คู่มือการพยาบาล

การดูแลช่องปากในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี

นางสาววันทกานต์ ราชวงศ์

งานการพยาบาลรังสีวิทยา
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2559

คู่มือการพยาบาลการดูแลช่องปากในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี

นางสาววันทกานต์ ราชวงศ์ พนักงานมหาวิทยาลัย

งานการพยาบาลรังสีวิทยา
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2559

คณะกรรมการตรวจสอบคู่มือการพยาบาล

..... พี่เลี้ยงคู่มือการพยาบาล
(นางสาวพรทิพย์ พานิชเจริญวงศ์)

..... ผู้ทรงคุณวุฒิที่ปรึกษาคู่มือการพยาบาล
(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงจันจิรา เพชรสุขศิริ)

..... ผู้ทรงคุณวุฒิที่ปรึกษาคู่มือการพยาบาล
(รองศาสตราจารย์ด็อกเตอร์วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล)

..... ผู้ทรงคุณวุฒิที่ปรึกษาคู่มือการพยาบาล
(นางพรพรรณ วนวโรดม)

ลิขสิทธิ์ของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

คำนำ

ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีเนื่องจากมีอุบัติการณ์การเกิดถึงร้อยละ 85 และเพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 98 ในผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด อีกทั้งยังส่งผลให้เกิดกลุ่มอาการอื่นๆตามมา ได้แก่ อาการเจ็บปากและคอ เกิดแผลในช่องปากติดเชื้อ กลืนลำบาก การรับรู้รสเสียไป ทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้อย่างเพียงพอ ส่งผลให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งจะส่งผลให้ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นได้ นอกจากจะส่งผลกระทบด้านร่างกายแล้ว ภาวะดังกล่าวยังส่งผลกระทบด้านจิตใจผู้ป่วย ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ความรู้สึกท้อแท้ต่อการรักษาและการดำเนินชีวิตที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ทำให้รู้สึกด้อยค่า เป็นภาระให้กับครอบครัวหรือผู้ดูแล นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง ดังนั้นการดูแลช่องปากที่ถูกต้องและเหมาะสมจึงเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นที่ต้องให้ความสำคัญ ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี

คู่มือการพยาบาลการดูแลช่องปากในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเล่มนี้ ผู้จัดทำได้ค้นคว้าและรวบรวมความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ การดูแลช่องปากและการจัดการภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ พร้อมทั้งกรณีศึกษาซึ่งครอบคลุมทุกระยะของการฉายรังสี และสรุปปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไขปัญหา เพื่อให้พยาบาลมีความรู้และนำไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วันทกานต์ ราชวงศ์

กิตติกรรมประกาศ

คู่มือการพยาบาลฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก นางสาวพรทิพย์ พานิชเจริญวงศ์ พยาบาลชำนาญการพิเศษและหัวหน้าหอผู้ป่วย 72 ปีชั้น 9 ตะวันตก พี่เลี้ยงคู่มือที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ ผู้จัดทำขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในโอกาสนี้

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์แพทย์หญิงจันจิรา เพชรสุขศิริ รังสีแพทย์ สาขาวิชารังสีรักษา ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล รองศาสตราจารย์ด็อกเตอร์วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลและนางพรพรรณ วนวโรดม พยาบาลชำนาญการพิเศษและหัวหน้าหน่วยสอนสุขศึกษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็ง งานการพยาบาลรังสีวิทยา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ผู้ทรงคุณวุฒิที่ปรึกษาคู่มือการพยาบาล ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงคู่มือการพยาบาลฉบับนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล งานวิจัยและสารสนเทศการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลรังสีวิทยา โรงพยาบาลศิริราช ตลอดจนพยาบาลทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกและให้กำลังใจตลอดมา

สุดท้าย ผู้จัดทำคู่มือขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดาที่ให้ความรักและความห่วงใย ขอบคุณนายแพทย์พีรวิชญ์ ทัพวงษ์ ที่เป็นกำลังใจอยู่เคียงข้างและให้คำปรึกษาตลอดมา ประโยชน์ที่ได้จากคู่มือการพยาบาลฉบับนี้ ผู้จัดทำขอมอบแด่ บุพการี คณาจารย์ ผู้ให้การสนับสนุนและผู้ป่วยมะเร็งทุกท่าน

วันทกานต์ ราชวงศ์

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	**ก**
กิตติกรรมประกาศ	**ข**
สารบัญรูปภาพ	**จ**
สารบัญตาราง	**ฉ**
สารบัญแผนภูมิ	**ช**
บทที่ 1 บทนำ	**1**
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการเขียนคู่มือ	2
1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
1.4 ขอบเขตของการใช้คู่มือการพยาบาล	3
1.5 นิยามศัพท์/คำจำกัดความ	3
บทที่ 2 ภาระหน้าที่ ความรับผิดชอบ	**5**
บทที่ 3 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบและการดูแลช่องปาก	**18**
3.1 มะเร็งศีรษะและคอ	19
3.1.1 ความหมายของมะเร็งศีรษะและคอ	19
3.1.2 การแบ่งระยะของมะเร็งศีรษะและคอ	19
3.1.3 การรักษามะเร็งศีรษะและคอ	21
3.2 ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี	28
3.2.1 ความหมายของเยื่อบุช่องปากอักเสบ	28
3.2.2 พยาธิสรีรภาพและกลไกการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ	29
3.2.3 ผลของการฉายรังสีต่อการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ	31
3.2.4 อาการแสดงของภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบจากการฉายรังสี	33
3.2.5 ปัจจัยเสี่ยงของภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ	35
3.2.6 การประเมินภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ	38

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.3 การดูแลช่องปากและการจัดการภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี	44
3.3.1 เป้าหมายการดูแลช่องปากด้วยตนเอง	44
3.3.2 การประเมินภาวะโภชนาการ	53
บทที่ 4 การพยาบาลการดูแลช่องปากและการจัดการภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ	**57**
4.1 การพยาบาลก่อนการฉายรังสี	58
4.2 การพยาบาลขณะการฉายรังสี	66
4.3 การพยาบาลหลังการฉายรังสี	89
บทที่ 5 กรณีศึกษา	**96**
5.1 กรณีศึกษารายที่ 1	97
5.2 กรณีศึกษารายที่ 2	125
บทที่ 6 ปัญหาอุปสรรคและแนวทางในการแก้ไขปัญหา	**152**
เอกสารอ้างอิง	**156**
ภาคผนวก	**164**
ภาคผนวก ก แผ่นพับ เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยการฉายรังสี	165
ภาคผนวก ข คู่มือการดูแลตนเองขณะรับการรักษาด้วยการฉายรังสี	166
ภาคผนวก ค คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ	167
ภาคผนวก ง คู่มือแนวทางการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณช่องปากและลำคอ	168
ภาคผนวก จ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	169
ประวัติผู้จัดทำคู่มือการพยาบาล	**170**

สารบัญรูปภาพ

รูปภาพที่	หน้า
3.1 หมอนสำหรับจัดท่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี	23
3.2 หน้ากากสำหรับยึดตรึงผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอขณะรับการฉายรังสี	23
3.3 ตัวกำกับรังสี (MLC) ในเครื่องฉายรังสีเทคนิคสามมิติ	24
3.4 การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังที่เกิดจากการฉายรังสี	26
3.5 ภาวะกระดูกกรามตายจากการฉายรังสี	28
3.6 กลไกการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ	30
3.7 แผลที่ลิ้นที่มีลักษณะ Psuedomembrane	33
3.8 ความแตกต่างของระยะเวลาการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ	35
3.9 แบบประเมินความเจ็บปวดแบบ Numerical rating scale	51
4.1 บัตรสุขภาพประจำตัวผู้ป่วยระหว่างได้รับการฉายรังสี	66
4.2 การวางแปรงสีฟันบริเวณคอฟันทำมุม 45 องศากับแนวฟัน	70
4.3 การบ้วนปากวิธี Ballooning	70
4.4 การบ้วนปากวิธี sucking	71
4.5 การประเมินช่องปากด้วยตนเอง	71
4.6 ลักษณะภายนอกของภาวะกระดูกกรามตายจากการฉายรังสี	90

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
3.1 แนวทางการประเมินช่องปาก	40
3.2 แบบประเมินการเปลี่ยนแปลงของเยื่อบุช่องปากระยะเฉียบพลันดิชเก้	42
3.3 ยาที่ใช้บ่อยเพื่อระงับความเจ็บปวดในช่องปากและคอจากภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ	50

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่	**หน้า**
4.1 แนวทางการดูแลช่องปากในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอในระหว่างการฉายรังสี	67
4.2 การประเมินผู้ป่วยและการจัดการภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ	74
5.1 ประวัติสุขภาพในครอบครัว (แผนผังเครือญาติ) กรณีศึกษารายที่ 1	99
5.2 ประวัติสุขภาพในครอบครัว (แผนผังเครือญาติ) กรณีศึกษารายที่ 2	127

บทที่ 1
บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ

ในปัจจุบันมะเร็งศีรษะและคอมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปีและจากสถิติผู้ป่วยใหม่ที่เข้ารับการรักษา โรงพยาบาลศิริราช พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมีแนวโน้มมากขึ้นทุกปีเช่นเดียวกัน โดยมีจำนวน 479 ราย 544 รายและ 631 ราย ในปี 2553, 2554, และ 2555 ตามลำดับ แนวทางการรักษาโรคมะเร็งศีรษะและคอมีหลายวิธี เช่น การผ่าตัด เคมีบำบัด การฉายรังสี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการฉายรังสี กล่าวได้ว่าเป็นการรักษาหลักของโรคมะเร็งศีรษะและคอ [1] ถึงแม้ว่าการรักษาผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอจะมีประสิทธิภาพสูง แต่ก็มีผลข้างเคียงในระหว่างการรักษาต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะภาวะ เยื่อบุช่องปากอักเสบ

ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ (Oral mucositis) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในการรักษามะเร็งศีรษะและคอ [2-4] โดยพบได้ในผู้ป่วยที่ฉายรังสีร้อยละ 85 และมีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 98 ในผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบส่งผลให้เกิดกลุ่มอาการอื่นตามมาได้แก่ อาการเจ็บปากและคอ กลืนลำบากและการรับรู้รสเสียไป ซึ่งรบกวนต่อการรับประทานอาหาร [5] ผู้ป่วยร้อยละ 62 ที่มีภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบในระดับ 3-4 จำเป็นต้องใส่สายให้อาหารเนื่องจากไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้อย่างเพียงพอและผู้ป่วยร้อยละ 15-30 ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อรักษาภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบร่วมกับส่งเสริมภาวะโภชนาการ [1, 6-7] ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งผู้ป่วยร้อยละ 11 ต้องหยุดพักการรักษา [8] นำไปสู่การรักษาที่ไม่เป็นไปตามแผนที่แพทย์กำหนด ส่งผลให้โอกาสการหายจากโรคลดลงได้ ผลกระทบด้านจิตใจพบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ความปวดจากภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบยังเป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารพูดคุย ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกด้อยค่า นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง [3, 6, 9]

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี ระหว่างรับการรักษา ส่วนใหญ่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยใช้ระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาลเพื่อรับการฉายรังสีประมาณ 1-2 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้ช่วงเวลาในการดูแลตนเองส่วนใหญ่เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมิน ดูแลและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับอาการและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง

หน่วยสอนสุขศึกษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็ง ให้บริการด้านให้ความรู้และทักษะในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยมะเร็งทุกระบบตั้งแต่ระยะก่อน ขณะและภายหลังการรักษาด้วยการฉายรังสี เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะยาว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

คู่มือการพยาบาล “การดูแลช่องปากในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี” จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว เพื่อนำไปสู่การมีความรู้/ทักษะการดูแลช่องปากด้วยตนเองและสามารถในการปรับพฤติกรรม ส่งผลให้มีการจัดการตนเองที่เหมาะสม สอดคล้องกับภาวะเจ็บป่วยและวิถีการดำเนินชีวิตของตนเอง ทั้งขณะที่ผู้ป่วยรักษาอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อต้องกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จในการป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้

1.2 วัตถุประสงค์ของการเขียนคู่มือการพยาบาล

1. เพื่อทราบถึงกลไกการเกิดและอาการแสดงของภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี

2. เพื่อทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงของภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี

3. เพื่อทราบถึงวิธีการประเมินภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี

4. เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลช่องปากและจัดการภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบเพื่อลดความรุนแรงของภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี

1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ

2. พยาบาลสามารถประเมินระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี

3. พยาบาลมีแนวทางในการดูแลช่องปากและการจัดการภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี

4. ลดอัตราการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบในระดับที่รุนแรงและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี

1.4 ขอบเขตของการใช้คู่มือการพยาบาล

คู่มือการพยาบาลฉบับนี้เป็นคู่มือสำหรับพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอขณะรับการรักษาด้วยการฉายรังสี

1.5 นิยามศัพท์/คำจำกัดความ

ความหมายของภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ

ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ หมายถึง อาการบวม แดงและการเกิดแผลของเยื่อบุช่องปาก 9 ตำแหน่ง คือ บริเวณริมฝีปากด้านบน ล่าง กระพุ้งแก้มข้างซ้าย ขวา ด้านบน ล่างและขอบลิ้นข้างขวาและซ้าย พื้นปาก เพดานอ่อนและเพดานแข็ง [10]

ความหมายของการดูแลช่องปาก

การดูแลช่องปาก หมายถึง รูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเองและลดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี ซึ่งประกอบด้วยแนวทางการดูแลช่องปากและการจัดการภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี

ความหมายของการฉายรังสี

การฉายรังสี หมายถึง การรักษาโรคมะเร็งและเนื้องอกด้วยอนุภาคของรังสี (Ionizing radiation) โดยมีเป้าหมายการรักษาให้ก้อนมะเร็งหรือเนื้องอกได้รับพลังงานรังสีสูงสุด ในขณะที่

เนื้อเยื่อปกติโดยรอบได้รับพลังงานรังสีน้อยที่สุดเท่าที่ทำได้ เพื่อทำลายก้อนมะเร็งหรือเนื้องอก เพิ่มคุณภาพชีวิตและเพิ่มอัตราการการอยู่รอดชีวิตของผู้ป่วย [11]

ความหมายของมะเร็งศีรษะและคอ

มะเร็งศีรษะและคอ หมายถึง มะเร็งที่เกิดขึ้นในบริเวณทางเดินหายใจและทางเดินอาหารส่วนบน โดยแบ่งออกเป็น 7 ส่วน ได้แก่ ช่องปาก(Oral cavity) คอหอยส่วนบน (Oropharynx) กล่องเสียง (Larynx) และคอหอยส่วนล่าง (Hypopharynx) ช่องจมูก (Nasal cavity) หลังโพรงจมูก (Nasopharynx) ต่อมน้ำลาย (Salivary gland) และต่อมไทรอยด์ (Thyroid gland) [12-13]

บทที่ 2
ภาระหน้าที่ ความรับผิดชอบ

ผู้จัดทำคู่มือปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาล ประจำหน่วยสอนสุขศึกษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็ง งานการพยาบาลรังสีวิทยา ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกระบบ ทั้งผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ ครอบคลุมผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา โดยให้บริการให้ความรู้ คำปรึกษาและฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจครอบคลุมทั้งในระยะก่อน ขณะและภายหลังการรักษา ให้ความรู้และคำปรึกษาเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจก่อนเข้ารับการรักษาด้วยรังสีรักษา วิธีการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกัน เฝ้าระวังและการจัดการกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะรับการรักษา คัดกรองและประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยระหว่างการฉายรังสี ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเด็กและผู้ใหญ่ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกและใส่เครื่องช่วยหายใจระหว่างการฉายรังสี และให้ความรู้ทักษะในการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน เฝ้าระวังและฟื้นฟูสภาพร่างกายจากภาวะแทรกซ้อนระยะยาวจากการฉายรังสีภายหลังการรักษาสิ้นสุด เป็นต้น

ลักษณะงานที่ปฏิบัติมีดังนี้

1. ให้คำปรึกษา คำแนะนำเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษารวมถึงการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยมะเร็งทุกระบบก่อนเข้ารับการรักษาด้วยการฉายรังสี ดังนี้

1.1 คัดกรองและประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับจากการซักประวัติ ตรวจร่างกายและคัดกรองภาวะเสี่ยงต่างๆ เพื่อคัดกรองความผิดปกติ ปัจจัยเสี่ยงที่อาจส่งผลต่อการรักษาด้วยการฉายรังสีและวางแผนในการดูแลผู้ป่วยก่อนการฉายรังสี โดยประเมินผู้ป่วยและซักประวัติ ดังนี้

- ประวัติโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและประวัติการรักษาในอดีต เพื่อวางแผนในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมก่อนการฉายรังสี

- ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญที่อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการฉายรังสี

- ประวัติการเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการ ภาวะกลืนลำบาก อาการเจ็บในช่องปากหรือแผล ก้อนในระบบทางเดินอาหารเพื่อวางแผนให้คำแนะนำด้านโภชนาการ อาหารทดแทนที่เหมาะสมหรือส่งต่อให้แพทย์พิจารณาการรักษาต่อไป

- ประวัติการรักษาที่เคยได้รับ เช่น การผ่าตัด การฉายรังสีและการให้ยาเคมีบำบัดเพื่อใช้ในการวางแผนให้คำแนะนำในการเตรียมสภาพร่างกายก่อนการฉายรังสี

- ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาด้วยการฉายรังสี การรับประทานอาหารมังวิรัติหรือชีวจิต ยาสมุนไพรต่างๆ เพื่อวางแผนการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาและการดูแลตนเองที่ถูกต้อง

1.2 การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องก่อนการฉายรังสีเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ดังนี้

- ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยการฉายรังสี ขั้นตอนการรักษาและภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับกระบวนการรักษาและลดความวิตกกังวล

- การส่งเสริมภาวะโภชนาการที่เหมาะสมเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง สมบูรณ์พร้อมรับการรักษาและลดผลข้างเคียงต่างๆ ขณะที่ได้รับการฉายรังสี

- การรักษาความสะอาดในช่องปากและการดูแลช่องปากที่ถูกต้องในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในช่องปากที่รุนแรงระหว่างการฉายรังสี

- การบริหารแขนและหัวไหล่ที่ถูกต้องในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันภาวะแขนและข้อไหล่ติดระหว่างการฉายรังสี ซึ่งส่งผลต่อการจัดท่าในการฉายรังสีหรือภาวะไม่พึงประสงค์ต่างๆ จากการฉายรังสีโดนตำแหน่งอื่นๆ เช่น หัวไหล่ แขน

- การดูแลตนเองในกรณีที่มีโรคประจำตัวหรือได้รับการรักษาโรคอื่นๆร่วมด้วยเพื่อป้องกันภาวะโรคประจำตัวแทรกซ้อนในระหว่างรับการฉายรังสี

- การวางแผนเรื่องการลางาน การเดินทางหรือที่พัก ขณะมารับการฉายรังสีล่วงหน้า

- การเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับสิทธิการรักษาในการฉายรังสี

- การคุมกำเนิดที่เหมาะสมในระยะก่อนและขณะการฉายรังสี

- การนำผลทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ฟิล์มเอ๊กซเรย์ ผลชิ้นเนื้อเพื่อประกอบการวางแผนการรักษา

1.3 ประสานงานส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยต่างๆ ตามแผนการรักษา เช่น หน่วยตรวจอายุรศาสตร์เพื่อรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด หน่วยตรวจหู คอ จมูกเพื่อรับการประเมินการได้ยินก่อนการฉายรังสี หน่วยทันตกรรมเพื่อรับการประเมินช่องปากหรือโรคในช่องปากพร้อมทั้งรับการตรวจรักษาก่อนการฉายรังสี หน่วยโภชนาการเพื่อรับคำแนะนำแนวทางการรับประทานอาหารที่เหมาะสมและเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

2. ให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ ได้แก่ มะเร็งหลังโพรงจมูก มะเร็งช่องปาก มะเร็งกล่องเสียง เนื้องอกในสมอง เป็นต้น โดยให้คำปรึกษา คำแนะนำแนวทางการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา โดยใช้กระบวนการพยาบาล ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ถูกต้อง เหมาะสม ลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการฉายรังสี ดังนี้

2.1 ก่อนฉายรังสี

2.1.1 สร้างสัมพันธภาพ ประเมินสภาพผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิทธิการรักษาของผู้ป่วย

2.1.2 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการฉายรังสีและการปฏิบัติตัวขณะรับการฉายรังสีเพื่อลดความวิตกกังวลขณะเข้ารับการฉายรังสี

2.1.3 ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผิวหนังและเส้นกำหนดตำแหน่งพื้นที่ที่ได้รับรังสีและแนวทางการส่งเสริมภาวะโภชนาการเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา

2.1.4 ประเมินสภาพช่องปากและให้ความรู้ สาธิตการดูแลช่องปากที่ถูกต้อง ได้แก่ การเลือกใช้แปรงสีฟัน ยาสีฟัน วิธีการแปรงฟัน การบ้วนปาก การติดตามประเมินสภาพช่องปากด้วยตนเอง เป็นต้น

2.2 ระหว่างฉายรังสี

2.2.1 ให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการฉายรังสี ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง (Radiation dermatitis) ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ (Oral mucositis) ภาวะน้ำลายแห้ง (Xerostomia) ภาวะผมร่วง (Alopecia) เป็นต้น พร้อมทั้งแนวทางการดูแลตนเอง วิธีการจัดการอาการ

2.2.2 ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสีเป็นระยะด้วยแบบประเมินที่เป็นมาตรฐานของ The Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยของหน่วยงานพร้อมทั้งทบทวน ให้คำปรึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้องและมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง

2.2.3 ประสานงานกับรังสีแพทย์หากพบภาวะแทรกซ้อนในระดับรุนแรง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง (Radiation dermatitis) ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ (Oral mucositis) ระดับ 3 ขึ้นไปหรือ อาการของภาวะสมองบวม (Brain edema) เพื่อพิจารณาการรักษาหรือหยุดพักฉายรังสี

2.3 ภายหลังฉายรังสีครบตามแผนการรักษา

2.3.1 ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวภายหลังฉายรังสีครบตามแผนการรักษาและแนะนำให้มาพบแพทย์เพื่อประเมินผลการรักษาและเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำของโรค ภาวะแทรกซ้อนระยะยาวจากการรักษา

2.3.2 ให้ความรู้ แนะนำการดูแลช่องปากภายหลังได้รับการฉายรังสีและวิธีป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะยาว ได้แก่ ภาวะพังผืด (Fibrosis) ขากรรไกรยึดติด (Jaw stiffness) ภาวะกระดูกกรามตาย (Osteoradionecrosis) เป็นต้น

2.3.3 ติดตามประเมินภาวะแทรกซ้อนระยะยาวเมื่อผู้ป่วยมาติดตามการรักษา พร้อมทั้งเน้นย้ำเรื่องการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกัน บรรเทาภาวะแทรกซ้อนระยะยาวจากการฉายรังสี

3. ให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งทรวงอก ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด มะเร็งหลอดอาหาร เป็นต้น โดยให้คำปรึกษา คำแนะนำแนวทางการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา โดยใช้กระบวนการพยาบาล ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ถูกต้อง เหมาะสม ลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการฉายรังสี ดังนี้

3.1 ก่อนฉายรังสี

3.1.1 สร้างสัมพันธภาพ ประเมินสภาพผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิทธิการรักษาของผู้ป่วย

3.1.2 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการฉายรังสีและการปฏิบัติตัวขณะรับการฉายรังสีเพื่อลดความวิตกกังวลขณะเข้ารับการฉายรังสี

3.1.3 ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ประเมินการเคลื่อนไหวของแขนข้างที่ฉายและให้ความรู้ สาธิตการบริหารแขน หัวไหล่ เพื่อป้องกันภาวะแขนและข้อไหล่ติด ซึ่งส่งผลต่อการจัดท่าขณะฉายรังสี

3.2 ระหว่างฉายรังสี

3.2.1 ให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการฉายรังสี ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง (Radiation dermatitis) ภาวะปอดอักเสบ (Pneumonitis) ภาวะหลอดอาหารอักเสบ (Esophagitis) พร้อมทั้งแนวทางการดูแลตนเอง วิธีการจัดการอาการ

3.2.2 ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสีเป็นระยะด้วยแบบประเมินที่เป็นมาตรฐานของ The Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยของหน่วยงานพร้อมทั้งทบทวน ให้คำปรึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้องและมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง

3.2.3 ประสานงานกับรังสีแพทย์หากพบภาวะแทรกซ้อนในระดับรุนแรง เช่น ผิวหนังมีแผล เลือดออก ไอมาก กลืนอาหารไม่ได้ เป็นต้น เพื่อพิจารณาการรักษา

3.3 ภายหลังฉายรังสีครบตามแผนการรักษา

3.3.1 ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวภายหลังฉายรังสีครบตามแผนการรักษาและแนะนำให้มาพบแพทย์เพื่อประเมินผลการรักษาและเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำของโรค ภาวะแทรกซ้อนระยะยาว

3.3.2 ให้ความรู้ สาธิตวิธีการบริหารแขน หัวไหล่และการนวดผิวหนังในบริเวณที่ได้รับรังสีเพื่อป้องกันพังผืด (Fibrosis) แขนบวม (Arm edema) และการบริหารปอดอย่างมีประสิทธิภาพ (Breathing exercise) เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดพังผืดที่ปอดภายหลังการฉายรังสี

3.3.3 ติดตามประเมินภาวะแทรกซ้อนระยะยาวเมื่อผู้ป่วยมาติดตามการรักษา พร้อมทั้งเน้นย้ำเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะยาว

4. ให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งช่องท้องและอุ้งเชิงกราน ได้แก่ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ มะเร็งต่อมลูกหมาก เป็นต้น โดยให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา โดยใช้กระบวนการพยาบาล ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม ลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการฉายรังสี ดังนี้

4.1 ก่อนฉายรังสี

4.1.1 สร้างสัมพันธภาพ ประเมินสภาพผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิทธิการรักษาของผู้ป่วย

4.1.2 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการฉายรังสีและการปฏิบัติตัวขณะรับการฉายรังสี โดยฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก กล่าวคือ ทุกวันก่อนการฉายรังสี ให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะ 1 ครั้ง หลังจากนั้นให้ดื่มน้ำในปริมาณที่รังสีแพทย์กำหนดปริมาณ 500 - 600 มิลลิลิตร พร้อมทั้งจับเวลาประมาณ 45 – 60 นาที (ระยะเวลาขึ้นอยู่กับความสามารถของการกลั้นปัสสาวะของผู้ป่วยแต่ละคน) เพื่อให้การฉายรังสีตรงตำแหน่งและแม่นยำตามแผนการรักษา

4.1.3 ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก ประเมินความสามารถในการกลั้นปัสสาวะของผู้ป่วยและให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารกล้ามเนื้อหูรูดทางเดินปัสสาวะ (Kegal's exercise) เพื่อส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ

4.1.4 ให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมระหว่างรับการฉายรังสี โดยหลีกเลี่ยงอาหารและเครื่องดื่มต่างๆที่ทำให้เกิดแก๊ซในระบบทางเดินอาหาร รวมทั้งแนะนำให้ผู้ป่วยขับถ่ายเป็นประจำทุกวันเนื่องจากแก๊ซหรืออุจจาระอาจทำให้สำไส้ขยายตัวส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนของตำแหน่งที่ฉายรังสีได้

4.2 ระหว่างฉายรังสี

4.2.1 ให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการฉายรังสี ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง (Radiation dermatitis) กระเพาะปัสสาวะอักเสบ (Cystitis) สำไส้อักเสบ (Proctitis) เป็นต้น พร้อมทั้งแนวทางการดูแลตนเอง วิธีการจัดการอาการ

4.2.2 ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสีเป็นระยะด้วยแบบประเมินที่เป็นมาตรฐานของ The Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยของหน่วยงานพร้อมทั้งทบทวน ให้คำปรึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้องและมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง

4.2.3 ประสานงานกับรังสีแพทย์หากพบภาวะแทรกซ้อนในระดับรุนแรง เช่น บริเวณที่ฉายรังสีเกิดแผล ปัสสาวะเป็นเลือด ท้องเสีย เป็นต้น เพื่อพิจารณาการรักษา

4.3 ภายหลังฉายรังสีครบตามแผนการรักษา

4.3.1 ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวภายหลังฉายรังสีครบตามแผนการรักษาและแนะนำให้มาพบแพทย์เพื่อประเมินผลการรักษาและเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำของโรค ภาวะแทรกซ้อนระยะยาว

4.3.2 ให้ความรู้ แนะนำ สาธิตวิธีการนวดหน้าท้องในบริเวณที่ได้รับรังสี เพื่อป้องกันพังผืด (Fibrosis) การบริหารขาเพื่อป้องกันขาบวม (Leg edema) ภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน (Deep vein thrombosis)

4.3.3 ในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี แนะนำวิธีการขยายช่องคลอดเพื่อป้องกันภาวะช่องคลอดตีบตัน (Vaginal stenosis) ด้วยการมีเพศสัมพันธ์อย่างถูกวิธี การขยายช่องคลอดด้วยนิ้วมือหรือการขยายช่องคลอดด้วยอุปกรณ์ขยายช่องคลอด (Vaginal dilator)

4.3.4 ให้คำแนะนำวิธีการป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะยาวจากการฉายรังสี ได้แก่ ภาวะกระเพาะปัสสาวะอักเสบ (Cystitis) สำไส้อักเสบ (Proctitis)

4.3.5 ติดตามประเมินภาวะแทรกซ้อนระยะยาวเมื่อผู้ป่วยมาติดตามการรักษา พร้อมทั้งเน้นย้ำเรื่องการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและต่อเนื่อง

5. แนะนำแนวทางการส่งเสริมโภชนาการและอาหารทดแทนที่เหมาะสมและเพียงพอกับความต้องการของร่างกายแก่ผู้ป่วยมะเร็งเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวการกำหนดอาหารที่เหมาะสม ได้รับสารอาหารที่เพียงพอระหว่างรับการรักษา พร้อมทั้งติดตามประเมินการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวเป็นระยะ หากมีน้ำหนักลดลงมากหรือร่วมกับรับประทานอาหารไม่ได้ เจ็บในช่องปากมาก กลืนอาหารไม่ได้ ติดต่อประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้เพื่อพิจารณาการรักษา

6. ให้ความรู้เกี่ยวกับการการสอดใส่สารกัมมันตรังสีอิริเดียม ๑๙๒ การเตรียมความพร้อมและการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณช่องท้องและอุ้งเชิงกรานตามแผนการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง สามารถป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการรักษา คลายความวิตกกังวล ให้ความร่วมมือในการรักษา ดังนี้

6.1 คัดกรองและประเมินผู้ป่วยจากการซักประวัติและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับประวัติการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเกร็ดเลือด เช่น แอสไพริน (Aspirin) วาฟาริน (Warfarin) เป็นต้น ประวัติโรคประจำตัวที่เกี่ยวกับความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด ประวัติการใช้ยาโรคประจำตัวทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล หากมีประวัติการใช้ยาต้านการ

แข็งตัวของเลือดหรือมีความผิดปกติของผลทางห้องปฏิบัติการ ติดต่อประสานกับแพทย์เจ้าของไข้เพื่อพิจารณางดยาหรือเลื่อนการรักษา

6.2 ให้ความรู้เรื่องการรักษาด้วยการสอดใส่สารกัมมันตรังสีอิริเดียม ๑๙๒ การเตรียมตัว การปฏิบัติตัวขณะรับการรักษาและการดูแลตนเองภายหลังการรักษา รวมทั้งแนะนำเรื่องค่ารักษา การเตรียมความพร้อมสิทธิการรักษาพยาบาล

7. ให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาระงับความรู้สึกระหว่างการฉายรังสี ได้แก่ ผู้ป่วยเด็กหรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถอยู่นิ่งขณะฉายรังสีได้ ทั้งในระยะก่อน ขณะและหลังการฉายรังสี ดังนี้

7.1 ระยะก่อนการฉายรังสี

7.1.1 ดูแลเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆให้พร้อมใช้อยู่เสมอ ได้แก่ รถฉุกเฉิน เครื่องตรวจวัดสัญญาณชีพ (Monitors) เครื่องวัดค่าอ๊อกซิเจนในเลือด ชุดให้ออกซิเจนและเครื่องดูดเสมหะ เป็นต้น

7.1.2 ระบุตัวผู้ป่วยโดยการถามชื่อ นามสกุล และตรวจสอบหมายเลขบัตรโรงพยาบาลและแฟ้มประวัติของผู้ป่วย

7.1.3 ประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับจากการซักประวัติ ตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ เกี่ยวกับประวัติการงดน้ำและอาหาร อาการไข้ ไอ มีน้ำมูกและเสมหะ สัญญาณชีพ ความผิดปกติของผลทางห้องปฏิบัติการ หากไม่ได้ทำการงดน้ำและอาหารหรือมีอาการผิดปกติ ติดต่อประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้และวิสัญญีแพทย์เพื่อพิจารณางดการฉายรังสีหรือวางแผนการดูแลผู้ป่วยขณะรับยาระงับความรู้สึก

7.2 ระยะขณะการฉายรังสี

7.2.1 ดูแลความปลอดภัยขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องฉายรังสีเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากอุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม

7.2.2 ภายหลังวิสัญญีแพทย์ให้ยาระงับความรู้สึก ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอ๊อกซิเจน ติดตามสัญญาณชีพ (Vital sign) และค่าอ๊อกซิเจนในเลือด (Blood oxygen saturation) ให้อยู่ช่วงค่าปกติ

7.2.3 ติดตามอาการของผู้ป่วยขณะฉายรังสีผ่านจอ CCTV หากมีผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ค่าสัญญาณชีพหรืออ๊อกซิเจนในเลือดมีการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยตื่นหรือขยับตัวขณะทำ

การฉายรังสี รายงานต่อวิสัญญีแพทย์และนักรังสีเทคนิคทันทีเพื่อหยุดการทำงานของเครื่องและเข้าช่วยเหลือผู้ป่วย

7.3 ระยะหลังการฉายรังสี

7.3.1 ดูแลความปลอดภัยขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องฉายรังสีเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากอุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม

7.3.2 ให้การพยาบาล ดูแลให้อ๊อกซิเจนและวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที ติดตามอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจนผู้ป่วยรู้สึกตัวและประเมินความรู้สึกตัวก่อนส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย

7.4 กรณีที่มีผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาด้วยการฉายรังสี ดูแลจัดกิจกรรมโครงการ หนูน้อยรังสีพิชิตเส้นชัย โดยการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเด็กก่อนเข้ารับการรักษาโดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี สร้างความคุ้นเคย ระหว่างการรักษา จัดกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การเล่นของเล่น อ่านนิทาน ระบายสี และการให้รางวัลแก่ผู้ป่วยเด็ก เพื่อลดความกลัว วิตกกังวล ส่งผลให้ลดความต้องการได้ยาระงับความรู้สึกและลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

8. ให้คำปรึกษาผู้ป่วยทางโทรศัพท์ (Telephone consultation) แก่ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการฉายรังสีเกี่ยวกับการดูแลตนเองทั้งในระยะก่อน ขณะและภายหลังการรักษา พร้อมทั้งติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ (Telephone visit) ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มารับการฉายรังสีตามแผนการรักษา

9. เข้าร่วมการประชุม Tumor clinic แผนกศัลยศาสตร์และสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยาและให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาด้วยการฉายรังสี การดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่ได้รับการวางแผนการรักษาให้ฉายรังสี

10. ดูแลควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค รวมทั้งร่วมวางแผนกับนักรังสีเทคนิคในการจัดลำดับเข้ารับการฉายรังสีในกรณีที่มีผู้ป่วยติดเชื้อเข้ารับการรักษา โดยการปฏิบัติตามมาตรฐานการทำงานและยึดหลัก Universal precaution technique

11. ดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยใช้หลัก Radiation protection TDS rules ในกรณีที่มีผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการฝังสารกัมมันตรังสีมารับบริการ ดังนี้

11.1 T (Time) ลดเวลาการได้รับรังสีโดยการวางแผนการพยาบาลและเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมก่อนให้การพยาบาล

11.2 D (Distance) เพิ่มระยะทางห่างจากต้นกำเนิดรังสี โดยการเพิ่มระยะห่างจากผู้ป่วยในการให้การพยาบาลมากที่สุดเท่าที่สามารถทำได้

11.3 S (Shielding) ใช้เครื่องกำบังรังสีที่เหมาะสมเมื่อเข้าไปให้การพยาบาล

12. ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมในผู้ป่วยมะเร็งสตรีที่อยู่ในช่วงวัยเจริญพันธุ์ที่เข้ารับการรักษาด้วยการฉายรังสี พร้อมทั้งเน้นย้ำเกี่ยวกับความสำคัญในการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในขณะรับการฉายรังสี เนื่องจากรังสีอันตรายต่อทารกในครรภ์

13. ร่วมจัดกิจกรรมส่งเสริมกำลังใจให้แก่ผู้ป่วยที่เข้าพักที่มูลนิธิบ้านพักมะเร็งแห่งประเทศไทย ได้แก่ การสวดมนต์ นั่งสมาธิ วาดภาพ ระบายสี ทำขนม เป็นต้น

14. เป็นพยาบาลพี่เลี้ยง ให้ความรู้และฝึกทักษะแก่พยาบาลจบใหม่ บุคลากรที่หมุนเวียนเข้ามาปฏิบัติงานในหน่วยสอนสุขศึกษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็ง เกี่ยวกับระบบการปฏิบัติงานของหน่วยงาน แนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการฉายรังสี ทั้งในระยะก่อน ขณะและภายหลังการรักษา รวมทั้งให้การดูแลต้อนรับผู้ที่มาศึกษาดูงาน นักศึกษาเฉพาะทาง นักศึกษาพยาบาล แพทย์ประจำบ้าน นักศึกษาแพทย์ เป็นต้น

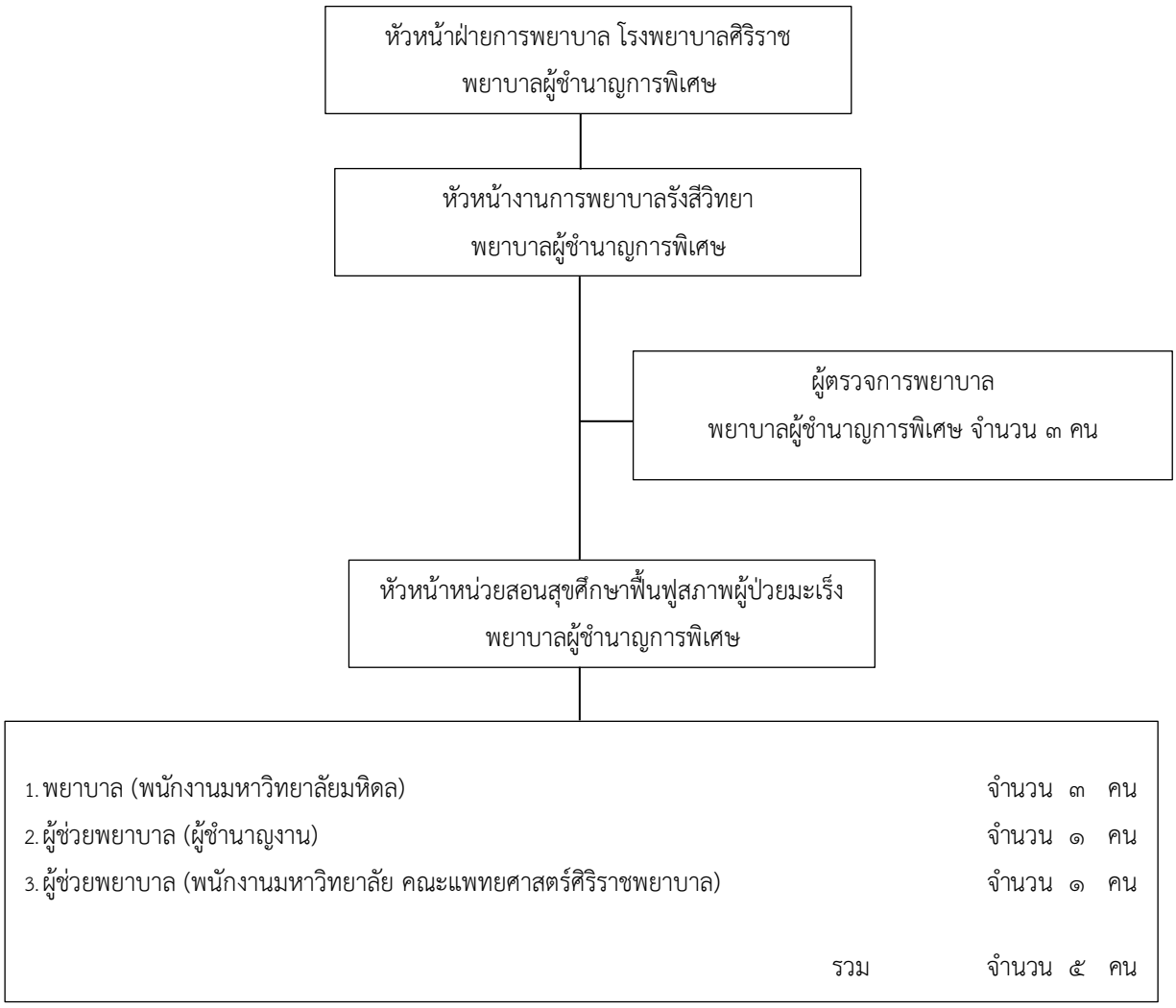
15. ร่วมจัดทำและพัฒนาสื่อการสอนสำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาด้วยรังสี ได้แก่ คู่มือการสอน แผ่นพับและสื่อวิดิทัศน์ เป็นต้น

แผนภูมิโครงสร้างหน่วยงาน

โครงสร้างฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

โครงสร้างงานการพยาบาลรังสีวิทยา

แผนภูมิแสดงสายบังคับบัญชาของ
หน่วยสอนสุขศึกษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็ง



บทที่ 3
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบและการดูแลช่องปาก ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี

ในบทที่ 3 ของคู่มือการพยาบาลการดูแลช่องปากในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอในที่ได้รับการฉายรังสี ผู้จัดทำได้ทบทวนวรรณกรรมและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

3.1 มะเร็งศีรษะและคอ

3.1.1 ความหมายของมะเร็งศีรษะและคอ

3.1.2 การแบ่งระยะของมะเร็งศีรษะและคอ

3.1.3 การรักษามะเร็งศีรษะและคอ

3.1.3.1 การฉายรังสี

3.1.3.2 การฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด

3.1.3.3 ผลกระทบของการรักษามะเร็งศีรษะและคอ

3.2 ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี

3.2.1 ความหมายของเยื่อบุช่องปากอักเสบ

3.2.2 พยาธิสรีรภาพและกลไกการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ

3.2.3 ผลของการฉายรังสีต่อการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ

3.2.4 อาการแสดงของภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบจากการฉายรังสี

3.2.5 ปัจจัยเสี่ยงของภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ

3.2.6 การประเมินภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ

3.3 การดูแลช่องปากและการจัดการภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี

3.3.1 เป้าหมายการดูแลช่องปากด้วยตนเอง

3.3.2 การประเมินภาวะโภชนาการ

3.1 มะเร็งศีรษะและคอ

มะเร็งศีรษะและคอเป็นโรคมะเร็งที่เป็นปัญหาสำคัญซึ่งพบได้บ่อย โดยในปี 2557 ประเทศสหรัฐอเมริกาพบผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอรายใหม่จำนวน 55,000 ราย และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงถึง 12,000 ราย และจากสถิติสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ประเทศไทยปี 2555 พบผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอรายใหม่ในประเทศไทยจำนวน 465 ราย โดยพบเป็นอันดับ 6 ของโรคมะเร็งทั้งหมด มะเร็งศีรษะและคอมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญจากสิ่งแวดล้อมและการใช้ชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา โดยเฉพาะหากมีการสูบบุหรี่ร่วมกับการดื่มสุราเป็นระยะเวลานาน จะเป็นการเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและคอสูงถึง 100 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ร่วมกับดื่มสุรา และนอกจากนั้นในปัจจุบันยังพบว่า การติดเชื้อ Human papillomavirus (HPV) ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดมะเร็งศีรษะและคอบริเวณหลังโพรงจมูกและมะเร็งคอหอยส่วนบนอีกด้วย [14]

3.1.1 ความหมายของมะเร็งศีรษะและคอ

มะเร็งศีรษะและคอ หมายถึง มะเร็งที่เกิดขึ้นในบริเวณทางเดินหายใจและทางเดินอาหารส่วนบน โดยแบ่งออกเป็น 7ส่วน ได้แก่ ช่องปาก (Oral cavity) คอหอยส่วนบน (Oropharynx) กล่องเสียง (Larynx) และคอหอยส่วนล่าง (Hypopharynx) ช่องจมูก (Nasal cavity) หลังโพรงจมูก (Nasopharynx) ต่อมน้ำลาย (Salivary gland) และต่อมไทรอยด์ (Thyroid gland) [12-13]

3.1.2 การแบ่งระยะของมะเร็งศีรษะและคอ

การแบ่งระยะของโรคเป็นกุญแจสำคัญในการพิจารณาแนวทางการรักษา รวมไปถึงการประเมินผลการรักษาและการพยากรณ์โรค สำหรับการแบ่งระยะของโรคมะเร็งมีด้วยกันหลายระบบ แต่ที่นิยมใช้คือ ระบบของ AJCC (The American Joint Committee on Cancer) เป็นระบบการแบ่งระยะของโรคมะเร็งแบบ TNM กำหนดจาก T (Tumor) หมายถึง ขนาด จำนวนและตำแหน่งที่ก้อนอยู่, N (Lymph node) หมายถึง ต่อมน้ำเหลืองที่มะเร็งลุกลามไปและ M (Distant metastasis) หมายถึง การแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น ดังนี้ [15]

Primary tumor (T)

TX: Primary tumor cannot be assessed

T0: No evidence of primary tumor

Tis: Carcinoma in situ

T1: Tumor 2 cm. or less in greatest dimension

T2: Tumor more than 2 cm. but not more than 4 cm. in greatest dimension

T3: Tumor more than 4 cm. in greatest dimension

T4a: Moderately advanced local disease (lip) Tumor invades through cortical bone inferior alveolar nerve floor of mouth or skin of face i.e. chin or nose (oral cavity). Tumor invades adjacent structures only

T4b: Very advanced local disease. Tumor invades masticator space pterygoid plates or skull base, and/or encases internal carotid artery

Regional lymph nodes (N)

NX: Regional lymph nodes cannot be assessed

N0: No regional lymph node metastasis

N1: Metastasis in a single ipsilateral lymph node, 3 cm. or less in greatest dimension

N2: Metastasis in a single ipsilateral lymph node, more than 3 cm. but not more than 6 cm. in greatest dimension; or in multiple ipsilateral lymph node, not more than 6 cm. in greatest dimension; or in bilateral or contralateral lymph node, not more than 6 cm. in greatest dimension

N2a: Metastasis in single ipsilateral lymph node more than 3, but not more than 6 cm. in greatest dimension

N2b: Metastasis in multiple ipsilateral lymph nodes, but not more than 6 cm. in greatest dimension

N2c: Metastasis in bilateral or contralateral lymph nodes, not more than 6 cm. in greatest dimension

N3: Metastasis in lymph node more than 6 cm. in greatest dimension

Distant metastasis (M)

M0: No distant metastasis

M1: Distant metastasis

Anatomic stage/prognostic groups

0:	Tis N0 M0	IVA:	T4a N0 M0, T4a N1 M0
I:	T1 N0 M0		T1-T3 N2 M0, T4a N2 M0
II:	T2 N0 M0	IVB:	Any T N3 M0, T4b Any N M0
III:	T3 N0 M0, T1-T3 N1 M0	IVC:	Any T Any N M1

3.1.3 การรักษามะเร็งศีรษะและคอ [16]

การรักษามะเร็งศีรษะและคอมีด้วยกันหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด เคมีบำบัดและการฉายรังสี การพิจารณาการรักษาขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ ระยะของโรค ตำแหน่ง เป้าหมายของการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยการรักษาที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นการรักษาแบบผสมผสาน กล่าวคือ การผ่าตัดนำก้อนมะเร็งออกเป็นวิธีแรก หากไม่สามารถผ่าตัดออกได้หมด การฉายรังสีและการให้ยาเคมีบำบัดจะเป็นแนวทางการรักษาที่แพทย์จะพิจารณาต่อไป

การรักษามะเร็งศีรษะและคอแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะเริ่มต้น(Early stage) รักษาด้วยการผ่าตัดหรือการฉายรังสี โดยแพทย์มักพิจารณาการผ่าตัดเป็นอันดับแรก โดยทำการตัดเอาก้อนมะเร็งและเลาะต่อมน้ำเหลืองออก หลังจากนั้นหากผลพยาธิวิทยาพบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง เช่น ไม่สามารถตัดก้อนออกได้หมด มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองและเยื่อหุ้มผิวต่อมน้ำเหลือง แพทย์จะพิจารณาให้รับการฉายรังสีหรือฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัดเพิ่ม สำหรับการฉายรังสี ปริมาณรังสีที่ใช้ประมาณ 66-74 Gys โดยฉายครอบคลุมก้อนมะเร็งและต่อมน้ำเหลือบริเวณคอ แบ่งการฉายรังสีเป็นวันละ 2 Gys/ครั้ง/วัน ติดต่อกัน 5 ครั้ง/สัปดาห์ จนครบตามแผนการรักษา ภายหลังการรักษาหากมีรอยโรคหลงเหลือ แพทย์อาจพิจารณาการผ่าตัดต่อไป

ระยะลุกลาม(Local advance stage) รักษาด้วยการผ่าตัดและตามด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด โดยหลังการผ่าตัดเสร็จสิ้น แพทย์จะพิจารณาจากผลการผ่าตัดและผลทางพยาธิวิทยา หากไม่มีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือ แพทย์จะพิจารณาให้ฉายรังสี ภายใน 6 สัปดาห์หลังการผ่าตัด โดยใช้ปริมาณรังสี 60 Gys ในตำแหน่งก้อนมะเร็งและปริมาณรังสี 45-60 Gys ในตำแหน่งต่อมน้ำเหลือง แบ่งปริมาณการฉายรังสีวันละ 2 Gys/ครั้ง/วัน ติดต่อกัน 5 ครั้ง/สัปดาห์ จนครบตามแผนการรักษา หากผลการผ่าตัดพบว่าก้อนมะเร็งแตกออกนอกเยื่อหุ้มหรือไม่สามารถผ่าตัดก้อนมะเร็งออกได้หมด แพทย์พิจารณาการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด (Concurrent chemoradiation) โดยให้ฉายรังสี ภายใน 6 สัปดาห์หลังการผ่าตัด ใช้ปริมาณรังสี 60-66 Gys ในตำแหน่งก้อนมะเร็งและปริมาณรังสี 45-60 Gys ในตำแหน่งต่อมน้ำเหลือง แบ่งปริมาณการฉายรังสีวันละ 2 Gys/ครั้ง/วัน ติดต่อกัน 5 ครั้ง/สัปดาห์ จนครบตามแผนการรักษา ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงหากรักษาด้วยการผ่าตัด ได้แก่ โรคลุกลามเข้าเส้นเลือดใหญ่ ฐานกระโหลกศีรษะหรือมีภาวะโรคร่วม เป็นต้น แพทย์พิจารณาการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด ปริมาณรังสี $\geq$ 66 Gys แบ่งปริมาณการฉาย

รังสีวันละ 2 Gys/ครั้ง/วัน ติดต่อกัน 5 ครั้ง/สัปดาห์ จนครบตามแผนการรักษา สำหรับยาเคมีบำบัดพิจารณาเป็น Cisplatin ทุก 3 สัปดาห์ระหว่างการฉายรังสี

3.1.3.1 การฉายรังสี [11]

การฉายรังสี หมายถึง การรักษาโรคมะเร็งและเนื้องอกด้วยอนุภาคของรังสี (Ionizing radiation) โดยมีเป้าหมายการรักษาให้ก้อนมะเร็งหรือเนื้องอกได้รับพลังงานรังสีสูงสุด ในขณะที่เนื้อเยื่อปกติโดยรอบได้รับพลังงานรังสีน้อยที่สุดเท่าที่ทำได้ เพื่อทำลายก้อนมะเร็งหรือเนื้องอก เพิ่มคุณภาพชีวิตและเพิ่มอัตราการการอยู่รอดชีวิตของผู้ป่วย

การฉายรังสีมีจุดมุ่งหมายในการรักษา 2 เป้าหมาย คือ 1) การรักษาเพื่อหายขาด (Curative Treatment) และ 2) การรักษาเพื่อประคับประคองอาการ (Palliative Treatment) แพทย์จะพิจารณาการรักษาหวังผลเพื่อหายขาดในกรณีที่ผู้ป่วยมะเร็งในระยะเริ่มต้น โดยมักให้พลังงานรังสีรวมในปริมาณสูงหรือร่วมกับการรักษาวิธีการอื่น เช่น การให้ยาเคมีบำบัด ส่วนการรักษาเพื่อประคับประคองอาการ ส่วนใหญ่รักษาในผู้ป่วยระยะลุกลาม โดยมีเป้าหมายการรักษาเพื่อลดความเจ็บปวด บรรเทาอาการเลือดออก ก้อนมะเร็งแตกเป็นแผลและอักเสบ ลดความทุกข์ทรมานจากการกดของก้อนมะเร็ง เช่น ก้อนมะเร็งกดหลอดลมทำให้หลอดลมตีบแคบ หายใจลำบากหรือกดเบียดบริเวณหลอดอาหารทำให้กลืนอาหารไม่ได้ การฉายรังสีจะทำให้ก้อนมะเร็งยุบตัวลง บรรเทาอาการทุกข์ทรมานได้

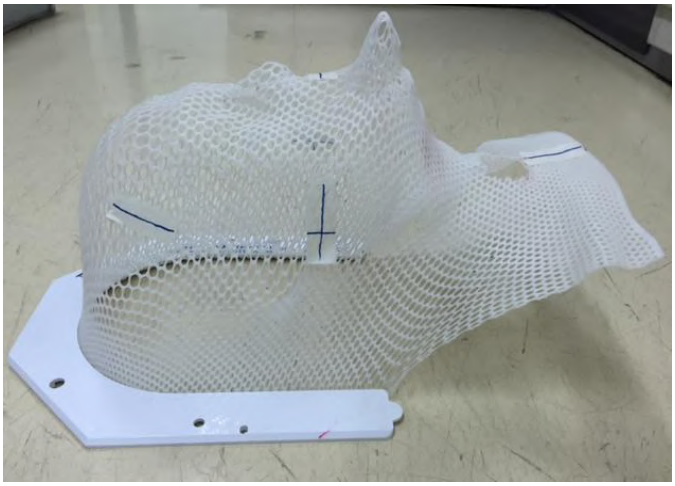
ขั้นตอนการวางแผนการรักษาด้วยการฉายรังสี มีขั้นตอนดังนี้ [16-18]

1. การจำลองการรักษา (Treatment simulation) เป็นขั้นตอนที่สำคัญในขบวนการฉายรังสี เนื่องจากรังสีไม่สามารถมองเห็นด้วยตาเปล่า ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการจำลองการรักษาก่อนทำการรักษาจริง โดยมีขั้นตอนดังนี้

- การจัดท่าผู้ป่วย (Patient position) โดยจัดให้อยู่ในท่าที่เหมาะสมกับตำแหน่งของโรคและบริเวณที่ต้องการฉายรังสี โดยเน้นให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สบายและสามารถอยู่นิ่งได้ตลอดเวลาขณะฉายรังสี ในผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องมีอุปกรณ์ช่วยในการจัดท่า เช่น ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคออาจต้องใช้หมอนที่มีขนาดที่เหมาะสมกับศีรษะของผู้ป่วย ดังแสดงในรูปภาพที่ 3.1

รูปภาพที่ 3.1 หมอนสำหรับจัดท่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี

- การยึดตรึงผู้ป่วย (Immobilization) เพื่อให้ตำแหน่งที่จะรักษาอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง ซึ่งมีหลายวิธี เช่น การใช้เส้นกำหนดทางกายวิภาค โดยการขีดเส้นลงบนผิวหนังเป็นแนวกำหนดขอบเขตการฉายรังสี การทำหน้ากากเพื่อยึดตรึงศีรษะ ดังแสดงในรูปภาพที่ 3.2



รูปภาพที่ 3.2 หน้ากากสำหรับยึดตรึงผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอขณะรับการฉายรังสี

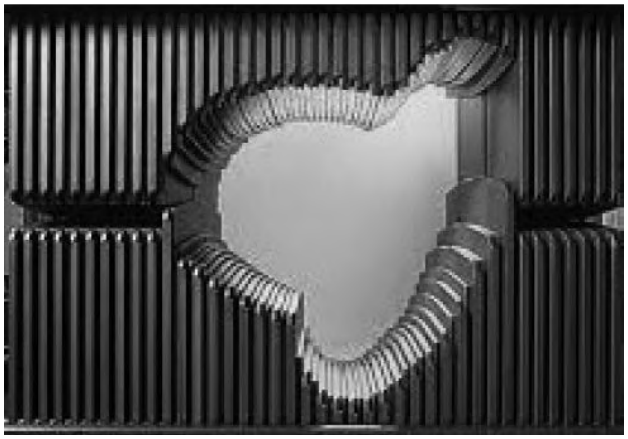
- การกำหนดขอบเขตการรักษา (Localization) ในปัจจุบันการหาตำแหน่งและกำหนดขอบเขตการรักษามีหลายวิธี ได้แก่ การใช้เครื่องเอกซเรย์ (Fluoroscopy) โดยการเปิดลำแสงให้ครอบคลุมบริเวณตำแหน่งที่ต้องการรักษา โดยอาศัยความสัมพันธ์กับโครงกระดูกที่

สามารถมองเห็นได้ การใช้เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computerized tomography) หรือการใช้เครื่องเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic resonance imaging)

2. การวางแผนการรักษา (Treatment planning) ด้วยเทคนิคการฉายรังสีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่

- การฉายรังสีแบบธรรมดา (Conventional technique) เป็นการรักษาในโรคที่มีความซับซ้อนไม่มากนัก ส่วนใหญ่จะฉายรังสีเป็นพื้นที่สี่เหลี่ยมหรือวงกลมโดยอ้างอิงจากภาพเอกซเรย์กระดูก วางแผนการรักษาด้วยเครื่อง Fluoroscopy ทิศทางการเข้าของรังสีส่วนใหญ่เป็นแนว Anterior/posterior หรือ Lateral มีข้อจำกัดในการรักษาคือ ไม่สามารถหลบเลี่ยงเนื้อเยื่อปกติที่อยู่รอบๆได้มากนัก การใช้ปริมาณรังสีสูง อาจส่งผลให้อวัยวะใกล้เคียงสูญเสียหน้าที่หรือเกิดผลข้างเคียงจากการรักษาได้มาก

- การฉายรังสีสามมิติ (Three dimensional conformal radiation therapy : 3D-CRT) เป็นการฉายรังสีด้วยการนำภาพจากการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หรือเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า มาช่วยในการวางแผนการรักษาในระบบ 3 มิติ เพื่อให้ได้การกระจายของรังสีที่ครอบคลุมใกล้เคียงกับปริมาตรและลักษณะของรูปร่างของก้อนมะเร็งมากที่สุด ทำให้สามารถเพิ่มปริมาณรังสีในตำแหน่งที่ต้องการและลดปริมาณรังสีในตำแหน่งเนื้อเยื่อปกติได้ หัวเครื่องฉายรังสีจะมีตัวกำกับรังสีลักษณะเป็นซี่เรียงกัน (Mutileaf collimator; MLC) ที่สามารถเคลื่อนไหวเป็นอิสระต่อกัน ดังแสดงในรูปภาพที่ 3.3 ซึ่งอยู่ภายใต้การควบคุมของคอมพิวเตอร์ สามารถปรับปริมาณรังสีของแต่ละลำรังสีเพื่อให้ได้ปริมาณรังสีรวมตามที่ต้องการ เตียงสามารถขยับตามองศาที่ต้องการได้



รูปภาพที่ 3.3 ตัวกำกับรังสี (MLC) ในเครื่องฉายรังสีเทคนิคสามมิติ

- การฉายรังสีแบบปรับความเข้ม (Intensity modulated radiation therapy; IMRT) เป็นการฉายรังสีที่พัฒนามาจากการฉายรังสี 3 มิติโดยจะมีการปรับความเข้มในแต่ละลำรังสีตามสัดส่วนความหนาบางของก้อนมะเร็ง ทำให้เกิดรูปร่างและความเข้มของรังสีที่ต่างกันในแต่ละลำรังสี ซึ่งต้องอาศัยระบบคอมพิวเตอร์ในการกำหนดความเข้มของรังสี ซึ่งจะให้พลังงานสูงที่สุดตำแหน่งที่ก้อนมะเร็งหนาที่สุดและต่ำที่สุดในตำแหน่งที่ก้อนมะเร็งบางที่สุด เทคนิคนี้ต้องมีความละเอียดในการให้รังสีจึงจำเป็นต้องมีตัวกำกับรังสี (Mutileaf collimator; MLC) เทคนิค IMRT มีหลักการที่คล้ายคลึงกับเทคนิค 3D-CRT แต่ต่างกันตรงที่ IMRT ใช้รังสีที่ไม่สม่ำเสมอเข้าสู่รอยโรคทำให้ได้การกระจายของรังสีที่ครอบคลุมรอยโรคที่จำเพาะมากกว่า สามารถกำหนดปริมาณรังสีที่ปลอดภัยต่ออวัยวะสำคัญใกล้เคียงได้ดีกว่าเทคนิค 3D-CRT ดังนั้นจึงเหมาะสำหรับการรักษาในตำแหน่งก้อนมะเร็งที่ติดกับอวัยวะสำคัญ เช่น มะเร็งหลังโพรงจมูก มะเร็งต่อมลูกหมาก เป็นต้น

3. การฉายรังสีจริง (Radiation delivery) เป็นขั้นตอนสุดท้ายหลังการวางแผนการรักษา ผู้ป่วยจะถูกนำเข้าสู่ห้องฉายรังสีและเริ่มดำเนินการที่คล้ายคลึงกับการจำลองการรักษาทุกประการ ตั้งแต่การจัดท่า การยึดตรึง การกำหนดขอบเขตการรักษาและฉายรังสีต่อเนื่องตามที่ได้วางแผนการรักษาไว้

3.1.3.2 การฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด [16]

การฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด (Concurrent radiochemotherapy) เป็นแนวทางการรักษาที่ได้รับการยอมรับจากสหสาขาวิชาชีพในการรักษามะเร็งศีรษะและคอ การให้ยาเคมีบำบัดระหว่างการฉายรังสีจะช่วยเสริมฤทธิ์ของรังสี โดยเคมีบำบัดจะยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง ควบคุมการแพร่กระจายของโรคไปสู่อวัยวะอื่น ส่งผลให้เซลล์มะเร็งตอบสนองต่อการฉายรังสีได้ดีขึ้น เพิ่มอัตราการควบคุมโรค เพิ่มคุณภาพชีวิตภายหลังการรักษาและอัตรารอดชีวิตของผู้ป่วย ยาเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษาในมะเร็งศีรษะและคอ ได้แก่ Cisplatin, Carboplatin และ 5FU เป็นต้น

3.1.3.3 ผลกระทบของการรักษามะเร็งศีรษะและคอ [16, 17]

ผลกระทบของการรักษาขึ้นอยู่กับปริมาณรังสีที่ได้รับ เทคนิคการรักษา แนวทางการรักษาร่วม ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 2 ระยะ คือ

1. ระยะเฉียบพลัน (Acute effect) เกิดขึ้นในระหว่างได้รับการฉายรังสีจนถึงภายหลังการรักษาครบ 12 สัปดาห์ ส่วนใหญ่เกิดจากปฏิกริยาทางฟิสิกส์ของรังสีที่ส่งผลต่อเยื่อบุ

ทางเดินอาหาร และระบบทางเดินหายใจส่วนบน ผิวหนังในบริเวณที่ได้รับรังสี ผลกระทบระยะเฉียบพลันนี้มักจะเป็นแบบชั่วคราว เมื่อเซลล์มีการซ่อมแซม อาการส่วนใหญ่จะหายได้ภายในระยะเวลา 12 สัปดาห์ ได้แก่

- **การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง (Skin reaction)** ภายหลังได้รับการฉายรังสีประมาณ 2-3 สัปดาห์ ผิวหนังในตำแหน่งที่ฉายรังสีจะมีลักษณะแดง แห้ง คล้ำลอกหรือมีแผล ดังแสดงในรูปภาพที่ 3.4 โดยระดับความรุนแรงจะขึ้นอยู่กับปริมาณพลังงานรังสีที่ได้รับและอาจมีความรุนแรงมากขึ้นหากมีปัจจัยส่งเสริม มักพบได้พบในผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอ เต้านม เป็นต้น

รูปภาพที่ 3.4 การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังที่เกิดจากการฉายรังสี

- **ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ (Oral mucositis)** ภายหลังได้รับการฉายรังสีประมาณ 2-3 สัปดาห์ เยื่อบุช่องปากจะบางลงและการเกิดอักเสบของเยื่อบุชั้นอิพิธีเรียลเซลล์ (Epithelial cells) และใต้ชั้นอิพิธีเรียลเซลล์ (Subepithelial cells) โดยเยื่อบุช่องปากจะมีอาการแดงขึ้นเรื่อยๆ อาจเกิดแผล หรือเลือดออก ระดับความรุนแรงขึ้นอยู่กับปริมาณพลังงานรังสีที่ได้รับ ปัจจัยส่งเสริมต่างๆ เช่น ภาวะทุพโภชนาการ/ภาวะขาดน้ำ ตำแหน่งของโรคมะเร็งและการรักษาหลายวิธีร่วมกัน เป็นต้น

- ภาวะน้ำลายแห้ง (Xerostomia) เมื่อพื้นที่ของการฉายรังสีครอบคลุมต่อมน้ำลายบริเวณขากรรไกร รังสีจะมีผลทำลายเซลล์ต่อมน้ำลาย submandibular และต่อมน้ำลาย parotid ทำให้ต่อมน้ำลายทำหน้าที่ได้ลดลง น้ำลายจึงมีลักษณะเหนียวมากขึ้นและลดจำนวนลง อีกทั้งส่งผลต่อสภาพความเป็นกรด-ด่างของน้ำลายในช่องปาก ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบที่รุนแรงมากขึ้น รวมถึงอาการน้ำลายแห้งส่งผลให้การรับรู้รสชาติอาการเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ความอยากอาหารลดลงและเกิดภาวะทุพโภชนาการตามมาได้

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

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

- ภาวะน้ำลายแห้ง (Xerostomia) ภายหลังการฉายรังสีภาวะน้ำลายแห้งจะยังคงอยู่หลายเดือนถึงหลายปี โดยระยะเวลาของการฟื้นหายของการทำงานของต่อมน้ำลายจะขึ้นอยู่กับปริมาณรังสีที่ได้รับต่อวัน พลังงานรังสีที่ได้รับทั้งหมดและการตอบสนองของแต่ละบุคคล ภาวะน้ำลายแห้งภายหลังการฉายรังสีนี้ ส่งผลต่อความสามารถในการกลืน เคี้ยวอาหาร การพูดและความสะดวกในการใส่ฟันปลอมได้

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

- ภาวะกระดูกกรามตายจากการฉายรังสี (Osteoradionecrosis) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการที่กระดูก maxilla และ manible ที่อยู่บริเวณกรามและขากรรไกรได้รับรังสี ส่งผลให้ทำลายเซลล์และหลอดเลือด ทำให้มีโอกาสเกิดกระดูกกรามตายได้ ดังแสดงใน

รูปภาพที่ 3.5 หากมีปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ การถอนฟัน การผ่าตัดบริเวณกรามและขากรรไกรภายหลังการได้รับการฉายรังสี เป็นต้น

รูปภาพที่ 3.5 ภาวะกระดูกกรามตายจากการฉายรังสี [19]

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

3.2 ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี

3.2.1 ความหมายของเยื่อบุช่องปากอักเสบ

ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ (Oral mucositis) หมายถึง ปฏิกิริยาการอักเสบของเยื่อบุชั้นอิพิธีเรียลเซลล์ (Epithelial cells) และใต้ชั้นอิพิธีเรียลเซลล์ (Subepithelial cells) ภายในช่องปากที่เกิดจากการรักษาโรคมะเร็งด้วยการฉายรังสีหรือยาเคมีบำบัด สำหรับภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบที่เกิดจากการฉายรังสีนั้นเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอ โดยมีอุบัติการณ์การเกิดร้อยละ 80-100 และมีอุบัติการณ์การเกิดในระดับปานกลางจนถึงระดับรุนแรงถึงร้อยละ 63 [20] ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมากมายทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการป้องกัน การจัดการอาการ รวมไปถึงการบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น จึงเป็นสิ่งที่สำคัญในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีหรือร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด

3.2.2 พยาธิสรีรภาพและกลไกการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ

กลไกการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบจากการฉายรังสี เป็นการตอบสนองทางชีววิทยาของเซลล์ โดยอนุภาคของรังสีส่งผลต่อชั้นอิพิธีเรียลของเซลล์เยื่อบุในช่องปาก ทำให้เยื่อบุฝ่อ บางลง เกิดการบาดเจ็บและถูกทำลาย ร่วมกับการสูญเสียความสามารถในการสร้างเซลล์ใหม่ทดแทน และหากร่างกายอยู่ในภาวะภูมิคุ้มกันต่ำร่วมด้วย อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อในร่างกายเพิ่มมากขึ้น [21] กลไกการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบมีทั้งหมด 5 ระยะ [22] ดังแสดงในรูปภาพที่ 3.6 โดยมีรายละเอียดต่อไปนี้

3.2.2.1 ระยะเริ่มต้น (Initiation phase)

อนุภาคของรังสีส่งผลกระทบโดยตรงต่อเซลล์เยื่อบุภายในช่องปาก โดยทำให้สายของ DNA ขาด ส่งผลให้เซลล์บาดเจ็บและตาย (Clonogenic death) การบาดเจ็บนี้ยังทำให้เกิด Reactive oxygen spices: ROS ซึ่งมีผลกระตุ้น Transcription factors หลายชนิด ได้แก่ p53, Nuclear factor kappa B: NF-kB ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้เกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ [22-23]

3.2.2.2 ระยะเริ่มตอบสนองต่อการทำลาย (Primary damage response phase)

ในระยะนี้เป็นผลต่อเนื่องจากการขาดของสาย DNA และการสร้าง ROS ทำให้เกิดปฏิกิริยาต่อเนื่องที่จะหลั่งสารต่างๆ เช่น NF-kB, P53 ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในเซลล์และระหว่างเซลล์ของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (Connective tissue) รวมไปถึงชั้นอินโดธีเลียม (Endothelium) ของเยื่อบุช่องปาก โดย ROS จะกระตุ้น NF-kB และ Cyclooxgenase-2 (COX-2) ซึ่งส่งผลให้เกิดการทำลายโมเลกุลและโปรตีนภายในเซลล์ ทำให้เนื้อเยื่อฝ่อและบาดเจ็บ ROS ยังมีความสามารถในการกระตุ้น Sphyngomyelinase และ Ceramide synthase ซึ่งเป็นเอ็นไซม์ที่มีความสำคัญใน Caramide pathway ส่งผลให้เกิดการสลายของ Fibronectin ที่ทำหน้าที่ยึดเซลล์แต่ละเซลล์ไว้ ทำให้เซลล์หลุดออกจากกัน หลังจากนั้น Macrophage จะหลั่ง Methalloproteinases ทำให้เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บและส่งผลให้มีการสร้าง TNF-α เพิ่มมากขึ้น

3.2.2.3 ระยะขยายสัญญาณ (Signal amplification phase)

ในขณะที่ Pro-inflammatory cytokines และ Transcription factors ถูกสร้างขึ้นอย่างมากมายในระยะเริ่มตอบสนองต่อการทำลาย ซึ่งไม่เพียงแต่จะทำให้เกิดการทำลายเซลล์เยื่อบุช่องปากเท่านั้น แต่ยังส่งผลให้เกิดวงจรสะท้อนกลับทั้งทางบวกและทางลบ (Positive or negative

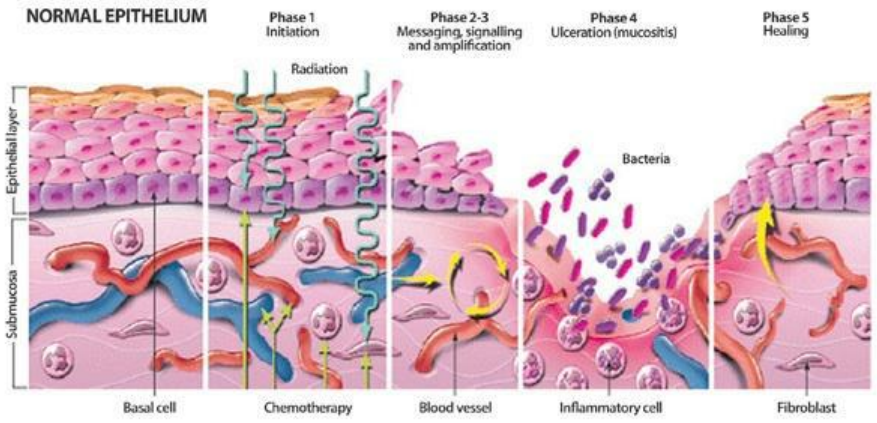
feedback loop) โดย TNF-α จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการหลั่ง NF-kB เพิ่มขึ้นจำนวนมาก ส่งผลให้เกิดการทำลายและการตายของเซลล์เยื่อบุมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งจะเกิดขึ้นตลอดระยะเวลาขณะที่ได้รับการฉายรังสี [20]

3.2.2.4 ระยะแผล (Ulceration phase)

การบาดเจ็บและการตายของเซลล์ที่เกิดจากการฉายรังสี ส่งผลให้ในระยะนี้เยื่อบุช่องปากมีเปลี่ยนแปลงและสามารถมองเห็นด้วยตาเปล่า โดยพบว่าเยื่อบุช่องปากจะบางลงมีลักษณะแดงมากขึ้นและมีโอกาสเกิดแผลได้ ลักษณะของแผลที่เกิดขึ้นจะเป็นแผลที่มีเยื่อบางๆปกคลุมด้านบนที่เรียกว่า ซูโดเมมเบรน (Pseudomembrane) ซึ่งเกิดจากเซลล์ที่ตายและไฟบริน (Fibrin) ทำให้มีโอกาสติดเชื้อได้ โดยเชื้อแบคทีเรียภายในช่องปากหรือจากสิ่งแวดล้อมภายนอกทั้งกรัมบวกและลบ มีโอกาสเข้าสู่ร่างกายโดยผ่านทางแผลในช่องปากไปสู่เส้นเลือดในเยื่อบุช่องปากและเข้าสู่กระแสเลือดซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้ (Sepsis) [20] นอกจากนั้นเชื้อแบคทีเรียยังมีผลกระตุ้นให้ Macrophage สร้าง Pro-inflammatory cytokines ได้แก่ TNF-α, IL-1β และ IL- 6 เพิ่มมากขึ้น ทำให้เนื้อเยื่อถูกทำลายมากขึ้น ส่งผลให้ขนาดและความลึกของแผลเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย

3.2.2.5 ระยะฟื้นตัว (Healing phase)

โดยทั่วไป การฟื้นตัวของภาวะเยื่อบุช่องปากจะเกิดขึ้นเองอย่างช้าๆ ภายหลังสิ้นสุดการฉายรังสีภายใน 4 สัปดาห์ โดย COX-2 มีบทบาทสำคัญในการสร้างเยื่อบุและเส้นเลือดต่างๆ ทำเกิดการแบ่งตัวและสร้างเซลล์ใหม่ [20] อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าเยื่อบุช่องปากจะฟื้นตัวและหายเป็นปกติ แต่ยังพบว่าความแข็งแรงของเยื่อบุลดลง จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบมากขึ้นหากได้รับการรับการฉายรังสีหรือยาเคมีบำบัดอีกในครั้งต่อๆไป



รูปภาพที่ 3.6 กลไกการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ [5]

3.2.3 ผลของการฉายรังสีต่อการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ

3.2.3.1 ผลของรังสีต่อเซลล์

เมื่อรังสีตกกระทบบนเนื้อเยื่อ ผลจากรังสีจะเกิดขึ้นทันที ทำให้เกิดความผิดปกติของเซลล์ โดยรังสีจะคายพลังงานแก่ Electron ของอะตอมต่างๆทั้งในและนอกเซลล์ ทำให้ Electron นั้นมีพลังงานเกินและถ่ายเทพลังงานให้แก่ Electron ในอะตอมอื่นๆ การถ่ายเทพลังงานจะเกิดต่อๆกันไปจนกว่าจะหมดพลังงาน ภาวะนี้เรียกว่า ภาวะ Direct ionization อะตอมเหล่านี้จะอยู่ในภาวะที่ไม่คงตัวและสามารถแตกตัวออกไปเป็นอนุมูลอิสระ แต่เนื่องด้วยร่างกายประกอบด้วยน้ำถึงร้อยละ70 ดังนั้นจะเกิดปฏิกิริยาที่เรียกว่า Indirect ionization ซึ่งเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นกับโมเลกุลของน้ำ ซึ่งเกิดขึ้นถึง 2 ใน 3 ของปฏิกริยาทั้งหมด อนุมูลอิสระที่เกิดจากการแตกตัวของน้ำได้แก่ Hydroxyl radical และ Hydrogen radical ซึ่งสามารถทำปฏิกิริยากับโมเลกุลต่างๆภายในเซลล์ ได้แก่ Phospholipids ของเยื่อหุ้มเซลล์ Amino acid และ DNA ทำให้เกิดการตายของเซลล์ [15] นอกจากนี้รังสียังทำปฏิกิริยากับโมเลกุลของออกซิเจน เกิดเป็น Reactive oxygen metabolites (ROS) เช่น Superoxide, Hydrogen peroxide, Free hydroxyl radicals เป็นต้น โดยจะทำปฏิกิริยากับเบสของ DNA ทำให้สายของ DNA ขาดออกและทำปฏิกิริยากับ Transport protein ทำให้เยื่อหุ้มเซลล์เสียสมดุล ส่งผลต่อการซึมผ่านของน้ำระหว่างเซลล์ ทำให้เซลล์บวม ผลกระทบที่กล่าวมานี้ ส่งผลโดยตรงต่อ Chromosomes และการแบ่งเซลล์ในระยะ Mitotic ทำให้เกิดยับยั้งการสร้างแบ่งตัวและการทำงานของเซลล์และเป็นสาเหตุให้เซลล์ตาย [5, 23]

3.2.3.2 ผลของรังสีต่อเยื่อบุช่องปาก

เซลล์เยื่อบุช่องปากเป็นเซลล์ที่มีอัตราการผลัดเปลี่ยนเซลล์สูงเนื่องจากมีเซลล์ต้นกำเนิดอยู่มากโดยจะมีการผลัดเปลี่ยนเซลล์ใหม่ทดแทนเซลล์ที่บาดเจ็บหรือถูกทำลายทุกๆ 3-5 วัน และสร้างเยื่อบุผิวขึ้นมาทดแทนทุก 7-14 วัน การแบ่งตัวอย่างรวดเร็วประกอบกับการสร้างเซลล์ขึ้นมาทดแทนอย่างคงที่นี้ ส่งผลให้เยื่อบุช่องปากได้รับผลกระทบจากการรักษาด้วยการฉายรังสี โดยอนุภาคของรังสีส่งผลให้เซลล์ epithelial บางลงและทำลายเซลล์ต้นกำเนิดของเยื่อบุช่องปาก ทำให้ไม่สามารถแบ่งตัวและสร้างเซลล์ใหม่ นอกจากนั้นอนุภาคของรังสีส่งผลต่อหลอดเลือดบริเวณกระดูกกราม กล่าวคือ ทำให้เลือดมาเลี้ยงกระดูก ฟันและเนื้อเยื่อในบริเวณดังกล่าวลดลง ส่งผลให้เกิดการขาดเลือดและออกซิเจน ซึ่งจะเป็นสาเหตุให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดและเกิดพังผืดได้ภายหลังการฉายรังสีครบ [5]

3.2.3.3 ผลของรังสีต่อต่อมน้ำลาย

อนุภาคของรังสีไม่เพียงแต่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพของเยื่อบุผิวในช่องปากเท่านั้น แต่ยังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและการทำหน้าที่ของต่อมน้ำลาย ในสภาวะปกติต่อมน้ำลายทำหน้าที่สร้างน้ำลายและเมือกเพื่อป้องกันเยื่อบุผิวและฟัน ช่วยหล่อลื่นอาหารขณะรับประทานอาหารและขณะพูด นอกจากนั้นยังมีบทบาทสำคัญในการควบคุมความเป็นกรดด่างในช่องปาก ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการฉายรังสีบริเวณช่องปาก อนุภาคของรังสีจะมีผลทำให้ Acinar cells และ Ductal cells ของทั้ง Parotid glands และ Submandibular glands ที่ทำหน้าที่ผลิตและส่งน้ำลายทำหน้าที่ได้ลดลงหรือไม่สามารถทำหน้าที่ได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปริมาณน้ำลายลดลงจนเกิดภาวะน้ำลายแห้ง (Xerostomia) โดยพบว่าอนุภาครังสีมีผลกระทบต่อต่อมน้ำลายที่ทำหน้าที่ผลิตน้ำมากกว่าต่อมน้ำลายที่ผลิตเมือก ทำให้น้ำลายมีความเหนียวมากขึ้น อีกทั้งยังมีค่าความเป็นกรดที่มากขึ้นด้วย [5] ระดับความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งที่เกิดจากการฉายรังสีจะอยู่กับปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับ โดยทั่วไปผู้ป่วยมะเร็งจะได้รับปริมาณรังสีระหว่าง 6,000-7,400 cGy เมื่อผู้ป่วยได้รับพลังงานรังสีในปริมาณ 3,000 เซนติเกรย์ ต่อมน้ำลายจะเริ่มถูกทำลาย ส่งผลให้น้ำลายมีความหนืดมากขึ้น ปริมาณของน้ำลายจะลดลงมากกว่าร้อยละ 50 หลังได้รับปริมาณรังสี 2,000 เซนติเกรย์ (หลังได้รับรังสี 1 สัปดาห์) และปริมาณของน้ำลายจะลดลงมากกว่าร้อยละ 75 เมื่อได้รับรังสีรวมในปริมาณ 6,000 เซนติเกรย์ (หลังได้รับรังสีประมาณ 6 สัปดาห์) ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับพลังงานรังสีไม่เกิน 6,000 เซนติเกรย์ ต่อมน้ำลายจะมีการเปลี่ยนแปลงโดยมีอาการบวมและเกิดการอักเสบแต่ยังคงสามารถฟื้นตัวกลับสู่สภาพเดิมได้ หากต่อมน้ำลายได้รับพลังงานรังสีมากกว่า 6,000 เซนติเกรย์ ต่อมน้ำลายจะถูกทำลายอย่างถาวร ส่งผลให้สูญเสียหน้าที่การทำงานไป [5] ผลกระทบทั้งหมดนี้ ส่งผลต่อการพูด เคี้ยวและกลืนอาหาร อีกทั้งยังเพิ่มความเสี่ยงของเกิดการอักเสบในช่องปากและฟันผุกร่อนได้ อนุภาคของรังสีนอกจากจะส่งผลกระทบต่อปริมาณน้ำลายที่ลดลงแล้ว ยังส่งผลต่อคุณภาพของน้ำลายซึ่งมีผลต่อการย่อยอาหาร การป้องกันการติดเชื้อในช่องปากด้วย [25]

3.2.3.4 ผลของรังสีต่อการเปลี่ยนแปลงคุณภาพของน้ำลาย

การเปลี่ยนแปลงของคุณภาพน้ำลายจากการฉายรังสี เกิดจากอนุภาคของรังสีส่งผลทำลายต่อมน้ำลาย ทำให้ผลิตสารไกลโคโปรตีนลดลง ซึ่งสารไกลโคโปรตีนนี้จะทำหน้าที่ป้องกันเยื่อบุผิวและลดการยึดเกาะของแบคทีเรียบริเวณเยื่อบุช่องปาก ทำให้เยื่อบุช่องปากเกิดการระคายเคือง บาดเจ็บจากการถูกกระทบกระแทกได้ง่าย [26] นอกจากนั้นแล้วน้ำลายยังมีส่วนประกอบของ

Immunoglobulin A ซึ่งเป็นภูมิคุ้มกันและสารต้านเชื้อโรค ดังนั้นเมื่อคุณภาพของน้ำลายเปลี่ยนแปลงไปจึงทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่องปากเพิ่มมากขึ้น [27]

3.2.4 อาการแสดงของภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบจากการฉายรังสี

เมื่อผู้ป่วยได้รับพลังงานรังสีในปริมาณ 1,000-2,000 เซนติเกรย์ เยื่อบุช่องปากจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลง โดยเยื่อบุผิวมีสีเปลี่ยนแปลงเป็นลักษณะซีด ขาว ซึ่งเป็นผลจากการลดลงของการแบ่งเซลล์ระยะ Mitotic [28] เมื่อได้รับพลังงานรังสีในปริมาณ 2,000-3,000 เซนติเกรย์ เยื่อบุช่องปากจะเริ่มแดงขึ้นเรื่อยๆจากการสร้างอิพิทีเรียลเซลล์ทดแทนใหม่ไม่ทันกับการถูกทำลาย [19-20] และเมื่อได้รับพลังงานรังสีมากกว่า 3,000 เซนติเกรย์ขึ้นไป เยื่อบุช่องปากจะบางลง ส่งผลให้มีโอกาสเกิดแผลและการอักเสบ สารคัดหลั่งที่เกิดจากกระบวนการอักเสบจะถูกหลั่งออก เยื่อบุช่องปากจะสูญเสียหน้าที่และมีอาการเจ็บปวดเกิดขึ้น ในช่วงนี้แผลจะถูกปกคลุมไปด้วยเนื้อเยื่อที่เรียกว่า Psuedomenbrane โดยระยะแรกจะเกิดขึ้นเป็นจุดเล็กๆ หลังจากฉายรังสีอย่างต่อเนื่อง จุดที่เกิดขึ้นนี้จะขยายวงออกเป็นแผลที่มีขนาดใหญ่ขึ้น [28-29] ดังแสดงในรูปภาพที่ 3.7

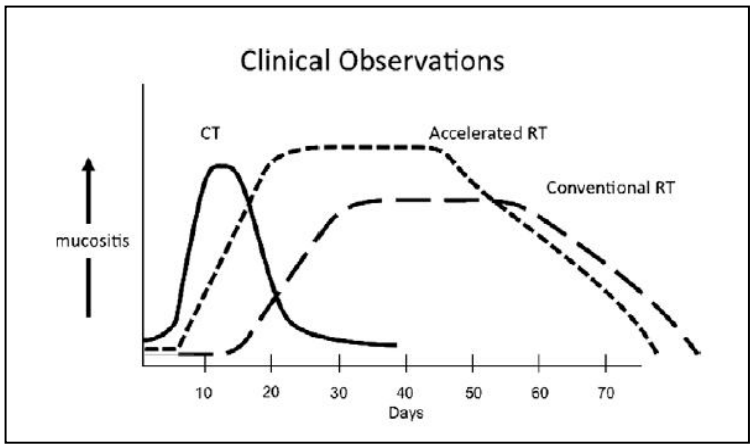
รูปภาพที่ 3.7 แผลที่ลิ้นที่มีลักษณะ Psuedomembrane [3]

เยื่อบุภายในช่องปากในแต่ละตำแหน่งมีความเสี่ยงของการอักเสบที่แตกต่างกัน โดยพบว่า การอักเสบในช่องปากจะพบบ่อยและมีความรุนแรงมากในบริเวณ เพดานอ่อน คอหอยส่วนล่าง พื้นปาก กระพุ้งแก้ม ฐานของลิ้น ริมฝีปากและด้านบนของลิ้นตามลำดับ [30] และหากผู้ป่วยขาดการดูแลช่องปากที่ถูกต้องและเพียงพอ จะส่งผลให้เชื้อประจำถิ่นในปาก (Oral flora) มีจำนวน

มากขึ้นซึ่งเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่องปากที่มากขึ้นเช่นกัน เนื่องจากเยื่อบุผิวซึ่งทำหน้าที่เป็นด่านป้องกันเชื้อโรคถูกทำลายไป ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีมักเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบในระหว่างการรักษาเป็นระยะเวลาทั้งหมด 5-7 สัปดาห์ โดยจะเริ่มตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 และจะมีความรุนแรงมากที่สุดเมื่อสิ้นสุดการฉายรังสี เยื่อบุช่องปากจะใช้เวลาประมาณ 2-6 สัปดาห์ในการฟื้นตัวและกลับเข้าสู่ภาวะปกติ [7]

นอกจากการรักษาด้วยการฉายรังสีแล้ว ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมักจะได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดร่วมด้วย (Concurrent chemo-radiation) และยาเคมีบำบัดที่ได้รับมักมีผลให้เกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบเช่นกัน ได้แก่ Cisplatin ซึ่งส่งผลกระทบต่อเยื่อบุช่องปากได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม ผลกระทบทางตรงนั้นมีกลไกการเกิดในลักษณะเดียวกันกับการฉายรังสีตามที่ได้กล่าวมาข้างต้น แต่มีความแตกต่างกันกับการฉายรังสีในส่วนของระยะเวลาของการเกิด กล่าวคือ เยื่อบุช่องปากจะได้รับการบาดเจ็บ บางลง ฝ่อ เกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบเกิดขึ้นภายใน 4-7 วัน ซึ่งเร็วกว่าผลของการฉายรังสีและจะมีระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อบุช่องปากสูงสุดภายใน 14 วันหลังได้รับยาเคมีบำบัด ดังแสดงในรูปภาพที่ 3.8 [3] ส่วนผลกระทบทางอ้อมนั้น เกิดจากยาเคมีบำบัดส่งผลออกฤทธิ์ทั่วทั้งร่างกาย (Systemic effects) และกดการทำหน้าที่ของไขกระดูก นำไปสู่การสร้างเม็ดเลือดได้แก่ เม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดงและเกล็ดเลือดได้ลดลง [32-34] ส่งผลให้ร่างกายเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำและภาวะเกล็ดเลือดต่ำ จากการที่ร่างกายอยู่ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำนั้น ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำลง ซึ่งส่งผลให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่องปากเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งทำให้ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบมีความรุนแรงและระยะเวลาของการเกิดยาวนานมากยิ่งขึ้น [32, 35]

นอกจากนั้นระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบจากการให้ยาเคมีบำบัดนั้นขึ้นอยู่กับ ชนิด ปริมาณ ความถี่ของการให้ยาเคมีบำบัดและวิธีการรักษาร่วมกับการรักษาอื่นๆ เช่น การให้ยาเคมีบำบัดหลายชนิดร่วมกันหรือการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสี โดยยาเคมีบำบัดที่ส่งผลกระทบต่อเยื่อบุภายในช่องปาก ได้แก่ Actinomycin D, Amsacrin, Bleomycin, Cholorambucil, Cisplatin, Cytarabine, Daunorubicin, Docetaxel, Doxurubicin, Etoposide, Floxuridine, 5-Flurouracil, Methotrexate, Mitoxantrone, Plicamycin, Thioguanin, Vinbrastine, Vindesine [36]



CT = Chemotherapy

Accelerated RT = การฉายรังสีแบบรวบรัดเวลาโดยรวมสั้นลง

Conventional RT = การฉายรังสีแบบปกติ 1 ครั้ง/วัน, 5 ครั้ง/สัปดาห์

รูปภาพที่ 3.8 ความแตกต่างของระยะเวลาการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและการฉายรังสี [3]

3.2.5 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีหรือยาเคมีบำบัดแต่ละรายจะมีความเสี่ยงของการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบและระดับความรุนแรงที่แตกต่างกัน โดยขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง สามารถแบ่งออกเป็น 2 ปัจจัยใหญ่ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วยและปัจจัยด้านการรักษา [2-3, 37] ดังต่อไปนี้

ปัจจัยด้านผู้ป่วย

1. สุขอนามัยในช่องปาก เป็นปัจจัยที่มีผลต่อระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบตั้งแต่ระยะก่อน ขณะและหลังการรักษาด้วยการฉายรังสี โดยผู้ป่วยที่มีช่องปากที่ไม่สะอาด ฟันผุจะเป็นแหล่งสะสมของเชื้อแบคทีเรีย ส่งผลต่อระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบที่มากขึ้น อีกทั้งการมีเหงือกอักเสบหรือการใส่ฟันปลอมที่ไม่กระชับพอดีกับเหงือกก็อาจทำให้เหงือกเกิดการระคายเคืองและได้รับบาดเจ็บได้ง่าย ซึ่งมีผลต่อการฟื้นหายของเยื่อบุภายในช่องปากได้เช่นเดียวกัน [3, 38]

2. ภาวะทุพโภชนาการ/ภาวะขาดน้ำ เป็นปัจจัยหนึ่งในการทำนายความรุนแรงของภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบโดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายต่ำมีโอกาสเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบได้สูงเนื่องจาก ขาดสารอาหารประเภทโปรตีนซึ่งส่งผลต่อการฟื้นหายและการสร้างเซลล์ใหม่ของเยื่อบุในช่องปากลดลง นำไปสู่การมีภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบที่รุนแรงมากกว่าผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายปกติ [2, 39-40] ในทางตรงกันข้าม พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการส่งเสริมโภชนาการในระหว่างการฉายรังสีโดยเฉพาะโปรตีนจะเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบในระดับรุนแรงที่น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการส่งเสริมโภชนาการ [41] สำหรับภาวะขาดน้ำ (Dehydration) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความชุ่มชื้นของเยื่อบุช่องปากและริมฝีปาก ช่องปากที่แห้งจะทำให้มีโอกาสเกิดการระคายเคืองง่ายยิ่งขึ้น ซึ่งส่งผลต่อภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบที่รุนแรงมากยิ่งขึ้น

3. การทำหน้าที่ของต่อมน้ำลาย เมื่อต่อมน้ำลายสูญเสียหน้าที่ไปจากผลข้างเคียงของการฉายรังสี ส่งผลให้ปริมาณน้ำลายลดลงและคุณภาพของน้ำลายเปลี่ยนแปลงไป นำไปสู่การสร้างไกลโคโปรตีนลดลงและน้ำลายมีค่าความเป็นกรดมากขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญของการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบเพิ่มขึ้น [38]

4. การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อบุผิวของช่องปากมากขึ้นและมีผลต่อฟื้นหายของแผลที่ช้าลงได้ [2, 37]

5. การรักษาที่เคยได้รับ ผู้ป่วยที่เคยมีภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบมาก่อนจากการรักษาด้วยการฉายรังสีหรือยาเคมีบำบัดจะมีความเสี่ยงของการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบที่สูงเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีและยาเคมีบำบัดในครั้งแรกเนื่องจากเยื่อบุช่องปากมีความอ่อนแอและบาง [2, 38]

6. ประวัติอดีต โรคที่เคยเป็นในอดีตบางโรคอาจส่งผลต่อการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบได้ เช่น โรคสะเก็ดเงิน (Psoriasis) ซึ่งมีความผิดปกติของการแบ่งตัวของเยื่อบุผิวส่งผลให้เยื่อบุได้รับบาดเจ็บและถูกทำลายได้ง่าย นอกจากนี้โรค Addison's disease ที่มีความผิดปกติของต่อมหมวกไตซึ่งส่งผลต่อเนื่องทำให้มีการหลั่งสาร Pro-inflammatory cytokines ที่มากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบได้เช่นกัน [37-38]

7. อายุ ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีจะมีอัตราการผลัดเปลี่ยนเซลล์สูง (High turnover rate) จึงทำให้มีอุบัติการณ์การเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบที่สูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ

วัยผู้ใหญ่ [1] ในขณะเดียวกันผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป มีอัตราการฟื้นหายที่ช้าลง ส่งผลให้การสร้างเยื่อบุผิวที่ช้าลงจึงส่งผลต่อการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบที่รุนแรงมากกว่า [2, 40]

8. พันธุกรรม เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้แต่ละบุคคลมีความเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบที่แตกต่างกันโดยพบว่า พันธุกรรมมีความเกี่ยวข้องกับการหลั่ง Pro-inflammatory cytokines ได้แก่ Interleukin-6, Cyclooxgenase-2: COX-2 และ Nuclear factor kappa B: NF-kB ซึ่งเป็นสารสำคัญในการกระตุ้นให้เกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ [4, 37]

ปัจจัยด้านการรักษา

1. ปริมาณรังสีรวมและจำนวนครั้งของการฉายรังสีต่อวัน ระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามพลังงานรังสีที่ได้รับ เมื่อช่องปากได้รับพลังงานรังสีรวมปริมาณ 3,000 เซนติเกรย์ เยื่อบุช่องปากจะบางลงและมีโอกาสเกิดแผลได้สูง (Khaw, et al., 2014) หากได้รับพลังงานรังสีมากกว่า 6,500 เซนติเกรย์ ความเสี่ยงของการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบในระดับรุนแรงจะเพิ่มมากขึ้นประมาณ 10 เท่า [39] นอกจากนั้นหากผู้ป่วยได้รับการฉายรังสีมากกว่า 1 ครั้งต่อวัน (Hyperfractionation) ทำให้โอกาสการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นด้วย [5,7]

2. ตำแหน่งของโรคมะเร็ง ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงของการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบสูงได้แก่ มะเร็งโพรงหลังจมูก (Nasopharyngeal cancer)และมะเร็งคอหอยส่วนบน (Oropharyngeal cancer) เนื่องจากพื้นที่ได้รับการฉายรังสีมักครอบคลุมบริเวณช่องปากทั้งหมดและอาจร่วมถึงคอบางส่วน [11]

3. การรักษาหลายวิธีร่วมกัน การรักษาโดยการใช้หลายวิธีร่วมกันโดยเฉพาะการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด (Concurrent chemoradiation) เป็นปัจจัยที่ทำให้อุบัติการณ์การเกิดและระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบมากขึ้น เนื่องจากการรักษาทั้ง 2 วิธี ล้วนแต่ส่งผลกระทบต่อการแบ่งตัวและทำลายเซลล์ [5] โดยพบว่าการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัดส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยมีภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบรุนแรงกว่าการรักษาด้วยการฉายรังสีเพียงอย่างเดียว โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัดมีความเสี่ยงของการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ ร้อยละ 98 ส่วนผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีอย่างเดียวมีความเสี่ยงร้อยละ 85 [2]

สรุปได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ แบ่งเป็น 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วยและปัจจัยด้านการรักษาตามที่ได้กล่าวไปข้างต้น เห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบบางปัจจัยสามารถป้องกันและหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งจะส่งผลต่อการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบลงได้

3.2.6 การประเมินภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ

การประเมินช่องปากหรือการบันทึกการเปลี่ยนแปลงอาการแสดงของภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบเป็นกระบวนการหนึ่งที่สำคัญในการป้องกัน ดูแลรักษาภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ โดยลักษณะของแบบประเมินที่ดีนั้นต้องสามารถบอกถึงลักษณะอาการ ความรุนแรง ความปวดและความสามารถของการทำหน้าที่ได้อย่างชัดเจนและถูกต้อง [2, 43] อีกทั้งต้องเป็นแบบประเมินที่เป็นมาตรฐาน [44] จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าแบบประเมินภาวะเยื่อบุช่องปากในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษา มีดังต่อไปนี้

3.2.6.1 แบบประเมินภาวะเยื่อบุช่องปากขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO, 1979) เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของของเยื่อบุช่องปาก ซึ่งใช้กันอย่างแพร่หลายเนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ง่ายต่อการเข้าใจและใช้เวลาในการประเมินน้อย [45] ประกอบด้วยการประเมิน 3 องค์ประกอบของอาการแสดงเยื่อบุช่องปากอักเสบ ได้แก่ 1) อาการแสดงแบบปรนัย (Objective sign) เป็นอาการที่ได้จากการตรวจช่องปาก เช่น ลักษณะของเยื่อบุช่องปากหรือลักษณะของแผล 2) อาการแสดงแบบอัตนัย (Subjective sign) เป็นอาการที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย เช่น ความเจ็บปวดและ 3) การรบกวนต่อการทำหน้าที่ได้แก่ ความสามารถในการรับประทานอาหารโดยประเมินช่องปากทั้งหมด 8 ตำแหน่ง ได้แก่ ริมฝีปากด้านบน/ล่าง กระพุ้งแก้มด้านขวา/ซ้าย ข้างลิ้นด้านขวา/ซ้ายและเพดานอ่อน/พื้นของช่องปาก การประเมินระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบจะแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับ 0 หมายถึง เยื่อบุช่องปากปกติ ไม่แดง ไม่มีแผล

ระดับ 1 หมายถึง เยื่อบุช่องปากแดง เจ็บ ไม่มีแผล

ระดับ 2 หมายถึง เยื่อบุช่องปากแดง เจ็บ มีแผล สามารถรับประทานอาหารธรรมดาหรืออาหารอ่อนได้

ระดับ 3 หมายถึง เยื่อบุช่องปากแดง เจ็บ มีแผล สามารถรับประทาน

อาหารเหลวหรือน้ำได้

ระดับ 4 หมายถึง เยื่อบุช่องปากแดง เจ็บ มีแผล ไม่สามารถรับประทานอาหารเหลวหรือน้ำได้หรือต้องได้รับอาหารทางหลอดเลือดดำหรืออาหารทางสายยาง

3.2.6.2 แบบประเมินภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบของ The Radiation Therapy Oncology Group; RTOG, www. rtog.org) เป็นแบบประเมินที่ใช้ประเมินการเปลี่ยนแปลงของของเยื่อบุช่องปาก ซึ่งใช้กันอย่างแพร่หลาย เป็นแบบประเมินที่ง่ายต่อการเข้าใจและใช้เวลาในการประเมินน้อย การประเมินระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบจะแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับ 0 หมายถึง เยื่อบุช่องปากปกติ ไม่มีการเปลี่ยนแปลง

ระดับ 1 หมายถึง เยื่อบุช่องปากแดง

ระดับ 2 หมายถึง เยื่อบุช่องปาก มีแผลขนาดไม่เกิน 1.5 เซนติเมตร

ระดับ 3 หมายถึง เยื่อบุช่องปากแดง มีแผลขนาดเกิด 1.5 เซนติเมตร

ระดับ 4 หมายถึง เยื่อบุช่องปากมีแผลลึก มี/ไม่มีเลือดออกหรือมีเนื้อตาย

3.2.6.3 แนวทางประเมินช่องปาก (Oral Assessment Guide: OAG) เป็นการประเมินช่องปากในหัวข้อต่างๆ ทั้งหมด 8 หัวข้อ ได้แก่ เสียง การกลืน ริมฝีปาก ลิ้น น้ำลาย เยื่อบุช่องปาก เหงือกและฟัน โดยการแบ่งระดับคะแนนของความรุนแรงแบ่งออกเป็น 3 ระดับ [46] ได้แก่

ระดับ 1 หมายถึง ปกติ

ระดับ 2 หมายถึง มีการเปลี่ยนแปลงแต่ยังสามารถทำหน้าได้ตามปกติ

ระดับ 3 หมายถึง อวัยวะส่วนนั้นมีการสูญเสียหน้าที่การทำงานหรือเป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่

ตารางที่ 3.1 แนวทางประเมินช่องปาก (Oral Assessment Guide: OAG) [46]

หัวข้อ	เครื่องมือในการประเมิน	วิธีการประเมิน	ระดับคะแนน		
			1	2	3
เสียง	ฟัง	สนทนากับผู้ป่วย	ปกติ	เสียงแหบ	พูดลำบากหรือเจ็บขณะพูด
การกลืน	สังเกต	ถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการกลืน ทดสอบการขย้อน	สามารถกลืนได้ปกติ	เจ็บเล็กน้อยขณะกลืน	ไม่สามารถกลืนได้
ริมฝีปาก	ดู/สัมผัส	สังเกต,ประเมินความรู้สึกเมื่อสัมผัส	เรียบ, มีสีชมพูและชุ่มชื้น	แห้งและแตก	มีแผล/เลือดออก
ลิ้น	ดู/สัมผัส	สังเกตลักษณะของเนื้อเยื่อ	สีชมพู/ชุ่มชื้นเห็นปุ่มรับรส	ฝ้าคลุม/ไม่เห็นปุ่มรับรส	มีรอยแตก/แผลพุพอง
น้ำลาย	ไม้กดลิ้น	ใช้ไม้กดลิ้นสัมผัสบริเวณกลางลิ้น, บริเวณพื้นปาก	น้ำลายใส	น้ำลายข้นเหนียว	ไม่มีน้ำลาย
เยื่อบุช่องปาก	ดู	สังเกตลักษณะของเนื้อเยื่อ	สีชมพู/ชุ่มชื้น	แดง มีฝ้าขาวไม่มีแผล	มีแผล/มีแผลเลือดออก
เหงือก	ไม้กดลิ้น,ดู	กดที่ลิ้นเบาๆด้วยไม้กดลิ้น	สีชมพู	บวม/แดง	มีเลือดออก
ฟัน	ดู	สังเกต	สะอาด ไม่มีคราบ	มีคราบเกาะบริเวณคอฟัน	มีคราบเกาะตลอดแนวเหงือก

คะแนนรวมทั้ง 8 หัวข้อ มีค่าตั้งแต่ 8-24 คะแนน โดยคะแนนรวมเท่ากับ 8 แสดงว่าเยื่อบุช่องปากปกติและถ้าคะแนนรวมเท่ากับ 24 แสดงว่ามีภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบระดับรุนแรง

3.2.6.4 เกณฑ์ประเมินอาการไม่พึงประสงค์ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4 (The National Cancer Institute Common Terminology Criteria for Adverse Events Version 4.0 หรือ NCI CTCAE) เป็นแบบประเมินภาวะแทรกซ้อนทั้งระยะเฉียบพลันและระยะยาวของการรักษาโรคมะเร็งที่ครอบคลุมทั้งในผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ [47] สำหรับการประเมินภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบนั้นได้มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลาย โดยมีเกณฑ์การประเมินภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับ 0 หมายถึง ปกติ

ระดับ 1 หมายถึง เยื่อบุช่องปากแดง ไม่ต้องรับการรักษา

ระดับ 2 หมายถึง เจ็บปากปานกลาง ไม่ส่งผลกระทบต่อการรับประทานอาหารหรือส่งผลกระทบเล็กน้อยและต้องเปลี่ยนลักษณะของอาหาร

ระดับ 3 หมายถึง เจ็บปากรุนแรง ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้

ระดับ 4 หมายถึง คุกคามต่อชีวิต ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน

ระดับ 5 หมายถึง เสียชีวิตจากภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ

3.2.6.5 แบบสอบถามภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบรายสัปดาห์สำหรับผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ (the Oral Mucositis Weekly Questionnaires-Head and Neck Cancer หรือ OMWQ-HN) เป็นแบบประเมินที่ใช้ประเมินภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ อาการเจ็บในช่องปากและคอ ผลกระทบต่อการทำหน้าที่และความผาสุก (Well-being) ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ โดยถามภาวะในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา [48] ดังนี้

1. คุณคิดว่าภาวะสุขภาพโดยรวมของคุณเป็นอย่างไร
2. คุณเจ็บในช่องปากและลำคอมากเท่าใด
3. อาการเจ็บในช่องปากและลำคอ จำกัดกิจกรรมของคุณมากเท่าใดดังนี้
    3.1. การนอน
    3.2. การกลืน
    3.3. การดื่มน้ำ
    3.4. การรับประทานอาหาร
    3.5. การแปรงฟัน
4. อาการเจ็บในช่องปากและลำคอของคุณอยู่ในระดับใดระหว่าง 0 - 10
5. ระดับความเจ็บในช่องปากที่รุนแรงที่สุด
6. ระดับความเจ็บในลำคอที่รุนแรงที่สุด

วิธีการให้คะแนน คือ คำถามข้อที่ 1-2 แบ่งออกเป็น 7 ระดับตั้งแต่ 1-7 โดยระดับ 1 หมายถึง แย่มาก ระดับ 7 หมายถึง ยอดเยี่ยม คำถามข้อที่ 3 แบ่งออกเป็น 5 ระดับตั้งแต่ 0-4 โดยระดับ 0 หมายถึง ไม่เจ็บ ระดับ 4 หมายถึง เจ็บที่สุด หากผู้ป่วยตอบระดับ 0 ไม่ต้องทำแบบสอบถามต่อ แต่หากมากกว่า 0 ให้ทำแบบสอบถามต่อ คำถามข้อที่ 3.1-3.5 แบ่งออกเป็น 5 ระดับตั้งแต่ 0-4 โดยระดับ 1 หมายถึง ไม่จำกัดเลย ระดับ 4 หมายถึง ไม่สามารถทำได้ คำถามข้อที่ 4-6 แบ่งออกเป็น 11 ระดับ ตั้งแต่ 0-10 โดยระดับ 0 หมายถึง ไม่เจ็บเลย ระดับ 10 หมายถึง เจ็บที่สุดในชีวิต

3.2.6.6 แบบประเมินการเปลี่ยนแปลงของเยื่อบุระยะเฉียบพลันดิชเก้ (Dishe scoring system for acute mucosal reaction) เป็นเครื่องมือในการประเมินการเปลี่ยนแปลงของเยื่อบุช่องปาก โดยประเมินการเปลี่ยนแปลงเยื่อบุช่องปากทั้งทางด้านกายภาพและการทำหน้าที่ทั้งหมด 7 หัวข้อ [49] ดังแสดงในตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 แบบประเมินการเปลี่ยนแปลงของเยื่อบุช่องปากระยะเฉียบพลันดิชเก้

แบบประเมินการเปลี่ยนแปลงของเยื่อบุช่องปากระยะเฉียบพลันดิชเก้	
หัวข้อ	**คะแนน**
เยื่อบุช่องปาก	0 = ไม่มีการเปลี่ยนแปลง 1 = แดงเล็กน้อย 2 = แดงชัดเจน 4 = เยื่อบุช่องปากอักเสบเป็นจุด (Spotted) 5 = เยื่อบุช่องปากอักเสบเป็นปื้น (Confluent)
ขนาด	0 = ไม่มีการเปลี่ยนแปลง 1 = น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 25 2 = ร้อยละ 25-50 3 = ร้อยละ 50-100
อาการบวม	0 = ไม่มีการเปลี่ยนแปลง 1 = บวมเล็กน้อย 2 = บวมปานกลาง 3 = บวมมาก
ภาวะเลือดออก	0 = ไม่มีการเปลี่ยนแปลง 1 = เลือดออกเล็กน้อย,ตำแหน่งเดียว 2 = เลือดออกเล็กน้อย,หลายตำแหน่ง

แบบประเมินการเปลี่ยนแปลงของเยื่อบุช่องปากระยะเฉียบพลันดิชเก้	
หัวข้อ	**คะแนน**
	3 = เลือดออกมาก
แผล	0 = ไม่มีการเปลี่ยนแปลง 1 = 1 ตำแหน่ง ระดับตื้น 2 = หลายตำแหน่ง ระดับตื้น 3 = หลายตำแหน่ง ระดับลึก
อาการกลืนลำบาก (อาหาร)	0 = กลืนได้ปกติ 1 = อาหารแข็งเริ่มติด 2 = อาหารอ่อนเท่านั้น 3 = อาหารเหลวเท่านั้น 4 = ไม่สามารถกลืน ใส่สารให้อาหารหรือให้อาหารทางหลอดเลือด
อาการเจ็บ	0 = ไม่เจ็บ 1 = เจ็บขณะรับประทานอาหารเท่านั้น 2 = เจ็บตลอดเวลา ระดับปานกลาง ต้องใช้ยาแก้ปวดประเภท Non-steroidal analgesics 3 = เจ็บตลอดเวลา ระดับรุนแรงต้องใช้ยาแก้ปวดประเภท Narcotics

สรุปได้ว่า การประเมินช่องปากที่ดีนั้นต้องประกอบด้วย การประเมินลักษณะอาการ ความรุนแรง ความเจ็บปวด ความสามารถของการทำหน้าที่ หรือความเป็นอยู่ที่ดี โดยการสังเกต การสัมภาษณ์หรือให้ผู้ป่วยรายงานด้วยตนเอง โดยจะเห็นได้ว่า แบบประเมินภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบแต่ละชนิดนั้น จะมีรายละเอียดและองค์ประกอบที่แตกต่างกันออกไป ดังนั้น การเลือกแบบประเมินที่เหมาะสมนั้น อาจต้องพิจารณาถึงวัตถุประสงค์ของการประเมิน ความซับซ้อนและความยากง่ายของแบบประเมินด้วย นอกจากนั้นการประเมินที่เหมาะสมและถูกต้องแล้ว ความถี่ของการประเมิน หรือติดตามการเปลี่ยนแปลงภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบก็เป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญ โดยความถี่ในการประเมินนั้นควรเหมาะสมกับสภาวะของช่องปากและปัจจัยเสี่ยงต่างๆของผู้ป่วยแต่ละคนซึ่งจะแตกต่างกัน [21] ดังนั้นพยาบาลควรมีความรู้และเข้าใจถึงปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการประเมินช่องปากรวมไปถึงการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจขึ้นได้ในระหว่างการฉายรังสี

3.3 การดูแลช่องปากและการจัดการภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี ควรได้รับความรู้และทักษะการดูแลช่องปากด้วยตนเองตั้งแต่ในระยะก่อนรับการรักษา เพื่อเป็นการคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพในช่องปากที่ดี อีกทั้งลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนภายในช่องปาก ในขณะการรักษานั้นนอกจากต้องดูแลช่องปากอย่างถูกต้องแล้ว ผู้ป่วยจำเป็นต้องทราบถึงวิธีการจัดการกับภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบด้วยเพื่อชะลอความรุนแรงของอาการให้ช้าลง และเมื่อสิ้นสุดการรักษา ผู้ป่วยยังต้องทราบถึงการดูแลช่องปากที่ถูกต้องเพื่อส่งเสริมการฟื้นหายของเยื่อบุภายในช่องปาก ซึ่งส่งผลต่อการหายจากภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบได้อย่างรวดเร็ว

3.3.1 เป้าหมายการดูแลช่องปากด้วยตนเอง

เป้าหมายการดูแลช่องปากด้วยตนเองและการจัดการภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ [15] มุ่งเน้น 4 เป้าหมาย ได้แก่ การรักษาความสะอาดในช่องปากและเพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปาก การป้องกันการอักเสบ การจัดการการติดเชื้อในช่องปาก การจัดการความเจ็บปวดในช่องปากและการส่งเสริมการฟื้นตัวของเยื่อบุช่องปาก ดังนี้

เป้าหมายที่ 1 การรักษาความสะอาดและเพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปาก

การดูแลช่องปากขั้นพื้นฐาน (Basic oral care) เป็นวิธีการหนึ่งที่มีความสำคัญและได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่าเป็นขั้นตอนมาตรฐานขั้นตอนหนึ่งในการป้องกันการเกิด ลดระยะเวลาและความรุนแรงของภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบได้ การดูแลช่องปากที่ดีนั้นเป็นการคงไว้ซึ่งการมีสภาพช่องปากที่ดี นั้นคือ มีความสะอาดชุ่มชื้น สุขสบายและปราศจากการติดเชื้อ [50] โดยการดูแลช่องปากนั้น ประกอบด้วย [41]

1. การประเมินช่องปาก เป็นขั้นตอนหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการวางแผนในการดูแลช่องปากและเป็นส่วนสำคัญในการป้องกัน ดูแลรักษาภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ [43] โดยผู้ป่วยสามารถประเมินช่องปากได้ด้วยตนเองทุกวันเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของเยื่อบุช่องปาก การอักเสบ การเกิดแผลและการติดเชื้อภายในช่องปากเพื่อรับการดูแลรักษาได้อย่างทันท่วงที [28] ส่งผลให้ระดับความรุนแรง ระยะเวลาของการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบและโอกาสการติดเชื้อในช่องปาก

ลดลง [45] การประเมินช่องปากสามารถทำได้โดยการใช้เทคนิคการดูและการคลำซึ่งต้องใช้อุปกรณ์ ได้แก่ ไฟฉายที่มีลำแสงสีขาว กระจกเงา ไม้กดลิ้นและผ้าก๊อซ มีขั้นตอนดังนี้ [15]

- ก่อนการประเมินช่องปาก ต้องล้างมือให้สะอาดทุกครั้งเพื่อป้องกันเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย หากผู้ป่วยใส่ฟันปลอมให้ถอดฟันปลอมออกแล้วบ้วนปากด้วยน้ำสะอาดเพื่อให้เห็นสภาพของช่องปากได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

- ประเมินช่องปากโดยสังเกตความสะอาด ความชุ่มชื้น สี อาการบวมแดง การเกิดแผลและการติดเชื้อในตำแหน่งบริเวณด้านนอกของริมฝีปาก หลังจากนั้นพลิกดูด้านในของริมฝีปากทั้งด้านล่างและด้านบน อ้าปากเพื่อสังเกตบริเวณเพดานแข็งและเพดานอ่อน ใช้นิ้วมือตรวจดูบริเวณกระพุ้งแก้มและกระพุ้งแก้มด้านใน ตรวจดูลักษณะของด้านบนของลิ้นแล้วให้ผู้ป่วยกระดกลิ้นขึ้นเพื่อดูบริเวณด้านล่างของลิ้น หลังจากนั้นดูบริเวณด้านข้างของลิ้นทั้งด้านซ้ายและขวา สุดท้ายให้ผู้ป่วยอ้าปากกว้างและหายใจเข้าลึกๆ เพื่อสังเกตบริเวณลิ้นไก่และด้านหลังของลิ้นและคอ หากมองเห็นได้ไม่ชัดเจน การใช้ไม้กดลิ้นและกระจกส่องฟันจะช่วยให้ประเมินได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. การแปรงฟัน สามารถช่วยลดคราบน้ำลาย ปริมาณของเชื้อแบคทีเรียในช่องปากได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในช่องปาก เช่น ฟันผุ เหงือกอักเสบและการติดเชื้อรุนแรงในช่องปาก [51] โดยมีข้อปฏิบัติ [7, 28] ดังนี้

- การแปรงฟันวิธี Modified bass โดยใช้แปรงสีฟันที่มีขนแปรงอ่อนนุ่ม 2 ครั้ง/วัน ระยะเวลาอย่างน้อย 90 วินาที โดยวางแปรงสีฟันบริเวณคอฟันและขอบเหงือก โดยเฉียงลงทำมุม 45 องศากับแนวฟัน แล้วกดแปรงและขยับเบาๆบริเวณคอฟัน แล้วบิดข้อมือให้ขนแปรงปัดขึ้น ในฟันล่างและบิดข้อมือให้ขนแปรงปัดลงในฟันบน ทั้งด้านนอกและด้านในของตัวฟัน ทำตำแหน่งละ 6 ครั้ง ใช้แปรงถูเข้าออกซ้ำๆ บริเวณด้านบดเคี้ยวของฟันกราม ทั้งฟันบนและฟันล่าง หลังจากนั้นล้างแปรงสีฟันให้สะอาดหลังการแปรงฟันทุกครั้ง แล้วทิ้งไว้ให้แห้งในสภาพอากาศโปร่ง

- หากมีอาการเจ็บในช่องปาก แผลหรือเลือดออกจากแผลในช่องปาก ให้เปลี่ยนจากการใช้แปรงสีฟันเป็นไม้พันสำลี เช็ดฟันแทนเพื่อลดการระคายเคืองและการบาดเจ็บของเยื่อบุช่องปาก

- ใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์และรสอ่อน ไม่ระคายเคืองต่อช่องปากเพื่อลดจำนวนของแบคทีเรียในช่องปาก ส่งผลลดความรุนแรงของภาวะเยื่อบุช่องปาก นอกจากนั้นยังช่วยป้องกันฟันผุ

- ล้างแปรงสีฟันให้สะอาดหลังการแปรงฟันทุกครั้ง แล้วทิ้งไว้ให้แห้งในสภาพอากาศโปร่ง

- เปลี่ยนแปรงสีฟันใหม่ทุก 1 เดือน [52]

- หากผู้ป่วยเจ็บในช่องปาก มีแผล เลือดออกจากแผลในช่องปากหรือมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ โดยมีระดับเกล็ดเลือดต่ำกว่า 50,000 /ลูกบาศ์กมิลลิเมตร ให้เปลี่ยนจากการใช้แปรงสีฟันเป็นก้านโฟมทำความสะอาด (Foam swab) ไม้พันสำลีหรือก๊อซพันไม้กดลิ้นแทนเพื่อลดการระคายเคือง การบาดเจ็บและโอกาสเสี่ยงของการเลือดออกจากแผลของเยื่อบุช่องปากได้ [50]

3. การบ้วนปาก เป็นวิธีการที่ทำให้คราบน้ำลายหรือเศษอาหารต่างๆที่ติดในช่องปากหลุดออก นอกจากนั้นยังช่วยเพิ่มความชุ่มชื้นแก่เยื่อบุผิวในช่องปาก สารละลายบ้วนปากที่นำมาใช้กับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงของการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบนั้น ต้องเป็นน้ำยาบ้วนปากที่ไม่ทำให้เกิดการระคายเคืองและไม่ทำให้ช่องปากแห้งมากขึ้น ได้แก่ น้ำเกลือ 0.9% หรือสารละลายโซเดียมไบคาร์บอเนต [37, 50]

- สารละลายน้ำเกลือ (Normal saline solution) เป็นสารละลายบ้วนปากที่มีความปลอดภัย ไม่เกิดการระคายเคืองและไม่ทำลายเยื่อบุผิวในช่องปาก ส่งเสริมการสร้างเนื้อเยื่อและการฟื้นหายของแผล นอกจากนั้นสารละลายน้ำเกลือ ยังมีผลทำให้เยื่อบุผิวและแผลที่เกิดขึ้นในช่องปากสะอาด ลดอาการบวมและลดความเจ็บปวด สารละลายน้ำเกลือยังสามารถเพิ่มความชุ่มชื้นให้แก่ช่องปากโดยส่งผลโดยตรงต่อต่อมน้ำลายให้มีการหลั่งน้ำลายเพิ่มมากขึ้น [53] และมีราคาถูก ใช้สะดวกเนื่องจากผู้ป่วยสามารถเตรียมได้เอง (Harris & Eilers, 2009) โดยใช้อัตราส่วนของน้ำสะอาดและเกลือ เท่ากับ น้ำสะอาด 1,000 มิลลิลิตร : เกลือ ½ ช้อนโต๊ะ [37] ใช้กลั้วช่องปาก 4 ครั้ง/วัน หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็นและก่อนนอน ในปริมาณครั้งละ 20 มิลลิลิตร นาน 30 วินาที [54]

- สารละลายโซเดียมไบคาร์บอเนต (Sodium bicarbonate solution) เป็นสารละลายบ้วนปากที่มีประสิทธิภาพในการขจัดคราบต่างๆ ที่ติดอยู่ในช่องปาก โดยทำให้คราบเหล่านั้นละลายหรืออ่อนตัวลง ส่งผลให้หลุดออกได้ง่าย จึงเหมาะสมที่ใช้บ้วนปากเมื่อผู้ป่วยเริ่มน้ำลายแห้ง เหนียว [53] นอกจากนั้นยังทำให้สภาพความเป็นกรด-ด่างในช่องปากสูงขึ้น กล่าวคือ ทำให้สภาพในช่องปากอยู่ในสภาวะเป็นด่าง ซึ่งมีฤทธิ์ในการป้องกันการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรียที่ทนต่อสภาพความเป็นกรด (Aciduric bacteria) ที่อยู่ในช่องปากได้ [55] สารละลายโซเดียมไบคาร์บอเนตสามารถนำใช้ได้สะดวกเนื่องจากผู้ป่วยสามารถเตรียมเองได้ โดยการผสมระหว่างเกลือและเบกกิ้งโซดา

หรือผงฟู ในอัตราส่วน เกลือ ½ ช้อนโต๊ะ : ผงเบกกิ้งโซดา 1/2 ช้อนโต๊ะ : น้ำสะอาด 1 ลิตร [37] อย่างไรก็ตาม พบว่า สารละลายโซเดียมไบคาร์บอเนตมีรสเฝื่อน ทำให้ผู้ป่วยไม่พึงพอใจ ส่งผลให้ไม่ผู้ป่วยไม่อยากบ้วนปาก นอกจากนั้นยังพบว่าหากความเข้มข้นของสารละลายสูงขึ้น จะส่งผลตรงกันข้ามคือ ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อบุช่องปากและปริมาณของแบคทีเรียในช่องปากจะมีจำนวนมากยิ่งขึ้น [50]

- น้ำยาบ้วนปากทางการค้า (Commercial mouthwashes) ยี่ห้อต่างๆ นั้น ไม่แนะนำให้ใช้ในระหว่างการรักษาด้วยการฉายรังสีเนื่องจากมีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ในปริมาณสูง ส่งผลให้เกิดการระคายเคือง ช่องปากแห้งมากขึ้น ส่งเสริมให้เกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบที่รุนแรงมากขึ้นได้ [37]

4. การเพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปาก เพื่อลดการระคายเคืองและการบาดเจ็บต่อเยื่อบุช่องปาก ดังนี้

- ผู้ป่วยควรดื่มน้ำอย่างเพียงพออย่างน้อย 2 ลิตร/วัน ในกรณีที่ไม่มีข้อห้าม โดยการจิบน้ำบ่อยๆระหว่างวันเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปาก
- ทาวาสลีนบริเวณริมฝีปากระหว่างวันเพื่อป้องกันริมฝีปากแห้งแตกเป็นแผล
- หากน้ำลายแห้งมาก ให้อมลูกอมหรือหมากฝรั่งที่มีน้ำตาลน้อยเพื่อกระตุ้นการหลั่งของน้ำลายหรือใช้น้ำลายเทียมตามแผนการรักษาของแพทย์

เป้าหมายที่ 2 การป้องกันการอักเสบและการจัดการการติดเชื้อในช่องปาก

การอักเสบเป็นกลไกการตอบสนองของเยื่อบุช่องปากต่อการฉายรังสี ซึ่งมีระดับความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ ตามปริมาณรังสีที่ได้รับ ดังนั้นการใช้สารต้านการอักเสบ (Anti-inflammatory agent) และการจัดการการติดเชื้อในช่องปากจึงเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการป้องกันและจัดการภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ [30]

1. สารต้านการอักเสบ (Anti-inflammatory agent) สารต้านการอักเสบนั้นส่วนใหญ่อยู่ในลักษณะของยาหรือสารละลาย และสารสกัดจากธรรมชาติ ดังนี้

- เบนไซดามีนไฮโดรครอไรด์ (Benzydamine hydrochloride) เป็นสารละลายบ้วนปากสำหรับต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ มีส่วนประกอบของยาชาเฉพาะที่ สารต้านการอักเสบ สารต้านเชื้อจุลชีพและแอลกอฮอล์ ซึ่งสามารถออกฤทธิ์ยับยั้งการสร้าง Pro-

inflammatory cytokines ได้แก่ TNF-α [56] จึงมีฤทธิ์ป้องกันภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบที่เกิดจากการฉายรังสีในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอได้ โดยการบ้วนปากในปริมาณ 15 มิลลิลิตร นาน 2 นาที จำนวน 4 ครั้ง/วัน หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็นและก่อนนอน ตลอดระยะเวลาที่ได้รับการฉายรังสี ส่งผลช่วยลดความรุนแรงของภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบได้ ในกรณีที่ได้รับรังสีไม่เกิน 5,000 เซนติเกรย์ [57]

- คลอเฮกซิดีน (Chlorhexidine) เป็นสารละลายบ้วนปากสำหรับต้านการอักเสบ ลดเชื้อแบคทีเรียโดยเฉพาะ gram-positive และเชื้อราภายในช่องปาก อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่าการใช้คลอเฮกซิดีนมีประสิทธิภาพไม่ต่างจากการใช้น้ำเกลือ ดังนั้น the Mucositits Study Section of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer and the International Society for Oral Oncology (MASCC/ISOO) จึงไม่แนะนำให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีใช้คลอเฮกซิดีนบ้วนปาก [30, 58]

- น้ำผึ้ง เป็นสารที่ได้จากธรรมชาติที่มีส่วนประกอบของน้ำตาลฟรุกโทส กลูโคส ซูโคสและมอลเทส โดยน้ำผึ้งมีฤทธิ์ต้านเชื้อแบคทีเรีย ส่งผลทั้งทางกายภาพ (Physical effects) และทางเคมี (Chemical effects) ทางด้านกายภาพนั้น พบว่า น้ำผึ้งมีความเข้มข้นสูง ส่งผลให้มีการดึงน้ำออกจากเซลล์และทำให้แบคทีเรียตาย ส่วนผลทางด้านเคมีพบว่า น้ำผึ้งมีส่วนประกอบของ Glucose oxidase enzyme และ Gluconic acid ซึ่งเป็นสารต้านเชื้อแบคทีเรีย น้ำผึ้งไม่เพียงแต่เป็นสารต้านเชื้อแบคทีเรียเท่านั้น ยังพบว่ายังมีผลต่อการแบ่งตัวของเม็ดเลือดขาวชนิดทีและบี (T and B lymphocyte) อีกด้วย [59] การใช้น้ำผึ้งป้ายลงบริเวณที่มีแผลจะทำให้แผลฟื้นตัวเร็วขึ้น เนื่องจากช่วยระบายความชื้น (Hydroscopic effect) บริเวณแผลได้ดีและมีผลในการยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย (Bacteriostasic effect) ที่ผ่านมาได้มีการศึกษาโดยนำน้ำผึ้งมาใช้ในการรักษาโรคและแผลในช่องปาก แผลไฟไหม้ แผลติดเชื้อ แผลกดทับและแผลติดเชื้อจากการผ่าตัด ซึ่งพบว่ามีประสิทธิภาพดี [60] จากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี ประเทศอียิปต์ พบว่า การอมน้ำผึ้งบริสุทธิ์ในช่องปากปริมาณ 20 มิลลิลิตร เป็นเวลา 15 นาทีและกลืนช้าๆ ก่อนและหลังฉายรังสี 15 นาทีและ 6 ชั่วโมง สามารถลดระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ ลดการติดเชื้อราและเชื้อแบคทีเรียในช่องปากได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับน้ำผึ้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [60] แต่อย่างไรก็ตามในบางการศึกษาพบว่า การติดเชื้อแบคทีเรียและระดับความเจ็บในช่องปากไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- พญายอหรือสเลดพังพอนตัวเมีย เป็นสมุนไพรไทยที่ได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการจากรัฐบาลไทย ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 6 ให้เป็นผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ที่นำมาใช้ได้ภายในโรงพยาบาล ชื่อทางวิทยาศาสตร์คือ *Clinacanthus nutans (Burm.f)* Lindau เป็นพืชสมุนไพรขนาดเล็ก ที่พบในประเทศไทย สารสกัดพญายอ มีฤทธิ์ต้านการอักเสบและต้านเชื้อไวรัส โดยลดระยะเวลาและความรุนแรงของการติดเชื้อ ลดความเจ็บปวดและเพิ่มการฟื้นหายของแผลที่เกิดจากโรคเริมและงูสวัด โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร์ได้เริ่มมีการพัฒนาและผลิตพญายอ ขึ้นเป็นยามาตั้งแต่ปี พ.ศ.2529 และได้ผ่านการรับรองจากสมาพันธ์เกษตรอนิทร์นานาชาติ (The International Federation of Organic Agriculture Movements) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีในกลุ่มที่ใช้กลีเซอรีนพญายอ โดยหยดบริเวณเยื่อบุช่องปาก 2 หยดแล้วใช้ลิ้นกวาดให้ทั่ว 3-5 ครั้ง/วัน ตลอดการฉายรังสี มีภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ อาการเจ็บในช่องปาก ภาวะน้ำลายแห้งและการรับรู้รสเปลี่ยนแปลงไป ช้ากว่ากลุ่มที่ได้รับ 0.15% เบนไซดามีน ไฮโดรคลอไรด์ประมาณ 1 สัปดาห์ ระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม การศึกษาการใช้พญายอเพื่อลดความรุนแรงภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบยังมีไม่มากนักและยังต้องการการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมต่อไป [61]

2. การจัดการการติดเชื้อในช่องปาก ในบทบาทของพยาบาล การติดตามประเมินอาการติดเชื้อในช่องปากโดยการประเมินช่องปากเป็นขั้นตอนที่สำคัญเนื่องจากเป็นการติดตามการเปลี่ยนแปลงของเยื่อบุช่องปาก การอักเสบ การเกิดแผลและลักษณะของการติดเชื้อเพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาได้อย่างทันท่วงที สามารถทำได้ดังนี้

- ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินช่องปากและติดตามลักษณะอาการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากแพทย์หรือพยาบาลอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และแนะนำให้ผู้ป่วยประเมินช่องปากด้วยตนเองทุกวัน

- การลดโอกาสการติดเชื้อโดยการรักษาความสะอาดในช่องปากและร่างกาย การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดต้นเหตุของการติดเชื้อ

- หากพบลักษณะของการติดเชื้อ เลือดออก จุดขาวหรือคราบขาวจากเชื้อราภายในช่องปากหรือบริเวณลิ้น ให้ปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลเพื่อได้รับการรักษาต่อไป

เป้าหมายที่ 3 การจัดการความเจ็บปวดในช่องปาก

ผู้ป่วยที่มีภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบส่วนใหญ่มักมีความเจ็บปวดในช่องปากร่วมด้วย ความเจ็บปวดนี้กระทบต่อการกลืนอาหารที่ลำบากมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารลดลง นำไปสู่การมีภาวะทุพโภชนาการ [53] มีผลย้อนกลับโดยทำให้การเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากรุนแรงมากขึ้น การฟื้นหายของภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบช้าลง [2] ดังนั้น การจัดการความเจ็บปวดในช่องปากจึงเป็นส่วนที่สำคัญในการป้องกันและรักษาภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ [58]

ยาที่ใช้ในการจัดการความเจ็บปวดจากภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบมี 2 ประเภทได้แก่ ยาชาเฉพาะที่และยาระงับปวด โดยการใช้ยาชาเฉพาะที่นั้น เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย ได้แก่ 2% viscous lidocaine Benzocaine Dibucaine และ Tetracaine โดยที่นิยมใช้มากที่สุดคือ 2% viscous lidocaine ซึ่งมี 2 รูปแบบคือ แบบอมและแบบพ่น แต่อย่างไรก็ตาม การใช้ยาชาเฉพาะที่จะมีฤทธิ์ในการบรรเทาอาการปวดได้ไม่เกิน 1 ชั่วโมง 30 นาที ดังนั้นสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบที่มีความปวดระดับรุนแรง จึงจำเป็นต้องได้รับยาแก้ปวดร่วมด้วย การใช้ยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบนั้น แบ่งออกได้เป็น 3 ลำดับขั้น คือ ขั้นที่ 1 ยาระงับปวดประเภทไม่ใช่ยาเสพติด (Non-opioid drugs) ขั้นที่ 2 ยาระงับปวดประเภทเสพติดระดับอ่อน (Weak-opioid drugs) และขั้นที่ 3 ยาระงับปวดประเภทเสพติดอย่างแรง (Strong opioid drug)โดยประสิทธิภาพของการจัดการความปวดโดยการใช้ยาระงับปวดนี้ ขึ้นอยู่กับความสมดุลระหว่างระดับความเจ็บปวดกับประเภทของยาระงับปวดที่ได้รับ [30] แสดงในตารางที่ 3.3

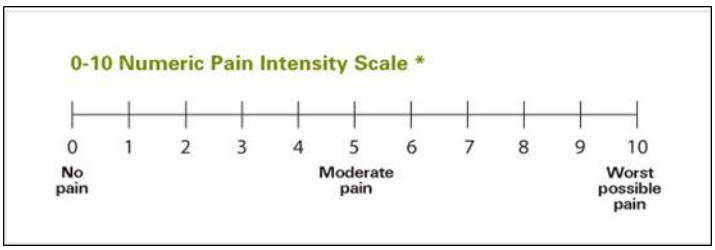
ตารางที่ 3.3 ยาที่ใช้บ่อยเพื่อระงับความเจ็บปวดในช่องปากและคอจากภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ [62]

ประเภทยา	ชื่อยา	วิธีการใช้
Topical analgesics	- Benzydamine HCl (Difflam®)	15 มล.กลั้วปากและคอแล้วบ้วนทิ้งทุกๆ 2-3 ชม.
	- 2% lidocaine HCl (Xylocaine viscous®)	5-10 มล. อมกลั้วให้ทั่วปากและคอแล้วกลืนช้าๆ ก่อนรับประทานอาหาร 15 นาที
Systemic analgesics	- Acetaminophen (Paracetamol®, Tylenol®)	1-2 เม็ด ทุก 4-6 ชม.เวลาปวด
	- Acetaminophen with	1-2 เม็ด ทุก 4-6 ชม.เวลาปวด

ประเภทยา	ชื่อยา	วิธีการใช้
	codeine (TWC®) - Tramadol (Tramal®) - Morphine sulfate (Morphine syrup®) - Morphine sustained-release (MST®)	1 เม็ด ทุก 6 ชม. เวลาปวด 2-5 มก.ทุก 2-4 ชม.เวลาปวด ปรับยาตามระดับความปวด ใช้ในกรณีที่ควบคุมความปวดจากยา กลุ่ม Immediate release ได้แล้ว โดยเริ่มต้นที่ 10 มก.ทุก 12 ชม. ปรับยาตามระดับความปวด

การจัดการความเจ็บปวดด้วยยาชาเฉพาะที่และยาระงับปวดเป็นเอกสิทธิ์ของแพทย์ ดังนั้นการจัดการความเจ็บปวดที่เกิดจากภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบที่สามารถกระทำได้โดยบทบาทอิสระของพยาบาล [2] คือ ประเมินความเจ็บปวดและให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเพื่อลดการระคายเคืองในช่องปาก ซึ่งเป็นการป้องกันและลดการบาดเจ็บต่อเยื่อบุช่องปาก ส่งผลให้ความเจ็บปวดในช่องปากลดลง ดังนี้

- หลีกเลี่ยงรับประทานอาหารรสจัด รสเปรี้ยว ร้อนจัดหรือเย็นจัด
- งดเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ และงดสูบบุหรี่
- ประเมินระดับความเจ็บปวดในช่องปากและคอผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอตลอดระยะเวลาการรักษาโดยใช้แบบประเมินความเจ็บปวดแบบ Numerical rating scale ดังแสดงในรูปภาพที่ 3.9



รูปภาพที่ 3.9 แบบประเมินความเจ็บปวดแบบ Numerical rating scale

แบบประเมิน Numerical rating scale เป็นเครื่องมือที่ได้รับความนิยม ง่าย ไม่ยุ่งยาก และใช้เวลาในการประเมินน้อย เพื่อประเมินความสามารถในการรับประทานอาหารและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนลักษณะของอาหารให้เหมาะสมกับสภาพของเยื่อบุช่องปากและอาการเจ็บในช่องปาก โดยในช่วงเริ่มต้นของการฉายรังสี ผู้ป่วยมักไม่มีอาการเจ็บในช่องปากและคอ จึงสามารถรับประทานอาหารแข็งได้ตามปกติ หลังจากฉายรังสีประมาณ 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยอาจเริ่มมีอาการเจ็บในช่องปากและคอ ควรปรับเปลี่ยนลักษณะอาหารเป็นอาหารอ่อนนุ่ม ลื่น เช่น ก๋วยเตี๋ยวน้ำ ข้าวต้ม โจ๊ก หรือไข่ตุ๋น ฯลฯ และเมื่อฉายรังสีเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ผู้ป่วยอาจมีอาการเจ็บปากและคอมากขึ้น มีอาการกลืนติดหรือลำบาก ควรปรับเปลี่ยนลักษณะอาหารเป็นอาหารเหลว ง่ายต่อการกลืนและไม่ระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อที่บางลง เช่น น้ำซุปข้นหรือใส นม น้ำเต้าหู้ อาหารปั่นหรืออาหารเสริมทางการแพทย์

- หากผู้ป่วยมีระดับความเจ็บปวดมากกว่าระดับ 3 หรือความปวดส่งผลต่อการรับประทานอาหาร ควรปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้เพื่อให้ได้รับยาระงับความเจ็บปวดตามแผนการรักษาต่อไป
- แนะนำให้อม/กลั้วยาชา ก่อนรับประทานอาหารตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อลดความเจ็บปวดขณะกลืนอาหาร
- รับประทานยาบรรเทาอาการเจ็บปวดในกลุ่ม Topical หรือ Systemic analgesics (ดังตารางที่ 3.3) ตามแผนการรักษาของแพทย์ หากอาการไม่ดีขึ้นให้ปรึกษาพยาบาลแพทย์เจ้าของไข้เพื่อพิจารณาการดูแลรักษาต่อไป

เป้าหมายที่ 4 การส่งเสริมการฟื้นตัวของเยื่อบุช่องปาก

การมีภาวะทุพโภชนาการในระหว่างการฉายรังสี ส่งผลต่อการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบที่รุนแรงมากขึ้นเนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นหายของเยื่อบุและแผลในช่องปาก โดยการฟื้นหายของแผลนั้นขึ้นอยู่กับการได้รับสารอาหารและพลังงานที่เพียงพอ โดยเฉพาะสารอาหารประเภทโปรตีนซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการซ่อมแซม ฟื้นฟูเนื้อเยื่อและร่างกาย การฟื้นหายของแผลที่ล้าช้านั้นมีความสัมพันธ์กับภาวะขาดสารอาหารประเภทโปรตีนและพลังงานเนื่องจากความสามารถของการคงไว้ของเยื่อบุช่องปากที่สมบูรณ์ (Mucosal integrity) และการซ่อมแซมเยื่อบุที่ได้รับบาดเจ็บลดลง ส่งผลให้ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบรุนแรงมากยิ่งขึ้น

สำหรับแนวทางในการส่งเสริมภาวะโภชนาการนั้น นอกจากการให้อาหารเสริมแก่ผู้ป่วยแล้ว การให้คำปรึกษาทางโภชนาการเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอระหว่างการรักษา [15] ดังต่อไปนี้

- แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้ครบและเพียงพอทั้ง 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ ไข่ นมเพื่อส่งเสริมการซ่อมแซมและฟื้นตัวของเยื่อบุช่องปาก
- ควรมีนักโภชนาการให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่มีประโยชน์เพื่อให้ได้รับพลังงานและสารอาหารที่ครบถ้วนและเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยการปรับปริมาณและลักษณะของอาหารทดแทนได้ตามความเหมาะสม เช่น อาหารอ่อน ข้าวต้ม โจ๊ก อาหารเหลว อาหารปั่นและอาหารเสริมทางการแพทย์
- หากผู้ป่วยมีปัญหารับประทานอาหารได้ลดลง แนะนำให้รับประทานอาหารเสริมที่ให้พลังงานและคุณค่าสูงโดยรับประทานน้อยๆแต่แบ่งมื้ออาหารให้บ่อยมากขึ้น เป็น 5-6 มื้อ/วัน ตัวอย่างอาหารเช่น น้ำเต้าหู้ทรงเครื่อง ไอศครีมปั่นกับนมสด (ในกรณีที่ไม่มีข้อห้าม) เป็นต้น
- พยาบาลควรมีการประเมินภาวะโภชนาการระหว่างการฉายรังสีอย่างน้อยสัปดาห์ละ1ครั้ง หากผู้ป่วยรับประทานอาหารและน้ำได้ลดลงหรือมีภาวะทุพโภชนาการ ควรปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้เพื่อได้รับการพิจารณาการให้สารอาหารทางอื่น เช่น การให้อาหารทางสายยางผ่านทางจมูก (Nasogastric tube;NG tube), การให้อาหารทางสายยางผ่านทางกระเพาะอาหาร (Percutaneous endoscopic gastrostomy; PEG) เพื่อให้ได้รับสารอาหารที่เพียงพอจนกว่าผู้ป่วยจะสามารถรับประทานอาหารทางปากได้เอง

3.3.2 การประเมินภาวะโภชนาการ

การประเมินภาวะโภชนาการที่มีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยเครื่องมือที่มีความไว (Sensitive) ความจำเพาะ (specificity) นอกจากนี้ต้องสามารถนำมาใช้ได้ง่าย ไม่ซับซ้อน อีกทั้งใช้เวลาในการประเมินน้อย วิธีการประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอมีด้วยกันหลายวิธี นอกจากนั้นแล้วยังสามารถนำประวัติการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว (Weight history) ประวัติการบริโภคอาหาร (Dietary history) ของผู้ป่วยมาใช้เป็นเครื่องมือในการประกอบในการประเมินภาวะโภชนาการ [63-64]

1. แบบประเมิน The Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) เป็นเครื่องมือประเมินภาวะโภชนาการสำหรับผู้ใหญ่ที่เหมาะสำหรับใช้ในโรงพยาบาลเนื่องจากประเมินได้ง่าย ไม่ซับซ้อนและใช้เวลาในการประเมินน้อย [64] มีขั้นตอนประเมินดังนี้

1.1 คำนวนดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร^2) คะแนน

>20	0
18.5-20	1
<18.5	2

ค่าดัชนีมวลกาย = น้ำหนัก/ส่วนสูง ^{2} (กิโลกรัม/เมตร ^{2})

<16.0	หมายถึง น้ำหนักน้อย ระดับรุนแรง
16.0-16.99	หมายถึง น้ำหนักน้อย ระดับปานกลาง
17.0-18.49	หมายถึง น้ำหนักน้อย ระดับเล็กน้อย
18.5-24.99	หมายถึง ปกติ
25.0-29.99	หมายถึง อ้วนระดับ 1
30.0-34.99	หมายถึง อ้วนระดับ 2
35.0-39.99	หมายถึง อ้วนระดับ 3
≥ 40	หมายถึง อ้วนระดับ 4

1.2 คำนวนร้อยละของน้ำหนักที่เปลี่ยนแปลงในภายใน 3-6 เดือน

<ร้อยละ 5	0
ร้อยละ 5-10	1
>ร้อยละ 10	2

1.3 ประเมินความสามารถในการรับประทานอาหาร

น้อยลง < 5 วัน	0
น้อยลง > 5 วัน	2

รวมคะแนนข้อ 1.1-1.3 คะแนนรวม 0 หมายถึง ความเสี่ยงน้อย ให้การดูแลตามปกติ, คะแนนรวม 1 หมายถึง ความเสี่ยงปานกลาง ให้การติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด คะแนนรวม ≥ 2 หมายถึง ความเสี่ยงมาก ต้องการรักษา

2. การประเมินจากประวัติการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว (Weight history) โดยประเมินจากร้อยละของน้ำหนักตัวที่เปลี่ยนแปลง (Percentage weight loss) [65] ดังนี้

ร้อยละของน้ำหนักตัวที่เปลี่ยนแปลง = (น้ำหนักตัวเดิม – น้ำหนักตัวปัจจุบัน) x 100 / น้ำหนักเดิม

น้ำหนักตัวลดลงมากกว่าร้อยละ 10 ใน 6 เดือน น้ำหนักตัวลดลงมากกว่าร้อยละ 5 ใน 1 เดือน และน้ำหนักตัวลดลงมากกว่าร้อยละ 2 ใน 1 สัปดาห์ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการระดับรุนแรง

3. การคำนวณความต้องการพลังงานและสารอาหารที่ร่างกายควรได้รับในภาวะเจ็บป่วย มีความสำคัญในการวางแผนและให้การดูแลด้านโภชนบำบัดได้อย่างเหมาะสมในผู้ป่วยมะเร็งแต่ละราย มีวิธีการคำนวนดังนี้

ความต้องการพลังงานทั้งหมด = พลังงานขณะพัก X กิจกรรมที่ทำ X ปัจจัยภาวะเจ็บป่วย

พลังงานขณะพัก คำนวณจากสูตร Harris and Benedict formular [66]

หญิง = 655.1 + (9.56 x น้ำหนักกก.) + (1.85 x ส่วนสูงซม.) – (4.68 x อายุปี)

ชาย = 66.47 + (13.75 x น้ำหนักกก.) + (5.0 x ส่วนสูงซม.) – (6.78 x อายุปี)

กิจกรรมที่ทำ

พักบนเตียง	=	1.2
ลุกจากเตียงได้	=	1.3

ปัจจัยภาวะเจ็บป่วย

มะเร็ง	=	1.1-1.3
ติดเชื้อ	=	1.0-1.4

การคำนวณพลังงานที่ต้องการจากน้ำหนักตัว ปริมาณพลังงานที่ควรได้รับ 25-30 กิโลแคลอรี่/ 1 กิโลกรัม ของน้ำหนักตัวจริง ปริมาณน้ำที่ควรได้รับ (มิลลิลิตร) = 30 มิลลิลิตร X น้ำหนักตัวจริง หรือ 1 มิลลิลิตร/ 1 กิโลแคลอรี่ หรือ 1,500 X ดัชนีมวลกาย สัดส่วนคาร์โบไฮเดรต/ไขมัน/โปรตีน ที่ร่างกายควรได้รับแบ่งเป็น ร้อยละ 55-60 / 25-30 / 15-20 แต่ภาวะที่มีการเจ็บป่วยหรือ

ภาวะเครียดร่างกายจะมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ควรให้คาร์โบไฮเดรตลดลงและให้สารอาหารประเภทโปรตีนและไขมันทดแทน ปริมาณโปรตีนที่ร่างกายควรได้รับ ในภาวะปกติ 0.8-1.0 กรัม/กิโลกรัม แต่หากมีการเจ็บป่วย ร่างกายต้องการโปรตีนเพิ่มขึ้น 1.2-2.0 กรัม/กิโลกรัม (น้ำหนักตัวปกติ) โดยโปรตีน 1 กรัมให้พลังงาน 4 กิโลแคลอรี่

จากกล่าวมา โดยสรุปแล้วการดูแลช่องปากและการจัดการภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี จำเป็นต้องให้การดูแลสุขภาพช่องปากตั้งแต่ก่อนรับการรักษาและมุ่งเน้นที่ 4 เป้าหมายร่วมกัน ได้แก่ 1) การรักษาความสะอาดและเพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปาก 2) การป้องกันการอักเสบและจัดการการติดเชื้อในช่องปาก 3) การจัดการความเจ็บปวดในช่องปากและ 4) การส่งเสริมการฟื้นตัวของเยื่อบุช่องปาก พยาบาลควรนำมาเป็นแนวปฏิบัติ อีกทั้งควรให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเพื่อให้การดูแลช่องปากและจัดการกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษามีประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น

บทที่ 4
การพยาบาลการดูแลช่องปากและการจัดการภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี

แนวทางในการรักษามะเร็งศีรษะและคอในปัจจุบัน มีด้วยกันหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด เคมีบำบัด การฉายรังสีหรือการรักษาหลายวิธีร่วมกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับตำแหน่ง ระยะของโรคและสภาพร่างกายของผู้ป่วย [67] ดังนั้นการวางแผนทางการพยาบาลในการดูแลช่องปากและการจัดการภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบให้มีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยในทุกระยะของการรักษาเพื่อเป็นการป้องกัน จัดการอาการและลดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆที่อาจเกิดขึ้น โดยสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

1. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนการฉายรังสี
2. การพยาบาลผู้ป่วยขณะการฉายรังสี
3. การพยาบาลผู้ป่วยหลังการฉายรังสี

โดยใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) 5 ขั้นตอน [68] มาเป็นแนวทางในการให้การพยาบาล ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสภาพผู้ป่วย (Assessment)

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis)

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการพยาบาล (Planning)

ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

4.1 การพยาบาลก่อนการฉายรังสี

ก่อนผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอรับการฉายรังสี พยาบาลควรประเมินสภาพผู้ป่วยโดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย คัดกรองภาวะเสี่ยงต่างๆ และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนรับการรักษา [69-73] ดังนี้

1. การซักประวัติผู้ป่วย เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงต่างๆต่อการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ ดังนี้

- สุขอนามัยในช่องปากและการดูแลความสะอาดช่องปาก เพื่อวางแผนการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลช่องปากที่ถูกต้อง ซึ่งส่งผลให้มีสุขอนามัยในช่องปากที่ดีและลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบขณะรับการฉายรังสี
- ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อบุช่องปากและการฟื้นหายของแผลภายในช่องปาก
- การรักษาที่เคยได้รับบริเวณช่องปาก เช่น การผ่าตัด การฉายรังสีและการให้ยาเคมีบำบัดเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในช่องปากที่รุนแรงในระหว่างการฉายรังสี
- การเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการ อาการกลืนลำบาก อาการเจ็บในช่องปากหรือแผล ก้อนในช่องปากเพื่อวางแผนให้คำแนะนำด้านโภชนาการ อาหารทดแทนหรือส่งต่อแพทย์เพื่อให้การรักษาหรือยาบรรเทาปวดต่อไป

2. การตรวจสภาพช่องปากผู้ป่วย เพื่อประเมินสภาพช่องปากก่อนการรักษาเพื่อวางแผนให้คำแนะนำการดูแลช่องปากที่ถูกต้อง ดังนี้

- ประเมินช่องปาก เช่น แผล ก้อนมะเร็ง ฟันผุ โรคเหงือกและความสามารถในการอ้าปาก เพื่อให้คำแนะนำการดูแลช่องปากและแผลที่ถูกต้อง
- หากพบปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนภายในช่องปากให้ประสานงานกับทันตแพทย์หรือแพทย์เพื่อรับการรักษาต่อไป
- ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจและรักษาโรคในช่องปากและฟันโดยทันตแพทย์ให้เสร็จเรียบร้อย ก่อนรับการรักษาด้วยการฉายรังสีอย่างน้อย 2 สัปดาห์
- พยาบาลควรเน้นย้ำให้ผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์ตามนัด เพื่อประเมินช่องปากหรือรับการรักษาให้เสร็จเรียบร้อยก่อนเข้ารับการฉายรังสี เนื่องจากหากมีโรคในช่องปากหรือฟันผุใน

ระหว่างการรักษา อาจส่งผลทำให้โรคมีความรุนแรงมากขึ้นหรือฟื้นหายล้าช้าและอาจต้องหยุดพักการฉายรังสี ทำให้การรรักษาไม่ต่อเนื่องได้

3. การคัดกรองภาวะทุพโภชนาการ เพื่อคัดกรองหาความเสี่ยงของการเกิดภาวะทุพโภชนาการซึ่งส่งผลต่อการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ดังนี้

- ซักประวัติปัญหา/อุปสรรคในการรับประทานอาหาร เช่น โรคในช่องปาก ก้อนมะเร็ง/แผลในช่องปาก อาการกลืนลำบาก อาการเจ็บในช่องปากเพื่อวางแผนให้คำแนะนำด้านโภชนาการ อาหารทดแทนที่เหมาะสมหรือประสานงานกับแพทย์เพื่อให้การรักษาหรือยาบรรเทาปวดต่อไป

- คัดกรองภาวะทุพโภชนาการด้วยแบบประเมิน The Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) [64] และคำนวณความต้องการพลังงานและสารอาหารที่ร่างกายควรได้รับในภาวะเจ็บป่วย [66] (รายละเอียดในบทที่ 2) เพื่อวางแผนให้คำแนะนำด้านโภชนาการอาหารทดแทนที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายเพื่อเป็นการส่งเสริมภาวะโภชนาการที่ดีก่อนการฉายรังสี หากประเมินแล้วพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารได้อย่างเพียงพอ ควรประสานกับแพทย์เพื่อพิจารณาการให้สารอาหารทางอื่น เช่น NG tube, Gastrostomy tube

4. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนการฉายรังสี เนื่องจากการฉายรังสีเป็นการรักษาที่ใช้ระยะเวลาประมาณ 5-7 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน อีกทั้งในระหว่างการรักษาผู้ป่วยอาจมีภาวะแทรกซ้อนได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการให้คำแนะนำการเตรียมความพร้อมก่อนการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งเตรียมเรื่องสิทธิการรักษาก่อนเข้ารับการฉายรังสี [27-28, 73] ดังนี้

- ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยการฉายรังสี ขั้นตอนการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการฉายรังสี เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจถึงกระบวนการรักษาและคลายความวิตกกังวลหรือข้อสงสัยต่างๆ พร้อมทั้งให้แผ่นพับ “เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยการฉายรังสี” เพื่อให้ผู้ป่วย/ครอบครัวนำกลับไปทบทวนการปฏิบัติตัวที่บ้าน (รายละเอียดในภาคผนวก ก)

- วิธีรักษาความสะอาดในช่องปากและการดูแลช่องปากที่ถูกต้อง ได้แก่ การแปรงฟัน การบ้วนปากเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพช่องปากที่ดี

- การส่งเสริมภาวะโภชนาการเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง สมบูรณ์ พร้อมรับการรักษาและผลข้างเคียงต่างๆ

- การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดต่างๆ เช่น เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่
- การดูแลตนเองหากมีโรคประจำตัวหรือได้รับการรักษาโรคอื่นๆร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น โดยให้ผู้ป่วยรับประทานยาหรือปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์ที่ให้การรักษาและรับการตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันภาวะโรคประจำตัวแทรกซ้อนในระหว่างรับการฉายรังสี
- การวางแผนเรื่องการลางาน การเดินทางหรือที่พัก ขณะมารับการฉายรังสีล่วงหน้า
- การเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับสิทธิการรักษาในการฉายรังสีให้เสร็จเรียบร้อยก่อนถึงวันนัดฉายรังสี
- การนำฟิล์มเอ๊กซเรย์ ผลชิ้นเนื้อหรือผลทางห้องปฏิบัติการต่างๆ มาในวันนัดฉายรังสี เพื่อประกอบการวางแผนการรักษา

การวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลระยะก่อนการฉายรังสี

ภายหลังการประเมินผู้ป่วยโดยการซักประวัติ ประเมินสภาพช่องปาก ความรู้และทักษะการดูแลช่องปากและสภาพจิตใจ พยาบาลสามารถนำข้อมูลที่ได้มากำหนดการวินิจฉัยและวางแผนการพยาบาลในระยะก่อนการฉายรังสี ดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาด้วยการฉายรังสี

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

1. ผู้ป่วยบอกกลัวการฉายรังสี

Objective data

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล
2. มีคะแนนความวิตกกังวล $\geq$ 7

เป้าหมายการพยาบาล

1. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล
2. คะแนนความวิตกกังวลลดลง 1 ระดับ

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล
2. ผู้ป่วยบอกกังวลลดลง
3. คะแนนความวิตกกังวล = 5

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัวด้วยถ้อยคำที่สุภาพเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวไว้วางใจ
2. สอบถามความวิตกกังวลหรือสิ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลพร้อมทั้งประเมินระดับความวิตกกังวลโดยการสอบถามความรู้สึกและสังเกตลักษณะอาการแสดงของผู้ป่วย เช่น ร้องไห้ ตาแดง อาการซึมเศร้า พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ครอบครัวระบายความรู้สึก รับฟังพร้อมทั้งพูดคุย ให้กำลังใจ
3. ให้กำลังใจและชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการรักษาด้วยการฉายรังสีและการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการรักษาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อให้ผู้ป่วย/ครอบครัวมีกำลังใจในการดูแลตนเอง
4. แนะนำให้ผู้ป่วยเบี่ยงเบนความสนใจจากความวิตกกังวลจากโรคและการรักษาด้วยการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์หรืองานอดิเรกที่ผู้ป่วยชื่นชอบ เช่น การอ่านหนังสือ ฟังเพลง ดูละครหรือการนั่งสมาธิ เป็นต้น ร่วมทั้งส่งเสริมให้ครอบครัวให้การดูแล ให้กำลังใจและรับฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล
5. ส่งเสริมให้ครอบครัวให้การดูแล ให้กำลังใจและรับฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล
6. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพูดคุยกับกลุ่มผู้ป่วยเดียวกันที่สามารถปรับตัวต่อโรค การรักษาและพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจที่ดีและเรียนรู้วิธีการปรับตัวและการแก้ไขปัญหาต่างๆ
7. หากผู้ป่วยมีข้อสงสัย แนะนำให้โทรศัพท์ติดต่อที่หน่วยสอนสุขศึกษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งในวันและเวลาราชการ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาและการปฏิบัติตัวก่อนได้รับการฉายรังสี

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

1. ผู้ป่วยบอกไม่ทราบว่าการฉายรังสีคืออะไรและสอบถามถึงผลข้างเคียงของการฉายรังสี

เป้าหมายการพยาบาล

1. ผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการฉายรังสี ผลข้างเคียงของการฉายรังสีและการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการฉายรังสี

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและสามารถบอกแนวทางการรักษา ขั้นตอนการฉายรังสี ผลข้างเคียงของการฉายรังสีและการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการฉายรังสีได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้ผู้ป่วย/ครอบครัวเกี่ยวกับโรค ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยการฉายรังสี ผลข้างเคียงและการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการฉายรังสี
2. อธิบายเกี่ยวกับแนวทางการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ข้อมูลเกี่ยวกับการฉายรังสี ขั้นตอนการฉายรังสี ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษา ดังนี้
    - แผนการรักษา ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการฉายรังสี ขั้นตอนการฉายรังสีและการมารับบริการการฉายรังสี
    - ภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสี ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ น้ำลายแห้ง การรับรู้รสชาดที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น
    - ความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษา เช่น ฉายรังสีแล้วทำให้โรคกระจาย ฉายรังสีแล้วร้อนหรือฉายรังสีแล้วผมร่วง เป็นต้น
3. ประเมินสภาพช่องปากผู้ป่วย ได้แก่ ความสะอาด โรค แผล ก้อนมะเร็งในช่องปาก และความสามารถในการอ้าปากเพื่อวางแผนให้คำแนะนำการดูแลช่องปากที่ถูกต้อง
4. ให้คำแนะนำการดูแลช่องปากก่อนการรักษาด้วยการฉายรังสี ดังนี้
    - ให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลช่องปากที่ถูกต้องโดยให้แปรงฟันและลิ้นด้วยแปรงสีฟัน 2 ครั้ง/วัน เช้าและก่อนเข้านอน อย่างน้อย 90 วินาที ล้างแปรงสีฟันให้

สะอาดหลังการแปรงฟันทุกครั้ง หากมีอาการเจ็บในช่องปาก แผลหรือมีเลือดออกจากแผลในช่องปาก ให้เปลี่ยนจากการใช้แปรงสีฟันเป็นไม้พันสำลีหรือผ้าก๊อซเช็ดฟันแทนเพื่อลดการระคายเคืองและการบาดเจ็บ

- บ้วนปากด้วยสารละลายน้ำเกลือ (Normal saline solution) 4 ครั้ง/วัน หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็นและก่อนนอน ในปริมาณครั้งละ 20 มิลลิลิตร นาน อย่างน้อย 30 วินาที เพื่อให้ช่องปากสะอาด อัตราส่วนของน้ำสะอาดและเกลือ เท่ากับ น้ำสะอาด 1,000 มิลลิลิตร : เกลือ ½ ช้อนโต๊ะ
- แนะนำให้ผู้ป่วยตรวจและรักษาโรคในช่องปากและฟันโดยทันตแพทย์ให้เสร็จเรียบร้อยก่อนรับการรักษาด้วยการฉายรังสีอย่างน้อย 2 สัปดาห์และเน้นย้ำให้พบทันตแพทย์ตามนัดทุกครั้ง
- แนะนำเคลือบฟันด้วยฟลูออไรด์ตามคำสั่งของทันตแพทย์
- หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่เพื่อลดการระคายเคืองในช่องปาก

5. แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายได้ตามความสมควรและเหมาะสมเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง สดชื่น
6. ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวหรือได้รับการรักษาโรคอื่นๆร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาหรือปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์ที่ให้การรักษาและรับการตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันภาวะโรคประจำตัวแทรกซ้อนในระหว่างรับการฉายรังสี
7. แนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัวควรมีการวางแผนเรื่องการลางาน การเดินทางหรือที่พักขณะมารับการฉายรังสีล่วงหน้าเนื่องจากการฉายรังสีเป็นการรักษาที่ใช้ระยะเวลาประมาณ 5-7 สัปดาห์และต้องมารับการรักษาต่อเนื่อง 5 วัน/สัปดาห์ และหยุดพัก 2 วัน
8. ในกรณีที่ผู้ป่วยใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือประกันสังคม แนะนำให้ผู้ป่วยขอสิทธิการรักษาเพื่อรับการฉายรังสีให้เสร็จเรียบร้อยก่อนถึงวันนัดฉายรังสี หากใช้สิทธิจ่ายเองแนะนำให้ปรึกษาหน่วยการเงิน สาขารังสีรักษาเพื่อรับการประเมินค่าใช้จ่าย
9. แนะนำให้ผู้ป่วยนำฟิล์มเอ๊กซเรย์ ผลชิ้นเนื้อหรือผลทางห้องปฏิบัติการต่างๆ มาในวันนัดฉายรังสีเพื่อประกอบการวางแผนการรักษา

10.ประเมินความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับคำแนะนำที่ให้ไปพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ครอบครัวซักถามเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเมื่อกลับบ้าน

11.ให้แผ่นพับ “เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยการฉายรังสี” เพื่อให้ผู้ป่วย/ครอบครัวนำกลับไปทบทวนการปฏิบัติตัวที่บ้าน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

1. ผู้ป่วยบอกเบื่ออาหาร
2. ผู้ป่วยบอกน้ำหนักลดลง
3. ผู้ป่วยบ่นเจ็บก้อนในปาก

Objective data

1. ภายในช่องปากมีก้อนขนาดใหญ่และอ้าปากได้น้อย
2. ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวลดลง
3. ประเมินพลังงานที่ควรได้รับด้วยสูตรคำนวณความต้องการพลังงานและสารอาหารที่ร่างกายควรได้รับ [66] พบว่าผู้ป่วยได้รับพลังงานไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

เป้าหมายการพยาบาล

1. ผู้ป่วยได้รับอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

เกณฑ์การประเมิน

1. น้ำหนักตัวคงที่หรือเพิ่มขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการโดยการซักประวัติเกี่ยวกับปัญหาหรืออุปสรรคในการรับประทานอาหาร เช่น โรคในช่องปาก ก้อนมะเร็ง แผลในช่องปาก อาการกลืนลำบาก อาการเจ็บในช่องปาก ภาวะเบื่ออาหาร ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมะเร็งพร้อมทั้งคำนวณความต้องการพลังงานที่ร่างกายควรได้รับในภาวะเจ็บป่วยเพื่อวางแผนให้คำแนะนำด้านโภชนาการที่เพียงพอและเหมาะสม

2. ให้คำแนะนำด้านโภชนาการแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวดังนี้
   - ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์โดยให้ครบทั้ง 5 หมู่และเพียงพอ โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ ไข่และนมเพื่อบำรุงร่างกายให้แข็งแรง หากรับประทานอาหารประเภทชีวจิตเพียงอย่างเดียวอาจทำได้ร่างกายขาดสารอาหาร ซีดและอ่อนเพลียส่งผลให้ร่างกายไม่พร้อมรับรักษาได้
   - หากผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ลดลง แนะนำให้รับประทานอาหารเสริมที่ให้พลังงานและคุณค่าสูงโดยรับประทานน้อยๆแต่บ่อยมากขึ้น เช่น น้ำเต้าหู้ทรงเครื่อง ไอศครีมปั่นกับนมสด (ในกรณีที่ไม่มีข้อห้าม) อาหารเสริมทางการแพทย์ เป็นต้น โดยให้ได้พลังงานเพียงพอที่ร่างกายต้องการในแต่ละวัน
   - หากมีอาการกลืนลำบากหรือเจ็บในช่องปาก แนะนำให้รับประทานอาหารอ่อน เช่น โจ๊ก ข้าวต้ม หรืออาหารเหลว เช่น นม น้ำเต้าหู้ อาหารเสริมทางการแพทย์ เป็นต้น โดยให้ได้พลังงานเพียงพอที่ร่างกายต้องการในแต่ละวัน
3. หากผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารได้อย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ควรประสานงานกับแพทย์เพื่อพิจารณาการให้สารอาหารทางอื่น เช่น NG tube, Gastrostomy
4. แนะนำดูแลความสะอาดปากและฟัน โดยบ้วนปากก่อนและหลังการรับประทานอาหารเพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร
5. แนะนำให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้งพร้อมทั้งจดบันทึกไว้เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวของตนเอง (จากการสอบถามผู้ป่วยมีเครื่องชั่งน้ำหนักที่บ้าน)
6. แนะนำครอบครัวพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น
7. ทบทวนประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยโดยการซักถามและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ครอบครัวเสนอข้อคิดเห็นหรือสอบถามเพิ่มเติม

ประเมินผลการพยาบาล

ประเมินความวิตกกังวลโดยการสังเกตสีหน้า ท่าทางพฤติกรรมการแสดงออกและจากการสอบถามผู้ป่วย

ประเมินความรู้/ทักษะเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการฉายรังสีโดยการสอบถามผู้ป่วย/ครอบครัวด้วยคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการดูแลช่องปากก่อนการฉายรังสี

ประเมินความรู้เกี่ยวกับโภชนาการและวิธีการรับประทานอาหารที่มีคุณค่าสูงและเพียงพอกับความต้องการของร่างกายขณะเจ็บป่วย

4.2 การพยาบาลขณะการฉายรังสี

ขณะฉายรังสี พยาบาลควรประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยโดยการซักประวัติ ประเมินสภาพช่องปากและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนในช่องปากและให้คำแนะนำการดูแลช่องปากและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเป็นระยะๆในระหว่างการรักษา ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบนั้น มีแนวทางการดูแลช่องปากในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอในระหว่างการฉายรังสี ดังแสดงในแผนภูมิที่ 4.1 เริ่มจากการประเมินสภาพช่องปาก ให้คำแนะนำ/คำปรึกษาและติดตามเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามช่วงเวลาที่เหมาะสมของการได้รับการฉายรังสีทั้งหมด 4 ครั้ง คือ

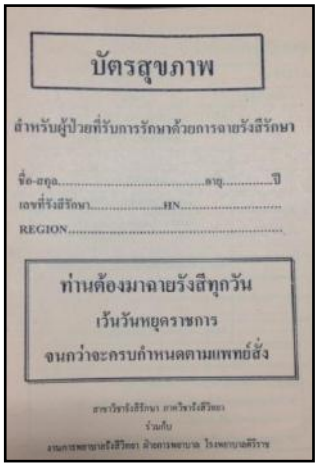
ครั้งที่ 1 ผู้ป่วยฉายรังสีสัปดาห์ที่ 1

ครั้งที่ 2 ผู้ป่วยฉายรังสีสัปดาห์ที่ 2

ครั้งที่ 3 ผู้ป่วยฉายรังสีสัปดาห์ที่ 3-4

ครั้งที่ 4 ผู้ป่วยก่อนฉายรังสีครบ 1 สัปดาห์

โดยพยาบาลจะนัดหมายผู้ป่วยแล้วบันทึกในบัตรสุขภาพสำหรับผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยการฉายรังสี ดังแสดงในรูปภาพที่ 4.1



รูปภาพที่ 4.1 บัตรสุขภาพประจำตัวผู้ป่วยระหว่างได้รับการฉายรังสี

แผนภูมิที่ 4.1 แนวทางการดูแลช่องปากในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอในระหว่างการฉายรังสี หน่วยสอนสุขศึกษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็ง งานการพยาบาลรังสีวิทยา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

การพยาบาลเมื่อผู้ป่วยฉายรังสีสัปดาห์ที่ 1: นัดหมายครั้งที่ 1

ภายหลังผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอได้รับการวางแผนการรักษาและจำลองการรักษาแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการฉายรังสีอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยฉายรังสีวันละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 5 ครั้ง/สัปดาห์ ซึ่งในระยะแรกนี้ผู้ป่วยจะยังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสี แต่อย่างไรก็ตาม เป็นความสำคัญในการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวในขณะฉายรังสีโดยทั่วไปและการดูแลช่องปากด้วยตนเองที่ถูกต้องเพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขอนามัยในช่องปากที่ดี โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ [27-28, 73-76]

1. ซักประวัติผู้ป่วยเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงต่างๆต่อการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ ได้แก่ สุขอนามัยในช่องปากและการดูแลความสะอาดช่องปาก ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการ อาการกลืนลำบาก อาการเจ็บในช่องปากหรือแผลและก้อนในช่องปาก

2. ประเมินสภาพช่องปากผู้ป่วยโดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 เตรียมอุปกรณ์สำหรับประเมินสภาพช่องปาก ดังนี้

- ไฟฉายที่มีลำแสงสีขาว
- ไม้กดลิ้นและผ้าก๊อซ
- น้ำสะอาดสำหรับบ้วนปาก

2.2 ก่อนการประเมิน พยาบาลล้างมือให้สะอาด หากผู้ป่วยใส่ฟันปลอมให้ถอดฟันปลอมออกแล้วบ้วนปากด้วยน้ำสะอาดเพื่อให้เห็นสภาพของช่องปากได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2.3 พยาบาลประเมินช่องปาก โดยให้ผู้ป่วยอ้าปากแล้วใช้ไฟฉายส่องภายในช่องปาก สังเกตความสะอาด ความชุ่มชื้น สี อาการบวมแดง การเกิดแผลและการติดเชื้อในตำแหน่งบริเวณด้านนอกของริมฝีปาก หลังจากนั้นดูด้านในของริมฝีปากทั้งด้านล่างและด้านบน ให้ผู้ป่วยอ้าปากเพื่อสังเกตบริเวณเพดานแข็งและเพดานอ่อน ตรวจดูลักษณะด้านบนของลิ้นแล้วให้ผู้ป่วยกระดกลิ้นขึ้นเพื่อดูบริเวณด้านล่างของลิ้น หลังจากนั้นดูบริเวณด้านข้างของลิ้นทั้งด้านซ้ายและขวา หากมองเห็นได้ไม่ชัดเจน การใช้ไม้กดลิ้นและกระจกส่องฟันจะช่วยให้ประเมินได้ชัดเจนยิ่งขึ้น สุดท้ายให้ประเมินระดับความรุนแรงภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบของ RTOG (รายละเอียดในบทที่ 3 หัวข้อการประเมินภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ)

3. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะได้รับการฉายรังสีด้วยสื่อวิดิทัศน์เรื่อง การปฏิบัติตัวขณะได้รับการฉายรังสี หน่วยสอนสุขศึกษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็ง งานการพยาบาลรังสีวิทยา โรงพยาบาลศิริราชพร้อมทั้งให้คู่มือการดูแลตนเองขณะรับการรักษาด้วยการฉายรังสี (รายละเอียดในภาคผนวก ข)

4. ให้คำแนะนำ/สาธิตการดูแลช่องปากที่ถูกต้องในระหว่างการฉายรังสี ดังนี้

4.1 เตรียมอุปกรณ์สำหรับให้คำแนะนำ/สาธิตการดูแลช่องปาก ดังนี้

- แบบจำลองฟัน
- แปรงสีฟันชนิดขนแปรงอ่อนนุ่ม, ยาสีฟันชนิดไม่ระคายเคือง
- น้ำเกลือสำหรับบ้วนปาก
- ผ้าก๊อซและสำลีพันปลายไม้
- ไฟฉายลำแสงสีขาว

4.2 พยาบาลแนะนำการเลือกใช้แปรงสีฟันที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วย โดยเลือกใช้แปรงสีฟันที่มีขนแปรงอ่อนนุ่มและใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ รสอ่อน ไม่เผ็ดซ่า

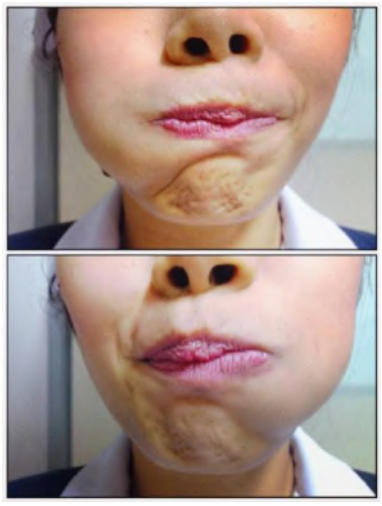
4.3 อธิบาย/สาธิตการแปรงฟันวิธี Modified bass ด้วยแบบจำลองฟัน มีวิธีการดังนี้ [77]

- การวางแปรงสีฟันบริเวณคอฟันและขอบเหงือก เฉียงลงทำมุม 45 องศากับแนวฟัน ดังแสดงในรูปภาพที่ 4.2
- กดแปรงและขยับเบาๆบริเวณคอฟัน แล้วบิดข้อมือให้ขนแปรงปัดขึ้นในฟันล่างและบิดข้อมือให้ขนแปรงปัดลงในฟันบน ทั้งด้านนอกและด้านในของตัวฟัน ทำตำแหน่งละ 6 ครั้ง
- ใช้แปรงถูเข้าออกซ้ำๆ บริเวณด้านบดเคี้ยวของฟันกราม ทั้งฟันบนและฟันล่าง โดยให้แปรงฟัน 2 ครั้ง/วัน ระยะเวลาอย่างน้อย 90 วินาที
- ล้างแปรงสีฟันให้สะอาดหลังการแปรงฟันทุกครั้ง แล้วทิ้งไว้ให้แห้งในสภาพอากาศโปร่ง

รูปภาพที่ 4.2 การวางแปรงสีฟันบริเวณคอฟันทำมุม 45 องศากับแนวฟัน

4.4 หากผู้ป่วยมีอาการเจ็บในช่องปาก มีแผลหรือเลือดออกจากแผลในช่องปาก ให้เปลี่ยนจากการใช้แปรงสีฟันเป็นไม้พันสำลี เช็ดฟันแทนเพื่อลดการระคายเคืองและการบาดเจ็บของเยื่อบุช่องปาก

4.5 อธิบาย/สาธิตการบ้วนปากวิธี Ballooning&sucking โดยเทน้ำเกลือสำหรับบ้วนปากลงในแก้วปริมาณ 30 มิลลิลิตร กลั้วน้ำเกลือสลับไปมาทั้งทางด้านซ้ายและขวาของกระพุ้งแก้มและดูดแก้มเพื่อให้มีแรงเคลื่อนของน้ำเกลือระหว่างฟัน ดังแสดงในรูปภาพที่ 4.3-4.4ระยะเวลา 30 วินาทีแล้วบ้วนทิ้ง โดยให้บ้วนทุกๆ 4 ชั่วโมงหรือทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร และแนะนำหลีกเลี่ยงใช้น้ำยาบ้วนปากอื่นที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์



รูปภาพที่ 4.3 การบ้วนปากวิธี Ballooning

รูปภาพที่ 4.4 การบ้วนปากวิธี sucking

4.6 อธิบาย/สาธิตวิธีการผสมน้ำเกลือสำหรับบ้วนปาก โดยใช้อัตราส่วนของน้ำสะอาดและเกลือ เท่ากับ น้ำสะอาด 1,000 มิลลิลิตร : เกลือ ½ ช้อนโต๊ะ

4.7 อธิบาย/สาธิตวิธีการประเมินสภาพช่องปากด้วยตนเอง ให้ผู้ป่วยประเมินช่องปากหลังบ้วนปาก วันละ 1 ครั้ง โดยให้ส่องกระจกในบริเวณที่มีแสงเพียงพอ หากเห็นไม่ชัดให้ใช้ไฟฉายลำแสงสีขาวส่อง ดังแสดงในรูปภาพที่ 4.5 เพื่อประเมินลักษณะของเยื่อบุช่องปากโดยสังเกต สี อาการบวมแดงและแผลทั้ง 8 ตำแหน่ง คือ 1) ริมฝีปากบน 2) ริมฝีปากล่าง 3) กระพุ้งแก้มขวา 4) กระพุ้งแก้มซ้าย 5) ด้านข้างของลิ้นด้านขวาและซ้าย 6) ด้านบนของลิ้น 7) บริเวณพื้นของช่องปาก และ8) เพดานอ่อน

รูปภาพที่ 4.5 การประเมินช่องปากด้วยตนเอง

4.8 แนะนำให้ผู้ป่วยรักษาความชุ่มชื้นในช่องปากด้วยการดื่มน้ำอย่างเพียงพออย่างน้อย 2 ลิตร/วัน โดยการจิบบ่อยๆ ในกรณีที่ไม่มีข้อห้ามและทาวาสลีนบริเวณริมฝีปากเพื่อป้องกันริมฝีปากแห้งแตกเป็นแผล

4.9 แนะนำการรับประทานอาหารที่เพียงพอและเหมาะสมเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการโดยรับประทานอาหารให้ครบและเพียงพอทั้ง 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ ไข่ นม หากผู้ป่วยมีปัญหารับประทานอาหารได้ลดลง แนะนำให้รับประทานอาหารเสริมที่ให้พลังงานและคุณค่าสูงโดยรับประทานน้อยๆแต่แบ่งมื้ออาหารให้บ่อยมากขึ้น เป็น 5-6 มื้อ/วัน

5. ประเมินความรู้/ทักษะการดูแลช่องปากโดยการซักถามและให้ผู้ป่วยสาธิตกลับ เพื่อทบทวนความรู้ที่ถูกต้องและมีความมั่นใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

6. ให้คู่มือการดูแลตนเองขณะรับการรักษาด้วยการฉายรังสี (รายละเอียดในภาคผนวก ข) เพื่อนำกลับไปทบทวนการปฏิบัติตัวที่บ้านและบัตรสุขภาพประจำตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี

การพยาบาลเมื่อผู้ป่วยฉายรังสีสัปดาห์ที่ 2: นัดหมายครั้งที่ 2

เยื่อบุในช่องปากและคอของผู้ป่วยจะมีเปลี่ยนแปลงภายหลังได้รับการฉายรังสีประมาณ 10-15 ครั้ง (2,000-3,000 เซนติเกรย์) โดยจะเริ่มแดงและบางลง ส่งผลให้มีอาการเจ็บปากและคอ กลืนลำบาก อีกทั้งรังสียังมีผลให้น้ำลายแห้งและการรับรู้รสชาดอาหารลดลง (รายละเอียดในบทที่ 2 หัวข้ออาการแสดงของภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบจากการฉายรังสี) ดังนั้นในระยะนี้ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นและความรู้/ทักษะในการจัดการอาการภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลช่องปากและสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ส่งผลชะลอการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบที่รุนแรงและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

แนวทางการพยาบาลในระยะนี้มีรายละเอียดดังนี้ [15, 73-74, 78-80]

1. ซักประวัติผู้ป่วยเกี่ยวกับ อาการเจ็บในช่องปาก อาการกลืนลำบาก น้ำลายแห้ง แผลในช่องปากและการรับรู้รสชาดที่เปลี่ยนแปลงไป

2. ประเมินสภาพช่องปากผู้ป่วยด้วยแบบประเมินภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ RTOG และประเมินความเจ็บปวดในช่องปากด้วยแบบประเมินแบบ Numerical rating scale (รายละเอียด

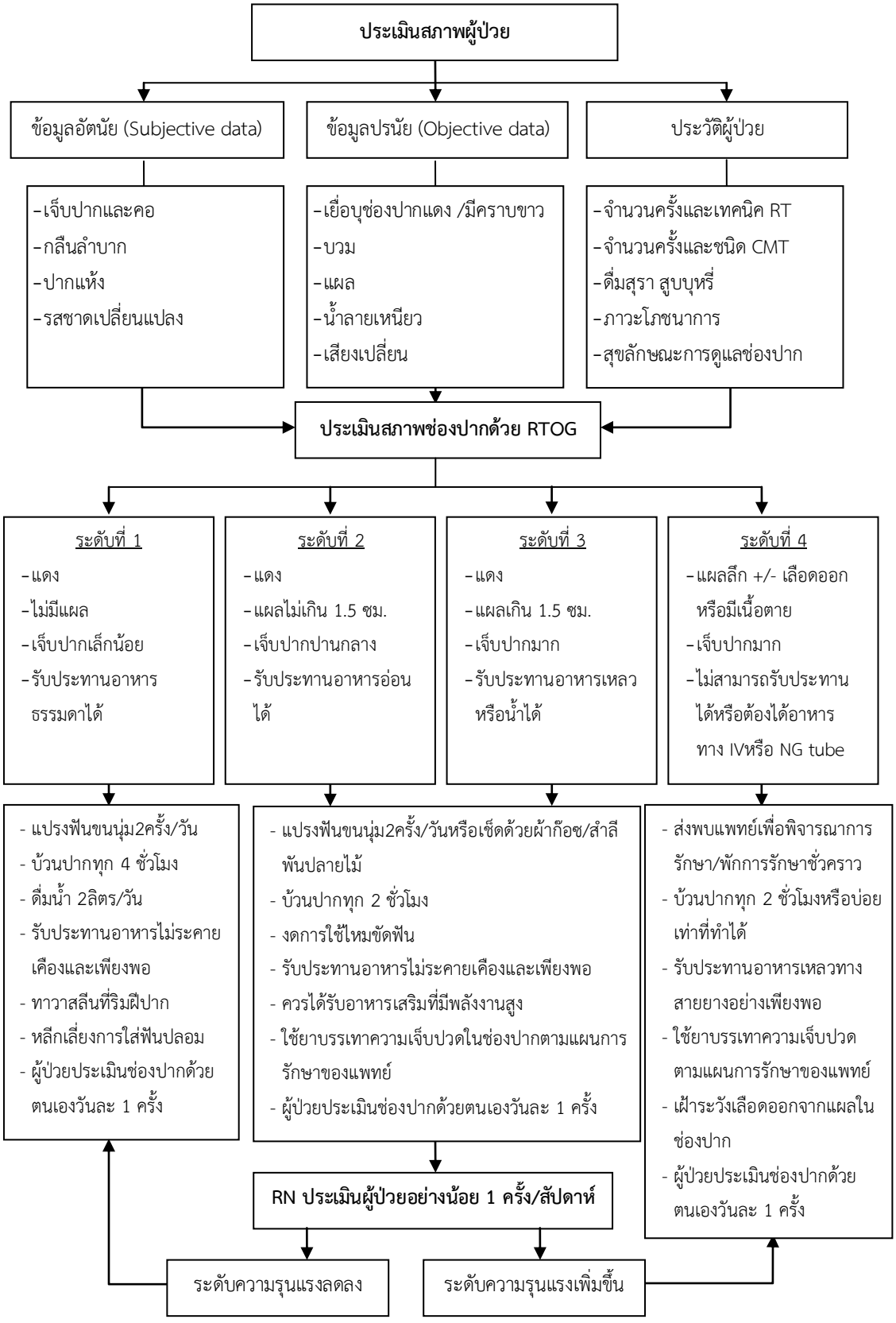
ในบทที่ 3 หัวข้อการดูแลช่องปากและการจัดการภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี)

3. ให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ (รายละเอียดในบทที่ 3 หัวข้อภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ) และการจัดการกับภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ (ดังแผนภูมิที่ 4.2) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลช่องปากและวิธีการจัดการภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบที่เหมาะสมกับอาการที่เกิดขึ้น

การจัดการภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ สามารถทำได้ดังนี้

3.1 การจัดการภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบระดับ 1 ปฏิบัติดังนี้

- แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอนด้วยแปรงสีฟันขนอ่อนนุ่ม ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์และรสอ่อน ไม่เผ็ดซ่า
- บ้วนปากด้วยน้ำเกลือสำหรับบ้วนปากทุก 4 ชั่วโมงหรือทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร หลีกเลี่ยงใช้น้ำยาบ้วนปากอื่นที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์
- ดื่มน้ำอย่างน้อย 2 ลิตร/วัน ในกรณีที่ไม่มีข้อห้าม
- ทาวาสลีนบริเวณริมฝีปาก
- รับประทานอาหารอาหารอ่อนนุ่ม ไม่ระคายเคืองให้ครบ 5 หมู่และเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
- งดชา กาแฟ น้ำอัดลม เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ และงดสูบบุหรี่
- แนะนำให้ผู้ป่วยประเมินช่องปากด้วยตนเองทุกวันเพื่อเฝ้าระวัง การเกิดแผลหรือลักษณะของการติดเชื้อในช่องปาก หากพบให้แจ้งพยาบาลหรือแพทย์เจ้าของไข้
- หากผู้ป่วยสวมฟันปลอม แนะนำให้ถอดออกเพื่อป้องกันการบาดเจ็บของเหงือกจากแรงกด



แผนภูมิที่ 4.2 การประเมินผู้ป่วยและการจัดการภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ [15]

3.2 การจัดการภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบระดับ 2-3 ปฏิบัติดังนี้

- แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอนด้วยแปรงสีฟันขนอ่อนนุ่ม ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์และรสอ่อน ไม่เผ็ดซ่า แต่หากเจ็บแผลในช่องปากมากให้เช็ดในช่องปากอย่างเบามือด้วยผ้าก๊อซหรือสำลีพันปลายไม้ที่ชุบด้วยน้ำเกลือ
- บ้วนปากด้วยน้ำเกลือสำหรับบ้วนปากทุก 2 ชั่วโมง ยกเว้นตอนนอน
- หลีกเลี่ยงการใช้ไหมขัดฟันเนื่องจากอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อเหงือกได้
- หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ทำให้เกิดการระคายเคือง ได้แก่ อาหารแข็ง รสเผ็ดจัด เปรี้ยวจัด ร้อนจัด เย็นจัด หากมีอาการเจ็บในช่องปากและคอเล็กน้อยแนะนำให้รับประทานอาหารอ่อน เช่น ข้าวต้ม โจ๊ก หรือไข่ตุ๋น ฯลฯ หากมีอาการเจ็บปากและคอมาก มีอาการกลืนติดกลืนลำบากแนะนำให้รับประทานอาหารเหลว เช่น น้ำซุปข้นหรือใส นม น้ำเต้าหู้ อาหารปั่น หรืออาหารเสริมทางการแพทย์เพื่อให้ง่ายต่อการกลืนและลดการบาดเจ็บของเยื่อบุในช่องปากและคอ
- หากเจ็บในช่องปากและคอมากและส่งผลต่อการรับประทานอาหาร แนะนำให้ปรึกษาพยาบาลและให้แจ้งแพทย์เจ้าของไข้เพื่อพิจารณาการให้สารอาหารทางอื่น เช่น NG tube, PEG และได้รับยาบรรเทาความเจ็บปวดที่เหมาะสม
- แนะนำให้อม/กลั้วยาชา ก่อนรับประทานอาหารตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อลดความเจ็บปวดขณะกลืนอาหาร
- แนะนำให้ผู้ป่วยประเมินช่องปากด้วยตนเองทุกวันเพื่อเฝ้าระวัง การเกิดติดเชื้อหรือเลือดออกจากแผลในช่องปาก หากพบให้แจ้งพยาบาลหรือแพทย์เจ้าของไข้

3.3 การจัดการภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบระดับ 4 ปฏิบัติดังนี้

- ดูแลความสะอาดในช่องปากด้วยการเช็ดในช่องปากอย่างเบามือด้วยผ้าก๊อซหรือสำลีพันปลายไม้ หากแผลมีเลือดออกหรือเจ็บในช่องปากมากให้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือสำหรับบ้วนปากทุก 2 ชั่วโมง
- แนะนำให้รับประทานอาหารเหลวหรืออาหารเสริมทางการแพทย์ผ่านทาง NG tube, PEG ตามการรักษาของแพทย์อย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกายเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวและการหายของแผลในช่องปาก

- แนะนำให้รับประทานยาบรรเทาอาการเจ็บปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ หากอาการไม่ดีขึ้นให้ปรึกษาพยาบาล,แพทย์เจ้าของไข้เพื่อพิจารณาการหยุดฉายรังสีชั่วคราว

- แนะนำให้ผู้ป่วยประเมินช่องปากด้วยตนเองทุกวันเพื่อเฝ้าระวัง การเกิดติดเชื้อหรือเลือดออกจากแผลในช่องปาก หากพบให้แจ้งพยาบาลหรือแพทย์เจ้าของไข้

4. ให้คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอและคู่มือแนวทางการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณช่องปากและลำคอ (รายละเอียดในภาคผนวก ค)

การพยาบาลเมื่อผู้ป่วยฉายรังสีสัปดาห์ที่ 3-4: นัดหมายครั้งที่ 3

ในระยะนี้ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอจะมีภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบหรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆเกิดขึ้น ซึ่งระดับความรุนแรงในแต่ละบุคคลอาจแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยงต่างๆและวิธีการดูแลตนเอง ดังนั้น ในระยะนี้พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการติดตามประเมินภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่เกิดขึ้น การให้คำปรึกษาและทบทวนความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการที่ถูกต้องและเหมาะสมกับอาการของผู้ป่วยรายบุคคลและการติดตามประเมินผลการพยาบาล อีกทั้งการส่งต่อผู้ป่วยกับแพทย์ ในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือประสานงานรายที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อไป รายละเอียดดังนี้ [15, 73]

1. ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาโดยการซักประวัติเกี่ยวกับภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ อาการเจ็บในช่องปาก อาการกลืนลำบาก แผล การติดเชื้อในช่องปาก น้ำลายแห้ง การรับรู้รสชาดที่เปลี่ยนแปลงไปและประเมินการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวของผู้ป่วย

2. ประเมินสภาพช่องปากผู้ป่วยด้วยแบบประเมินภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ RTOG และประเมินความเจ็บปวดในช่องปากด้วยแบบประเมินแบบ Numerical rating scale และการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว (รายละเอียดในบทที่ 3 หัวข้อการดูแลช่องปากและการจัดการภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี) เพื่อวางแผนการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว

3. ประเมินความรู้/ทักษะการจัดการอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบ ความสามารถในการรับประทานอาหารและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ พร้อมทั้งทบทวน ให้คำปรึกษาเพิ่มเติมเพื่อผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและมีความมั่นใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

4. หากผู้ป่วยมีภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบระดับ 3 แผลในช่องปากมีเลือดออก มีลักษณะของการติดเชื้อ หรือเจ็บในช่องปากมากกลืนอาหารไม่ได้ พยาบาลควรประสานงานกับแพทย์เพื่อพิจารณาการรักษาต่อไป

5. หากผู้ป่วยรับประทานอาหารอาหารได้ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายหรือมีน้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ 5 ภายใน 1 สัปดาห์ พยาบาลควรประสานงานกับแพทย์เพื่อพิจารณาการให้อาหารเสริมทดแทนหรือการรักษาอื่นๆต่อไป

6. พยาบาลติดตามประเมินผลการพยาบาลเป็นระยะๆ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

7. พยาบาลควรสอบถามและประเมินความวิตกกังวลผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ครอบครัวระบายความรู้สึก พร้อมทั้งพูดคุย ให้กำลังใจ เนื่องจากในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสี อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ท้อแท้กับการรักษาได้ พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยพูดคุยกับกลุ่มผู้ป่วยเดียวกันที่มีทัศนคติที่ดีต่อการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจและคลายความวิตกกังวล

การพยาบาลก่อนการฉายรังสีครบ 1 สัปดาห์: นัดหมายครั้งที่ 4

ภายหลังจากการรักษาด้วยการฉายรังสี การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องมีความสำคัญเป็นอย่างมากเนื่องจากเป็นการส่งเสริมการฟื้นหายของเยื่อบุในช่องปากและสภาพร่างกาย ส่งผลให้ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหายเป็นปกติได้อย่างรวดเร็ว ลดความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บปากคอ กลืนลำบาก ความอ่อนล้าจากการรักษาซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นก่อนการฉายรังสีสิ้นสุดลง ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองภายหลังฉายรังสีครบ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ดังนี้

1. แนะนำผู้ป่วยให้ดูแลตนเองเช่นเดียวกับขณะฉายรังสีตามแนวทางการดูแลช่องปากและการจัดการภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ (ดังแผนภูมิที่ 4.2) อย่างต่อเนื่องตามระดับความรุนแรงของแต่ละบุคคลจนกว่าอาการจะทุเลา

2. แนะนำให้รับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่อย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกายเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวของร่างกาย

3. นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง

4. ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายได้เบาๆ ไม่หักโหมเกินไปเพื่อให้ร่างกายสดชื่น ลดอาการอ่อนล้า

5. แนะนำให้มาตามนัดทุกครั้งเพื่อประเมินผลการรักษาและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะยาวจากการฉายรังสี

6. หากมีอาการผิดปกติ ได้แก่ ช่องปากมีลักษณะของการติดเชื้อ เลือดออก มีก้อนโตขึ้น คลื่นใส้อาเจียนรุนแรง ฯลฯ แนะนำให้โทรศัพท์ขอคำปรึกษาที่หน่วยสอนสุขศึกษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็ง งานการพยาบาลรังสีวิทยา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช หรือนัดพบแพทย์เจ้าของไข้ที่หน่วยตรวจรังสีรักษา ตึก 72 ปีชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช

การวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลระยะขณะการฉายรังสี

ภายหลังการประเมินผู้ป่วยโดยการซักประวัติ ประเมินสภาพช่องปาก ความรู้และทักษะการดูแลช่องปากและสภาพจิตใจ พยาบาลสามารถนำข้อมูลที่ได้มากำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลในระยะขณะการฉายรังสี ดังต่อไปนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีโอกาสขาดความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลช่องปากและการจัดการกับภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

1. ผู้ป่วยสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะฉายรังสี
2. ผู้ป่วยบอกไม่เคยฉายรังสีมาก่อน ไม่รู้จะมีอาการอย่างไรและต้องทำตัวอย่างไร

เป้าหมายการพยาบาล

1. ผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ
2. ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลช่องปาก การจัดการกับภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ อาการผิดปกติที่ต้องแจ้งพยาบาลหรือแพทย์

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงอาการของภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบและวิธีการดูแลช่องปาก
2. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการจัดการกับภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ อาการผิดปกติที่ต้องแจ้งพยาบาลหรือแพทย์ได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวไว้วางใจ
2. ประเมินความรู้ผู้ป่วย/ครอบครัวเกี่ยวกับผลข้างเคียงของการฉายรังสี การดูแลตนเอง การจัดการกับผลข้างเคียงจากการรักษา
3. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบและวิธีการดูแลช่องปาก การจัดการกับภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบตามแนวทางการดูแลช่องปากในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี (รายละเอียดในบทที่ 4 หัวข้อการพยาบาลขณะฉายรังสี) ได้แก่
    - 3.1 การแปรงฟัน
    - 3.2 การบ้วนปาก
    - 3.3 การรับประทานอาหารที่เหมาะสมและเพียงพอ
    - 3.4 การหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บในช่องปาก
    - 3.5 การประเมินช่องปากด้วยตนเอง
    - 3.6 อาการผิดปกติที่ต้องแจ้งให้แพทย์หรือพยาบาลทราบ
4. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยโดยการซักถามหรือให้ผู้ป่วยสาธิตกลับ
5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวซักถามข้อสงสัยนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเมื่อกลับบ้าน
6. ให้คู่มือการปฏิบัติตัวเรื่อง การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอเพื่อนำกลับไปทบทวนที่บ้าน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการเจ็บปาก/คอจากภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

1. ผู้ป่วยบอกเจ็บในช่องปากและคอมาก
2. ผู้ป่วยบอกกลืนข้าวสวยไม่ได้ ต้องกินอาหารอ่อน

Objective data

1. เยื่อบุช่องปากแดง มีแผล

2. Pain score ตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป

เป้าหมายการพยาบาล

1. ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้นและเจ็บในช่องปากและคอลดลง
2. ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเจ็บปวดจากภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยเจ็บในช่องปากและคอลดลง ระดับ Pain score $\leq$ 3
2. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการจัดการความเจ็บปวดจากภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเจ็บปวดในช่องปากโดยใช้แบบประเมินความเจ็บปวดแบบ Numerical rating scale และสภาพเยื่อบุในช่องปากของผู้ป่วยเพื่อวางแผนการให้คำแนะนำและการปรับเปลี่ยนลักษณะอาหารที่เหมาะสมกับสภาพช่องปากของผู้ป่วย
2. ประเมินความรู้ผู้ป่วย/ครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองและวิธีการจัดการความเจ็บปวดจากภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ
3. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง วิธีการจัดการความเจ็บปวดและการปรับเปลี่ยนลักษณะอาหารที่เหมาะสมกับสภาพช่องปาก ดังนี้

    3.1 ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบระดับ 1 ปฏิบัติดังนี้

    - ใช้แปรงสีฟันขนแปรงอ่อนนุ่ม ยาสีฟันที่ไม่เผ็ดซ่า
    - ใช้น้ำเกลือบ้วนปากและหลีกเลี่ยงการใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์
    - หากผู้ป่วยสวมฟันปลอม แนะนำให้ถอดออกเพื่อป้องกันการบาดเจ็บของเหงือกจากแรงกด
    - รับประทานอาหารอาหารธรรมดา ไม่รสจัด ไม่แข็งจนเกินไป เช่น ข้าวสวยกับแกงจืด ก๋วยเตี๋ยวน้ำ ราดหน้า ฯลฯ
    - หลีกเลี่ยงรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีรสเปรี้ยว ร้อนจัดหรือเย็นจัด
    - หลีกเลี่ยงชา กาแฟ น้ำอัดลม เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ และงดสูบบุหรี่

- แนะนำให้ผู้ป่วยประเมินช่องปากด้วยตนเองทุกวันเพื่อเฝ้าระวัง การเกิดแผลหรือลักษณะของการติดเชื้อในช่องปาก หากพบให้แจ้งพยาบาลหรือแพทย์เจ้าของไข้

3.2 ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบระดับ 2-3 ปฏิบัติดังนี้

- หากเจ็บแผลในช่องปากมากให้เช็ดในช่องปากอย่างเบามือด้วยผ้าก๊อซหรือสำลีพันปลายไม้ที่ชุบด้วยน้ำเกลือแทนการแปรงสีฟัน บ้วนปากด้วยน้ำเกลือหรือจิบน้ำบ่อยเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้ไหมขัดฟัน
- บ้วนปากด้วยน้ำเกลือบ่อยๆ ให้ช่องปากชุ่มชื้น
- หากเจ็บปากและคอมาก ไม่สามารถทานอาหารธรรมดาได้ ให้เปลี่ยนไปรับประทานอาหารอ่อน เช่นข้าวต้ม โจ๊ก ไข่ตุ๋น ฯลฯ และหากไม่สามารถรับอาหารอ่อนได้ มีอาการสำลัก ให้เปลี่ยนไปรับประทานอาหารเหลว เช่น น้ำซุปข้นหรือใส นม น้ำเต้าหู้ อาหารปั่นหรืออาหารเสริมทางการแพทย์ เพื่อให้ง่ายต่อการกลืนและลดการบาดเจ็บของเยื่อบุในช่องปากและคอ
- หากอาการเจ็บในช่องปากและคอส่งผลต่อการรับประทานอาหารได้ลดลงร่วมกับการมีน้ำหนักลดลง แนะนำให้ปรึกษาพยาบาลและให้แจ้งแพทย์เจ้าของไข้เพื่อพิจารณาการให้สารอาหารทางอื่น เช่น NG tube, PEG
- แนะนำให้อม/กลั้วยาชา ก่อนรับประทานอาหารเพื่อลดความเจ็บปวดขณะกลืนอาหารและรับประทานยาบรรเทาความเจ็บปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ หากอาการไม่ดีขึ้น ให้แจ้งพยาบาลหรือแพทย์เจ้าของไข้
- แนะนำให้ผู้ป่วยประเมินช่องปากด้วยตนเองทุกวันเพื่อเฝ้าระวัง การเกิดติดเชื้อหรือเลือดออกจากแผลในช่องปาก หากพบให้แจ้งพยาบาลหรือแพทย์เจ้าของไข้

3.3 ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบระดับ 4 ปฏิบัติดังนี้

- ใช้ผ้าก๊อซหรือสำลีพันปลายไม้ทำความสะอาดในช่องปาก หากแผลมีเลือดออกหรือเจ็บในช่องปากมากให้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือแทน
- แนะนำให้รับประทานอาหารเหลวหรืออาหารเสริมทางการแพทย์ผ่านทาง NG tube, PEG ตามการรักษาของแพทย์

- แนะนำให้รับประทานยาบรรเทาอาการเจ็บปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ หากอาการไม่ดีขึ้นให้ปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้เพื่อพิจารณาการดูแลรักษาต่อไป
- ให้ผู้ป่วยประเมินช่องปากด้วยตนเองทุกวันเพื่อเฝ้าระวัง การเกิดติดเชื้อหรือเลือดออกจากแผลในช่องปาก หากพบให้แจ้งพยาบาลหรือแพทย์เจ้าของไข้

4. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยโดยการซักถามและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ครอบครัวเสนอข้อคิดเห็นหรือสอบถามเพิ่มเติม
5. ให้กำลังใจผู้ป่วยและกระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมกำลังใจ เข้าใจผู้ป่วยและสนับสนุนการดูแลตนเองที่ถูกต้องเมื่อต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน
6. แนะนำให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ชอบ เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง อ่านหนังสือหรืองานอดิเรกต่างๆที่ชอบเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวด
7. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพูดคุยกับกลุ่มผู้ป่วยเดียวกันที่สามารถปรับตัวต่อผลข้างเคียงจากการรักษาและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจและเรียนรู้วิธีการปรับตัวและการแก้ไขปัญหาต่างๆ
8. พยาบาลติดตามประเมินความเจ็บปวดในช่องปากและคออย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายเนื่องจากมีภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบและเบื่ออาหารจากการสูญเสียการรับรู้รสชาด

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

1. ผู้ป่วยบอกเจ็บในช่องปากและคอ กลืนอาหารไม่สะดวก
2. ผู้ป่วยบอกลิ้นไม่รู้รส กินอะไรก็ไม่อร่อย
3. ผู้ป่วยบอกอ่อนเพลีย น้ำหนักลดลง

Objective data

1. เยื่อบุช่องปากและคอแดง มีแผล
2. ลิ้นแดงเลี่ยน ไม่มีปุ่มรับรส

3. มีภาวะทุพโภชนาการในระดับรุนแรง

เป้าหมายการพยาบาล

1. ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
2. ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการรับประทานอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายในแต่ละวัน

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
2. ผู้ป่วย/ครอบครัวทราบถึงพลังงานที่ผู้ป่วยควรได้รับในแต่ละวันและสามารถบอกวิธีการรับประทานอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายในแต่ละวัน
3. น้ำหนักตัวคงที่หรือเพิ่มขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ซักประวัติชนิด ปริมาณ อาหารที่งดเว้นและประเมินความสามารถการรับประทานอาหารในแต่ละวันของผู้ป่วยเพื่อวางแผนให้คำแนะนำด้านโภชนาการ
2. ประเมินการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวจากร้อยละของน้ำหนักตัวที่เปลี่ยนแปลง (Percentage weight loss) เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการ (รายละเอียดในบทที่ 3 หัวข้อการประเมินภาวะโภชนาการ) ดังนี้

ร้อยละของน้ำหนักตัวที่เปลี่ยนแปลง = (น้ำหนักตัวเดิม – น้ำหนักตัวปัจจุบัน) / น้ำหนักเดิม x 100

3. คำนวณพลังงานสารอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกายที่ผู้ป่วยควรได้รับต่อวัน โดยคำนวณจากสูตร Harris and Benedict formular (รายละเอียดในบทที่ 3 หัวข้อการประเมินภาวะโภชนาการ)

หญิง = 655.1 + (9.56 x น้ำหนักกก.) + (1.85 x ส่วนสูงซม.) – (4.68 x อายุปี)
ชาย = 66.47 + (13.75 x น้ำหนักกก.) + (5.0 x ส่วนสูงซม.) – (6.78 x อายุปี)

4. ประเมินความรู้ผู้ป่วย/ครอบครัวเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเพียงพอกับความต้องการของร่างกายเพื่อวางแผนการให้คำแนะนำที่เหมาะสม

5. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่และเพียงพอกับความต้องการของร่างกายตามที่คำนวณได้โดยประเมินได้จากคู่มือ แนวทางการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณช่องปากและลำคอ (รายละเอียดในภาคผนวก ง) เพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการและฟื้นตัวของเยื่อบุช่องปาก
6. แนะนำให้รับประทานอาหารที่ทำเสร็จใหม่ๆ จัดอาหารด้วยภาชนะเล็กๆ โดยให้ผู้ป่วยรับประทานครั้งละน้อยแต่บ่อยมากขึ้น
7. แนะนำให้จัดสภาพแวดล้อมให้สะอาด สดชื่น อาการถ่ายเทสะดวกเพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร
8. แนะนำดูแลความสะอาดปากและฟัน โดยบ้วนปากก่อนและหลังการรับประทานอาหารเพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร
9. หากผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายได้เนื่องจากเบื่ออาหาร ไม่รับรู้รสชาด แนะนำให้รับประทานอาหารเสริมที่ให้พลังงานและคุณค่าสูงโดยรับประทานน้อยแต่บ่อย เช่น น้ำเต้าหู้ทรงเครื่อง ไอศครีมปั่นกับนมสด (ในกรณีที่ไม่มีข้อห้าม) หรืออาหารเสริมทางการแพทย์ซึ่งง่ายต่อการคำนวณพลังงานสารอาหาร
10. หากผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายเนื่องจากเจ็บปากและคอ กลืนไม่สะดวกหรือมีภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบระดับ 3-4 ควรปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้เพื่อได้รับการพิจารณาการให้สารอาหารทางอื่น เช่น NG tube, PEG และยาระงับความเจ็บปวดที่เหมาะสมต่อไป
11. แนะนำให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้งเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวของตนเอง
12. พยาบาลควรประเมินภาวะทุพโภชนาการและติดตามการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวของผู้ป่วยอย่างน้อยสัปดาห์ละ1ครั้ง หากมีภาวะทุพโภชนาการหรือการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวในระดับรุนแรง ควรประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้เพื่อได้รับการพิจารณาการรักษา
13. อธิบายถึงความสำคัญในการรับประทานอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญและปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง
14. แนะนำครอบครัวพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยในการรับประทานอาหาร

15.ทบทวนประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยโดยการซักถามและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ครอบครัวเสนอข้อคิดเห็นหรือสอบถามเพิ่มเติม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อในช่องปากและร่างกายเนื่องจากมีแผลในช่องปากและมีระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

1. ผู้ป่วยบอกแผลในช่องปากบวม แดง มีจุดฝ้าขาว
2. ผู้ป่วยตัวร้อน หนาวสั่น
3. ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัด

Objective data

1. เยื่อบุช่องปากแดง บวม แดง
2. ฝ้าขาวที่ลิ้นและเพดานปาก
3. มีไข้ อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส

เป้าหมายการพยาบาล

1. ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อในช่องปากและร่างกาย

เกณฑ์การประเมิน

1. ช่องปากสะอาด ไม่มีอาการปวด บวมหรือฝ้าขาว ไม่มีจุดเชื้อราในช่องปาก
2. อุณหภูมิร่างกายน้อยกว่า 37.5 องศาเซลเซียส

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินช่องปากโดยสังเกตลักษณะของอาการติดเชื้อ ได้แก่ อาการบวมแดง มีสารคัดหลั่งไหลออกจากแผลในช่องปากหรือลักษณะจุดฝ้าขาว
2. ประเมินอุณหภูมิร่างกาย หากมีอุณหภูมิสูงกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ควรซักประวัติประเมินร่างกายเพิ่มเติมและประสานงานกับแพทย์เพื่อพิจารณาการรักษา
3. ประเมินความรู้ผู้ป่วย/ครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อในช่องปากและร่างกายเพื่อวางแผนการให้คำแนะนำที่เหมาะสม

4. ให้คำแนะนำ/ทบทวนการดูแลตนเองและการรักษาความสะอาดในช่องปากที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการติดเชื้อในช่องปาก ดังนี้
    - บ้วนปากด้วยน้ำเกลืออย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมงยกเว้นตอนเข้านอนเพื่อให้ช่องปากสะอาด
    - แปรงฟันด้วยแปรงสีฟันที่สะอาด ล้างด้วยน้ำสะอาดก่อนแปรงฟันทุกครั้ง และล้างแปรงให้สะอาดและผึ่งให้แห้งในที่อากาศถ่ายเทสะดวกหลังใช้งานเสร็จ
    - แนะนำให้เปลี่ยนแปรงสีฟันทุก 2 เดือน
    - ใช้ผ้าก๊อซ/ไม้พันสำลีที่สะอาดทำความสะอาดในช่องปาก แนะนำให้เก็บในภาชนะที่มิดชิด ไม่อับชื้น ตรวจสอบความสะอาดก่อนใช้ทุกครั้ง
5. แนะนำให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดของร่างกายและล้างมือบ่อยๆ เพื่อป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่แผลในช่องปากและร่างกาย
6. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทาน/อมหรือทายาปฏิชีวนะ (Antibiotics) หรือยาต้านเชื้อราในช่องปากให้ครบตามแผนการรักษาของแพทย์และหลีกเลี่ยงการซื้อยามารับประทานหรือทาเอง
7. แนะนำให้ผู้ป่วยประเมินช่องปากด้วยตนเองทุกวันเพื่อเฝ้าระวัง การติดเชื้อจากแผลในช่องปาก หากพบอาการผิดปกติ ได้แก่ เยื่อบุบวม แดง มีสิ่งคัดหลั่งหรือฝ้าขาว และเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในร่างกาย เช่น มีไข้สูง หนาวสั่น โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำร่วมด้วย หากมีอาการให้แจ้งพยาบาลหรือแพทย์เจ้าของไข้ทันที
8. อธิบายให้ผู้ป่วย/ครอบครัวเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อในช่องปากและร่างกาย
9. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยโดยการซักถามและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ครอบครัวเสนอข้อคิดเห็นหรือสอบถามเพิ่มเติม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดความรู้สึกท้อแท้ต่อตนเองและการรักษา

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

1. ผู้ป่วยบ่นท้อแท้ในตนเอง ทรมานจากการรักษา ไม่อยากรักษา
2. ผู้ป่วยบอก ปากมีกลิ่น อายไม่กล้าพูดคุย

Objective data

1. ผู้ป่วยสีหน้าไม่สดชื่น นั่งแยกตัว ไม่พูดคุย
2. ผู้ป่วยไม่ดูแลตนเองตามที่ได้รับคำแนะนำ
3. ผู้ป่วยไม่มาฉายรังสีตามแผนการรักษา

เป้าหมายการพยาบาล

1. ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษาและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น พูดคุยมากขึ้น บอกว่ารู้สึกมีกำลังใจในการดูแลตนเองและการรักษา
2. ผู้ป่วยมารับการฉายรังสีจนครบตามแผนการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยด้วยคำพูดที่สุภาพ อ่อนโยน แนะนำตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ความคับข้องใจ ความรู้สึกท้อแท้
2. ประเมินความรู้สึกท้อแท้ การสูญเสียบทบาทในครอบครัวและสังคม การปรับตัวกับการรักษา ผลกระทบจากการรักษาและการพึ่งพาบุคคลอื่นโดยการสอบถามด้วยคำถามปลายเปิดพร้อมทั้งสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยขณะตอบคำถาม
3. ประเมินปัจจัยที่มีผลต่อผู้ป่วย เช่น ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา ผลข้างเคียงและความสำคัญในการดูแลตนเองขณะฉายรังสี ปัญหาด้านเศรษฐสถานะ อุปสรรคต่างๆ และสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเองเพื่อหาแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วยตามความเหมาะสม
4. ทบทวนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา ผลข้างเคียงและความสำคัญในการดูแลตนเองที่ถูกต้องโดยชี้ให้ผู้ป่วยเห็นถึงข้อดีของการรักษาตามแผนการรักษา การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ
5. แนะนำแนวทางแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆตามความเหมาะสมรวมไปถึงประสานความร่วมมือกับเครือข่ายต่างๆ หรือส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการช่วยเหลือต่อไป
6. แนะนำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือสนับสนุน (Support group) โดยมีแบบอย่าง (Model) เป็นกลุ่มผู้ป่วยเดียวกันที่สามารถปรับตัวต่อโรค การรักษาและพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจที่ดีและเรียนรู้วิธีการปรับตัวและการแก้ไขปัญหาต่างๆ

7. อธิบายให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเข้าใจถึงกระบวนการการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเพื่อให้เกิดความเข้าใจในพฤติกรรมของผู้ป่วยพร้อมทั้งสนับสนุนให้ครอบครัวและผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลให้กำลังใจผู้ป่วย
8. ติดตามประเมินสภาพจิตใจและพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นระยะ หากไม่ดีขึ้น ควรประสานงานกับแพทย์
9. หากผู้ป่วยไม่มาฉายรังสีตามแผนการรักษาเกิน 3 วัน พยาบาลโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยเพื่อสอบถามอาการ สาเหตุหรือปัญหาที่ไม่มาฉายรังสีเพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

การประเมินผลการพยาบาล

โดยรวมประเมินความรู้/ทักษะเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การดูแลช่องปากและการจัดการอาการต่างๆ ขณะการฉายรังสี ดังนี้

- การสอบถามผู้ป่วย/ครอบครัวด้วยคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัว การดูแลช่องปากและการจัดการอาการต่างๆ
- แบบสอบถามการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวเรื่อง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเนื้องอกบริเวณศีรษะและลำคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี หน่วยสอนสุขศึกษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็ง งานการพยาบาลรังสีวิทยา ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช
- การประเมินภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ อาการเจ็บในช่องปาก ภาวะน้ำลายแห้งและการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวด้วยแบบประเมิน (รายละเอียดในบทที่ 3) เป็นระยะระหว่างการรักษา
- ประเมินความวิตกกังวล สภาพจิตใจ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายหลังให้การพยาบาล

4.3 การพยาบาลหลังการฉายรังสี

ภายหลังผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเสร็จสิ้นการรักษาด้วยการฉายรังสี ผู้ป่วยจะได้รับการติดตามประเมินผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนระยะยาวจากการฉายรังสีเป็นระยะโดยแพทย์เจ้าของไข้ ภาวะแทรกซ้อนในช่องปากที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ภาวะน้ำลายแห้ง ฟันผุกร่อนและภาวะกระดูกกรามตายจากการฉายรังสี (Osteoradionecrosis) ดังแสดงในภาพที่ 3.6 และ 4.6 ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงเกิดคือ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีในปริมาณพลังงานสูง สุขอนามัยในช่องปากไม่ดี ถอนฟันหรือผ่าตัดกระดูกกรามภายหลังการรักษาและมีประวัติสูบบุหรี่/ดื่มสุรา ภาวะดังกล่าวหากเกิดขึ้นจะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมากโดยเฉพาะการรับประทานอาหาร ภาพลักษณ์และคุณภาพชีวิต

ดังนั้นในระยะนี้พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลช่องปากภายหลังการฉายรังสีเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะยาวโดยมีรายละเอียด[32, 69-72] ดังนี้

1. การดูแลความสะอาดในช่องปาก เพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขอนามัยในช่องปากที่ดีดังนี้

- แปรงฟันด้วยยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ 2 ครั้ง/วัน เช้าและก่อนเข้านอน
- บ้วนปากด้วยน้ำสะอาดหรือสารละลายน้ำเกลือ (Normal saline solution) ทุกครั้งหลังรับประทานอาหารเพื่อกำจัดเศษอาหารที่ติดค้างในซอกฟัน
- ใช้ฟลูออไรด์เคลือบฟันทุกวันตามคำสั่งของทันตแพทย์เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของฟันและลดการเกิดฟันผุ
- หลีกเลี่ยงการบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์

2. การลดการระคายเคืองต่อฟันและเยื่อบุในช่องปาก ดังนี้

- หลีกเลี่ยงการสูบบุรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์
- หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสจัด ร้อนหรือเย็นจัด

3. การกระตุ้นการหลั่งน้ำลาย เพื่อสร้างความสมดุลของความเป็นกรด-ด่างภายในช่องปากส่งผลลดการเกิดคราบหินปูนและลดเชื้อจุลินทรีย์ โดยการเคี้ยวหมากฝรั่งหรืออมลูกอมที่ปราศจากน้ำตาลเพื่อกระตุ้นการทำงานของต่อมน้ำลาย

4. การติดตามและเฝ้าระวังภาวะกระดูกกรามตายจากการฉายรังสี ดังนี้

- ติดตามและเฝ้าระวังอาการผิดปกติ ได้แก่ อาการปวด บวม อ้าปากได้น้อย มีแผลเปิดที่เหงือก การสบกันของฟันผิดปกติหรือกระดูกกรามหัก หากมีอาการดังกล่าว ให้แจ้งแพทย์เจ้าของไข้ทันที
- ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจและรักษาโรคในช่องปากและฟันโดยทันตแพทย์เป็นประจำสม่ำเสมอตามนัด
- ก่อนถอนฟันหรือผ่าตัดในช่องปาก ผู้ป่วยต้องให้ข้อมูลแก่ทันตแพทย์หรือแพทย์เกี่ยวกับประวัติการรักษาด้วยการฉายรังสีบริเวณช่องปากทุกครั้งเพื่อพิจารณารับการรักษา (Prophylaxis treatment) ก่อน
- ผู้ป่วยควรมาตรวจติดตามการรักษาและประเมินภาวะแทรกซ้อนระยะยาวโดยแพทย์เจ้าของไข้ตามนัดทุกครั้ง ถึงแม้ไม่มีอาการผิดปกติ

รูปภาพที่ 4.6 ลักษณะภายนอกของภาวะกระดูกกรามตายจากการฉายรังสี (Osteoradionecrosis) [19]

การวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลระยะหลังการฉายรังสี

ในระยะหลังการฉายรังสี ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล ดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยขาดความรู้/ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะยาวในช่องปากจากการฉายรังสี

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

1. ผู้ป่วยบอกไม่ทราบว่าหลังฉายรังสีครบจะมีภาวะแทรกซ้อนระยะยาวและไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัวและการดูแลช่องปาก

เป้าหมายการพยาบาล

1. ผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนระยะยาวจากการฉายรังสีและการปฏิบัติตัวและการดูแลช่องปากเพื่อป้องกันการเกิดและเฝ้าระวังอาการ

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถบอกถึงผลข้างเคียงระยะยาวจากการฉายรังสีและการปฏิบัติตัวและการดูแลช่องปากเพื่อป้องกันการเกิดและเฝ้าระวังอาการ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ซักประวัติและประเมินสภาพช่องปากผู้ป่วย ได้แก่ ความสะอาด โรคในช่องปาก การดูแลช่องปากและประวัติการสูบบุหรี่และดื่มสุราเพื่อวางแผนให้คำแนะนำ
2. ประเมินความรู้ผู้ป่วย/ครอบครัวเกี่ยวกับผลข้างเคียงระยะยาวจากการฉายรังสี การปฏิบัติตัวและการดูแลช่องปากภายหลังฉายรังสีครบ
3. อธิบายเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการรักษา การปฏิบัติตัวและการดูแลช่องปากภายหลังฉายรังสีครบ ดังนี้
    3.1 ภาวะแทรกซ้อนภายหลังจากการฉายรังสี ได้แก่ ภาวะน้ำลายแห้ง ฟันผุกร่อน ภาวะกระดูกกรามตาย เป็นต้น
    3.2 การปฏิบัติตัวและการดูแลช่องปากภายหลังฉายรังสีครบ ดังนี้
        - แนะนำให้แปรงฟันด้วยยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ 2 ครั้ง/วัน เช้าและก่อนเข้านอน
        - แนะนำบ้วนปากด้วยน้ำสะอาดหรือสารละลายน้ำเกลือ (Normal saline solution) ทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร
        - ใช้ควรฟลูออไรด์เคลือบฟันทุกวันตามคำสั่งของทันตแพทย์
        - หลีกเลี่ยงการบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์
        - หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์

- แนะนำให้จิบน้ำบ่อยๆ ระหว่างวันหรือเคี้ยวหมากฝรั่ง อมลูกอมเพื่อกระตุ้นการทำงานของต่อมน้ำลาย

3.3 การติดตามและเฝ้าระวังภาวะกระดูกกรามตายจากการฉายรังสี ดังนี้

- เฝ้าระวังอาการปวด บวม อ้าปากได้น้อย มีแผลเปิดที่เหงือก การสบกันของฟันผิดปกติหรือกระดูกกรามหัก หากมีอาการดังกล่าว แนะนำให้ติดต่อขอนัดพบแพทย์เจ้าของไข้ทันที
- แนะนำให้รับการตรวจสภาพช่องปากและรักษาโรคในช่องปากและฟันโดยทันตแพทย์เป็นประจำสม่ำเสมอ
- หากต้องถอนฟันหรือผ่าตัดในช่องปาก ผู้ป่วยต้องให้ข้อมูลแก่ทันตแพทย์หรือแพทย์ที่ให้การรักษาเกี่ยวกับประวัติการรักษาด้วยการฉายรังสีบริเวณช่องปากทุกครั้ง
- แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจติดตามการรักษาและประเมินภาวะแทรกซ้อนระยะยาวโดยแพทย์เจ้าของไข้ตามนัดทุกครั้ง ถึงแม้ไม่มีอาการผิดปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังที่เกิดจากการฉายรังสี

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

1. ผู้ป่วยซักถามเกี่ยวกับการฟื้นหายของผิวหนังที่เปลี่ยนแปลงไปบริเวณใบหน้าและลำคอ

Objective data

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล

เป้าหมายการพยาบาล

1. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล
2. ผู้ป่วยยอมรับและสามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงบริเวณใบหน้าและลำคอได้

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายความวิตกกังวลและบอกกังวลลดลง
2. ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับภาวะการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังและระยะเวลาของการฟื้นหาย

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอบถามความวิตกกังวลหรือสิ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลพร้อมทั้งประเมินระดับความวิตกกังวลโดยการสอบถาม พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ครอบครัวระบายความรู้สึก รับฟังพร้อมทั้งพูดคุย ให้กำลังใจ
2. ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง ระยะเวลาของการฟื้นหายและส่งเสริมให้ผู้ป่วยการดูแลผิวหนังภายหลังฉายรังสีครบอย่างถูกต้อง โดยให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ดังนี้
    2.1 การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังที่เกิดจากการฉายรังสีเป็นภาวะแทรกซ้อนชั่วคราว ผิวหนังที่แห้ง แดงและคล้ำดำ จะค่อยๆลอกและกลับมาเป็นปกติภายใน 4-6 สัปดาห์ภายหลังการฉายรังสีครบ
    2.2 แนะนำให้ผู้ป่วยดูแลผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีเช่นเดียวกับขณะรับการฉายรังสีต่อไปอีก 4-6 สัปดาห์ โดยปฏิบัติดังนี้
        - อาบน้ำโดยใช้สบู่อ่อนๆ เช่น สบู่เด็กหรือสบู่ที่มีค่าความเป็นกรด-ด่างประมาณ 5.5 และไม่ขัดถูผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี น้ำและสบู่ผ่านได้
        - หลีกเลี่ยงการอาบน้ำด้วยน้ำอุ่นจัดเนื่องจากความร้อนอาจทำให้ผิวหนังสูญเสียความชุ่มชื้นและอาจทำให้เกิดการระคายเคืองได้ ภายหลังอาบน้ำเสร็จให้ใช้ผ้าขนหนูนุ่มๆซับเบาๆให้แห้ง
        - หลีกเลี่ยงการทาแป้งทุกชนิดในบริเวณที่ฉายรังสี เช่น แป้งเด็ก แป้งเย็น แป้งข้าวโพด
        - หลีกเลี่ยงการใช้เครื่องสำอางในบริเวณที่ฉายรังสี เช่น ผลิตภัณฑ์สำหรับแต่งหน้า, น้ำหอม, โลชั่นหลังโกนหนวด (aftershave) เนื่องจากอาจทำให้เกิดการระคายเคืองแก่ผิวหนังได้
        - ในผู้ป่วยชายที่ฉายรังสีบริเวณใบหน้า หลีกเลี่ยงการโกนหนวดเคราด้วยที่โกนหนวดชนิดใบมีด แนะนำให้ใช้กรรไกรเล็มหรือเครื่องโกนหนวดไฟฟ้าแทน
        - แนะนำให้ผู้ป่วยสวมเสื้อผ้าที่หลวมและอ่อนนุ่ม ไม่รัดแน่น เช่น ในผู้ป่วยที่ฉายรังสีบริเวณลำคอ ผู้ป่วยควรสวมเสื้อคอกลมที่มีเนื้อผ้านิ่ม ไม่แข็งและหลีกเลี่ยงการสวมเสื้อที่มีปกแข็ง หลีกเลี่ยงการแกะ เกาในบริเวณที่ฉายรังสี

หากคันให้ลูบเบาๆ และตัดเล็บให้สั้น ตะไบเล็บให้ไม่มีความคมเพื่อป้องกันการบาดเจ็บที่ผิวหนัง

- หลีกเลี่ยงการประคบร้อนหรือเย็นในบริเวณที่ฉายรังสีเนื่องจากอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ผิวหนัง
- หลีกเลี่ยงการสวมเครื่องประดับต่างๆในบริเวณที่ฉายรังสี เช่น ผู้ป่วยที่ฉายรังสีบริเวณลำคอ ให้หลีกเลี่ยงการสวมสร้อยคอที่พาดผ่านบริเวณที่ฉายรังสี หรือสะพายกระเป๋าคล้องคอเนื่องจากอาจเกิดการเสียดสีและทำให้เกิดแผลได้
- หลีกเลี่ยงการโดนแสงแดดจัดในบริเวณที่ฉายรังสี ในผู้ป่วยที่ฉายรังสีบริเวณศีรษะ แนะนำให้กางร่มหรือสวมหมวก
- หลีกเลี่ยงการว่ายน้ำในสระว่ายน้ำ แม่น้ำ คลองเนื่องจากสารคลอรีนจากสระว่ายน้ำอาจทำให้เกิดการระคายเคืองต่อผิวหนังและเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากน้ำที่ไม่สะอาดในแม่น้ำ คลอง
- แนะนำให้ดื่มน้ำ 3 ลิตร/วัน (ในกรณีที่ไม่มีข้อห้าม) และรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ โดยเฉพาะ โปรตีนและคาร์โบไฮเดรตเพื่อเสริมสร้างความชุ่มชื้นและแข็งแรงของผิวหนัง

2.3 แนะนำให้ผู้ป่วยเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์หรืองานอดิเรกที่ผู้ป่วยชื่นชอบ เช่น การอ่านหนังสือ ฟังเพลง ดูละครหรือการนั่งสมาธิ เป็นต้น ร่วมทั้งส่งเสริมให้ครอบครัวให้การดูแล ให้กำลังใจและรับฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล

2.4 ส่งเสริมให้ครอบครัวให้การดูแล ให้กำลังใจและรับฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล

2.5 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพูดคุยกับกลุ่มผู้ป่วยเดียวกันที่มีฟื้นหายจากการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังแล้วเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจที่ดีและคลายความวิตกกังวล

2.6 หากผู้ป่วยมีข้อสงสัย แนะนำให้โทรศัพท์ติดต่อที่หน่วยสอนสุขศึกษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็ง ในวันและเวลาราชกา**ร**

การประเมินผลการพยาบาล

ประเมินความรู้/ทักษะเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนระยะยาว การดูแลตนเองและการดูแลช่องปากภายหลังการฉายรังสี ดังนี้

- การสอบถามผู้ป่วย/ครอบครัวด้วยคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนระยะยาว การดูแลตนเองและการดูแลช่องปากภายหลังการฉายรังสี
- การประเมินสภาพช่องปาก ได้แก่ ภาวะน้ำลายแห้ง ฟันผุกร่อนและภาวะกระดูกรามตายเมื่อผู้ป่วยมาติดตามการรักษา

ประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังที่เกิดจากการฉายรังสี โดยการสอบถามและประเมินสังเกตสีหน้า ท่าทางพฤติกรรมการแสดงออก และประเมินความรู้และการดูแลผิวหนังที่ถูกต้องภายหลังการฉายรังสีครบตามแผนการรักษา

บทที่ 5
กรณีศึกษา

การพยาบาลและการจัดการต่ออาการที่เกิดจากพยาธิภาพของโรค อีกทั้งการป้องกันและจัดการต่อภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดขึ้นจากการฉายรังสีในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอนั้น จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในทุกระยะของการรักษา กล่าวคือ ก่อนการรักษา จำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งทางร่างกาย จิตใจที่เหมาะสมและปรับทัศนคติ ความเชื่อต่างๆที่มีต่อโรค การรักษาและการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ในระหว่างรักษา ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้น การให้ความรู้ การจัดการอาการที่ถูกต้องโดยการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญ อีกทั้งภายหลังการรักษา ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับความรู้/ทักษะการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะยาวจากการฉายรังสี โดยขบวนการทั้งหมดของการรักษาใช้ระยะเวลาประมาณ 2-4 เดือน

ดังนั้น เพื่อให้เห็นถึงปัญหาที่ซับซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในทุกระยะของการรักษา ผู้จัดทำคู่มือจึงจัดทำกรณีศึกษาทั้งหมด 2 ราย โดยแบ่งเป็น กรณีศึกษารายที่ 1 เป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอก่อนเข้ารับการฉายรังสี เพื่อให้เห็นถึงขั้นตอนการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งและโรคประจำตัวของผู้ป่วยก่อนการฉายรังสี กรณีศึกษารายที่ 2 เป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่อยู่ในระหว่างการรักษาและเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาที่ซับซ้อน เพื่อให้เห็นถึงการติดตามประเมินอาการ การจัดการอาการและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่เกิดจากการฉายรังสีที่ถูกต้องเหมาะสม รวมถึงการดูแลตนเองที่ถูกต้องภายหลังสิ้นสุดการรักษาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะยาว ซึ่งจะทำให้เห็นการพยาบาลที่ครอบคลุมในทุกระยะของการรักษาที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

5.1 กรณีศึกษารายที่ 1

5.1.1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วย	หญิง	อายุ	35 ปี
สถานภาพ	สมรส	เชื้อชาติ	ไทย
สัญชาติ	ไทย	ศาสนา	พุทธ
อาชีพ	รับจ้าง	การศึกษา	มัธยมศึกษา
รายได้	9,000 บาท/เดือน	สิทธิการรักษา	ประกันสังคม
วันที่รับไว้ในความดูแล		6 พฤษภาคม 2558	
ที่อยู่ปัจจุบัน		บ้านแพ้ว สมุทรสาคร	
ภูมิลำเนาเดิม		บ้านแพ้ว สมุทรสาคร	
แหล่งข้อมูล		ผู้รับบริการ/ญาติ และเวชระเบียน	
ความเชื่อถือของข้อมูล		ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือเนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ให้ประวัติตรงกับเวชระเบียนและตรงกับการตรวจร่างกาย	

5.1.2 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

อาการสำคัญ

มาฟังผลการประชุม 3D conference ตามแพทย์นัด เพื่อวางแผนการรักษาด้วยการฉายรังสี

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

5 เดือนก่อน มีแผลในช่องปากบริเวณต่อมทอลซิลด้านซ้ายร่วมกับอาการปวดบริเวณท้ายทอยมาประมาณ 1 สัปดาห์ จึงไปพบแพทย์ที่รพ.ดำเนินสะดวก แพทย์ตรวจร่างกายพบ Irregular mass at left tonsil ขนาด 4x4 เซนติเมตร แพทย์วินิจฉัยเพิ่มโดยการทำ Biopsy (15/02/58) ผลเป็น Squamous cell carcinoma, moderately differentiated และได้ทำ CT nasopharynx and neck (19/02/58) ผลพบ left retropharyngeal mass ขนาด 3x4.5x5.5 เซนติเมตร จึงส่งตัวมารักษาต่อที่รพ.ศิริราช แพทย์ได้ Investigation เพื่อ Staging ดังนี้

- Bone scan (27/03/58): No evidence bony metastasis
- Review pathology (8/04/58): Squamous cell carcinoma, moderately differentiated

แพทย์วินิจฉัยเป็น CA Oropharynx stage III ($T_3N_1M_0$) แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัดโดยมีรายละเอียด ดังนี้

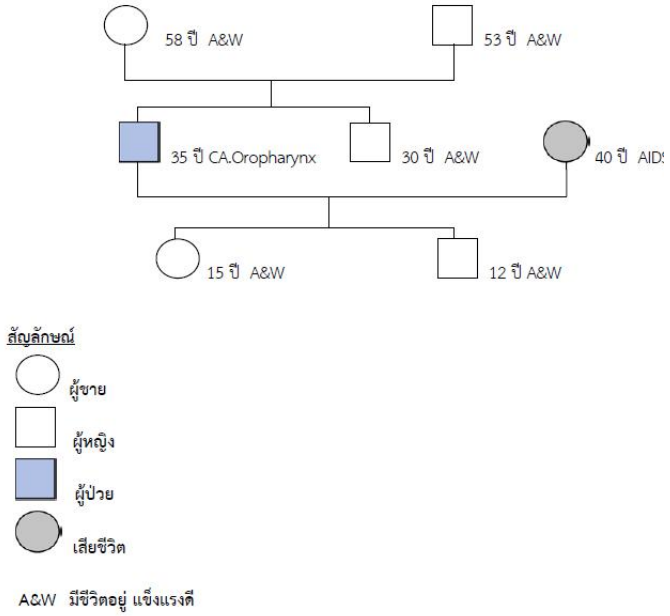
1. ฉายรังสี: ฉายรังสีเทคนิค IMRT พลังงานรังสีทั้งหมด 70 Gy จำนวน 35 ครั้ง
2. ยาเคมีบำบัด: รอปรึกษา

ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต

สุขภาพโดยทั่วไปแข็งแรงดีมาตลอด มีโรคประจำตัว HIV infection ตรวจพบตั้งแต่เดือนธันวาคมปี 2548 รับยาต้านไวรัสและติดตามการรักษาที่รพ.ดำเนินสะดวกมาตลอด ไม่เคยเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง โรคไต โรคตับ โรคปอด เบาหวาน วัณโรค หอบหืด โรคเลือด โปลิโอ ข้ออักเสบ ไม่เคยเป็นโรคร้ายแรงอื่นใด ไม่เคยได้รับการผ่าตัด ปฏิเสธการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ยากันชัก ยาลดความดัน ยากระตุ้นสมอง ยาสมุนไพรและปฏิเสธการแพ้อาหารใด ไม่มีประวัติสูบบุหรี่หรือดื่มสุรา ปฏิเสธโรคติดต่อทางพันธุกรรมอื่นๆ

ประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัว

บิดาอายุ 58 ปี สุขภาพแข็งแรงดี มารดาอายุ 53 ปี สุขภาพแข็งแรงดี ผู้ป่วยอายุ 35 ปี เป็นมะเร็งช่องปาก มีน้องสาว 1 คนอายุ 30 ปี สุขภาพแข็งแรงดี สามีเสียชีวิตด้วยโรค AIDS เมื่ออายุ 30 ปี (เสียชีวิตเมื่อ 13 ปีที่แล้ว) ผู้ป่วยมีบุตรทั้งหมด 2 คน คนที่ 1 เป็นบุตรผู้ชายอายุ 15 ปี สุขภาพแข็งแรงดี คนที่ 2 เป็นบุตรสาวอายุ 12 ปี สุขภาพแข็งแรงดี (ดังแสดงในแผนภูมิที่ 5.1)



แผนภูมิที่ 5.1 ประวัติสุขภาพในครอบครัว (แผนผังเครือญาติ)

5.1.3 ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ศีรษะ คอ ใบหน้า

ศีรษะ

ผม	ผมซอยสั้น เส้นผมบาง สีดำ เรียงตัวเป็นระเบียบ
กระโหลกศีรษะ	รูปทรงปกติ สมมาตร คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ
หนังศีรษะ	สะอาดไม่มีรังแค ไม่มีรอยแผลเป็นหรือก้อนนูนผิดปกติ คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บแต่ผู้ป่วยรู้สึกปวดตึงร้าวศีรษะข้างซ้ายมาจากคอและท้ายทอย Pain score = 7

คอ

ความสมมาตร	ลำคออยู่ในแนว Mid line มีความสมมาตรดี
ก้อน,แผลเป็น	คลำพบ Left Tonsillar LN เส้นผ่าศูนย์กลางขนาด 2 เซนติเมตร ผิวหนังบริเวณลำคอ ไม่มีแผลหรือรอยถลอก ผู้ป่วยรู้สึกปวดตึงที่คอด้านซ้าย Pain score = 7
หลอดลม	อยู่ในแนว Mid line ไม่เอียงไปข้างใดข้างหนึ่ง
ต่อมไทรอยด์	คลำไม่พบต่อมไทรอยด์ กดไม่เจ็บ

ใบหน้า

ลักษณะ	ใบหน้ารูปไข่ สามาตรกันทั้ง 2 ข้าง
ผิว	ผิวหนังไม่มีบาดแผล สีน้ำตาล ไม่มีรอยโรค ไม่มีผื่นหรือแผลเป็น
การเคลื่อนไหว	ไม่มีการสั่นกระตุกของใบหน้า การแสดงออกของสีหน้าทำได้ตามปกติ
การบวม,ก้อนทูม	หน้าไม่บวม คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ ไม่มีก้อนนูน ผู้ป่วยรู้สึกปวดตึงบริเวณขากรรไกรด้านซ้ายร้าวไปที่ศีรษะและท้ายทอย Pain score =7

ต่อมน้ำเหลืองบริเวณหน้าผากและโหนกแก้ม กดไม่เจ็บ

หู

ลักษณะ	รูปร่างปกติ สมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง ไม่มีผื่น จ้ำเลือด แผลเป็น ไม่มีการอักเสบบวมแดง
ตำแหน่ง	อยู่ในแนว Eye occiput line
ก้อน,กดเจ็บ	คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ
ช่องหู	มีขี้หูแห้งๆเล็กน้อย ไม่ปวดหูไม่มีการอักเสบ บวมแดง ไม่มี Discharge ไม่เป็นหูน้ำหนวก ไม่มีก้อนในรูหู
เยื่อแก้วหู	สีเทา สะท้อนแสง ไม่มีรูทะลุ
Whispering test	หูข้างขวา สามารถทวนคำกระซิบที่ห่างจากหูประมาณ 2 ฟุตได้ถูกต้อง ส่วนหูข้างซ้ายไม่สามารถทวนคำกระซิบที่ห่างจากหูได้ประมาณ 1 ฟุตเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการหูอื้อ

ปากและภายในช่องปาก

ริมฝีปาก	สมมาตรทั้งซ้ายและขวา แห้ง ไม่มีแผล อ้าปากได้ไม่เต็มที่เนื่องจากมีก้อนในช่องปาก
เยื่อบุช่องปาก	สีแดง แห้ง มีคราบขาวเล็กน้อย ไม่มีแผล
เหงือก	สีชมพู ไม่บวม ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ไม่มีหินปูนเกาะ
ฟัน	ฟันผุทั้งหมด 6 ซี่ ทันตแพทย์ถอนฟันทั้งหมด 3 ซี่

(กรามบนขวาและซ้ายซี่ที่ 3 และกรามล่างขวา 1 ซี่)
แผลหายสนิทดี อุดฟัน 3 ซี่ (กรามบนขวาซี่ที่ 1, 2 และกรามล่างขวาซี่ที่ 1)

ลิ้น สีแดง ไม่มีแผล มองเห็นปุ่มรับรส ไม่มีฝ้าขาว แลบลิ้นออกมาไม่เอียงไปข้างใดข้างหนึ่ง

ทอนซิล ข้างซ้ายโตขนาดประมาณ 4 เซนติเมตรเบียดลิ้นไก่มาทางด้านขวา แดง ไม่เลือดออก

ลิ้นไก่ เอียงมาทางด้านขวา ไม่บวมแดง

เพดานปาก บวม แดง เจ็บ ไม่มีแผล

ทางเดินหายใจ

ผิวหนัง รอยโรค ผิวหนังสีน้ำตาล ไม่มีรอยโรค

รูปร่างทรวงอก ไม่มีอกบุ๋ม อกถัง อกไก่ ทรวงอกทั้ง 2 ข้างสมมาตรกัน

เส้นผ่าศูนย์กลางของอก สัดส่วน AP: Lateral diameter เป็น 1:2

การเคลื่อนไหวและความสมมาตรขณะหายใจเข้าและออก ทรวงอกขยายออกและแฟบลงสมมาตรกันทั้ง 2 ข้างแต่หายใจลำบาก ต้องใช้แรงขณะหายใจเนื่องจากก้อนที่ทอลซิลโตปิดช่องทางเดินหายใจ

อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ

ระบบต่อมน้ำเหลือง

ต่อมน้ำเหลือง(คอ)

Preauricular LN ไม่ร้อน ไม่โต ไม่มีการอักเสบบวมแดง กดไม่เจ็บ

Post auricular LN ไม่ร้อน ไม่โต ไม่มีการอักเสบบวมแดง กดไม่เจ็บ

Occipital LN ไม่ร้อน ไม่โต ไม่มีการอักเสบบวมแดง กดไม่เจ็บ

Tonsillar LN โต เส้นผ่าศูนย์กลางขนาด 2 เซนติเมตร ไม่มีการอักเสบบวมแดง กดเจ็บ

Submaxillary LN ไม่ร้อน ไม่โต ไม่มีการอักเสบบวมแดง กดไม่เจ็บ

Submental LN ไม่ร้อน ไม่โต ไม่มีการอักเสบบวมแดง กดไม่เจ็บ

Deep cervicle chain ไม่ร้อน ไม่โต ไม่มีการอักเสบบวมแดง กดไม่เจ็บ

Posterior cervicle chain ไม่ร้อน ไม่โต ไม่มีการอักเสบบวมแดง กดไม่เจ็บ

Superficial LN ไม่ร้อน ไม่โต ไม่มีการอักเสบบวมแดง กดไม่เจ็บ

Supraclavicular LN ไม่ร้อน ไม่โตไม่มีการอักเสบบวมแดง กดไม่เจ็บ

ต่อมน้ำเหลือง (รักแร้)

Central Group ไม่ร้อน ไม่โต ไม่มีการอักเสบบวมแดง กดไม่เจ็บ

Lateral Group ไม่ร้อน ไม่โต ไม่มีการอักเสบบวมแดง กดไม่เจ็บ

Anterior Group ไม่ร้อน ไม่โต ไม่มีการอักเสบบวมแดง กดไม่เจ็บ

Posterior Group ไม่ร้อน ไม่โต ไม่มีการอักเสบบวมแดง กดไม่เจ็บ

ระบบประสาท

Mental Status

สีหน้า เรียบเฉย

ความสะอาด,การแต่งกาย สะอาดเรียบร้อยดี

การพูด,อารมณ์ พูดคุยรู้เรื่องดี เป็นประโยคเชื่อมโยงถูกต้อง ไม่มีพูดเป็นคำๆสื่อสาร ได้เป็นที่เข้าใจ อารมณ์ปกติ ตั้งใจ ไม่เครียด ไม่มีอารมณ์หงุดหงิด หรือ ฉุนเฉียว

การรับรู้(เวลา บุคคล สถานที่) สามารถระบุเวลา บุคคล สถานที่ได้ถูกต้อง

Cranial nerves

เส้นประสาทสมองคู่ที่ 1 (Olfactory nerve)

สามารถรับกลิ่นได้และบอกกลิ่นได้ถูกต้อง

เส้นประสาทสมองคู่ที่ 2 (Optic nerve)

สามารถอ่านหนังสือได้ในระยะ 1 ฟุต ได้ถูกต้องชัดเจน มีลานสายตาเท่าผู้ตรวจ

เส้นประสาทสมองคู่ที่ 3, 4, 6 (Olfactory nerve, Trochlear nerve, Abducens nerve) สามารถมองตามการเคลื่อนไหวของนิ้วได้ทุกตำแหน่งโดยไม่มีการสั่นหรือกระตุกของลูกตาและมีการลู่เข้าของตาทั้งสองข้างเท่ากัน รูม่านตา มีขนาดประมาณ 2 มิลลิเมตร มี

ปฏิกิริยาต่อแสงหดเล็กลงเมื่อส่องด้วยไฟฉาย consensual light reflex มีการหดพร้อมกันทั้งสองข้าง

เส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 (Trigeminal nerve)

คลำพบการเคลื่อนของ Temporomandibular joint กระดูกขากรรไกรสามารถต้านแรงดันของฝ่ามือได้ สามารถรับสัมผัสที่ใบหน้าได้ถูกต้อง

เส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 (Facial nerve)

การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อหน้า โดยการยักคิ้ว หลับตาแน่น ผิวปาก ยิงฟันยิ้ม ทำแก้มป่อง ผู้ป่วยสามารถทำได้โดยหน้าสมมาตรกันทั้งสองข้างผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่ารสเค็มเมื่อใช้เกลือแตะที่ปลายลิ้น

เส้นประสาทสมองคู่ที่ 8 (Acoustic nerve)

สามารถทวนคำกระซิบ 3 คำที่ห่างจากหูขวาประมาณ 2-3 ฟุต หูข้างซ้ายทวนคำกระซิบ 3 คำ ห่างจากหูซ้ายประมาณ 1 ฟุตเนื่องจากมีหูอื้อ

เส้นประสาทสมองคู่ที่ 9, 10 (Glosopharyngeal nerve, Vagus nerve)

ขณะผู้ป่วยร้อง “อา” ลิ้นไก่ดึงขึ้นตรง ไม่เอียงไปข้างใดข้างหนึ่ง Gag reflex ไม่ได้ตรวจเนื่องจากผู้ป่วยอ้าปากไม่สะดวก

เส้นประสาทสมองคู่ที่ 11 (Accessory nerve)

ผู้ป่วยสามารถยกไหล่ หันหน้าทางซ้ายและขวา ดันคางต้านแรงได้

เส้นประสาทสมองคู่ที่ 12 (Hypoglossal nerve)

ผู้ป่วยสามารถตวัดลิ้นไปทางด้านซ้ายและขวาได้ และสามารถดันลิ้นในกระพุ้งแก้ม ต้านแรงของผู้ตรวจได้

กล้ามเนื้อและกระดูก

Neck Joints	Full range of motion, Power motor grade V
Shoulder Joints	Full range of motion, Power motor grade V
Elbow Joints	Full range of motion, Power motor grade V
Wrist Joints	Full range of motion, Power motor grade V
Finger Joints	Full range of motion, Power motor grade V
Hip Joints	Full range of motion, Power motor grade V
Knee Joint	Full range of motion, Power motor grade V
Ankle Joints	Full range of motion, Power motor grade V
Feet Joints	Full range of motion, Power motor grade V
Spinal Profile	ไม่ได้ตรวจเนื่องจากผู้ป่วยยืนไม่ไหว

5.1.4 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจอื่นๆ

Complete blood count	28 เมษายน 2558	Ref. Range
Hematocrit	40.1	37-52%
Hemoglobin	13.4	12-18g/dl.
Rbc count	3.66	4.2- 5.4 $x10^{6}$/ul.
MCV / MCH	109.6 / 36.6	80-99 fl / 27-31 pg
WBC / ANC	8.56 / 6.02	4-11/1.8 3 7.7 $x10^{3}$3 /ul
-Neutrophils	70.3	40-74%
-Lymphocyte	20.9	19-48%
-Monocyte	7.2	3.4-9.0%

Blood chemistry	28 เมษายน 2558	Ref. Range
Creatinine	0.52	0.5-1.5 mg/dl
Sodium	133	135-145 mmol/L
Potassium	4.4	3.5-5.0 mmol/L
Chloride	95	98-107 mmol/L
Bicarbonate	17	22-29 mmol/L

ผลการตรวจ Audiogram

ครั้งที่ 1 (12/03/58)

Pure tone audiometry: Right 18 dB Left 18 dB

Speech audiometry: Right 20 dB Left 20 dB

ครั้งที่ 2 (27/03/58)

Pure tone audiometry: Right 13 dB Left 40 dB

Speech audiometry: Right 15 dB Left 40 dB

ผลการตรวจ Bone scan (27/03/58)

No evidence bony metastasis

ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา (8/04/58)

Review pathology: Squamous cell carcinoma, moderately differentiated

5.1.5 การวินิจฉัยและแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ

การวินิจฉัยโรค

มะเร็งคอหอยส่วนบน (Oropharyngeal Cancer) ระยะที่ 3 ($T_3N_1M_0$)

แผนการรักษา

Concurrent chemoradiation

- ฉายรังสี: วันที่ 29 พ.ค.2558 เทคนิค IMRT
- ยาเคมีบำบัด: รอปรึกษาแผนกเคมีบำบัด

5.1.6 สรุปภาวะสุขภาพก่อนรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล

ผู้ป่วยหญิงไทย มีประวัติติดเชื้อ HIV ตั้งแต่เดือนธันวาคมปี 2548 รับยาต้านไวรัสและติดตามการรักษาที่รพ.ดำเนินสะดวกมาตลอด 5 เดือนก่อน มีแผลบริเวณต่อมทอลซิลด้านซ้ายร่วมกับอาการปวดบริเวณท้ายทอยมาประมาณ 1 สัปดาห์ จึงไปพบแพทย์ที่รพ.ดำเนินสะดวก แพทย์ตรวจร่างกายพบ Irregular mass at left tonsil ขนาด 4x4 เซนติเมตร แพทย์วินิจฉัยเพิ่มโดยการทำ Biopsy (15/02/58) ผลเป็น Squamous cell carcinoma, moderately differentiated และได้ทำ CT nasopharynx and neck (19/02/58) ผลพบ left retropharyngeal mass ขนาด

3x4.5x5.5 เซนติเมตร จึงส่งตัวมารักษาต่อ ที่รพ.ศิริราช แพทย์ได้ Investigation เพิ่ม วินิจฉัยเป็น CA. Oropharynx stage III ($T_3N_1M_0$) แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด นัดฉายรังสีวันที่ 29 พ.ค. 2558 ผู้ป่วยน้ำหนักลดลง 20 กิโลกรัมใน 4 เดือนแพทย์พิจารณาทำ Gastrostomy (9/04/58) แผลแห้งดีไม่มีการติดเชื้อ ขณะนี้รับประทานยาดังนี้ [81]

1. Paracetamol with codeine 1-2 tab prn

ข้อบ่งใช้ บรรเทาอาการเจ็บปวดปานกลาง

ผลข้างเคียง คลื่นไส้ อาเจียนและง่วงซึม เวียนศีรษะ ท้องผูกในขนาดยาที่สูงอาจกดการหายใจ ความดันโลหิตต่ำ อาการแพ้ยาและหลอดเลือดตีบได้

การพยาบาล 1. สังเกตและบันทึกการตอบสนองของผู้ป่วย เมื่อได้รับยาในตอนแรก ถ้าพบว่ายาที่ผู้ป่วยได้รับไม่เพียงพอที่จะระงับปวด หรือผู้ป่วยกลับมาอาการเจ็บป่วยขึ้นมาใหม่หลังจากได้รับยาเข้าไปในเวลาอันสั้น จะต้องเพิ่มขนาดยาหรือระยะเวลาที่ให้ต้องสั้นลง

2.หากผู้ป่วยไม่มีอาการปวด ไม่ควรให้ยาถึงแม้จะมีคำสั่งการรักษาหรือหากอาการปวดไม่รุนแรง ควรใช้ยา Paracetamol ทดแทนเพื่อหลีกเลี่ยงฤทธิ์ข้างเคียงและไม่ให้ผู้ป่วยรับยามากเกินไป

2. Naproxen 250 mg 1x2 pc

ข้อบ่งใช้ บรรเทาอาการเจ็บปวดหรือการอักเสบตั้งแต่ระดับน้อยๆไปจนถึงปานกลาง มักใช้รักษาอาการปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดฟันหรือปวดหลังผ่าตัด เป็นต้น

ผลข้างเคียง ทำให้เกิดแผลที่เยื่อบุกระเพาะอาหาร อาหารไม่ย่อย ท้องอืด ร้อนในทรวงอก แน่นบริเวณกระบังลม คลื่นไส้อาเจียน ปวดท้อง มีเลือดออกในกระเพาะอาหาร ปวดศีรษะ

การพยาบาล 1.ให้ผู้ป่วยรับประทานยาร่วมกับอาหารและนมเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เยื่อบุกระเพาะอาหาร

2.ผู้ป่วยต้องระวังเป็นพิเศษเมื่อได้รับยา Naproxen เนื่องจากจะเสี่ยงต่อการเกิดหลอดลมเกร็งตัว ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีความไวต่อแอสไพริน แพ้อากาศ มีก้อนยื่นในจมูกและเป็นหืด

3.ยาจะบดบังอาการติดเชื้ออย่างเฉียบพลัน จึงต้องติดตามดูการเปลี่ยนแปลงของ CBC จำนวนเกล็ดเลือด PT หน้าที่ของตับและไตเป็นระยะและไม่ควรให้ร่วมกับยาลดกรดเพราะจะทำให้การดูดซึมของยาลดลง

3. Diclofenac 25 mg 1x3 pc

ข้อบ่งใช้ บรรเทาอาการเจ็บปวดหรือการอักเสบ ตั้งแต่ระดับน้อยๆไปจนถึงปานกลาง มักใช้รักษาอาการปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดฟันหรือปวดหลังผ่าตัด เป็นต้น

ผลข้างเคียง ปวดศีรษะ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย

การพยาบาล 1. หากมีอาการมึนงง ตาลาย ให้รายงานแพทย์ทราบ เมื่อมีอาการไม่ควรขับรถหรือใช้ของมีคม

2. หากมีอาการผิดปกติ เช่น กล้ามเนื้อท้องเป็นตะคริว อาหารไม่ย่อย อาเจียนเป็นเลือด อุจจาระมีสีดำหรืออุจจาระเป็นเลือด มีไข้ หนาวสั่น ปวดกล้ามเนื้อ ควรรายงานแพทย์

3. หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา

4. หากเป็นยารับประทานให้ดื่มน้ำตามหลังรับประทานยา 1 แก้ว ห้ามเคี้ยวยาและห้ามนอนทันที รอจนกว่าเวลาผ่านไปแล้ว 15-20 นาที

4. Amitriptyline 10 mg 1x1 hs

ข้อบ่งใช้ รักษาอาการซึมเศร้า ปวดศีรษะจากความเครียด ใช้ป้องกันไมเกรนถึงแม้ผู้ป่วยจะไม่มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย

ผลข้างเคียง มีภาวะความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า คอแห้ง ตาพร่า ท้องผูกและมีอาการปัสสาวะลำบากในผู้ป่วยสูงอายุ

การพยาบาล 1.ตรวจสอบสัญญาณชีพอย่างสม่ำเสมอเพื่อประเมินภาวะความดันโลหิตต่ำ หากชีพจรเต้นเร็วกว่า 100 ครั้ง/นาที ต้องเฝ้าสังเกตผลข้างเคียง เมื่อพบสิ่งผิดปกติต้องรีบรายงานแพทย์ทราบ

2.ให้ผู้ป่วยรับประทานยาทันทีที่นำไปให้ผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเก็บสะสมไว้รับประทานทีละมากๆเพื่อจุดประสงค์ใช้เป็นยาฆ่าตัวตาย

3.ติดตามดูอาการออกฤกธิ์ของยา Anticholinergic เช่น มีอาการท้องผูก ปัสสาวะคั่งค้าง

5. Alprazolam 0.5 mg 1x1 hs

ข้อบ่งใช้ รักษาผู้ป่วยมีมีความวิตกกังวลผิดปกติ ซึ่งมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย

ผลข้างเคียง อาการง่วงนอน ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย กล้ามเนื้อเปลี้ย ท้องผูก ท้องเสีย อ่อนแรง สับสน มันงง มองเห็นภาพซ้อน มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักและความอยากอาหารอาจเพิ่มหรือลด ปากแห้ง ผื่นคัน แพ้แสง

การพยาบาล 1.หากมีอาการผิดปกติของ Agranulocytosis เช่น มีไข้หนาวสั่น เจ็บคอ ไอ ปวดหลัง เป็นต้น ให้รายงานแพทย์ทราบ

2.ยานี้อาจเป็นสาเหตุทำให้ง่วง มึนงง ตาพร่ามัว แนะนำผู้ป่วยไม่ให้ขับรถ ใช้ของมีคมหรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล ไม่ควรดื่มสุราเพราะอาจเกิดอันตรายได้

3.หากมีอาการวิงเวียน ให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวช้าๆจากท่านอนเป็นท่านั่งหรือยืน หากมีอาการท้องผูก ให้รับประทานผักผลไม้ ดื่มน้ำให้เพียงพอวันละ 2.5-3 ลิตร ออกกำลังกาย

4.หากลืมรับประทานยาให้รับประทานทันทีที่นึกได้ อย่ารับประทานยาเป็น 2 เท่าในแต่ละมื้อ

6. GPO-virs30 1x1

ข้อบ่งใช้ รักษาโรคติดเชื้อ HIV ซึ่งไม่สามารถทนหรือดื้อต่อยาอื่นๆ หรือใช้ยาอื่นไม่ได้ผล

ผลข้างเคียง ปวดหรือชาตามปลายมือปลายเท้า กล้ามเนื้ออ่อนล้า อาจมีโลหิตจาง เม็ดเลือดขาวต่ำ ค่า ALT&AST สูง

การพยาบาล 1.หมั่นตรวจเลือด CBC เป็นระยะๆหากมีโลหิตจางมากๆ อาจต้องให้เลือดหรือเม็ดเลือดขาวต่ำมาก ต้องลดขนาดยาลง 2.หากให้ยาลดไข้ เช่น Paracetamol เป็นต้น อาจทำให้เกิดอาการกำเริบของพิษยาตัวนี้

7. d4T30 1x1

ข้อบ่งใช้ ยารักษาโรคติดเชื้อ HIV ซึ่งไม่สามารถทนหรือดื้อต่อยาอื่นๆ หรือใช้ยาอื่นไม่ได้ผล

ผลข้างเคียง ปวดหรือชาตามปลายมือปลายเท้า กล้ามเนื้ออ่อนล้า อาจมีโลหิตจาง เม็ดเลือดขาวต่ำ ค่า ALT&AST สูง

การพยาบาล 1.หมั่นตรวจเลือด CBC เป็นระยะๆหากมีโลหิตจางมากๆ อาจต้องให้เลือดหรือเม็ดเลือดขาวต่ำมาก ต้องลดขนาดยาลง 2.หากให้ยาลดไข้ เช่น Paracetamol เป็นต้น อาจทำให้เกิดอาการกำเริบของพิษยาตัวนี้

8. 3TC 1x1

ข้อบ่งใช้ รักษาโรคเอดส์โดยใช้ร่วมกับ Zidovadine ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV ในระยะที่ CD4 cell count < 100 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ช่วยลด viral load และเพิ่ม CD4 cell count ได้

ผลข้างเคียง ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ กล้ามเนื้ออ่อนล้า ระดับเอนไซม์ตับสูง ผื่น นอนไม่หลับ ปวดข้อและกล้ามเนื้อ อาจเกิด Neutropenia

การพยาบาล 1.ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

2.ตรวจผลเลือด CBC ทุก 2 สัปดาห์

3.แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาขณะท้องว่าง จะช่วยให้การดูดซึมของยาดีขึ้น

9. Bactrim 2x1

ข้อบ่งใช้ รักษาการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ

ผลข้างเคียง พบได้น้อย ส่วนใหญ่มีอาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ซึม มึนงง ชัก ชาปลายมือปลายเท้า คลื่นไส้ ทำให้เกิดอาการแพ้ยา และมักเกิดภายหลัง 7 วัน จากการได้รับยาครั้งแรก อาการอาจเล็กน้อย เช่น ผื่นคัน ไข้จากยา เป็นต้น

การพยาบาล 1.ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ หลังรับประทานยา และบ่อยๆอย่างน้อยวันละ 2 ลิตรเพราะน้ำจะช่วยขับยาออกทางปัสสาวะด้วยปริมาณค่อนข้างสูงและยาไม่ค่อยละลายในปัสสาวะจึงตกผลึกกลายเป็นนิ่ว มีผลทำให้เกิดอันตรายต่อไตและทางเดินปัสสาวะ

2.หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำผลไม้ วิตามินซีและยาลดกรดเพราะจะทำให้ยาตกตะกอนมากขึ้น

3.สังเกตอาการไม่พึงประสงค์ของยา เช่น ผิวหนังมีผื่น เจ็บคอ ซีด มีไข้ เป็นต้น หากพบอาการให้หยุดใช้ยาทันทีและต้องรีบรายงานแพทย์ทราบเพื่อพิจารณาปรับขนาดยาหรือเปลี่ยนยา

สภาพทั่วไปขณะรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล

ผู้ป่วยหญิง รูปร่างสูงผอม ผมซอยสั้น ผิวสีน้ำตาล สีหน้าอ่อนเพลีย ริมฝีปากแห้ง นอนบนเปล บริเวณขากรรไกรด้านซ้ายมีก้อนขนาด 2 เซนติเมตร ไม่มีลักษณะของการอักเสบและเลือดออก ผู้ป่วยอ้าปากได้น้อยเนื่องจากเจ็บที่ก้อนในช่องปาก เยื่อบุช่องปากแห้ง มีคราบขาวเล็กน้อย มีกลิ่นเหม็น บริเวณต่อมทอลซิลด้านซ้ายมีก้อนขนาดประมาณ 4x4.5 เซนติเมตรเบียดมาทางด้านขวาเกือบทั้งหมด ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากเล็กน้อย ต้องใช้แรงในการหายใจเข้า-ออก ผู้ป่วยบอกรู้สึก

หายใจลำบาก แน่นๆ เหมือนหายใจไม่อิ่มและรู้สึกปวดตึงที่ขากรรไกรด้านซ้ายร้าวไปที่ศีรษะและท้ายทอย Pain score = 7 ผู้ป่วยน้ำหนักลดลง 20 กิโลกรัมใน 4 เดือน (เฉลี่ย 5 กิโลกรัม/เดือน) จากการซักประวัติ ผู้ป่วยบอกกลืนอาหารลำบากมากขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากกลืนไม่ลง มีสำลัก รับประทานอาหารได้น้อยลงมาประมาณ 4 เดือน ขณะนี้รับประทานอาหารเหลวทาง Gastrostomy tube เท่านั้น (เริ่มได้ 3 วัน) ผู้ป่วยได้รับอาหารปั่นเหลว (ส่วนประกอบ ข้าว นม ไข่ ผัก) โดยญาติเป็นคนทำให้ทั้งหมด 3 มื้อ มื้อละ 400 มิลลิลิตรและมีอาหารเสริมเป็นนม 2 มื้อ มื้อละ 250 มิลลิลิตรและมีจิบน้ำระหว่างวันบ้างเล็กน้อย จากการสังเกตขณะซักประวัติ ผู้ป่วยรู้สึกหงุดหงิดญาติและวิตกกังวลเกี่ยวกับคิวฉายรังสีที่นานเกินไป กลัวว่าโรคจะลุกลามจนทำให้หายใจไม่ออก ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์และตรวจร่างกายเป็นอย่างดี

สัญญาณชีพเมื่อแรกรับ

อุณหภูมิกาย (T)	=	36 ° c	
ชีพจร (P)	=	89/ min	
อัตราการหายใจ (R)	=	18/ min	
ความดันโลหิต (BP)	=	113/77 mmHg	
ระดับความปวด	=	7	
น้ำหนัก	=	45	Kg
ส่วนสูง	=	160	cm
BMI	=	17.5	Kg/m^2

จากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการและตรวจพิเศษอื่นๆ พบปัญหาทางพยาบาลดังนี้

1. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่ลุกลามจนทำให้ไม่อยากรับประทานอาหารและกลัวก้อนขยายใหญ่ขึ้น อีกทั้งการรักษาด้วยการฉายรังสีจะเริ่มวันที่ 29 พฤษภาคม 2558 ผู้ป่วยกลัวว่าจะรอฉายรังสีไม่ไหว

2. ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรงเนื่องจากก้อนขนาดใหญ่ในช่องปากทำให้กลืนอาหารไม่ลงและมีอาการเบื่ออาหาร ทำให้น้ำหนักลดลง 20 กิโลกรัมภายใน 4 เดือน ขณะนี้แพทย์ได้พิจารณาทำ Gastrostomy ผู้ป่วยบอกว่า ได้เริ่มให้อาหารเหลวทางหน้าท้องได้ 3 วัน จากการซักประวัติและคำนวณพลังงานสารอาหารที่ผู้ป่วยควรได้รับขณะเจ็บป่วยและ

พลังงานของสารอาหารที่ได้รับจริงพบว่า ผู้ป่วยควรได้รับพลังงาน 2,209 kcal/วันแต่ได้รับจริงเพียง 1,380 kcal/วัน ซึ่งไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

3. ผู้ป่วยมีอาการปวดบริเวณขากรรไกรร้าวไปที่ศีรษะและท้ายทอย Pain score = 7

4. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อในช่องปากและร่างกาย เนื่องจากมีก้อนขนาดใหญ่ในช่องปาก ทำให้อ้าปากได้น้อยลง ส่งผลต่อการรักษาความสะอาดในช่องปาก อีกทั้งผู้ป่วยมีโรคประจำตัว HIV infection ซึ่งส่งผลต่อระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายที่บกพร่อง

5.1.7 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค การรักษาเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การฉายรังสีและการปฏิบัติตัวก่อนได้รับการรักษา

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

1. ผู้ป่วยบอกว่า “ก้อนโตขึ้นทุกวัน หายใจก็ลำบากกว่าจะได้ฉายแสงตายก่อน ฉายแล้วก้อนจะยุบรึป่าวก็ไม่รู้”
2. ผู้ป่วยสอบถามถึงผลข้างเคียงของการฉายแสง

Objective data

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล
2. ระดับความวิตกกังวล = 8 (ประเมินด้วย Visual analog scale)
3. ผู้ป่วยได้คิววางแผนการฉายรังสีวันที่ 29 พ.ค. 2558

เป้าหมายการพยาบาล

1. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล
2. ผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรค การฉายรังสี ผลข้างเคียงของการฉายรังสีและแนวทางการดูแลตนเองก่อนการฉายรังสี

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายความวิตกกังวลและบอกกังวลลดลง
2. ระดับความวิตกกังวลลดลง (ประเมินด้วย Visual analog scale)

3. ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษาและสามารถบอกแนวทางการดูแลตนเองก่อนการฉายรังสีและผลข้างเคียงของการฉายรังสีได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวด้วยถ้อยคำที่สุภาพเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวไว้วางใจ
2. สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลพร้อมทั้งประเมินระดับความวิตกกังวลโดยการสอบถามความรู้สึกและสังเกตอาการแสดงของผู้ป่วยและใช้แบบประเมิน Visual analog scale พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ครอบครัวระบายความรู้สึก รับฟังพร้อมทั้งพูดคุยให้กำลังใจ
3. ประเมินความรู้ผู้ป่วย/ครอบครัวเกี่ยวกับโรค การรักษาด้วยการฉายรังสี ผลข้างเคียงและแนวทางการดูแลตนเองก่อนการฉายรังสีโดยการสอบถามเพื่อวางแผนการให้คำแนะนำ
4. อธิบายแนวทางการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ข้อมูลเกี่ยวกับการฉายรังสี ขั้นตอนการฉายรังสี ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษา ดังนี้
    - แผนการรักษา ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการฉายรังสีและขั้นตอนการฉายรังสี
    - ภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสี ได้แก่ ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ น้ำลายแห้ง การรับรู้รสชาติที่เปลี่ยนแปลงไป
5. ประเมินสภาพช่องปากผู้ป่วย ได้แก่ ความสะอาด ก้อนมะเร็งในช่องปาก และความสามารถในการอ้าปากโดยการสังเกตเพื่อวางแผนให้คำแนะนำการดูแลช่องปากที่ถูกต้อง
6. ให้คำแนะนำการดูแลช่องปากก่อนการรักษาด้วยการฉายรังสี ดังนี้
    - ให้คำแนะนำการดูแลช่องปากที่ถูกต้องโดยให้ใช้ไม้พันสำลีหรือผ้าก๊อซเช็ดฟันแทนการแปรงฟันเพื่อลดการบาดเจ็บต่อก้อนเนื้องอกในช่องปากโดยเช็ด 2 ครั้ง/วัน เช้าและก่อนเข้านอน
    - บ้วนปากด้วยสารละลายน้ำเกลือ (Normal saline solution) 4 ครั้ง/วัน หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็นและก่อนนอน ในปริมาณครั้งละ 20 มิลลิลิตร นาน อย่างน้อย 30 วินาที เพื่อให้ช่องปากสะอาด (อัตราส่วนของน้ำสะอาดและเกลือเท่ากับน้ำสะอาด 1,000 มิลลิลิตร : เกลือ ½ ช้อนโต๊ะ [54] หรือหากกลั้วไม่สะดวกให้ใช้ลูกยางแดงแทน

- แนะนำให้ผู้ป่วยตรวจฟันกับทันตแพทย์ให้เสร็จเรียบร้อยก่อนรับการรักษาด้วยการฉายรังสีอย่างน้อย 2 สัปดาห์และเน้นย้ำให้พบทันตแพทย์ตามนัดทุกครั้ง
- แนะนำให้เคลือบฟันด้วยฟลูออไรด์ตามคำสั่งของทันตแพทย์

7. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับขั้นตอนการขอรับการตรวจถ้าเกิดภาวะฉุกเฉิน เช่น แน่นเหนื่อย หายใจไม่ออก ก้อนในช่องปากมีเลือดออกมาก อ่อนเพลียมาก เป็นลมหมดสติ เป็นต้น โดยให้รีบเข้าโรงพยาบาลใกล้บ้านให้เร็วที่สุดเพื่อรักษาตามอาการหรือหากมาโรงพยาบาลศิริราชให้ติดต่อขอตรวจที่ห้องแพทย์เวร ตึกผู้ป่วยนอกชั้น 1
8. แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายได้เบาๆ เช่น การบริหารแขน ขาเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง สดชื่น
9. แนะนำให้ผู้ป่วยเบี่ยงเบนความสนใจจากความวิตกกังวลจากโรคและการรักษาด้วยการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์หรืองานอดิเรกที่ผู้ป่วยชื่นชอบ เช่น การอ่านหนังสือ ฟังเพลงหรือดูละคร เป็นต้น
10. ส่งเสริมให้ครอบครัวให้การดูแล ให้กำลังใจและรับฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล
11. หากมีความเครียดหรือวิตกกังวลสูงและส่งผลกระทบกับการนอนหลับ แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาคลายกังวลตามคำสั่งการรักษาแพทย์ ดังนี้
    - Amitriptyline 10 mg 1 เม็ด ก่อนนอน
    - Alprazolam 0.5 mg 1 เม็ด ก่อนนอน
12. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาต้านไวรัสและรับการตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลดำเนินสะดวกอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องและโรคแทรกซ้อน
13. แนะนำให้ญาติวางแผนเรื่อง การเดินทาง ที่พักขณะมารับการฉายรังสีล่วงหน้าเนื่องจากการฉายรังสีเป็นการรักษาที่ใช้ระยะเวลานานและต่อเนื่องทุกวัน
14. แนะนำให้ผู้ป่วยขอสิทธิการรักษาเพื่อรับการฉายรังสีให้เสร็จเรียบร้อยก่อนถึงวันนัดฉายรังสี
15. แนะนำให้ผู้ป่วยนำฟิล์มเอ็กซเรย์และผลทางห้องปฏิบัติการต่างๆ มาในวันนัดฉายรังสีเพื่อประกอบการวางแผนการรักษา

16.ให้กำลังใจและชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการรักษาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อให้ผู้ป่วย/ครอบครัวมีกำลังใจในการดูแลตนเอง

17.ให้แผ่นพับ “เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยการฉายรังสี” เพื่อให้ผู้ป่วย/ครอบครัวนำกลับไปทบทวนการปฏิบัติตัวที่บ้าน

18.หากผู้ป่วยมีข้อสงสัย แนะนำให้โทรศัพท์ติดต่อที่หน่วยสอนสุขศึกษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งในวันและเวลาราชการ

19.ประเมินความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับคำแนะนำที่ให้ไป ในหัวข้อดังนี้

- แผนการรักษา
- ภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสี
- การดูแลช่องปากก่อนการรักษา
- ขั้นตอนการขอสิทธิการรักษา

พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ครอบครัวซักถามเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเมื่อกลับบ้าน

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล ประเมินระดับความวิตกกังวลด้วยแบบประเมิน Visual analog scale ระดับความวิตกกังวลลดลง = 4 ผู้ป่วยสามารถบอกแนวทางการรักษาที่ได้รับการดูแลตนเองโดยทั่วไปและการดูแลช่องปากก่อนการฉายรังสีได้ สามารถบอกผลข้างเคียงของการฉายรังสีและวิธีการปฏิบัติตัวหากเกิดภาวะฉุกเฉินได้ถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

1. ผู้ป่วยบอกกลืนอาหารไม่สะดวก ทานได้เฉพาะอาหารเหลว
2. ผู้ป่วยบอกเบื่ออาหาร
3. ผู้ป่วยบอกน้ำหนักลดลง 20 กิโลกรัมภายใน 4 เดือน

4. บ่นเจ็บก้อนในปาก Pain score = 7

Objective data

1. ภายในช่องปากมีก้อนขนาด 4x5 เซนติเมตรและอ้าปากได้น้อย
2. BMI =17.5 Kg/m^2 (น้ำหนักตัวน้อยระดับปานกลาง)
3. มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรง (ประเมินด้วยแบบประเมิน MUST [53] รายละเอียดในบทที่ 3 หัวข้อการประเมินภาวะโภชนาการ) ได้คะแนนเท่ากับ 6 หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรง
4. ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวภายใน 6 เดือน (ระดับรุนแรง) (ประเมินด้วยร้อยละของน้ำหนักตัวที่เปลี่ยนแปลง [65] รายละเอียดในบทที่ 3 หัวข้อการประเมินภาวะโภชนาการ) ได้เท่ากับ 30.7 หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการระดับรุนแรง
5. จากการคำนวณผู้ป่วยมีความต้องการพลังงานและสารอาหารที่ร่างกายควรได้รับในภาวะเจ็บป่วย 2,209 กิโลแคลอรี่/วัน (ประเมินด้วยสูตรคำนวณความต้องการพลังงานและสารอาหารที่ร่างกายควรได้รับในภาวะเจ็บป่วย [66] รายละเอียดในบทที่ 3 หัวข้อการประเมินภาวะโภชนาการ) แต่ผู้ป่วยได้รับพลังงานจากอาหารปั่นเหลว 1,380 กิโลแคลอรี่/วัน ซึ่งไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

เป้าหมายการพยาบาล

1. ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
2. ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการกำหนดอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายในแต่ละวัน

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วย/ครอบครัวทราบถึงพลังงานที่ผู้ป่วยควรได้รับในแต่ละวันและสามารถบอกวิธีการกำหนดอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายในแต่ละวันได้ถูกต้อง
2. ผู้ป่วยได้รับอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
3. น้ำหนักไม่ลดลงจากเดิม

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการโดยการซักประวัติเกี่ยวกับปัญหาหรืออุปสรรคในการรับประทานอาหาร ได้แก่ ก้อนมะเร็งในช่องปาก อาการกลืนลำบาก อาการ

เจ็บในช่องปาก ภาวะเบื่ออาหาร ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมะเร็งเพื่อวางแผนให้คำแนะนำด้านโภชนาการที่เพียงพอและเหมาะสม

2. ซักประวัติชนิด ปริมาณ อาหารที่งดเว้นและประเมินความสามารถการรับประทานอาหารในแต่ละวันของผู้ป่วยเพื่อวางแผนให้คำแนะนำด้านโภชนาการ
3. ประเมินการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวจากร้อยละของน้ำหนักตัวที่เปลี่ยนแปลง (Percentage weight loss) [65] เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการ (รายละเอียดในบทที่ 3 หัวข้อการประเมินภาวะโภชนาการ) ดังนี้

$$\text{ร้อยละของน้ำหนักตัวที่เปลี่ยนแปลง} = \frac{\text{(น้ำหนักตัวเดิม – น้ำหนักตัวปัจจุบัน) x 100}}{\text{น้ำหนักเดิม}}$$

$$= \frac{(65 - 45) \times 100}{65}$$

= 30.7 หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการระดับรุนแรง

4. คำนวณความต้องการพลังงานและสารอาหารที่ร่างกายควรได้รับในภาวะเจ็บป่วย [66] เพื่อวางแผนการให้คำแนะนำด้านโภชนาการอย่างเหมาะสม (รายละเอียดในบทที่ 3 หัวข้อการประเมินภาวะโภชนาการ) ดังนี้
   1. คำนวณความต้องการพลังงานทั้งหมด = พลังงานขณะพัก X กิจกรรมที่ทำ X ปัจจัยภาวะเจ็บป่วย
   2. คำนวณพลังงานขณะพัก คำนวณจากสูตร Harris and Benedict formular

      หญิง = 655.1 + (9.56 x น้ำหนักกก.) + (1.85 x ส่วนสูงซม.) – (4.68 x อายุปี)

      = 655.1 + (9.56 x45) + (1.85 x1.60) – (4.68 x 35)

      พลังงานขณะพัก = 1,545

      กิจกรรมที่ทำ ผู้ป่วยลุกจากเตียงได้ = 1.3

      ปัจจัยภาวะเจ็บป่วย โรคมะเร็ง = 1.1

      ความต้องการพลังงานทั้งหมด = 1,545 x 1.3 x 1.1

      = 2,209 กิโลแคลอรี่/วัน

5. ให้คำแนะนำด้านโภชนาการแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวดังนี้
    - ผู้ป่วยควรได้รับอาหารเสริมทางการแพทย์ (Ensure) ตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ทาง Gastrostomy tube โดยแบ่งให้ 6 มื้อ (8, 10, 12, 14, 16 และ 18 น.) มื้อละ 250 มิลลิลิตร ซึ่งจะได้รับพลังงานเท่ากับ 375 กิโลแคลอรี่/มื้อ หรือเท่ากับ 2,250 กิโลแคลอรี่/วัน (วิธีผสม Ensure 10 ช้อนผสมในน้ำอุ่นหรือน้ำอุณหภูมิห้อง 200 มิลลิลิตร จะได้อาหารเสริมทางการแพทย์ (Ensure) เท่ากับ 250 มิลลิลิตร)
    - เสริมนมสดทาง gastrostomy tube 250 มิลลิลิตรในเวลา 20 น. ซึ่งจะได้รับพลังงานเท่ากับ 180 กิโลแคลอรี่/มื้อเพื่อให้ได้พลังงานเพิ่มขึ้นเป็น 2,430 กิโลแคลอรี่/วัน
    - แนะนำให้น้ำทาง gastrostomy tube หรือจิบน้ำทางปากอย่างน้อย 6-8 แก้ว/วัน โดยให้ครั้งละน้อยๆแต่บ่อยๆ เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะขาด**น้ำ**
6. ให้คำแนะนำวิธีการให้อาหารทาง gastrostomy tube ที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ดังนี้
    - ควรล้างมือให้สะอาดก่อนเตรียมอาหารเหลว, ก่อน feedและทำความสะอาดภาชนะใส่อาหารเหลวให้สะอาดทุกครั้ง
    - ขณะที่ให้อาหารเหลวหรือน้ำทาง gastrostomy tube ผู้ป่วยควรอยู่ในท่านั่งหรือศีรษะสูงอย่างน้อย 45 องศาและนั่งพักหลังให้อาหารเสร็จอย่างน้อย 1 ชั่วโมงเพื่อป้องกันการสำลัก
    - ก่อนการให้อาหารเหลว แนะนำให้ตรวจสอบอาหารที่เหลือค้างในกระเพาะอาหารโดยการใช้ syringe ดูดก่อนทุกครั้ง หากมีอาหารเหลวค้างมากกว่า 50 มิลลิลิตร แนะนำให้เลื่อนมื้ออาหารออกไปอีกประมาณ 1 ชั่วโมง [15]
    - อาหารเหลวที่ทำเสร็จสามารถเก็บนานได้ไม่เกิน 6-8 ชั่วโมงในอุณหภูมิห้องและไม่เกิน 24 ชั่วโมงในตู้เย็น ควรอุ่นอาหารเหลวก่อนนำ feed ทุกครั้งเพื่อป้องกันการท้องเสีย [15]
7. หากผู้ป่วยยังมีน้ำหนักลดลงอย่างต่อเนื่องมากกว่าร้อยละ 2 ของน้ำหนักตัวใน 1 สัปดาห์ [65] ซึ่งหมายถึงมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการระดับรุนแรง พยาบาลควรประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้หรือโภชนากรเพื่อรับการรักษาหรือรับคำปรึกษาต่อไป

8. แนะนำให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้งเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวของตนเองและจดบันทึกลงใน Diet diary เพื่อใช้ติดตามการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักของผู้ป่วย (จากการสอบถามผู้ป่วยมีเครื่องชั่งน้ำหนักที่บ้าน)
9. แนะนำครอบครัวพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยในการรับประทานอาหารที่เพียงพอ
10. ทบทวนประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยโดยการซักถามและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ครอบครัวเสนอข้อคิดเห็นหรือสอบถามเพิ่มเติม
11. หากมีผู้ป่วยมีน้ำหนักลดลงอย่างต่อเนื่องหรือมีคำถาม/ข้อสงสัยเมื่อกลับไปอยู่ไปอยู่ที่บ้าน แนะนำให้โทรศัพท์ติดต่อที่หน่วยสอนสุขศึกษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็ง ในวันและเวลาราชการ

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญของการได้รับสารอาหารที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายขณะเจ็บป่วยและสามารถบอกวิธีการเพิ่มสารอาหารให้แก่ร่างกายด้วยอาหารที่มีคุณค่าสูง และผู้ป่วยได้รับส่งต่อเพื่อรับคำปรึกษากับโภชนากรเพื่อรับคำแนะนำเกี่ยวกับการทำอาหารเหลวในพลังงานที่ผู้ป่วยควรได้รับในแต่ละวัน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการปวดบริเวณขากรรไกร

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

1. ผู้ป่วยบอกปวดกรรไกรร้าวขึ้นไปที่ศีรษะและท้ายทอย

Objective data

1. Pain score = 7
2. ผู้ป่วยมีสีหน้าไม่สุขสบาย

เป้าหมายการพยาบาล

1. ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้นและปวดลดลง
2. ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวด

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยปวดบริเวณขากรรไกรและศีรษะลดลง ระดับ Pain score $\leq$ 3

2. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการจัดการความปวดได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความปวดโดยใช้แบบประเมินความเจ็บปวดแบบ Numerical rating scale เพื่อวางแผนการให้คำแนะนำ
2. ประเมินความรู้ผู้ป่วย/ครอบครัวเกี่ยวกับการจัดการความปวดเพื่อวางแผนการให้คำแนะนำที่เหมาะสม
3. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ ดังนี้
    - Tramol 50mg 1 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น
    - Naproxen 250 mg 1 เม็ด หลังอาหารเช้า เย็นทันที
    - Diclofenec 25 mg 1 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็นทันที
4. แนะนำให้ผู้ป่วยประเมินและบันทึกระดับความปวดด้วยตนเองก่อนและหลังรับประทานยาบรรเทาปวดโดยใช้แบบประเมินแบบ Numerical rating scale (รายละเอียดในบทที่ 3 หัวข้อการจัดการความเจ็บปวดในช่องปาก) เพื่อเป็นข้อมูลให้แพทย์พิจารณายาที่เหมาะสม
5. หากอาการปวดไม่ดีขึ้นหรือมีอาการข้างเคียงจากยาบรรเทาปวด แนะนำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์เจ้าของไข้เพื่อพิจารณายาบรรเทาปวดที่เหมาะสม โดยโทรศัพท์ติดต่อขอพบแพทย์ที่หน่วยตรวจรังสีรักษา หรือหน่วยแพทย์เวร รพ.ศิริราช
6. แนะนำให้ประคบเย็นบริเวณคาง,ขากรรไกรด้วย cold pad บริเวณศีรษะและท้ายทอยเพื่อบรรเทาอาการปวด [15]
7. แนะนำให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ชอบ เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง อ่านหนังสือหรืองานอดิเรกต่างๆที่ชอบเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวด
8. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยโดยการซักถามและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ครอบครัวเสนอข้อคิดเห็นหรือสอบถามเพิ่มเติม

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการจัดการความปวดและวิธีการปฏิบัติตัวหากอาการปวดไม่ดีขึ้นได้ถูกต้อง, Pain score = 3 สีหน้าดีขึ้นและบอกว่าอาการปวดทุเลาลง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะ Septicemia เนื่องจากมีแผลมะเร็งในช่องปากและระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

1. ผู้ป่วยบอกก้อนในช่องปากทำให้อ้าปากได้น้อย แปรงฟันลำบาก

Objective data

1. ผู้ป่วยมีก้อน แดงขนาดใหญ่ในช่องปาก ก้อนไม่เป็นแผลแตก ผิวเรียบ ไม่มีเลือดออก อ้าปากได้ไม่เต็มที่
2. ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรง

เป้าหมายการพยาบาล

1. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะ Septicemia
2. ผู้ป่วยทราบถึงวิธีการป้องกันการติดเชื้อในช่องปากและร่างกาย

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการป้องกันการติดเชื้อในช่องปากและร่างกายได้ถูกต้อง
2. ช่องปากสะอาด ไม่มีลักษณะของการติดเชื้อ ไม่มีจุดเชื้อราในช่องปาก
3. ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายน้อยกว่า 37.5 องศาเซลเซียส

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินช่องปากโดยสังเกตลักษณะของแผลและความสามารถในการอ้าปากเพื่อวางแผนวิธีการดูแลความสะอาดช่องปากที่เหมาะสม
2. ประเมินความรู้ผู้ป่วย/ครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อในช่องปากและร่างกาย
3. ให้คำแนะนำการรักษาความสะอาดในช่องปากที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการติดเชื้อและการระคายเคืองในช่องปาก ดังนี้
    - ใช้ไม้พันสำลีหรือผ้าก๊อซเช็ดฟันและลิ้นแทนการแปรงฟันเพื่อลดการบาดเจ็บต่อก้อนเนื้องอกในช่องปากโดยเช็ด 2 ครั้ง/วัน เช้าและก่อนเข้านอน
    - ผ้าก๊อซ/ไม้พันสำลีแนะนำให้เก็บในภาชนะที่มิดชิด ไม่อับชื้น ตรวจสอบความสะอาดก่อนใช้ทุกครั้ง

- บ้วนปากด้วยสารละลายน้ำเกลือ (Normal saline solution) 4 ครั้ง/วัน หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็นและก่อนนอน ในปริมาณครั้งละ 20 มิลลิลิตร นาน อย่างน้อย 30 วินาที เพื่อให้ช่องปากสะอาด หากกลั้วไม่สะดวกให้ใช้ลูกยางแดงแทน
- แนะนำให้ผู้ป่วยพบทันตแพทย์ตามนัดทุกครั้งและเคลือบฟันด้วยฟลูออไรด์ตามคำสั่งของทันตแพทย์

4. แนะนำให้ผู้ป่วยประเมินช่องปากด้วยตนเองทุกวันเพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อในช่องปากและร่างกาย หากพบอาการผิดปกติ ได้แก่ เยื่อบุบวม แดง สิ่งคัดหลั่งหรือฝ้าขาว เลือดออกจากก้อน มีไข้สูง หนาวสั่น ให้ติดต่อพบแพทย์รพ.ใกล้บ้านหรือหน่วยแพทย์เวร ตึกผู้ป่วยนอกชั้น 1 รพ.ศิริราช
5. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบทั้ง 5 หมู่ให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (ตามกิจกรรมพยาบาลข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2)
6. แนะนำให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดของร่างกายและล้างมือบ่อยๆ เพื่อป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่แผลในช่องปากและร่างกาย
7. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาต้านไวรัสและรับการตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลดำเนินสะดวกอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องและโรคแทรกซ้อน
8. อธิบายให้ผู้ป่วย/ครอบครัวเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อในช่องปากและร่างกาย
9. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยโดยการซักถามและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ครอบครัวเสนอข้อคิดเห็นหรือสอบถามเพิ่มเติม

ประเมินผลการพยาบาล

- จากการสอบถามผู้ป่วยด้วยคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับวิธีการป้องกันการติดเชื้อในช่องปากและร่างกาย ผู้ป่วยตอบคำถามได้อย่างถูกต้องและสามารถสาธิตวิธีการบ้วนปากได้ถูกต้อง
- ผู้ป่วยช่องปากสะอาด ไม่มีกลิ่น
- ผู้ป่วยไม่มีไข้

5.1.8 สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยหญิงไทย มีประวัติ HIV infection ตั้งแต่เดือนธันวาคมปี 2548 รับยาต้านไวรัสและติดตามการรักษาที่รพ.ดำเนินสะดวกมาตลอด 5 เดือนก่อน มีแผลบริเวณต่อมทอลซิลด้านซ้ายร่วมกับอาการปวดบริเวณท้ายทอยมาประมาณ 1 สัปดาห์ ไปพบแพทย์ที่รพ.ดำเนินสะดวก แพทย์ตรวจร่างกายพบ Irregular mass at left tonsil ขนาด 4 x 4 เซนติเมตร แพทย์วินิจฉัยเพิ่มโดย Biopsy (15/02/58) ผลเป็น Squamous cell carcinoma, moderately differentiated ทำ CT nasopharynx and neck (19/02/58) ผลพบ left retropharyngeal mass ขนาด 3x4.5x5.5 เซนติเมตร จึงส่งตัวมารักษาต่อ ที่รพ.ศิริราช แพทย์วินิจฉัยเป็น CA. Oropharynx stage III ($T_3N_1M_0$) แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด นัดฉายรังสีวันที่ 29 พ.ค. 2558 ผู้ป่วยมีน้ำหนักลด 20 กิโลกรัมใน 4 เดือนแพทย์พิจารณาทำ Gastrostomy (9/04/58) แผลแห้งดีไม่มีการติดเชื้อ วันนี้ (6/05/58) ผู้ป่วยมาฟังผลการประชุม 3D conference และรับใบนัดฉายรังสี

ขณะรับไว้ในความดูแล ผู้ป่วยมีสีหน้าอ่อนเพลีย นอนบนเปล บริเวณขากรรไกรด้านซ้ายมีก้อนขนาด 2 เซนติเมตร ไม่มีลักษณะของการอักเสบและเลือดออก ผู้ป่วยอ้าปากได้น้อยเนื่องจากเจ็บที่ก้อนในปาก รู้สึกปวดตึงที่ขากรรไกรด้านซ้ายร้าวไปที่ศีรษะและท้ายทอย Pain score = 7 เยื่อบุช่องภายในปากแห้ง มีกลิ่นเหม็น บริเวณต่อมทอลซิลด้านซ้ายมีก้อนขนาดประมาณ 4x4.5 เซนติเมตรเบียดมาทางด้านขวาเกือบทั้งหมด ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากเล็กน้อย ต้องใช้แรงในการหายใจเข้า-ออก ผู้ป่วยบอกรู้สึกหายใจลำบาก แน่นๆ ผู้ป่วยน้ำหนักลดลง 20 กิโลกรัมใน 4 เดือน เนื่องจากกลืนอาหารลำบากและรับประทานอาหารได้น้อยลง ขณะนี้รับประทานอาหารเหลวทาง Gastrostomy tube เท่านั้น (เริ่มได้ 3 วัน) ผู้ป่วยได้รับอาหารปั่นเหลว (ส่วนประกอบ ข้าว นม ไข่ ผัก) จากการซักประวัติและคำนวณพลังงานสารอาหารที่ผู้ป่วยควรได้รับขณะเจ็บป่วยและพลังงานของสารอาหารที่ได้รับจริงพบว่า ผู้ป่วยควรได้รับพลังงาน 2,209 kcal/วันแต่ได้รับจริงเพียง 1,380 kcal/วัน ซึ่งไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย จากการสังเกตขณะซักประวัติ ผู้ป่วยรู้สึกหงุดหงิดญาติและวิตกกังวลเกี่ยวกับคิวฉายรังสีที่นานเกินไป กลัวว่าโรคจะลุกลามจนทำให้หายใจไม่ออก

ในผู้ป่วยรายนี้มีการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งหมด 4 ข้อ ดังนี้

1. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค การรักษาเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การฉายรังสีและการปฏิบัติตัวก่อนได้รับการรักษา

2. ผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
3. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการปวดบริเวณขากรรไกร
4. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะ Septicemia เนื่องจากมีแผลมะเร็งในช่องปากและระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง

เมื่อพ้นจากความดูแล ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล บอกกังวลลดลงและสามารถบอกแนวทางการรักษาที่ได้รับ การดูแลตนเองโดยทั่วไปและการดูแลช่องปากก่อนการฉายรังสีได้ถูกต้อง สามารถบอกผลข้างเคียงของการฉายรังสีและวิธีการปฏิบัติตัวหากเกิดภาวะฉุกเฉินได้ ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญของการได้รับสารอาหารที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายขณะเจ็บป่วยและสามารถบอกวิธีการเพิ่มสารอาหารให้แก่ร่างกายด้วยอาหารที่มีคุณค่าสูง และได้รับการส่งต่อเพื่อรับคำปรึกษากับนักโภชนากรเพื่อรับคำแนะนำเกี่ยวกับการทำอาหารเหลวให้พลังงานที่ผู้ป่วยควรได้รับในแต่ละวัน ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการจัดการความปวดได้ถูกต้องและสามารถบอกวิธีการป้องกันการติดเชื้อในช่องปากและร่างกายได้ถูกต้อง

อย่างไรก็ตาม พยาบาลควรมีการติดตามผู้ป่วยว่ามารับการรักษาตามนัดหรือไม่ และประเมินน้ำหนักตัว ภาวะทุพโภชนาการ ความปวด การติดเชื้อในช่องปากและร่างกายเมื่อผู้ป่วยมารับการฉายรังสีตามแพทย์นัดต่อไป

5.2 กรณีศึกษารายที่ 2

5.2.1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วย	ชาย	อายุ	47 ปี
สถานภาพ	สมรส	เชื้อชาติ	ไทย
สัญชาติ	ไทย	ศาสนา	พุทธ
อาชีพ	รับราชการ	การศึกษา	ปริญญาตรี
รายได้	35,000 บาท/เดือน	สิทธิการรักษา	ข้าราชการ
วันที่รับไว้ในความดูแล		7 พฤษภาคม 2558	
ที่อยู่ปัจจุบัน		กระทุ่มแบน สมุทรสาคร	
ภูมิลำเนาเดิม		กระทุ่มแบน สมุทรสาคร	
แหล่งข้อมูล		ผู้รับบริการ/ญาติ และเวชระเบียน	
ความเชื่อถือของข้อมูล		ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือเนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ให้ประวัติตรงกับเวชระเบียนและตรงกับการตรวจร่างกาย	

5.2.2 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

อาการสำคัญ

มาฉายรังสีตามแผนการรักษาของแพทย์

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

8 เดือนก่อน มีอาการหูข้างซ้ายอื้อตลอดเวลาร่วมกับมีก้อนโตบริเวณลำคอข้างซ้าย จึงไปพบแพทย์ที่รพ.กระทุ่มแบน แพทย์ตรวจร่างกายพบ Nasopharnyngeal mass และ cervical lympnode at left neck ขนาด 5x6 เซนติเมตร แพทย์วินิจฉัยเพิ่มโดยการทำ Biopsy ผลเป็น Non-keratinized carcinoma ผล CT neck&chest (27/12/57) ผลพบ massive lesion ขนาด 5.3x2.1x4.2 เซนติเมตรที่ posterior nasopharynx, no lung metastasis จึงส่งตัวมารักษาต่อ ที่รพ.ศิริราช แพทย์ได้ Investigation เพื่อ Staging ดังนี้

- Bone scan (9/1/58) : No evidence bony metastasis
- U /S upper abdomen (12/1/58) : fatty liver without abnormal liver mass
- Review pathology (27/1/58) : Differentiated non-keratinized carcinoma

แพทย์วินิจฉัยเป็น CA.Nasopharynx stage IVB ($T_2N_3M_0$) แพทย์วางแผนการรักษาด้วย Induction chemotherapy แล้วต่อด้วย concurrent chemoradiotherapy โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. Induction chemotherapy
   - ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 27/01/58 - 4/02/58 ได้รับ Cisplatin+5FU
   - ครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 18/02/58 - 23/02/58 ได้รับ Cisplatin+5FU
2. Concurrent chemoradiatherapy
   - ฉายรังสีเทคนิค IMRT เริ่มเมื่อวันที่ 24/03/58 พลังงานรังสีทั้งหมด 70 Gy จำนวน 33 ครั้ง
   - เคมีบำบัดครั้งที่ 3 เมื่อวันที่ 24/03/58 - 29/03/58 ได้รับ Cisplatin+5FU
   - เคมีบำบัดครั้งที่ 4 เมื่อวันที่ 16/04/58 - 19/04/58 ได้รับ Cisplatin+5FU

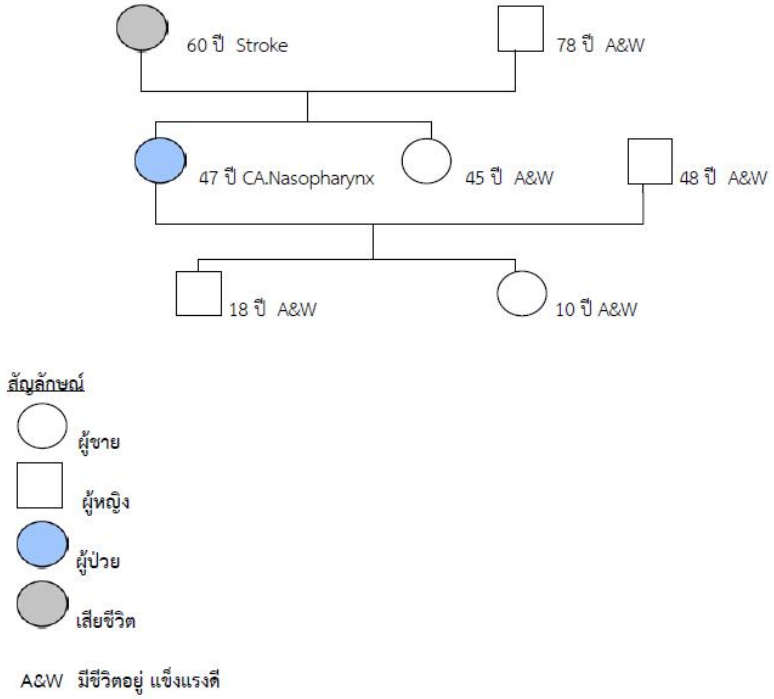
ครั้งนี้มารับการฉายรังสีครั้งที่ 26/33 และมีแผนให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 5 วันที่ 25/05/58

ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต

สุขภาพโดยทั่วไปแข็งแรงดีมาตลอด ไม่มีโรคประจำตัวใดๆ ไม่เคยเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง โรคไต โรคตับ โรคปอด เบาหวาน วัณโรค หอบหืด โรคเลือด โปลิโอ ข้ออักเสบ ไม่เคยเป็นโรคร้ายแรงอื่นใด ไม่เคยได้รับการผ่าตัดปฏิเสธโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปฏิเสธการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ยากันชัก ยารักษาโรคซึมเศร้า ยาลดความดัน ยากระตุ้นสมอง ยากดประสาท ยาคลายเครียด ยานอนหลับ ยาสมุนไพรและปฏิเสธการแพ้อาหารและยาใด มีประวัติการสูบบุหรี่มาประเมาณ 20 ปี ดื่มสุราบ้างเวลาออกงานสังสรรค์ ขณะนี้หยุดสูบบุหรี่มาประมาณ 6 เดือน

ประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัว

บิดาอายุ 60 ปี เสียชีวิตด้วยโรคเส้นเลือดในสมองแตก มารดาอายุ 78 ปี สุขภาพแข็งแรงดี ผู้ป่วยอายุ 47 ปี เป็นมะเร็งหลังโพรงจมูก มีน้องชาย 1 คนอายุ 45 ปี สุขภาพแข็งแรงดี ภรรยาอายุ 48 ปี สุขภาพแข็งแรงดี ผู้ป่วยมีบุตรทั้งหมด 2 คน คนที่ 1 เป็นบุตรชายอายุ 18 ปี สุขภาพแข็งแรงดี คนที่ 2 เป็นบุตรชายอายุ 10 ปี สุขภาพแข็งแรงดี (ดังแสดงในแผนภูมิที่ 5.2)



แผนภูมิที่ 5.2 ประวัติสุขภาพในครอบครัว (แผนผังเครือญาติ)

5.2.3 ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ศีรษะ คอ ใบหน้า

ศีรษะ

ผม	ผมซอยสั้น เส้นผมบาง สีดำปนขาวเล็กน้อย เรียงตัวเป็นระเบียบ
กระโหลกศีรษะ	รูปทรงปกติ สมมาตร คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ
หนังศีรษะ	สะอาดไม่มีรังแค ไม่มีรอยแผลเป็นหรือก้อนนูนผิดปกติ คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ

คอ

ความสมมาตร	ลำคออยู่ในแนว Mid line มีความสมมาตรดี
ก้อน,แผลเป็น	คลำพบ left Superficial LN ขนาด 5x6 เซนติเมตร และ left Deep cervical chain LN ขนาด 1x2 เซนติเมตร ผิวหนังบริเวณลำคอ มีแผลเปิด แฉะจากการฉายรังสี

ด้านซ้ายขนาด 6x3 เซนติเมตร ด้านขวาขนาด 5x2 เซนติเมตร ลักษณะของแผลมีเลือดซึม มี discharge สีเหลือง ไม่มีกลิ่น skin action (RTOG) =grade 3 Pain score (ปวดแผลที่คอ) = 7

ใบหน้า

ผิว	ผิวหนังบริเวณแก้มทั้งสองข้างคล้ำดำ แห้งเป็นขุยจากผลข้างเคียงจากการฉายรังสี ผิวหนังบริเวณที่ไม่ได้ฉายรังสีมีสีน้ำตาล ไม่มีแผล ไม่มีรอยโรค ไม่มีผื่นหรือแผลเป็น
ความสมมาตร	หน้าสองข้างสมมาตรกัน
การเคลื่อนไหว	ไม่มีการสั่นกระตุกของใบหน้า การแสดงออกของสีหน้าทำได้ตามปกติ
การบวม,ก้อนทูม	หน้าไม่บวม คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ ไม่มีก้อนนูน
ต่อมน้ำเหลืองบริเวณหน้าผากและโหนกแก้ม	กดไม่เจ็บ

หู

ลักษณะ	รูปร่างปกติ สมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง ไม่มีผื่น จ้ำเลือด แผลเป็น ไม่มีการอักเสบบวมแดง
ตำแหน่ง	อยู่ในแนว Eye occiput line
ก้อน,กดเจ็บ	คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ
ช่องหู	มีขี้หูแห้งๆเล็กน้อย ไม่ปวดหูไม่มีการอักเสบ บวมแดง ไม่มี Discharge ไม่เป็นหูน้ำหนวก ไม่มีก้อนในรูหู
เยื่อแก้วหู	สีเทา สะท้อนแสง ไม่มีรูทะลุ
Whispering test	หูข้างขวา สามารถทวนคำกระซิบที่ห่างจากหูประมาณ 2 ฟุตได้ถูกต้อง ส่วนหูข้างซ้ายไม่สามารถทวนคำกระซิบที่ห่างจากหูได้ประมาณ 1 ฟุตเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการหูอื้อ

ปากและภายในช่องปาก

ริมฝีปาก	สมมาตรทั้งซ้ายและขวา แห้ง ไม่มีแผล

กระพุ้งแก้ม	แห้ง แดง มีแผลลักษณะ Psuedomembrane บริเวณกระพุ้งแก้มด้านซ้ายขนาดประมาณ 1.5x1 เซนติเมตร ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ (RTOG) = 3 Pain score = 8
เหงือก	สีชมพู ไม่บวม ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ไม่มีหินปูนเกาะ
ฟัน	มีฟันผุทั้งหมด 3 ซี่ ทันตแพทย์ถอนฟันทั้งหมด 1 ซี่ (กรามบนขวา) แผลหายสนิทดี อุดฟัน 4 ซี่ (กรามบนซ้าย 2 ซี่ และกรามล่างขวา 2 ซี่)
ลิ้น	สีแดง ไม่มีแผล มองไม่เห็นปุ่มรับรส มีคราบขาวบนลิ้น ลิ้นแลบออกมาไม่เอียงไปข้างใดข้างหนึ่ง
ทอนซิล	แดง ไม่มีเลือดออก
เพดานปาก	บวม แดง เจ็บ ไม่มีแผล

ระบบต่อมน้ำเหลือง

ต่อมน้ำเหลือง(คอ)

Preauricular LN	ไม่ร้อน ไม่โต ไม่มีการอักเสบบวมแดง กดไม่เจ็บ
Post auricular LN	ไม่ร้อน ไม่โต ไม่มีการอักเสบบวมแดง กดไม่เจ็บ
Occipital LN	ไม่ร้อน ไม่โต ไม่มีการอักเสบบวมแดง กดไม่เจ็บ
Tonsillar LN	ไม่ร้อน ไม่โต ไม่มีการอักเสบบวมแดง กดไม่เจ็บ
Submaxillary LN	ไม่ร้อน ไม่โต ไม่มีการอักเสบบวมแดง กดไม่เจ็บ
Submental LN	ไม่ร้อน ไม่โต ไม่มีการอักเสบบวมแดง กดไม่เจ็บ
Deep cervicle chain	ข้างซ้ายโตขนาด 1x2 เซนติเมตร ไม่มีการอักเสบบวมแดง กดไม่เจ็บ
Posterior cervicle chain	ไม่ร้อน ไม่โต ไม่มีการอักเสบบวมแดง กดไม่เจ็บ
Superficial LN	ข้างซ้ายโตขนาด 5x6 เซนติเมตร ไม่มีอักเสบบวมแดง กดไม่เจ็บ
Supraclavicular LN	ไม่ร้อน ไม่โตไม่มีการอักเสบบวมแดง กดไม่เจ็บ

5.2.4 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจอื่นๆ

Complete blood count	6 พฤษภาคม 2558	Ref. Range
Hematocrit	32.1	37-52%
Hemoglobin	10.4	12-18g/dl.
Rbc count	3.54	4.2- 5.4 $x10^6$/ul.
MCV / MCH	90.7 / 29.4	80-99 fl / 27-31 pg
WBC / ANC	3.08 / 2.06	4-11/1.8 3 7.7 $x10^3$3 /ul
-Neutrophils	66.9	40-74%
-Lymphocyte	14.3	19-48%
-Monocyte	17.5	3.4-9.0%

Blood chemistry	6 พฤษภาคม 2558	Ref. Range
Creatinine	1.18	0.5-1.5 mg/dl
BUN	16.7	7-20 mg/dl
Sodium	139	135-145 mmol/L
Potassium	4.6	3.5-5.0 mmol/L
Chloride	99	98-107 mmol/L
Bicarbonate	26	22-29 mmol/L

ผลการตรวจ Bone scan (9/1/58)

No evidence bony metastasis

ผลการตรวจ U /S upper abdomen (12/1/58)

Fatty liver without abnormal liver mass

ผลการตรวจ Audiogram (23/01/58)

Pure tone audiometry: Right 23 dB Left 58 dB

Speech audiometry: Right 25 dB Left 55 dB

ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา (27/01/58)

Review pathology: Differentiated non-keratinized carcinoma

5.2.5 การวินิจฉัยและแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ

การวินิจฉัยโรค

มะเร็งหลังโพรงจมูก (Nasopharyngeal cancer) ระยะที่ 4B ($T_2N_3M_0$)

แผนการรักษา

Concurrent chemoradiation

- ฉายรังสีเทคนิค IMRT เริ่มเมื่อวันที่ 24/03/58 พลังงานรังสีทั้งหมด 70 Gy จำนวน 33 ครั้ง
- เคมีบำบัดครั้งที่ 3 เมื่อวันที่ 24/03/58 - 29/03/58 ได้รับ Cisplatin+5FU
- เคมีบำบัดครั้งที่ 4 เมื่อวันที่ 16/04/58 - 19/04/58 ได้รับ Cisplatin+5FU

ครั้งนี้มารับการฉายรังสีครั้งที่ 26/33 และมีแผนให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 5 วันที่ 25/05/58

5.2.6 สรุปภาวะสุขภาพก่อนรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล

ผู้ป่วยชายไทย ได้รับการวินิจฉัยเป็น CA Nasopharynx stage IVb ($T_3N_1M_0$) ตั้งแต่วันที่ 27 ธันวาคม 2557 ได้รับการรักษาโดยการการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด (IMRT+CMT) โดยให้ยาเคมีบำบัดเป็น Cisplatin+5FU แพทย์วางแผนพิจารณาให้ 5 ครั้ง ขณะนี้ได้ 4 ครั้ง ฉายรังสีได้ 26 ครั้งจากทั้งหมด 33 ครั้ง จากการซักประวัติและตรวจร่างกาย สภาพทั่วไป เป็นผู้ป่วยชายไทย รูปร่างสันทัด ผมซอยสั้น ผิวสีน้ำตาล แต่งกายเหมาะสม ใส่เสื้อคอกลม กางเกงขายาวสะอาดดี สีหน้าอ่อนเพลีย บริเวณคอทั้งสองข้างมีแผล skin reaction grade 3 (RTOG grading) ด้านซ้ายขนาด 6x3 เซนติเมตร ด้านขวาขนาด 5x2 เซนติเมตร ลักษณะของแผลมีเลือดซึม มี discharge สีเหลือง ไม่มีกลิ่น ไม่มีบวมแดง Pain score = 7 ผิวหนังบริเวณแก้มทั้งสองข้างคล้ำดำ แห้งเป็นขุย ไม่มีแผลหรือรอยถลอก skin reaction (RTOG) =grade 2 ผู้ป่วยริมฝีปากแห้ง ในช่องปากแห้ง แดง มีแผลลักษณะ Psuedomembrane บริเวณกระพุ้งแก้มด้านซ้ายขนาดประมาณ 1.5x1 เซนติเมตร ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ (RTOG) = 3 Pain score = 8 ลิ้นมีสีแดง ไม่มีแผล มองไม่เห็นปุ่มรับรส มีคราบขาวบนลิ้น ผู้ป่วยเจ็บในช่องปากและคอมากทำให้รับประทานอาหารได้ลดลง ขณะนี้น้ำหนักลดลง 10

กิโลกรัมใน 4 เดือน (ก่อนการรักษา 68 กิโลกรัม ขณะนี้ 58 กิโลกรัม) ขณะนี้รับประทานได้เฉพาะอาหารเหลวทางปากเท่านั้น รับประทานเป็นอาหารเสริมทางการแพทย์วันละ 4 มื้อมื้อละ 250 มิลลิลิตร มีจิบน้ำและน้ำผลไม้ระหว่างวันบ้าง จากการซักประวัติ ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับแผลที่คอและอาการเจ็บในช่องปาก กลัวว่าจะทำให้ฉายรังสีและให้ยาเคมีบำบัดต่อไม่ได้ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์และตรวจร่างกายเป็นอย่างดี ขณะนี้รับประทานยาดังนี้ [81]

1. Dicloxacillin 500mg 1x4 pc

ข้อบ่งใช้ ขจัดเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อ ได้แก่ ปวด บวม ติดเชื้อในหู ทางเดินปัสสาวะ กระดูกและผิวหนัง ใช้ได้เฉพาะโรคติดเชื้อที่เกิดจากเชื้อ Streptococcus

ผลข้างเคียง ทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ไตอักเสบ หลอดเลือดดำอักเสบ แพ้ลมพิษ มีไข้ เป็นต้น

การพยาบาล ให้รับประทานเมื่อกระเพาะอาหารว่าง คือ ก่อนอาหารประมาณ 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง

2. Clotrimazole troche 1x5 อมให้ละลายในปาก

ข้อบ่งใช้ รักษาการติดเชื้อราในช่องปาก

ผลข้างเคียง แสบและคันในช่องปาก

การพยาบาล 1.ให้ผู้ป่วยอมยาไว้ในปาก 15-30 นาที
2.เก็บยาไว้ในอุณหภูมิห้อง อย่าเก็บในช่องแช่แข็ง
3.ประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเกร็ง อาการรู้สึกไม่สบายในปาก

3. Tramol 50mg 1x3 pc

ข้อบ่งใช้ ระงับปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง

ผลข้างเคียง อาจเกิดอาการง่วงซึม เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน

การพยาบาล 1.ติดตามผลข้างเคียง เช่น มึนงง ง่วงนอน การมองเห็นไม่ชัด (หลีกเลี่ยงการขับรถ) คลื่นไส้ (รับประทานยาพร้อมอาหาร รับประทานอาหารทีละน้อย บ่อยครั้ง)
2.รายงานให้แพทย์ทราบหากผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ มึนงง

4. Xylocain viscous อมกลั้วช่องปากและคอก่อนอาหาร 15 นาที

ข้อบ่งใช้ ลดความเจ็บปวด ไม่สุขสบายจากการระคายเคืองหรือการอักเสบของเยื่อบุช่องปากและลำคอ ลดความเจ็บปวดขณะใส่อุปกรณ์ หรือ สายยางต่างๆในช่องทางเดินหายใจ ทางเดินอาหาร

ผลข้างเคียง มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้มีอาการซึมเซา ตาพร่า เวียนศีรษะ การหายใจลำบาก หากได้รับมากๆ จะเกิดอาการชัก ความดันโลหิตต่ำ

การพยาบาล สังเกตอาการทางระบบประสาท ได้แก่ อาการมึนงง สับสน การมองเห็นภาพผิดปกติ

สัญญาณชีพเมื่อแรกรับ

อุณหภูมิกาย (T)	=	36.7 °c
ชีพจร (P)	=	68/ min
อัตราการหายใจ (R)	=	18/ min
ความดันโลหิต (BP)	=	123/90 mmHg
ระดับความเจ็บแผลที่คอ	=	7
ระดับความเจ็บในช่องปาก	=	8
น้ำหนัก	=	58 Kg
ส่วนสูง	=	168 cm
BMI	=	20.5 Kg/m^2

จากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการและตรวจพิเศษอื่นๆ พบปัญหาทางพยาบาลดังนี้

1. ผู้ป่วยมีแผลที่ลำคอและมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลจากการฉายรังสี
2. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่องปากเนื่องจากมีภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ
3. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อร่างกาย
4. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสี

5. ผู้ป่วยขาดความรู้/ทักษะการดูแลตนเองภายหลังฉายรังสีครบตามแผนการรักษา

5.2.7 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลบริเวณลำคอจากการฉายรังสี

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

1. ผู้ป่วยบอกว่า “แผลที่คอใหญ่มาก มีเลือดซึมๆ เจ็บ ตึงที่แผลถ้าเอี้ยวคอ”
2. ผู้ป่วยบ่นปวดแผล Pain score = 7

Objective data

1. ผู้ป่วยมีแผลเปิดที่ลำคอทั้งสองข้าง ด้านซ้ายขนาด 6x3 เซนติเมตร ด้านขวาขนาด 5x2 เซนติเมตร แผลมีเลือดซึม มี discharge สีเหลือง Skin reaction grade 3 (RTOG)
2. ผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการ ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง

เป้าหมายการพยาบาล

1. แผลฟื้นหายดีขึ้น

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการทำแผลและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่แผลและร่างกายได้ถูกต้อง
2. Skin reaction ≤ grade 2 (RTOG)
3. แผลไม่มีลักษณะของการติดเชื้อ
4. ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายน้อยกว่า 37.5 องศาเซลเซียส
5. Pain score ≤ 3

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังของผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน RTOG พร้อมทั้งซักประวัติเกี่ยวกับการดูแลผิวหนังและปัจจัยส่งเสริมต่างๆเพื่อหาสาเหตุการเกิดแผลในบริเวณที่ฉายรังสี
2. ประเมินระดับความเจ็บปวดแผลที่คอเพื่อวางแผนการให้คำแนะนำ

3. ประเมินความรู้/ทักษะผู้ป่วยเกี่ยวกับการทำแผลและดูแลผิวหนังที่ถูกต้องในระหว่างการฉายรังสีเพื่อวางแผนให้คำแนะนำ
4. ประสานงานและส่งต่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษากับแพทย์เจ้าของไข้เพื่อพิจารณาการรักษาหรือหยุดพักการฉายรังสี
5. ทำแผลวันละ 1 ครั้งพร้อมทั้งสาธิตอธิบายวิธีการทำแผลที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว ดังนี้
    - ล้างมือให้สะอาดและซับให้แห้งด้วยกระดาษเช็ดมือหรือผ้าสะอาดแล้วสวมถุงมือชนิด disposable ก่อนทำแผลทุกครั้ง
    - ทำความสะอาดแผลโดยใช้สำลีปราศจากเชื้อชุบ 0.9% normal saline solution เช็ดที่แผลอย่างเบามือจนแผลสะอาด พร้อมทั้งสังเกตุลักษณะของแผลและการติดเชื้อ หลีกเลี่ยงการใช้แอลกอฮอล์ทำความสะอาดแผลเนื่องจากอาจทำให้เกิดการระคายเคืองต่อแผลได้
    - ทา Silver zinc sulfa diazine ที่แผลให้ทั่วตามคำสั่งการรักษาของแพทย์แล้วปิดด้วยผ้าก๊อซปราศจากเชื้อ
    - ใช้ Conform พันรอบลำคอให้กระชับ ไม่แน่นเกินไปแล้วติด Transpore tape บน conform หลีกเลี่ยงการติดพลาสเตอร์บนบริเวณที่ฉายรังสีเพื่อป้องกันการลอกหลุดของผิวหนังซึ่งส่งผลต่อการฟื้นหายของแผล
    - ดูแลแผลให้แห้ง ไม่อับชื้น ระวังไม่ให้แผลโดนน้ำ
6. ทบทวนการดูแลผิวหนังที่ถูกต้องระหว่างการฉายรังสีแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว ดังนี้
    - สวมเสื้อผ้าหลวม คอกว้างและอ่อนนุ่ม หลีกเลี่ยงการสวมเสื้อที่มีปกแข็ง
    - หลีกเลี่ยงการแกะ/เกาในบริเวณที่ฉายรังสี หากคันให้ลูบเบาๆและตัดเล็บให้สั้นตะไบเล็บให้ไม่มีความคมเพื่อป้องกันการบาดเจ็บที่ผิวหนัง
    - หลีกเลี่ยงการสวมเครื่องประดับต่างๆในบริเวณที่ฉายรังสี เช่น สวมสร้อยคอที่พาดผ่านบริเวณที่ฉายรังสีหรือสะพายกระเป๋าคล้องคอเนื่องจากอาจเกิดการเสียดสีและทำให้เกิดแผลได้
    - หลีกเลี่ยงการประคบร้อนหรือเย็นในบริเวณที่ฉายรังสีเนื่องจากอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ผิวหนัง

- หลีกเลี่ยงการทาแป้งทุกชนิดในบริเวณที่ฉายรังสี เช่น แป้งเด็ก แป้งเย็น แป้งข้าวโพด
- หลีกเลี่ยงการใช้เครื่องสำอางในบริเวณที่ฉายรังสี เช่น ผลิตภัณฑ์สำหรับแต่งหน้า, น้ำหอม, โลชั่นหลังโกนหนวด (aftershave) เนื่องจากอาจทำให้เกิดการระคายเคืองแก่ผิวหนังได้
- หลีกเลี่ยงการโกนหนวดเคราด้วยที่โกนหนวดชนิดใบมีด แนะนำให้ใช้กรรไกรเล็มหรือเครื่องโกนหนวดไฟฟ้าแทน
- หลีกเลี่ยงการโดนแสงแดดจัดในบริเวณที่ฉายรังสี แนะนำให้กางร่มหรือสวมหมวก
- หลีกเลี่ยงการว่ายน้ำในสระว่ายน้ำ แม่น้ำ คลองเนื่องจากสารคลอรีนจากสระว่ายน้ำอาจทำให้เกิดการระคายเคืองต่อผิวหนังและเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากน้ำที่ไม่สะอาดในแม่น้ำ คลอง

7. เน้นย้ำให้ผู้ป่วยรับประทานยาปฏิชีวนะ Dicloxacillin (500mg) 1 เม็ดหลังอาหาร เช้า กลางวัน เย็นและก่อนนอนให้ครบตามคำสั่งการรักษาของแพทย์โดยไม่ขาดยาหรือหยุดยาเอง เมื่อยาหมดแล้ว ห้ามซื้อยามารับประทานต่อ
8. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทาน Tramal (50mg) 1 เม็ดทุก 8 ชั่วโมงตามคำสั่งการรักษาของแพทย์เพื่อบรรเทาอาการเจ็บแผล หากไม่ทุเลาแนะนำให้มาปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณายาบรรเทาปวดที่เหมาะสม
9. หลีกเลี่ยงการหันหรือเอี้ยวคอที่มากเกินไปเนื่องจากอาจทำให้แผลตึง ดึงรั้งส่งผลให้เจ็บแผลและเกิดการฉีกขาดของผิวหนังบริเวณที่เป็นแผลมากขึ้นได้
10. แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างน้อย 2 ลิตร/วัน และรับประทานอาหารให้ครบถ้วนทั้ง 5 หมู่และเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ ไข่ นมเพื่อส่งเสริมและฟื้นฟูความแข็งแรงของผิวหนัง ในผู้ป่วยรายนี้แนะนำให้รับประทานโจ๊กปั่น ไอศครีม อาหารเสริมทางการแพทย์
11. แนะนำให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดของร่างกายและล้างมือบ่อยๆ เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่แผล
12. แนะนำให้ผู้ป่วยรักษาความสะอาดเสื้อผ้าที่สวมใส่ ทำความสะอาดเครื่องนอนและเปลี่ยนผ้าปูที่นอนบ่อยๆ เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากเสื้อผ้าและเครื่องนอนที่ไม่สะอาด

13.แนะนำให้ผู้ป่วยประเมินผิวหนังตนเองทุกวัน หากแผลแฉะมากขึ้น มีลักษณะของการติดเชื้อ เจ็บแผลมาก มีไข้ หนาวสั่น ให้แจ้งพยาบาลหรือแพทย์เจ้าของไข้เพื่อรับการรักษาต่อไป

14.แนะนำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์เจ้าของไข้ตามวันที่แพทย์นัดเพื่อรับการประเมินแผลและการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง

15.หากผู้ป่วยมีคำถามหรือข้อสงสัย แนะนำให้โทรศัพท์ติดต่อที่หน่วยสอนสุขศึกษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็ง เบอร์โทร 02-4197816 ในวันและเวลาราชการ

16.ประเมินความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับคำแนะนำที่ให้ไปพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ครอบครัวซักถามเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเมื่อกลับบ้าน

17.พยาบาลติดตามประเมินผิวหนังของผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์ด้วยแบบประเมิน RTOG และลักษณะอาการต่างๆที่อาจเกิดขึ้นดังนี้

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

ประเมินผลการพยาบาล

ภายหลังทำความสะอาดแผล ผู้ป่วยยังรู้สึกเจ็บตึงแผลอยู่ Pain score = 7 ได้ทำการทบทวนเน้นย้ำเรื่องการทำแผล ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกวิธีการทำแผลได้ถูกต้อง วางแผนติดตามแผลต่อเนื่องจากแพทย์เจ้าของไข้พิจารณาให้ผู้ป่วยหยุดพักการฉายรังสี 1 สัปดาห์เนื่องจากมี Skin reaction grade 3 นัดประเมินผิวหนังครั้งต่อไปวันที่ 14 พฤษภาคม 2558

การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ 1 (14 พฤษภาคม 2558)

ผู้ป่วยมีสีหน้าอ่อนเพลียเล็กน้อย แผลที่คอทั้งสองข้างหายสนิท ไม่มีลักษณะของการติดเชื้อ Skin reaction (RTOG) = grade 2, Pain score = 0 แพทย์อนุญาตให้เริ่มฉายรังสีต่อได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่องปากเนื่องจากมีภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

1. ผู้ป่วยบอกว่า “กระพุ้งแก้มด้านซ้ายมีแผล กินข้าวต้มยังเจ็บมาก”
2. ผู้ป่วยไม่ทราบวิธีการดูแลช่องปากและการจัดการภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ

Objective data

1. ผู้ป่วยมีแผลลักษณะ Psuedomembrane บริเวณกระพุ้งแก้มด้านซ้ายขนาดประมาณ 1.5x1 เซนติเมตร
2. ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ grade 3 (RTOG)
3. ผู้ป่วยลิ้นเป็นฝ้าขาว
4. Pain score = 8
5. ผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณช่องปากและคอครั้งที่ 26/33 ครั้ง และมีประวัติได้รับยาเคมีบำบัดเป็น cisplatin+5FU ซึ่งจะทำให้ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบรุนแรงขึ้น
6. ผู้ป่วยความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรง (ประเมินด้วยแบบประเมิน MUST [53])

เป้าหมายการพยาบาล

1. ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อในช่องปากและแผลในปากดีขึ้น

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงวิธีการดูแลช่องปากและการจัดการกับภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ ได้อย่างถูกต้อง
2. ขนาดของแผลที่บริเวณกระพุ้งแก้มลดลง
3. ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ $\leq$ grade 2 (RTOG)
4. Pain score $\leq$ 3

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบของผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน RTOG พร้อมทั้งซักประวัติอาการกลืนลำบาก น้ำลายแห้ง การรับรู้รสชาติที่เปลี่ยนแปลงและปัจจัยเสี่ยงต่างๆต่อการ

เกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบที่รุนแรง (รายละเอียดในบทที่ 3 หัวข้อปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ)

2. ประเมินความเจ็บปวดในช่องปากโดยใช้แบบประเมินความเจ็บปวดแบบ Numerical rating scale และตรวจดูสภาพเยื่อบุในช่องปากของผู้ป่วยเพื่อวางแผนการให้คำแนะนำและการปรับเปลี่ยนลักษณะอาหารที่เหมาะสมกับสภาพช่องปากของผู้ป่วย
3. ประเมินความรู้ผู้ป่วย/ครอบครัวเกี่ยวกับวิธีการดูแลช่องปากและการจัดการกับภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบเพื่อวางแผนให้คำแนะนำ
4. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลช่องปากและการจัดการกับภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบตามแนวทางการดูแลช่องปากในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี หน่วยสอนสุขศึกษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็ง (รายละเอียดในบทที่ 4 หัวข้อการพยาบาลขณะฉายรังสี) ดังนี้

4.1 การรักษาความสะอาดในช่องปากและเพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปาก

- แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอนอย่างเบามือด้วยแปรงสีฟันขนอ่อนนุ่ม ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์และรสอ่อน ไม่เผ็ดซ่า หากเจ็บในช่องปากมากให้ใช้ผ้าก๊อซหรือสำลีพันปลายไม้ชุบด้วยน้ำเกลือทำความสะอาดแทน
- บ้วนปากด้วยน้ำเกลือสำหรับบ้วนปากด้วยวิธี Ballooning & sucking (รายละเอียดในบทที่ 2 หัวข้อการบ้วนปาก) ทุก 2 ชั่วโมง ยกเว้นตอนนอน
- แนะนำให้ดื่มน้ำอย่างเพียงพออย่างน้อย 2 ลิตร/วัน โดยการจิบบ่อยๆ ในกรณีที่ไม่มีข้อห้าม
- ทาวาสลีนบริเวณริมฝีปากเพื่อป้องกันริมฝีปากแห้งแตกเป็นแผล

4.2 การป้องกันการอักเสบและจัดการการติดเชื้อในช่องปาก

- แนะนำให้ผู้ป่วยอม Clotrimazole troche ครั้งละ 1 เม็ดวันละ 5 ครั้งตามคำสั่งการรักษาของแพทย์
- แนะนำให้ผู้ป่วยประเมินช่องปากด้วยตนเองทุกวัน หากพบลักษณะของการติดเชื้อ เลือดออกจากแผลในช่องปาก ให้แจ้งพยาบาลหรือแพทย์เจ้าของไข้เพื่อพิจารณาการรักษาต่อ
- แนะนำให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดของร่างกายและล้างมือบ่อยๆ เพื่อป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่แผลในช่องปากและร่างกาย

4.3 การจัดการความเจ็บปวดในช่องปาก

- แนะนำให้กลั้ว Xylocain viscous ในช่องปากและคอตามแผนการรักษาของแพทย์ก่อนรับประทานอาหาร 15 นาทีเพื่อลดความเจ็บปวดขณะกลืนอาหาร
- แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทาน Tramal (50mg) 1 เม็ดทุก 8 ชั่วโมงตามคำสั่งการรักษาของแพทย์เพื่อบรรเทาอาการเจ็บในช่องปากและคอ หากไม่ทุเลาแนะนำให้มาปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณายาบรรเทาปวดที่เหมาะสม
- แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนหรืออาหารเหลว เช่น น้ำซุปข้น นมสด น้ำเต้าหู้ อาหารปั่นหรืออาหารเสริมทางการแพทย์เพื่อให้ง่ายต่อการกลืนและลดการบาดเจ็บของเยื่อบุในช่องปากและคอ
- หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ทำให้เกิดการระคายเคือง ได้แก่ อาหารรสเผ็ดจัด เปรี้ยวจัด ร้อนจัด เย็นจัด
- หลีกเลี่ยงการใช้ไหมขัดฟันเนื่องจากอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อเหงือกได้

4.4 การส่งเสริมการฟื้นตัวของเยื่อบุช่องปาก

- แนะนำการรับประทานอาหารที่เพียงพอและเหมาะสมเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการโดยรับประทานอาหารให้ครบและเพียงพอทั้ง 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนและพลังงานสูง โดยรับประทานน้อยๆแต่แบ่งมื้ออาหารให้บ่อยมากขึ้นเป็น 5-6 มื้อ/วัน เช่น โจ๊กปั่น, ไอศครีม
- พยาบาลประเมินภาวะโภชนาการหรือการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวของผู้ป่วยอย่างน้อยสัปดาห์ละ1ครั้ง หากผู้ป่วยรับประทานอาหารและน้ำได้ไม่เพียงพอหรือการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวที่รุนแรง ควรปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้เพื่อได้รับการพิจารณาการให้สารอาหารทางอื่น เช่น NG tube เพื่อให้ได้รับสารอาหารที่เพียงพอ

5. แนะนำให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ชอบ เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง อ่านหนังสือหรืองานอดิเรกต่างๆที่ชอบเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวด
6. ให้กำลังใจผู้ป่วยและกระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมกำลังใจ เข้าใจผู้ป่วยและสนับสนุนการดูแลตนเองที่ถูกต้องเมื่อต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน
7. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวซักถามข้อสงสัยนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเมื่อกลับบ้าน

8. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย/ครอบครัวโดยการซักถามด้วยคำถามปลายเปิด
9. พยาบาลควรติดตามประเมินภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบด้วยแบบประเมิน RTOG และอาการเจ็บในช่องปากของผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการดูแลช่องปากและการจัดการกับภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบได้ถูกต้อง

การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ 1 (14 พฤษภาคม 2558)

ผู้ป่วยมีสีหน้าอ่อนเพลียเล็กน้อย ช่องปากสะอาด ไม่มีคราบ เยื่อบุช่องปากแดง แผลในปากไม่มีลักษณะของการติดเชื้อ ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ (RTOG) = grade 2, Pain score = 5

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

1. ผู้ป่วยบอกเจ็บช่องปากและคอมาก ทานได้เฉพาะอาหารเหลว
2. ผู้ป่วยบอกลิ้นไม่รับรู้รสชาติ ทานอาหารได้ลดลง
3. ผู้ป่วยบอกน้ำหนักลดลง รู้สึกอ่อนเพลีย น้ำหนักลด 10 กิโลกรัมภายใน 4 เดือน

Objective data

1. เยื่อบุช่องปากและคอแดง มีแผลในช่องปากทำให้กลืนลำบาก
2. ลิ้นแดงเลี่ยน มีฝ้าขาว ไม่มีปุ่มรับรส
3. ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรง (ประเมินด้วยแบบประเมิน MUST [53] รายละเอียดในบทที่ 3 หัวข้อการประเมินภาวะโภชนาการ) ได้คะแนนเท่ากับ 4 หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรง
4. ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวภายใน 4 เดือน ระดับรุนแรง (ประเมินด้วยร้อยละของน้ำหนักตัวที่เปลี่ยนแปลง [54] รายละเอียดในบทที่ 3 หัวข้อการประเมินภาวะโภชนาการ) ได้เท่ากับ 14.7 หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการระดับรุนแรง

5. จากการคำนวณผู้ป่วยมีความต้องการพลังงานและสารอาหารที่ร่างกายควรได้รับในภาวะเจ็บป่วย 2,340 กิโลแคลอรี่/วัน (ประเมินด้วยสูตรคำนวณความต้องการพลังงานและสารอาหารที่ร่างกายควรได้รับในภาวะเจ็บป่วย [66] รายละเอียดในบทที่ 3 หัวข้อการประเมินภาวะโภชนาการ) แต่ผู้ป่วยได้รับพลังงานจากอาหารที่รับประทานเข้าไป 1,500 กิโลแคลอรี่/วัน ซึ่งไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

เป้าหมายการพยาบาล

1. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะทุพโภชนาการ

เกณฑ์การประเมิน

1. น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นหรือไม่ลดลงไปจากเดิม
2. ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากได้มากขึ้นและได้รับพลังงานไม่น้อยกว่า 2,341 กิโลแคลอรี่/วัน
3. ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบดีขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินปัจจัยความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการโดยการซักประวัติ ได้แก่ สภาพช่องปาก อาการกลืนลำบาก อาการเจ็บในช่องปาก ภาวะเบื่ออาหาร ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมะเร็งเพื่อวางแผนให้คำแนะนำด้านโภชนาการที่เพียงพอและเหมาะสม
2. ซักประวัติชนิด ปริมาณ อาหารที่งดเว้นและประเมินความสามารถการรับประทานอาหารในแต่ละวันของผู้ป่วยเพื่อวางแผนให้คำแนะนำด้านโภชนาการ
3. ประเมินการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวจากร้อยละของน้ำหนักตัวที่เปลี่ยนแปลง (Percentage weight loss) [65] เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการ (รายละเอียดในบทที่ 3 หัวข้อการประเมินภาวะโภชนาการ) ดังนี้

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

$$= \frac{(68 - 58) \times 100}{68}$$

= 14.7 หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการระดับรุนแรง

4. คำนวณความต้องการพลังงานและสารอาหารที่ร่างกายควรได้รับในภาวะเจ็บป่วย [55] เพื่อวางแผนการให้คำแนะนำด้านโภชนาการอย่างเหมาะสม (รายละเอียดในบทที่ 3 หัวข้อการประเมินภาวะโภชนาการ) ดังนี้

   1. คำนวณความต้องการพลังงานทั้งหมด = พลังงานขณะพัก X กิจกรรมที่ทำ X ปัจจัยภาวะเจ็บป่วย

   2. คำนวณพลังงานขณะพัก คำนวณจากสูตร Harris and Benedict formular

      ชาย = 66.47 + (13.75 x น้ำหนักกก.) + (5.0 x ส่วนสูงซม.) – (6.78 x อายุปี)

      = 66.47 + (13.75 x 58) + (5.0 x 168) – (6.78 x 47)

      พลังงานขณะพัก = 1,385.3

      กิจกรรมที่ทำ ผู้ป่วยลุกจากเตียงได้ = 1.3

      ปัจจัยภาวะเจ็บป่วย โรคมะเร็ง = 1.3

      ความต้องการพลังงานทั้งหมด = 1,385 x 1.3 x 1.3

      = 2,340 กิโลแคลอรี่/วัน

5. ให้คำแนะนำด้านโภชนาการแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวดังนี้

   - ผู้ป่วยควรได้รับอาหารเสริมทางการแพทย์ (Ensure) โดยแบ่งให้ 6 มื้อ (8, 10, 12, 14, 16 และ 18น.) มื้อละ 250 มิลลิลิตร ซึ่งจะได้รับพลังงานเท่ากับ 375 กิโลแคลอรี่/มื้อ หรือเท่ากับ 2,250 กิโลแคลอรี่/วัน (วิธีผสม Ensure 10 ช้อนผสมในน้ำอุ่นหรือน้ำอุณหภูมิห้อง 200 มิลลิลิตร จะได้อาหารเสริมทางการแพทย์ (Ensure) เท่ากับ 250 มิลลิลิตร)
   - อาหารเสริมทางการแพทย์สามารถเก็บนานได้ไม่เกิน 2 ชั่วโมงในอุณหภูมิห้องและไม่เกิน 12 ชั่วโมงในตู้เย็น
   - เสริมนมสด 250 มิลลิลิตรในเวลา 20 น. ซึ่งจะได้รับพลังงานเท่ากับ 180 กิโลแคลอรี่/มื้อเพื่อให้ได้พลังงานเพิ่มขึ้นเป็น 2,430 กิโลแคลอรี่/วัน
   - ผู้ป่วยควรได้รับอาหารเสริมอื่นๆที่มีประโยชน์โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนและพลังงานสูง ได้แก่ น้ำเต้าหู้ ไอศครีม ซุปต่างๆ ระหว่างมื้อเพื่อส่งเสริมโภชนาการ
   - แนะนำให้จิบน้ำทางปากครั้งละน้อยๆแต่บ่อยๆ เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะขาดน้ำ

- ควรล้างมือให้สะอาดก่อนเตรียมอาหารเสริมทางการแพทย์และทำความสะอาดภาชนะใส่อาหารเหลวให้สะอาดทุกครั้ง

6. แนะนำดูแลความสะอาดปากและฟัน โดยบ้วนปากก่อนและหลังการรับประทานอาหารเพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร
7. แนะนำให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้งพร้อมทั้งจดบันทึกไว้เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวของตนเอง (จากการสอบถามผู้ป่วยมีเครื่องชั่งน้ำหนักที่บ้าน)
8. หากผู้ป่วยยังมีน้ำหนักลดลงอย่างต่อเนื่องมากกว่าร้อยละ 2 ของน้ำหนักตัวใน 1 สัปดาห์ [65] ซึ่งหมายถึงมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการระดับรุนแรง พยาบาลควรประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้หรือนักโภชนาการเพื่อรับการรักษาหรือรับคำปรึกษาต่อไป
9. แนะนำครอบครัวพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น
10. ทบทวนประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยโดยการซักถามและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ครอบครัวเสนอข้อคิดเห็นหรือสอบถามเพิ่มเติม
11. หากผู้ป่วยมีน้ำหนักลดลงอย่างต่อเนื่องหรือมีคำถาม/ข้อสงสัยเมื่อกลับไปอยู่ไปอยู่ที่บ้าน แนะนำให้โทรศัพท์ติดต่อที่หน่วยสอนสุขศึกษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็ง ในวันและเวลาราชการ

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญของการได้รับสารอาหารที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายขณะเจ็บป่วยและสามารถบอกวิธีการเพิ่มสารอาหารให้แก่ร่างกายด้วยอาหารที่มีคุณค่าสูง

การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ 1 (14 พฤษภาคม 2558)

ผู้ป่วยมีสีหน้าอ่อนเพลียเล็กน้อย รับประทานอาหารเสริมได้ตามที่ตั้งเป้าหมายร่วมกันกับพยาบาล น้ำหนักคงที่ 58 กิโลกรัม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วย/ครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสี

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

1. ผู้ป่วยบอกว่า “เป็นแผลใหญ่ จะฉายรังสีต่อได้ไหม ปากก็เจ็บ กินก็ทรมาน จะเป็นหนักขึ้นหรือเปล่าก็ไม่รู้”

Objective data

1. ผู้ป่วย/ครอบครัวมีสีหน้าวิตกกังวล

เป้าหมายการพยาบาล

1. ผู้ป่วย/ครอบครัวคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วย/ครอบครัวมีสีหน้าคลายความวิตกกังวลและบอกกังวลลดลง
2. ผู้ป่วย/ครอบครัวเข้าใจในการรักษา ภาวะแทรกซ้อนของการฉายรังสีและสามารถบอกวิธีการดูแลตนเองระหว่างการฉายรังสีได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัวด้วยถ้อยคำที่สุภาพ
2. ประเมินระดับความวิตกกังวลและสังเกตอาการแสดงของผู้ป่วยและใช้แบบประเมิน Visual analog scale พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก รับฟังพร้อมทั้งพูดคุย ให้กำลังใจ
3. ประเมินความรู้ผู้ป่วย/ครอบครัวเกี่ยวกับการรักษาด้วยการฉายรังสี ภาวะแทรกซ้อนและแนวทางการดูแลตนเองระหว่างฉายรังสีเพื่อวางแผนการให้คำแนะนำ
4. อธิบายข้อมูลเกี่ยวกับการฉายรังสี ภาวะแทรกซ้อนและอาการแสดงที่เกิดขึ้นจากการฉายรังสีเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงอาการ
5. ทบทวนการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องระหว่างรับการรักษาด้วยการฉายรังสี ดังนี้
    - การดูแลแผลและผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี
    - การดูแลช่องปากและการจัดการภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ
    - การรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเพียงพอ
    - การพักผ่อน การออกกำลังกาย

- การขอรับการตรวจหากเกิดภาวะฉุกเฉิน เช่น อ่อนเพลียมาก เป็นลมหมดสติ เป็นต้น โดยให้รีบเข้าโรงพยาบาลใกล้บ้านให้เร็วที่สุดเพื่อรักษาตามอาการหรือหากมาโรงพยาบาลศิริราชให้ติดต่อขอตรวจที่ห้องแพทย์เวร ตึกผู้ป่วยนอกชั้น 1

6. แนะนำให้ผู้ป่วยเบี่ยงเบนความสนใจจากความวิตกกังวลจากการรักษาและภาวะแทรกซ้อนด้วยการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์หรืองานอดิเรกที่ผู้ป่วยชื่นชอบ เช่น การอ่านหนังสือ ฟังเพลงหรือดูละคร เป็นต้น
7. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพูดคุยกับกลุ่มผู้ป่วยเดียวกันที่สามารถปรับตัวต่อโรค การรักษาและพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจที่ดีและเรียนรู้วิธีการปรับตัวและการแก้ไขปัญหาต่างๆ
8. ส่งเสริมให้ครอบครัวให้การดูแล ให้กำลังใจและรับฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล
9. ให้กำลังใจและชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามคำแนะนำระหว่างการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วย/ครอบครัวมีกำลังใจในการดูแลตนเอง
10. หากผู้ป่วยมีข้อสงสัย แนะนำให้โทรศัพท์ติดต่อที่หน่วยสอนสุขศึกษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็ง เบอร์โทร 02-4197816 ในวันและเวลาราชการ
11. ประเมินความวิตกกังวลและความเข้าใจเกี่ยวกับคำแนะนำที่ให้ไปพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ครอบครัวซักถามเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเมื่อกลับบ้าน
12. ติดตามประเมินความวิตกกังวลและสภาพจิตใจของผู้ป่วยเป็นระยะ หากไม่ดีขึ้น ควรประสานงานกับแพทย์
13. หากผู้ป่วยไม่มาฉายรังสีตามแผนการรักษาเกิน 3 วัน พยาบาลโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยเพื่อสอบถามอาการ สาเหตุหรือปัญหาที่ไม่มาฉายรังสีเพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล บอกกังวลลดลงและเข้าใจถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการฉายรังสี ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการดูแลตนเองระหว่างการฉายรังสีได้ถูกต้อง

การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ 1 (14 พฤษภาคม 2558)

ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น บอกวิตกกังวลลดลงมากเนื่องจากแผลที่คอหายดี แผลในช่องปากดีขึ้น อาการปวดลดลงและเหลือฉายรังสีอีกแค่ 1 สัปดาห์ก็จะฉายครบตามแผนการรักษาของแพทย์ ทำให้มีกำลังใจมากขึ้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยขาดความรู้/ทักษะการดูแลตนเองภายหลังฉายรังสีครบตามแผนการรักษาและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะยาวในช่องปากจากการฉายรังสี

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

1. ผู้ป่วยบอกไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัวและการดูแลช่องปากหลังฉายรังสีครบ
2. ผู้ป่วยบอกไม่ทราบว่าหลังฉายรังสีครบจะมีภาวะแทรกซ้อนระยะยาวเกิดขึ้นหากไม่ป้องกัน

Objective data

1. ผู้ป่วยฉายรังสีครั้งที่ 26/33 จะครบการฉายรังสีตามแผนการรักษาวันที่ 19 พฤษภาคม 2558

เป้าหมายการพยาบาล

1. ผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนระยะยาวจากการฉายรังสีและการปฏิบัติตัวโดยทั่วไปและการดูแลช่องปากที่ถูกต้องหลังฉายรังสีครบ

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถบอกถึงผลข้างเคียงระยะยาวจากการฉายรังสีและการปฏิบัติตัวโดยทั่วไปและการดูแลช่องปากที่ถูกต้องหลังฉายรังสีครบ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้ผู้ป่วย/ครอบครัวเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวโดยทั่วไป การดูแลช่องปากภายหลังฉายรังสีครบและผลข้างเคียงระยะยาวจากการฉายรังสีเพื่อวางแผนการให้คำแนะนำ
2. ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวโดยทั่วไป การดูแลช่องปากภายหลังฉายรังสีครบและผลข้างเคียงระยะยาวจากการฉายรังสี ดังนี้
    2.1 การปฏิบัติตัวโดยทั่วไปหลังฉายรังสีครบ
        - ดูแลผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีเช่นเดียวกับขณะฉายรังสีต่อไปอีก 4-6 สัปดาห์

- รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบทั้ง 5 หมู่และเพียงพอกับความต้องการของร่างกายเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวของร่างกาย
- ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อย 6-8 แก้วต่อวัน
- นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงต่อวัน
- ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายได้เบาๆ ไม่หักโหมเกินไปเพื่อให้ร่างกายสดชื่น ลดความอ่อนล้า
- หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่
- ทำจิตใจให้สบาย ผ่อนคลายความเครียดโดยการทำกิจกรรมต่างๆที่ชอบ เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลงหรือดูโทรทัศน์
- มาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้งเพื่อติดตามผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อน
- หากมีอาการผิดปกติ เช่น มีไข้สูง หนาวสั่น หายใจไม่สะดวก เหนื่อยหอบหรือมีเนื้องอกเกิดขึ้นในตำแหน่งเดิมหรือตำแหน่งใหม่ ให้ติดต่อของแพทย์ก่อนนัดที่หน่วยตรวจรังสีรักษา ตึก 72ปีชั้น 1 วันจันทร์-ศุกร์ หากเป็นวันหยุดราชการติดต่อพบแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้านหรือห้องแพทย์เวร ตึกผู้ป่วยนอกชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช

2.2 การดูแลช่องปากภายหลังฉายรังสีครบ ดังนี้

- แนะนำผู้ป่วยให้ดูแลช่องปากเช่นเดียวกับขณะฉายรังสีตามแนวทางการดูแลช่องปากและการจัดการภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ (รายละเอียดในบทที่ 4 แผนภูมิที่ 4.2) อย่างต่อเนื่องตามระดับความรุนแรงของแต่ละบุคคลจนกว่าอาการจะทุเลา
- เมื่อไม่มีภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบหรือเจ็บในช่องปากและคอแล้ว แนะนำให้แปรงฟันด้วยยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ 2 ครั้ง/วัน เช้าและก่อนเข้านอน
- แนะนำบ้วนปากด้วยน้ำสะอาดหรือสารละลายน้ำเกลือ (Normal saline solution) ทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร
- ควรใช้ฟลูออไรด์เคลือบฟันทุกวันตามคำสั่งของทันตแพทย์เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของฟัน ลดการเกิดฟันผุ

- หลีกเลี่ยงการบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์
- แนะนำให้จิบน้ำบ่อยๆ ระหว่างวันหรือเคี้ยวหมากฝรั่ง อมลูกอมเพื่อกระตุ้นการทำงานของต่อมน้ำลาย

2.3 การติดตามและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในช่องปากจากการฉายรังสี ดังนี้

- เฝ้าระวังอาการปวด บวม อ้าปากได้น้อย มีแผลเปิดที่เหงือก การสบกันของฟันผิดปกติหรือกระดูกกรามหัก หากมีอาการดังกล่าว แนะนำให้ติดต่อขอนัดพบแพทย์เจ้าของไข้ทันที
- แนะนำให้รับการตรวจสภาพช่องปากและรักษาโรคในช่องปากและฟันโดยทันตแพทย์เป็นประจำสม่ำเสมอทุก 6 เดือน
- หากต้องถอนฟันหรือผ่าตัดในช่องปาก ผู้ป่วยต้องให้ข้อมูลแก่ทันตแพทย์หรือแพทย์ที่ให้การรักษาเกี่ยวกับประวัติการรักษาด้วยการฉายรังสีบริเวณช่องปากทุกครั้งเพื่อเป็นข้อมูลให้ทันตแพทย์หรือแพทย์เฝ้าระวังและติดตามภาวะกระดูกกรามตายจากการฉายรังสี
- แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจติดตามการรักษาและประเมินภาวะแทรกซ้อนระยะยาวโดยแพทย์เจ้าของไข้ตามนัดทุกครั้ง ถึงแม้ไม่มีอาการผิดปกติ

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถบอกวิธีการการปฏิบัติตัวโดยทั่วไป การดูแลช่องปากภายหลังฉายรังสีครบและการป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนระยะยาวในช่องปากได้ถูกต้อง

5.2.8 สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยชายไทย 8 เดือนก่อน มีอาการหูข้างซ้ายอื้อตลอดเวลาร่วมกับมีก้อนโตบริเวณลำคอข้างซ้าย จึงไปพบแพทย์ที่รพ.กระทุ่มแบน แพทย์ตรวจร่างกายพบ Nasopharnyngeal mass และ cervical lympnode at left neck ขนาด 5x6 เซนติเมตร แพทย์วินิจฉัยเพิ่มโดยการทำ Biopsy ผลเป็น Non-keratinized carcinoma ผล CT neck&chest (27/12/57) ผลพบ massive lesion ขนาด 5.3x2.1x4.2 เซนติเมตรที่ posterior nasopharynx, no lung metastasis จึงส่งตัวมารักษาต่อ ที่รพ.ศิริราช แพทย์วินิจฉัยเป็น CA.Nasopharynx stage IVB ($T_2N_3M_0$) แพทย์วางแผนการรักษาด้วย Induction chemotherapy แล้วต่อด้วย concurrent chemoradiotherapy โดย

ฉายรังสีด้วยเทคนิค IMRT เริ่มเมื่อวันที่ 24/03/58 พลังงานรังสีที่ได้รับทั้งหมด 70 Gy จำนวน 33 ครั้ง ร่วมกับเคมีบำบัด (Cisplatin+5FU) ครั้งที่ 3 เมื่อวันที่ 24/03/ 58 ครั้งที่ 4 เมื่อวันที่ 16/04/58 ขณะนี้ผู้ป่วยมารับการฉายรังสีครั้งที่ 26/33 และมีแผนให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 5 วันที่ 25/05/58 ผู้ป่วยน้ำหนักลดลง 10 กิโลกรัมใน 4 เดือน วันนี้ 7/05/58) มารับการฉายรังสีครั้งที่ 26/33

ขณะรับไว้ในความดูแล ผู้ป่วยมีสีหน้าอ่อนเพลีย บริเวณคอทั้งสองข้างมีแผลเปิดจากการฉายรังสี ด้านซ้ายขนาด 6x3 เซนติเมตร ด้านขวาขนาด 5x2 เซนติเมตร ลักษณะของแผลมีเลือดซึม มี discharge สีเหลือง ไม่มีกลิ่น skin action (RTOG) =grade 3 Pain score = 7 ผิวหนังบริเวณแก้มทั้งสองข้างคล้ำดำ แห้งเป็นขุย ไม่มีแผลหรือรอยถลอก skin reaction (RTOG) =grade 2 ผู้ป่วยริมฝีปากแห้ง ในช่องปากแห้ง แดง มีแผลลักษณะ Psuedomembrane บริเวณกระพุ้งแก้มด้านซ้าย ขนาดประมาณ 1.5x1 เซนติเมตร ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ (RTOG) = 3 Pain score = 8 ลิ้นมีสีแดง ไม่มีแผล มองไม่เห็นปุ่มรับรส มีคราบขาวบนลิ้น ผู้ป่วยเจ็บในช่องปากและคอมากทำให้รับประทานอาหารได้ลดลง ขณะนี้น้ำหนักลดลง 10 กิโลกรัมใน 4 เดือน (ก่อนการรักษา 68 กิโลกรัม ขณะนี้ 58 กิโลกรัม) ขณะนี้รับประทานได้เฉพาะอาหารเหลวทางปากเท่านั้น จากการซักประวัติและคำนวณพลังงานสารอาหารที่ผู้ป่วยควรได้รับขณะเจ็บป่วยและพลังงานของสารอาหารที่ได้รับจริง พบว่า ผู้ป่วยควรได้รับพลังงาน 2,340 kcal/วันแต่ได้รับจริงเพียง 1,500 kcal/วัน ซึ่งไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย จากการสังเกตขณะซักประวัติ ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับแผลที่คอและอาการเจ็บในช่องปาก กลัวว่าจะทำให้ฉายรังสีและให้ยาเคมีบำบัดต่อไม่ได้

โดยสรุปแล้วพบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งหมด 5 ข้อ ดังนี้

1. ผู้ป่วยมีแผลที่ลำคอและมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลจากการฉายรังสี
2. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่องปากเนื่องจากมีภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ
3. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อร่างกาย
4. ผู้ป่วย/ครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสี
5. ผู้ป่วยขาดความรู้/ทักษะการดูแลตนเองภายหลังฉายรังสีครบตามแผนการรักษา

เมื่อพ้นจากความดูแล ผู้ป่วยสามารถทำแผลที่คอได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้ 1 สัปดาห์ต่อมา แผลที่คอแห้งหายสนิทดี ไม่มีลักษณะของการติดเชื้อ Skin reaction ลดระดับความรุนแรงลงจาก grade 3 เป็น grade 2 (RTOG) ระดับความเจ็บปวดลดลงจาก 7 เป็น 0 เนื่องจากแผลหายสนิท

ดีและแพทย์อนุญาตให้เริ่มฉายรังสีได้ ผู้ป่วยสามารถดูแลช่องปากได้อย่างถูกต้องและจัดการกับภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ 1 สัปดาห์ต่อมา ช่องปากสะอาด ไม่มีคราบ เยื่อบุช่องปากแดงแต่ไม่มีลักษณะของการติดเชื้อ ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบลดระดับความรุนแรงลงจาก grade 3 เป็น grade 2 (RTOG) ระดับความเจ็บปวดลดลงจาก 8 เป็น 5 ซึ่งยังไม่ถึงระดับที่ตั้งเกณฑ์การประเมินไว้ (Pain score $\leq$ 3) อย่างไรก็ตามควรมีการติดตามประเมินต่อไป ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารเสริมทางการแพทย์ได้ตามที่ตั้งเป้าหมายร่วมกันกับพยาบาล กล่าวคือ ดื่มอาหารเสริมทางการแพทย์วันละ 6 มื้อ มื้อละ 250 มิลลิลิตรและได้รับอาหารเสริมอื่นๆที่มีประโยชน์ เช่น นมสด น้ำเต้าหู้ ซุปต่างๆ ระหว่างมื้อ รวมพลังงานที่ได้รับเท่ากับประมาณ 2,430 กิโลแคลอรี่ต่อวัน ซึ่งเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย จากการประเมินน้ำหนักตัว 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยน้ำหนักตัวคงที่ 58 กิโลกรัม สุดท้ายก่อนผู้ป่วยฉายรังสีครบ 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยบอกวิตกกังวลลดลงและเข้าใจถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการฉายรังสีและสามารถบอกวิธีการการปฏิบัติตัว การดูแลช่องปากและการป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนระยะยาวในช่องปากภายหลังฉายรังสีครบได้ถูกต้อง

บทที่ 6
ปัญหาอุปสรรคและแนวทางในการแก้ไขปัญหา

มะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ เป็นมะเร็งที่มีอวัยวะหลายส่วนเข้ามาเกี่ยวข้อง ตั้งแต่ระบบประสาท ระบบทางเดินหายใจและระบบทางเดินอาหาร ภาวะแทรกซ้อนของโรคและการรักษาจึงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมากมายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อีกทั้งการรักษานั้นจำเป็นต้องใช้วิธีการรักษาหลายวิธีร่วมกัน ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างตามมาเช่นเดียวกัน จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง โดยต้องมีการวางแผนและการประสานงานอย่างเป็นระบบในทุกระยะของการรักษา เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสิทธิประโยชน์ต่างๆที่ผู้ป่วยควรได้รับตั้งแต่ก่อนเริ่มการรักษา ในระหว่างรักษานั้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการประเมิน ติดตามภาวะแทรกซ้อน การให้ความรู้ การจัดการอาการที่ถูกต้องโดยการปฏิบัติตามแนวทางทางคลินิคและส่งต่อผู้ป่วยสู่ทีมสหสาขา หากมีความเสี่ยงหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ภายหลังการรักษา ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับความรู้/ทักษะการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะยาวจากการฉายรังสี ดังนั้น การดูแลอย่างต่อเนื่องอย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจในทุกช่วงของการรักษาโดยการประสานงานกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญทีมสหสาขานั้น เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของการรักษา ลดอุบัติการณ์การหยุดพักการรักษาซึ่งส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตที่เพิ่มขึ้น ลดค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลและผู้ป่วยมีความพึงพอใจ การฟื้นหายที่เร็วขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีเนื่องจากมีอุบัติการณ์การเกิดถึงร้อยละ 85 และเพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 98 ในผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด อีกทั้งยังส่งผลให้เกิดกลุ่มอาการอื่นๆตามมาได้แก่ อาการเจ็บปากและคอ เกิดแผลในช่องปากติดเชื้อ กลืนลำบาก การรับรู้รสเสียไป ทำให้ไม่สามารถรับประทาน

อาหารทางปากได้อย่างเพียงพอ ส่งผลให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งจะส่งผลย้อนกลับให้ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นได้ ดังนั้นการดูแลช่องปากที่ถูกต้องและเหมาะสมในทุกระยะของการฉายรังสีจึงเป็นสิ่งที่สำคัญในผู้ป่วยกลุ่มนี้ พยาบาลควรให้การดูแลช่องปากในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีอย่างครอบคลุม โดยใช้กระบวนการทางการพยาบาล

ในระยะก่อนฉายรังสี พยาบาลควรประเมินสภาพช่องปากผู้ป่วยโดยการซักประวัติ ตรวจร่างกายเพื่อคัดกรองภาวะเสี่ยงต่างๆ โดยเฉพาะสุขอนามัยในช่องปาก วิธีการดูแลความสะอาดช่องปาก ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สภาวะของโรค การรักษาที่เคยได้รับและภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพในช่องปากและระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการฉายรังสีได้ เมื่อทราบถึงปัจจัยเสี่ยงต่างๆแล้วจะทำให้พยาบาลสามารถวางแผนให้ความรู้และทักษะการดูแลช่องปากแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวได้ตรงกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคนมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง สิ่งสำคัญในระยะนี้ นอกจากการประเมินผู้ป่วยและให้ความรู้/ทักษะเพื่อเตรียมความพร้อมของช่องปากก่อนรับการฉายรังสีแล้ว สิ่งที่ต้องเน้นย้ำกับผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีทุกคนต้องได้รับการตรวจและรักษาโรคในช่องปากและฟันโดยทันตแพทย์ให้เสร็จเรียบร้อยอย่างน้อย 2 สัปดาห์ก่อนรับการฉายรังสีและรับการติดตามสุขภาพช่องปากเป็นระยะเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของสุขภาพในช่องปากก่อนการฉายรังสี ลดภาวะแทรกซ้อนและอาการไม่พึงประสงค์ในระหว่างและภายหลังการรักษาครบ

ในขณะฉายรังสี พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำการดูแลช่องปากที่ถูกต้องเป็นระยะๆระหว่างการรักษาเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสีจะมีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆตามระยะเวลาที่ได้รับรังสี กล่าวคือจะเริ่มเกิดภาวะแทรกซ้อนประมาณสัปดาห์ที่ 2-3 เป็นต้นไป โดยในสัปดาห์แรกจะไม่เกิดผลข้างเคียงใดๆ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความวางใจว่า การฉายรังสีไม่มีผลข้างเคียงจึงทำให้ไม่ตระหนักถึงการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเพียงพอ ดังนั้น พยาบาลควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นพร้อมทั้งความรู้/ทักษะการดูแลตนเองและการจัดการกับภาวะแทรกซ้อนก่อนที่ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการ ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเองที่ถูกต้องตลอดระยะการรักษา ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง นำไปสู่การชะลอการเกิดป้องกันและลดระดับภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ โดยเน้นให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง

เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ มีภาวะทุพโภชนาการ ความสามารถในการดูแลตนเองน้อยและการรักษาหลายอย่างร่วมกัน เป็นต้น อีกทั้งพยาบาลควรมีการติดตามประเมินภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษาเป็นระยะๆ โดยเฉพาะตั้งแต่สัปดาห์ที่ 3 ของการฉายรังสีเป็นต้นไป เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน การติดตามประเมินและการทบทวนการปฏิบัติตัวจะช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับสภาพของตนเอง อีกทั้งหากพบผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง พยาบาลจะได้ประสานงานหรือส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการตรวจรักษากับแพทย์หรือทีมสหสาขาวิชาชีพได้อย่างทันท่วงที การไม่มีระบบติดตามอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและทำให้ผู้ป่วยไม่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องได้ ซึ่งส่งผลต่อผลการรักษาและการหายของโรค

ระยะหลังการฉายรังสี เป็นช่วงเวลาของการฟื้นตัวจากการรักษา ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากการรักษาได้อย่างรวดเร็ว สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนระยะยาวจากการรักษา โดยการให้ความรู้/ทักษะเกี่ยวกับการดูแลช่องปาก การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องภายหลังฉายรังสีครบ รวมไปถึงการป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะกระดูกกรามตายจากการฉายรังสี (Osteoradionecrosis) ฟันผุกร่อน ภาวะน้ำลายแห้ง เป็นต้น นอกจากการให้ความรู้แล้ว ควรมีการติดตามประเมินภาวะแทรกซ้อนและทบทวนการปฏิบัติตัวเป็นระยะๆ เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพในช่องปากที่ดีต่อไป

ด้านการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี ผู้จัดทำคู่มือเสนอว่า ควรมีการพัฒนาระบบการติดตามประเมินภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษาพร้อมให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถติดตาม เฝ้าระวังอาการผิดปกติได้ด้วยตนเองและรายงานให้แพทย์หรือพยาบาลทราบได้อย่างทันที ส่งผลให้ได้รับการรักษาเมื่อยังมีอาการไม่มากนัก อีกทั้งควรให้ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบกำหนดเป็นตัวชี้วัด (KPI) ของหน่วยงานเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่องและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น นอกจากนั้นควรมีการพัฒนาด้านสื่อการสอนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในช่องปากให้มีความน่าสนใจ เข้าใจง่าย เช่น VCD, แบบจำลอง (Model), คอมพิวเตอร์ช่วยสอน (CAI) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ เห็นภาพ และจดจำได้ ทำให้นำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง มีการจัดการตนเองที่เหมาะสม สอดคล้องกับภาวะเจ็บป่วยเมื่อต้องกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จในการป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้

นอกจากการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยในระยะฉายรังสีแล้ว การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งภายหลังการรักษาครบตามแผนการรักษาก็มีความสำคัญเช่นเดียวกัน เช่น การจัดตั้งระบบประสานงานส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการฉายรังสีกับหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary care unit; PCU) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในการเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะยาวหรือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ควรมีการพัฒนาโครงการการเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งของญาติและครอบครัวเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ส่งผลการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ด้านการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาล หน่วยงานทางรังสี ควรเปิดโอกาสให้พยาบาลได้ศึกษา อบรมเกี่ยวกับการพยาบาลเฉพาะทางด้านรังสีวิทยา เพื่อพัฒนาความรู้และศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย ให้มีความเชี่ยวชาญและมีความรู้ที่ทันสมัยทันกับวิทยาการในการรักษาผู้ป่วยที่มีการพัฒนาก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็วเช่นกัน นอกจากนี้ควรมีการทำวิจัยทางการพยาบาลที่เกี่ยวกับการศึกษาผลของการดูแลช่องปากต่อภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบเพื่อพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Cheng KK-F. Oral mucositis, dysfunction, and distress in patients undergoing cancer therapy. J Clin Nurs. 2007;16(11):2114-21.
2. Eilers, Million R. Prevention and management of oral mucositis in patients with cancer. Semin Oncol Nurs. 2007;23(3):201-12.
3. Raber-Durlacher JE, Elad S, Barasch A. Oral mucositis. Oral Oncol. 2010;46(6):452-6.
4. Lalla RV, Sonis ST, Peterson DE. Management of oral mucositis in patients who have cancer. Dent Clin North Am. 2008;52(1):61-77.
5. Shih A, Miaskowski C, Dodd MJ, Stotts NA, MacPhail L. Mechanisms for radiation-induced oral mucositis and the consequences. Cancer Nurs. 2003;26(3):222-9.
6. Murphy BA, Beaumont JL, Isitt J, Garden AS, Gwede CK, Trotti AM, et al. Mucositis-related morbidity and resource utilization in head and neck cancer patients receiving radiation therapy with or without chemotherapy. J Pain Symptom Manage. 2009;38(4):522-32.
7. Elting LS, Cooksley CD, Chambers MS, Garden AS. Risk, outcomes, and costs of radiation-induced oral mucositis among patients with head and neck malignancies. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2007;68(4):1110-20.
8. Trotti A, Bellm LA, Epstein JB, Frame D, Fuchs HJ, Gwede CK, et al. Mucositis incidence, severity and associated outcomes in patients with head and neck cancer receiving radiotherapy with or without chemotherapy: a systematic literature review. Radiother Oncol 2003;66(3):253-62.
9. Elting LS, Keefe DM, Sonis ST, Garden AS, Spijkervet FKL, Barasch A, et al. Patient-reported measurements of oral mucositis in head and neck cancer patients treated with radiotherapy with or without chemotherapy. Cancer. 2008;113(10):2704-13.
10. Sonis ST. The pathobiology of mucositis. Cancer. 2004;4(4):277-84.

11. Washington CM, Leaver DT. Principles and practice of radiation therapy: Elsevier Health Sciences; 2015.
12. Thibodeau GA, Patton KT. Anthony's textbook of anatomy & physiology: Elsevier Mosby; 2010.
13. Argiris A, Karamouzis MV, Raben D, Ferris RL. Head and neck cancer. The Lancet. 2008
14. Vainshtein J, Eisbruch A. Head and Neck Cancer. In: Grosu A-L, Nieder C, editors. Target Volume Definition in Radiation Oncology: Springer Berlin Heidelberg; 2015. p. 61-89.
15. Yarbro CH, Frogge MH, Goodman M. Cancer symptom management: Jones and Bartlett Publishers; 2004.
16. กานตรัชต์ โรจนพันธ์. ปัจจัยทำนายภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาหรือรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.
17. Yarbro C, Wujcik D, Gobel BH. Cancer Nursing: principles and practice: Jones & Bartlett Learning; 2010.
18. พิทยภูมิ ภัทรนุธาพร. พื้นฐานทางรังสีรักษา. กรุงเทพฯ: ฮั่วน้ำพริ้นติ้ง; 2545.
19. Peterson DE, Doerr W, Hovan A, Pinto A, Saunders D, Elting LS, et al. Osteoradionecrosis in cancer patients: the evidence base for treatment-dependent frequency, current management strategies, and future studies. Support Care Cancer. 2010;18(8):1089-98.
20. Khaw A, Logan R, Keefe D, Bartold M. Radiation induced oral mucositis and periodontitis proposal for an inter relationship. Oral Dis. 2014;20(3):e7-e18.
21. Eilers J, Million R, editors. Clinical update: prevention and management of oral mucositis in patients with cancer. Semin Oncol Nurs; 2011: Elsevier.
22. Sonis ST, Elting LS, Keefe D, Peterson DE, Schubert M, Hauer-Jensen M, et al. Perspectives on cancer therapy induced mucosal injury. Cancer. 2004;100(S9):1995-2025.
23. Yeoh A, Gibson R, Yeoh E, Bowen J, Stringer A, Giam K, et al. Radiation therapy-induced mucositis: Relationships between fractionated radiation, NF-κB, COX-1, and COX-2. Cancer Treat Rev. 2006;32(8):645-51.

24. Washington CM, Leaver DT. Principles and practice of radiation therapy: Mosby; 2004.
25. Dirix P, Nuyts S, Van den Bogaert W. Radiation induced xerostomia in patients with head and neck cancer. Cancer. 2006;107(11):2525-34.
26. Richard M L. Advances in understanding of toxicities of treatment for head and neck cancer. Oral Oncol. 2009;45(10):844-8.
27. Becker-Schiebe M, Lordick F, Hoffmann W. Treatment of radiation induced mucocutaneous toxicity. memo-Magazine of European Medical Oncology. 2012;5(1):39-42.
28. Hogan R. Implementation of an oral care protocol and its effects on oral mucositis. Pediatric Oncol Nurs 2009 May/June 2009;26(3):125-35.
29. Rodríguez-Caballero A, Torres-Lagares D, Robles-García M, Pachón-Ibáñez J, González-Padilla D, Gutiérrez-Pérez JL. Cancer treatment induced oral mucositis: a critical review. Int J Oral Maxillofac Surg. 2012;41(2):225-38.
30. Ngeow W, Chai W, Zain R. Management of radiation therapy-induced mucositis in head and neck cancer patients. Part I: Clinical significance, pathophysiology and prevention. Oncol Rev. 2008;2(2):102-13.
31. Chen AM, Chen LM, Vaughan A, Sreeraman R, Farwell DG, Luu Q, et al. Tobacco smoking during radiation therapy for head-and-neck cancer is associated with unfavorable outcome. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2011;79(2):414-9.
32. Brown CG, Yoder LH. Stomatitis: An Overview: Protecting the oral cavity during cancer treatment. Am J Nurs. 2002;102:20-3.
33. Volpato LER, Silva TC, Oliveira TM, Sakai VT, Machado MAAM. Mucosite bucal rádio e quimioinduzida. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. 2007;73:562-8.
34. Davies A, Epstein J. Oral Complications of Cancer and Its Management: Oxford University Press; 2010.
35. Kwong KKF. Prevention and treatment of oropharyngeal mucositis following cancer therapy: are there new approaches? Cancer Nurs. 2004;27(3):183-205.
36. Köstler WJ, Hejna M, Wenzel C, Zielinski CC. Oral mucositis complicating chemotherapy and/or radiotherapy: options for prevention and treatment. CA: A Cancer J. 2001;51(5):290-315.

37. Rosenthal DI, Trotti A. Strategies for Managing Radiation-induced mucositis in head and neck cancer. Semin Radiat Oncol. 2009;19(1):29-34.
38. Stephen S. Mucositis: The impact, biology and therapeutic opportunities of oral mucositis. Oral Oncol. 2009;45(12):1015-20.
39. Vera-Llonch M, Oster G, Hagiwara M, Sonis S. Oral mucositis in patients undergoing radiation treatment for head and neck carcinoma. Cancer. 2006;106(2):329-36.
40. Barasch A, Peterson DE. Risk factors for ulcerative oral mucositis in cancer patients: unanswered questions. Oral Oncol. 2003;39(2):91-100.
41. Zahn KL, Wong G, Bedrick EJ, Poston DG, Schroeder TM, Bauman JE. Relationship of protein and calorie intake to the severity of oral mucositis in patients with head and neck cancer receiving radiation therapy. Head & Neck. 2012;34(5):655-62.
42. Harris, Eilers JG. Putting evidence into practice: improving oncology patient outcomes PEP card mucositis. 2009. p. C201-C13.
43. Gibson F, Auld EM, Bryan G, Coulson S, Craig JV, Glenny A-M. A Systematic review of oral assessment instruments: What can we recommend to practitioners in Children's and Young People's Cancer Care? Cancer Nurs. 2010;33(4):E1-E19.
44. Quinn B, Potting CMJ, Stone R, Blijlevens NMA, Fliedner M, Margulies A, et al. Guidelines for the assessment of oral mucositis in adult chemotherapy, radiotherapy and haematopoietic stem cell transplant patients. Eur J Cancer . 2008;44(1):61-72.
45. Quinn B, Stone R, Uhlenhopp M, McCann S, Blijlevens N. Ensuring accurate oral mucositis assessment in the European Group for Blood and Marrow Transplantation Prospective Oral Mucositis Audit. Eur J Oncol Nurs. 2007;11, Supplement 1(0):S10-S8.
46. Eilers, Berger, Petersen. Development, testing, and application of the oral assessment guide. Oncol Nurs Forum . 1988;15(3):325-30.
47. Trotti A, Colevas AD, Setser A, Rusch V, Jaques D, Budach V, et al. CTCAE v3.0: development of a comprehensive grading system for the adverse effects of cancer treatment. Semin Radiat Oncol. 2003;13(3):176-81.

48. Epstein JB, Beaumont JL, Gwede CK, Murphy B, Garden AS, Meredith R, et al. Longitudinal evaluation of the oral mucositis weekly questionnaire-head and neck cancer, a patient-reported outcomes questionnaire. Cancer. 2007;109(9):1914-22.
49. Wygoda A, Składowski K, Rutkowski T, Hutnik M, Goleń M, Pilecki B, et al. Acute mucosal radiation reactions in patients with head and neck cancer. Strahlentherapie und Onkologie. 2012;188(8):686-91.
50. Miller M, Kearney N. Oral care for patients with cancer: A review of the literature. Cancer Nurs. 2001;24(4):241-54.
51. Harris, Eilers J, Harriman A, Cashavelly B, Maxwell C. Putting evidence into practice®: evidence-based interventions for the management of oral mucositis. Clin J Oncol Nurs. 2008;12(1):141-52.
52. Dodd MJ, Dibble SL, Miaskowski C, MacPhail L, Greenspan D, Paul SM, et al. Randomized clinical trial of the effectiveness of 3 commonly used mouthwashes to treat chemotherapy-induced mucositis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2000;90(1):39-47.
53. Rastogi M, Dwivedi RC, Kazi R. Oral mucositis in head and neck cancer. Eur J Cancer Care. 2011;20(2):144.
54. Peterson DE, Lalla RV. Oral mucositis: the new paradigms. Curr Opin Oncol. 2010;22(4):318-22.
55. Madan Kumar P, Sequeira P, Shenoy K, Shetty J. The effect of three mouthwashes on radiation-induced oral mucositis in patients with head and neck malignancies: A randomized control trial. J Cancer Res Ther. 2008;4(1):3.
56. Epstein JB, Silverman S, Paggiarino DA, Crockett S, Schubert MM, Senzer NN, et al. Benzydamine HCl for prophylaxis of radiation-induced oral mucositis. Cancer. 2001;92(4):875-85.
57. Kamian Sh, Kazemian A, Aghili M, Amuzegar Hashemi F, Haddad P. Benzydamine for prophylaxis of radiation-induced oral mucositis in head and neck cancers a double-blind clinical trial. Pajoohandeh Journal. 2008;13(3):183-91.

58. Peterson, Bensadoun, Roila, Group ObotEGW. Management of oral and gastrointestinal mucositis: ESMO clinical practice guidelines. Ann Oncol. 2010 May 1, 2010;21(suppl 5):v261-v5.
59. Motallebnejad M, Akram S, Moghadamnia A, Moulana Z, Omidi S. The effect of topical application of pure honey on radiation-induced mucositis: a randomized clinical trial. J Contemp Dent Pract. 2008;9(3):40-7.
60. Rashad UM, Al-Gezawy SM, El-Gezawy E, Azzaz AN. Honey as topical prophylaxis against radiochemotherapy-induced mucositis in head and neck cancer. J Laryngol Otol. 2009;123(02):223-8.
61. Putwatana P, Sanmanowong P, Oonprasertpong L, Junda T, Pitiporn S, Narkwong L. Relief of Radiation induced oral mucositis in head and neck cancer. Cancer Nurs. 2009;32(1):82-7
62. อนุสสรา ส่งทอง. การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ. วารสารสมาคมรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย มะเร็งวิวัฒน์ 2557; 1: 77-82.
63. Obal TM, Volpi NMP, Miloca SA. Multiobjective approach in plans for treatment of cancer by radiotherapy. Pesquisa Operacional. 2013;33:269-82.
64. Leuenberger M, Kurmann S, Stanga Z. Nutritional screening tools in daily clinical practice: the focus on cancer. Support Care Cancer. 2010;18(2):17-27.
65. Organization WH. Physical status: The use of and interpretation of anthropometry, Report of a WHO Expert Committee. 1995.
66. Harris JA, Benedict FG. A biometric study of human basal metabolism. Proceedings of the national academy of sciences of the United States of America. 1918;4(12):370.
67. Rezende TMB, Freire MdS, Franco OL. Head and neck cancer. Cancer. 2010;116(21):4914-25.
68. Gordon M. Nursing diagnosis: process and application: Mosby Inc; 1994.
69. Chad Dingman L, OSW-C PDH, MSR C. A coordinated, multidisciplinary approach to caring for the patient with head and neck cancer. J Support Oncol. 2008;6:125-31.

70. Wells M, Donnan PT, Sharp L, Ackland C, Fletcher J, Dewar JA. A study to evaluate nurse led on treatment review for patients undergoing radiotherapy for head and neck cancer. J Clin Nurs. 2008;17(11):1428-39.
71. Ghazali N, Kanatas A, Langley DJ, Scott B, Lowe D, Rogers SN. Treatment referral before and after the introduction of the Liverpool Patients Concerns Inventory (PCI) into routine head and neck oncology outpatient clinics. Support Care Cancer. 2011;19(11):1879-86.
72. Weber RS. Improving the quality of head and neck cancer care. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2007;133(12):1188-92.
74. Worthington HV, Clarkson JE, Bryan G, Furness S, Glenny AM, Littlewood A, et al. Interventions for preventing oral mucositis for patients with cancer receiving treatment. Cochrane database of systematic reviews (Online). 2011(4):CD000978.
75. Wong PC, Dodd MJ, Miaskowski C, Paul SM, Bank KA, Shiba GH, et al. Mucositis pain induced by radiation therapy: prevalence, severity, and use of self-care behaviors. J Pain Symp Manage. 2006;32(1):27-37.
76. Strigari L, Pedicini P, D'Andrea M, Pinnarò P, Marucci L, Giordano C, et al. A new model for predicting acute mucosal toxicity in head-and-neck cancer patients undergoing radiotherapy with altered schedules. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2012;83(5):e697-e702.
77. วันทกานต์ ราชวงศ์. ผลของโปรแกรมการจัดการการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่อภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีหรือการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.
78. Sonis S, editor. Oral mucositis in head and neck cancer. American Society of Clinical Oncology educational book/ASCO American Society of Clinical Oncology Meeting; 2012.
79. Somrarnyart M. (815): Effectiveness of self-management training program among Thai cancer patients with pain. J Pain. 2007;8(4):S54.
80. Saunders DP, Epstein JB, Elad S, Allemano J, Bossi P, van de Wetering MD, et al. Systematic review of antimicrobials, mucosal coating agents, anesthetics, and

analgesics for the management of oral mucositis in cancer patients. Support Care Cancer. 2013;21(11):3191-207.

81. ปราณี ทู้ไพเราะ. คู่มือยา Handbook of drugs. กรุงเทพมหานคร: เอ็น พี เพรส; 2554.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

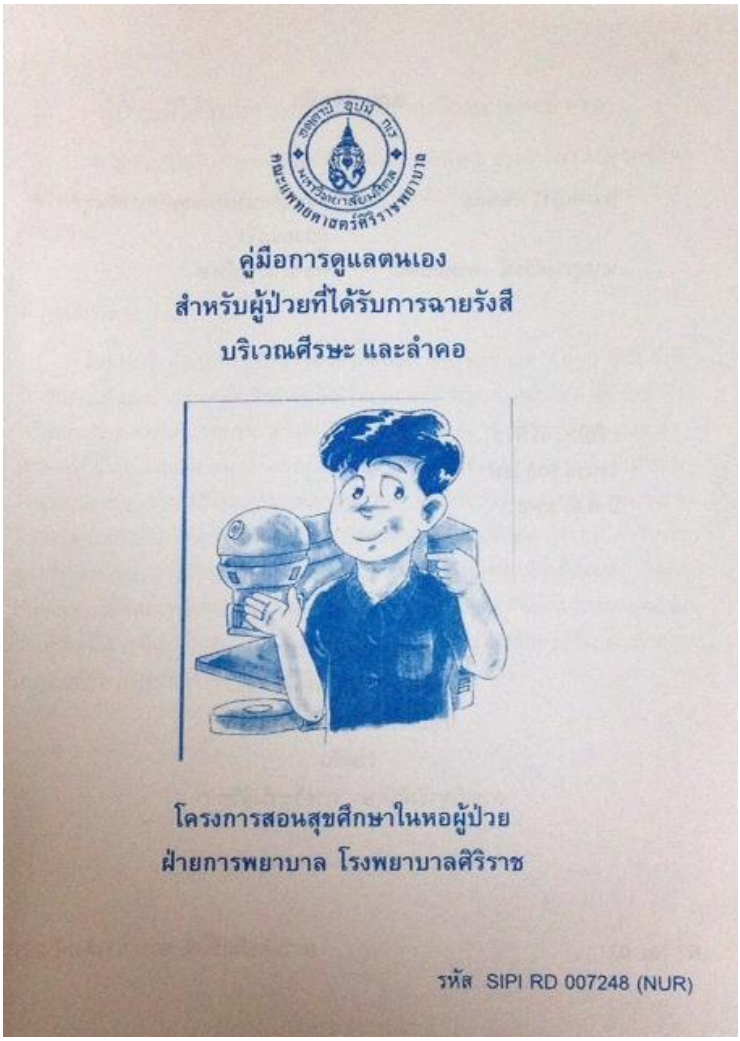
แผ่นพับ เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยการฉายรังสี

ภาคผนวก ข

คู่มือการดูแลตนเองขณะรับการรักษาด้วยการฉายรังสี

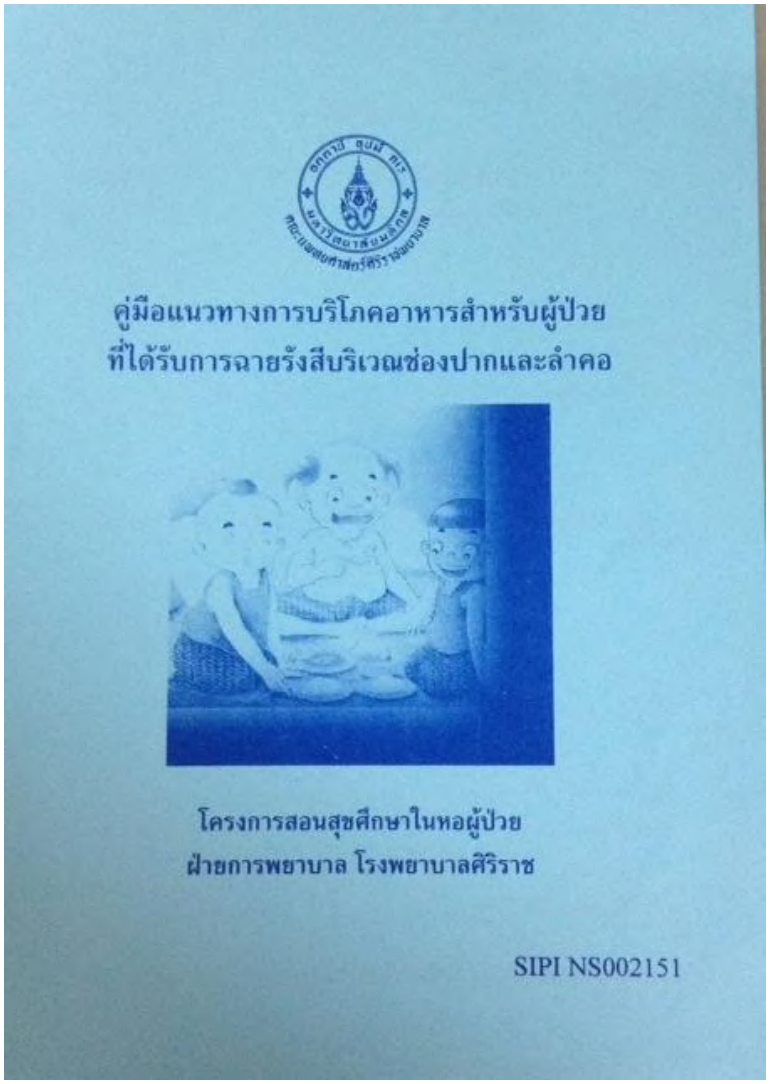
ภาคผนวก ค

คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ



ภาคผนวก ง

คู่มือแนวทางการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณช่องปากและลำคอ



ภาคผนวก จ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาของคู่มือการพยาบาลการดูแลช่องปากในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี จำนวน ๔ ท่าน มีดังต่อไปนี้

๑. รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงจันจิรา เพชรสุขศิริ
รังสีแพทย์
สาขารังสีรักษา ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตรศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

๒. รองศาสตราจารย์ด็อกเตอร์วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล
อาจารย์พยาบาล
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

๓. นางพรพรรณ วนวโรดม
พยาบาลชำนาญการ
หน่วยสอนสุขศึกษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็ง งานการพยาบาลรังสีวิทยา โรงพยาบาลศิริราช

๔. นางสาวพรทิพย์ พานิชเจริญวงศ์
พยาบาลชำนาญการ
หอผู้ป่วย ๗๒ ปีชั้น ๙ ตะวันตก งานการพยาบาลรังสีวิทยา โรงพยาบาลศิริราช

ประวัติผู้จัดทำคู่มือ

ชื่อ-สกุล นางสาววันทกานต์ ราชวงศ์

วัน เดือน ปีเกิด 8 ตุลาคม 2523

ประวัติการศึกษา

ระดับมัธยมศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย
โรงเรียนสุรนารีวิทยา พ.ศ.2540

ระดับปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2545

ระดับปริญญาโท พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2556

ประวัติการทำงาน พยาบาลวิชาชีพ
พ.ศ. 2545-2546 ปฏิบัติงาน ณ หน่วยตรวจรังสีรักษา
โรงพยาบาลศิริราช
พ.ศ.2547 ปฏิบัติงาน ณ หน่วยรักษาด้วยสารกัมมันตรังสี
โรงพยาบาลศิริราช
พ.ศ. 2548-ปัจจุบัน ปฏิบัติงาน ณ หน่วยสอนสุขศึกษาฟื้นฟูสภาพ
ผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลศิริราช

ผลงานที่ผ่านมา หัวหน้าโครงการวิจัย

1. ผลของโปรแกรมการจัดการการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่อภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีหรือฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด
2. ผลของการใช้อุปกรณ์ถ่างขยายช่องคลอดต่อการตีบตันของช่องคลอดในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกภายหลังได้รับรังสีรักษา

ผู้ร่วมโครงการวิจัย

1. ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือสนับสนุนต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับรังสีรักษา

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม สถานภาพทางการเงิน พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตในสตรีที่ได้รับวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านมระหว่างรับการรักษา