



บทความทางวิชาการ

**เรื่อง บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งตับหลังได้รับ
การรักษาโดยใช้เข็มให้ความร้อนด้วยคลื่นความถี่วิทยุ**

**Nurses' Role in Caring for Liver Cancer after Treatment by
Radiofrequency Ablation**

ของ

นางสาวสาธิตา สุขคุ้ม

สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล



วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

The Journal of Faculty of Nursing Burapha University

ปีที่ 29 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2564

ISSN 0858-4338

หน้า

บทความวิจัย

- ผลของการใช้รูปแบบการสอบทักษะทางคลินิกต่อการรับรู้สมรรถนะและทักษะทางคลินิกการพยาบาล
มารดาและการทักของนักศึกษาพยาบาล
The Effects of an Objective Structured Clinical Examination on Perceived Nursing Competencies
and Clinical Skills Among Maternal and Child Nursing Students
กรรณิกา เพ็ชรรัตน์ 1-12
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของทหารกองประจำการ จังหวัดชลบุรี
Factors Related to Health Literacy Among Military Conscripts in Chon-Buri Province
เสาวภา ดงหงษ์, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยวัฒน์, พรนภา หอมสินธุ์ 13-23
- ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ และพฤติกรรมสุขภาพ
ของสตรีตั้งครรภ์อายุมาก
Relationships between Personal Factors, Perceptions of Pregnancy Risk and Health Behaviors
Among Women of Advanced Maternal Age
ช่อทิพย์ ผลกุล, ศิริวรรณ แสงอินทร์ 24-35
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันอาการภูมิแพ้
ของเด็กวัยเรียนโรคภูมิแพ้
The Effect of Program Enhancing Self-Efficacy in Self-Care on Allergy Prevention Behaviors Among
School Age Children with Allergic Rhinitis
เกษราภรณ์ อ่อนทอง, บุญล ธีระรังสิกุล, ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์ 36-46
- ผลของโปรแกรมกิจกรรมศิลปะแบบกลุ่มต่อการเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ
ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ
Effects of Group Art Activity Program on Self-Esteem and Depression Among Older People
in a Social Welfare Development Center for Older People
ปัญจวัฒน์ จมลี, สหิตยา รัตนจรณะ, วารี กังใจ 47-58
- ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับสมาธิบำบัดต่ออาการหายใจลำบากความอึดตัว
ของออกซิเจนในเลือด และความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
The Effects of a Symptom Management Program Combined with SKT Meditation on Dyspnea,
Oxygen Saturation, and Anxiety Among Older People with Chronic Obstructive Pulmonary Disease
อรสา ปิ่นแก้ว, วารี กังใจ, สหิตยา รัตนจรณะ 59-70
- ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเครียดในการดำเนินชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม
กับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ
Relationships of Perceived Self-Efficacy, Lifestyle Stress, and Social Support to Health Behaviors
in Adults with Acute Coronary Syndrome Post Percutaneous Coronary Intervention
เอกพลพลเดช เดชแก้ว, นิภาวรรณ สามารถกิจ, เขมราดี มาสิงบุญ 71-80
- Promoting Parenting Process in Caring for Preterm Infants in the Neonatal Intensive Care Unit:
Student Nurse Experience
การส่งเสริมกระบวนการเลี้ยงดูบุตรของนิสิตพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ในหอผู้ป่วยวิกฤต
ทารกแรกเกิด: ประสบการณ์นักศึกษาพยาบาล
Thongsouy Sitanon, Jinjutha Chaisaena Dallus, Orawan Duangchai 81-94
- ผลของโปรแกรมติดตามอาการทางโทรศัพท์ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้มีปัญหาสุขภาพจิต
The Effects of a Telephone Intervention Program on Medical Adherence Among People with Mental Health Problems
พิมพ์เมตตาพรพรหมรัตน์, อารณีย์ ศรีชัย, วัลลภา วิจิตร, ดลฤฎา สิงห์แก้ว 95-104

บทความวิชาการ

- บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งตับหลังได้รับการรักษาโดยใช้เข็มให้ความร้อนด้วยคลื่นความถี่วิทยุ
Nurses' Role in Caring for Liver Cancer after Treatment by Radiofrequency Ablation
สาธิตา สุขคุ้ม 105-114

วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

THE JOURNAL OF FACULTY OF NURSING BURAPHA UNIVERSITY

ปีที่ 29 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2564 Vol. 29 No. 2 April - June 2021

ISSN 0858-4338

บรรณาธิการ	รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ที่ปรึกษาวารสารฯ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
กองบรรณาธิการ	รองศาสตราจารย์ ดร.บุจรี ไชยมงคล รองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ รองศาสตราจารย์ ดร.นิภาวรรณ สาธารณกิจ รองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เอ่งอุคมทรัพย์ รองศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ ประสภิกคิตคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ภัทราภรณ์ พุ่มปิ่นคำ รองศาสตราจารย์ ดร.พรรณพิไล ศรีอาภรณ์ รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช บุญยัง ศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร พุ่มดวง ศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต Professor Dr. Ed Rosenberg	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย Appalachian State University
ฝ่ายจัดการ	อาจารย์ ดร.สราวิณี หลักทอง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ฝ่ายจัดการและเลขานุการ	นายภิตติพิศ หุปยะ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
วัตถุประสงค์	1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ สาขาการพยาบาล และสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพอื่น ๆ 2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยสาขาต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพการพยาบาล 3. เพื่อประชาสัมพันธ์วิชาชีพการพยาบาล	
กำหนดเวลา	ปีละ 4 ฉบับ (ม.ค.-มี.ค., เม.ย.-มิ.ย., ก.ค.-ก.ย., ต.ค.-ธ.ค.)	
เจ้าของ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 169 ถนนท่าบกบางแสน ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131 ฝ่ายวารสารฯ: โทรศัพท์ 038-102822 โทรสาร 038-393476	

การส่งบทความต้นฉบับ / ติดต่อสมัครสมาชิก

E-mail : jnurse@nurse.buu.ac.th

Website: <https://www.fci-thaijo.org/index.php/Nubuu/about/submissions#authorGuidelines>

พิมพ์ที่

ศูนย์บริการพิมพ์

194/28 ซอยนิพัทธ์พล ต.เจดีย์จันทน์ ต.บางปลาสร้อย อ.เมือง จ.ชลบุรี

โทรศัพท์ 038-274991 โทรสาร 038-272732

วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

THE JOURNAL OF FACULTY OF NURSING BURAPHA UNIVERSITY

ปีที่ 29 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2564 Vo!. 29 No. 2 April - June 2021

สารบัญ

	หน้า
• ผลของการใช้รูปแบบการสอบทักษะทางคลินิกต่อการรับรู้สมรรถนะ และทักษะทางคลินิกการพยาบาลมารดาและทารก ของนักศึกษาพยาบาล	กรรณิกา เพ็ชรวิเศษ 1-12
• ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของทหารกองประจำการ จังหวัดชลบุรี	สาวภา ดงหงษ์ 13-23 รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ พรนภา หอมสินธุ์
• ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะเสี่ยง ของการตั้งครรภ์ และพฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์อายุมาก	ช่อทิพย์ ผลฤกษ์ 24-35 ศิริวรรณ แสงอินทร์
• ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ต่อพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ของเด็กวัยเรียน โรคจมูกอักเสบภูมิแพ้	เกษราภรณ์ อ่อนทอง 36-46 นฤมล วีระรังสิกุล ศิริยุพา สนั่น รื่องศักดิ์
• ผลของโปรแกรมกิจกรรมศิลปะแบบกลุ่มต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม ผู้สูงอายุ	ปัญจวัฒน์ จุมลี 47-58 สหทัยา รัตนจรรยา
• ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมจับสมาธิบำบัดต่ออาการ หายใจลำบาก ความอึดอัดของอกซี่ในเลือด และความวิตกกังวล ของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	วารี จังใจ 59-70 อรสา ปิ่นแก้ว วารี กังใจ
• ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเครียด ในการดำเนินชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพ ในผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการขยาย หลอดเลือดหัวใจ	สหทัยา รัตนจรรยา 71-80 เอกพลผลเดช เดชแก้ว นิภาวรรณ สามารถกิจ
• Promoting Parenting Process in Caring for Preterm Infants in the Neonatal Intensive Care Unit: Student Nurse Experience	Thongsouy Sitanon 81-94 Jinjutha Chaisaena Dallus Orawan Duangchai
• ผลของโปรแกรมติดตามอาการทางโทรศัพท์ต่อความสม่ำเสมอ ในการรับประทานยาของผู้มีปัญหาสุขภาพจิต	พิมพ์มาดา พชรปรกรณ์ศิลป์ 95-104 อาภรณ์ ศรีชัย วัลลภา วิจิตร
• บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งตับหลังได้รับการรักษา โดยใช้เข็มให้ความร้อนด้วยคลื่นความถี่วิทยุ	ดลลญา สิงห์แก้ว 105-114 สาธิตา สุขคุ้ม

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระดับหลังได้รับการรักษา โดยใช้เข็มให้ความร้อนด้วยคลื่นความถี่วิทยุ

สาธิตา สุขคุ้ม, พย.ม.^{1*}

บทคัดย่อ

มะเร็งตับเป็นโรคมะเร็งที่พบได้บ่อยทั่วโลก ข้อมูลประเทศไทยจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งตับเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งเต้านม ส่วนใหญ่พบในวัยกลางคน ปัจจุบันมีแนวทางการรักษาอย่างหลากหลายโดยแนวทางส่วนใหญ่จะแยกเป็นกลุ่มที่สามารถผ่าตัดได้และไม่สามารถผ่าตัดได้ ดังนั้นการรักษาด้วยโดยใช้เข็มให้ความร้อนพิเศษด้วยคลื่นวิทยุ โดยสอดเข็มผ่านทางผิวหนังเข้าไปยังก้อนมะเร็งในตับและให้ความร้อนผ่านเข็มเข้าไปทำลายเนื้อเยื่อมะเร็งเป็นการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพเทียบเคียงการผ่าตัด ซึ่งบทความวิชาการนี้จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งตับหลังได้รับการรักษาโดยใช้เข็มให้ความร้อนด้วยคลื่นความถี่วิทยุ สถานการณ์โรคมะเร็งตับ ปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งตับ ลักษณะทางคลินิก ระยะของโรคมะเร็งตับ การวินิจฉัย การรักษาโรคมะเร็งตับ การรักษาโรคมะเร็งตับโดยใช้เข็มให้ความร้อนด้วยคลื่นวิทยุ ข้อบ่งชี้ในการรักษาโรคมะเร็งตับโดยวิธี RFA ข้อห้ามหรือข้อจำกัดในการรักษา และบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาโดยใช้เข็มให้ความร้อนด้วยคลื่นความถี่วิทยุแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตั้งแต่ก่อนการรักษา หลังการรักษา และเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: โรคมะเร็งตับ การรักษาโดยใช้เข็มให้ความร้อนด้วยคลื่นความถี่วิทยุ บทบาทการพยาบาล

¹ พยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช

* ผู้เขียนหลัก e-mail: sati_yaghi@gmail.com

Nurses' Role in Caring for Liver Cancer after Treatment by Radiofrequency Ablation

Satiya Sukkum, M.N.S.^{1*}

Abstract

Hepatocellular carcinoma is a type of cancer frequently found worldwide. Data in Thailand from the National Cancer Institute in 2017 showed the number of patients with liver cancer to be the second highest, following breast cancer. Liver cancer is mostly found in middle-aged patients. Currently, liver cancer is treated using various guidelines, most of which divided patients into groups that can be operated on and that cannot be operated on. Radiotherapy with radiofrequency ablation inserts a probe (needle) through the skin into malignant liver tumors. The needle delivers heat to damage and eradicate cancer tissues. It thus plays a role in standard patient care and yields effectiveness close to that obtained via surgery. The objective of this article is to provide knowledge about nursing care for patients with liver cancer after radiofrequency ablation. This article describes the liver cancer situation, liver cancer risk factors, clinical characteristics, stage of liver cancer, diagnosis, liver cancer treatment, radiofrequency ablation treatment, criteria for radiofrequency ablation treatment, restrictions or limitations in treatment, and nurses' roles in holistic care for liver cancer patients having radiofrequency ablation, including consideration of physical, psychological, emotional and social aspects before and after treatment to help keep patients safe and to improve patients' quality of life.

Key words: Liver cancer, radiofrequency ablation, nurses' role

¹ Registered Nurse, Surgical and Orthopedic division, Siriraj Hospital

* Corresponding author e-mail: sati_ya@hotmail.com

บทนำ

มะเร็งตับ (Hepatocellular carcinoma: HCC) เป็นโรคมะเร็งที่พบได้บ่อยทั่วโลก สถิติการวิจัยมะเร็งนานาชาติ ซึ่งเป็นหน่วยงานเฉพาะด้านมะเร็งขององค์การอนามัยโลก รายงานว่า ปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยรายใหม่โรคมะเร็งตับมีจำนวน 905,677 คน ซึ่งเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับที่ 6 ของทั่วโลก โดยพบจำนวนผู้ป่วยใหม่ในผู้ชายร้อยละ 14.1 สูงเป็นอันดับ 5 ของมะเร็งทุกชนิด และพบในเพศหญิงร้อยละ 5.2 มากเป็นอันดับ 7 ของมะเร็งทุกชนิด และผู้ป่วยมะเร็งตับทั่วโลกมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 830,180 คน (International Agency for Research on Cancer, 2020) ข้อมูลประเทศไทยจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยเพศชายเป็นโรคมะเร็งตับสูงเป็นอันดับ 1 ของมะเร็งทุกชนิด สำหรับผู้ป่วยเพศหญิงพบเป็นโรคมะเร็งตับเป็นอันดับ 7 ของมะเร็งทั้งหมด ส่วนใหญ่พบในช่วงอายุระหว่าง 40-75 ปี (National Cancer Institute, 2019) ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2560 พบว่า มะเร็งตับเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและเจ็บป่วยเรื้อรังจนเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสูงเป็นอันดับ 1 (Fongchan, Vorapongsesthor, Bhavabudananda, & Chooratna, 2019) ในเพศชายมะเร็งตับเป็นมะเร็งที่มีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับ 1 และอันดับที่ 6 ในเพศหญิง ข้อมูลจากสถาบันการวิจัยมะเร็งนานาชาติ พ.ศ. 2563 พบว่าผู้ป่วยมะเร็งตับในประเทศไทยมีอัตราตายสูงถึงร้อยละ 21.9 (International Agency for Research on Cancer, 2020) แสดงให้เห็นว่ามะเร็งตับเป็นโรคที่คุกคามร้ายแรงของผู้ป่วยในปัจจุบัน

โรคมะเร็งตับเป็นโรคที่มีการเกิดลักษณะพยาธิสภาพของการแบ่งเซลล์มะเร็งที่ค่อนข้างรวดเร็ว ปัจจัยเสี่ยงของโรคประกอบด้วยปัจจัยหลายประการ เช่น การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีหรือซี เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โรคไขมันพอกตับ โรคไขมันพอกตับเป็นต้น (National Cancer Institute, 2019) การรักษามะเร็งตับจึงขึ้นอยู่กับระยะของโรค สมรรถภาพของตับ และสมรรถภาพของร่างกายผู้ป่วย ปัจจุบันมีแนวทางในการรักษาหลายรูปแบบ โดยแนวทางส่วนใหญ่จะแยกเป็นกลุ่มที่สามารถผ่าตัดได้และไม่สามารถผ่าตัดได้ ซึ่งมีทั้งแนวทางการรักษาของรังสีร่วมรักษา เคมีบำบัด หรือประคับประคองตามระยะของโรค การรักษา

โรคมะเร็งตับโดยใช้เข็มให้ความร้อนด้วยคลื่นความถี่วิทยุ (Radiofrequency ablation: RFA) ซึ่งเป็นอีกหนึ่งแนวทางในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งตับระยะแรกที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ หรือใช้ร่วมกับการรักษาอย่างอื่นเพื่อประคับประคองตัวโรค เป็นการสอดแทรกเทคนิคพิเศษผ่านผิวหนังเข้าไปในตัวก้อนเพื่อให้ความร้อนและทำลายเซลล์มะเร็งจากความร้อนที่ปล่อยขึ้น (Lee et al., 2014) ซึ่งต้องอาศัยศัลยแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในการรักษา รวมถึงพยาบาลที่ ต้องมีความรู้และความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยภายหลังการรักษาอย่างเป็นองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยและเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด

ปัจจุบันบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับหลังได้รับการรักษาโดยใช้เข็มให้ความร้อนด้วยคลื่นวิทยุยังไม่ครอบคลุม พยาบาลยังขาดความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งตับ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับหลังได้รับการรักษาโดยใช้เข็มให้ความร้อนด้วยคลื่นวิทยุ บทความฉบับนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งตับได้แก่ ปัจจัยเสี่ยง ลักษณะทางคลินิก ระยะของโรค การวินิจฉัย การรักษาโดยวิธีใช้เข็มให้ความร้อนด้วยคลื่นวิทยุ และบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งตับหลังได้รับการรักษาโดยใช้เข็มให้ความร้อนด้วยคลื่นความถี่วิทยุ ตั้งแต่ก่อนรักษา หลังรักษา และเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งตับให้เป็นแนวทางในการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับต่อไป

ปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งตับ

ปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งตับอาจเกิดจากความสัมพันธ์จากภาวะดังต่อไปนี้

1. แอลกอฮอล์ ทำให้เกิดความผิดปกติของการใช้โปรตีน ไขมัน และคาร์โบไฮเดรตในตับ ทำให้เกิดพยาธิสภาพของตับและเกิดโรคมะเร็งตับในที่สุด พบว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งตับสูงถึง 1.5 - 3.6 เท่า (Ratna & Mandrekar, 2017) และหากดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 80 กรัม ติดต่อกันในระยะเวลามากกว่า 5 ปี มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงขึ้น 8-12 เท่า (Yongmanitchai, 2014)

2. บุหรี่ อาจเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับ การส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เป็นทางเลือกที่ดีในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับ นอกจากนี้ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ยังช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับอีกด้วย (Mansoori & Jain, 2015)

3. การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และไวรัสตับอักเสบดี จากการศึกษาค้นคว้าผู้ที่เป็นพาหะของไวรัสตับอักเสบบีมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดมะเร็งตับมากกว่าคนปกติถึง 223 เท่า ซึ่งสาเหตุการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเกิดจากการถ่ายทอดระหว่างมารดาและทารกแรกเกิด การมีเพศสัมพันธ์กับคู่ติดเชื้ และจากการศึกษาพบว่าการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับมากกว่าคนปกติถึง 52 เท่า (Fujiwara, Friedman, Goossens, & Hoshida, 2018)

4. โรคไขมันพอกตับ (Non-alcohol fatty liver disease) เกิดจากความผิดปกติของกระบวนการเมตาบอลิซึมที่มีไขมัน โดยเฉพาะไตรกลีเซอไรด์สะสมอยู่ในเซลล์ตับ ซึ่งนำไปสู่การอักเสบของตับ ส่งผลให้เกิดภาวะตับแข็งและลุกลามไปสู่โรคตับแข็ง (Sangdit, 2015)

5. โรคตับแข็ง (Liver cirrhosis) เป็นโรคที่เกิดจากการอักเสบและการตายของเซลล์ตับจำนวนมากจนเกิดพังคืดในเนื้อตับ ทำให้ผู้ป่วยโรคตับแข็งมีโอกาสเป็นโรคตับแข็งถึงร้อยละ 80-90 (Chaitrakit, 2018)

6. สารไนโตรซามีน ซึ่งพบได้ในอาหารหลายชนิด เช่น ไส้กรอก กุนเชียง ปลาเค็ม ปลาร้า กุ้งแห้ง เป็นต้น สามารถพบได้ในส่วนประกอบสารเคมีบางชนิด เช่น ตีนประสีว เป็นต้น เป็นสารก่อมะเร็งและก่อมะเร็งอาหาร ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับและยังพบในยาฆ่าแมลงซึ่งตกค้างในผักและผลไม้ เช่น กะหล่ำดอก กะหล่ำปลี เป็นต้น (Fongchan et al., 2019)

7. สารอะฟลาท็อกซิน เป็นสารเคมีที่ได้มาจากเชื้อรา *Aspergillus flavus* และ *Aspergillus parasiticus* ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งที่สำคัญ ได้แก่ อะฟลาท็อกซิน บี 1 บี 2 บี 1 และบี 2 พบในอาหารบางชนิด เช่น ถั่วลิสง ถั่วเหลือง ข้าวโพด พริก หอม กระเทียม เต้าเจี้ยว เป็นต้น ซึ่งสารอะฟลาท็อกซินเชื่อว่าเป็นปัจจัยเสริมของการเกิดโรคตับแข็ง (Watanakit, Adulpatcharaporn, &

Petchkongkaew, 2014)

8. สาเหตุอื่น ๆ เช่น การได้รับสารไวนิลคลอไรด์ มอนอเมอร์ (Vinyl chloride monomer) ซึ่งเป็นสารพิษในบรรจุภัณฑ์ที่ผลิตจากพลาสติก การได้รับสารหนู (Arsenic) และการใช้ยาฮอร์โมนเพศหญิง ยาคุมกำเนิด การสะสมธาตุเหล็กในร่างกายเกิน (Hemochromatosis) การลดลงของการขาดอัลฟา-1 (Alpha-1-Antitrypsin Deficiency Emphysema) โรคไทโรซิเนเมียชนิดที่ 1 (Tyrosinemia type 1) เป็นโรคที่เกี่ยวกับความผิดปกติของระบบเมตาบอลิซึมเป็นต้น โรคท่อน้ำดีในตับอักเสบและอุดตัน (Primary biliary cholangitis) โรคตับอักเสบบีชนิด autoimmune (Fongchan et al., 2019)

ลักษณะทางคลินิก

อาการส่วนใหญ่เป็นไปอย่างช้า ๆ ซึ่งในระยะแรกมักไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย ไม่ชัดเจน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมาพบแพทย์ในระยะที่มีอาการมากแล้ว โดยอาการที่พบมีดังนี้ (Sangdit, 2015)

1. อาการปวดท้อง มักเป็นอาการนำที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ระดับความปวดมีตั้งแต่ปวดเพียงเล็กน้อย บวมจุกแน่นท้อง หรือจุกเสียดแน่นท้องจนถึงปวดรุนแรง ตำแหน่งปวดจะอยู่ใต้ชายโครงขวาหรือลิ้นปี่ อาจมีปวดร้าวไปบริเวณหัวไหล่ได้ อาการเป็นมาเรื่อยๆ ตามการขยายตัวของก้อนมะเร็งหรือเปลี่ยนแปลง

2. ก้อนบริเวณใต้ชายโครงหรือบริเวณสะดือ การตรวจร่างกายจะคลำพบก้อนบวมและโตขึ้นเรื่อยๆ บางครั้งมีการกดเจ็บ

3. อาการไข้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีไข้ต่ำ ๆ แต่บางรายอาจมีไข้สูง 39-40 องศาเซลเซียส ลักษณะของไข้เป็นได้ทั้งแบบต่อเนื่องและเป็นๆ หายๆ

4. ภาวะตับวาย (Hepatocellular failure) ได้แก่ อาการตัวเหลือง ท้องมาน ภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension) อาจมีอาการอาเจียนเป็นเลือด อาการสมองเสื่อมเนื่องจากตับไม่ทำงาน (Hepatic encephalopathy) อาการมากขึ้นเรื่อยๆ อยู่ในระยะของโรคและมีภาวะตับแข็งร่วมด้วย

5. ความผิดปกติของระบบโลหิต (Hematologic change) พบได้หลายรูปแบบได้แก่ การเกิดจากผลของ

ภาวะสับวาย จากภาวะที่มีตับแข็งร่วมด้วย เช่น อาการซีด เลือดออกง่าย จ้ำเลือดตามร่างกาย เลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดาไหล เป็นต้น

6. อาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด ผอมลง เบื่ออาหาร ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติ

ระยะของโรคมะเร็งตับ

สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย ได้กำหนดเกณฑ์ การแบ่งระยะโรคตามระบบ Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) โดยพิจารณาจากจำนวน ขนาด และการลุกลามของก้อนมะเร็ง เป็นเกณฑ์แบ่งระยะโรคของผู้ป่วย 5 ระยะ ดังนี้ (Thai Association for the Study of the Liver, 2019)

1. ระยะ Very early คือ จำนวนก้อนมะเร็งตับมี เพียงก้อนเดียว ขนาดเล็กกว่า 2 ซม. โดยไม่มีเนื้องอกถูกลำ เข้าหลอดเลือดใหญ่ในตับ ผู้ป่วยระยะนี้มีสภาพร่างกายดี จากการประเมินตามเกณฑ์ Eastern Co-operation Oncology Group (ECOG) ระดับ 0 และสมรรถภาพตับดี จากการประเมินด้วย Child-Pugh score 5-6

2. ระยะ Early คือ จำนวนก้อนมะเร็งตับมีเพียง ก้อนเดียว ก้อนมีขนาดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ซม. หรือ 3 ก้อนและก้อนที่ใหญ่ที่สุดมีขนาดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ซม. ไม่มีการลุกลามเข้าเส้นเลือด ไม่มีการกระจายนอกตับ ตับมีสมรรถภาพในการทำงานดี Child-Pugh score 5-6 สภาพร่างกายประเมินตามเกณฑ์ ECOG ระดับ 0 สามารถ ช่วยเหลือตัวเองได้หรือพักระหว่างวันน้อยกว่าร้อยละ 50

3. ระยะ Intermediate คือ จำนวนก้อนมะเร็งตับ มีเพียงก้อนเดียว ขนาดใหญ่กว่า 5 ซม. หรือมีมากกว่า 3 ก้อนหรือขนาดใหญ่ที่สุดมากกว่า 3 ซม. ไม่มีการลุกลาม เข้าหลอดเลือดดำขนาดใหญ่หรือการกระจายนอกตับ ตับ มีสมรรถภาพในการทำงานดี Child-Pugh score 5-8 สภาพร่างกายประเมินตามเกณฑ์ ECOG ระดับ 0-2 ช่วยเหลือตัวเองได้หรือพักระหว่างวันน้อยกว่าร้อยละ 50

4. ระยะ Advanced คือ ไม่จำกัดจำนวนก้อน หรือขนาดของมะเร็งตับ มีการลุกลามเข้าหลอดเลือดดำ ขนาดใหญ่ มีการกระจายไปนอกตับ ตับมีสมรรถภาพ ในการทำงานดี Child-Pugh score 5-7 สภาพร่างกาย ประเมินตามเกณฑ์ ECOG ระดับ 0-2 สามารถช่วยเหลือ

ตัวเองได้หรือพักระหว่างวันน้อยกว่าร้อยละ 50

5. ระยะ Terminal คือ ไม่จำกัดจำนวนก้อน หรือขนาดของมะเร็งตับ มีการลุกลามเข้าหลอดเลือดดำ ขนาดใหญ่ มีการกระจายไปนอกตับ ตับมีสมรรถภาพ การทำงาน Child-Pugh score 9-15 และไม่สามารถรับ การเปลี่ยนตับได้ สภาพร่างกายประเมินตามเกณฑ์ ECOG ระดับ 3-4 ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือต้องพัก ระหว่างวันมากกว่าร้อยละ 50

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคมะเร็งตับประกอบด้วย (National Cancer Institute, 2016)

1. การซักประวัติอาการของผู้ป่วย ตามลักษณะ ที่ได้กล่าวข้างต้น
2. การตรวจเลือดเพื่อหาค่าการทำงานของตับ ไวรัสตับอักเสบบี ตัวบ่งชี้มะเร็ง (Tumor marker) ได้แก่ แอลฟาฟีโตโปรตีน (Alpha fetoprotein) ค่าปกติเท่ากับ 10-20 ng/ml และค่าที่ใช้วินิจฉัยมะเร็งตับถ้ามากกว่า 20 ng/ml
3. การตรวจหาตำแหน่งและขนาดของก้อน โดย การตรวจทางรังสีมีหลายวิธีได้แก่ การตรวจอัลตราซาวด์ (Ultrasonography) การตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์ คอมพิวเตอร์ความเร็วสูง (Computer tomography) การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging) การตรวจวินิจฉัยหลอดเลือด (angiography) และการตรวจทางเวชศาสตร์นิวเคลียร์ (Positron emission tomography scan หรือ PET scan)

การรักษาโรคมะเร็งตับ

การรักษาโรคมะเร็งตับปัจจุบันมีแนวทางการรักษา ที่หลากหลาย แนวทางการรักษาโรคมะเร็งตับขึ้นอยู่กับ ระยะของโรค ซึ่งสมาคมโรคตับแห่งประเทศไทยแบ่งระยะ ตามระบบ Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) และ ดำเนินถึงปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ ลักษณะของมะเร็งตับ สมรรถภาพของตับ และสภาพของร่างกายผู้ป่วย แนวทาง การรักษาโรคมะเร็งตับแบ่งตามระยะโรคมีดังนี้ (Thai Association for the Study of the Liver, 2019)

1. การใช้เคมีให้ความร้อนด้วยคลื่นความถี่วิทยุ

(Radiofrequency ablation) เป็นการรักษาที่เหมาะสมสำหรับมะเร็งตับระยะ Very early ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่รอดนานมากกว่า 5 ปีภายหลังการรักษาร้อยละ 80-90 และผู้ป่วยมีชีวิตอยู่รอดนานมากกว่า 5 ปี ภายหลังการรักษาร้อยละ 70

2. การผ่าตัดก้อนเนื้อออกตับออก เหมาะสำหรับผู้ที่มีมะเร็งตับระยะ Early เป็นวิธีที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งตับที่เหมาะสม ไม่มีลักษณะทางคลินิกเช่น ความดันในหลอดเลือดตับสูงผิดปกติ (Portal hypertension) มีการไล่ระดับความดันต่อหลอดเลือดดำตับ (Hepatic venous pressure gradient) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 มม.ปรอท ระดับอัลบูมินในเลือด เป็นต้น และการรักษาด้วยวิธีการทำลายก้อนมะเร็งตับเฉพาะที่ (Local ablation) พบว่าการรักษาด้วยวิธีดังกล่าวในระยะนี้ ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่รอด 5 ปี ภายหลังการรักษาร้อยละ 50-70 นอกจากนี้ยังมีการประเมินผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่เรียกว่า Milan criteria ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีเนื้อก้อนเนื้อเดี่ยวขนาดเล็กกว่า 5 ซม. หรือเนื้อก้อนขนาดเล็กกว่า 3 ซม. จำนวนไม่เกิน 3 ก้อน เพื่อพิจารณารักษามะเร็งตับและโรคตับพื้นฐานด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนตับ

3. การรักษาด้วยวิธีเคมีบำบัด เพื่อทำลายก้อนมะเร็งที่ตับด้วยการให้ยาเคมีเฉพาะจุด (Trans arterial chemoembolization) เหมาะสำหรับผู้ที่มีมะเร็งตับระยะ Intermediate ทำให้ผู้ป่วยมีอยู่รอดได้นานเฉลี่ย 40 เดือนสำหรับผู้ป่วยบางรายที่มีเนื้อก้อนในตับขนาดใหญ่กว่า 5 ซม. แต่ยังไม่มีการเข้าหลอดเลือดใหญ่ในตับหรือแพร่กระจายไปยังระยะอื่น สามารถรับการรักษาด้วยการผ่าตัดได้

4. การฉายรังสี ปัจจุบันมีการพัฒนาเทคนิคการฉายรังสีภายนอกแบบ 3 มิติเพื่อใช้ในการรักษาโรคมะเร็งตับโดยใช้รังสีวิทยายังเดี่ยวหรือร่วมกับการทำ arterial chemotherapy จากการศึกษาพบว่าสามารถให้ปริมาณรังสีที่ตับขนาดสูงโดยจำกัดเนื้อที่ของตับปกติที่จะได้รับรังสีให้น้อยลง ส่งผลให้การรักษามีขึ้นร่วมกับมีผลข้างเคียงน้อยลง

การรักษามะเร็งตับโดยใช้เข็มให้ความร้อนด้วยคลื่นความถี่วิทยุ

การทำลายเนื้อเยื่อมะเร็งโดยใช้เข็มให้ความร้อนด้วยคลื่นความถี่วิทยุ (Radiofrequency ablation: RFA) เป็นการสอดเข็มผ่านทางผิวหนังเข้าไปยังก้อนมะเร็งในตับ และให้ความร้อนผ่านเข็มเข้าไปทำลายเนื้อเยื่อมะเร็ง เพื่อให้มะเร็งตาย การรักษาด้วยวิธีรังสีร่วมรักษาเข้ามาเป็นบทบาทในการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพเทียบเคียงการผ่าตัด เนื่องจากการรักษาด้วยวิธี RFA ถือเป็นมาตรฐานของการรักษามะเร็งตับในระยะแรก จากการศึกษาพบว่าการรักษาด้วย RFA ช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตในระยะ 1, 3, และ 5 ปี เป็นร้อยละ 94.4%, 84.1% และ 67.9% ตามลำดับ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนไม่เกินร้อยละ 3.1 (Lee et al., 2014)

ข้อบ่งชี้ในการรักษาผู้ป่วยโดยวิธี RFA

ข้อบ่งชี้ในการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งตับโดยใช้เข็มให้ความร้อนด้วยคลื่นความถี่วิทยุประกอบด้วย (Meekaw, 2018)

1. ก้อนมะเร็งตับมีขนาดไม่เกิน 5 ซม. และก้อนมะเร็งตับไม่เกิน 3 ตำแหน่ง ซึ่งขนาดแต่ละก้อนต้องไม่เกิน 3 ซม. ถ้าขนาดก้อนมะเร็งตับมีขนาดใหญ่มากกว่านี้ อาจต้องมีการพิจารณาการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ ร่วมด้วย
2. ตำแหน่งก้อนมะเร็งอยู่ลึกกว่าผิวตับ 1 ซม. และห่างจากเส้นเลือดใหญ่ 2 ซม. เช่น หลอดเลือดดำพอร์ทัล (Hepatic portal vein) เป็นต้น
3. ใช้สำหรับการรักษาก้อนมะเร็งตับในระยะต้น ปฐมภูมิ และมะเร็งที่แพร่กระจายมาที่ตับ
4. สามารถนำมาเพื่อใช้ในการบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งตับที่มีก้อนขนาดใหญ่
5. ใช้ในการลดขนาดก้อนมะเร็งตับให้เล็กลงเพื่อทำการผ่าตัดได้ง่ายขึ้น

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาโดยใช้เข็มให้ความร้อนด้วยคลื่นความถี่วิทยุ

การรักษาโดยใช้เข็มให้ความร้อนด้วยคลื่นความถี่วิทยุ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งมักเกิด

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา ขั้นตอนการผ่าตัด และ ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากการรักษา รวมทั้งการพักฟื้น หลังการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวไม่ทราบว่ ควรปฏิบัติอย่างไร และการรักษานี้มีความปลอดภัย หรือมีความเสี่ยงต่อชีวิตเพียงใด ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาท สำคัญในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตั้งแต่ ก่อนรักษา หลังรักษา และเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

การพยาบาลผู้ป่วยก่อนรักษา

การดูแลผู้ป่วยก่อนรักษาเป็นการเตรียมความพร้อม ของผู้ป่วยทั้งในด้านร่างกาย และจิตใจ เพื่อลดความวิตก กังวลในการรักษา และลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในขณะตรวจและหลังตรวจ ซึ่งพยาบาลควรมีการเตรียม ผู้ป่วยดังต่อไปนี้

1. การเตรียมผู้ป่วยด้านจิตใจ

พยาบาลควรประเมินสภาวะทางจิตใจของ ผู้ป่วยตั้งแต่แรกพบไว้ในการดูแลรักษา โดยเฉพาะความกลัว และความวิตกกังวล ซึ่งพบเป็นส่วนใหญ่ในผู้ป่วยที่ได้รับ RFA พยาบาลประเมินความกลัวและความวิตกกังวลจาก การพูดคุย สอบถามกับผู้ป่วยและญาติ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ความรู้เรื่องโรคและแผนการรักษา เช่น การให้ข้อมูล เกี่ยวกับวิธีการรักษาด้วยวิธี RFA ประโยชน์ที่ได้รับจาก การรักษา ความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการ รักษา การเตรียมตัวก่อนรักษา การประเมินความปวดและ จัดการความปวดระหว่างการรักษา เป็นต้น ให้คำแนะนำ เกี่ยวกับวิธีผ่อนคลายต่าง ๆ เช่น การอ่านหนังสือ การฟัง เพลง เป็นต้น เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล รักษาผู้ป่วย ให้กำลังใจโดยการให้คำพูดสุภาพและ การสัมผัสที่นุ่มนวล

2. การเตรียมผู้ป่วยด้านร่างกาย

ผู้ป่วยในแต่ละรายจะได้รับการประเมินและ เตรียมทางด้านร่างกายอย่างละเอียด ประกอบด้วย

2.1 รวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติเพื่อให้ ได้เรื่องราวความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ข้อมูลประกอบด้วย รายละเอียดทั่วไป อาการสำคัญ ประวัติความเจ็บป่วย ปัจจุบันและอดีต สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี RFA ควรซักประวัติโรคประจำตัวเพิ่มเติมเกี่ยวกับ โรคกลุ่มเสี่ยงของภาวะหลอดเลือดหัวใจอุดตันเช่น โรค

กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease) เป็นต้น โรคกลุ่มเสี่ยงของภาวะหลอดเลือดสมองอุดตัน เช่น โรคหลอดเลือดสมองตีบ (Stroke) เป็นต้น ซึ่งเป็น กลุ่มโรคที่ต้องได้รับการเฝ้าระวังของเลือดและขาด้าน เกล็ดเลือด พยาบาลควรซักถามเกี่ยวกับการหยุดยาตามคำ แนะนำของแพทย์ก่อนการรักษา และแจ้งแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อกำหนดในการเตรียมผู้ป่วยการรักษาด้วยวิธี RFA (Ooherty et al., 2017) นอกจากนี้พยาบาลซักถามประวัติ เกี่ยวกับการแพ้ยาและแพ้อาหารทะเลก่อนได้รับการรักษา

2.2 การเตรียมร่างกายโดยทั่วไป ผู้ป่วยจะ ได้รับการประเมินสุขภาพทางด้านร่างกาย เพื่อดำเนินการ แก้ไขปัญหาการก่อนรักษา โดยผู้ป่วยจะได้รับการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการเช่น LFT, BUN, Cr, Electrolyte, Coagulogram, Platelet count, AFP, Chest X-ray, ECG เป็นต้น หากผลการตรวจพบว่ามีปัญหาทางร่างกาย ที่ส่งผลกระทบต่อการรักษา พยาบาลควรแจ้งแพทย์ เจ้าของไข้เพื่อแก้ไขให้อาการเหล่านั้นดีขึ้น เหมาะสม สำหรับการรับการรักษาอย่างปลอดภัย

2.3 ดูแลให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนก่อน ตรวจ ได้แก่ ทานยาและอาหาร 6-8 ชั่วโมง การทำความสะอาด ร่างกายและช่องปากโดยทั่วไป แนะนำวิธีการประเมิน อาการปวดและการบรรเทาความปวด

2.4 การเตรียมร่างกายเฉพาะที่ได้แก่บริเวณ หน้าท้อง โดยเฉพาะตำแหน่งชายโครงด้านขวา ซึ่งเป็น ตำแหน่งที่แพทย์จะแทงเข็ม เนื่องจากเชื้อจุลินทรีย์ มีจำนวนมากบริเวณผิวหนัง จึงต้องเตรียมทำความสะอาด ผิวหนัง ทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค เช่น 2% chlorhexidine in alcohol 70%

การพยาบาลผู้ป่วยหลังรักษา

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคระยะเริ่มต้นโดยให้เข็มให้ความร้อน ด้วยคลื่นความถี่วิทยุ (Radiofrequency Ablation; RFA) จะมีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อ รวมทั้งได้รับความเจ็บปวด เช่นเดียวกับการผ่าตัดโดยทั่วไปแต่อาจน้อยกว่า การดูแล ผู้ป่วยภายหลังการรักษาประกอบด้วย (Cheng, et al., 2016)

1. การดูแลผู้ป่วยโรคระยะเริ่มต้นหลังได้รับการรักษา โดยให้เข็มให้ความร้อนด้วยคลื่นความถี่วิทยุ ภายใน 24 ชั่วโมง ต้องมีการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อให้การช่วยเหลือหรือ

แก้ไขอันตรายที่อาจเกิดขึ้น โดยกิจกรรมการพยาบาล ประกอบด้วย

1.1 การบันทึกสัญญาณชีพ โดยประเมิน อุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง และการประเมินชีพจร อัตรา การหายใจ ความดันโลหิต ทุก 30 นาที 2 ครั้ง, ทุก 1 ชั่วโมง 4 ครั้ง, และทุก 2 ชั่วโมงจนสัญญาณชีพคงที่

1.2 เมื่อระงับภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังที่ได้รับการรักษา โดยใช้วิธีเข็มให้ควมรื้อฟื้นด้วยคลื่นความถี่วิทยุ สามารถพบ ภาวะแทรกซ้อนได้ประมาณร้อยละ 9.8-12 ส่วนมากมัก พบภาวะแทรกซ้อนที่ไม่รุนแรงและเกิดขึ้นภายใน 1-2 วัน แรก เช่น ปวดแผล ใช้เท้า ๆ หลังทำ หรือมีการตกเลือดเพียง เล็กน้อย เป็นต้น และสามารถพบภาวะแทรกซ้อนที่มี ความรุนแรงได้ถึงร้อยละ 4 เช่น ท่อทางเดินปัสสาวะอุดตัน การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อในช่องท้อง ภาวะ เลือดออกในช่องท้อง เป็นต้น (Ding et al., 2013) พยาบาล จึงมีบทบาทในการประเมินอาการและสังเกตภาวะ แทรกซ้อนของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และรายงานแพทย์เมื่อ พบอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติ

1.3 ดูแลให้ได้รับสารน้ำ หรือยาครบตาม แผนการรักษา

1.4 จัดบรรยากาศสิ่งแวดล้อมน้ำที่เข้าและขับออก จากร่างกาย

1.5 ดูแลความสุขสบายของร่างกายโดยทั่วไป ให้แก่ อาการข้างเคียงจากการได้รับการระงับความรู้สึก ขณะผ่าตัด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น และระมัดระวัง อุบัติเหตุตกเตียงที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับยาระงับ ความรู้สึก โดยยกขาข้างเดียวทั้งสองข้างช่วยเหลือกิจกรรม และตรวจเช็กผู้ป่วยทุก 1 ชั่วโมง

1.6 สังเกตอาการปวดหลังปวดขาขยใดระและ ให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการปวด ดังนี้

1.6.1 ติดตามสอบถามอาการปวดแผลผ่าตัด ทุก 4 ชั่วโมง อธิบายให้ทราบถึงสาเหตุของการเจ็บปวด แนะนำการเบี่ยงเบนความสนใจโดยใช้เทคนิคต่าง ๆ เช่น ฟังเพลง นอนพัก่อน เป็นต้น

1.6.2 บริหารยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ตามระดับความรุนแรงของอาการปวดตามหลักขั้นบันได 3 ขั้น ขององค์การอนามัยโลก ดังนี้ (Anekar & Cascella,

2020)

ขั้นที่ 1 มีอาการปวดเล็กน้อย แนะนำ ให้ใช้ยาในกลุ่ม Non-opioid analgesics เช่น Acetaminophen (Paracetamol) เป็นต้น

ขั้นที่ 2 มีอาการปวดปานกลาง แนะนำ ให้ใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ฤทธิ์อ่อน (Weak opioids) เช่น Codeine, Tramadol เป็นต้น

ขั้นที่ 3 มีอาการปวดมาก แนะนำให้ใช้ยา ระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ฤทธิ์แรง (Strong opioids) เช่น Morphine, Fentanyl เป็นต้น หลังการให้ยาชนิดฉีดเข้า หลอดเลือดดำพยาบาลติดตามอาการหลังการให้ยาผู้ป่วย ตลอดระยะเวลาที่ให้ยา ได้แก่ การหายใจ ระดับความดัน โลหิต ชีพจร ความรู้สึกตัว ระดับความเจ็บปวด ขนาด ม่านตา ค่าออกซิเจนในเลือด (O_2 saturation) และเฝ้า ระวังอาการไม่พึงประสงค์ เช่น ง่วงซึม ม่านตาหดเกร็งกระตุก คลื่นไส้/อาเจียน ท้องผูก ปัสสาวะลำบาก เบื่ออาหาร เวียนศีรษะ ตาพร่ามัว ความดันโลหิตต่ำ หัวใจ เต้นช้า หายใจช้า ภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia) เป็นต้น หากมีอาการดังกล่าวให้รายงานแพทย์ทันที

1.6.3 ดูแลจัดทำแผนงานให้ผู้ป่วยสุขสบายเพื่ ช่วยลดอาการปวดแผล และแนะนำการเปลี่ยนท่าที่ถูกต้อง โดยใช้วิธีตะแคงตัวแล้วใช้มือยันที่นอน ในการเปลี่ยนท่า จากนอนเป็นนั่ง หรือจากนั่งเป็นนอน จะช่วยลดการเกร็ง ของกล้ามเนื้อและการดึงของแผลผ่าตัดได้

1.6.4 แนะนำวิธีการโยนย้ายมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยป้องกันการกระเือนของแผล และบรรเทาอาการ ปวดแผล

1.6.5 ดูแลช่วยเหลือกิจกรรมทั่วไป เพื่อ สุขสบาย

การให้คำแนะนำการปฏิบัติตนก่อนกลับบ้าน

เมื่อแรกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล พยาบาลต้องมีการ วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge planning) และเตรียม ความพร้อมของผู้ป่วยสำหรับการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและความมั่นใจในการดูแล ตนเองเมื่ออยู่บ้าน การปฏิบัติตนเองที่ผู้ป่วยควรรู้ประกอบด้วย (Audomsan, 2002)

1. การรับประทานยาให้ครบตามแผนการรักษา ของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงการรับประทานยา

ประเภทยาสมุนไพร ยาต้ม ยาลูกกลอน เพราะยาหลายชนิด
จะถูกทำลายหรือผ่านตับ

2. อธิบายอาการผิดปกติที่ผู้ป่วยควรรีบมาพบแพทย์
ก่อนนัด พบ มีไข้สูง หนาวสั่น แผลผ่าตัดบวมแดง อักเสบ
มีเลือดคลหรือสิ่งขับหลังจากออกจากแผล เป็นต้น

3. ให้คำแนะนำข้อจำกัดในการปฏิบัติตน เช่น
งดทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงมากหรือกิจกรรมที่เพิ่มแรงดัน
ในช่องท้อง เช่น ยกของหนัก เบ่งถ่ายอุจจาระ เป็นต้น

4. ควรพักผ่อนให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงความเครียด
เพราะสามารถช่วยลดการทำงานของตับและเพิ่มการไหล
เวียนของเลือดไปตับมากขึ้น ทำให้เพิ่มการฟื้นตัวของตับ

5. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ เพื่อ
ให้ร่างกายแข็งแรง แนะนำอาหารจำพวกโปรตีนโดยเฉพาะ
โปรตีนที่ได้จากพืช เช่น บมถั่วเหลือง เต้าหู้ ไข่ขาว ถั่ว
ต่าง ๆ เป็นต้น อาหารที่มีไขมันสูง เช่น ผัก ผลไม้
เนื่องจากมีไขมันและมีการดองมีในจำเป็น ช่วยเพิ่ม
การขับถ่ายอุจจาระ งดรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ
เพราะอาจทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารได้

6. หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด

7. ควรมาพบแพทย์เพื่อติดตามการรักษาอย่าง
สม่ำเสมอ

โรคมะเร็งตับเป็นโรคที่พบได้บ่อยในประชากร
ทั่วโลก การรักษามะเร็งตับขึ้นอยู่กับขนาดและจำนวน
ของตัวมะเร็งในตับ ระยะของโรค สภาวะภาพของร่างกาย
และสมรรถภาพของตับ การทำลายเนื้อเยื่อมะเร็งโดยใช้เข็ม
ให้ความร้อนด้วยคลื่นความถี่วิทยุ เป็นการรักษาด้วยวิธีรังสี
ร่วมรักษาซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานของการรักษา
มะเร็งตับในระยะแรก ซึ่งต้องอาศัยศัลยแพทย์ที่มีความ
เชี่ยวชาญเฉพาะทาง และพยาบาลที่ต้องมีความรู้และ
ความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็น
องค์รวม ตั้งแต่ก่อนรักษา หลังรักษา และเตรียมตัวผู้ป่วย
ก่อนกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย
และเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด สามารถดำเนินชีวิต
ประจำวันได้อย่างปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

References

- Anekar, A. A. & Cascella, M. (2020). *WHO Analgesic
ladder*. Retrieved June 3, 2021, from
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554435/>
- Audomsan, R. (2002). Nursing care of patients
with hepatocellular carcinoma and
transarterial oily chemoembolization.
Rama Nurse Journal, 8(3), 224-234. [In Thai]
- Chaiterakit, R. (2018). *Liver and bile duct cancer*.
Bangkok: Text and Journal Publication,
[In Thai]
- Cheng, J., Chen, S. L., Zimmerman, N., Dalton,
J. E., LaSalle, G., & Rosenquist, R. (2016).
A new radiofrequency ablation procedure
to treat sacroiliac joint pain. *Pain Physician*,
19(8), 603-615.
- Ding, J., Jing, X., Liu, J., Wang, Y., Wang, F., Wang,
Y., Du, Z. (2013). Complications of thermal
ablation of hepatic tumors: Comparison
of radiofrequency and microwave ablative
techniques. *Clinical Radiology*, 68(6),
608-615.
- Doherty, J. U., Gluckman, T. J., Hucker, W. J.,
Januzzi, J. L., Ortel, T. L., Saxonhouse, S. J.,
Spinler, S. A. (2017). ACC expert consensus
decision pathway for periprocedural
management of anticoagulation in patients
with nonvalvular atrial fibrillation. *Journal
of American College of Cardiology*, 69(7),
871-898.
- Fongchar, S., Vorapongsathorn, S., Bhavabudananda,
P., & Chooratna, K. (2019). Liver cancer
prevention and control. *Thai Cancer
Journal*, 39(2), 64-74. [In Thai]

- Fujiwara, N., Friedman, S. L., Goossens, N., & Hoshida, Y. (2018). Risk factors and prevention of hepatocellular carcinoma in the era of precision medicine. *Journal of hepatology*, 68(3), 526-549.
- International Agency for Research on Cancer. (2020). *Thailand source: Globocan 2020*. Retrieved 18 May 2021 from <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/764-thailand-fact-sheets.pdf>
- Lee, D. H., Lee, J. M., Lee, J. Y., Kim, S.H., Yoon, J.H., Kim, J. K., Choi, B. I. (2014) Radiofrequency ablation of hepatocellular carcinoma as first-line treatment: Long-term results and prognostic factors in 162 patients with cirrhosis. *Radiology*, 270(3), 900-909.
- Mansoori, A. A., & Jain, S. K. (2015). Molecular links between alcohol and tobacco induced DNA damage, gene polymorphisms and patho-physiological consequences: A systematic review of hepatic carcinogenesis. *Asian Pac J Cancer Prev*, 16(12), 4803-4812.
- Meekaew, M. (2018). Efficacy of radiofrequency ablation (RFA) and transarterial chemoembolization (TACE) in the management of unresectable early and intermediate stages of HCC. *Journal of the Department of Medical Services*, 43(1), 69-73. [In Thai]
- National Cancer Institute. (2016). *Current concept in management of cholangiocarcinoma*. Bangkok: Office of National buddhism Press. [In Thai]
- National Cancer Institute. (2019). *Hospital-based cancer registry 2019*. Bangkok: New Thaammada Press (Thailand) Co., Ltd. [In Thai]
- Ratna, A. & Mandrekar, P. (2017). Alcohol and cancer: Mechanisms and therapies. *Biomolecules*, 7(3), 61.
- Sangdit B. (2015). Hepatocellular carcinoma prevention and control measures in Thailand. *Royal Thai Army Medical Journal*, 68(4), 193-201. [In Thai]
- Thai Association for the Study of the Liver. (2019). *Thailand guideline for management of hepatocellular carcinoma*. Nontaburi: Parbpim limited partnership. [In Thai]
- Watanakit, N., Adulpacharaporn, S., & Petchkongkaew, A. (2014). Microorganism to degrade the bioavailability of aflatoxin B1. *Naresuan University Journal: Science And Technology*, 22(2), 1-11. [In Thai]
- Yongmanitchai, C. (2014). *Handle hepatocellular carcinoma and keep it under control*. Bangkok: Inspire Printing. [In Thai]