



คู่มือการพยาบาล
การบริหารยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งรังไข่

นางเพ็ญพิศ ธรรมนิภา

งานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2558

คำนำ

โรคมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์สตรีเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยที่มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกปี แม้ว่าปัจจุบันการแพทย์และการพยาบาลจะพัฒนาไปมากแล้วก็ตาม แต่โรคมะเร็งรังไข่ก็ยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสูงสุดในผู้ป่วยสตรีที่เป็นมะเร็งทางนรีเวชเมื่อเทียบกับมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งชนิดอื่น ๆ ทั้งนี้เนื่องจากอาการแสดงที่ไม่ชัดเจนของโรคมะเร็งรังไข่เอง อย่างไรก็ตามโรคนี้นี้เป็นโรคที่ตอบสนองต่อยาเคมีบำบัดได้ดีที่สุด ประกอบกับวิวัฒนาการทางการแพทย์ที่มีการผลิตยาเคมีบำบัดใหม่ ๆ ออกมามากมาย จึงช่วยทำให้การรักษาผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ในปัจจุบันมีประสิทธิภาพมากขึ้น

คู่มือการพยาบาลเรื่อง การบริหารยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งรังไข่นี้จัดทำขึ้นเพื่อให้พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นและเพื่อให้ผู้ป่วยเองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นระหว่างการได้รับยาเคมีบำบัด เนื้อหาของคู่มือการพยาบาลนี้ประกอบด้วยโรคมะเร็งรังไข่ ยาเคมีบำบัดที่ใช้สำหรับโรคมะเร็งรังไข่ การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด และกรณีศึกษาตามลำดับ ผู้เขียนหวังว่าผู้อ่านจะได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งรังไข่ การบริหารยาเคมีบำบัดและให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดด้วยความมั่นใจมากขึ้น

ผู้เขียนขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.นันทนา ธนาโนวรรณ อาจารย์จากภาควิชาการพยาบาล สตรีศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ นพ. บุญเลิศ วิริยะภาค อาจารย์ประจำหน่วยมะเร็งนรีเวช ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และคุณเชาวณี สุกนธ์ประดิษฐ์ หัวหน้าหอผู้ป่วย ๑๐๐ ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์ 12/1 ที่กรุณาตรวจสอบเนื้อหาและความถูกต้อง ตลอดจนให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการจัดทำคู่มือการพยาบาลเล่มนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วย ๑๐๐ ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์ 12/1 ทุกท่านที่ให้ความสนใจเสมอมา และสุดท้ายขอขอบคุณผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ทุกรายที่เป็นแหล่งของการเรียนรู้ที่ไม่สิ้นสุด ผู้เขียนจึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือการพยาบาลนี้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางการพยาบาลและผู้สนใจต่อไป

เพลินพิศ ธรรมนิภา

ผู้เขียน

มกราคม 2558

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญภาพ	ง
สารบัญตาราง	จ
บทที่	
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ	1
1.2 วัตถุประสงค์	2
1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
1.4 ขอบเขตของคู่มือ	3
1.5 นิยามศัพท์	3
บทที่ 2 มะเร็งรังไข่และการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด	4
2.1 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง	4
2.2 อาการและอาการแสดง	5
2.3 ชนิดของมะเร็งรังไข่	8
2.4 การรักษา มะเร็งรังไข่	11
2.5 ชนิดของยาเคมีบำบัด	16
2.6 การบริหารยาเคมีบำบัด	18
2.7 ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด	20
บทที่ 3 การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่รับยาเคมีบำบัด	26
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด	32
บทที่ 4 กรณีศึกษา	43
บทที่ 5 ปัญหาอุปสรรคและแนวทางในการแก้ไขปัญหา	56
เอกสารอ้างอิง	59

ภาคผนวก

ก	เกร็ดของความเป็นพิษของยาเคมีบำบัด ตามนิยามของ National Cancer Institute ของประเทศสหรัฐอเมริกา	62
ข	แบบประเมินความรู้ การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด	66
ค	แบบประเมินความรู้ การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด	68
	รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	71
	ประวัติผู้จัดทำคู่มือการพยาบาล	72

สารบัญภาพ

รูป

หน้า

รูปที่ 1 วงจรชีวิตของเซลล์

15

สารบัญตาราง

	หน้า	
ตารางที่ 1	ระยะต่าง ๆ ของโรคมะเร็งรังไข่	7
ตารางที่ 2	ยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งรังไข่	14
ตารางที่ 3	การจัดกลุ่มยาเคมีบำบัดที่ใช้ในมะเร็งรังไข่ตามคุณสมบัติการมีพิษต่อผิวหนัง	22
ตารางที่ 4	ระดับปกติของค่า Tumor markers	25
ตารางที่ 5	การประเมินสมรรถนะทางกาย Karnofsky scale และ ECOG	27
ตารางที่ 6	การจำแนกประเภทการประคบเมื่อยาเคมีบำบัดรั่วออกนอกหลอดเลือด	31

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ

มะเร็งรังไข่เป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยในสตรี จากสถิติของสมาคมโรคมะเร็งสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ.2012 มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งรังไข่รายใหม่จำนวน 22,280 คน และเสียชีวิตจากโรคนี้อีกถึง 15,500 คน¹ สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยมะเร็งรังไข่รายใหม่ปีละ 1,700 คน² อุบัติการณ์ของมะเร็งรังไข่ในโรงพยาบาลศิริราชพบเป็นอันดับ 7 ของโรคมะเร็งในสตรี รายใหม่ทั้งหมด โดยพบรองจากมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งปอด และมะเร็งต่อมไทรอยด์³ แม้ว่ามะเร็งรังไข่จะพบเป็นอันดับ 2 ของมะเร็งทางนรีเวชรองจากมะเร็งปากมดลูก อย่างไรก็ตามโรคนี้อัตราตายสูงเป็นอันดับ 1 เนื่องจากเป็นโรคที่มีอาการแสดงไม่ชัดเจน ทำให้สามารถตรวจพบรอยโรคต่อเมื่อเป็นค่อนข้างมากแล้ว^{4,5}

การรักษามะเร็งรังไข่ส่วนใหญ่จะเป็นการให้ยาเคมีบำบัดภายหลังได้รับการผ่าตัด ยาเคมีบำบัดมาตรฐานที่ใช้ในการรักษามะเร็งรังไข่ ได้แก่ Cisplatin, Carboplatin, Endoxan, Paclitaxel, Etoposide และ Bleomycin⁶ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่มีประโยชน์อย่างมาก โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งในระยะแรก ๆ อาจหายขาดได้ ส่วนผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ๆ หรือในกรณีที่ไม่หายขาด ยาเคมีบำบัดจะช่วยลดอาการทุกข์ทรมาน สามารถยืดอายุของผู้ป่วยให้ยาวนานขึ้น หรือยืดระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำของโรคได้

ในการรักษาผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มนั้น แพทย์จะเป็นผู้พิจารณาเลือกชนิด ขนาด วิธีการบริหารยา นอกจากยาเคมีบำบัดจะมีฤทธิ์ในการทำลายเซลล์มะเร็งแล้วยังสามารถทำลายเซลล์ปกติอีกด้วย ขึ้นอยู่กับอัตราการแบ่งตัว (proliferating rate) ของเซลล์แต่ละชนิด กล่าวคือเซลล์ที่อยู่ในกลุ่มที่แบ่งตัวเร็วจะถูกทำลายจากยาเคมีบำบัดได้มากที่สุด ซึ่งทำให้เกิดผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนมากมาย⁴ เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร กัดการทำงานของไขกระดูก ทำให้ผู้ป่วยมีอาการซีด ติดเชื้อง่าย และมีเลือดออกผิดปกติ นอกจากนี้ยังมีพิษต่อการทำงานของไต หัวใจ ระบบประสาทอีกด้วย นอกจากผลกระทบทางกายข้างต้นแล้ว ผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งรังไข่ได้แก่ ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป เช่น

ผมร่วง การสูญเสียบทบาทต่าง ๆ เช่น บทบาทการเป็นมารดา ปัญหาทางเศรษฐกิจ รวมทั้งผลกระทบที่เกิดจากความเครียดและวิตกกังวล เนื่องจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมักใช้เวลา ยาวนานและต่อเนื่องขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคและปัจจัยอื่นๆ อีกมากมาย

การบริหารยาเคมีบำบัดนับว่าเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากยาบางชนิดอาจมีการรั่วซึมออกนอก หลอดเลือดจะทำให้เกิดปฏิกิริยาต่อผิวหนัง เกิดการตายของเนื้อเยื่อ ยาบางตัวอาจทำให้เกิดปฏิกิริยาภูมิไวเกินซึ่ง ถ้าไม่สามารถจัดการอย่างเหมาะสมอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ดังนั้น พยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในการบริหารยาเคมีบำบัด มีทักษะในการประเมิน อาการผิดปกติ หาสาเหตุและสามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่มีการจัดทำคู่มือการ พยาบาลในการบริหารยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ ประกอบกับผู้เขียนปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ๑๐๐ ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์ 12/1 ซึ่งให้บริการผู้ป่วยสามัญโรคมะเร็งทางนรีเวชทั้ง ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ร้อยละ 85 เป็นผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทั้งก่อนและหลัง ผ่าตัด จากสถิติของหอผู้ป่วยพบผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ถึงร้อยละ 60 ดังนั้น ผู้เขียนจึงจัดทำคู่มือการ พยาบาลเพื่อให้พยาบาลในหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความรู้ ความเข้าใจและสามารถประยุกต์ใช้แนวทางปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามมาตรฐานการ ดูแลผู้ป่วยมะเร็งรังไข่เพื่อให้ได้รับความปลอดภัยสูงสุดและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการ ได้รับยาเคมีบำบัด

1.2 วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งรังไข่และการรักษาโรคมะเร็งรังไข่ด้วยยาเคมีบำบัด
2. เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ในการบริหารยาเคมีบำบัด และภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
3. เพื่อให้พยาบาลเข้าใจแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด
4. เพื่อให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ได้อย่างเหมาะสมโดยใช้กระบวนการพยาบาล

1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลมีคู่มือในการดูแลผู้มะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด มีแนวปฏิบัติในการดูแล รวมถึงการบริหารจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย
2. ผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานสากล สอดคล้องกับความต้องการ ตลอดจนมีความปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
3. หน่วยงานมีคู่มือการพยาบาลบริหารยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ และสามารถนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชกลุ่มอื่นๆ ที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้

1.4 ขอบเขตของกลุ่ม

คู่มือการพยาบาลฉบับนี้จัดทำขึ้นสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด

1.5 นิยามศัพท์

ยาเคมีบำบัด หมายถึง สารเคมีที่ออกฤทธิ์ต้านหรือทำลายเซลล์มะเร็ง โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ ออกฤทธิ์ยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็งที่แบ่งตัวเร็วและต่อเนื่องเพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งเหล่านั้นให้ตายในที่สุด

ผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งรังไข่ และรับรู้ว่าตนเองป่วยเป็นมะเร็งรังไข่

บทที่ 2

มะเร็งรังไข่ และการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

มะเร็งรังไข่สามารถพบได้ในผู้ป่วยทุกช่วงวัยขึ้นกับชนิดของมะเร็ง ผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 20 ปี มักพบมะเร็งกลุ่ม germ cell มากกว่าร้อยละ 60 แต่สำหรับวัยหมดประจำเดือนมักพบชนิด epithelial cell สูงถึงร้อยละ 80 อุบัติการณ์ของมะเร็งรังไข่จะเพิ่มมากขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะหลังจากอายุ 40 ปี โดยพบว่าอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยเมื่อแรกวินิจฉัยอยู่ที่ประมาณ 63 ปี และพบว่าร้อยละ 46 ของผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป^{4,7}

2.1 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

สาเหตุของมะเร็งรังไข่ที่แท้จริงนั้นยังไม่ทราบแน่ชัด จากผลการศึกษาในปัจจุบันเชื่อว่ามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์และความเสี่ยง ดังนี้^{4,7}

1. ปัจจัยด้านการเจริญพันธุ์ (Reproductive factor) เชื่อว่าการตกไข่อย่างต่อเนื่องซ้ำซากเป็น capsular trauma และทำให้เกิดความผิดปกติของผิวรังไข่ จนทำให้เซลล์เยื่อรังไข่เปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งได้ นอกจากนี้ยังมีรายงานการใช้ยากระตุ้นการตกไข่ในสตรีมีบุตรยาก ทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งรังไข่เพิ่มขึ้น 2-3 เท่า สตรีที่มีบุตรยากหรือมีบุตรน้อย จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งรังไข่ชนิดเนื้อเยื่อผิวสูงขึ้นราว 1.9-2.7 เท่า

2. ปัจจัยด้านพันธุกรรม (Genetic factor) โดยเฉพาะมะเร็งรังไข่ที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม (hereditary ovarian cancer syndrome) พบได้ร้อยละ 5 ของมะเร็งรังไข่ทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งรังไข่ชนิด serous carcinoma เชื่อว่ามี การถ่ายทอดแบบ autosomal dominant ซึ่ง มีผลทำให้บุตรแต่ละคนมีโอกาสเกิดมะเร็งรังไข่ได้ร้อยละ 50

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental factor) โดยเฉพาะในประเทศอุตสาหกรรม (ยกเว้นประเทศญี่ปุ่น) มักจะพบอุบัติการณ์ของมะเร็งรังไข่สูงกว่าประเทศอื่นๆ โดยเชื่อว่าสารบางชนิดที่ใช้ในโรงงานอุตสาหกรรมอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งรังไข่ได้แก่ asbestos แป้งฝุ่น (talc) ที่ใช้ทาบริเวณอวัยวะเพศภายนอก การบริโภคอาหารประเภทเนื้อและไขมันจากสัตว์ การสัมผัสกับสารกัมมันตภาพรังสีและรังสีที่ปริมาณสูง รวมทั้งการที่ร่างกายเคยได้รับเชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดโรคคางทูม (Mump) มาก่อน

2.2 อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ประมาณร้อยละ 75-85 ที่มาพบแพทย์มักจะได้รับการวินิจฉัยเมื่อโรคลุกลามไปมากแล้ว เนื่องจากโรคนี้นั้นในระยะเริ่มแรกนั้นจะมีอาการแสดงที่ไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ในระยะท้ายๆ ของโรค หรือเมื่อมีอาการมากแล้ว อาการที่พบบ่อยมีดังนี้⁷

1. อาการแสดงเฉพาะที่ได้แก่ มีก้อนเนื้ออกในอุ้งเชิงกรานหรือช่องท้อง ก้อนมักโตเร็วอาจมีลักษณะเป็นถุงน้ำ (cystic) หรือก้อนเนื้ออก (solid) อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการแน่นท้องหรือปวดท้อง และมีอาการก้อนกดเบียดอวัยวะข้างเคียงที่เรียกว่า pressure symptoms เช่น ถ้าก้อนเนื้ออกโตมากและไปกดเบียดบริเวณกระเพาะปัสสาวะ ทำให้เกิดอาการปัสสาวะบ่อยหรือถ้าไปกดเบียดลำไส้ใหญ่ ก็อาจทำให้มีอาการท้องผูก เป็นต้น

2. คลำก้อนได้ทางหน้าท้อง มักคลำได้เมื่อก้อนเนื้ออกมีขนาดโตเกินกว่า 12-15 เซนติเมตร ผู้ป่วยบางรายอาจเข้าใจผิดว่าตนเองอ้วนขึ้นจึงทำให้ไม่มาพบแพทย์

3. มีน้ำในช่องท้อง (ascites) โดยเฉพาะเมื่อมะเร็งลุกลามไปถึงโอเมนตัม (omentum) ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงคือ แน่นอึดอัดท้องและท้องโตขึ้นเร็วมาก

4. เมื่อก้อนมะเร็งมีการแพร่กระจายไปทั่วในช่องท้อง โดยมักเกาะอยู่ตามผิวของลำไส้ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการท้องอืด อาหารไม่ย่อย เบื่ออาหาร จนถึงลำไส้อุดตันบางส่วน รับประทานอาหารไม่ได้ ในที่สุดผู้ป่วยจะผอมลง น้ำหนักตัวลดลงมากภายในระยะเวลาไม่กี่เดือน

5. เกิดอาการผิดปกติของฮอร์โมน โดยเฉพาะมะเร็งรังไข่ชนิดที่สามารถผลิตฮอร์โมนได้ เช่น Androblastoma จะสร้างฮอร์โมนเพศชาย ทำให้ระดับของฮอร์โมนเพศชายในร่างกายสูงขึ้น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการขาดประจำเดือน เสียงแหบห้าวและมีขนหน้าแข้งได้ สำหรับมะเร็งรังไข่ชนิด Granulosa theca cell tumor จะสร้างฮอร์โมนเพศหญิง ทำให้ผู้ป่วยมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ประจำเดือนกะปริดกระปรอยได้

สรุปอาการของโรคมะเร็งรังไข่ที่สำคัญซึ่งนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ คือ อาการท้องโตขึ้น ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 57 และอาการปวดท้องซึ่งพบได้ร้อยละ 47 ตามลำดับ นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร เช่น จุกแน่นท้อง รู้สึกไม่สบายในท้อง เป็นต้น

การวินิจฉัยโรคมะเร็งรังไข่⁸

1. การซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจเต้านม
2. การตรวจภายใน การตรวจทางทวารหนัก และการตรวจ Pap smear
3. การตรวจหา tumor marker CA 125, CA 19-9, CEA
4. การตรวจหา tumor marker Alpha-fetoprotein (AFP), β -HCG, LDH ในรายที่สงสัย malignant germ cell tumor

5. การถ่ายภาพรังสีทรวงอก
6. CT scan ส่วนช่องท้องและอุ้งเชิงกราน
7. ในกรณีที่มีน้ำในช่องท้อง (ascites) หรือในช่องปอด (pleural effusion) แนะนำให้เจาะน้ำส่งตรวจทางเซลล์วิทยา
8. Barium enema หรือ Colonoscopy ในผู้ป่วยที่มีอาการของระบบทางเดินอาหารเพื่อแยกโรคมะเร็งลำไส้

การกำหนดระยะของโรค (Staging)

ภายหลังการผ่าตัด (surgical staging) หรือภายหลังจากที่มีการตรวจวินิจฉัยทางกล้องจุลทรรศน์เป็นที่แน่นอนแล้ว จึงจะสามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งรังไข่ระยะใด สำหรับการจัดแบ่งระยะของโรคใช้ตาม The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) ปีค.ศ. 1988^{9,10} ดังนี้

ตารางที่ 1 ระยะต่างๆ ของโรคมะเร็งรังไข่

I	มะเร็งจำกัดอยู่เฉพาะในรังไข่
Ia	มะเร็งอยู่เฉพาะที่รังไข่ข้างเดียว ไม่มีน้ำในช่องท้อง ไม่พบมะเร็งที่ผิวหนังของรังไข่ และแคปซูลยังอยู่ปกติ
Ib	มะเร็งจำกัดอยู่เฉพาะในรังไข่ทั้ง 2 ข้าง ไม่มีน้ำในช่องท้อง ไม่มีมะเร็งที่ผิวหนังของรังไข่ทั้ง 2 ข้าง และแคปซูลยังอยู่ปกติ
Ic	มะเร็งอยู่ในรังไข่ข้างเดียวหรือสองข้างก็ได้ แต่มีมะเร็งที่ผิวของรังไข่นั้น หรือแคปซูลแตก หรือมีเซลล์มะเร็งปรากฏในน้ำในช่องท้องหรือน้ำที่ล้างช่องท้อง*
II	มะเร็งอยู่ที่รังไข่ข้างเดียวหรือทั้ง 2 ข้าง และมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะในอุ้งเชิงกราน
IIa	มีการลุกลามหรือแพร่กระจายไปที่มดลูก และ/หรือท่อนำรังไข่
Iib	มีการแพร่กระจายไปที่อวัยวะอื่นในอุ้งเชิงกรานนอกเหนือจากมดลูกหรือรังไข่
Iic	มีการกระจายเท่ากับระยะ Stage IIa หรือ Iib พร้อมกับมีมะเร็งที่ผิวของรังไข่ข้างเดียวหรือสองข้าง หรือแคปซูลแตก หรือมีเซลล์มะเร็งปรากฏในน้ำช่องท้องหรือน้ำที่ล้างช่องท้อง*
III	มะเร็งอยู่ที่รังไข่ข้างเดียวหรือ 2 ข้าง และมีมะเร็งอยู่ที่เยื่อช่องท้องนอกอุ้งเชิงกราน และ/หรือ มีมะเร็งที่ต่อมน้ำเหลืองกลุ่ม Retroperitoneum หรือ Inguinal หรือมีการกระจายไปที่ผิวหนังด้านนอกของตัว หรือมีมะเร็งอยู่เฉพาะบริเวณอุ้งเชิงกราน แต่มีการกระจายไปยังลำไส้ส่วนช่องท้องหรือ Omentum ที่สามารถพิสูจน์ได้ทางพยาธิวิทยา
IIIa	มะเร็งส่วนใหญ่จำกัดอยู่เฉพาะบริเวณอุ้งเชิงกราน และไม่มีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง แต่จะมีการกระจายไปยังผิวเยื่อบริเวณช่องท้องโดยมีขนาดโตไม่เกิน 2 เซนติเมตร ที่สามารถพิสูจน์ได้ทางพยาธิวิทยา
IIIb	มะเร็งอยู่ที่รังไข่ข้างเดียวหรือ 2 ข้าง และตรวจพบเซลล์มะเร็งลุกลามไปที่เยื่อช่องท้อง แต่มีขนาดโตไม่เกิน 2 เซนติเมตร ไม่พบการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง
IIIc	มะเร็งมีการกระจายเหมือน Stage IIIb แต่ขนาดของมะเร็งที่อยู่ในช่องท้องโตเกิน 2 เซนติเมตร และ/หรือ มีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองกลุ่ม Retroperitoneal หรือ Inguinal
IV	มะเร็งอยู่ที่รังไข่ข้างเดียวหรือ 2 ข้าง พร้อมทั้งมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะที่อยู่ไกลออกไป เช่น ปอด ตับ ถ้ามีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดจะต้องพิสูจน์ได้ว่ามีเซลล์มะเร็งในนั้นด้วย มีการกระจายไปในส่วน Parenchyma ของตับ

* ในระยะ Ic และ Iic ต้องระบุสิ่งต่อไปนี้เป็นที่ล้างช่องท้อง เพื่อส่งตรวจแล้วพบว่ามีเซลล์มะเร็ง การมีน้ำในช่องท้อง อาจเป็นการแตกของแคปซูล ซึ่งอาจเกิดการแตกเองหรือ โดยศัลยแพทย์ผู้ผ่าตัดทำแตก

2.3 ชนิดของมะเร็งรังไข่

มะเร็งรังไข่แบ่งตามลักษณะทางพยาธิวิทยา มี 4 ชนิด ดังนี้^{4,10,11}

1. **Common epithelial tumor** เป็นมะเร็งของรังไข่ที่เกิดจาก Coelomic epithelium cells พบมากถึงร้อยละ 80-90 ของมะเร็งรังไข่ทั้งหมด มักพบในสตรีที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป แบ่งออกเป็น

1.1 Serous cystadenocarcinoma เป็นมะเร็งรังไข่ชนิดที่พบบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40-75 ของมะเร็งเซลล์เยื่อบุ มักพบ papillary growth ที่ผนังเยื่ออกทั้งด้านในและด้านนอก อาจมีบางส่วนที่เป็น solid ผนังเยื่ออกอาจแตกออกเหมือนดอกกะหล่ำเนื้ออยู่ เมื่อโรคลุกลามมากขึ้นจะพบน้ำในช่องท้อง (ascites) และพบเยื่ออกที่มีลักษณะเป็น papilla กระจายบนผิวของอวัยวะในอุ้งเชิงกรานและช่องท้องรวมทั้ง omentum เรียกว่าเกิดเป็นภาวะ carcinomatosis peritonei

1.2 Mucinous cystadenocarcinoma ลักษณะของมะเร็งชนิดนี้เป็นแบบ multilocular ผิวขรุขระ ภายในพบว่ามียูกชั้นๆ บางแห่งเป็นเนื้อตัน บางแห่งอาจมีเลือดออก และมีการตายของเซลล์ (necrosis) บางครั้งผนังเยื่ออกแตกมียูกชั้นกระจายอยู่เต็มช่องท้อง และเกาะที่ผิวของอวัยวะภายใน เรียกว่า pseudomyxoma peritonei การเกิดมูกนี้จะดึงโปรตีนของร่างกายมาใช้ ทำให้ผู้ป่วยผอมแห้ง อ่อนเพลีย แน่นท้อง ท้องโต

1.3 Endometrioid carcinoma มีลักษณะเป็น cystic tumor ที่มีขนาดเล็กจนโตเต็มช่องท้อง ผนังหนา ผิวเป็นมันสีเทาปนเหลืองหรืออาจเป็นสีแบบ chocolate cyst มักมีพังศืดยึดติดกับอวัยวะใกล้เคียง ภายในบรรจุมูกสีน้ำตาล

1.4 Clear cell adenocarcinoma เป็นมะเร็งที่มีลักษณะเป็นได้ทั้ง cystic หรือ semisolid หรือ solid tumor เยื่ออกค่อนข้างกลมหรือรูปไข่ ผิวนอกเรียบ สีขาวปนเทา หรือน้ำตาลอ่อน มะเร็งชนิดนี้มีความร้ายแรงมากที่สุดในการรุกรานมะเร็งชนิดเซลล์เยื่อบุด้วยกัน หากลุกลามออกนอกรังไข่จะมีอัตราการเสียชีวิตสูงมากที่สุด มักจะไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยรังสีรักษาหรือยาเคมีบำบัด

1.5 Malignant Brenner tumor พยาธิสภาพลักษณะที่เห็นด้วยตาเปล่าเป็นลักษณะ solid-cystic ขนาดค่อนข้างโต มักเป็นที่รังไข่ข้างเดียว ผนังด้านในมีก้อนเนื้ออยู่ๆ

2. **Germ cells tumor** เป็นมะเร็งของรังไข่ที่เกิดจากเซลล์ต้นกำเนิดชีวิต (embryonal cells) ซึ่งจะพัฒนาแยกเป็นส่วนของตัวอ่อนซึ่งจะกลายเป็นทารกต่อไป พบได้เป็นอันดับที่สอง รองจากมะเร็งรังไข่ชนิด Common epithelial tumor มักพบในสตรีที่อายุน้อยกว่า 20 ปี มะเร็งในกลุ่มนี้แบ่งออกเป็น

1.1 Dysgerminoma เป็นมะเร็งรังไข่ชนิดที่พบบ่อยที่สุด โดยร้อยละ 40-45 พบก่อนอายุ 20 ปี และร้อยละ 80-85 จะพบโรคก่อนอายุ 30 ปี พยาธิกำเนิดพบเซลล์เนื้องอกที่เปลี่ยนแปลงมาจาก germ cell line ลักษณะมองด้วยตาเปล่าเป็นเนื้องอกเนื้อตัน ผิวเรียบ มีขอบเขตชัดเจนสีขาวปนเทา อาจพบตำแหน่งเลือดออกหรือ cystic formation ผู้ป่วยอาจมีภาวะ gonadal dysgenesis คือ ไม่เคยมีระดู pure dysgerminoma เป็นเนื้องอกที่มีความสามารถในการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นต่ำและไวต่อรังสีรักษา

1.2 Endodermal sinus tumor พยาธิกำเนิดเกิดจาก extraembryonic structure ของ germ tissue ลักษณะมองด้วยตาเปล่าเป็นเนื้องอกนุ่มหรือกึ่งตัน สีเทาปนน้ำตาล มักพบตำแหน่งเลือดออก necrosis และ cystic degeneration เนื้องอกชนิดนี้มีความสามารถในการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นสูง โตเร็ว แพร่กระจายตั้งแต่เริ่มแรก และเป็นเนื้องอกที่ต่อต้านรังสีรักษา

1.3 Immature teratoma เกิดจาก embryonal structure ของ germ tissue ลักษณะที่เห็นด้วยตาเปล่าเป็นเนื้อตัน มีแคปซูลหุ้ม ผิวเรียบ ขนาดตั้งแต่ 7 เซนติเมตร จนใหญ่เต็มช่องท้อง อาจมี cyst เล็กๆ แทรกอยู่ บางครั้งอาจพบส่วนที่เป็นกระดูก กระดูกอ่อน หรือผม แทรกอยู่ด้วย เป็นเนื้องอกที่ต่อต้านรังสีรักษา มีความสามารถในการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นสูง อาจแพร่กระจายตั้งแต่เริ่มแรก การรักษาโดยใช้การผ่าตัดร่วมกับยาเคมีบำบัดมักได้ผลดี

1.4 Embryonal cell carcinoma เป็นชนิดที่พบน้อย มักพบในผู้ป่วยอายุน้อยมากเฉลี่ยราว 14 ปี มะเร็งชนิดนี้ผลิตทั้ง β -HCG และ Alpha fetoprotein ลักษณะเป็น semisolid tumor คล้ายกับ Endodermal sinus tumor และแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นสูง

1.5 Choriocarcinoma พบน้อยเช่นกัน อาจพบได้ตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยสาว มะเร็งชนิดนี้จะผลิต β -HCG เช่นเดียวกับ Gestational trophoblastic disease พยาธิกำเนิดเกิดจาก trophoblast ที่ส่วน extra-embryonic structure ของ germ tissue ลักษณะที่เห็นด้วยตาเปล่าเป็นเนื้องอกเนื้อตัน มีหลายปุ่ม มีจุดเลือดออกทั่วไปเป็นหย่อมๆ เหมือนเนื้อสดๆ อาจมีบางส่วนเป็นซิสต์เล็กๆ เนื้องอกชนิดนี้ต่อต้านรังสีรักษาเช่นกัน

1.6 Gonadoblastioma พยาธิกำเนิดเกิดจาก germ cell line เป็น semisolid tumor ขนาดไม่ค่อยโต เนื้องอกชนิดนี้อาจมีการสร้างฮอร์โมนเพศชายหรือหญิงก็ได้ เป็นชนิดไม่ร้ายแรง ให้การรักษาเหมือนเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงอื่นๆ แต่อาจกลายเป็นมะเร็งที่ร้ายแรงเกิดขึ้นในเนื้องอกได้

3. Sex cord stromal tumor มะเร็งในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะสังเคราะห์สเตียรอยด์ฮอร์โมน ได้แก่ เอสโตรเจน โปรเจสเตอโรน เทสโทสเตอโรน และคอร์ติโคสเตียรอยด์ เป็นต้น จึงอาจเรียกว่าเป็น “Functioning tumor” แบ่งออกเป็น

3.1 Granulosa cell tumor ร้อยละ 50 พบในหญิงวัยหมดระดู ลักษณะที่เห็นด้วยตาเปล่าเป็นเนื้องอกเนื้อตัน ขนาดตั้งแต่ 1 เซนติเมตร จนโตเต็มช่องท้องแต่ทั่วไปขนาดไม่ค่อยโตมาก ลักษณะเป็นรูปไข่หรือรูปไต ผิวเรียบหรือเป็นกลีบ ๆ (lobulated) อาจมีบางส่วนที่เป็นแบบ cystic สีน้ำตาลปนเหลือง มักมีเลือดออกแทรกในเนื้อ เป็นเนื้องอกที่มีความสามารถในการแพร่กระจายไปอวัยวะอื่นต่ำ มีการตอบสนองต่อรังสีรักษาได้ดีรองจาก dysgerminoma

3.2 Theca cell tumor ร้อยละ 84 ของมะเร็งชนิดนี้พบในสตรีวัยหมดระดู ลักษณะที่เห็นด้วยตาเปล่าเป็นเนื้องอกเนื้อตัน มีขอบเขตชัดเจนผิวเรียบ ส่วนใหญ่พบเป็นที่รังไข่ข้างเดียว และเป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง อาจพบน้ำในช่องท้องร่วมด้วย theca cell tumor ก่อให้เกิดเลือดออกทางช่องคลอดในสตรีวัยหมดระดูได้ร้อยละ 60

3.3 Androblastoma (Sertoli-Leydig cell tumor) เป็นมะเร็งรังไข่ที่เจริญมาจาก gonadal mesenchyma มะเร็งชนิดนี้อาจผลิตฮอร์โมน Androgen ซึ่งเป็นฮอร์โมนเพศชาย ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะสตรีเพศลดลง โดยมีอาการขาดระดู หรืออาจมีภาวะของบุรุษเพศ เช่น ขนคอก เสียงแหบแห้ง ลักษณะเป็นเนื้อตันหรือเป็น cyst ขนาดตั้งแต่ 2-20 เซนติเมตร มีผนังชัดเจน สีน้ำตาลปนเทา

4. Secondary (Metastatic) tumor เป็นเนื้องอกที่เกิดจากการแพร่กระจายมายังรังไข่ของมะเร็งอวัยวะอื่น หรือจากมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ส่วนอื่นก็ได้ ที่พบบ่อยได้แก่ แพร่กระจายมาจากลำไส้ กระเพาะอาหาร และเต้านม เป็นต้น มะเร็งชนิด metastatic tumor ที่รู้จักกันดีได้แก่ Krukenberg tumor ซึ่งเป็นมะเร็งของรังไข่ที่แพร่กระจายมาจากระบบทางเดินอาหาร จัดเป็นมะเร็งที่ร้ายแรงมากและมีการพยากรณ์โรคไม่ดี

2.4 การรักษามะเร็งรังไข่

แนวทางในการรักษามะเร็งรังไข่ในปัจจุบันมักจะเป็นการรักษาหลายวิธีร่วมกัน (combined treatment) ซึ่งวิธีการรักษาที่สำคัญ ได้แก่^{7,9}

1. การผ่าตัด ผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ทุกรายควรได้รับการผ่าตัด ยกเว้นกรณีที่มีข้อห้ามในการผ่าตัดอย่างเด็ดขาด เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค หาขอบเขตของโรคและกำหนดระยะโรค การผ่าตัดจึงเป็นการรักษาที่สำคัญอย่างยิ่ง แพทย์จะทำการผ่าตัดเลาะก้อนเนื้อออกโดยพยายามเอาเนื้อมะเร็งออกให้มากที่สุดหรือเหลือไว้ให้น้อยที่สุด ในกรณีที่ตัดออกได้หมดจะได้ผลการรักษาที่ดีที่สุด รวมทั้งผ่าตัดส่วนที่อาจพบการลุกลามได้แก่ มดลูกและรังไข่อีกข้าง เยื่อบุช่องท้อง omentum และต่อมน้ำเหลืองกลุ่ม retroperitoneum รวมทั้งการส่งก้อนเนื้อและเนื้อเยื่อเหล่านั้นไปตรวจทางพยาธิวิทยา

2. การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เป็นการรักษามะเร็งรังไข่ที่นิยมและมีประโยชน์มาก สามารถยืดอายุของผู้ป่วยได้แม้ว่าโรคจะลุกลามเกินกว่าจะผ่าตัดออกได้หมดหรืออาจทำผ่าตัดออกไม่ได้ หลังจากให้ยาเคมีบำบัดแล้วก้อนมะเร็งจะมีขนาดเล็กลงทำให้สามารถผ่าตัดออกภายหลังได้ การรักษานี้ยังช่วยยืดระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำของโรค (recurrence free interval) และเพิ่มอัตราการรอดชีวิต อย่างไรก็ตาม กลไกการออกฤทธิ์ของยาเคมีบำบัดเกือบทุกชนิดจะส่งผลโดยตรงต่อเซลล์มะเร็ง โดยออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานหรือการสร้าง DNA หรือ RNA ทำให้เกิดความผิดปกติใน cell cycle ทั้งการสร้าง protein และการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง

3. การรักษาด้วยรังสี การรักษานี้มีความสำคัญรองจากการผ่าตัดและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การรักษาด้วยรังสีขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็งว่ามีการตอบสนองต่อการรักษามากน้อยเพียงใด เช่น dysgerminoma จัดว่าเป็นมะเร็งที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยรังสีค่อนข้างดี ส่วน endometrioid adenocarcinoma, serous cystadenocarcinoma และ granulosa cell tumor ตอบสนองต่อรังสีได้ดีพอสมควร แต่สำหรับ clear cell adenocarcinoma หรือ mucinous cystadenocarcinoma จะมีการตอบสนองไม่ค่อยดีต่อการรักษานี้ ขนาดของมะเร็งที่หลงเหลืออยู่ภายหลังผ่าตัดและระยะและการลุกลามของโรคก็มีผลเช่นกัน ในกรณีที่หากหลงเหลืออยู่ขนาดเล็กมักจะตอบสนองต่อการรักษาด้วยรังสีได้ดี แต่ถ้าขนาดมะเร็งที่หลงเหลืออยู่โตกว่า 2 เซนติเมตรผลการตอบสนองต่อรังสีบำบัดจะไม่ค่อยดี และในกรณีที่มะเร็งมีการกระจายอยู่เฉพาะในอุ้งเชิงกรานการรักษาด้วยรังสีก็สามารถควบคุมหรือทำลายมะเร็งได้โดยมีความเสี่ยงไม่มาก แต่ถ้ามีน้ำในช่องท้อง (ascites) ร่วมด้วยแสดงว่ารอยโรคที่ลุกลามไปเป็นวงกว้าง ดังนั้น การรักษาด้วยรังสีจะไม่สามารถควบคุมโรคได้

4. การรักษาด้วยวิธี Targeted therapy เป็นวิธีการรักษาโรคมะเร็งแบบออกฤทธิ์จำเพาะเจาะจงต่อเซลล์มะเร็ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อยับยั้งกระบวนการส่งสัญญาณระดับเซลล์ ซึ่งเป็นต้นเหตุของการเจริญเติบโตและแบ่งตัวของเซลล์มะเร็งอย่างไม่มีที่สิ้นสุด โดยอาจไปจับกับเป้าหมายที่อยู่ภายนอกเซลล์หรือบนผิวเซลล์หรือผ่านเข้าไปในผนังเซลล์เพื่อจับกับเป้าหมายภายในก็ได้ ทั้งนี้มะเร็งแต่ละชนิดมีเส้นทางที่ใช้ในการเจริญเติบโตของเซลล์ไม่เหมือนกัน ยา targeted therapy มีกลไกการออกฤทธิ์แตกต่างกัน เช่น ยาที่เป็นแอนติบอดีเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันทำลายเซลล์มะเร็ง ยาที่ไปยับยั้งกระบวนการส่งสัญญาณเข้าไปกระตุ้นให้เซลล์มะเร็งเจริญเติบโต รวมทั้งยาที่เป็นตัวยับยั้งตัวรับ (receptor) ที่อยู่บนผิวของเซลล์ เป็นต้น

5. การรักษาด้วย Immunotherapy เป็นวิธีการรักษาโดยเพิ่มศักยภาพในการตอบสนองภูมิคุ้มกัน การรักษาชนิดนี้มีบทบาทเข้ามาช่วยรักษา epithelial cancer ภายหลังการผ่าตัดและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดแล้วยังมีมะเร็งเหลือในขนาดที่ไม่โตหรือยังมี ascites พบว่าการรักษาได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีมะเร็งเหลือขนาดประมาณ 5 มม. หรือมีแต่ ascites ยาที่ใช้บ่อยคือ Interferon มีฤทธิ์ต้านการเจริญของ ovarian epithelial cancer รวมทั้งช่วยเสริมการออกฤทธิ์ของยาเคมีบำบัด

จุดมุ่งหมายของการรักษาผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ด้วยยาเคมีบำบัด^{12,13}

ภายหลังการตรวจวินิจฉัยโรคเรียบร้อยแล้ว แพทย์จะร่วมกันพิจารณาปัจจัยต่างๆ เช่น อายุ สุขภาพทั่วไปของผู้ป่วย สมรรถนะของร่างกาย ชนิดของมะเร็ง ระยะของโรค ความต้องการและความพร้อมในการรักษา รวมทั้งปัญหาทางการแพทย์อื่นๆ โดยมีเป้าหมายหลัก 3 ประการได้แก่

1. **การรักษา (Cure)** เพื่อให้หายขาดหรือปลอดจากโรค 5-10 ปี (5-10 year survival rate) ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ แพทย์อาจเลือกการรักษาด้วยการผ่าตัด รังสีรักษา และ/หรือยาเคมีบำบัดอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือใช้วิธีการรักษาหลายอย่างร่วมกัน สำหรับมะเร็งรังไข่ในระยะแรกมักเป็นการรักษาด้วยการผ่าตัดและยาเคมีบำบัดตามลำดับ

2. **การควบคุมโรค (Control)** ในกรณีที่เซลล์มะเร็งมีการแพร่กระจายของโรคและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เพื่อป้องกันการเติบโตของเซลล์มะเร็งชั่วคราว ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มอัตราการรอดชีวิต (prolonged survival rate) และระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำของโรค (prolonged disease free survival) และเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเท่าที่จะทำได้

3. การประคับประคอง (Palliative care) ในกรณีที่เซลล์มะเร็งมีการแพร่กระจายไปทั่วร่างกายแล้ว และไม่สามารถรักษาหรือควบคุมได้ เพื่อบรรเทาอาการและทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตสูงสุดในช่วงเวลาที่เหลือของชีวิต โดยไม่มุ่งเน้นการยืดอายุการรอดชีวิตของผู้ป่วย

การเลือกใช้ยาเคมีบำบัด^{13,14}

ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งรังไข่แต่ละราย การเลือกใช้ยาเคมีบำบัด ขนาดยา และระยะเวลาในการให้ยาล้วนมีความสำคัญอย่างมาก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกยาเคมีบำบัด ประกอบด้วย

- ชนิดของมะเร็ง และระยะของโรค
- อายุของผู้ป่วย
- ภาวะสุขภาพ (Health status)
- ประวัติทางการแพทย์และการใช้ยา (Medical and medicine history)
- ประวัติการรักษามะเร็ง (History of cancer therapy)
- ภาวะโภชนาการ (Nutritional status)
- สมรรถนะของร่างกาย (Performance status)
- จำนวนเม็ดเลือด (Hematologic blood counts)
- ภาวะการทำงานของไต (Renal function)
- ภาวะการทำงานของตับ (Liver function)

แพทย์ผู้ให้การรักษามักจะเลือกสูตรยาจากการรวบรวมปัจจัยต่างๆ ข้างต้น โดยสูตรยาเคมีบำบัดอาจจะเป็นยาชนิดเดียวหรือหลายชนิดร่วมกันเพื่อให้มีประสิทธิภาพมากกว่าการใช้ยาเพียงชนิดเดียว (ตารางที่ 2) อย่างไรก็ตามการเลือกใช้ยาเคมีบำบัดต้องคำนึงถึงผลข้างเคียง การออกฤทธิ์เสริมกันและต้านฤทธิ์กันเมื่อใช้ยาเคมีบำบัดหลายชนิดร่วมกัน ดังนั้น การคำนวณยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายขึ้นอยู่กับชนิดของยาเคมีบำบัด ซึ่งมีวิธีคำนวณที่แตกต่างกัน เช่น คำนวณจากน้ำหนักหรือพื้นที่ผิวร่างกายของผู้ป่วย เป็นต้น

ตารางที่ 2 ยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งรังไข่⁸

Epithelial Ovarian Cancer	First-line chemotherapy	Second-line chemotherapy
	<ul style="list-style-type: none"> - Carboplatin - Cisplatin - Paclitaxel - Cyclophosphamide - Platinum-based combinations <p>เช่น Carboplatin/Paclitaxel เป็นต้น</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Paclitaxel - Docetaxel - Liposomal doxorubicin - Gemcitabine - Topotecan - Oral Etoposide - Oral Hexamethyl melamine - Oral Melphalan - Megestrol acetate - Tamoxifen
Germ Cell Tumor	First-line chemotherapy	Second-line chemotherapy
	<ul style="list-style-type: none"> - BEP (Bleomycin, Etoposide, Cisplatin) - VBP (Vinblastine, Bleomycin, Cisplatin) - VAC (Vincristine, Dactinomycin, Cyclophosphamide) 	<ul style="list-style-type: none"> - PE (Cisplatin, Etoposide) - VIP (Etoposide, Ifosfamide, Cisplatin) - Paclitaxel

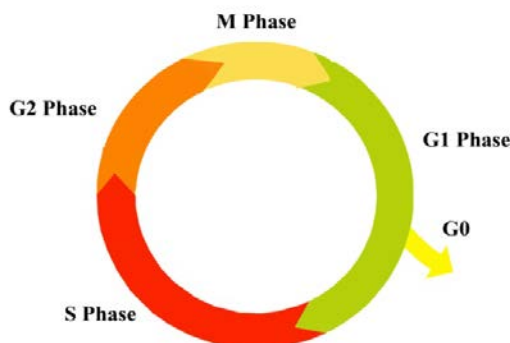
ที่มา: วสันต์ ลินะสมิต, สฤกพรรณ วิไลลักษณ์, ชัยยศ ธีรผกาวงศ์, วิชาญ หล่อวิทยา, ดำรง ตริสุโกศล, ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, กนธิรี สังขวาตี. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งรังไข่. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2549.

หมายเหตุ:

* First- line chemotherapy หมายถึง การให้ยาเคมีบำบัดมาตรฐานที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งรังไข่

* Second-line chemotherapy หมายถึง การให้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่เป็นซ้ำ (recurrence) หรือโรคก้าวหน้า (progression) หลังให้ยาเคมีบำบัดมาตรฐานแล้ว

วงจรชีวิตของเซลล์ (Cell cycle)¹³



รูปที่ 1 วงจรชีวิตของเซลล์ (Cell cycle)

ที่มา: เพลินพิศ ธรรมนิภา, นันทนา ธนาโนวรรณ. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งบริเวณที่ได้รับยาเคมีบำบัด. ใน: นันทนา ธนาโนวรรณ, บรรณาธิการ. ตำราการพยาบาลมะเร็ง (ฉบับองค์รวม). กรุงเทพฯ: วิ.พรินท์; 2553. หน้า 311.

โดยทั่วไป เซลล์ปกติและเซลล์มะเร็งมีการพัฒนาเป็น 5 ระยะ ได้แก่

G₀ ระยะพักของเซลล์ (resting phase)

G₁ ระยะการเตรียมตัวเพื่อสร้าง DNA (presynthetic phase) ในระยะนี้จะมีการสร้าง RNA โปรตีนและเอนไซม์ต่างๆ ที่จำเป็นต่อการสร้าง DNA ถ้าระยะเวลาสั้น แสดงว่าเซลล์มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว

S ระยะที่มีการสร้าง DNA (synthetic phase) เมื่อสิ้นสุดระยะนี้ DNA จะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า

G₂ ระยะก่อนการแบ่งตัว (premitotic phase) มีการสร้าง RNA และ โปรตีน ซ่อมแซม DNA

M ระยะแบ่งเซลล์เป็น 2 เซลล์ (mitotic phase) เป็นระยะที่จะมีการแบ่งตัวของโครโมโซม ระยะเวลาในการเจริญของเซลล์ขึ้นอยู่กับชนิดของเซลล์ โดยทั่วไป G₁ มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็วและตอบสนองต่อยาเคมีบำบัด ไม่ว่ายาเคมีบำบัดจะออกฤทธิ์อย่างไร มีผลทำให้เซลล์ตายทันที หรือขัดขวางการเจริญและการแบ่งตัวของเซลล์ จนทำให้เซลล์ตายในเวลาต่อมา ดังนั้น ยาเคมีบำบัดจึงมีผลทั้งต่อเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติ เช่น เซลล์ไขกระดูก (bone marrow) และเซลล์ในระบบทางเดินอาหาร (gastrointestinal tract) เป็นต้น

2.5 ชนิดของยาเคมีบำบัด (Classification of chemotherapeutic agents)^{4,14}

1. แบ่งตามวงจรชีวิตของเซลล์ เพื่อเลือกให้ยาให้เหมาะสมกับระยะการแบ่งตัวของเซลล์ และทำให้ได้ประสิทธิผลมากกว่าการใช้ยาเคมีบำบัดเพียงชนิดเดียว แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1.1 Cell-cycle-specific agents ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ระหว่างวงจรชีวิตของเซลล์ ยาที่ออกฤทธิ์ในระยะ G₁ phase ได้แก่ Actinomycin-D ออกฤทธิ์ในช่วง G₂ phase ได้แก่ Etoposide, Bleomycin ออกฤทธิ์ในช่วง S phase ได้แก่ 5-FU (5-Fluorouracil), Adriamycin ในขณะที่ Vincristine, Vinblastine ออกฤทธิ์ในช่วง M phase

1.2 Cell-cycle-nonspecific agents ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ได้ทุกระยะของวงจรชีวิตของเซลล์ เช่น Cisplatin, Carboplatin, Cyclophosphamide, Ifosfamide, Doxorubicin, Mitomycin-C และ Actinomycin-D

2. แบ่งตามกลุ่มนยา เนื่องจากยาเคมีบำบัดแต่ละชนิดออกฤทธิ์แตกต่างกัน กลไกการฆ่าเซลล์มะเร็งยังไม่ทราบชัดเจน จึงมีการแบ่งชนิดตามกลุ่มนยา ดังนี้

2.1 Alkylating agents ทำปฏิกิริยา Alkylation กับ DNA เพื่อขัดขวางการแบ่งตัวของเซลล์และทำให้เซลล์ตายในที่สุด ยาในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็น Cell-cycle-nonspecific agents ได้แก่ Cyclophosphamide, Ifosfamide เป็นต้น

2.2 Platinum เป็นกลุ่มที่มีกลไกการฆ่าเซลล์มะเร็งคล้ายคลึงกับยากลุ่ม Alkylating agents ได้แก่ Cis-dichlorodiaminoplatinum (Cisplatin), Carboplatin, Oxaliplatin เป็นต้น

2.3 Taxanes ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยตรงต่อไมโครทิวบูล ซึ่งเป็นโครงสร้างของเซลล์ในไซโทพลาสซึม ทำให้เซลล์แบ่งตัวไม่ได้ จึงมีผลต่อเซลล์ใน M phase ได้แก่ Paclitaxel, Docetaxel เป็นต้น

2.4 Topoisomerase I inhibitor ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ที่ S phase โดยยับยั้งเอนไซม์ topoisomerase I ทำให้ DNA เสียหายไม่สามารถสร้างสายคู่หรือลอกเลียนแบบ DNA ชุดใหม่ ทำให้เซลล์ตาย ได้แก่ Topotecan (Hycamtin), Irinotecan (Campto) เป็นต้น

2.5 Antimetabolites ออกฤทธิ์ขัดขวางการสังเคราะห์กรดนิวคลีอิก (nucleic acid) ซึ่งเป็นส่วนประกอบสำคัญของ DNA หรือ RNA ทำให้เซลล์ตาย ได้แก่ 5-Fluorouracil, Gemcitabine, Methotrexate เป็นต้น

2.6 Antitumor antibiotics เป็นอนุพันธ์ของยาฆ่าเชื้อแบคทีเรียที่ออกฤทธิ์ฆ่าเซลล์มะเร็ง โดยทำลาย DNA ให้แตกสลายจนซ่อมแซมตัวเองไม่ได้ ได้แก่ Doxorubicin, Epirubicin, Actinomycin-D, Bleomycin, Mitomycin-C เป็นต้น

2.7 Plant alkaloids เป็นยาเคมีบำบัดที่สกัดจากพืช แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

- Vinca alkaloids ออกฤทธิ์ป้องกันการจับตัวกันของโปรตีน Tubulin ของไมโครทิวบูลทำให้เซลล์แบ่งตัวไม่ได้ ได้แก่ Vincristine, Vinblastine, Vinorelbine เป็นต้น

- อนุพันธ์ของ Podophyllotoxin ไม่มีผลต่อไมโครทิวบูล แต่ทำให้ DNA แตกสลาย ยกเว้น Etoposide เป็นต้น

2.8 ฮอรัโมน ใช้ในการรักษาโรคมะเร็ง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมของฮอรัโมนที่มีผลต่อการเจริญเติบโตของเนื้อเยื่อ โดยไม่เป็นพิษต่อเซลล์ ได้แก่ Megestrol acetate, Tamoxifen เป็นต้น

เกณฑ์การประเมินการตอบสนองต่อยาเคมีบำบัด (Tumor response)^{13,14}

1. **Complete response (CR)** ไม่พบรอยโรค ไม่มีอาการและอาการแสดง การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีที่เกี่ยวข้องกับชนิดของมะเร็ง เป็นเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 4 สัปดาห์ ภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดและในระหว่างการรักษาต้องไม่เกิดรอยโรคขึ้นอีก

2. **Partial response (PR)** มีรอยโรคลดลงมากกว่าร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับก่อนการรักษาเป็นเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 4 สัปดาห์ ภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด

3. **Stable disease (SD)** ขนาดของก้อนลดลงจากเดิมน้อยกว่าร้อยละ 50 หรือโตขึ้นจากเดิมน้อยกว่าร้อยละ 25 มากกว่า 8 สัปดาห์ ภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด และระหว่างการรักษาต้องไม่เกิดรอยโรคขึ้นอีก

4. **Progression of disease (PD)** ขนาดก้อนมะเร็งโตขึ้นมากกว่าร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับก่อนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

รูปแบบการใช้ยาเคมีบำบัด^{4,13,14}

1. **Adjuvant chemotherapy** หมายถึง การให้ยาเคมีบำบัดตามหลังวิธีการรักษาอื่นๆ เช่น การผ่าตัดหรือรังสีรักษา ซึ่งอาจมีเซลล์มะเร็งที่ไม่สามารถมองเห็นด้วยตาเปล่าหรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การให้ยาเคมีบำบัดตามหลังการผ่าตัดจึงช่วยกำจัดเซลล์มะเร็งดังกล่าว เนื่องจากเป้าหมายของการรักษานี้เพื่อช่วยลดการแพร่กระจายของโรคมะเร็งนั่นเอง

2. **Neoadjuvant chemotherapy** หมายถึง การให้ยาเคมีบำบัดก่อนการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ เพื่อช่วยทำให้มะเร็งมีขนาดก่อนหรือบริเวณที่เป็น โรคลดลง สามารถทำการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกได้มากและสะดวกหรือทำให้บริเวณที่ต้องฉายรังสีมีขนาดแคบลง วิธีนี้จึงอาจจะเรียกว่า cytoreductive, inductive หรือ primary chemotherapy

3. **Concurrent treatment** หมายถึง การให้ยาเคมีบำบัดพร้อมกับการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือรังสีรักษา

4. **Salvage chemotherapy** หมายถึง การให้ยาเคมีบำบัดเมื่อมีการกลับเป็นซ้ำของรอยโรคหลังจากที่เคยได้รับยาเคมีบำบัดมาก่อนหรือมีการดื้อยา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรักษาแบบประคับประคองมากกว่าการคาดหวังให้หายจากโรค

5. **Palliative chemotherapy** หมายถึง การให้ยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งในระยะที่มีการแพร่กระจายแล้ว เพื่อบรรเทาอาการจากโรคมะเร็งหรือยืดอายุของผู้ป่วยให้ยาวนานขึ้น รวมทั้งทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้

2.6 การบริหารยาเคมีบำบัด^{4,15,16,17,18,19,20}

สำหรับการรักษาผู้ป่วยมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัดนั้น แพทย์จะเป็นผู้พิจารณาชนิด ขนาด และวิธีการบริหารยา โดยมีหลักปฏิบัติในการบริหารยาเคมีบำบัด ดังนี้

1. **การรับประทาน** เป็นวิธีที่สะดวก ยาเคมีบำบัดประเภทนี้ควรเป็นยาที่มีคุณสมบัติละลายในไขมัน (fat soluble compound) เพราะยาจะถูกนำไปยังเป้าหมายด้วยวิธี specific transport system นิยมใช้เพื่อควบคุมระยะสงบให้นานขึ้น หรือใช้ร่วมกับการบริหารยาประเภทอื่น ได้แก่ Etoposide, 5 Fluorouracil Tamoxifen เป็นต้น หลักการบริหารยาชนิดรับประทาน ดังนี้

1.1 ล้างมือก่อนและหลังการบริหารยา สวมถุงมือชนิดไม่มีแป้งที่สามารถป้องกันการซึมผ่านของยาเคมีบำบัด หรือใช้ที่กั้นในการจ่ายยาเม็ดแก่ผู้ป่วย ห้ามใช้มือเปล่าหยิบยา

1.2 ยาเม็ดเคมีบำบัดที่ต้องแบ่งครึ่ง ต้องหักแบ่งในถุงพลาสติกที่ปิดสนิท

1.3 กรณีที่ต้องบดยาเม็ดเคมีบำบัดให้เป็นผง หรือแกะยาออกจากแคปซูล เพื่อให้ยาทางสายยาง (feeding tube) ต้องให้เภสัชกรเป็นผู้เตรียมยา

1.4 เก็บยาแยกจากยาอื่น ในกรณีที่ยังไม่ถึงเวลาให้ยา

1.5 แนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแลในการปฏิบัติตัวเมื่อต้องกลับไปรับประทานยาเคมีบำบัดที่บ้าน โดยต้องเก็บยาแยกจากยาอื่น ล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังรับประทานยา เน้นย้ำการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด

2. การฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ยาในกลุ่มนี้ไม่ควรเป็นยาที่ทำให้เกิดเนื้อตาย (tissue necrosis) โดยเฉพาะกลุ่ม vesicant drug เช่น Vincristine, Doxorubicin ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องไม่มีภาวะเลือดออกง่ายหรือเกร็ดเลือดต่ำ

3. การให้ยาเคมีบำบัดในช่องท้อง การให้ยาเคมีบำบัดโดยวิธีนี้จะให้ยาเคมีบำบัดที่มีความเข้มข้นสูงเข้าสู่ช่องท้องเพื่อสัมผัสกับมะเร็งโดยตรง ทำให้เซลล์มะเร็งถูกทำลายได้มากขึ้น จึงทำให้อัตราการตอบสนองต่อการรักษา (response rate) สูงขึ้นด้วย แต่ปัญหาที่อาจเกิดขึ้น เช่น ปลายของ catheter ที่จ่ออยู่ในตำแหน่งเดิวนาน ๆ อาจมีผลต่อการไหลเวียนของยาส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางลำไส้ เกิดการติดเชื้อ ตกเลือดภายในช่องท้อง นอกจากนี้อาจพบผลข้างเคียงจากการให้ยาเคมีบำบัด เช่น ปวดในท้อง คลื่นไส้ อาเจียน และอาการอื่น ๆ ที่มีจะรุนแรงกว่าการให้ยาเคมีบำบัดโดยทั่วไป บางครั้งรุนแรงจนถึงแก่ชีวิต จึงทำให้การให้ยาเคมีบำบัดภายในช่องท้องยังไม่เป็นที่นิยมใช้กัน

4. การฉีดเข้าทางหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงก้อนมะเร็งโดยตรง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษาเฉพาะที่และลดผลข้างเคียงของยาให้มากที่สุด

5. การฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ เป็นวิธีการที่ใช้อย่างแพร่หลาย วิธีนี้ช่วยให้ยาสามารถกระจายไปทั่วร่างกายได้รวดเร็ว ยาในกลุ่มนี้ควรเป็นยาที่มีคุณสมบัติละลายน้ำได้ดี (water soluble compound) การให้ยาโดยการฉีดเข้าหลอดเลือดดำโดยตรง (bolus dose) จะทำให้ระดับยาในกระแสเลือดสูงขึ้น แต่จะลดลงอย่างรวดเร็ว เพราะถูกขับออกจากร่างกายได้ง่าย การบริหารยาจะเหมาะสมสำหรับกลุ่มที่ออกฤทธิ์ได้ทุกระยะในวงจรชีวิตของเซลล์ ส่วนยาที่ออกฤทธิ์เฉพาะในช่วงการแบ่งตัวของเซลล์ควรให้ในรูปแบบของสารน้ำทางหลอดเลือดดำ (intravenous infusion) เป็นระยะเวลานาน เพื่อทำให้มีระดับยาในกระแสเลือดนานขึ้นและยังสามารถลดพิษจากยาเคมีบำบัด (drug toxicity) หลักการบริหารยาเข้าทางหลอดเลือดดำ มีดังนี้

5.1 เลือกเข็มพลาสติกที่มีความยืดหยุ่นขนาดเบอร์ที่เล็กที่สุด เช่น เบอร์ 24 เพื่อลดการบาดเจ็บของหลอดเลือดให้น้อยที่สุด และไม่ควรใช้เข็มเหล็ก ควรใช้พลาสติกชนิดใส (transparent) ปิดตำแหน่งที่แทงเข็มเพื่อยึดตรึง สามารถสังเกตเห็นการรั่วซึม บวมแดงได้ชัดเจน

5.2 เลือกลอดเลือดที่มีขนาดใหญ่ เรียบตรง มีความยืดหยุ่น ไม่ชอกช้ำ ไม่ควรเลือกเส้นเลือดที่เคยมีการให้ยาหรือสารน้ำมาก่อนภายใน 24 ชั่วโมง เพราะอาจเกิดการรั่วซึมของยาออกนอกหลอดเลือดได้

5.3 หลีกเลี่ยงการแทงหลอดเลือดดำบริเวณข้อต่างๆ เช่น ข้อมือ ข้อศอก เพราะหากมีการรั่วซึมของยาออกนอกหลอดเลือด อาจมีการทำลายของเส้นประสาทและเอ็นได้ ควรเลือกลอดเลือดดำใหญ่บริเวณแขนด้านนอก (cephalic vein) หรือหลอดเลือดดำใหญ่บริเวณแขนด้านใน (basilic vein) ส่วนบริเวณหลังมือสามารถให้ยาเคมีบำบัดได้เช่นกัน แต่ไม่ควรเป็นยาที่มีการทำลายเนื้อเยื่อ เช่น ยาในกลุ่ม Vesicant agents เพราะหากมีการรั่วซึมของยาออกนอกหลอดเลือด อาจทำให้เส้นประสาทและเอ็นถูกทำลาย หรือทำให้การทำงานของมือเสียไป

5.4 การฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำโดยตรง (bolus) ควรเปิดหลอดเลือด แล้วฉีดยาเคมีบำบัดช้าๆ จนหมด หลังจากนั้นให้ปล่อยสารน้ำทางหลอดเลือดดำโดยเร็ว เพื่อเจือจางยาให้มากที่สุด หรืออาจใช้วิธี 2-Syringe Technique คือ การฉีดน้ำเกลือ นอร์มัล (NSS) 10-20 cc. ก่อนและหลังให้ยาเคมีบำบัดทุกครั้ง เพื่อเจือจางยาให้มากที่สุดเช่นกัน

2.7 ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด^{6,13,15,21,22}

นอกจากยาเคมีบำบัดจะออกฤทธิ์ทำลายเซลล์มะเร็งแล้ว ยังมีฤทธิ์ในการทำลายเซลล์ปกติด้วย ขึ้นกับอัตราการแบ่งตัว (proliferating rate) ของเซลล์แต่ละชนิด เซลล์ที่อยู่ในกลุ่มที่แบ่งตัวเร็วจะถูกทำลายจากยาเคมีบำบัดได้มากที่สุด ผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ได้แก่

1. **การกดไขกระดูก (bone marrow toxicity)** เป็นผลข้างเคียงที่พบบ่อยที่สุด เนื่องจากยาเคมีบำบัดทำให้การสร้างไขกระดูกเปลี่ยนแปลง เกิดภาวะเกร็ดเลือดต่ำ เม็ดเลือดขาวและเม็ดเลือดแดงลดน้อยลง ผู้ป่วยมักจะมีอาการอ่อนเพลีย เลือดออกง่ายและติดเชื้อมีเม็ดเลือดขาวต่ำ โดยมากมักเกิดหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดประมาณ 7-10 วัน และจะคงอยู่ต่อไปนาน 3-10 วัน ส่วนภาวะเกร็ดเลือดต่ำมักเกิดหลังจากเม็ดเลือดขาวต่ำประมาณ 4-5 วัน ยาที่มีผลข้างเคียงนี้อย่างมาก เช่น Mitomycin-C, Carboplatin, Actinomycin-D เป็นต้น

2. **พิษต่อทางเดินอาหาร (gastrointestinal toxicity)** เป็นผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่พบบ่อย เนื่องจากเซลล์เยื่อทางเดินอาหารเป็นเซลล์ที่แบ่งตัวอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดการอักเสบ (mucositis) ได้มาก ประกอบกับการมีปริมาณของเม็ดเลือดขาวในระดับต่ำทำให้มี

การติดเชื้อของทางเดินอาหารจากแบคทีเรียและเชื้อราได้ง่าย ยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งอาจเกิดตั้งแต่วันแรกจนถึงวันที่ 3 หลังได้รับยาเคมีบำบัดหรือนานกว่านั้น ยาเคมีบำบัดที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนอย่างมาก เช่น Cisplatin, Cyclophosphamide, Doxorubicin เป็นต้น นอกจากนี้ ผลของยาเคมีบำบัดยังทำให้เซลล์เยื่อบุผิวบริเวณลิ้นถูกทำลายอย่างมาก ทำให้การรับรสอาจเปลี่ยนแปลงได้ในขณะที่ได้รับยาเคมีบำบัดในช่วง 2-3 ชั่วโมงแรก จนกระทั่งหลังได้รับยานานเป็นเดือน ผลข้างเคียงที่อาจพบได้อีก เช่น ท้องผูก ท้องเดิน ช่องปากอักเสบเป็นแผล หรือกระเพาะลำไส้อักเสบเป็นแผล เป็นต้น

3. **ผมร่วง (alopecia)** เกิดจากการทำลายรากผมซึ่งมีการแบ่งตัวของเซลล์ตามปกติ ผมและขนจะเริ่มร่วงประมาณสัปดาห์ที่ 2 หลังจากได้รับยาเคมีบำบัดและจะร่วงไปเรื่อยๆ ตลอดระยะเวลาที่ได้รับยา อย่างไรก็ตาม ผมจะงอกขึ้นใหม่หลังจากที่หยุดยานานประมาณ 2-3 เดือน ยาเคมีบำบัดที่ทำให้ผมร่วงอย่างมาก เช่น Doxorubicin, Paclitaxel เป็นต้น

4. **พิษต่อระบบประสาท (neurotoxicity)** ส่วนใหญ่มักพบพยาธิสภาพที่ประสาทส่วนปลาย (peripheral neuropathy) จากการได้รับยาเคมีบำบัด เช่น Cisplatin, Vinca alkaloids, Etoposide, Paclitaxel เป็นต้น พิษต่อระบบประสาทที่เกิดจาก Cisplatin จะทำให้มีอาการชาหลังจากได้รับยาไปแล้ว 2-3 ครั้ง อาการชาอาจเป็นมากขึ้นและหายช้ามาก แม้จะหยุดยาไปหลายเดือนแล้วก็ตาม ดังนั้น การให้ Cisplatin ร่วมกับ Paclitaxel จะทำให้เกิดผลข้างเคียงของยาดังกล่าวอย่างมาก

5. **พิษต่อผิวหนัง (skin toxicity)** ยาเคมีบำบัดบางชนิดทำให้ผิวหนังมีผื่นขึ้น เกิดการอักเสบ สีผิวคล้ำขึ้นหรือไวต่อแสงมากขึ้น และยังทำให้เล็บมีสีคล้ำหรือเปราะแตกหักง่ายขึ้น ยาในกลุ่มนี้ เช่น Doxorubicin, Actinomycin-D, Mitomycin-C, Vincristine เป็นต้น และหากมีการรั่วซึมของยาออกนอกหลอดเลือดอาจทำให้เกิดเนื้อเยื่อตายอย่างรุนแรงได้ที่เรียกว่า Extravasation

Extravasation^{20,23,24,25} เป็นผลจากการให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำที่มีการรั่วซึมออกจากหลอดเลือดไปสู่เนื้อเยื่อบริเวณรอบๆ ทำให้เกิดปฏิกิริยาของผิวหนังเริ่มตั้งแต่การบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย เช่น ปวดแสบปวดร้อนบริเวณที่ได้รับยา ไปจนถึงการเกิดเนื้อเยื่อตายอย่างมาก (severe necrosis) ความรุนแรงนี้ขึ้นกับปัจจัยหลายประการ เช่น ชนิดของยา ความเข้มข้นของยา ปริมาณยา ระยะเวลาที่ได้รับยา ตำแหน่งที่ให้ยา เทคนิคการให้ยา และการตอบสนองของเนื้อเยื่อ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือทันที่ อาจทำให้ผิวหนังบริเวณที่มีการ

ร้าวซึมคล้ำขึ้นหรือมีการตายของเนื้อเยื่อในที่สุด จัดแบ่งกลุ่มยาตามคุณสมบัติ และมีรายละเอียดของยาตามตารางที่ 3

1. Vesicant เป็นกลุ่มยาที่ทำลายเนื้อเยื่อรุนแรงมาก เมื่อเกิดการรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดดำ จะทำให้เนื้อเยื่อตายและสูญเสียการทำงานได้มาก

2. Exfoliant เป็นกลุ่มยาที่มีฤทธิ์ระคายเคืองต่อผิวหนังและเนื้อเยื่อ เมื่อเกิดการรั่วซึมออกนอกหลอดเลือด ทำให้รู้สึกปวด เกิดการอักเสบ เนื้อเยื่อถูกทำลายรุนแรง อาจเกิดเนื้อเยื่อตายได้

3. Irritant เป็นกลุ่มยาที่มีฤทธิ์ระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อ จะรู้สึกเจ็บและปวดแสบบริเวณที่ฉีดและร้าวไปตามหลอดเลือดที่ฉีด อาจมีอาการบวมแดงหรือทำให้เกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อ แต่สามารถฟื้นฟูสภาพเดิมและไม่เกิดเนื้อเยื่อตาย

4. Inflammitant เป็นกลุ่มยาที่ทำให้ผิวหนังบริเวณที่ฉีดเกิดการอักเสบเล็กน้อยถึงปานกลางแต่ไม่ทำลายเนื้อเยื่อ

5. Neutral เป็นกลุ่มยาที่เมื่อเกิดการรั่วออกนอกหลอดเลือดจะทำให้อักเสบเพียงเล็กน้อย ไม่มีปฏิกิริยารุนแรงต่อเนื้อเยื่อ

ตารางที่ 3 การจัดกลุ่มยาเคมีบำบัดที่ใช้ในมะเร็งรังไข่ตามคุณสมบัติการมีพิษต่อผิวหนัง

Vesicants	Exfoliants	Irritants	Inflammitants	Neutrals
Actinomycin-D	Cisplatin	Carboplatin	Fluorouracil	Beomycin
Doxorubicin	Docetaxel	Etoposide	Methotrexate	Cyclophosphamide
Epirubicin	Liposomal doxorubicin	Irinotecan		Gemcitabine
Mitomycin				Ifosfamide
Paclitaxel	Topotecan			
Vinblastine				
Vincristine				

ที่มา : คัดแปลงจาก Woscan Cancer Nursing and Pharmacy Group. Chemotherapy extravasation guideline. [Internet]. 2012 [cited 2014 Mar12]; Available from: <http://www.beatson.scot.nhs.uk/content/mediaassets/doc/extravasation%20guidance.pdf>

6. พิษต่อระบบทางเดินปัสสาวะ (urinary toxicity) โดยเฉพาะยา Cisplatin ทำให้เกิดพิษต่อไต (tubular damage) หรือเกิดการตายของเนื้อไตได้ วิธีป้องกันที่ดีที่สุด คือ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอก่อนและหลังให้ยา ส่วนยาเคมีบำบัดประเภท Cyclophosphamide และ Ifosfamide อาจทำให้เกิดภาวะปัสสาวะอักเสบหรือมีเลือดออกได้ (hemorrhagic cystitis)

7. พิษอื่นๆ เช่น พิษต่อหัวใจ (cardiac toxicity) จาก Doxorubicin ปริมาณสะสมห้ามเกิน 550 mg/m² ปอดมีพังผืด (pulmonary fibrosis) จาก Bleomycin พบได้ในผู้ป่วยที่ได้รับปริมาณสะสมมากกว่า 400 units หรืออายุมากกว่า 70 ปี ภาวะขาดประจำ (amenorrhea) เนื่องจากรังไข่มีพังผืดและไข่ออกทำลาย โดยเฉพาะยาในกลุ่ม Alkylating agents การเกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาว (secondary acute leukemia) จาก Melphalan และการเกิดปฏิกิริยาภูมิไวเกิน (hypersensitivity) จาก Paclitaxel สามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่รับยาครั้งแรก เป็นต้น

จากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดข้างต้น สามารถแบ่งตามระดับของความรุนแรงตามอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดออกเป็น grade 0-4 (ภาคผนวก ก) โดยกำหนดให้ grade 3 และ 4 เป็นกลุ่มที่ได้รับผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดอย่างรุนแรงและส่งผลกระทบต่อดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมากและอาจทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมได้ หากพบความผิดปกติดังกล่าว พยาบาลควรรีบให้การช่วยเหลือเบื้องต้นและรายงานแพทย์ทันที เพื่อพิจารณาปรับลดขนาดของยาหรือเปลี่ยนชนิดของยาตามความเหมาะสม

Ovarian cancer tumor markers^{26,27,28}

Tumor marker หมายถึง เป็นเครื่องหมายที่แสดงว่าอาจพบสารที่มะเร็งสร้างขึ้น สารที่คัดหลั่งออกมาจากเซลล์มะเร็ง สารที่ตรวจพบเป็นส่วนใดส่วนหนึ่งของเซลล์มะเร็ง หรือสารที่เกิดจากปฏิกิริยาระหว่างร่างกายกับเซลล์มะเร็ง มีประโยชน์ในการติดตามผลการรักษามะเร็ง วินิจฉัยมะเร็งที่คงเหลืออยู่และอุบัติการณ์ของโรคที่เป็นซ้ำ กำหนดตำแหน่งและขอบเขตการกระจายของมะเร็ง บอกการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยแต่ละราย tumor marker สำหรับมะเร็งรังไข่ (ตารางที่ 4) ได้แก่

1. **Alpha fetoprotein (AFP)** โดยปกติถูกสร้างโดยตับ ทางเดินอาหาร และ yolk sac ของ fetus AFP พบได้ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยมะเร็งตับชนิด hepatocellular และมักถูกใช้เป็น tumor maker สำหรับมะเร็งรังไข่ชนิด Endodermal sinus tumor, Immature teratoma และ Dysgerminoma แต่ไม่พบ AFP ในมะเร็งรังไข่ชนิด Choriocarcinoma

2. **CA 125** เป็น tumor marker ที่มีความไวสูงสำหรับมะเร็งรังไข่ชนิด non-mucinous epithelial carcinoma นอกจากนี้ยังพบได้ในภาวะนรีเวชกรรมที่ไม่ใช่มะเร็งแต่พบระดับ CA 125 สูงกว่าปกติ ได้แก่ การตั้งครรภ์ในไตรมาสแรก การมีประจำเดือน เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดปกติ (endometriosis) การอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน และเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก

3. **CA 19-9** ใช้เป็น tumor marker สำหรับมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อบุผิว โดยเฉพาะ mucinous cystadenocarcinoma สามารถใช้ประโยชน์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งรังไข่แบบ borderline ทั้งชนิด serous และ mucinous นอกจากนี้ยังตรวจพบได้ในเนื้องอกรังไข่ชนิด Teratoma ทั้ง mature และ immature

4. **Human chorionic gonadotropin (β -HCG)** ถูกสร้างโดยทั้ง benign และ malignant trophoblastic cells และอาจถูกสร้างโดยเนื้องอกรังไข่ชนิด germ cell ได้ด้วย จัดเป็น tumor marker ที่รู้จักกันดีและใช้กันแพร่หลายสำหรับ gestational trophoblastic neoplasia

5. **Human epididymis protein 4 (HE4)** เป็นโปรตีนพบที่เยื่อบุผิวของ epididymis ส่วนปลาย และพบระดับต่ำในบริเวณเยื่อบุผิวของทางเดินหายใจและอวัยวะสืบพันธุ์สตรี เช่น ท่อนำไข่ เยื่อบุผิวของรังไข่ แต่พบระดับ HE 4 มีค่าสูงทั้งบริเวณเยื่อบุผิวและในเลือดของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ HE4 ช่วยในการวินิจฉัยผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ในระยะแรกและติดตามการรักษาได้ดีกว่า CA125 โดยใช้สูตรการคำนวณหาค่า ROMA (Risk of Ovarian Malignant Algorithm) ที่นำค่า HE4 และ ค่า CA125 มาประเมินร่วมกับช่วงวัยก่อนหมดประจำเดือน หรือวัยหลังหมดประจำเดือน

วัยก่อนหมดประจำเดือน (Premenopausal women)

ค่า ROMA \geq 11.4% หมายถึง มีความเสี่ยงสูงต่อการพบมะเร็งเยื่อบุผิวรังไข่

ค่า ROMA \leq 11.4% หมายถึง มีความเสี่ยงต่ำต่อการพบมะเร็งเยื่อบุผิวรังไข่

วัยหลังหมดประจำเดือน (Postmenopausal women)

ค่า ROMA \geq 29.9% หมายถึง มีความเสี่ยงสูงต่อการพบมะเร็งเยื่อบุผิวรังไข่

ค่า ROMA \leq 29.9% หมายถึง มีความเสี่ยงต่ำต่อการพบมะเร็งเยื่อบุผิวรังไข่

ตารางที่ 4 ระดับปกติของค่า Tumor markers²⁹

Tumor markers	ค่าปกติ	หน่วย
Alpha fetoprotein (AFP)	0-5.8	IU/ml
CA 125	0-35	U/ml
CA 19-9	0-37	U/ml
β -HCG	0-3	mIU/ml

ที่มา: ภาควิชาวิทยาภูมิคุ้มกัน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. คู่มือการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ[Internet]. [cited2014Dec25]. Availablefrom: http://www.si.mahidol.ac.th/th/department/immunology/dept_main.html

บทที่ 3

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่รับยาเคมีบำบัด

ด้วยความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ ยาเคมีบำบัดสามารถช่วยทำให้ผู้ป่วยมะเร็งรังไข่มีโอกาสหายจากโรคและมีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม การรักษาโรคมะเร็งรังไข่โดยการผ่าตัดอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบ เช่น สูญเสียอวัยวะ ขาดฮอร์โมนเพศะที่ยังไม่หมดประจำเดือน นอกจากนี้ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่ยาวนานยังทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานต่อเนื่องทั้งด้านร่างกาย-จิตใจ-สังคม-จิตวิญญาณ ดังนั้น ในปัจจุบันแนวคิดในการดูแลผู้ป่วย คือ การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic care) พยาบาลควรมีความรู้พื้นฐานในการประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับยาเคมีบำบัด กลไกการออกฤทธิ์ และผลข้างเคียงของยา วิธีการบริหารยาเคมีบำบัดอย่างปลอดภัย ตลอดจนการพยาบาลเมื่อเกิดจากผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดอย่างถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้ พยาบาลยังต้องวางแผนการพยาบาลและปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาลควบคู่กันอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีเหมาะสมตามแต่ละบุคคล การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ (1) การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนได้รับยาเคมีบำบัด (2) การพยาบาลขณะได้รับยาเคมีบำบัด และ (3) การพยาบาลภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด ดังรายละเอียดต่อไปนี้^{11,12,13,30}

1. การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนได้รับยาเคมีบำบัด

การดูแลผู้ป่วยระยะนี้ เป็นการแจ้งผลการวินิจฉัยแก่ผู้ป่วยหรือญาติใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงแนวทางการรักษา ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการรักษา รวมทั้งผลดีและผลเสียของการรักษา รวมทั้งประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนรับยาเคมีบำบัด ได้แก่

1.1 การประเมินผลทางห้องปฏิบัติการ เช่น complete blood count, BUN, creatinine, SGOT, SGPT, alkaline phosphatase, albumin, total protein เป็นต้น

1.2 การประเมินการทำงานของหัวใจ (EKG) ในกรณีที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีผลต่อหัวใจ เช่น Doxorubicin เป็นต้น

1.3 การประเมินสมรรถนะทางกายของผู้ป่วย (performance status) หากผู้ป่วยมีสมรรถนะทางกายไม่ดี ผู้ป่วยอาจไม่สามารถทนต่อการรักษาและผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดได้ เครื่องมือที่นิยมใช้ในการประเมิน ได้แก่ Karnofsky Scale หรือ Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) เป็นต้น

ตารางที่ 5 การประเมินสมรรถนะทางกาย Karnofsky scale และ ECOG¹³

Karnofsky Scale	%	ECOG
- ปกติไม่แสดงอาการของโรค	100	0 – ทำกิจกรรมปกติ
- ทำกิจกรรมได้ปกติ ไม่มีอาการแสดงของโรค	90	ไม่มีอาการแสดงของโรค
- ทำกิจกรรมได้ แต่ต้องใช้ความพยายาม	80	1 - มีอาการของโรค
- ดูแลตนเองได้ ไม่สามารถทำกิจกรรมหรือทำงานได้	70	แต่ยังทำกิจวัตรประจำวันได้
- ต้องการความช่วยเหลือเป็นบางครั้ง ส่วนใหญ่ดูแลตัวเองได้	60	2 - นอนบนเตียงน้อยกว่า 50%
- ต้องการการดูแล และต้องไปพบแพทย์บ่อยครั้ง	50	จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ
- มีความพิการ ต้องการการดูแลและช่วยเหลือเป็นพิเศษ	40	3 - นอนบนเตียงมากกว่า 50%
- พิการอย่างรุนแรง ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล	30	ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ
- จำเป็นต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล ต้องการความช่วยเหลือ	20	4 - นอนบนเตียงตลอดเวลา
- อาการหนัก อาจถึงแก่กรรมอย่างกะทันหัน	10	ต้องการการดูแลในโรงพยาบาล
- ถึงแก่กรรม	0	5 - ถึงแก่กรรม

ที่มา : เพลินพิศ ชรรณนิภา, นันทนา ธนาโนวรรณ. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัด. ใน: นันทนา ธนาโนวรรณ, บรรณาธิการ. ตำราการพยาบาลนรีเวช (ฉบับองค์รวม). กรุงเทพฯ: วิ.พรินท์; 2553. หน้า 316.

1.4 การประเมินความเสี่ยง ได้แก่ อายุ เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุอาจมีผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด นอกจากนี้ ยังต้องประเมินประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งชนิดอื่นๆ และโรคประจำตัว ตลอดจนประวัติการรักษาโรคของผู้ป่วยอีกด้วย

1.5 การประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยก่อนให้ข้อมูล การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในด้านต่างๆ เช่น แผนการรักษา ขั้นตอนในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ระยะเวลา การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและบรรเทาผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด การรับประทานอาหาร การออก

กำลังกายที่เหมาะสม อาการที่ต้องรายงานแพทย์หรือพยาบาล การให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้ป่วย จะช่วยลดอัตราการรักษาที่ไม่ต่อเนื่องหรือหยุดยาเอง ซึ่งมีผลต่อการรักษาโรคมะเร็งอย่างมาก

1.6 การประเมินปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพ สมรส ศาสนา อาชีพ เศรษฐฐานะ แบบแผนการดำเนินชีวิต ศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

1.7 การประเมินด้านจิตสังคม เป็นสิ่งสำคัญในการวางแผนการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อสภาวะของโรค เนื่องจากโรคมะเร็งมักจะส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยทันทีที่ทราบผลการวินิจฉัยโรคและแผนการรักษาจากแพทย์ นอกจากนี้ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดยังส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วย การสูญเสียบทบาทหน้าที่หรือสัมพันธภาพภายในครอบครัว ปัญหาด้านการเงิน รวมทั้งการขาดผู้ดูแลขณะเจ็บป่วยอีกด้วย

1.8 การประเมินด้านจิตวิญญาณ โดยประเมินจากวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ความเชื่อ ความคาดหวังต่อการหายจากโรค และการให้คุณค่ากับตนเองยามเจ็บป่วย เป็นต้น

2. การพยาบาลขณะได้รับยาเคมีบำบัด

การบริหารยาเคมีบำบัดต้องทำอย่างระมัดระวัง เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น จากยาเคมีบำบัดทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ซึ่งในที่นี้คือ พยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วย รวมถึงการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัดและการแก้ไขปัญหาฉุกเฉิน ได้แก่¹³

2.1 ตรวจสอบความถูกต้องของชนิด ขนาด วิธีบริหารยาเคมีบำบัดให้ตรงกับ คำสั่งการรักษา การบริหารยาก่อนได้รับยาเคมีบำบัด เช่น ยาแก้คลื่นไส้ (antiemetic drug) ยาแก้แพ้ (antihistamine drug) ลำดับการให้ยาเคมีบำบัดก่อน-หลัง เช่น ให้ยา Vesicant drugs ก่อนให้ ยา Non-vesicant drugs เพื่อลดการบอบช้ำของหลอดเลือด เป็นต้น

2.2 จัดเตรียมยาฉุกเฉินและอุปกรณ์จำเป็นที่พร้อมใช้ในกรณี que ผู้ป่วยมีการแพ้ ยา (anaphylactic shock) หรือมีปฏิกิริยาภูมิไวเกิน (hypersensitivity) จากการได้รับยาเคมีบำบัด

2.3 จัดเตรียม spill kit สำหรับกำจัดขยะเคมีบำบัดที่อาจหกหรือตกแตกขณะ บริหารยาได้อย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันการฟุ้งกระจายของสารเคมีและการสัมผัสยาโดยตรง

2.4 ผู้บริหารยาควรสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันสารเคมี เช่น ถุงมือ แวนตา ผ้าปิดปากและจมูก เสื้อกาวน์ เพื่อป้องกันอันตรายจากการสัมผัสหรือสูดดมยาเคมีบำบัดในขณะบริหารยา

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

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

2.7 บริหารยาเคมีบำบัดตามขั้นตอน โดยใช้หลักปราศจากเชื้อ (universal precaution technique) ผ่านเครื่องกำหนดจำนวนหยด (infusion pump) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดตรงตามแผนการรักษา

2.8 แนะนำผู้ป่วยให้ระมัดระวังการเคลื่อนไหวบริเวณที่แทงเข็ม ในขณะให้ยาเคมีบำบัด ไม่ควรขยับแขนหรือยกแขนขึ้นบ่อยๆ เพื่อป้องกันเข็มทะลุออกนอกเส้นเลือด ทำให้ยารั่วซึมออกมาได้

2.9 เฝ้าสังเกตอาการผิดปกติในช่วง 15 นาทีแรกหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด เพราะอาจเกิดอาการแพ้ยาได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นครั้งแรก จากนั้นให้ทำการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุก 30 นาทีตลอดระยะเวลาของการให้ยาเคมีบำบัด เพื่อสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ และประเมินตำแหน่งที่ให้ยามีการรั่วซึมของยาออกนอกเส้นเลือดหรือไม่ หากพบว่ามีอาการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือดให้ปฏิบัติ ดังนี้³¹

2.9.1 หยุดให้ยาเคมีบำบัดทันที แต่ไม่ต้องดึงเข็มออกจากตัวผู้ป่วย

2.9.2 รายงานแพทย์

2.9.3 ใช้ปากกามาฉีกเขียนตำแหน่งรอยผิวหนังที่เกิดการรั่วของยาหรือถ่ายรูปไว้

2.9.4 สวมถุงมือแบบ Nitrile Gloves ใช้ syringe 3 มล. หรือ 5 มล. ต่อเข้ากับ IV catheter ที่ให้ยาเคมีบำบัด คุณเลือดหรือยาเคมีบำบัดส่วนที่รั่วซึมออกให้มากที่สุด ถ้ามียา Antidote ให้ฉีดยาโดยใช้เข็มที่คาอยู่กับผู้ป่วย

2.9.5 ดึงเข็มที่ให้ยาเคมีบำบัดออก ใช้สำลีวางตำแหน่งที่ดึงเข็มออก และห้ามกด/คลึง

2.9.6 ทายาบริเวณผิวหนังที่เกิดการรั่วซึมตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น ไฮโดรคอร์ติโซน 1% วันละ 2 ครั้ง หรือใช้ครีม DMSO (Dimethyl Sulfonate) ทาเบาๆ ทุก 2 – 8 ชั่วโมง

2.9.7 ประคบความอุ่น/ความเย็น ขึ้นกับยาเคมีบำบัดแต่ละชนิด (ตารางที่ 6)

2.9.8 ยกอวัยวะส่วนที่ยาเคมีบำบัดรั่วซึมให้สูงกว่าระดับหัวใจ และกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวของอวัยวะนั้น เพื่อลดอาการบวมและป้องกันการคั่งรังสีของเนื้อเยื่อเป็นเวลา 48 ชม.

2.9.9 สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณที่เกิดการรั่วซึมของยาเป็นระยะๆ เช่นอาการปวด บวมแดง เป็นผื่นแดง (Erythema) การเกิดตุ่มพอง (Blister) และอาการของการเกิด necrosis เป็นต้น

2.9.10 บันทึก วัน เวลา ชนิด ขนาดของยาเคมีบำบัดที่ให้ รวมทั้งวิธีการให้ ชนิดและขนาดของเข็มที่ให้ยา ปริมาณยาที่รั่วซึมโดยประมาณ บันทึกตำแหน่ง และความกว้างที่เกิด extravasations และการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการรั่วซึมของยา

2.9.11 ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในเรื่องการประเมิน อาการผิดปกติของผิวหนังที่อาจเกิดจาสาเหตุ ยาเคมีบำบัดรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดให้แจ้งพยาบาลทันที เมื่อพบอาการ ผิดปกติบริเวณผิวหนัง

2.10 บันทึกข้อมูลการให้ยา ตลอดจนอาการของผู้ป่วยหลังได้รับยาเคมีบำบัด

ตารางที่ 6 การจำแนกประเภทการประคบเมื่อยาเคมีบำบัดรั่วออกนอกหลอดเลือด³¹

ชนิดของการประคบเมื่อเกิดภาวะ Extravasation			
ชื่อยา	วิธีการประคบ		ยา Antidote
	ประคบเย็น	ประคบอุ่น	
Bleomycin		✓	
Carboplatin	✓		Hydrocortisone cream 1%
Cisplatin		✓	Hydrocortisone cream 1%
Cyclophosphamide		✓	Hydrocortisone cream 1%
Docetaxel		✓	Hyaluronidase
Doxorubicin	✓		DMSO
Epirubicin	✓		DMSO
Etoposide	✓		Hydrocortisone cream 1%
Fluorouracil	✓		Hydrocortisone cream 1%
Gemcitabine		✓	
Ifosfamide	-	-	
Irinotecan	✓		Hydrocortisone cream 1%
Liposomal Doxorubicin	✓		DMSO (10-14 วัน)
Methotrexate	✓		Hydrocortisone cream 1%
Mitomycin	✓		DMSO
Oxaliplatin		✓	Hyaluronidase
Paclitaxel		✓	Hyaluronidase
Vincristine		✓	Hyaluronidase

ที่มา : ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
 วิธีปฏิบัติงานเรื่อง การดูแลผู้ป่วยเมื่อยาเคมีบำบัดรั่วซึมออกนอกหลอดเลือด; 2557.

3. การพยาบาลภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด

ยาเคมีบำบัดทุกชนิดก่อให้เกิดผลข้างเคียงเล็กน้อยแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละคน ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการ ในขณะที่ได้รับยาเคมีบำบัดหรือภายหลังจากได้รับยา ดังนั้นการเตรียมพร้อมผู้ป่วยในการดูแลและจัดการอาการขณะผู้ป่วยอยู่บ้านจึงเป็นสิ่งสำคัญ ได้แก่

3.1 วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ตั้งแต่เริ่มรับผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ระหว่างที่อยู่ในโรงพยาบาลและก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

3.2 ทบทวนข้อมูลและความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตั้งแต่ก่อนรักษา แก้ไขข้อมูลหรือบอกข้อมูลที่ถูกต้อง เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยมีความรู้และสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยไม่เคยรับยาเคมีบำบัดมาก่อน / ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นครั้งแรก
2. มีสีหน้าวิตกกังวล ร้องไห้ เมื่อคิดว่าตนเองจะต้องผ่าตัดหลังได้รับยาเคมีบำบัด

เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยบอกมีความวิตกกังวลลดลง มีสีหน้าสดชื่นขึ้น
2. ผู้ป่วยยอมรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
3. นอนหลับพักผ่อนได้ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน

กิจกรรมการพยาบาล

1. พยาบาลควรสร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตัว และแจ้งวัตถุประสงค์ของการพูดคุยทุกครั้งเมื่อให้การพยาบาล

2. ประเมินสภาวะจิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะความวิตกกังวลของผู้ป่วย
3. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความวิตกกังวล ในขณะที่เดียวกันก็เป็นผู้รับฟังที่ดี สนใจทั้งคำพูดและความรู้สึกของผู้ป่วย
4. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับ ตลอดจนผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรับยาเคมีบำบัด
5. แนะนำวิธีการผ่อนคลาย หรือซักถามความสนใจของผู้ป่วย เช่น การอ่านหนังสือ ฟังเพลง ทำการฝีมือ การทำสมาธิ การเบี่ยงเบนความสนใจเพื่อไม่ให้หมกมุ่นในเรื่องของตนเองและความเจ็บป่วย
6. แสดงสีหน้าน่าชื่นตาเป็นมิตร ตลอดจนเขียนเขียนพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ พร้อมให้การดูแลด้วยความจริงใจ โดยช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยความเอื้ออาทร เพื่อลดความเครียด และเป็นที่พักพิงของผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยไม่เคยรับยาเคมีบำบัดมาก่อน / ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นครั้งแรก
2. ผู้ป่วยสอบถามเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัว และผลข้างเคียงเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด

เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยเข้าใจและบอกวัตถุประสงค์การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้อย่างถูกต้อง
2. ผู้ป่วยสามารถบอกเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด
3. ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในขณะที่ได้รับยาและภายหลังรับยาเคมีบำบัดได้มากกว่าร้อยละ 70

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค และการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด พร้อมทั้งอธิบายอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่อาจเกิดขึ้น

3. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวขณะรักษาด้วยยาเคมีบำบัด อาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด วิธีการป้องกันและการจัดการกับอาการข้างเคียง การดูแลตนเอง การทำกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย อาการผิดปกติที่ควรรายงานแพทย์หรือพยาบาล
4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ พร้อมทั้งตอบคำถามด้วยท่าทีเป็นมิตรจริงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตัวเองอย่างถูกต้อง
5. ประเมินผลภายหลังการสอนและอธิบายเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจหรือไม่ชัดเจน
6. ให้คู่มือในการปฏิบัติตัวเพื่อให้ผู้ป่วยใช้อ่านทบทวนขณะอยู่บ้าน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะภูมิไวเกิน (hypersensitivity)

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดที่ทำให้เกิดอาการภาวะภูมิไวเกิน

เป้าหมายการพยาบาล

1. ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะภูมิไวเกิน
2. เฝ้าระวังและให้การช่วยเหลือ ทันทีเมื่อมีอาการ

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงถึงการมีภาวะภูมิไวเกินที่เกิดจากยาเคมีบำบัด เช่น อาการแน่นหน้าอก อาการหายใจลำบาก ผื่นคัน หน้าแดง เป็นต้น
2. ผู้ป่วยปลอดภัยถ้าเกิดภาวะภูมิไวเกินจากยาเคมีบำบัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับภาวะภูมิไวเกินที่เกิดจากยาเคมีบำบัด เช่น อาการแน่นหน้าอก หายใจลำบาก มีผื่นคัน หน้าแดง อาเจียน หากพบให้รีบรายงานพยาบาลทันที
2. จัดเตรียมอุปกรณ์ในการช่วยชีวิตให้พร้อมใช้ ได้แก่ อุปกรณ์กู้ชีพ ชุดให้ออกซิเจน สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น
3. บริหารยาในกลุ่ม Corticosteroids, Antihistamine และ H₂ receptor antagonist เพื่อช่วยป้องกันการเกิดภาวะ hypersensitivity ก่อนให้ยาเคมีบำบัดตามแผนการรักษา
4. การให้ยาเคมีบำบัดควรเริ่มจากปรับหยดยาช้าๆ บันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาที 4 ครั้ง ทุก 15 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนยาเคมีบำบัดหมด

5. ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก ระดับออกซิเจนในเลือดลดลง < 95% หน้าแดง ผื่นคัน ให้หยุดยาทันที และใช้ NSS ทดแทน และรายงานแพทย์ทราบ

6. หากพบว่ามีอาการแน่นหน้าอก หายใจลำบาก จัดให้ผู้ป่วยนอนหงาย ศีรษะสูง ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ให้ O₂ ถ้าระดับออกซิเจนในเลือดลดลง

7. บริหารยา Antihistamine, Corticosteroid ฆ่าเพื่อบรรเทาอาการ ถ้าอาการทุเลาลงภายใน 30 นาที ให้ยาเคมีบำบัดต่อโดยเริ่มปรับหยดช้าๆ ฝ้าดูแลสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด บันทึกบันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาที 4 ครั้ง ทุก 15 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนยาเคมีบำบัดหมด

8. บันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วย พร้อมทั้งวางแผนร่วมกับทีมแพทย์ เกสัชกร เพื่อปรับแนวทางในการรักษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียน รู้สึกพะอืดพะอม
2. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยกว่า ½ ถาด
3. ผู้ป่วยน้ำหนักลดลงจากเดิม

เป้าหมายการพยาบาล อาการคลื่นไส้อาเจียนลดลง รับประทานอาหารได้มากขึ้น

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยบอกว่าอาการคลื่นไส้อาเจียนน้อยลง
2. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น น้ำหนักไม่ลดลงกว่าเดิม

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสาเหตุของการคลื่นไส้อาเจียน เช่น จากโรค การรักษา หรือสภาวะทางอารมณ์ เพื่อแก้ไขปัญหาให้ตรงประเด็น รวมทั้งบันทึกอาการคลื่นไส้อาเจียนของผู้ป่วยแต่ละครั้ง ถ้าผู้ป่วยอาเจียนมาก ควรรายงานแพทย์ทราบ

2. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยบ้วนปาก และทำความสะอาดช่องปากทุกครั้งก่อนและหลังรับประทานอาหารหรือหลังอาเจียนทุกครั้ง

3. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ บ่อยๆ ครั้ง พร้อมทั้งหลีกเลี่ยงอาหารที่มีกลิ่นแรง รสจัด อาหารที่มีมันมาก

4. จัดบรรยากาศในการรับประทานอาหารให้ดูสดชื่น สะอาด นำรับประทาน และเป็นที่ยืนชอบของผู้ป่วย
5. ถ้าผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ได้ หรือได้น้อยมาก ควรแนะนำให้รับประทาน อาหารเสริมที่มีส่วนผสมของสารอาหารครบถ้วนร่วมด้วย
6. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาป้องกันอาเจียนอย่างสม่ำเสมอแม้จะไม่แสดง อาการ หากมียาแก้คลื่นไส้ อาเจียน ควรให้ก่อนยาเคมีบำบัดเสมอ
7. ประเมินสภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วย ได้แก่ ความเครียด วิตกกังวล และ ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น
8. สาธิตวิธีการฝึกการผ่อนคลาย การหายใจแบบลึกๆ และผ่อนคลายซ้ำๆ หรือทำ สมาธิ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจในขณะที่ให้ยาเคมีบำบัด เพื่อลดความวิตกกังวล และความรุนแรง ของอาการคลื่นไส้อาเจียน
9. ชั่งน้ำหนัก 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อติดตามว่ามีน้ำหนักเพิ่มขึ้นหรือลดลงหรือไม่
10. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น Albumin, Electrolyte

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีภาวะเม็ดเลือดแดงต่ำ (Anemia)

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีเยื่อบุตา ริมฝีปาก ซีด
2. ผู้ป่วยบ่นเวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม เหนื่อยง่าย
3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ Hb < 8.5 g/dl, Hct < 30%

เป้าหมายการพยาบาล ลดอันตรายที่เกิดจากภาวะซีด

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยไม่เกิดอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม ใจสั่น
2. ผู้ป่วยไม่มีอาการหอบเหนื่อย หรือเหนื่อยง่าย
3. ภาวะซีดได้รับการแก้ไข Hb > 8.5 g/dl, Hct > 30%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสีของเยื่อบุตา ริมฝีปาก พร้อมทั้งสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดจากภาวะซีด เช่น หน้ามืด ใจสั่น เหนื่อยง่าย เป็นต้น

2. แนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยนท่าควรจะทำอย่างช้าๆ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ พลัดตก หกล้ม ช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ
3. ให้คำแนะนำและให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก และมีโปรตีนสูง เช่น ไข่ ตับ ผักสีเขียว เพื่อช่วยไขกระดูกในการสร้างเม็ดเลือดแดง
4. จัดให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเต็มที่ และช่วยเหลือกิจกรรมข้างเตียงเพื่อลดการใช้ ออกซิเจนของร่างกายโดยไม่จำเป็น
5. หากผู้ป่วยหายใจเร็ว น้อยหอบ เนื่องจากได้รับ O_2 ไม่เพียงพอ ควรจัดให้ ได้รับ O_2 พร้อมทั้งบันทึกอัตราการหายใจของผู้ป่วย
6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับเลือดตามแผนการรักษา เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้ เลือด เช่น มีไข้ หนาวสั่น
7. ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ เช่น Hb, Hct หากพบผิดปกติ ควรรายงานแพทย์ ทราบ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยมีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Neutropenia)

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีอาการแสดงของการติดเชื้อในร่างกาย เช่น มีไข้ ปัสสาวะแสบขัด มี อาการอักเสบ บวม แดงร้อน มีสารคัดหลั่งผิดปกติจากส่วนต่างๆ ของร่างกาย เป็นต้น
2. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ $WBC < 3,000/mm^3$ และ $ANC < 1,500/mm^3$

เป้าหมายการพยาบาล ลดอันตรายที่เกิดจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ

เกณฑ์การประเมิน

1. ลดการติดเชื้อในร่างกายจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ
2. ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำได้รับการแก้ไข $WBC > 3,000/mm^3$ และ $ANC > 1,500/mm^3$

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ ได้แก่ อุณหภูมิ อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต ทุก 4 ชั่วโมง และสังเกตอาการผิดปกติของการติดเชื้อในร่างกาย เช่น ปัสสาวะ แสบขัด มีอาการอักเสบ บวม แดงร้อน มีสารคัดหลั่งผิดปกติจากส่วนต่างๆ ของร่างกาย เป็นต้น

2. ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการรักษาความสะอาดร่างกายทั่วไป ปากฟัน และอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก เป็นต้น
3. แนะนำผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีแคลลอรี่และโปรตีนสูง เพื่อช่วยในการฟื้นฟูสภาพของร่างกายและเสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกัน
4. แนะนำผู้ป่วยให้หลีกเลี่ยงบุคคลเป็นโรคติดเชื้อ เพราะผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำมีโอกาสทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย
5. แนะนำผู้ป่วยรับประทานอาหารที่สุก / ผ่านการปรุงด้วยความร้อน และหลีกเลี่ยงผักสดในช่วงที่เม็ดเลือดขาวต่ำ
6. แนะนำผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการสัมผัสสัตว์เลี้ยง
7. ให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบ Aseptic technique เช่น ล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสระหว่างบุคคล (cross infection)
8. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ Antibiotic หรือ Granulocyte colony-stimulating factors (G-CSFs) ตามแผนการรักษา อธิบายให้ผู้ป่วยทราบ อาจเกิดอาการปวดเมื่อยตามร่างกายและสามารถบรรเทาได้โดยการรับประทานยาลดปวด ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ หากพบค่าผิดปกติควรรายงานแพทย์ทราบ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยมีภาวะเกร็ดเลือดต่ำ (Thrombocytopenia)

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีอาการแสดงของภาวะเลือดออกผิดปกติ เช่น มีจ้ำเลือด จุดเลือดออก
2. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ Platelet count $< 100,000/\text{mm}^3$

เป้าหมายการพยาบาล ลดอันตรายที่เกิดจากภาวะเกร็ดเลือดต่ำ

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่พบจุดจ้ำเลือดตามร่างกาย ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ไม่มีเลือดออกจากปัสสาวะ อุจจาระ ไม่มีเลือดออกเวลาอาเจียน
2. Platelet count $> 100,000/\text{mm}^3$

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ ได้แก่ อุณหภูมิ อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต และ Neuro signs เพื่อสังเกตอาการแสดงถึงมีการตกเลือดภายในร่างกาย (internal bleeding)

2. สังเกตอาการแสดงของภาวะเลือดออกผิดปกติเนื่องจากเกร็ดเลือดต่ำ เช่น มีจุดเลือดออกใต้ผิวหนัง จ้ำเลือด เลือดออกตามไรฟัน มีเลือดออกเวลาอาเจียน ปัสสาวะหรืออุจจาระ เป็นต้น

3. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียงอย่างเพียงพอ (bed rest) ถ้าเกร็ดเลือดน้อยกว่า $20,000/\text{mm}^3$ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุซึ่งทำให้ผู้ป่วยเสียเลือดมาก

4. แนะนำผู้ป่วยให้ระวังอุบัติเหตุที่เกิดจากการใช้ของมีคม รวมทั้งดูแลความสะอาดช่องปาก แปรงฟันโดยใช้แปรงสีฟันขนอ่อน หลีกเลี่ยงการใช้ไหมขัดฟัน เพราะอาจทำให้เลือดออกตามไรฟันได้

5. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับการงดใช้ยาในกลุ่ม Aspirin และ NSAIDs เพราะยาดังกล่าวทำให้เลือดแข็งตัวช้า และอาจเป็นสาเหตุทำให้เลือดออกได้

6. หลีกเลี่ยงการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ ถ้าจำเป็นต้องเจาะเลือดต้องกดนานอย่างน้อย 5 นาที และอย่าขยับบริเวณที่ฉีดยา

7. ดูแลให้ได้รับเกร็ดเลือดตามแผนการรักษา และติดตามผลการตรวจ Platelet หากพบค่าผิดปกติควรรีบรายงานแพทย์ทันที

8. ดูแลระบบขับถ่ายโดยประเมินอาการท้องผูก และรายงานแพทย์เพื่อขอยาระบาย เนื่องจากการมีภาวะเกร็ดเลือดต่ำอาจทำให้เกิดเลือดออกง่าย ถ้าเกิดอาการท้องผูก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยมีเสี่ยงต่อการเกิดพิษต่อไต (Nephrotoxicity)

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดที่มีโอกาสสูงต่อการเป็นพิษของไต
2. ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติที่แสดงถึงมีภาวะอักเสบของกระเพาะปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะน้อยลง ปวดหน่วงเวลาปัสสาวะ ปัสสาวะมีเลือดออก เป็นต้น

เป้าหมายการพยาบาล

1. ป้องกันไม่ให้เกิดการทำงานของไตล้มเหลวผู้ป่วย
2. ป้องกันไม่ให้เกิดการอักเสบของกระเพาะปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีความสมดุลของน้ำเข้าและน้ำออกจากร่างกาย
2. ผู้ป่วยไม่มีปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะไม่มีขุ่นเป็นตะกอนหรือมีเลือดปน
3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้แก่ BUN = 6-20 mg/dl, Creatinine = 0.51-0.95 mg/dl, Urine exam ตรวจไม่พบ โปรตีน หรือ RBC

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากยาเคมีบำบัด
2. ประเมินลักษณะของปัสสาวะทุก 8 ชั่วโมง หากพบมีลักษณะขุ่นมีตะกอน หรือมีเลือดปน ควรรายงานแพทย์ทราบ
3. กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากกว่า 2-3 ลิตรต่อวัน และให้ IV fluid ตามแผนการรักษา เพื่อช่วยขับสารเคมีที่อาจตกค้างในร่างกายออกทางปัสสาวะ
4. แนะนำผู้ป่วยไม่ให้กลั้นปัสสาวะ สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปัสสาวะแสบขัด ขุ่น มีเลือดปน ให้แจ้งพยาบาลหรือแพทย์ทราบ
5. ติดตามผลการตรวจ BUN, Creatinine, Urine exam หากพบค่าผิดปกติควรรีบรายงานแพทย์ทราบ
6. ประเมินภาวะสารน้ำเข้า และสารน้ำออกต่อวันให้สมดุล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 ผู้ป่วยมีอาการปวดและไม่สบาย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าไม่สบาย
2. ผู้ป่วยมีอาการปวดตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป (Pain score > 3)

เป้าหมายการพยาบาล อาการปวดลดลง สบายขึ้น

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น สามารถนอนหลับได้ 7-8 ชั่วโมงต่อวัน
2. ผู้ป่วยมีอาการปวดลดลง (Pain score < 3 หรือ เท่ากับศูนย์)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับของความปวด โดยใช้ numeric scale ที่มีระดับตั้งแต่ 0-10 ทุก 4 ชั่วโมงและความไม่สบายของผู้ป่วย เช่น ตำแหน่ง ลักษณะการปวด ความถี่ รวมทั้งระยะเวลาที่ปวด เป็นต้น
2. ประเมินปัจจัยที่ส่งเสริมหรือบรรเทาความปวด เช่น เพศ อายุ ความกลัว ความวิตกกังวล อาการอ่อนเพลีย วัฒนธรรม และปัจจัยทางจิตสังคม เป็นต้น เพื่อหาสาเหตุที่อาจส่งเสริมและสิ่งที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยในการเลือกวิธีในการจัดการความปวด
3. จัดให้ผู้ป่วยนอนท่าที่สบาย เพื่อทุเลาอาการปวด พร้อมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในการทำกิจกรรมที่ช่วยให้เกิดความสบายมากขึ้น
4. บริหารยาแก้ปวดตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง และประเมินความปวดซ้ำหลังได้รับยา พร้อมทั้งสอนให้ผู้ป่วยรายงานความปวด ถ้ารู้สึกว่าการปวดนั้นยังไม่บรรเทา ลงบันทึกความรุนแรงของความปวด และผลของยาที่ได้รับ
5. สอนผู้ป่วยในการนำวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาในรูปแบบอื่นๆ เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย การนวด การประคบร้อนเย็น เทคนิคการเบี่ยงเบน หรือการทำกลุ่มสนับสนุน (support group) เป็นต้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 10 ผู้ป่วยมีความไม่สบายเนื่องจากท้องโตแน่นอึดอัดท้อง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าไม่สบาย
2. ผู้ป่วยนอนราบไม่ได้ พักผ่อนไม่ได้ เนื่องจากท้องโต แน่นอึดอัดท้องมาก
3. ตรวจร่างกายพบภาวะ Ascites
4. ตรวจวัดรอบท้องได้เพิ่มขึ้นจากเดิม

เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยสบายขึ้น แน่นท้องน้อยลง และพักผ่อนได้

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยบอกว่าแน่นท้องลดลง สีหน้าสดชื่นขึ้น และพักผ่อนได้
2. ภาวะแน่นอึดอัดท้องได้รับการแก้ไข วัตรอบท้องลดลงกว่าเดิม

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการแน่นท้องโดยการวัดรอบท้องทุกวัน เพื่อติดตามขนาดรอบท้องว่ามีขนาดเพิ่มขึ้นหรือไม่
2. จัดทำผู้ป่วยให้ออนสิริระยะสูงเพื่อบรรเทาอาการแน่นท้อง
3. ช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ และดูแลความสุขสบายทั่วไป
4. ช่วยแพทย์เจาะในการระบายน้ำในช่องท้อง โดยอธิบายให้ผู้ป่วยทราบขั้นตอน และควรให้ผู้ป่วยปัสสาวะก่อนทุกครั้งเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับกระเพาะปัสสาวะ
5. ในขณะที่เจาะน้ำในช่องท้อง ควรบันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง ลักษณะจำนวนของน้ำในช่องท้อง พร้อมทั้งส่ง ascites fluid ตรวจสอบแผนการรักษา และติดตามผล หากพบความผิดปกติต้องรายงานให้แพทย์ทราบ
6. วัดรอบท้องทุกวัน เพื่อประเมินอาการและความผิดปกติที่เกิดจากภาวะท้องมาน
7. ติดตามผล Lab เช่น Electrolyte, Albumin เนื่องจากอาจมีการสูญเสีย Albumin น้ำ และเกลือแร่ไปกับน้ำในช่องท้อง

บทที่ 4

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 72 ปี สถานภาพสมรสคู่
เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ
ระดับการศึกษา จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4
ไม่ได้ประกอบอาชีพ ภูมิลำเนาอยู่ที่จังหวัดสมุทรสาคร
สิทธิการรักษา ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า
วันที่เข้ารับการรักษา 11 มิถุนายน 2557
วันที่เริ่มดูแล 11 มิถุนายน 2557
วันสิ้นสุดการดูแล 13 มิถุนายน 2557

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

มารับยาเคมีบำบัดตามนัด

ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 เดือนก่อน ผู้ป่วยเริ่มมีอาการท้องอืด น้ำหนักลด 5 กิโลกรัมภายในระยะเวลา 3 เดือน
ไปตรวจที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร แพทย์ได้ทำการ ultrasound เมื่อวันที่ 4 เม.ย. 57 พบก้อน
และน้ำในช่องท้อง และได้เจาะน้ำในช่องท้องได้ปริมาณ 2,000 ml. ผู้ป่วยถูกส่งตัวมาเพื่อรับ
การรักษาต่อที่โรงพยาบาลศิริราช และได้รับการทำ CT whole abdomen เมื่อ 20 เม.ย. 57 พบ
ก้อนในอุ้งเชิงกรานขนาดประมาณ 18.3 x 16.2 x 11.3 cm. multiple peritoneal nodules,
intraabdominal lymphadenopathy, small pulmonary nodule at right middle lung แพทย์วินิจฉัย
เป็น Advanced stage CA Ovary และ plan ให้การรักษาด้วยวิธี Palliative chemotherapy

ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต

Underlying DM, HT, DLP ประมาณ 5 ปี รักษาที่โรงพยาบาลสมุทรสาครมาโดยตลอด
ปัจจุบันรับประทานยา Tab.Amlodipine(5mg) 1 tab oral OD, Tab Metformin(500mg) 1 tab
oral bid. pc., Tab Simvastatin(10mg) 1 tab oral hs. สามารถควบคุมอาการของโรคได้

ประวัติครอบครัวและความเจ็บป่วยในครอบครัว

มีบุตร 6 คน ปัจจุบันอาศัยอยู่กับบุตรสาวคนเล็ก คนในครอบครัวรักใคร่กันดี
น้องสาวเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเต้านม เมื่ออายุ 60 ปี

ประวัติการแพ้ยาและสารอาหาร

ไม่มีประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

- รูปร่างทั่วไป : หญิงชรา ผอมบาง น้ำหนัก 53.5 กก. สูง 160 ซม. BMI = 20.89
- สัญญาณชีพแรกพบ : T = 36.5°C P = 96 /min R = 20/min BP = 114/78 mmHg
- ผิวหนัง : ปกติ ลักษณะเขียว่นตามวัย ไม่มีรอยแตก ไม่มีผื่นหรือจ้ำเลือด ไม่บวม
เล็บมือสะอาดไม่ซีด ไม่มีนิ้วปม
- ศีรษะและใบหน้า
 - : ผมหงอกประปราย ไม่มีรังแค หนังศีรษะไม่แห้ง ไม่มีก้อนทุมบริเวณศีรษะ
 - ลักษณะใบหน้าทั้งสองข้างสมมาตรดี
 - : ต่อมไทรอยด์ที่ซ้ายขวา หน้าหลังหู โคนขากรรไกรล่าง ได้กระดูก
ขากรรไกรล่าง ได้คาง คลำไม่พบก้อน ไม่มีการอักเสบ กดไม่เจ็บ
 - : ตาทั้งสองข้างสมมาตรกันดี เส้นผ่านศูนย์กลางของรูม่านตา 3 มิลลิเมตร มี
ปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ไม่ซีด ไม่เหลือง
 - : ไบหู จมูก ลักษณะภายนอกปกติ สมมาตรกันดีทั้ง 2 ข้าง ไม่มีน้ำมูก
 - : ปาก รูปร่างสมมาตรกันดี ไม่มีปากแห้งริมฝีปากไม่แตก ไม่มีรอยโรคที่มุม
ปาก ภายในปากไม่มีแผล เยื่อภายในและกระพุ้งแก้มสีชมพู ฟันเหลือ 25 ซี่ ไม่มีฟันปลอม
 - : คอ กล้ามเนื้อลักษณะสมมาตรกันดี ต่อมไทรอยด์และต่อมไทรอยด์ไม่โต
 - หัวใจ : การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ อัตราการเต้น 84 ครั้ง/นาที ไม่มีเสียง murmur
 - ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติลักษณะสมมาตรกันดี
 - ช่องท้องและทางเดินอาหาร : ท้องโตแน่นท้อง วัดรอบท้องได้ 98 ซม. คลำพบบ่อน
บริเวณท้องด้านขวา ขอบเขตไม่ชัดเจน มีปวดท้องด้านขวา pain score = 5 และพบ ascites ตับ
ม้าม คลำไม่ได้ ไม่มีริดสีดวงทวาร

ประเมินสภาพด้านจิตสังคม

ผู้ป่วยกลัวการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด สีหน้าไม่สุขสบาย เวลาเมื่อเรื่องวิตกกังวลมักจะพูดคุย
กับสามีและบุตร ผู้ป่วยมีความเชื่อในศาสนา คิดว่าเป็นเวรกรรมของตนที่ทำให้เป็นโรคนี

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC

Date	10 มิ.ย.57	ค่าปกติ
Hemoglobin (g/dl)	8.5	12-18
Hematocrit (%)	27.4	37-52
WBC count (cells/cu.mm.)	4,800	4,000-11,000
Platelet count (cells/cu.mm.)	354,000	150,000-440,000
Neutrophils (%)	65.6	40-74
ANC	3,148.8	1,600-8,140
Lymphocyte (%)	31.5	19-48
Monocyte (%)	3	3.4-9
Eosinophils (%)	1	0-7
Basophils (%)	0	0-1.5

Blood chemistry

Date	10 มิ.ย.57	ค่าปกติ
FBS (mg%)	105	79-99
BUN (mg/dl)	12.8	6-20
Creatinine (mg/dl)	0.4	0.51-0.95
Albumin (g/dl)	3.3	3.5-5.52
Globulin (g/dl)	2.4	2.3-2.8
SGOT (U/L)	25	0-32
SGPT (U/L)	33	0-33
Alkaline (U/L)	92	35-105
Na ⁺ (mmol/L)	134	135-145
K ⁺ (mmol/L)	3.8	3.5-5.1
Cl ⁻ (mmol/L)	90	98-107
HCO ₃ ⁻ (mmol/L)	30	22-29
CA 125 (units/ml)	485	0-35
CA 19-9 (units/ml)	35	0-39

การวินิจฉัยโรค : Advanced stage CA Ovary

แผนการรักษาที่ได้รับ

- G/M PRC 1 unit IV. Drip 3 hr
- Repeat Hct หลังเลือดหมด 4 hrs.

Chemotherapy: Paclitaxel + Carboplatin regimen

- Ranitidine 50 mg IV. 30 min prior to chemotherapy
- Benadryl 50 mg oral 30 min prior to chemotherapy
- Ondansetron 16 mg + Dexamethasone 20 mg in NSS 50 ml IV. drip in 15 min, 30 min prior to chemotherapy
- NSS 50 ml IV. drip in 30 min
- Paclitaxel 230 mg in NSS 500 ml IV. Over 3 hrs. try drip ช้า ๆ ใน 30 min แรก
- 5% D/W 10 ml IV. push stat.
- Carboplatin 350 mg in 5% D/W 100 ml IV. drip in 1 hr
- 5% D/W 10 ml IV. push stat.

การวางแผนการพยาบาลกรณีศึกษา

วันที่ 11 มิถุนายน 2557 (เวลา 9.30 น.)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยไม่เคยรับยาเคมีบำบัดมาก่อน / ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นครั้งแรก
2. ผู้ป่วยสอบถามเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และผลข้างเคียงของยา

เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอย่างถูกต้อง
2. ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับโรค การรักษา และผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดได้ร้อยละ 70

3. ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองขณะและภายหลังรับยาเคมีบำบัดได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ
2. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ตลอดจนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
3. อธิบายเรื่องโรค การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ตลอดจนผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น

วิธีการดูแลตนเองและจัดการกับอาการข้างเคียง อาการที่ต้องแจ้งแพทย์และพยาบาล

4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม พร้อมทั้งตอบข้อสงสัยต่าง ๆ ด้วยท่าที่เป็นมิตร สุภาพ ไม่เร่งรีบ

5. หากผู้ป่วยมีสีหน้าท่าทางไม่แน่ใจ อาจประเมินผลภายหลังการสอนอีกครั้ง โดยทบทวนในประเด็นที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจหรือตอบคำถามไม่ถูกต้อง

การประเมินผล (วันที่ 11 มิถุนายน 2557) เวลา 10.30 น.

1. ผู้ป่วยให้ความสนใจ รับฟังเป็นอย่างดีและซักถามในเรื่องที่ไม่เข้าใจ
2. ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับโรค วิธีการดูแลรักษาและผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ได้ 7 ข้อจากทั้งหมด 10 ข้อ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะของโรค

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล ขมวดคิ้ว น้ำตาลอกขณะพูดคุยเรื่องโรคและการได้รับยาเคมีบำบัด
2. ผู้ป่วยบอกว่ากลัวไม่หาย และอายุชาวบ้านถ้าผมร่วงหลังจากได้ยาเคมีบำบัด
3. ผู้ป่วยบอกว่าเป็นคนขี้กังวล และไม่รู้จะเล่าระบายให้ใครฟัง
4. ผู้ป่วยคิดมาก นอนไม่หลับ กลัวว่าตนเองจะเป็นภาระให้แก่คนในครอบครัว

เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลมีสีหน้าสดชื่นขึ้น
2. ผู้ป่วยสามารถปรับตัว และเข้าใจเหตุผลของการรักษา
3. ผู้ป่วยยอมรับภาพลักษณ์ที่เกิดจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด
4. ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้น อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงต่อวัน

กิจกรรมพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตัวและแจ้งวัตถุประสงค์ของการพูดคุย
2. ประเมินสภาวะจิตของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความวิตกกังวล ความหวาดกลัว เป็นผู้รับฟังที่ดี พร้อมทั้งแสดงท่าทางเป็นมิตร
3. ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตัวเองและการจัดการภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป เช่น การตัดผมสั้น การเตรียมวิก หรือผ้าโพกศีรษะ เป็นต้น
4. แนะนำวิธีการผ่อนคลายและเบี่ยงเบนความสนใจเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและไม่ให้หมกมุ่นแต่เรื่องตนเองสนใจของ เช่น การอ่านหนังสือ ฟังเพลง ทำการฝีมือ การทำสมาธิ เป็นต้น
5. เยี่ยมเยียนพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ เพื่อประโยชน์สูงสุดในการดูแลรักษาผู้ป่วย
6. ในรายที่มีความวิตกกังวลมาก อาจให้ยาคลายความวิตกกังวล เช่น Diazepam, Lorazepam ตามแผนการรักษา
7. สอบถามเกี่ยวกับความเชื่อและทัศนคติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเพราะอาจมีผลต่อโรคและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้

การประเมินผล (วันที่ 11 มิถุนายน 2557) เวลา 17.00 น.

1. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล มีสีหน้ายิ้มแย้มขึ้น
2. ผู้ป่วยยอมรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและให้ความร่วมมือดีขึ้น ยอมรับกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป
3. ผู้ป่วยนอนหลับได้ 4-5 ชั่วโมง ไม่มีอาการอ่อนเพลีย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องน้อยด้านขวา

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบายเนื่องจากปวดท้องน้อยด้านขวา
2. ระดับความเจ็บปวด pain score = 5

เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปวดลดลง pain score < 3

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น อาการปวดท้องน้อยลดลง
2. ระดับความเจ็บปวดลดลงจากเดิมหรือเท่ากับศูนย์

- ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนนอนหลับได้

กิจกรรมพยาบาล

- ประเมินอาการปวดด้วย numeric scale ตั้งแต่ระดับ 0-10 ทุก 4 ชั่วโมง.
- จัดให้ผู้ป่วยนอนท่าที่สบาย พร้อมกับจัดสิ่งแวดล้อมที่ช่วยให้เกิดความสุขสบายมากขึ้น
- แนะนำให้ผู้ป่วยใช้วิธีบรรเทาอาการปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย เทคนิคการเบี่ยงเบน การประคบร้อน-เย็น เป็นต้น
- หากอาการปวดไม่ดีขึ้น ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา เช่น Tab Paracetamol (500 mg) และประเมินความปวดซ้ำหลังได้รับยา หากอาการปวดไม่ลดลงควรรายงานให้แพทย์ทราบ
- บันทึกความรุนแรงของความปวดซ้ำทุก 4 ชม. (หรือตามความเหมาะสม) และผลของการจัดการ

การประเมินผล (วันที่ 11 มิถุนายน 2557) เวลา 17.00 น.

- ผู้ป่วยมีอาการปวดลดลงหลังวาง cold pack ไม่ได้รับประทานยาแก้ปวด pain score = 1
- ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้ 4-5 ชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีความไม่สบายเนื่องจากท้องโต แน่นอึดอัดท้อง
ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยบอกว่าแน่นอึดอัดท้องมาก นอนราบไม่ได้
- จากประเมินหน้าท้องพบท้องโต หน้าท้องตึงแน่น
- ตรวจร่างกายพบมีน้ำในช่องท้อง (ascites)
- วัดรอบท้องได้ 98 ซม.

เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น อาการแน่นอึดอัดท้องลดลง

เกณฑ์การประเมิน

- ผู้ป่วยรู้สึกแน่นท้องลดลง นอนราบได้ สามารถพักผ่อนนอนหลับได้
- วัดรอบท้องได้น้อยกว่า 98 ซม.

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินอาการท้องโตและมีน้ำในช่องท้อง โดยการวัดรอบท้อง เวลา 6.00 น. ทุกวัน
2. จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง (Fowler's position) พร้อมทั้งช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น เช็ดตัว รับประทานอาหาร เป็นต้น
3. ช่วยแพทย์ทำ Abdominal paracentesis และเฝ้าระวังอาการผิดปกติทั้งในขณะที่ทำและภายหลังทำหัตถการ
4. บันทึกชีพจร ความดันโลหิต หลังทำหัตถการทุกชั่วโมง และบันทึกลักษณะจำนวนของ ascites fluid
5. วัดรอบท้องหลังทำหัตถการและประเมินแผลเจาะท้องว่ามีเลือดหรือ ascites fluid ซึมบริเวณที่ทำหัตถการหรือไม่
6. สอบถามอาการทั่วไปของผู้ป่วย เช่น การรู้สึก อารมณ์เหนื่อย ใจสั่น เป็นต้น พร้อมทั้งจรรยาละเอียดลงในบันทึกทางการพยาบาลตามลำดับ

ประเมินผล (วันที่ 11 มิถุนายน 2557) เวลา 15.00 น.

1. สัญญาณชีพ (vital signs) T = 36.8 °C P = 94 /min R = 20/min BP = 114/70 mmHg แผลเจาะท้องไม่มีเลือดหรือ ascites fluid ซึม
2. ผู้ป่วยแน่นอึดอัดท้องลดลง พักผ่อนได้ คลายความกังวลเรื่องแน่นท้องลง
3. ได้น้ำเจาะท้องสีน้ำตาลใส เนื้อ จำนวน 3,800 ml.
4. วัดรอบท้องขนาดลดลงจาก 98 ซม. เหลือ 92 ซม.

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยอาจเกิดอันตรายจากภาวะโลหิตจาง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีริมฝีปากซีด รู้สึกว่าอ่อนเพลีย เป็นลมหน้ามืดบ่อยๆ
2. Hb = 8.5 g/dl, Hct = 27.4% (10 มิ.ย.57)

เป้าหมายการพยาบาล ลดโอกาสเกิดอันตรายจากภาวะโลหิตจาง

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากภาวะโลหิตจาง เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม เป็นต้น
2. ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติขณะได้รับเลือด
3. Hb > 10.0 g/dl, Hct = 30% ภายหลังได้รับเลือด

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินภาวะชีวิตของผู้ป่วยบริเวณเหนือบรูตา ริมฝีปาก หรือเล็บมือเล็บเท้า
2. แนะนำผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก โปรตีน เช่น ไข่ ตับ ผักใบเขียว เพื่อช่วยในการเสริมสร้างเม็ดเลือด
3. ดูแลให้พักผ่อนบนเตียง เพื่อลดการใช้ O₂ ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ
4. ดูแลให้ได้รับ PRC 1 unit IV drip in 3 hr. ตามแผนการรักษา เฝ้าระวังอาการผิดปกติอย่างใกล้ชิด
5. เฝ้าระวังอุบัติเหตุ เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย และอาจเกิดหน้ามืด เป็นลม
6. ติดตามผล Hct ตามแผนการรักษา หากพบค่าผิดปกติ ควรรายงานแพทย์ทราบ

การประเมินผล (วันที่ 11 มิถุนายน 2557) เวลา 17.00 น.

1. สัญญาณชีพ T = 37.3 °C P = 104 /min R = 20/min BP = 128/88 mmHg
2. ผู้ป่วยรับฟังคำแนะนำและปฏิบัติได้
3. ผู้ป่วยไม่มีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม
4. ผู้ป่วยได้รับ PRC ตามแผนการรักษาและไม่มีอาการผิดปกติระหว่างรับเลือด
5. Hct = 31%

วันที่ 12 มิถุนายน 2557 (เวลา 8.00 น.)

การประเมินสภาพผู้ป่วย

ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียงสีหน้าสดชื่น สัญญาณชีพแรกเริ่ม T = 37.1 °C P = 100 /min R = 20/min BP = 120/80 mmHg ไม่แน่นอึดอัดท้อง วัดรอบท้องได้ 93 ซม. ไม่มีอาการปวดท้อง pain score = 0 Hct (6น.) = 31% รอรับยาเคมีบำบัด Paclitaxel และ Carboplatin วันนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะภูมิไวเกิน (hypersensitivity) จากการรับยาเคมีบำบัด

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยรับยาเคมีบำบัด Paclitaxel และ Carboplatin เป็นครั้งแรก

เป้าหมายการพยาบาล ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะภูมิไวเกิน

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับภาวะภูมิไวเกินจากการได้รับยาเคมีบำบัด
2. ผู้ป่วยปลอดภัยถ้าเกิดภาวะภูมิไวเกินจากยาเคมีบำบัด

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินภาวะภูมิไวเกินและเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เช่น อาการแน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก ระดับออกซิเจนในเลือดลดลง $< 95\%$ มีผื่นคัน หน้าแดง อาเจียน เป็นต้น พร้อมทั้งให้การช่วยเหลือทันทีและแจ้งให้แพทย์ทราบ
2. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการของภาวะภูมิไวเกินที่อาจเกิดจากยาเคมีบำบัดข้างต้น หากมีอาการดังกล่าวให้รีบแจ้งพยาบาลทันที
3. ก่อนให้ยาเคมีบำบัด จัดเตรียมอุปกรณ์พร้อมใช้ ได้แก่ อุปกรณ์กู้ชีพ ชุดให้ออกซิเจน สารน้ำต่างๆ
4. ก่อนให้ยาเคมีบำบัด ควรบริหารยาในกลุ่ม corticosteroids, antihistamine และ H_2 receptor antagonist ก่อนตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันอาการเกิดภาวะภูมิไวเกิน
5. ในขณะที่ยาเคมีบำบัดควรให้ยาเคมีบำบัดเริ่มจากการให้ยาอย่างช้าๆ พร้อมทั้งบันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาที 4 ครั้ง ทุก 15 นาที 2 ครั้ง และ ทุก 1 ชั่วโมงจนกว่ายาเคมีบำบัดจะหมด
6. เฝ้าสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และจรรยาละเอียดลงในบันทึกทางการพยาบาลตามลำดับ

การประเมินผล (วันที่ 12 มิถุนายน 2557) เวลา 16.30 น.

ในขณะที่ได้รับ Paclitaxel 5 นาที ผู้ป่วยมีอาการแน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก หน้าแดง $P = 110$ ครั้ง/นาที $R = 32$ ครั้ง/นาที $BP = 148/100$ mmHg, $O_2\text{sat} = 89\%$ ได้หยุดยาทันที รายงานแพทย์ พร้อมทั้งจัดผู้ป่วยนอนศีรษะสูง ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง และให้ O_2 canula 3 L/min และ ให้ Dexamethasone 10 mg IV push, Chlorpheniramine 10 mg IV push หลังจากจดยา 30 นาที ให้ Paclitaxel ต่อเริ่มให้อย่างช้าๆ จนหมด ไม่มีอาการผิดปกติ vital signs stable

วันที่ 13 มิถุนายน 2557 (เวลา 8.00 น.)

การประเมินสภาพผู้ป่วย

ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียงสีหน้าสดชื่น สัญญาณชีพแรกเริ่ม $T = 36.8$ °C $P = 92$ /min $R = 20$ /min $BP = 128/92$ mmHg ไม่ปวดท้อง pain score = 0 แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังรับยาเคมีบำบัดขณะอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดเป็นครั้งแรก
2. ผู้ป่วยสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังรับยาเคมีบำบัดขณะอยู่บ้าน

เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังรับยาเคมีบำบัดขณะอยู่บ้าน

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังรับยาเคมีบำบัดขณะอยู่บ้านอย่างถูกต้อง
2. ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังรับยาเคมีบำบัดขณะอยู่บ้านได้ร้อยละ 70

กิจกรรมพยาบาล

1. ทบทวนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด การพักผ่อน ออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงไม่ใกล้ชิดบุคคลที่เป็นโรคติดต่อหรือไปในแหล่งชุมชน และการรับประทานอาหารที่เหมาะสมและเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
2. ติดตามและสร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเองโดยการโทรศัพท์เยี่ยมผู้ป่วยหรือเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถโทรศัพท์มาสอบถามเมื่อมีปัญหาสุขภาพ
3. แนะนำอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด
4. แนะนำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการมารับการรักษาตามแพทย์นัด

การประเมินผล (วันที่ 4 พฤษภาคม 2556) เวลา 11.00 น.

ผู้ป่วยสนใจคำแนะนำ บอกว่าเข้าใจ ตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังได้รับยาเคมีบำบัดเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง 9 ข้อ ใน 10 ข้อ และนัดมารับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไปวันที่ 2 กรกฎาคม 2557

อภิปรายและสรุปกรณีศึกษา

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 72 ปี มาพบแพทย์ด้วยอาการท้องอืด น้ำหนักลดลง 5 กิโลกรัม ภายในระยะเวลา 3 เดือน ทำ CT whole abdomen เมื่อ 20 เม.ย.57 พบก้อนในอุ้งเชิงกรานขนาด 18.3 x 16.2 x 11.3 cm. และพบมีการแพร่กระจายของมะเร็งไปที่ปอด จากอาการแสดงที่ไม่ชัดเจนของโรคมะเร็งรังไข่ทำให้มาพบแพทย์ในภาวะของโรคที่ลุกลามไปแล้ว แพทย์จึงไม่สามารถทำการผ่าตัดได้เนื่องจากก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ และเป็นผู้สูงอายุซึ่งอาจทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการผ่าตัด แผนการรักษาจึงเป็นการให้ยาเคมีบำบัดเพื่อประคับประคองอาการ (Palliative chemotherapy) ยาเคมีบำบัดที่ได้รับคือ Paclitaxel 230 mg + Carboplatin 350 mg ซึ่งเป็นยาเคมีบำบัดมาตรฐานที่ใช้รักษามะเร็งรังไข่

การดูแลแรกเริ่ม จากการซักประวัติและการตรวจร่างกายพบปัญหาภาวะทางสุขภาพประกอบด้วย

1. ปัญหาทางร่างกาย

1.1 ปวดท้อง ท้องโต แน่นอึดอัดท้องจากภาวะของโรคที่มีการแพร่กระจาย ได้รับการแก้ปัญหาโดยการได้รับยาระงับอาการปวด และได้รับการทำ Abdominal paracentesis บทบาทของพยาบาล คือ การให้ความรู้ที่ถูกต้องในการจัดการความปวดทั้งจากการใช้ยาและไม่ใช้ยา การเฝ้าระวังและลดอันตรายจากการทำหัตถการ และการดูแลความสบาย ผลจากการดูแล ผู้ป่วยอาการปวดท้องลดลง pain score จาก 5 เหลือ 0 ภายหลังเจาะท้องรอบท้องลดลงจาก 98 ซ.ม. เหลือ 92 ซ.ม. ทำให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้นและพักผ่อนได้

1.2 ภาวะซีด Hb = 8.5 g/dl, Hct = 27.4% ได้รับ PRC 1 unit บทบาทของพยาบาล คือ ทักษะในการประเมินอาการผิดปกติจากภาวะซีด ระวังอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นจากการอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ หน้ามืดเป็นลม รวมถึงอาการผิดปกติจากการได้รับเลือด ผลจากการดูแล ภาวะซีดได้รับการแก้ไข Hct = 31% ไม่มีอาการผิดปกติขณะรับเลือด และไม่เกิดอุบัติเหตุขณะอยู่ในการดูแล

2. ปัญหาทางจิตใจ มีความวิตกกังวลจากอาการเจ็บป่วย ผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่อาจทำให้ผมร่วงกระทบต่อภาพลักษณ์ที่ต้องเปลี่ยนไป การทำกิจวัตรประจำวัน การสัมพันธภาพที่ดี ให้ข้อมูลถูกต้องครบถ้วน ดูแลอย่างจริงใจ ใส่ใจ เอื้ออาทร จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการรักษา และมีความเข้าใจที่ถูกต้อง

3. ปัญหาจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (Paclitaxel) ทำให้เกิดภาวะภูมิไวเกินซึ่งเป็นผลข้างเคียงฉุกเฉินที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มนี้ ดังนั้น ผู้ป่วยควรได้รับการดูแล

ช่วยเหลือและสามารถได้รับยาต่อจนครบ พยาบาลต้องมีความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ และทักษะ ในการเฝ้าระวังอาการ และดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างทันท่วงที

การดูแลต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาครั้งแรก เนื่องจากขาดความรู้ ในการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน และอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดมักจะเกิดขึ้นภายหลังผู้ป่วย กลับไปอยู่บ้านแล้ว การทบทวนความรู้ก่อนกลับบ้านจะช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตัวเองเมื่ออยู่บ้าน นอกจากนี้การโทรศัพท์เยี่ยมชมสอบถามอาการก็มีประโยชน์ในการให้คำแนะนำ และช่วยเหลือ ผู้ป่วยในการจัดการอาการได้

จากการโทรศัพท์เยี่ยมชมครั้งที่ 1 (หลังรับยาเคมีบำบัด 1 สัปดาห์) ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนมาก รับประทานอาหารได้ไม่ได้ อ่อนเพลีย ไม่ค่อยมีแรง ปวดเมื่อยตามตัว ผมเริ่มร่วง ปัสสาวะสะดวกดี ไม่มีแสบขัด ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียมากจึงนอนเป็นส่วนใหญ่ ได้ให้ คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารอ่อน ครั้งละน้อยบ่อยครั้ง และยาแก้คลื่นไส้ อาเจียน การพักผ่อน พุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย พร้อมทั้งแนะนำถ้าอาการไม่ทุเลาลงให้มาพบแพทย์

จากการโทรศัพท์เยี่ยมชมครั้งที่ 2 (หลังรับยาเคมีบำบัด 2 สัปดาห์) ผู้ป่วยทุเลาอาการคลื่นไส้ อาเจียนลง เริ่มรับประทานอาหารได้ ผมร่วงมากขึ้นเกือบหมดศีรษะ แก่ไขโดยการใส่ผ้าโพก ศีรษะ ไม่รู้สึกวิตกกังวลมากนัก สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองตามปกติ เจาะ CBC พบ WBC $2,500 /\text{mm}^3$ ผู้ป่วยไม่มีไข้ แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเนื่องจากภูมิ ด้านทานร่างกายต่ำ ถ้ามีไข้ให้ไปตรวจไปปรึกษาแพทย์ ผู้ป่วยเข้าใจคำแนะนำดังกล่าว

บทที่ 5

ปัญหาอุปสรรคและแนวทางในการแก้ไขปัญหา

คู่มือการพยาบาล การบริหารยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ เป็นการรวบรวมเนื้อหาเกี่ยวกับมะเร็งรังไข่ และกระบวนการพยาบาลโดยการรวบรวมเนื้อหาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และได้นำไปใช้ในกรณีศึกษาดังกล่าว ผู้เขียนได้สรุปปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไขปัญหา และข้อเสนอแนะในการส่งเสริมคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ดังนี้

ระยะการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนได้รับยาเคมีบำบัด

1. ปัญหาเรื่องความวิตกกังวลและขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

แนวทางการแก้ไขปัญหา ประเมินความวิตกกังวล ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และแผนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย/ครอบครัว เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายออกซึ่งความรู้สึก ประสานกับทีมแพทย์ผู้รักษาให้ข้อมูลผู้ป่วย ใช้ group support เพื่อให้ผู้ป่วยได้คุยแลกเปลี่ยนกับผู้ป่วยกลุ่มโรคเดียวกัน

2. ปัญหาเรื่องขาดการประเมินสมรรถนะทางกายของผู้ป่วยให้พร้อมต่อการได้รับยาเคมีบำบัด

แนวทางการแก้ไขปัญหา ควรมีการประเมินสมรรถนะทางกายของผู้ป่วยทุกรายให้มีความพร้อมสามารถทนต่อการรักษาและผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดโดยใช้แบบประเมิน ECOG ได้คะแนน 0-1 หรือ Kanofsky scale > 70% ผลทางห้องปฏิบัติการได้แก่ CBC ผลการทำงานของตับและไตอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ระยะขณะได้รับยาเคมีบำบัด

1. ปัญหาเรื่องเทคนิคการบริหารยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำ เพื่อลดผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดรั่วซึมออกนอกหลอดเลือด

แนวทางการแก้ไขปัญหา ให้ความรู้กับพยาบาลทุกคนให้ทราบเทคนิคในการบริหารยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำ โดยการเลือกเข็มที่เล็กที่สุด เช่น เบอร์ 24 เพื่อลดการบาดเจ็บของ

หลอดเลือด เลือดหลอดเลือดที่มีขนาดใหญ่ เรียบตรง ไม่ชอกช้ำ หลีกเลี่ยงการแทงหลอดเลือดดำ บริเวณข้อต่าง ๆ

2. ปัญหายาเคมีบำบัดรั่วซึมออกนอกหลอดเลือด

แนวทางแก้ไขปัญหา เมื่อยาเคมีบำบัดรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดทำให้หยุดยาเคมีบำบัดทันที รีบรายงานแพทย์ ใช้ syringe 3 มล. หรือ 5 มล. ต่อกับ IV catheter ดูเลือดหรือยาเคมีบำบัดออกให้มากที่สุด ดึงเข็มออกโดยใช้สำลิวางตำแหน่งที่ดึงเข็มออกและห้ามกด/คลึง บันทึกขนาดของการรั่วซึมโดยการใส่ปากกาเมจิกเขียนตำแหน่ง หรือถ่ายรูปไว้ ประคบและทายาตามชนิดของยาเคมีบำบัดที่รั่วซึม

3. ปัญหาเรื่องการกำจัดยาเคมีบำบัดที่อาจหก ตกแตก

แนวทางแก้ไขปัญหา ในหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดควรมีการจัดเตรียม spill kit สำหรับกำจัดขยะเคมีบำบัดที่อาจหกหรือตกแตกขณะบริหารยา และเพื่อป้องกันการฟุ้งกระจายของสารเคมีและการสัมผัสยาโดยตรง

4. ปัญหาเรื่องการป้องกันปฏิกิริยาภูมิไวเกิน (hypersensitivity)

แนวทางแก้ไขปัญหา อธิบายให้ผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีผลข้างเคียงที่อาจเกิดปฏิกิริยาภูมิไวเกิน เช่น Paclitaxel, Liposomal doxorubicin, Docetaxel, Carboplatin เป็นต้น ให้ทราบเกี่ยวกับภาวะภูมิไวเกิน เช่น แน่นหน้าอก หายใจลำบาก ผื่นคัน หน้าแดง ถ้ามีอาการให้รีบรายงานพยาบาลทราบ เตรียมอุปกรณ์ในการช่วยชีวิตพร้อมช่วยเหลือผู้ป่วยถ้ามีอาการ บริหารยา กลุ่ม Corticosteroids, Antihistamine และ H₂ receptor antagonist ในการป้องกันการเกิดอาการ เริ่มให้ยาอย่างช้า ๆ และเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง บันทึกสัญญาณชีพขณะรับยาเคมีบำบัดจนยาหมด ซึ่งพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยต้องมีทักษะในการประเมินอาการเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการได้รับยาเคมีบำบัด

ระยะภายหลังรับยาเคมีบำบัด

1. ปัญหาเรื่องขาดความรู้ความเข้าใจ เมื่อกลับไปปฏิบัติตัวที่บ้าน

แนวทางแก้ไขปัญหา ทบทวนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและประเมินโดยใช้แบบประเมินความรู้ (ภาคผนวก ข) ได้ 8 ข้อใน 10 ข้อ แสดงว่าผู้ป่วยมีความรู้เพียงพอในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันและจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด นอกจากนี้ควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการพักผ่อน ออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงไม่ใกล้ชิดบุคคลที่เป็นโรคติดต่อ หรือไปในแหล่งชุมชน และการรับประทานอาหารที่เหมาะสมและเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง โดยการโทรศัพท์เยี่ยมติดตามอาการมีประโยชน์ในการประเมินอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด

โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดครั้งแรก รวมถึงผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพที่ต้องดูแลต่อเนื่องเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. อาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดจะเกิดขึ้นหลังรับยาเคมีบำบัด 3-7 วัน ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน

แนวทางการแก้ไขปัญหา ต้องอาศัยความร่วมมือทั้งผู้ป่วยและญาติในการจัดการกับอาการ จึงควรเห็นความสำคัญของให้ความรู้ญาติหรือผู้ดูแลด้วย ในเรื่องอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดที่อาจเกิดขึ้นหลังรับยาเคมีบำบัด 3-7 วัน เช่น อาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดเมื่อยตามตัว เป็นต้น ถ้ามีอาการดังกล่าวให้ไปพบแพทย์ใกล้บ้านทันที หรือโทรศัพท์สอบถามวิธีการจัดการอาการที่หอผู้ป่วยที่ให้การดูแล จดบันทึกอาการเพื่อนำมาให้แพทย์ผู้ดูแลทราบและหาแนวทางในการป้องกันอาการในการรับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไป นอกจากนี้ควรมีการพัฒนารูปแบบในการดูแล โดยให้ญาติหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วม เช่น การดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ ลดความทุกข์ทรมานที่เกิดจากการอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดและ โรคมะเร็งรังไข่

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำเป็นต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญ ทักษะในการบริหารยา เฝ้าระวังอาการผิดปกติจากการได้รับยาเคมีบำบัด ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจ พยาบาลควรหมั่นทบทวนหาความรู้ ฝึกฝนอย่างสม่ำเสมอ

2. ด้านหน่วยงาน ควรจัดทำคู่มือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ในกรณีอื่นๆ ซึ่งอาจมีปัญหาด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน และส่งอบรมวิชาการแก่บุคลากรเพื่อเพิ่มทักษะและการเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอ

3. ด้านการวิจัย ทำการศึกษาวิจัยแนวทางที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยจากอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. American Cancer Society. Cancer Facts & Figure 2012[Internet].2013[cited2013Mar 6].Availablefrom:<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-031941.pdf>.
2. Wilailak S. Epidemiologic report of gynecologic cancer in Thailand. J Gynecol Oncol. 2009;20(2):81–3.
3. สถานวิทยามะเร็งศิริราช. Tumor registry: Statistical report 2005. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. 2549.
4. สฤกษ์พรณ วิไลลักษณ์, มานะ โรจนวุฒนานนท์. มะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อหุ้ม. ใน: สฤกษ์พรณ วิไลลักษณ์, บรรณาธิการ. มะเร็งรังไข่. กรุงเทพฯ: บริษัท บีคอน เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2548. หน้า 1-53.
5. Koldjeski D, Kirkpatrick MK, Swanson M, Everett L, Brown S. Ovarian cancer: Early symptom patterns. Oncol Nurs Forum. 2003;30(6):927-33.
6. ทีมดูแลผู้ป่วยสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งรังไข่. ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. 2547.
7. ชีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบุรณ์, ชีระพร วุฒยวนิช, ประภาพร คู่ประเสริฐ, สายพิน พงษ์ธา, บรรณาธิการ. นรีเวชวิทยา (ฉบับสอบบอร์ด). พิมพ์ครั้งที่ 3 . กรุงเทพฯ: พี.บี. ฟอเรน บুকส เซนเตอร์. 2551
8. วสันต์ ลีนะสมิต, สฤกษ์พรณ วิไลลักษณ์, ชัยยศ ชีระผกาวงศ์, วิชาญ หล่อวิทยา, ดำรง ตรีสุโกศล, ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, กนธิร์ สังขวาสี. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งรังไข่. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2549.
9. สัมฤทธิ์ เสนาแพทย์, สุวนิตย์ ชีระศักดิ์วิชา. เนื้องอกรังไข่. ในสมบุรณ์ คุณาธิคม, สุวนิตย์ ชีระศักดิ์วิชา และ ภาควุมิ โทธิพงษ์ (บรรณาธิการ), นรีเวชวิทยา. กรุงเทพฯ : บริษัท พี.เอ. ลิฟวิ่ง จำกัด. 2542. หน้า 301-29.
10. Benedet JL, Pecorelli S, Ngan HY, Hacker NF. Staging classifications and clinical practice guidelines for gynaecological cancers. 3rd ed. Illinois: Elsevier; 2000.

11. นันทนา ธนาโนวรรณ, สินี วัฒนทวีกิจ. การพยาบาลสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่. ใน: นันทนา ธนาโนวรรณ, บรรณาธิการ. ตำราการพยาบาลสตรีเวช (ฉบับองค์รวม). กรุงเทพฯ: วิ.พรีนท์; 2553. หน้า 223-43.
12. Almadrones LA. Chemotherapy. In: GJ Moore-Higgs, LA Almadrones, B Colvin-Huff, LM Grossfeld, JH Eriksson, editors. Women and cancer. 2nd ed. MA: Jones and Barlett Publishers; 2000:356-94.
13. เพลินพิศ ชรรณนิภา, นันทนา ธนาโนวรรณ. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด. ใน: นันทนา ธนาโนวรรณ, บรรณาธิการ. ตำราการพยาบาลสตรีเวช (ฉบับองค์รวม). กรุงเทพฯ: วิ.พรีนท์; 2553. หน้า 309-27.
14. ชวนพิศ นรเดชานนท์. เคมีบำบัด: หลักการพยาบาล. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2547.
15. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. Basic principle of chemotherapy [Internet]. Cited 2014 Jul 26]. Available from: http://www.med.cmu.ac.th/dept/pediatrics/04-divisions_home_thai/08-hema-onco-home/Panja-book/chapter3.htm
16. Goodin S, Griffith N, Chuk K, Daouphars M, Doreau C, Patel RA, et al. Safe handling of oral chemotherapeutic agents in clinical practice: recommendations from an international pharmacy panel. J Oncol Prac. 2011; 7(1): 7-12.
17. งานเตรียมยาเคมีบำบัด กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลชลบุรี. คู่มือการบริหารจัดการเกี่ยวกับยาเคมีบำบัด[Internet]. [cited 2016 Mar 6]. Available from: <http://www.cbh.moph.go.th/~pcl/phar/data/chemo2553.pdf>
18. รักชาย บุญหาชาติ. สถานการณ์ปัจจุบันของมะเร็งรังไข่. สงขลานครินทร์เวชสาร. 2550; 25(6): 537-47.
19. Trimble EL, Thompson S, Christian MC, Minasian L. Intraperitoneal chemotherapy for women with epithelial ovarian cancer. The Oncologist. 2008; 13: 403-9.
20. สดใส เกตุไฉย. การรั่วซึมของยาหรือสารเคมีออกนอกหลอดเลือด (extravasation) [Internet]. [cited 2016 Mar 6]. Available from: <http://www1.si.mahidol.ac.th/km/sites/default/files/u7057/extravasation.pdf>
21. กนธีร์ สังขวาสี. Chemotherapy for gynecologic cancer. ใน: กนธีร์ สังขวาสี, บรรณาธิการ. Simplified gynecologic oncology. กรุงเทพฯ: หน่วยมะเร็งนรีเวชวิทยา กองสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า; 2541:26-46.

22. จิตติพร อิงคถาวรวงศ์. การพยาบาลมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2541.
23. British Columbia Cancer Agency. Extravasation of chemotherapy, prevention and management. [updated 2007 Mar 14; cited Apr 2010 20]. Available from: [http://www.bccancer.bc.ca/HPI/Chemotherapy Protocols/ Policies.htm](http://www.bccancer.bc.ca/HPI/Chemotherapy%20Protocols/Policies.htm)
24. Woscan Cancer Nursing and Pharmacy Group. Chemotherapy extravasation guideline. [Internet]. 2012 [cited 2014 Mar 12]; Available from: <http://www.beatson.scot.nhs.uk/content/mediaassets/doc/extravasation%20guidance.pdf>
25. Perez Fidalgo JA, Fabregat LG, Cervantes A, Margulies A, Vidall C, Roila F. Management of chemotherapy extravasation: ESMO-EONS Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol.* 2012;23:viii167-73.
26. กนธีร์ สังขวาที. Gynecologic tumor markers. ใน: กนธีร์ สังขวาที, บรรณาธิการ. Simplified gynecologic oncology. กรุงเทพฯ: หน่วยมะเร็งนรีเวชวิทยา กองสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า; 2541: 68-79.
27. Chan DW, Bast RC Jr, Shih I, Sokoll LJ, Sölétormos G. Tumor Markers in Ovarian Cancer. In: Sturgeon CM, Diamandis EP, editors. Use of tumor marker in Testicular, Prostate, Colorectal, Breast, and Ovarian cancers. *Am Assoc Clin Chem.* 2009; p.51-59.
28. อารีย์ ประสิทธิ์พงษ์. สารบ่งชี้มะเร็งรังไข่. *ว.โรคมะเร็ง.* 2555; 32(1): 35-41.
29. ภาควิชาวิทยาภูมิคุ้มกัน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. คู่มือการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ [Internet]. [cited 2014 Dec 25]. Available from: http://www.si.mahidol.ac.th/th/department/immunology/dept_main.html
30. ศิริวรรณ วินิจสร, จิราภรณ์ ทองสุโชติ, พัสนมภ์ คุ่มทวีพร. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจและรักษาด้วยรังสีและเคมีบำบัด. กรุงเทพฯ: ฮายานูสะ กราฟฟิก; 2548.
31. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. วิธีปฏิบัติงานเรื่อง การดูแลผู้ป่วยเมื่อยาเคมีบำบัดรั่วซึมออกนอกหลอดเลือด; 2557.
32. National Institutes of Health. Common Toxicity Criteria, version 2.0 [Internet]. 1999. [cited 2013 Mar 6]. Available from: http://www.eortc.be/services/doc/ctc/ctcv20_4-30-992.pdf

ภาคผนวก ก

**เกรดของความเป็นพิษของยาเคมีบำบัด ตามนิยามของ
National Cancer Institute ของประเทศสหรัฐอเมริกา³²**

NCI Common Toxicity Criteria

Toxicity	Grade 0	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4
Blood/Bone marrow					
WBC x 1,000/mm ³	> 4.0	3.0-3.9	2.0-2.9	1.0-1.9	< 1.0
PLT x 1,000/mm ³	WNL	75.0–normal	50.0 – 74.9	25.0 – 49.9	< 25.0
Hb mg/dl	WNL	10.0 - normal	8.0 – 10.0	6.5 – 7.9	< 6.5
Granulocyte x 1,000/mm ³	≥ 2.0	1.5 – 1.9	1.0 – 1.4	0.5 – 0.9	< 0.5
Gastrointestinal					
Nausea	None	Able to eat reasonable intake	Intake significantly decreased but can eat	No significant intake	-
Vomiting	None	1 episode in 24 hours	2-5 episodes in 24 hours	6-10 episodes in 24 hours	>10 episodes in 24 hours or requiring parenteral support
Diarrhea	None	Increase of 2-3 stool/day over pre-Rx	Increase of 4-6 stool/day, or nocturnal stools, or moderate cramping	Increase of 7-9 stool/day, or incontinence, or severe cramping	Increase of ≥ stool/day, or gross bloody diarrhea, or need for parenteral support
Stomatitis	None	Painless ulcers, erythema, or mild soreness	Painful erythema edema or ulcers but can eat	Painful erythema edema or ulcers and cannot eat	Requires parenteral or enteral support
Kidney/Bladder					
Creatinine	WNL	< 1.5	1.5 – 3.0	3.1 – 6.0	> 6.0
BUN	<20	21 - 30	31 - 50	>50	
Haemorrhagic cystitis	None	Blood on microscopic exam	Frank blood, no treatment required	Bladder irrigation required	Requires cystectomy or transfusion

Toxicity	Grade 0	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4
Pulmonary					
Pulmonary fibrosis	None	Radiographic changes	-	Changes with symptoms	-
Blood pressure					
Hypertension	None or no change	Asymptomatic transient increase by greater than 20 mmHg(D) or to > 150/100 if previous WNL no treatment required	Recurrent or persistent increase by greater than 20 mmHg(D) or to > 150/100 if previously WNL no treatment required	Required therapy	Hypertensive crisis
Hypotension	None or no change	Changes requiring no therapy (including transient orthostatic hypotension)	Requires fluid replacement or other therapy	Requires therapy and resolves within 48 hours of stopping the agent	Requires therapy for > 48 hours after stopping the agent
Neurologic					
Neuro-sensory	None or no change	Mild paresthesias loss of deep tendon reflexes	Mild to moderate objective sensory loss, moderate paresthesias	Sever objective sensory loss or paresthesias that interfere with function	
Neuro-motor	None or no change	Subjective weakness: no objective finding	Mild objective weakness without significant impairment of function	Objective weakness with impairment of function	Paralysis
Insomnia	Normal	Occasional difficulty sleeping, may need pills	-	Difficulty sleeping despite medication	

Toxicity	Grade 0	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4
Dermatologic					
Skin	None or no change	Scatter macular or popular eruption or erythema that is asymptomatic	Scatter macular or popular eruption or erythema with pruritis or other associated symptoms	Generalized symptomatic macular, popular, or vesicular eruption	Exfoliative dermatitis or ulcerating dermatitis
Palmar-Plantar Erythrodysesthesia	No symptoms	Mild erythema, swelling, or desquamation not interfering with daily activities	Erythema, desquamation, or swelling interfering with, but not precluding, normal physical activities: small blisters or ulceration less than 2 cm in diam	Blistering, ulceration, or swelling interfering with walking or normal daily activities: cannot wear regular clothing	Diffuse or local process causing infectious complication, or hospitalization
Allergy	None	Transient rash, drug fever < 38 °C	Urticaria, drug fever = 38°C, mild bronchospasm	Serum sickness, bronchospasm requiring parenteral medication	Anaphylaxis
Alopecia	No loss	Mild hair loss	Pronounced or total hair loss	-	-
Metabolic					
Hypercalcemia mg/dl	< 10.6	10.6 – 11.5	11.5 – 12.6	12.6 – 13.5	> 13.5
Hypocalcemia mg/dl	> 8.4	7.8 – 8.4	7.0 – 7.7	6.1 – 6.9	< 6.0
Hypomagnesemia	> 1.4	1.2 – 1.4	0.9 – 1.1	0.6 – 0.8	≤ 0.5
Hypokalemia	WNL or > 3.5	3.1 – 3.5	3.0 – 2.5	2.1 – 2.5	≤ 2.0

ภาคผนวก ข

แบบประเมินความรู้ การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

แบบประเมินความรู้ การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรค และการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ครั้งที่ 1

กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องใช่, ไม่ใช่ หรือ ไม่ทราบภายหลังจากการอ่านข้อความแล้ว

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1. ยาเคมีบำบัด คือ สารเคมีที่ใช้ในการทำลายเซลล์ของมะเร็ง ทำให้ไม่เจริญเติบโต และไม่สามารถแพร่กระจายได้			
2. ยาเคมีบำบัดทำลายทั้งเนื้อเยื่อและเนื้อเยื่อปกติกของร่างกาย			
3. ยาเคมีบำบัดให้ได้หลายทาง เช่น การรับประทาน การฉีดเข้าทางเส้นเลือด การฉีดเข้ากล้ามเนื้อ			
4. อาการคลื่นไส้- อาเจียน, เบื่ออาหาร , อ่อนเพลีย , ซีด , ผม่วรง คืออาการข้างเคียงของ ยาเคมีบำบัดที่อาจเกิดขึ้นได้ และจะหายไปเมื่อหยุดยา			
5. อาการปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะเป็นสีน้ำตาลเนื้อ เกิดจากยาเคมีบำบัดบางชนิด ควรดื่มน้ำ วันละ 2,000- 3,000 CC. และควรให้ความร่วมมือในการ บันทึกลักษณะ สี จำนวนของปัสสาวะ			
6. ขณะได้รับยาเคมีบำบัดเข้าเส้นเลือด เมื่อน้ำเกลือหยุดช้า , ไม่หยุด , หยุดเร็ว ท่านปรับหยุดน้ำเกลือได้เอง			
7. การเจาะเลือดภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด 2 สัปดาห์ เป็นการตรวจประเมินการทำงานของไขกระดูก และควรนำผลเลือดไปให้แพทย์ดูด้วย			
8. เมื่อมีอาการไม่สบายหรือไม่สามารถรับยาเคมีบำบัดได้ท่านสามารถเลื่อนวันนัดได้เอง			
9. เมื่อมีอาการไข้, ไอ, เจ็บคอ , ปัสสาวะแสบขัด หรือมีเลือดออกผิดปกติจากส่วนต่างๆ ของร่างกาย ท่านควรไปพบแพทย์			
10. ท่านควรหลีกเลี่ยงการเข้าในที่ชุมชน, สถานที่แออัด, การอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่ เป็นโรคติดต่อ เช่น หวัด , วัณโรค			

ภาคผนวก ค

แบบประเมินความรู้ การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด

1. มะเร็งรังไข่มักพบว่าเป็น cell type ใดมากที่สุด

ก. Germ cell	ค. Clear cell
ข. Epithelial cell	ง. Granulosa cell
2. ข้อใด ไม่ใช่ เป็นการวินิจฉัยโรคมะเร็งรังไข่

ก. Ultrasound	ค. ผล Tumor marker
ข. การตรวจภายใน	ง. การซักประวัติ ตรวจร่างกาย
3. การให้ยาเคมีบำบัด แพทย์จะพิจารณาสิ่งใดเป็นหลัก

ก. สมรรถนะทางกาย (Performance status)
ข. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
ค. ชนิดของ cell type และตำแหน่งมะเร็ง
ง. ถูกทุกข้อ
4. ผู้ป่วยนำผล CBC มาให้ดูพบว่า Hb = 8.5 g/dl Hct = 26% WBC = 3,100 /mm³ Neutrophil = 35% Platelete count = 145,000 /mm³ ท่านจะแจ้งผู้ป่วยว่าอย่างไร

ก. ให้ยาเคมีบำบัดไม่ได้ เนื่องจากมีภาวะ Anemia
ข. ให้ยาเคมีบำบัดไม่ได้ เนื่องจากมีภาวะ Neutropenia
ค. ให้ยาเคมีบำบัดได้ แต่ต้องให้เลือดทดแทนก่อน
ง. ให้ยาเคมีบำบัดได้ ควรรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง และผักผลไม้ มาก ๆ
5. เมื่อมียารั่วซึมออกนอกหลอดเลือด (Extravasation) ควรหยุดยา ดูดยาออกให้มากที่สุด ประคบด้วยความเย็น ยกเว้น ยาตัวใด

ก. Actinomycin-D	ค. Vincristine
ข. Doxorubicin	ง. Cisplatin
6. ยาในข้อใดเป็น Vesicant agent

ก. Doxorubicin, Vincristine	ค. Etoposide, Bleomycin
ข. Cisplatin, Actinomycin-D	ง. Paclitaxel, Carboplatin

ผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ ดร. นันทนา ธนาโนวรรณ
ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. อาจารย์ นายแพทย์บุญเลิศ วิริยะภาค
หน่วยมะเร็งนรีเวช ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
3. นางสาวเขาวนีย์ สุคนธ์ประดิษฐ์
หัวหน้าหอผู้ป่วย ๑๐๐ ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์ 12/1
งานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

ประวัติผู้จัดทำคู่มือการพยาบาล

- ชื่อ-นามสกุล : นางเพลินพิศ ธรรมนิภา
- คุณวุฒิ : พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
- ตำแหน่ง : พยาบาลผู้ชำนาญการ
- สังกัด : งานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล