเป็นด่านแรกที่กักเซลล์มะเร็งก่อนที่จะแพร่กระจายไปยังที่อื่น

หลักในการทำ sentinel lymph node biopsy คือฉีดสารเฉพาะบางชนิดไปที่ตำแหน่งของมะเร็ง (primary site) และรอให้สารดังกล่าวไหลไปตามท่อ lymphatic ไปสะสมยังต่อมน้ำเหลืองชั้นตอนนี้เรียกว่า การเลียนแบบทางเดินน้ำเหลือง lymphatic mapping จากนั้นจึงทำการผ่าตัดเอาต่อมน้ำเหลืองที่พบสารดังกล่าวออกมาเรียกต่อมน้ำเหลืองนี้ว่า sentinel lymph node นำต่อมน้ำเหลือง sentinel นี้ไปตรวจหากไม่พบมะเร็งแพร่กระจายไปที่ sentinel node ก็คาดว่าไม่มีมะเร็งแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองอื่นๆ ด้วย

วิธีการเลียนแบบทางเดินน้ำเหลืองและหา sentinel node

โดยทฤษฎีแล้ว มะเร็งต่อมมักจะมีการแพร่กระจายทางต่อมน้ำเหลืองอย่างเป็นรูปแบบ คือไปยังต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใกล้ก่อนแล้วจึงแพร่กระจายต่อไปยังต่อมน้ำเหลืองลำดับถัดไป ทำให้การหาต่อมน้ำเหลือง เซนทิเนลน่าจะเป็นไปได้และจากผลการศึกษาเบื้องต้นจากที่ต่างๆ ทั่วโลกต่างแสดงถึงแนวโน้มที่สนับสนุนความเป็นไปได้ของวิธีการนี้ ส่วนความสำเร็จและความสามารถในการหาต่อมน้ำเหลือง เซนทิเนลที่แตกต่างกันนั้น น่าจะมาจากเรื่องของเทคนิคที่ใช้หาทางเดินน้ำเหลือง (lymphatic mapping) หัวใจสำคัญของการหาทางเดินน้ำเหลือง (lymphatic mapping) อยู่ที่ศาลที่ใช้สำหรับฉีดเข้าไปยังตำแหน่งของมะเร็งเพื่อเลียนแบบการไหลเวียนของน้ำเหลือง (lymphatic drainage) ซึ่งมีหลายชนิดที่ได้รับการศึกษาอยู่ในขณะนี้ มีอยู่ 3 แบบคือ

1. สี (dye) วิธีนี้ศัลยแพทย์จะฉีดสีเข้าไปในบริเวณรอบๆ ก้อนมะเร็งอยู่หรือรอบๆ แผลผ่าตัด biopsy และมักจะมีการนวดคลึงเบาๆ บริเวณที่ฉีดเพื่อให้สีไหลเวียนไปในท่อทางเดินน้ำเหลืองมากขึ้น การนวดทำให้หา

ต่อมน้ำเหลืองเซนทิเนลได้มากขึ้น 10-20% แต่ก็ยังมีความเป็นกังวลว่าการตรวจคัดกรองอาจเพิ่มการแพร่กระจายของมะเร็งขณะที่ก้อนมะเร็งปฐมภูมิยังไม่ได้ถูกตัดออกไปหลังจากนั้นอีก 5-15 นาทีจึงผ่าตัดที่บริเวณ axillary lymph node โดยใช้ส่วนหลังของแผลผ่าตัด MRM หรือใช้แผลผ่าตัดแยกต่างหากที่รักแร้ ในกรณีที่ทำ conservative surgery ศัลยแพทย์สามารถมองเห็นสีเขียว-ฟ้าเป็นทางตามทางเดินน้ำเหลืองsentinel ทำให้สามารถแยก sentinel lymph node ออกจากต่อมน้ำเหลืองอื่นๆที่ไม่ใช่ sentinel node ได้

สีที่นิยมใช้คือ Isosulfan blue (ชื่อเดิมเป็น Patient Blue V) ซึ่งเป็นสีที่มีปฏิกิริยากับร่างกายและสามารถขับออกจากร่างกายทางปัสสาวะและน้ำดีภายใน 24 ชั่วโมงสีนี้มีข้อดีคือเป็นสีที่ไม่ทำปฏิกิริยากับเนื้อเยื่อของร่างกายมีขนาดที่สามารถเข้าสู่ทางเดินน้ำเหลืองได้ดี (ภายใน 30 วินาทีหลังฉีดก็เริ่มพบสีในทางเดินน้ำเหลือง) และถูกขับถ่ายออกทางปัสสาวะและน้ำดีได้อย่างรวดเร็ว (ภายใน 24 ชั่วโมงมีข้อเสียที่อาจพบได้คือมีการแพ้สีดังกล่าว (anaphylaxis) ซึ่งพบได้ประมาณ 1-2% และอาจพบสัติคอยู่ที่ผิวหนังในรายที่ทำ conserving breast surgery ได้นานหากฉีดสีนี้ขึ้นเกินในใช้ subcutaneous

สี Isosulfan Blue สามารถผลิตได้ในประเทศไทย (เภสัชกรรมโรงพยาบาลศิริราช) ซึ่งราคาไม่สูงมากเท่ากับที่นำเข้ามาจากต่างประเทศจึงน่าจะสามารถนำมาใช้ได้อย่างกว้างขวาง

ต่อมน้ำเหลืองเซนทิเนลมักจะอยู่เป็นกลุ่มคือพบ 1-3 ต่อมควรผ่าตัดออกทั้งกลุ่มการพบมะเร็งแพร่กระจายอาจไม่ได้พบในต่อมน้ำเหลืองที่ติดสีเข้มที่สุดแต่กลับพบในต่อมน้ำเหลืองที่ติดสีอ่อนกว่าที่อยู่ติดกัน (การติดสีอ่อนกว่าอาจเป็นเพราะมีมะเร็งเข้าไปแทนที่ในต่อมน้ำเหลืองอยู่ก่อนแล้วทำให้น้ำเหลืองไหลเข้าสู่ต่อมน้อยลง) โดยส่วนใหญ่แล้วต่อมน้ำเหลืองเซนทิเนลจะอยู่ใน level I nodes มักพบบ่อยที่ขอบของpectoralis และบริเวณกึ่งกลาง axillar



ภาพที่ 6 : แสดง 1% Isosulfan Blue

2. สารกัมมันตรังสี (radioactive substances) วิธีนี้จะไม่สามารถมองเห็นด้วยตาเปล่าต้องใช้เครื่องมือในการช่วยวัดระดับสารกัมมันตรังสีหลังจากฉีดสารกัมมันตรังสีที่ถูกเตรียมขึ้นเป็นพิเศษ

3. วิธีผสม (combine technique) ซึ่งจะใช้ทั้งวิธีสารกัมมันตรังสีและสีรวมกันโดยฉีดสารกัมมันตรังสีก่อนแล้วจึงฉีดสี Isosulfan blue ในระหว่างการผ่าตัดการใช้ทั้ง 2 วิธีก็เพิ่มความแน่นอนและเพิ่มโอกาสในการหา sentinel lymph node

ผลการศึกษาเกี่ยวกับ sentinel node

สำหรับมะเร็งเต้านมได้มีการศึกษาต่างๆมากมายเกี่ยวกับการทำ lymphatic mapping และ sentinel lymph node biopsy โดยใช้สารต่างชนิดกันทั้งที่ใช้สีอย่างเดียวยังใช้สารกัมมันตรังสีอย่างเดียวยังใช้รวมกันทั้งสองอย่างซึ่งผลการศึกษาโดยรวมการใช้สี Isosulfan เพียงอย่างเดียวสามารถหา Sentinel node พบ 88-94% สำหรับการหาโดยใช้กัมมันตรังสีอย่างเดียวสามารถหา Sentinel node พบ 98% และในกรณีที่ใช้ทั้งสีและสารกัมมันตรังสีรวมกันก็สามารถหา sentinel node พบ 92%

ผลการศึกษาเกี่ยวกับ Sentinel node ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ผ่านมามีความแม่นยำ (พยากรณ์ภาวะการแพร่กระจายของโรคได้ถูกต้อง) อยู่ระหว่าง 94-97% มี false negative อยู่ที่ 5-22% และหากวิธีการตรวจ sentinel node ละเอียดยิ่งขึ้นโดยใช้วิธี Immunohistochemical stain ความแม่นยำก็จะเพิ่มเป็น 97.5-100% โดยมี false negative อยู่ที่ 0.5%

ข้อจำกัดและปัญหาที่เกิดกับการทำ sentinel node

การพบ Sentinel node จากการทำ lymphatic mapping จะมีประโยชน์สูงสุดในการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยก็ต่อเมื่อ Sentinel node ที่พบนั้นเป็นตัวแทนของ lymph node ที่สามารถบอกถึงสถานะการแพร่กระจายของโรคได้จริงคือถ้าหาก Sentinel node ไม่พบ Tumor metastasis ก็จะไม่พบ Tumor metastasis ใน lymph node อื่นๆด้วยแต่จากการศึกษาต่างๆที่ผ่านมาความสามารถในการพยากรณ์ภาวะการแพร่กระจายของโรคโดยดูจาก Sentinel node ยังไม่ได้ 100% โดยความแม่นยำของการพยากรณ์สถานะการแพร่กระจายขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ข้อคือ

1. วิธีการฉีดและสารที่ฉีดเพื่อทำ lymphatic mapping และเทคนิคการทำ Sentinel node เพราะหากวิธีการฉีดหรือการหา Node ไม่ถูกต้องสารกัมมันตรังสีหรือสีที่ฉีดก็จะไปติดยัง lymph node อื่นที่ไม่ใช่ Sentinel node ไม่ถูกต้องสารกัมมันตรังสีหรือสารที่ฉีดก็จะไปติดยัง lymph node อื่นที่ไม่ใช่ Sentinel node (คือไม่ใช่ lymph node ที่ได้รับ lymphatic drainage จาก Tumor โดยตรง) ซึ่งมีผลจากการศึกษามากมายที่สนับสนุนว่าเกิดความผิดพลาดนี้จริง โดยการศึกษาส่วนใหญ่ศัลยแพทย์ที่เริ่มหัดทำ Sentinel node บางครั้งก็ Biopsy เอาส่วนที่ไม่ใช่ Node หรือ Node อื่นๆ ด้วยความขาดประสบการณ์คิดว่านั่นคือ Sentinel node ทำให้พบอัตราของ False negative สูงในช่วงแรกๆของการศึกษา

2. วิธีการตรวจ Sentinel lymph node ไม่ละเอียดพอเพราะโดยปกติจากการตรวจ lymph node โดยพยาธิแพทย์มักจะตัด lymph node ออกเป็น 2 ส่วนและตรวจเฉพาะหน้าตัดนั้นทำให้มีโอกาสตรวจไม่พบ metastasis ได้ หาก metastasis นั้นมีขนาดเล็ก

3. ทฤษฎีของ sentinel node ไม่ถูกต้องคือไม่มี Sentinel node เกิดขึ้นจริงในกรณีนี้การแพร่กระจายของโรคมะเร็งไม่ได้เป็นไปอย่างมีแบบแผนทำให้เราไม่สามารถเลียนแบบทางเดินน้ำเหลืองเพื่อหาการแพร่กระจายของโรคได้



ภาพที่ 7 : แสดงต่อมน้ำเหลือง Sentinel Lymph Node

ที่มา: จาก <http://www.thaibreastcancer.com>

ข้อจำกัดสำหรับการทำ Sentinel node

ข้อจำกัดสำหรับการทำ Sentinel node อาจมาจากตัวโรคหรือสถานะของคนไข้เองเช่น

1) คนไข้ที่มี Multiple lesion
 2) คนไข้ที่มี lesion ขนาดเล็กที่ตรวจพบโดย mammogram การฉีดสารเพื่อเลียนแบบทางเดินน้ำเหลืองก็อาจไม่ทราบว่าจะฉีดที่จุดใด

3) ในกลุ่มคนไข้ที่ได้รับ Neoadjuvant chemotherapy เรายังไม่ทราบว่ายา chemotherapy ทำปฏิกิริยาอย่างไรกับ Tumor cell ที่อยู่ใน lymphatic channel อาจก่อให้เกิด Inflammation และ Fibrosis ทำให้ทางเดินน้ำเหลืองเปลี่ยนแปลงไป

ดังนั้นในการเลือกผู้ป่วยเพื่อศึกษาในระยะแรกนั้นจึงพยายามเลือกผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาซับซ้อนเช่นเป็นผู้ป่วยที่คลำได้ก้อนไม่มี Multiple lesion ไม่เคยได้ Chemotherapy หรือ Radiation มาก่อน

1.3 การเสริมสร้างเต้านมใหม่ (Breast reconstruction)

ในปัจจุบันเนื่องจากการรักษามะเร็งเต้านมให้ผลดีกว่าในอดีตอย่างชัดเจน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้นมีโอกาสในการกลับเป็นซ้ำลดลงโดยเฉพาะในรายที่เป็นมะเร็งระยะเริ่มแรกตั้งแต่นั้นนอกเหนือจากการรักษาชีวิตรักษาโรคให้หายแล้ว การเก็บรักษาเต้านมหรือการรักษารูปร่างเต้านมไว้จึงมีความสำคัญมากขึ้นเพราะช่วยการสร้างความมั่นใจลดความรู้สึกสูญเสียอันจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเป็นผลให้เกิดวิธีการผ่าตัดใหม่ๆที่ช่วยเสริมสร้างเต้านมใหม่หรือทดแทนส่วนที่ขาดหายไป (Breast reconstruction) โดยไม่มีผลเสียต่อการรักษามะเร็งเต้านมโดยรวม การผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมนี้อาจจะทำได้พร้อมกับการตัดเต้านม (Immediate reconstruction) หรือทำภายหลัง (Delay reconstruction) เมื่อคิดว่าโอกาสการเกิดซ้ำบริเวณที่ผ่าตัดลดลงโดยโดยทั่วไปจะทำการผ่าตัดเต้านมไปแล้วประมาณ 2 ปี การเสริมสร้างเต้านมอาจทำได้โดยใช้เต้านมเทียม (Implant) หรือเนื้อของผู้ป่วยเอง (Autologous tissue) ด้วยการนำ Flaps ชนิดต่างๆเป็นต้นสามารถทำผ่าตัดได้หลายรูปแบบเช่น

1.3.1 การผ่าตัดนำผิวหนังเนื้อเยื่อไขมันและกล้ามเนื้อหน้าท้อง (Transverse rectus abdominis myocutaneous flap or TRAM flap) มาทดแทนเต้านมทั้งหมดที่ถูกตัดออกไปซึ่งทำให้ยังคงมีลักษณะคล้ายเต้านมอยู่ ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นแพทย์จะนำผิวหนังเนื้อเยื่อไขมันและกล้ามเนื้อหน้าท้องมาทดแทนเต้านมทั้งหมดที่ถูกตัดออกออกโดย การผ่าตัดวิธีนี้ใช้ระยะเวลาผ่าตัดนานมากกว่าการตัดเต้านมเพียงอย่างเดียว โดยจะใช้เวลาผ่าตัดประมาณ 3-5 ชั่วโมง ผู้ป่วยจำเป็นต้องนอนพักในโรงพยาบาลนานประมาณ 1 สัปดาห์ ข้อดีประการหนึ่งของการผ่าตัดวิธีนี้คือการนำเนื้อเยื่อจากหน้าท้องมาเสริมแทนเต้านมเดิม ทำให้ช่วยลดเนื้อเยื่อบริเวณหน้าท้องทำให้หน้าท้องแบนราบลงและในกรณีที่เป็นระยะเริ่มแรกผู้ป่วยก็ไม่จำเป็นต้องได้รับการฉายแสง (รังสีรักษา)

1.3.2 การผ่าตัดนำผิวหนังเนื้อเยื่อไขมันและกล้ามเนื้อบริเวณสะบัก (Latissimus dorsi myofascial flap LD flap) มาทดแทนเต้านมส่วนที่ถัดไปซึ่งโดยส่วนใหญ่มักทำร่วมกับการผ่าตัดเต้านมออกเพียงบางส่วนโดยเฉพาะในรายที่มีการสูญเสียเนื้อเต้านมมากเกินไปที่จะลงความสวยงามไว้ได้หากไม่มีเนื้อเยื่ออื่นมาทดแทน ซึ่งผู้ป่วยที่เลือกการผ่าตัดวิธีนี้ยังคงต้องได้รับการฉายแสง (รังสีรักษา) ร่วมด้วยเช่นเดิม ผู้ป่วยบางรายสามารถเลือกใช้วิธีการผ่าตัดดังกล่าวทดแทนการผ่าตัดเต้านมออกหมด ร่วมกับการใส่เต้านมสังเคราะห์ (prosthesis) หรือไม่ได้การผ่าตัดนำผิวหนังเนื้อเยื่อไขมันและกล้ามเนื้อบริเวณสะบักอาจจะทำให้เกิดบาดแผลบริเวณหลังได้แต่ศัลยแพทย์ผู้ผ่าตัดจะพยายามซ่อนแผลให้อยู่ในที่ระดับเดียวกับแนวเสื้อชั้นใน เพื่อปกปิดบาดแผลและหลังการผ่าตัดการทำงานของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการพยุงหัวไหล่จะทำงานได้ใกล้เคียงปกติ

1.3.3 การผ่าตัดเพื่อใส่เต้านมเทียม (Prosthesis) เพื่อทดแทนการตัดเต้านมออกบางส่วนหรือทั้งหมดมีข้อดีคือผู้ป่วยไม่มีแผลผ่าตัดใดๆเพิ่มเติมจากปกติ เนื่องจากไม่มีการนำเนื้อเยื่อจากตำแหน่งอื่นๆ มาเสริมแทนเต้านมเดิม แต่อาจมีข้อจำกัดในผู้ป่วยบางรายที่มีลักษณะของเต้านมไม่เหมาะที่จะใช้เต้านมเทียม นอกจากนี้หากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการฉายแสง (รังสีรักษา) ร่วมด้วยจะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเช่นการหดรั้ง ของเนื้อเยื่อรอบๆเต้านมเทียมซึ่งอาจจะทำให้เต้านมเสริมผิดรูปไป

โดยทั่วไปการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมด้วยวิธีการต่างๆข้างต้นจะไม่เกิดผลเสียใดๆต่อการรักษามะเร็งเต้านมแต่จำเป็นต้องคัดเลือกผู้ป่วยให้เหมาะสมโดยขึ้นกับระยะของโรคขนาดตำแหน่งของมะเร็งสภาพทั่วไปรวมถึงความพร้อมในการผ่าตัดและการดมยาสลบของผู้ป่วย ศัลยแพทย์จำเป็นต้องให้ข้อมูลความเป็นไปได้ของวิธีต่างๆแก่ผู้ป่วยตามความเหมาะสมเป็นรายๆไป

ผลข้างเคียงของการผ่าตัด แบ่งได้เป็นผลข้างเคียงระยะสั้นและผลข้างเคียงในระยะยาวดังนี้

1. ผลข้างเคียงระยะสั้น ได้แก่การปวดแผลหลังผ่าตัดการติดเชื้อ บวมและกดเจ็บบริเวณเต้านม การมีก้อนเลือดคั่งในแผลผ่าตัด(hematoma) หรือมีของเหลวใสข้างในแผลผ่าตัด(seroma) เกิดในระยะแรกประมาณ 1 เดือนหลังผ่าตัด
2. ผลข้างเคียงระยะยาว ได้แก่การเปลี่ยนแปลงในรูปร่างของเต้านม ทำให้มีขนาดไม่เท่ากัน เนื้อเยื่อเต้านมเป็นแผลเป็นแข็งบริเวณที่ทำการผ่าตัด การเคลื่อนไหวของข้อไหล่ผิดปกติ (Impaired shoulder movement) และมีอาการบวมจากท่อน้ำเหลือง (lymphedema) เกิดหลังการผ่าตัดและคงอยู่นานกว่า 1 เดือนบางรายอาจเกิดผลข้างเคียงไปตลอดชีวิต

ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเต้านม

ในปัจจุบันการผ่าตัดเต้านม (Mastectomy) ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโดยโดยใช้วิธีการตัดเต้านมแบบถอนรากชนิดดัดแปลงร่วมกับการตัดต่อมน้ำเหลืองออกถือเป็นการผ่าตัดใหญ่ต้องตัดเอาเนื้ออกและเนื้อเยื่อข้างเคียงออกจำนวนมาก อีกทั้งต้องเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้จึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มาก ซึ่งภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดเต้านมที่พบได้มีดังนี้

1. ภาวะเลือดออก (Hemorrhage) หลังการผ่าตัดหากพบบริเวณบาดแผลมีลักษณะบวมฟูอย่างรวดเร็ว หรือมีเลือดแดงสดออกทางท่อระบายเป็นจำนวนมาก มักนึกถึงเส้นเลือดแดงที่ผูกไว้ที่นั่นหลุดทำให้มีเลือดออกมามาก จำเป็นต้องเปิดแผลและห้ามเลือดในท้องผ่าตัดโดยการดมยาสลบ
2. ภาวะลมข้างในช่องอก (Pneumothorax) ภาวะนี้เกิดขึ้นได้ไม่บ่อยแต่อาจพบได้หากขณะทำการผ่าตัดแล้วบังเอิญทะลุเยื่อหุ้มปอด การรักษาแพทย์จะพิจารณาใส่ท่อระบายทรวงอก (Intercostal Drainage ICD) ไว้ระยะหนึ่ง
3. น้ำเหลืองคั่งภายในแผล (seroma) การผ่าตัดเต้านมจำเป็นต้องมีการเลาะใต้ผิวหนังเป็นบริเวณกว้างภายหลังการเย็บปิดแผล จึงมีภาวะที่น้ำเหลืองคั่งภายในแผลได้ หรืออาจเกิดจากการดึงท่อระบาย (Redivac drain) ออกเร็วเกินไปปกติจะคงไว้ประมาณ 1 สัปดาห์ หรือหากท่อระบายออกน้อยกว่า 50 ซีซีต่อวันเพื่อป้องกันไม่ให้มีเลือดหรือน้ำเหลืองคั่งภายในแผล
4. บาดแผลอักเสบติดเชื้อ (Infection) พบได้ค่อนข้างบ่อยภายหลังการผ่าตัด เพราะบาดแผลผ่าตัดเต้านมกว้างและเปิดอยู่นานทำให้เป็นบริเวณที่จะติดเชื้อได้ง่าย หากพบเกิดการอักเสบแพทย์จะพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะในการรักษาและภาวะนี้ป้องกันได้โดยการให้ยาปฏิชีวนะก่อนการผ่าตัด

5. ออการชา (Numbness) ออการชาแขนภายหลังกการผ่าตัดเกิดจากเส้นประสาทที่มำเลียงผิวหนังถูกตัดขาดออการจะมีเล็กลงน้อยไม่รุนแรงและจะดีขึ้นเองแต่อาจจะไม่หายไปทั้งหมด

6. ปวด (Pain of arm) พบในผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออการไม่รุนแรงและจะดีขึ้นเองเช่นเดียวกับออการชา(numbness) แต่อาจจะไม่หายไปทั้งหมดโดยภายหลังกการผ่าตัด 24 เดือนพบได้ถึงร้อยละ 19-20 ซึ่งบางรายอาจมีออการแขนบวมร่วมด้วย

7. แขนอ่อนแรง (Weakness) ออการแขนอ่อนแรงพบได้หลังกการผ่าตัดเลาะน้ำเหลืองบริเวณรักแร้เช่นเดียวกับออการปวด (Pain of arm)

8. ขอบแผลเน่าตาย (Necrosis) การตัดผิวหนังเต้านมออก ภายหลังกการผ่าตัดในสัปดาห์แรก แผลผ่าตัดจะตึงตัวมาก ขอบแผลบางบางหรือมีเลือดออกมากค้างอยู่ใต้บาดแผลเกิดขอบแผลเน่าตาย(Necrosis) รักษาด้วยการตัดออกหรือหากมีบริเวณกว้างการปลูกผิวหนัง (Skin graft) จะทำให้แผลหายได้เร็วยิ่งขึ้น

9. จำกัดการเคลื่อนไหวของแขน (Limitation of motion of the arm) เกิดขึ้นได้จากการที่ผู้ป่วยมีออการเจ็บแผลหลังกการผ่าตัดจึงไม่พยายามที่จะขยับแขนและไหลข้างนั้นและดึงแขนมาแนบลำตัวตลอดเวลาติดต่อกันหลายวันทำให้เกิดข้อไหล่ยึดติดการป้องกันภาวะดังกล่าวทำได้โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยขยับแขนและหัวไหล่แต่เนิ่นๆโดยผู้ป่วยควรเริ่มขยับแขนตั้งแต่วันที่ 2 และ 3 หลังกการผ่าตัดทุกรายยกเว้นในรายที่ทำผ่าตัดแบบ Extended radical mastectomy และผู้ป่วยที่ปลูกผิวหนัง (Skin graft) ควรเริ่มเบาๆในวันที่ 3 และ 4 หลังกการผ่าตัด

10. ออการแขนบวม (Lymphedema) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีการเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ ไม่ว่าจะการผ่าตัดเต้านมจะเป็นการตัดเต้านมแบบถอนรากชนิดตัดแปลงร่วมกับการตัดต่อมน้ำเหลืองออก (Modified Radical Mastectomy and axillary dissection) หรือการผ่าตัดแบบเก็บรักษาเต้านม (Breast conservative surgery) (ธนิต วัชรพุกก์. 2547, หน้า 273-285) สาเหตุของออการแขนบวมที่แท้จริงยังไม่ทราบไม่แน่ชัดแต่พบว่าการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้มีความสัมพันธ์กับการเกิดออการแขนบวมภายหลังกการผ่าตัดสูงถึงร้อยละ 6-30 การผ่าตัดทำให้ต่อมน้ำเหลืองบางส่วนถูกตัดออกซึ่งเมื่อมีการรบกวนหรือการทำลายทางเดินน้ำเหลืองบริเวณดังกล่าวจะเกิดการบวมเนื้อเยื่อจะหนาตัวขึ้นเกิดเป็นพังผืดขัดขวางทางเดินน้ำเหลืองและขัดขวางทางเดินน้ำเหลืองที่จะเกิดขึ้นใหม่ ออการนี้จะไม่เกิดขึ้นที่แต่จะเกิดขึ้นหลายเดือนหรือปลายปีภายหลังกการรักษานอกจากนี้การติดเชื้อหลังกการผ่าตัดหรือการมีน้ำหนักตัวมากเกินไปก็เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดออการแขนบวมได้ (ธนิต วัชรพุกก์. 2547, หน้า 273-285)

การรักษาโดยให้ยกแขนสูงเช่นคล้องแขนห้อยคอในเวลากลางวันและวางแขนบนหมอนสูงในเวลา

กลางคืนพันผ้าelastic ตั้งแต่ปลายมือขึ้นมาตลอดทั้งแขนหรือการให้ยาขับปัสสาวะในรายที่เป็นรุนแรง

การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (Chemotherapy)

เคมีบำบัด (Chemotherapy) เป็นการรักษาที่ให้ยาซึ่งเป็นสารพิษต่อเซลล์มะเร็งมีวัตถุประสงค์เพื่อทำให้หายจากโรคมะเร็งป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งลดขนาดของก้อนมะเร็งบรรเทาออการหรือเพิ่มระยะเวลาการมีชีวิตให้ยืนยาวขึ้นหรือเข้าไปรบกวนการแบ่งตัวอย่างรวดเร็วของเซลล์มะเร็งทำให้เซลล์มะเร็งไม่

สามารถแบ่งตัวเพิ่มขึ้นได้ในการรักษาด้วยเคมีบำบัดจะมีการให้ยาเคมีชนิดเดียว หรือหลายชนิดร่วมกันแต่ในปัจจุบันนิยมให้ยาเคมีบำบัดหลายชนิดร่วมกันเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและการรักษาครั้งต่อไปจะมีการเพิ่มขนาดของเคมีบำบัดทั้งนี้เนื่องจากอัตราการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งจะเพิ่มขึ้นเมื่อก่อนเนื่องอกลดขนาดลงหลังให้ยาเคมีบำบัดแล้วดังนั้นปริมาณยาเคมีบำบัดที่เพียงพอสำหรับการทำลายเซลล์มะเร็งในครั้งแรกๆอาจจะไม่เพียงพอต่อการรักษาก้อนมะเร็งในระยะต่อๆมาการให้เคมีบำบัดหากให้ก่อนการผ่าตัดเพื่อลดขนาดของก้อนในกรณีที่ก้อนมีขนาดใหญ่และเพื่อดูการตอบสนองต่อยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยเรียกว่าการรักษา นำด้วยเคมีบำบัด (Neoadjuvant chemotherapy) ถ้าให้ยาเคมีบำบัดแล้วก้อนมะเร็งยังไม่เล็กลงแพทย์จะพิจารณาให้ยาเคมีบำบัดชนิดอื่นๆหากให้หลังการผ่าตัดเรียกว่าการให้ยาเคมีบำบัดในการรักษาร่วม (Adjuvant chemotherapy) เพื่อลดความเสี่ยงในการกลับมาเป็นซ้ำเนื่องจากเซลล์มะเร็งสามารถแพร่กระจายเข้าไปในกระแสเลือดได้โดยยังไม่มีอาการทำให้ไม่สามารถตรวจพบได้โดยการถ่ายภาพหรือรังสีหรือการตรวจร่างกาย การให้ยาเคมีบำบัดในการรักษาร่วมจึงมีเป้าหมายเพื่อฆ่าเซลล์มะเร็งที่ไม่สามารถตรวจสอบได้ไม่ให้มีการแพร่กระจายออกไป

ชนิดของเคมีบำบัด

โดยทั่วไปการให้เคมีบำบัดจะให้ประมาณ 2-3 สัปดาห์ต่อ 1 ครั้งซึ่งจะมีสูตรเคมีบำบัดหลายสูตร ระยะเวลาในการให้ยาเคมีบำบัดครบทั้งคอร์ส ประมาณ 3-6 เดือนสูตรของเคมีบำบัดที่ใช้ในปัจจุบันมีดังนี้

- FAC/CAF ประกอบด้วย Cyclophosphamide, Doxorubicin (Adriamycin) และ 5-FU (5-fluorouracil)

- CMF ประกอบด้วย cyclophosphamide (Cytoxan), methotrexate (Amethopterin, Mexate, Folex) และ 5-fluorouracil (Fluorouracil, 5-FU, Adrucil)

- AC ประกอบด้วย Doxorubicin (Adriamycin) และ Cyclophosphamide

- EC ประกอบด้วย Epirubicin (Ellence) และ Cyclophosphamide

- TAC ประกอบด้วย Docetaxel (Taxotere) Doxorubicin (Adriamycin) และ

Cyclophosphamide

- AC + T ประกอบด้วย Doxorubicin (Adriamycin) และ Cyclophosphamide เมื่อครบแล้ว ตามด้วย Paclitaxel (Taxol) หรือ Docetaxel (Taxotere)

- A + CMF ประกอบด้วย Doxorubicin (Adriamycin) แล้วตามด้วย CMF

- CEF (FEC) ประกอบด้วย Cyclophosphamide, Epirubicin และ 5-fluorouracil

- TC ประกอบด้วย docetaxel (Taxotere) และ Cyclophosphamide

- GT ประกอบด้วย Gemcitabine (Gemzar) และ Paclitaxel (Taxol)

ตารางที่ 6 แสดงสูตรการรักษาด้วยเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

สูตร	ขนาดที่ให้	ระยะเวลา
CMF	cyclophosphamide 600 mg/m ² Methotrexate 40 mg/m ² , 5-fluorouracil 600 mg/m ²	- วันที่ 1-8 ทุก 4 สัปดาห์ 6 cycle
FAC	fluorouracil 500 mg/m ² , doxorubicin 50 mg/m ² cyclophosphamide 500 mg/m ²	- ทุก 3 สัปดาห์ 6 cycle
TAC	docetaxel 175 mg/m ² , doxorubicin 50 mg/m ² cyclophosphamide 500 mg/m ² of	- TAC
AC	adriamycin 40 mg/m ² วันที่ 1 cyclophosphamide 200 mg/m ² วันที่ 3 - 6	- ทุก 3 สัปดาห์ 4 cycle
AC + T	adriamycin, cyclophosphamide ตามด้วย paclitaxel (Taxol) หรือ docetaxel (Taxotere)	- ทุก 3 สัปดาห์ 4 cycle - 3 สัปดาห์ต่อมาครั้งเดียว
FEC	cyclophosphamide, epirubicin และ 5-fluorouracil	- ทุก 3 สัปดาห์ 4 cycle
TC	docetaxel (Taxotere) และ cyclophosphamide	- ทุก 3 สัปดาห์ 4 cycle
A + CMF	doxorubicin (adriamycin) แล้วตามด้วย CMF	- ทุก 3 สัปดาห์ 4 cycle - วันที่ 1-8 ทุก 4 สัปดาห์ 6 cycle

ที่มา : Clinical practice guideline in oncology: Breast cancer (p. BINV-J 2, by National Comprehensive Cancer Network, 2009a, Retrieved from <http://www.nccn.org>.30 มีนาคม 2560)

ผลข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัด

ยาเคมีบำบัดออกฤทธิ์ในการยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็งอย่างรวดเร็ว และยังทำลายเซลล์มะเร็ง แต่เซลล์อื่นๆในร่างกายเช่น เซลล์ไขกระดูกเซลล์ในปากและลำไส้และเซลล์เส้นผมเป็นต้นเป็นเซลล์ที่มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว จึงส่งผลให้มีการทำลายเซลล์เหล่านี้ด้วย ทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัด ความรุนแรงของอาการข้างเคียงในแต่ละคนจะไม่เท่ากันและขึ้นอยู่กับชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ วิธีการในการให้ยาและระยะเวลาในการรักษา โดยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร CMF และ FAC มักพบอาการข้างเคียงตามชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับดังนี้

1.ไซโคลฟอสฟาไมด์ (cyclophosphamide) เป็นยาที่ดัดแปลงมาจากเมคโคลรีธามีน (mechlorethamine) เพื่อให้มีฤทธิ์เจาะจงต่อเซลล์มะเร็งมากขึ้นอาการข้างเคียงที่พบคือคลื่นไส้อาเจียนมีแผลในปากเบื่ออาหารผมร่วงเหนื่อยล้าผิวหนังมีสีคล้ำท้องผูกกระเพาะปัสสาวะอักเสบกดการทำงานของไขกระดูก

2.เมทโทเทรีเซท (methotrexate) เป็นยาที่ใช้ขัดขวางหรือกีดขวางการสร้างกรดนิวคลีอิก เป็นการรบกวนการสังเคราะห์พิวรีนและ/หรือไพริมิดีน (purine and/or pyrimidine) ทำให้การสร้างดีเอ็นเอ(DNA) ลดลง

ส่งผลให้การเจริญเติบโตและการแบ่งตัวของเซลล์ลดลง อาการข้างเคียงที่พบคือ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย มีแผลในปาก หนื่อยล้า กดการทำงานของไขกระดูกและอาจพบตับอักเสบได้

3. 5-Fluorouracil (5-FU) เป็นยาในกลุ่มเดียวกับเมทโททรีเซท อาการข้างเคียงที่พบคือคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เยื่อบุช่องปาก ภาวะขาดอาหารและลำไส้อักเสบ หนื่อยล้า ผิวหนังสีคล้ำขึ้น เป็นฝ้า ตกกระ ผื่นแดง กดการทำงานของไขกระดูกและพบว่ามีผลกดการทำงานของระบบประสาท

4. Doxorubicin หรือ Adriamycin ออกฤทธิ์ในการกดการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง อาการข้างเคียงที่พบ ได้แก่คลื่นไส้อาเจียน ท้องเสีย ปัสสาวะมีสีแดง คลื่นไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนแปลง เป็นพิษต่อหัวใจ ผื่นแดง ผิวหนังมีสีคล้ำและอักเสบ กดการทำงานของไขกระดูก

การรักษาด้วยรังสีรักษา (Radiation Therapy)

รังสีที่นำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยนั้นเป็น Electromagnetic rays ซึ่งมีด้วยกันหลายชนิดเช่น Gamma ray, X ray, Ultraviolet, หรือ Infrared เป็นต้นซึ่งมีความแตกต่างกันทางพลังงานและความยาวคลื่นแต่รังสีชนิดที่เรานำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยนั้นเป็นรังสีชนิด Gamma ray และ X ray โดยในปัจจุบันมีการนำมารักษาทั้งในกลุ่มผู้ป่วย Malignant disease และ Non Malignant disease โดยอาศัยกระบวนการ Ionization เราสามารถแบ่งชนิดของรังสีรักษาออกได้เป็น 2 ชนิดตามแหล่งกำเนิดของรังสีได้แก่

1. **Radioactive source** เป็นแหล่งกำเนิดรังสีที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติได้แก่กัมมันตภาพรังสีโดยใช้พลังงานเป็น Gamma ray หรือ Beta ray เช่น Cobalt-60, Iridium-192 เป็นต้น

2. **Machine source** ซึ่งเป็นแหล่งกำเนิดกัมมันตรังสีที่เกิดขึ้นจากเครื่องฉายรังสี ซึ่งมนุษย์สร้างขึ้นโดยจะให้พลังงานเป็น X ray หรือ Particle Beam เช่น Linear Accelerator, Cyclotron เป็นต้น

นอกจากนั้นอาจจะมีการแบ่งชนิดของรังสีรักษาตามเทคนิคการรักษาได้เป็น 2 วิธีได้แก่

1. **Teletherapy (External Beam Radiotherapy)** ซึ่งเป็นการฉายรังสีจากภายนอกโดยที่ระยะทางจากแหล่งกำเนิดรังสีถึงก้อนเนื้องอกอยู่ห่างกัน เช่น Cobalt-60 machine, linear Accelerator machine เป็นต้น

2. **Brachytherapy** ซึ่งเป็นการให้รังสีในระยะใกล้โดยที่ระยะทางจากแหล่งกำเนิดรังสีอยู่ชิดติดกับก้อนเนื้องอกมีการรักษาด้วยวิธี Brachytherapy อยู่ 3 วิธีได้แก่

2.1 Intracavitary technique เป็นการใช้อุปกรณ์การใส่แร่สอดใส่ไปในบริเวณอวัยวะที่มีลักษณะเป็นโพรงเช่น Cervical cancer, Esophageal cancer เป็นต้น

2.2 Interstitial implantation technique เป็นการใช้อุปกรณ์การใส่แร่ เสียบผ่านก้อนเนื้องอกเช่น Prostate cancer, Breast cancer เป็นต้น

2.3 Mold technique เป็นการใช้อุปกรณ์การใส่แร่ แปะติดอยู่กับก้อนเนื้องอกเช่น Oral cavity เป็นต้น

การใช้เครื่องมือพิเศษที่สามารถปล่อยอนุภาครังสีที่มีพลังงานสูงเพื่อไปหยุดยั้งการเจริญเติบโตและการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็งรังสีนี้จะไปทำลายทั้งเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็วแต่เนื่องจากเซลล์มะเร็งเป็นเซลล์ที่มีการแบ่งตัวเร็วมากดังนั้นจึงจะถูกทำลายมากกว่าและนอกจากนั้นเซลล์ปกติยังมีคุณสมบัติที่จะสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทนเซลล์ที่ถูกทำลายไปแล้วได้จึงทำให้เนื้อเยื่อและอวัยวะต่างๆยังคงรูปร่างและทำงานได้ตามปกติในการรักษามะเร็งเต้านมเรามักจะใช้การฉายรังสีร่วมกับการผ่าตัดในผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออกบางส่วน (Breast conserving surgery) นอกจากนั้นอาจใช้เป็นวิธีการรักษาโรครินผู้ป่วยบางรายที่ถึงแม้จะตัดเต้านมออกทั้งหมด (Total mastectomy) แต่ก็ต้องได้รับการฉายรังสีร่วมด้วย เช่นในผู้ป่วยที่ขนาดของก้อนมะเร็งมากกว่า 5 ซม. มะเร็งลุกลามมาที่ผิวหนังหรือกล้ามเนื้อหน้าอกซึ่งอยู่ในชั้นลึกหรือมีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้จำนวนมากเป็นต้น โดยทั่วไปแล้วการรักษาจะใช้เวลาประมาณ 4-6 สัปดาห์สัปดาห์ละ 5 วันตั้งแต่จันทร์ถึงศุกร์หยุดเสาร์และอาทิตย์เพื่อให้ร่างกายและผิวหนังได้มีเวลาพักผ่อนและซ่อมแซมเนื้อเยื่อส่วนที่ถูกทำลายไปเมื่อเริ่มรักษาแล้วก็ควรจะมารับการรักษาโดยต่อเนื่องจนครบกำหนดมีฉะนั้นจะได้จำนวนรังสีน้อยกว่าที่ควร ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควรการใช้รังสีในแต่ละวันจะใช้เวลาเพียงไม่กี่นาทีและในระหว่างฉายรังสีไม่รู้สึกรู้สึกรู้สึกเจ็บปวดแต่อย่างไรสำหรับการฉายรังสีรักษามะเร็งเต้านมนั้นก็มักจะเป็นการฉายเพียงครั้งเดียวรังสีไม่ลงไปถึงอวัยวะสำคัญๆที่อยู่ลึกลงไปดังนั้นจึงไม่ค่อยพบผลข้างเคียงที่รุนแรงระหว่างการฉายรังสีผู้ป่วยบางรายอาจจะรู้สึกเหนื่อยและเพลียดังนั้นจึงควรพักผ่อนให้มากที่สุดและวางแผนการออกกำลังกายแต่พอสมควรบางครั้งผิวหนังบริเวณที่ถูกรังสีอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงเช่นมีสีแดงคล้ำคัน หรือมีความรู้สึกปวดแสบปวดร้อนดังนั้นในระหว่างที่กำลังฉายรังสีอยู่ควรดูแลปฏิบัติต่อผิวหนังบริเวณนั้นอย่างระมัดระวังถ้าไม่แน่ใจก็อย่าให้ถูกน้ำ แต่ถ้าถูกน้ำก็ควรจะใช้ผ้าเช็ดตัวนุ่มๆ ซับอย่างเบาๆอย่าเช็ดแรงเพราะอาจทำให้ผิวหนังลอกออกแล้วจะกลายเป็นแผลได้พยายามอย่าให้มีอะไรไปรบกวนถูกบริเวณผิวหนังหลีกเลี่ยงการใช้สบู่เครื่องสำอางน้ำหอมยาทาทั้งหลายและความร้อนทุกชนิด อย่าให้ถูกแสงแดดหรืออากาศที่เย็นมากถ้าจำเป็นต้องโดนบริเวณนั้นควรโดนด้วยความระมัดระวังเป็นพิเศษวิธีที่ปลอดภัยที่สุดคือการใช้เครื่องไอน้ำถ้ามีอาการคันพยายามอย่าเกาเพราะการเกาอาจจะทำให้ผิวหนังลอกและเกิดการติดเชื้อได้ง่ายและควรระวังรักษาให้ผิวหนังแห้งอยู่เสมอ

การฉายรังสีที่รักษาแล้วอาจทำให้เกิดข้อไหล่ติดและแขนบวมดังนั้นในระหว่างการฉายรังสีควรจะต้องออกกำลังกายบริหารอย่างสม่ำเสมอและจะต้องปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันไม่ให้แขนบวม เนื่องจากในปัจจุบันวิวัฒนาการในด้านการฉายรังสีได้ก้าวหน้าไปมากทั้งในด้านเครื่องมือและความชำนาญของรังสีแพทย์ผลของการรักษาจึงดีกว่าสมัยก่อนมากผู้ป่วยจึงควรเปลี่ยนทัศนคติต่อการรักษาด้วยการฉายรังสีใหม่ที่สามารถรักษาได้ผลดีและอาการแทรกซ้อนจากการรักษาน้อยอีกทั้งผู้ป่วยยังสามารถปฏิบัติภารกิจเหมือนคนปกติทุกประการ

การรักษาด้วยฮอร์โมนบำบัด(Hormonal therapy)

เป็นที่ทราบกันมานานแล้วว่าการเจริญเติบโตของเต้านมรวมทั้งการทำงานของเต้านม จะขึ้นอยู่กับฮอร์โมนเพศและก็พบต่อมาว่าการเติบโตของมะเร็งเต้านมบางรายก็ขึ้นอยู่กับฮอร์โมนเช่นกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับผล

การตรวจพิเศษโดยพยาธิแพทย์ว่าเป็นมะเร็งชนิดที่มีตัวรับฮอร์โมน (Hormone receptor) หรือไม่ ซึ่งถ้าเป็นผลบวกก็เป็นตัวช่วยชี้เป็นแนวทางว่าสมควรที่จะรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมน จากสถิติของประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมประมาณสองในสามรายจะมีการตอบสนองต่อการใช้ยาต้านฮอร์โมน ทำให้สามารถใช้ยาในกลุ่มนี้ในการรักษาได้ เมื่อแพทย์พิจารณาให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้ แพทย์จำเป็นต้องดูปัจจัยอื่นประกอบเช่นอายุของผู้ป่วย การมีประจำเดือนอยู่หรือไม่ ระยะเวลาที่หมดประจำเดือนหรือไม่มีประจำเดือนจากการผ่าตัดมดลูก เนื่องจากยาที่ใช้รักษาอาจมีความแตกต่างกันออกไป

ยาต้านฮอร์โมนแบ่งได้เป็นสองกลุ่มใหญ่ ได้แก่กลุ่มของยาที่ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการทำงานของฮอร์โมนและยากลุ่มที่ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการสร้างฮอร์โมน

1. ยาที่ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการทำงานของฮอร์โมนที่เรารู้จักชื่อ Tamoxifen เป็นยาที่เข้าไปแย่งจับกับ Estrogen receptor เพื่อไม่ให้ Hormone กระตุ้นเซลล์มะเร็งให้เติบโต สามารถใช้ได้ทั้งในผู้หญิงที่ยังมีประจำเดือนอยู่หรือหมดประจำเดือนแล้ว อาจมีผลทำให้เกิดเลือดออกทางช่องคลอดแพทย์จึงมักจะแนะนำให้ผู้ป่วยทำการตรวจภายในเป็นประจำทุกปี นอกจากนี้ยังไม่ควรใช้ในรายที่มีประวัติเคยเป็นลิ่มเลือดอุดตันที่ขาหรือที่สมองเนื่องจากพบความเสี่ยงในเรื่องเหล่านี้มากขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้รับยาดังกล่าว

2. การทำลายหรือยับยั้งไม่ให้มีฮอร์โมนเพศหญิงอยู่ในร่างกาย

2.1 ยาที่ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการสร้างฮอร์โมน ยาในกลุ่มนี้สามารถใช้ได้เฉพาะในผู้หญิงที่หมดประจำเดือนแล้ว อาจมีผลต่อกระดูกและกล้ามเนื้อ ดังนั้นก่อนการรักษาแพทย์มักจะแนะนำให้ทำการตรวจมวลกระดูก เพื่อประเมินเรื่องภาวะกระดูกพรุนและอาจให้ยาเพื่อเสริมให้กระดูกแข็งแรงขึ้นตามความเหมาะสม การทำลายหรือยับยั้งไม่ให้ฮอร์โมนเพศหญิงอยู่ในร่างกาย ซึ่งยากลุ่มนี้มีหลายชนิดเช่น Letrozole, Anastrozole, Aromasin ใช้ได้เฉพาะผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนเท่านั้น

2.2 การทำลายรังไข่ซึ่งเป็นแหล่งผลิตฮอร์โมนเพศหญิงในหญิงวัยก่อนหมดประจำเดือน ๖ (Radiation therapy ovarian ablation, oophorectomy)

2.3 ยับยั้งการเป็นฮอร์โมนเพศชายที่จะเปลี่ยนมาเป็นฮอร์โมนเพศหญิงซึ่งเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ต่อมหมวกไต

2.4 ยับยั้งการกระตุ้นจากต่อมใต้สมองที่จะมากระตุ้นรังไข่ผลิตฮอร์โมนออกมา การบริหารยาต้านฮอร์โมนค่อนข้างสะดวกเพราะทำให้โดยการรับประทานโดยทั่วไปผู้ป่วยจะได้รับยาติดต่อกัน 5 ปีอาการแทรกซ้อนข้างเคียงก็พบได้น้อยมากและส่วนใหญ่มักจะไม่น่ารุนแรงหากว่าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติภายหลังได้รับยากลุ่มดังกล่าวควรปรึกษาแพทย์เพื่อขอคำแนะนำ

การรักษาด้วยยาที่ออกฤทธิ์เฉพาะที่ (Targeted Therapy)

ยาในกลุ่มนี้จะเป็นยากลุ่มใหม่เช่นยาต้านเฮอร์ทู ซึ่งมีกลไกการออกฤทธิ์แตกต่างจากยากลุ่มเดิมๆ กล่าวคือเซลล์มะเร็งเต้านมบางชนิดจะมีตัวรับสัญญาณเฮอร์ทูอยู่ที่ผิวเซลล์ ทำให้สามารถใช้ยาดังกล่าวเพื่อจับกับตัวรับสัญญาณเหล่านี้และให้ยาออกฤทธิ์ทำลายเซลล์มะเร็งดังกล่าวได้ดังนั้นเซลล์อื่นๆที่ไม่มีตัวรับสัญญาณก็

จะไม่ได้รับผลกระทบจากยาในกลุ่มนี้ อย่างไรก็ตามแม้ว่ายาในกลุ่มนี้จะเป็นยาที่มีประสิทธิภาพดีรักษาได้ค่อนข้างเฉพาะเจาะจงมีผลข้างเคียงน้อยแต่ก็มีข้อจำกัดที่สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยบางรายเท่านั้นนอกจากนี้ยังมีราคาแพงมากทำให้เป็นข้อจำกัดสำหรับการเลือกใช้ยาในกลุ่มนี้

การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดทุกรายจะอาจมีความเสี่ยงที่จะเกิดผลแทรกซ้อนจากการผ่าตัด โดยเฉพาะในรายที่ทำการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้เนื่องจากอาการปวดบริเวณแผลการดึงรั้งของแผลทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมเคลื่อนไหวหรือบริหารข้อไหล่ อันจะส่งผลให้เกิดภาวะไหล่ติดได้ในภายหลังส่วนมากภาวะข้อไหล่ติดมักจะเกิดในช่วงแรกๆหลังผ่าตัดแต่ก็มีผู้ป่วยบางรายที่เกิดหลังผ่าตัดนานหลายเดือนดังนั้นผู้ป่วยจึงควรทำกายบริหารข้อไหล่อย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะข้อไหล่ติด

ผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติเนลที่รักแร้โดยไม่ได้รับการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองทั้งหมดจัดเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงน้อยที่จะเกิดปัญหาข้อไหล่ติดหรือเกิดภาวะแขนบวมหลังผ่าตัดเนื่องจากการผ่าตัดทำเพียงแค่น้ำต่อมน้ำเหลืองบางส่วนออกยังคงมีต่อมน้ำเหลืองที่เหลืออยู่อีกเป็นจำนวนมากที่จะช่วยลดปัญหาเรื่องแขนบวมการผ่าตัดที่น้อยกว่ายังส่งผลให้มีอาการปวดแผลน้อยกว่าการดึงรั้งน้อยกว่าทำให้เกิดภาวะข้อไหล่ติดน้อยกว่าดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้ศัลยแพทย์ผู้ผ่าตัดมักแนะนำให้ใช้งานแขนข้างดังกล่าวได้เหมือนแขนข้างปกติหรืออาจจำกัดการใช้งานแต่เพียงเล็กน้อยพยาบาลผู้ดูแลควรให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนและการออกกำลังกายบริหารแขนข้างที่ผ่าตัดที่ถูกต้องเพื่อป้องกันภาวะข้อไหล่ติดและแขนบวม

การป้องกันข้อไหล่ติด

วันรุ่งขึ้นหลังจากที่ผู้ป่วยฟื้นตัวจากการผ่าตัดและดมยาสลบสามารถลุกขึ้นนั่งได้และผู้ป่วยจะสามารถเริ่มใช้แขนข้างนั้นปฏิบัติภารกิจประจำวันตามปกติได้เช่นแปรงฟันหิวหมัดอาหารเข้าปากและกลักระดุมเสื้อ เป็นต้นหลังจากนั้นอีก 1-2 วัน ผู้ป่วยควรเริ่มออกกำลังกายบริหารโดยเริ่มทำช้าๆก่อนแล้วจึงค่อยๆทำบ่อยขึ้นและแรงขึ้นไปเรื่อยๆจนกระทั่งผู้ป่วยสามารถใช้แขนข้างนั้นได้เหมือนก่อนผ่าตัดหลังจากกลับบ้านแล้วผู้ป่วยควรต้องออกกำลังกายบริหารอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะข้อไหล่ติดถึงแม้ในระยะแรกจะไม่มีภาวะข้อไหล่ติดเลยก็ตาม

การเกิดแขนบวมเกิดจากทางเดินของน้ำเหลืองที่บริเวณรักแร้ถูกทำลายไปโดยการผ่าตัดหรือฉายรังสีทำให้น้ำเหลืองจากแขนไหลกลับสู่หัวใจได้ไม่สะดวกเหมือนเดิม จึงมีน้ำเหลืองคั่งอยู่บริเวณแขนข้างนั้นแขนจึงบวมขึ้นเรื่อยๆถ้าบวมมากอาจมีอาการเจ็บปวดร่วมด้วยและติดเชื้อง่ายหากแขนบวมมากๆอาจรักษาให้หายขาดได้ยากการรักษาเพียงแต่บรรเทาอาการยุบบวมลงได้ และแนะนำให้หัดใช้แขนข้างที่บวมทำงานชั่วคราว ยกแขนสูงและนวดวิธีที่สำคัญที่สุดคือการป้องกันการเกิดแขนบวมการบริหารข้อไหล่ควรเริ่มทำตั้งแต่หลังผ่าตัด อาจเริ่มตั้งแต่หลังผ่าตัดวันแรกหรือบางรายที่มีอาการปวดมากอาจเริ่มบริหารตั้งแต่วันที่สองหรือสามหลังผ่าตัดก็ได้ในช่วงแรกๆควรทำอย่างน้อยวันละสองถึงสามครั้งเพื่อให้แขนและข้อไหล่สามารถเคลื่อนไหวได้เป็นปกติหรือเท่ากับก่อนผ่าตัดแนะนำให้ผู้ป่วยนอนพักในท่าที่เหมาะสมคือให้ต้นแขนของผู้ป่วยการท่ามุม 90 องศา

ลำตัวหนุนให้ข้อศอกอยู่สูงกว่าหรืออยู่ในระดับเดียวกับหัวใจและงอปลายแขนให้ตั้งฉากกับต้นแขนโดยให้ปลายนิ้วชี้ไปทางศีรษะหรือทางปลายเท้าของผู้ป่วยก็ได้แล้วแต่สะดวกแต่ต้องหนุนปลายแขนและมือให้อยู่ในระดับสูงกว่าข้อศอกเล็กน้อยเพื่อทำให้น้ำเหลืองไหลกลับเข้าสู่หัวใจสะดวกขึ้น (พรชัย โอเจริญรัตน์ ,2560)

การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและลดอาการแขนบวม

1. พยายามหลีกเลี่ยงการยกของหนักการทำงานที่จะต้องขยับแขนอย่างรวดเร็วๆรุนแรงและซ้ำๆ
 2. ระวังอย่าให้เกิดอุบัติเหตุหรือมีการติดเชื้ของแขนและมือข้างที่ทำผ่าตัดควรสวมถุงมืออย่างเหมาะสมล้างมือโดยเฉพาะอย่างยิ่งขณะใช้ฝอยขัดสวมถุงมือขณะทำสวนสวนปอดกันนิ้วเมื่อเย็บผ้าและระวังอย่าให้เข็มตำนิ้วไม่ควรฉีดยาเจาะเลือดหรือวัดความดันโลหิตที่แขนข้างนั้นไม่ควรใช้ผงซักฟอกที่มีฤทธิ์แรงซึ่งอาจทำให้เกิดอาการแพ้หรือระคายเคืองต่อผิวหนังได้หากจำเป็นต้องโกนขน โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่รักแร้ควรใช้เครื่องโกนไฟฟ้า
 3. ถ้ามีบาดแผลเกิดขึ้นต้องดูแลเป็นพิเศษเพราะเมื่อแขนบวมแล้วจะติดเชื้ได้ง่ายแม้เพียงรอยถลอกหรือรอยไหม้เพียงเล็กน้อยก็อาจทำให้ติดเชื้ลุกลามไปได้มากและอาจมีไข้สูงร่วมด้วย ดังนั้นผู้ป่วยควรมียาปฏิชีวนะชนิดขี้ผึ้งและพลาสติกปิดแผลติดตัวไว้เสมอเมื่อมีแผลที่ผิวหนังแม้เพียงเล็กน้อย ควรล้างทำความสะอาดด้วยสบู่และปิดด้วยผ้าปิดแผลที่สะอาด ใช้ยาปฏิชีวนะชนิดขี้ผึ้งทาแผลตามคำแนะนำของแพทย์เมื่อมีอาการเจ็บปวดหรืออาการบวมแดงควรรีบไปพบแพทย์
 4. ติดต่อแพทย์ทันทีถ้ามีอาการแขนบวมปวดร้อนหรือแดง
 5. ระวังอย่าให้มีวัตถุรัดแขนข้างที่ทำผ่าตัด อย่าสวมเครื่องประดับที่คับจนรัด หรือทำให้เกิดขีดข่วนควรหลีกเลี่ยงสสพายของหนักบนบ่าข้างที่ทำผ่าตัด
 6. ป้องกันไม่ให้ไหล่แขนและมือถูกความร้อนขณะทำอาหารควรสวมถุงมือกันความร้อนและพยายามใช้แขนข้างที่ปกติให้มากที่สุดอย่าตากแดดจัดๆโดยเฉพาะอย่างยิ่งขณะนั่งรถทางไกลไม่ควรให้แสงแดดส่องถูกแขนข้างที่ทำผ่าตัดเป็นเวลานาน
 7. ควรปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติ
- ผู้ป่วยที่มีอาการแขนบวมจำเป็นต้องรีบรักษาเพื่อให้แขนที่บวมนั้นยุบลงโดยเร็วที่สุดเนื่องจากแขนจะบวมมากขึ้นและอาจไม่ยุบลงถ้าทิ้งไว้นานๆดังนั้นหากผู้ป่วยสังเกตพบแขนบวมอาจนวดไล่จากปลายนิ้วขึ้นไปหาต้นแขนพันผ้ายึดไล่จากปลายนิ้วไปถึงต้นแขนยกแขนสูงดใช้แขนข้างนั้นทำงานชั่วคราว และหากแขนไม่ยุบบวมแม้ปฏิบัติตามที่แนะนำแล้วควรรีบพบแพทย์โดยด่วนเพื่อรับการรักษาและคำแนะนำที่ถูกต้องต่อไปในบางครั้งหลังผ่าตัดอาจจะมีรู้สึกชาที่ท้องแขนหน้าอกและหัวไหล่เนื่องจากการผ่าตัดเต้านมมีการเลาะต่อมน้ำเหลืองทางเดินน้ำเหลืองที่รักแร้และตัดเส้นประสาทที่ไปเลี้ยงผิวหนังบริเวณนั้นออกจึงทำให้รู้สึกชาบริเวณดังกล่าวแต่อาการจะค่อยๆทุเลาลงตามระยะเวลาผู้ป่วยบางรายอาจรู้สึกเจ็บคล้ายถูกเข็มแทงบริเวณเต้านมที่ถูกตัดออกเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ถูกตัดแขนหรือขาความรู้สึกเช่นนี้ก็มักเป็นเพียงชั่วคราวแล้วจะค่อยๆลดลงจนหายไปในที่สุด

ผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านม

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะต้องมีชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านมทำให้ต้องเผชิญปัญหาทั้งทางร่างกายจิตใจอารมณ์และสังคมในทุกๆระยะจากการเป็นผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งตั้งแต่ระยะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะรักษาระยะฟื้นฟูและระยะสุดท้ายของชีวิตนอกจากนี้การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมยังส่งผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัวและสังคมโดยรวมทั้งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจากกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้เกิดผลกระทบของการเจ็บป่วยการรักษาที่ต่อเนื่องและเริ่มการรักษาใหม่จากการกลับเป็นซ้ำของโรค

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย

ผลกระทบด้านร่างกายเกิดจากการรักษาที่ได้รับโดยผู้ป่วยจะเกิดอาการข้างเคียงที่เป็นผลจากการรักษาได้แก่อาการเหนื่อยล้าคลื่นไส้อาเจียนเบื่ออาหารอาการปวดการแปรปรวนของการนอนหลับการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของลำไส้ถ่ายเหลวการรับรสชาติและกลิ่นการเปลี่ยนแปลงมีแผลในปากผมร่วงมีน้ำหนักลดการทำลายเส้นประสาทส่วนปลายชนิดกล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรงเกิดพังผืดในเนื้อปอดเกิดการเปลี่ยนแปลงรูปลักษณ์ทางด้านร่างกายนอกจากนี้การรักษาที่ได้รับเช่นการได้รับเคมีบำบัดยังทำให้เกิดผลข้างเคียงเช่นเป็นพิษต่อหัวใจโรคผิวหนังโรคระบบต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึมมีเลือดออกจากเกร็ดเลือดต่ำ ตับวาย ติดเชื้อในร่างกายได้ง่ายเป็นพิษต่อสมองตับอ่อนอักเสบหายใจลำบากและไตวาย และได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดเป็นต้นกลุ่มอาการเหล่านี้ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายและได้รับความทุกข์ทรมานจากกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงและทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมส่งผลต่อผู้ป่วยทางด้านจิตใจโดยในช่วงแรกที่ได้รับวินิจฉัยจะรู้สึกเสียใจวิตกกังวล ซึมเศร้าและหวาดกลัวต่อภาวะเกิดภาวะความเครียดวิตกกังวลมากขึ้น (ศรีประภา ชัยสิน, 2550)เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยส่งผลให้เกิดความกลัวการกลับเป็นซ้ำกลัวตายหมดหวังในชีวิตเกิดภาวะซึมเศร้ามีความทุกข์ทรมานทางใจจากปัญหาต่างๆ และการมีคุณค่าในตนเองลดลงจากการศึกษาถึงผลกระทบของการรักษาแบบผสมผสานหลายวิธีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่าผลกระทบทางด้านจิตใจค่อนข้างมากเพราะผู้ป่วยต้องพบกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจต้องต่อสู้กับอาการแทรกซ้อนและผลข้างเคียงในการรักษา (อภิรดี ลดาวรรษ และคณะ, 2548)

3. ผลกระทบด้านสังคม

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมนอกจากส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกายและจิตใจแล้วยังส่งผลกระทบต่อทางด้านสังคมได้แก่การสูญเสียภาพลักษณ์จากผมร่วงการถูกตัดเต้านมแขนบวมส่งผลให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการพบปะผู้คนเกิดการแยกตัวการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลงทำให้ขาดการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคมที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและเผชิญกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นได้

การติดตามผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมมีโอกาสที่จะเกิดเป็นซ้ำขึ้นมาได้อีกหรืออาจจะมีการแพร่กระจายไปยังส่วนอื่นๆของร่างกาย ดังนั้นผู้ป่วยควรจะต้องมาพบแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอ เมื่อเป็นมะเร็งเต้านมข้างหนึ่งแล้วจะมีโอกาสเสี่ยงในการเป็นมะเร็งเต้านมอีกข้างสูงกว่าคนปกติปกติเล็กน้อย ดังนั้นผู้ป่วยควรรู้จักวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องโดยควรตรวจเต้านมข้างที่เหลือเป็นประจำทุกเดือนเวลาที่เหมาะสมในการตรวจเต้านมคือ 1 สัปดาห์หลังหมดประจำเดือนสำหรับผู้ป่วยที่หมดประจำเดือนแล้วสามารถกำหนดวันตรวจเต้านมได้เองแต่ให้วันที่ตรงกันทุกเดือน

ตำแหน่งที่พบมะเร็งเกิดเป็นซ้ำได้บ่อยคือบริเวณหน้าอกข้างที่ได้รับการผ่าตัดโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาโดยตัดเต้านมออกทั้งหมดและจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นอีกหากว่าไม่ได้รับการฉายรังสีจนครบนอกจากนั้นก็อาจจะพบได้ที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้วิธีการรักษาโดยการผ่าตัดหรือการฉายรังสีหรืออาจจะใช้ทั้งสองวิธีร่วมกันก็ได้ นอกจากนั้นอาจจะต้องตรวจร่างกายผู้ป่วยอย่างละเอียด

1. ตรวจร่างกายทุก 3 เดือนสำหรับ 2 ปีแรกและทุก 6 เดือนสำหรับ 3 ปีต่อมาและตรวจทุกปีตรวจ
2. Mammography ทุก 1 ปีตรวจ
3. ตรวจ Routine chemistry screening ทุก 1 ปี
4. สตรีที่ได้รับ Tamoxifen ควรตรวจภายใน (pelvic exam) ทุกปี

การสืบค้นโรค (Disease research) หลังการรักษาโดยการตรวจ

1. Complete blood count, platelets, biologic marker ได้แก่ CEA MCA หรือ CA₁₅₃
2. Liver Function Test
3. Chest X-rays
4. Bone scan กรณีที่มีปวดหลังหรือกระดูกตามร่างกาย
5. เอกซเรย์คอมพิวเตอร์บริเวณที่สงสัยว่าจะมีการแพร่กระจาย
6. Biopsy เมื่อมีโรคกลับเป็นซ้ำ

การกระจายไปยังอวัยวะอื่น การรักษาส่วนใหญ่ก็จะใช้วิธีฮอร์โมนกับยาเคมีบำบัดรวมไปถึงอาจจะใช้วิธีผ่าตัดหรือฉายรังสีในบางรายการรักษานั้นก็มักจะเป็นเพียงการประคับประคองเพื่อให้เซลล์มะเร็งเติบโตช้าลงหรือหยุดเติบโตทำให้ผู้ป่วยทรมาณจากอาการที่เกิดขึ้นน้อยลงก่อนมะเร็งเล็กน้อยทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดอยู่นานขึ้น

การนัดตรวจติดตามภายหลังจบการรักษา ผู้ป่วยควรมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอถึงแม้ว่าจะได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและครบตามแผนการรักษา เพื่อการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง และยังสามารถวินิจฉัยการกลับเป็นซ้ำของโรคได้เร็วขึ้นหรือหากพบอาการผิดปกติใดๆสามารถมาพบแพทย์ก่อนถึงวันนัดได้ตลอดเวลา

ปัจจุบันวิวัฒนาการทางการแพทย์มีวิธีการรักษาโรคมะเร็งเต้านมที่ให้ผลดีกว่าในอดีตมากวิธีการรักษา มะเร็งเต้านมให้ได้ผลดีจำเป็นต้องใช้หลายวิธีร่วมกันเช่นการผ่าตัดการให้ยาเคมีบำบัดการฉายรังสีและการให้ยา ต้านฮอร์โมนเป็นต้นมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดและยังช่วยลดการสูญเสียอวัยวะได้ถ้ามา พบแพทย์ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นปัจจุบันมีการให้คำแนะนำแก่ประชาชนทั่วไปในการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่าง สม่ำเสมอทุกเดือนซึ่งเป็นวิธีที่ค้นหาความผิดปกติของเต้านมได้ง่ายที่สุดโดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีประวัติมารดา และบุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านมจะมีโอกาสเสี่ยงเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าบุคคลทั่วไป

การรักษาด้วยรังสีระหว่างผ่าตัด(Radiation Therapy and Intraoperative Radiation Therapy : IORT)

Intra-Operative radiation Therapy คือ การฉายรังสีในระหว่างการผ่าตัด โดยที่ลำรังสีจะฉายลงไป ตรงตำแหน่งของก้อนเนื้ออกที่ไม่สามารถผ่าตัดออกได้ หรือบริเวณเนื้ออกที่ตัดออกไม่หมด โดยเนื้อเยื่อปกติ และอวัยวะสำคัญที่อยู่ใกล้เคียงจะถูกกันออกนอกบริเวณที่ฉายรังสี การฉายรังสีในระหว่างการผ่าตัด เป็นการ ฉายรังสีปริมาณสูงเพียงครั้งเดียว (single high dose radiation) มีจุดประสงค์เพื่อที่จะเพิ่มปริมาณรังสีแก่ก้อน เนื้ออกเพื่อเพิ่มผลของการรักษาโดยที่เกิดผลข้างเคียงน้อย เนื่องจากอวัยวะปกติข้างเคียงถูกกันออกนอก บริเวณที่จะฉายรังสี

การใช้รังสีรักษาร่วมกับการผ่าตัด (ซวลิต เลิศบุษยานุกุล,2562.) นิยมใช้ในการรักษามะเร็งอย่าง แพร่หลายและได้ผลดีเพราะการผ่าตัดอย่างเดียว มักจะเอามะเร็งออกได้ไม่หมด โรคที่รักษาด้วยวิธีนี้ควรเป็น โรคที่มีลักษณะการดำเนินโรคเป็นแบบ locoregional แต่มีข้อจำกัดในการให้การรักษาด้วยการผ่าตัด หรือการ ให้รังสีเพียงอย่างเดียวข้อจำกัดในการผ่าตัด เช่นไม่สามารถตัดก้อนเนื้ออกออกได้หมด การผ่าตัดเอาก้อนออก หมดทำให้มีผลข้างเคียงมากหรือต้องสูญเสียอวัยวะ ส่วนข้อจำกัดในการฉายรังสีเช่นเนื้ออกอยู่ในอวัยวะที่ทน ต่อรังสีได้น้อยเป็นมะเร็งที่ค่อนข้างดื้อต่อรังสี การให้รังสีรักษาร่วมกับการผ่าตัดมี 3 วิธี คือ 1) การฉายรังสีก่อน การผ่าตัด 2) การฉายรังสีหลังการผ่าตัด 3) การฉายรังสีระหว่างการผ่าตัด โรคมะเร็งที่ใช้รังสีร่วมกับการผ่าตัด เช่น CA Breast, CA Rectum, Non Small Cell Lung Cancer, Locally advanced Head and Neck Cancer โดยรังสีรักษาก่อนการผ่าตัดจะลดขนาดของก้อน มะเร็งที่ใหญ่เกินกว่าผ่าตัดได้ให้เล็กลงจนสามารถ ผ่าตัดเอาก้อนออกหมด และรังสีรักษาหลังการผ่าตัดจะช่วยกำจัดเซลล์มะเร็งที่อาจหลงเหลืออยู่ในบริเวณที่ทำ การผ่าตัด ส่วนการฉายรังสีในห้องผ่าตัดนี้จะตรงและแม่นยำไปที่จุดมะเร็ง หลังจากแพทย์ผ่าตัดเอาตัวมะเร็ง ออกแล้ว จะนำเครื่องฉายรังสีมาทำการฉายรังสีในห้องผ่าตัดทันที เทคโนโลยีการฉายรังสีในห้องผ่าตัดสามารถ นำมาทดแทนการฉายรังสีภายนอกแบบเดิมโดยไม่ต้องเสียเวลามาฉายรังสีภายนอกอีก หากผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 45-50 ปีขึ้นไป ก้อนมะเร็งมีขนาดไม่เกิน 3 ซม. และเป็นมะเร็งชนิดที่มีตัวรับฮอร์โมน ซึ่งสามารถเพิ่มอัตราการ มีชีวิตรอดของผู้ป่วย ทั้งนี้ เนื่องจากว่าการใช้รังสีอย่างเดียวจะไม่สามารถทำลายแกนกลางของก้อนมะเร็งซึ่ง มักจะเป็นเซลล์มะเร็งที่ขาดออกซิเจน (Hypoxic cell) ในขณะที่การผ่าตัดทำการตัดเอาก้อนมะเร็งออก

โดยเฉพาะแกนกลางของก้อนมะเร็ง ดังนั้นเมื่อใช้ทั้ง 2 วิธีร่วมกันจึงสามารถเพิ่มประสิทธิภาพของรังสีรักษาอย่างมาก

ข้อดีและข้อเสียของ IORT (Advantage and Disadvantage of IORT)

ข้อดีของการฉายรังสี (Radiobiologic advantage)

การทำ IORT บริเวณฉายรังสีสามารถมองเห็นได้ชัดเจน ทำให้ฉายรังสีได้เฉพาะตรงตำแหน่งตามที่ต้องการ นอกจากนี้เนื้อเยื่อที่เพิ่งผ่าตัดไปยังมีเลือดไปหล่อเลี้ยงดี ซึ่งสามารถตอบสนองได้ดีกับรังสี และยังสามารถลดปริมาณรังสีไปยังอวัยวะที่ไม่ต้องการ เนื้อเยื่อปกติที่อยู่ล้อมรอบเนื้องอกจะถูกเคลื่อนย้ายออกนอกสำรับรังสี ซึ่งจะช่วยลด complication ได้อย่างมาก อย่างไรก็ตาม อวัยวะปกติบางอย่างไม่สามารถเคลื่อนย้ายออกนอกบริเวณที่ฉายรังสีได้ เช่น หลอดเลือด เส้นประสาท ซึ่งอยู่ใต้บริเวณเนื้องอกก็จะได้รับรังสีด้วย และอาจจะเกิดผลเสียแก่เนื้อเยื่อเหล่านั้นได้ แต่เป็นความโชคดีที่เนื้อเยื่อเหล่านี้สามารถทนต่อปริมาณรังสีที่สูงได้ในทาง clinical ไม่ค่อยพบผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับเนื้อเยื่อเหล่านี้

ข้อเสียของการฉายรังสี (Radiobiology disadvantage)

การฉายรังสีเป็น fractionation ให้ผลดีกว่าการฉายรังสี single dose เนื่องจาก tumor cell อยู่ในระยะ cell cycle และ oxygenation ต่างๆ กัน ซึ่งจะตอบสนองต่อการฉายรังสีได้ไม่เท่ากัน การฉายรังสี single dose เป็นข้อจำกัดต่อกระบวนการ repair, repopulation ของเนื้อเยื่อปกติ (late responding normal tissues) และ redistribution และ re-oxygenation ของ tumor cell ซึ่งจะเป็นส่วนที่ช่วยเพิ่ม therapeutic ratio ในกรณีฉายรังสีแบบ conventional fractionation ดังนั้น การทำ IORT ซึ่งเป็นการฉายรังสีเพียงครั้งเดียวในปริมาณที่สูง (large single dose ประมาณ 10-30 Gy) น่าจะไม่ได้ประโยชน์จากกระบวนการต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น และเป็นที่ทราบกันว่า late responding normal tissue จะมีความไวต่อการฉายรังสีเป็น large dose per fraction ดังนั้นการทำ IORT จึงอาจเกิดผลเสีย (late effect) แก่ late responding normal tissue ได้ และปริมาณรังสีที่ใช้ใน IORT ทั่วๆ ไปประมาณ 10-30 Gy ก็ไม่สามารถทำลาย tumor cell ที่มีจำนวนมาก ได้ทั้งหมด ดังนั้นผลของการทำ IORT จึงขึ้นกับขนาดของก้อนเนื้องอกที่เหลือ และอาจจำเป็นต้องใช้การฉายรังสีแบบ external irradiation ชนิด preoperative หรือ postoperative ร่วมด้วย โดยใช้ IORT เป็น boost technique

ความทนทานต่อเนื้อเยื่อปกติต่อการฉายรังสีครั้งเดียว

(Normal Tissue Tolerance to Single Dose Irradiation)

ปริมาณรังสีที่ใช้ใน IORT ในการรักษาผู้ป่วยทางคลินิกนั้น ส่วนใหญ่ได้มาจากการทดลองศึกษาใน canine มาก่อน ผลเสียที่เกิดแก่เนื้อเยื่อปกติขึ้นกับปริมาณรังสีที่ได้รับซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 7 แสดง Normal Tissue Tolerance to Single Dose Irradiation

Anatomic Site	Effect	Dose
Large blood vessels	Fibrosis of vessel wall Aneurysms and thrombi	IORT > 30 Gy IORT > 30 Gy EBRT 50 Gy + IORT 20 Gy
Bile duct	Fibrosis, stenosis	IORT 20 Gy
Peripheral nerves	Neuropathy, loss of axon & myelin, increase connective tissue มักจะเกิด 6-8 mo after IORT ซึ่งจะขึ้นอยู่กับ - Surgical dissection - Nerve manipulation - Irradiated nerve length	Threshold 20 Gy IORT > 35 Gy EBRT 50 Gy + IORT 15 Gy Dose > 10 Gy risk 25% Dose ≥ 15 Gy risk 50% IORT <20 G
Kidney	Atrophy and fibrosis	IORT 20 Gy obstruction risk 25% dose > 10Gy
Ureter	Fibrosis, stenosis Length of ureter in IORT field	obstruction risk 75% dose ≥ 2.5Gy ED50(50%caused hydronephrosis) dose 11.8 Gy for 1.5 cm dose 29.6 Gy for 0.5 cm IORT 50 Gy
Bladder	Severe fibrosis Uretero vesicle junction and bladder trigone narrowing Obstructive hydronephrosis	IORT 25-30 Gy IORT 20 Gy
Bone necrosis	50% empty lacunae	IORT 40 Gy
Small intestine and large intestine	Fibrosis, stenosis Obstruction = perforation Mild dysphagia, esophagitis	IORT 15-20 Gy IORT >30 Gy IORT 20 Gy
Mediastinal structure and Esophagus	Ulcerative esophagitis and stricture	IORT 30 Gy
Breast	Fibrosis	IORT 21 Gy (Full dose) IORT 9 Gy (Boost dose)+ WBRT

ที่มา : Emesto L., Alessandro G., Filippo R., Rosa B., Antonella S., & Lidia S. **Intra - Operative**

Radiotherapy with Electron Beam. Retrieved November 2, 2017, from:

<https://www.scribd.com/document/215024261/9> - Intra - Operative

Radiotherapy, 2012.

ข้อเสียในทางปฏิบัติ (Practical Disadvantage)

ในการผ่าตัดร่วมกับ IORT วิธีที่ดีที่สุดควรทำในห้องเดียวกัน แต่การมีเครื่องฉายรังสีอยู่ในห้องผ่าตัด โดยเฉพาะ (dedicated machine) หรือการปรับปรุงห้องฉายรังสีให้สามารถทำการผ่าตัดได้ ทำได้ยากและมีราคาแพงมาก ในหลายๆ สถาบันจึงทำการผ่าตัดและฉายรังสีในห้องแยกกัน อาจจะมีอยู่ใกล้เคียงกันหรือห่างกัน ซึ่งจำเป็นต้องมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่กำลังผ่าตัดและอยู่ในสภาวะที่สลับไปฉายรังสี ทำให้มีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มาก เช่น การติดเชื้อของแผลผ่าตัด การดูแลทางเดินหายใจของผู้ป่วยในระหว่างการเคลื่อนย้าย เป็นต้น ดังนั้น การทำ IORT จึงควรทำในสถานที่ที่มีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยน้อยที่สุด เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนให้มากที่สุด และต้องมีความร่วมมือที่ดีระหว่างทีมศัลยแพทย์ ทีมวิสัญญีแพทย์ และทีมรังสีรักษาประกอบด้วย แพทย์รังสีรักษา นักฟิสิกส์การแพทย์ และนักรังสีเทคนิค

การเตรียมอุปกรณ์ และวิธีการทำ (Facility, Equipment & Technique)

1. Radiation modality for IORT

เนื่องจาก IORT เป็นการฉายรังสีแบบ single high dose จึงควรคำนึงถึง late effect ที่จะเกิดกับ late responding normal tissue ที่อยู่ใต้บริเวณที่ฉายรังสี ซึ่งได้รับ exit dose เช่น bone, spinal cord, soft tissue – จึงควรเลือกชนิดของรังสีที่เหมาะสมเพื่อลดการเกิดผลเสียแก่เนื้อเยื่อเหล่านี้ ปัจจุบันมีชนิดของรังสีที่ใช้ใน IORT ดังนี้

1.1 External beam

1.1.1 Electron beam (EB IORT) มีคุณสมบัติเหมาะสมกว่าเมื่อเทียบกับ orthovoltage X-ray โดย electron beam มีข้อดีคือ มี uniform isodose distribution, sharp fall-off dose และสามารถเลือกพลังงานของรังสีอิเล็กทรอนิกส์ที่เหมาะสมกับความลึกของ tumor ได้ พลังงาน electron beam ที่นิยมใช้ประมาณ 9-15 MeV แต่มีข้อเสียคือ มีราคาแพง ปัจจุบันได้มีการพัฒนาเครื่องฉายรังสีที่ให้เฉพาะ electron beam ซึ่งมีขนาดเล็กลง ราคาไม่แพงนัก สามารถใช้เป็น dedicated machine ในห้องผ่าตัดได้

1.1.2 Orthovoltage X-ray มีข้อเสีย คือ มี poor dose homogeneity ใช้เวลาในการฉายรังสีนาน และยังเพิ่ม bone adsorption เนื่องจาก photoelectric effect ซึ่งทำให้เกิดผลเสียได้มากกว่า Electron beam orthovoltage X-ray IORT เหมาะที่จะใช้ฉาย tumor bed ที่มีความหนาไม่มากนัก เพราะพลังงาน 250-300 kVp มี penetrating power ไม่ลึกมาก ข้อดีของ orthovoltage X-ray คือมีราคาถูก วิธีการใช้ การดูแล รักษาเครื่อง และการป้องกันรังสีจากเครื่องทำได้ง่ายกว่าเครื่อง linear accelerator จึงสามารถที่จะใช้เป็น dedicated machine ในห้องผ่าตัดได้

1.2 Multi-catheter Interstitial Brachytherapy (MIB)

โดยใช้ catheter ที่ flexible และใช้ระบบใส่แร่แบบ after-loading วาง catheter ผ่านเนื้อเต้านม รอบๆ บริเวณที่ผ่าตัดโดยให้แต่ละ catheter วางห่างกันประมาณ 1 ถึง 1.5 เซนติเมตร และวางในหลายๆ phase เพื่อให้ครอบคลุมบริเวณ lumpectomy cavity และมีการเพิ่ม margin ระวังไม่ให้เกิดบริเวณที่ได้ปริมาณรังสีมากหรือน้อยเกินไป โดยเฉลี่ยจะใช้ catheter 14 ถึง 20 อัน จะใช้มือเสียบหรือใช้ template ก็ได้ การวาง catheter ให้สัมพันธ์กับ tumor target volume มีความสำคัญมากต่อการรักษา จึงอาจต้องใช้ CT-based 3D planning และ image-guidance วิธีนี้สามารถใช้ low dose rate (LDR) หรือ high dose rate (HDR) ก็ได้ ถ้าเป็นแบบ LDR แร่ Ir-192 จะถูกฝังประมาณ 2-5 วัน ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาล แต่แบบ HDR สามารถใช้แบบไปกลับได้ โดยใช้ปริมาณ 34 Gy ใน 10 ครั้ง เช้า เย็น ซึ่งจะสามารถจบการรักษาได้ใน 1 สัปดาห์

2. Treatment Facility

2.1 Radiation treatment/Operating room

2.1.1 ห้องผ่าตัดและห้องฉายรังสีแยกจากกัน โดยอาจจะอยู่ใกล้เคียงกันหรืออยู่ห่างกัน จึงจำเป็นต้องมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่กำลังอยู่ในภาวะดมยาสลบจากห้องผ่าตัดไปยังห้องฉายรังสี สถาบันส่วนใหญ่ใช้วิธีการนี้ ซึ่งมีข้อเสีย คือ มีโอกาสที่จะเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยในขณะที่เคลื่อนย้าย และเพิ่มอัตราเสี่ยงของการติดเชื้อมากขึ้น นอกจากนี้ เครื่องฉายรังสียังเป็นเครื่องที่ต้องให้บริการฉายรังสีแก่ผู้ป่วยนอกด้วย จึงต้องมีการจัดตารางการให้บริการแก่ผู้ป่วยอื่นๆ ทำให้เกิดความยุ่งยากบ้าง

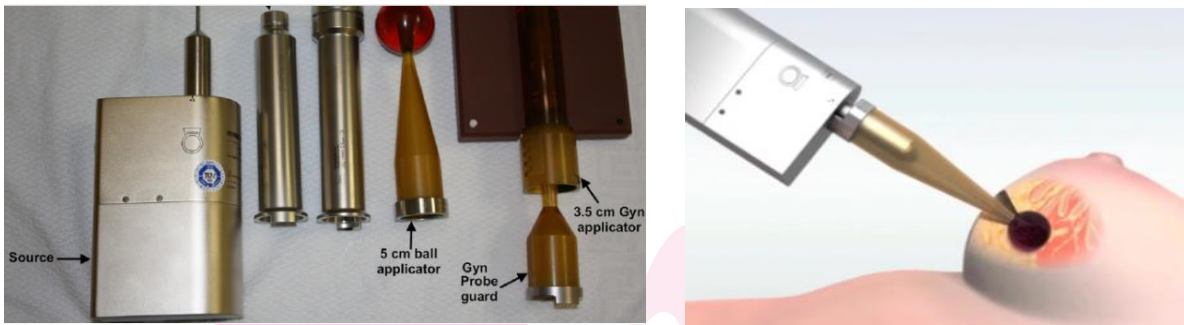
2.1.2 ห้องผ่าตัดและเครื่องฉายรังสีอยู่ในห้องเดียวกัน ได้มีการพัฒนา low cost linear accelerator ที่ให้เฉพาะ Electron beam หรือ heavily filtered orthovoltage X-ray โดยติดตั้งเป็น dedicated machine ในห้องผ่าตัด ซึ่งวิธีการนี้ ideal ที่สุดในการทำ IORT โดยสามารถให้การรักษาผู้ป่วยจำนวนมากได้สะดวก และมีความปลอดภัยมาก อย่างไรก็ตาม ผนังห้องผ่าตัดจะต้องออกแบบให้ป้องกันรังสีได้ปลอดภัย เตียงผ่าตัดต้องออกแบบให้สามารถปรับขึ้นลง หรือเอียงได้ตามความต้องการ มีหลายสถาบันในยุโรปและสหรัฐอเมริกาที่มี dedicated machine เช่นนี้ แต่สถาบันส่วนใหญ่ในประเทศต่างๆ ไม่สามารถจะทำได้วิธีนี้ได้เนื่องจากราคาแพงมาก

2.2 IORT equipment ในการฉายรังสีระหว่างการผ่าตัดเต้านม

2.2.1 INTRABEAM (X-ray)

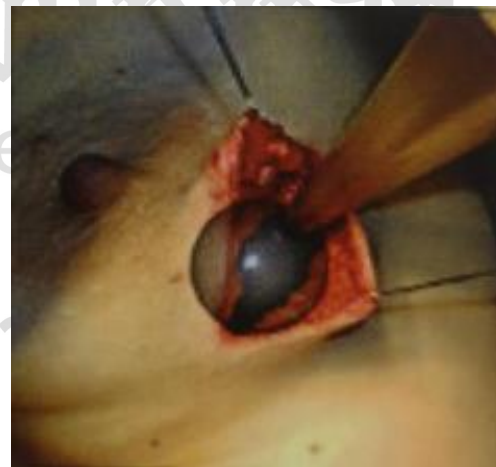
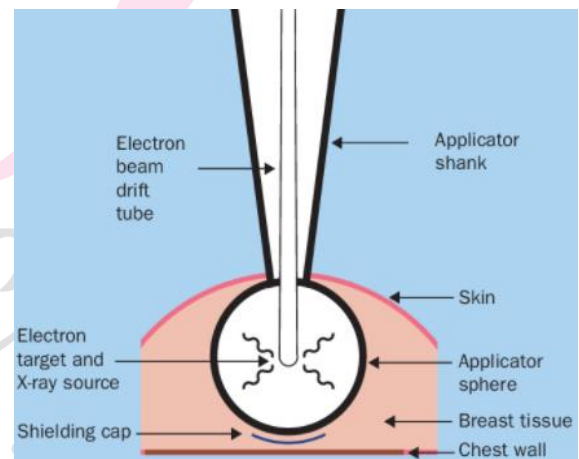
โดย X-ray source จะมี probe ขนาดยาว 10 เซนติเมตร เส้นผ่านศูนย์กลาง 3.2 มม. ภายในเครื่อง electron จะถูกเร่งให้มีพลังงานตามที่ต้องการและลงไปสู่ target มีอุปกรณ์ที่เป็นรูปทรงกลมขนาดต่างๆ เส้นผ่านศูนย์กลาง 1.5 ถึง 5 ซม. ให้เข้ากับขนาดของ surgical cavity แต่ละอุปกรณ์ทรงกลมจะทำให้เนื้อเยื่อเต้านมล้อมรอบแหล่งพลังงานรังสี หลังจากนั้นจะมีการเย็บแบบ pursestring เพื่อให้มีปริมาณรังสีที่ conformal มากขึ้น วิธีนี้ให้พลังงานฟोटอนขนาดต่ำ 30 - 50 Kvp โดยมีปริมาณรังสีลดลงอย่างรวดเร็ว

ในเนื้อเยื่อเต้านม โดยทั่วไปถ้าใช้ขนาดทรงกลม 3.5 ซม. จะให้พลังงาน 20 Gy ที่ 1 มม. จากขอบผิว และได้พลังงาน 5Gy ที่ 1 ซม. และ 1Gy ที่ 27 มม. ในเวลาประมาณ 20 นาที การรักษาใช้เวลา 20 ถึง 45 นาที



ภาพที่ 8 แสดงอุปกรณ์เครื่องฉายรังสีในท้องผ่าตัดชนิด Intrabeam

ที่มา จาก https://www.imgrc=ZDRRWOOF_WOKIM

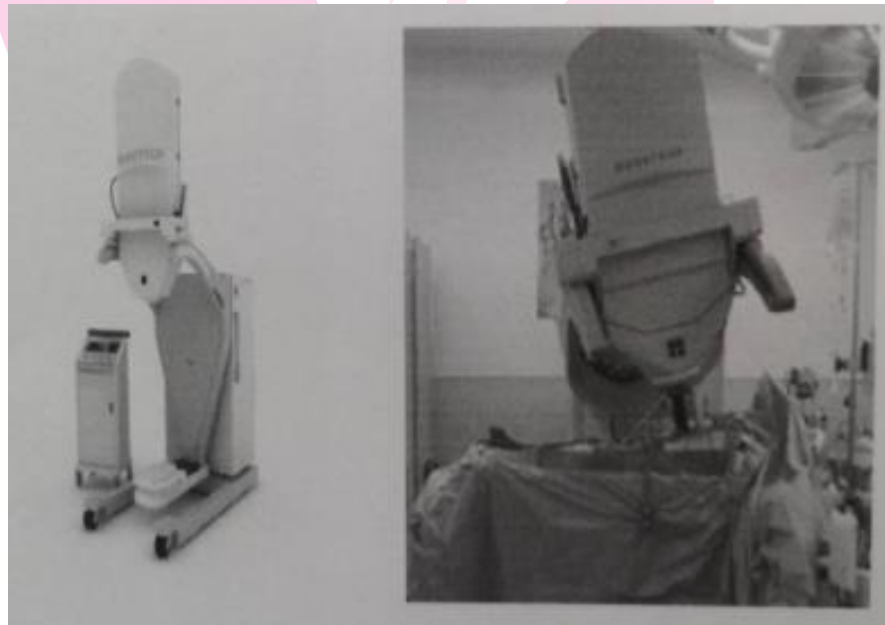


ภาพที่ 9 : แสดงการฉายรังสีระหว่างการผ่าตัดเต้านมด้วย INTRA BEAM (X-ray)

ที่มา : จาก https://en.wikipedia.org/wiki/Targeted_intra-operative_radiotherapy

2.2.2 MOBETRON (electron)

ส่วนประกอบได้แก่ แผงควบคุม (the control console) ส่วนปรับพลังงาน และส่วนที่เอาไว้รักษาแผงควบคุมจะวางไว้นอกห้องผ่าตัด เพื่อการควบคุมเครื่องฉายรังสีในระหว่างการรักษา ตัวปรับพลังงานจะมีระบบไฟฟ้าเพื่อเป็นตัวเร่งและให้พลังงานแก่ electron ส่วนที่รักษาจะมีส่วนของระบบควบคุมสำหรับการสร้างและส่งพลังงาน เครื่อง Mobetron ใช้พลังงานความยาวคลื่น 3 ซม. ความถี่ 10 GHz เป็นตัวเร่งพลังงานสามารถให้พลังงาน electron ที่ 4MeV, 6MeV, 9Mev และ 12MeV โดยให้ความลึกของการรักษาได้ถึง 4 ซม. กำหนดปริมาณรังสีคือ 10 ถึง 25Gy ใน 1 ครั้ง ที่ dose rate of 10 Gy /min



ภาพที่ 10 : แสดงเครื่องฉายรังสีระหว่างผ่าตัดเต้านมด้วย MOBETRON (electron)

ที่มา : จาก <https://www.itnonline.com/article/iort-emerging-technology>

2.2.3 NOV AC-7 และ Liac (electron) (ใช้ในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ)

ผลิต electron จาก mobile linear accelerator สามารถเคลื่อนไหวเหมือนแขนกลได้ 6 ทิศ ให้พลังงาน 4 แบบ คือ 3, 5, 7 และ 9 MeV ส่วนในขั้นตอนการรักษาด้วยเครื่องนี้ เริ่มจากการนำก้อนมะเร็งออก ขั้นตอนต่อไปคือ การวางแผ่นโลหะใต้เนื้องอก ป้องกันอวัยวะในทรวงอก เช่น หัวใจ ปอด ใช้เวลาในการรักษาประมาณ 15-20 นาที สามารถหลีกเลี่ยงปริมาณรังสีไปที่เนื้อเยื่อเต้านมข้างใต้โดยการ mobilize ท่อเต้านมและวางแผ่นตะกั่วไว้ที่ด้านหน้า แล้ววัดความหนาของเนื้องอก เพื่อใช้คำนวณปริมาณรังสี

จากนั้นเครื่องฉายรังสี electron ถูกขับเคลื่อนเข้ามายังผู้ป่วย ในบริเวณที่ต้องการฉายรังสีและอุปกรณ์กระบอกฉายรังสีจะถูกต่อเข้ากับเครื่องเพื่อเชื่อมต่อเข้ากับเต้านมส่วนที่ต้องการฉายรังสีและติดตั้งอุปกรณ์ป้องกันรังสีในห้องผ่าตัด ทีมรังสีรักษาจะคำนวณรังสี โดยทั่วไปจะใช้เวลาในการฉายรังสีไม่เกิน 2 นาที

โดยรังสีจะทำลายเซลล์มะเร็งที่หลงเหลืออยู่ในบริเวณนั้น เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านม เมื่อเสร็จสิ้นการฉายรังสี แผ่นโลหะที่ใส่ไว้ใต้เนื้องอกจะถูกนำออกและเนื้องอกบริเวณข้างเคียงจะถูกเย็บเข้าหากันเพื่อทดแทนส่วนที่มะเร็งถูกตัดออกไป



ภาพที่ 11 : แสดงเครื่องฉายรังสีระหว่างผ่าตัด NOVAC-7 และ Liac (Electron)

ที่มา : <https://www.researchgate.net/figure/224936645>

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

Clinical Use of IORT

Rationale

1. เป็น loco-regional disease
2. เป็น tumor ที่ relative radioresistance ซึ่งล้อมรอบด้วย radiosensitive normal tissue
3. ไม่มี distant metastasis

จากการศึกษาพบว่าการทำ IORT จะได้ประโยชน์มากในกรณีที่มี microscopic residual disease ในกรณีที่ไม่สามารถผ่าตัดก้อนเนื้อออกได้ ปัจจุบันมีการใช้ IORT ร่วมรักษามะเร็งหลายชนิดดังนี้

Clinical Trial

ได้มีการใช้ IORT ร่วมกับ surgery, chemotherapy และ external beam irradiation ในการรักษามะเร็งในหลายรูปแบบดังนี้

1. preoperative external beam irradiation ± chemotherapy + surgery + IORT
2. surgery + IORT
3. surgery + IORT + postoperative external beam irradiation ± chemotherapy

ภาวะซึมเศร้า

เป็นภาวะผิดปกติทางอารมณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกเศร้าและสูญเสียสมาธิ โรคนี้ส่งผลต่อความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรม และอาจนำไปสู่ปัญหาทางอารมณ์และร่างกายหลายอย่าง บางรายอาจมีปัญหาในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันตามปกติ และบางครั้งอาจรู้สึกชีวิตไม่มีค่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ควรได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ซึ่งเราทำให้ผู้ป่วยถอดใจ การรักษา เช่น การรับประทานยาหรือ จิตบำบัด หรือทั้งสองอย่าง สามารถช่วยผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้กลับมามีอาการที่ดีขึ้น

อาการของโรคซึมเศร้า

เมื่อมีอาการซึมเศร้าครั้งหนึ่งแล้ว อาการอาจกำเริบขึ้นได้อีก ภาวะโรคซึมเศร้านี้มักจะเกิดขึ้นเป็นระลอก อาการที่อาจพบได้บ่อย ได้แก่

- รู้สึกเศร้า ว่างเปล่า อายากร้องไห้ สิ้นหวัง
- รู้สึกโกรธ หงุดหงิดรำคาญเองเล็กน้อย
- หหมดความสนใจ หรือรู้สึกไม่สนุกกับกิจกรรมส่วนใหญ่หรือกิจกรรมทั้งหมดในชีวิตประจำวัน เช่น เพศสัมพันธ์ กีฬา หรืองานอดิเรก
- ปัญหาด้านการนอนหลับ เช่น นอนมากเกินไป หรือ นอนไม่หลับ
- เหนื่อยล้า ไม่มีความกระตือรือร้นที่จะทำเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ
- ความอยากอาหารลดลง น้ำหนักลด หรือ ความอยากอาหารเพิ่มขึ้น น้ำหนักขึ้น
- รู้สึกวิตกกังวล กระสับกระส่าย ประหม่า
- คิดช้าลง พุดหรือขยับร่างกายช้าลง
- รู้สึกไร้ค่า รู้สึกผิด หมกมุ่นเรื่องความล้มเหลวที่ผ่านมาแล้วหรือโทษตัวเอง
- ขาดสมาธิ มีปัญหาเรื่องความจำ หรือไม่สามารถคิดหรือตัดสินใจเองได้
- คิดถึงเรื่องความตาย การพยายามฆ่าตัวตายบ่อย ๆ
- มีอาการป่วยทางกายที่ไม่พบสาเหตุ เช่น ปวดหัว ปวดหลัง

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีอาการมากจนกระทบชีวิตประจำวัน เช่น การทำงาน หรือการพบปะสังสรรค์ บางรายอาจรู้สึกเศร้าหมอง ไม่มีความสุขโดยไปทราบสาเหตุ

สาเหตุของโรคซึมเศร้า

สาเหตุที่แท้จริงของโรคซึมเศร้านั้นยังไม่ทราบแน่ชัด เพราะอาการนั้นสัมพันธ์กับความผิดปกติทางจิต ปัจจัยหลายๆด้านอาจส่งผลกระทบได้ เช่น

- **ความแตกต่างทางด้านชีวภาพ** : ได้พบความเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของสมองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวต่อโรคซึมเศร่ายังไม่เป็นที่ประจักษ์ชัด แต่อาจจะช่วยชี้นำไปสู่ สาเหตุของโรคได้

- **สารเคมีในสมอง** : สารสื่อประสาทในสมองส่งผลต่อความรู้สึก การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมองและปฏิสัมพันธ์ของสารเคมีกับวงจรระบบประสาท อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะภาวะซึมเศร้า ซึ่งสำคัญต่อการรักษา

- **การเปลี่ยนแปลงฮอร์โมน** : ระดับฮอร์โมนที่ไม่สมดุลอาจจะเป็นตัวกระตุ้นภาวะซึมเศร้า โดยการเปลี่ยนแปลง ดังกล่าวอาจเกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ หลังคลอดบุตร หรือหลังหมดประจำเดือน ผู้ป่วยอาจมีอาการแปรปรวน หากมีภาวะโรคไทรอยด์ หรือโรคอื่นๆ

- **พันธุกรรม** : ความเสี่ยงของการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าสูงขึ้นหากสมาชิกในครอบครัวเคยป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามามาก่อน

ปัจจัยเสี่ยงโรคซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ในทุกวัย แต่อาการมักเริ่มตั้งแต่ในวัยรุ่น และมักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย แต่อาจ เป็นเพราะเพศหญิงมักเข้ารับการรักษา มากกว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า มีดังนี้

- ลักษณะนิสัยบางประการ เช่น การมองโลกในแง่ร้าย การดำเนินชีวิตคนเดียว การพึ่งพาคนอื่นมากเกินไป การไม่นับถือตนเอง

- ผ่านเหตุการณ์ สร้างความบอบช้ำทางจิตใจ เช่น ถูกทำร้ายร่างกาย ถูกทารุณกรรมทางเพศ สูญเสียคนในครอบครัวหรือบุคคลอันเป็นที่รัก มีปัญหาผ่านความสัมพันธ์ หรือปัญหาทางการเงิน

- คนในครอบครัวมีประวัติติดยาหรือแอลกอฮอล์ ฆ่าตัวตาย เป็นโรคซึมเศร้า และไบโพลาร์

- ภาวะเป็ียงเบนทางเพศสภาพ ซึ่งไม่ได้รับการยอมรับจากคนรอบข้าง

- มีประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวช เช่น พฤติกรรมการกินอาหารที่ผิดปกติ โรควิตกกังวล หรือสภาวะป่วย

ทาง จิตใจหลังจากต้องเผชิญกับเหตุการณ์กระทบกระเทือนใจอย่างรุนแรง

- ภาวะติดสุราหรือสารเสพติด

- โรคเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคหัวใจ

- การใช้ยา เช่น ยานอนหลับ หรือยาลดความดันโลหิต ควรปรึกษาแพทย์ก่อนเปลี่ยนหรือหยุดยาทุกครั้ง

ภาวะแทรกซ้อน

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาที่ส่งผลต่อผู้ป่วย และผู้ครอบครัวข้าง อาการมักแย่งหากไม่ได้รับการรักษา ซึ่งอาจส่งผลต่อปัญหาด้านอารมณ์ พฤติกรรม รวมถึงสุขภาพและการใช้ชีวิต ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ ดังนี้

- ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน ซึ่งอาจนำไปสู่โรคหัวใจและโรคเบาหวาน
- ความเจ็บปวดและเจ็บป่วยทางร่างกาย
- การติดสุราและสารเสพติด
- โรควิตกกังวล โรคแพนิค หรือโรคกลัวสังคม
- ปัญหาด้านความสัมพันธ์ เช่น ครอบครัว ที่ทำงาน
- แยกตัวออกจากสังคม
- คิดหรือพยายามฆ่าตัวตาย
- ทำร้ายตัวเอง
- การตายก่อนวัยอันควร

การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive Theory)

โดย เบ็ค (Beck, A.T., 1967: 169 อ้างถึงใน ตัญญา จำปาวัลย์[อินเตอเน็ต].[วันที่อ้างถึง 26 พฤศจิกายน 2566].) ซึ่งได้พัฒนาทฤษฎีปัญญานิยม โดยมีพื้นฐานแนวคิดมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ (learning theory) ในระยะแรกได้อธิบายเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าไว้ว่า เกิด จากปัจจัย 2 ประการ ได้แก่ ปัจจัยแรก ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มักมีพื้นฐานจิตใจบางอย่างที่ส่งผลมาจาก ประสบการณ์ในวัยเด็ก ซึ่งประสบการณ์ดังกล่าวทำให้เกิดความคิดในด้านลบ ปัจจัยที่สอง บุคคลมี ความคิดอัตโนมัติทางลบเกี่ยวกับตนเอง อันเป็นผลมาจากความผิดพลาดของกระบวนการคิด ซึ่งกระบวนการความคิดด้านลบเหล่านี้ จะแสดงออกเมื่อถูกกระตุ้นโดยความตึงเครียด ต่อมาได้ อธิบายถึง การเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มเติมว่า เกิดจากการเชื่อมโยงขององค์ประกอบทางด้านความคิด 3 ด้าน ได้แก่ ความคิดหลัก 3 ประการ (cognitive triad) โครงสร้างความคิด (schema) และลักษณะ ความคิดที่บิดเบือน (cognitive errors or Faulty information processing) คือ

1. ความคิดหลัก 3 ประการ (cognitive triad) หมายถึง ความคิดที่บุคคลมีต่อตนเอง ในทางลบ (negative view of self) ความคิดทางลบต่อเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญ (negative view of ongoing experiences) และความคิดทางลบต่ออนาคต (negative view of the future)

1.1 ความคิดที่บุคคลมีต่อตนเองในทางลบ (negative view of self) ผู้ที่มีภาวะ ซึมเศร้าจะมองตนเองว่ามีความบกพร่อง ไม่มีคุณค่า ไร้ประสิทธิภาพ มีความคิดว่าความผิดพลาด ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นผลพวง

มาจากความบกพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจ หรือจริยธรรมของตนเอง และเชื่อว่าข้อบกพร่องดังกล่าวทำให้ตนเองไม่เป็นที่ปรารถนา ดังนั้นเมื่อเกิดความผิดพลาดขึ้นจะมี แนวโน้มที่จะโทษตนเองทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) ยิ่งลดต่ำลง ส่งผลให้เกิด ภาวะซึมเศร้าตามมา

1.2 ความคิดทางลบต่อเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญ (negative view of ongoing experiences) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะแปลการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัวในแง่ของความ สูญเสีย รู้สึกถูกบีบบังคับ มองว่าชีวิตเต็มไปด้วยอุปสรรคหรือสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด ทำให้เกิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดต่ำลง เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ก็จะแปลความเหตุการณ์นั้น ไปในทางลบตามประสบการณ์ที่ผ่านมาของตนเอง จึงส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า

1.3 ความคิดทางลบต่ออนาคต (negative view of the future) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะ คาดการณ์ว่าอุปสรรคหรือความทุกข์ยากในปัจจุบันจะดำเนินต่อไปโดยไม่มีที่สิ้นสุด มองชีวิตข้างหน้า จะพบแต่ความยากลำบาก เมื่อพิจารณาถึงภาระหน้าที่ในอนาคตอันใกล้จะนึกถึงแต่ความล้มเหลวไม่ ประสบผลสำเร็จ ทำให้เกิดความท้อแท้ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2. โครงสร้างความคิด (schema) คือการแปลความหมาย การประเมินค่า และการ อธิบายความหมายของเหตุการณ์ต่าง ๆ โครงสร้างความคิดของบุคคลจะมีลักษณะเฉพาะตัว มีรูปแบบที่ซับซ้อนของความคิด ซึ่งถูกสร้างขึ้นจากประสบการณ์ในวัยเด็ก โครงสร้างทางความคิด ขึ้นอยู่กับการเลี้ยงดู หรือการได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด โครงสร้าง ความคิดมีทั้งลักษณะที่ปกติ (adaptive) หรือลักษณะที่มีการบิดเบือน (maladaptive) ไปในทางลบ หรือทางบวก ในผู้มีภาวะซึมเศร้าจะเกิดการเสียสมดุลของการพัฒนาโครงสร้างทางความคิด ทำให้ เกิดการสร้างโครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ ส่งผลให้บุคคลเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ ต่าง ๆ จะเกิดความคิดอัตโนมัติไปในทางลบต่อเหตุการณ์นั้น ๆ โครงสร้างความคิดที่บิดเบือนจะหวั ให้ผู้มีภาวะซึมเศร้ามีลักษณะความคิดที่บิดเบือนไม่ตรงกับความจริง เกิดความผิดปกติของกระบวนการใช้เหตุผล

3. ลักษณะความคิดที่บิดเบือน (cognitive errors or Faulty information processing) เป็นลักษณะความคิดที่โน้มเอียงไปในทางลบมากกว่าทางบวก ลักษณะความคิดที่บิดเบือนนี้จะมีการ เชื่อมโยง และมีความสัมพันธ์ที่มีลักษณะเฉพาะกับอารมณ์ที่แสดงออกของภาวะซึมเศร้า ความคิดที่ บิดเบือนจะเกิดขึ้นเป็นอัตโนมัติ (automatic) ไม่สามารถควบคุมไม่ให้คิดได้ (involuntary) คิดว่ามี ความน่าเชื่อถือหรือเป็นไปได้ (plausibility) และมีรูปแบบความคิดซ้ำ ๆ ในลักษณะเดิม (perseveration) การบิดเบือนทางความคิดสามารถแบ่งตามกระบวนการ (process) ได้หลาย ลักษณะ ในผู้มีภาวะซึมเศร้าจะมีลักษณะของความคิดที่บิดเบือน

จากแนวคิดและทฤษฎีภาวะซึมเศร่าดังกล่าว ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าอาจเกิดได้ จากหลาย ปัจจัย ทั้งปัจจัยภายใน อาทิ ปัจจัยทางชีวภาพ ทั้งความไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมอง ความผิดปกติของการ

ปรับสมดุลฮอร์โมนของต่อมไร้ท่อ หรือแม้กระทั่งเกี่ยวกับพันธุกรรมที่ถ่ายทอด จากรุ่นหนึ่งไปสู่อีกรุ่นหนึ่ง รวมทั้งปัญหาทางด้านจิตใจที่ได้รับจากประสบการณ์ในวัยเด็ก เป็นต้น และปัจจัยจากภายนอก จากสิ่งแวดล้อมรอบตัว หากคนในสังคมมีข้อมูลและทำความเข้าใจกับภาวะ ซึมเศร้า ร่วมกันดูแลสังเกตคนในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด จะสามารถป้องกันไม่ให้เกิดภาวะ ซึมเศร้า หรือป้องกันไม่ให้อาการซึมเศร้าเกิดความรุนแรงจนกลายเป็นโรคซึมเศร้าจนอาจเกิดการ หายทางพันทุกซ์ด้วยการฆ่าตัวตายได้ในที่สุด

การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

- **เข้าใจ** การเข้าใจโรคที่ผู้ป่วยเป็น สามารถช่วยให้ญาติลดความคาดหวัง ความหงุดหงิด และความคับข้องใจในตัวผู้ป่วยได้
- **รับฟังแบบ deep listening** การฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ ใส่ใจ และไม่ตัดสิน จะช่วยให้ความรู้สึกของผู้ป่วยดีขึ้น
- **ระบายความรู้สึก** เมื่อผู้ป่วยได้ระบายความคิด ความรู้สึกที่ไม่ดีต่างๆ ออกมา โดยเฉพาะความคิดอยากฆ่าตัวตาย จะช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดในใจลงได้
- **ออกกำลังกาย** การออกกำลังกายช่วยให้ร่างกายของผู้ป่วยแข็งแรง จิตใจแจ่มใส หากได้ออกกำลังกายร่วมกับผู้อื่นจะยิ่งช่วยเพิ่มการเข้าสังคม ในรู้สึกโดดเดี่ยว
- **เปลี่ยนบรรยากาศ** ควรพาผู้ป่วยไม่เที่ยวเพื่อเปลี่ยนบรรยากาศ จะช่วยให้จิตใจของผู้ป่วยแจ่มใส สดชื่นขึ้นได้
- **ป้องกันทำร้ายตนเอง** ญาติต้องระวังผู้ป่วยทำร้ายตนเอง โดยเก็บอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยสามารถนำมา ทำร้ายตนเองให้ออกห่างผู้ป่วย
- **สังเกตอาการ** หมั่นสังเกตอาการผู้ป่วยว่ามีเรื่องเศร้า เครียดหรือคิดทำร้ายตนเองหรือไม่ ถ้าพูดคุยแล้วไม่ดีขึ้นควรพามาพบแพทย์เพื่อปรึกษาอาการ
- **ดูแลกิจวัตร ติดตามการกินยา** ญาติควรช่วยดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น กินอาหารที่เหมาะสม และนอนให้เป็นเวลา รวมถึงติดตามการกินยาให้เป็นไปตามที่แพทย์สั่งและอดทน เพราะการรักษาให้เห็นผลต้องใช้เวลา

การป้องกันโรคซึมเศร้า

ยังไม่มีวิธีป้องกันภาวะซึมเศร้า แต่หากเริ่มมีอาการผู้ป่วยควรจะ

- ควบคุมอารมณ์ความเครียด ยืดหยุ่น และนับถือตนเอง
- พุดคุยกับครอบครัวหรือเพื่อน โดยเฉพาะในช่วงเวลายากลำบาก เพื่อระบายความรู้สึก
- เมื่อเริ่มรู้สึกซึมเศร้า ควรเข้ารับการตรวจวินิจฉัยเพื่อป้องกันไม่ให้อาการแย่ลง
- ควรเข้ารับการรักษาย่างสม่ำเสมอระยะยาว เพื่อป้องกันไม่ให้อาการซึมเศร้าเกิดซ้ำ

บทที่ 3

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

โรคมะเร็งเป็นโรคที่เรื้อรัง มีการรักษาที่ต่อเนื่องยาวนานถึงแม้ว่าบางครั้งอาการของโรคสงบนิ่งไม่พบการลุกลาม แต่แพทย์ก็ยังคงต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ในบางระยะของโรคการดูแลเสมือนผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยเฉียบพลัน แต่ในบางช่วงกลับกลายเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษานำกรอบแนวคิดการดำเนินโรคของความเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic illness trajectory framework) ของคอร์บินและสเตราส์ มาเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษา

กรอบแนวคิดการดำเนินโรคของความเจ็บป่วยเรื้อรังของคอร์บินและสเตราส์ (Corbin, J. M., & Strauss, 1991)

คอร์บินและสเตราส์ เสนอแนวคิดว่าการดำเนินของโรคเรื้อรังแบ่งเป็น 8 ระยะ คือ

1. ระยะก่อนเจ็บป่วย (Initial or pre-trajectory phase) เป็นระยะที่เกิดก่อนมีอาการหรืออาการแสดงของโรค
2. ระยะเริ่มต้น (Trajectory onset phase) เป็นระยะที่มีอาการและอาการแสดงให้เห็น รวมทั้งเป็นช่วงที่มีการวินิจฉัยโรค
3. ระยะวิกฤต (Crisis phase) เป็นระยะที่มีอาการคุกคามชีวิต
4. ระยะรุนแรง (Acute phase) เป็นระยะที่ต่อจากระยะวิกฤตมีอาการรุนแรง มีภาวะแทรกซ้อนต้องเข้าโรงพยาบาลเพื่อการรักษา
5. ระยะคงที่ (Stable phase) เป็นระยะที่อาการหรือการดำเนินของโรคสามารถควบคุมได้
6. ระยะที่มีการเปลี่ยนแปลง (Unstable phase) เป็นระยะที่ไม่สามารถควบคุมโรคหรือการดำเนินโรค
7. ระยะทรุด (Downward) เป็นระยะที่มีการดำเนินโรคมามากขึ้น ทั้งร่างกายและจิตใจ
8. ระยะใกล้ตาย (Dying phase) ระยะที่ความตายมาเยือน อาจเป็นชั่วโมง เป็นวันหรือสัปดาห์

ในกรณีศึกษารายนี้ผู้ศึกษานำแนวคิดดังกล่าวมาปรับใช้เช่นเดียวกับการศึกษาของ อภิรดี ลดาวรรษ และคณะ, 2548 กับกรณีศึกษาเพื่อให้เกิดความชัดเจนในแต่ละระยะการดำเนินของโรคลึ่ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญทั้งกับการรับรู้เรื่องโรค การรักษา เทคโนโลยีการรักษา ผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนทั้งจากการดำเนินของโรคและการรักษา โดยปรับลดระยะเวลาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่เป็นกรณีศึกษา เป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะเริ่มต้น (Trajectory onset phase) เป็นระยะที่มีอาการและอาการแสดงให้เห็น รวมทั้งเป็นช่วงที่มีการวินิจฉัยโรค
2. ระยะวิกฤตหรือระยะรุนแรง (Crisis phase or Acute phase) เป็นระยะที่มีอาการคุกคามชีวิตมีอาการขั้นรุนแรงมีภาวะแทรกซ้อนต้องเข้าโรงพยาบาลเพื่อการรักษา
3. ระยะคงที่ เป็นระยะที่ (Stable phase) อาการหรือการดำเนินของโรคสามารถควบคุมได้

ตารางที่ 8 แสดงระยะความเจ็บป่วยเรื้อรังและเป้าหมายการบริหารจัดการ

ระยะของความเจ็บป่วย	ลักษณะของความเจ็บป่วย	เป้าหมายการดูแล
1.ระยะเริ่มต้น (Trajectory onset Phase)	ระยะที่มีอาการและอาการแสดงให้เห็น รวมทั้งเป็นช่วงที่มีการวินิจฉัยโรค	ผู้ป่วยมีการรับรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา
2.ระยะวิกฤตหรือระยะรุนแรง (Crisis phase or Acute phase)	เป็นระยะที่มีอาการคุกคามชีวิต มีอาการแทรกซ้อนต้องเข้าโรงพยาบาลเพื่อการรักษา	ขจัดสิ่งคุกคามชีวิตและดำรงไว้ซึ่งหน้าที่การทำงานของอวัยวะที่สำคัญ เช่นการหายใจและการไหลเวียนโลหิต ควบคุมอาการของโรคและดูแลรักษา ให้กลับเข้าสู่สภาพปกติสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ดั้งเดิม
3.ระยะคงที่ (Stable phase)	เป็นระยะที่อาการหรือการดำเนินของโรคสามารถควบคุมได้	ควบคุมพยาธิสภาพของโรคให้อยู่ระยะคงที่ต่อไปและดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันโดยส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกำเริบและภาวะแทรกซ้อนของโรค คงไว้ซึ่งการรับรู้และคาดหวังความเจ็บป่วย และรับรู้แผนการรักษาที่ถูกต้อง

การประเมินตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's Functional Health)

บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลเป็นบุคคลที่ดูแลผู้ป่วยในแบบองค์รวม ที่หมายถึงด้านกายจิตสังคมและจิตวิญญาณให้สามารถประกอบภารกิจในการดำรงชีวิตประจำวันได้สำเร็จเหมาะสมบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลจะดูแลส่งเสริมสุขภาพคนไข้และดูแลรักษาฟื้นฟูคนเจ็บป่วยให้ดำรงชีวิตได้ดีตามอัตรภาพภายใต้เงื่อนไขของการดูแลรักษาสุขภาพให้ร่างกายปฏิบัติภารกิจได้เพียงพอไม่ทรมาณโดยเฉพาะทางด้านจิตใจกรอบแนวคิดนี้พัฒนาโดย กอร์ดอนเกิดขึ้นจากความเชื่อที่ว่าบุคคลจะมีสุขภาพดีหรือไม่ขึ้นกับความปกติหรือผิดปกติของแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนด้วยกันซึ่งนำไปสู่การสร้างกรอบแนวคิดในการรวบรวมข้อมูลและประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการที่เกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่ของการพยาบาลสำหรับการนำกรอบมโนคติทางการแพทย์พยาบาลมาใช้เป็นแนวทางการวินิจฉัยการพยาบาลเข้าใจภาวะสุขภาพของคนเป็นองค์รวมที่ง่ายที่สุดในปัจจุบันคือกรอบแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนถ้าพยาบาลได้ทำความเข้าใจให้ตรงกันในกรอบมโนคติและนำไปใช้ในการวินิจฉัยการพยาบาลได้ไม่แตกต่างกันจะเป็นผลดีแก่บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลที่จะทราบปัญหา

สุขภาพก่อนให้การพยาบาลได้สอดคล้องและกลมกลืนกันเพราะกล่าวถึงการทำหน้าที่การทำงานของบุคลากร บุคคลครอบครัวและชุมชนในองค์รวม(ฟาริดา อิบราฮิม, 2546)

ปัจจุบันกรอบแนวคิดนี้ได้รับการยอมรับและนำไปใช้ทั้งด้านการเรียนการสอนการวิจัยและการปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้นโดยเฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลสามารถประยุกต์ใช้ได้ในทุกสถานการณ์ไม่ว่าจะเป็นบุคคลครอบครัวชุมชนและไม่ว่าพยาบาลจะมีพื้นฐานความรู้ในทฤษฎีการพยาบาลใดก็สามารถใช้กรอบแนวคิดนี้ในการรวบรวมข้อมูลและประเมินภาวะสุขภาพได้

ความสำคัญของแบบแผนทางด้านสุขภาพ

การประเมินผู้รับบริการโดยใช้ข้อมูลจากแบบแผนทางด้านสุขภาพนั้นเป็นสิ่งที่จำเป็นเพราะเป็นข้อมูลที่บ่งบอกสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการเนื่องจากข้อมูลที่ได้มามีความสำคัญดังนี้

1. ความสำคัญระหว่างแบบแผนสุขภาพกับโรค ถ้าบุคคลมีแบบแผนด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้องจะก่อให้เกิดโรคได้เช่นแบบแผนการรับประทานอาหารหรือแบบแผนการออกกำลังกายที่ไม่ถูกต้องมีการเผชิญความเครียดไม่ถูกต้องทำให้เกิดการเจ็บป่วยเช่นโรคหัวใจความดันโลหิตสูงและโรคหรือการเจ็บป่วยก็มีผลต่อแบบแผนทางสุขภาพเช่นมีความเครียดต่อการเจ็บป่วยทำให้ระบบการขับถ่ายหรือการนอนหลับเปลี่ยนแปลงได้เช่นกัน
2. ความสำคัญระหว่างผู้รับบริการกับสิ่งแวดล้อมมีผลต่อการพัฒนาแบบแผนด้านสุขภาพเช่นแบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพในแบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ เป็นสิ่งที่สั่งสมมาจากสิ่งแวดล้อมของบุคคลและวัฒนธรรมเป็นสิ่งที่บุคคลได้เรียนรู้มาตั้งแต่เกิดหากมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตแบบแผนบทบาทของบุคคลในครอบครัวจะเปลี่ยนแปลงด้วย
3. พัฒนาการของบุคคลเนื่องจากพัฒนาการของบุคคลในแต่ละวัยมีผลกระทบต่อลักษณะหรือความเฉพาะของแบบแผนทางด้านสุขภาพที่แตกต่างกันตามวัยเช่นมีความแตกต่างกันตามแบบแผนการขับถ่ายพยาบาลต้องให้ความสนใจในความแตกต่างความเหมาะสมตามพัฒนาการของบุคคล
4. วิธีการปฏิบัติความหมายคล้ายคลึงกับวิธีการดำเนินชีวิตแต่คำว่าวิธีปฏิบัติในที่นี้มีความหมายกว้างกว่าเพราะรวมถึงการปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพซึ่งนำไปสู่การให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการรวมถึงกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้รับบริการ
5. ประโยชน์การนำไปใช้ในทางปฏิบัติเนื่องจากแบบประเมินผู้รับบริการที่ดีนั้นจะต้องเป็นแบบที่สามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติได้รวมทั้งมีประโยชน์และเหมาะสม

แนวทางในการประเมินแบบแผนทางด้านสุขภาพของบุคคล

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนการประเมินสุขภาพ(Functional Health Pattern)ของมาร์จอรี่ กอร์ดอน (Marjorie Gordon) หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้รับบริการที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาหนึ่งซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้รับบริการ กอร์ดอน(1994) ได้พัฒนาแบบแผนสุขภาพขึ้นโดยให้ความสำคัญที่ข้อมูล

ระดับพื้นฐานเน้นที่การทำหน้าที่ของร่างกายมนุษย์ซึ่งประกอบด้วย 11 แบบแผนสุขภาพในแต่ละแบบแผนคือ พฤติกรรมของบุคคลทั้งด้านร่างกาย จิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของคนอย่างเป็นองค์รวมแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนประกอบด้วยดังนี้

1.แบบแผนการรับรู้และการจัดการเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (Health perception health management pattern) เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้ของคนเกี่ยวกับ และการจัดการสุขภาพและการจัดการสุขภาพตนเอง ภาวะสุขภาพกิจกรรมและแผนในอนาคตและการจัดการกับความเครียดและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป

2.แบบแผนภาวะโภชนาการและการเผาผลาญของร่างกาย (Nutritional metabolic pattern) รวมถึงแบบแผนการรับประทานอาหารและน้ำที่สัมพันธ์กับความต้องการพลังงานของแต่ละบุคคลและลักษณะอาหารที่บริโภคซึ่งครอบคลุมปริมาณอาหารและน้ำที่ได้รับ

3.แบบแผนการจัดของเสียออกจากร่างกาย(Elimination pattern) รวมถึงการรับรู้ของคนเกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ การขับเหงื่อ การใช้ยาระบาย การเปลี่ยนแปลงระบบขับถ่าย วิธีการขับถ่ายและการปฏิบัติเพื่อควบคุมการขับถ่าย

4.แบบแผนการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย(Activity exercise pattern) เป็นกิจกรรมด้านนันทนาการด้านการพักผ่อนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ต้องการใช้พลังงานเพื่อการดูแลสุขภาพอนามัยตลอดจนปัจจัยที่มีผลต่อการออกกำลังกาย

5.แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ(Sleep rest pattern) รวมถึงแบบแผนการพักผ่อนนอนหลับใน 24 ชั่วโมง การรับรู้เกี่ยวกับปริมาณคุณภาพการนอนหลับ ความรู้สึกมีพลังการใช้ยาหรืออื่นๆเพื่อช่วยในการนอนหลับ

6.แบบแผนการรับรู้ความรู้สึกและการใช้สติปัญญา(Cognitive perception pattern) ซึ่งบอกถึงด้านประสาทสัมผัสการรับรู้กระบวนการคิดและสติปัญญา รวมถึงการมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส การดมกลิ่น การใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือความเจ็บปวด ภาษา ความจำ การตัดสินใจการรับรู้บุคคล เวลา สถานที่

7.แบบแผนการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง (Self-perception self-conception pattern) ครอบคลุมอัตมโนทัศน์การรับรู้ตนเอง เจตคติเกี่ยวกับตนเอง ข้อดีข้อด้อย การรับรู้ความสามารถของตนเอง สังคมและสติปัญญา ภาพลักษณ์ เอกลักษณ์ คุณค่าอารมณ์ ท่าทางการเคลื่อนไหว การสบตา น้ำเสียง ภาษาคำพูดรวมถึงการทำร้ายตนเอง

8.แบบแผนบทบาทและความสัมพันธ์(Role relationship pattern) บอกถึงบทบาทความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การรับรู้ในบทบาทความรับผิดชอบในปัจจุบัน ความพอใจไม่พอใจจากปัญหาครอบครัวหน้าที่การงานและความสัมพันธ์ในสังคม

9.แบบแผนภาวะทางเพศและการเจริญพันธุ์ (Sexuality reproductive pattern) บอกถึงความพอใจไม่พอใจในเพศสัมพันธ์รวมถึงการเจริญพันธุ์ ระยะพัฒนาการทางเพศ ปัญหาการเบี่ยงเบนทางเพศประวัติครอบครัว สถานภาพความสัมพันธ์ในครอบครัว ผลกระทบทางเพศสัมพันธ์ที่เกิดจากการใช้ยาทางจิตเวช

10. แบบแผนการจัดการและการทนต่อความเครียด (Coping stress tolerance pattern) รวมถึงประสิทธิภาพการเผชิญความเครียด การรักษาดุลยภาพความมั่นคงส่วนตน การจัดการความเครียดการสนับสนุนทางสังคมการรับรู้ความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ที่มีปัญหาอุปนิสัยอารมณ์

11.แบบแผนค่านิยมและความเชื่อ(Value belief pattern) รวมถึงคุณค่าความหมายความเชื่อที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกทิศทางการดำเนินชีวิต การรับรู้สิ่งสูงสุดที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตและความคาดหวังเกี่ยวกับสุขภาพ

การดูแลผู้ป่วยที่เรื้อรังเป็นการสนับสนุนส่งเสริมการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ให้มีความเหมาะสมในแต่ละระยะของวิถีความเจ็บป่วยโรคโดยมีเป้าหมายเพื่อควบคุมอาการของโรคให้อยู่ใน ระยะที่คงที่ (Stable phase) ให้ยาวนานที่สุด หากมีการกลับเป็นซ้ำของโรคสามารถค้นพบได้ตั้งแต่แรก และได้รับการรักษาเพื่อบรรเทาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรค กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาและประเมินความเจ็บป่วย 2) การกำหนดปัญหาหรือเป้าหมาย 3) การเลือกแผนหรือกิจกรรมแก้ปัญหา 4) ค้นหาปัจจัยกีดขวางหรือปัจจัยขัดขวางการนำไปสู่เป้าหมาย 5)การปฏิบัติการแก้ปัญหาและ 6)การประเมินผล โดยทุกขั้นตอนนั้นเป็นการให้ข้อมูลพูดคุยทำความเข้าใจให้ผู้ป่วย เป็นระยะๆเพื่อทราบปัญหาและให้ความช่วยเหลือได้ทันที

เป้าหมายการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตามกระบวนการดูแล

1. การช่วยเหลือผู้ป่วยในการเผชิญกับความเครียด กังวลจากโรคและการรักษา
2. ความร่วมมือในแผนการรักษาและการดูแลจากอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อน
3. การดูแลบรรเทาความเจ็บปวด
4. การดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ
5. การดูแลแบบประคับประคอง

1. การช่วยเหลือผู้ป่วยในการเผชิญกับความเครียด กังวลจากโรคและการรักษา

เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง ผู้ป่วยไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจล่วงหน้าจะรู้สึกตกใจ ปฏิเสธและ ต่อมามีความเครียดวิตกกังวล และเมื่อได้รับการรักษาภาวะอารมณ์จะเปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา อียากหาย จากโรค มีความหวังและถ้าหากการรักษาไม่สามารถหยุดการแพร่กระจายได้ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกท้อแท้ หดหวังตามมา บทบาทที่สำคัญของพยาบาลคือการประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ซักถาม และให้ ข้อมูลเมื่อผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับโรค การรักษา และแหล่งประโยชน์ของการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติใช้ประกอบการตัดสินใจในการรักษา การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคมะเร็งให้มีกำลังใจ อดทนต่อการรักษาและความตั้งใจที่จะมีชีวิตต่อไป จะช่วยให้ระบบการทำงานของอิมมูนในร่างกายสมดุลย์ สามารถ ต่อต้านโรคได้ส่วนหนึ่งควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือแพทย์ พยาบาล

2. ความร่วมมือในแผนการรักษาและการดูแลจากอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อน

2.1 การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

การพยาบาลผู้ป่วยมี 2 ระยะ

2.1.1 การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล มีความพร้อมและมีความรู้ที่ถูกต้องในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

2.2.2. การพยาบาลระยะหลังผ่าตัดที่สำคัญคือ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น เช่น

(1) ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก การจัดท่านอนส่งเสริมการทำงานของระบบหายใจที่ดี ประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน

(2) เฝาระวังดูแลภาวะเลือดออก

(3) การดูแลสายท่อระบายน้ำเหลืองให้มีการระบายอย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันการติดเชื้อและน้ำเหลืองคั่ง (Seroma) เนื่องจากการผ่าตัดเต้านมจะมีลักษณะท่อระบายใต้พื้นผิว raw surface ของแผลผ่าตัดที่เต้านม

(4) การดูแลแผลที่ตำแหน่งผ่าตัดในรายที่มีการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบ Transverse Rectus Abdominis Musculocutaneous flap หรือ TRAM flap คือการผ่าตัดตกแต่งหรือเสริมสร้างเนื้อเต้านมขึ้นใหม่โดยใช้กล้ามเนื้อและชั้นไขมันบริเวณหน้าท้องมาผ่าตัดตกแต่งเสริมเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด การดูแล flap มีความสำคัญมาก ต้องได้รับการเฝ้าสังเกตการไหลเวียนของเลือดที่มาเลี้ยง flap อย่างใกล้ชิดระวังไม่ให้เกิดการกดทับบริเวณแผล flap หรือปิดพลาสติกตั้งรังสีแผลในผู้ป่วยที่รับการผ่าตัด TRAM flap ต้องจัดทำให้หน้าท้องหย่อน ลดการตั้งรังสีของแผลหน้าท้องป้องกันการขาดเลือด จัดท่านอนในท่า low fowlers คาสายปัสสาวะไว้ ให้ bed rest ประมาณ 1-2 วัน

(5) การดูแลแผลที่ตำแหน่งบริเวณหลังในรายที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้กล้ามเนื้อและชั้นไขมันบริเวณที่หลัง (Latissimus Dorsi flap) จะมีการเลาะกล้ามเนื้อที่หลัง (LD flap) และไขมันบริเวณหลังบางส่วนให้เพียงพอต่อส่วนของเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดออกไป เป็นการสร้างเต้านมใหม่ LD flap ผู้ป่วยกลุ่มนี้แนะนำให้ผู้ป่วยนั่งหลังตรงเพื่อลดการดึงของแผลผ่าตัดที่หลัง ป้องกันการขาดเลือดและป้องกันการติดเชื้อของแผลผ่าตัดภาวะแทรกซ้อน

(6) การฟื้นฟูหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะความพิการและภาวะแทรกซ้อนจากผลกระทบของการผ่าตัด ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมและต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออก ต้องการให้ดูแลและคำแนะนำ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของข้อไหล่ติดแขนและแขนบวม (Lymphedema) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมและต่อมน้ำเหลืองออกมา จะมีความเสี่ยงของการเกิดแขนบวมมากขึ้น อุบัติการณ์การเกิดแขนบวมในผู้ป่วยที่ถูกเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออก มีรายงานพบประมาณร้อยละ 24 (Maun sell , Brisson & Deschenes , 1993) ในรายที่มีการฉายแสงรังสีร่วมกับการผ่าตัดการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้จะมีอุบัติการณ์แขนบวมสูงขึ้น 3-7 เท่า (Moffat et al.,1992) คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม

น้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออกได้แก่ การบริหารแขนและข้อไหล่เพื่อป้องกันการเกิดพังพืด (fibrosis) ของแผลบริเวณใต้รักแร้ มีงานวิจัยเรื่องการบริหารแขนและข้อไหล่ควรเริ่มบริหารตั้งแต่หลังผ่าตัด 1-2 วันแรก (Caroenter,1997) ให้บริหารแบบ isometric exercise โดยเหยียดแขนและกำมือ แบบมือเป็นระยะ หลังจากนั้นให้เริ่มบริหารจากท่าต่างๆ ก่อน เช่น ท่า arm, abduction , flexion , rotation เป็นต้น การเริ่มบริหารให้ค่อยๆ เพิ่มจำนวนท่าและจำนวนครั้ง อย่างต่อเนื่องวันละครั้ง ประมาณ 6 เดือน ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ mastectomy with TRAM flap หลังผ่าตัดประมาณ 6 สัปดาห์ แนะนำให้เพิ่มการบริหารกล้ามเนื้อท่อน้ำท้อง เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้าท้อง (Kealin , Coltrera , Gardiner , & Prouty 2007) โดยเริ่มจากท่าโยกเข้า , เกร็งหน้าท้อง , นอนตะแคง , นอนยกศีรษะ , เหยียดและยืดเข้าและคลาน

(7) คำแนะนำการดูแลตนเอง และหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่อาจเกิดอันตรายได้ สำหรับการดูแลแขนข้างที่ใส่น้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออก ให้แนะนำหลีกเลี่ยงการเจาะเลือดฉีดยา ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ หรือวัดความดันโลหิต หลีกเลี่ยงการสพายหรือแบกของหนักบนไหล่และไม่ใช่แขนข้างที่ผ่าตัด ดึงลาก ยก ถือของหนักเกิน 2 กก. หรือใช้แขนข้างนั้นทำการซ้ำๆ เช่น สับหมู ไม่สวมเสื้อหรือเครื่องที่คับ ที่รัดแขน ป้องกันการเกิดบาดแผลการติดเชื้อและแมลงสัตว์กัดต่อย สวมใส่ถุงมือ เมื่อทำสวนหรือสัมผัสสิ่งของที่ไมสะอาด แนะนำการนวดแขนเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนในรายที่เริ่มมีอาการแขนบวม โดยยกแขนข้างที่ผ่าตัดขึ้นแล้วค่อยๆ นวดจากปลายมือลงไปที่ต้นแขน เช่นเดียวกับที่เขียนมาข้างต้น

2.2 การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรังสีรักษาในกลุ่มเสี่ยงบริเวณทรวงอก ไหล่บ่า รักแร้ พยาบาลต้องให้ข้อมูลความจำเป็นของการรักษาด้วยรังสีรักษา การปฏิบัติตนขณะได้รับรังสีรักษา ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น อาการผิดปกติที่ต้องแจ้งที่ให้การดูแล ผู้ป่วยต้องไม่ลบเส้นที่ขีดไว้ ออก ไม่ควรใช้แป้งหรือครีมทาบริเวณภายในขอบเขตของเส้นที่ขีดไว้ ห้ามถูน้ำ กรณียกให้ใช้ผ่านๆ ชับเบาๆ ถ้าเหงื่อออกมากให้เปิดพัดลมเป่า สวมเสื้อผ้าที่ไม่รัดแน่นหรือกระชับ เพราะจะทำให้เสียดสีกับผิวหนังบริเวณดังกล่าวเสี่ยงต่อการเกิดแผล dry desquamation ควรแนะนำให้ผู้ป่วยใช้ 1% Hydrocortisone cream ทาเพื่อลดภาวะตึงของผิวหนัง ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจเลือดทุกสัปดาห์เพื่อประเมินความพร้อมของร่างกาย การบริหารแขนยังมีความจำเป็นเพื่อให้อาการกล้ามเนื้อแข็งแรง ช่วยการไหลเวียนของน้ำเหลืองบริเวณส่วนปลายแขน และป้องกันข้อไหล่ติด

ผลข้างเคียงของรังสีรักษาแบ่งเป็น 2 ระยะคือ 1)ระยะเฉียบพลัน เป็นผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นในระหว่างการได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน เป็นต้น 2)ระยะเรื้อรัง มักเกิดขึ้นเมื่อเสร็จสิ้นการฉายรังสีแล้วนานหลายเดือนจนเป็นปี เกิดจากรังสีทำลาย connective tissue stroma ของหลอดเลือด epitherial cell แบ่งตัวเพิ่มขึ้น เลือดไหลผ่านได้น้อยลงทำให้เกิด fibrosis

ผลข้างเคียงของรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาบริเวณหน้าอกและรักแร้ ในระยะเฉียบพลันอาจพบการเปลี่ยนแปลงทางผิวหนัง ในระยะเรื้อรังพบแขนบวม fibrosis ทั้งนี้ขึ้นกับปริมาณรังสีที่ได้รับ

2.3 การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

หลังผ่าตัดผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่จำเป็นต้องได้รับการรักษาเสริมต่อด้วยยาเคมีบำบัด แม้ว่า ยาเคมีบำบัดจะได้รับการศึกษาว่า เป็นยาที่ใช้รักษามะเร็งเต้านมได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ด้วยผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดเอง หรือประสบการณ์การรับรู้ในอดีตของผู้ป่วย อาจทำให้ผู้ป่วยบางรายหวาดกลัวและปฏิเสธการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในช่วงนี้คือ การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ให้ความรู้และแนวทางในการดูแลตนเองของผู้ป่วยระหว่างรับยาเคมีบำบัด นอกจากนี้สิ่งที่สำคัญคือการทำกำลังใจผู้ป่วย และเป็นที่ปรึกษาสร้างความมั่นใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องจนครบ ตามแผนการรักษา พยาบาลจำเป็นต้องศึกษา และมีความรู้ในเรื่องยา ขนาดและวิธีที่กำหนดขนาดยา ผลข้างเคียง รวมทั้งการประเมินภาวะเสี่ยง เพื่อหาแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยแต่ละราย

ผลข้างเคียงที่พบได้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดชนิดฉีด (ผู้ป่วยรายนี้ได้รับยา สูตร AC)

กลุ่มยา Anthracyclin เช่น สูตร AC , FAC และ FEC

ส่วนใหญ่จะไม่รุนแรงมาก อาการที่พบมากได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ในช่วงสัปดาห์แรก ซึ่งยาที่ใช้ควบคุมอาการคลื่นไส้กลุ่ม 5-HT₃ receptor antagonist เช่น Ondansetron และ Ramosetron (Nasea) สามารถควบคุมได้ โดยแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานหลังได้ยาเคมีบำบัดตั้งแต่วันแรกก่อนจะมีอาการ และรับประทานติดต่อกันในช่วง 2-3 วันแรก

สูตรยาที่มียา Docetaxel

อาการข้างเคียง พบมากคือ อาการปวดกล้ามเนื้อจะเป็นมากหลังได้รับยาประมาณ 3-5 วัน สามารถบรรเทาได้โดยแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยา Paracetamol (500 mg) 2 เม็ด อย่างไรก็ตามก่อนที่จะรับประทานยา ควรแนะนำให้ผู้ป่วยวัดอุณหภูมิก่อน ถ้าผู้ป่วยมีไข้ตั้งแต่ 38 °C ก็ไม่แนะนำให้รับประทาน Paracetamol เพราะอาจทำให้วินิจฉัยการติดเชื้อไม่ได้

สูตรยา Capecitabine ร่วมกับ Docetaxel

อาการข้างเคียงที่เด่นชัดคือ Hand-foot syndrome ผิวหนังมือเท้าจะลอกเปื่อยแดง แนะนำให้ผู้ป่วยแช่มือและเท้าในน้ำเย็นหลังประทาน ยา Capecitabine ประมาณครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมง เพื่อลดผลข้างเคียง และให้ผู้ป่วยทาโลชั่นป้องกันไว้ก่อน ส่วนอาการข้างเคียงอื่นที่พบได้ในยาเคมีบำบัดเกือบทุกชนิดได้แก่ กดการทำงานของไขกระดูก มีผลต่อระบบเม็ดเลือด ทำให้เม็ดเลือดขาวลดลงทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำลง ติดเชื้อได้ง่ายขึ้น เกล็ดเลือดต่ำทำให้เลือดออกง่ายขึ้น เม็ดเลือดแดงลดลง ทำให้ซีด อ่อนเพลีย ระบบทางเดินอาหารทำให้เยื่อช่องปากแห้งเกิดแผลในช่องปาก อาจมีท้องผูก ท้องร่วง และรบกวน ทำให้ผมร่วงได้

การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการตัดเต้านม

1.ด้านร่างกาย ยาเคมีบำบัดจะมีผลการทำลายเซลล์ที่ปกติที่มีการแบ่งตัวเร็วเช่น เซลล์ไขกระดูก เซลล์ระบบทางเดินอาหาร ระบบสืบพันธุ์และรากชุมชนต่างๆ มีความผิดปกติของเส้นผมและขน เช่น ผมร่วง มี

อาการคล้ายคนหมดประจำเดือน น้ำหนักเพิ่ม เหนื่อยและอาจมีอาการกระเพาะปัสสาวะอักเสบ

1.1 ยาเคมีส่วนใหญ่มีผลกดไขกระดูก (Bone marrow suppression) ทำให้เกิดภาวะดังนี้

1.1.1 ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ยาเคมีบำบัดบางชนิดมีผลทำให้เม็ดเลือดขาวน้อยลง ซึ่งเม็ดเลือดขาวเป็นสิ่งสำคัญในการต่อสู้กับเชื้อโรค เมื่อเม็ดเลือดขาวน้อยก็จะทำให้ติดเชื้อโรคได้ง่ายขึ้น พยาบาลควรให้คำแนะนำผู้ป่วยเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อ เช่น

- การล้างมือบ่อยๆ โดยเฉพาะก่อนรับประทานอาหาร หลังออกจากห้องน้ำ หลังสัมผัสสัตว์เลี้ยง
- หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ หรือสัมผัสผู้ที่เป็นโรคติดต่อ เช่น โรคไข้หวัด หัด อีสุกอีใส เริ่มการรับประทานอาหารที่ผ่านการปรุงสุกและสะอาด การไปในที่คนแออัด หรือกลุ่มคนจำนวนมาก เป็นต้น
- การฉีดวัคซีนกระตุ้นภูมิคุ้มกัน เช่น ไข้หวัด ควรปรึกษาแพทย์

1.1.2 ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ยาเคมีบำบัดมีผลต่อการสร้างเกล็ดเลือดของไขกระดูก อาจทำให้เกล็ดเลือดต่ำหลังให้ยาประมาณ 7-14 วัน ถ้าเกล็ดเลือดน้อยจะทำให้เลือดหยุดยาก พยาบาลควรให้คำแนะนำการสังเกตความผิดปกติและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม

การสังเกต มีจุดแดงใต้ผิวหนัง มีจ้ำเลือด ปัสสาวะอุจจาระมีเลือดปน มีเลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดาไหล เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด มีความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น

คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมคือ ผู้ป่วยที่มีเกล็ดเลือดต่ำควรใช้แปรงสีฟันที่มีขนอ่อนนุ่มแปรงอย่างระมัดระวัง งดใช้ไหมขัดฟัน ดูแลไม่ให้เกิดบาดแผลหรือกระทบกระแทกถ้าจำเป็นต้องรับยา แอสไพรินหรือยาป้องกันเลือดแข็งตัว ควรปรึกษาแพทย์ทุกครั้ง

1.1.3 ภาวะซีด (เม็ดเลือดแดงต่ำ) ยาเคมีบำบัดอาจลดการสร้างเม็ดเลือดแดงมีผลทำให้เนื้อเยื่อส่วนต่างๆ ได้ออกซิเจนไม่เพียงพอ อาจทำให้เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย หายใจเร็ว มึนงงคล้ายจะเป็นลม ผู้ป่วยควรพักผ่อน นอนมากๆ เวลากางคืน และหาเวลางีบหลับในช่วงกลางวัน เมื่อเปลี่ยนอิริยาบถเช่นท่านอนเป็นนั่ง ท่านั่งเป็นยืนควรทำช้าๆ เพื่อป้องกันหน้ามืด รับประทานอาหารที่มีคุณค่าให้ครบถ้วนเพียงพอโดยเฉพาะที่มีธาตุเหล็กเช่นเนื้อสัตว์ ไข่ ตับ ผัก ใบเขียวเข้ม

1.2 ระบบสืบพันธุ์สตรี

- ยาเคมีบางชนิด มีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของรังไข่ ทำให้ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง อาจมีประจำเดือนไม่สม่ำเสมอหรือไม่มีประจำเดือนมีอาการคล้ายวัยหมดประจำเดือน หรือวัยทอง เช่น ร้อนวูบวาบ (hot flash) ช่องคลอดแห้ง ซึ่งอาจเป็นชั่วคราวหรือถาวรขึ้นอยู่กับชนิดของยาที่ได้รับ อายุและสุขภาพโดยทั่วไป

- ผู้ที่รับเคมีบำบัดที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ควรมีการตรวจการตั้งครรภ์ ก่อนการรักษาด้วยเคมีบำบัด และได้รับคำแนะนำเรื่องการคุมกำเนิดเพราะ เคมีบำบัดบางชนิดมีผลทำให้เกิดความผิดปกติของทารกในครรภ์

1.3 อาการระบบทางเดินอาหาร

1.3.1 เบื่ออาหาร เป็นอาการที่พบได้เช่น ไม่รู้รสอาหาร หรือรู้สึกเฟื่อน รู้สึกขม เหมือนกลืนอาหารทะเล คำแนะนำ ผู้ป่วยต้องรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ รับประทานอาหารรสอ่อนไม่จัด กลืนไม่รุนแรง ครั้งละน้อยๆ บ่อยๆ วันละ 6-8 มื้อ ปรับแต่งให้อาหารรสชาติตามที่ผู้ป่วยต้องการ ทำความสะอาดช่องปากอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และหลังรับประทานอาหาร เพื่อให้ช่องปากสะอาดและป้องกันการติดเชื้อ

1.3.2 การอักเสบในช่องปาก ผู้ป่วยจะรู้สึกปากแห้ง แดง เจ็บ มีแผลและอาจติดเชื้อได้ง่าย พยาบาลควรประเมินช่องปากผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนเริ่มการรักษาและให้คำแนะนำผู้ป่วยพบทันตแพทย์ก่อนการรักษาเคมีบำบัด 2-3 สัปดาห์ เพื่อดูแลปัญหาในช่องปาก แปรงฟันทุกครั้งหลังรับประทานอาหารและก่อนนอนด้วยแปรงสีฟันขนนุ่มและยาสีฟันที่ไม่ระคายเคือง เมื่อช่องปากแห้งแดง ให้ดื่มน้ำและของเหลวมากๆ บ้วนปากด้วยน้ำสะอาดหรือน้ำเกลือ (เกลือ 1 ช้อนผสมน้ำต้มสุกสะอาด 1 ลิตร) บ่อยๆ ดูแลริมฝีปากให้ชุ่มชื้นโดยทาลิปมันหรือสีผึ้ง รับประทานอาหารรสอ่อนไม่จัดและอาหารประเภทเย็นๆ เช่นไอศกรีม นมปั่น ไข่กวน โยเกิร์ต ชุป ผลไม้ที่นุ่ม เช่น กลัวย มันทัด หลีกเลียงอาหารที่ระคายเคืองเยื่อช่องปาก และเมื่อมีแผลในช่องปากควรปรึกษาแพทย์

1.3.2 ท้องเสีย หมายถึงอุจจาระเหลวหรือน้ำมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน ซึ่งมีสาเหตุจากการได้รับยาเคมีบำบัดบางชนิด หรือได้รับยากลุ่มเป้าหมาย อาการอาจเริ่มได้หลังจากรับยาเคมีบำบัด 2-3 วัน หรือมีการติดเชื้อทางเดินอาหารเมื่อท้องเสียควรรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่ายมีกากใยน้อย เช่น ข้าวสีขาว ขนมปังขาว ก๋วยเตี๋ยวไก่ไม่มีหนัง ไข่ เนื้อปลา หลีกเลียงอาหารที่มีกากใยสูง เพราะจะทำให้ลำไส้บีบตัวมากขึ้น อาหารที่มีกากใยสูงได้แก่ ขนมปังข้าวสาลี ผักดิบ ถั่ว เมล็ดพืช ผลไม้สด ผลไม้แห้ง เพราะจะทำให้ลำไส้บีบตัวมากขึ้น หลีกเลียงการดื่มนมและผลิตภัณฑ์จากนมเพราะจะทำให้ท้องเสียมากขึ้น ดื่มน้ำ น้ำเกลือแร่ของเหลวมากๆ เช่น น้ำข้าว น้ำซุป เพื่อทดแทนน้ำที่สูญเสียไป หากไม่สามารถควบคุมอาการท้องเสียได้ เช่น มีไข้สูง อ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะ อาเจียน ปวดท้อง ถ่ายอุจจาระมีเลือดปนควรพบแพทย์

1.3.4 ท้องผูก อาการท้องผูกเกิดขึ้นจากการไม่เคลื่อนไหวร่างกาย หรือรับประทานอาหารและดื่มน้ำน้อยกว่าปกติ หรือยาบางชนิด ซึ่งอาจทำให้รู้สึกไม่สบายในท้อง เช่น แน่น อึดอัด ควรป้องกันโดยให้ดื่มน้ำอย่างน้อย 6-8 แก้วต่อวัน รับประทานอาหารที่มีกากใย เช่นผัก ผลไม้ ธัญพืช ออกกำลังกายทุกวัน (ตามสภาพร่างกาย) ฝึกขับถ่ายให้เป็นเวลา เวลาที่เหมาะสมคือหลังอาหารเช้าซึ่งลำไส้มีการเคลื่อนไหว บีบตัว หากท้องผูกไม่ถ่ายหลายวัน ควรหลีกเลียงอาหารที่มีกากใยสูงหรือใช้ยาระบายที่มีเพิ่มกากใยอาหารหรือยาระบายที่กระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ เพราะอาจทำให้ลำไส้อุดตันได้ ควรปรึกษาแพทย์

1.4 ระบบต่อมไร้ท่อ

1.4.1 ผมและขนร่วง เป็นอาการที่พบได้บ่อยหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด ผมและขนร่วงอาจเกิดขึ้นได้ทั้งตัว อาจจะร่วงหลังได้รับยาเคมีบำบัดครั้งแรก 2-3 สัปดาห์ หรือหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดไปหลายครั้ง ก่อนที่ผมจะร่วง ส่วนใหญ่จะรู้สึกร้อนหรือเจ็บหนังศีรษะอาจจะร่วงทีละน้อยหรือร่วงเป็นกระจุก บางคนอาจมีผมขึ้นใหม่ระหว่างที่ให้ยาแต่ยังไม่สมบูรณ์ ภายหลังให้ยาครบอาจมีลักษณะเส้นผมที่แตกต่างไปจากเดิม เช่นผม

เส้นเล็กลง ผมหยักศกเป็นต้น พยาบาลควรดูแลสภาพลักษณะผู้ป่วยโดยให้เตรียมหมวก ผ้าโพกผมหรือวิกหรืออื่น ๆ ตามความต้องการของผู้ป่วย

1.4.2 ผื่นที่ผิวหนัง (rash ,acne like) ผื่นเป็นอาการหนึ่ง que พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยจะมีผื่นแฉกคัน เป็นขุย บางรายจะมีลักษณะคล้ายสิว ควรดูแลด้านความสะอาดของผิวหนัง ทาครีมที่รักษาความชุ่มชื้นผิวหนังตั้งแต่เริ่มให้ยาเช่น ครีมที่มีส่วนผสมของยูเรีย หากไม่ดีขึ้นควรพบแพทย์

1.4.3 อาการมือและเท้า (hand-foot syndrome) อาการเจ็บฝ่ามือและเท้าภายหลังได้รับยาให้ประคบด้วยความเย็นหลีกเลี่ยงการให้แรงนวดบริเวณฝ่ามือและเท้า เพราะยาจะซึมผ่านหลอดเลือดฝอยเล็กๆ ทำให้อาการรุนแรงมากขึ้น ให้ความชุ่มชื้นโดยใช้ยูเรียครีมทา

1.5 อาการระบบกล้ามเนื้อและประสาทส่วนปลาย อาการปวดตามกล้ามเนื้อและกระดูก อาจเกิดได้จากการได้รับยากลุ่ม Traustuzumab Emtansin และ Paclitacel อาการมักเกิดขึ้นภายหลังได้รับยาจนถึง 2-3 วัน สามารถประคบร้อนหรือนวดได้ไม่รุนแรง อาการจะค่อยๆ เลาะขึ้น

สำหรับอาการชาปลายมือปลายเท้ามักเกิดขึ้นเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดหลายครั้ง ควรระมัดระวังในการใช้ของมีคม หยิบจับของร้อนจัดเย็นจัดหรือการล้างถ้วยชามอาจแตกได้

2. ด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม ผู้ป่วยจะมีภาวะกดดันทางจิตใจ เมื่อทราบว่าเป็นโรคมะเร็ง จะมีภาวะกลัว วิตกกังวล สับสนและรู้ไม่แน่นอน ในเรื่องความเจ็บป่วยการรักษาและจากอาการข้างเคียงต่างๆ ที่ได้รับการรักษา

2.4 การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีการรักษาพร้อมเคมีบำบัด

พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาแบบผสมผสานทั้งการรักษาด้วยยาเคมีและรังสีรักษา เป็นการพยาบาลที่ยุ่งยากซับซ้อน ผู้ป่วยมีภาวะทางจิตใจ อารมณ์เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา สำหรับกรณีศึกษา ผู้ป่วยต้องมีความเข้มแข็ง อดทนต่อการเผชิญปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น เช่น การฟุ้งซ่านรำลึก การรักษาด้วยการผ่าตัด การฉายรังสีในท้องผ่าตัด การได้รับเคมีบำบัดด้วยยาต้านฮอร์โมนซึ่งพยาบาลผู้ดูแลต้องใช้ทักษะและกระบวนการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ ไม่ท้อแท้ ต่อสู้และสามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตนี้ไปด้วยดี เป้าหมายการดูแล ต้องเปลี่ยนเป็นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญโรคการรักษา ให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากการรักษา โดยลดความทุกข์ทรมานจากโรคมะเร็งชีวิตใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด

2.5 การพยาบาลผู้ป่วยระหว่างการรับประทานยาต้านฮอร์โมน

ยากลุ่ม Anti-estrogen ได้แก่ ยา Tamoxifen ผลข้างเคียงของยาต้านฮอร์โมน คืออาการ hot flashes ประจำเดือนมาผิดปกติ ช่องคลอดแห้ง (vaginal dryness) อาจมีเลือดออกได้ อาการมักไม่รุนแรงไม่จำเป็นต้องหยุดยาพบประมาณ 10% อาการข้างเคียงอื่น อาจทำให้เยื่อบุโพรงมดลูกหนาตัว (endometrial hyperplasia) มีติ่งเนื้อ(polyps) และอาจเป็นมะเร็งโพรงมดลูกได้ ควรแนะนำให้ผู้ป่วยรับทานยาอย่างต่อเนื่อง วันละ 1 เม็ด นาน 5 ปี และตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง นอกจากนี้ยา Tamoxifen มี

ความสัมพันธ์กับการเกิด thromboembolism เนื่องจากเกิดภาวะ antithrombin III deficiency ทำให้เกิด deep vein thrombosis (DVT) ได้ ควรแนะนำไม่ให้ผู้ป่วยยืนอยู่ในท่าเดิมนานๆ ควรเปลี่ยนอิริยาบถเป็นการ ลุกเดิน เพื่อเพิ่มการไหลเวียนของหลอดเลือดดำ

ยาในกลุ่ม Aromatase inhibitor (AI) มีผลข้างเคียง hot flashes พบประมาณร้อยละ 12 อาการข้างเคียงอื่นเช่น อ่อนเพลีย ช่องคลอดแห้ง ซึ่งอาจเกิดจาก ภาวะหมดประจำเดือน ควรแนะนำให้ผู้ป่วยใช้ยาหล่อลื่นที่ไม่ใช่ยาเอสโตรเจนครีม ผลข้างเคียงระยะยาวทำให้มวลกระดูกสะโพกต้นขาลดลง และระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้น (Foxson , Lattimer & Felder 2010)

3. การดูแลบรรเทาความเจ็บปวด

ความเจ็บปวดเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องตระหนักถึงผลของความกลัวและความวิตกกังวลเนื่องจากความเจ็บปวดที่เพิ่มมากขึ้น ต้องติดตามความรู้ใหม่ในการบรรเทาความปวดและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ แนวทางในการลดความรู้สึเจ็บปวดได้แก่

3.1 การสร้างและรักษาไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลเป็นสิ่งที่จำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและเห็นความจริงใจที่จะดูแล เห็นความเอื้ออาทรของพยาบาลที่ใส่ใจให้ความช่วยเหลือ

3.2 เต็มใจที่จะรับฟังและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยค้นหาความเจ็บปวด สิ่งที่ผู้ป่วยกังวล ปฏิเสธความช่วยเหลือจากญาติ พยาบาลผู้ดูแลควรชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ของอารมณ์เครียดกับความเจ็บปวด สะท้อนให้ผู้ป่วยเข้าใจคลายความกังวลส่งผลให้ความรู้สึกเจ็บปวดน้อยลง

3.3 ประเมินความเจ็บปวดอย่างมีระบบตามแผนการให้การพยาบาล

3.4 ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์

3.5 ส่งเสริมความสบายโดยทั่วไป จัดท่านอน จัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

4. การดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ

ภายหลังการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยที่คุณภาพชีวิตที่ดี สามารถปรับตัวในชีวิตประจำวัน การฟื้นฟูจึงมีบทบาทสำคัญโดยให้ผู้ป่วย ครอบครัวและเพื่อนเป็นผู้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ฟื้นฟูร่างกาย ทางอารมณ์และความกล้าที่กลับไปใช้ชีวิตอย่างปกติ

5. การดูแลแบบประคับประคอง

เป็นการดูแลแบบองค์รวมให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย หรือในผู้ป่วยที่ต้องการหยุดการรักษาจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการการดูแลทางด้านจิตใจค่อนข้างมาก ให้ยอมรับกับภาวะลุกลามของโรคและอาการต่างๆที่จะเกิดขึ้น พยาบาลต้องกระตุ้นให้ครอบครัวเป็นกำลังใจที่สำคัญแก่ผู้ป่วยดูแลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าและความสำคัญต่อครอบครัว ทุกคนในครอบครัวรักและอยากให้ผู้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ต่อไป

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งนั้น มีสาเหตุได้จากทั้งทางด้านร่างกาย และทางจิตใจ สาเหตุทางด้านร่างกาย คือ โรคมะเร็งอาจมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อร่างกาย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงเมตาโบลิซึม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงจะส่งผลกระทบต่อเกิดการเกิดภาวะขาดสารอาหาร ร่างกายอ่อนแอลง ภูมิคุ้มกันต่ำลง เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อระบบการทำงานของสมอง หรือเกิดจากการแพร่กระจายของโรคมะเร็งไปยังส่วนต่างๆ ของสมอง ทำให้เกิดการเปลี่ยนทางจิตใจ อารมณ์ เช่น เกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากภาวะของโรค การปรับตัวต่อการเจ็บป่วย หรือเกิดได้จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เป็นผลจากกระบวนการรักษา ได้แก่ เคมีบำบัด รังสีรักษา ผู้ป่วยมักกลัวผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษา การสูญเสียความสามารถที่จะควบคุมตนเอง สูญเสียหน้าที่ สูญเสียอวัยวะ และมีภาวะการณำหน้าที่ของร่างกายที่ลดลงเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับอันตราย และมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง ดังนั้นพยาบาลต้องเข้าใจกระบวนการดูแล ประกอบด้วย

1. การประเมินภาวะสุขภาพ เพื่อกำหนดแผนการพยาบาล โดยประเมินสภาพทั่วไป เก็บรวบรวมข้อมูล ประเมินความผิดปกติของอารมณ์ ความคิด การรับรู้ อาการแสดงที่ผิดปกติจากปกติ รวมทั้งการประเมินความคิดและพฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย โดยใช้ข้อมูลหลายแหล่งร่วมกัน เช่น จากตัวผู้ป่วยเอง จากครอบครัว การสังเกตขณะพูดคุยกับผู้ป่วย และจากการบอกเล่าของทีมผู้ดูแลรักษา

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยวินิจฉัยความผิดปกติทางอารมณ์ ด้านความคิด ด้านร่างกาย และพฤติกรรม ตามสภาพปัญหาที่พบได้ในผู้ป่วยแต่ละราย ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อวางแผนการพยาบาล โดยพิจารณาความเสี่ยงด้านต่างๆ โดยเฉพาะการทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น การสูญเสียความสามารถในการทำงาน มีความบกพร่องในการดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัย การแยกตัวจากสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ กระบวนการทำหน้าที่ต่างๆ เสีย กระบวนการคิดค้นแปร และบุคลิกภาพอ่อนแอ เป็นต้น

3. การวางแผนการพยาบาล เป็นการตั้งเป้าหมายพฤติกรรมที่พึงประสงค์ตามข้อวินิจฉัยพยาบาลในข้างต้น ประกอบด้วยแผนการพยาบาลระยะสั้น และระยะยาว ดังนี้

- 3.1 การวางแผนระยะสั้น โดยมุ่งให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยแต่ละข้อ พิจารณาตามวัตถุประสงค์ของการพยาบาลตามสภาพผู้ป่วยแต่ละราย โดยมุ่งเน้นการป้องกันอันตราย ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นทั้งภาวะที่รู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัวของผู้ป่วย เน้นการสร้างสัมพันธภาพ และส่งเสริมการปรับตัว เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยระบายปัญหา และปรับตัวอย่างเหมาะสม ส่งเสริมพฤติกรรมที่ดี และพัฒนาคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม เพิ่มคุณค่าในตนเอง และช่วยเหลือทางด้านร่างกาย

- 3.2 การวางแผนระยะยาว เป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเมื่อออกจากโรงพยาบาลแล้ว เน้นการดำรงชีวิตที่เหมาะสมในอนาคต โดยมุ่งเน้นการพัฒนาคุณค่าในตนเอง สนับสนุนความสามารถในการทำงาน การเผชิญปัญหา การปรับตัวในครอบครัวและสังคม โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมากขึ้น

รับรู้คุณค่าในตนเอง มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง เห็นความสำคัญของตนเองมากขึ้น และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหา ควบคุมสถานการณ์ในชีวิตของตนเอง โดยให้ผู้ป่วยพูดถึงสิ่งที่ดีที่จะสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายและความพึงพอใจของตนเอง

4. การปฏิบัติการพยาบาล ทีมการพยาบาลจะต้องมีการปฏิบัติที่มีความสอดคล้องกัน ต้องประชุมทีมเพื่อหาแนวทางปฏิบัติ หาวิธีการที่จะทำให้แผนการพยาบาลเป็นไปตามแผน ประกอบด้วย

4.1 การป้องกันอันตราย ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มีแนวโน้มที่จะทำอันตรายตนเองสูง ทั้งในภาวะที่รู้ตัวและไม่รู้ตัว พยาบาลต้องดูแลใกล้ชิด สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยควรช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย มีความสงบ มีความสุขสบาย ไม่กดดัน หรือเกิดความยุ่งยากในการปรับตัว ซึ่งรวมถึงท่าทีของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วย

4.2 การช่วยเหลือด้านร่างกาย มีเป้าหมายเพื่อบรรเทาอาการต่างๆ ที่ทำให้เผชิญการเจ็บป่วยของผู้ป่วยยุ่งยากมากขึ้น เช่น ความวิตกกังวล ท้อแท้ สับสน หงุดหงิด รวมถึงอาการทางร่างกาย โดยช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกิจกรรม บันทึกพฤติกรรม ดูแลการได้รับสารอาหารและน้ำ ดูแลการนอนหลับและการพักผ่อน ติดตามอาการข้างเคียงจากการที่ได้รับยารักษา และการป้องกันการทำร้ายตนเอง เป็นต้น

4.3 การให้ข้อมูลและการสอนผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาลส่วนนี้ มีความสำคัญมาก ผู้ป่วยควรได้รับข้อมูลที่ชัดเจนในเวลาที่เหมาะสม เพราะข้อมูลจะช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสเตรียมตัว วางแผน และแยกแยะปัญหาต่างๆ ด้วยตนเองดีขึ้น โดยใช้เทคนิคการสอนในรูปแบบต่างๆ เช่น การสอนการปรับตัวต่อการเผชิญปัญหา การปรับตัวในสังคม การพัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออก การฝึกการคลายเครียด รวมถึงการสอนการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

4.4 การใช้เทคนิคการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ ติดต่อกับผู้ป่วยรายบุคคล สร้างความไว้วางใจ แสดงความเห็นใจและเข้าใจ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ เป็นต้น

4.5 การให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจ โดยการใช้จิตบำบัดแบบประคับประคอง โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง แยกแยะปัญหาด้วยตัวของเขาเอง ซึ่งมีแนวทางในการให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจที่ควรปฏิบัติ ได้แก่ ติดต่อกับผู้ป่วยด้วยท่าที่เป็นมิตร จริงใจ อ่อนน้อม เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจ ใช้ทักษะในการสื่อสาร เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดถึงความวิตกกังวลหรือความขัดแย้งต่างๆ ได้อย่างอิสระ ยอมรับในความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วย รับฟังอย่างจริงจัง และแสดงถึงความเข้าใจในความทุกข์อย่างแท้จริง โดยช่วยให้ผู้ป่วยเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง แยกแยะสภาพปัญหาต่างๆ ด้วยตนเอง ให้หัดตัดสินใจในเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ที่เกี่ยวกับตนเองก่อนไปตัดสินใจให้ผู้ป่วย ประคับประคองจิตใจโดยให้กำลังใจ ให้ความมั่นใจ และให้การปลอบโยนอย่างเหมาะสม

4.6 การให้คำปรึกษา เน้นการให้คำปรึกษา การปรับตัว การเผชิญปัญหา และการแก้ปัญหา ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวัน และการดำเนินชีวิตในสังคม

4.7 การพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยการฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกและฟื้นฟูทักษะการดำรงชีวิตในสังคม และการให้ข้อมูลย้อนกลับที่เหมาะสม

4.8 การฝึกทักษะทางจิตวิทยา มีเป้าหมายเพื่อควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ของตัวผู้ป่วยเอง โดยสอนวิธีการต่างๆ ให้ผู้ป่วยรู้จักควบคุมตนเองหรือช่วยเหลือตนเอง ได้แก่ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (muscle relaxation) การใช้จินตนาการ (visualization) การสะกดจิตตนเอง (self-hypnosis) การฝึกสมาธิ (meditation) และการปรับพฤติกรรม (behavior modification) ซึ่งต้องเลือกใช้ให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย

4.9 การช่วยเหลือครอบครัวหรือบุคคลสำคัญ เมื่อเกิดจากเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบต่อครอบครัวเช่นกัน ในขณะที่เดียวกันครอบครัวก็มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางด้านจิตใจของผู้ป่วย การช่วยเหลือที่สำคัญ ได้แก่ ช่วยให้ครอบครัวเข้าใจสภาพการเจ็บป่วย โดยเฉพาะถ้าการเจ็บป่วยนั้นก่อให้เกิดความพิการหรือเรื้อรัง เพื่อให้ครอบครัวได้เตรียมวางแผนกิจกรรมต่างๆ ในอนาคต รวมทั้งช่วยทางด้านอารมณ์ ได้แก่ ให้ครอบครัวได้มีโอกาสระบายความรู้สึกต่างๆ วิเคราะห์ และหาแนวทางในการแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ร่วมกับการให้ความมั่นใจ ให้กำลังใจในการดูแลผู้ป่วย ช่วยครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย โดยการสอน แนะนำ และให้คำปรึกษากับญาติในการดูแลให้สอดคล้องกับสภาพและข้อจำกัดแต่ละครอบครัว จัดให้มีบริการที่จำเป็นในกรณีที่เป็นผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านหรือในชุมชน โดยให้บริการอุปกรณ์ที่จำเป็นในบางราย และให้บริการด้านการแก้ปัญหา เป็นต้น

4.10 การแนะนำแหล่งบริการที่สะดวกสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อมีปัญหาภายหลังจำหน่าย

5. การประเมินผล เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล โดยประเมินผลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในแต่ละข้อ ซึ่งเป็นการพิจารณาถึงผลสำเร็จของการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลที่ดำเนินการไปแล้วว่าบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้เพียงใด

การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้า เป็นเรื่องที่ยาก ซับซ้อน เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่มีอาการและอาการแสดงได้หลายมิติ จึงมีการสร้างเครื่องขึ้นหลายแบบ สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ดังนี้

1. การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้วิธีการประเมินตนเอง (Self-rating scale) โดยผู้ป่วยหรือผู้ถูกประเมินเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม มีข้อดี คือ ใช้ง่าย ประเมินในกลุ่มคนจำนวนมาก ประหยัด มักใช้ในการสำรวจเพื่อค้นหาผู้มีความเจ็บป่วย ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2 Q) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9 Q) ของกรมสุขภาพจิต เป็นต้น (ภาคผนวก)

2. การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้เครื่องมือวัด (Clinical rating scale) ผู้ประเมินเป็นผู้ตอบแบบสอบถามจากการซักถามอย่างเป็นระบบ โดยประเมินตามหัวข้อที่มีในแบบประเมิน มักใช้ในกรณีที่ได้รับการรักษาโดยแพทย์เป็นผู้ประเมินความรุนแรง ได้แก่ Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) เพื่อคัดกรองภาวะอารมณ์แปรปรวน ในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางกาย สามารถใช้ได้ทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน มีข้อดีคือสั้น กะทัดรัด มีจำนวนข้อคำถามไม่มาก (ภาคผนวก)

บทที่ 4

รายงานการศึกษาผู้ป่วยเฉพาะราย

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาแบบผสมผสาน ที่เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งประกอบด้วยการรักษาผ่าตัดเต้านมแบบสงวนเต้า (Breast Conserving Surgery with Sentinel Lymph node Biopsy และการฉายรังสีในระหว่างผ่าตัด (Intra Operative Radiation therapy) แบบ Full dose หลังได้ผลชิ้นเนื้อ แพทย์รักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด (Chemo therapy) และรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมน (Hormonal therapy) การนำเสนอกรณีศึกษา ประเด็นการพยาบาลผู้ป่วยที่ผู้ศึกษาได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ตั้งแต่เริ่มมารักษาที่คลินิกเต้านม ส่งเจาะชิ้นเนื้อ ผลออกมาเป็นมะเร็งเต้านม จนกระทั่งเริ่มเข้าสู่กระบวนการรักษาแบบผสมผสาน ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาอย่างต่อเนื่องและใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยต้องผ่านกระบวนการรักษาที่ซับซ้อน มีภาวะแทรกซ้อน จากการรักษาและอาการข้างเคียงต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะเครียดวิตกกังวล และภาวะวิกฤตของชีวิต

จากแนวคิดเรื่องความเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ศึกษาใช้แนวคิดของของคอร์บินและสเตราส์ เสนอว่าการดำเนินของโรคเรื้อรังแบ่งเป็น 8 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนการเจ็บป่วย (Initial or pretrajectory phase) เป็นระยะที่เกิดก่อนมีอาการหรืออาการแสดงของโรค 2) ระยะเริ่มต้น (Trajectory onset phase) เป็นระยะที่มีอาการและอาการแสดงให้เห็น รวมทั้งเป็นช่วงที่มีการวินิจฉัยโรค 3) ระยะวิกฤต (Crisis phase) เป็นระยะที่มีอาการคุกคามชีวิต 4) ระยะรุนแรง (Acute phase) เป็นระยะที่ต่อจากรยะวิกฤต มีอาการขั้นรุนแรงมีภาวะแทรกซ้อน ต้องเข้าโรงพยาบาลเพื่อการรักษา 5) ระยะคงที่ (Stable phase) เป็นระยะที่อาการหรืออาการดำเนินของโรคสามารถควบคุมได้ 6) ระยะที่มีการเปลี่ยนแปลง (Unstable phase) เป็นระยะที่ไม่สามารถควบคุมหรือการดำเนินโรค 7) ระยะทรุดลง (Downfall) เป็นระยะที่มีการดำเนินโรคมามากขึ้น ทั้งร่างกายและจิตใจ 8) ระยะใกล้ตาย (Dying phase) ระยะที่มีความตายมาเยือน อาจเป็นชั่วโมงเป็นวันหรือเป็นสัปดาห์

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ศึกษานำแนวคิดดังกล่าวมาปรับใช้เช่นเดียวกับการศึกษาของ อภิรดี ลดาวัลย์ และคณะ กับรายกรณีศึกษาเพื่อให้เกิดความชัดเจนในแต่ละระยะการดำเนินของโรค สิ่งผู้ป่วยต้องเผชิญกับโรคและการรักษา เทคโนโลยีทางการรักษา ผลข้างเคียงทั้งจากโรคและการรักษา โดยปรับลดระยะเวลาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่รับไว้ในกรณีศึกษาเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะเริ่มต้น เป็นระยะที่มีอาการและอาการแสดงให้เห็น รวมทั้งเป็นช่วงที่มีการวินิจฉัยโรค 2) ระยะวิกฤต หรือระยะรุนแรงเป็นระยะที่มีอาการคุกคามชีวิต มีอาการขั้นรุนแรง ต้องเข้าโรงพยาบาลเพื่อการรักษา มีภาวะแทรกซ้อนการรักษา 3) ระยะคงที่เป็นระยะที่มีอาการหรือการดำเนินของโรคสามารถควบคุมได้

1. ระยะเริ่มต้น เป็นระยะที่มีอาการและอาการแสดงให้เห็น รวมทั้งเป็นช่วงที่มีการวินิจฉัยโรค ซึ่งในช่วงนี้เป็นช่วงระยะที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรค ผลการตรวจ Mammogram Ultrasound พบเป็น BIRADS 5 spiculated nodule RUQ ,R10 ทำ Core Needle Biopsy ผลเป็น Invasive ductal carcinoma และแพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบสงวนเต้านม และฉายรังสีในห้องผ่าตัด (Right

Breast Conserving Surgery with Sentinel Lymph Node Biopsy with Intra Operative Radiation Therapy)

2. ระยะวิกฤต ระยะรุนแรงที่มีอาการคุกคามชีวิต มีอาการขั้นรุนแรง มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัดและการได้รับยาเคมีบำบัดทำให้ช่วงนี้รู้สึกมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ต้องอดทนต่อสู้กับอาการต่างๆ ต้องการการดูแลและกำลังใจอย่างมาก ช่วงเวลาดังกล่าวแบ่งเป็น 2 ช่วง ดังนี้

2.1 ช่วงที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมและเลาะต่อมน้ำเหลืองที่เต้านมข้างขวา มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด มีอาการปวดและไม่สบาย

2.2 ช่วงที่ได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด ได้ยาเคมี AC (Adriamycin, Cyclophosphamide) 4 ครั้ง ซึ่งผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากยาเคมี ได้แก่ เกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากเคมีบำบัด มีภาวะซึมเศร้าเนื่องจากไม่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดต่อเนื่อง กลัวโรคลุกลามและกลัวเป็นภาระของบุตรสาว

3. ระยะคงที่ เป็นระยะที่อาการหรือการดำเนินของโรคสามารถควบคุมได้ ระยะนี้อยู่ในช่วงที่ให้ยาเคมีบำบัดครบ เป็นช่วงพักฟื้นและช่วงระหว่างการรักษาต่อด้วยการรับประทุษยาต้านฮอร์โมน (ซึ่งใช้ยาฮอร์โมนต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 5 ปี)

1. ข้อมูลทั่วไปและประวัติเจ็บป่วย

ประวัติส่วนตัว

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 63 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ การศึกษา ปริญญาตรี

ประวัติครอบครัว

บุคคลในครอบครัวไม่มีประวัติเป็นโรคมะเร็ง

แหล่งประโยชน์ของครอบครัว

ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับครอบครัว มีสามี ลูกสาว 1 คน และหลานสาว 1 คน ปัจจุบันไม่ได้ทำงาน และช่วยเหลืองานที่บ้านที่กรุงเทพฯ มีบ้านเป็นของตนเอง

ฐานะทางเศรษฐกิจ

ผู้ป่วยไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย เนื่องจากบุตรสาวเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายให้ทั้งหมด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิต และมีไขมันในเส้นเลือดสูง ที่โรงพยาบาลรามาริบัติมา 3 ปี รักษาที่โรงพยาบาลรามาริบัติ รับประทานต่อเนื่องมาตลอด ควบคุมอาการของโรคได้ดี เคยผ่าตัดมดลูกและรังไข่ทั้ง 2 ข้างเมื่อปี 2551

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน อาการสำคัญที่มารักษา

10 กันยายน 2562 ญาตินำผลการตรวจ Mammogram จากโรงพยาบาลกรุงเทพมาปรึกษาแพทย์ ผล MMG : BIRADS 5 โดยให้ประวัติการเจ็บป่วยก่อนมาโรงพยาบาล คลำพบก้อนเต้านมเองมา

ประมาณ 2 สัปดาห์ ไปตรวจที่โรงพยาบาลกรุงเทพ ทำ Mammogram และนำผล Mammogram มาปรึกษาแพทย์ แพทย์ได้ส่งทำ Core Needle Biopsy (CNB)

13 กันยายน 2562 ทำ CNB ผลเป็น Invasive ductal carcinoma นั้ดทำผ่าตัด BCS with SLNB with IORT Full dose 21 Gy. 9 ตุลาคม 2562

8 ตุลาคม 2562 ผู้ป่วยมา Admit ตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อทำผ่าตัด และฉายแสงในห้องผ่าตัด วันที่ 9 ตุลาคม 2562 จำหน่ายกลับบ้าน รวมระยะเวลาอนโรงพยาบาล 2 วัน

15 ตุลาคม 2562 ผลPathology หลังผ่าตัด เป็น Invasive ductal carcinoma grade 2, with ductal carcinoma in situ ส่งปรึกษาเคมีบำบัด นัดตรวจติดตามและเจาะ seroma เป็นพักๆ

- Aspirate seroma 215 ml 19 ตุลาคม 2562

- Aspirate seroma 65 ml 22 ตุลาคม 2562

- Aspirate seroma 28 ml 29 ตุลาคม 2562

18 พฤศจิกายน 2562 เริ่มให้ยาเคมีบำบัด สูตร AC (Adriamycin , Cyclophosphamide) จำนวน 4 ครั้ง ให้ทุก 3 สัปดาห์ โดยให้ที่ศูนย์บริหารยาเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก ครบวันที่ 27 มกราคม 2563 หลังได้รับยาเคมีบำบัด ครั้งที่ 2 (วันที่ 9 ธันวาคม 2562) ผู้ป่วยไป Admit โรงพยาบาลใกล้บ้าน (โรงพยาบาลยันฮี) ด้วย Febrile neutropenia ได้ ATB และG-CSF จำนวน 3 วัน มีผมร่วงและมีภาวะซึมเศร้า ได้ยา Fluoxetine รับประทานวันละ 1 เม็ดในตอนเช้า

24 กุมภาพันธ์ 2563 มาับการรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมน Tamoxifen เป็นเวลา 5 ปี โดยรับประทานยาครั้งละ 1 เม็ด วันละครั้ง ในตอนเช้า

เนื่องจากกรณีศึกษารายนี้ ผู้ศึกษาเริ่มเข้าไปดูแลตั้งแต่ First Diagnosis วันที่ 10 กันยายน 2562 และติดตามดูแลให้คำแนะนำตลอดมา ตลอดการรักษา โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย

ระยะที่ 2 Admit เพื่อทำผ่าตัดเต้านมแบบสงวนเต้าและฉายรังสีในห้องผ่าตัด วันที่ 8 ตุลาคม 2562 ผ่าตัดวันที่ 9 ตุลาคม 2562

ระยะที่ 3 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาเคมีบำบัด ตั้งแต่ 18 พฤศจิกายน 2562 ถึง 27 มกราคม 2563 และได้รับการรักษาต่อด้วยยาต้านฮอร์โมน

ซึ่งในแต่ละช่วงเวลานั้น ผู้ป่วยมีความเครียด วิถีกังวล ที่แตกต่างกันไปในแต่ละการรักษา ทั้งในเรื่องการทำผ่าตัดที่เต้านม การฉายแสงในห้องผ่าตัดแบบครั้งเดียว การให้ยาเคมีอีกทั้งมีภาวะแทรกซ้อนของยาเคมี มีไข้และมีเม็ดเลือดขาวต่ำ ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตทางร่างกายและอารมณ์อย่างมาก รู้สึกหมดแรง หมดกำลังใจ ท้อแท้และรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ ผมร่วง

2. การประเมินทางชีวภาพ

ตารางที่ 9 การประเมินทางชีวภาพ

การประเมินทางชีวภาพ	ระยะที่ 1	ระยะที่ 2	ระยะที่ 3				
	10 ก.ย.62	8 ต.ค.62	เคมีครั้งที่ 1 18พ.ย.62	เคมีครั้งที่ 2 9 ธ.ค.62	เคมีครั้งที่ 3 6 ม.ค.63	เคมีครั้งที่ 4 27 ม.ค.63	ฮอร์โมนครั้งแรก 24 ก.พ.63
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	60.5	58.3	59.6	60.5	61.6	61.8	61.2
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	153	153	153	153	153	153	153
อุณหภูมิ (องศาเซลเซียส)	36.3	36	36.2	36.5	36.2	36	36.1
ชีพจร (ครั้ง/นาที)	90	95	120	123	119	102	109
อัตราการหายใจ (ครั้ง/นาที)	20	22	20	20	20	20	20
ความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)	142/82	168/92	152/85	145/89	151/88	158/89	155/88

Thailand

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

การประเมินสภาพร่างกายทั่วไป

ตารางที่ 10 การประเมินสภาพร่างกายทั่วไป

สภาพร่างกาย	ระยะที่ 1 (10 ก.ย.62)	ระยะที่ 2 (8 ต.ค.62)	ระยะที่ 3(8 พ.ย.62-27ม.ค.63)
ผิวหนัง	- ผิวขาวไม่มีจ้ำเลือดหรือผื่น - ความยืดหยุ่นผิวหนังปกติ - เล็บมือเท้าสะอาด	- ความยืดหยุ่นผิวหนังปกติ - เล็บมือเท้าสะอาด	- ความยืดหยุ่นผิวหนังมีติ่งปกติ - 18 พ.ย.62 มีผมร่วง - หลังมือ หลังเท้าบวมเล็กน้อย และปลายเล็บสีคล้ำ
ใบหน้าและลำคอ	- ใบหน้าสองข้างสมมาตรกัน - ต่อม้ำเหลืองที่คอโต - ตา 2 ข้างมองเห็นชัดเจน - จมูกมีการรับรู้ได้กลิ่น - ริมฝีปากปกติ ช่องปากปกติ	- ใบหน้าสองข้างสมมาตรกัน - ไม่มีต่อม้ำเหลืองที่คอโต - ตา 2 ข้างมองเห็นชัดเจน - จมูกมีการรับรู้ได้กลิ่น - ริมฝีปากปกติ ช่องปากปกติ	- ใบหน้าสองข้างสมมาตรกัน - ไม่มีต่อม้ำเหลืองที่คอโต - ตา 2 ข้างมองเห็นชัดเจน - จมูกมีการรับรู้ได้กลิ่น - ริมฝีปากปกติ ช่องปากแห้ง
ทรวงอก ระบบ ต่อม้ำเหลืองและ การหายใจ	- ทรวงอกสองข้างสมมาตรกัน - การขยายตัวของทรวงอกขณะ หายใจเข้า-ออก สมมาตรกัน ประมาณ 20 ครั้ง/นาที - ไม่มีต่อม้ำเหลืองที่คอ ไหปลาร้าและรักแร้โต	- ทรวงอกสองข้างสมมาตรกัน - การขยายตัวของทรวงอกขณะ หายใจเข้า-ออก สมมาตรกัน ประมาณ 22 ครั้ง/นาที - ไม่มีต่อม้ำเหลืองที่คอ ไหปลาร้าและรักแร้โต	- ทรวงอกสองข้างสมมาตรกัน - การขยายตัวของทรวงอกขณะ หายใจเข้า-ออก สมมาตรกัน ประมาณ 22 ครั้ง/นาที - ไม่มีต่อม้ำเหลืองที่คอ ไหปลาร้าและรักแร้โต
ระบบประสาทและ กล้ามเนื้อ	- ระดับความรู้สึกตัวอยู่ในระดับ Fully awake or alert - การเคลื่อนไหวของร่างกายอยู่ ในระดับปานกลาง	- ระดับความรู้สึกตัวอยู่ในระดับ Fully awake or alert - การเคลื่อนไหวของร่างกายอยู่ ในระดับปานกลาง	- ระดับความรู้สึกตัวอยู่ในระดับ Fully awake or alert - การเคลื่อนไหวของร่างกายอยู่ ในระดับปานกลาง อ่อนเพลีย เล็กน้อย หยิบจับสิ่งของได้ ยังมี เจ็บปลายมืออยู่สามารถ ช่วยเหลือตัวเองได้
ระบบทางเดิน ปัสสาวะและ อวัยวะสืบพันธุ์	- ปัสสาวะเองได้ตามปกติ	- ปัสสาวะเองได้ตามปกติ	- ปัสสาวะเองได้ตามปกติ
สภาพจิตใจและ อารมณ์	- มีความวิตกกังวลเรื่องการ วินิจฉัยโรค เรื่องโรค และ แผนการรักษาของแพทย์	- มีความวิตกกังวลเรื่องโรค การ ผ่าตัดและแผนการรักษา	- มีความวิตกกังวลเรื่องโรค กังวล เรื่องผลข้างเคียงจากการรักษา ด้วยยาเคมี มีภาวะซึมเศร้า

การประเมินการดำเนินชีวิตตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน

1.แบบแผนการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ รับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งได้รับการรักษาครบตามแผนแล้ว มีการผ่าตัดร่วมกับการฉายแสงในห้องผ่าตัด และต้องรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดและยาต้านฮอร์โมน ซึ่งใช้ระยะเวลาการรักษาที่ต่อเนื่องเป็นเวลายาวนาน มีการแทรกซ้อนจากการรักษาเยอะ โดยเฉพาะในเรื่องได้รับยาเคมีบำบัด รู้สึกวิตกกังวล ท้อแท้ต่อการรักษา

2.แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญ รับประทานอาหารได้ครบ 3 มื้อ ไม่ค่อยตรงเวลา เนื่องจากเลี้ยงดูหลาน แต่เมื่อเจ็บป่วยจะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลอย่างเคร่งครัด

ช่วงระยะที่ 1 ระยะที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ตามปกติ

ช่วงระยะที่ 2 รักษาโดยการผ่าตัด และฉายรังสีในห้องผ่าตัด ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ตามปกติของแผนการเริ่มอาหารหลังผ่าตัด ไม่มีท้องอืด

ช่วงระยะที่ 3 ที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด มีคลื่นไส้อาเจียนตามการให้ยาเคมีบำบัดในแต่ละครั้ง เพื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย หลังจากได้รับเคมีบำบัดครบ เป็นช่วงที่ได้รับยาต้านฮอร์โมน รับประทานอาหารได้มากขึ้น

3.แบบแผนการขับถ่ายของเสีย ขับถ่ายของเสียวันละครั้ง ปัสสาวะปกติ ไม่มีปัญหาในการขับถ่าย

4.แบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย เลี้ยงหลานอายุ 2 ขวบ ออกกำลังกายทุกวัน จะรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย ช่วงระยะที่ 3 ที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด บุตรสาวและสามีเป็นผู้ดูแลและขับรถรับ-ส่งตลอด

5.แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ

ช่วงระยะที่ 1 ระยะที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย พักผ่อนน้อย นอน 3-4 ชั่วโมง นอนไม่ค่อยหลับ วิตกกังวลเรื่องโรคและการรักษา

ช่วงระยะที่ 2 รักษาโดยการผ่าตัด สามารถพักผ่อนได้ มีปวดแผลเป็นบางเวลา ได้ใช้ยาแก้ปวด 1 ครั้ง

ช่วงระยะที่ 3 รักษาด้วยเคมีบำบัด ต้องใช้เวลานานกว่าจะหลับได้ ใช้ยานอนหลับก่อนนอนตามแพทย์สั่ง

6.แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ การรับรู้ทางประสาทสัมผัสปกติ มองเห็น ได้ยิน ได้กลิ่น สัมผัส ความจำปกติ ยกเว้นรับประทานอาหารรสเผ็ดไม่ได้

7.แบบแผนการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและอัตมโนทัศน์ ห่วงใยและกังวลเรื่องโรคและการรักษาตลอดจนภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษา อยากรักษาตัวให้หายเพื่อที่จะได้อยู่กับครอบครัวและดูหลานเติบโตในอนาคต

8.แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ การพูดจาชัดเจน ครอบครัวมีสามี บุตรสาวและหลาน ความห่วงใยต่อกันเป็นอย่างดีและเดินทางมาเป็นเพื่อนในการมาพบแพทย์ตามนัด

9.แบบแผนกเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ มีเพศสัมพันธ์ตามปกติ ประวัติมีประจำเดือนครั้งสุดท้ายอายุ 51 ปี ตัดมดลูกและรังไข่ทั้ง 2 ข้าง แล้วเมื่อปี 2551

10.แบบแผนการเผชิญความเครียดและการทนต่อความเครียด มีความวิตกกังวล และมีภาวะซึมเศร้าหลังได้รับยาเคมีครั้งที่ 2 แล้วเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ และไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง จะมีสามีและบุตรสาวเป็นที่ปรึกษา และคอยดูแลให้กำลังใจ

11.แบบแผนค่านิยมและความเชื่อ ภาวะปกติไม่กลัวความตาย เชื่อในพระพุทธศาสนา ใส่บาตรตามเทศกาล และชอบทำบุญ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory) และผลการตรวจอื่นๆ

ผลการตรวจทางห้องพยาธิวิทยา (Pathology)

4 ตุลาคม 2562 Pathological Diagnosis: Right breast, R10, Core needle biopsy
Invasive ductal carcinoma

15 ตุลาคม 2562 Wide excision

A : Sentinel lymph node, right axilla, defrosted tissue (Frozen section)
:- No metastasis in 6 lymph nodes (0/6)

B : - Invasive ductal carcinoma, grade 2, with ductal carcinoma in situ

- Tumor size 1.4 cm. in greatest dimension

- Free resection margins

- No Lymphovascula invasion identified:

- No metastasis in 6 lymph nodes (0/6)

ตารางที่ 11 แสดงผลการตรวจการย้อมสีทางอิมมูโนฮิสโตเคมี(Immunohistochemical Stain)

Test	ASSESSMENT	IMMUNOREACTIVE	IMTENSITY	CUT OFF VALUE
ER	Positive	91-100%	3+	1%
PR	Positive	91-100%	2+	1%
P53	Favorable	1-10%		
K i-67	Favorable	1-10%		
C-erb-B2 (Her-2)	Negative (Score 1+)			

Criteria for reporting results of HER2 testing by immunohistochemistry (ASCO-CAP 2018 Focused Update Recommendation)

Negative (score 0) No staining or Incomplete, faint/barely perceptible membrane staining in $\leq 10\%$ of invasive tumor cells

Negative (score 1+) Incomplete, faint/barely perceptible membrane staining in $>10\%$ of invasive tumor cells

Equivocal (score 2+) Weak to moderate complete membrane staining in $>10\%$ of invasive tumor cells or

Complete, intense, circumferential membrane staining in $\leq 10\%$ of invasive tumor cells

Positive (score 3+) Complete, intense, circumferential membrane staining in $>10\%$ of invasive tumor cells

P53 $\leq 10\%$ Favorable / $>10\%$ Unfavorable

Ki67 $\leq 10\%$ Favorable / 11-20% Borderline / $>20\%$ Unfavorable

การแปลผล

pT1 No Mo,luminal A

เป็นมะเร็งที่มีการลุกลามจากท่อน้ำนม แต่ยังไม่มีการแพร่กระจายออกไปยังเนื้อเยื่อรอบๆ เต้านม ก้อนเนื้ออกมีขนาด 1.4 cm (T1) ไม่มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง (No) และอวัยวะอื่น Mo. จัดว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 มีผล ER+,PR+, HER-2 มีผลลบและมี Ki 67 ต่ำกว่า 14% (Luminal A) และเป็นมะเร็งชนิดที่ดูพอประมาณ (Grade2)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory) และผลการตรวจอื่นๆ

Mammogram (with ultrasound Breast) 7 กันยายน 2562

- 1). A small simple cyst over left breast ACR BI-RADS 2, Routinescreening to risk suggested
- 2). A 7 mm. speculated bordered isodense node over RUOQ, showing microlobulated outline with penetrating vascularity at R10 OC outer zone, ACR-BIRADS 5, appropriate action should be taken

การแปลผล พบเนื้องอกที่เต้านมชัดเจน ที่ส่วนบนด้านนอกของเต้านมข้างขวา มีโอกาสความเสี่ยงสูงที่จะเป็นมะเร็ง แนะนำให้ตัดชิ้นเนื้อออก ผู้ป่วยได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจอื่นๆ เพื่อเตรียมสำหรับการผ่าตัด โดย Admit วันที่ 8 ตุลาคม 2562 และผ่าตัดวันที่ 9 ตุลาคม 2562

Ultrasound of upper Abdomen

- Mild fatty liver
- A small liver cyst in right lobe
- Two ting GB polyps

การแปลผล

มีไขมันพอกตับเล็กน้อย มีถุงน้ำที่ตับด้านขวาและมีติ่งเนื้องอกออกมาจากถุงน้ำดี 2 ตีงเล็กๆ ตารางที่ 12 แสดงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory)

ชนิดผลการตรวจ	วันที่ตรวจ	ผลการตรวจ
Chest X-ray (CXR)	8 ตุลาคม 2562	Normal Chest
Electrocardiography (EKG)	8 ตุลาคม 2562	Normal
Blood group	8 ตุลาคม 2562	Group O
Hepatitis B Surface Antigen (HBsAg)	8 ตุลาคม 2562	Non-Reactive
ชนิดผลการตรวจ	วันที่ตรวจ	ผลการตรวจ
Human Immune deficiency virus (HIV)	8 ตุลาคม 2562	Non-reactive
Urine examination	8 ตุลาคม 2562	ปกติ
Echocardiogram	15 พฤศจิกายน 2562	LV EF 72% (ปกติ)

ตารางที่ 13 แสดงผลทางโลหิตวิทยา (Hematology)

รายการตรวจ	ค่าปกติ	วันที่ตรวจ							
		8ต.ค.62	11พ.ย.62	2ธ.ค.62	เคมีครั้งที่ 2 9 ธ.ค. 62	เคมีครั้งที่ 3 6 ม.ค. 63	เคมีครั้งที่ 4 27 ม.ค. 63	รับยา Hormone ครั้งแรก 24ก.พ.63	รับยา Hormone ครั้งที่ 2 18พ.ค.63
Hemoglobin	12-169 /d/	14.4	13.8	12.9	13.9	12.8	13	13.1	13.4
Hematocrit	36-48%	43.1	42.3	38.4	41.2	37.2	39.4	39.6	39.3
White blood cell count	4-10 10 ³ /u/	8.17	7.09	1.5(L)	4.59	8.63	4.47	5.36	5.12
Platelet count	150- 450 10 ³ /u/	207	187	202	371	320	298	232	1.78
Neutrophil	40-74%	691	51.3	6(L)	54	68.8	47.7	54.4	55.8
Lymphocyte	19-48%	256	40.2	88(H)	35.3	23.4	34.1	31.0	38.1
Monocyte	3-9%	3.4	4.8	5	92	5.3	15.7	11.4	4.1
Eosinophil	0-7%	1.3	3.0	1	0.2	0.6	0.9	1.7	1.2
Basophil	0-1.5%	0.6	0.7	0	1.3	1.9	1.6	1.5	0.8
ANC	1. 5- 99 10 ³ /u/	5.56	3.64	0.09	2.48	5.94	2.13	2.92	2.86

ให้ยาเคมี ครั้งที่ 1 ใช้ผลการตรวจ CBC, blood chemistry ของวันที่ 11 พฤศจิกายน 2562 ซึ่งผลการตรวจเลือดปกติ

2 ธันวาคม 2562 ตรวจติดตามภาวะหลังได้รับยาเคมีบำบัด ครั้งที่ 1 มีภาวะ Leuko-neutropenia : Neutrophil 6 % ,WBC 1.5 10³/U/, ANC 0.09³/UL

National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ตารางที่ 14 แสดงการตรวจเลือดทางเคมีคลินิก (Blood Chemistry)

รายการตรวจ	ค่าปกติ	วันที่ตรวจ			
		8 ต.ค. 62	11พ.ย. 62	24ก.พ. 63	18พ.ค.63
Albumin	3.5-5.20 g/dL	4.7	4.6	4.5	3.2
A/P (Alkaline phosphatase)	35-104 U/L	74	79	82	75
ALT (SGPT)	0-33 U/L	12	12	17	15
AST (SGOT)	0-32 U/L	15	16	21	21
BUN (Blood Urea Nitrogen)	6-20 mg/dL	11	15		
Cholesterol	0.200 mg/dL	138			
Creatinine	0.51-0.95 mg/dL	0.88	0.85	0.71	0.75
e-GFR	mL /min/ 1.73 ²	7.0	73	90	85
Direct Bilirubin	0.0.30 mg/dL	0.44			
Glucose (Blood Sugar)	74-106 mg/dL	130			
HDL -Cholesterol	40-150 mg/dL	64			
LDL-Cholesterol	0-130 mg/dL	76			
Total Bilirubin	0-1.2 mg/dL	1.18	0.91	0.72	0.28
Direct Bilirubin	0-0.3 mg/dL	-	0.36	0.27	0.68
Total Protein	6.6-8.7 mg/dL	701	7.3	7.2	64(L)
Triglyceride	0-200 mg/dL	97			
Uric Acid	0.40-5.7 mg/dL	3.7			
Na (sodium)	136-145 mmol/L	144			
K (Potassium)	3.5-5.10 mmol/L	3.73			
CL (Chloride)	98-107 mmol/L	107			
Co ₂	22-29 mmol/L	27.0			

การแปลผล

ผลวินิจฉัยการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ผลการตรวจเลือด blood chemistry โดยรวมทั่วไปปกติ มีวันที่ 18 พฤษภาคม 2563 ค่าโปรตีนต่ำเล็กน้อย

สรุปการวินิจฉัยและการรักษา

ผู้ป่วยรายกรณีศึกษา ผู้ศึกษามาดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยและการรักษาแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้แพทย์วินิจฉัยเป็น CA Right Breast Stage I pT1NoMo Luminal A เป็นมะเร็งระยะที่ 1 ผล ER+,PR+ รักษาด้วยการผ่าตัด BCS c SLNB c IORT 9 ตุลาคม 2562 ผล pathology หลังผ่าตัด ออกมาเป็น Invasive ductal carcinoma grade2 ER+,PR+, Her-2 +1 ให้การรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด AC x4 ครั้ง (เริ่ม 18 พฤศจิกายน 2562-27 มกราคม 2563) และรักษาต่อด้วยยาต้าน Hormone โดยให้ Tamoxifen เป็นเวลา 5 ปี (เริ่ม 24 กุมภาพันธ์ 2563)

ระยะที่ 1 ระยะที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย

ระยะที่ 2 การทำผ่าตัดเต้านมร่วมกับการฉายรังสีในท้องผ่าตัด วันที่ 9 ตุลาคม 2562 ทำ ผ่าตัด Rt. BCS c SLNB c IORT (Right Breast Conserving Surgery c Sentinel Lymph Node Biopsy with Intra Operative Radiation Therapy)

ระยะที่ 3 การรักษาด้วยเคมีบำบัด วันที่ 18 พฤศจิกายน 2562 เริ่มให้สูตร AC (Adriamycin, Cyclophosphamide) x 4 ครั้ง ให้ทุก 3 สัปดาห์ หลังได้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 2 ไป Admit ที่โรงพยาบาลยันฮี ด้วย Febrile neutropenia และมีภาวะซีมเสร้าได้ยา Fluoxetine รับประทานวันละ 1 เม็ดในตอนเช้า ให้ยาครบวันที่ 27 มกราคม 2563 และได้รับการรักษาเสริมด้วยยาต้านฮอร์โมน Tamoxifen เมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2563 โดยมีแผนการใช้ยาต้านฮอร์โมนเป็นระยะเวลา 5 ปี ผู้ป่วยมารับยาทุก 3 เดือน

ระยะที่ 1 ระยะผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย

แพทย์สั่งทำ Core Needle Biopsy Right Breast วันที่ 13 กันยายน 2562 ผู้ป่วยมาฟัง ผลชิ้นเนื้อเมื่อวันที่ 24 กันยายน 2562

ระยะที่ 2 การรักษาด้วยการผ่าตัด

ผู้ป่วย Admit วันที่ 8 ตุลาคม 2562 และทำผ่าตัด Rt. BCS c SLNB c IORT วันที่ 9 ตุลาคม 2562

วันที่ 8 ตุลาคม 2562 (Order for surgery)

Order one day

- NPO AMN
- 5% D/N/2 1000 ml iv 80 ml/hr.
- Cefazolin 1 gm iv to OR
- Ativan (1 mg) 1 tab oral 20.00 น.
- Void ก่อนไป OR

Pre-op by anesthesia

- Diazepam 5 mg 1 tab oral 07.00 น. เช้าวันผ่าตัด + น้ำไม่เกิน 30 ml
- Losartan (50 mg) 1 tab oral 07.00 น. + น้ำไม่เกิน 30 ml

Order แพทย์รังสีรักษา Set IORT 21 Gy 9 ตุลาคม 2562

- Nifedipine (10 mg) oral stat เย็นนี้

Order continue

- Regular diet
- Record V/S
- Ropect 1x3 O PC
- Bilaxten (20 mg) 1x2 O PC
- Pseudoephedrine (60 mg) 1x1 O pc เช้า
- Cravit (500 mg) 1x1 O PC เช้า
- Simvastatin (20 mg) 1x O hs
- Losartan (50 mg) 1x1 O PC เช้า

วันที่ 9 ตุลาคม 2562 Post-op order for Rt. BCS c SLNB c IORT

Order one day

- Routine Post -op care
- 5% D/N/2 1000 cc x 1 iv 80 ml/hr
- D/C tomorrow and off pressure dressing before D/C
- F/U 19 ตุลาคม 2562 ที่ OPD

Home - med

- Acoxia (90 mg) 1x1 O PC # 10

Order continue

- Regular diet
- Record V/S
- ยาเดิม

ระยะที่ 3 การรักษาด้วยเคมีบำบัด

เป็นการให้ยาเคมีบำบัดแบบ OPD case โดยให้ที่ศูนย์บริหารยาเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก โดยวางแผนการให้ยาเคมีบำบัดสูตร AC x 4 ครั้ง ให้ทุก 3 สัปดาห์ เริ่มวันที่ 18 พฤศจิกายน 2562 (หลังได้รับยาเคมีครั้งที่ 2 มี Febrile Netropenia และภาวะซึมเศร้า ได้ยา Fluoxetine รับประทานจากโรงพยาบาลยันฮี) ให้ยาครบวันที่ 27 มกราคม 2563

หลังยาเคมีครบ ให้การรักษาเสริมด้วยยาต้านฮอร์โมน โดยแพทย์วางแผนการรักษาด้วยฮอร์โมนเป็นเวลา 5 ปี เริ่มมารับยาต้านฮอร์โมนเมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2563 โดยได้รับยา Tamoxifen 20 mg Sandoz รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า (รับยาทุก 3 เดือน เป็นระยะเวลา 5 ปี)

Regimen : AC

Premedication :

- Ondansetron 8 mg iv
- Dexamethasone 20 mg in iv
- All is given 30 min before chemotherapy day 1

Chemotherapy :

- Doxorubicin 95 mg (60 mg/m²) in 0.9% NaCl 100 ml iv free flow
(Vesicant agent : extraprecaution for extravasation)
- Cyclophosphamide 950 mg (600 mg/m²) in 0.9% NaCl 100 cc iv in 30 min
- Chemotherapy หมด ถ้าสบายดี Discharge ได้

Home medication:

- Ondansetron (8 mg) 1 tab po bid am on day 2-4 # 6
- Dexamethasone 4 mg/cap 1 cap po bid am pc day 2-4 # 6
- Metoclopramide (10 mg) 1 tab po tid ac # 20
- Lorazepam 1 mg po hs prn for insomnia # 20
- Senokot 1 tabs po hs prn for constipation # 20



T h a i l a n d

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

การวิเคราะห์เปรียบเทียบพยาธิสภาพของกรณีศึกษากับข้อมูลทางวิชาการ

ตารางที่ 15 แสดงการวิเคราะห์เปรียบเทียบพยาธิสภาพของกรณีศึกษากับข้อมูลทางวิชาการ

ข้อมูลทางวิชาการ	กรณีศึกษา
<p>มะเร็งเต้านม</p> <p>เกิดจากการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของเซลล์ท่อทางเดินน้ำนม และต่อมสร้างน้ำนม พยาธิกำเนิดของมะเร็งเต้านมปัจจุบันยังไม่ทราบแน่ชัดแต่การเกิดโรคมะเร็งเต้านมจะขึ้นอยู่กับ 2 ปัจจัยหลักคือปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับมะเร็งเต้านมได้แก่เพศ อายุ และพันธุกรรม ส่วนปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้คือสิ่งแวดล้อมและการดำเนินชีวิตโดย โรคมะเร็งเต้านมจะพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 100:1 และเพศหญิงความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านมจะ มีความสัมพันธ์อย่างมากกับอายุที่เพิ่มมากขึ้น</p> <p>มะเร็งเต้านมสามารถแบ่งตามชนิดของจุดเริ่มต้น เช่น บริเวณท่อทางเดินน้ำนม หรือต่อมสร้างน้ำนม เป็นต้น การลุกลามแบ่งได้ 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่จำกัดเฉพาะเรียกว่า มะเร็งเต้านมชนิดจำกัดอยู่เฉพาะที่ (noninvasive or carcinoma in situ) และกลุ่มที่มีการลุกลามเรียกว่า มะเร็งเต้านมชนิดที่มีการลุกลาม (invasive breast cancers) ชนิดของมะเร็งเต้านมโดยแบ่งตามจุดเริ่มต้นและการลุกลาม ดังนี้</p> <p>1. มะเร็งเต้านมชนิดจำกัดอยู่เฉพาะที่ (carcinoma in situ [CIS]) หมายถึงมะเร็งในระยะเริ่มแรกที่ถูกจำกัดอยู่ในท่อน้ำนมหรือต่อมผลิตน้ำนมโดยยังไม่มี การแพร่กระจายออกไปยังเนื้อเยื่อรอบๆ เต้านมหรือไปสู่อวัยวะอื่นๆ แบ่ง ได้ออกเป็น 2 ชนิดคือ</p> <p>1.1 มะเร็งในท่อน้ำนมที่ จำกัดอยู่เฉพาะที่ (ductal carcinoma in situ [DCIS] or intraductal carcinoma) เป็นมะเร็งที่เกิดในท่อน้ำนม (duct) แต่ยังไม่มีการแพร่กระจายออกจากผนังท่อน้ำนม</p> <p>1.2 มะเร็งในต่อมผลิตน้ำนมที่จำกัดอยู่เฉพาะที่ (lobular carcinoma in situ [LCIS] or lobular neoplasia) เป็นมะเร็งที่เกิดขึ้นในต่อมผลิตน้ำนม(lobule) แต่ไม่มีการแพร่กระจายออกจากผนังต่อมผลิตน้ำนมออกไปยังเนื้อเยื่อรอบๆ เต้านม</p>	<p>- ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 63 ปี</p> <p>การวินิจฉัยโรค มะเร็งเต้านมข้างขวา (CA.Right Breast)</p>

ข้อมูลทางวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์	กรณีศึกษา
<p>2. มะเร็งเต้านมชนิดที่มีการลุกลาม(invasive breast cancer) หมายถึงมะเร็งที่มีการเจริญเติบโตและแพร่กระจายออกจากท่อน้ำนมหรือต่อมผลิตน้ำนมไปยังเนื้อเยื่อในเต้านมหรือไปยังอวัยวะอื่นๆภายในร่างกาย ประกอบด้วย</p> <p>2.1 มะเร็งเต้านมที่มีการรุกรานจากท่อน้ำนม (invasive or infiltrating ductal carcinoma [IDC]) เป็นมะเร็งเต้านมชนิดที่เซลล์มะเร็งเริ่มต้นบริเวณท่อน้ำนมและมีการทำลายผนังเซลล์ของท่อน้ำนมออกมาเจริญเติบโตบริเวณเนื้อเยื่อรอบๆท่อน้ำนมและมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะส่วนอื่นของร่างกาย</p> <p>2.2 มะเร็งเต้านมที่มีการลุกลามจากต่อมผลิตน้ำนม (invasive or infiltrating lobular carcinoma [ILC]) เป็นมะเร็งที่เซลล์มะเร็งเริ่มต้นในต่อมผลิตน้ำนม และมีการทำลายผนังเซลล์ของต่อมน้ำนมออกมาเจริญเติบโตบริเวณเนื้อเยื่อรอบๆต่อมผลิตน้ำนม และมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะส่วนอื่นๆ ของร่างกาย มะเร็งชนิดนี้ตรวจวินิจฉัยได้ยากกว่าชนิดที่มีการลุกลามจากท่อน้ำนม</p> <p>2.3 มะเร็งรูปผสม(mixed tumors) เป็นก้อนมะเร็งที่มีเซลล์มะเร็งหลากหลายชนิดในก้อนนั้นเช่นพบทั้งมะเร็งเต้านมที่มีการรุกรานจากท่อน้ำนมและมะเร็งเต้านมที่มีการลุกลามจากต่อมผลิตน้ำนม</p> <p>2.4 มะเร็งชนิดเมดูลลารี (medullary carcinoma) เป็นมะเร็งเต้านมที่มีเซลล์มะเร็งที่มีขนาดใหญ่และมีเซลล์ที่ทำหน้าที่คล้ายระบบภูมิคุ้มกันเป็นต้น</p> <p>2.5 มะเร็งชนิดเมตาพลาสติก (metaplastic carcinoma) เซลล์ที่มีลักษณะเป็นรูปสี่เหลี่ยมคล้ายกับเซลล์ผิวหนัง(squamous cells)หรือเซลล์ของกระดูก</p> <p>2.6 มะเร็งเต้านมที่มีการอักเสบ(inflammatory breast cancer [IBC])</p> <p>2.7 มะเร็งเต้านมที่มีการผลิตเมือก(mucinous carcinoma or colloid carcinoma)</p> <p>2.8 มะเร็งเต้านมในท่อน้ำนม(tubular carcinoma)</p> <p>2.9 มะเร็งเต้านมชนิดตุ่มน้ำ(papilla carcinoma)</p>	<p>ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา 4 ตุลาคม 2562 Pathological Diagnosis : Right breast, R10, Core needle biopsy Invasive ductal carcinoma</p> <p>Wide excision 15 ตุลาคม 2562 A : Sentinel lymph node, right axilla, defrosted tissue (Frozen section) :- No metastasis in 6 lymph nodes (0/6) B : - Invasive ductal carcinoma, grade 2, with ductal carcinoma in situ - Tumor size 1.4 cm. in greatest dimension - Free resection margins - No Lymphovascular invasion identified: - No metastasis in 6 lymph nodes (0/6)</p>

ข้อมูลทางวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์	กรณีศึกษา
<p>ระยะของโรคมะเร็ง ใช้หลักการตามทีเอ็นเอ็ม (TNM) โดยสมาคมโรคมะเร็งแห่งชาติดอเมริกา(American Joint Committee on Cancer [AJCC])</p> <p>1. ขนาดของก้อน(T Category) แบ่งเป็น 7 ระดับดังนี้</p> <p>Tx หมายถึงไม่สามารถตรวจพบก้อนมะเร็งหรือเนื้องอก</p> <p>T0 หมายถึงไม่มีข้อมูลสนับสนุนว่ามีก้อนมะเร็งหรือเนื้องอก</p> <p>Tis หมายถึงมะเร็งเต้านมที่มีการจำกัดอยู่เฉพาะที่</p> <p>T1 หมายถึงก้อนเนื้องอกที่มีขนาดน้อยกว่า 2 เซนติเมตร</p> <p>T2 หมายถึงก้อนเนื้องอกที่มีขนาดมากกว่า 2 เซนติเมตรแต่ไม่เกิน 5 เซนติเมตร</p> <p>T3 หมายถึงก้อนเนื้องอกที่มีขนาดมากกว่า 5 เซนติเมตร</p> <p>T4 หมายถึงก้อนเนื้องอกมีขนาดเท่าไรก็ได้แต่ก้อนเนื้องอกมีการแพร่กระจายไปบริเวณผนังทรวงอกหรือผิวหนังบริเวณทรวงอก</p> <p>2. ต่อม้ำเหลืองบริเวณใกล้เต้านม(N category) มี 4 ระดับ ดังนี้</p> <p>2.1 N0 clinical หมายถึงคลำไม่พบมะเร็งบริเวณต่อม้ำเหลือง</p> <p>2.2 N1 clinical หมายถึงมะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังต่อม้ำเหลืองบริเวณรักแร้ข้างเดียวกันกับที่เป็นมะเร็งเต้านม</p> <p>2.3 N2 clinical หมายถึงมะเร็งที่มีการแพร่กระจายไปยังต่อม้ำเหลืองบริเวณรักแร้ข้างเดียวกันกับที่เป็นมะเร็งเต้านมและมีการแพร่กระจายไปยังเนื้อเยื่อรอบๆหรือมะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังต่อม้ำเหลืองบริเวณเต้านมด้านในแต่ไม่แพร่กระจายไปยังต่อม้ำเหลืองบริเวณรักแร้</p> <p>2.4 N3 clinical หมายถึงมะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังต่อม้ำเหลืองบริเวณเหนือหรือใต้กระดูกไหปลาร้า (collar bone) ข้างเดียวกันกับที่เป็นมะเร็งเต้านมและมีการแพร่กระจายไปยังต่อม้ำเหลืองบริเวณรักแร้หรือมะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังต่อม้ำเหลืองบริเวณเต้านมด้านในและต่อม้ำเหลืองบริเวณรักแร้ข้างเดียวกันกับที่เป็นมะเร็งเต้านม</p> <p>3. การแพร่กระจายไปยังเนื้อเยื่อและอวัยวะอื่น (M category) หมายถึงการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะอื่นๆที่อยู่ในไกลออกไปเช่นปอด ตับ กระดูก สมอง เป็นต้น</p>	<p>ขนาดของก้อน (Tumor size) 1.4 cm. in greatest dimension (T1)</p> <p>- No metastasis in 6 lymph nodes (0/6)</p>

ข้อมูลทางวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์	กรณีศึกษา																																																												
<p>MX หมายถึงไม่สามารถประเมินการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นๆได้</p> <p>M0 หมายถึงไม่มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะใกล้เคียง</p> <p>M1 หมายถึงมีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะใกล้เคียง</p> <p>ประกอบด้วย 4 ระยะ</p>	<p>M0 ยังไม่มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะใกล้เคียง</p>																																																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระยะ</th> <th>T category</th> <th>N category</th> <th>M category</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Stage 0</td> <td>Tis</td> <td>N0</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td>Stage I</td> <td>T1</td> <td>N0</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Stage II</td> <td>T0</td> <td>N1</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td>T1</td> <td>N1</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td>T2</td> <td>N0</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Stage IIB</td> <td>T2</td> <td>N1</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td>T3</td> <td>N0</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">Stage IIIA</td> <td>T0</td> <td>N2</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td>T1</td> <td>N2</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td>T2</td> <td>N2</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td>T3</td> <td>N1</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td>T3</td> <td>N2</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Stage IIIB</td> <td>T4</td> <td>Any N</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td>Any T</td> <td>N3</td> <td>M</td> </tr> <tr> <td>Stage IIIC</td> <td>Any T</td> <td>Any N</td> <td>M</td> </tr> <tr> <td>Stage IV</td> <td>Any T</td> <td>Any N</td> <td>M</td> </tr> </tbody> </table>	ระยะ	T category	N category	M category	Stage 0	Tis	N0	M0	Stage I	T1	N0	M0	Stage II	T0	N1	M0	T1	N1	M0	T2	N0	M0	Stage IIB	T2	N1	M0	T3	N0	M0	Stage IIIA	T0	N2	M0	T1	N2	M0	T2	N2	M0	T3	N1	M0	T3	N2	M0	Stage IIIB	T4	Any N	M0	Any T	N3	M	Stage IIIC	Any T	Any N	M	Stage IV	Any T	Any N	M	<p>Stage 1 T1N0M0</p>
ระยะ	T category	N category	M category																																																										
Stage 0	Tis	N0	M0																																																										
Stage I	T1	N0	M0																																																										
Stage II	T0	N1	M0																																																										
	T1	N1	M0																																																										
	T2	N0	M0																																																										
Stage IIB	T2	N1	M0																																																										
	T3	N0	M0																																																										
Stage IIIA	T0	N2	M0																																																										
	T1	N2	M0																																																										
	T2	N2	M0																																																										
	T3	N1	M0																																																										
	T3	N2	M0																																																										
Stage IIIB	T4	Any N	M0																																																										
	Any T	N3	M																																																										
Stage IIIC	Any T	Any N	M																																																										
Stage IV	Any T	Any N	M																																																										
<p>การพยากรณ์โรคมะเร็งเต้านม</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Stage</th> <th>Percentage of Total Cases</th> <th>5-Year DFS (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Stage I</td> <td>40</td> <td>70-90</td> </tr> <tr> <td>Stage II</td> <td>40</td> <td>50-70</td> </tr> <tr> <td>Stage III</td> <td>15</td> <td>20-30</td> </tr> <tr> <td>Stage IV</td> <td>5</td> <td>0-10*</td> </tr> </tbody> </table>	Stage	Percentage of Total Cases	5-Year DFS (%)	Stage I	40	70-90	Stage II	40	50-70	Stage III	15	20-30	Stage IV	5	0-10*																																														
Stage	Percentage of Total Cases	5-Year DFS (%)																																																											
Stage I	40	70-90																																																											
Stage II	40	50-70																																																											
Stage III	15	20-30																																																											
Stage IV	5	0-10*																																																											

ข้อมูลทางวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์	กรณีศึกษา
<p>อาการและอาการแสดง</p> <p>1. อาการและอาการแสดงระยะเริ่มต้น</p> <p>1.1 เมื่อเริ่มเป็นมะเร็งเต้านมจะไม่แสดงอาการ</p> <p>1.2 อาการที่สำคัญต่อมาได้แก่เป็นก้อนในเต้านมส่วนใหญ่ ไม่มีอาการเจ็บปวด</p> <p>2. อาการและอาการแสดงระยะลุกลาม</p> <p>2.1 ก้อนเนื้อที่มีขนาดโตขึ้นคล้ำหรือมองเห็นได้ชัดเจนก่อนจะแข็งขรุขระขอบเขตของก้อนไม่ชัดเจนและยึดติดแน่นอยู่กับที่มีการดึงรั้งผิวหนังหรือหัวนมให้บุ๋มลงมีลักษณะเหมือนผิวส้มต่อมาก้อนจะแตกเป็นแผลและมีอาการเจ็บปวดเหมือนเป็นฝี</p> <p>2.2 คลำพบต่อมน้ำเหลืองรักแร้โตหรือเหนือกระดูกไหปลาร้า</p> <p>2.3 อาการปวดไหล่สะโพกหลังช่วงล่างอาการไอเบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงปวดศีรษะซึ่งเป็นอาการจากการแพร่กระจายของมะเร็งไปอวัยวะอื่นๆที่ไกลออกไป</p> <p>การวินิจฉัย</p> <p>การวินิจฉัยมะเร็งเต้านมต้องอาศัยองค์ประกอบหลายอย่างประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การซักประวัติจะซักถามถึงระยะเวลาที่เกิดอาการ สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2. การตรวจเต้านมโดยการดูและการคลำ 3. การถ่ายภาพรังสีของเต้านม(Mammography) 4. การทำ Ductogram เป็นการฉีดสารทึบรังสีเข้าไปในท่อน้ำนม 5. Ultrasonography 6. Magnetic Resonance Imaging หรือ MRI 7. การตรวจทางพยาธิวิทยาเป็นการวินิจฉัยที่สำคัญที่สุดทำได้หลายวิธี <ol style="list-style-type: none"> 7.1 การใช้เข็มเจาะดูดเอาเซลล์มาตรวจหรือ FNA (Fine needle aspiration for cytology) 7.2 การตัดตัวอย่างเนื้อเยื่อออกมาตรวจย้อมหามะเร็ง (Excisional biopsy with Frozen section) 7.3 Core needle biopsyเป็นการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจด้วยเข็มขนาดใหญ่ 7.4 การตัดเอาก้อนเนื้อออกทั้งก้อนหรือ Excisional biopsy 7.5 การตัดชิ้นเนื้อออกบางส่วนเรียก Incisional biopsy 	<p>คลำพบก้อนที่เต้านมข้างขวา มาประมาณ 2 สัปดาห์</p> <p>Mammogram (with ultrasound Breast) 7 กันยายน 2562</p> <ol style="list-style-type: none"> 1). A small simple cyst over left breast ACR BI-RADS 2, Routinescreening to risk suggested 2). A 7 mm. speculated bordered isodense node over RUOQ, showing microlobulated outline with penetrating vascularity at R10 OC outer zone, ACR-BIRADS 5, appropriate action should be taken <p>การแปลผล พบเนื้องอกที่เต้านมชัดเจน ที่ส่วนบนด้านนอกของเต้านมข้างขวา มีโอกาสความเสี่ยงสูงที่จะเป็นมะเร็ง แนะนำให้ตัดชิ้นเนื้อออก</p> <p>- Core needle biopsy</p> <p>4 ตุลาคม 2562</p>

ข้อมูลทางวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์	กรณีศึกษา
<p>วิธีป้องกันมะเร็งเต้านม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หมั่นตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมควรหมั่นตรวจเต้านมด้วยตัวเอง ไปพบแพทย์เพื่อตรวจเต้านมหรือถ่ายภาพรังสี เต้านมตามเกณฑ์อายุ และการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีเต้านม (Mammography) ซึ่งถือเป็นวิธีที่ดีที่สุด 2. หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมได้เช่นการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์จัดและการใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนเป็นเวลานาน 3. ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 4. ลดการบริโภคเนื้อแดงอาหารที่มีไขมันสูง 5. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ให้ครบทั้ง 5 หมู่ โดยเฉพาะผักและผลไม้ควรรับประทานให้มากๆ 6. หมั่นออกกำลังกายเป็นประจำ 7. ควรเลี้ยงลูกด้วยนมตนเอง 8. ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงเช่นคนในครอบครัวมีประวัติป่วยเป็นโรคนี 9. ทั้งในผู้หญิงและผู้ชายถ้าคำพบก้อนในเต้านมหรือพบความผิดปกติของเต้านมควรรีบไปพบแพทย์ <p>การรักษาโรคมะเร็งเต้านม (Treatment)</p> <p>การรักษา มะเร็งเต้านม นั้นมีจุดหมายของการรักษาอยู่ที่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การรักษาเฉพาะที่ (Loco-regional Treatment) 2. การรักษาทั่วร่างกาย (Systemic Treatment) <p>วิธีการรักษามีหลายวิธีดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การรักษาโดยการผ่าตัด (surgery Treatment) 2. การรักษาด้วยเคมีบำบัด (Chemotherapy) 3. การรักษาด้วยรังสีรักษา (Radiation Therapy) 4. การรักษาด้วยฮอร์โมนบำบัด (Hormonal Therapy) 5. การรักษาด้วยยาที่ ออกฤทธิ์เฉพาะ (Targeted Therapy) <p>การรักษาโดยการผ่าตัด (Surgery Therapy)</p> <p>เป็นวิธีการรักษาหลักสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกแบ่งออกเป็น การผ่าตัดบริเวณเต้านม การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้และการเสริมสร้างเต้านมใหม่เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต</p>	<p>ได้รับการรักษาแบบผสมผสาน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การรักษาโดยการผ่าตัด (surgery Treatment) 2. การรักษาด้วยเคมีบำบัด (Chemotherapy) 3. การรักษาด้วยรังสีรักษา (Radiation Therapy) : IORT (การรักษาด้วยรังสีรักษาการฉายรังสีระหว่างผ่าตัด (Radiation Therapy and Intraoperative Radiation Therapy : IORT) 4. การรักษาด้วยฮอร์โมนบำบัด (Hormonal Therapy)

ข้อมูลทางวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์	กรณีศึกษา
<p>1.การผ่าตัดบริเวณเต้านมแบ่งได้เป็น 2 วิธีได้แก่</p> <p>1.1 การตัดเต้านมออกทั้งเต้า (Total or Simple mastectomy) คือการผ่าตัดเอาเต้านมออกทั้งหมด การผ่าตัดเต้านมออกวิธีมาตรฐานในปัจจุบัน(Modify Radical Mastectomy, MRM)</p> <p>1.2 การตัดเต้านมออกเพียงบางส่วน (Partial mastectomy or Breast conserving surgery) คือการตัดก้อนมะเร็งและเนื้อของเต้านมปกติที่อยู่รอบโดยตัดห่างจากขอบของก้อนมะเร็งประมาณ 1-2 ซม.</p> <p>2 การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ แบ่งได้เป็น 2 วิธีได้แก่</p> <p>2.1 การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกทั้งหมด (Axillary dissection)</p> <p>2.2 การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล (Sentinel lymph node biopsy)</p> <p>3. การเสริมสร้างเต้านมใหม่ (Breast reconstruction)</p> <p>ผลข้างเคียงของการผ่าตัด</p> <p>1.ผลข้างเคียงระยะสั้น ได้แก่การปวดแผลหลังผ่าตัด การติดเชื้อ บวมและกดเจ็บบริเวณเต้านม การมีก้อนเลือดคั่งในแผลผ่าตัด(hematoma) หรือมีของเหลวใสข้างในแผลผ่าตัด(seroma) เกิดในระยะแรกประมาณ 1 เดือนหลังผ่าตัด</p> <p>2. ผลข้างเคียงระยะยาว ได้แก่การเปลี่ยนแปลงในรูปร่างของเต้านมเนื้อเยื่อเต้านมเป็นแผลเป็นแข็งบริเวณที่ทำการผ่าตัด การเคลื่อนไหวของข้อไหล่ผิดปกติ (Impaired shoulder movement) และมีอาการบวมจากท่อน้ำเหลือง (lymphedema) เกิดหลังการผ่าตัดและคงอยู่นานกว่า 1 เดือน บางรายอาจเกิดผลข้างเคียงไปตลอดชีวิต</p> <p>ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเต้านม</p> <p>1) ภาวะเลือดออก(Hemorrhage) 2)ภาวะลมข้างในช่องอก (Pneumothorax) 3)น้ำเหลืองคั่งภายในแผล (seroma) 4)บาดแผลอักเสบติดเชื้อ (Infection) 5) อาการชา (Numbness) 6) ปวด (Pain of arm) 7) แขนอ่อนแรง (Weakness) 8.ขอบแผลเน่าตาย (Necrosis) 9)จำกัดการเคลื่อนไหวของแขน 10)อาการแขนบวม (Lymphedema)</p>	<p>ผู้ป่วยรายนี้</p> <p>-ผ่าตัด Rt. BCS c SLNB</p> <p>15 ตุลาคม 2562</p> <p>เป็นการทำการตัดเต้านมออกเพียงบางส่วน และผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล</p> <p>(Breast conserving surgery with Sentinel lymph node biopsy)</p> <p>-มีอาการปวดแผลหลังผ่าตัดเล็กน้อย</p> <p>-ไม่มีการติดเชื้อของแผลผ่าตัด</p> <p>-ไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเต้านม</p>

ข้อมูลทางวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์			กรณีศึกษา
การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) เคมีบำบัด (Chemotherapy) เป็นการรักษาที่ให้ยาซึ่งเป็นสารพิษต่อเซลล์มะเร็ง ให้ก่อนการผ่าตัดเพื่อลดขนาดของก้อนเรียกว่าการรักษานำด้วยเคมีบำบัด(Neoadjuvant chemotherapy)หากให้หลังการผ่าตัดเรียกว่าการให้ยาเคมีบำบัดในการรักษาร่วม (Adjuvant chemotherapy) เพื่อลดความเสี่ยงในการกลับมาเป็นซ้ำ			ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด สูตร AC -Doxorubicin 95 mg - Cyclophosphamide 950 mg - ทุก 3 สัปดาห์ 4 cycle เคมีครั้งที่ 1 18 พ.ย. 2562 เคมีครั้งที่ 2 9 ธ.ค. 2562 เคมีครั้งที่ 3 6 ม.ค. 2562 เคมีครั้งที่ 4 27 ม.ค. 2562
สูตร	ขนาดที่ให้	ระยะเวลา	
CMF	cyclophosphamide 600 mg/m ² Methotrexate 40 mg/m ² , 5-fluorouracil 600 mg/m ²	- วันที่ 1-8 ทุก 4 สัปดาห์ 6 cycle	
FAC	fluorouracil 500 mg/m ² , doxorubicin 50 mg/m ² cyclophosphamide 500 mg/m ²	- ทุก 3 สัปดาห์ 6 cycle	
TAC	docetaxel 175 mg/m ² , doxorubicin 50 mg/m ² cyclophosphamide 500 mg/m ² of	- TAC	
AC	adriamycin 40 mg/m ² cyclophosphamide 200 mg/m ²	- ทุก 3 สัปดาห์ 4 cycle	
AC + T	adriamycin, cyclophosphamide ตามด้วย paclitaxel (Taxol) หรือ docetaxel (Taxotere)	- ทุก 3 สัปดาห์ 4 cycle -3 สัปดาห์ต่อมาครั้งเดียว	
FEC	cyclophosphamide, epirubicin และ 5-fluorouracil	- ทุก 3 สัปดาห์ 4 cycle	
TC	docetaxel (Taxotere)และ cyclophosphamide	- ทุก 3 สัปดาห์ 4cycle	
A + CMF	doxorubicin (adriamycin) แล้วตามด้วย CMF	- ทุก 3 สัปดาห์ 4 cycle - วันที่ 1-8 ทุก 4 สัปดาห์ 6 cycle	

ข้อมูลทางวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์	กรณีศึกษา
<p>ผลข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัด</p> <p>ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร CMF และ FAC มักพบอาการข้างเคียงตามชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ไซโคลฟอสฟาไมด์ (cyclophosphamide)อาการข้างเคียงที่พบคือคลื่นไส้อาเจียนมีแผลในปากเบื่ออาหารผอมร่วงเหนื่อยล้าผิวหนังมีสีคล้ำท้องผูกกระเพาะปัสสาวะอักเสบกดการทำงานของไขกระดูก 2.เมทโททรีเซท (methotrexate) อาการข้างเคียงที่พบคือคลื่นไส้อาเจียนท้องเสียมีแผลในปากเหนื่อยล้ากดการทำงานของไขกระดูกและอาจพบตับอักเสบได้ 3.ฟลูออโรอูราซิล (5-fluorouracil [5-FU])อาการข้างเคียงที่พบคือคลื่นไส้อาเจียน ท้องเสีย เยื่อช่องปากกระเพาะอาหารและลำไส้อักเสบ เหนื่อยล้าผิวหนังมีสีคล้ำขึ้นเป็นฝ้า ตกกระผอมร่วง กดการทำงานของไขกระดูกและพบว่ามีผลกดการทำงานของระบบประสาท 4.ดอกโซรูบิซิน หรือ อะเดรียไมซิน(Doxorubicin or Adriamycin) อาการข้างเคียงที่พบได้แก่คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปัสสาวะมีสีแดง คลื่นไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนแปลง เป็นพิษต่อหัวใจ ผอมร่วง ผิวหนังมีสีคล้ำและอักเสบ กดการทำงานของไขกระดูก <p>การรักษาด้วยรังสีรักษา</p> <p>การฉายรังสีระหว่างผ่าตัด(Radiation Therapy and Intraoperative Radiation Therapy : IORT)</p> <p>คือ การฉายรังสีในระหว่างการผ่าตัด โดยที่ลำรังสีจะฉายลงไปตรงตำแหน่งของก้อนเนื้ออกที่ไม่สามารถผ่าตัดออกได้ หรือบริเวณเนื้ออกที่ตัดออกไม่หมด เป็นการฉายรังสีปริมาณสูงเพียงครั้งเดียว (single high dose radiation) 21 Gy (Full dose) มักจะใช้การฉายรังสีร่วมกับการผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออกบางส่วน (Breast conserving surgery) มีจุดประสงค์เพื่อที่จะเพิ่มปริมาณรังสีแก่ก้อนเนื้ออกเพื่อเพิ่มผลของการรักษาโดยที่เกิผลข้างเคียงน้อย เนื่องจากอวัยวะปกติข้างเคียงถูกกันออกนอกบริเวณที่จะฉายรังสีโดยไม่ต้องเสียเวลาฉายรังสีภายนอกอีก จะทำในผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 45-50 ปีขึ้นไป ก้อนมะเร็งมีขนาดไม่เกิน 3 ซม. และเป็นมะเร็งชนิดที่มีตัวรับฮอร์โมน</p>	<p>ผู้ป่วยหลังได้ยาเคมีบำบัด มีอาการข้างเคียงที่พบดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.คลื่นไส้ อาเจียน และเบื่ออาหาร 2.มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Leukopenia) หลังได้รับยาเคมี AC ครั้งแรก 2 อาทิตย์ ผลจากการตรวจนับจำนวนเม็ดเลือดขาว WBC = 1.5 10^3/UL (ค่าปกติ 4 – 10 10^3/UL) Neutrophil= 6% (ค่าปกติ 40 – 74%) ANC = 0.09 10^3/UL (ค่าปกติ 1.5 – 99 10^3/UL) 3.ภาวะการเกิดการอักเสบของเยื่อในช่องปาก พบว่าผู้ป่วยมีริมฝีปากแห้งเยื่อภายในช่องปากเริ่มแดง 4.มีอาการผอมร่วง 5.บริเวณเล็บ เหงือก และผิวหนังทั่วไปตามร่างกายมีสีคล้ำ <p>-ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีระหว่างผ่าตัด (Radiation Therapy and Intraoperative Radiation Therapy : IORT) ฉายรังสี Full dose 21 Gy. (ผู้ป่วย อายุ 63 ปี ก้อนมะเร็งมีขนาด 1.4 เซนติเมตร และมีตัวรับฮอร์โมน ER,PR positive)</p>

ข้อมูลทางวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์	กรณีศึกษา
<p>การรักษาด้วยฮอร์โมนบำบัด(Hormonal therapy)</p> <p>ขึ้นอยู่กับผลการตรวจพิเศษว่าเป็นมะเร็งชนิดที่มีตัวรับฮอร์โมน (Hormone receptor) หรือไม่ซึ่งถ้าเป็นผลบวกจะมีการตอบสนองต่อการให้ยาต้านฮอร์โมน ทำให้สามารถใช้ยากลุ่มนี้ในการรักษาได้ และต้องดูปัจจัยอื่นประกอบเช่นอายุของผู้ป่วย การมีประจำเดือนอยู่หรือไม่ระยะเวลาที่หมดประจำเดือนหรือไม่มีประจำเดือนจากการผ่าตัดมดลูก เนื่องจากยาที่ใช้รักษาอาจมีความแตกต่างกันออกไป ยาต้านฮอร์โมนแบ่งได้เป็นสองกลุ่มใหญ่ได้แก่ 1)กลุ่มของยาที่ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการทำงานของฮอร์โมน ได้แก่Tamoxifen และ2)ยากลุ่มที่ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการสร้างฮอร์โมนยากลุ่มนี้มีหลายชนิดเช่น Letrozole, Anastrozole, Aromasin ใช้ได้เฉพาะผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนเท่านั้น</p> <p>การรักษาด้วยยาที่ออกฤทธิ์เฉพาะที่ (Targeted Therapy)</p> <p>เซลล์มะเร็งเต้านมบางชนิดจะมีตัวรับสัญญาณฮอร์โมนที่ผิวเซลล์ ยากลุ่มใหม่เช่นยาต้านฮอร์โมน ทำให้สามารถจับกับตัวรับสัญญาณฮอร์โมน และทำให้ยาออกฤทธิ์ทำลายเซลล์มะเร็งดังกล่าวได้ เซลล์อื่นๆที่ไม่มีตัวรับสัญญาณ ก็จะไม่ได้รับผลกระทบจากยากลุ่มนี้ เป็นยาที่มีประสิทธิภาพดีรักษาได้ค่อนข้างเฉพาะเจาะจง มีผลข้างเคียงน้อย แต่ก็มีข้อจำกัดที่สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยบางรายเท่านั้น และราคาแพง</p> <p>ภาวะซึมเศร้า</p> <p>เป็นภาวะผิดปกติทางอารมณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกเศร้าและสูญเสียสมาธิ โรคนี้ส่งผลต่อความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรม และอาจนำไปสู่ปัญหาทางอารมณ์และร่างกายหลายอย่างบางรายอาจมีปัญหาในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันตามปกติ และบางครั้งอาจรู้สึกชีวิตไม่มีค่า</p> <p>อาการของโรคซึมเศร้า</p> <p>รู้สึกเศร้า ว่างเปล่า อายากร้องไห้ สิ้นหวัง รู้สึกโกรธ หงุดหงิด ไร้ค่าเหนื่อยเล็กน้อย หมดความสนใจ หรือรู้สึกไม่สนุกกับกิจกรรมส่วนใหญ่หรือกิจกรรมทั้งหมดในชีวิตประจำวัน ปัญหาด้านการนอนหลับ เช่น นอนมากเกินไป หรือ นอนไม่หลับ เหนื่อยล้า ไม้มีความกระตือรือร้นที่จะทำเรื่องเล็กๆน้อยๆ ความอยากอาหารลดลง น้ำหนักลด หรือ ความอยากอาหารเพิ่มขึ้น น้ำหนักขึ้น รู้สึกวิตก</p>	<p>ผู้ป่วยได้รับการรักษาเสริมด้วย ยาต้านฮอร์โมน Tamoxifen 20 mg 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 5 ปี</p> <p>-ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าหลังได้รับยาเคมีครั้งที่ 2 มีอาการวิตกกังวล เหนื่อยล้า ไม้มีความกระตือรือร้นที่จะทำเรื่องเล็กๆน้อยๆ ความอยากอาหารลดลง น้ำหนักลด นอนไม่หลับ รู้สึกว่าไม่มีคุณค่าในตัวเอง</p>

ข้อมูลทางวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์	กรณีศึกษา
<p>กังวล กระสับกระส่าย ประหม่า คิดช้าลง พุดหรือขยับร่างกายช้าลง รู้สึกไร้ค่า รู้สึกผิด หมกมุ่นเรื่องความล้มเหลวที่ผ่านมาแล้วหรือโทษตัวเอง ขาดสมาธิ มีปัญหาเรื่องความจำ หรือไม่สามารคิดหรือตัดสินใจเองได้ คิดถึงเรื่องความตาย การพยายามฆ่าตัวตายบ่อย ๆ มีอาการป่วยทางกายที่ไม่พบสาเหตุ เช่น ปวดหัว ปวดหลัง</p> <p>สาเหตุของโรควิตกกังวล</p> <p>สาเหตุที่แท้จริงของโรควิตกกังวลนั้นยังไม่ทราบแน่ชัด ปัจจัยหลายๆด้านอาจส่งผลกระทบต่อได้ เช่น ความแตกต่างทางด้านชีวภาพ สารเคมีในสมอง การเปลี่ยนแปลงฮอร์โมน และพันธุกรรม</p> <p>ปัจจัยเสี่ยงโรควิตกกังวล</p> <p>ภาวะวิตกกังวลเกิดขึ้นได้ในทุกวัย และมักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะวิตกกังวล มีดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ลักษณะนิสัยบางประการ เช่น การมองโลกในแง่ร้าย การดำเนินชีวิตคนเดียว การพึ่งพาคนอื่นมากเกินไป การไม่นับถือตนเอง - ผ่านเหตุการณ์ สร้างความบอบช้ำทางจิตใจ โรควิตกกังวลเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรควิตกกังวล โรควิตกกังวล - การใช้ยา เช่น ยานอนหลับ หรือยาลดความดันโลหิต - คนในครอบครัวมีประวัติติดสุราเรื้อรัง ฆ่าตัวตาย เป็นโรควิตกกังวล และไบโพลาร์ - ภาวะเป็ยงเบนทางเพศสภาพ ซึ่งไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว - มีประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวช เช่น พฤติกรรมการกินอาหารที่ผิดปกติ โรควิตกกังวล หรือสภาวะป่วยทางจิตใจหลังจากต้องเผชิญกับเหตุการณ์กระทบกระเทือนใจอย่างรุนแรง - ภาวะติดสุราหรือสารเสพติด <p>ภาวะแทรกซ้อน</p> <p>โรควิตกกังวลเป็นปัญหาที่ส่งผลต่อผู้ป่วย และผู้ครอบครัวภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ ดังนี้</p>	<p>- ผู้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมต้องมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการรักษาที่ใช้ระยะเวลานาน โดยระหว่างรักษาด้วยเคมีบำบัด มีภาวะวิตกกังวลเกิดขึ้น</p>

ข้อมูลทางวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์	กรณีศึกษา
<p>- ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน ซึ่งอาจนำไปสู่โรคหัวใจและโรคเบาหวาน ความเจ็บปวดและเจ็บป่วยทางร่างกาย การติดเชื้อและสารเสพติด โรควิตกกังวล โรคแพนิค หรือโรคกลัวสังคม ปัญหาด้านความสัมพันธ์ เช่น ครอบครัว ที่ทำงาน แยกตัวออกจากสังคม คิดหรือพยายามฆ่าตัวตาย ทำร้ายตัวเอง การตายก่อนวัยอันควร</p> <p>การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า</p> <ul style="list-style-type: none"> - เข้าใจ การเข้าใจโรคที่ผู้ป่วยเป็น - รับฟังแบบ deep listening การฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ ใส่ใจ และไม่ตัดสิน - ระบายความรู้สึก เมื่อผู้ป่วยได้ระบายความคิด ความรู้สึกที่ไม่ดีต่างๆ ออกมา - ออกกำลังกาย ช่วยให้ร่างกายแข็งแรง จิตใจแจ่มใส หากช่วยเพิ่มการเข้าสังคม ในรู้สึกโดดเดี่ยว - เปลี่ยนบรรยากาศ - ป้องกันทำร้ายตนเอง - สังเกตอาการ ถ้าพูดคุยแล้วไม่ดีขึ้นควรมาปรึกษาแพทย์ - ดูแลกิจวัตร ติดตามการกินยา <p>การป้องกันโรคซึมเศร้า</p> <p>ยังไม่มีวิธีป้องกันภาวะซึมเศร้า แต่หากเริ่มมีอาการ ควรปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ควบคุมอารมณ์ความเครียด ยืดหยุ่น และนับถือตนเอง - พูดคุยกับครอบครัวหรือเพื่อน โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่ยากลำบาก เพื่อระบายความรู้สึก - เมื่อเริ่มรู้สึกซึมเศร้า ควรเข้ารับการตรวจวินิจฉัยเพื่อป้องกันไม่ให้อาการแย่ลง - ควรเข้ารับการรักษอย่างสม่ำเสมอระยะยาว เพื่อป้องกันไม่ให้ภาวะซึมเศร้าเกิดซ้ำ 	<p>- ผู้ป่วยได้รับการดูแล และรักษา ได้รับประทานยาต้านเศร้า Fluoxetine 1 เม็ดวันละ 1 ครั้งในตอนเช้า</p>

ข้อมูลทางวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์	กรณีศึกษา
<p>การติดตามผู้ป่วยมะเร็งเต้านม</p> <p>ตำแหน่งที่พบมะเร็งเกิดเป็นซ้ำได้บ่อยคือบริเวณหน้าอกข้างที่ได้รับการผ่าตัด นอกจากนี้ก็อาจจะต้องตรวจร่างกายผู้ป่วยดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ตรวจร่างกายทุก 3 เดือนสำหรับ 2 ปีแรกและทุก 6 เดือนสำหรับ 3 ปีต่อมาและตรวจทุกปีตรวจ 2.Mammography ทุก 1 ปีตรวจ 3.ตรวจ Routine chemistry screening ทุก 1 ปี 4.สตรีที่ได้รับ Tamoxifen ควรตรวจภายใน (pelvic exam) ทุกปี <p>การสืบค้นโรค (Disease research) หลังการรักษาโดยการตรวจ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Complete blood count, platelets, biologic marker ได้แก่ CEA MCA หรือ CA₁₅₃ 2.Liver Function Test 3.Chest X-rays 4.Bone scan กรณีที่มีปวดหลังหรือกระดูกตามร่างกาย 5.เอกซเรย์คอมพิวเตอร์บริเวณที่สงสัยว่าจะมีการแพร่กระจาย 6.Biopsy เมื่อมีโรคกลับเป็นซ้ำ <p>การนัดตรวจติดตามภายหลังจบการรักษา ผู้ป่วยควรมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอถึงแม้ว่าจะได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และยังช่วยให้แพทย์สามารถวินิจฉัยการกลับเป็นซ้ำของโรคได้เร็วขึ้นหรือหากพบอาการผิดปกติใดๆสามารถมาพบแพทย์ก่อนถึงวันนัดได้ตลอดเวลา</p>	<p>กรณีศึกษา</p> <p>- ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ถูกต้อง เพื่อการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง</p>

ข้อสรุปข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ในรายกรณีศึกษา

เนื่องจากกรณีศึกษารายนี้ เริ่มแรกบุตรสาวผู้ป่วยนำผล Mammogram และ ultrasound มาปรึกษาแพทย์ และมีการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ ผลออกมาเป็นมะเร็งเต้านมข้างขวา หลังจากนั้นได้รับการรักษาแบบผสมผสาน ตั้งแต่ผ่าตัดเต้านมแบบสงวนเต้า ร่วมกับการฉายรังสีในท้องผ่าตัดและรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด และต่อด้วยฮอร์โมนบำบัด ผู้ป่วยมีความหวาดกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค การรักษาและการปฏิบัติตัว ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาต่อเนื่อง และใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนาน ทำให้มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวค่อนข้างมาก ในที่นี้ผู้ศึกษากำหนดวางแผนการดูแลผู้ป่วยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย

วันที่ 13 กันยายน 2562 ทำ core needle Biopsy Rt. Breast และมาฟังผลวันที่ 24 กันยายน 2562

มีข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ 3 ข้อ

ระยะที่ 2 ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด Rt. BCS c SLNB c IORT (Right Breast

Conserving Surgery with Sentinel Lymph Node Biopsy with Intra Operative Radiation Therapy) Admit วันที่ 8 ตุลาคม 2562 ผ่าตัดและฉายรังสีในท้องผ่าตัด วันที่ 9 ตุลาคม 2562

มีข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ 6 ข้อ

ระยะที่ 3 ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัด และฮอร์โมนบำบัด โดยได้รับยาเคมีบำบัดสูตร AC

(Adriamycin, Cyclophosphamide) x 4 ครั้ง เริ่มให้ครั้งแรกวันที่ 18 พฤศจิกายน 2562 หลังได้รับยาเคมีครั้งที่ 2 ไป Admit ที่โรงพยาบาลยันฮีด้วยภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ และมีภาวะซึมเศร้า ได้ยา Fluoxetine มารับประทาน และให้ครบวันที่ 27 มกราคม 2563 ต่อด้วยยาต้านฮอร์โมน Tamoxifen 20 mg 1 เม็ด รับประทานตอนเช้า หลังอาหารทุกวัน โดยมีแผนการรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมน เป็นระยะเวลา 5 ปี

มีข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ 9 ข้อ

การวินิจฉัยทางการแพทย์ การวางแผนการดูแลและการประเมินผล

ระยะที่ 1 ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย

การวินิจฉัยทางการแพทย์ข้อที่ 1 ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจาะชิ้นเนื้อที่เต้านม เพื่อส่งตรวจเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการเจาะ

การวินิจฉัยทางการแพทย์ข้อที่ 2 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลที่เจาะ

การวินิจฉัยทางการแพทย์ข้อที่ 3 ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับผลการตรวจวินิจฉัยโรคและการรักษาที่จะตามมา

ระยะที่ 2 ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมแบบสงวนเต้าและการฉายรังสีในท้องผ่าตัด (Rt.BCS c

SLNB c IORT : Right Breast Conserving Surgery with Sentinel Lymph Node Biopsy with Intra Operative Radiation Therapy)

การวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลข้อที่ 1 ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

การวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลข้อที่ 2 ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด

การวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลข้อที่ 3 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

การวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลข้อที่ 4 ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

การวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลข้อที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแขนบวมและข้อไหล่ติดภายหลังผ่าตัดและต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออก และฉายแสงในระหว่างผ่าตัด

การวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลข้อที่ 6 ผู้ป่วยขาดความรู้การปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัดและการฉายแสงในห้องผ่าตัด เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

ระยะที่ 3 ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัด สูตร AC (Adriamycin, Cyclophosphamide) x 4 ครั้ง และได้รับการรักษาเสริมด้วยยาต้านฮอร์โมน Tamoxifen

การวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลข้อที่ 1 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับแผนการรักษาด้วยยาเคมี

การวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลข้อที่ 2 มีโอกาสเสี่ยงของการเกิดการรั่วซึมของยาเคมีออกนอกหลอดเลือดดำ (Extravasation)

การวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลข้อที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (ภาวะ Leuko-neutropenia)

การวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลข้อที่ 4 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะการขาดสารอาหาร เนื่องจากเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน

การวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลข้อที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะการเกิดการอักเสบของเยื่อในช่องปาก

การวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลข้อที่ 6 ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกหรือมีการอักเสบในกระเพาะปัสสาวะ

การวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลข้อที่ 7 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของสีผิวและผมร่วง

การวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลข้อที่ 8 ผู้ป่วยมีความกลัวและวิตกกังวล เนื่องจากไม่มีความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและการรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมน

การวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลข้อที่ 9 มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากรู้สึกว่ามีคุณค่าในตนเอง

การวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลข้อที่ 10 ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

ระยะที่ 1 ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย

การวินิจฉัยทางการแพทย์ข้อที่ 1

ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจาะชิ้นเนื้อที่เต้านม เพื่อส่งตรวจเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการเจาะชิ้นเนื้อ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยทำ Core Needle Biopsy Rt.Breast วันที่ 13 กันยายน 2562
2. ผู้ป่วยสีหน้าวิตกกังวล บอกว่า “กลัวเจาะพลาด และกลัวเข็มจากการถูกเจาะ”

เป้าหมายทางการแพทย์

1. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการเจาะชิ้นเนื้อ

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการเจาะชิ้นเนื้อ
2. ผู้ป่วยปฏิบัติตัวก่อนและหลังการเจาะได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย โดยการแนะนำตัวและแจ้งวัตถุประสงค์ของการพูดคุยเมื่อให้การพยาบาล
2. ประเมินสภาพจิตใจ โดยเฉพาะความวิตกกังวลของผู้ป่วย
3. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความวิตกกังวล เป็นผู้รับฟังที่ดี
4. อธิบายขั้นตอนการเจาะชิ้นเนื้อ โดยการทำ Core Needle Biopsy โดยละเอียด พร้อมทั้งบอกเหตุผลและความสำคัญที่ต้องเจาะชิ้นเนื้อ
5. แนะนำวิธีการปฏิบัติตัว ก่อนและหลังการเจาะชิ้นเนื้อ
6. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยซักถาม และให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับข้อสงสัยของผู้ป่วย
7. ให้ผู้ป่วยเซ็นยินยอมเพื่อเป็นหลักฐานในการเจาะชิ้นเนื้อ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยเข้ารับการเจาะชิ้นเนื้อตามแผนการรักษา
2. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการปฏิบัติก่อนและหลังการเจาะชิ้นเนื้อได้ถูกต้อง

การวินิจฉัยทางการแพทย์ข้อที่ 2

ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลที่เจาะ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีแผลที่เต้านมขวาภายหลังทำ Core Needle Biopsy
2. ผู้ป่วยมีสีหน้าไม่สดชื่น แสดงความเจ็บปวด เมื่อเคลื่อนไหวแขนขวา
3. บ่นปวดแผล pain score = 3 คะแนน

เป้าหมายทางการพยาบาล

1. ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลทุเลาลง

เกณฑ์การประเมิน

1. Pain score < 3 คะแนน
2. สามารถเคลื่อนไหวแขนขวาได้ดีขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความเจ็บปวดของแผล บริเวณที่เจาะขึ้นเนื้อ ตั้งแต่ระดับ 0 – 10 พร้อมให้พยาบาลในแต่ละระดับ
2. สังเกตอาการและอาการแสดงภายหลังการเจาะ
3. แนะนำการพักผ่อนและการเคลื่อนไหวที่ถูกต้อง ภายหลังได้รับการเจาะเต้านม
4. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวด กรณีที่มีอาการปวด ตามแผนการรักษา
5. ประเมินระดับความเจ็บปวดอีกครั้งว่าลดลงหรือไม่ ภายหลังได้รับยาแก้ปวด

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น
2. อาการปวดทุเลาลง pain score = 1 หลังจากได้รับยาแก้ปวด

การวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3

ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับผลการตรวจวินิจฉัยและแผนการรักษา

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมาฟังผลการตรวจภายหลังการเจาะขึ้นเนื้อ (CNB)
2. ผลการตรวจชิ้นเนื้อ เป็น Invasive ductal carcinoma และแพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด
2. สีหน้าผู้ป่วยไม่สดชื่น มีความวิตกกังวล บอกว่า “กลัวรักษาไม่หาย”

เป้าหมายทางการพยาบาล

1. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลงและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น คลายความวิตกกังวลลง
2. ผู้ป่วยสามารถเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาของแพทย์ได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย
2. ประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วย
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความวิตกกังวล เป็นผู้รับฟังที่ดี สนใจทั้งคำพูดและความรู้สึกของผู้ป่วย
3. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา
4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม ให้ข้อมูลเมื่อผู้ป่วยและญาติมีความพร้อม ข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับโรค การรักษา และแหล่งประโยชน์ของการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติใช้ประกอบการตัดสินใจในการรักษา
5. ส่งเสริมให้ครอบครัวเข้าร่วมรับรู้ ร่วมให้กำลังใจ และร่วมให้การดูแลเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น ยิ้มได้
2. ผู้ป่วยสามารถเข้าใจถึงภาวะโรคที่เกิดขึ้นกับตนเองและเข้าใจเรื่องโรคและบอกแผนการรักษาของแพทย์ได้ถูกต้อง

ระยะที่ 2 ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบสงวนเต้า และการฉายรังสีในท้องผ่าตัด (Rt.BCS c SLNB c IORT:Right Breast Conserving Surgery with Sentinel Lymph Node Biopsy with Intra Operative Radiation Therapy)

การวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อที่ 1

ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตัวก่อนและผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยแสดงสีหน้าบ่งบอกถึงความวิตกกังวล เมื่อเข้าพักในโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัด
2. จากการซักถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดผู้ป่วย ไม่สามารถบอกถึงวิธีการปฏิบัติตัวได้

เป้าหมายทางการพยาบาล

1. เพื่อให้ผู้ป่วยลดความกลัวและคลายความวิตกกังวล
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยการผ่าตัดและการปฏิบัติตัวก่อนและหลัง ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส
2. ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามและปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องทั้งก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย ให้ความเป็นกันเองและเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกสอบถามปัญหาต่างๆที่ข้องใจในการทำผ่าตัด
2. ประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับความวิตกกังวลและความต้องการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค แผนการรักษาและเหตุผลในการรักษา
3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด เช่น การเตรียมบริเวณผ่าตัด การตรวจต่างๆ ที่ต้องทำก่อนผ่าตัด การงดอาหารและน้ำหลังเที่ยงคืน การได้รับยานอนหลับ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และการให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ การประเมินสัญญาณชีพบ่อยๆจนกว่าผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะปกติ
4. แนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เช่น การนอนราบเมื่อกลับจากห้องผ่าตัดใหม่ๆ สอนการหายใจ เพื่อบริหารปอดและลดความเจ็บปวดลงได้ สอนวิธีไออย่างถูกวิธี เพื่อขับเสมหะและกระเทียมแผลน้อยที่สุด
5. ประเมินความรู้ความเข้าใจหลังทำการผ่าตัด จากคำแนะนำที่กล่าวมา โดยการซักถาม หากผู้ป่วยยังไม่เข้าใจ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและมั่นใจ ในการปฏิบัติตัวมากขึ้น และการประเมินความรู้ความเข้าใจอีกครั้ง จนผู้ป่วยเข้าใจถูกต้อง
6. เป็นสื่อเชื่อมสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวให้มีความเข้าใจต่อกัน เข้าใจความรู้สึกอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เข้าใจการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดจากการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดเกิดความอบอุ่นใจ
7. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวลสุภาพให้ความสำคัญต่อผู้ป่วยให้เกียรติ ยอมรับความมีศักดิ์ศรีในตนเองของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกในคุณค่าของตนเองมีความรู้สึกต่อตนเองดีขึ้น
8. มีความสม่ำเสมอในการดูแล เยี่ยมเยียนผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะเผชิญกับโรคและการรักษา โดยให้การพยาบาลด้วยการสัมผัส ใช้คำพูดที่สุภาพ นุ่มนวล ซักถามด้วยความห่วงใย จริงใจ
9. สนใจต่อความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วยโดยแสดงตนพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา
10. ให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมที่ประสบความสำเร็จในการผ่าตัด เพื่อสร้างความมั่นใจในการรักษาพยาบาล

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส
2. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องทั้งก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

การวินิจฉัยทางการแพทย์ ข้อที่ 2

ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก

ข้อมูลสนับสนุน

1. หลังผ่าตัด Rt.BCS c SLNB c IORT
2. ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึก แบบ general anesthesia
3. มีเสมหะในลำคอ ไม่กล้าไอ กลั้วเจ็บแผล

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน จากการได้รับยาระงับความรู้สึกหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน

1. สัญญาณชีพปกติ
2. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดปกติ (O₂ Saturation = 95-100%)
3. ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย โดยสอบถามชื่อ-นามสกุล วันเวลา สถานที่ หากมีอาการซึมลง ปลุกไม่ตื่น (sedation score >1) ให้รายงานแพทย์ทันที เพราะอาจมีภาวะช็อคจากการเสียเลือดในช่องท้อง
2. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ โดยตรวจนับชีพจร หายใจ และความดันโลหิต ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าสัญญาณชีพจะคงที่ จากนั้นบันทึกต่อทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง หากมีสัญญาณชีพผิดปกติ เช่น ชีพจรเร็วกว่า 100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 mmHg มีเหงื่อออก ตัวเย็น ปากซีด หายใจหอบเหนื่อย ให้รายงานแพทย์ทันที
3. ประเมินความอิ่มตัวของออกซิเจน (O₂ saturation) ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจน
4. ประเมินแผลผ่าตัด ลักษณะของแผล ภายหลังทำผ่าตัด ถ้าหากพบว่ามีเลือดซึมออกจากแผลผ่าตัด ให้รายงานแพทย์ทันที
5. ประเมินอาการปวดแผลผ่าตัด โดยประเมินจาก pain score ที่ผู้ป่วยบอก และพิจารณาให้ยาแก้ปวด บรรเทาอาการตามแผนการรักษา
6. จัดให้ผู้ปวยนอนราบไม่หนุนหมอน หากมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ให้จัดให้นอนในท่านอนตะแคงเพื่อป้องกันการสำลักเศษอาหาร

7. เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆยาวๆ (deep breathing exercise) โดยหายใจเข้าให้หน้าท้องพองขึ้น แล้วค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออกช้าๆ ทำเช่นนี้ไปเรื่อยๆ ประมาณ 10-15 ครั้ง เพื่อป้องกันภาวะปวดแผลและแนะนำเรื่องการไออย่างมีประสิทธิภาพ (effectivecough) เพื่อช่วยให้เสมหะออกมาจากลำคอได้ง่าย ลดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้
8. กระตุ้นให้ผู้ป่วย ambulate ได้เร็วที่สุด เมื่อผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัวดีแล้ว ให้พลิกตะแคงตัวทุก 2-3 ชั่วโมง หรือบริหารขา (legs exercise) โดยการกระดกปลายเท้าขึ้นลง เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น

การประเมินผล

1. สัญญาณชีพผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีเลือดซึมออกจากแผลผ่าตัด ปวดแผลเล็กน้อย pain score = 3 คะแนน
2. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดปกติ (O2 Saturation = 98 %)
3. ผู้ป่วยไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีอาการเวียนศีรษะเล็กน้อย ไม่มีอาการไอ เจ็บคอ
4. สามารถหายใจได้เอง และไอได้อย่างถูกต้อง

การวินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ 3

ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดบริเวณเต้านมขวา
2. สีหน้าผู้ป่วยไม่สดชื่น แสดงความเจ็บปวดเมื่อเคลื่อนไหวร่างกาย
3. บ่นปวดแผล pain score= 5 คะแนน

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยทุเลาอาการปวดแผลลง

เกณฑ์การประเมิน

1. Pain score <3 คะแนน
2. สีหน้าสดชื่นขึ้น นอนพักผ่อนได้
3. สามารถเคลื่อนไหวทางร่างกายได้เหมาะสมตามคำแนะนำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความปวดแผลผ่าตัด (level of pain score) ตั้งแต่ระดับ 0-10 พร้อมทั้งให้การพยาบาลในแต่ละระดับ
2. จัดทำให้อุณหภูมิผู้ป่วยอบอุ่นตะแคง หลีกเลี่ยงการนอนทับบริเวณแผลผ่าตัด แรกกดทับบนแผลทำให้ปวดแผล

3. แนะนำเรื่องการไออย่างถูกวิธี โดยใช้มือประคองแผลขณะไอจาม เพื่อช่วยบรรเทาอาการปวดแผล
4. สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพที่เปลี่ยนไป
5. ดูแลช่วยเหลือกิจกรรมทั่วไป เช่น ดูแลเช็ดตัว ทำความสะอาดให้ เพื่อความสบาย
6. เบี่ยงเบนความสนใจโดยการให้หายใจเข้าทางจมูกลึกๆ และผ่อนลมหายใจออกทางปากช้าๆ (deep breathing)
7. อธิบายให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อลดความวิตกกังวล โดยบอกสาเหตุของการปวดแผล
8. บันทึกอาการปวดและให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ประเมิน อาการเจ็บปวด ภายหลังให้ยาแก้ปวด
9. รายงานแพทย์ เมื่ออาการปวดแผลผ่าตัดไม่ทุเลาลง

การประเมินผล

1. วันแรกหลังผ่าตัดมีปวดแผลปานกลางได้ขอยาแก้ปวด paracetamol 1 tab ผู้ป่วยนอนพักผ่อนได้ บอกว่าปวดแผล ทุเลาลง pain score = 2 คะแนน สีหน้าผู้ป่วยสดชื่นขึ้น
2. ผู้ป่วยนอนในท่าตะแคง ตามคำแนะนำได้ และผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ลุก นั่งได้ อย่างถูกวิธี
3. สามารถพูดคุย และมีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใสมากขึ้น

การวินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ 4

ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับการทำผ่าตัดเต้านมทำให้เนื้อเยื่อได้รับอันตรายจากการผ่าตัด

เป้าหมายทางการพยาบาล

1. เพื่อป้องกันการเกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. บริเวณแผลผ่าตัดไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อได้แก่ อาการบวมแดง ปวดแผล ร้อนบริเวณแผล มีเลือดหรือน้ำเหลืองซึมปริมาณมาก
2. สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ อุณหภูมิไม่เกิน 37.5 องศาเซลเซียส ไม่มีอาการหนาวสั่น
3. WBC อยู่ในเกณฑ์ปกติ 5,000 - 10,000 cell/mm³

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลความสะอาดของแผลผ่าตัด เปลี่ยนผ้าปิดแผลโดยยึดหลัก Sterile technique
2. สังเกตลักษณะและการติดเชื้อของแผล กรณีพบว่ามึลักษณะของการติดเชื้อที่แผล ควรรายงานแพทย์ ทราบ

3. สังเกตและบันทึก จำนวน สี ลักษณะของของเหลวที่ออกจากท่อระบายเลือดและน้ำเหลืองที่ออกจากแผลผ่าตัด หากพบว่าผิดปกติ เช่นยังมีเลือดสดออกในปริมาณมาก อาจแสดงถึงการมีเลือดออกใต้แผลผ่าตัด ต้องรีบรายงานแพทย์ทราบ
4. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง
5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์
6. ติดตามผล WBC เพื่อประเมินอาการของการติดเชื้อ
7. แนะนำให้ผู้ป่วยรักษาความสะอาดของร่างกาย ระวังอย่าให้แผลเปียกน้ำ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะของการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด
2. อุณหภูมิร่างกายปกติไม่มีไข้ วัดได้ = 37.2 องศาเซลเซียส
3. ผล WBC ปกติ 7,800 cell / mm³

การวินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ 5

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแขนบวม และข้อไหล่ติด ภายหลังผ่าตัดและต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ ออกและฉายแสงในระหว่างผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัด Rt.BCS c SLNB c IORT มีการเลาะต่อมน้ำเหลือง 6 ต่อมน และการฉายแสงในระหว่างผ่าตัด ทำให้เกิดภาวะ Fibrosis ของเนื้อเยื่อบริเวณแผลผ่าตัดเต้านม ร่วมกับการปวดแผลผ่าตัด ซึ่งถ้าไม่มีการบริหารแขนที่ถูกต้อง จะมีผลทำให้แขนบวมในลักษณะของ Lymphatic Obstruction และเกิดข้อไหล่ติดตามมาได้
2. จากการพูดคุย ผู้ป่วยไม่มีความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการบริหารแขนข้างที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม
3. จากการสังเกตผู้ป่วยไม่ได้บริหารแขนข้างที่ทำผ่าตัดเต้านม

เป้าหมายทางการพยาบาล

เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแขนบวมและข้อไหล่ติด

เกณฑ์การประเมินผล

1. หน้าตาสดชื่นทำกิจกรรมได้มากขึ้น
2. พักผ่อนได้
3. แขนไม่เกิดภาวะบวม
4. เคลื่อนไหว ข้อไหล่ แขน และส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ดีขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายถึงความจำเป็นในการบริหารแขนข้างที่ทำผ่าตัดเต้านมและฉายรังสีแก่ผู้ป่วย พร้อมกับให้ซักถามปัญหาต่างๆ
2. แนะนำและสาธิตวิธีการบริหารแขนข้างที่ทำผ่าตัดเต้านม
3. ดูแลให้ผู้ป่วยบริหารแขนข้างที่ทำผ่าตัดอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำ
4. ป้องกันแขนและมืออย่าให้ถูกความร้อน และอย่าตากแดดจัดๆ
5. ระวังอย่าให้มีวัสดุใด ๆ ไปรัดแขนข้างที่ทำผ่าตัดไว้ เช่น
 - ห้ามสวมเครื่องประดับที่คับจนรัดหรือทำให้เกิดการขีดข่วน
 - ห้ามสพายของหนักบนบ่าข้างที่ทำผ่าตัดไว้หรือหัวของหนัก
 - ห้ามวัดความดันเลือดที่แขนข้างนั้น
 - ไม่เจาะเลือดหรือให้สารน้ำเข้าเส้นเลือด แขนข้างที่ทำผ่าตัดเต้านม
6. ถ้ามีบาดแผลเกิดขึ้นต้องระวังดูแลเป็นพิเศษ เพราะเมื่อแขนบวมแล้วจะเกิดการติดเชื้อได้ง่ายเพียงแค່รอยถลอกหรือรอยไหม้เพียงเล็กน้อย ก็อาจทำให้เกิดการติดเชื้อลุกลามไปได้มาก
7. บอกแพทย์หรือพยาบาลทันทีถ้ามีอาการของแขนบวม ปวด ร้อนหรือแดง
8. จัดกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายๆ กันเพื่อให้ผู้ป่วยได้พูดคุยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

การวินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ 6

ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัดและการฉายแสงในห้องผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยไม่มีประสบการณ์การรักษาด้วยการผ่าตัดมาก่อน
2. ผู้ป่วยได้รับการทำผ่าตัดเต้านม

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสมเมื่อกลับบ้าน

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถตอบข้อซักถามและสามารถอธิบายถึงวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำการบริหารข้อไหล่และแขนด้วยท่าต่างๆวันละ 2 ครั้ง
2. ใช้แขนขวาทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ แต่ไม่ควรยกของหนักหรือลากของหนักหรือต้องรับน้ำหนักมากเกินไป
3. ระวังแขนขวาเป็นแผลหรือได้รับการระคายเคืองโดยแนะนำให้ผู้ป่วยระมัดระวังขณะตัดเล็บหรือใช้ของมีคม ขณะเดียวกันผู้ป่วยไม่ควรเข้าใกล้ต้นไม้ที่มีหนาม ระวังแมลง หรือสัตว์กัดต่อยและหลีกเลี่ยงการใช้สบู่ที่มีความเข้มข้นสูงทำความสะอาด

4. ระวังผิวหนังใหม่ดังนี้
 - ควรหลีกเลี่ยงไม่ให้แขนขาถูกแดดจัดเป็นเวลานานขณะเดินทางหรือไปชายหาดทะเล
 - หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้เตาไฟ ไร่ร้อน
5. ดูแลให้เลือดไหลเวียนสะดวกโดย
 - หลีกเลี่ยงการสวมเสื้อที่คับเกินไปหรือใช้สายยางรัดแขน
 - หลีกเลี่ยงการสวมเสื้อยกทรงหรือสวมเต้านมเทียมที่คับมากเกินไป
6. ถ้าแขนมีอาการบวม ควรยกแขนซ้ายสูงอย่างน้อย 15 นาที แล้วพันด้วยผ้ายืดจากปลายมือถึงต้นแขน หรือใส่ถุงแขนที่ทำจากผ้ายืด นอกจากนั้นเวลานอน ควรใช้หมอนหนุนแขนสูงกว่าระดับหัวใจ เพื่อเลือดไหลเวียนได้สะดวก
7. ให้ความรู้ในการดำเนินชีวิตหลังผ่าตัดเต้านม ซึ่งผู้ป่วยสามารถทำการค้าขายได้ตามปกติ แต่ให้ระวังของมีคมถูกมือขวา ฉะนั้นการทำงานต้องใช้ความระมัดระวังมากขึ้น
8. แนะนำให้สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ได้แก่ ข้อไหล่ขาคิด แขนขาบวม (หลังจากดูแลเบื้องต้นตามข้อ 6 แล้วอาการไม่ดีขึ้นใน 5 วัน) มีอาการใช้คำพ้องที่เต้านมซ้าย เป็นต้น
9. เน้นความสำคัญเรื่องการมาตรวจตามนัด
10. สอนให้ผู้ป่วยตรวจเต้านมข้างซ้ายด้วยตนเองเดือนละครั้ง หากพบมีก้อนควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด

การประเมินผล

ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถอธิบายการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

ระยะที่ 3 ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดสูตร AC (Adriamycin, Cyclophosphamide) x 4 ครั้ง และได้รับการรักษาเสริมต่อด้วยยาต้านฮอร์โมน Tamoxifen

การวินิจฉัยทางการแพทย์ ข้อที่ 1

ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับแผนการรักษาด้วยยาเคมี

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดสูตร AC X 4 ครั้ง
2. ผู้ป่วยสอบถามเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การปฏิบัติตนและผลข้างเคียงของยา

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษาและการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับแผนการรักษาและวิธีการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอย่างถูกต้อง
2. ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับโรค การรักษา และผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดได้ร้อยละ 70
3. ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองขณะและภายหลังรับยาเคมีบำบัดได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ
 2. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ตลอดจนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
 3. อธิบายเรื่องโรค การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ตลอดจนผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นวิธีการดูแลตนเอง และจัดการกับอาการข้างเคียง อาการที่ต้องแจ้งแพทย์และพยาบาล
 - อธิบายอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ Adriamycin มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และภาวะเลือดออกง่าย อาจมีผลต่อหัวใจ ปัสสาวะสีแดงขณะที่ได้รับยา การได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ปากแห้ง เบื่ออาหาร
 - มีสีเล็บเปลี่ยนไป มีสีคล้ำลง ซึ่งจะทุเลาลงหลังหยุดการให้ยา Cyclophosphamide มีอาการระคายเคืองกระเพาะปัสสาวะ การกดของไขกระดูกเสี่ยงต่อภาวะการติดเชื้อ เลือดออกง่าย เบื่ออาหาร ผมร่วง
- 3.1 การดูแลช่องปากและฟัน
- ดื่มน้ำวันละ 2-3 ลิตร
 - รับประทานอาหารอ่อน อาหารปรุงสุก สะอาด หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด เช่น รสเค็ม ผักสด หรือผลไม้
 - ทำความสะอาดช่องปากและฟันหลังอาหารทุกมื้อ และก่อนนอน
 - บ้วนปากด้วยน้ำเกลือทุก 2 ชม.
 - สังเกตอาการแผลในช่องปาก ถ้ามีอาการมากขึ้น รับประทานอาหารไม่ได้ ควรพบแพทย์
- 3.2 การดูแลเมื่อมีอาการท้องเสีย
- ดื่มน้ำเกลือแร่ทดแทนบ่อยๆ
 - รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย และรสไม่จัด หลีกเลี่ยงการดื่มนม
 - สังเกตอาการ เช่น มีถ่ายเหลวเป็นน้ำมากกว่า 3 ครั้ง/วัน ปวดท้อง มีไข้ อ่อนเพลียมากควรพบแพทย์ทันที
- 3.3 การดูแลผิวหนังและเล็บ
- แนะนำการดูแลความสะอาดของร่างกายอย่างสม่ำเสมอ หลังอาบน้ำสามารถใช้ครีมบำรุงเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นได้ ควรเป็นครีมชนิด hypoallergenic ไม่มีส่วนผสมของ alcohol หรือ oil
 - แนะนำการใช้ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดผิวและสระผมที่อ่อนโยนสำหรับผิวแพ้ง่ายหรือผลิตภัณฑ์สำหรับเด็ก
 - หลีกเลี่ยงการแต่งหน้า หากมีความจำเป็นใช้เครื่องสำอางอย่างระมัดระวัง ไม่ควรทาบริเวณผิวหนังที่แห้งแตก
 - ใช้ครีมกันแดดที่มีค่า SPF ไม่ต่ำกว่า 30
 - ควรหลีกเลี่ยงการถูกแสงแดดเป็นเวลานาน และควรใส่หมวกและแว่นกันแดดหากจำเป็น
 - ใช้ถุงมือที่อ่อนนุ่มหากจำเป็นต้องหยิบจับหรือ ทำความสะอาดบ้าน

- แนะนำให้ใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่ควรซื้อยารับประทานเอง
- แนะนำให้สังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ ผิวหนังมีการอักเสบ บวม แดงหรือเป็นแผล
- แนะนำการดูแลทำความสะอาดเสื้อผ้า ที่นอน ที่ปกอศัยให้ปราศจากฝุ่นละอองอยู่เสมอ
- แนะนำให้ผู้ป่วยล้างมือบ่อยๆ และทาโลชั่นเพื่อความชุ่มชื้น ที่มือ เท้า และปลายเล็บ

4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม พร้อมทั้งตอบข้อสงสัยต่าง ๆ ด้วยท่าที่เป็นมิตรสุภาพ ไม่เร่งรีบ
5. หากผู้ป่วยมีสีหน้าท่าทางไม่แน่ใจอาจประเมินผลภายหลังการสอนอีกครั้ง โดยทบทวนในประเด็นที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจหรือตอบคำถามไม่ถูกต้อง

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยให้ความสนใจ รับฟังเป็นอย่างดีและซักถามในเรื่องที่ไม่เข้าใจ สีหน้าคลายความกังวล
2. ผู้ป่วยรับทราบการปฏิบัติตัวทั้งขณะและหลังได้รับการรักษา และผลข้างเคียงจากการรักษาที่อาจเกิดขึ้น

การวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อที่ 2

มีโอกาเสี่ยงของการเกิดการรั่วซึมของยาเคมีออกนอกหลอดเลือดดำ (Extravasation)

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ
2. ได้รับยาเคมีกลุ่ม vesicant คือ Adriamycin

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับอาการแสดงของการรั่วซึมของยาออกนอกเส้นเลือดและเนื้อเยื่อ จากการได้รับยาเคมีบำบัด
2. ไม่เกิดการรั่วซึมของยาออกนอกเส้นเลือดและเนื้อเยื่อขณะผู้ป่วยรับยาเคมี

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอนผู้ป่วยให้รู้จักประเมินและรายงานความรู้สึกทันทีเมื่อมีอาการเจ็บ ปวด บวม แดง แสบร้อน บริเวณเข็มที่แทงหลอดเลือดดำ ขณะให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย หรือมีอาการดังกล่าวบริเวณหน้าอก คอ ไหล่ ขณะให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง
2. ต้องเฝ้าระมัดระวังใกล้ชิดเป็นพิเศษในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงจากการรั่วซึมของยาเคมีออกนอกหลอดเลือดดำ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถบอกความเจ็บปวดได้ ผู้ป่วยมีหลอดเลือดดำเปราะแตกง่าย ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยโรคเกี่ยวกับหลอดเลือด การไหลเวียนเลือดไม่ดี ผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด lymphedema
3. การเลือกหลอดเลือดดำ ตำแหน่งแทงเข็มที่เหมาะสม ดังนี้ มองเห็นชัดเจน ยึดหยุ่นดี ไม่แข็ง ไม่อักเสบ ขนาดใหญ่ บริหารยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดที่เปิดแทงใหม่ ควรหลีกเลี่ยง การบริหารยาเคมีบำบัดในตำแหน่งหลอดเลือดที่ผ่านการเจาะเลือด/บริหารยาภายใน 24 ชั่วโมง หลอดเลือดบริเวณข้อมือทั้งด้านในและด้านนอก ข้อพับแขน ข้อต่างๆ หลอดเลือดบริเวณขาเพราะมีโอกาสเกิด

thrombosis และ embolism ได้ บริเวณที่มีการไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลืองไม่ดี ผิวหนังบวม ตึง บริเวณที่เคยได้รับการฉายรังสีหรือ ผ่าตัด เช่น แขนข้าง ที่ผ่าตัดเต้านมและเกาะต่อมน้ำเหลือง ออก ผู้ป่วยที่มี SVC obstruction บริเวณที่มีความบกพร่องของระบบประสาทและความรู้สึก เช่น มือชา เท้าชา อัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นต้น

4. การเลือกอุปกรณ์ที่เหมาะสม ได้แก่ เลือกใช้เข็มพลาสติกที่มีความยืดหยุ่น ขนาดเบอร์เล็กที่สุด ไม่ควรใช้เข็มเหล็ก ใช้พลาสติกชนิดใส (transparent) ปิดตำแหน่งที่แทงเข็มเพื่อยึดตรึง สามารถสังเกตการรั่วซึมของยาหรืออาการบวมแดงได้ชัดเจน
5. ขณะบริหารยาเคมีบำบัดทุกชนิด ควร ตรวจสอบความสมบูรณ์ของหลอดเลือดทุกครั้งก่อนบริหารยา โดยใช้ normal saline ฉีดเบาๆเข้าหลอดเลือดได้ดี ไม่ฝืน ไม่อุดตัน ตรวจสอบตำแหน่งเข็มให้อยู่ภายในหลอดเลือดดำเสมอ ไม่รั่วซึม ดังนี้
6. จัดเตรียม extravasation kit ที่บรรจุนยาและอุปกรณ์ช่วยเหลือไว้ให้ครบ

ประเมินผล

ไม่พบการรั่วซึมของยาออกนอกเส้นเลือดและเนื้อเยื่อขณะผู้ป่วยรับยาเคมี หลังรับยาไม่พบการระคายเคือง ปวด บวม แดง อักเสบ บริเวณที่แทงเข็ม

การวินิจฉัยทางการแพทย์ ข้อที่ 3

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (ภาวะ Leuko-neutropenia) Grade 3

ข้อมูลสนับสนุน

1. หลังได้รับยาเคมี AC ครั้งแรก 2 อาทิตย์ ผลจากการตรวจนับจำนวนเม็ดเลือดขาว WBC = $1.5 \times 10^3/\text{UL}$ (ค่าปกติ $4 - 10 \times 10^3/\text{UL}$) Neutrophil = 6% (ค่าปกติ 40 - 74%) ANC = $0.09 \times 10^3/\text{UL}$ (ค่าปกติ $1.5 - 99 \times 10^3/\text{UL}$)
2. ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัด Adriamycin, Cyclophosphamide ซึ่งผลข้างเคียงของยาเคมีนี้ จะไปกดการทำงานของไขกระดูก ซึ่งมีผลทำให้การสร้างเม็ดเลือดโลหิตขาวและเม็ดโลหิตแดงลดลง

เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อเกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีไข้ ไม่มีอาการหนาวสั่น
2. ไม่มีอาการอักเสบ บวม แดง หรือมี Discharge ไหลจากแผล
3. การเต้นของชีพจรอยู่ในเกณฑ์ปกติ
4. ฟังเสียงปอดได้ปกติ
5. ผลการตรวจเพาะเชื้อในปัสสาวะ เลือด เสมหะ ไม่พบเชื้อ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจเลือดเพื่อประเมินสภาพการติดเชื้อ ก่อนและหลังได้รับยาเคมีบำบัด

2. อธิบายให้ข้อมูลถึงสาเหตุ ของการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันหรือบรรเทาภาวะแทรกซ้อนเหล่านั้น การรักษาของแพทย์ การดูแลของพยาบาลตลอดจนแนะนำให้สังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ของตนเอง เช่น อาการไข้ จาการหวัด การเกิดแผลบริเวณผิวหนัง ถ้าพบควรรีบแจ้งแพทย์หรือพยาบาลทราบทันที
3. แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติ ทราบถึงปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อและแนะนำวิธีปฏิบัติตัว ดังนี้
 - ดูแลความสะอาดของปาก ฟัน และความชุ่มชื้นในช่องปากอย่างสม่ำเสมอ โดยแปรงฟันด้วยแปรงสีฟันขนอ่อนและใช้ยาสีฟันที่ไม่ระคายเคือง ทุกครั้งหลังรับประทานอาหารบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ ทุก 1-2 ชั่วโมง ขณะตื่น
 - ดูแลความสะอาดส่วนบุคคลอย่างถูกวิธี ทำความสะอาดผิวหนัง รักษาความสะอาดของเล็บมือ เล็บเท้า บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ ควรระวังการเกิดอุบัติเหตุเพื่อป้องกันการทำลายของผิวหนัง หรือเยื่อต่าง ๆ
 - ห้ามบุคคลที่เป็นหวัด หรือโรคติดต่ออื่น ๆ เข้าเยี่ยมผู้ป่วย
 - ให้ผู้ป่วยอยู่ห้องแยก (Isolation) และให้การพยาบาลแบบ Aseptic technique และจำกัดการเยี่ยมของญาติ
 - จัดสภาพแวดล้อมรอบ ๆ เตียงผู้ป่วยให้สะอาดเรียบร้อยเสมอ และให้ผู้ป่วยอยู่ในบริเวณหรือสถานที่ที่เงียบสงบ ปลอดโปร่ง อากาศถ่ายเทสะดวก จัดกิจกรรมพยาบาลให้เหมาะสม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้นอนหลับพักผ่อนวันละ 8 - 10 ชั่วโมง
4. สังเกตตรวจสอบ และจดบันทึกอาการ อาการแสดงของภาวะติดเชื้อดังนี้
 - ไข้ มีการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของอุณหภูมิในร่างกายอย่างรวดเร็ว โดยอุณหภูมิร่างกายเพิ่มขึ้นมากกว่า 38 องศาเซลเซียส เป็นเวลานานกว่า 24 ชั่วโมง เป็นสิ่งที่ควรระมัดระวังว่าเป็นอาการบ่งชี้ของภาวะติดเชื้อ
 - มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับระบบหายใจ เช่น มีอาการหายใจลำบาก ไอมีเสมหะ มีอาการเจ็บคอ
 - มีการเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น ถ่ายปัสสาวะลำบาก ถ่ายปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะขุ่น มีกลิ่นเหม็น หรือถ่ายปัสสาวะเป็นเลือด
 - มีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังและเยื่อต่าง ๆ เช่น มีอาการแสดงของการอักเสบ ได้แก่ อาการปวด บวม แดง ร้อน ในบริเวณต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือด
 - สังเกตอาการผิดปกติต่างๆ เช่น กระสับกระส่าย กระวนกระวาย นอนไม่หลับ ไข้สูง ปัสสาวะน้อย ความดันโลหิตต่ำลง เพราะอาการเหล่านี้ อาจเป็นอาการเริ่มแรกของการติดเชื้อในกระแสเลือด ถ้าพบอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติเหล่านี้ ให้รีบไปพบแพทย์
5. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับอาหารที่มีประโยชน์เป็นอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ สะอาดมีโปรตีน และให้พลังงานสูง
6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 3,000 cc.

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการของการติดเชื้อแทรกซ้อน
2. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวได้เป็นอย่างดี

การวินิจฉัยทางการแพทย์ ข้อที่ 4

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะการขาดสารอาหาร เนื่องจากคลื่นไส้ อาเจียน และเบื่ออาหาร

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัด Adriamycin, Cyclophosphamide ซึ่งผลข้างเคียงของยาเคมี มีผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และเบื่ออาหาร
2. สังเกตพบว่าผู้ป่วยบอกว่าคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหารรับประทานอาหารได้น้อย
3. สังเกตพบว่า ผู้ป่วยเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน เป็นบางครั้งและรับประทานอาหารได้น้อย ประมาณ 1/3 ของถาด
4. ผู้ป่วยน้ำหนักลดลง 2 กิโลกรัม (เดิมน้ำหนัก 60.5 กิโลกรัม ปัจจุบันน้ำหนัก 58.3 กิโลกรัม ส่วนสูง 153 เซนติเมตร)

เป้าหมายทางการแพทย์

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะขาดสารอาหารเกณฑ์การประเมินผล

1. น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. ผลการตรวจเลือด BUN, Serum Protein, albumin, Hct, Hb, Electrolyte อยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. รับประทานอาหารได้ตามปกติ ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร
4. เยื่อช่องปากไม่เป็นแผล

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็นและประโยชน์ของการได้รับสารอาหาร และสารน้ำ อย่างเพียงพอ
2. แนะนำให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดปากฟันให้สะอาดอยู่เสมอ
3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารอ่อน ย่อยง่าย ไขมันต่ำ โปรตีนและคาร์โบไฮเดรตสูง มีกากน้อย
4. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง จัดถาดอาหารและสภาพแวดล้อมให้อ่อนแอ่นวยต่อการรับประทานอาหาร
5. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเสริมระหว่างมื้อ เช่น น้ำหวาน โอวัลติน นม นำนม ถั่วเหลือง น้ำผลไม้ ซุปต่างๆ เป็นต้น
6. แนะนำให้ดื่มน้ำมากกว่า 2,000 cc. เพื่อป้องกันภาวะ Dehydration
7. แนะนำญาติจัดอาหารที่ผู้ป่วยชอบมาให้ผู้ป่วยรับประทาน โดยมีลักษณะที่เหมาะสมกับผู้ป่วย
8. ทุกครั้งที่อาเจียน แนะนำจัดให้ผู้ป่วยบ้วนปากด้วยน้ำอุ่น ๆ และเปลี่ยนชามรูปไตหรือกระโถนทุกครั้งให้ผู้ป่วยรู้สึกคลื่นไส้ อาเจียนมากขึ้น พร้อมทั้งสังเกตความถี่ ลักษณะของอาเจียน และปริมาณ
9. ดูแลสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยให้สะอาดอยู่เสมอ ปราศจากสิ่งรบกวนเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน พร้อมทั้งจัดหาสิ่งผ่อนคลายตามสภาพ และตามความต้องการของผู้ป่วยดูแลให้ได้รับยา Zofran ก่อนรับประทานอาหารทุกมื้อ ตามคำสั่งแพทย์
10. ติดตามผลการชั่งน้ำหนัก อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง พร้อมทั้งติดตามผล Electrolyte เพื่อดูภาวะสมดุลของน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย

11. ให้คำปรึกษาเพื่อลดความวิตกกังวล และสร้างความเข้าใจให้กับผู้ป่วย ถึงอาการคลื่นไส้ อาเจียน ว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัด และอาการดังกล่าวจะทุเลาลงถ้าผู้ป่วยปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องตามคำแนะนำ
12. ดวงน้ำดื่มและปัสสาวะ เพื่อให้ทราบจำนวนน้ำที่ร่างกายได้รับและจำนวนน้ำที่ร่างกายขับออกมา
13. ชั่งน้ำหนักตัวผู้ป่วย อาทิตย์ละ 2 ครั้ง และจดบันทึกไว้พร้อมทั้งแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงความก้าวหน้า เพื่อผู้ป่วยจะไม่มี ความกังวลใจและพยายามรับประทานอาหารได้มากขึ้น

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน น้อยลง
2. น้ำหนักตัวผู้ป่วยไม่ลดลงกว่าเดิม เพิ่มขึ้นอาทิตย์ละ 1/2 กิโลกรัม

การวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อที่ 5

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะการเกิดการอักเสบของเยื่อในช่องปาก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัด Adriamycin, Cyclophosphamide ซึ่งผลข้างเคียงของ ยาเคมีในกลุ่มนี้มีผลทำให้เยื่อช่องปากอักเสบ (Mucositis) ภายหลังจากได้รับยา 5 - 14 วัน
2. จากการตรวจช่องปาก พบว่าผู้ป่วยมีริมฝีปากแห้งเยื่อภายในช่องปากเริ่มแดง

เป้าหมายทางการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะการอักเสบของเยื่อช่องปากเกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีแผลในเยื่อช่องปาก หรือมีการหายของแผลดีขึ้น ไม่มีการอักเสบ
2. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ตามปกติ
3. ไม่บ่นเจ็บปวดแผล เยื่อช่องปาก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสภาพภายในช่องปากวันละ 2 ครั้ง เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของการเกิดแผลภายในช่องปาก
2. ดูแลและแนะนำให้ผู้ป่วยทำความสะอาดปากและฟันหลังรับประทานอาหาร และก่อนนอนทุกครั้ง โดยใช้แปรงสีฟันที่มีขนอ่อนนุ่ม เพื่อลดการระคายเคืองต่อเยื่อในช่องปาก
3. แนะนำให้ผู้ป่วยบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปาก หรือน้ำเกลือเพื่อให้เยื่อในช่องปากชุ่มชื้นขึ้น โดยไม่ใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เพราะจะทำให้ปากแห้งมีการระคายเคืองต่อช่องปาก
4. แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมาก ๆ อย่างน้อยวันละ 3,000 cc. เพื่อให้เยื่อในช่องปากชุ่มชื้น
5. แนะนำให้ผู้ป่วยทาบริเวณริมปากด้วย Glycerine หรือ Vasaline เพื่อให้ริมฝีปากชุ่มชื้น
6. แนะนำให้หลีกเลี่ยงสิ่งที่ก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อในช่องปาก เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา อาหารที่มีเครื่องเทศ อาหารรสจัด ร้อนจัดหรือเย็นจัด อาหารที่แข็งผิวหยาบ

7. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่เพิ่มโปรตีนและวิตามิน เพื่อช่วยในการสร้างเสริมเซลล์ใหม่ ภายในเยื่อในช่องปาก

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยริมฝีปากไม่แห้ง ไม่มีการอักเสบของเยื่อในช่องปาก
2. ผู้ป่วยสามารถดูแลความสะอาดปากฟันได้อย่างถูกต้อง

การวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อที่ 6

ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกหรือมีการอักเสบในกระเพาะปัสสาวะ

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยได้รับยา Cyclophosphamide มีผลเมื่อยาเผาผลาญแล้วจะได้สารอะโครเลอิน (Acrolein) ขับออกมาทางปัสสาวะเป็นจำนวนมาก ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเส้นเลือดฝอยในกระเพาะปัสสาวะ เป็นเหตุให้มีเลือดออกในกระเพาะปัสสาวะได้

เป้าหมายทางการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะการมีเลือดออกหรือมีการอักเสบในกระเพาะปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการอักเสบในกระเพาะปัสสาวะสามารถอธิบายได้ถึง
 - ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด
 - การปฏิบัติในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน
 - การสังเกตสี ลักษณะของปัสสาวะที่ผิดปกติได้
2. ผู้ป่วยไม่มีอาการกระเพาะปัสสาวะอักเสบหรือภาวะมีเลือดออกในกระเพาะปัสสาวะ

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงผลข้างเคียงของยา Cyclophosphamide มีผลทำให้มีเลือดออกหรือมีการอักเสบในกระเพาะปัสสาวะได้ เพื่อให้ผู้ป่วยเตรียมตัว เตรียมใจ ยอมรับสภาพ
2. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ อย่างน้อยวันละ 3,000 cc. พร้อมทั้งดูแลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำเข้าร่างกาย ตามแผนการรักษา
3. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะทุก 2-3 ชั่วโมงตลอดวัน อยู่ใกล้กับปัสสาวะ
4. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงอาหาร ที่ก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อกระเพาะปัสสาวะ เช่น เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ กาแฟ และอาหารที่มีรสจัด
5. บันทึกปริมาณน้ำเข้า และน้ำออกจากร่างกาย ทุก 8 ชั่วโมง โดยเฉพาะปัสสาวะ
6. สังเกตสี ลักษณะของปัสสาวะ ถ้าปัสสาวะน้อย ปัสสาวะเป็นเลือด ให้รายงานแพทย์หรือพยาบาลทราบทันที

การประเมินผล

ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะออกมาจำนวน 2,000 - 3,000 cc./วัน สีเหลืองใส ไม่มีอาการแสบขัด

การวินิจฉัยทางการแพทย์ ข้อที่ 7

ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ภายหลังได้รับเคมีบำบัด เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของสีผิวและผมร่วง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยหลังได้รับยาเคมีบำบัด Adriamycin, Cyclophosphamide เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ซึ่งผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด มีผลทำให้ผมร่วง เนื่องจากมีการทำลายเซลล์ของต่อมรากผม ทำให้มีการเหี่ยวลีบ เป็นผลทำให้ผมหลุดร่วงได้ง่าย
2. ผู้ป่วยหลังได้รับยาเคมีบำบัด Adriamycin, Cyclophosphamide เป็นเวลา 3 สัปดาห์ บริเวณเล็บเหลือง และผิวหนังทั่วไปตามร่างกายมีสีคล้ำ ซึ่งเป็นผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ทำให้เกิดการทำลายของเซลล์ผิวหนัง
3. ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล และถามว่าถ้าผมร่วงหมดจะน่าเกลียดไหม
4. ผู้ป่วยซึมเศร้าลง ไม่เดินไปนอกห้อง พูดคุยกับผู้อื่นและญาติเหมือนเดิม

เป้าหมายทางการแพทย์

ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. หน้าตาสดชื่น ไม่ซึมเศร้า
2. ผู้ป่วยสามารถเข้ากับสังคม ไม่แยกตัวเอง
3. ผู้ป่วยยอมรับสภาพและสนใจตนเองมากขึ้น
4. มีสัมพันธ์ที่ดีกับญาติและครอบครัว

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพด้วยท่าทีที่เป็นกันเอง ปลอดภัยและให้กำลังใจผู้ป่วย
2. รับฟังปัญหาและแสดงท่าทีเห็นอกเห็นใจและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ซักถามข้อข้องใจ เพื่อให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกคลายความวิตกกังวล
3. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าปัญหาผมร่วง เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัดแต่จะเป็นอาการที่เกิดขึ้นชั่วคราวเท่านั้น และจะงอกขึ้นใหม่ใช้เวลาประมาณ 2-3 เดือนหลังจากหยุดยา
4. ให้กำลังใจผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ของตนเอง แนะนำผู้ป่วยให้ได้พบปะ พูดคุยกับผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในเรื่อง การเปลี่ยนแปลงของสีผิวและผมร่วง เพื่อสร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่าเป็นอาการที่เกิดขึ้นชั่วคราวเท่านั้น ทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายความวิตกกังวล และได้ทราบแนวทางในการปรับตัวและยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้
5. แนะนำให้ผู้ป่วยจัดหาวิก ผ่าโพกศีรษะหรือหมวก
6. แนะนำผู้ป่วยให้ใช้หวีต่างๆ หวีผมเบาๆ ไม่ควรสระผมบ่อย ให้ใช้แชมพูสระผมอ่อนๆ ไม่ควรรัดผมหรือตัดผม เพื่อไม่ให้ผมร่วงมากขึ้น

7. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังและเล็บ ซึ่งเกิดจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด อาการจะค่อย ดีขึ้นเมื่อสิ้นสุดการรักษา
8. แนะนำผู้ป่วยอย่าถูกแสงแดดโดยไม่จำเป็น ถ้าจำเป็นต้องถูกแสงแดด ควรใส่เสื้อแขนยาวเพื่อป้องกันไม่ให้ผิวหนังมีสีคล้ำขึ้น
9. แนะนำให้รักษาความสะอาดร่างกายทั่วไป ควรใช้สบู่อ่อนๆ ฟอกตัวถ้าผิวหนังแห้งให้ใช้โลชั่นทาเพื่อป้องกันการติดเชื้อและลดการระคายเคืองของผิวหนัง
10. ควรสวมเสื้อผ้าที่มีการระบายอากาศดี และสวมเสื้อผ้าหลวมๆ เพื่อป้องกันไม่ให้มีการระคายเคืองของผิวหนัง
11. แนะนำผู้ป่วยอย่าแกะ เกา บริเวณผิวหนังที่มีรอยคล้ำ เพราะจะเกิดเป็นแผลได้ง่าย และเกิดการติดเชื้อได้
12. จัดให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วย เช่น อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ เป็นต้น
13. ติดตามประเมินผลเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยต่ออาการลักษณะตนเอง โดยสังเกตพฤติกรรมเกี่ยวกับการร่วมสนทนากับผู้อื่น ความรู้สึกว่าตนเองมีความหมาย

การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายได้ โดยพูดถึงตนเองในทางที่ดี ยอมรับสภาพตนเอง มีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยอื่นๆ

การวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 8

ผู้ป่วยมีความกลัวและวิตกกังวลเนื่องจากไม่มีความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและการรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยแสดงสีหน้าบ่งบอกถึงความวิตกกังวล และบ่นนอนไม่หลับเมื่อเริ่มให้ยาเคมี
2. ผู้ป่วยไม่มีความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังได้รับยาเคมีบำบัดและการได้รับยาต้านฮอร์โมน
3. ได้รับยา Tamoxifen 20 mg 1*1 oral pc

เป้าหมายทางการพยาบาล

1. เพื่อให้ผู้ป่วยลดความกลัวและคลายความวิตกกังวล
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการได้รับยาเคมีบำบัดและยาต้านฮอร์โมน พร้อมทั้งดูแลปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเคมีบำบัด สามารถอธิบายได้ถึง
 - ขั้นตอนของการรักษา
 - แผนการรักษา
 - ภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น

2. ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด
3. ให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านฮอริโมน
4. ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องระหว่างรักษาด้วยยาต้านฮอริโมน
5. ผู้ป่วยมีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส

กิจกรรมการพยาบาล

1. เตรียมความพร้อมของผู้ป่วย โดยการให้ข้อมูลถึงผลดีและอาการข้างเคียง ของการให้ยาเคมีบำบัด และยาต้านฮอริโมน เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยตื่นตระหนกหรือเกิดความกังวล
2. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจพยาธิสภาพความผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างรับการรักษา และหลังการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและการรักษาด้วยยาต้านฮอริโมน เพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวยอมรับสภาพความเจ็บป่วยได้
3. เป็นสื่อเชื่อมสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวให้มีความเข้าใจต่อกัน เข้าใจความรู้สึก อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เข้าใจการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดจากการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดเกิดความอบอุ่นใจ
4. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล สุภาพ ให้ความสำคัญต่อผู้ป่วย ให้เกียรติ ยอมรับความมีศักดิ์ศรีในตนเองของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกในคุณค่าของตนเอง มีความรู้สึกต่อตนเองดีขึ้น
5. มีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ทำให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกและปัญหา ของตนเองออกมา สามารถให้การพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ครบถ้วน
6. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจที่จะเผชิญกับโรคและการรักษา โดยให้การพยาบาลด้วยการสัมผัสใช้คำพูดที่สุภาพ นุ่มนวล ซักถามด้วยความห่วงใย จริงใจ และติดตามเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอ
7. ร่วมประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยโดยการให้กำลังใจ สนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วย รู้สึกในคุณค่าตนเอง ให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมี กิจกรรมการดูแลตนเองมากขึ้นตามสภาวะการเจ็บป่วย ให้การยกย่องชมเชย แสดงการรับรู้ถึงความลำบากทุกข์ยากของผู้ป่วย

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยยอมรับและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี
2. ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องระหว่างได้รับยาเคมีบำบัดและการรักษาด้วยยาต้านฮอริโมน
3. ผู้ป่วยมีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส

การวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 9

มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากรู้สึกว่ามีคุณค่าในตนเอง

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยมีหน้าดูเศร้า กังวล ไม่ยิ้มแย้มแจ่มใส ตอบคำถามช้า แต่ตรงประเด็น บอกว่า “กลัวมะเร็งลามไปทั้งตัว ไม่อยากเป็นภาระของลูกสาว”
- หลังให้ยาเคมีครั้งที่ 2 ผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนจากยาเคมี เกิดภาวะ Febrile Netropenia และต้องไปรักษาที่ร.พ.ยันฮี ทำให้ไม่ได้รับยาเคมีตามนัด ทำให้เกิดความกลัว วิตกกังวลและเศร้าหมอง
- ทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2 Q) ได้ 2 ข้อ และประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9 Q) ได้ 6 ข้อ ได้คำตอบรวม 8 ข้อ
- ผู้ป่วยได้รับประทานยาต้านเศร้า Fluoxetine 1 เม็ดวันละ 1 ครั้งในตอนเช้า

เป้าหมายการพยาบาล

- ผู้ป่วยสามารถยอมรับ และปรับตัวให้เข้ากับสภาพการเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลง

เกณฑ์การประเมิน

- ผู้ป่วยพูดถึงตนเองในด้านบวกรู้สึกตนเองมีคุณค่า เคารพตนเองและมีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น (ทำแบบประเมินซึมเศร้า 2 Q ได้ 1 ข้อ และ 9 Q ได้ 4 ข้อ)
- ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สบายใจมากขึ้น

ปฏิบัติการพยาบาลและเหตุผล

1. สอดถาม เพื่อประเมินความคิด ความรู้สึกที่อยู่ในภายในใจของผู้ป่วย โดยให้ความสนใจในการพูดคุยกับผู้ป่วย และประเมินแยกกันระหว่างผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถแสดงความคิด ความรู้สึกเป็นอิสระ การประเมินร่วมกันผู้ที่รู้สึกด้อยกว่าจะไม่อยากตอบหรือตอบแบบรู้สึกกดดัน ซึ่งจะไม่ได้รับข้อมูลที่แท้จริงและเข้าดูแลอย่างสม่ำเสมอเพื่อสร้างความสัมพันธ์ ไม่ให้รู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง ให้รู้สึกผ่อนคลาย และให้ไว้วางใจ
2. ยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ดูแลใกล้ชิด
3. สนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และมีความรู้สึกดี โดยใช้คำพูดที่สุภาพและสัมผัสผู้ป่วยอย่างนุ่มนวล
4. ชี้แจงความเป็นจริงเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพ และไม่กล่าวโทษว่าเป็นความผิดของตนเอง
5. กระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองเท่าที่ทำได้หรือมากที่สุด และกล่าวชมเชยให้กำลังใจเป็นระยะที่ผู้ป่วยสามารถทำได้
6. กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์ที่ตนเองพึงพอใจหรือประสบความสำเร็จ
7. ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยคิดและพูดในทางบวกหลีกเลี่ยงความคิดทางลบที่ทำให้ตัวเองรู้สึกมีคุณค่าลดลง
8. อธิบายให้ครอบครัวยอมรับสภาพของผู้ป่วย ไม่กล่าวโทษและแนะนำให้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่แสดงให้เห็นถึงคุณค่า

9. เสริมสร้างความเข้าใจภายในครอบครัวโดยพยาบาลเป็นผู้ประสานระหว่างครอบครัวกับผู้ป่วยโดยเปิดโอกาสให้มีการพูดคุยถึงประเด็นที่คิดลบและให้ญาติบอกความรู้สึกของตนเองที่มีต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่า ไม่เป็นภาระของผู้อื่น
10. ดูแลให้ได้รับยาต้านเศร้าตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมประเมินผลข้างเคียง

กิจกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้า (ศิริพร สวยพริ้ง “ผลของโปรแกรมจิตบำบัดระดับประคับประคอง ต่อภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด” (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิตสาขาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551.)

โดยจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วย ทุกวัน วันละ 30 – 45 นาที ดังนี้

1. กิจกรรมที่ 1 เน้นเรื่องการสร้างสัมพันธ์ภาพ ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด พูดคุยด้วยท่าทีนุ่มนวล ยิ้มให้ผู้ป่วย สัมผัสและจับมือ และแสดงความยินดีในการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยการเขียนสื่อสารกัน ไม่รีบร้อนในการให้การดูแลแต่ละครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นและไว้วางใจ
2. กิจกรรมที่ 2 เริ่มการฝึกผ่อนคลายด้วยการทำสมาธิ โดยในขณะที่ทำให้จิตใจจดจ่อ ติดตามลมหายใจที่เข้าออก เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากสิ่ง que ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ วิตกกังวล เช่น จากความรู้สึก
3. ท้อแท้ เบื่อหน่าย และเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำวิธีการที่ผู้ป่วยเคยปฏิบัติ และสามารถปฏิบัติได้มาใช้ในการดูแลตนเอง โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที
4. กิจกรรมที่ 3 ประเมินความรู้สึก ความคิด ความเชื่อ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค เพื่อประเมินความคิด ความรู้สึก และระบายความรู้สึก อารมณ์ที่เก็บกดไว้ โดยใช้คำถามและตรวจสอบความรู้สึกของผู้ป่วย โดยใช้คำถามปลายเปิด เช่นคุณ.....มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอย่างไร และฟังสิ่งที่ผู้ป่วยตอบสังเกตคำพูด (Verbal) และท่าทาง (Non verbal) ที่ผู้ป่วยแสดงออกตามเรื่อง que ผู้ป่วยพูด พักหน้ารับรู้ สบตาผู้ป่วย ไม่เร่งรีบในการพูดคุยและสรุปประเด็นที่ได้จากการพูดคุย พร้อมทั้งให้กำลังใจ ซึ่งก่อนทำกิจกรรมต้องประเมินความพร้อม เช่น ประเมินความไม่สุขสบายต่างๆ จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ให้ผู้ป่วยผ่อนคลายด้วยสมาธิบำบัดก่อนประมาณ 5 นาที เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมก่อนการทำกิจกรรม
5. กิจกรรมที่ 4 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและภาวะซึมเศร้าและการรักษา ได้แก่ การรักษา การปฏิบัติตัว สาเหตุของอารมณ์เศร้าและการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ สบายใจ มีความเชื่อมั่นในการรับการรักษา ว่าผู้ดูแลรักษา มีความเข้าใจในตน และเข้าใจโรคที่เป็น อาการที่เกิดขึ้น สามารถที่จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสภาพได้ และความรู้จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาของตนเองดีขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือต่อการดูแลรักษา และแสดงถึงความห่วงใยต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองเพิ่มขึ้นซึ่งก่อนทำกิจกรรมต้องประเมินความพร้อม เช่น ประเมินความ

ไม่สุขสบายต่างๆ จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ให้ผู้ป่วยผ่อนคลายด้วยสมาธิบำบัดก่อนประมาณ 5 นาทีเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมก่อนการทำกิจกรรม

6. กิจกรรมที่ 5 การเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมา ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกประสบความสำเร็จและมีความสุข สิ่งที่รู้สึกภาคภูมิใจในอดีต/ปัจจุบัน ข้อดี ความดีของตนเอง และบุคคลสำคัญในชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ายังมีบุคคลให้การดูแลช่วยเหลือ ไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง หลังจากนั้นสรุปสิ่งที่ผู้ป่วยพูดให้ผู้ป่วยฟังอีกครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตนเอง เห็นคุณค่าของตน รู้สึกว่ายังมีคุณค่าอยู่ เห็นความหมายของชีวิต จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความคิด ความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองดีขึ้นซึ่งก่อนทำกิจกรรมต้องประเมินความพร้อม เช่น ประเมินความไม่สุขสบายต่างๆ จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ให้ผู้ป่วยผ่อนคลายด้วยสมาธิบำบัดก่อนประมาณ 5 นาทีเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมก่อนการทำกิจกรรม
- กิจกรรมที่ 6 การมองภาพใหม่ เป็นการเปิดมุมมองใหม่ให้กับผู้ป่วย โดยใช้คำถามปลายเปิด เช่น ที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของบุตรสาว “กลัวมะเร็งลุกลาม ไม่อยากเป็นภาระของลูกสาว” ซึ่งก่อนทำกิจกรรมต้องประเมินความพร้อม เช่น ประเมินความไม่สุขสบายต่างๆ จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ให้ผู้ป่วยผ่อนคลายด้วยสมาธิบำบัดก่อนประมาณ 5 นาทีเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมก่อนการทำกิจกรรม

การประเมินผล

ในการสร้างสัมพันธภาพ ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไว้วางใจ ยอมรับในการให้การดูแล จับมือและบีบเบาๆ สีนหน้าผู้ป่วยดูเศร้า ไม่สุขสบาย

ทำกิจกรรมที่ 2 โดยการให้ผู้ป่วยเริ่มการฝึกผ่อนคลายด้วยการทำสมาธิ ผู้ป่วยบอกว่า “เมื่อก่อนอยู่ที่สำนักปฏิบัติธรรม ปฏิบัติเป็นประจำ ทำได้” ให้ผู้ป่วยฝึกได้ประมาณ 10 นาที ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกเพลีย อยากพักผ่อน จึงยุติการทำกิจกรรม ก่อนยุติประเมินความรู้สึกที่ได้ทำกิจกรรมนี้ ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกดี ที่ได้ปฏิบัติ เวลาปฏิบัติทำให้ใจสงบ ไม่คิดไปเรื่อยเปื่อย”

ทำกิจกรรมที่ 3 ประเมินความรู้สึก ความคิด ความเชื่อ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ผู้ป่วยบอกว่า “โรคนี้นี้เป็นโรคของเวรกรรม สงสัยเมื่อชาติที่ผ่านมา คงไปทำไม่ได้ไว้ กลัวทุกข์ กลัวทรมาน กลัวมะเร็งลุกลามไปทั้งตัว จะทำอะไรไม่ได้ จึงไปปฏิบัติธรรม เพื่อสร้างกรรมดี ไม่อยากเป็นภาระของลูกสาว” หลังทำกิจกรรมผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกดีขึ้น ที่ได้พูดออกมา มันโล่งขึ้น” แต่หน้าตาผู้ป่วยดูราบเรียบ ไม่ยิ้มแย้ม

ทำกิจกรรมที่ 4 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและภาวะซึมเศร้าและการรักษา แก่ผู้ป่วยและญาติ ว่าโรคที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นโรคของเวรกรรม แต่เป็นโรคที่เกิดได้จากหลายสาเหตุ ซึ่งยังบอกได้ไม่แน่ชัด แต่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกๆ คน ซึ่งการรักษาหลายอย่าง เช่น เคมีบำบัด ให้เพื่อโรคไม่กระจาย ส่วนการรักษาด้วยรังสีที่บริเวณเต้านมในท้องผ่าตัดนั้นเป็นการรักษาเฉพาะที่ เพื่อป้องกันไม่ให้โรคมมีการแพร่กระจาย และในขณะนี้ต้องดูแล

ตนเอง เพื่อให้ดีขึ้น จะได้รักษาต่อไปได้ ตามที่คุณหมอแจ้งไว้ ดังนั้น ต้องช่วยกันดูแลตัวเอง เพื่อให้พร้อม ประเมินหลังทำกิจกรรม ผู้ป่วยบอกว่า “เข้าใจ รู้สึกดีขึ้น ไม่คิดเอาเองแล้ว จะทำตามที่คุณหมอและพยาบาล แนะนำ จะได้แข็งแรงเร็วๆ จะได้กลับไปอยู่บ้านกับสามีและลูกสาว ลูกสาวจะได้ไม่ต้องไปๆ มาๆ โรงพยาบาล ตลอด” ผู้ป่วยพูดคุยมามากขึ้น

ทำกิจกรรมที่ 5 การเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมา ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกประสบความสำเร็จและมีความสุข สิ่งที่รู้สึกภาคภูมิใจในอดีต/ปัจจุบัน ข้อดี ความสำเร็จของตนเองและบุคคลสำคัญในชีวิต ผู้ป่วยบอกว่า “ตอนเล็กๆ ฉันเป็นเด็กดี พ่อแม่รัก แต่พ่อแม่ทำงานก็แยกมา อยู่กับสามี มาทำงานบริษัท ไม่ได้ร่ำรวยแต่ไม่ได้ขัดสน ส่งเสียลูกเรียนจนจบปริญญา มีงานทำและแต่งงานแต่งงาน แต่งงานเรียบร้อย จนมีหลานให้อุ้มแล้ว” เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีความหมาย มีคุณค่าในสิ่งที่ได้ทำ ช่วยเหลือ ไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง ซึ่งบุคคลที่สำคัญในชีวิต คือ “สามีและลูกสาว ที่คอยช่วยเหลือ ดูแล ไม่เคยทอดทิ้ง พาไปหาหมอ มาเฝ้าที่โรงพยาบาล” หลังทำกิจกรรมนี้ ผู้ป่วยประเมินความรู้สึกของตนเอง ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกดีกับตนเอง คิดไปถึงภรรยา ป่วยก็มีสามีและลูกสาวนี่แหละ ที่คอยดูแล” ผู้ป่วยพูดคุยมามากขึ้น มียิ้มบ้าง

ทำกิจกรรมที่ 6 เทคนิคการมองภาพใหม่ เป็นการเปิดมุมมองใหม่ให้กับผู้ป่วย โดยใช้คำถามปลายเปิด เช่น ที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของลูกสาว โดยให้ลูกสาวพูดคุย จับมือสัมผัสผู้ป่วย และบอกความรู้สึกของตนเองที่มีต่อมารดา ลูกสาวบอกว่า “ไม่ได้เป็นภาระเลย เรามีกันอยู่แค่นี้ ก็ไม่ได้คิดว่าเป็นภาระอะไรเลย อยากให้แม่อยู่ด้วยกันนานๆ อยู่จนหลานเติบโต จนเรียนจบปริญญา จนกระทั่งแต่งงานมีครอบครัวเลยนะคะ” หลังจากที่ถูกลูกสาวบอกความรู้สึก ให้ลูกสาวกอดผู้ป่วย หลังทำกิจกรรมนี้ ผู้ป่วยประเมินความรู้สึกของตนเอง ผู้ป่วยบอกว่า “ได้ฟังลูกแล้ว รู้สึกดีขึ้น เราไม่เคยได้กอดกันมานานแล้ว” หน้าตาผู้ป่วยยิ้มแย้มมากขึ้น

การวินิจฉัยทางการแพทย์ข้อที่ 10

ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

เป้าหมายทางการแพทย์

ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องเมื่อจำหน่ายที่

เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสมเมื่อกลับไปอยู่บ้านเกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สามารถอธิบายได้ถึง

1. การดูแลตนเองในเรื่องต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย
2. การป้องกันและการหลีกเลี่ยงการติดเชื้อ
3. การสังเกตอาการผิดปกติได้ถูกต้อง
4. ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้ปลอดฝุ่นอากาศถ่ายเทสะดวก ไม่อับชื้น
2. แนะนำให้ผู้ป่วยทำจิตใจให้สบาย นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อย วันละ 8 ชั่วโมง
3. แนะนำให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันตามปกติแต่ไม่ควรทำงานหนัก
4. แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย โดยการเดินเล่นตามสถานที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์ แต่ไม่ควรเล่นกีฬาที่ออกแรงมาก ถ้าต้องการออกกำลังกายมากควรปรึกษาแพทย์
5. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ให้ครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงอาหารที่อาจทำให้เกิดท้องเสีย เช่น ของหมักดอง อาหารที่ปรุงไม่สุก
6. แนะนำให้รักษาความสะอาดร่างกายอย่างสม่ำเสมอ
7. แนะนำให้ดูแลสุขภาพของช่องปากเป็นพิเศษ โดยบ้วนปากบ่อย ๆ ด้วยน้ำยาบ้วนปากที่ผสมเองได้ และใช้แปรงสีฟันที่มีขนแปรงอ่อนนุ่ม

วิธีผสมน้ำยาบ้วนปากด้วยตนเอง

ส่วนผสม

- น้ำต้มสุกหรือน้ำสะอาด 1 ขวดแม่โขง = 1 ลิตร
- เกลือป่น 1 ช้อนชา
- ผงฟู 1 ช้อนชา (ใช้ผงฟูสำหรับทำขนมหาซื้อได้จากร้านขายของทั่วไปหรือซูเปอร์มาร์เก็ต)

วิธีผสม

- ใส่เกลือป่นและผงฟูลงในน้ำ คนให้เข้ากันหรือเขย่าให้เกลือละลายให้หมด

วิธีใช้

- ใช้บ้วนปาก กลั้วคอบ่อย ๆ และใช้ทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร เพื่อให้ปากและคอสะอาด คอไม่แห้ง

หมายเหตุ หลังผสมน้ำยาแล้วควรใช้ให้หมดภายใน 1 วัน

8. แนะนำให้ดื่มน้ำมากๆ อย่างน้อยวันละ 8 - 10 แก้ว ควรเป็นน้ำต้มสุก ถ้าต้องการรับประทานน้ำแข็ง ควรทำเองจากน้ำต้มสุก
9. แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการเข้าไปอยู่ในชุมชนที่แออัด เช่น ตลาด โรงภาพยนตร์ ศูนย์การค้า เพื่อป้องกันการติดเชื้อ
10. แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับบุคคลที่เป็นโรคติดเชื้อ เช่น โรคหวัด วัณโรค
11. แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการสัมผัสสัตว์เลี้ยงต่าง ๆ เพราะสัตว์อาจเป็นพาหะของโรคได้
12. แนะนำให้รับประทานยาครบตามจำนวน ตามเวลาที่แพทย์สั่ง เมื่อไม่สบายไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง ให้รีบกลับมาพบแพทย์

13. สอนและสาธิตการวัดอุณหภูมิของร่างกาย ควรวัดอุณหภูมิของร่างกายทุกครั้งเมื่อรู้สึกมีไข้
14. แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติและควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด หากมีอาการผิดปกติดังต่อไปนี้
- มีไข้ วัดอุณหภูมิของร่างกายได้มากกว่า 38 องศาเซลเซียส
 - มีจุดเลือดออกใต้ผิวหนัง ผื่นขึ้นตามตัว เลือดกำเดาออก เลือดออกตามไรฟัน อุจจาระและเสมหะมีเลือดปน
 - ไอบ่อย หายใจเหนื่อยหอบ
 - เป็นหวัด เจ็บคอ ไอมีน้ำมูก มีแผลในปาก
 - ปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะมีสีแดง
 - ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน
 - ท้องเสีย
 - เจ็บใต้ชายโครงขวา ตา และตัวเหลือง
 - ผิวหนังมีอาการปวด บวม แดง ร้อน
 - ปวดตามร่างกาย ส่วนใดส่วนหนึ่ง มีตุ่มน้ำใสขึ้น
15. แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับบัตรประจำตัว และการขอคำปรึกษาแนะนำทางโทรศัพท์ กรณีผู้ป่วยมีอาการผิดปกติและอยู่ต่างจังหวัด
16. แนะนำการมาตรวจตามนัด เพื่อติดตามผลการรักษาและรับยาต้านฮอริโมนต่อเนื่องทุก 3 เดือน เป็นระยะเวลา 5 ปี
17. แนะนำให้รับมาพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น
- เหนื่อย อ่อนเพลีย ปวดศีรษะตลอดเวลา ขาปลายมือ ปลายเท้า
 - มีไข้ หนาวสั่น หายใจถี่
 - เจ็บคอ เจ็บปาก ปากเป็นแผล รับประทานอาหารไม่ได้
 - คลื่นไส้ อาเจียนมาก และมีอาการท้องเสีย
 - มีเลือดออกจากอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย มีจุดจ้ำเลือดตามตัว เพื่อประเมินความรุนแรงและหาทางแก้ไข

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติรับฟังอย่างตั้งใจ ซักถามเป็นระยะเมื่อไม่เข้าใจ
2. ผู้ป่วยอธิบายวิธีการดูแลตนเองได้ถูกต้อง
3. ผู้ป่วยบอกอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัดได้ถูกต้อง ผู้ป่วยบอกวันนัด เวลา สถานที่ ได้ถูกต้อง

อภิปราย

จากกรณีศึกษา ผู้ศึกษาได้ใช้แนวความคิดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของ อภิตี ลดาวรรษและคณะโดยโรคมะเร็งคือโรคเรื้อรังโรคหนึ่ง โดยใช้กรอบแนวคิดวิถีความเจ็บป่วยเรื้อรังของ คอร์บินและสเตรสระยะ มาประยุกต์ปรับเหลือ 3 ระยะคือ 1). ระยะเริ่มต้น 2). ระยะวิกฤตหรือ ระยะรุนแรง 3). ระยะคงที่ เป็นการใช้นิยามแนวคิดที่ผสมผสานในการให้การพยาบาลเพราะในแต่ละช่วงเวลาผู้ป่วยได้รับการรักษา โดยในระยะเริ่มต้นเป็นช่วงที่มีการวินิจฉัยโรคและการวางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมแบบสงวนเต้านมร่วมกับการฉายรังสีครั้งเดียวในห้องผ่าตัดแบบ Full dose และแพทย์วางแผนการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัดสูตร AC x 4 ครั้ง (Adriamycin, Cyclophosphamide) ซึ่งนับว่าอยู่ในระยะวิกฤตหรือระยะรุนแรงเป็นระยะที่มีอาการคุกคามชีวิต มีอาการขั้นรุนแรงมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เกิดขึ้น AC (Adriamycin, Cyclophosphamide) ซึ่งผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัดและจากยาเคมีบำบัด เกิดภาวะซึมเศร้า หลังจากได้รับยาเคมีครั้งที่ 2 เนื่องจากมีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่นและไม่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีอย่างต่อเนื่อง กลัวว่าโรคจะลุกลามและเป็นภาระกับบุตรสาว ทำให้ช่วงนี้ผู้ป่วยรู้สึกมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ต้องอดทนต่อสู้กับอาการต่างๆ ต้องการกำลังใจอย่างมาก เพื่อปรับเปลี่ยนความคิดทางลบ เสริมสร้างความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง เพื่อลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ส่วนในระยะคงที่เป็นระยะที่อาการหรือการดำเนินของโรคสามารถควบคุมได้ ระยะนี้อยู่ในช่วงที่หลังผ่าตัดและให้ยาเคมีบำบัดครบ เป็นช่วงพักฟื้นและรับการรักษาต่อด้วยการรับประทานยาต้านฮอร์โมน แต่ไม่ว่าจะเป็นการรักษาแบบใดก็ตาม การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งต้องใช้ความรู้และทักษะในการให้การพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยผ่านพ้นวิกฤตและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

NCS
Thailand

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

บทที่ 4

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 63 ปี บุตรสาวนำผล Mammogram ultrasound ผล : BIRADS 5 มาปรึกษาแพทย์ โดยให้ประวัติ คลำพบก้อนที่เต้านมขวา 2 อาทิตย์ ไปตรวจที่โรงพยาบาลกรุงเทพ ได้ทำ Mammogram และนำผล Mammogram มาปรึกษาแพทย์ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ แพทย์ได้ส่งทำ Core Needle Biopsy (CNB) Rt. Breast ผล pathology: Invasive ductal carcinoma ก่อนทำ CNB ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจาะชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ และการปฏิบัติตนก่อนและหลังการเจาะ ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลที่เจาะ และวิตกกังวลเกี่ยวกับผลการตรวจวินิจฉัยและแผนการรักษาของแพทย์ พยาบาลได้ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำ CNB ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนในการทำ CNB ซึ่งผู้ป่วยปฏิบัติตามได้ถูกต้อง และมีความรู้ความเข้าใจในโรคและแผนการรักษาของแพทย์มากขึ้น จึงนัดทำการผ่าตัด Rt. BCS c SLNB c IORT โดยส่งปรึกษาแผนรังสี เพื่อฉายแสงในห้องผ่าตัดแบบ Full dose (21 Gy) ร่วมกับการผ่าตัดเต้านมแบบสงวนเต้าและเลาะต่อมน้ำเหลืองออก ในวันที่ 9 ตุลาคม 2562

ผู้ป่วยมา Admit วันที่ 8 ตุลาคม 2562 เพื่อทำผ่าตัด Rt. BCS c SLNB c IORT (Right Breast Conserving Surgery with Sentinel Lymph Node Biopsy with Intra Operative Radiation Therapy) ในวันที่ 9 ตุลาคม 2562 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ ในการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ภาวะหลังผ่าตัด ไม่สุขสบายหลังผ่าตัด มีโอกาสติดเชื้อที่แผลผ่าตัด เสี่ยงต่อภาวะการเกิดแขนบวมและข้อไหล่ติด เนื่องจากเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ขวา ออก และฉายแสงในระหว่างผ่าตัดแบบ Full dose ครั้งเดียว นอกจากนี้ยังขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการฉายแสงในห้องผ่าตัด ตลอดจนมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิด Moist desquamation แต่หลังจากที่พยาบาลให้ข้อมูลความรู้และคำแนะนำการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดและการฉายแสงในห้องผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถเข้าใจเรื่องโรคและสามารถปฏิบัติได้ตามคำแนะนำ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขั้นรุนแรง รวมทั้งบอกวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้ถูกต้อง รวมระยะวันนอนในโรงพยาบาล 2 วัน

หลังผ่าตัด ผล Pathology : Invasive ductal carcinoma, grade 2, with Ductal Carcinoma in Situ. Tumor size 1.4 cm. Free resection Margins, No Metastasis in 6 Lymph node (0/6) แพทย์ส่งปรึกษาเคมี เนื่องจาก grade 2 และอายุ 63 ปี แพทย์เคมีรับไว้รักษาต่อเคมีบำบัด

วันที่ 18 พฤศจิกายน 2562 เริ่มให้ยาเคมีบำบัดสูตร AC x 4 ครั้ง (Adriamycin, Cyclophosphamide) ครบให้ยา วันที่ 27 มกราคม 2563 และรักษาเสริมด้วยยาต้านฮอร์โมน Tamoxifen โดยแพทย์วางแผนให้ยาต้านฮอร์โมนเป็นระยะเวลา 5 ปี ในช่วงที่ให้ยาเคมีถือเป็นช่วงวิกฤตของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาด้วยเคมี มีโอกาสเสี่ยงต่อการรั่วซึมของยาเคมีออกนอกหลอดเลือดดำ (Extravasation) เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ จะเห็นว่าในสัปดาห์ที่ 2 หลังจากได้ยาเคมีครั้งแรก ผู้ป่วยมีภาวะ Leuko - neutropenia โดยผลจากห้องปฏิบัติการวันที่ 2 ธันวาคม

2562 พบว่ามี WBC count ต่ำ = 1.5×10^3 /UL, Neutrophil = 6% ANC = 0.09×10^3 /UL พยาบาลได้ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว ความรู้เรื่องยาเคมีบำบัด การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการขาดสารอาหารเนื่องจากผลข้างเคียงของยาเคมี ลดภาวะเสี่ยงของการอักเสบในช่องปาก การมีเลือดออกในกระเพาะปัสสาวะ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของสีผิวและผมร่วง พยาบาลได้ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับภาพลักษณ์ และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังเคมีบำบัด หลังจากผู้ป่วยได้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาต้านเศร้า และให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ จำนวน 6 ครั้งเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดทางลบ เสริมสร้างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง เพื่อลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า หลังทำกิจกรรมพบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ดีขึ้น เห็นความดีและคุณค่าของตนเอง เข้าใจความรู้สึกของญาติ ผู้ป่วยและญาติได้แสดงออกถึงความรักซึ่งกันและกัน พุดคุยมากขึ้น หน้าตายิ้มแย้มแจ่มใสมากขึ้น และการรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมนจนผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติ บอกวิธีการนำไปใช้และปฏิบัติเมื่อกลับไปบ้านได้ถูกต้อง

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษารายนี้ แผนการรักษาตั้งแต่ First Diagnosis โดยการผ่าตัดแบบสงวนเต้านมไว้ ทำให้ยังคงภาพลักษณ์ความเป็นสตรี และสามารถทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นหลังการรักษา แต่การผ่าตัดแบบสงวนเต้านมจำเป็นต้องมีการรักษาเสริม ในกรณีศึกษาแพทย์หวังการรักษาให้หายจากโรคและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ แพทย์จึงเลือกการรักษาแบบผสมผสานด้วยการฉายแสงครั้งเดียวในห้องผ่าตัดรวมกับการให้ยาเคมีบำบัดร่วมรักษาภายหลังการผ่าตัดเพื่อสงวนเต้านม (Breast Conserving Surgery) แต่ภายหลังจบการรักษาหลักและแพทย์รักษาเสริม เริ่มให้ยาฮอร์โมนรับประทาน โดยวางแผนการให้ยาต้านฮอร์โมนเป็นเวลา 5 ปี ซึ่งในช่วงของการรักษา ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล รู้สึกท้อแท้ หมดกำลังใจต่อการรักษาที่ยาวนาน ร่วมกับผลข้างเคียงจากการให้เคมีบำบัดค่อนข้างรุนแรง พยาบาลต้องเตรียมความพร้อมในการดูแล ต้องเข้าใจวิถีความเจ็บป่วยเพื่อเตรียมการดูแลให้ครอบคลุมแบบเป็นองค์รวม ต้องเข้าใจการรักษาที่ผ่านมาอันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย การให้กำลังใจ โดยเฉพาะจากครอบครัวอันเป็นที่รัก เป็นความหวัง เป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้เกิดการเสริมพลังทั้งด้านร่างกาย จิตใจ พยาบาลผู้ให้ข้อมูล เป็นสิ่งจำเป็นในทุกๆ ขั้นตอนของการรักษาพยาบาลเช่นกัน การให้ครอบครัวมาร่วมรับรู้ ร่วมตัดสินใจ เป็นสิ่งสำคัญในขบวนการรักษา และสำคัญที่สุดคือผู้ป่วยเองเป็นผู้ตัดสินใจการรักษา

ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีปัญหาทางด้านจิตใจโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้ามีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ การให้ผู้ป่วยได้พูดคุยเพื่อระบายความรู้สึก อารมณ์ ให้ความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยพร้อมที่จะเดินเคียงข้างไปกับผู้ป่วย คอยช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่ถูกทอดทิ้ง มีเพื่อนที่จะให้การช่วยเหลือและรู้สึกปลอดภัยทั้งที่อยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน

มะเร็งเต้านม เป็นโรคที่การรักษาได้ผลค่อนข้างดี มีการพัฒนาและค้นคว้าวิจัยการรักษาใหม่ๆ ตลอดเวลา การรักษามีความก้าวหน้าอย่างมาก มีการรักษาแบบผสมผสานหวังให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกเหนือจากเมื่อก่อนที่การรักษาหวังผลให้หายขาดก่อน การรักษาผสมผสานด้วยยาเคมีบำบัดและการฉาย

รังสีได้ผลดีมากแต่ผู้ป่วยต้องมีความรู้ความเข้าใจต่อการรักษาที่ใช้เวลานานและมีผลข้างเคียงค่อนข้างมาก อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นส่งผลถึงจิตใจและประสิทธิภาพในการปรับตัวต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

พยาบาลผู้ให้การพยาบาลจึงมีความสำคัญ ต้องใช้ความรู้ กระบวนการพยาบาลอย่างถูกต้องและครอบคลุมโดยเริ่มจากการประเมินสภาพผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม การเตรียมความพร้อมก่อนการรักษาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีการวางแผนการพยาบาลการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล มีการประสานงานที่ดีกับทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ นักรังสี นักโภชนาบำบัด ฯลฯ ตลอดจนคำแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อเป็นการป้องกันช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่ สภาวะปกติได้เร็วที่สุดและมีคุณภาพชีวิตที่ดี



NCS

Thailand

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

บรรณานุกรม

กายวิภาคของเต้านม [อินเทอร์เน็ต]. [วันที่อ้างถึง 30 มีนาคม 2560]. ที่มา:

https://www.google.co.th/webhp?source=search_app&gws_rd.

กายวิภาคของเต้านม [อินเทอร์เน็ต]. [วันที่อ้างถึง 1 พฤษภาคม 2563]. ที่มา:

[http://nomnanom.blogspot.com/2010/05/blog-post_03.h.](http://nomnanom.blogspot.com/2010/05/blog-post_03.h)

การผ่าตัดแบบ Mastectomy and Lumpectomy [อินเทอร์เน็ต]. [วันที่อ้างถึง 30 มีนาคม 2560]. ที่มา:

<https://arizona-breast-cancer-specialists.com/treatments/>

การผ่าตัดแบบ Wide Excision [อินเทอร์เน็ต]. [วันที่อ้างถึง 30 มีนาคม 2560]. ที่มา:

[https://images.app.goo.gl/bzoHawuzPdF7vJFt6.](https://images.app.goo.gl/bzoHawuzPdF7vJFt6)

ระบบทางเดินน้ำเหลืองของเต้านม [อินเทอร์เน็ต]. [วันที่อ้างถึง 1 พฤษภาคม 2563]. ที่มา:

[https://doctorlib.info/gynecology/obstetrics-gynecology/33.html.](https://doctorlib.info/gynecology/obstetrics-gynecology/33.html)

การตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ ในการผ่าตัดมะเร็งเต้านม. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล

[วันที่อ้างถึง 9 ธันวาคม 2561]. ที่มา:

<http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/epl/articledetail.asp?id=451>

การรักษา มะเร็งเต้านมด้วยวิธีฮอร์โมน (Hormonal treatment). [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ:

มหาวิทยาลัยมหิดล [วันที่อ้างถึง 9 ธันวาคม 2561] ที่มา: <http://www.si.mahidol.ac.th>.

กิตต์วดี ศักดิ์ศรีชัย. (2557). Intra- Operative Radiation Therapy Techniques (IORT). ในการฉายรังสีเฉพาะส่วน สำหรับการรักษามะเร็งเต้านมระยะแรก [Accelerated partial breast irradiation in early breast cancer (APBI)]. มะเร็งวิทยุ. ปีที่ 20 ฉบับที่ 1 มกราคม -มิถุนายน 2557(น.27-41).

กรมสุขภาพจิต. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม .กรมสุขภาพจิต. [อินเทอร์เน็ต]. [วันที่อ้างถึง 10 มกราคม 2561]. ที่มา: <https://www.dmh.go.th/test/download/view.asp?id=22>

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล "เมื่อไร! สงสัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม". (รศ.นพ.อดุลย์ รัตนวิจิตราศิลป์).

[อินเทอร์เน็ต]. [วันที่อ้างถึง 12 ส.ค. 2017]. ที่มา : www.simahidol.ac.th.

จอนฉง เฟ็งจาด. แนวคิดและหลักการดูแลแบบประคับประคอง. ใน ประคอง อินทรสมบัติ และ สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (บรรณาธิการ), *คู่มือพัฒนาทักษะสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*, 2558: หน้า 9 – 18. (ม.ป.ท.)

ชวลิต เลิศบุษยานุกูล “บทบาทของการฉายรังสีในมะเร็งเต้านมระยะต้น.” *มะเร็งวิทยุ*. กรุงเทพฯ : สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2562.

[อินเทอร์เน็ต]. [วันที่อ้างถึง 22 พ.ย. 2023]. ที่มา : [https://www.chulacancer.net, articles_attc](https://www.chulacancer.net/articles_attc) > 40...

ชวลีกร ดำนุทธศิลป์. *หลักการประเมินสุขภาพ*. โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2552.

दनัย दुसूरुर्कषु. *การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง*. กรุงเทพฯ: บริษัท แดเน็กซ์อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น จำกัด, 2560.

- เต็มศักดิ์ พิงรัศมี. Palliative care: การดูแลเพื่อบรรเทาอาการ วิธีแห่งการคลายทุกข์. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี, 2542.
- ตฤลิลา จำปาวัลย์ . แนวคิดและทฤษฎีภาวะซึมเศร้าทางจิตวิทยา Psychological Theories of Depression [อินเทอร์เน็ต].[วันที่อ้างถึง 26 พฤศจิกายน 2566].ที่มา [https://so03.tci-thaijo.org > article.](https://so03.tci-thaijo.org/article) >
- ธนิต วัชรพุกก์. มะเร็งเต้านม. ใน: ธนิต วัชรพุกก์, ชาญวิทย์ ตันติพิพัฒน์, บรรณาธิการ. ตำราศัลยศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 8.กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: 2547. หน้า 273 - 285.
- นรินทร์ วรวิทย์. ตำรามะเร็งวิทยา 1.กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- นินสา ชวพันธ์. (มปป). เอกสารประกอบการสอนวิชารังสีวิทยาทั่วไป [อินเทอร์เน็ต]. [วันที่อ้างถึง 6 มี.ค. 2018]. ที่มา : med.cmuh.ac.th/dept/radiology/cur/Radiation
- เบญจลักษณ์ มณีทอง. การแจ้งข่าวร้ายและการบอกความจริง. ใน บุษยามาส ชิวสกุลยง และคณะ (บรรณาธิการ), การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง,เชียงใหม่:กลางเวียงการพิมพ์, 2557: หน้า199 – 214.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. ประเด็นการดูแลเพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน. ใน ผ่องศรี ศรีมรกต (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โอกรูป เพรส.2550: หน้า 321 – 345.
- ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลรามธิบดี [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล [วันที่อ้างถึง 3 กันยายน 2561]. ที่มา: http://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/160318145828700935.ppt.
- พรชัย โอเจริญรัตน์. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. ใน: ปริมาภรณ์ ปราสาททองโอสถ, ภาพแสดงต่อมน้ำเหลือง Sentinel Lymph Node[อินเทอร์เน็ต].[วันที่อ้างถึง 30 มีนาคม 2560]. ที่มา: <http://www.thaibreastcancer.com>.
- มะเร็งเต้านม (Breast cancer) อาการ & การรักษาโรคมะเร็งเต้านม 6 วิธี .[อินเทอร์เน็ต].[วันที่อ้างถึง 11 กรกฎาคม 2022]. ที่มา: <https://medthai.com>.
- โรคซึมเศร้า (Depression) อาการ สาเหตุ การป้องกันโรคซึมเศร้า [อินเทอร์เน็ต].[วันที่อ้างถึง 17 ตุลาคม 2566]. ที่มา: <https://www.medparkhospital.com/disease-and-treatment/depression>.
- พาริดา อิบราฮิม. ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล.พิมพ์ครั้งที่ 8 กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2546.
- ภรณ์ เหล่าอิทธิ และ นภา ปริญญานิติกุล. มะเร็งเต้านม : ระบาดวิทยา การป้องกันและแนวทางการตรวจคัดกรอง. Chula Med J Vol. 60 No. 5 (September - October 2016): 407 -507.
- วิธีดูแลผู้ป่วยซึมเศร้า [อินเทอร์เน็ต].[วันที่อ้างถึง 17 ตุลาคม 2566]. ที่มา:
- วิระพล ภิมาลย์, เกสัชกรรมบำบัดโรคมะเร็งเต้านม Pharmacotherapy in breast cancer, [อินเทอร์เน็ต]. [วันที่อ้างถึง 22 ตุลาคม 2566]. ที่มา: [http://www.kpi.msu.ac.th/upload/ag_tor_ref_byval/ag_16_in_1.2.4_382\(2555\).pdf](http://www.kpi.msu.ac.th/upload/ag_tor_ref_byval/ag_16_in_1.2.4_382(2555).pdf)

วีรวุฒิ อิ่มสำราญ และคณะ. **แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็งเต้านม**. กรุงเทพฯ:

โฆสิตการพิมพ์จำกัด. 2560.

ศูนย์เต้านม โรงพยาบาลพญาไท 1. **"ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม"**. นพ, หะสัน มุหาหมัด).

[อินเทอร์เน็ต]. [วันที่อ้างถึง 11 ส.ค. 2020]. ที่มา : www.thaibreastcancer.com.

ศิริพร สวยพริ้ง." ผลของโปรแกรมจิตบำบัดประคับประคอง ต่อภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด" (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิตสาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย), กรุงเทพฯ: 2551.

ศรีประภา ชัยสิน. **เอกสารการสอนเรื่องผลกระทบต่อภาวะจิตใจและสังคมอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย**.

กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2550.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. **ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล**. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

กระทรวงสาธารณสุข, 2560.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. **ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล**. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

กระทรวงสาธารณสุข, 2561.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. **ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล**. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

กระทรวงสาธารณสุข, 2563.

สีบวงส์ จุฑาภิสิตธี, อุดุลย์ รัตนวิจิตราศิลป์, บรรณาธิการ. **Head neck and breast surgery**. นนทบุรี:

สำนักพิมพ์ บริษัท พี ซี เค ดีไซน์; 2552: 347 – 358.

สมศักดิ์ อรรถศิลป์. **อภิศิทธิกรรมการแพทย์**. สัมภาษณ์, 27 มีนาคม 2565.

สุรพงษ์ สุภาภรณ์ บรรณาธิการ และคณะ. **มะเร็งเต้านม Breast Cancer**. พิมพ์ครั้งที่ 2 พิมพ์ที่ โรงพยาบาล

พระมงกุฎเกล้า สมาคมศิษย์แพทย์นานาชาติ แห่งประเทศไทย. 2547.

สวนีย์ บำรุงสุข. **ผลของโปรแกรมการฝึกการจัดการตนเองต่อความเหนื่อยล้าและความผาสุกของผู้ป่วย**

มะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์การพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล

ผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2554.

สุวรรณณี สิริเลิศกุล และคณะ. **การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง**. สุนทรปราการ: ทางหุ้นส่วนจำกัด สีนทวิกิจ

พรินต์ติ้ง. 2555.

หน่วยสารสนเทศมะเร็ง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. **"วิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง"**.

[อินเทอร์เน็ต]. [วันที่อ้างถึง 12 ส.ค. 2017]. ที่มา : medinfo2.psu.ac.th.

หาหมอคอทคอม. **"มะเร็งเต้านม (Breast cancer)"**. (ศ.เกียรติคุณ พญ.พวงทอง ไกรพิบูลย์).

[อินเทอร์เน็ต]. [วันที่อ้างถึง 11 ส.ค. 2017]. ที่มา : haamor.com.

อภิรดี ลดาวรรณ, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียรและวันฉนีญ์ พิรุฬพาณิชย์. **การสำรวจอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วย**

โรคมะเร็งในภาคใต้. กรุงเทพฯ: สงขลานครินทร์เวชสาร, (2), 2548.

American Cancer Society. **Cancer facts & figures 2023**. Retrieved December 29, 2011,

[Internet]. [cited 2023 November 21]. Available from : <http://www.cancer.org>.

Beck, A.T., Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. New York Hoeber medical division1.

- Bruner, D.W., Haas, M.L., & Gosselin-Acomb, T.K. **Manual for Radiation oncology nursing practice and education.** 3rd ed. Pittsburgh : Oncology Nursing Society, 2006.
- Chulacancer **รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา.** [อินเทอร์เน็ต]. [วันที่อ้างถึง 10 เมษายน 2560].
- Clinical practice guideline in oncology. Breast cancer** (p. BINV-J 2), by National Comprehensive Cancer Network, 2009a [Internet cited 2017 March 30] Available from <http://www.nccn.org>.
- Corbin, J. M., & Strauss, A. **nursing model for chronic illness management based upon the trajectory framework.** *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 1991;5(3), 155 - 174.
- Czeiler, C.A. & Khalsa, S. **The humancircadian timing system and sleep-wake regulation.** Philadelphia : W. B. Saunders, 2001.
- Emesto L., Alessandro G., Filippo R., Rosa B., Antonella S., & Lidia S. **Intra - Operative Radiotherapy with Electron Beam.** Retrieved November 2, 2017, from: <https://www.scribd.com/document/215024261/9> - Intra - Operative Radiotherapy, 2012.
- Foxson, S. B., Lattimer, J. G., & Felder, B. Breast cancer. In C. H. Yarbro, D. Wujcik & B. H. Gobel (Eds.), **Cancer nursing principles and practice** (7th ed., pp. 1091-1145), 2010.
- Hilderley, L.J **The role of the nurse in radiation oncology.** *Seminars in oncology*, 7 (1), 1980: 39 - 47.
- Kaelin, C. M., Coltrera, F., Gardiner, J., & Prouty, J. The exercise (Chapter 11). In, **The breast cancer survivor, s fitness plan** (pp. 144-189). New York: McGraw-Hill, 2007.
- Kaelin, C. M., Coltrera, F., Gardiner, J., & Prouty, J. The Work (Chapter 12). In, **The breast cancer survivor fitness plan** (pp. 192-230). New York: McGraw-Hill, 2007.
- Lack, L. (2002). **10 minutes is best for nap [Electronic version].** Retrieved November 2, 2017, from <http://www.simmon-sleep-research.com>
- Lee, K., Cho, M., Miaskowski, C. & Dodd, M. (2003). **Impair sleep and rhythms in Persons with cancer.** *Sleep Medication Reviews* by Elsevier Science Ltd.
- Marco Krengli. **IORT State of the Art and Beyond.**[อินเทอร์เน็ต]. Retrieved July 2, 2017, from: https://www.Fisicamedica.info/sites/default/files/documenti/1_Krengli.pdf, 2012.
- Maunsell, E., Brisson, J., & Deschenes, L **Arm problems and psychological distress after surgery for breast cancer.** *Canadian Journal of Surgery*, 36(4),1993, 315-320.
- Mock, V., Picket, M., & Ropka, M.E. **Fatigue and quality of life outcomes of exercise during cancer treatment.** *Cancer Practice Multidisciplinary Journal Cancer Care*, 1(3), 2001: 119 - 127.

Moffett, F. L., Senofsky, G. M., Davis, K., Clark, K. C., Robison, D. S., & Ketchum, A. S.

Axillary node dissection for early breast cancer: Some is good, but all is better.

Journal of Surgical Oncology, 1992, 51, 8-13.

PearlPoint Cancer. "**Breast Cancer Treatment - Stages of Breast Cancer**".

[อินเทอร์เน็ต]. [วันที่อ้างอิงถึง 13 ส.ค. 2017]. ที่มา : my.pearlpoint.org.

Rojanamarin J. et al., "Cancer Incidence in Thailand," **Cancer in Thailand 10 (2016-2018): 9**

Russo, M.B. **Normal Sleep, sleeps physiology, and sleep deprivation : General, 2004.**

principles.[Electronic version]. Retrieved November 2, 2010, from <http://www.e-medicine.com>.

Schwartz, A.L., Mori, M., Gao, R., Nail, L.M., & King, M.E. **Exercise reduces daily**

Fatigue in women with breast cancer receiving chemotherapy. Medical Sci Sports

Exercise, 33(5), 2001 : 718 - 723.

Treatment guideline for patient, breast cancer. Treatment guidelines for patients

version VII (p. 16), by American Cancer Society and National Comprehensive Cancer Network. [Internet]. 2006, [cited 2017 October 14]. Available from

<http://www.cancer.org>.

Wells, M., & MacBride, S. **Radiation skin reactions.** In S. Faithfull. Oncology Nursing Society.

[Internet]. [cited 2003]. <https://www.ons.org> > cjon > toward-evidence.

NCS

T h a i l a n d

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ภาคผนวก

การรักษาด้วยยาเคมี

Premedication

1. Chlorpheniramine (10 mg)

- กลไกการออกฤทธิ์ จัดอยู่ในกลุ่มยาต้านฮิสตามีน โดยตัวยาจะออกฤทธิ์ไปจับกับตัวรับที่ตอบสนองกับฮิสตามีนในร่างกายที่เรียกว่า Histamine H1- receptor ซึ่งส่งผลต่อการทำงานของผนังหลอดเลือด และกล้ามเนื้อเรียบของหลอดลมทำให้ร่างกายมีอาการบรรเทาจากอาการแพ้ ลดอาการคันและออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้อ่อนหลับ

- อาการข้างเคียงของยา มีปัญหาในการมองเห็น ปัสสาวะลำบาก หน้ามืด ชัก หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ
- เหตุผลในการใช้ยา รักษาอาการแพ้ต่างๆ เช่น แพ้อากาศ ไข้หวัด ผื่นคัน ลมพิษ

2. Ondansetron (8 mg)

- กลไกการออกฤทธิ์ ออกฤทธิ์แบบเฉพาะเจาะจงกับการอาเจียนที่เกิดจากเคมีบำบัดและรังสีรักษา ซึ่งเกิดจากการกระตุ้นให้ลำไส้เล็กหลั่ง 5HT ซึ่งไปกระตุ้นกลไกการอาเจียนในระบบ vagus nerve ที่ 5HT₃Receptor

- อาการข้างเคียงของยา วิงเวียน ปวดศีรษะ ง่วงนอน ท้องเดิน ปากแห้ง มี Amino transferase และ bilirubin เพิ่มขึ้น เกิดปฏิกิริยาแพ้ได้
- เหตุผลในการใช้ยา ป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนจากการได้รับเคมีบำบัด

3. Dexametazone(4 mg)

- กลไกการออกฤทธิ์ ออกฤทธิ์ทาง glucocorticoid มากกว่า mineralocorticoid คล้าย corticosteroid ตัวอื่น

- อาการข้างเคียงของยา แพ้ชนิด Anaphylaxis ถ้าให้ยาเร็ว หายใจลำบาก กระสับกระส่าย ปวดศีรษะ อารมณ์แปรปรวน บวม สูญเสียโปแตสเซียม มีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น แผลในกระเพาะอาหาร กระดูกพรุนกระดูกหัก เป็น Cushing's syndrome

- เหตุผลในการใช้ยา ป้องกันการเกิด Hypersensitivity Reaction จากยาเคมีที่ได้รับ

4. Metoclopramide (10 mg)

- กลไกการออกฤทธิ์ การออกฤทธิ์จับกับ Chemoreceptor trigger zone (CTZ) และออกฤทธิ์ต้านการหลั่ง Dopamine ซึ่งเป็นสารสื่อสัญญาณประสาทที่สำคัญของ CTZ ทำให้ threshold ของ CTZ เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังลดสัญญาณประสาทของระบบทางเดินอาหารไปยังศูนย์อาเจียน และเพิ่มการหดตัวของกล้ามเนื้อหูรูดในหลอดอาหาร ทำให้อาการคลื่นไส้ อาเจียนลดลง

- การข้างเคียงของยา ง่วงนอน อ่อนเพลีย กระสับกระส่าย ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว ท้องผูก หรือท้องเสีย ปากแห้ง มีผื่นขึ้นตามร่างกาย ลั่นเข็ง ชากรรไกรเข็ง (Extrapyramidal syndrome)

- **เหตุผลในการใช้ยา** เพื่อป้องกันการคลื่นไส้ อาเจียนหลังให้ยาเคมีบำบัดรักษาอาการรุนแรงของ
รักษาภาวะกรดไหลย้อน

5. Ativan (1mg)

- **กลไกการออกฤทธิ์** ออกฤทธิ์ในกรดลดความวิตกกังวลออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลาง โดย
จับกับ Receptor ของ Serotonin ทำให้ผู้ป่วยหลับได้ดีขึ้นทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว

- **อาการข้างเคียงของยา** ง่วงซึม มึนงง อ่อนแรง สับสน หัวใจเต้นช้าหรือหัวใจหยุดเต้นมีการ
เปลี่ยนแปลงของน้ำหนักและความอยากอาหาร อาจเพิ่มหรือลด ปากแห้ง มีน้ำลายมาก ผื่นคันขึ้นที่ผิวหนัง

- **เหตุผลในการใช้ยา** ใช้ลดความกังวล อาการนอนไม่หลับ ภาวะชักต่อเนื่อง

6. Benadryl (25 mg)

- **กลไกการออกฤทธิ์** จัดอยู่ในกลุ่มเอทานอลามีน โดยตัวยาคจะออกฤทธิ์ไปจับกับตัวรับที่ตอบสนอง
กับฮิสตามีนในร่างกายที่เรียกว่า Histamine H1 - receptor ซึ่งส่งผลต่อการทำงานของอวัยวะในระบบ
ทางเดินอาหาร ผนังหลอดเลือด และระบบทางเดินหายใจทำให้ร่างกายมีอาการบรรเทาจากอาการแพ้

- **อาการข้างเคียงของยา** ง่วงนอน ปากแห้ง วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ ท้องผูก เบื่ออาหาร

- **เหตุผลในการใช้ยา** รักษาอาการแพ้ของร่างกาย เช่น ไอ โรคหัด ลมพิษ ป้องกันอาการเมารถ
เมาเรือยาแก้ภาวะแพ้รุนแรง อาการคันจากแมลง แก้อาการคันแข็ง ขากรรไกรแข็งจากผลข้างเคียงของ
Metoclopramide

ยาเคมี

1. AC เป็นสูตรเคมีบำบัดที่นิยมใช้กันมาก โดยเฉพาะกลุ่มที่มะเร็งเต้านมที่ยังไม่แพร่ไปยังต่อม
น้ำเหลือง

ประกอบด้วยยา

1.1 A = Adriamycin (ชื่อทางเคมี: doxorubicin)

- **กรไกการออกฤทธิ์** ถูกจัดอยู่ในกลุ่มยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์ต้านโรคมะเร็งสามารถที่จะยับยั้งการ
สร้าง DNA ในเซลล์ และยับยั้ง Enzyme Type II topomerase ที่ใช้ในการซ่อม DNA ทำให้เซลล์มะเร็งชะลอ
การเติบโต ไม่สามารถแพร่กระจาย

- **อาการข้างเคียงของยา** เยื่อตาอักเสบ คลื่นไส้ อาเจียน มีไข้ ข้อสันหลังอักเสบยึดติด ผมร่วง เล็บ
สีคล้ำกระเพาะปัสสาวะอักเสบ ภาวะหัวใจล้มเหลว กดไขกระดูก ถ้าได้รับในปริมาณสูงเวลานานๆเสี่ยงต่อการ
เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว

- **เหตุผลในการใช้ยา** เพื่อรักษาโรคมะเร็ง

ตารางที่ 16 แสดงการติดตามข้อควรระวังและคำแนะนำในการใช้ยา Adriamycin

การติดตาม	ข้อควรระวังหรือรายงานแพทย์เมื่อมีข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้	คำแนะนำ
- ภาวะ Extravasation - CBC, Platelet - Cardiotoxicity	- ผู้ป่วยมีอาการปวดแสบปวดร้อน บวมแดง บริเวณที่ฉีดยา (ยารั่วออกนอกเส้นเลือด) - ANC < 1500 cells/mm ³ - platelet count < 100,000/mm ³ - แขนงหน้าอก หน้ามืด - เหนื่อย เป็นลม ความดันตก ใจสั่น	- IV push 1-2 นาที , IV infusion 15-60 นาที - บอกผู้ป่วยถ้ามีอาการปวดแสบปวดร้อน บวมแดง บริเวณที่ฉีดยา (ยารั่วออกนอกเส้นเลือด) ควรแจ้งให้แพทย์และพยาบาลทราบทันที และให้ประคบเย็น - ปริมาณยาสะสมชั่วชีวิตไม่ควรเกิน 550 mg/m ² (noriskfactors) - หากผู้ป่วยเคยได้รับการฉายแสงที่อก หรือต้องได้รับการฉายแสงร่วมด้วย หรือใช้ยานี้ร่วมกับ cyclophosphamide (orothercardiotoxicagents), อายุ ≥ 60 ปี, มีประวัติโรคหัวใจ, CHF, ใจสั่น ขนาดยาสะสมไม่ควรเกิน 450 mg/m ² , ควรตรวจ ejectionfraction ของหัวใจผู้ป่วย ถ้าน้อยกว่า 30 - 40 % ไม่ควรใช้ยานี้ - เบื่ออาหารและอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หลังจากได้รับยา 4 -12 ชั่วโมง - ปัสสาวะเป็นสีแดง หรือสีส้ม พบหลังได้รับยา 2-4 ชั่วโมง - อาจมีไข้วันที่ได้รับยา - อาจมีอาการหายใจเร็ว หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ (ถาวร) - ผมนางลง หรือผมร่วงชั่วคราว - แนะนำถ้ามีอาการแขนงหน้าอก เหนื่อย หายใจขัด ให้รีบพบแพทย์ - ควรทำ Echo ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทุกราย

1.2 C = Cytosine (ชื่อทางเคมี: cyclophosphamide)

- กลไกการออกฤทธิ์ เป็นยาที่อยู่ในกลุ่ม Alkylating agents ออกฤทธิ์โดยการจับหรือรวมตัวกับ DNA ของเซลล์มะเร็ง ทำให้ DNA ทำงานไม่ได้ ไม่มีการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง

- อาการข้างเคียงของยา คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ท้องเสีย ท้องผูก ผลต่อการทำงานของหัวใจ ภาวะกดไขกระดูก ภาวะปัสสาวะอักเสบ ผู้ชายอาจเป็นหมันชั่วคราวผู้หญิงอาจมีประจำเดือนมาไม่ปกติ หรือหยุดไปชั่วคราว

- เหตุผลในการใช้ยา เพื่อรักษาโรคมะเร็ง โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก โรคมะเร็งเต้านม โรคมะเร็งรังไข่

ตารางที่ 17 แสดงการติดตาม ข้อควรระวังและคำแนะนำในการใช้ยา cyclophosphamide

การติดตาม	ข้อควรระวังหรือรายงานแพทย์เมื่อมีข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้	คำแนะนำ
- CBC, Platelet tests - Renal function tests - Acute haemorrhagic cystitis	- ANC <1500 cells /mm ³ - platelet count < 100,000 / mm ³ - UA, BUN, Creatinine ผิดปกติ - มีอาการปัสสาวะขัดและมีเลือดปน	- Slow IV push 20-30 นาที, IV infusion 1-24 hrs. - ถ้าขนาดยาที่ใช้มากกว่า 1.5 - 2 gm/m ² ควรดื่มน้ำมากๆ ระหว่างและหลังให้ยา อย่างน้อย 2 ลิตรต่อวัน ไม่ให้กลั้นปัสสาวะ และควรไปปัสสาวะบ่อยๆ เพื่อป้องกัน haemorrhagiccystitis - ผู้หญิงอาจมีประจำเดือนมาไม่ปกติ หรือหยุดไปชั่วคราว - ผู้ชายอาจเป็นหมันชั่วคราว - ผมบางลงหรือผมร่วงชั่วคราว - ผู้ป่วยอาจมีอาการเบื่ออาหารและคลื่นไส้ อาเจียน

ยาด้านฮอร์โมน

Tamoxifen

- **เหตุผลในการใช้ยา** ใช้เพื่อรักษาหรือป้องกันมะเร็งเต้านมหรือการกลับมาเป็นซ้ำของโรคมะเร็งเต้านมภายหลังการได้รับการรักษา

- **วิธีการใช้ยา** สามารถรับประทานยานี้ได้ทั้งการรับประทานตอนท้องว่างหรือรับประทานพร้อมอาหาร โดยรับประทานให้ตรงเวลาเดิมทุกวัน ห้ามบดหรือเคี้ยวยา และต้องรับประทานยานานเป็นเวลา 5 ปี และห้ามหยุดยาเองโดยไม่มีคำสั่งแพทย์

- **อาการไม่พึงประสงค์โดยทั่วไป** มีอาการล้า น้ำหนักลด ปวดศีรษะ ผมร่วง มีอาการร้อนวูบวาบ เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ (ในเพศชาย) คลื่นไส้ อาเจียน มีอาการเจ็บบริเวณก้อนเนื้องอก

- **อาการไม่พึงประสงค์ที่ต้องแจ้งแพทย์หรือเภสัชกรทันที** รอบประจำเดือนเปลี่ยนแปลง สารคัดหลั่งทางช่องคลอดเปลี่ยนแปลง การมองเห็นผิดปกติ สับสน มีอาการเดินลำบากหรือพูดลำบาก หายใจลำบาก หายใจเร็ว เจ็บหน้าอก กระหายน้ำอย่างแรง มีก้อนนูนใหม่ที่บริเวณเต้านม มีอาการเหน็บชา หรือไม่รู้สึกรู้สึกรของใบหน้า แขนหรือขา มีอาการปวดอุ้งเชิงกราน หรืออุ้งเชิงกรานบวมโตผิดปกติ ผิวหนังหรือภายในปากมีอาการแดง ลอกหรือตุ่มพอง มีผื่นคัน มีอาการบวมปวดหรือกดเจ็บที่ขาหรือน่อง มีอาการบวมของใบหน้า ริมฝีปากหรือลิ้น มีรอยฟกช้ำหรือมีเลือดออกผิดปกติ

ยาที่ใช้ในระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด

1. Zefazolin

- **เหตุผลในการใช้ยา** เป็นยาปฏิชีวนะกลุ่มเซฟาโลสปอริน มีฤทธิ์ต้านเชื้อแบคทีเรียในร่างกาย ใช้รักษาหรือป้องกันโรค หรือการติดเชื้อจากแบคทีเรีย เช่น การติดเชื้อที่ผิวหนัง ข้อต่อ กระดูก เลือด ลิ้นหัวใจ ระบบทางเดินหายใจ ทางเดินน้ำดี และทางเดินปัสสาวะ รวมถึงอาจใช้ป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด โดยยานี้ไม่สามารถรักษาอาการที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสได้

- **อาการข้างเคียงของยา** ทำให้เกิดผลข้างเคียงเล็กน้อย แต่ถ้ามีอาการรุนแรง เช่น คัน มีคราบขาวในปาก เบื่ออาหาร แสบร้อนกลางอก ท้องอืด คลื่นไส้อาเจียน ท้องเสีย ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ สับสน ง่วงซึม อ่อนเพลีย ร่างกายอ่อนแอ รวมถึงอาการเจ็บ บวมแดง หรือมีเลือดออกบริเวณที่ฉีดยา ควรรีบรายงานแพทย์

นอกจากนี้ผลข้างเคียงที่รุนแรง มีอาการแพ้ยา ลมพิษ ผื่นคัน บวมแดง มีตุ่มพุพอง ผิวดลอก ซึ่งอาจเกิดพร้อมกับมีไข้หรือไม่มีไข้ หายใจเสียงดัง แน่นหน้าอก หรือลำคอ มีปัญหาการหายใจหรือพูดเสียงแหบ หน้าบวม ปากบวม ริมฝีปากบวม หรือคอบวม ท้องเสียถ่ายเป็นน้ำ หรือถ่ายโดยมีเลือดปน ปวดท้อง โดยเฉพาะปวดบริเวณท้องด้านขวาบน มีไข้ระหว่างการรักษาหรือไม่มีไข้ หลังการรักษา ด้วยยานี้ภายใน 2 เดือน หายใจ กลืนอาหารลำบาก ขาบวม เท้าบวม ปัสสาวะน้อยลง ปัสสาวะมีสีเข้ม ตา ตัวเหลือง เป็นลม เจ็บคอ หนาวสั่น กลับมามีไข้ซ้ำ มีอาการของการติดเชื้อ

2. Diazepam มีชื่อทางการค้า Valium

- **กลไกการออกฤทธิ์** เป็นยากลุ่ม benzodiazepines ออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง ยับยั้งการทำงานของเซลล์ประสาทต่าง ๆ ทำให้มีการลดอาการวิตกกังวล ทำให้ง่วงหลับ ด้านอาการชัก คลายกล้ามเนื้อ

- **อาการข้างเคียงของยา** อาจเกิดภาวะเสียความทรงจำชั่วคราว ง่วงซึม กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน สูญเสียการควบคุม การเคลื่อนไหว สับสน มึนงง เวียนศีรษะ ใจสั่น ชีพจรเต้นช้า

- **เหตุผลในการใช้ยา** เพื่อลดอาการวิตกกังวลและคลายกล้ามเนื้อ เป็นยาช่วยให้หลับก่อนการผ่าตัด

3. Losartan

- **เหตุผลในการใช้ยา** เพื่อรักษาโรคความดันโลหิตสูง

- **อาการข้างเคียงของยา** หน้า ลำคอ ตา ริมฝีปาก ลิ้น ขา มือ เท้า หรือข้อบวม หายใจลำบาก กลืนอาหารลำบาก เสียงแหบ สับสน เวียนศีรษะ รู้สึกเหมือนจะเป็นลม เจ็บหน้าอก หัวใจเต้นเร็ว แรง หรือเต้นไม่เป็นจังหวะ ปริมาณปัสสาวะลดลง ผื่นคัน ผื่นลมพิษ

4. Nifedipine

- **เหตุผลในการใช้ยา** เพื่อรักษาโรคความดันโลหิตสูง และช่วยลดอาการปวดเค้นหัวใจ
- **อาการข้างเคียงของยา** ปัสสาวะมีเลือดปน ใจสั่น หัวใจเต้นผิดปกติ จังหวะ หรือเจ็บหน้าอกบ่อยขึ้นและมีความรุนแรงขึ้นมาก หายใจลำบาก วิงเวียน รู้สึกเหมือนจะหมดสติ ปริมาณปัสสาวะลดลง ผื่นคัน ผิวหนังบางลง ลอก บวมพอง แดง ซึ่งรวมถึงเนื้อเยื่ออ่อนภายในช่องปาก บวมบริเวณใบหน้า ตา ริมฝีปาก มือ แขน ขา หรือข้อเท้า กลืนอาหารลำบาก ตา ตัวเหลือง

5. Bilaxten

- **เหตุผลในการใช้ยา** เป็นสารประเภท Histamin antagonist ออกฤทธิ์ยับยั้งการกระตุ้นการหลั่งสารฮิสตามีน สามารถอยู่ในร่างกายได้นาน 14.5 ชั่วโมง จึงส่งผลให้ ลดอาการแพ้ เช่น จาม แน่น/คัดจมูก ผื่นคันตามผิวหนัง ลมพิษ อาการคันที่ตา มีน้ำตาออกมาก อาการตาแดง และตัวย่ำยังมีฤทธิ์ครอบคลุมอาการแพ้ดังกล่าวได้นาน ประมาณ 24 ชั่วโมง

- อาการข้างเคียงของยา

ผลต่อระบบประสาท เช่น ปวดศีรษะ วิงเวียน มีไข้ มีเสียงดังในหู หูอื้อ

ผลต่อระบบการเผาผลาญพลังงานในร่างกาย เช่น ทิวอาหารบ่อย น้ำหนักตัวเพิ่ม

ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น หัวใจเต้นผิดปกติ

ผลต่อระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ ท้องเสีย ภาวะอาหารอักเสบ ระบายน้ำ ปากแห้ง ท้องอืด

ผลต่อสภาพจิตใจ เช่น วิตกกังวล นอนไม่หลับ

ผลต่อระบบทางเดินหายใจ เช่น จมูกแห้ง หายใจขัด หายใจลำบาก

6. Pseudoephedine

- **เหตุผลในการใช้ยา** เพื่อบรรเทาอาการคัดแน่นจมูก หรือไซนัส ที่มีสาเหตุมาจากอาการหวัด ภูมิแพ้ และไข้ละอองฟาง นอกจากนี้ยังช่วยบรรเทาอาการคั่งของของเหลวในโพรงไซนัส บางครั้งใช้เพื่อป้องกันการปวดหู หูอื้อที่มีสาเหตุของแรงดันระหว่างเดินทางอากาศหรือดำน้ำ

- **อาการข้างเคียงของยา** ภาวะกระสับกระส่าย วิตกกังวล หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ ใจสั่น เจ็บแน่นหน้าอก ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น นอนไม่หลับ อาการสั่น เวียนศีรษะ หรือคล้ายจะเป็นลม หายใจติดขัด อาเจียน ปัสสาวะลำบาก เจ็บขณะปัสสาวะ ถ่ายเป็นเลือด ปวดท้อง เหงื่อออกเพิ่มมากขึ้น มีอาการชัก เห็นภาพหลอน

7. Cravit

- **เหตุผลในการใช้ยา** เพื่อรักษาโรคติดเชื้อจากแบคทีเรีย เช่น โรคปอดอักเสบ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ไซนัส โรคติดเชื้อที่ไต ผิวหนัง และระบบทางเดินปัสสาวะ

- **อาการข้างเคียงของยา** อาการแพ้ เช่น ผื่นที่ผิวหนัง ผื่นคันหรือลมพิษ หน้าบวม ปากลิ้นบวม ปัสสาวะมีสีเข้ม หรือน้ำตาลเข้ม ซึมเศร้า ไข้ ผิวหนัง หรือช่องปากแดงลอก ตา ตัวเหลือง ปวดกล้ามเนื้อ

กล้ามเนื้อเป็นตะคริว กล้ามเนื้ออ่อนแรง คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อุจจาระเปลี่ยนเป็นสีเทา มีปัญหาการมองเห็น

8. Acoxia

- **เหตุผลในการใช้ยา** เป็นยาบรรเทาอาการข้ออักเสบและมีฤทธิ์แก้ปวด ใช้รักษาโรคข้อเสื่อม โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง

- **อาการข้างเคียงของยา** คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ห้ามใช้ในผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหาร หรือไตวาย

9. Fluoxetine

Fluoxetine เป็นยารักษาอาการซึมเศร้าและอาการวิตกกังวล เป็น Selective serotonin uptake inhibitor

การออกฤทธิ์ เป็น Tricyclic antidepressant (TCA) ยับยั้งการรวมตัวกันใหม่ของซีโรโทนิน (Selective serotonin uptake inhibitor: SSRI) ดูดซึมได้ดีจากทางเดินอาหาร มี first-pass hepatic metabolism มาก สามารถกระจายตัวได้ดีในเนื้อเยื่อของร่างกาย จับกับโปรตีนในเลือดได้มาก ถูกเปลี่ยนแปลงที่ตับ ถูกขับออกทางไตและน้ำดีและไตเป็นส่วนใหญ่

ฤทธิ์ไม่พึงประสงค์

- ผลต่อหัวใจและหลอดเลือด ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น ความดันโลหิตต่ำเวลาเปลี่ยนอิริยาบถ ถ้าได้รับยาขนาดสูงเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ มีความผิดปกติของ EKG ถ้าแก้ไขไม่ทันทำให้เสียชีวิตได้

- อาการง่วงซึม (Sedation) ทำให้ง่วงมาก

- Sympathomimetic actions ที่พบมาก คือ การสั่น ซึ่งเกิดจาก over activity ของ sympathetic neurons

- Metabolic และ Endocrine functions ทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น

ข้อบ่งใช้

- ใช้ในอารมณ์ซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตประสาท ความผิดปกติในการย้าคิดย้าทำ และคิดทำร้ายตนเอง

- ใช้ควบคุมอาการวิตกกังวล เนื่องจาก depressive state

- ใช้ในอาการปวดเรื้อรังที่ไม่สามารถวินิจฉัยสาเหตุของโรคได้ เนื่องจาก TCA มีผลโดยตรงต่อ pain pathway หรืออาจมีผลยาระดับอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บป่วยน้อยลง

- ปัสสาวะรดที่นอน (enuresis) เนื่องจากมีฤทธิ์ในการเป็น anticholinergic effect ทำให้ควบคุมอาการปัสสาวะรดที่นอนได้

ข้อห้ามใช้

- ผู้ป่วยที่มี narrow-angle glaucoma ทำให้อาการของโรคเป็นมากขึ้น
- ผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจ เพราะ TCA มี cardio-toxicity
- ผู้ป่วยที่มีการทำงานของตับและไตบกพร่องอย่างรุนแรง

ปฏิกิริยาระหว่างกันของยา

- TCA กับ MAOI (Monoamine Oxidase Inhibitors เช่น Isocarboxazid, Phenelzine และ Tranylcypomine) จะทำให้เกิดภาวะวิกฤติของความดันโลหิตสูง
- TCA กับ วิตามินซี จะทำให้ TCA ซึ่งมีฤทธิ์เป็นด่าง แตกตัวในนปัสสาวะที่เป็นกรดมากขึ้น ทำให้การดูดซึมยากกลับที่หลอดเลือดฝอยของไตลดลง
- TCA จะต้านฤทธิ์ของยาลดความดันโลหิต เช่น Clonidine
- TCA จะต้านฤทธิ์ยากันชัก และทำให้ผู้ป่วยชักได้

Metoclopramide

เป็นยาระงับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ที่นิยมใช้มากเพราะได้ผลดี และมีฤทธิ์ข้างเคียงที่ไม่เป็นอันตราย

การออกฤทธิ์

- จับกับ Chemoreceptor trigger zone (CTZ) และออกฤทธิ์ต้านการหลั่ง dopamine ซึ่งเป็นสารสื่อสัญญาณประสาทที่สำคัญของ CTZ ทำให้ threshold ของ CTZ เพิ่มขึ้น
- นอกจากนี้ยังลดสัญญาณประสาทของระบบทางเดินอาหารไปยังศูนย์อาเจียน และเพิ่มการหดตัวของกล้ามเนื้อหูรูดในหลอดอาหาร ทำให้อาการคลื่นไส้ อาเจียนลดลง

ข้อบ่งใช้

- ป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียนในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด และหลังผ่าตัด

ฤทธิ์ไม่พึงประสงค์

- ง่วงนอน อ่อนเพลีย กระสับกระส่าย ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว ท้องผูกหรือท้องเสีย ปากแห้ง มีผื่นขึ้นตามร่างกาย อาการบวม เต้านมโตในเพศชายและหมดสมรรถภาพทางเพศ ในผู้หญิงมีน้ำนมไหลและขาดประจำเดือน

การประเมินภาวะข้อไหล่ติดและภาวะแขนวม

การประเมินองศาการเคลื่อนไหวของแขน (Range of Motion : ROM) เป็นการประเมินภาวะข้อไหล่ติด ซึ่งภาวะข้อไหล่ติดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัด วัตถุประสงค์การกางแขนในท่า Adduction ถ้าไม่สามารถกางแขนได้ 180 องศา แสดงว่ามีภาวะข้อไหล่ติด ซึ่งพบได้ตั้งแต่ระดับน้อยถึงระดับมาก

ระยะเวลาในการผ่าตัด

- วันก่อนผ่าตัดเต้านม
- วันที่ 5 หลังผ่าตัดเต้านม
- วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
- วันที่ติดตามผลการรักษาภายหลังผ่าตัด 1 เดือน

เครื่องมือการใช้เครื่องมือวัดข้อไหล่ตนเอง

การประเมินภาวะข้อไหล่ติด โดยใช้เครื่องมือที่เรียกว่า Thai Arthrometric Navigator Scale (TAN Scale) วัตถุประสงค์ในการใช้เครื่องมือ เพื่อประเมินองศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่

ลักษณะเครื่องมือ

เป็นแผ่นป้ายครึ่งวงกลม โดยกำหนดเส้นรอบวงเป็นสีแดง และมีเส้นผ่านศูนย์กลาง 140 ซม. ภายในครึ่งวงกลมมีจุดศูนย์กลาง เป็นรูปครึ่งวงกลมขนาดเล็ก เส้นผ่านศูนย์กลาง 15 ซม. มีเส้นรัศมี เป็นตัวแบ่งพื้นที่ในครึ่งวงกลมออกเป็น 6 ส่วน โดยแต่ละส่วนมีมุม กว้างเท่าๆกัน คือ 30 องศา

ภายนอกของเส้นรอบวงมีตัวเลขบอกขนาดขององศาอย่างชัดเจน โดยองศาที่ 90 ทั้งข้างซ้ายและข้างขวาของเครื่องมือ รวมทั้งองศาที่ 180 กำหนดตัวเลขเป็นสีแดง ส่วนตัวเลขขององศาอื่นๆ กำหนดเป็นสีดำ

ภายในเครื่องมือถูกแบ่งโดยเส้นรัศมีสีฟ้าออกเป็น 6 ส่วน โดยแต่ละส่วนบรรจุภาพแสดงการบริหารข้อไหล่ การยกข้อไหล่ และการแปลผลการยกข้อไหล่



ภาพแสดงเครื่องมือ Thai Arthrometric Navigator Scale (TAN Scale)

การติดตั้งเครื่องมือ

ติดตั้งเครื่องมือบนฝาผนังเรียบ โดยให้ส่วนฐานของเครื่องมือขนานกับพื้น และติดห่างจากพื้น 128 ซม. (คิดจากความสูงเฉลี่ยของระยะห่างจากเท้าถึงข้อไหล่ของผู้ป่วยจำนวน 30 คน)

วิธีการวัด/ประเมิน

สำหรับการประเมินองศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่

ท่า Flexion

1. ยืนตรงหันข้างที่จะวัดข้อไหล่เข้าหาเครื่องมือ
2. หัวไหล่อยู่บนจุดสีแดง
3. ยกแขนขึ้นระดับไหล่
4. หันฝ่ามือออกหลังมือแนบชิดเครื่องมือ
5. ยกแขนขึ้นไปตามองศาของเครื่องมือ
6. ข้อศอกและข้อมือเหยียดตรง
7. ยกแขนขึ้นจนรู้สึกตึง
8. อ่านค่าตรงตำแหน่งปลายนิ้วชี้



ภาพแสดง การวัดท่า Flexion

ท่า Abduction

1. ยืนตรงหันหลังพิงเครื่องมือ
2. หัวไหล่ข้างที่จะวัดองศาอยู่บนจุดสีแดง
3. ยกแขนขึ้นระดับไหล่ หายฝ่ามือขึ้น
4. ยกแขนขึ้นไปตามองศาของเครื่องมือ
5. ข้อศอกและข้อมือเหยียดตรง
6. ยกแขนขึ้นจนรู้สึกตึง
7. อ่านค่าตรงตำแหน่งปลายนิ้วชี้



ภาพแสดง การวัดท่า Abduction

*** การประเมินข้อไหล่ต้องประเมินทั้ง 2 ข้าง และบันทึกการแปลผลทุกครั้ง***

การแปลผล

เขตสีเขียว แสดงช่วงการเคลื่อนไหวข้อไหล่ 150- 80 องศา ผู้ป่วยสามารถใช้ข้อไหล่ในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ แต่ต้องบริหารแขนตามโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันข้อไหล่ติดและติดตามประเมินองศาข้อไหล่ตามระยะเวลาปกติที่พบแพทย์

เขตสีเหลือง แสดงช่วงการเคลื่อนไหวข้อไหล่ 120- 150 องศา ผู้ป่วยมีปัญหาการเคลื่อนไหวข้อไหล่ จำเป็นต้องได้รับการเน้นย้ำ โดยให้บริหารเป็นตามโปรแกรมอย่างเคร่งครัด และติดตามประเมินองศาข้อไหล่ตามระยะเวลาปกติที่พบแพทย์

เขตสีส้ม แสดงช่วงการเคลื่อนไหวข้อไหล่ 90 - 120 องศา ผู้ป่วยมีปัญหาการเคลื่อนไหวข้อไหล่ จำเป็นต้องได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัด ด้วยการยืดขยับข้อไหล่ บริหารข้อไหล่ และติดตามประเมินองศาข้อไหล่อย่างใกล้ชิด

การประเมินภาวะแขนบวม

Lymphedema เป็นภาวะที่ระบบไหลเวียนน้ำเหลือง ไม่สามารถดูดซึมสารน้ำ และโปรตีน กลับเข้าสู่ระบบไหลเวียนน้ำเหลืองตามปกติทำให้เกิดมีการสะสมของของเหลว โปรตีนในช่องว่างระหว่างเซลล์มากเกินไป ทำให้เนื้อเยื่อบวมน้ำเกิดการอักเสบเรื้อรัง และเกิดเนื้อเยื่อเส้นใย (Fibrosis) รอบๆเนื้อเยื่อ

หน้าที่ของระบบหลอดน้ำเหลือง ได้แก่

1. ควบคุมปริมาณสารโปรตีนในนํ้านอกเซลล์ไม่ให้มี ไม่ให้เกิดภาวะบวมน้ำ (Edema)โปรตีนในช่องว่างระหว่างเซลล์นี้จะกลับเข้าสู่ระบบไหลเวียน
2. ควบคุมปริมาณสารน้ำระหว่างเซลล์ไม่ให้มากเกินไป
3. ควบคุมความคั่นในช่องว่างระหว่างเซลล์
4. ทำให้สิ่งแปลกปลอมและเชื้อโรคที่เข้าสู่ร่างกาย
5. สร้างภูมิคุ้มกัน

Lymphedema จำแนกออกตามสาเหตุได้ 2 ประเภทคือ ชนิดปฐมภูมิ (Primary Lymphedema) และชนิดทุติยภูมิ (Secondary Lymphedema) ชนิดปฐมภูมิเกิดจากความผิดปกติ ตั้งแต่กำเนิดของระบบหลอดน้ำเหลือง ชนิดทุติยภูมิเป็นผลมาจากการอุดตัน อักเสบ บาดเจ็บ อุบัติเหตุของระบบหลอดน้ำเหลือง Lymphedema ชนิดปฐมภูมิพบได้น้อย ส่วนใหญ่จะเป็นชนิดทุติยภูมิ ซึ่งสาเหตุมักเกิดจากโรคมะเร็งเต้านม (Melanoma) และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphedema) สาเหตุที่พบได้บ่อย คือเกิดตามหลังการผ่าตัด และฉายแสงบริเวณเต้านม แล้วไปรบกวนระบบน้ำเหลืองในบริเวณรักแร้ อันทำให้เกิดแขนบวมตามมาได้

ความสัมพันธ์ ระหว่าง Lymphedema ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

Lymphedema ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จัดเป็นชนิดทุติยภูมิ ซึ่งสาเหตุเกิดจากการรักษาโดยการผ่าตัดที่มีการตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออก และการฉายรังสีทำให้เกิดการอุดตันระหว่างระบบไหลเวียนของน้ำเหลือง ทำให้เกิดอาการแขนบวม (Arm Lymphedema) รวมทั้งอาการบวมบริเวณหน้าอก ซึ่งอาการ Lymphedema ดังกล่าวอาจเกิดแบบเฉียบพลัน (Acute) ซึ่งเกิดขึ้น ภายใน 3-6 เดือน หลังการรักษาหรือเกิดแบบเรื้อรัง (Chronic Lymphedema) เกิดขึ้นภายหลัง 6 เดือน

อุบัติการณ์การเกิดแขนบวม (Arm Lymphedema) อุบัติการณ์การเกิดภาวะแขนบวมจากน้ำเหลืองร้อยละ 0.3- 60.4 ตั้งแต่การรักษาช่วง 2-3 เดือนแรกต่อเนื่องไปจนถึงภายหลังการรักษา โดยส่วนใหญ่พบในช่วง 1-2 ปีแรก ภายหลังการวินิจฉัย หรือการรักษาโดยร้อยละ 24 พบในผู้เป็นมะเร็งเต้านมระยะ 0-1 และร้อยละ 35.5 พบในผู้เป็นมะเร็งเต้านมระยะ 3 อุบัติการณ์จะสูงขึ้นเมื่อมีการรักษาโดยการฉายรังสีร่วม

อาการและอาการแสดงของแขนบวม (Arm Lymphedema) ผู้ป่วยจะรู้สึกแขนตึง หนักขึ้น ซาอ่อนแรง หมุนข้อไหล่ไม่ได้เต็มที่ (Limited range of motion) มีการศึกษาพบว่า มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้เป็นมะเร็งเต้านมที่มีภาวะแขนบวมจากน้ำเหลืองคงรับรู้อาการ สำคัญ 9 อาการ คือ แขนบวม แขนตึงๆ แขนหนัก แขนแข็ง ปวดเมื่อยแขน แขนกดเจ็บ รู้สึกแขนเป็นเหน็บ ขยับแขนลำบาก และข้อไหล่ติด ซึ่งทั้ง 9 อาการใช้คัดกรองผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมว่า เกิดภาวะแขนบวมจาก น้ำเหลืองคงได้ มีความแม่นยำร้อยละ 72 ความไวร้อยละ 64 และความจำเพาะร้อยละ 80

National Lymphedema Network แบ่งภาวะแขนบวมจากน้ำเหลืองคง ตามความรุนแรงเป็น 4 ระยะคือ ระยะ 0 ไม่มีอาการบวม ระยะ 1 มีอาการบวม กดบวมสามารถยุบบวมได้เองหรือยุบบวมได้ด้วยการยกแขนสูงระยะ 2 มีอาการบวมตึง กดไม่บวม ไม่สามารถยุบบวมได้เอง มีพังผืดมาเกาะทำให้แขนบวมและแข็งตึงมากขึ้นผิวหนังเปลี่ยนแปลงคล้ายผิวส้ม ระยะ 3 มีอาการบวมแข็งมากขึ้น ผิวหนังหนา มีรอยพับของผิวหนังขนาดใหญ่ คล้ายเท้าช้าง เรียกว่า Lymphostatic elephantiasis เพื่อใช้เป็นแนวทางในการค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ระยะต้นและให้การรักษาที่เหมาะสม ช่วยป้องกันไม่ให้ภาวะนี้ ก้าวหน้ามากขึ้นจนเข้าสู่ระยะที่รุนแรงขึ้น

การวัดขนาดเส้นรอบวงแขนข้างที่ทำการผ่าตัดเต้านม เป็นการประเมินขนาดแขนที่ทำได้ง่ายและเป็นที่ยอมรับมากที่สุด (Gerber, 1998) เนื่องจากสะดวกและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ วิธีการ คือ การวัดเส้นรอบวงแขนของผู้ป่วยด้วยสายวัด โดยใช้ตำแหน่งของปุ่มกระดูกบนแขน เป็นตัวกำหนด และคำนวณค่าความแตกต่างของเส้นรอบวงแขนข้างที่ทำการผ่าตัดเต้านม ระหว่างค่าเส้นรอบวงแขนก่อนผ่าตัดและค่าเส้นรอบวงแขนหลังผ่าตัด หรือค่าความแตกต่างระหว่างค่าเส้นรอบวงแขนที่ทำการผ่าตัดเต้านม กับค่าเส้นรอบวงแขนข้างที่ไม่ได้ทำการผ่าตัดเต้านม วิธีการประเมินขนาดแขนที่นิยมใช้ในหลายๆงานวิจัย คือ การวัดเส้นรอบวงแขนที่ 3 ระดับคือ

วัดที่ระดับผ่าน olecranon process วัดที่ระดับ 10 ซม. เหนือ olecranon process และวัดที่ระดับ 10 ซม. ใต้ olecranon process นำค่าเส้นรอบวงแขนที่วัดได้มาเปรียบเทียบผลต่างของเส้นรอบวงแขนทั้ง 3 ระดับ ระหว่างแขนข้างที่ทำการผ่าตัดเต้านมกับแขนข้างที่ไม่ได้ทำการผ่าตัดเต้านม โดยกำหนดให้ค่าเส้นรอบวงแขนที่แตกต่างกันมากกว่าตั้งแต่ 2 เซนติเมตรขึ้นไปคือ เกิดภาวะแขนบวมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด



ภาพแสดง การวัดเส้นรอบวงแขน

ตารางที่ 18 แสดงระดับภาวะแขนบวมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่บริเวณรักแร้

ระดับ (Stage)	ขนาดของแขน (Size of Arm beyond normal)	ลักษณะทางกายภาพ (Physical characteristics)	ปัญหาทางกายภาพ (Physical problem)
ปกติ (latency)	- ไม่เปลี่ยนแปลง	- ไม่บวม - แขนใช้งานได้ปกติ	- ไม่มี
อ่อน (mild/reversible)	- เพิ่มขึ้นน้อยกว่า 0.5 นิ้ว - เปลี่ยนแปลงเล็กน้อยเกือบเหมือนปกติ	- แขนนิ่ม กดบวม บางครั้ง ยุบได้ ด้วยการยกแขนสูง - อาการบวมขึ้นใน 1 ส่วนของทั้ง 2 แขน - มีอาการ ปวด คัน แขนหนัก	- ไม่สุขสบาย การดำเนินชีวิตไม่เป็นปกติ เช่น การออกกำลังกาย การเดินและการปรากฏตัว
ปานกลาง (moderate/ Spontaneously irreversible)	- เพิ่ม 0.5 – 2.0 นิ้ว - ขนาดโตขึ้น สังเกตเห็นได้ด้วยตา	- บวมแข็ง คล้ายฟองผืด กดไม่ลง - การยกแขนสูง ไม่สามารถลดบวมได้	- เนื้อเยื่อบวมขึ้น จากการสะสมของไขมันและเส้นใยคอลลาเจนใต้ผิวหนัง ทำให้ยิ่งเกิดการยืดขยายของท่อทางเดินน้ำเหลืองมากยิ่งขึ้น
รุนแรง (severe/Lymphostatic elephantiasis)	- เพิ่มขึ้นน้อยกว่า 0.5 นิ้ว - ขนาดโตขึ้น สังเกตเห็นได้ด้วยตา	- บวมมาก	- ผิวหนังเปลี่ยนแปลง ไม่เรียบแตกเป็นแผลง่าย ติดเชื้อแบคทีเรียและเชื้อรา

มาตรฐานที่ใช้สื่อถึงความปวดของผู้ป่วย

สาเหตุของความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

ก. สาเหตุทางกายของความปวดจากมะเร็งที่พบบ่อย

1. ปวดเนื่องจากกระบวนการดำเนินโรคมะเร็ง พบประมาณร้อยละ 8 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด ตัวอย่างเช่น

- มะเร็งกระจายหรือลามมาที่กระดูกหรือเนื้องอกของกระดูกเอง
- มะเร็งกดหรือแทรกเบียดเส้นประสาท
- มะเร็งแทรกเข้าสู่หลอดเลือดหรือหลอดน้ำเหลือง ทำให้เกิด vasospasm, venousthrombosis, tumor emboli หรือ lymphangitis

- การอุดตันอวัยวะภายในที่เป็นช่องกลวง เช่น กระเพาะอาหาร ลำไส้ ท่อน้ำดี มดลูกและกระเพาะปัสสาวะ

- การอุดตันของหลอดเลือดเนื่องจากมะเร็งกดเบียด ทำให้มีการคั่งของเลือดในอวัยวะที่เลี้ยงโดยหลอดเลือดเหล่านั้น ทำให้อวัยวะดังกล่าวบวมตึงและปวด

- เนื้องอกขยายขนาดขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้เบียดหรือดันเยื่อหุ้มอวัยวะต่างๆ พบได้ในมะเร็งของตับม้าม ไต และกระดูก

- การตายของเนื้อเยื่อมะเร็ง การติดเชื้อ การอักเสบ และแผลในบริเวณเยื่อช่องต่างๆ
- ปวดจากก้อนเนื้องอกของปลายประสาท

2. ปวดเนื่องจากผลแทรกซ้อนของการรักษาโรคมะเร็ง พบได้ประมาณร้อยละ 19 ของผู้ป่วยที่ปวดจากมะเร็ง ได้แก่

- ปวดหลังผ่าตัด เช่น หลังผ่าตัดเต้านม ผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่คอ ตัดแขนขา เป็นต้น
- ปวดจากการได้รับเคมีบำบัด เช่น เจ็บแสบในปาก เนื่องจากเยื่อในช่องปากอักเสบ
- ปวดข้อหลังหยุดยา steroid (steroid pseudorheumatism) หรือเป็นภาวะแทรกซ้อนในรายที่ได้รับ steroid นานๆ หัวกระดูก femur หรือ humerus ตายจากการขาดเลือด

- ปวดจากได้รับรังสีรักษา ผู้ป่วยอาจปวดทันทีหรือในระยะต่อมา เนื่องจากมีพังผืดไปรัดกลุ่มประสาท เช่นที่ brachial plexus หรือ lumbosacral plexus หลังการฉายแสงรักษามะเร็งบริเวณใกล้เคียงกลุ่มประสาทดังกล่าว

- ปวดตามแนวเส้นประสาทเนื่องจากงูสวัด ซึ่งโรคงูสวัดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งที่มีร่างกายอ่อนแอและมีภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำ

- พยาธิสภาพของไขสันหลังจากการฉายแสง (post radiation myelopathy) ทำให้ผู้ป่วยปวด ชา หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรงในส่วนที่เลี้ยงโดยประสาทไขสันหลังระดับนั้น

3. ปวดจากสาเหตุอื่นที่ไม่เกี่ยวกับมะเร็งโดยตรง พบประมาณร้อยละ 3 ของผู้ป่วยที่ปวดจากมะเร็ง เช่น migraine, tension headache ปวดข้อ ปวดหลัง เป็นต้น

ข. สาเหตุทางจิตใจที่ทำให้ผู้ป่วยทนต่อความปวดลดลง

ปัญหาด้านจิตใจที่ทำให้ผู้ป่วยทนต่อความปวดได้น้อยลง เกิดจากจิตใจที่เศร้าหมอง ภาวะซึมเศร้า หมดหวังในชีวิต วิตกกังวลถึงความเจ็บป่วยของตนเอง กลัวว่าจะถูกทอดทิ้งไม่มีผู้ดูแล บางรายกลัวจะตายอย่างทรมาณจากความปวด ปัจจัยเหล่านี้ทำให้การระงับปวดได้ผลแตกต่างกันไป ผู้ป่วยบางรายแสดงความปวดมากกว่าปกติเพื่อให้ได้รับการดูแลเป็นพิเศษ ตามปกติผู้ป่วยมะเร็งจะมีปฏิกิริยาทางจิตใจสนองตอบเมื่อทราบว่าตนเป็นมะเร็งได้ 6 ชนิด ได้แก่ Shock, Denial, Anger, Bargain, Depression และ Acceptance ปฏิกิริยาแต่ละชนิดอาจไม่ได้เกิดเรียงตามลำดับ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามเวลาและการปรับตัวของผู้ป่วย (แผนภูมิที่ 1) แพทย์ควรวิเคราะห์ว่าผู้ป่วยกำลังมีสภาพจิตใจอยู่ในระยะใดและให้การดูแลรักษาพร้อมกันไปจะช่วยให้การระงับปวดได้ผลดี นอกจากการให้ antidepressants แล้วทีมผู้รักษายังต้องช่วยประคับประคองจิตใจผู้ป่วยโดยการบำบัด (psychotherapy) ด้วย อย่างไรก็ตามผู้ป่วยมะเร็งมักปรับตัวได้ในเวลาไม่นานนักถ้าได้รับการดูแลด้วยความเห็นอกเห็นใจ และความเข้าใจจากคนรอบข้างโดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว

การประเมินความปวด (Pain Assessment)

ควรประเมินผู้ป่วยในทุกๆ มิติของความปวด ทั้งด้านการรับรู้ (sensory domain) อารมณ์ (affective domain) ความเข้าใจในการแปลความหมาย (cognitive evaluative domain) การประเมินด้านการรับรู้เป็นหลัก โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบเหตุผล ลักษณะ และระดับความรุนแรงของความปวด การประเมินระดับความรุนแรงของความปวด มีประโยชน์ในการดูแลแนวโน้มของผลการรักษาความปวด เครื่องมือที่ใช้ประเมินความปวด มีหลายวิธีได้แก่

1. Visual Analogue Scale

คำแนะนำ : ให้ทำเครื่องหมาย ----X---- ลงบนเส้นตรง ว่าขณะนี้ความปวดขึ้นอยู่ตรงบริเวณใดไม่ปวด-----
 ---ปวดมากจนแทบทนไม่ได้

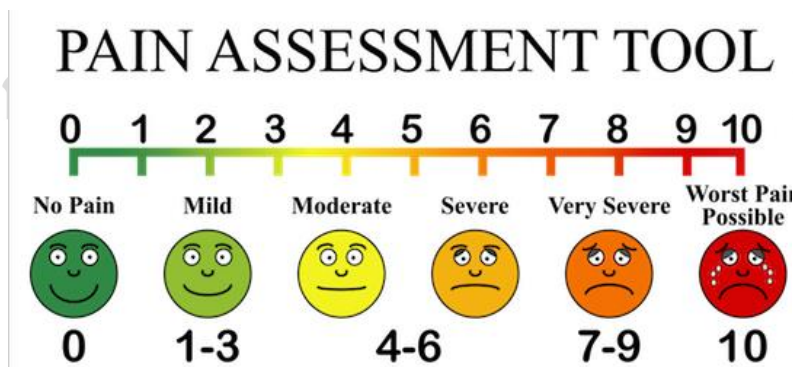
2. Numerical Rating Scale

คำแนะนำ : จากตัวเลข 0 - 10 ขณะนี้ความปวดที่เป็นอยู่ตรงกับตัวเลขใด
 ไม่ปวด: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ปวดมากจนแทบทนไม่ได้

3. Verbal Descriptor Scale

คำแนะนำ : เลือกคำอธิบายถึงระดับความปวดที่เกิดขึ้นในขณะนี้ได้ดีที่สุด
 ไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดรุนแรง ปวดแสนสาหัส

4. Wong-Baker Facial Pain Rating Scale



ไม่ปวด -----> รู้สึกปวดมากขึ้นเรื่อยๆ -----> ปวดมากที่สุดที่คิดได้

ลักษณะของความปวด แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

- Somatic pain มีลักษณะแบบปวดตื้อๆ (aching) ปวดเหมือนถูกแทง (stabbing) ปวดตุ้บๆ (throbbing) หรือปวดแน่นหรือตึง (pressure) บอกตำแหน่งได้ค่อนข้างชัดเจน

- Visceral pain มีลักษณะแบบปวดตื้อๆ ปวดเหมือนถูกบีบรัด (cramping) ปวดเหมือนถูกแทะ (gnawing) ปวดเหมือนมีดบาด (sharp) มักจะบอกตำแหน่งที่ปวดได้ไม่ชัดเจน

- Neuropathic pain มีความปวดแบบหลายลักษณะ เช่น ปวดแสบร้อน (burning) ปวดแปลบหรือเหมือนไฟช็อต (electrical, shooting) ปวดซ่า (tingling) ปวดเหมือนเข็มทิ่ม (pins and needles) ปวดบริเวณที่ขา ปวดบริเวณผิวหนังที่เส้นประสาทมาเลี้ยง (radiating pain หรือ radicular pain) ปวดจากตัวกระตุ้นซึ่งปกติไม่ทำให้ปวด (allodynia) เช่น ปวดเมื่อยบริเวณที่ปวดสัมผัสกับเสื้อผ้าหรือลมพัดผ่าน อาการอาจเกิดขึ้นเป็นพักๆ (periodic) ไม่แน่นอน เนื่องจากการระงับปวด neuropathic pain แตกต่างจาก nociceptive pain จึงควรแยกให้ได้ว่าความปวดนั้นเป็นชนิดใดแม้ว่ามักจะพบความปวดทั้งสองชนิดนี้เกิดร่วมกันในผู้ป่วย

การบริหารข้อต่อและข้อไหล่

การฉายรังสีบริเวณเต้านม มีโอกาสยึดติดของข้อต่างๆ จากการหดรั้งของกล้ามเนื้อรวมทั้ง การบวมของแขนข้างเดียวกับการที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม หรือฉายรังสี อาจเกิดขึ้นจากการไหลเวียนที่ผิดปกติของเลือดและน้ำเหลืองซึ่งสามารถป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนได้โดยการบริหารแขน ดังนี้

ท่าที่ 1 ยืนหันหน้าเข้าหาผาผนัง ใช้ฝ่ามือทั้ง 2 ข้าง แตะผาผนังในระดับเดียวกัน กับหัวไหล่ใช้ปลายนิ้วไต่ไปตามผนังจนสุดแขน



T h a i l a n d

ท่าที่ 2 ยกมือทั้ง 2 ข้างแตะที่หัวไหล่ ข้อศอกแนบกับลำตัว ยกข้อศอกให้แขนทั้ง 2 ข้าง ตั้งฉากกับลำตัว



ท่าที่ 3 กางแขนทั้ง 2 ข้างออกไปในระดับเดียวกับหัวไหล่ หมุนปลายแขนทั้ง 2 ข้างเป็นวงกลม



ท่าที่ 4 - จังหวะที่ 1 กางแขนทั้ง 2 ข้างในระดับเดียวกับไหล่



สถาน
Natio

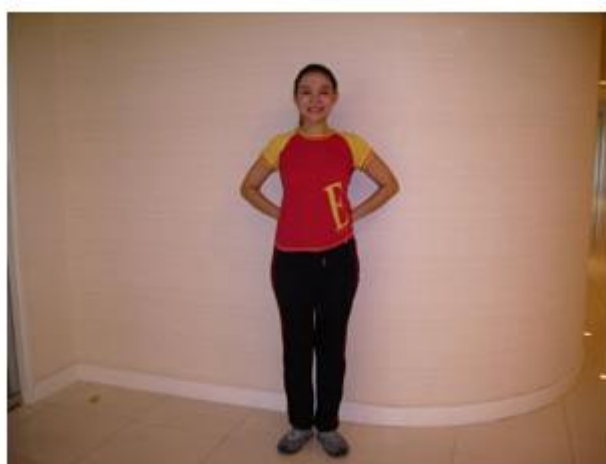
ชาติ
tute

ผลงานวิชาการของสถาบันบ่มเพาะแห่งชาติ

- จังหวะที่ 2 งอแขนทั้ง 2 ข้าง ตั้งฉากกับลำตัว ใช้ฝ่ามือทั้ง 2 ข้างแตะที่ต้นคอด้านหลัง



- จังหวะที่ 3 งอแขนไปข้างหลัง ให้หลังมือทั้ง 2 ช้างแตะบริเวณเอว



ท่าที่ 5 วางแขนข้างที่ไม่ได้ฉายรังสีไว้ที่เอว ยกมือและแขนข้างที่ฉายรังสีวางไว้บนศีรษะค่อยๆ เลื่อนมือและแขนไปตามศีรษะทางด้านข้างจนสุดแขน



ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ท่าที่ 6 วางมือข้างที่ไม่ได้ฉายรังสีไว้ที่เอว งอแขนข้างที่ไม่ได้ฉายรังสีไว้ข้างหลังให้หลังมืออยู่ระดับเอว ค่อยๆ เลื่อนมือไปข้างหลังให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้



ท่าที่ 7 ยึดตัวตรงหันด้านข้างเข้าหาฝาผนัง มือข้างที่ไม่ได้ฉายรังสีไว้ที่เอว ใช้มือข้างที่ฉายรังสีแตะฝาผนังระดับเดียวกับหัวไหล่ค่อยๆ ไต่ไปตามฝาผนังจนสุดแขน



กรมการแพทย์
National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

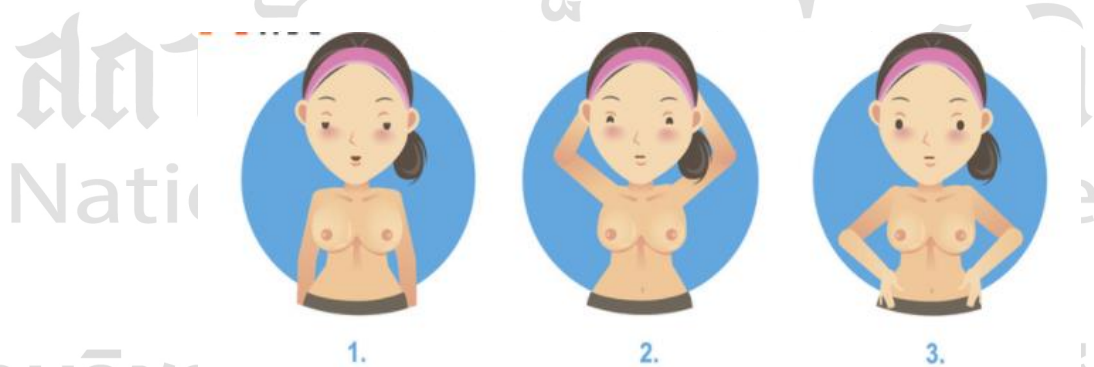
การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self Examination : BSE)

เป็นการตรวจหามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้นด้วยวิธีการง่าย ๆ ด้วยตัวเองเป็นประจำทุกเดือน สามารถตรวจได้ตั้งแต่อายุ 20 ปีขึ้นไป แต่ก่อนการตรวจผู้หญิงทุกคนจะต้องทราบก่อนว่าขนาดและลักษณะของเต้านมจะมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เพราะบางคนจะมีขนาดโตมากขึ้น และแข็งมากขึ้นก่อนมีประจำเดือน หรือบางคนเต้านมจะแข็งตลอดเวลาที่มีประจำเดือน และพอหลังเข้าสู่ช่วงวัยทองขนาดของเต้านมก็จะเล็กลง ซึ่งเหล่านี้ถือเป็นเรื่องปกติ ไม่ใช่อาการที่ผิดปกติแต่อย่างใด ดังนั้น ช่วงเวลาในการตรวจเต้านมที่ดีที่สุดจึงควรเป็นช่วง 5 – 7 วันหลังการมีประจำเดือนวันสุดท้าย เพราะในช่วงนี้เต้านมจะอ่อนนุ่มมากที่สุด ทำให้คลำเจอก่อนที่มีขนาดเล็กได้โดยง่าย แต่สำหรับผู้หญิงวัยทองหรือผู้ที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกไปนั้นสามารถตรวจได้ตามสะดวก แต่แนะนำให้กำหนดวันที่แน่นอนสำหรับการตรวจเป็นประจำทุกเดือนเพื่อความสะดวกจดจำ (เช่น ตรวจทุกวันที่ 1 ของเดือน เป็นต้น) ส่วนวิธีการตรวจมีดังนี้

ขั้นตอนและวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self-Examination : BSE) สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ส่วน คือ การคลำ 80 -90% ของมะเร็งเป็นก้อน ดังนั้น การคลำจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ การคลำไม่ใช่คลำเพื่อหาก้อน แต่ให้รู้สึกถึงธรรมชาติของเต้านมของเรา เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงจะสังเกตและรู้สึกได้ง่าย

การตรวจโดยการสังเกตการเปลี่ยนแปลง (Visual Inspection)

โดยการสังเกตนั้นให้ทำการเปรียบเทียบเต้านมทั้ง 2 ข้างว่าแตกต่างกันไปจากเดิมหรือผิดไปจากอีกข้างหรือไม่ (เพราะโดยส่วนใหญ่แล้วจะเป็นเพียงข้างเดียว) แล้วทำการหันตัวเล็กน้อยเพื่อให้มองเห็นด้านข้างของเต้านมได้ชัดเจนขึ้น แล้วสังเกตการเปลี่ยนแปลงเช่นกัน จากนั้นให้ยกมือขึ้นทั้งสองข้าง เพื่อสังเกตดูความผิดปกติของรอยบุ๋มของผิวหนังบริเวณเต้านมที่เกิดจากการดึงรั้ง เพราะในรายที่เป็นมะเร็งอาจจะมีการดึงรั้งของเนื้อเยื่อและทำให้เกิดรอยบุ๋มได้ ต่อมาให้เอามือเท้าสะเอว เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าอกตึงตัว แล้วโน้มตัวไปข้างหน้าเพื่อสังเกตรอยดึงรั้งของผิวหนัง

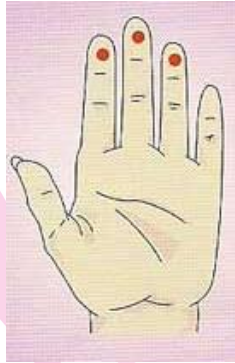


การตรวจโดยการคลำ บริเวณที่ต้องคลำเริ่มจาก

- ใต้แขน ถึงบริเวณขอบเสื้อชั้นในด้านล่าง
- ใต้แขนเข้ามาถึงกระดูกกลาง
- ขึ้นไปถึงบริเวณไหปลาร้า
- กลับมายังรักแร้

3 นิ้วที่ใช้สัมผัส

- ใช้บริเวณกึ่งกลางนิ้วส่วนบนทั้งสามนิ้ว (นิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนาง)
- บริเวณกึ่งกลางส่วนบนดังกล่าว จะสัมผัสได้ดีกว่า และมีจุดสัมผัสได้กว้างกว่าส่วนปลายนิ้ว
- โค้งฝ่ามือเพื่อปรับให้นิ้วทั้งสามอยู่ในสภาพแบนราบ
- เคลื่อนนิ้ววนเป็นวงกลมเท่าๆ บริเวณที่จำเป็นต้องคลำอย่างทั่วถึง



วิธีการกด 3 ระดับ

1. กดเบา ๆ เพื่อให้รู้สึกถึงบริเวณใต้ผิวหนัง
2. กดปานกลาง เพื่อให้รู้สึกถึงกึ่งกลางของเต้านม
3. กดหนักขึ้น เพื่อให้รู้สึกถึงส่วนลึกใกล้ผนังปอด

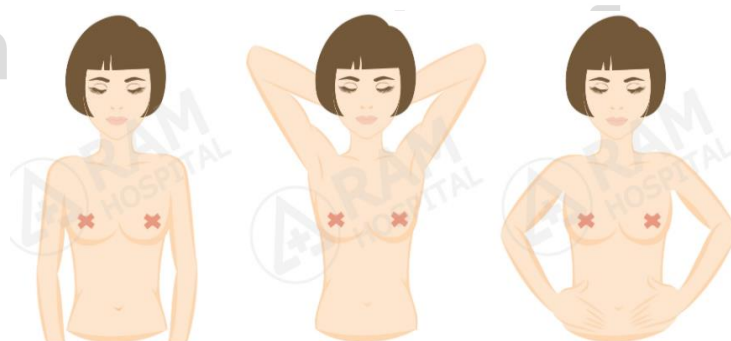


Triple Touch 3 ทำ 3 แบบ 3 นิ้ว 3 ระดับ วิธีการตรวจ 3 ทำ

1. ทำยื่นหน้ากระจก

- ปล่อยแขนข้างลำตัวตามสบาย เปรียบเทียบเต้านมทั้งสองข้างว่ามีการบิดเบี้ยวของหัวนมหรือมีสิ่งผิดปกติหรือไม่
- ประสานมือทั้งสองข้างเหนือศีรษะ แล้วกลับมาอยู่ในท่าเท่าเสาเอวพร้อมสำรวจหาสิ่งผิดปกติให้โค้งตัวมาข้างหน้า โดยใช้มือทั้งสองข้างวางบนหน้าอกหรือแก้ม ในท่ายืนเต้านมจะห้อยลงไปตรง ๆ หากมีสิ่งผิดปกติก็จะเห็นได้ชัดมากขึ้น

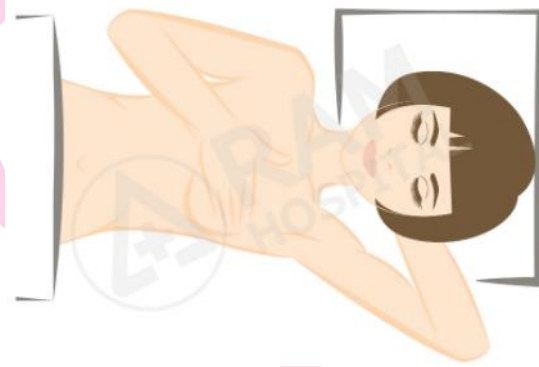
ผลงานวิชาการ



รังชาติ

2. ทำนอนราบ

- นอนในท่าสบายแล้วสอดหมอนหรือม้วนผ้าใต้ไหล่ขวา (ถ้าต้องการตรวจเต้านมข้างขวา)
- ยกแขนขวาเหนือศีรษะเพื่อให้เต้านมด้านนั้นแผ่ราบ ซึ่งจะทำให้คลำก้อนเนื้อได้ง่ายขึ้นโดยเฉพาะส่วนบน ด้านนอกซึ่งมีเนื้อนมหนามากที่สุดและมีการเกิดมะเร็งบ่อยที่สุด
- ใช้นิ้วชี้ นิ้วกลาง และนิ้วนาง (ของมือซ้าย) คลำทั่วทั้งเต้านมและรักแร้ ที่สำคัญคือห้ามบีบเนื้อเต้านม เพราะจะทำให้รู้สึกเหมือนเจอก้อนเนื้อซึ่งความจริงแล้วไม่ใช่
- ถ้าต้องการตรวจเต้านมด้านซ้าย ให้สอดหมอนหัวม้วนผ้าใต้ไหล่ซ้าย ยกแขนซ้ายเหนือศีรษะ ใช้มือขวาตรวจ



3. ทำขณะอาบน้ำ

- สำหรับผู้หญิงที่มีนมขนาดเล็ก ให้วางมือข้างเดียวกับเต้านมที่ต้องการตรวจบนศีรษะแล้วใช้มืออีกข้างคลำในทิศทางเดียวกับที่คุณใช้ในทำนอนราบ
- สำหรับผู้ที่มีเต้านมขนาดใหญ่ ให้ใช้มือข้างนั้นประคอง และตรวจคลำเต้านมจากด้านล่าง ส่วนมืออีกข้างให้ตรวจคลำจากด้านบน



สถาบัน
National C

งชาติ
stitute

ผลงานวิชาการขอ

ะเร็งแห่งชาติ

การใช้มือสัมผัสเต้านมมี 3 แบบคือ

1. คลำเป็นก้นหอยหรือตามเข็มนาฬิกา (Spiral Method) เริ่มคลำจากส่วนบนใกล้ซิดหัวนม วนเลื้อนนิ้วมือตามเข็มนาฬิกาเป็นวงกลม ขยายออกไปเรื่อยๆจนถึงฐานเต้านม และบริเวณรักแร้ สำรวจเนื้อเยื่อใต้หัวนม และบีบหัวนมเบาๆดูสิ่งคัดหลั่ง



2. คลำเป็นรัศมีรอบเต้านมหรือรูปกลม (Radial Method) เริ่มคลำจากส่วนบนเต้านมจนถึงฐาน และขยับนิ้วมือจากฐานถึงหัวนม เป็นรัศมีรอบเต้านมไปถึงกระดูกไหปลาร้า และบริเวณรักแร้



3. คลำเป็นแนวนอนขึ้นลงขนานกับลำตัว (Vertical Method) เริ่มคลำจากส่วนล่างด้านนอกของเต้านมเป็นแนวยาวถึงกระดูกไหปลาร้า โดยใช้นิ้วมือทั้ง 3 นิ้วคลำในแนวขึ้นลงสลับกันไปมาให้ทั่วเต้านม



บริเวณที่คลำตรวจหาความผิดปกติ

บริเวณเต้านม รักแร้ ต่อม้ำเหลือง และไหปลาร้า

สิ่งผิดปกติบริเวณที่ควรรับปรึกษาแพทย์

1. คลำพบก้อนที่เต้านมหรือใต้รักแร้โดยร้อยละ 15-20ของก้อนที่คลำได้บริเวณเต้านม คือมะเร็งเต้านม
2. เต้านมมีการเปลี่ยนแปลงขนาดและรูปร่าง
3. มีน้ำหรือเลือดไหลออกมาจากหัวนมโดยร้อยละ 20ของการมีเลือดออกที่เต้านมจะเป็นมะเร็งเต้านม
4. รู้สึกเจ็บ และหัวนมถูกดึงรั้งเข้าไปในเต้านม
5. ผิวที่เต้านมจะมีลักษณะเหมือนเปลือกส้ม อาจมีรอยบุ๋ม ย่น หดตัว หนาผิดปกติ แดงผิดปกติ บางส่วน อาจมีสะเก็ด
6. รักแร้บวม เพราะต่อมน้ำเหลืองโต

ข้อแนะนำการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

1. สตรีอายุ 20 - 40 ปี ตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนและพบแพทย์ตรวจทุก 1 -3 ปี
2. สตรีอายุ 40 ปีขึ้นไป ควรเพิ่มการตรวจเอกซเรย์เต้านม แมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ทุก 1 ปี
3. สตรีที่อายุต่ำกว่า 40 ปี ถ้ามีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม ควรตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน และตรวจเอกซเรย์เต้านมตั้งแต่อายุ 35 ปี

ผิวหนังบริเวณฉายรังสีเป็นแผลเปื่อย (moist desquamation) หมายถึง ผิวหนังบริเวณฉายรังสีมีการเปลี่ยนแปลงหรือมีความผิดปกติระดับ 3 - 4 โดยมีลักษณะเป็นแผลเปื่อย แตกเย็บที่เรียกว่า มอยซ์ - เดสควิเมชัน (moist desquamation) พบร้อยละ 10 - 20

ตัวชี้วัด	ระดับความรุนแรง (severity level, Grade)			
	1	2	3	4
ผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีผิดปกติ/เปลี่ยนแปลง (Skin alteration)	ผิวหนังบวม แดง มีผื่นแดงจาง ๆ เส้นขนหลุด ร่วง ผิวหนังแห้ง เป็นขุย เหงื่อออก ลดลง	ผิวหนังมีผื่นแดง เข้ม สีผิวคล้ำลง แห้ง คัน ผิวหนังหลุดลอก บวม พอง เป็นตุ่มใส	ผิวหนังแตกถึงชั้นหนังแท้ (Dermis) เป็นแผลมีน้ำเหลือง ซึม บวม พองมากขึ้น กดบวมหรือตุ่มน้ำใสแตก	เป็นแผลเปื่อย แผลติดเชื้อ มีเลือดออก มีเนื้อตาย

ที่มา : Radiation Therapy oncology Group; Wells & MacBri

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย (กรมสุขภาพจิต)

ขอแนะนำ ให้ผู้ประเมินภาเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้รับบริการ

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

ลำดับที่	คำถาม	มี	ไม่มี
1	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ท่านรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่		
2	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่		

หมายเหตุ กรณี มี 1 ข้อขึ้นไปให้ประเมิน 9Q ต่อ

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

ลำดับที่	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบาง วัน 1 - 7 วัน	เป็นบ่อย >7 วัน	เป็นทุก วัน
1	เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2	ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3	หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป	0	1	2	3
4	เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5	เบื่ออาหาร หรือ กินมากเกินไป	0	1	2	3
6	รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่า ตัวเองล้มเหลว หรือ ทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7	สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8	พูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคย เป็น	0	1	2	3
9	คิดทำร้ายตนเอง หรือ คิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3
	รวมคะแนน				
	รวม				

< 7 ไม่มีภาวะซึมเศร้า

7-12 มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย

13-18 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง

≥ 19 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

หมายเหตุ คะแนน 9Q ≥ 7 ให้ประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) และปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

ลำดับที่	คำถาม ในเดือนที่ผ่านมาวันนี้	ไม่ใช่	ใช่
1	คิดอยากตาย หรือ คิดว่าตายไปจะดีกว่า	0	1
2	อยากทำร้ายตัวเอง หรือ ทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	0	2
3	คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ให้ถามต่อ) ท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่ หรือ บอกใหม่ว่าคงจะไม่ทำตามความคิดนั้นในขณะนี้	0	6
		<u>ได้</u> 0	<u>ไม่ได้</u> 8
4	มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย	0	8
5	ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเอง หรือ เตรียมการจะฆ่าตัวตาย โดยตั้งใจว่า จะให้ตายจริง ๆ	0	9
6	ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บ แต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต	0	4
7	ได้พยายามฆ่าตัวตายโดยคาดหวัง/ตั้งใจที่จะให้ตาย	0	10
8	ท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	0	4
		รวมคะแนน	
		รวม	

- 0 ไม่มีภาวะซึมเศร้า
- 1-8 แนวโน้มฆ่าตัวตายเล็กน้อย
- 9-16 แนวโน้มฆ่าตัวตายระดับปานกลาง
- ≥ 17 แนวโน้มฆ่าตัวตายนรุนแรง

หมายเหตุ

มีคะแนน ตั้งแต่ 1 ขึ้นไปให้รายงานแพทย์และปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

National Cancer Institute

แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS)

แบบสอบถามชุดนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยให้ผู้ดูแลรักษาท่าน เข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของท่านในขณะที่เจ็บป่วยได้ดีขึ้น กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่าน ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มากที่สุด และกรุณาตอบทุกข้อ

1. ฉันรู้สึกเครียด	คะแนน
() เป็นส่วนใหญ่	3
() บ่อยครั้ง	2
() เป็นบางครั้ง	1
() ไม่เป็นเลย	0
2. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินใจกับสิ่งต่างๆ ที่ฉันเคยชอบได้	
() เหมือนเดิม	0
() ไม่มากเท่าแต่ก่อน	1
() มีเพียงเล็กน้อย	2
() เกือบไม่มีเลย	3
3. ฉันมีความรู้สึกกลัว คล้ายกับที่กำลังจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้น	
() มีและค่อนข้างรุนแรงด้วย	3
() มีแต่ไม่มาก	2
() มีเพียงเล็กน้อย และไม่ทำให้กังวลใจ	1
() ไม่มีเลย	0
4. ฉันสามารถหัวเราะ และมีอารมณ์ขันในเรื่องต่างๆ ได้	
() เหมือนเดิม	0
() ไม่มากนัก	1
() มีน้อย	2
() ไม่มีเลย	3
5. ฉันมีความคิดวิตกกังวล	
() เป็นส่วนใหญ่	3
() บ่อยครั้ง	2

() เป็นบางครั้ง แต่ไม่บ่อย	1
() นานๆ ครั้ง	0
6. ฉันรู้สึกแจ่มใสเบิกบาน	คะแนน
() ไม่มีเลย	3
() ไม่บ่อยนัก	2
() เป็นบางครั้ง	1
() เป็นส่วนใหญ่	0
7. ฉันสามารถทำตามสบาย และรู้สึกผ่อนคลาย	
() ได้ดีมาก	0
() ได้โดยทั่วไป	1
() ไม่บ่อยนัก	2
() ไม่ได้เลย	3
8. ฉันรู้สึกกว่าตัวเองคิดอะไร ทำอะไร เชื่องช้าลงกว่าเดิม	
() เกือบตลอดเวลา	3
() บ่อยมาก	2
() เป็นบ่อยครั้ง	1
() ไม่เป็นเลย	0
9. ฉันรู้สึกไม่สบายใจ จนทำให้ปั่นป่วนในท้อง	
() ไม่เป็นเลย	0
() เป็นบางครั้ง	1
() ค่อนข้างบ่อย	2
() บ่อยมาก	3
() ใช่	3
() ไม่ค่อยใส่ใจเท่าที่ควร	2
() ใส่ใจน้อยกว่าแต่ก่อน	1
() ยังใส่ใจตนเองเหมือนเดิม	0

11. ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย เหมือนกับจะอยู่นิ่งๆ ไม่ได้	
() เป็นมากที่สุด	3
() ค่อนข้างมาก	2
() ไม่มากนัก	1
() ไม่เป็นเลย	0
12. ฉันมองสิ่งต่างๆ ในอนาคต ด้วยความเบิกบานใจ	คะแนน
() มากกว่าที่เคยเป็น	0
() ค่อนข้างน้อยกว่าที่เคยเป็น	1
() น้อยกว่าที่เคยเป็น	2
() เกือบจะไม่มีเลย	3
13. ฉันรู้สึกผวาหรือตกใจขึ้นมาอย่างกะทันหัน	
() บ่อยมาก	3
() ค่อนข้างบ่อย	2
() ไม่บ่อยนัก	1
() ไม่มีเลย	0
14. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินไปกับการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือโทรทัศน์ หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่เคยเพลิดเพลินได้	
() เป็นส่วนใหญ่	0
() เป็นบางครั้ง	1
() ไม่บ่อยนัก	2
() น้อยมาก	3

การคิดคะแนน

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

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

ผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนรวมของกลุ่มอาการใดเกิน 11 คะแนน แสดงว่า อาจมีความผิดปกติทางจิตเวชในกลุ่มอาการนั้น

แนวทางการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

1. **ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild Depression)** เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่น แจ่มใส อารมณ์เศร้า เหนงหงอยชั่วคราวซึ่งบุคคลทั่วไปรู้สึกได้ในบางครั้ง การนอนลดลง อาจหลับยากหรือตื่นเช้ากว่าปกติ อาจมีสาเหตุหรือไม่ก็ได้ เริ่มคิดลบเปรียบเทียบตนกับผู้อื่น ความตั้งใจทำงานต่างๆ ลดลง ต้องการความช่วยเหลือ แนะนำ การเอาใจใส่

การดูแล

- ค้นหาและประเมินปัญหาด้านจิตสังคม พุดคุยเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ให้กำลังใจ

2. **ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate Depression)** มีอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรงขึ้น จนมีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัวและการงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้แต่อาจไม่สมบูรณ์ อาการเป็นมากช่วงเช้า รู้สึกไม่มีความสุข เบื่อหน่ายต่อสิ่งต่างๆ อ่อนเพลีย มีผลกำลังลดลง รู้สึกตนเองไร้ค่า ต่ำหนิตนเอง หงุดหงิด ร้องไห้ง่าย โกรธง่าย กังวลกับสุขภาพ หลีกหนีสังคม แยกตัว อาจคิดอยากตาย ไม่อยากอาหาร น้ำหนักลด

การดูแล

- ค้นหาและประเมินปัญหาด้านจิตสังคม พุดคุยเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ให้กำลังใจ
- แนะนำวิธีการคลายเครียดด้วยตนเอง เช่น การพุดคุยระบายความรู้สึก การนวด การฟังเพลง การทำสมาธิ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
- หากไม่ดีขึ้นให้ รายงานแพทย์

3. **ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe Depression)** มีอารมณ์เศร้าตลอดเวลา สิ้นหวัง มองตนเองด้านลบ ไม่มีคุณค่า คิดอยากตายมากขึ้น แยกตัวมากขึ้น สิ้นหวัง มองไม่เห็นอนาคต การตัดสินใจเสียแม้เรื่องง่ายในชีวิตประจำวันไม่สนใจดูแลตนเอง อาจนั่งอยู่ท่าเดียวนานๆหรือกระวนกระวายอยู่ไม่สุข นอนน้อยลง อ่อนเพลีย บางคนไม่อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง

การดูแล

- ค้นหาและประเมินปัญหาด้านจิตสังคม พุดคุยเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ให้กำลังใจ
- แนะนำวิธีการคลายเครียดด้วยตนเอง เช่น การพุดคุยระบายความรู้สึก การนวด การฟังเพลง การทำสมาธิ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
- หากมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้เฝ้าสังเกตอาการใกล้ชิด และรายงานแพทย์ทันที

แนวทางการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

1. เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับน้อย

- พุดคุย เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก จัดเจ้าหน้าที่ดูแลสังเกตอาการต่อเนื่อง สามารถทำกิจกรรมส่วนตัวได้ โดยไม่ต้องคอยตามตลอดเพียงแต่ต้องสังเกตเป็นระยะๆ จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย เก็บอาวุธ ของมีคมและสิ่งของอันตราย และรายงานแพทย์และทีมผู้ดูแล

2. เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง

- พุดคุยเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก เสริมความหวังทางด้านบวก และปรับมุมมองในการแก้ปัญหา ช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นทางแก้ปัญหาหลายๆทาง
- ให้การดูแลใกล้ชิด เจ้าหน้าที่ที่สามารถดูแลร่วมไปกับผู้ป่วยอื่นๆ โดยจัดให้อยู่ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาลที่สามารถมองเห็นได้ตลอดเวลา จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย เก็บอาวุธ ของมีคมและสิ่งของอันตราย
- มีป้าย precaution ติดไว้ที่หน้า chart และ kardedex ส่งเวรให้ทราบทั่วกัน และรายงานแพทย์และทีมผู้ดูแล

3. เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับรุนแรง

- ให้การดูแลใกล้ชิด จัด เจ้าหน้าที่ดูแลใกล้ชิดหนึ่งต่อหนึ่ง โดยจัดให้อยู่ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาลที่สามารถมองเห็นได้ตลอดเวลา จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย เก็บอาวุธ ของมีคมและสิ่งของอันตราย
- มีป้าย precaution ติดไว้ที่หน้า Chart และ Kardex ส่งเวรให้ทราบทั่วกัน
- รายงานแพทย์และทีมผู้ดูแลทันที

Warning sign suicide

- พุดคุยถึงการฆ่าตัวตาย
- มีปัญหาการกินหรือการนอนพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน
- แยกตัว
- เตรียมตัวที่จะตายโดยจัดการภาระสุดท้าย
- ยกสมบัติส่วนตัวให้แก่ผู้อื่น
- เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน
- ทำสิ่งที่เสี่ยงภัยโดยไม่จำเป็น
- เพิ่งมี/เคยมีการสูญเสียที่รุนแรงในชีวิต
- หมกมุ่นเรื่องความตายและการตาย บ่นอยากตาย
- ไม่สนใจรูปลักษณ์ภายนอกของตนเอง

กลุ่มโรคทางกายที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่พบบ่อย ได้แก่ กลุ่มโรคเรื้อรัง (เอ็ดส์, มะเร็ง, SLE, ผู้พิการ)