

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะสุดท้าย
แบบประคับประคอง : รายงานผู้ป่วย
Palliative nursing care for patients with end-stage
cervical cancer : Case report

บำรุง เกิดชั้นหมาก พย.บ.
โรงพยาบาลบางมูลนาก

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
กรณีศึกษา : ผู้ศึกษาทำการคัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามจำนวน 1 ราย โดยคัดเลือกจากผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนทั้งด้านปัญหาสุขภาพและด้านจิตสังคม ผู้ศึกษานำองค์ความรู้แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง มาประยุกต์ใช้ในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการรักษา โดยเริ่มตั้งแต่เมื่อได้รับการส่งปรึกษาเพื่อให้ร่วมดูแลผู้ป่วยจากนั้นติดตามให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องจนผู้ป่วยเสียชีวิต และติดตามประเมินภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียของญาติจนสามารถปรับตัวได้โดยใช้ทักษะการดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย ประกอบด้วยความสามารถในด้านการประเมินและการวางแผนการดูแล ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านการจัดการกับอาการ และด้านการวางแผนการรักษาล่วงหน้า

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายและการวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับครอบครัวหลังนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 12 วัน จากนั้น 1 เดือนผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน

คำสำคัญ : การดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะสุดท้าย การพยาบาล

Abstract

This study aims to study palliative nursing care for patients with end-stage cervical cancer by one case study who was diagnosed with advanced-stage cervical cancer and complex in terms of problems with health and psychosocial aspects.

Case study: The researcher applies knowledge of palliative care guidelines to provide care and support to patients and families from the beginning of treatment. Starting from when a consultation is sent, following up to provide continuous care and assistance to the patient and family until the patient dies, and following up to assess the grief of the relative's loss until they can adapt using the care skills of terminally ill patients. Including abilities in assessment and care planning, communication skills, symptom management, and advanced treatment planning.

Results of the study: The patient received a discharge plan and advance care planning with the family after being hospitalized for 12 days and then she died peacefully at home about 1 month.

Keywords : palliative care, end-stage cervical cancer patients, nursing

บทนำ

ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะสุดท้ายต้องเผชิญกับอาการ ผลกระทบจากการรักษาและความ ก้าวหน้าของโรคร้ายที่หลีกเลี่ยงไม่ได้แนวทางการดูแลรักษา จึงมุ่งหวังเพื่อประคับประคอง ไม่ให้การดำเนินโรคลุกลามเร็วหรือเพื่อบรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานช่วยให้ผู้ป่วย และครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามบริบทมะเร็งปากมดลูกพบเป็นอันดับ 2 ของ มะเร็งในสตรีทั่วโลก รองมาจากมะเร็งเต้านม ส่วนใหญ่ร้อยละ 85 พบในประเทศกำลังพัฒนา ในปี ค.ศ. 2012 พบสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่ว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกทั่วโลกประมาณ 527,600 คน คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 อาจมีสตรีที่ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก เพิ่มขึ้น 1.5 เท่า สำหรับประเทศไทยมะเร็งปากมดลูกยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขจากระบบเฝ้าระวัง โรคมะเร็งของประเทศไทย ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก รายใหม่ ประมาณ 6,500 รายต่อปี และมีผู้เสียชีวิต จากมะเร็งปากมดลูก ประมาณ 2,000 รายต่อปี สตรีไทยเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งตับ แต่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของสตรีเป็นอันดับ 3 ในการเสียชีวิตจาก มะเร็งของสตรีทั่วโลก รองมาจากมะเร็งเต้านม และมะเร็งปอด ปัจจุบันมีการศึกษายืนยันแล้วว่าสาเหตุสำคัญของมะเร็งปากมดลูกคือ การติดเชื้อ human papillomavirus (HPV) เป็นสาเหตุ สำคัญที่ทำให้เป็นมะเร็งปากมดลูก⁽¹⁾ มะเร็งปากมดลูกสามารถคัดกรองเบื้องต้นได้ด้วยวิธี Pap smear ในการค้นหา อาการแสดงผิดปกติของมะเร็งปากมดลูกในระยะ เริ่มแรก สามารถวินิจฉัยการเปลี่ยนแปลงของเซลล์บริเวณปากมดลูกที่ผิดปกติ สาเหตุที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลงเซลล์ที่พัฒนา กลายเป็นมะเร็งปากมดลูกนั้นเกิดจากการติดเชื้อ HPV ปัจจุบันมีวิธีป้องกันมะเร็งปากมดลูกโดยการฉีดวัคซีน HPV⁽²⁾ การรักษาโดยการผ่าตัด การรักษาด้วยรังสีและยาเคมีบำบัดก็ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมีโอกาสรอดชีวิตสูงขึ้น มีภาวะแทรกซ้อนลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁽²⁾ สมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย มะเร็งปากมดลูกมีความสามารถในการพัฒนา จัดการและกำกับระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ปากมดลูกที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน

ประสาน ความร่วมมือกับบุคลากรในทีมสุขภาพเพื่อการวางแผนและให้การดูแลเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก รวมทั้งให้คำปรึกษา ทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกให้ได้คุณภาพ ใช้ความรู้ ทฤษฎีและหลักจริยธรรม สิทธิผู้ป่วย สิทธิของพยาบาล และหลักการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติงาน บริหารจัดการด้านการปฏิบัติการพยาบาลโดยเน้นการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย และใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

สาเหตุของมะเร็งปากมดลูก

สาเหตุของการเกิดมะเร็งปากมดลูก เกิดจากเชื้อ human papillomavirus (HPV) ชนิดก่อมะเร็งหรือชนิดความเสี่ยงสูงบริเวณปากมดลูก เชื้อ HPV มีหลายสายพันธุ์ แต่สายพันธุ์ที่ 16 และ 18 พบได้ร้อยละ 75 ที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูก⁽²⁾

อาการของมะเร็งปากมดลูก

การติดเชื้อ HPV ในระยะแรกมักไม่แสดงอาการขึ้นอยู่กับระยะและลักษณะของก้อนมะเร็ง อาจมีเลือดออกผิดปกติ ตกขาวผิดปกติ หรือตกขาวอาจมีเลือดปน หรือมีเลือดออกหลังจากการมีเพศสัมพันธ์⁽³⁾ หากเป็นระยะแรกๆ รอยโรคจะอยู่เฉพาะบริเวณปากมดลูก หากโรคมีความรุนแรงมากขึ้น อาจลุกลามไปยังบริเวณอื่นๆ ได้ เช่น กล้ามเนื้อมดลูก กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ และผนังช่องคลอด⁽⁴⁾ เป็นต้น

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก

ปัจจัยเสี่ยงทางรีเวช ส่วนใหญ่มักเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศของสตรี เช่น การมีคู่นอนหลายคน ความเสี่ยงจะสูงขึ้นตาม จำนวนของคู่นอนที่เพิ่มขึ้น การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุน้อยในวัยรุ่นช่วงอายุ 14-17 ปี โดยเฉพาะในช่วง 1 ปีแรกหลังจากเริ่มมีประจำเดือนจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น การตั้งครรภ์มากกว่า 4 ครั้งจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อาจทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HPV สูงขึ้นด้วย⁽¹⁾ และในรายที่รับประทานยาคุมกำเนิด ชนิดฮอร์โมนรวมเป็นเวลานาน ความเสี่ยง

ต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Deverakonda & Gupta⁽⁵⁾ พบว่าการรับประทานยาคุมกำเนิด การติดเชื้อไวรัส HPV การผ่านการตั้งครรภ์มาหลายครั้ง และการมีคู่นอนหลายคน เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูกและการศึกษาของ El Moselhy, Borg and Atlam⁽⁶⁾ พบว่าการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยส่งผลต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกได้สูง

มะเร็งปากมดลูกแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้⁽⁷⁾

ระยะ I มะเร็งจำกัดอยู่ภายในปากมดลูกเท่านั้น การลุกลามไปที่ตัวมดลูกไม่นำมากำหนด ระยะของมะเร็งปากมดลูก

ระยะ II มะเร็งลุกลามออกนอกปาก มดลูกแต่ไม่ถึงผนังด้านข้างของอุ้งเชิงกราน มะเร็งลุกลามช่องคลอดแต่ลงมาไม่ถึงส่วนล่าง 1 ใน 3 ของช่องคลอด

ระยะ III มะเร็งลุกลามถึงด้านข้างของอุ้งเชิงกรานหรือมะเร็งลุกลามถึงส่วนล่าง 1 ใน 3 ของช่องคลอดถ้ามีภาวะไตบวมน้ำหรือไตไม่ทำงานให้อยู่ในระยะที่ III ยกเว้นเกิดจากสาเหตุอื่น

ระยะที่ IV มะเร็งลุกลามออกไปนอกอุ้งเชิงกรานหรือลุกลามเยื่อบุกระเพาะปัสสาวะหรือ ไขสันหลัง

การรักษา มะเร็งปากมดลูก

1. การผ่าตัด (Surgical Treatment) ใช้ สำหรับมะเร็งปากมดลูกชนิดที่ I เป็นส่วนใหญ่ และในระยะที่ IIA บางราย

2. รังสีรักษา (Radiation Treatment) ใช้รักษาได้ทุกระยะของมะเร็งปากมดลูก

3. เคมีบำบัด (Chemotherapy) ใช้ รักษาในระยะลุกลามมาก (advanced stage) และในกรณีที่มะเร็งกลับเป็นซ้ำที่ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่น

4. การรักษาร่วม (Combined Treatment) โดย ใช้หลายวิธีร่วมกัน เช่น การให้เคมีบำบัดพร้อมให้รังสีรักษา เป็นวิธีมาตรฐานในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามที่จะรักษาด้วยรังสี ซึ่งแนะนำให้ยาเคมีบำบัดร่วมด้วยเพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการรักษา

เป้าหมายการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะสุดท้ายแบบประคับประคองเพื่อมุ่งหวังให้เกิดผลลัพธ์ 3 ประการคือ 1. ด้านผู้ป่วย ลดความรู้สึกทุกข์

ทรมานจากการเพิ่มหัตถการอื่นๆ ที่ไม่มีความจำเป็น การตอบสนองตามความต้องการในระยะท้ายอย่างเป็นองค์รวม โดยกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านตามความต้องการอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์จนวาระสุดท้ายของชีวิต 2. ด้านญาติผู้ดูแลได้รับทราบข้อมูลและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งความรู้และการฝึกทักษะในการจัดการอาการในระยะท้าย โดยเฉพาะอาการเหนื่อยหอบทั้งวิธีการใช้ยา และไม่ใช้ยาเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองก่อนกลับบ้านได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ จากทีมลดภาระการดูแลผู้ป่วยลง ลดค่าใช้จ่าย ในการเดินทางเกิดความพึงพอใจในการให้การดูแล และ 3. ด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบข้อมูลในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาในระยะท้ายของชีวิตตามความต้องการของตนเอง ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความช่วยเหลือจากทีมรวมทั้งคำแนะนำแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่มีความจำเป็น มีความต่อเนื่องในด้านการดูแลมีการทำงานเป็นทีมสร้างความพึงพอใจต่อผู้ป่วยและครอบครัว⁽⁸⁾

ผู้ศึกษาได้ใช้ทักษะสำหรับการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายประกอบไปด้วย ความสามารถในการด้านการประเมินและการวางแผนการดูแล (Assessment and care planning Competence) ด้านทักษะการสื่อสาร (Communication skill Competence) ด้านการจัดการกับอาการ (Symptom Management Competence) และด้านการวางแผนการรักษาล่วงหน้า (Advance care planning competence)⁽⁸⁾ มาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะสุดท้ายแบบโดยใช้ทักษะในการจัดการและควบคุมอาการที่เกิดขึ้นดูแลช่วยเหลือบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ ทำการสอนและฝึกทักษะให้แก่ครอบครัวเพื่อให้สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดการปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น ใช้ทักษะการสื่อสารด้านการให้ข้อมูลการเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโดยเป็นตัวกลางประสานงานกับแพทย์ผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีจริยธรรมประสานงานกับทีมร่วมดูแลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดการให้การช่วยเหลือมีการกำหนดเป้าหมาย

ที่สำคัญคือการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีตามมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อตอบสนองความต้องการอย่างเป็นองค์รวม

รายงานผู้ป่วย

ผู้ศึกษาทำการคัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามจำนวน 1 ราย โดยคัดเลือกจากผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนทั้งด้านปัญหาสุขภาพและด้านจิตสังคมผู้ศึกษาแนะนำตัวกับผู้ป่วยและครอบครัวขออนุญาตผู้ป่วยเพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา รวบรวมประวัติความเจ็บป่วยและนำองค์ความรู้แนวทางการดูแลแบบประคับประคองมาประยุกต์ใช้ในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการรักษา โดยเริ่มตั้งแต่เมื่อได้รับการส่งปรึกษาเพื่อเข้าร่วมดูแลผู้ป่วยจากนั้นติดตามให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องจนผู้ป่วยเสียชีวิต และติดตามประเมิน ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียของญาติจนสามารถปรับตัวได้

ข้อมูลทั่วไป:

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 66 ปี สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสแยก (อาชีพเดิมขายบริการและรับจ้าง) ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ การศึกษาไม่ได้รับการศึกษา ภูมิลำเนาจังหวัดพิจิตร สิทธิการรักษาพยาบาลใช้สิทธิ์ผู้สูงอายุ ระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาลวันที่ 21 กุมภาพันธ์ ถึง 4 มีนาคม 2566 หลังจากกลับไปอยู่บ้านได้ 1 เดือน ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน

อาการสำคัญ : หายใจเหนื่อยหอบ 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็น CA cervix with bone with LN metastasis

ประวัติการเจ็บป่วย : 16 ปีก่อน (ตุลาคม 2550) ผลการตรวจ PAP smear วินิจฉัย squamous cell carcinoma (invasive) ปฏิเสธการรักษาต่อที่โรงพยาบาล พิจิตร ตุลาคม 2551 ผลการตรวจ LEEP วินิจฉัย CIN III stromal invasive, Endocervical margin not free ธันวาคม 2555 ผลการตรวจ Re - LEEP วินิจฉัย CIN III with grand invasive, focal presence of dysplastic epithelium at surgical margin, ตุลาคม 2558 ผลการตรวจ LEEP วินิจฉัย CIN III with glandular involvement

and several foci of early stromal invasion (micro-invasion SCC) loss F/U

วันที่ 20 มกราคม 2566 - 7 กุมภาพันธ์ 2566 เข้ารับการนอนรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการเหนื่อยหอบ วินิจฉัยเป็น pleural metastasis 30 มกราคม 2566 CT chest ผลการตรวจพบภาวะ pleural metastasis ปรึกษา ศัลยแพทย์ได้รับการทำหัตถการ PCD right chest วันที่ 30 มกราคม และ PCD left chest วันที่ 3 กุมภาพันธ์ ระหว่างนอนรักษามีอาการหายใจเหนื่อยเป็นช่วงๆ ญาติต้องการรักษาต่อ จึงส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์แผนก นรีเวช 15 กุมภาพันธ์ 2566 ได้รับการส่งกลับมาโรงพยาบาลบางมูลนากเพื่อให้การดูแลตามแนวทาง palliative care and supportive

ลักษณะครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต และแหล่งประโยชน์: ผู้ป่วยและสามีมีบุตรด้วยกัน 3 คนปัจจุบันอาศัยอยู่กับครอบครัวหลานชาย เดิมผู้ป่วยมีอาชีพขายบริการทางเพศเมื่อแต่งงาน (26 ปี) ทำอาชีพรับจ้างหลังจากเลิกกับสามี ผู้ป่วยกลับมาขายบริการทางเพศตอนอายุประมาณ 40 ปี โดยจะมีผู้ชายหลายคนหมั้นเวียนมาอยู่ด้วย และให้เงินใช้ ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้จากเงินผู้สูงอายุที่รัฐจัดสรรให้และบุตรส่งให้ใช้ขณะป่วยมีหลานชายและหลานสะใภ้เป็นผู้ดูแลอาหาร ความสะอาด เสื้อผ้าในกิจวัตรประจำวันให้แก่ผู้ป่วย สัมพันธภาพในครอบครัวดี

อัตมโนทัศน์ต่อความเจ็บป่วย การเผชิญความเครียด การปรับตัว และความเชื่อ : ผู้ป่วยเดิมมีสุขภาพแข็งแรงสามารถดูแลตนเองได้ เมื่อตรวจมะเร็งปากมดลูกพบความผิดปกติผู้ป่วยไม่ใส่ใจที่จะไปตรวจรักษาต่อ ใช้ชีวิตปกติไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยประกอบด้วยผู้เป็น Schizophrenia สิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติสม่ำเสมอคือมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลบางมูลนากเท่านั้น แต่จะไม่ไปตรวจที่อื่นจนโรคลุกลาม ผู้ป่วยมีความเชื่อว่า “โรคที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่เป็นโรคเวรโรคกรรม” เมื่อทราบว่าตนเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามมีความวิตกกังวล ไม่อยากทราบ (ESAS; anxiety =6/10 คะแนน)

ผลการตรวจร่างกายแรกรับ : ผู้ป่วยหญิงไทยสูงอายุ รูปร่างผอม ดัชนีมวลกาย 18.97 กิโลกรัมต่อตารางเมตร



(น้ำหนัก 42 กิโลกรัม ส่วนสูง 154 เซนติเมตร) รู้สึกตัวดี GCS = E4V5M6 มีอาการหายใจเหนื่อยเล็กน้อย SpO₂ 97% หายใจเหนื่อย 34 ครั้ง/ริมฝีปากแห้ง ผิวหนังแห้ง ฟังเสียงลมในปอดได้น้อยทั้ง 2 ข้าง มีสาย postural drainage ทั้ง 2 ข้าง ข้างขวาเลื่อนไม่มีcontentออก ขาซ้ายบวม pitting edema 1+ ความดันโลหิต 115 /75 มม.ปรอท อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้ง/นาที **EKG 12 lead** : normal sinus rhythm, V2, V3, พบ T wave inversion CXR Chest x-ray : loculated pleural effusion, Chest x-ray PA right lateral decubitus : Bilat. plueral effusion, PCD Rt chest เลื่อนหลอด ทำให้มีภาวะหายใจเหนื่อยหอบ แผนการรักษา O² mask with bag 10 LPM keep SpO₂ ≥ 95 % morphine 2 mg iv prn for dyspnea Beradual 1 NB prn 6 hr with prn for dyspnea NSS 3 ml NB 6 hr.prn hypersecretion Notify ศัลยแพทย์ set OR PCD Rt.chest Pus gram stain PCD right plural ผล Epithelial cell few Hemoculture ผล Gram Positive Bacilli ให้ Fortum 2 gms iv q 8 hr. **ผล Lab** : Hct=29% ต่ำกว่าค่าปกติ (N : 35-52%) PT= 79.3 sec นานกว่าปกติ (N : 11.0-13.4 sec) PTT=86.7sec นานกว่าปกติ (N : 21.5-30.0 sec) INR 7.45 ผิดปกติสูง (N : 1.0-1.2) Liver Function Test :Total Protein 7.3 (N : 6.6-8.7e/dL) Albumin 2.8 (N : 3.5 -5.2 e/dL) Globulin 4.5 (N : 2.0-3.3 e/dL) Total Bilirubin 0.3 (N : <1.2mg/dL) Direct Bilirubin 0.2 (N : <0.3. e/dL) AST/SGOT19 (N : 10 -35 U/L)ALT/SGPT=7 ต่ำกว่าค่าปกติ (N : 10 -35 U/L) Alkaline phosphatase=155 สูงกว่าค่าปกติ (N : 35 -104 U/L)

แผนการรักษา Vit k 10 mg stat, FFP 2 unit PT, INR หลังได้ FFP ฝ้าติดตามผลอย่างต่อเนื่อง 21 ก.พ.2566 (17.31น.) PT 16.2 PTT 37.5 INR 1.43, 22 ก.พ. 2566 PT 13.2 INR 1.16, 27 ก.พ.2566 PT 28.7 INR 2.59

แพทย์วินิจฉัยโรคเบื้องต้น Right moderate pleural effusion สั่งการรักษา on O² mask with bag 10 LPM keep SpO₂ ≥ 95% retained foley cath DTX stat fortum 2 gms. IV และให้สารน้ำ 0.9% Nacl 500 ml IV load then 0.9% Nacl 500 ml iv drip 80 ml/hr,

consult ศัลยแพทย์เพื่อทำหัตถการ Percutaneous Drainage และ Palliative care Team

ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน Palliative Performance Scale (PPS) = 60% : ผู้ป่วยมีความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง ไม่สามารถทำงานอดิเรกได้ตามปกติ แต่ยังสามารถช่วยตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บ้าง ต้องการความช่วยเหลือบางครั้งเริ่ม มีอาการแสดงของโรค ได้แก่ เหนื่อยมากขึ้นโดยไม่สัมพันธ์กับการทำกิจวัตรประจำวัน ยังรับประทานอาหารทางปากได้ มีระดับความรู้สึกตัวเป็นปกติ ประเมินความปวด เท่ากับ 6/10 คะแนน

แผนการรักษาตามแนวทาง palliative care ร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ได้ให้คำแนะนำแผนการดูแล กับญาติผู้ป่วย วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2566 ญาติเข้าใจพยาธิสภาพของผู้ป่วยที่จะเปลี่ยนแปลงไปสู่การที่จะไม่สามารถรักษาให้ดีขึ้น และวางแผนไม่ประสงค์จะทำหัตถการกรณี เมื่อถึงระยะสุดท้าย (No EET,CPR) วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยการประสานตามระบบ COC จากการประเมินเมื่อผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตแพทย์จึงปรับแผนการรักษาเป็นแบบประคับประคอง ใช้หลักการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่าน ประเมินและสนับสนุนให้ผู้ป่วยปรับตัวกับภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่แก่ผู้ป่วยและญาติ การรักษาต่อเนื่องและอาการผิดปกติที่อาจพบจากอาการเจ็บป่วย มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยทุกวันและก่อนจำหน่าย ได้สอนผู้ป่วยถึงวิธีการปฏิบัติตนที่บ้าน ประกอบด้วยการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างครบถ้วน การผ่อนคลายความเครียดและการมาติดตามผลการรักษาตามที่แพทย์นัด การประเมินผลการพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยผ่อนคลายความเครียดได้ดีขึ้น มีอาการเหนื่อยเป็นบางครั้ง มีอาการบวมที่ขาซ้ายจากภาวะ DVT ก่อนจำหน่าย ความดันโลหิต 110/70 มม.ปรอท อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 72 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที EKG show normal sinus rhythm แพทย์นัดติดตามผล 2 สัปดาห์มารับการตรวจที่แผนก OPD ศัลยกรรม

การปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์

กรณีศึกษารายนี้ ได้รับการวางแผนให้การช่วยเหลือ ภายหลังได้รับการส่งปรึกษาจากแพทย์ผู้ดูแล โดยเริ่มจากการให้ข้อมูลเรื่อง การดูแลแบบประคับประคอง ทบทวน ความเข้าใจ ความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง อีกครั้ง ประเมินปัญหาและความต้องการเพื่อวางแผน การดูแลร่วมกันในอนาคต (advanced care planning: ACP) โดยการทบทวนเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษา แบบประคับประคอง วัตถุประสงค์การใช้ยาแบบมุ่งเป้าหมาย ตามแผนการรักษาของแพทย์เปิดโอกาสให้ซักถามใน ประเด็นที่ต้องการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียม ความพร้อมก่อน ระหว่าง และหลังเข้าสู่กระบวนการรักษา สรุปลงเป้าหมายการดูแลและความต้องการการดูแลในระยะ ท้ายของผู้ป่วยและครอบครัว⁽⁹⁾ พบปัญหา ดังนี้

1. ในการดูแลช่วยเหลือเริ่มจากการประเมินโดย สังเกตอาการแสดงหรือท่าทางผู้ป่วยร่วมกับการใช้แบบ ประเมิน ESAS เนื่องจากสามารถประเมินอาการปวด และ อาการอื่นๆ ที่มีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดอาการ ปวดได้ เช่น อาการทางจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความเครียด จากนั้นดูแลจัดการอาการปวดตามขั้น ความปวดของ องค์การอนามัยโลก (WHO ladder) ทั้งการใช้ยาและ ไม่ใช้ยา⁽¹⁰⁾ โดยให้ยามอร์ฟีนบรรเทาอาการปวดภายใต้ คำแนะนำของพยาบาลเกี่ยวกับวิธี การประเมินอาการก่อน และหลังได้รับยา รวมถึงวิธีการ บริหารยาทั้งยามอร์ฟีน ชนิดเม็ด (Morphine Sulphate Tablets: MST) และยา มอร์ฟีนชนิดน้ำ (Morphine Sulphate oral Solution : MSS) รวมทั้งสอนและกระตุ้น ให้ผู้ป่วยใช้วิธีการบรรเทาอาการ ปวดด้วยการผ่อนคลาย โดยการหายใจยาวๆ ให้ผู้ป่วยนอน หรือนั่งศีรษะสูงในท่าที่สบายๆ หายใจเข้า-ออก ช้าๆ ลึกๆ หรือวิธีการฟัง ดนตรีเบาๆ การพูดคุยเบี่ยงเบนความสนใจ ไปจากความ ปวด การกำหนดสมาธิตามรู้อาการที่เกิดขึ้น โดยให้ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติตามความชอบสอดคล้องกับ สภาพความเจ็บป่วยในขณะนั้นๆ⁽¹¹⁾

ผลลัพธ์ : ความปวดลดลงเหลือ 4/10 คะแนน พักผ่อนได้ท่าทางผ่อนคลายไม่รู้สึกรำคาญใจ มีความรู้ เพิ่มขึ้นในการจัดการความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยาในผู้ป่วย รายนี้เลือกวิธีการฝึกหายใจยาวๆ เวลาปวดทำให้ บรรเทา

อาการลงได้ปัญหานี้ได้รับการจัดการที่เหมาะสม ด้วยการ ให้ยามอร์ฟีนชนิดและเม็ดและมอร์ฟีนชนิดน้ำ บรรเทา อาการปวด แต่ยังคงไม่หมดไปต้องติดตาม ประเมินอย่าง ต่อเนื่อง

2. ภาวะพร่องโภชนาการ ประเมินภาวะพร่อง โภชนาการและอาการขาดสารอาหาร เช่น อาการบวม จากโปรตีนในเลือดต่ำ แขนและขาบวมกล้ามเนื้อลีบเยื่อ บุตาซีดคำนวณความต้องการพลังงานที่ร่างกายควรได้ รับจริงต้องไม่น้อยกว่า 2,080 แคลลอรี่ต่อวัน⁽¹²⁾ สำหรับ กรณีศึกษานี้ควรได้รับพลังงาน 2,400 แคลลอรี่ (สูตร สำหรับผู้ที่มีน้ำหนัก มากกว่า 20 กิโลกรัม = 1,500 แคลลอรี่ + 20 แคลลอรี่ต่อกิโลกรัม แทนค่าในสูตร 1,500 + (20×45) = 1,500+900) ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติ การเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดูแลให้ได้รับสารน้ำ และ สารอาหารที่มีโปรตีนสูง ให้เพียงพอกับความ ต้องการของ ร่างกาย ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย ที่มี พลังงานสูงและสารอาหารครบ เช่น อาหารเสริมสำหรับ ผู้ป่วย แนะนำให้รับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ แต่ บ่อยครั้ง แนะนำดูแลความสะอาดของช่องปากเพื่อกระตุ้น ความอยากอาหาร ประเมินภาวะบวมให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ภาวะพร่องโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็ง ว่าสามารถเกิดขึ้น ได้เนื่องจากความอยากอาหารลดลงเป็นผลจากตัวโรค และการรักษา ผลลัพธ์คือ ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ มากขึ้น หลานชายซื้ออาหารเสริมประเภทนมชงให้ดื่มเสริม ระหว่างมื้ออาหาร น้ำหนักคงเดิม ไม่มีอาการคลื่นไส้ แต่อาการบวมบริเวณขายังคงอยู่เท่าเดิมยังคงต้องติดตาม ประเมินต่อไป

3. ปัญหาด้านจิตใจและสังคม การเจ็บป่วยด้วย กรณีศึกษานี้ เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวทราบว่า เข้าสู่ระยะ สุดท้ายตัดสินใจเลือกที่ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจหรือปั๊มหัวใจ ขอบใจดูแลที่บ้าน ผู้ศึกษาได้ประสานทีมเพื่อวางแผน การดูแลต่อเนื่องในการเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามประเมินผล การให้คำแนะนำด้านข้อมูล และแหล่งประโยชน์ต่างๆ⁽¹³⁾ ประสานกับแพทย์เจ้าของไข้ในการทบทวนยาที่จำเป็น (เช่น ยามอร์ฟีน) ให้เพียงพอ ให้เบอร์โทรศัพท์แก่หลานชาย เพื่อติดต่อกรณีมีปัญหาและต้องการความช่วยเหลือ ให้โทรศัพท์ปรึกษาได้ตลอดเวลา⁽¹⁴⁾

ผลลัพธ์ : ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจและรับรู้เกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาได้ถูกต้อง ยอมรับภาวะสุขภาพของตนเองตามความเป็นจริง เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพที่เกิดขึ้น เรียนรู้ในการจัดการความวิตกกังวล ความเครียดที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ระดับความวิตกกังวลลดลง จากแรกเริ่ม ESAS; anxiety = 6/10 เหลือ 2/10 คะแนน ครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ติดตามประเมินปัญหาและความต้องการทางโทรศัพท์เป็นระยะ ให้การช่วยเหลือเป็นที่ปรึกษาแนะนำวิธีการจัดการปัญหาที่พบ และให้พยาบาลเยี่ยมบ้านไปประเมินวิธีการดูแลสายระบายน้ำจากปอดของญาติที่บ้านเพื่อสร้างความมั่นใจ ในการดูแลผู้ป่วย (Outcome Management and Evaluation)

สรุป

ผลลัพธ์ในการดูแลแบบประคับประคองใน ผู้ป่วยกรณีศึกษาเรื่องนี้ ขอบเขตและมิติในการวัดผลลัพธ์ในการดูแล ผู้ป่วยระยะประคับประคองนั้นจะคำนึงถึงผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยในด้านภาวะทางสุขภาพ (Clinical Outcome) ร่างกาย จิตใจอารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ ภายใต้วฒันธรรมความเชื่อของแต่ละบุคคลในด้านครอบครัว หรือผู้ดูแลจะคำนึงถึงผลกระทบในประเด็นของคุณภาพชีวิต ความเป็นภาระด้านการดูแล ความรู้สึกเศร้าโศก ภายหลังการสูญเสีย และผลลัพธ์สุดท้ายคือการประเมิน ผลกระทบจากคุณภาพการดูแลของผู้ให้บริการ ด้านความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลการวางแผนการ ดูแลล่วงหน้าความต่อเนื่องในการดูแลและการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย และครอบครัว กรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ สามารถประเมินผลลัพธ์ทั้ง 3 ด้าน⁽¹⁵⁾ ดังนี้

1. ด้านผู้ป่วย ลดการนอนโรงพยาบาลลง ลดความรู้สึกรู้สึกทรมานจากการเพิ่มหัตถการอื่นๆ ที่ไม่มีความจำเป็น ลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนที่ อาจเกิดขึ้นได้จากการเจาะปอดหลายๆ ครั้งได้รับการตอบสนองตามความต้องการในระยะท้ายอย่างเป็นองค์รวม โดยได้กลับไปใช้ชีวิตที่บ้านตามความต้องการ อย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์จนวาระสุดท้ายของชีวิต
2. ด้านญาติผู้ดูแลได้รับการทราบข้อมูลและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งความรู้

และการฝึกทักษะในการจัดการอาการในระยะท้ายโดย เฉพาะอาการเหนื่อยหอบทั้งวิธีการใช้ยา และไม่ใช้ยาเพื่อ ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ก่อนกลับบ้าน ได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ จากทีมลดภาระการดูแลผู้ป่วยลง ลดค่าใช้จ่าย ในการเดินทาง เกิดความพึงพอใจในการให้การดูแล

3. ด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบข้อมูลในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาใน ระยะท้ายของชีวิตตามความต้องการของตนเอง ผู้ป่วย และครอบครัวได้รับความช่วยเหลือจากทีมรวมทั้งคำแนะนำ แหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่มีความจำเป็น มีความต่อเนื่อง ในด้านการดูแลมีการทำงานเป็นทีมสร้างความพึงพอใจ ต่อผู้ป่วยและครอบครัวข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วยโดย สมรรถนะ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง การดูแลช่วยเหลือ ผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลาม แบบประคับประคองนั้น ควรเริ่มตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการรักษา ผู้ให้การดูแลต้อง บูรณาการองค์ความรู้ทั้งศาสตร์และศิลป์บนพื้นฐาน ของใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย และครอบครัวแบบองค์รวม ตามปัญหาที่เกิดขึ้นในทุกมิติ แต่ละระยะตาม ภาวะความเป็ยเบนด้านสุขภาพ จึงควร ต้องมีการประสานงานร่วมกันภายในทีมให้การดูแล เพื่อความสอดคล้องในการแก้ปัญหาและให้การช่วยเหลือ ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงให้ความสำคัญกับการดูแล ต่อเนื่องเพราะถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลแบบ ประคับประคอง ทั้งด้านความต่อเนื่องในการสร้างสัมพันธภาพ ที่ดีการให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น ข้อมูลและ แหล่งประโยชน์อื่นที่ควรมีการกำหนดผลลัพธ์ตัวชี้วัดทาง การพยาบาล และติดตามประเมิน ผลลัพธ์ของการดูแล ตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย จนกระทั่งเสียชีวิต รวมถึงส่งเสริมคุณภาพชีวิตของญาติ ผู้ดูแลโดยการติดตาม ให้การช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องจน สามารถปรับตัวต่อ การสูญเสียได้

เอกสารอ้างอิง

1. Matthews, A. K., Li, C. C., Ross, N., Ram, J., Ramsey, R., & Aranda, F. Breast and cervical cancer screening behaviors of African

- American sexual minority women. *Journal General Practice* 2013;1(2):1-8.
2. Organized cancer screening in Alberta Calgary: Alberta Health Services. [Internet]. 2015 [cited 2023 September 15]. Available from: www.screeningforlife.ca/images/reports/Organized_Cancer_Screening_in_Alta_Report.pdf.
 3. Abdallah, A. A., M. E. Hummeida, I. M. F. Elmula. Awareness and attitudes of nursing students towards prevention of cervical cancer. *Cervical Cancer* 2016;1(1):106.
 4. Ali, C. I., N. E. Makata, P. O. Ezenduka. Cervical cancer: a health-limiting condition. *Gynecol Obstet (Sunnyvale)* 2016;6(5):1-7.
 5. Abate SM. Trends of cervical cancer in Ethiopia. *Cervical Cancer* 2015;1(5):1-4.
 6. Deverakonda, A., Gupta, N. Diagnosis and Treatment of Cervical Cancer: A View Research and Reviews. *Journal of Nursing and Health Sciences* 2016;2(3):1-11.
 7. El-Moselhy, E.A., Borg, H.M., Atlam, S.A. Cervical Cancer: Sociodemographic and Clinical Risk Factors among Adult Egyptian Females. *Adv Oncol Res Treat* 2016;1(1):106.
 8. จรัสศรี อินทรสมหวัง, กาญจนา ศรีสวัสดิ์. สมรรถนะของพยาบาลในการดูแลสตรีมะเร็งปากมดลูก. *วารสารเกษมบัณฑิต* 2562;20(1): 146-154.
 9. Tokito T, Murakami H, Mori K, Osaka I, Takahashi T. Implementation status and explanatory analysis of early advance care planning for Stage IV non-small cell lung cancer patients. *Japanese Journal of Clinical Oncology* 2015;45(3):261-266.
 10. วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร. การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง. *สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์*; 2557.
 11. Bausewein C, Booth S, Gysels M, Higginson I. Nonpharmacological interventions for breathlessness in advanced stages of malignant and non-malignant diseases. *Cochrane Database Systematic Review* 2013;16(1):1-2.
 12. Payne, C., Larkin, P. J., McIlfratrick, S., Dunwoody, L., Gracey, J. H. Exercise and nutrition interventions in advanced lung cancer: a systematic review. *Current Oncology* 2013;20(4):321-337.
 13. Pan CC, KungPT, Wang YH, Chang YC, Wang ST, Tsai WC. Effects of multidisciplinary team care on the survival of patients with different stages of non-small cell lung cancer: a national cohort study. *PLoS One* 2015;10(5):1-8.
 14. van Gorp J, van Selm M, Vissers K, van Leeuwen E, Hasselaar J. How outpatient palliative care teleconsultation facilitates empathic patient-professional relationships: a qualitative study. *PLoS One* 2015;10(4):1-10.
 15. วิจิตรา กุสุมภ์, สุนันทา ครองยุทธ. ผลกระทบด้านจิตใจในผู้ป่วยวิกฤต: กลยุทธ์ในการจัดการ. *วารสารพยาบาล* 2563;69(3):53-61.