

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูกที่มีภาวะทุพโภชนาการ
ระดับรุนแรงระหว่างรับการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา

โดย

นางสาววิลาวรรณ คุศิริวิไลส์

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล

ตำแหน่งเลขที่ 4885

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

National Cancer Institute

งานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต

กลุ่มงานวิชาการพยาบาล

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

คำนำ

มะเร็งโพรงหลังจมูก เป็นมะเร็งที่พบได้ในบริเวณโพรงหลังจมูก ซึ่งเป็นพื้นที่ที่เข้าถึงได้ยากและยากต่อการตรวจวินิจฉัยในระยะเริ่มต้น มะเร็งชนิดนี้มีลักษณะการเติบโตและการแพร่กระจายที่ซับซ้อน โดยอาจกระจายไปยังบริเวณใกล้เคียงหรือแม้กระทั่งในระยะลุกลามไปยังส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย การรักษามะเร็งโพรงหลังจมูกมักจะประกอบด้วยการใช้เคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ซึ่งเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพในการลดขนาดของก้อนมะเร็งและควบคุมการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง อย่างไรก็ตามการรักษาเหล่านี้มักมีผลข้างเคียงที่ส่งผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย และภาวะทุพโภชนาการเป็นหนึ่งในปัญหาที่สำคัญที่อาจเกิดขึ้น ภาวะทุพโภชนาการคือภาวะที่ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ หรือไม่สามารรถใช้สารอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากหลายปัจจัย เช่น ความยากลำบากในการรับประทานอาหาร การสูญเสียสารอาหารจากการอาเจียน เบื่ออาหาร หรือปัญหาจากระบบย่อยอาหารและการดูดซึมสารอาหาร ผลกระทบจากภาวะทุพโภชนาการนี้อาจนำไปสู่การลดลงของน้ำหนักตัว การเสื่อมสภาพของร่างกาย และการลดลงของคุณภาพชีวิต ซึ่งทำให้การจัดการภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูกมีความสำคัญอย่างยิ่ง การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูกที่มีภาวะทุพโภชนาการในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด และรังสีรักษาเป็นกระบวนการที่ต้องใช้ความรู้ ความชำนาญ และทักษะในการประเมินภาวะโภชนาการ เพื่อค้นหาปัญหา และสร้างความตระหนักกับผู้ป่วยให้เห็นความสำคัญ เพื่อตั้งเป้าหมายและร่วมกันวางแผนในการจัดการดูแลให้ครอบคลุมในการรับประทานอาหารที่เหมาะสม และการเลือกอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูง การจัดการกับผลข้างเคียงจากการรักษา รวมถึงการสนับสนุนทางจิตใจและสังคม ตลอดจนการติดตามผล และการปรับแผนการดูแลที่ได้จากการติดตามผลเพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูกที่มีภาวะทุพโภชนาการในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา นับได้ว่าเป็นการพยาบาลที่ยุ่งยากและซับซ้อนในการดูแล ซึ่งผู้จัดทำได้ศึกษาค้นคว้ารวบรวมข้อมูล ร่วมกับประสบการณ์จากการปฏิบัติงานจริงเพื่อประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเอกสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลและผู้สนใจที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูกที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรงในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลหรือปรับใช้ในการปฏิบัติงานและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

นางสาววิลาวรรณ คูศิริไลส์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล

9 ธันวาคม 2566

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข-ค
สารบัญตาราง	ง
สารบัญแผนภูมิ	จ
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
เหตุผลในการเลือกกรณีศึกษา	2
วัตถุประสงค์ในการศึกษา	2
ขั้นตอนการดำเนินงาน	3
ระยะเวลาในการศึกษา	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
บทที่ 2 ความรู้เรื่องโรค การรักษา และภาวะต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง	4
กายวิภาคและสรีรวิทยาของจมูก	4
กายวิภาคและสรีรวิทยาของโพรงหลังจมูก	5
พยาธิวิทยาของมะเร็งคอหอยหลังโพรงจมูก	10
ลักษณะทางพยาธิวิทยา	11
สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งโพรงหลังจมูก	12
อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งโพรงหลังจมูก	12
การวินิจฉัยโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก	15
ระดับความรุนแรง หรือระยะของโรค	16
การรักษาโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก	17
การรักษาด้วยการฉายรังสี	18
การรักษาด้วยเคมีบำบัด	20
การฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด	23

สารบัญ (ต่อ)	หน้า
บทที่ 3 การพยาบาล และทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา	33
กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของมาร์จอร์รี่ กอร์ดอน (Marjory Gordon)	33
ทฤษฎีการพยาบาลของคิง (King's Nursing Theory)	37
บทบาทพยาบาลในการดูแลโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษา ร่วมกับเคมีบำบัด	41
การประเมินภาวะโภชนาการ	41
เครื่องมือประเมินภาวะโภชนาการ	44
การวินิจฉัยทางด้านโภชนาการ	45
การให้โภชนบำบัด	45
การติดตามประเมินผลของแผนโภชนบำบัด	46
บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับ รังสีรักษา ร่วมกับเคมีบำบัด	46
บทที่ 4 กรณีศึกษา	55
ข้อมูลทั่วไป	55
ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพผู้ป่วย	55
การตรวจร่างกายและการประเมินภาวะสุขภาพ	58
การประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน	59
การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษอื่น ๆ	63
แผนการรักษาที่ได้รับ	68
วิเคราะห์และเปรียบเทียบทฤษฎี ความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา	70
การพยาบาล	74
สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระหว่างรับไว้ในการดูแล	105
บทที่ 5 สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ	120
สรุปกรณีศึกษา	120
ปัญหา/อุปสรรค/ข้อจำกัดและแนวทางการแก้ไขปัญหา	122
สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกรณีศึกษา	123
ข้อเสนอแนะ	123
บรรณานุกรม	124
ภาคผนวก	

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 การแบ่งระยะมะเร็งโพรงหลังจมูก ตามระบบ American Joint Committee on Cancer (AJCC)	16
ตารางที่ 2 แนวทางการรักษามะเร็งโพรงหลังจมูกแบ่งตามระยะของโรค National Comprehensive Cancer Network (NCCN) guideline	17
ตารางที่ 3 การแบ่งยาเคมีบำบัดตามระดับความรุนแรงของยาเมื่อรื้อออกนอกหลอดเลือดดำ	22
ตารางที่ 4 แสดงระยะของโรคและผลกระทบของมะเร็งโพรงหลังจมูก	24
ตารางที่ 5 ร้อยละของน้ำหนักตัวลดลงระดับรุนแรงอ้างอิงแบบประเมิน Nutrition triage 2013 (NT 2013)	42
ตารางที่ 6 การประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้ดัชนีมวลกาย	42
ตารางที่ 7 การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่บ่งชี้ภาวะโภชนาการ	43
ตารางที่ 8 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hematology	63
ตารางที่ 9 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Blood Biochemistry	65



NCI

T h a i l a n d

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

สารบัญแผนภูมิ

	หน้า
แผนภูมิที่ 1	
แผนภูมิพงศาวลีหรือพันธุประวัติ (Family pedigree chart)	57



NCI

T h a i l a n d

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 1	กายวิภาคศาสตร์ของจมูก	5
ภาพที่ 2	กายวิภาคศาสตร์ของโพรงหลังจมูก	6
ภาพที่ 3	แสดงต่อมน้ำเหลืองและกลุ่มน้ำเหลืองที่คอและเหนือกระดูกไหปลาร้า	9
ภาพที่ 4	กระบวนการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมาย	39



NCI

T h a i l a n d

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของคนทั่วโลก และมีแนวโน้มว่าจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณ 18.1 ล้านคน ผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งประมาณ 9.6 ล้านคนหรือเสียชีวิตหนึ่งในหกของผู้ป่วยมะเร็งที่มีชีวิตอยู่ภายในระยะเวลาไม่เกิน 5 ปี หลังการวินิจฉัยโรคมะเร็งมากถึง 32.6 ล้านคน ในประเทศที่พัฒนาแล้วอย่าง สหรัฐอเมริกา พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน 1,688,780 ราย มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 600,920 ราย (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

ในประเทศไทยพบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ และมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอยู่ตลอดเวลา ดังจะเห็นได้จากสถิติโรคมะเร็งของประเทศไทย(Cancer in Thailand) มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ในปี 2559 – 2561 พบอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งศีรษะและคอเป็นอันดับหก ในเพศชาย (Rojanamatin et al., 2021) และในข้อมูลทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล ปี 2563 พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคออยู่ในสิบอันดับแรกของที่มารับบริการที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2564) ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมส่งผลให้มีการตอบสนองทางด้านอารมณ์ที่ซับซ้อนเนื่องจากบริเวณศีรษะและคอเป็นที่รวมของอวัยวะรับความรู้สึกหลายอย่าง การดำเนินโรคทำให้การทำหน้าที่ของอวัยวะนั้นๆ ผิดปกติไป ในระยะแรกก่อนเริ่มการรักษาผู้ป่วยมักมีอาการกลืนลำบาก สำลึกรน้ำและอาหาร เสียงเปลี่ยน มีอาการปวดอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า รับประทานอาหารได้น้อยลง พูดสื่อสารไม่ชัดเจน มีผลต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วย และการเปลี่ยนแปลงพยาธิสรีรภาพของโรคนำไปสู่ปัญหาทางภาวะโภชนาการของผู้ป่วย

การรักษามะเร็งประกอบด้วยการรักษาหลัก ได้แก่ ศัลยกรรม รังสีรักษา และเคมีบำบัด หรือใช้วิธีร่วมกัน 2 ใน 3 วิธี เช่น การรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด เป็นต้น โดยการรักษาหลักสำหรับมะเร็งศีรษะและคอ ในระยะที่ 1 และ 2 คือการผ่าตัดและรังสีรักษา เพื่อมุ่งหวังให้หายขาด แต่เมื่อมีอาการในระยะที่ 3 และ 4 ซึ่งมักเป็นระยะที่มีการแพร่กระจายของโรคไปยังต่อมน้ำเหลือง หรืออวัยวะใกล้เคียง เป้าหมายการรักษาเพื่อประคับประคองหรือจำกัดการแพร่กระจายของก้อนมะเร็ง ด้วยการฉายรังสี หรือการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด (รุ่งนภา คงภักดี, มุกดา เดชประพนธ์, และสุปรีดา มั่นคง, 2564) อย่างไรก็ตาม การรักษามะเร็งโพรงหลังจมูกจะได้ผลดีขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย ภูมิคุ้มกันโรคซึ่งสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้ป่วย รังสีรักษามีผลทำลายเซลล์มะเร็งแล้วยังมีผลต่อเซลล์ปกติของร่างกาย ส่วนเคมีบำบัดมีผลต่อการทำลายเยื่อต่างๆของร่างกาย (ชนิดชนก รุ่งเรือง และ ทิพวรรณ ศิริเตียรทอง, 2562) เมื่อได้รับการการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัดจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากกว่าการรักษาเพียงวิธีเดียว โดยเฉพาะอาการปากแห้ง คอแห้ง น้ำลายแห้ง (Xerostomia) เยื่อปากอักเสบ (Mucositis) การรับรสที่เปลี่ยนไป ส่งผลต่อการกลืนของผู้ป่วย หรืออาการคลื่นไส้ อาเจียนจากการได้รับยาเคมีบำบัด (กนกกาญจน์ กองพิธิ & สิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์, 2557) (Crowder, Douglas, Yanina Pepino, Sarma, &

Arthur, 2018) ซึ่งกระทบโดยตรงต่อภาวะโภชนาการทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มักพบปัญหาเรื่องน้ำหนักลดและมีภาวะทุพโภชนาการ จนอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ไม่ยอมรับการรักษาให้ครบตามแพทย์ที่กำหนด ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง (Ravasco, 2019)

ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูกที่รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด จำเป็นต้องได้รับการเตรียมร่างกาย คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน (สุริสา เต็มทับ และประณีต ส่งวัฒนา, 2566) และการจัดการภาวะโภชนาการอย่างเหมาะสมเพื่อให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต้านทานโรคอย่างเพียงพอผ่านพ้นภาวะวิกฤต พร้อมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดช่วงการรักษา

1.2 เหตุผลในการเลือกกรณีศึกษา

มะเร็งโพรงจมูกซึ่งเป็นตำแหน่งซ่อนเร้นยากที่จะตรวจพบความผิดปกติด้วยการตรวจร่างกายธรรมดา จึงทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ในระยะที่มะเร็งมีการแพร่กระจายและทำให้เกิดอาการต่าง ๆ แล้ว เช่น ก้อนที่คอ มองเห็นภาพซ้อน หูอื้อ เป็นต้น การรักษาในปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ ทำให้เกิดนวัตกรรมทางการรักษาพยาบาล ซึ่งมะเร็งหลังโพรงจมูกเป็นมะเร็งที่ตอบสนองต่อการรักษาได้ดี รังสีรักษาเป็นการรักษาหลักในมะเร็งหลังโพรงจมูก ร่วมกับเคมีบำบัด เนื่องจากช่วยให้มีอัตราการรอดชีวิต อัตราการปลอดการก้าวหน้าของโรค และอัตราการควบคุมเฉพาะบริเวณสูงกว่าการฉายรังสีเพียงอย่างเดียวแต่จะพบ ผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบจากการรักษานอกจากผลข้างเคียงที่ก่อให้เกิดอาการรบกวนต่างๆแล้ว ยังมีผลกระทบต่อ การได้รับสารอาหารของร่างกายเป็นอย่างมาก อาหารเป็นสิ่งสำคัญส่วนหนึ่งในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยควรรับประทานอาหารให้ได้สารอาหารเพียงพอและเหมาะสมก่อน ระหว่างและหลังการรักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยแข็งแรงขึ้น ลดอาการแทรกซ้อน และมีความรู้สึกดีขึ้นมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคได้ แต่พบว่าจะมีผู้ป่วยหลายรายที่พบภาวะทุพโภชนาการระหว่างรับการรักษา ถ้าอยู่ในระดับรุนแรงแพทย์อาจพิจารณาพักการรักษา เช่น มีภาวะซีด ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ ดังนั้นการได้รับสารอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายเป็นสิ่งจำเป็นมากสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง อาหารที่ได้รับควรต้องเป็นอาหารที่มีคุณภาพทางสารอาหารอย่างเหมาะสมด้วย ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความซับซ้อนของการรักษาพยาบาลที่ต้องใช้ทักษะ ประสบการณ์และความชำนาญ ในด้านการประเมินและการดูแลด้านโภชนาการ การให้คำปรึกษา เพื่อป้องกันการเกิดภาวะทุพโภชนาการหรือลดระดับภาวะทุพโภชนาการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องครบตามแผนการรักษาของแพทย์ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

1.3 วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษา กายวิภาค พยาธิสรีรวิทยา สาเหตุ อาการ และการรักษาโรคมะเร็งโพรงหลังจมูกที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรงระหว่างรับการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสี
2. เพื่อศึกษาการนำองค์ความรู้ด้านโภชนาการมาบูรณาการในทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

3. เพื่อนำแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลของคิง มาประยุกต์ใช้ในการจัดทำแผนการพยาบาล และนำสู่การปฏิบัติการพยาบาลโรคมะเร็งโพรงหลังจมูกที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรงระหว่างรับการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสี

1.4 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เลือกกรณีศึกษาจากผู้ป่วยโรคมะเร็งโพรงหลังจมูกที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัดที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรง โดยเลือกผู้ป่วยแบบเฉพาะเจาะจง 1 ราย
2. รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย โดยการซักประวัติจากผู้ป่วยและญาติ
3. ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลจากประวัติผู้ป่วยในระบบ HIS (Hospital Information Systems) ของโรงพยาบาล
4. ศึกษา ค้นคว้าตำราวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ นำมาบูรณาการร่วมกันเพื่อประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลที่ครอบคลุมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
5. นำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์ เพื่อการวางแผนการพยาบาลตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล โดยให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง
6. นำแผนการพยาบาลลงสู่การปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยที่เป็นกรณีศึกษาและปรับปรุง แก้ไขปัญหาให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย พร้อมทั้งติดตามประเมินผลผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาล
7. วิเคราะห์ข้อมูล ประเมินผลและสรุปสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา เพื่อใช้พัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งโพรงหลังจมูกที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัดที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรงรายอื่น ๆ
8. จัดทำเล่มฉบับสมบูรณ์และเผยแพร่

1.5 ระยะเวลาดำเนินการ

วันที่ 3 กรกฎาคม - 10 ธันวาคม 2566 รวมระยะเวลา 161 วัน

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้เกิดการเรียนรู้เรื่องโรคมะเร็งโพรงหลังจมูกที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรงระหว่างรับการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสี และการจัดการทางการพยาบาล
2. พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งสามารถนำความรู้ด้านโภชนาศาสตร์มาใช้ในการประเมินผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การวางแผนด้านโภชนาการอย่างเหมาะสม
3. สามารถนำมาขยายผล หรือต่อยอดพัฒนาเป็น คู่มือหรือวิธีการปฏิบัติการพยาบาล (Work Instruction) ผู้ป่วยกลุ่มโรคและอาการเดียวกัน

บทที่ 2

ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และภาวะต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

กายวิภาคและสรีรวิทยาของจมูก

โครงสร้างของจมูกแบ่งออกเป็น 3 ส่วนได้แก่ จมูกส่วนนอก (External nose) จมูกส่วนใน (Internal nose) และโพรงอากาศข้างจมูก หรือไซนัส (Paranasal sinuses) (ศรีสุนทรฯ เจริญพรพัฒน์, 2566)

1. จมูกส่วนนอก (External nose) จมูกส่วนนอกนั้นมีส่วนที่เป็นตัวจมูกอยู่ 3 ส่วน คือ ส่วนบนสุดเป็นกระดูกแข็ง (Bony section) อีก 2 ส่วนเป็นตัวจมูกที่เป็นกระดูกอ่อน (Cartilaginous section) และ เคลื่อนไหวได้

2. จมูกส่วนใน (Internal nose) จมูกส่วนในหรือส่วนที่เรียกว่าโพรงจมูก (Nasal cavity) นี้ จะมีผนังกั้นคือ Nasal septum แบ่งโพรงจมูกออกเป็น 2 ข้าง ซ้าย ขวา ซึ่งจะมีขนาดไม่เท่ากัน โดยด้านหน้าของโพรงจมูกเปิดออกสู่ภายนอก ส่วนด้านหลังเปิดสู่ช่องคอหลังโพรงจมูก (Nasopharynx)

3. โพรงอากาศข้างจมูก หรือไซนัส (Paranasal sinuses)

ไซนัส (Paranasal sinuses) เป็นโพรงอากาศบริเวณใบหน้าและฐานของกะโหลกศีรษะที่มีรูเปิด (Ostium) ติดต่อกับช่องจมูก ภายในไซนัสมีเยื่อบาง ๆ (Mucosa) บ่อยแบบเดียวกับเยื่อในช่องปาก เยื่อบาง ๆ นี้ต่อเป็นผืนเดียวกันกับเยื่อภายในช่องจมูกและปาก ไซนัสมีอยู่ 4 คู่ โดยแต่ละคู่จะอยู่คนละข้างของจมูก ได้แก่

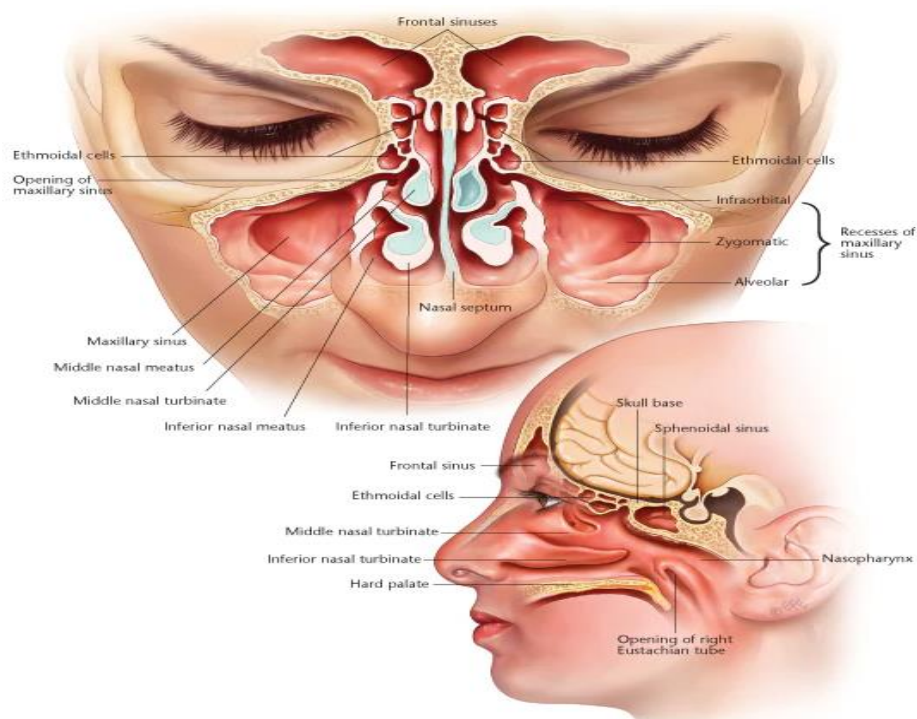
3.1 ไซนัสหน้าผาก (Frontal sinus) เป็นโพรงอากาศที่อยู่ในกระดูกหน้าผาก ส่วนใหญ่จะมีสองข้าง ถ้ามีข้างเดียวหรือไม่มีเลยก็ไม่ถือเป็นสิ่งผิดปกติ ในเด็กเล็กไซนัสนี้ยังไม่มีการเจริญเติบโต ขนาดของไซนัสอาจแตกต่างกันมากในแต่ละคน ไซนัสนี้เมื่อมีอาการติดเชื้อเกิดขึ้น อาจทำให้ผิวหนังบริเวณหน้าผากบวมแดงและโป่งพองออกมา หรือทะลุเข้าไปข้างในทำให้เยื่อหุ้มสมองจนถึงสมองอักเสบได้

3.2 ไซนัสข้างหัวตา (Ethmoid sinus) เป็นโพรงอากาศที่อยู่ในกระดูก Ethmoid อยู่ระหว่างส่วนบนของสันจมูกกับหัวตาทั้งสองข้าง ไซนัสนี้มีลักษณะคล้ายรังบัว แต่ละข้างมีหลายไซนัสด้วยกัน แบ่งออกเป็นไซนัสที่อยู่ด้านหน้าและทางด้านหลังโดยมีรูเปิดเข้าสู่จมูกคนละส่วนกัน

3.3 ไซนัสโหนกแก้ม (Maxillary sinus) อยู่ภายในโพรงกระดูกแก้มทั้งสองข้าง เป็นไซนัสที่มีขนาดใหญ่ที่สุด และก่อให้เกิดปัญหาบ่อยที่สุด

3.4 ไซนัสฐานสมอง (Sphenoid sinus) อยู่ใต้ฐานกะโหลกศีรษะในกระดูก Sphenoid ไซนัสนี้ปกติมีสองข้าง ขนาดของแต่ละข้างอาจไม่เท่ากัน ถ้าไซนัสนี้ติดเชื้อจะมีอาการรุนแรงถึงขั้นทำให้พิการหรือเสียชีวิตได้

ซึ่งไซนัสทั้งหมดจะมีรูระบายหรือรูเปิดของไซนัสเข้าสู่โพรงจมูก น้ำมูกที่ถูกผลิตขึ้นภายในไซนัสจะเคลื่อนที่ออกมาทางรูระบายนี้ ทำให้ไซนัสไม่มีน้ำมูกขัง ไม่มีหนอง



ภาพที่ 1 กายวิภาคศาสตร์ของจมูก

ที่มา: <https://shorturl.asia/puJqv>

หน้าที่ของจมูก

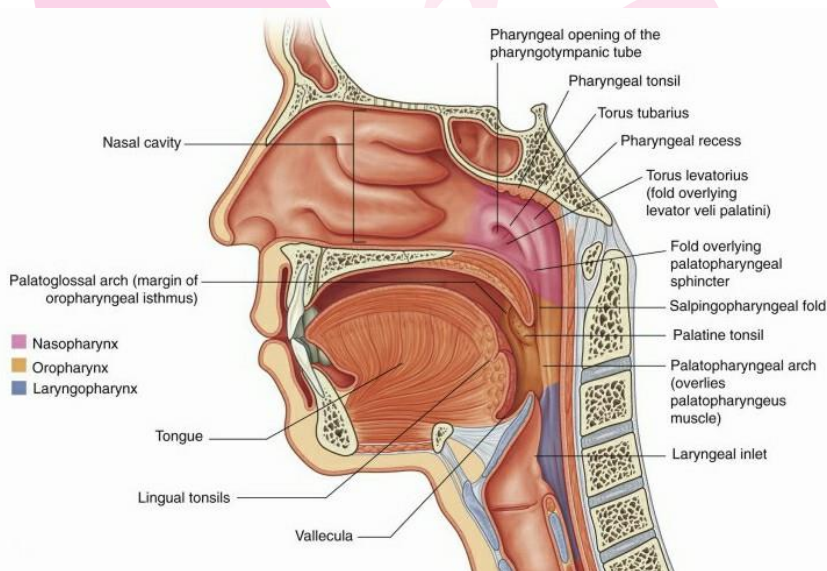
จมูกเป็นอวัยวะสำหรับหายใจ รับกลิ่นและช่วยป้องกันสิ่งสกปรก หรือฝุ่นละอองต่าง ๆ ที่อาจลงไปปอด และยังมีส่วนสำคัญในการออกเสียงด้วย จมูกเป็นทางผ่านหลักของอากาศที่หายใจเข้าไปสู่อุด

กายวิภาคและสรีรวิทยาของโพรงหลังจมูก (Anatomy and physiology of nasopharynx)

โพรงหลังจมูกคืออวัยวะด้านบนสุดของคอหอย (Pharynx) ซึ่งคอหอยประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ คอหอยโพรงหลังจมูก หรือคอหอยส่วนจมูก (Nasopharynx) คอหอยหลังช่องปาก หรือคอหอยส่วนปาก (Oropharynx) และคอหอยหลังกล่องเสียงหรือคอหอยส่วนกล่องเสียง (Hypopharynx)

คอหอยหลังช่องปาก หรือคอหอยส่วนปาก (Oropharynx) คือเนื้อเยื่อชนิดต่างๆที่อยู่ในลำคอช่วงเป็นรอยต่อระหว่างช่องปากกับลำคอ โดยประกอบด้วยเนื้อเยื่อสำคัญ คือ ทอนซิล (ต่อมทอนซิล) เพดานอ่อน ลิ้นไก่ โคนลิ้น นอกจากนี้ยังมีเนื้อเยื่อเกี่ยวพันทั่วไปที่มีในทุกอวัยวะ คือ กล้ามเนื้อ หลอดเลือด เส้นประสาท และเนื้อเยื่อระบบน้ำเหลือง คอหอยส่วนปากมีหน้าที่ เป็นทางผ่านของอาหารและอากาศ ช่วยการหายใจ การออกเสียง และการกลืน จัดเป็นเนื้อเยื่อในระบบหูคอจมูก หรือระบบศีรษะและลำคอ โดยพบโรคต่างๆได้เช่นเดียวกับโรคของช่องปาก และระบบทางเดินหายใจ เช่น การอักเสบติดเชื้อ ทั้งจาก แบคทีเรีย เชื้อไวรัส และจากเชื้อรา และโรคมะเร็ง เช่น โรคมะเร็งต่อมทอนซิล โรคมะเร็งโคนลิ้น เป็นต้น

คอหอยหลังกล่องเสียงหรือคอหอยส่วนกล่องเสียง (Hypopharynx) เป็นส่วนล่างสุดของคอหอย โดยเป็นส่วนที่ล้อมรอบด้านหลังและด้านข้างซ้ายขวาของกล่องเสียง ผนังของคอหอยส่วนนี้เป็นเยื่อเมือก และเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน เช่นเดียวกับคอหอยส่วนต่างๆ คือ กล้ามเนื้อ หลอดเลือด เส้นประสาท และระบบน้ำเหลือง คอหอยส่วนกล่องเสียง มีหน้าที่ช่วยในการกลืนอาหาร ดื่มน้ำ การออกเสียง และการหายใจ โรคที่เกิดกับคอหอยส่วนกล่องเสียง จะเช่นเดียวกับโรคที่เกิดในระบบทางเดินหายใจ เช่น การติดเชื้อต่างๆ ทั้ง แบคทีเรีย เชื้อไวรัส และเชื้อรา และโรคมะเร็ง ที่พบบ่อย คือ โรคมะเร็งคอหอย



ภาพที่ 2 กายวิภาคศาสตร์ของโพรงหลังจมูก

ที่มา: <https://shorturl.asia/E9U3V>

โพรงหลังจมูก หรือคอหอยโพรงหลังจมูก (Nasopharynx)

เป็นโครงสร้างที่อยู่ด้านหลังต่อจากโพรงจมูก (Nasal cavity) มีลักษณะเป็นโพรงให้อากาศผ่านจากจมูกลงสู่คอหอยหลังช่องปาก มีความกว้างประมาณ 23 ซม. และสูงประมาณ 3-4 ซม. โดยมีขอบเขตต่อกับอวัยวะอื่นๆ (ชวลิต เลิศบุษยานุกูล, 2560) ดังนี้

1. ด้านหน้า (Anterior wall) ติดต่อกับโพรงจมูกผ่านทางรูเปิด Choanae
2. ด้านบนและด้านหลัง (Roof and posterior walls) ประกอบไปด้วยกล้ามเนื้อ Superior pharyngeal constrictor และ Pharyngobasilar fascia ซึ่งเชื่อมระหว่างฐานกะโหลกศีรษะ คอหอย กล้ามเนื้อ Pharyngeal constrictor มีความสำคัญเกี่ยวกับการกลืน โดยประกอบไปด้วย 2 ชั้น ชั้นนอกเป็นกล้ามเนื้อเป็นวงรอบ (External circular) และด้านในเป็นกล้ามเนื้อตามยาว (Internal longitudinal)
3. ด้านข้าง (Lateral wall) ผนังด้านข้างของโพรงหลังจมูก (Nasopharynx) มีรูเปิดของ Eustachian tube ซึ่งเป็นท่อปรับความดัน เชื่อมกับหูชั้นกลาง มีส่วนที่นูนขึ้นที่ผนังด้านข้างของโพรงหลังจมูกเรียกว่า

Torus tubarius และมีร่องอยู่ด้านหลังของส่วนนูนนี้เรียกว่า Fossa of rosenmuller หรือ Pharyngeal recess ผนังด้านข้างเป็นตำแหน่งที่เกิดมะเร็งคอหอยหลังโพรงจมูกได้บ่อยที่สุด

4. ด้านล่าง (Floor) ประกอบด้วย เพดานอ่อน (Soft palate) ด้านล่างสุดของโพรงหลังจมูกคือปลายสุดของลิ้นไก่ ซึ่งเป็นทางเชื่อมต่อไปยัง Oropharynx (Pharyngeal isthmus)

ระบบเลือดที่มาเลี้ยงคอหอยโพรงหลังจมูก

เส้นเลือดที่มาเลี้ยงคอหอยโพรงหลังจมูกที่เป็นเส้นเลือดแดงได้แก่ Ascending pharyngeal artery, Sphenopalatine artery และ Vidian artery ส่วนเส้นเลือดดำจะไหลเข้าสู่ Pharyngeal plexus และเทเข้าสู่ Internal jugular vein

ระบบทางเดินน้ำเหลือง (Lymphatic drainage) บริเวณคอ

ต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ มีลักษณะคล้ายท่อลูกโซ่ (Chain) และทอดไปมาเป็นร่างแห (Plexus) ต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ ต่อมน้ำเหลืองที่อยู่พื้นผิวและต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ลึก (ขวลิต เลิศบุษยานุกูล, 2560)

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

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

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

1.3 External jugular lymph nodes เป็นต่อมน้ำเหลืองที่ทอดไปตาม External jugular vein ระบายน้ำเหลืองจากใบหูและ Parotid gland เทลงไปสู่ Superior cervical lymph nodes

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

2. ต่อมน้ำเหลืองชนิดที่อยู่ลึก (Deep cervical lymph nodes)

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

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

2.1.1 Accessory chain เป็นต่อมน้ำเหลืองที่ทอดไปตามเส้น Accessory nerve ของคอ อยู่ในบริเวณ Posterior triangle ของคอใกล้กับ Trapezius muscle ระบายน้ำเหลืองจาก Occipital lymph nodes และ Postauricular lymph nodes

2.1.2 Transverse cervical chain เป็นต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ล่างลงมาแถวบริเวณ Posterior triangle ติดกับ Trapezius muscle เช่นกัน ระบายน้ำเหลืองจาก Accessory chain และด้านข้างของคอลงสู่ Jugular trunk, Thoracic duct

2.1.3 Retropharyngeal lymph nodes อยู่ที่มุมของกระดูก Mandible รับน้ำเหลืองทางด้าน Lateral ของ Retropharyngeal space nasal fossa, Soft palate, Paranasal sinus, Middle ear, Nasopharynx, Oropharynx

2.1.4 Jugulodigastric lymph nodes เป็นต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ระหว่าง Posterior belly of digastric muscle ติดกับเส้นเลือดดำ Internal jugular vein ระบายน้ำเหลืองจากลิ้นและ Palatine tonsil

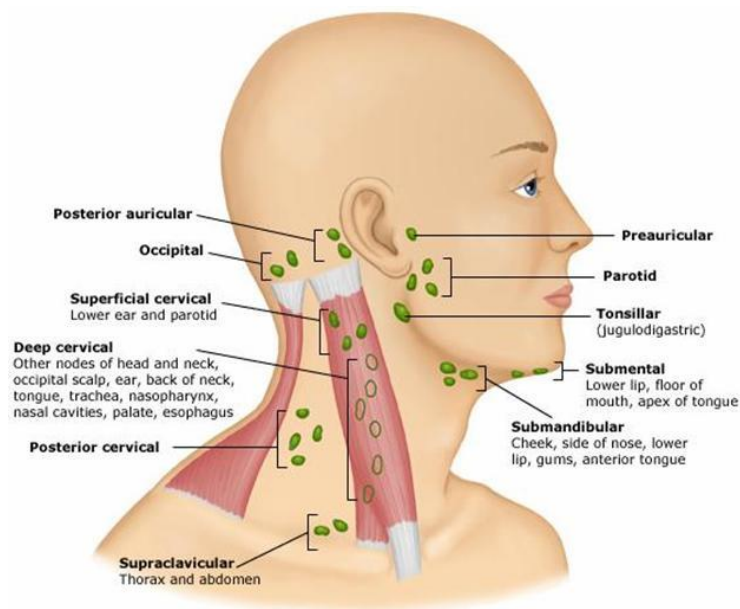
2.1.5 Jugulo omohyoid lymph nodes เป็นต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ระหว่าง Omohyoid muscle ติดกับเส้นเลือด Internal jugular vein ระบายน้ำเหลืองจากลิ้นและบริเวณ Submental region

2.1.6 Visceral lymph nodes เป็นต่อมน้ำเหลืองที่ติดกับ Visceral compartment ของคอได้แก่

- Infrahyoid lymph nodes อยู่บริเวณ Thyrohyoid membrane
- Prelaryngeal lymph nodes อยู่บริเวณ Cricothyroid membrane
- Pretracheal lymph nodes อยู่ทอดไปตาม Inferior thyroid
- Paratracheal lymph nodes ทอดอยู่ระหว่าง Esophagus กับ Trachea

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ



ภาพที่ 3 แสดงต่อมน้ำเหลืองและกลุ่มน้ำเหลืองที่คอและเหนือกระดูกไหปลาร้า
ที่มา: <https://www.en.wikipedia.org>

2.2 กลุ่มล่าง (Inferior deep cervical lymph nodes)

เป็นกลุ่มน้ำเหลืองที่อยู่บริเวณ Subclavian triangle ซึ่งมีบริเวณ Splenius, Levator scapulae, Scalene muscle และด้านฐานถึงบริเวณ Subclavian artery และ Brachial plexus เป็นกลุ่มน้ำเหลืองที่ระบายน้ำเหลืองจากบริเวณศีรษะ คอ และแขน Thoracic wall, Axillary lymph nodes pectoral region และประสาธน์เป็นร่างแหติดต่อกับ Superior deep cervical chain และทะลุเข้าสู่ Jugular trunk ที่บริเวณหลอดเลือดดำ Internal jugular vein กลุ่มน้ำเหลืองกลุ่มนี้ได้แก่ Superclavicular lymph nodes or nodes of virchow ระบบเส้นประสาท (Nerve) ที่เกี่ยวข้อง

เส้นประสาทสำคัญที่อยู่บริเวณฐานกะโหลกศีรษะ และอาจเกิดการลุกลามจากมะเร็งโพรงหลังงอก ประกอบด้วย (เส้นประสาทสมองคู่ที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10 และ 11)

- เส้นประสาทสมองคู่ที่ 1 (Cranial nerve I : CN I) คือ Olfactory nerve อยู่บริเวณหลังคาของโพรงงอก รับความรู้สึกเกี่ยวกับกลิ่นจากเยื่อจมูกเข้าสู่ Olfactory bulb แล้วเข้าสู่ Olfactory lobe ของสมองส่วน Cerebrum อีกทีหนึ่ง
- เส้นประสาทสมองคู่ที่ 2 (Cranial nerve II : CN II) คือ Optic nerve อยู่ด้านบนภายใน optic foramen รับความรู้สึกเกี่ยวกับการมองเห็นจาก Retina ของลูกตาเข้าสู่ Optic lobe แล้วส่งไปยัง Occipital lobe ของ Cerebrum

- เส้นประสาทสมองคู่ที่ 3 (Cranial nerve III : CN III) คือ Oculomotor nerve เป็นเส้นประสาทส่ง การจากสมองส่วนกลางไปยังกล้ามเนื้อลูกตา 4 มัด ทำให้ลูกตาเคลื่อนไหวกลอกตาไปมา ทำให้ลืมตา ทำให้ม่านตาหรี่หรือขยายและปรับเลนส์ตา
- เส้นประสาทสมองคู่ที่ 4 (Cranial nerve IV : CN IV) คือ Trochlear nerve เป็นเส้นประสาทส่ง การไปยังกล้ามเนื้อลูกตาทำให้ลูกตามองลงและมองไปทางหางตา
- เส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 (Cranial nerve V : CN V) คือ Trigeminal nerve ทำหน้าที่รับความรู้สึก จากใบหน้า ลิ้นฟัน ปากเหงือก กลับเข้าสู่สมองส่วน Parietal lobe ทำหน้าที่สั่งการไปควบคุม กล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการเคี้ยวอาหาร
- เส้นประสาทสมองคู่ที่ 6 (Cranial nerve VI : CN VI) คือ Abducens nerve ผ่านบริเวณ Superior orbital fissure เป็นเส้นประสาทสั่งการออกจาก Pons ไปยังกล้ามเนื้อลูกตาทำให้เกิด การขำเลียง
- เส้นประสาทสมองคู่ที่ 9 (Cranial nerve IX : CN IX) คือ Glossopharyngeal nerve เป็น ประสาทรับความรู้สึกจากช่องคอ เช่น ร้อน เย็น และรับรสจากโคนลิ้นเข้าสู่ Cerebrum ส่วน Parietal lobe และนำกระแสประสาทสั่งการจากสมองไปยังกล้ามเนื้อบริเวณคอหอยที่เกี่ยวข้องกับการ กลืน และต่อมน้ำลายให้หลั่งน้ำลาย
- เส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 (Cranial nerve X : CN X) คือ Vagus nerve เป็นเส้นประสาทรับ ความรู้สึกจากลำคอ กล้องเสียง ช่องอก ช่องท้อง ส่วนเส้นประสาทสั่งการจะออกจาก Medulla oblongata ไปยังกล้ามเนื้อลำคอ กล้องเสียง อวัยวะภายในช่องปาก และช่องท้อง
- เส้นประสาทสมองคู่ที่ 11 (Cranial nerve XI : CN XI) คือ Accessory nerve ผ่านบริเวณ Jugular foramen เป็นเส้นประสาทสั่งการจาก Medulla oblongata และไขสันหลังไปยัง กล้ามเนื้อคอ ช่วยในการเอียงคอและยกไหล่

พยาธิวิทยาของมะเร็งคอหอยหลังโพรงจมูก (Pathology of nasopharyngeal carcinoma)

มะเร็งโพรงหลังจมูก หมายถึง มะเร็งของเยื่อบุผิวที่เกิดขึ้นบน Nasopharyngeal mucosa โดย เซลล์มะเร็งมีการพัฒนาไปเป็นเซลล์ที่คล้ายคลึงกับ Squamous cell (ซวลิต เลิศบุษยานุกูล, 2560) (ศิริอร สินธุ, 2565)

ตำแหน่งการเกิดมะเร็งโพรงหลังจมูกที่พบบ่อย

มะเร็งโพรงหลังจมูกสามารถเกิดได้ทุกตำแหน่งของ mucosa แต่บริเวณที่พบบ่อยได้บ่อย คือ บริเวณ Lateral wall โดยเฉพาะบริเวณ Rosenmuller fossa ตำแหน่งที่พบบ่อยรองลงมาได้แก่ Superior posterior wall

ลักษณะทางพยาธิวิทยา

มะเร็งคอหอยหลังโพรงจมูกส่วนใหญ่ (80-95%) มีลักษณะทางพยาธิวิทยาเป็น Epithelial carcinoma จากการจัดประเภทของมะเร็งคอหอยหลังโพรงจมูกโดย WHO Classification of Tumors : Pathology and Genetics of Head and neck tumor ปี 2005 (WHO, 2005 อ้างถึงใน ขวลิขิต เลิศบุษยานุกูล, 2560) ได้แบ่งประเภทของมะเร็งคอหอยหลังโพรงจมูกดังนี้

1. Keratinizing squamous cell carcinoma
2. Nonkeratinizing carcinoma ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ชนิดย่อย คือ
 - 2.1 Undifferentiated type
 - 2.2 Differentiated type
3. Basaloid squamous cell carcinoma

1. Keratinizing squamous cell carcinoma

มะเร็งโพรงหลังจมูกกลุ่มนี้มีการพัฒนาของเซลล์มะเร็งคล้ายคลึงกับ Squamous cell มาก จึงแบ่งเป็น 3 กลุ่ม เหมือน Squamous cell carcinoma ที่อื่นคือ Well differentiated, Moderately differentiated และ Poorly differentiated เซลล์มะเร็งจะเรียงตัวเป็นผืน (Sheet) หรือกลุ่ม (Nest) อยู่บน Desmoplastic stroma ลักษณะของเซลล์มะเร็ง มีรูปร่างหลายเหลี่ยมเหมือนแผ่นกระเบื้อง (Polygonal shape) ขอบเขตของเซลล์ชัดเจน และถูกล้อมรอบด้วย Intercellular bridges ส่วน Nucleus ของเซลล์มะเร็งติดสีเข้ม (Hyperchromatism) เซลล์มะเร็งมีไฮโดพลาสซึมสีชมพูปริมาณมาก พบ Keratinization ในลักษณะ Individual cell keratinization และ/หรือ Keratin pearl

2. Nonkeratinizing carcinoma

มะเร็งกลุ่มนี้มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ Epstein-Barr virus (EBV) แบ่ง ออกเป็น 2 ชนิดย่อยตามรูปร่างของเซลล์ ได้แก่

2.1 Undifferentiated type มะเร็งชนิดนี้ พบได้บ่อยที่สุดในกลุ่มมะเร็งโพรงหลังจมูก (Nasopharyngeal carcinoma) เซลล์มะเร็งเรียงตัวเป็นผืน โดยแต่ละเซลล์มีการหลอมรวมกับเซลล์ข้างเคียง ทำให้เห็นขอบเขตเซลล์ไม่ชัดเจน (Syncytial appearance) เซลล์มะเร็งมีรูปร่างรีหรือยาวคล้ายกระสวย (Spindle) ประกอบด้วย nucleus ที่มีรูปร่างกลม (Round shape) หรือรี (Oval shape) เมื่อดูรายละเอียดภายใน Nucleus จะพบ chromatin กระจายตัวทำให้ Nucleus ใสกว่าปกติ (Vesicular nucleus) มี Nucleoli ขนาดใหญ่อยู่ตรงกลาง Nucleus เห็นได้ชัดเจน (Prominent nucleoli) ไฮโดพลาสซึมของเซลล์ติดสีชมพูหรือชมพูอมม่วง ไม่พบ Keratinization

2.2 Differentiated type การเรียงตัวของเซลล์มะเร็งมีขอบเขตชัดเจน เรียงตัวกันเป็นผืน (Sheet) หรือกลุ่มเซลล์ (Nest) คล้ายกับที่พบใน Keratinizing squamous cell carcinoma เซลล์มะเร็งมีรูปร่างกลม

(Round shape) หรือรูปร่างหลายเหลี่ยมคล้ายกระเบื้อง (Polygonal shape) มี Nucleus ติดสีเข้ม (Hyperchromatism) เห็น Nucleoli ได้ไม่ชัดเจนและไม่พบ Keratinization

3. Basaloid squamous cell carcinoma พบได้น้อยมาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 50 ปี ไม่พบความสัมพันธ์ของมะเร็งชนิดนี้กับการติดเชื้อไวรัส Epstein-Barr Virus: EBV เซลล์มะเร็งมีรูปร่างหน้าแตกต่างกัน 2 ชนิด คือ Malignant basaloid cell และ Malignant squamous cell โดย Basaloid cell มีรูปร่างรี มีนิวเคลียสที่ติดสีน้ำเงินเข้ม มีไซโตพลาสซึมน้อย และพบ Mitosis ปริมาณมาก เซลล์มะเร็งจะเรียงตัวเป็น Lobule โดยจะพบ Tumor necrosis อยู่ตรงกลาง Lobule (Comedonecrosis) บริเวณขอบของ Lobule จะพบ Basaloid cell เรียงตัวกันในแนวตั้งฉากกับขอบ Lobule เหมือนรั้ว (Peripheral nuclear palisading) ส่วน Squamous cell จะพบในลักษณะ Squamous dysplasia, Squamous carcinoma in situ หรือ Invasive squamous cell carcinoma ก็ได้

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งโพรงหลังจมูก

สาเหตุสำคัญ ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคของมะเร็งหลังโพรงจมูก (ปารยะ อาศนะเสน , 2564) ได้แก่

1. พันธุกรรม จากการที่พบว่ามะเร็งหลังโพรงจมูกมีความชุกสูงเฉพาะในบางเขตภูมิศาสตร์ เช่น ในประเทศจีน ตอนใต้และส่วนอื่น ๆ ที่ชาวจีนอพยพไป ทำให้มีการศึกษาว่าพันธุกรรมอาจเป็นปัจจัยหนึ่งของการเกิดมะเร็งชนิดนี้

2. ไวรัส เป็นที่ยอมรับกันว่าไวรัสเอปสไตน์บาร์ (Epstein-Barr Virus: EBV) มีส่วนสำคัญต่อการเกิดมะเร็งหลังโพรงจมูก โดยศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกจะมีสารภูมิคุ้มกันต่อไวรัสชนิดนี้ ในปริมาณที่สูงกว่าประชากรทั่วไปที่มีสุขภาพดี

3. อาหาร พบว่า ในมณฑลกว่างตุงซึ่งมีอุบัติการณ์ของมะเร็งหลังโพรงจมูกในอัตราสูงนั้น ประชาชนนิยมบริโภคปลาหมักเค็มมากกว่าจีนส่วนอื่น

4. สิ่งแวดล้อม ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมหลายอย่างที่อาจมีผลต่อการเกิดมะเร็งหลังโพรงจมูก ได้แก่ ฝุ่นละออง ควันทองค้ำจากการเผาไม้หรือหญ้า สารเคมีตลอดจนการสูบบุหรี่

อาการและอาการแสดง

อาการแสดงของมะเร็งโพรงหลังจมูกนั้นขึ้นอยู่กับอวัยวะข้างเคียงที่ก้อนมะเร็งจะลุกลามไปถึง รวมถึงการกระจายตัวของก้อนเนื้อมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอด้านเดียวกันหรือด้านตรงข้าม ซึ่งมีอาการและอาการแสดงได้หลายรูปแบบ (ชวลิต เลิศบุษยานุกูล, 2560)

1. ก้อนต่อมน้ำเหลืองที่คอโต เป็นอาการที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ได้บ่อยที่สุด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบริเวณต่อมน้ำเหลืองของลำคอส่วนบน (Upper cervical node) และอาจมีการกระจายบริเวณต่อมน้ำเหลืองจากบนลงล่างไปยัง Middle และ Lower cervical node ได้ ต่อมน้ำเหลืองที่โตมักจะไม่มีการเจ็บ ยกเว้นในรายที่มีอาการอักเสบหรือมีอาการติดเชื้อร่วมด้วย

2. อาการทางจมูก อาการทางจมูกที่เกิดจากมะเร็งคอหอยหลังโพรงจมูก จะพบในกรณีที่เกิดขึ้นเมื่อมะเร็งมีขนาดใหญ่พอสมควรหรือมีการแทรกไปตามเนื้อเยื่อจนมีแผลและทำลายเส้นเลือด ทำให้มีอาการของน้ำมูกปนเลือดพบได้บ่อยที่สุดของอาการทางจมูก ซึ่งเป็นอาการนำราว 30 % ของผู้ป่วยทั้งหมด บางรายจะมีอาการคัดจมูกข้างเดียวหรือทั้งสองข้างขึ้นอยู่กับขนาดของก้อนเนื้อมะเร็งที่ไปอุดตันโพรงจมูกทางทางด้านหลัง ทำให้มีอาการพูดคล้ายปีบจมูกพูด (Hyponasality voice) ในรายที่มีเลือดออกประจำอาจมีอาการของเลือดไหลลงคอ และมีอาการเสมหะปนเลือดได้

3. อาการทางหู เกิดจากก้อนเนื้อองมะเร็งลุกลามไปอุดตันการทำงานของท่อ Eustachian ทำให้ความสามารถในการปรับความดันของหูชั้นกลางแยลง มีการขังของน้ำเหลืองในหูชั้นกลางแล้วทำให้เกิดการได้ยินลดลงจากการนำเสียงเสีย (Conductive hearing loss) บางครั้งผู้ป่วยอาจมีอาการของเสียงก้องในใบหู (Tinnitus) ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นข้างเดียว (Unilateral) พบว่าอัตราการเกิดเสียงก้องในหูนั้นอาจพบได้ถึงร้อยละ 30 ในผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูกอาการปวดร้าวไปที่หู จากการที่มีเนื้อองมะเร็งโพรงหลังจมูกลุกลามไปยังเส้นประสาทสมองคู่ที่ 9 (Glossopharyngeal nerve)

4. อาการทางระบบประสาท ในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งโพรงหลังจมูกที่มีการลุกลามของเนื้อองออกไปมาก จะมีการทำลายเส้นประสาทและมีอาการทางระบบประสาทได้ อาการแสดงขึ้นอยู่กับการลุกลามของก้อนเนื้อองอกเส้นประสาทสมองที่โดนทำลาย และมีอาการผิดปกติที่พบบ่อยที่สุดคือ เส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 และคู่ที่ 6 ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูกมีอาการชาบริเวณใบหน้า และมองเห็นภาพซ้อน เนื่องจากก้อนเนื้อองมะเร็งที่ลุกลามเข้าสู่ Cavernous sinus ซึ่ง Cavernous sinus นั้นมีเส้นประสาทสมองหลายคู่วิ่งผ่าน คือเส้นประสาทสมองคู่ที่ 2, 5 และ 6 แต่เส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 และคู่ที่ 6 จะอยู่ชิดกับฐานกะโหลก และโพรงหลังจมูกมากกว่า ในกรณีที่มีการลุกลามของมะเร็งโพรงหลังจมูกไปมาก อาจมีการทำลายเส้นประสาทสมองคู่ที่ 9 คู่ที่ 12 หรือเส้นประสาท Sympathetic ได้ (แต่จะพบการทำลายของเส้นประสาท Sympathetic เส้นเดียวได้น้อย) ทำให้เกิดอาการ Horner's syndromes ร่วมด้วยได้

5. อาการทางตา (Eye symptoms) การลุกลามของก้อนเนื้อองมะเร็งคอหอยหลังโพรงจมูกไปยังเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 จะทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อ Lateral rectus ด้อยลง มีผลให้การขยับดวงตาไปทางด้านข้างของด้านนั้นมีปัญหา (Ipsilateral palsy) ผู้ป่วยจึงมีอาการเห็นภาพซ้อนขณะที่มองไปด้านที่มีการทำลายของเส้นประสาทคู่ที่ 5 โดยอาจมีการลุกลามของก้อนเนื้อองอกเข้าสู่ Cavernous sinus บางรายผู้ป่วยอาจมีอาการตาโปน (Proptosis) จากการลุกลามของเนื้อองมะเร็งคอหอยหลังโพรงจมูกเข้าสู่ลูกตาโดยตรงผ่านทาง Orbital fissure

6. อาการปวดศีรษะ (Headache) อาการปวดศีรษะในผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูก ส่วนใหญ่เกิดจากการลุกลามของเนื้อองอกไปยังบริเวณฐานกะโหลก (Base of skull) มีอาการปวดศีรษะข้างเดียวกับบริเวณขมับ ซึ่งเกิดจากการระคายเคืองเส้นประสาท Meningeal ซึ่งเป็นแขนงของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 หรืออาจเกิดจากก้อนเนื้อองมะเร็งระคายเคืองบริเวณกล้ามเนื้อ Prevertebral หรือการเกิดการอักเสบของต่อมน้ำเหลืองบริเวณ Retropharynx

7. อาการอื่น ๆ ที่อาจพบได้

7.1 ผื่นตามร่างกาย ผิวหนังจะมีลักษณะของสะเก็ดลอก หรือรูขุมขนอักเสบ หรือผื่นแดง (Hyperkeratosis, Folliculitis, Erythematous papules) มักเกิดบริเวณใบหน้า หลังตาบริเวณลำตัว หัวไหล่ ต้นแขน และแผ่นหลัง บางครั้งพบมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงตามหลังผื่นได้ด้วย

7.2 อาการข้อกรามยึด (Trismus) เกิดจากการที่ก้อนเนื้อมะเร็งกระจายลุกลามไปยังกล้ามเนื้อ pterygoid ทำให้ผู้ป่วยอ้าปากไม่ได้ หรือได้น้อยลง

7.3 อาการแสดงจากการแพร่กระจายของมะเร็งโพรงหลังจมูกไปอวัยวะอื่น (Distant metastasis) พบบ่อยที่สุดเป็นการกระจายไปยังกระดูก มักพบบริเวณกระดูกสันหลังส่วน Thoracolumbar การกระจายไปยังปอด และตับด้วย

8. กลุ่มอาการทางระบบประสาท (Neurological syndromes)

8.1 Petrosphenoidal syndrome of jacob (Orbital apex syndromes) เป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากการลุกลามมะเร็งโพรงหลังจมูกไปยังสมอง ทำให้มีความผิดปกติของการทำงานของเส้นประสาทคู่ที่ 2-5 โดยมีอาการดังต่อไปนี้

- มีอาการปวดใบหน้าตามเส้นประสาทสมองคู่ที่ V (Trigeminal neuralgia)
- หนังตาตก (Ptosis) จากการกดเบียดเส้นเส้นประสาทสมองคู่ที่ III
- การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อลูกตาเสียไป (Total ophthalmoplegia) จากการทำลายของเส้นประสาทสมองคู่ที่ III, IV, VI
- การมองภาพแย่งลง จากการทำลายของเส้นประสาทสมองคู่ที่ II

8.2 Syndrome of retroparotid space of villaret เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากก้อนมะเร็งลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณกลุ่ม Lateral retropharynx และ ทำลายเส้นประสาทสมองคู่ที่ 9-12 และเส้นประสาท Sympathetic ทำให้มีอาการดังต่อไปนี้ คือ

- อาการกลืนลำบาก จากการทำงานผิดปกติของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 9 และคู่ที่ 10
- การทำงานของการรับรสของลิ้นด้านหลัง 1/3 ลดลง จากการทำงานผิดปกติของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 9
- มีความรู้สึกที่ผิดปกติชนิด Hyperesthesia, Hypoesthesia หรือ Anesthesia ของเยื่อบุบริเวณเพดานอ่อน ลำคอ และกล่องเสียง รวมถึงความผิดปกติของการหายใจ และความผิดปกติ ของการสร้างน้ำลายจากความผิดปกติของการทำงานของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 10
- มีการฝ่อลีบของกล้ามเนื้อ Trapezius และ Sternocleidomastoid กล้ามเนื้อเพดานอ่อน จากการทำงานที่ผิดปกติของเส้นประสาทคู่ที่ 11
- มีการฝ่อลีบของกล้ามเนื้อบริเวณลิ้น จากผลของการทำลายเส้นประสาทสมองคู่ที่ 12
- มีอาการ Horner's syndrome จากการทำลายเส้นประสาท Sympathetic

8.3 Trotter's syndrome เป็นกลุ่มอาการที่เป็นผลมาจากมะเร็งมีการลุกลามไปยังเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 ทำให้มีอาการดังต่อไปนี้

- การสูญเสียการได้ยินชนิดการนำเสียงเสียจากน้ำเหลืองขังหลังแก้วหู
- มีอาการปวดตามเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 จากการกระจายไปตามเยื่อหุ้มเส้นประสาท
- อาการอัมพาตของเพดานอ่อน
- อาการอ้าปากลำบาก (Trismus)

การวินิจฉัยโรค (Diagnosis)

1. **ประวัติและการตรวจร่างกาย** อาการของมะเร็งคอหอยหลังโพรงจมูกในระยะเริ่มต้น อาจมีอาการคล้ายคลึงกับโรคทางเดินหายใจธรรมดาทั่วไป อาจมีเพียงอาการคัดจมูก น้ำมูกไหล เสมหะลงคอ ประวัติการเกิดมะเร็งโพรงหลังจมูกในญาติพี่น้องจะช่วยให้การตรวจวินิจฉัยได้เหมาะสมมากขึ้น อาการหูอื้อโดยเฉพาะเป็นข้างเดียว มีน้ำเหลืองหลังแก้วหูต้องได้รับการตรวจคอหอยหลังโพรงจมูกอย่างละเอียดโดย การใช้กล้องส่องตรวจ (Nasopharyngoscopy)

2. **การตัดพิสูจน์ชิ้นเนื้อ** มีความสำคัญในการวินิจฉัยโรคมะเร็งโพรงหลังจมูก ทำวินิจฉัยได้ถูกต้องมากขึ้น

3. **การตรวจทางรังสีวินิจฉัย** เดิมทีการใช้ X-ray ชนิด Plain film ของบริเวณคอหอยหลังโพรงจมูก และฐานกะโหลก เพื่อช่วยในการวินิจฉัยมีขีดจำกัด ปัจจุบันการใช้ MRI หรือ CT Scan มีส่วนในการช่วยวินิจฉัยเป็นอย่างมาก การตรวจ MRI และ CT scan มีส่วนช่วยในการดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งด้านการวินิจฉัย การประเมินผลการลุกลามของก้อนเนื้ออกมะเร็ง จนถึงการติดตามผลการรักษา และการดูแลผู้ป่วยหลังการรักษาโดยรังสีรักษาและ/หรือการให้เคมีบำบัด อย่างไรก็ตาม MRI สามารถแสดงการกระจายของเนื้องอกเข้าสู่ Marrow ของฐานกะโหลกได้ดีกว่า CT Scan และยังสามารถติดตามการลุกลามของเนื้องอกไปยังสมองหรือลุกลามไปยังเส้นประสาทได้ (Perineural extension)

4. **การตรวจปฏิกิริยาทางเลือดหรือน้ำเหลือง (Serology test)** การตรวจหาปฏิกิริยาต่อไวรัส Epstein-Barr Virus (EBV) มีประโยชน์มากในการช่วยวินิจฉัยมะเร็งคอหอยหลังโพรงจมูก ปฏิกิริยา IgA Antibody ต่อ Viral Capsid Antigen (IgA VCA) มีความไวสูงแต่อาจมีความจำเพาะเจาะจงไม่สูงมากนัก พบว่าระดับของ IgA VCA ในผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูก จะมีระดับสูงกว่าปกติได้ถึงร้อยละ 75-100 การตรวจ Early antigen (EA) จะพบมีความเจาะจงมากกว่า แต่เป็นผลตรวจที่ความไวไม่สูงนักเมื่อเปรียบเทียบกับ IgA VCA ดังนั้นการตรวจหา IgA VCA คู่กับ EA จะมีประโยชน์มากในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ต้องการการตรวจคัดกรองในขณะนี้ที่ไม่มีอาการ

ระดับความรุนแรงของโรค หรือ ระยะของโรค

แนวทางการรักษาผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกพิจารณาตามระยะของโรค จำแนกตาม American Joint Committee on Cancer (AJCC) (ดังแสดงในตารางที่ 1) เป็นการแบ่งระยะของโรคมะเร็งแบบ TNM โดยกำหนดจาก (ศิริอร ลินธุ์, 2565)

T (Tumor) หมายถึง ขนาด จำนวนและตำแหน่งที่ก้อนอยู่
 N (Lymph node) หมายถึง ต่อมน้ำเหลืองที่มะเร็งลุกลามไป
 M (Distant metastasis) หมายถึง การแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น

ตารางที่ 1 การแบ่งระยะมะเร็งโพรงหลังจมูก ตามระบบ American Joint Committee on Cancer (AJCC)

Primary Tumor (T)	
T0	No tumor identified, but EBV positive cervical node (s) involvement
T1	Tumor confined to nasopharynx, or extension to oropharynx and/ or nasal cavity without parapharyngeal involvement
T2	Tumor with extension to parapharyngeal space, and/or adjacent soft tissue involvement (medial pterygoid, lateral pterygoid, prevertebral muscles)
T3	Tumor with infiltration of bony structures at skull base, cervical vertebra. pterygoid structures, and/or paranasal sinuses
T4	Tumor with intracranial extension, involvement of cranial nerves, hypopharynx, orbit, parotid gland, and/or extensive soft tissue infiltration beyond the lateral surface of the lateral pterygoid muscle
Regional lymph Node (N)	
N0	No regional lymph node metastasis
N1	Unilateral metastasis in cervical lymph node (s) and/or unilateral or bilateral metastasis in retropharyngeal lymph node (s), 6 cm or smaller in greatest dimension, above the caudal border of cricoid cartilage
N2	Bilateral metastasis in cervical lymph node (s), 6 cm or smaller in greatest dimension, above the caudal border of cricoid cartilage
N3	Unilateral or bilateral metastasis in cervical lymph node (s), larger than 6 cm in greatest dimension, and/or extension below the caudal border of cricoid cartilage
Distant Metastasis (M)	
M0	No Distant metastasis
M1	Distant metastasis

การรักษามะเร็งโพรงหลังจมูก

กรณีที่มีโรคอยู่ในระยะที่ 1 (T1N0M0) การรักษาหลักเป็นการฉายรังสีเพียงอย่างเดียว สำหรับในระยะที่ 2 (T2N0-M0, T0-INIM0), ระยะที่ 3 (T3N0-2M0, T0-N2M0) และในระยะที่ 4 ที่ยังไม่มีกระจายของโรคไปอวัยวะอื่น (T1-4, N0-3, M0) การรักษาหลักเป็นการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด (Concurrent chemoradiation) แล้วตามด้วยการให้ยาเคมีบำบัดเสริมภายหลังการฉายรังสีครบ (Adjuvant chemotherapy) หรือการให้ยาเคมีบำบัด (Induction chemotherapy) แล้วตามด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด (Concurrent chemoradiation) ซึ่งสามารถเพิ่มอัตราการรอดชีวิต (Overall survival) และเพิ่มอัตราการปลอดโรค (Disease free survival) ได้เมื่อเปรียบเทียบกับการฉายรังสีเพียงอย่างเดียว สำหรับในระยะที่ 4 ที่มีการกระจายของโรคไปอวัยวะอื่น (T1-4, N0-3, M1) การรักษามุ่งเน้นเพื่อบรรเทาอาการของโรค อาจเป็นการรักษาด้วยการฉายรังสีเฉพาะที่ (Locoregional treatment) อาจพิจารณาการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด (Concurrent chemoradiation) ซึ่งจำเป็นต้องพิจารณาความพร้อมสภาพร่างกายของผู้ป่วยเป็นหลักหรือรักษาตามอาการแบบประคับประคอง (Supportive treatment) เพื่อบรรเทาอาการปวด การกดเบียดและภาวะเลือดออกจากรากอัมระเร็ง ส่วนการรักษาด้วยการผ่าตัดนั้นจะพิจารณาเฉพาะการผ่าตัดต่อม้ำน้ำเหลืองที่คอ (Neck dissection) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีต่อม้ำน้ำเหลืองที่คอกดหรือคอกออยู่ ภายหลังการฉายรังสีหรือให้ยาเคมีบำบัดเสริมหลังการฉายรังสีครบ แนวทางการรักษามะเร็งโพรงหลังจมูก ดังแสดงในตารางที่ 2 (ศิริอร สิ้นธุ, 2565)

ตารางที่ 2 แนวทางการรักษามะเร็งโพรงหลังจมูกแบ่งตามระยะของโรค National Comprehensive Cancer Network (NCCN) guideline

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

การรักษาด้วยการฉายรังสี (Radiation therapy)

เป็นการรักษาที่ใช้คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าที่มีพลังงาน เช่น รังสีเอกซ์ (X-ray) รังสีแกมมา (Gamma ray) หรือรังสีอื่น ๆ โดยเป็นการรักษาเฉพาะที่ (Local treatment) เป้าหมายในการรักษา คือ ให้ปริมาณรังสีสูงสุดในบริเวณก้อนมะเร็งครอบคลุมตำแหน่ง Nasopharynx ทิศทางของการลุกลามของโรค (Local tumor extension) และต่อมน้ำเหลืองที่คอ (Lymphatic drainage of neck) ในขณะที่บริเวณเนื้อเยื่อปกติโดยรอบนั้น ได้รับปริมาณรังสีน้อยที่สุดเท่าที่ทำได้เพื่อจำกัดผลข้างเคียงระหว่างและหลังการรักษา การให้รังสีมีหน่วยสากลใช้วัดปริมาณทางรังสีที่ร่างกายได้รับ เรียกว่า เกรย์ (Gray : Gy) โดย 1 เกรย์ (Gy) เท่ากับ 100 เซนติเกรย์ (cGy) รังสีที่นำมารักษาในปัจจุบันมาจากเครื่องกำเนิดรังสีที่เรียกว่า เครื่องเร่งอนุภาค (Linear accelerator) ซึ่งใช้กระแสไฟฟ้าในการผลิต โดยรังสีเกิดจากการป้อนความต่างศักย์ไฟฟ้า ขั้วลบและขั้วบวก ซึ่งทำให้อิเล็กตรอนวิ่งไปชนเป้า (Target) ที่เป็นโลหะหนัก ทำให้เกิดปฏิกิริยาทางฟิสิกส์ส่งผลให้เกิดรังสีเอกซ์ (X-ray) พลังงานสูง (ศิริอร สินธุ, 2565)

ผลของการฉายรังสีต่อเซลล์ในร่างกาย

เมื่อรังสีตกกระทบกับเนื้อเยื่อปฏิกิริยาแรกที่เกิดขึ้นคือ รังสีจะคายพลังงานแก่อิเล็กตรอนต่ออะตอมต่าง ๆ ทั้งในและนอกเซลล์ ทำให้อิเล็กตรอนนั้นมีพลังงานเกินและหลุดออกจากวงโคจร ไปชนและถ่ายเทพลังงานให้อิเล็กตรอนในอะตอมอื่น ๆ การถ่ายเทพลังงานจะเกิดต่อ ๆ กัน เรียกว่าภาวะ Ionization ซึ่งอะตอมเหล่านี้ จะไม่คงตัวและแตกตัวต่อไปเป็นอนุมูลอิสระ (Free radicals) นำไปสู่ปฏิกิริยาลูกโซ่ทางเคมีทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนี้

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

- ปฏิกิริยาทางอ้อม (Indirect action) เป็นปฏิกิริยาส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นจากการฉายรังสี เนื่องจากร่างกายประกอบด้วยน้ำถึงร้อยละ 70 ดังนั้นปฏิกิริยาจึงเกิดขึ้นกับโมเลกุลของน้ำ การแตกตัวของน้ำจากรังสี จะได้ Hydroxyl radical และ Hydrogen radical ซึ่งมีบทบาทสำคัญที่ทำให้เกิดการทิ้งงานที่ผิดปกติและการตายของเซลล์ และหลังจากที่เซลล์มะเร็ง (Cancer cell) และเซลล์ปกติ (Normal cell) ถูกทำลาย ร่างกายจะเข้าสู่กลไกการซ่อมแซม (Repair) โดยความสามารถในการซ่อมแซมของเซลล์ปกตินั้นทำได้ดีและสมบูรณ์กว่าเซลล์มะเร็ง จึงทำให้เซลล์มะเร็งถูกทำลายได้มากกว่า

การฉายรังสีเป็นการรักษาในลักษณะของการแบ่งจำนวนครั้ง (Fractionation) คือการให้ปริมาณรังสีโดยเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติเท่า ๆ กันทุกวันอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่จะฉายวันจันทร์ ศุกร์ สัปดาห์ละ 5 วันและมีช่วงของการหยุดพัก 2 วันต่อสัปดาห์ในวันเสาร์ อาทิตย์เพื่อเว้นระยะเวลาให้เซลล์ปกติได้มีการซ่อมแซมตัวเอง ในขณะที่เซลล์มะเร็งถูกทำลาย ผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูกส่วนใหญ่จะได้รับการฉายรังสีต่อเนื่องประมาณ 6-7

สัปดาห์ แต่ละครึ่ง ใช้เวลาในการฉายรังสีประมาณ 10 - 20 นาที และได้รับการติดตามประเมินผลข้างเคียงอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์

การฉายรังสีในมะเร็งโพรงหลังจมูก

เทคนิคการฉายรังสีในมะเร็งโพรงหลังจมูกที่มีผลต่อการดูแล ที่ใช้ในปัจจุบันมี ดังนี้ (ธวัชชัย ชัยวัฒน์รัตน, จักรพงษ์ จักรกาบাত্র, ศศิธร ศิริสาทิโกชน และกิตติวีดี ศักดิ์ศรีชัย, 2563)

- การฉายรังสีแบบเทคนิค 2 มิติ (Conventional Radiotherapy)
- การฉายรังสีแบบเทคนิค 3 มิติ (3 Dimensional Conformal Radiotherapy: 3 DCRT)
- การฉายรังสีแบบปรับความเข้ม (Intensity- Modulated Radiation Therapy: IMRT)
- การฉายรังสีแบบปรับความเข้มหมุนรอบตัวผู้ป่วย (Volumetric Modulated Radiation Therapy: VMAT)

การฉายรังสีแบบเทคนิค 2 มิติ (Conventional Radiotherapy)

เป็นการฉายรังสีแบบดั้งเดิม ที่ไม่ซับซ้อน ใช้เวลาไม่นาน เป็นเทคนิคการรักษาใช้ข้อมูลภาพถ่ายทางการแพทย์ของผู้ป่วยเพียง 1 ระนาบ ซึ่งเทคนิคนี้มีข้อจำกัดคืออาจยังไม่สามารถลดผลข้างเคียงที่เกิดกับอวัยวะข้างเคียงได้เท่าที่ควร ปัจจุบันนิยมใช้การฉายรังสีแบบเทคนิค 3 มิติ (3 DCRT) หรือการฉายรังสีแบบปรับความเข้ม (IMRT) และการฉายรังสีแบบปรับความเข้มหมุนรอบตัวผู้ป่วย (VMAT) แต่เทคนิค 2 มิติก็ยังคงมีบทบาทในการฉายบรรเทาอาการ ที่ต้องการความรวดเร็ว

การฉายรังสีแบบเทคนิค 3 มิติ (3 Dimensional Conformal Radiotherapy: 3 DCRT)

เป็นการฉายรังสี ที่นำภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ซึ่งสามารถให้ข้อมูลภายในร่างกายผู้ป่วยแบบ 3 มิติ คือ แนวกว้าง ยาว และลึก เพื่อใช้ในการวางแผนการรักษาและคำนวณปริมาณรังสี สามารถวาดก้อนที่ต้องการฉายและอวัยวะข้างเคียงได้ มีการนำชุดอุปกรณ์กำกับรังสีแบบซี่ (Multileaf collimators, MLC) มาใช้เพื่อปรับรูปร่างลำรังสีที่ออกมาให้มีลักษณะใกล้เคียงกับก้อนที่ต้องการฉาย และช่วยลดปริมาณรังสีที่อวัยวะข้างเคียงได้รับ

การฉายรังสีแบบปรับความเข้ม (Intensity-Modulated Radiation Therapy: IMRT)

เป็นเทคนิคการฉายรังสีที่ซับซ้อนมากขึ้นจากการฉายรังสีแบบ 3 มิติ มีชุดอุปกรณ์กำกับรังสีแบบซี่ (Multileaf collimators, MLC) ที่นอกจากจะช่วยปรับลำรังสีที่ออกมามีลักษณะเหมือนกับก้อนที่ต้องการฉายแล้วยังสามารถปรับความเข้มในแต่ละพื้นที่ให้แตกต่างกัน ปริมาณรังสีที่ออกมามีความเหมือนและสอดคล้องกับก้อนที่ต้องการฉาย อีกทั้งยังมีทิศทางการเข้าของลำรังสีที่มากขึ้นด้วย ประมาณ 5-11 ทิศทาง จากการกำหนดมุมของหัวเครื่องฉายรังสีที่ตำแหน่งต่างๆกัน เพื่อให้ก้อนที่ต้องการฉายได้รับปริมาณรังสีตามที่กำหนด และยังลดปริมาณรังสีที่อวัยวะข้างเคียงได้รับ ลดการเกิดอาการข้างเคียงลงได้ เหมาะกับกรณีของตำแหน่งก้อนที่ต้องการฉายอยู่ใกล้กับอวัยวะที่สำคัญ และต้องการลดปริมาณรังสีที่อวัยวะข้างเคียงนั้นได้รับ สำหรับข้อจำกัดของเทคนิคนี้คือเวลาในการฉายนานขึ้นมีโอกาที่ผู้ป่วยจะขยับระหว่างการฉายรังสีมากขึ้น และเวลาในการวางแผนการรักษาที่นานขึ้นเมื่อเทียบกับเทคนิคการฉายรังสีแบบ 3 มิติ

การฉายรังสีแบบปรับความเข้มหมุนรอบตัวผู้ป่วย (Volumetric Modulated Radiation Therapy: VMAT)

เป็นการฉายรังสีแบบปรับเปลี่ยนความเข้มในแต่ละพื้นที่ของก้อนที่ต้องการฉายให้แตกต่างกัน และให้รังสีต่อเนื่องขณะที่หัวเครื่องฉายรังสีหมุนรอบตัวผู้ป่วย โดยประกอบด้วยการเคลื่อนที่ของชุดอุปกรณ์กำบังรังสีแบบซี่ (Multileaf collimators: MLC) การปรับเปลี่ยนอัตราปริมาณรังสีต่ออนาที (Dose rate) และ การหมุนของหัวเครื่องฉายรังสีหมุนอย่างต่อเนื่องระหว่างการฉายแสง ทำให้สามารถลดเวลาในการฉายรังสีให้สั้นลงได้ ลดโอกาสที่ผู้ป่วยจะช้ำระหว่างกาฉายรังสีลงได้ ในขณะที่ยังคงมีความสามารถในการปรับลำรังสีให้เหมือนกับก้อนเนื้องอก และลดผลข้างเคียงที่เกิดจากการที่อวัยวะข้างเคียงได้รับรังสีลงได้

ขั้นตอนการฉายรังสีในผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูก มีกระบวนการ 3 ขั้นตอนหลักดังนี้ (ศิริอร สินธุ, 2565)

ขั้นตอนที่ 1 การจำลองการรักษา (Treatment simulation) เป็นขั้นตอนที่สำคัญเพื่อให้ได้ภาพมาใช้สำหรับการวางแผนการรักษาและคำนวณปริมาณรังสีสำหรับการรักษาด้วยการฉายรังสีโดยเฉพาะเครื่องมือที่นำมาใช้สร้างภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนการรักษา (Treatment planning) หลังจากได้ภาพจาก CT หรือ/และ MRI Simulation แล้ว ทำการกำหนดขอบเขตของก้อนมะเร็ง (Target volume delineation) และขอบเขตของอวัยวะปกติ (Normal critical structure) เพื่อใช้กำหนดทิศทาง จำนวนลำรังสี ความเข้ม การกระจายของลำรังสีที่ไปยังก้อนมะเร็งและคำนวณปริมาณรังสีต่ออวัยวะข้างเคียง เช่น ก้านสมอง เส้นประสาทตา เลนส์ตา เส้นประสาทไขสันหลัง ต่อม้ำลาย เป็นต้น เพื่อให้ก้อนมะเร็งได้รับปริมาณรังสีสูงสุดขณะที่อวัยวะข้างเคียงที่สำคัญได้รับปริมาณรังสีที่ไม่เป็นอันตราย

ขั้นตอนที่ 3 ฉายรังสีจริง (Radiation delivery) เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยเข้าห้องฉายรังสีและฉายรังสีจริง โดยมีขั้นตอนตั้งแต่การจัดท่า การยึดตรึงด้วยหน้ากากและฉายรังสีตามที่ได้วางแผนการรักษาไว้ ปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูกได้รับตามแผนการรักษาอยู่ในระหว่าง 65 เกรย์ (2.2 เกรย์/ครั้ง) ถึง 70-70.2 เกรย์ (1.8-2.0 เกรย์/ครั้ง) แบ่งฉายเป็น 30-33 ครั้ง ติดต่อกัน 5 วันต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลาทั้งหมด 6-7 สัปดาห์ โดยฉายรังสีแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที ดังนั้น ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล หากมีสุขภาพแข็งแรงดี สามารถทำงานและกิจวัตรประจำได้ตามปกติ ขณะทำการฉายรังสีผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บ ร้อน แต่อย่างไรก็ตามภายหลังจากฉายรังสีประมาณ 2-3 สัปดาห์ ผู้ป่วยจะเริ่มมีผลข้างเคียงจากรังสี

การรักษาด้วยเคมีบำบัด (Chemotherapy)

เคมีบำบัด คือ วิธีการรักษาโรคมะเร็งชนิดหนึ่ง โดยการใช้ยาต้านโรคมะเร็งในการทำลาย หรือควบคุมเซลล์มะเร็ง หรือหมายถึงการทำ Cytotoxic product เข้าไปสัมผัสกับเซลล์เนื้องอก ในวงจรการแบ่งตัวของเซลล์ ยาเคมีบำบัดมีหลายกลุ่ม แบ่งตามการออกฤทธิ์ได้ 2 ประเภท คือ Cell Cycle Specific (CCS) ยากลุ่มนี้มีผลทำลายเซลล์มะเร็งในระยะที่เซลล์มี การแบ่งตัวมากกว่าระยะพัก และ Cell Cycle Non-Specific (CCNS) ยากลุ่มนี้มีผลทำลายเซลล์ทั้งในระยะแบ่งตัว และระยะพัก (Grassadonia, Brocco, Natoli, and Tinari, 2021)

วัตถุประสงค์ของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การรักษาโรคมะเร็งมีวัตถุประสงค์หลัก 3 ประการ คือ

1. **เพื่อรักษาโรคให้หายขาด (Cure)** เป็นวัตถุประสงค์ที่สำคัญที่สุดของการรักษาโรคมะเร็ง ซึ่งในปัจจุบันโรคมะเร็งที่รักษาให้หายขาดได้โดยมากในระยะต้น ๆ เท่านั้น (Early stage disease) แต่ถ้าในระยะที่โรคมะเร็งลุกลามมาก (Locally advanced disease) หรือมีการแพร่กระจายไปแล้ว (Metastatic diseases) จะมีโรคมะเร็งที่ตอบสนองต่อยาเคมีบำบัดและสามารถทำให้หายขาดได้น้อย

2. **เพื่อควบคุมการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งหรือก้อนเนื้องอก (Palliative treatment)** ในระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เพื่อบรรเทาอาการปวด การอุดตันต่างๆที่ เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวได้อีกระยะหนึ่ง

3. **ใช้ในการรักษาร่วมกับการรักษาวิธีอื่น (Adjuvant therapy)** เพื่อป้องกัน การกลับเป็นซ้ำในรายที่มีความเสี่ยงสูง การดูอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรค (Recurrence rate) เป็น จุดประสงค์ที่สำคัญในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดแบบ Adjuvant therapy คือ ระยะของการที่ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่โดยปราศจากรอยโรค (Disease free survival) และดู Overall survival ซึ่งถ้าการรักษาแบบ Adjuvant therapy นี้ได้ผล ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อด้วยยาเคมีบำบัดจะต้องมี Disease free survival, Overall survival 3 or 5 years survival rate ที่ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาต่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาต่อ

รูปแบบการให้ยาเคมีบำบัด

1. **Adjuvant chemotherapy** หมายถึง การให้ยาเคมีบำบัดตามหลังวิธีการรักษาอื่น ๆ เช่น การผ่าตัดหรือรังสีรักษา ซึ่งอาจมีเซลล์มะเร็งที่ไม่สามารถมองเห็นด้วยตาเปล่าหรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การให้ยาเคมีบำบัดตามหลังการผ่าตัด จึงช่วยกำจัดเซลล์มะเร็ง เพื่อช่วยลดการแพร่กระจายของโรคมะเร็งนั่นเอง

2. **Neoadjuvant chemotherapy** หมายถึง การให้ยาเคมีบำบัดก่อนการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ เพื่อช่วยทำให้มะเร็งมีขนาดก้อนลดลง สามารถทำการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกได้มากและสะดวก หรือทำให้บริเวณที่ต้องฉายรังสีมีขนาดแคบลง วิธีนี้จึงอาจจะเรียกว่า Cytoreductive, Inductive หรือ Primary chemotherapy

3. **Concurrent treatment** หมายถึง การให้ยาเคมีบำบัดพร้อมกับการผ่าตัดหรือรังสีรักษา ช่วยลดอัตราการดื้อต่อการรักษาซึ่งดีกว่าใช้การรักษาเพียงวิธีเดียว ช่วยกำจัดเซลล์มะเร็งได้ดีขึ้น และการลดระยะเวลาการรักษา ดีกว่าให้การรักษาแบบ Sequential รวมทั้งช่วยให้อัตราการรอดชีวิตดีขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเซลล์มะเร็งที่แบ่งตัวเร็ว

4. **Salvage chemotherapy** หมายถึง การให้เคมีบำบัดเมื่อมีการกลับเป็นซ้ำของรอยโรคหลังจากที่เคยได้รับยาเคมีบำบัดมาก่อนหรือมีการดื้อยา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรักษาแบบประคับประคอง

5. **Palliative chemotherapy** หมายถึง การให้เคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งในระยะที่มีการแพร่กระจายแล้วเพื่อบรรเทาอาการจากโรคหรือยืดอายุของผู้ป่วยให้ยาวนานขึ้น

ประเภทของยาเคมีบำบัด

การแบ่งยาเคมีบำบัดโดยแบ่งตามระดับความรุนแรงของยาเมื่อรั่วออกนอกหลอดเลือดได้ 5 กลุ่ม ดังนี้ (WOSCAN, 2012 อ้างถึงใน กานตรักษ์ โรจนพันธ์, 2561)

1. Vesicants หมายถึง กลุ่มยาที่ทำลายเนื้อเยื่อรุนแรงมาก เมื่อเกิดการรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดดำจะทำให้เนื้อเยื่อตาย (Tissue necrosis) และสูญเสียการทำงาน

2. Exfoliants หมายถึง กลุ่มยาที่มีฤทธิ์ระคายเคืองต่อผิวหนังและเนื้อเยื่อ เมื่อเกิดการรั่วซึมออกนอกหลอดเลือด จะรู้สึกปวด เกิดการอักเสบ เนื้อเยื่อถูกทำลายรุนแรงอาจเกิดเนื้อตาย

3. Irritants หมายถึง กลุ่มยาที่มีฤทธิ์ระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อ จะรู้สึกเจ็บ ปวดแสบปวดร้อนและรั่วไปตามหลอดเลือดที่ฉีด อาจมีอาการบวมแดงหรือทำให้เกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อแต่สามารถฟื้นฟูสภาพ เดิมและไม่เกิดเนื้อตาย

4. Inflammittants หมายถึง กลุ่มยาที่ทำให้เกิดผิวหนังแดง อักเสบ แต่ไม่ทำลายเนื้อเยื่อ

5. Neutrals หรือ Non-vesicants หมายถึง กลุ่มยาที่เมื่อเกิดการรั่วออกนอกหลอดเลือดจะทำให้เกิดการอักเสบเพียงเล็กน้อยไม่เกิดปฏิกิริยารุนแรงต่อเนื้อเยื่อ

ตารางที่ 3 การแบ่งยาเคมีบำบัดตามระดับความรุนแรงของยาเมื่อรั่วออกนอกหลอดเลือดดำ

Vesicants	Exfoliants	Irritants	Inflammittants	Neutrals
Doxorubicin (Adriamycin)	Aclarubicin	Etoposide	Etoposide -	Asparaginase
Daunorubicin	Cisplatin	Irinotecan	Phosphate	Bleomycin
Epirubicin	Daunorubicinlipo-	Carboplatin	Fluorouracil (5FU)	Cytarabine
Idarubicin	somal Doxorubicin	Teniposide	Methotrexate	Gemcitabine
Dactinomycin	- liposomal		Raltitreved	Cladribine
Vincristine	Docetaxel		Azacididine	Edroclomab
(Oncovin)	Oxaliplatin		Bortezomib	Fludarabine
Vinblastine	Topotecan			Melphalan
(velban)	Mitoxantrone			Pentostatin
Vinorelbine	Floxuridine			Thiotepa
(Navelbine)				Ifosfamide
Vindesine				Rituximab
Mitomycin c				Trastuzumab
Mustine				Premetrexed
(Chlormethine)				Alemtuzumab
Dacarbazine				Bevacizumab
Carmustine				Cetuximab

Vesicants	Exfoliants	Irritants	Inflammitants	Neutrals
Streptozocin				
Treosulfan				
Busulfan				

ที่มา : WOSCAN. Cancer Nursing and Pharmacy Group. Chemotherapy extravasation guideline, 2012 อ้างถึงใน กานตรัชย์ โรจนพันธ์, 2561

บทบาทของเคมีบำบัดในโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก

มะเร็งหลังโพรงจมูกจะพบมากในระยะแรกหรือระยะก่อนลุกลาม แต่พบว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมี โรคกลับเป็นซ้ำหลังจากการรักษาแล้ว ซึ่งในผู้ป่วยที่มีโรคกระจายไปหลายตำแหน่งหรือในกรณีที่ ไม่สามารถผ่าตัดหรือฉายรังสีรักษาซ้ำได้นั้น การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดแบบประคับประคอง เป็นการรักษาหลักสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ยาเคมีบำบัดสูตร Platinum เช่น Cisplatin หรือ Carboplatin ร่วมกับยาเคมีอื่นอีกตัว เป็น Doublet chemotherapy เช่น Cisplatin-5FU, Carboplatin-5FU, Cisplatin-Capecitabine, Cisplatin-Gemcitabine, Cisplatin-Docetaxel, Carboplatin-Paclitaxel, Cisplatin-Pemetrexed, Ifosfamide-Doxorubicin และ Gemcitabine-Vinorelbine (ชวลิต เลิศบุษยานุกูล, 2560)

เคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษาของมะเร็งหลังโพรงจมูก มี 3 รูปแบบ คือ

1. เคมีบำบัดนำ (Induction/Neoadjuvant chemotherapy) ให้ก่อนรังสี รักษาเพื่อลดขนาดของมะเร็ง (tumor volume reduction) ในระยะ T4 หรือ N3 และกำจัดมะเร็ง กระจายไปอวัยวะห่างไกลที่มีขนาดเล็ก ยาที่ให้มักเป็น Docetaxel ร่วมกับ Cisplatin และ 5-fluorouracil (5-FU) หรือ Docetaxel ร่วมกับ Cisplatin หรือ Cisplatin ร่วมกับ 5-FU หรือ Cisplatin ร่วมกับ Epirubicin หรือ Cisplatin ร่วมกับ Paclitaxel และ Epirubicin หรือ Cisplatin ร่วมกับ 5-FU และ Bleomycin เป็นต้น

2. เคมีบำบัดพร้อมกับรังสีรักษา (Concurrent/Concomitant chemoradiotherapy) ให้พร้อมกับรังสีรักษาเพื่อเพิ่มการตอบสนองต่อรังสีรักษา (Radiation sensitization) ยาที่ให้มักเป็น Cisplatin หรือ Carboplatin หรือ Cisplatin ร่วมกับ 5-FU

3. เคมีบำบัดตาม (Adjuvant chemotherapy) ให้หลังรังสีรักษา เพื่อลดโอกาส กลับคืนของมะเร็ง และการกระจายไปอวัยวะห่างไกล ยาที่ให้มักเป็น Cisplatin ร่วมกับ 5-FU หรือ Cisplatin ร่วมกับ 5-FU และ Leucovorinหรือ Cisplatin ร่วมกับ 5-FU และ Bleomycin เป็นต้น

การฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด (Concurrent chemoradiation : CCRT)

การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจะพิจารณาในผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูกตั้งแต่ระยะ 2 ขึ้นไป โดยให้ร่วมกับการฉายรังสี (Concurrent chemoradiation) โดยยาเคมีบำบัดมีบทบาทในการเพิ่มประสิทธิภาพของรังสีในการทำลายเซลล์ (Radiosensitizer) ซึ่งยาเคมีบำบัดจะทำให้ (ศิริอร สินธุ, 2565)

1) เซลล์มะเร็งไวต่อรังสีมากขึ้น โดยเฉพาะในก้อนมะเร็งที่ก้อนขนาดใหญ่และมีหลอดเลือดมาเลี้ยงขนาดเล็ก ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต่อต่อรังสี

2) เสริมฤทธิ์การทำลาย DNA จากการฉายรังสี โดยออกฤทธิ์ยับยั้งกลไกการซ่อมแซมของเซลล์ ทำให้การซ่อมแซม ของเซลล์มะเร็งทำได้ไม่สมบูรณ์

การให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสีสามารถเพิ่มอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี ได้มากกว่าเมื่อเทียบกับการฉายรังสีเพียงอย่างเดียว สูตรยาที่พิจารณาให้ คือ

Cisplatin ขนาด 100 mg/m² ทุก 21 วัน (รวม 3 cycle) หรือ weekly cisplatin ขนาด 30-40 mg/m² ทุก 7 วัน (รวม 8 Cycle)

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อยา Cisplatin เช่น มีความเสี่ยงต่อการได้รับสารน้ำก่อนการให้ยา หรือ มีภาวะการทำงานของไตบกพร่องโดยมีค่า Creatinine clearance น้อยกว่า 50 ml/min อาจพิจารณาใช้ Carboplatin ขนาด AUC (Area Under the Curve) 5-6 mg/m²/min ทุก 21 วัน (รวม 3 Cycle) หรือ Carboplatin ขนาด AUC 2 mg/m²/min ทุก 7 วัน (รวม 8 Cycle) และให้ยาเคมีบำบัดเสริมภายหลังการฉายรังสี ร่วมกับยาเคมีบำบัด ให้พิจารณาให้ Cisplatin ขนาด 80 mg/m² ร่วมกับ 5FU 1,000 mg/m² (Day1-4) ทุก 28 วัน (รวม 3 Cycle)

ผลกระทบของมะเร็งโพรงหลังจมูกและการรักษาแบ่งตามระยะของโรค

มะเร็งโพรงหลังจมูกส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยทำให้เกิดอาการแสดงในแต่ละบุคคลที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับตำแหน่งของรอยโรค ขนาดและทิศทางของการลุกลามของก้อนมะเร็ง สำหรับการรักษาด้วยการฉายรังสีในโพรงหลังจมูกนั้นส่งผลกระทบต่อเนื้อเยื่อ (Sequalae) ต่อเนื้อเยื่อ และอวัยวะบริเวณพื้นที่ลำรังสีผ่านได้ ดังแสดงในตารางที่ 4 (ศิริอร สินธุ, 2565)

ตารางที่ 4 แสดงระยะของโรคและผลกระทบของมะเร็งโพรงหลังจมูก

ระยะโรค	ผลกระทบ
ระยะที่ 1 T1 N0 M0	<p>ผลกระทบจากรอยโรค : ก้อนมะเร็งอยู่บริเวณของโพรงหลังจมูก (Nasopharynx) ทำให้มีเลือดกำเดา คัดจมูก เสมหะปนเลือด</p> <p>ผลกระทบจากการรักษา : ฉายรังสีบริเวณก้อนมะเร็ง (Nasopharynx) ส่งผลทำลายก้อนมะเร็ง และควบคุมบริเวณที่มะเร็งมีโอกาสแพร่กระจายไปสูง และบริเวณที่มีโอกาสเกิดผลข้างเคียง ได้แก่ ช่องจมูก ช่องปากและลำคอ ทำให้มีภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ เจ็บปากและคอ รสชาติอาหารเปลี่ยนและการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังในขอบเขตพื้นที่ฉายรังสีทั้งหมด</p>
ระยะที่ 2 T0-T1 N1 M0 / T2 N0-N1 M0	<p>ผลกระทบจากรอยโรค : ก้อนมะเร็งขยายไปด้านข้างบริเวณ Parapharyngeal space และกดเบียดบริเวณรูเปิด Eustachian tube ทำให้มีหูอื้อข้างใดข้างหนึ่ง</p>

ระยะโรค	ผลกระทบ
	<p>และ ในกรณีมีการกระจายของโรคไปยังต่อมน้ำเหลืองที่คอ ทำให้ผู้ป่วยมีก้อนที่คอโตขึ้นได้</p> <p>ผลกระทบจากการรักษา : ฉายรังสี บริเวณก้อนมะเร็งหลังโพรงจมูก ขยายไปด้านข้างบริเวณ Parapharyngeal space และ medial & Lateral pterygoid, Prevertebral muscles ส่งผลทำลายก้อนมะเร็ง และในบริเวณที่มะเร็งมีโอกาสแพร่กระจายไปสูง ทำให้พื้นที่ฉายรังสีใหญ่กว่าเมื่อเปรียบเทียบกับระยะที่ 1 บริเวณช่องจมูก ช่องปากและลำคอทำให้มีโอกาสเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ เจ็บปาก และคอที่เพิ่มขึ้น</p>
<p>ระยะที่ 3 T0-T2 N2 M0 / T3 N0-N2 M0</p>	<p>ผลกระทบจากรอยโรค : ก้อนลุกลามขึ้นด้านบน ไปยัง Skull base, Cervical vertebra base, Cervical vertebra, Pterygoid และ/หรือ Paranasal sinuses ทำให้มีอาการคัดแน่นจมูก เลือดกำเดาและหูอื้อได้ และในกรณีที่ Structures และ paranasal sinuses ส่งผลทำลายมีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่คอ ผู้ป่วยจะมีก้อนที่คอโตเพียงข้างเดียวหรือสองข้าง</p> <p>ผลกระทบจากการรักษา : ฉายรังสีก้อนมะเร็งบริเวณ Skull base, Cervical vertebra, Pterygoid และ Paranasal sinuses ส่งผลทำลายก้อนมะเร็ง และในบริเวณที่มะเร็งมีโอกาสแพร่กระจายไปสูง ทำให้พื้นที่ฉายรังสีกว้างกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับระยะที่ 2 ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะเยื่อช่องปาก อักเสบ เจ็บปาก และคอ รสชาติอาหารเปลี่ยนและการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังเพิ่มขึ้น</p>
<p>ระยะที่ 4A T4 N0-N2 M0 / Any T N3 M0</p>	<p>ผลกระทบจากรอยโรค : ก้อนมะเร็งขยายลุกลามขึ้นด้านบนของโพรงหลังจมูก (Nasopharynx) ทำให้กระจายเข้าสู่สมอง ได้โดยผ่านทาง Cavernous sinus และ Base of skull foramens ซึ่งเป็นรูเปิดที่เชื่อมต่อไปยังสมองได้และเป็นตำแหน่งของเส้นประสาทสมอง (Cranial nerve; CN) พบบ่อยคือคู่ที่ 5 (Trigeminal nerve) ทำให้ชาบริเวณใบหน้าและ 6 (Abducens nerve) ที่อยู่บน Sphenoid Bone และมองเห็นภาพซ้อน ตาเหล่ และในกรณีที่มีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่คอ ผู้ป่วยจะมีก้อนที่คอโตเพียงข้างเดียวหรือสองข้าง</p> <p>ผลกระทบจากการรักษา : ฉายรังสีก้อนมะเร็งบริเวณ Intracranial, Cranial nerves, Hypopharynx, Orbit, Parotid gland ส่งผลทำลายก้อนมะเร็ง และในบริเวณที่มะเร็งมีโอกาสแพร่กระจายไปสูง ทำให้พื้นที่ฉายรังสีกว้างกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับระยะที่ 3 ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ เจ็บปากและคอ รสชาติอาหารเปลี่ยน และการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังเพิ่มขึ้น</p>

ระยะโรค	ผลกระทบ
ระยะที่ 4B Any T Any N M1	<p>ผลกระทบจากรอยโรค : มะเร็งกระจายไปอวัยวะอื่นของร่างกาย (Distant metastasis) ได้แก่ กระดูก ทำให้มีอาการปวดกระดูกในตำแหน่งที่แพร่กระจาย ปอด เริ่มตั้งแต่ไม่มีอาการ ไอ เหนื่อย และกระจายไปตับ เริ่มตั้งแต่ไม่มีอาการ ปวดท้องใต้ชายโครงด้านขวาเป็นต้น</p> <p>ผลกระทบจากการรักษา : มะเร็งกระจายไปอวัยวะอื่นของร่างกาย การรักษามุ่งเน้นเพื่อบรรเทาอาการของโรคหรือรักษาตามอาการแบบประคับประคอง (Supportive treatment) บรรเทา อาการปวด กดเบียดหรือภาวะเลือดออกจากก้อนมะเร็ง ผลกระทบจากการรักษาจึงขึ้นอยู่กับแนวทางการรักษา แพทย์จะพิจารณาจากความพร้อมของสภาพ ร่างกายผู้ป่วยเป็นหลัก ส่วนใหญ่เป็นการฉายรังสีเฉพาะที่ ผลกระทบการฉายรังสีขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่ฉาย ปริมาณรังสีรวม ในกรณีที่ฉายรังสีบริเวณกระดูก มักได้รับพลังงานรังสี 30 เกรย์ แบ่งฉาย 10 ครั้ง หรือ 8 เกรย์ ฉาย 1 ครั้ง (Single fraction) สำหรับผลกระทบจากยาเคมีบำบัดขึ้นอยู่กับชนิดยาที่ได้รับ</p>

การเกิดผลข้างเคียงของรังสีรักษา

ระยะเวลาของการเกิดผลข้างเคียง ขึ้นอยู่กับปริมาณรังสีที่ได้รับ เทคนิคการฉายแสง ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 2 ระยะ คือ (วันทกานต์ ราชวงศ์, 2561)

1. ระยะเฉียบพลัน (Acute effect) เกิดขึ้นในระหว่างได้รับการฉายรังสีจนถึงภายหลังการรักษาครบ 12 สัปดาห์ ส่วนใหญ่เกิดจากปฏิกิริยาทางฟิสิกส์ของรังสีที่ส่งผลต่อเยื่อบุทางเดินอาหาร และระบบทางเดินหายใจ ส่วนบน ผิวหนังในบริเวณที่ได้รับรังสี ผลกระทบระยะเฉียบพลันนี้มักจะเป็นแบบชั่วคราว เมื่อเซลล์มีการซ่อมแซม อาการส่วนใหญ่จะหายได้ภายในระยะเวลา 12 สัปดาห์ ได้แก่

- **การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง (Skin reaction)** ภายหลังได้รับการฉายรังสีประมาณ 2-3 สัปดาห์ ผิวหนังในตำแหน่งที่ฉายรังสีจะมีลักษณะแดง แห้ง คล้ำลอกหรือมีแผล โดยระดับความรุนแรงจะขึ้นอยู่กับปริมาณพลังงานรังสีที่ได้รับและอาจมีความรุนแรงมากขึ้นหากมีปัจจัยส่งเสริม

- **ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (Oral mucositis)** ภายหลังได้รับการฉายรังสีประมาณ 2-3 สัปดาห์ เยื่อช่องปากจะบางลงและการเกิดอักเสบของเยื่อชั้น Epithelial cells และ Subepithelial cells โดยเยื่อช่องปากจะมีอาการแดงขึ้นเรื่อย ๆ อาจเกิดแผล หรือเลือดออก ระดับความรุนแรงขึ้นอยู่กับปริมาณพลังงานรังสีที่ได้รับ ปัจจัยส่งเสริมต่างๆ เช่น ภาวะทุพโภชนาการ/ภาวะขาดน้ำ ตำแหน่งของโรคมะเร็งและการรักษาหลายวิธีร่วมกัน เป็นต้น

- **ภาวะน้ำลายแห้ง (Xerostomia)** เมื่อพื้นที่ของการฉายรังสีครอบคลุมต่อมน้ำลายบริเวณขากรรไกร รังสีจะมีผลทำลายเซลล์ต่อมน้ำลาย Submandibular และต่อมน้ำลาย Parotid ทำให้ต่อมน้ำลายทำหน้าที่ได้ลดลง น้ำลายจึงมีลักษณะเหนียวมากขึ้นและลดจำนวนลง อีกทั้งส่งผลต่อสภาพความเป็นกรด-ด่างของ

น้ำลายในช่องปาก ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบที่รุนแรงมากขึ้น รวมถึงอาการน้ำลายแห้ง ส่งผลให้การรับรู้รสชาติอาการเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ความอยากอาหารลดลงและเกิดภาวะทุพโภชนาการตามมาได้

- **การรับรู้รสชาติอาหารเปลี่ยนแปลง (Taste change)** การฉายรังสีบริเวณช่องปาก ทำให้ต่อมรับรสบริเวณลิ้นถูกทำลาย ส่งผลให้การรับรู้รสชาติอาหารสูญเสียไป โดยมักจะเกิดขึ้นภายหลังการฉายรังสี 1-2 สัปดาห์ ส่งผลต่อความอยากอาหารที่ลดลง ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะทุพโภชนาการที่รุนแรงได้

2. ระยะเวลาหลังการรักษา (Late effect) เกิดขึ้นภายหลังได้รับการฉายรังสี 12 สัปดาห์ขึ้นไป ผลกระทบขึ้นอยู่กับพลังงานรังสีที่ได้รับในแต่ละครั้ง ปริมาณรังสีรวมและประเภทของรังสีที่ได้รับ ส่วนใหญ่เกิดจากการที่รังสีส่งผลทำลายเซลล์และเนื้อเยื่ออย่างถาวร ได้แก่

- **ภาวะน้ำลายแห้ง (Xerostomia)** ภายหลังการฉายรังสีภาวะน้ำลายแห้งจะยังคงอยู่หลายเดือนถึงหลายปี โดยระยะเวลาของการฟื้นหายของการทำงานของต่อมน้ำลายจะขึ้นอยู่กับปริมาณรังสีที่ได้รับต่อวัน พลังงานรังสีที่ได้รับทั้งหมดและการตอบสนองของแต่ละบุคคลภาวะน้ำลายแห้งภายหลังการฉายรังสีนี้ ส่งผลต่อความสามารถในการกลืน เคี้ยวอาหาร การพูดและความสะดวกในการใส่ฟันปลอมได้

- **ฟันผุ (Dental caries)** อาการฟันผุภายหลังการฉายรังสีเป็นภาวะที่พบได้บ่อย เนื่องจากรังสีส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพความเป็นกรด-ด่างของน้ำลาย อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงนี้ยังส่งผลทำให้จำนวนเชื้อแบคทีเรียในช่องปากอยู่ในภาวะไม่สมดุล ส่งผลให้มีโอกาสเกิดฟันผุได้ง่าย

- **ภาวะกระดูกกรามตายจากการฉายรังสี (Osteoradionecrosis)** เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการที่กระดูก maxilla และ mandible ที่อยู่บริเวณกรามและขากรรไกรได้รับรังสี ส่งผลให้ทำลายเซลล์และหลอดเลือด ทำให้มีโอกาสดังกล่าวได้ หากมีปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ การถอนฟัน การผ่าตัดบริเวณกรามและขากรรไกรภายหลังการได้รับการฉายรังสี เป็นต้น

- **พังผืด (Fibrosis)** เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ภายหลังได้รับการฉายรังสี 1-2 ปี โดยจะเกิดขึ้นอย่างช้าๆหากไม่มีการป้องกัน ผิวหนังในตำแหน่งที่ได้รับรังสีและค่อยๆแข็งขึ้นและขาดความยืดหยุ่น ส่งผลให้การเคลื่อนไหวของคอและขากรรไกรทำได้ไม่เต็มที่

การเกิดผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด

ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมักจะมีควมวิตกกังวลต่อการรักษาเป็นผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยและการตัดสินใจเข้าสู่กระบวนการรักษาเคมีบำบัดเข้าสู่กระแสเลือดและออกฤทธิ์ทำลายเซลล์ที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็วทั้งเซลล์ปกติและเซลล์ที่ผิดปกติได้แก่ เซลล์ไขกระดูก เซลล์เยื่อทางเดินอาหาร เซลล์ในระบบสืบพันธุ์อาการข้างเคียงต่อร่างกายที่พบได้บ่อยและมีผลกระทบรุนแรง ได้แก่

1. การกดไขกระดูก (Bone marrow suppression) ไขกระดูก ทำหน้าที่สร้างเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือด ซึ่งมีการแบ่งเซลล์เป็นจำนวนมากทำให้ได้รับผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดได้ง่ายในช่วงของการให้ยาเคมีบำบัดจะพบการลดลงของเม็ดเลือดขาว เม็ดหรือเกล็ดเลือดจากการที่ร่างกายไม่สามารถผลิตเม็ดเลือดออกมาแทนเม็ดเลือดที่ตายหรือหมดอายุได้ทันตามที่ร่างกายต้องการ

ระดับความรุนแรงของการกดไขกระดูกขึ้นกับชนิดและปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับ โดยเม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือดจะลดจำนวนลงถึงระดับต่ำสุดภายในระยะเวลา 7-14 วันและเม็ดเลือดแดงจะลดสู่ระดับต่ำสุด ภายในระยะ 3-4 สัปดาห์หลังจากได้ยาเคมีบำบัด หลังจากนั้นจะค่อย ๆ เพิ่มจำนวนสู่ระดับปกติ

เม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิล จัดเป็นเม็ดเลือดขาวชนิดหนึ่งที่มีปริมาณมากและมีบทบาทสำคัญในการติดเชื้อในคนปกติ จะมีจำนวน 2,500-6,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร จากการถูกทำลายโดยยาเคมีบำบัด หากนิวโทรฟิลต่ำมากผู้ป่วยจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงเกิดการติดเชื้อได้ง่าย และเกิดขึ้นบ่อย

เม็ดเลือดแดงต่ำ จะมีอาการ อ่อนเพลีย ซีด เวียนศีรษะปวดศีรษะ หายใจสั้น ความดันโลหิตต่ำ หายใจเร็ว และหัวใจเต้นเร็ว ซึ่งค่าปกติของความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงปกติประมาณ 37-52 % ภาวะเม็ดเลือดแดงต่ำสามารถรักษาได้โดยการให้เลือดหรือการให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ซึ่งยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงนี้อาจมีผลข้างเคียงให้เกิดก้อนเลือดอุดตันในหลอดเลือดได้ ผู้ป่วยอาจมีอาการหายใจหอบเหนื่อย มีอาการบวมหรือปวดขา เวียนศีรษะ เป็นลม ความดันโลหิตสูง หรืออ่อนเพลีย

เกล็ดเลือดต่ำ ในคนปกติจะมีค่าระหว่าง 150,000-450,000 ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ผู้ป่วยที่เกล็ดเลือดต่ำกว่าปกติอาจทำให้ผู้ป่วยมีรอยฟกช้ำง่ายกว่าปกติ หากมีบาดแผลเลือดจะหยุดไหลช้า มีเลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดาไหล จุดเลือดออกตามผิวหนัง มีเลือดออกมากับปัสสาวะหรืออุจจาระและอาจเกิดเลือดออกภายในร่างกายได้ หากระดับเกล็ดเลือดต่ำมากแม้ว่าจะเกิดขึ้นชั่วคราว แต่หากมีเลือดออกแล้วอาจทำให้ผู้ป่วยเสียเลือดมากจนเป็นอันตรายได้ หากเกล็ดเลือดมีน้อยกว่า 10,000 ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ต้องพิจารณาให้เกล็ดเลือด

2. ผลกระทบต่อทางเดินอาหาร ได้แก่

2.1 อาการคลื่นไส้ อาเจียน (Nausea, Vomiting) อาการคลื่นไส้ อาเจียนและเบื่ออาหาร เป็นผลจากการถูกรบกวนของเยื่อผิวของระบบทางเดินอาหาร อาการสามารถแบ่งเป็นแบบระยะเฉียบพลันคือเกิดภายใน 24 ชั่วโมงหลังได้รับยาเคมีบำบัด และระยะหลังจาก 24 ชั่วโมง หรืออาจเกิดจากประสบการณ์คลื่นไส้ อาเจียนจากยาเคมีบำบัดในครั้งก่อน ๆ เมื่อทราบว่าต้องให้ยาเคมีบำบัดเห็นหรือได้กลิ่นยาเคมีบำบัดก็จะกระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้ ซึ่งแพทย์จะให้ยาเพื่อบรรเทาอาการไว้ล่วงหน้า เช่น Lorazepam (Ativan), Corticosteroids, Ondansetron (Zofran) เป็นต้น และนอกจากยาแล้วมีวิธีอื่นที่สามารถช่วยลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ได้แก่ น้ำขิงหรือขิงเม็ด การออกกำลังกายแบบผ่อนคลายจินตนาการบำบัดหรือดนตรีบำบัด

2.2 เบื่ออาหาร (Anorexia) ยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่ทำให้ผู้ป่วยไม่อยากอาหารและรับประทานได้น้อยลงหากรุนแรงมากจนผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ได้ น้ำหนักลด เกิดภาวะขาดสารอาหารรุนแรงและส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการรักษาได้ ภาวะเบื่ออาหารเป็นภาวะที่เกิดขึ้นชั่วคราวและดีขึ้นเมื่อได้ยาเคมีบำบัดครบแล้ว ผู้ป่วยจึงควรได้รับการประเมินภาวะโภชนาการและการดูแลด้านโภชนาการตั้งแต่ได้รับการตรวจวินิจฉัยครั้งแรก

2.3 การอักเสบของเยื่อในช่องปาก (Mucositis) เนื่องจากยาเคมีบำบัดออกฤทธิ์ต่อเซลล์เยื่อช่องปากและทางเดินอาหารส่วนต้นทำให้ไม่สามารถสร้างเซลล์เยื่อใหม่มาแทนเซลล์เก่าที่ตายไปได้ทันและเกิดการอักเสบของเยื่อตามมาโดยเริ่มจากเยื่อมีสีซีดแห้ง รู้สึกเจ็บเซลล์เยื่อเปลี่ยนเป็นสีแดงบวมผู้ป่วยที่มีภาวะอักเสบของเยื่อช่องปากและทางเดินอาหารส่วนต้นที่รุนแรงจะกลืนอาหารลำบาก พูดไม่ถนัด และอาจมีเลือดออกเป็น

แผล หรือติดเชื้อซ้ำได้ มักเกิดประมาณ 1-2 สัปดาห์หลังได้รับเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายจากความเจ็บปวด และเป็นปัญหาในการรับประทานอาหาร

2.4 การรับรู้รสชาติอาหารเปลี่ยนไป (Taste change) ยาเคมีบำบัดอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้รสชาติ ทำให้ผู้ป่วยเบื่ออาหาร เกิดภาวะขาดสารอาหาร น้ำหนักลด โดยมีอาการดังนี้ รับประทานอาหารหวานมากขึ้น และมีรสชาติแปลก ๆ ติดลิ้นตลอดเวลา (Metallic change) ซึ่งอาการดังกล่าวเกิดจากยาเคมีบำบัดมีผลต่อต่อมรับรสภายในช่องปากทำให้เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร ฟันผุ การติดเชื้อในช่องปาก และกลืนปากได้โดยหลังจากหยุดได้รับยาเคมีบำบัดผู้ป่วยส่วนใหญ่จะหายเป็นปกติ

หมายเหตุ กรณีผู้ป่วยที่ CCRT จะพบอาการรุนแรงมากขึ้นจากการเสริมฤทธิ์ผลของรังสีที่ทำให้ต่อมรับรสบริเวณลิ้นถูกทำลาย

3. ผมร่วง (Alopecia) เนื่องจากยาเคมีบำบัดออกฤทธิ์กับเซลล์ที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว เช่น เซลล์รากผม ทำให้เกิดภาวะผมร่วงซึ่งไม่ได้เป็นอันตรายต่อชีวิตแต่ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยอย่างมาก

4. ผลต่อระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary toxicity) ยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่จะถูกขับออกทางไต ซึ่งยาบางชนิดมีฤทธิ์ทำลายท่อไต และกระเพาะปัสสาวะ เช่น Cisplatin โดยผู้ป่วยอาจมีอาการปวดศีรษะ ปวดหลังส่วนล่าง อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตสูง หายใจเร็ว ปัสสาวะบ่อยขึ้นหรือน้อยลง สีปัสสาวะเปลี่ยนแปลง ปัสสาวะมีเลือดปนหรือมีอาการบวมตามร่างกาย ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องไตมาก่อนจะมีความเสี่ยงมากกว่าคนปกติ จึงต้องตรวจติดตามการทำงานของไตเป็นระยะ

5. ผลต่อระบบประสาท (Neuro toxicity) อาจเริ่มพบภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดไปแล้วเป็นเวลานาน อาการที่พบ เช่น การได้ยินลดลง หรือได้ยินเสียงผิดปกติ การรับรู้ความรู้สึกสัมผัสของมือและเท้าเปลี่ยนไปชา บุคลิกเปลี่ยนแปลงง่วงนอนมากขึ้น ความจำลดลง สมาธิสั้นลง หรือชัก

6. ผลกระทบในระยะยาว ได้แก่ การเกิดมะเร็งของอวัยวะอื่น เนื่องจากยาเคมีบำบัดบางตัวเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งได้ เช่น มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง โดยยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ อีก เช่น อายุ ประวัติการฉายรังสี ผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคมะเร็งแล้วก็อาจมีโอกาสมะเร็งอื่น ๆ ได้อีก ดังนั้นจึงควรตรวจร่างกายประจำปี ภายหลังเสร็จสิ้นกระบวนการรักษาทั้งหมดและเป็นกลุ่มรอดชีพ

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการ

ลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการ โดยข้อมูลที่สำคัญที่นำมา วิเคราะห์และกำหนดแนวทางการดูแลด้าน โภชนาการ มีดังนี้ (กานตรัชย์ โรจนพันธ์, 2561)

1. อายุ (Age) มะเร็งศีรษะและลำคอส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุ "ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้รสชาติอาหาร ความสามารถในการเคลื่อนไหวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อระบบทางเดินอาหารทำงานลดลง นอกจากนี้ยังมีปัญหาสุขภาพในช่องปากเกี่ยวกับฟันและเหงือกส่งผลให้การรับประทานอาหาร การย่อยและการดูดซึมอาหารลดลง เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการต่ำ นอกจากนี้ยังมีลักษณะส่วนบุคคลหลายประการที่มีความสัมพันธ์กับ

ปัญหาภาวะโภชนาการต่ำ เช่น ดัชนีมวลกาย น้ำหนักตัวก่อนได้รับรังสีรักษา สภาวะความแข็งแรงของร่างกายและประวัติการสูบบุหรี่ เป็นต้น

2. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Daily activity life) มีความเกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดเตรียมหรือหุงหาอาหารรับประทานลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานและสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เช่น ผู้สูงอายุ สภาวะความแข็งแรงของร่างกาย การลดลงของน้ำหนักตัวก่อนรักษา ดัชนีมวลกายก่อนการรักษาต่ำ หรือผู้มีภาวะโภชนาการต่ำตั้งแต่ก่อนการรักษา รวมถึงผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล ขาดการเอาใจใส่จากครอบครัวหรือไม่สนใจดูแลตนเอง และมีสุขภาพในช่องปากไม่ดี เช่น มีประวัติการสูบบุหรี่และดื่มสุรา

3. การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา (Smoking and alcohol) ผู้ป่วยที่ยังคงสูบบุหรี่และดื่มสุราในระหว่างรักษา ส่งผลให้มีการกระตุ้นสารสื่อประสาทในสมอง เช่น The N-methy-D-aspartate: NMDA มีผลยับยั้งการทำงานของ The neurotransmitters gamma-aminobutyric acid : GABA กระตุ้นระบบ Sympathetic ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง กระบวนการเผาผลาญสารอาหารเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน สูญเสียวิตามินและเกลือแร่ ซึ่งเป็น Coenzyme ที่ช่วยในกระบวนการเผาผลาญสารอาหาร นอกจากนี้การสูบบุหรี่และดื่มสุรายังส่งผลให้เกิดการระคายเคืองในช่องปาก เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบเร็วและรุนแรงขึ้น ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวดในช่องปาก รับประทานอาหารได้น้อย อาจต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร เป็นอาหารอ่อน อาหารเหลว หรือใส่สายให้อาหารทางจมูกหรือหน้าท้อง เป็นต้น

4. ความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณี และเศรษฐกิจ (Belief, Traditional and Economic) ความเชื่อในการรับประทานอาหาร เช่น การไม่รับประทานเนื้อสัตว์หรือรับประทานอาหารประเภทโปรตีนที่ได้จากพืชเท่านั้น เนื่องจากโปรตีนเป็นสารอาหารที่จำเป็นในการซ่อมแซมเซลล์ปกติที่ได้รับบาดเจ็บจากการรักษา จึงส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความทนต่อผลข้างเคียงจากการรักษาลดลง เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะ โภชนาการต่ำในผู้ป่วยที่มีสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ

ภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูกที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด

โดยพิจารณาจากผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวดังนี้ (กานตรักษ์ โรจนพันธ์, 2561)

1. ผลกระทบต่อผู้ป่วย

1) **กระบวนการเผาผลาญพลังงานและสารอาหาร (Metabolism)** สภาวะที่ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการต่ำ ส่งผลให้กระบวนการเผาผลาญพลังงานและสารอาหารเปลี่ยนแปลงไป โดยปกติร่างกายผลิตพลังงานจากการสลายสารอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตเป็นอันดับแรก ส่วนไขมันและโปรตีนจะถูกสลายต่อไปหากร่างกายได้รับพลังงานไม่เพียงพอ ไขมันเป็นแหล่งที่ให้พลังงานสูงและใหญ่ที่สุด สามารถเปลี่ยนเป็นน้ำตาลโดยการทำงานของตับ ส่วนโปรตีนจะเป็นแหล่งพลังงานสุดท้ายที่ถูกสลายหากร่างกายต้องการพลังงานมากขึ้นเนื่องจากโปรตีนเป็นส่วนประกอบของโครงสร้างต่าง ๆ เช่น เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (Connective tissue) กล้ามเนื้อ และ กระดูกและการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย เช่น เอนไซม์ แอนติบอดี และฮอร์โมนต่าง ๆ การสลายโปรตีนในส่วนกล้ามเนื้อ ทำให้มีการสะสมกรดอะมิโน ส่งผลให้กล้ามเนื้อทั่วร่างกายอ่อนแรง ผู้ป่วยจะรู้สึกอ่อนเพลีย ปวดเมื่อย

และไม่สุขสบาย เกิดการสูญเสียมวลไขมันและกล้ามเนื้อ นอกจากนี้กรดอะมิโนยังเป็นสารที่ไปกระตุ้นให้มีการสลายโปรตีนที่ตับมากขึ้น (Acute-phase protein) การสังเคราะห์โปรตีนที่กล้ามเนื้อและตับลดลง การตอบสนองต่ออินซูลินลดลง (Insulin resistance) ร่างกายใช้กลูโคสในกระบวนการสร้างพลังงานได้ไม่ดี (Glucose intolerance) ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญพลังงานและสารอาหารในร่างกาย

2) **ระบบการทำงานในร่างกาย (Body system)** ร่างกายที่มีการตอบสนองต่อความเครียด เช่น การบาดเจ็บของเซลล์ที่ได้รับรังสี หรือภาวะโภชนาการต่ำ ส่งผลให้มีภาวะดื้อต่ออินซูลิน ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูง กระตุ้นตับอ่อนผลิตอินซูลินมากขึ้น มีผลกระทบต่อ Protein-kinase B ซึ่งมีบทบาทเกี่ยวกับการเจริญเติบโตของเซลล์ การแพร่กระจาย (Proliferation) และการทำลายเซลล์ตาย (Apoptosis) โดยภาวะที่ร่างกายมีระดับอินซูลินสูง (Hyperinsulinemia) ส่งผลให้การสังเคราะห์สารชีวเคมี (Biological) ที่ใช้ในการผลิต Endogenous hormone เช่น The growth factor/ Insulin growth factor-1: IGF-I และฮอร์โมนเพศ (Sex-steroid) เป็นต้น ซึ่งมีผลต่อการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง โดยเฉพาะมะเร็งเต้านม มะเร็งรังไข่ เป็นต้น และพบว่าในภาวะนี้ กระบวนการต้านการอักเสบจะทำงานลด (Low-grade inflammation) กระตุ้นการอักเสบ ร่างกายตอบสนองโดยการหลั่งสารต้านการอักเสบ เช่น Interleukin 1, Interleukin 6, TNF- α และ C-reactive protein เป็นต้น ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายและกลไกต่อต้านเชื้อโรคทำหน้าที่ลดลงเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการรักษา อาจต้องหยุดพักรังสีรักษาทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่องการตอบสนองต่อการรักษาและ โอกาสหายจากโรค ลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะโภชนาการต่ำมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยสูงขึ้น และเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมะเร็งเสียชีวิต สำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอพบว่าภาวะโภชนาการต่ำในระดับรุนแรงส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น (สงศรี แก้วถนอม, 2560)

3) **อาการอ่อนล้า (Fatigue)** ภาวะโภชนาการต่ำในระดับรุนแรงและเรื้อรังมีผลกระตุ้นกระบวนการต้านการอักเสบและกระบวนการตอบสนองต่อความเครียด (Stress response) ทำให้เกิดอาการอ่อนล้า (Fatigue) ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย (Physiological) และจิตใจ (Psychological) โดยมีผลกระตุ้น Hypothalamus ให้หลั่ง Corticotrophin-releasing hormone : CRH กระตุ้นต่อมใต้สมองส่วนหน้า (Anterior pituitary) ให้ หลั่ง Adrenocorticotrophic hormone: ACTH มีผลกระตุ้น Adrenal cortex ให้หลั่ง Cortisol เมื่อร่างกายมีระดับ Cortisol สูงนาน ๆ จากภาวะอักเสบเรื้อรัง (Chronic inflammation) จะเกิดการตอบสนองแบบย้อนกลับไปที่ Hypothalamus ส่งผลให้ระดับ Cortisol และ Serotonin (5-HT) ลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ระบบปรับสมดุลอุณหภูมิในร่างกายทำงานไม่มีประสิทธิภาพ สมาธิสั้น ความจำไม่ดี การเรียนรู้สิ่งใหม่ช้า หงุดหงิด โมโหง่าย ซึมเศร้า และท้อแท้ เป็นต้น นอกจากนี้อาการอ่อนล้ายังสัมพันธ์กับอาการอื่น ๆ ที่พบในผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะ โภชนาการต่ำ เช่น ภาวะซีด (Anemia) หรือภาวะผอมแห้งหนังหุ้มกระดูก (Cachexia) (Ravasco, 2019) เป็นต้น

4) **ภาวะซีด (Anemia)** หมายถึง สภาวะที่อัตราส่วน Hemoglobin ในกระแสเลือดน้อยกว่า 12 g/dL The National Cancer Institute แบ่งภาวะซีดเป็น 3 ระดับ คือ ระดับเล็กน้อยปานกลาง และรุนแรง โดยมีอัตราส่วน Hemoglobin ในกระแสเลือด 10-11, 8-9.9 และ 6.5-7.9 g/dL ตามลำดับ มีปัจจัยส่งเสริมหลาย

ประการ เช่น ภาวะโภชนาการต่ำ การมีเลือดออกจากราก่อนมะเร็ง การอักเสบเรื้อรัง และการติดเชื้อ เป็นต้น ส่งผลให้มีการหลั่ง Cytokine มากขึ้น โดยพบว่า Cytokine มีผลยับยั้งการผลิต Erythropoietin hormone ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่กระตุ้นให้เม็ดเลือดแดงเจริญเติบโตสามารถทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ และเป็นตัวยับยั้งการทำลายเม็ดเลือดแดง (Anti-inhibit red blood cell) เมื่อขาดฮอร์โมนนี้ เม็ดเลือดแดงจึงมีอายุสั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะซีด ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง และมีสถิติสูงขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ส่งผลให้อัตราการควบคุมโรคและคุณภาพชีวิตลดลง ดังนั้นในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งด้วยรังสีรักษาจึงควรดูแลให้ผู้ป่วยมีระดับ Hemoglobin อย่างน้อย 12-13 g/dL เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาให้สูงขึ้น

5) **ภาวะผอมแห้งหนังหุ้มกระดูกจากมะเร็ง (Cancer cachexia syndrome)** เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากร่างกายได้รับพลังงานไม่เพียงพอกับความต้องการ โดยเฉพาะสารอาหารประเภทโปรตีน ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการเผาผลาญพลังงานและสารอาหารที่ซับซ้อนมีการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ (Loss of muscle) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการนี้ ได้แก่กล้ามเนื้อฝ่อลีบ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ซีด ภูมิคุ้มกันลดลง และเพื่อยเป็นต้น การเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียสภาพลักษณะ เกิดความไม่มั่นใจในตัวเอง และแยกตัวออกจากสังคม นอกจากนี้อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสับสน หวาดกลัว ไม่มั่นใจต่อการรักษาความสามารถในการแสดงบทบาทหน้าที่ทางสังคมและการควบคุมอารมณ์ลดลง กระบวนการคิดและการตัดสินใจ แก้ไขปัญหาช้าลง ทำให้ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันลดลง จึงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมทั้งอัตราการรอดชีวิต และผลข้างเคียงจากการรักษา (จินตนา สุวิทวัส, 2021)

2. ผลกระทบต่อครอบครัว

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยบางรายต้องใส่สายยางให้อาหารผ่านทางจมูกหรือหน้าท้อง นอกจากนี้ยังประสบปัญหาเรื่องการสื่อสารและระบบทางเดินหายใจ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางกายภาพและจิตใจที่ซับซ้อน มีความต้องการพึ่งพาครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา เนื่องจากผู้ป่วยต้องมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ทุกวันจันทร์-ศุกร์ ประมาณ 25-35 ครั้งต่อคอร์สการรักษา ใช้ระยะเวลา 6-8 สัปดาห์ ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิตปกติ ครอบครัวต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เช่น การเตรียมอาหารให้เหมาะสมกับความสามารถในการรับประทานอาหาร พยายามทำความเข้าใจและอดทนต่อการเปลี่ยนแปลงเปลี่ยนทางสภาพอารมณ์ ผู้ป่วยบางรายมีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด ระหว่างการรักษาต้องมาพักรักษาตัวอยู่ในกรุงเทพฯ ต้องหยุดงาน ส่งผลต่อสภาพเศรษฐกิจ นอกจากนี้ยังมีความวิตกกังวลเป็นห่วงบ้าน ลูกและหลาน โดยเฉพาะในรายที่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเป็นหัวหน้าครอบครัว จึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของบุคคลในครอบครัว

บทที่ 3

การพยาบาล และ ทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา

การศึกษาผู้ป่วยการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูกที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรงระหว่างรับการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสี โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลคิง และกรอบแนวคิดการประเมินแบบแผนสุขภาพของ มาร์จอร์รี่ กอร์ดอน ทบทวนองค์ความรู้เรื่องการพยาบาลด้านโภชนาการผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูกและสืบค้นความรู้ทางการพยาบาลและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

การประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบแนวคิด แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ ของมาร์จอร์รี่ กอร์ดอน (Marjory Gordon) (Gordon, 1994 อ้างถึงใน อรพันธ์ หาญยุทธ, 2565)

แบบแผนสุขภาพ หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมเกี่ยวกับภาวะทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ของบุคคล หรือผู้รับบริการที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่งและสภาพแวดล้อมที่ต่างกัน ซึ่งมีผลโดยตรงต่อสุขภาพของผู้รับบริการทั้งคนอย่างต่อเนื่อง เป็นพฤติกรรมที่เป็นนิสัย ที่จะทำให้บุคคลอยู่ในภาวะสุขภาพดีหรือเจ็บป่วยได้ ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมภายในและพฤติกรรมภายนอก กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ (Functional health pattern) ของ มาร์จอร์รี่ กอร์ดอน เป็นเครื่องมือสำหรับพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล ใช้การประเมินผ่านคำถามที่ถามโดยพยาบาล และผลการตรวจทางการแพทย์ การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยสามารถทำได้โดยการซักประวัติ การสังเกต การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษ ซึ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขอบเขตและแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ มาร์จอร์รี่ กอร์ดอน ได้กำหนดไว้ 11 แบบ ดังต่อไปนี้

- แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ (Health perception and Management pattern)
- แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร (Nutritional and Metabolic pattern)
- แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย (Elimination and Excretion pattern)
- แบบแผนที่ 4 กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย (Activity and Exercise pattern)
- แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ (Sleep and Rest pattern)
- แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้ (Cognitive and Perceptual pattern)
- แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเอง และ อัตมโนทัศน์ (Self-perception/Self-concept Emotional status pattern)
- แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธ์ภาพ (Role and Relationship pattern)
- แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ (Sexuality and Reproductive pattern)
- แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด (Coping-Stress tolerance pattern)
- แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ (Value and Belief pattern)

แบบแผนที่ 1 การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ (Health perception and Management pattern)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการดูแลสุขภาพเป็นความคิด ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง การดำเนินการหรือการจัดการในการดูแลสุขภาพของตนเอง และผู้ที่ตนเองรับผิดชอบ โดยครอบคลุมเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว พฤติกรรมการป้องกันโรค และความเจ็บป่วย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง หรือพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วย รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการมีภาวะสุขภาพดี ดังนั้นแบบแผนการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพจึงประกอบด้วยแบบแผนย่อย 2 แบบแผน คือ

1) การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองและของผู้ที่ตนรับผิดชอบ เป็นความเข้าใจหรือการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของตนเองและของผู้ที่ตนรับผิดชอบว่าถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ และมีความคาดหวังต่อภาวะสุขภาพ หรือการรักษาอย่างไร

2) การดูแลสุขภาพของตนเอง และของผู้ที่ตนรับผิดชอบ ซึ่งประกอบด้วยความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ทั้งนี้สามารถประเมินได้จากการที่บุคคลมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือไม่ เช่น การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ การติดสารเสพติด การขาดการออกกำลังกาย นอกจากนี้ยังประเมินได้จากความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การมีพฤติกรรมไปตรวจสุขภาพประจำปี การสนใจติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอนามัยสม่ำเสมอ เป็นต้น

สำหรับการดูแลสุขภาพของผู้ที่ตนรับผิดชอบ ได้แก่ การดูแลพ่อแม่ ปู่ ย่า ตา ยาย ที่ชราภาพช่วยตัวเองไม่ได้ หรือพ่อแม่ที่ดูแลบุตรที่ยังอยู่ในวัยทารกหรือเด็กเล็ก ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพร่างกายเช่นกัน เช่น การพาลูกไปรับวัคซีนครบตามกำหนดเวลา การพาบิดามารดาไปตรวจสุขภาพประจำปี การดูแลบุตรหรือบิดามารดาเมื่อเจ็บป่วย การดูแลความปลอดภัยให้กับผู้ที่ตนรับผิดชอบ

แบบแผนที่ 2 โภชนาการ และการเผาผลาญสารอาหาร (Nutritional and Metabolic pattern)

โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหารเป็นแบบแผนเกี่ยวกับบริโภคนิสัย การได้รับสารอาหารและน้ำ ปัญหาในการรับประทานอาหารและน้ำ การเจริญเติบโต และพัฒนาการของร่างกาย การเผาผลาญสารอาหาร การควบคุมน้ำและ Electrolyte ในร่างกาย สภาพของผิวหนัง บาดแผล ผม ปาก คอ ฟัน เยื่อหูต่าง ๆ อุณหภูมิของร่างกาย และระบบภูมิคุ้มกันโรค รวมทั้งปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อแบบแผนการรับประทานอาหาร การใช้สารอาหารและน้ำ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ดังนั้นแบบแผนโภชนาการ และการเผาผลาญสารอาหารจึงประกอบด้วยแบบแผนย่อย 7 แบบแผน คือ

- 1) อาหารและภาวะโภชนาการ
- 2) การเผาผลาญสารอาหาร
- 3) น้ำและ Electrolyte
- 4) อุณหภูมิของร่างกาย
- 5) การเจริญเติบโตและพัฒนาการ

6) ผิวหนังและเยื่อหู

7) ภูมิคุ้มกันโรค

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย (Elimination and Excretion pattern)

การขับถ่ายเป็นแบบแผนเกี่ยวกับการขับถ่ายของเสียทุกประเภทออกจากร่างกาย ได้แก่ การขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ สารอื่นๆ ที่ขับออกจากร่างกาย ตลอดจนปัญหาการขับถ่าย เช่น ลักษณะความถี่ ความลำบากในการขับถ่าย ปัญหาในการควบคุมการขับถ่าย การใช้ยาระบาย นอกจากนี้ยังรวมทั้งปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อแบบแผนการขับถ่าย และการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ดังนั้นแบบแผนการขับถ่ายส่วนใหญ่ประกอบด้วย

แบบแผนย่อย 2 แบบแผน คือ

1) การขับถ่ายอุจจาระ

2) การขับถ่ายปัสสาวะ

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย (Activity and Exercise pattern)

กิจกรรมและการออกกำลังกายเป็นแบบแผนเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน (Activities of daily living) กิจกรรมในการงานอาชีพ การออกกำลังกาย และปัญหาในการออกกำลังกาย การใช้เวลาว่างและนันทนาการ การทำงานของระบบหายใจ ระบบหัวใจ และหลอดเลือด ระบบโครงสร้างของร่างกาย เช่น กระดูก ข้อ กล้ามเนื้อ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรม และการออกกำลังกาย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ดังนั้นแบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกายจึงประกอบด้วยแบบแผนย่อยได้ 4 แบบแผน คือ

1) การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน และการออกกำลังกาย

2) การทำงานของโครงสร้าง (กระดูก ข้อ กล้ามเนื้อ)

3) การทำงานของระบบหัวใจ

4) การทำงานของระบบหัวใจ และการหลอดเลือด

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ (Sleep and Rest pattern)

การพักผ่อนนอนหลับเป็นแบบแผนเกี่ยวกับการนอนหลับ การพักผ่อน ปัญหาเกี่ยวกับการนอน ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และอุปสรรคต่อแบบแผนการนอนหลับ กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติ

เพื่อให้ผ่อนคลาย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 6 สถิติปัญญา และการรับรู้ (Cognitive and Perceptual pattern)

แบบแผนสติปัญญา และการรับรู้ เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก และการตอบสนองของความสามารถทางสติปัญญา ดังนั้นแบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ จึงประกอบด้วยแบบแผนย่อย 2 แบบแผน คือ

1) การรับรู้ความรู้สึกและการตอบสนอง หมายถึง แบบแผนเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลในการรับรู้สิ่งเร้า และการตอบสนองต่อสิ่งเร้าด้านการรับรู้ความรู้สึก (Sensation) ทั้ง 5 ทาง ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส การรับรู้ความรู้สึกทางผิวหนัง และการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวด

2) ความสามารถทางสติปัญญา หมายถึง แบบแผนเกี่ยวกับความสามารถ และพัฒนาการทางสติปัญญา เกี่ยวกับความคิดความจำ ความสามารถในการตัดสินใจ การแก้ปัญหา และการสื่อสารต่างๆ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และอุปสรรคต่อความสามารถทางสติปัญญา รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์ (Self-perception/Self-concept Emotional status pattern)

การรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์เป็นแบบแผนที่เกี่ยวกับความคิด ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเอง (อัตมโนทัศน์) การมองตนเองเกี่ยวกับรูปร่าง หน้าตา ความพิการ (ภาพลักษณ์) ความสามารถคุณค่า เอกลักษณ์ และ ความภูมิใจในตนเอง ตลอดจนปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยอุปสรรค รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 8 บทบาท และสัมพันธภาพ (Role and Relationship pattern)

บทบาทและสัมพันธภาพเป็นแบบแผนเกี่ยวกับบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ การติดต่อสื่อสาร และการมีสัมพันธภาพกับบุคคลทั้งภายในครอบครัวและสังคม รวมทั้งปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ และการสร้างสัมพันธภาพ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงบทบาทอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 9 เพศ และการเจริญพันธุ์ (Sexuality and Reproductive pattern)

เพศและการเจริญพันธุ์เป็นแบบแผนเกี่ยวกับพัฒนาการตามเพศ ซึ่งมีอิทธิพลมาจากพัฒนาการด้านร่างกาย และอิทธิพลของสังคม สิ่งแวดล้อม การเลี้ยงดู ลักษณะการเจริญพันธุ์ พฤติกรรมทางเพศ และเพศสัมพันธ์ ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง หรือปัจจัยอุปสรรคต่อการพัฒนาการตามเพศ และการเจริญพันธุ์ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และความทนทานต่อความเครียด (Coping-Stress tolerance pattern)

การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้ลักษณะอารมณ์พื้นฐาน การรับรู้เกี่ยวกับความเครียด ปฏิภานของร่างกายเมื่อเกิดความเครียด วิธีการแก้ไข และการจัดการกับความเครียด ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความเครียด ปัจจัยส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวกับความเครียด รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 11 คุณค่า และความเชื่อ (Value and Belief pattern)

คุณค่าและความเชื่อเป็นแบบแผนเกี่ยวกับความเชื่อถือ ความศรัทธา ความมั่นคงเข้มแข็งทางด้านจิตใจ สิ่งที่มีคุณค่า มีความหมายต่อชีวิต สิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ เป้าหมายในการดำเนินชีวิตความเชื่อทางด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตามความเชื่อ ปัจจัยส่งเสริม และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อความมั่นคงเข้มแข็งทางด้านจิตใจ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ฉะนั้น ในการดูแลผู้ป่วยจึงต้องใช้กระบวนการพยาบาลให้ครบทุกขั้นตอน โดยประเมินให้ครอบคลุมองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และสิ่งแวดล้อม ตามแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผน หลังจากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ และระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในแบบแผนที่ผิดปกติ หรือมีพยาธิสภาพในแบบแผนนั้น ๆ ทั้งนี้ความผิดปกติในแบบแผนหนึ่งอาจเกิดจากความผิดปกติ หรือมี

พยาธิสภาพในแบบแผนนั้น ๆ หรือจากสาเหตุในแบบแผนอื่น ๆ เนื่องจากแต่ละคน แบบแผนเป็นองค์ประกอบของคนทั้งคน ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกัน ในการแก้ไขกระบวนการพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพกอร์ดอน เน้นเฉพาะการใช้กับผู้รับบริการที่เจ็บป่วย จึงกล่าวถึงการวินิจฉัยการพยาบาลเฉพาะแบบแผนที่ผิดปกติเท่านั้น ในระยะต่อมาได้มีการขยายขอบเขตใช้แบบแผนสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค จึงได้มีการกำหนด ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในภาวะที่ข้อมูลบ่งชี้ว่า แบบแผนสุขภาพนั้น ๆ เป็นปกติขึ้น ดังนั้นในปัจจุบันการวินิจฉัยการพยาบาลตามกรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพจึงวินิจฉัยทั้งภาวะที่ปกติของแบบแผน และภาวะที่ผิดปกติของแบบแผน การวางแผนการพยาบาล พยาบาลจะกำหนดจุดมุ่งหมาย และวิธีการในการแก้ไขความผิดปกติของแบบแผนที่พบตามกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลไว้ ในกรณีที่สรุปข้อวินิจฉัยที่แสดงถึงภาวะที่ผิดปกติของผู้รับบริการ การกำหนดจุดมุ่งหมายการพยาบาลเพื่อให้แบบแผนสุขภาพที่ดีนั้นคงอยู่ต่อไปหรือมีแบบแผนที่สมบูรณ์ขึ้น หรือคนมีศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ดีขึ้น

แนวคิดของทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง

ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง (Goal Attainment Theory) กล่าวว่า คนเป็นระบบเปิดที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา ได้แก่ ระบบบุคคล ระบบระหว่างบุคคล ระบบสังคมและความสัมพันธ์ของระบบต่างๆ เหล่านี้จะนำไปสู่ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมาย โดยคิงได้กล่าวถึงมโนทัศน์หลัก 4 ด้าน ดังนี้ (King, 1981 อ้างถึงใน หทัยชนก บัวเจริญ, 2562)

- 1) **บุคคล (Person)** คือผู้ที่มีเหตุผลและความรู้สึกนึกคิด มีการใช้ภาษาเป็นสัญลักษณ์ในการสื่อสาร มีการใช้ความคิดในการกระทำ มีวัฒนธรรม และความเชื่อ
- 2) **สิ่งแวดล้อม (Environment)** คือสิ่งที่มีปฏิสัมพันธ์กันตลอดเวลาของบุคคลและระหว่างบุคคล
- 3) **สุขภาพ (Health)** คือการมีสุขภาพที่ดีสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาททางสังคมและภาวะเจ็บป่วย
- 4) **การพยาบาล (Nursing)** คือ การสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของพยาบาลและผู้รับบริการ ที่มีการสื่อสารแลกเปลี่ยน รับรู้ข้อมูลซึ่งกันและกัน มีการตั้งเป้าหมายกำหนดจุดมุ่งหมายของความสำเร็จร่วมกันเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

มโนทัศน์หลักของทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง

มโนทัศน์หลักของทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงประกอบด้วย มโนทัศน์หลัก 10 ประการ คือ

1. **การรับรู้ (Perception)** เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เป็นกระบวนการรวบรวม จัดระบบ แปลความหมาย และการปรับเปลี่ยนข้อมูลที่ได้รับจากภายนอกทั้งประสาทสัมผัสและความจำ การรับรู้ของบุคคลอาจแตกต่างกันแม้อยู่ในสิ่งแวดล้อมเดียวกันขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีต อัตมโนทัศน์ ฐานะทางสังคม การศึกษา เป็นต้น

2. **อัตตา (Self)** คือ การที่บุคคลปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งเกิดจากผลของข้อมูลย้อนกลับจากการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และส่งผลให้แต่ละคนมีแบบแผนในการสร้างสัมพันธ์ภาพเฉพาะตัว ถ้าเป็นประสบการณ์ทางบวกอัตตาก็จะได้รับการส่งเสริม แต่ถ้าเป็นประสบการณ์ทางลบ อัตตาจะต้องการความช่วยเหลือ

3. **การปฏิสัมพันธ์ (Interaction)** เป็นกระบวนการที่บุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไป แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน โดยแต่ละฝ่ายได้นำความรู้ ความต้องการ จุดมุ่งหมายความคาดหวังการรับรู้และประสบการณ์ในอดีตมาเกี่ยวข้อง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการปฏิสัมพันธ์

4. **การติดต่อสื่อสาร (Communication)** เป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างบุคคล ซึ่งการสื่อสารจะเกิดประสิทธิภาพสูงสุด เมื่อเกิดขึ้นในบรรยากาศของการยอมรับซึ่งกันและกัน ถ้าการสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพการดำเนินสู่เป้าหมายก็จะเป็นไปไม่ได้ยากหรืออาจไม่ประสบความสำเร็จ

5. **การบรรลุเป้าหมายของการปฏิสัมพันธ์ (Transaction)** เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่เกิดจากการที่บุคคลติดต่อสื่อสารกันเพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน

6. **บทบาท (Role)** เป็นสิ่งที่ถูกคาดหวังว่าจะเกิดขึ้นกับบุคคล เมื่อบุคคลนั้นอยู่ในตำแหน่งหนึ่งของสังคม ซึ่งมีกฎหรือข้อปฏิบัติที่กำหนดสิทธิและหน้าที่ของบุคคลที่อยู่ในตำแหน่งนั้น บทบาทเป็นการแสดงออกของพฤติกรรมเพื่อบรรลุเป้าหมายระหว่างบุคคล

7. **การเจริญเติบโตและพัฒนาการ (Growth and development)** เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในชีวิต เป็นการเปลี่ยนแปลงภายใต้ตัวบุคคลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระดับโมเลกุล ความรู้สึกนึกคิดจนถึงพฤติกรรม การเจริญเติบโตและพัฒนาการเป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลบรรลุวุฒิภาวะและแสดงความสามารถที่มีอยู่เพื่อการบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

8. **กาละ (Time)** เป็นช่วงระยะเวลาที่แสดงถึงระยะระหว่างเหตุการณ์หนึ่งกับอีกเหตุการณ์หนึ่ง มีการเปลี่ยนแปลงจากขั้นตอนหนึ่งไปอีกรูปขั้นตอนหนึ่ง เวลาที่มีอิทธิพลต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคล แต่ละคนอาจรับรู้ช่วงเวลาเดียวกันหรือแตกต่างกันขึ้นอยู่กับชนิดและจำนวนเหตุการณ์ที่แต่ละคนประสบ นอกจากนี้การรับรู้ระยะเวลาที่ต่างกันอาจก่อให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลได้

9. **อาณาบริเวณ (Space)** เป็นขอบเขตที่อยู่รอบตัวบุคคล ซึ่งบุคคลรับรู้ว่าเป็นอาณาบริเวณส่วนตัวที่มีการปกป้อง ไม่ปรารถนาให้คนทั่วไปรุกราน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาณาเขตของบุคคล คือ เวลา ระยะทาง ปริมาณ การรับรู้ และการติดต่อสื่อสาร

10. **ภาวะเครียด (Stress)** เป็นภาวะที่เกิดขึ้นของบุคคล มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ในกระบวนการปฏิสัมพันธ์ของกับสิ่งแวดล้อม เพื่อรักษาไว้ซึ่งความสมดุลของการเจริญเติบโต พัฒนาการและการทำหน้าที่จากมโนทัศน์หลักทั้ง 10 ประการ ใช้อธิบายกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยนำมาเป็นข้อกำหนดของความสัมพันธไว้ ดังนี้

- 1) ถ้ามีการรับรู้ที่ถูกต้องตรงกันระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ การปฏิสัมพันธ์จะบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้
- 2) ถ้าทั้งพยาบาลและผู้รับบริการมีการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมาย เป้าหมายที่ตั้งไว้จะสำเร็จ
- 3) ถ้าเป้าหมายที่ตั้งไว้สำเร็จ จะเกิดความพึงพอใจขึ้นระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ

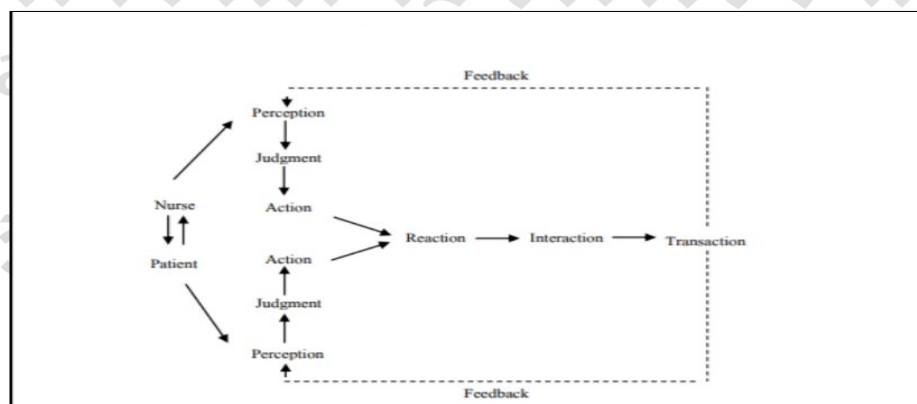
- 4) ถ้าเป้าหมายที่ตั้งไว้สำเร็จ แสดงว่าการพยาบาลมีประสิทธิภาพ
- 5) ถ้าพยาบาลและผู้รับบริการบรรลุจุดหมายในการปฏิสัมพันธ์ย่อมได้รับทั้งการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทั้งสองฝ่าย
- 6) ถ้าความคาดหวังตามบทบาทและการรับรู้บทบาทที่ปฏิบัติจริงของพยาบาลและผู้รับบริการมีความสอดคล้องกัน การปฏิสัมพันธ์ย่อมบรรลุเป้าหมาย
- 7) ถ้ามีความขัดแย้งขึ้นในบทบาทของพยาบาลหรือผู้รับบริการหรือทั้งคู่ ปฏิสัมพันธ์จะเกิดภาวะเครียด
- 8) ถ้าพยาบาลมีความรู้และทักษะพิเศษเกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้รับบริการ การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน และการบรรลุเป้าหมายจะเกิดขึ้น

กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลตามทฤษฎีการพยาบาลการบรรลุเป้าหมายของคิง ได้แก่ พยาบาลและผู้รับบริการ แต่ละฝ่ายมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ประกอบไปด้วย การแลกเปลี่ยนข้อมูลการรับรู้ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ (Perception) การแลกเปลี่ยนข้อมูลการรับรู้สถานการณ์เพื่อการตัดสินใจแก้ปัญหาาร่วมกัน (Judgment) การแสดงออกหรือการตัดสินใจเลือกกระทำ (Action) ปฏิกริยาตอบสนองระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการต่อสถานการณ์ตามการรับรู้ (Reaction) และกระบวนการปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ ได้แก่ การพูดคุยสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพ (Interaction) การกำหนดจุดมุ่งหมายร่วมกัน หาแนวทางปฏิบัติ ตกลงยอมรับแนวทางปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่ เป้าหมายที่กำหนดไว้ร่วมกัน และการบรรลุเป้าหมายของการปฏิสัมพันธ์ (Transaction) จะเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมาย (Goal attainment) และมีปฏิกริยาซ้อนกลับไปสู่การรับรู้ของแต่ละฝ่ายอีกครั้ง เพื่อรับรู้ผลของกระบวนการปฏิสัมพันธ์

กระบวนการปฏิสัมพันธ์ตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง

กระบวนการปฏิสัมพันธ์ตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงเกิดขึ้นเป็นขั้นตอน มีรายละเอียดดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 กระบวนการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมาย

ที่มา : <https://nurse.pbru.ac.th/th/wp-content/uploads/2020/10/functional-training.pdf>

กระบวนการปฏิสัมพันธ์ตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมาย

โดยเริ่มจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ พยาบาลต้องมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการ มีการเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน (Perception) ผ่านการติดต่อสื่อสารกันทั้งสองฝ่าย (Communication) พยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมการรับรู้ตนเองเกี่ยวกับการเจ็บป่วย หรือความต้องการของผู้รับบริการ ผู้รับบริการมีการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพและความต้องการ เมื่อทั้งสองฝ่ายเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ผู้รับบริการจะเกิดความไว้วางใจพยาบาลและแสดงออกถึงการกระทำเพื่อบรรลุความต้องการหรือเป้าหมายที่คาดหวังไว้ (Action) ทั้งสองฝ่ายจะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อที่ดีต่อกัน มีการแสดงออก ร่วมกัน (Reaction) ร่วมกันค้นหาปัญหาของผู้รับบริการและหาแนวทางจัดการต่อไป (Disturbance)

ขั้นตอนที่ 2 การตั้งเป้าหมายร่วมกัน

หลังจากการค้นหาปัญหาและได้ข้อตกลงร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการแล้ว การร่วมกันตั้งเป้าหมาย (Mutual goal setting) เพื่อค้นหาแนวทางปฏิบัติ โดยพยาบาลจะเป็นผู้ช่วยเหลือในการให้ข้อมูล และติดคันทวิธีวิธีที่จะนำไปสู่การปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งเอาไว้ร่วมกัน (Explore means to achieve goal) และวางแผนกิจกรรมที่ทำให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ ซึ่งกิจกรรมเหล่านั้นต้องผ่านการยอมรับจากบริการ และมีพยาบาลคอยช่วยเหลือในการให้ข้อเสนอแนะถึงความเป็นไปได้ของ (Agree to means to achieve goal) เพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของการปฏิสัมพันธ์ (Transaction) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกให้เห็นถึงความสำเร็จจากเป้าหมายที่ตั้งไว้

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินการบรรลุเป้าหมายของกิจกรรม

ผู้รับบริการร่วมกันประเมินการบรรลุเป้าหมายของกิจกรรมที่ได้เลือกปฏิบัติ โดยประเมินจากปัญหา และอุปสรรคระหว่างกิจกรรม แนวทางการจัดการ หรือใช้เครื่องมือในการประเมินความสำเร็จตามเป้าหมาย (Goal attainment)

สรุปได้ว่า กระบวนการปฏิสัมพันธ์ตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการเพื่อให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายของการบำบัดที่ตั้งไว้ร่วมกัน การประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งพื้นฐานที่สำคัญที่สุด คือ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ การรับรู้ของพยาบาลและผู้รับบริการจะมีผลต่อกระบวนการปฏิสัมพันธ์ พยาบาลจะต้องมีการรับรู้ตนเอง ค่านิยมที่มีต่อผู้รับบริการ และผู้รับบริการจะต้องมีการรับรู้ปัญหา ความต้องการของตนเอง และค่านิยมที่มีต่อพยาบาล เมื่อพยาบาลและผู้รับบริการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี จะเกิดปฏิกิริยาตอบโต้ระหว่างกัน และสามารถร่วมกันกำหนดข้อตกลงร่วมกัน ร่วมกันวางแผน กำหนดเป็นเป้าหมาย และหาแนวปฏิบัติเพื่อให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน

บทบาทพยาบาลในการดูแลโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด

โภชนาการ (Nutrition) คือ กระบวนการที่ร่างกายใช้สารอาหารที่ได้รับตามความต้องการของแต่ละบุคคลเพื่อให้ได้พลังงานและใช้ในการเจริญเติบโต ซ่อมแซมหรือคงไว้ซึ่งเนื้อเยื่อในส่วนต่างๆของร่างกาย แหล่งสำคัญของพลังงานได้จากสารอาหารหลัก (Macro nutrient) ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต ไขมันและโปรตีน เมื่อมีการเปลี่ยนแปลง เช่น ในภาวะเจ็บป่วย ร่างกายจะมีการใช้พลังงาน รวมทั้งสารอาหารที่สะสมไว้ในกระบวนการเผาผลาญหรือเมแทบอลิซึม (Metabolism) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการ และเกิดปัญหาโภชนาการได้ (นพวรรณ เปียชื่อ, 2561)

ปัญหาโภชนาการ (Nutritional problems) ประกอบด้วย ปัญหาหลายด้าน ที่สำคัญคือ ภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) ได้แก่ ภาวะขาดโภชนาการ (Under nutrition) และ ภาวะโภชนาการเกิน (Over nutrition) โดยภาวะขาดโภชนาการส่งผลให้การเจริญเติบโตและกระบวนการฟื้นสภาพ (Recovery process) เป็นไปได้ช้า เกิดการติดเชื้อได้ง่ายแต่หายยาก ส่วนภาวะโภชนาการเกิน ส่งผลต่อความเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น (Ravasco, 2019),

การบริโภคอาหารเพื่อให้ได้รับอาหารในปริมาณและคุณภาพที่พอเพียง มีความสมดุลของสารอาหารและพลังงานที่ได้รับ เพื่อที่ร่างกายมีภาวะโภชนาการที่ดี หลักการทางโภชนาการในการพยาบาล คือ กระบวนการที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาการอย่างเป็นระบบ โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบรายบุคคล กระบวนการนี้ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ การประเมินภาวะโภชนาการ (Nutrition assessment) การวินิจฉัยทางด้านโภชนาการ (Nutrition diagnosis) การให้แผนโภชนบำบัด (Nutrition Intervention) และการติดตามประเมินผลของแผนโภชนบำบัด (Nutrition monitoring & Evaluation) (จงจิตร์ อังคทะวานิช, 2558) (Keith, 2022) (วีระเดช พิศประเสริฐ, 2020)

การประเมินภาวะโภชนาการ (Nutrition assessment)

เริ่มจากการคัดกรอง ประเมินภาวะโภชนาการที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบด้วยตัวชี้วัดหลายตัว เพื่อช่วยให้การวินิจฉัยถูกต้อง ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและเครื่องมือคัดกรองประเมินภาวะโภชนาการ ดังนี้ (จงจิตร์ อังคทะวานิช, 2558)

1. การประเมินส่วนต่างๆ ของร่างกาย (Anthropometric assessment) คือ การวัดสัดส่วนร่างกายของผู้ป่วย เช่น การชั่งน้ำหนักตัว การวัดส่วนสูง เส้นรอบวงเอว เส้นรอบวงสะโพก ค่าดัชนีมวลกาย รวมถึงการวัดองค์ประกอบของร่างกาย

1) ประวัติน้ำหนักตัว (Weight history) น้ำหนักตัวและการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวเป็นเครื่องมือชี้วัดส่วนประกอบของร่างกาย สามารถคำนวณเป็นร้อยละน้ำหนักตัวที่ลดลง (Percentage weight loss) และดัชนีมวลกาย (Body mass index)

1.1) น้ำหนักตัวลดลง หมายถึง การที่ร่างกายได้รับพลังงานและสารอาหารในช่วงเวลานั้น ๆ ไม่เพียงพอ ผลเสียหรือความรุนแรงขึ้นกับระยะเวลาและปริมาณน้ำหนักตัวที่ลดลง ถึงแม้ว่าน้ำหนักที่วัดได้สูงกว่าน้ำหนักตัวในอุดมคติ แต่หากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงที ผู้ป่วยอาจเข้าสู่ภาวะน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์

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

ตารางที่ 5 ร้อยละของน้ำหนักตัวลดลงระดับรุนแรง อ้างถึงแบบประเมิน Nutrition triage 2013 (NT 2013) (บุชชา พรหมณสุทธิ์ และวิบูลย์ ตระกูลสุน, 2563)

ระยะเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัว	ร้อยละของน้ำหนักตัวที่ลดลง		
	เล็กน้อย(Mild)	ปานกลาง (Moderate)	รุนแรง (Severe)
1 สัปดาห์	< 1%	1 – 2 %	> 2%
2 - 3 สัปดาห์	< 2%	2 – 3 %	> 3%
1 เดือน	< 4%	4 – 5 %	> 5%
2 - 3 เดือน	< 7%	7 – 8 %	> 8%
> 5 เดือน	< 10%	10 %	> 10%

1.2) ดัชนีมวลกาย (Body mass index) เป็นการวัดสัดส่วนของร่างกาย โดยหาความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักตัวกับความสูง พบว่ามีความสัมพันธ์กับปริมาณไขมันทั้งหมดในร่างกาย

$$\text{ดัชนีมวลกาย} = \frac{\text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง}^2 \text{ (เมตร)}}$$

ตารางที่ 6 การประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้ดัชนีมวลกาย

ระดับ	ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร ²)
น้ำหนักน้อย ระดับรุนแรง	<16.0
น้ำหนักน้อย ระดับปานกลาง	16.0-16.99
น้ำหนักน้อย ระดับเล็กน้อย	17.0-18.49
ปกติ	18.5-24.99
อ้วนระดับ 1	25.0-29.99
อ้วน ระดับ 2	30.0-34.99
อ้วน ระดับ 3	35.0-39.99
อ้วน ระดับ 4	>40

2. การประเมินทางด้านชีวเคมี (Biochemical assessment) การตรวจทางชีวเคมีเพื่อประเมิน

ภาวะทางโภชนาการเป็นการวิเคราะห์สารอาหารแต่ละชนิดในเลือดหรือปัสสาวะรวมถึงวิตามินและแร่ธาตุต่าง ๆ สามารถให้ข้อมูลเฉพาะได้มากกว่าวิธีอื่นๆ ดังนั้นการประเมินภาวะโภชนาการทางชีวเคมีจึงเป็นที่นิยมใช้โดยดูผลเทียบกับอาการทางคลินิกและ Half-life ของโปรตีน ซึ่ง Half-lifeของโปรตีน แยกตามชนิดของโปรตีน ได้แก่ Albumin 3 - 4 สัปดาห์, Transferrin 1 สัปดาห์, Pre-albumin 2 วัน และ Insulin like growth factor (IGF) 10 ชั่วโมงซึ่งการหาค่าโปรตีนในเลือด (Visceral protein) ได้แก่ ค่า Albumin, Transferrin, Prealbumin, Total lymphocyte count นอกจากนี้ยังตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด ระดับของคลอเลสเทอรอล ไตรกลีเซอไรด์ ค่าฮีโมโกลบิน และเกลือแร่ (Keith, 2022)

ตารางที่ 7 การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่บ่งชี้ภาวะโภชนาการ

	Nutrition status				Half-life (day)
	Normal	Mild	Moderate	Severe	
Albumin (g/dL)	3.5-5	3.1-3.4	2.4-3.0	<2.4	14-20
Transferrin (mg/dL)	220-400	201-219	150-200	<150	8-10
Prealbumin (mg/dL)	15.7-29.6	12-15.6	8-10	<8	2-3

3.การประเมินภาวะโภชนาการทางคลินิก (Clinical assessment of nutritional status) คือการประเมินภาวะสุขภาพ (Health assessment) โดยการตรวจร่างกายในบริเวณหรือตำแหน่งที่จะมีความผิดปกติเกิดขึ้นเมื่อมีปัญหาทางด้านโภชนาการ ได้แก่ การตรวจสภาพของผิวหนัง ริมฝีปาก เยื่อぶตา เยื่อぶปาก ผลในช่องปาก ฟัน เหงือก คอ ผม เล็บ เป็นต้น (นพวรรณ เปียชื่อ, 2561)

4.การประเมินอาหารที่บริโภค (Dietary assessment) เป็นการประเมินจากการสอบถามถึงอาหารที่รับประทาน ทั้งชนิดของอาหาร สารอาหาร ปริมาณของอาหาร เวลาที่รับประทานในแต่ละวัน โดยมีเป้าหมายเพื่อต้องการทราบการบริโภคที่ใกล้เคียงความจริงมากที่สุด หรือการบริโภคที่เป็นปกตินิสัย (Usual intake) โดยมีประเด็นดังนี้ (ณัฐธยาน์ วีระพงษ์, 2558)

1) ประวัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร (Dietary history) ชักประวัติการ บริโภค อาหารก่อนเจ็บป่วย ทั้งปริมาณ จำนวนมือ และชนิดของอาหารที่รับประทาน ประวัติและระยะเวลา ที่มีการเปลี่ยนแปลงการบริโภคอาหาร เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์และคำนวณพลังงานและสารอาหารที่ร่างกายต้องการและ ด้รับว่ามีความสมดุลหรือไม่

2) ประวัติการเจ็บป่วยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการ (Medical history) ชักประวัติ การเจ็บป่วย อาการแสดงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรค การใช้ยาที่มีผลต่อกัน (Drug-nutrition interaction) อาการที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะโภชนาการต่ำ เช่น การกลืน เคี้ยวลำบาก อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสียเรื้อรัง ปวดท้องรุนแรง โรคร่วมต่าง ๆ เช่น โรคตับอ่อนอักเสบ โรคตับ โรคไตวาย โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง

3) ประวัติที่มีผลต่อความต้องการพลังงาน (Caloric requirement history)

3.1) ความเครียดและสิ่งแวดล้อม เช่น การเปลี่ยนแปลงสภาพอากาศ อาหาร และสภาพอารมณ์ เป็นต้น เนื่องจากเป็นตัวกระตุ้นกลไกการปรับตัวเพื่อให้คงสภาพสมดุลในร่างกาย ส่งผลให้มีการใช้พลังงานขณะพัก (Resting energy expenditure: REE) เพิ่มขึ้น

3.2) ไข้และความเจ็บป่วย ส่งผลให้ REE เพิ่มขึ้นร้อยละ 7 ของอุณหภูมิที่เพิ่มขึ้นทุก 1 °F จากอุณหภูมิของร่างกายที่สูงกว่า 98.6 °F หรือร้อยละ 13 ของอุณหภูมิที่เพิ่มขึ้นทุก 1 °C จากอุณหภูมิของร่างกายที่สูงกว่า 37 °C

4) ประวัติอื่น ๆ เน้นประวัติที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงการรับประทานอาหาร น้ำหนักตัว จิตสังคม สภาพเศรษฐกิจ ข้อจำกัดในการให้สารอาหารบางชนิด ประวัติแพ้ยา และสารอาหาร ความเชื่อทางด้านสังคม ประเพณี วัฒนธรรมและศาสนา วิธีการให้สารอาหาร รวมถึงความสามารถในการจัดเตรียมอาหาร ผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และถูกทอดทิ้ง

เครื่องมือประเมินภาวะโภชนาการ (Nutritional status screening/ Assessment tool)

เครื่องมือที่ทางสมาคมอาหารทางหลอดเลือดดำแห่งประเทศไทย แนะนำ ได้แก่ Nutrition Alert Form (NAF) และ Nutrition triage 2013 (NT 2013)

Nutrition Alert Form (NAF) พัฒนาโดยศาสตราจารย์นายแพทย์สุรรัตน์โคมินทร์ แนวทางคัดกรองและการประเมินภาวะทุพโภชนาการประกอบด้วยการประเมิน 4 ส่วน (อรวรรณ พิชาติไชยพิทักษ์, วเนพร ทองโฉม, และจรรยา บุญภัทรรักษา, 2015) ได้แก่

- 1) ข้อมูลด้านสัดส่วนของร่างกาย (Anthropometric data)
- 2) ข้อมูลด้านชีวเคมี (Biochemical data)
- 3) ข้อมูลด้านอาหาร(Dietary data)
- 4) ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย (Disease data)

จากนั้นรวมคะแนนที่ได้ในแต่ละส่วนเพื่อแบ่งระดับภาวะทุพโภชนาการ เป็น 3 ระดับ

SGA A (0-3 คะแนน)	ไม่มี/เล็กน้อยความเสี่ยงภาวะทุพโภชนาการ
SGA B (4-8 คะแนน)	มีความเสี่ยงภาวะทุพโภชนาการระดับปานกลาง
SGA C (>9 คะแนน)	มีความเสี่ยงภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรง

Nutrition triage 2013 (NT 2013) บุชชา พราหมณสุทธิ และวิบูลย์ ตระกูลฮุน (2563) ได้อธิบายกรอบที่ให้คะแนน NT 2013 ในการประเมินภาวะทุพโภชนาการ คือ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ (ภาคผนวก 2) ได้แก่

กรอบที่ 1 ประวัติอาหารหรือสารอาหารการกินที่ได้รับและรับได้จริง

กรอบที่ 2 น้ำหนักตัวลดลง/ คงที่ /เพิ่มขึ้น

- กรอบที่ 3 การคั่งของสารน้ำหรือการบวม
- กรอบที่ 4 การสูญเสียมวลไขมันใต้ผิวหนัง
- กรอบที่ 5 การสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ
- กรอบที่ 6 สมรรถภาพของกล้ามเนื้อ
- กรอบที่ 7 โรคหลัก / โรคร่วมที่เป็นลักษณะเรื้อรัง
- กรอบที่ 8 โรคหรือภาวะที่เป็นลักษณะเฉียบพลัน หรือกึ่งเฉียบพลัน

การวินิจฉัยทางด้านโภชนาการ (Nutrition diagnosis)

การวินิจฉัยทางด้านโภชนาการ (Nutrition diagnosis) เป็นการระบุปัญหาด้าน โภชนาการที่เกี่ยวข้องกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ (Nutrition problem) ขั้นตอนการวินิจฉัยทางด้านโภชนาการ ถือว่าเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากถ้าสามารถประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน และนำมาวิเคราะห์เพื่อสรุปเป็นปัญหาที่ชัดเจน จะส่งผลให้ขั้นตอนต่อไป คือ ขั้นตอนการให้โภชนบำบัด (Nutrition intervention) ทำได้อย่างถูกต้อง ตรงจุด ตรงประเด็นปัญหาของผู้ป่วย

การให้โภชนบำบัด (Nutrition intervention)

ขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหาที่ได้วินิจฉัยไว้ ซึ่งสามารถเลือกใช้วิธีการต่าง ๆ ได้หลากหลาย วิธีขึ้นกับความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การให้คำแนะนำ การปรึกษาทางด้านโภชนาการเป็นรายบุคคล หรือรายกลุ่ม (Wang et al., 2022) การให้โภชนศึกษา การวางแผนเมนูอาหาร หรือ การจัดหาอาหารให้กับผู้ป่วย เป็นต้น แผนโภชนบำบัดที่ดีควรจะสอดคล้องกับวิถีชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย ดังนี้

การประเมินพลังงานที่ผู้ป่วยควรได้รับ

1. สูตร Haris-Benedict Equation (สงศรี แก้วถนอม, 2560)

ความต้องการพลังงานโดยรวมต่อวันสามารถคำนวณได้ด้วยสูตร $TEE = (BEE \times AF \times SF)$

พลังงานพื้นฐานของร่างกาย (Basal Energy Expenditure : BEE) จำแนกตามเพศ ดังนี้

เพศชาย = $66.47 + (13.75 \times W) + (5.0 \times H) - (6.76 \times A)$ (kcal/day)

เพศหญิง = $665.10 + (9.56 \times W) + (1.85 \times H) - (4.68 \times A)$ (kcal/day)

W หมายถึง น้ำหนัก H หมายถึง ส่วนสูง A หมายถึง อายุ

พลังงานที่ร่างกายใช้ทำกิจกรรมระหว่างวัน (Activity factor : AF)

- Bed ridden 0.9-1.0
- Respirator support 0.7-0.9
- Limited activity on bed 1.2
- Normal activity 1.3

พลังงานที่เกิดจากภาวะเครียดหรือผิปกติในร่างกาย (Stress factors or Injury factors : SF)

- Major surgery 1.2
- Peritonitis, multiple trauma 1.3-1.55
- Major sepsis 1.3 - Cancer 1.1-1.45
- Severe thermal burn 1.5-2.0

2. ตามแนวทาง European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN) guidelines on nutrition in cancer patients 2021 (Muscaritoli et al., 2021)

- พลังงานที่ควรได้รับ 25- 30 kcal/day

การติดตามประเมินผลของแผนโภชนาการบำบัด (Nutrition monitoring & Evaluation)

ขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดผลการปฏิบัติตัวตามแผน โดยเป็นการติดตามผลดูว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ได้บรรลุตามเป้าหมายหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามได้อย่างดีมีความก้าวหน้าในแนวทางที่ดีขึ้น สรุปประเด็นที่ผู้ป่วยทำได้สำเร็จตามเป้าหมาย ให้กำลังใจ เสริมพลังให้ผู้ป่วยสามารถที่จะปฏิบัติตัวต่อไปให้เป็นพฤติกรรมที่ถาวร หรือให้อยู่ในช่วงยั่งยืน (Maintenance phase) ในขณะเดียวกันก็ให้ทำการประเมิน ภาวะโภชนาการซ้ำอีกครั้ง (Re-Nutrition assessment) เพื่อค้นหาปัญหาด้านโภชนาการอีกครั้ง โดยอาจจะเป็นปัญหาเดิมที่จะปรับเป้าหมายให้เพิ่มขึ้น หรืออาจจะเป็นปัญหาใหม่ที่ประเมินพบเพิ่มเติม

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษาพร้อมกับเคมีบำบัด

มีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลส่งเสริม ป้องกันและลดระดับความรุนแรงของปัญหาภาวะโภชนาการ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (กานตรักษ์ วจนพันธ์, 2561)

1. ระยะก่อนได้รับรังสีรักษา แนวทางในการส่งเสริมภาวะโภชนาการมีดังนี้

1) ชักประวัติและตรวจร่างกายในระบบที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ตำแหน่ง ระยะ โรคร่วมโดยเฉพาะโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบเผาผลาญสารอาหารรวมถึงการติดเชื้อ ยาที่ใช้เป็นประจำการรักษาที่ผ่านมา ความสามารถในการรับประทานอาหาร ความเชื่อและเศรษฐกิจ เป็นต้น เพื่อประเมิน ความเสี่ยง ความรู้ ความเข้าใจ

2) ประเมินภาวะโภชนาการ ตั้งแต่ที่ได้รับการปรึกษาเพื่อประเมินความเสี่ยงของการเกิดภาวะทุพโภชนาการหรือความสามารถในการรับประทานอาหาร เพื่อนำข้อมูลมาพิจารณาแนวทางการดูแลรักษาด้านโภชนาการให้เหมาะสม

3) นำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการพยาบาลด้านโภชนาการ โดยคำนวณพลังงานและสารอาหารที่ผู้ป่วยได้รับจริง การคำนวณพลังงานและสารอาหารที่ร่างกายควรได้รับ กำหนดสัดส่วน คาร์โบไฮเดรต/ไขมัน/โปรตีน ที่ร่างกายควรได้รับแบ่งเป็นร้อยละ 55-60/25-30/15-20 แต่ภาวะที่มีการเจ็บป่วยหรือภาวะเครียด ร่างกายจะมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ควรให้คาร์โบไฮเดรตลดลงและให้สารอาหารประเภทโปรตีนและไขมัน

ทดแทน ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเฉพาะบุคคล ครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้ปริมาณพลังงานและสารอาหารที่ร่างกายควรได้รับ สัดส่วนชนิดอาหารประเภทต่างๆ และรายการอาหารแลกเปลี่ยน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถจัดเตรียมอาหารและดูแลตนเองให้ได้พลังงานและสารอาหารตามความต้องการของร่างกาย

5) ปรึกษาทันตกรรมเตรียมความพร้อมในช่องปาก เนื่องจากฟันผุเป็นแหล่งสะสมเชื้อโรค และส่งผลให้เกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาในระดับที่รุนแรง เช่น อาการเยื่อช่องปากอักเสบ กลืนเจ็บ กลืนลำบาก และรับประทานอาหารได้น้อยลง ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ กรณีมีฟันผุต้องถอนหรือผ่าตัด ควรทำให้เสร็จและตัดใหม่ก่อนรักษาอย่าง น้อย 1-2 สัปดาห์ เนื่องจากรังสีรักษามีผลทำลายเซลล์และเส้นเลือดฝอยบริเวณที่รักษา หากแผลไม่หายอาจส่งผลให้แผลแยกและติดเชื้อ

6) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลช่องปาก ผู้ป่วยที่มีช่องปากที่สะอาด สามารถ ลดระดับความรุนแรงของผลข้างเคียงจากการรักษาในระหว่างได้รับรังสีรักษา

คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลช่องปากมีดังนี้

- การเลือกแปรงสีฟัน ขนแปรงอ่อนนุ่ม ขนาดเหมาะสม เพื่อลดการระคายเคือง
- การล้างแปรงสีฟัน ล้างให้สะอาดหลังแปรงฟัน วางในภาชนะลักษณะหัวแปรง ตั้งขึ้น อากาศถ่ายเทสะดวก มีลมพัดผ่าน เพื่อให้ขนแปรงแห้ง ไม่เป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรค และควรเปลี่ยนแปรงสีฟันทุก 2-3 เดือน

- การเลือกยาสีฟัน มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ เพื่อช่วยขจัดคราบสกปรก เคลือบฟัน และป้องกันฟันผุ ไม่มีรสเผ็ดซ่า เนื่องจากอาจทำให้ระคายเคือง

- วิธีการแปรงฟัน วางขนแปรงบริเวณคอฟันในแนว 45 องศาขนานกับเหงือก ขยับ แปรงไปมา 3-4 ครั้งแล้วปิด ฟันบนให้ปัดลง ฟันล่างให้ปัดขึ้น แปรงให้ทั่วทุกซี่ ทั้งด้านในและด้านนอก ควรแปรงลิ้นและเพดานปาก เพราะเป็นแหล่งสะสมของคราบเศษอาหาร ใช้เวลาในการแปรง ฟันประมาณ 2 นาที ควรแปรงฟันหลังรับประทานอาหารและก่อนนอน

7) ประเมินอาการติดเชื้อ /สุรา หากคัดกรองได้ว่าไม่สามารถเลิกได้เอง ส่งปรึกษาจิตแพทย์/นักจิตวิทยา เพื่อบำบัดก่อนรักษา เนื่องจากการสูบบุหรี่/ดื่มสุราระหว่างรักษาทำให้เกิดการระคายเคือง มีการติดเชื้อ เกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบและภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรง ส่งผลให้อัตราการหายของโรคลดลง

8) ประเมินและดูแลจัดการอาการปวดตามระดับความรุนแรง อาการปวด (Pain) เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเข้ารับ การรักษา และอาจเกิดต่อเนื่องจนสิ้นสุดการรักษา ส่งผลให้ร่างกายมีการตอบสนองต่อ ความเครียด เพิ่มการใช้พลังงานขณะพัก ยับยั้งความอยากอาหาร ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ

9) ประเมินปัญหาทางด้านจิตใจ จิตสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ ข้อมูล คำแนะนำ แนวทางการแก้ไขร่วมกัน

2. ระยะระหว่างได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา แนวทางในการส่งเสริมภาวะโภชนาการมีดังนี้

- 1) ประเมินภาวะโภชนาการ ร่วมกับใช้แบบประเมิน NT 2013 และ Percentile weight loss หาสาเหตุและแนวทางการแก้ไข
- 2) นำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการพยาบาลด้านโภชนาการ โดยคำนวณพลังงานและสารอาหารที่ผู้ป่วยได้รับจริง การคำนวณพลังงานและสารอาหารที่ร่างกายควรได้รับ
- 3) การทบทวนความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถจัดเตรียมอาหารและดูแลตนเองให้ได้พลังงานและสารอาหารตามความต้องการของร่างกาย
- 4) ให้คำแนะนำในการจัดการอาการรบกวนระหว่างรับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา

3. ระยะหลังได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา แนวทางในการส่งเสริมภาวะโภชนาการมีดังนี้

- 1) ประเมินภาวะโภชนาการ ร่วมกับใช้แบบประเมิน NT 2013 และ Percentile weight loss หาสาเหตุและแนวทางการแก้ไข
- 2) นำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการพยาบาลด้านโภชนาการ โดยคำนวณพลังงานและสารอาหารที่ผู้ป่วยได้รับจริง การคำนวณพลังงานและสารอาหารที่ร่างกายควรได้รับ
- 3) การทบทวนความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถจัดเตรียมอาหารและดูแลตนเองให้ได้พลังงานและสารอาหารตามความต้องการของร่างกาย
- 4) ประเมินและแนะนำเกี่ยวกับการจัดการอาการข้างเคียงระยะเฉียบพลันจนครบ 6 เดือนหลังรักษา ได้แก่ ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ อากาการกลืนเจ็บ และกลืนลำบาก
- 5) ประเมินและแนะนำเกี่ยวกับการจัดการอาการข้างเคียงระยะเรื้อรังก่อนเข้ารับการตรวจหลังรักษาครบทุกครั้ง ได้แก่ ภาวะกลืนลำบาก ต่อม้ำลายแห้ง การรับรสชาติเปลี่ยนแปลง ชากรรไกรยึดติด แนะนำการนัดและบริหาร เน้นยาให้ทำอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต พร้อมให้กำลังใจ ว่าอาการดังกล่าวสามารถป้องกันได้

การจัดการกับอาการ (Symptom management) ที่เกี่ยวข้องกับการได้รับสารอาหารของร่างกาย

มะเร็งโพรงหลังจมูก เป็นมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะบริเวณช่องปากซึ่งเป็นอวัยวะหลักและเป็นศูนย์กลางของร่างกายในการนำสารอาหาร น้ำเข้าสู่ร่างกาย รวมทั้งเป็นอวัยวะที่บอบบาง ไวต่อการเกิดระคายเคืองจากสารเคมี หรือยาต่างๆ ได้แก่ เคมีบำบัดและรังสีรักษา มักทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งมะเร็งโพรงหลังจมูก พบอาการในระยะเฉียบพลันจากการรักษา ได้แก่

1. ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (Oral mucositis)

ภายหลังได้รับการฉายรังสีประมาณ 2-3 สัปดาห์ เยื่อช่องปากจะบางลงและการเกิดอักเสบของเยื่อชั้น Epithelial cells และ Subepithelial cells โดยเยื่อช่องปากจะมีอาการแดงขึ้นเรื่อยๆ อาจเกิดแผล หรือเลือดออก ระดับความรุนแรงขึ้นอยู่กับปริมาณพลังงานรังสีที่ได้รับปัจจัยส่งเสริมต่างๆ เช่น ภาวะทุพโภชนาการ/ภาวะขาดน้ำ ตำแหน่งของโรคมะเร็งและการรักษาหลายวิธีร่วมกัน (สาธิตา ใจแก้ว, ชมพูนุท ศรีรัตน์, ทิพาพร วงศ์

หงษ์กุล และอิมใจ ชิตาพนารักษ์, 2021) เป็นต้น แผลในปาก เจ็บคอหรือหลอดอาหาร มักเกิดจากการได้รับรังสีหรือเคมีบำบัดการเกิดแผลในช่องปากหรือปากแห้ง มาจากการที่เซลล์เยื่อบุผิวถูกทำลาย

คำแนะนำ

- ดื่มน้ำให้เพียงพอ อย่าให้ร่างกายขาดน้ำ พยายามดื่มน้ำบ่อยๆ หากกลัวเจ็บ แล้วไม่ดื่มน้ำ อาการเจ็บปากจะเป็นมากขึ้น
- เลือกรับประทานอาหารอ่อนนุ่ม เช่น ข้าวต้ม โจ๊ก แทนข้าวสวย
- รสชาติอาหารต้องไม่จัดเกินไปเพราะจะทำให้แสบในช่องปากที่เป็นแผลได้
- บางครั้งอาจต้องปรับเป็นอาหารเหลวๆ เพื่อให้ทานได้ง่ายขึ้นถ้าเจ็บมาก ทานให้บ่อยขึ้นกว่าเดิม จาก 3 มื้อ เป็น 5-6 มื้อ
- ลองทานอาหารเย็นหรือที่อุณหภูมิห้อง แทนอาหารที่ร้อนอาจทำให้ระคายเคืองปากและลำคอ
- ถ้าเจ็บมากขึ้น อาจต้องปรึกษาแพทย์ แพทย์อาจให้ยาชาอมก่อนทานอาหาร
- ดูแลรักษาความสะอาดในช่องปาก ด้วยการบ้วนปากบ่อยๆ ใช้แปรงสีฟันที่ขนแปรงอ่อนนุ่มในการแปรงฟัน

2. ภาวะน้ำลายแห้ง (Xerostomia)

เมื่อพื้นที่ของการฉายรังสีครอบคลุมต่อมน้ำลายบริเวณขากรรไกร รังสีจะมีผลทำลายเซลล์ต่อมน้ำลาย Submandibular และต่อมน้ำลาย Parotid ทำให้ต่อมน้ำลายทำหน้าที่ได้ลดลง การสร้างน้ำลายจะลดลงจากปกติ แต่จะลดลงมากหรือน้อยขึ้นกับการฉายรังสีครอบคลุมต่อมน้ำลายขนาดใหญ่ทุกต่อมหรือไม่ ปริมาณรังสีที่ได้รับ ตลอดจนความไวของเซลล์ของผู้ป่วยแต่ละรายต่อรังสีแตกต่างกัน น้ำลายจึงมีลักษณะเหนียวมากขึ้นและลดจำนวนลง อีกทั้งส่งผลต่อสภาพความเป็นกรด-ด่างของน้ำลายในช่องปาก ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบที่รุนแรงมากขึ้น รวมถึงอาการน้ำลายแห้งส่งผลให้การรับรู้รสชาติอาการเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ความอยากอาหารลดลงและเกิดภาวะทุพโภชนาการตามมาได้ (Sarangapani, M., Patel, A., Kaste, L. M., and Dolecek, T. A. 2013)

คำแนะนำ

- ก่อนรับประทานอาหารควรทำให้ช่องปากชุ่มชื้น เพื่อลดอาการอาหารติด โดยเลือกรับประทานแกงจืดหรือน้ำซุ้ก่อน จนรู้สึกค่อนปาก/คอ จึงค่อยเริ่มรับประทานอาหารตามปกติ
- เลี่ยงการดื่มน้ำระหว่างมื้ออาหารเพราะจะทำให้รับประทานได้น้อยลง เนื่องจากอิมน้ำแทน
- ควรรับประทานอาหารรสไม่จัดเพราะภาวะน้ำลายแห้ง เยื่อภายในช่องปาก คอ จะเกิดการระคายเคืองได้
- รับประทานอาหารคาละน้อยๆและช้าลง เคี้ยวให้ละเอียดเพื่อช่วยในการกลืน ผู้ป่วยที่น้ำลายแห้งมักมีความรู้สึกติดคอตลอดเวลารับประทาน ทำให้กลืนติด กลืนลำบาก การรับประทานอาหารทีละน้อยและคำเล็กๆจะช่วยให้

- จิบน้ำบ่อยๆครั้งละน้อยๆเพื่อช่วยเพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปาก อาจพกขวดน้ำติดตัวไม่ตลอดเพื่อจิบได้เรื่อยๆ

3. การรับรู้รสชาติอาหารเปลี่ยนแปลง (Taste change)

การฉายรังสีบริเวณช่องปาก ทำให้ต่อมรับรสบริเวณลิ้นถูกทำลาย ส่งผลให้การรับรู้รสชาติอาหารสูญเสียไป โดยมักจะเกิดขึ้นภายหลังการฉายรังสี 1-2 สัปดาห์ ส่งผลต่อความอยากอาหารที่ลดลง ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะทุพโภชนาการที่รุนแรงได้

การรับรสเป็นหนึ่งในห้าของระบบประสาทสัมผัสในร่างกาย และมีความเกี่ยวข้องกับการได้กลิ่น การสัมผัส และเกี่ยวกับลักษณะทางกายภาพอื่นๆ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการรับรสชาติที่กว้างและหลากหลายยิ่งขึ้น รวมถึงการสูญเสียการรับรสชาติอาหารทั้งหมด การเปลี่ยนแปลงการรับรสชาติอาหารไปจากเดิม หรือการรับรู้รสชาติอาหารมากกว่าปกติ และการรับรสชาติอาหารต่างไปจากความเป็นจริง การเกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้รสชาติจากภาวะปกติทำให้เกิดปัญหาในการดมกลิ่นและสัมผัสและปริมาณรังสีรักษาที่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการรับรสชาติอาหารจะต้องมีปริมาณ 15-30 Gray ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการรับรสชาติอาหาร จะพบในระหว่างการรับรังสีรักษา และจะมีอาการดีขึ้นในช่วงระยะแรกหลังการรับรังสีรักษา พบว่าใช้ระยะเวลา 6 เดือนหลังจากสิ้นสุดการรักษา โดยพบร้อยละ 7 ยังคงพบความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรสชาติอาหารทำให้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยในระยะยาว นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับปริมาณรังสีขนาด 50-65 Gray จะมีการเปลี่ยนแปลงการรับรสชาติอาหารไปจากเดิมเป็นระยะเวลายาวนานถึง 7 ปี (ชนิษฐา อยู่เพ็ชร, ปรียาภรณ์ แสงทวี และเอกพล อัจฉริยะประสิทธิ์, 2563)

การทำงานของกรับรส (Taste) และการดมกลิ่น (Smell) นั้นดำเนินไปพร้อมกัน เนื่องจากรสชาติส่วนใหญ่มาจากกลิ่น ความรู้สึกของกลิ่นเริ่มต้นที่ปลายประสาทซึ่งเชื่อมโยงถึงจมูก มีอาหารที่อร่อย หรือกลิ่นที่หอม จะช่วยให้เจริญอาหารได้เพิ่มขึ้น ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายแสง ลิ้นมักจะไม่มีรับรู้รสชาติอาหารจากการฉายแสงเพราะต่อมรับรสได้รับรังสีจากการรักษา บางรายอาจรู้สึกมีรสโลหะในปาก อาจเกิดจากยาเคมีบำบัดบางชนิด การรับรสอาหารจะค่อยๆกลับมาหลังจากครบการรักษา

คำแนะนำ

- รับประทานอาหารได้ทุกชนิด ประเภท ทั้งอาหารปกติ อาหารอ่อน อาหารเหลว
- รักษาความชุ่มชื้นในช่องปาก บ้วนปากด้วยน้ำสะอาด หรือจิบน้ำบ่อยๆอย่าปล่อยให้ปากแห้ง
- อาจเพิ่มกลิ่นในอาหารเพื่อให้มีกลิ่นหอม นำรับประทานมากขึ้น เช่น ใส่ใบโหระพา กระเพรา
- ผลไม้ เลือกรสเปรี้ยวเพื่อกระตุ้นการหลั่งน้ำลาย

4. ความอยากอาหารลดลง/เบื่ออาหาร (Anorexia)

การสูญเสียความอยากอาหารเกิดเมื่อมีความอยากกินอาหารลดน้อยลง หรืออาจจะเรียกว่าอาการไม่เจริญอาหาร โดยมีสาเหตุต่างๆมากมายที่ทำให้ความอยากอาหารลดลง ตั้งแต่ปัญหาทางจิตใจไปจนถึงสุขภาพกาย ถ้าหากมีอาการไม่อยากอาหาร อาจจะทำให้มีอาการอื่นๆตามมาเช่น น้ำหนักตัวลดหรือ การขาดสารอาหาร ความ

อยากอาหารจะลดลงเมื่อมีอาการซึมเศร้า เสียใจ หรือวิตกกังวล ความเบื่อหน่ายและความเครียดส่งผลต่อความอยากอาหารเช่นกัน นอกจากนี้ อาการข้างเคียงจากการรักษาอาจส่งผลทำให้เบื่ออาหารได้ (วรินทร์ธร โพธารินทร์, วรวิทย์ แสงทอง, ยุทธชัย ไชยสิทธิ์, อธิราภรณ์ บุญล้อม และณัฐภัสสร์ นวลสีทอง, 2564)

คำแนะนำ

- แนะนำบ้วนปากก่อนเริ่มรับประทานอาหาร
- เริ่มรับประทานอาหารแต่น้อยแต่เพิ่มมื้ออาหารให้มากขึ้น
- เป็นอาหารที่ย่อยง่ายแต่มีพลังงานสูง
- จัดรูปแบบอาหารให้น่ารับประทาน
- รับประทานอาหารโดยพร้อมเพรียงกันกับคนในครอบครัวเพื่อเป็นการทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายระหว่างการรับประทานอาหาร

5. คลื่นไส้ อาเจียน

อาจเกิดจากโรคมะเร็งเอง แต่ส่วนใหญ่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัดบางชนิด และการฉายแสงในบริเวณช่องท้อง (ทิพวัลย์ สุวรรณรักษ์, 2021)

คำแนะนำ

- รับประทานอาหารต้องมีลักษณะอ่อนโยนย่อยง่าย ไม่มีไขมันเป็นส่วนประกอบมากเกินไป
- เริ่มรับประทานปริมาณน้อยก่อน แล้วค่อยๆ เพิ่มปริมาณ
- อาหารที่เลือกรับประทานควรเป็นอาหารพลังงานสูง เช่น ไข่อบ
- หลีกเลี่ยงอาหารที่มีกลิ่นแรงหรือเหม็นคาว เช่น เนื้อเป็ด เนื้อพะแนง เป็นต้น
- ลองอาหารที่กินได้ง่าย เช่น ขนมปังปิ้ง แครกเกอร์
- ทานอาหารหนึ่ง อย่างแทนอาหารที่ทอดน้ำมัน
- ทานอาหารในที่ปลอดโปร่ง สะอาด
- หลังทานอาหารไม่ควรนอนทันที
- เลือกใส่เสื้อผ้าที่ไม่คับแน่น อึดอัดเกินไป
- การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย เช่นการ ฟังเพลง อ่านหนังสือ ช่วยลดอาการได้เพราะบางครั้งในสภาพแวดล้อมบางอย่าง เช่น โรงพยาบาลอาจทำให้รู้สึก เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน
- ถ้าคลื่นไส้ อาเจียนมาก ควรแจ้งแพทย์หรือพยาบาล
- อย่างบังคับตัวเองให้ทานอาหารที่คุณชื่นชอบเมื่อรู้สึกคลื่นไส้ ซึ่งอาจทำให้เกิดความไม่ชอบอย่างถาวรสำหรับอาหารเหล่านั้น

การพยาบาลด้านโภชนาการเพื่อการฟื้นฟูภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ (จากการกดไขกระดูกและมีเม็ดเลือดขาวต่ำ)

สำหรับอาหารที่มีความเหมาะสมในผู้ป่วยกลุ่มนี้คืออาหารที่ให้แคลอรีและโปรตีนสูง เพื่อช่วยในการผลิตและการเจริญเติบโตของเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิล และยังช่วยให้เม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิลมีความสามารถในการจับกินสิ่งแปลกปลอมได้ดีขึ้น เป็นที่ทราบกันดีว่าอาหารและน้ำเป็นแหล่งของเชื้อจุลินทรีย์ที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อ โดยเฉพาะผักสดและผลไม้คือแหล่งใหญ่ของเชื้อเหล่านี้ เช่น อาหารประเภทสลัด มีโอกาสพบเชื้อ *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli* และ *Klebsiella species* ผู้ป่วยเมื่อรับประทานผักหรือผลไม้ที่มีเชื้อจุลินทรีย์ปนเปื้อนเข้าไป เชื้อจุลินทรีย์จะเข้าไปตั้งรกรากอยู่ (Colonization) เปรียบเสมือนเป็นจุลินทรีย์ประจำถิ่นในกระเพาะอาหารและลำไส้ เมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยมีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ จุลชีพดังกล่าวอาจจะรุกรานและก่อให้เกิดโรคได้สำหรับไข่ สัตว์ปีก เนื้อและปลาต้องผ่านการปรุงให้สุกเป็นอย่างดี ดังนั้น อาหารที่เหมาะสมในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ “Neutropenic diet” ซึ่งเป็นอาหารที่ผ่านการปรุงให้สุกด้วยความร้อน (Cooked-food diet) หรือ อาหารที่มีเชื้อแบคทีเรียต่ำ (Low-bacterial diet) ที่ต้องไม่มีผักสดหรือผลไม้สด (วนะพร ทอง โฉม, 2021)

อาหารสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Neutropenic Diet)

- เป็นอาหาร Regular diet ที่ทำให้เป็น Low bacteria
- เพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อที่เกิดจากอาหารในผู้ป่วยที่มีเม็ดเลือดขาวต่ำ เช่น ผู้ได้รับเคมีบำบัด ผู้ปลูกถ่ายไขกระดูก

หลักการง่ายที่สุด คือ พยายามให้อาหารทุกชนิดผ่านความร้อนที่เพียงพอก่อนการรับประทาน และไม่เก็บอาหารที่อยู่ในช่วง danger zone temperature คือ อุณหภูมิ 5-60 องศาเซลเซียส เวลาปรุงอาหารให้ใช้อุณหภูมิสูงกว่า 60 องศาเซลเซียส จะเห็นได้ว่าอุณหภูมิที่กำหนดนี้ไม่แนะนำอาหารแช่เย็นที่อุณหภูมิต่ำกว่า 5 องศาเซลเซียส เพราะในช่วงอุณหภูมิดังกล่าวก็ยังพบเชื้อจุลินทรีย์ก่อโรคพวก *Listeria monocytogenes* ทำให้เกิดโรค Listeriosis ดังนั้นการจัดอาหารในกลุ่มนี้จึงให้ใช้อุณหภูมิสูงพอที่จะฆ่าเชื้อได้เป็นหลัก และไม่ควรรับประทานอาหารที่ปรุงเสร็จแล้วตั้งทิ้งไว้เกิน 2-4 ชั่วโมง เพราะอาจทำให้จุลินทรีย์กลับมาเจริญเติบโตได้

คำแนะนำในการคัดเลือกและจัดเตรียมอาหาร

- นมและผลิตภัณฑ์จากนมควรเป็นชนิดพว่องมันเนย และต้องผ่านกระบวนการฆ่าเชื้อแบบพลาสเจอร์ไรซ์หรือสเตอริไรซ์
- อาหารทางการแพทย์แบบผงผ่านการสเตอริไรซ์แล้วสามารถรับประทานได้ เพื่อทดแทนอาหาร 1 มื้อ
- เนื้อสัตว์ทุกชนิดต้องผ่านความร้อนจนสุกทั่วทั้งชิ้น พวกไส้กรอกรมควันหรือเบคอนควรหลีกเลี่ยง
- เนื้อสัตว์กระป๋อง เช่น ปลาทูน่ากระป๋องสามารถนำมาประกอบอาหารได้
- พวกไส้กรอกรมควันหรือเบคอนควรหลีกเลี่ยง ไส้กรอกที่ไม่ผ่านความร้อน หรือโบลอน่า ที่มีพริกเป็นส่วนประกอบในไส้กรอก ไม่อนุญาตให้รับประทาน
- เต้าหู้ต้องหั่นเป็นลูกเต๋า 1 ลูกบาทครึ่ง แล้วจึงนำไปต้มอย่างน้อย 5 นาทีก่อนนำมาปรุงอาหาร
- ผักสดและผลไม้สด ควรงดการบริโภค

- ควรใช้ผักที่ผ่านความร้อนแล้ว
- ผักและผลไม้กระป๋องสามารถบริโภคได้
- ผลไม้ที่มีเปลือกต้องปอกเปลือกก่อนบริโภค ต้องมั่นใจในภาชนะหรือกระบวนการปอกว่าไม่มีการปนเปื้อน
- ถั่ว ธัญพืช ต้องผ่านการอบความร้อนก่อนรับประทาน
- ขนมห้างและเบเกอรี่ สามารถรับประทานได้ แต่งรับประทานพวกที่มีการใช้ไส้คัสตาร์ด หรือมายองเนส
- ของหวานจำพวกเค้ก พุดดิ้ง ไอศกรีม ที่อยู่ในภาชนะที่ปิดสนิทและสามารถรับประทานได้ครั้งเดียวหมดสามารถ รับประทานได้
- ชูบที่ผ่านความร้อนส่วนใหญ่รับประทานได้ทั้งหมด ยกเว้นมิโสะชูบ (ชูบเต้าเจี้ยวญี่ปุ่น) ควรงดเว้น
- วัตถุดิบปรุงแต่งรสอาหารสามารถใช้ได้ เช่น พริกขี้หนู เป็นต้น แต่ต้องระวังกระบวนการปรุงอาหารที่ปรุงด้วยความร้อน เช่น ผักผัด ทอด นึ่ง เป็นต้น หลังจากใช้เสร็จควรเก็บในภาชนะที่ปิดสนิทมิดชิด และเก็บในตู้เย็น ไม่แนะนำให้ใช้พริกไทย กระเทียม ที่ใช้โรยหน้าอาหารโดยไม่ได้ผ่านความร้อนก่อน
- เครื่องดื่มหรืออาหารที่มีการใส่ยีสต์ ควรผ่านความร้อนก่อนรับประทานทุกครั้ง
- เครื่องดื่มและน้ำดื่มให้ใช้น้ำที่ผ่านการกรองด้วยระบบ Reverse osmosis หรือกรรมวิธีที่แน่ใจว่าไม่มีสิ่งปนเปื้อน เช่น การต้มหรือกลั่น ส่วนพวกน้ำผลไม้กระป๋องที่ผ่านกระบวนการพาสเจอร์ไรส์แล้วสามารถดื่มได้
- น้ำในขวดบริโภคใส่ผ่านการขึ้นทะเบียนองค์การอาหารและยา สามารถดื่มได้

ข้อควรระวังในการปรุงประกอบอาหาร

- ล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังการสัมผัสอาหาร
- ล้างภาชนะและทำความสะอาดบริเวณประกอบอาหารให้สะอาดอยู่เสมอ ควรเลือกใช้สารทำความสะอาดที่มีส่วนผสมของน้ำยาฆ่าเชื้อโรคในการทำความสะอาดบริเวณประกอบอาหาร
- ในระหว่างการประกอบอาหารผู้ปรุงอาหารควรระวังการสัมผัสเส้นผม การขยี้จมูก หรือสัมผัสปาก และควรถอดแหวนและกำไลข้อมือออกก่อนการปรุงอาหารเพราะอาจมีเชื้อโรคแอบแฝงอยู่ในสิ่งของดังกล่าว
- จานและภาชนะหลังล้างทำความสะอาดควรลวกด้วยน้ำร้อนหรือเข้าเครื่องอบแห้ง
- ล้างทำความสะอาดตู้เย็นด้วยสบู่และน้ำสะอาด เก็บสิ่งของที่ไมจำเป็นออกจากตู้เย็น อาหารที่เก็บไว้เกิน 3-4 วันควรนำออกจากตู้เย็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งพวกเนื้อสัตว์ น้ำสลัด นม และไข่ ควรตรวจสอบอยู่เสมอหากเก็บไว้เกินกว่า 4 วัน ควรกำจัดออก เพื่อป้องกันการปนเปื้อนในอาหารชนิดอื่น
- หากพบว่าอาหารที่เตรียมพร้อมสำหรับการบริโภค สัมผัสกับวัตถุดิบอื่นที่ไม่ผ่านความร้อนให้ทิ้งอาหารเหล่านั้นเสีย

- ในขณะที่เดินจับจ่ายอาหารที่ห้างสรรพสินค้า ควรเลือกซื้ออาหารที่เน่าเสียง่ายเป็นอันดับสุดท้าย และรีบกลับบ้านมาปรุงประกอบหรือนำเข้าตู้เย็นทันที
- ไม่เลือกอาหารกระป๋องที่ลักษณะของกระป๋องไม่สมบูรณ์ เช่น มีรอบบวม หรือเบี้ยว เป็นต้น



NCS

T h a i l a n d

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

บทที่ 4

กรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูกที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรงระหว่างรับการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา (Concurrent chemoradiotherapy : CCRT) โดยแบ่งการพยาบาลเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ช่วงระยะที่ 1 การพยาบาลในการเตรียมความพร้อมด้านโภชนาการก่อนเข้าสู่กระบวนการรักษาด้วย CCRT

ช่วงระยะที่ 2 การพยาบาลด้านโภชนาการระหว่างได้รับการรักษา (เริ่มการรักษา CCRT จนสิ้นสุดการรักษา)

1. ข้อมูลทั่วไป

ประวัติส่วนตัว

เพศ หญิง อายุ 53 ปี สถานภาพสมรส คู่ เชื้อชาติ ไทย สัญชาติไทย ศาสนา พุทธ
การศึกษา ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส) อาชีพ รับจ้างรายวัน (โรงงานผลิตพลาสติก)
สิทธิการรักษา บัตรประกันสุขภาพ ที่อยู่ปัจจุบัน กรุงเทพมหานคร

2. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพผู้ป่วย

การวินิจฉัยโรค CA Nasopharynx Stage 3 T2N1M0

การรักษาที่ได้รับ รักษาด้วยวิธี Concurrent chemoradiotherapy : CCRT

15-19 สิงหาคม 2566 Admit for induction chemotherapy โดยได้รับยาเคมีบำบัด
สูตร Carboplatin /5FU

10 กันยายน 2566 เริ่มฉายแสงวันแรก ถึง 27 ตุลาคม 2566 รวมจำนวน 33 แสง
(ครั้ง) รวมปริมาณรังสีที่ได้รับ 6,996 cGy

12 และ 19 กันยายน 2566 ได้รับ Concurrent chemotherapy โดยได้รับยาเคมีบำบัด สูตร
Cisplatin 50 mg รวม 2 ครั้ง (ครั้งที่ 1-2)

26 กันยายน, 3 และ 10 ตุลาคม 2566 ได้รับ Concurrent chemotherapy โดยได้รับยา
เคมีบำบัด สูตร Cisplatin 40 mg 3 ครั้ง (ครั้งที่ 3-5)

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 15 -19 สิงหาคม 2566 เพื่อให้เคมีบำบัดที่เป็นการรักษานำ (Induction chemotherapy) รวมเวลา 5 วัน

วันที่รับไว้ในความดูแล 11 กรกฎาคม ถึง 28 พฤศจิกายน 2566 รวม 4 เดือน 20 วัน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล(ครั้งแรก)

27 มิถุนายน 2566 รับส่งต่อจากโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งด้วยอาการปวดเบ้าตาซ้ายไปศีรษะด้านหลัง ปวดหู หูอื้อมากขึ้น น้ำหนักลด และมีผลการตรวจทางพยาธิวิทยาจากการทำ Nasopharynx biopsy เป็น Positive for poorly to undifferentiated carcinoma

ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน

เมษายน 2566 มีอาการปวดเบ้าตาซ้ายไปศีรษะด้านหลัง
ต้นเดือนพฤษภาคม 2566 ไปตรวจที่ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ได้ยามารับประทานอาการไม่ดีขึ้น
ปลายเดือนพฤษภาคม 2566 มีอาการปวดหู หูอื้อมากขึ้น ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเดิม แพทย์ทำ Nasopharynx biopsy ส่งตรวจทางพยาธิวิทยา
6 มิถุนายน 2566 ฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อ พบเป็น Positive for poorly to undifferentiated carcinoma ญาติขอมารักษาต่อที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
27 มิถุนายน 2566 นำผลและเอกสารส่งต่อ มาติดต่อกับสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และได้รับการนัดพบแพทย์คลินิกหู คอ จมูก วันที่ 30 มิถุนายน 2566
30 มิถุนายน 2566 แพทย์ส่งตรวจ CT Head neck, Bone Scan, Ultra sound upper abdomen , Review block slide แพทย์นัดส่องกล้อง Sinuscope
7 กรกฎาคม 2566 แพทย์ส่องกล้อง Sinuscope พบเนื้องอกที่แองโรเซนมุลเลอร์และมีขนาดที่ขยายไปถึงคอคอยส่วนช่องปากด้านบนซ้ายและด้านข้างซ้ายของคอคอย (Tumor at left rosenmuller fossa extend left upper oropharynx left parapharyngeal) นัดผู้ป่วยเข้า ENT tumor conference
11 กรกฎาคม 2566 แพทย์วางแผนการรักษาผ่าน ทีม ENT tumor conference ด้วยวิธี CCRT และส่งปรึกษาหน่วยพยาบาลส่งเสริมภาวะโภชนาการ

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการผ่าตัด และปฏิเสธการเป็นโรคร้ายแรงอื่นๆ

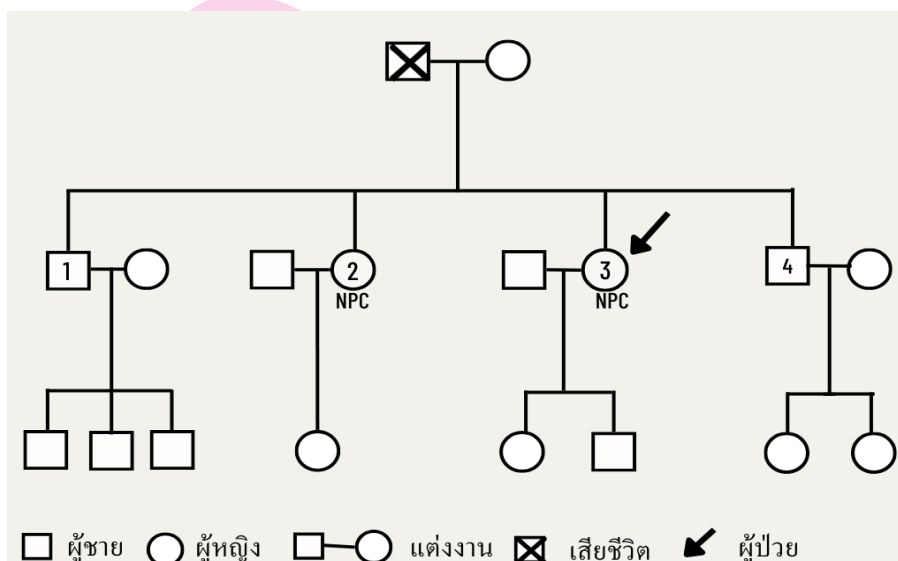
ประวัติการแพ้ (ยา อาหาร อื่นๆ)

ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

พี่สาวเป็นมะเร็งโพรงหลังจมูก ได้รับการวินิจฉัยเมื่ออายุ 50 ปี ปัจจุบันยังมีชีวิต

แผนภูมิพงศาวลีหรือพันธุประวัติ (Family pedigree chart)



ลักษณะที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม

ลักษณะเป็นบ้านทาวเฮ้าส์เช่าอยู่แถวถนนพระราม 2 พักรวมกัน 4 คน ใช้ห้องน้ำรวมกัน การเดินทางไปตลาด ต้องนั่งวินมอเตอร์ไซด์ออกมาจากหมู่บ้านประมาณ 10 นาที

ความสัมพันธ์ในครอบครัว

เป็นครอบครัวเดี่ยว ผู้ป่วยพักอยู่กับสามี และบุตรชาย หญิง อยู่ระหว่างการศึกษ ทุกคนในครอบครัวรักใคร่กันดี มีการพูดคุยปรึกษากัน เมื่อมีการเจ็บป่วยลูกพามาโรงพยาบาล

สรุปสถานะสุขภาพก่อนรับไว้ในความดูแล (รับไว้ในการดูแลวันที่ 11 กรกฎาคม 2566)

ผู้ป่วยหญิงไทย รูปร่างผอม ผิวคล้ำ ช่วยเหลือตัวเองได้ดี น้ำหนัก 43.4 กิโลกรัม. ส่วนสูง 155 เซนติเมตร BMI= 18.06 kg/ m² โดยมีน้ำหนักเดิมก่อนป่วย 49 กิโลกรัม (ข้อมูลจากผู้ป่วยแจ้งว่าชั่งน้ำหนักเมื่อเดือน เมษายน 2566) BMI= 20.41kg/ m² (ค่าปกติ 18-23 kg/ m²) น้ำหนักลดลง 5.6 กิโลกรัมในระยะเวลา 3 เดือน

สัญญาณชีพแรกรับ ความดันโลหิต 124/68 mmHg ชีพจร 68 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส

แหล่งข้อมูล ผู้ป่วย/ญาติ และฐานข้อมูลระบบโรงพยาบาล (เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์)

3. การตรวจร่างกายและประเมินภาวะสุขภาพ

3.1 การตรวจร่างกายตามระบบ (Review of system)

ศีรษะ	รูปร่างและขนาดปกติ มีอาการปวด เมื่อมีการเคลื่อนไหวของศีรษะหรือหันศีรษะไปมา ลักษณะใบหน้า และส่วนประกอบบนใบหน้าสมมาตรทั้งสองซีก
ผมและหนังศีรษะ	ผู้ป่วยผมสั้นประปราย สีน้ำตาลดำ
ตา	ลักษณะตาสมมาตรทั้งสองข้าง เยื่อบุตาไม่ซีด ไม่มี discharge จากตา ตาเห็นภาพซ้อนบางครั้ง ไม่พบอาการตาเหล่ ไม่สวมแว่นสายตา
หู	รูปร่างของใบหูสมมาตรทั้งสองข้าง ไม่มีอาการบวมแดง มีอาการหูอื้อ แสดงสีหน้าปวดหูเป็นบางครั้ง ไม่มีสิ่งคัดหลั่งที่รูหูทั้งสองข้าง
จมูก	มีลักษณะสมมาตรกันดี ไม่มีอาการคัดจมูก ไม่มี discharge ไหลออกจากจมูก หายใจได้ไม่ติดขัด การได้รับกลิ่นปกติ
ช่องปาก	ริมฝีปากแห้ง ไม่มีแผล รอยโรคใน ช่องปาก ลิ้น เพดานปาก เหงือก กระพุ้งแก้มสีแดง ปกติดี ฟันสะอาด ไม่มีคราบหินปูน ไปตรวจสภาพฟันและช่องปากตามแผนการรักษาก่อนการฉายรังสีเรียบร้อยแล้ว
คอ	คอทั้งสองข้างสมมาตรกัน ต่อม้ำเหลืองบริเวณคอที่ตำแหน่ง Preauricular, Postauricular, Occipital, Tonsillar, Submandibular, Submental, Anterior cervical, Posterior cervical ไม่บวมโต
ผิวหนัง	ผิวแห้ง ไม่เป็นขุย ไม่มีแผลหรือก้อนโต
ทรวงอก	ทรวงอกรูปร่างปกติ เท่ากันทั้งสองข้าง การขยายตัวของทรวงอกขณะหายใจ เท่ากันทั้งสองข้าง ไม่เหนื่อย เมื่อฟังเสียงปอดไม่มี Wheezing ไม่มี Crepitation
หัวใจและหลอดเลือด	อัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ฟังไม่พบเสียง Murmur และความผิดปกติใดๆ ไม่มีหลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง
ระบบประสาท กระดูกและกล้ามเนื้อ	ระดับความรู้สึกตัวดี กล้ามเนื้อแขนขาแข็งแรงไม่ลีบไม่มีอาการชาปลายมือปลายเท้า ไม่มีอาการปวดตามร่างกาย ข้อต่อไม่บวม การทรงตัวและการเคลื่อนไหวร่างกายปกติ สมมาตรกันทั้งสองข้าง ไม่มีอาการเดินเซ
ระบบทางเดิน ปัสสาวะ	ประเมินมวลกล้ามเนื้อผู้ป่วยลดลงจากเดิม (ประเมินด้วยการจับกล้ามเนื้อต้นแขนอิงแบบประเมินภาวะโภชนาการ NT 2013 ร่วมกับการสังเกตมวลไขมัน การซักประวัติขนาดเสื้อผ้าที่สวมใส่ เนื่องจากไม่มีอุปกรณ์ Caliper สำหรับวัดมวลกล้ามเนื้อ)
ระบบอวัยวะสืบพันธุ์	ปัสสาวะได้ปกติ ไม่มีปัสสาวะแสบขัด
ระบบอวัยวะสืบพันธุ์	อวัยวะสืบพันธุ์ไม่พบอาการแสดงผิดปกติ

สรุปผลการตรวจร่างกายตามระบบ

พบความผิดปกติ มีอาการปวด เมื่อมีการเคลื่อนไหวของศีรษะหรือหันศีรษะไปมาได้ ตาเห็นภาพซ้อน บางครั้ง มีอาการหูอื้อ และปวดหูเป็นบางครั้ง ผิวแห้ง ริมฝีปากแห้ง และมวลกล้ามเนื้อลดลงจากก่อนป่วย

3.2 การประเมินตามแบบแผนสุขภาพ

ประเมินแบบแผนสุขภาพ ตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health) แรกรับไว้ในการดูแล (วันที่ 11 กรกฎาคม 2566)

แบบแผนสุขภาพ	ผลการประเมิน
<p>แบบแผนที่ 1 การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● มีความเข้าใจและรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยของตนเองต้องได้รับการรักษา ● ยอมรับการรักษาและมีความคาดหวังต่อการรักษาหาย ● มั่นใจจะได้รับการดูแลเอาใจใส่จากแพทย์ พยาบาลเป็นอย่างดีเนื่องจากเป็นสถาบันแห่งชาติ ● รับรู้อาการข้างเคียงที่อาจเกิดได้จากประสบการณ์การเจ็บป่วยของพี่สาวที่เป็นมะเร็งโพรงจมูกที่เคยรับการฉายแสงและให้ยาเคมีบำบัด ● มีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องในการเลือกรับประทานอาหารโดย รับรู้จากเพื่อนบ้าน ให้งดรับประทานเนื้อสัตว์เพราะจะทำให้ก้อนมะเร็งโตเร็ว ● มีความรู้ที่ไม่ถูกต้อง เกี่ยวกับประโยชน์ของอาหารกับการรักษาด้วยรังสีรักษากับเคมีบำบัด เช่นการที่ได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอมีผลต่อระดับความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากการรักษาและอาจทำให้การรักษาไม่เป็นไปตามแผน <p>สรุป พบประเด็นความเชื่อเรื่องอาหารที่ไม่ถูกต้อง และพร่องความรู้เกี่ยวกับความจำเป็นของการได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอจะมีผลลดความรุนแรงของอาการแทรกซ้อนได้</p>
<p>แบบแผนที่ 2 โภชนาการ และการเผาผลาญสารอาหาร</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● น้ำหนักแรกรับ 42.5 kgs (น้ำหนักเดิมก่อนป่วย 49 kgs ซึ่งเมื่อเดือน เมษายน 2566) ส่วนสูง 154 cms BMI-17.92 kgs/m² ● ในวันทำงานจะซื้ออาหารสำเร็จรูปมารับประทานในครอบครัว และปรุงอาหารเองในวันหยุด ● พฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนป่วย ชอบรับประทานอาหารรสจัด ชอบรับประทานข้าวเหนียว อาหารทางอีสาน ไม่ชอบรับประทานอาหารที่มันหรือเลอะๆ เช่น โจ๊ก ข้าวต้ม ไม่รับประทานอาหารจุกจิก เคี้ยวและกลืนอาหารได้ปกติ รับประทานอาหารมื้อหลักวันละ 2 มื้อกลางวันและเย็น เนื่องจากมือเข้าต้องรีบมาทำงานตีหมาแพ่ทุกเช้า ตื่นสุราเป็นบางครั้ง ปฏิเสธการสูบบุหรี่

แบบแผนสุขภาพ	ผลการประเมิน
	<ul style="list-style-type: none"> ● มีข้อจำกัดในการบริโภคอาหารเนื่องจากผู้ป่วยได้รับการประเมินช่องปาก พบฟันผุมีการถอนฟัน 10 ซี่ ได้แก่ ฟันกราม ฟันกรามน้อย ฟันเขี้ยว ฟันหน้า ซึ่งมีผลต่อการบริโภค ● พฤติกรรมการบริโภคอาหารเมื่อเริ่มป่วย พบว่าพฤติกรรมการบริโภคเปลี่ยนไป โดยปรับเปลี่ยนประเภทอาหาร (เนื่องจากถอนฟัน) เป็นอาหารที่นิ่มๆ กลืนได้ง่าย เช่น โจ๊กใส่ไข่ ข้าวต้ม น้ำเต้าหู้ นมเปรี้ยว (ดื่มบางวัน) และเพิ่มมื้ออาหารเป็นวันละ 3 มื้อ ● ปริมาณอาหารที่รับประทานได้ลดลง เหลือสองในสามจากเดิมที่เคยรับประทาน ● มีอาการรบกวนได้แก่ มีอาการปวดศีรษะ ปวดหู 2 ข้าง หูอื้อคล้ายมีน้ำในหู มีปวดบริเวณต้นคอราวลงมาที่ไหล่ขวา อาการเหล่านี้ทำให้มีความไม่สุขสบาย และไม่ยอมรับประทานอาหาร <p>สรุป 1. มี severe weight change 12.24 % in 3 months</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. การได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย 3. มีข้อจำกัดในการบริโภคอาหาร 4. มีอาการรบกวนจากการปวดทำให้มีความไม่สุขสบาย และไม่ยอมรับประทานอาหาร
แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย และสารคัดหลั่ง	ขับถ่ายอุจจาระปกติ วันละครั้ง ปัสสาวะปกติ ไม่มีแสบขัด และไม่มีปัสสาวะลำบาก
แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย	<ul style="list-style-type: none"> ● ก่อนการเจ็บป่วยผู้ป่วยทำงานรับจ้างในโรงงานพลาสติกเป็นลูกจ้างรายวัน ไม่ค่อยได้ออกกำลังกายเนื่องจากตื่นเช้าไปทำงานเมื่อกลับบ้านเป็นเวลาเย็นหรือดึกแล้ว(ทำงานล่วงเวลา) วันหยุดได้เคลื่อนไหวร่างกายด้วยการทำงานบ้าน เดินไปตลาดเพื่อซื้ออาหารสดซึ่งอยู่ไม่ไกลบ้าน ● เมื่อเริ่มเจ็บป่วยมีอาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด ส่วนใหญ่ไปทำงานและกลับบ้าน งดทำงานล่วงเวลาอยากอยู่บ้านพักผ่อน งานบ้านให้ลูกสาวช่วยทำ สามี่หรือลูกซื้อกับข้าวมารับประทาน <p>สรุป ผู้ป่วยงดการทำงานล่วงเวลา แบ่งงานบ้านให้ลูกสาวช่วยทำ เนื่องจากมีอาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด</p>

แบบแผนสุขภาพ	ผลการประเมิน
แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ	<ul style="list-style-type: none"> ● ก่อนการเจ็บป่วยพักผ่อนนอนหลับได้ปกติ ● เมื่อเริ่มมีอาการผิดปกติระหว่างรอผลการตรวจวินิจฉัยมีความกังวลใจ ทำให้คุณภาพการนอนหลับลดลง ● เมื่อรับรู้ภาวะโรคต้องรับการรักษา ● มีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้นกลัวรักษาไม่ได้ และต้องตาย รวมทั้งต้องหยุดงาน ทำให้ขาดรายได้ของครอบครัว จึงทำให้ชั่วโมงการพักผ่อน นอนหลับลดลง เฉลี่ย 4-5 ชั่วโมง/คืน <p>สรุป คุณภาพการนอนหลับไม่ดี ระหว่างรอผลการตรวจวินิจฉัย และมีความวิตกกังวล กลัวการรักษาไม่ได้ผล รวมทั้งขาดรายได้หากต้องหยุดงาน</p>
แบบแผนที่ 6 สติปัญญา และการรับรู้	<ul style="list-style-type: none"> ● ก่อนป่วยการรับรู้ความรู้สึกและการตอบสนอง ปกติ ● เมื่อมีอาการผิดปกติ การรับรู้ความรู้สึกและการตอบสนองของผู้ป่วย พบว่ามีอาการปวด เมื่อมีการเคลื่อนไหวของศีรษะหรือหันศีรษะไปมาได้ ตาเห็นภาพซ้อน บางครั้ง มีอาการหูอื้อ และปวดหูเป็นบางครั้ง รู้สึกมอมลง มีผิวแห้ง ริมฝีปากแห้ง ● ผู้ป่วยรับรู้แผนการรักษาต้องรับการรักษาด้วย CCRT การเจ็บป่วยครั้งนี้รักษาโดยใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ และระหว่างการรักษาด้วยการฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัดโดยต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อให้ยาเคมีบำบัดนำครั้งแรก (Induction chemotherapy) แต่การรักษาต่อมาไม่ต้องพักที่โรงพยาบาล <p>สรุป ผู้ป่วยมีการรับรู้มีอาการผิดปกติ ได้แก่อาการปวด เมื่อมีการเคลื่อนไหวของศีรษะหรือหันศีรษะไปมาได้ ตาเห็นภาพซ้อนบางครั้ง มีอาการหูอื้อ และปวดหูเป็นบางครั้ง รู้สึกมอมลง มีผิวแห้ง ริมฝีปากแห้ง และรับรู้แผนการรักษาต้องรับการรักษาด้วย CCRT</p>
แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์	<ul style="list-style-type: none"> ● ก่อนป่วยผู้ป่วยคิดว่าตนเองปกติเป็นคนอารมณ์ดี มีน้ำใจเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ขยันทำงาน สามารถช่วยกันกับสามีส่งลูกให้เรียนหนังสือได้จนจบ พอมีเงินปลูกบ้านที่ต่างจังหวัด คาดหวังว่าเมื่อแก่ตัวจะกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านเกิด ให้ความสำคัญกับครอบครัว ● เมื่อรับรู้การเจ็บป่วยและแผนการรักษา ต้องที่ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการเดินทางมาโรงพยาบาล ทำให้ต้องวางแผนการประหยัดค่าใช้จ่ายในครอบครัว <p>สรุป ผู้ป่วยรับรู้การเจ็บป่วยและแผนการรักษา มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ต้องวางแผนด้านการเงิน</p>

แบบแผนสุขภาพ	ผลการประเมิน
แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธ์ภาพ	<ul style="list-style-type: none"> ● ก่อนป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวทั้งการทำงานเพื่อเพิ่มรายได้ การดูแลบุคคลในครอบครัวและงานบ้าน ● เมื่อมีปัญหาจะมีการพูดคุยปรึกษากายในครอบครัวและร่วมกันช่วยแก้ปัญหา ● เมื่อรับรู้การเจ็บป่วยและแผนการรักษา จะต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัว (สามีและลูก) เรื่องการดูแลในครอบครัวและการพามาโรงพยาบาลระหว่างการรักษา ● ผู้ป่วยมีสัมพันธ์ภาพที่ดีภายในครอบครัว ทุกคนพร้อมให้การดูแล <p>สรุป ผู้ป่วยมีความรู้สึกกังวลกับบทบาทในครอบครัวที่จะต้องเปลี่ยนแปลงไปแต่ยังได้รับกำลังใจจากครอบครัว</p>
แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์	<ul style="list-style-type: none"> ● ไม่พบปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ ประวัติมีประจำเดือนครั้งสุดท้ายอายุ 50 ปี <p>สรุป ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้</p>
แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และความทนทานต่อความเครียด	<ul style="list-style-type: none"> ● ก่อนป่วย เมื่อมีความเครียดจะปรึกษากับบุคคลในครอบครัว ● เมื่อรับรู้การเจ็บป่วยและแผนการรักษา วิตกกังวลทำให้อนอนหลับและจัดการด้วยการสวดมนต์ ● เมื่อเกิดความเครียด จากความรู้สึกกลัวโรคมะเร็งกระจาย จะใช้วิธีโทรศัพท์คุยกับพี่สาวที่มีประสบการณ์การรักษามาก่อนและระบายความรู้สึกกับสามี <p>สรุป พบปัญหาความเครียดแต่ผู้ป่วยจัดการได้</p>
แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ	<ul style="list-style-type: none"> ● เชื่อว่าการเจ็บป่วยในครั้งนี้เป็นผลจากเวรกรรม ● มีความเชื่อในเรื่องบาปบุญคุณโทษ ● เชื่อในเรื่องทำดีได้ดี <p>สรุป ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้</p>

สรุปประเด็นปัญหาที่พบจากการประเมิน (11 กรกฎาคม 2566)

1. ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เนื่องจากมีความเชื่อเรื่องอาหารที่ไม่ถูกต้อง และพร่องความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ จะมีผลลดความรุนแรงของอาการแทรกซ้อนได้ พบภาวะ Severe weight change ปัญหาการขาดแคลนอาหาร อาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด
2. คุณภาพการนอนหลับลดลงเนื่องจากวิตกกังวล กลัวการรักษาไม่ได้ผล ขาดรายได้ บทบาทในครอบครัวเปลี่ยนแปลง

4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสีวิทยา การตรวจพิเศษต่างๆ และการวิเคราะห์ผล

4.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 8 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hematology

LAB	ค่าปกติ	หน่วย	วันที่ส่งตรวจ					
			30 มิ.ย.66	19 ก.ค.66	15 ส.ค.66	23 ส.ค.66	12 ก.ย.66	19 ก.ย.66
น้ำหนักตัว(Body weight)		Kg	43.4	42.2	42.1	39.1	39.5	38.5
WBC	4.0 - 10.0	10 ³ /ul	8.97	7.25	8.6	10.5 ↑	8.27	5.2
RBC	4.0 - 5.5	10 ⁶ /ul	4.57	4.73	4.59	5.05	4.63	4.45
Hemoglobin	12.0 - 16.0	g/dl	12.3	12.7	12.3	13.3	12.0	11.8 ↓
Hematocrit	36 - 48	%	37.7	38.8	37.5	40.4	37.8	35.6 ↓
Platelet count	150 - 450	10 ³ /ul	325	42.4	409	465 ↑	37.3	452 ↑
Neutrophil	40 - 74	%	78.9 ↑	78.8 ↑	83 ↑	82 ↑	88.7 ↑	81.1 ↑
Lymphocyte	19.0 - 48.0	%	15.9 ↓	16.1 ↓	13.1 ↓	13.8 ↑	8.1 ↓	10.8 ↓
Monocyte	3.4 - 9	%	4.3	4.4	3.5	3.6	3.0	7.7
Eosinophil	0.0 - 7	%	0.6	0.3	0.1	0.4	0.1	0.0
Basophil	0.0 - 1.5	%	0.3	0.4	0.3	0.2	0.1	0.4
Total %(diff)		%	100	100	100	100	100	100
ANC	1.5 - 99.0	10 ³ ul	7.08	5.71	7.14	8.24	7.34	4.22
MCV	80 - 99	Fl	82.5	82	81.7	80	81.6	80
MCH	27 - 31	Pg	26.5 ↓	26.8 ↓	26.8 ↓	26.3 ↓	25.9 ↓	26.5 ↓
MCHC	33 - 37	g/dl	26.5 ↓	32.7 ↓	32.8 ↓	32.9 ↓	31.7 ↓	33.1
RDW	11.5 - 14.5	%	12.8	12.8	-	-	14.1	13.8

ตารางที่ 8 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hematology

LAB	ค่าปกติ	หน่วย	วันที่ส่งตรวจ					
			26 ก.ย.66	3 ต.ค. 66	10 ต.ค.66	17 ต.ค.66	24 ต.ค.66	28พ.ย.66
น้ำหนักตัว(Body weight)		Kg	37.1	36.0	36.6	36.4	36.8	39.3
WBC	4.0 - 10.0	10 ³ /ul	7.23	4.67	3.43 ↓	2.12 ↓	2.21 ↓	5.42
RBC	4.0 - 5.5	10 ⁶ /ul	3.63 ↓	3.8	3.73	3.26 ↓	3.59 ↓	3.7 ↓
Hemoglobin	12.0 - 16.0	g/dl	9.8 ↓	10.4	10.0 ↓	8.8 ↓	9.7 ↓	10.2 ↓
Hematocrit	36 - 48	%	29.9 ↓	31.2	30.3 ↓	26.9 ↓	29.8 ↓	30.9 ↓

LAB	ค่าปกติ	หน่วย	วันที่ส่งตรวจ					
			26 ก.ย.66	3 ต.ค. 66	10 ต.ค.66	17 ต.ค.66	24 ต.ค.66	28พ.ย.66
น้ำหนักตัว(Body weight)		Kg	37.1	36.0	36.6	36.4	36.8	39.3
Platelet count	150 - 450	10 ³ /ul	275	231	153	151	220	291
Neutrophil	40 - 74	%	90.8 ↑	90.6 ↑	90.1 ↑	86.3 ↑	72.2	85.2 ↑
Lymphocyte	19.0 - 48.0	%	3.0 ↓	3.0 ↓	3.5 ↓	7.1 ↓	15.0 ↓	8.5 ↓
Monocyte	3.4 - 9	%	6.1	6.0	6.1	6.6	12.3 ↑	5.1
Eosinophil	0.0 - 7	%	0.0	0.2	0.3	0.0	0.0	0.0
Basophil	0.0 - 1.5	%	0.1	0.2	0.0	0.0	0.5	0.4
Total %(diff)		%	100	100	100	100	100	100
ANC	1.5 - 99.0	10 ³ ul	6.57	4.23	3.09	1.83	1.6	4.66
MCV	80 - 99	fL	82.4	82.1	81.2	82.5	83.0	88.6
MCH	27 - 31	Pg	27	27.4	26.8 ↓	27	27.0	27.9
MCHC	33 - 37	g/dl	32.8 ↓	33.3	33.0	32.7 ↑	32.6 ↓	32.2 ↓
RDW	11.5 - 14.5	%	14.5	15 ↑	15.3 ↑	15.5 ↑	15.4 ↑	15.2 ↑
หมายเหตุ (ได้รับเลือด)			L-PRC 1 unit			L-PRC 1 unit		

วิเคราะห์ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hematology จากตารางที่ 8 (เป็นผลการตรวจ วันที่ 30 มิถุนายน 2566 ถึง 28 พฤศจิกายน 2566 รวม 12 ครั้ง)

พบว่าปริมาณเม็ดเลือดแดง (Red blood cell: RBC) ระดับฮีโมโกลบินที่ (Hemoglobin: Hb) ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hematocrit: Hct) มีความสัมพันธ์กัน ผู้ป่วยบริโภคเนื้อสัตว์มีโปรตีนได้ ซึ่งโปรตีนใช้ในการสร้างเลือดแดง เมื่อมีโปรตีนทำให้เพิ่มศักยภาพในการสร้างเม็ดเลือดแดงได้อย่างเต็มที่ มีการทั้งสร้างเม็ดเลือดแดงเพิ่มมากขึ้นร่างกายต้องการธาตุเหล็กมาใช้หมุนเวียนมากขึ้น ทำให้การดูดซึมเหล็กจากอาหารได้เพิ่มขึ้น ซึ่งทำให้การขนส่งออกซิเจนจากเลือดเพื่อให้เซลล์ดีขึ้น ในช่วงวันที่ 30 มิถุนายน - 19 กันยายน 2566 ต่อมาในช่วงวันที่ 26 กันยายน 2566 การบริโภคอาหารลดลง ส่งผลให้ การสร้างเม็ดเลือดแดงน้อยลง ซึ่งอาจจะเกิดจากการขาดสารอาหารที่จำเป็นในการสร้างเม็ดเลือดแดง เช่น ธาตุเหล็ก โฟเลตและวิตามินบี 12 ทำให้มี Hct ลดลงต่ำกว่า 29.9 % แพทย์มีการรักษาโดยให้ LPRC 1 U ร่วมกับการบริโภคโปรตีนเพิ่มขึ้น ค่า Hct 31.2 % 30.3 % ในวันที่ 3 และ 10 ตุลาคม อยู่ในเกณฑ์ที่แพทย์รับได้ แต่การบริโภคมีแนวโน้มลดลง อาจเนื่องจากอาการข้างเคียงของการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีผลเลือด ในวันที่ 17 ตุลาคม Hct ลดลง 26.9 % ต้องได้รับ LPRC 1 U และมี

ความสัมพันธ์กับน้ำหนักที่ลดลงของผู้ป่วย จึงมีการใส่ NG tube feeding ซึ่งพบว่าหลังจากการใส่สายให้อาหาร ส่งผลให้ค่า Hb RBC และ Hct เพิ่มขึ้นตามลำดับ

จากผลของเม็ดเลือดแดงต่ำ ส่งผลทำให้มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำซึ่งเกิดจากการบกพร่องของเอนไซม์ที่มีเหล็กเป็นส่วนประกอบของเซลล์ที่ทำหน้าที่ในระบบภูมิคุ้มกัน ธาตุเหล็กเป็นสารอาหารที่พบในโปรตีนจากเนื้อสัตว์ ผู้ป่วยรายนี้บริโภคโปรตีนได้น้อย ร่วมกับอาการข้างเคียงจากรังสีรักษา และเคมีบำบัด ทำให้ WBC Lymphocyte และ ANC ต่ำ

ตารางที่ 9 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Blood Biochemistry

LAB	ค่าปกติ	หน่วย	วันที่ส่งตรวจ					
			30 มิ.ย.66	19 กค 66	15 ส.ค.66	23 ส.ค.66	12 ก.ย.66	19 ก.ย.66
BUN	4.0 -10.0	mg/dl	10	8	-	15		9
Creatinine	0.5 - 0.95	mg/dl	0.64	0.67	0.68	0.78	0.58	0.73
GFR			102	100	100	87	105	94
Sodium	136 - 145	mmol/L	140		139		135 ↓	135 ↓
Potassium	3.5 - 5.1	mmol/L	4.16		4.16		4.17	4.07
Chloride	98 - 107	mmol/L	105		101		97 ↓	94 ↓
CO ₂	22 - 29	mmol/L	26.4		28.7		28.5	27.8
Total Protein	6.6 - 8.7	g/dl	8	8.3	8.0		7.7	7.9
Albumin	3.97 - 4.94	g/dl	4.5	4.5	4.0		4.2	4.1
Total Bilirubin	0.0-1.2	mg/dl	0.24	0.36	0.48		0.38	0.44
Direct Bilirubin	0.0-0.3	mg/dl	0.13	0.16	0.19		0.17	0.18
AST SGOT	0 - 32	U/L	18	15	14		18	14
ALT SGPT	0 - 33	U/L	11	13	10		12	11
Alkaline phosphatase	35-104	U/L	92	96	106 ↑		91	84

ตารางที่ 9 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Blood Biochemistry

LAB	ค่าปกติ	หน่วย	วันที่ส่งตรวจ					
			26 ก.ย.66	3 ต.ค. 66	10 ต.ค.66	17 ต.ค.66	24 ต.ค.66	28 พ.ย.66
BUN	4.0 -10.0	mg/dl	13	-	-			
Creatinine	0.5 - 0.95	mg/dl	0.79	0.78	0.74	0.7	0.55	0.63
GFR			85	87	92	99	107	102
Sodium	136 - 145	mmol/L	136	133 ↓	132 ↓	130 ↓	132 ↓	137
Potassium	3.5 - 5.1	mmol/L	3.58	3.93	3.92	3.64	3.96	4.2
Chloride	98 - 107	mmol/L	95 ↓	95 ↓	94 ↓	90 ↓	93 ↓	98

LAB	ค่าปกติ	หน่วย	วันที่ส่งตรวจ					
			26 ก.ย.66	3 ต.ค. 66	10 ต.ค.66	17 ต.ค.66	24 ต.ค.66	28 พ.ย.66
CO ₂	22 - 29	mmol/L	33.9 ↑	32.1 ↑	30.5 ↑	32.0 ↑	32.0 ↑	30.0 ↑
Total Protein	6.6 - 8.7	g/dl	6.7	6.5 ↓	6.1 ↓	6.2 ↓	6.1 ↓	7.2
Albumin	3.97 - 4.94	g/dl	3.8	3.6	3.6	3.4 ↓	3.2 ↓	3.8 ↓
Total Bilirubin	1.2	mg/dl	0.32	0.5	0.45	0.59	0.32	0.28
Direct Bilirubin	0.0 - 0.3	mg/dl	0.14	0.21	0.15	0.25	0.17	0.12
AST SGOT	0 - 32	U/L	13	16	22	14	9	17
ALT SGPT	0 - 33	U/L	10	12	21	13	9	14
Alkaline phosphatase	35-104	U/L	74	66	61	64	72	106 ↑

วิเคราะห์ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Blood Biochemistry จากตารางที่ 9 (เป็นผลการตรวจ วันที่ 30 มิถุนายน 2566 ถึง 28 พฤศจิกายน 2566 รวม 12 ครั้ง)

ยา Cisplatin/Carboplatin เป็นยาเคมีบำบัดในกลุ่ม Alkylating agent เมื่อยาเข้าสู่กระแสเลือดจะมีการกระจายเข้าสู่อวัยวะต่างๆ เช่น ตับ ไต ลำไส้ใหญ่ เป็นต้น ซึ่งร่างกายต้องใช้เวลาประมาณ 30 - 100 ชั่วโมงเพื่อกำจัดยานี้ออกจากกระแสเลือดโดยผ่านทิ้งไปกับปัสสาวะ กรณีผู้ป่วยที่ดื่มน้ำน้อยทำให้ยาที่ขับออกมาทางไตมีความเข้มข้นสูง ทำให้ทำลาย Renal tubule ซึ่งส่งผลการทำหน้าที่การดูดน้ำกลับของไตลดลง และเกิดการสูญเสียโซเดียมออกไปทางปัสสาวะ ทำให้ผู้ป่วยมีผล โซเดียมในกระแสเลือดลดลง ซึ่งผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยรายนี้พบว่ามีค่าเกลือแร่ คลอไรด์ต่ำกว่าปกติเล็กน้อย แต่ไม่ส่งผลต่อการรักษา

4.2 การตรวจทางรังสีวิทยาและการตรวจพิเศษอื่นๆ

30 มิถุนายน 2566

Chest PA

No active chest disease.

7 กรกฎาคม 2566

ผลการตรวจปกติ ไม่พบโรคที่เกี่ยวข้องกับช่องอก

Sinuscopy

Tumor at Lt rosenmuller fossa extend Left upper oropharynx left parapharyngeal

เนื้องอกที่ Lt rosenmuller fossa ลามถึงคอหอยส่วนบนด้านซ้าย เยื่อหุ้มคอหอยด้านซ้าย

21 กรกฎาคม 2566

Pathology Report จากการ Review slide (block slide จาก รพ.เอกชน)

Nasopharynx, left, biopsy: Non-keratinizing carcinoma, undifferentiated subtype

AE1/AE3 : Positive

P63 : Positive

EBER : Positive

การตรวจชิ้นเนื้อโพรงจมูกด้านซ้าย พบมะเร็งชนิด Non-keratinizing carcinoma, undifferentiated subtype

21 กรกฎาคม 2566

CT Chest and Upper abdomen with contrast

1. Favored non-specific but still cannot be totally excluded lung metastasis, please F/U imaging. (ไม่สามารถแยกการแพร่กระจายของปอดได้ทั้งหมด)

- Few small pulmonary and sub pleural nodules at both lungs, up to 0.3 cm. (มีก้อนเนื้อในปอดและใต้เยื่อหุ้มปอดขนาดเล็กจำนวนเล็กน้อยที่ปอดทั้งสองข้าง ขนาดไม่เกิน 0.3 ซม.)

2. No definite evidence of mediastinal LN, liver or bone metastasis (ไม่พบการแพร่กระจายของ ต่อมน้ำเหลืองในช่องท้อง ตับ หรือกระดูก)

Bone Scan

- Bone lesion at skull base, possibly local invasion.

(มีความเสี่ยงที่รอยโรคกระดูกที่ฐานกะโหลกศีรษะ)

23 สิงหาคม 2566

MRI of the nasopharynx

Impression

: A 2.7 x 3.3 x 3.0-cm enhancing lesion involving posterior and lateral walls of nasopharynx, left foramen ovale, left foramen lacerum and clivus, compatible with advanced nasopharyngeal carcinoma. (มีรอยโรคขนาด 2.7 x 3.3 x 3.0 ซม. ที่ผนังด้านหลังและด้านข้างของช่องจมูกด้านซ้าย, Foramen ovale ด้านซ้าย, foramen lacerum ด้านซ้าย และ Clivus ซึ่งเข้ากันได้กับมะเร็งโพรงจมูกขั้นสูง)

: Few enlarged bilateral cervical lymph nodes at level IIA, Suspicious nodal metastasis. (ต่อมน้ำเหลืองขนาดขยายขึ้นที่ทั้งสองข้างของคอที่ระดับ IIA ที่ อาจมีการแพร่กระจายของต่อมน้ำเหลืองที่น่าสงสัย)

: Few bilateral subcentimeter cervical lymph nodes at level IA, IB, IIA, IIB and III, nodal metastasis is possible. Please follow up (มีต่อม

น้ำเหลืองที่คอ ในระดับ IA, IB, IIA, IIB และ III เพียงเล็กน้อย อาจมีการ
แพร่กระจายของต่อมน้ำเหลืองได้)

: Mucoperiosteal thickening at left mastoid air cell, possibly
mastoiditis. (เยื่อเมือกหนาขึ้นที่ mastoid air cell ด้านซ้าย อาจเป็นการ
อักเสบ)

5. แผนการรักษาที่ได้รับ (สรุปแผนการรักษาของแพทย์)

สรุปการรักษาที่คลินิกหู คอ จมูก /รังสีรักษา/เคมีบำบัด/คลินิกระงับปวด/หน่วยพยาบาลส่งเสริม
ภาวะโภชนาการ (ช่วงรับไว้ในการดูแล วันที่ 11 กรกฎาคม 2566 ถึง 28 พฤศจิกายน 2566)

- | | |
|-----------------|--|
| 19 กรกฎาคม 2566 | Tramal 50mg 1 .cap .prn |
| 26 กรกฎาคม 2566 | MST 10 mg. 1 tab เม็ด วันละ 2 ครั้ง
Morphine IR 10 mg. 1 tab prn q 2 hr. |
| 15 สิงหาคม 2566 | MST 30 mg 1 tab at 6 am. and 6 pm.
Morphine IR 10 mg. 1 tab prn q 2 hr.
Gabapentin 300 mg 1 cap at 6 am. and 6 pm.
Amitriptyline 10 mg 1 tab hs.
Senokot 5 tab hs |
| 23 สิงหาคม 2566 | จำลองภาพเพื่อการฉายรังสี (CT SIM with contrast) |
| 11 กันยายน 2566 | เริ่มการฉายรังสี (Start Radiotherapy) |
| 12 กันยายน 2566 | เคมีบำบัด Cycle 1 weekly Cisplatin 50 mg drip |
| 19 กันยายน 2566 | เคมีบำบัด Cycle 2 weekly Cisplatin 50 mg drip |
| 26 กันยายน 2566 | เคมีบำบัด Cycle 3 weekly Cisplatin 40 mg drip แผนการรักษาให้ L-PRC 1 unit |
| 3 ตุลาคม 2566 | เคมีบำบัด Cycle 4 weekly Cisplatin 40 mg drip |
| 10 ตุลาคม 2566 | เคมีบำบัด Cycle 5 weekly Cisplatin 40 mg drip NaCl tab 600 mg 1x 2 pc o |
| 17 ตุลาคม 2566 | งดให้ยาเคมีบำบัด เนื่องจากมีภาวะซีด (Hb 8.8 g/dl Hct 26.9%) และเม็ดเลือดขาวต่ำ
(WBC 2120 ul ANC 1,830 ul) แผนการรักษาให้ L-PRC 1 unit on NG tube NaCl
tab 600 mg 1x 2 pc o |
| 24 ตุลาคม 2566 | งดให้ยาเคมีบำบัด เนื่องจากมีภาวะซีด (Hb 9.7 g/dl Hct 29.8 % และเม็ดเลือดขาวต่ำ
(WBC 2210 ul ANC 1,600 ul) แผนการรักษาให้ NaCl tab 600 mg 1x 2 pc o |

- 27 ตุลาคม 2566 ครบฉายรังสี (Finished Radiotherapy) และเคมีบำบัด
ผู้ป่วยมา visit ที่คลินิกระงับปวด (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลวันที่ 19 สิงหาคม
2566) ปรับยาแก้ปวด โดย off Morphine และเพิ่ม Kapanol 20 mg 1 cap at 6
pm.
- 28 พฤศจิกายน 2566 นัดตรวจติดตามที่คลินิกผู้ป่วยนอกที่เคมีบำบัดและรังสีรักษา

สรุปแผนการรักษาที่หอผู้ป่วยช่วงการรักษา Induction Chemotherapy (วันที่ 15 – 19 สิงหาคม 2566)

Regimen: Carboplatin/5FU

Premedication: (ก่อนให้ยาเคมีบำบัด 30 นาที) วันที่ 15 สิงหาคม 2566

- Ondansetron 8 mg iv
- Dexamethasone 12 mg iv

Chemotherapy Order:

- Carboplatin 430 mg in D5W 250 ml iv in 1 hr วันที่ 15 สิงหาคม 2566
- 5FU 1300 mg (1000 mg/m²) in 0.9% NaCl 1000ml IV in 24 hr วันที่ 15-18 สิงหาคม 2566

Medication

- Lorazepam 1 mg po hs prn for insomnia
- Metoclopramide 10 mg iv prn q 6 hr for breakthrough nausea/vomiting
- Ondansetron 8 mg po od ac วันที่ 16 -19 สิงหาคม 2566 และรับประทานต่ที่บ้านอีก 1 วัน
- Dexamethasone 4 mg/cap 1 cap po od pc วันที่ 16 -19 สิงหาคม 2566 และรับประทานต่ที่บ้านอีก 1 วัน
- Senokot 2 tabs po hs prn for constipation
- Loperamide (2mg) 1 tab oral prn diarrhea q 2 hr

ได้รับยาแก้ปวดจากคลินิกระงับปวดอย่างต่อเนื่อง

1. MST 30 mg 1 tab at 6 am. and 6 pm. (ยาเดิม MST 10 mg)
2. MO IR 10 mg 1 tab prn q 2 hr.
3. Gabapentin 300 mg 1 cap at 6 am. and 6 pm.
4. Amitriptyline 10 mg 1 tab hs.
5. Senokot 5 tab hs.

6. การวิเคราะห์เปรียบเทียบพยาธิสภาพของกรณีศึกษากับทฤษฎี/ข้อมูลทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง

ประเด็นเปรียบเทียบ	ทฤษฎี/ข้อมูลทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง	กรณีศึกษา
<p>พยาธิสรีรวิทยา</p> <p>สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง</p>	<p>มะเร็งโพรงหลังจมูก หมายถึง มะเร็งของเยื่อ</p> <p>บุผิวที่เกิดขึ้นบน nasopharyngeal</p> <p>Mucosa แบ่งประเภทของมะเร็งโพรงหลัง</p> <p>จมูกดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keratinizing squamous cell carcinoma 2. Nonkeratinizing carcinoma ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ชนิดย่อย คือ <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Undifferentiated type 2.2 Differentiated type <p>สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. พันธุกรรม จากการที่พบว่ามะเร็งหลังโพรงจมูกมีความชุกสูงเฉพาะในบางเขตภูมิศาสตร์ เช่น ในประเทศจีนตอนใต้ และส่วนอื่น ๆ ที่ชาวจีนอพยพไป ทำให้มีการศึกษาว่าพันธุกรรมอาจเป็นปัจจัยหนึ่งของการเกิดมะเร็งชนิดนี้ 2. ไวรัส เป็นที่ยอมรับกันว่าไวรัสเอปสไตน์บาร์ (Epstein-Barr Virus: EBV) มีส่วนสำคัญต่อการเกิดมะเร็งหลังโพรงจมูก 3.อาหาร พบว่า ไนเมธิลทอลกวางตั้งซึ่งมีอุบัติการณ์ของมะเร็งหลังโพรงจมูกในอัตราสูงนั้น ประชาชนนิยมบริโภคปลาหมักเค็มมากกว่าจีนส่วนอื่น 4. สิ่งแวดล้อม ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมหลายอย่างที่มีผลต่อการเกิดมะเร็งหลังโพรงจมูก ได้แก่ ฝุ่นละออง คิวโนไฟจากการเผาไม้หรือหญ้า สารเคมีตลอดจนการสูบบุหรี่ 	<p>ผู้ป่วยเป็นมะเร็งโพรงจมูกชนิด Non-keratinizing carcinoma, undifferentiated subtype</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ผู้ป่วยมีพี่สาวเป็นมะเร็งโพรงหลัง 2.จากการตรวจทางพยาธิวิทยา พบ <p>ไวรัส EBER : Positive</p> <p>ผู้ป่วยทำงานโรงพลาสติก ทำหน้าที่ฉีกพลาสติก ขณะปฏิบัติหน้าที่ใส่หน้ากากอนามัยเป็นบางครั้ง</p>

ประเด็นเปรียบเทียบ	ทฤษฎี/ข้อมูลทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง	กรณีศึกษา
อาการและอาการแสดง	<p>1. ก้อนต่อมน้ำเหลืองที่คอโต เป็นอาการที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ได้บ่อยที่สุด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบริเวณต่อมน้ำเหลืองของลำคอส่วนบน (upper cervical node)</p> <p>2. อาการทางจมูก จะพบในกรณีที่ย้อนเนื่องมาเริ่มมีขนาดใหญ่พอสมควรหรือมีการแทรกไปตามเนื้อเยื่อจนมีแผลและทำลายเส้นเลือด ทำให้มีอาการของน้ำมูกปนเลือด</p> <p>3. อาการทางหู เกิดจากก้อนเนื้อองกะเม็งเริ่มลุกลามไปอุดกั้นการทำงานของท่อ Eustachian ทำให้ความสามารถในการปรับความดันของหูชั้นกลางแย่งลง มีการขังของน้ำเหลืองในหูชั้นกลางแล้วทำให้เกิดการได้ยินลดลงจากการนำเสียงเสีย (conductive hearing loss) บางรายมีอาการปวดร้าวไปที่หู จากการที่มีเนื้อองกะเม็งโพรงหลังจมูกลุกลามไปยังเส้นประสาทสมองคู่ที่ 9 (Glossopharyngeal nerve)</p> <p>4. อาการทางระบบประสาท ในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งโพรงหลังจมูกที่มีการลุกลามของเนื้องอกไปมาก จะมีการทำลายเส้นประสาทและมีอาการทางระบบประสาทได้ อาการแสดงขึ้นอยู่กับอาการลุกลามของก้อนเนื้อองกะเม็งเส้นประสาทสมองที่โดนทำลาย และมีอาการผิดปกติที่พบบ่อยที่สุดคือเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 และคู่ที่ 6 ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูกมีอาการชาบริเวณใบหน้า และมองเห็นภาพซ้อน</p> <p>5. อาการทางตา (Eye Symptoms) การลุกลามของก้อนมะเร็งคอหอยหลังโพรงจมูกไปยังเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 จะทำให้การ</p>	<p>ไม่พบ</p> <p>ไม่พบ</p> <p>มีอาการปวดหู หูอื้อ</p> <p>ไม่พบ</p> <p>ตามองเห็นภาพซ้อน</p>

ประเด็นเปรียบเทียบ	ทฤษฎี/ข้อมูลทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง	กรณีศึกษา
	<p>ทำงานของกล้ามเนื้อ lateral rectus ด้อยลง มีผลให้การขยับดวงตาไปทางด้านข้างของด้านนั้นมีปัญหา (ipsilateral palsy)</p> <p>6. อาการปวดศีรษะ (Headache) อาการปวดศีรษะในผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูก ส่วนใหญ่เกิดจากการลุกลามของเนื้องอกไปยังบริเวณฐานกะโหลก (base of skull) มีอาการปวดศีรษะข้างเดียวกันบริเวณขมับ ซึ่งเกิดจากระคายเคืองเส้นประสาท Meningeal ซึ่งเป็นแขนงของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 หรืออาจเกิดจากก้อนเนื้อมะเร็งระคายเคืองบริเวณกล้ามเนื้อ prevertebral หรือการเกิดการอักเสบของต่อมน้ำเหลืองบริเวณ retropharynx</p> <p>7. อาการอื่น ๆ ที่อาจพบได้</p> <p>7.1 ผื่นตามร่างกาย</p> <p>7.2 อาการข้อกรามยึด (trismus) เกิดจากการที่ก้อนเนื้อมะเร็งกระจายลุกลามไปยังกล้ามเนื้อpterygoid ทำให้ผู้ป่วยอ้าปากไม่ได้ หรือได้น้อยลง</p> <p>7.3 อาการแสดงจากการแพร่กระจายของมะเร็งโพรงหลังจมูกไปอวัยวะอื่น (distant metastasis) พบบ่อยที่สุดเป็นการกระจายไปยังกระดูก มักพบบริเวณกระดูกสันหลังส่วน thoracolumbar การกระจายไปยังปอดและตับด้วย</p> <p>8. กลุ่มอาการทางระบบประสาท (Neurological Syndromes)</p> <p>8.1 Petrosphenoidal Syndrome of Jacod (Orbital apex syndromes) เป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากการลุกลามมะเร็งโพรง</p>	<p>มีอาการปวดเบ้าตาแล้วไปศีรษะด้านหลัง</p> <p>ไม่พบ</p> <p>ไม่พบ</p>

ประเด็นเปรียบเทียบ	ทฤษฎี/ข้อมูลทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง	กรณีศึกษา
	<p>หลังจมูกไปยังสมอง ทำให้มีความผิดปกติของการทำงานของเส้นประสาทคู่ที่ 2-5</p> <p>8.2 Syndrome of Retroparotid Space of Villaret เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากก้อนมะเร็งลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณกลุ่ม Lateral retropharynx และทำลายเส้นประสาทสมองคู่ที่ 9-12 และเส้นประสาทSympathetic</p> <p>8.3 Trotter's Syndrome เป็นกลุ่มอาการที่เป็นผลมาจากมะเร็งมีการลุกลามไปยังเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5</p>	กรณีศึกษา
การวินิจฉัย/ผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัย	<p>1.ประวัติและการตรวจร่างกาย</p> <p>2.การตัดพิสูจน์ชิ้นเนื้อ</p> <p>3.การตรวจทางรังสีวินิจฉัย MRI และ CT scan มีส่วนช่วยในการดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งด้านการวินิจฉัย การประเมินผลการลุกลามของก้อนเนื้อออกมะเร็ง จนถึงการติดตามผลการรักษา</p>	<p>1.ปวดเบ้าตาแล้วไปศีรษะด้านหลังปวดหู หูอื้อมากขึ้น</p> <p>2.ผลชิ้นเนื้อ Non-keratinizing carcinoma, undifferentiated subtype</p> <p>3.ผลCT CHEST AND UPPER ABDOMEN พบว่า - มีก้อนเนื้อในปอดและไตเยื่อหุ้มปอดขนาดเล็กจำนวนเล็กน้อยที่ปอดทั้งสองข้าง ขนาดไม่เกิน 0.3 ซม.</p> <p>4.ผล MRI OF THE NASOPHARYNX พบว่า มีรอยโรคขนาด 2.7 x 3.3 x 3.0 ซม. ที่ผนังด้านหลังและด้านข้างของช่องจมูกด้านซ้าย, foramen ovale ด้านซ้าย, foramen lacerum ด้านซ้าย และ clivus ซึ่งเข้ากันได้กับมะเร็งโพรงจมูก</p>

ประเด็นเปรียบเทียบ	ทฤษฎี/ข้อมูลทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง	กรณีศึกษา
	4.การตรวจปฏิกิริยาทางเลือดหรือน้ำเหลือง (Serology test) การตรวจหาปฏิกิริยาต่อไวรัส Epstein-Barr Virus (EBV)	ตรวจพบ EBV จากทาง Pathology แต่ไม่ได้ตรวจทาง Serology test
การรักษาโรค	ระยะที่ 1 (T1N0M0) การรักษาหลักเป็นการฉายรังสีเพียงอย่างเดียว ระยะที่ 2 (T2N0-I M0, T0-INIM0) ระยะที่ 3 (T3N0-2M0, T0-N2M0) \\ ระยะที่ 4 ที่ยังไม่มีกระจายของโรคไปอวัยวะอื่น (T1-4, N0-3, M0) การรักษาหลักเป็นการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด	ผู้ป่วยตรวจพบเป็นระยะที่ 3 การรักษาคือการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด

7. การพยาบาล

การให้การพยาบาลผู้ป่วยช่วงที่รับไว้ในการดูแล (วันที่ 11 กรกฎาคม - 28 พฤศจิกายน 2566)

ครั้งที่ 1 วันที่ 11 กรกฎาคม 2566 เวลา 14.10 น. (รับไว้ในความดูแล)

1) การประเมินแรกรับ

ผู้ป่วยหญิงไทย รูปร่างผอม ผิวคล้ำ ช่วยเหลือตัวเองได้ดี สัญญาณชีพแรกรับ ความดันโลหิต 124/68 mmHg ชีพจร 68 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส

2) ประเมินภาวะโภชนาการ

2.1 น้ำหนัก 43 กิโลกรัม. ส่วนสูง 155 เซนติเมตร BMI= 17.91 kg/ m² โดยมีน้ำหนักเดิมก่อนป่วย 49 กิโลกรัม (ข้อมูลจากผู้ป่วยแจ้งว่าชั่งน้ำหนักเมื่อเดือน เมษายน 2566) BMI= 20.41kg/ m² (ค่าปกติ 18-23 kg/ m²)

น้ำ	พ.ศ. 2566		จากข้อมูลน้ำหนักลดลง 6 กิโลกรัมในระยะเวลา 3 เดือน น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลง คิดเป็นร้อยละ 12.24 เป็นระดับรุนแรง
หนัก	น้ำหนักเดิม	11	
ตัว	(เม.ย.)	ก.ค.	
(Kgs)	49	43	

2.2 ประเมินภาวะทุพโภชนาการโดยใช้แบบฟอร์ม Nutrition triage (NT) ได้ 8 คะแนน แปลผลว่า มีภาวะทุพโภชนาการระดับ 3 หมายถึง ทุพโภชนาการระดับปานกลาง (รายละเอียดแบบฟอร์มการประเมิน NT อยู่ในภาคผนวกที่ 3)

2.3 ผู้ป่วยมีความเชื่อเรื่องอาหารที่ไม่ถูกต้อง จากการรับรู้ข้อมูลจากเพื่อนบ้านให้รับประทานเนื้อสัตว์เพราะจะทำให้ก้อนมะเร็งโตเร็ว แต่ยังรับประทานไข่ และ ประเมินทางด้านร่างกาย พบว่ามีข้อจำกัดในการบดเคี้ยว

อาหาร เนื่องจากต้องถอนฟันตามแผนการรักษา 10 ซึ่ง ร่วมกับมีอาการรบกวนจากการปวดทำให้มีความไม่สบาย ทำให้ไม่อยากรับประทานอาหาร Estimate energy 1300- 1200 Kcal/day รวมทั้งประเมินพบว่าผู้ป่วยพร้อมรู้ความเข้าใจถึงประโยชน์ของการได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอครบถ้วน จะมีผลช่วยลดความรุนแรงของอาการแทรกซ้อนได้

3) ประเมินอาการรบกวนและความไม่สบาย

3.1 สิ้นหน้าไม่สบาย มีอาการปวดเมื่อมีการเคลื่อนไหวของศีรษะหรือหันศีรษะไปมา ตาเห็นภาพซ้อนบางครั้ง มีอาการหูอื้อ และปวดหูเป็นบางครั้ง ค่ะ แน่นความปวด 7 คะแนน มียา Paracetamol 2 tab prn. จากโรงพยาบาลเดิม

3.2 คุณภาพการนอนหลับไม่ดี เฉลี่ย 4-5 ชั่วโมง/คืน เนื่องจากมีความวิตกกังวล กลัวการรักษาไม่ได้ผล รวมทั้งขาดรายได้หากต้องหยุดงาน บทบาทในครอบครัวเปลี่ยนแปลง

4) สรุปประเด็นที่ประเมินพบ

4.1 พบ Severe weight change จากการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

4.2 ความเชื่อเรื่องอาหารที่ไม่ถูกต้อง

4.3 ไม่สบายจากอาการปวดศีรษะ ตาเห็นภาพซ้อนบางครั้ง มีอาการหูอื้อ และปวดหู

4.4 คุณภาพการนอนหลับลดลงจากการวิตกกังวลและอาการปวด

5) แพทย์สั่งแผนการรักษาในครั้งนี้

แพทย์วางแผนการรักษา CCRT (Concurrent Chemo-radiation Therapy) โดย ฉายแสง 33 ครั้ง (เริ่มฉายแสง 10 กันยายน 2566) ร่วมกับเคมีบำบัด Carboplatin/5FU , Cisplatin weekly 5 cycle

6) กิจกรรมการพยาบาล

6.1 สร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลายและนำไปสู่การให้คำปรึกษาทางโภชนาการ (Nutrition counselling)

6.2 ประเมินภาวะโภชนาการ ได้แก่ การประเมินสัดส่วนต่างๆ ของร่างกาย การประเมินทางด้านชีวเคมี การประเมินอาการทางคลินิก และการประเมินอาหารบริโภค ร่วมกับแบบประเมินภาวะโภชนาการ NT

6.3 นำทฤษฎีการพยาบาลของคิง มาประยุกต์ใช้ในการประเมินบริบท สิ่งแวดล้อม และภาวะสุขภาพโดยการประเมินการรับประทานอาหารตามวิถีชีวิตปกติของผู้ป่วย วางแผนการพยาบาลด้านโภชนาการร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยให้ข้อมูลเสริมพลังเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักเห็นความสำคัญของการได้รับพลังงานจากอาหารอย่างน้อย 1500 Kcal/day และโปรตีน 65 g/day รวมทั้งร่วมวางแผนการจัดอาหาร ประเภทอาหาร (ชนิดและลักษณะอาหาร) ที่เป็นไปตามบริบทของผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับสารอาหารตามแผน เช่น ปรับอาหารจาก Regular diet เป็น Soft diet เลือกรับประทานข้าวต้มแทนข้าวสวยเนื่องจากถอนฟัน มีการใช้สมุนไพร จำพวกมะนาว หอมพริกไทยในการปรุงรสอาหาร เน้นการรับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อหลัก เพิ่มอาหารว่าง และนมก่อนนอน

6.4 แลกเปลี่ยนข้อมูลประเด็นความเชื่อเรื่องการรับประทานเนื้อสัตว์เพราะจะทำให้ก้อนมะเร็งโตเร็วเพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับประโยชน์โปรตีนจากเนื้อสัตว์

6.5 ประเมินการจัดการตนเองเมื่อมีอาการปวดศีรษะ พบว่าผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง โดยการหลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหวศีรษะเร็วๆ รวมทั้งรับประทานยา Paracetamol 2 tab ที่ได้รับจากโรงพยาบาลเดิม เมื่อมีอาการปวด โดยอย่างน้อยห่างกัน 4 ชั่วโมง ให้กำลังใจและให้คำแนะนำปฏิบัติต่อไป หากยังมีอาการปวดมากขึ้นให้ไปพบแพทย์ ให้ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลที่ผู้ป่วยสะดวก หรือโรงพยาบาลต้นสิทธิ์ แต่ถ้าเป็นในเวลาราชการสามารถติดต่อที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติได้

6.6 ประเมินการนอนหลับและการจัดการตนเองเมื่อมีอาการนอนไม่หลับ และร่วมวางแผนกับผู้ป่วยในการจัดการอาการนอนไม่หลับโดยให้วิธีการผ่อนคลายช่วงเวลานอน เช่น การดื่มนมอุ่นๆ การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการนอนหลับ การทำสมาธิด้วยวิธีการกำหนดลมหายใจเข้า-ออก การพูดคุยกับคนที่ไว้วางใจเพื่อให้ผ่อนคลายความกังวล เป็นต้น

6.7 ร่วมวางแผนกับผู้ป่วยป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มจากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือการเคลื่อนไหวร่างกาย เนื่องจากตาเห็นภาพซ้อน

6.8 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม

7) สรุปภาวะผู้ป่วย เพื่อการติดตามประเมินครั้งต่อไป

7.1 ติดตามภาวะโภชนาการ การบริโภคอาหาร และน้ำหนักตัว

7.2 ติดตามประเมินการจัดการกับอาการของตนเอง (Self-management) ในเรื่องความไม่สบายจากอาการปวดและการนอนหลับ

ครั้งที่ 2 วันที่ 19 กรกฎาคม 2566 เวลา 10.45 น. ติดตาม ประเมินและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่หน่วยพยาบาล ส่งเสริมภาวะโภชนาการ

1) เป้าหมาย

1.1 ติดตามภาวะโภชนาการ การบริโภคอาหาร และน้ำหนักตัว

1.2 ติดตามประเมินการจัดการกับอาการของตนเอง (Self-management) ในเรื่องความไม่สบายจากอาการปวดและการนอนหลับ

2) การประเมิน

สัญญาณชีพแรกรับ ความดันโลหิต 102/65 mmHg ชีพจร 64 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้

2.1 ประเมินภาวะโภชนาการ

(1) น้ำหนัก 42.2 กิโลกรัม. ส่วนสูง 155 เซนติเมตร BMI= 17.58 kg/ m² (ค่าปกติ 18-23 kg/ m²)

น้ำ	พ.ศ. 2566			
หนัก	น้ำหนักเดิม	11	19	จากข้อมูลน้ำหนักลดลง 6.8 กิโลกรัมในระยะเวลา 3 เดือน น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลงคิดเป็นร้อยละ 13.8 เป็นระดับรุนแรง
ตัว	(เม.ย.)	ก.ค.	ก.ค.	
(Kgs)	49	43	42.2	

(2) ประเมินภาวะทุพโภชนาการโดยใช้แบบฟอร์ม Nutrition triage (NT) ได้ 8 คะแนน แปลผลว่า มีภาวะทุพโภชนาการระดับ 3 หมายถึง ทุพโภชนาการระดับปานกลาง

(3) พบว่าใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้ป่วยมีการรับประทานเนื้อสัตว์ เช่น เนื้อไก่ หมู จากที่ไม่ได้รับประทานหลังการเจ็บป่วย ประเมินทางด้านร่างกาย พบว่ามีข้อจำกัดในการบริโภคอาหาร ร่วมกับมีอาการรบกวนจากการปวดเพิ่มขึ้นทำให้มีความไม่สุขสบาย ไม่อยากรับประทานอาหาร Estimate energy 1200 -1300 Kcal/day

2.2 ประเมินอาการรบกวนและความไม่สุขสบาย และ การจัดการตนเอง

(1) สีหน้าไม่สุขสบายจากอาการปวดไม่ลดลง ยังพบเมื่อหันศีรษะไปมาช้าๆมีอาการปวด ปวดหู 2 ข้าง หูอื้อคล้ายมีน้ำในหู ปวดต้นคอ ร้าวลงมาที่ไหล่ขวา และมีเจ็บคอเวลากินยาเม็ด จัดการตนเองด้วยวิธีการรับประทานยา Paracetamol 2 tab ตามแผนการรักษา อาการปวดบรรเทาลงชั่วคราวหลังรับประทานยา ประเมิน Pain score ผู้ป่วยระดับความปวด 5/10 คะแนน

(2) เมื่อนอนไม่หลับใช้วิธีสวดมนต์ แต่ไม่สามารถช่วยเรื่องนอนหลับได้ ผู้ป่วยบอกว่าคุณภาพการนอนหลับ ยังไม่ดีขึ้นยังคงนอนได้ 4-5 ชั่วโมง เนื่องจากอาการปวดยังคงมีอยู่และรบกวนการนอนหลับ

3) สรุปประเด็นที่ประเมินพบ

3.1 มีภาวะทุพโภชนาการระดับ 3

3.2 ไม่สุขสบายจากอาการปวด และนอนไม่หลับ

4) แพทย์สั่งแผนการรักษาในครั้งนี้

- Tramal 50 mg. 1 cap. prn

- เคมีบำบัด วางแผน Induction chemotherapy โดยได้รับยาเคมีบำบัด สูตร Carboplatin /5FU ก่อนระหว่างรอการรักษาด้วยรังสี (Radiotherapy : RT) หลังได้ผล Review slide

- นัดครั้งต่อไป ที่คลินิกเคมีบำบัด 15 สิงหาคม 2566 และคลินิกรังสีรักษา 23 สิงหาคม 2566

5) กิจกรรมการพยาบาล

5.1 สร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลายและนำไปสู่การให้คำปรึกษาทางโภชนาการ (Nutrition counselling)

5.2 ประเมินภาวะโภชนาการ 4 ด้านได้แก่ การประเมินสัดส่วนต่างๆ ของร่างกาย การประเมินทางด้านชีวเคมี การประเมินอาการทางคลินิก และการประเมินอาหารบริโภค ร่วมกับแบบประเมินภาวะโภชนาการ NT

5.3 ประเมินการรับประทานอาหาร วางแผนการพยาบาลด้านโภชนาการร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยให้ผู้ป่วยเล่าถึงการบริโภคอาหารที่ผ่านมาใน 1 สัปดาห์ พยาบาลทบทวนและให้ข้อมูลเพิ่มเติมการเลือกรับประทานอาหาร ประเภทอาหาร(ชนิดและลักษณะอาหาร) วางแผนร่วมกับผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับสารอาหารตามแผน อย่างน้อย 1500 Kcal/day และโปรตีน 65 G/day โดยมีการเพิ่มมื้ออาหารจากเดิม 3 มื้อ เป็น 6 มื้อ ตื่นนมก่อนนอน

5.4 แนะนำให้แจ้งแพทย์เรื่องอาการปวด ทบทวนวิธีการรับประทานยา Tramol 50 mg. 1 cap prn. โดยผู้ป่วยสามารถรับประทานยานี้ได้โดยไม่ต้องรับประทานตามมื้ออาหาร อาการข้างเคียงที่พบอาจมี คลื่นไส้ ท้องผูก ได้ หลังรับประทานยาหากยังมีอาการปวดไม่ทุเลาหรือมากขึ้น ให้ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลที่ผู้ป่วยสะดวก หรือโรงพยาบาลต้นสังกัด แต่ถ้าเป็นในเวลาราชการสามารถมาติดต่อที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติได้

5.5 วางแผนร่วมกับผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิธีการผ่อนคลายช่วงเวลานอน เช่น การดื่มนมหรือเครื่องดื่มอุ่นๆ การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะกับการนอนหลับ หรือการเปิดเพลงที่ชอบเพื่อให้ผ่อนคลาย เป็นต้น

5.6 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม

6) สรุปผลเพื่อการติดตามประเมินครั้งต่อไป

ติดตามปัญหาเดิมต่อเนื่อง

ครั้งที่ 3 วันที่ 26 กรกฎาคม 2566 เวลา 09.40 น. ประเมินและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่หน่วยพยาบาลส่งเสริมภาวะโภชนาการ (ผู้ป่วยมาก่อนนัดเคมีบำบัดเนื่องจากมีอาการปวดมากขึ้นและได้มาขอรับบริการที่หน่วยพยาบาลส่งเสริมภาวะโภชนาการต่อ)

1) เป้าหมาย

1.1 ติดตามภาวะโภชนาการ การบริโภคอาหาร และน้ำหนักตัว

1.2 ติดตามประเมินการจัดการกับอาการของตนเอง (Self-management) ในเรื่องความไม่สุขสบายจากอาการปวดและการนอนหลับ

2) การประเมิน

ผู้ป่วยมาก่อนนัด ไขว่หน้านิ้วคิ้วขมวดตลอดเวลา สีหน้าไม่สุขสบาย สัญญาณชีพแรกจับ ความดันโลหิต 134/88 mmHg ชีพจร 68 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส

2.1 ประเมินภาวะโภชนาการ

(1) น้ำหนัก 40.9 กิโลกรัม. ส่วนสูง 155 เซนติเมตร BMI= 17.04 kg/ m² (ค่าปกติ 18-23 kg/ m²)

น้ำหนักตัว (Kgs)	พ.ศ. 2566			
	11 ก.ค.	19 ก.ค.	26 ก.ค.	จากข้อมูลน้ำหนักลดลง 8.1 กิโลกรัม จากน้ำหนักเดิม น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลงคิดเป็นร้อยละ 16.53 เป็นระดับรุนแรง
น้ำหนักเดิม (เม.ย.)	49	43	42.2	40.9

(2) ประเมินภาวะทุพโภชนาการโดยใช้แบบฟอร์ม Nutrition triage (NT) ได้ 10 คะแนน แปลผลว่า มีภาวะทุพโภชนาการระดับ 3 หมายถึง ทุพโภชนาการระดับปานกลาง

(3) พบว่าใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้ป่วยรับรู้ต้องรับประทานเพิ่มขึ้น แต่รับประทานอาหารได้ 1/4 จากเดิม เนื่องจากมีอาการปวดรบกวน ผู้ป่วยบอกว่า “แต่อาการปวดไม่ดีขึ้นเลย ไม่สบายตัว แต่ตนพยายามฝืนรับประทานตามที่คุณพยาบาลแนะนำแล้ว ” Estimate energy 600-800 Kcal/day

2.2 ประเมินการจัดการตนเองเรื่องความปวดและการนอนหลับ

(1) ยังคงมีอาการปวดศีรษะซีกขวาร้าวไปท้ายทอย ต้นคอ ร้าวลงมาที่ไหล่ขวา ปวดหู 2 ข้าง หูอื้อคล้ายมีน้ำในหู ผู้ป่วยบอกว่า “อาการปวดไม่ดีขึ้นเลย มันทรมาณมาก เหมือนถูกบีบตลอดเวลา รับประทานยาที่ได้ไปดีขึ้นชั่วคราวระยะสั้นๆ แล้วก็ปวดอีกจนนอนไม่ได้เลย หลังรับประทานยามีผะอืดผะอม มันไม่ดีขึ้น” (Tramol 50 mg. 1 cap) คะแนนความปวด 10/10 คะแนน

(2) คุณภาพการนอนหลับไม่ดี เนื่องจากยังคงมีความปวด และวิตกกังวลกลัวการรักษาไม่ได้ผลและกลัวมะเร็งกระจาย ผู้ป่วยสอบถาม “เคมีบำบัดและรังสีรักษาจะทำให้ตนเองมีอาการเป็นอย่างไร”

3) สรุปผลการประเมิน / สรุปประเด็นที่ประเมินพบ

3.1 มีภาวะทุพโภชนาการระดับ 3

3.2 ไม่สุขสบายจากอาการปวด และนอนไม่หลับ

4) แพทย์สั่งแผนการรักษาในครั้งนี้

- ปรับเปลี่ยนยาจาก Tramol 50 mg. 1 cap prn. เป็น MST (Morphine Sulfate Tablet) 10 mg. รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง และ Morphine IR 10 mg. รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด ทุก 2 ชั่วโมง เมื่อปวด

- ส่งปรึกษาคลินิกมะเร็งปวด นัด 15 สิงหาคม 2566

5) กิจกรรมการพยาบาล

5.1 กล่าวทักทายนำไปสู่การให้คำปรึกษาเบื้องต้นในประเด็นความวิตกกังวลกับภาวะโรคกลัวมะเร็งกระจาย

5.2 ประเมินภาวะโภชนาการ 4 ด้าน ได้แก่ การประเมินสัดส่วนต่างๆ ของร่างกาย การประเมินทางด้านชีวเคมี การประเมินอาการทางคลินิก และการประเมินอาหารบริโภค ร่วมกับแบบประเมินภาวะโภชนาการ NT

5.3 ประเมินการรับประทานอาหาร โดยให้ผู้ป่วยเล่าถึงการรับประทานอาหารที่ผ่านมาใน 1 สัปดาห์ วางแผนการพยาบาลและตั้งเป้าหมายด้านโภชนาการร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อการความพร้อมด้านโภชนาการก่อนการรับยาเคมีบำบัด (15 สิงหาคม 2566) โดยเน้นรับประทานโปรตีน ได้แก่ เนื้อสัตว์ ไข่ นม

5.4 ประเมินอาการปวด หลังได้รับยา Tramol 50 mg. 1 cap prn พบคะแนนความปวด 10/10 คะแนน

5.5 ทบทวนคำแนะนำการรับประทานยา MST 10 mg. โดยเน้นย้ำเรื่อง ห้ามหักหรือบดเคี้ยวยา หรือทำให้แตกหักก่อนการรับประทาน เพราะจะทำยาออกฤทธิ์ก่อนและถูกสลายทันที และอยู่นานเพียง 4 ชั่วโมงจากที่ควรอยู่ได้ 12 ชั่วโมง หากมีอาการปวดในระหว่างนั้น ผู้ป่วยสามารถรับประทานยา Morphine IR 10 mg. ครั้งละ 1 เม็ด ห่างกันทุก 2 ชั่วโมงเสริมได้

5.6 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุย และประเมินความวิตกกังวล และการจัดการตนเอง ให้ข้อมูล/คำแนะนำและวางแผนร่วมกับผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวล

5.7 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม

6) สรุปผลเพื่อการติดตามประเมินครั้งต่อไป

ติดตามปัญหาเดิมต่อเนื่อง และความวิตกกังวลกลัวการกระจายของโรค รวมทั้งติดตามประเมินความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ ก่อนรับยาเคมีบำบัด

ครั้งที่ 4 วันที่ 15 สิงหาคม 2566 เวลา 09.40 น .ประเมินที่หน่วยรับผู้ป่วยใน (Admission center) ก่อนเข้าหอผู้ป่วย

1) เป้าหมาย

- 1.1 ติดตามประเมินความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ ก่อนรับยาเคมีบำบัด
- 1.2 ติดตามประเมินความวิตกกังวลกลัวการรับยาเคมีบำบัดครั้งแรกและการกระจายของโรค
- 1.3 ติดตามภาวะโภชนาการ การบริโภคอาหาร และน้ำหนักตัว
- 1.4 ติดตามประเมินความรุนแรงของอาการปวดและการนอนหลับ

2) การประเมิน

ผู้ป่วย สีหน้าไม่สุขสบาย ขณะสนทนาเมื่อมีกุมขมับเป็นระยะ สัญญาณชีพแรกรับ ความดันโลหิต 103/57 mmHg ชีพจร 68 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส

2.1 ประเมินภาวะโภชนาการ

- (1) น้ำหนัก 42.1 กิโลกรัม. ส่วนสูง 155 เซนติเมตร BMI= 17.54 kg/ m² (ค่าปกติ 18-23 kg/ m²)

น้ำหนัก ตัว (Kgs)	พ.ศ. 2566					จากข้อมูลน้ำหนักเพิ่มขึ้น 1.2 กิโลกรัม น้ำหนักตัว เปลี่ยนแปลงคิดเป็นร้อยละ 14.08 จากน้ำหนักเดิม เป็นระดับ รุนแรง
	น้ำหนัก เดิม (เม.ย.)	11 ก.ค.	19 ก.ค.	26 ก.ค.	15 ส.ค.	
49	43	42.2	40.9	42.1		

(2) ประเมินภาวะทุพโภชนาการโดยใช้แบบฟอร์ม Nutrition triage (NT) ได้ 8 คะแนน แปลผลว่า มีภาวะทุพโภชนาการระดับ 3 หมายถึง ทุพโภชนาการระดับปานกลาง

(3) พบว่า ผู้ป่วยรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อหลัก ต้มนม อาหารว่าง ระหว่างมื้อ เช่น แขนวชิช ขนมปัง ขนมครก โอวัลติน ผู้ป่วยบอกว่า “ดีใจที่น้ำหนักขึ้น ตนพยายามฝืนรับประทานอาหารตามที่พยาบาลแนะนำ”

Estimate energy 1400 -1600 Kcal/day”

2.2 ประเมินการจัดการตนเองเรื่องความปวดและการนอนหลับ

(1) พบว่ามีอาการปวดศีรษะซีกขวาร้าวไปท้ายทอย ต้นคอ ร้าวลงมาที่ไหล่ขวา “อาการปวดดีขึ้นเล็กน้อย แต่ยังรู้สึกทรมานมาก เหมือนถูกบีบปวดลึกๆข้างในปวดตุ๊บๆบีบๆปวดตลอดเวลา ปวดกลางคืนมากกว่ากลางวัน ปวดนาน 4-5 ชม. จึงจะคลาย มีอาการ 2 -3 ครั้ง/วัน” ผู้ป่วยมียา MST 10 mg รับประทาน และมียา Morphine IR 10 mg. prn รับประทานยาวันละ 2-3 ครั้งต่อวัน คะแนนความปวด 9/10 คะแนน

(2) พบว่าคุณภาพการนอนหลับไม่ดี เนื่องจากมีความปวด รบกวนเวลากลางคืน กังวลการได้รับยาเคมีบำบัด

2.3 ประเมินความพร้อมและความวิตกกังวลการรับยาเคมีบำบัดครั้งแรก

(1) ผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ วันที่ 15 สิงหาคม 2566 Hb = 12.3 g/dl , Hct= 37.5% , WBC = $8.6 \times 10^3/\text{ul}$, ANC = $7.14 \times 10^3/\text{ul}$, Creatinine = 0.68 mg/dl , eGFR = 100) ผลอยู่ในเกณฑ์ที่จะให้ยาเคมีบำบัดได้

(2) ผู้ป่วยมีความพร้อมด้านจิตใจที่จะรับยาเคมีบำบัด เนื่องจากกลัวการกระจายของโรค

3) สรุปประเด็นที่ประเมินพบ

- 3.1 ทุพโภชนาการระดับปานกลาง แต่ผู้ป่วยรับประทานได้ดีขึ้น
- 3.2 มีอาการปวด นอนไม่หลับ
- 3.3 มีความพร้อมในการรับยาเคมีบำบัดครั้งแรก

4) แพทย์สั่งแผนการรักษาในครั้งนี้

คลินิกมะเร็งปอด ได้ปรับยาดังนี้

- 4.1 MST 30 mg 1 tab at 6 am. and 6 pm. (ยาเดิม MST 10 mg)
- 4.2 MO IR 10 mg 1 tab prn q 2 hr.
- 4.3 เพิ่ม Gabapentin 300 mg 1 cap at 6 am. and 6 pm.
- 4.4 เพิ่ม Amitriptyline 10 mg 1 tab hs.
- 4.5 เพิ่ม Senokot 5 tab hs.

Admit เพื่อให้ Induction chemotherapy โดยได้รับยาเคมีบำบัด สูตร Carboplatin /5FU

5) กิจกรรมการพยาบาล

- 5.1 ประเมินความพร้อมด้านร่างกายจากผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ
- 5.2 ประเมินความพร้อมด้านจิตใจ
- 5.3 ประเมินภาวะโภชนาการทั้ง 4 ด้าน ร่วมกับแบบประเมินภาวะโภชนาการ NT
- 5.4 ประเมินการรับประทานอาหาร ในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
- 5.5 ประเมินอาการปวด หลังได้รับยา MST 10 mg. 1 tab ตามแผนการรักษา คະแนนความปวด 9/10 คະแนน

6) สรุปผลเพื่อการติดตามประเมินครั้งต่อไป

- 6.1 ติดตามเยี่ยมที่หอผู้ป่วย เพื่อประเมินความวิตกกังวลเนื่องจากได้รับยาเคมีบำบัดครั้งแรกและผลข้างเคียงของยา
- 6.2 ติดตามประเมินความรุนแรงของอาการปวดและการนอนหลับ
- 6.3 ติดตามประเมินการรับประทานอาหารที่หอผู้ป่วย

ครั้งที่ 5 วันที่ 16 สิงหาคม 2566 เวลา 18.00 น. ติดตามที่หอผู้ป่วย

1) เป้าหมาย

- 1.1 ติดตามเยี่ยมที่หอผู้ป่วย เพื่อประเมินความวิตกกังวลเนื่องจากได้รับยาเคมีบำบัดครั้งแรกและผลข้างเคียง
- 1.2 ติดตามประเมินความรุนแรงของอาการปวดและการนอนหลับ
- 1.3 ติดตามประเมินการรับประทานอาหารที่หอผู้ป่วย

2) การประเมิน

ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียง on 5FU 1300 mg in 0.9% NaCl 1000 ml IV in 24 hr (Day 1)
 สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 123/66 mmHg ชีพจร 74 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส

2.1 ประเมินการรับประทานอาหารที่หอผู้ป่วย

ประเมินการรับประทานอาหารได้แต่ละมื้อ ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนได้ ¾ ถาด ลูกซื้ออาหารที่ชอบมาให้เพิ่มเติมเสริมจากมื้อโรงพยาบาล ไม่พบอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด

2.2 ประเมินอาการรบกวนและความไม่สุขสบาย

(1) สีหน้าขณะสนทนามีรอยยิ้มคลายความวิตกกังวลที่สามารถรับการรักษาได้ ผู้ป่วยบอกว่า “อาการปวดทุเลาลง นอนหลับได้สนิทตลอดคืน ” (ผู้ป่วยได้รับการปรับขนาดยา MST เป็น 30 mg และได้รับยา Gabapentin 300 mg และ Amitriptyline 10 mg) คะแนนความปวด 2 คะแนน

(2) ยังไม่พบอาการข้างเคียงหลังได้รับยาเคมีบำบัดเนื่องจากผู้ป่วยเริ่ม Start ยาเคมีบำบัด เวลา 15.00 น.

3) สรุปประเด็นที่ประเมินพบ

- 3.1 รับประทานอาหารได้
- 3.2 อาการปวดดีขึ้น คะแนนความปวด 2 คะแนน ภายหลังได้รับยา และนอนหลับได้
- 3.3 ไม่พบอาการข้างเคียงหลังได้รับยาเคมีบำบัด

4) กิจกรรมการพยาบาล

- 4.1 กล่าวทักทาย
- 4.2 ประเมินความวิตกกังวลจากการได้รับยาเคมีบำบัดครั้งแรกและผลข้างเคียงของยา
- 4.3 ประเมินภาวะโภชนาการ 4 ด้าน ร่วมกับแบบประเมินภาวะโภชนาการ NT
- 4.4 ประเมินการรับประทานอาหาร วางแผนร่วมกับพยาบาลหอผู้ป่วยในการจัดอาหารอ่อน เนื่องจากผู้ป่วย

นอนหลับ

4.5 ประเมินอาการปัสสาวะบ่อยขึ้นหรือน้อยลง การเปลี่ยนแปลงของสีปัสสาวะ ปัสสาวะมีเลือดปนหรือมีอาการบวมตามร่างกาย รวมทั้ง Intake/Output ในรอบ 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินการทำงานของไต ขณะได้รับยา Carboplatin

4.6 แนะนำญาติในการเลือกซื้ออาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น นมพลาสเจอร์ไรต์ รสชาติ มารับประทานเสริมระหว่างมื้อ

4.7 ประเมินอาการปวดหลังการปรับยา

4.8 ประเมินคุณภาพการนอนหลับ

4.9 เปิดโอกาสให้ซักถาม

5) สรุปผลเพื่อการติดตามประเมินครั้งต่อไป

ติดตามประเมินอาการปวด การนอนหลับ ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดและวางแผนการจำหน่าย

ครั้งที่ 6 วันที่ 19 สิงหาคม 2566 เวลา 17.30 น. ติดตามที่หอผู้ป่วยและร่วมวางแผนจำหน่าย

1) เป้าหมาย

1.1 ติดตามประเมินผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด

1.2 วางแผนการจำหน่าย

1.3 ติดตามประเมินอาการปวดและการนอนหลับ หลังได้รับการปรับขนาดยา

2) การประเมิน

ผู้ป่วยนั่งอยู่บนเตียง on 5FU 1300 mg in 0.9% NaCl 1000 ml IV in 24 hr (Day 4) และครบตามแผนการรักษาเวลา 18.00 น.

สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 113/59 mmHg ชีพจร 70 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส

2.1 ประเมินการรับประทานอาหารที่หอผู้ป่วย

(1) ประเมินพบอาการคลื่นไส้ระดับความรุนแรง Grade 1 (แบ่งระดับตาม ระบบ CTCAE version 5 รายละเอียดในภาคผนวก 1) ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคลื่นไส้ ฝะอืดพะอมไม่มีอาเจียน ความอยากอาหารลดลง แต่พอรับประทานได้

(2) ประเมินพบอาการการรับรสเปลี่ยนแปลงและอาการ Metallic change เริ่มมีอาการรับรสชาติของอาหารเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะ เมื่อรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์สีแดงแล้วมีรสชาติขมคล้ายกลิ่นโลหะ (Bitter metallic taste)

2.2 ประเมินอาการรบกวนและความไม่สุขสบาย

พบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดเล็กน้อย สามารถทำกิจวัตรประจำวันและนอนหลับได้ ภายหลังได้รับการปรับขนาดยา คะแนนความปวด 1 คะแนน

2.3 ประเมินอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด

(1) ประเมินไม่พบการเกิด Phlebitis/Extravasation

(2) ประเมินความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวที่ได้รับจากพยาบาลหอผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อนำไปสู่การร่วมวางแผนการจำหน่ายกับพยาบาลหอผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยรับทราบข้อมูลการดูแลตนเองจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ได้เน้นย้ำการดูแลด้านโภชนาการในการเลือกซื้อและบริโภคอาหารกับผู้ป่วยและญาติอีกครั้ง นัดหมายติดตามโทรเยี่ยม

3) สรุปประเด็นที่ประเมินพบ

- 3.1 พบอาการคลื่นไส้ระดับความรุนแรง Grade 1
- 3.2 พบอาการการรับรสเปลี่ยนแปลง พบเหม็นกลิ่นจากภาชนะที่เป็นสแตนเลส
- 3.3 ไม่พบอาการปวด ปักหลังได้

4) กิจกรรมการพยาบาล

- 4.1 กล่าวทักทาย
- 4.2 ประเมินภาวะแทรกซ้อนของยาเคมีบำบัด
- 4.3 ประเมินอาการปวดและคุณภาพการนอนหลับหลังการปรับขนาดยา
- 4.4 นำทฤษฎีการพยาบาลของคิง มาประยุกต์ใช้ในการรับรู้ต่อการเกิดผลข้างเคียงจากข้อมูลที่ได้รับจาก Visit ก่อนหน้านี้เพื่อการจัดการอาการที่เหมาะสม ในช่วงที่ได้รับยาเคมีบำบัด
- 4.5 แลกเปลี่ยนข้อมูล และเสริมพลังในการดูแลด้านโภชนาการในประเด็นที่ตั้งเป้าหมายร่วมกัน ดังต่อไปนี้

(1) การเฝ้าระวังดูแลอาการที่พบ ได้แก่ อาการคลื่นไส้ และอาการ Metallic change โดย การดูแลความสะอาดช่องปาก (Oral hygiene care) จัดหาผลไม้รสเปรี้ยว/น้ำมะนาวอุ่น เพื่อบรรเทาอาการคลื่นไส้ และจัดการเปลี่ยนภาชนะที่ใช้ในบรรจุ/ใส่อาหารและช้อนจากโลหะมาเป็นภาชนะและช้อนพลาสติก/เมลามีน หรือกระเบื้อง แทนเพื่อลดอาการเหม็นโลหะ (Metallic change) เพื่อให้รับประทานอาหารได้ และใช้การปรุงรสชาติอาหารด้วย น้ำผลไม้ หรือซอสถั่วเหลืองจะช่วยให้ความรู้สึกรสชาติขมลดลง

(2) มีความรู้ ความเข้าใจในการเฝ้าระวังดูแล และจัดการกับอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดเมื่อกลับบ้าน ได้แก่ อาการเบื่ออาหาร อาการอาเจียน ภาวะซีด ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ การอักเสบของเยื่อในช่องปาก ท้องผูก ท้องเสีย ผม่วรง ผลต่อระบบทางเดินปัสสาวะ รวมทั้งเมื่อมีอาการผิดปกติที่รุนแรงต้องไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลที่สะดวก หรือโรงพยาบาลต้นสังกัด

(3) มีความรู้ ความเข้าใจในการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านเพื่อความปลอดภัยจากสารเคมีที่ถูกขับออกมากับปัสสาวะ อุจจาระ และสารคัดหลั่งและการจัดการเสื้อผ้า

(4) การจัดหาอาหารเพื่อการฟื้นฟูร่างกาย โดยให้เลือกรับประทานเนื้อไก่ ไข่ ปลา นม และผลิตภัณฑ์จากนม เต้าหู้ และถั่วชนิดต่างๆ

(5) การดูแลและเฝ้าระวังเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่วงที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ จากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดกดไขกระดูก ทำให้เม็ดเลือดขาวต่ำหลังการได้รับยา 7-10 วัน (ภาวะ Nadirs)

- 4.6 เปิดโอกาสให้ซักถาม นัดหมายติดตามโทรเยี่ยม

5) สรุปผลเพื่อการติดตามประเมินครั้งต่อไป

- 5.1 สรุปอาการปวดและการนอนหลับสามารถควบคุมได้ด้วยยา (ปัญหาสิ้นสุด)
- 5.2 ติดตามเยี่ยมหลังกลับบ้าน 7 วัน (ผ่านทางโทรศัพท์) เพื่อประเมินผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด

ครั้งที่ 7 วันที่ 22 สิงหาคม 2566 เวลา 17.30 น. โทรติดตามเยี่ยม

1) เป้าหมาย

- 1.1 การจัดการกับอาการผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น เบื่ออาหาร อากาโรอาเจียน ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ การอักเสบของเยื่อในช่องปาก ท้องผูก ท้องเสีย ผม่วรง ผลต่อระบบทางเดินปัสสาวะ
- 1.2 ประเมินเรื่องการรับประทานอาหาร
- 1.3 การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่การรักษาทางรังสี (นัดจำลองภาพทางรังสี 23 สิงหาคม 2566 ก่อนการฉายรังสี)

2) การประเมิน

2.1 ประเมินภาวะโภชนาการ

ผู้ป่วยบอกรว่ามีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย คลื่นไส้ และอาเจียน 3-4 ครั้งต่อวัน ไม่มีอาการเจ็บในช่องปาก ทานได้ 4-5 คำ/มื้อ ตีมนมได้บ้าง

2.2 ประเมินอาการรบกวนและความไม่สุขสบาย และการจัดการตนเอง

ผู้ป่วยบอกว่า หลังให้ยาเมื่อกลับมาอยู่บ้าน รู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ส่วนใหญ่จะนอนพัก การดูแลงานบ้านจะให้ลูกหรือสามีช่วย “ทำกับข้าวทำไม่ได้เลย เหม็นกลิ่นอาหาร ได้กลิ่นจะมีอาการคลื่นไส้อาเจียน”

2.3 ประเมินความพร้อมและความวิตกกังวลในการฉายรังสี

มีความวิตกกังวล การฉายรังสี “หลังให้ยาเคมียังรู้สึกแย่ ถ้าต้องฉายแสงจะแย่กว่านี้ไหม” รับประทานวันนัด จำลองภาพทางรังสี 23 สิงหาคม 2566

3) สรุปประเด็นที่ประเมินพบ

- 3.1 อ่อนเพลียจากอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด ได้แก่ เบื่ออาหาร การรับรสอาหารเปลี่ยนแปลง คลื่นไส้ อาเจียน
- 3.2 วิตกกังวลในการฉายรังสี

4) กิจกรรมการพยาบาล

- 4.1 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุย และประเมินความวิตกกังวล และการจัดการตนเอง ให้ข้อมูล/คำแนะนำและวางแผนร่วมกับผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวล
- 4.2 ประเมินอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่เกิดขึ้น การจัดการกับอาการ (Symptom management) และให้คำแนะนำในการจัดการกับอาการ ได้แก่ เบื่ออาหาร การรับรสอาหารเปลี่ยนแปลง คลื่นไส้อาเจียน
- 4.3 ประเมินการรับประทานอาหาร และให้คำแนะนำในการปรับประเภทของอาหาร ได้แก่อาหารต้องมีลักษณะอ่อนย่อยง่าย ไม่มีไขมันเป็นส่วนประกอบมากเกินไป เริ่มรับประทานปริมาณน้อยก่อน แล้วค่อยๆ เพิ่มปริมาณ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีกลิ่นแรงหรือเหม็นคาว เช่น เนื้อเป็ด เนื้อแพะ เป็นต้น ลองอาหารที่กินได้ง่าย เช่น ขนมปังปัง แครกเกอร์ ทานอาหารหนึ่ง อย่างแทนอาหารที่ทอดน้ำมัน ทานอาหารในที่ปลอดโปร่ง สะอาด และหลังทานอาหารไม่ควรนอนทันที

4.4 ประเมินการรับประทานยาตามแผนการรักษา และทบทวนซ้ำเพื่อสร้างความตระหนักในการให้ได้รับยาตามที่กำหนด หลีกเลี่ยงสิ่งที่จะทำให้เกิดการอาเจียนยาออกมา

4.5 ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการพักผ่อน

4.6 ทวนสอบวันนัดการจำลองภาพทางรังสี และทวนซ้ำการปฏิบัติตัวทั้งนี้ทั้งนั้งอาหารหลังเที่ยงคืน และมาโรงพยาบาลตามวันเวลาที่นัด

4.7 เปิดโอกาสให้ซักถาม

5) สรุปผลเพื่อการติดตามประเมินครั้งต่อไป

5.1 ติดตามภาวะโภชนาการ การบริโภคอาหาร และน้ำหนักตัว

5.2 ติดตามอาการและความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย และผลกระทบต่อสมรรถภาพของร่างกาย

5.3 ความวิตกกังวลในการฉายรังสี

ครั้งที่ 8 วันที่ 23 สิงหาคม 2566 เวลา 13.00 น. ติดตามเยี่ยมที่ คลินิก OPD รังสีรักษา (หลังการจำลองภาพ)

1) เป้าหมาย

1.1 ติดตามภาวะโภชนาการ การบริโภคอาหาร และน้ำหนักตัว

1.2 ติดตามอาการและความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย และผลกระทบต่อสมรรถภาพของร่างกาย

1.3 ความวิตกกังวลในการฉายรังสี

2) การประเมิน

ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลกับสามี มีอาการอ่อนเพลีย

สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 120/70 mmHg ชีพจร 76 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส

2.1 ประเมินภาวะโภชนาการ

(1) น้ำหนัก 39.1 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร BMI= 16.29 กิโลกรัม/ เมตร² (ค่าปกติ 18-23 กิโลกรัม/เมตร²)

น้ำหนัก ตัว (Kgs)	พ.ศ. 2566					จากข้อมูลน้ำหนักลดลง 9.9 กิโลกรัม จากน้ำหนักเดิม น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลงคิดเป็นร้อยละ 20.2 จากน้ำหนักเดิม เป็นระดับรุนแรง)
	น้ำหนักร เดิม (เม.ย.)	30 มิ.ย.	19 ก.ค.	15 ส.ค.	23 ส.ค.	
49	43.4	42.2	42.1	39.1		

(2) ประเมินภาวะทุพโภชนาการโดยใช้แบบฟอร์ม Nutrition triage (NT) ได้ 11 คะแนน แปลผลว่ามีภาวะทุพโภชนาการระดับ 4 หมายถึง ทุพโภชนาการระดับรุนแรง

(3) พบว่า ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ หนึ่งในสี่จากเดิม มีอาการเบื่ออาหาร “ได้กลิ่นอาหาร เหมือนไปหมดกับข้าวทานไม่ได้” Estimate energy 600 - 800 Kcal/day

2.2 ประเมินอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด ระหว่างการรักษา

ประเมินพบอาการคลื่นไส้ระดับความรุนแรง Grade 1 (แบ่งระดับตาม ระบบ CTCAE version 5 รายละเอียดในภาคผนวก 1) ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ ฝะอืดพะอมน้ำ อาเจียน ความอยากอาหารลดลง รับประทานลดลง

2.3 ประเมินความพร้อมและความวิตกกังวลในการฉายรังสี

ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการรักษา ตามแผนที่วางไว้ ผู้ป่วยบอกว่า วันนี้เป็นการจำลองภาพและการมาร์คตำแหน่งในการฉายรังสี ไม่เจ็บ

3) สรุปประเด็นที่ประเมินพบ

3.1 อ่อนเพลียจากอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด ได้แก่ เบื่ออาหาร การรับรสอาหารเปลี่ยนแปลง คลื่นไส้ อาเจียน

3.2 ไม่พบความวิตกกังวลในการฉายรังสี

4) กิจกรรมการพยาบาล

4.1 ประเมินอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่เกิดขึ้น การจัดการกับอาการ (Symptom management) และให้คำแนะนำในการจัดการกับอาการ ได้แก่ เบื่ออาหาร การรับรสอาหารเปลี่ยนแปลง คลื่นไส้ อาเจียน

4.2 ประเมินการรับประทานอาหาร และวางแผนการดูแลด้านโภชนาการร่วมกับผู้ป่วยและญาติ ปรับเปลี่ยนอาหารเป็นอาหารอ่อนๆ ง่ายๆ เช่น ซุปข้น ใช้เครื่องเทศในการแต่งรสอาหาร เพื่อรสกลิ่นเนื้อสัตว์ ต้มอาหารทางการแพทย์เสริมระหว่างมื้อ

4.3 ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการพักผ่อน

4.4 ทวนซ้ำความเข้าใจในการเตรียมตัวมาฉายแสงครั้งแรก

4.5 ให้กำลังใจและเปิดโอกาสให้ซักถาม

5) สรุปผลเพื่อการติดตามประเมินครั้งต่อไป

5.1 ติดตามภาวะโภชนาการ การบริโภคอาหาร และน้ำหนักตัว

5.2 ติดตามอาการและความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย และผลกระทบต่อสมรรถภาพของร่างกาย

ครั้งที่ 9 วันที่ 5 กันยายน 2566 เวลา 17.30 น. โทรศัพท์ติดตามเยี่ยม

1) เป้าหมาย

1.1 ติดตามภาวะโภชนาการ การบริโภคอาหาร ตามเป้าหมายที่ตั้งร่วมกันไว้

1.2 ติดตามอาการและความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย และผลกระทบต่อสมรรถภาพของร่างกาย

1.3 การเตรียมความพร้อมเพื่อฉายรังสี (นัดเริ่มฉายรังสี 12 กันยายน 2566)

2) การประเมิน

2.1 ประเมินภาวะโภชนาการ

ผู้ป่วยบอกว่าไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ยังคงมีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย ไม่มีอาการเจ็บในช่องปาก รู้สึกไม่หิว รับประทานได้ 4-5 คำ/มื้อ รับประทานอาหารวันละ 2-3 มื้อ

2.2 ประเมินอาการรบกวนและความไม่สุขสบาย และการจัดการตนเอง

ผู้ป่วยบอกว่า รู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีแรง นอนเป็นส่วนใหญ่ อยากกลับไปทำงาน เพราะช่วงฉายรังสีอาจต้องลางานอีก

2.3 ประเมินความพร้อมและความวิตกกังวลในการฉายรังสี และมีนัดพบแพทย์เคมีบำบัด

รับทราบวันเริ่มฉายแสง 11 กันยายน 2566 ไม่กังวลเรื่องการฉายแสง รับทราบวันนัดพบแพทย์เคมีบำบัด 12 กันยายน 2566 มีความวิตกกังวลกลัวว่าถ้าต้องรับยาเคมีบำบัดจะมีอาการข้างเคียงอีก

3) สรุปประเด็นที่ประเมินพบ

3.1 การบริโภคอาหารยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ผู้ป่วยยังอ่อนเพลียจากอาการเบื่ออาหารทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อร่างกาย

3.2 ไม่พบความวิตกกังวลในการฉายรังสี

3.3 พบความวิตกกังวลในการต้องรับยาเคมีบำบัดครั้งถัดไป

4) กิจกรรมการพยาบาล

4.1 กล่าวทักทาย

4.2 ประเมินอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่เกิดขึ้น การจัดการกับอาการ (Symptom management) และให้คำแนะนำในการจัดการกับอาการ ได้แก่ เบื่ออาหาร

4.3 ประเมินการรับประทานอาหาร และวางแผนการดูแลด้านโภชนาการร่วมกับผู้ป่วยและญาติ ยังคงประเภทอาหารอ่อน เพิ่มการปรุงรสชาติอาหาร เช่น การใช้สมุนไพรในการปรุงอาหาร เช่น ปลายี่งมมะนาว กว๊ายเตี๋ยวแทนข้าว เพื่อเพิ่มรสชาติอาหาร วางแผนร่วมกับผู้ป่วยในการดูแลตนเองด้านโภชนาการต้องเริ่มการฉายแสงและมีนัดพบแพทย์เคมีบำบัด โดยผู้ป่วยวางแผนจะทานอาหารเพิ่มมื้อ และดื่มน้ำเต้าหู้ และนมระหว่างมื้อ

4.4 ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการพักผ่อน

4.5 ทวนซ้ำความเข้าใจในการเตรียมตัวมาฉายแสงครั้งแรก และการพบแพทย์เคมีบำบัดครั้งหน้า

4.6 ให้กำลังใจและเปิดโอกาสให้ซักถาม

5) สรุปผลเพื่อการติดตามประเมินครั้งต่อไป

5.1 ติดตามภาวะโภชนาการ การบริโภคอาหาร และน้ำหนักตัว

5.2 ติดตามอาการและความรุนแรงของอาการเบื่ออาหาร

5.3 ประเมินความพร้อมการฉายแสงครั้งแรกและการพบแพทย์เคมีบำบัดครั้งหน้า

ครั้งที่ 10 วันที่ 12 กันยายน 2566 เวลา 14.30 น. ติดตามเยี่ยมที่ หน่วยพยาบาลส่งเสริมภาวะโภชนาการ

1) เป้าหมาย

- 1.1 ติดตามภาวะโภชนาการ การบริโภคอาหาร และน้ำหนักตัว
- 1.2 ติดตามอาการและความรุนแรงของอาการเบื่ออาหาร
- 1.3 ประเมินความพร้อมในการฉายรังสีและการพบแพทย์เคมีบำบัด

2) การประเมิน

ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลกับสามี และลูก

สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 110/68 mmHg ชีพจร 70 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส

2.1 ประเมินภาวะโภชนาการ

(1) น้ำหนัก 39.5 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร BMI= 16.45 กิโลกรัม/ เมตร² (ค่าปกติ 18-23 กิโลกรัม/เมตร²)

น้ำหนัก ตัว (Kgs)	พ.ศ. 2566						จากข้อมูลน้ำหนักลดลง 9.5 กิโลกรัม จากน้ำหนักเดิม น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลงคิดเป็นร้อยละ 19.38 จาก น้ำหนักเดิม
	น้ำหนักรวม (เม.ย.)	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ส.ค.	ก.ย.	
49	43.4	42.2	42.1	39.1	39.5	39.5	

(2) ประเมินภาวะทุพโภชนาการโดยใช้แบบฟอร์ม Nutrition triage (NT) ได้ 10 คะแนน แปลผลว่า มีภาวะทุพโภชนาการระดับ 3 หมายถึง ทุพโภชนาการระดับปานกลาง

(3) พบว่า ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ สองในสามจากเดิม ดื่มน้ำเต้าหู้มือเช้า ดื่มนมกล่องระหว่างวัน และก่อนนอน Estimate energy 1000 Kcal/day

(4) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hematology และ Biochemistry อยู่ในเกณฑ์ปกติ

2.2 ประเมินอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด ระหว่างการรักษา

เริ่มรับประทานอาหารได้มากขึ้น ไม่พบอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร

2.3 ประเมินความพร้อมและความวิตกกังวลในการฉายรังสี

(1) ไม่พบความวิตกกังวลจากการฉายแสง

(2) กังวลผลเลือด “กลัวผลเลือด ผิดปกติ” กังวลกับอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด

3) สรุปประเด็นที่ประเมินพบ

- 3.1 การบริโภคอาหารเป็นไปตามเป้าหมาย ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ดีขึ้น
- 3.2 วิตกกังวลในอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด

4) แพทย์สั่งแผนการรักษาในครั้งนี้

Concurrent chemotherapy ครั้งที่ 1 โดยได้รับยาเคมีบำบัด สูตร Cisplatin 50 mg in 0.9% NaCl 500 ml iv in 90 min ที่ศูนย์บริหารยาเคมีบำบัด

5) กิจกรรมการพยาบาล

5.1 กล่าวทักทาย

5.2 นำทฤษฎีการพยาบาลของคิง มาประยุกต์ใช้ในการรับรู้ต่อการเกิดผลข้างเคียงจากข้อมูลที่ได้รับจาก Visit ก่อนหน้านี้เพื่อการจัดการอาการที่เหมาะสม ในช่วงที่ได้รับการรักษาทางด้านรังสี

5.3 ประเมินการรับประทานอาหาร และวางแผนการดูแลด้านโภชนาการร่วมกับผู้ป่วยและญาติ เน้นการรับประทานอาหารที่มีพลังงานสูง และโปรตีนสูง และอาหารที่สะอาด

5.4 ประเมินความวิตกกังวลและการจัดการตนเองหากมีความวิตกกังวล

5.5 ให้กำลังใจและเปิดโอกาสให้ซักถาม

6) สรุปผลเพื่อการติดตามประเมินครั้งต่อไป

6.1 ติดตามภาวะโภชนาการ การบริโภคอาหาร และน้ำหนักตัว

6.2 ติดตามอาการและความรุนแรงของอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด

ครั้งที่ 11 วันที่ 19 กันยายน 2566 เวลา 10.30 น. ติดตามเยี่ยมที่ หน่วยพยาบาลส่งเสริมภาวะโภชนาการ

1) เป้าหมาย

1.1 ติดตามภาวะโภชนาการ การบริโภคอาหาร และน้ำหนักตัว

1.2 ติดตามอาการและความรุนแรงของอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด

1.3 ติดตามอาการและความรุนแรงของอาการข้างเคียงของรังสีรักษา

2) การประเมิน

ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลกับลูกสาว

สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 120/74 mmHg ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.8

องศาเซลเซียส

2.1 ประเมินภาวะโภชนาการ

(1) น้ำหนัก 38.5 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร BMI= 16.04 กิโลกรัม/ เมตร² (ค่าปกติ 18-23

กิโลกรัม/เมตร²)

น้ำหนัก		พ.ศ. 2566						จากข้อมูลน้ำหนักลดลง 10.5 กิโลกรัม จาก น้ำหนักเดิม น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลงคิดเป็นร้อยละ 21.42 จากน้ำหนักเดิม เป็นระดับรุนแรง (Severe weight change)
น้ำหนัก ตัว (Kgs)	น้ำหนัก เดิม (เม.ย.)	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ก.ย.	
	49	43.4	42.2	42.1	39.1	39.5	38.5	

(2) ประเมินภาวะทุพโภชนาการโดยใช้แบบฟอร์ม Nutrition triage (NT) ได้ 11 คะแนน แปลผลว่า มีภาวะทุพโภชนาการระดับ 4 หมายถึง ทุพโภชนาการระดับรุนแรง

(3) พบว่า ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ ครึ่งหนึ่งจากเดิม น้ำเต้าหู้มือเช้าดื่มได้เล็กน้อย ดื่มนมกล่องระหว่างวัน Estimate energy 700 - 800 Kcal/day

(4) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hematology พบว่า ความเข้มข้นของเม็ดเลือดมีแนวโน้มลดลง แต่ยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ (Hct 35.6%) Biochemistry มีระดับโซเดียมในเลือดต่ำกว่าเกณฑ์เล็กน้อย (Sodium 135 mmol/L)

2.2 ประเมินอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด ระหว่างการรักษา

พบอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร การรับรสของอาหารมีเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยบอกว่า “หลังได้รับยา 2-3 วันแรกจะมีอาการคลื่นไส้ รับประทานไม่ค่อยได้ ได้กลิ่นอาหารรู้สึกพะอืดพะอม”

2.3 ประเมินอาการ ระหว่างการฉายรังสี

(1) ฉายแสงได้ 7 แสงใน 33 แสง (Dose 1484 cGy)

(2) ผิวหนังบริเวณฉายรังสี ไม่มีแผล ภายในช่องปากสะอาด

3) สรุปประเด็นที่ประเมินพบ

การบริโภคอาหารไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เนื่องจากอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด

4) แพทย์สั่งแผนการรักษาในครั้งนี้

Concurrent chemotherapy ครั้งที่ 2 โดยได้รับยาเคมีบำบัด สูตร Cisplatin 50 mg in 0.9% NaCl 500 ml iv in 90 min ที่ศูนย์บริหารยาเคมีบำบัด

5) กิจกรรมการพยาบาล

5.1 กล่าวทักทาย

5.2 ประเมินการรับประทานอาหาร และวางแผนการดูแลด้านโภชนาการร่วมกับผู้ป่วยและญาติ เสริมอาหารทางการแพทย์ดื่มระหว่างมือ โดยให้ตัวอย่างอาหารเพื่อให้ผู้ป่วยได้ทดลองชิมและเลือกรสชาติที่ผู้ป่วยชอบ

5.3 ทบทวนการดูแลช่องปากและฟัน ได้แก่ การแปรงฟัน การบ้วนปากบ่อยๆ เพื่อให้ช่องปากชุ่มชื้น และควรบ้วนปากหลังการรับประทานอาหารทุกครั้ง

5.4 ทบทวนและเน้นย้ำการบริหารช่องปากและคอ เพื่อป้องกันภาวะปากแคบ ได้แก่ การอ้าปากและหุบปาก ทำอย่างน้อย 100 ครั้งต่อวัน

5.5 ให้กำลังใจและเปิดโอกาสให้ซักถาม

6.สรุปผลเพื่อการติดตามประเมินครั้งต่อไป

6.1 ติดตามภาวะโภชนาการ การบริโภคอาหาร และน้ำหนักตัว

6.2 ติดตามอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดและรังสีรักษา

ครั้งที่ 12 วันที่ 26 กันยายน 2566 เวลา 11.00 น. ติดตามเยี่ยมที่ คลินิกผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด

1) เป้าหมาย

- 1.1 ติดตามภาวะโภชนาการ การบริโภคอาหาร และน้ำหนักตัว
- 1.2 ติดตามอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดและรังสีรักษา

2) การประเมิน

ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลกับลูกสาว อ่อนเพลีย อยู่ระหว่างให้ L-PRC

สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 100/56 mmHg ชีพจร 58 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.9

องศาเซลเซียส

2.1 ประเมินภาวะโภชนาการ

(1) น้ำหนัก 37.9 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร BMI= 15.79 กิโลกรัม/ เมตร² (ค่าปกติ 18-23 กิโลกรัม/เมตร²)

น้ำหนัก ตัว (Kgs)	พ.ศ. 2566								จากข้อมูลน้ำหนักลดลง 11.9 กิโลกรัม จาก น้ำหนักเดิม น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลงคิดเป็น ร้อยละ 24.28 จากน้ำหนักเดิม เป็นระดับ รุนแรง (Severe weight change)
	น้ำหนัก เดิม (เม.ย.)	30 มิ.ย.	19 ก.ค.	15 ส.ค.	23 ส.ค.	12 ก.ย.	19 ก.ย.	26 ก.ย.	
	49	43.4	42.2	42.1	39.1	39.5	38.5	37.1	

(2) ประเมินภาวะทุพโภชนาการโดยใช้แบบฟอร์ม Nutrition triage (NT) ได้ 12 คะแนน แปลผลว่า มีภาวะทุพโภชนาการระดับ 4 หมายถึง ทุพโภชนาการระดับรุนแรง

(3) พบว่า ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ 4-5 คำ/มื้อ รับประทานอาหารวันละ 2 มื้อ เนื่องจากเดินทางมาโรงพยาบาล เมื่อกลับถึงบ้าน เพลียหลับ ต้มอาหารทางการแพทย์เสริม ชงครั้งละ 2 ซ้อน ผสมน้ำประมาณ 50 - 100 cc ซึ่งอาจเป็นการผสมสัดส่วนไม่เหมาะสม (การจัดการอาการทางการแพทย์ต้องพิจารณาร่วมกับอาหารมื้อหลัก) Estimate energy 500 - 600 Kcal/day

(4) การดื่มน้ำ ดื่มน้ำน้อยลงจากเดิมเนื่องจากเริ่มมีการเจ็บคอ น้ำลายเหนียวข้น

(5) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hematology พบว่า ความเข้มข้นของเม็ดเลือดลดลง (Hct 29.9%) Biochemistry ในเกณฑ์ปกติ

2.2 ประเมินอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด ระหว่างการรักษา

พบอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร การรับรสของอาหารมีเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยบอกว่า “มีคลื่นไส้อาเจียนทุกวัน ทานไม่ค่อยได้ ”

2.3 ประเมินอาการ ระหว่างการฉายรังสี

(1) ฉายแสงได้ 12 แสงใน 33 แสง (Dose 2,544 cGy)

(2) มีอาการเจ็บปาก คอ มี Mucositis gr.1 ผิวหนังบริเวณฉายรังสี ไม่มีแผล

2.4 ประเมินอาการ ด้านอื่นๆ

(1) ผู้ป่วยหยุดงานระหว่างการรักษา จะออกจากบ้านเฉพาะในวันที่ต้องมาฉายแสง เมื่อกลับถึงบ้านจะนอนพักหลับเป็นส่วนใหญ่เนื่องจากเพลียจากการเดินทางและรถติด (พักบ้านเช่าอยู่แถวพระราม 2) ต้องนั่งวินมอเตอร์ไซด์ออกมาจากหมู่บ้านพร้อมลูก และนั่งรถสองแถวจากหน้าหมู่บ้านมาต่อรถตู้เพื่อเดินทางมาลงอนุสาวรีย์ชัยและต่อรถเมล์มาสถาบันมะเร็งแห่งชาติ รู้สึกว่าสภาพร่างกายไม่แข็งแรงเท่าเมื่อก่อน

(2) ผู้ป่วยมีอาการอ่อนล้า (Fatigue) จากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งซึ่งต้องการสารอาหารจากร่างกาย จึงทำให้เกิดการเผาผลาญมากขึ้น รวมทั้งผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัดเกิดผลข้างเคียงทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง ซึ่งเป็นที่มาของอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ

(3) อาการปวดอยู่ระหว่างรับประทานยาแก้ปวด (MST 30 mg at 6 am and 6 pm, Gabapentin 300 mg 1 cap at 6 am and 6 pm) ควบคุมอาการปวดได้ดี ระดับคะแนนความปวด 3 คะแนน ยังมีอาการตาเห็นภาพซ้อนบางครั้ง มีอาการหูอื้อ

3) สรุปประเด็นที่ประเมินพบ

การบริโภคอาหารยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เนื่องจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา

4) แพทย์สั่งแผนการรักษาในครั้งนี้

- L-PRC 1 unit iv drip in 3 hr
- Concurrent chemotherapy ครั้งที่ 3 โดยได้รับยาเคมีบำบัด สูตร Cisplatin 40 mg (Decrease dose) in 0.9% NaCl 500 ml iv in 90 min ที่ศูนย์บริหารยาเคมีบำบัด

5) กิจกรรมการพยาบาล

5.1 ประเมินอาการข้างเคียงจากการรับยาเคมีบำบัด พบมีอาการคลื่นไส้อาเจียน Grade 3 วางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วย โดยทบทวนการรับประทานยา Ondansetron (8 mg) 1 tab po bid ac และ

Metoclopramide (10) 1 tab po tid ac ก่อนรับประทานอาหารอย่างน้อย 1/2 ชั่วโมง

5.2 ประเมินอาการข้างเคียงจากรังสีรักษา พบมี Mucositis grade 1 (CTCAE version 5) วางแผนร่วมกับผู้ป่วยในการดูแลช่องปาก โดยการบ้วนปากบ่อยๆ โดยเฉพาะหลังจากรับประทานอาหารเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นภายในช่องปาก ดื่มน้ำระหว่างมื้อ

5.3 หาสาเหตุ และประเมินการรับประทานอาหาร เพื่อวางแผนการปรับเปลี่ยนการดูแลด้านโภชนาการร่วมกับผู้ป่วยและญาติโดย ให้ญาติเตรียมอาหารทางการแพทย์โดยให้นำมาให้ผู้ป่วยดื่มที่โรงพยาบาล ระหว่างรอพบแพทย์หรือรอฉายแสง โดยให้ดื่มครั้งละ 200 Kcal/แก้ว วันละ 3 ครั้ง ร่วมกับรับประทานอาหารอื่น แนะนำให้เลี่ยงอาหารที่มีรสจัด เช่น เปรี้ยว หรือเมนูร้อน ให้เป็นเมนูเย็น ลดการระคายเคืองในช่องปาก เช่น ไอศกรีมระหว่างมื้อ เพิ่มการรับประทานอาหารโปรตีน โดยให้เน้นรับประทานเนื้อสัตว์ เนื่องจากมีภาวะซีด

5.4 ประเมินอาการข้างเคียงขณะได้รับเลือด ได้แก่ สัญญาณชีพ อาการแน่นหน้าอก ใจสั่น

5.5 เปิดโอกาสให้ผู้ได้ระบายความรู้สึก ความไม่สบายใจ วางแผนร่วมกับผู้ป่วยและญาติเพื่อหาแนวทางร่วมกัน

5.6 ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ

6) สรุปผลเพื่อการติดตามประเมินครั้งต่อไป

6.1 ติดตามภาวะโภชนาการ การบริโภคอาหาร และน้ำหนักตัว

6.2 ติดตามอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดและรังสีรักษา

ครั้งที่ 13 – 14 วันที่ 3 และ 10 ตุลาคม 2566 เวลา 10.00 น. ติดตามเยี่ยมที่ หน่วยพยาบาลส่งเสริมภาวะโภชนาการ

1) เป้าหมาย

1.1 ติดตามภาวะโภชนาการ การบริโภคอาหาร และน้ำหนักตัว

1.2 ติดตามอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดและรังสีรักษา

2.การประเมิน

ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลกับลูกสาว

สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 107/63 mmHg ชีพจร 74 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส

2.1 ประเมินภาวะโภชนาการ

วันที่ 3 ตุลาคม 2566 น้ำหนัก 36 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร BMI= 15.00 กิโลกรัม/ เมตร² (ค่าปกติ 18-23 กิโลกรัม/เมตร²)

วันที่ 10 ตุลาคม 2566 น้ำหนัก 36.6 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร BMI= 15.25 กิโลกรัม/ เมตร² (ค่าปกติ 18-23 กิโลกรัม/เมตร²)

น้ำหนักตัว (Kgs)	พ.ศ. 2566										จากข้อมูลน้ำหนักลดลง 13 กิโลกรัม จากน้ำหนักเดิม น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลงคิดเป็นร้อยละ 26.53 จากน้ำหนักเดิม เป็นระดับรุนแรง (Severe weight change)
	น้ำหนักเดิม (เม.ย.)	30 มิ.ย.	19 ก.ค.	15 ส.ค.	23 ส.ค.	12 ก.ย.	19 ก.ย.	26 ก.ย.	3 ต.ค.	10 ต.ค.	
49	43.4	42.2	42.1	39.1	39.5	38.5	37.1	36	36.6		

(2) ประเมินภาวะทุพโภชนาการโดยใช้แบบฟอร์ม Nutrition triage (NT) ได้ 13 คะแนน แปลผลว่ามีภาวะทุพโภชนาการระดับ 4 หมายถึง ทุพโภชนาการระดับรุนแรง

(3) พบว่า ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้ำ เช่น น้ำข้าว น้ำซุป เนื่องจากเจ็บปากเจ็บคอ กลืนลำบาก ดื่มน้ำอาหารทางการแพทย์เสริม ชงครั้งละ 6 -7 ซ้อน ผสมน้ำประมาณ 200 cc ดื่มน้ำวันละ 3 แก้ว Estimate energy 600 - 750 Kcal/day ผู้ป่วยบอกว่า “ตอนนี้เจ็บปาก เจ็บคอมาก ทานโจ๊กหมูเวลากินก็รู้สึกเนื้อหมูปวดคอบ น้ำลายเหนียว ตัวเองพยายามทานเต็มที่แล้ว”

(4) การดื่มน้ำ ดื่มน้ำได้น้อยลงจากเดิมเนื่องจากเริ่มมีการเจ็บคอ น้ำลายเหนียวข้น

(5) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hematology พบว่า อยู่ในเกณฑ์ที่รับยาเคมีบำบัดได้ Biochemistry พบว่า ระดับโซเดียมในกระแสเลือดต่ำกว่า เกณฑ์ (Sodium 133 mmol/L)

2.2 ประเมินอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด ระหว่างการรักษา

พบอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร การรับรสของอาหารมีเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยบอกว่า “มีคลื่นไส้ อาเจียน หลังได้รับยาเคมีบำบัด พอเริ่มทานได้บ้างก็ครบให้ยาเคมีครั้งใหม่ ”

2.3 ประเมินอาการ ระหว่างการฉายรังสี

3 ตุลาคม 2566 ฉายแสงได้ 17 แสงใน 33 แสง (Dose 3,604 cGy)

10 ตุลาคม 2566 ฉายแสงได้ 22 แสงใน 33 แสง (Dose 4,876 cGy)

พบมีอาการเจ็บปาก คอ กลืนลำบาก มี Mucositis grade 1, Skin reaction grade 1 (RTOG)

3) สรุปประเด็นที่ประเมินพบ

การบริโภคอาหารยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เนื่องจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา

4) แพทย์สั่งแผนการรักษาในครั้งนี้

Concurrent chemotherapy ครั้งที่ 4 และ 5 โดยได้รับยาเคมีบำบัด สูตร Cisplatin 40 mg (Decrease dose) in 0.9% NaCl 500 ml iv in 90 min ที่ศูนย์บริหารยาเคมีบำบัด NaCl tab 600 mg รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เข้า เย็น

5) กิจกรรมการพยาบาล

5.1 กล่าวทักทาย

5.2 ประเมินอาการข้างเคียงจากการรับยาเคมีบำบัด พบมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน Grade 3 วางแผนการดูแล ร่วมกับผู้ป่วย โดยทบทวนการรับประทานยา Ondansetron (8 mg) 1tab po bid ac และ

Metoclopramide (10) 1tab po tid ac ก่อนรับประทานอาหารอย่างน้อย ½ ชั่วโมง

5.3 ประเมินอาการข้างเคียงจากรังสีรักษา พบมี Mucositis grade 1, Skin reaction grade 1 ทบทวนการดูแล Oral hygiene care และวางแผนร่วมกับผู้ป่วยในการดูแลผิวหนัง โดยให้เลี่ยงการเกาบริเวณผิวหนัง บริเวณที่ฉายแสง สวมใส่เสื้อผ้าที่ไม่รัดแน่น มีเนื้อผ้าอ่อนนุ่ม ระบายอากาศได้ดี เช่น เสื้อผ้าทำจากผ้าฝ้าย ให้ผู้ป่วยสังเกตผิวหนังบริเวณที่ฉายแสง หากมีอาการปวด บวม ร้อน หรือเป็นแผลให้แจ้งพยาบาลหรือแพทย์ทราบ

5.4 ประเมินการรับประทานอาหาร และวางแผนการดูแลด้านโภชนาการร่วมกับผู้ป่วยและญาติโดยให้ รับประทานอาหารทางการแพทย์แทนอาหารมื้อหลัก โดยให้รับประทานครั้งละ 200 Kcal วันละ 4 แก้วโดยให้ ดื่มตลอดวัน ร่วมกับทานอาหารมื้อหลักปรับเปลี่ยนจืดจาง เป็นโจ๊กปลาซึ่งมีมีรสสัมผัสที่นิ่มและกลืนได้ง่าย เนื่องจากผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยทำให้ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย แลกเปลี่ยนข้อมูลกับ ผู้ป่วยและญาติเรื่องการใส่สายให้อาหาร ผู้ป่วยขอพยายามลองรับประทานดูก่อน

5.5 สังเกตอาการภาวะโซเดียมต่ำ และแนะนำให้รับประทานยา NaCl tab 600 mg รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เข้า เย็น ตามแผนการรักษา และให้ญาติเฝ้าระวังอาการโซเดียมต่ำหากมีอาการให้พบแพทย์โรงพยาบาลต้นสิทธิ์

5.6 ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ

6) สรุปผลเพื่อการติดตามประเมินครั้งต่อไป

6.1 ติดตามภาวะโภชนาการ การบริโภคอาหาร และน้ำหนักตัว

6.2 ติดตามอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดและรังสีรักษา

ครั้งที่ 15 วันที่ 17 ตุลาคม 2566 เวลา 10.00 น. ติดตามเยี่ยมที่ หน่วยพยาบาลส่งเสริมภาวะโภชนาการ

1) เป้าหมาย

1.1 ติดตามภาวะโภชนาการ การบริโภคอาหาร และน้ำหนักตัว

1.2 ติดตามอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดและรังสีรักษา

2) การประเมิน

ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลกับลูกสาว อ่อนเพลีย

สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 115/53 mmHg ชีพจร 64 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.5

องศาเซลเซียส

2.1 ประเมินภาวะโภชนาการ

(1) น้ำหนัก 36.4 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร BMI= 14.77 กิโลกรัม/ เมตร² (ค่าปกติ 18-23 กิโลกรัม/เมตร²)

น้ำ หนัก ตัว (Kgs)	พ.ศ. 2566											
	น้ำหนักเดิม (เม.ย.) มิ.ย.	30 มิ.ย.	19 ก.ค.	15 ส.ค.	23 ส.ค.	12 ก.ย.	19 ก.ย.	26 ก.ย.	3 ต.ค.	10 ต.ค.	17 ต.ค.	
	49	43.4	42.2	42.1	39.1	39.5	38.5	37.1	36	36.6	36.4	
จากข้อมูลน้ำหนักลดลง 12.6 กิโลกรัม จากน้ำหนักเดิม น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลงคิดเป็นร้อยละ 25.71 จากน้ำหนักเดิม เป็นระดับรุนแรง (Severe weight change)												

(2) ประเมินภาวะทุพโภชนาการโดยใช้แบบฟอร์ม Nutrition triage (NT) ได้ 14 คะแนน แปลผลว่า มีภาวะทุพโภชนาการระดับ 4 หมายถึง ทุพโภชนาการระดับรุนแรง

(3) พบว่า ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้ำ เช่น น้ำข้าว น้ำซุป เนื่องจากเจ็บปากเจ็บคอ กลืนลำบาก ดื่มน้ำอาหารทางการแพทย์เสริม ชงครั้งละ 6 -7 ซ้อน ผสมน้ำประมาณ 200 cc ดื่มน้ำวันละ 2-3 แก้ว Estimate energy 500 - 700 Kcal/day ผู้ป่วยบอกว่า “ตอนนี้เจ็บปาก เจ็บคอมมาก กินอะไรไม่ได้เลย กลืนน้ำลายรู้สึกเจ็บปวดมาก ไม่อยากพูด ตัวเองพยายามทานเต็มที่แล้ว ขอยอมแพ้”

(4) การดื่มน้ำ ดื่มน้ำได้น้อยมาก น้ำลายเหนียวข้น

(5) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hematology พบว่า อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าเกณฑ์ (Hct 26.9 % ANC 1,830) ครั้งนี้รับยาเคมีบำบัด Biochemistry พบว่า ระดับโซเดียมในกระแสเลือดต่ำกว่า เกณฑ์ (Sodium 130 mmol/L)

2.2 ประเมินอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด ระหว่างการรักษา

พบอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร การรับรสของอาหารมีเปลี่ยนแปลง

2.3 ประเมินอาการ ระหว่างการฉายรังสี

(1) ฉายแสงได้ 22 แสงใน 33 แสง (Dose 5,724 cGy)

(2) มีอาการเจ็บปาก คอ กลืนลำบาก มี Mucositis grade 2, Skin reaction grade 1

2.4 ประเมินอาการ ด้านอื่นๆ

(1) จากการซักถามพบว่า รู้สึกเครียด อารมณ์บางครั้งหงุดหงิดง่ายขึ้น กลัวจะทำให้การรักษาไม่เป็นไปตามแผน นอนหลับได้ไม่ดี

(2) ภาวะลักษณะเปลี่ยนแปลง รูปร่างผอมลงจากเดิม เสื้อผ้าที่ใส่หลวมขึ้นรู้สึกว่าตนเองดูทรุดโทรมลง ไม่เหมือนเมื่อก่อน ไม่อยากส่องกระจก

(3) รู้สึกน้อยใจในตนเองชีวิตเมื่อก่อนลำบากต้องทำงานหาเลี้ยงชีพกำลังจะสบายลูกกำลังจะเรียนจบแต่ตนเองต้องมาเจ็บป่วย ไม่ได้สบายเหมือนคนอื่น รู้สึกเป็นภาระกับลูกและสา

3) สรุปประเด็นที่ประเมินพบ

3.1 การบริโภคอาหารยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายแต่มีน้ำหนักใกล้เคียงเดิม เนื่องจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา

3.2 มีภาวะการอ่อนล้า (Fatigue) จากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งซึ่งต้องการสารอาหารจากร่างกายจึงทำให้เกิดการเผาผลาญมากขึ้น รวมทั้งผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัดเกิดผลข้างเคียงทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง ซึ่งเป็นที่มาของอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ

4) แพทย์สั่งแผนการรักษาในครั้งนี้

- L-PRC 1 unit iv drip in 3 hr

- Hold ยาเคมีบำบัด

- On NG tube

- NaCl tab 600 mg รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เข้า เย็น

5) กิจกรรมการพยาบาล

5.1 ประเมินอาการข้างเคียงจากการรับยาเคมีบำบัด พบมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน Grade 3 วางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วย โดยทบทวนการรับประทานยา

5.2 ประเมินอาการข้างเคียงจากรังสีรักษา พบมี Mucositis grade 2, Skin reaction grade 1 ทบทวนการดูแล Oral hygiene care และวางแผนร่วมกับผู้ป่วยในการดูแลผิวหนัง

5.3 แลกเปลี่ยนข้อมูลวิธีการบริโภคอาหาร ประเมินการรับประทานอาหาร และวางแผนการดูแลด้านโภชนาการร่วมกับผู้ป่วยและญาติโดยปรับเปลี่ยนวิธีการบริโภคอาหารเป็นทางสายให้อาหารทางจมูก สอนสาธิตการเตรียมและการให้อาหารทางสาย โดยเริ่มต้นให้ 200 Kcal/มื้อ วันละ 4 มื้อ (Total 800 Kcal/day) หลังให้อาหารให้น้ำตาม 100 – 150 ซีซี ถ้า Feed รับประทานได้ดี ปรับอาหารเพิ่มพลังงาน 1200 Kcal/day โปรตีน 60 g/day

5.4 สังเกตอาการภาวะโซเดียมต่ำ และแนะนำให้รับประทานยา NaCl tab 600 mg รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เช้า เย็น ตามแผนการรักษา และให้ญาติเฝ้าระวังอาการโซเดียมต่ำหากมีอาการให้พบแพทย์โรงพยาบาลต้นสิทธิ์

5.5 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกที่กังวลใจ ประเมินและวางแผนร่วมกับผู้ป่วยการจัดการความเครียดและการดูแลตนเอง พร้อมให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ

6) สรุปผลเพื่อการติดตามประเมินครั้งต่อไป

6.1 ติดตามภาวะโภชนาการ การบริโภคอาหาร และน้ำหนักตัว

6.2 ติดตามอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดและรังสีรักษา

6.3 ติดตามคุณภาพการนอนหลับ

ครั้งที่ 16 วันที่ 24 ตุลาคม 2566 เวลา 10.00 น. ติดตามเยี่ยมที่ หน่วยพยาบาลส่งเสริมภาวะโภชนาการ

1) เป้าหมาย

1.1 ติดตามภาวะโภชนาการ การบริโภคอาหาร และน้ำหนักตัว

1.2 ติดตามอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดและรังสีรักษา

1.3 ติดตามคุณภาพการนอนหลับ

2) การประเมิน

ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลกับลูกสาว

สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 115/53 mmHg ชีพจร 64 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.5

องศาเซลเซียส

2.1 ประเมินภาวะโภชนาการ

(1) น้ำหนัก 36.8 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร BMI= 15.31 กิโลกรัม/ เมตร²

น้ำหนัก ตัว (Kgs)	พ.ศ.2566											
	น้ำหนักเดิม (เม.ย.)	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ก.ย.	ก.ย.	ต.ค.	ต.ค.	ต.ค.	ต.ค.
49	43.4	42.2	42.1	39.1	39.5	38.5	37.1	36	36.6	36.4	36.8	

จากข้อมูลน้ำหนักลดลง 12.2 กิโลกรัม จากน้ำหนักเดิม น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลงคิดเป็นร้อยละ 24.89 จากน้ำหนักเดิม เป็นระดับรุนแรง (Severe weight change)

(2) ประเมินภาวะทุพโภชนาการโดยใช้แบบฟอร์ม Nutrition triage (NT) ได้ 12 คะแนน แปลผลว่า มีภาวะทุพโภชนาการระดับ 4 หมายถึง ทุพโภชนาการระดับรุนแรง

(3) พบว่า ผู้ป่วย Feed อาหารทางการแพทย์ (1:1) 300 ซีซี วันละ 4 ครั้ง รับประทานอาหารได้หมด ไม่มีแน่นท้อง Estimate energy 1200 Kcal/day ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกมีแรงขึ้นมากกว่าสัปดาห์ที่แล้ว แต่ยังอ่อนเพลีย อยากรนอน”

(4) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hematology พบว่า เม็ดเลือดแดงมีค่าต่ำ (Hb 9.7 g/dL, Hct 29.8 %) ครั้งนี้ได้รับยาเคมีบำบัด และผลตรวจ Biochemistry พบว่า ระดับโซเดียมในกระแสเลือดต่ำกว่าเกณฑ์ (Sodium 132 mmol/L)

2.2 ประเมินอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด ระหว่างการรักษา

ไม่พบอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร การรับรสอาหารมีเปลี่ยนแปลง (งดยาเคมีบำบัดในครั้งนี้)

2.3 ประเมินอาการ ระหว่างการฉายรังสี

(1) ฉายแสงได้ 30 แสงใน 33 แสง (Dose 6,360 cGy)

(2) มีอาการเจ็บปาก คอ กลืนลำบาก มี Mucositis grade 2, Skin reaction grade 2

2.4 ประเมินอาการ ด้านอื่นๆ

ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากการรักษาไม่เป็นไปตามแผน (งดยาเคมีบำบัด)

3) สรุปประเด็นที่ประเมินพบ

3.1 การบริโภคอาหารยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายแต่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นเล็กน้อย เนื่องจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา

3.2 วิตกกังวลเนื่องจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดไม่เป็นไปตามแผน

4) แพทย์สั่งแผนการรักษาในครั้งนี้

Hold ยาเคมีบำบัด

NaCl tab 600 mg รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เข้า เย็น

5) กิจกรรมการพยาบาล

5.1 กล่าวทักทาย

5.2 ประเมินอาการข้างเคียงจากการรับยาเคมีบำบัด พบมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน Grade 3 (ระดับเดิม) วางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วย โดยทบทวนการรับประทานยา

5.3 ประเมินอาการข้างเคียงจากรังสีรักษา พบมี Mucositis grade 2, Skin reaction grade 2 (ระดับเดิม) ทบทวนการดูแล Oral hygiene care และวางแผนร่วมกับผู้ป่วยในการดูแลผิวหนัง

5.4 ประเมินการให้อาหารทางสาย และวางแผนการดูแลด้านโภชนาการร่วมกับผู้ป่วยและญาติโดย สอนการเตรียมและการให้อาหารทางสาย โดยปรับอาหารทางการแพทย์ (1.2:1) 300 ซีซี วันละ 4 มื้อ (พลังงาน 1440 Kcal/day โปรตีน 60 g/day) และเน้นย้ำความสะอาดในการเตรียมอาหาร

5.5 แนะนำให้พักผ่อนอยู่บ้านหากต้องเดินทางหรือไปในที่สาธารณะแนะนำให้ใส่ mask

- 5.6 ทบพทอนอาการภาวะโซเดียมต่ำ ได้แก่ รู้สึกอ่อนล้า ซึมลง คลื่นไส้ อาเจียน กล้ามเนื้อกระตุก และอาจมีอาการปวดศีรษะ แนะนำให้รับประทานยา NaCl tab 600 mg รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เข้า เย็น ตามแผนการรักษา และให้ญาติเฝ้าระวังอาการโซเดียมต่ำหากมีอาการให้พบแพทย์โรงพยาบาลต้นสิทธิ์
- 5.7 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกที่กังวลใจ ประเมินและวางแผนร่วมกับผู้ป่วยการจัดการความเครียด และการดูแลตนเอง
- 5.8 ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ ที่การฉายแสงใกล้ครบตามแผนการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ

6) สรุปผลเพื่อการติดตามประเมินครั้งต่อไป

- 6.1 ติดตามภาวะโภชนาการ การบริโภคอาหาร และน้ำหนักตัว
- 6.2 ติดตามอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดและรังสีรักษา
- 6.3 ติดตามความวิตกกังวล และการพักผ่อน

ครั้งที่ 18 วันที่ 27 ตุลาคม 2566 เวลา 10.00 น. ติดตามเยี่ยมที่ คลินิกมะเร็งปอด

1) เป้าหมาย

- 1.1 ติดตามภาวะโภชนาการ การบริโภคอาหาร และน้ำหนักตัว
- 1.2 ติดตามอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดและรังสีรักษา
- 1.3 ติดตามคุณภาพการนอนหลับ
- 1.4 ติดตามอาการปวด

2) การประเมิน

ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลกับลูกสาว

สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 102/63 mmHg ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส

2.1 ประเมินภาวะโภชนาการ

(1) น้ำหนัก 37 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร BMI= 15.41 กิโลกรัม/ เมตร² (ค่าปกติ 18-23 กิโลกรัม/เมตร²)

น้ำหนักตัว (Kgs)	พ.ศ. 2566												
	น้ำหนักเดิม (เม.ย.)	30 มิ.ย.	19 ก.ค.	15 ส.ค.	23 ส.ค.	12 ก.ย.	19 ก.ย.	26 ก.ย.	3 ต.ค.	10 ต.ค.	17 ต.ค.	24 ต.ค.	27 ต.ค.
	49	43.4	42.2	42.1	39.1	39.5	38.5	37.1	36	36.6	36.4	36.8	37
จากข้อมูลน้ำหนักลดลง 12 กิโลกรัม จากน้ำหนักเดิม น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลง คิดเป็นร้อยละ 24.48 จากน้ำหนักเดิม ระดับรุนแรง (Severe weight change)													

(2) ประเมินภาวะทุพโภชนาการโดยใช้แบบฟอร์ม Nutrition triage (NT) ได้ 11 คะแนน แปลผลว่า มีภาวะทุพโภชนาการระดับ 4 หมายถึง ทุพโภชนาการระดับรุนแรง

(3) พบว่า ผู้ป่วย Feed อาหารทางการแพทย์ (1:1) 300 ซีซี วันละ 4 ครั้ง รับอาหารได้หมด ไม่มีแน่นท้อง Estimate energy 1440 Kcal/day

2.2 ประเมินอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด ระหว่างการรักษา

ไม่พบอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร

2.3 ประเมินอาการ ระหว่างการฉายรังสี

(1) ฉายแสงครบ 33 แสงใน 33 แสง (Dose 6,360 cGy)

(2) มีอาการเจ็บปาก คอ กลืนลำบาก มี Mucositis grade 2, Skin reaction grade 2 (ระดับเดิม)

2.4 ประเมินอาการด้านอื่น

(1) ผู้ป่วยกังวลการดูแลตนเองหลังการฉายแสงครบ

(2) ผู้ป่วยกังวลการดูแลเตรียมตัวรับยาเคมีบำบัดครั้งหน้า เคมีบำบัดนัด induction chemotherapy ครั้งที่ 2 วันที่ 28 พ.ย. 2566

(3) ไม่พบอาการปวดศีรษะและปวดหู คะแนนความปวด 2 คะแนน ไม่ได้รับประทานยา MO IR prn

(4) กลางคืนนอนหลับพักผ่อนได้ตลอดคืน

3) สรุปประเด็นที่ประเมินพบ

3.1 น้ำหนักเพิ่มขึ้น การบริโภคอาหารมีแนวโน้มเป็นไปตามเป้าหมาย

3.2 ขาดความรู้การดูแลตนเองหลังครบรังสีรักษา

4) แพทย์สั่งแผนการรักษาในครั้งนี้

แพทย์คลินิกกระจับปวด ปรับลดยาบรรเทาปวด โดยหยุดยา MST 30 mg. และเปลี่ยนเป็น Kapanol 20 mg. และ หยุดยา MO IR คงได้รับยาดังต่อไปนี้ต่อเนื่อง

- Gabapentin 300 mg รับประทาน ครั้งละ 1 แคปซูล วันละ 2 ครั้ง เวลา 6.00 น. และ 18.00 น.

- Kapanol 20 mg. รับประทาน ครั้งละ 1 แคปซูล วันละ 1 ครั้ง เวลา 18.00 น.

- Amitriptyline 10mg (GPO) รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน

- Senna 7.5mg รับประทาน ครั้งละ 5 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน

- Lactulose 100ml syrup (HEPALAC) รับประทาน ครั้งละ 30 มิลลิลิตร วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน

ถ้าไม่ถ่าย 3 วัน

5) กิจกรรมการพยาบาล

5.1 กล่าวทักทาย

5.2 ประเมินอาการอาการปวดและทบทวนการรับประทานยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

5.3 ประเมินการให้อาหารทางสาย และวางแผนการดูแลด้านโภชนาการร่วมกับผู้ป่วยและญาติโดย คงให้อาหารทางการแพทย์ (1.2:1) 300 ซีซี วันละ 4 มื้อ (พลังงาน 1440 Kcal/day โปรตีน 60 g/day) และถ้าหาก

อาการเจ็บปากและคอที่ขึ้นผู้ป่วยสามารถเริ่มรับประทานอาหารทางปากโดยเริ่มจากอาหารเหลว เหลวข้น โจ๊ก และอาหารอ่อนตามลำดับ ด้วยความระมัดระวังและเพื่อป้องกันการสำลักอาหาร หากไม่มีอาการสำลักให้รับประทานอาหารสลับช่วงเวลากับการให้อาหารทางสายหลักเลี่ยงการเกิดอาการแน่นอึดอัดท้อง

5.4 นำทฤษฎีการพยาบาลของคิง มาประยุกต์ใช้ในการสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการดูแลผิวหนังที่มีการฉายรังสีบริเวณคอ ตามคำแนะนำของพยาบาลรังสีรักษาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสียังคงให้ปฏิบัติเช่นเดียวกับในระยะเวลาที่ฉายรังสีต่อไปอีก 1 เดือน เพื่อหลีกเลี่ยงเกิดการระคายเคืองที่ยังคงค้างจากผลของรังสีอยู่

5.5 นำทฤษฎีการพยาบาลของคิง มาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริม สร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการฟื้นฟูโดยการบริหารคอเพื่อยืดและคลายกล้ามเนื้อ รวมถึงการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณแก้มและขากรรไกรโดยการตั้งเป้าหมายการปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาลรังสีรักษาอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 2 ปี โดยการอ้าปากค้างไว้ 10 วินาที และหุบปาก 3 วินาที นับเป็น 1 ชุด โดยทำวันละ 2 ครั้ง เข้า เย็น ครั้งละ 10 ชุด และประเมินความกว้างของช่องปากต้องไม่น้อยกว่า 3.5 เซนติเมตร (ตามแผ่นวัดความกว้างช่องปากที่หน่วยงานรังสีที่ได้ให้ผู้ป่วยกลับไปประเมินด้วยตนเองที่บ้าน) การบริหารเป็นการทำเพื่อป้องกันการเกิดการยึดติดของขากรรไกร ทำให้เกิดช่องปากแคบ (Trismus) ซึ่งถ้าเกิดจะมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน ในการรับประทานอาหาร รวมถึงการดูแลความสะอาดในช่องปาก และการตรวจติดตามโรคที่ต้องผ่านช่องปาก

5.5 ชื่นชมและกำลังใจผู้ป่วยและญาติการได้รับรังสีรักษาครบตามแผนการรักษาโดยที่ไม่ต้องพักแสม เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและเตรียมรับเคมีบำบัดครั้งถัดไป

5.6 แจ้งผู้ป่วยและญาติ ขออนุญาตติดตามผ่านช่องทาง Video call ช่วงหลังครบการฉายรังสีแล้ว 2 สัปดาห์

6) สรุปผลเพื่อการติดตามประเมินครั้งต่อไป

6.1 ติดตามภาวะโภชนาการ การบริโภคอาหาร

6.2 ติดตามอาการปวด และการใช้ยาแก้ปวด

6.3 ติดตามการดูแลผิวหนัง และการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณแก้มและขากรรไกรเพื่อป้องกันช่องปากแคบซึ่งมีผลต่อการได้รับสารอาหาร

ครั้งที่ 19 วันที่ 10 พฤศจิกายน 2566 เวลา 14.00 น. ติดตามเยี่ยมผ่าน Video call

1) เป้าหมาย

1.1 ติดตามภาวะโภชนาการ การบริโภคอาหาร

1.2 ติดตามการใช้ยาแก้ปวด

1.3 ติดตามการดูแลผิวหนัง และการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณแก้มและขากรรไกรเพื่อป้องกันช่องปากแคบซึ่งมีผลต่อการได้รับสารอาหาร

2) การประเมิน

2.1 สามารถได้รับอาหารทางสายตามแผนที่กำหนดไว้ร่วมกัน รวมทั้งการแบ่งมื้ออาหารรับประทานทางปาก

สามารถรับประทานอาหารได้แก่ นม น้ำข้าว ซุป ไม่มีอาการแน่นอึดอัดท้อง อาการเจ็บในช่องปากทุเลาลง การรับรู้รสชาติยังไม่เหมือนเดิม รู้สึกร่างกายมีเรี่ยวแรงมากขึ้น

2.2 อาการปวดศีรษะ และปวดหูอยู่ในระดับที่ทนได้ คะแนนความปวดผู้ป่วยระบุ 2/10 คะแนน รับประทานยาตามที่แพทย์สั่งได้ถูกต้อง ไม่มีอาการท้องผูก

2.3 สามารถดูแลผิวหนังได้ตามคำแนะนำ ไม่พบการเกิดแผลบริเวณที่ฉายรังสี และบริหารกล้ามเนื้อบริเวณแก้ม และขากรรไกรตามคำแนะนำ อย่างสม่ำเสมอ โดยทำวันละ 2 ครั้ง เช้า เย็น ครั้งละ 10 ชุด และให้ผู้ป่วยแสดงการวัดประเมินความกว้างช่องปากโดยแผ่นประเมินที่ได้รับ พบว่าความกว้างของช่องปากไม่น้อยกว่า 3.5 เซนติเมตร

2.4 ผู้ป่วยมีความพร้อมและเข้าใจการปฏิบัติตัว ก่อนการรับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 2 ตามแผนการรักษาของแพทย์ ในวันที่ 28 พฤศจิกายน 2566

3) สรุปประเด็นที่ประเมินพบ

ไม่พบปัญหา ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างเหมาะสมตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน ได้แก่ ภาวะโภชนาการ และการบริโภคอาหาร การจัดการอาการปวดโดยใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่อง และการดูแลผิวหนังไม่เกิดแผล และผลการประเมินช่องปาก กว้าง 3.5 เซนติเมตร ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกันและมีความเข้าใจในการเตรียมตัวก่อนการรับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 2

4) กิจกรรมการพยาบาล

4.1 ชื่นชม ให้กำลังใจกับผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเอง และส่งเสริมให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ

4.2 ให้กำลังใจกับผู้ป่วยในการมารับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 2

4.3 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถาม

5) สรุปผลเพื่อการติดตามครั้งต่อไป

5.1 ติดตามประเมินการคงภาวะโภชนาการ การบริโภคอาหาร

5.2 เพื่อเสริมพลัง ให้กำลังใจ ส่งเสริมการฟื้นฟูร่างกายหลังการฉายรังสี และรับฟังปัญหา (ถ้ามี)

ครั้งที่ 20 วันที่ 28 พฤศจิกายน 2566 เวลา 10.00 น. ติดตามเยี่ยมที่ หน่วยพยาบาลส่งเสริมภาวะโภชนาการ

1) เป้าหมาย

1.1 ติดตามประเมินการคงภาวะโภชนาการ การบริโภคอาหาร

1.2 เพื่อเสริมพลัง ให้กำลังใจ ส่งเสริมการฟื้นฟูร่างกายหลังการฉายรังสี และรับฟังปัญหา

2) การประเมิน

2.1 ประเมินภาวะโภชนาการ

(1) น้ำหนัก 39.3 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร BMI= 16.3 กิโลกรัม/ เมตร² (ค่าปกติ 18-23 กิโลกรัม/เมตร²)

น้ำหนัก ตัว (Kgs)	พ.ศ. 2566													
	น้ำหนัก เดิม (เม.ย.)	30 มิ.ย.	19 ก.ค.	15 ส.ค.	23 ส.ค.	12 ก.ย.	19 ก.ย.	26 ก.ย.	3 ต.ค.	10 ต.ค.	17 ต.ค.	24 ต.ค.	27 ต.ค.	28 พ.ย.
49	43.4	42.2	42.1	39.1	39.5	38.5	37.1	36	36.6	36.4	36.8	37	39.3	
จากข้อมูลน้ำหนักลดลง 9.7 กิโลกรัม จากน้ำหนักเดิม น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลง คิดเป็นร้อยละ 19.79 จากน้ำหนักเดิม														

(2) ประเมินภาวะทุพโภชนาการโดยใช้แบบฟอร์ม Nutrition triage (NT) ได้ 9 คะแนน แปลผลว่ามีภาวะทุพโภชนาการระดับ 3 หมายถึง ทุพโภชนาการระดับปานกลาง (สรุปพบว่า ภาวะทุพโภชนาการดีขึ้นจากระดับรุนแรงเป็นระดับปานกลาง)

(3) พบว่า ผู้ป่วย Feed อาหารทางการแพทย์ (1.2:1) 300 ซีซี วันละ 4 ครั้ง รับประทานอาหารได้หมด ไม่มีแน่นท้อง รับประทานอาหารทางปากโดยดื่มอาหารทางการแพทย์เสริมทางปาก โจ๊กปั่น ได้ประมาณครึ่งถ้วยจากเดิม การรับรู้รสชาติของอาหารยังไม่รับรู้ ยังรับประทานอาหารรสเผ็ดไม่ได้ มีภาวะน้ำลายแห้ง ต้องจิบน้ำบ่อยๆ
Estimate energy 1800 Kcal/day

2.2 ประเมินการจัดการอาการปวด และการฟื้นฟูร่างกายหลังการฉายรังสี

(1) อาการปวดศีรษะ และปวดหูอยู่ในระดับที่ทนได้ คะแนนความปวดผู้ป่วยระบุ 2/10 คะแนน รับประทานยาตามที่แพทย์สั่งได้ถูกต้อง ไม่มีอาการท้องผูก

(2) ไม่พบการเกิดแผลบริเวณที่ฉายรังสี ประเมินความกว้างช่องปากพบว่าความกว้างของช่องปากไม่น้อยกว่า 3.5 เซนติเมตร ยังไม่เกิดภาวะช่องปากแคบ (Trismus)

3) สรุปประเด็นที่ประเมินพบ

ไม่พบปัญหา ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างเหมาะสม

4) กิจกรรมการพยาบาล

4.1 ชื่นชม ให้กำลังใจกับผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเอง เกี่ยวกับการจัดการภาวะโภชนาการของตนเองได้อย่างเหมาะสม ทำให้ลดความรุนแรงของภาวะทุพโภชนาการลงได้ และเสริมพลังให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการฟื้นฟูร่างกายด้านโภชนาการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ร่างกายผ่านพ้นภาวะทุพโภชนาการได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของผู้ป่วย

4.2 ส่งเสริมให้กำลังใจในการบริหารช่องปาก เพื่อป้องกันภาวะช่องปากแคบ (Trismus) ซึ่งจะกระทบต่อการได้รับสารอาหาร

4.3 สร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูร่างกายภายหลังการฉายรังสีครบ 1 เดือน โดยต้องมีการฟื้นฟูตำแหน่งผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีเพื่อป้องกันการเกิดพังพืด (Fibrosis) ตามที่ได้รับการสอนและฝึกทักษะจากพยาบาลหน่วยรังสีรักษา โดยการนวดกล้ามเนื้อบริเวณลำคอทั้ง 2 ข้าง เมื่อผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี ไม่มีการอักเสบ ให้เริ่มนวดผิวหนัง หลังอาบน้ำเสร็จ โดยครีมเข้มข้นนวดคลึงบริเวณลำคอ โดยกดน้ำหนักให้ลึกพร้อม

กับโยกกล้ามเนื้อทำวันละ 1-2 ครั้งอย่างน้อย 10-15 นาทีสม่ำเสมอทุกวัน ถ้าทำได้อย่างไม่มีประสิทธิภาพ จะเกิดผังพืดยึดติดศีรษะและลำคอ ทำให้การหันศีรษะลดลง และส่งผลต่ออาการลักษณะ

4.4 ให้กำลังใจผู้ป่วยในการเข้าสู่การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดครั้งที่ 2 ตามแผนการรักษาของแพทย์

4.5 แจ้งผู้ป่วยเพื่อยุติการติดตาม(สิ้นสุดการดูแลตามแผนการที่กำหนด) แต่ยังคงเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ปรึกษาด้านโภชนาการได้

7. สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระหว่างรับไว้ในการดูแล

รวบรวมข้อมูลสุขภาพจากการดูแลตลอดช่วง วันที่ 11 กรกฎาคม 2566 – 28 พฤศจิกายน 2566 (ข้อมูลจากการเยี่ยม) สรุปปัญหาทางการพยาบาลที่พบเป็นดังนี้

1. ระยะก่อนการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1.1 ไม่สุขสบายจากอาการปวดรุนแรงจากการเคลื่อนไหวศีรษะ และอาการปวดหู/หูอื้อ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1.2 ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เนื่องจากมีความเชื่อเรื่องอาหารที่ไม่ถูกต้องและมีอาการปวดรบกวน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1.3 วิตกกังวลเกี่ยวกับโรค การรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เนื่องจากไม่มีประสบการณ์การรักษาและรับฟังข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ

2. ระยะระหว่างรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2.1 ผู้ป่วยได้รับสารอาหารไม่เพียงพอจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2.2 เกิดภาวะความไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย (Hyponatremia)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2.3 สร้างทักษะผู้ป่วยและญาติในการจัดการอาหารทางการแพทย์ และทางสายให้อาหารทางจมูก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2.4 ส่งเสริมความพร้อมในการดูแลตนเองด้านโภชนาการและฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษาในระยะยาว

1. ระยะก่อนการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1.1

ไม่สุขสบายจากอาการปวดศีรษะ ตาเห็นภาพซ้อนบางครั้ง มีอาการหicc และปวดหู
วันที่พบปัญหา วันที่ 26 กรกฎาคม - 16 สิงหาคม 2566

ข้อมูลสนับสนุน

- Subjective data**
- 26 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยบอกว่า “อาการปวดไม่ดีขึ้นเลย มันทรมานมาก เหมือนถูกบีบตลอดเวลา รับประทานยา (Tramol 50 mg. 1 cap) ที่ได้ไป ดีขึ้นชั่วคราวระยะสั้นๆแล้วก็ปวดอีกจนนอนไม่ได้เลย หลังรับประทานยามี ฝะอืดพะอม มันไม่ดีขึ้นเลย” คะแนนความปวด 10/10 คะแนน
 - 15 สิงหาคม 2566 ผู้ป่วยบอกว่า “ปวดศีรษะซีกขวาร้าวไปท้ายทอย ต้นคอ ร้าวลงมาที่ไหล่ขวา “อาการปวดดีขึ้นเล็กน้อย แต่ยังรู้สึกทรมานมาก เหมือนถูกบีบปวดลึกๆข้างในปวดตื้อๆ บีบๆปวดตลอดเวลา ปวดกลางคืน มากกว่ากลางวัน ปวดนาน 4- 5 ชม. จึงจะคลาย มีอาการ 2-3 ครั้ง/วัน คะแนนความปวด 9/10 คะแนน มียา (MST 10 mg และ Morphine IR 10 mg.) รับประทาน”
- Objective data**
- สีหน้าไม่สุขสบาย
 - จากการประเมินพบว่า คุณภาพการนอนหลับไม่ดี เนื่องจากมีความปวดรบกวนเวลากลางคืน

เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยบรรเทาอาการปวดโดยได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีระดับคะแนนความปวด ≤ 3 คะแนน
2. ผู้ป่วยพักหลับได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและภรรยาด้วยถ้อยคำที่สุภาพ โดยการจัดมุมพูดคุยที่สงบเป็นส่วนตัว เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และร่วมมือให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาล
2. ประเมินความปวดและทบทวนการรับประทานยาตามแผนการรักษาที่มีการปรับเปลี่ยนและเน้นให้ผู้ป่วยตระหนักการรับประทานยาให้ตรงตามเวลา

2.1 วันที่ 26 กรกฎาคม 2566 ปรับเปลี่ยนยาจาก Tramol 50 mg. 1 cap prn. เป็น MST (Morphine Sulfate Tablet) 10 mg. รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง และ Morphine IR 10 mg. รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด ทุก 2 ชั่วโมง เมื่อปวด

2.2 วันที่ 15 สิงหาคม 2566 ปรับเปลี่ยนยา MST 30 mg 1 tab at 6 am. and 6 pm. (ยาเดิม MST 10 mg)

- MO IR 10 mg 1 tab prn q 2 hr.
- เพิ่ม Gabapentin 300 mg 1 cap at 6 am. and 6 pm.
- เพิ่ม Amitriptyline 10 mg 1 tab hs.
- เพิ่ม Senokot 5 tab hs.

3. วางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการปวด เช่น ลดการเคลื่อนไหวศีรษะเร็วๆ เมื่อมีอาการปวด หากิจกรรมเพื่อเบี่ยงเบน/บรรเทาอาการปวด เช่น การฟังเพลง การดูทีวี เป็นต้น

4. ประเมินการนอนหลับและการจัดการตนเองเมื่อมีอาการนอนไม่หลับ และร่วมกับผู้ป่วยในการหาวิธีจัดการอาการนอนไม่หลับโดยให้วิธีการผ่อนคลายช่วงเวลานอน เช่น การดื่มนมอุ่นๆ การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการนอนหลับ การทำสมาธิด้วยวิธีการกำหนดลมหายใจเข้า-ออก การพูดคุยกับคนที่ไว้วางใจเพื่อให้ผ่อนคลายความกังวล เป็นต้น

การประเมินผลการพยาบาล

วันที่ 16 สิงหาคม 2566

ผู้ป่วยบอกว่า “อาการปวดทุเลาลง นอนหลับได้สนิทตลอดคืน” คะแนนความปวด 2 คะแนน
สรุป ปัญหาอาการปวดสิ้นสุด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1.2

ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เนื่องจากมีความเชื่อเรื่องอาหารที่ไม่ถูกต้อง และมีอาการปวดรบกวน

ช่วงที่ 1 วันที่พบปัญหา วันที่ 11 กรกฎาคม - 16 สิงหาคม 2566

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

1.วันที่ 11 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยบอกว่า “ตั้งแต่ป่วยเพื่อนบ้านให้งด รับประทานเนื้อสัตว์เพราะจะทำให้ก้อนมะเร็งโตเร็ว ทำให้ไม่รับประทานเนื้อสัตว์ เน้นรับประทานผักจนถึงปัจจุบัน”

2.วันที่ 11 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยบอกว่า “อาการรบกวนจากการปวดทำให้ มีความไม่สุขสบาย ทำให้ไม่อยากรับประทานอาหาร”

3.วันที่ 26 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยบอกว่า “อาการปวดไม่ดีขึ้นเลย ไม่สบายตัว แต่ตนพยายามฝืนรับประทานตามที่คุณพยาบาลแนะนำแล้ว”

- Objective data**
1. วันที่ 11 กรกฎาคม 2566 น้ำหนักลดลงจากเดิม 6 กิโลกรัมในระยะเวลา 3 เดือน น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลงคิดเป็นร้อยละ 12.24 เป็นระดับรุนแรง
 2. ประเมินทางด้านร่างกาย พบว่ามีข้อจำกัดในการบดเคี้ยวอาหาร เนื่องจากต้องถอนฟันตามแผนการรักษา 10 ซี่

เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีน้ำหนักไม่ลดลงหรือใกล้เคียงน้ำหนักเดิม (43 กิโลกรัม)
2. ผู้ป่วยบริโภคเนื้อสัตว์ และบริโภคอาหารได้เพิ่มจากเดิม

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและผู้ดูแลด้วยถ้อยคำที่สุภาพ โดยการจัดมุมพูดคุยที่สงบเป็นส่วนตัว เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และร่วมมือให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาล
2. ประเมินภาวะโภชนาการ ได้แก่ การประเมินสัดส่วนต่างๆ ของร่างกาย การประเมินทางด้านชีวเคมี การประเมินอาการทางคลินิก และการประเมินอาหารบริโภค ร่วมกับแบบประเมินภาวะโภชนาการ NT 2013
3. นำทฤษฎีการพยาบาลของคิง มาประยุกต์ใช้ในการประเมินบริบท สิ่งแวดล้อม และภาวะสุขภาพโดยการประเมินการรับประทานอาหารตามวิถีชีวิตปกติของผู้ป่วย วางแผนการพยาบาลด้านโภชนาการร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยให้ข้อมูลเสริมพลังเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักเห็นความสำคัญของการได้รับพลังงานจากอาหารอย่างน้อย 1500 Kcal/day และโปรตีน 65 g/day รวมทั้งร่วมวางแผนการจัดอาหาร ประเภทอาหาร (ชนิดและลักษณะอาหาร) ที่เป็นไปตามบริบทของผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับสารอาหารตามแผน โดยรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบทั้ง 5 หมู่ โดยเน้นให้เห็นความสำคัญของการรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง แหล่งอาหารสำคัญคือ เนื้อแดง เป็ด ไก่ ปลา อาหารทะเล ไข่ นม ช่วยในการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันและเพื่อเพิ่มมวลกล้ามเนื้อ รวมทั้งการปรับอาหารจาก Regular diet เป็น Soft diet เลือกรับประทานข้าวต้มแทนข้าวสวยเนื่องจากถอนฟันมีการใช้สมุนไพร จำพวกมะนาว หอม พริกไทยในการปรุงรสอาหาร เน้นการรับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อหลัก เพิ่มอาหารว่าง และนมก่อนนอน
4. แลกเปลี่ยนข้อมูลประเด็นความเชื่อ เรื่องการงดรับประทานเนื้อสัตว์เพราะจะทำให้ก้อนมะเร็งโตเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับประโยชน์ของโปรตีนจากเนื้อสัตว์
5. ดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว
6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม

การประเมินผลการพยาบาล

วันที่ 16 สิงหาคม 2566

พบว่า ผู้ป่วยมีน้ำหนัก 42.1 กิโลกรัม. BMI= 17.54 kg/ m² ซึ่งลดลงจากเดิม 0.9 กิโลกรัม ประเมินการรับประทานโปรตีนจากเนื้อสัตว์ ผู้ป่วยบอกว่า “มีการรับประทานเนื้อสัตว์ เช่น เนื้อไก่ หมู จากที่ไม่ได้รับประทานหลังการเจ็บป่วย” ประเมินทางด้านร่างกาย พบว่ามีข้อจำกัดในการบริโภคอาหาร Estimate energy 1000 - 1200 Kcal/day

สรุป ปัญหาความเชื่อเรื่องอาหารที่ไม่ถูกต้องและอาการรบกวนเรื่องความปวดสิ้นสุด ยังคงมีปัญหาค่าได้รับสารอาหารไม่เพียงพอที่ต้องติดตามต่อ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1.3

วิตกกังวลเกี่ยวกับโรค การรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด เนื่องจากพร่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา

วันที่เริ่มต้นของปัญหา วันที่ 26 กรกฎาคม - 11 กันยายน 2566

ข้อมูลสนับสนุน

- | | |
|------------------------|--|
| Subjective data | 1. ผู้ป่วยสอบถาม “เคมีบำบัดและรังสีรักษาจะทำให้ตนเองมีอาการเป็นอย่างไร” |
| Objective data | 1. สีหน้าไม่สุขสบาย
2. วิตกกังวลกลัวการรักษาไม่ได้ผลและกลัวมะเร็งกระจาย |

เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลโดยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด อย่างถูกต้อง
2. ผู้ป่วยสามารถบอกการดูแลตนเองในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่การรักษาได้ถูกต้อง
3. ผู้ป่วยสีหน้าผ่อนคลาย

กิจกรรมการพยาบาล

1. พูดคุยสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพ (Interaction) การกำหนดจุดมุ่งหมายร่วมกัน หาแนวทางปฏิบัติเพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้ร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติ ตาม แนวคิดเกี่ยวกับการบรรลุเป้าหมายของคิง
2. อธิบายเรื่องโรค การรักษา ระยะเวลาของการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา อาการผิดปกติที่ต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ เช่น บริเวณที่ให้ยาเคมีบำบัดมีบวมแดงจากมีการรั่วของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือด หรือปวดแสบผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีอาจเกิดการรังสี

3. ส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสร้างเป้าหมายร่วมกัน โดยประยุกต์ทฤษฎีการพยาบาลของคิง มาใช้เพื่อเพิ่มการรับรู้ และเข้าใจในการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย และจิตใจให้เกิดความเข้าใจ เห็นความสำคัญของการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาให้ครบตามแผนการรักษาของแพทย์

4. อธิบายเกี่ยวกับอาการของผลข้างเคียงจากการรักษาที่อาจเกิดขึ้น เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เยื่อช่องปาก และลำคออักเสบ เจ็บคอ กลืนอาหารเหมือนมีอะไรติดคอ ไอ น้ำลายแห้ง การรับรสอาหารผิดปกติ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำ เกิดภาวะซีด ผิวน้ำขุ่นบริเวณที่ฉายรังสีมีสีคล้ำขึ้น แห้งเป็นขุย และมีอาการคัน หรือเป็นแผล

5. ทบทวนความเข้าใจในข้อมูลของการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่การรักษาด้วยเคมีบำบัดและรังสีรักษาที่ได้รับจากพยาบาลประจำคลินิก เน้นการดูแลตนเองด้านปัญหาสุขภาพโภชนาการที่ต้องเร่งเสริมสร้างเพื่อช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันร่างกายให้มีความแข็งแรง สามารถรับการรักษาได้ตามแผนการรักษา พร้อมทั้งเสริมสร้างกำลังใจให้เกิดความมั่นใจต่อการรักษา

6. แลกเปลี่ยนข้อมูล เกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลายความวิตกกังวล ความเครียด เช่น การฝึกการหายใจ การฝึกสมาธิ การฟังเพลง การอ่านหนังสือ เป็นต้น

7. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ซักถามข้อสงสัย

การประเมินผลการพยาบาล

วันที่ 26 กรกฎาคม 2566

ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล และบอกว่ากังวลลดลง รู้สึกสบายใจขึ้น และสามารถตอบคำถามย้อนกลับเกี่ยวกับการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาได้ถูกต้อง
สรุป ปัญหาสิ้นสุด

2. ระยะระหว่างรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2.1

ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เนื่องจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา

ช่วงที่ 2 วันที่พบปัญหา 22 สิงหาคม – 28 พฤศจิกายน 2566

ข้อมูลสนับสนุน

- Subjective data**
1. ผู้ป่วยบอกว่า “เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย คลื่นไส้ และอาเจียน 3-4 ครั้ง/วัน ไม่มีอาการเจ็บในช่องปาก รับประทานได้ 4-5 คำ/มื้อ ตีมนมได้”
 2. ผู้ป่วยบอกว่า “ทำกับข้าวไม่ได้เลย เหมือนกลืนอาหาร ได้กลืนจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน”

3. ผู้ป่วยบอกว่า “เหม็นกลิ่นจากภาชนะที่เป็นสแตนเลส”
- Objective data**
1. วันที่ 23 สิงหาคม 2566 น้ำหนัก 39.1 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร BMI= 16.29 กิโลกรัม/ เมตร² (ค่าปกติ 18-23 กิโลกรัม/เมตร²)
 2. Estimate energy 600 – 800 Kcal/day
 3. ประเมินภาวะทุพโภชนาการโดยใช้แบบฟอร์ม Nutrition triage (NT) มีภาวะทุพระดับรุนแรง 11 คะแนน
 4. พบ Mucositis grade I เพิ่มขึ้น grade II

เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของภาวะทุพโภชนาการไม่เพิ่มขึ้น
2. ผู้ป่วยมีน้ำหนักไม่ลดลงจากเดิม
3. ผู้ป่วยบริโภคอาหารได้เพิ่มจากเดิม

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะโภชนาการ ร่วมกับแบบประเมินภาวะโภชนาการ NT 2013
2. ประเมินการรับประทานอาหาร โดยให้ผู้ป่วยเล่าถึงการบริโภคอาหารที่ผ่านมา
3. นำทฤษฎีการพยาบาลของคิง มาประยุกต์ใช้ในประเมินภาวะโภชนาการ และร่วมวางแผนกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในการปรับเปลี่ยนอาหารให้เหมาะกับอาการและสภาวะของผู้ป่วยในช่วงของการรักษา ได้แก่ การปรับจำนวนมื้ออาหาร ประเภทอาหาร การเสริมมื้ออาหารที่ให้พลังงานสูง (อาหารทางการแพทย์)
4. ผู้ป่วยได้รับการปรับเปลี่ยนช่องทางการรับอาหาร โดยใส่สายให้อาหารทางจมูกตามแผนการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับอาหารได้อย่างเพียงพอ
5. สอนสาธิต และทบทวนการปฏิบัติในการดูแลสายให้อาหารทางจมูก วิธีการให้อาหารทางสายที่ถูกต้อง และวิธีการเตรียมอาหาร/สูตรอาหารที่ถูกต้อง
6. ส่งเสริมการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดและรังสีรักษาที่มีผลรบกวนการรับประทานอาหารของผู้ป่วย ดังนี้

ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ

- ดื่มน้ำให้เพียงพอ พยายามดื่มน้ำบ่อยๆ หากกลืนเจ็บ แล้วไม่ดื่มน้ำ อาการเจ็บปากจะเป็นมากขึ้น
- เลือกรับประทานอาหารอ่อนนุ่ม เช่น ข้าวต้ม โจ๊ก แพนข้าวสวย
- รสชาติอาหารต้องไม่จัดเกินไปเพราะจะทำให้เส็บในช่องปากที่เป็นแผลได้
- บางครั้งอาจต้องปรับเป็นอาหารเหลวเพื่อให้รับประทานได้ง่ายขึ้นถ้าเจ็บมาก รับประทานให้บ่อยขึ้นกว่าเดิมจาก 3 มื้อ เป็น 5-6 มื้อ

- ลองรับประทานอาหารเย็นหรือที่อุณหภูมิห้อง แทนอาหารที่ร้อนอาจทำให้ระคายเคืองปากและลำคอ
- ถ้าเจ็บมากขึ้น อาจต้องปรึกษาแพทย์ แพทย์อาจให้ยาชาอมก่อนรับประทานอาหาร
- ดูแลรักษาความสะอาดในช่องปาก ด้วยการบ้วนปากบ่อยๆ ใช้แปรงสีฟันที่ขนแปรงอ่อนนุ่มในการแปรงฟัน

ภาวะน้ำลายแห้ง

- ก่อนรับประทานอาหารควรทำให้ช่องปากชุ่มชื้น เพื่อลดอาการอาหารติด โดยเลือกรับประทานแกงจืด หรือน้ำซุปร้อน จนรู้สึกคล่องปาก/คอ จึงค่อยเริ่มรับประทานอาหารตามปกติ
- เลี่ยงการดื่มน้ำระหว่างมื้ออาหารเพราะจะทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง เนื่องจากอิมมูน้ำแทน
- ควรรับประทานอาหารรสไม่จัดเพราะภาวะน้ำลายแห้ง เยื่อบุภายในช่องปาก คอ จะเกิดการระคายเคืองได้
- รับประทานอาหารคาละน้อยๆและช้าลง เคี้ยวให้ละเอียดเพื่อช่วยในการกลืน ผู้ป่วยที่น้ำลายแห้งมักมีความรู้สึกติดคอตลอดเวลารับประทานอาหาร ทำให้กลืนติด กลืนลำบาก การรับประทานอาหารที่ละน้อยและคำเล็กๆจะช่วยให้
- จิบน้ำบ่อยๆ ครั้งละน้อยๆ เพื่อช่วยเพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปาก อาจพกขวดน้ำติดตัวไม่ตลอดเพื่อจิบได้เรื่อยๆ

การรับรู้รสชาติอาหารเปลี่ยนแปลง

- รับประทานอาหารได้ทุกชนิด ประเภท ทั้งอาหารปกติ อาหารอ่อน อาหารเหลว
- รักษาความชุ่มชื้นในช่องปาก บ้วนปากด้วยน้ำสะอาด หรือจิบน้ำบ่อยๆอย่าปล่อยให้ปากแห้ง
- อาจเพิ่มกลิ่นในอาหารเพื่อให้มีกลิ่นหอม นำรับประทานมากขึ้น เช่น ใส่ใบโหระพา กระเพรา
- ผลไม้ เลือกที่มีรสอมเปรี้ยวเพื่อกระตุ้นการหลั่งของน้ำลาย
- จัดเปลี่ยนภาชนะที่ใช้ในบรรจุ/ใส่อาหารและช้อนจากโลหะมาเป็นภาชนะและช้อนพลาสติก/เมลามีน หรือกระเบื้องแทนเพื่อลดอาการเหม็นโลหะ (Metallic change) เพื่อให้รับประทานอาหารได้ และใช้การปรุงรสชาติอาหารด้วยน้ำผลไม้ หรือซอสถั่วเหลืองจะช่วยให้ความรู้สึกของรสชาติขมลดลง

คลื่นไส้อาเจียน

- รับประทานอาหารต้องมีลักษณะอ่อนโยนง่าย ไม่มีไขมันเป็นส่วนประกอบมากเกินไป
- เริ่มรับประทานอาหารปริมาณน้อยก่อน แล้วค่อยๆ เพิ่มปริมาณ
- อาหารที่เลือกรับประทานควรเป็นอาหารพลังงานสูง เช่น ไข่อบ
- หลีกเลี่ยงอาหารที่มีกลิ่นแรงหรือเหม็นคาว เช่น เนื้อเป็ด เนื้อแพะ เป็นต้น
- ลองอาหารที่กินได้ง่าย เช่น ขนมปังปังแครกเกอร์
- รับประทานอาหารนี้ๆ อย่างแทนอาหารที่ทอดน้ำมัน

- รับประทานอาหารในที่ปลอดโปร่ง สะอาด
- หลังรับประทานอาหารไม่ควรนอนทันที
- เลือกใส่เสื้อผ้าที่ไม่คับแน่น อัดอัดเกินไป
- การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย เช่น การฟังเพลง อ่านหนังสือ ช่วยลดอาการได้เพราะบางครั้งในสภาพแวดล้อมบางอย่าง เช่น โรงพยาบาลอาจทำให้รู้สึกเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน

7. ดูแลให้ได้รับ LPRC ตามแผนการรักษา เพื่อแก้ไขภาวะซีด ช่วยให้ผู้ป่วยมีความแข็งแรงและเพิ่มความต้องการอาหาร และสังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับเลือด

การประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของภาวะทุพโภชนาการมีการเปลี่ยนแปลงตลอดช่วงของการรักษา แต่โดยภาพรวมแล้ว พบว่าระดับความรุนแรงของภาวะทุพโภชนาการลดลงจากระดับรุนแรง เป็นระดับปานกลาง
2. ผู้ป่วยมีน้ำหนักใกล้เคียงเดิม (39.1-39.3 กิโลกรัม) แต่ในช่วงของการรักษาต่ำสุดที่ 36 กิโลกรัม จากการใส่สายให้อาหารทางจมูก ทำให้ผู้ป่วยสามารถได้รับสารอาหารเพิ่มขึ้น

วันที่	น้ำหนัก (กิโลกรัม)	Estimate energy (Kcal/day)
23 สิงหาคม 2566	39.1	600 - 800
12 กันยายน 2566	39.5	1000
19 กันยายน 2566	38.5	700 - 800
3 ตุลาคม 2566	36	500-700
10 ตุลาคม 2566	36.7	เริ่ม NG
24-27 ตุลาคม 2566	37	1500
28 พฤศจิกายน 2566	39.3	1800

3. ผู้ป่วยบริโภคอาหารได้เพิ่มจากเดิม Estimate energy Kcal/day เพิ่มขึ้น

สรุป ปัญหายังไม่สิ้นสุด แต่มีแนวโน้มดีขึ้น

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2.2

เกิดภาวะความไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย (Hyponatremia)

ช่วงที่ 2 วันที่พบปัญหา 19 กันยายน - 28 พฤศจิกายน 2566

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data 1. ผู้ป่วยบอกว่า “มีอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังได้รับยาเคมีบำบัด”

Objective data 19 กันยายน 2566 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Biochemistry มีระดับโซเดียมในเลือดต่ำกว่าเกณฑ์เล็กน้อย (Sodium 135 mmol/L) Concurrent chemotherapy ครั้งที่ 2 โดยได้รับยาเคมีบำบัด สูตร Cisplatin 50mg in 0.9% NaCl 500ml iv in 90min

เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโซเดียมต่ำ

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโซเดียมต่ำ

มีระดับความเข้มข้นของ Na (โซเดียม) ในเลือดปกติที่ 136-145 mmol/L

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการแสดงจากภาวะที่มีโซเดียมต่ำ เช่น อาการอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ คลื่นไส้หรืออาเจียน กล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือเกร็ง เบื่ออาหาร
2. การบริโภคอาหาร ส่งเสริมให้ feed อาหารที่มีโซเดียม เช่น เกลือแร่ระหว่างมื้อ
3. ทบทวนการรับประทานยา NaCl tab 600 mg รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เข้า เย็น ตามแผนการรักษา
4. การจัดการอาการรบกวนจากอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังได้รับยาเคมีบำบัด โดยการรับประทานยาแก้คลื่นไส้อาเจียนตามคำสั่งแพทย์
5. วางแผนร่วมกับผู้ป่วยและญาติเฝ้าระวัง ภาวะที่มีโซเดียมต่ำจะน้อยกว่า 135 mmol/L สังเกตอาการแสดงที่พบได้แก่ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ไม่รู้สึกหิว
6. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การประเมินผลการพยาบาล

วันที่ 19 กันยายน – 28 พฤศจิกายน 2566

1. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโซเดียมต่ำ
2. ผู้รับประทายตามแผนการรักษา ระดับโซเดียมในเลือดต่ำกว่าเกณฑ์เล็กน้อย (Sodium 130 - 135 mmol/L) ในวันที่ 28 พฤศจิกายน 2566 ระดับโซเดียมในเลือดอยู่เกณฑ์ปกติ (Sodium 137 mmol/L)

สรุป ปัญหาสิ้นสุด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2.3

สร้างทักษะผู้ป่วยและญาติในการจัดการอาหารทางสายให้อาหารทางจมูก
ช่วงที่ 2 วันที่พบปัญหา วันที่ 17 ตุลาคม - 23 ตุลาคม 2566

ข้อมูลสนับสนุน

- Subjective data**
1. ผู้ป่วยและผู้ดูแลบอกว่า “ไม่เคยใส่สายให้อาหาร”
 2. ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่มั่นใจในการให้อาหารทางสาย”
- Objective data**
1. แพทย์ให้ใส่ NG Tube

เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีทักษะในการเตรียมและให้อาหารทางสาย

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะสามารถเตรียมอาหารทางสายได้ถูกต้อง
2. ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะสามารถให้อาหารทางสายได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้และความสามารถของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการเตรียมและให้อาหารทางสาย
2. วางแผนร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในการเตรียมอาหารและให้อาหารทางสาย
3. สอน/สาธิตจัดทำผู้ป่วยขณะให้อาหาร ให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30-45 องศาหรือให้นั่งเก้าอี้หรือพิงเตียง และคว่ำให้อยู่ในท่าศีรษะสูง หลังให้อาหารเสร็จอย่างน้อย 30-60 นาที แขนงหรือข้อมสูงจากตัวผู้ป่วย 1.5-3 ฟุต
4. สอน/สาธิตการประเมินอาหารเหลือค้างในกระเพาะอาหารก่อนให้อาหารทางสาย การตรวจสอบอาหารเหลือค้างในกระเพาะอาหาร ควรตรวจสอบปริมาณอาหารเหลือค้างในกระเพาะอาหารก่อนจะให้อาหารมื้อใหม่ วิธีการ คือใช้กระบอกฉีดยาชนิดแก้วต่อกับสายสวนกระเพาะ และดูดของเหลวออกจากกระเพาะในเด็กโตหรือผู้ใหญ่ ถ้าดูดอาหารเหลือค้างได้มากกว่า 50 ซีซี ให้ใส่อาหารที่เหลือค้างกลับเข้า

ไป และเลื่อนการให้อาหารออกไป 30 นาที - 1 ชั่วโมง แล้วตรวจสอบใหม่ ถ้ามีน้อยกว่าปริมาณดังกล่าว ให้ใส่อาหารที่เหลือค้างกลับเข้าไปและให้อาหารเมื่อใหม่ได้

5. สอน/สาธิตการให้อาหารแบบหยดช้า ๆ เป็นมื่อ ๆ ระยะเวลาในการให้อาหาร 20 – 30 นาทีเมื่ออาหารหมดเติมน้ำใสในสาย ประมาณ 30-50 มิลลิลิตร ให้น้ำระหว่างมื่อ 50-100 มิลลิลิตร หรืออาหารทางการแพทย์ ตามด้วยน้ำล้างสายยาง 30-40 มิลลิลิตร การให้อาหารทางสายควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สบาย ให้ศีรษะสูง
6. สังเกตและประเมินอาการที่อาจเกิดขึ้นจากการให้อาหารทางสาย เช่น ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ท้องเสีย
7. เน้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล ระวังสายให้อาหารไม่ควรหัก หรือพับงอสายนานเกินไป อาจทำให้สายแตกหัก พังงอหรืออุดตันได้
8. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทดลองปฏิบัติและซักถาม ร่วมวางแผนการดูแลตามแนวคิดของคิง

การประเมินผลการพยาบาล วันที่ 17 – 23 ตุลาคม 2566

ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถสารถย้อนกลับในการให้อาหารทางสายได้ถูกต้อง และมีความมั่นใจในการเตรียมอาหารและการให้อาหารทางสาย

สรุป ปัญหาสิ้นสุด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2.4

ส่งเสริมความพร้อมในการดูแลตนเองและฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะยาวหลังการรักษาทางรังสี

ช่วงที่ 2 วันที่พบปัญหา วันที่ 27 ตุลาคม - 28 พฤศจิกายน 2566

ข้อมูลสนับสนุน

- Subjective data**
1. ผู้ป่วยสอบถามว่า “ต้องดูแลตนเองอย่างไรบ้าง หลังจากฉายรังสีครบ”
 2. ผู้ป่วยสอบถามว่า “อาการข้างเคียงที่เป็นอยู่จะดีขึ้นเมื่อไหร่”

Objective data ผู้ป่วยฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัดจะครบการรักษา

(27 ตุลาคม 2566)

เป้าหมายการพยาบาล

1. เพื่อวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) และการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถดูแลต่อเองได้
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนระยะยาวหลังการรักษาจากรังสี

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถตอบคำถามย้อนกลับได้ และสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง
2. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหลังครบการรักษาทางรังสี
3. ผู้ป่วยมาตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินปัญหาและความต้องการ การดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ของผู้ป่วยเพื่อคาดการณ์ถึงปัญหาหรือความต้องการ การดูแลที่อาจเกิดขึ้นได้ภายหลังจำหน่าย รวมทั้งแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค การรักษา และการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองเมื่อครบการรักษา เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนการจำหน่าย รวมทั้งค้นหาศักยภาพแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ที่จะส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน

2. กำหนดความต้องการและการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย โดยใช้หลัก D – METHOD

D (Disease): ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก อธิบายถึงปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดโรค อาการ การรักษา การดำเนินของโรค ผลข้างเคียงจากการรักษาเป็นต้น เพื่อลดความซับซ้อนใจจากอาการเจ็บป่วยที่เป็น สามารถรับรู้แนวทางในการดูแลตนเองให้มีร่างกายที่แข็งแรงและพร้อมให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

M (Medication): ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลยาที่ได้รับและปฏิบัติได้ถูกต้อง รับประทานยาได้ตรงเวลา การให้ยาทางสายให้อาหารทางจมูก ปริมาณ และขนาดของยา

Home Medicine:

- Gabapentin 300 mg รับประทาน ครั้งละ 1 แคปซูล วันละ 2 ครั้ง เวลา 6.00 น. และ 18.00 น. เป็นยารักษาอาการปวดปลายประสาท ผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยมักเป็นอาการที่เกิดขึ้นกับพฤติกรรมและสุขภาพจิต เช่น มึนงง กรอกตาผิดปกติ ตาพร่ามัว มีพฤติกรรมก้าวร้าว วิดกกังวล ซึมเศร้า
- Kapanol 20 mg. รับประทาน ครั้งละ 1 แคปซูล วันละ 1 ครั้ง เวลา 18.00 น. ใช้ในอาการปวดเรื้อรังระดับปานกลางถึงรุนแรง
- Amitriptyline 10 mg รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน ยานี้ในการรักษาผู้ป่วยภาวะปลายประสาทอักเสบ อาการปวดประสาท อาการข้างเคียงจากยาที่พบได้ทั่วไป ได้แก่ ปวดศีรษะ ท้องผูก ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน การรับรสผิดปกติ เจ็บช่องปาก ปากแห้ง อยากรักษาอาหาร
- Senna 7.5mg รับประทาน ครั้งละ 5 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน เป็นยาระบาย ผลข้างเคียง การใส่ยาติดต่อกันเป็นเวลานานและการใช้ในขนาดสูงจะทำให้มีอาการปวดท้องหรือท้องเสียรุนแรง
- Lactulose 100ml syrup (HEPALAC) รับประทาน ครั้งละ 30 มิลลิลิตร วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน ถ้าไม่ถ่าย 3 วัน เป็นยาที่ช่วยรักษาอาการท้องผูกทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง ผลข้างเคียง อาจมีอาการปวดท้อง ท้องเสีย คลื่นไส้ ท้องอืด มีแก๊สในกระเพาะอาหาร

E (Environment & Economic & Equipment): แนะนำให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและเศรษฐกิจ อากาศถ่ายเทได้สะดวกและปลอดภัยกับผู้ป่วย เหมาะแก่การทำกิจวัตรประจำวันและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ดูแลภายในที่พักอาศัยให้สะอาดอยู่เสมอ มีที่แขวนถุงอาหาร สูงจากผู้ป่วยประมาณ 70 เซนติเมตร เพื่อสะดวกในการให้อาหารทางสาย และมีการจัดหากริ่งหรือกระดิ่งให้ผู้ป่วยเมื่อต้องการความช่วยเหลือหรือมีเหตุฉุกเฉิน

T (Treatment) : แนะนำผู้ป่วยและญาติให้รับรู้และเข้าใจเป้าหมายในการรักษาโรคที่เป็นอยู่ และมีทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา การเฝ้าระวังสังเกตอาการที่ผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นและสามารถแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินได้ มีความรู้ความเข้าใจในการจัดการ และแก้ไขปัญหาหรืออาการผิดปกติหรืออาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมและถูกต้อง แนะนำสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด เช่น มีไข้สูงหนาวสั่น อ่อนเพลียมาก สายให้อาหารหลุดหรืออุดตัน ปวดมากได้ยาระงับปวดแล้วไม่ทุเลาลง ประสานงานกับงานดูแลต่อเนื่องที่บ้านในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านหรือแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชนเพื่อให้การช่วยเหลือเมื่อต้องการความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ

H (Health) : ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจรับรู้ถึงสภาวะสุขภาพของตนเองและข้อจำกัด สร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูร่างกายภายหลังการฉายรังสีครบ 1 เดือน โดยต้องมีการฟื้นฟูเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะยาวจากการรักษาทางรังสี ได้แก่ 1) ตำแหน่งผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีเพื่อป้องกันการเกิดผังพืด (Fibrosis) ตามที่ได้รับการสอนและฝึกทักษะจากพยาบาลหน่วยรังสีรักษา โดยการนวดกล้ามเนื้อบริเวณลำคอ ทั้ง 2 ข้าง เมื่อผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี ไม่มีการอักเสบ ให้เริ่มนวดผิวหนัง หลังอาบน้ำเสร็จ โดยครีมเข้มข้นนวดคลึงบริเวณลำคอ โดยกดน้ำหนักให้ลึกพร้อมกับโยกกล้ามเนื้อทำวันละ 1-2 ครั้งอย่างน้อย 10-15 นาทีสม่ำเสมอทุกวัน ถ้าทำได้อย่างไม่มีประสิทธิภาพ จะเกิดผังพืดยึดติดศีรษะและลำคอ ทำให้การหันศีรษะลดลง และส่งผลต่อภาพลักษณ์ 2) การบริหารช่องปาก เพื่อป้องกันภาวะช่องปากแคบ (Trismus) ยังคงให้บริหารขากรรไกรอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 1-2 ปี และประเมินความกว้างของช่องปากด้วยตนเองได้ไม่น้อยกว่า 3.5 เซนติเมตร และส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วยแนะนำผู้ป่วยลดความรู้สึกรุนแรง ควรหาวิธีผ่อนคลายอย่างเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย เช่น ทำบุญ ตักบาตร สวดมนต์ ฟังเพลง แนะนำผู้ป่วยพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง

O (Output Referral): ผู้ป่วยมีนัดพบแพทย์รังสีรักษา วันที่ 8 ธันวาคม 2566 เน้นความสำคัญของการมาตรวจตามนัดตามเวลาและสถานที่ การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้านในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน

D (Diet): ผู้ป่วยให้อาหารทางสาย ดูแลให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเห็นถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหาร ให้ได้รับพลังงานและสารอาหารเพียงพอกับที่ร่างกายควรได้รับต่อวัน เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยและเสริมภูมิคุ้มกันโรค ผู้ป่วยอยากรับประทานอาหารร่วมด้วย โดยให้ค่อย ๆ ฝึกทานเริ่มจาก

อาหารเหลวก่อน รมั้ดระวังการสลักอาหาร หากมีอาการผิดปกติ เช่น ปวดท้อง สายหลุดหรืออุดตัน รั่วซึม เป็นต้น ให้ไปพบแพทย์โรงพยาบาลใกล้บ้าน ที่โรงพยาบาลที่ผู้ป่วยสะดวก

การประเมินผลการพยาบาล

วันที่ 28 พฤศจิกายน 2566

ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามย้อนกลับเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนระยะยาว อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ก่อนนัดและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้ถูกต้อง

วันที่ 8 ธันวาคม 2566

ผู้ป่วยมาตรวจรักษาตามนัดอย่างต่อเนื่อง ปฏิบัติตามคำแนะนำและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา
สรุป ปัญหาสิ้นสุด

NCI
T h a i l a n d

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

บทที่ 5

สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 53 ปี มาโรงพยาบาลด้วยรับส่งต่อจากโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งด้วยอาการปวดเข้าตาข้างซ้ายไปศีรษะด้านหลัง ปวดหู หูอื้อ น้ำหนักลด และมีผลการตรวจทางพยาธิวิทยาจากการทำ Nasopharynx biopsy เป็น Positive for poorly to undifferentiated carcinoma แพทย์ส่องกล้อง Sinuscope พบ Tumor at left rosenmuller fossa extend left upper oropharynx left parapharyngeal Pathology Report จากการ Review slide ผล Nasopharynx, left, biopsy : Non-keratinizing carcinoma, undifferentiated subtype แพทย์วินิจฉัยเป็นมะเร็งหลังโพรงจมูก ระยะ 3 T2N1M0 วางแผนให้การรักษาแบบผสมผสาน คือ เคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา (Concurrent Chemoradiotherapy) โดยให้ Induction chemotherapy โดยได้รับยาเคมีบำบัดสูตร Carboplatin /5FU วันที่ 15-19 สิงหาคม 2566 เริ่ม Concurrent Chemoradiotherapy สูตร Weekly Cisplatin 50 mg (ครั้งที่ 1-2) และสูตร Weekly Cisplatin 40 mg 3 ครั้ง (ครั้งที่ 3-5) วันที่ 12 กันยายน - 10 ตุลาคม 2566 เริ่มฉายแสง 10 กันยายน - 27 ตุลาคม 2566 ปริมาณรังสีที่ได้รับ 212 cGy ต่อครั้ง ฉายรังสีจำนวน 33 ครั้ง รวมปริมาณรังสีทั้งหมด 6,360 cGy และหลังจากฉายรังสีครบ วางแผน Induction chemotherapy โดยได้รับยาเคมีบำบัดสูตร Carboplatin /5FU ครั้งที่ 2 วันที่ 28 พฤศจิกายน 2566 มีนัดตรวจติดตามที่คลินิกรังสีรักษาวันที่ 8 ธันวาคม 2566

ขณะรับไว้ดูแลผู้ป่วยมีน้ำหนัก 43 กิโลกรัม. ส่วนสูง 155 เซนติเมตร BMI= 17.91 kg/m² โดยมีน้ำหนักเดิมก่อนป่วย 49 กิโลกรัม ซึ่งน้ำหนักลดลง 6 กิโลกรัมในระยะเวลา 3 เดือน เนื่องจากมีความเชื่อเรื่องอาหารที่ไม่ถูกต้อง จากการรับรู้ข้อมูลจากเพื่อนบ้านให้งดรับประทานเนื้อสัตว์เพราะจะทำให้ก้อนมะเร็งโตเร็ว มีข้อจำกัดในการบริโภคอาหาร เนื่องจากต้องอดพันตามแผนการรักษา 10 ซึ่งรวมทั้งมีอาการรบกวนจากการปวดศีรษะ ปวดหู หูอื้อ ทำให้มีความไม่สุขสบาย ไม่อยากรับประทานอาหาร คะแนนความปวด 5/10 ได้รับการปรับยา Tramol 50 mg. 1 cap อาการปวดไม่ลดลง เหมือนถูกบีบตลอดเวลารับประทานยาดีขึ้นชั่วคราวระยะสั้นๆ มีอาการปวดจนนอนไม่ได้ คะแนนความปวด 10/10 คะแนน คุณภาพการนอนหลับไม่ดี ไม่อยากรับประทานอาหาร ประเมินพลังงานที่ได้รับประมาณ 600-800 Kcal/day น้ำหนักเหลือ 40.9 กิโลกรัม ปรับยา MST 10 mg. รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง และ Morphine IR 10 mg. รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด ทุก 2 ชั่วโมง เมื่อปวด อาการปวดดีขึ้นเล็กน้อย แต่ยารู้สึกทรมานมาก เหมือนถูกบีบปวดลึกๆข้างในปวดตื้อๆบีบๆปวดตลอดเวลา คะแนนความปวด 9/10 คะแนน ส่งปรึกษาคลินิกมะเร็งปวด ได้รับยา MST 30 mg 1 tab at 6 am. and 6 pm. MO IR 10 mg 1 tab prn q 2 hr. และ Gabapentin 300 mg 1 cap at 6 am. and 6 pm หลังได้รับยาอาการปวดทุเลา คะแนนความปวด 2/10 ผู้ป่วยเริ่มรับประทานได้มากขึ้น ได้รับ Induction chemotherapy Carboplatin /5FU หลังได้รับยามีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน และตามด้วย CCRT ระหว่างรับการรักษามีอาการข้างเคียงจากการรักษาได้แก่ เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน เยื่อช่องปาก

อ็อกเสบ เกรด 2 มีภาวะซีด ภูมิต้านต่ำ ทำให้มีทุพโภชนาการระดับรุนแรง ระหว่างการรักษา เนื่องจากผลเลือดต่ำกว่าเกณฑ์ on NG tube feeding รับประทานอาหารได้ดี ไม่มีแน่นท้อง ทำให้มีภาวะทุพโภชนาการลดลง น้ำหนักเริ่มเพิ่มขึ้น

โดยสรุปพบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 7 ข้อ ดังนี้

- ปัญหาที่ 1. ไม่สุขสบายจากอาการปวดรุนแรงจากการเคลื่อนไหวศีรษะ และอาการปวดหู/หูอื้อ
- ปัญหาที่ 2. รับประทานอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เนื่องจากมีความเชื่อเรื่องอาหารที่ไม่ถูกต้องและมีอาการปวดรบกวน
- ปัญหาที่ 3. วิดกกังวลเกี่ยวกับโรค การรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เนื่องจากไม่มีประสบการณ์การรักษาและรับฟังข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ
- ปัญหาที่ 4. ผู้ป่วยได้รับสารอาหารไม่เพียงพอจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา
- ปัญหาที่ 5. เกิดภาวะความไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย (Hyponatremia)
- ปัญหาที่ 6. สร้างทักษะผู้ป่วยและญาติในการจัดการอาหารทางการแพทย์ และทางสายให้อาหารทางจมูก
- ปัญหาที่ 7. ส่งเสริมความพร้อมในการดูแลตนเองด้านโภชนาการและฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษาระยะยาว

กรณีศึกษารายนี้ ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของคิงในการให้การพยาบาล ร่วมกับใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วย ให้การพยาบาลโดยการสนับสนุนให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดำเนินของโรค การรักษา อาการข้างเคียง และร่วมผู้ป่วยในการตั้งเป้าหมายและวางแผนการดูแลตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและจัดการอาการรบกวน และอาการข้างเคียงที่เกิดจากเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาเพื่อให้เป็นไปตามแผนการรักษา

หลังผู้ป่วยครบการรักษาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ปัญหาภาวะทุพโภชนาการลดลงจากยังคงต้องติดตามดูแลต่อเนื่อง ทบทวนการรับประทานยาแก้ปวดให้ตรงตามเวลา รวมทั้งส่งเสริมความพร้อมในการดูแลตนเอง ฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะยาว

ปัญหา/อุปสรรค/ข้อจำกัดและแนวทางการแก้ไขปัญหา

ลำดับ	ปัญหา /อุปสรรค/ข้อจำกัด ที่พบ	การแก้ไขปัญหา (ในผู้ป่วยรายกรณีศึกษา)
1	ผู้ป่วยและครอบครัวไม่มีความเข้าใจและไม่ตระหนักถึงความสำคัญของภาวะโภชนาการระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด และไม่มีความรู้เรื่องอาหารแลกเปลี่ยน ผู้ป่วยและครอบครัวไม่มีความเข้าใจและไม่ตระหนักถึงความสำคัญของภาวะโภชนาการระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด และไม่มีความรู้เรื่องอาหารแลกเปลี่ยน	<ol style="list-style-type: none"> 1. พุดคุยเพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจถึงความสำคัญของการคงไว้ซึ่งภาวะโภชนาการที่เพียงพอ ระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด รังสีรักษา ในผู้ป่วยรายนี้พบว่า ผู้ป่วยไม่รับประทานเนื้อสัตว์เนื่องจากจะทำให้ก้อนมะเร็งโตเร็ว จึงอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเห็นความสำคัญและประโยชน์ ของการต้องทำให้อาหารได้รับสารอาหารที่จำเป็น ได้แก่ การบริโภคอาหารประเภทโปรตีนซึ่งมีความจำเป็นกับร่างกายในการสร้างภูมิคุ้มกัน การสร้างเม็ดเลือดและเป็นการเตรียมพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา 2. ประเมินบริบทของผู้ป่วยในการจัดหาอาหาร ที่เป็นไปตามคำแนะนำและอุปสรรคในการจัดหาอาหาร ได้แก่ ผู้ป่วยมีปัญหาในการบดเคี้ยว แนะนำในการปรับเปลี่ยนประเภทอาหารเป็นอาหารอ่อน เพื่อให้ผู้ป่วยทานได้ 3. ประเมินบริบทของผู้ป่วยในการจัดหาอาหาร ที่เป็นไปตามคำแนะนำและอุปสรรคในการจัดหาอาหาร ได้แก่ ในระหว่างการรักษาผู้ป่วยต้องใช้ระยะเวลาในการเดินทาง เนื่องจากที่พักอยู่ไกลต้องนั่งวินมอเตอร์ไซด์และต้องต่อรถโดยสารหลายต่อ ทำให้รับประทานอาหารวันละ 2 มื้อได้ แนะนำให้มีการจัดเตรียมอาหารมารับประทานหรืออาหารทางการแพทย์เพื่อดื่ม โดยเน้นย้ำให้รับประทานอาหารมื้อหลักให้ครบ 3 มื้อ และเสริมมื้อย่อยระหว่างมื้อ

สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูกที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรงระหว่างรับการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา พบว่าการรักษาด้วยเคมีบำบัดและรังสีรักษาส่งผลให้เกิดผลข้างเคียงที่มีผลต่อการรับประทานอาหารของผู้ป่วย การรักษาด้วยเคมีบำบัดมักจะทำให้เกิดคลื่นไส้, อาเจียน, และการสูญเสียความอยากอาหาร ส่วนรังสีรักษาที่มุ่งเน้นไปที่บริเวณโพรงหลังจมูกอาจทำให้เกิดปัญหาในการกลืนอาหารและทำให้เยื่อในช่องปากและคอระคายเคือง นอกจากนี้ การลดลงของน้ำหนักตัวและภาวะขาดสารอาหารที่เกิดจากการรับประทานอาหารที่ไม่เพียงพอสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมและลดประสิทธิภาพของการรักษา การให้การพยาบาลต้องใช้ความรู้ ความชำนาญ และทักษะในการประเมินภาวะโภชนาการ เพื่อค้นหาปัญหา และสร้างความตระหนักกับผู้ป่วยให้เห็นความสำคัญ เพื่อตั้งเป้าหมายและร่วมกันวางแผนในการจัดการดูแลให้ครอบคลุมในการรับประทานอาหารที่เหมาะสม และการเลือกอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูง การจัดการกับผลข้างเคียงจากการรักษา รวมถึงการสนับสนุนทางจิตใจและสังคม ตลอดจนการติดตามผลและการปรับแผนการดูแลที่ได้จากการติดตาม ดังนั้นการประเมินและจัดการภาวะทุพโภชนาการอย่างมีประสิทธิภาพเป็นสิ่งสำคัญในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพิ่มโอกาสในการฟื้นตัวจากโรค การติดตามสถานะโภชนาการอย่างต่อเนื่องเป็นปัจจัยสำคัญในการบรรลุผลลัพธ์ที่ดีที่สุดในการรักษา

ข้อเสนอแนะ

- จากกรณีศึกษา เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะ ดังนี้
- 9.1 พัฒนางองค์ความรู้และทักษะของพยาบาลในการประเมินภาวะโภชนาการ เพื่อให้สามารถค้นหาปัญหาเชิงลึกที่ซับซ้อน ที่มีความสำคัญต่อการวางแผนได้อย่างครอบคลุม และปฏิบัติการพยาบาลที่สนองตอบตรงกับความต้องการกับปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างเป็นปัจเจกบุคคล
 - 9.2 ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลด้านโภชนาการเริ่มตั้งแต่ก่อนเข้าสู่กระบวนการรักษา เพื่อเสริมสร้างร่างกายให้มีความพร้อมในการเข้าสู่กระบวนการรักษา และมีการติดตามอย่างต่อเนื่องตลอดการรักษาเพื่อจัดการอาการรบกวนที่เกิดขึ้นด้วยโภชนาบำบัดอย่างเหมาะสม
 - 9.3 นำผลจากกรณีศึกษามาใช้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูกที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยรายอื่น ๆ ต่อไป

บรรณานุกรม

- กนกกาญจน์ กองพิธี และสิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์. (2557). ปัจจัยทำนายภาวะโภชนาการในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นมะเร็งช่องปากก่อนได้รับการผ่าตัด. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 32(4), 162-170.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ *National Cancer Control Program* (พ.ศ. 2561 - 2565)
- กานตรัตน์ โรจนพันธ์. (2561). การประเมินและส่งเสริมภาวะโภชนาการ ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษา. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนิษฐา อยู่เพ็ชร์, ปรียาภรณ์ แสงทวี และเอกพล อัจฉริยะประสิทธิ์. (2563). การจัดการทางการพยาบาลด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง. เวชบัณฑิตศิริราช, 13(2), 133-140.
doi:10.331.92/Simedbull.2020.17
- จินตนา สุวิทวัส. (2021). การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะขาดสารอาหารและพลังงาน. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 18(2), 13-21.
- จงจิตร อังคทะวานิช. (2558). โภชนาการและการกำหนดอาหารในโรคมะเร็ง (1 ed.). กรุงเทพฯ: ปัญญามิตรการพิมพ์: สหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชิตชนก รุ่งเรือง และทิพวรรณ ศิริเกียรติทอง. (2562). ผลของเคมีบำบัดต่อโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารโภชนบำบัด, 27(2).
- ชวลิต เลิศบุษยานุกุล. (2560). มะเร็งคอหอยหลังโพรงจมูก. เอส.ออฟเซ็ทกราฟฟิคดีไซน์.
- ณัฐธยาน์ วีระพงษ์. (2558). บทบาทพยาบาลในการจัดการปัญหาด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง. วารสารสภากาชาดไทย, 8, 34-42.
- ทิพวัลย์ สุวรรณรักษ์. (2021). การแก้ปัญหาทางโภชนาการสำหรับผู้ป่วยมะเร็งในช่วงการบำบัดรักษา. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย, 15(3), 22-30.
- ธวัชชัย ชัยวัฒน์รัตน์, จักรพงษ์ จักกาบาตร์, ศศิธร ศิริสาลิโภชน, และกิตติวีดี ศักดิ์ศรีชัย. (2563). รังสีวิทยา : เวชศาสตร์นิวเคลียร์ รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา (1 ed.). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นพวรรณ เปี้ยชื้อ. (2561). การดูแลด้านโภชนาการเพื่อควบคุมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน. กรุงเทพฯ: บริษัทจุดทอง.
- บุษชา พรหมณิสสุทธิ, และวิบูลย์ ตระกูลสุน. (2563). แนวทางปฏิบัติการประเมินภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วย (ผู้ใหญ่) ด้วยแบบฟอร์ม NT2013. วารสารโภชนบำบัด, 28(2), 1-15.
- ปารยะ อาศนะเสน. (2564). มะเร็งหลังโพรงจมูก. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล. สืบค้นได้ จาก:
https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/sirirajonline2021/Article_files/567_1.pdf

- รุ่งนภา คงภักดี, มุกดา เดชประพนธ์ และสุปรีดา มั่นคง. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด. ราชวิทยาลัยพยาธิวิทยา, 27(2), 216-231.
- วณะพร ทอง โฉม. (2021). กระบวนการดูแลทางโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง. วารสาร โภชนบำบัด, 29(2), 92-102.
- วรัณรัตน์ โพธารินทร์, วรวิมล แสงทอง, ยุทธชัย ไชยสิทธิ์, อธิภรณ์ บุญล้อม และณัฐภัสสร์ นวลสีทอง. (2564). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์, 8(9), 131-143.
- วีระเดช พิศประเสริฐ. (2020). การ วิจัยฉายภาวะทุพโภชนาการ โดย Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM). วารสารโภชนบำบัด, 28 (1), 2-9.
- วันทกานต์ ราชวงศ์. (2559). คู่มือการพยาบาล การดูแลช่องปากในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี. งานพยาบาลรังสีรักษา โรงพยาบาลศิริราชคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีสุนทรา เจริญวิวัฒน์. (2566). การพยาบาล หู คอ จมูก (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2). ธนาเพลส จำกัด 9:โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
- ศิริอร สีนธ. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา. วัฒนาการพิมพ์ สภาการพยาบาล.
- สงศรี แก้วถนอม. (2560). พยาบาลโภชนบำบัด. กรุงเทพฯ:เวชสาร.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2564). ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2563. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.
- สาธิตา ใจแก้ว, ชมพูนุท ศรีรัตน์, ทิพาพร วงศ์หังกุล, และอิมใจ ชิตาพานารักษ์. (2021). การจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัดและรังสีรักษา. เชียงใหม่เวชสาร, 60(4), 781-94.
- สุธิสา เต็มทับ, และประณีต สงวัฒนา. (2566). การ ส่งเสริม การ ดูแล ตนเอง ด้าน อาหาร สำหรับ ผู้ ป่วย มะเร็ง ตับ ที่ เข้า รับ การ รักษา ด้วย วิธี ฉีดยา เคมี บำบัด เข้า ก้อน มะเร็ง ตับ เฉพาะ ที่. วารสารสภาการพยาบาลไทย, 38(01), 5-20.
- หทัยชนก บัวเจริญ. (กรกฎาคม 66). *ทฤษฎีการพยาบาลของคิง*. http://pws.npru.ac.th/hathaichanok/system/20160512215653_85f8d5ea609256d6907a24751e30669f.pdf
- อรรวรรณ พิชิตไชยพิทักษ์, วณะพร ทองโฉม, และจรรยา บุญภัทรรักษา. (2015). การคัดกรองภาวะโภชนาการในโรงพยาบาลรามาธิบดี. วารสารโภชนบำบัด, 23(2), 7-11.
- อรนันท์ หาญยุทธ. (2565). *กระบวนการพยาบาล: ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). ธนอรุณการพิมพ์.
- Anatomy and physiology of nasopharynx.(2024). <https://shorturl.asia/E9U3V>
- Crowder, S. L., Douglas, K. G., Yanina Pepino, M., Sarma, K. P., and Arthur, A. E. (2018). Nutrition impact symptoms and associated outcomes in post-chemoradiotherapy head and neck

- cancer survivors: a systematic review. *J Cancer Surviv*, 12(4), 479-494.
doi:10.1007/s11764-018-0687-7
- Grassadonia, A., Brocco, D., Natoli, C., and Tinari, N. (2021). Chemotherapy. In A. Russo, M. Peeters, L. Inconvaia, & C. Rolfo (Eds.), *Practical Medical Oncology Textbook* .pp. 155-168.
- Keith, J. N. (2022). Clinical Nutrition Assessment Tools. In C. Newberry, J. Laster, O. and Pickett-Blakely (Eds.), *Nutrition, Weight, and Digestive Health: The Clinician's Desk Reference*. pp. 43-55.
- Lymphatic drainage Headneck.(2024). <https://www.en.wikipedia.org>
- Muscaritoli, M., Arends, J., Bachmann, P., Baracos, V., Barthelemy, N., Bertz, H., . . . Kaasa, S. (2021). ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. *Clinical Nutrition*, 40(5), 2898-2913.
- Ravasco, P. (2019). Nutrition in cancer patients. *Journal of clinical medicine*, 8(8), 1211-18.
- Rojanamatin, J., Ukranun, W., Supaattagorn, P., Chiawiriyabunya, I., Wongsena, M., Chaiwerawattana, A., Laowahutanont,I. Chitapanarux, P. Vatanasapt, S. Greater, Sangrajrang S., R. Buasom, R. (2021). *Cancer in Thailand Vol.X, 2016-2018*: Natiional Cancer Institute Thailand.
- Sarangapani, M., Patel, A., Kaste, L. M., & Dolecek, T. A. (2013). Nutrition and Head and Neck Cancer. In J. A. Radosevich (Ed.), *Head & Neck Cancer: Current Perspectives, Advances, and Challenges* pp. 459-470.
- Wang, Y., Zhao, D., Lu, Q., Zhang, L., Zhang, T., Sun, Y., . . . Wang, W. (2022). Nutritional counseling was insufficient to maintain dietary intake and nutritional status in head and neck cancer patients undergoing radiotherapy : A historical control study for future intervention in China. *Asia Pac J Oncol Nurs*, 9(4), 190-196.
doi:10.1016/j.apjon.2022.01.013



ภาคผนวก

NCI

T h a i l a n d

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ



ภาคผนวก 1

NCS

T h a i l a n d

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

Common Terminology Criteria for Adverse Event: CTCEA

Adverse Event	เกรด 1	เกรด 2	เกรด 3	เกรด 4	เกรด 5
Dysphagia ความผิดปกติที่เกิดจากการกลืนลำบาก	มีอาการสามารถรับประทานอาหารปกติ	มีอาการและมีการเปลี่ยนแปลงกิน/กลืน	มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรุนแรงกิน/กลืน; หลอดอาหารให้อาหาร TPN หรือระบุงการรักษารักษาในโรงพยาบาล	อันตรายถึงชีวิต ผลที่ตามมา; ต่วนการแทรกแซงที่ระบุง	เสียชีวิต
Mucositis oral ความผิดปกติที่มีลักษณะเป็นแผลหรือการอักเสบของเยื่อเมือกในช่องปาก	ไม่มีอาการหรือไม่รุนแรงอาการ; ไม่จำเป็นต้องทำการเข้ารักษา	ปวดปานกลางหรือเป็นแผลไม่มีผลต่อการรับประทานอาหารทางปาก ; ระบุงอาหารดัดแปลง	อาการปวดอย่างรุนแรงมีผลต่อการรับประทานอาหารทางปาก	ผลเสียที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต; จำเป็นต้องทำการเข้ารักษาโดยเร่งด่วน	เสียชีวิต
Nausea โรคที่มีลักษณะความรู้สึกเป็นไส้ร้อนและ/หรือคลื่นไส้	ขาดความอยากกินโดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงทางการกิน	การรับประทานอาหารลดลงโดยไม่มีการลดน้ำหนักที่สำคัญ หรือมีอาการขาดน้ำหรือทุพโภชนาการ	การรับประทานอาหารพลังงานหรือของเหลวผ่านทางปากไม่เพียงพอ การให้อาหารทางสายยาง, TPN หรือการรักษาในโรงพยาบาล		
Vomiting	ไม่จำเป็นต้องทำการเข้ารักษา	การให้น้ำทางหลอดเลือดดำของผู้ป่วยนอก	การให้อาหารทางสายยาง, TPN หรือระบุงการรักษารักษาในโรงพยาบาล	ผลที่ตามมาที่คุกคามถึงชีวิต	เสียชีวิต

Common Terminology Criteria for Adverse Event: CTCEA

Adverse Event	เกรด 1	เกรด 2	เกรด 3	เกรด 4	เกรด 5
<p>Oral pain ความผิดปกติที่เกิด จากความรู้สึกไม่ สบายอย่างเห็นได้ชัด ในปาก ลิ้น หรือริม ฝีปาก</p>	<p>ปวดเล็กน้อย</p>	<p>อาการปวดปานกลาง</p>	<p>อาการปวดอย่างรุนแรง</p>		
<p>Constipation ความผิดปกติที่มี ลักษณะการขับถ่าย อูจจาระไม่สม่ำเสมอ และไม่บ่อยนักหรือ ยากลำบาก</p>	<p>เป็นครั้งคราวหรือเป็น ระยะๆ อาการ; การใช้ เป็นครั้งคราวของ ยา ระบาย,การปรับเปลี่ยน อาหารหรือสวนทวาร</p>	<p>อาการเรื้อรังด้วย การใช้ยาระบายเป็น ประจำหรือสวนทวาร; การจำกัดเครื่องมือ เอทีแอล</p>	<p>ถ่ายลำบากต้องมีการ ล้วง (evacuation) สามารถทำได้</p>	<p>ผลเสียที่อาจเป็น อันตรายถึงชีวิต; จำเป็นต้องทำการเข้า รักษาโดยเร่งด่วน</p>	<p>เสียชีวิต</p>
<p>Dry mouth ความผิดปกติที่เกิด จากการไหลของ น้ำลายในช่องปาก ลดลง</p>	<p>อาการ (เช่นแห้งหรือ น้ำลายเหนียว) โดยไม่มี การเปลี่ยนแปลงอาหาร ที่สำคัญ การไหลของน้ำลายที่ไม่ ถูกกระตุ้น >0.2 มล./นาที</p>	<p>อาการปานกลาง ทาง ปาก การเปลี่ยนแปลงการ บริโภค (เช่น น้ำปริมาณมาก อื่นๆ สารหล่อลื่น จำกัด อาหารอยู่</p>	<p>ไม่สามารถให้อาหารได้ เพียงพอ ปากเปลา; การให้อาหารทางสายยางหรือ TPN ระบุ; น้ำลายที่ไม่ถูก กระตุ้น <0.1 มล./นาที</p>		

Common Terminology Criteria for Adverse Event: CTCEA					
Adverse Event	เกรด 1	เกรด 2	เกรด 3	เกรด 4	เกรด 5
		น้ำซุขุ่นและ/หรือนุ่ม ชั้นอาหาร); น้ำลายไม่ ถูกกระตุ้น 0.1 ถึง 0.2 มล./นาที			

การประเมินอาการข้างเคียงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (Mucositis) ระยะเฉียบพลันในการรักษาทางรังสีตาม Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) ซึ่งมีการแบ่งระดับความรุนแรงเพื่อแบ่งกลุ่มการดูแลรักษา เป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับ 0 หมายถึง เยื่อช่องปากปกติ ไม่มีการเปลี่ยนแปลง

ระดับ 1 หมายถึง เยื่อช่องปากแดง

ระดับ 2 หมายถึง เยื่อช่องปากแดง มีแผลขนาดไม่เกิน 1.5 เซนติเมตร

ระดับ 3 หมายถึง เยื่อช่องปากแดง มีแผลขนาดเกิน 1.5 เซนติเมตร

ระดับ 4 หมายถึง เยื่อช่องปากมีแผลลึก มี/ไม่มีเลือดออกหรือมีเนื้อตาย

การประเมินอาการข้างเคียงของผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี (Skin reaction) ตาม Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) ซึ่งมีการแบ่งระดับความรุนแรงเพื่อแบ่งกลุ่มการดูแลรักษาแผล เป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 0 ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังที่ได้รับรังสีรักษา

ระดับที่ 1 ผิวหนังบวม แดง ตึงและเจ็บ เส้นขนหลุดร่วง ผิวหนังแห้งเป็นขุย เหงื่อออกลดลง

ระดับที่ 2 ผิวหนังมีผื่นแดงเข้ม สีผิวคล้ำลง แห้ง คัน ผิวหนังหลุดลอก บวมพองเป็นตุ่มน้ำใส

ระดับที่ 3 ผิวหนังแตกถึงชั้นหนังแท้ เป็นแผลมีน้ำเหลืองซึม ผิวหนังบวม หรือตุ่มน้ำใสแตก

ระดับที่ 4 เป็นแผลเปื่อย แผลติดเชื้อ มีเลือดออก มีเนื้อตาย



ภาคผนวก 2

NCS

T h a i l a n d

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

แบบประเมินภาวะทุพโภชนาการ NT 2013



การประเมินภาวะทุพโภชนาการ (NT 2013 : Nutrition Assessment)

(ประยุกต์ จาก แนวความคิดเห็นใหม่สากล - White JV, et al. Consensus Statement : J Acad Nutr Diet 2012, 112(5):730-738)

ว/ด/ป ที่ประเมิน....., ชื่อ/นามสกุลผู้ป่วย..... อายุ.....ปี HN..... AN.....
 เพศ ชาย / หญิง , ประเภท : OPD..... / IPD หรือผู้ป่วย....., การวินิจฉัยโรค,
 ส่วนสูง..... cm. , IBW....., UBW....., CBW....., Weight loss gain kg. , BMI
 (IBW : Ideal body weight : นน.มาตรฐาน หรือ ที่ควรจะเป็น ; UBW : Usual body weight : นน.ปกติ ; CBW : Current body weight : นน.ปัจจุบัน)

สภาพผู้ป่วย (Patient performance status score)

ECOG	0	1	2	3	4
Karnofsky	100	90	80	70	60
	50	40	30	20	10

6. สมรรถภาพกล้ามเนื้อ (ประเมินโดยทั่วร่างกาย)	0	1	2	3
คะแนน 0 = ระดับ 4-5 (strong), 1= ระดับ 2-3, 2 = ระดับ 1, 3 = ระดับ 0 (no strength)				

1. ประวัติการได้รับอาหาร หรือ สารอาหาร
 พิจารณาการรวมทั้ง ประเภท-ปริมาณ-คุณภาพ ของสารอาหาร และ
 ระยะเวลา ที่เปลี่ยนแปลง

ให้คะแนน 0 = ปกติ หรือ เปลี่ยนแปลงเล็กน้อย ไปจนถึง คะแนน 4 = อดปดกินรวม

ประเภท-ปริมาณ-คุณภาพ อาหาร หรือ สารอาหาร ที่รับได้จริง	ระยะเวลา ที่เปลี่ยนแปลง/คะแนน ไตหรืออวัยวะ [✓] ที่ผิดปกติ	คะแนน	
[] กินเอง [] TF [] PN [] Standard IV	≤ 7 วัน	8-14 วัน	> 14 วัน
[] Combination	[]	[]	[]
TF : tube feeding , PN : Parenteral nutrition	[]	[]	[]
[] < 10% (NPO, ได้รับแต่น้ำเกลือมาตรฐาน)	[1] [2]	[2] [3]	[3] [4]
[] 10-25% ของปริมาณปกติ หรือ แคลอรี ที่ต้องการ	[0] [1]	[1] [2]	[2] [3]
[] 25-50% ของปริมาณปกติ หรือ แคลอรี ที่ต้องการ	[0]	[0] [1]	[1] [2]
[] 50-75% ของปริมาณปกติ หรือ แคลอรี ที่ต้องการ	[0]	[0]	[1]
[] 75-100% ของปริมาณปกติ หรือ แคลอรี ที่ต้องการ	[0]	[0]	[0]

7. ประเมินความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย เรื้อรัง (≥ 3 เดือน)
 ที่มีผลกระทบต่อ ภาวะโภชนาการ และ แคลบอลิซึม
 (0 = ไม่มีโรคเด่นชัด, 1 = เล็กน้อย, 2 = ปานกลาง, และ 3 = รุนแรง)

โรค และ โรคร่วม ตัวอย่าง เช่น	คะแนน
โรคมะเร็ง (Stage I = 0, II = 1, III = 2, IV = 3)	0 1 2 3
โรคปอด (TB, COPD,	0 1 2 3
โรคไต (ไตวายเรื้อรัง แต่ยังมีปัสสาวะ - 2, HD/PD - 3)	0 1 2 3
โรคตับ (Hepatic Encephalopathy - 3)	0 1 2 3
HIV (เมื่อการ+นน.ลด ≤ 10% - 1-2, นน.ลด > 10% + wasting - 3)	0 1 2 3
โรค/สภาวะอื่นๆ (eg. Short bowel,	0 1 2 3
ท้องมาน (น้ำประมาณระดับสปีด = 2, เต็มท้อง = 3)	0 1 2 3
แผลกดทับ (พิจารณาความกว้างลึก ถึงไขมัน = 2, กล้ามเนื้อ = 3)	0 1 2 3
แผลเรื้อรังอื่นๆ	0 1 2 3

หมายเหตุ ให้คะแนน แต่ละ ภาวะ แล้วรวมคะแนน แต่ผลรวมสุดท้ายไม่เกิน 3

2. การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว

[] เท่าเดิม หรือ [] เพิ่มขึ้น กก./เวลา..... (คะแนน = 0)
 [] ลดลง.....% ในระยะเวลา..... เดือน หรือ สัปดาห์

ระยะเวลา	% น้ำหนักที่ลดลง		
	เล็กน้อย	ปานกลาง	รุนแรง
คะแนน	[1]	[2]	[3]
[] 1 สัปดาห์	< 1%	1-2%	> 2%
[] 2-3 สัปดาห์	< 2%	2-3%	> 3%
[] 1 เดือน	< 4%	4-5%	> 5%
[] 3 เดือน	< 7%	7-8%	> 8%
[] > 5 เดือน	< 10%	10%	> 10%

8. ประเมินความรุนแรง ของ ภาวะเจ็บป่วย เฉียบพลัน หรือ กึ่งเฉียบพลัน
 ที่มีผลกระทบต่อ ภาวะโภชนาการ และ แคลบอลิซึม
 (0 = ไม่มี , 1 = เล็กน้อย, 2 = ปานกลาง, และ 3 = รุนแรง)

Stress : severity of hypermetabolism / catabolism

อุบัติเหตุ, บาดเจ็บ, การอักเสบ-ติดเชื้อ, Burn, ตัวอย่าง เช่น.....	คะแนนความรุนแรง
Non neurological trauma,	1 2 3
Head injury, Acute spine injury (GCS 15 = 0, 14-13 = 1, 12-8 = 2, 7-3 = 3)	1 2 3
Burn (minor : ตื้น < 15% ; mod. : ลึก > 5% ; major : ตื้น > 20% / ลึก > 10%)	1 2 3
Sepsis (sepsis = 1, severe sepsis = 2, septic shock = 3)	1 2 3
Recent major operation (1-2 wk.)	1 2 3
Acute pancreatitis, Hepatitis, Peritonitis, Necrotizing fasciitis.....	1 2 3
Disease / Other condition (eg. MI, GI bleed, shock, severe diarrhea, EC-fistula	1 2 3

หมายเหตุ ให้คะแนน แต่ละ ภาวะ แล้วรวมคะแนน แต่ ผลรวมสุดท้ายไม่เกิน 3

modified from Kovacevich DS, et al. N. risk classification in PN Handbook. A.S.P.E.N.2009
 or CBW < IBW - 20% : severe (EN Handbook. ASPEN.2009, p.5)
 or CBW < previous 1 year BW - 20% : severe (PN Handbook. ASPEN.2014, p.9)

3. ภาวะบวมหน้า (Fluid accumulation)

พิจารณา ตำแหน่ง (เฉพาะที่หลายแห่ง) / กลุ่ม (มาก-น้อย)	คะแนน
ไม่บวม (เมื่อเขน ทั้ง 2 ข้าง-หน้าอก-ลำตัว-ท้อง-ขา ทั้ง 2 ข้าง)	0
บวมเล็กน้อย บางแห่ง; ระดับ 1'-2' (รอยบุ๋มลึก 2-4 มม.)	1
บวมปานกลาง มีเขน หรือ ข้างท้องข้าง; ระดับ 2'-3'	2
บวมทั่วตัว ระดับ 3'-4' (รอยบุ๋มลึก 6-8 มม.)	3

9. สรุปคะแนนรวม (ข้อ 1+2+3+4+5+6+7+8 = ข้อ 9)
 [n] กรณี ไม่ สามารถประเมินได้แน่นอน เช่น ไม่รู้สึกตัว

ระดับภาวะทุพโภชนาการ ช่วงคะแนนรวม การปฏิบัติ

[] NT-1 (ไม่มีหรือมีความเสี่ยง) : 0-4 คะแนน	: ติดตามประเมินทุก 6-8 สัปดาห์
[] NT-2 (เล็กน้อย) : 5-7 คะแนน	: ติดตามประเมินทุก 4-6 สัปดาห์
[] NT-3 (ปานกลาง) : 8-10 คะแนน	: ควรเริ่มให้โภชนาการบำบัด ประเมินทุก 3-7 วัน
[] NT-4 (รุนแรง) : > 10 คะแนน	: พิจารณาส่งปรึกษาทีมโภชนาการ

4. ระดับการสูญเสีย มวลไขมัน (Body fat loss) ประเมินโดยทั่วร่างกาย

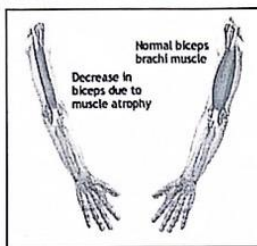
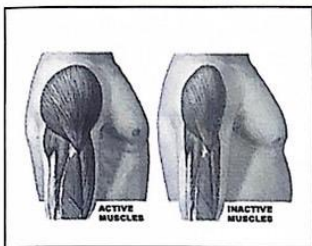
0 - ปกติ , 1 - มีไขมันน้อย , 2 - มีไขมันน้อยมาก , 3 - หนึ่งหึ่งกระดูก	0	1	2	3
---	---	---	---	---

5. ระดับการสูญเสีย มวลกล้ามเนื้อ (Muscle loss) ประเมินโดยทั่วร่างกาย

0 - ปกติ , 1 - กล้ามเนื้อน้อย , 2 - กล้ามเนื้อลีบ , 3 - หนึ่งหึ่งกระดูก	0	1	2	3
---	---	---	---	---

ผู้ประเมิน [] แพทย์ [] พยาบาล [] นักกำหนดอาหาร [] อื่นๆ
 แพทย์ รับทราบผลการประเมิน.....

ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) Performance Status			Karnofsky Performance Status	
Score	Description		Score	Description
0	Fully active, able to carry on all pre-disease performance without restriction.		100	Normal, no complaints, no evidence of disease.
			90	Able to carry on normal activity, minor signs or symptoms of disease.
1	Restricted in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out work of a light or sedentary nature, e.g., light housework, office work.		80	Normal activity with effort, some signs or symptoms of disease.
			70	Cares for self, unable to carry on normal activity or do active work.
2	Ambulatory and capable of all selfcare but unable to carry out any work activities. Up and about more than 50% of waking hours.		60	Requires occasional assistance, but is able to care for most of his/her needs.
			50	Requires considerable assistance and frequent medical care.
3	Capable of only limited selfcare, confined to bed or chair more than 50% of waking hours.		40	Disabled, requires special care and assistance.
			30	Severely disabled, hospitalization indicated. Death not imminent.
4	Completely disabled. Cannot carry on any selfcare. Totally confined to a bed or chair.		20	Very sick, hospitalization indicated. Death not imminent.
			10	Moribund, fatal processes progressing rapidly.



ตรวจประเมิน มวลกล้ามเนื้อ ที่ลดลง (ในภาพรวม)
* มือ แขน ขา ศีรษะทรวงอก ถ้ามวลเนื้อท้อง

ตรวจประเมิน มวลไขมัน ได้วิหัง ของร่างกาย (ในภาพรวม)
* ไขมัน (periorbital fat) ขบ (temporal area)
* ต้นแขน (หน้า M. biceps), หลังต้นแขน (บริเวณ M. triceps)
* ใต้กระดูกไหปลาร้า (subpectoral), ไขมันหน้าท้อง

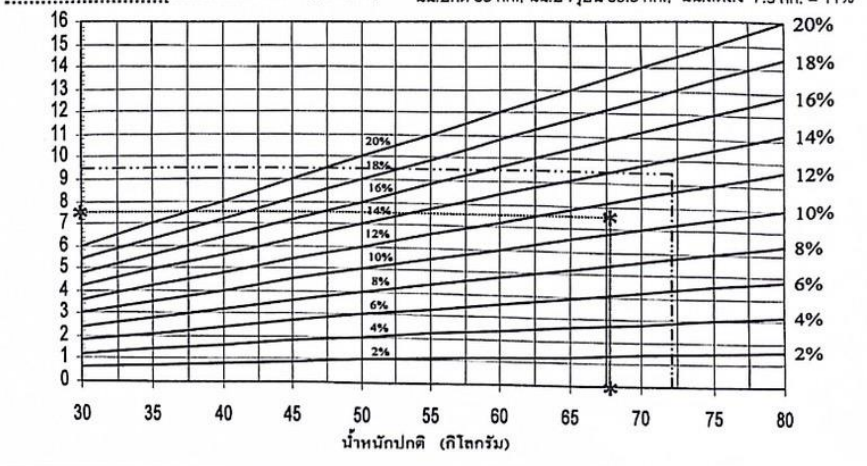
วิธีการตรวจ สมรรถภาพ กล้ามเนื้อผู้ป่วย
มือ : กำหรือบีบ มือผู้ตรวจ เท้า : กระดก ข้อเท้า ขึ้น-ลง
แขน : ยก งอเหยียด สอก ไหล่ ขา : ยกขา งอ-เหยียด เข่า

วิธีหาน้ำหนักที่ควรจะเป็น (Ideal body weight)
ชาย = ส่วนสูง (ซม.) - 100 , หญิง = ส่วนสูง (ซม.) - (105-110)

M : IBW (kg) = 50 + (0.91 x (ht. in cm. - 152.4))
F : IBW (kg) = 45.5 + (0.91 x (ht. in cm. - 152.4))
(from : ARDS Network. NEJM. May 2000, 342 (18) : 1301-08)

สมรรถภาพกล้ามเนื้อ (The Medical Research Council grading of muscle power)
Grade 0 ไม่สามารถจะเคลื่อนไหวได้เลย (อัมพาต) (3 คะแนน)
Grade 1 สามารถเคลื่อนไหวได้เล็กน้อย แต่เฉพาะในแนว horizontal (2 คะแนน)
Grade 2 สามารถเคลื่อนไหว ด้านแรงดึงของโลกตามแนว vertical ได้ (1 คะแนน)
Grade 3 สามารถเคลื่อนไหวตามแนว vertical และ ด้านแรงผู้ตรวจ พอได้ (1 คะแนน)
Grade 4 มีอาการอ่อนแรงเพียงเล็กน้อย (0 คะแนน)
Grade 5 ปกติ (0 คะแนน)
กรณี อัมพาต อัมพาต : ประเมินสมรรถภาพ M. ของ แขน-ขา หรือ ส่วน M. ที่มีแรง

ตารางคำนวณ % น้ำหนัก เพิ่มขึ้น หรือ ลดลง ตัวอย่าง น้ำหนักเพิ่มขึ้น (ดู)
นน.ปกติ 72 กก., นน.ปัจจุบัน 81.5 กก., นน.เพิ่มขึ้น 9.5 กก. = 13 %
ตัวอย่าง น้ำหนักลดลง (ดู)
นน.ปกติ 68 กก., นน.ปัจจุบัน 60.5 กก., นน.ลดลง 7.5 กก. = 11 %





ภาคผนวก 3

NCS

T h a i l a n d

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

รายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ

1. Carboplatin

ชื่อสามัญ	Carboplatin
ชื่อการค้า	lastocarb RU, Carboplatin Abic, Carboplatin.-Ebewe, Carbosin, DBL Carboplatin, Kemocarb, Paraplatin
ประเภท	ยาต้านมะเร็ง Alkylating
ข้อบ่งใช้	รักษามะเร็ง
การออกฤทธิ์	Carboplatin cross-links DNA จะด้านหน้าที่ของ DNA เซลล์ในระยะนี้อาจจะถูกฆ่าตาย
ผลข้างเคียง	สำคัญ คือ กดไขกระดูก พบบ่อยที่สุด คือ เกล็ดเลือดต่ำ รongลงมา คือ เม็ดเลือดขาวและ เม็ดเลือดแดงต่ำ คลื่นไส้ อาเจียน มีพิษต่อไต
การพยาบาล	1. ฉีดยาทางหลอดเลือดดำช้าๆ ใน 15 นาที หรือหยดทางหลอดเลือดดำ ในเวลา 1 ชั่วโมง ติดตามอาการข้างเคียง ถ้าพบว่ามีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ให้รายงานแพทย์ทราบ 2 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่มีคุณค่าสูงเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย และได้รับน้ำ เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เพราะผู้ป่วยมักเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนขณะให้ยา เนื่องจากพิษหรืออาการข้างเคียงของยา หรือเกิดจากความกลัวและวิตกกังวลต่อการให้ยา ซึ่งเป็นผลให้เกิดภาวะขาดสารอาหารและน้ำได้ ในรายที่มีแผลในปากกลืนลำบาก ควรให้ รับประทานอาหารเหลวที่มีคุณค่าสูงแทน การรับประทานอาหารเย็นๆ จะช่วยลดอาการ เจ็บแผลในปากได้

2. 5-FU

ชื่อสามัญ	Fluorouracil
ชื่อการค้า	5-FU, Fivoffu, Fluoro-Uracil, Fluorouracil Abic, 5-Fluorouracil Ebewe, FL Flurox, 5-FU Tablet Kyowa 100, "Verrumal
ประเภท	ยาต้านมะเร็ง และ antimetabolite
ข้อบ่งใช้	รักษามะเร็ง
การออกฤทธิ์	การออกฤทธิ์ ยาจะซึมเข้าไปภายในเซลล์ต่างๆ และถูกเปลี่ยนแปลง ขจัดการสร้าง DNA และ RNA
ผลข้างเคียง	เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปาก กระเพาะอาหาร และลำไส้อักเสบ กดไขกระดูก มีความผิดปกติทางประสาท ผิวหนังอักเสบ เป็นฝ้า ผมหงอก
การพยาบาล	1. ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำในเวลา 1-2 นาที ควร Flush ด้วย 5% D/W หรือ NSS 5-10 มิลลิลิตร ก่อนและหลังฉีดยาทุกครั้ง หรือหยดเข้าทางหลอดเลือดดำในเวลา 4

ชั่วโมง โดยผสมกับ 5% D/W หรือน้ำเกลือได้ตามความเหมาะสม เช่น 300-500-500 มิลลิลิตรหรือให้หยดอย่างต่อเนื่องในสารน้ำ 1,000-2,000 มิลลิลิตร ในเวลา 24 ชั่วโมง ให้ผลเท่ากับหรือดีกว่าการฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำโดยตรง แต่มีข้อดีคือกดไขกระดูกน้อยกว่า

2.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่มีคุณค่าสูงเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย และได้รับน้ำเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ในรายที่มีแผลในปากกลืนลำบาก ควรได้รับประทานอาหารเหลวที่มีคุณค่าสูงแทน การรับประทานอาหารเย็นๆ จะช่วยลดอาการเจ็บแผลในปากได้

3.Cisplatin

ชื่อสามัญ

Cisplatin

ชื่อการค้า

Abiplatin, Blastolem RU, Cisplatin-Ebewe, DBL Cisplatin, Kernoplat, Platinol

ประเภท

ยาต้านมะเร็ง Alkylating

ข้อบ่งใช้

รักษามะเร็ง

การออกฤทธิ์

cross-links DNA ไม่ทำให้ DNA เสียหายอย่างเต็มที่ แต่ในที่สุดทำให้เซลล์ตาย เขาเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วจะใช้ได้ผลดีมาก

ผลข้างเคียง

ที่สำคัญคือ การกดไขกระดูก พบบ่อยที่สุด คือ เกล็ดเลือดต่ำ รongลงมาเม็ดเลือดขาวต่ำ เม็ดเลือดแดงต่ำ พิษต่อทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น แต่ไม่รุนแรง

การพยาบาล

1. เตรียมยา เครื่องมือและบุคคลเพื่อช่วยรักษาอาการแพ้
2. หากผู้ป่วยมี Thrombocytopenia ให้หลีกเลี่ยงการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ
3. หากผู้ป่วยมี Leukopenia ระวังเรื่องการติดเชื้อ เน้นการมือก่อน
4. การให้ยา Cisplatin ทางหลอดเลือดดำ ผสมยาในน้ำกลั่น 10-15 มิลลิลิตร ในยาผง 10 มิลลิกรัม ให้เจือจาง 1,000-2,000 มิลลิลิตร เนื่องจากยามีพิษต่อไตค่อนข้างมากจึงต้องให้น้ำมากๆ หรืออาจให้ IV fluid 1.000-2,000 มิลลิลิตร ใน 8-12 ชั่วโมงก่อนการให้ยา Cisplatin หรือใช้ Cisplatin ขนาดที่ต้องการผสมกับ 2,000 มิลลิลิตร ของ 5% D NSS หรือ 5% D/1/2 NSS หรือ 5% D/1/3 NSS + 37.5 กรัม ของ Mannital IV infusion ในเวลา 6-8 ชั่วโมง
5. ให้ยาแก้อาการคลื่นไส้ อาเจียน ตามแผนการรักษา
6. สังเกตผลข้างเคียง เช่น ขาและเท้าบวม คลื่นไส้ อาเจียน ตาพร่ามัว มึนงง สับสน การได้ยินลดน้อยลง เป็นต้น ให้รายงานแพทย์ทราบ

4. Ondansetron

ชื่อสามัญ	Ondansetron
ชื่อการค้า	Dantron 8, Emeset, Emistop, Emistop, Onsia, Vomitron, Zetron
ประเภท	ยาป้องกันอาการอาเจียน
ข้อบ่งใช้	ป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียนจากการได้รับเคมีบำบัด
การออกฤทธิ์	เลือกจับกับ Serotonin receptor ชนิด 5-HT ₃ (5-HT ₃ serotonin antagonist) และปิดกั้นบริเวณปลายประสาทและส่วนกลางใน Chemoreceptor trigger zone (CTZ)
ผลข้างเคียง	วิงเวียน ง่วงนอน ปวดศีรษะ ท้องเดิน ท้องผูก ปากแห้ง
การพยาบาล	<ol style="list-style-type: none">1. ให้หลีกเลี่ยงการทำงานที่เกี่ยวกับเครื่องจักรกลและการขับรถขณะรับประทานยา2. หากต้องการป้องกันอาการอาเจียนขณะรับประทานอาหาร ต้องให้รับประทานยาก่อนอาหารประมาณ 30 นาที3. สังเกตอาการแพ้ยาและอาการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวกับการกดสมองของยา ต้องสังเกตอาการที่เรียกว่า Extrapyrimalidal symptoms ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของประสาทควบคุมการเคลื่อนไหว ทำให้มีการสั่น กล้ามเนื้อเกร็ง การเคลื่อนไหวลำบาก ตาเหลือก ลูกตาวิ่งขึ้นลงอย่างรวดเร็ว อาการเหล่านี้จะหายไปตัวเองเมื่อหยุดยา

5. Dexamethasone

ชื่อสามัญ	Dexamethasone
ชื่อการค้า	Dexamytrex, Ophthiole, Dexano, Dexamethasone, Pharmasant
ประเภท	สเตียรอยด์ Antiinflammation, Immunosuppressant
ข้อบ่งใช้	รักษาอาการแพ้อย่างเฉียบพลัน
การออกฤทธิ์	มีฤทธิ์ทาง Glucocorticoid มากกว่า Mineralocorticoid คล้าย Corticosteroid ตัวอื่น ยานี้เป็นทั้งยากดภูมิคุ้มกันและเป็นยาต้านการอักเสบ
ผลข้างเคียง	แพ้ชนิด Anaphylaxis หากให้ยาเร็ว หายใจลำบาก นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย วิดกกังวล ซึมเศร้า ปวดศีรษะ อารมณ์แปรปรวน ชัก มีอาการทางจิต Vertigo หัวใจเต้นผิดจังหวะ บวม สูญเสียโปแตสเซียม ความดันโลหิตสูง เป็น Cushing's syndrome ผลในกระเพาะ อ่อนเพลีย กระดูกพรุน มีสิว แผลเรื้อรัง
การพยาบาล	<ol style="list-style-type: none">1. สังเกตและประเมินผลข้างเคียง เช่น มีเลือดออกในอุจจาระ นอนไม่หลับ การมองเห็นเปลี่ยนไป ปวดศีรษะ หัวใจเต้นผิดจังหวะ เป็นต้น หากพบให้รายงานแพทย์ทราบ2. รับประทานยาพร้อมอาหาร เพื่อป้องกันอาการในทางเดินอาหาร3. หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา สูบบุหรี่

6. Metoclopramide

ชื่อสามัญ	Metoclopramide
ชื่อการค้า	Elian, Emeta, Censi, Hawkperan, H-Peran, Manosi, Mari, Meranie
ประเภท	ยาระงับอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่นิยมใช้มากเพราะได้ผลดี
ข้อบ่งใช้	ป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียนจากการได้รับยาเคมีบำบัด
การออกฤทธิ์	จับกับ Chemoreceptor trigger zone (CTZ) และออกฤทธิ์ต้านการหลั่ง Dopamine ซึ่งเป็นสารสื่อสัญญาณประสาทที่สำคัญของ CTZ ทำให้ Thredshold ของ CTZ เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังลดสัญญาณประสาทของระบบทางเดินอาหารไปยังศูนย์อาเจียน และเพิ่มการหดตัวของกล้ามเนื้อหูรูดในหลอดอาหาร ทำให้อาการคลื่นไส้ อาเจียนลดลง
ผลข้างเคียง	ง่วงนอน อ่อนเพลีย กระสับกระส่าย ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว ท้องผูกหรือท้องเสีย ปากแห้ง มีผื่นขึ้นตามร่างกาย อาการบวม
การพยาบาล	1. ให้หลีกเลี่ยงการทำงานที่เกี่ยวกับเครื่องจักรกลและการขับรถขณะรับประทานยา 2. สังเกตอาการแพ้ยาและอาการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวกับการกดสมองของยา ต้องสังเกตอาการที่เรียกว่า Extrapyrarnidal symptoms ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของประสาทควบคุมการเคลื่อนไหว ทำให้มีการสั่นกล้ามเนื้อเกร็ง การเคลื่อนไหวลำบาก ตาเหลือก ลูกตาวิ่งขึ้นลงอย่างรวดเร็ว อาการเหล่านี้จะหายไปเองเมื่อหยุดยา 3. สังเกตภาวะโซเดียมในเลือดสูงและโปแตสเซียมในเลือดต่ำ

7. Lorazepam

ชื่อสามัญ	Lorazepam
ชื่อการค้า	Lorazep, Lorazepam, MacroPhar, Ora, Zora, Anta, Anxira, Ativan
ประเภท	ยาพวก Benzodiazepine
ข้อบ่งใช้	ลดความวิตกกังวล
การออกฤทธิ์	กดประสาทส่วนกลาง โดยเสริมฤทธิ์ Gamma aminobutyric acid (GABA) ทำให้การยับยั้งและอุดกั้นการตื่นตัวของกระแสประสาททั้งส่วน Limbic และ Subcortical จึงทำให้สมองส่วนรับรู้สติถูกกด การเคลื่อนไหวจึงช้าลง การทำหน้าที่ของสมองเกิดการเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดอาการซึม มึนงง ง่วงหลับ
ผลข้างเคียง	ง่วงซึม อ่อนแรง สับสน มึนงง หัวใจเต้นช้า หรือหัวใจหยุดเต้น เห็นภาพซ้อน มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักและความอยากอาหาร อาจเพิ่มหรือลด ปากแห้ง ผื่นคัน ตับและไตเสียหายที่

การพยาบาล

1. หากมีอาการผิดปกติของ Agranulocytosis เช่น มีไข้ หนาวสั่น เจ็บคอ ไอ ปวดหลัง เป็นต้น ให้รายงานแพทย์ทราบ
2. ยานี้อาจเป็นสาเหตุทำให้ง่วง มึนงง ตาพร่ามัว แนะนำผู้ป่วยไม่ให้ขับรถ ใช้ของมีคมหรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล ไม่ควรดื่มสุรา เพราะอาจเกิดอันตรายได้
3. หากมีอาการวิงเวียน ให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวช้า ๆ จากท่านอนเป็นนั่ง หรือยืน หากมีอาการท้องผูก ให้รับประทานผัก ผลไม้ ดื่มน้ำให้เพียงพอวันละ 2,500-3000 มิลลิลิตร ออกกำลังกาย หากมีอาการมากให้รายงานแพทย์ทราบ

8. Senokot

ชื่อสามัญ

Senna

ชื่อการค้า

Agiolax, Circanetten, Emulax, Senokot

ประเภท

ยาถ่ายในกลุ่มที่กระตุ้นการถ่ายอุจจาระ

ข้อบ่งใช้

รักษาภาวะท้องผูก

การออกฤทธิ์

ยาจะออกฤทธิ์หลังรับประทานยาภายใน 12 ชั่วโมง โดยแบคทีเรียในลำไส้จะช่วยย่อย Glycosides ของมะขามแขก ให้กลายเป็นกลูโคสและ Emodins ซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้นปลายประสาทที่ลำไส้ใหญ่ ทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้เพิ่มขึ้น และมีฤทธิ์ทำให้น้ำและเกลือแร่ในลำไส้เพิ่มมากขึ้นด้วย

ผลข้างเคียง

ปวดท้อง ท้องอืด คลื่นไส้ หากใช้นาน ๆ อาจทำให้เกิดท้องเสีย สูญเสียน้ำและเกลือแร่ น้ำหนักลด

การพยาบาล

1. การเก็บยา ต้องระวังไม่ให้สัมผัสกับความชื้นและแสงสว่าง เพราะยาจะเสื่อม สภาพได้ง่าย
2. ควรให้รับประทานยานี้ก่อนนอน

9. Loperamide

ชื่อสามัญ

Loperamide

ชื่อการค้า

Diarent, Diarodil, Entermid, Imodium, Imodium Pius, Impelium, Impore, Lomide, Lomy, Lopamine, Lopela, Lopercin, Loperdium, Loperia, Lopermide, Operium, Perasian, SBOB, Vaconi

ประเภท

สารสกัดจากฝิ่น

ข้อบ่งใช้

แก้ท้องเสียชนิดเฉียบพลัน ท้องเสียชนิดเรื้อรังที่เกิดจากลำไส้อักเสบ

การออกฤทธิ์

ลดการเคลื่อนไหวของลำไส้ โดยออกฤทธิ์ที่ตัวรับชนิด m-receptor ทางเดินอาหาร ทำให้ลำไส้บีบรัด ชัดขวางการบีบรัด ยานี้อาจทำให้ลำไส้หยุดเคลื่อนไหว

ผลข้างเคียง

มึนงง เหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน ปากแห้ง ท้องผูก เจ็บลิ้นปี่ แพ้

การพยาบาล

1. ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2,500 มิลลิลิตร จนกระทั่งไม่มีอาการท้องเสีย ไม่ควรดื่มน้ำผลไม้

2. สังเกตอาการข้างเคียง เช่น ท้องผูก ปวดท้องเนื่องจากคลื่นไส้ อาเจียน ผื่นคัน ปากแห้ง ควรรายงานแพทย์ทราบ

10. MST

ชื่อสามัญ	Morphine Sulfate Tablets
ชื่อการค้า	MST, Morphgesic , MST Contin
ประเภท	ยาระงับปวดชนิดเสพติด สกัดได้จากฝิ่นตามธรรมชาติ มีประสิทธิภาพสูงสุดในการบรรเทาอาการปวด
ข้อบ่งใช้	บรรเทาอาการปวดระดับกลางถึงรุนแรง ระวังปวดจากโรคมะเร็ง
การออกฤทธิ์	กระตุ้น opioid receptor ในไขสันหลังและที่สมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวด ทำให้การนำความรู้สึกและการแปลผลเกี่ยวกับความเจ็บปวดลดลง
ผลข้างเคียง	ที่สำคัญ คือ กตการหายใจ คลื่นไส้ อาเจียน ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น เวียนศีรษะ ท้องผูก ม่านตาเล็กลง ปัสสาวะไม่ออก อาการพิษจะเกิดจากการใช้ยาเกินขนาด เช่น ไม้รู้สึกตัว ม่านตาเท่ารูเข็ม หายใจช้ามาก ในที่สุดเป็น Chyne-Strokes เกิดอาการตัวเขียว ผิวหนังเย็น ความดันโลหิตต่ำ หหมดสติ เป็นต้น
การพยาบาล	1. สังเกตและตรวจสอบสัญญาณชีพก่อนและหลังให้ยา ถ้าพบอัตราการหายใจน้อยกว่า 12 ครั้งต่อนาที ควรรายงานแพทย์ทราบเพื่อพิจารณาหยุดยา 2. สังเกตอาการข้างเคียงของยา อาการติดยา ถ้ายาระคายเคืองกระเพาะอาหาร ให้รับประทานยาร่วมกับนมหรืออาหาร หลีกเลี่ยงการดื่มสุราและยากดประสาท

11. MO IR

ชื่อสามัญ	Morphine IR
ชื่อการค้า	Oramorph MO IR
ประเภท	ยาระงับปวดชนิดเสพติด สกัดได้จากฝิ่นตามธรรมชาติ มีประสิทธิภาพสูงสุดในอาการปวด
ข้อบ่งใช้	บรรเทาความเจ็บปวด เป็น Immediate release
การออกฤทธิ์	กระตุ้น opioid receptor ได้ดี ในไขสันหลังและที่สมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวด ทำให้การนำความรู้สึกและการแปลผลเกี่ยวกับความเจ็บปวดลดลง
ผลข้างเคียง	ที่สำคัญ คือ กตการหายใจ คลื่นไส้ อาเจียน ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น เวียนศีรษะ ท้องผูก ม่านตาเล็กลง ปัสสาวะไม่ออก อาการพิษจะเกิดจากการใช้ยาเกินขนาดเช่น ไม้รู้สึกตัว ม่านตาเท่ารูเข็ม หายใจช้ามาก ในที่สุดเป็น Chyne-Strokes
การพยาบาล	1. สังเกตและตรวจสอบสัญญาณชีพก่อนและหลังให้ยา ถ้าพบอัตราการหายใจน้อยกว่า

- 12 ครั้งต่อวันที่ ควรรายงานแพทย์ทราบเพื่อพิจารณาหยุดยา
2. สังเกตอาการข้างเคียงของยา อาการติดยา ถ้ายาระคายเคืองกระเพาะอาหาร ให้รับประทานยาร่วมกับนมหรืออาหาร หลีกเลี่ยงการดื่มสุราและยากดประสาท

12.Kapanol

ชื่อสามัญ	Morphine Sulfate Extended-Release
ชื่อการค้า	Kapanol [®]
ประเภท	opioid analgesics
ข้อบ่งใช้	ใช้ในการรักษาความเจ็บปวดที่รุนแรง
การออกฤทธิ์	ออกฤทธิ์ที่ μ receptor ที่บริเวณสมองและไขสันหลัง
ผลข้างเคียง	ง่วงซึม, ท้องผูก, orthostatic hypotension, respiratory depression, cardiac arrhythmias
การพยาบาล	ระวังเมื่อใช้ร่วมกับยากลุ่มopioid หรือกลุ่มbenzodiazepine ฝ้าระวังอาการง่วงซึม

13. Gabapentin

ชื่อสามัญ	Gabapentin
ชื่อการค้า	Neurontin, Gabarone, Gabapentin Accord
ประเภท	Anti-epileptic drugs
ข้อบ่งใช้	อาการปวดประสาทที่เกิดจากโรคประสาทสะสม (neuropathic pain)
การออกฤทธิ์	การทำงานโดยการผูกกับช่องไอออนแบบ $\alpha 2\delta$ (alpha-2-delta) ในเซลล์ประสาท ช่องไอออนที่เกี่ยวข้องกับการส่งผ่านของไฟฟ้าในระบบประสาท การทำงานนี้ทำให้เกิดการยับยั้งการถ่ายทอดสารสื่อประสาทต่างๆ ซึ่งช่วยลดอาการชักและบรรเทาอาการปวดประสาทได้
ผลข้างเคียง	ง่วงนอน น้ำหนักตัวเพิ่ม เดินเซ ขาดสมาธิ วิงเวียน ไม่มีแรง
การพยาบาล	1. ระวังเมื่อใช้ร่วมกับยากลุ่มopioid หรือกลุ่ม Benzodiazepine ฝ้าระวังอาการง่วงซึม 2. แนะนำให้ผู้ป่วยระวังอุบัติเหตุ เพราะยาอาจทำให้ง่วง

14. Amitriptyline

ชื่อสามัญ	Amitriptyline hydrochloride
ชื่อการค้า	Anxipress-D, Neuragon-A/Neuragon-B, Polybon, Polytanol, Tripta, Triptyline, Tryptanol
ประเภท	Tricyclic antidepressant

ข้อบ่งใช้ ใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะจากความเครียด และในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดแบบNeuropatic pain

การออกฤทธิ์ การออกฤทธิ์ โดยจะเพิ่มระดับ Nor epinephrin ให้มากขึ้นในระบบประสาท โดยยับยั้งการ uptake สารสื่อประสาท Nor-epinephrin และ serotonin ในระบบประสาทส่วนปลาย

ผลข้างเคียง หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น มีภาวะความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า (Postural hypotension) ถ้าได้รับยาในขนาดสูง หัวใจเต้นผิดจังหวะ มีความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ทำให้ง่วงมาก เหมาะที่จะใช้ในเวลากลางคืนเพื่อให้ผู้ในเพื่อให้ผู้ป่วยหลับได้สบายขึ้น และอาจทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น คอแห้ง ตาพร่า ท้องผูก

การพยาบาล

15. Lactulose

ชื่อสามัญ Lactulose

ชื่อการค้า Duphalac, Hepalac, Laevolac, Safex

ประเภท ยาระบายในกลุ่มที่เพิ่มการซึมผ่านของของเหลว เป็นน้ำตาล disaccharide กึ่งสังเคราะห์ ไม่ถูกย่อยที่ทางเดินอาหารส่วนต้น ผ่านมาสู่ลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่พร้อมทั้งดึงน้ำไว้

ข้อบ่งใช้ รักษาผู้ป่วยโรคตับที่เกิด Hepatic encephalopathy, ใช้เป็นยาระบาย

การออกฤทธิ์ ดูดน้ำเข้าหาตัวและทำให้เกิดการระคายเคืองที่ทวารหนัก จึงมีผลทำให้ปริมาณน้ำภายในลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้น กระตุ้นให้มีการถ่ายอุจจาระได้

ผลข้างเคียง ท้องอืด แน่นท้อง (ในรายที่ได้รับยาขนาดสูงอาจทำให้เกิดอาการท้องเดิน) คลื่นไส้ อาเจียน ภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

การพยาบาล

1. ให้ดื่มน้ำมากๆ เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ
2. ติดตามผลเลือดและสังเกตอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เช่น เป็นลม เป็นตัน และภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นต้น

16. NaCl tab

ชื่อสามัญ NaCl

ชื่อการค้า NaCl

ประเภท เป็นเกลือแกง บริสุทธิ์ที่นำมาตอกเม็ดทำเป็นยารับประทาน

ข้อบ่งใช้ ใช้ป้องกันและรักษาภาวะร่างกายขาดเกลือโซเดียม

การออกฤทธิ์ สร้างสมดุลของเกลือโซเดียมและสมดุลของน้ำในร่างกาย ส่งผลให้มีแรงดันของเลือดสูงขึ้น ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆได้อย่างทั่วถึง

ผลข้างเคียง รู้สึกกระหายน้ำ น้ำลายน้อยลง มีไข้ ปวดหัว หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง วิงเวียน อ่อนเพลีย คลื่นไส้-อาเจียน

การพยาบาล 1. สังเกตอาการข้างเคียง
2. เก็บยาภายใต้อุณหภูมิไม่เกิน 30 องศาเซลเซียส (Celsius) เก็บยาให้พ้นแสง/แสงแดด และความชื้น

17. Tramadol

ชื่อสามัญ Tramadol

ชื่อการค้า Tramal Retard, Tramamed, Tramax, Tramazac, Tramoda

ประเภท ยาแก้ปวด

ข้อบ่งใช้ ระวังปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง

การออกฤทธิ์ เป็นสารสังเคราะห์ที่มีฤทธิ์ระงับอาการปวดได้ค่อนข้างดี แต่มีผลกดการหายใจและระบบ ไทลเวียนเลือดน้อยมาก มีผลในการออกฤทธิ์ และมีระยะเวลาในการออกฤทธิ์นานใกล้เคียง กับมอร์ฟีน

ผลข้างเคียง อาจทำให้เกิดอาการง่วงซึม เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน อาจทำให้เกิดอาการชักได้

การพยาบาล 1. ติดตามผลข้างเคียง เช่น มึนงง ง่วงนอน การมองเห็นไม่ชัด (หลีกเลี่ยงการขับรถ) คลื่นไส้ (รับประทานยาพร้อมอาหาร รับประทานอาหารทีละน้อย บ่อยครั้ง) เป็นต้น
2. รายงานให้แพทย์ทราบ หากผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ มึนงง ท้องผูกอย่างรุนแรง

17. Paracetamol

ชื่อสามัญ Paracetamol

ชื่อการค้า Paracap, Paracet, Paracetamol ANB, Paracetamol General Drugs

ประเภท ระวังปวด (ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ) ลดไข้ เป็นยาชนิดไม่เสพติดที่นิยมใช้อย่างแพร่หลาย เพราะมีฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหารน้อยกว่ายาในกลุ่ม NSAIDs และแอสไพริน และให้ผลระงับปวดลดไข้ได้ดี

ข้อบ่งใช้ ควบคุมอาการปวดศีรษะ ปวดหู ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ ลดไข้จากการติดเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัส

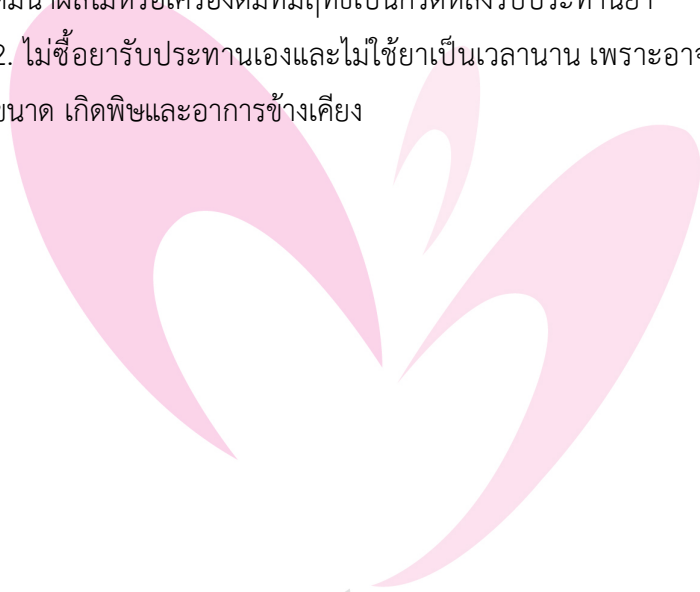
การออกฤทธิ์ ยับยั้งการสังเคราะห์ Prostaglandins ในระบบประสาทส่วนกลางได้ดี แต่ยับยั้งการสร้าง สารนี้ที่บริเวณนอกสมองได้น้อย โดยเฉพาะในบริเวณที่เกิดการอักเสบ ซึ่ง Prostaglandins เป็นตัวทำให้เกิดความเจ็บปวด และทำให้เกิดไข้ที่มีผลต่อศูนย์ควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย ที่ไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ยาจะออกฤทธิ์สูงสุดในเวลา 30-60 นาทีหลังได้รับยา หากได้รับยาเกินขนาดจะมีพิษต่อตับและไต จึงไม่ควรใช้ยานี้ติดต่อกันเกิน 7 วัน

ผลข้างเคียง

ง่วงซึม แพ้ยา เช่น มีผื่น บวม เป็นแผลที่เยื่อช่องปาก มีไข้ เป็นต้น ในขนาดที่มากเกินไป อาจทำให้เกิดตับวายและถึงแก่ความตายได้ คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย อาการดีขึ้นระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ อาจมีเยื่อหุ้มสมองอักเสบ

การพยาบาล

1. ควรดื่มน้ำ เครื่องดื่ม หรือรับประทานอาหารเหลวบ่อย ๆ เพื่อช่วยลดความร้อนไม่ควรดื่มน้ำผลไม้หรือเครื่องดื่มที่มีฤทธิ์เป็นกรดหลังรับประทานยา
2. ไม่ซื้อยารับประทานเองและไม่ใช้ยาเป็นเวลานาน เพราะอาจทำให้รับประทานยาเกินขนาด เกิดพิษและอาการข้างเคียง



NCI

T h a i l a n d

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
National Cancer Institute

ผลงานวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ