

การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกระหว่าง  
การได้รับรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัดที่มีความคิดปฏิกิริยาการรักษา

กรณีศึกษา

โดย

นางสาวอรวรรณ อารีย์

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล

ตำแหน่งเลขที่ ๔๙๔๙

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ  
National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ภารกิจด้านการพยาบาล

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์

กระทรวงสาธารณสุข

## คำนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตอันดับแรกของคนไทย มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 และมีแนวโน้มสูงขึ้นจนถึงปัจจุบัน จากการรายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2565 โรคมะเร็งหลังโพรงจมูกรายใหม่ที่เข้ามาใช้บริการ พบเป็นอันดับที่ 7 ในเพศชายและอันดับที่ 14 ในเพศหญิง มักจะมาพบแพทย์ในระยะลุกลามจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับ ยาเคมีบำบัด ทำให้เกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรงมาก ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ จนผู้ป่วยมีความคิดปฏิเสธการรักษา

ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจในหลักการดูแลให้ครอบคลุมแบบองค์รวม โดยใช้กระบวนการพยาบาลคิดวิเคราะห์ และตัดสินใจอย่างมีวิจารณญาณในการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ ตั้งเป้าหมายร่วมกัน แลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างเพียงพอ สร้างความมั่นใจ เกี่ยวกับการรักษา พร้อมทั้งต้องเสริมสร้างพลังอำนาจ เพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง ส่งเสริมและกระตุ้นให้ครอบครัวของผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแล ซึ่งจะช่วยให้สามารถเผชิญปัญหาและเลือกตัดสินใจมีแนวทางแก้ไขได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยมีการเฝ้าระวังและติดตามประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง ช่วยบรรเทาอาการข้างเคียง ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง รวมทั้งประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมดูแลได้อย่างครอบคลุม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาครบตามแผนการรักษาของแพทย์ นอกจากนี้ยังต้องฟื้นฟูสภาพภายหลังการรักษา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างสอดคล้องกับภาวะสุขภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากเหตุและผลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้จัดทำได้ตระหนักถึงความสำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัดที่มีความคิดปฏิเสธการรักษา ซึ่งนับได้ว่าเป็นการพยาบาลที่ยุ่งยากและซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว จึงได้ศึกษาค้นคว้า และรวบรวมเอกสารข้อมูล ทั้งทฤษฎีและการปฏิบัติทางการพยาบาลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับประสบการณ์จากการปฏิบัติงานจริง ตลอดจนการได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ ดังนั้นกรณีศึกษาฉบับนี้ คงเป็นประโยชน์ต่อพยาบาล นักศึกษาพยาบาล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา วางแผนการพยาบาล และให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาล ให้มีศักยภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

# ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

อรรรรณ อารีย์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล

## สารบัญ

|   | หน้า     |
|---|----------|
| คำนำ  | ก        |
| สารบัญ  | ข        |
| สารบัญตาราง   | ค        |
| สารบัญแผนภูมิ   | ง        |
| สารบัญภาพ   | จ        |
| <b>บทที่ 1 บทนำ</b>   | <b>1</b> |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา                                      | 1        |
| วัตถุประสงค์ในการศึกษา  | 2        |
| เหตุผลในการเลือกกรณีศึกษา   | 2        |
| ระยะเวลาในการศึกษา  | 3        |
| ขั้นตอนการดำเนินงาน   | 3        |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ   | 4        |
| <b>บทที่ 2 ความรู้เรื่องโรค การรักษา และภาวะต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง</b> | <b>5</b> |
| กายวิภาคและสรีรวิทยาของโพรงหลังจมูก                                 | 5        |
| ความหมายของโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก                                    | 11       |
| อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก                                 | 11       |
| สาเหตุและกลไกของการเกิดโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก                        | 12       |
| อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก                           | 14       |
| การวินิจฉัยโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก                                    | 16       |
| พยาธิสรีรวิทยาของโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก                              | 19       |
| การแบ่งระยะโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก                                    | 22       |
| การแพร่กระจายของโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก                               | 24       |
| การพยากรณ์โรคมะเร็งหลังโพรงจมูก                                     | 27       |
| การรักษาโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก                                       | 28       |
| ผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยรังสีรักษา                                | 36       |
| ผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด                               | 43       |
| การตรวจติดตามหลังการรักษาโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก                      | 46       |

## สารบัญ (ต่อ)

|  | หน้า |
|--|------|
| <b>บทที่ 3 การพยาบาล และทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา</b>     | 47   |
| กรอบแนวคิดและทฤษฎีทางการพยาบาล   | 47   |
| กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของมาร์จอรี กอร์ดอน (Marjory Gordon)                 | 47   |
| ทฤษฎีการพยาบาลของคิง (King's Nursing Theory)                               | 49   |
| การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด | 56   |
| การพยาบาลก่อนรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด                         | 56   |
| การพยาบาลระหว่างรับการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด                | 61   |
| การพยาบาลหลังครบการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด                   | 71   |
| งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง  | 75   |
| <b>บทที่ 4 กรณีศึกษา</b>   | 77   |
| ข้อมูลทั่วไป   | 77   |
| ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพผู้ป่วย  | 77   |
| การตรวจร่างกายและการประเมินภาวะสุขภาพ                                      | 80   |
| การประเมินร่างกายตามระบบ   | 80   |
| การประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน                              | 84   |
| การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษอื่น ๆ                              | 88   |
| แผนการรักษาที่ได้รับ   | 97   |
| วิเคราะห์และเปรียบเทียบทฤษฎี ความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา    | 98   |
| การพยาบาล  | 105  |
| สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระหว่างรับไว้ในการดูแล                          | 131  |
| <b>บทที่ 5 สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ</b>                       | 169  |
| สรุปกรณีศึกษา  | 169  |
| ปัญหา/อุปสรรค/ข้อจำกัดและแนวทางการแก้ไขปัญหา                               | 171  |
| สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกรณีศึกษา   | 172  |
| ข้อเสนอแนะ   | 173  |
| บรรณานุกรม   | 174  |
| ภาคผนวก  |      |

## สารบัญตาราง

|             |  | หน้า |
|-------------|--|------|
| ตารางที่ 1  | TNM classification ของโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก (8 <sup>th</sup> AJCC, ed. 2017)       | 19   |
| ตารางที่ 2  | Local control และ 5 year-overall survival แยกตาม T และ N stage                     | 27   |
| ตารางที่ 3  | แนวทางการรักษามะเร็งหลังโพรงจมูกแบ่งตามระยะของโรค (NCCN guideline)                 | 28   |
| ตารางที่ 4  | แสดงขนาดและสูตรของเคมีบำบัดที่ใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูก ร่วมกับการฉายรังสี | 35   |
| ตารางที่ 5  | การประเมินสมรรถนะทางกาย Karnofsky scale และ ECOG                                   | 57   |
| ตารางที่ 6  | ข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน   | 84   |
| ตารางที่ 7  | ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hematology   | 88   |
| ตารางที่ 8  | ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Biochemistry   | 91   |
| ตารางที่ 9  | การตรวจพิเศษอื่น ๆ   | 93   |
| ตารางที่ 10 | สรุปแผนการรักษาที่ได้รับ   | 97   |
| ตารางที่ 11 | เปรียบเทียบกรณีศึกษากับข้อมูลทางวิชาการ  | 98   |


  
 T h a i l a n d
   
**สถาบันมะเร็งแห่งชาติ**
  
 National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

## สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่ 1    แสดง Family Genograms

หน้า

79

*NCS*

T h a i l a n d

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ  
National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

## สารบัญภาพ

|           |  | หน้า |
|-----------|--|------|
| ภาพที่ 1  | กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาบริเวณคอหอย                                | 5    |
| ภาพที่ 2  | ต่อมน้ำเหลืองและกลุ่มน้ำเหลืองที่คอและเหนือกระดูกไหปลาร้า            | 9    |
| ภาพที่ 3  | โรคมะเร็งหลังโพรงจมูก  | 11   |
| ภาพที่ 4  | กลไกการก่อโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกของ Epstein-Barr virus (EBV) proteins | 12   |
| ภาพที่ 5  | Environment-mediated NPC carcinogenic mechanisms                     | 13   |
| ภาพที่ 6  | ต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอโต  | 14   |
| ภาพที่ 7  | การแบ่งระยะมะเร็งหลังโพรงจมูกตามระบบ AJCC (T1)                       | 19   |
| ภาพที่ 8  | การแบ่งระยะมะเร็งหลังโพรงจมูกตามระบบ AJCC (T2)                       | 20   |
| ภาพที่ 9  | การแบ่งระยะมะเร็งหลังโพรงจมูกตามระบบ AJCC (T3)                       | 20   |
| ภาพที่ 10 | การแบ่งระยะมะเร็งหลังโพรงจมูกตามระบบ AJCC (T4)                       | 21   |
| ภาพที่ 11 | การแบ่งระยะมะเร็งหลังโพรงจมูกตามระบบ AJCC (N1)                       | 21   |
| ภาพที่ 12 | การแบ่งระยะมะเร็งหลังโพรงจมูกตามระบบ AJCC (N2)                       | 22   |
| ภาพที่ 13 | การแบ่งระยะมะเร็งหลังโพรงจมูกตามระบบ AJCC (N3)                       | 22   |
| ภาพที่ 14 | การแบ่งระยะมะเร็งหลังโพรงจมูกตามระบบ AJCC (M1)                       | 23   |
| ภาพที่ 15 | แสดงการแบ่งกลุ่มของต่อมน้ำเหลืองบริเวณศีรษะและลำคอ                   | 24   |
| ภาพที่ 16 | แสดงรูเปิดของฐานกะโหลกศีรษะ (Base of skull foramens)                 | 26   |
| ภาพที่ 17 | การให้รังสีรักษาระยะไกล  | 30   |
| ภาพที่ 18 | การจัดทำผู้ป่วย  | 33   |
| ภาพที่ 19 | ระดับความรุนแรงของการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังจากรังสีรักษา              | 37   |
| ภาพที่ 20 | ระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ                             | 38   |
| ภาพที่ 21 | ภาพแสดงกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล                              | 53   |
| ภาพที่ 22 | การใช้ Conform พันรอบลำคอบริเวณผิวหนังที่ฉายรังสี                    | 66   |
| ภาพที่ 23 | การบ้วนปากวิธี Ballooning & sucking                                  | 67   |
| ภาพที่ 24 | การนวดกล้ามเนื้อบริเวณลำคอ   | 71   |
| ภาพที่ 25 | การบริหารคอหันไปทางซ้ายและขวา  | 72   |
| ภาพที่ 26 | การบริหารคอ เอียงคอไปทางซ้ายและขวา                                   | 72   |
| ภาพที่ 27 | การบริหารคอ ก้มหน้าจนสุดพร้อมกับใช้มือประสานที่ท้ายทอย               | 73   |

## สารบัญญภาพ (ต่อ)

|           |   | หน้า |
|-----------|---|------|
| ภาพที่ 28 | การบริหารคอ เอียงคอพร้อมก้มหน้าลงด้านซ้ายและขวา | 73   |
| ภาพที่ 29 | การนวดกล้ามเนื้อบริเวณแก้มและขากรรไกร           | 74   |



NCS

Thailand

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ  
National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในทุกประเทศทั่วโลก เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตอันดับที่ 2 ซึ่งพบผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งจำนวน 9.7 ล้านราย จากรายงานขององค์การอนามัยโลก โดยองค์การวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ ในปี ค.ศ. 2022 โรคมะเร็งหลังโพรงจมูก พบเป็นอันดับที่ 6 ของมะเร็งทั้งหมด พบได้มากในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เขตปกครองพิเศษฮ่องกงและมณฑลกว่างตุ้ง สาธารณรัฐประชาชนจีน ซึ่งมีอุบัติการณ์เท่ากับ 19.6 และ 26.9 ต่อแสนประชากร (International Agency for Research on Cancer: IARC, 2022) สำหรับอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกในประเทศไทย พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 3.4 ราย ต่อประชากรแสนรายต่อปีในเพศชาย และ 1.2 รายต่อประชากรแสนรายต่อปีในเพศหญิง มีผู้ป่วยรายใหม่ คิดเป็นร้อยละ 1.3 ของโรคมะเร็งทั้งหมดหรือเฉลี่ยวันละ 4 ราย พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 2.5 เท่า (Cancer in Thailand, 2021) จากข้อมูลทะเบียนมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยรายใหม่ในเพศชาย เป็นอันดับที่ 7 ของโรคมะเร็งทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 3.3 ซึ่งมีอุบัติการณ์ในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 2-3 เท่า และพบมากในช่วงอายุ 40-70 ปี ที่มารับการรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2565)

มะเร็งหลังโพรงจมูกมีอาการแสดงน้อยมากเมื่อเริ่มเป็น และอยู่ในตำแหน่งที่ยากต่อการตรวจพบในระยะเริ่มแรก จึงเป็นปัญหาในการวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยในระยะเริ่มต้น (จิระพงษ์ อังคะรา, 2561) โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักจะมาพบแพทย์ในระยะลุกลาม ซึ่งปัจจุบันนี้การรักษาโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับการยอมรับว่าเหมาะสมที่สุด คือ การฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด เพราะช่วยทำให้ประสิทธิภาพของการรักษาดีขึ้น (ธงชัย พงศ์มขพัฒน์ และบุญชู กุลประดิษฐารมณ, 2550) แต่อาจพบอาการข้างเคียงที่รุนแรงมากขึ้นด้วยเช่นกัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณและเศรษฐกิจ อาการปวดที่เกี่ยวข้องกับการฉายรังสี (Pain syndromes associated with radiation therapy) เช่น อาการชา ปวดแสบ ปวดร้อน บวม บริเวณที่ได้รับการฉายรังสี ภาวะช่องปากและลำคอแห้ง (Xerostomia) ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (Oral mucositis) อาการคลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร ทำให้ความอยากอาหารลดลง เกิดภาวะทุพโภชนาการ อาจมีภาวะช่องปากแคบ (Trismus) มีพังผืด (Fibrosis) ของเนื้อเยื่อในช่องปาก จะทำให้อ้าปากได้น้อยลง ภาวะเหงือก ฟัน และกรามอักเสบ ส่วนผลต่อระบบไหลเวียนเลือดและการสร้างเม็ดเลือดจะเกิดภาวะซีดหรือโลหิตจาง เลือดออกง่าย และ

ภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนัง อาจมีเยื่อพังผืดใต้ผิวหนัง (Subcutaneous fibrosis) เป็นต้น (ศรีสุนทรรา เจริมรพีพัฒน์, 2566) บางรายอาจต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เสียค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เครียด หงุดหงิดง่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง หมดกำลังใจ สูญเสียภาพลักษณ์ รู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง จนต้องปฏิเสธการรักษา ส่งผลให้โรคมะเร็งลุกลาม และอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (ศุภกาญจน์ โอภาสรัตนกร และคณะ, 2558)

ดังนั้นพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของทีมที่ดูแลผู้ป่วย จึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค ลักษณะอาการทางคลินิก การดำเนินของโรค ภาวะแทรกซ้อน การรักษา และให้การพยาบาลโดยต้องมีความรู้ความสามารถ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพครอบคลุม ทั้ง 4 มิติ คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ เพื่อเสริมสร้างพลัง เพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง สนับสนุนให้กำลังใจ ให้สามารถเผชิญปัญหา และเลือกตัดสินใจแก้ไขได้อย่างถูกต้องเหมาะสม พร้อมทั้งให้ข้อมูลอย่างเพียงพอ สร้างความมั่นใจ เกี่ยวกับการรักษา โดยมีการเฝ้าระวังและติดตามประเมินอาการผู้ป่วยเชิงลึก เพื่อช่วยบรรเทาอาการข้างเคียงที่รุนแรง ปลอดภัยจากภาวะคุกคาม ส่งเสริมและกระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมดูแล อย่างครอบคลุมต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาครบตามแผนการรักษาอย่างปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาและประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษา ร่วมกับยาเคมีบำบัดที่มีความคิดปฏิเสธการรักษา
2. เพื่อนำความรู้ที่ได้จากกรณีศึกษาไปใช้ในการปฏิบัติงานและถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

### เหตุผลในการเลือกกรณีศึกษา

ผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด ซึ่งต้องเผชิญความทุกข์ทรมานจากโรคและผลข้างเคียงของการรักษา ส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและ จิตวิญญาณ ทำให้เกิดความเครียด ความกลัว สูญเสียภาพลักษณ์และความมีคุณค่าในตนเอง ท้อแท้ สิ้นหวัง หมดกำลังใจ เกิดความคิดปฏิเสธการรักษา ทำให้สูญเสียโอกาสในการรักษาโรค ผู้ป่วยกลุ่มนี้ถ้าได้รับการค้นหาและสามารถดักจับความคิดปฏิเสธการรักษา ให้ได้รับการประเมินปัญหาอย่างรอบด้านและสามารถที่จะแก้ปัญหาหรือประสานงานส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อตอบสนองความต้องการ หรือขจัดสิ่งที่เป็นข้อจำกัดแก่ผู้ป่วยได้ จะช่วยเฝ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจนจบครบตามแผนการรักษา

ผู้ขอรับการประเมินมีความสนใจในประเด็นดังกล่าว ซึ่งผู้ป่วยรายนี้เป็นโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกที่มีอายุน้อย อายุเพียง 36 ปี โดยเป้าหมายของการรักษา คือ Curative treatment ทั้งที่ฉายรังสีมาแล้ว 19/33 ครั้ง ซึ่งประเมินแล้วว่าสภาพด้านร่างกายมีความแข็งแรงเพียงพอที่จะสามารถรักษาได้อย่างต่อเนื่อง แต่พบปัญหาเรื่องความทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียงของการรักษา และปัญหาด้านเศรษฐกิจครอบครัว ทำให้เกิดภาวะท้อแท้ สิ้นหวัง และมีความคิดที่ปฏิเสธการรักษาที่เหลือ หากผู้ป่วยไม่รักษาต่อจะส่งผลให้โรคมะเร็งลุกลาม จนอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

### ระยะเวลาที่ศึกษา

วันที่ 1 มีนาคม 2566 - 30 กันยายน 2566 รวมระยะเวลา 213 วัน

### ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เลือกกรณีศึกษาจากผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัดที่อยู่ระหว่างการฉายรังสีแล้วมีความคิดปฏิเสธการรักษา ภายในคลินิกรังสีรักษา ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โดยเลือกผู้ป่วยแบบเฉพาะเจาะจง 1 ราย

2. รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย โดยการซักประวัติจากผู้ป่วยและญาติ

3. ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลจากประวัติผู้ป่วยในระบบ HIS (Hospital Information Systems) ของโรงพยาบาล

4. ศึกษา ค้นคว้าตำราวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ นำมาบูรณาการร่วมกันเพื่อประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลที่ครอบคลุมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

5. ปรึกษาแพทย์ผู้ทำการรักษาและผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ในการนำความรู้และประสบการณ์มาประยุกต์ใช้เพื่อให้การพยาบาลกรณีศึกษาได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

6. นำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์ เพื่อการวางแผนการพยาบาลตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล โดยให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

7. นำแผนการพยาบาลลงสู่การปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยที่เป็นกรณีศึกษาและปรับปรุง แก้ไขปัญหาให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย พร้อมทั้งติดตามประเมินผลปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้ง

8. เปรียบเทียบแนวคิดทฤษฎีการศึกษาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา วิเคราะห์ข้อมูล ประเมินผลและสรุปสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา เพื่อใช้พัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัดรายอื่น ๆ

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีความรู้ความเข้าใจ แนวคิดและทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษา ร่วมกับยาเคมีบำบัด สามารถรับการรักษอย่างต่อเนื่องและบรรลุตามเป้าหมาย
2. สามารถนำความรู้ที่ได้จากกรณีศึกษาไปใช้ในการพัฒนางานและถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย



*NCI*

T h a i l a n d

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

## บทที่ 2

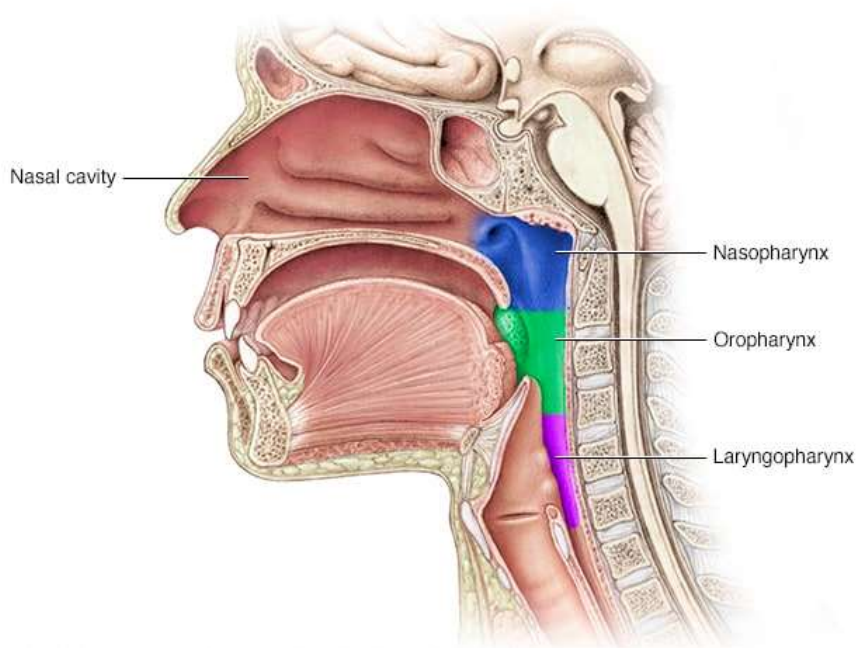
### ความรู้เรื่องโรค การรักษา และภาวะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

#### กายวิภาคและสรีรวิทยาของโพรงหลังจมูก

โพรงหลังจมูก (Nasopharynx) เป็นส่วนหนึ่งของคอหอย (Pharynx) ) ซึ่งมีลักษณะเป็นท่อรูปกรวย ส่วนบนกว้าง ส่วนล่างแคบยาวประมาณ 13 เซนติเมตร อยู่บริเวณด้านหน้ากระดูกสันหลังส่วนคอ เริ่มตั้งแต่ส่วนที่เหนือจากเพดานอ่อนในปากไปสิ้นสุดที่หลอดเสียง (Larynx) และหลอดอาหาร (Esophagus)

คอหอยแบ่งเป็น 3 ส่วน จากบนลงล่างตามลำดับ ดังนี้ (ராஹ்ண பரதேஹ சீமந்த், 2561)

ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาบริเวณคอหอย

ที่มา: <https://healthjade.com/nasopharynx/>

1. คอหอยส่วนจมูกหรือนาโซฟาริงซ์ (Nasopharynx) เป็นหลอดคอส่วนบนสุด และกว้างที่สุด อยู่หลังโพรงจมูก และเหนือเพดานอ่อนเป็นส่วนที่เป็นทางผ่านของอากาศภายในช่องเปิดของท่อยูสเทเชียน (Eustachian Tube) ซึ่งเปิดไปถึงหูชั้นกลาง โดยปกติช่องนี้จะเปิดตลอดเวลาเพื่อช่วยในการปรับความดันภายในหูชั้นกลาง ส่วนล่างของคอหอยส่วนจมูกจะมีต่อมทอลซิล (Tonsil) ซึ่งเป็นต่อมน้ำเหลืองอยู่โดยรอบ มีบทบาทช่วยทำลายเชื้อโรคที่จะเข้าสู่ร่างกายไปสู่ทางเดินหายใจอื่น ๆ

**2. คอหอยส่วนปาก หรือโอโรฟาริงซ์ (Oropharynx)** เป็นส่วนที่ต่อจากหลอดคอส่วนจมูก อยู่หลังช่องปาก เริ่มตั้งแต่เพดานอ่อนในปากไปจนถึงระดับกระดูกโคนลิ้น (Hyoid Bone) เป็นส่วนที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการกลืน และเป็นทางผ่านทั้งอาหารและอากาศ บริเวณด้านข้างมีต่อมทอลซิลพัลลาติน (Palatine Tonsils) ซึ่งเป็นทอลซิลขนาดใหญ่อยู่ด้านข้าง

**3. คอหอยส่วนที่ติดกับกล่องเสียงหรือลาริงโกฟาริงซ์ (Laryngopharynx หรือ Hypopharynx)** เป็นคอหอยส่วนล่างสุด อยู่หลังกล่องเสียง (Larynx) เริ่มตั้งแต่ระดับกระดูกโคนลิ้น จนถึงทางเปิดเข้าสู่กล่องเสียงซึ่งอยู่ด้านหน้า และทางเปิดเข้าสู่หลอดอาหารซึ่งอยู่ด้านหลัง หลอดคอ บริเวณนี้จึงเป็นบริเวณที่อากาศจะผ่านเข้าสู่หลอดเสียง และอาหารจะผ่านเข้าสู่หลอดอาหารโดยมีฝาปิดกล่องเสียง หรืออีพิกลอติส (Epiglottis) คอยปิดกล่องเสียงไว้ไม่ให้อาหารตกลงไปในกล่องเสียง

**โพรงหลังจมูก (Nasopharynx)** เป็นท่อกวางอยู่หลังช่องจมูก ใต้ฐานกะโหลกศีรษะ (Base of skull) มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางตามขวาง 4.0-5.5 เซนติเมตร และเส้นผ่าศูนย์กลางจากด้านหน้าไปด้านหลัง 2.5-3 เซนติเมตร ความยาวประมาณ 4 เซนติเมตร มีขอบเขต ดังนี้ (พิชิต สิทธิไตรย์, 2562)

**1. ด้านหน้า** เป็นส่วนหลังของช่องจมูก (Posterior choana)

**2. ด้านหลัง** เป็น Basilar part ของกระดูก Occipital และ Anterior arch ของกระดูกสันหลังส่วนคอชิ้นที่ 1 (Atlas) ซึ่งมีกล้ามเนื้อ Longus capitis คลุมอยู่และมี Medial retropharyngeal lymph node อยู่ด้านหน้าของกล้ามเนื้อ ส่วน Lateral retropharyngeal lymph node (Node of Rouviere) อยู่ระหว่าง Internal carotid artery และกล้ามเนื้อ Longus capitis

**3. ด้านข้าง** มีรูเปิดของ Eustachian tube และ Torus tubarius ซึ่งเป็นกระดูกอ่อนรูปเกือกม้าอยู่รอบมี Salpingopalatine fold (กล้ามเนื้อ Salpingopalatine) อยู่ด้านหน้ามี Torus levatorius fold (กล้ามเนื้อ Levator veli palatini) อยู่ด้านล่าง และมี Salpingopharyngeal fold (กล้ามเนื้อ Salpingopharyngeus) อยู่ด้านหลัง ซึ่ง Rosenmuller's fossa (Fossa of Rosenmuller) เป็นช่องเล็ก ๆ อยู่หลัง Salpingopharyngeal fold ใต้เยื่อเป็น Pharyngobasilar fascia และกล้ามเนื้อ Superior constrictor มีโครงสร้างที่อยู่ถัดไปด้านข้าง คือ Parapharyngeal space ซึ่งมี Internal carotid artery, Internal jugular vein และเส้นประสาทสมองคู่ที่ 9, 10, 11 และ 12

**4. ด้านบนส่วนกลาง** เป็นพื้น (Floor) ของ Sphenoid sinus ส่วนข้างเป็น Foramen lacerum โดยมี Cavernous sinus, Internal carotid artery และเส้นประสาทสมองคู่ที่ 3, 4, 5 และ 6 อยู่ด้านบนของ Foramen lacerum และถัดไปด้านข้างเป็น Foramen ovale และ Foramen spinosum

**5. ด้านล่าง** เป็นเพดานอ่อนบริเวณด้านบนและด้านหลังของคอหอยส่วนจมูกมีเนื้อเยื่อน้ำเหลือง (Lymphoid tissue) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ Waldeyer's ring คือ Adenoid หรือ Pharyngeal

tonsil โดยใต้ชั้นเยื่อหุ้มมีทางเดินน้ำเหลืองมากมาย ซึ่งระบายสู่ต่อมน้ำเหลือง Retropharyngeal, Upper jugular (Level II) และ Posterior cervical (Level VA) เส้นประสาทรับความรู้สึกเป็น Maxillary division ของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5

**โพรงจมูกมี 2 ข้าง** ถูกกั้นด้วยผนังกึ่งกลางที่เรียกว่า Nasal septum ซึ่งประกอบขึ้นจากกระดูก Ethmoid, Vomer และ Septal cartilage โพรงจมูกแต่ละข้างแบ่งพื้นที่ออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ (ผาสุก มหรรฆานุเคราะห์ และอภิชาติ สินธูบัว, 2559)

**1. Vestibule** เป็นโพรงจมูกบริเวณที่ต่อเนื่องกับช่องเปิดด้านหน้า (Anterior nares) มีเยื่อบุภายในเป็นชนิด Keratinized stratified squamous epithelium ที่มีส่วนประกอบของเยื่อบุ เช่นเดียวกับกับเยื่อบุของผิวหนัง และมีขนที่เรียกว่า "Vibrissae" ทำหน้าที่ดักจับฝุ่นละอองขนาดใหญ่ มี Sebaceous glands และ Sweat glands ที่ทำหน้าที่ผลิต Secretion ช่วยในการดักจับฝุ่นละอองและสิ่งแปลกปลอมอื่น ๆ ป้องกันไม่ให้ตกลงไปในระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง

**2. Respiratory segment** ได้แก่ พื้นที่ส่วนใหญ่ด้านในของโพรงจมูกบุด้วยเยื่อบุชนิด Pseudostratified ciliated columnar epithelium with goblet cell ซึ่งเป็นเยื่อบุชนิดที่พบได้ทั่วไปในระบบทางเดินหายใจในชั้น Lamina propria จะมีหลอดเลือดมากมายและมี Venous plexus แทรกอยู่เป็นจำนวนมากผนังด้านข้างของโพรงจมูกแต่ละข้างจะมีสันลักษณะคล้ายกัน 3 คู่ เรียกว่า Nasal concha ซึ่งประกอบด้วย Superior, Middle และ Inferior nasal concha บริเวณเหนือกว่า Superior nasal concha จะถูกบุด้วยเยื่อบุที่เป็น Olfactory epithelium ซึ่งมี Receptor cell ที่ทำหน้าที่รับการกระตุ้นจากสารที่มีกลิ่น สำหรับ Middle และ Inferior nasal conchae จะถูกบุด้วยเยื่อบุที่เป็น Pseudostratified ciliated columnar epithelium with goblet cells ซึ่งเป็นของระบบทางเดินหายใจ ใต้ต่อม Nasal concha จะมีลักษณะเป็นซอกลึก เรียกว่า Meatus ซึ่งมีรูเปิดของท่อที่มาจาก Paranasal air sinus และท่อลำเลียงน้ำตา (Nasolacrimal duct)

**3. Olfactory segment** เป็นบริเวณพื้นที่เล็ก ๆ ด้านบนของผนังโพรงจมูก บริเวณนี้บุด้วย Olfactory mucosa ที่มีลักษณะเป็น Pseudostratified ciliated columnar epithelium ที่ประกอบด้วย Olfactory cells ที่ทำหน้าที่ในการรับกลิ่น

**ผนังโครงสร้างของโพรงหลังจมูก** ประกอบด้วยเนื้อเยื่อ 5 ชั้น ดังนี้ (ธีรพร รัตนานอกชัย และสุภาภรณ์ ศรีรัมย์โพธิ์ทอง, 2557)

1. Mucosa layer ชั้นเนื้ออยู่ด้านในสุดและติดต่อกันเป็นผืนเดียวกับ Mucosa ของโพรงจมูก ช่องปาก และกล่องเสียง
2. Submucosa layer อยู่ใต้ชั้น Mucosa
3. Fibrous layer ได้แก่ Pharyngeal aponeurosis

4. Muscular layer ได้แก่ Superior constrictor muscle of pharynx
5. Fascia layer ได้แก่ Bucco pharynx fascia

**หน้าที่ของโพรงจมูก** มีหน้าที่ ดังนี้ (เพ็ญสุดา เอี่ยมลออ, 2562)

1. รับกลิ่นโดยใช้ขนพัดโบก
2. เพิ่มอุณหภูมิและความชื้นแก่ลมหายใจโดยหลอดเลือดฝอยซึ่งมีอยู่มากมายตามเยื่อเมือกจะถ่ายเทความร้อนออกมา ทำให้อากาศชุ่มชื้น แผ่นเยื่อเมือกจะทำหน้าที่ปรับความชื้นให้กับอากาศ
3. เป็นทางผ่านของลมเข้าออก
4. การคัดกรองสิ่งแปลกปลอมไว้โดยขนจมูกและเยื่อบุจมูกแล้วขับทิ้งออกมาเป็นน้ำมูก
5. ทำให้เสียงก้องกังวานและไพเราะ คนที่มีอาการคัดจมูกหรือจมูกแคบจึงมีเสียง ไม่ชัดเจน

**ระบบเส้นประสาทของคอหอยหลังโพรงจมูก** (ชวลิต เลิศบุษยานุกูล, 2560)

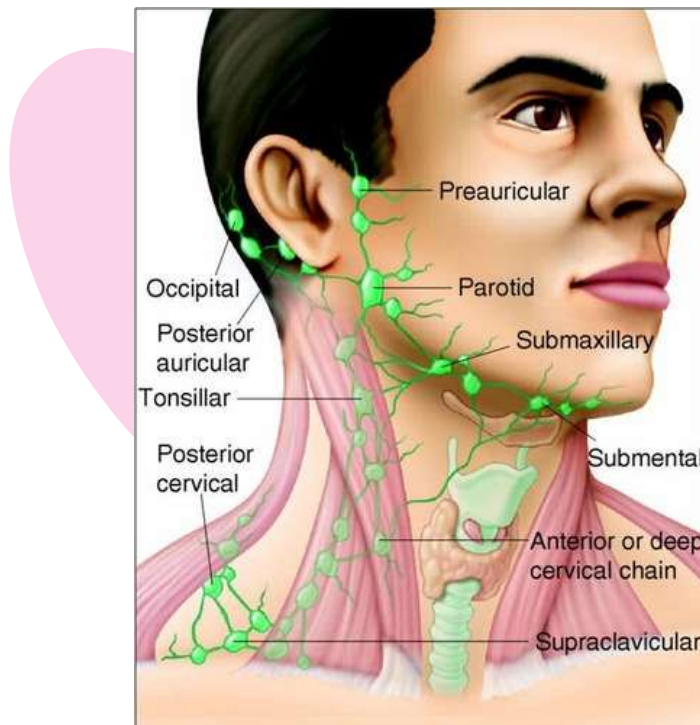
ส่วนหน้าที่ต่อ Eustachian tube มีเส้นประสาท Afferent คือ เส้นประสาท Trigeminal แขนง Maxillary หรือ Cranial nerve สำหรับส่วนหลังที่ต่อรูเปิดของท่อนี้ คือ เส้นประสาท Glossopharyngeal nerve ทำหน้าที่รับรสชาติ สั่งการให้ต่อมน้ำลายหลัง รับความรู้สึกสัมผัส ความเจ็บปวด และอุณหภูมิถูกส่งไปที่ Thalamus สำหรับเส้นประสาท Motor คือ แขนงของเส้นประสาท Glossopharyngeal (CN IX) เส้นประสาท Vagus (CN X) เกี่ยวกล้ามเนื้อกล่องเสียงและคอหอย ควบคุมกล้ามเนื้อ การออกเสียง การรับรส ถ้าเส้นประสาทนี้เสีย จะกลืนอาหารลำบาก (Dysphagia) รวมทั้งเส้นประสาทอัตโนมัติ Sympathetic trunk และ Superior cervical ganglion

เส้นประสาทสำคัญที่อยู่บริเวณฐานกะโหลกศีรษะ และอาจเกิดการลุกลามจากมะเร็งหลังโพรงจมูก ประกอบด้วย

- เส้นประสาท Olfactory nerve (CN I) อยู่บริเวณหลังคาของโพรงจมูก
- เส้นประสาทตา Optic nerve (CN II) อยู่ด้านบนภายใน Optic foramen
- เส้นประสาท Oculomotor (CN III), Trochlear (CN IV), Trigeminal แขนง Ophthalmic, Abducent (CN VI) ผ่านบริเวณ Superior orbital fissure
- เส้นประสาท Trigeminal แขนง Maxilla foramen rotundum
- เส้นประสาท Trigeminal แขนง Mandibular ผ่านบริเวณ Foramen ovale
- เส้นประสาท Glossopharyngeal (CN IX), Vagus (CN X), Spinal accessory (XI) ผ่านบริเวณ Jugular foramen

ระบบทางเดินน้ำเหลืองบริเวณคอ (พิชิต สิทธิไตรย์, 2562)

ต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ มีลักษณะคล้ายท่อลูกโซ่ (Chain) และทอดไปมาเป็นร่างแห (Plexus) ต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ ต่อมน้ำเหลืองที่อยู่พื้นผิวและต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ลึก ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ต่อมน้ำเหลืองและกลุ่มน้ำเหลืองที่คอและเหนือกระดูกไหปลาร้า

ที่มา: <https://www.britannica.com/science/lymphatic-system>

1. ต่อมน้ำเหลืองชนิดที่อยู่พื้นผิว (Superficial lymphatic node of the neck) แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ

1.1 Submental nodes มี 2 ต่อมน้ำเหลือง อยู่บริเวณสามเหลี่ยมใต้คางระหว่าง Anterior belly digastric muscle กับ Hyoid bone ระบายน้ำเหลืองจากผิวหนังใต้คางและ Mucous membrane ของ Inferior lip, Jaw, Floor of mouth และปลายลิ้นเทไปสู่ Deep cervical chain

1.2 Submandibular nodes มี 3-6 ต่อมน้ำเหลือง ขนานไปตาม Inferior border of Mandible อยู่เหนือ Submandibular gland ต่อมน้ำเหลืองเริ่มต้นจาก Anterior belly of digastric จนถึงมุมของขากรรไกร (Angle of Jaw) ระบายน้ำเหลืองจากผิวหนังของใบหน้า และ Mucous membrane ของจมูก แก้ม ริมฝีปากบน และส่วนด้านข้างของริมฝีปากล่าง เหงือก ฟัน และด้านข้างของลิ้นลงสู่ Transverse cervical chain และ Deep chain

1.3 External jugular lymph nodes เป็นต่อมที่ทอดไปตาม External jugular vein ระบายน้ำเหลืองจากใบหู และต่อม Parotid เทลงไปสู่ Superior cervical nodes

1.4 Anterior jugular lymph nodes เป็นต่อมที่ทอดไปตาม Anterior jugular vein ระบายน้ำเหลืองจาก Infrahyoid area ลงไปสู่ Inferior deep cervical nodes

## 2. ต่อมน้ำเหลืองชนิดที่อยู่ลึก (Deep cervical lymph nodes)

มีจำนวนต่อมน้ำเหลือง 15-30 ต่อมทอดไปตามเส้นเลือดแดง Carotid artery และเส้นเลือดดำ Internal jugular vein ต่อมน้ำเหลืองกลุ่มนี้ระบายน้ำเหลืองจาก Superficial nodes จากผิวหนังและ Mucous membrane ของหลอดลมและหลอดอาหาร และ Deep structure ของอวัยวะบริเวณศีรษะและคอ ต่อมน้ำเหลืองในกลุ่มนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

2.1 กลุ่มบน (Superior deep cervical nodes) ตั้งแต่ปลายของ Mastoid process จนถึงระดับ Omohyoid muscle ติดกับ Common carotid artery, Splenius muscle, Levator scapulae muscle, Scalene muscle ต่อมน้ำเหลืองกลุ่มนี้ระบายน้ำเหลืองจากด้านหลังศีรษะ ท้ายทอย หลังใบหู ใบหู ชั้น Cutaneous ชั้นกล้ามเนื้อของคอ และ Deep structure ของอวัยวะบริเวณศีรษะและลำคอ ต่อมน้ำเหลืองนี้ทอดไปตาม Internal jugular vein

2.2 กลุ่มล่าง (Inferior deep cervical nodes) เป็นกลุ่มน้ำเหลืองที่อยู่บริเวณ Subclavian triangle ซึ่งมีบริเวณ Splenius, Levator scapulae, Scalene muscle และด้านฐานถึงบริเวณ Subclavian artery และ Brachial plexus เป็นกลุ่มน้ำเหลืองที่ระบายน้ำเหลืองจากบริเวณศีรษะ คอ และแขน Thoracic wall, Axillary nodes pectoral region และประสานเป็นร่างแหติดต่อกับ Superior deep cervical chain และเทเข้าสู่ Jugular trunk ที่บริเวณหลอดเลือดดำ Internal jugular vein กลุ่มน้ำเหลืองกลุ่มนี้ ได้แก่ Supraclavicular nodes or nodes of Virchow

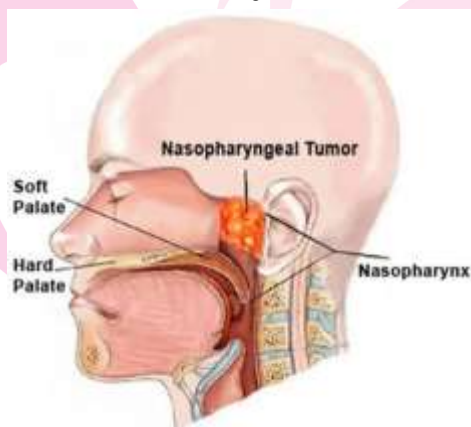
ระบบการไหลเวียนของเลือดบริเวณโพรงจมูก (ธีรพร รัตนานอกชัย และสุภาภรณ์ ศรีรัมย์โพธิ์ทอง, 2557)

1. หลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงบริเวณนี้เกือบทั้งหมด มาจากแขนงต่าง ๆ ของหลอดเลือดแดง External carotid ซึ่งได้แก่ Ascending pharyngeal artery, Ascending palatine artery Sphenopalatine artery, Facial artery

2. หลอดเลือดดำที่นำเลือดออกไปจากโพรงจมูก เรียงตัวกันเป็น Plexus ได้แก่ Internal submucosa plexus, External plexus หลอดเลือดดำเหล่านี้จะติดต่อกับ Pharyngeal plexus ทางด้านบนและเทลงสู่หลอดเลือดดำ Internal jugular vein

ความหมายของมะเร็งหลังโพรงจมูก (Nasopharyngeal Carcinoma: NPC) (พงทอง ไกรพิบูลย์, 2561)

โรคมะเร็งหลังโพรงจมูก คือ โรคที่เกิดจากเซลล์ของผนังหลังโพรงจมูกเกิดการเจริญเติบโตแบ่งตัวอย่างรวดเร็วผิดปกติ โดยที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมการแบ่งตัวของเซลล์เหล่านี้ได้ ความเปลี่ยนแปลงนี้จะก่อให้เกิดเนื้อร้าย ซึ่งอยู่ส่วนบนสุดของช่องคอ (Pharynx) หลังโพรงจมูกตั้งแต่ระดับเพดานอ่อนไปจนถึงฐานของกะโหลกศีรษะ เป็นโรคที่สังเกตได้ยากในระยะเริ่มต้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงเป็นมะเร็งหลังโพรงจมูกในระยะลุกลาม (Advanced Stage) **ดังแสดงในรูปภาพที่ 3**



ภาพที่ 3 โรคมะเร็งหลังโพรงจมูก

ที่มา: <https://www.pinterest.com/pin/159807486758511200/>

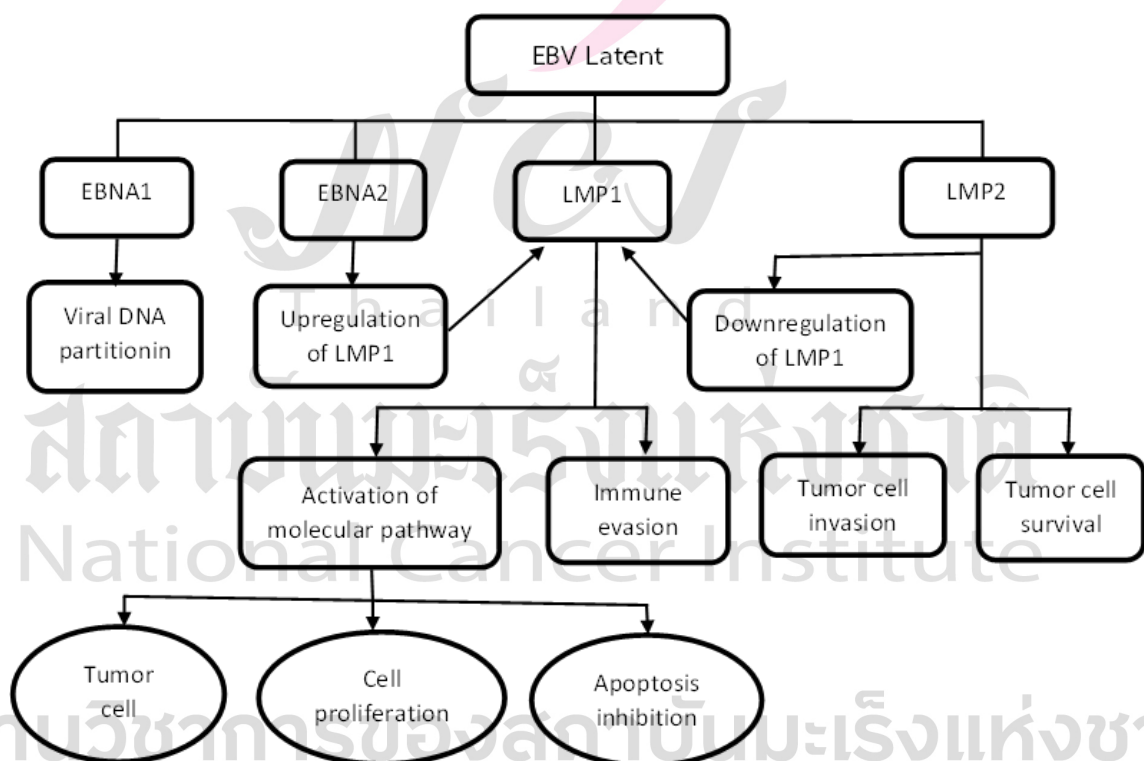
### อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก

โรคมะเร็งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในทุกประเทศทั่วโลก เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตอันดับที่ 2 ซึ่งพบผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งจำนวน 9.7 ล้านราย จากรายงานขององค์การอนามัยโลก โดยองค์การวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ ในปี ค.ศ. 2022 โรคมะเร็งหลังโพรงจมูก พบเป็นอันดับที่ 6 ของมะเร็งทั้งหมด พบได้มากในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ฮองกงและมณฑลกว่างตุง สาธารณรัฐประชาชนจีน ซึ่งมีอุบัติการณ์เท่ากับ 19.6 และ 26.9 ต่อแสนประชากร (International Agency for Research on Cancer: IARC, 2022) สำหรับอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกในประเทศไทย พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 3.4 ราย ต่อประชากรแสนรายต่อปีในเพศชาย และ 1.2 รายต่อประชากรแสนรายต่อปีในเพศหญิง มีผู้ป่วยรายใหม่ คิดเป็น ร้อยละ 1.3 ของโรคมะเร็งทั้งหมดหรือเฉลี่ยวันละ 4 ราย พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 2.5 เท่า (Cancer in Thailand, 2021) จากข้อมูลทะเบียนมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยรายใหม่ในเพศชาย เป็นอันดับที่ 7 ของโรคมะเร็งทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 3.3 ซึ่งมีอุบัติการณ์ในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 2-3 เท่า และพบมากในช่วงอายุ 40-70 ปี ที่มารับการรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2565)

สาเหตุและกลไกการเกิดโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก ได้แก่ (อนุสรรา ประยงค์รัตน์, 2562)

1. การติดเชื้อไวรัส Epstein-Barr Virus (EBV) เป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก เห็นได้จากการที่ตรวจพบ EBV DNA หรือ RNA อยู่ในเซลล์มะเร็งและ Precursor lesion และพบปริมาณ Antibodies against EBV ในผู้ป่วย NPC สูงขึ้นด้วย

กลไกการก่อมะเร็งของ EBV ผ่านทาง Viral protein ที่สำคัญ ได้แก่ Latent membrane protein (LMP1, LMP2A, LMP2B) และ EBV-determined nuclear antigen (EBNA1, EBNA2) โดยเฉพาะ LMP1 จัดเป็น Principle oncogene สำหรับการเกิดโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก โดยจะทำให้เกิด Cell immortalization, Metastasis และ Progression นอกจากนี้ยังป้องกันการ Apoptosis ของ Tumor cell และลด Immunogenic response ของ Host ด้วย ส่วน LMP2 นั้นมีหลายหน้าที่ เช่น Downregulation of NF-KB transcription factor และลด LMP1 expression แต่กลไกยังไม่ชัดเจน เช่นเดียวกัน EBNA1 และ EBNA2 ซึ่งพบว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกเช่นกัน โดยเฉพาะ EBNA1 มีบทบาทที่สำคัญคือ Bind EBV genome กับ Host chromosome ซึ่งเป็นกลไกที่ทำให้เกิด Immune evasion ดังแสดงในภาพที่ 4

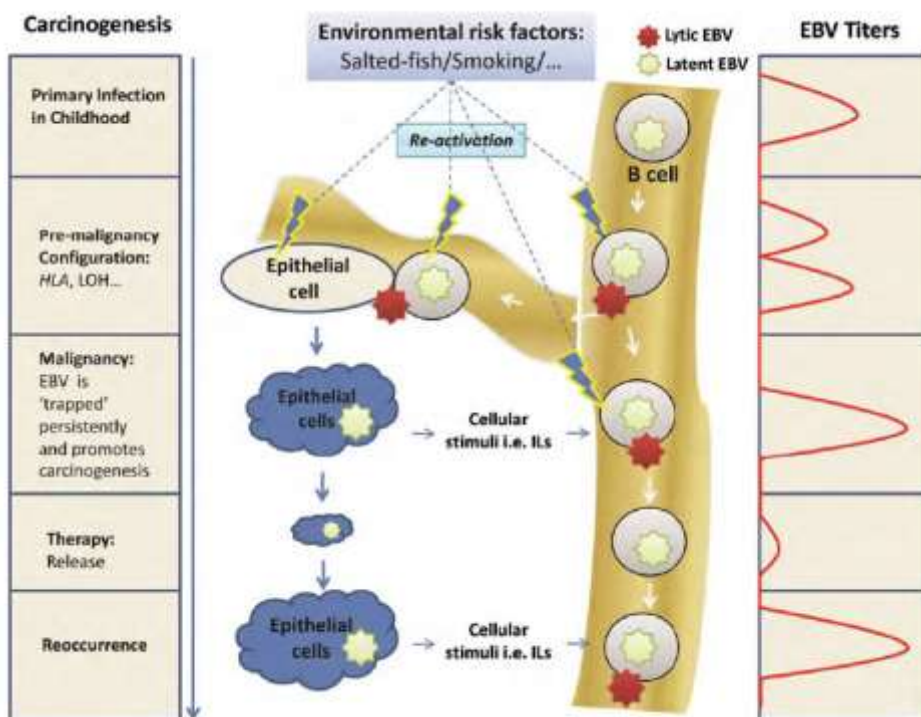


ภาพที่ 4 กลไกการก่อโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกของ Epstein-Barr virus (EBV) proteins

ที่มา: รั้งสิรักษาในโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก (หน้า 3), อนุสรรา ประยงค์รัตน์, 2562, สาขารั้งสิรักษาและมะเร็งวิทยา ฝ่ายรั้งสิวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

2. ปัจจัยทางสภาพแวดล้อม (Environmental factor) พบว่าอัตราการเกิดโรคของคนเชื้อสายจีนที่อาศัยอยู่ในประเทศจีนสูงกว่าคนจีนที่อาศัยอยู่ในประเทศอื่น ๆ ซึ่งหมายความว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมน่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก และอาหารที่มีสารก่อมะเร็ง Nitrosamine เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก โดยหากสูดดมสารเหล่านี้เข้าไปสัมผัสกับเนื้อเยื่อหลังโพรงจมูก อาจก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ DNA ของเซลล์ได้ ซึ่งจะพบสารก่อมะเร็งชนิดนี้ปนเปื้อนอยู่ในอาหารหมักดอง เช่น ปลาเค็ม เนื้อเค็ม แหนม ไส้กรอกอีสานหรือแม่แต่ว่าอาหารปิ้งย่างต่าง ๆ และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เช่น ฝุ่นละออง คาร์บอนไฟจากการเผาไม้หรือหญ้า สารเคมีต่าง ๆ รวมไปถึงการดื่มสุราและสูบบุหรี่ มีผลต่อการเกิดมะเร็งหลังโพรงจมูกได้

กลไกการก่อมะเร็ง (Carcinogenesis) จากสิ่งแวดล้อม โดยทำให้ DNA กลายพันธุ์ (Direct DNA mutagens) หรือสร้างความเสียหายต่อ DNA จากสารจำพวก Reactive oxygen species (ROS) inducers รวมทั้งยังสามารถ Mediate EBV reactivation และ Establishment of EBV infection ได้ ดังแสดงในภาพที่ 5



## ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ภาพที่ 5 Environment-mediated NPC carcinogenic mechanisms

ที่มา: รังสีรักษาในโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก (หน้า 2), อนุสรณ์ ประยงค์รัตน์, 2562, สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ฝายรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

3. ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetic factor) (Hildesheim A and Wang CP, 2012 อ้างถึงใน อนุสรณ์ ประยงค์รัตน์, 2562) พบว่า Gene ที่พ้องกันในทั้ง 3 GWAS ได้แก่ Gene ในตำแหน่งของ Major histocompatibility complex (MHC) บน Chromosome 6p21 ซึ่งเป็นตำแหน่งของ Human leukocyte antigen (HLA) gene นอกจากนี้ยังมี Gene ในตำแหน่งอื่น ๆ ที่ตรวจพบแต่ไม่สอดคล้องกัน ได้แก่ Gene located on chromosome 3q26, 3p21, 9p21 และ 13q12 ส่วน Gene อื่น ๆ นอกเหนือจาก HLA gene ที่มีความสำคัญ คือ DNA repair gene RAD51L1, Cell cycle control genes MDM2 and TP53 และ Cell adhesion/migration gene MMP2 (Genetic factor) เชื่อว่ายีนของแต่ละบุคคล มีผลต่อกลไกการตอบสนองของร่างกายที่แตกต่างกัน ประวัติมะเร็งหลังโพรงจมูกในครอบครัว บุคคลมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกมากขึ้น หากมีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคนี

#### อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก (ชวลิต เลิศบุษยานุกูล, 2560)

อาการแสดงของมะเร็งหลังโพรงจมูกขึ้นอยู่กับระยะข้างเคียงที่ก้อนมะเร็งจะลุกลามไปถึง รวมถึงการกระจายตัวของก้อนเนื้อมะเร็งไปต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอด้านเดียวกันหรือด้านตรงกันข้าม ซึ่งจะมีอาการและอาการแสดงได้หลายรูปแบบ ดังนี้

1. **ก้อนต่อมน้ำเหลืองที่คอโต** เป็นอาการที่พบบ่อยมาพบแพทย์ได้บ่อยที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากบริเวณช่องคอหลังโพรงจมูกมี Lymphatic plexus มาก และเป็นบริเวณที่มักถูกกลืนจากการสังเกตของผู้ป่วยหรือการตรวจของแพทย์ ต่อมน้ำเหลืองที่พบบริเวณลำคอก็มักจะอยู่ก่อนข้างสูงบริเวณใต้และหลังดิ่งหู (Upper posterior cervical node หรือ Jugulodigastric node) ส่วน Lateral retropharyngeal node of Rouviere จึงคลำไม่ได้ในทางคลินิก แต่พบได้จากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ดังแสดงในภาพที่ 6



ภาพที่ 6 ต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอโต

ที่มา: มะเร็งคอหอยหลังโพรงจมูก (หน้า 53), โดยชวลิต เลิศบุษยานุกูล, 2560, โรงพิมพ์ เอส. ออฟเซ็ทกราฟฟิคดีไซน์

**2. อาการแสดงออกทางหู** จากการที่ก้อนเนื้อองกะเร็งลุกลามไปอุดกั้นการทำงานของท่อ Eustachian tube ทำให้ความสามารถในการปรับความดันของหูชั้นกลางแย่ลง ทำให้เกิดการได้ยินลดลง จากการนำเสียงเสีย (Conductive hearing loss) บางครั้งผู้ป่วยอาจมีอาการของเสียงก้องในใบหู (Tinnitus) ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นข้างเดียว (Unilateral) อาการปวดร้าวไปที่หู ซึ่งเกิดจากการที่มีเนื้อองกะเร็งลุกลามไปยังเส้นประสาทสมองคู่ที่ 9 (Glossopharyngeal nerve)

**3. อาการทางจมูก** มักพบในกรณีที่ก้อนเนื้อองกะเร็งมีขนาดใหญ่ หรือมีการแทรกไปตามเนื้อเยื่อจนมีแผลและทำลายเส้นเลือด ทำให้มีอาการของน้ำมูกปนเลือด พบได้บ่อยที่สุด ซึ่งเป็นอาการนำราว 30% ของผู้ป่วยทั้งหมด บางรายจะมีอาการคัดจมูกข้างเดียวหรือทั้ง 2 ข้าง ขึ้นอยู่กับขนาดของก้อนเนื้อองกะเร็งที่ไปอุดตันโพรงจมูกทางด้านหลัง ทำให้มีอาการพูดคล้ายเสียงบีบจมูกพูด (Hypo nasality voice) ซึ่งอาจต้องแยกจากอาการของโรคไซนัสอักเสบ หรือโพรงจมูกอักเสบ ในรายที่มีเลือดออกประจำอาจมีอาการของเลือดไหลลงคอ และมีอาการเสมหะปนเลือดได้

**4. อาการทางระบบประสาท** ขึ้นอยู่กับการลุกลามของเนื้อองกะเร็ง อาจมีการทำลายของเส้นประสาทสมอง เส้นประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nerve) Lesser occipital nerve เส้นประสาท Great auricular อาการผิดปกติที่พบบ่อยที่สุด คือ เส้นประสาทสมองคู่ที่ V-VI ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการชาบริเวณใบหน้า และมองเห็นภาพซ้อน

**5. อาการทางสายตา** การลุกลามของก้อนเนื้อองกะเร็งไปยังเส้นประสาทสมองคู่ที่ VI จะทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อ Lateral rectus น้อยลง มีผลให้การขยับดวงตาไปทางด้านข้างของด้านนั้นมีปัญหา (Ipsilateral palsy) ผู้ป่วยจึงมีอาการเห็นภาพซ้อนขณะที่มองไปด้านที่มีการทำลายของเส้นประสาทคู่ที่ VI โดยอาจมีการลุกลามของก้อนเนื้อองกะเร็งเข้าสู่ Cavernous sinus บางรายผู้ป่วยอาจมีอาการตาโปน (Proptosis) จากการลุกลามของเนื้อองกะเร็งเข้าสู่ลูกตาโดยผ่านทาง Orbital fissure

**6. อาการปวดศีรษะ** ส่วนใหญ่เกิดจากการลุกลามของก้อนเนื้อองกะเร็งไปยังบริเวณฐานกะโหลก (Base of skull) มักมีอาการปวดศีรษะข้างเดียวกับบริเวณขมับ ซึ่งเกิดจากการระคายเคืองเส้นประสาท Meningeal ซึ่งเป็นแขนงของเส้นประสาทสมองคู่ที่ V อาจเกิดจากก้อนเนื้อองกะเร็งระคายเคืองบริเวณกล้ามเนื้อ Prevertebral หรือการเกิดการอักเสบของต่อมน้ำเหลืองบริเวณ Retro-pharyngeal

### 7. อาการอื่นที่อาจพบได้

7.1 ผื่นตามร่างกาย อาการแสดงของผิวหนังจะมีลักษณะของสะเก็ดลอก หรือรูขุมขนอักเสบ หรือผื่นแดง (Hyperkeratosis, Folliculitis, Erythematous papules) มักเกิดบริเวณใบหน้า หลังตา บริเวณลำตัว หัวไหล่ ต้นแขน และแผ่นหลัง บางครั้งพบมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงตามหลังผื่นได้ด้วย

7.2 อาการข้อกรามยึด อาการนี้เกิดจากการที่ก้อนเนื้อองกะเร็งกระจายลุกลามไปยังกล้ามเนื้อ Pterygoid ทำให้ผู้ป่วยอ้าปากไม่ได้ หรือได้น้อยลง

## การวินิจฉัยโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก (อนุสรณ์ ประยงค์รัตน์, 2562)

1. การซักประวัติ ผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกมักมาด้วยอาการก้อนที่คอโตขึ้นเรื่อย ๆ ไม่เจ็บ ไม่ปวด ซึ่งเป็นอาการแสดงที่พบได้บ่อย ดังนั้นการซักประวัติเพิ่มเติมจึงมีความสำคัญในการแยกโรค เช่น อาการคัดแน่นจมูก เลือดกำเดาไหล หูอื้อ อาการหน้าชา เห็นภาพซ้อน ตามัว กลอกตาได้ไม่สุด อีกทั้งต้องซักประวัติส่วนตัว และประวัติครอบครัว เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า อาชีพ โรคประจำตัว รวมถึงโรคต่าง ๆ ที่เคยรักษาในอดีต เช่น โรคปอด โรคมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคออื่น ๆ โรคมะเร็งปอด โรคมะเร็งหลอดอาหาร เป็นต้น เนื่องจากโรคมะเร็งบริเวณเยื่อโพรงจมูกของทางเดินอาหารและทางเดินหายใจส่วนบน (Upper aerodigestive tract) จะต่อเนื่องกันและจะ Expose ต่อสารก่อมะเร็งเดียวกัน ดังนั้นอาจเกิดมะเร็งได้ในตำแหน่งเหล่านี้พร้อม ๆ กัน หรือเกิดตามหลังกัน

### 2. การตรวจร่างกาย ได้แก่

2.1 การตรวจดูโพรงหลังจมูก ส่งตรวจ Nasopharyngoscopy หรือ Flexible fiberoptic laryngoscopy ช่วยทำให้การตรวจร่างกายง่ายขึ้น และได้ข้อมูลที่ละเอียดถูกต้อง

2.2 การตรวจหู เพื่อดูลักษณะผิดปกติและการเคลื่อนไหวของแก้วหู Valsalva หรือใช้ Pneumatic otoscope จะทำให้เห็นความผิดปกติ หรือพยาธิสภาพของหูชั้นในที่มีปัญหาได้ ซึ่งความผิดปกตินี้บ่งชี้ถึงการทำงานของท่อยูสเตเชียนว่าทำงานปกติหรือไม่

2.3 การทดสอบหน้าที่ของเส้นประสาทสมองคู่ต่าง ๆ เพื่อหาความผิดปกติ หรือเพื่อให้รู้ถึงการดำเนินโรคว่าลุกลามไปถึงเส้นประสาทสมองหรือไม่

2.4 การคลำคอ เพื่อตรวจการแพร่กระจายของมะเร็งไปสู่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ ต้องตรวจให้ทราบตำแหน่ง ขนาด ลักษณะนุ่ม แข็ง การเคลื่อนไหวของต่อม จำนวนต่อมน้ำเหลืองที่โตจนคลำได้ทั้งด้านเดียว และทั้งสองด้านของคอ เพื่อจัดระยะของมะเร็ง และการพยากรณ์โรค

### 3. การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจหา Titer ของ EBV จากระดับ Immunoglobulin A ต่อ Viral capsid antigen (IgA VCA) มีความไว (Sensitivity) สูง สามารถใช้ช่วยคัดกรองโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกได้ ในขณะที่การตรวจระดับ Immunoglobulin A ต่อ Early intracellular antigen (IgA EA) มีความจำเพาะ (Specificity) สูง สามารถใช้ช่วยยืนยันการวินิจฉัยได้

3.2 ระดับ Serum EBV DNA โดยวิธี Polymerase chain reaction มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของโรค สามารถใช้ในการประเมินผลของการรักษา รวมถึงประเมินการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกได้

3.3 Routine laboratory: Complete blood count, Renal function, Liver function

3.4 Special laboratory: Thyroid function test

3.5 Tumor biomarker: EBV DNA level โดยจาก Systematic review พบว่ามี Sensitivity และ Specificity for diagnosis สูงถึง 73% และ 89% ตามลำดับ

#### 4. การตรวจทางรังวินิจฉัย

4.1 Chest x-ray (CXR) เพื่อประเมินว่ามี Lung metastasis และหากพบความผิดปกติจาก CXR พิจารณาส่งการตรวจที่ละเอียดเพิ่มเติม ได้แก่ CT chest

4.2 Ultrasonography (US) of upper abdomen เพื่อประเมินว่ามี Liver metastasis โดยอาจพิจารณาทำเฉพาะในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ Locally advanced disease เท่านั้น เช่น Stage III-IV หรือผู้ป่วยที่มีผลเลือด LFT ผิดปกติ

4.3 Bone scan เพื่อประเมินว่ามี Bone metastasis โดยพิจารณาทำในผู้ป่วยลักษณะเดียวกับ US upper abdomen

4.4 Positron Emission Tomography/Computed Tomography (PET/CT) ใช้เพื่อประเมิน Metastasis แม้ว่าความละเอียดของภาพจาก PET/CT จะน้อยกว่า MRI แต่เนื่องจาก PET/CT เป็น Functional imaging จึงมีบทบาทอย่างมาก ทั้งในด้านการประเมินว่าการแพร่กระจายของโรคไปยังอวัยวะอื่น ๆ การตรวจติดตาม และการแยกสภาวะการณกลับมาเป็นซ้ำของโรค

4.5 Computerized Tomographic (CT scan) จะบ่งชี้ตำแหน่งของก้อนที่จุดต้นกำเนิด การลุกลามของก้อนมะเร็งไปยังบริเวณข้างเคียง การทำลายฐานกะโหลกศีรษะและการแพร่กระจายของมะเร็งเข้าสู่สมองได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ ช่วยการวินิจฉัย การจัดระยะของมะเร็ง การรักษา และการพยากรณ์โรค

4.6 Magnetic Resonance Imaging (MRI) มีความละเอียดสูงมาก สามารถแยกความผิดปกติของรอยโรคกับเนื้อเยื่อปกติโดยรอบได้อย่างชัดเจน (Soft tissue contrast) มีการศึกษาพบว่าในการวินิจฉัยโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกด้วย MRI ช่วยในการวินิจฉัยโรคที่แม่นยำ

5. การตัดชิ้นเนื้อเพื่อตรวจทางพยาธิวิทยา ต้องทำทุกรายเพื่อยืนยันการวินิจฉัยที่แน่นอนและถูกต้อง เนื่องจากเซลล์มะเร็งชุกซ่อนอยู่ใต้ชั้นเยื่อเมือก (Submucosa) แพทย์จำเป็นต้องสุ่มตัดชิ้นเนื้อที่ผิดปกติมาหลาย ๆ ชิ้น บางครั้งต้องทำในห้องผ่าตัด ตำแหน่งที่ตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจมี 3 แห่ง คือ ตรงกลางบริเวณเพดานของ Nasopharynx และบริเวณ Rosenmuller fossa ทั้งสองข้าง ด้วยวิธี Punch biopsy ส่งตรวจทางพยาธิวิทยาเพื่อการวินิจฉัย ตรวจด้วยย้อม Hematoxylin เช่น p63, MNF116 (Pan cytokeratin maker), High-molecular-weight cytokeratin และ Epithelial membrane antigen (EMA) ซึ่งให้ผลบวก ส่วน CK7 และ CK20 ให้ผลลบ

พยาธิวิทยาของโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก (Barnes et al., 2005 อ้างถึงใน ขวลิขิต เลิศบุษยานุกูล, 2560)

มะเร็งคอหอยหลังโพรงจมูก หมายถึง มะเร็งของเยื่อบุผิวที่เกิดขึ้นบน Nasopharyngeal mucosa โดยเซลล์มะเร็งมีการพัฒนาไปเป็นเซลล์ที่คล้ายคลึงกับ Squamous cell มะเร็งชนิดนี้จะไม่รวมถึง Adenocarcinoma และ Salivary gland type carcinoma ตำแหน่งที่พบบ่อย คือ บริเวณ Lateral wall โดยเฉพาะบริเวณ Rosenmuller fossa ตำแหน่งที่พบบ่อยรองลงมา ได้แก่ Superior posterior wall

มะเร็งหลังโพรงจมูกเกิดจาก Squamous cell ที่มี Differentiation โดยแบ่งชนิดเซลล์มะเร็งหลังโพรงจมูกที่พบบ่อยเป็น 3 ชนิด ได้แก่

**1. WHO type I Keratinizing Squamous Cell Carcinoma** มะเร็งหลังโพรงจมูกกลุ่มนี้ มีการพัฒนาของเซลล์มะเร็งคล้ายคลึงกับ Squamous cell มาก เหมือน Squamous cell carcinoma ที่บริเวณอื่น ๆ โดยพบสิ่งที่บ่งบอกว่าเซลล์มี Squamous differentiation คือ พบ Intercellular bridge และ Keratinization เนื่องจากเซลล์มะเร็งมีการพัฒนาเหมือน Squamous cell carcinoma ที่อื่น จึงสามารถแบ่งระดับการพัฒนาได้เป็น 3 กลุ่มเหมือน Squamous cell carcinoma ที่อื่นคือ Well differentiated, Moderately differentiated และ Poorly differentiated

**2. WHO type II Non-Keratinizing Squamous Cell Carcinoma (NK-SCCA)** ซึ่งมะเร็งในกลุ่มนี้มีการพัฒนาของเซลล์มะเร็งน้อยกว่ามะเร็งในกลุ่ม Keratinizing squamous cell carcinoma ลักษณะที่สำคัญในกลุ่มนี้ คือ ไม่พบ Keratinization มะเร็งกลุ่มนี้มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ Epstein-Barr virus (EBV) เกือบ 100% มะเร็งกลุ่ม Nonkeratinizing carcinoma ถูกแบ่งออกเป็น 2 ชนิดย่อยตามรูปร่างของเซลล์ซึ่งบ่งบอกถึงระดับการพัฒนาของเซลล์มะเร็ง คือ

- WHO type IIA: NK-SCCA, differentiated
- WHO type IIB: NK-SCCA, undifferentiated

ซึ่งเป็นชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด มักพบในชาวเอเชีย และสัมพันธ์กับการติดเชื้อ EBV โดย

Differentiated และ Undifferentiated NK-SCCA พบได้ 30-40% และ 40-50% ตามลำดับ

**3. WHO type III Basaloid Squamous Cell Carcinoma** มะเร็งชนิดนี้พบน้อยมาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 50 ปี จากข้อมูลในปัจจุบันไม่พบความสัมพันธ์ของมะเร็งชนิดนี้กับการติดเชื้อไวรัส EBV มะเร็งชนิดนี้ประกอบไปด้วยเซลล์มะเร็งที่มีรูปร่างหน้าตาแตกต่างกัน 2 ชนิด คือ Malignant basaloid cell และ Malignant squamous cell

การแบ่งระยะของโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก (Pfister et al., 2020 อ้างถึงใน ศิริอร สิ้นธุ และคณะ, 2565)

การแบ่งระยะมีความสำคัญในการพิจารณาแนวทางการรักษา รวมไปถึงการประเมินผลการรักษา และการพยากรณ์โรค สำหรับการแบ่งระยะของโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกมีด้วยกันหลายระบบแต่ที่นิยมใช้อ้างอิงจาก 8<sup>th</sup> edition of the American Joint Committee on Cancer's TNM staging เป็นระบบการแบ่งระยะของโรคมะเร็งแบบ TNM กำหนดจาก T (Tumor) หมายถึง ขนาด จำนวนและตำแหน่งที่ก้อนอยู่ N (Lymph node) หมายถึง ต่อมน้ำเหลืองที่มะเร็งลุกลามไปและ M (Distant metastasis) หมายถึง การแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น ๆ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 TNM classification ของโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก (8<sup>th</sup> AJCC, ed. 2017)

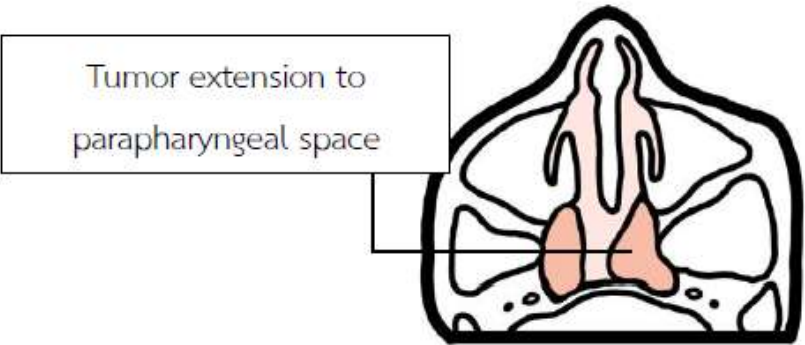
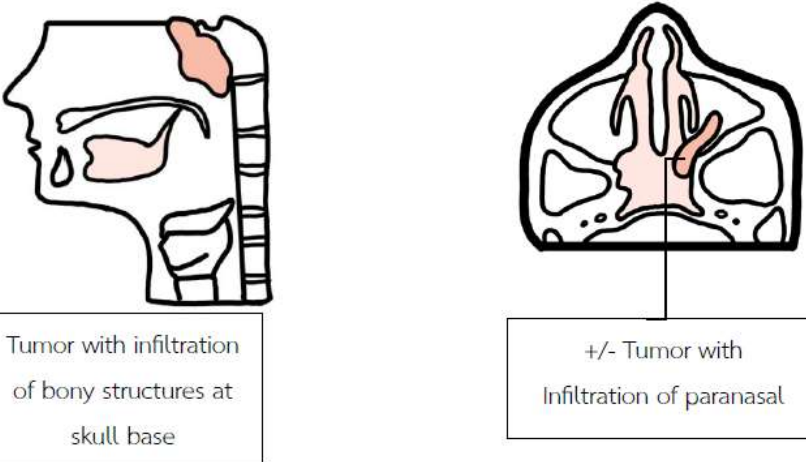
| Category                 | Description   |
|--------------------------|---|
| <b>Primary tumor (T)</b> |   |
| T0                       | No tumor identified, but EBV-positive cervical node(s) involvement  |
| Tis                      | Carcinoma in situ   |
| T1                       | Tumor confined to nasopharynx, or extension to oropharynx and/or nasal cavity without parapharyngeal involvement <b>ดังแสดงในภาพที่ 7</b> |

ตำแหน่งตรงกับผู้ป่วย  
กรณีศึกษา

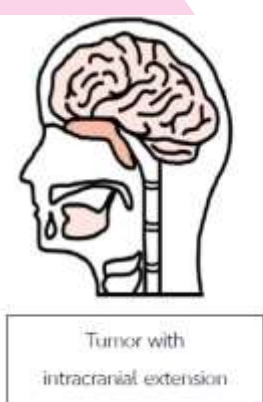
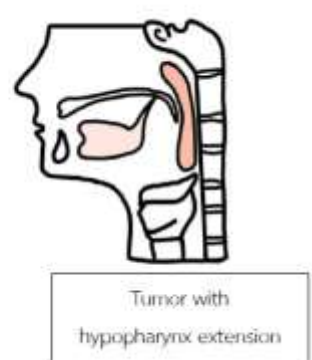
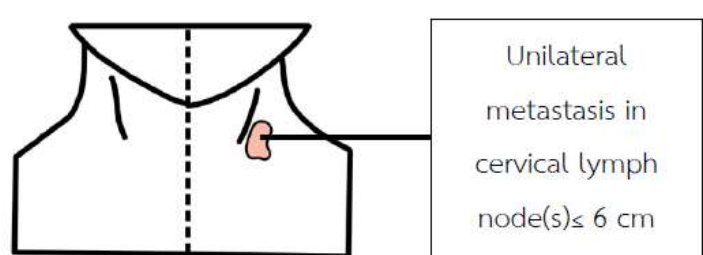
**ภาพที่ 7** การแบ่งระยะมะเร็งหลังโพรงจมูกตามระบบ AJCC (T1)

ที่มา: การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา (หน้า 22), ศิริอร สิ้นธุและคณะ, 2565, วัฒนาการพิมพ์

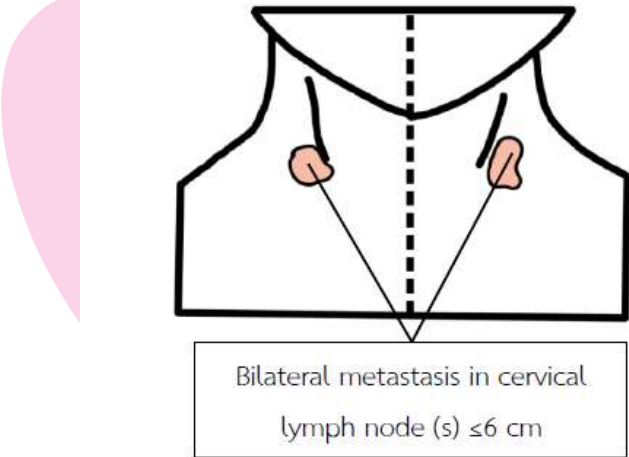
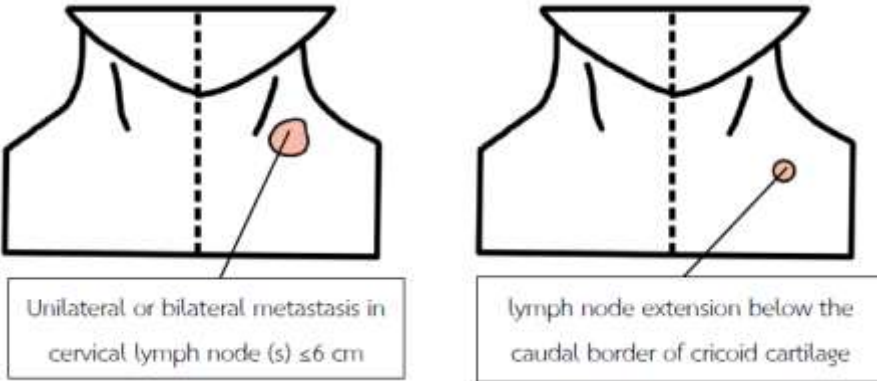
ตารางที่ 1 TNM classification ของโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก (8<sup>th</sup> AJCC, ed. 2017) (ต่อ)

| Primary tumor (T)   |   |
|---|---|
| <p>T2</p> <p>Tumor with extension to parapharyngeal space, and/or adjacent soft tissue involvement (medial pterygoid, lateral pterygoid, prevertebral muscles) <b>ดังแสดงในภาพที่ 8</b></p> |  <p>Tumor extension to parapharyngeal space</p> <p><b>ภาพที่ 8</b> การแบ่งระยะมะเร็งหลังโพรงจมูกตามระบบ AJCC (T2)<br/>ที่มา: การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา (หน้า 22), ศิริอร สิ้นธุและคณะ, 2565, วัฒนาการพิมพ์</p>  |
| <p>T3</p> <p>Tumor with infiltration of bony structures at skull base, cervical vertebra, pterygoid structures, and/or paranasal sinuses <b>ดังแสดงในภาพที่ 9</b></p>                       |  <p>Tumor with infiltration of bony structures at skull base</p> <p>+/- Tumor with infiltration of paranasal</p> <p><b>ภาพที่ 9</b> การแบ่งระยะมะเร็งหลังโพรงจมูกตามระบบ AJCC (T3)<br/>ที่มา: การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา (หน้า 23), ศิริอร สิ้นธุและคณะ, 2565, วัฒนาการพิมพ์</p> |

ตารางที่ 1 TNM classification ของโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก (8<sup>th</sup> AJCC, ed. 2017) (ต่อ)

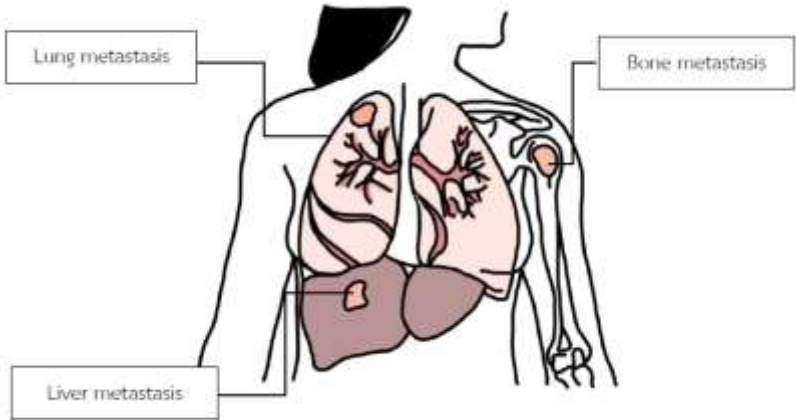
| Primary tumor (T)        |   |
|--------------------------|---|
| <b>T4</b>                | <p>Tumor with intracranial extension, involvement of cranial nerves, hypopharynx, orbit, parotid gland, and/or extensive soft tissue infiltration beyond the lateral surface of lateral pterygoid muscles</p> <p>ดังแสดงในภาพที่ 10</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>Tumor with intracranial extension</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>Tumor with hypopharynx extension</p> </div> </div> <p>ภาพที่ 10 การแบ่งระยะมะเร็งหลังโพรงจมูกตามระบบ AJCC (T4)</p> <p>ที่มา: การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา (หน้า 23), ศิริอร สิ้นธุและคณะ, 2565, วัฒนาการพิมพ์</p> |
| Regional lymph nodes (N) |   |
| <b>N0</b>                | No regional lymph node metastasis   |
| <b>N1</b>                | <p>Unilateral cervical lymph node(s) metastasis, and/or unilateral or bilateral retropharyngeal lymph nodes, 6 cm or smaller in greatest dimension, above the caudal border of cricoid cartilage ดังแสดงในภาพที่ 11</p> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;">  </div> <p>ภาพที่ 11 การแบ่งระยะมะเร็งหลังโพรงจมูกตามระบบ AJCC (N1)</p> <p>ที่มา: การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา (หน้า 24), ศิริอร สิ้นธุและคณะ, 2565, วัฒนาการพิมพ์</p>  |

ตารางที่ 1 TNM classification ของโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก (8<sup>th</sup> AJCC, ed. 2017) (ต่อ)

| Regional lymph nodes (N)  |  |
|---|--|
| N2  | Bilateral cervical lymph node(s) metastasis, 6 cm or smaller in greatest dimension, above the caudal border of cricoid cartilage <b>ดังแสดงในภาพที่ 12</b>                                 |
|  <div data-bbox="1130 541 1349 674" style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">ตำแหน่งตรงกับผู้ป่วยกรณีศึกษา</div> <div data-bbox="639 772 1070 890" style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Bilateral metastasis in cervical lymph node (s) ≤6 cm</div>   |  |
| <p><b>ภาพที่ 12</b> การแบ่งระยะมะเร็งหลังโพรงจมูกตามระบบ AJCC (N2)</p> <p>ที่มา: การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา (หน้า 24), ศิริอร สิ้นธุและคณะ, 2565, วัฒนาการพิมพ์</p>  |  |
| N3  | Unilateral or bilateral cervical lymph node(s) metastasis, larger than 6 cm in greatest dimension, and/or extension below the caudal border of cricoid cartilage <b>ดังแสดงในภาพที่ 13</b> |
|  <div data-bbox="428 1570 824 1675" style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Unilateral or bilateral metastasis in cervical lymph node (s) ≤6 cm</div> <div data-bbox="894 1570 1295 1675" style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">lymph node extension below the caudal border of cricoid cartilage</div> |  |
| <p><b>ภาพที่ 13</b> การแบ่งระยะมะเร็งหลังโพรงจมูกตามระบบ AJCC (N3)</p> <p>ที่มา: การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา (หน้า 25), ศิริอร สิ้นธุและคณะ, 2565, วัฒนาการพิมพ์</p>  |  |

ตารางที่ 1 TNM classification ของโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก (8<sup>th</sup> AJCC, ed. 2017) (ต่อ)

| Distant metastasis (M) |                                       |
|------------------------|---------------------------------------|
| M0                     | No distant metastasis                 |
| M1                     | Distant metastasis ดังแสดงในภาพที่ 14 |



ภาพที่ 14 การแบ่งระยะมะเร็งหลังโพรงจมูกตามระบบ AJCC (M1)  
ที่มา: การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา (หน้า 25), ศิริอร สิ้นธุและคณะ, 2565, วัฒนาการพิมพ์

ที่มา: การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา (หน้า 26), โดยศิริอร สิ้นธุและคณะ, 2565, วัฒนาการพิมพ์

การแบ่งระยะของโรค (Stage grouping) โดย TNM classification ของโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก กำหนดได้ 4 ระยะดังนี้ (ชวลิต เลิศบุษยานุกูล, 2560)

- ระยะที่ I            T1 N0 M0
- ระยะที่ II            T0-T2 N1 หรือ T2 N0 (T2 หรือ N1)
- ระยะที่ III            T3 N0-2 หรือ T0-3 N2 (T3 หรือ N2)
- ระยะที่ IVA            T4 N0-2 และ any T N3
- ระยะที่ IVB            M1

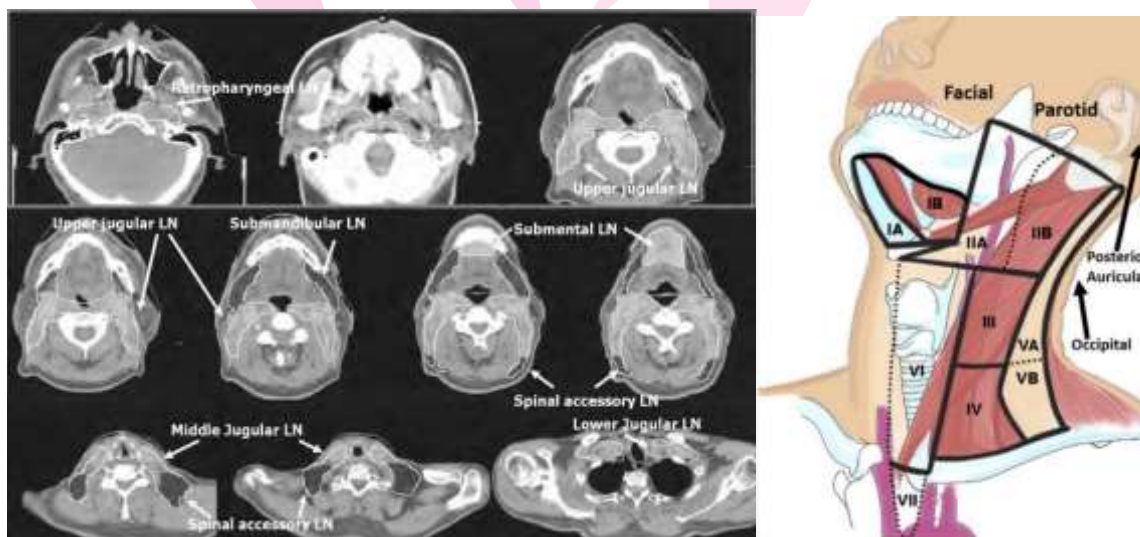
ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

การแพร่กระจายของโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก (อนุสสรฯ ประยงค์รัตน์, 2562)

การแพร่กระจายของมะเร็งหลังโพรงจมูก ส่วนใหญ่จะแพร่กระจายทางระบบน้ำเหลือง การแพร่กระจายเฉพาะที่ และการแพร่กระจายระยะไกล ดังนี้

1. การแพร่กระจายทางระบบทางเดินน้ำเหลือง (Lymphatic spreading) การลุกลามของโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกไปที่ต่อมน้ำเหลืองพบได้บ่อย โดยผู้ป่วย 65-80% มักมีก้อนที่คอโตตั้งแต่มาพบแพทย์ และครึ่งหนึ่งจะพบทั้งสองข้าง ซึ่งต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอที่มักมีการกระจายของโรคไปมากที่สุด ได้แก่ Cervical lymph nodes Level II (Upper jugular nodes) และ Retropharyngeal lymph nodes

การแบ่งกลุ่มของต่อมน้ำเหลืองบริเวณศีรษะและลำคอ ต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอแบ่งเป็นระดับ (Level) ต่าง ๆ ดังนี้ ดังแสดงในภาพที่ 15



ภาพที่ 15 แสดงการแบ่งกลุ่มของต่อมน้ำเหลืองบริเวณศีรษะและลำคอ  
ที่มา: รังสีรักษาในโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก (หน้า 14), อนุสสรฯ ประยงค์รัตน์, 2562, สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ฝ่ายรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

**Level I** คือ ต่อมน้ำเหลือง Submental และ Submandibular โดยจะอยู่เหนือกระดูก Hyoid ใต้ต่อกล้ามเนื้อ Mylohyoid และหน้าต่อขอบหลังของต่อมน้ำลายใต้คาง โดยมีการแบ่งเป็น IA อยู่ระหว่างขอบในของ Anterior bellies ของกล้ามเนื้อ Digastric และ IB จะอยู่ด้านข้างของ IA และหน้าต่อขอบหลังของต่อมน้ำลาย Submandibular

**Level II** คือ ต่อมน้ำเหลือง Upper internal jugular เริ่มจากฐานกะโหลกลงมาถึงขอบล่างของกระดูก Hyoid โดยอยู่หลังต่อต่อมน้ำลายใต้คางและหน้าต่อขอบหลังของกล้ามเนื้อ

Sternocleidomastoid โดยมีการแบ่งเป็น IIA คือต่อมน้ำเหลืองรอบหลอดเลือดดำ Internal jugular ส่วน IIB คืออยู่หลังต่อหลอดเลือดดำ โดยมีเนื้อเยื่อไขมันแทรกระหว่างต่อมน้ำเหลืองกับหลอดเลือดดำ

**Level III** คือ ต่อมน้ำเหลือง Mid jugular อยู่ล่างต่อกระดูก Hyoid ไปจนถึงขอบล่างของกระดูกอ่อน Cricoid และอยู่หน้าต่อขอบหลังของกล้ามเนื้อ Sternocleidomastoid

**Level IV** คือ ต่อมน้ำเหลือง Low jugular อยู่ต่ำกว่ากระดูกอ่อน Cricoid ไปจนถึงกระดูก Clavicle และอยู่หน้าเส้นที่ลากระหว่างขอบหลังของกล้ามเนื้อ Sternocleidomastoid

**Level V** คือ ต่อมน้ำเหลือง Posterior triangle โดยอยู่หลังต่อกล้ามเนื้อ Sternocleidomastoid ตั้งแต่ฐานกะโหลกไปจนถึงกระดูก Clavicle และอยู่หน้าต่อกล้ามเนื้อ Trapezius โดยมีการแบ่งเป็น VA จากฐานกะโหลกมาจนถึงขอบล่างของกระดูกอ่อน Cricoid และ VB จากขอบล่างของกระดูกอ่อน Cricoid มาจนถึงกระดูก Clavicle

**Level VI** คือ ต่อมน้ำเหลือง Upper visceral อยู่ระหว่างหลอดเลือดแดง Carotid ใต้ต่อขอบล่างของกระดูก Hyoid ไปจนถึงขอบบนของกระดูก Manubrium

**Level VII** คือ ต่อมน้ำเหลือง Superior mediastinal อยู่ระหว่างหลอดเลือดแดง Carotid จากขอบบนของกระดูก Manubrium ไปจนถึงระดับของหลอดเลือดดำ Innominate

## 2. การแพร่กระจายเฉพาะที่ (Local invasion) (อนุสรณ์ ประยงค์รัตน์, 2562)

มะเร็งคอหอยหลังโพรงจมูกส่วนใหญ่มักเริ่มจากบริเวณผนังด้านข้าง บริเวณ Fossa of Rosenmuller แล้ว จึงค่อยลุกลามไปผนังส่วนอื่น ๆ ได้แก่

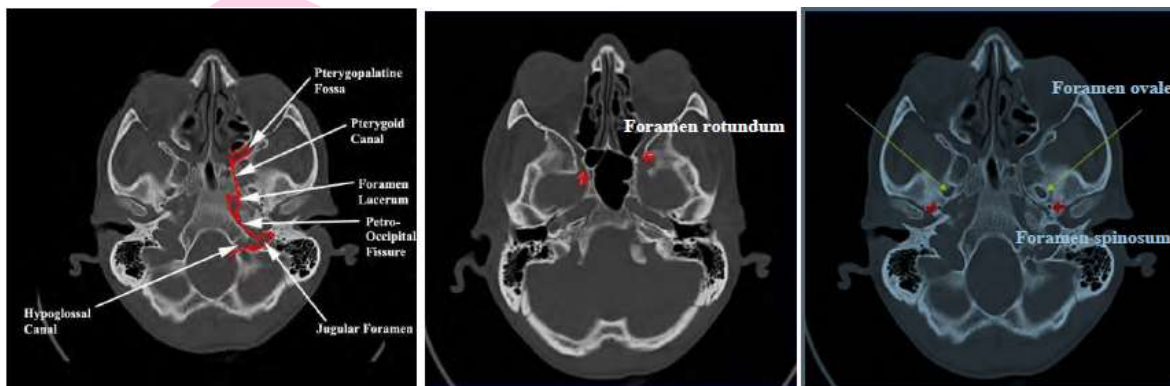
- **ด้านหน้า (Anteriorly):** มะเร็งจะลุกลามเข้าสู่โพรงจมูก อาจทำลายผนังชั้นช่องจมูกและเพดานแข็ง (Hard palate) ถ้าลุกลามต่อไปทางด้านข้างของโพรงจมูกก็อาจทำลาย Medial Pharyngeal fossa ถ้าลุกลามขึ้นสู่ด้านบนจะทำลายโพรงอากาศ Ethmoid และ Maxillary ได้

- **ด้านหลัง (Posteriorly):** ได้แก่ Clivus และบางส่วนของ Sphenoid bone และ Occipital bone โดย Tumor cell อาจมีการทำลายกระดูกเหล่านี้ได้

- **ด้านข้าง (Laterally):** ประกอบไปด้วย Torus tubarius ซึ่งเป็นรูเปิดของ Eustachian tube และ Pharyngeal recess หรือ Fossa of Rosenmuller ที่อยู่ทางด้านหลังต่อ Torus tubarius และเชื่อว่าเป็น Origin ในการเกิด NPC โดยโรคมักมีการกระจายออกทางด้านข้างไปสู่ Parapharyngeal space และอาจถึง Medial pterygoid plate

- **ด้านบน (Superiorly):** ด้านบนของ Nasopharynx ได้แก่ Cribriform plate และ Sphenoid sinus หาก Tumor extend ขึ้นมาทางด้านบน จะสามารถกระจายเข้าในสมองได้ โดยผ่านทาง Cavernous sinus และ Base of skull foramens ได้แก่ Foramen rotundum, Foramen ovale, Foramen lacerum, Jugular foramen และ Hypoglossal canal เป็นต้น

Foramen ต่าง ๆ เหล่านี้ นอกจากจะเป็นเส้นทางที่ทำให้ Tumor กระจายเข้าสู่สมองได้แล้ว ยังเป็นที่อยู่ของเส้นประสาทสมองมากมาย โดยเฉพาะเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 (Trigeminal nerve) และ 6 (Abducens nerve) มักพบถูกทำลายบ่อยที่สุด เนื่องจากพาดผ่านอยู่บน Sphenoid bone พอดี ดังแสดงในภาพที่ 16



ภาพที่ 16 แสดงรูเปิดของฐานกะโหลกศีรษะ (Base of skull foramens)

ที่มา: รังสีรักษาในโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก (หน้า 13), อนุสรณ์ ประยงค์รัตน์, 2562, สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ฝ่ายรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- ด้านล่าง (Inferiorly): ขอบล่างของ Nasopharynx จะสิ้นสุดที่ Superior surface ของ Soft palate ก้อนมะเร็งสามารถลุกลามลงไปหลังช่องปากได้ บางครั้งอาจลุกลามต่อมทอนซิล บ่อยครั้งที่เห็นก้อนลุกลามลงมาด้านล่างแต่แท้จริงแล้วเป็นก้อนที่ต่อมน้ำเหลือง Retropharyngeal ดังนั้นแพทย์ควรใช้ภาพถ่ายทางรังสีเพื่อวินิจฉัยว่าเป็นก้อนมะเร็งปฐมภูมิหรือเป็นต่อมน้ำเหลืองโดยภาพเอ็มอาร์ไอ สามารถบอกได้ชัดเจนกว่าเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

3. การแพร่กระจายระยะไกล (Distant metastasis) การกระจายของโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก ไปยังอวัยวะอื่น ๆ ส่วนใหญ่มักพบภายหลังจากรักษาเสร็จสิ้นแล้ว หรือหลังจากที่มีการกลับมาเป็นซ้ำของโรค โดยพบว่ามีความสัมพันธ์กับการกระจายของโรคไปยังต่อมน้ำเหลือง หากมีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่คอ 1 ข้าง และมีขนาดไม่เกิน 3 ซม. จะมีโอกาสเกิดการ Distant metastasis 10-20% แต่หากมีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองทั้งสองข้างของลำคอ หรือต่อมน้ำเหลืองมีขนาดใหญ่กว่า 6 ซม. จะมีโอกาสเกิด Distant metastasis เท่ากับ 30-40% หากมีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณเหนือไหปลาร้า จะมีโอกาสเกิด Distant metastasis สูงถึง 70% โดยอวัยวะที่มักพบว่ามีกระจายไปมากที่สุด ได้แก่ กระดูก ตับ และปอด ตามลำดับ

การพยากรณ์โรคมะเร็งหลังโพรงจมูก ปัจจัยที่มีผลต่อการพยากรณ์โรค ได้แก่

1. **ระยะของโรค** (TNM staging system) เป็น Prognostic factor ที่สำคัญที่สุด โดย Primary tumor (T) มีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคเฉพาะที่ (Local control) และการมี Parapharyngeal extension เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการควบคุมโรคเฉพาะที่และการกระจายไปยังอวัยวะอื่น นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าความเสี่ยงในการกำเริบซ้ำเฉพาะที่ เพิ่มขึ้น 1% ต่อ ทุก ๆ 1 cc ของ Primary tumor volume ที่เพิ่มขึ้น ส่วน Regional lymph node status (N) นั้น สัมพันธ์กับทั้งการควบคุมโรค การแพร่กระจายของโรค และอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย **ดังตารางที่ 2**

**ตารางที่ 2** Local control และ 5 year-overall survival แยกตาม T และ N stage

|      | Local control | 5-year Overall survival |
|------|---------------|-------------------------|
| T1   | 67-97%        | 60-76%                  |
| T2   | 54-94%        | 48-68%                  |
| T3   | 34-78%        | 27-55%                  |
| T4   | 40-71%        | 0-29 %                  |
| N0   | 82-100 %      | 42-78 %                 |
| N1   | 86-92 %       | 27-70%                  |
| N2-3 | 78-89 %       | 32-52%                  |

ที่มา: รังสีรักษาในโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก (หน้า 25), อนุสรณ์ ประยงค์รัตน์, 2562, สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ฝายรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

2. **พยาธิสภาพ** (Histological type) โดย WHO type I (Keratinizing squamous cell carcinoma) มีการพยากรณ์โรคที่แยกว่า

3. **Circulating EBV DNA** โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับ Plasma EBV DNA level ก่อนเริ่มการรักษา (Pre-EBV) สูง และยังคงมีการตรวจพบในช่วงระหว่าง (Mid-EBV) และหลังการฉายรังสี (Post-EBV) จะมีการพยากรณ์โรคไม่ดี ทั้งในแง่อัตราการรอดชีวิต การปลอดโรค และการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ

4. **เอนไซม์** Excision repair cross-complementing1 (ERCC1) Negative tumors มีอัตราการปลอดโรค และอัตราการรอดชีวิตที่ยาวกว่ากลุ่มที่ ERCC1-positive

### การรักษาโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกมีด้วยกันหลายวิธี ได้แก่ รังสีรักษา ยาเคมีบำบัด การผ่าตัด และภูมิคุ้มกันบำบัด โดยการรักษาด้วยรังสีรักษา ถือได้ว่าเป็นการรักษาหลักที่เป็นมาตรฐานของมะเร็งหลังโพรงจมูก (Bossi, Chan, Licitra, Trama, Orlandi, Hui, 2021) **ดังแสดงในตารางที่ 3**  
**ตารางที่ 3** แนวทางการรักษามะเร็งหลังโพรงจมูกแบ่งตามระยะของโรค (NCCN guideline)

| ระยะของโรค | TNM                        | การรักษา   |
|------------|----------------------------|--|
| I          | T1 N0 M0                   | การฉายรังสี  |
| II         | T0-T1 N1 M0<br>T2 N0-N1 M0 | 1. การฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด (Concurrent chemoradiotherapy) + ยาเคมีบำบัด (Adjuvant chemotherapy) หรือ<br>2. ยาเคมีบำบัด (Induction chemotherapy) + การฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด (Concurrent chemoradiotherapy) |
| III        | T0-T2 N2 M0<br>T3 N0-N2 M0 |  |
| IVA        | T4 N0-N2 M0<br>Any T N3 M0 |  |
| IVB        | Any T Any N<br>M1          | 1. ฉายรังสี หรือ 2. รักษาตามอาการแบบประคับประคอง (Supportive treatment)  |

ที่มา: Network NCC.NCC Clinical Practice guide-lines Head and Neck Cancer. Version 1, 2020.

### การรักษาโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก มีดังนี้ (ชวลิต เลิศบุษยานุกูล, 2560)

1. **การรักษาโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกด้วยการผ่าตัด (Surgery)** เนื่องจากบริเวณหลังโพรงจมูกนั้นเป็นบริเวณที่ทำการผ่าตัดได้ยาก ดังนั้นการผ่าตัดจึงไม่ใช่การรักษาหลักในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งชนิดนี้อาจพิจารณาผ่าตัดกรณีเพื่อบรรเทาอาการ ดังนี้

1.1 การผ่าตัดรอยโรคที่ยังหลงเหลืออยู่ (Residual) หรือผ่าตัดรอยโรคกำเริบเฉพาะที่ (Recurrence) การผ่าตัดเพื่อ Salvage เป็นอีกทางเลือกที่ให้ผลการรักษาค่อนข้างดี มีแนวทางการ Approach ได้หลายแบบ เทคนิคการผ่าตัดที่มีข้อมูลมากที่สุดในปัจจุบัน คือ Maxillary swing Nasopharyngectomy ส่วนกรณียังมีรอยโรคหลงเหลือหรือกำเริบที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอ ใช้การผ่าตัดเป็นหลัก โดยพิจารณาทำเป็น Modified radical neck dissection

1.2 การผ่าตัดมะเร็งหลังโพรงจมูกโดยใช้การผ่าตัดเป็นการรักษาครั้งแรก สำหรับมะเร็งที่มีผลการตรวจทางพยาธิวิทยาที่ไม่ตอบสนองต่อการฉายรังสี เช่น Melanoma, Adenocarcinoma, Adenoid

cystic carcinoma, Mucoepidermoid carcinoma, Malignant pleomorphic adenoma Rhabdomyosarcoma, Hemangiopericytoma เป็นต้น

**2. การรักษาโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกด้วยยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) (อุบล จ๋วงพานิช, 2554)**

ยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) หมายถึง การรักษามะเร็งโดยใช้ยาต้านมะเร็งหนึ่งชนิดหรือหลายชนิดมาประกอบกันเป็นสูตรยาเคมีบำบัด เป็นการรักษาที่ยาออกฤทธิ์ทั่วร่างกาย (Systemic treatment) ซึ่งเป้าหมายในการรักษาจะขึ้นอยู่กับชนิดของเซลล์มะเร็งและการลุกลามของโรค บางครั้งใช้ร่วมกับการรักษาแบบเฉพาะที่ (Localized treatment) เช่น การรักษาด้วยรังสีรักษา การผ่าตัด โดยการออกฤทธิ์ทำลายหรือฆ่าเซลล์ที่ระยะต่าง ๆ

#### เป้าหมายการใช้ยาเคมีบำบัดในการรักษาโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก

1. รักษามะเร็งให้หายและไม่กลับมาเป็นซ้ำ ใช้เพื่อทำลายเซลล์มะเร็งในจุดที่เกิดมะเร็ง และตรวจไม่พบเซลล์มะเร็งอีก
2. ควบคุมโรคให้อ่อนมะเร็งมีขนาดเล็ก และไม่แพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ใช้ในการควบคุมการแพร่กระจาย ยับยั้งการเจริญเติบโต และทำลายเซลล์มะเร็งที่แพร่กระจายไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย
3. การบรรเทาอาการผู้ป่วยในระยะแพร่กระจาย ใช้ในการลดขนาดของก้อนมะเร็งที่ก่อให้เกิดอาการปวด หรือเกิดผลกระทบจากการกดส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ที่สำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ยาเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษาของมะเร็งหลังโพรงจมูก มี 3 รูปแบบ คือ (พิชิต สิทธิไตรย์, 2562)

**1. เคมีบำบัดนำ (Induction chemotherapy)** ให้ก่อนรังสีรักษาเพื่อลดขนาดของมะเร็ง (Tumor volume reduction) ในระยะ T4 หรือ N3 และกำจัดมะเร็งกระจายไปอวัยวะห่างไกลที่มีขนาดเล็ก ยาที่ให้มักเป็น Docetaxel ร่วมกับ Cisplatin และ 5-fluorouracil (5-FU) หรือ Docetaxel ร่วมกับ Cisplatin หรือ Cisplatin ร่วมกับ 5-FU หรือ Cisplatin ร่วมกับ Epirubicin หรือ Cisplatin ร่วมกับ Paclitaxel และ Epirubicin หรือ Cisplatin ร่วมกับ 5-FU และ Bleomycin เป็นต้น

**2. เคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา (Concurrent chemoradiotherapy: CCRT)** ให้พร้อมกับรังสีรักษาเพื่อเพิ่มการตอบสนองต่อรังสีรักษา (Radiation sensitization) ยาที่ให้มักเป็น Cisplatin หรือ Carboplatin หรือ Cisplatin ร่วมกับ 5-FU

**3. เคมีบำบัดตาม (Adjuvant chemotherapy)** ให้หลังรังสีรักษา เพื่อลดโอกาสกลับซ้ำของมะเร็งและการกระจายไปอวัยวะห่างไกล (Distant metastasis) ยาที่ให้มักเป็น Cisplatin ร่วมกับ

5-FU หรือ Cisplatin ร่วมกับ 5-FU และ Leucovorin หรือ Cisplatin ร่วมกับ 5-FU และ Bleomycin เป็นต้น

### 3. การรักษาโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกด้วยรังสีรักษา (ชวลิต เลิศบุษยานุกูล, 2560)

ผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูก ใช้รังสีรักษาเพียงอย่างเดียวในระยะที่ I-II และรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดในผู้ป่วยระยะ IB-IVB

การรักษาด้วยรังสีรักษาในมะเร็งหลังโพรงจมูกมี 2 วิธี คือ

**3.1 การให้รังสีรักษาระยะใกล้ (Brachytherapy)** คือ ต้นกำเนิดรังสีอยู่ใกล้กับบริเวณที่จะรักษา มีบทบาทในการให้เป็นรังสีรักษาเสริม ในผู้ป่วยที่มีรอยโรคปฐมภูมิที่บริเวณหลังโพรงจมูกขนาดเล็กและตื้น (Superficial disease) โดยข้อดีของการให้รังสีรักษาระยะใกล้ คือ สามารถให้ปริมาณรังสีในปริมาณที่สูง ณ ตำแหน่งรอยโรค และไอโซโทปรังสีที่ใช้เป็นกลุ่มที่มีอัตราการแผ่รังสีสูง

**3.2 การให้รังสีรักษาระยะไกล หรือ การฉายรังสี (Teletherapy)** คือ ต้นกำเนิดรังสีอยู่ห่างจากบริเวณรักษา เป็นการรักษาที่ใช้คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าที่มีพลังงานสูง เช่น รังสีเอกซ์ (X-ray) รังสีแกมมา (Gamma ray) เป็นการรักษาเฉพาะที่ (Local treatment) เป้าหมายในการรักษา คือ ให้ปริมาณรังสีสูงสุดในบริเวณก้อนมะเร็งครอบคลุมตำแหน่ง Nasopharynx ทิศทางของการลุกลามของโรค (Local tumor extension) และต่อมน้ำเหลืองที่คอ (Lymphatic drainage of neck) ในขณะที่บริเวณเนื้อเยื่อปกติโดยรอบนั้น ได้รับปริมาณรังสีน้อยที่สุดเท่าที่ทำได้ เพื่อจำกัดผลข้างเคียงระหว่างและภายหลังการรักษา การให้รังสีมีหน่วยสากลที่ใช้วัดปริมาณทางรังสีที่ร่างกายได้รับ เรียกว่า เกรย์ (Gray: Gy) โดย 1 เกรย์ (Gy) เท่ากับ 100 เซนติเกรย์ (cGy) รังสีที่นำมารักษาในปัจจุบันมาจากเครื่องกำเนิดรังสีที่เรียกว่า เครื่องเร่งอนุภาค (Linear accelerator) ดังแสดงในภาพที่ 17



ภาพที่ 17 การให้รังสีรักษาระยะไกล

ที่มา: <https://www.hey.nhs.uk/patient-leaflet/radiotherapy-to-the-head-and-neck/>

**ผลของการฉายรังสีต่อเซลล์ในร่างกาย** เมื่อรังสีตกกระทบกับเนื้อเยื่อ ปฏิกิริยาแรกที่เกิดขึ้นคือ รังสีจะคายพลังงานให้แก่อิเล็กตรอนต่ออะตอมต่าง ๆ ทั้งในและนอกเซลล์ ทำให้อิเล็กตรอนนั้นมีพลังงานเกินและหลุดออกจากวงโคจรไปชนและถ่ายเทพลังงานให้อิเล็กตรอนในอะตอมอื่น ๆ การถ่ายเทพลังงานจะเกิดต่อ ๆ กัน เรียกว่าภาวะ Ionization ซึ่งอะตอมเหล่านี้จะไม่คงตัวและแตกตัวต่อไปเป็นอนุมูลอิสระ (Free radicals) นำไปสู่ปฏิกิริยาลูกโซ่ทางเคมีทั้งทางตรงและทางอ้อม

- **ปฏิกิริยาทางตรง (Direct action)** เป็นปฏิกิริยาของรังสีมีผลโดยตรงต่อโมเลกุลของเซลล์ ทำให้เกิดการขาดของสาย DNA และทำปฏิกิริยากับ Transport protein ส่งผลให้เยื่อหุ้มเซลล์เสียสมดุล การซึมผ่านของน้ำ (Permeability) ในเซลล์เสียไป ทำให้น้ำเข้าสู่เซลล์มากขึ้น เกิดการสลายตัวของ Lysosome และการย่อยโปรตีนต่าง ๆ ทำให้เซลล์ถูกทำลาย (Cell damage)

- **ปฏิกิริยาทางอ้อม (Indirect action)** เป็นปฏิกิริยาส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นจากการฉายรังสี เนื่องจากร่างกายประกอบด้วยน้ำถึง 70% ดังนั้นปฏิกิริยาจึงเกิดขึ้นกับโมเลกุลของน้ำ การแตกตัวของน้ำจากรังสีจะได้ Hydroxyl radical และ Hydrogen radical ซึ่งมีบทบาทสำคัญที่ทำให้เกิดการดำเนินงานที่ผิดปกติ และการตายของเซลล์

### เป้าหมายการรักษาด้วยรังสีในโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก มีดังนี้

#### 1. การรักษาเพื่อหวังผลหายขาด (Radical or Curative Treatment)

1.1 ในโรคระยะที่ 1, 2, 3 และ 4 ที่ยังไม่มีการกระจายของโรคไปที่อื่น

1.2 มีการกลับขึ้นมาใหม่เฉพาะที่หลังโพรงจมูกโดยมีระยะเวลาห่างจากการรักษาครั้งแรกมากกว่า 1 ปี

ปริมาณของรังสีที่ใช้

- T1, T2 ใช้ปริมาณรังสี 6,500-7,000 cGy

- T3, T4 ใช้ปริมาณรังสี 7,000 cGy

#### 2. การรักษาเพื่อบรรเทาอาการ (Palliative Treatment)

2.1 โรคระยะที่ 4 ที่มีการกระจายของโรคไปที่อื่น

2.2 โรคที่กลับขึ้นมาใหม่ การกลับขึ้นมาใหม่เฉพาะที่หลังโพรงจมูกโดยมีระยะเวลาห่างจากการรักษา น้อยกว่า 1 ปี และมีการกระจายของโรคไปที่อื่น ๆ

ปริมาณของรังสี

- 800-1,000 cGy ใน 1 ครั้ง

- 2,000-4,000 cGy ในเวลา 1-4 สัปดาห์

**เทคนิคของการฉายรังสีในปัจจุบันของมะเร็งหลังโพรงจมูก** มีดังนี้ (อรจิรา รัตนเนตร, 2563)

### 1. การฉายรังสีแบบ 3 มิติ (Three Dimension Conformal Radiation Therapy:

**3D-CRT)** การฉายรังสี การวางแผนการรักษาในระบบ 3 มิติ อาศัยการกำหนดขอบเขต การรักษาจากภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ กำหนดรูปร่าง และทิศทางของลำรังสีให้เหมาะสมกับรอยโรค โดยระบบการสร้างภาพ 3 มิติ ทำให้การวางแผนการฉายรังสีมีความถูกต้องมากขึ้น สามารถให้ปริมาณรังสีสูงเฉพาะบริเวณรอยโรค และสามารถเห็นการกระจายรังสีภายในตัวผู้ป่วยได้จากโปรแกรมการสร้างแผนด้วยคอมพิวเตอร์ ทำให้ลดปริมาณรังสีบริเวณเนื้อเยื่อปกติข้างเคียงได้มากขึ้น นำไปสู่การลดผลข้างเคียงจากการฉายรังสี และปริมาณลำรังสีสามารถเข้าถึงก้อนมะเร็งได้อย่างครอบคลุม

### 2. การฉายรังสีแบบปรับความเข้ม (Intensity Modulated Radiation Therapy: IMRT)

เป็นการพัฒนาการฉายรังสีจาก 3-DCRT โดยการกระจายของปริมาณรังสีจะมีรูปร่างคล้ายกับรอยโรคมมากขึ้น อาศัยหลักการปรับความเข้มของลำรังสีตามความหนาบางของก้อนมะเร็งในแต่ละทิศทาง ทำให้เกิดความเข้มของรังสีที่แตกต่างกัน ซึ่งในแต่ละลำรังสีจะแบ่งการกระจายของรังสีออกเป็นช่อง เรียกว่า Beamlet การกำหนดความเข้มโดยการคำนวณจากเครื่องคอมพิวเตอร์วางแผนการรักษา โดยให้ความเข้มสูงบริเวณที่ก้อนมะเร็งหนา และความเข้มลดลงบริเวณที่ก้อนมะเร็งบาง เทคนิคนี้จึงช่วยเพิ่มปริมาณรังสีให้แก่อวัยวะได้สูงขึ้น และปกป้องอวัยวะที่สำคัญ อวัยวะข้างเคียงไม่ให้โดนรังสี เป็นวิธีที่ใช้มากขึ้นในปัจจุบัน สำหรับการรักษาที่ตำแหน่งรอยโรคมีความซับซ้อน และมีอวัยวะปกติดูล้อมรอบ สามารถช่วยลดผลข้างเคียงจากการฉายรังสีได้เป็นอย่างมาก อุปกรณ์สำคัญที่เป็นตัวกำกับรังสี และเป็นตัวกำหนดรูปร่างของลำรังสี คือ Multi-Leaf Collimator (MLC) มีลักษณะเป็นซี่ จำนวน 80-120 ซี่ สามารถเคลื่อนที่เข้าออกในบริเวณลำรังสีได้ ทำให้สามารถสร้างรูปร่างของลำรังสีในรูปแบบต่าง ๆ ได้อย่างอิสระ

### 3. การฉายรังสีแบบหมุนรอบตัว (Dynamic Arc Radiation Therapy) เป็นการฉายรังสี

โดยที่ลำรังสีสามารถเคลื่อนที่หรือหมุนได้ และมีการกำหนดรูปร่างลำรังสีตามรูปร่างของก้อนมะเร็งด้วย Multi-Leaf Collimator (MLC) ในแต่ละมุมที่หมุนรอบตัว เทคนิคนี้เหมาะกับก้อนมะเร็งที่รูปร่างค่อนข้างกลม

### 4. การฉายรังสีแบบปรับความเข้มต่อเนื่องแบบหมุนรอบตัว (Volumetric Modulate Arc

**Therapy: VMAT)** เป็นเทคนิคใหม่ล่าสุดของการฉายรังสี ซึ่งพัฒนามาจากเทคนิคการฉายรังสีแบบ IMRT กับ Dynamic Arc Radiation Therapy ทำให้คุมปริมาณรังสีแก่อวัยวะตามรูปร่างของก้อนมะเร็ง และเนื่องจากการเคลื่อนที่ของลำรังสีอย่างต่อเนื่องเป็นเกลียวหมุน จึงทำให้การรักษามีความรวดเร็วมากขึ้นกว่าการฉายรังสีแบบ IMRT ทำให้ช่วยลดผลข้างเคียงจากการฉายรังสีลงได้

## ขั้นตอนการฉายรังสี (พิทยภูมิ ภัทรนุชาพร, 2555)

1. การจำลองการรักษา (Treatment simulation) เป็นการวางแผนการรักษาและคำนวณปริมาณรังสีสำหรับการรักษาด้วยการฉายรังสี สร้างภาพด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สำหรับการจำลองการรักษา (CT simulator) เป็นเครื่องจำลองการฉายรังสีที่สร้างเป็น 3 มิติ อาจใช้ร่วมกับเครื่องจำลองการรักษาด้วยภาพสะท้อนในสนามแม่เหล็ก (MRI simulator) โดยมีคุณสมบัติจำแนกก้อนมะเร็งออกจากเนื้อเยื่ออวัยวะปกติข้างเคียงได้ ทำให้เห็นขอบเขตก้อนมะเร็งชัดเจนมากขึ้นเมื่อเทียบกับการใช้ภาพจากเครื่อง CT-sim เพียงอย่างเดียว

การจัดท่าผู้ป่วย (Patient position and immobilization) ใช้ท่านอนหงาย (Supine) แขนงคอกเล็กน้อย (Slightly neck extension) โดยมีอุปกรณ์สำหรับรองต้นคอ แขนวางข้างลำตัว และใช้หน้ากากยาว (Thermoplastic mask) เพื่อให้ครอบคลุมศีรษะและหัวไหล่ของผู้ป่วยอยู่นิ่งขณะฉายรังสี (อนุสรธา ประยงค์รัตน์, 2562) ดังแสดงในภาพที่ 18



ภาพที่ 18 การจัดท่าผู้ป่วย

ที่มา: Radiotherapy for Head and Neck Carcinoma, จันจิรา เพชรสุขศิริ, 2565, ภาควิชารังสีรักษา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

2. การวางแผนการรักษา (Treatment planning) หลังจากได้ภาพจาก CT หรือ/และ MRI simulation แล้ว นักฟิสิกส์การแพทย์และแพทย์ทำการกำหนดขอบเขตของก้อนมะเร็ง (Target volume delineation) และขอบเขตของอวัยวะปกติ (Normal critical structure) เพื่อใช้กำหนดทิศทาง จำนวน ลำรังสี ความเข้ม การกระจายของลำรังสีที่ไปยังก้อนมะเร็งและคำนวณปริมาณรังสีต่ออวัยวะข้างเคียง เช่น ก้านสมอง เส้นประสาทตา เลนส์ตา เส้นประสาทไขสันหลัง ต่อมไทรอยด์ เป็นต้น

**3. การฉายรังสีจริง (Radiation delivery)** มีขั้นตอนตั้งแต่การจัดท่า การยึดตรึงด้วย หน้ากากและฉายรังสีตามที่ได้วางแผนการรักษาไว้ เป็นการรักษาในลักษณะของการแบ่งจำนวนครั้งของการฉายรังสี (Conventional fraction) คือ ฉายรังสีทุกวันจันทร์-ศุกร์ สัปดาห์ละ 5 วัน และมีช่วงของการหยุดพัก 2 วันต่อสัปดาห์ในวันเสาร์-อาทิตย์เพื่อเว้นระยะเวลาให้เซลล์ปกติได้มีการซ่อมแซมตัวเอง ในขณะที่เซลล์มะเร็งถูกทำลาย และได้รับการติดตามประเมินผลข้างเคียง 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ขณะทำการฉายรังสีผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บ ร้อนแต่อย่างไร แต่ภายหลังฉายรังสีประมาณ 2-3 สัปดาห์ ผู้ป่วยจะเริ่มมีผลข้างเคียงจากการฉายรังสี

**4. การรักษาโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกด้วยรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด (Concurrent chemoradiotherapy)** (ชวลิต เลิศบุษยานุกูล, 2560)

การใช้รังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด สามารถเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้มากกว่าการรักษาเพียงอย่างเดียว บางตำแหน่งไม่สามารถให้ปริมาณรังสีได้ในปริมาณสูงเนื่องจากอาจเกิดผลแทรกซ้อนต่อเนื้อเยื่อที่อยู่ข้างเคียง และเซลล์มะเร็งบางชนิด หรือบางช่วงของวงจรชีวิตเซลล์ (Cell cycle) ไม่ไวต่อรังสีรักษา รังสีรักษามีบทบาทในการกำจัดเซลล์มะเร็งเฉพาะที่ (Local therapy) ในขณะที่ยาเคมีบำบัดมีบทบาทในการกำจัดเซลล์มะเร็งบริเวณอื่น ๆ (บริเวณที่ไม่ได้รับรังสีรักษา) ทำให้ช่วยเพิ่มอัตราการควบคุมโรคเฉพาะที่ และลดอัตราการแพร่กระจาย

**ปฏิภริยาร่วมกันระหว่างรังสีรักษาและยาเคมีบำบัดในระดับโมเลกุลมีหลายรูปแบบ ได้แก่**

1. ยาเคมีบำบัดทำลาย DNA โดยตรง และเสริมฤทธิ์การทำลาย DNA จากรังสีรักษา
2. ยาเคมีบำบัดออกฤทธิ์ยับยั้งกลไกการซ่อมแซมของเซลล์หลังได้รับรังสีรักษา (Sublethal และ Potential lethal damage repair) เช่น Cisplatin สามารถยับยั้งกระบวนการซ่อมแซมดังกล่าวหลังการได้รับรังสีรักษา
3. การให้ยาเคมีบำบัด ช่วยให้เกิดการเคลื่อนตัวของเซลล์มะเร็งไปสู่ Mitotic phase ซึ่งเป็นช่วงที่ไวต่อรังสีรักษา (Cell phase distribution changes)
4. การป้องกันการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็งระหว่างการฉายรังสี (Inhibition of tumor repopulation during fractionated radiation therapy) การฉายรังสี ซึ่งมักใช้เวลา 47 สัปดาห์ อาจเกิดการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็งในระหว่างการฉายรังสี ยาเคมีบำบัดช่วยลดอัตราการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็งและนำไปสู่ผลการควบคุมมะเร็งที่ดีขึ้น
5. ยาเคมีบางชนิดออกฤทธิ์ในเซลล์ที่ขาดออกซิเจนทำให้ผลต่อรังสีรักษาดีขึ้น เรียกว่า Hypoxic cell radiosensitizer
6. การเปลี่ยนแปลงการเกิด Apoptosis และ Angio-genesis โดยยาเคมีบำบัดสามารถออกฤทธิ์กระตุ้นให้เกิด Apoptosis เพิ่มขึ้น

การให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา (Concurrent chemoradiotherapy) สำหรับโรคมะเร็ง  
หลังโพรงจมูกระยะที่ II-IV สูตรยาที่ใช้ (ดังแสดงในตารางที่ 4) ได้แก่

สูตรที่ 1 Cisplatin

สูตรที่ 2 Carboplatin

สูตรที่ 3 Weekly Cisplatin

สูตรที่ 4 Weekly Carboplatin

ตารางที่ 4 แสดงขนาดและสูตรของเคมีบำบัดที่ใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกร่วมกับการฉายรังสี

| สูตรที่ | สูตร               | ความถี่   | ขนาดและวิธีใช้  | Dose (mg/m <sup>2</sup> /day) | Day | Cycle | จำนวนที่ใช้รวม (mg/m <sup>2</sup> ) |
|---------|--------------------|-----------|---|-------------------------------|-----|-------|-------------------------------------|
| 1       | Cisplatin          | q 21 days | 100 mg/m <sup>2</sup> day 1   | 100                           | 1   | 3     | 300                                 |
| 2       | Carboplatin        | q 21 days | AUC 5-6 mg/mL/min, IV day 1   | Maximum total dose < 750 mg   | 1   | 3     | 2,250 mg                            |
| 3       | Weekly Cisplatin   | q 7 days  | 40 mg/m <sup>2</sup> weekly ของการฉายรังสี ระยะเวลาประมาณ 8 สัปดาห์ | 40                            | 1   | 8     | 320                                 |
| 4       | Weekly Carboplatin | q 7 days  | AUC 2 mg/mL/min, IV weekly ของการฉายรังสีระยะเวลาประมาณ 8 สัปดาห์   | Maximum total dose < 300 mg   | 1   | 8     | 2,400 mg                            |

ที่มา: คณะทำงานพัฒนาแนวทางการจ่ายชดเชยค่าบริการโรคมะเร็ง. คู่มือแนวทางการรักษาโรคมะเร็งในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2561 เพื่อขอรับค่าบริการสาธารณสุข ในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2561

**5. ภูมิคุ้มกันบำบัด (Immunotherapy)** พบว่า Immunotherapy ที่มีการพัฒนาอย่างมากในขณะนี้ คือ Immune check point inhibitor โดยมีหลักการที่ในภาวะปกติ หนึ่งในการทำงานที่เปลี่ยนแปลงของร่างกาย คือ ระบบภูมิคุ้มกันผ่านทาง Cytotoxic T Lymphocyte พบว่า Programmed cell death protein-1 (PD-1) ซึ่งอยู่ที่ผิวของ T Lymphocyte และ Programmed cell death ligand-1 (PD-L1) ซึ่งอยู่ที่เซลล์มะเร็ง เมื่อเกิดปฏิกิริยาจับ (PD-1/PD-L1 interaction) จะทำให้ยับยั้งการทำงาน ยับยั้งการแบ่งตัว และทำให้เกิดการตายของ T Lymphocyte เกิด Immune escape ทำให้เซลล์มะเร็งถูกทำลาย โดยมียาที่ออกฤทธิ์ยับยั้ง PD-1 (Anti-programmed death-1 receptor monoclonal antibody) ได้แก่ Pembrolizumab และ Nivolumab และยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้ง PD-L1 (Anti-programmed death ligand-1 monoclonal antibody) ได้แก่ Atezolizumab, Avelumab และ Durvalumab ซึ่งในปัจจุบัน ยากลุ่มนี้ได้ถูกนำมาใช้ในงานวิจัยเพื่อรักษาผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่เป็นมะเร็งกลับคืน หรือมะเร็งกระจายไปอวัยวะห่างไกล

**ผลข้างเคียงจากการได้รับรังสีรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ** (ศิริอร สินธุ และคณะ, 2565)

**1. ผลข้างเคียงระยะเฉียบพลัน (Acute side effect)** (ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มการรักษา-3 เดือน หลังครบการรักษา) อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น มีความเกี่ยวข้องทั้งปัจจัยทางด้านลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย ได้แก่ ระยะของโรค อายุ โรคร่วม และค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) ของผู้ป่วยแต่ละราย และการรักษา ได้แก่ ปริมาณรังสี จำนวนครั้ง และ เทคนิคการฉายรังสี โดยมีอาการ อาการแสดง สาเหตุ และกลไกการเกิด ดังนี้

**1.1 กลุ่มอาการทางผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสี** เซลล์ผิวหนัง ที่มีความไว ต่อการตอบสนองต่อรังสีเร็วกว่าเซลล์อื่น ๆ รังสีจะทำลายสมดุลของเบซอลเซลล์ (Basal cell) ของหนังกำพืดในการสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทนเซลล์เก่าที่ตายตามอายุขัย และหลุดลอกออกไป การหลุดลอกออกของหนังกำพืดเป็นสาเหตุของการเกิดการอักเสบหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังจากรังสีรักษา (Skin reactions) ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา เป็นระยะเวลา 1-2 สัปดาห์หรือได้รับปริมาณรังสี 1,000-2,000 cGy จะเริ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีรักษา โดยมีอาการแสดง คือ บริเวณผิวหนัง เป็นรอยดำ คล้ำไหม้ แห้ง คัน แสบร้อน ถ้าวัดรังสีเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ผิวหนังจะหลุดลอกเป็นแผล (Dry desquamation) ซึ่งอาจรุนแรงจนเกิดเป็นแผลเปียกชื้น (Moist desquamation) และอาจเกิดการอักเสบตามมาได้ โดยระดับความรุนแรงของการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังที่ได้รับรังสีรักษา (Stages of skin reaction) ใช้เกณฑ์การประเมินของ Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) ซึ่งมีการแบ่งระดับความรุนแรงเพื่อแบ่งกลุ่มการดูแลรักษาแผล เป็น 5 ระดับ ดังนี้ **ดังแสดงในภาพที่ 19**

ระดับที่ 0 ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังที่ได้รับรังสีรักษา

ระดับที่ 1 ผิวหนังบวม แดง ตึงและเจ็บ เส้นขนหลุดร่วง ผิวหนังแห้งเป็นขุย เหงื่อออกลดลง

ระดับที่ 2 ผิวหนังมีผื่นแดงเข้ม สีผิวคล้ำลง แห้ง คัน ผิวหนังหลุดลอก บวมพองเป็นตุ่มน้ำใส

ระดับที่ 3 ผิวหนังแตกถึงชั้นหนังแท้ เป็นแผลมีน้ำเหลืองซึม ผิวหนังบวม หรือตุ่มน้ำใสแตก

ระดับที่ 4 เป็นแผลเปื่อย แผลติดเชื้อ มีเลือดออก มีเนื้อตาย

| Grade | 0         | 1<br>< 50 Gy                     | 2<br>50- 60 Gy  | 3<br>60-70                    | 4<br>> 70 Gy                              | 5 |
|-------|-----------|----------------------------------|---|-------------------------------|---|---|
| Skin  | No change | - Erythema<br>- Dry desquamation | -Bright erythema<br>- Tender<br>- Patchy moist desquamation<br>- Moderate edema | -Confluent moist desquamation | -Ulceration<br>- Hemorrhage<br>- Necrosis | - |

ภาพที่ 19 ระดับความรุนแรงของการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังจากรังสีรักษา

ที่มา: Radiotherapy for Head and Neck Carcinoma, จันจิรา เพชรสุขศิริ, 2565,

ภาควิชารังสีรักษา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

### 1.2 ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (Oral mucositis) (วันทกานต์ ราชวงศ์, 2559) เมื่อ

ผู้ป่วยได้รับพลังงานรังสีในปริมาณ 1,000-2,000 cGy เยื่อช่องปากจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลง โดยเยื่อจะมีสีลักษณะซีดขาว ซึ่งเป็นผลจากการลดลงของการแบ่งเซลล์ระยะ Mitotic เมื่อได้รับพลังงานรังสีใน

ปริมาณ 2,000-3,000 cGy เยื่อช่องปากจะเริ่มแดงขึ้นเรื่อยๆ จากการสร้างอิพิทีเรียลเซลล์ (Epithelial cells) ทดแทนใหม่ไม่ทันกับการถูกทำลาย และเมื่อได้รับพลังงานรังสีมากกว่า 3,000 cGy ขึ้นไป

เยื่อช่องปากจะบางลง ส่งผลให้มีโอกาสเกิดแผลและการอักเสบ สารคัดหลั่งที่เกิดจากกระบวนการ

อักเสบจะถูกหลั่งออก เยื่อช่องปากจะสูญเสียหน้าที่และมีอาการเจ็บปวดเกิดขึ้น โดยระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ใช้เกณฑ์การประเมินของ Radiation Therapy Oncology Group

(RTOG) ซึ่งมีการแบ่งระดับความรุนแรงเพื่อแบ่งกลุ่มการดูแลรักษา เป็น 5 ระดับ ดังนี้

ดังแสดงในภาพที่ 20

ระดับ 0 หมายถึง เยื่อช่องปากปกติ ไม่มีการเปลี่ยนแปลง

ระดับ 1 หมายถึง เยื่อช่องปากแดง

ระดับ 2 หมายถึง เยื่อช่องปากแดง มีแผลขนาดไม่เกิน 1.5 เซนติเมตร

ระดับ 3 หมายถึง เยื่อช่องปากแดง มีแผลขนาดเกิน 1.5 เซนติเมตร

ระดับ 4 หมายถึง เยื่อช่องปากมีแผลลึก มี/ไม่มีเลือดออกหรือมีเนื้อตาย

| Grade           | 0                       | 1<br>< 30 Gy  | 2<br>30-50 Gy   | 3<br>50-70 Gy  | 4<br>> 70 Gy  |
|-----------------|-------------------------|---|---|--|---|
| Mucous membrane | No change over baseline | Injection   | Patchy mucositis which may produce an inflammatory serosanguinous                 | Confluent fibrinous mucositis  | Ulceration, hemorrhage or necrosis  |
|                 |                         |  |  |  |  |
|                 |                         | mild pain   | moderate pain   | severe pain  |   |
|                 |                         | not requiring analgesia   | requiring analgesia   | requiring narcotic   |   |

ภาพที่ 20 ระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ

ที่มา: Radiotherapy for Head and Neck Carcinoma, จันจิรา เพชรสุขศิริ, 2565,

ภาควิชารังสีรักษา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

**1.3 อาการน้ำลายแห้ง (Xerostomia)** เป็นอาการที่พบได้ 60-90% เนื่องจากต่อมน้ำลายอยู่ภายในพื้นที่ของการฉายรังสี อาการน้ำลายแห้งเป็นอาการที่สามารถพบได้ทั้งในระยะเฉียบพลัน (Acute side effect) และระยะยาว (Late side effect) โดยระดับความรุนแรงขึ้นอยู่กับปริมาณรังสีรวมที่ได้รับและเทคนิคการฉายรังสี ภาวะนี้เริ่มเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้รับพลังงานรังสีในปริมาณ 2,000 cGy หรือตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 ของการฉายรังสี ปริมาณน้ำลายของผู้ป่วยจะเริ่มลดลง ทำให้มีน้ำลายเหนียวข้น ยากต่อการบ้วนออก และเมื่อได้รับพลังงานรังสีในปริมาณ 6,000 cGy ขึ้นไปหรือตั้งแต่สัปดาห์ที่ 6 ของการฉายรังสี ปริมาณน้ำลายจะลดลงมากกว่า 75% ส่งผลให้ผู้ป่วยปากแห้งมากขึ้น มีผลต่อการเคี้ยว การรับรส การรับประทานอาหารและการพูด ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับพลังงานรังสีไม่เกิน 6,000 cGy ต่อมน้ำลายยังคงสามารถฟื้นตัวกลับสู่สภาพเดิมได้ แต่หากได้รับพลังงานรังสีมากกว่า 7,000 cGy ต่อมน้ำลายจะถูกทำลายอย่างถาวร สาเหตุเกิดจากอนุภาคของรังสีมีผลทำลายเซลล์ของต่อมน้ำลายโดยทำให้ Serous cells ของ Parotid glands ซึ่งเป็นอวัยวะที่ไวต่อรังสี (Radiosensitive organ) และอยู่ในพื้นที่

ฉายรังสีเกิดการอักเสบและถูกทำลาย ส่งผลให้ทำหน้าที่ได้ลดลง ปริมาณน้ำลายลดลง ผู้ป่วยจะรู้สึก น้ำลายเหนียว กลืนหรือบ้วนไต่ยาก อาการน้ำลายเหนียวและแห้งยังส่งผลต่อการกลืนอาหาร ทำให้ผู้ป่วย รู้สึกไม่สุขสบายและมีอาการคลื่นไส้ ความอยากอาหารลดลง และมีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการ ตามมาได้ ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้ง โดยใช้เครื่องมือ Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) เพื่อแบ่งกลุ่มการดูแลรักษา เป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 0 ปกติ

ระดับที่ 1 มีอาการเล็กน้อย เช่น น้ำลายแห้งหรือข้น โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงชนิดของอาหาร

ระดับที่ 2 มีอาการปานกลาง เกิดการเปลี่ยนแปลงชนิดอาหารที่บริโภคทางปาก เช่น ต้องเป็นอาหารที่มีน้ำปริมาณมาก อาหารลื่น ๆ น้ำซุ้ข้นและ/หรืออาหารที่นุ่ม

ระดับที่ 3 มีอาการรุนแรง ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้อย่างเพียงพอ ต้องให้อาหารทางสายยางหรือสารอาหารทางหลอดเลือดดำทั้งหมด

**1.4 อาการรับรู้รสชาติเปลี่ยนแปลง (Dysgeusia)** เป็นผลข้างเคียงที่พบได้ 75% ระดับความรุนแรงขึ้นอยู่กับปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ ปริมาณรังสีรวมที่ได้รับ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด สาเหตุเกิดจากอนุภาคของรังสี 1) ทำให้เส้นใยประสาท (Nerve fiber) และเซลล์รับรส (Taste cells) ของต่อมรับรส (Taste buds) บนลิ้นได้รับบาดเจ็บ ผ่อตัว และถูกทำลาย 2) การสร้างเซลล์ใหม่ทดแทนไม่ทันกับที่ถูกทำลาย ทำให้จำนวนเซลล์รับรสน้อยลง การรับรู้รสชาติลดลงและเปลี่ยนแปลงไป จะเริ่มเกิดขึ้นเมื่อได้รับพลังงานรังสีในปริมาณ 2,000-4,000 cGy หรือตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2-3 ของการฉายรังสี และจะไม่สามารถรับรู้รสชาติภายหลังฉายรังสีปริมาณ 6,000 cGy หรือสัปดาห์ที่ 6 ของการฉายรังสี รสชาติที่เสียไป คือ รสขม (88%) เค็ม (82%) หวาน (76%) และเปรี้ยว (53%) ตามลำดับ ผู้ป่วยจะมีการรับรู้รสชาติอาหารในแต่ละประเภทที่ไม่ต่างกัน โดยเฉพาะรสขมและหวาน อย่างไรก็ตาม อาการรับรู้รสชาติที่สูญเสียไปจะค่อย ๆ ดีขึ้นภายใน 1 ปีภายหลังการฉายรังสีครบ ประเมินระดับความรุนแรงของอาการรับรู้รสชาติเปลี่ยนแปลง โดยใช้เครื่องมือ Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) เพื่อแบ่งกลุ่มการดูแลรักษา เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 0 ปกติ

ระดับที่ 1 การรับรสเปลี่ยนไป แต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอาหาร

ระดับที่ 2 การรับรสเปลี่ยนไปพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงอาหาร (เช่น อาหารทางการแพทย์) หรือสูญเสียการรับรส

**1.5 อาการอ่อนล้า เหนื่อยล้า (Fatigue)** จากการฉายรังสี เริ่มเกิดอาการเล็กน้อยใน 3 สัปดาห์แรก (ปริมาณรังสีประมาณ 2,700 - 3,000 cGy) และระดับปานกลางในสัปดาห์ที่ 4-5 (ปริมาณรังสี ประมาณ 3,600 cGy เป็นต้นไป) และเพิ่มมากขึ้นในสัปดาห์ที่ 6 สาเหตุ 1) รังสีทำลายเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติทำให้ร่างกายต้องใช้พลังงานในการซ่อมแซม กลไก 1) การฉายรังสีทำลายไมโทคอนเดรียซึ่งเป็นแหล่งพลังงานของเซลล์ทั้งเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติ ทำให้มีผลต่อกระบวนการสร้าง Adenosine triphosphate (ATP) ของเซลล์ลดลงทำให้ร่างกายต้องใช้พลังงานที่สะสมไว้มากขึ้นในการซ่อมแซม ทำให้เกิดการคั่งของของเสียที่เกิดจากการเผาผลาญมากขึ้น เช่น เกิดการคั่งของกรดแลคติก (Lactic acid) กรดไพรูวิก (Pyruvic acid) ของเสียที่สะสมมีผลต่อการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง เกิดความเหนื่อยล้าของกล้ามเนื้อตามมา 2) การผิดปกติของระบบ Hypothalamic-pituitary-adrenal ทำให้มีการหลั่ง Cytokines เพิ่มขึ้นมีผลต่อวงจรชีวภาพ การกระตุ้นเส้นประสาทเวกัส ทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อเรียบลดลง กดการทำงานกล้ามเนื้อลาย 3) เซลล์ที่ถูกรังสีทำลายจะเกิดกระบวนการอักเสบทำให้ร่างกายต้องมีกระบวนการซ่อมแซมตนเอง Glial cells ในระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) ถูกกระตุ้นให้หลั่ง Cytokines เช่น C-reactive protein, Interleukin-1, interleukin- 6 เพิ่มขึ้นเซลล์เกิดการอักเสบ เกิดการทำลายหลอดเลือดค่อนข้างสูง การสร้างเม็ดเลือดและขนส่งออกซิเจนลดลง ประเมินระดับความรุนแรงของอาการอ่อนล้า เหนื่อยล้า โดยใช้เครื่องมือ Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) เพื่อแบ่งกลุ่มการดูแลรักษา เป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 0 ปกติ

ระดับที่ 1 บรรเทาความอ่อนล้าด้วยการพักผ่อนได้

ระดับที่ 2 ความอ่อนล้าไม่สามารถบรรเทาลงด้วยการพักผ่อน ต้องจำกัดกิจกรรมในชีวิตประจำวันบางอย่าง

ระดับที่ 3 ความอ่อนล้าไม่สามารถบรรเทาลงด้วยการพักผ่อนและจำกัดกิจกรรม ส่งผลกระทบต่อการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน

## **2. ผลข้างเคียงระยะยาว (Late side effect)** (หลังฉายรังสีครบตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป)

(ศิริอร สิ้นธุ และคณะ, 2565) อาการส่วนใหญ่หากเกิดขึ้นแล้วไม่สามารถรักษาให้หายได้ มักเป็นอย่างถาวร เกิดจากเซลล์ได้รับปริมาณรังสีมากกว่าการซ่อมแซม จนมีการสูญเสียโครงสร้างและหน้าที่ของเซลล์และหลอดเลือดทำให้การไหลเวียนเลือดลดลงและเกิดภาวะขาดเลือด (Ischemia) เนื้อเยื่อฝ่อ (Atrophy) และเกิดพังผืด (Fibrosis) ในบริเวณที่ได้รับรังสี

**2.1 อาการผิวหนังแข็งตึงจากพังผืด (Fibrosis)** พบได้ในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูก ภายหลังจากฉายรังสีครบตามแผนการรักษาประมาณ 3-12 เดือน ระดับความรุนแรงจะขึ้นอยู่กับปริมาณ

รังสีรวมที่ได้รับ จำนวนครั้งของการฉายรังสีและการรักษาร่วมกับการผ่าตัด สาเหตุเกิดจากอนุภาคของรังสีทำให้เซลล์บาดเจ็บและเกิดปฏิกิริยาการอักเสบ เกิดการหลั่ง Proinflammatory cytokines ได้แก่ Tumor necrosis factor, Interleukin 1, Interleukin 6 นำไปสู่การกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย ได้แก่ Neutrophil, Lymphocytes และ Monocytes มายังบริเวณที่เกิดการบาดเจ็บและเปลี่ยนเป็น Macrophages เกิดการหลั่ง Platelet-derived growth factor (PDGF) ทำหน้าที่กระตุ้นให้ Fibroblast เปลี่ยนเป็น Myofibroblast ซึ่งทำให้เกิดการหลั่ง Collagen, Fibronectin และ Proteoglycan จำนวนมาก ซึ่งก่อให้เกิดการแข็งตึงและหนาตัวของเนื้อเยื่อบริเวณที่ได้รับรังสี มีการไหลเวียนเลือดลดลงและขาดเลือดอย่างช้า ๆ ทำให้เกิดการสูญเสียการทำงาน เนื้อเยื่อฝ่อ (Atrophy) และมีโอกาสเกิดภาวะเนื้อเยื่อตาย (Necrosis) อาการผิวหนังแข็งตึงจากพังผืดจะทำให้ผิวหนังในบริเวณที่ได้รับการฉายรังสีมีลักษณะหนาตัวขึ้น กล้ามเนื้อถูกดึงรั้ง ส่งผลให้คอเคลื่อนไหวได้ลดลง มีอาการปวดเมื่อย ไม่สุขสบาย ประเมินระดับความรุนแรงของการเกิดพังผืด (Fibrosis) โดยใช้เครื่องมือ Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) เพื่อแบ่งกลุ่มการดูแลรักษา เป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 0 ปกติ

ระดับที่ 1 ผิวหนังตึงแข็งเล็กน้อย สามารถโยกในแนวราบได้ ดึงขึ้นได้

ระดับที่ 2 ผิวหนังตึงแข็งปานกลาง สามารถโยกในแนวราบได้ แต่ไม่สามารถดึงขึ้นได้ ส่งผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน

ระดับที่ 3 ผิวหนังตึงแข็งรุนแรง ไม่สามารถโยกในแนวราบได้ ไม่สามารถดึงขึ้นได้ ไม่สามารถดูแลตนเอง

**2.2 อาการขากรรไกรยึด (Trismus)** โดยมีอุบัติการณ์เกิดประมาณ 5-45% ในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับพลังงานรังสีมากกว่า 5,000 cGy ขึ้นไป อาการจะเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ ภายหลังจากฉายรังสีครบตามแผนการรักษาตั้งแต่ 3 เดือนถึง 2 ปี ขึ้นไป สาเหตุเกิดจาก Pterygoid muscle และ Temporomandibular joint (TMJ) ซึ่งทำหน้าที่ยกขากรรไกรและช่วยในการอ้าปากอยู่ภายในบริเวณพื้นที่รับรังสี อนุภาคของรังสีทำให้กล้ามเนื้อและข้อต่อได้รับการบาดเจ็บ และเกิด Fibrosis ของเนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อมีการไหลเวียนเลือดที่ลดลง มีลักษณะแข็งตึง ดึงรั้ง น้ำหล่อเลี้ยงภายใน TMJ ลดลง ทำให้การขยับเคลื่อนไหวของกระดูกขากรรไกรด้านล่างทำได้น้อยลง ซึ่งส่งผลกระทบต่อารรับประทานอาหาร การกลืน เพิ่มความเสี่ยงต่อการสำลักอาหาร มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิต ภายหลังจากฉายรังสี การบริหารกล้ามเนื้อ ขากรรไกรอย่างสม่ำเสมอและถูกวิธีจะช่วยป้องกันการเกิดพังผืดซึ่งทำให้อาการเกิด Trismus ลดลงได้ ประเมินระดับความรุนแรงของอาการขากรรไกรยึด (Trismus) โดยใช้เครื่องมือ Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) เพื่อแบ่งกลุ่มการดูแลรักษา เป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 0 ปกติ

ระดับที่ 1 อ้าปากได้ลดลงแต่ ไม่ส่งผลกระทบต่อกรับประทานอาหาร

ระดับที่ 2 อ้าปากได้ลดลง ต้องรับประทานอาหารคำเล็ก ๆ หรืออาหารบด

ระดับที่ 3 อ้าปากได้ลดลง ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เพียงพอ เกิดภาวะขาด

สารอาหารและขาดน้ำ

**2.3 ภาวะกระดูกขากรรไกรตายจากฉายรังสี (Osteoradionecrosis: ONJ)** มีอุบัติการณ์เกิดประมาณ 2-15% ในผู้ป่วยที่ได้รับพลังงานรังสีมากกว่า 6,500 cGy ขึ้นไป อาการจะเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ ภายหลังฉายรังสีครบตามแผนการรักษาตั้งแต่ 5 เดือนจนถึง 5 ปีขึ้นไป โดยพบได้บ่อยบริเวณกระดูก Posterior mandible, Anterior mandible, Posterior maxilla และ Anterior maxilla ตามลำดับ ปัจจัยเสี่ยงขึ้นอยู่กับพลังงานรังสีที่ได้รับ จำนวนครั้งของการฉายรังสี เทคนิคการรักษา การถอนฟันหรือได้รับบาดเจ็บบริเวณกระดูกขากรรไกรภายหลังการรักษา การดูแลความสะอาด สุขอนามัยในช่องปาก การสูบบุหรี่ เป็นต้น สาเหตุเกิดจากอนุภาคของรังสีทำให้กระดูก Mandible และ Maxilla ซึ่งอยู่ภายในพื้นที่ฉายรังสีได้รับบาดเจ็บ ทำให้เกิดการอักเสบและ Fibrosis ตามมา หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงลดลง (Hypovascularity) ทำให้ขาดเลือดและเกิดกระดูกตาย (Ischemic necrosis of bone) และทำให้จำนวนเซลล์กระดูก (Osteocyte) เซลล์สร้างกระดูก (Osteoblast) เซลล์สร้าง Fibrous tissue น้อยลง ส่งผลให้เกิดภาวะ ONJ โดยผู้ป่วยจะมีอาการปวดบริเวณขากรรไกร อ้าปากได้ลดลง มีแผลทะลุบริเวณเหงือก การลดอุบัติการณ์โดยการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีตั้งแต่ในระยะก่อนการรักษาและการรักษาโรคในช่องปาก การถอนฟันให้เสร็จสิ้นก่อนเริ่มการฉายรังสีอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และดูแลความสะอาด สุขอนามัยที่ดีภายในช่องปากตลอดการรักษาและติดตามพบทันตแพทย์เป็นระยะภายหลังฉายรังสีครบ เพื่อลดโอกาสการเกิดโรคในช่องปาก การติดเชื้อ ฟันผุและลดการทำหัตถการต่าง ๆ เช่น การถอนฟัน การผ่าตัดในช่องปากเนื่องจากการถอนฟันภายหลังฉายรังสีจะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะกระดูกขากรรไกรตายสูงถึง 25% ประเมินความรุนแรงของภาวะกระดูกขากรรไกรตาย โดยใช้แบบประเมิน Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) เพื่อแบ่งกลุ่มการดูแลรักษา เป็น 6 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 0 ปกติ

ระดับที่ 1 ไม่มีอาการ ติดตามอาการ ไม่ต้องรับการรักษา

ระดับที่ 2 มีอาการ ต้องรับการรักษา ส่งผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน

ระดับที่ 3 มีอาการรุนแรง ส่งผลกระทบต่อกรดูแลตนเอง ต้องได้รับการผ่าตัด

ระดับที่ 4 คุกคามต่อชีวิต จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน

ระดับที่ 5 เสียชีวิต

ผลข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก (อุบล จ๋วงพานิช, 2554)

1. การกดไขกระดูก (Bone marrow suppression) ไขกระดูกเป็นส่วนที่อยู่ในสุดของกระดูกทำหน้าที่สร้างเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาวและเกร็ดเลือด ยาเคมีบำบัดไม่ได้ออกฤทธิ์ทำลายเม็ดเลือดในกระแสเลือด แต่ไปทำลายเม็ดเลือดที่กำลังแบ่งเซลล์ในไขกระดูกทำให้ร่างกายไม่สามารถผลิตเม็ดเลือดออกมาแทนเม็ดเลือดที่ตายหรือหมดอายุได้ทันตามที่ร่างกายต้องการ สำหรับระดับความรุนแรงของการกดไขกระดูกนั้นขึ้นกับชนิดและปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับ เม็ดเลือดขาวและเกร็ดเลือดจะลดจำนวนลงถึงระดับต่ำสุดภายในระยะเวลา 7-14 วัน และเม็ดเลือดแดงจะลดสู่ระดับต่ำสุด ภายในระยะ 3-4 สัปดาห์ หลังจากได้ยาเคมีบำบัด หลังจากนั้นจะค่อย ๆ เพิ่มจำนวนสู่ระดับปกติ

- **ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Neutropenia)** Neutrophil จัดเป็นเม็ดเลือดขาวชนิดหนึ่งที่มีปริมาณมากและมีบทบาทสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งค่าปกติจะมีจำนวน 2,500 - 6,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ซึ่งไวต่อการถูกทำลายโดยยาเคมีบำบัด หาก Neutrophil ต่ำมากผู้ป่วยจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากขึ้น ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและหากมีอาการไข้ เจ็บคอ ไอ หายใจเร็ว คัดจมูก ปัสสาวะแสบขัด หนาวสั่น หรืออาการปวด บวมแดง ร้อน ตามตำแหน่งที่มีบาดแผลหรือตำแหน่งที่เจาะเลือด แพทย์อาจพิจารณาให้ยาฆ่าเชื้อเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และเลื่อนระยะเวลาในการให้ยาเคมีบำบัดรอบหน้าออกไปก่อน หรือให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดขาว

- **ภาวะเม็ดเลือดแดงต่ำ (Anemia)** จะมีอาการ อ่อนเพลีย ซีด เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ หายใจสั้น ความดันโลหิตต่ำ หายใจเร็ว และหัวใจเต้นเร็ว ซึ่งค่าปกติของความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงปกติประมาณ 37-52% ภาวะเม็ดเลือดแดงต่ำสามารถรักษาได้โดยการให้เลือด หรือการให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง

- **ภาวะเกร็ดเลือดต่ำ (Thrombocytopenia)** ผู้ป่วยที่เกล็ดเลือดต่ำกว่าปกติอาจทำให้มีรอยฟกช้ำง่ายกว่าปกติ หากมีบาดแผลเลือดจะหยุดไหลช้า มีเลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดาไหล จุดเลือดออกตามผิวหนัง มีเลือดออกมากับปัสสาวะหรืออุจจาระ และอาจเกิดเลือดออกภายในร่างกายได้ หากระดับเกร็ดเลือดต่ำมาก ถึงแม้ว่าภาวะเกร็ดเลือดต่ำจะเกิดขึ้นชั่วคราวแต่หากมีเลือดออกแล้วอาจทำให้ผู้ป่วยเสียเลือดมาก จนเป็นอันตรายได้ หากเกร็ดเลือดมีน้อยกว่า 10,000 ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร แพทย์อาจพิจารณาให้เกร็ดเลือดเพื่อป้องกันภาวะเลือดออก หรือให้ยาเพื่อเพิ่มปริมาณเกร็ดเลือดและต้องเจาะเลือดดูปริมาณเกร็ดเลือด เป็นระยะ ๆ

2. **คลื่นไส้ อาเจียน (Nausea and vomiting)** เป็นผลจากการถูกรบกวนของเยื่อหูของระบบทางเดินอาหาร สามารถแบ่งเป็นแบบเฉียบพลัน (เกิดภายใน 24 ชั่วโมงหลังได้รับยาเคมีบำบัด และระยะ

หลังจาก 24 ชั่วโมง และอาจเกิดจากประสบการณ์คลื่นไส้ อาเจียนจากยาเคมีบำบัดในครั้งก่อน ๆ เมื่อทราบว่าจำเป็นต้องให้ยาเคมีบำบัด เห็นหรือได้กลิ่นยาเคมีบำบัดก็จะกระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้ ซึ่งสามารถให้ยาเพื่อบรรเทาอาการ ได้แก่ การป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียนตั้งแต่แรกสำคัญที่สุด เช่น lorazepam (Ativan), Prochlorperazine (Compazine), Promethazine (Phenergan), Metoclopramide (Reglan), Corticosteroids, Ondansetron (Zofran), Granisetron (Kytril), Dolasetron (Anzemet), Palonosetron (Aloxi), Aprepitant (Emend) ประเมินระดับความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยใช้เครื่องมือ Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) เพื่อแบ่งกลุ่มการดูแลรักษา เป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 0 ปกติ

ระดับที่ 1 ไม่มีอาการ ติดตามอาการ ไม่ต้องรับการรักษา

ระดับที่ 2 อาเจียน 2-5 ครั้ง/24 ชั่วโมง

ระดับที่ 3 อาเจียน  $\geq 6$  ครั้ง/24 ชั่วโมง

ระดับที่ 4 เป็นอันตรายถึงชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ตามมา

**3. ช่องปากอักเสบ (Oral mucositis)** อาการเจ็บปากหรือเจ็บคอเนื่องจากยาเคมีบำบัดออกฤทธิ์ต่อเซลล์เยื่อช่องปากและทางเดินอาหารส่วนต้น ทำให้ไม่สามารถสร้างเซลล์เยื่อใหม่มาแทนเซลล์เก่าที่ตายไปได้ทัน และเกิดการอักเสบช่องเยื่อตามมาโดยเริ่มจากเยื่อบุมีสีซีด แห้ง รู้สึกเจ็บ เซลล์เยื่อเปลี่ยนเป็นสีแดง บวม ผู้ป่วยที่มีภาวะอักเสบของเยื่อบุปากและทางเดินอาหารส่วนต้นที่รุนแรง จะกลืนอาหารลำบาก พุดไม่ถนัด และอาจมีเลือดออกเป็นแผล หรือติดเชื้อซ้ำได้ ซึ่งอาการดังกล่าวเกิดขึ้นชั่วคราว จะเกิดในวันที่ 5-14 หลังจากได้รับยาเคมีบำบัดและเป็นอยู่ประมาณ 2-3 สัปดาห์ อาการจะหายสนิทเมื่อเสร็จสิ้นการให้ยาเคมี

**4. ภาวะเบื่ออาหาร (Anorexia)** เกิดจากยาเคมีบำบัดไปทำลายต่อมรับรสบริเวณลิ้น เกิดการสูญเสียการรับรส ไม่รู้สึกสัมผัสและการได้กลิ่น จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร หรือ อยากอาหารลดลง หากรุนแรงมากจนผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ได้ อาจทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหาร แขนขาลีบ น้ำหนักลดได้ ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดขึ้นชั่วคราวและดีขึ้นเมื่อได้ยาเคมีบำบัดครบแล้ว

**5. อาการท้องผูก (Constipation)** หมายถึง ถ่ายลำบาก อุจจาระแห้งแข็ง ไม่ถ่ายหลายวันติดต่อกัน ซึ่งผู้ป่วยจะรู้สึกแน่นท้อง ท้องอืด ปวดท้อง อาการท้องผูกสามารถพบได้ในผู้ป่วยมะเร็งประมาณ 50% หรือ 3 ใน 4 ของผู้ป่วยมะเร็งระยะรุนแรง ปัจจุบันเสี่ยงต่ออาการท้องผูก ได้แก่ การรับประทานอาหารที่ไม่มีใยอาหาร ทานน้ำน้อยหรือขาดน้ำ ผู้ป่วยอยู่ในภาวะซึมเศร้า และยาแก้คลื่นไส้ อาเจียนบางชนิดก็อาจทำให้ท้องผูกได้ แพทย์อาจให้ยาระบาย เช่น มะขามแขกทานร่วมกันได้

**6. อาการท้องเสีย (Diarrhea)** อาจพบร่วมกับ ท้องอืด หรือปวดท้องได้ ซึ่งพบได้ 3 ใน 4 ของผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด เนื่องจากยาเคมีบำบัดทำลายเซลล์เยื่อบุลำไส้ เช่น 5-fluorouraci และมีปัจจัยเสี่ยงดังนี้ ปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับ ระยะเวลาในการรักษานาน การติดเชื้อของทางเดินอาหาร การปรับเปลี่ยนกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ความเครียดและกังวล

**7. ผมร่วง (Alopecia)** เนื่องจากยาเคมีบำบัดออกฤทธิ์กับเซลล์ที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว เช่น เซลล์รากผม ทำให้เกิดภาวะผมร่วงซึ่งไม่ได้เป็นอันตรายต่อชีวิต แต่ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยอย่างมาก ภาวะผมร่วงเกิดจากยาเคมีบำบัดบางชนิดเท่านั้น โดยขึ้นกับปริมาณยา ระยะเวลา ความรุนแรงของภาวะผมร่วงในผู้ป่วยแต่ละคนไม่เท่ากัน ภาวะผมร่วงจะเริ่มใน 2-3 สัปดาห์หลังจากได้รับการรักษาโดยยาเคมีบำบัด เป็นภาวะที่เกิดชั่วคราวเท่านั้น ผมจะเริ่มขึ้นหลังจากสิ้นสุดการรักษา

**8. ผลต่อระบบประสาท (Nervous system)** ยาเคมีบำบัดออกฤทธิ์โดยตรงและโดยอ้อมต่อระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย ส่งผลเสียต่อเซลล์ประสาทภายหลังจากการได้รับยาเคมีบำบัดทันทีหรือหลายปีหลังจากได้รับยาซึ่งผู้ป่วยอาจมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน วุ่นวายหรือนอนมาก ขึ้นเป็นไข้ สับสน ซึมเศร้า คอแข็ง ชัก การมองเห็นแยลง จมูกได้กลิ่นผิดปกติ การได้ยินผิดปกติ ปากแห้ง อากาธา ตามแขนขา การรับรู้สีกที่แขนขาแยลง และปวดตามแขนขา ระบบประสาทที่ถูกทำลายแล้วส่วนใหญ่สามารถที่จะหายได้เอง ยาที่ใช้ในการรักษาแล้วเกิดผลต่อระบบประสาท เช่น Paclitaxel, 5FU, Carboplatin เป็นต้น

**9. ผลต่อระบบสืบพันธุ์ (Reproductive system)** ในเพศชายผู้ป่วยส่วนใหญ่อวัยวะเพศยังสามารถแข็งตัวได้ตามปกติ อาจพบปัญหาความถี่ของการแข็งตัวและความต้องการทางเพศลดลงในช่วงประมาณ 1-2 สัปดาห์หลังจากได้รับยาเคมีบำบัดหลังจากนั้นก็หายเป็นปกติ แต่ก็มียาเคมีบำบัดบางชนิด เช่น Cisplatin ที่มีผลต่อระบบประสาทอย่างถาวรซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อเส้นประสาทที่ควบคุมการแข็งตัวได้ และมีผลต่อการสร้างตัวสุจิซึ่งมีทั้งแบบชั่วคราวและถาวร

**10. ผลต่อระบบไต (Kidney)** ยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่จะถูกขับออกนอกร่างกายผ่านทางไตซึ่งยาบางชนิดก็มีฤทธิ์ทำลายไต ท่อไต และกระเพาะปัสสาวะ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องไตมาก่อนจะมีความเสี่ยงมากกว่าคนปกติ ยาที่มีผลเสียต่อไต เช่น Cisplatin, Cyclophosphamide, Methotrexate Ifosfamide และ Streptozocin โดยผู้ป่วยอาจมีอาการปวดศีรษะ ปวดหลังส่วนล่าง อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตสูง หายใจเร็ว ปัสสาวะบ่อยขึ้นหรือน้อยลง สีปัสสาวะเปลี่ยนแปลง หรือมีอาการบวมตามร่างกาย โดยแพทย์จะตรวจติดตามการทำงานของไตโดยการเจาะเลือดเป็นระยะ ๆ

## ผลกระทบด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ร่วมกับยาเคมีบำบัด

มะเร็งเป็นโรคร้ายแรงมากที่สุดโรคหนึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับโรคอื่น เมื่อเป็นโรคนี้อาจต้องทนทุกข์ทรมาน จากอาการเจ็บป่วยของโรคที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามระยะของโรค รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา จนส่งผลกระทบต่อจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วย หากไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณหรือตอบสนองความต้องการไม่เพียงพอ จะส่งผลทำให้เกิดความพร่องทางจิตวิญญาณ หรือมีความบีบคั้นทางจิตวิญญาณ ดังนั้นการสำรวจความต้องการด้านจิตวิญญาณในทุกมิติจึงมีความจำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความมีคุณค่า มีพลังในการดำเนินชีวิต กล้าเผชิญกับความเจ็บป่วยและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข และยังพบว่าปัญหาทางด้านจิตใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งหากถูกละเลย ไม่ได้ได้รับการสำรวจหรือคัดกรองอย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนหรือเป็นข้อมูลเชิงลึก ผู้ป่วยก็ยังมีระดับของปัญหาเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จนส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกหมดกำลังใจต่อสู้กับโรคและนำไปสู่การปฏิเสธการรักษา บางรายเกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง มีความคิดหรือพยายามทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตายได้ (เอมอร ภูพันธ์ และคณะ, 2561)

### การตรวจติดตามหลังการรักษามะเร็งหลังโพรงจมูก (อนุสรธา ประยงค์รัตน์, 2562)

แพทย์จะนัดตรวจติดตามการรักษาเป็นระยะ นัดตรวจทุก 3-4 เดือนในช่วง 3 ปีแรก และทุก 6 เดือนในปีที่ 3-5 เมื่อพ้น 5 ปีไปแล้วมักจะนัดติดตามปีละครั้ง การตรวจติดตาม มีเป้าหมายเพื่อดูว่ามีการกลับเป็นซ้ำมะเร็ง และตรวจดูการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ซึ่งมักจะเกิดการแพร่กระจายในปีแรก ๆ หลังการรักษา รวมถึงการเฝ้าระวังผลข้างเคียงระยะยาว แพทย์จะทำการประเมินผลการรักษาโดยใช้ CT หรือ MRI of Nasopharynx หลังจากการฉายรังสีประมาณ 3 เดือน ร่วมกับการตรวจร่างกาย และการตรวจเลือดหาค่า EBV viral load ด้วย หลังจากนั้นจะมีการตรวจร่างกายและพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินหาภาวะกลับเป็นซ้ำของโรค ทั้งที่ Primary และ Lymph node และผลข้างเคียงจากการฉายรังสี เช่น ภาวะน้ำลายแห้ง ภาวะไทรอยด์ต่ำ เป็นต้น โดยหากสงสัยว่ามีการกลับมาเป็นซ้ำของโรค หรือมีการแพร่กระจายของโรคแล้ว แพทย์ผู้รักษาจะพิจารณาส่งการตรวจพิเศษเพิ่มเติมเพื่อยืนยันและใช้ในการวางแผนทางการรักษาต่อไป

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

### บทที่ 3

#### การพยาบาล และทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา

ในการศึกษาเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกระหว่างการได้รับรังสีรักษาร่วมกับ ยาเคมีบำบัดที่มีความคิดปฏิเสธรักษา ได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของมาร์จอร์รี่ กอร์ดอน (Marjory Gordon) ทฤษฎีการพยาบาลของคิง (King's Nursing Theory) และสืบค้นความรู้ทางการพยาบาลและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของมาร์จอร์รี่ กอร์ดอน (Marjory Gordon) (Gordon, 1994 อ้างถึงใน อรนนท์ หาญยุทธ, 2565)

แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health) เป็นกรอบแนวคิด ของ มาร์จอร์รี่ กอร์ดอน ใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัวหรือชุมชน โดยประเมินแบบแผนพฤติกรรมภายนอกและภายในของบุคคลที่เกิดขึ้น ช่วงระยะเวลาหนึ่งและมีผลต่อสุขภาพ รวมทั้ง ปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ เช่น พันธุกรรม พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม ระบบการสนับสนุนทางสังคม การบริการสุขภาพ เป็นต้น การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แบบแผนสุขภาพของ กอร์ดอน ประกอบด้วย 11 แบบแผน แต่ละแบบแผนจะมีความสัมพันธ์กัน หากมีความผิดปกติในแบบแผนหนึ่งอาจมีผลกระทบต่อแบบแผนอื่น ๆ ทำให้บุคคลมีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย การตัดสินใจว่าแบบแผนสุขภาพใดปกติหรือผิดปกติ พิจารณาจากการเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานซึ่งประกอบด้วยเกณฑ์มาตรฐานของแต่ละบุคคล ตามกลุ่มอายุและเกณฑ์มาตรฐานทางสังคม โดยเกณฑ์มาตรฐานของแต่ละบุคคลตามกลุ่มอายุ จะนำมาพิจารณาตัดสินความปกติหรือผิดปกติของพฤติกรรมภายในบางแบบแผน เช่น แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร หรือแบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย จะพิจารณาจากค่าปกติของสารเคมีต่าง ๆ ในเลือด

โดยการประเมินภาวะสุขภาพเป็นขั้นตอนแรกของการพยาบาล ซึ่งแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน เป็นเครื่องมือในการค้นหาปัญหาหรือความต้องการของผู้รับบริการ แล้วนำไปปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้สอดคล้องกับความต้องการ ช่วยให้เข้าใจถึงการดำรงชีวิต การปรับตัวและจิตสังคมของผู้ป่วย ประกอบด้วย 11 ด้าน ดังนี้

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

- แบบแผนที่ 1 การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ (Health perception and health management) เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ การดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลและการฟื้นฟูสุขภาพ
- แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร (Nutrition and metabolism) เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ภาวะโภชนาการ การเผาผลาญสารอาหาร น้ำและเกลือแร่ อุณหภูมิของร่างกาย การเจริญเติบโตและการพัฒนาการ ผิวหนังและเยื่อบุ และระบบภูมิคุ้มกันโรค
- แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย (Elimination) เกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะรวมถึงปัจจัยส่งเสริมและปัญหาอุปสรรคต่อการขับถ่าย
- แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย (Activity and exercise) เกี่ยวกับแบบแผนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่าง ๆ การดูแลสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย การออกกำลังกายและการใช้เวลาว่าง การพัฒนาการทำงานของโครงสร้างและกล้ามเนื้อ ระบบการหายใจ ระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือด
- แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ (Sleep and rest) เป็นแบบแผนด้านการพักผ่อนหรือการผ่อนคลายและการนอนหลับ
- แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้ (Cognition and perception) เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกทางประสาทสัมผัส ความสามารถทางสติปัญญา ได้แก่ ความคิด การแก้ปัญหา การตัดสินใจ การเรียนรู้และการสื่อสารต่าง ๆ
- แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (Self-perception and Self-concept) เป็นแบบแผนที่เกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ อัตมโนทัศน์ ความสามารถและความภูมิใจในตนเอง
- แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธ์ภาพ (Role and relationship) เกี่ยวกับการปฏิบัติตามบทบาทสัมพันธ์ภาพ การสื่อสาร และพัฒนาการด้านสังคม
- แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ (Sexuality and reproduction) เป็นแบบแผนด้านพัฒนาการทางเพศ การเจริญพันธุ์และเพศสัมพันธ์
- แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด (Coping and stress tolerance) เป็นแบบแผนด้านการจัดการและการปรับตัวกับความเครียด
- แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ (Value and belief) เป็นแบบแผนด้านการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งที่บุคคลเชื่อถือ ศรัทธา สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ คุณค่าในชีวิต และความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ

## 2. ทฤษฎีการพยาบาลของคิง (King's Nursing theory) (King, 1981 อ้างถึงใน หทัยชนก บัวเจริญ, 2562)

กรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของคิง รากฐานแนวคิดของทฤษฎีการพยาบาลของคิงเห็นความสำคัญของการดูแลภายใต้กระบวนการปฏิสัมพันธ์ โดยทฤษฎีนี้ต้องการตอบคำถามที่ว่า “พยาบาลทำหน้าที่อะไร” และ “พยาบาลควรทำอะไร” วิธีการที่ให้ได้มาซึ่งคำตอบจึงเน้น “กระบวนการปฏิสัมพันธ์” หมายความว่า การดูแลผู้รับบริการต้องผ่านกระบวนการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ให้บริการ/ผู้รับบริการเพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน ซึ่งการสร้างปฏิสัมพันธ์นี้จะทำให้สะท้อนภาพลักษณ์ของพยาบาลและบทบาทของการให้คำปรึกษา (Counseling) ชี้แนะ (Guiding) สอน (Teaching) แก่ผู้ให้บริการ/ผู้รับบริการในการหาความหมายของภาวะสุขภาพหรือการเจ็บป่วย

กรอบแนวคิดในทฤษฎีนี้จึงเน้นที่ “คน” ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลาและเฉพาะเจาะจงที่กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล คือ ผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ความสัมพันธ์ระบบต่าง ๆ เหล่านี้จะนำมาสู่ทฤษฎีของการบรรลุเป้าหมาย (Theory of goal attainment)

ในกรอบแนวคิดของคิงประกอบด้วยระบบที่มีปฏิสัมพันธ์กัน 3 ระบบ คือ

**1. ระบบบุคคล (Personal System)** หมายถึง เอกัตบุคคล (Individual) ซึ่งมีระบบของตนเองที่เป็นส่วนตัว การเข้าใจระบบบุคคลจะช่วยให้เข้าใจการติดต่อสื่อสาร เข้าใจตนเองและผู้อื่น ช่วยให้พยาบาลไวต่อความรู้สึกของคนอื่นและของตนเอง ช่วยให้การติดต่อสื่อสารมีประสิทธิภาพมากขึ้น มโนทัศน์สำคัญที่ช่วยให้เข้าใจระบบ บุคคลมี 6 มโนทัศน์ คือ

1.1 การรับรู้ (Perception) เป็นกระบวนการจัดระบบและแปลความหมายของข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากประสาทสัมผัสและความจำ ทำให้เกิดความเข้าใจเหตุการณ์ และสิ่งแวดล้อมรอบตัว ซึ่งความเข้าใจตามการรับรู้นี้จะยอมมามีอิทธิพลต่อบุคคลด้วย อย่างไรก็ตาม ในเหตุการณ์และสิ่งแวดล้อมเดียวกัน บุคคลอาจรับรู้และเข้าใจแตกต่างกันได้

1.2 อัตตาตัวตน (Self) เป็นผลที่เกิดจากบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและจัดระเบียบตัวตนขึ้น ซึ่งทำให้อัตตาของแต่ละคนแตกต่างกัน ถ้าประสบการณ์ทางบวกก็จะทำให้อัตตาขยายออก แต่ถ้าเป็นทางลบ อัตตาก็จะลดขนาดลง

1.3 ภาพลักษณ์ (Body image) เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับรูปร่างของตนเองทั้งทางด้านสรีระและจิตสังคม ปฏิกริยาของคนอื่นต่อรูปร่างหน้าตาและผลจากการตอบสนองของคนอื่นต่อตนเอง อย่างไรก็ตาม ภาพลักษณ์ของบุคคลจะเป็นพลวัตรและเปลี่ยนแปลงตามประสบการณ์และการเรียนรู้ พร้อมกับกระบวนการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่เปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลา

1.4 การเจริญเติบโตและพัฒนาการ (Growth and development) เป็นการเปลี่ยนแปลงของมนุษย์ตั้งแต่ระดับโมเลกุล ความรู้สึกนึกคิดจนกระทั่งพฤติกรรม ปัจจัยที่มีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ได้แก่ พันธุกรรม ประสบการณ์ในชีวิต รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนเกื้อกูลให้บุคคลเติบโตเข้าสู่วุฒิภาวะ

1.5 เวลา (Time) คือ ระยะเวลาห่างเหตุการณ์หนึ่งกับอีกเหตุการณ์หนึ่ง เวลาเป็นส่วนหนึ่งของการควบคุมการดำเนินชีวิตของบุคคลและมีอิทธิพลระหว่างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลได้

1.6 อาณาบริเวณ (Space) เป็นขอบเขตที่อยู่รอบตัวบุคคล ซึ่งบุคคลรับรู้ว่าเป็นอาณาบริเวณส่วนตัวที่ปกป้องไม่ปรารถนาให้คนทั่วไปรุกราน

**2. ระบบระหว่างบุคคล (Interpersonal systems)** เป็นระบบที่ประกอบด้วยบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปมาปฏิบัติสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน

2.1 การมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) หมายถึง กระบวนการที่บุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปแลกเปลี่ยน เรียนรู้ซึ่งกันและกัน ในกระบวนการปฏิสัมพันธ์นั้น ทั้งสองฝ่ายจะร่วมกันกำหนดเป้าหมายและวิธีการที่จะไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้

2.2 การติดต่อสื่อสาร (Communication) หมายถึง การส่งสารถึงกันระหว่างผู้ให้และผู้รับสาร ซึ่งมีทั้งการใช้วาจาและไม่ใช้วาจา การติดต่อสื่อสารจะมีประสิทธิภาพสูงสุดในบรรยากาศของการยอมรับนับถือกัน ตั้งใจที่จะทำความเข้าใจซึ่งกันและกัน

2.3 การบรรลุเป้าหมายของการปฏิสัมพันธ์ (Transaction) เป็นกระบวนการที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลติดต่อสื่อสารเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ต่างฝ่ายต่างแลกเปลี่ยนการรับรู้ซึ่งกันและกัน แต่ถ้าต่างฝ่ายต่างไม่สมหวังในเป้าหมายที่ตั้งไว้ก็จะเกิดความเครียด

2.4 บทบาท (Role) หมายถึง พฤติกรรมตามตำแหน่งหรืออาชีพที่กระทำตามความคาดหวัง กับที่เป็นจริงสอดคล้องกันก็จะทำให้บุคคลพึงพอใจ แต่ถ้าไม่สอดคล้องกันก็จะเกิดความขัดแย้งในบทบาทและเกิดความเครียดได้

2.5 ความเครียด (Stress) เป็นภาวะที่เป็นพลวัตของการปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์กับสิ่งแวดล้อมที่รักษาสมดุลสำหรับการเจริญเติบโต พัฒนาการและการประกอบภารกิจต่าง ๆ มนุษย์ทุกคนต้องประสบกับความเครียดทั้งในชีวิตประจำวันหรือในบางช่วงเวลา ถ้าบุคคลสามารถเผชิญความเครียดได้ คือ รักษาคุณภาพของชีวิตได้ ก็จะสามารถประกอบภารกิจต่าง ๆ ตามบทบาทที่ทำให้เกิดความเจริญเติบโต พัฒนาการและการดำเนินไปตามเป้าหมายที่วางไว้

**3. ระบบสังคม (Social systems)** เป็นทั้งระบบสังคมทั่วไปและระบบบริการสุขภาพที่มีความสำคัญต่อกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ

ทฤษฎีการพยาบาลความสำเร็จตามเป้าหมาย มีมโนทัศน์หลัก 10 ประการ ดังนี้ (King, 1981)

1. การรับรู้ (Perception) เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เป็นกระบวนการรวบรวม จัดระบบ แปลความหมาย และการปรับเปลี่ยนข้อมูลที่ได้รับจากภายนอก โดยทางประสาทสัมผัสและความจำ การรับรู้ของบุคคลอาจแตกต่างกันแม้อยู่ในสิ่งแวดล้อมเดียวกันรวมทั้งยังเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ในอดีต การรับรู้ตนเอง ลักษณะทางสรีระ ภูมิหลังทางการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม

2. อัตตา (Self) คือ การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งเกิดจากผลของข้อมูลย้อนกลับจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และส่งผลให้แต่ละคนมีแบบแผนในการสร้างสัมพันธ์ภาพเฉพาะตัว ดังนั้น ความเข้าใจเรื่องอัตตามีความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ

3. การปฏิสัมพันธ์ (Interaction) หมายถึง กระบวนการที่บุคคลตั้งแต่สองคนมาติดต่อกัน โดยใช้คำพูดหรือไม่ใช้คำพูด โดยแต่ละฝ่ายได้นำความรู้ ความต้องการ จุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง การรับรู้และประสบการณ์ในอดีตมาเกี่ยวข้อง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนมีอิทธิพลต่อการมีปฏิสัมพันธ์

4. การสื่อสาร (Communication) เป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างบุคคล ซึ่งมีการสื่อสาร ที่มีการใช้วาจาและไม่ใช้วาจา การติดต่อสื่อสารจะเกิดประสิทธิภาพสูงสุด เมื่อเกิดขึ้นในบรรยากาศของการยอมรับซึ่งกันและกัน ความรู้เรื่องการติดต่อสื่อสารจะช่วยให้พยาบาลสามารถรวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการได้แม่นยำมากขึ้น ถ้าการสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพหรือขาดความหมาย การดำเนินสู่เป้าหมายก็เป็นไปได้ยากหรืออาจไม่เกิดขึ้นเลย

5. การมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย (Transaction) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการปฏิสัมพันธ์ ที่เกิดจากการที่บุคคลติดต่อสื่อสารกับสิ่งแวดล้อมเพื่อไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้และเมื่อเกิดความสำเร็จตามเป้าหมายแล้วความต้องการที่จะได้รับการตอบสนอง ความเครียดก็ลดลง

6. บทบาท (Role) เป็นกลุ่มของพฤติกรรมที่ถูกคาดหวังว่าจะเกิดขึ้นในบุคคล เมื่อบุคคลอยู่ในตำแหน่งหนึ่งของสังคม

7. การเจริญเติบโตและพัฒนาการ (Growth and Development) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในชีวิต เป็นการเปลี่ยนแปลงภายในตัวบุคคลอย่างต่อเนื่องทั้งในระดับเซลล์ โมเลกุลและระดับพฤติกรรม การแสดงออก การเจริญเติบโตและพัฒนาการ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลบรรลุวุฒิภาวะและแสดงความสามารถที่มีอยู่เพื่อบรรลุเป้าหมายที่ตนเองปรารถนา

8. กาละ (Time) กาละหรือเวลา แสดงถึงระยะระหว่างเหตุการณ์หนึ่งกับอีกเหตุการณ์หนึ่ง มีการเปลี่ยนแปลงจากขั้นตอนหนึ่งไปอีกขั้นตอนหนึ่ง เวลามีส่วนในการควบคุมการดำเนินชีวิตประจำวันของ

แต่แต่ละบุคคลและมีอิทธิพลต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคล แต่ละคนอาจรับรู้ช่วงเวลาเดียวกันแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับชนิดและจำนวนเหตุการณ์ที่แต่ละคนประสบ การรับรู้ ระยะเวลาต่างกันอาจก่อให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

**9. อาณาบริเวณ (Space)** เป็นขอบเขตที่อยู่รอบตัวบุคคล ซึ่งบุคคลรับรู้ว่าเป็นอาณาบริเวณส่วนตัว ที่มีการปกป้องไม่ปรารถนาให้คนทั่วไปลุกล้ำ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาณาเขตของบุคคล คือ เวลา ระยะทาง ปริมาณ การรับรู้ และการติดต่อสื่อสาร โดยทั่วไประยะของอาณาบริเวณรอบตัวของบุคคลมี 4 ระยะ คือ

- ระยะใกล้ชิด (Intimate distance) ประมาณ 6-8 นิ้ว
- ระยะส่วนบุคคล (Personal distance) ประมาณ 1.5-4 ฟุต
- ระยะทางสังคม (Social distance) ประมาณ 4-12 ฟุต
- ระยะทางสาธารณชน (Public distance) ประมาณ 12-25 ฟุต

**10. ภาวะเครียด (Stress)** ภาวะที่ไม่หยุดนิ่งของมนุษย์กระทำต่อสิ่งแวดล้อมเพื่อที่จะคงไว้ซึ่งการเจริญเติบโต พัฒนาการและการทำหน้าที่ มีการแลกเปลี่ยนพลังงานระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เพื่อที่จะสามารถควบคุมภาวะเครียด

**คิงได้นำมโนทัศน์หลักในกรอบแนวคิดมาอธิบายระบบการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมากำหนด**

**ความสัมพันธ์ไว้ ดังนี้**

- ในกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลผู้รับบริการ ถ้ามีการรับรู้ที่ถูกต้องตรงกัน การปฏิสัมพันธ์นั้นย่อมบรรลุเป้าหมาย

- ถ้าทั้งพยาบาลและผู้รับบริการมีปฏิสัมพันธ์ต่างมีจุดมุ่งหมายต่อกันย่อมเกิดความสำเร็จ ตามจุดมุ่งหมายหลักที่ตั้งไว้

- ความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ย่อมเกิดจากการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

- ถ้าทั้งพยาบาลและผู้รับบริการบรรลุจุดมุ่งหมายในการปฏิสัมพันธ์ย่อมได้รับการเจริญเติบโตและพัฒนากิจการทั้งสองฝ่าย

- ถ้าพยาบาลมีความรู้และสามารถติดต่อสื่อสารหรือให้ข้อมูลอย่างเหมาะสมการตั้งจุดมุ่งหมายร่วมกันย่อมเกิดขึ้นได้

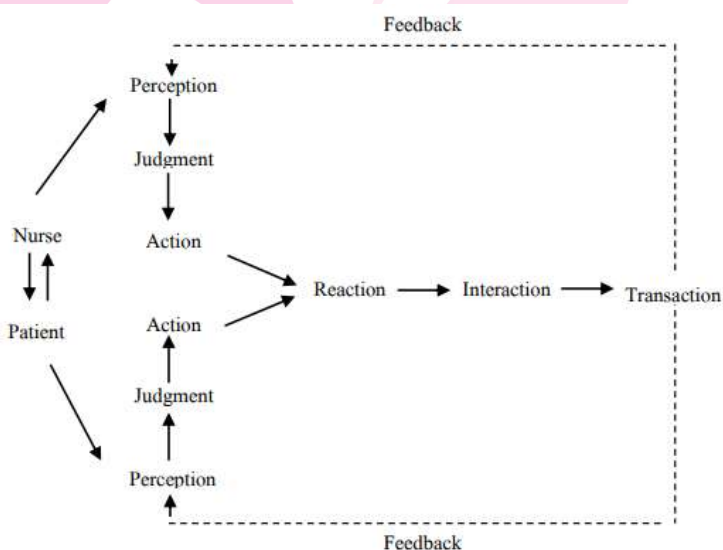
- การปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมาย จะดำเนินไปสู่จุดมุ่งหมายได้ ต้องมีการกำหนดจุดมุ่งหมาย และเลือกวิธีที่จะใช้ดำเนินไปสู่จุดมุ่งหมายร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ

- ถ้าการรับรู้ตามความคาดหวังกับบทบาทที่ปฏิบัติจริงของพยาบาลและผู้รับบริการตรงกัน การปฏิสัมพันธ์ย่อมบรรลุจุดมุ่งหมาย

- ถ้าในกระบวนการปฏิสัมพันธ์มีความขัดแย้งเกิดขึ้น จะทำให้เกิดภาวะเครียด

- การรับรู้เกี่ยวกับเวลาและอาณาเขตที่ถูกต้องจะทำให้การปฏิสัมพันธ์บรรลุจุดมุ่งหมาย การเรียนรู้และเข้าใจอัตราหรือตัวตนของบุคคลจะช่วยให้พยาบาลให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม

ในระบบการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการแต่ละฝ่ายจะมีระบบส่วนบุคคลที่นำมาใช้ร่วมกัน ต่างฝ่ายต่างมีการรับรู้ และการติดต่อสื่อสารของตนเอง เมื่อแต่ละฝ่ายต่างนำสิ่งที่ตนมีอยู่มาปฏิสัมพันธ์กันก็จะเกิดกระบวนการซึ่งมีองค์ประกอบ ดังนี้ **ดังแสดงในภาพที่ 21**



ภาพที่ 21 ภาพแสดงกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

ที่มา: ดัดแปลงจาก A Theory for nursing: Systems Concepts, by King, I.M., 1981, New York: Wiley century-Crofts.

1. การกระทำ (Action) คือ พฤติกรรมแสดงออกของผู้รับบริการ
2. การตอบสนอง (Reaction) คือ ปฏิกริยาจากผู้รับบริการ
3. สิ่งรบกวน (Disturbance) คือ ปัญหาหรือสิ่งที่ทำให้ต้องมารับบริการทางสุขภาพ องค์ประกอบทั้ง 3 ส่วนแรกเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ ซึ่งทำให้ต้องมาใช้บริการทางสุขภาพ เมื่อพยาบาลทราบรายละเอียดแล้ว พยาบาลจะเข้ามามีส่วนร่วมในองค์ประกอบ ดังนี้
4. การตั้งเป้าหมายร่วมกัน (Mutual goal setting) พยาบาลและผู้รับบริการจะร่วมมือกันค้นหาและกำหนดเป้าหมายที่สามารถเกิดขึ้นได้

5. ค้นหาวิธีการเพื่อดำเนินการสู่เป้าหมาย (Explore means to achieve goal) ทั้งสองจะร่วมมือกันหาวิธีการที่จะใช้ในการดำเนินการไปสู่เป้าหมายที่ได้ร่วมมือกันตั้งไว้

6. ตกลงเรื่องวิธีการที่จะใช้ดำเนินการสู่เป้าหมาย (Agree on means to achieve goal) ทั้งสองฝ่ายมีความเห็นตรงกันและยอมรับในการนำวิธีดำเนินการที่เลือกแล้วมาใช้

7. เกิดความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Transaction) พฤติกรรมหรือการแสดงออกในขั้นสุดท้ายจะแสดงให้เห็นว่าประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้มารับบริการจะหลุดพ้นจากปัญหา หรือสิ่งรบกวนที่ทำให้ต้องมารับบริการ พยาบาลจะส่งเสริมให้ผู้รับบริการปฏิบัติต่อด้วยตนเองเพื่อดำรงภาวะสุขภาพที่ดีไว้

**การใช้กระบวนการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลการบรรลุเป้าหมายของคิง สามารถดำเนินการตาม 4 ขั้นตอน ดังนี้ (King, 1981 อ้างถึงใน หทัยชนก บัวเจริญ, 2562)**

### 1. การประเมินภาวะสุขภาพ

ระบบบุคคลในความหมายของคิง หมายถึง องค์ประกอบรวมของชีวะ จิตและสังคม ของบุคคลที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม มีบทบาทหน้าที่ มีการรับรู้ทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น และสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ดังนั้น พยาบาลจะประเมิน วิเคราะห์ และให้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยมุ่งสืบค้นข้อมูลของผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ดังนี้

- การรับรู้เกี่ยวกับอัตมโนทัศน์
- ภาพลักษณ์ของตน
- การเจริญเติบโตและพัฒนาการ
- ช่วงเวลาของเหตุการณ์ในชีวิต
- ระบบระหว่างบุคคล โดยประเมินข้อมูลต่าง ๆ ดังนี้
- การมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยในด้านความคิด และพฤติกรรม
- การติดต่อสื่อสารของผู้ป่วยกับบุคคลอื่น
- การมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย
- การปฏิบัติตามบทบาท
- ความเครียด
- ระบบสังคม ประเมินข้อมูลต่าง ๆ ดังนี้
- องค์กร
- หน้าที่รับผิดชอบ
- อำนาจ

- สถานการณ์
- การตัดสินใจ

## 2. การวินิจฉัยทางการแพทย์

การวินิจฉัยทางการแพทย์ตามแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของคิงเน้นที่การประเมินพร้อม ๆ ไปด้วยกับการวิเคราะห์สภาพปัญหา และสาเหตุของปัญหาของผู้ป่วยอย่างละเอียดทั้ง 3 ระบบ จากนั้นนำไปสู่การกำหนดเป้าหมาย และวางแผนการพยาบาล พร้อมทั้งกำหนดกิจกรรมเพื่อมุ่งสู่เป้าหมาย

## 3. การวางแผนการพยาบาล

การวางแผนการพยาบาลประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมาย และกิจกรรมการพยาบาลเพื่อมุ่งสู่เป้าหมายที่กำหนด พยาบาลต้องคำนึงถึงหลักการ ดังนี้

- เป้าหมายที่เน้นองค์ประกอบรวมของชีวะ จิต และสังคม
- เป้าหมายที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนด
- มีกิจกรรมที่มองเห็นชัดเจนว่าสามารถบรรลุผลได้ตามที่กำหนด
- เป็นเป้าหมายเชิงบวกที่เน้นการเจริญเติบโตและการพัฒนาไปในทางที่ดี
- เป็นเป้าหมายที่เพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยในการเรียนรู้ การเผชิญปัญหา และปรับตัวใน

สถานการณ์ต่าง ๆ อย่างเหมาะสม

## 4. การปฏิบัติการพยาบาล

• การปฏิบัติการพยาบาลจะเป็นการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด พยาบาลจะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยการสื่อสารและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดอย่างมีประสิทธิภาพทุกระยะ

- การสอนและการให้คำปรึกษาโดยคำนึงถึงเป้าหมายที่กำหนด
- จัดโอกาสและประสบการณ์เพื่อการเรียนรู้และปรับพฤติกรรมที่มีปัญหาและเป็นอุปสรรค

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ  
National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

## การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด

พยาบาลมีบทบาทในการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษา ตลอดจนการฟื้นฟู สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง รวมถึงการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ ได้มาตรฐาน ตรงตามเป้าหมาย และคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

**การพยาบาลก่อนรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด 7-14 วัน (ศิริอร สีนุ และคณะ, 2565)**

### 1. การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยด้านจิตใจ

1.1 ประเมินสภาพจิตใจ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติที่มีต่อโรค การรักษาและผลข้างเคียงจากการรักษา โดยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ พูดคุย ซักถาม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบายความกลัวหรือความวิตกกังวล ปลอดภัยและให้กำลังใจ แสดงความพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตลอดเวลา

- แลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา อธิบายเหตุผลของการรักษาด้วยรังสี ประโยชน์และขั้นตอนกระบวนการรักษา ได้แก่ การนัดหมาย การวางแผนการรักษา ระยะเวลาการรักษา วิธีการรักษา อาการข้างเคียง ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นขณะรักษา และอาการที่จะดีขึ้นภายหลังการรักษา เพื่อลดความกลัวและวิตกกังวล ให้ผู้ป่วยสามารถเข้าสู่กระบวนการรักษาด้วยความมั่นใจ

- แลกเปลี่ยนข้อมูล เกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลายความวิตกกังวล ความเครียด เช่น การฝึกการหายใจ การฝึกสมาธิ การฟังเพลง เป็นต้น

1.2 ประเมินการรับรู้และความรู้สึกของครอบครัว ที่มีต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย กรณีครอบครัวและผู้ป่วยกังวลเกี่ยวกับโรค และการรักษาที่จะส่งผลกระทบต่อครอบครัว ค้นหาปัญหาเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว วางแผนการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มการรักษา

1.3 การประเมินด้านจิตวิญญาณ โดยการประเมินจากวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ความเชื่อ ความคาดหวังต่อการหายจากโรค และการให้คุณค่ากับตนเองยามเจ็บป่วย ของผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการรักษาด้วยรังสีรักษาและยาเคมีบำบัด เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความคิดเชิงบวกมีปฏิริยาการตอบสนองต่อโรคและการเผชิญหน้าต่อสู้กับโรคมามากกว่าผู้ที่มีความคิดเชิงลบ

1.4 ประเมินการรับรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ ถึงความสำคัญของการจำลองการรักษา ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความสำคัญของการจำลองการรักษา ขั้นตอนการจำลองการรักษาด้วย CT simulation และ MRI simulation การปฏิบัติตัวขณะตรวจเพื่อให้ผู้ป่วยคลายวิตกกังวล และให้ความร่วมมือ

2. การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้มีการวางแผนการดูแลสุขภาพตนเอง การเสริมสร้างสุขภาพให้แข็งแรงพร้อมรับการรักษา ดังนี้

2.1 การตรวจและประเมินสภาพร่างกายทั่วไป โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง สัญญาณชีพ ประเมิน Nutritional status, Emotional, Symptoms การซักประวัติการเจ็บป่วย โรคประจำตัว ประวัติการเข้ายาที่อาจมีผลกับการรักษารังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด ผล Pathology, Cytology และ Staging

2.2 ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Performance status) เครื่องมือที่นิยมใช้ในการประเมิน ได้แก่ Karnofsky Scale หรือ Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การประเมินสมรรถนะทางกาย Karnofsky scale และ ECOG

| Karnofsky scale                                      | %   | ECOG                               | Score |
|--|-----|------------------------------------|-------|
| - ปกติไม่แสดงอาการของโรค                             | 100 | - ทำกิจกรรมปกติ                    | 0     |
| - ทำกิจกรรมได้ปกติ ไม่มีอาการแสดงของโรค              | 90  | - ไม่มีอาการแสดงของโรค             |       |
| - ทำกิจกรรมได้ แต่ต้องใช้ความพยายาม                  | 80  | - มีอาการของโรค                    | 1     |
| - ดูแลตนเองได้ ไม่สามารถทำกิจกรรมหรือทำงานได้        | 70  | - แต่ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ |       |
| - ต้องการความช่วยเหลือเป็นบางครั้ง                   | 60  | - นอนบนเตียงน้อยกว่า 50%           | 2     |
| - ส่วนใหญ่ดูแลตนเองได้                               |     | - จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ    |       |
| - ต้องการความช่วยเหลือและต้องไปพบแพทย์บ่อยครั้ง      | 50  |                                    |       |
| - มีความพิการ ต้องการการดูแลและช่วยเหลือเป็นพิเศษ    | 40  | - นอนบนเตียงมากกว่า 50%            | 3     |
| - พิจารณ์อย่างรุนแรง ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล         | 30  | - ต้องการความช่วยเหลือเป็นพิเศษ    |       |
| - จำเป็นต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล ต้องการความช่วยเหลือ | 20  | - นอนบนเตียงตลอดเวลา               | 4     |
| - อาการหนัก อาจถึงแก่กรรมอย่างกะทันหัน               | 10  | - ต้องการความช่วยเหลือในโรงพยาบาล  |       |
| - ถึงแก่กรรม   | 0   | - ถึงแก่กรรม                       | 5     |

ที่มา: เพลินพิศ ธรรมนิภาและคณะ. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัด, 2553

2.3 ประเมินระบบภูมิคุ้มกันและการติดเชื้อ ชักประวัติการติดเชื้อในร่างกาย ประวัติการให้ยาเคมีบำบัด ตำแหน่งที่มีการติดเชื้ออักเสบในร่างกาย โดยดูผล Complete blood count (CBC) Hb >10 gm/dl, WBC 4,000 >10<sup>3</sup>/ul, Platelet >100,000 และคำนวณค่า Absolute Neutrophil Count (ANC) >1,500 (ค่าปกติ > 2,000 10<sup>3</sup>/ul)

2.4 ประเมินระบบไหลเวียน ทบพวนชักประวัติอาการหน้ามืด ใจสั่น เวียนศีรษะ ประวัติการเสียเลือด โรคประจำตัว ความสามารถในการรับประทานอาหาร การตรวจร่างกาย ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ ประเมินเยื่อปอด Capillary refilling time การตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hemoglobin, Hematocrit

2.5 ประเมินระบบผิวหนัง ทบพวนชักประวัติโรคทางผิวหนัง ได้แก่ ผิวหนังอักเสบ โรคสะเก็ดเงิน เป็นต้น การตรวจร่างกาย ประเมินผิวหนังบริเวณฉายรังสี ความยืดหยุ่น ผิวหนังแห้ง อาการบวมแดง ลักษณะการติดเชื้อ แผล กรณีผิวหนังบริเวณฉายรังสีใบหน้าและลำคอปกติ ไม่มีผื่นแดง ไม่มีแผลหรือลักษณะของการติดเชื้อ แลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลผิวหนังบริเวณฉายรังสีโดยทั่วไป ตามแนวปฏิบัติ (Evidence-based practice guideline) ดังนี้

#### การทำความสะอาดผิวหนัง

- อาบน้ำโดยใช้สบู่อ่อน เช่น สบู่เด็ก หรือสบู่ที่มีค่าความเป็นกรดต่าง 5.5 และไม่ขัดถูผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี น้ำสบู่ผ่านได้
- อาบน้ำด้วยน้ำอุณหภูมิปกติ หลีกเลี่ยงการอาบน้ำด้วยน้ำอุ่นจัด หรือน้ำเย็นจัด เนื่องจากอาจทำให้ผิวหนังสูญเสียความชุ่มชื้นและเกิดการระคายเคือง และใช้ผ้าขนหนูนุ่ม ๆ ซับเบา ๆ ให้แห้ง
- ทาครีมบริเวณผิวหนังที่ฉายรังสี (ตามคำสั่งการรักษาของแพทย์) เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นของผิวหนัง แต่ให้อาบน้ำ ชำระสารตกค้างก่อนมารับการฉายรังสี ไม่ควรทาครีมมาฉายรังสีอย่างน้อย 4 ชั่วโมง
- แนะนำการดูแลเส้นที่ขีดบริเวณฉายรังสี ไม่ลบ หรือเติมเส้นเอง

#### การแต่งกาย

- แนะนำให้สวมเสื้อผ้าอ่อนนุ่ม ไม่รัดแน่น หลีกเลี่ยงการใส่เสื้อผ้าที่มียกแรง ให้ใส่เสื้อผ้ากว้างเพื่อป้องกันการเสียดสีบริเวณลำคอ
- หลีกเลี่ยงการสวมเครื่องประดับต่าง ๆ ในบริเวณที่ฉายรังสี เช่น สร้อยคอ และสะพายกระเป๋าคล้องคอ อาจทำให้เกิดการเสียดสี ทำให้ผิวหนังเกิดการบาดเจ็บได้

#### การป้องกันการระคายเคือง

- ระมัดระวังการแกะเกาบริเวณที่ฉายรังสี หากคันให้ลูบเบา ๆ ควรตัดเล็บให้สั้น

- หลีกเลี่ยงการใช้เครื่องสำอางทุกชนิด เช่น แป้ง น้ำหอมในบริเวณที่ฉายรังสี
- หลีกเลี่ยงการโกนหนวดด้วยใบมีด เนื่องจากอาจทำให้เกิดบาดแผลในบริเวณฉายรังสีได้ แนะนำให้ใช้ที่โกนหนวดไฟฟ้าหรือกรรไกรแทน

- หลีกเลี่ยงการโดนแสงแดดจัด และการประคบร้อนหรือเย็นในบริเวณที่ฉายรังสี เนื่องจากอาจทำให้เกิดการระคายเคืองต่อผิวหนังได้

- หลีกเลี่ยงการว่ายน้ำในสระว่ายน้ำ แม่น้ำลำคลอง การแช่น้ำอุ่น สปา หรือซาวน่า เนื่องจากอาจทำให้เกิดการระคายเคืองต่อผิวหนังและเกิดการติดเชื้อได้

2.6 ประเมินระบบทางเดินอาหาร ประเมินช่องปากก่อนการฉายรังสี สุขอนามัยในการดูแลช่องปาก ความสะอาด สี อาการบวมแดง แผล ลักษณะการติดเชื้อ ประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2.6.1 แนะนำการงดน้ำและอาหาร 4 ชั่วโมง ก่อนจำลองการรักษาด้วย CT simulation

2.6.2 แนะนำผู้ป่วยตรวจรักษาโรคในช่องปากก่อนการฉายรังสีโดยทันตแพทย์ ถอนฟันก่อนอย่างน้อย 14 วัน เพื่อให้แผลจากการถอนฟันหายดีก่อนเริ่มการฉายรังสี เพราะการมีโรคในช่องปาก ฟันผุ หรือมีแผลในช่องปาก ส่งผลให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในช่องปากที่รุนแรงในระหว่างการรักษา ได้แก่ ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ แผลในช่องปากไม่หายและเพิ่มโอกาสการเกิดภาวะกระดูกขากรรไกรตาย (Osteoradionecrosis) ภายหลังการฉายรังสีครบได้

2.6.3 แลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดูแลช่องปากขั้นพื้นฐาน (Basic oral care) เป็นการเตรียมความพร้อมของช่องปากก่อนการฉายรังสีเพื่อให้ช่องปากสะอาด สุขสบายและลดโอกาสการติดเชื้อในช่องปาก ดังนี้

- แปรงฟันและลิ้นด้วยแปรงสีฟันที่มีขนแปรงอ่อนนุ่ม ใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์หลังรับประทานอาหารและก่อนเข้านอน

- บ้วนปากด้วย Normal saline solution ปริมาณครั้งละ 30 มิลลิลิตร นาน 30 วินาที หลังรับประทานอาหารและก่อนนอน

- จิบน้ำบ่อย ๆ ระหว่างวันเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปาก ทาวาสลินบริเวณริมฝีปาก เพื่อป้องกันริมฝีปากแห้งแตกเป็นแผล

2.7 ประเมินภาวะโภชนาการ ชักประวัติปริมาณอาหารและชนิดของอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานได้น้อยลง ประเมินการได้รับสารอาหารโดยละเอียด จากแบบประเมิน เช่น Patient Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA), Subjective Global Assessment (SGA), Minimal Nutrition Assessment (MNA), Nutrition triage (NT) Screening Tool การคำนวณความต้องการพลังงานขั้นพื้นฐานจากสูตร Harris Benedict ตรวจร่างกาย ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อคำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย

มวลกาย (Body mass index (BMI)) ค่า BMI ปกติอยู่ระหว่าง 18.5-24.9 kg/m<sup>2</sup> ตรวจเส้นผม หรือ ผิวหนัง ตุ่มลึนซึ่งเป็นเนื้อเยื่อที่มีการเปลี่ยนแปลงเร็วจะแสดงภาวะขาดสารอาหารได้ โดยจะมีลักษณะแห้ง ขาดความยืดหยุ่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ระดับโปรตีนในกระแสเลือด ได้แก่ Albumin ค่าปกติ Albumin 3.5-5 mg/dl

### 2.7.1 กรณีภาวะโภชนาการปกติ หรือยังไม่พบปัญหา ส่งเสริมภาวะโภชนาการ ดังนี้

- แลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการ เนื่องจากโรคและการรักษา ส่งผลให้การเผาผลาญพลังงานสูงขึ้น แม้ว่าร่างกายอยู่ในขณะพัก (Resting metabolic) ส่งผลต่อการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ และการเกิดการอักเสบต่าง ๆ ในร่างกาย ทำให้ร่างกายเกิดการซ่อมแซม และมีความต้องการพลังงานมากขึ้นในหลาย ๆ ระบบ

- ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติเห็นความสำคัญของการมีภาวะโภชนาการที่ดี เนื่องจากเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อผลการรักษาที่ดี สามารถรับการรักษาได้ต่อเนื่องจนครบในระยะเวลาที่กำหนด ลดผลข้างเคียงและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

- แลกเปลี่ยนข้อมูลและส่งเสริมให้ผู้ป่วยวางแผนเกี่ยวกับโภชนาการ สะสมพลังงานล่วงหน้า เพื่อสามารถรับการรักษาได้ครบถ้วน การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค คือ อาหารที่ให้พลังงานและโปรตีนสูง เช่น ไข่ เนื้อสัตว์ เนื้อปลา เนื้อไก่ เนื้อหมู ถั่ว ผักใบเขียว อาหารที่ปรุงสุกใหม่

- แลกเปลี่ยนข้อมูลให้ผู้ป่วยและญาติเห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกิจกรรม หรือการออกกำลังกายเบา ๆ เพื่อเพิ่มความแข็งแรง และลดการสลายและการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง โดยการชั่งน้ำหนักสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือสังเกตจากการรับประทานอาหารที่ลดลง หรืออาการอ่อนเพลีย

### 2.7.2 กรณีผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการ BMI < 18.5 g/m<sup>2</sup> หรือน้ำหนักลด >2% ต่อสัปดาห์

หาสาเหตุการนำสู่ภาวะทุพโภชนาการ โดยพิจารณาทั้งในส่วนของโรคที่ทำให้ความต้องการพลังงานมากขึ้น และสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง เช่น การเบื่ออาหาร ความอยากอาหารลดลง อาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือมีความวิตกกังวล เป็นต้น คำนวณความต้องการพลังงาน ร่วมกับผู้ป่วยและญาติในการปรับโปรแกรมอาหารที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ โดยยึดหลักอาหารที่เหมาะสมกับโรค คือ อาหารที่ให้พลังงานและโปรตีนสูง ร่วมกับการให้อาหารที่มีกรดไขมันโอเมก้า-3 (Eicosapentaenoic acid: EPA) เนื่องจากการศึกษาพบว่าได้รับ Omega-3 fatty acid 2 กรัมต่อวัน มีผลช่วยเรื่องพลังงาน ลดการอักเสบ กระตุ้นความอยากอาหารและความหนาแน่นของมวลกล้ามเนื้อ ส่งผลให้มวลกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น และเพิ่มคุณภาพชีวิตโดย EPA พบมากในปลา โดยเฉพาะปลาทะเล เช่น ปลาทู ปลาอินทรี น้ำมันปลา น้ำมันถั่วเหลือง สาหร่าย เป็นต้น

2.7.3 ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารได้ หรือได้รับสารอาหารทางปากไม่เพียงพอ รวบรวมปัญหาปรึกษาทีมผู้รักษา เพื่อพิจารณาให้อาหารทางสายยางและทางหลอดเลือด (Parenteral) ตามลำดับ

2.8 ประเมินสมรรถภาพของไต ประกอบด้วย BUN, Creatinine และ GFR ใช้ประเมินความสามารถในการขับยาออกของไต โดยเฉพาะยาเคมีบำบัด ที่ขับออกทางไตเป็นหลัก เช่น Cisplatin/Carboplatin

2.9 ประเมินสมรรถภาพของตับโดยดู Liver function test (LFT) ที่สำคัญ คือ ค่าเอนไซม์ตับ (SGOT/SGPT) ต่ำน้อยกว่า 5 เท่าของค่าปกติและมีการวัด Excretory function คือ Bilirubin level ผู้ป่วยต้องมีค่า Bilirubin < 3 mg/dl เนื่องจากยาเคมีบำบัดจะถูกเปลี่ยนแปลงที่ตับ (Metabolite) ก่อนขับออกนอกร่างกาย

### 3. เตรียมแหล่งสนับสนุนทางสังคม

- 3.1 ประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิต และความสัมพันธ์ในครอบครัว ผู้ดูแล
  - 3.2 ประเมินการเดินทาง และที่พักอาศัยระหว่างการรักษา
  - 3.3 สอบถามและประเมินความต้องการมีบุตรในผู้ป่วยที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์
  - 3.4 ตรวจสอบเอกสาร การตรวจสอบสิทธิ์ที่ผ่านการตรวจและรับรองจากเวชระเบียน หรือการเงิน
  - 3.5 ส่งเสริมให้ครอบครัวพูดคุย วางแผนการเดินทางและจัดหาที่พัก แนะนำแหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยสามารถรับบริการ ในกรณีที่ปัญหาทางเศรษฐกิจ เช่น บ้านพักสมาคมต่าง ๆ หรือบ้านพักราคาถูก เป็นต้น
  - 3.6 กรณีผู้ป่วยประกอบอาชีพ งานประจำ ส่งเสริมการวางแผนเกี่ยวกับงานประจำ การลางาน หรือการวางแผนเลือกช่วงเวลาที่มารับการฉายรังสีโดยไม่ต้องลางาน
- การพยาบาลระหว่างรับการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด (เริ่มตั้งแต่วันจำลองวางแผนการรักษา และสัปดาห์แรกของการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด จนครบการฉายรังสี)**  
(ศิริอร สินธุและ คณะ, 2565)

1. **ทบทวนการตรวจสอบการลงนาม** ในเอกสารยินยอมรับการฉายรังสีและการให้ยาเคมีบำบัดของผู้ป่วย แพทย์ผู้ให้ข้อมูลลงนามร่วมกับผู้ป่วย และผู้มีสิทธิ์โดยชอบธรรมอีกครั้ง
2. **ประเมินสภาพจิตใจ และความวิตกกังวล** ของผู้ป่วยและญาติที่มีต่อโรค การรักษาและผลข้างเคียงจากการรักษา เช่นเดียวกับก่อนการรักษาอีกครั้ง

**3. ประเมินภาวะซึมเศร้า ประเมินสภาพจิตใจผู้ป่วย** โดยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2Q คำถาม 9Q ในกรณีที่ ตอบว่ามี ข้อใดข้อหนึ่ง หรือ 2 ข้อ กรณีผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (2Q positive) ประเมินต่อด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q

เกณฑ์ 9Q ดังนี้

0-6 ไม่มีภาวะซึมเศร้า

7-12 มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย

13-18 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง

≥19 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

- สร้างสัมพันธภาพ และใช้กระบวนการเทคนิคการให้คำปรึกษาต่อผู้ป่วยและครอบครัว การสื่อสารสองทาง การรับฟัง การสะท้อนกลับ และการส่งเสริมให้ครอบครัวมีโอกาสพูดคุย อธิบายให้ครอบครัวเข้าใจ ถึงการเปลี่ยนแปลงภาวะอารมณ์ต่าง ๆ ของผู้ป่วย ที่อาจเกิดขึ้น

- พูดคุยกับญาติเพื่อหาบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลสำคัญของผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือให้การประคับประคองในด้านอารมณ์ ความรู้สึก จิตใจของผู้ป่วย

กรณีคะแนน 9Q ≥13 ให้รวบรวมข้อมูลหาหรือทีมผู้รักษาเพื่อพิจารณาส่งพบจิตแพทย์รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม

#### 4. ประเมินความพร้อมทางสังคม เช่นเดียวกับก่อนการรักษา

4.1 ทบทวนความพร้อมทางสังคม เช่น ที่พัก การเดินทาง การลางาน หรือกรณีที่ผู้ป่วยยังคงไปทำงาน ประสานงานทีมนักรังสีเทคนิค เพื่อดูแลตารางเวลาการฉายรังสี เพื่อให้ผู้ป่วยยังสามารถไปทำงานได้

4.2 กรณีผู้ป่วยยังมีปัญหาเรื่องที่พัก ประสานงานกับนักสังคมสงเคราะห์ หรือหาแหล่งสิทธิประโยชน์ที่ผู้ป่วยสามารถใช้บริการเพื่อให้ได้รับการรักษาตามเวลา

**5. ประเมินความรู้ การปฏิบัติตนและการดูแลตนเอง** เกี่ยวกับการรักษาด้วยรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยและญาติ

- ทบทวนกระบวนการจำลองการรักษา (CT simulation หรือ MRI simulation) การวางแผนการรักษา (Planning) ขั้นตอนการรักษา และการปฏิบัติตัว

- ทบทวนและแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับแผนการรักษาด้วยการฉายรังสี การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและบรรเทาผลข้างเคียงของการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและปฏิบัติตนขณะรับการรักษา ด้วยการฉายรังสีได้ถูกต้อง

- แลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินผลข้างเคียง โดยผู้ป่วยจะได้รับการประเมินผลข้างเคียงในทุกๆระบบที่เกี่ยวข้องกับการรักษาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติหรือสงสัยว่ามีอาการผิดปกติ สามารถแจ้งพยาบาลหรือทีมผู้รักษาได้

- แลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและบรรเทาผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและบรรเทาผลข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัด

#### ก่อนให้ยาเคมีบำบัด

- แนะนำการได้รับยาเพื่อป้องกันการแพ้และอาการคลื่นไส้ อาเจียนในวันที่มารับยาเคมีบำบัดเพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการแพ้ และอาการคลื่นไส้ อาเจียน และควรรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย ก่อนและหลังวันที่ได้รับยาเคมีบำบัด

#### ระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด

- แนะนำผู้ป่วยแจ้งพยาบาลทันที เมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ เหนื่อย แน่นหน้าอก ไอ มีผื่นขึ้น หน้าแดง ซึ่งอาจเกิดจากการแพ้ยา หรือมีอาการปวด บวม แดง บริเวณผิวหนังที่เปิดเส้นให้ยา

#### หลังให้ยาเคมีบำบัด แลกเปลี่ยนข้อมูลดังนี้ ในระยะ 24 ชั่วโมงหลังได้รับยาเคมีบำบัด

- ถ้าผู้ป่วยมีอาการอาเจียน แนะนำให้อาเจียนในชักโครกหรืออ่างล้างหน้าและเปิดน้ำไหลตามมาก ๆ ผู้ป่วยควรกดชักโครกหรือราดน้ำหลาย ๆ ครั้งหลังจากผู้ป่วยอุจจาระ ปัสสาวะ ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่ควรสัมผัส กับสิ่งคัดหลั่ง เช่น อาเจียน ปัสสาวะ อุจจาระของผู้ป่วย เป็นต้น

- รับประทานยาแก้คลื่นไส้ ก่อนรับประทานอาหารประมาณ 30 นาที เพื่อบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน งดรับประทานอาหารที่มีกลิ่น อาหารทอด อาหารมัน

- กรณีผู้ป่วยเบื่ออาหาร แนะนำให้แบ่งอาหารเป็นมื้อเล็ก ๆ เพิ่มความถี่การรับประทานอาหารจาก 3 มื้อเป็น 5-10 มื้อต่อวัน เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารเพียงพอหรืออาจดื่มอาหารเสริมทางการแพทย์ร่วมด้วย

- แนะนำผู้ป่วยรับมาโรงพยาบาลเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ มีไข้สูงเกิน 38 องศาเซลเซียส คลื่นไส้อาเจียนมาก รับประทานอาหารไม่ได้ อ่อนเพลียงานไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ เลือดออกง่ายขณะแปรงฟัน มีเสมหะปนเลือด มีจุดจ้ำเลือด ตามผิวหนัง มีอาการหนาวสั่น เจ็บคอ ไอแห้ง หายใจลำบาก มีอาการปัสสาวะแสบขัด ปวดเบ่งเวลาปัสสาวะ หรือมีปัสสาวะเป็นเลือด

- ผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม Platinum-based แนะนำผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติที่เป็นผลข้างเคียงจากการรักษา ได้แก่ อาการจากภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำ เช่น ตะคริว เกร็ง สั่น กระตุก เป็นต้น รวมทั้งอาการมีเสียงในหู ควรแจ้งให้พยาบาลทราบ และปรึกษาหารือกับทีมผู้รักษา เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป

- อธิบายถึงความสำคัญและความจำเป็นในการดูแลตนเองขณะรับการรักษาด้วยรังสีและยาเคมีบำบัด เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการดูแลตนเอง
- แลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลและรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล เช่น การดูแลความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ การดูแลความสะอาดปากและฟัน หลีกเลี่ยงการติดเชื้อ ไม่คลุกคลีกับผู้ป่วยโรคติดต่อ ไม่ไปในที่ชุมชน เป็นต้น

**6. ประเมินสภาวะร่างกาย (Performance status)** โดยใช้ Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), Performance Status Kanofsky Score กรณี ECOG score มากกว่าระดับ 2 หรือ Kanofsky score น้อยกว่า 70 ประเมินร่างกายตามระบบ โดยการตรวจร่างกาย รวบรวมประวัติผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการตรวจพิเศษ ประชุมหารือกับทีมผู้รักษา เพื่อวางแผนการดูแล จัดการแก้ไขปัญหาตามอาการ

**7. ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional assessment)** เพื่อประเมินความพร้อมก่อนการรักษาด้วยรังสีรักษาและยาเคมีบำบัด ข้อมูลทั่วไปเพื่อคงสภาวะปกติของร่างกาย

- การรับประทานที่มีประโยชน์และเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย โดยผู้ป่วยและญาติสามารถประเมินตนเองระหว่างรอการรักษา โดยดูจากน้ำหนักตัว หรืออาการอ่อนเพลีย เพื่อให้สามารถรับการรักษาได้ตามระยะเวลาที่กำหนด
- การดูแลให้ได้รับน้ำดื่มที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายโดยดื่มน้ำสะอาด ประมาณ 8-10 แก้ว/วัน (2,000-3,000 ซีซี/วัน) ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีข้อจำกัด
- การปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลสุขภาพ เช่น นอนพักผ่อนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงต่อวัน นอนพักผ่อนระหว่างวัน 1-2 ชั่วโมง แนะนำผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายเบา ๆ ไม่หักโหม เป็นต้น

**8. ประเมินระบบผิวหนัง** ทบทวนซักประวัติเพิ่มเติม ปัจจัยส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง ประวัติการสูบบุหรี่ โรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ผิวหนังอักเสบ สะเก็ดเงิน เป็นต้น ปริมาณรังสีรวมจำนวนครั้งของการฉายรังสี การรักษาด้วยรังสีรักษา ร่วมกับยาเคมีบำบัด การตรวจร่างกายประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี โดยใช้เครื่องมือ The Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) 1 ครั้ง/สัปดาห์

8.1 แลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลและการจัดการอาการตามระดับการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังจากการฉายรังสี ดังนี้

8.1.1 การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังระดับ 0 ผิวหนังไม่มีการเปลี่ยนแปลง ให้ดูแลผิวหนังบริเวณฉายรังสีตามหัวข้อการดูแลผิวหนังบริเวณฉายรังสีโดยทั่วไป (ตามเนื้อหาหน้าที่ 58) และติดตามประเมินการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง 1 ครั้ง/สัปดาห์

8.1.2 กรณีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังระดับ 1 ผิวหนังเริ่มแดง ผิวแห้ง อาจมีอาการคัน ให้ดูแลผิวหนังบริเวณฉายรังสีตามหัวข้อการดูแลผิวหนังบริเวณฉายรังสีโดยทั่วไป เพิ่มเติม ดังนี้

- ทายาในกลุ่ม Corticosteroid เช่น 0.1% TA cream ตามแผนการรักษาเพื่อลดอาการคัน ระคายเคืองจากการฉายรังสี และชะลอความรุนแรงของการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง
- เน้นการดูแลผิวหนังในบริเวณที่ฉายรังสีให้ชุ่มชื้นโดย 1) ทาครีม (ที่ไม่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ตามคำสั่งแพทย์) บริเวณที่ฉายรังสีด้วยการแตะครีมที่ผิวหนังเบา ๆ ไม่ควรถูหรือถูแรง เนื่องจากอาจทำให้ผิวหนังเกิดการระคายเคืองหรือบาดเจ็บได้ และไม่ควรทาก่อนมาฉายรังสี อย่างน้อย 4 ชั่วโมงเนื่องจากอาจส่งผลต่อปริมาณรังสี (Build-up effects) และ 2) ดื่มน้ำให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายประมาณ 6-8 แก้ว/วัน
- รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะโปรตีนเพื่อช่วยในการซ่อมแซมและเสริมสร้างความแข็งแรงของผิวหนัง
- ติดตามประเมินการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง 1 ครั้ง/สัปดาห์

8.1.3 กรณีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังระดับ 2-3 ผิวหนังคล้ำ แผลเป็นจุดขนาดเล็กหรือแผลแฉะ (Moist desquamation) ขนาดใหญ่ ให้ดูแลผิวหนังบริเวณฉายรังสีตามหัวข้อการดูแลผิวหนังบริเวณฉายรังสีโดยทั่วไปเพิ่มเติม ดังนี้

- หลีกเลี่ยงไม่ให้แผลโดนน้ำ เนื่องจากอาจทำให้เกิดการติดเชื้อ งดการทาโลชั่น ครีมและทายาในกลุ่ม Corticosteroid
- ในกรณีที่มีแผลแฉะ (Moist desquamation) ขนาดใหญ่ นำข้อมูลปรึกษากับทีมผู้รักษาพยาบาล ส่วนใหญ่พิจารณาพักการฉายรังสี
- สอนสาธิตวิธีการทำความสะอาดแผล โดยให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลฝึกปฏิบัติ ดังนี้
  - 1) เตรียมอุปกรณ์การทำแผล ได้แก่ ชุดทำแผลปราศจากเชื้อ 0.9% NSS สำหรับทำแผล ผ้าก๊อชปิดแผลหรือ Conform วัสดุที่ช่วยป้องกันการติดแผล (Non-adherent dressing) เทปใสสำหรับติดผ้าก๊อช เป็นต้น
  - 2) ล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำสบู่หรือน้ำยาล้างมือ
  - 3) เช็ดทำความสะอาดแผลด้วย 0.9% NSS อย่างเบาเมื่อ หากมีสารคัดหลั่งติดแน่น ใช้ผ้าก๊อชชุบ 0.9% NSS วางบนแผลประมาณ 5-10 นาที เพื่อให้สารคัดหลั่งที่ติดแน่นอ่อนตัวลง ทำให้หลุดออกได้ง่ายขึ้น
  - 4) ทายาในกลุ่ม Zinc Oxide เช่น Silver Zinc ตามแผนการรักษาเพื่อลดการระคายเคืองและการติดเชื้อในบริเวณที่ฉายรังสี เป็นต้น

5) ใช้วัสดุที่ช่วยป้องกันการติดแผล (Non-adherent dressing) เพื่อลดการระคายเคืองและบาดเจ็บเนื่องจากก๊อชติดกับแผล

6) ติด Adhesive tape นอกพื้นที่ฉายรังสีเนื่องจากการติดเทปในพื้นที่ฉายรังสีมีโอกาสทำให้ผิวหนังหลุดลอก และบาดเจ็บได้ หรือใช้ Conform พันรอบลำคอเพื่อหลีกเลี่ยงการติด Adhesive tape บริเวณผิวหนังที่ฉายรังสี **ดังแสดงในภาพที่ 22**



**ภาพที่ 22** การใช้ Conform พันรอบลำคอบริเวณผิวหนังที่ฉายรังสี

ที่มา: การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา (หน้า 57), โดยศิริอร สิ้นธุและคณะ, 2565, วัฒนาการพิมพ์

7) ควรทำความสะอาดแผลอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง

8) เน้นให้ระมัดระวังการบาดเจ็บจากการแกะเกา การเสียดสีต่าง ๆ ได้แก่ ขอบคอ เสื้อ การสะพายกระเป๋า สายคาดนิรภัยที่พาดผ่านบริเวณลำคอ เป็นต้น

9) แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตลักษณะการเปลี่ยนแปลงของแผลและอาการผิดปกติ เช่น อาการปวด บวม แดง อักเสบ มีไข้สูง สารคัดหลั่งที่ผิดปกติ แผลมีกลิ่นเหม็น มีเลือดออก หรือแผลขยายใหญ่มากขึ้น เป็นต้น หากมีอาการผิดปกติดังกล่าว ให้แจ้งพยาบาลหรือทีมผู้รักษาพยาบาลเพื่อให้พิจารณาการรักษาพยาบาลต่อไป

10) ติดตามประเมินการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง 1 ครั้ง/วัน

8.1.4 กรณีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังระดับ 4 ผิวหนังเป็นแผลลึก มีเลือดออก เนื้อตาย นำข้อมูลปรึกษากับทีมผู้รักษาพยาบาล ส่วนใหญ่พักฉายรังสี และให้การรักษาต่อเนื่อง ได้แก่

Debridement, Skin graft

**9. ประเมินระบบการทางเดินอาหาร** ทบทวนซักประวัติ ปัจจุบันส่งเสริมด้านผู้ป่วย ได้แก่ ประวัติการสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ สุขอนามัยในการดูแลช่องปาก ปัจจุบันส่งเสริมด้านการรักษา ได้แก่ ปริมาณรังสีรวม จำนวนครั้งของการฉายรังสี แผนการรักษา ร่วมกับยาเคมีบำบัด ชนิดของอาหาร ปริมาณและ

รูปแบบของอาหารที่รับประทาน การตรวจร่างกาย ประเมินระดับภาวะเยื่อช่องปากอักเสบโดยใช้เครื่องมือ The Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) 1 ครั้งต่อสัปดาห์

9.1 ทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลช่องปากขณะได้รับการฉายรังสี และการจัดการภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ดังนี้

9.1.1 กรณีระดับภาวะเยื่อช่องปากอักเสบระดับ 0 เยื่อช่องปากปกติ ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ดูแลช่องปากตามหัวข้อการดูแลช่องปากขั้นพื้นฐาน (Basic oral care)

9.1.2 กรณีระดับภาวะเยื่อช่องปากอักเสบระดับ 1 เยื่อช่องปากแดง ให้ดูแลตามหัวข้อการดูแลช่องปากตามขั้นพื้นฐาน (Basic oral care) เพิ่มเติม ดังนี้

- บ้วนปากด้วยน้ำเกลือสำหรับบ้วนปาก วิธี Ballooning & Sucking ดังนี้  
เทน้ำเกลือบ้วนปากปริมาณ 30 มิลลิลิตร กลั้วน้ำเกลือ สลับไปมาทั้งทางด้านซ้ายและขวาของกระพุ้งแก้ม และดูดแก้ม เพื่อให้มีแรงเคลื่อนของน้ำเกลือระหว่างฟัน นาน 30 วินาทีหลังรับประทานอาหาร และก่อนเข้านอน หลีกเลี่ยงการบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์

ดังแสดงในภาพที่ 23



ภาพที่ 23 การบ้วนปากวิธี Ballooning & Sucking

ที่มา: การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา (หน้า 58), โดยศิริอร สิ้นธุและคณะ, 2565, วัฒนาการพิมพ์

- ลดการระคายเคืองและการบาดเจ็บเยื่อช่องปาก โดยหลีกเลี่ยงอาหารกรอบแข็ง รสเผ็ด รสจัด เย็น และร้อนจัด แนะนำให้รับประทานอาหารอ่อนนุ่ม ได้แก่ ข้าวสวย แกงจืด ก๋วยเตี๋ยว ก๋วยจั๊บ เกี้ยวน้ำ เป็นต้น และหลีกเลี่ยงน้ำอัดลม เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของ แอลกอฮอล์ งดสูบบุหรี่

- ผู้ป่วยติดตามประเมินช่องปากด้วยตนเองทุกวัน กรณีพบแผลลักษณะการติดเชื้อในช่องปาก ได้แก่ บวม แดง ผื่นขาว ให้ปรึกษาอาการกับพยาบาลหรือทีมผู้รักษาพยาบาล

- พยาบาลติดตามประเมินช่องปาก 1 ครั้งต่อสัปดาห์

9.1.3 กรณีอาการเยื่อช่องปากอักเสบระดับ 2-3 เยื่อช่องปากมีแผลอักเสบขนาดเล็ก ๆ หรือแผลอักเสบหลายจุดรวมเป็นกลุ่ม มีแผลขนาดใหญ่ Pseudomembranous ดูแลตามหัวข้อระดับภาวะเยื่อช่องปากอักเสบระดับ 1 เพิ่มเติม ดังนี้

- บ้วนปากด้วยน้ำเกลือสำหรับบ้วนปาก วิธี Ballooning & Sucking ทุก 2 ชั่วโมง ยกเว้นตอนนอน

- แปรงฟันอย่างเบามือ ระวังการแปรงกระทบบริเวณแผล หากเจ็บในช่องปากมากหรือแผลในช่องปากมีขนาดใหญ่ ลักษณะ Pseudomembranous ให้ทำความสะอาดช่องปากด้วยการเช็ดฟันและลิ้นด้วยผ้าก๊อชหรือสำลี ฟันปลายไม้ชุบน้ำเกลืออย่างเบามือแทนการแปรงฟัน

- ลดการระคายเคืองและการบาดเจ็บเยื่อช่องปาก โดยการปรับลักษณะเนื้อสัมผัสอาหาร (Food texture) ดังนี้

1) กรณีกลืนอาหารปกติลำบาก ให้รับประทานอาหารอ่อน (Soft diet) รสไม่จัด ไม่เย็นและร้อนจัด ได้แก่ ข้าวต้มปลา โจ๊กใส่ไข่ ไข่ต้ม ไข่ตุ๋น เต้าหู้ยัก ก๋วยเตี๋ยว

2) กรณีกลืนอาหารอ่อนลำบาก ให้รับประทานอาหารเหลว (Liquid diet) รสไม่จัด ไม่เย็นและไม่ร้อนจัด ได้แก่ น้ำซุปข้นหรือใส นม น้ำเต้าหู้ นมปั่น อาหารปั่นหรืออาหารทดแทนทางการแพทย์

3) กรณีกลืนอาหารเหลวลำบาก ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย นำข้อมูลปรึกษากับทีมผู้รักษาพยาบาล ส่วนใหญ่พิจารณาใส่สายยางให้อาหารทางจมูก (Nasogastric tube: NG tube)

- กรณีใส่สายยางให้อาหารทางจมูก (NG tube) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการให้อาหารทางสายยางกับผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยการสอนสาธิตและสาธิตย้อนกลับ

- ผู้ป่วยติดตามประเมินช่องปากด้วยตนเองทุกวัน กรณีพบแผลมีขนาดใหญ่ เลือดออก มีลักษณะการติดเชื้อในช่องปาก ได้แก่ บวม แดง ผื่นขาว ปรึกษาอาการกับพยาบาลหรือทีมผู้รักษาพยาบาล

- พยาบาลติดตามประเมินช่องปากระหว่างมารับการฉายรังสี 1 ครั้ง/วัน

9.1.4 กรณีอาการเยื่อช่องปากอักเสบระดับ 4 แผลมีขนาดใหญ่ เลือดออกหรือมีเนื้อตาย นำข้อมูลปรึกษากับทีมผู้รักษาพยาบาล ส่วนใหญ่พิจารณาพักการรักษา

**10. ประเมินภาวะโภชนาการ** ทบทวนซักประวัติความสามารถในการรับประทานอาหาร จำนวนมื้อ ปริมาณ ชนิดของอาหาร ประเมินปัจจัยส่งเสริมต่อความสามารถในการรับประทานอาหาร ได้แก่

ความสามารถในการกลืนและเคี้ยว อาการเจ็บในช่องปาก คอ การรับรู้รสชาติอาหารเปลี่ยนแปลงหรือลดลง อาการคลื่นไส้ อาเจียน ความวิตกกังวล การตรวจทางห้องปฏิบัติการ Albumin การตรวจร่างกาย ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณค่า BMI ประเมินร้อยละน้ำหนักตัวที่ลดลง (Percentage weight loss)

$$= \frac{\text{น้ำหนักตัวเดิม} - \text{น้ำหนักตัวปัจจุบัน}}{\text{น้ำหนักตัวเดิม}} \times 100$$

10.1 แลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับความสำคัญของการส่งเสริมภาวะโภชนาการ ขณะการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลมีความเข้าใจและให้ความร่วมมือ

10.2 กรณีผู้ป่วยร้อยละของน้ำหนักตัวลดลง < 2% /สัปดาห์

10.2.1 คำนวณพลังงานและสารอาหารที่ร่างกายควรได้รับในแต่ละวัน คำนวณจากสูตร Harris and Benedict formular ความต้องการพลังงานทั้งหมด (Total energy expenditure; TTE) พลังงานขณะพัก (Resting energy expenditure; REE) x กิจกรรมที่ทำ (Physical activity factor) x ปัจจัยภาวะเจ็บป่วย (Injury factor)

- พลังงานขณะพัก
  - หญิง =  $655.1 + (9.56 \times \text{น้ำหนัก กก.}) + (1.85 \times \text{ส่วนสูง ซม.}) - (4.68 \times \text{อายุปี})$
  - ชาย =  $66.47 + (13.75 \times \text{น้ำหนัก กก.}) + (5.0 \times \text{ส่วนสูง ซม.}) - (6.78 \times \text{อายุปี})$
- กิจกรรมที่ทำ
  - พักบนเตียง = 1.2
  - ลุกจากเตียงได้ = 1.3
- ปัจจัยภาวะเจ็บป่วย
  - มะเร็ง = 1.1-1.3
  - ติดเชื้อ = 1.0-1.4
  - ฉายรังสี = 1.3-1.5

10.2.2 แลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับโภชนาการเฉพาะบุคคลโดยมีข้อมูล ดังนี้ ปริมาณพลังงานและสารอาหารที่ผู้ป่วยควรได้รับ สัดส่วนชนิดอาหารประเภทต่าง ๆ และรายการอาหาร แลกเปลี่ยนเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถจัดเตรียมอาหารได้ตามความต้องการของร่างกาย

10.2.3 ประเมินร้อยละของน้ำหนักที่ลดลง 1 ครั้ง/สัปดาห์

10.3 กรณีผู้ป่วยร้อยละของน้ำหนักตัวลดลง > 2% /สัปดาห์ ดูแลตามหัวข้อผู้ป่วยร้อยละของน้ำหนักตัวลดลง < 2% /สัปดาห์ เพิ่มเติม ดังนี้ ชักประวัติรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อค้นหาสาเหตุ ปัจจัยส่งเสริมที่ส่งผลกระทบต่ออาการรับประทานอาหาร น้ำหนักตัวลดลง ได้แก่ ความสามารถในการกลืนและเคี้ยว อาการเจ็บในช่องปากและคอ คลื่นไส้ อาเจียน ความเครียด วิตกกังวล ภาวะติดเชื้อในร่างกาย

10.3.1 รวบรวมข้อมูลที่ได้ปรึกษากับทีมผู้รักษาพยาบาล ส่วนใหญ่ให้การรักษาพยาบาลตามสาเหตุ หรือร่วมกับการใส่สายให้อาหารทางจมูก (NG tube)

10.3.2 กรณีผู้ป่วยไม่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ให้ข้อมูลอาหาร เครื่องดื่ม ผลไม้ที่ให้พลังงานสูง เช่น ข้าวเหนียวมูน ขนมครก สังขยา เต้าส่วน ซาหริ่ม ลอดช่องน้ำกระทิ กล้วยบวชชี บัวลอย เต้าหู้นมสด คัสตาด เค้ก นมปั่น ไอศกรีม มะม่วงสุก เป็นต้น

10.3.3 ประเมินร้อยละของน้ำหนักที่ลดลงอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์

10.4 กรณีใส่สายยางให้อาหารทางจมูก (NG tube) ให้ข้อมูลขั้นตอนการให้อาหารทางสายยางโดยการสอนสาธิตและให้สาธิตย้อนกลับ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดเตรียมอาหารปั่นหรืออาหารเสริมทางการแพทย์โดยคำนวณพลังงานและสารอาหารที่ร่างกายควรได้รับในแต่ละวัน คำนวณจากสูตร Harris and Benedict formular กับผู้ป่วยและผู้ดูแล

**11. ประเมินระบบประสาทสำหรับความรู้สึก** ทบทวนซักประวัติอาการเจ็บช่องปากและคอ ช่วงระยะเวลา ระดับความรุนแรง การตรวจร่างกาย ประเมินระดับความเจ็บในช่องปากโดยใช้เครื่องมือมาตรวัดความเจ็บปวดด้วยตัวเลข (Numerical rating scale: NRS) แบ่งระดับตั้งแต่ 0-10 คะแนน (0 หมายถึง ไม่ปวดและ 10 หมายถึงปวดมากที่สุดจนทนไม่ได้)

11.1 กรณีเจ็บช่องปากและคอเล็กน้อย ส่งผลต่อการกลืนอาหารเล็กน้อย NRS 1-3 คะแนน นำข้อมูลปรึกษากับทีมผู้รักษาพยาบาลส่วนใหญ่ให้ยาชา เฉพาะที่ (Topical analgesics) ได้แก่ 2% lidocaine HCL (Xylocaine viscous)

11.1.1 แลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บปวด ดังนี้ ยาชาเฉพาะที่ 2% lidocaine HCL (Xylocaine viscous) มีฤทธิ์สำหรับบรรเทาความเจ็บปวดในช่องปากและคอ ออกฤทธิ์เร็วแต่ไม่นาน (ไม่เกิน 1.5 ชั่วโมง)

1) แนะนำให้ใช้ก่อนรับประทานอาหาร โดยอมกลืนให้ทั่วช่องปากและคอ ปริมาณ 5-10 มล. แล้วบ้วนทิ้งก่อนรับประทานอาหาร 15 นาที

2) รับประทานอาหารไม่กรอบหรือแข็ง ไม่เผ็ดหรือรสจัด อุณหภูมิปกติ ไม่เย็นและร้อนจัด เช่น ข้าวสวย แกงจืด ก๋วยเตี๋ยว ก๋วยจั๊บ ผัดมะกะโรนี เป็นต้น

3) ให้ผู้ป่วยติดตามประเมินความเจ็บปวดในช่องปากและคอด้วยตนเอง กรณีเจ็บปากและคอมาก กลืนอาหารลำบาก ปรึกษาอาการกับพยาบาลหรือทีมผู้รักษาพยาบาลเพื่อปรับการดูแลรักษาที่เหมาะสม

11.1.2 ติดตามประเมินระดับความเจ็บปวด 1 ครั้ง/สัปดาห์

11.2 กรณีผู้ป่วยเจ็บช่องปากและคอปานกลาง NRS 4-7 คะแนน กลืนอาหารลำบาก นำข้อมูลปรึกษากับทีมผู้รักษาพยาบาล ส่วนใหญ่ให้ยาชาเฉพาะที่ (Topical analgesics) ร่วมกับ

ยาระงับปวดกลุ่ม Non opioid เช่น Acetaminophen, Acetaminophen with codeine, Tramadol เป็นต้น

11.3 กรณีผู้ป่วยเจ็บช่องปากและคอรุนแรง NRS 8-10 คะแนน กลืนอาหารเหลว (Liquid diet) ไม่ได้หรือลำบาก ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย นำข้อมูลปรึกษากับทีมผู้รักษาพยาบาล ส่วนใหญ่พิจารณาใส่สายยางให้อาหารทางจมูก (Nasogastric tube: และให้ยาระงับปวดกลุ่มยาเสพติด (Opioid drugs) ได้แก่ Morphine sulfate (Morphine syrup), Morphine sustained-release (MST)

### การพยาบาลหลังครบการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด

(หลังการฉายรังสีครบ จนถึง 3 เดือน) ประเมินเพื่อป้องกันและจัดการผลข้างเคียงระยะยาว

(ศิริอร สีนุและ คณะ, 2565)

1. ประเมินระบบผิวหนัง ทบพวนซีกประวัติอาการติ่งรังของผิวหนัง บริเวณที่ฉายรังสี การตรวจร่างกาย ประเมินระดับความรุนแรงของการเกิดพังผืด (Fibrosis) โดยเครื่องมือ Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) แลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับความสำคัญของการป้องกันและแนวทางการป้องกันการเกิดพังผืด (Fibrosis) ดังนี้

- **ขนาดกล้ามเนื้อบริเวณลำคอทั้ง 2 ข้าง** โดยภายหลังฉายรังสีครบประมาณ 1-3 เดือน เมื่อผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีไม่มีลักษณะของการอักเสบแผล ให้เริ่มนวดผิวหนังหลังอาบน้ำเสร็จ เช็ดตัวให้แห้ง ใช้เบบี้ออยล์ หรือโลชั่นนวดคลึงบริเวณลำคอ โดยกดน้ำหนักให้ลึก พร้อมกับโยกกล้ามเนื้อทำวันละ 1-2 ครั้ง อย่างน้อย 10-15 นาที สม่ำเสมอทุกวัน **ดังแสดงในภาพที่ 24**

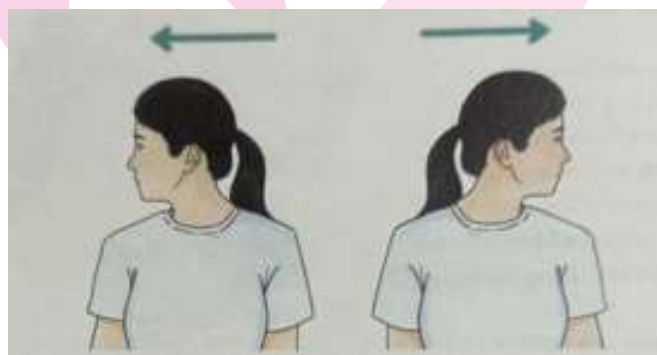


ภาพที่ 24 การนวดกล้ามเนื้อบริเวณลำคอ

ที่มา: การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา (หน้า 65), โดยศิริอร สีนุและคณะ, 2565, วัฒนาการพิมพ์

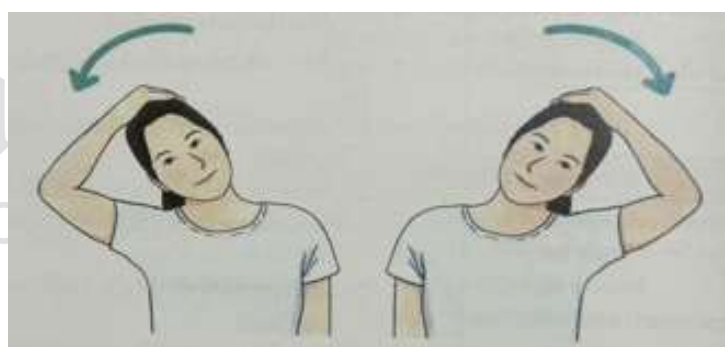
- การบริหารคอเพื่อยืดและคลายกล้ามเนื้อบริเวณลำคอ ดังแสดงในภาพที่ 25-28

- 1) หันไปทางซ้ายและขวาช้า ๆ จนรู้สึกตึงแล้วหยุดค้างไว้ 10-15 วินาที
- 2) เอียงคอไปทางซ้ายและขวาพร้อมกับใช้มือกดที่ศีรษะ กดไหล่ลง ทำซ้ำ ๆ จนรู้สึกตึงแล้วหยุดค้างไว้ 10-15 วินาที
- 3) เงยหน้าขึ้นจนรู้สึกตึงช้า ๆ แล้วหยุดค้างไว้ 10-15 วินาที
- 4) ก้มหน้าจนสุดพร้อมกับใช้มือประสานที่ท้ายทอย กดศีรษะลงจนรู้สึกตึงแล้วหยุดค้างไว้ 10-15 วินาที
- 5) เอียงคอพร้อมก้มหน้าลงด้านซ้ายและขวา ใช้มือช่วยกดศีรษะลงช้า ๆ จนรู้สึกตึงแล้วหยุดค้างไว้ 10-15 วินาที วันละ 1-2 ครั้ง อย่างน้อย 10-15 นาที สม่ำเสมอทุกวัน



ภาพที่ 25 การบริหารคอหันไปทางซ้ายและขวา

ที่มา: การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา (หน้า 66), โดยศิริอร สินธุและคณะ, 2565, วัฒนาการพิมพ์

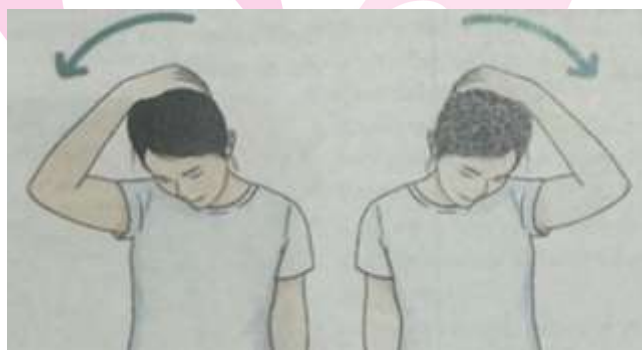


ภาพที่ 26 การบริหารคอ เอียงคอไปทางซ้ายและขวา

ที่มา: การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา (หน้า 66), โดยศิริอร สินธุและคณะ, 2565, วัฒนาการพิมพ์



ภาพที่ 27 การบริหารคอ ก้มหน้าจนสุดพร้อมกับใช้มือประสานที่ท้ายทอย  
ที่มา: การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา (หน้า 66), โดยศิริอร สินธุและคณะ, 2565, วัฒนาการพิมพ์



ภาพที่ 28 การบริหารคอ เอียงคอพร้อมก้มหน้าลงด้านซ้ายและขวา  
ที่มา: การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา (หน้า 67), โดยศิริอร สินธุและคณะ, 2565, วัฒนาการพิมพ์

2. ประเมินระบบกล้ามเนื้อ ทบทวนซักประวัติอาการตึงของขากรรไกร ความสามารถการ  
อ้าปากเพื่อรับประทานอาหาร ประเภทของอาหาร การตรวจร่างกาย ประเมินระดับความรุนแรงของ  
ภาวะขากรรไกรยึด (Trismus) โดยใช้เครื่องมือ Common Terminology Criteria for Adverse Events  
(CTCAE) แลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับความสำคัญของการป้องกันและแนวทางการ  
ป้องกันภาวะขากรรไกรยึด (Trismus) ดังนี้

- **นวดกล้ามเนื้อบริเวณแก้มและขากรรไกรทั้ง 2 ข้าง** โดยภายหลังฉายรังสีครบประมาณ  
1-3 เดือน เมื่อผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี ไม่มีลักษณะของการอักเสบแผล ให้เริ่มนวดผิวหนังหลังอาบน้ำ  
เสร็จ เช็ดตัวให้แห้ง ใช้เบบี้ออยล์หรือโลชั่นนวดคลึงบริเวณแก้มและขากรรไกรทั้ง 2 ข้าง กดน้ำหนักให้ลึก  
พอควรพร้อมโยกกล้ามเนื้อ ทำวันละ 1-2 ครั้ง อย่างน้อย 10-15 นาที สม่ำเสมอทุกวัน  
ดังแสดงในภาพที่ 29

- **บริหารขากรรไกร (Jaw exercise)** โดยอ้าปากกว้าง ใช้นิ้วหัวแม่มือดันฟันบนพร้อมกับ นิ้วชี้ดันฟันล่าง หรือใช้ซ้อนพันผ้าก๊อซหรือท่อพลาสติกหรือไม้กดลิ้น ขนาดพอดีอ้าเต็มที่ ครั้งละ 1-2 นาที อย่างน้อยวันละ 10 ครั้ง สม่ำเสมอทุกวัน



ภาพที่ 29 การนวดกล้ามเนื้อบริเวณแก้มและขากรรไกร

ที่มา: การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา (หน้า 68), โดยศิริอร สินธุและคณะ, 2565, วัฒนาการพิมพ์

**3. ประเมินระบบกระดูก** ทบทวนซีกประวัติปัจจัยส่งเสริมการเกิดภาวะกระดูกขากรรไกรตายจากการฉายรังสี ได้แก่ การดูแลสุขอนามัยในช่องปาก การถอนฟันภายหลังการฉายรังสีและประวัติการสูบบุหรี่ อาการปวดบริเวณขากรรไกร การตรวจร่างกาย ประเมินช่องปากและฟัน ลักษณะการติดเชื้อ แผลเปิดที่เหงือกบริเวณกระดูก Mandible ความสามารถในการอ้าปาก ประเมินความรุนแรงของภาวะกระดูกขากรรไกรตาย ใช้แบบประเมิน Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) แลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับความสำคัญของการป้องกันและแนวทางการป้องกันภาวะกระดูกขากรรไกรตายภายหลังการฉายรังสี ดังนี้

- แปรงฟันและลิ้นด้วยแปรงสีฟันที่มีขนแปรงอ่อนนุ่ม ใช้ยาสีฟันมีส่วนผสมของฟลูออไรด์ และใช้ไหมขัดฟันหลังรับประทานอาหารและก่อนเข้านอน
- บ้วนปากด้วย Normal saline solution ปริมาณครั้งละ 30 มิลลิลิตร นาน 30 วินาที หลังรับประทานอาหาร และก่อนเข้านอน
- เคลือบฟลูออไรด์ด้วยตนเองด้วย 1% Neutral sodium fluoride gel โดยบีบลงบนถาดฟันยาง (Dental tray) สำหรับเคลือบฟลูออไรด์ที่ทำจากทันตแพทย์ในระยะก่อนการฉายรังสีนาน 10 นาทีทุกวันก่อนนอน เมื่อครบตามเวลาให้บ้วนฟลูออไรด์ส่วนเกินออกโดยไม่ต้องบ้วนน้ำล้างตามและหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารและน้ำ 30 นาที
- จิบน้ำบ่อย ๆ ระหว่างวันเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปาก

- ติดตามประเมินช่องปากและฟันกับทันตแพทย์ทุก 1-2 เดือนในช่วง 6 เดือนแรกหลังฉายรังสีครบ ทุก 3 เดือน ในช่วง 2 ปีแรกและทุก 6 เดือนในปีที่ 3 เพื่อประเมินสุขภาพช่องปาก ฟันและอาการข้างเคียงระยะยาวจากการฉายรังสี

- กรณีมีฟันผุหรือจำเป็นต้องถอนฟัน แจ้งทันตแพทย์ ทราบถึงประวัติการเคยได้รับการฉายรังสี เพื่อหารือปรึกษากับทีมผู้รักษาพยาบาลเกี่ยวกับตำแหน่งและปริมาณรังสีที่กระดูกขากรรไกรได้รับจากการฉายรังสีและพิจารณาแนวทางการรักษาที่ปลอดภัยและลดโอกาสการเกิด Osteogenesis

- กรณีมีอาการปวดบริเวณขากรรไกร ติดเชื้อที่เหงือก มีแผลทะลุที่เหงือกลึกเห็นกระดูก ซึ่งเป็นอาการแสดงของภาวะกระดูกขากรรไกรตาย นำข้อมูลปรึกษากับผู้ดูแลเพื่อวางแผนการรักษา ส่วนใหญ่การรักษาพิจารณาตามระดับความรุนแรง ได้แก่ Debridement กำจัดเนื้อเยื่อที่ตาย ร่วมกับให้ยาแก้ปวด และยาปฏิชีวนะ 2-3 สัปดาห์ การรักษาด้วยภาวะออกซิเจนความดันสูง (Hyperbaric oxygen: HBO) เป็นการรักษาด้วยการกระตุ้นให้เกิดการหายของแผลจากการที่เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้น ให้มีการสร้างเส้นเลือดใหม่ กระตุ้นการสร้างกระดูก (Osteogenesis)

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกระหว่างการได้รับรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด ต้องเผชิญปัญหาทั้งความเครียด ความทุกข์ทรมานจากโรคและอาการข้างเคียงของการรักษาที่รุนแรง ส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ทำให้เกิดความกลัว รู้สึกสูญเสียควมมีคุณค่าในตนเอง ท้อแท้ สิ้นหวัง หมดกำลังใจ ผู้เขียนจึงได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ ให้การพยาบาลในกรณีศึกษารายนี้

จากการศึกษาผลของการส่งเสริมการทบทวนชีวิตต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคมะเร็งของพรพิมล ชัยสาและคณะ (2562) ผลการศึกษาพบว่า 1. ภายหลังจากการทบทวนชีวิตกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .05$ ) 2. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณภายหลังการส่งเสริมการทบทวนชีวิตมากกว่า ก่อนได้รับการส่งเสริมการทบทวนชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .05$ ) ผลการศึกษานี้สามารถยืนยันถึงประสิทธิผลของวิธีการส่งเสริมการทบทวนชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็ง วิธีการนี้สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติทางคลินิกเพื่อเพิ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคมะเร็งได้

จากการศึกษาของรุ่งพร ภูสุวรรณ และนฤมล จันทร์สุข (2563) ศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการสนทนากลุ่ม เสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด คือ

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ภายหลังใช้รูปแบบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $p < .01$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐวิศา หงส์พิทักษ์ชน (2560) ที่ศึกษาผลของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาสูงขึ้นภายหลังการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 และ 2) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาสูงขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

จากการศึกษาของสาธิตา ใจแก้ว (2563) ศึกษาเรื่องการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัดและรังสีรักษา ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการจัดการอาการทั้ง 3 อาการ ดังนี้ วิธีการจัดการที่กลุ่มตัวอย่างใช้จัดการอาการปวดภายในช่องปาก ได้แก่ ดื่มน้ำ (ร้อยละ 100.00) บ้วนปาก (ร้อยละ 98.50) ปรับเปลี่ยนด้านโภชนาการโดยรับประทานอาหารน้ำ อาหารอ่อนย่อยง่าย (ร้อยละ 98.50) ไม่ดื่มสุราหรือเบียร์ (ร้อยละ 98.50) และไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 98.50) วิธีการจัดการที่กลุ่มตัวอย่างใช้จัดการอาการปากแห้ง ได้แก่ ดื่มน้ำ (ร้อยละ 100.00) ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 99.30) บ้วนปาก (ร้อยละ 98.50) ปรับเปลี่ยนด้านโภชนาการโดยรับประทานอาหารอ่อนหรืออาหารน้ำ (ร้อยละ 98.50) และจิบน้ำ (ร้อยละ 90.50) วิธีการจัดการที่กลุ่มตัวอย่างใช้จัดการอาการกลืนลำบาก ได้แก่ ปรับเปลี่ยนด้านโภชนาการโดยรับประทานอาหารอ่อนนุ่ม และเคี้ยวง่าย (ร้อยละ 99.30) รับประทานทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง (ร้อยละ 89.80) ดื่มน้ำในช่วงระหว่างรับประทานอาหาร (ร้อยละ 81.00) รับประทานเสริม (ร้อยละ 75.20) และออกกำลังกล้ามเนื้อที่ช่วยในการเคี้ยวอาหาร (ร้อยละ 35.80) ผลการวิจัยครั้งนี้ จะเป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแล หรือให้คำแนะนำการรักษาอาการปวดภายในช่องปาก ปากแห้งและกลืนลำบากในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและรังสีรักษาได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

สำหรับกรณีศึกษาครั้งนี้ได้มีการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ มาประยุกต์ใช้ตามความเหมาะสมกับสภาพอาการและความจำเป็นของผู้ป่วย ซึ่งจะได้กล่าวในส่วนของการพยาบาลต่อไป

## บทที่ 4

### กรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกระหว่างการได้รับรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัดที่มีความคิดปฏิบัติการรักษา

#### 1. ข้อมูลทั่วไป

ชายไทย อายุ 36 ปี สัญชาติ ไทย เชื้อชาติ ไทย

นับถือศาสนา พุทธ สถานภาพสมรส คู่ มีบุตร 1 คน (บุตรสาวอายุ 20 ปี)

ระดับการศึกษา มัธยมศึกษา อาชีพ รับจ้างบริษัท (ลูกจ้าง) ช่างซ่อมบำรุง

รายได้ของบุคคล 15,000 บาท/เดือน

ที่อยู่ปัจจุบัน อำเภอ บางเสาธง จังหวัด สมุทรปราการ

ภูมิลำเนาเดิมอำเภอ บางกระทุ่ม จังหวัด พิษณุโลก

สิทธิการรักษา ประกันสังคม

แหล่งที่มาของข้อมูล/ผู้ให้ข้อมูล 1. ผู้ป่วย 2. ภรรยา 3. ฐานข้อมูลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

วันที่มาโรงพยาบาลครั้งแรก วันที่ 24 มีนาคม 2566

วันที่รับไว้ในการดูแล วันที่ 24 มีนาคม 2566 วันที่สิ้นสุดการดูแล 4 สิงหาคม 2566 รวม 133 วัน

#### 2. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพผู้ป่วย

การวินิจฉัย: โรคมะเร็งหลังโพรงจมูก (Nasopharyngeal Carcinoma) ระยะที่ 3 T1N2M0

การรักษาที่ได้รับ: รังสีรักษาร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด (Concurrent chemoradiotherapy: CCRT)

เป้าหมายของการรักษา เพื่อให้หายขาด (Curative treatment)

วันที่ 8 พ.ค. 2566 เริ่มฉายรังสีวันแรก จนถึงวันที่ 23 มิ.ย. 2566

วันที่ 12 พ.ค. 2566 เริ่มให้ยาเคมีบำบัดครั้งแรก สูตร Weekly Carboplatin

280 mg/ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 7 ครั้ง (19 พ.ค. 2566,

26 พ.ค. 2566, 2 มิ.ย. 2566, 9 มิ.ย. 2566, 16 มิ.ย. 2566 และ 23 มิ.ย. 2566)

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการคัดจมูกหายใจไม่สะดวกและมีอาการหูอื้อทั้ง 2 ข้าง

ตลอดเวลา คลำพบก้อนที่บริเวณลำคอทั้ง 2 ข้าง และก้อนโตขึ้นเรื่อย ๆ

### ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

เดือน มกราคม 2566 มีอาการคัดจมูกหายใจไม่สะดวก และมีก้อนขึ้นที่คอข้างซ้าย ซึ่พยายามรับประทานเอง อาการไม่ดีขึ้น หลังจากนั้นเริ่มมีก้อนขึ้นบริเวณคอด้านขวาเพิ่มขึ้น

วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2566 ไปตรวจที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง พบมี Bilateral neck mass แพทย์ทำ Fine needle aspiration (FNA) บริเวณ Cervical lymph node ส่งตรวจทาง Cytology พบ Involved by round cell neoplasm และส่งตรวจย้อมพิเศษ Immunohistochemistry พบ Metastatic Epstein-Barr virus (EBV)-Positive carcinoma.

วันที่ 10 มีนาคม 2566 แพทย์โรงพยาบาลเอกชน ทำ Fiber optic laryngoscope (FOL) พบมี Nasopharynx mass จึงทำ Biopsy ส่งตรวจ ผลเป็นมะเร็งหลังโพรงจมูกชนิด Non-Keratinizing squamous cell carcinoma, Undifferentiated subtype, No angiolymphatic invasion. จึงส่งตรวจ Computerized Tomography Scan Neck (CT Neck) เพื่อจัดระยะของโรค

วันที่ 20 มีนาคม 2566 ผลตรวจ CT Neck พบ Locally advanced nasopharyngeal carcinoma T1N2. จึงวินิจฉัยเป็นมะเร็งหลังโพรงจมูกลุกลามไปบริเวณต่อมน้ำเหลือง และส่งตัวมารักษาต่อที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

วันที่ 27 มีนาคม 2566 ผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เข้า Tumor Conference หลังจากนั้นแพทย์วางแผนให้การรักษาแบบผสมผสาน ด้วยรังสีรักษาร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด (Concurrent chemoradiotherapy)

### ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ประวัติโรคประจำตัว: ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงดี ปฏิเสธโรคประจำตัว

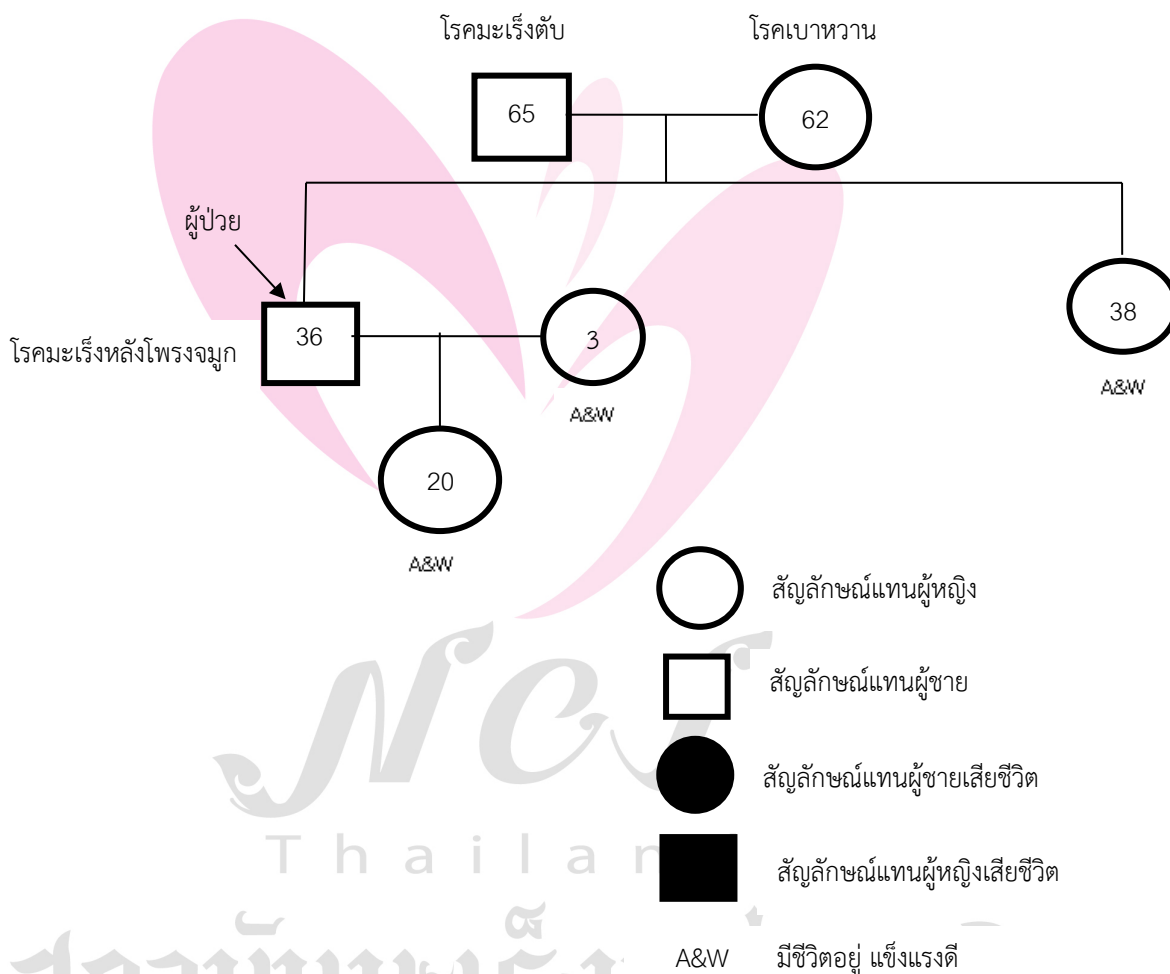
ประวัติการผ่าตัด: ไม่มีประวัติการผ่าตัด

ประวัติการแพ้ยาและอาหาร: ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหาร และสารเคมีใด ๆ

ประวัติเกี่ยวกับสิ่งเสพติด: สูบบุหรี่มาประมาณ 10 ปี (2-3 มวน/วัน) และดื่มสุรามารประมาณ 12 ปี (1-2 ครั้ง/สัปดาห์)

### ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

- มารดามีโรคประจำตัวเบาหวาน
- บิดาป่วยเป็นโรคมะเร็งตับ ยังมีชีวิตอยู่



แผนภูมิที่ 1 แสดง Family Genograms

ลักษณะที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม

อาศัยอยู่บ้านเช่ากับภรรยา สภาพแวดล้อมแออัด

ความสัมพันธ์ในครอบครัว

ความสัมพันธ์ในครอบครัวอบอุ่น รักใคร่กันดี

ผลงานวิจัย การวิจัยของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

### สรุปภาวะสุขภาพผู้ป่วยเมื่อแรกรับไว้ในการดูแล (วันที่ 24 มีนาคม 2566)

ชายไทยอายุ 36 ปี ผิวดำแดง รูปร่างท้วม รู้สึกตัวดี สีหน้าวิตกกังวลและคิ้วขมวด ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล ประเมินพบก้อนบริเวณคอทั้ง 2 ข้าง เสียงแหบเล็กน้อย มีอาการคัดจมูก หายใจไม่ค่อยสะดวก หูอื้อทั้ง 2 ข้าง แต่ยังสามารถได้ยินชัด พูดคุยโต้ตอบรู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้ดี แต่งกาย สะอาด เรียบร้อย สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 152/83 มิลลิเมตรปรอท ค่าออกซิเจนในกระแสเลือด 98% ประเมินสมรรถนะทางกาย Karnofsky scale 90% น้ำหนัก 77.6 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 26.85 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐาน มีอาการปวดตึงบริเวณคอและไหล่ Pain score 2-3 คะแนน

### 3. การตรวจร่างกายและการประเมินภาวะสุขภาพ (วันที่ 24 มีนาคม 2566)

#### 3.1 การประเมินร่างกายตามระบบ

|                |   |
|----------------|---|
| <b>ใบหน้า</b>  | ใบหน้าที่รูปเหลี่ยม สมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง ไม่บวม ไม่มีรอยโรค ไม่มีแผลหรือผื่น คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง  |
| <b>ศีรษะ</b>   | รูปร่างและขนาดปกติ ลักษณะกะโหลกสมมาตรเท่ากันทั้งสองข้าง คลำไม่พบ การเจริญเติบโตผิดปกติของกะโหลกศีรษะ ไม่พบอาการบวม  |
| <b>ผม</b>      | ผมสั้น เส้นผมสีดำ มีการกระจายตัวของเส้นผมปกติ   |
| <b>ผิวหนัง</b> | ผิวสีน้ำตาล ลักษณะสีผิวปกติ ไม่มีภาวะซีด ไม่พบผื่นคัน หรือผิวหนังอักเสบ มือและเล็บปกติ ผิวแห้งเล็กน้อย ไม่เป็นขุย   |
| <b>ตา</b>      | ขนคิ้วสีดำหนา การกระจายตัวสม่ำเสมอเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ไม่มีรอยโรค ขนตามีสีดำ กระจายตัวสม่ำเสมอ ขนตาไม่ม้วนเข้าไปในลูกตา หนังตาทาบสนิทกับลูกตา ทั้ง 2 ข้าง หนังตาไม่ตก ไม่มีอักเสบ บวมแดง การกระพริบตาปกติ เยื่อぶตา 2 ข้างชุ่มชื้นดี ตาดำกลม ตาขาว ไม่มีภาวะ Jaundice ตาไม่โปน ไม่มีตากระตุก มีปฏิกิริยาของรูม่านตาต่อแสง ปกติทั้งสองข้าง ขนาดรูม่านตา 3 มิลลิเมตรเท่ากัน ไม่มีน้ำตาไหลมากผิดปกติ ไม่มีต่อมน้ำตาและท่อน้ำตาอักเสบ ไม่พบการอักเสบของเยื่อぶตา การกรอกตาและมองเห็นปกติ |
| <b>หู</b>      | ลักษณะใบหูปกติดี สมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง อยู่ในแนว Eye-occiput line ไม่มีรอยโรค คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ ไม่มีอักเสบบวมแดงที่ใบหูและบริเวณรอบ ๆ ไม่มี Discharge ไหลซึมจากหูทั้ง 2 ข้าง ภายในรูหู ไม่มีก้อน ไม่มีการอักเสบ บวมแดง มีขี้หูเล็กน้อยลักษณะแห้ง ไม่มีสิ่งแปลกปลอมภายในรูหู ไม่เคยเป็นหู น้ำหนวก มีอาการหูอื้อทั้ง 2 ข้าง แต่ยังสามารถได้ยินชัด  |

|                   |   |
|-------------------|---|
| <b>จมูก</b>       | จมูกรูปร่างปกติ สมมาตรกันดี ไม่มีปีกจมูกบาน สันจมูกไม่คด Nasal septum ตรง ไม่มีรูทะลุถึงกัน มีอาการคัดจมูก มี Discharge สีเหลืองข้นไหลออกมา เล็กน้อย หายใจไม่ค่อยสะดวก ตมกลืนและแยกชนิดของกลืนได้ไม่ชัดเจน  |
| <b>ช่องปาก</b>    | ปากมีสีคล้ำ สมมาตรกันทั้งด้านซ้ายและด้านขวา ไม่มีปากเปี้ยว ริมฝีปากแห้ง เล็กน้อย ไม่มีการอักเสบวมแดงบริเวณริมฝีปาก บริเวณข้างกระพุ้งแก้มสีชมพู เหงือกมีสีคล้ำ ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ลิ้นไม่มีฝ้าขาว แต่มีตุ่มลิ้นแห้ง ลิ้นอยู่ในแนวกึ่งกลางได้รูป ไม่มีอักเสบหรือก้อนตุ่ม ลิ้นไก่รูปร่างปกติอยู่ในแนวกึ่งกลาง ไม่มีอักเสบวมแดง ไม่มีฟันผุ อดฟันล่าง 1 ซี่ ฟันกรามซ้าย |
| <b>ต่อมทอนซิล</b> | ทอนซิลขนาดปกติ ไม่มีอาการบวม อักเสบ   |
| <b>คอ</b>         | ลำคออยู่ในแนวตั้งตรง สมมาตรกัน คลำพบก้อนบริเวณคอทั้ง 2 ข้าง ขนาดใกล้เคียงกัน ขนาดประมาณ 5 เซนติเมตร มีอาการปวดตึงคอและไหล่ Pain score 2-3 คะแนน ไม่มีเส้นเลือดดำโป่งพองที่คอ ต่อมไทรอยด์ ทั้ง 2 ข้างไม่โต   |
| <b>ช่องท้อง</b>   | หน้าท้องมีพุงเล็กน้อย มีลักษณะสมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง ไม่มีก้อน กดไม่เจ็บ ไม่มี Tenderness Bowel sound ปกติ 10 ครั้งต่อนาที คลำไม่พบตับ ม้ามโต ตรวจ Kidney tenderness ผล Negative ต่อมน้ำเหลืองของขาหนีบข้างซ้ายและข้างขวาไม่โต กดไม่เจ็บ  |
| <b>ทรวงอก</b>     | ลักษณะทรวงอกสมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง ไม่มีอกถั่ง ออกนูน ออกไก่ กล้ามเนื้อระหว่างซี่โครงไม่มีบวมขณะหายใจเข้าและไม่มีการโป่งพองขณะหายใจออก ไม่มีการใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องในการหายใจ อัตราการหายใจสม่ำเสมอ 18 ครั้ง/นาที  |
| <b>ปอด</b>        | การขยายของทรวงอกขณะหายใจเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ไม่มีเสียงแทรกของการหายใจ ฟังเสียงปอดปกติ ไม่มี Crepitation หรือ Wheezing  |
| <b>หัวใจ</b>      | ลักษณะทรวงอกด้านซ้ายปกติดี ไม่มี Heaving คลำไม่พบ Thrill ฟังได้ Point of Maximal Impulse (PMI) ที่ตำแหน่ง Intercostal space ที่ 5 ตัดกับ Mid clavicular line อัตราการเต้นของหัวใจ 74 ครั้ง/นาที จังหวะสม่ำเสมอ เสียงหัวใจ S1, S2 ปกติ ไม่พบ Murmur ซีพจรของคอ แขน ขาหนีบและหลังเท้าของร่างกายทั้ง 2 ข้างแรงเท่ากัน  |
| <b>ระบบประสาท</b> | ระดับความรู้สึกตัว (Level of conscious) รู้สึกตัวดี พูดคุยโต้ตอบได้ดี การเคลื่อนไหวของแขนขาปกติดี สามารถชี้ตำแหน่งสัมผัสได้ถูกต้อง<br><br>Glasgow Coma scale: E <sub>4</sub> V <sub>5</sub> M <sub>6</sub> , Motor Power grade 5  |

Cranial  
nerves

เส้นประสาทสมองคู่ที่ 1 (Olfactory nerve) สามารถรับกลิ่นได้และบอกกลิ่นได้ถูกต้อง

เส้นประสาทสมองคู่ที่ 2 (Optic nerve) สามารถอ่านหนังสือได้ในระยะ 1 ฟุต ได้ถูกต้องชัดเจน มีลานสายตาเท่าผู้ตรวจ

เส้นประสาทสมองคู่ที่ 3, 4, 6 (Olfactory nerve, Trochlear nerve, Abducens nerve) สามารถมองตามการเคลื่อนไหวของนิ้วได้ทุกตำแหน่งโดยไม่มีการสั่นหรือกระตุกของลูกตาและมีการลู่เข้าของตาทั้งสองข้างเท่ากัน รูม่านตา มีขนาดประมาณ 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงหดเล็กน้อยเมื่อส่องด้วยไฟฉาย Consensual light reflex มีการหดพร้อมกันทั้งสองข้าง

เส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 (Trigeminal nerve) คลำพบการเคลื่อนไหวของ Temporomandibular joint กระดูกขากรรไกรสามารถต้านแรงดันของฝ่ามือได้ สามารถรับสัมผัสที่ใบหน้าได้ถูกต้อง

เส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 (Facial nerve) การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อหน้า โดยการยกคิ้ว หลับตาแน่น ผีวปาก ยิงฟันยิ้ม ทำแก้มป่อง ผู้ป่วยสามารถทำได้ โดยหน้าสมมาตรกันทั้งสองข้าง ผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่ารสเค็มเมื่อใช้เกลือแตะที่ปลายลิ้น

เส้นประสาทสมองคู่ที่ 8 (Acoustic nerve) สามารถทวนคำกระซิบ 3 คำที่ ห่างจากหูขวาประมาณ 2-3 ฟุต หูซ้ายซ้ายทวนคำกระซิบ 3 คำ ห่างจากหูซ้าย ประมาณ 1 ฟุตเนื่องจากมีหูอื้อ

เส้นประสาทสมองคู่ที่ 9, 10 (Glossopharyngeal nerve, Vagus nerve) ขณะผู้ป่วยร้อง "อา" ลิ้นไก่ตั้งขึ้นตรง ไม่เอียงไปข้างใดข้างหนึ่ง

เส้นประสาทสมองคู่ที่ 11 (Accessory nerve) ผู้ป่วยสามารถยกไหล่ หันหน้าทางซ้ายและขวา ดันคาง ต้านแรงได้

เส้นประสาทสมองคู่ที่ 12 (Hypoglossal nerve) ผู้ป่วยสามารถวัดลิ้นไปทางด้านซ้ายและขวาได้ และสามารถดันลิ้นในกระพุ้งแก้ม ต้านแรงของผู้ตรวจได้ รูปร่างขนาดปกติสมมาตรกันทั้งสองข้าง การเคลื่อนไหวทั่วไปปกติ คลำไม่พบอาการบวมของหลังมือ หลังเท้า แขนและหน้าแข้ง ข้อต่าง ๆ ไม่มีการอักเสบบวมแดง เคลื่อนไหวได้ตามปกติ เดินไม่เซ ไม่มีผิดปกติ ไม่มีก้อน กัดไม่เจ็บ

กระดูกและ  
กล้ามเนื้อ

กระดูกสันหลังอยู่ในแนวกึ่งกลางของลำตัว ไม่มีหลังโก่งหรือหลังแอ่นผิดปกติ  
กล้ามเนื้อแขน ขา ไม่มีอ่อนแรง มีปวดเมื่อยเล็กน้อย

**ระบบขับถ่าย** ปัสสาวะปกติ ไม่มีเสบขัด ขับถ่ายอุจจาระปกติ 1 ครั้ง/วัน ไม่มีเลือดปน ผายลม  
ปกติ

**อวัยวะสืบพันธุ์** อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ ไม่มีแผล

**สรุป** จากการตรวจร่างกายในกรณีศึกษาพบอาการผิดปกติ ดังนี้

1. มีอาการหู้ข้อทั้ง 2 ข้าง แต่ยังไม่ขยับ
2. มีอาการคัดจมูก บางครั้งมี Discharge สีเหลืองข้นไหลออกมาเล็กน้อย หายใจไม่ค่อยสะดวก  
ดมกลิ่นและแยกชนิดของกลิ่นได้ไม่ชัดเจน
3. คลำพบก้อนบริเวณคอทั้ง 2 ข้าง ขนาดใกล้เคียงกัน ขนาดประมาณ 5 เซนติเมตร มีอาการปวด  
ตึงคอและไหล่ Pain score 2-3 คะแนน

*NCI*  
Thailand

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ  
National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

### 3.2 ข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon)

ตารางที่ 6 ข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน (24 มีนาคม 2566)

| แบบแผนสุขภาพ  | ผลการประเมิน   |
|---|--|
| <p>แบบแผนที่ 1</p> <p>การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ (Health perception and Health management)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● มีความเข้าใจและรับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก ระยะที่ 3 ลูกกลมไปบริเวณต่อมน้ำเหลืองที่คอ</li> <li>● ยอมรับแผนการรักษาของแพทย์ ด้วยรังสีรักษาร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด และมีความคาดหวังต่อการรักษาหาย</li> <li>● รู้ถึงข้อมูลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากการรักษาผ่านสื่อออนไลน์ จึงรู้สึกเครียด วิตกกังวล กลัวการฉายรังสี และยาเคมีบำบัด ใช้วิธีคลายเครียดโดยปรึกษาพูดคุยระบายความรู้สึกกับภรรยา</li> <li>● มั่นใจจะได้รับการดูแลเอาใจใส่จากแพทย์ พยาบาลเป็นอย่างดี เนื่องจากเป็นสถาบันมะเร็งแห่งชาติ</li> <li>● รับรู้ว่าปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งมาจากการสูบบุหรี่มานานประมาณ 10 ปี 2-3 มวน/วัน และดื่มสุรามานประมาณ 12 ปี ร่วมกับมีบิดาป่วยด้วยโรคมะเร็งตับ และทำงานเกี่ยวกับช่างซ่อมบำรุง ต้องสูดดมสารเคมี เมื่อรับรู้ว่าเป็นผู้ป่วย ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการเลิกสูบบุหรี่ และดื่มสุราเป็นระยะเวลาประมาณ 3 เดือนก่อนมารักษา</li> <li>● มาตรวจตามนัดทุกครั้งอย่างต่อเนื่องตามที่แพทย์นัด เพื่อหวังจะหายจากโรค ครอบครัวจะได้ไม่ต้องเป็นห่วงพยายามออกกำลังกายและพักผ่อนให้มากขึ้น เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์</li> </ul> <p>สรุป</p> <p>พบปัญหาที่มีความเครียด วิตกกังวล กลัวการฉายรังสี และยาเคมีบำบัด</p> |
| <p>แบบแผนที่ 2</p> <p>โภชนาการ และเผาผลาญสารอาหาร (Nutrition and Metabolism)</p>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>● ซื่ออาหารสำเร็จรูปมารับประทานในครอบครัว และปรุงอาหารเองในวันหยุด</li> <li>● พฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนป่วย ชอบรับประทานอาหารรสจัด เผ็ด ประเภทปลาจ๋า ปลาเค็ม ส้มตำ ไม่ชอบรับประทานผัก อาหารมื้อหลักวันละ 3 มื้อ</li> <li>● ดื่มสุราเป็นประจำทุกสัปดาห์ แต่แต่ละครั้งจะดื่มจนมีอาการมึนเมา (ปริมาณไม่แน่นอน)</li> </ul>   |

| แบบแผนสุขภาพ  | ผลการประเมิน   |
|---|--|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● พฤติกรรมการบริโภคอาหารเมื่อเริ่มป่วย พบว่าปริมาณอาหารที่รับประทานได้ลดลง เหลือสองในสามจากเดิมปกติที่เคยรับประทานได้ มีอาการเบื่ออาหาร คัดจมูก ตมกลืนและแยกชนิดของกลืนได้ไม่ชัดเจน อาการเหล่านี้ทำให้ไม่ยอมรับประทานอาหาร</li> <li>● ดื่มน้ำวันละ 1,000-2,000 มิลลิลิตร</li> </ul> <p><b>จากการสังเกตและการตรวจร่างกาย</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● น้ำหนักแรกรับ 77.6 kgs ส่วนสูง 170 cms BMI 26.85 kgs/m<sup>2</sup> ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐาน (น้ำหนักเดิมก่อนป่วย 81.4 kgs ซึ่งเมื่อเดือน ธันวาคม 2565) น้ำหนักลดลง 3.8 kgs ใน 3 เดือน</li> <li>● ริมฝีปากแห้ง ผิวแห้งเล็กน้อย ไม่เป็นขุย</li> </ul> <p><b>สรุป</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย จากอาการเบื่ออาหาร คัดจมูก ตมกลืนและแยกชนิดของกลืนได้ไม่ชัดเจน ทำให้ไม่ยอมรับประทานอาหาร</li> <li>2. มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้เกิดโรค</li> </ol> |
| <p>แบบแผนที่ 3<br/>การขับถ่าย<br/>(Elimination)</p>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>● ขับถ่ายอุจจาระวันละครั้ง ลักษณะปกติ ไม่มีอาการท้องผูก</li> <li>● ปัสสาวะปกติ สีเหลืองใส ไม่มีแสบขัด กลางคืน 2 ครั้ง กลางวัน 5 ครั้ง ควบคุมการปัสสาวะได้</li> </ul> <p><b>สรุป</b></p> <p>ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้</p>  |
| <p>แบบแผนที่ 4<br/>กิจกรรมและการออกกำลังกาย (Activity and Exercise)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ หลังเลิกงานจะไปออกกำลังกาย เล่นฟุตบอล 1 ครั้ง/สัปดาห์</li> <li>● กิจกรรมยามว่างจะดูโทรทัศน์ เล่นโทรศัพท์ ฟังเพลง</li> </ul> <p><b>สรุป</b></p> <p>ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้</p>   |
| <p>แบบแผนที่ 5<br/>การพักผ่อนนอนหลับ (Sleep and Rest)</p>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>● ก่อนการเจ็บป่วย พักผ่อนนอนหลับได้ปกติ ในช่วงเวลากลางคืน 6-8 ชั่วโมง ไม่เคยรับประทานยานอนหลับ ไม่ได้นอนพักช่วงเวลากลางวัน เนื่องจากต้องทำงาน</li> </ul>  |

| แบบแผนสุขภาพ  | ผลการประเมิน  |
|---|---|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● หลังการเจ็บป่วยมีความเครียดและวิตกกังวล บางครั้งทำให้อนอนหลับพักผ่อนในช่วงกลางคืน หลับ ๆ ตื่น ๆ</li> </ul> <p><b>สรุป</b></p> <p>คุณภาพการนอนหลับลดลงเนื่องจากมีความเครียดและวิตกกังวล</p>   |
| <p>แบบแผนที่ 6<br/>สติปัญญา และการรับรู้<br/>(Cognition and Perception)</p>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>● รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ตอบตรงคำถาม รับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล ถูกต้อง สามารถจำเหตุการณ์ต่าง ๆ ในอดีตและปัจจุบันได้ดี มีความรอบรู้เกี่ยวกับเรื่องทั่วไปและสุขภาพ</li> <li>● ก่อนการเจ็บป่วย การรับรู้ความรู้สึกผ่านประสาทสัมผัส การได้ยิน การมองเห็น การรับกลิ่น การรับรส และการสัมผัสปกติ</li> <li>● หลังการเจ็บป่วย มีอาการหูอื้อทั้ง 2 ข้าง แต่พอได้ยินชัด การมองเห็นปกติ การรับกลิ่นได้น้อยลง การรับรสชาติอาหารได้ปกติ และรับรู้อาการปวดบริเวณคอและไหล่ Pain score 2-3 คะแนน</li> </ul> <p><b>สรุป</b></p> <p>พบปัญหา มีอาการหูอื้อทั้ง 2 ข้าง การรับกลิ่นได้น้อยลง มีอาการปวดบริเวณคอและไหล่ Pain score 2-3 คะแนน</p> |
| <p>แบบแผนที่ 7<br/>การรับรู้ตนเอง<br/>และอัตมโนทัศน์<br/>(Self perception and Self concept)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● ก่อนการเจ็บป่วย ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสามารถ ชอบเข้าสังคมกับเพื่อน ๆ มีความมั่นใจในตนเองสูง</li> <li>● รู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง มีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว มีอำนาจในการตัดสินใจทุกอย่างภายในบ้าน</li> <li>● เป็นคนร่าเริง แจ่มใส</li> </ul> <p><b>สรุป</b></p> <p>ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้</p>  |
| <p>แบบแผนที่ 8<br/>บทบาท และ<br/>สัมพันธภาพ<br/>(Role and Relationship)</p>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>● พักอาศัยอยู่ห้องเช่ากับภรรยา 2 คน ที่จังหวัดสมุทรปราการ บุตรสาวเรียนหนังสืออยู่กับตาและยายที่จังหวัดพิษณุโลก</li> <li>● สัมพันธภาพภายในครอบครัว รักใคร่ กลมเกลียวกันดี ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เมื่อมีปัญหาจะมีการพูดคุยปรึกษากับภรรยาร่วมกันช่วยแก้ปัญหาต่าง ๆ</li> </ul>  |

| แบบแผนสุขภาพ   | ผลการประเมิน   |
|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>ชอบการเข้าสังคมกับเพื่อน ๆ แต่เมื่อรับรู้การเจ็บป่วยและแผนการรักษา ที่ต้องมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการเดินทางมาโรงพยาบาล ทำให้ต้องวางแผนการประหยัดค่าใช้จ่ายในครอบครัว จึงเข้าสังคมกับเพื่อนน้อยลง</li> </ul> <p><b>สรุป</b><br/>ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้</p>   |
| <p>แบบแผนที่ 9<br/>เพศ และการเจริญพันธุ์ (Sexuality and Reproduction)</p>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>ไม่มีโรคที่เกี่ยวข้องกับเพศสัมพันธ์</li> <li>การแสดงออกทางเพศได้เหมาะสมตามวัย</li> </ul> <p><b>สรุป</b><br/>ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้</p>   |
| <p>แบบแผนที่ 10<br/>การปรับตัว และความทนทานต่อความเครียด (Coping and Stress tolerance)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>ก่อนป่วย เมื่อมีความเครียดจะพูดคุยปรึกษากับภรรยา ช่วยให้รู้สึกผ่อนคลายขึ้น</li> <li>หลังการเจ็บป่วย เมื่อรับรู้แผนการรักษา มีความเครียดและวิตกกังวล วิธีคลายเครียดจะพูดคุยระบายความรู้สึกกับภรรยา และเล่นกีฬา ออกกำลังกาย</li> </ul> <p><b>สรุป</b><br/>พบปัญหาความเครียดแต่ผู้ป่วยจัดการได้</p>  |
| <p>แบบแผนที่ 11<br/>คุณค่า และความเชื่อ (Value and Belief)</p>                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>จุดมุ่งหมายในชีวิต คือ ต้องการเลี้ยงดูบุตรสาวให้เรียนหนังสือจบปริญญาตรี มีงานทำที่มั่นคง</li> <li>แผนในอนาคต เมื่อบุตรสาวเรียนจบจะกลับไปอยู่ที่บ้านจังหวัดพิษณุโลก</li> <li>สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ คือ ครอบครัว</li> <li>นับถือศาสนาพุทธ ใส่สร้อยเขavnพระ</li> <li>เชื่อว่าการเจ็บป่วยในครั้งนี้เป็นผลจากเวรกรรม</li> </ul> <p><b>สรุป</b><br/>ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้</p> |

## 4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษอื่น ๆ และการวิเคราะห์แปลผล

## ตารางที่ 7 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hematology

| รายการ<br>Complete<br>Blood Count | ค่าปกติ     | หน่วย               | วันที่ตรวจ/ผลการตรวจ |         |         |                        |                        |
|-----------------------------------|-------------|---------------------|----------------------|---------|---------|------------------------|------------------------|
|                                   |             |                     | 24/3/66              | 18/4/66 | 24/4/66 | 12/5/66<br>เคมีครั้ง 1 | 19/5/66<br>เคมีครั้ง 2 |
| WBC Count                         | 4.0 - 10.0  | 10 <sup>3</sup> /ul | <b>10.79</b> ↑       | 7.89    | 6.84    | 8.45                   | 6.88                   |
| RBC Count                         | 4.5 - 6.0   | 10 <sup>6</sup> /ul | 5.86                 | 5.55    | 5.76    | 4.76                   | 4.93                   |
| Hemoglobin                        | 13.0 - 18.0 | g/dl                | 15.0                 | 14.0    | 15.3    | <b>11.6</b> ↓          | <b>12.1</b> ↓          |
| Hematocrit                        | 40.0 - 54.0 | %                   | 44.6                 | 42.7    | 46.3    | <b>36.3</b> ↓          | <b>36.8</b> ↓          |
| Platelet                          | 150 - 450   | 10 <sup>3</sup> /ul | 331                  | 308     | 405     | 332                    | 360                    |
| Neutrophil                        | 40.0 - 74.0 | %                   | <b>81.6</b> ↑        | 66.5    | 67.7    | <b>83.3</b> ↑          | <b>83.2</b> ↑          |
| Lymphocyte                        | 19.0 - 48.0 | %                   | 19.7                 | 22.4    | 22.8    | 28.9                   | 29.1                   |
| Monocyte                          | 3.4 - 9.0   | %                   | 6.5                  | 6.8     | 8.5     | 6.7                    | 7.1                    |
| Eosinophil                        | 0.0 - 7.0   | %                   | 0.0                  | 3.7     | 0.4     | 1.3                    | 1.9                    |
| Basophil                          | 0.0 - 1.5   | %                   | 0.3                  | 0.6     | 0.6     | 0.4                    | 0.4                    |
| ANC                               | >1.5        | 10 <sup>3</sup> /ul | 8.81                 | 5.25    | 7.79    | 7.04                   | 5.72                   |
| MCV                               | 80.0 - 99.0 | fl                  | 76.1                 | 76.9    | 74.8    | 76.3                   | 74.6                   |
| MCH                               | 27.0 - 31.0 | pg                  | 25.6                 | 25.2    | 24.7    | 24.4                   | 24.5                   |
| MCHC                              | 33.0 - 37.0 | g/dl                | 33.6                 | 32.8    | 33.0    | 32.0                   | 32.9                   |
| RDW                               | 11.5 - 14.5 | %                   | 13.6                 | 13.2    | 13.5    | 13.2                   | 13.2                   |

หมายเหตุ ↑ หมายถึง ค่าที่สูงกว่าปกติ  
↓ หมายถึง ค่าที่ต่ำกว่าปกติ

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ตารางที่ 7 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hematology (ต่อ)

| รายการ<br>Complete<br>Blood Count | ค่าปกติ     | หน่วย               | วันที่ตรวจ/ผลการตรวจ   |                       |                       |                        |                                 |
|-----------------------------------|-------------|---------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|---------------------------------|
|                                   |             |                     | 26/5/66<br>เคมีครั้ง 3 | 2/6/66<br>เคมีครั้ง 4 | 9/6/65<br>เคมีครั้ง 5 | 16/6/66<br>เคมีครั้ง 6 | 23/6/66<br>เคมีครั้ง<br>สุดท้าย |
| WBC Count                         | 4.0 - 10.0  | 10 <sup>3</sup> /ul | 4.10                   | 4.29                  | 4.0                   | 4.21                   | 4.11                            |
| RBC Count                         | 4.5 - 6.0   | 10 <sup>6</sup> /ul | 4.79                   | 4.32                  | 4.44                  | 4.99                   | 4.84                            |
| Hemoglobin                        | 13.0 - 18.0 | g/dl                | 11.6↓                  | 10.8↓                 | 11.1↓                 | 10.9↓                  | 11.2↓                           |
| Hematocrit                        | 40.0 - 54.0 | %                   | 34.9↓                  | 32.9↓                 | 34.0↓                 | 33.2↓                  | 33.7↓                           |
| Platelet                          | 150 - 450   | 10 <sup>3</sup> /ul | 335                    | 298                   | 225                   | 220                    | 280                             |
| Neutrophil                        | 40.0 - 74.0 | %                   | 91.2↑                  | 79.0↑                 | 83.1↑                 | 84.3↑                  | 85.1↑                           |
| Lymphocyte                        | 19.0 - 48.0 | %                   | 59↑                    | 93↑                   | 64↑                   | 52↑                    | 64↑                             |
| Monocyte                          | 3.4 - 9.0   | %                   | 5.8                    | 9.8                   | 7.5                   | 8.6                    | 10.0                            |
| Eosinophil                        | 0.0 - 7.0   | %                   | 1.0                    | 1.4                   | 2.6                   | 1.6                    | 1.4                             |
| Basophil                          | 0.0 - 1.5   | %                   | 0.3                    | 0.5                   | 0.4                   | 0.3                    | 0.2                             |
| ANC                               | >1.5        | 10 <sup>3</sup> /ul | 10.06                  | 3.39                  | 4.54                  | 5.18                   | 5.61                            |
| MCV                               | 80.0 - 99.0 | fl                  | 74.9                   | 76.2                  | 76.6                  | 77.0                   | 77.1                            |
| MCH                               | 27.0 - 31.0 | pg                  | 24.2                   | 25.0                  | 25.0                  | 25.1                   | 25.2                            |
| MCHC                              | 33.0 - 37.0 | g/dl                | 32.3                   | 32.8                  | 32.6                  | 32.6                   | 32.7                            |
| RDW                               | 11.5 - 14.5 | %                   | 13.6                   | 14.2                  | 15.2                  | 17.0                   | 17.8                            |

หมายเหตุ ↑ หมายถึง ค่าที่สูงกว่าปกติ  
↓ หมายถึง ค่าที่ต่ำกว่าปกติ

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

## การวิเคราะห์ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hematology

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มค่าของ Hemoglobin และ Hematocrit ลดลง Hemoglobin คือ โปรตีนในเซลล์เม็ดเลือดแดงที่ทำหน้าที่นำออกซิเจนจากปอดไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย และ Hematocrit คือ การวัดปริมาณเปอร์เซ็นต์ของเซลล์เม็ดเลือดแดงในปริมาณเลือดทั้งหมด เป็นการบ่งบอกถึงความเข้มข้นของเลือด โดยมีสาเหตุมาจาก

1. ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ยาเคมีบำบัดไปทำลายเม็ดเลือดที่กำลังแบ่งเซลล์ในไขกระดูกทำให้ร่างกายไม่สามารถผลิตเม็ดเลือดออกมาแทนเม็ดเลือดที่ตายหรือหมดอายุได้ทันตามที่ต้องการ และเซลล์ที่ถูกรังสีทำลายจะเกิดกระบวนการอักเสบทำให้ร่างกายต้องมีกระบวนการซ่อมแซมตนเอง Glial cells ในระบบประสาทส่วนกลาง (CNS) ถูกกระตุ้นให้หลั่ง Cytokines เช่น C-reactive protein, Interleukin-1, interleukin- 6 เพิ่มขึ้น เซลล์เกิดการอักเสบ เกิดการทำลายหลอดเลือดค่อนข้างสูง การสร้างเม็ดเลือดและขนส่งออกซิเจนจึงลดลง

2. เกิดจากผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารได้ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เช่น โปรตีน ธาตุเหล็ก วิตามินบี 12 ทำให้การสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง (Camaschella, C., 2015)

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มค่าของ Neutrophil, Lymphocytes เพิ่มสูงขึ้น ซึ่ง Neutrophil เป็นชนิดหนึ่งของเซลล์เม็ดเลือดขาว ทำหน้าที่ในการป้องกันและต่อสู้กับการติดเชื้อ โดยเฉพาะแบคทีเรียและเชื้อรา โดยมีสาเหตุมาจาก

1. สาเหตุเกิดจากอนุภาคของรังสีทำให้เซลล์บาดเจ็บและเกิดปฏิกิริยาการอักเสบ เกิดการหลั่ง Proinflammatory cytokines ได้แก่ Tumor necrosis factor, Interleukin 1, Interleukin 6 นำไปสู่การกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย ได้แก่ Neutrophil, Lymphocytes และ Monocytes มายังบริเวณที่เกิดการบาดเจ็บและเปลี่ยนเป็น Macrophages จึงทำให้ Neutrophil, Lymphocytes มีค่าสูงขึ้น

2. ผู้ป่วยมีภาวะเครียด เมื่อร่างกายเกิดความเครียด ระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) จะกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนความเครียด เช่น อะดรีนาลีน (Adrenaline) และคอร์ติซอล (Cortisol) ฮอร์โมนความเครียดเหล่านี้ จะกระตุ้นให้ไขกระดูกผลิตและปล่อย Neutrophils เข้าสู่กระแสเลือดมากขึ้น เพื่อเตรียมพร้อมต่อการตอบสนองต่อการอักเสบหรือการติดเชื้อ (Craig, A., & Schofield, C., 2020)

ตารางที่ 8 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Biochemistry

| รายการ<br>Biochemistry  | ค่าปกติ     | หน่วย          | วันที่ตรวจ/ผลการตรวจ |         |         |                        |                        |
|-------------------------|-------------|----------------|----------------------|---------|---------|------------------------|------------------------|
|                         |             |                | 24/3/66              | 18/4/66 | 24/4/66 | 12/5/66<br>เคมีครั้ง 1 | 19/5/66<br>เคมีครั้ง 2 |
| BUN                     | 6 - 20      | mg/dl          | 18                   | 11      | 20      | 10                     | 13                     |
| Creatinine              | 0.67 - 1.17 | mg/dl          | 0.88                 | 0.86    | 0.95    | 0.77                   | 0.72                   |
| GFR                     | mL/min/1.73 | m <sup>2</sup> | 110                  | 111     | 102     | 116                    | 120                    |
| Total Protein           | 6.6 - 8.7   | g/dl           | 8.6                  | 8.2     | -       | -                      | 7.2                    |
| Albumin                 | 3.97 - 4.94 | g/dl           | 4.8                  | 4.3     | -       | -                      | 3.6                    |
| Total Bilirubin         | 0.0 - 1.2   | mg/dl          | 0.23                 | 0.32    | -       | -                      | 0.28                   |
| Direct Bilirubin        | 0.0 - 0.3   | mg/dl          | 0.14                 | 0.13    | -       | -                      | 0.12                   |
| AST (SGOT)              | 0 - 32      | U/L            | 26                   | 19      | -       | -                      | 32                     |
| ALT (SGPT)              | 0 - 33      | U/L            | 40                   | 18      | -       | -                      | 29                     |
| Alkaline<br>phosphatase | 35 - 104    | U/L            | 72                   | 70      | -       | -                      | 75                     |
| Sodium                  | 136 - 145   | mmol/L         | 140                  | 139     | 135 ↓   | 134 ↓                  | 131 ↓                  |
| Potassium               | 3.5 - 5.1   | mmol/L         | 3.80                 | 3.57    | 3.66    | 3.91                   | 3.51                   |
| Chloride                | 98 - 107    | mmol/L         | 101                  | 98      | 101     | 98                     | 96                     |
| CO2                     | 22 - 29     | mmol/L         | 23.0                 | 24.2    | 21.7    | 27.6                   | 26.4                   |

หมายเหตุ ↑ หมายถึง ค่าที่สูงกว่าปกติ

↓ หมายถึง ค่าที่ต่ำกว่าปกติ

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ  
National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ตารางที่ 8 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Biochemistry (ต่อ)

| รายการ<br>Biochemistry  | ค่าปกติ     | หน่วย          | วันที่ตรวจ/ผลการตรวจ   |                       |                       |                        |                                 |
|-------------------------|-------------|----------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|---------------------------------|
|                         |             |                | 26/5/66<br>เคมีครั้ง 3 | 2/6/66<br>เคมีครั้ง 4 | 9/6/65<br>เคมีครั้ง 5 | 16/6/66<br>เคมีครั้ง 6 | 23/6/66<br>เคมีครั้ง<br>สุดท้าย |
| BUN                     | 6 - 20      | mg/dl          | 10                     | 14                    | 13                    | 18                     | 17                              |
| Creatinine              | 0.67 - 1.17 | mg/dl          | 0.77                   | 0.69                  | 0.66                  | 0.70                   | 0.63                            |
| GFR                     | mL/min/1.73 | m <sup>2</sup> | 116                    | 122                   | 124                   | 121                    | 126                             |
| Total Protein           | 6.6 - 8.7   | g/dl           | -                      | -                     | -                     | -                      | -                               |
| Albumin                 | 3.97 - 4.94 | g/dl           | -                      | -                     | -                     | -                      | -                               |
| Total Bilirubin         | 0.0 - 1.2   | mg/dl          | -                      | -                     | -                     | -                      | -                               |
| Direct<br>Bilirubin     | 0.0 - 0.3   | mg/dl          | -                      | -                     | -                     | -                      | -                               |
| AST (SGOT)              | 0 - 32      | U/L            | -                      | -                     | -                     | -                      | -                               |
| ALT (SGPT)              | 0 - 33      | U/L            | -                      | -                     | -                     | -                      | -                               |
| Alkaline<br>phosphatase | 35 - 104    | U/L            | -                      | -                     | -                     | -                      | -                               |
| Sodium                  | 136 - 145   | mmol/L         | <b>130</b> ↓           | <b>131</b> ↓          | 141                   | <b>135</b> ↓           | <b>134</b> ↓                    |
| Potassium               | 3.5 - 5.1   | mmol/L         | 3.8                    | 3.91                  | 4.06                  | 4.13                   | 4.37                            |
| Chloride                | 98 - 107    | mmol/L         | 99                     | 96                    | 104                   | 97                     | 98                              |
| CO <sub>2</sub>         | 22 - 29     | mmol/L         | 26.2                   | 24.7                  | 25.9                  | 24.2                   | 24.0                            |

National Cancer Institute

หมายเหตุ ↑ หมายถึง ค่าที่สูงกว่าปกติ  
↓ หมายถึง ค่าที่ต่ำกว่าปกติ

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

### การวิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Biochemistry

จากตารางที่ 8 พบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มค่าโซเดียมต่ำลงเรื่อย ๆ ก่อนใส่สายยางให้อาหารทางจมูก และหลังจากให้อาหารทางสายยาง วันที่ 2 มิ.ย. 2566 มีแนวโน้มสูงขึ้น สาเหตุเกิดจากผลข้างเคียงของการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เกิดการสูญเสีย น้ำและอิเล็กโทรไลต์รวมถึงโซเดียม คลอไรด์ และโพแทสเซียม การสูญเสียน้ำมากเกินไปโดยที่ไม่ได้รับการทดแทนเพียงพอจะทำให้ปริมาณน้ำในเลือดลดลง ความเข้มข้นของโซเดียมในเลือดต่ำลง ร่างกายตอบสนองทางฮอร์โมนโดยการปล่อยฮอร์โมนแอนติไดยูเรติก (Antidiuretic Hormone, ADH) เพื่อช่วยเก็บน้ำในร่างกาย ADH จะเพิ่มการดูดซึมน้ำกลับที่ไต ทำให้ระดับน้ำในเลือดเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจทำให้โซเดียมในเลือดเจือจางลงและเกิดภาวะโซเดียมต่ำ (Verbalis, J. et al., 2013) แต่เนื่องจากค่อย ๆ ลดต่ำลงทีละน้อย และอยู่ในระดับ Mild hyponatremia จึงยังไม่มีอาการแสดงใด ๆ เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

### ตารางที่ 9 การตรวจพิเศษอื่น ๆ

| วันที่/ผลการตรวจ  | การแปลผล  |
|---|---|
| <b>13 กุมภาพันธ์ 2566</b><br><b>Fine Needle Aspiration (FNA)</b><br><b>Cervical lymph node, left neck.</b><br>- Involved by round cell neoplasm, see comment.<br>- Comment: Immunostains AE1/AE3, CD45, p40, and EBV EBER on block A03 are recommended. | ตรวจพบเซลล์เนื้องอกบริเวณต่อมน้ำเหลืองข้างซ้าย และแนะนำการส่งตรวจย้อมพิเศษ Immunohistochemistry เพิ่ม                           |
| <b>13 กุมภาพันธ์ 2566</b><br><b>Immunohistochemistry-AE1/AE3</b><br>- Metastatic EBV-Positive carcinoma.  | ตรวจพบมีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งและมีการติดเชื้อ Epstein-Barr Virus ร่วมด้วย   |
| <b>10 มีนาคม 2566</b><br><b>Nasopharynx mass, Biopsy</b><br>- Non-Keratinizing squamous cell carcinoma, undifferentiated subtype.<br>- No angiolymphatic invasion.  | ตรวจพบเซลล์มะเร็งชนิด Non-Keratinizing squamous cell carcinoma, Undifferentiated subtype.<br>และยังไม่มีการลุกลามไปเส้นเลือดแดง |

| วันที่/ผลการตรวจ   | การแปลผล  |
|--|---|
| <p><b>20 มีนาคม 2566</b></p> <p><b>Computerized tomography Neck (CT)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- The findings suggestive of locally advanced nasopharyngeal carcinoma T1N2.</li> <li>- Right side nasal polyp and right maxillary sinus retention cyst.</li> <li>- Left maxillary sinusitis.</li> </ul> | <p>ผลการตรวจเป็นมะเร็งหลังโพรงจมูกระยะ T1N2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- T1 คือ มะเร็งจำกัดอยู่ที่ช่องจมูก ขยายไปยังคอหอยส่วนปากและโพรงจมูก</li> <li>- N2 คือ มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่คอทั้ง 2 ข้าง ขนาดน้อยกว่า 6 เซนติเมตร เนื้อขอบทางของกระดูกอ่อนไครคอยด์</li> <li>- พบติ่งเนื้อจมูกด้านขวา และถุงน้ำบริเวณช่องไซนัสข้างขวา</li> <li>- พบไซนัสอักเสบข้างซ้าย</li> </ul> |
| <p><b>27 มีนาคม 2566</b></p> <p><b>Chest X-ray</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No evidence of active pulmonary infiltration.</li> </ul>   | <p>ไม่พบความผิดปกติของปอด</p>   |
| <p><b>10 เมษายน 2566</b></p> <p><b>Bone Scan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No definite evidence of bone metastasis.</li> </ul>  | <p>ไม่พบการแพร่กระจายไปกระดูก</p>   |
| <p><b>10 เมษายน 2566</b></p> <p><b>Ultrasonography of Upper Abdomen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No hepatosplenomegaly. No focal liver lesion. No biliary obstruction.</li> </ul>  | <p>ไม่พบตับม้ามโต ไม่มีรอยโรคที่ตับ ไม่มีการอุดตันของทางเดินน้ำดี</p>   |
| <p><b>10 เมษายน 2566</b></p> <p><b>Magnetic Resonance Imaging Nasopharynx (MRI)</b></p> <p>Findings: The study reveals large infiltrative, heterogeneous enhancing</p>   | <p>มะเร็งมีการลุกลามมากขึ้น ก้อนอยู่ทางด้านขวา บริเวณแอ่ง Rosenmuller's fossae &amp; Eustachian tubes</p> <p>ส่วนขยายของรอยโรครามีรายละเอียดดังนี้</p>  |

| วันที่/ผลการตรวจ  | การแปลผล   |
|---|--|
| <p>mass, epicenter at right-sided nasopharynx. It obliterates the both Rosenmuller's fossae &amp; Eustachian tubes. The extensions of the lesion are as described follow:</p> <p>Superiorly: It infiltrates along both-sided roof of the nasopharynx. No skull base or intracranial extension is seen.</p> <p>Inferiorly: It extends into anterior and both-sided lateral walls of the oropharynx, pronounced on the right, causing severe naso-oropharyngeal airway stenosis.</p> <p>Anteriorly: It extends into the posterior left-sided &gt; right-sided nasal cavity. No invasion of maxillary sinus or pterygopalatine fossae is seen.</p> <p>Posteriorly: It extends into both-sided &amp; midline retropharyngeal space.</p> <p>No. perivertebral space included prevertebral muscles, occipital condyle and anterior arch of C1 invasion is noted.</p> <p>Medially: It extends across midline to the left-sided nasopharynx.</p> <p>Laterally: It effaces bilateral parapharyngeal fat spaces, abutting</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ด้านบน: ลุกลามไปทั้ง 2 ข้างของช่องจมูก ไม่ถึงฐานกะโหลกศีรษะ</li> <li>- ด้านล่าง: ขยายเข้าไปในผนังด้านหน้าและด้านข้างของคอดอยหลังช่องปาก ส่วนมากจะไปทางด้านขวา ทำให้ทางเดินหายใจตีบ</li> <li>- ด้านหน้า: ขยายเข้าไปในช่องจมูกข้างซ้าย มากกว่าข้างขวา ไม่มีการลุกลามไปยังบริเวณไซนัส</li> <li>- ด้านหลัง: ขยายไปสู่กึ่งกลางของช่อง Retropharyngeal space ทั้ง 2 ข้าง ไม่มีการลุกลามไปถึงกระดูกท้ายทอยและกระดูกส่วนคอ</li> <li>- ตรงกลาง: ขยายไปจนถึงกึ่งกลางข้างซ้ายของหลังโพรงจมูก</li> <li>- ด้านข้าง: ยังไปไม่ถึงหลอดเลือดและกล้ามเนื้อ</li> <li>- มีต่อมน้ำเหลืองขนาดโตขึ้นทั้ง 2 ข้าง อยู่ในกลุ่มต่อมน้ำเหลืองระดับที่ 2, 3, 4, 5 โดยมีขนาดประมาณ 3.4, 3.2, 1.8, 1.1 ซม. ตามลำดับ ซึ่งเป็นขนาดต่อมน้ำเหลืองที่ใหญ่ที่สุดในแต่ละระดับ นอกจากนี้ยังพบเห็นต่อมน้ำเหลืองในคอดอยทั้ง 2 ข้าง ขยายใหญ่ขึ้น ขนาดประมาณ 1.7-2.3 ซม.</li> <li>- มีสิ่งค้ำหลังและการหนาของเยื่อในบริเวณแขนงของระบบประสาทส่วนปลาย ควรสังเกตการเปลี่ยนแปลงของสมองส่วนหน้าทั้ง 2 ข้าง</li> </ul> |

| วันที่/ผลการตรวจ   | การแปลผล |
|--|----------|
| <p>carotid spaces &amp; medial pterygoid muscle.</p> <p>There are multiple matted enlarged nodes at bilateral level II to III, IV, and left level V, measuring about 3.4, 3.2, 1.8 and 1.1 cm in size of the largest node in each group, respectively, representing nodal metastases. Also seen enlarged bilateral retropharyngeal nodes, about 1.7-2.3 cm in size.</p> <p>Secretion/mucosal thickening in almost all PNSs and bilateral otomastoid effusion are noted. Encephalomalacic change in both frontal lobes are noted.</p> |          |

#### การวิเคราะห์ผลการตรวจพิเศษอื่น ๆ

จากตารางที่ 9 ตรวจพบเซลล์มะเร็งชนิด Non-Keratinizing squamous cell carcinoma, Undifferentiated subtype. บริเวณ Rosenmuller's fossae ของหลังโพรงจมูก ซึ่งก้อนมะเร็งจำกัดอยู่ที่ช่องจมูก ขยายไปยังคอหอยส่วนปากและโพรงจมูก พร้อมทั้งมีการลุกลามไปบริเวณต่อมน้ำเหลืองที่คอทั้ง 2 ข้าง แต่ยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ

National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

## 5. สรุปแผนการรักษาที่ได้รับ

## ตารางที่ 10 สรุปแผนการรักษาที่ได้รับ

| วันที่                      | แผนการรักษาที่ได้รับ   |
|-----------------------------|--|
| 24 เมษายน 2566              | จำลองการรักษา<br>Computerized tomography simulation: CT SIM<br>Magnetic Resonance Imaging: MRI SIM   |
| 8 พฤษภาคม-23 มิถุนายน 2566  | ฉายรังสีจำนวน 33 ครั้ง<br>(ปริมาณรังสีที่ได้รับ 212 cGy/ครั้ง รวม 7,208 cGy)   |
| 12 พฤษภาคม-23 มิถุนายน 2566 | เคมีบำบัด สูตร Weekly Carboplatin สัปดาห์ละ 1 ครั้ง<br>จำนวน 7 ครั้ง<br><b>Premedication for chemotherapy</b><br>Ondansetron 8 mg IV push<br>Dexamethasone 4 mg IV push<br><b>Chemotherapy (สูตรยา)</b><br>Carboplatin 280 mg in NSS 100 ml IV drip ใน 1 hour<br><b>PRN</b><br>- Plasil 1 amp IV prn q 6 hour<br>- Ativan 1 mg po hs prn |
| 12 พฤษภาคม 2566             | <b>Medication:</b><br>- Paracetamol 500 mg รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด ทุก 4-6 ชั่วโมง เวลาปวดหรือเป็นไข้   |
| 19 พฤษภาคม 2566             | <b>Medication:</b><br>- 2% Xylocain viscous อมแล้วกลืน 1 ซ่อนชา วันละ 4 ครั้ง ก่อนอาหาร เช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน  |
| 26 พฤษภาคม 2566             | <b>Medication:</b><br>- Senna 7.5 mg รับประทาน ครั้งละ 2 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน<br>- Diclofenac 25 mg รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร เช้า กลางวัน เย็น   |

| วันที่          | แผนการรักษาที่ได้รับ  |
|-----------------|---|
|                 | - Omeprazole 20 mg รับประทาน ครั้งละ 1 แคปซูล วันละ 1 ครั้ง ก่อนอาหาร เช้า              |
| 2 มิถุนายน 2566 | <b>Medication:</b><br>- Tramadol 50 mg รับประทาน ครั้งละ 1 แคปซูล ทุก 6 ชั่วโมง เวลาปวด |

## 6. วิเคราะห์และเปรียบเทียบทฤษฎี/ความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา

### ตารางที่ 11 เปรียบเทียบกรณีศึกษากับข้อมูลทางวิชาการ

| ประเด็น                   | ทฤษฎี/ความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง   | กรณีศึกษา   |
|---------------------------|--|---|
| พยาธิวิทยา                | มะเร็งหลังโพรงจมูกแบ่งชนิดที่พบบ่อยเป็น 3 ชนิด คือ<br>1. Keratinizing Squamous Cell Carcinoma (K-NPC)<br>2. Non-Keratinizing Squamous Cell Carcinoma (NK-NPC) โดยแบ่งออกเป็น 2 ชนิดย่อยคือ Differentiated และ Undifferentiated NK-SCCA<br>3. Basaloid Squamous Cell Carcinoma<br>มะเร็งชนิดนี้พบน้อยมาก  | ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของผู้ป่วยรายนี้ พบว่า เป็นมะเร็งหลังโพรงจมูก เซลล์ชนิด Non-Keratinizing squamous cell carcinoma, Undifferentiated subtype. ซึ่งเป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด ของชาวเอเชีย และสัมพันธ์กับการติดเชื้อ EBV โดยผลการตรวจ Immunohistochemistry-AE1/AE3 ของผู้ป่วยพบการติดเชื้อ Epstein-Barr Virus |
| สาเหตุ และ ปัจจัยส่งเสริม | 1. การติดเชื้อไวรัส Epstein-Barr Virus (EBV) เป็น DNA virus ซึ่งอยู่ในกลุ่มของ Herpes virus พบว่าผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกมักจะมีประวัติเคยติดเชื้อ EBV และพบเชื้อไวรัสหรือ DNA ของ EBV ในเซลล์มะเร็งของผู้ป่วย<br>2. ปัจจัยทางสภาพแวดล้อม (Environmental factor) มีปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมหลายอย่างที่อาจมีผลต่อการเกิดมะเร็งหลังโพรงจมูก ได้แก่ | ผู้ป่วยรายนี้ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก แต่มีบิดาป่วยเป็นโรคมะเร็งตับ และมีปัจจัยส่งเสริม โดยมีประวัติสูบบุหรี่มาประมาณ 10 ปี (2-3 มวน/วัน) และดื่มสุรามามากประมาณ 12 ปี (1-2 ครั้ง/สัปดาห์) รวมทั้งชอบทานปลาเค็ม ส้มตำปูปลาร้า เป็นประจำ อีกทั้งผู้ป่วยทำงานเป็นช่าง                      |

| ประเด็น  | ทฤษฎี/ความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง   | กรณีศึกษา  |
|--|--|--|
|  | <p>ฝุ่นละออง ฝุ่นไม้ ปลาเค็ม ปลาร้า เนื้อเค็ม อาหารหมักดอง สารเคมีต่าง ๆ รวมไปถึงการดื่มสุราและสูบบุหรี่</p> <p>3. ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetic factor) ประวัติมะเร็งหลังโพรงจมูกในครอบครัว พบว่าบุคคลมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกมากขึ้น หากมีคนในครอบครัวเป็นโรค</p>  | <p>ซ่อมบำรุง ซึ่งเกี่ยวข้องกับสารเคมี ต่อมสารเคมี ป้องกันสนิม น้ำมันเครื่อง ล้วนเป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้เกิดมะเร็งทั้งสิ้น และยังตรวจพบเชื้อไวรัส หรือ DNA ของ EBV ในเซลล์มะเร็งของผู้ป่วย</p>  |
| <p><b>อาการและอาการแสดงทางคลินิก</b></p>                       | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีก้อนต่อมน้ำเหลืองที่คอโตเป็นอาการที่พบบ่อยมาพบแพทย์ได้บ่อยที่สุด</li> <li>2. อาการทางหู ทำให้เกิดการได้ยินลดลงจากการนำเสียงเสีย บางครั้งผู้ป่วยอาจมีอาการของเสียงก้องในใบหู อาการปวดร้าวไปที่หู</li> <li>3. อาการทางจมูก ทำให้มีอาการของน้ำมูกปนเลือด พบได้บ่อยที่สุด และมีอาการคัดจมูกข้างเดียวหรือทั้ง 2 ข้าง</li> <li>4. อาการทางระบบประสาท อาการผิดปกติที่พบบ่อยที่สุด คือ ผู้ป่วยจะมีอาการชาบริเวณใบหน้า</li> </ol> | <p>ผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยอาการคัดจมูกทั้ง 2 ข้าง หายใจไม่ค่อยสะดวกและมีอาการหูอื้อทั้ง 2 ข้างตลอดเวลา คลำพบก้อนที่บริเวณลำคอทั้ง 2 ข้าง และก้อนโตขึ้นเรื่อย ๆ บริเวณก้อน ไม่มีอาการเจ็บปวด ซึ่งธรรมชาติของโรคนี้อยู่ส่วนใหญ่ประมาณ 60-70% มักมาด้วยก้อนที่คอโต โดยที่ไม่มีอาการเจ็บปวด</p>                     |
| <p><b>การวินิจฉัยโรคและผลการตรวจที่สนับสนุนการวินิจฉัย</b></p> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การซักประวัติ<br/>โรคมะเร็งหลังโพรงจมูกมักมาด้วยอาการแสดงที่สำคัญ คือ ก้อนที่คอโตขึ้นเรื่อย ๆ ไม่เจ็บ ไม่ปวดอาการคัดแน่นจมูก เลือดกำเดาไหล หูอื้อ ซักประวัติส่วนตัว และประวัติครอบครัวผู้ป่วย เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า อาชีพ โรคประจำตัวผู้ป่วย รวมถึงโรคต่าง ๆ ที่เคยรักษามาในอดีต</li> <li>2. การตรวจร่างกาย<br/>2.1 การตรวจดูโพรงหลังจมูก Flexible fiberoptic scope</li> </ol>                                       | <p>13 กุมภาพันธ์ 2566<br/>แพทย์ได้ทำ Fine Needle Aspiration (FNA) บริเวณต่อมน้ำเหลืองที่คอด้านซ้าย เพื่อส่งตรวจ Immunohistochemistry-AE1/AE3 พบมีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง และมีการติดเชื้อ Epstein-Barr Virus</p> <p>10 มีนาคม 2566<br/>ตัดชิ้นเนื้อบริเวณ Nasopharynx mass เพื่อหา Primary ส่งตรวจพบ</p> |

| ประเด็น | ทฤษฎี/ความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง  | กรณีศึกษา   |
|---------|---|---|
|         | <p>2.2 การตรวจหู เพื่อดูลักษณะผิดปกติและการเคลื่อนไหวของแก้วหู</p> <p>2.3 การคลำคอ เพื่อตรวจการแพร่กระจายของมะเร็งไปสู่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ</p> <p><b>3. การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ</b></p> <p>3.1 การตรวจหา Titer ของ EBV</p> <p>3.2 Complete blood count, Renal function, Liver function</p> <p>3.5 Tumor biomarker: EBV DNA level</p> <p><b>4. การตรวจทางรังวินิจฉัย</b></p> <p>4.1 Chest x-ray (CXR)</p> <p>4.2 Ultrasonography (US)</p> <p>4.3 Bone scan</p> <p>4.4 Computerized Tomographic (CT scan)</p> <p>4.5 Magnetic Resonance Imaging (MRI)</p> <p><b>5. การตัดชิ้นเนื้อเพื่อตรวจทางพยาธิวิทยา</b><br/>แพทย์จะทำการตัดชิ้นเนื้อเพื่อการวินิจฉัยต้องทำทุกราย</p> | <p><b>เซลล์มะเร็งชนิด Non-Keratinizing squamous cell carcinoma, Undifferentiated subtype</b></p> <p><b>20 มีนาคม 2566</b></p> <p><b>ส่งตรวจ CT Neck เพื่อจัดระยะของโรคสำหรับวางแผนการรักษา</b></p> <p>ผลการตรวจเป็นมะเร็งหลังโพรงจมูก ระยะ T1N2</p> <p>- T1 คือ มะเร็งจำกัดอยู่ที่ช่องจมูก ขยายไปยังคอหอยส่วนปากและโพรงจมูก</p> <p>- N2 คือ มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่คอทั้ง 2 ข้าง ขนาดน้อยกว่า 6 เซนติเมตร เนื้อขอบทางของกระดูกอ่อนไครคอยด์ (Cricoid)</p> <p><b>27 มีนาคม 2566</b></p> <p><b>ตรวจ Chest X-ray ไม่พบความผิดปกติของปอด</b></p> <p><b>10 เมษายน 2566</b></p> <p><b>ตรวจ Bone Scan ไม่พบการแพร่กระจายไปกระดูก</b></p> <p><b>10 เมษายน 2566</b></p> <p><b>ตรวจ Ultrasonography of Upper Abdomen ไม่พบความผิดปกติของตับและท่อทางเดินน้ำดี</b></p> <p><b>10 เมษายน 2566</b></p> <p><b>ตรวจ MRI Nasopharynx พบโรคมะเร็งอยู่บริเวณ Rosenmuller's fossae &amp; Eustachian tubes</b></p> |

| ประเด็น                         | ทฤษฎี/ความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง  | กรณีศึกษา   |
|---------------------------------|---|---|
|                                 |   | <p>มะเร็งจำกัดอยู่ที่ช่องจมูก มีการขยายไปยังคอหอยส่วนปากและโพรงจมูก</p> <p>มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่คอทั้ง 2 ข้าง ขนาดน้อยกว่า 6 เซนติเมตร</p>   |
| <p><b>การแพร่กระจาย</b></p>     | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การแพร่กระจายทางระบบทางเดินน้ำเหลือง การลุกลามของโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกไปที่ต่อมน้ำเหลืองพบได้บ่อย มักมีก้อนที่คอโตตั้งแต่มาพบแพทย์</li> <li>2. การแพร่กระจายเฉพาะที่ มะเร็งหลังโพรงจมูกส่วนใหญ่มักเริ่มจากบริเวณผนังด้านข้างบริเวณ Fossa of Rosenmuller แล้ว จึงค่อยลุกลามไปผนังส่วนอื่น ๆ</li> <li>3. การแพร่กระจายระยะไกล การกระจายของโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกไปยังอวัยวะอื่น ๆ</li> </ol>   | <p><b>จากผลตรวจ MRI Nasopharynx พบมะเร็งอยู่บริเวณ</b> Rosenmuller's fossae &amp; Eustachian tubes และมีการแพร่กระจายไปกลุ่มต่อมน้ำเหลืองระดับที่ 2, 3, 4, 5 โดยมีขนาดประมาณ 3.4, 3.2, 1.8, 1.1 ซม. ตามลำดับ และยังพบต่อมน้ำเหลืองในคอหอยทั้ง 2 ข้าง ขยายใหญ่ขึ้น ขนาดประมาณ 1.7-2.3 ซม. ไม่พบการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ</p>  |
| <p><b>การแบ่งระยะของโรค</b></p> | <p>การแบ่งระยะของโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก โดยอ้างอิงจาก 8<sup>th</sup> edition of the American Joint Committee on Cancer's TNM staging สามารถกำหนดระยะได้ 4 ระยะดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ระยะที่ I ได้แก่ T1 N0 M0</li> <li>• ระยะที่ II ได้แก่ T0-T2 N1, T2 N0 (T2 หรือ N1)</li> <li>• ระยะที่ III ได้แก่ T3 N0-2, หรือ T0-3 N2 (T3 หรือ N2)</li> <li>• ระยะที่ IV แบ่งเป็นระยะที่ IVA ได้แก่ T4 N0-2 และ any T N3</li> <li>• ระยะที่ IVB ได้แก่ M1</li> </ul> | <p>การแบ่งระยะของโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกในผู้ป่วยรายนี้ พบว่าอยู่ในระยะ TIN2M0 Stage III โดยมีรายละเอียดดังนี้</p> <p>T1 คือ มะเร็งจำกัดอยู่ที่ช่องจมูก หรือขยายไปยังคอหอยส่วนปากและโพรงจมูก</p> <p>N2 คือ มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่คอทั้ง 2 ข้าง ขนาดน้อยกว่า 6 เซนติเมตร เหนือขอบทางของกระดูกอ่อนไครคอยด์</p> <p>M0 คือ ไม่พบมะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ที่อยู่ห่างไกลออกไป</p> |

| ประเด็น       | ทฤษฎี/ความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง   | กรณีศึกษา   |
|---------------|--|---|
| การพยากรณ์โรค | <p>1. ระยะของโรค (TNM staging system) เป็น Prognostic factor ที่สำคัญที่สุด</p> <p>2. พยาธิสภาพ (Histological type) โดย WHO type I (Keratinizing squamous cell carcinoma) มักมีการพยากรณ์โรคที่แยกว่า</p> <p>3. Circulating EBV DNA ผู้ป่วยที่มีระดับ Plasma EBV DNA level ก่อนเริ่มการรักษา (Pre-EBV) สูงและยังคงมีการตรวจพบในช่วงระหว่าง (Mid-EBV) และหลังการฉายรังสี (Post-EBV) จะมีการพยากรณ์โรคไม่ดี ทั้งในแง่ อัตราการรอดชีวิต การปลอดโรค และการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ</p>  | <p>ผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ 3 TIN2M0 ซึ่ง T1 (Primary tumor) มีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคเฉพาะที่ 67-97% และมีอัตราการรอดชีวิตใน 5 ปี มากที่สุดถึง 60-76% เมื่อเทียบกับ Primary tumor ระยะอื่น ๆ อีกทั้งยังตรวจพบเป็นมะเร็งหลังโพรงจมูกเซลล์ชนิด Non-Keratinizing squamous cell carcinoma ซึ่งมีการพยากรณ์โรคที่ต่ำกว่าเซลล์ชนิดอื่น ๆ</p>   |
| การรักษาโรค   | <p><b>ระยะที่ I การฉายรังสี</b></p> <p><b>ระยะที่ I - IVA</b></p> <p>1. การฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด (Concurrent chemoradiotherapy) + ยาเคมีบำบัด (Adjuvant chemotherapy) หรือ</p> <p>2. ยาเคมีบำบัด (Induction chemotherapy) + การฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด (Concurrent chemoradiotherapy)</p> <p><b>ระยะที่ IVB</b></p> <p>1. ฉายรังสี หรือ</p> <p>2. รักษาตามอาการแบบประคับประคอง (Supportive treatment)</p> <p><b>สูตรยาที่ใช้ในการรักษาร่วมกับการฉายรังสี</b></p> <p>สูตรที่ 1 Cisplatin</p> <p>สูตรที่ 2 Weekly Cisplatin</p> <p>สูตรที่ 3 Carboplatin</p> <p>สูตรที่ 4 Weekly Carboplatin</p> | <p>ผู้ป่วยรายนี้ พบว่าอยู่ในระยะที่ 3 TIN2M0 แผนการรักษาที่เหมาะสมตามแนวทางการรักษามะเร็งหลังโพรงจมูกแบ่งตามระยะของโรค (NCCN guideline) คือ การฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด และตามด้วยยาเคมีบำบัด สำหรับการฉายรังสีเพื่อหวังผลหายขาด ใช้วิธีการฉายรังสีระยะไกล ซึ่งใช้เทคนิคการฉายรังสีแบบปรับความเข้มต่อเนื่องแบบหมุนรอบตัว ซึ่งจะทำให้เกิดอาการข้างเคียงน้อยที่สุด ให้ปริมาณรังสีครั้งละ 212 cGy จำนวน 33 ครั้ง ผู้ป่วยจะได้รับปริมาณรังสีรวมทั้งหมด 7,208 cGy ร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดสูตร Weekly Carboplatin ปริมาณยา 280 mg/Cycle รวมทั้งหมด 7 Cycle</p> |

| ประเด็น   | ทฤษฎี/ความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง   | กรณีศึกษา   |
|---|--|---|
|   | <p>การฉายรังสีเพื่อหวังผลหายขาด<br/>จะใช้ปริมาณของรังสี 6,500-7,000 cGy ใน T1, T2</p> <p><b>เทคนิคที่ใช้ในการฉายรังสี คือ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การฉายรังสีแบบ 3 มิติ</li> <li>2. การฉายรังสีแบบปรับความเข้ม</li> <li>3. การฉายรังสีแบบหมุนรอบตัว</li> <li>4. การฉายรังสีแบบปรับความเข้มต่อเนื่องแบบหมุนรอบตัว</li> </ol>  | <p>จำนวนปริมาณยาที่ใช้รวม<br/>1,960 mg</p>  |
| <p><b>ผลข้างเคียงจากการรักษา<br/>รังสีร่วมกับ<br/>เคมีบำบัด</b></p> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>กลุ่มอาการทางผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสี</b><br/>จะเริ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง เมื่อได้รับปริมาณรังสี 1,000-2,000 cGy โดยจะมีอาการแสดง คือ บริเวณผิวหนัง เป็นรอยดำ คล้ำไหม้ แห้ง คัน แสบ ร้อน</li> <li>2. <b>ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ</b> เมื่อผู้ป่วยได้รับปริมาณรังสี 1,000-2,000 cGy เยื่อช่องปากจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลง และเมื่อได้รับปริมาณรังสีมากกว่า 3,000 cGy ขึ้นไป ส่งผลให้มีโอกาสเกิดแผลและการอักเสบเยื่อช่องปากจะสูญเสียหน้าที่และมีอาการเจ็บปวดเกิดขึ้น จะเกิดในวันที่ 5-14 หลังจากได้รับยาเคมีบำบัดและเป็นอยู่ประมาณ 2-3 สัปดาห์</li> <li>3. <b>อาการน้ำลายแห้ง</b> ภาวะนี้เริ่มเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้รับรังสีในปริมาณ 2,000 cGy และเมื่อได้รับพลังงานรังสีในปริมาณ 6,000 cGy ขึ้นไป ส่งผลต่อการเคี้ยว การรับรส การรับประทานอาหารและการพูด</li> </ol> | <p>ผู้ป่วยรายนี้พบอาการข้างเคียงต่าง ๆ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง Grade 1 เมื่อได้รับปริมาณรังสี 1,060 cGy และรุนแรงเพิ่มขึ้นเป็น Grade 2 เมื่อได้รับปริมาณรังสี 4,240 cGy</li> <li>- เริ่มมีภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ Grade 1 เมื่อได้รับปริมาณรังสี 1,060 cGy และรุนแรงเพิ่มขึ้นเป็น Grade 2 เมื่อได้รับปริมาณรังสี 3,180 cGy ร่วมกับมีอาการปวด PS 5-7 คะแนน เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้รักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด อาการเยื่อช่องปากอักเสบจึงเกิดเร็วขึ้น และมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น</li> <li>- เริ่มมีอาการน้ำลายแห้ง Grade 1 เมื่อได้รับปริมาณรังสี 1,908 cGy มีน้ำลายเหนียวข้น บ้วนออกยาก ทำให้กลืนและเคี้ยวอาหารลำบาก และ</li> </ul> |

| ประเด็น | ทฤษฎี/ความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง   | กรณีศึกษา  |
|---------|--|--|
|         | <p><b>4. อาการรับรู้รสชาติเปลี่ยนแปลง</b> จะเริ่มเกิดขึ้นเมื่อได้รับพลังงานรังสีในปริมาณ 2,000-4,000 cGy จะไม่สามารถรับรู้รสชาติภายหลังฉายรังสีปริมาณ 6,000 cGy</p> <p><b>5. อาการอ่อนล้า เหนื่อยล้า</b> จากการฉายรังสี เริ่มเกิดอาการเล็กน้อยใน 3 สัปดาห์แรก (ปริมาณรังสีประมาณ 2,700-3,000 cGy) และระดับปานกลาง ในสัปดาห์ที่ 4-5 (ปริมาณรังสีประมาณ 3,600 cGy เป็นต้นไป) และเพิ่มมากขึ้นในสัปดาห์ที่ 6</p> <p><b>6. การกดไขกระดูก</b> เม็ดเลือดขาวและเกร็ดเลือดจะลดจำนวนลงถึงระดับต่ำสุดภายในระยะเวลา 7-14 วัน และเม็ดเลือดแดงจะลดสู่ระดับต่ำสุด ภายในระยะ 3-4 สัปดาห์หลังจากได้ยาเคมีบำบัด</p> <p><b>7. คลื่นไส้อาเจียน</b> แบบเฉียบพลัน (เกิดภายใน 24 ชั่วโมงหลังได้รับยาเคมีบำบัด) และระยะหลังจาก 24 ชั่วโมง และอาจเกิดจากประสบการณ์คลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัดในครั้งก่อน ๆ เมื่อทราบว่าต้องให้ยาเคมีบำบัด</p> <p><b>8. ภาวะเบื่ออาหาร</b> เกิดจากยาเคมีบำบัดไปทำลายต่อมรับรสบริเวณลิ้น เกิดการสูญเสียการรับรส ไม่รู้สึกสัมผัสและการได้กลิ่น</p> <p><b>9. อาการท้องผูก</b> อาการท้องผูกสามารถพบได้ในผู้ป่วยมะเร็งประมาณ 50% หรือ 3 ใน 4 ปัจจัยเสี่ยงต่ออาการท้องผูกอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยอยู่ในภาวะเครียด และยาแก้คลื่นไส้อาเจียน</p> | <p>รุนแรงเพิ่มขึ้นเป็น Grade 2 เมื่อได้รับปริมาณรังสี 3,180 cGy</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เริ่มมีอาการรับรู้รสชาติเปลี่ยนแปลง Grade 1 เมื่อได้รับปริมาณรังสี 3,180 cGy และไม่สามารถรับรสชาติได้เลย Grade 2 เมื่อได้รับปริมาณรังสี 6,148 cGy</li> <li>- เริ่มมีอาการอ่อนล้า เหนื่อยล้า Grade 1 เมื่อได้รับปริมาณรังสี 1,908 cGy และมีอาการเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้น Grade 2 เมื่อได้รับปริมาณรังสี 3,180 cGy จากการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้ามากขึ้น</li> <li>- ผู้ป่วยรายนี้มีผลข้างเคียงจากการกดไขกระดูกค่อนข้างน้อย เนื่องจากให้ปริมาณยาเคมี Low-dose เพราะเป็นการรักษาร่วมกับการฉายรังสี</li> <li>- เริ่มมีอาการคลื่นไส้อาเจียนมาก หลังจากได้รับยาเคมีบำบัดประมาณ 8 ชั่วโมง แล้วจะค่อย ๆ ดีขึ้นหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดไปแล้ว 3 วัน</li> <li>- มีอาการเบื่ออาหารมาตั้งแต่เริ่มป่วย และเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด ทำให้เบื่ออาหารมากขึ้น</li> <li>- ผู้ป่วยมีอาการท้องผูก ขับถ่าย 3-4 วัน/ครั้ง เนื่องจากภาวะเครียด ดื่มน้ำน้อย และได้รับยาแก้คลื่นไส้อาเจียน ยาแก้ปวด</li> </ul> |

## 7. การพยาบาล

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาในช่วงที่ผู้ป่วยรับการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ระหว่างวันที่ 24 มีนาคม 2566 ถึงวันที่ 4 สิงหาคม 2566 และเมื่อผู้ป่วยมาตรวจติดตามหลังฉายรังสีครบ ในวันที่ 4 สิงหาคม 2566 รวม 133 วัน

### 24 มีนาคม 2566 (รับไว้ในการดูแล สรุปสถานะแรกรับ)

ชายไทยอายุ 36 ปี ผิวดำแดง รูปร่างท้วม รู้สึกตัวดี สีหน้าวิตกกังวลและคิ้วขมวด ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล ประเมินพบก้อนบริเวณคอทั้ง 2 ข้าง เสียงแหบเล็กน้อย มีอาการคัดจมูก หายใจไม่ค่อยสะดวก หูอื้อทั้ง 2 ข้าง แต่ยังพอได้ยินชัด พูดคุยโต้ตอบรู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้ดี แต่งกาย สะอาด เรียบร้อย สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 152/83 มิลลิเมตรปรอท ค่าออกซิเจนในกระแสเลือด 98% ประเมินสมรรถนะทางกาย Karnofsky scale 90% น้ำหนัก 77.6 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 26.85 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐาน มีอาการปวดตึงบริเวณคอและไหล่ Pain score 2-3 คะแนน

### การพยาบาลหรือกิจกรรมที่ให้

1. สร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมั่นใจ พร้อมเข้าสู่กระบวนการรักษา อีกทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบายความกลัวหรือความวิตกกังวล ปลอดภัยและให้กำลังใจ แสดงความพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ประเมินและค้นหาปัญหา
2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาด้วยรังสีรักษาและยาเคมีบำบัด ประโยชน์และอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ขั้นตอนกระบวนการรักษา ได้แก่ การนัดหมาย การวางแผนการรักษา ระยะเวลาการรักษา วิธีการรักษา อาการข้างเคียง และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษา
3. ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการรักษาด้วยรังสีรักษาและยาเคมีบำบัด ดังนี้
  - แนะนำเข้ารับการทำฟันจากทันตแพทย์ให้เสร็จเรียบร้อย ภายในวันที่ 10 เม.ย. 2566 เพื่อให้แผลหายดีก่อนวันทำ MRI SIM และ CT SIM
  - แนะนำการงดน้ำและอาหารทุกชนิด ตั้งแต่เวลา 6.00 น. ในวันที่ 24 เม.ย. 2566
  - แลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลรักษาความสะอาดและการดูแลช่องปากที่ถูกต้อง
  - แลกเปลี่ยนข้อมูลและส่งเสริมให้วางแผนเกี่ยวกับโภชนาการ สะสมพลังงานล่วงหน้า เพื่อสามารถรับการรักษาได้ครบถ้วน การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค พร้อมทั้งแนะนำการรับประทานอาหารที่ให้พลังงานและโปรตีนสูง เช่น ไข่ เนื้อสัตว์ เนื้อปลา เนื้อไก่ เนื้อหมู ถั่ว ผักใบเขียว อาหารที่ปรุงสุกใหม่

- แลกเปลี่ยนข้อมูลให้เห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมหรือการออกกำลังกายเบา ๆ เพื่อเพิ่มความแข็งแรง และลดการสลายและการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง โดยการชั่งน้ำหนักสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
- แนะนำการวางแผนเรื่องการลางาน การเดินทางหรือที่พัก ขณะมารับการรักษา
- แนะนำการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับสิทธิการรักษาให้เสร็จเรียบร้อยก่อนวันมาจำลองการรักษา

### สรุปประเด็นการติดตามครั้งต่อไป

ประเมินความพร้อมเพื่อเข้ารับการจำลองการรักษาด้วยรังสี

ครั้งที่ 1 วันที่ 11 เมษายน 2566 (Call visit)

เป้าหมายในการติดตาม

ประเมินความพร้อมเพื่อเข้ารับการจำลองการรักษา

สรุปประเด็นที่ประเมินพบ

จากการสอบถามผู้ป่วยได้รับการทำฟันจากทันตกรรมและดำเนินการติดต่อทำเรื่องสิทธิการรักษาเสร็จเรียบร้อยแล้ว สุขภาพร่างกายแข็งแรงดี มีความพร้อมที่จะมาตามนัดเพื่อจำลองการรักษา

การพยาบาลหรือกิจกรรมที่ให้

ทบทวนการปฏิบัติตัวก่อนจำลองการรักษา เสริมสร้างกำลังใจ และสอบถามปัญหา พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ

สรุปประเด็นการติดตามครั้งต่อไป

ประเมินความพร้อมก่อนเข้ารับการจำลองการรักษา

ครั้งที่ 2 วันที่ 24 เมษายน 2566 (ผู้ป่วยมาตามนัดที่คลินิกรังสีรักษาเพื่อจำลองการรักษา)

เป้าหมายในการติดตาม

เพื่อประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการจำลองการรักษาด้วย MRI SIM และ CT SIM

สรุปประเด็นที่ประเมินพบ

| ประเด็นการประเมิน        | ข้อมูลการประเมินที่พบ   |
|--------------------------|---|
| ประเมินสภาพร่างกายทั่วไป | - สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้ง/นาที<br>หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 118/72 มิลลิเมตรปรอท<br>O <sub>2</sub> Saturation 99%<br>- ระดับความรู้สึกตัว = 1 (Alert) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พุดคุยโต้ตอบรู้เรื่อง |

| ประเด็นการประเมิน   | ข้อมูลการประเมินที่พบ  |
|---|--|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ระดับ Karnofsky scale = 90%</li> <li>- เสียเหงับเล็กน้อย มีอาการคัดจมูก หายใจไม่ค่อยสะดวก หูอื้อทั้ง 2 ข้าง แต่ยังสามารถได้ยินชัด</li> </ul>  |
| ประเมินด้านจิตใจและสังคม  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล คิ้วขมวด พร้อมทั้งพูดว่า“กลัวการเข้าเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์”</li> <li>- ประเมิน 2 คำถาม (2Q) ไม่พบข้อคำถามที่ผิดปกติ</li> </ul>   |
| ประเมินความพร้อมของการเตรียมตัวก่อนทำ MRI SIM และ CT SIM        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำฟันจากทันตแพทย์เสร็จเรียบร้อย ถอนฟันทั้งหมด 2 ซี่ แผลหายสนิทดี เย็บในช่องปากปกติ</li> <li>- งดน้ำและอาหารก่อนมาทำ MRI SIM และ CT SIM เวลา 5.00 น.</li> </ul>  |
| <b>ประเมินร่างกายที่สำคัญเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนการรักษา</b> |  |
| ภาวะโภชนาการ  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- น้ำหนักตัวลดลง 1.7 กิโลกรัม ใน 1 เดือน (24 มีนาคม-24 เมษายน 2566)</li> <li>- น้ำหนักตัว 75.9 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 26.26 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐาน (24 เมษายน 2566)</li> <li>- ประเมินการรับประทานอาหารก่อนการรักษา: พบเบื่ออาหาร รับประทานอาหารธรรมดาได้น้อยลงประมาณ 1/2 จากของเดิมที่เคยรับประทานในแต่ละมื้อ</li> </ul> |
| ลักษณะผิวหนัง   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผิวหนังบริเวณใบหน้าและคอ ลักษณะปกติ ไม่มีแผล ผิวแห้งขาดความชุ่มชื้น แต่ไม่เป็นขุย มีความยืดหยุ่นดี</li> <li>- ผิวหนังตำแหน่งบริเวณก้นที่คอทั้ง 2 ข้าง มีความตึงจากขนาดของก้อน (ข้างขวา 7 เซนติเมตร ข้างซ้าย 6 เซนติเมตร)</li> </ul>   |
| ความไม่สบายจากอาการรบกวน  | <ul style="list-style-type: none"> <li>มีอาการปวดบริเวณคอและไหล่ อาการปวดเป็นพัก ๆ</li> <li>Pain score 3 คะแนน ปวดระดับเล็กน้อย</li> </ul>   |
| เยื่อช่องปาก  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Grade 0 (เยื่อช่องปากปกติ)</li> <li>ประเมินภายในช่องปากสะอาดดี เยื่อในช่องปากปกติ ไม่มีแผล ริมฝีปากสีคล้ำ แห้งเล็กน้อย</li> </ul>   |

### การพยาบาลหรือกิจกรรมที่ให้

1. กล่าวทักทายเสริมพลัง สนับสนุน และให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมั่นใจในการรักษา พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ประเมินและค้นหาปัญหา
2. ประเมินการทำฟันและการหายของแผลจากการทำฟัน
3. ประเมินการเตรียมความพร้อมในการงดน้ำและอาหารก่อนทำ MRI SIM และ CT SIM
4. ทบทวนความรู้ ความเข้าใจและอธิบายให้เห็นถึงความสำคัญของการจำลองการรักษาด้วย CT และ MRI simulation กระตุ้นให้ผู้ป่วยวางเป้าหมายร่วมกันเพื่อจำลองการรักษาให้สำเร็จ
5. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเมื่อรับการรักษาทางรังสี เรื่องการดูแลผิวหนัง การดูแลช่องปาก การล้างจมูก การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน พร้อมทั้งให้คู่มือการปฏิบัติตัวและคู่มือวีดีโอ
6. แนะนำการทำกิจกรรมเบี่ยงเบนความสนใจเพื่อบรรเทาอาการปวด
7. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อมูลหรือทักษะการปฏิบัติตัว เพื่อการเสริมพลัง
8. ส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญหน่วยพยาบาลส่งเสริมโภชนาการ

### สรุปประเด็นการติดตามครั้งถัดไป

1. ประเมินความวิตกกังวลต่อการรักษา
2. ประเมินความพร้อมสำหรับการเริ่มฉายรังสี
3. ประเมินอาการปวดคอและไหล่
4. ประเมินภาวะโภชนาการ

ครั้งที่ 3 วันที่ 8 พฤษภาคม 2566 (ผู้ป่วยมาตามนัดที่คลินิกรังสีรักษาเพื่อเริ่มการฉายรังสีครั้งแรก)

### เป้าหมายในการติดตาม

เพื่อให้การเสริมกำลังใจและประเมินความพร้อมผู้ป่วยในการเริ่มการรักษาด้วยการฉายรังสี

### สรุปประเด็นที่ประเมินพบ

| ประเด็นการประเมิน        | ข้อมูลการประเมินที่พบ   |
|--------------------------|---|
| แผนการรักษาที่ได้รับ     | ฉายรังสีครั้งที่ 1/33 ครั้ง ปริมาณรังสีที่ได้รับรวมทั้งหมด 212 cGy  |
| ประเมินสภาพร่างกายทั่วไป | - สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที<br>หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท<br>O <sub>2</sub> Saturation 99%<br>- ระดับความรู้สึกตัว = 1 (Alert) |

| ประเด็นการประเมิน            | ข้อมูลการประเมินที่พบ   |
|------------------------------|---|
|                              | - ระดับ Karnofsky scale = 90%<br>- เสียงแหบเล็กน้อย มีอาการคัดจมูกดีขึ้น หูอื้อทั้ง 2 ข้าง แต่ยังพอได้ยินชัด  |
| ประเมินด้านจิตใจ<br>และสังคม | - ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล และพูดว่า“กลัวการฉายรังสีและกลัวจะทนกับ<br>อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นไม่ไหว”<br>- ประเมิน 2 คำถาม (2Q) ไม่พบข้อคำถามที่ผิดปกติ  |
| ภาวะโภชนาการ                 | - น้ำหนักตัวลดลง 1.3 กิโลกรัม ใน 2 สัปดาห์<br>- น้ำหนักตัว 74.6 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 25.81<br>กิโลกรัม/เมตร <sup>2</sup> ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐาน<br>- รับประทานอาหารธรรมดาได้เพิ่มขึ้นเล็กน้อย ยังมีอาการเบื่ออาหาร ตื่นน้ำ<br>1,500-2,000 มิลลิลิตร/วัน |
| ลักษณะผิวหนัง                | - Skin reaction Grade 0 ผิวหนังบริเวณใบหน้าและคอ ลักษณะปกติ ไม่มี<br>แผล มีความยืดหยุ่นดี<br>- ก้อนบริเวณที่คอทั้ง 2 ข้าง มีขนาดเพิ่มขึ้น<br>(ข้างขวา 7.5 เซนติเมตร ข้างซ้าย 6.5 เซนติเมตร)   |
| ความไม่สบายจากอาการ<br>รบกวน | - มีอาการปวดบริเวณคอและไหล่ อาการปวดเป็นพัก ๆ<br>Pain score 2-3 คะแนน ปวดระดับเล็กน้อย อาการปวดดีขึ้น<br>- นอนหลับพักผ่อนได้ 6-8 ชั่วโมง  |
| เยื่อช่องปาก                 | Oral mucositis Grade 0 เยื่อในช่องปากปกติ ไม่มีแผล ริมฝีปากสีคล้ำ<br>แห้งเล็กน้อย ภายในช่องปากสะอาดดี   |

#### การพยาบาลหรือกิจกรรมที่ให้

1. กล่าวทักทายเสริมพลัง สนับสนุน และให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมั่นใจในการรักษา ประเมินและ  
ค้นหาปัญหาอย่างต่อเนื่อง
2. ประเมินอาการข้างเคียงจากการฉายรังสีบริเวณผิวหนัง เยื่อช่องปาก ความไม่สบายจาก  
อาการรบกวนอื่น ๆ และภาวะด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ
3. ทบทวนความรู้ ความเข้าใจและอธิบายให้เห็นถึงความสำคัญของการรักษาด้วยรังสี ประโยชน์ที่  
ผู้ป่วยจะได้รับ กระตุ้นให้ผู้ป่วยวางแผนร่วมกันเพื่อฉายรังสีให้ครบตามแผนการรักษาของ  
แพทย์

4. แลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลตนเองเกี่ยวกับการดูแลผิวหนัง การดูแลช่องปาก การล้างจมูก การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน พร้อมทั้งประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย
5. แนะนำการททาวาสีฟันบริเวณริมฝีปากให้เกิดความชุ่มชื้น
6. แนะนำและกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากขึ้น พกขวดน้ำ จิบน้ำบ่อย ๆ
7. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ซักถามข้อมูลหรือทักษะการปฏิบัติตัว เพื่อการเสริมพลัง
8. กระตุ้นและเป็นกำลังใจในการรับประทานอาหารตามคำแนะนำของทีมโภชนาการ อีกทั้งส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญหน่วยพยาบาลส่งเสริมโภชนาการตามนัดอย่างต่อเนื่อง

#### สรุปประเด็นการติดตามครั้งถัดไป

1. ประเมินภาวะด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณระหว่างการรักษา
2. ประเมินอาการข้างเคียงจากการฉายรังสีบริเวณผิวหนัง เยื่อช่องปาก
3. ประเมินความไม่สุขสบายจากอาการรบกวนอื่น ๆ
4. ประเมินภาวะโภชนาการ

ครั้งที่ 4 วันที่ 12 พฤษภาคม 2566 (ผู้ป่วยมาตามนัดที่คลินิกรังสีรักษาเพื่อฉายรังสีต่อเนื่อง สัปดาห์ที่ 1)

#### เป้าหมายในการติดตาม

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีและยาเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่อง โดยการเสริมกำลังใจ ประเมินปัญหาระหว่างการรักษา และให้การช่วยเหลือ

#### สรุปประเด็นที่ประเมินพบ

| ประเด็นการประเมิน         | ข้อมูลการประเมินที่พบ   |
|---------------------------|---|
| แผนการรักษาที่ได้รับ      | ฉายรังสีครั้งที่ 5/33 ครั้ง ปริมาณรังสีที่ได้รับรวมทั้งหมด 1,060 cGy  |
| ประเมินสภาพร่างกายทั่วไป  | - สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 119/74 มิลลิเมตรปรอท O <sub>2</sub> Saturation 99%<br>- ระดับความรู้สึกตัว = 1 (Alert)<br>- Karnofsky scale = 90%<br>- ยังมีเสียงแหบและอาการคัดจมูกเล็กน้อย หูอื้อทั้ง 2 ข้าง แต่ยังพอได้ยินชัด |
| ประเมินด้านจิตใจ และสังคม | - ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล บอกว่า “วันนี้ต้องให้ยาเคมีบำบัดครั้งแรก รู้สึกกลัว รู้สึกไม่ค่อยสบายใจ เหนื่อยกับการเดินทางมาทุกวัน จากจังหวัดสมุทรปราการ มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น อาจต้องออกจากงาน”   |

| ประเด็นการประเมิน               | ข้อมูลการประเมินที่พบ   |
|---------------------------------|---|
|                                 | - ประเมิน 2 คำถาม (2Q) ไม่พบข้อคำถามที่ผิดปกติ  |
| ภาวะโภชนาการ                    | - น้ำหนักตัวลดลง 1.1 กิโลกรัม ใน 1 สัปดาห์ ร้อยละน้ำหนักตัวที่ลดลง 1.47% /สัปดาห์<br>- น้ำหนักตัว 73.5 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 25.43 กิโลกรัม/เมตร <sup>2</sup> ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐาน<br>- รับประทานอาหารธรรมดาและอาหารอ่อน ได้เท่าเดิมเปรียบเทียบจากการเยี่ยมครั้งก่อน |
| ลักษณะผิวหนัง                   | - Skin reaction Grade 1 ผิวหนังบริเวณใบหน้าและคอ เริ่มแห้ง เหงื่อออกลดลง ไม่มีแผล<br>- ก้อนบริเวณที่คอทั้ง 2 ข้าง มีขนาดลดลง (ข้างขวา 7 เซนติเมตร ข้างซ้าย 6 เซนติเมตร)   |
| ความไม่สุขสบายจากอาการ<br>รบกวน | - ยังมีอาการปวดบริเวณคอและไหล่ อาการปวดเป็นพัก ๆ<br>Pain score 2-3 คะแนน ปวดระดับเล็กน้อย<br>- นอนหลับพักผ่อนได้ 6-7 ชั่วโมง  |
| เยื่อช่องปาก                    | Oral mucositis Grade 1 เยื่อในช่องปากเกิดการเปลี่ยนแปลงมีสีลักษณะซีด ขาว ไม่มีแผล ริมฝีปากแห้งเล็กน้อย ภายในช่องปากสะอาดดี  |

#### การพยาบาลหรือกิจกรรมที่ให้

1. กล่าวทักทายเสริมพลัง สนับสนุน และให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมั่นใจในการรักษา ประเมินและค้นหาปัญหาอย่างต่อเนื่อง
2. ประเมินอาการข้างเคียงจากการฉายรังสีบริเวณผิวหนัง เยื่อช่องปาก ความไม่สุขสบายจากอาการรบกวนอื่น ๆ และภาวะด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ
3. ทบทวนความรู้ ความเข้าใจและอธิบายให้เห็นถึงความสำคัญของการให้ยาเคมีบำบัด ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ เน้นย้ำถึงเป้าหมายของการรักษาที่ผู้ป่วยได้วางแผนไว้ร่วมกันเพื่อไปถึงเป้าหมาย
4. อธิบายให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงทางผิวหนังและเยื่อช่องที่เกิดขึ้น เพื่อคลายความวิตกกังวล พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลตนเองเกี่ยวกับการดูแลผิวหนัง การดูแลช่องปาก

การล้างจมูก การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน พร้อมทั้งประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย

5. ประสานงานส่งปรึกษาสังคมสงเคราะห์ เพื่อขอค่าเดินทาง และแนะนำบ้านพักสมาคมเพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจในการมาพักอาศัยช่วงการรักษา
6. กระตุ้นและเป็นกำลังใจในการรับประทานอาหารตามคำแนะนำของทีมโภชนาการ อีกทั้งส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญหน่วยพยาบาลส่งเสริมโภชนาการตามนัดอย่างต่อเนื่อง
7. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ซักถามข้อมูลหรือทักษะการปฏิบัติตัว เพื่อการเสริมพลัง

#### สรุปประเด็นการติดตามครั้งถัดไป

1. ประเมินภาวะด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณระหว่างการรักษา
2. ประเมินอาการข้างเคียงจากการฉายรังสีบริเวณผิวหนัง เยื่อช่องปาก
3. ประเมินความไม่สุขสบายจากอาการรบกวนอื่น ๆ
4. ประเมินภาวะโภชนาการ

ครั้งที่ 5 วันที่ 19 พฤษภาคม 2566 (ผู้ป่วยมาตามนัดที่คลินิกรังสีรักษาเพื่อฉายรังสีต่อเนื่อง สัปดาห์ที่ 2)

#### เป้าหมายในการติดตาม

- 1.1 เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีและยาเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่อง
- 1.2 เพื่อบรรเทาอาการข้างเคียงระหว่างการรักษา

#### สรุปประเด็นที่ประเมินพบ

| ประเด็นการประเมิน        | ข้อมูลการประเมินที่พบ  |
|--------------------------|--|
| แผนการรักษาที่ได้รับ     | - ฉายรังสีครั้งที่ 9/33 ครั้ง ปริมาณรังสีที่ได้รับรวมทั้งหมด 1,908 cGy<br>- หลังให้ยาเคมีบำบัด Cycle 1 Day 7   |
| ประเมินสภาพร่างกายทั่วไป | - สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที<br>หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 102/74 มิลลิเมตรปรอท<br>O <sub>2</sub> Saturation 99%<br>- ระดับความรู้สึกตัว = 1 (Alert)<br>- Karnofsky scale = 80%<br>- Fatigue Grade 1 ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกอ่อนเพลียเล็กน้อย”<br>- ยังมีเสียงแหบและอาการคัดจมูกเล็กน้อย หูอื้อทั้ง 2 ข้าง แต่ยังพอได้ยินชัด |

| ประเด็นการประเมิน           | ข้อมูลการประเมินที่พบ   |
|-----------------------------|---|
| ประเมินด้านจิตใจและสังคม    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล บอกว่า “เครียด ต้องออกจากงาน ไม่มีรายได้ รู้สึกสงสารภรรยา ต้องเป็นภาระของภรรยา และขอพักที่บ้านพักสมาคม”</li> <li>- ประเมิน 2 คำถาม (2Q) พบ 1 ข้อคำถามที่ผิดปกติ จึงต้องประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ผลรวม 6 คะแนน สรุปผล ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> </ul>   |
| ภาวะโภชนาการ                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- น้ำหนักตัวลดลง 1.8 กิโลกรัม ใน 1 สัปดาห์ ร้อยละน้ำหนักตัวที่ลดลง 2.45% /สัปดาห์</li> <li>- น้ำหนักตัว 71.7 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 24.81 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐาน</li> <li>- Nausea and vomiting Grade 2 ประมาณ 2-5 ครั้ง/วัน</li> <li>- Xerostomia Grade 1 น้ำลายแห้ง คอแห้ง ปากแห้ง กลืนลำบาก</li> <li>- เบื่ออาหาร รับประทานได้เฉพาะอาหารอ่อน ประมาณมื้อละ 4-5 ช้อน</li> </ul> |
| ลักษณะผิวหนัง               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skin reaction Grade 1 ลักษณะผิวหนังเริ่มแดง ผิวแห้ง เหงื่อลดลง คัน ไม่มีแผล</li> <li>- ก้อนบริเวณที่คอทั้ง 2 ข้าง มีขนาดลดลง (ข้างขวา 6 เซนติเมตร ข้างซ้าย 5 เซนติเมตร)</li> </ul>   |
| ความไม่สุขสบายจากอาการรบกวน | <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีอาการปวดบริเวณคอและไหล่ อาการปวดเป็นพัก ๆ Pain score 2-3 คะแนน ปวดระดับเล็กน้อย</li> <li>- มีอาการเจ็บปาก เจ็บคอ Pain score 4 คะแนน ปวดระดับปานกลาง</li> <li>- มีอาการปวดแสบร้อนบริเวณฉายรังสี Pain score 3 คะแนน ปวดระดับเล็กน้อย</li> <li>- นอนหลับพักผ่อนได้ 5-6 ชั่วโมง</li> </ul>   |
| เยื่อช่องปาก                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oral mucositis Grade 1 ลักษณะเยื่อช่องปากแดง ริมฝีปากแห้งเล็กน้อย ภายในช่องปากสะอาดดี</li> </ul>   |
| ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemoglobin 12.1 g/dl และ Hematocrit 36.8% ต่ำลงจากค่าปกติเล็กน้อย</li> <li>- Sodium 131 mmol/L ต่ำกว่าค่าปกติ ไม่มีอาการผิดปกติ</li> </ul>   |

### การพยาบาลหรือกิจกรรมที่ให้

1. กล่าวทักทายเสริมพลัง สนับสนุน และให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมั่นใจในการรักษา ประเมินและค้นหาปัญหาอย่างต่อเนื่อง
2. ประเมินอาการข้างเคียงจากการฉายรังสีบริเวณผิวหนัง เยื่อช่องปาก ความไม่สุขสบายจากอาการรบกวนอื่น ๆ ภาวะแทรกซ้อน และภาวะด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ
3. อธิบายให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อคลายความวิตกกังวล พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนข้อมูล เกี่ยวกับการดูแลและวิธีจัดการกับอาการข้างเคียงต่าง ๆ คือ Oral mucositis Grade 1, Nausea and vomiting Grade 2, Xerostomia Grade 1, Skin reaction Grade 1, Fatigue Grade 1, การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อ อีกทั้งประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย
4. ประสานงานส่งปรึกษาสังคมสงเคราะห์ เพื่อขออนุเคราะห์บ้านพักสมาคมเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักอาศัยในช่วงการรักษา
5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ซักถามข้อมูลหรือทักษะการปฏิบัติตัว เพื่อการเสริมพลัง
6. แนะนำการระมัดระวังอุบัติเหตุจากภาวะซีดและอาการอ่อนเพลีย
7. แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด เช่น มีอาการกล้ำเนื้อเกร็งกระดูกปวดศีรษะมาก สับสนมึนงง
8. กระตุ้นและเป็นกำลังใจในการรับประทานอาหารตามคำแนะนำของทีมโภชนาการ อีกทั้งส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญหน่วยพยาบาลส่งเสริมโภชนาการตามนัดอย่างต่อเนื่อง

### สรุปประเด็นการติดตามครั้งถัดไป

1. ประเมินภาวะด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณระหว่างการรักษา
2. ประเมินอาการข้างเคียงจากการฉายรังสีบริเวณผิวหนัง เยื่อช่องปาก
3. ประเมินความไม่สุขสบายจากอาการรบกวนอื่น ๆ
4. ประเมินภาวะโภชนาการ
5. ประเมินผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ครั้งที่ 6 วันที่ 26 พฤษภาคม 2566 (ผู้ป่วยมาตามนัดที่คลินิกรังสีรักษาเพื่อฉายรังสีต่อเนื่อง สัปดาห์ที่ 3)

### เป้าหมายในการติดตาม

- 1.1 เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีและยาเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่อง

## 1.2 เพื่อบรรเทาอาการข้างเคียงระหว่างการรักษา

## สรุปประเด็นที่ประเมินพบ

| ประเด็นการประเมิน        | ข้อมูลการประเมินที่พบ  |
|--------------------------|--|
| แผนการรักษาที่ได้รับ     | - ฉายรังสีครั้งที่ 14/33 ครั้ง ปริมาณรังสีที่ได้รับรวมทั้งหมด 3,180 cGy<br>- หลังให้ยาเคมีบำบัด Cycle 2 Day 7  |
| ประเมินสภาพร่างกายทั่วไป | - สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 110 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 99/62 มิลลิเมตรปรอท<br>O <sub>2</sub> Saturation 99%<br>- ระดับความรู้สึกตัว = 1 (Alert)<br>- Karnofsky scale = 70%<br>- Fatigue Grade 2 ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกอ่อนเพลียมากขึ้น ไม่ค่อยมีแรง นอนพักก็ไม่ดีขึ้น”<br>- ยังมีเสียงแหบและอาการคัดจมูกเล็กน้อย หูอื้อทั้ง 2 ข้าง แต่ยังพอได้ยินชัด  |
| ประเมินด้านจิตใจและสังคม | - ผู้ป่วยมีสีหน้าเศร้า บอกว่า “รู้สึกว้าวุ่น เหงา โดดเดี่ยว คิดถึงภรรยา อยู่บ้านพักสมาคมต้องช่วยตัวเองทุกอย่าง ปกติภรรยาทำให้”<br>- 2 คำถาม (2Q) พบ 2 ข้อคำถามที่ผิดปกติ จึงต้องประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ผลรวม 6 คะแนน สรุปผล ไม่มีภาวะซึมเศร้า  |
| ภาวะโภชนาการ             | - น้ำหนักตัวลดลง 3 กิโลกรัม ใน 1 สัปดาห์ มีรอยละน้ำหนักตัวที่ลดลง 4.18% /สัปดาห์<br>- น้ำหนักตัวลดลงเหลือ 68.7 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 23.78 กิโลกรัม/เมตร <sup>2</sup> ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ<br>- Nausea and vomiting Grade 2 ประมาณ 2-5 ครั้ง/วัน<br>- Xerostomia Grade 2 มีอาการปากแห้ง คอแห้งมากขึ้น ไอ กลืนอาหารลำบาก รับประทานอาหารได้แต่อาหารเหลว ๆ ลื่น ๆ<br>- Dysgeusia Grade 1 การรับรสเปลี่ยนแปลง ลื่นไม่ค่อยรู้รสชาติ<br>- เบื่ออาหาร รับประทานอาหารเหลว ๆ ลื่น ๆ ประมาณ 1/3 ของถ้วย ดื่มน้ำได้น้อยกว่า 1,000 มิลลิลิตร/วัน |
| ลักษณะผิวหนัง            | - Skin reaction Grade 1 ลักษณะผิวหนังสีดำน้อย ผิวแห้งมากขึ้น คัน ไม่มีแผล<br>- ไม่มีแผล  |

| ประเด็นการประเมิน            | ข้อมูลการประเมินที่พบ  |
|------------------------------|--|
|                              | - ก้อนบริเวณที่คอทั้ง 2 ข้าง มีขนาดลดลง<br>(ข้างขวา 5 เซนติเมตร ข้างซ้าย 4 เซนติเมตร)  |
| ความไม่สบายจากอาการ<br>รบกวน | - มีอาการปวดบริเวณคอและไหล่ อาการปวดเป็นพัก ๆ<br>Pain score 2-3 คะแนน ปวดระดับเล็กน้อย<br>- มีอาการเจ็บปาก เจ็บคอ Pain score 5-7 คะแนน ปวดระดับปานกลาง<br>- มีอาการปวดแสบร้อนบริเวณฉายรังสี Pain score 4 คะแนน ปวดระดับ<br>เล็กน้อย<br>- นอนหลับพักผ่อนได้ 4-5 ชั่วโมง |
| เยื่อช่องปาก                 | Oral mucositis Grade 2 เยื่อช่องปากลักษณะแดง มีแผลขนาด 1x1<br>เซนติเมตร บริเวณกระพุ้งแก้มซ้าย ภายในช่องปากสะอาด  |
| ระบบการขับถ่าย               | - มีอาการอึดอัดแน่นท้อง ไม่ถ่ายมา 6 วัน มีอาการท้องผูก   |
| ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ      | - Hemoglobin 11.6 g/dl และ Hematocrit 34.9% ต่ำลงจากค่าปกติและ<br>ครั้งก่อนหน้า<br>- Sodium 130 mmol/L ต่ำกว่าค่าปกติ ไม่มีอาการผิดปกติ  |

#### การพยาบาลหรือกิจกรรมที่ให้

1. มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไว้วางใจ เชื่อมั่น โดยพูดคุยด้วย  
ท่าที่เป็นมิตร จริงใจ ให้ความเคารพ ให้เกียรติผู้ป่วย ชักถาม สังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก การสะท้อนคิด รับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ โดยการอยู่เป็น  
เพื่อน รับฟังโดยปราศจากการตัดสิน ยอมรับพฤติกรรมและความรู้สึกที่ผู้ป่วยแสดงออกมา ช่วย  
ให้ผู้ป่วยค้นหาทางเลือกในการจัดการความรู้สึกได้ด้วยตนเอง พร้อมทั้งประเมินปัญหา และ  
ความต้องการทางจิตวิญญาณเพิ่มเติม
3. พบผู้ป่วยทุกครั้งตามที่นัดหมาย เพื่อให้รู้สึกอบอุ่นใจ คลายความรู้สึกโดดเดี่ยว เสริมสร้าง  
ความหวังและพลังใจให้แก่ผู้ป่วย
4. สัมผัสบริเวณมือผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล อ่อนโยน เพื่อปลอบใจ ให้กำลังใจ แสดงออกซึ่ง  
ความเห็นอกเห็นใจ และความเมตตากรุณา

5. ขออนุญาตผู้ป่วย Video call ทหารรยา เป็นตัวกลาง เอื้ออำนวย สนับสนุนการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย พุดคุย เสริมกำลังใจให้มากขึ้น พร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยและภรรยาวางแผนการดูแลร่วมกัน โดยแนะนำภรรยา Video call ให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมาย
6. ประเมินอาการข้างเคียงจากการฉายรังสีบริเวณผิวหนัง เยื่อช่องปาก ความไม่สุขสบายจากอาการรบกวนอื่น ๆ ภาวะแทรกซ้อน และภาวะด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณอย่างต่อเนื่อง
7. อธิบายให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อคลายความวิตกกังวล พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนข้อมูล เกี่ยวกับการดูแลและวิธีจัดการกับอาการข้างเคียงต่าง ๆ คือ Oral mucositis Grade 2, Nausea and vomiting Grade 2, Xerostomia Grade 2, Dysgeusia Grade 1, Skin reaction Grade 1, Fatigue Grade 2, การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อ อีกทั้งประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย
8. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจสาเหตุของอาการปวด และแผนการรักษาที่ได้รับ และแนะนำใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความเจ็บปวด เช่น การจินตนาการถึงสิ่งที่ผ่อนคลาย เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง อ่านหนังสือหรืองานอดิเรกต่าง ๆ เป็นต้น
9. รายงานแพทย์ขอยาแก้ปวดและยาระบาย
10. แลกเปลี่ยนข้อมูลการจัดกิจกรรมอย่างเหมาะสมเพื่อบรรเทาอาการอ่อนเพลีย และให้เกิดความผ่อนคลาย
11. อธิบายถึงความจำเป็นของการต้องใส่สายยางให้อาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ และให้ความร่วมมือ พร้อมทั้งรายงานแพทย์เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเพื่อพิจารณาใส่สายให้อาหาร
12. ส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญหน่วยพยาบาลส่งเสริมโภชนาการตามนัด เพื่อปรับเปลี่ยนเป็นอาหารที่ให้ทางสายยาง

#### สรุปประเด็นการติดตามครั้งถัดไป

1. ประเมินภาวะด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณระหว่างการรักษา
2. ประเมินอาการข้างเคียงจากการฉายรังสีบริเวณผิวหนัง เยื่อช่องปาก
3. ประเมินความไม่สุขสบายจากอาการรบกวนอื่น ๆ
4. ประเมินภาวะโภชนาการ
5. ประเมินผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ครั้งที่ 7 วันที่ 2 มิถุนายน 2566 (ผู้ป่วยมาตามนัดที่คลินิกรังสีรักษาเพื่อฉายรังสีต่อเนื่อง สัปดาห์ที่ 4)

## เป้าหมายในการติดตาม

- 1.1 เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีและยาเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่อง
- 1.2 เพื่อบรรเทาอาการข้างเคียงและผลกระทบจากการรักษา

## สรุปประเด็นที่ประเมินพบ

| ประเด็นการประเมิน        | ข้อมูลการประเมินที่พบ   |
|--------------------------|---|
| แผนการรักษาที่ได้รับ     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ฉายรังสีครั้งที่ 19/33 ครั้ง ปริมาณรังสีที่ได้รับรวมทั้งหมด 4,240 cGy</li> <li>- หลังให้ยาเคมีบำบัด Cycle 3 Day 7</li> </ul>   |
| ประเมินสภาพร่างกายทั่วไป | <ul style="list-style-type: none"> <li>- สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/62 มิลลิเมตรปรอท O<sub>2</sub>Saturation 99%</li> <li>- ระดับความรู้สึกตัว = 1 (Alert)</li> <li>- Karnofsky scale = 70%</li> <li>- Fatigue Grade 2 ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกอ่อนเพลียเหมือนเดิม ไม่ค่อยมีแรง”</li> <li>- ยังมีเสียงแหบและอาการคัดจมูกเล็กน้อย หูอื้อทั้ง 2 ข้าง แต่ยังพอได้ยินชัด</li> </ul>   |
| ประเมินด้านจิตใจและสังคม | <p>- ผู้ป่วยมีสีหน้าเศร้าหมองมากขึ้น สีหน้าเรียบเฉย หน้าตาดูอิดโรย ใต้ตาคล้ำ เชื่องซึม ผู้ป่วยพูดว่า “รู้สึกเครียดมากขึ้น กลางคืนนอนไม่ค่อยหลับ ทุกข์ทรมานกับอาการพะอืดพะอม คลื่นไส้ อาเจียน เจ็บปวดแผลภายในช่องปากมาก มีเสมหะเยอะ เหนียวข้น ไอบ่อย พอเวลนอนก็ต้องสะดุ้ง ลุกขึ้นมาบ้วนออก รำคาญสายให้อาหารที่จุก หายใจไม่สะดวก ทำให้หลับไม่สนิท ยิ่งรักษาก็มีอาการเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ และรู้สึกอับอายเมื่อต้องออกไปเจอผู้คนข้างนอก ผิวหนังมีแผลไหม้บริเวณคอ ผิวดำคล้ำ มีสายให้อาหารทางจุก เหมือนตัวเองเป็นสัตว์ประหลาด ปากเหม็น ไม่ค่อยกล้าพูดคุยกับใคร แกรมเป็นภาระของครอบครัว สงสารภรรยา รู้สึกตัวเองไม่มีคุณค่า ไม่ได้ทำงาน ไม่มีรายได้ ไม่รู้ว่ารักษาเสร็จแล้ว จะสามารถไปทำงานเหมือนเดิมได้หรือเปล่า และเมื่อมาอยู่บ้านพักสมาคมก็รู้สึกโดดเดี่ยว ว่าแห้ว จนตอนนี้รู้สึกไม่มีคุณค่า ท้อแท้ สิ้นหวัง หมดกำลังใจ ขอบุญเสถียรการรักษา”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 คำถาม (2Q) พบ 2 ข้อคำถามที่ผิดปกติ จึงต้องประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ผลรวม 7 คะแนน สรุปผล มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย</li> </ul> |

| ประเด็นการประเมิน               | ข้อมูลการประเมินที่พบ   |
|---------------------------------|---|
| ภาวะโภชนาการ                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น 1.1 กิโลกรัม/สัปดาห์</li> <li>- น้ำหนักตัว 69.8 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 24.15 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ</li> <li>- Nausea and vomiting Grade 2 ประมาณ 2-5 ครั้ง/วัน</li> <li>- Xerostomia Grade 2 มีอาการปากแห้ง คอแห้งมากขึ้น ไอ กลืนอาหารลำบาก รับประทานอาหารได้แต่อาหารเหลว ๆ สลีน ๆ ได้บ้างเล็กน้อย</li> <li>- Dysgeusia Grade 1 การรับรสเปลี่ยนแปลง ลิ้นไม่ค่อยรู้รสชาติ</li> <li>- ให้อาหารและน้ำทางสายยางจากจมูก เนื่องจากรับประทานอาหารทางปากได้ไม่เพียงพอ BDR 36 ซ่อน/วัน Estimate Energy 2000-2200 Kcal/day protein 100-105 g/day รับประทานอาหารได้หมดทุกมื้อ</li> </ul> |
| ลักษณะผิวหนัง                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skin reaction Grade 2 ลักษณะผิวหนังสีดำนวล้ำ แห้งมาก ลอกเป็นแผล กระจายเป็นจุดเล็ก บริเวณคอด้านซ้าย มีแผลเปิดขนาด 1.5x1.5 เซนติเมตร มี Discharge สีเหลืองซีมเล็กน้อย บวมปานกลาง</li> <li>- ก้อนบริเวณที่คอทั้ง 2 ข้าง มีขนาดลดลง (ข้างขวา 4 เซนติเมตร ข้างซ้าย 3 เซนติเมตร)</li> </ul>  |
| ความไม่สุขสบายจากอาการ<br>รบกวน | <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีอาการปวดบริเวณคอและไหล่ อาการปวดเป็นพัก ๆ Pain score 2-3 คะแนน ปวดระดับเล็กน้อย</li> <li>- มีอาการเจ็บปาก เจ็บคอ Pain score 7-8 คะแนน</li> <li>- ปวดระดับปานกลาง-มาก</li> <li>- มีอาการปวดแสบร้อนบริเวณฉายรังสี Pain score 5 คะแนน ปวดระดับปานกลาง</li> <li>- นอนหลับพักผ่อนได้ 3-4 ชั่วโมง หลับๆ ตื่น ๆ ไม่ต่อเนื่อง</li> </ul>   |
| เยื่อช่องปาก                    | <p>Oral mucositis Grade 2 ภายในช่องปาก บริเวณกระพุ้งแก้มซ้าย มีแผลขนาด 1 เซนติเมตร และมีแผลเพิ่มขึ้นบริเวณเพดาน ขนาด 0.5 เซนติเมตร</p>  |
| ระบบการขับถ่าย                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ขับถ่าย 2 วัน/ครั้ง ยังมีอาการท้องผูก แต่ดีขึ้นกว่าเดิม</li> </ul>   |
| ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemoglobin 10.8 g/dl และ Hematocrit 32.9% ต่ำลงจากค่าปกติและครั้งก่อนหน้า</li> <li>- Sodium 131 mmol/L ต่ำกว่าค่าปกติและเพิ่มขึ้นจากครั้งก่อนหน้า</li> </ul>   |

### การพยาบาลหรือกิจกรรมที่ให้

1. มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไว้วางใจ เชื่อมั่น โดยพูดคุยด้วยท่าที่เป็นมิตร จริงใจ ให้ความเคารพ ให้เกียรติผู้ป่วย ชักถาม สังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก
2. ช่วยเหลือโดยใช้วิธีการสะท้อนความคิดเกี่ยวกับคุณค่าตามมุมมองของผู้ป่วย โดยใช้คำถามตั้งนี้ สิ่งที่สำคัญที่สุดในชีวิตของผู้ป่วยคืออะไร สิ่งใดที่ผู้ป่วยต้องการในชีวิตนี้ และผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เพื่ออะไร จากนั้นให้ผู้ป่วยระบุหรือจัดลำดับสิ่งที่มีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยจากมากที่สุดไปน้อยที่สุด เพื่อทำให้กระจ่างในเป้าหมาย พบว่าบุตรสาวเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วยมากที่สุด
3. ขออนุญาตผู้ป่วย Video call หาบุตรสาว ช่วยสนับสนุนการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ส่งเสริมให้บุตรสาวพูดคุย เสริมพลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรัก ความห่วงใย ความหวังดี ให้มีกำลังใจในการเผชิญกับความเจ็บป่วยและการดำเนินชีวิตต่อไป พร้อมทั้งกระตุ้นให้บุตรสาวและผู้ป่วยวางแผนการดูแลร่วมกัน โดยแนะนำบุตรสาว Video call ให้กำลังใจสม่ำเสมออย่างต่อเนื่อง ตลอดระยะเวลาการรักษาที่เหลือ เพื่อให้ได้รับการรักษาครบตามแผนการรักษาของแพทย์
4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับผู้ป่วยรายอื่น ๆ ที่มีลักษณะของโรคคล้าย ๆ กัน ปฏิบัติตัวดี และมีทัศนคติที่ดี สามารถปรับตัวต่อโรค การรักษาและพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรง หรือข้อมูลที่แสวงหาและวิธีแก้ปัญหา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการรักษาที่ดีและเรียนรู้วิธีการปรับตัวและการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ มีการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน
5. ประเมินอาการข้างเคียงจากการฉายรังสีบริเวณผิวหนัง เยื่อช่องปาก ความไม่สุขสบายจากอาการรบกวนอื่น ๆ ภาวะแทรกซ้อน และภาวะด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณอย่างต่อเนื่อง
6. อธิบายให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อคลายความวิตกกังวล พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนข้อมูล เกี่ยวกับการดูแลและวิธีจัดการกับอาการข้างเคียงต่าง ๆ คือ Oral mucositis Grade 2, Nausea and vomiting Grade 2, Xerostomia Grade 2, Constipation, Dysgeusia Grade 1, Skin reaction Grade 2, Fatigue Grade 2, การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อ อีกทั้งประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย
7. รายงานแพทย์พิจารณาขอยาแก้ปวดเพิ่ม และขอยานอนหลับ
8. ส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญหน่วยพยาบาลส่งเสริมโภชนาการตามนัดอย่างต่อเนื่อง

### สรุปประเด็นการติดตามครั้งถัดไป

1. ประเมินภาวะด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณระหว่างการรักษา
2. ประเมินอาการข้างเคียงจากการฉายรังสีบริเวณผิวหนัง เยื่อช่องปาก
3. ประเมินความไม่สบายจากอาการรบกวนอื่น ๆ
4. ประเมินภาวะโภชนาการ
5. ประเมินผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ครั้งที่ 8 วันที่ 9 มิถุนายน 2566 (ผู้ป่วยมาตามนัดที่คลินิกรังสีรักษาเพื่อฉายรังสีต่อเนื่อง สัปดาห์ที่ 5)

### เป้าหมายในการติดตาม

- 1.1 เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีและยาเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่อง
- 1.2 เพื่อบรรเทาอาการข้างเคียงและผลกระทบจากการรักษา

### สรุปประเด็นที่ประเมินพบ

| ประเด็นการประเมิน         | ข้อมูลการประเมินที่พบ   |
|---------------------------|---|
| แผนการรักษาที่ได้รับ      | - ฉายรังสีครั้งที่ 23/33 ครั้ง ปริมาณรังสีที่ได้รับรวมทั้งหมด 5,088 cGy<br>- หลังให้ยาเคมีบำบัด Cycle 4 Day 7   |
| ประเมินสภาพร่างกายทั่วไป  | - สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 102/64 มิลลิเมตรปรอท<br>O <sub>2</sub> Saturation 98%<br>- ระดับความรู้สึกตัว = 1 (Alert)<br>- Karnofsky scale = 70%<br>- Fatigue Grade 2 ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกอ่อนเพลียดีขึ้นกว่าเดิม”<br>- ยังมีเสียงแหบและอาการคัดจมูกเล็กน้อย หูอื้อทั้ง 2 ข้าง แต่ยังพอได้ยินชัด |
| ประเมินด้านจิตใจ และสังคม | - ผู้ป่วยมีสีหน้าแววตาที่มีความหวัง ยิ้มเล็กน้อยและพูดว่า “รู้สึกดีขึ้นกว่าเดิม”<br>- อาทิตย์ที่ผ่านมา จะพยายามอดทนสู้ต่อไปเพื่อลูกสาว ฉายรังสีได้มาเกินครึ่งทางแล้ว”<br>- 2 คำถาม (2Q) พบ 2 ข้อคำถามที่ผิดปกติ จึงต้องประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ผลรวม 6 คะแนน สรุปผล ไม่มีภาวะซึมเศร้า  |
| ภาวะโภชนาการ              | - มีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น 0.4 กิโลกรัม/สัปดาห์   |

| ประเด็นการประเมิน        | ข้อมูลการประเมินที่พบ   |
|--------------------------|---|
|                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- น้ำหนักตัว 70.2 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 24.29 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ</li> <li>- Nausea and vomiting Grade 2 ประมาณ 2-5 ครั้ง/วัน</li> <li>- Xerostomia Grade 2 มีอาการปากแห้ง คอแห้งมากขึ้น ไอ กลืนอาหารลำบาก รับประทานอาหารได้แต่อาหารเหลว ๆ ลื่น ๆ</li> <li>- Dysgeusia Grade 1 การรับรสเปลี่ยนแปลง ลิ้นไม่ค่อยรู้รสชาติ</li> <li>- ให้อาหารและน้ำทางสายยางจากจุก เนื่องจากรับประทานอาหารทางปากได้ไม่เพียงพอ BDR 36 ซ่อน/วัน Estimate Energy 2000-2200 Kcal/day protein 100-105 g/day รับประทานอาหารได้หมดทุกมื้อ</li> </ul> |
| ลักษณะผิวหนัง            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skin reaction Grade 2 ลักษณะผิวหนังบริเวณคอด้านซ้าย มีแผลเปิด ขนาด 1.5x1.5 เซนติเมตร ด้านขวามีแผลเพิ่มขึ้น ขนาด 0.5x0.5 เซนติเมตร บวมปานกลาง มี Discharge สีเหลืองซีมเล็กน้อย บวมปานกลาง</li> <li>- ก้อนบริเวณที่คอทั้ง 2 ข้าง มีขนาดลดลง (ข้างขวา 3 เซนติเมตร ข้างซ้าย 2 เซนติเมตร)</li> </ul>  |
| ความไม่สบายจากอาการรบกวน | <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีอาการปวดบริเวณคอและไหล่ อาการปวดเป็นพัก ๆ Pain score 1-2 คะแนน ปวดระดับเล็กน้อย</li> <li>- มีอาการเจ็บปาก เจ็บคอ Pain score 3-5 คะแนน</li> <li>- ปวดระดับน้อย-ปานกลาง</li> <li>- ปวดแสบร้อนบริเวณฉายรังสี Pain score 3-5 คะแนน</li> <li>- ปวดระดับน้อย-ปานกลาง</li> <li>- นอนหลับพักผ่อนได้ 5-6 ชั่วโมง หลังทานยานอนหลับ พักผ่อนได้มากขึ้น</li> </ul>  |
| เยื่อช่องปาก             | <p>Oral mucositis Grade 2 บริเวณกระพุ้งแก้มซ้าย มีแผลขนาด 1x1 เซนติเมตร และบริเวณเพดาน ขนาด 0.5 เซนติเมตร อาการไม่ต่างจากเดิม</p>   |
| ระบบการขับถ่าย           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีอาการท้องผูก</li> </ul>   |
| ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemoglobin 11.1 g/dl และ Hematocrit 34% ต่ำกว่าค่าปกติ แต่เพิ่มขึ้นจากครั้งก่อน, Neutrophil 83.1% สูงขึ้นมากกว่าค่าปกติ</li> <li>- Sodium 140 mmol/L ปกติ</li> </ul>   |

### การพยาบาลหรือกิจกรรมที่ให้

1. มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง กล่าวชื่นชม ให้กำลังใจ ให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการรักษา โดยพูดคุยด้วยท่าที่เป็นมิตร จริงใจ ให้ความเคารพ ให้เกียรติผู้ป่วย ชักถาม สังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก
2. ประเมินด้านจิตวิญญาณควบคู่ไปกับด้านร่างกาย จิตใจ และด้านสังคม ความรู้สึกของผู้ป่วยซึ่งมีผลต่อความสามารถในการเรียนรู้และการปรับตัว ประเมินความต้องการข้อมูลของผู้ป่วย พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ถูกต้องและรอบด้าน โดยใช้ภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยประเมินตัดสินใจได้สอดคล้องกับความเป็นจริง
3. ประเมินอาการข้างเคียงจากการฉายรังสีบริเวณผิวหนัง เยื่อช่องปาก ความไม่สุขสบายจากอาการรบกวนอื่น ๆ ภาวะแทรกซ้อน และภาวะด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณอย่างต่อเนื่อง
4. อธิบายให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อคลายความวิตกกังวล พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนข้อมูล เกี่ยวกับการดูแลและวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงต่าง ๆ คือ Oral mucositis Grade 2, Nausea and vomiting Grade 2, Xerostomia Grade 2, Dysgeusia Grade 1, Skin reaction Grade 2, Fatigue Grade 2, การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อ อีกทั้งประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย
5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ชักถามข้อมูลหรือทักษะการปฏิบัติตัว เพื่อการเสริมพลัง
6. ส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญหน่วยพยาบาลส่งเสริมโภชนาการตามนัดอย่างต่อเนื่อง

### สรุปประเด็นการติดตามครั้งถัดไป

1. ประเมินภาวะด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณระหว่างการรักษา
2. ประเมินอาการข้างเคียงจากการฉายรังสีบริเวณผิวหนัง เยื่อช่องปาก
3. ประเมินความไม่สุขสบายจากอาการรบกวนอื่น ๆ
4. ประเมินภาวะโภชนาการ
5. ประเมินผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ครั้งที่ 7 วันที่ 16 มิถุนายน 2566 (ผู้ป่วยมาตามนัดที่คลินิกรังสีรักษาเพื่อฉายรังสีต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 6)

เป้าหมายในการติดตาม

- 1.1 เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีและยาเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่อง
- 1.2 เพื่อบรรเทาอาการข้างเคียงและผลกระทบจากการรักษา

## สรุปประเด็นที่ประเมินพบ

| ประเด็นการประเมิน        | ข้อมูลการประเมินที่พบ  |
|--------------------------|--|
| แผนการรักษาที่ได้รับ     | - ฉายรังสีครั้งที่ 28/33 ครั้ง ปริมาณรังสีที่ได้รับรวมทั้งหมด 6,148 cGy<br>- หลังให้ยาเคมีบำบัด Cycle 5 Day 7  |
| ประเมินสภาพร่างกายทั่วไป | - สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท<br>O <sub>2</sub> Saturation 98%<br>- ระดับความรู้สึกตัว = 1 (Alert)<br>- Karnofsky scale = 70%<br>- Fatigue Grade 2 ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกอ่อนเพลียดีขึ้นกว่าเดิม”<br>- ยังมีเสียงแหบและอาการคัดจมูกเล็กน้อย หูอื้อทั้ง 2 ข้าง แต่ยังพอได้ยินชัด  |
| ประเมินด้านจิตใจและสังคม | - ผู้ป่วยมีสีหน้าเรียบเฉย ยิ้มเล็กน้อยและพูดว่า “อาการต่าง ๆ และความรู้สึกเหมือน ๆ เดิมครับ ยังอดทนไหว เหลืออีกแค่ 5 ครั้ง”<br>- 2 คำถาม (2Q) พบ 2 ข้อคำถามที่ผิดปกติ จึงต้องประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ผลรวม 6 คะแนน สรุปผล ไม่มีภาวะซึมเศร้า   |
| ภาวะโภชนาการ             | - มีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น 0.4 กิโลกรัม/สัปดาห์<br>- น้ำหนักตัว 70.6 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 24.42 กิโลกรัม/เมตร <sup>2</sup> ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ<br>- Nausea and vomiting Grade 2 ประมาณ 2-5 ครั้ง/วัน<br>- Xerostomia Grade 3 มีอาการปากแห้ง คอแห้งมาก ไอ กลืนอาหารลำบาก ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้<br>- Dysgeusia Grade 2 ลิ้นไม่รับรสชาติ<br>- ให้อาหารและน้ำทางสายยางจากจมูก เนื่องจากรับประทานอาหารทางปากได้ไม่เพียงพอ BDR 36 ซ่อน/วัน Estimate Energy 2000-2200 Kcal/day protein 100-105 g/day รับประทานอาหารได้หมดทุกมื้อ |
| ลักษณะผิวหนัง            | - Skin reaction Grade 2 ลักษณะผิวหนังสีดำนวล ลอกเป็นแผลเปิด บริเวณคอด้านซ้าย มีแผลขนาด 1.5x1.5 เซนติเมตร ด้านขวามีแผลเพิ่มขึ้นขนาด 1x1 เซนติเมตร มี Discharge สีเหลืองซึมเล็กน้อย บวมปานกลาง<br>- ก้อนบริเวณที่คอทั้ง 2 ข้าง มีขนาดลดลง  |

| ประเด็นการประเมิน               | ข้อมูลการประเมินที่พบ   |
|---------------------------------|---|
|                                 | (ข้างขวา 2 เซนติเมตร ข้างซ้าย 1 เซนติเมตร)  |
| ความไม่สุขสบายจากอาการ<br>รบกวน | - มีอาการปวดบริเวณคอและไหล่ อาการปวดเป็นพัก ๆ Pain score 1-2<br>คะแนน ปวดระดับเล็กน้อย<br><br>- มีอาการเจ็บปาก เจ็บคอ Pain score 3-5 คะแนน<br>ปวดระดับน้อย-ปานกลาง<br><br>- ปวดแสบร้อนบริเวณฉายรังสี Pain score 3-5 คะแนน<br>ปวดระดับน้อย-ปานกลาง<br><br>- นอนหลับพักผ่อนได้ 5-6 ชั่วโมง หลังทานยานอนหลับ พักผ่อนได้มากขึ้น |
| เยื่อช่องปาก                    | Oral mucositis Grade 2 บริเวณกระพุ้งแก้มซ้าย มีแผลขนาด 1x1<br>เซนติเมตร และบริเวณเพดาน ขนาด 0.5 เซนติเมตร อาการไม่ต่างจากเดิม   |
| ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ         | - Hemoglobin 10.9 g/dl และ Hematocrit 33.2% ต่ำกว่าค่าปกติ<br>และจากครั้งก่อน, Neutrophil 84.3% สูงขึ้นมากกว่าค่าปกติ<br><br>- Sodium 135 mmol/L ต่ำกว่าปกติเล็กน้อย ไม่มีอาการผิดปกติ  |

#### การพยาบาลหรือกิจกรรมที่ให้

1. มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง พุดคุย ให้กำลังใจ เสริมพลัง ให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่น  
ในความสามารถของตัวเองที่จะอดทนจนรักษาได้ครบตามเป้าหมาย โดยพุดคุยด้วยท่าที่เป็น  
มิตร จริงใจ ให้ความเคารพ ให้เกียรติผู้ป่วย ชักถาม สังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก
2. ประเมินอาการข้างเคียงจากการฉายรังสีบริเวณผิวหนัง เยื่อช่องปาก ความไม่สุขสบายจาก  
อาการรบกวนอื่น ๆ ภาวะแทรกซ้อน และภาวะด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณอย่างต่อเนื่อง
3. อธิบายให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อคลายความวิตกกังวล พร้อมทั้ง  
แลกเปลี่ยนข้อมูล เกี่ยวกับการดูแลและวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงต่าง ๆ คือ Oral  
mucositis Grade 2, Nausea and vomiting Grade 2, Xerostomia Grade 3,  
Dysgeusia Grade 2, Skin reaction Grade 2, Fatigue Grade 2,  
การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อ อีกทั้งประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย
4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ชักถามข้อมูลหรือทักษะการปฏิบัติตัว เพื่อการเสริมพลัง
5. ส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญหน่วยพยาบาลส่งเสริมโภชนาการตามนัดอย่างต่อเนื่อง

### สรุปประเด็นการติดตามครั้งถัดไป

1. ประเมินภาวะด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณระหว่างการรักษา
2. ประเมินอาการข้างเคียงจากการฉายรังสีบริเวณผิวหนัง เยื่อช่องปาก
3. ประเมินความไม่สบายจากอาการรบกวนอื่น ๆ
4. ประเมินภาวะโภชนาการ
5. ประเมินผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ครั้งที่ 8 วันที่ 23 มิถุนายน 2566 (ผู้ป่วยมาตามนัดที่คลินิกรังสีรักษาเพื่อฉายรังสีต่อเนื่อง สัปดาห์ที่ 7)

### เป้าหมายในการติดตาม

- 1.1 เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีและยาเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่อง
- 1.2 เพื่อบรรเทาอาการข้างเคียงระหว่างการรักษา
- 1.3 เตรียมความพร้อมในการดูแลตัวเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะยาว

### สรุปประเด็นที่ประเมินพบ

| ประเด็นการประเมิน            | ข้อมูลการประเมินที่พบ  |
|------------------------------|--|
| แผนการรักษาที่ได้รับ         | - ฉายรังสีครั้งที่ 33/33 ครั้ง ปริมาณรังสีที่ได้รับรวมทั้งหมด 7,208 cGy<br>- หลังให้ยาเคมีบำบัด Cycle 6 Day 7  |
| ประเมินสภาพร่างกายทั่วไป     | - สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที<br>หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 121/60 มิลลิเมตรปรอท<br>O <sub>2</sub> Saturation 98%<br>- ระดับความรู้สึกตัว = 1 (Alert)<br>- Karnofsky scale = 70%<br>- Fatigue Grade 2 ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกอ่อนเพลียเท่าเดิม”<br>- ยังมีเสียงแหบและอาการคัดจมูกเล็กน้อย หูอื้อทั้ง 2 ข้าง แต่ยังสามารถได้ยินชัด |
| ประเมินด้านจิตใจ<br>และสังคม | - ผู้ป่วยมีสีหน้ายิ้มแย้ม แสดงความภาคภูมิใจและพูดว่า “ผมทำได้แล้วครับ<br>คุณพยาบาล พยายามอดทนมาตลอด คิดถึงบ้านเต็มทน จะได้กลับไปนอน<br>บ้านแล้ว และซักถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน”<br>- ด้วย 2 คำถาม (2Q) พบ 1 ข้อคำถามที่ผิดปกติ จึงต้องประเมินภาวะ<br>ซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ผลรวม 4 คะแนน สรุปผล ไม่มีภาวะซึมเศร้า  |

| ประเด็นการประเมิน           | ข้อมูลการประเมินที่พบ   |
|-----------------------------|---|
| ภาวะโภชนาการ                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น 0.6 กิโลกรัม/สัปดาห์</li> <li>- น้ำหนักตัว 71.2 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 24.63 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ</li> <li>- Nausea and vomiting Grade 2 ประมาณ 2-5 ครั้ง/วัน</li> <li>- Xerostomia Grade 3 มีอาการปากแห้ง คอแห้งมาก ไอ กลืนอาหารลำบาก ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้</li> <li>- Dysgeusia Grade 2 ลิ้นไม่รับรสชาติ</li> <li>- ให้อาหารและน้ำทางสายยางจากจมูก เนื่องจากรับประทานอาหารทางปากได้ไม่เพียงพอ BDR 36 ซ่อน/วัน Estimate Energy 2000-2200 Kcal/day protein 100-105 g/day รับประทานอาหารได้หมดทุกมื้อ</li> </ul> |
| ลักษณะผิวหนัง               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skin reaction Grade 2 ลักษณะผิวหนังสีดำนวล ลอกเป็นแผลเปิด บริเวณคอด้านซ้าย มีแผลขนาด 1.5x1.5 เซนติเมตร ด้านขวามีแผล ขนาด 1x1 เซนติเมตร มี Discharge สีเหลืองซีมเล็กน้อย บวมปานกลาง</li> <li>- ก้อนบริเวณที่คอทั้ง 2 ข้าง มีขนาดลดลง (ข้างขวา 1 เซนติเมตร ข้างซ้าย 0.5 เซนติเมตร)</li> </ul>  |
| ความไม่สุขสบายจากอาการรบกวน | <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีอาการปวดบริเวณคอและไหล่ อาการปวดเป็นพัก ๆ Pain score 1-2 คะแนน ปวดระดับเล็กน้อย</li> <li>- มีอาการเจ็บปาก เจ็บคอ Pain score 3-5 คะแนน</li> <li>- ปวดระดับน้อย-ปานกลาง</li> <li>- ปวดแสบร้อนบริเวณฉายรังสี Pain score 3-5 คะแนน</li> <li>- ปวดระดับน้อย-ปานกลาง</li> <li>- นอนหลับพักผ่อนได้ 5-6 ชั่วโมง หลังทานยานอนหลับ พักผ่อนได้มากขึ้น</li> </ul>  |
| เยื่อช่องปาก                | <p>Oral mucositis Grade 2 บริเวณกระพุ้งแก้มซ้าย มีแผลขนาด 1x1 เซนติเมตร และบริเวณเพดาน ขนาด 0.5 เซนติเมตร อาการไม่ต่างจากเดิม</p>   |
| ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemoglobin 10.9 g/dl และ Hematocrit 33.2% ต่ำกว่าค่าปกติ และจากครั้งก่อน, Neutrophil 84.3% สูงขึ้นมากกว่าค่าปกติ</li> <li>- Sodium 135 mmol/L ต่ำกว่าปกติเล็กน้อย ไม่มีอาการผิดปกติ</li> </ul>   |

### การพยาบาลหรือกิจกรรมที่ให้

1. มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง กล่าวชื่นชม เสริมกำลังใจให้ผู้ป่วยมารับการรักษาให้ยาเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่องหลังจากฉายรังสีครบ อีกทั้งโทรแจ้งภรรยาและบุตรสาว ให้ช่วยเสริมพลัง พุดคุย ให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตัวเองที่จะรักษาได้จนครบตามเป้าหมาย
2. ประเมินอาการข้างเคียงจากการฉายรังสีบริเวณผิวหนัง เยื่อบุช่องปาก ความไม่สุขสบายจากอาการรบกวนอื่น ๆ ภาวะแทรกซ้อน และภาวะด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณอย่างต่อเนื่อง
3. อธิบายให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อคลายความวิตกกังวล พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนข้อมูล เกี่ยวกับการดูแลและวิธีจัดการกับอาการข้างเคียงต่าง ๆ คือ Oral mucositis Grade 2, Nausea and vomiting Grade 2, Xerostomia Grade 3, Dysgeusia Grade 2, Skin reaction Grade 2, Fatigue Grade 2, การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อ อีกทั้งประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย
4. ให้คำแนะนำการดูแลตัวเองเพื่อฟื้นฟูสภาพภายหลังการรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะยาวจากการฉายรังสีครบ เมื่อกลับบ้าน ได้แก่ การดูแลผิวหนัง การดูแลช่องปาก การบริหารช่องปากและคอ การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด การมาตรวจตามนัดต่าง ๆ
5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ซักถามข้อมูลหรือทักษะการปฏิบัติตัว เพื่อการเสริมพลัง
6. ส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญหน่วยพยาบาลส่งเสริมโภชนาการตามนัดอย่างต่อเนื่อง

### สรุปประเด็นการติดตามครั้งถัดไป

1. ประเมินภาวะด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
2. ประเมินอาการข้างเคียงจากการฉายรังสี
3. ประเมินความไม่สุขสบายจากอาการรบกวนอื่น ๆ
4. ประเมินภาวะโภชนาการ

ครั้งที่ 9 วันที่ 4 สิงหาคม 2566 (ผู้ป่วยมาตามนัดที่คลินิกรังสีรักษาเพื่อตรวจติดตามหลังการฉายรังสี

ครบ)

### 1. เป้าหมายในการติดตาม

- 1.1 เพื่อฟื้นฟูสภาพภายหลังการรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะยาวจากการฉายรังสี
- 1.2 เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่อง

## สรุปประเด็นที่ประเมินพบ

| ประเด็นการประเมิน        | ข้อมูลการประเมินที่พบ   |
|--------------------------|---|
| แผนการรักษาที่ได้รับ     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- หลังการฉายรังสีครบ 42 วัน</li> <li>- หลังได้รับยาเคมีสูตร Carboplatin 665 mg/5FU 1,760 mg ครั้งที่ 1 Day 21</li> </ul>   |
| ประเมินสภาพร่างกายทั่วไป | <ul style="list-style-type: none"> <li>- สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 109/60 มิลลิเมตรปรอท O<sub>2</sub>Saturation 99%</li> <li>- ระดับความรู้สึกตัว = 1 (Alert)</li> <li>- Karnofsky scale = 80%</li> <li>- Fatigue Grade 1 ผู้ป่วยบอกว่า “มีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย”</li> <li>- ยังมีเสียงแหบและอาการคัดจมูกเล็กน้อย หูอื้อทั้ง 2 ข้าง แต่ยังพอได้ยินชัด</li> </ul>   |
| ประเมินด้านจิตใจและสังคม | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยมีสีหน้ายิ้มแย้ม แววตามุ่งมั่น และพูดว่า “ผมเหลือให้ยาเคมีบำบัดอีก 1 ครั้ง ก็ครบการรักษาแล้ว แผลในปากจะได้หายซักรึที่ อยากรินอาหารได้เอง อยากรินอาหารให้อาหารออก อยากรกลับไปทำงาน”</li> <li>- 2 คำถาม (2Q) ไม่พบข้อคำถามที่ผิดปกติ</li> </ul>   |
| ภาวะโภชนาการ             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น 1 กิโลกรัมใน 6 สัปดาห์</li> <li>- น้ำหนักตัว 72.2 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 24.63 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ</li> <li>- Nausea and vomiting Grade 1 ประมาณ 1-2 ครั้ง/วัน</li> <li>- Xerostomia Grade 2 มีอาการปากแห้ง คอแห้ง กลืนอาหารลำบาก รับประทานอาหารเหลว ๆ ทางปากได้บ้าง</li> <li>- Dysgeusia Grade 2 ลิ้นไม่รับรสชาติ</li> <li>- ให้อาหารและน้ำทางสายยางจากจมูก เนื่องจากรับประทานอาหารทางปากได้ไม่เพียงพอ BDR 36 ซ้อน/วัน Estimate Energy 2000-2200 Kcal/day protein 100-105 g/day รับประทานอาหารได้หมดทุกมื้อ</li> </ul> |
| ลักษณะผิวหนัง            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fibrosis Grade 1 แผลบริเวณคอแห้งดี มีอาการตึงเล็กน้อย</li> <li>- คลำไม่พบก้อนบริเวณคอ</li> <li>- ผู้ป่วยอาบน้ำ ทาครีมนวดผิวหนังทุกวันตามคำแนะนำ</li> </ul>   |

| ประเด็นการประเมิน               | ข้อมูลการประเมินที่พบ   |
|---------------------------------|---|
| ความไม่สุขสบายจากอาการ<br>รบกวน | - มีอาการปวดบริเวณคอและไหล่ อาการปวดเป็นพัก ๆ Pain score 1-2<br>คะแนน ปวดระดับเล็กน้อย<br>- มีอาการเจ็บปาก เจ็บคอ Pain score 3-5 คะแนน<br>ปวดระดับน้อย-ปานกลาง<br>- นอนหลับพักผ่อนได้ 5-6 ชั่วโมง |
| เยื่อช่องปาก                    | - Oral mucositis Grade 2 บริเวณกระพุ้งแก้มซ้าย มีแผลขนาด 1x1<br>เซนติเมตร<br>- บริหารช่องปากได้ดี ปากไม่แฉับ  |

### การพยาบาลหรือกิจกรรมที่ให้

1. สร้างสัมพันธภาพ กล่าวทักทาย โดยพูดคุยด้วยท่าที่เป็นมิตร จริงใจ ให้ความเคารพ ให้เกียรติผู้ป่วย
2. ประเมินอาการข้างเคียงจากการฉายรังสี ความไม่สุขสบายจากอาการรบกวนอื่น ๆ  
ภาวะแทรกซ้อน และภาวะด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ
3. ทบทวนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อฟื้นฟูสภาพภายหลังการรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อน  
ระยะยาวจากการฉายรังสีครบ เมื่อกลับบ้าน ได้แก่ การดูแลผิวหนัง การดูแลช่องปาก การ  
บริหารช่องปากและคอ การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด การมาตรวจตาม  
นัดต่าง ๆ หากไม่สามารถมาตามนัดได้ แนะนำควรโทรแจ้งทุกครั้ง
4. ให้กำลังใจผู้ป่วย เน้นย้ำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่อง อธิบายให้เห็น  
ถึงความสำคัญ และประโยชน์ที่จะได้รับจากการรักษาครบตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อ  
สร้างความมั่นใจและความมุ่งมั่นในการรักษาต่อไป
5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ซักถามข้อมูลหรือทักษะการปฏิบัติตัว เพื่อการเสริมพลัง
6. แจ้งผู้ป่วยและญาติทราบ เกี่ยวกับระยะเวลาการดูแลกรณีศึกษาและการติดตาม ได้สิ้นสุดใน  
วันที่ 4 สิงหาคม 2566

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

## 7. สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระหว่างรับไว้ในการดูแล

รวบรวมข้อมูลสุขภาพกรณีศึกษาโดยใช้กรอบแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอน และใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลการบรรลุเป้าหมายของคิง เพื่อให้การพยาบาลแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ก่อน ระหว่าง และหลังครบการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด จากการศึกษาพบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลดังนี้

### 1. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลก่อนการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด

- ปัญหาที่ 1.1 วิตกกังวลเกี่ยวกับโรค การรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เนื่องจากพร่องความรู้ความเข้าใจ
- ปัญหาที่ 1.2 ส่งเสริมการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด

### 2. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระหว่างรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด

- ปัญหาที่ 2.1 ปฏิเสธการรักษาเนื่องจากรู้สึกโดดเดี่ยว ท้อแท้ สิ้นหวัง ระหว่างการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด
- ปัญหาที่ 2.2 รู้สึกควมมีคุณค่าในตนเองลดลง (Low self esteem) เนื่องจากบทบาทผู้นำเปลี่ยนเป็นการพึ่งพา
- ปัญหาที่ 2.3 รู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์จากการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังเนื่องจากการฉายรังสี
- ปัญหาที่ 2.4 มีความปวดและความทุกข์ทรมานจากภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ เนื่องจากผลข้างเคียงของรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด
- ปัญหาที่ 2.5 มีโอกาสเสี่ยงต่อการรักษาด้วยรังสีไม่ต่อเนื่องจากภาวะผิวหนังอักเสบรุนแรง
- ปัญหาที่ 2.6 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความ ต้องการของร่างกาย
- ปัญหาที่ 2.7 ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า
- ปัญหาที่ 2.8 ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการท้องผูก
- ปัญหาที่ 2.9 เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากมีภาวะซีด

### 3. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหลังครบการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด

- ปัญหาที่ 3.1 ส่งเสริมความพร้อมในการดูแลตนเองและฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะยาว

### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1.1

วิตกกังวลเกี่ยวกับโรค การรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น  
เนื่องจากพร้อมรู้ความเข้าใจ

วันที่เริ่มต้นของปัญหา วันที่ 24 มีนาคม 2566

วันที่สิ้นสุดของปัญหา วันที่ 24 มีนาคม 2566

#### ข้อมูลสนับสนุน

- |                        |  |
|------------------------|--|
| <b>Subjective data</b> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยบอกว่า “หากต้องมาฉายรังสีทุกวันไม่รู้ว่าจะได้ครบไหม”</li> <li>2. ผู้ป่วยบอกว่า “กลัวการฉายรังสีและยาเคมีบำบัด”</li> <li>3. ผู้ป่วยบอกว่า “กลัวจะทนอาการข้างเคียงไม่ไหว”</li> </ol>                                    |
| <b>Objective data</b>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยแสดงสีหน้าบ่งบอกถึงความวิตกกังวลเมื่อพูดคุยถึงโรคและการรักษาที่จะได้รับ</li> <li>2. จากการสอบถามผู้ป่วยยังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัดบางส่วน ยังไม่ถูกต้องครบถ้วน</li> </ol> |

#### เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยและภรรยามีความวิตกกังวลลดลง

#### เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยและภรรยามีสีหน้าคลายความวิตกกังวล บอกว่าวิตกกังวลลดลง สบายใจขึ้น
2. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด สามารถตอบ

คำถามย้อนกลับได้ถูกต้องมากกว่า 80%

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและภรรยาด้วยถ้อยคำที่สุภาพ โดยการจัดมุมพูดคุยที่สงบเป็นส่วนตัว เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ กล้าระบายความวิตกกังวล และร่วมมือให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวางแผนการรักษา

2. ประเมินระดับความวิตกกังวล โดยการสอบถามความรู้สึกและสังเกตลักษณะอาการแสดงของผู้ป่วย เช่น ร้องไห้ ตาแดง อาการซึมเศร้า พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและภรรยาระบายความรู้สึก โดยให้เวลา รับฟังอย่างตั้งใจ เข้าใจ และจริงใจ พร้อมทั้งพูดคุย ปลอบโยนให้กำลังใจ แสดงความพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตลอดเวลา

3. ประเมินด้านจิตวิญญาณ โดยการประเมินจากวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี

ความเชื่อ ความคาดหวังต่อการหายจากโรค และการให้คุณค่ากับตนเองยามเจ็บป่วยของผู้ป่วยและภรรยา เกี่ยวกับการรักษาด้วยรังสีรักษาและยาเคมีบำบัด เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความคิดเชิงบวกมีปฏิริยาการตอบสนองต่อโรคและการเผชิญหน้าต่อสู้กับโรคมามากกว่าผู้ที่มีความคิดเชิงลบ

4. แลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด เพื่อลดความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา ให้ผู้ป่วยสามารถเข้าสู่กระบวนการรักษาด้วยความมั่นใจ ให้กำลังใจ และชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการรักษาด้วยการฉายรังสีและยาเคมีบำบัดและการปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการรักษาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อให้ผู้ป่วยและภรรยามีกำลังใจในการดูแลตนเอง

5. อธิบายแนวทางการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ขั้นตอนการฉายรังสี เพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวและยอมรับสภาพความเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้น พร้อมทั้งแจกเอกสารคู่มือการปฏิบัติตัว ดังนี้

- อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงขั้นตอนในการรักษา จำนวนครั้งของการฉายรังสี จำนวน 33 ครั้ง โดยฉายรังสีวันละ 1 ครั้ง ผู้ป่วยจะอยู่ในห้องฉายรังสีไม่เกิน 30 นาที ช่วงเวลาการฉาย 18.00-19.00 น. ทุกวันจันทร์ - ศุกร์ หยุดวันเสาร์ - อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ ต้องมารับการฉายรังสีติดต่อกันทุกวัน และใช้เวลาในการรักษาซึ่งโดยประมาณ 6-8 สัปดาห์ ในระหว่างการฉายรังสีจะได้รับการให้ยาเคมีบำบัด ทุกวันศุกร์ 1 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 7 ครั้ง มีการเจาะเลือดตรวจก่อนพบแพทย์ทุกวันศุกร์ เพื่อตรวจและประเมินสภาพร่างกายประจำสัปดาห์

- แลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับความสำคัญของการจำลองการรักษา ขั้นตอนการจำลองการรักษาด้วย CT และ MRI simulation การปฏิบัติตัวขณะตรวจเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือ

6. อธิบายเกี่ยวกับผลข้างเคียงจากการรักษาที่อาจเกิดขึ้น และอาการที่จะดีขึ้นภายหลังการรักษา ดังนี้

- อธิบายอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างและหลังการฉายรังสี เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เยื่อช่องปากและลำคออักเสบ เจ็บคอ กลืนอาหารเหมือนมีอะไรติดคอ ไอ น้ำลายแห้ง การรับรสอาหารผิดปกติ เบื่ออาหาร อาจเกิดภาวะทุพโภชนาการ อ่อนเพลีย เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำ ซีด ผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีมีสีคล้ำขึ้น แห้งเป็นขุย และรู้สึกคัน เป็นแผล ผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีอาจมีอาการแข็งตึงหลังฉายรังสีครบ ช่องปากแคบลง อาจเกิดกระดูกขากรรไกรตาย เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวและยอมรับสภาพความเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นได้

7. ผู้ป่วยและภรรยา มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลการรักษา ส่งปรึกษาทีมผู้รักษา เพื่อรับทราบข้อมูล ผลการรักษาในทางสถิติ เพื่อเพิ่มความมั่นใจเกี่ยวกับการรักษา

8. ประเมินการรับรู้และความรู้สึกของภรรยา ที่มีต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ภรรยาให้การดูแล ให้กำลังใจและรับฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล

9. ส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและภรรยาสร้างเป้าหมายร่วมกันในการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจให้เกิดความเข้มแข็ง เพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัดให้ครบตามแผนการรักษาของแพทย์

10. แลกเปลี่ยนข้อมูล เกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลายความวิตกกังวล ความเครียด เช่น การฝึกการหายใจ การฝึกสมาธิ การฟังเพลง การอ่านหนังสือ เป็นต้น

### การประเมินผลการพยาบาล

วันที่ 24 มีนาคม 2566

ผู้ป่วยและภรรยามีสีหน้าคลายความวิตกกังวล ยิ้มแย้ม บอกว่ากังวลลดลง รู้สึกสบายใจขึ้น และสามารถตอบคำถามย้อนกลับเกี่ยวกับการรักษาด้วยรังสีรักษาและให้ยาเคมีบำบัดได้ถูกต้องมากกว่า 80%

วันที่ 24 เมษายน 2566

ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวลเล็กน้อย พร้อมทั้งพูดว่า “กลัวการเข้าเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์” หลังทบทวนข้อมูล พูดคุยให้กำลังใจ สีหน้าสดชื่นขึ้น  
สรุป ปัญหาสิ้นสุด

### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1.2

ส่งเสริมการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด

วันที่เริ่มต้นของปัญหา วันที่ 24 มีนาคม 2566

วันที่สิ้นสุดของปัญหา วันที่ 8 พฤษภาคม 2566

### ข้อมูลสนับสนุน

**Subjective data** 1. ผู้ป่วยสอบถามว่า “ต้องเตรียมตัวและปฏิบัติตัวอย่างไรเมื่อได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด”

**Objective data** 1. ผู้ป่วยแสดงสีหน้ากระตือรือร้น เพื่อหาข้อมูล  
2. จากการสอบถามผู้ป่วยยังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ที่ยังไม่ถูกต้องครบถ้วน

## เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าสู่กระบวนการรักษาตามเป้าหมายและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องครบถ้วน

## เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมตัวและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง สามารถตอบคำถามย้อนกลับได้มากกว่า 80%
2. ผู้ป่วยสามารถมาตามนัด ได้รับการจำลองการรักษาและเริ่มการฉายรังสีได้ตามแผนการรักษาของแพทย์

## กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและภรรยาด้วยถ้อยคำที่สุภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและร่วมมือให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวางแผนการรักษา
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและภรรยาระบายความรู้สึก ซักถามข้อสงสัย โดยให้เวลา รับฟังอย่างตั้งใจ เข้าใจ และจริงใจ พร้อมทั้งพูดคุย ปลอดภัยให้กำลังใจ แสดงความพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตลอดเวลา
3. ส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและภรรยาวางแผนการดูแลและวางแผนเป้าหมายร่วมกันในการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัดให้ครบตามแผนการรักษาของแพทย์
4. แลกเปลี่ยนข้อมูล ประเมินการรับรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยและภรรยา ถึงความสำคัญของการจำลองการรักษา ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความสำคัญของการจำลองการรักษา ขั้นตอนการจำลองการรักษา ด้วย CT และ MRI simulation การปฏิบัติตัวขณะตรวจเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือ โดยให้ผู้ป่วยดูวิดีโอการจำลองการรักษา อีกทั้งอธิบายสรุป ดังนี้
  - การจำลองการรักษาเป็นขั้นตอนสำคัญเพื่อได้ภาพมาใช้สำหรับการวางแผนการฉายรังสีและคำนวณปริมาณรังสี ทำให้รังสีตรงไปยังก้อนมะเร็งได้อย่างแม่นยำและหลบหลีกอวัยวะสำคัญข้างเคียง ส่งผลให้ลดอาการข้างเคียงได้
  - การจำลองการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกทำได้โดยใช้เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โดยผู้ป่วยจะได้รับการฉีดสารทึบรังสีและสารเหนียวนมแม่เหล็ก ดังนั้นผู้ป่วยต้องให้ประวัติเกี่ยวกับการแพ้ อาหารทะเล โรคหอบหืด ภูมิแพ้ ต้องงดน้ำและอาหารเป็นเวลา 6.00 น. ในวันที่ 24 เมษายน 2566 ก่อนจำลองการรักษาด้วย CT/MRI simulation ซึ่งก่อนเข้าห้องจำลองการรักษา ผู้ป่วยจะได้รับการเปิดหลอด

เลือดดำด้วยเข็ม ขนาด 20-18 G บริเวณหลังมือ หรือบริเวณด้านในของแขน เพื่อเตรียมสำหรับการฉีดสารทึบรังสีด้วยเครื่องฉีดยาอัตโนมัติ

- ขณะที่ผู้ป่วยเข้าห้อง CT และ MRI simulation นักรังสีเทคนิคจะทำการจัดท่าผู้ป่วยบนเตียง โดยให้ผู้ป่วยนอนหงายอยู่ในท่าที่สบายและสามารถอยู่นิ่งได้ตลอดเวลา ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีอุปกรณ์ช่วยในการจัดท่าและยึดตรึง ได้แก่ หมอนรองคอในขนาดที่เหมาะสมกับศีรษะของผู้ป่วยและหน้ากก เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในตำแหน่งเดิม และอยู่นิ่งที่สุดขณะรับการฉายรังสี

- ขณะฉีดสารทึบรังสีด้วยเครื่องฉีดยาอัตโนมัติ พยาบาลจะดูแลผู้ป่วยโดยการประเมินและสังเกตตำแหน่งปลายเข็มเพื่อประเมินภาวะรั่วซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือด ประเมินสัญญาณชีพ และเฝ้าระวังอาการแพ้สารทึบรังสี หากผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หายใจขัด เหงื่อหอบ ให้รีบยกมือขึ้น เมื่อผู้ป่วยเสร็จกระบวนการจำลองการรักษาด้วย CT และ MRI simulation พยาบาลจะประเมินสัญญาณชีพและสังเกตอาการ และติดตามผลข้างเคียงจากการฉีดสารทึบรังสีนาน 30 นาที

5. แลกเปลี่ยนข้อมูล ประเมินการรับรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยและภรรยา เกี่ยวกับผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นต่อผิวหนังจากการได้รับรังสีรักษา แต่อาการเหล่านี้จะหายไปเมื่อครบการฉายรังสีประมาณ 4-6 สัปดาห์ โดยแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลผิวหนังบริเวณฉายรังสีโดยทั่วไป และให้ผู้ป่วยดูวิดีโอสอนการดูแลผิวหนัง ดังนี้

- ห้ามติดพลาสติกหรือเทปกาวใด ๆ ที่ตำแหน่งฉายรังสี หรือบริเวณใกล้เคียงเพราะทำให้เกิดการระคายเคือง เสียดสี ทำให้ผิวหนังบริเวณนั้นเกิดแผลได้

- หลีกเลี่ยงการทำให้ผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีเปียกชื้น โดยดูแลให้ผิวหนังแห้งอยู่เสมอ ในระหว่างการรักษา และภายหลังการฉายรังสี 2 สัปดาห์เพื่อป้องกันการเกิดแผล

- ดูแลบริเวณที่ได้รับรังสีให้แห้งอยู่เสมอ หรือเมื่อถูกน้ำ โดยซับด้วยผ้านุ่มเบา ๆ ห้ามขัดถูหรือเช็ดแรง ๆ เพราะอาจทำให้เกิดรอยถลอกของผิวหนังได้

- ห้ามใช้แป้ง ยาขี้ผึ้ง น้ำมัน ยาหม่อง น้ำหอม หรือผลิตภัณฑ์ระงับกลิ่น ที่มีส่วนผสมของน้ำหอมหรือแอลกอฮอล์ในบริเวณตำแหน่งที่ได้รับรังสี เนื่องจากส่วนใหญ่จะมีส่วนผสมของโลหะหนัก ซึ่งทำให้เกิดการกระจายของรังสี ทำให้ปริมาณของรังสีที่กระจายไปยังเนื้อเยื่อลดลงและทำให้เกิดการระคายเคือง ส่งผลให้รังสีมีผลข้างเคียงต่อผิวหนังมากขึ้น

- อาบน้ำโดยใช้สบู่อ่อน เช่น สบู่เด็ก และไม่ขัดถูผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี น้ำสบู่ผ่านได้

- อาบน้ำด้วยน้ำอุณหภูมิปกติ หลีกเลี่ยงการอาบน้ำด้วยน้ำอุ่นจัด หรือน้ำเย็นจัด เนื่องจากอาจ

ทำให้ผิวหนังสูญเสียความชุ่มชื้นและเกิดการระคายเคือง และใช้ผ้าขนหนูนุ่ม ๆ ซับเบา ๆ ให้แห้ง

- หากทาครีมที่แพทย์สั่งบริเวณผิวหนังที่ฉายรังสี เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นของผิวหนัง ต้องให้อาบน้ำชำระสารถีก่อนมารับการฉายรังสี ไม่ควรทาก่อนมาฉายรังสีอย่างน้อย 4 ชั่วโมง
  - หลีกเลี่ยงการว่ายน้ำในสระว่ายน้ำ แม่น้ำลำคลอง การแช่น้ำอุ่น สปา หรือขาวน่าเนื่องจากอาจทำให้เกิดการระคายเคืองต่อผิวหนังและเกิดการติดเชื้อได้
  - แนะนำให้สวมเสื้อผ้าอ่อนนุ่ม ไม่รัดแน่น หลีกเลี่ยงการใส่เสื้อคอปกที่มีปกแข็ง ให้ใส่เสื้อคอกว้างเพื่อป้องกันการเสียดสีบริเวณลำคอ
  - ห้ามสวมเครื่องประดับต่าง ๆ ในบริเวณที่ฉายรังสี เช่น สร้อยคอ และสพายกระเปาะคล้องคอ อาจทำให้เกิดการเสียดสี ทำให้ผิวหนังเกิดการบาดเจ็บได้
  - หลีกเลี่ยงบริเวณที่ได้รับรังสีถูกความร้อนและแสงแดด สังเกตผิวหนังที่ได้รับรังสีทุกวัน ว่ามีสิ่งผิดปกติหรือไม่ เช่น ผื่นคัน ผิวหนังมีลักษณะบวม แดง คล้ายถูกน้ำร้อน เป็นต้น
  - ระวังระวังการแกะเกาบริเวณที่ฉายรังสี หากคันให้ลูบเบา ๆ ควรตัดเล็บให้สั้นเพื่อป้องกันทำให้เกิดแผล
  - หลีกเลี่ยงการโกนหนวดด้วยใบมีดเนื่องจากอาจทำให้เกิดบาดแผล ในบริเวณฉายรังสีได้ แนะนำให้ใช้ที่โกนไฟฟ้าหรือกรรไกรแทน
  - ห้ามใช้กระเป๋าน้ำร้อนหรือน้ำแข็งวางบนผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสี เพราะจะทำให้ผิวหนังอักเสบและเกิดแผลได้
  - ห้ามลบรอยหรือเส้นที่ขีดไว้ หรือเติมเส้นเองเมื่อเส้นลบ (เพราะการขีดเส้นใช้น้ำยาเฉพาะ ที่ไม่มีผลต่อผิวหนังบริเวณนั้น และเส้นที่ขีดไว้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้รังสีรักษาได้ตรงจุด ที่ต้องการรักษา ถ้าเส้นลบต้องได้รับการขีดเส้นทับใหม่ (โดยเจ้าหน้าที่รังสีเทคนิค โดยต้องคำนวณให้ตรงกับจุดที่ต้องการรักษา)
6. ประเมินสภาพช่องปากของผู้ป่วย ได้แก่ ความสะอาด ฟัน แผล และความสามารถในการอ้าปาก โดยการสังเกตเพื่อวางแผนให้คำแนะนำการดูแลช่องปากที่ถูกต้อง
7. แลกเปลี่ยนข้อมูล ประเมินการรับรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยและภรรยา ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความสำคัญของการเตรียมช่องปากและการดูแลสุขอนามัยภายในช่องปาก ดังนี้
- แปรงฟันและลื่นด้วยแปรงสีฟันที่มีขนแปรงอ่อนนุ่ม ขนาดเหมาะสม
  - การล้างแปรงสีฟัน ล้างให้สะอาดหลังแปรงฟัน วางในภาชนะลักษณะหัวแปรงตั้งขึ้น อากาศถ่ายเทสะดวก มีลมพัดผ่าน เพื่อให้ขนแปรงแห้ง ไม่เป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรค และควรเปลี่ยนแปรงสีฟันทุก 2-3 เดือน
  - การเลือกยาสีฟัน ไม่มีรสเผ็ดซ่า เนื่องจากอาจทำให้ระคายเคือง ให้มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ เพื่อช่วยขัดคราบสกปรก เคลือบฟันและป้องกันฟันผุ

- ให้ผู้ป่วยคูวีดีโอสอนวิธีการแปรงฟัน วางขนแปรงบริเวณคอฟันในแนว 45 องศาขนานกับเหงือก ขยับแปรงไปมา 3-4 ครั้งแล้วปิด ฟันบนให้ปิดลง ฟันล่างให้ปิดขึ้น แปรงให้ทั่วทุกซี่ ทั้งด้านในและด้านนอก ยกเว้นฟันหน้าด้านในทั้งบนและล่างเปลี่ยนแนวตามแปรงขนานกับฟันกดหัวแปรงแล้วดึง ฟันบนดึงลง ฟันล่างดึงขึ้น ส่วนฟันบดเคี้ยวให้วางแปรงตั้งฉากกับฟัน ขยับแปรงไปมาให้ทั่วด้านบดเคี้ยว ควรแปรงลิ้นและเพดานปาก เพราะเป็นแหล่งสะสมของคราบเศษอาหาร ใช้เวลาในการแปรงฟันประมาณ 2 นาที ควรแปรงฟันหลังรับประทานอาหารและก่อนนอน

- ให้ผู้ป่วยคูวีดีโอสอนการบ้วนปากด้วยน้ำเกลือสำหรับบ้วนปาก หรือน้ำสะอาด 1,000 มิลลิลิตร : เกลือ ½ ช้อนโต๊ะ 4 ครั้ง/วัน หลังรับประทานอาหาร และก่อนเข้านอน ด้วยวิธี Ballooning & Sucking ดังนี้ เทน้ำเกลือบ้วนปากปริมาณ 30 มิลลิลิตร กลั้วน้ำเกลือ สลับไปมาทั้งทางด้านซ้ายและขวาของกระพุ้งแก้มและดูดแก้ม เพื่อให้มีแรงเคลื่อนของน้ำเกลือระหว่างฟัน นาน 30 วินาที เพื่อให้ช่องปากสะอาด หลีกเลี่ยงการบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์

- แนะนำให้ผู้ป่วยตรวจและรักษาโรคในช่องปากและฟันโดยทันตแพทย์ให้เสร็จเรียบร้อยภายในวันที่ 10 เม.ย. 2566 ก่อนรับการรักษาดูดการฉายรังสีอย่างน้อย 2 สัปดาห์และเน้นย้ำให้พบทันตแพทย์ตามนัดทุกครั้ง

- แนะนำเคลือบฟันด้วยฟลูออไรด์ตามคำสั่งของทันตแพทย์

- หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่เพื่อลดการระคายเคืองในช่องปาก

- จิบน้ำบ่อย ๆ ระหว่างวันเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปาก ทาวาสลินบริเวณริมฝีปากเพื่อป้องกันริมฝีปากแห้งแตกเป็นแผล

- ในระหว่างรับการรักษาเพื่อลดการระคายเคืองและการบาดเจ็บเยื่อช่องปาก ควรหลีกเลี่ยงอาหารกรอบแข็ง รสเผ็ด รสจัด เย็น และร้อนจัด แนะนำให้รับประทานอาหารอ่อนนุ่ม ได้แก่ ข้าวสวย แกงจืด ก๋วยเตี๋ยว ก๋วยจั๊บ เกี้ยวน้ำ เป็นต้น หลีกเลี่ยงน้ำอัดลม

- ในระหว่างรับการรักษ่าห้ามถอนฟัน เพราะแผลถอนฟันจะหายช้าทำให้มีการติดเชื้อได้ง่าย

8. แนะนำการบริหารช่องปากและขากรรไกร กล้ามเนื้อคออย่างสม่ำเสมอตั้งแต่เริ่มรับการรักษา ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และหลังจบการรักษาตลอดชีวิต พร้อมทั้งให้คู่มือการบริหาร

**ทำในการบริหารกล้ามเนื้อคอปฏิบัติ ดังนี้**

ท่าที่ 1 หันไปทางซ้ายและขวาช้า ๆ จนรู้สึกตึงแล้วหยุดค้างไว้ 10-15 วินาที

ท่าที่ 2 เอียงคอไปทางซ้ายและขวาร่วมกับใช้มือกดที่ศีรษะ กดไหล่ง ทำช้า ๆ จนรู้สึกตึงแล้วหยุดค้างไว้ 10-15 วินาที

ท่าที่ 3 เงยหน้าขึ้นจนรู้สึกตึงช้า ๆ แล้วหยุดค้างไว้ 10-15 วินาที

ท่าที่ 4 ก้มหน้าจนสุดพร้อมกับใช้มือประสานที่ท้ายทอย กดศีรษะลงจนรู้สึกตึงแล้วหยุดค้างไว้ 10-15 วินาที

ท่าที่ 5 เอียงคอพร้อมก้มหน้าลงด้านซ้ายและขวา ใช้มือช่วยกดศีรษะลงช้า ๆ จนรู้สึกตึงแล้วหยุดค้างไว้ 10-15 วินาที วันละ 1-2 ครั้งอย่างน้อย 10-15 นาที สม่่าเสมอทุกวัน

\*\* แนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติอย่างน้อยวันละ 100 ครั้ง โดยแบ่งทำ 3-4 เวลา ท่าละ 25 ครั้ง เช่น เช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน

### ท่าในการบริหารช่องปากและขากรรไกรปฏิบัติ ดังนี้

ท่าที่ 1 อ้าปากกว้าง ๆ และหุบปาก ประมาณ 20 ครั้ง ควรทำบ่อย ๆ และทุกครั้งที่นึกได้ โดยอาจแบ่งทำ 25 ครั้ง เช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน

ท่าที่ 2 คาบท่อพลาสติกที่สะอาด หรือขวดนมเปรี้ยว ครั้งละ 1-2 นาที อย่างน้อยวันละ 6 ครั้ง ยกเว้นเวลาหลับ ขนาดท่อพลาสติกควรเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เพื่อป้องกันปากแคบ

9. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและภรรยาเห็นความสำคัญของการมีภาวะโภชนาการที่ดี เนื่องจากเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อผลการรักษาที่ดี สามารถรับการรักษาได้ต่อเนื่องจนครบในระยะเวลาที่เหมาะสม ลดผลข้างเคียง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

10. ประเมินภาวะโภชนาการ โดยชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อคำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index (BMI)) ค่า BMI ปกติอยู่ระหว่าง 18.5-24.9 kg/m<sup>2</sup> ตรวจเส้นผม หรือผิวหนัง ตุ่มลิ้น และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ระดับโปรตีนในกระแสเลือด ได้แก่ Albumin ค่าปกติ Albumin 3.5-5 mg/dl เพื่อนำข้อมูลมาพิจารณาแนวทางการดูแลรักษาด้านโภชนาการ ประสานงานกับนักโภชนาการ เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะทุพโภชนาการอย่างละเอียด และให้การดูแลรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสมและติดตามอย่างต่อเนื่อง

11. แลกเปลี่ยนข้อมูลและส่งเสริมให้ผู้ป่วยวางแผนเกี่ยวกับโภชนาการ สะสมพลังงานล่วงหน้า เพื่อสามารถรับการรักษาค่าครบถ้วน การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค คือ อาหารที่ให้พลังงานและโปรตีนสูง เช่น ไข่ เนื้อสัตว์ เนื้อปลา เนื้อไก่ เนื้อหมู ถั่ว ผักใบเขียว อาหารที่ปรุงสุกใหม่

12. แลกเปลี่ยนข้อมูลให้ผู้ป่วยและญาติเห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกิจกรรม หรือการออกกำลังกายเบา ๆ เพื่อเพิ่มความแข็งแรง และลดการสลายและการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง โดยการชั่งน้ำหนักสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือสังเกตจากการรับประทานอาหารที่ลดลง หรืออาการอ่อนเพลีย

13. แนะนำให้ผู้ป่วยวางแผนเรื่องการเดินทาง ที่พักขณะมารับการฉายรังสีล่วงหน้าเนื่องจากการฉายรังสีเป็นการรักษาที่ใช้ระยะเวลานานและต่อเนื่องทุกวัน แนะนำแหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยสามารถรับบริการ ในกรณีที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ เช่น บ้านพักสมาคมต่าง ๆ หรือบ้านพักราคาถูก เป็นต้น

14. ส่งเสริมการวางแผนเกี่ยวกับงานประจำ การลางาน หรือการวางแผนเลือกช่วงเวลาที่มารับการฉายรังสีโดยไม่ต้องลางาน

15. แนะนำให้ผู้ป่วยขอสิทธิการรักษาเพื่อรับการฉายรังสีให้เสร็จเรียบร้อยก่อนถึงวันนัดฉายรังสี

16. แนะนำให้ผู้ป่วยนำฟิล์มเอกซเรย์และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ มาในวันนัดฉายรังสี เพื่อประกอบการวางแผนการรักษา

17. สอบถามและประเมินความต้องการมีบุตร แนะนำการคุมกำเนิด

18. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับขั้นตอนการขอรับการตรวจถ้าเกิดภาวะฉุกเฉิน เช่น มีอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก อ่อนเพลียมาก เกร็งกระตุก มีเลือดสด ๆ ออกจากจมูกจำนวนมาก เป็นต้น โดยให้รับเข้าโรงพยาบาลใกล้บ้านให้เร็วที่สุดเพื่อรักษาตามอาการ

19. ประเมินความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับคำแนะนำที่ให้ไป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและภรรยาซักถาม เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

#### การประเมินผลการพยาบาล

วันที่ 24 มีนาคม 2566

ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมตัวและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง สามารถตอบคำถามย้อนกลับได้มากกว่า 80%

วันที่ 24 เมษายน 2566

ผู้ป่วยมาตามนัด สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้องและมีความพร้อมสำหรับการวางแผนการรักษาด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ทำสำเร็จตามเป้าหมาย

วันที่ 8 พฤษภาคม 2566

ผู้ป่วยมาตามนัด และมีความพร้อมสำหรับการเริ่มฉายรังสี สามารถเริ่มฉายรังสีได้ตามเป้าหมาย  
สรุป ปัญหาสิ้นสุด

## ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2.1

ปฏิเสธการรักษาเนื่องจากรู้สึกโดดเดี่ยว ท้อแท้ สิ้นหวัง ระหว่างการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด

วันที่เริ่มต้นของปัญหา วันที่ 2 มิถุนายน 2566

วันที่สิ้นสุดของปัญหา วันที่ 23 มิถุนายน 2566

### ข้อมูลสนับสนุน

- Subjective data**
1. ผู้ป่วยบอกว่า “ผมรู้สึกทุกข์ทรมาน จากอาการข้างเคียงที่เป็นอยู่ มันท้อแท้ สิ้นหวัง ยิ่งรักษาอาการยิ่งเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ”
  2. ผู้ป่วยบอกว่า “ผมป่วยครั้งนี้ เพราะผมคงทำกรรมไว้มาก”
  3. ผู้ป่วยบอกว่า “การเจ็บป่วยเกิดจากความผิดผมเอง เพราะผมดื่มเหล้า สูบบุหรี่”
  4. ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกโดดเดี่ยว ว้าเหว่ ท้อแท้ หมดกำลังใจ”
  5. ผู้ป่วยบอกว่า “ผมไม่รู้จะจัดการความรู้สึกอย่างไร”

- Objective data**
1. ผู้ป่วยแสดงสีหน้าไม่สดชื่น ท้อแท้ แหวดตาเศร้าหมอง หน้าตาดูอิดโรย เชื่องซึม พูดน้อย ถอนหายใจเป็นพัก ๆ
  2. จากการประเมิน ด้วย 2 คำถาม (2Q) พบ 2 ข้อคำถามที่ผิดปกติ และประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ผลรวม 7 คะแนน สรุปผล มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย

### เป้าหมายการพยาบาล

1. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความหวังและมีกำลังใจ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จนครบตามเป้าหมาย

### เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น แหวดตาเป็นประกายมีความหวัง มีพลัง กระตือรือร้น สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัวมากขึ้น
2. ผู้ป่วยอธิบายสิ่งที่มีความหมายและเป้าหมายในชีวิต แหล่งความหวังและพลังใจของตนเองได้
3. คะแนนรวมของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) น้อยกว่า 7 คะแนน
4. ผู้ป่วยรับการรักษาต่อเนื่อง จนครบตามเป้าหมาย

## กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยเชิงบำบัด แลกเปลี่ยน เรียนรู้ซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไว้วางใจ เชื่อมั่น เพื่อให้ความร่วมมือในการพยาบาล โดยพูดคุยด้วยท่าที่เป็นมิตร จริงใจ ให้ความเคารพ ให้เกียรติผู้ป่วย ชักถาม สังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก การสะท้อนคิด รับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ โดยการอยู่เป็นเพื่อน รับฟังโดยปราศจากการตัดสิน ยอมรับพฤติกรรมและความรู้สึกที่ผู้ป่วยแสดงออกมา ช่วยเหลือผู้ป่วยค้นหาทางเลือกในการจัดการความรู้สึกได้ด้วยตนเอง พร้อมทั้งประเมินปัญหา และความต้องการทางจิตวิญญาณเพิ่มเติม
3. สัมผัสบริเวณมือผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล อ่อนโยน เพื่อปลอบใจ ให้กำลังใจ แสดงออกซึ่งความเห็นอกเห็นใจ และความเมตตากรุณา การสัมผัสช่วยให้เกิดความรู้สึกสบายทางจิตใจและกาย เกิดการแลกเปลี่ยนพลังงาน เสริมสร้างความหวัง และผ่อนคลายจากความรู้สึกจากภาวะบีบคั้นทางจิตใจ
4. ช่วยเหลือผู้ป่วย โดยใช้วิธีการทบทวนชีวิตและสะท้อนความคิดเกี่ยวกับคุณค่าตามมุมมองของผู้ป่วย โดยใช้คำถาม คือ สิ่งที่สำคัญที่สุดในชีวิตของผู้ป่วยคืออะไร สิ่งใดที่ผู้ป่วยต้องการในชีวิตนี้ และผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เพื่ออะไร จากนั้นให้ผู้ป่วยระบุหรือจัดลำดับสิ่งที่มีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยจากมากที่สุดไปน้อยที่สุด เพื่อให้กระจ่างในเป้าหมาย เมื่อทราบถึงคุณค่าที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยแล้ว จึงจะเป็นการสะท้อนความคิดเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการให้เกิดขึ้นและแนวทางปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์นั้น การทำความเข้าใจระบบคุณค่าและเป้าหมาย เพื่อความเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วย การเข้าใจเกี่ยวกับความหมายและเป้าหมายของชีวิต และค้นหาทางเลือกในการปฏิบัติด้านบวก โดยการตั้งเป้าหมายร่วมกับพยาบาลเพื่อรักษาให้ครบตามแผนการรักษาของแพทย์ (พรพิมล ชัยสาและคณะ, 2562) พบว่า บุตรสาวเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ ที่ทำให้ผู้ป่วยอยากมีชีวิตอยู่ เป็นความหวังและกำลังใจที่สำคัญที่สุด
5. เป็นตัวกลางในการส่งเสริม ช่วยเหลือในการทำ ความกระจ่างเกี่ยวกับแหล่งความรักและความสัมพันธ์ ขออนุญาตผู้ป่วย Video call หาบุตรสาว เอื้ออำนวยในการให้ใช้โทรศัพท์ เนื่องจากโทรศัพท์ผู้ป่วยสัญญาณเข้าไม่สามารถวิดีโอคอลได้ มีปัญหาค่าใช้จ่ายบริการค่าโทรศัพท์ ช่วยสนับสนุนการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ส่งเสริมให้บุตรสาวพูดคุย เสริมพลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรัก ความหวังใน ความหวังดี ให้มีกำลังใจในการเผชิญกับความเจ็บป่วยและการดำเนินชีวิตต่อไป พร้อมทั้งกระตุ้นให้บุตรสาวและผู้ป่วยวางแผนการดูแลร่วมกัน โดยแนะนำบุตรสาว Video call ให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ

และต่อเนื่อง ตลอดระยะเวลาของการรักษาที่เหลือ เพื่อให้ได้รับการรักษาครบตามแผนการรักษาของแพทย์

6. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับผู้ป่วยรายอื่น ๆ ที่มีลักษณะของโรคคล้าย ๆ กัน ปฏิบัติตัวดี และมีทัศนคติที่ดี สามารถปรับตัวต่อโรค การรักษาและพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรง หรือข้อมูลที่แสวงหาและวิธีแก้ปัญหา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการรักษาที่ดี และเรียนรู้วิธีการปรับตัวและการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ มีการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เพราะมิได้ตนเองเท่านั้นที่ประสบปัญหา ยังมีคนอื่น ๆ อีกมากมายที่ประสบปัญหาเช่นเดียวกับตนทำให้เกิดการรับรู้อยอมรับปัญหาและสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับโรค และการรักษาได้ดีขึ้น (รุ่งพร ภูสุวรรณ์ และนฤมล จันทร์สุข, 2563)

7. พบผู้ป่วยทุกครั้งตามทีนัดหมาย เพื่อให้รู้สึกอบอุ่นใจ คลายความรู้สึกโดดเดี่ยว เสริมสร้างความหวังและพลังใจให้แก่ผู้ป่วย สร้างความมั่นใจในแผนการรักษาและกระตุ้นผู้ป่วยให้เกิดความร่วมมือในการดูแลรักษา ให้ความมั่นใจกับทีมผู้ดูแล

8. ประเมินอาการรบกวนทางกายและให้การช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการทางกายของผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะบีบคั้นด้านจิตใจของผู้ป่วยโดยเฉพาะความปวด คลื่นไส้ อาเจียน อธิบายให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อคลายความวิตกกังวล พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนข้อมูล เกี่ยวกับการดูแลและวิธีจัดการกับอาการข้างเคียงต่าง ๆ และให้ความช่วยเหลือ

9. แนะนำการทำสมาธิ การฟังธรรมะ เทคนิคการผ่อนคลายการกำหนดลมหายใจเข้า-ออก จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจ ผ่อนคลายความตึงเครียดด้านอารมณ์และความรู้สึกวิตกกังวล

10. ติดตามประเมินผล ทั้งในระยะสั้นหลังได้รับการดูแลและต่อเนื่องไปจนผู้ป่วยได้รับการรักษาครบถ้วน ประเมินผลทั้งจากการสังเกตสีหน้า คำพูดของผู้ป่วย การสอบถามจากภรรยา

วันที่ 2 มิถุนายน 2566

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น ยิ้มแย้ม แววตาเป็นประกายมีความหวัง ดุมีพลังมากขึ้น  
2. ผู้ป่วยพูดคุยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเชิงบวก ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี และอธิบายแนวทางการดูแลสุขภาพตามคำแนะนำ เพื่อส่งเสริมการมีชีวิตรอดให้ยาวนานต่อไป

3. ผู้ป่วยอธิบายเป้าหมายในชีวิต คือ จะต้องรักษาให้ครบตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อการรักษาโรคให้ได้ผลดี จะได้มีชีวิตอยู่กับบุตรสาวไปนาน ๆ

4. ผู้ป่วยอธิบายแหล่งความหวังและพลังใจของตนเอง ได้แก่ บุตรสาว มารดา ภรรยา และคิดว่าตนเองมีความสำคัญ เป็นหัวหน้าครอบครัว หลังการรักษาครบก็จะสามารถทำงานหาเลี้ยงครอบครัวได้เหมือนเดิม

**วันที่ 9 มิถุนายน 2566**

ประเมินภาวะซึมเศร้าและสภาพจิตใจ ด้วย 2 คำถาม (2Q) พบ 2 ข้อคำถามที่ผิดปกติ และประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ผลรวม 6 คะแนน สรุปผล ไม่มีภาวะซึมเศร้า จากการสังเกต ผู้ป่วยมีสีหน้ามีความหวัง ยิ้มแย้มและพูดว่า “รู้สึกดีขึ้นกว่าอาทิตย์ที่ผ่านมา จะพยายามอดทนสู้ต่อไปเพื่อบุตรสาว ฉายรังสีได้มาเกินครึ่งทางแล้ว”

**วันที่ 10 มิถุนายน 2566 - 23 มิถุนายน 2566**

ผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่อง ครบตามเป้าหมายสรุป ปัญหาสิ้นสุด

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2.2**

รู้สึกความมีคุณค่าในตนเองลดลง (Low self esteem) เนื่องจากบทบาทผู้นำเปลี่ยนเป็นการพึ่งพาวันที่เริ่มต้นของปัญหา วันที่ 19 พฤษภาคม 2566

วันที่สิ้นสุดของปัญหา วันที่ 23 มิถุนายน 2566

**ข้อมูลสนับสนุน**

- Subjective data**
1. ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกตัวเองไม่มีคุณค่า ไม่ได้ทำงาน ไม่มีรายได้ เป็นภาระของครอบครัว สงสารภรรยา”
  2. ผู้ป่วยบอกว่า “เมื่อรักษาเสร็จ ไม่รู้จะหางานทำได้ไหม จะทำงานได้เหมือนเดิมหรือเปล่า”

**Objective data** ผู้ป่วยมีสีหน้าแววตาเศร้า เชื่องซึม พูดน้อย ถอนหายใจเป็นพัก ๆ

**เป้าหมายการพยาบาล**

เพื่อให้ผู้ป่วยมองเห็นความมีคุณค่า ความสามารถ และความภาคภูมิใจในตนเอง

**เกณฑ์การประเมิน**

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น แววตาเป็นประกายมีพลัง กระตือรือร้น สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัวมากขึ้น
2. ผู้ป่วยพูดเกี่ยวกับตนเองในทางบวก มองเห็นความมีคุณค่า ความสามารถ และความภาคภูมิใจในตนเอง

## กิจกรรมการพยาบาล

1. มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ เชื่อมั่น โดยพูดคุยด้วยท่าทีเป็นมิตร จริงใจ ให้ความเคารพ ให้เกียรติผู้ป่วย
2. ประเมินด้านจิตวิญญาณควบคู่ไปกับด้านร่างกาย จิตใจ และด้านสังคม ความรู้สึกของผู้ป่วย ซึ่งมีผลต่อความสามารถในการเรียนรู้และการปรับตัว ประเมินความต้องการข้อมูลของผู้ป่วย พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ถูกต้องและรอบด้าน โดยใช้ภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยประเมินตัดสินใจได้สอดคล้องกับความเป็นจริง
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก การสะท้อนคิด รับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ รับฟังโดยปราศจากการตัดสิน ยอมรับพฤติกรรมและความรู้สึกที่ผู้ป่วยแสดงออกมา ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยค้นหาทางเลือกในการจัดการความรู้สึกได้ด้วยตนเอง แสดงความพร้อมให้การช่วยเหลือ
4. ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยทบทวนชีวิต ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยตระหนักรู้ในจุดแข็งและความสามารถของตนเอง พร้อมทั้งสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยใช้จุดแข็งเหล่านั้นในการดำเนินชีวิต ซึ่งผู้ป่วยรายนี้บอกว่าตนเองมีความอดทน และมีความรับผิดชอบ สามารถทำงานเลี้ยงดู รับผิดชอบครอบครัวได้ดี
5. ให้กำลังใจและการสนับสนุนทางอารมณ์แก่ผู้ป่วย ช่วยกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยพยายามคิดแง่บวกที่เป็นเชิงบวกในชีวิต
6. ส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยและครอบครัว วางเป้าหมายร่วมกัน โดยการอดทน เข้มแข็ง จะช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เผชิญต่อปัญหาและร่วมมือกัน พยาบาลพร้อมจะช่วยแก้ปัญหาจนกว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาครบตามแผนการรักษาของแพทย์
7. เป็นตัวกลางในการส่งเสริมเชื่อมสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวให้มีความเข้าใจต่อกัน เข้าใจความรู้สึก อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสัมพันธ์ใกล้ชิด เกิดความอบอุ่น กระตุ้นในการพูดคุย เสริมกำลังใจ เพิ่มความเชื่อมั่นอำนาจในตนเอง
8. ส่งเสริมความเชื่อมั่นอำนาจในตน เกี่ยวกับความสามารถ และความภาคภูมิใจ ซึ่งจะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนทางอารมณ์ ความไม่มั่นคงทางจิตใจ เพื่อให้เกิดการสะท้อนคิดเกี่ยวกับสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับความเจ็บป่วยหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน การให้ผู้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย พร้อมทั้งกล่าวชื่นชมเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

9. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจที่จะเผชิญกับโรคและการรักษาโดยให้การพยาบาลด้วยการสัมผัสและคำพูดที่สุภาพ นุ่มนวล ชักถามด้วยความห่วงใย จริงใจ ให้ความสำคัญต่อผู้ป่วย ให้เกียรติ ยอมรับความมีศักดิ์ศรีในตนเองของผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกในคุณค่าของตนเอง มีความรู้สึกต่อตนเองที่ดีขึ้น

10. แนะนำการทำสมาธิ การฟังธรรมะ เทคนิคการผ่อนคลายการกำหนดลมหายใจเข้า-ออก จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจ ผ่อนคลายความตึงเครียดด้านอารมณ์และความรู้สึกวิตกกังวล

11. ติดตามประเมินผล ทั้งในระยะสั้นหลังได้รับการดูแลและต่อเนื่องไปจนผู้ป่วยได้รับการรักษาครบถ้วน ประเมินผลทั้งจากการสังเกตสีหน้า คำพูดของผู้ป่วย การสอบถามจากภรรยาและบุตรสาว การประเมินผลการพยาบาล

**วันที่ 19 พฤษภาคม 2566**

หลังจากพูดคุยให้กำลังใจและเสริมแรงให้ผู้ป่วยเห็นความมีคุณค่าในตนเองและความสามารถของตนเองผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น แววตาดูมีพลัง พูดเกี่ยวกับตนเองในทางบวก มองเห็นความมีคุณค่าความสามารถ และความภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้น

**วันที่ 20 พฤษภาคม 2566 - 23 มิถุนายน 2566**

ผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่อง ครบตามเป้าหมาย สามารถเผชิญหน้ากับปัญหา เข้าใจ ยอมรับ ปรับตัวให้ความร่วมมือในการพยาบาล  
สรุป ปัญหาสิ้นสุด

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2.3**

รู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์จากการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังเนื่องจากการฉายรังสี

**วันที่เริ่มต้นของปัญหา วันที่ 2 มิถุนายน 2566**

**วันที่สิ้นสุดของปัญหา วันที่ 23 มิถุนายน 2566**

**ข้อมูลสนับสนุน**

**Subjective data**

1. ผู้ป่วยบอกว่า “ผมรู้สึกอับอายเมื่อต้องออกไปเจอผู้อื่น ๆ ผิวหนังมีแผลไหม้บริเวณคอ ผิวดำคล้ำ มีสายให้อาหารทางจมูก เหมือนตัวเองเป็นสัตว์ประหลาด รู้สึกเขินอาย กังวล หงุดหงิด ไม่มั่นใจในตนเอง”
2. ผู้ป่วยบอกว่า “ปากผมมีกลิ่นเหม็นมาก ๆ ไม่ค่อยกล้าคุยกับใคร กลัวคนอื่นรังเกียจ”
3. ผู้ป่วยบอกว่า “มีความวิตกกังวลกับภาพลักษณ์ที่เป็นอยู่”

- Objective data**
1. ผู้ป่วยแสดงสีหน้าไม่สดชื่น มีสีหน้าวิตกกังวล
  2. ผู้ป่วยใส่สาย NG และลักษณะผิวหนังสีดำนํ้า ลอกเป็นแผลกระจายเป็นจุดเล็ก ๆ บริเวณคอด้านซ้าย มีแผลเปิดขนาด 1.5x1.5 เซนติเมตร จากการฉายรังสี

### เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปรับตัวกับการสูญเสียภาพลักษณ์และยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย มีความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้น

### เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล สดชื่นขึ้น และบอกความวิตกกังวลลดลง มีท่าทีมั่นใจในตนเองมากขึ้น
2. ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับภาวะการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังและระยะเวลาของการฟื้นฟูของแผล
3. ผู้ป่วยยอมรับและสามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณใบหน้าและลำคอได้

### กิจกรรมการพยาบาล

1. มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ เชื่อมั่น โดยพูดคุยด้วยท่าที่เป็นมิตร จริงใจ ให้ความเคารพ ให้เกียรติผู้ป่วย
2. ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ความสามารถ บทบาท และแบบแผนชีวิตโดยกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึก ให้การประคับประคองด้านจิตใจ รับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ และเข้าใจ และสังเกตพฤติกรรมแสดงออก
3. ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง ระยะเวลาของการฟื้นฟูและส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยสามารถดูแลผิวหนังได้อย่างถูกต้องตามคำแนะนำ
4. อธิบายให้ผู้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังที่เกิดจากการฉายรังสีเป็นภาวะแทรกซ้อนชั่วคราวผิวหนังที่แห้ง ดำคล้ำและแผล จะค่อย ๆ ฟื้นฟู ลอกและกลับมาเป็นปกติภายใน 4-6 สัปดาห์ ภายหลังจากการฉายรังสีครบ
5. ให้การสนับสนุนผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อมูลย้อนกลับที่ดี สร้างความเชื่อมั่น โดยใช้เทคนิคการสัมผัส บอกความก้าวหน้าของการรักษาและเน้นให้เห็นประโยชน์ของการรักษา
6. ส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยวางแผนการดูแลร่วมกัน โดยผู้ป่วยจะพยายามอดทน เข้มแข็ง เมื่อต้องออกมาข้างนอกจะใส่หมวก และใช้ผ้าคลุมบริเวณที่ฉายรังสี
7. อธิบายให้ญาติเข้าใจถึงความรู้สึกของผู้ป่วย คอยให้กำลังใจและรับฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ พูด

ในเชิงบวก เอาใจใส่ เพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

8. แนะนำการทำสมาธิ การฟังธรรมะ เทคนิคการผ่อนคลายการกำหนดลมหายใจเข้า-ออก จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจ ผ่อนคลายความตึงเครียดด้านอารมณ์และความรู้สึกวิตกกังวล

9. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับผู้ป่วยรายอื่น ๆ ที่มีลักษณะของโรคคล้าย ๆ กัน ปฏิบัติตัวดี และมีทัศนคติที่ดี สามารถปรับตัวต่อโรค การรักษาและพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรง หรือข้อมูลที่แสวงหาและวิธีแก้ปัญหา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการรักษาที่ดี และเรียนรู้วิธีการปรับตัวและการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ มีการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เพราะมิได้ตนเองเท่านั้นที่ประสบปัญหา ยังมีคนอื่น ๆ อีกมากมายที่ประสบปัญหาเช่นเดียวกับตนทำให้เกิดการรับรู้อยอมรับปัญหาและสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับโรค และการรักษาได้ดีขึ้น (รุ่งพร ภูสุวรรณ์ และนฤมล จันทร์สุข, 2563)

10. ติดตามประเมินผล ทั้งในระยะสั้นหลังได้รับการดูแลและต่อเนื่องไปจนผู้ป่วยได้รับการรักษาครบถ้วน ประเมินผลทั้งจากการสังเกตสีหน้า คำพูดของผู้ป่วย การสอบถามจากภรรยา

#### การประเมินผลการพยาบาล

วันที่ 2 มิถุนายน 2566

หลังจากพูดคุยให้กำลังใจและเสริมแรงให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าสามารถดูแลตนเองได้อย่างค่อยเป็นค่อยไป ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายความวิตกกังวลลดลงและบอกว่ารู้สึกสบายใจขึ้น รวมทั้งสามารถเข้าใจเกี่ยวกับภาวะการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังและระยะเวลาของการฟื้นฟูของแผลได้อย่างถูกต้อง

วันที่ 3 มิถุนายน 2566 - 23 มิถุนายน 2566

ผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่อง ครบตามเป้าหมาย สามารถเผชิญหน้ากับการเปลี่ยนแปลง ยอมรับกับสภาพที่เป็นอยู่ ปรับตัวได้กับภาพลักษณ์ของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป ให้ความร่วมมือในการพยาบาล

สรุป ปัญหาสิ้นสุด

#### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2.4

มีความปวดและความทุกข์ทรมานจากภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ เนื่องจากผลข้างเคียงของรังสี

รักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด

วันที่เริ่มต้นของปัญหา วันที่ 26 พฤษภาคม 2566

วันที่สิ้นสุดของปัญหา วันที่ 23 มิถุนายน 2566

ข้อมูลสนับสนุน

- Subjective data**
1. ผู้ป่วยบอกว่า “มีแผลในปาก กินโจ๊กก็มีอาการเจ็บปวด ร้าวไปถึงหู ไม่อยากกลืน”
  2. Pain score = 7 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน
  3. ผู้ป่วยให้ประวัติว่าเคยสูบบุหรี่มาประมาณ 10 ปี (2-3 มวน/วัน) และดื่มสุรา มาประมาณ 12 ปี (เลิกสูบบุหรี่และดื่มสุรามานเป็นระยะเวลาประมาณ 3 เดือนก่อนมารักษา)
- Objective data**
1. ผู้ป่วยมีเยื่อช่องปากแดง เกิดแผลขนาด 1x1 เซนติเมตร บริเวณกระพุ้งแก้ม ซ้าย เกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ระดับ 2 (RTOG)
  2. ผู้ป่วยรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด ปริมาณรังสีที่ได้รับ 3,180 cGy และได้รับยาเคมีบำบัด Cycle 2 หลังให้ยา Day 7 ส่งเสริมทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อชั้น Epithelial cells และ Subepithelial cells ซึ่งจะทำให้ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบรุนแรงขึ้น
  3. ผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการ ส่งเสริมทำให้เกิดแผลได้ง่าย

#### เป้าหมายการพยาบาล

1. เพื่อบรรเทาอาการปวดและลดความทุกข์ทรมานจากภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

#### เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงวิธีการดูแลช่องปากและจัดการกับภาวะเยื่อช่องปากอักเสบระดับที่ 2 ได้อย่างถูกต้อง สามารถตอบคำถามย้อนกลับได้มากกว่า 80%
2. ขนาดของแผลที่บริเวณกระพุ้งแก้มซ้ายลดลง หรือภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ น้อยกว่าหรือเท่ากับ Grade 2 (RTOG)
3. Pain score < 7 คะแนน
4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ (White blood cell = 4,000-10,000 cell/ul และ Absolute neutrophil count (ANC) > 1,500 cell/ul)
5. ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 36.5-37.5 องศาเซลเซียส

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะเยื่อช่องปากอักเสบของผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน RTOG พร้อมทั้งซักประวัติอาการกลืนลำบาก น้ำลายแห้ง การรับรู้รสชาติที่เปลี่ยนแปลงและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ต่อการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบที่รุนแรง

2. ประเมินความเจ็บปวดในช่องปากโดยใช้แบบประเมินความเจ็บปวดแบบ Numerical rating scale และตรวจดูสภาพเยื่อในช่องปากของผู้ป่วยเพื่อวางแผนการให้คำแนะนำ และการปรับเปลี่ยนลักษณะอาหารที่เหมาะสมกับสภาพช่องปากของผู้ป่วย

3. ประเมินความรู้ผู้ป่วย เกี่ยวกับวิธีการดูแลช่องปากและการจัดการกับภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ เพื่อวางแผนให้คำแนะนำ

4. แลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแลช่องปากและการจัดการกับภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ระดับที่ 2 ดังนี้

#### 4.1 การรักษาความสะอาดในช่องปากและเพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปาก

- แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอนอย่างเบามือด้วยแปรงสีฟันขนอ่อนนุ่ม ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์และรสอ่อน ไม่เผ็ดซ่า หากเจ็บในช่องปากมาก แนะนำให้ทำความสะอาดช่องปากด้วยการเช็ดฟันและลิ้นด้วยผ้าก๊อชหรือสำลี ฟันปลายไม้ชุบน้ำเกลืออย่างเบามือแทนการแปรงฟัน

- บ้วนปากด้วยน้ำเกลือสำหรับบ้วนปาก วิธี Ballooning & Sucking ดังนี้ เหน้าเกลือบ้วนปากปริมาณ 30 มิลลิลิตร กลั้วน้ำเกลือ สลับไปมาทั้งทางด้านซ้ายและขวาของกระพุ้งแก้มและดูดแก้ม เพื่อให้มีแรงเคลื่อนของน้ำเกลือระหว่างฟัน นาน 30 วินาที ทุก 2 ชั่วโมง ยกเว้นตอนนอน หลีกเลี่ยงการบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์

- ดื่มน้ำอย่างเพียงพออย่างน้อย 2 ลิตร/วัน โดยการจิบบ่อย ๆ ระหว่างวัน

- ทาวาสลินบริเวณริมฝีปากเพื่อป้องกันริมฝีปากแห้งแตกเป็นแผล

#### 4.2 การป้องกันการอักเสบและจัดการการติดเชื้อในช่องปาก

- แนะนำการประเมินช่องปากด้วยตนเองทุกวัน กรณีพบแผลมีขนาดใหญ่ เลือดออก มีลักษณะการติดเชื้อในช่องปาก ได้แก่ บวม แดง ฝ้าขาว ปริกาอาการกับพยาบาลหรือทีมผู้รักษาพยาบาล

- ให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดของร่างกายและล้างมือบ่อย ๆ เพื่อป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่แผลในช่องปากและร่างกาย

#### 4.3 การจัดการความเจ็บปวดในช่องปาก

- ประเมินอาการเจ็บปวดช่องปากและคอ ช่วงระยะเวลา ระดับความรุนแรง โดยใช้เครื่องมือมาตรวัดความเจ็บปวดด้วยตัวเลข (Numerical rating scale; NRS) แบ่งระดับตั้งแต่ 0-10 คะแนน (0 หมายถึง ไม่ปวดและ 10 หมายถึงปวดมากที่สุดจนทนไม่ได้) สังเกตสีหน้าท่าทางที่แสดงอาการปวด ได้แก่ กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ สีหน้าเจ็บปวด

- อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจสาเหตุของอาการปวด และแผนการรักษาที่ได้รับ ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยโดยการซักถามและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวเสนอข้อคิดเห็นหรือสอบถามเพิ่มเติม ระบายความรู้สึก

- แนะนำการรับประทานยา Diclofenac 25 mg รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น เพื่อลดความเจ็บปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งขณะพักระหว่างวันและขณะรับประทานอาหาร หากอาการปวดไม่บรรเทาหรืออาการปวดมากขึ้น รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาบรรเทาปวดที่เหมาะสม

- ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนหรืออาหารเหลว เช่น น้ำซุปข้น นมสด น้ำเต้าหู้ อาหารปั่นหรืออาหารเสริมทางการแพทย์เพื่อให้ง่ายต่อการกลืนและลดการบาดเจ็บของเยื่อในช่องปากและคอ

- ให้หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ทำให้เกิดการระคายเคือง ได้แก่ อาหารรสเผ็ดจัดเปรี้ยวจัด ร้อนจัด เย็นจัด

- ให้หลีกเลี่ยงการใช้ไหมขัดฟันเนื่องจากอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อเหงือกได้ แนะนำผู้ป่วยติดตามประเมินความเจ็บปวดในช่องปากและคอด้วยตนเอง กรณีไม่สามารถกลืนอาหารเหลวได้ปรึกษาอาการกับพยาบาลเพื่อปรับการดูแลรักษาที่เหมาะสม เพื่อพิจารณาการให้สารอาหารทางอื่น ๆ เช่น อาหารทางสายยาง

- แนะนำใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความเจ็บปวด เช่น การจินตนาการถึงสิ่งที่ผ่อนคลาย เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง อ่านหนังสือหรืองานอดิเรกต่าง ๆ เป็นต้น

- ปลอบโยน ให้กำลังใจผู้ป่วยและกระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมกำลังใจ เข้าใจผู้ป่วยและสนับสนุนการดูแลตนเองที่ถูกต้อง

- ติดตามประเมินความเจ็บปวดในช่องปากและคอสัปดาห์ละ 1 ครั้ง บันทึกลักษณะอาการปวด ความรุนแรง ความถี่ สาเหตุที่ทำให้ปวดเพิ่มขึ้น เพื่อปรับการดูแลรักษาที่เหมาะสม

#### 4.4 การส่งเสริมการฟื้นตัวของเยื่อช่องปาก

- แนะนำการรับประทานอาหารที่เพียงพอและเหมาะสมเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการโดยรับประทานอาหารให้ครบและเพียงพอทั้ง 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนและพลังงานสูง โดยรับประทานน้อย ๆ แต่แบ่งมื้ออาหารให้บ่อยมากขึ้นเป็น 5-6 มื้อ/วัน เช่น โจ๊กปั่น ไอศกรีม นมสด น้ำเต้าหู้

- ประเมินภาวะโภชนาการหรือการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวของผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หากผู้ป่วยรับประทานอาหารและน้ำได้ไม่เพียงพอหรือการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวที่ลดลงมากกว่า 2%/สัปดาห์ ปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้เพื่อได้รับการพิจารณาการให้สารอาหารทางอื่น เช่น NG tube เพื่อให้ได้รับสารอาหารที่เพียงพอ

5. ให้กำลังใจผู้ป่วยและกระตุ้นให้ภรรยามีส่วนร่วมในการส่งเสริมกำลังใจ เข้าใจผู้ป่วยและสนับสนุนการดูแลตนเอง พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและภรรยาซักถามข้อสงสัยเพื่อนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

6. ส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ป่วยวางแผนการดูแล สร้างเป้าหมายร่วมกันในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อให้ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบไม่เกินระดับ 2 จนครบตามแผนการรักษาของแพทย์

7. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยโดยการซักถามด้วยคำถามปลายเปิด และสังเกตพฤติกรรมการดูแลตนเอง

8. ติดตามประเมินภาวะเยื่อช่องปากอักเสบด้วยแบบประเมิน RTOG และอาการเจ็บในช่องปากของผู้ป่วย 1 ครั้ง/สัปดาห์

### การประเมินผลการพยาบาล

วันที่ 26 พฤษภาคม 2566

ผู้ป่วยบอกวิธีการดูแลช่องปากและการจัดการกับภาวะเยื่อช่องปากอักเสบระดับที่ 2 ได้อย่างถูกต้อง สามารถตอบคำถามย้อนกลับได้มากกว่า 80%

วันที่ 2 มิถุนายน 2566

ผู้ป่วยมีแผลภายในช่องปากเพิ่มขึ้น มีอาการเจ็บปาก เจ็บคอ Pain score 7-8 คะแนน ปวดระดับปานกลาง-มาก ปวดรุนแรงมากขึ้น แพทย์ให้ยาเพิ่มขึ้น Tramadol 50 mg รับประทาน ครั้งละ 1 แคปซูล ทุก 6 ชั่วโมง เวลาปวด หลังจากรับประทานยา อาการปวดทุเลาลง Pain score 3-5 คะแนน

วันที่ 3 มิถุนายน 2566 - 23 มิถุนายน 2566

- ตลอดช่วงระยะเวลาการรักษา ผู้ป่วยมีภาวะเยื่อช่องปากอักเสบไม่เกินระดับ 2 Pain score 3-5 คะแนน นอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้น

- ตลอดช่วงระยะเวลาการรักษา ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hematology White blood cell Count อยู่ในค่าปกติ, Neutrophil สูงกว่าค่าปกติ ไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ ไม่มีใช้อุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 36.5-37.5 องศาเซลเซียส

สรุป ปัญหายังไม่สิ้นสุด แต่มีแนวโน้มดีขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2.5

มีโอกาสเสี่ยงต่อการรักษาด้วยรังสีไม่ต่อเนื่องจากภาวะผิวหนังอักเสบรุนแรง

วันที่เริ่มต้นของปัญหา วันที่ 2 มิถุนายน 2566

วันที่สิ้นสุดของปัญหา วันที่ 23 มิถุนายน 2566

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data 1. ผู้ป่วยบ่นปวดแผล ปวดแสบ ปวดร้อน Pain score 5 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน

2. ผู้ป่วยบอกว่า “ผลอนำมือไปเกา เนื่องจากมีอาการคัน”

3. ผู้ป่วยให้ประวัติว่าเคยสูบบุหรี่มาประมาณ 10 ปี (2-3 มวน/วัน) (เลิกสูบบุหรี่มาเป็นระยะเวลาประมาณ 3 เดือนก่อนมารักษา)

#### Objective data

1. ผู้ป่วยมีแผลถลอก ไหม้ดำคล้ำ และมีแผลเปิดที่บริเวณคอข้างซ้ายจากการฉายรังสี ขนาด 1.5x1.5 เซนติเมตร บวมปานกลาง ลักษณะของแผล มี Discharge สีเหลืองซีมเล็กน้อย ไม่มีกลิ่น เกิด Skin reaction grade = 2 (RTOG)
2. บริเวณคอทั้ง 2 ข้างอักเสบ บริเวณซอกคอมีรอยแกะเกา
3. ผู้ป่วยรักษาด้วยการฉายรังสีรวมกับการให้ยาเคมีบำบัด ปริมาณรังสีที่ได้รับ 4,240 cGy และได้รับยาเคมีบำบัด Cycle 3 หลังให้ยา Day 7 ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้เกิดผิวน้ำอักเสบ
4. ผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการ ส่งเสริมทำให้เกิดแผลได้ง่าย

#### เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

#### เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงวิธีการดูแลผิวน้ำอักเสบและจัดการกับภาวะผิวน้ำอักเสบ ระดับที่ 2 ได้อย่างถูกต้อง สามารถตอบคำถามย้อนกลับได้มากกว่า 80%
2. แผลไม่มีลักษณะของการติดเชื้อ เช่น ปวด บวม แดง ร้อน ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 36.5-37.5 องศาเซลเซียส
3. การเปลี่ยนแปลงของผิวน้ำจากการฉายรังสีลดระดับลง หรืออยู่ระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับระดับที่ 2 ตามแบบประเมิน RTOG
4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ (White blood cell = 4,000-10,000 cell/ul และ Absolute neutrophil count (ANC) > 1,500 cell/ul)
5. อาการปวดลดลง Pain score < 5 คะแนน

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการเปลี่ยนแปลงของผิวน้ำของผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน RTOG พร้อมทั้งซักประวัติเกี่ยวกับการดูแลผิวน้ำและปัจจัยส่งเสริมต่าง ๆ ต่อการเกิดแผลในบริเวณที่ฉายรังสี
2. ประเมินระดับความเจ็บปวดแผลจากการฉายรังสีบริเวณคอเพื่อวางแผนการให้คำแนะนำ
3. ประเมินความรู้และทักษะผู้ป่วยเกี่ยวกับการทำแผลและดูแลผิวน้ำที่ถูกต้องในระหว่างการฉายรังสีเพื่อวางแผนให้คำแนะนำ
4. ประสานงานและส่งต่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาที่แพทย์เจ้าของไข้เพื่อพิจารณาการรักษา

5. แลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลผิวหนังที่ถูกต้อง ระหว่างการฉายรังสีแก่ผู้ป่วย (ตามเนื้อหาบทที่ 3 หน้า 58) และแนะนำการทำแผลวันละ 1 ครั้งพร้อมทั้งสาธิต อธิบายวิธีการทำแผลที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วย ดังนี้

- ล้างมือให้สะอาด ก่อนทำแผลทุกครั้ง

- ทำความสะอาดแผลโดยใช้สำลีปราศจากเชื้อซูป 0.9% Normal saline ใช้ solution เช็ดที่แผล อย่างเบามือจนแผลสะอาด พร้อมทั้งสังเกตลักษณะของแผลและการติดเชื้อ หลีกเลี่ยงการใช้แอลกอฮอล์ ทำความสะอาดแผลเนื่องจากอาจทำให้เกิดการระคายเคืองต่อแผลได้

- ใช้ Conform พันรอบลำคอให้กระชับ ไม่แน่นเกินไปแล้วติด Transpore tape บน Conform หลีกเลี่ยงการติดพลาสติกบนบริเวณที่ฉายรังสีเพื่อป้องกันการลอกหลุดของผิวหนังซึ่งส่งผลต่อการฟื้นฟูของแผล

- ดูแลแผลให้แห้ง ไม่อับชื้น ระวังไม่ให้แผลโดนน้ำ

6. งดการบริหารคอ หลีกเลี่ยงการหันหรือเอี้ยวคอที่มากเกินไปเนื่องจากอาจทำให้แผลตึง ตึงรั้ง ส่งผลให้เจ็บแผลและเกิดการฉีกขาดของผิวหนังบริเวณที่เป็นแผลมากขึ้นได้

7. แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างน้อย 2 ลิตร/วัน ในผู้ป่วยรายนี้แนะนำให้รับประทานโจ๊กปั่น น้ำเต้าหู้ ไข่ตุ๋น อาหารเสริมทางการแพทย์ เพื่อส่งเสริมการหายของแผล

8. แนะนำให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดของร่างกายและล้างมือบ่อย ๆ เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่แผล

9. แนะนำให้ผู้ป่วยรักษาความสะอาดเสื้อผ้าที่สวมใส่ ทำความสะอาดเครื่องนอนและเปลี่ยนผ้าปูที่นอนบ่อย ๆ เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากเสื้อผ้าและเครื่องนอนที่ไม่สะอาด

10. แนะนำให้ผู้ป่วยประเมินผิวหนังตนเองทุกวัน หากแผลแฉะมากขึ้น มีลักษณะของการติดเชื้อ ปวด บวม แดง เจ็บแผลมาก มีไข้ หนาวสั่น ให้แจ้งพยาบาลหรือแพทย์เจ้าของไข้เพื่อรับการรักษาต่อไป

11. แนะนำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์เจ้าของไข้เพื่อตรวจร่างกายทุกวันศุกร์ เวลา 9.00 น. เพื่อรับการประเมินแผลและการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง

12. ประเมินความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับคำแนะนำที่ให้ไป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

13. ส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ป่วยวางแผนการดูแล สร้างเป้าหมายร่วมกันในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อให้ภาวะผิวหนังอักเสบไม่เกินระดับ 2 จนครบตามแผนการรักษาของแพทย์

14. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ซักถามข้อสงสัย โดยใช้เวลา รับฟังอย่างตั้งใจ เข้าใจ และจริงใจ พร้อมทั้งพูดคุย ปลอบโยนให้กำลังใจ แสดงความพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตลอดเวลา

15. ติดตามประเมินผลของผู้ป่วย 1 ครั้ง/สัปดาห์ ด้วยแบบประเมิน RTOG และลักษณะอาการต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น ดังนี้

- ลักษณะของแผล เช่น ขนาด ความลึกและเลือดออก
- ลักษณะของการติดเชื้อ เช่น มีไข้ สารคัดหลั่งมีสีเขียวเหลือง กลิ่นเหม็น
- อาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย เช่น แสบ คัน บวม เจ็บปวด

#### ประเมินผลการพยาบาล

วันที่ 2 มิถุนายน 2566

ผู้ป่วยสามารถบอกถึงวิธีการดูแลผิวหนังอักเสบและจัดการกับภาวะผิวหนังอักเสบ ระดับที่ 2 ได้อย่างถูกต้อง สามารถตอบคำถามย้อนกลับได้มากกว่า 80%

วันที่ 3 มิถุนายน 2566 - 23 มิถุนายน 2566

- ตลอดช่วงระยะเวลาการรักษา ผู้ป่วยมีภาวะผิวหนังอักเสบไม่เกินระดับ 2
  - Pain score 3-5 คะแนน ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 36.5-37.5 องศาเซลเซียส
  - ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hematology White blood cell Count  $10^3/\mu\text{l}$ , อยู่ในค่าปกติ, Neutrophil สูงกว่าค่าปกติ ไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ
- สรุป ปัญหายังไม่สิ้นสุด แต่มีแนวโน้มดีขึ้น

#### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2.6

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

วันที่เริ่มต้นของปัญหา วันที่ 19 พฤษภาคม 2566

วันที่สิ้นสุดของปัญหา วันที่ 23 มิถุนายน 2566

#### ข้อมูลสนับสนุน

**Subjective data** 1. ผู้ป่วยบอกว่า “รับประทานอาหารได้น้อยลง เบื่ออาหาร มีอาการปากแห้ง คอแห้งมาก ไอ กลืนอาหารลำบาก รับประทานอาหารอ่อน ประมาณมื้อละ 4-5 ช้อน”

2. ผู้ป่วยบอกว่า “มีอาการปวดในช่องปาก เจ็บคอเมื่อกินอาหาร”

3. ผู้ป่วยบอกว่า “มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ประมาณ 2-5 ครั้ง/วัน”

**Objective data** 1. น้ำหนักตัว 71.7 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 24.81 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่พบว่ามึนงงและน้ำหนักตัวที่ลดลง ระดับรุนแรง 2.45%/สัปดาห์

2. ลักษณะผิวน้ำแข็งแห้ง ปากแห้ง ตุ่มลิ้นแห้ง
3. มี Oral mucositis Grade 1 ร่วมกับมีอาการปวดในช่องปาก Pain score 4 คะแนน ปวดระดับปานกลาง
4. มี Nausea and vomiting Grade 2
5. มี Xerostomia Grade 1
7. ผู้ป่วยได้รับการฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอควบคู่กับการได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งส่งผลกระทบต่อเยื่อช่องปาก ต่อมรับรส ต่อมน้ำลาย
8. Hemoglobin 12.1 g/dl และ Hematocrit 36.8% ต่ำลงจากค่าปกติ เล็กน้อย, Sodium 131 mmol/L ต่ำกว่าค่าปกติ

### เป้าหมายการพยาบาล

1. ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติในระหว่างได้รับรังสีรักษา ร่วมกับยาเคมีบำบัด
2. ผู้ป่วยสามารถฉายรังสีได้อย่างต่อเนื่อง ไม่มีพักการฉายรังสี

### เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการ สามารถตอบคำถามย้อนกลับได้มากกว่า 80%
2. ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวคงเดิมหรือเพิ่มขึ้น

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการโดยการซักประวัติ ได้แก่ สภาพช่องปาก อาการเจ็บในช่องปาก กลืนลำบาก เบื่ออาหาร การรับรส คลื่นไส้ อาเจียน จำนวนครั้ง ปริมาณและลักษณะอาเจียน เปรียบเทียบกับจำนวนอาหารและน้ำที่รับประทานอาหารได้ เพื่อนำข้อมูลมาประเมินการสูญเสียสารน้ำ สารอาหาร และวางแผนการพยาบาล

2. แลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยให้ทราบถึงความสำคัญของการมีภาวะโภชนาการที่ดี เนื่องจากเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการรักษา สามารถรับการรักษาได้ต่อเนื่องจนครบในระยะเวลาที่กำหนด ลดผลข้างเคียง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ถ้าร่างกายได้รับสารอาหารและพลังงานไม่เพียงพอ การทำงานของร่างกายจะทำงานผิดปกติส่งผลต่อการตอบสนองต่อการรักษาได้อย่างไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน เครียดและกังวล เกิดความท้อแท้ในการรักษา

3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม ทบทวนการปฏิบัติตัวในระหว่างได้รับรังสีรักษา พร้อมทั้งให้กำลังใจ สนับสนุน ส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจว่าอาการดังกล่าวสามารถป้องกันหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย เมื่อผู้ป่วยดูแลตนเองถูกต้องเหมาะสม อย่างต่อเนื่อง และหากไม่มั่นใจหรือมีข้อสงสัย สามารถสอบถามข้อมูลได้จากพยาบาลประจำห้องฉายรังสีได้ทุกวัน

4. ส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ป่วยวางแผนการดูแล สร้างเป้าหมายร่วมกันในการปฏิบัติตัว ที่ถูกต้องเพื่อให้มีภาวะโภชนาการอยู่ในระดับปกติ และสามารถรักษาได้อย่างต่อเนื่อง จนครบตาม แผนการรักษาของแพทย์ โดยผู้ป่วยจะรับประทานอาหารตามคำแนะนำของนักโภชนาการอย่างเคร่งครัด

5. แลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะไม่สมดุลสาร น้ำและอิเล็กโทรไลต์ ดังนี้

- แนะนำให้รับประทานอาหารทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง เน้นอาหารที่มีโปรตีน พลังงานสูง และ รับประทานอาหารเสริมระหว่างมื้อ เช่น น้ำเต้าหู้ นมสด คัสตาด นมปั่น ไอศกรีม เต้าส่วน ซาหรืม ลอดช่องน้ำกระทิ น้ำหวาน โอวัลติน นม นมถั่วเหลือง น้ำผลไม้ ซุปต่าง ๆ เป็นต้น ภายหลังกัรับประทาน อาหารเสร็จควรงันั่งหรืออยู่ในท่าศีรษะสูงอย่างน้อย 1 ชั่วโมง

- แนะนำหลีกเลี่ยงอาหารที่มีกลิ่นฉุน เพราะเป็นการกระตุ้นให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน

- แนะนำดูแลสุขภาพช่องปากให้สะอาด บ้วนปากก่อนและหลังรับประทานอาหาร หรือ หลังอาเจียน

- แนะนำให้ผู้ป่วยหากิจกรรมทำก่อนมื้ออาหาร 15-20 นาที เช่น เดินออกกัำลังกายเบา ๆ หรือ ฟีกเทคนิคผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิ การฟังเพลง เป็นต้น

6. แลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการอาการปากแห้ง และการรับรสชาติอาหารเปลี่ยนแปลง

- เน้นย้ำเรื่องการดูแลความสะอาดในช่องปาก เนื่องจากสุขภาพช่องปากที่ดีจะช่วยให้การหลั่ง น้ำลายดีขึ้น นอกจากนี้ผู้ผู้ป่วยที่มีอาการปากแห้ง จะมีความสมดุลกรดต่างในช่องปากเปลี่ยนแปลง จึงทำให้มีการติดเชื้อในช่องปากและฟันผุได้ง่าย

- แนะนำการดูแลเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปาก โดยการดื่มน้ำสะอาดอย่างเพียงพอ 2,000-3,000 มิลลิลิตร/วัน ควรพกขวดน้ำเล็ก ๆ จิบน้ำบ่อย ๆ ต้องพกติดตัวไว้ตลอด เนื่องจากอาจตื่น และรู้สึกปากแห้ง คอแห้งในเวลากลางคืน

- กระตุ้นการบ้วนปากด้วยน้ำเกลือสำหรับบ้วนปาก วิธี Ballooning & Sucking ดังนี้ เทน้ำเกลือบ้วนปากปริมาณ 30 มิลลิลิตร กลั้วน้ำเกลือ สลับไปมาทั้งทางด้านซ้ายและขวาของกระพุ้งแก้ม และดูดแก้ม เพื่อให้มีแรงเคลื่อนของน้ำเกลือระหว่างฟัน นาน 30 วินาที ทุก 2 ชั่วโมง ยกเว้นตอนนอน หลีกเลีย้งการบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ น้ำยาบ้วนปากที่ผสมเองควรใช้ให้ หมดยาใน 1 วัน

- ทาวาสลิน หลังทำความสะอาดช่องปาก ก่อนนอน และเมื่อรู้สึกริมฝีปากแห้ง

- หลีกเลีย้งพฤติกรรมที่ทำให้อาการปากแห้งรุนแรงขึ้น เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ชา กาแฟ เนื่องจากพฤติกรรมและอาหารเหล่านี้ทำให้น้ำลายเหนียวขึ้น

7. แลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บปวดในช่องปาก

- แนะนำให้ใช้ยาชาเฉพาะที่ 2% lidocaine HCL (Xylocaine viscous) มีฤทธิ์สำหรับบรรเทาความเจ็บปวดในช่องปากและคอ ออกฤทธิ์เร็วแต่ไม่นาน (ไม่เกิน 1.5 ชั่วโมง) ก่อนรับประทานอาหาร โดยอมกลั้วให้ทั่วช่องปากและคอ ปริมาณ 5-10 มล. แล้วบ้วนทิ้งก่อนรับประทานอาหาร 15 นาที

- อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจสาเหตุของอาการปวด และแผนการรักษาที่ได้รับ ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยโดยการซักถามและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเสนอข้อคิดเห็นหรือสอบถามเพิ่มเติม ระบายความรู้สึก

- แนะนำใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความเจ็บปวด เช่น การจินตนาการถึงสิ่งที่ผ่อนคลาย เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง อ่านหนังสือหรืองานอดิเรกต่าง ๆ เป็นต้น

- ปลอดภัย ให้กำลังใจผู้ป่วยและกระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมกำลังใจ เข้าใจผู้ป่วยและสนับสนุนการดูแลตนเองที่ถูกต้อง

- ติดตามประเมินความเจ็บปวดในช่องปากและคอสัปดาห์ละ 1 ครั้ง บันทึกลักษณะอาการปวด ความรุนแรง ความถี่ สาเหตุที่ทำให้ปวดเพิ่มขึ้น เพื่อปรับการดูแลรักษาที่เหมาะสม

8. แลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยในการจัดเมนูอาหาร เพื่อเลือกอาหารที่ผู้ป่วยชอบรับประทาน พร้อมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารเหล่านั้นว่าสามารถรับประทานอาหารเหล่านั้นได้หรือไม่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการเลือกอาหารที่ต้องการรับประทาน และการได้รับประทานอาหารที่ชอบจะช่วยให้อยากรับประทานอาหารมากขึ้น นอกจากนี้ยังสามารถที่จะประเมินและให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ผู้ป่วยเลือก เพื่อให้ผู้ป่วยจะได้นำไปปฏิบัติ ส่งเสริมให้กำลังใจ เสริมพลัง

9. แลกเปลี่ยนข้อมูลให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมหรือการออกกำลังกายเบา ๆ เพื่อเพิ่มความแข็งแรง และลดการสลายและการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง โดยการชั่งน้ำหนักสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือสังเกตจากการรับประทานอาหารที่ลดลง หรืออาการอ่อนเพลีย

10. เนื่องจากผู้ป่วย มีน้ำหนักตัวที่ลดลง 2.45% /สัปดาห์ รายงานแพทย์และส่งปรึกษางานพยาบาลโภชนาการคลินิก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามกระบวนการ Nutrition Care Process กำหนดความต้องการพลังงานและสารอาหารตามความเหมาะสม

### ประเมินผลการพยาบาล

วันที่ 19 พฤษภาคม 2566

- ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสำคัญของการได้รับสารอาหารที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายขณะเจ็บป่วยและสามารถบอกวิธีการเพิ่มสารอาหารให้แก่ร่างกายด้วยอาหารที่มีคุณค่าสูง และมีความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการ สามารถตอบคำถามย้อนกลับได้มากกว่า 80%

### วันที่ 26 พฤษภาคม 2566

- ผู้ป่วยมีอาการเยื่อช่องปากอักเสบ Grade 2 รับประทานได้แต่อาหารเหลว ๆ ลื่นๆ ประมาณ 1/3 ของถ้วย มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ทำให้น้ำหนักตัวลดลง 3 กิโลกรัม ใน 1 สัปดาห์ มีน้ำหนักตัวที่ลดลง 4.18% /สัปดาห์ แพทย์พิจารณาให้อาหารทางสายยาง

### วันที่ 27 พฤษภาคม 2566 - 23 มิถุนายน 2566

- ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเล็กน้อย มีแนวโน้มดีขึ้น  
- ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Sodium 134 mmol/L (วันที่ 23 มิถุนายน 2566) ต่ำกว่าปกติเล็กน้อย

สรุป ปัญหายังไม่สิ้นสุด แต่มีแนวโน้มดีขึ้น

### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2.7

ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า

วันที่เริ่มต้นของปัญหา วันที่ 26 พฤษภาคม 2566

วันที่สิ้นสุดของปัญหา วันที่ 23 มิถุนายน 2566

### ข้อมูลสนับสนุน

- Subjective data**
1. ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกอ่อนเพลียมาก ไม่ค่อยมีแรง”
  2. ผู้ป่วยบอกว่า “นอนไม่ค่อยหลับ กลางคืนหลับได้ประมาณ 4-5 ชั่วโมง”
  3. ผู้ป่วยบอกว่า “มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ประมาณ 2-5 ครั้ง/วัน” Nausea and vomiting Grade 2 (RTOG)

- Objective data**
1. ผู้ป่วยแสดงสีหน้าอ่อนเพลีย อิดโรย อารมณ์หงุดหงิด
  2. ผู้ป่วยได้รับปริมาณรังสีรวม 3,180 cGy หลังให้ยาเคมีบำบัด Cycle 3 Day 7
  3. มี Fatigue Grade 2
  4. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hemoglobin 11.6 g/dl และ Hematocrit 34.9% ต่ำลงจากค่าปกติ

### เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้าลดลง

### เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกมีแรงมากขึ้น” และมีหน้าตาสดชื่นขึ้น
2. มี Fatigue  $\leq$  Grade 2

## กิจกรรมการพยาบาล

1. ชักประวัติและตรวจร่างกาย เพื่อหาปัจจัยที่ส่งเสริมและอาการแสดงของอาการอ่อนล้า สำหรับผู้ป่วยรายนี้พบปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ ความวิตกกังวล ความเครียดเกี่ยวกับโรคและการรักษา ภาวะซีด อาการนอนไม่หลับ และภาวะทุพโภชนาการ แล้วนำข้อมูลมาวางแผนการพยาบาล

2. ปลอดภัยและดูแลให้กำลังใจ และอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าอาการอ่อนเพลียที่เพิ่มมากขึ้น ไม่ใช่เพราะอาการของโรคที่แย่ลง แต่เป็นผลจากการฉายรังสีและยาเคมีบำบัด เพราะรังสีทำลายเซลล์มะเร็ง และเซลล์ปกติทำให้ร่างกายต้องใช้พลังงานในการซ่อมแซม จึงเกิดความเหนื่อยล้าของกล้ามเนื้อ

3. แลกเปลี่ยนข้อมูล ส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมกันวางแผน พร้อมทั้งกระตุ้นให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ เช่น การเล่นโยคะ นั่งสมาธิ การสวดมนต์ เดินเบา ๆ ทำงานอดิเรกง่าย ๆ เป็นต้น ทำให้รู้สึกผ่อนคลายและเบี่ยงเบนความสนใจจากอาการเหนื่อยล้า

4. แนะนำและส่งเสริมให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย เนื่องจากเป็นวิธีที่ลดอาการเหนื่อยล้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้ผู้ป่วยเดินออกกำลังกาย ช่วงเวลาประมาณ 6.00 - 7.00 น อากาศไม่ร้อน และช่วยให้รู้สึกสดชื่น เนื่องจากช่วงเย็นต้องมาฉายรังสี โดยสัปดาห์แรกใช้เวลาออกกำลังกายแต่ละครั้งประมาณ 10-15 นาที และสัปดาห์ต่อไปเพิ่มระยะเวลาเป็น 15-20 นาที อย่างน้อยวันเว้นวัน

5. แนะนำให้ผู้ป่วยงีบหลับตอนกลางวัน 1-2 ชั่วโมง และนอนหลับพักผ่อนในเวลากลางคืน ควรดื่มน้ำ เครื่องดื่มชูกำลัง หรือมีส่วนผสมคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ เป็นต้น

6. ถ้าผู้ป่วยนอนไม่หลับ แนะนำการรับประทานยานอนหลับ Ativan 1 mg 1 เม็ด ก่อนนอน ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้นอนหลับได้มากขึ้น ส่งผลดีต่อจิตใจ และอารมณ์ ช่วยลดอาการเหนื่อยล้า

7. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยา Tramadol 50 mg รับประทาน ครั้งละ 1 แคปซูล ทุก 6 ชั่วโมง เวลาปวด ตามคำสั่งการรักษาของแพทย์เพื่อบรรเทาอาการปวด ลดอาการรบกวนในการพักผ่อน

8. สนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารตามคำแนะนำของนักโภชนาการ

9. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hemoglobin, Hematocrit เพื่อประเมินภาวะซีด ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้มีอาการอ่อนเพลีย หากผิดปกติรายงานให้แพทย์ทราบ

10. แลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วยในการสังเกตอาการคลื่นไส้ อาเจียนของตนเอง เพื่อการปรับเปลี่ยนกิจกรรมให้เหมาะสม และบันทึกอาการคลื่นไส้ อาเจียน ถ้าเกิน 5-10 ครั้งต่อวัน ควรแจ้งพยาบาลทราบ เพราะผู้ป่วยอาจได้รับอาหารไม่เพียงพอหรือขาดสารอาหารทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย

11. แนะนำการให้น้ำระหว่างมื้ออาหาร ครั้งละ 100-200 ซีซี เพื่อป้องกันการขาดน้ำจากการอาเจียน

12.แนะนำการดูแลความสะอาดของช่องปากและฟัน ทุกครั้งหลังรับประทานอาหารและบ้วนปากด้วยน้ำเกลือภายหลังการอาเจียนเพื่อกำจัดกลิ่นปาก ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นให้มีการอาเจียนมากขึ้น

**การประเมินผลการพยาบาล**

วันที่ 27 พฤษภาคม 2566 - 23 มิถุนายน 2566

- ตลอดช่วงระยะเวลาการรักษา ผู้ป่วยมี Fatigue Grade 2
- ผู้ป่วยบอกว่า มีแรงมากขึ้นจากเดิม อ่อนเพลียน้อยลง พร้อมทั้งมีสีหน้าดูสดชื่นขึ้น

สรุป ปัญหายังไม่สิ้นสุด แต่มีแนวโน้มดีขึ้น

### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2.8

ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการท้องผูก

วันที่เริ่มต้นของปัญหา วันที่ 26 พฤษภาคม 2566

วันที่สิ้นสุดของปัญหา วันที่ 9 มิถุนายน 2566

### ข้อมูลสนับสนุน

- Subjective data**
1. ผู้ป่วยบ่นท้องอืด แน่นอึดอัดท้อง
  2. ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่ถ่ายอุจจาระมา 6 วัน”
  3. ผู้ป่วยบอกว่า “ดื่มน้ำวันละ 2-3 แก้ว/วัน ไม่ได้รับประทานผัก ผลไม้”
- Objective data**
1. ผู้ป่วยได้รับยา Tramadol, Ondansetron, Metoclopramide, Omeprazole, Carboplatin มีฤทธิ์ส่งเสริมทำให้มีอาการท้องผูก
  2. ผู้ป่วยมีความเครียด วิตกกังวล

### เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย ไม่เกิดอาการท้องผูก

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ลักษณะอุจจาระปกติ ไม่เป็นก้อนแข็ง แข็ง
2. ขับถ่ายอุจจาระได้ทุก 1-2 วัน/ครั้ง
3. ไม่บ่นท้องอืด อึดอัดแน่นท้อง

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการขับถ่ายอุจจาระของผู้ป่วย เกี่ยวกับแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระ ลักษณะของอุจจาระ ประวัติการขับถ่ายอุจจาระ ประวัติการแก้ไขปัญหาท้องผูก เช่น การใช้ยา เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการท้องผูก

2. ประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้ โดยการใช้หูฟังบริเวณหน้าท้อง การคลำท้องเพื่อตรวจดูว่ามีก้อนในช่องท้องหรือไม่ และการตรวจทางทวารหนักเพื่อประเมินว่ามีอุจจาระอัดแน่นหรือไม่ สังเกตอาการแน่นอึดอัดท้อง

3. ประเมินสภาวะจิตใจของผู้ป่วย ความเครียด วิดกกังวล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ซักถามข้อสงสัย โดยใช้เวลา รับฟังอย่างตั้งใจ เข้าใจ และจริงใจ พร้อมทั้งพูดคุย ปลอบโยนให้กำลังใจ แสดงความพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตลอดเวลา

4. ประเมินเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับซึ่งเป็นยาที่ทำให้เกิดอาการท้องผูก

5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ อุจจาระจะอ่อนตัวได้เมื่อร่างกายได้รับน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว

6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกาย ออกกำลังกาย เช่น การเดิน การเล่นโยคะ จะช่วยทำให้ลำไส้ใหญ่มีการบีบตัวมากขึ้น ลดอาการท้องผูก

7. กระตุ้นผู้ป่วยรับประทานอาหาร ซึ่งจะช่วยให้การขับถ่ายอุจจาระเป็นปกติได้ เช่น น้ำลูกพรุน นมเปรี้ยว รำข้าว วุ้น เมล็ดแมงลัก เป็นต้น เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาท้องผูก

8. แนะนำการทำสมาธิ การฟังธรรมะ สวดมนต์ เทคนิคการผ่อนคลายการกำหนดลมหายใจ เข้า-ออก จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจ ผ่อนคลายความตึงเครียดด้านอารมณ์และความรู้สึกวิตกกังวล

9. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาระบาย Senna 7.5 mg รับประทาน ครั้งละ 2 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอนตามแผนการรักษาของแพทย์ จะกระตุ้นการทำงานของลำไส้ใหญ่ส่วนปลายช่วยให้อุจจาระถูกขับออกมาได้

10. แนะนำบันทึกการขับถ่ายอุจจาระทุกวัน ลักษณะและจำนวน

การประเมินผลการพยาบาล

วันที่ 2 มิถุนายน 2566

- ลักษณะอุจจาระนิ่มขึ้น ไม่เป็นก้อนแห้งแข็ง ขับถ่ายอุจจาระทุก 2 วัน/ครั้ง ไม่บ่นท้องอืด อึดอัดแน่นท้อง

วันที่ 9 มิถุนายน 2566

- ไม่มีอาการท้องผูก

สรุป ปัญหาสิ้นสุด

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2.9

เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากมีภาวะซีด

วันที่เริ่มต้นของปัญหา วันที่ 12 พฤษภาคม 2566

วันที่สิ้นสุดของปัญหา วันที่ 23 มิถุนายน 2566

### ข้อมูลสนับสนุน

- Subjective data** 1. ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกอ่อนเพลีย”
- Objective data** 1. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบ Hemoglobin 11.6 g/dL, Hematocrit 36.3 % ต่ำกว่าค่าปกติ
2. ผู้ป่วยได้รับการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด ปริมาณรังสีที่ได้รับรวมทั้งหมด 4,240 cGy และได้รับยาเคมีบำบัด Cycle 3 หลังให้ยา Day 7 ส่งผลทำให้กีดการทำงานของไขกระดูก

### เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน เซลล์ร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ

### เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อย เวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น
2. เยื่อตาข้างสีชมพู ไม่ซีด
3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hemoglobin, Hematocrit อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือไม่ต่ำกว่าค่าเดิม
4. Oxygen saturation (O<sub>2</sub> saturation) ≥ 95%

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน โดยการสังเกตอาการแสดงของผู้ป่วยว่ามีลักษณะของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ อาการหายใจหอบเหนื่อย ตัวเย็น ซีพจรเร็ว ปลายมือปลายเท้าเขียว และประเมินโดยการวัดระดับ O<sub>2</sub> saturation เพื่อจะได้ทราบถึงระดับความรุนแรงของอาการ
2. ประเมินภาวะซีดจากการซักถาม สังเกต และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hemoglobin, Hematocrit เพราะเป็นค่าที่แสดงถึงความเข้มข้นของเลือดในร่างกาย
3. แลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วย ให้อาหารตามคำแนะนำของนักโภชนาการ ที่มีธาตุเหล็กสูงเพียงพอ เช่น เนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ ผักใบเขียว ถั่วลิสง ส้ม เป็นต้น เพราะเหล็กเป็นส่วนประกอบสำคัญของฮีโมโกลบินในการสร้างเม็ดเลือดแดงเป็นส่วนประกอบที่สำคัญ ทำหน้าที่นำออกซิเจนจากปอดไปสู่เนื้อเยื่อของร่างกาย
4. กระตุ้นให้ภรรยามีส่วนร่วมในการจัดหาอาหาร ส่งเสริมให้กำลังใจ เสริมพลัง
5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเสนอข้อคิดเห็นหรือสอบถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับข้อสงสัยต่าง ๆ
6. แนะนำให้ดื่มน้ำ วันละ 2-3 ลิตร เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นให้แก่ร่างกาย
7. แนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนให้เพียงพอวันละ 6-8 ชั่วโมง เพราะการพักผ่อนจะช่วยลดการใช้

ออกซิเจนในการทำกิจกรรม ทำให้อาการเหนื่อย อ่อนเพลียลดลง โดยเพิ่มการนอนพักช่วงกลางวัน วันละ 1-2 ชั่วโมง

8. ควรระมัดระวังอุบัติเหตุจากอาการหน้ามืด วิงเวียน เช่น ควรเปลี่ยนอิริยาบถช้า ๆ เวลาลุก นั่ง
9. วัด O<sub>2</sub> saturation เพื่อประเมินระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง

### ประเมินผลการพยาบาล

วันที่ 13 พฤษภาคม 2566 - 23 มิถุนายน 2566

- ตลอดช่วงระยะเวลาการรักษา ผู้ป่วยไม่มีอาการของภาวะพร่องออกซิเจน เยื่อปอดดำไม่ซีด
- ตลอดช่วงระยะเวลาการรักษา สัญญาณชีพปกติ Oxygen saturation (O<sub>2</sub> saturation) > 95%
- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hemoglobin 11.2 g/dl และ Hematocrit 33.7% ต่ำกว่า

ค่าปกติ แต่มีแนวโน้มดีขึ้น (23 มิถุนายน 2566)

สรุป ปัญหายังไม่สิ้นสุด แต่มีแนวโน้มดีขึ้น

### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3.1

ส่งเสริมความพร้อมในการดูแลตนเองและฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะยาว

วันที่เริ่มต้นของปัญหา วันที่ 8 พฤษภาคม 2566

วันที่สิ้นสุดของปัญหา วันที่ 4 สิงหาคม 2566

### ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data 1. ผู้ป่วยสอบถามว่า “เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านจะต้องดูแลตนเองอย่างไรบ้าง หลังจากฉายรังสีครบ”

2. ผู้ป่วยสอบถามว่า “อาการข้างเคียงที่เป็นอยู่จะดีขึ้นเมื่อไหร่”

Objective data ผู้ป่วยได้รับการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัดจะครบการรักษาวันที่

23 มิถุนายน 2566

### เป้าหมายการพยาบาล

1. เพื่อวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) และการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยและภรรยา สามารถดูแลตนเองได้

2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนระยะยาว

### เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถตอบคำถามย้อนกลับได้มากกว่า 80% และสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

2. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาครบ

### 3. ผู้ป่วยมาตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินปัญหาและความต้องการ การดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย เพื่อคาดการณ์ล่วงหน้าถึงปัญหาหรือความต้องการ การดูแลที่อาจเกิดขึ้นได้ภายหลังจำหน่าย รวมทั้งแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค การรักษา และการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนการจำหน่าย รวมทั้งค้นหาศักยภาพแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ที่จะส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน

#### 2. กำหนดความต้องการและการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย โดยใช้หลัก D – METHOD

##### D: Diagnosis

- ให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก สาเหตุ อาการและอาการผิดปกติที่บ่งบอกถึงการกลับเป็นซ้ำ หรือมีการแพร่กระจาย เช่น เลือดกำเดาไหล การมองเห็นเปลี่ยนแปลง การได้ยินลดลง เจ็บคอหรือกลืนอาหารลำบาก น้ำหนักลดลงอย่างรวดเร็ว อาการชาหรืออ่อนแรงของใบหน้า ก้อนหรือบวมที่คอ เน้นการเฝ้าระวังเพื่อการป้องกันกลับเป็นซ้ำ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง

##### M: Medication

- อธิบายเกี่ยวกับข้อมูลการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างละเอียด ให้แก่ผู้ป่วยและภรรยาได้รับทราบและปฏิบัติได้ถูกต้อง ทานยาได้ตรงเวลา ปริมาณ และขนาดที่รับประทาน แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องจนกว่าจะหมด อธิบายและทบทวนความเข้าใจของผู้ป่วยและภรรยา ดังนี้

- ยา Diclofenac 25 mg รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น ช่วยบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ หรือการอักเสบ ห้ามเคี้ยวยา หากลิ้มรับประทานยา ให้รับประทานทันทีที่นึกได้ แต่ไม่ให้เพิ่มเป็น 2 เท่าในมื้อนั้น

- ยา Omeprazole 20 mg รับประทาน ครั้งละ 1 แคปซูล วันละ 1 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า ช่วยลดกรดในกระเพาะอาหาร ไม่แกะแคปซูลหรือเคี้ยว

- ยา Tramadol 50 mg รับประทาน ครั้งละ 1 แคปซูล ทุก 6 ชั่วโมง เวลาปวด เป็นยาระงับปวด ผลข้างเคียง อาจทำให้เกิดอาการง่วงซึม เวียนศีรษะ หลีกเลียงการขับรถ ระวังการเกิดอุบัติเหตุ อาจมีคลื่นไส้ อาเจียน

- แนะนำให้ใช้ยาชาเฉพาะที่ 2% lidocaine HCL (Xylocaine viscous) มีฤทธิ์สำหรับบรรเทาความเจ็บปวดในช่องปากและคอ ออกฤทธิ์เร็วแต่ไม่นาน (ไม่เกิน 1.5 ชั่วโมง) ก่อนรับประทานอาหาร โดยอมกลั้วให้ทั่วช่องปากและคอ ปริมาณ 5-10 มล. แล้วบ้วนทิ้งก่อนรับประทานอาหาร 15 นาที

### E: Environment & Economic

- แลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยและภรรยาเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและเศรษฐกิจ อากาศถ่ายเทได้สะดวก ดูแลภายในที่พักอาศัยให้สะอาดอยู่เสมอ เอื้อต่อการรับประทานอาหาร

- แนะนำให้ควรหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ ฝุ่นละออง ลม และเสียงต่าง ๆ หลีกเลี่ยงชุมชนแออัด และบุคคลที่เป็นโรคติดต่อ และการประกอบอาชีพที่มีสารเคมีต่าง ๆ

### T: Treatment

- แนะนำให้ความรู้เรื่องแผนการรักษา โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่องอีก 2 ครั้ง มีนัดวันที่ 21 ก.ค. 2566 อธิบายให้เห็นความสำคัญของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ประโยชน์ที่จะได้รับ

**H: Health** ส่งเสริมฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันผลข้างเคียงระยะยาว ได้แก่ อากาการผิวหนังแข็งตึงจากพังผืด อากาการชากรรไกรยึด ภาวะกระดูกขากรรไกรตายจากฉายรังสี

#### 1. การดูแลเพื่อป้องกันผิวหนังแข็งตึงจากพังผืด

- แนะนำการดูแลผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีเช่นเดียวกับขณะฉายรังสีต่อไปอีก 4-6 สัปดาห์ ห้ามขีดถูรอยด้าออกโดยเด็ดขาด ต้องให้หลุดเอง งดโดนน้ำบริเวณแผลจนกว่าแผลหายเป็นปกติ

- แลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับความสำคัญของการป้องกันและแนวทางการป้องกันการเกิดพังผืด ซึ่งเป็นผลข้างเคียงระยะยาว ผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีจะหนากว่าปกติ เนื่องจากการไหลเวียนโลหิตบริเวณนั้นน้อยลง และรู้สึกไม่ค่อยยืดหยุ่นเหมือนเดิม แต่ผิวหนังบริเวณนี้จะค่อย ๆ หลุดออกและสร้างขึ้นใหม่ แต่ค่อนข้างช้า

- แนะนำการนวดบริหารกล้ามเนื้อบริเวณคออย่างสม่ำเสมอ โดยนวดกล้ามเนื้อบริเวณลำคอ ทั้ง 2 ข้าง โดยภายหลังฉายรังสีประมาณ 1-3 เดือน เมื่อผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีไม่มีลักษณะของการอักเสบแผล ให้เริ่มนวดผิวหนังหลังอาบน้ำเสร็จ เช็ดตัวให้แห้ง ใช้เบบี้ออยล์ หรือโลชั่นนวดคลึงบริเวณลำคอ โดยกดน้ำหนักให้ลึก พร้อมกับโยกกล้ามเนื้อทำวันละ 1-2 ครั้ง อย่างน้อย 10-15 นาที สม่ำเสมอทุกวัน พร้อมให้ออกสารคู่มือ

- แนะนำการบริหารคอเพื่อยืดและคลายกล้ามเนื้อบริเวณลำคอ

1) หันไปทางซ้ายและขวาช้า ๆ จนรู้สึกตึงแล้วหยุดค้างไว้ 10-15 วินาที  
2) เอียงคอไปทางซ้ายและขวาพร้อมกับใช้มือกดที่ศีรษะ กดไหล่ลง ทำช้า ๆ จนรู้สึกตึงแล้วหยุดค้างไว้ 10-15 วินาที

3) เงยหน้าขึ้นจนรู้สึกตึงช้า ๆ แล้วหยุดค้างไว้ 10-15 วินาที

4) กัมหน้าจนสุดพร้อมกับใช้มือประสานที่ท้ายทอย กดศีรษะลงจนรู้สึกตึงแล้วหยุดค้างไว้ 10-15 วินาที

5) เอียงคอพร้อมก้มหน้าลงด้านซ้ายและขวา ใช้มือช่วยกดศีรษะลงช้า ๆ จนรู้สึกตึงแล้วหยุดค้างไว้ 10-15 วินาที วันละ 1-2 ครั้ง อย่างน้อย 10-15 นาที สม่ำเสมอทุกวัน

## 2. การดูแลเพื่อป้องกันภาวะขากรรไกรยึด

- แลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับความสำคัญของการป้องกันและแนวทางการป้องกันภาวะขากรรไกรยึด สาเหตุเกิดจากรังสีทำให้กล้ามเนื้อและข้อต่อได้รับการบาดเจ็บและเกิดพังผืดที่มีลักษณะแข็งตึง ตึงรั้งทำให้การขยับเคลื่อนไหวของกระดูกขากรรไกรด้านล่างทำได้น้อยลง

- นวดกล้ามเนื้อบริเวณแก้มและขากรรไกรทั้ง 2 ข้าง โดยภายหลังฉายรังสีครบประมาณ 1-3 เดือน เมื่อผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี ไม่มีลักษณะของการอักเสบแผล ให้เริ่มนวดผิวหนัง หลังอาบน้ำเสร็จ เช็ดตัวให้แห้ง ใช้เบบี้ออยล์หรือโลชั่นนวดคลึงบริเวณแก้มและขากรรไกรทั้ง 2 ข้าง กดน้ำหนักให้ลึกพอควรพร้อมโยกกล้ามเนื้อ ทำวันละ 1-2 ครั้ง อย่างน้อย 10-15 นาที สม่ำเสมอทุกวัน

- บริหารขากรรไกร (Jaw exercise) โดยอ้าปากกว้าง ใช้นิ้วหัวแม่มือดันฟันบนพร้อมกับนิ้วชี้ดันฟันล่าง หรือใช้ซ้อนพันผ้าก๊อชหรือท่อพลาสติกหรือไม้กดลิ้น ขนาดพอดีอ้าเต็มที่ ครั้งละ 1-2 นาที อย่างน้อยวันละ 10 ครั้ง สม่ำเสมอทุกวัน

## 3. การดูแลเพื่อป้องกันภาวะกระดูกขากรรไกรตาย

- แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอนอย่างเบามือด้วยแปรงสีฟันขนอ่อนนุ่ม ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์และรสอ่อน ไม่เผ็ดซ่า หากเจ็บในช่องปากมาก ให้ใช้ผ้าก๊อชหรือสำลีพันปลายไม้ชุบน้ำเกลือทำความสะอาดแทน

- บ้วนปากด้วยน้ำเกลือบ้วนปากปริมาณครั้งละ 30 มิลลิลิตร นาน 30 วินาที หลังรับประทานอาหาร และก่อนเข้านอน

- เคลือบฟลูออไรด์ด้วยตนเองด้วย 1% Neutral sodium fluoride gel โดยบีบลงบนถาดฟันยาง (Dental tray) สำหรับเคลือบฟลูออไรด์ที่ทำจากทันตแพทย์ทุกวันก่อนนอน เมื่อครบตามเวลาให้บ้วนฟลูออไรด์ส่วนเกินออกโดยไม่ต้องบ้วนน้ำล้างตาม และหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารและน้ำ 30 นาที

- จิบน้ำบ่อย ๆ ระหว่างวันเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปาก  
- ติดตามประเมินช่องปากและฟันกับทันตแพทย์ทุก 1-2 เดือนในช่วง 6 เดือนแรกหลังฉายรังสีครบ ทุก 3 เดือน ในช่วง 2 ปีแรกและทุก 6 เดือนในปีที่ 3 เพื่อประเมินสุขภาพช่องปาก ฟันและภาวะแทรกซ้อนระยะยาวจากการฉายรังสี

- กรณีมีฟันผุหรือจำเป็นต้องถอนฟัน แจ้งทันตแพทย์ ทราบถึงประวัติการเคยได้รับการฉายรังสี เพื่อหารือปรึกษากับทีมผู้รักษาพยาบาลเกี่ยวกับตำแหน่งและปริมาณรังสีที่กระดูกขากรรไกรได้รับจากการฉายรังสีและพิจารณาแนวทางการรักษาที่ปลอดภัยและลดโอกาสการเกิดภาวะกระดูกขากรรไกรตาย

- กรณีมีอาการปวดบริเวณขากรรไกร ติดเชื้อที่เหงือก มีแผลทะลุที่เหงือกลึกเห็นกระดูก ซึ่งเป็นอาการแสดงของภาวะกระดูกขากรรไกรตาย นำข้อมูลปรึกษาทีมผู้ดูแลเพื่อวางแผนการรักษา

**4. แนะนำมาพบแพทย์ก่อนนัดถ้ามีอาการผิดปกติ** ดังนี้ ใช้มากกว่า 38 องศาเซลเซียส หนาวสั่น เลือดออกผิดปกติ มีจุดจ้ำเลือด มีเนื้องอกเกิดขึ้นในตำแหน่งเดิมหรือตำแหน่งใหม่ ผิวหนังอักเสบจากการฉายรังสีเป็นแผลแฉะ มีเลือด สารคัดหลั่งหรือมีเนื้อมตาย มีแผลทะลุที่เหงือกบริเวณขากรรไกร รับประทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้ อาเจียนรุนแรง อ่อนเพลียมาก หายใจหอบเหนื่อย

#### O: Out patient

- แนะนำให้ผู้ป่วยและภรรยาเข้าใจและเน้นถึงความสำคัญของการมาตรวจตามที่แพทย์นัด ซึ่งมีนัดวันที่ 4 สิงหาคม 2566 ที่คลินิกรังสีรักษา เพื่อประเมินสภาวะสุขภาพหลังการฉายรังสีครบ

- แนะนำการติดต่อขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ หรือสถานพยาบาลใกล้บ้าน โรงพยาบาลบางนา 2 ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน

#### D: Diet

- แนะนำการให้อาหารทางสายยาง ให้คำแนะนำผู้ป่วยและภรรยาเห็นถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ใส่สายยางให้อาหารทางจมูก โดยให้ BDR 40 ซ่อน/วัน เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยและเสริมภูมิคุ้มกันโรค

- หากผู้ป่วยอยากรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น สามารถรับประทานอาหารได้แต่ยังให้ใส่สายยางให้อาหารควบคู่กัน โดยให้ค่อย ๆ ฝึกรับประทานอาหารเริ่มจากอาหารเหลว ๆ ก่อน ระวังการสำลักอาหาร

**ประเมินผลการพยาบาล**  
วันที่ 8 พฤษภาคม 2566

- ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามย้อนกลับเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนระยะยาว อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัดและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้ถูกต้อง มากกว่า 80%

วันที่ 4 สิงหาคม 2566

- ผู้ป่วยมาตรวจรักษาตามนัดอย่างต่อเนื่อง ปฏิบัติตามคำแนะนำและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา

**สรุป ปัญหาสิ้นสุด**

## บทที่ 5

### สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ

#### สรุปกรณีศึกษา

วันที่รับไว้ในการดูแล ตั้งแต่วันที่ 24 มีนาคม 2566 จนถึงวันที่ 4 สิงหาคม 2566 (รวมระยะเวลาที่ศึกษา 133 วัน)

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 36 ปี มาโรงพยาบาล ด้วยอาการคัดจมูกหายใจไม่สะดวกและมีอาการหูอื้อทั้ง 2 ข้างตลอดเวลา คลำพบก้อนที่บริเวณลำคอทั้ง 2 ข้าง และก้อนโตขึ้นเรื่อย ๆ ไปตรวจที่ รพ.บางนา 2 แพทย์ทำ Fine Needle Aspiration (FNA) บริเวณ Cervical lymph node และทำ Biopsy ผลเป็นมะเร็งหลังโพรงจมูกชนิด Non-Keratinizing squamous cell carcinoma, Undifferentiated subtype ลูกกลมไปบริเวณต่อมน้ำเหลือง จึงส่งตัวมารักษาต่อที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ แพทย์วินิจฉัยเป็นมะเร็งหลังโพรงจมูก ระยะที่ 3 (T1N2M0) วางแผนให้การรักษาแบบผสมผสาน คือ รังสีรักษาร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด (Concurrent Chemoradiotherapy) แล้วตามด้วย Adjuvant chemotherapy โดยฉายรังสีด้วยเทคนิคแบบปรับความเข้มต่อเนื่องแบบหมุนรอบตัว (Volumetric Modulate Arc Therapy: VMAT) ปริมาตรรังสีที่ใช้ 212 cGy ต่อครั้ง ฉายรังสีจำนวน 33 ครั้ง รวมปริมาณรังสีทั้งหมด 7,208 cGy โดยกำหนดเริ่มฉายรังสีครั้งแรกวันที่ 8 พ.ค. 2566 และฉายรังสีครบวันที่ 23 มิ.ย. 2566 พร้อมกับการได้รับยาเคมีบำบัด สูตร Weekly Carboplatin ปริมาณยา 280 mg/ครั้ง โดยให้สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 7 ครั้ง เริ่มให้ยาเคมีบำบัดวันที่ 12 พ.ค. 2566, 19 พ.ค. 2566, 26 พ.ค. 2566, 2 มิ.ย. 2566, 9 มิ.ย. 2566, 16 มิ.ย. 2566 และหลังจากฉายรังสีครบ เปลี่ยนให้ยาสูตร Carboplatin 665 mg/5-fluorouracil 1,760 mg ให้ต่อเนื่อง 4 วัน ให้ทุก 28 วัน ทั้งหมด 2 รอบ เริ่มให้รอบที่ 1 วันที่ 14 ก.ค. 2566 หลังจากฉายรังสีครบ มีนัดตรวจติดตามที่คลินิกรังสีรักษาวันที่ 4 สิงหาคม 2566

ขณะรับไว้ในการดูแลผู้ป่วยต้องเผชิญความทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียงของการรักษา ได้แก่ อาการปวดจากภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการปากแห้ง น้ำลายแห้ง กลืนอาหารลำบาก จนเกิดภาวะทุพโภชนาการ จำเป็นต้องใส่สายให้อาหารทางจมูก ทำให้มีเสมหะเหนียวข้น ไอ หายใจลำบาก อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ไม่มีแรง อีกทั้งพักผ่อนได้ไม่เพียงพอ และมีภาวะผิวหนังอักเสบ มีอาการปวดแสบ ปวดร้อน ผิวหนังไหม้ดำคล้ำ เป็นแผลเปิด รู้สึกอับอาย ไม่ค่อยกล้าพบปะผู้คนอื่น ๆ และจากการรักษาที่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยต้องลาออกจากงาน ไม่มีรายได้ เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจภายในครอบครัว มาพักอาศัยที่บ้านพักสมาคม จึงรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว ว่าแห้ว วิตกกังวล เครียด ท้อแท้ สิ้นหวัง

หมดกำลังใจ รู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง ไม่นั่นใจในการรักษา เกิดภาวะบีบคั้นทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ผู้ป่วยจึงขอปฏิเสธการรักษา

โดยสรุปพบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 12 ข้อ ดังนี้

- ปัญหาที่ 1 วิตกกังวลเกี่ยวกับโรค การรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เนื่องจากพร่องความรู้ความเข้าใจ
- ปัญหาที่ 2 ส่งเสริมการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด
- ปัญหาที่ 3 รู้สึกความมีคุณค่าในตนเองลดลง (Low self esteem) เนื่องจากบทบาทผู้นำเปลี่ยนเป็นการพึ่งพา
- ปัญหาที่ 4 ปฏิเสธการรักษาเนื่องจากรู้สึกโดดเดี่ยว ท้อแท้ สิ้นหวัง ระหว่างการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด
- ปัญหาที่ 5 รู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์จากการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังเนื่องจากการฉายรังสี
- ปัญหาที่ 6 มีความปวดและความทุกข์ทรมานจากภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ เนื่องจากผลข้างเคียงของรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด
- ปัญหาที่ 7 มีโอกาสเสี่ยงต่อการรักษาด้วยรังสีไม่ต่อเนื่องจากภาวะผิวหนังอักเสบรุนแรง
- ปัญหาที่ 8 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
- ปัญหาที่ 9 ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า
- ปัญหาที่ 10 ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการท้องผูก
- ปัญหาที่ 11 เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากมีภาวะซีด
- ปัญหาที่ 12 ส่งเสริมความพร้อมในการดูแลตนเองและฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะยาว

กรณีศึกษารายนี้ ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของคิงในการให้การพยาบาลแบบองค์รวมร่วมกับใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วย ให้การพยาบาลโดยการสนับสนุนให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดำเนินของโรค การรักษา อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อเพิ่มความมั่นใจเกี่ยวกับการรักษา พร้อมทั้งรับฟัง ประเมินปัญหาเชิงลึกอย่างเป็นองค์รวม เมื่อพบว่าผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง หมดกำลังใจ ปฏิเสธการรักษา จึงช่วยเหลือให้ผู้ป่วยทบทวนและ ค้นหาเป้าหมายในชีวิต แห่ล่งยึดเหนี่ยวจิตใจ คือ บุตรสาว ภรรยา จากนั้นเป็นตัวกลาง เอื้ออำนวย ด้วยการวิดีโอคอล กระตุ้นให้บุตรสาวและภรรยา เสริมสร้างพลัง ให้กำลังใจ เพิ่มความมีคุณค่าในตนเองแก่ผู้ป่วย สร้างความเข้มแข็ง

ภายในจิตใจ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของการรักษา เน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ กำหนดเป้าหมายและวางแผนการดูแลร่วมกัน รวมทั้งการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการเฝ้าระวังและติดตาม ดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการเข้าใจ ยอมรับ ปรับตัว เผชิญกับปัญหา ผู้ป่วยจึงกลับมาได้รับการรักษา ต่อจนครบตามแผนการรักษาของแพทย์

หลังจากผู้ป่วยฉายรังสีครบ ปัญหาที่ยังต้องติดตามดูแลต่อเนื่อง คือ ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ภาวะผิวหนังอักเสบ ภาวะทุพโภชนาการ รวมทั้งส่งเสริมความพร้อมในการดูแลตนเอง พื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะยาว และแนะนำช่องทางการติดต่อขอความช่วยเหลือกรณีเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ได้แก่ โรงพยาบาลบางนา 2 (ต้นสิทธิตั้งถิ่น) เน้นย้ำการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องตามนัด

ผู้ป่วยมาตามนัดตรวจติดตาม พบว่าภาวะทุพโภชนาการดีขึ้น แผลบริเวณที่ฉายรังสีพื้นหาย แห้งดี ยังมีภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ เนื่องจากยังต้องรักษาด้วยยาเคมีบำบัด จากการสอบถามและสังเกต ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง มีกำลังใจในการมารับรักษาอย่างต่อเนื่อง และดำเนินชีวิตได้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ

#### ปัญหา/อุปสรรค/ข้อจำกัดและแนวทางการแก้ไขปัญหา

| ลำดับ | ปัญหา/อุปสรรค/ข้อจำกัดที่พบ   | การแก้ไขปัญหา  |
|-------|---|--|
| 1.    | ผู้ป่วยมีความคิดที่จะยุติการรักษา<br>กลางคัน (Treatment Interruption) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- สร้างความไว้วางใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก รับฟังอย่างตั้งใจ</li> <li>- ประเมินความต้องการของผู้ป่วยทางด้านสังคม จิตวิญญาณจนพบปัญหาว่าผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว ว่าเหว่ วิตกกังวล เครียด ท้อแท้ สิ้นหวัง หมดกำลังใจ รู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง</li> <li>- สัมผัสบริเวณมือผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล อ่อนโยน เพื่อปลอบใจ แสดงออกซึ่งความเห็นอกเห็นใจ พุดคุยปลอบโยน ให้กำลังใจ</li> <li>- เป็นตัวกลาง เอื้ออำนวย ประสานบุตรสาวและภรรยา ในการติดต่อผ่านวีดีโอคอล เพื่อพุดคุย ให้กำลังใจและเสริมพลัง แนะนำการ</li> </ul> |

| ลำดับ | ปัญหา/อุปสรรค/ข้อจำกัดที่พบ                     | การแก้ไขปัญหา  |
|-------|---|--|
|       |   | <p>พูดคุยให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องตลอดการรักษา</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับผู้ป่วยรายอื่น ๆ ที่มีลักษณะของโรคคล้าย ๆ กัน ปฏิบัติตัวดี และมีทัศนคติที่ดี สามารถปรับตัวต่อโรค การรักษาและพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรง</li> <li>- ผลลัพธ์ผู้ป่วยเปลี่ยนใจรับการรักษาต่อ</li> </ul>   |
| 2.    | ผู้ป่วยสูญเสียความหวังและความเข้มแข็งภายในจิตใจ | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของคิง ที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เข้าใจปัญหาได้ตรงกัน</li> <li>- ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยค้นหาแหล่งยึดเหนี่ยวในจิตใจ และหาเป้าหมายในชีวิต เพื่อสร้างความหวังและกำลังใจในการเผชิญปัญหา</li> <li>- เน้นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย วางเป้าหมายร่วมกันกับผู้ป่วยทุกระยะของการรักษา</li> <li>- เน้นให้ผู้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง</li> <li>- ส่งเสริมครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแล ให้กำลังใจ เสริมพลัง ทำให้ผู้ป่วยยอมรับ ปรับตัวเผชิญต่อปัญหาได้</li> </ul> |

### สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกรณีศึกษา

ผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกระหว่างได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัดรายนี้ มีภาวะบีบคั้นด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เกิดความวิตกกังวล กลัว ความรู้สึกไม่แน่นอน และภาวะซึมเศร้า สูญเสียสภาพลักษณะ สูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง ท้อแท้ สิ้นหวัง หมดกำลังใจ จนปฏิเสธการรักษา หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ล่าช้า ก็จะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษา ส่งผลให้โรคมะเร็งลุกลามและอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

ดังนั้น พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ทั้งนี้ความรู้ดังกล่าว จะช่วยเพิ่มทักษะให้พยาบาลประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างเฉพาะเจาะจง ด้วยการซักประวัติ และใช้แบบประเมินการคัดกรองปัญหาทางด้านจิตใจ เพื่อค้นหาปัญหาเชิงลึกที่ทำให้เกิดภาวะบีบคั้นทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณได้รวดเร็วและครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งทำให้สามารถตอบสนองได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย อีกทั้งพบว่า พยาบาลต้องใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการประเมิน บำบัด เยียวยาปัญหาทางด้านจิตใจ ซึ่งการดูแลที่สำคัญ ได้แก่ การสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สร้างความเข้าใจและความไว้วางใจซึ่งกันและกันวางเป้าหมายในการรักษาร่วมกัน กระตุ้น แนะนำ ส่งเสริม ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ให้ข้อมูล เสริมพลัง ให้กำลังใจ พร้อมทั้งนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับลักษณะปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะราย อีกทั้งต้องสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาล จึงช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะบีบคั้นด้านจิตใจและจิตวิญญาณ มีจิตใจที่เข้มแข็ง สามารถรับการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง และบรรลุตามเป้าหมาย

### ข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษา เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. พัฒนาการรู้และทักษะการสื่อสารของพยาบาลในการประเมินภาวะสุขภาพทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณเพื่อให้สามารถค้นหาปัญหาเชิงลึก อันมีความสำคัญต่อการวางแผนได้อย่างครอบคลุม และปฏิบัติการพยาบาลที่สนองตอบตรงกับความต้องการกับปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างเป็นปัจเจกบุคคล
2. ผู้ป่วยควรได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ค้นหาความหมายและเป้าหมายของชีวิต หาแหล่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง มีความเข้มแข็งภายในจิตใจ พร้อมทั้งกระตุ้นให้ครอบครัว และทีมผู้รักษา ให้กำลังใจทุกระยะของการรักษาอย่างต่อเนื่อง
3. นำผลจากกรณีศึกษามาใช้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษา ร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด

## บรรณานุกรม

- กลุ่มงานเทคโนโลยีและสารสนเทศสถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2565). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2565*. เข้าถึงเมื่อ 29 มีนาคม 2566, จาก [https://www.nci.go.th/e\\_book/hosbased\\_2565/index.html](https://www.nci.go.th/e_book/hosbased_2565/index.html).
- คณะทำงานพัฒนาแนวทางการจ่ายชดเชยค่าบริการโรคมะเร็ง. (2561). *คู่มือแนวทางการรักษาโรคมะเร็งในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2561 เพื่อขอรับค่าบริการสาธารณสุขในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ*. เข้าถึงเมื่อ 29 มีนาคม 2566, จาก [https://www.IN.indd\(nhso.go.th\)](https://www.IN.indd(nhso.go.th)).
- จันจิรา เพชรสุขศิริ. (2565). Radiotherapy for Head and Neck Carcinoma. *เอกสารประกอบการสอน การพยาบาลเฉพาะทางรังสีรักษา*. ภาควิหารังสีรักษา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- จิระพงษ์ อังคะรา. (2561). *ตำราโสต คอ นาสิกวิทยา สำหรับแพทย์เวชศาสตร์เขตเมือง และแพทย์เวชศาสตร์ทั่วไป*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดสมลดา.
- ธีรพร รัตนานอกชัย และสุภาภรณ์ ศรีรัมย์โพธิ์ทอง. (2557). *ตำราหู คอ จมูก สำหรับนักศึกษาแพทย์และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป*. กรุงเทพฯ: หจก. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- ขวลิต เลิศบุษยานุกุล. (2560). *มะเร็งคอหอยหลังโพรงจมูก*. โรงพิมพ์ เอส.ออฟเซ็ทกราฟฟิคดีไซ์.
- ณัฐวิศา หงส์พิทักษ์ชน. (2560). *ผลของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด*. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม (วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช).
- ธงชัย พงศ์มพัฒน์ และบุญชู กุลประดิษฐ์ธรรมณ์. (2550). *มะเร็งช่องคอหลังโพรงจมูก*. ตำราโสต คอ นาสิกวิทยา. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก.
- ผาสุก มหรรฆานุเคราะห์, อภิชาติ สินธูบัว. (2559). *ตำรากายวิภาคศาสตร์พื้นฐานของมนุษย์*. เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์.
- พิชิต สิทธิไต้ย. (2562). *มะเร็งศีรษะและลำคอ*. เชียงใหม่: ร้านทริค ดิงค์.
- พิทยภูมิ ภัทรนุชาพร. (2555). *พื้นฐานทางรังสีรักษา*. กรุงเทพฯ: ฮั้วน้ำพริ้นติ้ง.
- เพ็ญสุดา เอี่ยมลออ. (2562). *คู่มือการล้างจมูก Manual for Nasal Irrigation*. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- เพ็ญพิศ ธรรมนิภา, นันทนา ธนาโนวรรณ. (2553). *การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. ใน นันทนา ธนาโนวรรณ, (บรรณาธิการ). *ตำราการพยาบาลศีรษะและลำคอ (ฉบับองค์รวม)*(หน้า 316). กรุงเทพฯ: วี พริ้นท์.

- พรพิมล ชัยสา, พิกุล พรพิบูลย์, สุภารัตน์ สิทธิสมบัติ. (2562). ผลของการส่งเสริมการทบทวนชีวิตต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *พยาบาลสาร*, 46(3), 49-57.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2561). *อยู่กับมะเร็งอย่างเป็นสุข*. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดดูเคชั่น.
- รุ่งพร ภูสุวรรณม์ และนฤมล จันทร์สุข. (2563). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด. *วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์*, 7(9), 317-327.
- วันทกานต์ ราชวงศ์. (2559). *คู่มือการพยาบาล การดูแลช่องปากในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี*. งานพยาบาลรังสีรักษา โรงพยาบาลศิริราชคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รำแพน พรเทพเกษมสันต์. (2561). *กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของมนุษย์*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: บริษัท บุรพาสาน (1991) จำกัด.
- ศิริอร สินธุ, วันทกานต์ ราชวงศ์, นพกาญจน์ วรรณการโสภณ, ภัทริรา บัวพูล, มธุรส กอมบอฟ, สมพร ยาภา. (2565). *การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา*. วัฒนาการพิมพ์.
- ศรีสุนทรา เจริญพิพัฒน์. (2566). *การพยาบาล หู คอ จมูก*. นนทบุรี: สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
- ศุภกาญจน์ โอภาสรัตนากร, มุกดา เคชประพนธ์, บัวหลวง สำแดงฤทธิ์. (2558). ความเครียด และการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 21(2), 158-171.
- สาธิตา ใจแก้ว. (2563). *การจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัดและรังสีรักษา* (วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่). เข้าถึงเมื่อ 29 มีนาคม 2566, จาก <https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:158457>.
- หทัยชนก บัวเจริญ. (2562). *ทฤษฎีการพยาบาลของคิง*. เข้าถึงเมื่อ 29 มีนาคม 2566, จาก [http://pws.npru.ac.th/hathaichanok/system/20160512215653\\_85f8d551e30669f.pdf](http://pws.npru.ac.th/hathaichanok/system/20160512215653_85f8d551e30669f.pdf).
- อนุสสร่า ประยงค์รัตน์. (2562). *Nasopharyngeal carcinoma*. *Journal of Thai Association of Radiation Oncology*, 20(1): 42-76.
- อุบล จ้วงพานิช. (2554). *คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานา.
- เอมอร ภูพันธ์, สมบัติ สกกุลพรรณ, เพชรสุนีย์ ทังเจริญกุล. (2561). ปัญหาสุขภาพจิตและความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็งโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(3), 75-79.

อรจิรา รัตนเนตร. (2563). *คู่มือการพยาบาล การดูแลผิวหนังที่มีการเปลี่ยนแปลงจากการฉายรังสีในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะลำคอฝ่ายการพยาบาล*. โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: หน่วยพิมพ์โรงพยาบาลศิริราช.

อรนันท์ หาญยุทธ. (2565). *กระบวนการพยาบาล: ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ชนอรุณการพิมพ์.

International Agency for Research on Cancer. (2022). *Latest global cancer data: cancer burden rises to 18.1 million new case and 9.7 million cancer deaths in 2022*.

Retrieved March 29, 2023, from

[https://www.iarc.fr/en/mediacentre/pr/2018/pdfs/pr263\\_E.pdf](https://www.iarc.fr/en/mediacentre/pr/2018/pdfs/pr263_E.pdf).

Barnes, L., Everson, JW., Reichart, P., Sidransky, D. (2005). *World Health Organization Classification of Tumors Pathology and Genetics: Head and Neck Tumors*, WHO.

Bossi, P., Chan, A. T., Licitra, L., Trama, A., Orlandi, E., Hui, Ep., et al. (2021).

*Nasopharyngeal carcinoma: ESMO-EURACAN Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up*. *Annals of Oncology*, 32(4), 452-65.

Camaschella, C. (2015). *Iron-deficiency anemia*. *New England Journal of Medicine*, 372(19), 1832-1843. Retrieved March 28, 2023, from

<https://doi.org/10.1056/NEJMra1401038>.

Cancer in Thailand. (2021). *Cancer Incidence in Thailand*. Retrieved March 28, 2023, from [https://www.Cancer in Thailand \(nci.go.th\)](https://www.Cancer in Thailand (nci.go.th)).

Craig, A., & Schofield, C. (2020). *Neutrophil function and its modulation*. *Clinical and Experimental Immunology*, 201(3), 201-211. Retrieved March 28, 2023, from <https://doi.org/10.1111/cei.13499>.

Gordon, M. (1994). *Nursing diagnosis: Process and Application*. New York: McGraw-Hill.

King, I.M. (1981). *A theory of nursing: Systems, concepts, process*. New York: A Wiley publication.

- Hildesheim A, Wang CP. *Genetic predisposition factors of nasopharyngeal carcinoma risk: A review of epidemiological association studies, 2000-2011*. *Seminars in Cancer Biology*. 2012;22:107-16.
- DeAngelis, L. M. & Posner, J. B. (2009). *Side effects of radiation therapy*. In: DeAngelis LM, Posner JB, editors. *Contemporary Neurology Series; Neurologic Complications of Cancer*. 2nd ed. New York: Oxford University Press.
- Network NCC. ( 2020). *NCC Clinical Practice guide-lines Head and Neck Cancer*. Retrieved March 29, 2023, from [https://www.Head and Neck Cancers - Guidelines Detail \(nccn.org\)](https://www.Head and Neck Cancers - Guidelines Detail (nccn.org)).
- Pfister, DG., Spencer, S., Adelstein, D., Adkins, D., Anzai, Y., Brizel, DM., et al. *Head and neck cancers, version 2.2020, NCCN clinical practice guidelines in oncology*. 2020;18(7):873-98.
- Toxicity criteria of the Radiation Therapy Oncology Group (RTOG). Retrieved March 29, 2023, from <https://www.researchgate.net/figure/Radiation-therapy-oncology-group>.
- Verbalis, J. G., Goldsmith, S. R., Greenberg, A., Korzelius, C., Schrier, R. W., Sterns, R. H., & Thompson, C. J. (2013). *Diagnosis, evaluation, and treatment of hyponatremia: expert panel recommendations*. *American Journal of Medicine*, 126(10), S1-S42. Retrieved March 29, 2023, from <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2013.07.0>
- <https://healthjade.com/nasopharynx/>. Retrieved July 10, 2023.
- <https://www.britannica.com/science/lymphatic-system>. Retrieved July 10, 2023.
- <https://www.pinterest.com/pin/159807486758511200/>. Retrieved July 10, 2023.
- <https://www.hey.nhs.uk/patient-leaflet/radiotherapy-to-the-head-and-neck/>. Retrieved July 10, 2023.



**ภาคผนวก**

*NCS*

T h a i l a n d

**สถาบันมะเร็งแห่งชาติ**

National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

## รายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ

### 1. Ondansetron

|             |  |
|-------------|--|
| ชื่อสามัญ   | Ondansetron  |
| ชื่อการค้า  | Dantron 8, Emeset, Emistop, Emistop, Onsia, Vomitron, Zetron   |
| ประเภท      | ยาป้องกันอาการอาเจียน  |
| ข้อบ่งใช้   | ป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียนจากการได้รับเคมีบำบัด  |
| การออกฤทธิ์ | เลือกจับกับ Serotonin receptor ชนิด 5-HT <sub>3</sub> (5-HT <sub>3</sub> serotonin antagonist) และปิดกั้นบริเวณปลายประสาทและส่วนกลางใน Chemoreceptor trigger zone (CTZ)  |
| ผลข้างเคียง | วิงเวียน ง่วงนอน ปวดศีรษะ ท้องเดิน ท้องผูก ปากแห้ง   |
| การพยาบาล   | 1. ให้หลีกเลี่ยงการทำงานที่เกี่ยวข้องกับเครื่องจักรกลและการขับรถขณะรับประทานยา<br>2. หากต้องการป้องกันอาการอาเจียนขณะรับประทานอาหาร ต้องให้รับประทานยาก่อนอาหารประมาณ 30 นาที<br>3. สังเกตอาการแพ้ยาและอาการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวกับการกดสมองของยา ต้องสังเกตอาการที่เรียกว่า Extrapyrarnidal symptoms ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของประสาทควบคุมการเคลื่อนไหว ทำให้มีการสั่น กล้ามเนื้อเกร็ง การเคลื่อนไหวลำบาก ตาเหลือก ลูกตาวิ่งขึ้นลงอย่างรวดเร็ว อาการเหล่านี้จะหายไปเองเมื่อหยุดยา |

### 2. Metoclopramide

|             |   |
|-------------|---|
| ชื่อสามัญ   | Metoclopramide  |
| ชื่อการค้า  | Elian, Emeta, Censi, Hawkperan, H-Peran, Manosi, Mari, Meranie  |
| ประเภท      | ยาระงับอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่นิยมใช้มากเพราะได้ผลดี   |
| ข้อบ่งใช้   | ป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียนจากการได้รับยาเคมีบำบัด   |
| การออกฤทธิ์ | จับกับ Chemoreceptor trigger zone (CTZ) และออกฤทธิ์ต้านการหลั่ง Dopamine ซึ่งเป็นสารสื่อสัญญาณประสาทที่สำคัญของ CTZ ทำให้ Thredshold ของ CTZ เพิ่มขึ้นนอกจากนี้ยังลดสัญญาณประสาทของระบบทางเดินอาหารไปยังศูนย์อาเจียน และเพิ่มการหดตัวของกล้ามเนื้อหูรูดในหลอดอาหาร ทำให้อาการคลื่นไส้ อาเจียนลดลง |
| ผลข้างเคียง | ง่วงนอน อ่อนเพลีย กระสับกระส่าย ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว  |

|                      |   |
|----------------------|---|
|                      | ท้องผูกหรือท้องเสีย ปากแห้ง มีผื่นขึ้นตามร่างกาย อาการบวม   |
| <b>การพยาบาล</b>     | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ให้หลีกเลี่ยงการทำงานที่เกี่ยวข้องกับเครื่องจักรกลและการขับรถขณะรับประทานยา</li> <li>2. สังเกตอาการแพ้ยาและอาการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวกับการกดสมองของยา ต้องสังเกตอาการที่เรียกว่า Extrapyrarnidal symptoms ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของประสาทควบคุมการเคลื่อนไหว ทำให้มีการสั่นกล้ามเนื้อเกร็ง การเคลื่อนไหวลำบาก ตาเหลือก ลูกตาวิ่งขึ้นลงอย่างรวดเร็ว อาการเหล่านี้จะหายไปเองเมื่อหยุดยา</li> <li>3. สังเกตภาวะโซเดียมในเลือดสูงและโปแตสเซียมในเลือดต่ำ</li> </ol> |
| <b>3. Tramadol</b>   |   |
| <b>ชื่อสามัญ</b>     | Tramadol  |
| <b>ชื่อการค้า</b>    | Tramal Retard, Tramamed, Tramax, Tramazac, Tramoda  |
| <b>ประเภท</b>        | ยาแก้ปวด  |
| <b>ข้อบ่งใช้</b>     | ระงับปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง   |
| <b>การออกฤทธิ์</b>   | เป็นสารสังเคราะห์ที่มีฤทธิ์ระงับอาการปวดได้ค่อนข้างดี แต่มีผลกดการหายใจและระบบไหลเวียนเลือดน้อยมาก มีผลในการออกฤทธิ์ และมีระยะเวลาในการออกฤทธิ์นานใกล้เคียงกับมอร์ฟีน   |
| <b>ผลข้างเคียง</b>   | อาจทำให้เกิดอาการง่วงซึม เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน อาจทำให้เกิดอาการชักได้  |
| <b>การพยาบาล</b>     | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ติดตามผลข้างเคียง เช่น มึนงง ง่วงนอน การมองเห็นไม่ชัด (หลีกเลี่ยงการขับรถ) คลื่นไส้ (รับประทานยาพร้อมอาหาร รับประทานอาหารที่ละน้อย บ่อยครั้ง) เป็นต้น</li> <li>2. รายงานให้แพทย์ทราบ หากผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ มึนงง ท้องผูกอย่างรุนแรง</li> </ol>  |
| <b>4. Diclofenac</b> |   |
| <b>ชื่อสามัญ</b>     | Diclofenac  |
| <b>ชื่อการค้า</b>    | Abitren, Amiral, Amiral Gel, Amminac, Ammi-Votara, Antenac, Arclonac  |
| <b>ประเภท</b>        | ยากลุ่ม Nonsteroidal antiinflammatory drugs (NSAIDs)  |
| <b>ข้อบ่งใช้</b>     | บรรเทาอาการเจ็บปวด หรือการอักเสบ ตั้งแต่ระดับน้อย ๆ ไปจนถึงปานกลาง ใช้รักษาอาการปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ  |
| <b>การออกฤทธิ์</b>   | ออกฤทธิ์ยับยั้งการสังเคราะห์ Prostaglandin ซึ่งมีบทบาทสำคัญในกระบวนการอักเสบ ในรายที่มีการอักเสบเนื่องจากการบาดเจ็บหรือไขข้ออักเสบรูมาติก มีไข้ และบรรเทาอาการปวดบวมลดลง  |
| <b>ผลข้างเคียง</b>   | ปวดศีรษะ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย  |

- การพยาบาล**
1. หากมีอาการมีนงง ตาลาย ให้รายงานแพทย์ทราบ เมื่อมีอาการไม่ควรขับรถหรือใช้ของมีคม
  2. หากมีอาการผิดปกติ เช่น กล้ามเนื้อท้องเป็นตะคริว อาหารไม่ย่อย อาเจียนเป็นเลือด อุจจาระมีสีดำ หรืออุจจาระเป็นเลือด มีไข้ หนาวสั่น ปวดกล้ามเนื้อ ผื่นคัน เป็นต้น ควรรายงานแพทย์ทราบ
  3. ให้ดื่มน้ำตามหลังรับประทานยา 1 แก้ว ห้ามเคี้ยวยาและห้ามนอนทันที รอจนกว่าเวลาผ่านไปแล้ว 15-30 นาที หากลืมรับประทานยา ให้รับประทานทันทีที่นึกได้ แต่ไม่ให้เพิ่มเป็น 2 เท่าในมื้อนั้น

## 5. Senna

- ชื่อสามัญ** Senna
- ชื่อการค้า** Agiolax, Circanetten, Emulax, Senokot
- ประเภท** ยาถ่ายในกลุ่มที่กระตุ้นการถ่ายอุจจาระ
- ข้อบ่งใช้** รักษาภาวะท้องผูก
- การออกฤทธิ์** ยาจะออกฤทธิ์หลังรับประทานยาภายใน 12 ชั่วโมง โดยแบคทีเรียในลำไส้จะช่วยย่อย Glycosides ของมะขามแขก ให้กลายเป็นกลูโคสและ Emodins ซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้นปลายประสาทที่ลำไส้ใหญ่ ทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้เพิ่มขึ้น และมีฤทธิ์ทำให้น้ำและเกลือแร่ในลำไส้เพิ่มมากขึ้นด้วย
- ผลข้างเคียง** ปวดท้อง ท้องอืด คลื่นไส้ หากใช้นาน ๆ อาจทำให้เกิดท้องเสีย สูญเสียน้ำและเกลือแร่ในลำไส้
- การพยาบาล**
1. การเก็บยา ต้องระวังไม่ให้สัมผัสกับความร้อนและแสงสว่าง เพราะยาจะเสื่อมสภาพได้ง่าย
  2. ควรให้รับประทานยานี้ก่อนนอน

## 6. Lorazepam

- ชื่อสามัญ** Lorazepam
- ชื่อการค้า** Lorazep, Lorazepam, MacroPhar, Ora, Zora, Anta, Anxira, Ativan
- ประเภท** ยาพวก Benzodiazepine
- ข้อบ่งใช้** ลดความวิตกกังวล
- การออกฤทธิ์** กดประสาทส่วนกลาง โดยเสริมฤทธิ์ Gamma aminobutyric acid (GABA) ทำให้การยับยั้งและอุดกั้นการตื่นตัวของกระแสประสาททั้งส่วน Limbic และ

|                    |   |
|--------------------|---|
| <b>ผลข้างเคียง</b> | Subcotal จึงทำให้สมองส่วนรับรู้สึกถูกกด การเคลื่อนไหวจึงช้าลง การทำหน้าทีของสมองเกิดการเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดอาการซึม มึนงง ง่วงหลับ ง่วงซึม อ่อนแรง สับสน มึนงง หัวใจเต้นช้า หรือหัวใจหยุดเต้น เห็นภาพซ้อน มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักและความอยากอาหาร อาจเพิ่มหรือลด ปากแห้ง ผื่นคัน ตับและไตเสียหายที่  |
| <b>การพยาบาล</b>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. หากมีอาการผิดปกติของ Agranulocytosis เช่น มีไข้ หนาวสั่น เจ็บคอ ไอ ปวดหลัง เป็นต้น ให้รายงานแพทย์ทราบ</li> <li>2. ยานี้อาจเป็นสาเหตุทำให้ง่วง มึนงง ตาพร่ามัว แนะนำผู้ป่วยไม่ให้ขับรถ ใช้ของมีคมหรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล ไม่ควรดื่มสุรา เพราะอาจเกิดอันตรายได้</li> <li>3. หากมีอาการวิงเวียน ให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวช้า ๆ จากท่านอนเป็นนั่ง หรือยืน หากมีอาการท้องผูก ให้รับประทานผัก ผลไม้ ดื่มน้ำให้เพียงพอวันละ 2,500-3000 มิลลิลิตร ออกกำลังกาย หากมีอาการมากให้รายงานแพทย์ทราบ</li> </ol> |

**7. Paracetamol**

|                    |   |
|--------------------|---|
| <b>ชื่อสามัญ</b>   | Paracetamol   |
| <b>ชื่อการค้า</b>  | Paracap, Paracet, Paracetamol ANB, Paracetamol General Drugs  |
| <b>ประเภท</b>      | ระงับปวด (ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ) ลดไข้ เป็นยาชนิดไม่เสพติดที่นิยมใช้อย่างแพร่หลาย เพราะมีฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหารน้อยกว่ายาในกลุ่ม NSAIDs และแอสไพริน และให้ผลระงับปวดลดไข้ได้ดี  |
| <b>ข้อบ่งใช้</b>   | ควบคุมอาการปวดศีรษะ ปวดหู ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ ลดไข้จากการติดเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัส  |
| <b>การออกฤทธิ์</b> | ยับยั้งการสังเคราะห์ Prostaglandins ในระบบประสาทส่วนกลางได้ดี แต่ยับยั้งการสร้างสารนี้ที่บริเวณนอกสมองได้น้อย โดยเฉพาะในบริเวณที่เกิดการอักเสบ ซึ่ง Prostaglandins เป็นตัวทำให้เกิดความเจ็บปวด และทำให้เกิดไข้ที่มีผลต่อศูนย์ควบคุมอุณหภูมิของร่างกายที่ไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ยาจะออกฤทธิ์สูงสุดในเวลา 30-60 นาทีหลังได้รับยา หากได้รับยาเกินขนาดจะมีพิษต่อตับและไต จึงไม่ควรใช้ยานี้ติดต่อกันเกิน 7 วัน |
| <b>ผลข้างเคียง</b> | ง่วงซึม แพ้ยา เช่น มีผื่น บวม เป็นแผลที่เยื่อช่องปาก มีไข้ เป็นต้น ในขนาดที่มากเกินไป อาจทำให้เกิดตับวายและถึงแก่ความตายได้ คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย อาการดีซ่านระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ อาจมีเยื่อหุ้มสมองอักเสบ  |

- การพยาบาล**
1. ควรดื่มน้ำ เครื่องดื่ม หรือรับประทานอาหารเหลวบ่อย ๆ เพื่อช่วยลดความร้อน ไม่ควรดื่มน้ำผลไม้หรือเครื่องดื่มที่มีฤทธิ์เป็นกรดหลังรับประทานยา
  2. ไม่ซื้อยารับประทานเองและไม่ใช้ยาเป็นเวลานาน เพราะอาจทำให้รับประทานยาเกินขนาด เกิดพิษและอาการข้างเคียง

## 8. Omeprazole

- ชื่อสามัญ** Omeprazole
- ชื่อการค้า** Omezole, Omicap, Omlek 20, Opramed, Oprozole Atlant, Ulprazole
- ประเภท** ยาลดกรดชนิด Proton pump inhibitor
- ข้อบ่งใช้** ลดกรดในกระเพาะอาหาร รักษาภาวะกรดหลังกรดมากเกินไป
- การออกฤทธิ์** ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์  $H^+$ , K-ATPase ซึ่งทำหน้าที่ในการขับเคลื่อนไฮโดรเจนไอออนออกจากเซลล์ Parietal ของกระเพาะอาหาร จึงยับยั้งการสร้างกรดเกลือในกระเพาะอาหารที่ขั้นตอนสุดท้าย จึงหยุดได้ทั้งกรดที่หลั่งเองตามปกติ และกรดที่เกิดจากการกระตุ้นต่าง ๆ ได้อย่างสมบูรณ์
- ผลข้างเคียง** พบน้อย อาจพบอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ปวดศีรษะ มีผื่นขึ้น ลมพิษ อาการคัน ไอ มีการติดเชื้อในทางเดินหายใจ มีนงง ปวดหลัง ท้องเดิน ท้องผูก ท้องอืด ง่วงนอน นอนไม่หลับ สูญเสียการทรงตัว เอนไซม์ในตับเพิ่มขึ้น รู้สึกไม่สบายตัว อาจมีอาการไวต่อแสง ผิวหนังร้อนแดง ศีรษะล้าน ปวดตามข้อ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปากแห้ง ตับอักเสบ
- การพยาบาล**
1. ให้อาหารก่อนอาหาร ในตอนเช้า
  2. ยาลดกรดอาจให้สำหรับแก้ปวดท้อง สามารถให้พร้อมกับ Omeprazole
  3. หากสัมผัสรับประทานยาให้รับประทานยาทันทีที่นึกได้ แต่ไม่ควรรับประทานยาเพิ่มเป็น 2 เท่า
  4. ให้อาหารที่เคี้ยวง่าย ไม่แคะแคบซูลหรือเคี้ยว
  5. หากมีอาการผิดปกติ เช่น ปัสสาวะเป็นเลือด ปัสสาวะแสบขัด เจ็บคอ และมีไข้ อ่อนเพลียมาก ให้รายงานแพทย์ทราบ

## 9. Dexamethasone

- ชื่อสามัญ** Dexamethasone
- ชื่อการค้า** Dexamytrex, Ophtiole, Dexano, Dexamethasone, Pharmasant
- ประเภท** สเตียรอยด์ Antiinflammation, Immunosuppressant
- รักษาอาการแพ้อย่างเฉียบพลันจากยาเคมีบำบัด

|                    |   |
|--------------------|---|
| <b>ข้อบ่งใช้</b>   | มีฤทธิ์ทาง Glucocorticoid มากกว่า Mineralocorticoid คล้าย Corticosteroid  |
| <b>การออกฤทธิ์</b> | ตัวอื่น ยานี้เป็นทั้งยากดภูมิต้านทานและเป็นยาต้านการอักเสบ  |
| <b>ผลข้างเคียง</b> | แพ้ชนิด Anaphylaxis หากให้ยาเร็ว หายใจลำบาก นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย<br>วิตกกังวล ซึมเศร้า ปวดศีรษะ อารมณ์แปรปรวน ชัก มีอาการทางจิต Vertigo<br>หัวใจเต้นผิดจังหวะ บวม สูญเสียโปแตสเซียม ความดันโลหิตสูง เป็น Cushing's<br>syndrome แผลในกระเพาะ อ่อนเพลีย กระดูกพรุน มีสิว แผลเรื้อรัง  |
| <b>การพยาบาล</b>   | 1. สังเกตและประเมินผลข้างเคียง เช่น มีเลือดออกในอุจจาระ นอนไม่หลับ<br>การมองเห็นเปลี่ยนไป ปวดศีรษะ หัวใจเต้นผิดจังหวะ เป็นต้น หากพบให้รายงาน<br>แพทย์ทราบ<br>2. รับประทานยาพร้อมอาหาร เพื่อป้องกันอาการในทางเดินอาหาร<br>3. หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา สูบบุหรี่<br>4. หากลืมรับประทานยา ให้รับประทานทันทีที่นึกได้ แต่อย่ารับประทานเป็น 2 เท่า<br>ในแต่ละครั้ง<br>5. ชั่งน้ำหนัก จำกัดอาหารและโซเดียม เพิ่มอาหารประเภทโปรตีนและโปแตสเซียม<br>6. อย่าหยุดยาเอง ต้องปรึกษาแพทย์ |

#### 10. Xylocaine viscous

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>ชื่อสามัญ</b>   | Xylocaine viscous  |
| <b>ชื่อการค้า</b>  | Xylocaine viscous  |
| <b>ประเภท</b>      | ยาชาเฉพาะที่   |
| <b>ข้อบ่งใช้</b>   | ลดอาการเจ็บปวดจากการอักเสบของเยื่อในช่องปาก  |
| <b>การออกฤทธิ์</b> | ยับยั้งตั้งแต่การเริ่มและการส่งกระแสประสาทความเจ็บปวด โดยการนำ<br>โซเดียมไอออนเข้าเซลล์เมมเบรนของเส้นประสาท  |
| <b>ผลข้างเคียง</b> | ความเป็นพิษต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด อาจก่อให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ<br>หัวใจเต้นช้ากว่าปกติ หัวใจเต้นผิดจังหวะ และหัวใจหยุดเต้น ความเป็นพิษต่อระบบ<br>ประสาทส่วนกลาง สับสน ชัก วิงเวียนหรือหน้ามืด คล้ายจะเป็นลม<br>รู้สึกร้อน หนาวหรือชา ได้ยินเสียงผิดปกติหรือหูอื้อ สั่นหรือกระตุก วิตกกังวล<br>ผิดปกติ ตื่นเต้น หงุดหงิดหรือกระสับกระส่าย |
| <b>การพยาบาล</b>   | 1. ชักประวัติการแพ้ยา<br>2. แนะนำให้อมกลั้วปากครั้งละ 15 มิลลิลิตร นานประมาณ 30 นาที แล้วบ้วนทิ้ง  |

3. แนะนำให้รับประทานอาหารหลังจากใช้ยาอย่างน้อย 1 ชั่วโมงเพราะยามีผลต่อสมรรถภาพการกลืน ซึ่งอาจทำให้เกิดการสำลักได้

## 11. Carboplatin

|             |  |
|-------------|--|
| ชื่อสามัญ   | Carboplatin  |
| ชื่อการค้า  | Carboplatin Blastocarb RU, Carboplatin Abic, Carboplatin Sandoz  |
| ประเภท      | ยาต้านมะเร็ง Alkylating  |
| ข้อบ่งใช้   | รักษามะเร็งศีรษะและคอ  |
| การออกฤทธิ์ | Carboplatin cross-links DNA จะต้านหน้าที่ของ DNA เซลล์ในระยะนี้อาจจะถูกฆ่าตาย  |
| ผลข้างเคียง | ที่สำคัญ คือ กดไขกระดูก พบบ่อยที่สุด คือ เกล็ดเลือดต่ำ รองลงมา คือ เม็ดเลือดขาวและเม็ดเลือดแดงต่ำ คลื่นไส้ อาเจียน มีพิษต่อไต  |
| การพยาบาล   | <ol style="list-style-type: none"><li>1. ควรเลือกหลอดเลือดที่มีความแข็งแรง และอยู่ตำแหน่งส่วนปลายก่อน เพราะเมื่อเกิดปัญหาจะสามารถเลือกตำแหน่งที่สูงกว่าได้</li><li>2. ฉีดยาทางหลอดเลือดดำช้า ๆ ใน 15 นาที หรือหยดทางหลอดเลือดดำในเวลา 1 ชั่วโมง</li><li>3. ขณะให้ยาควรหมั่นตรวจสอบสภาพของตับและไต หากพบความผิดปกติควรรีบรายงานแพทย์ทราบ เพราะการใช้ยาในผู้ป่วยโรคตับและโรคไตมีโอกาสเกิดพิษได้ง่าย</li><li>4. ติดตามอาการข้างเคียง หากพบว่ามีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ให้รายงานแพทย์</li><li>5. แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำวันละ 2,500-3,000 ซีซี เพื่อช่วยขับยูริก</li></ol> |

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ  
National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย (กรมสุขภาพจิต)

ขอแนะนำ ให้ผู้ประเมินกาเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้รับบริการ

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

| ลำดับที่ | คำถาม   | มี | ไม่มี |
|----------|---|----|-------|
| 1        | ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ท่านรู้สึกหดหู เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่ |    |       |
| 2        | ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่  |    |       |

หมายเหตุ กรณี มี 1 ข้อขึ้นไปให้ประเมิน 9Q ต่อ

*NCI*  
Thailand

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ  
National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

| ลำดับที่ | ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้<br>ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน                                 | ไม่มีเลย | เป็นบาง<br>วัน<br>1 - 7 วัน | เป็นบ่อย<br>>7 วัน | เป็นทุก<br>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<br>ทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง                     | 0        | 1                           | 2                  | 3              |
| 7        | สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ<br>หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ                      | 0        | 1                           | 2                  | 3              |
| 8        | พูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือ<br>กระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคย<br>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) และปฏิบัติตามแนวทางการดูแล

ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

| ลำดับที่ | คำถาม ในเดือนที่ผ่านมารวมนับนี้  | ไม่ใช่          | ใช่                |
|----------|--|-----------------|--------------------|
| 1        | คิดอยากตาย หรือ คิดว่าตายไปจะดีกว่า  | 0               | 1                  |
| 2        | อยากทำร้ายตัวเอง หรือ ทำให้ตัวเองบาดเจ็บ   | 0               | 2                  |
| 3        | คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย<br>(ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ให้ถามต่อ)<br>ท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่ หรือ<br>บอกใหม่ว่าจะจะไม่ทำตามความคิดนั้นในขณะนี้ | 0               | 6                  |
|          |  | <u>ได้</u><br>0 | <u>ไม่ได้</u><br>8 |
| 4        | มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย   | 0               | 8                  |
| 5        | ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเอง หรือ เตรียมการจะฆ่าตัวตาย โดยตั้งใจว่า<br>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
- $\geq 17$  แนวโน้มฆ่าตัวตายนรุนแรง

หมายเหตุ

มีคะแนน ตั้งแต่ 1 ขึ้นไปให้รายงานแพทย์และปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ