

แนวทางการดูแลภาวะ เยื่อช่องปากอักเสบระดับรุนแรงในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ในช่วงระหว่างได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ร่วมกับรังสีรักษา

Treatment Guideline of Severe Oral Mucositis During Chemo-Radiotherapy in Head and Neck Cancer

นางภรณ์ ผ่องนพคุณและคณะ

Clinical Nurse Educator โรงพยาบาลวัดในสถ

พยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง, MSN, APN

ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (oral mucositis) เป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่รับเคมีบำบัดและ/หรือรังสีรักษาโดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่รับรังสีรักษาเพียงอย่างเดียวมีอัตราการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบระดับรุนแรงสูงร้อยละ 97 และผู้ป่วยมะเร็งที่รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดพบได้ร้อยละ 89⁽¹⁾ ซึ่งอุบัติการณ์ในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบจากการได้รับเคมีบำบัดประมาณร้อยละ 39⁽²⁾ และสอดคล้องกับเนตรสุวิณ เจริญจิตสวัสดิ์⁽³⁾ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบประมาณร้อยละ 59 โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอซึ่งเป็นมะเร็งที่เกิดในช่องปาก คอหอย โพรงอากาศจมูก ช่องจมูก ต่อม้ำลาย และกล่องเสียง การรักษาหลักคือการผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา ซึ่งหวังผลให้สามารถยับยั้งเซลล์มะเร็งได้ แต่อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยรังสีรักษาจะมีผลต่อเนื้อเยื่อบริเวณใกล้เคียงกับตำแหน่งที่รักษา เกิดการทำลายเนื้อเยื่อปกติบริเวณนั้น ได้แก่ ต่อม้ำลายและเยื่อช่องปาก⁽⁴⁾ ทำให้เกิดอาการปากแห้ง และเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในที่สุด และหากผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมีการกระจายของโรคหรือมีการกลับเป็นซ้ำ การรักษาจะมีการพิจารณาให้เคมีบำบัดร่วมด้วย⁽⁵⁾ ซึ่งการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมด้วยจะทำให้เกิดภาวะการกดไขกระดูก ทำให้จำนวนเม็ดเลือดขาวลดลงเสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่องปากมากขึ้น⁽⁶⁾ ส่งผลให้เกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบเพิ่มขึ้นหากผู้ป่วยมีภาวะดังกล่าวจะก่อให้เกิดอาการเจ็บในช่องปากอย่างรุนแรงแม้ในขณะกลืนน้ำลาย เกิดความไม่สุขสบาย⁽⁷⁾ ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารได้จนอาจเกิดภาวะทุพโภชนาการ⁽⁸⁾ เกิดอาการอ่อนเพลีย รวมถึงเกิดปัญหาเรื่องการพูดหรือการสื่อสาร เกิดความท้อแท้ หดหู่ กังวล สิ้นหวัง ตลอดจนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁽⁹⁾ สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น อาจทำให้ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น⁽¹⁰⁾

การเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด มีกลไกจากเซลล์เยื่อภายในช่องปากปกติที่มีหน้าที่ช่วยในการป้องกันการเสียดีและการระคายเคือง ให้ความชุ่มชื้นภายในช่องปาก ซึ่งโดยปกติสามารถซ่อมแซมเซลล์ที่ถูกทำลายโดยสร้างเซลล์ใหม่ทดแทนได้ภายใน 2-3 สัปดาห์⁽⁷⁾

แต่เมื่อเยื่อช่องปากได้รับรังสีรักษา รังสีจะเข้าไปยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์ ทำให้การเจริญเติบโตและการแบ่งตัวของเซลล์ช้าลง ในขณะที่เซลล์เก่ามีการลอกหลุดออกไป แต่ร่างกายไม่สามารถสร้างเซลล์ใหม่ทดแทนได้ทัน จนเกิดแผลอักเสบในช่องปาก⁽¹¹⁾ ซึ่งอาการอักเสบในช่องปากจะยังคงมีอยู่ประมาณ 2-3 สัปดาห์ ภายหลังได้รับรังสีรักษา

แล้ว⁽¹²⁾ เซลล์เยื่อช่องปากที่สร้างขึ้นใหม่จะมีลักษณะบาง ซีดและเกิดการฉีกขาดได้ง่าย ทำให้มีเลือดออกในช่องปากได้ง่ายเมื่อได้รับการเสียดสีหรือได้รับการกระทบที่รุนแรง การได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาจะยิ่งเพิ่มภาวะเยื่อช่องปากอักเสบมากยิ่งขึ้น เนื่องจากเคมีบำบัดจะออกฤทธิ์โดยไปยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์เยื่อช่องปาก ทำให้การสังเคราะห์ดีเอ็นเอ (DNA) เพื่อสร้างเซลล์ใหม่ลดลง ในขณะที่เซลล์เก่าหลุดลอกไปตามอายุแต่ไม่มีการสร้างเซลล์ใหม่มาทดแทน ทำให้เกิดแผลบริเวณเยื่อช่องปากที่รุนแรงขึ้นหลังจากได้รับเคมีบำบัด 5-7 วัน

อย่างไรก็ตาม การเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบจากสาเหตุการได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดในผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ได้แก่

1. ปริมาณรังสี พบว่าเยื่อช่องปากจะเปลี่ยนแปลงเมื่อได้รับปริมาณรังสีรักษา 1,000 เซนติเกรย์ และภายหลังได้รับปริมาณรังสี 6,000 - 7,000 เซนติเกรย์ จะเกิดอาการอักเสบทั่วทั้งช่องปาก เยื่อช่องปากจะเห็นเป็นสีแดงจัด และมีบริเวณเป็นสีคล้ำๆ เป็นจ้ำกระจายอยู่ทั่วทั้งช่องปาก ทำให้เกิดแผลและภาวะเยื่อช่องปากอักเสบรุนแรง และหากได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดจะยิ่งทำให้ช่องปากถูกทำลายมากขึ้น

2. ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาทั้งหมด การทยอยให้รังสีปริมาณน้อยเป็นระยะเวลานาน โดยฉายรังสีวันละ 1 ครั้ง (fraction) ประมาณ 5 ครั้งใน 1 สัปดาห์ ปริมาณรังสี 180-200 เซนติเกรย์ จะทำให้เซลล์เนื้อเยื่อปกติสามารถซ่อมแซมตัวเองได้ดีขึ้น แต่ถ้าให้รังสีในปริมาณที่สูงและ ระยะเวลาในการรักษาสั้นจะทำให้เกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงกว่า⁽¹³⁾ ดังที่ ดัดเจค⁽¹⁴⁾ อธิบายว่า เมื่อผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอได้รับรังสีเป็นเวลาประมาณ 1 สัปดาห์ขึ้นไป จะมีผลต่ออวัยวะภายในช่องปาก เนื่องจากการอักเสบเกิดขึ้น อาการดังกล่าวจะรุนแรงขึ้นและปรากฏชัดเจนเมื่อผู้ป่วยได้รับรังสีเป็นเวลาประมาณ 2-3 สัปดาห์ จะทำให้มีอาการเจ็บปากมาก โดยเฉพาะเวลาเคี้ยว กลืนอาหารรับประทานอาหารได้น้อยลงหรือรับประทานอาหาร

ไม่ได้เลย และจากการศึกษาของ นฤมล ศาสตร์สุข⁽¹⁵⁾ พบว่าในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ ที่ 3 ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงภายในช่องปาก มีการอักเสบโดยเยื่อช่องปากเริ่มเปลี่ยนเป็นสีแดงอ่อน และมีแผลเป็นจ้ำสีขาว กระจายอยู่บริเวณลิ้นและเพดานอ่อน

3. บริเวณพื้นที่ของเนื้อเยื่อที่ได้รับรังสีรักษา ถ้าการให้รังสีรักษาครอบคลุมเนื้อที่การรักษาในบริเวณกว้าง ปริมาณรังสีรวมที่รับได้จะน้อยกว่าการใช้รังสีรักษาในบริเวณแคบ การเกิดอาการข้างเคียงจะรุนแรงน้อยกว่า⁽⁷⁾ การได้รับเคมีบำบัด ตามมาตรฐานการรักษา ได้แก่ Cisplatinum, 5-Fluorouracil (5-FU) , docetaxel และ paclitaxel เป็นเคมีบำบัดที่ทำให้เกิดเยื่อช่องปากอักเสบรุนแรงยิ่งขึ้นเมื่อให้ในขนาดที่สูง หรือให้ร่วมกับการฉายรังสี 6 เนื่องจากเคมีบำบัดจะไปยับยั้งการสังเคราะห์ดีเอ็นเอ (DNA) และมีผลโดยตรงต่อเซลล์เยื่อผิว (epithelium) ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด และร้อยละ 89-90 ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา⁽¹⁾

4. ตำแหน่งที่เป็นโรค ในกรณีที่อยู่ระยะที่เป็นมะเร็งรุนแรงต่อรังสีได้น้อย การฉายรังสีก็ต้องให้ในปริมาณต่ำๆ เนื่องจากบริเวณนั้นอาจเกิดอาการข้างเคียงจากรังสีรักษาได้ง่าย และบริเวณที่ฉายรังสีในแต่ละคน ถ้าเป็นบริเวณเดียวกันจะเกิดอาการข้างเคียงจากรังสีรักษาลักษณะ (7)

5. อายุ เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยรังสีในปริมาณเท่ากัน ผู้ป่วยเด็กและผู้สูงอายุจะมีผลข้างเคียงจากรังสีรักษามากกว่าผู้ใหญ่ เพราะเนื้อเยื่อของเด็กไวต่อรังสีมากกว่าเนื้อเยื่อของผู้ใหญ่และเนื้อเยื่อปกติของผู้สูงอายุสามารถซ่อมแซมตัวเองได้น้อยกว่าเนื้อเยื่อของผู้ใหญ่⁽¹³⁾ ดังที่ดอดด์⁽¹⁶⁾ อธิบายว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 20 ปี มีแนวโน้มสูงที่จะทำให้เกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบเนื่องจากในผู้ป่วยอายุน้อยจะมีการแบ่งตัวของเซลล์ในระยะไมโทซิสมากกว่าผู้สูงอายุ

6. อนามัยในช่องปาก การดูแลรักษาสุขภาพอนามัยในช่องปากและฟัน ทั้งก่อนและขณะได้รับรังสีรักษาที่ไม่สะอาดเพียงพอ จะทำให้เกิดการหมักหมมของเศษอาหารภายในช่องปาก อาจทำให้เยื่อช่องปากเกิดการติดเชื้อลุกลามรุนแรงขึ้นและหากได้รับยาเคมีบำบัดร่วมด้วยจะยิ่งมีอาการรุนแรงมากขึ้น⁽⁷⁾

7. การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา จะทำให้มีโอกาสเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบมากกว่าคนที่ไม่มีประวัติ เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคเหงือกอักเสบที่รุนแรง และเกิดอาการระคายเคืองต่อเยื่อช่องปาก⁽¹⁷⁾ มากกว่าคนที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง โดยทั่วไปเยื่อช่องปากจะแสดงอาการอักเสบ เมื่อได้รับรังสีสูงมากกว่า 4,000 เซนติเกรย์ขึ้นไป แต่ถ้ามีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว พบว่าอาจเกิดการอักเสบของเยื่อช่องปากได้ตั้งแต่ได้รับรังสีเพียง 2,000-3,000 เซนติเกรย์ และอาจอักเสบถึงขั้นรุนแรงได้⁽¹³⁾

8. การเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น เช่น เบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะมีผลข้างเคียงจากรังสีมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคอื่นๆ ร่วมด้วย⁽¹³⁾ โรคเอดส์ โรคเกี่ยวกับหัวใจและปอด โรคไตจะเพิ่มความเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการภาวะเยื่อช่องปากอักเสบมากขึ้น

9. การได้รับการผ่าตัดหรือมีการอักเสบบริเวณตำแหน่งที่ได้รับรังสีมาก่อน เนื้อเยื่อในบริเวณนั้นมีคามผิดปกติไปแล้ว ก็จะทำให้เกิดผลข้างเคียงจากรังสีรักษามากขึ้นด้วย⁽¹⁸⁾

แนวทางปฏิบัติที่เป็นแนวทางสากลในการจัดการภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ได้แก่ การรักษามาตรฐานที่อ้างอิงตาม NCCN Guideline V.1, 2012 ได้กล่าวถึงแนวทางในการดูแลด้านโภชนาการ แนวทางในการประเมินและการจัดการเมื่อประเมินได้ ได้แก่ เมื่อประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีปัญหาน้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักเดิมก่อนเจ็บป่วย หรือผู้ป่วยไม่สามารถกลืนอาหารได้จากก้อนมะเร็งหรือเจ็บปวดมาก ให้เป็นการเริ่มพิจารณาเริ่มใส่ สายช่วยให้อาหารไม่ว่าจะเป็นทางจมูกหรือทางหน้าท้อง เป็นต้น ได้มีการทบทวนแบบ Systemic

review ร่วมกับการทำ Meta-analysis โดยผู้เชี่ยวชาญหลายสาขาที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ The Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) and the International Society of Oral Oncology (ISOO) (2005), ESMO Guidelines Working Group (2011), The National Comprehensive Cancer Network (NCCN) (2008) และแนวทางของ Oncology Nursing Society (2008) จนได้แนวทางการดูแลช่องปากที่เป็นพื้นฐานที่คล้ายคลึงกันโดยพอสรุปแนวทางดังกล่าวได้ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยประหมื่นและบันทึกสภาวะของช่องปากอย่างน้อยวันละครั้ง และบันทึกลงในแบบบันทึก
2. ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลความสะอาดของช่องปากและฟัน โดยมีแนวทางดังนี้
 - 2.1. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยบ้วนปากด้วย Normal saline solution 15-30 มิลลิลิตร รมในปากอย่างน้อย 30 วินาทีแล้วจึงบ้วนทิ้ง ควรบ้วนปากหลังแปรงฟันทุกครั้งและระหว่างวัน อย่างน้อยรวมกันให้ได้วันละ 4-6 ครั้ง ไม่ให้ใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของ Alcohol
 - 2.2. การแปรงฟัน ก่อนทำความสะอาดช่องปากและฟันควรเอาอุปกรณ์ในช่องปาก เช่น ฟันปลอม ออกเพื่อจะได้ทำความสะอาดช่องปากและฟันได้ทั่วถึง ควรเลือกแปรงสีฟันที่มีขนาดพอเหมาะกับปากและมีขนแปรงอ่อนนุ่มชนิดนุ่มมาก (Super soft) การแปรงฟันควรแปรงเบาๆ ให้ทั่วทุกด้านและทุกซี่ฟัน ควรใช้เวลาในการแปรงฟันอย่างน้อย 90 วินาที อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร
 - 2.3. การขัดฟัน ควรเลือกด้ายขัดฟันชนิดที่เคลือบไข เพื่อช่วยลดโอกาสเกิดบาดแผล ควรทำการขัดฟันวันละ 1 ครั้ง ไม่ควรทำการขัดฟันเมื่อมีเกร็ดเลือดต่ำกว่า 50,000 ต่อเลือด 1 ลูกบาศก์ มิลลิเมตร

3. นักโภชนาการหรือนักกำหนดอาหารขึ้นเยี่ยมและประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยและประเมินซ้ำเมื่อจำเป็น โดยให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติถึงอาหารที่สำคัญและเหมาะสมกับภาวะของผู้ป่วย ได้แก่

- แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงอาหารรสจัดทุกชนิด ผลไม้เปรี้ยวจัด อาหารที่ร้อนจัดหรือเย็นจัด เพราะระคายเคืองต่อเยื่อในช่องปากและจะทำให้การผลิตน้ำลายลดลง เปลี่ยนความเป็นกรดต่างในช่องปาก ทำให้เยื่อช่องปากแห้งมากขึ้น
- แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่เพิ่มความชุ่มชื้นให้กับเยื่อช่องปากจำพวกอาหารอ่อน เย็น เช่น ไอศกรีม แดงโม วุ้น เต้าหู้เย็น เป็นต้น
- แนะนำอาหารที่ปั่นหรือบดละเอียดเพื่อช่วยให้กลืนง่าย เช่น โจ๊ก ข้าวโอ๊ต ข้าวต้ม ไข่ลวก หรือเลือกรับประทาน อาหารเหลวที่มีโปรตีนและแคลอรีสูง เช่น อาหารประเภทซูป
- ไม่ควรให้ผู้ผู้ป่วยดื่มน้ำผลไม้รสเปรี้ยว ไม่ควรใช้ glycerine ทาในช่องปาก เพราะแนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงอาหารรสจัดทุกชนิด ได้แก่ ผลไม้เปรี้ยวจัด อาหารที่ร้อนจัดหรือเย็นจัด
- งดการสูบบุหรี่และดื่มสุรา เพราะระคายเคืองต่อเยื่อในช่องปาก

4. นัดตรวจสุขภาพช่องปากทุก 2 สัปดาห์เพื่อประเมินสถานะของฟันและเยื่อช่องปาก

5. หลีกเลี่ยงการถอนฟันทุกกรณี หากมีความเจ็บปวดจากฟันให้พบทันตแพทย์

6. แนะนำให้ตรวจสุขภาพช่องปากและฟันด้วยตัวผู้ป่วยเอง อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง โดยสังเกตการเกิดมีสีแดง ตึง และเป็นแผลที่ริมฝีปากหรือในช่องปากและรายงานแพทย์เพื่อทราบ โดยรายละเอียดของระดับของเยื่อช่องปากอักเสบ อ้างอิงตามเกณฑ์ของ WHO ดังนี้

ระดับ 0 หมายถึง เยื่อช่องปากปกติไม่มีอาการอักเสบหรือเป็นแผล

ระดับ 1 หมายถึง เยื่อช่องปากเริ่มมีสีแดง มีแผลแต่ไม่มีการปวด หรือเริ่มมีอาการเจ็บในช่องปากเล็กน้อย

ระดับ 2 หมายถึง เยื่อช่องปากมีสีแดง มีอาการบวม มีอาการปวด หรือมีแผล สามารถรับประทานอาหารธรรมดาหรืออาหารอ่อนได้

ระดับ 3 หมายถึง เยื่อช่องปากมีสีแดง มีอาการบวม มีอาการปวด หรือมีแผลรับประทานได้เฉพาะอาหารเหลวหรือน้ำได้

ระดับ 4 หมายถึง มีอาการเยื่อช่องปากอักเสบอย่างรุนแรงจนไม่สามารถรับประทานอาหารหรือน้ำทางปากได้ ต้องได้รับอาหารทางสายยางให้อาหาร หรือทางหลอดเลือดดำทดแทน

7. แนะนำผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด 5-FU แบบ bolus ให้อมน้ำแข็งก่อนได้รับยา 5 นาที และรวมระยะเวลาจนถึงระหว่างให้ยา จนหลังได้รับยาอย่างน้อย 30 นาที

8. ให้ฝึกอ้าช่องปากตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ โดยใช้ไม้หรือนิวคลิ้นเพื่อยึดกล้ามเนื้อ วันละ 3-5 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที

9. ถ้าเป็นไปได้พิจารณาวิธีการฉายรังสีเป็นชนิด 3DCRT/ IMRT

10. พิจารณาใช้ Benzylamine ครั้งละ 15 ซีซี อม้วนช่องปากเป็นเวลา 2 นาที วันละ 4-8 ครั้ง ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ ตลอดระยะเวลาที่รับการฉายรังสี และหลังจากฉายรังสีครบ ไปอีก 2 สัปดาห์เพื่อลดการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ

ด้วยตระหนักว่าภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอนั้นส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก จึงควรมีทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาภาวะเยื่อช่องปากอักเสบระดับรุนแรงว่าเป็นปัญหาสำคัญ และร่วมกันดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่จะต้องได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและหรือร่วมกับยาเคมีบำบัดแต่แรก จะทำเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและ

คือเป็นอย่างมาก โดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่ควรมีส่วนเกี่ยวข้องนอกจากแพทย์และพยาบาลแล้ว ยังควรต้องประกอบด้วยนักกำหนดอาหาร ซึ่งต้องเข้ามามีบทบาทในการประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้น รวมทั้งมีการติดตามที่ต่อเนื่อง การประเมินภาวะช่องปากตั้งแต่เริ่มต้น ร่วมกับการรักษาภาวะฟันผุโดยทันตแพทย์ เป็นสิ่งที่สำคัญมากสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ เกสซ์กร มีบทบาทสำคัญในการกำหนดสารละลายหรือยาอมบ้วนปากที่สามารถสร้างเป็นแนวปฏิบัติได้ นอกจากนี้หากผู้ป่วยมี

อาการปวดจากภาวะเยื่อช่องปากอักเสบระดับรุนแรง แพทย์และพยาบาลในหน่วยระงับปวดจะเป็นผู้มีบทบาทในการบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ นพ.สุรชาติ จักรภักดิ์ศิริสุข, รศ.นพ.ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัยและทพญ.ดร.เปี่ยมกมล วัชรโรทยางกูร ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบให้ความเห็นในเนื้อหาเบื้องต้นเกี่ยวกับแนวทางการดูแลช่องปาก

เอกสารอ้างอิง

1. Sonis, S. T. (2004). Oral Mucositis in Cancer Therapy. The Journal of Supportive Oncology, 2(3), 3-8
2. นรวาตี ประเสริฐวิทยากิจ (2542). การติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์ จากการให้ยาต้านมะเร็งของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาราชานครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเภสัชกรรมโรงพยาบาลและคลินิก, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
3. เนตรสุวิณี เจริญจิตสวัสดิ์. (2547) ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่ออาการภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
4. Shin, A., et al. (2003). Mechanism for radiation-induced oral mucositis and the consequences [Electronic version]. Cancer Nursing, 26(3), 222-229.
5. Radiological Society North America [RSNA]. (2006). Head and neck cancer [Electronic version]. Retrieved March 22, 2012, from <http://HeadandNeckCancer.html>
6. British Columbia Cancer Agency, Oncology Nutrition. (2005). Nutritional guidelines for symptom management MUCOSITIS [Electronic version]. Retrieved March 22, 2012, from <http://www.bccancer.bc.ca/NR/rdonly/res/5C9BA6AE-C7EC-40FA>
7. พวงทองไกรพิบูลย์, จีรภาตน์นันทน์, รัตนาพิระกุล, และวิภาบุญกิติเจริญ. (2541). Advanced radiation therapy. ในวารสารทันตสาธารณสุข, บรรณาธิการ, ตำราวิชาโรคมะเร็ง 2. (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพฯ : โฮลิสติกพับลิชชิง
8. Maxon, J. (2005). Advance in the prevention and managment of oral mucositis [Electronic version]. Current Topics In Oncology. Retrived March 20, 2012, from <http://www.CancerConsultants.com>
9. Potting, Uitterhoeve, Opreimer & Achterberg, 2006
9. Andersson, P. R., Persson, L., Hallberg, J. R., & Renvert, S. (1999). Testing an oral assessment guide during chemotherapy treatment in a Swedish care setting : A pilot study. Journal of Clinical Nursing, 8(3), 150-158.

10. Cawley, M.M. & Benson, L.M. (2005). Current trends in managing oral mucositis. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 9(5), 584-592.
11. Haggood, A.S. (2001). Head and neck cancer. In Otto, S.E. (Eds.), *Oncology Nursing* (4th ed.). St. Louis: Mosby Year Book.
12. Iwamoto, R.R. (1991). Alterations in oral status. In Baird, S.B., McCorkle, R. & Grant, M. (Eds.), *Cancer Nursing: A Comprehensive Textbook*. Philadelphia: W.B. Saunders.
13. พวงทองไกรพิบูลย์. (2534). ฟลิทส์ชีวรั้งสีการรักษายาบาลผู้ป่วย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
14. Dudjak, L.A. (1987). Mouth care for mucositis due to radiation therapy. *Cancer Nursing*, 10(3): 131-140.
15. นฤมลศาสตร์สุข. (2540). การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
16. Dodd, M. (2004). The pathogenesis and characterization of oral mucositis associated with cancer therapy. *Oncology Nursing Forum*, 31(4), 5-11.
17. Eilers, J. (2004). Nursing interventions and supportive care for the prevention and treatment of oral mucositis associated with cancer treatment. *Oncology Nursing Forum*, 31(4), 13-23.
18. พรศรี คิตชอบ, และประมุข พรหมรัตน์พงศ์. (2536). Principle of radiation oncology. ใน พรศรี คิตชอบ, สาวิตรี เมฆพิบูลย์ไพโรจน์, วิบูล สัจจุกุล, และนงนิต วรอุไร, บรรณาธิการ, มะเร็งวิทยา. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

