



บทความวิชาการ

มะเร็งจอประสาทตา : บทบาทพยาบาลทางคลินิกกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งจอประสาทตา

ปิยาณี ณ นคร ปร.ด.* พนิดา ตึกหิน พย.ม.**

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

มะเร็งจอประสาทตา เป็นมะเร็งที่พบบ่อยในเด็ก เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ต้นกำเนิดในชั้นจอประสาทตา เนื่องจากโครโมโซมคู่ที่ 13 เกิดการผ่าเหล่าที่ผิดปกติ เซลล์จึงมีลักษณะการเจริญไปเป็นเซลล์มะเร็ง ส่งผลกระทบรุนแรงต่อการมองเห็นและอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตหากวินิจฉัยล่าช้า การดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลทางคลินิกจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งจอประสาทตา โดยมีบทบาทการประเมินปัญหาและการวางแผนการดูแล ตั้งแต่การประเมินปัญหาภาวะสุขภาพ การดูแลและให้การช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวได้ การดูแลผู้ป่วยขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล ทั้งก่อนและหลังผ่าตัด การดูแลให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ นอกจากนี้พยาบาลทางคลินิกยังมีบทบาทในการให้แนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การเตรียมผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟูและแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กมะเร็งจอประสาทตาและครอบครัวสามารถดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและนำเสนอวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งจอประสาทตา รวมทั้งอธิบายบทบาทเชิงวิชาชีพของพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งจอประสาทตา เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: มะเร็งจอประสาทตา/ พยาบาลทางคลินิก/ มะเร็งจอประสาทตา



Retinoblastoma: Role of Clinical Nurse for Nursing care Retinoblastoma Patients

Piyanee Na Nakorn Ph.D.* Panida Tukkin, M.N.S**

Abstract

Retinoblastoma (RB) is considered the most common cancer in children. It is caused by abnormalities in the progenitor cells of the retina due to chromosome 13. This genetic alteration leads to cancerous cell growth, which can severely impact vision and may be life-threatening if diagnosis is delayed. Management of this population requires multidisciplinary teams, in which clinical nurses play critical roles in the care of children with retinoblastoma. Core responsibilities include comprehensive assessment, care planning, and care coordination within multidisciplinary teams; delivery of treatment-related nursing care for chemotherapy, focal therapies, and perioperative management and education on medication adherence, complication recognition, and home care. Clinical nurses also provide education and support for complication prevention, rehabilitation, and health promotion. These integrated roles aim to empower children with retinoblastoma and their families to self-manage physically and psychologically for better quality of life.

This academic article aims to review and synthesize literature related to retinoblastoma and describe professional roles of clinical nurses in caring for retinoblastoma patients, to inform nursing practice for clinical nurses to effectively care for this patient population.

Keywords: Retinoblastoma/ Clinical Nurse Nursing care/ Retinoblastoma



บทนำ

อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งในเด็ก พบว่า เป็นปัญหาสุขภาพทั่วโลก โดยใน ค.ศ. 2022 องค์การอนามัยโลกได้รายงานสถิติประมาณการผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น อายุแรกเกิด-19 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งรายใหม่ทั่วโลกมีจำนวน 400,000 คนต่อปี ส่วนทวีปเอเชียมีจำนวน 200,000-250,000 คนต่อปี¹ และสำหรับในประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งในเด็กและวัยรุ่นจำนวน 141.8-147.5 คนต่อประชากร 100,000 คน ในระดับหน่วยงานพบรายงานสถิติผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคมะเร็งของศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคมะเร็งโรงพยาบาลรามาธิบดี ระหว่าง พ.ศ. 2561-2563 จำนวน 147, 136 และ 112 คน ตามลำดับ โดยโรคมะเร็งที่พบมากที่สุดในการเด็กและวัยรุ่น ได้แก่ มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งจอประสาทตา มะเร็งสมอง และระบบประสาทตามลำดับ¹⁻²

มะเร็งจอประสาทตา (Retinoblastoma) เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ซึ่งเป็นเซลล์ต้นกำเนิดของเซลล์ในชั้นจอประสาทตามีการผ่าเหล่าที่ผิดปกติของเซลล์จึงมีลักษณะการเจริญไปเป็นเซลล์มะเร็ง อาจเกิดที่ตาข้างเดียวหรือเกิดพร้อมกันทั้ง 2 ข้าง โดยที่ไม่ได้เป็นการกระจายจากตาข้างหนึ่งไปอีกข้างหนึ่ง และพบได้ใกล้เคียงกันทั้งเพศหญิงและเพศชาย ถือเป็นมะเร็งที่เกิดขึ้นในลูกตาที่พบบ่อยที่สุดในเด็ก โดยพบได้ในเด็กเกิดใหม่ 1 คน ต่อ 15,000-20,000 คน และพบในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 2.5-4.0 ของมะเร็งในเด็กทั้งหมด และเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยในเด็กเป็นอันดับ 3 รองลงมาจากมะเร็งเม็ดเลือดขาวและเนื้องอกในสมอง¹

ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งจอประสาทตา หากไม่ได้รับการรักษาและการพยาบาลที่เหมาะสมหรือได้รับการดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง จะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัวและสังคม และหากไม่ได้รับการรักษาผู้ป่วยจะเสียชีวิตภายใน 1-2 ปี ดังนั้นพยาบาลทางคลินิกจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งจอประสาทตาเป็นอย่างมาก สำหรับบทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์

เพื่อทบทวนและนำเสนอวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งจอประสาทตาและการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งจอประสาทตา เพื่อให้พยาบาลทางคลินิกมีความรู้ที่ครอบคลุมเกี่ยวกับโรค การรักษา และแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งจอประสาทตา โดยบทบาทพยาบาลทางคลินิกต่อผู้ป่วยมะเร็งจอประสาทตาประกอบไปด้วย การประเมินปัญหา การวางแผนการดูแล การช่วยเหลือ การให้แนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การเตรียมผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟู และการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้ผ่านการรักษาที่ซับซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด

พยาธิสภาพของโรคมะเร็งจอประสาทตา

มะเร็งจอประสาทตา เกิดจากความผิดปกติของ Retinoblastoma gene (RB gene) ของโครโมโซมคู่ที่ 13 ที่มีการกลายพันธุ์ของยีนที่ควบคุมการแบ่งเซลล์ในดีเอ็นเอ ส่งผลให้เซลล์ในบริเวณจอประสาทตาผิดปกติ และมีเนื้องอกเกิดขึ้นบริเวณดวงตาข้างใดข้างหนึ่ง โดยยีนที่ผิดปกตินี้อาจเกิดจากการกลายพันธุ์ในเซลล์จอประสาทตาดังแต่ช่วงพัฒนาการของทารกในครรภ์หรือได้รับการถ่ายทอดทางพันธุกรรม^{1, 3-4} ในกรณีที่มะเร็งจอประสาทตาเกิดจากการเปลี่ยนแปลงหรือการกลายพันธุ์ของยีน ผู้ป่วยมักมีความผิดปกติเกิดขึ้นในบริเวณดวงตาข้างเดียว แต่หากเป็นมะเร็งจอประสาทตาที่เกิดจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรมจากพ่อ แม่ หรือสมาชิกในครอบครัว มักส่งผลให้ความผิดปกติเกิดขึ้นบริเวณดวงตาทั้งสองข้าง และโอกาสจะยิ่งสูงขึ้นหากพ่อหรือแม่มียีนที่กลายพันธุ์ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการถ่ายทอดของยีนที่กลายพันธุ์มาตั้งแต่เกิดอาจมียีนผิดปกติในหลายเซลล์กระจายอยู่ตามอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย จึงมีแนวโน้มในการเกิดเนื้องอกมากกว่า 1 จุด ทำให้อาจเกิดเนื้องอกที่ตาทั้ง 2 ข้าง และเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งชนิดอื่น ๆ โดย Knudson⁵ ซึ่งเป็นผู้ค้นพบและอธิบายการเกิดโรคนี้นี้ด้วยทฤษฎี “Two-hit hypothesis” พบว่า ในผู้ป่วยที่มีประวัติของมะเร็งจอประสาทตาในครอบครัว (Familial retinoblastoma) จะมี One-mutant allele (One



“hit”) ตั้งแต่ปฏิสนธิ⁴⁻⁵ และเมื่อเซลล์ใดเซลล์หนึ่งเกิด Somatic mutation (Second “hit”) ในภายหลังก็จะทำให้เกิดเป็นเนื้องอก (Tumor) ได้ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติของโรคในครอบครัว จะมียืนปกติตั้งแต่ปฏิสนธิแล้วจึงมี Two somatic mutation เกิดขึ้นในภายหลัง จึงทำให้เกิดเป็นโรค ซึ่งโอกาสเกิด Somatic mutation ทั้ง 2 ยีน จะไม่สูงนัก โดยสามารถแบ่งกลไกเกิดมะเร็งจอประสาทตา ได้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้³⁻⁵

1. Hereditary retinoblastoma พบได้ประมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วยทั้งหมด สาเหตุเกิดจากการกลายพันธุ์ของยีน retinoblastoma ซึ่งปรากฏทั้งในเซลล์สืบพันธุ์และในเซลล์ของจอประสาทตา ส่งผลให้มะเร็งมักเกิดได้หลายตำแหน่งในจอประสาทตา อาจเกิดทั้งสองข้าง และมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในอวัยวะอื่นร่วมด้วย ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถถ่ายทอดการกลายพันธุ์ไปยังลูกหลานได้ และมักได้รับการวินิจฉัยได้ในวัยค่อนข้างน้อย โดยมีอายุเฉลี่ยเมื่อได้รับการวินิจฉัยประมาณ 12 เดือน³⁻⁴

2. Nonhereditary retinoblastoma พบได้ประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยทั้งหมด ลักษณะของกลุ่มนี้คือการกลายพันธุ์ของยีน Retinoblastoma เฉพาะในเซลล์เรตินอบลาสต์เพียงตำแหน่งเดียว ส่งผลให้มักพบมะเร็งเพียงตำแหน่งเดียวในจอประสาทตา และมักเกิดที่ตาข้างเดียว ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในอวัยวะอื่นร่วมด้วย และไม่สามารถถ่ายทอดการกลายพันธุ์ไปสู่ลูกหลานได้ อายุเฉลี่ยเมื่อได้รับการวินิจฉัยมักช้ากว่ากลุ่ม Hereditary retinoblastoma โดยพบได้ประมาณ 24 เดือน³⁻⁴

อาการที่พบได้บ่อยของโรคมะเร็งจอประสาทตา

อาการของโรคมะเร็งจอประสาทตามีอาการที่แสดงออกมาชัดเจนซึ่งหากผู้เลี้ยงดูสามารถสังเกตอาการที่เกิดขึ้นและเห็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นจะสามารถช่วยในการรักษาได้ตั้งแต่เนิ่น ๆ โดยอาการที่แสดงของโรคมะเร็งจอประสาทตามีอาการดังต่อไปนี้^{1, 6-8}

1. การตรวจพบรูม่านตาเป็นสีขาว (Leukocoria) ซึ่งเกิดจากแสงที่สะท้อนจากก้อนมะเร็งจอตา เป็นอาการนำที่พบบ่อยที่สุดโดยพบถึงร้อยละ 50-60 ผู้ป่วยจะมีลักษณะตาขาว สีขาว ๆ กลางตาดำ

2. ภาวะตาเหล่ (Strabismus) พบได้เป็นอันดับรองลงมาประมาณร้อยละ 20-30

3. ปวดตา และมีการอักเสบของเนื้อเยื่อรอบ ๆ ลูกตา ตาแดง ม่านตา ข้างสีไม่เหมือนกัน เกิดจากการที่มีหลอดเลือดฝอยมากผิดปกติที่ม่านตา หรือมีเลือดออกในช่องหน้าม่านตา หรือต้อหิน เป็นต้น

4. อาการอื่น ๆ ในรายที่มีการกระจายของมะเร็งไปนอกลูกตา เช่น ตาโปน เนื่องจากก้อนมะเร็งลามออกมาในเบ้าตา ผู้ป่วยที่เซลล์มะเร็งแพร่กระจายไปสมองอาจมีอาการชัก หรือแขนขาอ่อนแรง หากมีการกระจายไปกระดูกอาจล้าก่อนได้ทีศีรษะหรือลำตัว ถ้ามีการกระจายไปที่ตับอาจล้าก่อนได้ในช่องท้อง เป็นต้น

ระยะของโรคมะเร็งจอประสาทตา

ระยะของโรคมะเร็งจอประสาทตามีความสำคัญต่อการวางแผนการรักษาและการพยากรณ์ เนื่องจากสะท้อนระดับความรุนแรง การลุกลามของโรค และลักษณะอาการทางคลินิกของผู้ป่วย ระบบการแบ่งระยะของโรคที่ใช้กันทั่วไปมี 2 ระบบหลัก ซึ่งมีวัตถุประสงค์แตกต่างกัน ได้แก่ ระบบ Reese–Ellsworth (R-E) classification ซึ่งใช้เพื่อประเมินการพยากรณ์ผลลัพธ์ของตาที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีภายนอกร่างกาย (External beam radiation) เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในการรักษาดวงตาให้คงอยู่ และระบบ International Classification ซึ่งใช้ในการแบ่งระยะเพื่อระบุแนวทางการรักษาที่เหมาะสมตามความรุนแรงของโรค สำหรับบทความนี้นำเสนอระบบ International Classification สำหรับผู้ป่วยที่โรคยังจำกัดอยู่เฉพาะภายในลูกตา ซึ่งเป็นระบบที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการวางแผนการรักษา ดังแสดงในตารางที่ 1^{1, 6, 9}



ตารางที่ 1 ระบบ International classifications of retinoblastoma

กลุ่ม	ลักษณะที่เกิด
Group A	ก้อนมะเร็งมีขนาดไม่เกิน 3 มิลลิเมตร และลูกกลมอยู่ในเฉพาะจอตา โดยต้องเกิดห่างจากตำแหน่งสำคัญของจอตา เช่น จานประสาทตาหรือรอยบุ๋มจากจุดรับภาพ (Fovea)
Group B	ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่กว่า 3 มิลลิเมตร หรือเกิดใกล้ตำแหน่งสำคัญของจอตา เช่น จานประสาทตาหรือรอยบุ๋มจากจุดรับภาพ (Fovea) แต่โรคลังลูกกลมอยู่ภายในจอตา
Group C	ก้อนมะเร็งมีขอบเขตชัดเจน และลูกกลมลงลึกเข้าสู่เนื้อเยื่อในจอตา หรือเข้าในวุ้นตา
Group D	ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ ลูกกลมลงลึกเข้าสู่เนื้อเยื่อในจอตา และ/หรือเข้าสู่วุ้นตา และ/หรือโรคเป็นสาเหตุให้เกิดจอประสาทตาหลุดลอก
Group E	ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่มาก ลูกกลมเข้าสู่ส่วนหน้าของลูกตา หรือเกิดเลือดออกในก้อนมะเร็ง มีลักษณะที่การรักษาไม่สามารถเก็บลูกตาไว้ได้ ต้องเอาลูกตาออก

การวินิจฉัยแยกโรคมะเร็งจอประสาทตา

การวินิจฉัยแยกโรคมะเร็งจอประสาทตา แพทย์จะใช้วิธีซักประวัติร่วมกับการตรวจร่างกายและตรวจตา ในเบื้องต้นและทุกรายที่สงสัยว่าเป็นโรคมะเร็งจอประสาทตา ผู้ป่วยจะต้องตรวจตาโดยการดมยาสลบในห้องผ่าตัด (Eye examination Under Anesthesia [EUA]) เพื่อเป็นการตรวจตาอย่างละเอียด โดยวิธีการวินิจฉัยแยกโรคมะเร็งจอประสาทตา^{1, 5-7} ประกอบด้วย

1. การซักประวัติ ในขั้นต้นนี้มีการซักประวัติอย่างละเอียดและตรวจร่างกายทั่วไป

2. การตรวจตา ผู้ป่วยที่เป็นเด็กเล็กอาจต้องดมยาสลบเพื่อการตรวจที่ละเอียดมากขึ้น จักษุแพทย์จะตรวจจอประสาทตาด้วยเครื่องส่องดูตาในห้องมืด เพื่อดูการสะท้อนแสงภายในตาของผู้ป่วย โดยอาจต้องมีการใช้ยาหยอดตาเพื่อช่วยขยายรูม่านตา ทำให้สามารถเห็นจอประสาทตาได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้จักษุแพทย์จะตรวจตาส่วนอื่น ๆ ร่วมด้วย ได้แก่ การตรวจบริเวณรอบ ๆ ลูกตา การวัดความดันตา ในผู้ป่วยอายุน้อยจะตรวจพบก้อนมะเร็งในบริเวณ Posterior pole ส่วน

ก้อนมะเร็งที่พบบริเวณ Periphery มักเกิดตามมาในภายหลัง ดังนั้นจึงต้องมีการตรวจติดตามผู้ป่วยเป็นระยะ และต้องตรวจบริเวณ Periphery ของจอประสาทตาอย่างละเอียดเพื่อดูว่ามีก้อนมะเร็งเกิดใหม่หรือไม่⁹⁻¹⁰

3. การตรวจจากภาพถ่ายรังสี โดยอาจเป็นการอัลตราซาวด์ การตรวจ CT Scan หรือ MRI Scan บริเวณดวงตา เพื่อตรวจดูขนาดของเซลล์มะเร็งและผลกระทบต่อบริเวณโดยรอบดวงตา การตรวจอัลตราซาวด์เป็นการตรวจพิเศษอีกชนิดหนึ่งที่สามารถทำได้ในคลินิก โดยผู้ป่วยไม่ต้องดมยาสลบ นอกจากจะช่วยบอกขนาดของก้อนมะเร็งและการสะสมแคลเซียมภายในก้อนแล้ว อัลตราซาวด์ยังช่วยแยกโรคบางโรคออกจากโรคมะเร็งจอประสาทตาด้วย เช่น Persistent Hyperplastic Primary Vitreous (PHPV) การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computed tomography (CT) Scan) ของตาและสมองเป็นการตรวจที่พิเศษและมีประโยชน์มากในการประเมินผู้ที่สงสัยว่าเป็นโรคมะเร็งจอประสาทตา โดยจะตรวจพบหินปูน (Calcification) ภายในก้อนมะเร็งของผู้ป่วย⁴



4. การตรวจอื่น ๆ เพื่อตรวจหาว่าอาการที่เกิดขึ้นมีสาเหตุมาจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรมหรือไม่ เช่น การตรวจเลือด การตรวจทางพันธุกรรม (Genetic Testing) และการเจาะตรวจน้ำไขสันหลัง

การรักษา

การรักษาโรคมะเร็งจอประสาทตา จะขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งที่มีเนื้องอก รวมไปถึงสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย โดยการรักษาที่มีในปัจจุบันมีรายละเอียดดังต่อไปนี้^{1, 10-11}

1. การรักษาด้วยเคมีบำบัด (Chemotherapy) เป็นการให้ยาในรูปแบบต่าง ๆ ในการกำจัดเซลล์มะเร็ง เพื่อช่วยให้เนื้องอกมีขนาดเล็กลงและสามารถรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ เพิ่มเติม ทำให้ลดโอกาสที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดโดยไม่จำเป็น ซึ่งยาเคมีที่ใช้อาจเป็นยารับประทาน ยาฉีดทางเส้นเลือด หรือฉีดเข้าสู่เส้นเลือดแดงในดวงตาของผู้ป่วยโดยตรงหากอาการของผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ นอกจากนี้เคมีบำบัดยังเป็นวิธีที่ใช้รักษาได้ในกรณีที่เนื้องอกกระจายไปยังนอกลูกตาหรือส่วนอื่น ๆ ของร่างกายได้เช่นเดียวกัน โดยวิธีการให้ยาเคมีบำบัดอาจใช้วิธีการให้ยาแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วย วิธีการให้ยาเคมีบำบัด ได้แก่ การให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำ (Intravenous chemotherapy (IVC)) การให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง (Intraarterial chemotherapy (IAC)) ฉีดเข้าสู่ดวงตาของผู้ป่วยโดยตรง (Intraocular chemotherapy)^{1, 6, 10-12}

2. การรักษาด้วยวิธีรังสีรักษา (Radiation Therapy) เป็นการใช้รังสีพลังงานสูงในการกำจัดเซลล์มะเร็ง ได้แก่ รังสีเอกซ์หรืออนุภาคโปรตอน ซึ่งวิธีการดังกล่าวสามารถแบ่งออกเป็น 2 วิธีย่อย คือ การฉายรังสีระยะใกล้ เป็นการนำอุปกรณ์ฉายรังสีไปใกล้กับบริเวณที่เกิดเนื้องอก เพื่อให้อุปกรณ์ดังกล่าวค่อย ๆ แผ่รังสีไปยังเนื้องอก แต่วิธีนี้อาจส่งผลกระทบต่อเนื้อเยื่อและอวัยวะที่อยู่ใกล้ดวงตา การฉายรังสีระยะไกลเป็นการใช้

รังสีจากอุปกรณ์ขนาดใหญ่ฉายไปยังเนื้องอกภายในร่างกายผ่านผิวหนัง โดยที่ผู้ป่วยนอนราบบนเตียงและเครื่องจะเคลื่อนผ่านร่างกายพร้อมกับปล่อยรังสีออกมา อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยวิธีนี้จะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและไม่ตอบสนองต่อการรักษาในรูปแบบอื่น ๆ¹

3. การรักษาด้วยการวางแร่ (Eye Plaque Brachytherapy) เป็นวิธีที่ให้รังสีรักษาเฉพาะที่บริเวณก้อนมะเร็ง ซึ่งมีขนาดปานกลาง การรักษาด้วยการวางแร่ เป็นการรักษาทางเลือกใหม่ที่มีนิยมนำใช้อย่างแพร่หลาย มีประสิทธิภาพในการรักษา ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ อัตราการเสียชีวิต และสามารถลดการสูญเสียลูกตาได้มากกว่าวิธีอื่น ๆ สามารถคงการมองเห็นได้มากกว่าและทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ ข้อดีของวิธีนี้คือผู้ป่วยไม่เสี่ยงต่อภาวะผิดปกติของกระดูก เบ้าตาแต่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ความผิดปกติของหลอดเลือดในจอตา^{1, 10-11}

4. การรักษาด้วยการยิงเลเซอร์ (Laser photocoagulation) เป็นการยิงเลเซอร์เพื่อทำลายเส้นเลือดที่ลำเลียงออกซิเจนและสารอาหารต่าง ๆ ไปหล่อเลี้ยงเนื้องอก จึงส่งผลให้เซลล์มะเร็งตายในที่สุดเป็นการรักษาโดยใช้ลำแสงเลเซอร์เพื่อทำลายก้อนมะเร็งขนาดเล็ก วิธีนี้อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น จอตาฉีกขาดหรือจอตาลอกหลุดได้^{1, 10}

5. การรักษาด้วยความเย็นบำบัด (Cryotherapy) เป็นการกำจัดเซลล์มะเร็งด้วยการใช้ความเย็นในระดับสูงโดยจะนำสารที่มีความเย็นมากอย่างไนโตรเจนเหลวไปไว้ในบริเวณที่ใกล้กับเซลล์มะเร็ง เมื่อเซลล์แข็งตัวแล้วจึงจะนำสารออก ส่งผลให้เซลล์มะเร็งละลาย ซึ่งจะต้องทำซ้ำหลายรอบต่อการรักษาด้วยความเย็นบำบัด 1 ครั้ง ใช้ได้กับก้อนมะเร็งขนาดเล็ก วิธีนี้อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น จอตาฉีกขาด จอตาลอกหลุด หรือม่านตาอักเสบได้^{1, 4}

6. การรักษาด้วยการผ่าตัด หากก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่และไม่สามารถรักษาสุขภาพการมองเห็น



ได้แล้ว แพทย์จะใช้วิธีการรักษาโดยการผ่าตัดเพื่อนำลูกตาออก (Enucleation) การรักษาโดยวิธีนี้จะทรมานจิตใจผู้ปกครองมากจนบางครั้งผู้ปกครองบางคนปฏิเสธการรักษา และเปลี่ยนไปรักษาด้วยวิธีการที่ไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ หรือนำเด็กกลับไปอยู่บ้านและกลับมาพบแพทย์อีกครั้งเมื่อมะเร็งแพร่กระจายไปมากจนอาจเสียชีวิตได้ โดยหลังผ่าตัดแพทย์สามารถใส่ลูกตาปลอมให้เด็กได้ภายใน 3-6 สัปดาห์^{1, 6-7, 10}

ผลกระทบที่เกิด

ผู้ป่วยโรคมะเร็งจอประสาทตาที่ได้รับการถ่ายทอดทางพันธุกรรมอาจเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งชนิดอื่นๆ ได้หลังจากการรักษาประมาณ 1 ปี และผู้ป่วยที่รักษาหายแล้วอาจมีโอกาสมะเร็งจะกลับมาเกิดขึ้นอีกครั้งในดวงตาหรือบริเวณโดยรอบ ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรพบจักษุแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอเพื่อช่วยในการติดตามอาการ โดยส่วนใหญ่มีการนัดตรวจดวงตาทุก 2-3 เดือนหลังการรักษา นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาตามมา เช่น ภาวะเลือดออกมาก การแพ้ยาสลบ การติดเชื้อจากการผ่าตัด รวมทั้งการผ่าตัดนำดวงตาออกส่งผลให้สูญเสียการมองเห็น มีผลกระทบต่อการเจริญเติบโตของกระดูกและเนื้อเยื่อรอบดวงตาทำให้บริเวณดังกล่าวเป็นพื้นที่ยุบลงไปแม้ว่าประสิทธิภาพในการมองเห็นส่วนใหญ่จะถูกทำลายเนื่องจากมะเร็งแล้วก็ตาม^{1, 7}

ตามที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าโรคมะเร็งจอประสาทตาส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างมาก พยาบาลทางคลินิกซึ่งเป็นผู้ที่ต้องดูแลผู้ป่วยในทุก ๆ ช่วงของการรักษาจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการให้การดูแล ซึ่งเป็นผู้ที่สามารถทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งจอประสาทตาและครอบครัวมีคุณภาพที่ดีขึ้นได้

บทบาทพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งจอประสาทตา

บทบาทของพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งจอประสาทตาได้มีพัฒนาการตามความก้าวหน้าทางการแพทย์ เทคโนโลยี และแนวทางการจัดการด้านการดูแลรักษา โดยในอดีต บทบาทพยาบาลทางคลินิกจะมุ่งเน้นที่การดูแลภายหลังการผ่าตัดและการดูแลด้านร่างกายเป็นสำคัญ เนื่องจากในระยะนั้นการวินิจฉัยและการรักษามักเกิดขึ้นล่าช้า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมาพบแพทย์ในระยะที่มีภาวะสูญเสียการมองเห็นหรือมีก้อนเนื้องอกขนาดใหญ่ในดวงตา ทำให้การรักษาหลักคือการผ่าตัดนำลูกตาออก ดังนั้นบทบาทพยาบาลจึงเน้นการดูแลหลังผ่าตัด การป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใส่ตาเทียม โดยยังมีบทบาทที่จำกัดด้านการสนับสนุนทางจิตใจ

ในปัจจุบัน การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งจอประสาทตาได้ขยายสู่การดูแลแบบองค์รวมมากยิ่งขึ้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการใช้เทคโนโลยีร่วมกับการรักษา มีส่วนร่วมเชิงรุกในทีมสหสาขาวิชาชีพ และให้การพยาบาลที่สนับสนุนด้านจิตใจ สังคม และครอบครัวอย่างครอบคลุม ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเด็ก จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงการดูแลทั้งตัวเด็กและครอบครัว โดยเฉพาะมารดาซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก พยาบาลทางคลินิกมีบทบาทตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพและความต้องการด้านการดูแล การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการปรับตัว การนำแผนการรักษาของแพทย์ไปสู่การปฏิบัติ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการฟื้นฟูและการส่งเสริมสุขภาพ โดยคำนึงถึงมิติองค์รวมและความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถกลับคืนสู่สังคมได้อย่างมีคุณภาพ¹³



1. บทบาทการประเมินปัญหาและการวางแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งจอประสาทตา

บทบาทของพยาบาลทางคลินิกในการประเมินปัญหาและการวางแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งจอประสาทตาเป็นบทบาทสำคัญ หากพยาบาลสามารถประเมินและให้การวางแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งจอประสาทตาอย่างรอบด้าน พยาบาลจะมีบทบาทที่ช่วยให้ผู้ป่วยพ้นภัยจากโรคและลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นพยาบาลในคลินิกที่ต้องดูแลผู้ป่วยมะเร็งจอประสาทตาควรมีการพยาบาลดังต่อไปนี้

1.1 พยาบาลซักประวัติ และประเมินปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อประเมินข้อมูลและปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายโดยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเด็กและครอบครัว การมีสัมพันธภาพที่ดีและมีความเชื่อมั่นในการรักษาพยาบาลทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดความไว้วางใจและมั่นใจว่าจะไม่ถูกทอดทิ้งหรือรู้สึกหวาดกลัวเจ็บปวด ว่าเหวอยู่ผู้เดียว

1.2 พยาบาลนำข้อมูลปัญหาจากการประเมินผู้ป่วยมะเร็งจอประสาทตามาวางแผนร่วมกับเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยการปรึกษาวางแผนการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพ

1.3 พยาบาลสนับสนุนครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจแก้ปัญหาเกี่ยวกับภาวะโรคของผู้ป่วยเด็กร่วมกันวางแผนการดูแลล่วงหน้า

2. บทบาทการปฏิบัติการพยาบาลและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

บทบาทการพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดเป็นบทบาทที่พยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยและผู้ปกครองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการผ่าตัด เพื่อลดความวิตกกังวลและนำปัญหาที่เกิดขึ้นมาวางแผนการพยาบาลให้เหมาะสม

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและได้รับความสุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งพยาบาลควรมีบทบาทการพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัด ดังนี้¹³

ระยะก่อนผ่าตัด

1. แนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติด้วยการทักทาย สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครองพูดคุยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ พูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ญาติระบายความรู้สึกเพื่อให้ผ่อนคลายความตึงเครียด พยาบาลรับฟังปัญหาด้วยความตั้งใจสนใจ

2. อธิบายเวลาเยี่ยมและระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลแก่ผู้ป่วยและญาติ แนะนำสภาพแวดล้อม สิ่งของเครื่องใช้ การใช้ห้องน้ำ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ตามองไม่เห็นพร้อมทั้งแนะนำการใช้กริ่ง รวมทั้งตรวจเยี่ยมผู้ป่วยและสอบถามความต้องการความช่วยเหลืออย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและญาติว่า จะมีเจ้าหน้าที่พยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชม.

3. อธิบายให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งจอประสาทตาและวิธีการรักษา วิธีปฏิบัติตัวเพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวล ความจำเป็นในการรักษาด้วยการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะการผ่าตัด หรือหลังการผ่าตัด พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อข้องใจ ทบทวนและอธิบายเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา

4. เตรียมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและตรวจสอบผลเลือดของผู้ป่วยให้ครบถ้วน เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาและการผ่าตัดที่ปลอดภัย เช่น หยอดยาขยายม่านตาก่อนผ่าตัดตามแผนการรักษา

5. แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด ได้แก่ งดน้ำและอาหารทุกชนิดอย่างน้อย 8 ชั่วโมงก่อนเข้าห้องผ่าตัด เพื่อป้องกันการสำลักอาหารเข้าปอดขณะดมยาสลบซึ่งอาจทำให้เกิดปอดอักเสบติดเชื้อและเสียชีวิตได้



ระยะหลังผ่าตัด

1. ดูแลเคลื่อนย้ายผู้ป่วยลงจากเตียงอย่างนุ่มนวล ช่วยประคองศีรษะผู้ป่วยขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และค่อย ๆ เลื่อนตัวผู้ป่วยมาที่เตียงเพื่อป้องกันการกระแทกกระเ็นตา

2. ประเมินอาการผู้ป่วยหลังผ่าตัดในด้านต่าง ๆ และวางแผนกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลให้ครอบคลุม ได้แก่ เสี่ยงต่อการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เกี่ยวเนื่องจากการได้รับการดมยาสลบ เสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกที่ตาเกี่ยวเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ เสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อที่ตาเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ ไม่สุขสบาย/ปวดเกี่ยวเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ ผู้ปกครองวิตกกังวลเกี่ยวเนื่องจากพร่องความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

3. ให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพและการดูแลแบบองค์รวม โดยวางแผนการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ได้วางแผนไว้และปฏิบัติตามกิจกรรมพยาบาล รวมทั้งประเมินผลการพยาบาลให้ครบถ้วน

4. ประเมินระดับความวิตกกังวลของญาติภายหลังให้การดูแลเพื่อปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลโดยการพูดคุย ชักถาม และสังเกตพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วย สภาพของผู้ป่วยเมื่อกลับจากห้องผ่าตัด เพื่อผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพเปิดโอกาสให้มารดาผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ และตอบข้อซักถามหรือข้อสงสัยของญาติให้กระจ่างเพื่อคลายความวิตกกังวล

2.1 การให้ยาเคมีบำบัด

1. ก่อนให้ยาเคมีบำบัด พยาบาลประเมินภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และเตรียมความพร้อมก่อนรับยาเคมีบำบัด ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Complete blood count (CBC), Blood Urea Nitrogen (BUN), Creatinine (Cr), Electrolyte, Calcium (Ca²⁺), Magnesium (Mg²⁺), Phosphate

(PO₄), Liver function test (LFT), Uric acid และคำนวณค่าความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดขาว Absolute Neutrophil count (ANC) ซึ่งสามารถคำนวณ ANC = (WBC x neutrophil)/100 โดยค่า ANC มากกว่าหรือเท่ากับ 750 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร เป็นค่าที่ผู้ป่วยสามารถรับยาเคมีบำบัดได้และมีความปลอดภัย¹⁴⁻¹⁵

2. ตรวจสอบการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือด (Extravasation of Cytotoxic Agents) หากเกิดการรั่วของยาเคมีบำบัดออกนอกเส้นเลือดจะทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดอาการปวด แสบ ร้อน บวม มีการทำลายเนื้อเยื่อบริเวณรอบเส้นเลือด

3. สังเกตอาการแทรกซ้อนของยาเคมีบำบัด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ใช้ เหนื่อยล้า และจัดการอาการด้วยการใช้ยา เช่น การดูแลให้ได้รับยาแก้คลื่นไส้อาเจียน ยาลดไข้ ตามแผนการรักษา

4. ดูแลความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อม ดูแลให้ได้รับอาหารสุกสะอาด และน้ำที่สะอาดอย่างเพียงพอ ตรวจสอบสัญญาณชีพภายหลังการให้ยาเคมีบำบัดและติดตามต่อเนื่องอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง พร้อมทั้งติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ¹⁴⁻¹⁵

2.2 การให้การพยาบาลดูแลพอร์ตสำหรับให้ยาเคมีบำบัด

พอร์ต (Port a catheter) เป็นอุปกรณ์สายสวนหลอดเลือดที่ฝังเข้าใต้ผิวหนังเพื่อช่วยในการนำสารน้ำ สารอาหาร ยา ยาเคมีบำบัด เลือดหรือส่วนประกอบของเลือด ผ่านเข้าสู่ร่างกายแทนการให้ทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ต้องให้ยาเคมีบำบัดทางพอร์ต พยาบาลต้องปฏิบัติดังนี้¹⁶⁻¹⁷

1. ก่อนให้ยาเคมีบำบัดผ่านพอร์ต (Port a catheter) ทุกครั้ง พยาบาลต้องตรวจสอบวิธีการบริหารพอร์ต ก่อนแทงหรือถอดเข็มพอร์ตออก พยาบาลผู้แทงเข็มพอร์ตควรศึกษาประวัติการใส่พอร์ต



ของผู้ป่วยในเวชระเบียนผู้ป่วยหรือสอบถามจากผู้ป่วยได้แก่ ผิวหนังบวมแดง อักเสบ อาการแพ้อุปกรณ์ปิดผิวหนังแบบโปร่งใสปราศจากเชื้อ (Transparent semipermeable dressing) ชนิดต่าง ๆ ประวัติการติดเชื้อได้หรือไม่ได้ สวนล้างสายสวนได้สะดวกหรือไม่เพื่อรับทราบข้อมูลและส่งต่อข้อมูลในทีม ผู้ดูแลการบริหารพอร์ต ประกอบด้วย 1) การแทงเข็มพอร์ต 2) การถอดเข็มออกจากพอร์ต 3) การสวนล้างพอร์ต

2. ในกรณีเมื่อไม่มีการใช้งานพอร์ตผู้ป่วยต้องมาล้างพอร์ต พยาบาลประเมินสายและสวนล้างพอร์ต โดยทำ Heparin lock ทุก 1 เดือน ความเข้มข้น Heparin 100 ยูนิต ต่อ 0.9% Normal saline 1 ซีซี ล็อคสาย จำนวน 3-5 ซีซี ในการทำ Heparin lock ต้องสวนล้างสาย (Flush) ด้วย 0.9% Normal saline ด้วย Syringe 10 ซีซี จำนวน 20 ซีซี ก่อนและตามด้วย Heparin lock หลักสำคัญในการทำ Heparin lock ให้มีประสิทธิภาพ คือ ต้องทำการล็อคสายในขณะที่กำลังสวนล้างสายด้วย Heparin อยู่เพื่อให้แรงดันภายใน สายสวนไหลต่อเนื่องเข้าในสายและทำให้สายตันได้

2.3 การให้การพยาบาลดูแลสาย Hickman สำหรับให้ยาเคมีบำบัด

1. เมื่อต้องให้ยาเคมีบำบัดผ่านสาย Hickman พยาบาลต้องทดสอบว่าสาย Hickman ยังอยู่ในหลอดเลือดดำหรือไม่ โดยใช้ Syringe 5 ซีซี ดูดเลือดออกดูก่อนใช้เสมอ หลังจากนั้น Flush สายด้วย 0.9% Normal saline 10 ซีซี เมื่อใกล้หมดปิดล๊อคทันทีในเวลาเดียวกัน แล้วจึงฉีดยาหรือต่อสายน้ำเกลือหรือยาเคมีบำบัด เมื่อเตรียมความพร้อมเสร็จแล้วจึงคลายล๊อคที่สายสวน หลังจากเสร็จสิ้นการใช้งานต้องล๊อคสายสวนอันดับแรกแล้วใช้ 0.9% Normal saline อย่างน้อย 10 ซีซี Flush สายสวนเสมอ กรณีให้ยาหลายชนิดต่อเนื่องกัน ใช้ 0.9% Normal saline 5 ซีซี Flush สายสวนก่อนบริหารยาแต่ละชนิดเสมอ

2. เมื่อใช้สาย Hickman เรียบร้อยแล้ว พยาบาลต้องแนะนำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องหล่อสายสวน Hickman ด้วย Heparinized normal saline (100 unit/ml) จำนวน 5 ซีซี ทุก 1-4 สัปดาห์ เพื่อป้องกันการอุดตันของสายสวน Hickman จากเลือดแข็งตัวสำหรับเด็กเล็กน้ำหนักน้อยกว่า 10 กิโลกรัม ควรใช้ Heparinized normal saline (100 unit/ml) จำนวน 3 ซีซี เท่านั้น และในกรณีที่ใช้สายทุก 1-2 วัน อาจใช้ Heparinized normal saline (50 unit/ml)¹⁶⁻¹⁷

3. บทบาทฟื้นฟูและสร้างเสริมสุขภาพ

เมื่อผู้ป่วยมีแรงจูงใจประสาทตาได้รับการรักษา และสามารถกลับไปฟื้นฟูร่างกายที่บ้านได้ พยาบาลจึงมีบทบาททางคลินิกในการส่งเสริมฟื้นฟูร่างกายของผู้ป่วย พร้อมทั้งแนะนำการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วยมีสุขภาพกลับคืนมาได้อย่างปกติ โดยพยาบาลมีบทบาทดังต่อไปนี้¹²⁻¹³

1. ประเมินความพร้อมก่อนกลับบ้าน ได้แก่ ความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้าน ประเมินด้านความเข้าใจโรคและการติดตาม โดยเปิดโอกาสให้ซักถามและตอบข้อซักถามของผู้ป่วยและครอบครัว

2. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น สอน สานิตและฝึกปฏิบัติการเช็ดตา หยอดยา ป้ายยา การใช้ที่ครอบตา การถอดใส่ตาปลอม การดูแลแผลผ่าตัด แนะนำการใช้ยา การเก็บรักษายา ระวังสิ่งแปลกปลอม เช่น ฝุ่น ผงควั่นเข้าตา ห้ามขยี้ตา บีบตา หรือจับต้องบริเวณดวงตาที่ผ่าตัดและต้องระวังไม่ให้น้ำเข้าตาอย่างน้อย 1 เดือน แนะนำสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดตามาก มีขี้ตามากให้รีบมาพบแพทย์ทันที รวมทั้งเน้นย้ำเรื่องการมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง

3. กระตุ้นการเจริญเติบโตและพัฒนาการให้เหมาะสมตามวัย เนื่องด้วยเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของผู้ป่วยเด็ก ภายหลังการรับยาเคมีบำบัดเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านควรได้



รับการดูแลเรื่องโภชนาการโดยเน้นให้รับประทานอาหารที่สุก สะอาด มีพลังงานและโปรตีนสูงเพื่อช่วยการเจริญเติบโตของร่างกาย อีกทั้งการกระตุ้นพัฒนาการด้านต่าง ๆ ที่อาจหยุดชะงักในช่วงของการเจ็บป่วย แนะนำเรื่องการมาตรวจตามนัดและการรับยาตามกำหนดตลอดจนการมาพบแพทย์ ก่อนนัดเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น ใช้สูงเกิน 38 องศาเซลเซียส เยื่อช่องปากอักเสบ เป็นแผล รับประทานอาหารไม่ได้ เลือดออกตามอวัยวะต่าง ๆ

4. คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลพอร์ต (Port a catheter) หรืออุปกรณ์ที่ใส่ในชั้นใต้ผิวหนัง โดยมีแผ่นพับ คำแนะนำการดูแลพอร์ตให้กลับบ้านไปด้วย ซึ่งรายละเอียดการดูแลพอร์ต มีดังนี้¹⁶⁻¹⁷

4.1 การทำความสะอาดร่างกาย ผู้ป่วยสามารถอาบน้ำหรืออาบน้ำได้ เพราะไม่มีส่วนของสายที่ออกมาจากร่างกาย บริเวณผิวหนังที่ฝังพอร์ตสามารถเช็ดถูเบา ๆ ได้ ดูแลบริเวณพอร์ตให้แห้งอยู่เสมอ และห้ามแกะ เกา ดึงรั้ง บริเวณที่ฝังพอร์ตเพราะอาจเกิดบาดแผลและนำไปสู่การติดเชื้อ

4.2 หมั่นสังเกตผิวหนังบริเวณที่แทงเข็มพอร์ตว่า มีอาการปวด บวม แดง มีไข้หรือมีหนองซึม กดเจ็บบริเวณที่ฝังพอร์ต แน่นอึดอัดหน้าอก หรือแขนข้างที่ใส่พอร์ตบวมหรือไม่ หากมีอาการดังกล่าวให้รีบมาพบแพทย์ทันที

4.3 การตรวจสุขภาพ เช่น ทำฟัน หรือ ผ่าตัดใด ๆ ให้บอกทันตแพทย์หรือแพทย์ที่ดูแลว่ามีพอร์ต อาจจำเป็นต้องให้ยาฆ่าเชื้อก่อนและหลังทำ และการใช้

งานพอร์ตต้องใช้เข็มเฉพาะสำหรับแทงพอร์ตเท่านั้น ดังนั้นผู้ป่วยควรสำรองเข็มเฉพาะสำหรับแทงพอร์ตติดตัวไว้อย่างน้อย 1-2 อันเสมอ

4.4 มาตรวจตามนัดทุกครั้งและเมื่อไม่มีการใช้งานพอร์ต ผู้ป่วยต้องมาสวนล้างพอร์ตด้วยยาป้องกันเลือดแข็งตัวทุก 1 เดือน ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการติดต่อสอบถามและให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อกรณีมีข้อสงสัยหรือมีปัญหาบริเวณ

5. ประเมินความเข้าใจและทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ การประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพเป็นระบบสนับสนุนทางด้านสุขภาพที่เชื่อมโยงการดูแลในโรงพยาบาล การดูแลต่อเนื่องที่เชื่อมโยงการดูแลที่บ้านกับหน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้าน พยาบาลทำหน้าที่ประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพใกล้บ้าน ส่งต่อผู้ป่วยไปยังชุมชน ประสานเครือข่ายองค์กรภาครัฐและองค์กรชุมชนในการเยี่ยมบ้าน

โดยสรุปการเกิดโรคมะเร็งในจอประสาทตา ส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และรบกวนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมาก พยาบาลผู้ดูแลจึงควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินสุขภาพ โดยการซักประวัติและการตรวจร่างกาย เพื่อประเมินปัญหาของผู้ป่วย เพื่อให้การพยาบาลอย่างเหมาะสม และที่สำคัญคือ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมการดูแลอย่างถูกต้อง จะช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจจอประสาทตาสามารถดำรงชีวิตอยู่โดยช่วยเหลือตนเองได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป



References

1. Nag A, Khetan V. Retinoblastoma: A comprehensive review, update and recent advances. *Indian J Ophthalmol.* 2024; 72(6): 778-88. https://doi.org/10.4103/IJO.IJO_2414_23
2. Songtantarax P, Siripoon P, Ponyiem P, Chuson K, Jampakaem P, Suwannalao J. The role of nurses in palliative care for pediatric cancer patients and families: A case study of neuroblastoma in the recurrent period. *J Nurs Sci Health.* 2022; 45(2): 20-30.
3. Mallipatna A, Marino M, Singh AD. Genetics of retinoblastoma. *Asia Pac J Ophthalmol (Phila).* 2016; 5(4): 260-4. <https://doi.org/10.1097/APO.0000000000000219>
4. Seider MI, Grewal DS, Mruthyunjaya P. Portable optical coherence tomography detection or confirmation of ophthalmoscopically invisible or indeterminate active retinoblastoma. *Ophthalmic Surg Lasers Imaging Retina.* 2016; 47(10): 965-8. <https://doi.org/10.3928/23258160-20161004-12>
5. Onodera O, Kasuya T, Mourning Dr, Alfred G. Knudson: the two-hit hypothesis, tumor suppressor genes, and the tuberous sclerosis complex. *Cancer Sci.* 2017; 108(1): 5-11. <https://doi.org/10.1111/cas.13116>
6. Ortiz MV, Dunkel IJ. Retinoblastoma. *J Child Neurol.* 2016; 31(2): 227-36. <https://doi.org/10.1177/0883073815587943>
7. Rao R, Honavar SG. Retinoblastoma. *Indian J Pediatr.* 2017; 84(12): 937-44. <https://doi.org/10.1007/s12098-017-2395-0>
8. Beniwal V, Maheshwari G, Beniwal S, Dhanawat A, Tantia P, Adlakha P. Retinoblastoma: A review of clinical profile at a regional cancer center in northwest India. *J Cancer Res Ther.* 2022; 18(6): 1623-8. https://doi.org/10.4103/jcrt.JCRT_1263_20
9. Cruz-Gálvez C, Ordaz-Favila J, Villar-Calvo V, Cancino-Marentes M, Bosch-Canto V. Retinoblastoma: Review and new insights. *Front Oncol.* 2022; 12: 963780. <https://doi.org/10.3389/fonc.2022.963780>
10. Tomar A, Finger PT, Gallie B, Kivelä T, Mallipatna A, Zhang C, et al. High-risk pathologic features based on presenting findings in advanced intraocular retinoblastoma: A multicenter, international data-sharing American Joint Committee on Cancer study. *Ophthalmology.* 2022; 129(8): 923-32. <https://doi.org/10.1016/j.optha.2022.04.006>
11. Schaiquevich P, Francis J, Cancela M, Carcaboso AM, Chantada G, Abramson DH. Treatment of retinoblastoma: What is the latest and what is the future? *Front Oncol.* 2022; 12: 822330. <https://doi.org/10.3389/fonc.2022.822330>
12. Saokaew S, Phisalprapa P, Kengkla K, Kanchanasurakit S, Kositamongkol C. Topical use of eye plaque brachytherapy



- for treating eye tumors. Nonthaburi (Thailand): Health Systems Research Institute (HSRI); 2024.
13. Mobina T. Role of nursing care after retinoblastoma surgery in children: A narrative review. J Nurs Rep Clin Pract. 2024; 2(2): 94-100.
14. Shafiq T, Fahad Z, Hafsa B, Hamza H, Obaid A, Muhammad I, et al. Advancements in retinoblastoma treatment: Unraveling the potential of intravitreal chemotherapy. Cureus. 2024; 16(1): e52391.
15. Promdongdee N, Niampan P. Nursing manual for caring for patients with peripheral intravenous needle insertion. Bangkok (Thailand): Nursing Department, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University; 2016.
16. Mutlu E, Senturan L. Effects of Hickman catheter care training on practices of nurses. Int J Caring Sci. 2017; 10(3): 1633-42.
17. Irving C. Protocol for insertion, maintenance and care of Hickman type, skin tunnelled central venous catheters. 8th ed. Melrose (Scotland): NHS Borders; 2023. Report No: BMC 001/08 ID5.0.