



ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคลฯ
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลพระปิยมหาราช
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดให้
อ.ก.พ. กรม กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ที่ไม่ใช่ตำแหน่งระดับควบ ตำแหน่งว่างทุกกรณี และตำแหน่งที่ผู้ครองตำแหน่งอยู่เดิมจะต้องพ้นจากราชการไป
กรณีเกษียณอายุ และลาออกจากราชการ ซึ่ง อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์
วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคล ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว ๖๕๐๕
ลงวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๗ โดยมอบให้คณะกรรมการประเมินบุคคล ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุขแต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่
อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคลฯ ในการประชุมครั้งที่ ๐๖/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๖๙
มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลพระปิยมหาราช สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด จำนวน ๑ ราย
ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๑.	นางศลิษา พงษ์ศิริ	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ (ด้านการตรวจรักษาพยาบาลพิเศษ)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด โรงพยาบาลพระปิยมหาราช กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไข
ที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศ ผู้ผ่านการประเมินบุคคล
หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่
อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

(นายสุชาติ ตันตินิรมัย)

ประธานกรรมการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ และระดับชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลพระปิยมหาราช สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคลา
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลพระปิยมหาราช
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางศลิษา พงษ์ศิริ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด <u>โรงพยาบาลพระปियมหาราช</u> กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด <u>โรงพยาบาลพระปিয়มหาราช</u> กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ		เลื่อน ระดับ
ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดและมีโรคร่วมเบาหวานชนิดที่ ๒” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลพระปียมหาราช” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”						๑๐๐%

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดและมีโรคร่วมเบาหวานชนิดที่ 2
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 8 มีนาคม 2567 - วันที่ 13 มิถุนายน 2567
รวมระยะเวลา 98 วัน

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

มะเร็งเต้านม เป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความรุนแรงและอุบัติการณ์สูงเป็นอันดับหนึ่งในประชากรหญิงทั้งในระดับโลก และประเทศไทย โดยพบว่าในประเทศไทยอัตราการตายจากมะเร็งเต้านม ปี พ.ศ. 2564 อยู่ที่ 14.6 ราย ต่อแสนประชากร (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2566) จังหวัดตราด พบว่ามีอัตราการตายจากโรคมะเร็งเต้านม 7.97 รายต่อแสนประชากร (พ.ศ.2566) และพบว่าจำนวนการเกิดมะเร็งเต้านมรายใหม่ มีจำนวนมากขึ้นในทุก ๆ ปี ดังนี้ 61, 53 และ 77 ในปี พ.ศ. 2566, 2567 และ 2568 ตามลำดับ (หน่วยมะเร็ง โรงพยาบาลพระปิยมหาราช 2568)

โรคมะเร็งเต้านม (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2566)

มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้หญิง มักเกิดในผู้หญิงอายุมากกว่า 50 ปี แต่ปัจจุบันพบในผู้หญิงที่อายุน้อยมากขึ้น การพบโรคตั้งแต่ระยะแรก โอกาสการรักษาที่หายขาดมากขึ้น อัตราการเกิดโรคของทั่วโลกพบว่า ผู้หญิงทุก 8 คน จะพบโรคมะเร็ง 1 คน ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ได้แก่ อายุที่มากขึ้น มีประวัติโรคมะเร็งเต้านมในครอบครัว น้ำหนักตัวมาก การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ หรือเคยมีประวัติพบก้อนที่เต้านมมาก่อน อาการของโรค ได้แก่ มีการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง ขนาดหรือสีผิวของเต้านม มีของเหลวไหลออกมาจากหัวนม หรือคลำก้อนได้ที่เต้านมหรือรักแร้

อาการและอาการแสดงทางคลินิกของมะเร็งเต้านม

1. อาการและอาการแสดงระยะเริ่มต้น
 - 1.1 มะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นอาจพบอาการ หรือไม่พบอาการผิดปกติได้
 - 1.2 อาการสำคัญที่นำมาพบแพทย์ ได้แก่
 - พบก้อนในเต้านม ส่วนใหญ่ไม่มีอาการเจ็บปวดและก้อนไม่สัมพันธ์กับประจำเดือน ก้อนในเต้านมส่วนใหญ่ พบบริเวณส่วนบนด้านนอก (Upper outer quadrant) ของเต้านม
 - พบมีของเหลวไหลออกจากหัวนม (Nipple Discharge)
2. อาการและอาการแสดงระยะลุกลาม
 - 2.1 ก้อนมีขนาดโตคล้ำหรือมองเห็นได้ชัดเจน ก้อนจะมีลักษณะแข็งผิวขรุขระขอบเขตของก้อนไม่ชัดเจนและยึดติดแน่นอยู่กับที่ มีการดึงรั้งผิวหนังหรือหัวนมให้บุ๋มลงจากการดึงรั้ง
 - 2.2 อาจพบมีน้ำเหลืองหรือเลือดออกทางหัวนม ผิวหนังที่เต้านมจะบวมแดงเนื่องจากการอุดตันของทางเดินน้ำเหลืองทำให้ผิวหนังมีลักษณะเหมือนผิวส้มก่อนจะแตกเป็นแผลและมีอาการเจ็บปวดเหมือนเป็นฝี
 - 2.3 คลำพบต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ หรือตำแหน่งเหนือกระดูกไหปลาร้าโต เกิดจากมีโรคแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง
 - 2.4 อาการปวดไหล่ สะโพก บริเวณแผ่นหลังช่วงล่าง อาการไอ เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงปวดศีรษะ ซึ่งเป็นอาการจากการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น ๆ ที่ไกลออกไป (Distant metastasis)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

การวินิจฉัย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2569)

การวินิจฉัยและการรักษาก่อนที่เต้านมในผู้ป่วยนั้น ควรคำนึงหลายปัจจัยร่วมกัน ตั้งแต่การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจเต้านมทางรังสีวิทยา และ การตรวจทางพยาธิวิทยา

1. การซักประวัติและการซักประวัติความเสี่ยง

การซักประวัติเกี่ยวกับก้อนที่เต้านมนั้นประกอบด้วย ประวัติของลักษณะก้อน ขนาดของก้อน การเจริญเติบโตของก้อน อาการของก้อน ระยะเวลาที่คลำพบ และอาการร่วมอื่น ๆ เช่น ประวัติคลำพบต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้หรือต้นคอ ความผิดปกติของผิวหนังบริเวณเต้านมและหัวนม ลักษณะของสารคัดหลั่งที่ไหลออกจากหัวนม เป็นต้น

นอกจากนี้ควรซักประวัติโรคประจำตัว และยาที่ใช้ประจำ ประวัติการตรวจรักษาเดิมที่เกี่ยวกับรอยโรคเต้านม ประวัติความเสี่ยงของมะเร็ง เช่น ประวัติมะเร็งในครอบครัว โดยเฉพาะมะเร็งเต้านมและมะเร็งรังไข่ ประวัติการฉายรังสีที่บริเวณหน้าอก รวมถึงประวัติทางด้านสูตินรีเวช เช่น ประวัติประจำเดือนครั้งแรก ประวัติประจำเดือนล่าสุด ประวัติหมดประจำเดือน ประวัติการมีบุตรและการให้นมบุตร และประวัติเกี่ยวกับการใช้ยาคุมกำเนิดและฮอร์โมนทดแทน เป็นต้น ซึ่งการซักประวัติให้ละเอียดจะสามารถช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคได้ และในส่วนของผู้ป่วยชายที่มาด้วยก้อนที่เต้านมนั้น อาจจะซักประวัติเพิ่มเติม เช่น ประวัติโรคประจำตัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคทางตับ ประวัติยาที่ใช้ประจำ และประวัติสมรรถภาพทางเพศ

2. การตรวจร่างกาย (ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2566)

การตรวจร่างกายมีความสำคัญในการวินิจฉัยแยกโรค และนำไปสู่การประเมินเพื่อการวินิจฉัย การตรวจเต้านมด้วยการคลำนั้น แบ่งเป็น การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Self-Breast Examination: SBE) และการตรวจเต้านมด้วยบุคลากรทางการแพทย์ (Clinical Breast Examination: CBE) ซึ่งการตรวจนั้นควรตรวจด้วยความละเอียดทั้ง 2 ข้าง ตรวจดูลักษณะของเต้านม ผิวหนัง รอยแผล รอยบุ๋ม หรือผิวบวมแดง ดูความเท่ากันของเต้านมทั้ง 2 ข้าง หลังจากนั้นจึงทำการคลำ เพื่อตรวจประเมินลักษณะรูปร่าง ขนาด ตำแหน่ง ความหนาแน่น ขอบเขต และการยึดติดกับอวัยวะข้างเคียง รวมไปถึงกดที่หัวนมและลานนม เพื่อดูว่ามีของเหลวไหล นอกจากนี้ต้องคลำต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้และคอ ในผู้ป่วยบางรายอาจจะแยกได้ยากระหว่างก้อนที่ทางเต้านม หรือก้อนที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้

3. การตรวจเต้านมทางรังสีวิทยา (American College of Radiology, 2013)

การตรวจวินิจฉัยเต้านมด้วยเครื่องมือทางรังสีวินิจฉัย ได้แก่ แมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ ซึ่งเป็นมาตรฐานในการวินิจฉัยโรคทางเต้านม โดยรังสีแพทย์สามารถที่จะตีความหมายเพื่อระบุตำแหน่งที่สงสัยว่ามีความผิดปกติของเต้านมที่จะทำ แมมโมแกรม เพื่อช่วยให้แพทย์สามารถวินิจฉัยแยกโรคได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้การทำแมมโมแกรมนั้นยังสามารถใช้ในการวินิจฉัยหินปูนผิดปกติในเต้านมได้ดี แต่มีข้อเสียคือ ไม่สามารถแยกแยะระหว่างพยาธิสภาพที่เป็นก้อนหรือถุงนี้ได้ รวมไปถึงมีโอกาสวินิจฉัยผิดพลาดได้ ร้อยละ 10 – 25 นอกจากนี้ไม่แนะนำให้ทำในผู้ป่วยตั้งครรภ์ เนื่องจากรังสีจากการทำแมมโมแกรม อาจมีผลกับเด็กในครรภ์ได้รวมถึงผู้ป่วยที่อายุน้อย จึงควรเริ่มในผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป โดยการอ่านผลแมมโมแกรม แบ่งเป็น 0 – 6 ระดับ เรียกว่า BIRADs 0 – 6 ดังนี้

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

BIRADs 0 หมายถึง ผลตรวจไม่สมบูรณ์ ควรตรวจเพิ่มเติม เช่น ผู้ป่วยเสริมซิลิโคน จึงทำให้เครื่องแมมโมแกรม ไม่สามารถบีบเนื้อเต้านมเพื่อทำการตรวจได้

BIRADs 1 หมายถึง เต้านมปกติ ไม่มีถุงน้ำ ไม่มีหินปูน หรือความผิดปกติใด ๆ

BIRADs 2 หมายถึง พบสิ่งผิดปกติอยู่ในเต้านม แต่ไม่ใช่ลักษณะที่จะกลายเป็นมะเร็งได้

BIRADs 3 หมายถึง ในกลุ่มนี้มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมประมาณ 1 – 2 % ควรติดตามทุก 6 เดือน เป็นระยะเวลา 2 ปี หากไม่เปลี่ยนแปลงสามารถติดตามทุก 1 ปี

BIRADs 4 หมายถึง มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านม 2 – 95 % แบ่งตามโอกาสเกิดดังนี้

- BIRADs 4A 2 – 10 %
- BIRADs 4B 10 – 50 %
- BIRADs 4C 50 – 95 %

BIRADs 5 หมายถึง มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านม มากกว่า 95 %

BIRADs 6 หมายถึง ผู้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม

ผลการอ่านรายงานว่า BIRADs 4 – 6 ของรังสีแพทย์ จะมีคำแนะนำให้ใช้ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา หรือเซลล์วิทยา เพื่อเป็นการยืนยัน และเพิ่มความแม่นยำในการวินิจฉัยต่อไป

4. การตรวจทางพยาธิวิทยา (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2569)

การตรวจทางพยาธิวิทยา ถือเป็นมาตรฐานในการวินิจฉัย รอยโรคที่น่าสงสัยในเต้านม เพื่อให้ได้มาซึ่งผลพยาธิวิทยา โดยมีวิธีการตรวจ 2 วิธีหลัก คือ Fine Needle Aspiration: FNA / Core Needle Biopsy: CNB และ Excision ซึ่งทั้ง 2 วิธี ขึ้นอยู่กับการพิจารณาของแพทย์ผู้รักษา ขึ้นอยู่กับขนาดของก้อน ลักษณะของก้อน และตำแหน่งของก้อน อีกด้วย ซึ่งผลการตรวจทางพยาธิวิทยามีความแม่นยำ ร้อยละ 99 ดังนั้นจึงสามารถนำมาประกอบการพิจารณาวางแผนการรักษาตามลักษณะชนิดของผลชิ้นเนื้อต่อไป

ชนิดของมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมสามารถแบ่งออกได้หลายรูปแบบ จากผลทางพยาธิวิทยา ซึ่งส่วนใหญ่จะแบ่งตามลักษณะการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง (Pathological Types) และลักษณะทางตัวรับฮอร์โมน (Molecular Types) ซึ่งมีความสำคัญต่อการเลือกวิธีการรักษา ดังนี้

1. แบ่งตามลักษณะการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง

กลุ่มที่ยังไม่ลุกลาม (Non Invasive / In Situ) คือ มะเร็งระยะเริ่มต้น (ระยะ 0) ที่เซลล์ผิดปกติอยู่เฉพาะในจุดกำเนิด ไม่ลุกลามเข้าสู่เนื้อเยื่อรอบ ๆ

- DCIS (Ductal Carcinoma In Situ) เป็นมะเร็งที่อยู่เฉพาะในท่อน้ำนม เป็นชนิดที่พบได้บ่อยที่สุดในกลุ่มนี้ และมีโอกาสพัฒนาเป็นมะเร็งลุกลามได้ หากไม่รักษา

- LCIS (Lobular Carcinoma In Situ) เซลล์ผิดปกติในต่อมน้ำนม แม้จะใช้คำว่า Carcinoma แต่ในปัจจุบันมักจัดเป็นสัญญาณเตือน หรือรอยโรคที่เพิ่มความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งเต้านมในอนาคตมากกว่าเป็นโรคมะเร็งโดยตรง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

กลุ่มที่ลุกลามแล้ว (Invasive / Infiltrating) คือ เซลล์มะเร็งได้หลุดรอดออกจากท่อน้ำนมหรือต่อมน้ำนม และกระจายเข้าสู่เนื้อเยื่อเต้านมรอบ ๆ รวมถึงอาจแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองหรืออวัยวะอื่นได้

- IDC (Invasive Ductal Carcinoma) มะเร็ง ท่อน้ำนม ชนิดลุกลาม พบบ่อยที่สุด ประมาณ 80 % ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั้งหมด

- ILC (Invasive Lobular Carcinoma) มะเร็ง ต่อมน้ำนม ชนิดลุกลาม พบได้ประมาณ 10 % มักคลำพบเป็นก้อนได้ยากกว่าชนิดแรก

2. แบ่งตามลักษณะทางตัวรับฮอร์โมน

เมื่อนำชิ้นเนื้อที่เป็นมะเร็งเต้านมไปตรวจย้อมพิเศษ เพื่อดู ตัวรับฮอร์โมนบนผิวเซลล์ จะสามารถแบ่งมะเร็งเต้านมออกเป็น 4 กลุ่ม หลัก ซึ่งเป็นเกณฑ์สำคัญที่สุดในการเลือกยาสำหรับการรักษา เช่น ยาฮอร์โมน ยามุ่งเป้า หรือยาเคมีบำบัด

- Lumina A มีลักษณะโตช้า การพยากรณ์โรคดีที่สุด ตอบสนองดีต่อการรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมน

- Lumina B มีลักษณะโตเร็ว มักต้องใช้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมน

- HER2 มีลักษณะโตเร็วและดุ แต่ปัจจุบันสามารถรักษาได้ด้วย ยามุ่งเป้า ที่มีความจำเพาะ

- Triple Negative เป็นชนิดที่ดุ รุนแรง โตเร็ว และมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำสูง เนื่องจากไม่ตอบสนองต่อยาฮอร์โมนและยามุ่งเป้ามাত্রฐาน การรักษาหลักจึงต้องใช้ยาเคมีบำบัดเป็นหลักเท่านั้น

Triple Negative Breast Cancer (TNBC) (Cochrane Thailand, 2565)

1. นิยามและลักษณะทางชีววิทยา

มะเร็งเต้านมชนิด Triple Negative Breast Cancer (TNBC) คือ ชนิดย่อยของมะเร็งเต้านมที่ตรวจไม่พบตัวรับ (Receptors) สำคัญ 3 ชนิดจากการตรวจย้อมสีพิเศษทางพยาธิวิทยา (Immunohistochemistry) ได้แก่

1. Estrogen Receptor (ER) เป็นลบ (ไม่ตอบสนองต่อฮอร์โมนเอสโตรเจน)

2. Progesterone Receptor (PR) เป็นลบ (ไม่ตอบสนองต่อฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน)

3. Human Epidermal Growth Factor Receptor 2 (HER2) เป็นลบ

เนื่องจากไม่มีตัวรับทั้ง 3 ชนิดนี้ ทำให้เซลล์มะเร็งมีความดุร้าย มีอัตราการแบ่งตัวที่รวดเร็วสูง (High Ki-67) มักพบในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 40 ปี และมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับผู้ที่มีการกลายพันธุ์ของยีนทางพันธุกรรม BRCA1 สถิติโดยทั่วไปพบ TNBC ได้ประมาณ 10-15% ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั้งหมด และมีพยากรณ์โรค (Prognosis) ที่ต้องเฝ้าระวังเนื่องจากเสี่ยงต่อการแพร่กระจายไปยังอวัยวะสำคัญ เช่น ปอด ตับ และสมอง สูงกว่ากลุ่มอื่น โดยเฉพาะในช่วง 3-5 ปีแรกหลังการวินิจฉัย

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

2. แนวทางการรักษา

ปัจจุบันการรักษา TNBC ไม่สามารถใช้ยาต้านฮอร์โมน (เช่น Tamoxifen) หรือยาฆ่าเซลล์มะเร็ง Anti-HER2 (เช่น Trastuzumab) ได้ การรักษาหลักจึงอาศัย ยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) เป็นแกนสำคัญ

- ยาเคมีบำบัดก่อนผ่าตัด (Neoadjuvant Chemotherapy): นิยมใช้ในโรครวมถึงระยะที่ 2 และ 3 โดยมีกจัดสูตรยาเคมีบำบัดมาตรฐานกลุ่ม Anthracycline และ Cyclophosphamide (สูตร AC หรือ EC) ร่วมกับกลุ่ม Taxane หรือพิจารณาเพิ่มยาในกลุ่ม Platinum (เช่น Carboplatin) และยาภูมิคุ้มกันบำบัด (Immunotherapy เช่น Pembrolizumab) เพื่อเพิ่มอัตราการหายสนิททางพยาธิวิทยา (Pathological Complete Response: pCR) ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ว่าเซลล์มะเร็งยุบตัวจนหมดก่อนการผ่าตัดจริง

- ยาเคมีบำบัดหลังผ่าตัด (Adjuvant Chemotherapy): ให้เพื่อกวาดล้างเซลล์มะเร็งที่อาจหลงเหลือและลดโอกาสการกลับมาเป็นซ้ำ โดยมีตัวชี้วัดคุณภาพที่สำคัญคือ ผู้ป่วยควรได้รับยาเคมีบำบัดเข็มแรกอย่างรวดเร็วภายในระยะเวลาไม่เกิน 6 สัปดาห์หลังการผ่าตัด เพื่อผลลัพธ์การรอดชีวิตในระยะยาวที่ดีที่สุด

การประเมินระยะของโรคมะเร็งเต้านม (โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี, 2564; สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2562)

การประเมินระยะของโรคมะเร็ง มีผลต่อแนวทางการรักษาที่แตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ ขนาดของก้อนโดยวัดจากก้อนที่มีขนาดใหญ่ที่สุด การแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง และการการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ซึ่งเป็นไปตามมาตรฐานการแบ่งระยะของ American Joint Committee on Cancer ดังนี้

ระยะที่ 0 ระยะที่เป็น Carcinoma in situ คือ เป็นเซลล์ที่ผิดปกติที่พบได้ในเยื่อหุ้มท่อน้ำนม (Ductal) หรือ Lobular ของเต้านม ไม่มีการลุกลามออกจากเซลล์ที่พบ

ระยะที่ 1 เป็นระยะที่ขนาดก้อนมะเร็งเล็กกว่าหรือเท่ากับ 2 เซนติเมตร ยังไม่มีการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองที่บริเวณรักแร้ หรืออวัยวะอื่น

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่ขนาดก้อนมะเร็งเล็กกว่าหรือเท่ากับ 2 เซนติเมตร แต่มีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ 1 – 3 ต่อมน้ำ หรือขนาดก้อนมะเร็งใหญ่กว่า 2 เซนติเมตร แต่ยังไม่มีการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองที่บริเวณรักแร้ หรืออวัยวะอื่น

ระยะที่ 3 แบ่งเป็นระยะย่อยตาม ขนาด การลุกลามต่อมน้ำเหลือง ดังนี้

- **ระยะที่ 3A** ขนาดก้อนมะเร็งเล็กกว่าหรือเท่ากับ 2 เซนติเมตร แต่มีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ 4–9 ต่อมน้ำ หรือขนาดก้อนมะเร็งใหญ่กว่า 2–5 เซนติเมตร และพบการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ 1–9 ต่อมน้ำ โดยยังไม่พบการลุกลามไปยังอวัยวะอื่น

- **ระยะที่ 3B** ขนาดก้อนมะเร็งมีขนาดเท่าใดก็ได้ แต่พบว่าการขยายตัวลุกลามไปยังบริเวณผนังทรวงอก (Chest wall) หรือผิวหนังของเต้านม โดยอาจมีหรือไม่มีการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองร่วมด้วยก็ได้ แต่ต้องยังไม่พบการลุกลามไปยังอวัยวะส่วนปลาย

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

- ระยะที่ 3C ขนาดก้อนมะเร็งมีขนาดเท่าใดก็ได้ แต่ตรวจพบการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียงเต้านม เช่น ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ หรือต่อมน้ำเหลืองบริเวณใต้/เหนือกระดูกไหปลาร้า หรือต่อมน้ำเหลืองในทรวงอก (Internal mammary nodes) เป็นจำนวนมากกว่า 9 ต่อมนขึ้นไป แต่ยังไม่พบการลุกลามไปยังอวัยวะอื่น

ระยะที่ 4 เป็นระยะแพร่กระจาย (Metastatic Stage) ที่พบว่าการลุกลามของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะอื่นที่อยู่ไกลจากเต้านม เช่น ปอด ตับ สมอง หรือกระดูก โดยการประเมินในระยะนี้จะไม่นำขนาดของก้อนมะเร็งหรือจำนวนต่อมน้ำเหลืองที่บริเวณรักแร้มาเป็นเกณฑ์ข้อจำกัด

การรักษามะเร็งเต้านม (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2560)

การรักษามะเร็งเต้านมในปัจจุบันไม่ได้ใช้เพียงวิธีใด วิธีหนึ่ง แต่เป็น การรักษาแบบผสมผสาน ที่เลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมที่สุด สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โดยจะพิจารณาจาก ชนิดของมะเร็งเต้านม ระยะของโรค อายุ และสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย วิธีการรักษามะเร็งเต้านมได้แก่

1. การผ่าตัด (Surgery) เป็นด้านแรกของการรักษาสำหรับมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้น ปัจจุบันแบ่งดังนี้ (ประกาศิต พงษ์ประเสริฐ และ ชลเกียรติ ขอบประเสริฐ, 2565)

- การผ่าตัดแบบสงวนเต้านม (Breast Conserving Surgery) ผ่าตัดเอาเฉพาะก้อนมะเร็ง และเนื้อเยื่อปกติรอบก้อนออกบางส่วน ข้อดีคือยังคงรูปร่างเต้านมเดิมไว้ได้ แต่จำเป็นต้องได้รับการฉายรังสี (Radiation) ร่วมด้วยเสมอ เพื่อลดโอกาสการกลับมาเป็นซ้ำเฉพาะที่

- การผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด (Mastectomy) เหมาะสำหรับกรณีที่ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ มีหลายก้อน หรือกระจายอยู่หลายจุด ซึ่งปัจจุบันผู้ป่วยสามารถเลือกผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมใหม่ (Breast Reconstruction) ไปพร้อมกับการผ่าตัดเอามะเร็งออกได้ โดยใช้ซิลิโคนหรือเนื้อเยื่อของตนเอง

- การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ ส่วนใหญ่มักจะทำการฉีดยาหรือสารรังสีเพื่อตรวจต่อมน้ำเหลืองด้านแรก (Sentinel Lymph Node Biopsy) หากผลตรวจทางพยาธิวิทยาไม่พบเซลล์มะเร็ง ก็ไม่จำเป็นต้องผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกทั้งหมด ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื่องแขนบวม (Lymphedema) หลังการผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญ

2. การฉายรังสี / การฉายแสง (Radiation Therapy) เป็นการใช้รังสีพลังงานสูงไปทำลายเซลล์มะเร็ง ที่อาจหลงเหลืออยู่เฉพาะที่ โดยผู้ป่วยกลุ่มที่จะต้องฉายแสง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบสงวนเต้านมทุกราย, ผู้ป่วยที่ผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด แต่ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่กว่า 5 เซนติเมตร หรือมะเร็งเต้านมได้ลุกลามไปที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้

3. การรักษาด้วยฮอร์โมน (Hormonal Therapy) วิธีนี้จะใช้เฉพาะในผู้ป่วยที่มีผลการตรวจชิ้นเนื้อเป็นชนิด ตัวรับฮอร์โมนเป็นบวก เท่านั้น เนื่องจากเซลล์มะเร็งชนิดนี้เติบโตได้โดยอาศัยฮอร์โมนเอสโตรเจน และโปรเจสเตอโรน ในร่างกาย โดยมีกลไกคือจะไปป้องกันเซลล์มะเร็งจับกับฮอร์โมนได้ หรือลดการสร้างฮอร์โมนในร่างกายลง

4. การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) เป็นการใช้ยาเพื่อฆ่าเซลล์มะเร็งที่เติบโตเร็วทั่วร่างกาย

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

การประเมิน ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) (คณะอนุกรรมการปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็ง, 2565)

การประเมินผู้ป่วยก่อนให้ยาเคมีบำบัดเป็นส่วนสำคัญในการลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย โดยมีเหตุผลหลักในการประเมินผู้ป่วย คือ

1. เลือกแนวทางการรักษา สำหรับแพทย์ในการเลือกแนวทางการรักษาให้กับผู้ป่วยได้ หากผู้ป่วยมีคะแนนสูง การรักษาที่รุนแรงอาจทำให้ผู้ป่วยทรุดหนักลง แพทย์จึงมักเปลี่ยนเป้าหมายในการรักษา

2. พยากรณ์โรค คะแนน ECOG เป็นหนึ่งในเครื่องมือที่ช่วยประกอบการพิจารณาบ่งบอกโอกาสการรอดชีวิตของผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีคะแนนน้อยจะมีโอกาสตอบสนองต่อการรักษาและมีอัตราการรอดชีพสูงกว่า

3. ความปลอดภัยของผู้ป่วย การให้ยาเคมีบำบัดมีผลข้างเคียงสูงมาก ผู้ป่วยต้องมีความแข็งแรงร่างกายที่ดีพอ จึงจะสามารถทนต่อฤทธิ์ยาและฟื้นตัวได้เร็ว

ในด้านการพยาบาลการประเมิน ECOG ถือเป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับใช้เฝ้าระวังความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนระหว่างการบริหารยาเคมีบำบัดได้

คะแนน

รายละเอียด

- | | |
|---|---|
| 0 | ร่างกายแข็งแรงดีมาก สามารถทำกิจกรรมทุกอย่างได้ตามปกติเหมือนก่อนเจ็บป่วย โดยไม่มีข้อจำกัดใด ๆ |
| 1 | มีอาการจากโรคบ้าง แต่ยังเดินเหินได้ปกติ ทำงานเบา ๆ หรืองานบ้าน/สำนักงานได้ แต่ไม่สามารถทำงานที่ต้องออกแรงหนัก ๆ |
| 2 | ช่วยเหลือตัวเองได้ครบถ้วน (อาบน้ำ แต่งตัว ทานอาหาร) และลุกเดินไปไหนมาไหนได้ แต่ไม่สามารถทำงานใด ๆ ได้แล้ว เริ่มใช้เวลาพักผ่อน/นั่งพักรวมกันน้อยกว่า 50% ของเวลาตื่นในแต่ละวัน |
| 3 | ช่วยเหลือตัวเองได้แค่บางอย่าง ดูแลตัวเองได้จำกัด และต้องใช้เวลาพักบนเตียงหรือนั่งเก้าอี้มากกว่า 50% ของเวลาตื่นในแต่ละวัน |
| 4 | ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย ร่างกายอ่อนเพลียรุนแรง ต้องอยู่บนเตียงหรือนั่งเก้าอี้ตลอด 100% ของเวลาตื่น |
| 5 | ผู้ป่วยเสียชีวิต |

การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม (National Comprehensive Cancer Network [NCCN], 2026)

การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมด้วยยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) เป็นหนึ่งในวิธีหลักที่มีประสิทธิภาพสูงในการทำงานเซลล์มะเร็งที่อาจแพร่กระจายในร่างกายได้ เป้าหมายของการให้ยามีความแตกต่างกันไปตามระยะของโรค และสภาพร่างกายของผู้ป่วยแต่ละราย โดยแพทย์จะพิจารณาให้ยาเคมีบำบัดมีวัตถุประสงค์หลัก 3 รูปแบบ ดังนี้

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

1. ยาเคมีบำบัดหลังการผ่าตัด (Adjuvant Chemotherapy) เป็นการบริหารยาเคมีบำบัดหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดรอยโรคหรือก้อนมะเร็งออกจากบริเวณเต้านมรวมถึงการผ่าตัดเต้านมต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออกไปเสร็จสิ้นแล้ว โดยมีวัตถุประสงค์เชิงป้องกันเพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งขนาดเล็กที่ไม่สามารถตรวจพบได้ด้วยตาเปล่าหรือภาพถ่ายทางรังสี อาจยังหลงเหลือหรือเล็ดลอดอยู่ในระบบไหลเวียนโลหิตและระบบน้ำเหลือง ซึ่งช่วยลดโอกาสการกลับมาเป็นซ้ำของโรค (Recurrence) และเพิ่มอัตราการรอดชีวิตในระยะยาวของผู้ป่วย

2. ยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด (Neoadjuvant Chemotherapy) เป็นการบริหารยาเคมีบำบัดให้แก่ผู้ป่วยก่อนที่จะเข้ารับการผ่าตัด มักพิจารณาใช้ในกรณีที่ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ตั้งแต่เริ่มต้น หรือมีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้เป็นจำนวนมาก รวมถึงในมะเร็งกลุ่มที่มีพฤติกรรมดุร้าย โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อลดขนาดและขอบเขตของก้อนเนื้อออกให้เล็กลง ช่วยลดความยากลำบากและภาวะแทรกซ้อนในหัตถการทางการผ่าตัดของศัลยแพทย์ และเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถเลือกเข้ารับการผ่าตัดแบบสงวนเต้านม (Breast Conserving Surgery: BCS) แทนการผ่าตัดยกเต้านมออกทั้งหมดได้

3. ยาเคมีบำบัดสำหรับระยะแพร่กระจาย (Palliative Chemotherapy) เป็นการบริหารยาเคมีบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 4 ซึ่งมีการแพร่กระจายของโรคไปยังอวัยวะระบบอื่นที่อยู่ห่างไกล เช่น กระดูก ตับ ปอด หรือสมอง โดยการให้ยาในระยะนี้ไม่ได้มุ่งเน้นการรักษาโรคให้หายขาด แต่มีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อควบคุมการเจริญเติบโตและการลุกลามของเซลล์มะเร็ง บรรเทาอาการทุกข์ทรมานจากภาวะแทรกซ้อนของโรค ยืดอายุขัยของผู้ป่วยให้ยาวนานขึ้น ควบคู่ไปกับการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด (Quality of Life) ในช่วงเวลาที่เหลืออยู่

ยาเคมีบำบัดสูตรมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (AC Regimen) (นพดล หน่อทอง, 2566)

ยาเคมีบำบัดสูตรมาตรฐาน AC Regimen เป็นหนึ่งในสูตรยาเคมีบำบัดระบบทั่วร่างกายที่มีการใช้กันอย่างแพร่หลายและมีประสิทธิภาพสูงมากในการรักษาโรคมะเร็งเต้านม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มมะเร็งเต้านมชนิด Triple Negative ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาฮอร์โมนหรือยาต้านฮอร์โมน ยาสูตรนี้สามารถนำมาใช้ประโยชน์ทางคลินิกได้ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรกและระยะลุกลาม โดยทั่วไปแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจะวางแผนการบริหารยาเป็นรอบ (Cycles) จำนวนทั้งสิ้น 4 รอบ และมีระยะเวลาห่างกันในแต่ละรอบทุก 3 สัปดาห์ (21 วัน) ซึ่งมีส่วนประกอบของยาเคมีบำบัด 2 ชนิดหลัก ที่นำมาใช้ร่วมกันเพื่อหวังผลทางเภสัชวิทยาในการออกฤทธิ์เสริมกัน (Synergistic effect) เพื่อทำลายเซลล์มะเร็งเต้านม ดังนี้

- A – Doxorubicin (Adriamycin) เป็นยาเคมีบำบัดในกลุ่ม Anthracycline ซึ่งตัวยามีลักษณะเฉพาะคือเป็นสารละลายสีแดงเข้มอย่างชัดเจน ออกฤทธิ์โดยการเข้าไปขัดขวางการจำลองตัวของดีเอ็นเอ (DNA replication) ในเซลล์มะเร็ง ส่งผลให้เซลล์ผิดปกติไม่สามารถแบ่งตัวเพิ่มจำนวนได้และเข้าสู่กระบวนการตายของเซลล์ในที่สุด

- C – Cyclophosphamide เป็นยาเคมีบำบัดในกลุ่ม Alkylating agent ออกฤทธิ์โดยการสร้างพันธะจับกับสายดีเอ็นเอ (DNA cross-linking) ของเซลล์มะเร็ง ทำให้โครงสร้างของดีเอ็นเอบิดเบี้ยวไปและยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์ โดยทางปฏิบัติมักจะบริหารยาชนิดนี้หลังจากผู้ป่วยได้รับยา Doxorubicin เสร็จสิ้นแล้ว

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

ผลข้างเคียงเฉพาะของยาเคมีบำบัดสูตรมาตรฐาน AC Regimen (สุพรรณิการ์ ศิริโวหาร และคณะ, 2567)

เนื่องจากยาเคมีบำบัดสูตรนี้จะออกฤทธิ์ยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์ที่มีอัตราการเจริญเติบโตเร็ว ซึ่งกลไกดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อเซลล์ปกติบางชนิดในร่างกายของผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติแบ่งตัวเร็วด้วย จึงทำให้เกิดอาการข้างเคียงทางคลินิกได้ นอกเหนือจากผลข้างเคียงทั่วไป เช่น อาการอ่อนเพลีย (Fatigue) หรือเบื่ออาหาร ยาเคมีบำบัดสูตรนี้ยังมีผลข้างเคียงจำเพาะวิกฤตที่พยาบาลผู้ให้การบริบาลจำเป็นต้องเฝ้าระวังและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ดังต่อไปนี้

1. อาการผมร่วงอย่างเฉียบพลัน เป็นผลกระทบโดยตรงจากยา Doxorubicin โดยเส้นผมของผู้ป่วยมักจะเริ่มร่วงอย่างรวดเร็วและเห็นได้ชัดเจนในช่วงสัปดาห์ที่ 2-3 หลังจากได้รับยาครั้งแรก และมักเป็นการร่วงทั่วทั้งศีรษะรวมถึงขนตามร่างกาย แนวทางการพยาบาลคือแนะนำให้ผู้ป่วยตัดผมสั้นไว้ล่วงหน้าก่อนการรับยาเคมีบำบัดรอบแรก เพื่อลดความวิตกกังวลและผลกระทบทางจิตใจเมื่อเกิดอาการผมร่วง พร้อมทั้งแนะนำให้เตรียมวิกผม หมวก หรือผ้าโพกศีรษะที่มีเนื้อผ้านุ่มลื่น

2. อาการคลื่นไส้ อาเจียน ค่อนข้างรุนแรง ยาเคมีบำบัดสูตร AC จัดเป็นกลุ่มยาที่มีศักยภาพในการกระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนในระดับสูงมาก ในทางปฏิบัติพยาบาลจะต้องบริหารยาป้องกันการคลื่นไส้อาเจียนที่มีประสิทธิภาพสูง ทางสายน้ำเกลือให้ผู้ป่วยก่อนเริ่มยาเคมีบำบัดอย่างน้อย 30 นาที และประสานงานแพทย์ในการจัดเตรียมยาแก้คลื่นไส้อาเจียนชนิดรับประทานเพื่อให้ผู้ป่วยนำกลับไปรับประทานต่อเนื่องที่บ้าน

3. ปัสสาวะเปลี่ยนสีชั่วคราว และกระเพาะปัสสาวะอักเสบ ในช่วง 1-2 วันแรกหลังรับยา ปัสสาวะของผู้ป่วยจะมีสีแดงหรือสีชมพูเข้มชั่วคราว ซึ่งเป็นสภาวะปกติที่เกิดจากการขับสีของตัวยา Doxorubicin ออกมาทางระบบทางเดินปัสสาวะ ขณะเดียวกันยา Cyclophosphamide อาจก่อให้เกิดความระคายเคืองและทำให้เกิดภาวะกระเพาะปัสสาวะอักเสบที่มีเลือดออกได้ (Hemorrhagic Cystitis) ข้อแนะนำทางพยาบาลที่สำคัญคือ ต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำสะอาดให้ได้วันละ 2-3 ลิตร ในช่วง 3 วันแรกหลังได้รับยา เพื่อเจือจางสารเคมีและเร่งการขับออกจากกระเพาะปัสสาวะให้เร็วที่สุด รวมทั้งห้ามกลั้นปัสสาวะเด็ดขาด

4. ผลกระทบต่อกล้ามเนื้อหัวใจ ยา Doxorubicin มีผลข้างเคียงสะสมที่ก่อให้เกิดพิษต่อกล้ามเนื้อหัวใจหากได้รับยาในปริมาณรวมที่สูงเกินเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ดังนั้น ก่อนเริ่มบริหารยาสูตรนี้รอบแรก ผู้ป่วยทุกรายจะต้องได้รับการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงหัวใจ (Echocardiogram: Echo) เพื่อประเมินประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ (Left Ventricular Ejection Fraction: LVEF) ไว้เป็นข้อมูลฐานเสมอ

5. ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Neutropenia) ระดับเม็ดเลือดขาวของผู้ป่วยมักจะลดลงต่ำสุด (Nadir) ในช่วงระยะเวลา 7-14 วันหลังได้รับยาในแต่ละรอบ ซึ่งเป็นช่วงที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อรุนแรงในกระแสเลือด พยาบาลต้องให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเองอย่างเคร่งครัด ได้แก่ การรับประทานอาหารที่ปรุงสุกสะอาดใหม่เสมอ หลีกเลี่ยงผลไม้เปลือกบาง การล้างมือบ่อยๆ หลีกเลี่ยงการเข้าไปในแหล่งชุมชนที่มีคนแออัด และเน้นย้ำว่าหากมีสภาวะไข้สูงเกิน 38 องศาเซลเซียส หรือมีอาการหนาวสั่น ควรรีบมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลทันทีโดยไม่ต้องรอให้ถึงวันนัดหมาย

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

กลไกการออกฤทธิ์ของยา Pre-Medication (Steroid) ต่อการผลิตอินซูลิน (รุ่งนภา เตังไตรสรณ์, 2562)

การบริหารยาในกลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroids) เช่น เดกซาเมทาโซน (Dexamethasone) เป็นยาควบคุมและป้องกันอาการก่อนการให้เคมีบำบัด (Pre-medication) มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อลดการอักเสบ ป้องกันปฏิกิริยาการแพ้ทางระบบภูมิคุ้มกัน และระงับอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีศักยภาพในการกระตุ้นการอาเจียนสูงอย่างสูตร AC Regimen อย่างไรก็ตาม ยาในกลุ่มสเตียรอยด์นี้ส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงและเด่นชัดต่อระบบเมแทบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรตในร่างกาย โดยกลไกการออกฤทธิ์ของยาที่มีต่อการผลิตและการทำงานของอินซูลิน สามารถจำแนกได้เป็น 2 กลไกหลัก ดังนี้

1. การยับยั้งการหลั่งอินซูลินโดยตรงจากตับอ่อน (Direct Suppression of Insulin Secretion) สเตียรอยด์มีฤทธิ์ขัดขวางการทำงานของเบต้าเซลล์ที่ตับอ่อน โดยไปลดความไวของเบต้าเซลล์ในการตอบสนองต่อระดับกลูโคสในกระแสเลือด ส่งผลให้ตับอ่อนลดปริมาณการผลิตและการหลั่งฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin) ออกมาต่ำกว่าปกติ ซึ่งตามปกติแล้วอินซูลินมีหน้าที่หลักในการนำน้ำตาลจากกระแสเลือดเข้าสู่เซลล์เพื่อใช้เป็นพลังงาน

2. การกระตุ้นภาวะดื้อต่ออินซูลินในส่วนปลาย (Induction of Peripheral Insulin Resistance) นอกเหนือจากการลดการผลิตที่ตับอ่อนแล้ว สเตียรอยด์ยังออกฤทธิ์ลดความไวของเนื้อเยื่อส่วนปลาย โดยเฉพาะกล้ามเนื้อลายและเนื้อเยื่อไขมัน ทำให้เนื้อเยื่อเหล่านี้ไม่ตอบสนองต่ออินซูลิน ส่งผลให้ตัวพากลูโคสเข้าสู่เซลล์ทำงานลดลง เซลล์จึงไม่สามารถจับและนำน้ำตาลในกระแสเลือดไปใช้งานได้ พร้อมกันนี้สเตียรอยด์ยังไปกระตุ้นกระบวนการสร้างกลูโคสใหม่ที่ตับ (Gluconeogenesis) และสลายไกลโคเจนให้กลายเป็นน้ำตาลเข้าสู่กระแสเลือดเพิ่มขึ้น

โรคเบาหวาน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2563)

โรคเบาหวาน คือ โรคที่เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของฮอร์โมนที่ชื่อว่า อินซูลิน (Insulin) ซึ่งโดยปกติแล้ว ร่างกายของเราจำเป็นต้องมีอินซูลิน เพื่อนำน้ำตาลในกระแสเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะสมองและกล้ามเนื้อ ในภาวะที่อินซูลินมีความผิดปกติ ไม่ว่าจะเป็นการลดลงของปริมาณอินซูลิน หรือการที่อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินลดลง (หรือที่เรียกว่าภาวะดื้ออินซูลิน) จะทำให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลที่อยู่ในกระแสเลือดไปใช้ได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ ทำให้มีปริมาณน้ำตาลคงเหลือในกระแสเลือดมากกว่าปกติ สาเหตุของโรคเบาหวานเกิดจากการที่ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงมากขึ้นถึงระดับหนึ่ง จนทำให้ไตดูดกลับน้ำตาลได้ไม่หมด ซึ่งปกติไตจะมีหน้าที่ดูดกลับน้ำตาลจากสารที่ถูกกรองจากหน่วยไตไปใช้ ส่งผลให้มีน้ำตาลรั่วออกมากับปัสสาวะ จึงเป็นที่มาของคำว่า “โรคเบาหวาน” หากปล่อยให้เกิดภาวะเช่นนี้ไปนาน ๆ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงตามมาในที่สุด

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวาน

สาเหตุการเกิดโรคเบาหวาน เกี่ยวข้องโดยตรงกับระบบการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย และการทำงานของฮอร์โมน อินซูลิน (Insulin) ซึ่งสร้างจากเซลล์ที่ตับอ่อน ทำให้สามารถแบ่งโรคเบาหวานได้เป็น 2 ชนิด

เบาหวานชนิดที่ 1 : ร่างกายไม่ผลิตอินซูลิน

เบาหวานชนิดนี้ มักเริ่มแสดงอาการตั้งแต่วัยเป็นเด็ก วัยรุ่น หรือผู้ใหญ่ตอนต้น (มักเกิดในช่วงอายุน้อยกว่า 30 ปี) โดยอาการจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรง เช่น ผอมลงอย่างรวดเร็ว อ่อนเพลีย ปัสสาวะบ่อย และกระหายน้ำผิดปกติ โดยเบาหวานชนิดนี้ เป็นโรคที่ไม่ได้เกิดจากพฤติกรรมการกิน แต่เกิดจากระบบภายในร่างกาย คือ ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย เกิดสภาวะ Autoimmune โดยมีกลไกการเกิดโรคด้วยการทำลายเซลล์เบต้าในตับอ่อน ซึ่งมีหน้าที่ผลิตอินซูลิน เมื่อเซลล์ดังกล่าวถูกทำลาย ร่างกายจึงขาดอินซูลินโดยสิ้นเชิง ทำให้มีปริมาณน้ำตาลในกระแสโลหิตมากผิดปกติ การรักษาจึงจำเป็นต้องได้รับอินซูลินทดแทนทุกวันตลอดชีวิต

เบาหวานชนิดที่ 2 : ร่างกายดื้อต่ออินซูลิน

เบาหวานชนิดนี้ เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90 – 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด โดยมักพบในวัยผู้ใหญ่ อายุ 35 – 40 ปีขึ้นไป แต่ในปัจจุบันเริ่มพบในเด็กหรือวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนมาก โดยอาการมักเกิดอย่างค่อยเป็นค่อยไป มักไม่มีอาการในระยะแรก ซึ่งปัจจัยในการก่อโรคสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ชีวิต เช่น ภาวะน้ำหนักเกิน, การไม่ออกกำลังกาย, การรับประทานอาหารกลุ่มแป้งและน้ำตาลปริมาณสูงต่อวัน ความเครียดสะสม และอายุที่มากขึ้น กลไกการเกิดโรคเกิดจาก ตับอ่อนยังคงผลิตอินซูลินได้ แต่เซลล์ในร่างกาย โดยเฉพาะเซลล์กล้ามเนื้อและเซลล์ไขมัน เกิดภาวะ “ดื้อต่ออินซูลิน (Insulin Resistance)” คือไม่สามารถรับน้ำตาลเข้าเซลล์ได้ หรือรับได้ยากขึ้น ทำให้น้ำตาลล้นอยู่ในกระแสโลหิต เมื่อตับอ่อนต้องทำหน้าที่หนักขึ้น เพื่อผลิตอินซูลิน ทำให้ตับอ่อนล้าและความสามารถในการผลิตอินซูลินได้น้อยลงเรื่อย ๆ การรักษา เน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นอันดับแรก ร่วมกับการใช้ยา เพื่อลดการดื้ออินซูลิน หรือช่วยให้ตับอ่อนหลังอินซูลินได้ดีขึ้น

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

การวินิจฉัยโรคเบาหวานตามมาตรฐานแนวทางเวชปฏิบัติของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในปัจจุบัน กำหนดให้ใช้เกณฑ์การตรวจวิเคราะห์ระดับกลูโคสในพลาสมาจากตัวอย่างเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (Venous Plasma Glucose) เป็นมาตรฐานหลักทางห้องปฏิบัติการ โดยสามารถให้การวินิจฉัยโรคเบาหวานได้เมื่อผู้ป่วยมีผลการตรวจเข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง จาก 4 วิธีการทดสอบทางคลินิกดังต่อไปนี้ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2563)

1. การตรวจระดับน้ำตาลในพลาสมาหลังอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose: FPG): เป็นวิธีหลักที่นิยมใช้ในเวชปฏิบัติทั่วไปเนื่องจากมีความสะดวกสูง โดยกำหนดให้ผู้ป่วยต้องงดรับประทานอาหาร สารอาหาร และเครื่องดื่มทุกชนิด (สามารถดื่มน้ำเปล่าบริสุทธิ์ได้) เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 8 ชั่วโมงก่อนทำการเจาะเก็บตัวอย่างเลือด

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

ปกติ	กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	เป็นเบาหวาน
น้อยกว่า 100 mg/dL	100 – 125 mg/dL	ตั้งแต่ 126 mg/dL ขึ้นไป

2. การตรวจพิกัดน้ำตาลสะสม (Hemoglobin A1c: HbA1c): เป็นการตรวจวัดเปอร์เซ็นต์ของน้ำตาลกลูโคสที่เข้าไปสร้างพันธะทางเคมีเกาะอยู่กับโมเลกุลของฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง ซึ่งเป็นดัชนีสะท้อนระดับค่าน้ำตาลเฉลี่ยในกระแสเลือดของผู้ป่วยในช่วงระยะเวลา 2 ถึง 3 เดือนที่ผ่านมา ข้อดีเชิงคลินิกที่สำคัญคือ ผู้ป่วยไม่มีความจำเป็นต้องอดอาหารก่อนเข้ารับการตรวจ

ปกติ	กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	เป็นเบาหวาน
น้อยกว่า 5.5%	5.7 – 6.4%	ตั้งแต่ 6.5% ขึ้นไป

3. การทดสอบความทนทานต่อกลูโคสโดยการรับประทาน (Oral Glucose Tolerance Test: OGTT): มักพิจารณาเลือกใช้ในกรณีที่ผลการตรวจคัดกรองด้วยวิธี FPG คลุมเครือไม่แน่ชัด หรือนำมาใช้เป็นแนวทางมาตรฐานในการวินิจฉัยภาวะโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus: GDM) โดยมีระเบียบวิธีปฏิบัติคือ ให้ผู้ป่วยอดอาหาร 8 ชั่วโมงเพื่อเจาะเลือดครั้งแรก (Baseline) จากนั้นให้ผู้ป่วยดื่มสารละลายน้ำตาลกลูโคสปริมาณ 75 กรัมที่ละลายในน้ำ แล้วจึงทำการเจาะเลือดซ้ำเพื่อวัดระดับน้ำตาล ณ เวลา 2 ชั่วโมงหลังดื่ม

ปกติ	กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	เป็นเบาหวาน
น้อยกว่า 140 mg/dL	140 – 199 mg/dL	ตั้งแต่ 200 mg/dL ขึ้นไป

4. การตรวจระดับน้ำตาลในพลาสมาเวลาใดก็ได้ (Random / Casual Plasma Glucose): จะพิจารณาใช้เกณฑ์วิธีนี้เฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยมาพบบุคลากรทางการแพทย์ด้วยอาการแสดงทางคลินิกของภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่เด่นชัดและเฉียบพลัน (Classic symptoms of hyperglycemia) เช่น อาการปัสสาวะบ่อยและปริมาณมาก (Polyuria) อาการกระหายน้ำจัดและดื่มน้ำบ่อย (Polydipsia) หรือสภาวะน้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็วโดยไม่มีสาเหตุอันสมควร ซึ่งวิธีนี้สามารถทำการเจาะเลือดตรวจพลาสมากลูโคสได้ทันทีโดยผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องอดอาหาร โดยผลการตรวจว่าเป็นเบาหวาน คือ ตั้งแต่ 200 mg/dL ขึ้นไป ร่วมกับมีอาการเด่นชัด

พยาธิสรีรวิทยา (วรรณิ นิธิยานันท์, 2565; อภิชาติ สุระเชษฐพงษ์, 2566)

โรคเบาหวาน เกิดจากความผิดปกติของร่างกายในการจัดการกับน้ำตาลกลูโคส ซึ่งมีฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin) ซึ่งผลิตจากตับอ่อน โดยฮอร์โมนอินซูลิน มีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญคือ นำน้ำตาลจากกระแสโลหิตเปลี่ยนเป็นพลังงานให้กับร่างกาย เมื่อกลไกนี้มีความผิดปกติ ร่างกายจะเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงสะสม จนกลายเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งกลไกการเกิดจะมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

1. โรคเบาหวานประเภทที่ 1 (Insulin Deficiency) เกิดจากภาวะขาดอินซูลินอย่างรุนแรงแบบเฉียบพลัน (Absolute Insulin Deficiency) มีพยาธิสภาพหลักมาจากปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง (Autoimmune destruction) โดยเม็ดเลือดขาวชนิด ที-เซลล์ (T-cells) เกิดความจำเพาะที่ผิดปกติและเข้าโจมตีทำลายเบต้าเซลล์ในตับอ่อน ซึ่งเป็นแหล่งผลิตอินซูลินเพียงแหล่งเดียวในร่างกาย เมื่อเบต้าเซลล์ถูกทำลายไปมากกว่าร้อยละ 80 ถึง 90 ร่างกายจะไม่สามารถผลิตและหลั่งอินซูลินออกมาได้อีก ส่งผลให้เซลล์เนื้อเยื่อต่างๆ ไม่สามารถนำน้ำตาลกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้ ร่างกายจึงต้องเข้าสู่ภาวะชดเชยด้วยการสลายไขมัน (Lipolysis) และโปรตีนมาใช้เป็นพลังงานทดแทนอย่างรุนแรงและรวดเร็ว การสลายไขมันในปริมาณมหาศาลที่ตบนี้ ก่อให้เกิดสารอนุกรมกรดกลุ่มคาร์บอนิลที่เรียกว่า สารคีโตน (Ketones หรือ Ketone bodies) คั่งสะสมในกระแสเลือด ส่งผลกระทบให้เกิดภาวะเลือดเป็นกรดรุนแรงเฉียบพลันที่เรียกว่า Diabetic Ketoacidosis (DKA) ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการหายใจหอบลึก ปวดท้อง ซึมลง และอาจนำไปสู่สภาวะช็อกหรือเสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการพยาบาลและการรักษาที่ทันท่วงที

2. โรคเบาหวานประเภทที่ 2 (Insulin Resistance and Beta cell Dysfunction) เป็นประเภทของโรคเบาหวานที่พบมากที่สุดทางเวชปฏิบัติ (ประมาณร้อยละ 90 ถึง 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด) การดำเนินโรคและพยาธิสภาพจะเกิดขึ้นอย่างช้าๆ เป็นลำดับขั้นและมีความต่อเนื่อง โดยสามารถแบ่งระยะการเกิดโรคออกเป็น 4 ระยะหลัก ดังนี้

ระยะที่ 1: ภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin Resistance) มีปัจจัยเสริมทางคลินิกที่สำคัญคือ ภาวะอ้วน (Obesity) และการสะสมของไขมันในช่องท้อง (Visceral fat) หรือการได้รับยากกลุ่มสเตียรอยด์ (Steroids) ปริมาณสูงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้ตัวรับอินซูลินที่ผิวเซลล์เนื้อเยื่อส่วนปลายไม่ตอบสนองต่ออินซูลินตามปกติ น้ำตาลกลูโคสจึงเคลื่อนย้ายเข้าสู่เซลล์กล้ามเนื้อ (Muscle) และเซลล์ไขมัน (Fat) ได้น้อยลง

ระยะที่ 2: ตับอ่อนทำงานหนักเพื่อชดเชย (Compensatory Hyperinsulinemia) เมื่อน้ำตาลกลูโคสไม่สามารถเคลื่อนย้ายเข้าสู่เซลล์ได้ จึงเกิดการคั่งของน้ำตาลในกระแสโลหิต ร่างกายจะส่งสัญญาณป้อนกลับไปที่ตับอ่อนให้ตับอ่อนต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้น 2 ถึง 3 เท่า เพื่อผลิตและหลั่งฮอร์โมนอินซูลินออกมาในปริมาณที่สูงมากเกินปกติ (Hyperinsulinemia) ในการพยายามรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ ในระยะแรกนี้ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (FPG) ของผู้ป่วยจึงอาจยังคงแสดงค่าปกติอยู่

ระยะที่ 3: ตับอ่อนล้าและเสื่อมสภาพ (Beta cell dysfunction) เมื่อเบต้าเซลล์ของตับอ่อนต้องทำหน้าที่หลั่งอินซูลินในระดับสูงเป็นระยะเวลานานอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้เซลล์เริ่มเสื่อมสภาพและทำงานผิดปกติ ความสามารถในการผลิตและหลั่งอินซูลินจะลดลงเรื่อยๆ ประกอบกับระดับน้ำตาลที่สูงค้างอยู่ในกระแสโลหิตเป็นเวลานานจะก่อให้เกิดพิษจากน้ำตาลโดยตรงต่อตัวเบต้าเซลล์เอง เรียกว่า ภาวะพิษจากกลูโคส (Glucotoxicity) ยิ่งซ้ำเติมให้เบต้าเซลล์ฝ่อตัวและลดจำนวนลง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

ระยะที่ 4: ตับปล่อยน้ำตาลเข้าสู่กระแสเลือดอย่างควบคุมไม่ได้ ในภาวะปกติอินซูลินจะเป็นตัวส่งสัญญาณยับยั้งไม่ให้ตับสร้างน้ำตาล แต่เมื่อเซลล์ตับเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินอย่างรุนแรง สัญญาณการสั่งหยุดสร้างน้ำตาลจะสูญเสียไป ตับจึงรับรู้พยาธิสภาพผิดพลาดว่าร่างกายกำลังขาดแคลนสารอาหารและพลังงาน ส่งผลให้เกิดกระบวนการขยับสร้างกลูโคสใหม่จากสารอื่น (Gluconeogenesis) และสลายไกลโคเจนที่ตับ แล้วปล่อยเข้าสู่กระแสโลหิตตลอดเวลา ทำให้น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยพุ่งสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและควบคุมได้ยาก

กลไกที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง (ไนยรัฐ ประสงค์สุข, 2568)

ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีประวัติการรักษาหรือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่สม่ำเสมอหรือเผชิญกับภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงสะสมเป็นระยะเวลานาน จนนำไปสู่กระบวนการดื้อต่ออินซูลินอย่างรุนแรง พยาธิสภาพดังกล่าวจะเข้าไปกระตุ้นกลไกการแบ่งตัวของเซลล์ที่ผิดปกติ ควบคุมไปกับการทำลายระบบยับยั้งการตายของเซลล์ตามธรรมชาติ (Apoptosis) นอกจากนี้ สภาวะการอักเสบเรื้อรังระบบทั่วร่างกาย (Chronic systemic inflammation) ที่เกิดจากการหลั่งสารไซโตไคน์ที่กระตุ้นการอักเสบ (Pro-inflammatory cytokines) และการกดระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ยิ่งส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญต่อการพัฒนาไปเป็นโรคมะเร็ง โดยสามารถเชื่อมโยงผ่าน 3 ปัจจัยหลักทางชีววิทยาโมเลกุล ดังต่อไปนี้

1. ภาวะอินซูลินในเลือดสูงเรื้อรัง (Chronic Hyperinsulinaemia) ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มักมีพยาธิสภาพเริ่มต้นมาจากภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน ซึ่งเป็นชนวนเหตุหลักนำไปสู่ภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin Resistance) ในเนื้อเยื่อส่วนปลาย เมื่อเซลล์ปฏิเสธการนำเข้ากลูโคส ตับอ่อนจึงต้องตอบสนองด้วยการทำงานหนักหลั่งฮอร์โมนอินซูลินออกมาในปริมาณที่มากกว่าปกติเพื่อพยายามรักษาระดับน้ำตาลในเลือด ส่งผลให้เกิดสภาวะอินซูลินในเลือดสูงเรื้อรัง ซึ่งระดับอินซูลินที่ล้นเกินนี้จะทำหน้าที่เพียงแค่ควบคุมเมแทบอลิซึมของน้ำตาลอีกต่อไป แต่จะแปรสภาพบทบาทหน้าที่ทางชีวภาพไปเป็นฮอร์โมนกระตุ้นการเจริญเติบโต (Growth-promoting hormone) แทนที่ และส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาที่เป็นอันตราย 2 ประการ ดังนี้

- **การกระตุ้นการแบ่งตัวของเซลล์อย่างรวดเร็ว (Cell Proliferation):** ฮอร์โมนอินซูลินปริมาณมหาศาลจะเข้าไปจับกับตัวรับอินซูลิน (Insulin Receptors: IR) ที่แสดงออกอยู่บนผิวเซลล์อย่างหนาแน่น ซึ่งรวมถึงเซลล์ที่มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะกลายเป็นเซลล์ (Pre-neoplastic cells) ส่งผลให้เกิดการเปิดสัญญาณภายในเซลล์ (Intracellular signaling pathways) เร่งกระบวนการแบ่งตัวและเพิ่มจำนวนของเซลล์อย่างรวดเร็วและปราศจากการควบคุม

- **การยับยั้งกลไกการทำลายตนเองของเซลล์ (Inhibition of Apoptosis):** โดยปกติแล้วระบบสรีรวิทยาของร่างกายจะมีกระบวนการตรวจสอบและสั่งทำลายเซลล์ที่มีดีเอ็นเอผิดปกติหรือเซลล์กลายพันธุ์ที่ผ่านกระบวนการตายของเซลล์ตามกำหนด (Apoptosis) ทว่าสภาวะอินซูลินที่สูงเกินเกณฑ์จะเข้าไปขัดขวางและทำลายสัญญาณเตือนภัยนี้ ส่งผลให้เซลล์ที่เสื่อมสภาพหรือเซลล์ที่พร้อมจะกลายเป็นเนื้อร้ายรอดพ้นจากการถูกทำลาย และสามารถเติบโตลุกลามกลายเป็นก้อนมะเร็งได้ในที่สุด

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

2. การทำงานเพิ่มขึ้นของสาร Insulin-like Growth Factor-1 (IGF-1) สาร IGF-1 คือโปรตีนฮอร์โมนที่มีโครงสร้างคล้ายอินซูลิน ซึ่งถูกสังเคราะห์และหลั่งขึ้นเป็นหลักจากเนื้อเยื่อตับภายใต้การควบคุมของโกรทฮอร์โมน (Growth Hormone) มีหน้าที่หลักในการควบคุมการเจริญเติบโต การเพิ่มจำนวนเซลล์ และการซ่อมแซมเนื้อเยื่อ ในสภาวะปกติร่างกายจะมีโปรตีนดักจับสารนี้ไว้ (IGF-binding proteins: IGFBPs) เพื่อไม่ให้ทำงานมากเกินไป แต่ภาวะอินซูลินในเลือดสูง (Hyperinsulinaemia) ในผู้ป่วยเบาหวานจะส่งผลให้ตับลดการผลิตโปรตีนดักจับดังกล่าว (โดยเฉพาะ IGFBP-1 และ IGFBP-2) ทำให้มีสาร IGF-1 อิสระ (Free IGF-1) ลอยอยู่ในกระแสเลือดในปริมาณที่สูงมากผิดปกติ สาร IGF-1 อิสระนี้มีฤทธิ์ในการกระตุ้นการเจริญเติบโตของเซลล์ที่รุนแรง ก่อให้เกิดการแบ่งตัวของเซลล์และการแพร่กระจายทางชีวภาพอย่างรวดเร็ว ซึ่งจากการศึกษาทางระบาดวิทยาคลินิกพบหลักฐานเชิงประจักษ์ชัดเจนว่า ระดับ Free IGF-1 ที่สูง มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการเพิ่มความเสี่ยงของโรคมะเร็งหลายชนิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคมะเร็งเต้านม และโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก

3. ระดับน้ำตาลในเลือดสูงโดยตรง (Direct Effect of High Glucose) เซลล์มะเร็งส่วนใหญ่มีพฤติกรรมทางชีวเคมีจำเพาะที่เรียกว่า "วาร์เบิร์ก เอฟเฟกต์" (Warburg effect) คือมีความต้องการและชอบใช้พลังงานที่ได้จากการสลายสารกลูโคสในปริมาณที่สูงมากกว่าเซลล์ปกติหลายเท่าตัว ดังนั้น การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลคั่งอยู่ในกระแสเลือดสูงตลอดเวลา (Chronic hyperglycemia) จึงแปรสภาพเปรียบเสมือนการเติมแหล่งพลังงานและเสบียงอาหารชั้นดีให้แก่เซลล์มะเร็งโดยตรง ทำให้เซลล์มะเร็งสามารถนำน้ำตาลกลูโคสเหล่านั้นไปใช้เป็นวัตถุดิบหลักในกระบวนการเมแทบอลิซึมเพื่อสร้างพลังงานและแบ่งเซลล์เพิ่มจำนวนได้อย่างไร้ขีดจำกัด

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดและมีโรคร่วมเบาหวานชนิดที่ 2 (สมาคมพยาบาลโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย, 2564)

การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดถือเป็นกลยุทธ์หลักในการควบคุมและทำลายเซลล์มะเร็งเต้านม อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ผู้ป่วยมีสภาวะโรคเบาหวานร่วมด้วย กระบวนการพยาบาลและการบริหารยาเคมีบำบัดจะทวีความซับซ้อน มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งผลกระทบต่อสภาวะสมดุลของน้ำตาลในเลือดได้มากกว่าผู้ป่วยทั่วไป พยาบาลเฉพาะทางด้านโรคมะเร็งจึงมีบทบาทสำคัญยิ่งในการบริบาลผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดในทุกระยะ โดยต้องประเมินเตรียมความพร้อมให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อวางแผนการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ 3 ระยะ ดังนี้

1. การพยาบาลระยะก่อนให้ยาเคมีบำบัด เริ่มตั้งแต่ขั้นตอนที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด จนถึงระยะก่อนที่ผู้ป่วยจะมารับยาเคมีบำบัดในวันแรก โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

1) การทวนสอบและประเมินความเข้าใจ: ดำเนินการทวนสอบยืนยันผลทางพยาธิวิทยา (Pathology report) ระยะของโรคมะเร็ง ประวัติทางการแพทย์อื่น ๆ อาการแพ้ยา ประวัติภูมิไวเกิน (Hypersensitivity) และประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

2) การซักประวัติโดยรวม: ซักประวัติเกี่ยวกับระดับความแข็งแรงและสมรรถภาพของร่างกายโดยรวม (Performance status) โดยใช้ ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว ตลอดจนเป้าหมายในการรักษาของผู้ป่วย

3) การประเมินสถานะทางร่างกายเชิงลึก: ประเมินอาการทางคลินิกที่สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจาง (Anemia) ภาวะเลือดออกผิดปกติ ประวัติการได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด ประเมินสัญญาณการติดเชื้อและประวัติโรคติดเชื้อเดิม (เช่น วัณโรค วัณโรค ไวรัสตับอักเสบ) ตลอดจนประเมินภาวะเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ระบบขับถ่ายปัสสาวะ และระบบประสาทส่วนปลาย เช่น อาการชาปลายมือปลายเท้า (Peripheral neuropathy)

4) การประเมินด้านจิตสังคม: ประเมินสถานะอารมณ์ ความวิตกกังวล ความฉุนเฉียว ประเมินความสามารถในการจัดการตนเองเมื่อเผชิญกับอาการข้างเคียง ตลอดจนประเมินระบบสนับสนุน (Social support) และแหล่งประโยชน์ในชุมชน เช่น ศักยภาพของสถานพยาบาลใกล้บ้าน

5) การติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและระบบสำคัญ: ตรวจสอบผลความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) ได้แก่ Hb, Hct, RBC, WBC, Platelets และค่าเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิล (ANC) เพื่อประเมินระบบภูมิคุ้มกัน ตรวจสอบค่าการทำงานของตับ (LFT) ได้แก่ SGOT, SGPT, Alkaline Phosphatase และ Bilirubin รวมถึงประสานการส่งตรวจการท่อน้ำที่ของหัวใจและหลอดเลือด เช่น การตรวจ Echocardiogram หรือ MUGA scan

6) การระบุประเด็นปัญหาและประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ: รวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ประเด็นปัญหาทางการแพทย์ ทั้งที่มีอยู่แล้วหรืออาจเกิดขึ้นในอนาคต พร้อมส่งปรึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น นักกำหนดอาหาร (Dietitian) นักกายภาพบำบัด ทันตแพทย์ หรือแพทย์เฉพาะทาง (เช่น อายุรแพทย์โรคหัวใจ หรืออายุรแพทย์ระบบทางเดินหายใจ) เพื่อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวม

7) การให้ข้อมูลเพื่อสร้างความตระหนักรู้: ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็ง แผนการรักษา จำนวนรอบและครั้งของการรับยาเคมีบำบัด ผลกระทบของการรักษาต่อการดำรงชีวิต ข้อมูลสิทธิการรักษา และประมาณการค่าใช้จ่าย

8) การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว: อธิบายขั้นตอนการมารับบริการ วิธีการปฏิบัติตัวระหว่างรับยาเคมีบำบัด การจัดการและดูแลอาการจากผลแทรกซ้อน (เช่น ภาวะผมร่วง) พฤติกรรมการรับประทานอาหารและการดื่มน้ำ ตลอดจนการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นทันทีและอาการข้างเคียงเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

9) กระบวนการพิทักษ์สิทธิ์: ดูแลและตรวจสอบการลงนามในใบยินยอมเข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (Informed consent) พร้อมวางแผนส่งเสริมความร่วมมือเพื่อให้ผู้ป่วยมารับยาเคมีบำบัดได้ครบถ้วนตามแผนการรักษา

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

2. การพยาบาลระยะให้ยาเคมีบำบัด เริ่มตั้งแต่พยาบาลรับผู้ป่วยในวันแรกของการรับยาเคมีบำบัดในแต่ละวงจรรอบ (Cycle) จนถึงสิ้นสุดกระบวนการบริหารยาอย่างครบถ้วน โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

1) การวัดสัญญาณชีพและประเมินสมรรถนะ: ดำเนินการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และประเมินสัญญาณชีพ (Vital signs) ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการ

2) การประเมิน ECOG Score: ประเมินระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายผู้ป่วย โดยใช้เกณฑ์ Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Score

3) การซักประวัติเพิ่มเติมประจำวัน: ตรวจร่างกายและซักประวัติเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้สารอาหารเสริม ยาสมุนไพร ประวัติการรักษาด้วยแพทย์ทางเลือก ระยะเวลาของการรับยารั้งล่าสุด ตลอดจนอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดรอบก่อนหน้าและวิธีการจัดการของผู้ป่วย

4) การติดตามผลเลือดปัจจุบัน: ติดตามผลเลือดทางห้องปฏิบัติการที่รายงานล่าสุด ได้แก่ CBC, Creatinine (ประเมินหน้าที่ไต) และ Liver Function Test (LFT)

5) การทวนสอบคำสั่งการรักษาเชิงลึก: ทวนสอบคำสั่งการรักษาและขนาดยาเคมีบำบัดในวงจรปัจจุบัน โดยเปรียบเทียบกับวงจรรอบก่อนหน้าอย่างเคร่งครัด ซึ่งคำสั่งยาต้องระบุข้อมูลครบถ้วน ได้แก่ ชื่อ-สกุลผู้ป่วย, ตัวบ่งชี้ผู้ป่วย (เช่น HN), วันที่สั่ง, ชื่อสูตรยา, จำนวนรอบการให้ยา (Cycle) และวันที่ให้, การประเมินข้อผิดพลาดขนาดยาตามพื้นที่ผิวสิ่งมีชีวิต (Body Surface Area: BSA), วิธีการบริหารยา, รายการยา Pre-medications, การให้สารน้ำ (Hydration), ลำดับและอัตราความเร็วในการบริหารยาแต่ละชนิด

6) ระบบความปลอดภัย Double Check และการมีส่วนร่วม: ให้ผู้ป่วยหรือญาติมีส่วนร่วมในการทวนสอบ ชื่อ-นามสกุล บณฉลากยา ตรวจสอบลักษณะทางกายภาพของยา และกำหนดให้มีพยาบาลวิชาชีพ 2 คนร่วมตรวจสอบการตั้งค่าอัตราการไหลบนเครื่องควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ (Infusion pump)

7) การยึดหลัก 7R ในการบริหารยา: ถือปฏิบัติการพยาบาลให้ยาตามหลักสากล 7R อย่างเคร่งครัด คือ ถูกคน (Right Patient) ถูกชนิด (Right Drug) ถูกขนาด (Right Dose) ถูกทาง (Right Route) ถูกเวลา (Right Time) มีเหตุผลสมควร (Right Reason) และบันทึกข้อมูลถูกต้อง (Right Documentation)

8) การเลือกและประเมินหลอดเลือดดำ: พิจารณาเลือกหลอดเลือดดำขนาดใหญ่บริเวณแขน โดยเริ่มจากส่วนปลายก่อน (Distal to proximal) เลือกเส้นเลือดที่เรียบตรง ยึดหยุ่นดี หลีกเลียงเส้นเลือดที่มีการเจาะหรือใช้งานภายใน 24 ชั่วโมง หลีกเลียงบริเวณข้อพับ ข้อมือ หรือบริเวณที่มีระบบไหลเวียนไม่ดี เช่น เท้า หรือแขนข้างที่มีพยาธิสภาพ/แขนข้างที่ถูกผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ (Axillary lymph node dissection)

9) การเลือกใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสม: เลือกใช้ชุดให้สารน้ำ (IV set) และตัวกรอง (Filter) ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมจำเพาะกับชนิดของยาเคมีบำบัดแต่ละประเภท

10) การควบคุมเวลาให้ยา Pre-medication: บริหารยา Pre-medication (รวมถึงยาแก้ปวด เติร์บอยด์) ล่วงหน้าไม่เกิน 60 นาที ก่อนเริ่มกระบวนการให้ยาเคมีบำบัดเพื่อประสิทธิภาพสูงสุดในการระงับอาการข้างเคียง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

11) การเฝ้าระวังตำแหน่งแทงเข็มและภาวะฉุดฉีก: สังเกตตำแหน่งที่แทงเข็มอย่างต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังอาการปวด บวม แดง หรือภาวะยารั่วซึมออกนอกหลอดเลือด โดยต้องมีแนวทางปฏิบัติการจัดการภาวะยาออกนอกหลอดเลือด (Extravasation management) และแนวทางจัดการภาวะฉุดฉีก เช่น ภาวะภูมิไวเกินเฉียบพลัน (Anaphylaxis) เตรียมพร้อมไว้เสมอ

12) การใช้เทคนิค S-A-S: เมื่อบริหารยาเคมีบำบัดหมดในแต่ละชนิด ให้ใช้เทคนิค S-A-S คือการใช้สารละลายที่เหมาะสม (Solution เช่น Normal Saline) ชะล้างสายก่อนบริหารยาเคมีบำบัดและตามด้วยสารละลายชะล้างสายหลังให้ยาหมด (Solution) เพื่อป้องกันปฏิกิริยาระหว่างยาตกตะกอนในสายและลดการระคายเคืองของหลอดเลือด

13) การประเมินสัญญาฉบับตามเกณฑ์สูตรยา: ตรวจวัดและบันทึกสัญญาฉบับของผู้ป่วยตามความถี่ที่กำหนดในแนวทางปฏิบัติของสูตรยาเคมีบำบัดแต่ละชนิดอย่างเคร่งครัด

3. การพยาบาลระยะหลังให้ยาเคมีบำบัด เริ่มตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดครบถ้วนตามแผนการรักษาทั้งหมดและเข้าสู่ระยะฟื้นฟู สรุปรูปแบบทางปฏิบัติดังนี้

1) การประเมินจิตสังคมระยะส่งท้าย: ประเมินระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปรับตัวและการดำเนินชีวิตเมื่อต้องกลับไปอยู่ในบริบทสังคมเดิม โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ระบายความรู้สึกและให้คำแนะนำพยาบาลประคับประคองตามสถานการณ์

2) การสนับสนุนทางอารมณ์: ให้การพยาบาลสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์เพื่อสร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วย เช่น การให้ข้อมูลทางคลินิกที่ถูกต้อง และการให้กำลังใจผ่านการสัมผัสพยาบาลที่อบอุ่น

3) การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวช่วงฟื้นฟูร่างกาย: สอนและสร้างข้อตกลงเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เช่น การระบอบการข้างเคียงที่ยังคงหลงเหลืออยู่ ระยะเวลาที่ร่างกายจะฟื้นฟู พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม และความสำคัญของการมาตรวจติดตามโรคตามนัดหมาย (Follow-up)

4) การเชื่อมโยงระบบสนับสนุน: ให้ข้อมูลช่องทางการติดต่อสื่อสารกับหน่วยงาน เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน และแหล่งสิทธิประโยชน์ต่างๆ ทั้งในระบบโรงพยาบาล เครือข่ายชุมชน และองค์กรเอกชนที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ชื่อกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดและมีโรคร่วมเบาหวานชนิดที่ 2

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 70 ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ สถานภาพ คู่
ระดับการศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพ รับจ้าง อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด
สิทธิการรักษาพยาบาล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อำเภอบ่อไร่

วันที่รับไว้ในความดูแล วันที่ 8 มีนาคม 2567

วันที่จำหน่ายออกจากความดูแล วันที่ 13 มิถุนายน 2567

รวมวันที่รับไว้ดูแล 98 วัน จำนวน 4 ครั้ง

ครั้งที่ 1 วันที่ 8 มีนาคม 2567

ครั้งที่ 2 วันที่ 11 เมษายน 2567

ครั้งที่ 3 วันที่ 16 พฤษภาคม 2567

ครั้งที่ 4 วันที่ 13 มิถุนายน 2567

แหล่งที่มาของข้อมูล

ผู้ป่วย และแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย

อาการสำคัญที่มารักษา

รับการส่งมาปรึกษาจากห้องตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมข้างซ้าย แพทย์มีแผนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ประเมินความพร้อมผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จึงมารับยาเคมีบำบัดตามนัด วันนี้

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

2 เดือนก่อนรับไว้ดูแล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนคัดกรองมะเร็งเต้านม ตรวจพบก้อนที่เต้านมข้างซ้าย ขนาดประมาณ 3 เซนติเมตร ไม่เจ็บ ไม่มีสารคัดหลั่งไหลจากหัวนม เต้านมไม่ผิดปกติ จึงส่งต่อมาพบแพทย์แผนกเฉพาะทางที่โรงพยาบาลตราด แพทย์ส่งตรวจ Mammogram/US ผลการตรวจพบ BIRADS 4C Mass at upper outer quadrant Left Breast measuring 3.0 cm เข้ารับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ด้วยการผ่าตัด Wild Excision Biopsy Left Breast Mass วันที่ 31 มกราคม 2567 ผลการตรวจพบเซลล์มะเร็งชนิดลุกลาม (Invasive) แพทย์จึงนัดทำ Left Modified Radical Mastectomy (MRM) c Left Axillary Lymph Node Dissection (ALND) วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2567

3 วันก่อนรับไว้ดูแล แพทย์นัดผู้ป่วยฟังผลการตรวจทางพยาธิวิทยา และวางแผนการรักษาต่อยาเคมีบำบัด จึงส่งมาปรึกษาเรื่องรับยาเคมีบำบัด หน่วยมะเร็งประเมินสภาพความพร้อมผู้ป่วย ส่งตรวจเลือดตามมาตรฐานเตรียมความพร้อมก่อนรับยาเคมีบำบัด และส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมโรคหัวใจ เพื่อประเมินสภาวะกล้ามเนื้อหัวใจก่อนรับยาเคมีบำบัด ผลการตรวจหัวใจอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน

2 วันก่อนรับไว้ดูแล แพทย์ประจำห้องตรวจมะเร็ง ตรวจประเมินความพร้อมผู้ป่วยก่อนรับยาเคมีบำบัด พบว่ามีภาวะซีด HCT = 28.6 % แพทย์สั่งการรักษาเป็น PRC 1 Unit ที่โรงพยาบาลตราด ก่อนรับยาเคมีบำบัดในวันถัดไป

1 วันก่อนรับไว้ดูแล ผู้ป่วยได้รับ PRC 1 Unit ตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่มีภาวะความผิดปกติใด ๆ จึงจำหน่ายกลับบ้าน และนัดมารับยาเคมีบำบัดในวันที่ 8 มีนาคม 2567

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต

ประวัติโรคประจำตัว

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตรวจพบเมื่อ 11 ปีก่อน รับการรักษาและติดตามอาการต่อเนื่อง ที่โรงพยาบาลชุมชน ใช้อารยัประทาน Glucophage (500) หลังอาหารเข้า จำนวน 2 เม็ด และหลังอาหารเย็น จำนวน 1 เม็ด สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ไม่เคยมีภาวะ Hypoglycemia พบแพทย์เพื่อรับยาตรงตามนัดทุกครั้ง

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคถ่ายทอดทางพันธุกรรม

ประวัติการสูบบุหรี่/ดื่มสุรา/ใช้สารเสพติด

ปฏิเสธการสูบบุหรี่ ปฏิเสธการดื่มสุรา หรือใช้สารเสพติด

ประวัติการแพ้ยา/สารอาหาร

ปฏิเสธการแพ้ยา หรือสารอาหาร ทุกชนิด

การผ่าตัด

Lt. Wild Excision Breast mass วันที่ 31 มกราคม 2567 และ Lt. Modified Radical Mastectomy (MRM) with Lt. Axillary Lymph Node Dissection (ALND) วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2567

การระงับความรู้สึก

ให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General anesthesia with Endotracheal tube)

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

สภาพทั่วไป หญิงไทย สูงอายุ รู้สึกตัวดี ส่วนสูง 160 เซนติเมตร น้ำหนัก 69 กิโลกรัม BMI เท่ากับ 26.95 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ECOG = 1 เคลื่อนไหวได้ปกติ ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยพยุง ไม่สามารถออกแรงหนัก ๆ ได้ เช่น วิ่ง หรือ เดินขึ้นบันไดหลายชั้นติดต่อกัน

สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 142/88 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99%

ศีรษะ ศีรษะได้รูป ผมสั้นสีดอกเลา แก้มโต ใบหน้าเท่ากันทั้งสองข้าง

ผิวหนังและเล็บ ผิวสีขาวเหลือง ไม่มีแผลหรือตุ่มอักเสบ ไม่มีจ้ำเลือด ไม่เขียว ไม่ช้ำ เล็บมือ เล็บเท้าสั้นสะอาด

ตา เยื่อบุตาไม่ช้ำ ไม่เหลือง รูม่านตาเท่ากันทั้งสองข้าง การมองเห็นชัดเจน ไม่ได้สวมแว่น

หู รูปร่างปกติ ฟังเสียงได้ชัดเจน คลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองข้างหูโต

จมูก ปกติ ไม่มี Secretion ได้รับกลิ่นปกติ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

ปากและลำคอ	ริมฝีปากมีชมพู เหงือกและลิ้นสีชมพู ช่องปากปกติ ไม่พบฟันโยก ผุ คลำไม่พบ ต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอ และไหปลาร้าโต คลำไม่พบไทรอยด์โต ไม่มีเส้นเลือดดำที่คอโป่งพอง การเคลื่อนไหวกระดูกต้นคอปกติ ก้มเงยได้ปกติ
ทรวงอก	การขยายตัวของทรวงอกเท่ากันทั้งสองข้าง การเคลื่อนไหวของทรวงอกสัมพันธ์กับลักษณะการหายใจ การหายใจสม่ำเสมอ บริเวณเต้านมด้านซ้ายมีแผลผ่าตัด เต้านม Total Mastectomy ตัดไหมแล้ว แผลแห้งดี ไม่มี Discharge ซึม
หัวใจ	อัตราการเต้นของหัวใจ 78 ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ ไม่มี murmur
ช่องท้อง	หน้าท้องหนา ไม่มีรอยแผลเป็น คลำไม่พบก้อน ตับม้ามไม่โต กดไม่เจ็บ ท้องไม่มีอาการแข็งเกร็ง
กล้ามเนื้อและกระดูก	การเคลื่อนไหวร่างกายปกติ
ระบบประสาท	รู้สึกตัวดี ทำความเข้าใจได้ การรับรู้เวลา สถานที่ถูกต้อง บอกตำแหน่งการสัมผัส ได้ถูกต้อง

การตรวจประเมินเส้นเลือดส่วนปลาย (Peripheral Vein Assessment) เพื่อเตรียมความพร้อมเส้นเลือดสำหรับให้ยาเคมีบำบัด ดังนี้

1. ขนาดและความตรงของเส้นเลือด เส้นเลือดบริเวณแขนข้างขวามีขนาดใหญ่พอ สัมผัส นุ่ม ยืดหยุ่น เด้งสู้มือ และมีความยาวเป็นแนวตรงดี
2. การไหลเวียนของเลือด เลือดไหลเวียนดี ปลายนิ้วไม่มีเขียวคล้ำ หรือซีด
3. การเคลื่อนไหวข้อพับต่าง ๆ คลำบริเวณต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ขวา การขยับข้อไหล่ ข้อพับ และข้อมือปกติ ควบคุมการเคลื่อนไหวได้ดี

ผลการตรวจพิเศษ/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจภาพรังสีทรวงอก (วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2567): No infiltration ปอดทั้งสองข้างปกติ ไม่พบว่ามีสิ่งแทรกซึมหรือจุดผิดปกติในเนื้อปอด

ผลการตรวจหัวใจแบบ Echocardiography (วันที่ 6 มีนาคม 2567): Good LVEF with preserved diastolic function 67% การทำงานของหัวใจในการสูบฉีดเลือดและการคลายตัวอยู่ในเกณฑ์ดี และปกติ และมีประสิทธิภาพ

ผลการตรวจ S/P Wild Excision at Lt. Breast mass (วันที่ 31 มกราคม 2567): Invasive carcinoma, mixed invasive papillary carcinoma and Invasive ductal carcinoma Grade Poor differentiated, No Ductal carcinoma in situ, A Size of invasive tumor 3.1 cm, Presence of Lymphovascular and Perineural invasion Not identified, Resection All margin

การแปลและวิเคราะห์ผล เซลล์มะเร็งเป็นชนิดลุกลาม (Invasive) ทั้งหมด โดยมีรูปแบบการผสมกันระหว่างเซลล์มะเร็งท่อน้ำนม (Ductal) และเซลล์มะเร็ง Papillary ลักษณะเซลล์มีการแบ่งตัวเร็ว และเปลี่ยนแปลงรูปร่างไปจากเซลล์ปกติมาก มีความดู ไม่พบเซลล์มะเร็งในหลอดเลือด แต่พบเซลล์มะเร็งในหลอดน้ำเหลืองบางส่วน ขอบของก้อนที่แพทย์ผ่าตัดทุกด้าน ไม่พบเซลล์มะเร็ง แสดงว่าสามารถผ่าตัดก้อนมะเร็งออกได้ครบถ้วน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

ผลการตรวจ S/P Lt. Modified Radical Mastectomy (MRM) c Lt. Axillary Lymph Node Dissection (ALND) (23 กุมภาพันธ์ 2567): No Residual invasive carcinoma, No Lymphovascular invasion, uninvolved resection margin, no lymph node metastasis 0/17

การแปลและวิเคราะห์ผล ไม่พบเซลล์มะเร็ง ทั้งในเต้านม และไม่พบมะเร็งแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองทั้ง 17 ต่อมน

ผลการย้อมสีพิเศษทางภูมิคุ้มกัน (วันที่ 31 มกราคม 2567):

Estrogen (ER) = Negative Progesterone (PR) = Negative HER-2 = Negative
Ki-67 = About 30%

การแปลและวิเคราะห์ผล ไม่พบตัวรับฮอร์โมนเอสโตรเจน หรือโปรเจสเตอโรน และไม่พบตัวรับโปรตีน HER2 โดยเซลล์มะเร็งดังกล่าว มีอัตราการแบ่งตัวค่อนข้างสูง

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Complete Blood Count: CBC

รายการตรวจ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ					แปลผล
		5/3/67	27/3/67	8/4/67	5/6/67	12/6/67	
- WBC	$4.6-10.6 \times 10^3/\mu\text{L}$	6.9	3.5*	3.4*	2.7*	5.6	*ต่ำ
- RBC	$4.0-5.2 \times 10^6/\mu\text{L}$	3.64	3.60	3.24	2.32	3.61	ต่ำ
- HGB	12.0-14.3 g/dL	9.4	10.1	9.10	7.10	10.30	ต่ำ
- HCT	36.0-47.7 %	28.6	28.3	26.10	19.60	29.60	ต่ำ
- PLT	$140-400 \times 10^3/\mu\text{L}$	236	394	351	298	264	ปกติ
- Neutrophil	43.7-70.5 %	77.2	20.0*	54	57	72.1	*ต่ำ
- ANC	$1.5-8.0 \times 10^3/\mu\text{L}$	5.3	0.7*	1.8	1.5	4.0	*ต่ำ

การวิเคราะห์ผล

ตรวจพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซีดในครั้งแรกของการตรวจ เกิดจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งและการผ่าตัด และหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดในครั้งแรก ผู้ป่วยมีภาวะซีดมาก และระดับเม็ดเลือดขาวและระบบภูมิคุ้มกัน (ANC) ลดลงต่ำจนถึงจุดวิกฤต (Nadir) เนื่องจากยาเคมีบำบัดไปตัดวงจรการผลิตเม็ดเลือดขาว Neutrophil ในไขกระดูก ในขณะที่ Neutrophil เดิมในกระแสเลือดทยอยตายไปตามอายุขัย (6-12 ชั่วโมง) โดยไม่มีเซลล์ใหม่มาเพิ่มเติม ซึ่งมักเกิดช่วง 14 วันหลังได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งผู้ป่วยอยู่ในภาวะ Severe Neutropenia เสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง แพทย์รักษาด้วยยาฉีดกระตุ้นเม็ดเลือดขาว G-CSF (300) SC 10 วัน ค่า ANC จึงอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Blood Chemistry

รายการตรวจ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ					แปลผล
		5/3/67	27/3/67	8/4/67	5/6/67	12/6/67	
- HbA1C	< 6.5 %	6.6					สูง
- DTX	80 – 100 mg/dL		225*	75**		98	*สูง/**ต่ำ
- FBS	90-100 mg/dL	83.0			115.0*		*สูง
- BUN	8-20 mg/dL	29.4*	17.6	25.1*	13.8	20.90*	*สูง
- Creatinine	0.55-1.02 mg/dL	1.29*	1.04*	1.48*	0.92	0.91	*สูง
- eGFR	90-120	42.06	54.57	35.62	63.29	64.13	ต่ำ
- AST	< 35 U/L	21.1				22.80	ปกติ
- ALT	< 35 U/L	8.6				18.30	ปกติ
- ALK	30-120 U/L	65.3				59.60	ปกติ

การวิเคราะห์ผล

ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดผันผวน จากพยาธิสภาพของโรคเบาหวานและผลแทรกซ้อนของการได้รับยาเคมีบำบัด จากพยาธิสภาพของโรคเบาหวานมานาน 11 ปี ส่งผลกระทบให้ไตทำงานหนัก และภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัดส่งผลกระทบให้ ระดับ eGFR มีความผกผัน ทั้งจากภาวะคลื่นไส้อาเจียน รับประทานอาหารและน้ำไม่ได้ ในช่วงแรก และค่อยดีขึ้นหลังจากร่างกายมีการปรับตัวจากฤทธิ์ของยาเคมีบำบัดทำให้ค่า eGFR รอบหลังของการรับยาเคมีบำบัดดีขึ้น

การวินิจฉัยของแพทย์

Lt. Breast Cancer TNBC type with Diabetic type II (โรคมะเร็งเต้านมข้างซ้ายชนิดไม่มีตัวรับ ยาด้านฮอร์โมนและยามุ่งเป้า ร่วมกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ ตั้งแต่รับไว้จนจำหน่ายจากความดูแล

หญิงไทยสูงอายุ โรคประจำตัวเบาหวานชนิดที่ 2 มา 11 ปี รักษาและติดตามอาการที่โรงพยาบาลชุมชน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ไม่เคยมีภาวะ Hypoglycemia รับประทานยา Glucophage (500) หลังอาหารเช้า จำนวน 2 เม็ด และหลังอาหารเย็น จำนวน 1 เม็ด ประมาณ 2 เดือนก่อนรับไว้ดูแล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนคัดกรองมะเร็งเต้านม ตรวจพบก้อนที่เต้านมข้างซ้าย ขนาดประมาณ 3 เซนติเมตร ไม่เจ็บ ไม่มีสารคัดหลั่งไหลจากหัวนม เต้านมไม่ผิดปกติ จึงส่งต่อมาพบแพทย์แผนกเฉพาะทางที่โรงพยาบาลตราด แพทย์ส่งตรวจ Mammogram/US ผลการตรวจพบ BIRADS 4C Mass at upper outer quadrant Left Breast measuring 3.0 cm เข้ารับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ด้วยการผ่าตัด Wild Excision Biopsy Left Breast Mass วันที่ 31 มกราคม 2567 ผลการตรวจพบเซลล์มะเร็งชนิดลุกลาม (Invasive) แพทย์จึงนัดทำ Left Modified Radical Mastectomy (MRM) c Left Axillary Lymph Node Dissection (ALND) ในวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2567 และนัดฟังผลตรวจทางพยาธิวิทยาในวันที่ 5 มีนาคม 2567 ที่ห้องตรวจศัลยกรรม ผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัด แพทย์แจ้งผลการตรวจว่าไม่พบเซลล์มะเร็งหลงเหลืออยู่ แต่เนื่องจากผลการย้อมสีพิเศษ พบว่า เป็นเซลล์มะเร็งชนิดดู เต็บโตเร็ว มีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำ (Recurrent) แพทย์จึงแนะนำให้รับยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและตัดสินใจเข้ารับยาเคมีบำบัด จึงส่งปรึกษาหน่วยมะเร็งเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการและตรวจพิเศษเพิ่มเติมตามมาตรฐาน ก่อนรับยาเคมีบำบัด ดังนี้ CBC, BUN, Creatinine และ LFT และส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง อายุรกรรมโรคหัวใจ เพื่อตรวจพิเศษเพิ่มเติม Echo ผลการตรวจ LVEF = 67% อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน สามารถรับยาเคมีบำบัดได้ วันที่ 6 มีนาคม 2567 ผู้ป่วยมาตามนัดพบแพทย์ ที่หน่วยมะเร็ง เพื่อตรวจประเมินความพร้อม ผลการตรวจพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซีด HCT = 28.6% แพทย์สั่งการรักษา PRC 1 Unit และต่อด้วยแผนการรักษายาเคมีบำบัดสูตรมาตรฐาน AC Regimen ครั้งที่ 1 โดยนัดให้เลือด ที่โรงพยาบาลตราด ในวันถัดไป วันที่ 7 มีนาคม 2567 ผู้ป่วยมาตามนัด เพื่อรับเลือด PRC 1 Unit ตามแผนการรักษาของแพทย์ หลังให้เลือด ตรวจ HCT = 35% ไม่พบอาการผิดปกติ รายงานแพทย์ทราบ จึงสั่งการรักษายาเคมีบำบัดตามแผนการรักษาในวันที่ 8 มีนาคม 2567

ดูแลครั้งที่ 1 วันที่ 8 มีนาคม 2567 ผู้ป่วยและญาติเข้ารับบริการที่หน่วยมะเร็ง ตามนัดเพื่อรับยาเคมีบำบัดสูตรมาตรฐาน AC Regimen Cycle 1 ผู้ป่วยเดิมมาเอง มีสีหน้าเคร่งเครียด ECOG Score = 1 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 165/95 mmHg ส่วนสูง 160 เซนติเมตร น้ำหนัก 69 กิโลกรัม ดูแลให้ผู้ป่วยนั่งพักสักครู่ พูดคุยกับผู้ป่วย คนอื่นที่เคยได้รับเคมีบำบัดมาก่อน 20 นาทีต่อมา วัดความดันโลหิตซ้ำ ได้ 139/90 mmHg บริหารยาเคมีบำบัดตามแผนการรักษาของแพทย์ ดังนี้ Lorazepam (1 mg) 1 tab PO Stat หลังจากนั้นแทงเข็มเบอร์ 28 เพื่อเปิดเส้นให้ยาเคมีบำบัดทางเส้นเลือด เริ่มด้วยยา Pre-medication ดังนี้ Ondansetron 16 mg. Dilute NSS 100 ml. drip 30 min และต่อด้วย Dexamethasone 20 mg. Dilute NSS 100 cc. IV drip 30 min. ล้างเส้นด้วย NSS Keep IV Line ประมาณ 30 นาที ตรวจ Blood Return เพื่อป้องกันยาออกนอกเส้นเลือด เริ่มให้ยาเคมีบำบัด Doxorubicin ขนาด 105 mg. (60 mg/m^2) + NSS 100 ml. IV drip 30 min ระหว่างให้เฝ้าระวังอาการแพ้เฉียบพลัน เช่น หายใจลำบาก อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าหลังจากให้ยา

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ ตั้งแต่รับไว้จนจำหน่ายจากความดูแล (ต่อ)

ปัสสาวะจะเป็นสีแดง ลักษณะเหมือนสีของยาเคมีดังกล่าว ผู้ป่วยบอกรู้สึกขาแขนตั้งแต่ปลายนิ้วขึ้นไป แนะนำให้ผู้ป่วยจัดท่าที่นั้งสบาย เอนหลังให้ชิดผนังพิง นำหมอนเล็กหนุนบริเวณช่วงแขนเพื่อให้ง่ายต่อการเคลื่อนไหว หัก พับ งอ ตรวจสอบดู Blood Return ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้นหลังจากนั้นล้างเส้นด้วย NSS ประมาณ 20 – 30 ml. ก่อนเริ่มยาเคมีบำบัด Cyclophosphamide ขนาด 1050 mg. (600 mg/m^2) + NSS 100 ml. IV drip 30 min แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมาก ๆ เพื่อป้องกันการเกิด Haemorrhagic Cystitis หลังยาหมดขวด ล้างเส้นด้วย NSS ประมาณ 20 – 30 ml. เฝ้าระวังอาการแพ้ยา และคลื่นไส้อาเจียนเฉียบพลัน เนื่องจากยาทั้ง 2 ชนิด มีผลข้างเคียงก่อให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนรุนแรง ดึงเข็มแทงออก ตรวจสอบดูรอยแผลที่แทง ไม่บวมแดง เลือดหยุดไหล ประเมินสัญญาณชีพหลังจาก OFF IV อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 145/90 mmHg ให้ผู้ป่วยนั่งพักสักครู่ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปบ้านเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยกังวลเรื่องทานไม่ได้ อาจทำให้น้ำตาลต่ำ แนะนำเรื่องการทานอาหารบ่อยครั้ง โดยเน้นการรับประทานอาหารโปรตีนสูง และแนะนำตรวจน้ำตาลที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อประเมินค่าน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยและญาติเข้าใจรับทราบ แพทย์สั่งยากลับบ้าน (1) Ondansetron 4 mg. 1 tab PO tid ac (2) Domperidone 10 mg 1 tab PO tid ac (3) Ferrous Fumarate 1 tab PO tid pc (4) Folic 1 tab PO pc (5) Lorazepam 1 mg 1 tab PO hs prn for insomnia อธิบายการรับประทานยากลับบ้าน (1) และ (2) เป็นยาเพื่อป้องกันการข้างเคียงคลื่นไส้อาเจียน (3) และ (4) ยาเสริมเพิ่มเม็ดเลือดควรรับประทานให้หมด (5) ยานอนหลับ กรณีที่ผู้ป่วยนอนไม่หลับ แนะนำอาการข้างเคียงที่ควรมาพบแพทย์และเบอร์โทร 1669 เพื่อพบแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านกรณีมีอาการรุนแรงที่ไม่สามารถจัดการได้ แนะนำเรื่องการรับประทานยา และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน การควบคุมน้ำตาล ลดอาหารกลุ่มคาร์โบไฮเดรต ทานข้าวกล้อง ลดอาหารลดหวานจัด มันจัด เค็มจัด เนื่องจากผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน แนะนำเรื่องการรับประทานยาเบาหวาน และเมื่อถึงวันนัดคลินิกเบาหวานที่โรงพยาบาลชุมชน แนะนำให้แจ้งแพทย์ทราบว่ายอยู่ระหว่างรับยาเคมีบำบัด แนะนำการป้องกันการติดเชื้อโดยการไม่ไปในสถานที่ที่มีผู้คนแออัด ทานอาหารปรุงสุกใหม่ ผลไม้ต้องล้างและทานได้เฉพาะที่ปอกเปลือกได้ ผู้ป่วยและญาติรับทราบ นัดตรวจเลือดเตรียมความพร้อมวันที่ 27 มีนาคม 2567 และให้ยาเคมีบำบัดครั้งต่อไป วันที่ 28 มีนาคม 2567

ดูแลครั้งที่ 2 วันที่ 11 เมษายน 2567 เลื่อนจากนัดเดิมมา 2 สัปดาห์ จากภาวะภูมิคุ้มกันต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน $\text{ANC} = 0.7 \times 10^3/\mu\text{L}$ (ค่าปกติที่สามารถให้ยาเคมีบำบัดได้มากกว่าหรือเท่ากับ $1.5 \times 10^3/\mu\text{L}$) และค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงต่ำกว่าเกณฑ์ $\text{HCT} = 28.3 \%$ เมื่อวันที่ 27 มีนาคม 2567 แพทย์วินิจฉัย Severe Neutropenia สั่งการรักษา C-GSF 300 mcg sc จำนวน 5 วัน และ PRC 1 Unit และนัดตรวจเลือดประเมินซ้ำและพบแพทย์วันที่ 8 เมษายน 2567 ผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัด ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงยังคงต่ำกว่าเกณฑ์ $\text{HGB} = 9.10 \text{ g/dL}$ และ $\text{HCT} = 26.10 \%$ แพทย์สั่งการรักษา PRC 1 Unit ก่อนให้ยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยและญาติไม่สะดวกให้เลือดที่โรงพยาบาลตราด

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ ตั้งแต่รับไว้จนจำหน่ายจากความดูแล (ต่อ)

จึงขอคำแนะนำการรักษารักษาไปรับการให้เลือดที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน แพทย์อนุญาต ผู้ป่วยให้เลือดวันที่ 9 - 10 เมษายน 2567 ที่โรงพยาบาลชุมชน แบบผู้ป่วยใน ประเมินซ้ำหลังให้ HCT = 38 % แจ้งผู้ป่วยทางโทรศัพท์สามารถรับยาเคมีบำบัดในวันที่ 11 เมษายน 2567 ได้ ญาติพาผู้ป่วยเดินทางมาด้วยตนเองเดินไม่ค่อยคล่อง บ่นเจ็บกัน เนื่องจากนั่งรถจักรยานยนต์มาจากอำเภอบ่อไร่ ผู้ป่วยบอกว่าช่วงนี้ ไป- กลับหลายรอบ นั่งไปเกร็งไป กลัวหลับเนื่องจากเพลียและง่วง ต้องจับเอาญาติแน่นๆ ECOG Score = 2 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 135/90 mmHg ส่วนสูง 160 เซนติเมตร น้ำหนัก 67 กิโลกรัม ชักถามสาเหตุการเลื่อนรับยาเคมีบำบัดและการปฏิบัติตนเมื่ออยู่บ้านหลังได้รับยาเคมีบำบัดรอบแรก ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลงมากเนื่องจากเบื่ออาหาร ทานได้เฉพาะผลไม้ เช่น แตงโม ส้ม กลัวย่น้ำว่าสุก ๆ แนะนำการปรับเปลี่ยนเมนูอาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทานได้ เช่น ไข่ขาวตุ๋น ไข่ขาวต้มจืด/ต้มยำ เนื้อสัตว์ทานได้ปกติ เน้นของปรุงสุกใหม่ แนะนำให้ญาติผู้ดูแล ซึ่งมีหน้าที่ทำอาหารพนักกำหนดอาหาร ญาติรับทราบและไปพบนักกำหนดอาหารระหว่างผู้ป่วยรับยาเคมีบำบัด พยาบาลเตรียมให้ยาเคมีบำบัดสูตรมาตรฐาน AC Regimen Cycle 2 ตามแผนการรักษาของแพทย์ ดังนี้ Lorazepam (1 mg) 1 tab PO Stat หลังจากนั้นแทงเข็มเบอร์ 28 เพื่อเปิดเส้นให้ยาเคมีบำบัดทางเส้นเลือด เริ่มด้วยยา Pre-medication ดังนี้ Ondansetron 16 mg. Dilute NSS 100 ml. drip 30 min และต่อด้วย Dexamethasone 20 mg. Dilute NSS 100 cc. IV drip 30 min. ล้างเส้นด้วย NSS Keep IV Line ประมาณ 30 นาที ตรวจ Blood Return เพื่อป้องกันยาออกนอกเส้นเลือด เริ่มให้ยาเคมีบำบัด Doxorubicin ขนาด 105 mg. (60 mg/m^2) + NSS 100 ml. IV drip 30 min หลังจากนั้นล้างเส้นด้วย NSS ประมาณ 20 - 30 ml. ก่อนเริ่มยาเคมีบำบัด Cyclophosphamide ขนาด 1050 mg. (600 mg/m^2) + NSS 100 ml. IV drip 30 min แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมาก ๆ เพื่อป้องกันการเกิด Haemorrhagic Cystitis หลังยาหมดขวด ล้างเส้นด้วย NSS ประมาณ 20 - 30 ml. เฝ้าระวังอาการแพ้ยา และคลื่นไส้อาเจียนเฉียบพลัน ดึงเข็มแทงออก ตรวจสอบรอยแผลที่แทง ไม่บวมแดง เลือดหยุดไหล ประเมินสัญญาณชีพหลังจาก OFF IV อุณหภูมิ 36.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 135/80 mmHg ให้ผู้ป่วยนั่งพักสักครู่ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปบ้านเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยกังวลเรื่องทานไม่ได้ อาจทำให้น้ำตาลต่ำ แนะนำเรื่องการทานอาหารบ่อยครั้ง โดยเน้นการรับประทานอาหารโปรตีนสูง แนะนำตรวจน้ำตาลที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อประเมินค่าน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยและญาติเข้าใจรับทราบ แพทย์สั่งยากลับบ้าน (1) Ondansetron 4 mg. 1 tab PO tid ac (2) Domperidone 10 mg 1 tab PO tid ac (3) Ferrous Fumarate 1 tab PO tid pc (4) Folic 1 tab PO pc (5) Lorazepam 1 mg 1 tab PO hs prn for insomnia (6) G-CSF 300 300 mcg sc จำนวน 10 วัน หลังได้รับยาเคมีบำบัด เริ่มวันที่ 12 - 21 เมษายน 2567 ดูแลให้นายไปฉีดที่สถานพยาบาลใกล้บ้านเก็บไว้ ผู้ป่วยและญาติรับทราบเข้าใจ ผู้ป่วยและญาติขอตรวจเลือดที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน เนื่องจากไม่สะดวกเรื่องการเดินทาง ไป-กลับ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ ตั้งแต่รับไว้จนจำหน่ายจากความดูแล (ต่อ)

ญาติบอกว่าซีร็ดจกรยานยนต์มา มีผู้ป่วยเป็นผู้ซ้อนจึงแนะนำให้ขับช้า ๆ ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้ แนะนำเรื่องการขอสวัสดิการรถจากส่วนราชการที่มีสวัสดิการสำหรับประชาชนพยาบาลแจ้งช่องทางการติดต่อหน่วยมะเร็งให้ผู้ป่วยและญาติทราบ นัดตรวจเลือดที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านเพื่อเตรียมความพร้อมวันที่ 1 พฤษภาคม 2567 และให้ยาเคมีบำบัดครั้งต่อไป วันที่ 2 พฤษภาคม 2567

ดูแลครั้งที่ 3 วันที่ 16 พฤษภาคม 2567 ญาติประสานติดต่อมาขอเลื่อนนัด เนื่องจากผู้ป่วยนอนรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ด้วยอาการเป็นลม หดสติ โทร 1669 โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านรับผู้ป่วยดูแล ประสานสอบถามข้อมูลจากโรงพยาบาลชุมชน แพทย์วินิจฉัย Hypoglycemia and Anemia ระหว่างวันที่ 30 เมษายน 2567 – วันที่ 6 พฤษภาคม 2567 ให้การรักษาตามแบบแผนการรักษา Hypoglycemia และให้เลือด PRC 2 Unit ประสานขอตรวจเลือดเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนรับยาเคมีบำบัด วันที่ 14 พฤษภาคม 2567 ผลการตรวจผ่านเกณฑ์มาตรฐาน $RBC = 3.2 \times 10^6 / \mu L$, $HGB = 12.3 \text{ g/dL}$, $HCT = 32.7 \%$ และ $ANC = 1.6 \times 10^3 / \mu L$ วันที่ 15 พฤษภาคม 2567 รายงานผลการตรวจเลือดจากโรงพยาบาลชุมชนให้แพทย์รับทราบ แพทย์สั่งการรักษายาเคมีบำบัด AC Regimen Cycle 3 นัดมารับยาวันถัดไป 16 พฤษภาคม 2567 ผู้ป่วยรับทราบ ประสานเทศบาลขอรถรับ – ส่ง ญาติพาผู้ป่วยเดินทางด้วยตนเอง คลุมหมวกไหมพรมมาเนื่องจากศีรษะล้านจากการข้างเคียงของยาเคมี หน้าตาสดชื่น พูดคุยหยอกล้อกับผู้ป่วยคนอื่นอย่างสนิทสนม สอบถามอาการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยคนอื่น ECOG Score = 1 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 145/90 mmHg ส่วนสูง 160 เซนติเมตร น้ำหนัก 63 กิโลกรัมผู้ป่วยบอกว่าครั้งนี้ได้พักนานกว่าเดิม รู้สึกร่างกายฟื้นตัวมาก แต่ต้องไปนอนโรงพยาบาล 4 – 5 วัน เนื่องจากน้ำตาลต่ำ เพราะหลังให้ยาเคมีบำบัดไม่รู้จะกินอะไร กินอาหารไม่ได้เลย จะอาเจียน เหม็นไปหมด เลยเป็นลม สอบถามเรื่องการรับประทานยาเบาหวาน ผู้ป่วยยังรับประทานขนาดเดิม แนะนำให้ทานอาหารบ่อยมื้อมากขึ้น เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลต่ำ แนะนำเรื่องรอบของการได้รับยาเคมีบำบัดกับความสัมพันธ์ของการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง (Cell Cycle) ควรได้รับยาตามรอบเพื่อป้องกันการเป็นซ้ำอีกครั้ง (Recurrent) ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ พยาบาลเตรียมให้ยาเคมีบำบัดสูตรมาตรฐาน AC Regimen Cycle 3 ตามแผนการรักษาของแพทย์ ดังนี้ Lorazepam (1 mg) 1 tab PO Stat เปิดเส้นให้ยาเคมีบำบัดทางเส้นเลือด เริ่มด้วยยา Pre-medication ดังนี้ Ondansetron 16 mg. Dilute NSS 100 ml. drip 30 min และต่อด้วย Dexamethasone 20 mg. Dilute NSS 100 cc. IV drip 30 min. ล้างเส้นด้วย NSS Keep IV Line ประมาณ 30 นาที ตรวจ Blood Return เพื่อป้องกันยาออกนอกเส้นเลือด เริ่มให้ยาเคมีบำบัด Doxorubicin ขนาด 105 mg. (60 mg/m^2) + NSS 100 ml. IV drip 30 min หลังจากนั้นล้างเส้นด้วย NSS ประมาณ 20 – 30 mL. ก่อนเริ่มยาเคมีบำบัด Cyclophosphamide ขนาด 1050 mg. (600 mg/m^2) + NSS 100 ml. IV drip 30 min

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ ตั้งแต่รับไว้จนจำหน่ายจากความดูแล (ต่อ)

ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมาก ๆ เพื่อป้องกันการเกิด Haemorrhagic Cystitis หลังยาหมดขวด ล้างเส้นด้วย NSS ประมาณ 20 – 30 ml. เฝ้าระวังอาการแพ้ยา และคลื่นไส้อาเจียนเฉียบพลัน ดึงเข็มแทงออก ตรวจดูรอยแผลที่แทง ไม่บวมแดง เลือดหยุดไหล ประเมินสัญญาณชีพหลังจาก OFF IV อุณหภูมิ 36.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 135/80 mmHg แพทย์สั่งยากลับบ้าน (1) Ondansetron 4 mg. 1 tab PO tid ac (2) Domperidone 10 mg 1 tab PO tid ac (3) Ferrous Fumarate 1 tab PO tid pc (4) Folic 1 tab PO pc (5) Lorazepam 1 mg 1 tab PO hs prn for insomnia (6) G-CSF 300 300 mcg sc จำนวน 10 วัน หลังได้รับยาเคมีบำบัด เริ่มวันที่ 17 – 26 พฤษภาคม 2567 แนะนำให้นายไปมอบให้สถานพยาบาลใกล้บ้านเก็บไว้ ผู้ป่วยและญาติรับทราบเข้าใจ ผู้ป่วยและญาติขอตรวจเลือดที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน เนื่องจากไม่สะดวกเรื่องการเดินทาง ไป-กลับ นัดตรวจเลือดที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านเพื่อเตรียมความพร้อมวันที่ 5 มิถุนายน 2567 และให้ยาเคมีบำบัดครั้งต่อไป วันที่ 6 มิถุนายน 2567

ดูแลครั้งที่ 4 วันที่ 13 มิถุนายน 2567 เลื่อนนัด 1 สัปดาห์ โรงพยาบาลชุมชนประสานแจ้งผลการตรวจเลือดผู้ป่วยเมื่อ วันที่ 5 มิถุนายน 2567 พบว่า HCT = 19.60 % ANC = $1.12 \times 10^3/\mu\text{L}$ แพทย์โรงพยาบาลชุมชนให้การรักษานอนโรงพยาบาลและให้ PRC 2 Unit ในวันที่ 8 – 9 มิถุนายน 2567 ตรวจเลือดซ้ำก่อน Discharge RBC = $3.2 \times 10^6/\mu\text{L}$ HCT = 33.2 % ANC = $1.74 \times 10^3/\mu\text{L}$ หน่วยมะเร็งได้รับประสานจึงขออนัดผู้ป่วยมาตรวจเลือดซ้ำอีกครั้งในสัปดาห์ถัดไป วันที่ 12 มิถุนายน 2567 ผู้ป่วยมารับการตรวจเตรียมความพร้อมที่โรงพยาบาล ผลการตรวจผ่านเกณฑ์มาตรฐาน RBC = $3.61 \times 10^6/\mu\text{L}$, HGB = 10.30 g/dL, HCT = 29.60 % และ ANC = $4.0 \times 10^3/\mu\text{L}$ แพทย์สั่งการรักษายาเคมีบำบัด AC Regimen Cycle 4 นัดมารับยาวันถัดไป ผู้ป่วยเดินทางมาเองด้วยท่าทางสดชื่น ไม่มีอาการอ่อนเพลีย ศีรษะโล้นไม่ได้ใส่หมวก เดินทางด้วยความมั่นใจ พูดคุยหยอกเล่นกับผู้อื่นด้วยความสดใส ประเมินสภาพผู้ป่วย ECOG Score = 1 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/90 mmHg ส่วนสูง 160 เซนติเมตร น้ำหนัก 65 กิโลกรัมบริหารยาเคมีบำบัดสูตรมาตรฐาน AC Regimen Cycle 4 ตามแผนการรักษาของแพทย์ ดังนี้ Lorazepam (1 mg) 1 tab PO Stat หลังจากนั้นแทงเข็มเบอร์ 28 เพื่อเปิดเส้นให้ยาเคมีบำบัดทางเส้นเลือด เริ่มด้วยยา Pre-medication ดังนี้ Ondansetron 16 mg. Dilute NSS 100 ml. drip 30 min และต่อยด้วย Dexamethasone 20 mg. Dilute NSS 100 cc. IV drip 30 min. ล้างเส้นด้วย NSS Keep IV Line ประมาณ 30 นาที ตรวจ Blood Return เพื่อป้องกันยาออกนอกเส้นเลือด ระหว่างให้ยาผู้ป่วยมีลักษณะคลื่นไส้เป็นพัก ๆ แต่ไม่มีอาเจียน ให้จิบน้ำบ่อย ๆ ครั้งละน้อย ๆ เริ่มให้ยาเคมีบำบัด Doxorubicin ขนาด 105 mg. (60 mg/m^2) + NSS 100 ml. IV drip 30 min หลังจากนั้นล้างเส้นด้วย NSS ประมาณ 20 – 30 ml. ก่อนเริ่มยาเคมีบำบัด Cyclophosphamide ขนาด 1050 mg. (600 mg/m^2) + NSS 100 ml. IV drip 30 min หลังยาหมดขวด ล้างเส้นด้วย NSS ประมาณ 20 – 30 ml. ดึงเข็มแทงออก ตรวจดูรอยแผลที่แทง ไม่บวมแดง เลือดหยุดไหล ประเมินสัญญาณชีพหลังจาก OFF IV

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ ตั้งแต่รับไว้จนจำหน่ายจากความดูแล (ต่อ)

อุณหภูมิ 36.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/80 mmHg ผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะ เมื่อลุกขึ้นยืน ให้นอนพักสักครู่ เมื่อพร้อมแล้วค่อยกลับบ้าน แพทย์สั่งยากลับบ้าน (1) Ondansetron 4 mg. 1 tab PO tid ac (2) Domperidone 10 mg 1 tab PO tid ac (3) Ferrous Fumarate 1 tab PO tid pc (4) Folic 1 tab PO pc (5) Lorazepam 1 mg 1 tab PO hs prn for insomnia แนะนำเรื่องการดูแลตนเองหลังการรักษา ทบทวนความรู้และการปฏิบัติผู้ป่วยตอบคำถามและสาธิตย้อนกลับได้ถูกต้อง จึงจำหน่ายจากการดูแล รวมรับไว้ใน การดูแล 98 วัน จำนวนการดูแล 4 ครั้ง แพทย์นัดตรวจ ติดตามอาการครั้งต่อไป 11 กันยายน 2567

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลจากโรคมะเร็งและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
2. พร่องความรู้ในการปฏิบัติตนระยะให้ยาและหลังให้ยาเคมีบำบัด
3. มีภาวะซีดจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งและการได้รับยาเคมีบำบัด
4. มีโอกาสเกิดติดเชื้อเนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำ
5. ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงเนื่องจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด
6. มีภาวะระดับน้ำตาลผันผวนเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคเบาหวานและการรักษาโรคมะเร็ง
7. มีปัญหาเลื่อนการรับยาเคมีบำบัดเนื่องจากความไม่พร้อมของร่างกาย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลจากภาวะของโรคและแผนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดครั้งแรก ไม่เคยได้รู้เรื่องยาเคมีบำบัด
2. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าเคร่งเครียด (ความดันโลหิต 165/95 mmHg)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดตามแผนการรักษา
2. ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา
3. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งและวิธีการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
2. อธิบายการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด
3. ออกรักษาที่สำคัญที่ต้องมาโรงพยาบาลทันที และให้ช่องทางติดต่อกับหน่วยมะเร็งเมื่อต้องการคำปรึกษาในการปฏิบัติตน

ประเมินผล

ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดครบทั้ง 4 รอบของแผนการรักษา ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามทวนสอบความรู้เรื่องโรคมะเร็งและยาเคมีบำบัดได้ถูกต้อง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 พร่องความรู้ในการปฏิบัติตนระยะที่รับยาและหลังรับยาเคมีบำบัด
ข้อมูลสนับสนุน

1. ครอบครัวไม่เคยมีใครเป็นโรคมะเร็ง และผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดครั้งแรก
2. มีประวัติเป็นโรคเบาหวานมา 11 ปี
3. ระดับน้ำตาลมีความผันผวนมาก
4. มีการเลื่อนการรับยาเคมีบำบัดทุกรอบ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยในทุกระยะของการให้ยาเคมีบำบัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระหว่างรับยาเคมีบำบัดผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่แก้ไขไม่ได้
2. หลังรับยาเคมีบำบัดผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงถึงแก่ชีวิต

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง และแผนการรักษายาเคมีบำบัด
2. ให้ความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด
3. แนะนำวิธีการปฏิบัติตนเมื่อต้องดูแลตนเองจากภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา

ประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงชีวิต

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีภาวะชืดจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งและการได้รับยาเคมีบำบัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. HCT ต่ำกว่า 30 % HGB < 10 g/dL
2. แพทย์สั่งการรักษา PRC

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการได้รับยาเคมีบำบัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่เกิดอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม ใจสั่น
2. ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการชืดได้ถูกต้อง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ได้รับเลือดตามแผนการรักษาและตรวจสอบอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับเลือด
2. แนะนำญาติสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ซึมลง อ่อนเพลีย มึนงง เหงื่อออกมาก หน้ามืด ให้รีบพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล หรือโทร 1669
3. ติดตามผลเลือด HGB HCT ก่อนนัดผู้ป่วยรับยาเคมีบำบัด
4. ให้คำแนะนำในการรับประทานอาหารที่ธาตุเหล็ก และแนะนำให้รับประทานยา Ferrous Fumarate และ Folic ตามแผนการรักษาของแพทย์
5. พักผ่อนให้เพียงพอ

ประเมินผล

ผู้ป่วยปลอดภัยจากการได้รับยาเคมีบำบัด และปฏิบัติตัวได้ปลอดภัยจากภาวะซีด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 มีโอกาสเกิดติดเชื้อเนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำหลังได้รับยาเคมีบำบัด
ข้อมูลสนับสนุน

1. ระดับภูมิคุ้มกันโรค ANC อยู่ในระดับต่ำเมื่อไม่ได้รับยากระตุ้นเม็ดเลือดขาว
2. แพทย์สั่งการรักษา C-GSF 300 mcg ฉีดเพื่อกระตุ้นเม็ดเลือดขาว

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยระหว่างการได้รับยาเคมีบำบัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่เกิดภาวะ Septic Shock
2. ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Aseptic Technique ระหว่างให้ยาเคมีบำบัด
2. แนะนำผู้ป่วยไม่ให้ไปที่สถานที่แออัด และทานอาหารปรุงสุกใหม่
3. ให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติเมื่อมีไข้สูงให้พบแพทย์ได้ทันที และดูแลสุขอนามัยส่วนตัว เช่น ล้างมือทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร และหลังจากเข้าห้องน้ำ

ประเมินผล

ไม่พบภาวะ Septic Shock ตลอดระยะเวลาที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

สรุปข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ 5 ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงเนื่องจากผมหงอกจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยผมหงอก ใส่หมวกคลุมมารับบริการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจผลกระทบที่เกิดขึ้นจากยาเคมีบำบัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกสาเหตุของผมหงอกได้
2. ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเมื่อผมหงอกได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผมหงอกและเล็บจากยาเคมีบำบัด
2. แนะนำให้ตัดผมสั้นก่อนให้ยาเคมีบำบัด
3. ให้ความรู้ ลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่อาจจะเกิดขึ้น การเปลี่ยนแปลงเป็นแค่ชั่วคราว และจะกลับคืนสภาพปกติ หลังจากรักษาครบทั้ง 4 ครั้ง
4. เตรียมหมวก ผ้าโพกศีรษะเมื่อมีอาการผมหงอก
5. แนะนำให้ใช้แชมพูอ่อน ๆ ในการสระผม งดตัด เป่า ย้อม

ประเมินผล

ผู้ป่วยยอมรับการผมหงอก หัวล้าน สามารถถอดหมวก/ผ้าโพก ระหว่างการรับบริการที่หน่วยมะเร็งได้ โดยไม่มีท่าทีเขินอาย

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ 6 มีภาวะระดับน้ำตาลผันผวนเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคเบาหวานและการรักษาโรคไม่รุนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และกำลังได้รับยาเคมีบำบัด
2. แผนการรักษามีการใช้ Steroid
3. ผลการตรวจน้ำตาลแวกซ์ สูง-ต่ำ ไม่คงที่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัยและเหมาะสมตลอดระยะเวลาการรักษาโรคไม่รุนแรง
2. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากน้ำตาลในเลือดสูงรุนแรง หรือน้ำตาลในเลือดต่ำขั้นวิกฤต
3. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเมื่อมีอาการดังกล่าว

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

สรุปข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ (ต่อ)

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับน้ำตาล อยู่ในค่าเป้าหมาย 80 – 180 mg/dL
2. ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกวิธีเลือกอาหารทดแทนกรณีทานอาหารมื้อหลักไม่ได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ติดตามผลการตรวจเลือดของผู้ป่วยก่อนรับยาเคมีบำบัด
2. แนะนำการรับประทานยาเบาหวาน และปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยทาน
3. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับ ความเชื่อมโยงของยาเมธิร์กับน้ำตาลในเลือด สอนให้เลือกรับประทานอาหารเพื่อป้องกันน้ำตาลสูงมากเกินไปค่าเป้าหมาย

ประเมินผล

ผู้ป่วยมีภาวะ Hypoglycemia แต่สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง เข้าสู่อุปกรณ์การรักษาได้ทันเวลาที่ และได้รับการรักษาจนปลอดภัย สามารถรับยาเคมีบำบัดครบไปได้

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ 7 มีปัญหาเกี่ยวกับการรับยาเคมีบำบัดเนื่องจากความไม่พร้อมของร่างกาย
ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องซีด HCT ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน
2. มีภาวะน้ำตาลในเลือดผันผวน
3. ระดับภูมิคุ้มกันเลือดต่ำบางรอบของยาเคมีบำบัด

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้ครบ 4 รอบตามแผนการรักษาของแพทย์

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้ เมื่อพบว่าต้องเลื่อนนัดการรับยาเคมีบำบัด
2. ผู้ป่วยและญาติมีช่องทางติดต่อ ประสานงานกับหน่วยมะเร็ง
3. ผู้ป่วยมีความกระตือรือร้นในการกลับเข้าสู่บริการ ตามแผนการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตนเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนเมื่อกลับบ้าน และ

ประเมินผล

ผู้ป่วยเลื่อนรับยาเคมีบำบัด เนื่องจากภาวะแทรกซ้อน แต่ได้รับยาเคมีบำบัดครบตามแผนการรักษาครบทั้ง 4 รอบโดยไม่ขาดการติดตาม/ติดต่อ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยสูงอายุ มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มานาน 11 ปี ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีด้วยยา Glucophage (500) โดยไม่มีประวัติภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) มาก่อน ได้รับการคัดกรองตรวจพบก้อนที่เต้านมซ้ายขนาด 3 เซนติเมตร ผล Mammogram ระบุ BIRADS 4C จึงเข้ารับการผ่าตัด Wide Excision Biopsy พบเซลล์มะเร็งรังไข่ชนิดลุกลาม (Invasive) และได้รับการรักษาต่อด้วยการผ่าตัดเต้านมและเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ (Left MRM with Left ALND) เมื่อวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2567 แม้พยาธินาฬิกาจะไม่พบเซลล์มะเร็งหลงเหลือในเนื้อเยื่อ แต่เนื่องจากเป็นชนิดที่มีความรุนแรงสูงและโตเร็ว แพทย์จึงแนะนำให้รับยาเคมีบำบัดสูตรมาตรฐาน AC Regimen จำนวน 4 ครั้ง เพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ โดยผลตรวจหัวใจ Echocardiogram ก่อนเริ่มยาพบค่า LVEF อยู่ในเกณฑ์ดี 67 % สามารถรับยาได้ปลอดภัย ดูแลครั้งที่ 1 (8 มีนาคม 2567) ผู้ป่วยมีภาวะซีดก่อนเริ่มยา HCT = 28.6 % แพทย์พิจารณาให้เลือด PRC 1 Unit ตรวจซ้ำหลังให้ HCT เพิ่มขึ้นเป็น 35 % จึงสามารถรับยาเคมีบำบัดได้ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล สืบเนื่องจากสีหน้าเคร่งเครียดและความดันโลหิตสูง 165/95 มิลลิเมตรปรอท ดูแลให้นั่งพักจนความดันโลหิตลดลงอยู่ในเกณฑ์ปลอดภัย จึงบริหารยา Pre-medication และยาเคมีบำบัด Doxorubicin และ Cyclophosphamide ตามมาตรฐานและแผนการรักษา แนะนำเรื่องผลข้างเคียงของยา เช่น ปัสสาวะสีแดง และการป้องกันภาวะกระเพาะปัสสาวะอักเสบแบบมีเลือดออก (Hemorrhagic Cystitis) โดยเน้นย้ำเรื่องการดื่มน้ำมาก ๆ ดูแลครั้งที่ 2 (11 เมษายน 2567) การรักษาเลื่อนออกไป 2 สัปดาห์ เนื่องจากเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำรุนแรง (Severe Neutropenia) ANC = $0.7 \times 10^3/\mu\text{L}$ และภาวะซีด HCT = 26.10 % แพทย์สั่งการรักษาด้วยยาฉีดกระตุ้นเม็ดเลือดขาว G-CSF จำนวน 5 วัน และรับเลือด PRC 2 Unit ที่โรงพยาบาลชุมชน จน HCT เพิ่มขึ้นเป็น 38 % ดูแลส่งปรึกษานักกำหนดอาหารเพื่อปรับเมนูอาหารโปรตีนสูง เนื่องจาก ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง เพื่อบำรุงให้ยาเคมีบำบัดรอบที่ 2 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างให้ยา ให้ยาฉีด G-CSF กลับไปฉีดต่อที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน 10 วันตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อป้องกันภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำซ้ำซ้อน ดูแลครั้งที่ 3 (16 พฤษภาคม 2567) การรักษาเลื่อนนัดเนื่องจากผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจนหมดสติ นำส่งโรงพยาบาลชุมชน แพทย์วินิจฉัย Hypoglycemia with Anemia รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลชุมชนนาน 5 วัน และได้รับเลือดเพิ่ม 2 Unit สาเหตุเนื่องจากเกิดภาวะเพื่อบำรุงอาหารรุนแรง ทานอาหารไม่ได้หลังได้รับยาเคมีบำบัดรอบที่ 2 แต่ยังคงรับประทานยาเบาหวานขนาดเดิม เมื่อสัญญาณชีพและผลเลือดผ่านเกณฑ์มาตรฐาน HCT = 32.7 % ANC = $1.6 \times 10^3/\mu\text{L}$ จึงเข้ารับยาเคมีบำบัดรอบที่ 3 ดูแลเน้นย้ำเรื่องความสำคัญของรอบการให้ยาที่ตรงตามกำหนดกับการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง และแนะนำปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหารเป็นมื้อย่อยบ่อย ๆ เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลต่ำซ้ำซ้อน พร้อมประสานงานเรื่องรถรับส่งสวัสดิการจากเทศบาลเพื่อลดความเหนื่อยล้าจากการเดินทาง ดูแลครั้งที่ 4 (13 มิถุนายน 2567) การรักษาเลื่อนนัด 1 สัปดาห์ เนื่องจากภาวะซีดและเม็ดเลือดขาวต่ำอีกครั้ง ซึ่งได้รับการแก้ไขด้วยเลือด PRC 1 unit ที่โรงพยาบาลชุมชน จนผลเลือดพร้อม ANC = $4.0 \times 10^3/\mu\text{L}$ HCT = 29.60 % ผู้ป่วยกลับมามีสภาพร่างกายและจิตใจที่สดชื่นขึ้นขึ้นอย่างชัดเจน ECOG = 1 ระหว่างบริหารยาเคมีบำบัดรอบสุดท้าย ผู้ป่วยมีอาหารคลีนใส่เป็นพัก ๆ ดูแลให้

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

สรุปกรณีศึกษา (ต่อ)

เจ็บน้ำบ่อ ย ๆ และหลังเสร็จสิ้นกระบวนการพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะขณะลุกยืน ดูแลให้นอนพักจนอาการดีขึ้น และสัญญาณชีพคงที่ ตลอดระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนสำคัญจากการได้รับยาเคมีบำบัด ได้แก่ ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำรุนแรง ภาวะซีด และภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จากการรับประทานอาหารได้น้อยลง ซึ่งได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างทันทีผ่านเครือข่ายการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชน ในวันจำหน่ายการดูแลผู้ป่วยสามารถตอบคำถามและสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับแนวทางดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยสามารถรับยาเคมีบำบัด AC Regimen ครบ 4 ครั้ง อย่างปลอดภัยและส่งต่อไปยังกระบวนการนัดตรวจติดตามอาการตามแผนการรักษาต่อไป ในวันที่ 11 กันยายน 2567 รวมรับไว้ในการดูแลทั้งสิ้น 98 วัน จำนวน 4 ครั้ง

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. คัดเลือกกรณีศึกษาที่น่าสนใจเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดและมีโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อยู่ในการดูแล จำนวน 1 ราย
2. รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย การตรวจร่างกาย ผลการตรวจพิเศษ/การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์
3. ศึกษา ค้นคว้าความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวข้องจากเอกสาร ตำรา คู่มือการปฏิบัติงาน และงานวิจัยต่าง ๆ
4. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาลให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล และติดตามประเมินผล
5. เรียบเรียงผลงาน ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ
6. จัดทำเป็นเอกสารวิชาการ
7. เผยแพร่ผลงาน

4.3 เป้าหมายของงาน

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดและมีโรคเบาหวานชนิดที่ 2

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับมีโรคเบาหวาน จำนวน 1 ราย รับไว้ในความดูแล ตั้งแต่วันที่ 8 มีนาคม 2567 ถึง วันที่ 13 มิถุนายน 2567 รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 98 วัน จำนวน 4 ครั้ง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ) (ต่อ)

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ชนิด TNBC และมีโรคร่วมเบาหวานชนิดที่ 2 เข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด Standard AC Regimen ประเมินสถานะผู้ป่วยจำแนกตามสภาพปัญหาและระดับความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่ ด้วย ECOG Status 1, DM Type 2, Severe Neutropenia, Anemia ได้รับการวางแผนการพยาบาล เตรียมความพร้อมของเครื่องมือ อุปกรณ์ ยาเฉพาะราย และบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย ครอบคลุมทุกระยะของ การบริหารยาเคมีบำบัด การประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้มีความครอบคลุม และแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในแต่ละรอบ ครบตามจำนวนรอบที่กำหนดในแผนการรักษา อีกทั้งยังสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ผลการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดตอบสนองได้ดี ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

นำไปใช้เป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และมีโรคร่วมเบาหวาน สำหรับบุคลากรพยาบาลที่มีบทบาทในการบริหารยาเคมีบำบัด เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคดังกล่าว ที่มารับบริการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับมีโรคร่วมเบาหวาน เนื่องจากยาเคมีบำบัด เป็นยาที่ต้องให้ยาพร้อมเพื่อป้องกันอาการข้างเคียงระหว่างการบริหารยาได้ ซึ่งยาพร้อมที่ให้มักจะเป็นยากลุ่ม Steroid ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อระดับน้ำตาลในเลือด การดูแลจึงต้องมีความใกล้ชิดและการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาให้มีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการบริหารยา ต้องให้ผู้ป่วยระมัดระวังเรื่องภาวะ น้ำตาลต่ำ (Hypoglycemia) เนื่องจาก ยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีผลข้างเคียงกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ระดับรุนแรง ผู้ป่วยอาจรับประทานอาหารไม่ได้ แต่ยังได้รับยาเบาหวานขนาดเดิม อาจเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลต่ำเฉียบพลัน ต้องให้ความรู้ผู้ป่วยในการสังเกตอาการ เช่น มือสั่น ใจสั่น เหงื่อออก

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

8.1 ผู้ป่วยมีโรคเบาหวาน การเฝ้าระวังระดับน้ำตาลจึงมีความสำคัญมาก รับการตรวจระดับน้ำตาลชนิด FGS ถีกว่าเดิม เพื่อผลการควบคุมน้ำตาลหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งมีส่วนให้มีปริมาณน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นกว่าเดิม ทั้งนี้ผู้ป่วยตรวจติดตามอาการ และรับยาเบาหวาน ที่โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งทำให้ทีมแพทย์และพยาบาลผู้ดูแลโรคมาเรียมไม่ทราบแนวทางการรักษาโรคเบาหวาน ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น จากปริมาณน้ำตาลในเลือดสูงมากจนทำให้เกิดภาวะ Hyperglycemia ชักนำไปสู่ภาวะติดเชื้ออวัยวะต่าง ๆ ได้ง่ายขึ้น หรือเกิดภาวะ Hypoglycemia ชักนำไปสู่ภาวะ Shock หมดสติ และสมองขาดเลือดไปเลี้ยง

8.2 ในกรณีผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเพิ่มขึ้น ทั้งจากโรคเบาหวานเดิม และจากผลข้างเคียงของยา Steroid และมีปัจจัยเสริมจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่จะส่งเสริมภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ จึงควรเฝ้าระวังการเกิด Febrile Neutropenia ที่จะชักนำไปสู่ภาวะ Sepsis ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงชีวิต

8.2 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลในการเดินทางมารับการรักษาในโรงพยาบาลพระปิยมหาราช ซึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน เรื่อง Anemia ทำให้ผู้ป่วยจะต้องเดินทางให้เลือดในอีกวัน ทำให้สิ้นเปลือง และญาติสูญเสียรายได้ จึงได้ประสานกับโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นต้นสังกัดหรือใกล้บ้านผู้ป่วย แบนคำสั่งการรักษา และผลการตรวจ CBC เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่อง และมีการติดตามผลเพื่อนัดผู้ป่วยกลับมาได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดวันถัดไป

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 ประสานกับทีมเยี่ยมบ้าน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ใกล้บ้านผู้ป่วย ให้เฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยรายนี้ และเฝ้าระวังแนะนำการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะ Hypoglycemia เมื่อมีอาการหน้ามืด ใจสั่น มือสั่น ให้ญาติ โทร. 1669 เพื่อให้โรงพยาบาลใกล้เคียงรับเข้าสู่กระบวนการรักษา ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดอันตรายถึงชีวิตของผู้ป่วยได้

9.2 ทำบันทึกส่งตัวผู้ป่วยไปรับการให้เลือด ที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน และตรวจเลือด ส่งในช่องทาง Line Application เพื่อลดภาระค่าใช้จ่าย และการสูญเสียรายได้ ของผู้ป่วยและญาติ

9.3 ประสานนักกำหนดอาหารเพื่อให้ความรู้ และให้คำแนะนำผู้ป่วยในการรับประทานอาหารกลุ่มโปรตีนสูง

10. การเผยแพร่ผลงาน

อยู่ระหว่างดำเนินการ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน ร้อยละ 100

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

1) นางสาวศลิษา พงษ์ศิริ สัดส่วนผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

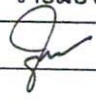
(ลงชื่อ) (ผู้ขอประเมิน)

(นางศลิษา พงษ์ศิริ)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(วันที่) ๑๕ มิ.ย. ๒๕๖๕

ขอรับรองว่าสัดส่วนดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางศลิษา พงษ์ศิริ	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

นางรัตยา โพธิ์ผลิ

(หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ))

ตำแหน่ง

(วันที่) ๑๕ มิ.ย. ๒๕๖๕

(ลงชื่อ) 

(.....(นายสุทธาสิต สันติปรีชา).....)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปิยมหาราช

(วันที่)/...../.....

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลพระปิยมหาราช

2. หลักการและเหตุผล

โรคมะเร็งเต้านมพบมากเป็นอันดับหนึ่งในผู้หญิงไทย วิธีการรักษาหลักที่สำคัญของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม คือ การใช้ยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) ซึ่งเป็นยาที่ออกฤทธิ์ทั่วร่างกายเพื่อทำลายเซลล์มะเร็ง อย่างไรก็ตามยาเคมีบำบัดไม่สามารถแยกแยะระหว่างเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติที่มีการแบ่งตัวเร็วได้ เช่น เซลล์รากผม เซลล์เยื่อช่องปาก เซลล์เยื่อทางเดินอาหาร และเซลล์เม็ดเลือดในไขกระดูก ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการข้างเคียงทางร่างกายและจิตใจอย่างเลี่ยงไม่ได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดความวิตกกังวลสูงเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว และมักกลับมาอนโรพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ เช่น ภาวะติดเชื้อจากเม็ดเลือดขาวต่ำ หรือภาวะอ่อนเพลียรุนแรง (ณัฐวิศา, 2564; ดวงฤทัย, 2566) หน่วยมะเร็ง โรงพยาบาลพระปิยมหาราช เริ่มให้บริการผู้ป่วยมะเร็งเต้านมด้วยยาเคมีบำบัด พ.ศ. 2563 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการเดินทางให้กับผู้ป่วยในจังหวัดตราด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้รวดเร็ว ลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านม ทั้งนี้จังหวัดตราด พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมมีแนวโน้มมากขึ้น ดังนี้ 45, 53 และ 77 (ปี 2566, 2567 และ 2568 ตามลำดับ)

หน่วยมะเร็ง โรงพยาบาลพระปิยมหาราช ให้บริการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมแบบชนิดไป - กลับ (Day Care) โดยมารับยาเคมีบำบัดและกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ซึ่งช่วยลดระยะเวลารอคอย ลดค่าใช้จ่าย และลดปัญหาเรื่องไม่มีเตียงบริการ กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ต้องได้รับยาเคมีบำบัดด้วยสูตรยาใช้ระยะเวลาไม่เกิน 4 – 6 ชั่วโมง และมีระดับความแข็งแรงสมบูรณ์ของร่างกายดี ECOG 0-2 สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี สถิติผู้รับบริการ พบว่ามีจำนวนผู้รับบริการยาเคมีบำบัดต้องเลื่อนการรับยา หรือต้องได้รับการให้เลือด เนื่องจากร่างกายไม่พร้อมสำหรับการรับยาต่อไป มีจำนวนมาก แม้ว่าพยาบาลประจำหน่วยมะเร็งจะปฏิบัติตามมาตรฐานบริการพยาบาลในการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังจากให้ยาเคมีบำบัดเมื่อกลับบ้านแล้ว

3. บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.1 บทวิเคราะห์

เมื่อวิเคราะห์สาเหตุที่มีผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลในการให้คำแนะนำผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่ารูปแบบการให้คำแนะนำผู้ป่วยเมื่อกลับไปดูแลตนเองที่บ้านไม่เหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยที่ต้องได้รับยาเคมีบำบัดจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากครอบครัว บางครั้งการส่งต่อความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ให้กับบุคคลในครอบครัวไม่ครอบคลุมทุกหัวข้อ และจำกัดด้วยผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด เช่น การสื่อสารด้วยความอ่อนเพลีย ความจำ มีการเปลี่ยนผู้ดูแล และปัญหาอื่น ๆ ที่ทำให้ข้อมูลการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้านผิดพลาด รวมถึงขาดหายไป จึงจำเป็นต้องจัดทำ คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลพระปิยมหาราช เพื่อให้ผู้รับบริการรับยาเคมีบำบัดสามารถนำกลับไปศึกษาคำแนะนำที่ถูกต้อง และยังสามารถส่งต่อข้อมูลไปยังผู้ดูแลได้ครบถ้วน สมบูรณ์ เพื่อให้คุณภาพการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้านมีประสิทธิภาพ ลดการ

กลับเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลจากภาวะแทรกซ้อนของยาเคมีบำบัด และลดการเลื่อนรับยาเคมีบำบัดในรอบต่อไปเนื่องจากร่างกายไม่พร้อม เกิดผลลัพธ์ทางการแพทย์ที่ติดกับผู้รับบริการ

3.2 แนวคิด

จากการทบทวนเอกสารวิชาการ วรรณกรรม แนวคิดที่เกี่ยวข้อง พบว่า ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้านหลังจากได้ยาเคมีบำบัด มีความสำคัญต่อการสำเร็จในการรับยาเคมีบำบัดได้ครบถ้วน ตรงตามรอบ ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมมาก (รุ่งนภา เตังไตรสรณ์, และ ศศิธร คำมี, 2565) เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดมักเกิดความกลัว ความเครียดเนื่องจากไม่รู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับร่างกายบ้าง เมื่อผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องโรค และอาการข้างเคียงที่จะเกิดขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ดีขึ้น อีกทั้งยังได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องเกิดความเข้าใจในการปฏิบัติตนเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน จนสามารถดำเนินชีวิตประจำวัน ดูแลตนเอง และฟื้นฟูร่างกายได้เร็วขึ้น ส่งผลดีต่อจิตใจ และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย

ปัจจัยที่มีผลต่อการเลื่อนรับยาเคมีบำบัดรอบถัดไปในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

1. ปัจจัยด้านร่างกาย ซึ่งเป็นปัจจัยหลักทางการแพทย์ที่พบบ่อยที่สุด ซึ่งทำให้ร่างกายของผู้ป่วยไม่พร้อม ได้แก่

- ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Neutropenia) กว่าเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งเป็นจุดวิกฤตที่ร่างกายไม่มีภูมิคุ้มกัน หากให้ยาซ้ำจะเกิดภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดได้

- ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (Thrombocytopenia) ซึ่งทำให้เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายและหยุดยากในอวัยวะสำคัญ

- ภาวะซีดรุนแรง (Severe Anemia) ค่า Hemoglobin ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ทำให้ร่างกายอ่อนเพลียสะสม

- ภาวะทุพโภชนาการและขาดน้ำ ร่างกายอ่อนเพลียรุนแรง จากการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย หรือแผลในปากจาการรอบก่อน ทำให้น้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว สภาพร่างกายไม่พร้อม (ECOG > 2)

2. ปัจจัยด้านความเจ็บป่วยเฉียบพลันและภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะติดเชื้อเฉียบพลัน แผลผ่าตัด แยก, ติดเชื้อ จากผลแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัดกดภูมิคุ้มกันในร่างกาย

3. ปัจจัยด้านจิตใจ, สังคม และพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น ความวิตกกังวลจากการที่เผชิญผลข้างเคียงที่รุนแรงในรอบแรก (เช่น อาเจียนหนัก หรือปวดกล้ามเนื้อ) จนเกิดความกลัวและปฏิเสธการรับยา หรือผู้ป่วยไม่มีความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ปลอมให้อาการข้างเคียงลุกลามมากขึ้นจนกลายเป็นภาวะแทรกซ้อนรุนแรงก่อนถึงวันนัดรอบถัดไป รวมถึงผู้ดูแลหรือครอบครัวเกิดภาวะล้าจนไม่สนับสนุนหรือพาผู้ป่วยมาตามนัดได้

4. ปัจจัยด้านระบบบริการและเศรษฐกิจสังคม ปัญหาการเดินทางและค่าใช้จ่ายแฝง ส่งผลให้ผู้ป่วยตัดสินใจไม่มาตามนัดได้ ถึงแม้ยาเคมีบำบัดจะเบิกได้ตามสิทธิ แต่ค่าเดินทาง ค่าที่พัก หรือสูญเสียรายได้จากการหยุดงานของทั้งผู้ป่วยและญาติ

3.3 ข้อเสนอ

จากบทวิเคราะห์และแนวคิดดังกล่าวข้างต้น ผู้จัดทำจึงมีแนวคิดจัดทำ คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลพระปิยมหาราช เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับยาเคมีบำบัดที่ หน่วยมะเร็ง โรงพยาบาลพระปิยมหาราช สามารถศึกษาคำแนะนำเพิ่มเติมได้จากคู่มือ หรือสามารถให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยโดยยึดหลักความรู้ที่ถูกต้อง ได้มาตรฐานเดียวกัน และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยไปในแนวทางเดียวกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อจัดทำคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลพระปิยมหาราช

ระยะเวลาดำเนินการ มิถุนายน พ.ศ. 2569 – กันยายน พ.ศ. 2569

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับยาเคมีบำบัด หน่วยมะเร็ง โรงพยาบาลพระปิยมหาราช

ผังตารางกำกับงานตามขั้นตอนการดำเนินงาน

ลำดับ ที่	กิจกรรม				
		มิถุนายน 69	กรกฎาคม 69	สิงหาคม 69	กันยายน 69
1	วิเคราะห์ ข้อมูล ปัญหา อุปสรรคที่พบจากปัญหาการเลื่อนให้ยาเคมีบำบัด	↔			
2	ศึกษา เอกสารทางวิชาการ ทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง หาข้อมูลแนวทางการจัดทำคู่มือ	↔	↔		
3	รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์และสังเคราะห์ เพื่อพัฒนาเป็นคู่มือที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดตราด	↔	↔		
4	จัดทำคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลพระปิยมหาราช		↔	↔	
5	นำคู่มือให้ผู้มีส่วนร่วมตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา			↔	
6	นำคู่มือลงเลขรหัส ที่ศูนย์คุณภาพ โรงพยาบาลพระปิยมหาราช				↔

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
โรงพยาบาลพระปิยมหาราช

2. หลักการและเหตุผล

โรคมะเร็งเต้านมพบมากเป็นอันดับหนึ่งในผู้หญิงไทย วิธีการรักษาหลักที่สำคัญของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม คือ การใช้ยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) ซึ่งเป็นยาที่ออกฤทธิ์ทั่วร่างกายเพื่อทำลายเซลล์มะเร็ง อย่างไรก็ตามยาเคมีบำบัดไม่สามารถแยกแยะระหว่างเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติที่มีการแบ่งตัวเร็วได้ เช่น เซลล์รากผม เซลล์เยื่อช่องปาก เซลล์เยื่อทางเดินอาหาร และเซลล์เม็ดเลือดในไขกระดูก ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการข้างเคียงทางร่างกายและจิตใจอย่างเลี่ยงไม่ได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดความวิตกกังวลสูงเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว และมักกลับมาอนโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ เช่น ภาวะติดเชื้อจากเม็ดเลือดขาวต่ำ หรือภาวะอ่อนเพลียรุนแรง (ณัฐวิศา, 2564; ดวงฤทัย, 2566) หน่วยมะเร็ง โรงพยาบาลพระปิยมหาราช เริ่มให้บริการผู้ป่วยมะเร็งเต้านมด้วยยาเคมีบำบัด พ.ศ. 2563 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการเดินทางให้กับผู้ป่วยในจังหวัดตราด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้รวดเร็ว ลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านม ทั้งนี้จังหวัดตราด พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมมีแนวโน้มมากขึ้น ดังนี้ 45, 53 และ 77 (ปี 2566, 2567 และ 2568 ตามลำดับ)

หน่วยมะเร็ง โรงพยาบาลพระปิยมหาราช ให้บริการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมแบบชนิดไป - กลับ (Day Care) โดยมารับยาเคมีบำบัดและกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ซึ่งช่วยลดระยะเวลาการคอย ลดค่าใช้จ่าย และลดปัญหาเรื่องไม่มีเตียงบริการ กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ต้องได้รับยาเคมีบำบัดด้วยสูตรยาใช้ระยะเวลาไม่เกิน 4 - 6 ชั่วโมง และมีระดับความแข็งแรงสมบูรณ์ของร่างกายดี ECOG 0-2 สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี สถิติผู้รับบริการ พบว่ามีจำนวนผู้รับบริการยาเคมีบำบัดต้องเลื่อนการรับยา หรือต้องได้รับการให้เลือด เนื่องจากร่างกายไม่พร้อมสำหรับการรับยาต่อไป มีจำนวนมาก แม้ว่าพยาบาลประจำหน่วยมะเร็งจะปฏิบัติตามมาตรฐานบริการพยาบาลในการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังจากให้ยาเคมีบำบัดเมื่อกลับบ้านแล้ว

3. บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.1 บทวิเคราะห์

เมื่อวิเคราะห์สาเหตุที่มีผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลในการให้คำแนะนำผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่ารูปแบบการให้คำแนะนำผู้ป่วยเมื่อกลับไปดูแลตนเองที่บ้านไม่เหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยที่ต้องได้รับยาเคมีบำบัดจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากครอบครัว บางครั้งการส่งต่อความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ให้กับบุคคลในครอบครัวไม่ครอบคลุมทุกหัวข้อ และจำกัดด้วยผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด เช่น การสื่อสารด้วยความอ่อนเพลีย ความจำ มีการเปลี่ยนผู้ดูแล และปัญหาอื่น ๆ ที่ทำให้ข้อมูลการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้านผิดพลาด รวมถึงขาดหายไป จึงจำเป็นต้องจัดทำ คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลพระปิยมหาราช เพื่อให้ผู้รับบริการรับยาเคมีบำบัดสามารถนำกลับไปศึกษาคำแนะนำที่ถูกต้อง และยังสามารถส่งต่อข้อมูลไปยังผู้ดูแลได้ครบถ้วน สมบูรณ์ เพื่อให้คุณภาพการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้านมีประสิทธิภาพ ลดการ

กลับเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลจากภาวะแทรกซ้อนของยาเคมีบำบัด และลดการเลื่อนรับยาเคมีบำบัดในรอบต่อไปเนื่องจากร่างกายไม่พร้อม เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีกับผู้ป่วยบริการ

3.2 แนวคิด

จากการทบทวนเอกสารวิชาการ วรรณกรรม แนวคิดที่เกี่ยวข้อง พบว่า ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้านหลังจากได้ยาเคมีบำบัด มีความสำคัญต่อการสำเร็จในการรับยาเคมีบำบัดได้ครบถ้วน ตรงตามรอบ ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมมาก (รุ่งนภา เต็งไตรสรณ์, และ ศศิธร คำมี, 2565) เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดมักเกิดความกลัว ความเครียดเนื่องจากไม่รู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับร่างกายบ้าง เมื่อผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องโรค และอาการข้างเคียงที่จะเกิดขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ดีขึ้น อีกทั้งยังได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องเกิดความเข้าใจในการปฏิบัติตนเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน จนสามารถดำเนินชีวิตประจำวัน ดูแลตนเอง และฟื้นฟูร่างกายได้เร็วขึ้น ส่งผลดีต่อจิตใจและคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย

ปัจจัยที่มีผลต่อการเลื่อนรับยาเคมีบำบัดรอบถัดไปในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

1. ปัจจัยด้านร่างกาย ซึ่งเป็นปัจจัยหลักทางการแพทย์ที่พบบ่อยที่สุด ซึ่งทำให้ร่างกายของผู้ป่วยไม่พร้อม ได้แก่

- ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Neutropenia) กว่าเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งเป็นจุดวิกฤตที่ร่างกายไม่มีภูมิคุ้มกัน หากให้ยาซ้ำจะเกิดภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดได้

- ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (Thrombocytopenia) ซึ่งทำให้เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายและหยุดยากในอวัยวะสำคัญ

- ภาวะซีดรุนแรง (Severe Anemia) ค่า Hemoglobin ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ทำให้ร่างกายอ่อนเพลียสะสม

- ภาวะทุพโภชนาการและขาดน้ำ ร่างกายอ่อนเพลียรุนแรง จากการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย หรือแผลในปากจากรอบก่อน ทำให้น้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว สภาพร่างกายไม่พร้อม (ECOG > 2)

2. ปัจจัยด้านความเจ็บป่วยเฉียบพลันและภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะติดเชื้อเฉียบพลัน แผลผ่าตัดแยก, ติดเชื้อ จากผลแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัดกดภูมิคุ้มกันในร่างกาย

3. ปัจจัยด้านจิตใจ, สังคม และพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น ความวิตกกังวลจากการที่เผชิญผลข้างเคียงที่รุนแรงในรอบแรก (เช่น อาเจียนหนัก หรือปวดกล้ามเนื้อ) จนเกิดความกลัวและปฏิเสธการรับยา หรือผู้ป่วยไม่มีความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ปลอบโยนให้การข้างเคียงลูกหลานมากขึ้นจนกลายเป็นภาวะแทรกซ้อนรุนแรงก่อนถึงวันนัดรอบถัดไป รวมถึงผู้ดูแลหรือครอบครัวเกิดภาวะล้าจนไม่สนับสนุนหรือพาผู้ป่วยมาตามนัดได้

4. ปัจจัยด้านระบบบริการและเศรษฐกิจสังคม ปัญหาการเดินทางและค่าใช้จ่ายแฝง ส่งผลให้ผู้ป่วยตัดสินใจไม่มาตามนัดได้ ถึงแม้ยาเคมีบำบัดจะเบิกได้ตามสิทธิ แต่ค่าเดินทาง ค่าที่พัก หรือสูญเสียรายได้จากการหยุดงานของทั้งผู้ป่วยและญาติ

3.3 ข้อเสนอ

จากบทวิเคราะห์และแนวคิดดังกล่าวข้างต้น ผู้จัดทำจึงมีแนวคิดจัดทำ คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลพระปิยมหาราช เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับยาเคมีบำบัดที่ หน่วยมะเร็ง โรงพยาบาลพระปิยมหาราช สามารถศึกษาคำแนะนำเพิ่มเติมได้จากคู่มือ หรือสามารถให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยโดยยึดหลักความรู้ที่ถูกต้อง ได้มาตรฐานเดียวกัน และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยไปในแนวทางเดียวกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อจัดทำคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลพระปิยมหาราช

ระยะเวลาดำเนินการ มิถุนายน พ.ศ. 2569 – กันยายน พ.ศ. 2569

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับยาเคมีบำบัด หน่วยมะเร็ง โรงพยาบาลพระปิยมหาราช

ผังตารางกำกับงานตามขั้นตอนการดำเนินงาน

ลำดับ ที่	กิจกรรม				
		มิถุนายน 69	กรกฎาคม 69	สิงหาคม 69	กันยายน 69
1	วิเคราะห์ ข้อมูล ปัญหา อุปสรรคที่พบจากปัญหาการเลื่อนให้ยาเคมีบำบัด	↔			
2	ศึกษา เอกสารทางวิชาการ ทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง หาข้อมูลแนวทางการจัดทำคู่มือ	↔	↔		
3	รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์และสังเคราะห์ เพื่อพัฒนาเป็นคู่มือที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดตราด	↔	↔		
4	จัดทำคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลพระปิยมหาราช		↔	↔	
5	นำคู่มือให้ผู้มีส่วนร่วมตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา			↔	
6	นำคู่มือลงเลขรหัส ที่ศูนย์คุณภาพ โรงพยาบาลพระปิยมหาราช				↔

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการข้างเคียงที่บ้านได้
2. ผู้ป่วยสามารถจัดการภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที มีความปลอดภัย
3. จำนวนการเลื่อนนัดการรับยาเคมีบำบัด รอบถัดไปจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ลดน้อยลง

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

มีคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลพระปิยมหาราช

(ลงชื่อ) (ผู้ขอประเมิน)

(นางศลิษา พงษ์ศิริ)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(วันที่) ๑๙ มิ.ย. ๒๕๖๕

บรรณานุกรม

- American College of Radiology. (2013). *ACR BI-RADS Atlas: Breast Imaging Reporting and Data System*. American College of Radiology.
- Cochrane Thailand. (2565, 13 กันยายน). เคมีบำบัดที่มีแพลตฟอร์มสำหรับผู้หญิงก่อนหรือหลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านม *triple negative* ในระยะเริ่มแรก. Cochrane.
- National Comprehensive Cancer Network. (2026). *NCCN clinical practice guidelines in oncology: Breast cancer*. National Comprehensive Cancer Network.
- คณะกรรมการปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย. (2565). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง พ.ศ. 2565. สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย.
- นพดล หน่อทอง. (2566). เกณฑ์บำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและสูตรยาเคมีบำบัดมาตรฐาน. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ไวยรัฐ ประสงค์สุข. (2568). *อายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา*ร่วมสมัย: พยาธิวิทยาโมเลกุลและความสัมพันธ์ของโรกระบบเมแทบอลิซึมต่อการเกิดก้อนเนื้องอก. โรงพิมพ์อักษรสมัย.
- ประกาศิต พุกษ์ประเสริฐ, พงษ์ศิริ ปรารณชาติ, และ ชลเกียรติ ขอบประเสริฐ. (บรรณาธิการ). (2565). *คัลศาสตร์มะเร็งวิทยา*เต้านมร่วมสมัย. เอ-พลัส พรินติ้ง.
- ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. (2566). แนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยก้อนที่เต้านม (*Clinical Practice Guidelines for Breast Mass*). นพบุรีการพิมพ์.
- รุ่งนภา เต็งไตรสรณ์. (2562). Drugs induced hyperglycemia. *วารสารสมาคมเภสัชกรรมชุมชน*, 18(104), 63-72.
- รุ่งนภา เต็งไตรสรณ์, และ ศศิธร คำมี. (2565). การพัฒนาระบบการติดตามทางโทรศัพท์โดยพยาบาลเฉพาะทางเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนสะสมในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการบำบัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. *วารสารโรคมะเร็ง*, 48(3), 85-97.
- โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี. (2564). *การแบ่งระยะของโรคมะเร็งเต้านม*. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- วรรณิ นิธิยานันท์. (2565). *พยาธิสรีรวิทยาและระบบเมแทบอลิซึมในโรคเบาหวานเชิงลึก*. สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2569). *แนวทางการวินิจฉัย พยาธิวิทยา และการรักษาชีวโมเลกุลของโรคมะเร็งเต้านม*. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2566). *แนวทางการตรวจคัดกรองและการวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านม*. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2569). *แนวทางการปฏิบัติตามมาตรฐานพยาธิวิทยาและพยาธิกรณโรคมะเร็งเต้านม*. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2562). *แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งเต้านม*. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2560). แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งเต้านม (พิมพ์ครั้งที่ 3).
โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมาคมพยาบาลโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย. (2564). มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมี
บำบัดและการจัดการโรคร่วมเชิงระบบ (พิมพ์ครั้งที่ 2). สำนักพิมพ์พงษ์พาณิชย์เจริญ.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวง
สาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, และ สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทาง
การแพทย์. (2563). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2563 (พิมพ์ครั้งที่ 3). ศรีเมืองการ
พิมพ์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2566). รายงานสถิติตายของประชากรในประเทศไทย พ.ศ. 2564. กระทรวง
ดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
- สุพรรณิการ์ ศิริไวยาร, รุ่งนภา เขียวหวาน, และ ประคอง เขาวโพธิ์กลาง. (บรรณาธิการ). (2567).
การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด: การป้องกันและการจัดการอาการข้างเคียงเฉพาะสูตร. พลอยมีเดีย.
- หน่วยมะเร็ง โรงพยาบาลพระปิยมหาราช. (2568). สถิติมะเร็งเต้านมรายใหม่จังหวัดตราด ประจำปี พ.ศ.
2566-2568. โรงพยาบาลพระปิยมหาราช.
- อภิชาติ สุระเชษฐพงษ์. (2566). อายุรศาสตร์ระบบต่อมไร้ท่อ: จากกลไกพยาธิสภาพสู่การบริบาลทางคลินิก.
โรงพิมพ์อักษรสมัย.