



คู่มือการพยาบาล

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine

นางสาวจันทิมา แจ่มจรัส

นางสาวพรณภา เพ็ชร่มมาก

งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2560

คำนำ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศต่างๆ ทั่วโลก เนื่องจากเป็นโรคมะเร็งที่พบได้บ่อยและมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกปี การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มีประโยชน์อย่างมาก ยาเคมีบำบัดมีหลายสูตร ซึ่งในปัจจุบันการรักษามะเร็งชนิดนี้มักใช้ยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine รักษาผู้ป่วยระยะเริ่มต้นและระยะแพร่กระจาย เป็นการรักษาที่ยาวนานต่อเนื่อง ยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine มีผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนอาจเกิดขึ้นได้ ทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้รับความปลอดภัยสูงสุดและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัดชนิดนี้ รวมทั้งผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นระหว่างและภายหลังจากการรักษา ผู้เขียนหวังว่าคู่มือการพยาบาลเล่มนี้จะทำให้นักวิชาการทางการพยาบาลหรือผู้สนใจได้ประโยชน์ในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine ต่อไป

ผู้เขียนขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วันดี โดสุขศรี อาจารย์จากภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ นายแพทย์ ปองวุฒิ คำนวิชัยจิตร อาจารย์ประจำสาขาวิชาเคมีบำบัด ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล นางสาวสรันนิกุล ยัมบุญณะ หัวหน้างานวิจัยและสารสนเทศการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ที่กรุณาตรวจสอบเนื้อหาและความถูกต้อง ตลอดจนสละเวลาอันมีค่าที่ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการจัดทำคู่มือการพยาบาลเล่มนี้ เพื่อเป็นประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จันทิมา แจ่มจำรัส

พรณภา เพ็ชร้มาก

ผู้เขียน

ธันวาคม 2560

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญภาพ	ง
สารบัญตาราง	จ
สารบัญแผนภูมิ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
ขอบเขตของคู่มือ	3
นิยามศัพท์	3
บทที่ 2 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ	5
บทที่ 3 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และการรักษา	16
กายวิภาคศาสตร์ของลำไส้ใหญ่	16
มะเร็งลำไส้ใหญ่	17
อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่	17
กลไกการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และพยาธิวิทยา	18
ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่	18
อาการและอาการแสดง	19
การแบ่งระยะการดำเนินโรค	20
การวินิจฉัยโรคและการคัดกรองโรค	21
การรักษา	23
การรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยยาเคมีบำบัด	25
รูปแบบการใช้ยาเคมีบำบัด	25
วงจรชีวิตของเซลล์	26
ชนิดของยาเคมีบำบัด	27

ยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ใช้ในปัจจุบัน	28
การรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine	29
- โครงสร้างทางเคมีของยา Capecitabine	30
- กลไกการออกฤทธิ์ของยา Capecitabine	30
- ข้อบ่งใช้ของยา Capecitabine	31
- รูปแบบยา Capecitabine	32
- วิธีใช้ยา Capecitabine	32
- ข้อควรระวังในการใช้ยา Capecitabine	32
- การเก็บรักษา ยา Capecitabine	33
- ผลข้างเคียงของยา Capecitabine	34
บทที่ 4 กระบวนการพยาบาลและกรณีศึกษา	39
ปัญหาทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine	47
กรณีศึกษา	62
บทที่ 5 ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขปัญหา	76
เอกสารอ้างอิง	82
ภาคผนวก	
ก จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ	84
ข แบบประเมินความรู้ การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรค การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และวิธีการจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine	87
เฉลยแบบทดสอบความรู้	90
ค ประวัติผู้จัดทำคู่มือการพยาบาล	91
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	94

สารบัญภาพ

รูปภาพ	หน้า
ภาพที่ 1 แสดงกายวิภาคศาสตร์ของลำไส้ใหญ่	16
ภาพที่ 2 แสดงกลไกการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่	18
ภาพที่ 3 แสดงวงจรชีวิตของเซลล์	26
ภาพที่ 4 แสดงโครงสร้างทางเคมีของยา Capecitabine	30
ภาพที่ 5 แสดงกลไกการออกฤทธิ์ของยา Capecitabine	31
ภาพที่ 6 แสดงรูปแบบยา Capecitabine	32
ภาพที่ 7 แสดง Palmar-Plantar Erythrodysesthesia ระดับที่ 1	34
ภาพที่ 8 แสดง Palmar-Plantar Erythrodysesthesia ระดับที่ 2	35
ภาพที่ 9 แสดง Palmar-Plantar Erythrodysesthesia ระดับที่ 3	35

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
ตารางที่ 1 การประเมินสมรรถนะทางกาย โดยใช้ระบบ Karnofsky Performance Scale (KPS) และ Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)	41
ตารางที่ 2 ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขในการปฏิบัติทางการพยาบาล	76

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ	หน้า
แผนภูมิที่ 1 โครงสร้างฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช	13
แผนภูมิที่ 2 โครงสร้างงานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์	14
แผนภูมิที่ 3 โครงสร้างของหน่วย หอผู้ป่วย 84 ปี ชั้น 10 ตะวันออก	15

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยและมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกปี เป็นโรคที่มีอุบัติการณ์สูงในประเทศแถบตะวันตก เช่น สหรัฐอเมริกา และประเทศยุโรป ซึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกา ประชากรมีโอกาสที่จะเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ตลอดชีวิตประมาณร้อยละ 6 หรือ 1 ต่อ 20 ของประชากร ประเมินการว่ามีผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้น 138,000 รายต่อปี รวมทั้งจะมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่ประมาณ 60,000 คนต่อปี¹ สำหรับประเทศไทย มะเร็งลำไส้ใหญ่มีอุบัติการณ์ต่ำกว่าในประเทศที่พัฒนาแล้ว จากสถิติของสถานวิทยามะเร็ง โรงพยาบาลศิริราชพบว่า มะเร็งลำไส้ใหญ่มีอุบัติการณ์สูงเป็นลำดับที่ 4 ในเพศชาย รองจากมะเร็งตับ มะเร็งปอด และมะเร็งต่อมลูกหมาก ส่วนในเพศหญิงพบมากเป็นลำดับที่ 3 รองจากมะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก¹ อย่างไรก็ตามจากสถิติขององค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในลำดับที่ 3 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด² ซึ่งจัดว่าเป็นมะเร็งที่เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับประเทศทั่วโลก

การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ อาจใช้วิธีการรักษาวิธีเดียวหรือใช้หลายวิธีร่วมกัน คือ การผ่าตัดรังสีรักษา การใช้ยาเคมีบำบัดและ/หรือการใช้ยามุ่งเป้า³ การเลือกวิธีการรักษาขึ้นอยู่กับ ระยะของโรค ตำแหน่ง ขนาดของก้อนมะเร็ง และความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย^{3,4} โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่นี้สามารถรักษาให้หายขาด ถ้าวินิจฉัยและรักษาได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ถือเป็นการรักษาทั่วร่างกาย และมักใช้ในรายที่มะเร็งแพร่กระจาย อาจใช้ยาเคมีบำบัดก่อนหรือหลังการผ่าตัด หรือใช้ร่วมกับรังสีรักษา⁴ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มีประโยชน์อย่างมาก โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งระยะแรกอาจหายขาดได้ รวมทั้งยืดระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำของโรค ส่วนผู้ป่วยมะเร็งในระยะท้ายที่ไม่หายขาดจากโรคแต่สามารถยืดอายุของผู้ป่วยให้ยาวนานขึ้น ลดความทุกข์ทรมานจากโรคและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

ยาเคมีบำบัดเป็นยาที่ใช้ทำลายเซลล์มะเร็ง และขณะเดียวกันพบว่าเซลล์ปกติอื่นในร่างกายยังมีผลกระทบจากยาเคมีบำบัด ซึ่งส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้⁵ เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน แผลในปาก ผอมร่วง กดการทำงานของไขกระดูก ทำให้ซิด ดิด เชื้อได้ง่าย เลือดออกผิดปกติ นอกจากนี้ยาเคมีบำบัดยังมีผลต่อการทำงานของตับ ไต หัวใจ ระบบประสาท รวมทั้งส่งผลกระทบต่อจิตใจ เช่น ภาวะวิตกกังวลที่เปลี่ยนแปลงไป ความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับ

โรคและการรักษา เป็นต้น^{3,5} ซึ่งส่วนใหญ่ยาเคมีบำบัดในแต่ละชนิดมีผลข้างเคียงที่คล้ายคลึงกัน เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ผอมร่วง เป็นต้น แต่ยาเคมีบำบัดแต่ละชนิดมีลักษณะอาการข้างเคียงที่เด่นชัดของแต่ละชนิดแตกต่างกันออกไป

การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่โดยใช้ยาเคมีบำบัดมีหลายสูตร แพทย์จะเป็นผู้พิจารณาการรักษาตามระยะโรค และความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย⁶ ปัจจุบันการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่มักใช้ยา Capecitabine หรือ Capecitabine ร่วมกับยาอื่น เช่น ยาเคมีบำบัดสูตร CAPOX ประกอบด้วยยาเคมีบำบัด 2 ชนิด คือ ยาเม็ด Capecitabine และยาฉีด Oxalipatin ซึ่งทั้ง 2 สูตรนี้มีข้อบ่งชี้เป็นลำดับแรกในการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะเริ่มต้นและระยะแพร่กระจาย⁷ ซึ่งยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine มีผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ความรู้สึกผิดปกติบริเวณมือหรือเท้า Palmar-plantar erythrodysesthesia (PPE) หรือ Hand-foot syndrome เช่น มีผื่นแดงหรือคล้ำขึ้น ผิวลอก มีอาการบวม แดง ชา รู้สึกเจ็บผิวหนังแห้งหรือคัน บางรายอาจเกิดเป็นแผลพุพอง เป็นต้น พบบ่อยถึงร้อยละ 81 รองลงมา คือ ท้องเสียร้อยละ 46 คลื่นไส้ อาเจียนร้อยละ 36 และอ่อนเพลีย แผลในปาก ผอมร่วง ร้อยละ 23, 22, 6 ตามลำดับ⁸ ซึ่งอาการเหล่านี้พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิดนี้ รวมทั้งอาจเกิดอันตรายขึ้นถ้าไม่ได้รับการรักษาและดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม ยา Capecitabine เป็นยาที่ต้องใช้ระยะเวลารักษายาวนานและต่อเนื่อง ซึ่งระยะเวลาขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคและปัจจัยอื่นๆ จึงส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

ดังนั้นการพยาบาลซึ่งดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine จึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลรักษาพยาบาล การบริหารยา อาการและอาการข้างเคียงของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine มีทักษะการประเมินอาการผิดปกติ หาสเหตุแก้ไข ให้การพยาบาล เพื่อจัดการกับอาการและอาการข้างเคียงได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ยังไม่มีการจัดทำคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine ประกอบกับ ผู้เขียนปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย 84 ปี ชั้น 10 ตะวันออก เป็นหอผู้ป่วยพิเศษที่ให้บริการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์ทุกโรคทั้งชายและหญิง โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 70 เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคเลือดที่มารับยาเคมีบำบัด จากสถิติของหอผู้ป่วยพบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มากเป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยที่รับไว้ในความดูแลทั้งหมด ในปี พ.ศ.2558, 2559 คิดเป็นร้อยละ 18, 17.2 ตามลำดับ ดังนั้นผู้เขียนจึงจัดทำคู่มือการพยาบาลนี้ขึ้น เพื่อให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ซึ่งได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine มีความรู้ความเข้าใจและสามารถให้การดูแลรักษาพยาบาล จัดการอาการข้างเคียงของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ชนิด Capecitabine ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยสูงสุดและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine รวมทั้งผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การรักษา การบริหารยาเคมีบำบัด ผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine
2. เพื่อให้พยาบาลมีแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine รวมทั้งจัดการอาการข้างเคียง ได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลสามารถบริหารยา ให้การพยาบาล รวมถึงการบริหารจัดการปัญหาและอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine ได้ อย่างถูกต้อง
2. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine ได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัยสูงสุด รวมทั้งผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี
3. หน่วยงานมีคู่มือการพยาบาลดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine สามารถนำไปประยุกต์และปรับใช้ในการให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มอื่นที่ได้รับยาเคมีบำบัดชนิดอื่นต่อไป
4. หน่วยงานมีคู่มือการพยาบาลดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine สามารถขยายผลไปใช้ยังหน่วยงานอื่นๆ ในโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ต่อไป เพื่อประโยชน์และความปลอดภัยสูงสุดกับผู้ป่วย

ขอบเขตของกลุ่ม

คู่มือการพยาบาลฉบับนี้จัดทำขึ้นสำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะเริ่มต้น หมายถึง มะเร็งลำไส้ใหญ่ที่อยู่เฉพาะบริเวณของลำไส้ใหญ่ อยู่รอบๆ ลำไส้ใหญ่ ยังไม่แพร่กระจายออกนอกลำไส้ใหญ่ หรือมีการกระจายแค่ระบบน้ำเหลือง

มะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะแพร่กระจาย หมายถึง มะเร็งลำไส้ใหญ่ที่แพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ ในร่างกาย เช่น ตับ ปอด สมอง กระดูก เป็นต้น

ยาเคมีบำบัด หมายถึง สารเคมีที่ออกฤทธิ์ทำลาย หรือหยุดยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง ทำให้เซลล์มะเร็งเหล่านั้นไม่สามารถแบ่งตัวและตายในที่สุด

Capecitabine หมายถึง ยาเคมีบำบัดชนิดหนึ่งที่มีออกฤทธิ์ยับยั้งเซลล์มะเร็งไม่ให้สามารถแบ่งตัวและเพิ่มจำนวนได้ทำให้เซลล์มะเร็งตายในที่สุด ซึ่งรูปแบบของยาเป็นยาเม็ดสำหรับรับประทาน มีชื่อการค้า คือ Xeloda®

บทที่ 2

บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ

บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่ง

ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาล หอผู้ป่วย 84 ปี ชั้น 10 ตะวันออก งานการพยาบาล อายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ เป็นหน่วยงานที่ให้บริการดูแลรักษา ตรวจวินิจฉัย ทำหัตถการที่ยุงยาก และซับซ้อน รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค และภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมสุขภาพทั้งในกลุ่มผู้ป่วย ญาติ และชุมชน ด้วยการให้ความรู้ ฝึกทักษะ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและความพึงพอใจต่อการบริการภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ ขอบเขตการให้บริการ คือ เป็นหอผู้ป่วยพิเศษที่ให้บริการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์ทุกโรคทางยาทั้งชายและหญิง อายุ 15 ปี ขึ้นไป รับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง โดยผ่านระบบ Admission center ผู้ให้การดูแล คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขาต่างๆ และทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยสามารถแบ่งผู้ป่วยออกตามวิธีการรักษาพยาบาลได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. ผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคเลือดที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัด
2. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รักษาทางยาทุกระบบต้องการการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยโรคระบบต่อมไร้ท่อ ผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านระยะเฉียบพลัน เป็นต้น
3. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรค

ลักษณะงานที่ปฏิบัติ

1. เป็นหัวหน้าทีมการพยาบาล มอบหมายงาน นิเทศงานให้แก่บุคลากรในทีมการพยาบาล ตามความเหมาะสม ควบคุมดูแลให้ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ สนับสนุนการใช้กระบวนการพยาบาลในการวางแผน ตัดสินใจ สั่งการ ควบคุม ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลของบุคลากรในทีมการพยาบาล
2. รับส่งเวร ตรวจสอบผู้ป่วยทุกรายที่รับไว้ในความดูแล สังเกต ชักถามอาการ ประเมินอาการทั้งทางร่างกาย จิตใจ วิเคราะห์ปัญหาและให้การพยาบาลโดยครอบคลุมทั้งด้านทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยใช้หลักกระบวนการพยาบาลประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วย การวิเคราะห์ ระบุปัญหา การวางแผนการพยาบาล การให้การพยาบาลอย่างถูกต้อง รวดเร็วทันทั่วทั้งกับอาการที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่ทำให้เกิดภาวะคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งเฝ้าระวังติดตามอาการผู้ป่วยและการประเมินผลทางการพยาบาล

3. ให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษา บุคลากรในทีมการพยาบาลดูแลต้อนรับ โดยตรวจสอบผู้ป่วย ตรวจสอบสิทธิให้ถูกต้องและรับใหม่ไว้ในความดูแล รายงานหน่วยเคมีบำบัดและอาจารย์เจ้าของไข้ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดสัญญาณชีพผู้ป่วย ให้ข้อมูลกับผู้ป่วย และญาติเกี่ยวกับแผนการรักษา สิทธิการรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลงนามยินยอมเพื่อรับการรักษา ให้คำแนะนำเกี่ยวกับกฎระเบียบของโรงพยาบาล สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย การปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล ประเมินความต้องการ รวมทั้งความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม

4. ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคเลือดที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือยามุ่งเป้าทางหลอดเลือดดำหรือทาง Port A cath โดยพยาบาลประเมินความรู้เดิมของผู้ป่วย ให้คำแนะนำและความรู้การปฏิบัติตัวก่อน ขณะ หลังให้ยาเคมีบำบัดที่ถูกต้อง การบริหารยาเคมีบำบัด รวมทั้งการบริหารจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น และบันทึกข้อมูลยาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับ อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น ไว้ในคู่มือการดูแลตนเองเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยแต่ละราย ตลอดจนมอบคู่มือนี้ให้ผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลประวัติในการรักษาพยาบาล

5. ให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับที่รักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงในตับ (TACE) โดยก่อนรักษา ดูแลแนะนำงดอาหารและน้ำอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงก่อนตรวจ ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา เตรียมทำความสะอาดผิวหนังและโกนขนบริเวณที่แพทย์จะใส่สายสวน หลังการรักษาให้ผู้ป่วยนอนราบบนเตียง ห้ามงอแขนหรือขาข้างที่แพทย์ใส่สายสวน หลอดเลือดอย่างน้อย 8 ชั่วโมง สังเกตบริเวณที่ใส่สายสวนเป็นระยะว่ามีเลือดซึมหรือมีก้อนเลือดหรือไม่ ติดตามและบันทึกสัญญาณชีพเป็นระยะ รวมทั้งประเมินอาการปวดแผล ปวดแน่นท้อง สังเกตอาการชา ผิวหนังเย็นและมีสีคล้ำบริเวณปลายมือปลายเท้าข้างที่แพทย์ใส่สายสวน ถ้าพบอาการผิดปกติ รายงานแพทย์ หลังจาก 24 ชั่วโมง ดูแลช่วยแพทย์รังสีเปิดแผล ทำความสะอาดแผลทุกวันจนกว่าแผลจะหาย

6. ให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับที่รักษาด้วยการใช้ความถี่คลื่นวิทยุทำลายก้อนมะเร็ง (RFA) โดยก่อนรักษา ดูแลแนะนำงดอาหารและน้ำอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงก่อนตรวจ ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา เตรียมทำความสะอาดผิวหนังหน้าท้องโดยเฉพาะชายโครงด้านขวา หลังการรักษาให้ผู้ป่วยนอนราบบนเตียงประมาณ 8-10 ชั่วโมง ประเมินอาการปวดแผล สังเกตบริเวณแผลเป็นระยะว่ามีเลือดซึมหรือไม่ ติดตามและบันทึกสัญญาณชีพเป็นระยะ ดูแลช่วยแพทย์รังสีเปิดแผล ทำความสะอาดแผลทุกวันจนกว่าแผลจะหาย

7. ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเลือดที่มารับยาเคมีบำบัดทางไขสันหลัง โดยจัดทำให้ผู้ป่วยนอนตะแคงก้มศีรษะ งอเข่าและสะโพกมากที่สุด ช่วยแพทย์เจาะน้ำไขสันหลัง วัดความดันในช่องน้ำไขสันหลังและดูน้ำไขสันหลังส่งตรวจ หลังจากนั้นช่วยแพทย์ให้ยาเคมีบำบัดเข้าทางไขสันหลัง เมื่อเสร็จปิดแผลแล้ว ให้ผู้ป่วยนอนราบเป็นเวลา 6-8 ชั่วโมง เพื่อไม่ให้เกิดอาการ

ปวดศีรษะจากการเจาะน้ำไขสันหลัง ติดตามและบันทึกสัญญาณชีพเป็นระยะ สังเกตภาวะเลือดออกบริเวณแผล ตลอดจนอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ปวดศีรษะ อาเจียน งุนงง เป็นต้น หากพบอาการผิดปกติ รายงานแพทย์ ดูแลเปิดแผลและทำความสะอาดแผลทุกวันจนกว่าแผลจะหาย

8. ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ภาวะมีไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำจากการได้รับยาเคมีบำบัด (Febrile neutropenia) เริ่มตั้งแต่ซักประวัติค้นหาตำแหน่งของการติดเชื้อในร่างกาย การสัมผัสหรือใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่เป็นหวัด เริ่ม งูสวัด อีสุกอีใส เป็นต้น รายงานแพทย์ septic work up ดูแลให้ antibiotic ตามแผนการรักษา ดูแลได้รับอาหาร neutropenic แนะนำงดผักผลไม้สด หลีกเลี่ยงบุคคลที่เป็นโรคติดเชื้อ บันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นระยะ ถ้าหากพบอาการผิดปกติ รายงานแพทย์

9. ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดชนิดที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity) เช่น Paclitaxel, Docetaxel, Cisplatin, Carboplatin เป็นต้น มีการเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ พร้อมใช้ทันทีที่เตียงผู้ป่วย ได้แก่ ออกซิเจน, เครื่องดูดเสมหะ, รถ emergency ให้พร้อมใช้งาน ให้ pre-medication ตรงตามเวลา ปรับเพิ่มอัตราการหยดทีละช้า มีการติดตามสัญญาณชีพเป็นระยะ สังเกตอาการขณะให้ยาอย่างใกล้ชิด

10. ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก โดยติดตามและบันทึกสัญญาณชีพเป็นระยะ วัดความอึดตัวของออกซิเจนผ่านทางผิวหนัง สีผิว ระดับความรู้สึกตัว การตรวจ capillary refill บันทึกปริมาณปัสสาวะเป็นระยะ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูแลให้ได้รับออกซิเจน การให้ยาและสารน้ำตามแผนการรักษา ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ สังเกตอาการ อาการแสดงของภาวะช็อก เช่น ไขหนาวสั่น ชีพจรเร็ว หายใจเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกตัวลดลง เป็นต้น หากพบอาการผิดปกติ รายงานแพทย์

11. เป็นผู้นำทีมการพยาบาลในการปฏิบัติการช่วยชีวิต และช่วยชีวิตร่วมกับแพทย์ โดยการช่วยหายใจ นวดหัวใจ ให้ยาตามแผนการรักษา ติดตามบันทึกสัญญาณชีพ ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ประเมินระดับความรู้สึกตัว สีผิว และผิวหนังปลายมือปลายเท้าเป็นระยะ

12. ให้การพยาบาลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ

12.1 ให้การพยาบาลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยให้การพยาบาลติดตามตรวจวัดความอึดตัวของออกซิเจนผ่านทางผิวหนัง ลักษณะการหายใจ อัตราการหายใจ ชีพจร ความดันโลหิต สัญญาณชีพเป็นระยะ จัดให้อยู่ท่าศีรษะสูง 30-45 องศา ดูดเสมหะในปากหรือในท่อช่วยหายใจทุก 2 ชั่วโมง รวมทั้งเวลาที่ผู้ป่วยไอหรือมีเสียงเสมหะ ให้การพยาบาลด้วยหลัก Aseptic technique ในกรณีใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ ดูแลตรวจสอบติดพลาสติกครอบตำแหน่งท่อช่วยหายใจ และผูกยึดท่อช่วยหายใจให้แน่นป้องกันการเลื่อนหลุดหรือการเปลี่ยนตำแหน่งของท่อช่วยหายใจได้ จัดท่าระบายเสมหะ การเคาะปอด ดูแลจัดสายเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสมป้องกันการดึงรั้งของสายและไม่ให้ท่อช่วยหายใจมีการหักงอ เพื่อป้องกันการอุดตันของท่อ

เปลี่ยนอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจทุก 72 ชั่วโมง วัด intra-cuff pressure ทุก 8 ชั่วโมง ให้อยู่ระหว่าง 20-30 cmH₂O ในกรณีที่ใช้เครื่องช่วยหายใจโดยผ่านท่อหลอดลมคอ มีการทำความสะอาดแผลคอของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทุก 8 ชั่วโมง รวมทั้งเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น การติดเชื้อภาวะปอดแฟบ เป็นต้น และในกรณีที่ผู้ป่วยมีหลอดลมคอ ดูแลช่วยแพทย์เปลี่ยนหลอดลมคอทุก 8 สัปดาห์

12.2 ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจที่มีการให้ออกซิเจนผ่านทางเดินหายใจปกติ เช่น oxygen canular, oxygen mask with bag เป็นต้น โดยให้การพยาบาลติดตามตรวจวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนผ่านทางผิวหนัง ลักษณะการหายใจ อัตราการหายใจ ชีพจร ความดันโลหิต สัญญาณชีพเป็นระยะ ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียง จัดท่านอนให้อยู่ท่าศีรษะสูง 30-45 องศา สอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถไอหรือขับเสมหะออกมาได้ ให้ดูดเสมหะในปากหรือในท่อช่วยหายใจทุก 2 ชั่วโมง รวมทั้งเวลาที่ผู้ป่วยไอหรือมีเสียงเสมหะ ประเมินภาวะพร่องออกซิเจนเป็นระยะ เช่น เชื้อบูซิวิหว้าง สีของเล็บ ปลายมือปลายเท้า ถ้ามีลักษณะซีดเขียว แสดงถึงภาวะพร่องออกซิเจน หากพบอาการผิดปกติ รายงานแพทย์

13. ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจหลอดลม โดยงดน้ำและอาหารอย่างน้อย 6 ชั่วโมงก่อนการตรวจ หลังการส่องกล้องติดตามและบันทึกสัญญาณชีพเป็นระยะ สังเกตและรายงานแพทย์ หากพบอาการผิดปกติ เช่น อาการแน่นอึดอัด หายใจไม่สะดวก เกิดภาวะเลือดออก หรือมีไอเป็นเลือด เป็นต้น

14. ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายในเยื่อหุ้มปอด โดยจัดท่าศีรษะสูงอย่างน้อย 30 องศา ดูแลสายระบายไม่ให้หักพับงอ ขวดรองรับอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าตัวผู้ป่วยเสมอ ประเมินและบันทึกปริมาณ ลักษณะของสิ่งขับหลั่งที่ระบายออกมา หรือภาวะลมรั่ว รวมทั้งสังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีหอบเหนื่อยมากขึ้น มีลมใต้ผิวหนังรอบๆ ท่อระบายทรวงอก เป็นต้น หากพบอาการผิดปกติ รายงานแพทย์

15. ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย โดยให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อน จัดท่าศีรษะสูง 30 องศา ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ให้ออกซิเจนอย่างเพียงพอ ในรายที่มีปัญหาการหายใจให้เตรียมอุปกรณ์ใส่ท่อช่วยหายใจให้พร้อมใช้ ให้อาตามแผนการรักษา ติดตามบันทึกความอิ่มตัวของออกซิเจนผ่านทางผิวหนัง สัญญาณชีพ บันทึกน้ำเข้า-ออก ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ สังเกตสีผิว ระดับความรู้สึกตัว อาการผิดปกติเป็นระยะ เช่น เจ็บหน้าอก ใจสั่น เหนื่อย นอนราบไม่ได้ เป็นต้น ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ หากพบความผิดปกติ รายงานแพทย์

16. ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยประเมินความเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูง จากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย วัดสัญญาณชีพ ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักผ่อนบนเตียง จัดสภาพแวดล้อมให้สงบ ลดกระตุ้นหรือสิ่งเร้าต่างๆ ที่ทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ แนะนำการรับประทานอาหารประเภท ผัก ถั่ว ผลไม้ให้มากขึ้น

หลีกเลี่ยงอาหารทอด ลดการใช้เนย หรือน้ำมันในการปรุงอาหาร หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ กาแฟ เป็นต้น วัตถุประสงค์ของฉีพเป็นระยะ โดยเฉพาะการวัดความดันโลหิต เพื่อเป็นการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูง รวมทั้งประเมินอาการที่แสดงถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง เช่น อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว มองเห็นภาพซ้อน คลื่นไส้ อาเจียน ปากเปื่อย พุดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรง เป็นต้น ถ้าพบอาการดังกล่าว รีบแจ้งแพทย์ผู้ดูแลอย่างเร่งด่วน เพื่อให้การดูแลรักษาพยาบาลต่อไป

17. ให้การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน โดยให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารและยาลดระดับน้ำตาลตรงตามเวลาตามแผนการรักษา แนะนำรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสม ควรรับประทาน เช่น ขนมหวาน น้ำอัดลม นมข้นหวาน เป็นต้น รับประทานอาหารได้แต่จำกัดปริมาณและชนิด ได้แก่ อาหารจำพวกแป้ง เช่น ข้าวเหนียว ก๋วยเตี๋ยว ขนมปัง เป็นต้น ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งติดตามประเมินระดับความรู้สึกลึกตัว ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด วัตถุประสงค์ของฉีพเป็นระยะ หากพบอาการผิดปกติ รายงานแพทย์ ในกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง รับประทานอาหารเบาหวานและให้ได้รับยาอินซูลินตามแผนการรักษา ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด วัตถุประสงค์ของฉีพเป็นระยะ สังเกตอาการที่แสดงมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ น้ำหนักลด คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น หากพบอาการผิดปกติ รายงานแพทย์ และผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง ให้ดื่มน้ำหวานและอาหาร รับประทานแพทย์เพื่อดูแลให้ยา 50% glucose 50 ml ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำที่มี dextrose ตามแผนการรักษา หยุดให้ยารับประทานหรือยาฉีดเบาหวาน ติดตามระดับความรู้สึกลึกตัว วัตถุประสงค์ของฉีพอาการ อาการแสดงประเมินภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเป็นระยะ เช่น ใจสั่น เหงื่อออก ซีด หิว กระสับกระส่าย เป็นต้น รวมทั้งประเมินความเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะน้ำตาลสูงหรือต่ำในเลือด

18. ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ฟื้นระยะเฉียบพลัน ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ โดยประเมิน glasgow coma scale, motor power เป็นระยะ ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาต้านเกร็ดเลือด ยาลดความดันโลหิต ยาลดระดับไขมันในเลือดตามแผนการรักษา สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูง แขนขาอ่อนแรง พุดไม่ชัด ระดับความรู้สึกลึกตัวลดลง เป็นต้น หากพบอาการผิดปกติ รายงานแพทย์ทันที กระตุ้นให้มี early ambulation ทันทีที่ผู้ป่วยพร้อม กระตุ้นผู้ป่วยทำกายบริหารด้วยตนเอง รวมทั้งช่วยทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เพื่อฟื้นฟูร่างกายให้เร็วที่สุดและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตลอดจนสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติ

19. ให้การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย แนะนำกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกายบริหารด้วยตนเอง รวมทั้งช่วยทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เพื่อป้องกันข้อติดแข็งและแขนขาลีบได้

20. ให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ผู้ป่วยที่ติดเตียงนอนนาน และแผลกดทับจากการกดทับของอุปกรณ์ทางการแพทย์ โดยจัดเปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง เวลาพลิกตะแคงตัวและเปลี่ยนท่าใช้ผ้ารองยกตัว หลีกเลี่ยงการลากดึง ดูแลผิวหนังให้มีความชุ่มชื้น ให้ออนที่นอนลม ใช้วัสดุรองป้องกันการเกิดแผลกดทับตามปุ่มกระดูก เพื่อป้องกันการเสียดสี ดูแลผ้าปูที่นอนให้เรียบตึง ให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารต่างๆ อย่างครบถ้วน ในกรณีที่เกิดแผลกดทับให้วิธีการดูแลแผลให้เหมาะสมกับชนิดของแผล

21. ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายที่ได้รับการฟอกเลือด (Hemodialysis) ทางหลอดเลือดดำ ส่วนกลาง ดูแลความดันโลหิตและยาเบาหวานก่อนไปฟอกเลือดทุกครั้ง หลังจากการฟอกเลือด สังเกตบันทึกปริมาณน้ำเข้า น้ำออก ติดตามบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ดูแลสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลางไม่ให้มีการดึงรั้งหักพับงอ ไม่ให้มีการเป็ยกขึ้นหรือลอกหลุดของพลาสติกที่ปิดแผล สังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีไข้หนาวสั่น ผิวหนังบริเวณรอบสายสวนมีการอักเสบ บวม แดง หรือมีเลือดไหลซึมออกจากแผล ความดันโลหิตต่ำ เป็นต้น หากพบอาการผิดปกติ รายงานแพทย์

22. ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ APD (Automated Peritoneal Dialysis) โดยเตรียมอุปกรณ์และน้ำยาล้างไต ช่วยพยาบาลเตรียมต่อน้ำยาล้างไตทางหน้าท้อง ดูแลทำความสะอาดแผลบริเวณ exit site โดยใช้หลัก Aseptic technique ติดตามและบันทึกสัญญาณชีพเป็นระยะ ดูแลสายไม่ให้หักพับงอและน้ำยาล้างไต ให้มีการไหลเข้าออกได้อย่างสะดวก สังเกตและบันทึกปริมาณ ลักษณะของน้ำยาล้างไต หากพบอาการผิดปกติ รายงานแพทย์

23. ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะไต โดยติดตามและบันทึกสัญญาณชีพเป็นระยะ จัดทำให้ผู้ป่วยนอนหงายทับแผ่นนอน 2 ชั่วโมง หลังจากนั้นให้ออนพักอยู่บนเตียง จนครบ 24 ชั่วโมง สังเกตแผลบริเวณที่เจาะไต และลักษณะ ปริมาณ สีปัสสาวะ ถ้าหากปัสสาวะมีเลือดปน หรือแผลบริเวณที่เจาะมีเลือดออกมากให้รายงานแพทย์

24. ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะตับ โดยติดตามและบันทึกสัญญาณชีพเป็นระยะ จัดทำให้ผู้ป่วยนอนตะแคงขวาทับหมอนทรายนาน 2 ชั่วโมง หลังจากนั้นให้ออนพักอยู่บนเตียง จนครบ 24 ชั่วโมง ประเมินอาการปวดแผล อาการปวดแน่นอึดท้องเป็นระยะ สังเกตแผลมีเลือดออกมากผิดปกติ หากพบอาการผิดปกติ รายงานแพทย์

25. ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะหลัง โดยติดตามและบันทึกสัญญาณชีพเป็นระยะ ดูแลนอนราบไม่หนุนหมอน 6-8 ชั่วโมง สังเกตแผลที่เจาะว่ามีเลือดออกหรือไม่ รวมทั้งสังเกตอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ปวดศีรษะ อาเจียน งุนงง เป็นต้น หากพบอาการผิดปกติ รายงานแพทย์

26. ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะท้อง โดยติดตามและบันทึกสัญญาณชีพเป็นระยะ สังเกตลักษณะสี ปริมาณของน้ำเจาะท้อง รวมทั้งสังเกตแผลบริเวณที่เจาะมีเลือดซึมหรือไม่ อาการปวดแน่นท้อง ตรวจหน้าท้องมีการแข็งตึงหรือไม่ หากพบอาการผิดปกติ รายงานแพทย์

27. ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินอาหารส่วนต้น โดยงดน้ำและอาหารอย่างน้อย 6 ชั่วโมงก่อนการตรวจ หลังการส่องกล้องติดตามและบันทึกสัญญาณชีพเป็นระยะ ให้งดอาหารต่อ 4 ชั่วโมง ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการคอกา เมื่อพบว่าตื่น รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการคอกา จึงให้ดื่มน้ำและรับประทานอาหารได้ สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ถ้ามึนน้ำลายปนเลือดออกมากผิดปกติ เป็นต้น หากพบให้รายงานแพทย์

28. ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาต่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน โดยงดน้ำและอาหารอย่างน้อย 6 ชั่วโมงก่อนการตรวจ หลังการส่องกล้องติดตามและบันทึกสัญญาณชีพเป็นระยะ ให้งดอาหารต่อ 4 ชั่วโมง ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการคอกา เมื่อพบว่าตื่น รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการคอกา จึงให้ดื่มน้ำและรับประทานอาหารได้ รวมทั้งสังเกตอาการผิดปกติ เช่น แน่นหน้าอก ปวดแน่นท้อง เป็นต้น หากพบอาการผิดปกติ รายงานแพทย์

29. ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจรักษาลำไส้ใหญ่ ดูแลให้หยุดรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ยาละลายลิ่มเลือด 7 วันก่อนตรวจ เตรียมลำไส้ โดยจัดเตรียมอาหารอ่อน ย่อยง่าย งดอาหารจำพวกผัก ผลไม้ อาหารที่มีเส้นใย 3 วันก่อนตรวจ และรับประทานอาหารเหลวใส 1 วันก่อนการตรวจ รับประทานยาระบายตามแผนการรักษา งดน้ำและอาหารอย่างน้อย 6 ชั่วโมงก่อนการตรวจ หลังการส่องกล้องติดตามและบันทึกสัญญาณชีพเป็นระยะ สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ถ่ายอุจจาระมีเลือดออกมากผิดปกติ ไข้สูง เป็นต้น หากพบอาการผิดปกติ รายงานแพทย์

30. ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Central venous catheter) เช่น Double lumen, Picc line เป็นต้น โดยดูแลสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลางไม่ให้ดึงรั้งหรือหักพับงอ สวนล้างด้วยน้ำเกลือ (NSS) แล้วทำ heparin lock กรณีของ Double lumen จะใช้ heparin 1:100 (1 ml : 100 unit) โดยผสม NSS ปริมาณที่ใช้อยู่ระหว่าง 1-5 ml ขึ้นอยู่กับขนาดของสายที่แทงทำวันละครั้ง ส่วนกรณีของ Picc line ใช้ heparinized saline อัตราส่วน 10 units/ml ปริมาณที่ใช้ 3 ml สวนล้างทุก 12 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการอุดตันของสายสวน ทำความสะอาดแผลสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลางทุก 7 วัน ปิดแผลด้วย Tegaderm CHG ดูแลข้อต่อต่างๆ ของสายสวนหลอดเลือดดำเช็ดด้วยน้ำยา 2% Chlorhexidine in 70% Alcohol ก่อนหลังเปลี่ยนสารน้ำทุกครั้ง ดูแลหุ้มก๊อชบริเวณข้อต่อทุกครั้ง

31. ให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) โดยพยาบาลต้องประเมินความต้องการของผู้ป่วยรอบด้านทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณให้ครบ 4 มิติ โดยเริ่มต้นจากการสร้างสัมพันธภาพ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ญาติพูดคุยระบายความรู้สึก ความคับข้องใจต่างๆ เน้นการสื่อสารสองทาง พยาบาลอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจแนวทางการรักษาดูแล โดยร่วมกันตัดสินใจ ดูแลให้ได้รับความสะดวกสบายทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม

ให้ผู้ป่วย ญาติ และครอบครัวได้มีเวลาอยู่ร่วมกัน สร้างบรรยากาศที่เอื้อให้ใจสงบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความเหมาะสม

32. จัดให้มี content conference เรื่องโรค หัตถการ การเตรียมตรวจ การรักษาพยาบาลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์ เพื่อเป็นการฟื้นฟูหรือเพิ่มพูนความรู้ข่าวสารข้อมูลทางการแพทย์และการพยาบาลให้ทันยุคทันสมัยอยู่เสมอ ทั้งนี้เพื่อช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้เพียงพอสำหรับการปฏิบัติการพยาบาล

33. ดูแลสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ เพื่อให้การวินิจฉัยที่ถูกต้อง ติดตามผลและรายงานแพทย์

34. ให้คำปรึกษาแนะนำ ช่วยปฏิบัติการพยาบาลและช่วยแก้ไขปัญหาลักษณะต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้กับบุคลากรระดับรองลงมา และเป็นพี่เลี้ยงให้พยาบาลที่จบใหม่

35. ดูแลการส่งตรวจและส่งปรึกษาให้ถูกต้องครบถ้วน รวมทั้งติดตามผลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่รวดเร็วและถูกต้อง

36. ติดต่อประสานงานกับบุคลากรในหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร โภชนาการ เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย

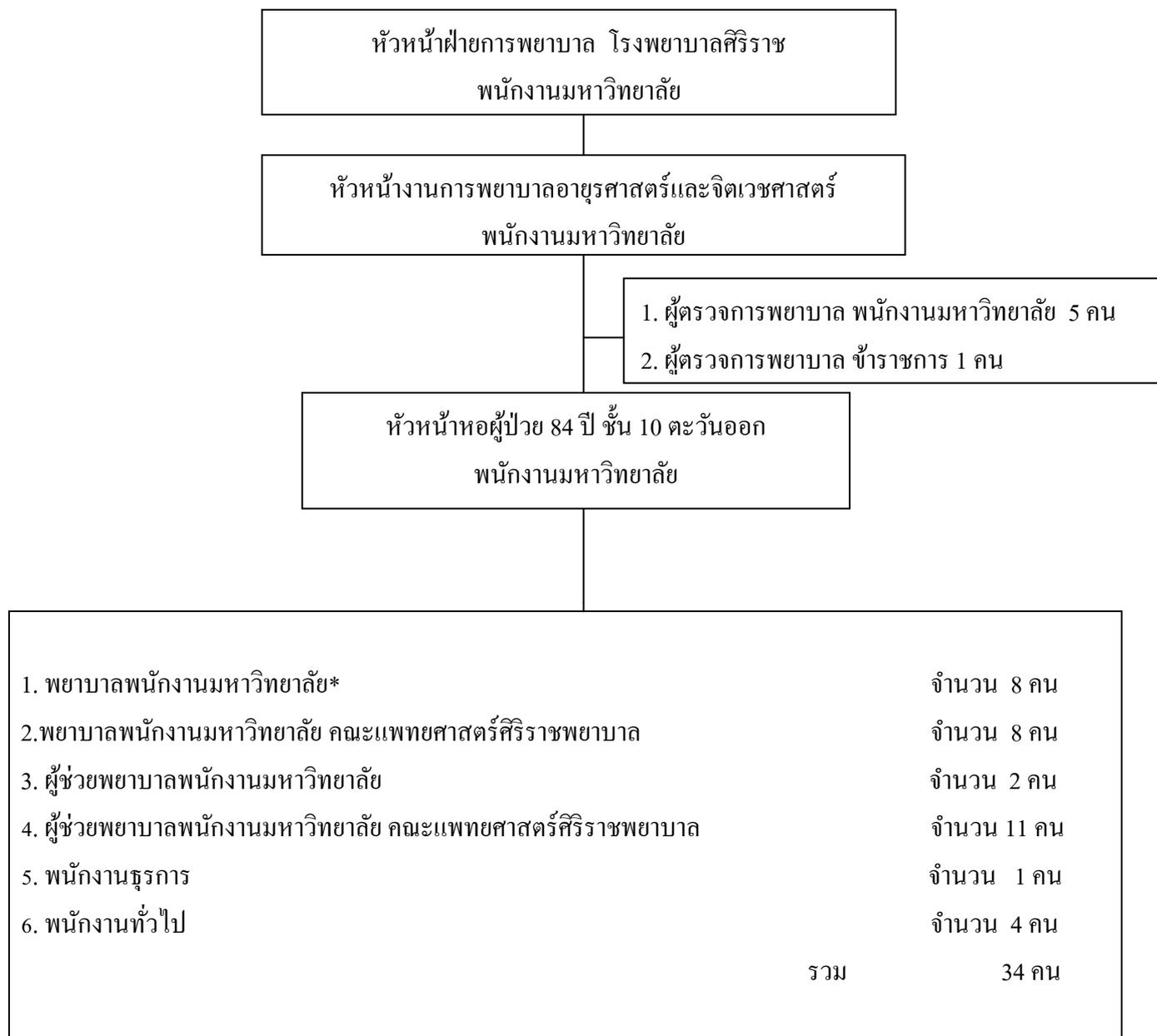
37. ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการวางแผนจำหน่ายกลับบ้าน โดยเตรียมวางแผนการจำหน่าย ให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งกระบวนการวางแผนจำหน่ายเริ่มดำเนินการตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้าไว้ในความดูแล ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยการวางแผนจำหน่ายใช้หลัก METHOD ได้แก่ การให้คำแนะนำ ความรู้เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยรับประทาน การจัดการสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพ การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด การดูแลสุขภาพร่างกาย การออกกำลังกาย การพักผ่อน การมาตรวจตามนัด การรับประทานอาหารเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และประเมินปัญหาทางจิตสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ครอบครัวระบายความรู้สึกนึกคิด ความคับข้องใจ ให้มีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา เพื่อเป็นการเตรียมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลได้ด้วยตนเอง เมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างมั่นใจและปลอดภัย

แผนภูมิที่ 2 โครงสร้างงานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์



หมายเหตุ *พยาบาลพนักงานมหาวิทยาลัย เสนอขอกำหนดตำแหน่งพยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษ

แผนภูมิที่ 3 โครงสร้างของหน่วย หอผู้ป่วย 84 ปี ชั้น 10 ตะวันออก



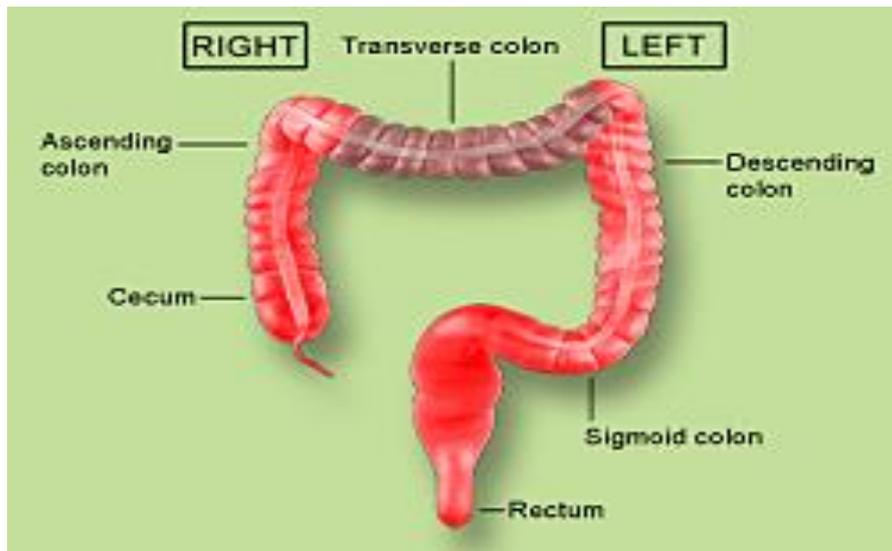
หมายเหตุ *พยาบาลพนักงานมหาวิทยาลัย เสนอขอกำหนดตำแหน่งพยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษ

บทที่ 3

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และการรักษา

กายวิภาคศาสตร์ของลำไส้ใหญ่

ลำไส้ใหญ่เป็นอวัยวะในช่องท้องอยู่ส่วนปลายสุดของระบบทางเดินอาหาร ติดกับลำไส้เล็ก (ileum) และส่วนปลายสุดของลำไส้ใหญ่หรือลำไส้ตรง (rectum) เป็นส่วนต่อจากลำไส้ใหญ่ลงไปจนถึงทวารหนัก (anus) ซึ่งเป็นทางระบายอุจจาระออกจากร่างกาย ลำไส้ใหญ่มีลักษณะเป็นท่อกลวงผนังมีความยืดหยุ่นสูง มีหน้าที่ดูดซึมน้ำและอาหารที่ย่อยแล้ว รวมทั้งกักเก็บกากใยอาหารที่เหลือจากการดูดซึมก่อนจะขับถ่ายทางทวารหนัก ลำไส้ใหญ่มีความยาวประมาณ 150 เซนติเมตร ซึ่งลำไส้ใหญ่แบ่งเป็นส่วนต่างๆ^{3,9,10,11} ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกายวิภาคศาสตร์ของลำไส้ใหญ่

ที่มา: <http://www.medscape.com/viewarticle/863537> (สืบค้น 6 มิ.ย. 2017)

1. ซีกัม (caecum) เป็นส่วนที่ใหญ่ที่สุด อยู่ช่วงต้นของลำไส้ใหญ่ทางด้านขวาของร่างกาย ซึ่งส่วนซีกัมนี้ต่อมาจากลำไส้เล็กส่วน ileum ยาวประมาณ 6.3-7.5 เซนติเมตร มี ileocecal valve เพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับของอาหารสู่ลำไส้เล็ก และใต้ต่อ ileocecal valve มีไส้ติ่งยื่นออกมายาวประมาณ 8-10 เซนติเมตร
2. ลำไส้ใหญ่ส่วนขาขึ้น (ascending colon) อยู่ทางด้านขวาของช่องท้อง ความยาวประมาณ 20 เซนติเมตร

3. ลำไส้ใหญ่ส่วนแนวขวาง (transverse colon) คือ ลำไส้ใหญ่ที่ทอดขวางช่องท้อง ความยาวประมาณ 45 เซนติเมตร

4. ลำไส้ใหญ่ส่วนขาลง (descending colon) เป็นลำไส้ที่โค้งตรงลงมาเป็นแนวตั้งจากอยู่ทางด้านซ้ายของช่องท้องยาวประมาณ 30 เซนติเมตร ส่วนปลายจะขดตัวคล้ายตัวเอส (s) เรียกว่า ซิกมอยด์ (sigmoid colon) ความยาวประมาณ 45 เซนติเมตร และจะต่อกับกับลำไส้ตรง

5. ลำไส้ตรง (rectum) เป็นลำไส้ใหญ่ส่วนสุดท้าย ซึ่งต่อจากลำไส้ใหญ่ซิกมอยด์อยู่แนวกลาง ลำตัวความยาวประมาณ 12 เซนติเมตร ปลายของลำไส้ตรงจะเปิดออกสู่ภายนอกทางทวารหนัก (anus)

ลำไส้ใหญ่ประกอบด้วยชั้น 4 ชั้นประกอบด้วย³

1. ชั้นเยื่อเมือก (mucosa) อยู่ชั้นในสุดของลำไส้ใหญ่
2. ชั้นใต้เยื่อเมือก (submucosa) เป็นชั้นที่อยู่ถัดมาจากชั้นเยื่อเมือก มีระบบหลอดเลือดน้ำเหลืองอยู่
3. ชั้นกล้ามเนื้อ (muscular layer) เป็นชั้นที่อยู่ถัดออกมาจากชั้นใต้เยื่อเมือก (submucosa) และทำหน้าที่บีบตัวของลำไส้ใหญ่ให้เกิดการเคลื่อนไหวขนส่งกากใยอาหารที่ดูดซึมแล้วไปสู่ทวารหนัก เพื่อขับถ่ายอุจจาระออกจากร่างกาย
4. ชั้นเยื่อหุ้ม serosa เป็นชั้นนอกสุด

มะเร็งลำไส้ใหญ่ (Colorectal Cancer)

มะเร็งเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ที่แบ่งตัวต่อเนื่องไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นเซลล์มะเร็งของเนื้อเยื่อลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง โดยปกติเยื่อบุลำไส้ใหญ่ (epithelial) ประกอบด้วยเซลล์ที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว รวมทั้งยังมีการสร้างเซลล์ขึ้นมาทดแทนทุก 4-8 วัน ซึ่งการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ เกิดจากการได้รับสารก่อมะเร็ง (carcinogen) จะทำให้เซลล์เยื่อบุลำไส้ (epithelial) มีการเปลี่ยนแปลงแบ่งตัวและการเจริญเติบโตผิดปกติ เป็นความผิดปกติในระยะก่อนเป็นมะเร็ง เรียกว่า ระยะ dysplasia ต่อมากลายเป็นติ่งเนื้อเล็กๆ ที่เรียกว่า โพลิป (polyp) จากนั้นโพลิปจะพัฒนาเป็นเซลล์มะเร็งได้โดยใช้ระยะช้ำๆ เป็นระยะเวลาประมาณ 5-10 ปี โดยมะเร็งลำไส้ใหญ่แบ่งออกเป็น มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนโคลอน (colon) และมะเร็งลำไส้ตรง (rectum)^{3,9,10}

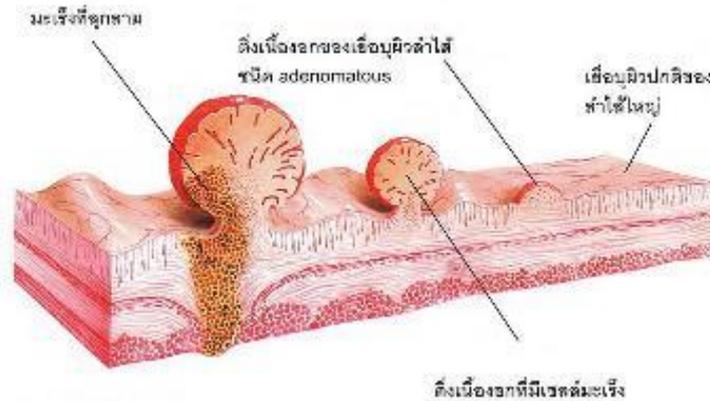
อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่นั้นถือเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศต่างๆ ทั่วโลก เนื่องจากพบว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จัดเป็นมะเร็งที่มีอุบัติการณ์สูงและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 3 ในสาเหตุของการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งทั้งหมด² โรคนี้นับว่ามีพบมากในประชากรอายุมากกว่า 50 ปี และพบมากในประเทศอุตสาหกรรม เช่น ประเทศแถบอเมริกาเหนือ ยุโรป จากการสำรวจในประเทศไทย พบว่าคนไทยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นอันดับที่ 4 ในสาเหตุของการเสียชีวิตจาก

โรคมะเร็งทั้งหมด² เนื่องจากการดำเนินชีวิตและการรับประทานอาหารที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การรับประทานอาหารไขมันสูง เส้นใยต่ำ เป็นต้น ทำให้อุบัติการณ์ของโรคนี้อุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทุกปี^{12,13}

กลไกการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

กลไกการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่เริ่มจากบริเวณเยื่อบุลำไส้ใหญ่ (epithelial) มีการแบ่งตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนไม่สามารถควบคุมได้ เซลล์เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เป็นความผิดปกติระยะก่อนเป็นมะเร็ง (dysplasia) ต่อมาเกิดติ่งเนื้อของเยื่อบุลำไส้แตกกิ่ง (villous) แล้วจึงกลายเป็นเซลล์มะเร็ง^{3,9,10} ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงกลไกการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

ที่มา: http://med.mahidol.ac.th/cancer_center/th/protfolio/knowledge/colon

(สืบค้น 29 เม.ย. 2017)

การเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่จะเป็นการแบ่งตัวอย่างรวดเร็วแบบ multiple step ซึ่งกลไกในการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ คือ ติ่งหรือก้อนเนื้อชนิดไม่ร้ายแรง (benign tumor) จะพัฒนาไปเป็นมะเร็งได้ (malignant tumor) ใช้ระยะเวลาประมาณ 10-15 ปี ในคนที่ไม่มีพันธุกรรมที่ผิดปกติ^{3,6}

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่

สาเหตุที่แท้จริงของมะเร็งลำไส้ใหญ่ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยมีปัจจัยต่างๆ ดังนี้^{3,9,10}

1. ด้านพันธุกรรม พบประมาณ 10% ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งปัจจัยทางด้านพันธุกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ คือ การเกิด Familial Adenomatous Polyposis (FAP), Hereditary Nonpolyposis Colorectal Cancer (HNPCC) และอื่นๆ

1.1 Familial Adenomatous Polyposis (FAP) มีลักษณะเป็นติ่งเนื้อจำนวนมากในลำไส้ เป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบ autosomal dominant ซึ่งหมายถึง มีโอกาสเกิดโรคนี้อันตรายสูง ร้อยละ 50 และติ่งเนื้อเหล่านี้จะกลายเป็นมะเร็ง หากไม่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่เริ่มต้น รวมทั้งถ้าไม่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่ออกเกือบ 100% จะเกิดเป็น colorectal cancer

1.2 Hereditary Nonpolyposis Colorectal Cancer (HNPCC) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่มี polyposis แต่มีการเกิด adenocarcinoma ของลำไส้ใหญ่ในครอบครัวเดียวกันเป็นการถ่ายทอดพันธุกรรมแบบ autosomal dominant โรคนี้นพบได้ร้อยละ 2 ของมะเร็งลำไส้ใหญ่ทั้งหมดและอาจจะพบร่วมกับมะเร็งชนิดอื่นได้

2. ด้านอาหาร การรับประทานอาหารไขมัน มีโคเลสเตอรอลมาก และมีกากเส้นใยน้อยจะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่สูงขึ้น

3. อายุมากกว่า 50 ปี แต่สามารถพบในอายุน้อยได้

4. ประวัติเป็นติ่งเนื้อ หรือ polyps โดยเฉพาะถ้ามี polyps หลายก้อนและก้อนใหญ่จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งสูง

5. มีประวัติสมาชิกในครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ผู้ที่มีญาติสายตรง (พ่อ แม่ พี่ น้อง) เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่จะมีความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่สูง

6. ผู้ป่วยที่เป็นลำไส้อักเสบ (Inflammatory bowel disease) ผู้ป่วยที่เป็นโรค Ulcerative colitis และ Crohn's disease ถ้าเป็นเรื้อรังเกิน 10 ปี จะเพิ่มอัตราเสี่ยงเป็นมะเร็งเพิ่มขึ้น 5-10 เท่า

7. เชื้อชาติ บางเชื้อชาติจะมีอุบัติการณ์ของมะเร็งลำไส้ใหญ่สูง เช่น Africa, Americans เป็นต้น

8. การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์

อาการและอาการแสดง

อาการของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อาจเป็นได้ตั้งแต่ไม่มีอาการใดๆ จนถึงมีอาการหลายอย่าง ซึ่งอาการของมะเร็งลำไส้ใหญ่ขึ้นอยู่กับตำแหน่ง ขนาด และลักษณะของก้อนมะเร็ง รวมทั้งการแพร่กระจายของมะเร็ง มีโรคแทรกซ้อนร่วมด้วยหรือไม่ โดยทั่วไปจะแบ่งกลุ่มอาการของมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้^{3,9,10}

1. มะเร็งลำไส้ใหญ่ด้านขวาของ colon เนื่องจากลำไส้ใหญ่ด้านขวามีโพรงกว้างมากกว่า ลำไส้ใหญ่ด้านซ้ายและอุจจาระเหลว โอกาสที่ลำไส้อุดตันจึงน้อย อาการส่วนใหญ่คล้ายกับได้บริเวณท้องด้านขวา ปวดแบบตื้อๆ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ซีด เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย และไม่มีการถ่ายอุจจาระเป็นเลือด แต่ตรวจพบ occult blood ในอุจจาระได้ ซึ่งมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้านขวานี้ส่วนใหญ่มักมาพบแพทย์เมื่อโรครุนแรงแล้ว

2. มะเร็งลำไส้ใหญ่ด้านซ้ายของ colon ลำไส้ใหญ่ด้านซ้ายมีโพรงเล็กกว่าลำไส้ใหญ่ด้านขวา และอุจจาระเป็นก้อน ดังนั้นอาการลำไส้ใหญ่ตีบตันจึงพบได้บ่อย เช่น มีการเปลี่ยนแปลงของการขับถ่าย โดยมีอาการท้องผูกสลับกับท้องเสีย เมื่อมีอาการตีบมากจนทำให้ลำไส้อุดตัน เช่น ท้องอืด แน่นท้อง ปวดท้องเป็นพักๆ อาการจะทุเลาลงเมื่อได้ถ่ายอุจจาระหรือผายลม และเมื่อลำไส้ใหญ่ตีบตันสนิทจะทำให้อาการเหล่านี้รุนแรง ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์อย่างรีบด่วน นอกจากนี้อาจมีการถ่ายอุจจาระมีเลือด หรือมูกเลือด

3. มะเร็งลำไส้ตรง (rectum) จะมีการถ่ายอุจจาระเป็นเลือดหรือมูกเลือด ปวดเบ่ง รู้สึกถ่ายอุจจาระไม่สุด ถ่ายวันละหลายครั้ง ส่วนอาการโลหิตจางหรือซีดจะพบน้อยกว่ามะเร็งที่เป็นบริเวณส่วนต้นของลำไส้ใหญ่

การแบ่งระยะการดำเนินโรค (staging)

การแบ่งระยะการดำเนินของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ทำให้ทราบความรุนแรงของการดำเนินโรค ใช้ทำนายอัตราการรอดชีวิต ช่วยให้แพทย์สามารถพยากรณ์โรคและสามารถวางแผนการรักษาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยมีวิธีการจำแนกระยะการดำเนินโรคได้หลายวิธี ที่นิยมใช้มีดังนี้

1. การแบ่งด้วยวิธี TNM (Tumor Node Metastasis) เป็นวิธีที่นิยมใช้ในการแบ่งระยะของการดำเนินโรค โดยมีรายละเอียดของการแบ่งดังนี้^{3,9,13}

การแบ่งโดยลักษณะของก้อนมะเร็ง ความลึกการลุกลามของมะเร็ง (primary tumor: T)

T_x = ไม่สามารถประเมินขนาดก้อนมะเร็งได้

T_0 = ไม่พบก้อนมะเร็งในชั้นเนื้อเยื่อที่ผ่าตัดได้

T_{is} = มะเร็งอยู่ชั้นของเยื่อบุผิว (intraepithelium) หรือเนื้อเยื่อเกี่ยวพันในเยื่อบุผิว (lamina propria)

T_1 = มะเร็งลุกลามมาถึงใต้ชั้นเยื่อบุผิว (submucosa)

T_2 = มะเร็งลุกลามมาถึงชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ใหญ่ (muscularis propria)

T_3 = ก้อนมะเร็งทะลุผ่านมาถึงชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ใหญ่ เข้าสู่ชั้นเนื้อเยื่อบริเวณที่ไม่มีเยื่อช่องท้องปกคลุม (non peritonealized pericolic)

T_4 = มะเร็งลุกลามไปยังอวัยวะอื่น

การแบ่งโดยลักษณะของต่อมน้ำเหลืองข้างเคียงในมะเร็งลำไส้ใหญ่ (regional lymph node: N) ซึ่งประเมินจากจำนวน positive lymph node ที่พบ

N_x = ไม่สามารถประเมินต่อมน้ำเหลืองได้

N_0 = ไม่มีการกระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองในบริเวณนั้น

(regional lymph node) ผู้ป่วยที่เป็น N_0 จำนวนของต่อมน้ำเหลืองที่ผ่าตัดออกมา ต้องมีจำนวนไม่น้อยกว่า 12 ต่อมน หากน้อยกว่านี้จะจัดว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง

N_1 = เกิดการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง 1 ถึง 3 ต่อมน

N_2 = เกิดการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง 4 ต่อมนขึ้นไป

การแบ่งโดยการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น (distant metastasis: M)

M_x = ไม่สามารถประเมินได้

M_0 = ไม่มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น

M_1 = มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น

2. การแบ่งระยะการดำเนินของโรคตามการแพร่กระจายโดยพยาธิสภาพของโรค แบ่งออกเป็น 5 ระยะดังนี้^{9,14}

ระยะที่ 0 (stage 0) เป็นมะเร็งในระยะเริ่มต้น เซลล์มะเร็งจะอยู่เฉพาะบริเวณผิวของลำไส้

ระยะที่ 1 (stage 1) เป็นมะเร็งอยู่เฉพาะบริเวณผนังลำไส้ แต่ยังไม่แพร่กระจายออกนอกลำไส้กระจายอยู่รอบๆ ลำไส้

ระยะที่ 2 (stage 2) เป็นมะเร็งที่แพร่กระจายออกนอกลำไส้ แต่ยังไม่ได้แพร่กระจายถึงต่อมน้ำเหลือง

ระยะที่ 3 (stage 3) เป็นมะเร็งที่แพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง แต่ยังไม่แพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ

ระยะที่ 4 (stage 4) เป็นมะเร็งที่แพร่กระจายไปยังอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย เช่น กระดูก ปอด สมอง ตับ เป็นต้น

การวินิจฉัยโรคและการคัดกรองโรค

เนื่องจากมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นโรคที่ไม่แสดงอาการในระยะแรก แต่ถ้าตรวจวินิจฉัยและได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกอย่างรวดเร็วจึงจะได้ผลดี โดยถ้าได้รับการรักษาขณะที่มะเร็งแพร่กระจายออกไปในระยะที่ 1, 2 จะมีอัตราการหายของโรคที่ 5 ปี ประมาณ 90% แต่ถ้าได้รับการรักษาในขณะที่มะเร็งได้ลุกลามแพร่กระจายไปยังอวัยวะหรือต่อมน้ำเหลืองข้างเคียงแล้วในระยะที่ 3 จะมีอัตราการหายของโรคประมาณ 65% แต่ถ้ามะเร็งได้กระจายไปยังตับหรือปอดในระยะที่ 4 อัตราการหายของโรคจะลดลงเหลือ 8%¹⁵ ดังนั้นจึงต้องตรวจวินิจฉัยโรคให้พบตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เพื่อที่จะได้รับการรักษาให้หายขาด การตรวจวินิจฉัยมีหลายวิธี ดังนี้^{3,9,15}

1. การซักประวัติ การตรวจร่างกายทุกระบบ

2. การตรวจทางทวารหนักด้วยนิ้วมือ (Per Rectum = PR) คือ การที่แพทย์สวมถุงมือ แล้วใช้นิ้วชี้ทาสารหล่อลื่น แล้วสอดนิ้วชี้เข้าทางทวารหนัก เพื่อตรวจหาสิ่งผิดปกติภายในลำไส้ การตรวจ PR ตรวจได้ถึงไส้ตรงเท่านั้น ไม่พอเพียงสำหรับลำไส้ใหญ่ จึงต้องมีการตรวจอย่างอื่นเพิ่มเติม

3. การตรวจหาเม็ดเลือดแดงในอุจจาระ (Fecal Occult Blood Test = FOBT) คือ การตรวจหาว่ามีเลือดออกภายในลำไส้ใหญ่หรือไม่ เนื่องจากเส้นเลือดบนผิวของมะเร็งและ polyps มีการฉีกขาดได้ง่าย ทำให้มีเลือดออกมา แต่ปริมาณเลือดที่ออกมามีเพียงเล็กน้อย ซึ่งไม่สามารถมองเห็นด้วยตาเปล่า จึงต้องใช้การตรวจปฏิกิริยาทางเคมี แต่ผลการตรวจเม็ดเลือดแดงในอุจจาระไม่มีความจำเพาะ ถ้าตรวจพบเลือดปนมากับอุจจาระ ผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการตรวจด้วยการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพื่อค้นหาความผิดปกติต่อไป

4. การส่องกล้องเข้าไปทางทวารหนัก (Sigmoidoscopy) เป็นการใช้ท่อเล็กสอดเข้าไปในทวารหนัก เพื่อตรวจดูความผิดปกติของลำไส้ตรง (rectum) และลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์ (sigmoid colon) เนื่องจากท่อที่ใช้ยาว 2 ฟุตเท่านั้น ถ้ามะเร็งอยู่ลึกเกินกว่านั้น ทำให้ไม่สามารถตรวจพบมะเร็งได้

5. การส่องกล้องเข้าทางทวารหนักโดยใช้กล้องชนิดพิเศษ (Colonoscopy) วิธีนี้เป็นวิธีการตรวจที่แม่นยำที่สุด สามารถตรวจดูลำไส้ได้ทั้งหมดและเมื่อพบติ่งเนื้อ หรือเนื้อเยื่อที่สงสัยก็สามารถตัดด้วยเครื่องมือออกได้ทันที ผู้ป่วยต้องมีการเตรียมลำไส้ใหญ่เป็นอย่างดี โดยใช้ยาถ่ายหรือสวนทวาร เพื่อให้ลำไส้ใหญ่ไม่มีกากอาหารและอุจจาระ จึงจะส่องกล้องเข้าไปในลำไส้ใหญ่ ทำให้เห็นรายละเอียดที่ถูกต้อง ทำให้วินิจฉัยโรคได้อย่างรวดเร็วแม่นยำ สามารถพบสาเหตุหรือรอยโรคได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ทำให้สามารถให้รักษาได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง

6. การสวนแป้งเข้าในลำไส้ใหญ่ (Barium enema) วิธีนี้มีความไวในการตรวจมะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นกระบวนการตรวจทางรังสีวินิจฉัย โดยผู้ป่วยจะได้รับการสวนสารที่มีส่วนประกอบของแบเรียมเข้าไปทางทวารหนักแล้วถ่ายภาพเอกซเรย์จะเห็นภาพชัดเจน สารเหล่านี้จะเข้าไปเคลือบผนังด้านในของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เพื่อตรวจดูความผิดปกติของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่ง Barium enema ช่วยในการวินิจฉัยโรคได้ในระดับหนึ่ง

7. การตรวจสารบ่งชี้มะเร็ง (Tumor marker) สารบ่งชี้โรคมะเร็งเป็นโปรตีนที่ไม่พบในภาวะปกติ หรืออาจตรวจพบได้ในภาวะปกติได้แต่ระดับปริมาณไม่สูง เมื่อตรวจพบสารเหล่านี้มีระดับปริมาณสูงมากจนผิดปกติ จะช่วยบ่งชี้ความสัมพันธ์กับโรคมะเร็ง สารบ่งชี้โรคมะเร็งที่นิยมใช้มากที่สุดของมะเร็งลำไส้ใหญ่คือ Carcinoembryonic Antigen (CEA) ซึ่งในรายที่พบว่ามียกระดับปริมาณค่า CEA สูง สามารถใช้เป็นแนวทางในการตรวจติดตามผลการรักษาและใช้ในการติดตามการเปลี่ยนแปลงของโรค แต่ไม่ใช่สารบ่งชี้โรคมะเร็งในการตรวจคัดกรอง

การรักษา

มะเร็งลำไส้ใหญ่ถ้าพบระยะเริ่มแรกในระยะที่ 1, 2, 3 เป็นโรคที่รักษาได้และผลการรักษา ก่อนข้างดี เป็นระยะที่สามารถหายขาดได้ ดังนั้นเป้าหมาย คือ การรักษาให้หายขาดจากโรคและลด การกลับเป็นซ้ำ ส่วนระยะที่ 4 ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เนื่องจากมีการแพร่กระจายของมะเร็ง ไปสู่อวัยวะต่างๆ เช่น ตับ ปอด เป็นต้น เป้าหมายคือ การลดความรุนแรงของอาการ ลดการเกิด ภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มระยะเวลาในการรอดชีวิต ในปัจจุบันการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่อาจใช้วิธีการ รักษาเดี่ยว หรือใช้หลายวิธีร่วมกัน ดังนี้^{3,10,13}

1. การผ่าตัด (Surgery) เป็นวิธีการรักษาหลักของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อ ตัดก้อนมะเร็งพร้อมขอบเขตที่กว้าง (wide margin) โดย proximal และ distal margin ควรได้อย่างน้อย 5 เซนติเมตร รวมทั้งตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณส่วนนั้นออกให้หมด ชนิดของการผ่าตัดขึ้นกับตำแหน่ง ของก้อนมะเร็ง ได้แก่

1.1 การตัดก้อนเนื้อออก และทำการเชื่อมต่อลำไส้ส่วนที่ดีให้ทำงานได้ตามปกติ เป็น การผ่าตัดส่วนที่เกิดพยาธิสภาพออกทั้งหมด ผู้ป่วยสามารถถ่ายอุจจาระทางทวารหนักได้ตามปกติ

1.2 การเปิดทวารเทียม ถ้ามะเร็งเกิดขึ้นที่บริเวณลำไส้ใหญ่ส่วนปลายที่อยู่ติดกับทวารหนัก การผ่าตัดอาจต้องผ่าตัดเอาทั้งลำไส้ตรงและทวารหนักออกทั้งหมด ทำให้ไม่สามารถต่อลำไส้เข้าหา กันได้ จึงต้องผ่าตัดปิดบริเวณทวารและทำทวารเทียม โดยเอาปลายลำไส้เปิดออกทางผนังหน้าท้อง สำหรับการขับถ่ายอุจจาระโดยมีถุงรองรับอุจจาระ (colostomy)

1.3 กรณีโรคลุกลามมาก มีการอุดตันของลำไส้ใหญ่ การผ่าตัดขยกลำไส้ออกมาเปิดที่ หน้าท้อง เพื่อช่วยเปิดทางระบายของเสียจากลำไส้หรือเลือดออกจากก้อนมะเร็ง สามารถผ่าตัดเพื่อ แก้ไขภาวะเลือดหรือของเสียที่คั่งอยู่ภายในช่องท้อง

2. การฉายรังสี (Radiation therapy)

การฉายรังสีเป็นการใช้สารกัมมันตภาพรังสีพลังงานสูง โดยให้ประจุรังสี (ionizing radiation) ไปทำลายดีเอ็นเอของเซลล์มะเร็ง ทำให้เซลล์มะเร็งไม่แบ่งตัวเพิ่มจำนวนขึ้น เนื้ออกจึงถูก ทำลายและตายได้ เป็นการรักษาเฉพาะที่บริเวณรอยโรคมะเร็ง อาจใช้ร่วมกับวิธีการผ่าตัดหรือ เคมีบำบัด การฉายรังสีมีหลายวิธี ได้แก่

2.1 การฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด มักจะใช้ในผู้ป่วยเฉพาะที่เป็นมะเร็ง ลำไส้ตรง (rectum) เพื่อลดขนาดของก้อนมะเร็งก่อนการผ่าตัด หลังจากนั้นจึงทำการผ่าตัด ทำให้ ขอบเขตที่ใช้ในการผ่าตัดลดลง

2.2 การฉายรังสีเสริมหลังผ่าตัดใช้ในผู้ป่วยเฉพาะที่เป็นมะเร็งลำไส้ตรง (rectum) เพื่อ ทำลายเซลล์มะเร็งที่หลงเหลืออยู่หลังผ่าตัดหรือกรณีที่ไม่สามารถผ่าตัดออกได้หมด แต่ยังมี รอยโรคมะเร็งอยู่ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของมะเร็ง

2.3 การฉายรังสีเพื่อลดหรือบรรเทาอาการมะเร็งลุกลามไปยังอวัยวะอื่น จะเป็นการรักษาแบบประคับประคอง เช่น การกระจายไปที่กระดูก การฉายรังสีจะช่วยลดอาการปวดแก่ผู้ป่วย และการฉายรังสีช่วยให้ขนาดก้อนมะเร็งลดลง ลดอาการที่เกิดจากก้อนมะเร็งกดเบียดอวัยวะต่างๆ ได้ เป็นต้น

3. การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (Chemotherapy)

เคมีบำบัดเป็นวิธีการรักษาด้วยการให้ยาหรือสารที่มีฤทธิ์ทำลายเซลล์มะเร็ง โดยกลไกยาเคมีบำบัดจะไปยับยั้งการสร้างโปรตีนและยับยั้งการแบ่งตัวในวงจรชีวิตของเซลล์มะเร็ง ทำให้เซลล์มะเร็งหยุดการเจริญเติบโตและตายได้ ยาเคมีบำบัดเมื่อเข้าสู่ร่างกายโดยผ่านระบบเลือดและน้ำเหลือง จะเข้าไปทำลายเซลล์มะเร็งได้ทั่วร่างกายและยังสามารถทำลายเซลล์ปกติได้อีกด้วย โดยเฉพาะเซลล์ที่มีการแบ่งตัวเร็ว เช่น ไขกระดูก เซลล์ผิวหนัง เป็นต้น การรักษาด้วยวิธีนี้มีวัตถุประสงค์ของการรักษาเพื่อให้หายขาดจากโรค (curative) การควบคุมโรค (control) และการรักษาแบบประคับประคอง ซึ่งการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีดังนี้

3.1 ให้ยาเคมีบำบัดก่อนรักษาด้วยการผ่าตัด (Neoadjuvant chemotherapy) เพื่อลดขนาดของก้อนมะเร็งให้มีขนาดเล็กลง ทำให้การผ่าตัดได้ง่ายยิ่งขึ้น

3.2 ให้ยาเคมีบำบัดหลังการผ่าตัด (Adjuvant chemotherapy) เป็นการรักษาเสริมหลังการผ่าตัดด้วยการให้ยาเคมีบำบัด เพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งที่หลงเหลืออยู่ เพื่อให้หายจากโรคหรือมีระยะปลอดโรคนานที่สุด

3.3 ให้ยาเคมีบำบัดแบบประคับประคอง (Palliative chemotherapy) เมื่อผู้ป่วยที่มีระยะโรคลุกลามไปสู่อวัยวะอื่นๆ จะมีการให้ยาเคมีบำบัดเพื่อประคับประคองบรรเทาอาการไม่สุขสบาย ความทุกข์ทรมาน ลดความเจ็บปวด และเพิ่มระยะเวลาการรอดชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ให้ยาวนาน โดยไม่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง แพทย์อาจจะพิจารณาหยุดยาเคมีบำบัด ถ้าการรักษาไม่ได้ผลหรือผู้ป่วยไม่สามารถทนต่ออาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดได้

4. การรักษาด้วยยามุ่งเป้า (Targeted therapy)

ปัจจุบันการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่มีวิวัฒนาการก้าวหน้ามากขึ้น ได้มีการรักษาแบบมุ่งเป้าเข้ามามีบทบาทในการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะแพร่กระจายเพิ่มมากขึ้น โดยยามุ่งเป้าจะมีกลไกการออกฤทธิ์ยับยั้งขบวนการสร้างเซลล์มะเร็ง ทำให้การรักษามีความเฉพาะเจาะจงกับเซลล์มะเร็งในแต่ละชนิด ยามุ่งเป้าที่ใช้รักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้แก่ ยา Bevacizumab (Avastin[®]), Cetuximab (Erbix[®]), Panitumumab (Vectibix[®]), Ramucirumab (Cyramza[®]), Aflibercept (Zaltrap[®]), Regorafenib (Stivarga[®])

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยยาเคมีบำบัด

การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ 1 มักใช้วิธีการรักษาโดยการผ่าตัดอย่างเดียว ส่วนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ตั้งแต่ระยะที่ 2 ขึ้นไป ควรพิจารณาให้ยาเคมีบำบัดหลังผ่าตัดร่วมด้วย การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นการรักษาเพื่อให้หายขาด ลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำของโรค เพื่อควบคุมโรค รวมทั้งประคับประคองบรรเทาอาการความทุกข์ทรมาน ลดความเจ็บปวด และเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ให้ยาวนาน โดยไม่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยยาเคมีบำบัดมีหลายสูตร แพทย์จะพิจารณาการรักษา ตามระยะโรค และความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย^{3,6,16}

รูปแบบการใช้ยาเคมีบำบัด

การใช้ยาเคมีบำบัด เป็นการรักษาเพื่อทำลายหรือยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง สามารถแบ่งรูปแบบการใช้ยาเคมีบำบัด ดังนี้^{16,17,18}

1. Adjuvant chemotherapy หมายถึง การให้ยาเคมีบำบัดหลังการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดหรือการรักษาด้วยการฉายรังสี เพื่อทำหน้าที่ทำลายเซลล์มะเร็งที่หลงเหลืออยู่ให้หมดสิ้นและเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา

2. Neoadjuvant chemotherapy หมายถึง การให้ยาเคมีบำบัดก่อนได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดหรือการรักษาด้วยการฉายรังสี เพื่อทำให้ขนาดก้อนของมะเร็งหรือบริเวณที่เป็นโรคลดลงสามารถทำผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกได้สะดวกและเอาก้อนมะเร็งออกได้จำนวนมาก หรือทำให้บริเวณที่จะต้องฉายรังสีมีขนาดแคบลง ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มประสิทธิภาพของการผ่าตัดและการฉายรังสีให้มากขึ้น

3. Concurrent chemotherapy หมายถึง การให้ยาเคมีบำบัดควบคู่ไปกับการรักษาโดยการผ่าตัดหรือรังสีรักษา หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า Simultaneous chemotherapy

4. Maintenance chemotherapy หมายถึง การรักษาโดยใช้ยาเคมีบำบัด ซึ่งอาจใช้เคมีบำบัดชนิดเดียว หรือให้ร่วมกันมากกว่า 1 ชนิด ในขนาดน้อยๆ เป็นระยะเวลาสั้น ใช้ในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะโรคสงบ

5. Palliative chemotherapy หมายถึง การให้ยาเคมีบำบัดกับผู้ป่วยที่มะเร็งแพร่กระจายมากแล้ว ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในขั้นสุดท้ายที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เพื่อควบคุมบรรเทาความทุกข์ทรมาน ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมทั้งยืดชีวิตของผู้ป่วย

6. Salvage chemotherapy หมายถึง การให้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำใหม่ของโรค หรือรักษาด้วยวิธีการอื่นไม่ได้ผล โดยใช้ยาเคมีบำบัดในขนาดที่สูงมักใช้มากกว่า 1 ชนิด โดยมีจุดประสงค์ที่จะทำให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรค

วงจรชีวิตของเซลล์ (Cell Cycle)

เซลล์สิ่งมีชีวิตทุกชนิดมีการแบ่งเซลล์เพื่อการเจริญเติบโตและทดแทนเซลล์ที่ได้รับบาดเจ็บหรือตายไป ซึ่งทั้งเซลล์ปกติและเซลล์มะเร็งต้องมีการเจริญเติบโตผ่านขั้นตอนทางชีวเคมีตามลำดับที่เรียกว่า วงจรชีวิตของเซลล์ โดยเซลล์ปกติจะมีกลไกคอยควบคุมให้เซลล์แต่ละชนิดอยู่ในระดับที่เหมาะสม แต่โรคมะเร็งจะมีการสูญเสียการควบคุม ทำให้เซลล์มะเร็งสามารถเจริญเติบโตไปได้อย่างไม่มีที่สิ้นสุด โดยร่างกายไม่สามารถควบคุมได้^{5,5,18}

เซลล์ปกติและเซลล์มะเร็งแบ่งออกได้ 5 ระยะ ดังนี้^{5,18}

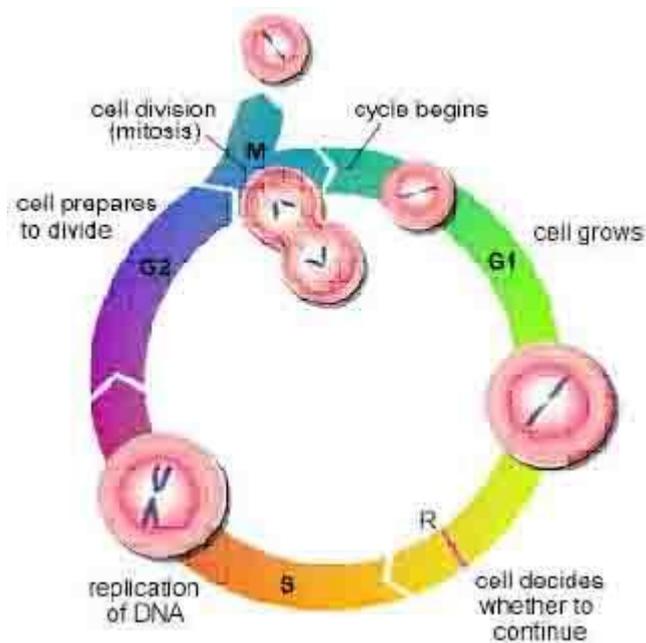
G_0 phase เป็นระยะพัก เป็นระยะที่เซลล์พัก ไม่มีการแบ่งตัวหรือเจริญเติบโต แต่พร้อมที่จะผ่านเข้าสู่ระยะ G_1 เมื่อได้รับสัญญาณการแบ่งเซลล์

G_1 phase เป็นระยะเตรียมสังเคราะห์ DNA ในระยะนี้มีการสร้าง RNA และ โปรตีนอย่างมากที่ใช้สำหรับการสังเคราะห์ DNA

S phase เป็นระยะที่เซลล์สร้าง DNA เป็นจำนวนมาก

G_2 phase เป็นระยะเตรียมความพร้อมในการแบ่งเซลล์ และเป็นระยะที่เซลล์ตรวจสอบความถูกต้องของสารพันธุกรรม

M phase เป็นระยะเกิดการแบ่งเซลล์ออกเป็น 2 เซลล์



ภาพที่ 3 แสดงวงจรชีวิตของเซลล์ (Cell Cycle)

ที่มา: <http://www.chulacancer.net/patient-list-page.php?id=323> (สืบค้น 2 พ.ค. 2017)

วงจรชีวิตของเซลล์มีประโยชน์ในการเลือกให้ยาเคมีบำบัดในแต่ละชนิดและความถี่ที่เหมาะสมในการให้ยา เนื่องจากยาเคมีบำบัดบางชนิดจะออกฤทธิ์เฉพาะบางระยะของการแบ่งตัวเท่านั้น เช่น ในกลุ่ม Antimetabolites ออกฤทธิ์ในระยะ S ของวงจรการแบ่งเซลล์ เป็นต้น ยาเคมีบำบัดจะออกฤทธิ์ทำลายเฉพาะเซลล์ที่มีการแบ่งตัวเท่านั้น โดยไม่สามารถแยกความแตกต่างระหว่างเซลล์ปกติที่แบ่งตัวกับเซลล์มะเร็งที่แบ่งตัวได้ จึงทำให้เกิดผลข้างเคียงหรืออาการที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเคมีบำบัดได้

ชนิดของยาเคมีบำบัด

ยาเคมีบำบัดมีทั้งชนิดรับประทานและชนิดยาคี สำหรับกลุ่มยาเคมีบำบัดที่แบ่งตามกลไกการออกฤทธิ์ ดังนี้^{16,18}

1. Alkylating agent กลไกในการออกฤทธิ์ของยาเคมีบำบัดกลุ่มนี้ โดยการที่โครงสร้างส่วนที่เป็น alkyl group จะเข้าไปจับกับ DNA ของเซลล์ ทำให้โครงสร้างของรหัสพันธุกรรมใน DNA มีการจัดเรียงสลับที่หรือขาดจากกัน ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่สร้าง DNA ชุดใหม่ ทำให้เซลล์แบ่งตัวไม่ได้และตายไปในที่สุด ยาในกลุ่มนี้ เช่น Cyclophosphamide, Ifosfamide เป็นต้น

2. Platinum เป็นกลุ่มยาเคมีบำบัดที่มีกลไกในการออกฤทธิ์คล้ายกับกลุ่ม Alkylating agent โดยโมเลกุลของยาจับกับโมเลกุลของ DNA ทำให้เซลล์แบ่งตัวไม่ได้และตายไปในที่สุด ยาในกลุ่มนี้ เช่น Oxaliplatin, Carboplatin, Cisplatin เป็นต้น

3. Antimetabolites ยาเคมีบำบัดในกลุ่มนี้จะทำลายขัดขวางหรือยับยั้งการสังเคราะห์กรดนิวคลีอิก (nucleic acid) ซึ่งหน้าที่กรดนิวคลีอิกเกี่ยวข้องกับรหัสพันธุกรรม เมื่อมีการทำลายขัดขวางหรือยับยั้งการสังเคราะห์นิวคลีอิก ทำให้ขัดขวางกระบวนการสังเคราะห์ DNA ส่งผลให้เกิดยับยั้งการสร้างสายพันธุกรรมทำให้เซลล์ตาย โดยยาออกฤทธิ์ในระยะ S ของวงจรของการแบ่งเซลล์ ซึ่งยาในกลุ่มนี้ เช่น 5-Fluorouracil(5-FU), Capecitabine (Xeloda[®]), Gemcitabine, Fludarabine, Cytarabine เป็นต้น

4. Microtubule-targeting drug กลไกในการออกฤทธิ์ของยาเคมีบำบัดกลุ่มนี้ ยาจะออกฤทธิ์โดยตรงต่อ microtubule ซึ่ง microtubule เป็นส่วนประกอบของ mitotic spindle ทำหน้าที่ในการแบ่งตัวของเซลล์ การเคลื่อนไหวของเซลล์และการขนส่งสารภายในเซลล์ เมื่อมีการทำลายหรือทำให้ microtubule เสียหาย ทำให้ไม่สามารถแบ่งนิวเคลียสได้ จนทำให้เซลล์ตาย แบ่งได้ 2 กลุ่ม

4.1 กลุ่ม Taxanes ได้แก่ Paclitaxel (Taxol[®]), Docetaxel (Taxotere[®]), Cabazitaxel (Jevtana[®]) จะออกฤทธิ์ได้ทั้งในระยะ G₂ และ M phase

4.2 กลุ่ม Vinca alkaloids ได้แก่ Vincristine, Vinblastine, Vinorelbine จะออกฤทธิ์ได้ดีในระยะ M phase

5. Topoisomerase inhibitor ยาเคมีบำบัดในกลุ่มนี้จะยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ Topoisomerase I, II ซึ่งเอนไซม์นี้ใช้ในการสังเคราะห์สารพันธุกรรมเพื่อการแบ่งเซลล์ ทำให้ DNA ไม่สามารถสร้างสายเดี่ยวและสายคู่ได้ หรือลอกเลียน DNA ชุดใหม่ได้ ยาที่ยับยั้งเอนไซม์นี้ทำให้เซลล์มะเร็งไม่สามารถแบ่งตัวและตายได้ ยาในกลุ่มนี้ เช่น Irinotecan (Campto[®]), Etoposide, Topotecan เป็นต้น

6. Antitumor antibiotics เป็นกลุ่มยาฆ่าเชื้อที่มีฤทธิ์ต่อต้านมะเร็ง โดยกลไกในการออกฤทธิ์ร่วมกับ DNA ขัดขวางการแบ่งตัวของ DNA จึงยับยั้งการสังเคราะห์ DNA ทำให้เซลล์แบ่งตัวไม่ได้ และตายไปในที่สุด เช่น Doxorubicin, Idarubicin, Bleomycin, Epirubicin, Daunorubicin เป็นต้น

7. Corticosteroids กลไกการออกฤทธิ์โดยการฆ่าเซลล์มะเร็งและยับยั้งการโตของก้อนมะเร็ง ยาในกลุ่มนี้ เช่น Methylprednisolone, Dexamethasone, Prednisolone เป็นต้น

8. ฮอร์โมน (Hormone) การใช้ฮอร์โมนในการรักษาโรคมะเร็ง เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมของฮอร์โมนที่มีผลต่อการเจริญของเนื้อเยื่อ โดยกลไกในการออกฤทธิ์ของฮอร์โมนต่อเซลล์มะเร็ง จะออกฤทธิ์ยับยั้งฮอร์โมนที่มากกระตุ้นการเจริญเติบโตของเซลล์ ทำให้เซลล์มะเร็งหยุดการเจริญเติบโต ยาในกลุ่มนี้ เช่น Tamoxifen, Megestrol acetate เป็นต้น

9. ยามุ่งเป้า (Targeted therapy) มีกลไกการออกฤทธิ์เฉพาะเจาะจงต่อเซลล์มะเร็ง โดยมีจุดประสงค์เพื่อยับยั้งกระบวนการส่งสัญญาณระดับเซลล์ ซึ่งเป็นต้นเหตุของการเจริญเติบโตและการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็งอย่างไม่มีที่สิ้นสุด ซึ่งยามุ่งเป้าจะออกฤทธิ์เฉพาะที่เซลล์มะเร็ง จึงทำให้มีผลข้างเคียงน้อยกว่ายาเคมีบำบัด แต่ราคาค่อนข้างสูง ยาในกลุ่มนี้ เช่น ยา Bevacizumab (Avastin[®]), Cetuximab (Erbix[®]), Panitumumab (Vectibix[®]), Ramucirumab (Cyramza[®]), Aflibercept (Zaltrap[®]), Regorafenib (Stivarga[®]) เป็นต้น

ยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ใช้ในปัจจุบัน

กลุ่มยาเคมีบำบัดที่แบ่งตามกลไกการออกฤทธิ์ที่นิยมใช้รักษามะเร็งลำไส้ใหญ่มี 3 กลุ่ม คือ^{6,10}

1. กลุ่ม Platinum ได้แก่ Oxalipatin
2. กลุ่ม Antimetabolites ได้แก่ 5-FU และ Capecitabine
3. กลุ่ม Topoisomerase inhibitor ได้แก่ Irinotecan

การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่มีหลายสูตร โดยแพทย์จะพิจารณาการรักษาตามชนิดของมะเร็ง ระยะของโรค และความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น อายุ โรคประจำตัว ภาวะสุขภาพ เป็นต้น โดยสูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้สำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มีรายละเอียดดังต่อไปนี้^{6,10}

1. สูตรฟอลฟอก (FOLFOX) ประกอบด้วยยาชนิด 3 ชนิด ประกอบด้วย Oxaliplatin, Leucovorin, 5-Fluorouracil (5-FU) สูตรนี้เป็นยาชนิดให้ทุก 2 สัปดาห์ต่อ 1 ชุดการรักษา รวมทั้งหมด 12 ชุด

2. สูตรฟอลฟิริ (FOLFIRI) ประกอบด้วยยาชนิด 3 ชนิด ประกอบด้วย Irinotecan, Leucovorin, 5-Fluorouracil (5-FU) สูตรนี้เป็นยาชนิดให้ทุก 2 สัปดาห์ต่อ 1 ชุดการรักษา รวมทั้งหมด 12 ชุด

3. สูตรไฟว์เอฟยู (5-Fluorouracil: 5-FU) และโพลีนิกแอซิดหรือลิวโคโวริน (Folinic acid, Leucovorin) เป็นยาชนิดโดยให้ติดต่อกัน 5 วันต่อ 1 ชุดการรักษา สูตรนี้ให้ทุก 28 วัน ให้ทั้งหมด 6 ชุด รวมเป็นระยะเวลา 6 เดือน

4. สูตรเคปไซทาบิน (Capecitabine) มีชื่อการค้าที่เรียกว่า ซีโลดา (Xeloda[®]) มีรูปแบบเป็นยาเม็ดสำหรับรับประทาน มีขนาด 150 มิลลิกรัม และขนาด 500 มิลลิกรัม โดยรับประทานหลังอาหาร เข้า-เย็น ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ พัก 1 สัปดาห์ต่อ 1 ชุดการรักษา รวม 8 ชุด รวมทั้งหมด 6 เดือน

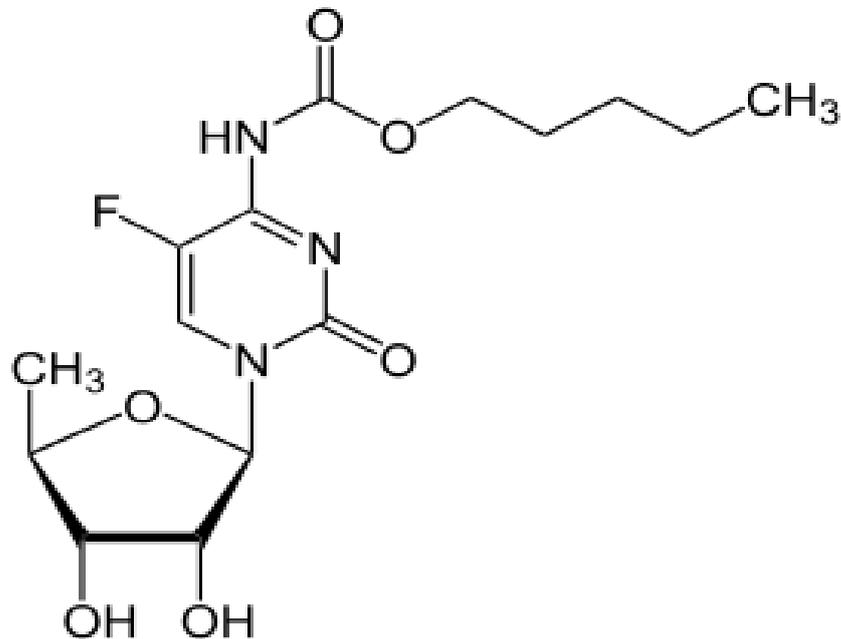
5. สูตรซีล็อก/แคฟฟอก (XELOX, CAPOX) สูตรนี้ประกอบด้วยยา 2 ชนิด คือ ยาชนิด Oxaliplatin และยาเม็ดสำหรับรับประทาน Capecitabine โดยให้ยาชนิด Oxaliplatin ในวันแรก และให้ยาเม็ดสำหรับรับประทาน Capecitabine รับประทาน 2 สัปดาห์ พัก 1 สัปดาห์ต่อ 1 ชุดการรักษา รวมทั้งหมด 6 ชุด

6. สูตรยามุ่งเป้าให้คู่กับยาเคมีบำบัด ซึ่งปัจจุบันยามุ่งเป้าที่ใช้รักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ คือ ยา Bevacizumab มีชื่อการค้า คือ Avastin[®] และยา Cetuximab มีชื่อการค้า คือ Erbituk[®] ซึ่งยามุ่งเป้าเป็นยาชนิดและให้คู่กับยาเคมีบำบัดได้ เช่น Bevacizumab+FOLFOX, Bevacizumab+FOLFIRI ให้ทุก 2 สัปดาห์ และ Bevacizumab+XELOX ให้ทุก 3 สัปดาห์ เป็นต้น

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine

ยา Capecitabine มีชื่อสามัญทางยา Capecitabine หรือชื่อทางการค้า คือ Xeloda[®] ยา Capecitabine อยู่ในกลุ่มของ antimetabolites พบว่ายา Capecitabine มีประสิทธิภาพในการรักษา มะเร็งลำไส้ใหญ่ จึงเป็นยาเคมีบำบัดที่มีความสำคัญในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ เนื่องจากมีข้อบ่งใช้ เป็นลำดับแรกในการรักษา มะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะเริ่มต้นและระยะแพร่กระจาย⁷ นอกจากนี้ ยา Capecitabine ใช้ร่วมกับยาอื่นเพื่อรักษาเสริมหลังจากรักษาด้วยวิธีหลัก เช่น การรักษาด้วย ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยการให้ยาเม็ดสำหรับรับประทาน Capecitabine ร่วมกับ ยาชนิด Oxaliplatin หลังการรักษาโดยการผ่าตัด เป็นต้น รวมทั้งยา Capecitabine ยังจัดเป็นยาควบคุม พิเศษที่ต้องใช้ภายใต้การดูแลจากแพทย์เฉพาะทางเท่านั้น^{5,6,7}

1. โครงสร้างทางเคมีของยา Capecitabine¹⁹

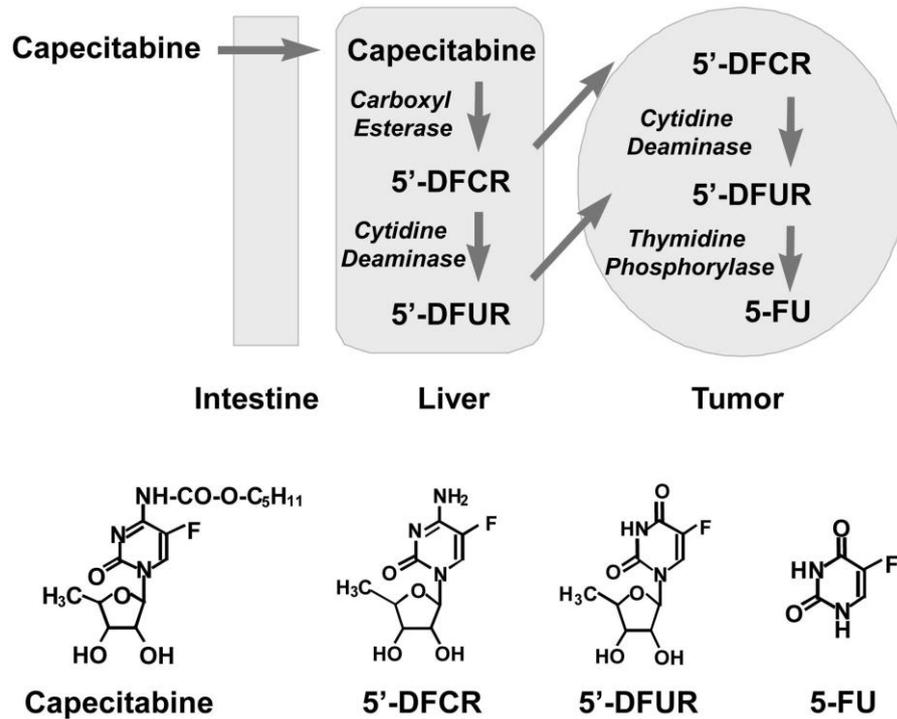


ภาพที่ 4 แสดง โครงสร้างทางเคมีของยา Capecitabine

ที่มา: <https://en.wikipedia.org/wiki/Capecitabine> (สืบค้น 9 มิ.ย. 2017)

2. กลไกการออกฤทธิ์ของยา Capecitabine

ยา Capecitabine เป็นสารที่อยู่ในรูปที่ไม่ออกฤทธิ์ แต่เมื่อรับประทานยา Capecitabine เข้าไปในร่างกาย ยา Capecitabine จะถูกเปลี่ยนแปลงโดยเอนไซม์จากตับที่ชื่อว่า carboxyl esterase เปลี่ยนเป็น 5'-Deoxy-Fluorocytidine (5'-DFCR) ต่อมาเอนไซม์ cytidine deaminase ที่อยู่ในตับหรือเนื้อเยื่อมะเร็งจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงไปเป็น 5'-Deoxy-5-Fluorouridine (5'-DFUR) หลังจากนั้นในขั้นตอนสุดท้ายจะถูกเอนไซม์ thymidine phosphorylase เปลี่ยนแปลงให้เป็น 5-Fluorouracil (5-FU) ซึ่งเป็นตัวยาที่อยู่ในรูปออกฤทธิ์ยับยั้งเซลล์มะเร็ง โดย 5-Fluorouracil (5-FU) จะทำหน้าที่จับกับเอนไซม์ thymidylate synthetase มีผลทำให้เกิดการยับยั้งการสร้าง thymidine ซึ่งมีบทบาทต่อการสร้างสารรหัสพันธุกรรม จึงทำให้เกิดผลกระทบต่อการสร้างสารรหัสพันธุกรรม DNA ส่งผลยับยั้งการสร้างและแบ่งตัวของเซลล์มะเร็งและตายในที่สุด^{7,20,21}



ภาพที่ 5 แสดงกลไกการออกฤทธิ์ของยา Capecitabine

ที่มา: <https://www.spandidos-publications.com/10.3892/or.2012.2149> (สืบค้น 9 มิ.ย. 2017)

3. ข้อบ่งใช้ของยา Capecitabine

ยา Capecitabine มีข้อบ่งใช้เพื่อการรักษาโรคต่างๆ ดังนี้^{7,20,22}

3.1 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะเริ่มต้นและระยะแพร่กระจาย (Colorectal cancer and Metastatic colorectal cancer)

3.2 โรคมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย (Metastatic breast cancer) ใช้ในกรณีที่ไม่สามารถตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในกลุ่ม Taxanes และกลุ่มยาเคมีบำบัดกลุ่ม Antracycline

3.3 โรคมะเร็งกระเพาะอาหาร (Gastric cancer)

3.4 โรคมะเร็งหลอดอาหาร (Esophageal cancer)

4. รูปแบบยา Capecitabine

ยาเม็ดสำหรับรับประทานเท่านั้น มีขนาด 150 มิลลิกรัม และขนาด 500 มิลลิกรัม²³



ภาพที่ 6 แสดงรูปแบบยา Capecitabine ขนาด 150 และ 500 มิลลิกรัม ตามลำดับ

ที่มา: <http://www.rxlist.com/xeloda-drug/patient-images-side-effects.htm>

(สืบค้น 9 มิ.ย. 2017)

5. วิธีใช้ยา Capecitabine

ขนาดและปริมาณของยาที่ผู้ป่วยรับประทานขึ้นอยู่กับขนาดร่างกายของแต่ละคน ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้ที่พิจารณาคำนวณขนาดยาให้ถูกต้องและเหมาะสม แต่โดยทั่วไปยา Capecitabine มีขนาดรับประทานยา คือ 1,250 มิลลิกรัมต่อพื้นที่ผิวร่างกายหนึ่งตารางเมตร วันละ 2 ครั้ง ซึ่งยา Capecitabine ใช้เป็นยาเดี่ยว หรือใช้ร่วมกับยาอื่นในการรักษา วิธีการรับประทานวันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ แล้วพักหยุดรับประทานยา 1 สัปดาห์ นับเป็น 1 ชุดการรักษา ซึ่งการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ใช้สูตร Capecitabine เป็นยาเดี่ยว รับประทานติดต่อกัน 2 สัปดาห์ พัก 1 สัปดาห์ต่อ 1 ชุดการรักษา รวม 8 ชุด รวมทั้งหมด 6 เดือน หรือใช้ร่วมกับยาอื่นเช่น สูตรซีลีอก/แคฟพอก (XELOX, CAPOX) โดยให้ยานี้ Oxaliplatin ในวันแรก และให้ยาเม็ดสำหรับรับประทาน Capecitabine รับประทาน 2 สัปดาห์ พัก 1 สัปดาห์ต่อ 1 ชุดการรักษา รวมทั้งหมด 6 ชุด และยังสามารถให้ร่วมกับยามุ่งเป้าได้ด้วย เช่น การให้ Bevacizumab+XELOX โดยให้ทุก 3 สัปดาห์ เป็นต้น ซึ่งการรับประทานยา Capecitabine ต้องรับประทานหลังอาหารและรับประทานยาเป็นเวลาเดียวกันทุกวัน โดยไม่แบ่งหัก บด หรือเคี้ยวยา Capecitabine^{6,7,20}

6. ข้อควรระวังในการใช้ยา Capecitabine

ยา Capecitabine จัดเป็นยาอันตรายที่ต้องมีการควบคุมพิเศษ และใช้ภายใต้การดูแลจากแพทย์เฉพาะทางเท่านั้น ดังนั้นจึงมีข้อควรระวังการใช้ยา ดังนี้^{6,7,20,22}

6.1 ห้ามใช้ยา Capecitabine ในผู้ป่วยที่ประวัติแพ้ Capecitabine หรือ 5-fluorouracil (5-FU) ซึ่ง 5-fluorouracil (5-FU) เป็นตัวยาที่อยู่ในรูปออกฤทธิ์ที่ยังเซลล์มะเร็งของยา Capecitabine ดังนั้นถ้ามีประวัติแพ้ยานี้ ควรรีบแจ้งแพทย์ให้ทราบ

6.2 ระวังการมีผลข้างเคียงในผู้ป่วยที่ใช้ยา warfarin ยา phenytoin ยา folic acid เนื่องจากยา Capecitabine จะทำให้ระดับยา warfarin phenytoin และ folic acid ในกระแสเลือดไม่คงที่และเปลี่ยนแปลงไป การใช้ยา Capecitabine จึงต้องอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์อย่างใกล้ชิด

6.3 ผู้ป่วยมีประวัติร่างกายขาดเอนไซม์ dihydropyrimidine dehydrogenase ควรรีบแจ้งแพทย์ให้ทราบ เนื่องจากเอนไซม์นี้มีหน้าที่ในการทำลายยา 5-Fluorouracil (5-FU) ซึ่งเป็นผลผลิตจาก Capecitabine ถ้าหากขาดเอนไซม์ dihydropyrimidine dehydrogenase ทำให้ยาถูกกำจัดออกจากร่างกายได้ช้า จึงเกิดการสะสมของยา 5-Fluorouracil (5-FU) ได้ในร่างกาย ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ตามมา เช่น ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นแดง เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย เป็นต้น

6.4 ผู้ป่วยที่กำลังตั้งครรภ์ หรือช่วงให้นมบุตร หรือผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคตับ โรคไต โรคหัวใจ เป็นต้น ควรรีบแจ้งแพทย์ให้ทราบเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้ยา Capecitabine หรือปรับขนาดยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายตามดุลยพินิจของแพทย์

6.5 กรณีหากลืมรับประทานยา Capecitabine ในมื้อนั้นให้รับประทานยา Capecitabine ทันทีที่นึกได้ หากเวลาไม่เกินกว่า 6 ชั่วโมง แต่หากเวลาที่นึกได้มากกว่า 6 ชั่วโมง ให้เว้นการรับประทานยามื้อนั้นที่ลืมไป และให้รับประทานยา Capecitabine มื้อถัดไปตามเวลาเดิม โดยไม่ต้องเพิ่มขนาดยาเป็น 2 เท่า รวมทั้งบันทึกข้อมูลการรับประทานยา Capecitabine ไว้เพื่อรายงานแพทย์ต่อไป

6.6 หากรับประทานยา Capecitabine แล้วเกิดการแพ้ยา เช่น หายใจลำบาก หายใจไม่สะดวก มีผื่นคันขึ้นตามตัว แขน ขา ใบหน้า หรือหน้าตา เปลือกตา ริมฝีปากบวม เป็นต้น ควรรีบแจ้งแพทย์ทันที

6.7 ควรแจ้งแพทย์และทันตแพทย์ทุกครั้งก่อนทำการรักษาโรคต่างๆ ว่าผู้ป่วยรักษาโดยการรับประทานยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine เนื่องจากยา Capecitabine ทำให้เกิดอาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ เช่น เม็ดเลือดขาวต่ำ เกร็ดเลือดต่ำ เม็ดเลือดแดงต่ำ ท้องเสีย เป็นต้น เพื่อให้แพทย์และทันตแพทย์จะได้วางแผนการรักษาได้ถูกต้อง

7. การเก็บรักษา ยา Capecitabine

การเก็บยาในภาชนะบรรจุป้องกันแสงได้ ปิดภาชนะให้สนิท หลีกเลี่ยงการเก็บยาในที่ที่มีแสงแดดจัดหรือความชื้น ควรอยู่ในอุณหภูมิห้อง 20-25 องศาเซลเซียส เนื่องจากแสงแดด ความชื้น ทำให้ประสิทธิภาพของยา Capecitabine ลดลง รวมทั้งเก็บให้พ้นมือเด็กและสัตว์เลี้ยงเพื่อป้องกันอันตรายต่อเด็กและสัตว์เลี้ยง^{7,20,22}

8. ผลข้างเคียงของยา Capecitabine

จากการศึกษาวิจัยของ Twelves C, Wong A, Nowacki M. รายงานอาการข้างเคียงของยา Capecitabine ที่ใช้รักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะสามที่ได้รับการรักษาเสริมที่พบได้บ่อยคือ Palmar-Plantar Erythrodysesthesia (PPE) หรือ Hand-Foot Syndrome พบได้บ่อยถึงร้อยละ 81 ท้องเสียร้อยละ 46 คลื่นไส้อาเจียนร้อยละ 36 เม็ดเลือดขาวต่ำร้อยละ 32 อ่อนเพลียร้อยละ 23 แผลในปากร้อยละ 22 และผมร่วงร้อยละ 6 ตามลำดับ⁸ รวมทั้งอาจพบอาการอื่นๆ ได้แก่ เบื่ออาหาร เวียนศีรษะ เกร็ดเลือดต่ำ มีอาการทางตับ ตัวและตาเหลือง^{6,8,22}

8.1 Palmar-Plantar Erythrodysesthesia (PPE) หรือ Hand-Foot Syndrome ซึ่งพบได้บ่อยถึงร้อยละ 81 เป็นการอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้า ระดับความรุนแรงของ PPE ขึ้นอยู่กับปริมาณยาที่ได้รับและปริมาณยาสะสม เกิดได้ตั้งแต่ 24 ชั่วโมงแรกจนถึง 2-3 สัปดาห์หลังจากรับประทานยา โดยมีอาการเริ่มแรกรู้สึกเจ็บแสบ หรืออาจมีผิวหนังเปลี่ยนแปลง เช่น ผิวหนังบริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้ามีสีคล้ำขึ้น ผิวลอก ชาหรือมีอาการปวด แสบร้อน บวม แดง ร้อนทั้งสองข้าง ถ้าเป็นรุนแรง บางรายเกิดเป็นแผลพุพอง ปวดรุนแรง ทำให้คิดเชื่องช้า รวมทั้งไม่สามารถทำงานหรือใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้ ส่วนใหญ่ถ้าพบอาการรุนแรงแพทย์จะสั่งให้หยุดยา อาการจะดีขึ้นเมื่อหยุดยา 1-2 วัน และเข้าสู่ภาวะปกติประมาณ 2 สัปดาห์^{6,7,8}

Palmar-Plantar Erythrodysesthesia (PPE) หรือ Hand-Foot Syndrome มีการอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้า สามารถแบ่งความรุนแรงได้ 3 ระดับ⁶ ได้แก่

ระดับที่ 1 ผิวหนังมีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย สีผิวตามฝ่ามือฝ่าเท้ามีสีคล้ำลง บวมแดง แต่ไม่มีอาการเจ็บปวด ผิวก่อนข้างแห้ง



ภาพที่ 7 แสดง Palmar-Plantar Erythrodysesthesia ระดับที่ 1

ที่มา: http://med.mahidol.ac.th/cancer_center/sites/default/files/public/pdf/Article/colon%26chemotherapy.pdf

(สืบค้น 29 เม.ย. 2017)

ระดับที่ 2 ผิวน้ำมือมีอาการเหมือนระดับที่ 1 คือ ผิวน้ำมือเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย ผิวก่อนข้างแห้ง สีผิวตามฝ่ามือฝ่าเท้ามีสีคล้ำลง บวมแดง ร่วมกับมีอาการเจ็บปวด



ภาพที่ 8 แสดง Palmar-Plantar Erythrodysesthesia ระดับที่ 2

ที่มา: http://med.mahidol.ac.th/cancer_center/sites/default/files/public/pdf/Article/colon%26chemotherapy.pdf

(สืบค้น 29 เม.ย. 2017)

ระดับที่ 3 ผิวน้ำมือเกิดการอักเสบเป็นแผล มีอาการเจ็บปวด ทำให้ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันหรือทำงานได้ตามปกติได้



ภาพที่ 9 แสดง Palmar-Plantar Erythrodysesthesia ระดับที่ 3

ที่มา: http://med.mahidol.ac.th/cancer_center/sites/default/files/public/pdf/Article/colon%26chemotherapy.pdf

(สืบค้น 29 เม.ย. 2017)

8.2 ท้องเสีย พบได้บ่อยร้อยละ 46 รองจาก Palmar-Plantar Erythrodysesthesia (PPE) เนื่องจากยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine ทำลายเยื่อผิวของผนังลำไส้ใหญ่ ทำให้เกิดอาการท้องเสีย ซึ่งท้องเสียเป็นการถ่ายอุจจาระผิดปกติ มีการเพิ่มจำนวนและความถี่ของการถ่ายอุจจาระ โดยมีการ

ถ่ายอุจจาระมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน ปริมาณอุจจาระมากกว่า 300 มิลลิตรต่อวัน ถ้าผู้ป่วยมีอาการท้องเสียอย่างรุนแรง จะทำให้มีโอกาสเกิดการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย^{3,8,16} ดังนั้นจึงต้องมีการประเมินและรักษาแก้ไขภาวะท้องเสียในทันที อาการท้องเสีย สามารถแบ่งระดับความรุนแรงได้ 5 ระดับ ดังนี้^{3,16}

- ระดับ 0 ไม่มีการเปลี่ยนแปลง
- ระดับ 1 ถ่ายอุจจาระมากกว่าปกติไม่ถึง 4 ครั้งต่อวัน มีปริมาณอุจจาระ 500-700 มิลลิตรต่อวัน
- ระดับ 2 ถ่ายอุจจาระมากกว่าปกติ 4-6 ครั้งต่อวัน มีปริมาณอุจจาระ 750-1,000 มิลลิตรต่อวัน
- ระดับ 3 ถ่ายอุจจาระมากกว่าปกติ 7-9 ครั้งต่อวัน มีปริมาณอุจจาระ 1,000-1500 มิลลิตรต่อวัน ซึ่งจำเป็นต้องได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา
- ระดับ 4 ถ่ายอุจจาระมากกว่าหรือเท่ากับ 10 ครั้งต่อวัน มีปริมาณอุจจาระมากกว่าหรือเท่ากับ 1,500 มิลลิตรต่อวัน ซึ่งจำเป็นต้องเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิดและเข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล
- ระดับ 5 อาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต

8.3 คลื่นไส้ อาเจียน อาจพบได้หลังการรักษา ส่วนใหญ่จะมีคลื่นไส้เพียงเล็กน้อย หรืออาจไม่มีอาการเลย^{6,24} หากผู้ป่วยบางรายมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนอย่างรุนแรง จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อาจทำให้เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมา เช่น ผู้ป่วยสูญเสียน้ำและเกลือแร่ ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ทำให้ขาดสารอาหารได้ เป็นต้น การประเมินอาการคลื่นไส้และอาเจียนสามารถแบ่งระดับดังนี้¹⁶

8.3.1 การประเมินการคลื่นไส้

- ระดับ 0 ไม่มีอาการคลื่นไส้
- ระดับ 1 รับประทานอาหารได้
- ระดับ 2 รับประทานอาหารได้น้อยลงชัดเจน
- ระดับ 3 ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ ต้องได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ

8.3.2 การประเมินอาการอาเจียน

- ระดับ 0 ไม่มีอาการอาเจียน
- ระดับ 1 อาเจียน 1 ครั้งต่อวัน
- ระดับ 2 อาเจียน 2-5 ครั้งต่อวัน
- ระดับ 3 อาเจียน 6-10 ครั้งต่อวัน
- ระดับ 4 อาเจียนมากกว่า 10 ครั้งต่อวัน

8.4 เม็ดเลือดขาวต่ำ หลังจากได้รับยา ทำให้ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต้านทานต่ำ มีไข้ เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย โดยปกติเม็ดเลือดขาวต่ำสุด ประมาณ 7-14 วัน หลังจากได้รับยาเคมีบำบัด และระยะเวลาที่เม็ดเลือดขาวเพิ่มจำนวนเป็นปกติประมาณ 14-28 วัน หลังจากได้รับยาเคมีบำบัด^{3,6,24}

8.5 อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ อาจพบได้บ้างหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine เนื่องจากยาเคมีบำบัดชนิดนี้มีการกดไขกระดูก จึงมีโอกาสทำให้เม็ดเลือดแดงต่ำ เกิดภาวะโลหิตจาง ทำให้การขนส่งออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อได้ไม่เพียงพอ จึงทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย เวียนศีรษะได้^{3,6,24}

8.6 แผลในปาก หรือเยื่อช่องปากอักเสบ เกิดขึ้นได้หลังจากรับยาเคมีบำบัด 1-2 วัน จะมีการเปลี่ยนแปลงของเยื่อในช่องปาก โดยมีอาการบวมแดง เจ็บปวด มีแผลในช่องปาก การมีแผลในช่องปากจะพาคำนำไปสู่การติดเชื้อในช่องปากและทุกระบบของร่างกายได้ โดยประเมินสภาพช่องปากของผู้ป่วย โดยใช้เกณฑ์ของ WHO guideline for oral mucositis สามารถแบ่งระดับความรุนแรงได้ 4 ระดับ ดังนี้^{16,24}

- ระดับ 0 เยื่อช่องปากปกติ หรือไม่มีการเปลี่ยนแปลง
- ระดับ 1 เยื่อช่องปากเริ่มมีอาการบวม สีแดง มีแผล เริ่มเจ็บในช่องปากเล็กน้อย แต่สามารถรับประทานอาหารแข็งได้
- ระดับ 2 เยื่อช่องปากบวม สีแดง มีแผลและปวด รับประทานอาหารอ่อน หรืออาหารธรรมดาได้
- ระดับ 3 เยื่อช่องปากบวม สีแดง มีแผลและปวด รับประทานอาหารเหลวได้อย่างเดียว
- ระดับ 4 เยื่อช่องปากอักเสบรุนแรง โดยเยื่อช่องปากบวม สีแดง มีแผลและอาการปวดรุนแรง จนไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้

8.7 ผมร่วง พบได้น้อยหลังจากหยุดยา ผมสามารถงอกขึ้นมาใหม่ได้ แต่ลักษณะเส้นผมและสีผมอาจเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม^{8,24} สามารถแบ่งระดับความรุนแรงของผมร่วงมี 4 ระดับ ดังนี้¹⁶

- ระดับ 0 ไม่มีการเปลี่ยนแปลง
- ระดับ 1 ผมร่วง 0-25 %
- ระดับ 2 ผมร่วง 26-50 %
- ระดับ 3 ผมร่วง 51-75 %
- ระดับ 4 ผมร่วง 76-100 %

8.8 เบื่ออาหาร พบได้น้อย อาการเบื่ออาหาร ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง ถ้ามีอาการเบื่ออาหารต่อเนื่องและยาวนาน อาจทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารอาหารได้^{8,24}

8.9 เกร็ดเลือดต่ำ อาจพบได้หลังจากการได้รับยา และจะเพิ่มจำนวนเป็นปกติเมื่อหยุดการใช้ยา Capecitabine เนื่องจากยา Capecitabine ทำให้เกิดการกดไขกระดูก ซึ่งไขกระดูกทำหน้าที่ในการสร้างเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว เกร็ดเลือด การที่เกร็ดเลือดลดลงทำให้เกิดบาดแผล รอยฟกช้ำ และเลือดออกได้ง่าย^{20,24}

8.10 มีอาการทางตับ ทำให้ตัวและตาเหลือง มีอาการดีซ่าน ปัสสาวะเปลี่ยนเป็นสีน้ำตาลเข้ม เนื่องจาก Capecitabine โดยทำให้ค่าการทำงานของตับเพิ่มสูงขึ้น โดยพบค่า Bilirubin, Alkaline phosphatase เพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine จึงมีโอกาสเกิดพิษต่อตับได้^{22,24}

บทที่ 4

กระบวนการพยาบาลและกรณีศึกษา

ปัจจุบันมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นมะเร็งที่เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับประเทศทั่วโลก การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจึงมีบทบาทที่สำคัญในการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ 2 ขึ้นไป ซึ่งการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นการรักษาเพื่อให้หายขาด ลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำของโรค เพื่อควบคุมโรค รวมทั้งประคับประคอง บรรเทาความทุกข์ทรมาน ลดความเจ็บปวด และเพิ่มอัตราการรอดชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ให้ยาวนาน โดยทำให้ผู้ป่วยยังคงมีคุณภาพชีวิตที่ดี^{10,16} เนื่องจากยาเคมีบำบัด Capecitabine มีประสิทธิภาพในการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ ยา Capecitabine จึงเป็นยาเคมีบำบัดที่มีความสำคัญในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ แต่ยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine มีผลข้างเคียง เช่น การอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้า (Palmar-Plantar Erythrodysesthesia) ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน เม็ดเลือดขาวต่ำ เป็นต้น^{7,8,24} ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ จึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา รวมทั้งดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับความดูแลเอาใจใส่ ตลอดจนมีกำลังใจสามารถประสบความสำเร็จในการรักษาได้ ดังนั้นพยาบาลซึ่งมีบทบาทในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา 24 ชั่วโมง จึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการเฝ้าระวัง สังเกต ประเมิน วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล ซึ่งพยาบาลต้องใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม (holistic care) ประกอบด้วย การดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้ผลการรักษามีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นและสามารถช่วยเหลือประคับประคองผู้ป่วยและครอบครัวให้ผ่านพ้นการรักษาไปได้ด้วยดี รวมทั้งผู้ป่วยสามารถปรับตัวเมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัวและสังคมได้

ดังนั้นพยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine การบริหารยาเคมีบำบัด อาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine รวมทั้งการพยาบาลเพื่อป้องกัน บรรเทาอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine ตลอดจนสามารถจัดการอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละระยะของการรักษาได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1. การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวก่อนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine
2. การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวขณะการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine
3. การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวภายหลังการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine

การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine ล้วนมีความสำคัญทุกระยะ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวก่อนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine

เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ รวมทั้งแพทย์พิจารณาแนวทางการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine เพื่อชี้แจงแนวทางการรักษา ข้อดี ข้อเสีย ทางเลือกต่างๆ ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมและตัดสินใจในการรักษา เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวได้รับรู้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และตัดสินใจรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine พยาบาลจึงต้องมีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ดังนี้

1. การซักประวัติอย่างละเอียด โดยซักประวัติอาการสำคัญจากผู้ป่วยและครอบครัว เช่น มารับยาเคมีบำบัดครั้งที่เท่าไร? สูตรยาเคมีบำบัดชนิดไหน การเจ็บป่วยปัจจุบันควรซักประวัติอาการหรือการเจ็บป่วยปัจจุบันที่นำมาโรงพยาบาล ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ อาการผิดปกติหรือผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดในแต่ละครั้งที่ผ่านมารวมทั้งโรงพยาบาลหรือสถานที่รักษาที่ผู้ป่วยเคยผ่านการรักษา ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โดยการซักประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่ไม่ส่งผลต่อการเจ็บป่วยในครั้งนี้ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไต โรคติดเชื้อ อุบัติเหตุ เป็นต้น ซักประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวต่างๆ ที่ส่งผลต่อการเจ็บป่วยในครั้งนี้ เพื่อสืบค้นการเจ็บป่วยทางพันธุกรรม เช่น ประวัติสมาชิกในครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ผู้ที่มีญาติสายตรง (พ่อ แม่ พี่ น้อง) เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่จะมีความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่สูง เป็นต้น และซักประวัติการแพ้ยาและอาหาร ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยแพ้ยาหรืออาหารใด เพื่อให้การรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม

2. การตรวจร่างกาย โดยตรวจร่างกายทั่วไปและประเมินสมรรถภาพร่างกาย (performance status) ของผู้ป่วยว่าสามารถช่วยเหลือตนเองหรือทำกิจวัตรประจำวันได้มากหรือน้อยระดับใด และยังใช้เป็นเกณฑ์การตัดสินใจในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด¹⁶ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพร่างกายไม่ดี ผู้ป่วยจะไม่สามารถทนต่อการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine ได้ การประเมินสมรรถภาพร่างกายของผู้ป่วยมีเครื่องมือที่ใช้วัด ได้แก่ Karnofsky Performance Scale (KPS), Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) ซึ่งทั้ง 2 ตัวนี้เป็นเครื่องมือที่ใช้แพร่หลายในการประเมินผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดทุกชนิด^{16,17} โดยรวมในการให้ยา Capecitabine ด้วยการประเมินสมรรถนะร่างกายโดยใช้ระบบ Karnofsky Performance Scale (KPS), Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) มีรายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การประเมินสมรรถนะทางกาย โดยใช้ระบบ Karnofsky Performance Scale (KPS) และ Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)¹⁶

ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม	KPS (ร้อยละ)	ECOG
ทำกิจกรรมได้ตามปกติ ไม่มีอาการแสดงของโรค	100	
ทำกิจกรรมได้ตามปกติ มีอาการและอาการแสดงของโรคน้อย	90	0
ต้องใช้ความพยายามในการทำกิจกรรม มีอาการแสดงของโรคบางอย่าง	80	
สามารถดูแลตนเองได้ ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามปกติ หรือกิจกรรมที่ต้องใช้กำลัง	70	1
สามารถดูแลตนเองเป็นส่วนใหญ่ แต่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเป็นครั้งคราว	60	
ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมาก และต้องการความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่บ่อยครั้ง	50	2
ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ ต้องการความช่วยเหลือและดูแลจากแพทย์เป็นพิเศษ	40	
ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ต้องรักษาในโรงพยาบาล	30	3
มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง จำเป็นต้องรักษาแบบประคับประคองอย่างเต็มที่ใน โรงพยาบาล	20	
มีภาวะใกล้ตาย อาการร่อแร่ และอาการกำเริบอย่างรวดเร็ว	10	4
ตาย	0	5

ที่มา: อุบล จ้วงพานิช. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. ใน: นรินทร์ วรุณ, บรรณาธิการ. ตำรา
มะเร็งวิทยา 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: หจก. โรงพิมพ์ล้งน่านาวิทยา; 2554. หน้า 31.

3. การตรวจและประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นก่อนได้รับยาเคมีบำบัด ชนิด Capecitabine เช่น CBC, BUN, Creatinine, LFT, Electrolyte, Uric acid, Chest x-ray, EKG เป็นต้น^{8,16,24} เพื่อประเมินสภาพความพร้อมของร่างกายก่อนให้ยาเคมีบำบัด

4. การประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย เนื่องจากภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมีความสำคัญที่ต้องประเมินก่อนให้ยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine ผู้ป่วยที่มีภาวะโภชนาการไม่ดีจะทำให้การตอบสนองต่อการรักษาลดลง และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ท้องเสีย เป็นต้น^{7,8,24} การประเมินภาวะโภชนาการเป็นการเตรียมความพร้อมของร่างกายก่อนได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อป้องกันไม่ให้อันตรายจากภาวะแทรกซ้อนจากอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น ส่งผลทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการได้ การประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมีวิธีดังนี้^{16,18}

4.1 ประเมินจากการรับประทานอาหารในแต่ละวันประกอบด้วย ประวัติการรับประทานอาหาร ได้แก่ ชนิดและปริมาณอาหารที่รับประทาน ความถี่ในการรับประทานอาหารเพื่อเป็นการประเมินภาวะโภชนาการก่อนได้รับยาเคมีบำบัด

4.2 การวัดส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น การคำนวณดัชนีมวลกาย การวัดน้ำหนักส่วนสูง เป็นต้น เพื่อเป็นการประเมินภาวะโภชนาการก่อนได้รับยาเคมีบำบัด เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา Capecitabine อาจมีปัญหาทำให้น้ำหนักลดลงมาก ก่อให้เกิดภาวะทุพโภชนาการได้

4.3 การประเมินทางชีวเคมี โดยการตรวจทางปฏิบัติการ เช่น การตรวจหาค่า Albumin, Total protein, Cholesterol, Glucose, Hemoglobin, Hematocrit เป็นต้น เป็นการตรวจหาค่าภาวะโภชนาการ เพื่อประเมินภาวะโภชนาการก่อนได้รับยาเคมีบำบัด

4.4 การตรวจร่างกายทางคลินิกว่ามีอาการแสดงของการขาดสารอาหารหรือไม่ เช่น การตรวจทางด้านผิวหนัง ริมฝีปาก เยื่อเมือก เล็บ เป็นต้น ถ้าพบว่ามีอาการแสดงของการขาดสารอาหาร เช่น เยื่อเมือกซีด ริมฝีปากแห้งและซีด เล็บมีเส้นสีขาว เป็นต้น แสดงว่าผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการเกิดขึ้นแล้ว ผู้ป่วยควรได้รับการแก้ไขก่อนให้ยาเคมีบำบัด เพื่อเป็นการป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนจากอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดที่ส่งผลทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการที่รุนแรงเพิ่มขึ้น

5. การประเมินทางทันตกรรมก่อนได้รับยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine เพื่อตรวจรักษาสภาพช่องปาก โดยการอุด ขูดหินปูน ถอนฟันให้เรียบร้อย และแนะนำดูแลสุขภาพช่องปากให้ดีและถูกต้อง เพราะเมื่อผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้เกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ เกร็ดเลือดต่ำได้ ซึ่งส่งผลอันตรายต่อสภาพฟันได้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรได้รับการตรวจรักษาสุขภาพช่องปากให้เรียบร้อยก่อนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine

6. การประเมินความรู้ ทักษะของผู้ป่วยและครอบครัว โดยซักถามและทำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค ขั้นตอนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine ข้อดี ข้อเสียจากการรักษา ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบบ่อยที่อาจเกิดขึ้นแล้วส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ โดยพยาบาลจะต้องเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พูดคุยระบายความรู้สึก รวมทั้งประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างรอบด้านทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ให้ครบ 4 มิติ

7. การให้ความรู้และคำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับโรค ขั้นตอนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine ข้อดี ข้อเสียจากการรักษา ภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งการปฏิบัติตัว การป้องกันผลข้างเคียง และการจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการได้รับยา Capecitabine

2. การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวขณะการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine

เมื่อผู้ป่วยได้เริ่มการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine จะต้องมีการบริหารยาอย่างระมัดระวัง เนื่องจากยา Capecitabine เป็นยาเคมีบำบัด ซึ่งเป็นยาที่อันตรายรวมทั้งจัดเป็นยาควบคุมพิเศษที่ต้องใช้ภายใต้การดูแลแพทย์เฉพาะทางเท่านั้น ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีการบริหารยา Capecitabine ที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาทั้งขนาด วิธีการให้ และเวลาที่ถูกต้อง รวมทั้งเฝ้าระวังและจัดการแก้ไขอาการข้างเคียง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างถูกต้องรวดเร็ว มีประสิทธิภาพเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย^{22,24}

1. การบริหารยา Capecitabine พยาบาลจะต้องปฏิบัติตามการบริหารยาแบบ 7R คือ ผู้ป่วยที่รับยาถูกต้อง (Right patient) ชนิดของยาที่ให้ถูกต้อง (Right drug) วิธีการให้ถูกต้อง (Right route) ให้ยาตามเวลาอย่างถูกต้อง (Right time) ปริมาณยาที่ให้ถูกต้อง (Right dose) บันทึกและรายงานแพทย์ เมื่อผู้ป่วยปฏิเสธการรับยาอย่างถูกต้อง (Right to refuse) เอกสารคำสั่งใช้ยาถูกต้อง (Right document) โดยก่อนจัดเตรียมยาให้ผู้ป่วย ต้องสอบถามและตรวจสอบความพร้อมของผู้ป่วยทุกครั้งก่อนบริหารยา หลังจากนั้นตรวจสอบคำสั่งการรักษาและใบ MAR โดยดู ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย HN AN ชื่อยา ขนาดยา จำนวน วิธีการบริหารยา ระยะเวลาที่ให้ยา Capecitabine อย่างถูกต้อง และต้องมีการตรวจสอบโดยพยาบาลอย่างน้อย 2 คน เพื่อป้องกันการผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้จากการบริหารยา

2. พยาบาลควรสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันสารเคมีในการบริหารยา Capecitabine เช่น ถุงมือ nitrile gloves และ mask carbon เพื่อป้องกันอันตรายจากการสัมผัสหรือสูดดมยา Capecitabine โดยตรงในขณะที่บริหารยาเคมีบำบัด Capecitabine

3. พยาบาลควรจัดยา Capecitabine ในภาชนะที่ใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้ง และแยกภาชนะจากยารับประทานชนิดอื่น เพื่อป้องกันการปนเปื้อนสารเคมีในภาชนะ

4. ในกรณีผู้ป่วยที่ใส่สายอาหารทางจมูก หรือใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง การบริหารยา Capecitabine ห้ามบดหรือทำให้แตก เนื่องจากยา Capecitabine เป็นยาอันตราย เมื่อบดหรือทำให้แตก ยาจะฟุ้งกระจายมีพิษต่อเซลล์ เสี่ยงอันตรายต่อผู้บริหารยา จึงต้องรายงานให้แพทย์ทราบ เพื่อปรับเปลี่ยนยา ขนาดยา และวิธีการบริหารยาต่อไป

5. เผื่อระวังสังเกตและสอบถามอาการผิดปกติช่วงที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine เพราะอาจเกิดการแพ้ยา หรือเกิดจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine ได้ เช่น การอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้า (Palmar-Plantar Erythrodysesthesia) อาจพบได้ 24 ชั่วโมงแรกจนถึง 2-3 สัปดาห์หลังจากรับยา ท้องเสียอาจพบได้ 24 ชั่วโมงแรกหลังจากรับยา ภาวะเมื่อดเลือดขาวต่ำอาจพบได้ประมาณ 7-14 วันหลังจากรับยา แผลในปากอาจพบได้ 1-2 วันหลังจากได้รับยา^{6,7,24} เป็นต้น รวมทั้งให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับสังเกตอาการผิดปกติ อาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine ที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ในการประเมินและการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถประเมินอาการข้างเคียงจากยา Capecitabine ได้อย่างรวดเร็ว ตลอดจนมีความรู้ในการแก้ไขจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย

6. บันทึกข้อมูลการให้ยาเคมีบำบัดทั้งเวลา ชนิด ปริมาณ วิธีการบริหารยาในใบ MAR ตลอดจนบันทึกอาการผิดปกติ หรืออาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดในแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ทุกครั้ง

7. ดูแลด้านจิตใจผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัด ส่วนใหญ่จะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็น การรักษา รวมทั้งอาการจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine ที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ความคาดหวัง ความเชื่อต่างๆ รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษา⁶ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียด ความไม่สบายใจ ตามมา ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยแต่ละคนจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ เป็นต้น นอกจากนี้อาจเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความคิด ความจำ และการรับรู้ ทำให้เกิดผลเสียและอันตรายต่อผู้ป่วย^{16,18} ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีการประเมินทางด้านจิตใจ โดยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดการไว้วางใจ ตลอดจนให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาพยาบาล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวพูดคุยระบายความรู้สึก ตลอดจนมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดสิ่งกระตุ้นความเครียดและความวิตกกังวล แนะนำสิ่งที่จะช่วยเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น หางานอดิเรกที่ผู้ป่วยสนใจ หรือใช้เทคนิคผ่อนคลาย เช่น นั่งสมาธิ สวดมนต์ เป็นต้น และการใช้ยาคลายความวิตกกังวลตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้ ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาให้ผ่านพ้นไปได้ด้วยดี

3. การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวภายหลังการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine

เมื่อผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine จะมีผลกระทบต่อผู้ป่วย ทำให้เกิดอาการข้างเคียงต่างๆ ซึ่งมีระดับความรุนแรงแตกต่างกันตั้งแต่ระดับน้อยถึงมากจนเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับยาเท่ากับขนาดรักษา เมื่อผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine บางรายอาจเกิดอาการข้างเคียงทันทีในขณะที่ได้รับยาเคมีบำบัดหรือบางรายอาจเกิดขึ้นได้ภายหลังจากการได้รับยาเคมีบำบัด^{6,7} ซึ่งการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นการรักษาที่ต่อเนื่องยาวนาน จึงทำให้ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจอย่างมาก พยาบาลจึงต้องเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลตนเอง สังเกตอาการผิดปกติ ป้องกันการเกิดผลข้างเคียงและจัดการอาการข้างเคียงที่ได้รับจากยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine ได้อย่างถูกต้องเมื่ออยู่ที่โรงพยาบาลหรือบ้านได้ ดังนั้นการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยและครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญ ทำให้การดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่องตลอดจนทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ได้แก่

1. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นกระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่ถูกต้องและเหมาะสมอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลและสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วยภายหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยเป็นการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเริ่มตั้งแต่แรกรับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนกระทั่งก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โดยใช้หลัก METHOD ดังนี้

M (Medication) คือ การให้คำแนะนำหรือความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับยา Capecitabine ที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ได้แก่ สรรพคุณของยา วิธีใช้ ขนาด ปริมาณของยา ข้อควรระวังอย่างละเอียดและสังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาชนิดนั้น โดยการรับประทานยา Capecitabine ตามแผนการรักษาวิธีการรับประทานวันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ แล้วพักหยุดรับประทานยา 1 สัปดาห์ ต้องรับประทานหลังอาหารและรับประทานยาเป็นเวลาเดียวกันทุกวัน โดยไม่แบ่ง หัก บด หรือเคี้ยวยา Capecitabine กรณีหากลืมรับประทานยา Capecitabine ในมือนั้นให้รับประทานยา Capecitabine ทันทีที่นึกได้ หากเวลาไม่เกินกว่า 6 ชั่วโมง แต่หากเวลาที่นึกได้มากกว่า 6 ชั่วโมง ให้เว้นการรับประทานยามือนั้นที่ลืมไป และให้รับประทานยา Capecitabine มื้อถัดไปตามเวลาเดิม โดยไม่ต้องเพิ่มขนาดยาเป็น 2 เท่า^{22,24} หากรับประทานยา Capecitabine แล้วเกิดอาการข้างเคียงจากการได้รับยา Capecitabine เช่น การอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้ามากระดับที่ 2 หรือระดับที่ 3 จนรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือท้องเสีย มีไข้ คลื่นไส้ อาเจียนมาก เป็นต้น รวมถึงสังเกตความผิดปกติจากการเกิดการแพ้ยา Capecitabine เช่น หายใจลำบาก หายใจไม่สะดวก มีผื่นคันขึ้นตามตัว แขน ขา ใบหน้า หรือหน้าตา เปลือกตา ริมฝีปากบวม เป็นต้น²² ควรรีบไปโรงพยาบาลใกล้บ้านทันทีเพื่อแก้ไขอาการที่ผิดปกติที่เกิดขึ้น หลังจากแก้ไขอาการที่ผิดปกติที่รีบด่วน

แล้ว ควรส่งตัวมารับการรักษาโรงพยาบาลที่รักษาอยู่เดิม เพื่อให้แพทย์ที่รักษาอยู่เดิมได้ทำการรักษา หยุดยาหรือปรับเปลี่ยนยา ขนาดยาเคมีบำบัด Capecitabine ต่อไป

E (Environment) คือ การให้คำแนะนำหรือความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เช่น หลีกเลี่ยงอยู่ในที่ชุมชนแออัด ตลาด โรงภาพยนตร์ หรือหลีกเลี่ยงบุคคลที่เป็นหวัด เป็นต้น อยู่ในสิ่งแวดล้อมสะอาดปลอดโปร่ง อากาศถ่ายเทได้สะดวก เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับยา Capecitabine จะทำให้เม็ดเลือดขาวต่ำหลังจากได้รับยา²⁴ ทำให้ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต่ำ มีไข้ เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย

T (Treatment) คือ การให้คำแนะนำหรือความรู้ให้กับผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องทักษะการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine เมื่อกลับไปอยู่บ้าน การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด เช่น มีไข้สูงมากกว่า 38 °C หรือมีไข้หนาวสั่น มีการอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้ามากระดับที่ 2 หรือระดับที่ 3 จนทำให้รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นต้น^{22,24} ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ในการจัดการอาการผิดปกติเบื้องต้น ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

H (Health) คือ การให้คำแนะนำหรือความรู้ให้กับผู้ป่วยและครอบครัวในการส่งเสริม ดูแล ฟันฟูทางด้านร่างกายและจิตใจผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เข้ากับสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับยา Capecitabine เช่น การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง หรือแล้วแต่แต่ละผู้ป่วยแต่ละราย การออกกำลังกายที่ไม่หักโหม จนเกินไปสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง เช่น การแกว่งแขนขา เดิน เป็นต้น

O (Outpatient) คือ การให้คำแนะนำหรือความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับความสำคัญของการมาตรวจตามนัด หรือการมานอนโรงพยาบาลเพื่อรับยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine ตามแพทย์นัด ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดชนิดนี้จะมานอนโรงพยาบาล หรือตรวจตามนัดทุก 3 สัปดาห์ เพื่อตรวจติดตามผลการรักษาหลังได้รับยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine รวมทั้งแนะนำเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน เช่น มีไข้สูงมากกว่า 38 องศาเซลเซียส หรือมีไข้หนาวสั่น มีการอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้ามากระดับที่ 2 หรือระดับที่ 3 ท้องเสียมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน เป็นต้น สามารถติดต่อขอความช่วยเหลือจากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใกล้บ้านได้^{22,24}

D (Diet) คือ การให้คำแนะนำหรือความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องดูแลการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ และข้อจำกัดด้านสุขภาพของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับยา Capecitabine ทำให้เกิดอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาได้ อาจทำให้ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต่ำ แนะนำอาหารต้องปรุงสุก สะอาด หลีกเลี่ยงของสุกๆดิบๆ ของหมักดอง ผักผลไม้สด ซึ่งอาจจะทำให้ท้องเสียและติดเชื้อได้ง่าย อาจทำให้ผู้ป่วยซิด อ่อนเพลีย ควรแนะนำรับประทานอาหารที่มีแคลอรี โปรตีนและธาตุเหล็กสูง เช่น ดับ เนื้อสัตว์ ไข่ เป็นต้น เพื่อบำรุงทดแทน

พลังงานที่สูญเสียไป รวมทั้งแนะนำดื่มน้ำวันละ 2-3 ลิตร (ถ้าไม่มีข้อห้าม เช่น ผู้ป่วยโรคไต โรคหัวใจ เป็นต้น) หลีกเลี่ยงชา กาแฟ แอลกอฮอล์ น้ำอัดลม ซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

2. การประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรค การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การปฏิบัติตนและการดูแลก่อน ขณะ หลังให้ยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine อาการข้างเคียง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งการจัดการอาการข้างเคียงเมื่อกลับไปอยู่บ้านเป็นระยะๆ ทุก 1 สัปดาห์ โดยการโทรศัพท์สอบถามข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค อาการข้างเคียง การดูแลตนเอง วิธีการจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine เพื่อติดตามประเมินความรู้ผู้ป่วย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถมีความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. การประเมินทางด้านจิตใจ ความเชื่อ ความคาดหวังในสิ่งต่างๆ ของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยหรือครอบครัวอาจมีความเครียด ความวิตกกังวล ความเชื่อ ความคาดหวัง ภาวะสังคม เศรษฐกิจที่แตกต่างกันไป ดังนั้นพยาบาลจึงควรให้ความสำคัญและช่วยเหลือปรับประคองสิ่งต่างๆ เหล่านี้ ซึ่งพยาบาลจึงต้องประเมินให้ครบทั้ง 4 มิติ จะทำให้ทราบปัญหาและให้การดูแลรักษาแก้ไข ปัญหาได้อย่างครอบคลุมต่อไป

ปัญหาทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine ทั้ง 3 ระยะนี้ มักพบปัญหาทางการพยาบาล ซึ่งพยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการแก้ไขปัญหาดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยและญาติบอกว่า วิตกกังวล ไม่ทราบว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไรเมื่อเป็นโรคนี และกลัวการให้ยาเคมีบำบัดไม่รู้วิธีการปฏิบัติตัวก่อน ขณะ หลังให้ยาเคมีบำบัดว่าต้องดูแลตนเองอย่างไร
2. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งครั้งแรก (first diagnosis) / ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นครั้งแรก

เป้าหมายการพยาบาล

1. ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลลง
2. มีความรู้ความเข้าใจเรื่อง การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติบอกว่า คลายความวิตกกังวลลง หรือสบายใจขึ้น สีน้ำยิ้มแย้ม สดชื่นขึ้น
2. ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นไปตามแผนการรักษา
3. ผู้ป่วยตอบคำถามแบบประเมินความรู้ การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรค การรักษาและวิธีการจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine ได้ร้อยละ 80

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ แนะนำตัวด้วยท่าทีที่สงบ มั่นคง ใช้น้ำเสียงที่สุภาพ อ่อนโยน ใช้คำพูดกระชับ ง่ายๆ ชัดเจนด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล แสดงความเป็นมิตร เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจและปลอดภัย รวมทั้งแจ้งวัตถุประสงค์ทุกครั้งเมื่อเข้าไปพูดคุยหรือให้การพยาบาลทุกครั้ง
2. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ เรียบร้อย เพื่อลดสิ่งกระตุ้นที่จะไปเพิ่มความวิตกกังวล และจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความพร้อมสำหรับการช่วยเหลือ
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึก เป็นผู้ฟังที่ดี ตั้งใจฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยระบายความรู้สึกนึกคิดออกมา สิ่งที่ค้างคาในใจของผู้ป่วยและอาจทำให้ทราบสาเหตุสิ่งที่ผู้ป่วยวิตกกังวลจากการที่ผู้ป่วยได้พูดหรือระบายความรู้สึกออกมา
4. ประเมินปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะวิตกกังวลและระดับของภาวะวิตกกังวล เพื่อทราบสาเหตุและระดับความรุนแรงของภาวะวิตกกังวล สามารถแก้ไขได้ตรงประเด็น
5. ประเมินความรู้ความเข้าใจและให้ความรู้ รวมทั้งประเมินความรู้ความเข้าใจภายหลังจากให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด อาการข้างเคียง การปฏิบัติตัวก่อน ขณะ หลังได้รับยาเคมีบำบัด การจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง
6. สอบถามความต้องการของผู้ป่วย ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจทุกครั้งก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง เพื่อการพยาบาลอย่างเหมาะสม
7. แนะนำหาสิ่งเบี่ยงเบนความสนใจ งานอดิเรกที่ผู้ป่วยชอบ หรือวิธีการผ่อนคลาย เช่น สวดมนต์ นั่งสมาธิ เป็นต้น เพื่อดึงความสนใจและความคิดของผู้ป่วยไม่ให้วิตกกังวลในความเจ็บป่วยของตนเอง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยไม่สุขสบาย เนื่องจากมีอาการอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้า (Palmar-Plantar Erythrodysesthesia)

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีอาการอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้า ตั้งแต่ระดับ 1-3
2. ผู้ป่วยมีอาการปวด แสบร้อนบริเวณตามฝ่ามือและฝ่าเท้าเป็นทั้งสองข้าง ทำให้ไม่สามารถทำงาน หรือใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้

เป้าหมายการพยาบาล

1. ผู้ป่วยมีการอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้าสีผิวตามฝ่ามือฝ่าเท้าลดลง หรือไม่มีอาการ
2. ผู้ป่วยสามารถทำงาน หรือทำกิจวัตรประจำวันตามปกติได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีผิวตามฝ่ามือและฝ่าเท้าลอกแตก มีสีคล้ำ บวมแดงลดลง หรือไม่มีอาการ
2. ผู้ป่วยมีอาการปวด แสบร้อนบริเวณตามฝ่ามือและฝ่าเท้าเป็นทั้งสองข้างลดลง หรือไม่มีอาการ pain score ≤ 2
3. ผู้ป่วยสามารถทำงาน หรือทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการสีผิว บวม แดง ร้อน ผื่น การแตกของผิวหนัง อาการเจ็บปวด แสบร้อน บริเวณฝ่ามือฝ่าเท้า เพื่อประเมินระดับความรุนแรงการอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้า
2. แนะนำวิธีการดูแลกรณีการอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้า ดังนี้
 - 2.1 ผิวหนังบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้าปกติ ไม่เกิดอาการการอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้าระดับที่ 0 แนะนำโดยให้ประคบด้วยความเย็น วันละ 2 ครั้ง เช้า เย็น นานครั้งละ 15-20 นาที เพื่อลดการไหลเวียนของเลือดไปยังฝ่ามือและฝ่าเท้า ควรใช้โลชั่นทาผิวและเท้าเบาๆ วันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นให้กับผิวหนังบริเวณมือและเท้า รวมทั้งป้องกันอาการแห้งแตกของผิวหนัง
 - 2.2 การอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้าระดับที่ 1-2 แนะนำโดยให้ประคบด้วยความเย็น วันละ 4 ครั้ง เช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน นานครั้งละ 15-20 นาที ควรใช้โลชั่นทาผิวและเท้าเบาๆ วันละ 4 ครั้ง เช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นให้กับผิวหนังบริเวณมือและเท้า รวมทั้งลดอาการแห้งแตกของผิวหนังได้
 - 2.3 การอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้าระดับที่ 3 แนะนำโดยให้ประคบด้วยความเย็น ทุก 2-4 ชั่วโมง นานครั้งละ 15-20 นาที ยกเว้นเวลาหลับ ควรใช้โลชั่นทาผิวและเท้าเบาๆ ทุก 2-4 ชั่วโมง เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นให้กับผิวหนังบริเวณมือและเท้า รวมทั้งลดอาการแห้งแตกของผิวหนังได้
3. แนะนำให้หลีกเลี่ยงการสัมผัสความร้อน หลีกเลี่ยงแสงแดด ป้องกันโดยใส่เสื้อแขนยาว สวมหมวก หรือใช้ร่ม และทาครีมกันแดดก่อนออกจากบ้านทุกครั้ง รวมทั้งหลีกเลี่ยงการอาบน้ำอุ่น การประคบความร้อน เนื่องจากความร้อนทำให้หลอดเลือดขยายตัว เพื่อลดการไหลเวียนของเลือดไปยังฝ่ามือและฝ่าเท้า
4. ไม่ควรแกะเกาผิวหนังบริเวณมือและเท้า เพราะจะทำให้เกิดแผลและติดเชื้อได้ง่าย

5. แนะนำหลีกเลี่ยงการเสียดสี หรือการทำงานที่ต้องใช้แรงกดของมือและเท้า เช่น การเดิน นานๆ การใส่รองเท้าหรือถุงมือที่รัดแน่นเกินไป เป็นต้น เนื่องจากการเสียดสีและการทำงานที่ต้องใช้แรงกดของมือและเท้าจะส่งเสริมทำให้เกิดภาวะอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้าเพิ่มมากขึ้น แต่ถ้าหากหลีกเลี่ยงไม่ได้ อาจใช้ถุงมือหรือถุงเท้านุ่มๆ ที่พอดี ไม่รัดแน่นจนเกินไป เพื่อป้องกันการเสียดสี

6. แนะนำให้หนุนหมอนใต้เข่าเวลานอน เพื่อลดการเสียดสีของเท้ากับที่นอน

7. แนะนำถ้าผู้ป่วยรู้สึกบวมแดง ผิวหนังลอก หรือเจ็บมือเจ็บเท้ามากขึ้น ตลอดจนไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ รีบแจ้งแพทย์และพยาบาลทันที เพื่อหยุดยาหรือปรับลดขนาดยา Capecitabine ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยไม่สุขสบาย เนื่องจากเยื่อช่องปากอักเสบ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีแผลในช่องปาก เช่น กระจุกแก้ม ลิ้น เพดานปาก ตั้งแต่ระดับ 1-4
2. ผู้ป่วยบ่น ปวดแสบปวดร้อนในปาก
3. มีการอักเสบบวมแดง เลือดออกบริเวณในช่องปาก
4. ผู้ป่วยบอกว่ารับประทานอาหารได้น้อย เนื่องจากเจ็บปาก

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่มีเยื่อช่องปากอักเสบ หรือเยื่อช่องปากอักเสบลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่พบแผล หรือไม่มีการอักเสบ บวมแดง เลือดออก ฝ้าขาวในช่องปาก เช่น กระจุกแก้ม ลิ้น เพดานปาก เป็นต้น
2. ผู้ป่วยบอกว่า มีอาการปวดแสบปวดร้อนในปากลดลง pain score ≤ 2 หรือไม่มีอาการ
3. ผู้ป่วยรับประทานอาหารและน้ำได้มากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพช่องปากของผู้ป่วย โดยใช้เกณฑ์ของ WHO guideline for oral mucositis โดยประเมินตำแหน่ง ลักษณะแผล ระดับความเจ็บปวด มีการติดเชื้อหรือไม่ รวมทั้งความสามารถในการรับประทานอาหาร

2. แนะนำวิธีการดูแลกรณีเยื่อช่องปากแต่ละระดับของการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบ ดังนี้

2.1 เยื่อช่องปากปกติ ไม่เกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบ ระดับ 0 แนะนำให้แปรงฟันอย่างถูกวิธี โดยใช้วิธี modified bass technique วันละ 4 ครั้ง หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน ในกรณีผู้ป่วยมีฟันปลอม ให้ถอดฟันปลอมออกก่อน แล้วจึงทำความสะอาดในช่องปาก ฟันปลอมที่ถอดออกแล้ว ต้องล้างทำความสะอาดก่อนสวมทุกครั้ง ใช้แปรงสีฟันที่มีขนแปรงอ่อนนุ่ม ใช้ยาสีฟันมี

ส่วนผสมของฟลูออไรด์ ใช้ไหมขัดฟันได้ หลังแปรงฟันทุกครั้ง แนะนำให้บ้วนปากด้วย NSS นาน 30 วินาที วันละ 4 ครั้ง แนะนำอมด้วยน้ำแข็งทุก 2 ชั่วโมง นานครั้งละ 5 นาที เพื่อป้องกันการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบ และมีการประเมินช่องปากทุกวัน วันละ 1 ครั้ง

2.2 เยื่อช่องปากอักเสบ ระดับ 1-2 แนะนำให้แปรงฟันอย่างถูกวิธี โดยใช้วิธี modified bass technique วันละ 4 ครั้ง หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน ใช้แปรงสีฟันที่มีขนแปรงอ่อนนุ่ม ใช้ยาสีฟันมีส่วนผสมของฟลูออไรด์ แนะนำให้บ้วนปากด้วย NSS ทุก 2 ชั่วโมง นาน 30 วินาที ยกเว้นเวลาหลับ ห้ามใช้ไหมขัดฟัน ในกรณีผู้ป่วยที่มีฟันปลอม แนะนำไม่ให้ผู้ป่วยใส่ฟันปลอม ยกเว้นขณะรับประทานอาหาร ฟันปลอมที่ถอดออกแล้ว ต้องล้างทำความสะอาดก่อนสวมทุกครั้ง แนะนำอมน้ำแข็งทุก 2 ชั่วโมง นานครั้งละ 5 นาที เพื่อบรรเทาอาการปวดในช่องปาก และมีการประเมินช่องปากวันละ 2 ครั้ง

2.3 เยื่อช่องปากอักเสบ ระดับ 3-4 แนะนำให้ใช้ผ้าก๊อซหรือสำลีพันปลายไม้ชุบ NSS เช็ดทำความสะอาดภายในช่องปากแทนการแปรงฟัน ห้ามใช้ไหมขัดฟัน แนะนำให้บ้วนปากด้วย NSS ทุก 1-2 ชั่วโมง นาน 30 วินาที ยกเว้นเวลาหลับ ห้ามใช้ไหมขัดฟัน ไม่ใส่ฟันปลอม แนะนำอมน้ำแข็งทุก 2 ชั่วโมง นานครั้งละ 5 นาที เพื่อบรรเทาอาการปวดในช่องปาก และมีการประเมินช่องปากวันละ 8 ชั่วโมง รวมทั้งดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น 2% xylocaine viscous อมกึ่งปากและคอก่อนรับประทานอาหาร เป็นต้น

3. หลีกเลียงน้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เพราะแอลกอฮอล์จะมีฤทธิ์ทำลายเยื่อช่องปาก ทำให้มีอาการเจ็บปากมากขึ้น

4. แนะนำคูลเลอร์ฟลิปากให้ชุ่มชื้นอยู่เสมอด้วยลิปสติกมัน หรือวาสลีน เพื่อป้องกันการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบได้

5. แนะนำกระตุ้นให้ดื่มน้ำเพียงพออย่างน้อยวันละ 2,000 มิลลิลิตร เพราะช่วยรักษาความชุ่มชื้นของเยื่อช่องปากอยู่เสมอ

6. หลีกเลียงอาหารที่ร้อนจัด เย็นจัด เผ็ดจัด หรืออาหารที่เป็นกรด รสเปรี้ยว รวมทั้งดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เคี้ยวหมากพลู เนื่องจากสิ่งเหล่านี้จะทำลายเยื่อช่องปาก ทำให้เกิดเยื่อช่องปากอักเสบและอาการเจ็บปากเพิ่มมากขึ้นได้

7. แนะนำรับประทานอาหารอ่อน เคี้ยวง่าย กลืนง่าย เช่น ปลา ซุปต่างๆ โจ๊ก เป็นต้น และอาจช่วยโดยการให้หลอดดูดอาหารเหลวและน้ำได้ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีเยื่อช่องปากอักเสบจะมีปัญหาในการกลืนและเจ็บปากเวลารับประทานอาหารได้

8. แนะนำเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น หางานอดิเรกที่ผู้ป่วยชอบ เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง หรือใช้เทคนิคผ่อนคลาย เช่น ทำสมาธิ ฝึกกำหนดลมหายใจ เป็นต้น เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจออกจากเรื่องเยื่อช่องปากอักเสบและบรรเทาความไม่สุขสบายได้

9. ประเมินและสังเกตเชื่อบุช่องปากอักเสบ ถ้าหากมีอาการรุนแรงมากขึ้น เช่น มีแผลบริเวณช่องปากเพิ่มขึ้น เจ็บปากเจ็บคอรุนแรงมากขึ้น รวมทั้งมีการติดเชื้อในช่องปาก ควรรีบรายงานแพทย์พยาบาลทันที เพื่อจะได้ให้การรักษาพยาบาลแก้ไขภาวะเชื่อบุช่องปากอักเสบ

10. แนะนำวิธีป้องกันการเกิดเชื่อบุช่องปากอักเสบตั้งแต่ก่อนมารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ขณะและหลังได้รับยาเคมีบำบัด คือ แนะนำบ้วนปากด้วยน้ำเกลือหรืออมน้ำแข็งทุก 2 ชั่วโมง จะช่วยป้องกันและลดอาการเชื่อบุช่องปากอักเสบได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ เนื่องจากท้องเสียซึ่งเป็นผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีอาการถ่ายอุจจาระเหลว หรือถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ
2. ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน
3. ผู้ป่วยมีอาการปวดมวนท้อง
4. มี Bowel sound เพิ่มขึ้น เสียงดังเกือบตลอดเวลา (hyperactive bowel sound) (bowel sound มากกว่า 20 ครั้งต่อนาที)
5. ผู้ป่วยอ่อนเพลีย
6. มีภาวะอาการขาดน้ำ ผิวแห้ง ริมฝีปากแห้ง ปัสสาวะมีจำนวนน้อยและสีเข้ม

เป้าหมายการพยาบาล

1. ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระเป็นเนื้อปกติ 1-2 ครั้งต่อวัน ไม่มีถ่ายอุจจาระเหลวเป็นน้ำ
2. ผู้ป่วยไม่ปวดมวนท้อง
3. ไม่มีอาการขาดน้ำ เช่น ผิวแห้ง ริมฝีปากแห้ง ปัสสาวะมีจำนวนน้อยและสีเข้ม เป็นต้น
4. มีภาวะสมดุลของเกลือแร่ โดยไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการสับสน เป็นต้น

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระเป็นเนื้อปกติ 1-2 ครั้งต่อวัน
2. ไม่มีถ่ายอุจจาระเหลวเป็นน้ำ
3. ผู้ป่วยไม่บ่นปวดมวนท้อง
4. ตรวจร่างกายพบ Bowel sound 5-20 ครั้งต่อนาที
5. ไม่มีอาการแสดงภาวะขาดน้ำ ผิวแห้ง ริมฝีปากแห้ง ปัสสาวะมีจำนวนน้อยและลักษณะสีเข้ม เป็นต้น
6. ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง
7. รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการสับสน

8. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า Electrolyte ปกติ ดังนี้

- Na 136-145 mmol/l
- K 3.4-4.5 mmol/l
- Cl 98-107 mmol/l
- HCO₃ 22-29 mmol/l
- Ca 8.6-10.0 mg/dl
- Mg 1.6-2.6 mg/dl
- PO₄ 2.7-4.5 mg/dl

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตและประเมินระดับอาการท้องเสีย รวมทั้งหาสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการท้องเสีย เช่น จากโรค ยา หรือติดเชื้อ เพื่อแก้ไขปัญหาคือถูกต้องและตรงสาเหตุ อาการท้องเสียมีโอกาสทำให้ผู้ป่วยเกิดการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ ถ้ารุนแรงอาจทำให้เกิดการช็อกและหมดสติ
2. ดูแลแนะนำให้ได้รับอาหารอ่อน ย่อยง่าย อาหารที่มีกากใยน้อย อาหารที่ให้โปรตีนและพลังงานสูง เช่น ข้าวต้มปลา โจ๊ก ซุป เป็นต้น เนื่องจากผู้ป่วยจะมีการสูญเสียพลังงาน น้ำ เกลือแร่มาก จากอาการท้องเสีย ผู้ป่วยจึงต้องทดแทนพลังงาน น้ำ เกลือแร่ที่สูญเสียไปด้วยอาหารอ่อน ย่อยง่าย มีกากใยน้อย อาหารที่ให้โปรตีนและพลังงานสูง เพื่อนำไปซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ
3. แนะนำอาหารที่อาจทำให้ท้องเสีย เช่น นม โยเกิร์ต ผักสด อาหารที่มีกากมาก อาหารที่มีแก๊ส เช่น ถั่วต่างๆ ข้าวโพด ผักกะหล่ำปลี เป็นต้น เพื่อลดการกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้และทำให้อาการท้องเสียดีขึ้น
4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 3 ลิตร หรือดื่มน้ำเกลือแร่ เพื่อทดแทนน้ำและเกลือแร่ที่เสียไปจากอาการท้องเสีย
5. สังเกต บันทึกลักษณะ ปริมาณ จำนวนและระยะเวลาในการขับถ่าย
6. ส่งอุจจาระตรวจตามแผนการรักษา
7. ดูแลให้ได้รับยาและสารน้ำตามแผนการรักษา
8. ฟัง Bowel sound วันละ 1-2 ครั้ง เข้า-เย็น
9. ติดตามประเมินสัญญาณชีพ บันทึกน้ำเข้า-น้ำออก ทุก 4 ชั่วโมง หรือตามจำเป็น
10. ประเมินและสังเกตภาวะอาการขาดน้ำ เช่น ผิวแห้งริมฝีปากแห้ง ปัสสาวะเข้ม และมีจำนวนน้อย เป็นต้น
11. ประเมินและสังเกตภาวะความไม่สมดุลของเกลือแร่ โดยสังเกตอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ชิม สับสน เป็นต้น
12. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Electrolyte ได้แก่ Na, K, Cl, HCO₃, Ca, Mg, PO₄ เพื่อประเมินภาวะการสูญเสียเกลือแร่ในร่างกาย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะพร่องโภชนาการจากการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่า รู้สึกเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน
2. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยกว่าครึ่ง ถาด
3. น้ำหนักตัวของผู้ป่วยลดลงจากเดิม
4. BMI ต่ำกว่า 18.5 kg/m^2
5. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า Albumin ต่ำกว่า 3 g/dl

เป้าหมายการพยาบาล

1. ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือมีคลื่นไส้ อาเจียนลดลง
2. ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอ
3. BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกว่า ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน หรือมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนลดลง
2. ผู้ป่วยบอกว่า รู้สึกอยากรับประทานอาหารมากขึ้น
3. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น
4. ชั่งน้ำหนักสัปดาห์ละครั้ง BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติระหว่าง $18.5\text{-}22.9 \text{ kg/m}^2$
5. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า Albumin มากกว่าหรือเท่ากับ 3.5 g/dl

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตและประเมินระดับอาการคลื่นไส้ อาเจียนเป็นระยะ รวมทั้งหาสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน เช่น จากโรค ยา หรือความเครียด เพื่อแก้ไขปัญหาได้ถูกต้องและตรงสาเหตุ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ
2. ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับการประเมินภาวะโภชนาการ
3. ดูแลความสะอาดภายในช่องปากและบ้วนปากด้วยน้ำเกลือทุกครั้งก่อนและหลังรับประทานอาหาร รวมทั้งหลังอาเจียนทุกครั้งควรทำความสะอาดและบ้วนปาก เพื่อขจัดกลิ่นอาเจียนในปาก ซึ่งจะช่วยลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนและกระตุ้นความอยากอาหาร
4. แนะนำให้รับประทานขนมปังกรอบแห้งๆ เพื่อช่วยลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนในช่วงเช้า
5. แนะนำกระตุ้นผู้ป่วยให้รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย และชนิดอาหารควรมีคุณค่าทางอาหารสูงครบ 5 หมู่ รับประทานครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง รวมทั้งรับประทานอาหารเช้าๆ และเคี้ยวให้ละเอียด เพื่อให้ผู้ป่วยไม่อิ่มเร็วจนเกินไป ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น
6. แนะนำหลีกเลี่ยงอาหารที่มีกลิ่นฉุน กลิ่นแรง อาหารรสจัด อาหารมัน รวมทั้งเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ เพราะอาหารเหล่านี้จะกระตุ้นอาการคลื่นไส้ อาเจียนเพิ่มขึ้น

7. จัดอาหารที่ผู้ป่วยชอบรับประทานโดยไม่ขัดกับโรคที่เป็น จัดสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศให้สะอาด สดชื่นเหมาะแก่การรับประทานอาหาร หรือรับประทานพร้อมกับญาติและคนในครอบครัว เพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร

8. แนะนำดื่มน้ำจืด หรือดื่มเครื่องดื่มที่มีรสเปรี้ยว เช่น น้ำส้ม น้ำมะนาว เป็นต้น รวมทั้งจิบน้ำอุ่น เพื่อช่วยลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้

9. แนะนำให้รับประทานอาหารเสริมที่มีส่วนผสมของสารอาหารอย่างครบถ้วนร่วมด้วย ถ้าผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ได้ หรือได้ในปริมาณที่น้อย

10. ดูแลให้ได้รับยาแก้คลื่นไส้ อาเจียน ยากระตุ้นเพิ่มความอยากอาหาร และดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา

11. แนะนำเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น หางานอดิเรกที่ผู้ป่วยชอบ เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง หรือใช้เทคนิคผ่อนคลาย เช่น ทำสมาธิ ฝึกกำหนดลมหายใจ เป็นต้น เพื่อดึงความสนใจและความคิดของผู้ป่วยไม่ให้หมกมุ่นกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน รวมทั้งลดความวิตกกังวลและความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้

12. สังเกต บันทึกลักษณะ จำนวนครั้งและปริมาณอาเจียนที่ออกมา ถ้าหากมีคลื่นไส้ อาเจียนรุนแรง หรือลักษณะอาเจียนที่ผิดปกติ เช่น เป็นสีน้ำตาล หรือมีเลือดปนมากับเศษอาหารที่อาเจียน ควรรีบแจ้งแพทย์ พยาบาลทันทีเพื่อหาสาเหตุแก้ไขได้ทันที

13. ชั่งน้ำหนัก 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อติดตามการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของน้ำหนัก รวมทั้งคำนวณ BMI ว่าอยู่ในเกณฑ์ผิดปกติหรือไม่

14. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น Albumin, Total protein เป็นต้น เพื่อประเมินภาวะโภชนาการ

15. ปรึกษาหน่วยโภชนาการ เพื่อร่วมดูแลผู้ป่วยในการคำนวณสารอาหารให้เพียงพอเหมาะสมกับผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อในร่างกายจากภาวะภูมิคุ้มกันต่ำลง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีครั่นเนื้อครั่นตัว

2. เกิดภาวะ Neutropenia จากผลข้างเคียงยาเคมีบำบัด พบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า $WBC < 3000/mm^3$ และ $ANC < 1500/mm^3$

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ อยู่ระหว่าง 36.0-37.4 °C
 2. ไม่มีอาการคลื่นเนื้อคลื่นตัว
 3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า WBC > 3000/mm³ และ ANC > 1500/mm³
 4. ผู้ป่วยไม่มีอาการ อาการแสดงของการติดเชื้อในร่างกาย เช่น ไม่มีปัสสาวะขุ่นหรือแสบขัด
- ขณะถ่ายปัสสาวะ ไม่มีท้องเสีย รวมทั้งไม่มีสิ่งคัดหลั่งที่ผิดปกติออกมาจากร่างกาย เป็นต้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ประเมินสัญญาณชีพโดยการวัดอุณหภูมิ ชีพจร ความดันโลหิต การหายใจ เพื่อประเมินการติดเชื้อในร่างกาย
2. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนั้นถ้าหากพบว่าค่า WBC < 3000/mm³ และค่า ANC < 1500/mm³ แสดงว่ามีโอกาสติดเชื้อ เนื่องจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ
3. เฝ้าระวังการติดเชื้อของผู้ป่วย โดยบันทึกสัญญาณชีพ ประกอบด้วยอุณหภูมิ ชีพจร ความดันโลหิต การหายใจทุก 4 ชั่วโมง
4. แนะนำให้ผู้ป่วยรักษาความสะอาดร่างกายทั่วไป ปากฟัน ล้างมือให้สะอาด อวัยวะสืบพันธุ์ เป็นต้น ให้ถูกสุขอนามัย เพื่อป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย
5. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ปรุงสุก สะอาด หลีกเลี่ยงของสุกๆดิบๆ ของหมักดอง ผักผลไม้สด เป็นต้น ซึ่งอาจจะทำให้ท้องเสียและติดเชื้อได้ง่าย
6. จัดหาและแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีแคลอรีและโปรตีนสูง เพื่อช่วยฟื้นฟูร่างกายและสร้างเสริมระบบภูมิคุ้มกัน
7. แนะนำผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงอยู่บริเวณที่มีชุมชนแออัด รวมทั้งหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดบุคคลที่เป็นโรคติดเชื้อ ไข้หวัด เนื่องจากผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต่ำ ทำให้สามารถติดเชื้อโรคได้ง่ายกว่าคนปกติ
8. ดูแลจัดหาผ้าปิดปากและจมูกให้ เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากผู้อื่นมาสู่ผู้ป่วย
9. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ เพื่อช่วยฟื้นฟูร่างกายและสามารถต่อสู้กับเชื้อโรค
10. สังเกตอาการผิดปกติ เช่น การอักเสบ บวม แดงร้อน และสิ่งคัดหลั่งที่ผิดปกติออกจากร่างกาย เพื่อประเมินการติดเชื้อในร่างกาย
11. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะและยากระตุ้นเม็ดเลือดขาวตามแผนการรักษา
12. ให้การพยาบาลด้วยหลัก Aseptic technique เพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนจากตัวนำออกซิเจนลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีเยื่อตาซีด ริมฝีปากซีด
2. $O_2 \text{ sat} < 95 \%$
3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบ $Hb < 8 \text{ g/dl}$, $Hct < 30\%$
4. ผู้ป่วยบ่นอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม ใจสั่น

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อยง่าย หรือหอบเหนื่อย
2. $O_2 \text{ sat} > 95 \%$
3. ไม่มีภาวะ cyanosis บริเวณริมฝีปาก เล็บ ปลายมือปลายเท้า เป็นต้น
4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบ $Hb > 8 \text{ g/dl}$, $Hct > 30\%$
5. ผู้ป่วยไม่เกิดอาการอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม ใจสั่น
6. Vital signs อยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 90-140/60-90 mmHg ชีพจรเต้นสม่ำเสมออยู่ในช่วง 60-100/min อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 12-20/min อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.0-37.4 °C

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะซีดของผู้ป่วย ได้แก่ เยื่อตา ริมฝีปาก เล็บ เป็นต้น รวมทั้งสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดจากภาวะซีด ได้แก่ อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม ใจสั่น หอบเหนื่อย เป็นต้น
2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอวันละ 6-8 ชั่วโมง โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการพักผ่อน เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกายโดยไม่จำเป็น
3. แนะนำลดกิจกรรมที่อาจทำให้เวียนศีรษะ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ไม่ควรเปลี่ยนท่าอย่างรวดเร็ว ควรปรับเปลี่ยนท่าอย่างช้าๆ โดยการลุกนั่งข้างเตียงก่อนแล้วค่อยลุกขึ้น เป็นต้น
4. แนะนำอาหารที่เพิ่มโปรตีน อาหารที่ให้พลังงานสูง และมีธาตุเหล็กสูง เช่น ตับ เนื้อสัตว์ ไข่ เป็นต้น เพื่อช่วยไขกระดูกเสริมสร้างเม็ดเลือดแดง
5. จัด intercom และอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยไว้ใกล้มือผู้ป่วย รวมทั้งช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ให้กับผู้ป่วย เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกายโดยไม่จำเป็น
6. ถ้าหากมีอาการเหนื่อยหอบ มีอัตราการหายใจเร็ว ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอ

7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับเลือดตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด เช่น ไข้ หนาวสั่น ผื่นคัน แน่นหน้าอก เป็นต้น ถ้าหากพบความผิดปกติ ควรรีบรายงานแพทย์ทันที

8. ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินสีของเยื่อบุตา ริมฝีปาก เล็บ ปลายมือปลายเท้าเป็นระยะและสังเกตอาการผิดปกติ เช่น อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นต้น ถ้าหากพบผิดปกติให้รีบแจ้งแพทย์พยาบาล เพื่อจะได้หาสาเหตุและแก้ไขรักษาพยาบาลภาวะช็อคต่อไป

9. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hb, Hct เป็นระยะ เพื่อประเมินภาวะช็อค ถ้าหากพบความผิดปกติ ควรรีบรายงานแพทย์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยมีโอกาสเลือดออกหุ้คง่ายจากภาวะเกร็ดเลือดต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบ Platelet count $< 100,000/\text{mm}^3$

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่มีเลือดออกตามร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่พบเลือดออกตามส่วนต่างๆ ร่างกาย ได้แก่ ไม่มีจุดเลือดออก ไม่มีจ้ำเลือดตามร่างกาย ไม่มีเลือดกำเดาไหล ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ไม่มีถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะเป็นเลือด ไม่มีอาเจียนเป็นเลือด เป็นต้น

2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบ Platelet count $> 100,000/\text{mm}^3$

3. Vital signs อยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 90-140/60-90 mmHg ชีพจรเต้นสม่ำเสมออยู่ในช่วง 60-100/min อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 12-20/min อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.0-37.4 °C

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการเลือดออกตามส่วนต่างๆ ของร่างกายเป็นระยะ เช่น จุดเลือดออก จ้ำเลือดตามร่างกาย เลือดกำเดาไหล เลือดออกตามไรฟัน ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด อาเจียนเป็นเลือด เป็นต้น

2. ประเมินสัญญาณชีพ ได้แก่ ความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ อุณหภูมิของร่างกาย และประเมินระดับความรู้สึกตัวเป็นระยะ เพื่อสังเกตและประเมินภาวะเลือดออกหรือตกเลือดภายในร่างกาย (internal bleeding)

3. แนะนำให้ใช้แปรงสีฟันขนอ่อนนุ่ม แปรงเบาๆ หลีกเลี่ยงการใช้ไหมขัดฟัน เพื่อป้องกันการเกิดเลือดออกตามไรฟัน ถ้าหากพบว่ามึเลือดออกตามไรฟัน ให้งดการแปรงฟัน โดยแนะนำให้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ หรือใช้ก๊อชชุบน้ำเกลือทำความสะอาดปากฟันแทนการแปรงฟัน

4. แนะนำให้หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่อาจกระทบกระแทก ทำให้เกิดบาดแผลหรือเกิดการบาดเจ็บได้ง่าย เช่น การกระโดด วิ่ง เป็นต้น เนื่องจากมีภาวะเกร็ดเลือดต่ำ เมื่อได้รับการกระทบกระแทก จะทำให้เกิดเลือดออกได้ง่าย

5. หลีกเลี่ยงการฉีดยาทางใต้ผิวหนังหรือกล้ามเนื้อ รวมทั้งการเจาะเลือดต้องกดนานอย่างน้อย 5 นาที อย่างขี้นบริเวณเจาะเลือดหรือที่ฉีดยา เพราะผู้ป่วยมีเกร็ดเลือดต่ำจะทำให้เลือดออกใต้ผิวหนังได้ง่าย

6. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ระมัดระวังการกระทบกระแทกและอุบัติเหตุ เนื่องจากผู้ป่วยมีเกร็ดเลือดต่ำ ทำให้มีโอกาสเลือดออกได้ง่าย

7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนบนเตียงอย่างสมบูรณ์ (absolute bed rest) ถ้าผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบ Platelet count $< 20,000/\text{mm}^3$ เนื่องจากผู้ป่วยมีเกร็ดเลือดต่ำมาก จึงทำให้มีโอกาสเลือดออกและตกเลือดภายในร่างกายได้

8. ดูแลให้ได้รับเกร็ดเลือดตามแผนการรักษา รวมทั้งเฝ้าระวังสังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเกร็ดเลือด เช่น ไข้ หนาวสั่น ผื่นคัน แน่นหน้าอก เป็นต้น ถ้าหากพบความผิดปกติ ควรรีบรายงานแพทย์ทันที

9. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยตรวจดูจาก Complete Blood Count (CBC) ค่า Platelet count เป็นระยะ เพื่อติดตามจำนวนเกร็ดเลือดในร่างกาย ถ้าหากพบความผิดปกติให้รีบแจ้งแพทย์ทันที

10. แนะนำหลีกเลี่ยงการใช้ยาลดการอักเสบหรือยาแก้ปวดกลุ่ม NSIAD เช่น Aspirin Naproxen Ibuprofen เป็นต้น ยาในกลุ่มนี้จะทำให้ระคายเคืองต่อกระเพาะอาหารและมีผลต่อการทำลายเกร็ดเลือด ทำให้เสี่ยงต่อการเลือดออกในกระเพาะอาหารได้ง่าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ เนื่องจากผมร่วง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยถามว่า ผมที่ร่วงไป มันจะงอกขึ้นมาใหม่ได้หรือเปล่า
2. ผู้ป่วยถามว่า ผู้ป่วยน่าเกลียดไหม ถ้าไม่มีผม
3. ผู้ป่วยถามว่า ผมที่งอกขึ้นมาใหม่ใช้ระยะเวลาเท่าไร แล้วผมจะขึ้นมาเหมือนเดิมหรือไม่
4. สีหน้าไม่ยิ้มแย้ม ไม่สดชื่น

เป้าหมายการพยาบาล

1. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลในเรื่องสภาพลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไป
2. ผู้ป่วยเข้าใจสาเหตุของผมร่วงมาจากยาเคมีบำบัด
3. ผู้ป่วยบอกหรือแสดงวิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันและลดอาการผมร่วงได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกว่า คลายความวิตกกังวลลง หรือสบายใจขึ้น สีหน้ายิ้มแย้ม สดชื่นขึ้น
2. ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน
3. ผู้ป่วยบอกวิธีปฏิบัติตน หรือแสดงวิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันและลดอาการผรุ้งได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลของยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine ที่มีโอกาสทำให้เกิดผรุ้งได้ ทำให้ผู้ป่วยทราบสาเหตุที่ทำให้ผรุ้ง จึงสามารถลดความวิตกกังวลได้ในระดับหนึ่ง เป็นการเตรียมพร้อมสำหรับผู้ป่วย
2. ส่งเสริมให้กำลังใจในการรักษาและให้ความมั่นใจว่าหลังจากหยุดยา ผมหาสามารถงอกขึ้นมาใหม่ได้ แต่ลักษณะเส้นผมและสีผมอาจจะเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมได้
3. ในกรณีที่ผู้ป่วยผมหยาว แนะนำให้ตัดผมสั้นก่อนผมจะร่วง เพราะจะทำให้เราสามารถดูแลเส้นผมได้ง่ายขึ้น
4. แนะนำให้ใช้แปรงขนนุ่ม หัวชี้ต่างๆ หัวผมเบาๆ อย่าหัวผมบ่อย สระผมด้วยแชมพูเด็ก หลีกเลี่ยงการเป่าผมด้วยความร้อน เพราะจะทำให้เส้นผมขาดหลุดร่วงได้ง่ายขึ้น
5. แนะนำหลีกเลี่ยงการข้อม ดัดผม โกรกผม เพราะทำให้เส้นผมถูกทำลายมากขึ้นและหลุดร่วงง่ายขึ้น
6. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมตัวเมื่อผรุ้ง เช่น การเตรียมหาหมวก ผ้าโพกศีรษะ การเตรียมหาวิกผม เพื่อเป็นการเตรียมตัวไว้ก่อนผมจะร่วง
7. แนะนำให้ใช้ปลอกหมอนลินินทำจากผ้าฝ้าย จะช่วยลดการระคายเคืองต่อหนังศีรษะและไม่ทำให้เส้นผมหลุดร่วงได้ง่ายเมื่อเวลาหนุนหมอน
8. พยายามให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อเตรียมพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
9. แนะนำให้ใช้น้ำมันหรือโลชั่นสำหรับหนังศีรษะ ถ้าพบหนังศีรษะมีอาการแห้งและคัน เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นให้กับหนังศีรษะได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 10 ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตับวายจากพิษของยา

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีอาการตา ตัวเหลือง ปัสสาวะมีสีเหลืองเข้มขึ้น
2. ผู้ป่วยบ่น ปวดใต้บริเวณชายโครงด้านขวา
3. ตรวจร่างกายพบ ท้องโต ตับโต
4. ตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบค่า Bilirubin, Alkaline phosphatase สูง
5. ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine ซึ่งเป็นยาที่โอกาสเกิดพิษต่อตับสูง

เป้าหมายการพยาบาล

ป้องกันไม่ให้เกิดการทำงานของตับล้มเหลว ไม่มีภาวะตับวาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการตา ตัวเหลือง ปัสสาวะมีสีเหลืองเข้ม ไม่ปวดใต้บริเวณชายโครงด้านขวา
2. ตรวจร่างกาย ไม่พบท้องโต ตับโต
3. ตรวจทางห้องปฏิบัติการค่าการทำงานของตับอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้แก่
 - Albumin 3.5-5.2 U/L
 - Globulin 1.5-3.5 U/L
 - AST 0-40 U/L
 - ALT 0-41 U/L
 - Total protein 6.4-8.3 U/L
 - Total bilirubin 0.0-1.2 mg/dl
 - Direct bilirubin 0.0-0.3 mg/dl
 - Alkaline phosphatase (ALP) 40-130 U/L

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและสังเกตอาการ อาการแสดงที่มีพิษต่อตับ เช่น ผู้ป่วยมีอาการตา ตัวเหลือง ปัสสาวะมีสีเหลืองเข้มขึ้น ปวดใต้บริเวณชายโครงด้านขวา ท้องโต ตับโต อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร เป็นต้น
2. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการค่าการทำงานของตับ โดยดูจากค่า Liver Function Test (LFT) โดยเฉพาะค่า Bilirubin, Alkaline phosphatase เป็นระยะ ถ้าหากพบความผิดปกติให้รีบแจ้งแพทย์ทันที
3. แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตความผิดปกติ เช่น ปวดท้องบริเวณชายโครงขวา อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร สีของปัสสาวะ ถ้าปัสสาวะมีสีเข้มขึ้น เป็นต้น ต้องแจ้งแพทย์และพยาบาลทันทีเมื่อพบความผิดปกติ
4. แนะนำระมัดระวังการใช้ยา อาหารเสริม สมุนไพรทุกชนิด และใช้ยา อาหารเสริม และสมุนไพรเมื่อจำเป็นเท่านั้น รวมทั้งหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพื่อป้องกันเซลล์ตับถูกทำลายเพิ่มขึ้น
5. แนะนำรับประทานอาหารครบ 5 หมู่อย่างเพียงพอ โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น เนื้อปลา ไข่ นม เป็นต้น เพื่อบำรุงและซ่อมแซมฟื้นฟูตับให้ดีขึ้น
6. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นต่อตับจากการได้รับยาเคมีบำบัด ชนิด Capecitabine เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัดชนิดนี้

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 56 ปี สถานภาพสมรสคู่
 เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ
 ระดับการศึกษา จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4
 ประกอบอาชีพ ธุรกิจส่วนตัว
 สิทธิการรักษา ประกันชีวิต
 วันที่เข้ารับการรักษา 8 มิถุนายน 2560
 วันที่เริ่มดูแล 8 มิถุนายน 2560
 วันที่สิ้นสุดการดูแล 9 มิถุนายน 2560

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

มารับยาเคมีบำบัดสูตร Bevacizumab + Capecitabine ครั้งที่ 4 ตามแพทย์นัด

ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน

CA colon stage III ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ปี 2557 มาด้วยอาการปวดท้องด้านขวา คลำก้อน
 ได้บริเวณท้องด้านขวา อ่อนเพลีย น้ำหนักลด 5-6 กิโลกรัมภายในระยะเวลา 2 เดือน ไปตรวจที่
 โรงพยาบาลกรุงเทพ ได้รับการทำ CT whole abdomen พบก้อนที่ลำไส้ด้านขวา และมาปรึกษาต่อที่
 ศิริราชได้ทำการรักษาด้วยการผ่าตัด Rt half colectomy เมื่อวันที่ 7/3/2557 ผล Patho : moderately
 differentiated adenocarcinoma, 5/19 LN, R0 resection, pT3N2aM0 ได้ adjuvant FOLFOX × 12
 cycle last 26/11/2557 มาตรวจตามนัดพบ lung metastasis S/P wedge resection RLL เมื่อวันที่
 11/3/2558 ผล Patho : adenocarcinoma, CK20+, CDX2+, RAS mutation negative ได้ adjuvant
 5FU+leucovorin × 2 cycle 18/4/2558 – 14/5/2558, FOLFIRI 7/6/2558, FOLFIRI+Eribituk × 12 cycle
 27/6/2558-21/2/2559 ค่า CEA ลดลงจาก 50 เป็น 5.5 maintenance ด้วย Irinotecan × 6 cycle last
 23/5/2559 หลังจากนั้นมาตรวจตามนัดเมื่อ กันยายน 2559 พบค่า CEA rising เป็น 91 และทำ PET/CT
 29/9/2559 : increase in size of mass at hepatic segment 2 S/P microwave ablation to single liver
 lesion 13/12/2559: ได้ Avastin+FOLFIRI × 4 cycle last 15/1/60 F/U PET/CT 14/3/2560:
 hypermetabolic portocaval node-post inflammatory change, CEA rising จาก 16.44 (ม.ค.60) เพิ่มเป็น
 31.37 (14/3/2560) จึงได้เปลี่ยนสูตรยา Bevacizumab + Capecitabine × 3 cycle last 11/5/60 หลังได้
 ยาเคมีบำบัดครั้งล่าสุดมีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน มีเชื่อบุช่องปากอักเสบระดับ 1
 เจ็บแปลนในปาก pain score 3 แต่สามารถรับประทานอาหารได้ปกติ มีการอักเสบบริเวณฝ่ามือฝ่าเท้า
 ระดับ 2 ฝวบริเวณฝ่ามือฝ่าเท้ามีสีคล้ำ ฝวลอก ร่วมกับมีอาการเจ็บบริเวณฝ่ามือฝ่าเท้า pain score 4 แต่

ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ครั้งนี้มา admit เพื่อรับยาเคมีบำบัดสูตร Bevacizumab + Capecitabine ครั้งที่ 4 ตามแพทย์นัด

ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต

Underlying DM type II, HT, DLP ประมาณ 5 ปี รักษาที่โรงพยาบาลศิริราชมามาโดยตลอด ปัจจุบันรับประทานยา Tab Metformin (500) 1 tab oral OD, Tab Galvus/met (50/500) 1 tab oral bid pc, Tab Manidipine (10) 1 tab oral OD, Tab Atorvastatin (10) 1 tab oral OD เย็น รับประทานยาสม่ำเสมอและควบคุมอาหาร

ประวัติครอบครัวและความเจ็บป่วยในครอบครัว

ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัวที่ส่งผลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในครั้งนี้

ประวัติการแพ้ยาและสารอาหาร

ไม่มีประวัติแพ้ยา อาหารและสารต่างๆ

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

- **รูปร่างทั่วไป:** ชายวัยกลางคน ผิวขาวเหลือง รูปร่างท้วม น้ำหนัก 86.1 กิโลกรัม ส่วนสูง 172 เซนติเมตร BMI 29.09 กิโลกรัม/เมตร²

- **สัญญาณชีพแรกเริ่ม:** อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 117/75 มิลลิเมตรปรอท

- **ผิวหนัง:** ผิวหนังปกติ ไม่มีผื่นหรือจ้ำเลือด ไม่มีเขียวตามปลายมือปลายเท้า ไม่บวมและไม่มีตุ่มตามผิวหนัง ไม่มีตาตัวเหลือง แต่บริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้าอักเสบระดับ 2 คือ ผู้ป่วยมีอาการสีผิวตามฝ่ามือ ฝ่าเท้ามีสีคล้ำลง บวมแดง มีผิวหนังลอกของฝ่ามือและฝ่าเท้าทั้งสองข้าง มีอาการเจ็บบริเวณตามฝ่ามือฝ่าเท้าเป็นทั้งสองข้างพอทน pain score 4

- **ศีรษะและใบหน้า:** ศีรษะไม่มีก้อน ลักษณะใบหน้าทั้งสองข้าง ผอมตรงหงอกประปราย บริเวณผมและหนังศีรษะสะอาด ลักษณะใบหน้าทั้งสองข้างสมมาตรกันดี

: ตาทั้งสองสมมาตรกันดี รูม่านตามีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากัน 2 ข้าง conjunctiva ไม่ซีด ไม่เหลือง

: ไซนัสทั้ง 2 ข้าง สมมาตรกันดี ไม่มีสิ่งกีดขวางไหลออกมาจากหูทั้งสองข้าง ไม่มีหูน้ำหนวก

: จมูกทั้ง 2 ข้าง สมมาตรกันดี ไม่มีน้ำมูก ไม่มีเลือดกำเดาไหล ไม่มี polyps

: ปาก รูปร่างสมมาตรกันดี ไม่มีปากแห้งเพดานโหว่ แต่มีแผลบริเวณ กระพุ้งแก้มด้านในข้างขวา 1 จุด เส้นผ่านศูนย์กลาง 0.5 เซนติเมตร เจ็บแผลบริเวณกระพุ้งแก้มด้านใน พอกทน pain score 3 ริมฝีปากแห้งสีชมพู

: คอ รูปร่างสมมาตรกันดี ไม่มีก้อนที่คอ คอไม่แดง ไม่เจ็บคอ ต่อมทอนซิล ไม่โต ต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอและต่อมไทรอยด์ไม่โต ไม่มีก้อน

: ไม่มีอาการกดเจ็บบริเวณ frontal bone และ maxillary bone

- ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก: ทรวงอกทั้งสองข้างสมมาตรกันดี ไม่เขียว การเคลื่อนไหวของทรวงอกทั้งสองข้างเท่ากัน ไม่มีหายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ไม่มี orthopnea ไม่มี crepitation

- ระบบหัวใจและการไหลเวียนของโลหิต: การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจ 82 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 117/75 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีเสียง murmur ไม่มี engorgement of neck veins ไม่มีอาการใจสั่น ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกหรือร้าวที่ใด ไม่มีเขียวตามปลายมือปลายเท้า

- ระบบทางเดินอาหารและช่องท้อง: ท้อง กดไม่เจ็บ ไม่แข็งเกร็ง ไม่ต้านแรงกด คลำไม่พบก้อน ไม่พบความผิดปกติจากการเคาะ ไม่พบ superficial vein dilatation ไม่พบภาวะท้องโต (ascites) คลำตับม้ามไม่พบโต ไม่มีริดสีดวงทวาร

- ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์: ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่แสบขัด ไม่มีปวดท้องน้อย ถ่ายปัสสาวะกลางวันประมาณ 4-5 ครั้ง กลางคืนประมาณ 1 ครั้ง ไม่มีปัสสาวะเป็นเลือด ไม่มีแผลหรือผื่นที่อวัยวะเพศ

- ระบบกล้ามเนื้อกระดูกสันหลังและลำตัว: กล้ามเนื้อแขนขาแข็งแรงดี กระดูกสันหลัง ไม่โค้งงอ ไม่มีข้อติดหรือแข็ง ไม่มีข้อเคลื่อน ไม่มีข้อบวม ไม่มีเจ็บปวดตามข้อ

- ระบบโลหิตและต่อมน้ำเหลือง: ไม่มีจ้ำเลือด จุดเลือดออก และเลือดออกจากรอยโรค ต่อม้ำเหลืองที่คอ รักแร้ 2 ข้าง และขาหนีบไม่โต

ประเมินสภาพจิตสังคม

ผู้ป่วยมีความจำและการรับรู้ปกติ แต่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และการจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากยาเคมีบำบัด สิ้นหวังไม่สดชื่น และบ่นซ้ำๆ ว่าเมื่อไหร่จะหายสักทีรักษามานาน เวลาмиเรื่องที่ทำให้วิตกกังวลจะปรึกษากับบุคคลในครอบครัวและมีไปทำบุญ บางครั้งถ้ามีโอกาส

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC

Date	7 มิ.ย. 2560	ค่าปกติ
Hemoglobin (g/dl)	15	12.7-16.9
Hemoglobin (g/dl)	44.4	40.3-51.9
WBC count (cell/cu.mm.)	7,160	4,500-11,300
Platelet count (cell/cu.mm.)	232,000	160,000-356,000
ANC	4,010	2,100-7,200
Neutrophils (%)	56	40.0-70.3
Lymphocyte (%)	32.8	18.7-48.3
Monocyte (%)	8.9	3.9-12.3
Eosinophils (%)	2.0	0.8-9.2
Basophils (%)	0.3	0.1-1.4

Blood chemistry

Date	7 มิ.ย. 2560	ค่าปกติ
Creatinine (mg/dl)	0.98	0.67-1.17
K ⁺ (mmol/L)	4.2	3.4-4.5
Total protein (g/dl)	7.8	6.4-8.3
Albumin (g/dl)	4.6	3.5-5.2
Globulin (g/dl)	3.2	1.5-3.5
Total bilirubin (mg/dl)	0.89	0.0-1.2
Direct bilirubin (mg/dl)	0.30	0.0-0.3
AST (U/L)	67	0-40
ALT (U/L)	63	0-41
Alkaline (ALP)	77	40-130
CEA (ng/ml)	17.91	0-3.4

การวินิจฉัยโรค: CA colon with liver and lung metastasis

แผนการรักษาที่ได้รับ: Chemotherapy สูตร Bevacizumab + Capecitabine regimen

- Bevacizumab 700 mg + NSS 100 ml iv drip in 30 min D1
- Tab Capecitabine (500) 4 tab oral bid pc × 14 days
- Tab Plasil (10) sig 1 tab oral prn q 8 hr
- Siriraj soft cream apply hand, foot bid

การวางแผนการพยาบาลกรณีศึกษา

วันที่ 8 มิถุนายน 2560 (เวลา 7.30 น.)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และวิธีจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล ซักถามบ่อยครั้งเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และวิธีจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดจากการได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
2. ผู้ป่วยบ่นว่า เมื่อไหร่จะหายสักทีรักษามานานแล้ว
3. ผู้ป่วยมีสีหน้าไม่สดชื่นเวลาพูดถึงเกี่ยวกับสภาวะโรค
4. ผู้ป่วยถามว่า มีวิธีการใดที่จะช่วยให้อาการอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือฝ่าเท้าดีขึ้น มีวิธีอะไรที่ช่วยได้บ้าง และผู้ป่วยบอกว่าผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดชนิดนี้มาแล้ว 3 ครั้ง ยังไม่มีใครเคยสอนเรื่องการดูแลการอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือฝ่าเท้าเลย

เป้าหมายการพยาบาล

1. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง
2. มีความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรค การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด รวมทั้งวิธีการจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกว่า คลายความวิตกกังวลลงหรือสบายใจขึ้น สีหน้ายิ้มแย้ม สดชื่นขึ้น
2. ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นไปตามแผนการรักษา
3. ผู้ป่วยตอบคำถามแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และวิธีการจัดการอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine ได้ร้อยละ 80

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย โดยมีการแนะนำตัวและแสดงความเป็นมิตร เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจและปลอดภัย

2. จัดตั้งเวดล้อมให้สงบเรียบร้อย โดยไม่ส่งเสียงดังรบกวนผู้ป่วย เพื่อลดสิ่งกระตุ้นที่จะไปเพิ่มความวิตกกังวลและมีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมงเป็นระยะ รวมทั้งจัด intercom ไว้ใกล้มือผู้ป่วยเมื่อต้องการความช่วยเหลือ

3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึกนึกคิด เพื่อหาสาเหตุความวิตกกังวลของผู้ป่วย

4. ประเมินความรู้ความเข้าใจและให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด วิธีจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัด ตลอดจนประเมินความรู้ความเข้าใจภายหลังการสอน

5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม พร้อมทั้งตอบข้อสงสัยต่างๆ ด้วยท่าที่เป็นมิตร

6. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบก่อนให้การรักษาพยาบาลทุกครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการรักษา

7. แนะนำหาสิ่งเบี่ยงเบนความสนใจ งานอดิเรกที่ผู้ป่วยชอบ คือ อ่านหนังสือ สวดมนต์ ปลุกต้นไม้ เพื่อดึงความสนใจและความคิดของผู้ป่วยทำให้สามารถคลายความวิตกกังวลได้

การประเมินผล (วันที่ 8 มิถุนายน 2560) เวลา 10.00 น.

1. ผู้ป่วยบอกว่า สบายใจขึ้น มีหน้ายิ้มแย้ม สดชื่นขึ้น คลายความวิตกกังวล

2. ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นไปตามแผนการรักษา

3. ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามแบบประเมินความรู้ การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรค การรักษาและวิธีการจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine ได้ 8 ข้อ จากทั้งหมด 10 ข้อ หลังประเมินผลข้อที่ตอบผิด อธิบายให้ความรู้การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยไม่สุขสบาย เนื่องจากมีอาการอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้า (Palmar-Plantar Erythrodysesthesia)

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีอาการอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้าระดับ 2

2. สีผิวตามฝ่ามือและฝ่าเท้ามีสีคล้ำ บวมแดง

3. ผิวลอกบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้าทั้งสองข้าง

4. มีอาการเจ็บบริเวณตามฝ่ามือและฝ่าเท้าทั้งสองข้างพอทน pain score 4

เป้าหมายการพยาบาล

1. ผู้ป่วยมีอาการสีผิวตามฝ่ามือและฝ่าเท้ามีสีคล้ำ บวมแดงลดลง หรือไม่มีอาการ

2. ไม่มีแผล หรือการแตกของผิวหนัง ผิวลอกตามฝ่ามือและฝ่าเท้า หรือมีอาการลดลง

3. ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดบริเวณตามฝ่ามือและฝ่าเท้าลดลง หรือไม่มีอาการ

4. ผู้ป่วยสามารถทำงาน หรือทำกิจวัตรประจำวันตามปกติได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีอาการสีผิวตามฝ่ามือและฝ่าเท้ามีสีคล้ำ บวมแดงลดลง หรือไม่มีอาการ
2. ไม่มีแผล ไม่มีผิวดอกบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้า หรือมีอาการลดลง
3. ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดแสบร้อนบริเวณตามฝ่ามือและฝ่าเท้าสองข้างลดลง pain score ≤ 2 หรือไม่มีอาการ
4. ผู้ป่วยสามารถทำงาน หรือทำกิจวัตรประจำวันตามปกติได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้าทุกวัน โดยสังเกตจากสีผิว บวมแดง ร้อน การแตกของผิวหนัง แผล อาการเจ็บปวด แสบร้อนบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้า เพื่อประเมินความรุนแรงการอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้าว่าเพิ่มขึ้นหรือลดลงอยู่ในระดับใด
2. แนะนำโดยให้ประคบด้วยความเย็น วันละ 4 ครั้ง เช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน นานครั้งละ 15-20 นาที เพื่อลดการไหลเวียนของเลือดไปยังฝ่ามือและฝ่าเท้า
3. แนะนำให้ผู้ป่วยรักษาความชุ่มชื้นของมือและเท้า ควรใช้ siriraj soft cream ทาฝ่ามือและเท้าเบาๆ วันละ 4 ครั้ง เช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นให้กับผิวหนังบริเวณมือและเท้ารวมทั้งลดอาการแห้งแตกของผิวหนังได้
4. ดูแลแนะนำให้ใส่ถุงมือหรือถุงเท้านุ่มๆ ที่พอดี ไม่รัดแน่นจนเกินไป รวมทั้งหลีกเลี่ยงการอาบน้ำอุ่น การประคบความร้อน เนื่องจากความร้อนทำให้หลอดเลือดขยายตัว จึงต้องหลีกเลี่ยงความร้อน เพื่อลดการไหลเวียนของเลือดไปยังฝ่ามือและฝ่าเท้า
5. แนะนำหลีกเลี่ยงการเสียดสี หรือการทำงานที่ต้องใช้แรงกดของมือและเท้า ได้แก่ การเดินนานๆ การใส่รองเท้าหรือถุงมือที่รัดแน่นเกินไป ส่งเสริมทำให้เกิดภาวะอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้าเพิ่มมากขึ้น
6. แนะนำให้หนุนหมอนใต้เข่าเวลานอน เพื่อลดการเสียดสีของเท้ากับที่นอน ป้องกันการเกิดบาดแผลที่เท้าได้
7. แนะนำถ้าผู้ป่วยมีอาการบวมแดง ผิวดอกลอก หรือมีแผล รวมทั้งมีอาการเจ็บมือเจ็บเท้ามากขึ้น ตลอดจนไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ให้รีบแจ้งแพทย์และพยาบาลทันที

การประเมินผล (วันที่ 8 มิถุนายน 2560) เวลา 15.00 น.

1. ผู้ป่วยมีอาการสีผิวตามฝ่ามือและฝ่าเท้ามีสีคล้ำ แดงเท่าเดิม มีการอักเสบฝ่ามือฝ่าเท้าระดับ 2 เท่าเดิม
2. ผิวดอกบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้าลดลง บริเวณมือและเท้าชุ่มชื้น ไม่แห้งกร้าน
3. ผู้ป่วยมีอาการเจ็บบริเวณตามฝ่ามือและฝ่าเท้าทั้งสองข้างลดลง pain score 2
4. ผู้ป่วยสามารถทำงาน หรือทำกิจวัตรประจำวันตามปกติได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยไม่สุขสบาย เนื่องจากเยื่อช่องปากอักเสบ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีเยื่อช่องปากอักเสบระดับ 1 คือ มีแผลบริเวณกระพุ้งแก้มด้านในข้างขวา 1 จุด เส้นผ่านศูนย์กลาง 0.5 เซนติเมตร เจ็บแผลกระพุ้งแก้มด้านในข้างขวาพอทน pain score 3
2. ผู้ป่วยบ่น รับประทานอาหารเคี้ยว หรือรสจืด ไม่ได้ เนื่องจากรู้สึกเจ็บในปาก

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่มีเยื่อช่องปากอักเสบ หรือเยื่อช่องปากอักเสบลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่พบแผลหรือไม่มีการอักเสบ บวม แดง เลือดออก ฝ้าขาวในช่องปาก เช่น กระพุ้งแก้ม ลิ้น เพดานปาก เป็นต้น หรือมีแผลอักเสบภายในเยื่อช่องปากขนาดลดลง
2. ผู้ป่วยบอกว่ามีอาการปวดแสบปวดร้อนในปากลดลง pain score ≤ 2 หรือไม่มีอาการ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินตำแหน่ง ลักษณะ ความรุนแรงของเยื่อช่องปากอักเสบวันละ 2 ครั้ง อยู่ในระดับใด มีการติดเชื้อหรือไม่ รวมทั้งความสามารถในการรับประทานอาหาร เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของเยื่อช่องปากในแต่ละวัน
2. แนะนำรักษาความสะอาดช่องปากและฟัน โดยแปรงฟันอย่างถูกวิธี โดยใช้วิธี modified bass technique วันละ 4 ครั้ง หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน ใช้แปรงสีฟันที่มีขนแปรงอ่อนนุ่ม ใช้ยาสีฟันมีส่วนผสมของฟลูออไรด์ ห้ามใช้ไหมขัดฟัน
3. แนะนำให้บ้วนปากด้วย NSS ทุก 2 ชั่วโมง นาน 30 วินาที ยกเว้นเวลาหลับ เพื่อป้องกันการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบและบรรเทาอาการเยื่อช่องปากอักเสบได้ และแนะนำอมน้ำแข็งทุก 2 ชั่วโมง นานครั้งละ 5 นาที เนื่องจากความเย็นจะช่วยบรรเทาอาการเจ็บในช่องปากได้ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดสูตร Bevacizumab + Capecitabine regimen จะเป็นการรักษาต่อเนื่องและระยะยาว ทั้ง 2 วิธีการนี้จะช่วยป้องกันและลดอาการเยื่อช่องปากอักเสบได้
4. หลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เพราะแอลกอฮอล์จะทำลายเยื่อช่องปาก
5. ดูแลริมฝีปากให้ชุ่มชื้นอยู่เสมอด้วยวาสลีน เพื่อป้องกันการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบได้
6. แนะนำให้หลีกเลี่ยงอาหารที่ร้อนจัด เย็นจัด เคี้ยวจัด รวมทั้งดื่มน้ำหรือ ดื่มน้ำสุรา เนื่องจากสิ่งเหล่านี้จะทำลายเยื่อช่องปาก ทำให้มีเกิดเยื่อช่องปากอักเสบและอาการเจ็บปากเพิ่มมากขึ้นได้
7. แนะนำเบี่ยงเบนความสนใจ หางานอดิเรกที่ผู้ป่วยชอบ คือสวดมนต์ ปลูกต้นไม้ อ่านหนังสือ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจและบรรเทาความไม่สุขสบายจากเยื่อช่องปากอักเสบ

8. แนะนำถ้าผู้ป่วยมีแผลบริเวณช่องปากเพิ่มขึ้น เจ็บปากเจ็บคอรุนแรงมากขึ้น รวมทั้งมีการติดเชื้อในช่องปาก ควรรีบรายงานแพทย์ พยาบาลทันที เพื่อจะได้ให้การรักษาพยาบาลแก้ไขได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง

การประเมินผล (วันที่ 8 มิถุนายน 2560) เวลา 18.00 น.

1. ผู้ป่วยมีแผลบริเวณกระพุ้งแก้มด้านในข้างขวา 1 จุด เส้นผ่านศูนย์กลาง 0.5 เซนติเมตรเท่าเดิม ไม่มีแผลและการอักเสบเยื่อช่องปากเพิ่มขึ้น
2. ผู้ป่วยเจ็บแผลบริเวณกระพุ้งแก้มด้านในข้างขวาลดลง pain score 2

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะตับวายจากพิษของยา

ข้อมูลสนับสนุน

1. ตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบค่าการทำงานของตับสูง AST 67 U/L และ ALT 63 U/L (7/6/2560)
2. ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine ซึ่งเป็นยาที่โอกาสเกิดพิษต่อตับสูง

เป้าหมายการพยาบาล

ป้องกัน ไม่ให้เกิดการทำงานของตับล้มเหลว ไม่มีภาวะตับวาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดใต้บริเวณชายโครงด้านขวา ไม่มีตาตัวเหลืองและไม่มีปัสสาวะสีเหลืองเข้ม
2. ตรวจร่างกาย ไม่พบท้องโต ตับโต
3. ตรวจทางห้องปฏิบัติการค่าการทำงานของตับอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้แก่
 - Albumin 3.5-5.2 U/L
 - Globulin 1.5-3.5 U/L
 - AST 0-40 U/L
 - ALT 0-41 U/L
 - Total protein 6.4-8.3 U/L
 - Total bilirubin 0.0-1.2 mg/dl
 - Direct bilirubin 0.0-0.3 mg/dl
 - Alkaline phosphatase (ALP) 40-130 U/L

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและสังเกตอาการ อาการแสดงที่มีพิษต่อตับ เช่น ผู้ป่วยมีอาการตา ตัวเหลือง ปัสสาวะมีสีเหลืองเข้มขึ้น ท้องโต ปวดใต้บริเวณชายโครงด้านขวา เป็นต้น
2. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการค่าการทำงานของตับ โดยดูจากค่า Liver Function Test (LFT) เป็นระยะ ถ้าหากพบความผิดปกติให้รีบแจ้งแพทย์ทันที
3. แนะนำระมัดระวังการใช้ยา สมุนไพรทุกชนิด และใช้ยาหรือสมุนไพรเมื่อจำเป็นเท่านั้น เพื่อป้องกันเซลล์ตับถูกทำลายเพิ่มขึ้น
4. ดูแลแนะนำรับประทานอาหารครบ 5 หมู่อย่างเพียงพอ โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนสูง ได้แก่ เนื้อปลา ไข่ นม เพื่อบำรุงและซ่อมแซมฟื้นฟูตับให้ดีขึ้น
5. แนะนำหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพื่อป้องกันเซลล์ตับถูกทำลายเพิ่มขึ้น
6. แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการ อาการแสดงที่มีพิษต่อตับ เช่น ตา ตัวเหลือง ปวดท้องบริเวณชายโครงขวา สีของปัสสาวะเข้มขึ้น ท้องโต เป็นต้น ต้องแจ้งแพทย์และพยาบาลทันทีเมื่อพบความผิดปกติ

การประเมินผล (วันที่ 8 มิถุนายน 2560) เวลา 18.00 น.

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการตาตัวเหลือง ปัสสาวะมีสีเหลืองใส ไม่ปวดใต้บริเวณชายโครงด้านขวา
2. ตรวจร่างกาย ไม่พบท้องโต ตับโต

วันที่ 9 มิถุนายน 2560 (เวลา 8.00 น.)

การประเมินสภาพผู้ป่วย

ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียงสีหน้าอ่อนเพลียเล็กน้อย พุดคุยถามตอบรู้เรื่องดี หายใจ room air ไม่เหนื่อย สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิร่างกาย 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจรเต้นสม่ำเสมอ 88 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 128/76 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน การอักเสบฝ่ามือฝ่าเท้าระดับ 2 เท่าเดิม บริเวณฝ่ามือฝ่าเท้ามีสีคล้ำแดงทั้ง 2 ข้างเท่าเดิม แต่มีอาการเจ็บลดลง pain score 2 บริเวณมือและเท้าชุ่มชื้น ไม่แห้งกร้าน ผู้ป่วยสามารถทำงาน หรือทำกิจวัตรประจำวันตามปกติได้ ผู้ป่วยมีแผลบริเวณกระพุ้งแก้มด้านในข้างขวา 1 จุด เส้นผ่านศูนย์กลาง 0.5 เซนติเมตรเท่าเดิม แต่เจ็บแผลบริเวณกระพุ้งแก้มด้านในข้างขวาลดลง pain score 1 ไม่มีแผลและการอักเสบเยื่อช่องปากเพิ่มขึ้น ริมฝีปากชุ่มชื้น ไม่ปวดท้อง ไม่มีตาตัวเหลือง ปัสสาวะมีสีเหลืองใส ไม่มีปัสสาวะแสบขัด ไม่มีท้องเสียหรือท้องผูก นอนหลับได้ ขณะนี้ผู้ป่วยอยู่ระหว่างได้รับ Tab Capecitabine (500) 4 tab oral bid pc × 14 days แพทย์อนุญาตให้จำหน่ายกลับบ้านได้วันนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลตนเองและปฏิบัติตนเตรียมตัวขณะและหลังได้รับยาเคมีบำบัดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยสอบถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้าน
2. ผู้ป่วยบอกว่า ไม่เคยมีคู่มือเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด
3. ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดสูตร Bevacizumab + Capecitabine regimen ครั้งที่ 4

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองและการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ได้อย่างถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ได้อย่างถูกต้อง
2. ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับดูแลตนเองและการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ได้อย่างถูกต้องร้อยละ 80

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อประเมินผู้ป่วยว่ามีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองและการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้านอยู่ในระดับใด เพื่อให้ข้อมูลในประเด็นความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องได้อย่างครบถ้วนและเหมาะสม

2. ทบทวนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้านที่ถูกต้อง โดยใช้หลัก METHOD คือ การให้คำแนะนำหรือความรู้เกี่ยวกับยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine ที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ได้แก่ สรรพคุณของยา วิธีใช้ ขนาด ปริมาณของยา ข้อควรระวังอย่างละเอียดโดยการรับประทานยา Capecitabine ตามแผนการรักษา วิธีการรับประทานวันละ 2 ครั้งเป็นเวลา 2 สัปดาห์ แล้วพักหยุดรับประทานยา 1 สัปดาห์ ต้องรับประทานหลังอาหารและรับประทานยาเป็นเวลาเดียวกันทุกวัน โดยไม่แบ่ง หัก บด หรือเคี้ยวยา Capecitabine กรณีหากลืมรับประทานยา Capecitabine ในมื้อนั้นให้รับประทานยา Capecitabine ทันทีที่นึกได้ หากเวลาไม่เกินกว่า 6 ชั่วโมง แต่หากเวลาที่นึกได้มากกว่า 6 ชั่วโมง ให้เว้นการรับประทานยามื้อนั้นที่ลืมไป หากรับประทานยา Capecitabine แล้วเกิดอาการข้างเคียงจากการได้รับยา Capecitabine เช่น การอักเสบของผิวหนัง บริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้ามากระดับที่ 2 หรือระดับที่ 3 จนรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือท้องเสีย มีไข้ คลื่นไส้อาเจียนมาก เป็นต้น รวมถึงสังเกตความผิดปกติจากการเกิดแผลพุพอง Capecitabine เช่น หายใจลำบาก หายใจไม่สะดวก มีผื่นคันขึ้นตามตัว แขน ขา ใบหน้า หรือหน้าตา เปลือกตา ริมฝีปาก บวม เป็นต้น ควรรีบแจ้งแพทย์ทันที เพื่อปรับเปลี่ยนยาหรือขนาดยาเคมีบำบัดต่อไป หลีกเลี่ยงอยู่ในที่ชุมชนแออัด ตลาด โรงภาพยนตร์ หรือหลีกเลี่ยงบุคคลที่เป็นหวัด อยู่ในสิ่งแวดล้อมสะอาด ปลอดภัย อากาศถ่ายเทได้สะดวก การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีไข้สูงมากกว่า 38 องศาเซลเซียส

มีการอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้ามากระดับที่ 2 หรือระดับที่ 3 จนรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ท้องเสีย เป็นต้น ควรรับมาพบแพทย์ การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง ควรออกกำลังกายที่ไม่หักโหมจนเกินไปสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง เน้นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด แนะนำรับประทานอาหารปรุงสุก สะอาด หลีกเลี่ยงของสุกๆดิบๆ ของหมักดอง ผักผลไม้สด หลีกเลี่ยงชา กาแฟ แอลกอฮอล์ อาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

3. คุณแลกรอรายละเอียดข้อมูลเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับ อาการข้างเคียงที่พบคำแนะนำของแพทย์/เภสัชกร/พยาบาล วันนัดให้ยาครั้งต่อไป และวันนัดพบแพทย์ในคู่มือเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อเก็บข้อมูลรายละเอียดเพื่อเป็นประวัติการรักษาในแต่ละครั้ง และมอบคู่มือที่มีเนื้อหาวิธีการดูแลตนเอง วิธีการป้องกันและการจัดการอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัด รวมทั้งแนะนำให้ผู้ป่วยนำคู่มือติดตัวทุกครั้ง เมื่อเกิดกรณีฉุกเฉินจะได้ให้การรักษาพยาบาลได้อย่างทันที่

4. ให้กำลังใจและเสริมสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยว่าสามารถดูแลตนเองและปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและเพิ่มความมั่นใจในการกลับไปใช้ชีวิตอยู่ที่บ้าน

5. แนะนำหากผู้ป่วยมีข้อสงสัยหรือต้องการขอคำปรึกษา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถโทรศัพท์มาสอบถามหรือขอคำปรึกษาเมื่อมีปัญหาสุขภาพได้ตลอด 24 ชั่วโมง

การประเมินผล (วันที่ 9 มิถุนายน 2560) เวลา 12.00 น.

1. ผู้ป่วยมีความสนใจต่อคำแนะนำหรือความรู้ที่พยาบาลได้ทบทวน
2. ผู้ป่วยบอกว่าเข้าใจในเรื่องดูแลตนเองและปฏิบัติตนเตรียมตัว ก่อน ขณะ และหลังได้รับยาเคมีบำบัดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
3. ผู้ป่วยตอบคำถามในการดูแลตนเองและปฏิบัติตนเตรียมตัวก่อน ขณะ และหลังได้รับยาเคมีบำบัดเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง 9 ใน 10 ข้อ หลังประเมินผลข้อที่ตอบผิด อธิบายให้ความรู้การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วย
4. ผู้ป่วยได้รับคู่มือเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด
5. นัดมาตรวจติดตามตามแพทย์นัดครั้งต่อไป วันที่ 29 มิถุนายน 2560

อภิปรายและสรุปกรณีศึกษา

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทย อายุ 56 ปี ได้รับการวินิจฉัย CA colon stage III ตั้งแต่ปี 2557 มาด้วยอาการปวดท้องด้านขวา คลำก้อนได้บริเวณท้องด้านขวา อ่อนเพลีย น้ำหนักลด 5-6 กิโลกรัม ภายในระยะเวลา 2 เดือน ทำ CT whole abdomen พบก้อนที่ลำไส้ด้านขวา รักษาด้วยการผ่าตัด Rt half colectomy เมื่อวันที่ 7/3/2557 ผล Patho : moderately differentiated adenocarcinoma ได้ adjuvant FOLFOX × 12 cycle พบมีการกระจายไปที่ปอดข้างขวา จึงทำ wedge resection RLL และได้ adjuvant

5FU+leucovorin, FOLFIRI, FOLFIRI+Erbituk maintenance ด้วย Irinotecan × 6 cycle last 23/5/2559 หลังจากนั้นทำ PET/CT 29/9/2559 มีการแพร่กระจายไปที่ตับ รักษาโดยการทำ Microwave ablation to single liver lesion 13/12/2559 และได้ยาเคมีบำบัดต่อเป็นสูตร Avastin+FOLFIRI × 4 cycle แต่การรักษาไม่ตอบสนอง เนื่องจากค่า CEA เพิ่มขึ้นเป็น 31.37 (14/3/2560) จึงได้เปลี่ยนสูตรยา Bevacizumab + Capecitabine ซึ่งเป็นสูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะเริ่มต้นและระยะแพร่กระจาย

จากการซักประวัติและการตรวจร่างกายทุกระบบพบปัญหาภาวะสุขภาพทางด้านต่างๆ ดังนี้

1. ปัญหาภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย

1.1 ผู้ป่วยมีอาการอึดเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้าระดับ 2 เนื่องจากเป็นอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับยากุ่มนี้ บทบาทพยาบาลให้ความรู้ ทักษะที่ถูกต้องในการดูแลจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาเคมีบำบัดชนิดนี้ เพื่อบรรเทาอาการอึดเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้า ทำให้ผู้ป่วยรายนี้สุขสบายมากขึ้น อาการเจ็บบริเวณตามฝ่ามือฝ่าเท้าเป็นทั้งสองข้างลดลง pain score 2 ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันและดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

1.2 ผู้ป่วยมีเยื่อช่องปากอักเสบระดับ 1 เนื่องจากเป็นอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine บทบาทพยาบาล คือ ให้ความรู้ในการสังเกต ประเมินเยื่อช่องปาก รวมทั้งการดูแลช่องปากที่ถูกต้องในแต่ละระดับความรุนแรงของเยื่อช่องปากอักเสบ เพื่อป้องกันและบรรเทาอาการเยื่อช่องปากอักเสบให้ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรายนี้สุขสบายมากขึ้น ความเจ็บปวดในเยื่อช่องปากลดลง pain score 1 สามารถรับประทานอาหารธรรมดาได้ ไม่มีติดเชื่อในช่องปาก

1.3 ผู้ป่วยมีค่าการทำงานของตับสูง บทบาทพยาบาล คือ ให้คำแนะนำและความรู้ในการระมัดระวังใช้ยาหรือสมุนไพรเมื่อจำเป็นเท่านั้น หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อป้องกันเซลล์ตับถูกทำลายมากขึ้น แนะนำรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนสูงเพื่อบำรุงซ่อมแซมฟื้นฟูตับให้ดีขึ้น รวมทั้งติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการค่าการทำงานของตับเป็นระยะ ตลอดจนสังเกตความผิดปกติ เช่น ปวดชายโครงด้านขวา ตาตัวเหลือง ปัสสาวะสีเข้มขึ้น เป็นต้น เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันทีและถูกต้อง

2. ปัญหาภาวะสุขภาพทางด้านจิตใจ

ผู้ป่วยในรายนี้มีความวิตกกังวลจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและวิธีการจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัด เนื่องจากผู้ป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยรายนี้เกิดความท้อแท้ และเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค การรักษา รวมทั้งอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาเคมีบำบัด บทบาทพยาบาล คือ การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย แสดงความเป็นมิตร ตลอดจนเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกที่คับข้องใจ ให้ข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องครบถ้วน ดูแลเอาใจใส่ เอื้ออาทร เสริมสร้าง

พลังอำนาจ (empowerment) ให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ยอมรับและเข้าใจข้อมูลที่ต้องการ ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาต่อไป

บทที่ 5

ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขปัญหา

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine ต้องเผชิญปัญหาในการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างมาก เนื่องจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่ต่อเนื่องยาวนาน พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้ผ่านพ้นการรักษาไปได้ด้วยดี รวมทั้งผู้ป่วยสามารถปรับตัวเมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัวและสังคม บทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine ขณะการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine และภายหลังการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine สามารถสรุปปัญหาอุปสรรค แนวทางการแก้ไขตลอดจนปฏิบัติทางการพยาบาลดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขในการปฏิบัติทางการพยาบาล

ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางแก้ไขในการปฏิบัติงาน/ข้อเสนอแนะ
<p>ระยะก่อนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine</p> <p>1. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด</p>	<ul style="list-style-type: none">- สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว- ประเมินปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดภาวะวิตกกังวลและระดับของภาวะวิตกกังวล- ประเมินความรู้ความเข้าใจและให้ความรู้ตลอดจนประเมินความรู้ความเข้าใจภายหลังจากการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด อาการข้างเคียง การปฏิบัติตัวก่อนขณะ หลังได้รับยาเคมีบำบัด- สอบถามความต้องการของผู้ป่วย ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจทุกครั้งก่อนให้การรักษาพยาบาลทุกครั้ง- ดูแลให้ผู้ป่วยกลุ่มโรคเดียวกันได้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางแก้ไขในการปฏิบัติงาน/ข้อเสนอแนะ
<p>2. ผู้ป่วยขาดการประเมินสมรรถนะทางกาย เพื่อให้พร้อมต่อการได้รับยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine</p>	<p>- ควรมีการประเมินสมรรถนะทางกายของผู้ป่วยทุกราย ให้มีความพร้อมทางร่างกายทุกครั้งก่อนได้รับยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทนต่อการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้ โดยใช้ระบบ Karnofsky Performance Scale (KPS) ≥ 60 และ Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) ได้คะแนน ≤ 1 และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจนับเม็ดเลือด ผลการทำงานของตับและไตอยู่ในเกณฑ์ปกติ^{16,18}</p>
<p>ระยะขณะการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine</p> <p>1. เทคนิคการบริหารยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine ไม่ถูกต้อง</p> <p>2. ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการประคบความเย็นเพื่อลดอาการไม่สุขสบายจากอาการอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้า ในผู้ป่วยที่มีระดับการรับรู้สัมผัสลดลง เช่น ผู้ป่วยมีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า เป็นต้น</p>	<p>- ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องเทคนิคการบริหารยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine</p> <p>- ให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องเทคนิคการบริหารยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine ที่ถูกต้อง เช่น ภาชนะที่ใช้จัดยาใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้ง ยา Capecitabine ห้ามบดหรือทำให้แตก อาจทำให้ยาฟุ้งกระจาย เสี่ยงอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้ดูแล เป็นต้น²⁴</p> <p>- บริหารยาโดยใช้หลัก 7R คือ Right patient, Right drug, Right route, Right time, Right dose, Right to refuse, Right document</p> <p>- แนะนำก่อนที่จะประคบความเย็นด้วย cold pack บริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้า ให้ญาติหรือผู้ดูแลให้นำ cold pack ใส่ถุงผ้าหรือใช้ปลอกหุ้มก่อนวางสัมผัสบริเวณผิวหนังทุกครั้ง</p>

ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางแก้ไขในการปฏิบัติงาน/ข้อเสนอแนะ
<p>3. ผู้ป่วยมีโอกาสเยื่อช่องปากอักเสบเพิ่มขึ้น เนื่องจากในผู้ป่วยสูงอายุบางราย มีอาการหลงลืมในการบ้วนปากด้วย NSS ทุก 1-2 ชั่วโมง และอมน้ำแข็งทุก 2 ชั่วโมง ในดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินสภาพช่องปากของผู้ป่วยโดยประเมินตำแหน่ง ลักษณะแผล ระดับความเจ็บปวด ติดเชื้อ และความสามารถในการรับประทานอาหาร - ดูแลแนะนำให้บ้วนปากด้วย NSS และอมน้ำแข็งด้วยความถี่ตามระดับความรุนแรงของเยื่อช่องปากอักเสบ โดยให้ผู้ป่วยหรือญาติทำตารางเวลาในการบ้วนปากด้วย NSS และอมน้ำแข็ง เมื่อทำเสร็จแล้วให้กากบาท เพื่อป้องกันการหลงลืมในการทำ - ดูแลริมฝีปากให้ชุ่มชื้นอยู่เสมอด้วยลิปสติกมันหรือวาสลีน - แนะนำหลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์
<p>4. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกับภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงเนื่องจากผมร่วง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มารับยาเคมีบำบัดครั้งแรก</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลของยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine ที่มีโอกาสทำให้เกิดผมร่วงได้และให้กำลังใจและให้ข้อมูลว่า ผมสามารถงอกขึ้นมาใหม่ได้หลังจากหยุดยา - แนะนำเกี่ยวกับการเตรียมหาหมวก ผ้าโพกศีรษะ วิกผม เป็นต้น รวมทั้งแนะนำหลีกเลี่ยงการย้อม ดัด โกรกผม ซึ่งทำให้เส้นผมถูกทำลายและผมร่วงมากขึ้น - แนะนำใช้ปลอกหมอนลินินที่ทำจากผ้าฝ้าย เพื่อลดการระคายเคืองและไม่ทำให้เส้นผมหลุดร่วงง่าย

ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางแก้ไขในการปฏิบัติงาน/ข้อเสนอแนะ
<p>ระยะภายหลังการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine</p> <p>1. ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตรนี้ เป็นการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่เฉพาะโรงพยาบาล แต่การรักษายังคงต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน</p> <p>2. ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลต่อแท้อเกี่ยวกับโรค การรักษา อาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ในขณะที่รักษาตัวอยู่ที่บ้านได้ เนื่องจากถูกทอดทิ้งให้อยู่บ้านโดยลำพัง</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน - ทบทวนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้านที่ถูกต้อง โดยใช้หลัก METHOD ได้แก่ ในเรื่องการให้คำแนะนำหรือความรู้เกี่ยวกับยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine ที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อกลับไปอยู่บ้าน - การจัดการสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพ การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบก่อนแพทย์นัด การออกกำลังกาย การพักผ่อน การเตรียมตัวก่อนมารับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไป การมาตรวจตามนัด การรับประทานอาหาร - ดูแลแนะนำและให้คู่มือการดูแลตนเองเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจที่จะสามารถกลับไปดูแลที่บ้านได้อย่างถูกต้อง - แนะนำหากผู้ป่วยมีข้อสงสัยหรือต้องการขอคำปรึกษา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถโทรศัพท์มาสอบถามหรือขอคำปรึกษาเมื่อมีปัญหาสุขภาพได้ตลอด 24 ชั่วโมง - แนะนำให้ครอบครัวของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ รู้สึกไม่ถูกทอดทิ้งจากคนในครอบครัว - แนะนำเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น หางานอดิเรกที่ผู้ป่วยชอบ เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง ปลูกต้นไม้ หรือใช้เทคนิคผ่อนคลาย เช่น ทำสมาธิ ฝึกกำหนดลมหายใจ เป็นต้น เพื่อดึงความสนใจและความคิดของผู้ป่วยไม่ให้หมกมุ่นในเรื่องความเจ็บป่วยของ

ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางแก้ไขในการปฏิบัติงาน/ข้อเสนอแนะ
<p>2. ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล ท้อแท้เกี่ยวกับโรค การรักษา อาการข้างเคียง จากยาเคมีบำบัด ในขณะที่รักษาตัวอยู่ที่บ้านได้ เนื่องจากถูกทอดทิ้งให้อยู่บ้านโดยลำพัง (ต่อ)</p>	<p>ตนเอง ทำให้ผู้ป่วยสามารถคลายความวิตกกังวล ลงได้</p>

สรุป

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine เป็นผู้ป่วยที่มีการรักษาอย่างต่อเนื่องยาวนานและยาเคมีบำบัดเป็นยาอันตรายที่สามารถทำลายเซลล์มะเร็ง ตลอดจนเซลล์ปกติของร่างกาย พิษของยาเคมีบำบัดบางครั้งมีความรุนแรงจนทำให้ร่างกาย จิตใจของผู้ป่วยทรมานไม่ไหว จนไม่สามารถรับการรักษาได้ครบตามกำหนด พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด อาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา รวมทั้งการพยาบาลเพื่อป้องกันบรรเทาจัดการอาการข้างเคียง ภาวะแทรกซ้อนในแต่ละระยะของการรักษาที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine ซึ่งพยาบาลต้องใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลแบบองค์รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลดูแลอย่างครอบคลุมมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย สามารถช่วยเหลือประคับประคองผู้ป่วยและครอบครัวให้ผ่านพ้นการรักษาไปได้ด้วยดี ตลอดจนผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

นอกจากนี้ การดูแลด้านจิตใจถือเป็นสิ่งที่จำเป็น เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวอาจมีความวิตกกังวลทั้งก่อน ขณะ หลังการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine ผู้ป่วยและครอบครัวมีความกดดันทางด้านจิตใจเมื่อรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ รวมทั้งมีอาการข้างเคียง ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัดชนิดนี้ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า เครียด วิตกกังวล ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ดูแลให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา 24 ชั่วโมง จึงเป็นบุคลากรที่สำคัญที่สามารถให้คำแนะนำ ความรู้ กำลังใจ ซึ่งทำให้มีกำลังใจและลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยและครอบครัวได้

โดยรวม การพัฒนาบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine พยาบาลควรมีการทบทวนความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine และการปฏิบัติการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มีความรู้ความชำนาญ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้เป็นอย่างดี เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัยสูงสุด รวมทั้งพยาบาลต้องมีการทำงานร่วมกันเป็นทีม โดยมีการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ เจ้าหน้าที่รังสีเทคนิค เจ้าหน้าที่การเงิน นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมแพทย์สตรีแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชินูปถัมภ์. โรคร้ายมะเร็งลำไส้ใหญ่ [Internet]. [cited 2017 Apr 29]. Available from: <http://www.tmwa.or.th/new/view.php?topicid=331>
2. กลุ่มงานเทคโนโลยีและสารสนเทศ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. สถิติสถาบันมะเร็งแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท พรทรัพย์การพิมพ์จำกัด; 2553.
3. สุวรรณิ สิริเลิศระกุล, สุวตัญญ์ วงศ์จรโรจสีล, ประไพ อธิยประยูร, แม้นมนา จิระจรัส. การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. พิมพ์ครั้งที่ 1. สมุทรปราการ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดสินทวีกิจพริ้นติ้ง; 2555.
4. ศูนย์วิจัยสุขภาพกรุงเทพ. การผ่าตัดและการให้เคมีบำบัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ [Internet]. [cited 2017 Apr 29]. Available from: <http://www.bangkokhealth.com/health/article>
5. Chula cancer. ความรู้เกี่ยวกับยาเคมีบำบัด [Internet]. [cited 2017 May 2]. Available from: <http://www.chulacancer.net/patient-list-page.php?id=323>
6. ประไพ เจริญทวี. รู้ทันมะเร็งลำไส้ใหญ่และยาเคมีบำบัด [Internet]. [cited 2017 Apr 29]. Available from: http://med.mahidol.ac.th/cancer_center/sites/default/files/public/pdf/Article/colon%26chemotherapy.pdf
7. โรงพยาบาลจุฬารัตน์. ข้อมูลยาเกี่ยวกับโรคมะเร็ง [Internet]. [cited 2017 April 29]. Available from: <http://www.cccthai.org/l-th/index.php/2009-06-13-09-07-46/206--capecitabine-.html>
8. Twelves C, Wong A, Nowacki M. Capecitabine as adjuvant treatment for stage III colon cancer. N Engl J Med. 2013; 35(2): 2696-704.
9. จุฬารัตน์ ประสงค์สิน, กาญจนา รุ่งแสงจันทร์. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้และรูเปิดทางหน้าท้อง ประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด; 2558.
10. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. มะเร็งลำไส้ใหญ่และเคมีบำบัด [Internet]. [cited 2017 Apr 29]. Available from: http://med.mahidol.ac.th/cancer_center/th/protfolio/knowledge/colon
11. Medscape. Big difference in colorectal cancer on right vs left side [Internet]. [cited 2017 Jun 6]. Available from: <http://www.medscape.com/viewarticle/863537>
12. Khuhaprema T, Srivatanakul P. Colon and rectum cancer in Thailand on over view. Japanese Journal of Clinical Oncology. 2012; 38(4): 237-43.
13. นันทกานต์ เขียวนวนานนทชัย. มะเร็งลำไส้ใหญ่และเรื้อรัง [Internet]. [cited 2017 Apr 29]. Available from: <http://www.si.mahidol.ac.th/th/department/radiology/Pdf/Document>

14. โรงพยาบาลกรุงเทพ. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก [Internet]. [cited 2017 Apr 29]. Available from: https://www.bangkokhospital.com/wattanosoth/web/th/site/all_about_cancer/view/30
15. สาคร นิปรียาย. มะเร็งลำไส้ใหญ่ [Internet]. [cited 2017 Apr 29]. Available from: <http://dspace.nstru.ac.th:8080/dspace/handle/123456789/403>
16. อุบล จ้วงพานิช. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัด. ใน: นรินทร์ วรรณิ, บรรณาธิการ. ตำรามะเร็งวิทยา 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2554.
17. เพลินพิศ ธรรมนิภา, นันทนา ธนาโนวรรณ. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับการเคมีบำบัด. ใน: นันทนา ธนาโนวรรณ, บรรณาธิการ. ตำราการพยาบาลนรีเวช (ฉบับองค์รวม). กรุงเทพฯ: วิพรีนท์; 2553.
18. ยูพิน เพ็ชรมงคล. เคมีบำบัด: บทบาทของพยาบาลในการจัดการกับอาการในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: โรงพิมพ์ พิมพ์นานา; 2556.
19. Wikipedia. Capecitabine [Internet]. [cited 2017 Jun 9]. Available from: <https://en.wikipedia.org/wiki/Capecitabine>
20. ศูนย์บริการเภสัชสนเทศ โรงพยาบาลตรัง. ยา Capecitabine [Internet]. [cited 2017 May 5]. Available from: http://drug.pharmacy.psu.ac.th/article/file/22_letter%2015.doc
21. Spandidos publications. Oncology reports [Internet]. [cited 2017 Jun 9]. Available from: <https://www.spandidos-publications.com/10.3892/or.2012.2149>
22. ศิวส์วี ผลลาภวัฒน์. Capecitabine [Internet]. [cited 2017 May 5]. Available from: <http://haamor.com/th/คาเพ็กไซทาบิน/>
23. Rxlist. Xeloda [Internet]. [cited 2017 Jun 9]. Available from: <http://www.rxlist.com/xelodadrug/patient-images-side-effects.htm>
24. งานเภสัชกรรม โรงพยาบาลราชวิถี. ยา Capecitabine tablet [Internet]. [cited 2017 May 5]. Available from: <http://110.164.68.234/chemo/images/files/list/Capecitabine.pdf>

ภาคผนวก ก
จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ



ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช
2 ถนนวังหลัง บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
โทร. 02 419 90945

ที่ ศธ 0517.072/

วันที่ 4 กันยายน 2560

เรื่อง เชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิคู่มือการพยาบาล

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ด้วย นางสาวจันทิมา แจ่มจรัส ตำแหน่ง พยาบาล พม. สังกัด งานการพยาบาล อายุรศาสตร์ และจิตเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช ได้จัดทำคู่มือการพยาบาล เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine

ในการนี้ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช จึงขอเรียนเชิญ ผศ.วันดี โตสุขศรี ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สังกัด ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตรวจสอบคู่มือการพยาบาลดังกล่าวเพื่อความถูกต้องและเป็นประโยชน์ทางวิชาการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์วิศิษฎ์ วามวาณิชย์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

ผู้ประสานงาน...(ชื่อผู้ทำคู่มือ).....

โทร.....



ฝ่ายการพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล
โทร. 97263

ที่ ศธ 0517.072/Enพ1583/2560
วันที่ 3 ตุลาคม 2560
เรื่อง เชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิคู่มือการพยาบาล
เรียน หัวหน้าภา.อายุรศาสตร์

ด้วย นางสาว จันทิมา แจ่มจรัส ตำแหน่ง พยาบาล พนักงานมหาวิทยาลัย
สังกัดงานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
ได้จัดทำคู่มือการพยาบาลเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด
Capecitabine

ในการนี้ฝ่ายการพยาบาลฯ จึงขอเรียนเชิญ อ.นพ.ปองวุฒิ ด้านชัยวิจิตร ตำแหน่ง
อาจารย์ประจำสังกัดภาควิชาอายุรศาสตร์ สาขาเคมีบำบัด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตรวจสอบคู่มือการพยาบาลดังกล่าว
เพื่อความถูกต้องและเป็นประโยชน์ทางวิชาการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

(รศ. นพ. วิศิษฎ์ วามวาณิชย์)

ร่าง น.ส. จันทิมา แจ่มจรัส

ตรวจสอบ น.ส. กาญจณีย์ฐา เหล่าเรือง, น.ส. จิตหทัย สุขสมัย, น.ส. รัชราภรณ์ รุ่งชีวิน, นาง วัฒนพรรณ ฤกษ์มงคล, น.ส. ชรัสนิกุล ยิ้มบุญณะ, นาง ทิพย์ ถนัดช้าง, นาง วัฒนพรรณ ฤกษ์มงคล, นาง ทิพย์ ถนัดช้าง, นาง อรภรณ์ คำรังวัฒนกุล, นาง ทิพย์ ถนัดช้าง, น.ส. สิบทิรา บุญบางเก็ง

ภาคผนวก ข

แบบประเมินความรู้ การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรค การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
และวิธีการจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัดชนิด

Capecitabine

**แบบประเมินความรู้ การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรค การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และวิธีการ
จัดการอาการข้างเคียงที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine**

กรุณาใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องใช่, ไม่ใช่ หรือ ไม่ทราบภายหลังจากการอ่านข้อความแล้ว

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ ทราบ
1. ถ้ามีคนในครอบครัวมีประวัติเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ผู้ป่วยก็มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้			
2. การเปลี่ยนแปลงของการขับถ่าย โดยมีอาการท้องผูกสลับกับท้องเสียเป็นประจำ เป็นอาการแสดงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่			
3. สารบ่งชี้โรคมะเร็ง Carcinoembryonic antigen (CEA) ใช้เป็นแนวทางในการตรวจติดตามผลการรักษาและใช้ในการติดตามการเปลี่ยนแปลงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่			
4. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะแพร่กระจายวิธีที่ใช้ในการรักษา คือ การผ่าตัดอย่างเดียวเท่านั้น			
5. ยาเคมีบำบัดทำลายทั้งก้อนมะเร็งและเนื้อเยื่อปกติของร่างกาย			
6. อาการอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้า ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน แผลในปาก ซีด อ่อนเพลีย เม็ดเลือดขาวต่ำ เกร็ดเลือดต่ำ เป็นอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดชนิด Capecitabine ที่อาจเกิดขึ้นได้ และจะหายไปเมื่อหยุดยา			
7. เมื่อเกิดการอักเสบของผิวหนังบริเวณฝ่ามือฝ่าเท้าประคบด้วยความเย็น เพื่อลดการไหลเวียนของเลือดไปยังฝ่ามือและฝ่าเท้า			

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
8. เมื่อมีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ ปัสสาวะแสบขัด ท้องเสีย ฝ่ามือฝ่าเท้า อักเสบมากขึ้น ตาตัวเหลือง ปัสสาวะมีสีเหลืองเข้ม ปวดใต้ชายโครง ด้านขวา หรือมีเลือดออกผิดปกติออกจากร่างกาย ท่านควรรีบไปพบแพทย์			
9. ท่านควรหลีกเลี่ยงอยู่ในสถานที่ชุมชนแออัด หลีกเลี่ยงบุคคลที่เป็นโรคติดต่อ เช่น ไข้หวัด วัณโรค เป็นต้น			
10. ท่านสามารถรับประทานได้เฉพาะอาหารมังสวิรัตินั้น คงงดรับประทานอาหารที่มีโปรตีน เนื่องจากจะส่งเสริมให้ก้อนมะเร็งโตเร็วขึ้น			

หมายเหตุ: การประเมินผลในแบบสอบถามนี้ ควรได้คะแนนไม่น้อยกว่า 80%

เฉลยแบบทดสอบความรู้

- 1) ตอบ ใช่
- 2) ตอบ ใช่
- 3) ตอบ ใช่
- 4) ตอบ ไม่ใช่
- 5) ตอบ ใช่
- 6) ตอบ ใช่
- 7) ตอบ ใช่
- 8) ตอบ ใช่
- 9) ตอบ ใช่
- 10) ตอบ ไม่ใช่

ภาคผนวก ก
ประวัติผู้จัดทำคู่มือการพยาบาล

ประวัติผู้จัดทำคู่มือการพยาบาล

ชื่อ – สกุล	นางสาวจันทิมา แจ่มจำรัส
วัน เดือน ปีเกิด	8 พฤศจิกายน 2526
ประวัติการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา	โรงเรียนศรีวิชัยวิทยา จบ พ.ศ. 2545
ระดับปริญญาตรี	พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จบ พ.ศ. 2549
ระดับปริญญาโท	บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการประกอบการ คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยศิลปากร จบ พ.ศ. 2559
ประวัติการทำงาน	พยาบาลระดับปฏิบัติการ หอผู้ป่วย ตึก 84 ปี ชั้น 10 ตะวันออก โรงพยาบาลศิริราช

ประวัติผู้จัดทำคู่มือการพยาบาล

ชื่อ – สกุล	นางสาวพรณภา เพ็ชร้มาก
วัน เดือน ปีเกิด	18 มกราคม 2532
ประวัติการศึกษา	
ระดับมัธยมศึกษา	โรงเรียนหาดใหญ่วิทยาลัย จบ พ.ศ. 2551
ระดับปริญญาตรี	
	พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จบ พ.ศ. 2555
ประวัติการทำงาน	
	พยาบาลระดับปฏิบัติการ หอผู้ป่วย ตึก 84 ปี ชั้น 10 ตะวันออก โรงพยาบาลศิริราช

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วันดี โดสุขศรี
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. อาจารย์ นายแพทย์ ปองวุฒิ คำนวิชัยจิตร
สาขาวิชาเคมีบำบัด ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
3. นางสาว ชรัสนิกุล ยี่มบุญณะ
หัวหน้างานวิจัยและสารสนเทศการพยาบาล
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช