

กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายที่ได้รับเคมีบำบัดและฉายรังสีก่อนการผ่าตัดและติดเข็มหลังผ่าตัด

เพ็ญประภา รามรงค์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นโรคร้ายแรงในสตรีจำนวนมากทั่วโลก อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเต้านมพบมากเป็นอันดับ 1 ของมะเร็งในประเทศสหรัฐอเมริกาและแนวโน้มอุบัติการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ยังมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยประเทศสหรัฐอเมริกามีผู้เสียชีวิตด้วยมะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งปอด (American Cancer Society, 2024) และประเทศไทยพบว่าโรคมะเร็งเต้านมอุบัติการณ์เป็นอันดับหนึ่งในสตรีจากข้อมูลมะเร็งในประเทศไทย (Cancer in Thailand) ปีพ.ศ.2563 พบมะเร็งเต้านมรายใหม่จำนวน 22,363 คน และสถิติสถาบันมะเร็งแห่งชาติ มีรายงานทะเบียนมะเร็งระดับประเทศแสดงอุบัติการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่พบว่าในปีพ.ศ. 2563 มีจำนวน 18,000 คน/ปีหรือคิดเป็น 49 คน/วัน และเสียชีวิตวันละ 13 คน ซึ่งคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2566 จะพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ราว 22,000 คน/ปีและพบมากที่สุดเป็นอันดับ 1 ของมะเร็งที่เกิดขึ้นกับสตรีไทยและมากที่สุดใน 10 อันดับของโรคมะเร็งทุกชนิดในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (Rojanamatin et al., 2021)

สาเหตุของการเกิดมะเร็งเต้านมยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบว่า มีปัจจัยเสี่ยงหรือมีความสัมพันธ์กับภาวะของฮอร์โมนพันธุกรรม และภาวะทางสภาพแวดล้อม ประวัติการมีประจำเดือนครั้งแรกอายุน้อยและ หมดประจำเดือนช้า การไม่มีบุตรหรือมีบุตรคนแรกเมื่ออายุมาก เป็นต้น

มะเร็งเต้านมสามารถรักษาให้หายได้หากพบในระยะเริ่มแรกดังนั้นในปัจจุบันจึงได้มีการรณรงค์ให้มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพื่อค้นหาโรคตั้งแต่เริ่มต้นและมีการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยการตรวจวินิจฉัยด้วยการถ่ายภาพรังสีเต้านม (Mammogram) ทำให้ในปัจจุบัน แพทย์สามารถวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมได้ตั้งแต่ระยะแรก นอกจากนี้พบว่า จากความก้าวหน้าในการรักษาทั้งวิธีการผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด การฉายรังสีรักษา ยาต้านฮอร์โมน และการให้ยารักษาแบบมุ่งเป้า ทำให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น การรักษาในปัจจุบันมีความก้าวหน้าขึ้นมาก

การผ่าตัดมะเร็งมีวิธีการที่หลากหลายและทันสมัยมากขึ้น ซึ่งการรักษาด้วยการผ่าตัดยังใช้เป็นการรักษาหลักอยู่มีทั้งการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดและการผ่าตัดแบบเก็บเต้านมไว้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การวินิจฉัยของทีมแพทย์ผู้ทำการรักษา การรักษามะเร็งเต้านมด้วยการผ่าตัดแบบเก็บเต้านมเป็นที่นิยมมาก หลักการคือผ่าตัดเอาเฉพาะก้อนมะเร็งออกโดยเก็บผิวหนังบริเวณเต้านม หัวนมและลานนมไว้ นับพบเป็นเทคโนโลยีในการผ่าตัดที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยยังคงความเป็นหญิงไม่สูญเสียเต้านมและนำมาสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหลังจากการผ่าตัดมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาเสริมด้วยรังสีรักษา เคมีบำบัดและยาต้านฮอร์โมน ซึ่งพิจารณาจากผลชิ้นเนื้อ อายุของผู้ป่วย ความแข็งแรงของผู้ป่วย ขนาดของก้อนมะเร็ง Grade, Peritumoral vascular จำนวนต่อมน้ำเหลืองที่มีมะเร็งแพร่กระจายและผลย้อมตัวรับฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสโตโรน ยีนเฮอร์ทูและ Ki 67 ยาเคมี

บำบัดใช้เป็นการรักษาก่อนการผ่าตัด (Neo adjuvant) ในผู้ป่วยที่มีก้อนขนาดใหญ่เพื่อลดขนาดก้อน การรักษามะเร็งเต้านมในระยะแพร่กระจายมีการรักษาที่ซับซ้อนขึ้น อาจจะมีการให้ยาเคมีบำบัด ฉายแสง และการผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัดสำหรับมะเร็งเต้านมจะให้เพื่อลดขนาดของก้อน และให้ในรายที่มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง การฉายรังสีรักษาเป็นการฉายเพื่อประคับประคอง การผ่าตัดอาจจะทำภายหลังการให้ยาเคมีบำบัด ในระหว่างการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการรักษายาวนานขึ้น ระหว่างการรักษาอาจจะมีภาวะท้อแท้ สิ้นหวัง กลัว เพราะการรักษาเป็นแค่การช่วยเหลือประคับประคองผู้ป่วยเท่านั้น

ผู้ศึกษาจึงค้นคว้าและทบทวนองค์ความรู้ทางวิชาการ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องร่วมกับติดตามกรณีศึกษาในระยะยาว และรวบรวมองค์ความรู้ ข้อมูลที่ได้จากกรณีศึกษาและครอบครัว เพื่อเป็นองค์ความรู้ให้กับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายที่ได้รับเคมีบำบัดและฉายรังสีก่อนการผ่าตัด และติดตามหลังผ่าตัด สามารถนำความรู้มาประเมิน วิเคราะห์ปัญหา และวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ตามความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ตลอดจนสามารถดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดี

เหตุผลในการศึกษา

โรคมะเร็งเต้านมในปัจจุบันพบเป็นอันดับหนึ่งของโรคมะเร็งในสตรี และมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ผลกระทบของโรคและการรักษาที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัวส่งผลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยไปจนถึงขั้นของการรักษา ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายที่ได้รับเคมีบำบัดและฉายรังสีก่อนการผ่าตัดและติดตามหลังผ่าตัด ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต้องปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม บุคคล สถานการณ์ใหม่ อุปกรณ์ต่างๆ และความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการรักษา ตลอดจนข้อมูลด้านค่าใช้จ่ายแก่ผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษา ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถกระตุ้นให้เกิดความกลัว และความวิตกกังวลส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ที่จะเข้ารับการรักษา พยาบาลจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลทั้งด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ การติดตามหลังการรักษาเพื่อให้ความรู้และคำแนะนำการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ภายหลังการผ่าตัด ร่วมกับการตรวจรักษาของแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการรักษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ดังนั้น พยาบาลจึงเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ในการวางแผนดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนการรักษาจนถึงหลังการรักษา พยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดำเนินของโรค แนวทางการรักษา การให้การพยาบาลอย่างถูกวิธี

สามารถผสมความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ช่วยเหลือประคับประคองผู้ป่วยให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤต เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด มีชีวิตที่ยืนยาวพร้อมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพยาธิสภาพ การดำเนินการของโรค แนวทางการรักษา และการพยาบาลผู้ป่วย มะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายที่ได้รับเคมีบำบัดและฉายรังสีก่อนการผ่าตัดและติดเชื้อหลังผ่าตัด
2. เพื่อเรียนรู้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายที่ได้รับเคมีบำบัด และฉายรังสีก่อนการผ่าตัดและติดเชื้อหลังผ่าตัด

ระยะเวลาที่ศึกษา

วันที่ 28 ตุลาคม 2565 – 7 เมษายน 2566

ขั้นตอนในการดำเนินงาน

1. เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายที่ได้รับเคมีบำบัดและฉายรังสีก่อนการผ่าตัดและติดเชื้อหลังผ่าตัด
2. รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย โดยการซักประวัติจากผู้ป่วยและญาติ
3. ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและญาติ
4. ศึกษาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายที่ได้รับเคมีบำบัดและฉายรังสีก่อนการผ่าตัดและติดเชื้อหลังผ่าตัด จากผู้เชี่ยวชาญ ตำรา หรือวารสารต่างๆที่เกี่ยวข้อง
5. ปฏิบัติงานการพยาบาลกับผู้ป่วยที่เป็นกรณีศึกษา
6. ประเมินผลการปฏิบัติงานการศึกษาเป็นระยะ ๆ
7. ปรับปรุงแก้ไขปัญหาให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย
8. สรุปกรณีศึกษา นำผลการศึกษามาเปรียบเทียบ วิเคราะห์ เพื่อเสนอแนวทางการพยาบาลที่เหมาะสมและเพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

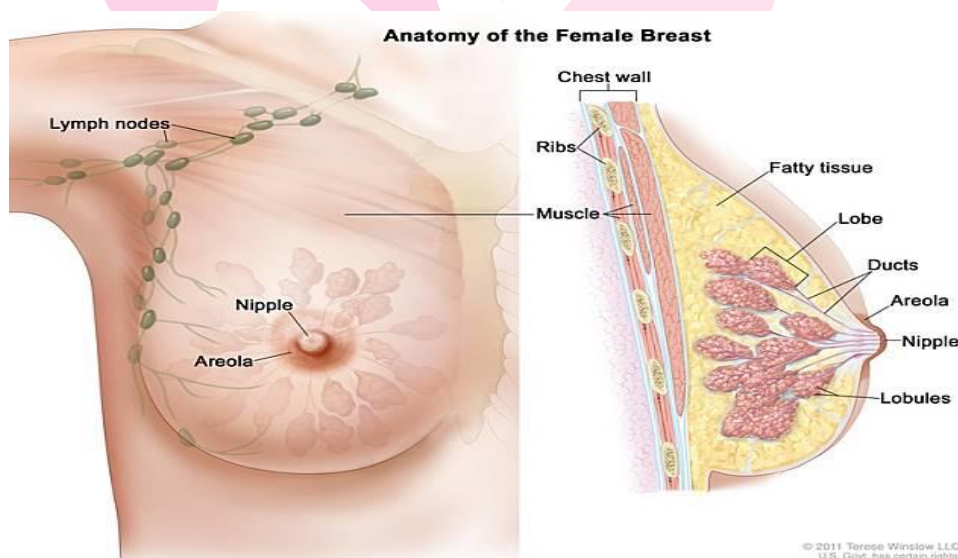
1. นำผลการศึกษานี้ไปใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายที่ได้รับเคมีบำบัดและฉายรังสีก่อนการผ่าตัดและติดเชื้อหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. จัดทำเป็นเอกสารเพื่อใช้ในการถ่ายทอดความรู้ทางวิชาการแก่เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล และผู้สนใจ โดยเผยแพร่ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

บทที่ 2

ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาและภาวะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

การศึกษากายวิภาคศาสตร์ของเต้านมและต่อมน้ำนมที่ได้รับความเสียหายที่ได้รับการรักษาเคมีบำบัดและฉายรังสีก่อนการผ่าตัดและตัดเนื้อหลังผ่าตัด ผู้ศึกษาได้ค้นคว้า และทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค การรักษา และภาวะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ตามลำดับดังต่อไปนี้ 1) กายวิภาคศาสตร์ของเต้านม 2) โรคมะเร็งเต้านม 3) อุบัติการณ์ 4) ปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งเต้านมและการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม 6) อาการและการแสดง 7) การวินิจฉัยมะเร็งเต้านม 8) การแบ่งระยะของมะเร็งเต้านม 9) การรักษามะเร็งเต้านม

กายวิภาคศาสตร์ของเต้านม



ภาพที่ 1 Anatomy of female breast

ที่มา : <https://www.cancer.gov/types/breast/patient/breast-screening-pdq>

เต้านม คืออวัยวะที่อยู่บริเวณทรวงอกด้านหน้า ทั้ง 2 ข้าง มีรูปร่างคล้ายกรวย อยู่ระหว่างซี่โครงที่ 2 ถึง 6 โดยวางอยู่บนกล้ามเนื้อหน้าอก Pectoralis major

เต้านม ประกอบด้วย 3 ส่วนสำคัญ คือ ผิวหนัง ไขมันใต้ผิวหนัง และเนื้อเยื่อเต้านม เนื้อเยื่อเต้านม ประกอบด้วย ต่อมไขมันม ต่อมไขมันม ฟังสิด (Fibrous tissue) และไขมัน ต่อมสร้างน้ำนม เป็นต่อมเหงื่อพิเศษที่เปลี่ยนแปลงมาเพื่อผลิตน้ำนมเนื้อเยื่อเต้านม แบ่งออกเป็น 15-20 กลีบ (Lobe) แต่ละกลีบจะมีต่อมน้ำนมมาเปิดที่หัวนมใน 1 กลีบ จะแบ่งออกเป็น 20-40 กลีบย่อย (Lobule) ซึ่งเป็นส่วนที่มีหน้าที่สร้างน้ำนม เต้านมเริ่มมีการเจริญตั้งแต่ สัปดาห์ที่ 5 ของการเป็น ตัวอ่อน เมื่อเข้าสู่วัยรุ่น เริ่มมีประจำเดือน จะได้รับอิทธิพลของฮอร์โมนต่าง ๆ ทำให้มีการเจริญมากขึ้นของเต้านม (ทั้งเนื้อเยื่อสร้างน้ำนม และต่อมน้ำนม) ให้มีขนาดใหญ่ขึ้น กลายเป็นเต้านมที่สมบูรณ์

เมื่อตั้งครรภ์ เต้านมก็จะขยายขนาดขึ้นอีก หลังคลอดจะมีการสร้างน้ำนมสำหรับใช้เลี้ยงทารก และเมื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน เนื้อเยื่อต่างๆ ก็จะฝ่อลง มีการลดลงของจำนวนกลีบย่อยต่าง ๆ ที่ใช้สร้างน้ำนม เหลือเฉพาะเนื้อเยื่อไขมัน เนื้อเยื่อของเต้านม ทั้งส่วนสร้างน้ำนม และท่อ น้ำนม หากเจริญเติบโตผิดปกติ ก็จะกลายเป็นเนื้องอก ซึ่งอาจเป็นเนื้องอกธรรมดา หรือมะเร็งก็ได้

โรคมะเร็งเต้านม

โรคมะเร็งเต้านม คือ เซลล์ของเนื้อเยื่อเต้านมที่มีความผิดปกติในการควบคุมการเจริญเติบโต มีการแบ่งตัวมากผิดปกติ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการจัดการเซลล์ที่ผิดไปจากเดิม และเกิดความไม่เสถียรในจีโนม (Genome instability) เช่น การผ่าเหล่า/การกลายพันธุ์ (Mutation) ในยีนรวมทั้งความผิดปกติบนโครโมโซม ซึ่งก่อให้เกิดรูปร่างลักษณะของมะเร็งเต้านม เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ที่อยู่ภายในท่อน้ำนมหรือต่อมน้ำนม เซลล์เหล่านี้มีการแบ่งตัวผิดปกติ ไม่สามารถควบคุมได้ มักแพร่กระจายไปตามทางเดินน้ำเหลือง ไปสู่อวัยวะที่ใกล้เคียงเช่น ต่อมน้ำเหลือง ที่รักแร้ หรือแพร่กระจายไปสู่อวัยวะที่อยู่ห่างไกล เช่น กระดูก ปอด ตับ และสมอง เช่นเดียวกับมะเร็งชนิดอื่น ๆ (ธนุตม์ ก้วยเจริญพานิชย์, 2558)

อุบัติการณ์

มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุด โดยทั่วโลกมีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ปีละ 2.26 ล้านคน หรือมีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ชั่วโมงละ 258 คน สำหรับจำนวนรายที่เสียชีวิตจากมะเร็งที่พบบ่อยที่สุด คือ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งตับ มะเร็งกระเพาะอาหาร ส่วนมะเร็งเต้านมอยู่ในอันดับ 5 เสียชีวิต 0.68 ล้านคนต่อปี หรือ 1 ชั่วโมงจะมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม 78 คน มะเร็งเต้านมจะพบในประเทศที่พัฒนาแล้วมากกว่าประเทศกำลังพัฒนา โดยอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมแปรผันตามรายได้ต่อหัวประชากร (GDP per capita) นอกจากปัจจัยเรื่องพันธุกรรมแล้ว วิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมในเมืองที่เจริญน่าจะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดมะเร็งเต้านม เนื่องจากการพัฒนาประเทศส่งผลให้รายได้ต่อหัวประชากรสูงขึ้นหรือจะกล่าวได้ว่าในอนาคตอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมย่อมสูงขึ้นตามการเพิ่มขึ้นของรายได้ต่อหัวประชากร ถ้าติดตามไปตลอดช่วงชีวิต หญิงอเมริกัน 1 ใน 8 ราย จะถูกวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม (American Cancer Society, 2024) ซึ่งแนวโน้มดังกล่าวคงเกิดกับสตรีไทยในอนาคตเช่นกัน สำหรับประเทศไทยพบมะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 1 ในเพศหญิง และเป็นอันดับ 3 ทั้งเพศชายและหญิง โดยพบมะเร็งเต้านมรายใหม่ 22,158 ราย ต่อปี หรือชั่วโมงละ 2.5 คน และมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม 8,266 รายต่อปี หรือ ชั่วโมงละ 0.94 คน จึงถือว่ามะเร็งเต้านมเป็นภัยร้ายต่อผู้หญิงทั้งในระดับโลก และในประเทศไทย (World Health Organization, 2021)

พยาธิกำเนิดของโรคมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมส่วนใหญ่เป็นชนิดเนื้อเยื่อบุผิว (Carcinoma) พบได้ 70-80 % ของมะเร็งเต้านมทั้งหมด มะเร็งเนื้อเยื่อบุผิวกำเนิดมาจากโครงสร้างของเต้านมที่เรียกว่า Terminal duct lobular unit (TDLU) มะเร็งชนิดนี้สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งในเต้านมและเนื้อเยื่อเต้านมที่อยู่ในตำแหน่งอื่น (Accessory breast tissue) แบ่งได้เป็น 2 ประเภท (นรเศรษฐ์ สมานไทย, 2562) คือ มะเร็งเนื้อเยื่อบุผิวระยะไม่ลุกลาม (Carcinoma in situ) และมะเร็งเนื้อเยื่อบุผิวระยะลุกลาม (Invasive carcinoma)

1. มะเร็งเนื้อเยื่อบุผิวระยะไม่ลุกลาม (Carcinoma in situ) เซลล์มะเร็งเจริญอยู่ภายในท่อน้ำนม (Duct) หรือต่อมน้ำนม (Gland) เท่านั้น ไม่พบเซลล์มะเร็งลุกลามทะลุผ่านเยื่อฐาน (Basement membrane) ออกมายังเนื้อเยื่อส่วนพุง (Stromal tissue) และยังมี Myoepithelial cell (MEC) อยู่รอบๆ ท่อหรือต่อมน้ำนมที่เซลล์มะเร็งนั้นเจริญอยู่ แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

1.1 Ductal carcinoma in situ (DCIS) เป็นรอยโรคต้นกำเนิดของ Invasive carcinoma ผู้ป่วยอาจมาด้วยก้อนเต้านมพบหินปูน (Microcalcification) จากการตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรม (Mammogram) Paget disease ของหัวนม (Nipple) หรือมีสารคัดหลังผิดปกติจากหัวนม สามารถแบ่งตามลักษณะของนิวเคลียสของเซลล์มะเร็ง (Nuclear grade) ที่ตรวจพบออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ Low-grade DCIS, Intermediate-grade DCIS และ High-grade DCIS

1.2 Lobular carcinoma in situ (LCIS) เป็นรอยโรคที่ส่วนใหญ่พบโดยบังเอิญ ไม่มีลักษณะจำเพาะในการตรวจทางพยาธิวิทยา โดยทั่วไปผู้ป่วยไม่มีอาการ สามารถพบได้ในเต้านมทั้งสองข้าง และเป็นได้หลายตำแหน่งในเต้านมข้างเดียวกัน ในปัจจุบัน LCIS ถูกจัดเป็นเพียงปัจจัยเสี่ยงและไม่ใช่มะเร็งตาม Eighth Edition of the AJCC Cancer Staging Manual: Breast Cancer (Giuliano et al, 2018) สำหรับการวินิจฉัย LCIS จะต้องพบเซลล์มะเร็งเจริญอยู่ภายในท่อหรือต่อมน้ำนมอย่างน้อย 50 % และมีการขยายออกของท่อ หรือต่อมน้ำนม (ductal/lobular expansion) ถ้าปริมาณของเซลล์มะเร็งที่พบน้อยกว่า 50 % จะวินิจฉัยเป็น Atypical lobular hyperplasia (ALH)

2. มะเร็งเนื้อเยื่อบุผิวระยะลุกลาม (Invasive carcinoma) มะเร็งชนิดนี้เซลล์มะเร็งไม่ได้เจริญอยู่ภายในท่อหรือต่อมน้ำนม แต่เซลล์มะเร็งทำลายเยื่อฐานทะลุออกไปยังเนื้อเยื่อส่วนพุงข้างเคียง ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาพบว่ามะเร็งเนื้อเยื่อบุผิวระยะลุกลาม 80 % มีรูปร่างหลากหลายไม่จำเพาะ และอีก 20 % การเจริญของมะเร็งมีรูปร่างพื้นฐานที่จำเพาะ ซึ่งสามารถแบ่งชนิดตามลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาได้ ดังนี้

2.1 Invasive ductal carcinoma (IDC) มะเร็งชนิดนี้มักเป็นก้อนเนื้อแน่นแข็ง ส่วนใหญ่มีขนาด 1-4 เซนติเมตร ขอบเขตของก้อนไม่ชัดเจน

2.2 Invasive lobular carcinoma (ILC) เป็นมะเร็งเต้านมที่พบมากเป็นอันดับสองรองจาก IDC ลักษณะของก้อนมะเร็งชนิดนี้อาจคล้าย IDC แต่จะนุ่มกว่า และไม่สามารถบอกขอบเขต

ของก้อนได้ชัดเจน สามารถพบมะเร็งได้หลายก้อนในเต้านมข้างเดียวกัน รวมทั้งพบมะเร็งได้ในเต้านมอีกข้างได้มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับมะเร็งชนิดอื่น ในผู้ป่วยบางรายอาจไม่พบก้อนมะเร็งจากการตรวจด้วยตาเปล่า หรือคลำได้เป็นเพียงเนื้อเยื่อเต้านม

2.3 Mucinous carcinoma (MC) พบได้ประมาณ 2 % ของมะเร็งเต้านมทั้งหมด ก้อนมะเร็งมีขอบเขตชัดเจน หน้าตัดคล้ายวุ้นซึ่งจำเพาะและแตกต่างจากลักษณะของมะเร็งชนิดอื่นๆ

2.4 Tubular carcinoma (TC) พบได้ประมาณ 2 % ของมะเร็งเต้านมทั้งหมด ก้อนมักมีขนาดเล็กกว่า 1 เซนติเมตร เนื้อแน่นเป็นรูปร่าง (Stellate)

2.5 Cribriform carcinoma (CC) พบได้ประมาณ 0.3-0.8 % ของมะเร็งเต้านมทั้งหมด ลักษณะก้อนเมื่อตรวจด้วยตาเปล่าไม่มีความจำเพาะ

2.6 Invasive carcinoma with medullary features พบได้น้อยกว่า 1 % ของมะเร็งเต้านมทั้งหมด ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่ามะเร็งเต้านมชนิดอื่นๆ ขอบเขตของก้อนมะเร็งชัดเจน มีการพยากรณ์โรคดีกว่าเมื่อเทียบกับมะเร็งเต้านมชนิดอื่นที่มี High histological grade เหมือนกัน

2.7 Invasive carcinoma with apocrine differentiation พบได้ประมาณ 4 % ของมะเร็งเต้านมทั้งหมด เซลล์มีนิวเคลียสและนิวคลีโอลัสขนาดใหญ่

2.8 Invasive micropapillary carcinoma (IMPC) พบได้ประมาณ 0.9-2 % ของมะเร็งเต้านมทั้งหมด และมากกว่า 75 % ของผู้ป่วยมี Axillary lymph node metastasis ตั้งแต่ตรวจพบก้อนเต้านมครั้งแรก มีการพยากรณ์โรคที่แย่ เมื่อตรวจด้วยตาเปล่าพบลักษณะของก้อนไม่มีความจำเพาะ

2.9 Metaplastic carcinoma พบได้ประมาณ 0.2-5 % ของมะเร็งเต้านมทั้งหมด เซลล์มะเร็งกลุ่มนี้เปลี่ยนสภาพจากเซลล์บุผิวหรือต่อมน้ำนมไปเป็นเซลล์บุผิวหรือเซลล์ประเภทอื่น เช่น Squamous cell ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาด้วยก้อนที่เต้านมที่ขนาดมีแนวโน้มใหญ่กว่ามะเร็งชนิดอื่นๆ ลักษณะของก้อนไม่มีความจำเพาะ ขอบเขตของก้อนอาจชัดเจนหรือไม่ชัดเจนก็ได้ การพยากรณ์โรคขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็งที่เปลี่ยนสภาพไปเป็นหลัก

พยาธิสภาพของเต้านม

เนื้อเยื่อ (Tissue) ที่ประกอบขึ้นเป็นเต้านมอาจมีการเปลี่ยนแปลงเป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงได้ ทั้งในส่วนเนื้อเยื่อของเต้านมเอง (Mammary gland) และ ในส่วนของเนื้อเยื่อที่แทรกอยู่เป็นส่วนประกอบของเต้านม เช่น เนื้อเยื่อพังพืด (Fibrous tissue) ไขมัน (Fat หรือ Adipose tissue) หลอดเลือด หลอดน้ำเหลือง เส้นใยประสาท ผิวหนังที่คลุม ฯลฯ เหล่านี้อาจเกิดเปลี่ยนแปลงเป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงได้ เช่น จากไขมันเกิดก้อน Lipoma จาก Fibrous tissue เกิด Fibroma ถ้าเป็นทั้ง 2 อย่างรวมอยู่ในตำแหน่งเดียวกันก็เกิดเป็น Fibro-lipoma หรือ Lipo-fibroma แล้วแต่จะมีเนื้อเยื่อชนิดไหนมากกว่ากัน เนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงที่ยกตัวอย่างมานี้ มักจะเกิดในส่วนต้นของเต้านม

คล้ำได้เป็นก้อนที่มีขอบเขตชัดเจน ที่สามารถจับเคลื่อนไหวไปมาได้ง่าย (Movable) และไม่แข็งมาก พื้นผิวของก้อนก็มักเรียบ พวกนี้ไม่มีปัญหาในการวินิจฉัยแยกโรค เนื่องจากชนิดไม่ร้ายเหล่านี้ มักโตช้า และไม่ทำให้เกิดอาการเจ็บปวด ถ้าตรวจพบควรตัด (Excise) เอาก้อนเนื้องอกนั้นออกทั้งก้อนและส่งเนื้อตรวจดูพยาธิสภาพที่แน่นอน

ผิวหนังที่ปกคลุมเต้านมบางครั้งก็เกิดเป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงได้ เช่น Skin papiloma ของหัวนม และปานนม มักจะปรากฏเป็นติ่งเนื้อที่มีขี้ (Peduculated) ติดอยู่กับปานนมหรือหัวนม ไม่มีอาการเจ็บปวดแต่อย่างใด หรือ ในบางรายอาจมีไฟที่หัวนม และปานนม ได้เช่นกัน

เนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงที่เกิดกับท่อน้ำนมที่พบบ่อยและมีความสำคัญมากกว่าได้แก่ Fibroadenoma หรือ Adenofibroma, intraductal papilloma และ Cystosarcomaphylloids

Fibroadenoma เป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงที่พบบ่อยกว่าชนิดอื่น และมักพบในผู้หญิงอายุน้อย และพบบ่อยในหญิงอายุน้อยกว่า 25 ปี เป็นเนื้องอกที่ใช้เวลานานถึง 1 ปี กว่าจะโตเป็น 2 เท่า ของก้อนที่คลำได้ในครั้งแรก ผู้ป่วยบางรายให้ประวัติว่ามีก้อนอยู่ 15-20 ปี โดยขนาดก้อนไม่เปลี่ยนแปลงและไม่มีอาการเจ็บปวด

Intraductal papilloma ตีงเนื้องอกในท่อน้ำนมลักษณะเป็นเนื้องอกยื่นออกมาจากด้านหนึ่งของผนัง ผิวของท่อขรุขระเป็นกลีบยื่น (Villous) ขนาดมักไม่ใหญ่นักส่วนมากไม่เกิน 1 ซม. โดยมากมีก้อนเดียว มักเกิดที่ท่อน้ำนมส่วนปลายใต้หัวนม ลักษณะเต้านมเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ เช่น มีการติ่งรังของผิวหนัง หัวนมบอด พบได้ในทุกช่วงอายุจาก 18-85 ปี

Cystosarcomaphylloids เป็นเนื้องอกของเต้านมมีขอบเขตชัดเจนเคลื่อนไหวได้ พื้นผิวของก้อนจะเรียบ ผู้ป่วยมักมาด้วยมีก้อนอยู่ในเต้านมเป็นเวลานานๆ ไม่มีอาการเจ็บปวดอาจจะมีแผลเกิดการติดเชื้อร่วมได้ ก้อนจะโตช้า หลังรับการรักษาแล้วอาจเกิดซ้ำอีก

Gynecomastia หมายถึง เต้านมเพศชายที่โตคล้ายของเพศหญิง เป็นข้างเดียวหรือทั้งสองข้างก็ได้ เนื้อเต้านมมี Duct และ Periductal tissue เพิ่มขึ้นแต่ไม่มี Alveoli การที่เต้านมในชายสูงอายุมีไขมันมากเนื่องจากอ้วน ไม่ถือว่าเป็น Gynecomastia สาเหตุของ Gynecomastia มีหลายประการ ดังนี้

1. วัยรุ่น เต้านมโตขึ้นเล็กน้อย คล้ำได้เป็นก้อนใต้หัวนมและเจ็บ หายไปเองประมาณ 1 ปี บางรายโตกว่าปกติ และไม่ยุบลงเอง

2. โรคบางอย่าง เช่น Cirrhosis ทำให้การทำลาย Estrogen ลดลงหรือเป็นเพราะเนื้องอกที่สร้างฮอร์โมน Estrogen เช่นเนื้องอกที่อณฑะ (Choriocarcinoma) หรือ Hepatoma

3. ยาบางชนิด เช่น Reserpine, Spironolactone's methyl dopa, Cimetidine, Digitalis, isoniazid, Phenothiazine

4. ความผิดปกติทางพันธุกรรม เช่น klinefelter's syndrome ซึ่งทำให้อณฑะไม่ปกติ

5. เป็นเองโดยไม่ทราบสาเหตุ

Fibrocystic change (fibroadenosis) เป็นสาเหตุของอาการเต้านมที่พบบ่อยที่สุดเนื้อของเต้านมมีการเปลี่ยนแปลงแบบ hyperplasia และ regression ตามระดับฮอร์โมนเพศที่แปรไปในรอบเดือน เกิดขึ้นซ้ำซ้อนกันเป็นเวลานาน จนเนื้อเต้านมเปลี่ยนไปจากเดิมโดยมี Glandular hyperplasia (Adenosis), Connective tissue hyperplasia (Fibrosis), Micro และ Macrocyst, Ductal papillomatosis และ Lymphocytic infiltration หรือ Cystic hyperplasia หรือ Fibrocystic chain ปัจจุบันไม่นิยมเรียกเป็น Disease เพราะถือว่าเป็นปรากฏการณ์ที่พบได้เสมอโดยมีหรือไม่มีอาการก็ได้ การเปลี่ยนแปลงบางลักษณะมีโอกาสกลายเป็นมะเร็งในภายหลังได้ โดยเฉพาะในผู้ที่มีประวัติมะเร็งในครอบครัว เช่น Epitheliosis (หมายถึง Epithelial hyperplasia มากจนเซลล์ซ้อนกันเกิน 4 ชั้นขึ้นไป) และ Papillomatosis และถ้าเซลล์มีลักษณะและการเรียงตัวไม่เป็นระเบียบ (Atypical hyperplasia)

ปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งเต้านม (หะสัน มูหาหมัด, 2563)

ปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งเต้านม ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถหลีกเลี่ยงหรือควบคุมได้

- ภาวะอ้วน ภาวะอ้วนในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน ถึงแม้รังไข่จะหยุดสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจนแล้วแต่ก็พบว่ายังมีปริมาณฮอร์โมนอยู่ในระดับต่ำที่ถูกสร้างจากเนื้อเยื่อไขมันในร่างกาย ดังนั้นหากมีภาวะอ้วนก็จะทำให้ร่างกายมีระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนเพิ่มสูงขึ้น จึงเพิ่มความเสี่ยงภาวะอ้วนในผู้หญิงวัยที่ประจำเดือนอยู่ไม่ถึงเป็นปัจจัยเสี่ยงกลับกันความอ้วนอาจลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมในผู้หญิงที่ยังมีประจำเดือนได้

- อาหาร ควรบริโภคอาหารประเภท พืชผัก ผลไม้ ร่วมกับหลีกเลี่ยง อาหารประเภทไขมัน เนื้อสัตว์ จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมได้

- การออกกำลังกาย แนะนำให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 45-60 นาที 4-5 วันต่อ

สัปดาห์

- การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- การสูบบุหรี่

- การทานยาเม็ดคุมกำเนิด

- การทานเสริมฮอร์โมนในสตรีวัยทอง

- ความเครียด

2. ปัจจัยเสี่ยงที่อยู่นอกเหนือการควบคุม

- อายุ อายุมากขึ้น เป็นความเสี่ยงพื้นฐานของการเป็นโรคมะเร็งโดยทั่วไปอยู่แล้ว

ไม่ได้จำเพาะอยู่กับมะเร็งเต้านม เพียงอย่างเดียว

- กรรมพันธุ์ โรคมะเร็งทุกชนิดจัดเป็นโรคของความผิดปกติทางพันธุกรรม (Genetic disease) ชนิดหนึ่ง คือต้นตอของความผิดปกติจะอยู่ที่ การกลายพันธุ์ของยีนที่อยู่ในสาย DNA ที่อยู่ในเซลล์ ยีนกลายพันธุ์นั้นอาจเกิดจาก

1. การถ่ายทอดมาทางสายเลือดจากพ่อแม่ (Hereditary)

2. เกิดการกลายพันธุ์ขึ้นเองในภายหลัง (Sporadic) เช่นการได้รับสารก่อมะเร็งชนิดต่างๆที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมโดยคำว่า “ยีน” เป็นคำที่ใช้เรียก รหัส ทางพันธุกรรมของสิ่งมีชีวิต (ไม่ว่าจะเป็นพืช หรือสัตว์) ยีนมีไว้สำหรับสร้างสารโปรตีนในร่างกาย ถ้ามีความผิดปกติหรือการกลายพันธุ์ของยีน ร่างกายก็จะได้ผลผลิตโปรตีนที่ผิดปกติจากยีนที่ผิดปกติ นั้นเอง ที่นี้โปรตีนที่ผิดปกติก็จะไปทำหน้าที่ ที่ผิดปกติต่อไป กรณีของโรคมะเร็ง โปรตีนผิดปกติ มักจะเป็นพวกโปรตีนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการแบ่งตัวของเซลล์ ไม่ว่าจะเป็น พวกเอนไซม์ที่กระตุ้นกระบวนการแบ่งเซลล์ ได้แก่ Growth factors, Growth factors receptors หรือ Ligands ต่างๆ หรือเอนไซม์ที่ออกฤทธิ์ยับยั้ง (inhibit) กระบวนการแบ่งตัวของเซลล์ ในมะเร็งเต้านม มีการค้นพบ ยีน ที่เกี่ยวข้องกับการเป็นมะเร็งเต้านม ที่สำคัญคือ BRCA1 และ BRCA2 โดยยีนสองตัวนี้มีหน้าที่ในการควบคุมการแบ่งตัวของเซลล์ (Tumor suppressor gene) ชนิดหนึ่ง พบว่าคนที่มียีนนี้ผิดปกติจะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมได้สูงราว 70-80% ตลอดชีวิต และสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมไปสู่รุ่นลูกหลานได้

สำหรับมะเร็งเต้านมพบว่า ผู้ป่วยส่วนน้อยเท่านั้นที่มีสาเหตุจากการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นมะเร็งขึ้นมาเองโดยไม่ได้เกี่ยวข้องกับการมีญาติเป็นมะเร็งเต้านมแต่อย่างใด ดังเนื้อหาต่อไปนี้

1. ราว 10% เป็นชนิดที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ชัดเจน (Hereditary breast cancer) โดยได้รับยีน BRCA จากตระกูล

- ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์แน่ ๆ ถ้ามีญาติสายตรงเป็นก็ถือว่าเสี่ยงมากต้องพบแพทย์ เพื่อบริหารความเสี่ยง คือเซลล์ทุกเซลล์ในร่างกายจะมียีนผิดปกตินี้อยู่ ดังนั้นมีสิทธิ์เกิดมะเร็งขึ้นในอวัยวะทุกอวัยวะที่ยีนนี้เข้าไปเกี่ยวข้องที่พบบ่อยได้แก่ เต้านม รังไข่ มดลูก ลำไส้ใหญ่ ตับอ่อน ต่อมลูกหมากในผู้ชาย

- ยังไม่มีข้อมูลว่าคนไทยมีพาหะของยีนนี้กันมากแค่ไหน แต่ชาติพันธุ์ที่มีความชุกในยีนนี้ คือ ชาวยิว (Ashkenazi Jews)

- ในคนไทยแต่เชื่อว่าไม่น่ามาก น่าจะ ราวร้อยละ 5-10 ของประชากร

- มักเกี่ยวกับการได้รับสารก่อมะเร็ง หรือใช้ชีวิตเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง

- การรักษาคนไข้ที่สงสัยว่าอยู่ในกลุ่มนี้ จะพิเศษกว่าคนไข้ทั่วไป เพราะมีข้อต้องพิจารณามากมาย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการรักษาตัวผู้ป่วยเองทั้งในด้านการผ่าตัด จะผ่าเลือกวิธีแบบไหน การให้ยา การผ่าตัดรังไข่ของอวัยวะอื่นๆ รวมทั้งการรักษาญาติพี่น้องในตระกูล

2. ราว 20% เป็นชนิดที่เกี่ยวข้องกับการที่มีบุคคลในตระกูลเป็นโรคมะเร็งชนิดใด ๆ ก็ได้ (Familial breast cancer)

- มักผิดปกติในยีนที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งชนิดต่างๆ ที่ได้รับการถ่ายทอดมาจากตระกูล

- ยีนที่ทราบแล้วมีอยู่หลายชนิด ทำให้เกิดความไม่เสถียรของสาย DNA ส่งผลให้เกิดการกลายพันธุ์ของยีนอื่น ๆ ตามมาได้ง่ายขึ้น คน ๆ นั้นก็เป็นมะเร็งได้ง่ายขึ้น

3. ราว 70% เป็นชนิดที่ไม่มีประวัติทางกรรมพันธุ์ (Sporadic breast cancer)

- มีการกลายพันธุ์ของยีนที่เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งเต้านมเกิดขึ้นในภายหลัง ไม่ได้ได้รับการถ่ายทอดมาจากตระกูล

- ขึ้นกับปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ต่อการเป็นมะเร็งเต้านม ได้แก่ การมีประจำเดือนครั้งแรกเร็ว ก่อนอายุ 12 ปี การเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนช้า หลังอายุ 55 ปี การมีบุตรคนแรกช้า หลังอายุ 30 ปี

แนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม (วีรวิทย์ อิมสำราญและคณะ, 2560)

วิธีการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาหามะเร็งเต้านม มีอยู่ 3 วิธี ได้แก่

1. การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast self examination : BSE)
2. การตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรม (Clinical Breast examination : CBE)
3. การตรวจด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม (Mammography: MM)

ข้อแนะนำ (Recommendation)

1. Mass screening

จากข้อมูลหลักฐานทางวิชาการที่มีอยู่ในปัจจุบัน วิธีที่ดีที่สุดและคุ้มค่าที่สุดในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมที่เป็นแบบ Mass screening สำหรับประเทศไทย สรุปได้ดังนี้

ผู้หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป

ควรเริ่มตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละครั้ง และควรจะต้องได้รับการบอกถึงประโยชน์ (Benefit) และข้อจำกัดของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง รวมทั้งได้รับการสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้อง และหากมีอาการที่สงสัยควรมีการตรวจโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรม

ผู้หญิงที่มีอายุ 40 - 69 ปี และไม่มีอาการ

นอกจากการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำแล้ว ควรได้รับการตรวจโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรม ทุก 1 ปี

ผู้หญิงที่อายุ 70 ปีขึ้นไป

การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในผู้หญิงกลุ่มนี้ให้พิจารณาเป็นรายบุคคล โดยพิจารณาถึงความเป็นไปได้ของประโยชน์และอัตราการเสี่ยงของการตรวจด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านมในเรื่องของสภาวะสุขภาพในขณะนั้นและอายุขัยที่คาดไว้ (Life expectancy)

ถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาว่า การตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่ได้มีผลต่อการลดอัตราการตาย แต่ก็ถือว่าเป็นวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมที่ประหยัดและเหมาะสมสำหรับประเทศไทย อีกทั้งเป็นการสร้างความตระหนักให้กับผู้หญิงไทยให้มีความสนใจกับสุขภาพเต้านมของตนเอง

2. Voluntary (Opportunistic) screening

2.1 ผู้หญิงทั่วไป

ผู้หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป

ควรเริ่มตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละครั้ง และควรจะต้องได้รับการบอกถึงประโยชน์ และข้อจำกัดของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง รวมทั้งได้รับการสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกวิธี และควรมีการตรวจโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมอย่างน้อยทุก 3 ปี

ผู้หญิงที่มีอายุ 40 - 69 ปีขึ้นไป และไม่มีอาการ

นอกจากการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำแล้ว ควรตรวจโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมทุก 1 ปี และตรวจด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม (Mammography) ทุก 1 - 2 ปีอาจใช้การตรวจอัลตราซาวด์ร่วมด้วยในกลุ่มที่มี Dense breast ถ้าสถานบริการมีความพร้อมที่จะตรวจได้

นอกจากนี้ผู้หญิงโดยทั่วไปควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ คือ การตรวจพบมะเร็งเต้านมในระยะแรก ข้อจำกัดในกลุ่มสตรีที่มี Dense breast และการแปลผลผิดพลาด 10 - 30% (สถิติจากสถาบันทั่วโลก) และเนื่องจากเนื้อเต้านมของสตรีไทยมีลักษณะเป็น Dense breast อาจใช้การตรวจอัลตราซาวด์ร่วมด้วยซึ่งจะใช้ ในสถาบันที่มีความพร้อมของเครื่องมือ

2.2 กลุ่มเสี่ยง (High risk)

ผู้หญิงกลุ่มนี้ควรได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเหมือนกับกลุ่มผู้หญิงทั่วไปแต่ควรจะต้องเริ่มตรวจเร็วขึ้น เช่น ในกรณีที่มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านมที่อายุน้อยกว่า 50 ปี หรือวัยก่อนหมดประจำเดือน ควรทำการตรวจคัดกรอง เมื่ออายุที่ญาติเป็นมะเร็งเต้านมลบออกอีก 10 ปี / และควรตรวจทุก 1 ปี

กลุ่มเสี่ยง (High risk) ได้แก่

- มีประวัติญาติสายตรง ได้แก่ มารดา พี่สาว/น้องสาว และบุตร เป็นมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งที่รังไข่

- ผู้ที่มีประวัติเป็นมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม (Invasive cancer) รวมถึง Ductal carcinoma in situ (DCIS)

- ผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายแสงบริเวณหน้าอก โดยเฉพาะตั้งแต่อายุน้อย เช่น ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด Hodgkin หรือ Non- Hodgkin

- ผู้ที่มีประวัติตัดชิ้นเนื้อเต้านม (Breast biopsy) แล้ว ผลพยาธิวิทยา Aypical ductal hyperplasia, lobular neoplasia

- ผู้ที่ได้รับประทานฮอร์โมนเสริมทดแทนวัยหมดประจำเดือนเป็นประจำเกิน 5 ปี

การรายงานผลการตรวจ Mammogram

จะใช้ระบบ The Breast Imaging Reporting and Data system (BI-RADS) ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นโดย The American College of Radiology to standardize mammographic reporting โดยแบ่งภาพที่ได้พบออกเป็น 7 ประเภทย่อย ดังนี้ (วีรุฒิ อิมสำราญ และคณะ, 2560)

BIRADS category O incomplete study : หมายถึง ภาพแมมโมแกรมที่ได้ยังไม่สามารถแปลผลได้ จำเป็นต้องได้รับการตรวจแมมโมแกรมและ /หรือ การถ่ายภาพวิธี อื่นๆ เช่น Spot compression, magnification view (กรณีที่เป็นการศึกษาเพื่อคัดกรอง) หรือพบรอยโรคผิดปกติที่ต้องการการถ่ายภาพรังสีเดิมมาเปรียบเทียบแต่ยังหาไม่ได้

BIRADS category 1 negative: หมายถึง ไม่พบความผิดปกติในเต้านม แนะนำให้ตรวจค้นหามะเร็งเต้านมตามปกติ

BIRADS category 2 benign finding: หมายถึง สิ่งที่ไม่ใช่มะเร็ง เช่น Calcified fibroadenoma lipoma, oil cyst, galactocele, simple cyst, hamartoma, intramammary node แนะนำให้ตรวจติดตามผลด้วยแมมโมแกรมทุก 1 ปี

BIRADS category 3 probably benign finding: หมายถึง พบความผิดปกติในเต้านม อาจจะเป็นโรคหรือเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง มีโอกาสเป็นมะเร็งน้อยกว่าร้อยละ 2 และคาดว่าจะไม่เปลี่ยนแปลงในระหว่างที่ติดตามผลรอยโรคกลุ่มนี้ เช่น Non calcified circumscribed solid mass, focal asymmetry, round shape calcification เป็นต้น แนะนำให้ตรวจติดตามผล คือ ทำแมมโมแกรมทุก 6 เดือน เป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปี เพื่อยืนยันความคงที่ และต้องมีการตรวจชิ้นเนื้อเมื่อรอยโรคใหญ่ขึ้นหรือเปลี่ยนแปลงลักษณะจนทำให้สงสัย

BIRADS category 4 suspicious abnormality: หมายถึง พบความผิดปกติในเต้านมที่ไม่แน่ใจว่าเป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรงหรือไม่ ในกลุ่มนี้มีโอกาสเป็นมะเร็งได้ร้อยละ 2-95 แนะนำให้ตรวจทางพยาธิวิทยาเพิ่มเติม เช่น ตัดชิ้นเนื้อขนาดเล็ก (Core needle biopsy/CNB), การดูดเซลล์ออก (Fine needle aspiration/FNA), หรือผ่าตัดเอาชิ้นเนื้อออกมา (Excisional biopsy) ซึ่งแยกย่อยเป็น 4a, 4b, 4c

BIRADS category 5 highly suspicious: หมายถึง พบความผิดปกติในเต้านมที่น่าสงสัยว่าเป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรง มีโอกาสเป็นมะเร็งได้มากกว่าร้อยละ 95 เช่น Speculated mass, pleomorphic micro calcification แนะนำให้ตรวจทางพยาธิวิทยาเพิ่มเติม

BIRADS category 6 known biopsy-proven malignancy: หมายถึง พบความผิดปกติในเต้านมที่มีผลพยาธิวิทยาแล้วต้องการมาตรวจเพิ่มเติมก่อนให้การรักษาต่อ

อาการและอาการแสดง (ภรณ์ เหล่าอิทธิ และ นภา ปริญญาติกุล, 2559)

1. ไม่มีอาการ แต่สามารถตรวจพบได้จากแมมโมแกรม

2. มีก้อน ในระยะหลัง ๆ อาจแตกเป็นแผล
3. น้ำหรือน้ำปนเลือดออกทางหัวนม พบมะเร็งได้ร้อยละ 20
4. เจ็บเต้านม ส่วนใหญ่ไม่ใช่มะเร็ง พบว่าเพียงประมาณร้อยละ 15 ของมะเร็ง ที่จะมีอาการเจ็บได้ (และมักพบว่ามีก้อนร่วมด้วย)
5. การบวมของบริเวณรักแร้ จากต่อมน้ำเหลืองโต
6. อาการของมะเร็งแพร่กระจาย เช่น เหนื่อยหอบ ถ้ากระจายไปที่ปอด

การตรวจวินิจฉัย

1. การซักประวัติ ตรวจร่างกาย
2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆเช่น Complete blood count (CBC), Liver function test (LFT) รวมทั้ง Alkaline phosphatase
3. การตรวจแมมโมแกรม (Mammography) และอัลตราซาวด์ (Ultrasonography) เต้านม สามารถตรวจพบมะเร็งเต้านมในระยะแรกได้
4. การตรวจทางพยาธิวิทยา หรือการตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ (Biopsy) เช่น
 - Fine needle aspiration (FNA) คือการนำเนื้อเยื่อหรือสารน้ำไปตรวจ โดยใช้เข็มขนาดเล็ก
 - Core Biopsy คือการนำเนื้อเยื่อไปตรวจโดยใช้เข็มขนาดใหญ่
 - การตัดชิ้นเนื้อจากภายนอก (Excisional biopsy) คือการนำก้อนเนื้อเยื่อทั้งหมดออกไปตรวจ
 - การตัดชิ้นเนื้อภายใน (Incisional biopsy) คือการนำบางส่วนของก้อนหรือเนื้อเยื่อออกไปตรวจ
5. การตรวจทาง Immuno histochemicalstain เช่น ตรวจหา Estrogen Receptor ,Progesterone Receptor เป็นการตรวจเพื่อวัดปริมาณของตัวรับฮอร์โมนทั้งสองชนิดในเนื้อเยื่อมะเร็ง เพื่อประเมินว่าการรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมน จะสามารถยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งได้หรือไม่และการตรวจหา Her- 2 ,Ki-67 จะช่วยเป็นตัวบอกแนวทางในการรักษา
6. การตรวจเพื่อวินิจฉัยการแพร่กระจายของมะเร็งให้ยังอวัยวะอื่นในร่างกายเช่น Bone scan เพื่อดูการกระจายไปที่กระดูก Liver scan เพื่อดูการกระจายไปที่ตับ Chest X-ray เพื่อดูการกระจายไปที่ปอด Magnetic resonance imaging (MRI) และ Computed tomography (CT) เพื่อดูการแพร่กระจายของมะเร็งให้ยังอวัยวะอื่น สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะ Early (stage I และ II) ที่ไม่มีความผิดปกติ และค่า Alkaline phosphatase อยู่ในระดับปกติไม่มีความจำเป็นที่จะต้องส่งทำ Bone scan และ Liver scan
7. การตรวจ Tumor markers เช่น CEA, CA 153 เพื่อการวินิจฉัยและประเมินติดตามผลการรักษา

การแบ่งระยะของโรค (American Society of Clinical Oncology, 2022)

แบ่งตามระบบ TNM

T หมายถึง Tumor โดยการพรรณนาเกี่ยวกับก้อนมะเร็งนั้นจะพิจารณาขนาดของก้อน

N หมายถึง Node Involvement หรือการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง

M หมายถึง Metastasis คือการที่มะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ

ขนาดของก้อนมะเร็ง (Primary tumor)

Tx ประเมินมะเร็งในระยะเริ่มแรกไม่พบ

T0 ไม่มีอุบัติการณ์ของมะเร็งในระยะเริ่มแรก

Tis มะเร็งระยะเริ่มแรก (carcinoma insitu)

Tis(DCIS) มะเร็งท่อน้ำนมระยะเริ่มแรก (ductal carcinoma in situ)

Tis(LCIS) มะเร็งของเต้านมระยะเริ่มแรก (lobular carcinoma in situ)

Tis (paget's) มะเร็งของหัวนม (paget's disease of nipple) ที่ไม่เกี่ยวกับการแพร่กระจายของมะเร็ง หรือมะเร็งของท่อน้ำนมและหรือมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก

T 1 ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 เซนติเมตร

T 1mic มี micro invasionขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.1 เซนติเมตร

T 1a ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 0.1เซนติเมตร แต่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.5เซนติเมตร

T 1b ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง มากกว่า 0.5 เซนติเมตร แต่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 เซนติเมตร

T 1c ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง มากกว่า 1 เซนติเมตร แต่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 เซนติเมตร

T 2 ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง มากกว่า 2 เซนติเมตร แต่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 เซนติเมตร

T 3 ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง มากกว่า 5 เซนติเมตร

T 4 ก้อนมะเร็งมีหลายขนาดและมีมะเร็งไปยังผนังทรวงอก หรือผิวหนัง

T 4a มีมะเร็งไปยังผนังทรวงอก แต่ไม่รวมที่เป็นพังผืดหรือกล้ามเนื้อ Pectoralis

T 4b บวม หรือมีแผล หรือมีก้อนที่ผิวหนังในเต้านมข้างเดียวกัน

T 4c T 4a และ T 4b

T 4d เต้านมแดงอักเสบ (inflammatory carcinoma)

ต่อมน้ำเหลือง (lymph Node)

NX ไม่สามารถประเมินต่อมน้ำเหลืองได้ อาจมีการนำต่อมน้ำเหลืองออกก่อน

N0 ไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง

N1 มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองที่รักรั้วข้างเดียวกับเต้านม ในระดับที่ 1 และ 2

ต่อมน้ำเหลืองยังเคลื่อนที่ได้

N2 มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ข้างเดียวกับเต้านม คลำก้อนต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ยึดติด แข็ง หรือ มีการแสดงการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองภายในเต้านมแม้ว่าจะคลำไม่ได้ที่รักแร้

N2a มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง ที่รักแร้ข้างเดียวกับเต้านม ในระดับที่ 1 และ 2 ก้อน ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ยึดติดกัน หรือยึดกับโครงสร้างอื่น

N2b มีการแสดงว่ามีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองที่เต้านมข้างเดียวกัน โดยไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้

N3 มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใต้กระดูกไหปลาร้าซึ่งเป็นต่อมน้ำเหลืองระดับ 3 และหรือ มี หรือ ไม่มี การแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ระดับ 2 หรือสามารถตรวจพบต่อมน้ำเหลืองภายในเต้านม และ หรือ ร่วมกับต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ระดับที่ 1 และ 2 หรือมีการแพร่กระจายไปยัง ต่อมน้ำเหลืองเหนือกระดูกไหปลาร้า (ต่อมน้ำเหลืองระดับ 3) ข้างเดียวกัน

N3a มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใต้กระดูกไหปลาร้า (Intra clavicular) ข้างเดียวกัน

N3b มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้และเต้านมข้างเดียวกัน

N3c มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองเหนือกระดูกไหปลาร้า (Supraclavicular) ข้างเดียวกัน

การแพร่กระจาย (metastasis)

M0 ไม่มีอาการหรืออุบัติการณ์ทางรังสีวินิจฉัยว่ามีการแพร่กระจายของโรค

M0 (i+) ไม่มีอาการหรืออุบัติการณ์ทางรังสีวินิจฉัยว่ามีการแพร่กระจายของโรค พบเซลล์มะเร็งในระบบไหลเวียน ไชกระดูกหรือต่อมน้ำเหลืองอื่นๆ ที่มีขนาดไม่ใหญ่กว่า 0.2 มิลลิเมตร อาจมีอาการหรือการแสดงของการแพร่กระจายโรคหรือไม่ก็ได้

M1 มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะที่อยู่ห่างไกล ด้วยการวัดทางคลินิกหรือทางรังสีหรือทางเซลล์วิทยา ที่มีขนาดมากกว่า 0.2 มิลลิเมตร

ชนิดและระยะของมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด (จุฬามาต ปังธนากิจ และจิตราพันธ์ กงวงษ์, 2566)

การแบ่งชนิดและระยะของมะเร็งเต้านม สามารถแบ่งได้จากผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อ และลักษณะของก้อนที่พบจากการผ่าตัด ใช้ในการวางแผนการรักษา และเลือกวิธีการผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม รวมถึงใช้ในการวางแผนการพยาบาลเฉพาะรายสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด มะเร็งเต้านมแบ่งได้เป็น 4 ระยะ นอกจากนี้ยังสามารถจำแนกมะเร็งระยะที่ 1 ถึง 2A ว่า “มะเร็งระยะเริ่มต้น” และระยะ 2B ถึงระยะ 3 ว่า “มะเร็งระยะลุกลามเฉพาะที่” (American society of clinical oncology, 2022) ดังนี้

ระยะที่ 0 เป็นระยะที่ก้อนมะเร็งยังไม่มีการลุกลามหรือแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น (carcinoma in situ) ยังอยู่ในท่อน้ำนม (Ductal Carcinoma In Situ; DCIS) หรือต่อมน้ำนม (Lobular carcinoma in situ; LCIS) การผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยในระยะนี้ส่วนใหญ่แพทย์จะเลือกใช้วิธีการผ่าตัดแบบสงวนเต้าเป็นลำดับแรกเนื่องจากยังไม่มีมีการลุกลามของเซลล์มะเร็ง แต่หากมีข้อบ่งชี้ที่ไม่สามารถผ่าตัด อาจพิจารณาเลือกการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดขึ้นกับข้อบ่งชี้ของผู้ป่วยแต่ละราย

ระยะที่ 1A เป็นระยะที่ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็ก ลุกลาม แต่ยังไม่แพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง

ระยะที่ 1B เป็นระยะที่ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็ก ลุกลาม และมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง โดยใน ระยะที่ 1A และ 1B นั้น เซลล์มะเร็งจะมีการลุกลามออกจากท่อน้ำนม (Invasive ductal carcinoma; IDC) หรือ ต่อมน้ำนม (Invasive lobular carcinoma; ILC) ได้ และอาจลุกลามไปยังผิวหนังของเต้านมทำให้มีลักษณะบวม แดง ร้อน หนาตัวและมีรอยบุ๋มของผิวหนังบริเวณเต้านมคล้ายผิวเปลือกส้ม เนื่องจากเซลล์มะเร็งไปอุดกั้นทางเดินน้ำเหลือง ทำให้ดูลักษณะคล้ายเต้านมอักเสบ แต่หากเป็นการอักเสบจากมะเร็งจะไม่ตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะ นอกจากนี้หากเซลล์มะเร็งลุกลามมายังบริเวณหัวนม (Nipple) จะทำให้บริเวณผิวหนังของหัวนม และลานนมจะมี การหนาตัว แดง คัน ร่วมกับมีเลือดออกทางหัวนม ซึ่งเรียกมะเร็งชนิดนี้ว่า มะเร็งที่หัวนม (Paget disease of nipple) การผ่าตัดเต้านมในระยะนี้นั้น แพทย์จะเลือกการผ่าตัดแบบสงวนเต้า ตัดเต้านมออกทั้งหมดหรือการตัด เต้านมอย่างถาวรแบบดัดแปลง ขึ้นกับข้อบ่งชี้ของผู้ป่วยแต่ละราย

ระยะที่ 2A เป็นระยะที่ก้อนมะเร็งมีขนาดไม่เกิน 2 เซนติเมตร และมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง 1-3 ต่อมน้ำ หรือเป็นระยะที่ก้อนมะเร็งมีขนาดระหว่าง 2-5 เซนติเมตร แต่ยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง

ระยะที่ 2B เป็นระยะที่ก้อนมะเร็งมีขนาดระหว่าง 2-5 เซนติเมตร และมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง 1-3 ต่อมน้ำ หรือเป็นระยะที่ก้อนมะเร็งมีขนาดมากกว่า 5 เซนติเมตร แต่ยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง โดยในระยะที่ 2 นั้น เซลล์มะเร็งจะเริ่มมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง ดังนั้นแพทย์จะเลือกการ ผ่าตัดแบบสงวนเต้า ผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด หรือผ่าตัดเต้านมอย่างถาวรแบบดัดแปลง รวมถึงการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล ขึ้นอยู่กับการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งและข้อบ่งชี้ของผู้ป่วยแต่ละราย

ระยะที่ 3A เป็นระยะที่ก้อนมะเร็งทุกขนาดมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง 4-9 ต่อมน้ำ หรือเป็น ระยะที่ก้อนมะเร็งอาจมีขนาดมากกว่า 5 เซนติเมตร แต่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองเพียง 1-3 ต่อมน้ำ

ระยะที่ 3B เป็นระยะที่ก้อนมะเร็งแพร่กระจายไปยังผนังทรวงอก ทำให้เกิดอาการบวม เป็นแผลบริเวณ เต้านม หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งชนิด Inflammatory breast cancer (IBC) และอาจมีการแพร่กระจาย ไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ 9 ต่อมน้ำ แต่ยังไม่แพร่กระจายไปยังบริเวณอวัยวะอื่น ๆ ของร่างกาย

ระยะที่ 3C เป็นระยะที่ก้อนมะเร็งทุกขนาดมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้มากกว่า 10 ต่อมน แต่ยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ของร่างกาย ในระยะที่ 3 ก้อนมะเร็งจะมีขนาด มากกว่า 5 เซนติเมตร หรือแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ แต่ยังไม่แพร่กระจายไปยังบริเวณอวัยวะอื่น ๆ ทั้งนี้ หากก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่มากและกระจายไปยังเนื้อเยื่อรอบเต้านม แพทย์อาจพิจารณาให้ยาเคมีบำบัด (Neo adjuvant chemotherapy) เพื่อควบคุมไม่ให้มีการลุกลามมากขึ้น และลดขนาดของก้อนให้เล็กลง จึงทำการผ่าตัดโดยวิธีสงวนเต้า ตัดเต้านมออกทั้งหมด ขึ้นอยู่กับข้อบ่งชี้ของผู้ป่วยแต่ละราย

ระยะที่ 4 เป็นระยะที่ก้อนมะเร็งทุกขนาด มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ที่อยู่ไกลออกไป (Metastatic breast cancer) เช่น กระดูก ปอด สมอง ต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ไกลออกไป เป็นต้น การผ่าตัดในมะเร็ง ระยะที่ 4 นี้ อาจไม่ใช่การรักษาหลัก เนื่องจากเซลล์มะเร็งได้แพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ แล้ว มีจุดประสงค์การรักษาเพื่อประคับประคอง (Palliative treatment) บรรเทาความเจ็บปวดจากโรคมะเร็ง และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี ขึ้นให้กับผู้ป่วยโดยการส่งต่อให้ทีมแพทย์มะเร็งวิทยาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยต่อไป

การพยากรณ์โรค

ด้วยการวินิจฉัยที่สามารถค้นหามะเร็งได้ในระยะแรก ๆ ทำให้การรักษาได้ผลดี การพยากรณ์โรคจึงดีขึ้นด้วย หากแบ่งตามระยะมีการพยากรณ์โรคดังนี้

ตารางที่ 1 อัตรารอดชีพ 5 ปี ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่

(ข้อมูลปี พ.ศ.2556 ติดตามถึงปี พ.ศ. 2560)

จำนวนปี	จำนวนผู้ป่วย	จำนวนผู้เสียชีวิต	อัตราการรอดชีพ(%)
ปีที่ 1	871	3	99.7
ปีที่ 2	795	75	91.1
ปีที่ 3	731	64	83.7
ปีที่ 4	680	51	77.9
ปีที่ 5	644	36	73.8

ที่มา : สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2562

การรักษามะเร็งเต้านม (American Society of Clinical Oncology, 2022)

วิธีการรักษามะเร็งเต้านมที่ได้ผลดี และเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบันมีอยู่ 5 วิธี คือ

1. การรักษาโดยการผ่าตัด (Surgery)
2. การรักษาโดยการฉายแสง (รังสีรักษา) (Radiation therapy)

3. การรักษาโดยยาเคมีบำบัด (Chemotherapy)
4. การรักษาโดยยาด้านฮอร์โมน (Hormonal therapy)
5. การรักษาโดยยามุ่งเป้า (Targeted Therapy)

1.การรักษาโดยการผ่าตัด (Surgery)

เป็นวิธีการรักษาหลักสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก ซึ่งมีประโยชน์ในการควบคุมโรคและสามารถนำชิ้นเนื้อที่ได้จากการผ่าตัด ไปตรวจทางพยาธิวิทยา ทำให้ทราบระยะที่แท้จริงของโรค ช่วยวางแผนการรักษาที่เหมาะสม และสามารถพยากรณ์โรคได้แม่นยำมากขึ้น ขั้นตอนการผ่าตัดรักษามะเร็งเต้านม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ การผ่าตัดที่เต้านมและการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ นอกจากนี้ยังมีส่วนเพิ่มเติมซึ่งไม่ใช่การรักษาโดยตรง เช่นการเสริมสร้างเต้านมใหม่ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้ป่วย

1.การผ่าตัดบริเวณเต้านม แบ่งได้เป็น 2 วิธี ได้แก่

1.1 การตัดเต้านมออกทั้งเต้า (Total or Simple mastectomy) คือ การผ่าตัดเอาเต้านมออกทั้งหมด (รวมผิวหนังส่วนที่อยู่เหนือก้อนมะเร็งและหัวนมด้วย) เดิมการผ่าตัดวิธีนี้เป็นวิธีมาตรฐานที่ใช้กับผู้ป่วยทุกราย แต่ปัจจุบันแพทย์เลือกใช้กับผู้ป่วยที่ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ มีก้อนมะเร็งหลายก้อน เต้านมขนาดเล็ก หรือผู้ป่วยที่ไม่สะดวก หรือมีข้อห้ามในการฉายรังสีที่เต้านมหลังผ่าตัด

1.2 การตัดเต้านมออกเพียงบางส่วน (Partial mastectomy or Breast-conserving surgery) คือ การตัดก้อนมะเร็งและเนื้อของเต้านมปกติที่อยู่รอบ โดยตัดห่างจากขอบของก้อนมะเร็งประมาณ 1-2 ซม.โดยมากจะยังคงเหลือหัวนม ฐานหัวนมและส่วนใหญ่ของ เนื้อเต้านม ส่วนมากมักเลือกใช้ในรายที่มะเร็งมีขนาดเล็ก พบในตำแหน่งเดียว และ/หรือเต้านมมีขนาดใหญ่พอสมควร ภายหลังการผ่าตัดแล้วผู้ป่วยยังสามารถรักษารูปร่างของเต้านมได้ดี ผู้ป่วยทุกรายจะต้องได้รับการฉายรังสีที่เต้านมร่วมด้วยเสมอ ถ้าเลือกผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและผ่าตัดโดยแพทย์ที่ชำนาญ การตัดเต้านมออกเพียงบางส่วนจะได้ผลการรักษาดี เทียบเท่ากับการตัดเต้านมออกทั้งเต้า และรูปร่างของเต้านมยังคงสภาพสวยงามใกล้เคียงเดิม

2.การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ แบ่งได้เป็น 2 วิธี ได้แก่

2.1 การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกทั้งหมด (Axillary dissection) เป็นมาตรฐานของการผ่าตัดมะเร็งเต้านม เพื่อกำจัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ที่อาจมีการแพร่กระจายของมะเร็ง ทำให้ได้ประโยชน์ทั้งในการควบคุมโรค ทราบระยะที่แท้จริงของโรค และนำมาใช้ในการวางแผนการรักษา ซึ่งทั้งหมดล้วนเป็นผลดีต่อการรักษาโรค ในทางตรงข้ามการผ่าตัดดังกล่าวอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้ เช่น มีอาการขาบริเวณต้นแขนด้านใน มีการบาดเจ็บต่อเส้นประสาท ที่ทำให้กล้ามเนื้อบางส่วนทำงานได้ลดลง หรือในระยะยาวอาจมีภาวะแขนบวม ข้อไหล่ติดได้ โดยโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจะเพิ่มขึ้น ถ้าจำเป็นต้องได้รับการฉายแสง (รังสีรักษา) ร่วมด้วย ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องดูแลแขนข้างที่ผ่าตัดเป็นพิเศษ เช่น หลีกเลี่ยงการยกของหนัก การ

ใช้งานซ้ำๆ การบาดเจ็บหรือการติดเชื้อของแขนข้างเดียวกัน เพื่อลดโอกาสการเกิดภาวะแขนบวม

ในปัจจุบันการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกหมด จะทำในผู้ป่วยที่คลำพบต่อมน้ำเหลืองผิดปกติที่รักแร้ตั้งแต่ก่อนเริ่มการรักษา เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีโอกาสที่จะมีมะเร็งแพร่กระจายมาที่ต่อมน้ำเหลืองมากกว่า 70% และในผู้ป่วยที่ตรวจพบการแพร่กระจายของมะเร็งมายังต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล

2.2 การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล (Sentinel lymph node biopsy) เป็นวิธีการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองรักแร้ที่ได้รับการยอมรับมากในปัจจุบัน เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีโอกาสน้อยที่มะเร็งจะแพร่กระจายของไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ เช่น ผู้ป่วยที่คลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองโตที่รักแร้ ผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก และก้อนมะเร็งมีขนาดเล็ก ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสที่จะมีมะเร็งแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองน้อยกว่า 30 % การผ่าตัดนี้เป็นการหาต่อมน้ำเหลืองกลุ่มแรกที่มีมะเร็งจะแพร่กระจายไป และนำต่อมน้ำเหลืองดังกล่าวไปตรวจเพื่อยืนยันว่ามีมะเร็งกระจายมาหรือไม่ หากไม่พบมะเร็งแพร่กระจายมายังต่อมน้ำเหลืองดังกล่าว ก็ไม่ต้องผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองอื่นๆ ออกซึ่งทำให้ลดโอกาสเกิดแขนบวม (Lymphedema) แต่หากตรวจพบการกระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองเซนติเนลแล้วผู้ป่วยจะได้รับการรักษาต่อ ด้วยการเลาะต่อมน้ำเหลืองรักแร้ออกทั้งหมด (Axillary dissection) ในปัจจุบันการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล ถือเป็นการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก ทั้งนี้เพื่อลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดจากการเลาะต่อมน้ำเหลืองรักแร้ออกหมด (Axillary dissection) โดยไม่มีผลเสียใดๆ ต่อการรักษามะเร็งเต้านม

การพิจารณาว่าจะผ่าตัดด้วยวิธีใดขึ้นอยู่กับระยะของโรคมะเร็ง ขนาดของก้อนมะเร็ง สภาพร่างกายของผู้ป่วย ความชำนาญของศัลยแพทย์ บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีการผ่าตัดได้มากกว่าหนึ่งวิธี ดังนั้นศัลยแพทย์จะเป็นผู้แนะนำถึงการผ่าตัดแต่ละวิธี เพื่อให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการผ่าตัดที่เหมาะสมที่สุดสำหรับตนเอง

ในปัจจุบันเนื่องจากการรักษามะเร็งเต้านมให้ผลดีกว่าในอดีตอย่างชัดเจน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น มีโอกาสในการกลับเป็นซ้ำลดลง โดยเฉพาะในรายที่เป็นมะเร็งระยะเริ่มแรก ดังนั้นนอกเหนือจากการรักษาชีวิต รักษาโรคให้หายแล้ว การเก็บรักษาเต้านมหรือการรักษารูปร่างเต้านมไว้จึงมีความสำคัญมากขึ้น เพราะช่วยการสร้างความมั่นใจ ลดความรู้สึกสูญเสีย อันจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัด เป็นผลให้เกิดวิธีการผ่าตัดใหม่ๆ ที่ช่วยเสริมสร้างเต้านมใหม่หรือทดแทนส่วนที่ขาดหายไป (Breast reconstruction) โดยไม่มีผลเสียต่อการรักษามะเร็งเต้านมโดยรวม

3. การผ่าตัดเสริมสร้างเต้านม (Breast reconstruction) คือการผ่าตัดเพื่อนำเนื้อเยื่อที่บริเวณอื่นของร่างกายหรือใช้วัสดุที่ทำเลียนแบบเต้านม มาเพื่อเสริมหรือสร้างเต้านมใหม่ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมั่นใจมากขึ้น ลดความรู้สึกสูญเสีย ช่วยให้มีมั่นใจในการกลับไปทำงานและใช้ชีวิตตามปกติ สามารถทำผ่าตัดได้หลายรูปแบบ เช่น

3.1 การผ่าตัดนำผิวหนัง เนื้อเยื่อไขมันและกล้ามเนื้อหน้าท้อง (Transverse rectus abdominis myocutaneous flap or TRAM flap) มาทดแทนเต้านมทั้งหมดที่ถูกตัดออกไป ซึ่งทำ

ให้ยังคงมีลักษณะคล้ายเต้านมอยู่ ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น แพทย์จะนำผิวหนัง เนื้อเยื่อไขมันและกล้ามเนื้อหน้าท้องมาทดแทนเต้านมทั้งหมดที่ถูกตัดออกโดย การผ่าตัดวิธีนี้ใช้ระยะเวลาผ่าตัดนานกว่าการตัดเต้านมเพียงอย่างเดียว โดยจะใช้เวลาผ่าตัดนานประมาณ 3-5 ชั่วโมงผู้ป่วยจำเป็นต้องนอนพักในโรงพยาบาลนานประมาณ 1 สัปดาห์ ข้อดีประการหนึ่งของการผ่าตัดวิธีนี้คือการนำเนื้อเยื่อจากหน้าท้องมาเสริมแทนเต้านมเดิมทำให้ช่วยลดเนื้อเยื่อบริเวณหน้าท้อง ทำให้หน้าท้องแบนราบลง และในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นระยะเริ่มแรกผู้ป่วยก็ไม่จำเป็นต้องได้รับการฉายแสง

3.2 การผ่าตัดนำผิวหนัง เนื้อเยื่อไขมัน และกล้ามเนื้อบริเวณสะบัก (Latissimusdorsimyo fascial flap or LD flap) มาทดแทนเต้านมส่วนที่ตัดไป ซึ่งโดยส่วนใหญ่มักทำร่วมกับการผ่าตัดเต้านมออกเพียงบางส่วน โดยเฉพาะในรายที่มีการสูญเสียเนื้อเต้านมมากเกินกว่าที่จะคงความสวยงามไว้ได้หากไม่มีเนื้อเยื่ออื่นมาทดแทน ซึ่งผู้ป่วยที่เลือกการผ่าตัดวิธีนี้ยังคงต้องได้รับการฉายแสง (รังสีรักษา) ร่วมด้วยเช่นเดิม ผู้ป่วยบางรายสามารถเลือกใช้วิธีการผ่าตัดดังกล่าวทดแทนการผ่าตัดเต้านมออกหมดร่วมกับการใส่เต้านมสังเคราะห์ (Prosthesis) หรือไม้ก็ได้ การผ่าตัดนำผิวหนัง เนื้อเยื่อไขมัน และกล้ามเนื้อบริเวณสะบัก อาจจะทำให้เกิดบาดแผลบริเวณหลังได้ แต่ศัลยแพทย์ผู้ผ่าตัดจะพยายามซ่อนแผลให้อยู่ที่ระดับเดียวกับแนวเสื้อชั้นในเพื่อปกปิดบาดแผลและหลังการผ่าตัด การทำงานของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการขับหัวไหล่จะทำงานได้ใกล้เคียงปกติ

3.3 การผ่าตัดเพื่อใส่เต้านมเทียม (Prosthesis) เพื่อทดแทนการตัดเต้านมออกบางส่วนหรือทั้งหมด มีข้อดี คือ ผู้ป่วยไม่มีแผลผ่าตัดใดๆ เพิ่มเติมจากปกติ เนื่องจากไม่มีการนำเนื้อเยื่อจากตำแหน่งอื่นมาเสริมแทนเต้านมเดิม แต่อาจมีข้อจำกัดในผู้ป่วยบางรายที่มีลักษณะของเต้านมไม่เหมาะที่จะใช้เต้านมเทียม นอกจากนี้หากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการฉายแสง (รังสีรักษา) ร่วมด้วยจะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเช่น การหดรั้งของเนื้อเยื่อรอบๆเต้านมเทียม ซึ่งอาจจะทำให้เต้านมเสียรูปไป

โดยทั่วไปการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมด้วยวิธีการต่างๆข้างต้นจะไม่เกิดผลเสียใดๆ ต่อการรักษา มะเร็งเต้านม แต่จำเป็นต้องคัดเลือกผู้ป่วยให้เหมาะสม โดยขึ้นกับระยะของโรค ขนาดตำแหน่งของมะเร็ง สภาพทั่วไปรวมถึงความพร้อมในการผ่าตัดและการดมยาสลบของผู้ป่วย ศัลยแพทย์จำเป็นต้องให้ข้อมูลความเป็นไปได้ของวิธีต่างๆ แก่ผู้ป่วยตามความเหมาะสมเป็นรายๆไป

การผ่าตัดรักษามะเร็งเต้านมทั่วไป ปรกติใช้เวลาในการผ่าตัดประมาณ 1.5 – 2.5 ชั่วโมง ยกเว้นในรายที่มีการผ่าตัดเพื่อเสริมสร้างเต้านม (Breast reconstruction) จะใช้ระยะเวลาผ่าตัดนานขึ้น โดยขึ้นกับวิธีการผ่าตัด หลังจากเสร็จการผ่าตัดศัลยแพทย์จะเย็บผิวหนังเข้าหากันให้สนิทเหมือนเดิม โดยใช้ไหมละลายและเย็บแบบซ่อนปมใต้แผลเพื่อความสวยงาม ทำให้ไม่จำเป็นต้องมีการตัดไหมในภายหลัง นอกจากนี้หลังผ่าตัดผู้ป่วยต้องใส่เสื้อกระชับทรงที่ออกแบบเป็นพิเศษสำหรับการผ่าตัดเต้านมและปิดแผลให้แน่นเพื่อให้ผิวหนังติดแน่นกับหน้าอก เพื่อไม่ให้เลือดและน้ำเหลืองออกมากหลังผ่าตัด และลดอาการปวดแผลที่เกิดจากการหายใจและขยับตัว นอกจากนี้จะใส่ท่อพลาสติกเล็กๆ 1-2 เส้น เพื่อเป็นทางระบายเลือดและน้ำเหลืองจากแผล ท่อพลาสติกนี้จะถูกดึงออก

ประมาณวันที่ 3-7 หลังผ่าตัด หรือเมื่อเลือดและน้ำเหลืองไหลออกน้อย โดยปกติผู้ป่วยจะนอนพักอยู่ในโรงพยาบาลประมาณ 5-7 วันและกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ประมาณสองสัปดาห์แพทย์จะนัดกลับมาพบที่คลินิกเพื่อเปิดผ้าปิดแผลทั้งหมดออก หากว่าแผลหายสนิท แพทย์ผู้รักษาจะแนะนำผู้ป่วยอาบน้ำได้ตามปกติ บางรายอาจมีน้ำเหลืองคั่งค้างอยู่ใต้แผลผ่าตัดซึ่งแพทย์จะใช้เข็มเจาะดูดออกเป็นครั้งๆไป และไม่ถือว่ามียันตรายหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนแต่อย่างใด

ผลข้างเคียงของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด (จินตนา กิ่งแก้ว, 2560)

โดยเฉพาะในรายที่ผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ หลังผ่าตัดอาจมีอาการเจ็บบริเวณแผล หลายรายจึงไม่พยายามยกแขน และบางรายอาจเกิดแผลเป็นตึงรั้งที่รักแร้ ซึ่งจะทำให้เกิดข้อไหล่ติด ท้ายที่สุดผู้ป่วยจะยกแขนขึ้นได้ไม่เต็มที่หรือบางรายอาจยกแขนไม่ได้เลย การป้องกันการเกิดข้อไหล่ติดที่ดีที่สุดคือ ให้ผู้ป่วยออกกายบริหารแขนและหัวไหล่ ตั้งแต่ในระยะแรก ๆ หลังผ่าตัดเพื่อป้องกันข้อไหล่ติด และแขนบวม

ผลกระทบจากการรักษาด้วยการผ่าตัดมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตสังคมและ เศรษฐกิจมาก จากสภาพจิตใจที่ไม่สามารถปรับตัวรับสภาพต่อการรักษาได้ และภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยๆ หลังการผ่าตัดมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพและความสามารถในการดูแลตนเองลดลง สรุปผลกระทบในแต่ละด้านดังนี้

1. ระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความเครียดความวิตกกังวลสูง ตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นภาวะของการที่บุคคลต้องเผชิญสิ่งแวดล้อมใหม่ ต้องปรับตัวและยังมีความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยด้วย ผู้ป่วยบางคนกลัวอันตรายจากการดมยาสลบ กลัวการผ่าตัด กลัวเจ็บปวด กลัวการเสียเต้านม เพศหญิงมีความกังวลแฉงมากกว่าเพศชาย โดยเฉพาะการผ่าตัดบริเวณอวัยวะที่เป็นสัญลักษณ์ทางเพศ

2. ระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการต่างๆที่เกิดขึ้น เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวดแผลผ่าตัด อาจมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพได้ ผู้ป่วยจะไม่เคลื่อนไหว กลัวเจ็บปวด กลัวแผลแยกได้ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้านดังนี้

ผลกระทบด้านร่างกาย

(1) การมีเลือดและน้ำเหลืองคั่งอยู่ใต้แผล (Hematoma, Seroma) พบมากหลังผ่าตัดถอนรากแบบตัดแปลง เนื่องจากการผ่าตัดเต้านมต้องเลาะเข้าใต้ผิวหนังเป็นบริเวณกว้างและตัดต่อมน้ำเหลืองออก หลังการผ่าตัดมีน้ำเหลืองซึมออกมาได้มาก แม้ว่าจะได้มีการป้องกันมิให้เลือดและน้ำเหลืองคั่งอยู่ในแผลโดยการใช้ท่อระบาย (Drainage) แบบใช้เครื่องดูดต่อเนื่อง (Continuous Suction) หรือ ใช้ขวดสุญญากาศ (Radivac drain) ซึ่งบางครั้งเลือดออกมากหรือท่อระบายอุดตันทำให้เกิดลิ่มเลือดตกค้าง หรือการถอดท่อระบายเร็วเกินไปทำให้เกิดลิ่มเลือด น้ำเหลืองตกค้างอาจทำให้เกิดแผลติดเชื้อ มีผลให้ผู้ป่วยมีความไม่สุขสบายและวิตกกังวล ปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิดน้ำเหลืองคั่ง ได้แก่ ผู้ป่วยอายุมาก อ้วน การได้รับการฉายแสงก่อนการผ่าตัด การใช้แขนเร็วหลังผ่าตัด ประสบการณ์ของแพทย์ผ่าตัด (ตำแหน่งที่ลงมีดผ่าตัด การเย็บปิดแผลเนื้อเยื่อ (Skin flap) การปิด

แผลแน่น (Pressure dressing) และการวางตำแหน่งท่อระบายน้ำเหลือง ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อนผ่าตัดจะช่วยลดการเกิดน้ำเหลืองคั่งได้

(2) การบวมของแขน (Lymphedema) พบได้บ่อยภายหลังการผ่าตัดเต้านม การบวมของแขนอาจเกิดขึ้นทันที ภายหลังการผ่าตัดหรืออาจเกิดหลังผ่าตัดไปแล้ว 1-5 ปีก็ได้ สาเหตุอาจเนื่องจากการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้หรือการฉายรังสีที่รักแร้ การยกของหนักมาก ๆ และการบีบรัดทางไหลเวียนกลับของน้ำเหลืองที่แขนทำให้น้ำเหลืองอุดตัน ทำให้แขนบวม)

(3) ข้อไหล่ข้างเดียวกับที่ผ่าตัดเต้านมถูกจำกัดการเคลื่อนไหว (Limitation of movement at the shoulder joint) พบมากในผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดเต้านมชนิดถอนรากแบบดัดแปลง จึงทำให้เกิดเป็นเยื่อพังผืดมารัดบริเวณรักแร้ และพบว่า องศาของการเคลื่อนไหวข้อไหล่จะลดน้อยลงไป อีกถ้าผู้ป่วยมีการรักษาด้วยรังสีก็จะเกิดการหดรัดมากขึ้น หรืออาจเกิดขึ้นเฉพาะผู้ป่วยเจ็บแผลจึงไม่ขยับแขนและข้อไหล่ และการดึงแขนแนบตัวตลอดเวลาติดต่อกันเป็นเวลานาน ขาดการบริหารแขนและข้อไหล่ ก็จะทำให้ข้อไหล่ติดแข็งได้

(4) อาการชาบริเวณต้นแขนด้านใน (Numbness & heaviness) เป็นเพราะเส้นประสาทที่มาเลี้ยงผิวหนังบริเวณนั้น (Intercostobrachial nerve) ถูกตัดขาด มีอาการมือชาหนัก ๆ ถ่วง ๆ บริเวณท้องแขน อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยรำคาญ ไม่สุขสบายได้ อาการปวดส่วนที่ถูกตัดออก (Phantom pain) ปวดเสียวตึงร้าวเป็นพัก ๆ บริเวณเต้านมที่หายไป ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกเสมือนว่ามีเต้านมอยู่ ทำให้ปวดเสียว เกิดความไม่สุขสบาย

(5) เส้นประสาทถูกกดเบียด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบร่วมกับอาการบวมของแขน พบได้ บริเวณคอและข้อมือ เส้นประสาทถูกบีบกดบริเวณข้อมือ โดยมีอาการมือหนัก ตึง ปวด ชาแขน และมีการบวมของแขนร่วมด้วย ผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมานมาก

(6) มีความผิดปกติของรูปทรงในการทรงตัว จะปรากฏให้เห็นที่ส่วนไหล่ และส่วนหลัง นั่นคือผู้ป่วยเมื่ออยู่ริยาบถ นั่ง ยืน เดิน จะสังเกตได้ว่า มีไหล่เอียง ไหล่ห่อ หลังโก่ง ซึ่งผลเสียของการทรงตัวไม่ดีคือจะเมื่อยล้าได้เร็ว และสูญเสียบุคลิกภาพที่ดี

ผลกระทบด้านจิตสังคม ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้สึกเศร้าเสียใจในการสูญเสียเต้านมสูญเสียสมรรถภาพทางร่างกาย สูญเสียภาพลักษณ์ อีกทั้งมีความวิตกกังวล กลัวเจ็บปวด การกลับซ้ำของโรค กลัวตาย และปัญหาของเพศสัมพันธ์ การสูญเสียความภาคภูมิใจ การทำงานของแขนข้างเดียวกับที่การผ่าตัดทำงานได้ไม่เต็มที่ มีผลทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานหรือทำกิจกรรมได้เช่นเดิม อาจเกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง บางครั้ง ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่การงานใหม่ การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตได้ การเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายและอารมณ์ซึมเศร้า มีผลทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธ การเข้าสังคมไม่ต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มักพบว่าผู้ป่วยแยกตัวออก การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัดเต้านม จะมีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือสนับสนุนของครอบครัวและสังคม ได้พบว่า ภาวะจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดมีปัญหาทางด้านจิตใจ 3 เรื่องด้วยกันคือ (1) ความทุกข์ทรมานของจิตใจ ในช่วงแรกของการได้รับการวินิจฉัย

และการผ่าตัด มีอารมณ์ซึมเศร้า มีความวิตกกังวล กลัว โกรธ ร่วมด้วย (2) การดำเนินชีวิตประจำวัน จากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การผ่าตัด การใช้แขนขาไม่สะดวกสบายของร่างกาย ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงมีผลต่อเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วย คิดกังวล กลัวสามีรังเกียจ (3) การกลัวการกลับเป็นซ้ำ ตระหนักถึงความรุนแรงของโรค รักษาไม่หายขาด อาจมีการลุกลามของโรค เกิดความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในอนาคต

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ การรักษาต้องใช้ค่าใช้จ่าย ทั้งค่าผ่าตัด ค่ารักษา ค่ายา และการรักษาร่วม ที่ต้องใช้เวลานาน ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ มีเศรษฐกิจฐานะไม่ดี ก็จะมีปัญหา ทำให้เกิดความวิตกกังวล มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพ การรักษาที่ต่อเนื่อง การรักษาที่ต่อเนื่อง ในการติดตามการรักษาถ้าขาดข้อมูลแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยสนับสนุน ก็จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม ทำให้ขาดการรักษา มีผลทำให้ผู้ป่วยขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง หรือหยุดการรักษาไม่มาตามที่แพทย์นัด ตรวจเป็นระยะๆ ทำให้การเกิดกลับซ้ำ ของโรคสูงขึ้น ดังนั้น การเจ็บป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านม และรักษาด้วยการได้รับการผ่าตัดเต้านมเป็นสถานการณ์ที่คุกคาม และก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งความรู้สึกที่เกิดขึ้น มีความกลัว วิตกกังวล ความไม่แน่นอนต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วง ของการรักษาที่มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือในการปรับตัว ปรับใจ ให้สามารถดูแลตนเอง ฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ สังคมได้ รวมทั้งการสนับสนุน ทั้งทางด้านแหล่งประโยชน์และข้อมูลรวมทั้งการสนับสนุนทางด้านแหล่งประโยชน์และข้อมูลที่ทำให้ผลกระทบที่กล่าวมาข้างต้น ไม่มีหรือลดน้อยลง ปรับตัวได้กับชีวิตใหม่ต่อการเจ็บป่วยให้ได้รวดเร็ว จึงเป็นบทบาทการช่วยเหลือดูแลของระบบการพยาบาลในการส่งเสริมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

2. การรักษาโดยการฉายรังสี (Radiation therapy) (เอ็ดมแซ สุขประเสริฐ, 2562)

แนวคิดปัจจุบันเชื่อว่ามะเร็งไม่เป็นโรคเฉพาะที่ การผ่าตัดที่ขยายไปตัดต่อมน้ำเหลืองหรืออวัยวะอื่นๆ ได้แก่ กล้ามเนื้อของผนังทรวงอกนั้นถึงอย่างไรก็ไม่สามารถที่จะตัดออกได้หมด การฉายแสงเพื่อเป็นการรักษาน่าจะให้ผลดีกว่า อีกทั้งสามารถลดผลแทรกซ้อน รวมถึงคุณภาพชีวิตและความเป็นหญิงของผู้ป่วยได้ด้วย เพราะฉะนั้นบทบาทของการทำลายเซลล์มะเร็งที่อยู่ใกล้เคียงกับเต้านมจึงเป็นหน้าที่ของรังสีรักษา และมักทำหลังจากการผ่าตัด รังสีรักษาจะแบ่งเป็น 2 ประเภทได้แก่

1. รังสีรักษาแบบภายนอก ส่วนใหญ่ของรังสีรักษาจะเป็นการฉายแสงแบบภายนอก

2. รังสีรักษาแบบภายใน โดยการสอดเครื่องมือที่ให้รังสีเพื่อการรักษาที่ตำแหน่งของการผ่าตัด เมื่อฉายรังสีตามเวลาที่กำหนดแล้วก็จะเอาออก โดยวิธีการแบบนี้เรียกว่า Internal Radiotherapy หรือ Brachytherapy ซึ่งวิธีการดังกล่าวทำในโรงพยาบาลที่เป็น Center ในทำการทำรังสีรักษาที่ทันสมัย รังสีรักษาแบบภายนอก ส่วนใหญ่จะกระทำอาทิตย์ละ 5 วัน ในเวลาราชการ และหยุดเสาร์อาทิตย์ โดยจะใช้เวลาในการรักษาประมาณ 3-5 สัปดาห์ โดยในครั้งแรกนั้นจะใช้เครื่องมือที่เรียกว่า simulator เพื่อทำการกำหนดขอบเขต เพื่อให้เครื่องรังสีรักษาทำการรักษาในตำแหน่งที่ถูกต้องแม่นยำในแต่ละครั้ง การฉายรังสีเพื่อการรักษาใช้เวลา 2-3 นาทีเท่านั้น และจะไม่

รู้สึกเจ็บในขณะที่ทำการฉายแสง อีกทั้งไม่มีรังสีตกค้างในตัวผู้ป่วย

วิธีการทำ Radiotherapy

1. Radiation Chest wall
2. Radiation whole breast
3. Radiation Regional Node ได้แก่ Axillar Node, Supraclavicular Node, Internal

Mammillary Node

ผลข้างเคียงหลังจากการรักษาด้วยรังสีรักษา

1. ผลข้างเคียงระยะสั้น ในบางคนจะมีผลแทรกซ้อนภายหลังฉายแสง ได้แก่ บวมแดง ที่ผิวหนัง หรือมีการบวมที่หน้าอกบริเวณที่มีการฉายแสง อาการเหล่านี้จะหายไปภายหลังการรักษา แต่ความรู้สึกอ่อนเพลียยังคงมีอยู่เป็นเดือนหลังจากการฉายแสง

2. ผลข้างเคียงระยะยาว จะพบว่าผิวหนังบริเวณหน้าอก และเต้านมในส่วนที่ไม่ได้ตัดออกจะแห้งกว่า และเหี่ยวลงกว่าเดิม และบางคนจะรู้สึกเจ็บ หรือบางทีจะมีเม็ดแดงๆที่ผิวหนัง ซึ่งผลข้างเคียงดังกล่าว จะลดลงได้ก็ต่อเมื่อเทคนิคของรังสีรักษากระทำได้อย่างถูกต้องเพื่อลดผลแทรกซ้อนดังกล่าว

3. การรักษาโดยยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) (เอ็อมแซ สุขประเสริฐ, 2562)

การให้เคมีบำบัดมีวัตถุประสงค์คือทำลายเซลล์มะเร็งที่ไม่ได้อยู่เฉพาะที่ แต่ได้ไปตามกระแสเลือดหรือระบบทางเดินน้ำเหลือง ไปยังส่วนต่างๆของร่างกาย โดยการให้เคมีบำบัดนั้นมี 3 วัตถุประสงค์ ดังนี้

1. **ให้ก่อนทำการผ่าตัด** หรือเรียกว่า Neo adjuvant Therapy เพื่อลดขนาดของก้อนมะเร็ง และช่วยให้การรักษาด้วยการผ่าตัดหรือฉายแสงที่จะให้การรักษาตามมามีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. **ให้ภายหลังการผ่าตัด** หรือเรียกว่า Adjuvant Therapy เพื่อลดโอกาสของการกลับมาเป็นซ้ำภายหลังการรักษา และฆ่าเซลล์มะเร็งที่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ

3. **ให้เพื่อรักษาในกรณีมะเร็งได้แพร่กระจายไปยังอวัยวะต่างๆแล้ว** หรือให้รักษาในกรณีที่มีการกลับซ้ำภายหลังการรักษา หรือเรียกว่า Palliative Chemotherapy เป้าหมายของการให้เคมีบำบัดในกลุ่มนี้ไม่ได้หวังการหายขาด แต่มีเป้าหมายเพื่อลดจำนวนของเซลล์มะเร็ง (Tumor load) และยืดความยืนยาวของชีวิต

สูตรยาในการให้เคมีบำบัด (Regimen)

สูตรยาเคมีบำบัดนั้น จะให้ยา 2-3 ตัวพร้อมกัน ตัวอย่างเคมีบำบัดที่ใช้เพื่อรักษามะเร็งเต้านม ได้แก่ (สูตรการรักษาขึ้นกับเวลา เมื่อเวลาผ่านไป สูตรการรักษาก็สามารถเปลี่ยนแปลงไปโดยมียาที่มีประสิทธิภาพที่ดีกว่า ทดแทนยาเดิมที่ใช้อยู่ แนะนำให้ใช้ยาในกลุ่ม Anthracycline และ Taxane ใน Early Breast Cancer ในกลุ่ม Lumina B อย่างน้อย 6 cycle)

1. AC (Adriamicin , Cyclophosphamide) AC เป็นสูตรเคมีบำบัดที่นิยมใช้กันมาก

โดยเฉพาะกลุ่มที่มะเร็งยังไม่แพร่ไปยังต่อมน้ำเหลืองโดย

- A = Adriamycin (กลุ่ม Anthracycline) นั้นสามารถที่จะยับยั้งการสร้าง DNA ในเซลล์ และยับยั้ง Enzyme ที่ใช้ในซ่อม DNA

- C = Cytoxan ยับยั้งการ Replicate ของเซลล์ ซึ่งเมื่อยาทั้ง 2 ใช้ร่วมกัน จะทำให้จัดการเซลล์มะเร็งได้

2. TAC เป็นสูตรที่เพิ่ม T ซึ่งก็คือ Paclitaxel (Taxol) or docetaxel (Taxotere) เข้าไปในสูตรเดิม AC เพื่อไปรักษากลุ่มที่มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองแล้วหรือในรายที่มีการกลับมาเป็นซ้ำภายหลังการรักษา โดย TAC จะให้หลังจากเสร็จสิ้นการรักษาด้วย AC

- Taxol or Taxotere (ยาในกลุ่ม Taxane) ทำให้การแบ่งตัวช้าลงหรือหยุดแบ่งตัวหรือไปยับยั้งเอนไซม์ที่จำเป็นต้องใช้ในการเจริญเติบโต

1. AC- T ได้แก่ AC –Paclitaxel (Taxol) หรือ AC-Docetaxel (Taxotere)

2. CAF หรือ FAC (5 -Fluorouraci ,Adrimycin , Cyclophosphamide) CAF หรือ FAC เป็นสูตรยาที่ใช้ได้ทั้งกลุ่มที่ยังไม่แพร่หรือแพร่ไปยังต่อมน้ำเหลืองแล้ว

F = 5 Fluorouracil เป็น Pyrimidine Antagonist ซึ่งมีโมเลกุลค่อนข้างเหมือนกับโมเลกุลของเซลล์ปกติ และสามารถที่จะยับยั้งการสังเคราะห์ DNA โดย Block Formation ของ Normal pyrimidine nucleotide หรือไปรบกวนการสร้าง DNA ภายหลังจากที่ไปรวมกับโมเลกุลของ DNA ที่มีการเจริญเติบโต

1. CMF (Cyclophosphamide , Methotrexate , 5-Fluorouracil)

2. Other ได้แก่ FEC,FEC-D,CAPE

สรุป เคมีบำบัดที่ใช้เพื่อรักษามะเร็งจะยังผลต่อเซลล์ที่มีการเจริญเติบโตหรือแบ่งตัวเร็ว ซึ่งนอกจากจะมีผลต่อเซลล์มะเร็งแล้ว ยังมีผลต่อเซลล์ปกติของร่างกายที่มีการเจริญเติบโตหรือแบ่งตัวเร็ว ได้แก่ เซลล์เม็ดเลือด เซลล์เยื่อบุลำไส้ และเซลล์ผม ทำให้ผลข้างเคียงที่สำคัญจากการให้เคมีบำบัดคือ ติดเชื้อง่ายเนื่องจากเม็ดเลือดขาวลดลง อูจจาระร่วงเรื้อรังเนื่องจากเซลล์เยื่อบุลำไส้ และผมร่วง

4. การรักษาด้วยฮอร์โมนบำบัด (Hormonal therapy) (เอ๋อมแซ สุขประเสริฐ, 2562)

มะเร็งเต้านมบางชนิดมีตัวรับฮอร์โมนเพศหญิง ที่ชื่อ เอสโตรเจน และโปรเจสเตอโรน (Estrogen Receptor & Progesterone Receptor) ซึ่งมะเร็งกลุ่มนี้จะเจริญเติบโตเร็วขึ้นเมื่อได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจน เพราะฉะนั้นการยับยั้งการจับตัวของฮอร์โมนเอสโตรเจนกับตัวรับดังกล่าวหรือการลดปริมาณของฮอร์โมนเอสโตรเจน จึงถือเป็นการรักษา ซึ่งวิธีการนี้เรียกว่าการรักษาด้วยฮอร์โมน โดยระยะเวลาในการรักษาด้วยฮอร์โมนประมาณ 5-10 ปี โดยขึ้นกับเป็นมะเร็งระยะไหน (ระยะขึ้นกับขนาดของก้อนมะเร็ง และการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองหรืออวัยวะอื่นๆ ผู้เชี่ยวชาญบางท่านแนะนำให้ยามากกว่า 10 ปี ในรายที่เสี่ยงต่อการกลับมาเป็นซ้ำสูง หรือไม่มีผลข้างเคียงจากยา) โดยยาที่ใช้ได้แก่

1. สำหรับกลุ่มที่ยังมีประจำเดือนอยู่ (Pre Menopause)

- ยาที่ไปแย่งจับตัวรับฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen Receptor Antagonist) ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Tamoxifen

- ยาที่ยับยั้งไม่ให้ต่อมใต้สมองหลั่งสารที่ไปกระตุ้นการทำงานของรังไข่ (GnRH Analogue) จึงทำให้การหลั่งเอสโตรเจนลดลง ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Zoladex ยาในกลุ่มนี้มีผู้แนะนำให้ใช้ในรายที่ต้องการจะมีบุตรภายหลังการรักษามะเร็งเต้านม และผู้เชี่ยวชาญบางคนเชื่อว่า การใช้ยากลุ่มนี้ได้ยวๆ ไม่สามารถที่จะยับยั้งการทำงานของรังไข่ได้ จึงควรใช้ร่วมกับยากลุ่ม Tamoxifen และผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่มักจะให้ยากลุ่มนี้ภายหลังจากเสร็จสิ้นจากการให้ยาเคมีบำบัด

2. สำหรับกลุ่มที่หมดประจำเดือนแล้ว (Menopause)

- ยาที่ไปยับยั้งเอนไซม์อะโรมาเตส ที่จะเปลี่ยนแอนโดรเจนให้เป็นเอสโตรเจน (Aromatase Inhibitor หรือ AI) ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Arimidex แนะนำให้ใช้ Tamoxifen ในกลุ่มหมดประจำเดือน หรือใช้ Tamoxifen ร่วมกับกลุ่ม AI ผลข้างเคียงของฮอร์โมนบำบัด ผลข้างเคียงของฮอร์โมนบำบัดมีความแตกต่างกันในแต่ละคน บางคนมีผลข้างเคียงใน 1-2 อาทิตย์แรก หลังจากนั้นกลับไม่มีผลข้างเคียง ผลข้างเคียงของฮอร์โมนบำบัดที่พบบ่อยได้แก่

1. ผลข้างเคียงระยะสั้น ได้แก่ กลุ่มอาการเหมือนหญิงวัยทองที่หมดประจำเดือน ได้แก่ ร้อนวูบวาบ ขาดประจำเดือน ความต้องการทางเพศลดลง ช่องคลอดแห้ง อารมณ์เปลี่ยนแปลง ปวดข้ออ่อนเพลีย เป็นต้น

2. ผลข้างเคียงเมื่อใช้ระยะยาว โดยเฉพาะกลุ่มที่ไปยับยั้งเอนไซม์อะโรมาเตส คือ ปัญหาเรื่องกระดูกบาง/พรุน ทำให้กระดูกหักง่าย ซึ่งต้องพิจารณาในเรื่อง สารอาหารที่มีแคลเซียมและวิตามินดีที่เพียงพอ

5. การรักษาด้วยยาที่ออกฤทธิ์เฉพาะ (Targeted Therapy) (เอ็อมแซ สุขประเสริฐ ,2562)

คือการรักษาด้วยสารที่สร้างให้เกิดขึ้นตามธรรมชาติในร่างกาย และสารดังกล่าวสามารถที่จะไปยับยั้งการเจริญเติบโตของมะเร็ง จากการศึกษาจะพบว่า HER2 (Human Epidermal Receptor) Gene ได้สร้างโปรตีนที่ชื่อ HER2 หรือ erbB2 ซึ่งถ้ามี HER2 แล้วจะตอบสนองต่อการรักษาน้อยกว่า และประมาณ 15-25% ของมะเร็งเต้านมที่มี HER2 ต่อมาได้มีการผลิต Antibody เพื่อที่ไปจับกับเป้าหมายคือ HER2 ในเซลล์มะเร็ง เมื่อไปจับแล้วก็ทำให้การเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งช้าลง ยาดังกล่าวมีชื่อว่า Trastuzumab (Herceptin) โดยในทางคลินิกพบว่า ผลชิ้นเนื้อของมะเร็งเต้านมที่ย้อมด้วย Immunohistochemical (IHC) Staining แล้วพบว่าเป็นบวกสำหรับ HER2 มากกว่า 30 % (โดยไม่จำเป็นที่จะต้องไปทำ Fluorescence in situ hybridization หรือ FISH) ถือว่ากลุ่มนี้น่าจะให้ยากลุ่ม Trastuzumab (Herceptin) ระยะเวลาในการรักษาประมาณ 1 ปี ขณะนี้ยังอยู่ในช่วงการวิจัยที่พบว่ามีตัวรับ (Receptors) อื่นๆ นอกจาก HER2 จึงได้มียาที่จะไปยับยั้งตัวรับ เหล่านั้น ได้แก่ ยา Lapatinib (Tyverb) ,Sunitinib (Sutent) ,Everolimus (Afinitor) เป็นต้น

บทที่ 3

การพยาบาลและทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา

กรอบแนวคิดและทฤษฎีทางการพยาบาล

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's self-care theory) (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552)

การพยาบาลของโอเร็ม (Orem's theory) เป็นทฤษฎีที่รู้จักกันแพร่หลายในวิชาชีพการพยาบาล มีการนำแนวคิดนี้ไปใช้เป็นกรอบในการปฏิบัติการพยาบาล การวิจัยการพยาบาลและการพัฒนาหลักสูตรในสถาบันการศึกษา ทฤษฎีนี้ถูกพัฒนาโดย Dorothea E. Orem ตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1950 ซึ่งโอเร็มเริ่มการทำงานในวิชาชีพการพยาบาลตั้งแต่ ปีค.ศ. 1935 หลังจบการศึกษาจากโรงเรียนพยาบาลของโรงพยาบาลพรวิเด็น ในกรุงวอชิงตันดีซี สหรัฐอเมริกา

กระบวนทัศน์หลักเกี่ยวกับทฤษฎี กระบวนทัศน์ เกี่ยวกับ คน สุขภาพ สิ่งแวดล้อมและการพยาบาลตามแนวคิดของโอเร็ม

บุคคลตามแนวคิดของโอเร็มเชื่อว่าบุคคลเป็นผู้ที่มีความสามารถในการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate action) มีความสามารถในการเรียนรู้ วางแผนจัดระเบียบปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับตนเองได้ และบุคคลมีลักษณะเป็นองค์รวมทำหน้าที่ทั้งด้านชีวภาพ ด้านสังคม ด้านการแปลและให้ความหมายต่อสัญลักษณ์ต่างๆ และเป็นระบบเปิดทำให้บุคคลมีความเป็นพลวัตคือเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

สุขภาพ เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่อง ผู้ที่มีสุขภาพดี คือ คนที่มีโครงสร้างที่สมบูรณ์สามารถทำหน้าที่ของตนได้ ซึ่งการทำหน้าที่นั้นเป็นการผสมผสานกันของทางสรีระ จิตใจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และด้านสังคมโดยไม่สามารถแยกจากกันได้ และการที่จะมีสุขภาพดีนั้นบุคคลจะต้องมีการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่องจนมีผลทำให้เกิดภาวะสุขภาพดี ส่วนภาวะปกติสุขหรือความผาสุก (Well being) โอเร็มให้ความหมายแยกจากสุขภาพว่า เป็นการรับรู้ถึงความเป็นอยู่ของตนในแต่ละขณะเป็นการแสดงออกถึงความพึงพอใจ ความยินดีและมีความสุข สุขภาพกับความผาสุกมีความสัมพันธ์กัน

สิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมหมายถึง สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เคมี ชีวภาพ และด้านสังคม วัฒนธรรม โอเร็มเชื่อว่าคนกับเรื่องสิ่งแวดล้อมไม่สามารถแยกออกจากกันได้ และมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ โอเร็มยังกล่าวถึง สิ่งแวดล้อม ในแง่ของพัฒนาการคือ สิ่งแวดล้อมที่ดีจะช่วยจูงใจบุคคล ให้ตั้งเป้าหมายที่เหมาะสมและปรับพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม จะมีส่วนในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานตามแนวคิดของโอเร็มเป็นสิ่งแวดล้อมหนึ่ง ที่กำหนดความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแลตนเอง

การพยาบาล เป็นบริการการช่วยเหลือบุคคลอื่นให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและเพียงพอกับความต้องการในการดูแลตนเอง ซึ่งเป้าหมายการพยาบาลคือช่วยให้บุคคลตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอ ต่อเนื่อง และช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแล

ตนเอง จุดเน้นของกรอบแนวคิดของโอเร็ม เน้นที่บุคคลคือ ความสามารถของบุคคลที่จะต้องสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเอง

มโนทัศน์หลักในทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มเป็นทฤษฎีที่มีความซับซ้อน ประกอบด้วยทฤษฎีย่อย 3 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The theory of self-care) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The theory of self-care deficit) ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The theory of nursing system)

ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The theory of self-care)

ทฤษฎีนี้จะอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขต่างๆทางด้านพัฒนาการและการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลกับการดูแลตนเอง โดยอธิบายมโนทัศน์สำคัญ ได้แก่ มโนทัศน์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง มโนทัศน์เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) มโนทัศน์เกี่ยวกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) มโนทัศน์เกี่ยวกับปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ดังนี้

1. การดูแลตนเอง (Self - care) หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุก เมื่อการกระทำนั้นมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคลเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง (Self - care requisites) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของกลุ่ม ชุมชน ครอบครัว ซึ่งบุคคลที่กระทำการดูแลตนเองนั้นเป็นผู้ที่ต้องใช้ความสามารถหรือพลังในการกระทำที่จงใจ (deliberate) ประกอบด้วย 2 ระยะ

ระยะที่ 1 ระยะการพิจารณาและตัดสินใจ (Intention phase) เป็นระยะที่มีการหาข้อมูลเพื่อพิจารณาและตัดสินใจเลือกกระทำ โดยหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องว่าคืออะไร เป็นอย่างไร จากนั้นนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ ทดสอบ และเชื่อมโยงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในขั้นตอนนี้ความรู้เป็นพื้นฐานสำคัญเพราะจะช่วยให้เกิดกระบวนการคิดเชิงวิทยาศาสตร์มากกว่าการใช้ความรู้สึก นอกจากนี้ยังต้องอาศัยสติปัญญาในการที่จะตัดสินใจที่จะกระทำ

ระยะที่ 2 ระยะการกระทำและผลของการกระทำ (Productive phase) เป็นระยะที่เมื่อตัดสินใจแล้วจะกำหนดเป้าหมายที่ต้องการและดำเนินการกระทำกิจกรรมเพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนด ในขั้นตอนนี้ต้องอาศัยความสามารถของบุคคลทางด้านสรีระที่จะกระทำกิจกรรม (psychomotor action) และมีการประเมินผลการกระทำเพื่อปรับปรุง

2. ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self - care agency) หมายถึงคุณสมบัติที่ซับซ้อนหรือพลังความสามารถของบุคคลที่เอื้อต่อการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างจงใจ แต่ถ้าเป็นความสามารถในการดูแลบุคคลอื่นที่อยู่ในความรับผิดชอบ เรียกว่า Dependent – care Agency ความสามารถนี้ประกอบด้วย 3 ระดับ ดังนี้

2.1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition) เป็นความสามารถของมนุษย์ขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการรับรู้และเกิดการกระทำ ซึ่งแบ่ง

ออกเป็น ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) ความสามารถที่จะกระทำ (Doing) และคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ประกอบด้วย

1. ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ การอ่าน เขียน การใช้เหตุผลอธิบาย

2. หน้าที่ของประสาทรับรู้สัมผัสทั้งการสัมผัส มองเห็น ได้กลิ่นและรับรส
3. การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง
4. การเห็นคุณค่าในตนเอง
5. นิสัยประจำตัว
6. ความตั้งใจและสนใจสิ่งต่างๆ
7. ความเข้าใจในตนเองตามสภาพที่เป็นจริง
8. ความหวังใยในตนเอง
9. การยอมรับในตนเองตามสภาพความเป็นจริง
10. การจัดลำดับความสำคัญของการกระทำรู้จักเวลาในการกระทำ
11. ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

2.2 พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power component) เป็นคุณลักษณะที่จำเป็นและเฉพาะเจาะจง สำหรับการกระทำอย่างจงใจเป็นตัวกลางเชื่อมการรับรู้และการกระทำประกอบด้วย

1. ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเองในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบ
2. ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้สามารถปฏิบัติกิจกรรม

3. ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นเพื่อการดูแลตนเอง

4. ความสามารถที่จะใช้เหตุผล
5. มีแรงจูงใจที่จะกระทำในการดูแลตนเอง
6. มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามการตัดสินใจ
7. มีความสามารถในการแสวงหาความรู้ เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสมและสามารถนำความรู้ไปใช้ได้

8. มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดการ

9. มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

10. มีความสามารถที่จะปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องการดูแลตนเองเข้าเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

2.3 ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) ประกอบด้วย

1. ความสามารถในการคาดคะเน เป็นความสามารถที่จะเรียนรู้ เกี่ยวกับข้อมูล ความหมายและความจำเป็นของการกระทำ รู้ปัจจัยภายในภายนอกที่สำคัญ เพื่อประเมินสถานการณ์
2. ความสามารถในการปรับเปลี่ยนเป็นความสามารถ ในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ตนสามารถและควรกระทำ เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นในการดูแลตนเอง
3. ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ เป็นความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ รวมถึงการเตรียมการเพื่อการดูแลตนเอง

3. ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรม (Action demand) การดูแลตนเองทั้งหมดที่จำเป็นต้องกระทำในช่วงเวลาหนึ่ง เพื่อที่จะตอบสนองต่อความจำเป็นในการดูแลตนเอง (Self-care requisites) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) เป็นเป้าหมายสูงสุด (Ultimate goal) ของการดูแลตนเองที่จะถึงซึ่งภาวะสุขภาพ หรือความผาสุก

กิจกรรมที่จะต้องกระทำทั้งหมดนี้จะทราบได้จากการพิจารณาการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งการดูแลที่จำเป็น (Self-care requisites) หมายถึง กิจกรรมที่ต้องการให้บุคคลกระทำหรือกระทำเพื่อบุคคลอื่นซึ่งมี 3 ด้านดังนี้

3.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นความต้องการของมนุษย์ทุกคนตามอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่นๆ เพื่อให้คงไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลและความผาสุก ซึ่งความต้องการจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลทั้งทางด้านคุณภาพหรือปริมาณตามอายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สังคม วัฒนธรรมและแหล่งประโยชน์ กิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการนี้ (Action demand) ประกอบด้วย

1. คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำและอาหารที่เพียงพอ
2. คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ
3. คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน
4. รักษาความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
5. ป้องกันอันตรายต่างๆต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ
6. ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (Promotion of normalcy)

3.2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นความต้องการการดูแลตนเองที่สัมพันธ์กับระยะพัฒนาการของบุคคล สถานการณ์ และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของวงจรชีวิต เป็นความต้องการที่อยู่ภายใต้ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป แต่แยกตามพัฒนาการเพื่อนำให้เห็นความสำคัญ ดังนี้

1. พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ดีที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่จะช่วยให้บุคคลเจริญก้าวหน้าสู่ภาวะตามระยะพัฒนาการ เช่น ทารกในครรภ์และในกระบวนการคลอด ทารกแรกเกิด วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมีความต้องการการดูแลตนเองที่เฉพาะเจาะจงตามโครงสร้างและหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลง

2. ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทาลดความเครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากภาวะวิกฤตเช่น ขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวในสังคม การสูญเสียเพื่อน คู่ชีวิต ทรัพย์สินสมบัติ หรือการเปลี่ยนแปลงย้ายที่อยู่ เปลี่ยนงาน เป็นต้น

3. ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเปี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-care Requisite) เป็นความต้องการที่สัมพันธ์กับความผิดปกติทางพันธุกรรมและความเปี่ยงเบนของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล และผลกระทบของความผิดปกติตลอดจนวิธีการวินิจฉัยโรค และการรักษา

4. มีการแสวงหาและคงไว้ซึ่งการช่วยเหลือที่เหมาะสม

5. รับรู้ สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อการพัฒนาการ

6. ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูสภาพและการป้องกันพยาธิสภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

7. รับรู้และสนใจในการป้องกันความไม่สุขสบาย จากผลข้างเคียงการรักษาหรือจากโรค

8. ดัดแปลงอัตมโนทัศน์หรือภาพลักษณ์ ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลทางสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงเพื่อคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

9. เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลจากการวินิจฉัยโรคและการรักษาเพื่อส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง

ในการประเมินความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเปี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ จำเป็นต้องคำนึงถึงปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเป็นหลัก และยังมีความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และตามระยะพัฒนาการ

4.ปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors) เป็นคุณลักษณะบางประการหรือปัจจัยทั้งภายในและภายนอกของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ปัจจัยพื้นฐานนี้ยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในบทบาทของพยาบาล ได้แก่ 11 ปัจจัย ดังนี้ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ สังคมชนบทธรรมเนียมประเพณี ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อมสภาพที่อยู่อาศัย แหล่งประโยชน์ต่างๆ ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต

ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The theory of self-care deficit)

เป็นแนวคิดหลักในทฤษฎีของโอเร็ม เพราะจะแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งความสัมพันธ์

ดังกล่าวนี้มีได้ใน 3 แบบ ดังนี้ 1) ความต้องการที่สมดุล 2) ความต้องการน้อยกว่าความสามารถ 3) ความต้องการมากกว่าความสามารถ ในความสัมพันธ์ของ 2 รูปแบบแรกนั้นบุคคลสามารถบรรลุเป้าหมายความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้ ถือว่าไม่มีภาวะพร่องส่วนในความสัมพันธ์ที่ 3 เป็นความไม่สมดุลของความสามารถที่มีไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดจึงมีผลทำให้เกิดความบกพร่องในการดูแลตนเอง ความพร่องในการดูแลตนเองเป็นได้ทั้งบกพร่องบางส่วนหรือทั้งหมด และความพร่องในการดูแลตนเองเป็นเสมือนเป้าหมายทางการพยาบาล

ระบบการพยาบาล (The theory of nursing system)

เป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำของพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ได้รับการดูแลให้ถูกนำมาใช้ปกป้อง และดูแลตนเอง โดยใช้ความสามารถทางการพยาบาล ระบบการพยาบาลเป็นระบบของการกระทำที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความสามารถและความต้องการการดูแลของผู้รับบริการ ซึ่งระบบการพยาบาลได้แบ่งออกเป็น 3 ระบบ โดยอาศัยเกณฑ์ความสามารถของบุคคลในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการจัดการกระทำ

1. ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system) เป็นบทบาทของพยาบาลที่ต้องกระทำเพื่อทดแทนความสามารถของผู้รับบริการ โดยสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพในการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลตนเองและช่วยประคับประคองและปกป้องจากอันตรายต่างๆ ผู้ที่มีความต้องการระบบการพยาบาลแบบนี้ คือ 1) ผู้ที่ไม่สามารถจะปฏิบัติในกิจกรรมที่จะกระทำอย่างจริงจัง ไม่ว่าจะรูปแบบใดๆ ทั้งสิ้น เช่น ผู้ป่วยที่หมดสติ หรือ ผู้ที่ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ได้แก่ ผู้ป่วยอัมพาต ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว 2) ผู้ที่รับรู้และอาจจะสามารถสังเกต ตัดสินใจเกี่ยวกับดูแลตนเองได้และไม่ควรที่จะเคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวใดๆ ได้แก่ผู้ป่วยด้านออร์โธพีดิกส์ที่ใส่เฟือก หรือกระดูกหลังหัก 3) ผู้ที่ไม่สนใจหรือเอาใจใส่ในตนเอง ไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลในการดูแลตนเองเช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต

2. ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system) เป็นระบบการพยาบาลให้การช่วยเหลือที่ขึ้นอยู่กับความต้องการ และความสามารถของผู้ป่วย โดยพยาบาลจะช่วยผู้ป่วยสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยรวมรับผิดชอบในหน้าที่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ผู้ป่วยจะพยายามปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องที่เป็นการตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นเท่าที่สามารถทำได้ ส่วนบทบาทของพยาบาลจะต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างสำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถกระทำได้ เพื่อชดเชยข้อจำกัดและเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และกระตุ้นให้มีการพัฒนาความสามารถในอนาคต การพยาบาลแบบนี้ผู้ป่วยต้องมีบทบาทในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างด้วยตนเอง ผู้ที่มีความต้องการ การพยาบาลแบบนี้ คือ 1.ต้องจำกัดการเคลื่อนไหวจากโรค หรือการรักษา แต่สามารถเคลื่อนไหวได้บางส่วน 2. ขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นเพื่อการดูแลตนเองตามความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น 3. ขาดความพร้อมในการเรียนรู้และกระทำในกิจกรรมการดูแลตนเอง

3. ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing System) เป็นระบบการพยาบาลที่จะเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติการดูแลตนเอง รวมทั้งการให้กำลังใจและคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยคงความพยายามที่จะดูแลตนเองและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง

ระบบการพยาบาลทั้ง 3 ระบบเป็นกิจกรรมที่พยาบาลและผู้ป่วยกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด โดยมีวิธีการกระทำได้ใน 5 วิธีดังนี้

1. การกระทำให้หรือกระทำแทน
2. การชี้แนะ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการกระทำได้
3. การสนับสนุน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพยายาม และป้องกันไม่ให้เกิดความล้มเหลว
4. การสอน เป็นการพัฒนาความรู้และทักษะที่เฉพาะ
5. การสร้างสิ่งแวดล้อม

การพยาบาลจะมีประสิทธิภาพได้นั้น ขึ้นอยู่กับความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency) เป็นความสามารถของพยาบาลที่ได้จากการศึกษา และฝึกปฏิบัติในศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถทางการพยาบาล คือ 1) ความรู้ 2) ประสบการณ์ 3) ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ 4) ทักษะทางสังคม 5) แรงจูงใจในการให้การพยาบาล 6) อัตมโนทัศน์ของตนเกี่ยวกับการพยาบาล

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็นทฤษฎีที่ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีย่อยและประกอบด้วย 6 มโนทัศน์ ที่มีความสัมพันธ์กัน

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มกับกระบวนการพยาบาล

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้โดยการประยุกต์ใช้ตามแนวคิดกระบวนการพยาบาลที่สามารถใช้ได้ตั้งแต่ขั้นประเมินสภาพเป็นต้นไป ตามแนวคิดของโอเร็มประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวินิจฉัยและพรรณนา (Diagnosis and Prescription) เป็นขั้นตอนที่ระบุถึงความพร้อมในการดูแลตนเอง โดยมีขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง ความต้องการในการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้านรวมทั้งปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง แล้วจากนั้นจะพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถกับความต้องการการดูแลตนเองเพื่อบ่งชี้ถึงภาวะพร้อมในการดูแลตนเอง และเขียนข้อวินิจฉัย

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นวางแผน (Design and Plan) เป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องเมื่อทราบถึงความพร้อมในการดูแลตนเองแล้ว จากนั้นจะทำการเลือกกระบวนการพยาบาลที่เหมาะสม แล้วนำมาวางแผน โดยมีการกำหนดเป้าหมายหรือผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Expected Outcome) และกำหนดกิจกรรมการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นปฏิบัติการพยาบาลและควบคุม (Regulate and Control) เป็นขั้นตอนที่พยาบาลนำกิจกรรมไปลงมือปฏิบัติตามแผนการพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมาย คือการบรรลุความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและในตอนนี้ยังรวมถึงการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลว่ามีประสิทธิภาพหรือไม่ และปกป้องหรือพัฒนาความสามารถหรือไม่ และนำข้อมูลย้อนกลับเข้าสู่การประเมินสถานะอีกครั้ง ตามแนวคิดของโอเร็มได้มีขั้นตอนที่สอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้

แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (ฟาริดา อิบราฮิม, 2551)

แบบกรอบแนวคิดของ มาร์จอร์รี่กอร์ดอน (Marjory Gordon) ซึ่งเป็นศาสตราจารย์ทางการพยาบาล ที่วิทยาลัยบอสตัน (Boston College of Nursing) ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ริเริ่มขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะให้เป็นแนวทางในการใช้กระบวนการพยาบาลที่เป็นรูปแบบเดียวกัน เพื่อป้องกันการใช้รูปแบบหรือทฤษฎีทางการพยาบาลที่หลากหลายและทำให้เกิดผลเสียในทางปฏิบัติ โดยกอร์ดอนได้กล่าวว่า การวินิจฉัยที่เหมือนกันจะทำให้พยาบาลสามารถที่จะพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพมากขึ้น แทนที่จะใช้เวลาในการแก้ไขความขัดแย้งที่จะเกิดขึ้นจากการใช้ข้อวินิจฉัยที่แตกต่างกัน

กอร์ดอนได้สอนกรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพ ซึ่งได้กำหนดแนวคิดอย่างกว้างๆ ของแบบแผนสุขภาพ การเก็บรวบรวมข้อมูล และการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล รวมทั้งประโยชน์ของการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยกอร์ดอนได้เน้นเฉพาะการกำหนดข้อวินิจฉัยในภาวะเจ็บป่วยของผู้รับบริการเท่านั้น

กรอบแนวความคิดของแบบแผนสุขภาพ ได้ถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวางในการปฏิบัติพยาบาลในปัจจุบัน โดยได้มีการนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวินิจฉัยทางการพยาบาล ซึ่งกำลังพัฒนาไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล โดยได้มีการนำไปใช้ทั้งกับผู้ที่สุขภาพดี และเจ็บป่วย และมีการนำกรอบแนวคิดนี้ไปพัฒนาให้เกิดความครอบคลุม

แนวคิดของแบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern)

กอร์ดอน ได้ให้ความหมายของแบบแผน (Pattern) ว่าพฤติกรรมของบุคคลที่ต่อเนื่องกันในช่วงระยะเวลาหนึ่ง (Sequence of behavior across time) ส่วนแบบแผนสุขภาพ หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมของผู้รับบริการซึ่งเกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่ง ซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพของผู้รับบริการ ดังนั้นการตัดสินใจพฤติกรรมสุขภาพจึงจำเป็นต้องตัดสินใจพฤติกรรมที่ต่อเนื่องพอสมควร หรือพฤติกรรมภายในต้องวัดและตรวจสอบโดยใช้เครื่องมือ

แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ : เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพหรือการเจ็บป่วยของตนเอง ผลกระทบจากการเจ็บป่วยต่อการดำเนินชีวิต ตลอดจนพฤติกรรมดูแลสุขภาพทั้งในภาวะปกติ และขณะเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร : เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินพฤติกรรม และการปรับตัวในเรื่องการรับประทานอาหารและน้ำของผู้ป่วยทั้งในภาวะปกติ และขณะเจ็บป่วย ตลอดจนมุมมองของผู้ป่วยที่มีต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคและการเผาผลาญสารอาหารของตนเอง

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย : เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินกระบวนการขับถ่าย ปัสสาวะ และอุปสรรคต่อการขับถ่าย

แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย : เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินระดับความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันและการออกกำลังกายของผู้รับบริการ

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ : เป็นการประเมินการนอนหลับ และการพักผ่อนของผู้ป่วย ปัสสาวะส่งเสริม และอุปสรรคที่ส่งผลต่อการนอน ตลอดจนความรู้สึกและผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถนอนหลับและพักผ่อนได้ตามความต้องการ

แบบแผนที่ 6 สถิติปัญหาและการรับรู้ : เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความสามารถในการรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งเร้า ความสามารถในการจำ การแก้ปัญหา ตลอดจนการตัดสินใจเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์ : เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความคิด ความรู้สึก ความเข้าใจของผู้ป่วยที่มีต่อตนเอง ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถทำในสิ่งที่ตนเองต้องการได้เนื่องด้วยข้อจำกัดต่าง ๆ

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ : เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินบทบาทและสัมพันธภาพของผู้ป่วยต่อบุคคลอื่น ทั้งภายในและภายนอกครอบครัวที่อาจส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ : เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางกายที่แสดงลักษณะทางเพศ พฤติกรรมทางเพศที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ อิทธิพลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศ ผลกระทบของความเจ็บป่วยที่มีต่อการมีเพศสัมพันธ์ ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเองและคู่ของตนเอง

แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด : เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมิน ความรู้สึกหรือทุกข์ที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับความเครียด และ การจัดการกับความเครียดทั้งในภาวะปกติและการเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ : เป็นการรวบรวมข้อมูลประเมินภาวะความมั่นคงเข้มแข็งทางจิตใจ ซึ่งสะท้อนออกมาทางความคิดและพฤติกรรมที่แสดงออกต่อสิ่งที่ตนเองคิดว่าจะมีความหมายต่อการดำเนินชีวิตของตนเอง และการดูแลสุขภาพ เช่น การกราบไหว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนใช้เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจ

จากกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ พยาบาลจะกำหนดจุดมุ่งหมายและวิธีการในการแก้ไขความผิดปกติของแบบแผนที่พบตาม ที่กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ ในกรณีที่ระบุข้อวินิจฉัยที่แสดงถึงภาวะที่ปกติของผู้รับบริการ การกำหนดจุดมุ่งหมายการพยาบาลก็เพื่อให้แผนสุขภาพที่ดีนั้นคงอยู่ต่อไป หรือมีแบบแผนที่สมบูรณ์ขึ้น หรือควรมีศักยภาพในการส่งเสริมคุณภาพ และป้องกันโรคได้ดีขึ้น

พยาบาลจะดำเนินการพยาบาลเพื่อแก้ไขความผิดปกติของแบบแผนสุขภาพ การป้องกันความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งการส่งเสริมให้แบบแผนนั้น ๆ มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การสอน การให้คำแนะนำ การปฏิบัติตามแผนการรักษาโดยมุ่งเน้นการสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมและปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลจะต้องประเมินว่าในแบบแผนที่ผิดปกตินี้ หลังจากที่ได้ให้การพยาบาลแล้วปกติหรือไม่ และในแบบแผนปกติอยู่เดิมยังเป็นปกติอยู่หรือมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ลดลงอย่างไร อาจผิดปกติได้หรือไม่ ให้การพยาบาลต่อไปเพื่อแก้ไขปัญหาจนกว่าจะสิ้นสุด ในกรณีที่แบบแผนปกติแล้ว พยาบาลก็จะพิจารณาป้องกันปัญหาหรือความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น และส่งเสริมสุขภาพต่อไป จะเห็นได้ว่า กรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพ เป็นกรอบแนวคิดที่ไม่แตกต่างมากจากความเชื่อพื้นฐานเดิมในมโนคติของคนและการพยาบาลที่เป็นที่ทราบกันอยู่ในปัจจุบัน

ในการเลือกทฤษฎีการพยาบาลมาใช้ เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายแต่ละโรคนั้นมีความสำคัญ ผู้ป่วยที่รักษารายนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ฉายรังสีก่อนการผ่าตัดและมีการติดเชื้อหลังผ่าตัด ซึ่งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา พยาบาลต้องมีความรู้ ความชำนาญ และใช้ทักษะในการตัดสินใจ และแก้ปัญหาตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการบำบัดรักษาเป็นเวลานาน พยาบาลจึงต้องเกี่ยวข้องกับการดูแลครอบครัวและสังคมของผู้ป่วยด้วย

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยเคมีบำบัด (โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี, 2563)

การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจทางวิชาการ และต้องมีทักษะในการพยาบาล สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และญาติ ช่วยเหลือผู้ป่วยในการบำบัดอาการที่เกิดจากโรคมะเร็ง และผลข้างเคียงของการรักษา

บทบาทที่สำคัญและจำเป็น ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด แบ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญ ดังนี้

การเตรียมผู้ป่วยและญาติก่อนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

บทบาทการเตรียมผู้ป่วยและญาติก่อนการรักษา เป็นขั้นตอนที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในกระบวนการรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมี เพราะการให้ยากลุ่มนี้เข้าสู่ร่างกายจะทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะที่คุกคามต่อชีวิต (Life threatened) มากกว่าอาการเจ็บป่วยของโรคและยังประสบกับ

ปัญหาความไม่สุขสบายนานาประการ เนื่องจากกลไกการออกฤทธิ์ของยา และอาการข้างเคียงของการรักษา ภาวะวิกฤต และความไม่สุขสบายเหล่านี้จะลดลงได้จากการยอมรับ และความเข้าใจของผู้ป่วยเองและญาติ ซึ่งจะนำไปสู่ความสามารถในการช่วยเหลือดูแลตนเอง ก่อนการปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยและญาติ พยาบาลจะต้องมีความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วยและการรักษาโดยละเอียดและถูกต้องเกี่ยวกับ โรค ภาวะของชนิดเซลล์มะเร็งและระยะของโรค การพยากรณ์โรค แผนการรักษา จุดมุ่งหมายของการให้ยาเคมี เพื่อป้องกันโรคกลับเป็นซ้ำ เพื่อการหายของโรคหรือเพื่อยับยั้งการลุกลามของโรค การเตรียมผู้ป่วยและญาติก่อนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ประกอบด้วย

1. ประเมินภาวะสุขภาพและการเสี่ยงต่ออันตรายจากการได้รับยาเคมีบำบัด โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และตรวจสอบผลทางห้องปฏิบัติการ สำหรับการให้ยาชนิดนั้น ๆ เช่น Complete blood count, BUN, SGOT, SGPT, Alkaline phosphatase, Albumin, Creatinine, Total protein, การถ่ายภาพรังสีปอด เป็นต้น

2. การประเมินการทำงานของหัวใจ (EKG) ในกรณีที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีผลต่อหัวใจ เช่น Doxorubicin เป็นต้น

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

4. การประเมินความเสี่ยง ได้แก่ อายุ เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุอาจมีผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด นอกจากนี้ ยังต้องประเมินประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งชนิดอื่นๆ และโรคประจำตัว ตลอดจนประวัติการรักษาโรคของผู้ป่วยอีกด้วย

5. การประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยก่อนให้ข้อมูล การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในด้าน ต่าง ๆ เช่น แผนการรักษา ขั้นตอนในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ระยะเวลา การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและบรรเทาผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม อาการที่ต้องรายงานแพทย์หรือพยาบาล การให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้ป่วยจะช่วยลดอัตราการรักษาที่ไม่ต่อเนื่องหรือหยุดยาเอง ซึ่งมีผลต่อการรักษาโรคมะเร็งอย่างมากส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการที่ดี และปลอดภัยจากการติดเชื้อ อาจให้วิตามินหรืออาหารเสริมต่าง ๆ ดูแลให้ได้รับน้ำและพักผ่อนให้เพียงพอและรักษาความสะอาดของร่างกาย

6. การประเมินปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ เศรษฐฐานะ แบบแผนการดำเนินชีวิต ศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

7. การประเมินด้านจิตสังคม เป็นสิ่งสำคัญในการวางแผนการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อสภาวะของโรค เนื่องจากโรคมะเร็งมักจะส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยทันทีที่ทราบผลการวินิจฉัยโรคและแผนการรักษาจากแพทย์ จะมีภาวะกลัว วิดกกังวล สับสนและรู้ไม่แน่นอน ในเรื่อง

ความเจ็บป่วยการรักษาและจากอาการข้างเคียงต่าง ๆ ที่ได้รับการรักษา นอกจากนี้ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดยังส่งผลกระทบต่ออาการลักษณะของผู้ป่วย การสูญเสียบทบาทหน้าที่หรือสัมพันธภาพภายในครอบครัว ปัญหาทางการเงิน รวมทั้งการขาดผู้ดูแลขณะเจ็บป่วยอีกด้วย

8. การประเมินด้านจิตวิญญาณโดยประเมินจากวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณีความเชื่อ ความคาดหวังต่อการหายจากโรค และการให้คุณค่ากับตนเองยามเจ็บป่วย เป็นต้น

การพยาบาลผู้ป่วยในระหว่างการได้รับยาเคมีบำบัด

การบริหารยาเคมีบำบัดต้องทำอย่างระมัดระวัง เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากยาเคมีบำบัดทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ซึ่งในที่นี้คือ พยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วย รวมถึงการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัดและการแก้ไขปัญหาฉุกเฉิน ได้แก่

1. แนะนำผู้ป่วยในการสังเกตอาการของการรั่วซึมของยาออกนอกหลอดเลือดดำ (Extravasations) ในขณะที่ได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อแจ้งพยาบาลทราบทันที เช่น เจ็บ ปวด แสบปวดร้อน ผิวหนังบริเวณที่แทงหลอดเลือดหรือปวดไปตาม หลอดเลือดที่ฉีดยา Doxorubicin, Vincristine

2. ตรวจสอบความถูกต้องของชนิด ขนาด วิธีบริหารยาเคมีบำบัดให้ตรงกับคำสั่งการรักษา การบริหารยาก่อนได้รับยาเคมีบำบัด เช่น ยาแก้คลื่นไส้ (Antiemetic drug) ยาแก้แพ้ (Antihistamine drug) ลำดับการให้ยาเคมีบำบัดก่อน-หลัง เช่น ให้ยา Vesicant drugs ก่อนให้ยา Non-vesicant drugs เพื่อลดการบอบซ้ำของหลอดเลือด เป็นต้น

3. จัดเตรียมยาฉุกเฉินและอุปกรณ์จำเป็นที่พร้อมใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการแพ้ยา (Anaphylactic shock) หรือมีปฏิกิริยาภูมิไวเกิน (Hypersensitivity) จากการได้รับยาเคมีบำบัด

4. จัดเตรียม Spill kit สำหรับกำจัดขยะเคมีบำบัดที่อาจหกหรือตกแตกขณะบริหารยาได้อย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันการฟุ้งกระจายของสารเคมีและการสัมผัสโดยตรง

5. ผู้บริหารยาควรสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันสารเคมี เช่น ถุงมือ แวนตา ผ้าปิดปากและจมูก เสื้อกาวน์ เพื่อป้องกันอันตรายจากการสัมผัสหรือสูดดมยาเคมีบำบัดขณะบริหารยา

6. ตรวจสอบคำสั่งการรักษา ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย H.N. ชื่อยา ขนาด จำนวน วิธีการบริหารยา ระยะเวลาที่ให้ยาโดยพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 2 คน เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น

7. เลือกเส้นเลือดที่เหมาะสมแก่การให้ยา พร้อมเข็มที่ใช้อย่างเหมาะสม โดยเลือกจากบริเวณส่วนปลายก่อน หลีกเลี่ยงการให้ยาบริเวณข้อและหลังมือ เพราะถ้ามีการรั่วซึมของยาออกนอกหลอดเลือด จะทำให้เส้นประสาทและเอ็นจะถูกทำลายได้ ไม่ควรเลือกเส้นเลือดที่เคยมีการให้ยาหรือสารน้ำมาก่อนภายใน 24 ชั่วโมง ที่สำคัญควรบริหารยาในกลุ่ม Vesicant drugs ก่อนแล้วจึงตามด้วยยาในกลุ่ม Irritants และ Non-vesicant drugs ตามลำดับ

8. บริหารยาเคมีบำบัดตามขั้นตอน โดยใช้หลักปราศจากเชื้อ (Universal precaution technique) ผ่านเครื่องกำหนดจำนวนหยด (Infusion pump) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดตรงตามแผนการรักษา

9. แนะนำผู้ป่วยให้ระมัดระวังการเคลื่อนไหวบริเวณที่แทงเข็ม ในขณะที่ให้ยาเคมีบำบัด ไม่ควรขยับแขนหรือยกแขนขึ้นบ่อยๆ เพื่อป้องกันปลายเข็มทะลุออกนอกเส้นเลือด ทำให้ยารั่วซึมออกมาได้

10. ฝ้าสังเกตอาการผิดปกติในช่วง 15 นาทีแรกหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด เพราะอาจเกิดอาการแพ้ยาได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นครั้งแรก จากนั้นให้ทำการตรวจเยี่ยมผู้ป่วย วัดสัญญาณชีพตลอดระยะเวลาของการให้ยาเคมีบำบัด เพื่อสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ และประเมินตำแหน่งที่ให้ยาว่ามีการรั่วซึมของยาออกนอกเส้นเลือดหรือไม่

11. พุดคุยให้กำลังใจ และทำให้ผู้ป่วยและญาติเชื่อมั่นในการดูแลที่ถูกต้องและปลอดภัยขณะให้ยาเคมีบำบัด

อาการข้างเคียงและแนวทางการพยาบาลหลังได้รับยาเคมีบำบัด

1. ภาวะปฏิกิริยาภูมิไวเกิน (Hypersensitivity reaction) (สุจิตรา ฟุ้งเฟื่อง, 2561)

ปฏิกิริยาภูมิไวเกิน หมายถึง ภาวะที่ร่างกายตอบสนองต่อการบาดเจ็บหรือสิ่งแปลกปลอมมากกว่าปกติ เมื่อร่างกายสัมผัสสารก่อให้เกิดภูมิไวเกิน และมีปฏิกิริยาตอบสนอง จะมีการหลั่ง Histamine prostaglandins serotonin และ Leukotrienes ทำให้เกิดการขยายตัวของหลอดเลือด การซึมผ่านของหลอดเลือดออกนอกหลอดเลือดเล็ก ๆ การบีบตัวของกล้ามเนื้อเรียบ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้บวม การลดลงของหลอดเลือดเกิดความดันโลหิตต่ำ การตีบแคบของหลอดลม ความรู้สึกไม่สุขสบายเล็กน้อย จนกระทั่งความล้มเหลวของระบบไหลเวียนและเสียชีวิตในที่สุด

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะภูมิไวเกิน

1. เคมีบำบัดพบร้อยละ 5-15 โดยเฉพาะยากลุ่ม Taxanes, platinum monoclonal antibodies, epipodophyllotoxins, asparaginase, bleomycin และ liposomal เป็นต้น

2. ประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร แพ้สี เป็นต้น

3. ส่วนผสมของยา เช่น ยาที่เตรียมจากแบคทีเรีย สัตว์ หรือ Chromophore EL เป็นต้น

4. ช่องทางที่บริหารยา อัตราการดูดซึมยา

การป้องกันภาวะภูมิไวเกินเมื่อบริหารยาเคมีบำบัดมีดังนี้

1. การประเมินประวัติการแพ้ ก่อนให้ยา

2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นก่อนบริหารยา

3. เตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ช่วยเหลือฉุกเฉิน

4. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน

5. บริหารยาป้องกันก่อนให้ยาเคมีบำบัด ประมาณ 30 นาทีได้แก่

5.1 Histamine-2 (H2) receptor antagonist (ranitidine,cimetidine)

5.2 Corticosteroid (dexamethasone)

5.3 Histamine-1(H1) receptor antagonist (diphenhydramine)

5.4 Acetaminophen

6. การประเมินอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นระหว่างบริหารยา ได้แก่ ผื่น แดง บวม บริเวณใดของร่างกาย ไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น อาการที่ผู้ป่วยบอก (คลื่นไส้ หายใจถี่ ปวดหลัง รู้สึก กระวนกระวาย วิตกกังวล ไม่สบายใจ) ประเมินทางเดินหายใจ การหายใจ การไหลเวียน เช่น หายใจลำบาก หลอดลมหดเกร็ง หายใจมีเสียงวี๊ด หน้าบวม ผื่นลมพิษ) สัญญาณชีพ(ความดันโลหิตต่ำ/ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว/หัวใจเต้นช้า หายใจเร็ว อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น)

การจัดการทางการแพทย์เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะภูมิไวเกิน

1. หยุดยาทันทีที่ประเมินได้
2. อยู่กับผู้ป่วย ร้องเรียกให้คนช่วยทันที
3. รักษาทางระบบไหลเวียนไว้ โดยให้ 0.9% Normal saline
4. ประเมินสัญญาณชีพ
5. รายงานแพทย์
6. การประเมินสัญญาณชีพ อย่างต่อเนื่องจนเท่ากับข้อมูลสัญญาณชีพเบื้องต้นที่เป็น

พื้นฐาน

7. ประเมินแพทย์ถึงความเป็นไปได้ของการเริ่มบริหารยาใหม่
8. ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการติดตามอาการที่เกิดขึ้น และความ เป็นไปได้ในการเริ่มยาใหม่
9. เมื่อมีการเริ่มการให้ยาใหม่พยาบาลควร ตรวจสอบเวลาที่ยาที่ผสมว่ายังอยู่ใน ระยะเวลาที่สามารถใช้ได้หรือไม่ การเก็บรักษาเมื่อผู้ป่วยมีอาการมีการปนเปื้อนของยาหรือไม่การให้ Premedication การเริ่มบริหารยาอย่างช้าๆ และประเมินอาการอย่างใกล้ชิด การเตรียมพร้อมของ ยาอุปกรณ์ช่วยฉุกเฉินภายหลังได้ใช้ไปแล้ว

10. บันทึกยาที่ให้และการตอบสนองของผู้ป่วยต่อยาที่ให้ในบันทึกทางการแพทย์

2. ภาวะโลหิตจาง (Anemia)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและติดตามความรุนแรงของภาวะโลหิตจาง และผลกระทบต่อ การ ดำเนินชีวิต

2. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าอาการที่เกิดขึ้นจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ไม่ใช่ จากภาวะโรคเรื้อรังยิ่งขึ้น เมื่อจบการรักษาตามแผนแล้ว อาการต่าง ๆ จะค่อย ๆ หายไป

3. ดูแลและให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีคุณค่า วิตามิน และธาตุเหล็ก

4. ดูแลให้เม็ดเลือดแดงชนิด Packed Red Cells (PRC) ตามแผนการรักษาของ แพทย์ สังเกตอาการ อาการแสดงของ Allergic reaction

5. ช่วยผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ จัดวางสิ่งของเครื่องใช้ให้สะดวกแก่การหยิบใช้ ยกไม้กั้นเตียงขึ้นเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

6. ช่วยออกกำลังกายหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายเพื่อป้องกันการลื่นล้มของกล้ามเนื้อการยึดติดของข้อ

3. ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Neutropenia)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ป้องกันการเกิดการติดเชื้อ โดยดูแลและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อป้องกันและขจัดสิ่งที่จะพัฒนาการติดเชื้อ ได้แก่

- ล้างมือก่อนสัมผัสผู้ป่วยทุกครั้ง
- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีคุณค่าและเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และงดผัก ผลไม้สด หรืออาหารที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่วงเม็ดเลือดขาวต่ำ
- ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย ผิวหนัง Mucous membranes ของช่องทางเดินหายใจ ทางเดินอาหาร ทางเดินปัสสาวะ ช่องคลอดให้สะอาด ไม่อับชื้นและป้องกันการทำให้เกิดบาดแผล
- จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่มีแหล่งน้ำขัง ได้แก่ แจกันดอกไม้ ถ้วยน้ำแช่ฟันปลอม

- ดูแลให้ผู้ป่วยได้น้ำ 2,500 – 3,000 ซีซีต่อวัน

- ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนให้เพียงพอ

- ดูแลให้ผู้ป่วยออกกำลังกายสม่ำเสมอ

- เครื่องมือ หรืออุปกรณ์ที่สอดใส่เข้าไปในร่างกายผู้ป่วยต้องปฏิบัติอย่างถูกต้อง เทคนิคโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ

- หลีกเลี่ยงมิให้ผู้ป่วยใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ติดต่อกันได้
- ไม่ควรดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ ในขณะที่ดูแลผู้ป่วยภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ
- แนะนำให้ผู้ป่วยล้างมือบ่อย ๆ โดยเฉพาะก่อนและหลังรับประทานอาหาร และการรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล
- ในผู้ป่วยที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ Neutrophil ต่ำกว่า 1,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร หลีกเลี่ยงการรับประทานผัก ผลไม้สด นมสด การเยี่ยมด้วยดอกไม้สด และควรจัดแยกผู้ป่วย เพื่อป้องกันการติดเชื้อและติดตามผล Complete blood count ทุกวัน

2. ประเมินอาการเริ่มแรกของการติดเชื้อ

- ถ้ามีบาดแผล สังเกตลักษณะแผล บันทึกลง และรายงานเมื่อพบความผิดปกติ
- ถ้ามีแผลในช่องปาก ดูแลอนามัยของช่องปากบ่อยขึ้น บ้วนปากทุก 2 ชั่วโมง และช่วงกลางคืนอีก 2 ครั้ง
- ไอมีเสมหะ

- ปัสสาวะสีขุ่น ปวดแสบเวลาปัสสาวะ ให้ดื่มน้ำวันละ 3,000 ซีซี ไม่กลั้นปัสสาวะ
- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์
- สังเกตอาการข้างเคียงจากยาปฏิชีวนะที่ได้รับ
- ติดตามผลตรวจนับเม็ดเลือดขาว และการตรวจที่เกี่ยวข้องกับระบบที่มีการติดเชื้อ

4. ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (Thrombocytopenia)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพผู้ป่วย บันทึก และรายงานเมื่อมีความผิดปกติ ได้แก่
 - ปรากฏจุดเลือดที่ผิวหนัง (Petechial) หรือจ้ำเลือด (Ecchymosis) ตามผิวหนังส่วนแขน ขา และ Mucous membranes
 - มีเลือดซึมบริเวณตำแหน่งที่ถูกฉีดยา หรือแผลถลอก
 - มีเลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดาออก ประจำเดือนมากผิดปกติ ถ่ายอุจจาระสีดำ ปัสสาวะสีน้ำตาลเนื้อ ไอเป็นเลือด ปวดตามข้อ ข้อบวม
 - อาการกระวนกระวาย กระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกสติสับสน
 - สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง ความดันโลหิตลดลง ชีพจรเร็ว ตัวเย็นซีด
2. ติดตามผลการตรวจทางห้องทดลองเกี่ยวกับ Coagulation test ค่า Hb, Hct การตรวจหา Occult blood ในอุจจาระ ปัสสาวะ อาเจียน
3. ติดตามผลการตรวจนับเกล็ดเลือด (ค่าปกติ 150,000 – 350,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร) ระวังกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกดังนี้
 - ถ้าเกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่อาจทำให้เกิดบาดแผล เช่น การโกนหนวดด้วยมีดโกน ควรใช้ที่โกนหนวดไฟฟ้า ใช้แปรงสีฟันเด็ก ใช้อ่อนในการแปรงฟัน สังเกตอาการจุดเลือดออกจ้ำเขียวหรือมีเลือดออกทางทวารหนัก ช่องคลอด เหงือก จมูก ทุกวันพร้อมทั้งประเมินสัญญาณชีพ
 - ถ้าเกล็ดเลือดมีค่าต่ำกว่า 50,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่มีส่วนประกอบของแอสไพริน ผู้ป่วยอาจต้องได้รับการรักษาด้วยเกล็ดเลือดเข้มข้น ในขณะที่ให้เกล็ดเลือด ถ้าผู้ป่วยมีไข้สูงกว่า 38 องศาเซลเซียส ควรรายงานแพทย์เพราะไข้จะทำให้อายุเกล็ดเลือดสั้นลง
 - ถ้าเกล็ดเลือดมีค่าต่ำกว่า 10,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร ควรให้ผู้ป่วยนอนพักผ่อนบนเตียง เพราะอาจมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร สมอและอวัยวะภายในอื่น ๆ ได้
4. ในรายที่มีเลือดออกตามไรฟัน หลีกเลี่ยงการใช้แปรงและไหมขัดฟัน ควรใช้ไม้พันสำลีเช็ดเบา ๆ ให้ผู้ป่วยบ้วนปากบ่อย ๆ จิบน้ำบ่อย ๆ
5. หลีกเลี่ยงการเพิ่มแรงดันในสมองแนะนำให้ผู้ป่วยลุกขึ้นหรือเปลี่ยนท่าเร็วเกินไป ห้ามออกกำลังกายหักโหม ห้ามก้มหลังหรือยกของหนัก
6. ป้องกันอาการท้องผูก

7. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน นอนหลับ โดยจัดสิ่งแวดล้อมระดับประคองทางด้าน
อารมณ์ ลดความวิตกกังวล ความกลัว

8. รับประทานอาหารอ่อน นิ่ม งดอาหารร้อน ๆ อาหารที่มีสารเคมี อาหารหยาบ
แข็ง งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

9. หลีกเลี่ยงยาที่มีส่วนเสริมระยะเวลาการมีเลือดออกให้นานขึ้น ได้แก่ Aspirin,
Anticoagulants, Phinothiazine, Codeine, Indomethacin, Quinidine, sulfa

5. อาการคลื่นไส้ อาเจียน (Nausea & vomiting)

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดสิ่งแวดล้อมให้สุขสบาย สะอาด สดชื่น มีอากาศถ่ายเทสะดวก
2. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าสบาย
3. ให้อาหารอ่อนย่อยง่ายก่อนให้ยาเคมี 3 – 4 ชั่วโมง
4. งดอาหารก่อน และหลังให้ยาเคมี 1 – 2 ชั่วโมง
5. ดูแลความสะอาดปากและฟันสม่ำเสมอ
6. ให้ยาแก้คลื่นไส้ อาเจียน ก่อนอาหารครึ่งชั่วโมงหรือตามแผนการรักษาของแพทย์
อย่างเข้มงวด

7. ให้อาหารเหลวใส เช่น น้ำส้มคั้น น้ำมะนาว น้ำผลไม้อื่น ๆ น้ำซุป น้ำข้าว ครั้งละ
น้อยบ่อยครั้งตลอดวัน หรืออาหารอ่อนย่อยง่าย 5 – 6 ครั้ง ตามความเหมาะสม

8. ให้อาหารที่เย็นดีกว่าอาหารอุ่นหรือร้อน เพราะกลิ่นของอาหารจะกระตุ้นให้
ผู้ป่วยคลื่นไส้

9. หลีกเลี่ยงอาหารหวาน มัน เค็ม เครื่องเทศ
10. หลีกเลี่ยงการกระตุ้นจากการเห็น เสียง กลิ่นอาหาร
11. จัดหาเครื่องผ่อนคลายเป็นอารมณ์ เช่น ดนตรี ทีวี หนังสือ
12. ประเมิน บันทึกความถี่ ลักษณะของอาเจียน รวบรวมจำนวนครั้งและปริมาณ
13. ประเมิน บันทึกสารน้ำเข้า-ออก (Intake Output) ประเมินภาวะขาดน้ำ ความ
ตื้นตัวของผิวหนัง ความชุ่มชื้นของเยื่อต่างๆ ในกรณีที่มีอาเจียนมาก งดการรับประทานอาหารและ
ดื่มน้ำ 4 – 8 ชั่วโมง หลังจากนั้นให้อาหารเหลวช้า ๆ บ่อย ๆ
14. รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้สารน้ำ และเกลือแร่ทดแทน
15. ติดตามประเมินผลการเสียสมดุลของเกลือแร่ ได้แก่ ไปแต่สเซียมในเลือดต่ำ

หัวใจเต้นผิดปกติ กล้ามเนื้อไม่มีแรง รีเฟล็กซ์ต่าง ๆ น้อยลง อ่อนเพลีย กระจายน้ำ ท้องอืด ความดัน
โลหิตต่ำ ชีพจรเบา เสี่ยงการเต้นของหัวใจเบามาก

6. การอักเสบของช่องปาก (Stomatitis)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ป้องกันและลดการอักเสบของช่องปาก

2. ตรวจสอบเยื่อช่องปาก วันละ 2 ครั้ง บันทึกความเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความรู้สึกการรับรส สิ่งที่ตรวจพบ

3. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการดูแลความสะอาดของช่องปาก

- แปรงฟันทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร ใช้ไหมขัดฟันวันละ 2 ครั้ง
 - ใช้น้ำยาสีฟันที่ไม่ระคายเคือง
 - บ้วนปากทุก 4 ชั่วโมงด้วยน้ำสะอาด Normal saline หรือ Baking soda
- 1 ซ้อน ชาผสมน้ำ 500 ซีซี ผสมเกลือ 1/2 ซ้อนชา ผสมน้ำ 1,000 ซีซี
- รักษาริมฝีปากให้ชุ่มชื้น
 - ดื่มน้ำบ่อย ๆ วันละ 3,000 ซีซี (ถ้าไม่มีข้อจำกัด)
 - ป้องกันการระคายเคือง หรือเกิดแผลต่อเยื่อช่องปาก (Mucous membranes) โดยงดสูบบุหรี่ งดดื่มเหล้า ไม่รับประทานอาหารร้อนจัด เย็นจัด รสจัด มีเครื่องเทศ และของแข็งหยาบ

4. กรณีที่มีการอักเสบของช่องปากปานกลาง เยื่อช่องปากบวมแดง แห้งแสบร้อน ให้เพิ่มการดูแลอนามัยในช่องปากให้มากขึ้น โดยใช้น้ำยาบ้วนปากระหว่างแปรงฟันและเวลากลางคืน อีก 1 ครั้ง ใช้แปรงสีฟันเล็ก ๆ ขนอ่อน ให้อาบน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ก่อนอาหาร 15 – 20 นาที หรือทายาแก้ปวดตามบริเวณที่มีอาการ ให้อาหารโปรตีนและวิตามินสูง รับประทานอาหารและน้ำเย็น อาจจะได้รับประทานได้มากกว่าน้ำอุ่น รับประทานครั้งละน้อย บ่อย ๆ

5. ในรายการที่มีการอักเสบในช่องปากอย่างรุนแรง เยื่อช่องปากบวมแดง มีแผลหรือมีการติดเชื้อร่วมด้วย ให้เพิ่มการดูแลอนามัยในช่องปาก บ้วนปากด้วยน้ำยาดังข้างต้นทุก 2 ชั่วโมง และกลางคืน 2 ครั้ง ตรวจสอบการติดเชื้อในช่องปาก ถ้าพบรีบรายงานแพทย์ งดใช้แปรงสีฟัน งดการใส่ฟันปลอม ใช้สำลีพันปลายไม้ค่อย ๆ เช็ดทำความสะอาดในช่องปากและฟัน ใช้น้ำยาป้องกัน เชื้อรา และ Antibiotic ตามแผนการรักษาของแพทย์

7. การเปลี่ยนแปลงความรู้สึกต่อการรับรส (Taste alteration)

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินความเปลี่ยนแปลงในการรับรสแล้วบันทึก
2. บันทึกความรุนแรง และระยะเวลาของความรู้สึกเปลี่ยนแปลงต่อการรับรส
3. ประเมินภาวะโภชนาการ ชั่งน้ำหนักทุกสัปดาห์
4. ดูแลความสะอาด ความชุ่มชื้นของช่องปาก
5. ดื่มน้ำมากกว่า 3,000 ซีซีต่อวัน
6. งดดื่มเหล้า งดสูบบุหรี่
7. ไม่รับประทานอาหารที่ร้อนจัดหรือเย็นจัด อาหารที่ระคายเคือง
8. งดอาหารที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับรับประทาน เช่น หมู เนื้อวัว โดยให้อาหารที่มีโปรตีนสูงอื่นแทน

9. สอนให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรับประทานให้เพียงพอ

8. อาการท้องผูก (Constipation)

กิจกรรมการพยาบาล

1. บันทึกการเปลี่ยนแปลงของการขับถ่าย จำนวน ลักษณะอาการและอาการแสดงที่เกี่ยวข้อง
2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา ให้ดื่มน้ำอุ่นในตอนเช้า ออกกำลังกาย เพื่อกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้
3. รับประทานอาหารที่มีกาก เช่น ผัก ผลไม้
4. ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างน้อย 2,500 ซีซี/วัน
5. ดูแลให้ได้รับยาละลายตามแผนการรักษาของแพทย์

9. พิษต่อระบบประสาท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินผลและบันทึกอาการและอาการแสดง ความรู้สึกชา เจ็บ การเคลื่อนไหว การได้ยิน
2. ดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ
3. อธิบาย ให้กำลังใจบอกให้ผู้ป่วยทราบเป็นผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด อาการจะดีขึ้น ภายหลังจากหยุดยาแล้ว 4 – 6 สัปดาห์ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก
4. ฝึกการบริหารแขน ขา ให้ผู้ป่วยวันละ 4 ครั้ง ครั้งละ 2 – 3 นาที
5. จัดสิ่งแวดล้อมให้อ่อนนุ่มต่อการพักผ่อน
6. สำหรับอาการชาปลายมือปลายเท้ามักเกิดขึ้นเมื่อได้รับเคมีบำบัดหลายครั้ง ควรระมัดระวังในการใช้ของมีคม หยิบจับของร้อนจัดเย็นจัดหรือการล้างถ้วยชามอาจแตกได้
7. ถ้าอาการรุนแรงควรรายงานแพทย์

10. พิษต่อดับ (Hepatotoxicity)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ติดตามผลการตรวจหน้าที่ของตับทั้งก่อนและหลังให้ยาเคมีบำบัด
2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนให้เพียงพอ
3. ดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำให้เพียงพอ
4. ประเมินอาการผิดปกติ ได้แก่ สีอุจจาระ ปัสสาวะ อาการคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปวดท้อง ตาและตัวเหลือง
5. รายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ

11. พิษต่อไต และกระเพาะปัสสาวะ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำ 2,500 – 3,000 ซีซี/วัน

2. ประเมินภาวะสมดุลของน้ำเข้าและน้ำออกจากร่างกาย
3. แนะนำผู้ป่วยไม่ให้กลั้นปัสสาวะ
4. ติดตาม บันทึกลักษณะ ปริมาณปัสสาวะ ถ้าน้อยกว่า 300 ซีซี/วัน ควร

รายงานแพทย์

12. พืชต่อระบบสืบพันธุ์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการคุมกำเนิดในระหว่างที่รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เพราะอาจเสี่ยงต่อการได้บุตรพิการ
 2. ให้ความรู้และให้กำลังใจในเพศหญิง อาจทำให้ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ หรือขาดประจำเดือน ทำให้มีอาการหมดประจำเดือน ในเพศชายอาจทำให้เป็นหมันชั่วคราว อาการที่เปลี่ยนแปลงมักจะหาย หลังจากหยุดการรักษา 18 – 24 เดือน
 3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สอบถาม เพื่อระบายความรู้สึกไม่สบายใจ
- สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด คือ การให้ผู้ป่วยได้รับทราบถึงแผนการรักษาของแพทย์ว่าจะให้ยาบ่อยแค่ไหน เช่น ทุกกี่สัปดาห์ วิธีการให้ จำนวนครั้งและเวลานานเท่าใด เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการรับยาตามนัด การให้ผู้ป่วยได้รับทราบจะช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการควบคุมดูแลตนเอง ให้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง นอกจากนี้พยาบาลต้องประเมินแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยมารับการรักษาได้ตลอด ได้แก่ ฐานเศรษฐกิจ บุคคลที่คอยช่วยเหลือผู้ป่วยมารับรักษา เป็นต้น เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้อง

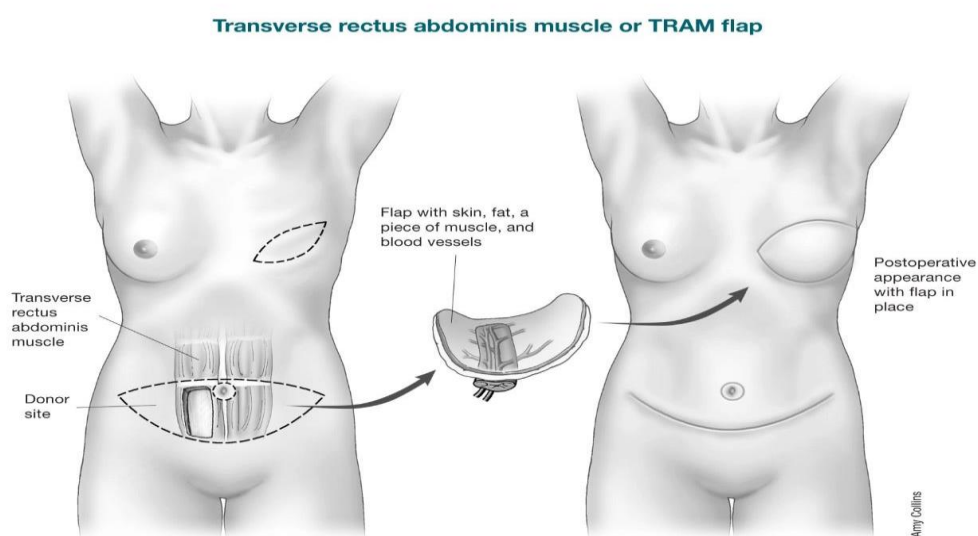
การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยรังสีรักษา

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรังสีรักษาในกลุ่มเสี่ยงบริเวณทรวงอก ไหล่บราห์ รักษารักษาพยาบาลต้องให้ข้อมูลความจำเป็นของการรักษาด้วยรังสีรักษา การปฏิบัติตนขณะได้รับรังสีรักษา ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น อาการผิดปกติที่ต้องแจ้งให้การดูแล ผู้ป่วยต้องไม่ลบเส้นที่ขีดไว้ ออก ไม่ควรใช้แป้งหรือครีมทาบริเวณภายในขอบเขตของเส้นที่ขีดไว้ ห้ามถูน้ำ กระทบเปียกให้ใช้ผ้านุ่ม ๆ ซับเบาๆ ถ้าเหงื่อออกมากให้เปิดพัดลมเป่าสวมเสื้อผ้าที่ไม่รัดแน่นหรือกระชับ เพราะจะทำให้เสียดสีกับผิวหนังบริเวณดังกล่าวเสี่ยงต่อการเกิดแผล Dry desquamation ควรแนะนำให้ผู้ป่วยใช้ 1% Hydrocortisone cream ทาเพื่อลดภาวะตึงของผิวหนัง ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจเลือดทุกสัปดาห์เพื่อประเมินความพร้อมของร่างกาย การบริหารแขนยังมีความจำเป็นเพื่อให้อาการกล้ามเนื้อแข็งแรง ช่วยการไหลเวียนของน้ำเหลืองบริเวณส่วนปลายแขน และป้องกันข้อไหล่ติด ผลข้างเคียงของรังสีรักษา แบ่งเป็น 2 ระยะคือ 1) ระยะเฉียบพลัน เป็นผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นในระหว่างการได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน เป็นต้น 2) ระยะเรื้อรัง มักเกิดขึ้นเมื่อเสร็จสิ้นการฉายรังสีแล้วนานหลายเดือนจนเป็นปี เกิดจากรังสีทำลาย connective tissue stroma ของหลอดเลือด epidermal cell แบ่งตัวเพิ่มขึ้น เลือดไหลผ่านได้น้อยลงทำให้เกิด fibrosis ผลข้างเคียงของรังสีรักษา

ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาบริเวณหน้าอกและรักแร้ ในระยะเฉียบพลันอาจพบการเปลี่ยนแปลงทางผิวหนัง ในระยะเรื้อรังพบแขนขาม fibrosis ทั้งนี้ขึ้นกับปริมาณรังสีที่ได้รับ

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด

การผ่าตัดเต้านมออกทั้งเต้า (Total or Simple mastectomy) คือ การผ่าตัดเอาเต้านมออกทั้งหมด (รวมผิวหนังส่วนที่อยู่เหนือก้อนมะเร็งและหัวนมด้วย) เดิมการผ่าตัดวิธีนี้เป็นวิธีมาตรฐานที่ใช้กับผู้ป่วยทุกราย แต่ปัจจุบันแพทย์เลือกใช้กับผู้ป่วยที่ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่มีก้อนมะเร็งหลายก้อน เต้านมขนาดเล็ก หรือผู้ป่วยที่ไม่สะดวก หรือมีข้อห้ามในการฉายรังสีที่เต้านมหลังผ่าตัด



The illustration above depicts a free flap, in which the tissue is cut free from its original location and reattached in the chest area.

ภาพที่ 2 Transverse rectus abdominal muscle (TRAM) flap

ที่มา: <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/reconstruction-surgery/breast-reconstruction-options/breast-reconstruction-using-your-own-tissues-flap-procedures.html>

การผ่าตัดนำผิวหนัง เนื้อเยื่อไขมันและกล้ามเนื้อหน้าท้อง (Transverse rectus abdominismyocutaneous flap or TRAM flap) มาทดแทนเต้านมทั้งหมดที่ถูกตัดออกไป ซึ่งทำให้ยังคงมีลักษณะคล้ายเต้านมอยู่ ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น แพทย์จะนำผิวหนัง เนื้อเยื่อไขมันและกล้ามเนื้อหน้าท้องมาทดแทนเต้านมทั้งหมดที่ถูกตัดออกโดย การผ่าตัดวิธีนี้ใช้ระยะเวลาผ่าตัดนานกว่าการตัดเต้านมเพียงอย่างเดียว โดยจะใช้เวลาผ่าตัดนานประมาณ 3-5 ชั่วโมงผู้ป่วยจำเป็นต้องนอนพักในโรงพยาบาลนานประมาณ 1 สัปดาห์ ข้อดีประการหนึ่งของการผ่าตัดวิธีนี้คือ

การนำเนื้อเยื่อจากหน้าท้องมาเสริมแทนตำแหน่งเดิมทำให้ช่วยลดเนื้อเยื่อบริเวณหน้าท้อง ทำให้หน้าท้องแบนราบลง และในกรณีที่เริ่มระยะเริ่มแรกผู้ป่วยก็ไม่จำเป็นต้องได้รับการฉายแสง (รังสีรักษา)

การเตรียมตัวด้านร่างกาย (จินตนา กิ่งแก้ว, 2560)

การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยประเมินการทำหน้าที่ของอวัยวะสำคัญต่างๆ (Safety factors)

1. ระบบเลือด เช่น CBC Hb >10 gm/dl, platelet > 100,000, ANC >1,500 (ค่าปกติ > 2,000 cell/mm

2. สมรรถภาพของไต ประกอบด้วย BUN, Cr และ GFR \geq 50 ดูความสามารถในการขับถ่ายยาของไต

3. สมรรถภาพของตับ โดยดู LFT ค่าเอนไซม์ตับ (SGOT / SGPT) ต้องน้อยกว่า 5 เท่าของค่าปกติการวัด Excretory function คือ Bilirubin level ต้องมีค่า Bilirubin < 3 mg/dl เนื่องจากยาเคมีบำบัดหลายชนิดจะถูกเปลี่ยนแปลงที่ตับ (Metabolite) ก่อนขับออกนอกร่างกาย

4. การตรวจทางรังสี โดยการเอ็กซเรย์ปอด ดูการทำงานของปอด เพื่อประเมินสมรรถภาพของปอดในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

5. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อประเมินสมรรถภาพของหัวใจก่อนผ่าตัด

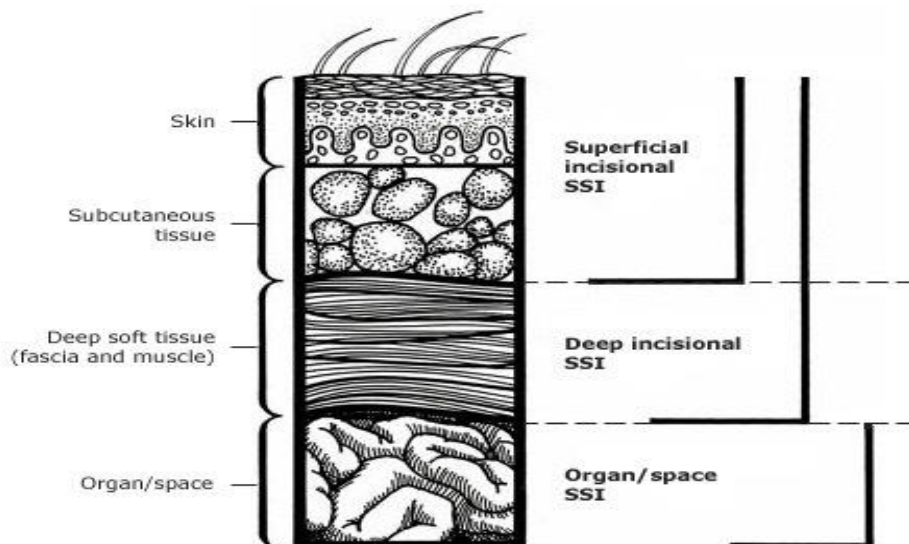
นอกจากนี้ยังต้องประเมิน ประวัติการเจ็บป่วย และการรักษาที่ผ่านมา เช่น การผ่าตัด การได้รับเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาก่อนการผ่าตัด

การเตรียมตัวด้านจิตใจ

ต้องเตรียมจิตใจผู้ป่วยให้ยอมรับสภาพของตนเองภายหลังการผ่าตัด เป็นสิ่งสำคัญที่สุดพยาบาลต้องให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น การดำเนินของโรค แผนการรักษาพยาบาล อาจมีความไม่สวยงามเท่ากับการศัลยกรรม แต่เพื่อเป็นการรักษาภาพลักษณ์ของความเป็นหญิง เน้นให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ที่จะได้รับการรักษาในครั้งนี้

การวินิจฉัยการติดเชื้อแผลผ่าตัด (Barry, 2021; วิศิษฐ์ จันทร์คุณภาส, 2560)

การติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด หมายถึง การติดเชื้อที่แผลผ่าตัดตั้งแต่ชั้นผิวหนังเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง เนื้อเยื่อพังพืด ลึกลงไปถึงกล้ามเนื้อ และอวัยวะหรือช่องว่างภายในอวัยวะภายใน โดยการติดเชื้อเกิดขึ้นภายใน 30 วัน หรือ 90 วัน หลังการผ่าตัด ซึ่งการติดเชื้อที่เกิดขึ้นนั้นเนื่องจากผู้ป่วยได้รับเชื้อจุลินทรีย์ขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเชื้อที่เป็นสาเหตุอาจเป็นเชื้อที่อยู่ในตัวผู้ป่วยเอง (Endogenous microorganism) หรือเป็นเชื้อจากภายนอกนอกร่างกายผู้ป่วย (Exogenous microorganism) โดยขณะที่เข้ารับการรักษาผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ อาจปรากฏขณะอยู่ในโรงพยาบาล หรือจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว



ภาพที่ 3 ภาพแสดงระดับของการติดเชื้อ

ที่มา: <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturetopics/topic-review/5794/>

Surgical Site Infection ; SSI แบ่งเป็น 3 ชนิด

1. การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดชั้นตื้น (Superficial incisional SSI) หมายถึง การติดเชื้อที่เกิดขึ้นภายใน 30 วันหลังผ่าตัด และมีอาการแสดงเฉพาะที่ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง ร่วมกับมีสิ่งที่ตรวจพบต่อไปนี้ อย่างน้อย 1 ข้อใน 4 ข้อ

- มีหนองออกจากรอยผ่าตัดชั้นตื้น
- ตรวจพบเชื้อได้จากของเหลวหรือเนื้อเยื่อจากรอยผ่าตัดชั้นตื้นโดยการเพาะเชื้อ
- ผู้ป่วยมีอาการหรืออาการแสดงต่อไปนี้ อย่างน้อย 1 อย่างได้แก่ ปวด, บวม, แดง, ร้อน โดย

ไม่มีผลการตรวจเพาะเชื้อ

- ศัลยแพทย์ให้การวินิจฉัย

2. การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดชั้นลึก (Deep incisional SSI) หมายถึง การติดเชื้อที่เกิดขึ้นภายใน 30 หรือ 90 วันหลังผ่าตัด และมีอาการแสดงเฉพาะที่เนื้อเยื่อชั้นพังผืดหรือกล้ามเนื้อบริเวณที่ผ่าตัด ร่วมกับมีสิ่งที่ตรวจพบต่อไปนี้ อย่างน้อย 1 ข้อ

- มีหนองออกจากรอยผ่าตัดชั้นพังผืดหรือกล้ามเนื้อ
- แผลผ่าตัดชั้นลึกแยกร่วมกับตรวจพบเชื้อ หรือมีอาการแสดง ไข้ > 38 °C หรือ ปวดกดเจ็บ
- พบฝี (Abscess) หรือหลักฐานอื่นที่แสดงว่ามีการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดชั้นลึก

3. การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดที่อวัยวะหรือโพรงของร่างกาย (Organ/ space SSI) หมายถึง การติดเชื้อที่เกิดขึ้นภายใน 30 หรือ 90 วันหลังผ่าตัดที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายที่ลึกกว่าชั้นพังผืดและกล้ามเนื้อ ร่วมกับมีสิ่งที่ตรวจพบต่อไปนี้ อย่างน้อย 1 ข้อ

- มีหนองออกจากท่อระบายที่ใส่ไว้ในอวัยวะหรือโพรงของร่างกายที่ทำผ่าตัด
- ตรวจพบเชื้อได้จากของเหลวหรือเนื้อเยื่อจากอวัยวะหรือโพรงของร่างกาย โดยการเพาะเชื้อหรือการตรวจโดยวิธีอื่น
 - พบฝี (Abscess) หรือหลักฐานอื่นที่แสดงว่ามีการติดเชื้อที่อวัยวะ หรือโพรงของร่างกาย ด้วยการตรวจร่างกายโดยตรงระหว่างการผ่าตัดใหม่หรือการตรวจทางพยาธิวิทยา หรือการตรวจทางรังสีวิทยา

Surveillance Periods for SSI Following Selected NHSN Operative Procedure Categories. Day 1 = the date of the procedure

- ศัลยแพทย์ ให้การวินิจฉัย Infection rate
- แผลผ่าตัดสะอาด (Clean wound) 1.76%
- แผลผ่าตัดปนเปื้อนเชื้อโรคเล็กน้อย (Clean Contaminate wound) 3.94%
- แผลผ่าตัดปนเปื้อน (Contaminate wound) 4.75%
- แผลผ่าตัดสกปรก (Dirty Wound) 5.16%

การแบ่งประเภทของแผลผ่าตัด (Classification of wound types) (Barry, 2021)

1. แผลผ่าตัดสะอาด (Clean wound) คือ

- แผลผ่าตัดที่เตรียมการผ่าตัดล่วงหน้า เย็บปิดแผลหลังผ่าตัด (Primary closure) ไม่ใส่ท่อระบาย หรือ ระบายแบบเปิด (open drainage)
- แผลผ่าตัดที่ผ่าผ่านเนื้อเยื่อที่ไม่ซ้่า ไม่มีการติดเชื้อ
- แผลผ่าตัดที่ผ่าผ่านเนื้อเยื่อที่ไม่มีการอักเสบ
- ระหว่างผ่าตัด ไม่มีเหตุการณ์ที่ละเมิดมาตรการปลอดเชื้อ (Aseptic technique)
- แผลผ่าตัดที่ไม่ได้ผ่าผ่านทางเดินหายใจ ทางเดินอาหาร ทางเดินปัสสาวะ และระบบสืบพันธุ์

2. แผลผ่าตัดปนเปื้อนเชื้อโรคเล็กน้อย (Clean-contaminated wound) ได้แก่

- แผลผ่าตัดที่ผ่าผ่านทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบสืบพันธุ์

- แผลผ่าตัดที่ผ่าผ่านทางเดินน้ำดี

- ระหว่างผ่าตัดที่มีการละเมิดมาตรการปลอดเชื้อเล็กน้อย

3. แผลผ่าตัดปนเปื้อน (Contaminated wound) ได้แก่

- แผลผ่าตัดที่ผ่าผ่านแผลถลอกหรือเป็นแบบเปิดและเกิดขึ้นใหม่ๆ ไม่เกิน 4 ชั่วโมง (open, fresh traumatic wound)
- แผลผ่าตัดที่ผ่าผ่านทางเดินอาหารที่มีการรั่วที่เห็นได้ด้วยตาเปล่า

- แผลผ่าตัดที่ผ่านทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ หรือทางเดินน้ำดี ในขณะที่มีการติดเชื้อ ของปัสสาวะหรือน้ำดี

- แผลผ่าตัดที่มีเหตุการณ์ละเมิดมาตรการปลอดเชื้ออย่างมาก

4. แผลผ่าตัดสกปรก (Dirty wound) ได้แก่

- แผลผ่าตัดที่ผ่านแผลกึ่งอันตรายที่มีเนื้อเยื่อตาย มีสิ่งแปลกปลอม มีการปนเปื้อนของอุจจาระ หรือ แผลกึ่งอันตรายที่เกิดขึ้นเกิน 4 ชั่วโมง

- แผลผ่าตัดช่องท้องกรณีอวัยวะภายในทะลุ

- แผลผ่าตัดที่ผ่านเนื้อเยื่อที่เป็นหนอง

ดัชนีบ่งชี้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัด (SSI Risk Index)

ดัชนีบ่งชี้ถึงความเสี่ยงการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด เรียกว่า NNIS (National nosocomial infection surveillance risk index) เป็นดัชนีที่ใช้เปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อของแผลผ่าตัดระหว่างศัลยแพทย์หรือระหว่างโรงพยาบาล โดยอาศัยปัจจัยเสี่ยงหลัก 3 ประการ คือ

1. ผู้ป่วยที่มี ASA score เท่ากับ 3 หรือมากกว่า
2. แผลผ่าตัดที่จัดอยู่ในประเภทปนเปื้อนหรือแผลสกปรก
3. ระยะเวลาในการผ่าตัดมากกว่า Percentile ที่ 75 ของการผ่าตัดแต่ละชนิด

แต่ละข้อมีค่าเท่ากับ 1 ซึ่งหมายความว่า ถ้าผู้ป่วยมีเพียงข้อใดข้อหนึ่งข้างต้น ก็จะมีค่า NNIS risk index เท่ากับ 1 ถ้ามีครบทั้ง 3 ข้อ ก็จะมี NNIS risk index เท่ากับ 3 โดยค่า Risk index ที่เท่ากับ 3 จะมีโอกาสติดเชื้อ แผลผ่าตัดมากที่สุด เมื่อเทียบกับค่า Risk index ที่เท่ากับ 2, 1 หรือ 0

ตารางที่ 2 ตารางแสดงคะแนนความสมบูรณ์ของร่างกายตาม American Society of Anesthesiologists (ASA Score)

คะแนน	สภาพร่างกาย
1	ปกติ
2	มีโรคเล็กน้อย
3	มีโรครุนแรง แต่มีถึงพิการ
4	มีโรครุนแรง อาจถึงกับเสียชีวิต
5	สภาพใกล้ตายภายใน 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยที่มีโรคซึ่งอาจทำให้เสียชีวิตได้ภายใน 24 ชั่วโมง
6	ผู้ป่วยสมองตาย เป็น Donor สำหรับเปลี่ยนอวัยวะ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด สามารถแบ่งตามหลักระบาดวิทยาได้ 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย (Host) เชื้อก่อโรค (Agent) และ สิ่งแวดล้อม (Environment) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัด ซึ่งหลายปัจจัยสามารถป้องกันได้ ประกอบด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้

1.1 อายุ โดยพบว่าเด็กและผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดได้มากกว่าวัยอื่นๆ เนื่องจากระบบการทำงานของร่างกายเด็กยังไม่สมบูรณ์ และมีการสร้างภูมิคุ้มกันได้ น้อยเพราะยังไม่เคยได้รับเชื้อโรคมามาก่อน ในขณะที่ผู้สูงอายุ เซลล์ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับภูมิคุ้มกันทำหน้าที่ที่ลดลง ทั้งบีและทีลิมโฟไซต์ ซึ่งมีผลต่อกระบวนการหายของแผล โดยเฉพาะในขั้นตอนของกระบวนการอักเสบ ทำให้มีการหลังและการทำงานของสารเคมีที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบและไซโตไคน์ผิดปกติ ทำให้ประสิทธิภาพในการต่อต้านเชื้อโรคของร่างกายลดลง และยังมีผลทำให้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างและเจริญเติบโตของเนื้อเยื่อต่าง ๆ ในกระบวนการอักเสบลดลง นอกจากนี้ ความเสื่อมตามวัยของผู้สูงอายุ ยังทำให้การไหลเวียนเลือดสู่แผลลดลงเนื่องจากความแข็งตัวและการอุดตันของหลอดเลือด ทำให้แผลหายช้า เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด โดยพบว่า อายุที่มากขึ้นของผู้ป่วยทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดเพิ่มขึ้น 1.0-14.0 เท่า

1.2 ความอ้วน หมายถึง ภาวะที่มีน้ำหนักเกิน โดยมีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 กิโลกรัม ต่อตารางเมตร ความอ้วนทำให้ชั้นไขมันเพิ่มมากขึ้นและเนื้อเยื่อชั้นไขมันจะมีเลือดไปเลี้ยงน้อยลง ทำให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนลดลง ซึ่งมีผลต่อกระบวนการตอบสนองการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้กระบวนการหายของแผลและความต้านทานต่อการติดเชื้อลดลง นอกจากนี้ ความอ้วนยังทำให้การผ่าตัดยากลำบากและใช้เวลานาน เทคนิคการผ่าตัดต่าง ๆ ทำได้ไม่ดี และผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายสูงมักเป็นโรคเบาหวานร่วมด้วย ซึ่งเป็นการเพิ่มโอกาสของการติดเชื้อมาก โดยพบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดไส้หลังที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 35 กิโลกรัมต่อตารางเมตร มีความเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 35 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หรืออยู่ในเกณฑ์ปกติ 2.36 เท่า (Fei et al., 2015)

1.3 ภาวะขาดสารอาหารก่อนผ่าตัด ภาวะขาด สารอาหารมีผลโดยตรงต่อความสามารถในการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันเพื่อตอบสนองต่อกระบวนการอักเสบและการติดเชื้อ โดยทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายทั้งที่จำเพาะและไม่จำเพาะลดลง มีผลทำให้แอนติบอดีและเซลล์ อื่น ๆ ที่ช่วยทำลายเชื้อโรคมีย่นลงและไม่มีประสิทธิภาพดีพอ นอกจากนี้ ภาวะขาดสารอาหารยังไปยับยั้งหรือทำให้กระบวนการ หายของแผลช้าลง ระบบการสร้างเนื้อเยื่อใหม่และกระบวนการอักเสบมีผลทำให้แผลหายช้าลงและเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับอัลบูมินในซีรัมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3.5 กรัมต่อเดซิลิตร มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด เพิ่มขึ้นเป็น 1.13 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีระดับอัลบูมินในซีรัมปกติ

1.4 ภาวะโรคร่วมที่เป็นอยู่ก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมที่เป็นอยู่ก่อนผ่าตัด มีความเสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดมากขึ้น เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือมะเร็ง โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีการไหลเวียนของเลือดลดลงจากการตีบแคบของ หลอดเลือด รวมทั้งความสามารถในการขยายตัวของหลอดเลือดลดลง ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณที่ผ่าตัดได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะมีผลต่อการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย โดยมีผลยับยั้งกระบวนการจับกินเชื้อโรคของเม็ดเลือดขาว ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดมากขึ้น โดยพบว่า ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เป็นเบาหวาน 1.5- 24.3 เท่า สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งเม็ดเลือดขาว หรือ มะเร็งกระดูก จะมีผลต่อการสร้างเซลล์เม็ดเลือดที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับภูมิคุ้มกันของร่างกาย นอกจากนี้ การรักษาผู้ป่วยมะเร็งด้วยเคมีบำบัดและฉายรังสี จะไปกดการสร้างเซลล์ของไขกระดูก ทำให้เซลล์ของเม็ดเลือดที่เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง โดยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ ตำแหน่งผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เป็นมะเร็ง 1.26 เท่า (Fei et al., 2015)

1.5 การได้รับการรักษาด้วยยากดภูมิคุ้มกันก่อนการผ่าตัด เช่น ยาในกลุ่มสเตียรอยด์ ยาจะไปยับยั้งการทำงานของระบบต่อมน้ำเหลือง ทำให้ขนาดของต่อมน้ำเหลืองลดลง และการสร้างแอนติบอดีและ ลิมโฟไซต์ลดลง จึงทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้มากขึ้น และผลของยายังทำให้กระบวนการอักเสบของแผล การสร้างใยคอลลาเจนและเซลล์เยื่อบุลดลง ทำให้การหายของแผลช้าลง เสี่ยงต่อการติดเชื้อ มากขึ้น โดยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยากดภูมิคุ้มกันก่อนผ่าตัด และได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาดังกล่าว 1.27 – 2.83 เท่า (Fukuda, 2016)

1.6 การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ต่อเนื่องเป็นเวลานาน มีผลทำให้ฮีโมโกลบินอยู่ในรูปของคาร์บอกซีฮีโมโกลบิน (Carboxyhemoglobin) ซึ่งจะไม่สามารถขนส่งออกซิเจนให้แก่เซลล์ได้ อาจทำให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ มีผลต่อการกระตุ้นให้สร้างเซลล์เม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น ร่วมกับสารในบุหรี่ทำให้เลือดแข็งตัวผิดปกติ หรือทำให้เลือดแข็งตัวได้ง่าย มีโอกาสเกิดการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณแผลผ่าตัด สารในบุหรี่ยังทำให้สารและเซลล์ในระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป ความสามารถในการกำจัดเชื้อโรคของเซลล์ลดลง และรบกวนกระบวนการหายของแผล โดยทำให้การสร้างเนื้อเยื่อใหม่ช้าลง การสร้างคอลลาเจนเปลี่ยนแปลงไป มีผลต่อการแยกและหายของแผล

1.7 การติดเชื้อที่มีอยู่เดิมในตัวผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การที่ผู้ป่วยมีการติดเชื้อที่ตำแหน่งอื่นของร่างกาย จะส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง และยังสามารถเกิดการแพร่กระจายเชื้อจากบริเวณที่มีการติดเชื้อไปยังตำแหน่งผ่าตัดได้ ซึ่งอาจแพร่กระจายผ่านทางผิวหนังหรือทางกระแสเลือดได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดและใส่คาส์ตไว้ในร่างกาย และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดที่ต้องผ่านเข้าไปในช่องของอวัยวะ หรือโพรงของร่างกาย ทำให้เกิดการปนเปื้อนเชื้อโรคที่มีการติดเชื้อ

อยู่เดิม ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดตามมาได้ โดยพบว่า การติดเชื้อที่มีอยู่เดิมในตัวผู้ป่วย ก่อนผ่าตัดทำให้เกิดการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดเพิ่มขึ้น 3-5 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มี การติดเชื้อในร่างกายอยู่เดิม

1.8 ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลเพื่อรอการผ่าตัด การต้องอยู่โรงพยาบาลก่อน ผ่าตัด เป็นเวลานานของผู้ป่วย อาจมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อที่ตำแหน่งอื่นของร่างกายหรือ การควบคุมโรคร่วมที่มีอยู่เดิมไม่ได้ ซึ่งการอยู่โรงพยาบาลนานทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของแบคทีเรีย ประจำถิ่นที่ผิวหนัง ทั้งลักษณะและจำนวน รวมทั้งการอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาส ได้รับเชื้อดื้อยาเข้าสู่ร่างกายและ เพิ่มจำนวนมากขึ้น โดยพบว่า จำนวนวันที่ผู้ป่วยมาอยู่โรงพยาบาลที่ มากขึ้น มีความเสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อ ที่ตำแหน่งผ่าตัดเพิ่มขึ้น 0.8-10.7 เท่า

1.9 ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด สมาคมวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย สหราชอาณาจักร (America Society of Anesthesiologists: ASA) ได้จัด ระบบการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตาม สภาพร่างกายก่อนผ่าตัด และการให้ยาระงับความรู้สึก (ASA physical status classification system) เพื่อใช้ประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการเสียชีวิต ระหว่าง และหลังการผ่าตัด โดยแบ่งออกเป็น 6 ระดับ ได้แก่ ระดับ 1 คือ ผู้ป่วยที่มีสุขภาพแข็งแรงดี ระดับ 2 คือ ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของร่างกายเล็กน้อย ระดับ 3 คือ ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของร่างกายรุนแรง ระดับ 4 คือ ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของร่างกายรุนแรงและ คุกคามต่อชีวิต ระดับ 5 คือ ผู้ป่วยใกล้ตาย ไม่สามารถ มีชีวิตอยู่ได้หากไม่ได้รับการผ่าตัด และระดับ 6 คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองตายและรอการ บริจาคอวัยวะ (ASA, 2014) โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับภาวะสุขภาพที่สูงขึ้น มีความเสี่ยงที่จะเกิดการ ติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดเพิ่มขึ้น 0.7-4.2 เท่า

2. ปัจจัยด้านเชื้อก่อโรค ปัจจัยด้านเชื้อโรคที่มีผลต่อการเกิดการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ประกอบด้วยปริมาณของเชื้อก่อโรคและความรุนแรงของเชื้อก่อโรค โดยพบว่าเชื้อโรคแต่ละชนิด มีความรุนแรงในการทำให้เกิดการติดเชื้อได้ไม่เท่ากัน ถ้าเชื้อโรคใดมีความรุนแรงสูง ถึงแม้จะมีจำนวน เล็กน้อยก็สามารถทำให้เกิดการติดเชื้อได้ เชื้อก่อโรคที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด อาจเป็นเชื้อจุลชีพที่อยู่ภายในตัวผู้ป่วย หรือเชื้อจุลชีพที่มาจากภายนอกในร่างกายผู้ป่วย โดยเชื้อจุลชีพ ที่อยู่ภายในตัวผู้ป่วยประกอบด้วยเชื้อประจำถิ่นบนผิวหนัง ในเยื่อเมือก และในระบบต่าง ๆ ของ ร่างกาย ส่วนเชื้อจุลชีพที่มาจากภายนอกในร่างกาย ผู้ป่วยและก่อให้เกิดการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ประกอบด้วย เชื้อแบคทีเรียทั้งแกรมบวก แกรมลบ และเชื้อรา แต่การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียประจำถิ่น เช่น *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli* เป็นต้น

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมที่มีผลทำให้เกิดการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ประกอบด้วยสิ่ง แวดล้อมที่มีชีวิต เช่น บุคลากรสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมที่ไม่มีชีวิต เช่น การเตรียม ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และ อุปกรณ์ผ่าตัด เป็นต้น ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 การเตรียมผิวหนังบริเวณผ่าตัด การเตรียมผิวหนังก่อนการผ่าตัด ถ้าทำไม่ เหมาะสม อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ได้ เช่น การกำจัดขนบริเวณผ่าตัดที่ไม่

เหมาะสมจะ เพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดมากขึ้น เนื่องจากทำให้ผิวหนังได้รับอันตราย ซึ่งการกำจัด ขนโดยใช้ใบมีดโกน ทำให้มีความเสี่ยงในการติดเชื้อ มากกว่าการใช้เครื่องขลิบขน การใช้ครีมกำจัดขน และการไม่กำจัดขน คิดเป็น 0.55, 0.60, และ 0.56 เท่า ตามลำดับ

3.2 ชนิดของแผลผ่าตัด ประกอบด้วย แผลผ่าตัดสะอาด สะอาดกึ่งปนเปื้อน ปนเปื้อน และสกปรก ชนิดของแผลผ่าตัดที่แตกต่างกันทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดแตกต่างกัน เนื่องจากจำนวนและความรุนแรงของเชื้อจุลชีพที่ปนเปื้อนในแผลแต่ละชนิด โดยพบว่า แผลผ่าตัดที่มีการปนเปื้อนเชื้อจุลชีพมากขึ้น ทำให้มีความเสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดเพิ่มขึ้น 1.7-10.7 เท่า

3.3 การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระยะก่อนผ่าตัด มีหลักการที่สำคัญคือ ต้องให้ยาชนิดที่สามารถควบคุมเชื้อแบคทีเรียที่พบบ่อย ว่าน่าจะปนเปื้อนบริเวณที่ผ่าตัด มักใช้ยาชนิดฉีดเป็นหลัก และต้องให้ความเข้มข้นของยาในเนื้อเยื่อบริเวณ ผ่าตัดสูงเพียงพอต่อการทำลายเชื้อแบคทีเรียที่จะเกิดการปนเปื้อนบริเวณผ่าตัดในขณะผ่าตัด จึงจะสามารถป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดได้ ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะก่อนผ่าตัดมีความเสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วย ที่ได้รับยา 0.4 57 - 20.5 เท่า

3.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดประกอบ ด้วย

1) ระยะเวลาในการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัดที่ยาวนาน มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เนื่องจากจำนวนเชื้อจุลชีพที่ปนเปื้อนจะมีมากขึ้นตามระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น เซลล์ผิวหนังที่ผ่าตัดจะถูกทำลายจากความแห้ง การใช้เครื่องมือดึงผิวหนังเป็นเวลานาน การผูกเส้นเลือด และการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า ทำให้การถูกทำลายมีมากขึ้น ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจะลดลง เนื่องจากการเสียเลือดเพิ่มมากขึ้นและการดมยาสลบ เป็นเวลานาน

2) ชนิดของการผ่าตัด ชนิดและ ตำแหน่งของการผ่าตัด มีผลต่อการติดเชื้อที่ตำแหน่ง ผ่าตัด เนื่องจากจำนวนเชื้อประจำถิ่น ระบบของร่างกายที่มีเชื้อประจำถิ่น มีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดมากกว่า และการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหารส่วนล่าง เช่น ลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก เป็นต้น ทำให้เกิดการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดเพิ่มมากขึ้น

3) ผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดฉุกเฉินและผู้ป่วยที่ ทำผ่าตัดประเภทรอได้ การผ่าตัดฉุกเฉินทำให้เกิดการ ติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดมากกว่าการผ่าตัดประเภทรอ ได้ เนื่องจากความเร่งรีบของบุคลากร ทำให้มีโอกาส เกิดความผิดพลาดในเทคนิคปราศจากเชื้อเพิ่มขึ้น และมีข้อจำกัดในการเตรียมความพร้อมด้านต่างๆ ให้กับผู้ป่วย และการผ่าตัดฉุกเฉินส่วนใหญ่มักทำเวลากลางคืน มีความเหนื่อยล้าของทีมผ่าตัด และมักผ่าตัดโดยแพทย์ที่มีประสบการณ์น้อย

4) เทคนิคการผ่าตัด เช่น การถูกทำลาย ของเนื้อเยื่อขณะผ่าตัด การห้ามเลือด การกำจัดเนื้อ ตายหรือสิ่งแปลกปลอม การลดการเกิดโพรงหรือการคั่งของเลือดในแผล และการเย็บแผลสิ่งต่างๆ เหล่านี้ จะไปรบกวนกระบวนการหายของแผล และสิ่งแปลกปลอมบางอย่างยังเป็นอาหารที่ดีสำหรับเชื้อโรคด้วย

5) การใส่อุปกรณ์หรือท่อระบาย อุปกรณ์ หรือท่อระบายเปรียบเหมือนสิ่งแปลกปลอมของร่างกาย และทำให้ปฏิกิริยาต่อต้านการติดเชื้อของเนื้อเยื่อ บริเวณนั้นเสียไป ท่อระบายที่ใส่ไว้ยังเป็นทางเข้าของ เชื้อโรคโดยตรงอีกด้วย

6) การผ่าตัดหลายอย่างในเวลาเดียวกัน มักพบในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่อวัยวะได้รับบาดเจ็บหลาย ระบบจำเป็นต้องผ่าตัดเร่งด่วน ทำให้มีความเสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดเพิ่มขึ้น 0.1-3.2 เท่า และแผลที่ต้องใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ไว้ ทำให้ มีความเสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดเพิ่มขึ้น 0.3-5.6 เท่า ส่วนการมีเลือด หรือของเหลวคั่งในแผล ทำให้มีความเสี่ยงที่จะเกิดการ ติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดเพิ่มขึ้น 1.65-2.45 เท่า

3.5 อุณหภูมิขณะผ่าตัด การที่ร่างกายมีอุณหภูมิต่ำจะรบกวนกระบวนการสร้างเกล็ดเลือดและกระบวนการแข็งตัวของเลือด ทำให้หลอดเลือดเกิดการหดตัว การขนส่งออกซิเจนไปยังแผลผ่าตัดลดลง ทำให้การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานไม่สมบูรณ์ ส่งผลให้กระบวนการหายของแผลช้าลง อุณหภูมิที่ต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียสระหว่างการผ่าตัด เพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด 18 เท่า

3.6 การได้รับเลือดจำนวนมาก การได้รับเลือดของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหรือขณะผ่าตัด อาจมีสาเหตุมาจากผู้ป่วยมีภาวะช็อค หรือมีการเสียเลือด มากขณะผ่าตัด ซึ่งการได้รับเลือดจำนวนมากมีผลต่อ ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย โดยพบว่าทำให้เลือดมี ผลทำให้การทำหน้าที่ของเซลล์ในระบบภูมิคุ้มกันของ ร่างกายทำงานลดลง เกิดการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนของทีลิมโฟไซต์ และกีดการสร้างเซลล์ที่เกี่ยวข้อง กับภูมิคุ้มกันของร่างกาย

3.7 การได้รับออกซิเจน ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและต้องดมยาสลบขณะผ่าตัด จำเป็นต้องได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอทั้งในระยะก่อนผ่าตัดระยะผ่าตัด และหลังผ่าตัด เนื่องจากการมีบาดแผลทำให้หลอดเลือดที่มาเลี้ยงเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บและ เกิดกลไกการแข็งตัวของเลือด ทำให้แผลผ่าตัดเสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนลดลงหรือขาดออกซิเจนได้ ซึ่งรบกวนกระบวนการหายของแผลและการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย

การป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด

การป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด สามารถทำได้ตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และ ระยะหลังผ่าตัด โดยต้องจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย เชื้อก่อโรค และสิ่งแวดล้อม และกลวิธีในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่ง ผ่าตัดในโรงพยาบาล ของสมาคมระบาดวิทยาต้าน สุขภาพของสหรัฐอเมริกา (Society for Healthcare Epidemiology of America: SHEA) และสมาคม โรคติดเชื้อของสหรัฐอเมริกา (Infectious Disease Society of America: IDSA) (Anderson et al., 2014) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ระยะก่อนผ่าตัดและระยะผ่าตัด

1.1 การจัดการกับปัจจัยด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย

1.1.1 ประเมินผู้ป่วยที่จะได้รับการ ผ่าตัดอย่างละเอียด เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ หรือโรค ร่วมก่อนผ่าตัด และให้ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนการ ผ่าตัด ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด เช่น การฟื้นฟูผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยขาดสารอาหาร ผู้ป่วยมะเร็ง หรือผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ฉายรังสี หรือยากดภูมิคุ้มกัน ให้มีภูมิคุ้มกันที่ดีก่อนการ ผ่าตัด

1.1.2 ลดระยะเวลาอนโรงพยาบาล ก่อนผ่าตัด

1.1.3 กรณีที่ผู้ป่วยมีการติดเชื้อที่ตำแหน่งอื่นของร่างกายควรรักษาการติดเชื้อนั้นให้หายก่อนที่จะทำการผ่าตัด

1.1.4 กรณีที่ผู้ป่วยสูบบุหรี่ ถ้าเป็นไปได้ควรให้ผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่อย่างน้อย 30 วันก่อนการผ่าตัด กรณีเป็นการผ่าตัดประเภทรอได้

1.1.5 ควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ให้น้อยกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ทั้งในผู้ป่วยที่เป็น และไม่เป็นเบาหวาน (Berríos-Torres et al., 2014)

1.1.6 กรณีที่ผู้ป่วยเป็นโรคอ้วน ให้ลดน้ำหนักก่อนการผ่าตัด

1.2 การจัดการกับปัจจัยด้านเชื้อโรคและ สิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย

1.2.1 การกำจัดขน ไม่ต้องกำจัดขนก่อนการผ่าตัด ยกเว้นจะรบกวนบริเวณที่ผ่าตัด ถ้าจำเป็นต้องกำจัดขนก่อนการผ่าตัด ให้ใช้เครื่องขลิบขน โดยขลิบภายใน 2 ชั่วโมงก่อนการผ่าตัด ไม่แนะนำให้ใช้มีดโกนขน (Anderson et al., 2014) และไม่ควรรีใช้ครีมกำจัดขน เพราะอาจทำให้เกิดการแพ้ และระคายเคืองได้)

1.2.2 การเตรียมผิวหนังก่อนการผ่าตัด ผู้ป่วยทุกรายควรอาบน้ำด้วยสบู่หรือสบูยาทำลาย เชื้อหรือน้ำยาทำลายเชื้อ (Anderson et al., 2014) และต้องได้รับการทำความสะอาดผิวหนัง บริเวณผ่าตัด ด้วยน้ำยาทำลายเชื้อที่มีประสิทธิภาพ ในการลดจำนวนเชื้อบริเวณผิวหนังได้รวดเร็ว และ คงประสิทธิภาพของการออกฤทธิ์ได้นานตลอดการ ผ่าตัด หรือใช้น้ำยาทำลายเชื้อที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ หากไม่มีข้อห้าม การทำความสะอาดผิวหนังบริเวณผ่าตัด ในห้องผ่าตัด ให้ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณผ่าตัด ด้วยน้ำยาทำลายเชื้อที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ หากไม่มีข้อห้าม (Berríos-Torres et al., 2014)

1.2.3 การใช้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ให้ใช้ทุกครั้ง ในการผ่าตัด แผลสะอาดกึ่งปนเปื้อน และพิจารณาใช้ให้เหมาะสมใน การผ่าตัดแผลสะอาด ต้องให้ยาภายใน 1 ชั่วโมง ก่อน การลงมีดผ่าตัด (Anderson et al., 2014) โดยเลือกชนิดและขนาดของยาที่มีประสิทธิภาพ ในการฆ่าเชื้อโรคที่พบบ่อยว่าเป็นเชื้อปนเปื้อนตาม ชนิดของการผ่าตัด และทุกครั้งก่อนลงมีด ต้องมีการ ตรวจสอบยืนยันว่าได้ให้ยาปฏิชีวนะแล้วภายใน 60 นาที (กรณีใช้ยาแวนโคมัยซิน (vancomycin) ผสม สารละลายให้ทางหลอดเลือดดำ ต้องให้ยาหมดภายใน 1 ชั่วโมง ก่อนลงมีดผ่าตัด) และไม่ควรรีใช้คำสั่ง “ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เมื่อได้รับโทรศัพท์จากห้องผ่าตัดเพื่อมารับไปผ่าตัด (on call)” เนื่องจากไม่สามารถควบคุมเวลาได้แน่นอนตามที่ต้องการต้องให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ที่ได้รับการผ่าตัดตลอดทางหน้าห้องทุกราย

ก่อนลงมีดผ่าตัด (Berríos-Torres et al., 2014) การให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำเพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำ พิจารณาให้ในกรณีที่ทำกรผ่าตัดนาน เกิน 4 ชั่วโมง หรือกรณีเสียเลือดมากในระหว่างผ่าตัด (Anderson et al., 2014)

1.2.4 การปฏิบัติของบุคลากรในทีม ผ่าตัด การทำความสะอาดมือเพื่อการผ่าตัดของบุคลากร ต้องใช้น้ำยาทำลายเชื้อและต้องฟอกให้ทั่ว ตั้งแต่มือถึงข้อศอก นาน 2-5 นาที ในกรณีที่มีมือไม่เปื้อน สิ่งสกปรกจนมองเห็นด้วยตาเปล่า ให้ใช้แอลกอฮอล์ ทำความสะอาดมือ (alcohol-based hand antiseptic agent) แทนได้ บุคลากรในทีมผ่าตัดต้องสวมหมวกคลุม ผม สวมเสื้อกาวน์ ผ้าปิดปาก-จมูก และถุงมือปราศจากเชื้อตลอดการผ่าตัด ให้คงไว้ซึ่งเทคนิคปลอดเชื้อตลอด ระยะเวลาการผ่าตัด ทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อ บริเวณผ่าตัดให้น้อยที่สุด และควรใช้เวลาในการผ่าตัดให้น้อยที่สุด ควรลดจำนวนคนและ เครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ ในการเข้า-ออก ห้องผ่าตัดให้ น้อยที่สุด (Anderson et al., 2014)

1.2.5 อุปกรณ์และเครื่องมือผ่าตัด อุปกรณ์และเครื่องมือผ่าตัดต้องผ่านการทำให้ปราศจาก เชื้อ และต้องมีบุคลากรตรวจสอบตามตัวบ่งชี้ในการ ทำให้ปราศจากเชื้อ ซึ่งต้องทำก่อนเปิดอุปกรณ์และ เครื่องมือผ่าตัดลงในบริเวณที่ปราศจากเชื้อ และ ก่อนดมยาสลบผู้ป่วย หากพบว่ามีปัญหาควรสื่อสาร ให้ศัลยแพทย์และวิสัญญีทราบ ผ้าคลุมผ่าตัดควรใช้ ผ้าคลุมผ่าตัดชนิดที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการ เปียกชื้น เพราะมีส่วนช่วยให้คงความปราศจากเชื้อ โดยเฉพาะการผ่าตัดระบบทางเดิน อาหารและท่อน้ำดี (Anderson et al., 2014)

1.2.6 การทำความสะอาดและการ ไหลเวียนอากาศในห้องผ่าตัด ควรทำความสะอาด ห้องผ่าตัด หลังการผ่าตัดสกรปรก หรือหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยที่ติดเชื้อและหลังสิ้นสุดการผ่าตัด ในแต่ละวัน ส่วนการไหลเวียนอากาศภายในห้องผ่าตัดควรเป็นความดันบวก

1.2.7 การให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทุกราย ต้องได้รับออกซิเจนตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งในระยะ ก่อนผ่าตัด และระหว่างการผ่าตัด ซึ่งความเข้มข้นหรือ สัดส่วนของก๊าซออกซิเจนในลมหายใจเข้าอาจต้องมี ปริมาณสูงถึง 80% และผู้ป่วยที่ได้รับ การผ่าตัดและได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อดมยาสลบ ควรได้รับออกซิเจนที่มีความเข้มข้นสูงตลอดการผ่าตัด (Anderson et al., 2014; Berríos-Torres et al., 2014)

1.2.8 การควบคุมอุณหภูมิร่างกายของ ผู้ป่วย ประเมินและรักษาอุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วยให้อยู่ ในระดับปกติ ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด และระหว่างการ ผ่าตัด (Berríos-Torres et al., 2014) โดยให้มีอุณหภูมิ 35.5 องศาเซลเซียส หรือมากกว่า (Anderson et al., 2014)

1.2.9 การให้เลือด ไม่ควรระงับการให้เลือด เพื่อเป็นการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด หากมีความจำเป็น (Berríos-Torres et al., 2014)

2. ระยะเวลาหลังผ่าตัด

2.1 การจัดการกับปัจจัยด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ให้น้อยกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ทั้งในผู้ป่วยที่เป็น และไม่เป็นเบาหวาน (Berríos-Torres et al., 2014)

2.2 การจัดการกับปัจจัยด้านเชื้อโรคและ สิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย

2.2.1 การใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกัน การติดเชื้อ ควรให้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดร่วมกับชนิดรับประทาน เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ตำแหน่ง ผ่าตัด หลังการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Anderson et al., 2014)

2.2.2 การหยุดให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ควรหยุดให้ภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (Anderson et al., 2014)

2.2.3 การให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทุกราย ต้องได้รับออกซิเจนตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย ในระยะหลังผ่าตัด (Anderson et al., 2014) อย่างน้อย 2 ชั่วโมง และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด และได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อดมยาสลบ ควรได้รับออกซิเจนที่มีความเข้มข้นสูงต่อเนื่องหลังจากเอาท่อช่วยหายใจออกและหลังผ่าตัดในช่วงแรก (Berríos Torres et al., 2014)

2.2.4 การควบคุมอุณหภูมิกายของผู้ป่วย ประเมินและรักษาอุณหภูมิของร่างกายผู้ป่วยให้อยู่ในระดับปกติ ในระยะหลังผ่าตัด โดยให้มีอุณหภูมิ 35.5 องศาเซลเซียสหรือมากกว่า (Anderson et al., 2014)

2.2.5 การดูแลแผลผ่าตัดหลัง ผ่าตัด ควรปิดแผลด้วยผ้าปิดแผลปราศจากเชื้อ เป็นเวลา 24-48 ชั่วโมง ไม่ควรใช้ สารละลายซัฟี่น หรือผงยาที่มีส่วนผสมของยาทำลายเชื้อ ทำแผล (Berríos-Torres et al., 2014)

2.2.6 การให้ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและ ครอบครัวเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดตามความเหมาะสม (Anderson et al., 2014) และควรให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการ ติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดแก่บุคลากรทีมผ่าตัด อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง

2.2.7 นโยบายด้านการควบคุมการ ติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด หน่วยงานควรมีการกำหนด นโยบายด้านการควบคุมการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดที่ได้มาตรฐาน และมีหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันและนำนโยบายสู่ การปฏิบัติ (Anderson et al., 2014)

2.2.8 การเฝ้าระวังการติดเชื้อที่ตำแหน่ง ผ่าตัด การเฝ้าระวังการติดเชื้อที่ตำแหน่ง ผ่าตัดควร เป็นชนิดที่ติดตามผู้ป่วยไปข้างหน้า และดำเนินการโดยบุคลากรด้านการควบคุมการติดเชื้อที่ได้รับการฝึกอบรม ควรดำเนินการเฝ้าระวังการติดเชื้อหลังผ่าตัด 30 วัน และขยายระยะเวลาเป็น 90 วัน (Anderson et al., 2014)

2.2.9 การแจ้งข้อมูลแก่บุคลากรที่ เกี่ยวข้อง ควรแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับอัตราการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด และอัตราการปฏิบัติตามแนวทาง การป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดให้แก่บุคลากร ที่เกี่ยวข้องและผู้บริหารรับทราบ (Anderson et al., 2014)

การพยาบาลหลังการผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือระยะแรกหรือหลังผ่าตัดทันที (Immediate complication) ระยะหลัง (Late complication) มีรายละเอียดดังนี้

ระยะแรกหรือหลังผ่าตัดทันที (1-3 วันแรกหลังผ่าตัด: Immediate complication)

1. ภาวะเลือดออกมากและมีเลือดคั่งที่แผลผ่าตัด (Bleeding and Hematoma)

เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้หลังผ่าตัดทันทีโดยสังเกตได้จาก ปริมาณเลือดที่ออกมาผิดปกติในขวดระบายเลือดและน้ำเหลือง หรือบริเวณแผลผ่าตัดมีลักษณะบวมตึง ซึ่งเกิดจากการที่มีเลือดมาคั่ง แทรกอยู่ระหว่างผิวหนังและกล้ามเนื้อหน้าอกมัดใหญ่ ทำให้ผิวหนังลอยขึ้นมาและขาดเลือดมาเลี้ยง ทำให้เกิดเนื้อตายบางส่วนของผิวหนังและแผลแยกได้ ดังนั้น เมื่อสังเกตเห็นอาการผิดปกติ ดังกล่าวควรเข้าห้องผ่าตัดใหม่ เพื่อห้ามเลือด

2. การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด (Wound Infection)

ส่วนมากเกิดจากการที่ผิวหนังขาดเลือดมาเลี้ยง ซึ่งมาจากการที่เลาะผิวหนังที่มาปิดแผลมากเกินไป หรือการเอาผิวหนังที่หน้าท้องขึ้นมามากเกินไปและใช้เวลานาน ทำให้ผิวหนังขาดเลือดมาเลี้ยง ผิวหนังที่ตาย จะเป็นอาหารสำหรับเชื้อแบคทีเรีย เกิดการติดเชื้อได้ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสริมที่ทำให้ เกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด เช่น การใส่ท่อระบายเลือดและน้ำเหลืองที่นานเกินไป ภาวะทุพโภชนาการผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกิน ผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว โดยเฉพาะ โรคเบาหวาน ผู้ป่วยสูงอายุ การติดเชื้อ ถ้ามีหนองต้องระบายหนอง และตัดเนื้อตายออกทำความสะอาดแผลจนกว่าจะหาย

3. ภาวะลมในช่องปอด (Pneumothorax)

พบได้น้อยมาก เกิดจากการพยายามเลาะกล้ามเนื้อมัดใหญ่ หรือความพยายามในการควบคุมเลือดที่ไหลจากเส้นเลือดแดงของ Internal mammary แล้วเกิดทะลุเข้าเยื่อหุ้มปอด มักจะพบในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Modified Radical Mastectomy : MRM ผู้ป่วยจะหายใจลำบาก (Respiratory distress) วินิจฉัยได้ จากการถ่ายภาพรังสีทรวงอก รักษาโดยการใส่ท่อระบายจากทรวงอก

4. ภาวะน้ำเหลืองคั่งที่แผลผ่าตัด (Seroma)

พบได้บ่อยโดยผู้ป่วยจะพบก้อนบริเวณรักแร้และเต้านม ซึ่งเกิดจากขอบเขตในการเลาะต่อมน้ำเหลืองมากเกินไป หรือเกิดจากการดึงสายระบายเลือดและน้ำเหลืองออกเร็วเกินไป จะพบสัปดาห์ที่ 1-3 หลังผ่าตัดโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไปรับการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลือง และผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด ซึ่งจะส่งผลต่อการหายของแผลผ่าตัด วิธีการรักษาคือการเจาะดูดน้ำออกให้หมด

5. การบาดเจ็บของเส้นเลือด/เส้นประสาทที่รักแร้ (Injury to neurovascular structures of the axilla)

- การบาดเจ็บของ Brachial plexus พบได้น้อยเกิดจากการ ที่ Brachial plexus ถูกยืดมากเกินไปหรือการดึงรั้ง Brachial plexus โดยตรงในขณะที่ผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ หรือการบิดไหล่มากเกินไป ผู้ป่วยจะรู้สึกชาที่นิ้วมือจนถึงอ่อนแรงและชาทั้งแขน ซึ่งอาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นเพียงชั่วคราว

- การบาดเจ็บต่อเส้นประสาท Thoracodorsal ซึ่งเป็นเส้นประสาทที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อ Latissimus dorsi การผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้มีโอกาสถูกตัดได้ง่ายโดยผู้ป่วยจะทำท่าหมุนแขนเข้าด้านใน (Internal rotation) และท่ากางแขน (Abduction) ของข้อไหล่อ่อนแรง

- การบาดเจ็บของเส้นประสาท Long thoracic ซึ่งเป็นเส้นประสาทที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อ Serratus anterior อยู่ชิดกับผนังทรวงอก ถ้าเส้นประสาทนี้ถูกตัดจะเกิดความผิดปกติที่กระดูกไหปลาร้า เรียกว่า Winged scapula ผู้ป่วยจะมีอาการปวดบริเวณหัวไหล่เป็นเวลานานหลังผ่าตัด

- การบาดเจ็บเส้นประสาท Lateral and medial pectoral เป็นเส้นประสาทที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อหน้าอกมัดใหญ่ และมัดเล็กถ้าเส้นประสาทนี้ถูกตัด จะทำให้เกิดการลีบของกล้ามเนื้อหน้าอกมัดใหญ่ ซึ่งมีผลต่อรูปทรงของหน้าอกและการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในท่าหมุนแขนเข้าด้านใน (Internal rotation) และท่ากางแขน (Abduction)

- การบาดเจ็บเส้นประสาท Inter costobrachial เป็นเส้นประสาทรับความรู้สึกที่อยู่บริเวณผิวหนังด้านในของต้นแขน ในการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ส่วนมากจะต้องตัดถูกเส้นประสาทนี้ ทำให้เกิดอาการชาที่ด้านในของต้นแขน ใช้เวลาประมาณ 6 เดือนหลังผ่าตัด อาการชาจะค่อยๆดีขึ้นและอาจทำให้เกิด Neuroma กลุ่มอาการปวดเรื้อรังหลังผ่าตัด (Chronic pain syndrome) อาการปวดนี้จะถูกกระตุ้นโดยการเคลื่อนไหว ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมเคลื่อนไหวข้อไหล่มีโอกาสเกิดข้อไหล่ติดเพิ่มขึ้น การรักษาโดยการใส่ยาบรรเทาอาการปวด

- การบาดเจ็บเส้นเลือดดำที่รักแร้พบได้น้อยอาจเกิดจากการฉีกขาดของแขนงหลอดเลือดดำเล็กๆหรือเกิดจากการที่ก้อนมะเร็งลุกลามเข้าเส้นเลือดดำที่รักแร้ จำเป็นต้องตัดออกรักษาด้วยการเย็บซ่อมแซมหรือการผูกหัวท้ายไว้

- การบาดเจ็บของเส้นเลือดแดงที่รักแร้มีโอกาสฉีกขาดได้น้อยเพราะอยู่ลึกกว่าเส้นเลือดดำ ถ้ามีการฉีกขาดรักษาด้วยการเย็บซ่อมแซม

ดังนั้น จากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ในระยะแรกเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ควรเฝ้าระวังและติดตามในระยะ 1-3 วันหลังผ่าตัดแต่ทั้งนี้การเริ่มบริหารแขนและข้อไหล่ ตั้งแต่ในระยะแรกหลังผ่าตัดก็มีความสำคัญ ดังนั้นการเริ่มบริหารแขนและข้อไหล่ควรเริ่มบริหารในท่าง่ายและไม่รุนแรง เพื่อป้องกันการกระทบกระเทือนที่แผลผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อนระยะหลัง (ระยะมากกว่า 3 วันหลังผ่าตัด: Late complication)

1.อาการปวด (Pain)

อาการปวดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ ภายหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่ส่งผลต่อผู้ป่วย ทั้งในด้านร่างกายและจิตใจพบได้ประมาณร้อยละ 20-65 อาการปวดมีหลายชนิด ได้แก่อาการปวดเต้านมที่ผ่าตัดออกไปแล้ว (Phantom breast pain), อาการปวดที่แผลเป็น (Scar pain), อาการปวดที่เส้นประสาท (Neuropathic pain), อาการปวดบริเวณรักแร้ซึ่งอาการปวดเหล่านี้จะเกิดขึ้นภายหลังได้รับการรักษาทั้งการผ่าตัดการฉายรังสีการได้รับยาเคมีบำบัดโดยเฉพาะวิธีการผ่าตัดแบบ MRM ที่เกิดการบาดเจ็บของเส้นประสาทที่รักแร้และการผ่าตัดที่เต้านม

2. ภาวะแขนบวม (Lymphedema)

พบได้ประมาณ ร้อยละ 15-20 เกิดจากมีการรั่วซึมของโปรตีนและสารน้ำในช่องว่างระหว่างเซลล์เข้าไปสะสมในเนื้อเยื่อมากขึ้น จะเป็นการเพิ่ม Osmotic pressure ทำให้น้ำถูกดึงเข้าไปสะสมในเนื้อเยื่อมากขึ้น จึงทำให้มีการคั่งของโปรตีนที่มีอยู่ในน้ำเหลือง ทำให้เกิดภาวะแขนบวมได้ซึ่งเป็นผลมาจากทางเดินน้ำเหลืองถูกขัดขวางเมื่อทางเดินน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ถูกทำลายหรืออุดตันทำให้เกิดการบวมและเนื้อเยื่อจะหนาตัวขึ้นเนื่องจากมีพังผืด (Fibrosis) ที่ Interstitial soft tissue มักเกิดหลังจากผ่าตัดหรือฉายรังสีรักษาเต้านม โดยหลังผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้จะมีพังผืดเกิดขึ้น โดยพังผืดจะไปกีดขวางทางเดินน้ำเหลืองและเป็นตัวขัดต่อหลอดทางเดินน้ำเหลืองที่จะเกิดขึ้นมาใหม่ ผู้ป่วยจะมีอาการแขนบวมและหนักแขนจากการที่มีน้ำเหลืองสะสมอยู่ในเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง (Subcutaneous tissue) อาจมีอาการปวดหรือติดเชื้อมาร่วมด้วย การเคลื่อนไหวแขนจะลำบากมากขึ้น สาเหตุของการเกิดภาวะแขนบวมเกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ ชนิดของการผ่าตัดโดยการผ่าตัด Mastectomy มีความเสี่ยงมากกว่าการผ่าตัด Lumpectomy จำนวนต่อมน้ำเหลืองที่เลาะออก ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวเกิน (BMI >25 kg/m²) การได้รับการฉายรังสีหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยสูงอายุ (> 60 ปี) เป็นต้น พบว่า มีปัจจัยทางด้านพฤติกรรมที่มีผลต่อการเกิดภาวะแขนบวม จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้แขน 3 ด้านคือ การใช้แขนในกิจวัตรประจำวัน การดูแลแขนเมื่อเวลาปกติ และเมื่อเวลาได้รับบาดเจ็บ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแขนบวมหลังผ่าตัด และพฤติกรรมการไม่ออกกำลังกายหรือไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแขนบวมหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม

3. ข้อไหล่ติด/ความบกพร่องในการทำหน้าที่ของข้อไหล่ (Shoulder stiffness/ shoulder dysfunction)

เป็นภาวะแทรกซ้อนอย่างหนึ่งที่พบได้หลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด MRM ในส่วนของการผ่าตัดเต้านมจะมีการเลาะพังผืด (Fascia) กล้ามเนื้อหน้าอกมัดใหญ่ออกมาด้วยจึงเป็นสาเหตุทำให้เกิดการยึดระหว่างเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังและกล้ามเนื้อ (Subcutaneous tissue and muscle) จึงส่งผลให้หลังผ่าตัดเกิดความตึงบริเวณผนังทรวงอก (Chest wall) เมื่อผู้ป่วยงอแขน (Flexion) ทำให้เกิดปัญหาในการทำหน้าที่ของข้อไหล่และในส่วน

ของการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองนั้น อาจทำให้เกิดพังผืดยึดติดบริเวณรักแร้ หรือเกิดจากบาดเจ็บเส้นประสาท Intercostobrachial ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดเรื้อรัง หรือปวดเมื่อผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวแขน และมีอาการชาแขนทำให้เกิดการเคลื่อนไหวของข้อไหล่น้อยลง

คำแนะนำสำหรับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดขณะอยู่บ้าน (ณทธีญา จินดากุล, 2564)

1. ห้ามให้แผลถูกน้ำจนกว่าจะครบกำหนดเปิดแผล แผลนี้เย็บด้วยไหมละลายไม่ต้องตัดไหม แต่ถ้าแผลซีม บวม แดง ร้อน มีกลิ่นเหม็น ปวดมาก และมีไข้ ให้รีบมาพบแพทย์โดยไม่ต้องรอให้ถึงวันนัด

2. รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ อาหารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วย เพราะมีการเสียเลือด ในขณะที่ผ่าตัดจึงควรจะได้รับอาหารที่อุดมไปด้วยโปรตีน เกลือแร่และวิตามิน ส่วนอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ อาหารหมักดอง ชา กาแฟ แอลกอฮอล์ หรือยาตองเหล้า เป็นต้น

3. พยายามหลีกเลี่ยงการยกของหนัก การทำงานที่จะต้องขยับแขนอย่างรวดเร็ว รุนแรง

4. ระวังอย่าให้เกิดอุบัติเหตุหรือการติดเชื้อมือของแขนและมือข้างที่ทำผ่าตัด ควรสวมถุงมืออย่างหนาขณะล้างซาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งขณะใช้ฝอยขัด สวมถุงมือขณะทำสวน สวมปลอกกันนิ้วเมื่อเย็บผ้าและระวังอย่าให้เข็มตำนิ้ว ไม่ควรฉีดยา เจาะเลือด หรือวัดความดันโลหิตที่แขนข้างนั้น ไม่ควรใช้ผงซักฟอกที่มีฤทธิ์แรงซึ่งอาจทำให้เกิดอาการแพ้หรือระคายเคืองต่อผิวหนังได้ หากจำเป็นต้องโกนขนโดยเฉพาะอย่างยิ่งรักแร้ ควรใช้เครื่องโกนไฟฟ้า

5. ถ้ามีบาดแผลเกิดขึ้นต้องดูแลเป็นพิเศษ เพราะเมื่อแขนบวมแล้วจะติดเชื้อมีได้ง่าย แม้เพียงรอยถลอกหรือรอยไหม้เพียงเล็กน้อยก็อาจทำให้ติดเชื้อลุกลามไปได้

6. ถ้ามีอาการแขนบวม ปวด ร้อนแดง กดใช้แขนข้างนั้นชั่วคราวและให้รีบมาพบแพทย์ทันที

7. ระวังอย่าให้มีวัตถุรัดแขนข้างที่ทำผ่าตัด อย่าสวมเครื่องประดับจันรัด หรือทำให้เกิดขีดข่วน อย่าสละพายของหนักบนบ่าข้างที่ทำผ่าตัด

8. ป้องกันไม่ให้ไหล่ แขน และมือถูกความร้อน ขณะทำอาหารควรสวมถุงมือกันความร้อน และพยายามใช้แขนข้างที่ปกติให้มากที่สุด

9. หากผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์หลังผ่าตัด แนะนำให้ใส่เสื้อชั้นในและการใช้เต้านมเทียม

National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

บทที่ 4 กรณีศึกษา

1. ประวัติและข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ป่วยเพศ หญิง อายุ 52 ปี เชื้อชาติ ไทย ศาสนา พุทธ สถานภาพสมรส คู่
อาชีพ รับจ้าง การศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 6 สิทธิการรักษา บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า
วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 25 กุมภาพันธ์ 2566 วันที่จำหน่าย 2 มีนาคม 2566
วันที่รับไว้ในความดูแล 28 ตุลาคม 2565 ถึงวันที่ 7 เมษายน 2566 รวม 161 วัน
การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย มะเร็งเต้านมด้านขวาแพร่กระจายต่อมน้ำเหลือง (CA Right breast with
Locally advance cancer) T4N1M0
การรักษา เคมีบำบัด ฉายรังสี และการผ่าตัด

สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับ

1. สูตรยา AC 4 cycle เริ่มให้ยา พฤษภาคม 2565 ให้ยาครบ 11 สิงหาคม 2565 (รพ. แพทย์ปัญญา)
2. สูตรยา Paclitaxel 12 cycle ให้ยาทุก 1 สัปดาห์ เริ่มให้ยา 28 ตุลาคม 2565 ให้เคมีบำบัดครบ 19 มกราคม 2566

การฉายรังสีรักษา ฉายรังสีจำนวน 16 ครั้ง ครั้งละ 266 cCy รวมปริมาณรังสีที่ได้รับ 4,256 cCy เริ่มแสง 27 ธันวาคม 2565 ฉายแสงครบ 19 มกราคม 2566

ชนิดการผ่าตัด การผ่าตัดเต้านมด้านขวาออกทั้งหมดและมีการนำกล้ามเนื้อหน้าท้องมาเสริม (Salvage mastectomy with Transverse Rectus Abdominis Musculocutaneous flap coverage) นอนโรงพยาบาลวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2566 วันที่จำหน่าย 2 มีนาคม 2566

แหล่งข้อมูล จากผู้ป่วย และแฟ้มประวัติ

2. ประวัติการเจ็บป่วย

อาการสำคัญ มาตามนัดเพื่อผ่าตัด

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

พฤษภาคม 2565 ก่อนมาโรงพยาบาลคลำพบก้อนบริเวณเต้านมขวาโตขึ้น มีเลือดซึมจากหัวนม มีลักษณะแข็ง โตไว และเริ่มมีอาการเจ็บ ไปตรวจโรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เจาะชิ้นเนื้อผลการตรวจเนื้อเยื่อด้วยเข็มขนาดใหญ่ (Core needle biopsy Lt breast mass) พบ : Invasive ductal carcinoma grade III (10 พฤษภาคม 2565) แพทย์จึงพิจารณาให้ยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด ได้ Neo adjuvant สูตร AC จำนวน 4 ครั้ง ให้ยาครบเมื่อ 11 สิงหาคม 2565 ก่อนยุติวางแผนการผ่าตัดวันที่ 26 กันยายน 2565 แต่ผู้ป่วยไม่ได้ไปตรวจตามนัด

ตุลาคม 2565 ก่อนเดินทางมาหาโตขึ้นกว่าเดิม แต่ก็เป็นแผลมีเลือดซึม ไปรักษาโรงพยาบาล สิรินคร เนื่องจากผู้ป่วยขอย้ายสิทธิ์บัตรทองจากโรงพยาบาลแพทย์ปัญญาไปที่โรงพยาบาล สิรินคร โรงพยาบาล สิรินคร จึงส่งตัวผู้ป่วยมารักษาต่อที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ แพทย์ส่งปรึกษาเคมีบำบัดให้ ยาเคมี Neo adjuvant สูตร Paclitaxel ทุก 1 สัปดาห์ จำนวน 12 ครั้ง

1 ธันวาคม 2565 แพทย์แผนกเคมีบำบัดส่งปรึกษาแผนกรังสีรักษาเพื่อพิจารณาการฉายรังสี

27 ธันวาคม 2565 เริ่มฉายรังสี จำนวน 16 Fr ครบฉายรังสี 19 มกราคม 2566 และให้ยา paclitaxel ทุก 1 สัปดาห์ระหว่าง RT

27 มกราคม 2566 แพทย์แผนกเคมีบำบัดจึงปรึกษาศัลยกรรม เรื่องข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด

24 กุมภาพันธ์ 2566 แพทย์ศัลยกรรมวางแผนการผ่าตัด (Salvage mastectomy with Transverse Rectus Abdominis Musculocutaneous flap coverage) วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2566 นอนโรงพยาบาลวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2566 และจำหน่ายจากโรงพยาบาลวันที่ 2 มีนาคม 2566

27 กุมภาพันธ์ 2566 : ผลตรวจ Pathology Invasive carcinoma of no special type, grade III, with high-grade ductal carcinoma in situ แผลผล: เป็นมะเร็งชนิดที่มีการลุกลาม ออกจากท่อน้ำนมและเป็นมะเร็งชนิดที่เซลล์มะเร็งยังอยู่ในท่อน้ำนม

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่เกี่ยวข้อง

ประวัติเจ็บป่วยในอดีต : ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว

ประวัติการแพ้ยา : ผู้ป่วยปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร และ สารต่างๆ

3.การประเมินสภาพและตรวจร่างกาย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 52 ปี รูปร่างท้วม ผอมร่าง รู้สึกตัวดีช่วยเหลือตนเองได้พูดคุยกถามตอบ รู้เรื่อง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 120/79 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที น้ำหนัก 52.6 กิโลกรัม สูง 153.4 เซนติเมตร

การตรวจร่างกาย

ลักษณะทั่วไป	รูปร่างท้วมผิวคล้ำ
น้ำหนัก	52.6 กิโลกรัม สูง 153.4 เซนติเมตร BMI 23.16 กิโลกรัมต่อตารางเมตร
Head	ปกติ รูปร่างสมมาตร ผอมร่างโพกหัว หนังศีรษะไม่มีแผล
Face	ใบหน้าสมมาตรเท่ากันทั้งสองข้าง ไม่บวม ไม่มีผื่น
Hair	ไม่มีผม
Eye	Pupil 2.5 มิลลิเมตร เยื่อบุตาไม่ซีด ตาขาวไม่เหลือง รูม่านตาตอบสนอง ต่อแสงดี การเคลื่อนไหวของตา 2 ข้างปกติ มองเห็นภาพปกติ
Ear	ได้ยินเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ไม่มีของเหลวออกจากหู
Throat Mouth	ริมฝีปากชุ่มชื้น เยื่อบุช่องปากไม่ซีด ไม่มีแผล คอไม่แดง ทอนซิลปกติ ฟัน ไม่ผุ เสียงไม่แหบ
Chest	ขนาดทรงอกด้านขวาโตกว่าด้านซ้าย

Breast Rt	ก้อนที่เต้านมขนาด 4 เซนติเมตร ตำแหน่งที่ 2 นาฬิกาก้อนแตกมีเลือดซึม
Breast Lt	ปกติ
Heart	อัตราการเต้นปกติ ไม่มีเสียง Murmur
Abdomen	คลำไม่พบก้อน ไม่มีปวดในช่องท้อง เสียงลำไส้เคลื่อนไหว 5-10 ครั้งต่อ นาที
Extremities	แขนขาเคลื่อนไหวได้ปกติ ไม่มีอ่อนแรง
Anus	ไม่มีก้อน อุจจาระปกติ
Lymph node	คลำพบต่อมน้ำเหลืองบริเวณ Axillary ด้านขวา

4. ข้อมูลแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ

ผู้ป่วยปฏิเสธการสูบบุหรี่และดื่มสุรา คลำพบก้อนเต้านมขวา ขนาดประมาณ 4 เซนติเมตร มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการดูแลตนเองหลังจากการผ่าตัด กลัวเจ็บบริเวณแผลผ่าตัด และกลัวแขนบวม ถ้าต้องมีการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ด้านขวา เชื่อถือในการรักษาแผนปัจจุบัน

สรุปปัญหาที่พบ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการดูแลตนเองหลังการผ่าตัด

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร

ในภาวะปกติ ผู้ป่วยรับประทานอาหารธรรมดา ปกติ เช่น ข้าวสวยวันละ 3 มื้อ ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยวส่วนใหญ่จะประกอบอาหารรับประทานเอง ขณะให้เคมีบำบัด มีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนักลดลง

สรุปปัญหาที่พบ ขณะให้ยาเคมีบำบัด มีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้ลดลง น้ำหนักลดลงจากเดิม 6 กิโลกรัม ใน 1 เดือน (27 ตุลาคม 2565- 24 พฤศจิกายน 2565)

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย

การขับถ่ายปกติ 1 – 2 วัน/ครั้ง ไม่มีอาการท้องผูกหรือถ่ายลำบาก ถ่ายปัสสาวะวันละ 6-7 ครั้ง ไม่มีอาการถ่ายปัสสาวะลำบากหรือถ่ายกะปริบกะปรอย ไม่แสบขัด

สรุปปัญหาที่พบ ไม่พบปัญหาเกี่ยวกับการขับถ่าย

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย

ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำกิจวัตรประจำวันเองได้ ดูแลความเรียบร้อยของบ้าน ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำ

สรุปปัญหาที่พบ ไม่ได้ออกกำลังกายก่อนและหลังการเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 5 การนอนหลับและพักผ่อน

ผู้ป่วยบอกว่าปกตินอนหลับวันละ 5-6 ชั่วโมง ไม่นอนกลางวัน นอนหลับได้ดีตลอด ปฏิเสธการใช้ยานอนหลับ

สรุปปัญหาที่พบ ไม่พบปัญหาการนอนหลับและพักผ่อน

แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้

ผู้ป่วยบอกว่า การมองเห็นชัดเจน การได้ยิน การรับรส และรับกลิ่นดี การรับรู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคลถูกต้อง สามารถตัดสินใจเรื่องต่างๆ ได้ดี ขณะเจ็บป่วย มีการรับรู้ปกติ ตัดสินใจเรื่องต่างๆ ได้

สรุปปัญหาที่พบ ไม่พบปัญหาด้านสติปัญญาและการรับรู้

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

ผู้ป่วยรับรู้ตนเองว่าป่วยเป็นมะเร็งเต้านมยอมรับสภาพของโรคได้และคิดว่าเป็นโรคที่ไม่หายแต่รักษา ให้โรคสงบได้

สรุปปัญหาที่พบ ไม่พบปัญหาการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับครอบครัวมีสามีและลูกชาย ขณะป่วย ผู้ป่วย ไม่ได้ทำงาน อยู่บ้าน ช่วยทำงานบ้าน สัมพันธภาพในครอบครัวดี มีสมาชิกในครอบครัว รวม 3 คน (ผู้ป่วย สามี และลูกชาย) ขณะเจ็บป่วย สัมพันธภาพในครอบครัวดี ทุกคนให้กำลังใจ

สรุปปัญหาที่พบ ไม่พบปัญหาด้านบทบาทและสัมพันธภาพ

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์

ผู้ป่วยสมรส อาศัยอยู่กับสามีและลูกชาย หมดประจำเดือนอายุ 50 ปี

สรุปปัญหาที่พบ ไม่พบปัญหาเรื่องเพศและการเจริญพันธุ์

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด

ผู้ป่วยบอกว่าปกติเป็นคนมีมนุษยสัมพันธ์ดี เมื่อรู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคมะเร็งก็รู้สึกเครียดอยู่บ้าง แต่มีคนในครอบครัว ให้กำลังใจ ผู้ป่วยไม่ค่อยพูดค่อนข้างเก็บตัว

สรุปปัญหาที่พบ ขณะเจ็บป่วยมีความเครียด

แบบแผนที่ 11 ค่านิยมและความเชื่อ

ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเป็นประจำ เมื่อรู้ว่าตนไม่สบาย ก็เข้าวัดทำบุญบ่อยขึ้น โดยมีความหวังว่าจะช่วยบรรเทาอาการเจ็บป่วยครั้งนี้ลงได้ สิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจคือครอบครัว

สรุปปัญหาที่พบ ไม่พบปัญหาเรื่องค่านิยมและความเชื่อ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการตรวจพิเศษอื่นๆ

ตารางที่ 3 การตรวจทาง Hematology

Hematology	ค่าปกติ	ผลการตรวจ				
		27ต.ค. 2565	3 พ.ย. 2565	10พ.ย. 2565	24พ.ย. 2565	1ธ.ค. 2566
WBC	4.0-10.0 $10^3/\text{ul}$	8.21	9.7	8.59	16.78 H	14.27 H
RBC	4.5-6.0 $10^6/\text{ul}$	3.73 L	4.2	4.01	4.48	4.32
HBG	13-18 g/dl	10.7 L	12.0	11.3 L	12.2	12.1
HCT	40-54 %	31.5 L	34.0 L	33.4 L	36.5	35.5 L
PLT	150-400 $10^3/\text{ul}$	418 H	305 L	564 H	626 H	633 H
Neutrophil	40.0-74.0 %	73.8	78.2 H	76.3 H	86.0 H	87.8 H
Lymphocyte	19.0-48.0 %	19.2	14.4 L	16.4 L	8.6 L	7.2 L
Monocyted	3.0-9.0 %	4.9	5.6	5.4	4.6	4.0
Eosinophil	0.0-7.0 %	1.7 H	1.2	1.4	0.4	0.6
Basophil	0.0-1.5 %	0.4	0.6	0.5	0.4	0.4
ANC	>1.5 $10^3/\text{ul}$	6.06	7.59	6.55	14.43	12.53
MCV	80.0-99.0 fl	84.5	81.0	83.3	81.5	82.2
MCH	27-31 pg	28.7	28.6	28.2	27.2	28.0
MCHC	33.0-37.0 g/dl	34	35.3	33.8	33.4	34.1
RDW	11.5 – 14.5%	12.5	12.0	12.3	12.6	12.6

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ตารางที่ 3 การตรวจทาง Hematology (ต่อ)

Hematology	ค่าปกติ	ผลการตรวจ				
		8 ธ.ค. 2565	15ธ.ค. 2565	22 ธ.ค. 2565	29 ธ.ค. 2565	5ม.ค. 2566
WBC	4.0-10.0 10^3 /ul	12.12 H	11.94 H	15.38 H	20.36 H	8.94
RBC	4.5-6.0 10^6 /ul	4.01	4.04	3.78	3.63 L	3.22 L
HBG	13-18 g/dl	10.9 L	11.1 L	10.3 L	10.1 L	9.0 L
HCT	40-54 %	32.4 L	33.4 L	31.1 L	29.5 L	27.4 L
PLT	150-400 10^3 /ul	748 H	646 H	747 H	879 H	678 H
Neutrophil	40.0-74.0 %	85.8 H	83.6 H	83.8 H	80.0 H	87.0 H
Lymphocyte	19.0-48.0 %	8.8 L	10.8 L	8.8 L	10.0 L	6.0 L
Monocytoid	3.0-9.0 %	4.0	4.4	6.2	4.0	5.5
Eosinophil	0.0-7.0 %	0.8	0.6	0.7	0.0	1.1
Basophil	0.0-1.5 %	0.6	0.6	0.5	0.0	0.4
ANC	>1.5 10^3 /ul	10.40	9.98	12.89	16.90	7.78
MCV	80.0-99.0 fl	80.8	82.7	82.3	81.3	85.1
MCH	27-31 pg	27.2	27.5	27.2	27.8	28.0
MCHC	33.0-37.0 g/dl	33.6	33.2	33.1	34.2	32.8
RDW	11.5 – 14.5%	13.7	14.3	15.7	16.3 H	18.4 H

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ตารางที่ 3 การตรวจทาง Hematology (ต่อ)

Hematology	ค่าปกติ	ผลการตรวจ		
		12ม.ค 2566	19ม.ค 2566	24ก.พ. 2566
WBC	4.0-10.0 $10^3/\text{ul}$	5.31	3.23	5.98
RBC	4.5-6.0 $10^6/\text{ul}$	3.44 L	3.57 L	4.23
HBG	13-18 g/dl	9.5 L	10.1 L	12.5
HCT	40-54 %	30.1 L	31.5 L	38.1
PLT	150-400 $10^3/\text{ul}$	422	405	346
Neutrophil	40.0-74.0 %	79.5 H	84.8 H	61.8
Lymphocyte	19.0-48.0 %	10.6 L	8.7 L	23.9
Monocytod	3.0-9.0 %	5.5	2.5	5.9
Eosinophil	0.0-7.0 %	3.6	3.4	7.7 H
ANC	>1.5 $10^3/\text{ul}$	0.8	0.6	0.7
MCV	80.0-99.0 fl	4.22	2.74	3.70
MCH	27-31 pg	87.5	88.2	90.1
MCHC	33.0-37.0 g/dl	27.6	28.3	29.6
RDW	11.5 – 14.5%	31.6	32.1 L	32.8 H
-PT	11.7-13.70			11.6 L
INR	0.00-4.99			0.91
APTT	22.6-31.00			27.1

การวิเคราะห์ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

National Cancer Institute

ผลการตรวจทางโลหิตวิทยาอยู่ในเกณฑ์ที่ให้ยาเคมีบำบัดได้

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ตารางที่ 4 การตรวจทาง Biochemistry

Biochemistry	ค่าปกติ	ผลการตรวจ	
		27 ตุลาคม 65	24 กุมภาพันธ์ 66
Glucose	74-107 mg/dL		125 H
Cholesterol	0.00-200 mg/dL		-
BUN	6-20 mg/dL	5 L	11
Creatinine Serum	0.50 – 0.95 mg/dL	0.44 L	0.46 L
eGFR		117	115
Total protein	6.60-8.70 g/dL	7.7	8.3
Albumin	3.50-5.20 g/dL	4.5	4.9
Total bilirubin	0.00-1.20 mg/dL	0.32	0.21
Direct bilirubin	0.00-0.30 mg/dL	0.15	0.11
SGOT	5-40 U/L	28	25
SGPT	5-40 U/L	5	8
ALP	35-125 U/L	71	92
Sodium	136-145 mmol/L		140
Potassium	3.5-5.5 mmol/L		4.28
Chloride	98-107 mmol/L		101
Co2	22-29 mmol/L		25.2

การวิเคราะห์ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงเล็กน้อยก่อนการผ่าตัดอยู่ในเกณฑ์ที่ผ่าตัดได้ ผู้ป่วยปฏิเสธโรคเบาหวาน ไม่เคยตรวจแพทย์อายุรกรรม

ตารางที่ 5 การตรวจทาง Immunology

การตรวจ	ผลทางห้องปฏิบัติการ วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566	ค่าปกติ
HBsAg	Negative	Negative
Anti HIV	Negative	Negative

จากตารางที่ 5 ผลการตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยาปกติ

ตารางที่ 6 การตรวจพิเศษอื่น ๆ

วันที่ตรวจ	ชนิดของการตรวจ	การแปลผล
10/5/65	core needle biopsy R2 : Invasive ductal carcinoma, grade 3	เป็นมะเร็งชนิดที่น้ำจะแพร่กระจายได้สูง
16/11/65	Chest PA -Normal Lung volumes. Increased in number of pulmonary nodules in both lung, could be lung metastasis - Diaphragm , pleura and costophrenic angles: No Pleural effusion or pneumothorax. -Heart and mediastinum: Mild cardiomegaly. Normal mediastinal contour. - Bony Structures : Unremarkable for age.	-ปริมาตรปอดปกติ -พบก้อนในปอดเพิ่มขึ้น ทั้ง 2 ข้าง -พบหัวใจโตปานกลาง
27/1/2566	Mammogram and Ultrasonography of Left Breast: CA right breast, 5 cm at Right breast (palpable nodule) IMPRESSION -Mammogram and US right breast is not done to large ulcer. -No mammographic evidence of malignancy of left breast. - Unremarkable Us finding of breast. FINAL ASSESSMENT : BIRADS category 1 (Left breast)	-ตรวจพบก้อนขนาด 5 เซนติเมตร บริเวณเต้านม ข้างขวามีแผลแตก ไม่สามารถทำแมมโมแกรมได้ -ไม่พบความผิดปกติของโครงสร้างเต้านม ข้างซ้าย
3/1/66	-BONE SCAN (Tc-99m MDP) -The study reveals uniform tracer uptake throughout the skeleton. -No definite abnormal radiotracer uptake suggest bone metastasis is observed. Impression -No definite evidence of bone metastasis	-ไม่พบการแพร่กระจายไปที่กระดูก

ตารางที่ 6 การตรวจพิเศษอื่น ๆ (ต่อ)

วันที่ตรวจ	ชนิดของการตรวจ	การแปลผล
31/1/66	<p>CT CHEST WITH CONTRAST</p> <p>IMPRESSION : Disappearance of the exophytic mass at right breast but replaced with ulcer and diffuse skin thickening and fat stranding at the whole right breast .These findings are corresponding with history of breast cancer with inflammatory reaction.</p> <p>-Decreased in size of multiple right axillary lymph nodes.</p> <p>-Increased number of multiple solid pulmonary nodules and ground glass nodules scattered in both upper lobes, more prominent at RUL.Lung metastasis is considered.</p> <p>-Mosaic pattern at both lower lungs with decreased size of peripheral pulmonary vasculature in the lucent lung, Ddx.occlusive vascular disease (such as CTEPH).Please clinical correlation. (chronic thromboembolic pulmonary hypertension.)</p>	<p>ขนาดของก้อนเต้านมขวา เป็นผิวขรุขระ และการอักเสบ</p> <p>-ขนาดของต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ด้านขวาหลายก้อนลดลง</p> <p>-พบก้อนเนื้อแข็งในปอด และก้อนที่กระจายกระจายในกลีบปอดทั้งสองเพิ่มขึ้น</p> <p>-โรคหลอดเลือด เช่น CTEPH คือ ภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูงจากลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดแดงปอดเรื้อรัง ควรตรวจติดตาม</p>

6.การรักษา

1.การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

- สูตรยาเคมีที่ได้รับ Paclitaxel ทุก 1สัปดาห์ 12 ครั้ง เริ่มให้ 28 ตุลาคม 2565 ให้ยาครบ

19 มกราคม 2566

- NSS 100 ml. iv KVO # 2

Premedication : ก่อนให้ยา ½ ชม

- Benadryl 2 cap po.
- Ondansetron 8 mg. in NSS 50 ml. iv.
- Dexamethasone 4 mg. iv.
- Piriton 10 mg. iv

Chemotherapy :

Paclitaxel (80 mg/m²) =120..... mg. in NSS...100..ml iv. drip 1 hr.

Home medication:

Tramal (50mg.) 1 cap po.prn q 6 hr. # 20 tab

Ativan (1mg.) 1 tab po. hs. # 20 tab

plasil 1x3 po ac # 20 tab

2.การรักษาด้วยรังสีรักษา

ฉายแสงจำนวน 16 ครั้ง เริ่มฉายแสง 27 ธันวาคม 2565 ฉายครบ 19 มกราคม 2566

3.การรักษาด้วยการผ่าตัด

ได้รับการผ่าตัดวิธี Right salvage mastectomy with Transverse Rectus Abdominis Musculocutaneous flap coverage 27 กุมภาพันธ์ 2566

การพยาบาลในช่วงรับไว้ดูแล (วันที่ 27 ตุลาคม 2565 ถึงวันที่ 19 มกราคม 2566)

การเยี่ยมครั้งที่ 1 วันที่ 27 ตุลาคม 2565 (มารับยาเคมีบำบัดสูตร Protocol Paclitaxel ครั้งที่ 1) เป้าหมายการเยี่ยม ประเมินความพร้อมก่อนการได้รับยาเคมีบำบัด การเผชิญความเครียดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

ประเมินสภาพผู้ป่วย

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส BP 120/72 mmHg P 76 ครั้ง/นาที R 20 ครั้ง/นาที น้ำหนัก 54.5 กิโลกรัม สูง 153.4 เซนติเมตร BMI 23.16 kg/m² มาตรวจตามนัดเพื่อวางแผนให้ยาเคมี แพทย์ตรวจร่างกาย ประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผลเลือดปกติ ให้ยาเคมีได้ ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา สูตรยาเคมีที่ได้รับ จำนวนครั้งของการให้ยา

ปัญหาที่พบต่อเนื่องและปัญหาที่พบใหม่ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยเคมีบำบัด การพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยและคำแนะนำครอบครัว

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย โดยการใช้คำพูดที่สุภาพ อ่อนโยน โดยการแนะนำตนเอง และบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจรวมทั้งเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ซักถามข้อสงสัย รับฟังด้วยความเข้าใจ พร้อมทั้งพูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความกังวลใจและยอมรับ พร้อมให้ความร่วมมือในการวางแผนการรักษา

2. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและสาเหตุของการเจ็บป่วยในครั้งนี้อย่างไร รวมถึงประเมินในเรื่องความรู้ความเข้าใจการรักษาด้วยเคมีบำบัด

3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาของแพทย์ด้านเคมีบำบัด ในขอบเขตของพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลและมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา

4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาโดยเป็นสื่อกลางให้กับทีมแพทย์เคมีบำบัด ได้รับทราบถึงความต้องการการรักษาของผู้ป่วย เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพ

ประเมินผลหลังการพยาบาล

ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น บอกว่าภายหลังได้รับข้อมูลการด้วยเคมีบำบัดรู้สึกคลายกังวลลง มีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังเคมีบำบัดมากขึ้น

การเยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่ 28 ตุลาคม 2565 (มารับยาเคมีบำบัดสูตร Protocol Paclitaxel ครั้งที่ 1)

เป้าหมายการเยี่ยม ประเมินความพร้อมก่อนการได้รับยาเคมีบำบัด

ประเมินสภาพผู้ป่วย

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส BP 129/77 mmHg P 76 ครั้ง/นาที R 20 ครั้ง/นาที น้ำหนัก 54.5 กิโลกรัม สูง 153.4 เซนติเมตร BMI 23.16 kg/m² มาตรฐานตามนัดเพื่อให้ยาเคมีบำบัดสูตร Paclitaxel 80 mg/m² ทุก 1 สัปดาห์ จำนวน 12 ครั้ง แพทย์ตรวจร่างกาย ประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผลเลือดปกติ ให้ยาเคมีได้ ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา สูตรยาเคมีที่ได้รับ จำนวนครั้งของการให้ยา

หลังได้รับยา Paclitaxel 24.7 ml Rate 120 ml/hr ผู้ป่วยมีอาการหน้าแดง แ่นหน้าอก สัญญาณชีพ BP 121/77 mmHg P 90 /min R 20 ครั้งต่อนาที ออกซิเจน 97 % หยุดยาเคมีบำบัด รายงานแพทย์ให้ Dexamethasone 8 mg, Piriton 1 amp ทางหลอดเลือดดำ หลังให้ยาอาการทั่วไปดีขึ้น สังเกตอาการและการเปลี่ยนแปลงต่ออีก 1 ชั่วโมง ไม่มีอาการแ่นหน้าอกและสามารถให้ยาเคมีบำบัดจนครบ โดยปรับจำนวนหยดให้ช้าลงเป็น 60 ml/hr

ปัญหาที่พบต่อเนื่องและปัญหาที่พบใหม่ เกิดภาวะ Infusion Reaction

การพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยและคำแนะนำครอบครัว

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติ เพื่อให้รับแจ้งพยาบาล ได้แก่ เหงื่อออกมาก ใจสั่น แ่นหน้าอก หายใจไม่ออก หน้าแดง มีผื่น

2. ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการติดตามอาการที่เกิดขึ้น และความเป็นไปได้ในการเริ่มยาใหม่

ประเมินผลหลังการพยาบาล

รายงานแพทย์ให้ Dexamethasone 8 mg, Piriton 1 amp ทางหลอดเลือดดำ หลังให้ยาอาการทั่วไปดีขึ้น สังเกตอาการและการเปลี่ยนแปลงต่ออีก 1 ชั่วโมง ไม่มีอาการแ่นหน้าอกและสามารถให้ยาเคมีบำบัดจนครบ โดยปรับจำนวนหยดให้ช้าลงเป็น 60 ml/hr ผู้ป่วยได้รับยาครบตามแผนการรักษา

การโรตซ์ท์เยี่ยมครั้งที่ 1 วันที่ 29 ตุลาคม 2565 ติดตามหลังการได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 1 (ให้ยา Paclitaxel 28 ตุลาคม 2565)

เป้าหมายการโรตซ์ท์เยี่ยม ติดตามอาการผู้ป่วย

ประเมินสภาพผู้ป่วย ผู้ป่วยบอกว่า มีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร มีคลื่นไส้แต่ไม่อาเจียน มีอาการปวดเมื่อยตามตัว

ปัญหาที่พบต่อเนื่องและปัญหาที่พบใหม่ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร

การพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยและคำแนะนำครอบครัว

1. แนะนำให้ผู้ป่วยดูแลทำความสะอาดช่องปากและฟันอย่างสม่ำเสมอเพื่อเพิ่มการรับรสและความอยากในการรับประทานอาหาร
2. แนะนำรับประทานยาแก้คลื่นไส้ อาเจียน ก่อนอาหารครึ่งชั่วโมงหรือตามแผนการรักษาของแพทย์
3. แนะนำให้รับประทานอาหารอ่อน ๆ หลีกเลียงอาหารหวาน มัน เค็ม เครื่องเทศ
4. แนะนำให้ญาตินำอาหารที่ผู้ป่วยชอบให้ผู้ป่วยรับประทานเพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น
5. แนะนำการรับประทานยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ Tramadol (50 mg) 1 cap oral ทุก 6 ชม.หรือเมื่อมีอาการปวด
5. แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องไปพบแพทย์โรงพยาบาลใกล้บ้านเช่น คลื่นไส้ อาเจียนมากขึ้น เพลียมาก หรือมีไข้ หนาวเย็นมากขึ้น

ประเมินผลหลังให้คำแนะนำ

ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติได้ถูกต้อง

การเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 3 พฤศจิกายน 2566 (มารับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 2)

เป้าหมายการเยี่ยม ประเมินความพร้อมก่อนให้ยาเคมีบำบัด ครั้งที่ 2

ประเมินสภาพผู้ป่วย

ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด ช่วยเหลือตัวเองได้ มีอ่อนเพลียเล็กน้อย อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส BP 114/90 mmHg P 94 ครั้ง/นาที R 20 ครั้ง/นาที น้ำหนัก 53.25 กิโลกรัม น้ำหนักลดลงจากเดิม 54.5 กิโลกรัม (28 ตุลาคม 2565) สูง 153.4 เซนติเมตร BMI 22.63 kg/m² ผู้ป่วยบอกว่าหลังให้ยาครั้งแรก 1 วัน รับประทานอาหารได้น้อย มีอาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ไม่อาเจียน ไม่มีไข้ มีอาการปวดเมื่อยตามตัว

ปัญหาที่พบต่อเนื่องและปัญหาที่พบใหม่ อาการปวดตามข้อ ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ

การพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยและคำแนะนำครอบครัว

1. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าอาการปวดตามข้อ ปวดเมื่อยตามตัว เกิดจากผลข้างเคียงของการรักษาทางเคมีบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยคลายกังวล
2. ประเมินลักษณะ อาการ ปวด ความรุนแรง และความถี่ของการปวด

3. จัดสิ่งแวดล้อมให้สุขสบาย สงบเรียบร้อย เพื่อสร้างบรรยากาศให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้
4. ให้อาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ Tramal 50 มิลลิกรัม 1 เม็ดรับประทานทุก 6 ชั่วโมง กรณีถ้ายังมีอาการปวดเมื่อยตามตัวมาก รายงานแพทย์เพื่อทำการรักษาต่อไปและติดตามผลทุกวัน

ประเมินผลหลังการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติเข้าใจสีหน้าสดชื่นขึ้น หลังให้อาแก้ปวดครั้งที่ 2 ไม่มีอาการผิดปกติสัญญาณชีพปกติอุณหภูมิร่างกาย 36.4 องศาเซลเซียส BP 112/68 mmHg P 76 ครั้ง/นาที R 20 ครั้ง/นาที ไม่มีอาการแน่นหน้าอก หน้าแดง

การเยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่ 10 พฤศจิกายน 2566 (มารับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 3)

เป้าหมายการเยี่ยม ติดตามอาการ

ประเมินสภาพผู้ป่วย

ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด ช่วยเหลือตัวเองได้ มีอ่อนเพลียเล็กน้อย อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส BP 116/64 mmHg P 72 ครั้ง/นาที R 20 ครั้ง/นาที น้ำหนัก 52.5 กิโลกรัม สูง 153.4 เซนติเมตร BMI 22.3 kg/m² ถ้ามตอบ พูดคุยกับพยาบาลได้ ผู้ป่วยบอกว่ามีอาการปวดเมื่อยตามตัวหลังให้อาแก้ปวด 1 วัน แพทย์ตรวจร่างกายและผลทางห้องปฏิบัติการให้อาแก้ปวดครั้งที่ 3 ได้พูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย ทบทวนการปฏิบัติตัว

ปัญหาที่พบต่อเนื่องและปัญหาที่พบใหม่ อาการเบื่ออาหาร มีอาการคลื่นไส้ รับประทานอาหารได้น้อยกว่าปกติ

การพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยและคำแนะนำครอบครัว

1. อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการได้รับสารอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายโดยเฉพาะขณะกำลังรักษา
2. แนะนำให้ญาติหาอาหารที่ผู้ป่วยชอบเพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น
3. ให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน
 - 3.1 จัดสิ่งแวดล้อมให้อากาศถ่ายเทได้สะดวกเพื่อให้มีการระบายอากาศและกำจัดกลิ่นต่างๆ
 - 3.2 แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยทำความสะอาดช่องปากทุกครั้งก่อนรับประทานอาหารเพื่อกำจัดกลิ่นเหม็นภายในช่องปากซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียน
 - 3.3 ให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคผ่อนคลาย เช่น การฟังเพลง การอ่านหนังสือ เพื่อบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน
 - 3.4 ควรให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่เป็นของแข็ง เช่น ขนมปังกรอบ ควรรับประทานครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง และควรจิบน้ำผลไม้ อมน้ำแข็ง ไม่ควรรับประทานอาหารรสจัด อาหารมัน และอาหารที่มีกลิ่นแรง
 - 3.5 ไม่ควรนอนราบหลังรับประทานอาหารอย่างน้อย 2 ชั่วโมง

3.6 แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารซ้ำๆ เคี้ยวอาหารให้ละเอียดเพื่อช่วยในการย่อยอาหารลดปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน

3.7 บันทึกการตวงน้ำดื่มและปัสสาวะเพื่อประเมินภาวะสมดุลของน้ำในร่างกาย

3.8 แนะนำการรับประทานยาแก้ อาเจียนตามแผนการรักษาของแพทย์

ประเมินผลหลังการพยาบาล

ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว หลังให้ยาเคมี ไม่มีอาการผิดปกติ สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส BP 110/72 mmHg P 74 ครั้ง/นาที R 20 ครั้ง/นาที มีอาการปวดเมื่อยตามตัวเล็กน้อย

การเยี่ยมครั้งที่ 5 วันที่ 24 พฤศจิกายน 2566 (มารับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 4)

เป้าหมายการเยี่ยม ติดตามอาการเพื่อมารับยาเคมี

ประเมินสภาพผู้ป่วย

ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด มีอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย มีคลื่นไส้ เบื่ออาหารไม่อาเจียน ไม่เหนื่อย อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส BP 122/80 mmHg P 88 ครั้ง/นาที R 20 ครั้ง/นาที น้ำหนัก 49.7 กิโลกรัม สูง 153.4 เซนติเมตร BMI 21.12 kg/m²

ปัญหาที่พบต่อเนืองและปัญหาที่พบใหม่

การพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยและคำแนะนำครอบครัว

1. แนะนำเรื่องความสะอาดของสุขภาพปากและฟันโดยแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ควรใช้แปรงสีฟันที่มีขนแปรงอ่อนนุ่ม บ้วนปากด้วยน้ำเกลือหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง และก่อนนอน จิบน้ำบ่อยๆ แนะนำเรื่องรับประทานยาแก้ อาเจียน และอมยาชาเพื่อลดการเจ็บแผลในปาก

2. แนะนำให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีโปรตีนสูง มีวิตามิน และธาตุเหล็ก ไม่รับประทานอาหารที่มีรสจัด เพราะจะทำให้ระคายเคืองเยื่อช่องปากมากขึ้น และงดผัก ผลไม้สด หรืออาหารที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ

3. แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัดหรือไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน เช่น มีไข้สูง โดยมียุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38 องศาเซลเซียส มีอาการหนาวสั่น เจ็บคอ เจ็บปากมากขึ้น หายใจลำบาก มีหอบเหนื่อย เจ็บแน่นหน้าอก ปัสสาวะแสบขัด ท้องเสีย ขาเท้าบวม อ่อนแรงมากขึ้น

4. แนะนำการพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง

ประเมินผลหลังการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการเบื่ออาหาร มีอาการคลื่นไส้ เมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ ไม่พบอาการผิดปกติ อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส BP 122/80 มิลลิเมตรปรอท P 88 ครั้ง/นาที R 20 ครั้ง/นาที

การเยี่ยมครั้งที่ 6 วันที่ 23 ธันวาคม 2565 (มาวางแผนการรักษาในการฉายรังสี)

เป้าหมายการเยี่ยม ประเมินความพร้อมก่อนการได้รับการฉายรังสี

ประเมินสภาพผู้ป่วย

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส BP 129/77 mmHg P76 ครั้ง/นาที R 20 ครั้ง/นาที น้ำหนัก 54.5 กิโลกรัม สูง 153.4 เซนติเมตร BMI 23.16 kg/m² มาตรวจตามนัดเพื่อวางแผนการรักษาด้วยการฉายรังสี แพทย์ตรวจร่างกาย ประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลเลือดปกติ ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล ซักถามการดูแลตนเองระหว่างฉายรังสี แพทย์วางแผนการฉายรังสี 16 ครั้ง ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาด้วยการฉายรังสี การปฏิบัติตัวก่อนและหลังฉายรังสี จำนวนครั้งของการฉายรังสี

ปัญหาที่พบต่อเนืองและปัญหาที่พบใหม่ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการฉายรังสี

การพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยและคำแนะนำครอบครัว

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย โดยการใช้คำพูดที่สุภาพ อ่อนโยน โดยการแนะนำตนเอง และบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจรวมทั้งเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ซักถามข้อสงสัย รับฟังด้วยความเข้าใจ พร้อมทั้งพูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความกังวลใจและยอมรับ พร้อมทั้งให้ความร่วมมือในการวางแผนการรักษา

2. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและสาเหตุของการเจ็บป่วยในครั้งนี้ รวมทั้งประเมินในเรื่องความรู้ความเข้าใจการรักษาด้วยการฉายรังสี

3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาของแพทย์ด้านรังสีรักษา ในขอบเขตของพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลและมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา

4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา โดยเป็นสื่อกลางให้กับทีมแพทย์รังสีรักษา ได้รับทราบถึงความต้องการการรักษาของผู้ป่วย เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพ

5. อธิบายให้ทราบถึงวิธีการขั้นตอนต่างๆ ในการเตรียมผู้ป่วย เพื่อการรักษาด้วยรังสีรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจพร้อมให้ความร่วมมือ

6. ให้คำแนะนำต่าง ๆ ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังฉายรังสี ในเรื่องของการเตรียมความสะอาดของร่างกายและจิตใจ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังฉายรังสี รวมทั้งให้เซ็นใบยินยอมเพื่อการรักษาในการฉายรังสี

7. ประเมินความรู้ความเข้าใจหลังฉายรังสี จากคำแนะนำที่กล่าวมา โดยการซักถามกลับหากผู้ป่วยยังไม่เข้าใจ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ และมั่นใจในการปฏิบัติตัวมากขึ้น และประเมินความรู้ความเข้าใจอีกครั้งจนผู้ป่วยเข้าใจถูกต้อง

ประเมินผลการพยาบาล

ภายหลังได้รับข้อมูลการรักษาด้วยการฉายรังสี รู้สึกคลายกังวลลง มีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังฉายรังสีมากขึ้น ผู้ป่วยบอกได้ถึงสาเหตุและอาการของโรคมะเร็งเต้านม และบอกได้ว่าแพทย์จะทำการรักษาด้วยการฉายรังสีเพื่อลดขนาดของก้อนก่อนการผ่าตัด พร้อมทั้งบอกถึงขั้นตอนต่างๆ ในการเตรียมตัวก่อนฉายรังสี และการปฏิบัติตัวภายหลังฉายรังสีได้ถูกต้อง

การเยี่ยมครั้งที่ 7 วันที่ 27 ธันวาคม 2565 (มารับการรักษาในการฉายรังสีครั้งที่ 1)

เป้าหมายการเยี่ยม ประเมินความพร้อมก่อนการได้รับการฉายรังสี และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน
ประเมินสภาพผู้ป่วย

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส BP 103/65 mmHg P 120 ครั้ง/นาที R 20 ครั้ง/นาที น้ำหนัก 48.4 กิโลกรัม สูง 153.4 เซนติเมตร BMI 20.57 kg/m² มาฉายรังสีครั้งที่ 1 มีสามีพามาฉายรังสี มีสีหน้าวิตกกังวล ผู้ป่วยซักถามช่วงเวลาในการฉายรังสี และการปฏิบัติตัวหลังการฉายรังสี

ปัญหาที่พบต่อเนืองและปัญหาที่พบใหม่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการฉายรังสี

การพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยและคำแนะนำครอบครัว

1. ทบทวนความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนได้รับการฉายรังสีบริเวณ แผลเต้านมขวา ดังนี้

- การฉายรังสีในแต่ละครั้งจะเหมือนการมาทำเอ็กซเรย์ที่โรงพยาบาล รังสีที่ฉายเป็น รังสีเอกซ์ ไม่ใช่รังสีความร้อน ดังนั้นจะไม่ทำให้รู้สึกร้อน ไม่มีอาการเจ็บปวดระหว่างการฉายรังสี

- การฉายรังสีจะฉายรังสีประมาณ 5 วันต่อสัปดาห์ (วันจันทร์- ศุกร์ เว้น วันหยุดราชการหรือวันนักขัตฤกษ์) ต้องมารับการฉายรังสีตามวันที่กำหนด เพื่อให้ผลการรักษามี ประสิทธิภาพ กรณีมีเหตุฉุกเฉินมาสามารถมารับการฉายรังสีได้ ควรแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบ

- ทุก ๆ สัปดาห์ผู้ป่วยจะได้รับการเจาะเลือด 1 ครั้ง และพบแพทย์ (เพื่อดูการตรวจ สุขภาพ ประเมินความพร้อมของการรักษา และภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา)

- ระหว่างฉายรังสี ผู้ป่วยต้องดูแลสุขภาพให้พร้อมรับประทานอาหารที่มี ประโยชน์ให้ครบ 5 หมู่ มีโปรตีนและพลังงานสูง (เพื่อคองน้ำหนักตัวให้คงที่ เพื่อให้ร่างกายพร้อมต่อ การรักษาและรับการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง

2. พุดคุย อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน หรืออาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจาก การฉายรังสี ทั้งผลข้างเคียงระยะสั้นที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ในระหว่างฉายรังสีบริเวณปอด ได้แก่ การอักเสบของเนื้อปอด (Radiation pneumonitis) ผู้ป่วยอาจมีอาการไอ หายใจสั้นลง เหนื่อยง่าย ขึ้นกว่าเดิม อาการจะทุเลาลงภายหลังฉายรังสี 3-6 เดือน การอักเสบของเยื่อหลอดอาหาร (Radiation esophagitis) ผู้ป่วยอาจมีอาการกลืนอาหารติด กลืนเจ็บ บางรายอาจถึงขั้นกลืน ลำบาก อาการจะทุเลาลงภายหลังการฉายรังสี 2-3 เดือน การอักเสบของผิวหนัง (Radiation dermatitis) ผิวหนังจะแดง คล้ำเป็นแผลง่ายในบริเวณที่ฉายรังสี อาการจะดีขึ้นภายหลังการฉายรังสี 2-3 เดือน ซึ่งภาวะแทรกซ้อนต่อผิวหนัง รังสีจะทำปฏิกิริยาต่อผิวหนัง ผู้ป่วยควรดูแลตนเอง ดังนี้

2.1 ดูแลผิวหนังบริเวณที่ได้รับการฉายรังสี ให้แห้งและสะอาดอยู่เสมอ เมื่อเกิดการ เปียกชื้น มีเหงื่อ ให้ใช้ผ้านุ่มๆ ซับเบาๆ

2.2 บริเวณผิวหนังที่ไม่ได้รับการฉายรังสี สามารถอาบน้ำได้ตามปกติ ส่วนในบริเวณ ที่ฉายรังสี ให้อาบน้ำด้วยความระมัดระวัง ดังนี้

2.2.1 อาบน้ำอุณหภูมิปกติ ไม่ให้อาบน้ำอุ่นจัดหรือเย็นจัด

2.2.2 อาบน้ำด้วยวิธีตักอาบ ให้น้ำราดผ่านผิวหนังเบาๆ ไม่ให้ขัดถูโดยเด็ดขาด กรณีอาบฝักบัวต้องระวัง ไม่ให้น้ำกระทบผิวหนังแรงจนเกินไป หลังอาบน้ำให้ใช้ผ้านุ่ม ๆ ซับให้แห้ง (งดการขัดถูบริเวณทรวงอก)

3. สวมเสื้อผ้าหลวมๆ เนื้อผ้าอ่อนนุ่ม ระบายอากาศได้ดี ควรใส่เสื้อกล้าม คอกว้างแทน

4. ไม่สวมเครื่องประดับขณะฉายรังสี

5. ให้ผู้ป่วยสังเกตผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี (สัปดาห์ที่ 2) และแจ้งแพทย์หรือพยาบาลทราบทันที หากบริเวณฉายรังสีมีอาการผิดปกติ เช่น ปวด บวม แดง ร้อน หรือเป็นแผล

6. การเปลี่ยนแปลงบริเวณที่ฉายรังสี ในระหว่างสัปดาห์ที่ 1-3 ไม่มีอาการผิดปกติ สัปดาห์ที่ 4-5 ผิวหนังจะมีสีแดงคล้ำ ผิวแห้งเป็นขุย หรือรู้สึกคัน ควรดูแลผิวหนังให้แห้งและสะอาดอยู่เสมอ ในระหว่างสัปดาห์ที่ 6 ผิวหนังจะมีสีคล้ำขึ้น จะมองเห็นรูขุมขนเป็นจุดๆ ในระยะนี้ ไม่ควรถูกแสงแดดจัด เพราะจะทำให้เกิดอาการแสบร้อนได้

7. แนะนำดื่มน้ำบ่อยๆ เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นโดยดื่มน้ำวันละ 2-3 ลิตร

8. การรับประทานอาหารระหว่างการรับการรักษาด้วยการฉายรังสี

8.1 ควรรับประทานอาหารอ่อน ลื่น กลืนง่าย

8.2 ดื่มนม น้ำผลไม้ น้ำหวานเสริมระหว่างมื้อ (ไม่หวานจัด เนื่องจากผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน)

8.3 หลีกเลี่ยงอาหารที่จะทำให้เกิดอาการระคายเคืองต่อเยื่อหลอดอาหาร เช่น อาหารร้อนจัด หรือเย็นจัด อาหารเผ็ด รสจัด เหนียว น้ำอัดลม เป็นต้น

8.4 งดอาหารทอด อาหารมัน อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการไอเพิ่มขึ้นได้

9. ควรบริหารปอด เพื่อเพิ่มสมรรถภาพของปอด โดยปฏิบัติดังนี้ วางมือสองข้างที่ชายโครงด้านข้างเหนือเอว เริ่มด้วยการหายใจออกให้สุด แล้วหายใจเข้าช้าๆ ทางจมูก เพื่อให้ท้องป่องออกมาให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ กลั้นหายใจไว้สักครู่หนึ่ง หายใจออกทางปากช้า ๆ สังเกตว่าซี่โครงยุบตัวลง ให้แก้มท้องเข้าเต็มทีจนกระทั่งสุดลมหายใจ ทำซ้ำอีก 4 ครั้ง การบริหารปอด ควรทำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ไม่พบอาการข้างเคียงจากการฉายรังสี สามารถตอบคำถามการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ไม่มีปัญหาการเดินทาง สามีพามาฉายรังสีทุกวัน

การเยี่ยมครั้งที่ 8 วันที่ 19 มกราคม 2566 (มารับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 12)

เป้าหมายการเยี่ยม ติดตามอาการ วางแผนจำหน่ายหลังฉายรังสีครบ

ประเมินสภาพผู้ป่วย

ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด มีอ่อนเพลียเล็กน้อย อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส BP 125/85 mmHg P 88 ครั้ง/นาที R 20 ครั้ง/นาที น้ำหนัก 49.9 กิโลกรัม สูง 153.4 เซนติเมตร BMI

21.15 kg/m² ประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Wbc=3,230 cell/cu.mm ANC=2,740 cell/cu.mm (ผลเลือดเดิมของวันที่ 16 มกราคม 2566) แพทย์ตรวจร่างกายให้ยาเคมีได้ ผู้ป่วยมาฉายรังสีครั้งสุดท้าย ผู้ป่วยซักถามการดูแลตนเองหลังฉายรังสีครบ การตรวจติดตามตามนัด

ปัญหาที่พบต่อเนื่องและปัญหาที่พบใหม่ พร่องความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังฉายรังสีและเคมีครบ

การพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยและคำแนะนำครอบครัว

1. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน หรืออาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นหลังการฉายแสง เช่น การอักเสบของผิวหนัง (Radiation dermatitis) ผิวหนังจะแดง คล้ำเป็นแผลง่ายในบริเวณที่ฉายรังสี อาการจะดีขึ้นภายหลังการฉายรังสี 2-3 เดือน ซึ่งภาวะแทรกซ้อนต่อผิวหนัง รังสีจะทำปฏิกิริยาต่อผิวหนัง ผู้ป่วยควรดูแลตนเอง ดังนี้

1.1 การดูแลผิวหนังบริเวณที่ได้รับการฉายรังสี ให้แห้งและสะอาดอยู่เสมอ เมื่อเกิดการเปื่อยขึ้น มีเหงื่อ ให้ใช้ผ้านุ่มๆ ซับเบาๆ

1.2 บริเวณผิวหนังที่ไม่ได้รับการฉายรังสี สามารถอาบน้ำได้ตามปกติ ส่วนในบริเวณที่ฉายรังสี ให้อาบน้ำด้วยความระมัดระวัง ดังนี้

1.3 อาบน้ำอุณหภูมิปกติ ไม่ให้อาบน้ำอุ่นจัดหรือเย็นจัด อาบน้ำด้วยวิธีตักอาบ ให้น้ำราดผ่านผิวหนังเบา ๆ ไม่ให้ขัดถูโดยเด็ดขาด กรณีอาบน้ำฝักบัวต้องระวัง ไม่ให้น้ำกระทบผิวหนังแรงจนเกินไป หลังอาบน้ำให้ใช้ผ้านุ่ม ๆ ซับให้แห้ง (งดการขัดถูบริเวณทรวงอก)

2. สวมเสื้อผ้าหลวม ๆ เนื้อผ้าอ่อนนุ่ม ระบายอากาศได้ดี ควรใส่เสื้อกล้าม คอกกว้างแทน

3. แนะนำดื่มน้ำบ่อย ๆ เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นโดยดื่มน้ำวันละ 2-3 ลิตร

4. การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์โปรตีนสูง เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกาย

5. แนะนำการตรวจติดตามตามนัดของแพทย์

6. ทบทวนเน้นย้ำการเฝ้าระวังการติดเชื้อจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ

7. แนะนำเรื่องการการพักผ่อนการรับประทานอาหารสุกสะอาดใหม่ การใส่แมส การล้างมือ

8. ทบทวนเน้นย้ำการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล

ประเมินผลหลังการพยาบาล

หลังให้ยาเคมีครั้งที่ 12 และฉายรังสีครบ ไม่มีอาการผิดปกติ สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส BP 113/73 mmHg P 86 ครั้ง/นาที R 20 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยสามารถทบทวนการปฏิบัติตัวหลังให้คำแนะนำเมื่อกลับบ้านได้อย่างถูกต้อง

การเยี่ยมครั้งที่ 9 วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566

เป้าหมายการเยี่ยม เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด

ประเมินสภาพผู้ป่วย

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีช่วยเหลือตัวเองได้ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส BP 143/98 mmHg P 92 ครั้ง/นาที R 20 ครั้ง/นาที น้ำหนัก 52.60 กิโลกรัม สูง 153.4 เซนติเมตร BMI 23.16 kg/m²

มาตรวจตามนัดเพื่อวางแผนการรักษาด้วยผ่าตัด แพทย์ตรวจร่างกายประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลเลือดสามารถผ่าตัดได้ ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล ซักถามการดูแลตนเองก่อนการผ่าตัด แพทย์วางแผนการผ่าตัด (Salvage mastectomy with Transverse Rectus Abdominis Musculocutaneous flap coverage) วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด

ปัญหาที่พบต่อเนื้อและปัญหาที่พบใหม่ วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

การพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยและคำแนะนำครอบครัว

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย โดยการใช้คำพูดที่สุภาพ อ่อนโยน โดยการแนะนำตนเองและบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจรวมทั้งเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ซักถามข้อสงสัย รับฟังด้วยความเข้าใจ พร้อมทั้งพูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความกังวลใจและยอมรับ พร้อมทั้งให้ความร่วมมือในการวางแผนการรักษา
2. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและสาเหตุของการเจ็บป่วยในครั้งนี้ รวมทั้งประเมินในเรื่องความรู้ความเข้าใจในวิธีการผ่าตัดและแผนการระงับความรู้สึก ที่จะได้รับ
3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาของแพทย์การระงับความรู้สึกของวิสัญญีแพทย์ ในขอบเขตของพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลและมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา
4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาโดยเป็นสื่อกลางให้กับทีมแพทย์วิสัญญีแพทย์ ได้รับทราบถึงความต้องการการรักษาของผู้ป่วย เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพ
5. อธิบายให้ทราบถึงวิธีการขั้นตอนต่าง ๆ ในการเตรียมผู้ป่วย เพื่อการทำผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจพร้อมให้ความร่วมมือ
6. ให้คำแนะนำต่างๆในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ในเรื่องของการเตรียมความสะอาดของร่างกายการเตรียมความสะอาดเฉพาะที่ การงดน้ำงดอาหารก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง รวมทั้งแนะนำการประเมินระดับการปวดแผลภายหลังผ่าตัด โดยใช้คะแนนความเจ็บปวด (ระดับ Pain score 1-10) เป็นเกณฑ์การประเมิน พร้อมทั้งแนะนำการบริหารร่างกายภายหลังทำผ่าตัดการไออย่างถูกวิธี การหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังได้รับการระงับความรู้สึก รวมทั้งให้เซ็นใบยินยอมเพื่อการรักษาในการทำผ่าตัด

ประเมินผลหลังการพยาบาล

ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น บอกว่าภายหลังได้รับข้อมูลการผ่าตัดรู้สึกคลายกังวลลง มีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดมากขึ้น

การเยี่ยมครั้งที่ 10 วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2566

เป้าหมายการเยี่ยม ติดตามอาการหลังผ่าตัด (Salvage mastectomy with Transverse Rectus Abdominis Musculocutaneous flap coverage)

ประเมินสภาพผู้ป่วย

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง มีแผลที่เต้านมขวา ปิด Microspore ไว้ ไม่มีเลือดซึม มี Jackson Drain (JD) 1 สาย มี Content ก้นขวด มีแผลที่หน้าท้อง ไม่มีเลือดซึม มี Jackson Drain (JD) 1 สาย JD มี Content ก้นขวด ใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ผู้ป่วยมีสีหน้าไม่สดชื่น ปวดบริเวณแผลผ่าตัด Pain score = 4 คะแนน

ปัญหาที่พบต่อเนืองและปัญหาที่พบใหม่ ปวดแผลผ่าตัด Pain Score = 4 คะแนน

การพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยและคำแนะนำครอบครัว

1. ให้คำแนะนำให้ผู้ป่วย Breathing Exercise ให้หายใจเข้าออกช้าๆ ลึกๆ เพื่อลดอาการปวดแผล
2. ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการประคบแผลด้วยมือ หรือหมอนขณะที่มีอาการไอ พลิกตะแคงตัวและมีกิจกรรม เพื่อลดอาการปวดแผล
3. ดูแลสายระบายไม่ให้ตึงรั้งแผลของผู้ป่วย และไม่ให้สายหักพับงอ เพื่อลดความระคายเคืองต่อแผล
4. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ Morphine 4 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำช้าๆ เวลาปวด ทุก 3 ชั่วโมง พร้อมทั้ง สังเกตอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน การหายใจช้าลงกว่าปกติ และประเมิน Sedation score หลังรับยาแก้ปวด
5. จัดท่าไขหัวเตียงสูง ยกปลายเท้าสูง เพื่อลดอาการตึงบริเวณหน้าท้อง

ประเมินผลหลังการพยาบาล

หลังได้รับยาแก้ปวด ไม่มีอาการข้างเคียงของยา สามารถนอนหลับพักผ่อนได้

การเยี่ยมครั้งที่ 11 วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566

เป้าหมายการเยี่ยม ติดตามอาการหลังผ่าตัด

ประเมินสภาพผู้ป่วย

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง มีแผลที่เต้านมขวา ปิด Microspore ไว้ ไม่มีเลือดซึม มี Jackson Drain (JD) 1 สาย มี Content ก้นขวด มีแผลที่หน้าท้อง ไม่มีเลือดซึม มีแผลที่หน้าท้อง ไม่มีเลือดซึม มี Jackson Drain (JD) 1 สาย JD มี Content ก้นขวด ใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น ปวดแผลผ่าตัดลดลง Pain score 2 คะแนน อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส BP 123/98 mmHg P 92 ครั้ง/นาที R 20 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยซักถามเกี่ยวกับการออกกำลังกายแขนด้านผ่าตัด

ปัญหาที่พบต่อเนืองและปัญหาที่พบใหม่ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะข้อไหล่ติดหลังผ่าตัด

การพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยและคำแนะนำครอบครัว

1. แนะนำให้ผู้ป่วยเริ่มบริหารข้อไหล่ 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัดหรือเมื่อรู้สึกตัวแล้ว ควรเริ่มจากการทำกิจวัตรประจำวันก่อนเช่น ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม แล้วเริ่มทำบริหาร ได้แก่ ทำไต่ผนัง ทำแกว่ง แขนเป็นวงกลม ทำดึงเชือกขึ้นลง ทำแกว่งเชือกเป็นวงกลม เป็นต้น การบริหารไม่จำเป็นต้องมี

กำแพงหรือเชือก ผู้ป่วยสามารถบริหารบนเตียง โดยยกแขนทำไต่ผนังกำแพงกับอากาศ ทั้งนี้ การบริหารต้องไม่ยึดหลักหักโหม ค่อย ๆ เพิ่มในวันต่อ ๆ ไป

2. อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการบริหารแขนและข้อไหล่ พร้อมกับให้ซักถามปัญหาต่าง ๆ

ประเมินผลหลังการพยาบาล

ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเกี่ยวกับการบริหารข้อไหล่และแขน

การเยี่ยมครั้งที่ 12 วันที่ 2 มีนาคม 2566

เป้าหมายการเยี่ยม ติดตามอาการหลังผ่าตัด วางแผนจำหน่าย

ประเมินสภาพผู้ป่วย

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง มีแผลที่เต้านมขวา ปิด Micropore ไว้ ไม่มีเลือดซึม มี Jackson drain 1 สาย มี Content ก้นขวด มีแผลที่หน้าท้อง ไม่มีเลือดซึม มี Jackson drain content ก้นขวด ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น ปวดแผลผ่าตัดลดลง Pain score 2 คะแนน อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส BP 123/98 mmHg P 92 ครั้ง/นาที R 20 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยซักถามการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การดูแลแผลผ่าตัด การดูแลสายระบาย และการมาตรวจตามนัด

ปัญหาที่พบต่อเนื่องและปัญหาที่พบใหม่ พร่องความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

การพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยและคำแนะนำครอบครัว

1. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงพยาธิสภาพที่เกี่ยวข้องกับอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยรวมถึงโรคประจำตัว

2. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมสะอาดและปลอดภัยกับผู้ป่วย เนื่องจากอาจเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายและควรมีคนดูแลเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

3. แนะนำเรื่องการดูแลแผลผ่าตัด ระวังไม่ให้ผ้าปิดแผลหลุด หากหลุด มีสิ่งคัดหลั่งบริเวณแผล หรือแผลเปียกน้ำ ต้องไปทำแผลที่สถานบริการใกล้บ้าน

4. อาการปวด ถ้าปวดแผลให้รับประทานยาแก้ปวด ตามแผนการรักษา และเบี่ยงเบนความปวดด้วยการทำสมาธิ ทำจิตใจให้สงบ

5. หลีกเลี่ยงการใช้แขนข้างทำผ่าตัดยกหรือลากของหนัก การยกของหนักไม่เกิน 2 กิโลกรัม สามารถทำได้หลังผ่าตัดประมาณ 6 สัปดาห์

6. แนะนำให้มาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง และสามารถมาก่อนนัดได้การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ไข้ แผลมีหนองอักเสบ เจ็บมาก มีก้อนแข็งในเต้านมหรือบริเวณรักแร้ไหลปาร้ำ การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณเต้านมไปจากลักษณะเดิม เต้านมมีขนาดและรูปร่างเปลี่ยนไปมี อาการ ปวด แดงร้อน และชามากเมื่อมีอาการเช่นนี้ต้องรีบมาพบแพทย์

7. หลีกเลี่ยงการฉีดยา เจาะเลือดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ วัดความดันโลหิต บริเวณแขนข้างที่รับการผ่าตัด

8. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสาย Jackson drain เมื่อกลับบ้าน ดังนี้

1. สอนการเท และ Record drain ทุกวันวันละ 1 ครั้ง ควรเป็นเวลาเดียวกัน โดยหาถ้วยเทแล้วใช้ Syringes ดูดูปริมาณ และจดบันทึกลงแบบฟอร์ม
2. สอนวิธีเปิดขวดระบาย และการบีบก่อนปิดจุกเพื่อให้เป็นสุญญากาศ
3. สอนการ Milking เพื่อป้องกันสายอุดตัน
4. นำแบบฟอร์มจดบันทึกมาโรงพยาบาลด้วยเมื่อถึงวันนัด

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยสามารถทบทวนการปฏิบัติตัวหลังให้คำแนะนำเมื่อกลับบ้านได้อย่างถูกต้อง

การโทรศัพท์เยี่ยมติดตามครั้งที่ 2 วันที่ 10 มีนาคม 2566

เป้าหมายการเยี่ยม ติดตามอาการ

ประเมินสภาพผู้ป่วย

ผู้ป่วยยังมีอาการปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย แผลไม่มีเลือดหรือ Discharge ซึม On Jackson drain ออกน้อยวันละประมาณ 5-10 ซีซี ไม่มีข้อไหลตืดแขนขม ทำทำการบริหารแขนได้ทุกวัน ทานอาหารได้ มีอ่อนเพลียเล็กน้อย ช่วยเหลือตัวเองได้ดี หลับได้เป็นพักๆ และไม่มีอาการผิดปกติอื่น ๆ ที่รุนแรง

ปัญหาที่พบต่อเนื่องและปัญหาที่พบใหม่ ปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย

การพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยและคำแนะนำครอบครัว

1. ทบทวนคำแนะนำเกี่ยวกับการบริหารแขน
2. การรับประทานอาหาร
3. การรับประทานยาแก้ปวด
4. การมาตรวจตามนัด

การพยาบาล

สรุปปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและการพยาบาลในการรักษาด้วยเคมีบำบัด

สูตรยาเคมีที่ผู้ป่วยรายนี้ได้รับ

1.สูตรยา Paclitaxel ทุก 1 สัปดาห์ จำนวน 12 ครั้ง เริ่มให้ยาครั้งแรก 28 ตุลาคม 2565 ให้เคมีบำบัดครบ 19 มกราคม 2566

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยเคมีบำบัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 พร่องความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เกิดภาวะ Infusion Reaction จากการได้รับยาเคมีบำบัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ไม่สุขสบายจากอาการปวดตามข้อ ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 มีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากได้รับสารอาหารไม่

เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเมื่อกลับบ้านหลังได้รับเคมีบำบัดครบ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยเคมีบำบัด (พบปัญหาระหว่างวันที่ 28 ตุลาคม 2565 ถึงวันที่ 19 มกราคม 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data : ผู้ป่วยสอบถาม การเตรียมตัวก่อนเคมีบำบัด วิธีการให้ยาเคมีบำบัด และภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาเคมีบำบัด

Objective data : ผู้ป่วยสีหน้าไม่สดชื่น

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลงและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังให้ยาเคมีบำบัด

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น บอกว่าคลายกังวลลง
2. ผู้ป่วยสามารถบอกสาเหตุของภาวะที่เป็นอยู่ได้ พร้อมทั้งเข้าใจในแผนการรักษาของแพทย์
3. ผู้ป่วยสามารถบอกการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการให้ยาเคมีบำบัดได้ถูกต้อง

ระบบการพยาบาลที่ใช้ ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing System)

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย โดยการใช้คำพูดที่สุภาพ อ่อนโยน โดยการแนะนำตนเองและบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจรวมทั้งเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกซักถามข้อสงสัย รับฟังด้วยความเข้าใจ พร้อมทั้งพูดคุยกุยปลอบโยนให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความกังวลใจและยอมรับ พร้อมทั้งให้ความร่วมมือในการวางแผนการรักษา

2. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและสาเหตุของการเจ็บป่วยในครั้งนี้ รวมทั้งประเมินในเรื่องความรู้ความเข้าใจการรักษาด้วยเคมีบำบัด

3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาของแพทย์ด้านเคมีบำบัด ในขอบเขตของพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลและมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา

4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาโดยเป็นสื่อกลางให้กับทีมแพทย์วิสัญญีแพทย์ ได้รับทราบถึงความต้องการการการรักษาของผู้ป่วย เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพ

5. อธิบายให้ทราบถึงวิธีการขั้นตอนต่างๆ ในการเตรียมผู้ป่วย เพื่อการรักษาด้วยเคมีบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจพร้อมให้ความร่วมมือ

6. ให้คำแนะนำต่างๆในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังให้เคมีบำบัด ในเรื่องของการเตรียมความสะอาดของร่างกายและจิตใจ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด รวมทั้งให้เซ็นยินยอมเพื่อการรักษาในการให้ยาเคมีบำบัด

7. ประเมินความรู้ความเข้าใจหลังหลังให้ยาเคมีบำบัด จากคำแนะนำที่กล่าวมา โดยการซักถามกลับหากผู้ป่วยยังไม่เข้าใจ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ และมั่นใจในการปฏิบัติตัวมากขึ้น และประเมินความรู้ความเข้าใจอีกครั้งจนผู้ป่วยเข้าใจถูกต้อง

ประเมินผลการพยาบาล วันที่ 19 มกราคม 2566

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น บอกว่าภายหลังได้รับข้อมูลการด้วยเคมีบำบัดรู้สึกคลายกังวลลง มีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังเคมีบำบัดมากขึ้น
2. ผู้ป่วยบอกได้ถึงสาเหตุและอาการของโรคมะเร็งเต้านม และบอกได้ว่าแพทย์จะทำการรักษาด้วยเคมีบำบัดเพื่อลดขนาดของก้อนก่อนการผ่าตัด พร้อมทั้งบอกถึงขั้นตอนต่างๆ ในการเตรียมตัวก่อนเคมีบำบัดและการปฏิบัติตัวภายหลังเคมีบำบัดได้ถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 พร่องความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (พบปัญหาระหว่างวันที่ 28 ตุลาคม 2565 ถึงวันที่ 19 มกราคม 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data: ผู้ป่วยซักถามเรื่องโรคและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดของการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน

Objective data: ผู้ป่วยได้รับการให้ยาเคมีบำบัดสูตรPaclitaxelทุก 1สัปดาห์

เป้าหมายการพยาบาล

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาเคมี
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนได้รับการรักษาและระหว่างการรักษา
2. ผู้ป่วยมีความเข้าใจในขั้นตอนการรักษาและให้ความร่วมมือในการรักษา

ระบบการพยาบาลที่ใช้ ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing System)

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงพยาธิสภาพที่เกี่ยวข้องกับอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย แนวทางการรักษา เป้าหมายของการรักษา ยาที่จะใช้และวิธีการใช้ยา ระยะเวลาที่ให้ยา และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนให้คำแนะนำเรื่องการดูแลตนเองเพื่อลดผลข้างเคียงของยา และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ
2. อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบขั้นตอนในการรับยาเคมีเพื่อความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและให้ความร่วมมือในการรับการรักษาอย่างเหมาะสม

3. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวิธีปฏิบัติตนขณะได้รับยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำ เพื่อความเข้าใจที่ถูกต้อง และความร่วมมือในการรักษา โดย

- ไม่ควรเคลื่อนไหวบริเวณที่ได้รับยาให้ยาโดยไม่จำเป็น
- หากมีปัญหาในขณะที่ได้รับยาให้กดกริ่งหรือสัญญาณเรียกพยาบาล
- สังเกตบริเวณที่ทายาว่ามีการอักเสบติดเชื้อหรือไม่ เช่น บวม แดง เป็นผื่น เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

- สังเกตบริเวณที่ให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำว่ามีการรั่วซึมของยาหรือไม่ โดยผู้ป่วยจะรู้สึกปวดแสบ ร้อน หากมีการรั่วซึมของยา รายงานแพทย์และหาแนวทางแก้ไข

- แนะนำการทำจิตใจให้สบายและพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ เพื่อความแข็งแรงของร่างกายในการเตรียมตัวเพื่อรับยา

- แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีแคลอรีและโปรตีนสูง
- แนะนำผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ ประมาณ 2,000 - 3,000 มิลลิลิตรต่อวัน

4. ดูแลพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกและซักถามปัญหา
ประเมินผลการพยาบาล วันที่ 19 มกราคม 2566

1. ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาและสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมในระหว่างการรักษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เกิดภาวะ Infusion Reaction จากการได้รับยาเคมีบำบัดสูตร Paclitaxel ครั้งที่ 1 (พบปัญหาระหว่างวันที่ 28 ตุลาคม 2565 ถึงวันที่ 28 ตุลาคม 2565)

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data: ผู้ป่วยบอกรู้สึกแน่นหน้าอก

Objective data :

1. ผู้ป่วยได้รับยา Paclitaxel เป็นครั้งแรก (28/10/65) เป็นยาในกลุ่มที่ทำให้เกิด Infusion reaction ซึ่งอาจพบอาการข้างเคียงต่อร่างกาย คือ อาจเกิดการแพ้และการเกิดปฏิกิริยาภูมิไวเกินหลังจากได้รับยา (Anaphylaxis and Infusion reaction)

2. ผู้ป่วยมีอาการหน้าแดง แน่นหน้าอก BP 121/77 mmHg P90 /min R 20 ครั้ง ต่อนาที ออกซิเจน 97 %

เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่ได้รับอันตรายถึงชีวิตจากภาวะ Infusion reaction

ระบบการพยาบาลที่ใช้ ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system)

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการของภาวะ Infusion reaction เช่น เหงื่อออกมาก ใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจไม่ออก หน้าแดง มีผื่น ความดันโลหิตต่ำ
2. สัญญาณชีพก่อนให้ยา ระหว่างให้ยาและหลังจากให้ยาเคมีบำบัดอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. หากเกิดภาวะ Infusion reaction สามารถที่จะจัดการและช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้งที่

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความพร้อมของร่างกายและจิตใจ พร้อมทั้งประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยเคมีบำบัด
2. พยาบาลให้ข้อมูลโดยให้คำแนะนำ อธิบายเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัว อาการข้างเคียง การดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการข้างเคียง พร้อมแจกคู่มือการดูแลตนเองเกี่ยวกับยาเคมีบำบัด
3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาเคมีที่ได้รับ สูตรยาที่ได้รับ จำนวนครั้งที่ให้ วันที่ให้ ขั้นตอน วิธีการรักษาและอาการข้างเคียง ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการใช้ยาเคมีบำบัด รวมถึงอาการข้างเคียงเมื่อกลับบ้าน
4. ชักประวัติการแพ้ยาโดยสอบถามจากผู้ป่วยและตรวจสอบจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย
5. ดูแลให้รับยา Pre-medication ตามแผนการรักษาก่อนให้ยาเคมี 30 นาที ได้แก่ Ondansetron 8 mg, Dexamethasone 4 mg ,Piriton 10 mg ทางหลอดเลือดดำ และรับประทานยา Benadryl 2 cap
6. วัดสัญญาณชีพก่อนให้ยา และขณะให้ยาเคมีทุก 15 นาที เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วย
7. ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติ เพื่อให้รีบแจ้งพยาบาล ได้แก่ เหงื่อออกมาก ใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจไม่ออก หน้าแดง มีผื่น
8. บริหารยา Paclitaxel 120 mg in NSS 100 ml ทางหลอดเลือดดำผ่าน Infusion pump นาน 1 ชั่วโมง
9. ประเมินและสังเกตอาการของผู้ป่วยขณะบริหารยาเคมีอย่างใกล้ชิด เช่น การหายใจ เจ็บหน้าอก ความดันโลหิตต่ำ ติดตามประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนยาครบ
10. เตรียมอุปกรณ์ช่วยเหลือให้พร้อมขณะให้ยาเคมีบำบัด เช่น รถ Emergency และออกซิเจน
11. การพยาบาลเมื่อเกิดภาวะ Infusion Reaction
 - 11.1 หยุดยาทันทีที่ประเมินได้
 - 11.2 อยู่กับผู้ป่วย เรียกทีมให้เข้าช่วยทันที
 - 11.3 รักษาทางระบบไหลเวียนไว้ โดยให้ 0.9% Normal saline
 - 11.4 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ Oxygen cannula 3 lit/min
 - 11.5 รายงานแพทย์และให้ยาตามแผนการรักษา

11.6 ประเมินสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่องจนเท่ากับข้อมูลสัญญาณชีพเบื้องต้นที่เป็นพื้นฐาน กรณีที่สัญญาณชีพกลับเข้าสู่ภาวะปกติ ปรีกษาแพทย์ถึงความเป็นไปได้ของการเริ่มบริหารยาใหม่

11.7 ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการติดตามอาการที่เกิดขึ้น และความเป็นไปได้ในการเริ่มยาใหม่

11.8 เมื่อมีการเริ่มการให้ยาใหม่ พยาบาลควรตรวจสอบเวลายาที่ผสมว่ายังอยู่ในระยะเวลาที่สามารถใช้ได้หรือไม่ การเก็บรักษาเมื่อผู้ป่วยมีอาการมีการปนเปื้อนของยาหรือไม่ การให้ Pre-medication การเริ่มบริหารยาอย่างช้า ๆ และประเมินอาการอย่างใกล้ชิด การเตรียมพร้อมของยาอุปกรณ์ช่วยฉุกเฉินภายหลังได้ใช้ไปแล้ว

11.9 บันทึกยาที่ให้และการตอบสนองของผู้ป่วยต่อยาที่ให้ในบันทึกทางการพยาบาล

11.10 รายงานทีมการดูแล ทีมเภสัชกร เพื่อประสานข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดภาวะ Infusion reaction เพื่อเฝ้าระวัง และหาแนวทางแก้ไขในการให้ยาคั้งถัดไป

ประเมินผลการพยาบาล วันที่ 28 ตุลาคม 2565

ผู้ป่วยให้ยา Paclitaxel เป็นครั้งแรก 28/10/65 หลังได้รับยา 24.7 ml Rate 120 ml/hr ผู้ป่วยมีอาการหน้าแดง แขนงหน้าอก สัญญาณชีพ BP 121/77 mmHg P90 /min R 20 ครั้งต่อนาที ออกซิเจน 97 % หยุดยาเคมีบำบัด รายงานแพทย์ให้ Dexa 8 mg ,Piriton 1 amp ทางหลอดเลือดดำ หลังให้ยาอาการทั่วไปดีขึ้น สังเกตอาการและการเปลี่ยนแปลงต่ออีก 1 ชั่วโมง ไม่มีอาการแน่นหน้าอกและสามารถให้ยาเคมีบำบัดจนครบ โดยลดRatช้าลงเป็น 60 ml/hr

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ไม่สุขสบายจากอาการปวดตามข้อ ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ

(พบปัญหาระหว่างวันที่ 31 ตุลาคม 2565 ถึงวันที่ 19 มกราคม 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data : ผู้ป่วยบอกว่าปวดตามข้อ และปวดเมื่อยตามตัว หลังให้ยาเคมีวันที่ 3

Objective data : ผู้ป่วยสีหน้าไม่สดชื่น ผู้ป่วยได้รับยา Paclitaxel 120 mg

เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น และสามารถพักผ่อนได้

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยสุขสบาย ไม่มีอาการปวดตามข้อ ปวดเมื่อยตามตัวหลังจากให้ยาเคมี

ระบบการพยาบาลที่ใช้ ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system)

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าอาการปวดตามข้อ ปวดเมื่อยตามตัว เกิดจากผลข้างเคียงของการรักษาทางเคมีบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยคลายกังวล

2. ประเมินลักษณะ อาการ ปวด ความรุนแรง และความถี่ของการปวด

3. จัดสิ่งแวดล้อมให้สุขสบาย สงบเรียบร้อย เพื่อสร้างบรรยากาศให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้

4. ให้อาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ Tramal 50 มิลลิกรัม 1 เม็ดรับประทานทุก 6 ชั่วโมง กรณีถ้ายังมีอาการปวดเมื่อยตามตัวมาก รายงานแพทย์เพื่อทำการรักษาต่อไปและติดตามผลทุกวัน

ประเมินผลการพยาบาล วันที่ 19 มกราคม 2566

ผู้ป่วยบอกว่าอาการปวดเมื่อยตามตัวลดลง หลังจากให้อาแก้ปวด Tramadol 50 มิลลิกรัม 1 เม็ดรับประทานทุก 6 ชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 มีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย (พบปัญหาหาระหว่างวันที่ 28 ตุลาคม 2565 ถึงวันที่ 19 มกราคม 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data: ผู้ป่วยบอกว่ามีอาการเบื่ออาหาร มีอาการคลื่นไส้ รับประทานอาหารได้น้อยกว่าปกติ

Objective data : ผู้ป่วยน้ำหนักลดหลังให้อาแก้ปวดจาก 54.5 กิโลกรัม เหลือ 49.7 กิโลกรัม (28 ตุลาคม 2565 -24 พฤศจิกายน 2565)

เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เพื่อบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ตามปกติ
2. ผู้ป่วยสามารถบอกสาเหตุของภาวะที่เป็นอยู่ได้ พร้อมทั้งเข้าใจในแผนการรักษาของแพทย์
3. ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และเบื่ออาหารลดลง

ระบบการพยาบาลที่ใช้ ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing System)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน และอาการเบื่ออาหารเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาล

2. อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการได้รับสารอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยเฉพาะขณะกำลังรักษา

3. ให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน

3.1 จัดสิ่งแวดล้อมให้อากาศถ่ายเทได้สะดวกเพื่อให้มีการระบายอากาศและกำจัดกลิ่นต่าง ๆ

3.2 แนะนำให้ผู้ป่วยทำความสะอาดช่องปากทุกครั้งที่อาเจียนเพื่อกำจัดกลิ่นเหม็นภายในช่องปากซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียน

3.3 ให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคผ่อนคลาย เช่น การฟังเพลง การอ่านหนังสือ เพื่อบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน

3.4 แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารช้า ๆ เคี้ยวอาหารให้ละเอียดเพื่อช่วยในการย่อยอาหารลดปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียน

3.5 ควรให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่เป็นของแข็ง เช่น ขนมปังกรอบ รับประทานครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง และควรจิบน้ำผลไม้ อมน้ำแข็ง ไม่ควรรับประทานอาหารรสจัด อาหารมัน และอาหารที่มีกลิ่นแรง

3.6 ไม่ควรนอนราบหลังรับประทานอาหารอย่างน้อย 2 ชั่วโมง

3.7 บันทึกการตวงน้ำดื่มและปัสสาวะเพื่อประเมินภาวะสมดุลของน้ำในร่างกาย

3.8 แนะนำการรับประทานยาแก้อาเจียนตามแผนการรักษาของแพทย์

4. แนะนำให้ญาติหาอาหารที่ผู้ป่วยชอบเพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น

5. แนะนำการดื่มน้ำมากๆ อย่างน้อยวันละ 3,000 มิลลิลิตร

6. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น เนื้อสัตว์ นม ไข่ อาหารจำพวกผักผลไม้

7. แนะนำญาติติดตามการประเมินการรับประทานอาหารของผู้ป่วยทุกมื้อ

8. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง

ประเมินผลการพยาบาล วันที่ 19 มกราคม 2566

1. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น น้ำหนัก 49.9 กิโลกรัม

2. ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียนและเบื่ออาหารลดลง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเมื่อกลับบ้านหลังได้รับเคมีครบ (พบปัญหาระหว่างวันที่ 28 ตุลาคม 2565 ถึงวันที่ 19 มกราคม 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data: ผู้ป่วยบอกว่าไม่ทราบวิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อกลับบ้าน

Objective data : ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องหลังให้ยาเคมีบำบัดและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยรับทราบและสามารถบอกวิธีปฏิบัติตนที่ถูกต้องเมื่อกลับบ้าน

ระบบการพยาบาลที่ใช้ ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing System)

กิจกรรมการพยาบาล

วางแผนการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านตามหลัก D- METHOD

D = Disease : อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงพยาธิสภาพที่เกี่ยวข้องกับอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

-เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัวโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แต่มีประวัติการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีประวัติความดันโลหิตสูงเมื่อมาให้ยา ยังไม่เคยพบแพทย์อายุรกรรม ไม่เคยรับประทานยาใช้การควบคุมอาหาร เน้นคำแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมอาหารและอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง การไปตรวจติดตามกับแพทย์อายุรกรรม

M = Medication : ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาและการสังเกตอาการข้างเคียงของยา ตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่ปรับขนาดยาเองเมื่อมีอาการผิดปกติควรปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล

1. Ondanzetron 8mg 1x2 ac เป็นยาแก้คลื่นไส้อาเจียน รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า เย็น

2. Ativan 1 mg 1x1 hs เป็นยานอนหลับรับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน

3. Tramal 50 mg 1 cap ทุก 6 ชั่วโมง เวลาปวด

E = Environment & Economic : จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมสะอาดและปลอดภัยกับผู้ป่วย เนื่องจากอาจเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายและควรมีคนดูแลเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

T = Treatment : อธิบายขั้นตอนและแผนการรักษาของแพทย์ซึ่งแพทย์เจ้าของไข้ได้อธิบายให้ทราบแล้วตลอดจนการมารับการรักษาต่อเนื่องในครั้งต่อไป

H = Health : อธิบายผู้ป่วยถึงการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย พักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง

O = Outpatient Referral : แนะนำให้มาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง และสามารถมาก่อนนัดได้การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ไข้ แผลในช่องปาก มีอาการ ปวด ชาปลายมือปลายเท้ามาก เมื่อมีอาการเช่นนี้ต้องรีบมาพบแพทย์ แนะนำสถานีนอนามัยและโรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อขอความช่วยเหลือเบื้องต้น

D = Diet : ผู้ป่วยต้องเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม รวมทั้งรู้จักหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพโดย

- แนะนำรับประทานอาหารที่มีคุณค่าครบสารอาหาร 5 หมู่ และกากใยสูง เพื่อป้องกันภาวะท้องผูก ปรับสัดส่วนให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย

- แนะนำให้รับประทานอาหารอ่อนปรุงสุกใหม่ๆ กลืนง่าย ย่อยง่ายรสไม่จัด หลีกเลี่ยงอาหารเผ็ดจัด เค็มจัด เปรี้ยวจัด หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อในช่องปาก เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา อาหารที่มีเครื่องเทศ อาหารรสจัด ร้อนจัดหรือเย็นจัด อาหารที่แข็งผิวหยาบ อาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส เช่น หัวหอม

-หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารไขมันสูง รับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารโปรตีนเพื่อให้แผลผ่าตัดหายเร็ว และเสริมสร้างความแข็งแรงให้ร่างกาย ตลอดจนการประเมินผลการพยาบาล วันที่ 19 มกราคม 2566

ผู้ป่วยสามารถทบทวนการปฏิบัติตัวหลังให้คำแนะนำเมื่อกลับบ้านได้อย่างถูกต้อง

สรุปปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและการพยาบาลในการรักษาด้วยรังสีรักษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 วิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาด้วยการฉายรังสี

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะได้รับการฉายรังสีบริเวณเต้านมขวา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างได้รับการฉายรังสี

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเมื่อกลับบ้านหลังฉายรังสีครบ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 วิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาด้วยการฉายรังสี

(พบปัญหาระหว่างวันที่ 23 ธันวาคม 2565 ถึงวันที่ 19 มกราคม 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data: ผู้ป่วยบอกว่า “กังวลเกี่ยวกับการฉายรังสี ไม่รู้ว่ามีอาการอย่างไรบ้าง”

:ผู้ป่วยสอบถาม การเตรียมตัวก่อนฉายรังสี วิธีการฉายรังสี และภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสี

Objective data : ผู้ป่วยสีหน้าไม่สดชื่น

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลงและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังฉายรังสี

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น บอกว่าคลายกังวลลง
2. ผู้ป่วยสามารถบอกสาเหตุของภาวะที่เป็นอยู่ได้ พร้อมทั้งเข้าใจในแผนการรักษาของแพทย์
3. ผู้ป่วยสามารถบอกการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการฉายรังสีได้ถูกต้อง

ระบบการพยาบาลที่ใช้ ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing System)

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย โดยการใช้คำพูดที่สุภาพ อ่อนโยน โดยการแนะนำตนเองและบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจรวมทั้งเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก

ซักถามข้อสงสัย รับฟังด้วยความเข้าใจ พร้อมทั้งพูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความกังวลใจและยอมรับ พร้อมทั้งให้ความร่วมมือในการวางแผนการรักษา

2. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและสาเหตุของการเจ็บป่วยในครั้งนี้ รวมทั้งประเมินในเรื่องความรู้ความเข้าใจการรักษาด้วยการฉายรังสี

3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาของแพทย์ด้านรังสีรักษา ในขอบเขตของพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลและมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา

4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาโดยเป็นสื่อกลางให้กับทีมแพทย์รังสีรักษา ได้รับทราบถึงความต้องการการรักษาของผู้ป่วย เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพ

5. อธิบายให้ทราบถึงวิธีการขั้นตอนต่างๆ ในการเตรียมผู้ป่วย เพื่อการรักษาด้วยรังสีรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจพร้อมให้ความร่วมมือ

6. ให้คำแนะนำต่างๆ ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังฉายแสง ในเรื่องของการเตรียมความสะอาดของร่างกายและจิตใจ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังฉายแสง รวมทั้งให้เซ็นใบยินยอมเพื่อการรักษาในการฉายแสง

7. ประเมินความรู้ความเข้าใจหลังฉายแสง จากคำแนะนำที่กล่าวมา โดยการซักถามกลับหากผู้ป่วยยังไม่เข้าใจ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ และมั่นใจในการปฏิบัติตัวมากขึ้น และประเมินความรู้ความเข้าใจอีกครั้งจนผู้ป่วยเข้าใจถูกต้อง

ประเมินผลการพยาบาล วันที่ 19 มกราคม 2566

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น บอกว่าภายหลังได้รับข้อมูลการรักษาด้วยการฉายแสงรู้สึกคลายกังวลลง มีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังฉายแสงมากขึ้น

2. ผู้ป่วยบอกได้ถึงสาเหตุและอาการของโรคมะเร็งเต้านม และบอกได้ว่าแพทย์จะทำการรักษาด้วยการฉายแสงเพื่อลดขนาดของก้อนก่อนการผ่าตัด พร้อมทั้งบอกถึงขั้นตอนต่าง ๆ ในการเตรียมตัวก่อนฉายแสง และการปฏิบัติตัวภายหลังฉายแสงได้ถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะได้รับการฉายรังสีบริเวณเต้านมขวา (พบปัญหาระหว่างวันที่ 23 ธันวาคม 2565 ถึงวันที่ 19 มกราคม 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data: ผู้ป่วยซักถามวิธีการดูแลแผลเต้านมขวาที่ฉายรังสี

: ผู้ป่วยซักถามถึงอาการข้างเคียงขณะฉายรังสี

Objective data : ผู้ป่วยสีหน้าไม่สดชื่น

เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับการฉายรังสีบริเวณแผลเต้านมขวา

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ังฉายรังสี

ระบบการพยาบาลที่ใช้ ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing System)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ทบทวนความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนได้รับการฉายรังสีบริเวณ แผลเต้านมขวา ดังนี้

- การฉายรังสีในแต่ละครั้งจะเหมือนการมาทำเอ็กซเรย์ที่โรงพยาบาล รังสีที่ฉายเป็น รังสีเอกซ์ ไม่ใช่รังสีความร้อน ดังนั้นจะไม่ทำให้รู้สึกร้อน ไม่มีอาการเจ็บปวดระหว่างการฉายรังสี

- การฉายรังสีจะฉายรังสีประมาณ 5 วันต่อสัปดาห์ (วันจันทร์- ศุกร์ เว้น วันหยุดราชการหรือวันนักขัตฤกษ์) ต้องมารับการฉายรังสีตามวันที่กำหนด เพื่อให้ผลการรักษามี ประสิทธิภาพ กรณีมีเหตุฉุกเฉินมาสามารถมารับการฉายรังสีได้ ควรแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบ

- ทุก ๆ สัปดาห์ผู้ป่วยจะได้รับการเจาะเลือด 1 ครั้ง และพบแพทย์ (เพื่อดูการตรวจ สุขภาพ ประเมินความพร้อมของการรักษา และภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา)

- ระหว่างฉายรังสี ผู้ป่วยต้องดูแลสุขภาพให้พร้อมรับประทานอาหารที่มี ประโยชน์ให้ครบ 5 หมู่ มีโปรตีนและพลังงานสูง (เพื่อคงน้ำหนักตัวให้คงที่ เพื่อให้ร่างกายพร้อมต่อ การรักษาและรับการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง)

2. พูดคุย อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน หรืออาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจาก การฉายรังสี ทั้งผลข้างเคียงระยะสั้นที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ในระหว่างฉายรังสีบริเวณปอด ได้แก่ การอักเสบของเนื้อปอด (Radiation pneumonitis) ผู้ป่วยอาจมีอาการไอ หายใจสั้นลง เหนื่อยง่าย ขึ้นกว่าเดิม อาการจะทุเลาลงภายหลังฉายรังสี 3-6 เดือน การอักเสบของเยื่อหุ้มหลอดอาหาร (Radiation esophagitis) ผู้ป่วยอาจมีอาการกลืนอาหารติด กลืนเจ็บ บางรายอาจจะถึงขั้นกลืน ลำบาก อาการจะทุเลาลงภายหลังการฉายรังสี 2-3 เดือน การอักเสบของผิวหนัง (Radiation dermatitis) ผิวหนังจะแดง คล้ำเป็นแผลง่ายในบริเวณที่ฉายรังสี อาการจะดีขึ้นภายหลังการฉายรังสี 2-3 เดือน ซึ่งภาวะแทรกซ้อนต่อผิวหนัง รังสีจะทำปฏิกิริยาต่อผิวหนัง ผู้ป่วยควรดูแลตนเอง ดังนี้

2.1. ดูแลผิวหนังบริเวณที่ได้รับการฉายรังสี ให้แห้งและสะอาดอยู่เสมอ เมื่อเกิดการ เปียกชื้น มีเหงื่อ ให้ใช้ผ้านุ่มๆ ซับเบาๆ

2.2. บริเวณผิวหนังที่ไม่ได้รับการฉายรังสี สามารถอาบน้ำได้ตามปกติ ส่วนใน บริเวณที่ฉายรังสี ให้อาบน้ำด้วยความระมัดระวัง ดังนี้

2.2.1 อาบน้ำอุณหภูมิปกติ ไม่ให้อาบน้ำอุ่นจัดหรือเย็นจัด

2.2.2 อาบน้ำด้วยวิธีตักอาบ ให้น้ำราดผ่านผิวหนังเบาๆ ไม่ให้ขัดถูโดย เต็ดขาด กรณีอาบฝักบัวต้องระวัง ไม่ให้น้ำกระทบผิวหนังแรงจนเกินไป หลังอาบน้ำให้ใช้ผ้านุ่มๆซับให้ แห้ง (งดการขัดถูบริเวณทรวงอก)

3. สวมเสื้อผ้าหลวมๆ เนื้อผ้าอ่อนนุ่ม ระบายอากาศได้ดี ควรใส่เสื้อกล้าม คอกกว้างแทน

4. ไม่สวมเครื่องประดับขณะฉายรังสี

5. ให้ผู้ป่วยสังเกตผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี (สัปดาห์ที่ 2) และแจ้งแพทย์หรือพยาบาลทราบทันที หากบริเวณฉายรังสีมีอาการผิดปกติ เช่น ปวด บวม แดง ร้อน หรือเป็นแผล

6. การเปลี่ยนแปลงบริเวณที่ฉายรังสี ในระหว่างสัปดาห์ที่ 1-3 ไม่มีอาการผิดปกติ สัปดาห์ที่ 4-5 ผิวหนังจะมีสีแดงคล้ำ ผิวแห้งเป็นขุย หรือรู้สึกคัน ควรดูแลผิวหนังให้แห้งและสะอาดอยู่เสมอ ในระหว่างสัปดาห์ที่ 6 ผิวหนังจะมีสีคล้ำขึ้น จะมองเห็นรูขุมขนเป็นจุดๆ ในระยะนี้ ไม่ควรถูกแสงแดดจัด เพราะจะทำให้เกิดอาการแสบร้อนได้

7. แนะนำดื่มน้ำบ่อยๆ เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นโดยดื่มน้ำวันละ 2-3 ลิตร

8. การรับประทานอาหารระหว่างการรับการรักษาด้วยการฉายรังสี

8.1 ควรรับประทานอาหารอ่อน ลื่น กลืนง่าย

8.2 ดื่มนม น้ำผลไม้ น้ำหวานเสริมระหว่างมื้อ (ไม่หวานจัด เนื่องจากผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน)

8.3 หลีกเลี่ยงอาหารที่จะทำให้เกิดอาการระคายเคืองต่อเยื่อหลอดอาหาร เช่น อาหารร้อนจัด หรือเย็นจัด อาหารเผ็ด รสจัดเหลือ น้ำอัดลม เป็นต้น

8.4 งดอาหารทอด อาหารมัน อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการไอเพิ่มขึ้นได้

9. ควรบริหารปอด เพื่อเพิ่มสมรรถภาพของปอด โดยปฏิบัติดังนี้ วางมือสองข้างที่ชายโครง ด้านข้างเหนือเอว เริ่มด้วยการหายใจออกให้สุด แล้วหายใจเข้าช้าๆ ทางจมูก เพื่อให้ท้องป่องออกมาให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ กลั้นหายใจไว้สักครู่หนึ่ง หายใจออกทางปากช้า ๆ สังเกตว่าซี่โครงยุบตัวลง ให้แขม่วท้องเข้าเต็มทีจนกระทั่งสุดลมหายใจ ทำซ้ำอีก 4 ครั้ง การบริหารปอด ควรทำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น

ประเมินผลการพยาบาล วันที่ 19 มกราคม 2566

ผู้ป่วยได้รับการฉายรังสีครบ ไม่พบอาการข้างเคียงจากการฉายรังสี ฉายรังสีได้ 16 ครั้ง สามารถตอบคำถามการปฏิบัติตัว ได้อย่างถูกต้อง และเมื่อกลับบ้านไม่มีปัญหาการเดินทาง สามีพามาฉายรังสีทุกวัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างได้รับการฉายรังสี (พบปัญหา ระหว่างวันที่ 26 ธันวาคม 2565 ถึงวันที่ 19 มกราคม 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data: ผู้ป่วยบอกว่าระหว่างฉายแสงแผลบริเวณเต้านมมีเลือดซึม

Objective data : ผู้ป่วยมีแผลแตกขนาดใหญ่บริเวณเต้านมขวา แผลมีเลือดซึม
เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับการฉายรังสีบริเวณเต้านมขวา

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้งดฉายรังสี

ระบบการพยาบาลที่ใช้ ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing System)

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนได้รับการฉายรังสีบริเวณแผลเต้านมขวา ดังนี้

- ทุกๆ สัปดาห์ผู้ป่วยจะได้รับการเจาะเลือด 1 ครั้ง และพบแพทย์ (เพื่อตรวจสุขภาพ ประเมินความพร้อมของการรักษา และภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา)

- ระหว่างฉายรังสี ผู้ป่วยต้องดูแลสุขภาพให้พร้อมรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ให้ครบ 5 หมู่ มีโปรตีนและพลังงานสูง (เพื่อค้ำน้ำหนักตัวให้คงที่ เพื่อให้ร่างกายพร้อมต่อการรักษาและรับการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง)

2. พุดคุย อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน หรืออาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการฉายรังสี ทั้งผลข้างเคียงระยะสั้นที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ในระหว่างฉายรังสีบริเวณปอด ได้แก่ การอักเสบของเนื้อปอด (Radiation pneumonitis) ผู้ป่วยอาจมีอาการไอ หายใจสั้นลง เหนื่อยง่าย ขึ้นกว่าเดิม อาการจะทุเลาลงภายหลังฉายรังสี 3-6 เดือน การอักเสบของเยื่อหุ้มหลอดอาหาร (Radiation esophagitis) ผู้ป่วยอาจมีอาการกลืนอาหารติด กลืนเจ็บ บางรายอาจถึงขั้นกลืนลำบาก อาการจะทุเลาลงภายหลังการฉายรังสี 2-3 เดือน การอักเสบของผิวหนัง (Radiation dermatitis) ผิวหนังจะแดง คล้ำเป็นแผลง่ายในบริเวณที่ฉายรังสี อาการจะดีขึ้นภายหลังการฉายรังสี 2-3 เดือน ซึ่งภาวะแทรกซ้อนต่อผิวหนัง รังสีจะทำปฏิกิริยาต่อผิวหนัง ผู้ป่วยควรดูแลตนเอง ดังนี้

2.1. ดูแลผิวหนังบริเวณที่ได้รับการฉายรังสี ให้แห้งและสะอาดอยู่เสมอ เมื่อเกิดการเปื่อยขึ้น มีเหงื่อ ให้ใช้ผ้านุ่มๆ ซับเบาๆ

2.2. บริเวณผิวหนังที่ไม่ได้รับการฉายรังสี สามารถอาบน้ำได้ตามปกติ ส่วนในบริเวณที่ฉายรังสี ให้อาบน้ำด้วยความระมัดระวัง ดังนี้

2.2.1 อาบน้ำอุณหภูมิปกติ ไม่ให้อาบน้ำอุ่นจัดหรือเย็นจัด

2.2.2 อาบน้ำด้วยวิธีตักอาบ ให้น้ำราดผ่านผิวหนังเบาๆ ไม่ให้ขัดถูโดยเด็ดขาด กรณีอาบฝักบัวต้องระวัง ให้น้ำกระทบผิวหนังแรงจนเกินไป หลังอาบน้ำให้ใช้ผ้านุ่มๆ ซับให้แห้ง (งดการขัดถูบริเวณทรวงอก)

3. สวมเสื้อผ้าหลวมๆ เนื้อผ้าอ่อนนุ่ม ระบายอากาศได้ดี ควรใส่เสื้อกล้าม คอกว้างแทน

4. ไม่สวมเครื่องประดับขณะฉายรังสี

5. ให้ผู้ป่วยสังเกตบริเวณแผลเต้านมที่ฉายรังสี (สัปดาห์ที่ 2) และแจ้งแพทย์หรือพยาบาลทราบทันที หากบริเวณฉายรังสีมีอาการผิดปกติ เช่น ปวด มีเลือดออกจากแผล

6. การเปลี่ยนแปลงบริเวณที่ฉายรังสี ในระหว่างสัปดาห์ที่ 1-3 ไม่มีอาการผิดปกติ สัปดาห์ที่ 4-5 ผิวหนังจะมีสีแดงคล้ำ ผิวแห้งเป็นขุย หรือรู้สึกคัน ควรดูแลผิวหนังให้แห้งและสะอาดอยู่เสมอ ในระหว่างสัปดาห์ที่ 6 ผิวหนังจะมีสีคล้ำขึ้น จะมองเห็นรูขุมขนเป็นจุดๆ ในระยะนี้ ไม่ควรถูกแสงแดดจัด เพราะจะทำให้เกิดอาการแสบร้อนได้

7. แนะนำดื่มน้ำบ่อยๆ เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นโดยดื่มน้ำวันละ 2-3 ลิตร

8. การรับประทานอาหารระหว่างการรับการรักษาด้วยการฉายรังสี

8.1 ควรรับประทานอาหารอ่อน ลื่น กลืนง่าย

8.2 ดื่มนม น้ำผลไม้ น้ำหวานเสริมระหว่างมื้อ (ไม่หวานจัด เนื่องจากผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน)

8.3 หลีกเลี่ยงอาหารที่จะทำให้เกิดอาการระคายเคืองต่อเยื่อหลอดอาหาร เช่น อาหารร้อนจัด หรือเย็นจัด อาหารเผ็ด รสจัด เหล้า น้ำอัดลม เป็นต้น

8.4 งดอาหารทอด อาหารมัน อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการไอเพิ่มขึ้นได้

9. ควรบริหารปอด เพื่อเพิ่มสมรรถภาพของปอด โดยปฏิบัติดังนี้ วางมือสองข้างที่ชายโครงด้านข้างเหนือเอว เริ่มด้วยการหายใจออกให้สุด แล้วหายใจเข้าช้าๆ ทางจมูก เพื่อให้ท้องป่องออกมาให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ กลั้นหายใจไว้สักครู่หนึ่ง หายใจออกทางปากช้าๆ สังเกตว่าซี่โครงยุบตัวลงให้แขนงท้องเข้าเต็มที่จนกระทั่งสุดลมหายใจ ทำซ้ำอีก 4 ครั้ง การบริหารปอด ควรทำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น

ประเมินผลการพยาบาล วันที่ 19 มกราคม 2566

ผู้ป่วยได้รับการฉายรังสีครบ ไม่พบอาการข้างเคียงจากการฉายรังสี ฉายรังสีได้ 16 ครั้ง สามารถตอบคำถามการปฏิบัติตัว ได้อย่างถูกต้อง และเมื่อกลับบ้านไม่มีปัญหาการเดินทาง สามีพามาฉายรังสีทุกวัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเมื่อกลับบ้านหลังฉายรังสีครบ (พบปัญหาระหว่างวันที่ 23 ธันวาคม 2565 ถึงวันที่ 19 มกราคม 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data: ผู้ป่วยบอกว่าอยากทราบเรื่องการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

Objective data : ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องหลังให้ยาฉายแสงและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยรับทราบและสามารถบอกวิธีปฏิบัติตนที่ถูกต้องเมื่อกลับบ้าน

ระบบการพยาบาลที่ใช้ ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing System)

กิจกรรมการพยาบาล

วางแผนการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านตามหลัก D- METHOD

D = Disease : อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงพยาธิสภาพที่เกี่ยวข้องกับอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมถึงโรคประจำตัว

M = Medication : ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาและการสังเกตอาการข้างเคียงของยา ตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่ปรับขนาดยาเองเมื่อมีอาการผิดปกติควรปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล

E = Environment & Economic : จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมสะอาดและปลอดภัยกับผู้ป่วย เนื่องจากอาจเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายและควรมีคนดูแลเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

T = Treatment : อธิบายขั้นตอนและแผนการรักษาของแพทย์ซึ่งแพทย์เจ้าของไข้ได้อธิบายให้ทราบแล้วตลอดจนการมารับการรักษาต่อเนื่องในครั้งต่อไป

H = Health : อธิบายผู้ป่วยถึงการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย พักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง

O = Outpatient Referral : แนะนำให้มาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง และสามารถมาก่อนนัดได้การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ไข้ แผลแต้ตามขามีเลือดออกมาก เมื่อมีอาการเช่นนี้ต้องรีบมาพบแพทย์ แนะนำสถานีนอนามัยและโรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อขอความช่วยเหลือเบื้องต้น

D = Diet : ผู้ป่วยต้องเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งรู้จักหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพโดย

- แนะนำรับประทานอาหารที่มีคุณค่าครบสารอาหาร 5 หมู่ และกากใยสูง เพื่อป้องกันภาวะท้องผูก ปรับสัดส่วนให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย

- แนะนำให้รับประทานอาหารอ่อนปรุงสุกใหม่ๆ กลืนง่าย ย่อยง่ายรสไม่จัด หลีกเลี่ยงอาหารเผ็ดจัด เค็มจัด เปรี้ยวจัด หลีกเลี่ยงสิ่งๆ ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อในช่องปาก เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา อาหารที่มีเครื่องเทศ อาหารรสจัด ร้อนจัดหรือเย็นจัด อาหารที่แข็งผิวหยาบ อาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส เช่น หัวหอม

ประเมินผลการพยาบาล วันที่ 19 มกราคม 2566

ผู้ป่วยสามารถทบทวนการปฏิบัติตัวหลังให้คำแนะนำเมื่อกลับบ้านได้อย่างถูกต้อง

สรุปปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและการพยาบาลในการรักษาด้วยการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1: วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 : เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมงแรก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 : ปวดแผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 : เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5: เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 : เสี่ยงต่อการเกิดภาวะข้อไหล่ติดและแขนขาบวมหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 : พร่องความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 : มีการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

ระยะก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด (พบปัญหาระหว่างวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566 ถึงวันที่ 2 มีนาคม 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data: ผู้ป่วยบอกว่า “กังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด ไม่รู้ว่าจะเป็นอย่างไบบ้าง”

:ผู้ป่วยสอบถาม การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด วิธีการผ่าตัด การระงับความรู้สึก และภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

Objective data : ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Right salvage mastectomy with Transverse Rectus Abdominis Musculocutaneous flap coverage 27/2/2566 ผู้ป่วยสีหน้าไม่สดชื่น

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลงและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น บอกว่าคลายกังวลลง
2. ผู้ป่วยสามารถบอกสาเหตุของภาวะที่เป็นอยู่ได้ พร้อมทั้งเข้าใจในแผนการรักษาของแพทย์
3. ผู้ป่วยสามารถบอกการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง

ระบบการพยาบาลที่ใช้ ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing System)

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย โดยการใช้คำพูดที่สุภาพ อ่อนโยน โดยการแนะนำตนเองและบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจรวมทั้งเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ซักถามข้อสงสัย รับฟังด้วยความเข้าใจ พร้อมทั้งพูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความกังวลใจและยอมรับ พร้อมทั้งให้ความร่วมมือในการวางแผนการรักษา

2. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและสาเหตุของการเจ็บป่วยในครั้งนี้อย่างทั่วถึงรวมทั้งประเมินในเรื่องความรู้ความเข้าใจในวิธีการผ่าตัดและแผนการระงับความรู้สึก ที่จะได้รับ

3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาของแพทย์การระงับความรู้สึกของวิสัญญีแพทย์ ในขอบเขตของพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลและมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา

4. อธิบายให้ทราบถึงวิธีการขั้นตอนต่างๆ ในการเตรียมผู้ป่วย เพื่อการทำผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจพร้อมให้ความร่วมมือ

5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาโดยเป็นสื่อกลางให้กับทีมแพทย์วิสัญญีแพทย์ ได้รับทราบถึงความต้องการการการรักษาของผู้ป่วย เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพ

6. ให้คำแนะนำต่างๆในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ในเรื่องของการเตรียมความสะอาดของร่างกายการเตรียมความสะอาดเฉพาะที่ การงดน้ำงดอาหารก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง รวมทั้งแนะนำการประเมินระดับการปวดแผลภายหลังผ่าตัด โดยใช้คะแนนความเจ็บปวด (ระดับ Pain score 1-10) เป็นเกณฑ์การประเมิน พร้อมทั้งแนะนำการบริหารร่างกายภายหลังทำผ่าตัดการไออย่างถูกวิธี การหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังได้รับการระงับความรู้สึก รวมทั้งให้เซ็นใบยินยอมเพื่อการรักษาในการทำผ่าตัด

7. ประเมินความรู้ความเข้าใจหลังทำผ่าตัด จากคำแนะนำที่กล่าวมา โดยการซักถามกลับ หากผู้ป่วยยังไม่เข้าใจ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ และมั่นใจในการปฏิบัติตัวมากขึ้น และประเมินความรู้ความเข้าใจอีกครั้งจนผู้ป่วยเข้าใจถูกต้อง

ประเมินผลการพยาบาล 2 มีนาคม 2566

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น บอกว่าภายหลังได้รับข้อมูลการผ่าตัดรู้สึกคลายกังวลลง มีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดมากขึ้น

2. ผู้ป่วยบอกได้ถึงสาเหตุและอาการของโรคมะเร็งเต้านม และบอกได้ว่าแพทย์จะทำการผ่าตัดและวิธีการระงับความรู้สึกที่จะได้รับ พร้อมทั้งบอกถึงขั้นตอนต่าง ๆ ในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด และการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมงแรกเนื่องจากเสียเลือดขณะผ่าตัด (พบปัญหาระหว่างวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2566 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data: : ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Right Salvage mastectomy with Transverse Rectus Abdominis Musculocutaneous flap coverage 27/02/66 10.00

Objective data : ขณะทำการผ่าตัดผู้ป่วยเลือดออกประมาณ 150 cc

: ผู้ป่วย Post op on radivac drain 2 ขวด

: ขวดที่ 1 บริเวณเต้านมด้านขวา มีเลือด 10 cc

: ขวดที่ 2 บริเวณหน้าท้องมีเลือด 10 cc

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากภาวะตกเลือดหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มี External bleeding , Internal bleeding บริเวณแผลผ่าตัด
2. เลือดในขวด Radivac drain ทั้ง 2 ขวดรวมกันไม่เกิน 200 cc ต่อชั่วโมง
3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ระบบการพยาบาลที่ใช้ ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system)

กิจกรรมการพยาบาล

1. บันทึกสัญญาณชีพจนสัญญาณชีพคงที่ในเกณฑ์ปกติ
2. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 5% D/N/2 1,000 cc ทางหลอดเลือดดำอัตราการไหล 80 cc ต่อชั่วโมง เพื่อทดแทน blood loss ที่สูญเสียไป
3. สังเกตเลือดออกบริเวณแผลผ่าตัดหากเลือดออกมากขึ้น และขอบเขตขยายกว้างรวดเร็ว รายงานแพทย์
4. ดูแลให้สายระบายที่ต่อออกจากแผลผ่าตัด ไม่ให้พับงอ หรือสายดึงรั้ง ดูแลสายระบายไม่ให้หลุดตัน วางขวดให้ระดับต่ำกว่าตัวผู้ป่วย เพื่อให้สิ่งคัดหลั่งไหลออกสะดวก ดูแลขวด Jackson drain เป็นระบบสุญญากาศ และทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งบันทึกเลือดที่ออกถ้ามากกว่า 200 cc ต่อชั่วโมง รายงานแพทย์

ประเมินผลการพยาบาล วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566

1. แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึมก๊อสม
2. Radivac drain
 - ขวดที่ 1 บริเวณเต้านมด้านซ้าย มีเลือด 10 cc
 - ขวดที่ 2 บริเวณหน้าท้อง มีเลือด 10 cc
3. สัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 72 ครั้ง ต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/76 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ปวดแผลเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับความบาดเจ็บจากการผ่าตัด (พบปัญหาระหว่างวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2566 ถึงวันที่ 2 มีนาคม 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data : ผู้ป่วยบ่นปวดแผลผ่าตัด Pain Score = 4 คะแนน

Objective data : ผู้ป่วยสีหน้าไม่สดชื่น ไม่ค่อยอยากขยับตัว

เป้าหมายการพยาบาล

1. อาการปวดแผลทุเลาลง Pain score \leq 3
2. ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากขึ้น พักหลับได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. Pain score \leq 3
2. ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้

ระบบการพยาบาลที่ใช้ ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing System)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการปวดจากการสังเกตอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย เช่น นอนเกร็ง หน้านึ่ว คิ้วขมวด หรือประเมินโดยใช้ Pain score

2. แนะนำให้ผู้ป่วย Breathing Exercise ให้หายใจเข้าออกช้าๆ ลึกๆ เพื่อลดอาการปวดแผล
3. ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการประคบแผลด้วยมือ หรือหมอนขณะที่มีอาการไอ พลิกตะแคงตัวและมีกิจกรรม เพื่อลดอาการปวดแผล
4. ดูแลสายระบายไม่ให้ตึงรั้งแผลของผู้ป่วย และไม่ให้สายหักพับงอ เพื่อลดความระคายเคืองต่อแผล
5. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ Morphine 4 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำช้าๆ เวลาปวด ทุก 3 ชั่วโมง พร้อมทั้ง สังเกตอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน การหายใจช้าลงกว่าปกติ และประเมิน Sedation score หลังรับยาแก้ปวด
6. จัดท่าไขหัวเตียงสูง ยกปลายเท้าสูง เพื่อลดอาการตึงบริเวณหน้าท้อง

ประเมินผลการพยาบาล 2 มีนาคม 2566

1. ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย โดยประเมินจากหลังรับยา Morphine 4 mg จำนวน 2 ครั้ง ในวันแรกของการผ่าตัด ระดับความปวด 4 คะแนน สีหน้าผ่อนคลาย และร่างกายไม่เกร็งจากอาการปวด สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง
2. หลังได้รับยาแก้ปวดไม่มีอาการข้างเคียงของยา สามารถนอนหลับพักผ่อนได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

(พบปัญหาระหว่างวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2566 ถึงวันที่ 2 มีนาคม 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data: ผู้ป่วยหลังผ่าตัด Right Salvage mastectomy with Transverse Rectus Abdominis Musculocutaneous flap coverage 27 กุมภาพันธ์ 2566 ระยะเวลาทำการผ่าตัด 4 ชั่วโมง

Objective data : มีแผลผ่าตัดบริเวณเต้านมขวา และแผลผ่าตัดหน้าท้องแนว bikini line

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. บริเวณแผลผ่าตัดไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อ ได้แก่ อาการบวมแดง ร้อน หรือมี Discharge

2. สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ หนาวสั่น

3. WBC อยู่ในเกณฑ์ปกติ 5,000-10,000 cell/mm³

ระบบการพยาบาลที่ใช้ ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system) และระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing System)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินบริเวณแผลผ่าตัด Discharge จากแผล พร้อมทั้งสังเกตและบันทึก จำนวน สี ลักษณะของ Content ที่ออกจากท่อระบายและ Seroma ที่ออกจากแผลผ่าตัด หากพบมีอาการผิดปกติรีบรายงานแพทย์ทันที
2. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง
3. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา Cefazolin 1 gm IV ก่อนผ่าตัด 30 นาที then AMK (1gm) 1 tab po bid pc, Brufen (400mg) 1*3 oral pc
4. แนะนำดูแลรักษาความสะอาดร่างกายผู้ป่วย ระมัดระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ
5. ดูแลรักษาความสะอาดสิ่งแวดล้อม เช่น การเปลี่ยนผ้าปูที่นอน โต๊ะ ตู้ข้างเตียง

ประเมินผลการพยาบาล วันที่ 2 มีนาคม 2566

1. สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส
2. แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีบวม แดง ร้อน และ ไม่มี Discharge ซึม

ระยะหลังผ่าตัด (24-48 ชั่วโมง)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด

(พบปัญหาระหว่างวันที่ 27 -28 กุมภาพันธ์ 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data:

1. ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึก แบบ General anesthesia ขณะทำผ่าตัด
2. ผู้ป่วยใช้เวลาในการผ่าตัด 4 ชั่วโมง ASA (American Society of

Anesthesiologist) score =2

Objective data : หลังผ่าตัดมีแผลผ่าตัดบริเวณเต้านมขวาและแผลหน้าท้อง on Jackson drain

เป้าหมายการพยาบาล

ลดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน

1. สัญญาณชีพปกติ
2. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดปกติ (O_2 Saturation = 95-100%)
3. ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน
4. สามารถไออย่างมีประสิทธิภาพ

ระบบการพยาบาลที่ใช้ ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย โดยสอบถามชื่อ-นามสกุล วันเวลา สถานที่หากมีอาการซึมลง ปลุกไม่ตื่น (Sedation score >1) ให้รายงานแพทย์ทันทีเพราะอาจมีภาวะซ็อกจากการเสียเลือด
2. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ โดยตรวจนับชีพจร การหายใจ และความดันโลหิต ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าสัญญาณชีพจะคงที่ จากนั้นบันทึกต่อทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง หากมีเหงื่อออก ตัวเย็น ปากซีด หายใจหอบเหนื่อย ให้รายงานแพทย์ทันที
3. สังเกตและบันทึกเกี่ยวกับสีผิว เยื่อบุตา และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (O₂ saturation) ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจน หากมีภาวะหายใจตื้น เหนื่อยหอบ ปลายมือปลายเท้าเขียวควรเตรียมอุปกรณ์ในการช่วยหายใจและการให้ออกซิเจนเพื่อพร้อมช่วยเหลือได้ทันทีและรายงานให้แพทย์ทราบเพื่อประเมินอาการ
4. ประเมินแผลผ่าตัดลักษณะของแผล จำนวนของแผลภายหลังทำผ่าตัด ขนาดของพลาสติกที่ปิดแผลสังเกตว่า ผ้าปิดแผลมีเลือดซึมหรือไม่ ถ้าหากพบว่ามีเลือดซึมออกจากแผลผ่าตัด ให้รายงานแพทย์ทันที
5. ประเมินและบันทึกลักษณะ จำนวนของปัสสาวะที่ออกจากสายสวนปัสสาวะควรมีปริมาณไม่น้อยกว่า 25 ซีซี/ชั่วโมง หากปัสสาวะออกน้อยกว่าเกณฑ์ ให้รายงานแพทย์ทันที
6. ประเมินอาการปวดแผลผ่าตัด โดยประเมินจาก Pain score ที่ผู้ป่วยบอก และพิจารณาให้ยาแก้ปวดบรรเทาอาการตามแผนการรักษา
7. จัดให้ผู้ปวยนอนราบไม่หนุนหมอน หากมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ให้จัดให้นอนในท่านอนตะแคงเพื่อป้องกันการสำลักเศษอาหาร และควรจัดภาชนะรองรับน้ำลายไว้ข้างๆ ผู้ป่วย
8. กระตุ้นให้ผู้ปวยหายใจเข้าออกลึก ๆ ยาว ๆ (Deep breathing exercise) โดยหายใจเข้าให้หน้าท้องพองขึ้นแล้วค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออกช้า ๆ ทำเช่นนี้ไปเรื่อย ๆ ประมาณ 10-15 ครั้ง เพื่อป้องกันภาวะปวดแผล และ แนะนำเรื่องการไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough) เพื่อช่วยให้เสมหะออกมาจากลำคอได้ง่าย ในกรณีที่มิเสมหะค้างอยู่ในลำคอเป็นเวลานาน ลดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้
9. กระตุ้นให้ผู้ปวยมีการเคลื่อนไหวร่างกายให้เร็วที่สุด เมื่อผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัวแล้วให้พลิกตะแคงตัวทุก 2-3 ชั่วโมงหรือบริหารขา (Legs exercise) โดยการกระดกปลายเท้าขึ้นลงเพื่อให้เกิดการไหลเวียนของเลือดดีขึ้นไม่เกิดการคั่งของเลือดบริเวณปลายเท้า ช่วยให้เกิดกล้ามเนื้อบริเวณขาหดตัวมีผลทำให้ขาแข็งแรงและตั้งตัว อีกทั้งยังช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายและป้องกันการก่อตัวของก้อนเลือดอุดตันระบบการไหลเวียน
10. ดูแลให้ผู้ปวยนอนพัก จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนและเข้าติดตามประเมินอาการเป็นระยะ ๆ

ประเมินผลการพยาบาล วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566

1. สัญญาณชีพผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ O₂ sat = 99 % ไม่มีเลือดซึมออกจากแผลผ่าตัดปวดแผล Pain score = 4 คะแนน หลังได้รับยาแก้ปวด Morphine 3 mg IV อาการปวดดีขึ้น Pain score = 2 คะแนน
2. ผู้ป่วยไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีอาการเวียนศีรษะเล็กน้อย ไม่มีอาการไอ เจ็บคอ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะข้อไหล่ติดหลังผ่าตัด

(พบปัญหาหาระหว่างวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2566 ถึงวันที่ 7 เมษายน 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data :

1. ผู้ป่วยบอกว่ายังไม่กล้าที่จะขยับแขนเนื่องจากกลัวเจ็บแผล
2. ผู้ป่วยซักถามทำบริหารแขนและข้อไหล่ที่ถูกต้อง

Objective data : ผู้ป่วยสีหน้าไม่สดชื่น

วัดการเคลื่อนไหวของศอกแขนข้างขวา Abduction = 180 องศา Flexion = 180 องศา

วัดรอบแขน แขนซ้าย เหนือ Olecranon process 10 cm = 28 cm

ใต้ Olecranon process 10 cm = 25 cm.

Metacarpophalangeal joint = 22 cm.

Wrist = 15 cm.

ข้างขวา วัดเหนือ Olecranon process 10 cm = 26 cm

ใต้ Olecranon process 10 cm = 23 cm.

Metacarpophalangeal joint = 22 cm

Wrist = 15 cm

เป้าหมายการพยาบาล

1. เพื่อป้องกันภาวะแขนบวมและข้อไหล่ติด
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องในการบริหารแขนป้องกันภาวะข้อไหล่ติดและแขนบวม
2. ไม่เกิดภาวะแขนบวม

กิจกรรมระบบการพยาบาลที่ใช้ ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing System)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินองศาข้อไหล่ ได้แก่ กางข้อไหล่ งอข้อไหล่ก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด โดยใช้ Thai Arthrometric Navigator Scale (Tans Scale)

2. อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการบริหารแขนและข้อไหล่ พร้อมกับให้ซักถามปัญหาต่างๆ

3. แนะนำให้ผู้ป่วยเริ่มบริหารข้อไหล่ 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัดหรือเมื่อรู้สึกตัวแล้ว ควรเริ่มจากการทำกิจวัตรประจำวันก่อนเช่น ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม แล้วเริ่มทำบริหาร ได้แก่ ท่าไต่ผนัง ท่าแกว่ง แขนเป็นวงกลม ท่าดึงเชือกขึ้นลง ท่าแกว่งเชือกเป็นวงกลม เป็นต้น การบริหารไม่จำเป็นต้องมีกำแพงหรือเชือก ผู้ป่วยสามารถบริหารคนเดียว โดยยกแขนท่าไต่ผนังกำแพงกับอากาศ ทั้งนี้การบริหารต้องไม่ยึดหลักหักโหม ค่อยๆ เพิ่มในวันต่อไป หลังผ่าตัดตามแพทย์อนุญาต จึงให้บริหารไหล่ท่ากางแขน 180 องศา (Abduction) เพราะถ้าบริหารก่อนหน้านั้น จะทำให้มีการดึงรั้งของแผลเกิดการอักเสบ

4. ประเมินรอบแขนก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด (โดยวัดรอบแขนข้างซ้ายที่ทำผ่าตัดที่จุด 5-10 ซม. เหนือและใต้ข้อศอก)

5. ระวังอย่าให้มีวัตถุใดๆ ไปรัดแขนด้านที่ทำการผ่าตัด

- ห้ามสวมเครื่องประดับที่คับหรือรัดแน่นหรือทำให้เกิดการขีดข่วน
- ห้ามสะพายของหนักบนบ่าข้างที่ทำการผ่าตัดหรือหัวของหนัก

6. นอนยกแขนขวาสูงกว่าระดับหัวใจ โดยใช้หมอนรองแขนตั้งแต่แขนถึงหัวไหล่

ประเมินผลการพยาบาล วันที่ 7 เมษายน 2566

1. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเกี่ยวกับการบริหารข้อไหล่และแขน

2. ขนาดรอบแขนหลังผ่าตัดแขน

ข้างซ้าย

วัด เหนือ Olecranon process 10 cm = 28 cm

ใต้ Olecranon process 10 cm = 25 cm

Metacarpophalangeal joint = 22 cm Wrist = 15 cm.

ข้างขวา

วัดเหนือ Olecranon process 10 cm = 26 cm

ใต้ Olecranon process 10 cm = 23 cm

Metacarpophalangeal joint = 22 cm Wrist = 15 cm

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 พร่องความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

(พบปัญหาระหว่างวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2566 ถึงวันที่ 7 เมษายน 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data : ผู้ป่วยสอบถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

Objective data : ผู้ป่วยหลังผ่าตัด Right Salvage mastectomy with Transverse Rectus Abdominis Musculocutaneous flap coverage 27/02/66 มีสีหน้าวิตกกังวล

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยรับทราบและสามารถบอกวิธีปฏิบัติตนที่ถูกต้องเมื่อกลับบ้าน

ระบบการพยาบาลที่ใช้ ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing System)

กิจกรรมการพยาบาล

วางแผนการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านตามหลัก D- METHOD

D = Disease : อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงพยาธิสภาพที่เกี่ยวข้องกับอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมถึงโรคประจำตัว

M = Medication : ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาและการสังเกตอาการข้างเคียงของยา ตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่ปรับขนาดยาเองเมื่อมีอาการผิดปกติควรปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล

1. Paracetamol 500mg 1 tab prn ทุก 6 ชั่วโมง

2. Augmentin 1 gm 1x2 pc

E = Environment & Economic : จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมสะอาดและปลอดภัยกับผู้ป่วย เนื่องจากอาจเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายและควรมีคนดูแลเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

T = Treatment : อธิบายขั้นตอนและแผนการรักษาของแพทย์ซึ่งแพทย์เจ้าของไข้ได้อธิบายให้ทราบแล้วตลอดจนการมารับการรักษาต่อเนื่องในครั้งต่อไป

- แนะนำเรื่องการดูแลแผลผ่าตัด ระวังไม่ให้ผ้าปิดแผลหลุด หากหลุด มีสิ่งคัดหลั่งบริเวณแผล หรือแผลเปื่อยกน้ำ ต้องไปทำแผลที่สถานบริการใกล้บ้าน

- อาการปวด ถ้าปวดแผลให้รับประทานยาแก้ปวด ตามแผนการรักษา และเบี่ยงเบนความปวดด้วยการทำสมาธิ ทำจิตใจให้สงบ

- หลีกเลี่ยงการใช้แขนข้างที่ทำผ่าตัดยกหรือลากของหนัก การยกของหนักไม่เกิน 2 กิโลกรัม สามารถทำได้หลังผ่าตัดประมาณ 6 สัปดาห์

- หลีกเลี่ยงการสวมเสื้อชั้นใน เสื้อผ้า ตลอดจนเครื่องประดับต่างๆ เช่น แหวนกำไล นาฬิกาที่คับหรือแน่นจนเกินไป

- หลีกเลี่ยงการฉีดยา เจาะเลือดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ วัดความดันโลหิต บริเวณแขนข้างที่รับการผ่าตัด

- ไม่ควรนอนทับแขนข้างที่ทำผ่าตัดในช่วง 1 ถึง 2 เดือนหลังผ่าตัด เวลานอนให้ยกแขนวางบนหมอนเพื่อให้เลือดไหลเวียนได้สะดวก

- ระวังการเป็นแผลหรือได้รับการระคายเคืองของแขนข้างที่ทำผ่าตัด เช่น ขณะตัดเล็บ การใช้ของมีคมแมลงหรือสัตว์กัดต่อย รวมทั้งหลีกเลี่ยงการถูกแสงแดดจัดเป็นเวลานาน ๆ

- การดูแลแขนข้างที่ทำผ่าตัดเต้านมบริหารแขน และข้อไหล่ทุกวัน
- ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสาย Jackson drain เมื่อกลับบ้าน ดังนี้

1. สอนการเท และ Record drain ทุกวันวันละ 1 ครั้ง ควรเป็นเวลาเดียวกัน โดยหาถ้วยเทแล้วใช้ Syringes ดูดูปริมาณ และจดบันทึกลงแบบฟอร์ม

2. สอนวิธีเปิดขวดระบาย และการบีบก่อนปิดจุกเพื่อให้เป็นสุญญากาศ

3. สอนการ Milking เพื่อป้องกันสายอุดตัน

3. นำแบบฟอร์มจดบันทึกมาโรงพยาบาลด้วยเมื่อถึงวันนัด

H = Health : อธิบายผู้ป่วยถึงการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย พักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง

O = Outpatient Referral : แนะนำให้มาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง และสามารถมาก่อนนัดได้การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ไข้ แผลมีหนองอักเสบ เจ็บมาก มีก้อนแข็งในเต้านมหรือบริเวณรักแร้ไหลปนารั่ว การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณเต้านมไปจากลักษณะเดิม เต้านมมีขนาดและรูปร่างเปลี่ยนไป มีอาการ ปวด แดงร้อน และชามากเมื่อมีอาการเช่นนี้ต้องรีบมาพบแพทย์

- แนะนำสถานีนอนามัยและโรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อขอความช่วยเหลือเบื้องต้น

D = Diet : ผู้ป่วยต้องเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมรวมทั้งรู้จักหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพโดย

- แนะนำรับประทานอาหารที่มีคุณค่าครบสารอาหาร 5 หมู่ และกากใยสูง เพื่อป้องกันภาวะท้องผูก ปรับสัดส่วนให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย

- แนะนำให้รับประทานอาหารอ่อนปรุงสุกใหม่ๆ กลืนง่าย ย่อยง่ายรสไม่จัด หลีกเลี่ยงอาหารเผ็ดจัด เค็มจัด เปรี้ยวจัดหลีกเลี่ยงสิ่งๆ ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อในช่องปาก เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา อาหารที่มีเครื่องเทศ อาหารรสจัด ร้อนจัดหรือเย็นจัด อาหารที่แข็งผิวหยาบ อาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส เช่น หัวหอม

- หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารไขมันสูง รับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารโปรตีนเพื่อให้แผลผ่าตัดหายเร็ว และเสริมสร้างความแข็งแรงให้ร่างกาย ตลอดจนการ

ประเมินผลการพยาบาล วันที่ 7 เมษายน 2566

ผู้ป่วยสามารถทบทวนการปฏิบัติตัวหลังให้คำแนะนำเมื่อกลับบ้านได้อย่างถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 มีการติดเชื้อแผลผ่าตัด

(พบปัญหาระหว่างวันที่ 13 มีนาคม 2566 ถึงวันที่ 7 เมษายน 2566)

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data: : ผู้ป่วยหลังผ่าตัด Rt Salvage mastectomy with Transverse Rectus Abdominis Musculocutaneous flap coverage 27 กุมภาพันธ์ 2566

Objective data : แผลผ่าตัดเต้านมขวาแผลแยก ขอบแผลด้านขวาแนว Axillar มีเนื้อตาย มี discharge ซีม (เปิดแผล 13 มี.ค.66)

เป้าหมายการพยาบาล

แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่บวมแดง

เกณฑ์การประเมินผล

1. บริเวณแผลผ่าตัดเต้านมไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อ ได้แก่ อาการ บวมแดง ร้อน หรือมีสารคัดหลั่งออกจากแผล
2. สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ หนาวสั่น
3. WBC อยู่ในเกณฑ์ปกติ 5,000-10,000 cell/mm³

ระบบการพยาบาลที่ใช้ ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system) และ ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing System)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินบริเวณแผลผ่าตัดเต้านม สารคัดหลั่งจากแผล พร้อมทั้งสังเกตและบันทึก จำนวน สี ลักษณะของสารคัดหลั่งที่ออกจากแผลผ่าตัด หากพบมีอาการผิดปกติรีบรายงานแพทย์ทันที
2. ประเมินสัญญาณชีพ
3. แนะนำการดูแลแผลไม่ให้แผลเปียกน้ำ ทำความสะอาดแผลถ้ามี Discharge ซีม
4. ดูแลให้รับประทานยาฆ่าเชื้อตามแผนการรักษา Augmentin (1 gm) 1x 2 oral pc ตามแผนการรักษาต่อ
5. แนะนำดูแลรักษาความสะอาดร่างกายผู้ป่วย ระมัดระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ

ประเมินผลการพยาบาล วันที่ 30 มีนาคม 2566

1. สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส
2. บริเวณแผลผ่าตัด ยังมีอาการบวมแดง มี Discharge ซีม แพทย์นัดตรวจติดตามต่อเนื่อง

การตรวจติดตามหลังผ่าตัดที่คลินิกเต้านม

ครั้งที่ 1 วันที่ 13 มีนาคม 2566 ผู้ป่วยมาตรวจติดตามหลังผ่าตัด

แพทย์เปิดแผลผ่าตัดบริเวณแนว Axillar ขอบแผลแยก แผลมีเนื้อตาย บริเวณหน้าท้อง และแผลสะดือแห้งดี Jackson drain ออก 5 ml/day ทั้ง 2 สาย แพทย์ off drain บริเวณหน้าท้อง สาย drain บริเวณ Chest wall ริดสายแล้วออกเพิ่ม แพทย์ยังไม่ off แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน การดูแลสายระบายไม่ให้หักพับงอ การจดบันทึกปริมาณ Drain การบริหารข้อไหล่ แขน การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การรับประทานยาฆ่าเชื้อต่อเนื่อง และการมาตรวจตามนัด

ครั้งที่ 2 วันที่ 20 มีนาคม 2566 แผลมี Necrosis เท่าๆ เดิมบริเวณ แผลบริเวณหน้าท้อง รอบๆสะดือมีแดงบางส่วน แพทย์ off drain บริเวณหน้าอก แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน

การบริหารข้อไหล่ แขน การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การรับประทานยาฆ่าเชื้อต่อเนื่อง และการมาตรวจตามนัด

ครั้งที่ 3 วันที่ 24 มีนาคม 2566 Breast: แผลเริ่มแห้ง มีเนื้อตาย (Slough) เล็กน้อย แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน การบริหารข้อไหล่ แขน การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การรับประทานยาฆ่าเชื้อต่อเนื่อง และการมาตรวจตามนัด

ครั้งที่ 4 วันที่ 30 มีนาคม 2566 Breast: แผลเริ่มแห้ง มีเนื้อตาย (Slough บริเวณเต้านม ขวามือตั้งเล็กน้อย แพทย์ดูดน้ำเหลือง (Seroma) ได้ 60 cc ดูแลให้ยา Terramycin ointment ทาบริเวณแผล แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน การบริหารข้อไหล่ แขน การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การรับประทานยาฆ่าเชื้อต่อเนื่อง และการมาตรวจตามนัด

ครั้งที่ 5 วันที่ 7 เมษายน 2566 โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน แผลเต้านมเริ่มแห้ง ขอบแผลเต้านมขวามือสีคล้ำ บริเวณเต้านมขวามือตั้งเล็กน้อย แนะนำไม่ให้แผลเปียกน้ำ แนะนำให้ทายา Terramycin ointment ทาบริเวณขอบแผล แนะนำการบริหารข้อไหล่ แขน การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การรับประทานยาฆ่าเชื้อต่อเนื่อง และการมาตรวจตามนัด

ประเมินผลหลังการพยาบาล

ผู้ป่วยเข้าใจ สามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง

NCS

T h a i l a n d

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

บทที่ 5

สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 52 ปี สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส คู่ อาชีพรับจ้าง ให้ประวัติว่า พฤษภาคม 2565 ก่อนมาโรงพยาบาลคลำพบก้อนบริเวณเต้านมขวาโตขึ้น มีเลือดซึม มีลักษณะแข็ง โตไว และ เริ่มมีอาการเจ็บ ไปตรวจโรงพยาบาลแพทย์ปัญญา เจาะชิ้นเนื้อ ผลการตรวจเนื้อเยื่อด้วยเข็มขนาดใหญ่ (Core needle biopsy Right breast mass) พบ : Invasive ductal carcinoma grade III (10 พฤษภาคม 2565) แพทย์จึงพิจารณาให้ยาเคมีบำบัดก่อนการ ผ่าตัด ได้ Neo adjuvant AC จำนวน 4 ครั้ง ครบเมื่อ 11 สิงหาคม 2565 ก่อนยุบตี วางแผนการ ผ่าตัดวันที่ 26 กันยายน 2565 แต่ผู้ป่วยไม่ได้ไปตรวจตามนัด

ตุลาคม 2565 ก้อนเต้านมขวาโตขึ้นกว่าเดิม แต่เป็นแผลมีเลือดซึม ไปรักษาโรงพยาบาล สิรินคร เนื่องจากผู้ป่วยขอย้ายสิทธิ์บัตรทองจากโรงพยาบาลแพทย์ปัญญาไปที่โรงพยาบาลสิรินคร โรงพยาบาลสิรินคร จึงส่งตัวผู้ป่วยมารักษาต่อที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ แพทย์ส่งปรึกษาเคมีบำบัดให้ ยาเคมี Neo adjuvant สูตร Paclitaxel ทุก 1 สัปดาห์ จำนวน 12 ครั้ง

1 ธันวาคม 2565 แพทย์แผนกเคมีบำบัดส่งปรึกษาแผนกรังสีรักษาเพื่อพิจารณาการฉายรังสี

27 ธันวาคม 2565 เริ่มฉายรังสี จำนวน 16 Fr ครบฉายรังสี 19 มกราคม 2566 และให้ยา paclitaxel ทุก 1 สัปดาห์ระหว่าง RT

27 มกราคม 2566 แพทย์แผนกเคมีบำบัดจึงปรึกษาศัลยกรรม เรื่องข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด

24 กุมภาพันธ์ 2566 แพทย์ศัลยกรรมวางแผนการผ่าตัด (Salvage mastectomy with Transverse Rectus Abdominis Musculocutaneous flap coverage) วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2566 นอนโรงพยาบาลวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2566 และจำหน่ายจากโรงพยาบาลวันที่ 2 มีนาคม 2566

ปัญหาทางการพยาบาลในระยะก่อนให้ยาเคมีบำบัด Paclitaxel ครั้งที่ 1 คือ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกลัวการให้ยาเคมีบำบัด พยาบาลได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังให้ยาเคมีบำบัด ผู้ป่วย ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังให้ยาเคมีบำบัด ขณะให้ยาเคมีบำบัด Paclitaxel ครั้งที่ 1 ผู้ป่วยเกิดภาวะ Infusion Reaction (28 ตุลาคม 2565) หลังได้รับยา 24.7 ml Rate 120 ml/hr ผู้ป่วยมีอาการหน้าแดง แขนงอก สัญญาณชีพ BP 121/77 mmHg P 90 /min R 20 ครั้งต่อนาที ออกซิเจน 97 % หยุดยาเคมีบำบัด รายงานแพทย์ให้ Dexamethasone 8 mg , Piriton 1 amp ทางหลอดเลือดดำ หลังให้ยาอาการทั่วไปดีขึ้น ไม่มีอาการแขนงอกและสามารถให้ยาเคมีบำบัดจนครบ มีอาการปวดเมื่อยตามตัวหลังให้ยาเคมีบำบัดวันที่ 3 ดูแลให้รับประทานยาแก้ปวดตามแผนการรักษา Tramal (50 mg) 1 cap prn ทุก 6 ชั่วโมง อาการปวดลดลงหลังรับประทานยาแก้ปวด มีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้ลดลง น้ำหนักลดลง ระหว่างให้ยาเคมีบำบัด พยาบาลแนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ โปรตีนสูง เช่น เนื้อปลา

นม ไข่ และอาหารที่ย่อยง่าย แนะนำการรับประทานอาหารครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง หลีกเลี่ยงอาหารที่มีกลิ่นแรง รสจัด ผู้ป่วยเข้าใจรับประทานอาหารได้มากขึ้น

ปัญหาทางการพยาบาลในระยะก่อนการฉายรังสี ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกลัวการฉายรังสี พยาบาลได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการฉายรังสี ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการฉายรังสี ขณะการรักษาผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงจากเดิม พยาบาลแนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ โปรตีนสูง เช่น เนื้อปลา นม ไข่ และอาหารที่ย่อยง่าย แนะนำการรับประทานอาหารครั้งละน้อยๆแต่บ่อยครั้ง หลีกเลี่ยงอาหารที่มีกลิ่นแรง รสจัด ผู้ป่วยเข้าใจรับประทานอาหารได้มากขึ้น อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน หรืออาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการฉายรังสี ทั้งผลข้างเคียงระยะสั้นที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ในระหว่างฉายรังสีบริเวณปอด ได้แก่ การอักเสบของเนื้อปอด (Radiation pneumonitis) ผู้ป่วยอาจมีอาการไอ หายใจสั้นลง เหนื่อยง่ายขึ้นกว่าเดิม อาการจะทุเลาลงภายหลังฉายรังสี 3-6 เดือน การอักเสบของผิวหนัง (Radiation dermatitis) ผิวหนังจะแดง คล้ำเป็นแผลง่ายในบริเวณที่ฉายรังสี อาการจะดีขึ้นภายหลังการฉายรังสี 2-3 เดือน ซึ่งภาวะแทรกซ้อนต่อผิวหนัง รังสีจะทำให้ปฏิกิริยาต่อผิวหนัง ให้ผู้ป่วยสังเกตบริเวณแผลเด้านมที่ฉายรังสี (สัปดาห์ที่ 2) และแจ้งแพทย์หรือพยาบาลทราบทันที หากบริเวณฉายรังสีมีอาการผิดปกติ เช่น ปวด มีเลือดออกจากแผล ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างฉายแสง และฉายแสงครบจำนวน 16 ครั้ง ตามแผนการรักษาของแพทย์

ปัญหาทางการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัดคือ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกลัวการผ่าตัด พยาบาลได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเต้านม ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมานอนโรงพยาบาลวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2566 เพื่อผ่าตัด Salvage mastectomy with Transverse Rectus Abdominis Musculocutaneous flap coverage ส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2566 เพื่อทำผ่าตัด หลังผ่าตัด ผู้ป่วย On 5%D/N/2 1000 cc IV 120cc/hr มีแผลผ่าตัดที่เต้านมขวาและหน้าท้อง แผลไม่มี Bleeding ซีม มีอาการปวดแผล Pain score = 4 คะแนน ไม่กล้าขยับแขนข้างที่ทำผ่าตัด ได้รับยา Mophine 3 mg for pain ผู้ป่วยสามารถขยับแขนตามคำแนะนำได้ สามารถบริหารแขนข้างที่ทำผ่าตัดได้ อาการปวดดีขึ้น ไม่มีอาการข้อไหล่ติด แขนบวม

พยาบาลได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและสนองตอบความต้องการและปัญหาของผู้ป่วย อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ต่อมาแพทย์วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านวันที่ 2 มีนาคม 2566 จึงเตรียมผู้ป่วยกลับบ้านด้วยการให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัว การรับประทานอาหาร การรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การดูแลแผลผ่าตัด การป้องกันการติดเชื้อ การดูแลสาย Jackson drain การพักผ่อน การบริหารแขนข้างที่ทำผ่าตัด เพื่อป้องกันข้อไหล่ติด แขนบวม การสังเกตอาการผิดปกติ

และอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด แพทย์นัดตรวจหลังผ่าตัด ที่คลินิก
 เดือนวันที่ 13 มีนาคม 2566

วิเคราะห์กรณีศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องร่วมกับการวิเคราะห์กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม
 ระยะแพร่กระจายที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ฉายแสง ก่อนการผ่าตัดและมีการติดเชื้อหลัง
 การผ่าตัดพบว่า โรคมะเร็งเต้านมพบมากในคนอายุ 50 ปีขึ้นไปจะมีอุบัติการณ์สูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น
 ตรวจพบได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของโรคโดยไม่แสดงอาการ อาจคลำพบก้อนเต้านม ต้องได้รับการตรวจ
 คัดกรองโดยแพทย์ มีการตรวจแมมโมแกรม และมีการเจาะชิ้นเนื้อส่งตรวจ สำหรับกรณีศึกษารายนี้
 ไม่ได้ตรวจสุขภาพประจำปี ไม่ได้ตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือน คลำพบก้อนเต้านมก้อน
 มีขนาดใหญ่ และพบในระยะแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองแล้ว ผู้ป่วยเข้ารับการรักษารักษาโรคมะเร็ง
 ตามสิทธิ์บัตรทอง ให้ยาเคมีบำบัดครบ แพทย์วางแผนต่อการผ่าตัดแต่ผู้ป่วยไม่ไปตรวจตามนัด ไปพบ
 แพทย์อีกครั้งด้วยก้อนโตขึ้นก้อน แดก การรักษามะเร็งเต้านมในกรณีศึกษารายนี้ต้องมีการรักษา
 แบบผสมผสาน ทั้งด้านการผ่าตัด เคมีบำบัด และการฉายรังสี

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย มีการรักษาแบบผสมผสานเพื่อประคับประคองให้
 อาการทุเลาลง สำหรับกรณีศึกษา ผู้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมด้านขวา ระยะแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง
 ต้องได้รับยาเคมีบำบัด ฉายรังสีก่อนการผ่าตัดเพื่อลดขนาดของก้อนก่อนการผ่าตัด หลังการผ่าตัดมี
 การติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดแผลแยก ทำให้ผู้ป่วยต้องตรวจติดตามและมาโรงพยาบาลบ่อยขึ้น
 การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย พยาบาลมีบทบาทอย่างยิ่งในการเตรียมพร้อม
 ตั้งแต่ก่อนการรักษาขณะรับการรักษา และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ในการวางแผนการ
 รักษาพยาบาลเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ต้องเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้ง
 ร่างกายและจิตใจ ในระยะทั้งก่อนการรักษาและหลังการรักษาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจ
 เกิดขึ้น ตลอดจนการวางแผนการจำหน่ายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดูแลตนเองได้เมื่อกลับบ้าน
 ต้องได้รับการดูแลให้ปลอดภัย ตามมาตรฐานการพยาบาล และครบถ้วนองค์รวมระหว่างรับการรักษา
 จำเป็นต้องดูแลด้วยทีมสหสาขา และมีการประเมินผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ โดยการใช้หลักของ
 กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) แบบแผนด้านสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional
 health) 11 แบบแผน และได้นำแนวคิดทฤษฎีโอเรมมาใช้ในการวางแผนการประเมินพฤติกรรม
 (Assessment of behavior) การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis) กิจกรรมการพยาบาล
 (Intervention) และการประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) ในการจัดการปัญหาและความ
 ต้องการของผู้ป่วย ญาติ ครอบครัว รวมถึงชุมชนของผู้ป่วยด้วย ในการวางแผนรักษาเป้าหมายในการ
 ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

พยาบาลทำหน้าที่ในการสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เสริมพลังในการดูแลตนเองของผู้ป่วย
 โดยการให้ข้อมูลเรื่องแผนการรักษาของแพทย์ การดูแลรักษา และการฝึกทักษะในการดูแลตนเองที่
 ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษา เผชิญหน้ากับความ

เจ็บป่วย ปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงสุขภาพได้เหมาะสม และช่วยเหลือตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดและมาตรวจตามนัดรับการรักษาของแพทย์ รวมทั้งผู้ป่วยและญาติต้องมีความรู้ความเข้าใจเมื่อกลับไปดูแลตัวเองต่อเนืองที่บ้าน

ปัญหาอุปสรรคข้อจำกัดและแนวทางการแก้ไขปัญหา

ตารางที่ 7 ปัญหาอุปสรรคข้อจำกัดและแนวทางการแก้ไขปัญหา

ลำดับ	ปัญหาอุปสรรคข้อจำกัดที่พบ	การแก้ไขปัญหา
1	ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด รังสีรักษา และการผ่าตัดมี การติดเชื้อแผลผ่าตัด มีภาวะพร่องความรู้ในการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรค	-ส่งเสริมสุขภาพโดยการให้ข้อมูลเรื่องโรค การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด รังสี การผ่าตัด อาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด การฉายรังสี การผ่าตัด การปฏิบัติตัวขณะและหลังการรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน
2	การติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด หลังผ่าตัดภายใน 30 วัน เนื่องจากกรณีศึกษา รายนี้มีแผลแตกบริเวณเต้านมก่อนการผ่าตัด และได้รับการฉายรังสีก่อนการผ่าตัด ทำให้แผลติดเชื้อ	-แนะนำการดูแลแผลผ่าตัดไม่ให้แผลเปื่อยน้ำ -แนะนำการรับประทานยาฆ่าเชื้อตามแผนการรักษา -แนะนำให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีคุณค่าและเพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย -การจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก -แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน เช่น ใช้สูง ถ่ายเหลวเหนียว เยื่อเยื่อ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำเสนอเผยแพร่ความรู้แก่บุคคลทั่วไปให้ทราบถึงการดูแลสุขภาพของตนเอง ในการออกหน่วยลงสู่ชุมชน ท้องถิ่น ไปจัดนิทรรศการ ป้ายประชาสัมพันธ์ ในเรื่อง ปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งเต้านม การป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านม และการตระหนักถึงการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพื่อเป็นการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองได้

2. จัดกิจกรรม ความรู้ เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในโรงพยาบาลหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เจ้าหน้าที่พยาบาล ผู้ป่วยที่มีมารับบริการ ญาติผู้ป่วย ได้นำความรู้ไปปรับใช้ในการดูแลตนเอง

3. ทีมดูแลสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ควรมีการทบทวน ทำวิจัย เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม เพื่อเพิ่มมาตรฐานทางการพยาบาลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ

บรรณานุกรม

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2565: Public Health Statistic A.D. 2022*. <https://spd.moph.go.th/>
- จินตนา กิ่งแก้ว. (2560). มะเร็งเต้านมกับการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม. *วารสารโรคมะเร็ง*, 37(4), 163-170.
- จุฬามาศ ปิงชนานุกิจ และจิตรานันต์ กงวงษ์. (2566). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดที่แผนกผู้ป่วยนอก. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 50 (1), 369-408.
- ณัฏฐิญา จินตาคกุล. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมโรงพยาบาลกาฬสินธุ์:กรณีศึกษา. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 6(4), 8-17.
- ธนุต์ม์ ก้วยเจริญพานิชย์, พุฒิสักดิ์ พุทธิบูลย์, ศรีชัย ครุสันธิ์, ทฤษฎี สุวรรณรัตน์, และอาคม ชัยวีระวัฒน์. (2558). *ตำรามะเร็งเต้านม*. อุบลราชธานี: อุบลกิจออฟเซตการพิมพ์.
- นรเศรษฐ์ สมานไทย. (2562). พยาธิของมะเร็งเต้านมสำหรับศัลยแพทย์. ใน พรชัย โอเจริญรัตน์, พุทธิพร เย็นบุตร, วิไลรัตน์ ประเสริฐ, วิษณุ โล่สิริวัฒน์ และ ดุลยพัฒน์ สงวนรักษา (บ.ก.), *มะเร็งเต้านม*. (น. 121-158). กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
- พาริดา อิบราฮิม. (2551) *ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่5). กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ลักษณ์.
- ภรณ์ เหล่าอิทธิ และ นภา ปริญญานิติกุล. (2559). มะเร็งเต้านม:ระบาดวิทยาการป้องกันและแนวทางการตรวจคัดกรอง. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 60 (5): 497 - 507
- มาวิน วงศ์สายสุวรรณ. (2558). *Breast*. ใน: สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และ พัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ (Ed.), *ตำราศัลยศาสตร์ ภาค 2* (13 ed., pp. 30-47). บริษัท ไพลินบุ๊กเน็ต จำกัด (มหาชน).
- โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี. (2563). *แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. กรมการแพทย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี กระทรวงสาธารณสุข
- วิศิษฐ์ จันทร์คุณภาส. (2560). *Prevention of surgical site infection*. <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturesttopics/topic-review/5794/>
- วีรุฒิ อิ่มสำราญ, อาคม ชัยวีระวัฒน์, ดนัย มโนรมณ์ และ สมชาย ณะสิทธิชัย. (2560). *แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งเต้านม*. กรุงเทพฯ: โฆสิตการพิมพ์ จำกัด.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (ม.ป.ป.). *ทำบริหารป้องกันข้อไหล่ติดในผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม*. <https://www.nci.go.th/Th/Knowledge/downloads/0004.pdf>
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2562). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล ปี 2561*. (Hospital- Based Cancer Registry 2018) กรุงเทพฯ: พรทรัพย์การพิมพ์.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (2565). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2564*. https://www.nci.go.th/e_book/hosbased_2564/index.html

สุจิราฟุ้งเฟื่อง .(2561) บทบาทพยาบาลในการจัดการภาวะภูมิไวเกินและปฏิกิริยาจากการให้ยา

เคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำ.วารสารโรคมะเร็ง.38(1) น.29-41

สมจิต หนูเจริญกุล. (2552) การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม1 (ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 5). พิมพ์ครั้งที่ 14 .กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี เจ พรินต์ติ้ง.

หะสัน มุหาหมัด. (2563). ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม.

<https://www.phyathai.com/th/article/1861-ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม>

เอี่ยมแซ สุขประเสริฐ. (2562). การรักษามะเร็งเต้านม (*Breast Cancer Treatment*).

<https://doh.hpc.go.th/bse/topicDisplay.php?id=139>

American Society of Anesthesiologists. (2014). *ASA physical status classification system*.

file ://C: Documents%20 and %20 Settings /PVS/Mg%20Documents/ Downloads/ asa-physical-status-classification- system.pdf

American Cancer Society .(2021). *Breast Reconstruction Using Your Own Tissue (Flap Procedures)*.

<https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/reconstruction- surgery/breast-reconstruction-options/breast-reconstruction-using-your-own-tissues-flap-procedures.html>

American cancer Society. (2024). *Cancer Facts & figure*.

<https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2024/2024-cancer-facts-and-figures-acf.pdf>

American Society of Clinical Oncology. (2022). Breast cancer: Stages. *Journal of Clinical Oncology*.

<https://www.cancer.net/cancer-types/breast-cancer/stages>

Anderson, D.J., Podgorny, K., Berrios-Torres, S.I., Bratzler, D. W., Dellinger, E. P., Greene, L....& Kaye, K. S. (2014). Strategies to prevent surgical site infections in acute care hospitals: 2014 update. *Infection Control and Hospital Epidemiology*,

35(6): 605-627

Barry, C. L. (2021). *Surgical wound infections*. *Physician Assistant Clinics*, 6(2), 295-307.

Berrios-Torres, S. I., Umscheid, C. A., Bratzler, D. W., Leas, B., Stone, E. C., Kelz, R. R....&

Schechter, W. P. (2014). *Draft guideline for the prevention of surgical site*

infection. www.jscoa/files/CDC-SSI_Guideline_Draft2014.pdf

Fei, Q., Li, J., Lin, J., Li, D., Wang, B., Meng, H.,... & Yang, Y. (2015). Risk factors for surgical

site infection following spinal surgery: A meta-analysis. *World Neurosurgery*, doi:10.1016/j. wneu.2015.05.059

- Fukuda, H. (2016). Patient-related risk factors for surgical site infection following eight types of gastrointestinal surgery. *Journal of Hospital Infection*.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2016.04.005>
- National cancer institute. (2024). *Anatomy of female breast*.
<https://www.cancer.gov/types/breast/patient/breast-treatment-pdq>
- Orem DE. (2001). *Nursing concepts of practice. 6th ed.* St. Louis: Mosby.
- Rojanamat, J., Ukranun, W., Supaattagorn, P., Chiaviriyabunya, I., Wongsena, M., Chaiwerawattana, A., Laowahutanont, P., Chitapanarux, I., Vatanasapt, S., Sangrajrang, S., and Buasom, R. (2021). *Cancer in Thailand (Vol.X, 2016-2018)*. Bangkok: Medical Record and Data based Cancer Unit.
- Touhy, T. A., & Jett, K. F. (2014). *Ebersole and Hess' gerontological nursing & healthy aging*. St Louis: Elsevier
- Walraven, C. V., & Musselman, R. (2013). The surgical site infection risk score (SSIRS): A model to predict the risk of surgical site infections. *Public Library of Science ONE, 8(6)*: e67167
- World Health Organization. (2020). *Thailand Source: Globocan*.
<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-factsheet.pdf>



 T h a i l a n d

 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

 National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ