

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งเต้านม ที่ได้รับการรักษาผ่าตัด Mastectomy with axillary lymph node dissection แบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS)

กัลยา เชิญขวัญแก้ว

บทคัดย่อ

การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) เป็นการผ่าตัดแบบไม่ต้องรับเป็นผู้ป่วยในหรือรับอยู่ในโรงพยาบาลไม่เกิน 24 ชั่วโมง โดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยงสูง ผู้ป่วยไม่ต้องนอนพักค้างคืนในโรงพยาบาลก็ได้ สามารถให้กลับบ้านในวันที่ทำหัตถการผ่าตัดหรือวันรุ่งขึ้น การผ่าตัดรูปแบบใหม่วันเดียวกลับมีหลักการคือ ผู้ป่วยเตรียมตัวก่อนผ่าตัดมาจากบ้าน และมารับการผ่าตัดที่โรงพยาบาล ภายหลังจากการพักผ่อนจากการผ่าตัดไม่กี่ชั่วโมง ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองและกลับบ้านได้ภายในวันเดียว หรือนอนพักค้างคืนในโรงพยาบาลไม่เกิน 24 ชั่วโมง ทำให้ลดเวลานอนโรงพยาบาล ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติระหว่างมาโรงพยาบาล รวมทั้งช่วยลดระยะเวลารอคอยผ่าตัด ทำให้รักษาผู้ป่วยได้มากขึ้น เนื่องจากไม่ต้องรอเตียงว่าง ลดความแออัดในโรงพยาบาล มีเตียงรองรับผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉินหรือโรคที่ยุ่งยากซับซ้อน ส่งผลให้สามารถเข้าถึงการบริการที่มีมาตรฐานและความปลอดภัย

วัตถุประสงค์ในการศึกษา: เพื่อศึกษาพยาธิสรีรวิทยา การดำเนินของโรค แนวทางการรักษา และการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาผ่าตัด Mastectomy with axillary lymph node dissection แบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS)

วิธีการศึกษา: เลือกรกรณีศึกษาผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยการผ่าตัด Mastectomy with axillary lymph node dissection แบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 1 ราย โดยใช้กระบวนการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มและการดูแลติดตามต่อเนื่องขณะกลับไปอยู่ที่บ้าน

ผลการศึกษา: หญิงไทยสูงอายุ วัย 62 ปี สัญชาติไทย เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ด้วยอาการคลำพบก้อนบริเวณเต้านมซ้าย กัดไม่เจ็บไม่มี Nipple discharge แพทย์ส่งตรวจวินิจฉัยด้วย Mammogram และ Ultrasound ผลเป็น BIRADs 5 ทำ Find needle aspirate รายงานผลเป็น Positive malignant cell และทำ Core needle biopsy รายงานผลเป็น Ca. left breast grade III แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการให้เคมีบำบัด Neoadjuvant chemotherapy ต่อด้วยการรักษาด้วยวิธีทางศัลยกรรมคือผ่าตัด Left mastectomy with axillary lymph node dissection ผ่าตัดวันเดียวกลับ (One day surgery)และจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านพร้อม

ขวดระบายน้ำเหลือง (Jackson drain) 2 ขวด หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องข้อไหล่ติด ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลและขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวในระยะก่อนและหลังผ่าตัด รวมระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจนถึงจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลและติดตามผู้ป่วยขณะที่อยู่ที่บ้านรวมระยะเวลา 29 วัน ปัญหาของผู้ป่วยบางปัญหาได้รับการดูแลและแก้ไข บางปัญหาสามารถแก้ไขได้บางส่วน บางปัญหาแก้ไขไม่ได้ ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการรักษา พยาบาลมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม เมื่อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด พยาบาลมีส่วนสำคัญในการเตรียมความพร้อมก่อนรับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด ในการประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย รวมทั้งการดูแลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพที่ดีหลังการผ่าตัด เพื่อให้ร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะปกติหรือทำหน้าที่ได้ดีที่สุดตามสภาพของร่างกายเท่าที่จะเป็นไปได้ ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีความสุขทั้งทางร่างกายและจิตใจในระยะเวลาที่เหมาะสม

สรุปและข้อเสนอแนะ: ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาผ่าตัด Mastectomy with axillary lymph node dissection แบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) ต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด มีความพร้อมในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้าน และสามารถปฏิบัติตนเพื่อดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเมื่อจำหน่ายกลับบ้านและไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้

คำสำคัญ: โรคมะเร็งเต้านม ผู้สูงอายุ การผ่าตัด Mastectomy with axillary lymph node dissection การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS)

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

บทนำ

ตามยุทธศาสตร์ประเทศไทย 4.0 มีเป้าหมายเพื่อการพัฒนาประเทศ โดยมุ่งเน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ จากแบบเดิมไปสู่เศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม กระทรวงสาธารณสุขจึงวางแผนยุทธศาสตร์ 20 ปี และการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อขับเคลื่อนงานให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม เพราะสุขภาพถือเป็นรากฐานที่สำคัญของการพัฒนาประเทศ ปัจจุบันยังพบว่าระบบสุขภาพยังมีส่วนขาดของการพัฒนา เช่น การเข้าถึงบริการด้านการแพทย์ที่มีคุณภาพมาตรฐานและความปลอดภัย การลดค่าใช้จ่าย การลดความแออัด เป็นต้น ดังนั้นการพัฒนาระบบบริการจึงเป็นนโยบายสาธารณสุขที่กรมการแพทย์ที่มุ่งเน้นและให้ความสำคัญ เช่น การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) ซึ่งขณะนี้นโยบายเรื่องการพัฒนากระบวนการดังกล่าวได้เริ่มดำเนินการแล้วตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561

การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) เป็นการผ่าตัดแบบไม่ต้องรับเป็นผู้ป่วยในหรือรับอยู่ในโรงพยาบาลไม่เกิน 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยไม่ต้องนอนพักค้างคืนในโรงพยาบาลก็ได้ การผ่าตัดรูปแบบใหม่วันเดียวกลับมีหลักการคือ ผู้ป่วยเตรียมตัวก่อนผ่าตัดมาที่บ้าน และมารับการผ่าตัดที่โรงพยาบาล ภายหลังจากการพักฟื้นจากการผ่าตัดไม่กี่ชั่วโมง ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองและกลับบ้านได้ภายในวันเดียว หรือนอนพักค้างคืนในโรงพยาบาลไม่เกิน 24 ชั่วโมง ทำให้ลดเวลานอนโรงพยาบาล ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติระหว่างมาโรงพยาบาล รวมทั้งช่วยลดระยะเวลารอคอยผ่าตัด ทำให้รักษาผู้ป่วยได้มากขึ้น เนื่องจากไม่ต้องรอเตียงว่าง ลดความแออัดในโรงพยาบาล มีเตียงรองรับผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉินหรือโรคที่ยุงยาก ซับซ้อน ส่งผลให้สามารถเข้าถึงการบริการที่มีมาตรฐานและความปลอดภัย

โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ มีความมุ่งมั่นพัฒนาระบบให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) แบบองค์รวมโดยครอบคลุมตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยประเมินก่อนผ่าตัด (Pre-operative assessment) รับนัดผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด (Pre-operative preparation) จนผู้ป่วยกลับบ้านและการเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพื่อติดตามผลการรักษา โดยผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาร่วมกับการพัฒนาระบบ ส่งต่อข้อมูลในหน่วยงานระดับต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อการรับรองระบบการบริการที่มีมาตรฐาน ในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยเพื่อรับการผ่าตัด โดยการนำเทคโนโลยีเข้ามาใช้ในระบบ เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยในการรับบริการสื่อสาร และการเข้าถึงข้อมูล มีความรู้ความเข้าใจในการเตรียมความพร้อม และการปฏิบัติตัวในทุกๆ ขั้นตอนของการผ่าตัด ตลอดจนการพัฒนาขีดความสามารถในการให้บริการที่ครอบคลุมของบุคลากร เพื่อการบริการที่ดีมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยและญาติมีความอบอุ่นใจเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลตนเองในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น เป็นประเด็นสำคัญและน่าสนใจเป็นอย่างยิ่งที่จะศึกษาและพัฒนาระบบบริการและการดูแลรักษาที่ต้องรับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) ให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

กายวิภาคและสรีรวิทยาของเต้านม (ภักพิชา ควรคำนวณ, 2559)

เต้านมประกอบด้วยต่อมและเนื้อเยื่อไขมันมากมายระหว่างชั้นของผิวหนังและผนังช่องอก ซึ่งเนื้อเยื่อไขมันเป็นตัวกำหนดขนาด และรูปร่างของทรวงอก เต้านมประกอบด้วยเส้นเลือด และน้ำเหลือง โดยน้ำเหลืองจะนำของเสียที่เต้านมขับออกไปยังเนื้อเยื่อขนาดเล็กเท่าเม็ดถั่วที่เรียกว่า ต่อมาน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ เต้านมของผู้หญิงที่มีการเจริญเติบโตเต็มที่แล้ว มีลักษณะแตกต่างกันมาก เป็นผลมาจากปัจจัยต่างๆ ทั้งภายในและภายนอก ร่างกาย โดยเฉพาะอิทธิพลของฮอร์โมนเพศ และพันธุกรรม โดยทั่วไปเต้านมในหญิงที่ยังไม่ผ่านการตั้งครรภ์จะมีลักษณะเป็นรูปโดมครึ่งวงกลม วางอยู่บนผนังทรวงอกด้านหน้าบริเวณ Intercostal space ที่ 2-6 ในแนวตั้ง และบริเวณขอบนอกของกระดูก Sternum จนถึงบริเวณ Anterior หรือ Mid axillary line ในแนวนอนโดยวางอยู่บนกล้ามเนื้อ Pectoralis major, Serratus anterior, External abdominal oblique รวมถึงส่วนบนของ Rectus sheath โดยมี Potential space อยู่ระหว่างเต้านมและกล้ามเนื้อของผนังทรวงอก เรียกว่า Retromammary space บางครั้งอาจมีเนื้อเยื่อเต้านมแผ่ขยายไปจนถึงบริเวณใต้รักแร้เรียกส่วนนี้ว่า Axillary tail of spence

โครงสร้างที่สำคัญของเต้านม

1. ส่วนของเต้านม ประกอบด้วย

1.1 ผิวหนังที่ปกคลุมบริเวณเต้านมมีลักษณะบาง พบต่อมไขมัน ต่อมเหงื่อและรูขุมขนใต้บริเวณสูงสุดของเต้านม จะมีหัวนม ซึ่งเป็นที่รวมรูเปิดท่อน้ำนม หัวนมจะล้อมด้วยลานนม ซึ่งมีเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 15-60 มิลลิเมตร

1.2 เนื้อเยื่อไขมันใต้ผิวหนัง แบ่งเป็น 2 ชั้น คือ Superficial pectoral fascia และ Deep pectoral fascia โดยเนื้อเยื่อเต้านมจะแทรกอยู่ระหว่างชั้นไขมันทั้งสองชั้นนี้ นอกจากนี้ยังพบเส้นใยของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่ยึดระหว่างผนังทรวงอกกับผิวหนังที่ปกคลุมเต้านม เรียกว่า Suspensory ligament (of Cooper) โดยเส้นใยเหล่านี้จะแทรกผ่านไปในชั้นไขมัน และเนื้อเต้านมเพื่อทำหน้าที่ช่วยในการคงรูปของเต้านม

1.3 เนื้อเต้านม (Breast tissue) ในส่วนนี้ประกอบด้วย Parenchyma และ Stroma เต้านมประกอบด้วย 7-8 lobes หรืออาจจะมีมากถึง 20 Lobes อยู่กันอย่างหลวมๆสัมพันธ์กับท่อน้ำนม แต่ละส่วนจะประกอบด้วย เริ่มที่ Fine peripheral branches และสิ้นสุดที่ Large collecting duct

2. ระบบหลอดเลือด

เต้านมได้รับเลือดจากแขนงของหลอดเลือดแดงที่สำคัญ คือ

2.1 หลอดเลือดแดงที่สำคัญ คือ

2.1.1 แขนงทะลุ (Perforating branch) ของหลอดเลือดแดง Internal mammary ซึ่งจะแหงทะลุช่องระหว่างซี่โครงเข้ามาเลี้ยงด้านใน (Medial หรือ Inner) ของต่อน้ำนม และจะนำเลือดไปเลี้ยงผิวหนังของเต้านม และต่อน้ำนมประมาณ 1 ใน 3 ส่วนของเต้านมที่อยู่ด้านใกล้กลางแขนงทะลุเส้นที่ 2, 3 และ 4 เป็นแขนงใหญ่ ซึ่งนำเลือดไปสู่ Supero-medial aspect ของเต้านม Miluniac 3 เชื่อว่าแขนงทะลุเส้นที่ 2 เป็นแขนงใหญ่และสำคัญที่สุด

2.1.2 แขนง Pectoral ของหลอดเลือดแดง Thoraco – arterial จะทอดเข้าไประหว่างกล้ามเนื้อ

Pectoral major และ Pectoral Minor นำเลือดเข้าสู่กล้ามเนื้อทั้ง 2 ชั้น Deep fascia ของเต้านมนอกจากนี้ยังมีแขนงเล็กๆ จากหลอดเลือดแดง Axillary ซึ่งทอดข้ามหลอดเลือดดำชื่อเดียวกันขนานไปกับเส้นประสาทเข้าสู่กล้ามเนื้อ Pectoralis minor

2.1.3 ส่วน Supero - lateral quadrant และ Infero-Lateral quadrant ได้รับเลือดมาเลี้ยงจากแขนงของหลอดเลือดแดง ซึ่งมาจากส่วนที่ 2 ของหลอดเลือดแดง Axillary หลอดเลือดแดง Lateral thoracic ซึ่งจะนำเลือดไปเลี้ยงหัวนมและป้านนม โดยไปประสานเชื่อม (Anastomosis) กับแขนงทะลุของหลอดเลือดแดง Internal mammary

2.1.4 แขนงจากหลอดเลือดแดงระหว่างซี่โครง (Intercostal arteries) ส่วนใหญ่จะนำเลือดไปเลี้ยงส่วนลึกหรือ Posterior aspect ของเต้านม ไม่มีการประสานต่อเชื่อมกันระหว่างหลอดเลือดแดงเหล่านี้ ยกเว้นในบริเวณใกล้เคียงกับหัวนม เต้านมได้รับเลือดจากหลอดเลือดแดง Internal mammary หลอดเลือดแดง Lateral thoracic และ Intercostal รวมกัน หลอดเลือดแดง Lateral mammary ร่วมกับหลอดเลือดแดงอื่นๆ ดังกล่าวมาแล้วนำเลือดไปสู่เต้านมมีถึงร้อยละ 68 ของจำนวนเลือดที่มาเลี้ยงเต้านมทั้งหมด หลอดเลือดแดง Lateral thoracic มีแขนงซึ่งผ่านไปทาง Superior และ Medial aspect ของเต้านมเข้าสู่หัวนมทางด้านใกล้กลาง (Medial) ประมาณร้อยละ 74 ของจำนวนเลือดที่ไปเลี้ยงหัวนมมาจากหลอดเลือดแดง Internal mammary และ Lateral thoracic

2.2 เส้นเลือดดำที่เป็นทางไหลเวียนกลับของเลือด (Venous drainage)

เส้นเลือดดำของเต้านมไหลเวียนเข้าสู่ระบบไหลเวียนส่วนกลาง โดยทางหลอดเลือดดำซึ่งทอดขนานทางไหลกลับของเลือดดำของเต้านม สรุปลงได้เป็นเส้นทางใหญ่ๆ ดังนี้

2.2.1. ทางหลอดเลือดดำ ซึ่งทอดขนานกับแขนงของหลอดเลือดแดง Internal mammary เข้าสู่หลอดเลือดดำ Internal mammary ซึ่งทอดขนานกับหลอดเลือดแดงชื่อเดียวกันไปสู่หลอดเลือดดำใหญ่ Innominate

2.2.2. พื้นผิวส่วนลึก (Deep surface) ของเต้านมและกล้ามเนื้อ Pectoral โดยแขนงหลอดเลือดดำ (Tributaries) ไปสู่หลอดเลือดดำ Axillary

2.2.3. หลอดเลือดดำ Intercostal ซึ่งทอดขนานกับหลอดเลือดแดงชื่อเดียวกัน จะรับเลือดภายในส่วนลึกของเต้านมไปสู่หลอดเลือดดำ Azygous, Vertebral และหลอดเลือดดำใหญ่ Superior vena cava

3. ระบบน้ำเหลืองของเต้านม (Lymphatic drainage of the breast)

3.1 กลุ่มต่อมน้ำเหลืองรักแร้ (Axillary lymph node group) การระบายน้ำเหลืองจะไปตามท่อน้ำเหลืองที่ขนานไปหลอดเลือดแดง Lateral thoracic ไปยังกลุ่มของต่อมน้ำเหลืองที่ตั้งอยู่ในแผ่นไขมันของผนังด้านหน้าของรักแร้ ต่อมน้ำเหลืองกลุ่มนี้เรียกว่า Anterior group หรือ Pectoral group ซึ่งเราจะคลำได้ที่ด้านหลังของ Anterior axillary fold ต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ลึกเข้าไปอีกเล็กน้อย ได้แก่ Medial group ซึ่งจะคลำได้บน Medial wall ของ Axillary ซึ่งก็คือส่วนบนของ Chest wall ทางผนังด้านหลังของรักแร้ Lymphatic drainage จะทะลุเข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองกลุ่มหลังคือ Posterior nodes หรือ Subscapular nodes ต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ตามหลอดเลือด Axillary จะ Drain น้ำเหลืองไปตามท่อน้ำเหลืองจะไหลไปสู่หลอดเลือดดำ ตรงรอยต่อระหว่าง

หลอดเลือดดำ Jugular กับหลอดเลือด Subcavian ถ้าเป็นเต้านมข้างขวา สำหรับน้ำเหลืองจากเต้านมข้างซ้ายจะไปเทสู่น้ำเหลืองใหญ่ Lateral thoracic โดยตรงกลุ่มของต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ตรงยอดของรักแร้เรียกว่า กลุ่มยอดหรือ Apical group ต่อมน้ำเหลืองกลุ่มนี้รับ Lymphatic drainage จากต่อมน้ำเหลืองระหว่างกล้ามเนื้อ Pectoral (Pectoral หรือ Rotter's nodes)

3.2 ต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ในผนังทรวงอก (Internal mammary chain) ต่อมน้ำเหลืองกลุ่มนี้จะรับน้ำเหลืองด้านในของเต้านม ยังมีท่อน้ำเหลืองซึ่งถ่ายเทน้ำเหลืองจากด้านบน และส่วนหน้าของกระบังลม (Diaphragm) และส่วนบนกล้ามเนื้อ Rectus มีทิศทางของกระแสเลือดได้ 2 ทาง มีท่อน้ำเหลืองติดต่อระหว่างท่อน้ำเหลืองของเต้านมเรียกว่า Inferomedial quadrant ติดกับกระบังลมเยื่อช่องท้อง (Peritoneum) ท่อน้ำเหลืองจาก Inferomedial quadrant ของเต้านมจะขนานไปกับแขนงทางทะเลของหลอดเลือด Internal mammary กลุ่มของต่อมน้ำเหลืองนี้เรียกว่า Internal mammary chain

3.3 ท่อน้ำเหลืองตามผิวของเต้านม (Superficial lymphatic) ท่อน้ำเหลืองจะทอดตาม Internal mammary vessels ทางขวาจะ Drain สู่ Right lymphatic ducts หรือเข้า Mediastinal trunk ทางซ้าย Drain สู่ Thoracic ducts หรือถ่ายทอดสู่หลอดเลือดดำใหญ่ Subcavian โดยตรงในตำแหน่ง Jugular subclavian junction

3.4 การถ่ายเทน้ำเหลืองของ Nipple และ Areola จะย้อนไปตามเส้นทางของหลอดเลือดแดงของ Nipple และ Areola สู่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้

พยาธิสรีรวิทยาของเต้านม (นริทร์ วรวิทย์, 2556)

ความผิดปกติของเต้านม แบ่งเป็น

1. **Benign** ก้อนเนื้อผิดปกติที่เกิดกับเต้านมชนิดไม่ร้ายแรง เช่น Cyst, Fibrocystic change, Fibroadenoma เป็นต้น ไม่มีการแพร่กระจายออกนอกเต้านมและไม่เป็นอันตราย อย่างไรก็ตามสามารถเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านมตามมาได้เช่นกัน ดังนั้นการเกิดก้อนเนื้อผิดปกติหรือการเปลี่ยนแปลงใดๆ กับเต้านมจึงควรได้รับการตรวจวินิจฉัยเพื่อป้องกันความเสี่ยงในการพัฒนาเป็นมะเร็งในอนาคต
2. **Cancer** เกิดจากการที่เซลล์ของเต้านม มีการเจริญเติบโตอย่างผิดปกติ เซลล์ปกตินั้นกลายเป็นเซลล์มะเร็ง สาเหตุอันเนื่องมาจากการที่ DNA ได้รับความเสียหาย โดยในเซลล์ปกติเมื่อ DNA ได้รับความเสียหาย จะมีกระบวนการซ่อมแซม DNA ไม่เช่นนั้นเซลล์นั้นก็ตายลง แต่ในเซลล์มะเร็งนั้น DNA ที่ได้รับความเสียหายจะไม่ถูกซ่อมแซม และไม่ตายลงอย่างที่ควรจะเป็น ทั้งยังสามารถเติบโตเป็นเซลล์ใหม่ที่มีลักษณะเหมือนกับเซลล์แม่ที่ได้รับความเสียหายซึ่งร่างกายไม่ต้องการ มะเร็งเต้านมโดยส่วนใหญ่เป็นชนิด Adenocarcinoma สามารถเกิดได้ในทุกส่วนของเต้านม ซึ่งเซลล์มะเร็งจะ ก่อกำเนิดจากเซลล์เยื่อผิวของท่อน้ำนม หากเกิดในท่อน้ำนมขนาดใหญ่จะเรียก Ductal carcinoma และถ้าเกิดใน Terminal Lobular duct Unit เรียกว่า Lobular carcinoma โดยส่วนใหญ่พบในบริเวณท่อน้ำนม (Ductal cancer) บางครั้งพบได้ทั้งบริเวณต่อม

สร้างน้ำนม (Lobular cancers) และชนิดที่พบน้อย เช่น มะเร็งที่มีจุดกำเนิดมาจากเนื้อเยื่อเต้านม เซลล์ไขมัน หรือเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่เรียกว่า Sarcomas และ Lymphomas

โรคมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมเกิดจากการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของเซลล์ต่อทางเดินน้ำนม และต่อมสร้างน้ำนมสามารถแบ่งตามชนิดของจุดเริ่มต้น เช่น บริเวณต่อทางเดินน้ำนม เป็นต้น การลุกลามแบ่งได้ 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่จำกัดเฉพาะที่เรียกว่า มะเร็งเต้านมชนิดจำกัดอยู่เฉพาะที่ (Non invasive or Carcinoma in Situ) และกลุ่มที่มีการลุกลามเรียกว่า มะเร็งเต้านมชนิดที่มีการลุกลาม (Invasive breast cancers) ชนิดของมะเร็งเต้านมโดยแบ่งตามจุดเริ่มต้นและการลุกลาม มีรายละเอียดดังนี้

1. มะเร็งเต้านม ชนิดจำกัดอยู่เฉพาะที่ (Carcinoma in Situ : CIS) หมายถึง มะเร็งในระยะเริ่มแรกที่ถูกจำกัดอยู่ในท่อน้ำนมหรือต่อมผลิตน้ำนมโดยยังไม่มี การแพร่กระจายออกไปยังเนื้อเยื่อรอบๆ เต้านมหรือไปสู่อวัยวะอื่นๆ ภายในร่างกายสามารถแบ่งมะเร็งชนิดนี้ออกเป็น 2 ชนิดคือ

1.1 มะเร็งในท่อน้ำนม ที่จำกัดอยู่เฉพาะที่ (Ductal Carcinoma in Situ : DCIS or Intraductal carcinoma) เป็นมะเร็งที่เกิดในท่อน้ำนม (Duct) แต่ยังไม่มีการแพร่กระจายออกจากผนังท่อน้ำนมออกไปยังเนื้อเยื่อรอบๆ เต้านมมะเร็งชนิดนี้พบได้ 1 ใน 5 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม รายใหม่พบว่า เป็นมะเร็งในท่อน้ำนมที่จำกัดอยู่เฉพาะที่ มะเร็งชนิดนี้หากตรวจพบในระยะแรกสามารถรักษาให้หายได้

1.2 มะเร็งในต่อมผลิตน้ำนมที่จำกัดอยู่เฉพาะที่ (Lobular Carcinoma in Situ : LCIS or Lobular Neoplasia) เป็นมะเร็งที่เกิดขึ้นในต่อมผลิตน้ำนม (Lobular) แต่ยังไม่มีการแพร่กระจายออกจากผนังต่อมผลิตน้ำนมออกไปยังเนื้อเยื่อรอบๆ เต้านมมะเร็งชนิดนี้เป็นมะเร็งชนิดที่ไม่มีการลุกลาม ยกเว้นในสตรีที่มีภาวะเสี่ยงสูง เช่น มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม โรคอ้วน เป็นต้น จึงพัฒนากลายเป็นมะเร็งชนิดที่มีการลุกลามได้

2. มะเร็งเต้านมชนิดที่มีการลุกลาม (Invasive breast cancer) หมายถึง มะเร็งที่มีการเจริญเติบโตและแพร่กระจายออกจากท่อน้ำนม หรือต่อมผลิตน้ำนมไปยังเนื้อเยื่อในเต้านมหรือไปยังอวัยวะอื่นๆ ภายในร่างกาย มะเร็งในกลุ่มนี้ประกอบด้วย

2.1 มะเร็งเต้านมที่มีการลุกลามจากท่อน้ำนม (Invasive or Infiltrating Ductal Carcinoma : IDC) เป็นมะเร็งเต้านมชนิดที่เซลล์มะเร็งเริ่มต้นบริเวณท่อน้ำนม และมีการทำลายผนังเซลล์ของท่อน้ำนมออกมาเจริญเติบโตบริเวณเนื้อเยื่อรอบๆ ท่อน้ำนม และมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะส่วนอื่นของร่างกาย โดยผ่านทางระบบเลือดและน้ำเหลือง ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมชนิดที่มีการลุกลามพบว่า 8 ใน 10 คนจะเป็นมะเร็งชนิดนี้

2.2 มะเร็งเต้านมที่มีการลุกลามจากต่อมผลิตน้ำนม (Invasive or Infiltrating Lobular Carcinoma : ILC) เป็นมะเร็งที่เซลล์มะเร็งเริ่มต้นในต่อมผลิตน้ำนม และมีการทำลายผนังเซลล์ของต่อมน้ำนมออกมาเจริญเติบโตบริเวณเนื้อเยื่อรอบๆ ต่อมน้ำนม และมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะส่วนอื่นๆ ของร่างกาย โดยผ่านทางระบบเลือดและน้ำเหลือง ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมชนิดที่มีการลุกลามพบว่า 1 ใน 10 คน เป็นมะเร็งเต้านมชนิดนี้ และมะเร็งชนิดนี้ตรวจวินิจฉัยได้ยากกว่าชนิดที่มีการลุกลามจากท่อน้ำนม

2.3 มะเร็งรูปผสม (Mixed tumors) เป็นก้อนมะเร็งที่มีเซลล์มะเร็งหลากหลายชนิดในก้อนนั้น เช่น พบทั้งมะเร็งเต้านมที่มีการลุกลามจากท่อน้ำนม และมะเร็งเต้านมที่มีการลุกลามจากต่อมผลิตน้ำนม เป็นต้น

2.4 มะเร็งชนิดเมดูลลารี (Medullary carcinoma) เป็นมะเร็งเต้านมที่มีเซลล์หลากหลายชนิดที่มีขนาดใหญ่และเซลล์ที่ทำหน้าที่คล้ายระบบภูมิคุ้มกัน (Immune System cells) อยู่ในก้อนมะเร็ง มะเร็งชนิดนี้พบได้ประมาณร้อยละ 3-5 ของมะเร็งเต้านมทั้งหมด การพยากรณ์โรคของมะเร็งชนิดนี้ดีกว่ามะเร็งชนิดอื่น

2.5 มะเร็งชนิดเมตาพลาสติก (Metaplastic carcinoma) เป็นมะเร็งท่อน้ำนมชนิดร้ายแรงเป็นมะเร็งที่พบน้อย ก้อนมะเร็งชนิดนี้จะประกอบด้วยเซลล์ที่มีลักษณะเป็นรูปสี่เหลี่ยมคล้ายกับเซลล์ผิวหนัง (Squamous cells) หรือเซลล์กระดูก

2.6 มะเร็งเต้านมที่มีการอักเสบ (Inflammatory breast cancer : IBC) เป็นมะเร็งเต้านมที่พบน้อย แต่เป็นชนิดรุนแรงพบได้ร้อยละ 1-3 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยปกติมักจะไม่นับกับบริเวณเต้านมแต่จะมีผิวหนังบริเวณเต้านมจะตึงสีแดง และหนาขึ้นคล้ายเปลือกส้ม (Peau d'orange) การเปลี่ยนแปลงนี้เกิดจากเซลล์มะเร็งไปอุดตันท่อน้ำเหลืองบริเวณผิวหนัง ส่งผลให้เต้านมมีขนาดใหญ่ขึ้น เกิดอาการบวม ตึง กดเจ็บและคัน ในระยะแรกมะเร็งชนิดนี้ จะมีลักษณะของเต้านมอักเสบ และไม่สามารถตรวจพบได้ด้วยการทำแมมโมกราฟี (Mammography) จึงทำให้ยากต่อการวินิจฉัย และพบว่าเป็นมะเร็งที่มีการแพร่กระจายของมะเร็งได้มากกว่าชนิดมะเร็งในท่อน้ำนมที่จำกัดอยู่เฉพาะที่ และชนิดมะเร็งในต่อมผลิตน้ำนมที่จำกัดอยู่เฉพาะที่ มะเร็งชนิดนี้จะมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี

2.7 มะเร็งเต้านมที่มีการผลิตเมือก (Mucinous carcinoma or colloid carcinoma) เป็นมะเร็งท่อน้ำนมชนิดร้ายแรงที่พบน้อย โดยมีลักษณะของเซลล์มะเร็งที่มีการผลิตเมือก (Mucus producing cancer cells) การพยากรณ์โรคของมะเร็งชนิดนี้ดีกว่ามะเร็งเต้านมชนิดอื่น

2.8 มะเร็งเต้านมในท่อน้ำนม (Tubular carcinoma) เป็นมะเร็งท่อน้ำนมชนิดที่มีการลุกลามอีกชนิดหนึ่ง เซลล์มะเร็งชนิดนี้ สามารถตรวจพบได้โดยการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์พบมะเร็งชนิดนี้ได้ร้อยละ 2 ของมะเร็งเต้านมทั้งหมด และมีการพยากรณ์โรคได้ดีกว่ามะเร็งที่มีการแพร่กระจายไปที่ท่อน้ำนมและต่อมผลิตน้ำนม

2.9 มะเร็งเต้านมชนิดถุงน้ำ (Papilla carcinoma) เป็นมะเร็งที่เซลล์มะเร็งมีลักษณะคล้ายนิ้วมือเมื่อมองผ่านกล้องจุลทรรศน์ มะเร็งชนิดนี้เชื่อว่าเป็นมะเร็งในท่อน้ำนมที่จำกัดอยู่เฉพาะที่ (DCIS) ชนิดหนึ่งแต่ในบางครั้งจะพบเป็นชนิดลุกลามได้แต่พบน้อย มะเร็งชนิดนี้มักพบในหญิงสูงอายุ

อาการและอาการแสดงทางคลินิกของมะเร็งเต้านม (Medthai สืบค้น 16 สิงหาคม 2566)

1. อาการและอาการแสดงระยะเริ่มต้น

1.1 มะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นอาจพบอาการ หรือไม่พบอาการผิดปกติได้

1.2 อาการสำคัญที่นำมาพบแพทย์ ได้แก่

- พบก้อนในเต้านม ส่วนใหญ่ไม่มีอาการเจ็บปวดและก้อนไม่สัมพันธ์กับประจำเดือน ก้อนในเต้านมส่วนใหญ่ พบบริเวณส่วนบนด้านนอก (Upper outer quadrant) ของเต้านม
- พบมีของเหลวไหลออกมาจากหัวนม (Nipple discharge)

2. อาการและอาการแสดงระยะลุกลาม

1.1 ก้อนมีขนาดโตคล้ำหรือมองเห็นได้ชัดเจน ก้อนจะมีลักษณะแข็งผิวขรุขระขอบเขตของก้อนไม่ชัดเจน

และยึดติดแน่นอยู่กับที่ มีการดึงรั้งผิวหนังหรือหัวนมให้บุ๋มลงมาจากการดึงรั้งของ Cooper's ligaments

1.2 อาจพบมีน้ำเหลืองหรือเลือดออกทางหัวนม ผิวหนังที่เต้านมจะบวมแดงเนื่องจากการอุดตันของทางเดินน้ำเหลืองทำให้ผิวหนังมีลักษณะเหมือนผิวส้มก่อนจะแตกเป็นแผลและมีอาการเจ็บปวด เหมือนเป็นฝี

1.3 คลำพบต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ หรือตำแหน่งเหนือกระดูกไหปลาร้าโต เกิดจากมีโรคแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง

1.4 อาการปวดไหล่ สะโพก บริเวณแผ่นหลังช่วงล่าง อาการไอ เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงปวดศีรษะซึ่งเป็นอาการจากการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นๆ ที่ไกลออกไป (Distant metastasis)

การวินิจฉัย

แนวทางในการประเมินเพื่อการวินิจฉัยก่อนที่เต้านมประกอบด้วย 3 ส่วน (Triple assessment) ได้แก่ (ชญาตุตม์ รัตติติก, 2562)

1. การซักประวัติ และตรวจร่างกาย (History taking and Physical examination)
2. การตรวจเต้านมทางรังสีวิทยา (Breast Imaging)
3. การตรวจทางพยาธิวิทยา (Tissue diagnosis; Fine - Needle Aspiration cytology, Tissue biopsy)

1. การซักประวัติ และตรวจร่างกาย (History taking and Physical examination)

1.1 การซักประวัติผู้ป่วยที่มาด้วยอาการก่อนที่เต้านมนั้นประกอบด้วยประวัติที่เกี่ยวกับอาการของก้อน ลักษณะของก้อน ระยะเวลาและอาการร่วมอื่นๆ เช่น ประวัติคลำพบต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้หรือต้นคอ ความผิดปกติของผิวหนังบริเวณเต้านมและหัวนม ลักษณะของสารคัดหลั่งที่ไหลออกจากหัวนม เป็นต้น นอกจากนี้ควรต้องซักประวัติโรคประจำตัว ประวัติการตรวจวินิจฉัยและการรักษาเดิม ประวัติความเสี่ยงของมะเร็ง (Risk factor of cancer) รวมไปถึงประวัติทางด้านสูติรีเวช และประวัติประจำเดือน (Gynecologic and Menstrual history) การตรวจเต้านมด้วยการคลำนั้น อาจพบว่ามีเนื้อเต้านมที่มีลักษณะไม่เรียบคล้ายก้อนได้ในผู้ป่วยบางราย ซึ่งการตรวจร่างกายนั้นควรตรวจด้วยความละเอียดทั้ง 2 ข้าง โดยตรวจดูตั้งแต่ลักษณะภายนอกของเต้านม ผิวหนัง หัวนม ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้และคอ ซึ่งในผู้ป่วยบางรายอาจตรวจไม่พบว่ามีก้อนเต้านมชัดเจนอาจพบเพียงเป็นเนื้อเต้านมที่หนาเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ในผู้ป่วยบางรายอาจจะแยกได้ยากระหว่างก้อนที่หางของเต้านม (Tail of breast) หรือก้อนต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ ซึ่งจากการตรวจร่างกายสามารถแบ่งผลของการตรวจร่างกายออกเป็น 4 ประเภท คือ 1) ไม่พบความผิดปกติ 2) มีเนื้อเต้านมที่หนาตัวเพิ่มขึ้นแต่ไม่พบก้อน 3) ก้อนเต้านมที่มีลักษณะเป็นก้อนเนื่ององกรรมตา 4) ก้อนที่เต้านมที่มีลักษณะเป็นมะเร็ง

1.2 การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast self examination : BSE) วิธีนี้ไม่ลดอัตราการตายจากมะเร็งเต้านม แต่เพิ่มการตรวจชิ้นเนื้อเพื่อวินิจฉัย และพบเนื้องอก เต้านมที่ไม่ใช่มะเร็ง ถึงแม้ว่าไม่มีหลักฐานที่สนับสนุนการตรวจคัดกรองด้วยวิธีนี้ แต่พบว่าวิธีนี้กระตุ้นให้ผู้หญิงตระหนักใส่ใจเฝ้าระวังความผิดปกติที่อาจพบจากเต้านมมากขึ้นสตรีทุกคนควรตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกๆ เดือน ที่แนะนำคือประมาณวันที่ 9-11 ของรอบเดือน ซึ่งเป็น

วันที่เต้านมมีไม่คัดเต้านมจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนตามรอบเดือนของตนเอง ถ้าหากไม่มีรอบเดือนแล้วจะกำหนดวันใดก็ได้เช่น วันที่ 1 ของเดือน หรือทุกวันเกิด

1.3 การตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ ที่ได้รับการฝึกอบรม (Clinical breast examination : CBE) แนะนำให้ตรวจช่วงอายุ 20-39 ปี ทุกๆ 3 ปี อายุ 40-69 ปี ทุก 1 ปี และอายุมากกว่า 70 ปี ให้พิจารณาเป็นรายบุคคล โดยพิจารณาถึงสุขภาพ โรคประจำตัว หรือ Life Expectancy พบว่าวิธีนี้ช่วยเพิ่มความไวในการตรวจพบมะเร็งเต้านมร่วมกับการถ่ายภาพรังสีเต้านม แต่ผลต่อการลดอัตราการตายจากมะเร็งเต้านมยังไม่ชัดเจน

2. การตรวจเต้านมทางรังสีวินิจฉัย (Breast Imaging) การวินิจฉัยทางรังสีวิทยานั้นโดยส่วนใหญ่ประกอบด้วย 2 ส่วนคือการเอกซเรย์เต้านม (Mammography) และอัลตราซาวด์เต้านม (Breast Ultrasonography)

2.1 การเอกซเรย์เต้านม (Mammography)

การเอกซเรย์เต้านม (Mammography) นั้นเป็นมาตรฐานในการวินิจฉัยโรคทางเต้านม โดยแพทย์สามารถที่จะติดเครื่องหมายเพื่อระบุตำแหน่งที่สงสัยว่ามีความผิดปกติของเต้านมก่อนที่จะทำ Mammography เพื่อช่วยให้รังสีแพทย์สามารถวินิจฉัยแยกโรคได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้การทำ Mammography นั้นจะสามารถใช้ในการวินิจฉัยหินปูนผิดปกติในเต้านมได้ดีแต่มีข้อเสียคือไม่สามารถแยกระหว่างพยาธิสภาพที่เป็นก้อนเนื้อหรือถุงน้ำได้ รวมไปถึงมีโอกาสวินิจฉัยผิดพลาด (Miss diagnosis) ร้อยละ 10-25 นอกจากนี้การทำ Mammography ไม่แนะนำให้ทำในผู้ป่วยตั้งครรภ์เนื่องจากรังสีจากการทำ Mammography อาจมีผลกับเด็กในครรภ์ได้รวมถึงผู้ป่วยที่อายุน้อย การทำ Mammography ควรเริ่มทำในผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป

2.2 การอัลตราซาวด์เต้านม (Breast ultrasonography)

การอัลตราซาวด์เต้านม (Breast ultrasonography) นั้นเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคได้ดีข้อดีของการทำ Breast Ultrasonography คือ สามารถทำได้ง่าย ไม่มีรังสี สามารถใช้ในการวินิจฉัยแยกระหว่างก้อนเนื้อและถุงน้ำได้ดี นอกจากนี้ยังสามารถช่วยแยกลักษณะก้อนเนื้อออกธรรมดาและมะเร็งได้

การวินิจฉัยมะเร็งเต้านมด้วยการอ่านแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ (เยาวนุช คงदान และ ปวีณา เลือดไทย, 2563)

แพทย์สามารถวินิจฉัยโรคนี้อันทั้งในผู้หญิงและในผู้ชายได้โดยดูจากอาการ ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว ประวัติการกินยาต่างๆ การตรวจร่างกาย การตรวจคลำเต้านม การตรวจภาพรังสีเต้านม (Mammogram) และอาจรวมกับการตรวจอัลตราซาวด์ (Ultrasound) แต่ที่จะให้ผลแน่นอนที่สุดคือ การเจาะดูเซลล์ หรือตัดชิ้นเนื้อไปตรวจทางเซลล์วิทยาหรือทางพยาธิวิทยา ถ้าพบว่าเป็นมะเร็งเต้านมแพทย์อาจให้ตรวจพิเศษเพิ่มเติม เพื่อดูการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะต่างๆ (เช่น ตับ ปอด กระดูก ด้วยการตรวจอัลตราซาวด์ตับ เอกซเรย์ปอด และตรวจสแกนกระดูก) และเพื่อดูว่ามะเร็งมีการตอบสนองต่อฮอร์โมนหรือไม่ด้วย ซึ่งการตรวจเหล่านี้จะมีความสำคัญอย่างมากต่อการวางแผนการรักษาที่เหมาะสม

สำหรับการตรวจเลือดและยีน (Gene) เพื่อหามะเร็งเต้านมนั้นไม่ค่อยเป็นที่นิยมนัก เพราะการตรวจเลือดเพื่อหามะเร็งเต้านมจะมีความแม่นยำต่ำ ผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมจะพบผลการตรวจเลือดเกี่ยวกับมะเร็ง เช่น CA153, CEA ผิดปกติน้อยกว่า 20% ในขณะที่เดียวกันผู้ที่มีผลเลือดปกติก็อาจจะเป็นมะเร็งเต้านมอยู่แล้วก็ได้ ส่วนการตรวจ

ยีน เช่น Gene BRCA1, BRCA2 ซึ่งจะมีความผิดปกติในมะเร็งเต้านมที่เป็นกันทั้งครอบครัว หากตรวจพบก็ไม่ได้หมายความว่ากำลังเป็นมะเร็งอยู่ เพียงแต่จะทำให้รู้ว่ามีโอกาสเป็นมะเร็งได้มากกว่าคนทั่วไป และยีนดังกล่าวก็พบได้เพียง 5-10% ของผู้ป่วยทั้งหมดที่เป็นมะเร็งเต้านมเท่านั้น เมื่อตรวจแล้วพบว่าปกติก็ยังมีสิทธิ์เป็นมะเร็งเต้านมอยู่ไม่น้อย

การวินิจฉัยโดยใช้การแบ่งเป็น BIRADs 0-6 (เยาวนุช คงदान และ ปวีณา เลือดไทย, 2563)

ปัจจุบัน ACR-BIRADS Classification ถูกจัดทำขึ้นโดย American college of radiology (ACR) ในปี ค.ศ. 2003 และต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน

BIRADs 0 หมายถึง ผลตรวจยังไม่สมบูรณ์ ควรตรวจเพิ่มเติมเนื่องมาจากการตรวจคัดกรองในประเทศไทยแตกต่างจากต่างประเทศ ในต่างประเทศการตรวจคัดกรองเต้านมอาจทำเพียงแมมโมแกรมอย่างเดียว แล้วให้ผู้ป่วยกลับบ้าน เมื่อรังสีแพทย์อ่านผลแล้วพบว่ามีความผิดปกติหรืออ่านผลไม่ได้ ควรมีการตรวจเพิ่มเติม เช่น อัลตราซาวด์ หรือ MRI รังสีแพทย์จะอ่านผลเป็น BIRADs 0 ดังนั้นหากผลตรวจเป็น BIRADs 0 ควรพบแพทย์เพื่อทำการตรวจเพิ่มเติม

BIRADs 1 หมายถึง เต้านมปกติ ไม่มีถุงน้ำ ไม่มีหินปูน ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ

BIRADs 2 Benign Finding หมายถึงพบสิ่งผิดปกติอยู่ในเต้านม ไม่สงสัยว่าเป็นมะเร็ง เช่น ถุงน้ำ หินปูนแบบ Macro มะเร็ง เช่น ถุงน้ำ หินปูนแบบ Macrocalcification

กรณี BIRADs 1 และ 2 หากผลตรวจร่างกายปกติ แนะนำตรวจคัดกรองทุก 1-2 ปี ถ้าอายุมากกว่า 40 ปี

BIRADs 3 Probably Benign ในกลุ่มนี้โอกาสเป็นมะเร็งเต้านมประมาณ 1-2% ควรติดตามอาการทุก 6 เดือน เป็นระยะเวลา 2 ปี หากไม่เปลี่ยนแปลงสามารถติดตามทุก 1 ปีได้ การตรวจเร็วกว่า 6 เดือนไม่ได้ประโยชน์เพราะอาจไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงและในรายที่เป็นมะเร็งเต้านม การตรวจ 6 เดือนก็ไม่ได้ล่าช้าหรือมีการเปลี่ยนแปลงมากนักในก้อนมะเร็งขนาดเล็ก หากได้รับคำอธิบายแล้วผู้ป่วยยังกังวล ก็สามารถตรวจชิ้นเนื้อได้

BIRADs 4 มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านม 2-95% แบ่งตามโอกาสที่เกิดดังนี้ 4a โอกาสที่จะเป็นมะเร็งเต้านม 2-10% 4b โอกาสที่จะเป็นมะเร็งเต้านม 10-50% 4c โอกาสที่จะเป็นมะเร็งเต้านม 50-95%

BIRADs 5 มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่า 95%

BIRADs 6 ผู้ป่วยเคยมีก้อนและผ่าตัดเอาก้อนออกแล้วหรือทำการเจาะชิ้นเนื้อไปตรวจแล้วพบว่าเป็นมะเร็งเต้านม รังสีแพทย์ทราบผลตรวจอยู่แล้วว่าเป็นมะเร็ง จึงอ่านผลว่าเป็น BIRADs 6

ผลการอ่านของรังสีแพทย์หากเป็น BIRADs 4 และ BIRADs 5 จะมีคำแนะนำ (Recommendation) จากรังสีแพทย์ให้ใช้ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาและ/หรือเซลล์วิทยา ซึ่งการตรวจจะมี 2 วิธี ได้แก่

1. วิธีผ่าตัด คือเอาก้อนออกทั้งหมดข้อดี มีความแม่นยำ 100 % ข้อเสีย มีมากกว่า ถ้าเอาก้อนออกทั้งหมดและก้อนนั้นเป็นมะเร็ง ผู้ป่วยต้องกลับมาผ่าอีกครั้ง ใน BIRADs สูงๆ เช่น BIRADs 4c และ BIRADs 5 โอกาสผ่าซ้ำครั้งที่ 2 มีมากขึ้น

2. วิธีใช้เข็มเจาะมีความแม่นยำ 99 % ตัดเนื้อออกมาดูบางส่วนโดยวางแผนรักษาตามผลชิ้นเนื้อ เช่น

ผลเป็นมะเร็งเต้านม ทำการรักษาแบบมะเร็งเต้านม หากไม่พบมะเร็งเต้านมแต่มีเซลล์ผิดปกติ จะผ่าตัดก้อน ออกมาตรวจอย่างละเอียดอีกครั้ง และถ้าผลออกมาไม่ใช่มะเร็งเต้านมและไม่มีเซลล์ผิดปกติอาจไม่จำเป็นต้อง ผ่าตัดหากเป็น BIRADs 4-5 ควรพบแพทย์

การประเมินความผิดปกติชนิดที่เป็นถุงน้ำ (Cystic evaluation)

ถุงน้ำเต้านม (Breast cyst) เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยอายุ 40-49 ปี โดยพบได้ถึงร้อยละ 25 และยังเป็นปัญหาที่พบได้ในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 40 ปี ถึงร้อยละ 10 ครั้งหนึ่งของผู้หญิง โดยทั่วไปจะมี Breast cyst เกิดขึ้นได้การทำ Breast Ultrasonography จะสามารถใช้แยกลักษณะของ Breast cyst โดยหากว่า Breast cyst มีลักษณะกลมใส ผิวเรียบ ผนังบาง (Simple cyst) จะมีความเสี่ยงต่อมะเร็งค่อนข้างน้อย ดังนั้นจึงไม่จำเป็นต้อง เจาะดูน้ำออกหากไม่มีอาการ แต่แนะนำให้เจาะดู Breast cyst ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการ เพื่อบรรเทาอาการแก่ ผู้ป่วย แต่ถ้าพบ Breast cyst มีลักษณะขุ่นขอบไม่เรียบผนังหนา (Complicated cyst) อาจมีความเสี่ยงเป็น มะเร็งอยู่ แนะนำให้นำน้ำที่ดูดออกมาส่งตรวจเซลล์วิทยา (Cytology) และนัดติดตามดูอาการถ้าหากมีการเป็นซ้ำ หลายครั้งก็พิจารณาการผ่าตัด

การประเมินความผิดปกติชนิดที่เป็นก้อน (Solid mass evaluation)

ก้อนที่เต้านมที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่ต่ำกว่า 35 ปี แล้วตรวจพบก้อนขอบเรียบ ไม่เจ็บ คลำเคลื่อนที่ได้ โดย ส่วนใหญ่เป็นก้อนเนื้องอกจากฮอว์โมน (Fibro adenoma) ซึ่งแยกได้ยากกับก้อนเนื้องอกชนิดโตเร็ว (Phyllodes) จึงต้องใช้การตรวจ Triple Assessment อย่างละเอียด

การตรวจทางพยาธิวิทยา (เพซรดา มหาแสง และ จันทิมา แจ่มจรัส, 2562)

ในกรณีที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยอาการก้อนที่เต้านม แพทย์จะทำการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการ ตรวจเต้านมทางรังสีวิทยา และได้รับการตรวจทางพยาธิวิทยาด้วยการเจาะชิ้นเนื้อส่งตรวจ ได้แก่การเจาะดูดเซลล์ ด้วยเข็มขนาดเล็ก (Fine needle aspiration; FNA) หรือการเจาะชิ้นเนื้อด้วยเข็มตัดชิ้นเนื้อ (Core needle biopsy: CNB) เมื่อทำการประเมิน Triple Assessment ครบทั้ง 3 ส่วนแล้ว แพทย์จะพิจารณาว่าผลทั้งหมด เป็นไปในแนวทางเดียวกัน (Concordance) หรือไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน (Discordance) กรณีที่ผลเป็นไปใน แนวทางเดียวกันนั้น แพทย์จะวางแผนการรักษาตามผลที่ได้ แต่ถ้าผลไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน แพทย์จะ พิจารณาตรวจชิ้นเนื้อเพิ่มเติม โดยวิธีการที่จะได้ชิ้นเนื้อมากขึ้นกว่าวิธีที่ใช้ในการตรวจครั้งก่อน เช่น อาจพิจารณา ทำ CNB ในกรณีที่ผลจากการทำ FNA เป็น Discordance หรือพิจารณาทำ Excision กรณีที่ผลจากการทำ CNB เป็น Discordance ซึ่งวิธีการตรวจทางพยาธิวิทยาในผู้ป่วยที่มาด้วยก้อนเต้านมนั้น สามารถแบ่งออกเป็นดังนี้

1. การเจาะชิ้นเนื้อส่งตรวจ

1.1 การเจาะดูดเซลล์ด้วยเข็มขนาดเล็ก (Fine needle aspiration: FNA) เป็นการเจาะดูด เซลล์ด้วยเข็มขนาดเล็ก โดยใช้เข็มขนาดเล็ก (ขนาด 22-24 gauge) ต่อกับ syringe ทำการเจาะดูดเซลล์ที่ก้อน และนำมาส่งตรวจ ข้อเสียของ FNA คือ เซลล์ที่ดูดออกมาได้นั้นบางครั้งอาจไม่พอเพียงเพื่อใช้ในการวินิจฉัย และ ไม่สามารถแยกมะเร็งเต้านมระยะไม่ลุกลาม (Ductal carcinoma in situ: DCIS) กับมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม (Invasive carcinoma) ได้นอกจากนั้นก็ยังไม่สามารถแบ่งแยกชนิดของมะเร็งได้

1.2 การเจาะชิ้นเนื้อด้วยเข็มตัดชิ้นเนื้อ (Core needle biopsy : CNB) เป็นการเจาะชิ้นเนื้อโดย

ใช้เข็มตัดชิ้นเนื้อมาส่งตรวจ วิธีการนี้เป็นที่นิยมในการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยที่มาด้วยก้อนที่เต้านม เป็นหัตถการที่ทำได้ง่าย และได้ชิ้นเนื้อที่มีขนาดใหญ่เพียงพอในการนำมาวิเคราะห์แยก DCIS กับ Invasive carcinoma ได้สามารถแยกชนิดของมะเร็ง เพื่อใช้ในการวางแผนการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นก้อนมะเร็งขนาดใหญ่ไม่สามารถที่จะผ่าตัดได้ต้องได้รับการให้ยาเคมีบำบัดก่อนผ่าตัด (Neoadjuvant therapy) เพื่อลดขนาดของก้อนมะเร็งก่อนก้อนที่เต้านม

2. การผ่าตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ

2.1 การผ่าตัดชิ้นเนื้อบางส่วนส่งตรวจ (Incisional biopsy) การผ่าตัดชิ้นเนื้อบางส่วนส่งตรวจมักใช้ในกรณีที่ก้อนเนื้อมีขนาดใหญ่ โดยเฉพาะกรณีที่ก้อนเนื้อเป็นมะเร็งเต้านมลุกลามมาที่ผิวหนังเกิดเป็นแผลขนาดใหญ่ไม่สามารถผ่าตัดเอาออกทั้งหมดได้แต่จะตัดชิ้นเนื้อบางส่วนมาส่งตรวจ เพื่อวางแผนการรักษาก่อนผ่าตัดต่อไป

2.2 การผ่าตัดชิ้นเนื้อออกทั้งหมดส่งตรวจ (Excisional biopsy) การผ่าตัดก้อนเนื้อออกทั้งหมดไม่ได้เป็นหัตถการแรกๆ ที่เลือกใช้ในการวินิจฉัยแยกโรคในผู้ป่วยที่มาด้วยก้อนเต้านม แต่จะใช้ในกรณีที่ก้อนเนื้อดังกล่าวได้รับการวินิจฉัยด้วยการเจาะชิ้นเนื้อมาส่งตรวจแล้ว การประเมินด้วย Triple assessment ไม่ไปในแนวทางเดียวกัน แพทย์จะวางแผนทำการผ่าตัดก้อนเนื้อออกทั้งหมด เพื่อการวินิจฉัยแยกโรคในขั้นตอนถัดมา

การส่งตรวจตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (Biomarker)

Biomarker เมื่อผลการตรวจชิ้นเนื้อยืนยันว่าเป็นมะเร็งแล้ว จึงควรมีการตรวจเพิ่มเติมเพื่อเป็นการพยากรณ์โรค และวางแผนเลือกวิธีการรักษาหลังผ่าตัด Biomarker ที่ใช้ในมะเร็งเต้านม ได้แก่ 1) ตัวรับเอสโตรเจน (Estrogen receptor) 2) ตัวรับโปรเจสเตอโรน (Progesterone receptor) 3) HER-2 และ 4) ดัชนีการแบ่งตัวของเซลล์ (KI-67)

ตัวบ่งชี้ทางชีวภาพซึ่งถูกยอมรับและใช้กันอย่างกว้างขวางในทางคลินิก ได้แก่

1. โพรตีน Estrogen receptor (ER)

โพรตีน ER มีความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้ที่เป็มะเร็งเต้านมที่มีการสังเคราะห์โพรตีน ER นั้นสามารถถูกกระตุ้นโดยฮอร์โมนเอสตราไดออล (Estradiol) ได้ ปัจจุบันนี้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่พบการแสดงออกของโพรตีน ER บนเนื้อเยื่อมะเร็งจะได้รับการรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมนเอสโตรเจน (Tamoxifen) ซึ่งเป็นยาที่ต่อต้านโพรตีน ER บนเซลล์มะเร็ง (Anti-Estrogen drugs) มีผลให้เกิดการระงับการเจริญเติบโตของเนื้อเยื่อมะเร็งได้

2. โพรตีน Progesterone receptor (PR)

โดยทั่วไปการแสดงออกของโพรตีน PR จะแปรผันตามการแสดงออกของโพรตีน ER อย่างไรก็ตามในการตรวจทางอิมมูโนฮิสโตเคมีของเนื้อเยื่อมะเร็งเต้านมอาจพบว่าโพรตีน PR แสดงผลบวก แต่โพรตีน ER ยังคงแสดงผลลบเสมอแม้จะทำการตรวจยืนยันอีกครั้งแล้วก็ตาม ซึ่งการให้ยากลับที่ต่อต้านโพรตีน ER บนเซลล์มะเร็ง เช่น Tamoxifen ยังไม่เป็นที่แน่ชัดถึงประโยชน์ต่อการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มนี้

3. โพรตีน Human Epidermal Growth factor Receptor 2 (HER2)

โดยปกติยีน HER2 (ERBB2) เป็นยีนที่มีบทบาทสำคัญในควบคุมการเจริญเติบโตของเซลล์ (Cell growth) การเคลื่อนที่ของเซลล์ (Cell migration) และการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เพื่อไปทำหน้าที่ต่างๆ (Cell

differentiation) ซึ่งในเนื้อเยื่อมะเร็งเต้านมจะสามารถตรวจพบการแสดงออกที่มากเกินไป (Over-expression) ของโปรตีน HER2 ที่ถูกสร้างจากยีนนี้ ในปัจจุบันนี้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่พบการแสดงออกของยีน HER2 สามารถให้การรักษาด้วยยาต้าน HER2 (Trastuzumab) หรือชื่อในการค้าคือ เฮอร์เซพทิน (Herceptin®) ซึ่งเป็นยาที่มีความจำเพาะและต่อต้านโปรตีน HER2 บนเซลล์มะเร็งเต้านม (Humanised monoclonal antibody against HER2 protein)

4. โปรตีน Ki67

โปรตีน Ki67 บ่งถึงสถานะการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนของเซลล์ (Cell proliferation) โดยจำนวนร้อยละของการแสดงออกของโปรตีนดังกล่าวบนเนื้อเยื่อมะเร็งเต้านม จะมีความสัมพันธ์กับระดับความแตกต่างทางจุลกายวิภาค นอกจากนั้นแล้วจำนวนร้อยละดังกล่าว สามารถนำมาใช้ในการประเมินการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนของเซลล์มะเร็งทั้งก่อนและหลังการรักษาด้วยยาทางต่อมไร้ท่อ (Endocrine therapy) รวมไปถึงการคาดคะเนการตอบสนองต่อการรักษาเคมีบำบัด

การแปลผลการตรวจทางพยาธิวิทยา (Pathology)

ลักษณะทางพยาธิวิทยาของมะเร็งเต้านมมีส่วนสำคัญที่บอกถึงพฤติกรรมของโรค การตอบสนองต่อการรักษาและการพยากรณ์โรคที่แตกต่างกัน ซึ่งพยาธิวิทยาของมะเร็งเต้านมแบ่ง ออกเป็น 2 ประเภทหลัก คือ มะเร็งเต้านมแบบลุกลาม และมะเร็งเต้านมแบบไม่ลุกลาม ดังนี้

1. มะเร็งเต้านมแบบลุกลาม คือ มะเร็งที่กระจายจากจุดเริ่มต้นไปยังเนื้อเยื่อใกล้เคียงประมาณร้อยละ 80 ของมะเร็งเต้านมเป็นแบบลุกลามซึ่งมีหลายประเภท ดังนี้

1.1 Invasive ductal carcinoma หรือมีชื่อเรียกว่า Infiltrating ductal carcinoma ซึ่งเป็นลักษณะทางพยาธิวิทยาที่พบได้บ่อยถึงร้อยละ 80 สามารถแบ่งออกเป็น 5 ประเภทย่อยคือ Medullary, Mucinous, Tubular, Papillary และ Unbriform โดยมีลักษณะที่สำคัญคือ การลุกลามไปที่ต่อมสร้างน้ำนมอาจคลำพบก้อนที่เต้านมมีการอักเสบ ผิวมีสีแดงและแข็ง บวม อุ่น บางรายอาจมีต่อมน้ำเหลืองโตร่วมด้วย นอกจากนี้สามารถแพร่กระจายไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกายของเส้นเลือดหรือท่อน้ำเหลือง

1.2 Invasive lobular carcinoma คือ มะเร็งที่เริ่มและลุกลามจากต่อมน้ำนมไปยังเนื้อเยื่อใกล้เคียงแบบ IDC อาจกระจายหรือไม่กระจายไปยังต่อมน้ำนมหรือส่วนอื่นๆ ของร่างกาย ประมาณร้อยละ 10 ของมะเร็งเต้านมแบบลุกลามคือมะเร็งประเภทนี้

2. มะเร็งเต้านมแบบไม่ลุกลาม คือ มะเร็งเต้านมที่ไม่กระจายจากจุดเริ่มต้นในเต้านมหรือมะเร็งระยะต้นๆ หรือ Carcinoma Insitu สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภทย่อยคือ

2.1 Ductal carcinoma in Situ (DCIS) คือเซลล์มะเร็งเกิดขึ้นที่ต่อมน้ำนมในระยะเริ่มแรกของการรุกรานของมะเร็ง หากทิ้งไว้จะกลายเป็น Invasive carcinoma สามารถแบ่งออกเป็นระดับมากระดับปานกลาง และระดับน้อย ขึ้นกับรูปแบบการเจริญเติบโตของเซลล์ที่อยู่ในท่อ ลักษณะของนิวเคลียส การแบ่งเซลล์ (Mitotic activity) การเน่าตายของเนื้อเยื่อ (Necrosis) และชนิดของการเกาะตัวของแคลเซียมอนุภาคเล็ก (Microcalcification) ประมาณร้อยละ 20 ของมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่จะเป็น DCIS มีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี ร้อยละ 99

2.2 Lobular carcinoma in Situ (LCIS) คือเซลล์มะเร็งเกิดขึ้นที่ต่อมผลิตน้ำนม มีลักษณะเป็นก้อนแข็ง เป็นเซลล์ที่มีรูปร่างไม่แน่นอน และมักจะพบการเกาะตัวของเซลล์เยื่อมอญเล็ก มีแนวโน้มที่จะกลายเป็นมะเร็งแบบรุกราน (Infiltrating carcinoma) แต่น้อยกว่าแบบ DCIS ทั้ง 2 ประเภทมีลักษณะที่คล้ายกันคือ มีลักษณะเป็นก้อน แต่ยังไม่มีการแพร่กระจาย สามารถตรวจพบได้ด้วยเครื่อง Mammography ซึ่ง DCIS จะพบได้บ่อยกว่า LCIS ประมาณ 6-3:1 และลักษณะทางพยาธิวิทยาของ DCIS ที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ ต้องตรวจด้วยเครื่อง Mammography ไม่สามารถพบได้ด้วยการคลำและมีอุบัติการณ์มากที่สุดที่ช่วงอายุ 51-59 ปี

นอกจากนี้ยังมีมะเร็งเต้านมแบบลูกลามที่พบน้อย หรือที่เรียกว่ากลุ่ม Special Consideration แบ่งออกเป็น 4 ประเภทย่อยดังนี้

1. Inflammatory breast cancer พบผู้ป่วยได้ประมาณร้อยละ 2-5 เป็นมะเร็งที่เติบโตได้อย่างรวดเร็ว มักจะเกิดขึ้นทันทีที่ผู้ป่วยมีอาการที่สำคัญคือ มีอาการบวมแดงของเต้านมบางครั้งจะคลำก้อนมะเร็งไม่ได้ การที่มีลักษณะของ Inflammatory จัดเป็นการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี
2. Bilateral breast cancer คือ การเกิดมะเร็งเต้านมทั้งสองข้าง อาจเกิดได้พร้อมกัน (Synchronous) หรือเกิดคนละเวลา (metachronous) ได้แต่พบส่วนใหญ่จะเป็น metachronous สำหรับอุบัติการณ์ของการเกิด synchronous พบได้เพียงร้อยละ 1-2 การรักษาจะพิจารณาตามระยะโรคในแต่ละข้าง
3. Cystosarcoma phylloides มะเร็งที่มีลักษณะแบบนี้จะมีโอกาสเกิดได้ไม่เกินร้อยละ 5 และไม่ค่อยลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลือง
4. Male breast cancer มะเร็งเต้านมในเพศชาย ซึ่งพบน้อยประมาณร้อยละ 1 พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นจะคล้ายกับเพศหญิงการรักษาโดยการผ่าตัดถือว่าเป็นการรักษามาตรฐานสำหรับการรักษา เฉพาะที่ส่วนการรักษาอื่นๆ จะเหมือนกับในเพศหญิง

การรักษาโรคมะเร็งเต้านม (Treatment)

วิธีการรักษามีหลายวิธีดังนี้

1. การรักษาด้วยการผ่าตัด (Surgery treatment)
2. การรักษาด้วยเคมีบำบัด (Chemotherapy)
3. การรักษาด้วยรังสีรักษา (Radiation therapy)
4. การรักษาด้วยฮอร์โมนบำบัด (Hormonal therapy)
5. การรักษาด้วยยาที่ออกฤทธิ์เฉพาะ (Targeted therapy)

1. การรักษาด้วยการผ่าตัด (Surgery therapy)

เป็นวิธีการรักษาหลักสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกซึ่งมีประโยชน์ในการควบคุมโรค สามารถนำชิ้นเนื้อที่ได้จากการผ่าตัดไปตรวจทางพยาธิวิทยาทำให้ทราบระยะที่แท้จริงของโรค ช่วยวางแผนการรักษาที่เหมาะสม และสามารถพยากรณ์โรคได้แม่นยำมากขึ้น การผ่าตัดรักษามะเร็งเต้านมแบ่งเป็น 2 ส่วน การผ่าตัดที่บริเวณเต้านม การผ่าตัดบริเวณต่อมน้ำเหลือง นอกจากนี้ยังมีส่วนเพิ่มเติมซึ่งไม่ใช้การรักษาโดยตรงเช่น การเสริมสร้างเต้านมใหม่เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้ป่วย

หลักในการรักษามะเร็งเต้านมด้วยการผ่าตัด

1. เพื่อควบคุมโรคเฉพาะที่ให้ได้ (Adequate locoregional control)
2. เพื่อให้ได้ข้อมูลในการบอกระยะของโรคและข้อมูลสำหรับวางแผนการรักษา (Tumor information and Staging)
3. เพื่อให้เกิดความสวยงามและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Appropriate quality of life)

2. การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) (ธีรนุช จุดเพชรแจ่ม, 2562)

การรักษาด้วยการใช้ยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) เป็นการรักษาโดยการบริหารยาเคมีบำบัดในการทำลายเซลล์มะเร็งหรือ ยับยั้งการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง สามารถบริหารยาได้หลายวิธีทั้งรับประทานยาฉีด หรือ ยาที่ฉีดเข้าไปในเยื่อต่างเพื่อวัตถุประสงค์ในการรักษาเฉพาะที่ การรักษาเสริมด้วยวิธีเคมีบำบัด (Adjuvant chemotherapy) คือการใช้ยาเคมีบำบัดเป็นการรักษาเสริมภายหลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยวิธีการอื่นๆ ที่กำจัดรอยโรคหมดไปแล้ว ซึ่งโดยมากคือหลังการผ่าตัด จุดประสงค์ของการรักษาด้วยวิธีนี้คือ การควบคุมและกำจัดเซลล์มะเร็งที่อาจหลงเหลืออยู่ (Residual micro-metastatic tumor cells) เป็นการเพิ่มอัตรา การมีชีวิตอยู่และลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรค ปัจจุบันการรักษาแบบ Adjuvant chemotherapy ได้รับการยอมรับว่าเป็นมาตรฐานการรักษาในมะเร็งเต้านมที่มีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง ยาเคมีบำบัดมุ่งทำลายเซลล์ที่มีการแบ่งตัวเร็ว ผิดปกติขณะเดียวกันอาจส่งผลให้เกิดการทำลายเซลล์ปกติที่มีการเติบโตเร็วอื่นๆ ของร่างกายด้วย นำมาซึ่งภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่พบทั่วไป เช่น อาการอ่อนล้า อาการทางระบบประสาท การรู้คิด เปลี่ยนแปลง หรือการอักเสบติดเชื้อ เป็นต้น หรือภาวะแทรกซ้อนที่เฉพาะกับยาเคมีบำบัดบางชนิด หรือบางสูตร เช่น การเกิดการคั่งของน้ำภายในร่างกายจากผลของยากลุ่ม Taxane ที่สัมพันธ์กับการ เกิดภาวะแขนบวมเพิ่มขึ้น เป็นต้น

3. การรักษาด้วยการใช้รังสีรักษา (Radiation therapy) (ธีรนุช จุดเพชรแจ่ม, 2562)

การใช้รังสีรักษาในมะเร็งเต้านม เป็นการใช้คลื่นรังสีที่มีพลังงานสูงเข้าไป ในตำแหน่งที่มีก้อนมะเร็ง รังสีจะทำให้เกิดการตายของเซลล์ขนาดของก้อนมะเร็งเล็กลง การใช้รังสี รักษา มักให้ภายหลังการผ่าตัดแบบสงวนเต้านมเพื่อลดโอกาสการกลับมาของเซลล์มะเร็งที่เต้านม หรือในต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียง ภายหลังการผ่าตัดเต้านมแบบ Mastectomy ก็อาจมีการพิจารณาใช้รังสีรักษาในกรณีที่ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่กว่า 5 เซนติเมตร หรือ เมื่อมีการตรวจพบเซลล์มะเร็งในต่อมน้ำเหลือง การใช้รังสีรักษาในมะเร็งเต้านมส่วนมากจะให้ครั้งละมากกว่า 5 วันติดต่อกันเป็นระยะเวลา 5-6 สัปดาห์

การได้รับรังสีที่บริเวณเต้านมอาจส่งผลกระทบต่อเส้นประสาทที่อยู่ในบริเวณลำคอและแขน (Brachial plexopathy) นำมาซึ่งอาการชา ปวด อาการ อ่อนแรงของมือ แขนและไหล่ตามมา นอกจากนี้การฉายรังสีต่อต่อมน้ำเหลืองนั้นเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะแขนบวมจากการคั่งของน้ำเหลืองตามมาได้มาก อาการเหนื่อยล้า เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดได้มากในขณะที่ผู้ป่วยได้รับรังสีและสามารถเกิดอาการเหนื่อยล้าต่อไปได้ อีกเป็นระยะเวลาไม่นานภายหลังการรักษาได้สิ้นสุดลง

4. การรักษาด้วยฮอร์โมนบำบัด (Hormonal therapy)

เป็นที่ทราบกันมานานแล้วว่าการเจริญเติบโตของเต้านมรวมทั้งการทำงานของเต้านม จะขึ้นอยู่กับฮอร์โมนเพศและก็พบต่อมาว่าการเติบโตของมะเร็งเต้านมบางรายก็ขึ้นอยู่กับฮอร์โมนเช่นกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับผลการ

ตรวจพิเศษโดยพยาธิแพทย์ว่าเป็นมะเร็งชนิดที่มีตัวรับฮอร์โมน (Hormone receptor) หรือไม่มี ซึ่งถ้าเป็นผลบวกก็เป็นตัวช่วยชี้เป็นแนวทางว่าสมควรที่จะรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมน จากสถิติของประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมประมาณสองในสามรายจะมีการตอบสนองต่อการใช้ยาต้านฮอร์โมน ทำให้สามารถใช้ยาในกลุ่มนี้ในการรักษาได้ เมื่อแพทย์พิจารณาให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้แพทย์จำเป็นต้องดูปัจจัยอื่นประกอบ เช่น อายุของผู้ป่วย การมีประจำเดือนอยู่หรือไม่ ระยะเวลาที่หมดประจำเดือนหรือไม่มีประจำเดือน จากการผ่าตัดมดลูก เนื่องจากยาที่ใช้รักษาอาจมีความแตกต่างกันออกไป ยาต้านฮอร์โมนแบ่งได้เป็นสองกลุ่มใหญ่ ได้แก่ กลุ่มของยาที่ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการทำงานของ ฮอร์โมนและยาในกลุ่มที่ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการสร้างฮอร์โมน

5. การรักษาด้วยยาที่ออกฤทธิ์เฉพาะที่ (Targeted therapy)

ยาในกลุ่มนี้จะเป็นยาในกลุ่มใหม่เช่นยาต้านเฮอร์ทู ซึ่งมีกลไกการออกฤทธิ์แตกต่างจากยาในกลุ่มเดิมๆ กล่าวคือเซลล์มะเร็งเต้านมบางชนิดจะมีตัวรับสัญญาณเฮอร์ทูอยู่ที่ผิวเซลล์ ทำให้สามารถเข้ายัดง่ามเพื่อจับกับตัวรับสัญญาณเหล่านี้ และให้ยาออกฤทธิ์ทำลายเซลล์มะเร็งดังกล่าวได้ ดังนั้นเซลล์อื่นๆ ที่ไม่มีตัวรับสัญญาณก็จะไม่ได้รับผลกระทบจากยาในกลุ่มนี้ อย่างไรก็ตามแม้ว่ายาในกลุ่มนี้จะเป็นยาที่มีประสิทธิภาพดีรักษาได้ค่อนข้างเฉพาะเจาะจงมีผลข้างเคียงน้อย แต่ก็มีข้อจำกัดที่สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยบางรายเท่านั้น นอกจากนี้ยังมีราคาแพงมากทำให้เป็นข้อจำกัดสำหรับการเลือกใช้ในผู้ป่วย

การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) (กรมการแพทย์, 2566)

นิยามความหมายของ การผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery)

การผ่าตัดวันเดียวกลับ (One day surgery) หมายถึงระบบบริการในการรับผู้ป่วยเข้ามาเพื่อรับการรักษาทำหัตถการหรือผ่าตัดรวมถึงการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally invasive surgery) และหัตถการการตรวจวินิจฉัยโรคที่กำหนด ที่ได้มีการเตรียมการไว้ล่วงหน้าก่อนแล้ว และสามารถให้กลับบ้านได้ในวันเดียวกับวันที่รับไว้หรือมีระยะเวลาในการอยู่ในโรงพยาบาลตั้งแต่ 2 ชั่วโมงถึงเวลาจำหน่ายออกไม่เกิน 24 ชั่วโมง

เป้าหมายของระบบบริการ ODS

เป้าหมายเชิงคุณภาพและความปลอดภัย (Qualitative goals and safety)

ระยะก่อนการผ่าตัด

ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดรับทราบแนวทางแผนการรักษาของแพทย์ และการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องผ่าตัด เนื่องจากการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดไม่ได้มาตรฐาน ระยะหลังผ่าตัดเป้าหมายผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด การผ่าตัดเป็นตามแผนการรักษาที่วางไว้ไม่เกิดภาวะฉุกเฉินระหว่างการผ่าตัด ระยะหลังการผ่าตัดผู้ป่วยปลอดภัยร่างกายสามารถฟื้นตัวไม่ตีสามารถกลับบ้านได้ตามระยะเวลาที่กำหนดภายใน 24 ชั่วโมง มีการติดตามภายหลังการผ่าตัดเป็นระยะๆ ทั้งในระยะเฉียบพลัน 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดระยะแรก 48-72 ชั่วโมง และระยะยาว 1 สัปดาห์ขึ้นไป

ปัจจุบันการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ได้รับการยอมรับว่ามีประโยชน์ในหลายด้าน เป็นการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ ทั้งนี้การบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ เป็นรูปแบบบริการที่สอดคล้องตามแนวทางการบริการทาง

การแพทย์วิถีใหม่ (New normal medical services) ที่ทำให้ลดความแออัดในโรงพยาบาล ลดระยะเวลารอคอย และเพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

ระบบติดตามที่ใช้ในการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติที่เป็นผู้ดูแล

มีรูปแบบในการติดตามก่อนและหลังการให้บริการที่ชัดเจน และมีบันทึกในการติดตามเพื่อความปลอดภัยของผู้มารับบริการ เช่น บันทึกเวลาที่ติดตามก่อนการทำหัตถการรวมถึงบันทึกการติดตามหลังการทำหัตถการใน 24 ,48 ,72 ชั่วโมงได้แก่ ชื่อผู้ที่ให้บริการติดตามผู้ป่วย รวมทั้งชื่อผู้ป่วยหรือญาติที่ได้รับการติดตาม และผลการติดตามการรักษาที่มีบันทึกไว้ให้ชัดเจน

แนวทางการปฏิบัติด้านความปลอดภัยของการทำหัตถการการผ่าตัด ประกอบด้วย

- แนวทางการเตรียมความพร้อมทางวิสัญญีแพทย์ จากหน่วยประเมินผู้ป่วยทางวิสัญญีก่อนทำหัตถการผ่าตัด (pre-anesthesia)
- แนวทางการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด ทำหัตถการ ควรจัดทำเป็นเฉพาะรายโรคหรือรายหัตถการที่ผู้ป่วยจะมารับบริการ (Pre-operation)

ระบบการติดต่อสื่อสารที่ให้บริการติดตามดูแลหลังการผ่าตัดระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ

ในการดูแลผู้ป่วยที่รับบริการผ่าตัดวันเดียวกลับของสถานพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพสะดวกรวดเร็ว ให้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมงโดยเฉพาะในกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินหรือภาวะแทรกซ้อนจากการรับบริการอย่างทันทีทันใด

รูปแบบการดำเนินงานการให้บริการแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery) (ODS Platform)

1. ตรวจประเมินโดยศัลยแพทย์
2. ตรวจประเมินโดยวิสัญญีแพทย์
3. ทำผ่าตัด/หัตถการและการบันทึกผลการผ่าตัด
4. การติดตามหลังผู้ป่วยกลับถึงบ้าน 24, 48, 72 ชั่วโมง
5. ลงข้อมูลใน ODS & MIS Registry

เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ เป็นกลุ่มโรคและหัตถการ รวมถึงหัตถการที่เป็นการตรวจวินิจฉัยที่อยู่ในรายการระบบบริการการผ่าตัดวันเดียวกลับ (One day surgery) ตามประกาศของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกองทุนประกันสังคม ตามด้วยการประเมินผู้ป่วยจากทีมวิสัญญีพยาบาล/วิสัญญีแพทย์ในหน่วยตรวจประเมินก่อนผ่าตัดทางวิสัญญี (Pre-anesthesia clinic) ในวันเดียวกันหลังผ่านประเมินจากทั้งแพทย์ที่ทำหัตถการและวิสัญญีแพทย์แล้วส่งพบพยาบาลที่ดูแลในระบบบริการการผ่าตัดวันเดียวกลับ (ODS Nurse manager) เพื่อให้ความรู้และคำแนะนำในการเตรียมตัวก่อนมารับบริการกับผู้ป่วยและญาติ ที่เป็นคนร่วมดูแลก่อนมารับบริการ และหลังการรับบริการ ให้ความรู้ คำแนะนำในการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด/ทำหัตถการเป็นที่เรียบร้อย จึงนัดหมายวันเข้ารับบริการผ่าตัด/ทำหัตถการ รวมถึงเบอร์โทรศัพท์ติดต่อที่จะติดต่อไป

ของทีมการรักษาเป็นพยาบาลที่จะคอยติดตามกับเบอร์ของผู้ป่วยหรือญาติที่สะดวกสามารถติดต่อได้ตลอดทั้งก่อน และหลังการรับบริการก่อนถึงวันเข้ารับบริการการผ่าตัดวันเดียวกัน

โครงการดูแลตนเองที่บ้านหลังการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับบ้าน (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2564)

(Breast cancer home recovery of national institute cancer program: BHR NCI program)

1. การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนเข้ารับบริการผ่าตัดเต้านมแบบวันเดียวกลับบ้าน (One day surgery)

1.1 การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดแบบวันเดียวกลับบ้าน (BHR NCI program) หลังจากการประเมินสภาพผู้ป่วย และความเสี่ยงในการผ่าตัดแล้วจะต้องมีการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด เพื่อให้การผ่าตัดเป็นไปอย่างราบรื่น และปลอดภัยมากที่สุด โดยมีแนวทางการเตรียมดังนี้

(1) ทีมผู้รักษาจะอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษาโดยการผ่าตัดชนิดของการผ่าตัดรวมถึงผลข้าง

เคียงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด

(2) ทีมผู้รักษาเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ (Empowerment) โดยการพูดคุยให้กำลังใจให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย

และญาติเกี่ยวกับแผนการรักษา

(3) ผู้ป่วยจะได้พบทีมวิสัญญีก่อนผ่าตัด เพื่อประเมินความเสี่ยงการให้ยาระงับความรู้สึก และให้ความรู้เกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึก

(4) ผู้ป่วยจะได้พบทีมพยาบาลห้องผ่าตัด เพื่ออธิบายลักษณะของแผลผ่าตัด การดูแลแผลหลังผ่าตัดและสายระบายน้ำเหลือง

(5) ผู้ป่วยจะได้รับคู่มือการดูแลตนเองที่บ้านหลังผ่าตัดแบบวันเดียวกลับบ้าน

(6) ผู้ป่วยจะได้รับใบนัด และคำแนะนำขั้นตอนการมาโรงพยาบาลวันที่ผ่าตัด ก่อนกลับบ้าน

2. เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 70 ปี และ ECOG 0-1

2. ผู้ป่วยมี ASA class I-II

3. ผู้ป่วยมี ASA class III ดังต่อไปนี้

- Poor controlled DM แต่ BS ไม่เกินกว่า 250

- Poor controlled HT แต่ BP ไม่เกินกว่า 160/100 ตามดุลยพินิจของศัลยแพทย์ และ

วิสัญญีแพทย์เห็นสมควร

- ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวอื่นๆ แต่สามารถควบคุมได้ดี ไม่มีความเสี่ยงสูง (no severe /

uncontrolled comorbidity)

- ไม่มีประวัติแพ้ยาที่ใช้ระงับความรู้สึกระหว่างผ่าตัด

- ผู้ป่วยมีญาติหรือผู้ดูแลในวันที่มารับการผ่าตัดและหลังผ่าตัด

- ผู้ป่วยมีแรงเต้านมที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และผู้ป่วยมีความยินยอมที่จะเข้าโครงการ

การผ่าตัดเต้านมด้วยโปรแกรมดูแลตนเองที่บ้านหลังการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (Breast cancer home recovery of national institute program; BHR NCI program)

- ได้รับการประเมินจากศัลยแพทย์ และวิสัญญีแพทย์ว่าผู้ป่วยสามารถเข้าโครงการการผ่าตัดเต้านมด้วยโปรแกรมดูแลตนเองที่บ้านหลังการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (Breast cancer home recovery of national institute program; BHR NCI program) ดังกล่าวนี้อย่างปลอดภัยและมีมาตรฐาน

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาพยาธิสรีรวิทยา การดำเนินของโรค แนวทางการรักษา และการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาผ่าตัด Mastectomy with axillary lymph node dissection แบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS)

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. คัดเลือกผู้ป่วยที่จะนำมาเป็นกรณีศึกษา
2. ศึกษาและค้นคว้าทางวิชาการโรคมะเร็งจากเอกสารงานวิจัย แหล่งข้อมูลและผู้ทรงคุณวุฒิ
3. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนจากระบบ HIS ชักประวัติผู้ป่วยและญาติ ประเมินความต้องการทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล
4. จัดทำโครงเรื่องโรคมะเร็งที่ศึกษา และวางแผนการดำเนินกิจกรรมทางการพยาบาลแก่กรณีศึกษา
5. นำกรณีมาศึกษาวิเคราะห์ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและวางแผนการพยาบาล ปฏิบัติงานการพยาบาล ประเมินผล สรุปกรณีศึกษา

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย: ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 62 ปี เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพโสด ประกอบอาชีพค้าขาย สิทธิการรักษาบัตรทอง ภูมิลำเนากรุงเทพฯ

แหล่งที่มาข้อมูล/ผู้ให้ข้อมูล ผู้ป่วย/ญาติ และข้อมูลในเวชระเบียนสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

วันที่รับไว้ในความดูแล 4 สิงหาคม ถึงวันที่ 1 กันยายน 2566 รวม 29 วัน

การวินิจฉัยโรค Ca. Left breast

การรักษา ผ่าตัด Left mastectomy with axillary lymph node dissection. วันที่ 7 สิงหาคม 2566

อาการสำคัญ

คลำพบก้อนบริเวณเต้านมซ้าย กดไม่เจ็บ ไม่มี Nipple discharge

ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน

ประมาณต้นเดือน ธันวาคม 2565 คลำพบก้อนบริเวณเต้านมซ้าย กดไม่เจ็บ ไม่มี Nipple discharge ไม่ได้ไปพบแพทย์

3 มกราคม 2566 มาพบแพทย์ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ แพทย์ตรวจพบก้อนบริเวณเต้านมซ้ายตำแหน่ง Lower inner quadrant (LIQ) ขนาดประมาณ 3 เซนติเมตร

5 มกราคม 2566 แพทย์ส่งตรวจ Mammography & U/S รายงานผลเป็น Mammography & U/S : BIRADs 5 (Highly suggestive of malignancy) แพทย์นัดทำ Core needle biopsy

6 มกราคม 2566 แพทย์ทำ Core needle biopsy (CNB) และ Fine needle aspiration (FNA)

13 มกราคม 2566 ผล CNB เป็น Invasive ductal carcinoma grade 3 ผล FNA เป็น Positive malignant cells

13 มกราคม 2566 ส่งปรึกษาเคมีบำบัด นัดเริ่มยาเคมีบำบัด 3 กุมภาพันธ์ 2566

26 มกราคม 2566 แพทย์วางแผนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (Neoadjuvant chemotherapy) เพื่อลดขนาดก้อนมะเร็งก่อนการผ่าตัด ด้วยสูตร AC (Adriamycin และ Cyclophosphamide) 4 ครั้ง (วันที่ 3, 24 กุมภาพันธ์ 2566, 20 มีนาคม 2566 และ 10 เมษายน 2566)

5 พฤษภาคม 2566 เริ่มรับยา Paclitaxan และ Trastuzumab แพทย์วางแผนให้ยา 4 ครั้ง (วันที่ 5 พฤษภาคม 2566, 29 พฤษภาคม 2566, 19 มิถุนายน 2566, 10 กรกฎาคม 2566) แพทย์ประเมินผลการรักษาขนาดก้อนที่เต้านมเล็กน้อย วางแผนการรักษาต่อด้วยการผ่าตัด แพทย์นัดมาผ่าตัด Left mastectomy with axillary lymph node dissection ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One day surgery) วันที่ 7 สิงหาคม 2566

ประวัติสุขภาพในอดีต

ผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาประมาณ 8 ปี รับประทานยาที่โรงพยาบาลต้นสิทธิ์ปัจจุบันควบคุมระดับความดันโลหิตได้ หยุดรับประทานยาความดันมาประมาณ 1 ปี แพทย์ให้ใช้วิธีการควบคุมอาหาร

ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว

- บิดาเป็นมะเร็งลำไส้ เสียชีวิตเมื่ออายุ 78 ปี ลุงเป็นมะเร็ง ไม่ระบุเป็นส่วนไหน เสียชีวิตอายุ 80 ปี มารดาเสียชีวิตอายุ 81 ด้วยโรคชรา

อาการแรกเริ่มและสรุปภาวะสุขภาพก่อนรับไว้ในการดูแล

หญิงไทยวัย 62 ปี มาด้วยคลำพบก้อนที่เต้านมซ้าย ภาวะสุขภาพก่อนเจ็บป่วยมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง 8 ปี แพทย์ให้หยุดยามา 1 ปี เนื่องจากคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ ภาวะสุขภาพขณะรักษาในโรงพยาบาลหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมทำกิจวัตรประจำวันได้ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัด เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

อาการแรกเริ่ม (วันที่ 4 สิงหาคม 2566)

หญิงไทยวัย 62 ปี รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 36.5 องศา ซีฟร 86 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 152/83 mmHg น้ำหนัก 64.9 กิโลกรัม ส่วนสูง 161 เซนติเมตร BMI = 25.04

แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการให้เคมีบำบัด Neoadjuvant chemotherapy เริ่มการรักษาด้วย Neoadjuvant chemotherapy (3 กุมภาพันธ์ -11 กรกฎาคม 2566) แพทย์วางแผนการรักษาต่อด้วยวิธีทางศัลยกรรม นัดผ่าตัด Left mastectomy with axillary lymph node dissection ผ่าตัดวันเดียวกลับ (One day

surgery) วันที่ 7 สิงหาคม 2566 เริ่มรับกรณีศึกษาเข้ามาดูแลและศึกษาวันที่ 4 สิงหาคม 2566 – 1 กันยายน 2566 นัดผ่าตัดและนอนโรงพยาบาลวันที่ 7 สิงหาคม 2566 โดยได้รับบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One day surgery) และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นวันที่ 8 สิงหาคม 2566 ให้กลับบ้านพร้อมขวดระบายน้ำเหลือง (Jackson drain) 2 ขวด

การดูแลก่อนผ่าตัด

Day 0 (วันที่ 4 สิงหาคม 2566) บทบาทของพยาบาลได้ทำตามแนวทางของโครงการผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบวันเดียวกลับ (One day surgery in breast cancer patient with home recovery program: ODS BHR program) ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามแผนการรักษา

การดูแลหลังผ่าตัด

Day 1 (วันที่ 8 สิงหาคม 2566) หลังผ่าตัดผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ยกแขนข้างผ่าตัดได้ 170 องศา สามารถจำหน่ายกลับบ้านภายใน 24 ชั่วโมง

Day 2-9 (วันที่ 9-16 สิงหาคม 2566) ขณะอยู่บ้านมีแผลผ่าตัดที่เต้านมข้างซ้าย On Jackson drain 2 ขวด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เริ่มมีความเสี่ยงต่อภาวะข้อไหล่ติด ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวข้อไหล่ ผู้ป่วยยกแขนข้างผ่าตัดได้ไม่สุดแขน

Day 10-24 (วันที่ 17-27 สิงหาคม 2566) มีภาวะข้อไหล่ติดหลังผ่าตัด Day 10 ได้กระตุ้นการบริหารข้อไหล่และแขนหลังผ่าตัด โดยนำโปรแกรมการบริหารข้อไหล่และแขนสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติเพื่อเพิ่มความสามารถในการบริการข้อไหล่และแขน เป้าหมายเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ลดการจำกัดการเคลื่อนไหวของข้อไหล่และแขน เพิ่มองศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่ เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของข้อไหล่และแขน ลดภาวะแขนบวม

Day 25-29 (วันที่ 28 สิงหาคม 2566 – 1 กันยายน 2566) ผู้ป่วยเริ่มมีการเคลื่อนไหวของข้อไหล่และแขนดีขึ้นตามลำดับหลังจากได้รับการดูแลและแก้ไขภาวะข้อไหล่ติดจากพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ วันที่ 1 กันยายน 2566 หลังผ่าตัด Dayที่29 ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะข้อไหล่ติดซ้ำ โดยใช้เครื่องมือวัดข้อไหล่ Thai Arthrometric Navigator Scale (TAN Scale) ผู้ป่วยยกแขนได้ 180 องศาได้ตามเป้าหมาย ปัญหาข้อไหล่ติดสิ้นสุด

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

สรุปข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ และการพยาบาลที่อยู่ในช่วงรับไว้ดูแล

ผู้ป่วยกรณีศึกษา : ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งเต้านม ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด Mastectomy with axillary lymph node dissection แบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery)

1. ระยะเวลาก่อนผ่าตัด

ช่วงที่ 1 ระยะเตรียมตัวก่อนผ่าตัด (ที่บ้าน)

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ 1 วิตกกังวลในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด

ช่วงที่ 2 เข้าวันผ่าตัด (มาตามนัดเพื่อ Admit เพื่อผ่าตัด)

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ 1 วิตกกังวลในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ 1 วิตกกังวลในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด

(พบปัญหาระหว่างวันที่ 4 สิงหาคม 2566 – 7 สิงหาคม 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data : ผู้ป่วยบอกว่า ตมยาสลบแล้วกลัวไม่ฟื้น

: ผู้ป่วยถามว่า ผ่าตัดเต้านมอันตรายหรือไม่ ใช้เวลาผ่าตัดนานหรือไม่

Objective data : สีหน้าเรียบเฉย ไม่ยิ้ม

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล และมีความมั่นใจ มีความพร้อมก่อนเข้ารับการผ่าตัด
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด และการได้รับยาระงับความรู้สึก

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึกให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความพร้อมเข้ารับการผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย ให้ความเป็นกันเองและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ เกี่ยวกับการผ่าตัด และการได้รับยาระงับความรู้สึก
2. ให้ข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการผ่าตัด และบอกถึงความจำเป็นและข้อดีในการได้รับยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้ที่ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง เตรียมความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัดได้ถูกต้อง มีความมั่นใจในแผนการรักษาของแพทย์
3. ใช้เวลาผู้ป่วยในการพูดคุย และระบายความวิตกกังวล โดยพยาบาลแสดงออกถึงความเข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วย ใช้การสัมผัสเพื่อถ่ายทอดความห่วงใย และความเอื้ออาทร
4. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรคและเหตุผลที่ต้องทำการผ่าตัด ข้อดีของการผ่าตัด และการได้รับยาระงับความรู้สึก ตลอดจนถึงระยะเวลาในการผ่าตัด จากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ซักถามข้อสงสัยต่างๆ และตอบข้อสงสัยอย่างเต็มที่ และแก้ไขความเชื่อหรือความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการผ่าตัด และการได้รับยาระงับความรู้สึก เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบถึงข้อมูลที่แท้จริง

การประเมินผล วันที่ 7 สิงหาคม 2566 เวลา 09.30 น.

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใสขึ้นคลายความวิตกกังวล
2. เข้าใจขั้นตอนการให้ยาระงับความรู้สึกและแผนการรักษาที่ได้รับ
3. ให้ความร่วมมือในการเตรียมร่างกาย เพื่อเข้ารับการผ่าตัด

สรุปผลการดูแล ปัญหาสิ้นสุด

2. ระยะหลังผ่าตัด (ช่วงอยู่โรงพยาบาลหออผู้ป่วย ODS)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะเลือดหรือน้ำเหลืองคั่งอยู่ใต้แผล

(Hematoma/Seroma)

(พบปัญหาวันที่ 8 – 17 สิงหาคม 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data : ผู้ป่วยบอกรู้สึกปวดบวมตึงบริเวณแผลผ่าตัด เหมือนน้ำเหลืองจะไม่ไหลลง
ขวด

Objective data : หลังผ่าตัด Mastectomy with axillary lymph node dissection มี
แผลผ่าตัดบริเวณหน้าอกซ้าย On jackson drain 2 ขวด

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะมีเลือด (Hematoma) หรือซีรัม (Seroma) คั่งอยู่ใต้แผล

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและความเสี่ยงต่างๆ ที่จะทำให้เกิดภาวะเลือด (Hematoma) หรือซีรัม (Seroma) คั่งอยู่ใต้แผล
2. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงอาการและความผิดปกติต่างๆ บริเวณแผลผ่าตัดได้

กิจกรรมพยาบาล

1. สังเกตภาวะบวมตึงบริเวณแผลผ่าตัด ถ้ามีน้ำเหลืองคั่งอยู่จะบวมตึงและกดนุ่มน้ำเหลืองมีการระบายอย่างมีประสิทธิภาพ และให้คำแนะนำผู้ป่วยว่าหลังผ่าตัด 24-72 ชั่วโมงแรกอาจมีอาการปวดแผลบวมตึงบริเวณแผลผ่าตัดได้ ให้สังเกตขอตรวจระบายน้ำเหลืองว่าเป็นระบบสุญญากาศหรือไม่ (ภาคผนวก ง.)
2. แนะนำการดูแลผิวหนังบริเวณผ่าตัดและเต้านมว่ามีบวมมากขึ้นหรือไม่
3. แนะนำอาการผิดปกติที่ต้องแจ้งแพทย์/พยาบาลทันที หรือเมื่อกลับไปบ้านสามารถมาพบแพทย์ก่อนนัดได้ถ้าพบอาการผิดปกติ ได้แก่ แผลผ่าตัดแยก แผลผ่าตัดบวมตึง ปวดมีหนองหรือสิ่งผิดปกติออกจากแผล แขนบวมผิดปกติ มีไข้สูงรับประทานยาแล้วไม่ทุเลา คลำผิวหนังบริเวณเต้านมพบว่าบวมมาก แผลผ่าตัดสีคล้ำผิดปกติ เป็นต้น
4. ดูแลขอระบายน้ำเหลืองให้อยู่ในระบบ สุญญากาศตลอดเวลาและรีดสาย (Milking) สาย drain เพื่อให้ น้ำเหลืองไหลลงขวดได้ดี

การประเมินผลวันที่ 17 สิงหาคม 2566 เวลา 11.00 น.

1. ผู้ป่วยไม่มีภาวะเลือดคั่ง (Hematoma) คั่งอยู่ที่แผล
2. ผิวหนังบริเวณผ่าตัดเต้านม ไม่มีบวมแดง และ Seroma
3. ไม่มีไข้

สรุปผลการดูแล ปัญหาสิ้นสุด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยและญาติยังมีความรู้และทักษะในการบริหารข้อไหล่และแขนหลังผ่าตัดเต้านมไม่เพียงพอ
(พบปัญหาวันที่ 8 – 17 สิงหาคม 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data : ผู้ป่วยบอกว่ายังจำทำและวิธีบริหารข้อไหล่ และแขนไม่ได้ทั้งหมด

Objective data : ผู้ป่วยไม่มีประสบการณ์ การบริหารข้อไหล่และแขน ได้เพียงได้รับคำสอนก่อนการผ่าตัด

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้เกิดทักษะ-และตระหนักถึงความสำคัญในการบริหารข้อไหล่และแขนให้แก่ผู้ป่วยและญาติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวและบริหารข้อไหล่และแขนได้ถูกวิธี
2. ญาติมีความรู้และความเข้าใจการบริหารข้อไหล่และแขน สามารถช่วยเหลือและกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายและบริหารข้อไหล่และแขนได้ตามคำแนะนำ

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินความรู้และทักษะของผู้ป่วยเกี่ยวกับการบริหารข้อไหล่และแขนภายหลังการผ่าตัด เพื่อให้ได้นำไปใช้ในการบริหารต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
2. ให้คำแนะนำและทบทวนการปฏิบัติตนในการบริหารแขนและข้อไหล่หลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมและเลาะต่อมน้ำเหลืองออก แก่ผู้ป่วยและญาติ (ภาคผนวกหน้าจ.)
3. ทบทวนและสอนและสาธิตวิธีการบริหารแขนและข้อไหล่แก่ผู้ป่วยและญาติ (ภาคผนวกหน้าจ.) สอนและสาธิตวิธีประเมินความเสี่ยงของภาวะข้อไหล่ติดด้วยวิธี Shoulder lift technique (SLT) (ภาคผนวก.ช)
4. เอกสารคู่มือสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโครงการดูแลตนเองที่บ้าน หลังผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ODS) เพื่อใช้สำหรับอ่านและทบทวนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

การประเมินผล วันที่ 17 สิงหาคม 2566 เวลา 09.20 น.

ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและสามารถอธิบายและปฏิบัติตัวบริหารแขนและข้อไหล่ ตามคำแนะนำได้ถูกต้อง
สรุปผลการดูแล ปัญหายังไม่สิ้นสุด แต่มีแนวโน้มดีขึ้น ผู้ป่วยมีความตระหนักเห็นความสำคัญของการบริหารข้อไหล่และแขน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 วิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลขวดระบายน้ำเหลือง (Jackson drain)
(พบปัญหาระหว่างวันที่ 8 – 11 สิงหาคม 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data : ผู้ป่วยบอกว่ากลัวจะดูแลขวดระบายน้ำเหลือง ไม่ได้ กลัวขวดจะหลุดแตก

Objective data : สีหน้า และแววตา มีความวิตกกังวล

: มีแผลผ่าตัดมะเร็งเต้านมข้างซ้าย On Jackson drain 2 ขวด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล และมีความมั่นใจในการดูแลขวดระบายน้ำเหลือง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ และมีทักษะการดูแลขวดระบายน้ำเหลือง ด้วยตนเอง

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยมีความมั่นใจสามารถดูแลขวดระบายน้ำเหลืองได้ และไม่มีความวิตกกังวล

กิจกรรมพยาบาล

1. ทบทวนความรู้และทักษะการดูแลแผลผ่าตัด และขวดระบายน้ำเหลือง (Jackson drain) ด้วยตนเอง เมื่อไปอยู่บ้านดังนี้ (ประเมินการดูแลแผลผ่าตัด และขวดระบายน้ำเหลือง ใน visit วันที่ 7, 8, 9 และ 14 สิงหาคม 2566)
 - ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่า ขวดระบายน้ำเหลืองเป็นขวดพลาสติกอย่างดี คุณสมบัติมีความยืดหยุ่นสูง น้ำหนักเบา ดูแลง่าย สามารถใส่ในกระเป๋าเสื้อได้ และแนะนำให้ใช้กระเป๋าที่ทางโรงพยาบาล ให้ไว้ใส่ขวดระบายน้ำเหลือง
 - ทบทวนการดูแลแผลผ่าตัดที่มีสายระบายต่อออกมาจากภายในแผลไม่ให้สัมผัสผิวหนัง จนกว่าจะได้รับการถอดสายระบายน้ำเหลืองออกเรียบร้อยแล้ว และแผลผ่าตัดจะปิดพลาสติกเกอร์กันน้ำไว้ โดยปกติจะใช้เวลา 7-14 วัน หลังผ่าตัดแพทย์จะเปิดแผล และเอาขวดระบายน้ำเหลือง (Jackson drain) ออกเมื่อสภาวะการหายของแผลเป็นไปตามเกณฑ์ (แผลแห้งดี มี Seroma ออกไม่เกิน 30 ml ต่อวัน)
2. หากมีเลือด หรือน้ำเหลืองซึมชุ่มวัสดุปิดแผล ควรไปพบแพทย์ที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน
3. ให้สังเกตสี และจำนวน น้ำเหลืองที่ออกในแต่ละวัน และจดบันทึกในแบบฟอร์มที่โรงพยาบาลให้ (ภาคผนวก ง.)
 - สังเกตการทำงานของขวดให้ยังคงเป็นสุญญากาศตลอด โดยดูจากจุกด้านบนขวดระบายน้ำเหลืองนั้นต้องแฟบอยู่ตลอดเวลา หากขวดระบายน้ำเหลืองมีปริมาณน้ำเหลือง $\frac{3}{4}$ ขวด หรือจุกขวดระบายน้ำเหลืองโป่งไม่ทำงาน แนะนำให้ไปเปลี่ยนขวดระบายน้ำเหลืองที่สถานบริการใกล้บ้านใหม่
 - หลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล กลับมาพักผ่อนที่บ้าน ผู้ป่วยจะต้องบันทึกปริมาณน้ำออกในแต่ละวัน เพื่อให้แพทย์พิจารณาถอดท่อระบายน้ำเหลืองออก ในกรณีที่ขวดระบายน้ำเหลือง (ภาคผนวก ง.)

- การจดปริมาณน้ำเหลืองในแต่ละวัน ให้ทำโดยดูจากขีดวัดปริมาณข้างขวด โดยไม่ต้องเทน้ำเหลืองออกจากขวด
- หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลขวดระบายน้ำเหลือง ให้ติดต่อสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน หรือโทรศัพท์ติดต่อโรงพยาบาลที่ผ่าตัด สอบถามมาใน Line กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่รับบริการแบบผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery) ที่ให้ผู้ป่วย/ญาติเข้า Link ไว้แล้ว

การประเมินผล วันที่ 11 สิงหาคม 2566 เวลา 9.10 น.

ผู้ป่วยบอกว่ามีความมั่นใจในการดูแลขวดระบายน้ำเหลือง ไม่มีความวิตกกังวลเรื่องการดูแลขวดระบายน้ำเหลืองแล้ว

สรุปผลการดูแล ปัญหาสิ้นสุด

ระยะหลังผ่าตัด (ขณะอยู่ที่บ้าน)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีภาวะข้อไหล่ติดหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม
(พบปัญหาระหว่างวันที่ 17 – 27 สิงหาคม 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data : ประเมินการเคลื่อนไหวข้อไหล่ด้วยตนเองขณะอยู่บ้านโดยใช้เทคนิค

Shoulder Lift Technique (SLT) ผู้ป่วยบอกว่ายกแขนได้ไม่สุดแขน

Objective data : 1. หลังผ่าตัด Left mastectomy with axillary lymph node

dissection มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าอกซ้าย On radivac drain 2 ขวด

2. ประเมินการเคลื่อนไหวข้อไหล่ โดยใช้เครื่องมือ TAN scale

วันที่ 17 สิงหาคม 2566 ผลการประเมิน : ทำ Flexion 125 องศา,

ทำ Abduction 130 องศา) ผู้ป่วยมีปัญหาการเคลื่อนไหวข้อไหล่

จำเป็นต้องให้การรักษาภาวะข้อไหล่ติด

วันที่ 24 สิงหาคม 2566 ผลการประเมิน : ทำ Flexion 140 องศา, ทำ

Abduction 150 องศา) ผู้ป่วยมีปัญหาการเคลื่อนไหวข้อไหล่ จำเป็นต้อง

ให้การรักษาภาวะข้อไหล่ติด

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยสามารถบริหารข้อไหล่และแขนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (บริหารท่าต่างๆ ได้ถูกต้องและความถี่ในการทำเหมาะสมและสม่ำเสมอ)
2. ผู้ป่วยรับรู้และตระหนักถึงผลเสียที่จะเกิดขึ้นจากการบริหารข้อไหล่และแขนอย่างมีประสิทธิภาพ และมีความตั้งใจที่จะบริหารอย่างสม่ำเสมอ

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีความตระหนัก และทำการบริหารแขนและข้อไหล่สม่ำเสมอ (ทุกวัน วันละ 3 ครั้ง)
2. ผู้ป่วยไม่มีภาวะข้อไหล่ติด สามารถยกแขนข้างผ่าตัดได้ 180 องศา

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการบริหารข้อไหล่และแขนที่ปฏิบัติที่ผ่านมา และพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อค้นหาปัจจัยที่เป็นข้อจำกัด/เป็นเหตุส่งเสริมทำให้เกิดข้อไหล่ติด
2. เน้นย้ำถึงผลกระทบจากการเกิดข้อไหล่ติด นอกจากมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแล้วยังมีผลกระทบต่อการประกอบอาชีพของผู้ป่วยด้วย (ผู้ป่วยต้องขึ้นรถไปขายน้ำแข็งใส)
3. พูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อหาวิธีการลดหรือหลีกเลี่ยงข้อจำกัดที่ทำการบริหารแขน และข้อไหล่ไม่เป็นไปตามคำแนะนำ ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในด้านการเคลื่อนไหวข้อไหล่ เพราะมีขบวนการระบายน้ำเหลือง 2 ขวด ทำให้กังวลเกี่ยวกับการบริหารข้อไหล่และแขนและผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุจะมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะข้อไหล่ติดมากกว่าวัยอื่น
4. ให้กำลังใจและเสริมพลัง โดยการทบทวนและสอนสาธิตวิธีการบริหารแขนข้างที่ผ่าตัดเต้านม (ภาคผนวก จ.) อีกครั้งในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจติดตามที่คลินิกศัลยกรรมเต้านม
5. ทวนสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความตระหนักเรื่องภาวะข้อไหล่ติดในผู้สูงอายุ
6. ร่วมคู่มือทัศนกรรมการบริหารแขนและข้อไหล่อีกครั้ง พร้อมให้คำอธิบายประโยชน์ในแต่ละท่าบริหาร พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถาม
7. การให้คู่มือการบริหารข้อไหล่และแขนกลับไปทบทวนที่บ้านอีกครั้ง ทดแทนเอกสารที่เคยให้ และได้หายไปแล้ว
8. แนะนำและย้ำเรื่องการฝึกบริหารแขนและข้อไหล่ซ้ำๆ เพิ่มจำนวนครั้งและระยะเวลาให้มากขึ้นกว่าเดิมเท่าที่สามารถทำได้ภายใต้ข้อจำกัดของร่างกาย
9. นำญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือการบริหารแขนและข้อไหล่ เพื่อเพิ่มความสามารถในการบริการข้อไหล่และแขน เป้าหมายเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ลดการจำกัดการเคลื่อนไหวของแขนและข้อไหล่ เพิ่มองศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่ เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของแขนและข้อไหล่ ลดภาวะแขนบวม
10. แนะนำและสนับสนุนให้เข้าร่วมกลุ่ม (Self help group) ที่มีอยู่ โดยเป็นกลุ่มที่ให้ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ที่เคยผ่าตัดมาก่อน มาเล่าประสบการณ์ และให้คำแนะนำในการบริหารแขนและข้อไหล่และพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ผู้ป่วยจะได้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว มีความหวังและกำลังใจ ในการปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่างๆและมีกำลังใจที่จะปฏิบัติตัวให้ภาวะข้อไหล่ติดหายได้เร็วขึ้น

การประเมินผล วันที่ 17, 24 สิงหาคม 2566 และ 1 กันยายน 2566

1. วัดองศาแขน หลังผ่าตัด โดยใช้เครื่องวัด Tan scale หลังผ่าตัด

วันที่ 17 สิงหาคม 2566

ข้างซ้าย Abduction	= 125 องศา
ข้างซ้าย Flexion	= 130 องศา
ข้างขวา Abduction	= 180 องศา
ข้างขวา Flexion	= 180 องศา

2. วัดและประเมินองศาแขน โดยใช้เครื่องวัด Tan scale (เยี่ยม case หลังผ่าตัด) ผู้ป่วยมา follow up ที่ OPD

วันที่ 24 สิงหาคม 2566

ข้างซ้าย Abduction	= 140 องศา
ข้างซ้าย Flexion	= 150 องศา
ข้างขวา Abduction	= 180 องศา
ข้างขวา Flexion	= 180 องศา

วันที่ 1 กันยายน 2566

ข้างซ้าย Abduction	= 180 องศา
ข้างซ้าย Flexion	= 180 องศา
ข้างขวา Abduction	= 180 องศา
ข้างขวา Flexion	= 180 องศา

สรุปผลการดูแล ปัญหาสิ้นสุดวันที่ 1 กันยายน 2566 ผู้ป่วยสามารถยกแขนได้สุดตามเป้าหมาย 180 องศา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อภาวะแขนบวมหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม และเลาะต่อมน้ำเหลืองออก (พบปัญหาระหว่างวันที่ 8 สิงหาคม 2566 – 1 กันยายน 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data : จากการพูดคุยผู้ป่วยบอกว่า ยังจำได้ไม่ครบตามวิธีปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงต่อ ความเสี่ยงต่อภาวะแขนบวมหลังได้รับการให้ข้อมูลครั้งแรก

Objective data : หลังผ่าตัด Mastectomy with Axillary lymph node dissection แบบ วันเดียวกลับ (One day surgery) มีระยะเวลาในการให้ความรู้มีน้อย เนื่องจากเป็นการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดแขนบวม
2. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ในการประเมินภาวะการเกิดแขนบวมและกรณีมีแนวโน้มที่ แขนเริ่มบวม

เกณฑ์การประเมินผล

1. มีความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่างๆ ที่ต้องหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะทำให้เกิดภาวะแขนบวม และเข้าใจในการปฏิบัติได้ถูกต้องเมื่อพบแนวโน้มที่แขนเริ่มบวม
2. วันมาตรวจติดตามก่อนสิ้นสุดการรับไว้ในความดูแล (1 กันยายน 2566) ไม่พบภาวะแขนบวม

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดแขนบวม
 - 1.1 ป้องกันแขนและมีอย่าให้ถูกความร้อนจัดและอย่าตากแดดจัดๆ เนื่องจากความร้อนจัดจะทำให้ผิวหนังเกิดการอักเสบและติดเชื้อได้ง่าย
 - 1.2 แนะนำระวังอย่าให้วัตถุใดๆ ไปรัดแขนข้างที่ทำผ่าตัด เพราะจะทำให้ไปขัดขวางการไหลเวียนของโลหิต
 - 1.3 ห้ามสวมเครื่องประดับที่คับจนรัด หรือทำให้เกิดการขีดข่วน และขัดขวางการไหลเวียนของโลหิต
 - 1.4 ห้ามสพหายของหนักบนขาที่ทำผ่าตัดไว้ หรือหัวของหนัก ไม่ควรเกิน 1 กิโลกรัม
 - 1.5 ห้ามวัดความดันโลหิต แขนข้างผ่าตัด
 - 1.6 ไม่เจาะเลือดหรือให้สารน้ำเข้าหลอดเลือด แขนข้างผ่าตัด
 - 1.7 หลีกเลี่ยงการทำให้ผิวหนังหรือ แขนข้างที่ผ่าตัด เกิดบาดแผล รวมถึงหลีกเลี่ยงการเกิดรอยถลอก หรือรอยไหม้เพียงเล็กน้อย ก็อาจทำให้เกิดการติดเชื้อลุกลามไปได้
 - 1.8 ให้อาบน้ำที่สะอาด ถ้ามีอาการของแขนบวม ปวด แดง ร้อน หรือมีไข้
2. เน้นย้ำให้ผู้ช่วยบริหารแขนข้างที่ทำผ่าตัดอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำทุกครั้งที่ติดตามและเยี่ยมกรณีศึกษา
3. เน้นย้ำเรื่องผลกระทบที่เกิดขึ้นหากเกิดภาวะแขนบวม
4. แนะนำให้ปรับพฤติกรรมนอนเพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดแขนบวม คือให้ นอนยกแขนข้างผ่าตัด(ซ้าย)สูงกว่าระดับหัวใจ โดยใช้หมอนรองแขนตั้งแต่แขนถึงหัวไหล่
5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สอบถามเพิ่มเติม

การประเมินผล วันที่ 1 กันยายน 2566 เวลา 11.30 น.

1. ผู้ป่วยเข้าใจ และสามารถอธิบายการปฏิบัติตัวที่ต้องหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะทำให้เกิดภาวะแขนบวม ภายหลังการผ่าตัด
2. ผู้ป่วยระบุได้ถูกต้องแสดงถึงความเข้าใจในการปฏิบัติได้ถูกต้องเมื่อพบแนวโน้มที่แขนเริ่มบวม
3. วันที่ 1 กันยายน 2566 ประเมินไม่พบภาวะแขนบวม

สรุปผลการดูแล ปัญหาสิ้นสุด (ในช่วงที่รับไว้ในการดูแล)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ภายหลังได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม
(พบปัญหาระหว่างวันที่ 17 สิงหาคม 2566 – 24 สิงหาคม 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data : ผู้ป่วยบอกว่าไม่มีความมั่นใจและไม่กล้ามองเต้านมข้างที่ผ่าตัด ถามว่า
โรงพยาบาลมีเต้านมเทียมแจกหรือไม่

Objective data : ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Mastectomy with Axillary lymph node
dissection วันที่ 7 สิงหาคม 2566 (สูญเสียเต้านมและมีรอยแผลจากการ
ตัดเต้านมออก ร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้)

: มีสีหน้ากังวล ไม่ยิ้ม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลภาพลักษณ์จากการสูญเสียเต้านมและรอยแผลผ่าตัด
2. เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบแหล่งสนับสนุนด้านภาพลักษณ์ทางร่างกายและความรู้สึกทางด้านจิตใจ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลด้านภาพลักษณ์ลดลง
2. ผู้ป่วยรับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สามารถช่วยเหลือได้ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ และผลกระทบต่อความสามารถ
บทบาท และแบบแผนการดำรงชีวิต โดยการสร้างความไว้วางใจ เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยพูดถึง
ความรู้สึก และสังเกตพฤติกรรมแสดงออก
2. สร้างสัมพันธภาพด้วยท่าทีที่เป็นกันเองและให้กำลังใจผู้ป่วย
3. ให้ข้อมูลแหล่งสนับสนุนต่างๆ เช่น ศูนย์มิตรภาพบำบัดของโรงพยาบาล ซึ่งให้บริการเต้านม
เสริมและเสื้อชั้นใน สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ผ่าตัดเต้านมออก บริการฟรีไม่มีค่าใช้จ่าย
4. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยเข้าร่วมทำกิจกรรมกลุ่ม (Self help group) ในโอกาสต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้
มีโอกาสพบปะพูดคุย โดยได้ให้ช่องทางการติดต่อเพื่อรับทราบการจัดกิจกรรม
กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ตรง เคยผ่าตัดเต้านมมาก่อน จะทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว
มีเพื่อนรู้สึกอบอุ่นและมั่นใจและมีกำลังใจ
5. วันที่ 1 กันยายน 2566 ซึ่งเป็นวันสิ้นสุดการดูแล ประเมินแผลบริเวณผ่าตัดแห้งดี ได้
ประสานงานให้ผู้ผู้ป่วยได้ไปที่ศูนย์มิตรภาพบำบัดเพื่อไปรับคำแนะนำการเสริมภาพลักษณ์โดย
การใช้เสื้อชั้นในอย่างเหมาะสมและมีการ Fitting เพื่อให้ได้เสื้อชั้นในที่เหมาะสมและใส่ได้
สะดวกไม่เกิดภาวะความไม่สมดุลย์ของเต้านมที่เหลือข้างเดียวโดยใส่เสื้อชั้นในที่มิ่วสต์
ทดแทนลักษณะเต้านมให้มีความสมดุลย์ด้านขนาดและน้ำหนักทั้งสองข้าง

การประเมินผล วันที่ 24 สิงหาคม 2566 และ 1 กันยายน 2566 เวลา 13.00 น.

1. วันที่ 24 สิงหาคม 2566 ผู้ป่วยมีความหวังที่จะได้รับการสนับสนุนเมื่อผลผ่าตัดหายและผิวหนังกลามเนื้อหน้าอกด้านที่ผ่าตัดมีความแข็งแรงเพียงพอ และรับรู้วิธีการเข้าร่วมกับกลุ่ม Self help group ถ้าต้องการ
2. วันที่ 1 กันยายน 2566 ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและรู้สึกพึงพอใจจากการได้รับเสื้อชั้นในที่มีวัสดุประกอบเสริมเต้านมที่ใส่สบาย ลดความไม่มั่นใจเมื่อแต่งตัวทั้งอยู่ในบ้านและออกนอกบ้าน

สรุปผลการดูแล ปัญหาสิ้นสุด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาด้วยวิธีฉายรังสี และภาวะแทรกซ้อน (พบปัญหาระหว่างวันที่ 24 สิงหาคม 2566 – 1 กันยายน 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data : ผู้ป่วยบอกว่า กลัวผลข้างเคียงจากการฉายรังสีที่บริเวณเต้านม

Objective data : แพทย์วางแผนการรักษาต่อด้วยวิธีฉายรังสีวันที่ 13 กันยายน 2566

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล โดยได้รับข้อมูลและการเสริมพลังเบื้องต้นในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมผลจากภาวะแทรกซ้อนเมื่อรับการฉายรังสีไม่ให้ความรุนแรง

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยคลายความกังวลลงได้ระดับหนึ่ง จากการได้รับความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับผลของการฉายรังสี และการควบคุมไม่ให้เกิดความรุนแรงได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความวิตกกังวลต่อการรักษาด้วยการฉายรังสี พบว่า มีความกังวลเรื่องผลข้างเคียงของรังสีจากประสบการณ์การเห็นจากข่าวต่างๆ และเห็นผู้ป่วยที่ฉายรังสี
2. ให้ข้อมูลผลกระทบหรือผลข้างเคียงที่จะพบเมื่อรับการฉายรังสีบริเวณทรวงอก ได้แก่
 - 2.1 ผิวหนัง อาจมีลักษณะเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเกิดได้เป็นปกติ โดยหลังฉายรังสีไปแล้ว 2-3 สัปดาห์ ผิวหนังจะเป็นสีชมพูหรือคล้ำขึ้น และเมื่อฉายรังสีต่อไปเรื่อยๆ ผิวหนังจะกลายเป็นสีแดงหรือคล้ำมากขึ้น อาจมีผิวหนังแห้ง หรือคันร่วมด้วย
 - 2.2 ผลข้างเคียงของผิวหนังเหล่านี้มักจะดีขึ้นหลังการรักษาเสร็จสิ้น โดยทั่วไปใช้เวลา 3-4 สัปดาห์ ขนบริเวณรักแร้อาจร่วงหรือบางลงได้ แต่จะกลับขึ้นมาใหม่ได้หลังการรักษาเสร็จสิ้นไปแล้ว 2-4 เดือน แต่การฉายรังสีที่บริเวณเต้านมไม่มีผลกระทบต่อเส้นผมที่ศีรษะ ผู้ป่วยจะไม่ผมร่วงจากการฉายรังสีบริเวณเต้านม

ให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันหรือควบคุมไม่ให้เกิดผลข้างเคียงรุนแรง ดังนี้

- 2.3 พยาบาลรังสีจะให้คำแนะนำโดยละเอียดในการดูแลผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสี ให้ปฏิบัติ

ตามอย่างเคร่งครัด เช่นถ้าหากเกิดผิวด่างหรือมีรอยปริแยก ซึ่งอาจเกิดได้ที่ผิวหนังหลังฉายรังสีครบไปแล้วประมาณ 2-3 สัปดาห์ ถ้าดูแลดีจะไม่เกิดอันตราย-และผิวหนังจะเริ่มฟื้นฟูตัวเอง อาจพบผิวด่างบางจุดที่บอบบางต่อรังสีมากกว่าปกติ เช่น ใต้ราวนม ขอบกระดูกไหปลาร้า ใต้รักแร้ อาจเกิดเป็นแผลพุพองและลอกได้ แต่สามารถแจ้งให้ทีมแพทย์และพยาบาลทราบ เพื่อได้รับยาหรือครีมเพื่อการดูแลผิวหนังนั้น เพื่อควบคุมไม่ให้อาการรุนแรงมากขึ้น

2.4 การปฏิบัติตัวขณะรับการฉายรังสี ดังนี้

1. สามารถอาบน้ำได้ทุกวัน โดยใช้สบู่อ่อนๆ ที่ไม่มีกลิ่นห้ามขัดหรือถูตัวแรงๆ โดยเด็ดขาด และให้ใช้ผ้าสะอาด และแห้ง ซับเบาๆ หลังอาบน้ำเสร็จ
2. ควรสวมเสื้อผ้าหลวมๆ เนื้อผ้าอ่อนนุ่มแนะนำเป็นเสื้อผ้าหนา หลีกเลี่ยงการใส่เสื้อชั้นในรัดหรือคับเกินไป ถ้าจำเป็นต้องใส่ควรใส่เสื้อคอกระเช้า เสื้อยกทรงควรงดโดยเด็ดขาด
3. ไม่ควรสวมใส่เสื้อผ้าที่มีโลหะ หรือเครื่องประดับต่างๆ ในขณะฉายรังสี เช่น สร้อยคอ กระดุมโลหะ ชิปโลหะ ฯลฯ
4. ในระหว่างฉายรังสี สัปดาห์ที่ 1-3 ผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีมักจะไม่มีอาการผิดปกติในระหว่างฉายรังสี สัปดาห์ที่ 4-5 ผิวหนังจะเริ่มมีสีแดงคล้ำ ผิวดำเป็นขุย หรือรู้สึกคัน ควรดูแลไม่ให้ผิวหนังแห้ง และสะอาดอยู่เสมอ
5. ในระหว่างฉายรังสี สัปดาห์ที่ 6 ผิวหนังจะมีสีคล้ำขึ้น บางแห่งจะมองเห็นขุยเป็นจุดๆ ซึ่งเป็นสิ่งธรรมดา ในระยะนี้ไม่ควรให้ผิวหนังบริเวณดังกล่าวถูกแสงแดดจัด เพราะจะทำให้เกิดอาการแสบร้อนขึ้นได้ ผิวด่างบางแห่ง เช่น ในบริเวณซอกรักแร้ อาจจะลอกเป็นแผลแฉะ ถ้ามีการเสียดสีกันอยู่เสมอๆ ควรพยายามเปิดรักแร้อยู่เสมอๆ ในสถานที่ที่เหมาะสม เช่น ที่บ้าน ปล่อยให้ลมโกรก หรือพัดเป่าบริเวณฉายแสงที่เป็นซอกอับ เวลาเดินควรเดินกางแขนมากกว่าปกติหรือเท้าเอวเดิน เพื่อป้องกันมิให้ผิวหนังเกิดการเสียดสีในระหว่างนี้ควรไม่ให้แผลถูกน้ำ และแจ้งให้แพทย์ทราบ ห้ามทายาและครีมทุกชนิด ยกเว้นแพทย์สั่ง ถ้าผู้ป่วยดูแลผิวด่างดี แผลจะแห้ง และหายเป็นปกติได้ภายใน 1 สัปดาห์
6. โดยทั่วไปผู้ป่วยสามารถใช้ครีมบำรุงผิวได้ ให้ใช้ครีมที่ไม่มีส่วนผสมของน้ำหอม และแอลกอฮอล์ แต่เนื่องจากการทาครีมอาจทำให้เส้นที่มีขอบเขตการฉายรังสีลบได้ ซึ่งจะส่งผลต่อการรักษา จึงไม่แนะนำให้ผู้ป่วยทาครีมในช่วงการฉายรังสี ยกเว้นในผู้ป่วยบางรายที่มีผิวด่างที่แห้งมาก ผู้ป่วยควรปรึกษาแพทย์และพยาบาลก่อนตัดสินใจใช้ครีมบำรุงผิว

7. ห้ามให้แอลกอฮอล์เช็ดล้างบริเวณที่ฉายรังสีโดยเด็ดขาด เมื่อฉายรังสีครบแล้ว เส้นที่ขีดไว้จะค่อยๆจางไปได้เอง ผู้ป่วยสามารถขัดออกได้โดยใช้น้ำมัน หรือวาสลีนสามารถทำได้เองหลังการรักษาเสร็จสิ้นไปแล้ว 1-2 สัปดาห์
8. ห้ามโกนขนบริเวณที่ฉายรังสี ห้ามติดแถบกาวใดๆ บริเวณที่ฉายรังสี
9. ห้ามให้ผิวหนังที่ฉายรังสีสัมผัสกับอุณหภูมิที่ร้อน หรือเย็นจัดเกินไปเช่น การแช่น้ำร้อน แผ่นประคบร้อน ประคบเย็น หากมีอาการคันหลีกเลี่ยงการเกา สามารถลูบเบาๆ ได้และปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลเพื่อสอบถามวิธีบรรเทาอาการคัน
10. หลีกเลี่ยงการว่ายน้ำ ลงเล่นน้ำในช่วงการฉายรังสี
11. หลีกเลี่ยงการอาบแดด หรือออกแดดแรงๆ หากจำเป็นควรสวมเสื้อผ้า กางร่ม เพื่อป้องกันผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีไม่ให้ถูกแสงแดด
12. ให้ดื่มน้ำมากๆ วันละ 2,000-3,000 ซีซี (8-10 แก้วต่อวัน) เพราะน้ำจะช่วยขับของเสียจากเนื้อเยื่อที่ถูกรังสีทำลายและช่วยให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อทั่วไปชุ่มชื้นซึ่งจะทำให้การตอบสนอง (Response) ต่อการรักษาดีขึ้น

การประเมินผล วันที่ 1 กันยายน 2566 เวลา 12.30 น.

1. จากการทบทวนสอบถามความเข้าใจและคำบอกเล่าของผู้ป่วย ผู้ป่วยเข้าใจถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ของผิวหนังที่บริเวณที่ฉายรังสีและมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้จากการได้รับการฉายรังสี และพร้อมจะปฏิบัติตาม
2. ผู้ป่วยบอกว่าคลายความวิตกกังวลลงบ้าง

สรุปผลการดูแล ปัญหาความวิตกกังวลลดลงบางส่วน เพราะทราบว่าปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดจะช่วยลดผลกระทบจากการฉายรังสี และอาการต่างๆ จะฟื้นฟูและดีขึ้นหลังการฉายรังสี

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย

(พบปัญหาระหว่างวันที่ 24 สิงหาคม 2566 – 1 กันยายน 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data: ผู้ป่วยบอกว่าตอนนี้ไม่ได้ทำงาน ขาดรายได้ต้องใช้เงินเก็บของตัวเองซึ่งมีไม่มาก

Objective data: หลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมผู้ป่วยไม่ได้ขายของ (ขายน้ำแข็งไส)

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผนการรักษาและพบแพทย์ได้ตามนัดทุกครั้ง

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้คำแนะนำแหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยสามารถใช้บริการได้ เช่น ส่งปรึกษาสังคมสงเคราะห์เพื่ออนุเคราะห์ค่าใช้จ่ายที่จำเป็นขณะมารับบริการรักษาที่โรงพยาบาล เช่น ค่าเดินทางมาโรงพยาบาล เป็นต้น
2. แนะนำขั้นตอนเรียกคนไข้สิทธิขั้นพื้นฐานตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ (บัตรทอง) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเข้าถึงบริการเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายในด้านการรักษาพยาบาล
3. ส่งเสริมสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน ขณะที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถทำงานได้ เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะหลังผ่าตัด 1 เดือนแรกไม่สามารถทำงานได้

การประเมินผล

ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐและครอบครัว

สรุปผลการดูแล ปัญหายังไม่สิ้นสุดความกังวลลดลงบางส่วน ได้รับความช่วยเหลือจากสังคมสงเคราะห์หน่วยงานของรัฐ

สรุปกรณีศึกษา

หญิงไทยสูงอายุ วัย 62 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลวันที่ 3 มกราคม 2566 ด้วยอาการคลำพบก้อนบริเวณเต้านมซ้าย กดไม่เจ็บไม่มี Nipple discharge แพทย์ส่งตรวจวินิจฉัยด้วย Mammogram และ Ultrasound ผลเป็น BIRADs 5 ทำ Fine needle aspirate รายงานผลเป็น Positive malignant cell และทำ Core needle biopsy รายงานผลเป็น Ca. left breast grade III แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการให้เคมีบำบัด Neoadjuvant chemotherapy เริ่มการรักษาด้วย Neoadjuvant chemotherapy (3 กุมภาพันธ์ - 11 กรกฎาคม 2566) แพทย์วางแผนการรักษาต่อด้วยวิธีทางศัลยกรรม นัดผ่าตัด Left mastectomy with axillary lymph node dissection ผ่าตัดวันเดียวกลับ (One day surgery) วันที่ 7 สิงหาคม 2566 เริ่มรับกรณีศึกษาเข้ามาดูแลและศึกษาวันที่ 4 สิงหาคม 2566 - 1 กันยายน 2566 นัดผ่าตัดและนอนโรงพยาบาลวันที่ 7 สิงหาคม 2566 โดยได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One day surgery) และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นวันที่ 8 สิงหาคม 2566 ให้กลับบ้านพร้อมขวดระบายน้ำเหลือง (Jackson drain) 2 ขวด ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลและขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวในระยะก่อนและหลังผ่าตัด รวมระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจนถึงจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลและติดตามผู้ป่วยขณะที่อยู่ที่บ้านรวมระยะเวลา 29 วัน ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม เมื่อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด พยาบาลมีส่วนสำคัญในการเตรียมความพร้อมก่อนรับการรักษา ด้วยวิธีการผ่าตัด ในการประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย รวมทั้งการดูแลให้ผู้ป่วยมี

การฟื้นฟูสภาพที่ดีหลังการผ่าตัด เพื่อให้ร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะปกติหรือทำหน้าที่ได้ดีที่สุดตามสภาพของร่างกายเท่าที่จะเป็นไปได้ ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีความสุข ทั้งทางร่างกายและจิตใจในระยะเวลาที่เหมาะสมและผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการรักษา

ข้อเสนอแนะ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องร่วมกับการวิเคราะห์กรณีศึกษารายนี้ชี้ให้เห็นถึงความก้าวหน้าในการรักษาโรคมะเร็งเต้านมโดยเฉพาะการรักษาด้วยวิธีศัลยกรรม One Day Surgery : ODS เป็นรูปแบบในการดูแลผู้ป่วย ที่ทำหัตถการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ สามารถให้กลับบ้านในวันเดียวกันกับวันที่รับไว้ทำหัตถการผ่าตัดหรือในวันรุ่งขึ้น โดยอยู่ในหน่วยบริการไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง และไม่เกิน 24 ชั่วโมง เพื่อลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม ซึ่งเป็นสิ่งที่ท้าทาย และมีความเสี่ยงสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด และได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General anesthesia) ซึ่งถือว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มเปราะบาง

ดังนั้นการเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด และเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้านเป็นสิ่งสำคัญ และจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลต้องให้ข้อมูลความรู้ เพื่อคลายความวิตกกังวลของผู้ป่วย และเสริมพลังไม่ว่าจะเป็นเรื่องการเตรียมความพร้อมของร่างกาย เรื่องการรับประทานยาละลายลิ่มเลือด การรับประทานอาหาร และสิทธิการรักษาพยาบาล เป็นต้น ในส่วนของการดูแลหลังผ่าตัด ให้คำแนะนำการดูแลแผลผ่าตัด การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะข้อไหล่ติดและแขนบวม และแนะนำการดูแลขวาระบายของเสีย เพราะผู้ป่วยต้องกลับบ้านพร้อมกับขวาระบายของเสีย ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องใช้ความระมัดระวังในการใช้ชีวิตประจำวัน เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถดูแล และประเมินผู้ป่วยที่ต้องกลับบ้านภายหลังการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง ได้ถูกต้องช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ลดความวิตกกังวล และช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเอง และดูแลขวาระบายของเสีย ตลอดจนสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันและเข้าสังคมได้อย่างมีความสุข

National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

บรรณานุกรม

กชชุกร หว่างนุ่น.(2559).การพยาบาลผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด.วารสารการปฏิบัติการพยาบาล.(ฉบับที่ 1).กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2020) แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (พ.ศ.2561-2565) สื่อออนไลน์.(2561). (http://www.nci.go.th/th/File_download/). วันที่สืบค้นข้อมูล 10 สิงหาคม 2566

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2566).คู่มือข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดเล็ก (ODS&MIS) ปี 2566 (พิมพ์ครั้งที่ 1).กรุงเทพฯ:จรัญสนิทวงศ์การพิมพ์ จำกัด.

ธิตีมา กนกปาน, ผ่องศรีศรีมรกต, ศิริอร สินธุ, & สืบวงศ์จุฑาภิสหิธิ. (2014). ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองในการบริหารข้อไหล่ที่บ้านต่อองศาการเคลื่อนไหวและการทำหน้าที่ของข้อไหล่ ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม. Journal Nursing Science. 32(3):74-84.

ธีรนุช จุตเพ็ชรแจ่ม. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแขนบวมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมชนิดที่มีการตัดต่อมน้ำเหลือง.

นริทร์วรวุฒิ. (2556). มะเร็งเต้านม มหันตภัยร้ายใต้ทรงอก (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร : เพชรประกาย.

เบญจมาศ สุขศรีเพ็ง.(2012). ทฤษฎีการปรับตัวของรอย Roy's adaptation model.

บุปผชาติ ขุนอินทร์.(2558) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด และจำหน่ายกลับบ้านพร้อมขอทราบสำหรับพยาบาลในชุมชน.สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.

พรชัย โอเจริญรัตน์.(2565). วิธีการรักษามะเร็งเต้านม (Breast Cancer Treatment).สื่อออนไลน์ (2565).(<https://www.medparkhospital.com/disease-and-treatment/breast-cancer-treatment>). วันที่สืบค้นข้อมูล 18 สิงหาคม 2566

เพชรลดา มหาแสง, จันทิมา แจ่มจำรัส. (2562). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยา Monoclonal antibody ชนิด Trastuzumab. งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

พ.ญ.ชญาณุตม์ รัตตติลก.(2562). แนวทางการวินิจฉัยก้อนที่เต้านม. ใน สุรพงษ์ สุภาภรณ์ และคณะ (บ.ก.), แนวทางการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรคเต้านมและมะเร็งเต้านมสมาคมโรคเต้านมแห่งประเทศไทย ชมรมศัลยแพทย์เต้านมแห่งประเทศไทย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์(พิมพ์ครั้งที่1). (น.55-59).

พ.ญ.ภัคพิชา คารค่านวน.(2559). View of Breast Ultrasound and Mammogram: what should you know ?.วารสารสมาคมศัลยแพทย์ทั่วไปแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์,1(2),19-21

เยาวนุช คงदान และ ปวีณา เลือดไทย.(2563). แมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ อ่านผลอย่างไรให้เข้าใจ.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- โรงพยาบาลมหาราชเชียงใหม่,ฝ่ายการพยาบาล,งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์,สื่อออนไลน์.
(2564). (<https://w2.med.cmu.ac.th/nd/files/2021/10คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาทางศัลยกรรม-Elderly-Surg-.pdf>) วันที่สืบค้น 8 กันยายน 2566.
- วันวิสาห์ ศรีแสงโชติ. (2019). ผลของการดูแลต่อเนื่องต่อภาพลักษณ์สตรีหลังได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม. คณะพยาบาลศาสตร์.จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์นครสวรรค์ .11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน .
การพยาบาล.แบบฟอร์ม Nursing care Plan (รายงานการวางแผนพยาบาล). สื่อออนไลน์.
(2565).(<https://nursing62.blogspot.com/2019/09/11.html>)
วันที่สืบค้นข้อมูล 20 สิงหาคม 2566.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ.(2566). การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในวัยสูงอายุ. ภาควิชาการพยาบาล
รากฐาน. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เวียงพิงค์ ทวีพูน.ทฤษฎีทางการพยาบาล,สื่อออนไลน์.(2564) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราช
ภัฏบุรีรัมย์. (<https://www.gotoknow.org/posts/115432>). วันที่สืบค้นข้อมูล 10 สิงหาคม 2566
- เว็บไซต์เมดไทย.อาการ การรักษาโรคมะเร็งเต้านม6 วิธี.(2018).มะเร็งเต้านม (Breast cancer).
สื่อออนไลน์ (2566).(<https://s3.amazonaws.com/thai-health>มะเร็งเต้านม>.) วันที่สืบค้น
5 กันยายน 2566ศิริอร สินธุ.(2565). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัด.(พิมพ์ครั้งที่ 1)
กรุงเทพฯ: สภาการพยาบาล.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.(2564).คู่มือ BHR NCI .แนวทางการรักษามะเร็งเต้านมและการ
พยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมแบบดูแลตัวเองที่บ้าน.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2561). ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2560. กรุงเทพมหานคร.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล ปีพ.ศ. 2563.สื่อออนไลน์ (2563)
(https://www.nci.go.th/e_book/hosbased_2563/index.html), วันที่สืบค้นข้อมูล 10
สิงหาคม 2566.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. Service plan สาขาโรคมะเร็ง.สื่อออนไลน์ (2566).
(https://www.nci.go.th/File_download/D_index/ptu/%). วันที่สืบค้นข้อมูล 15 สิงหาคม
2566
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2566). แนวทางการกำหนดมาตรฐานการตรวจพันธุกรรมและการแปลผลการ
ตรวจ BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและญาติสายตรง. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข.

บรรณานุกรม (ต่อ)

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.(2021). รายงานการประเมินตนเองเฉพาะโรค/เฉพาะระบบงาน (DSC Breast Cancer).กรุงเทพมหานคร.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2566). *หญิงไทยยุคใหม่ ใส่ใจหมั่นตรวจเต้านมด้วยตนเอง*. สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สื่อบนออนไลน์ (2566).(https://pr.moph.go.th/?url) วันที่สืบค้นข้อมูล 17 สิงหาคม 2566.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2558) *แนวทางการดูแลรักษา กลุ่ม อาการสูงอายุ (Geriatric syndromes)*. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สุรพงษ์ สุภาภรณ์ และคณะ.(2561).*BREAST SURGICAL ONCOLOGY:ตำราโรคมะเร็งเต้านม*.พิมพ์ครั้งที่1: สมาคมโรคมะเร็งเต้านมแห่งประเทศไทย.

อรนันท ชาญยุทธ. (2565). *กระบวนการพยาบาล: ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : ธารธารการพิมพ์.

อาคม ชัยวีระวัฒน์,สมชาย ธนะสิทธิชัย,บุปผาชาติ ขุนอินทร์,สุกัญญา ยิ่งหอกิจไพศาล,พรศักดิ์ เรืองจันทร์. *คู่มือการใช้เครื่องมือวัดข้อไหล่ตนเอง Thai Arthrometric Navigator Scale (TANScale)* สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.

Pfeiffer, E. (1975). *A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients*. Journal of American Geriatrics Society, 23, 433-41

Roy, C., & Andrews, H. A. (1999). *The Roy's adaptation model*. Stamford: Appleton &

Lange.Thomas MS, Margolin DA. (2016). Management of Colorectal

Anastomotic Leak. *Clin Colon Rectal Surg*. Retrieved April 1, 2024.Available

from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27247539>,วันที่สืบค้นข้อมูล 12 สิงหาคม 2566

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ