



ประกาศจังหวัดขอนแก่น
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดขอนแก่น ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงาน เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑	นางสาวศิริพร แสนประเสริฐ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่อีก หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๒ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายประจวบ รักแพทย์)

รองผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น
ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดขอนแก่น

เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ

ของโรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวศิริพร แสนประเสริฐ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๖๓๘๒๐	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๖๓๘๒๐	เลื่อนระดับ ๑๐๐% ๗

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง “ การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่เข้ารับการปลูกถ่ายไขกระดูกด้วยเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด ”

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 26 มีนาคม - 3 พฤษภาคม พ.ศ. 2568

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
ความรู้เรื่องโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง

มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) เป็นมะเร็งที่เกิดจากการเจริญเติบโตผิดปกติของเซลล์น้ำเหลือง (Lymphocytes) ซึ่งเป็นเม็ดเลือดขาวที่มีบทบาทสำคัญในระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย เซลล์เหล่านี้พบได้ทั่วไปในระบบน้ำเหลือง (Lymphatic system) ซึ่งประกอบด้วยต่อมน้ำเหลือง ม้าม ไขกระดูก และเนื้อเยื่อน้ำเหลืองที่กระจายอยู่ตามอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย (Armitage et al., 2017)

มะเร็งต่อมน้ำเหลืองสามารถเกิดได้ในสองรูปแบบหลัก คือ

1. Nodal lymphoma ที่เกิดในต่อมน้ำเหลืองซึ่งกระจายอยู่ทั่วร่างกาย เช่น บริเวณคอ (cervical nodes) รักแร้ (axillary nodes) ขาหนีบ (inguinal nodes) ข้อพับแขน ข้อพับขา ในช่องอก (mediastinal nodes) และในช่องท้อง (abdominal nodes)

2. Extranodal lymphoma ที่เกิดในเนื้อเยื่อน้ำเหลืองซึ่งอยู่ในเยื่อหุ้มของอวัยวะต่าง ๆ โดยไม่มีการเกิดในต่อมน้ำเหลืองก่อน (Zucca et al., 2017) อวัยวะที่พบมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด Extranodal ได้บ่อยได้แก่ ทางเดินอาหาร (โดยเฉพาะกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก) คิดเป็นประมาณร้อยละ 40 ของ Extranodal lymphoma ทั้งหมด ระบบประสาทส่วนกลาง (สมองและไขสันหลัง) ร้อยละ 5-10 บริเวณศีรษะและคอ (ต่อมทอนซิล โพร่งจมูก และไซนัส) ร้อยละ 10-15 ผิวหนัง ร้อยละ 10 และกระดูก ร้อยละ 5 (Jiang et al., 2020; Willemze et al., 2019) ระบาดวิทยา จากข้อมูลทางระบาดวิทยาทั่วโลก พบว่ามะเร็งต่อมน้ำเหลืองเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อย โดยในปี ค.ศ. 2020 มีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 544,352 ราย และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 259,793 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.8 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดทั่วโลก (Sung et al., 2021)

การจำแนกประเภทมะเร็งต่อมน้ำเหลือง

การจำแนกมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในปัจจุบันอาศัยข้อมูลหลายประการ ได้แก่ อาการและการแสดงทางคลินิก การดำเนินโรค ลักษณะทางจุลพยาธิสภาพ ลักษณะของเซลล์ การเปลี่ยนแปลงทางอณูพันธุกรรม และการเปลี่ยนแปลงในระดับยีนหรือโครโมโซม การจำแนกตามองค์การอนามัยโลก (WHO Classification 2016, revised 2017) แบ่งมะเร็งต่อมน้ำเหลืองออกเป็น 2 กลุ่มหลัก (Swerdlow et al., 2016; Alaggio et al., 2022)

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน (ต่อ)

1. Hodgkin Lymphoma (HL)

Hodgkin Lymphoma เป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่มีลักษณะเฉพาะคือการพบเซลล์มะเร็งที่เรียกว่า "Reed-Sternberg cells" ซึ่งเป็นเซลล์ขนาดใหญ่ที่มีนิวเคลียสหลายอัน พบได้บ่อยในช่วงอายุ 15-34 ปีและอีกช่วงหนึ่งในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี พบได้น้อยในเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี (Ansell, 2020) จากข้อมูลสถิติมะเร็งของสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 2024 พบว่ามีผู้ป่วย Hodgkin Lymphoma รายใหม่ประมาณ 8,570 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.4 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมด และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 910 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.1 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็งทั้งหมด (National Cancer Institute, 2024)

การแบ่งชนิดย่อย ได้แก่

Classical Hodgkin Lymphoma (CHL) ประมาณร้อยละ 95 แบ่งเป็น Nodular Sclerosis (ร้อยละ 60-70) Mixed Cellularity (ร้อยละ 20-25) Lymphocyte-rich (ร้อยละ 5) Lymphocyte-depleted (น้อยกว่าร้อยละ 1) Nodular Lymphocyte-Predominant Hodgkin Lymphoma (NLPHL) ประมาณร้อยละ 5

2. Non-Hodgkin Lymphoma (NHL)

Non-Hodgkin Lymphoma พบได้มากกว่า Hodgkin Lymphoma ประมาณ 8-10 เท่า เกิดจากความผิดปกติของการแบ่งตัวของทั้ง B-Lymphocytes และ T-Lymphocytes มักพบในผู้ที่มีอายุมากขึ้น ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ รวมทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV) และผู้ป่วยที่ผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ (Armitage et al., 2017) จากข้อมูลสถิติมะเร็งของสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 2024 พบว่ามีผู้ป่วย Non-Hodgkin Lymphoma รายใหม่ประมาณ 80,620 ราย คิดเป็นร้อยละ 4 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมด และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 20,140 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.3 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็งทั้งหมด (National Cancer Institute, 2024)

Non-Hodgkin Lymphoma มีชนิดย่อยมากกว่า 60 ชนิด แบ่งตามเซลล์ต้นกำเนิดเป็น ได้แก่

B-cell lymphomas (ร้อยละ 85-90) เช่น Diffuse Large B-cell Lymphoma (DLBCL), Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma, Burkitt Lymphoma T-cell และ NK-cell lymphomas (ร้อยละ 10-15) เช่น Peripheral T-cell Lymphoma, Anaplastic Large Cell Lymphoma

อาการและอาการแสดง

อาการทั่วไป ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองมักมีอาการดังต่อไปนี้ (Armitage et al., 2017)

1. ก้อนต่อมน้ำเหลืองโต พบได้บริเวณลำคอ (ทั้งด้านหน้าและด้านหลัง) รักแร้ หรือขาหนีบ ลักษณะของก้อน กลมหรือรี ผิวเรียบ ความแข็งปานกลาง (ไม่แข็งเป็นหิน) มักไม่เจ็บเมื่อคลำหรือกด (Painless lymphadenopathy) ขนาดมักมากกว่า 1 เซนติเมตร และอาจโตขึ้นเรื่อย ๆ

2. B Symptoms (อาการที่บ่งบอกถึงความรุนแรงของโรค) ได้แก่ ไข้ สูงกว่า 38 องศาเซลเซียสโดยไม่ทราบสาเหตุ เหงื่อออกมากตอนกลางคืน (Night sweats) จนเสื้อผ้าเปียกชุ่ม น้ำหนักลด มากกว่าร้อยละ 10 ใน 6 เดือนโดยไม่ทราบสาเหตุ

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน (ต่อ)

3. อาการทั่วไป อ่อนเพลีย (Fatigue) โดยไม่ทราบสาเหตุ เบื่ออาหาร (Anorexia) คันตามตัว (Pruritus) โดยเฉพาะใน Hodgkin Lymphoma

4. อาการเฉพาะตามตำแหน่งที่เกิดโรค

4.1 บริเวณคอและศีรษะ ได้แก่ ต่อมทอนซิลโต คอบวม กลืนลำบาก (ถ้าต่อมกดหลอดอาหาร)

4.2 ช่องอก ได้แก่ ไอเรื้อรัง หายใจลำบาก หายใจไม่สะดวก เจ็บหน้าอก (ถ้ามีก้อนในช่องอกขนาดใหญ่) บวมที่ใบหน้า แขน คอ (Superior vena cava syndrome)

4.3 ช่องท้อง ได้แก่ แน่นท้อง อืดท้องอาหารไม่ย่อย ปวดท้อง ท้องโตขึ้นจากการมีน้ำในช่องท้อง (Ascites) ม้ามโต ตับโต

4.4 อาการจากการกดทับไขสันหลังหรือรากประสาท ได้แก่ ปวดหลัง อ่อนแรงแขนขา ปัสสาวะและอุจจาระเสียไม่ได้ (ในรายรุนแรง)

4.5 อาการจากการทำงานของไขกระดูกผิดปกติ ได้แก่ ซีด (Anemia) จากเม็ดเลือดแดงต่ำ เลือดออกง่าย จากเกล็ดเลือดต่ำ เช่น เลือดกำเดาไหล เลือดออกตามไรฟัน จุดจ้ำเลือดตามตัว ติดเชื้อง่าย จากเม็ดเลือดขาวทำงานผิดปกติ

การแบ่งระยะโรค (Staging)

โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง แบ่งออกเป็น 4 ระยะเช่นเดียวกับโรคมะเร็งอื่น ๆ แต่ที่แตกต่างคือจะแบ่งร่างกายออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่อยู่เหนือกับส่วนที่อยู่ใต้กระบังลม (Diaphragm) ซึ่งระยะของโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง มี 4 ระยะ ดังนี้ (นวรรณ์ อยู่บาง, 2566)

ระยะที่ 1 (Stage I) มีก้อนต่อมน้ำเหลืองหรือก้อนมะเร็งนอกต่อมน้ำเหลือง 1 ตำแหน่งเช่น บริเวณลำคอ หรือบริเวณรักแร้ เพียงด้านใดด้านหนึ่งเพียงด้านเดียว

ระยะที่ 2 (Stage II) มีก้อนต่อมน้ำเหลืองหรือก้อนมะเร็งนอกต่อมน้ำเหลืองตั้งแต่ 2 ตำแหน่งขึ้นไป เช่น บริเวณลำคอด้านขวาและซ้ายบริเวณลำคอด้านขวากับรักแร้ด้านขวาแต่ทั้งสองบริเวณจะต้องอยู่ด้านเดียวกันของกระบังลม เช่น อยู่เหนือกระบังลมทั้งหมดหรืออยู่ใต้กระบังลมทั้งหมด

ระยะที่ 3 (Stage III) มีก้อนต่อมน้ำเหลืองหรือก้อนมะเร็งนอกต่อมน้ำเหลืองมากกว่า 2 ตำแหน่งขึ้นไป เป็นระยะที่โรคมะเร็งเกิดกับต่อมน้ำเหลืองทั้งในส่วนเหนือกระบังลม และส่วนใต้กระบังลม เช่น เกิดที่ลำคอ ร่วมกับขาหนีบ

ระยะที่ 4 (Stage IV) มีการกระจายตัวของก้อนมะเร็งต่อมน้ำเหลืองจำนวนมาก เป็นระยะที่โรคมะเร็งแพร่กระจายเข้าอวัยวะอื่นที่อยู่ห่างไกลออกไป เช่น ไขกระดูก(ที่สำคัญและพบได้ บ่อยที่สุด คือ ไขกระดูก) หรือเนื้อเยื่ออวัยวะอื่น ๆ เช่น ตับ และสมอง (สมองเป็นได้ทั้งโรคระยะที่1 เมื่อมะเร็งเกิดจากเนื้อเยื่อน้ำเหลืองของสมองเอง หรือเป็นโรคระยะที่ 4 เมื่อโรคเกิดจากต่อมน้ำเหลือง แล้วมีการแพร่กระจายไปที่สมอง

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน (ต่อ)

การรักษามะเร็งต่อมน้ำเหลือง

การรักษามะเร็งต่อมน้ำเหลืองขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็ง ระยะของโรค อายุ สภาพร่างกาย และปัจจัยพยากรณ์โรคอื่น ๆ (Connors et al., 2020) โดยมีทางเลือกการรักษาหลักดังนี้

1. เคมีบำบัด (Chemotherapy) เคมีบำบัดเป็นการรักษาหลักสำหรับมะเร็งต่อมน้ำเหลือง โดยใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน (Combination chemotherapy)

สูตรยาที่ใช้บ่อยใน Hodgkin Lymphoma ได้แก่

1) ABVD: Adriamycin (Doxorubicin) + Bleomycin + Vinblastine + Dacarbazine

2) BEACOPP: Bleomycin + Etoposide + Adriamycin + Cyclophosphamide + Oncovin (Vincristine) + Procarbazine + Prednisone

สูตรยาที่ใช้บ่อยใน Non-Hodgkin Lymphoma ได้แก่

1) CHOP: Cyclophosphamide + Hydroxydaunorubicin (Doxorubicin) + Oncovin (Vincristine) + Prednisone

2) R-CHOP: Rituximab + CHOP (ใช้ใน B-cell lymphomas) Bendamustine + Rituximab (ใช้ใน indolent lymphomas)

2. รังสีรักษา (Radiation Therapy) รังสีรักษามักใช้ร่วมกับเคมีบำบัดโดยเฉพาะในระยะแรกของโรค (Stage I-II) ข้อบ่งชี้ ได้แก่ Hodgkin Lymphoma ระยะแรกที่ไม่มี Bulky disease เป็นการรักษาเสริม (Consolidation) หลังเคมีบำบัดเป็นการรักษาบรรเทาอาการ (Palliative) เช่น บรรเทาอาการปวดจากการกดทับไขสันหลังชนิดของรังสีรักษา ได้แก่ Involved-field radiation therapy (IFRT): ฉายเฉพาะบริเวณที่มีโรค Involved-site radiation therapy (ISRT) ฉายเฉพาะจุดที่มีโรคอย่างแม่นยำมากขึ้น

3. ยาชีววิทยา และยาเป้าหมาย (Targeted Therapy) ได้แก่

3.1 Monoclonal Antibodies Rituximab ยาใช้ใน B-cell lymphomas (มักใช้ร่วมกับเคมีบำบัด R-CHOP) Brentuximab vedotin: ใช้ใน Hodgkin Lymphoma ที่กลับเป็นซ้ำหรือดื้อยา

3.2 Small Molecule Inhibitors ยา ibrutinib: BTK inhibitor ใช้ใน Mantle cell lymphoma, Marginal zone lymphoma, Venetoclax: BCL-2 inhibitor ใช้ใน Chronic lymphocytic leukemia/Small lymphocytic lymphoma

3.3 Immune Checkpoint Inhibitors ได้แก่ ยา Pembrolizumab, Nivolumab: PD-1 inhibitors ใช้ใน Hodgkin Lymphoma ที่กลับเป็นซ้ำ

4. การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด (Hematopoietic Stem Cell Transplantation) การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเป็นทางเลือกการรักษาที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง (High-risk disease) ดื้อต่อการรักษาด้วยเคมีบำบัดแนวหน้า (Refractory disease) กลับเป็นซ้ำหลังการรักษา (Relapsed disease)

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน (ต่อ)

การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด

ความหมายและประเภท

การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด (Hematopoietic Stem Cell Transplantation: HSCT) เป็นกระบวนการรักษาโรคทางโลหิตวิทยาโดยการนำเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดที่ปกติมาปลูกถ่ายให้กับผู้ป่วย เพื่อให้เซลล์ต้นกำเนิดนี้ทำหน้าที่สร้างเม็ดเลือดทุกชนิด (เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือด) แทนเซลล์ต้นกำเนิดเดิมของผู้ป่วยที่ผิดปกติ (Majhail et al., 2020)

ประเภทของการปลูกถ่ายไขกระดูก

1. ตามแหล่งที่มาของเซลล์ ได้แก่

1.1 Autologous HSCT (ใช้เซลล์ของตนเอง) โดยการเก็บเซลล์ต้นกำเนิดจากผู้ป่วยเอง เก็บไว้ในถัง Liquid nitrogen ให้ยาเคมีบำบัดขนาดสูงเพื่อทำลายเซลล์มะเร็ง นำเซลล์ที่เก็บไว้มาคืนให้ผู้ป่วย ข้อดี ได้แก่ ไม่มีปัญหา GVHD, ไม่ต้องหาผู้บริจาค ข้อเสีย ได้แก่ อาจมีเซลล์มะเร็งปนเปื้อน, อัตราการกลับเป็นซ้ำสูงกว่า Allogeneic

1.2 Allogeneic HSCT (ใช้เซลล์จากผู้บริจาค) เซลล์มาจากผู้บริจาคที่ HLA match ข้อดี ได้แก่ มี Graft-versus-tumor effect, เซลล์ปลอดจากมะเร็ง ข้อเสียได้แก่ เสี่ยงต่อ GVHD, ต้องใช้ยากกดภูมิคุ้มกันระยะยาว

1.3 Syngeneic HSCT (ใช้เซลล์จากแฝดเหมือน) เป็นเซลล์มาจากพี่น้องแฝดเหมือน พบได้น้อยมาก

2. ตามแหล่งเก็บเซลล์ต้นกำเนิด ได้แก่

2.1 Bone Marrow Transplantation (BMT) เก็บจากไขกระดูก

2.2 Peripheral Blood Stem Cell Transplantation (PBSCT) เก็บจากเลือดส่วนปลาย (นิยมใช้มากที่สุดปัจจุบัน)

3. Umbilical Cord Blood Transplantation (CBT) เก็บจากเลือดสายสะดือ

โรคที่สามารถรักษาด้วยการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด ได้แก่

1. โรคไขกระดูกล้มเหลว ได้แก่ Severe Aplastic Anemia, Fanconi Anemia

2. โรคทางพันธุกรรม ได้แก่ โรค Beta-Thalassemia major, Sickle Cell Disease, Severe Combined Immunodeficiency Disease (SCID)

3. โรคมะเร็งในระบบโลหิต ได้แก่ Acute Leukemia (Acute Myeloid Leukemia, Acute Lymphoblastic Leukemia), Chronic Myeloid Leukemia, Hodgkin Lymphoma (Relapsed/Refractory), Non-Hodgkin Lymphoma (Relapsed/Refractory, High-risk), Multiple Myeloma, Burkitt Lymphoma

4. โรคมะเร็งอื่น ๆ ได้แก่ Neuroblastoma, Ewing Sarcoma, Germ Cell Tumors

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน (ต่อ)

ขั้นตอนการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด

1. การประเมินและคัดเลือกผู้ป่วย ผู้ป่วยจะต้องได้รับการตรวจสอบความพร้อมทางร่างกายอย่างละเอียด (Pre-transplant Evaluation) (Majhail et al., 2020) การตรวจสอบการทำงานของอวัยวะสำคัญ ได้แก่ Cardiac Function: Echocardiography หรือ MUGA scan (LVEF >50%), Pulmonary Function: PFT (FEV₁, DLCO >50%, Hepatic Function: Liver function test, Renal Function: Serum creatinine, Creatinine clearance, Dental Evaluation ตรวจสอบสุขภาพช่องปากและฟัน การตรวจหาเชื้อโรคติดต่อ ได้แก่ HBsAg, Anti-HBc, Anti-HBs, Anti-HCV, Anti-HIV, CMV IgG, EBV VCA IgG, VDRL/TPHA

2. การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เป็นการใส่สายสวนเข้าสู่หลอดเลือดดำใหญ่เพื่อใช้ในการให้ยา ให้เลือด และให้เซลล์ต้นกำเนิด โดยทั่วไปใช้ Double Lumen Catheter (DLC) ตำแหน่งที่ใส่ ได้แก่ Internal Jugular Vein (บริเวณคอด้านข้าง) เป็นตำแหน่งที่นิยมใช้มากที่สุด Subclavian Vein (ใต้กระดูกไหปลาร้า) Femoral Vein (บริเวณขาหนีบ) ใช้เมื่อไม่สามารถใส่ทางอื่นได้ มีความเสี่ยงการติดเชื้อสูงกว่า ข้อควรระวัง ตำแหน่ง Femoral vein อยู่ใกล้ Perineum ซึ่งเป็นบริเวณที่อับชื้นง่าย จึงมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง ต้องใช้เทคนิค Sterile technique ขณะใส่และดูแล ต้อง Check X-ray หลังใส่เพื่อยืนยันตำแหน่ง Catheter tip

3. การให้ยาเคมีบำบัดขนาดสูง (Conditioning Regimen) เป็นการให้ยาเคมีบำบัดขนาดสูง และ/หรือ การฉายรังสีทั่วตัวก่อนการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด มีวัตถุประสงค์เพื่อ

3.1 กดภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย (Immunosuppression) ป้องกันการปฏิเสธเซลล์ที่ปลูกถ่าย (Graft rejection) ทำลาย Immunologically competent cells ที่อาจทำให้เกิด Double barrier

3.2 เตรียมที่ว่างในไขกระดูก (Make space for engraftment) เพื่อให้เซลล์ต้นกำเนิดใหม่มีที่เจริญเติบโต

3.3 ทำลายเซลล์มะเร็ง (Tumor cytoreduction) กำจัดเซลล์มะเร็งให้หมดที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ชนิดของ Conditioning Regimen ได้แก่

3.3.1 Myeloablative Conditioning (MAC) ให้ยาเคมีบำบัดขนาดสูงมาก ทำลายไขกระดูกเดิมของผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์ ตัวอย่าง ได้แก่ BEAM (BCNU + Etoposide + Ara-C + Melphalan) ใช้ใน Lymphoma

3.3.2 Reduced-Intensity Conditioning (RIC) หรือ Non-myeloablative เป็นการให้ยาเคมีบำบัดขนาดต่ำกว่า เหมาะสำหรับผู้ป่วยสูงอายุหรือมีโรคประจำตัว พืชต่อร่างกายน้อยกว่าการฉายรังสีทั่วตัว แบ่งเป็น Total Body Irradiation (TBI) คือการฉายรังสีทั่วทั้งตัว Total Lymphoid Irradiation (TLI) คือการฉายรังสีเฉพาะระบบน้ำเหลือง วัตถุประสงค์ เพื่อทำลายเซลล์มะเร็งในบริเวณที่ยาเคมีบำบัดเข้าไม่ถึง เช่น สมอง (เพราะยาผ่าน Blood-brain barrier ไม่ได้) และอวัยวะ

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน (ต่อ)

4. การให้เซลล์ต้นกำเนิด (Stem Cell Infusion) วันที่ให้เซลล์ = Day 0 หลังจากให้ยาเคมีบำบัดเสร็จจะพักนอน 1-2 วันเพื่อให้ระดับยาในกระแสเลือดลดลง จากนั้นจึงนำเซลล์ต้นกำเนิดที่เก็บไว้ (ที่อุณหภูมิ -196°C) มาละลายและให้ผู้ป่วย ให้ผ่าน Central venous catheter (DLC) ใช้ Blood transfusion set ที่ไม่มีตัวกรอง (Unfiltered) เพราะตัวกรองจะกรองเซลล์ต้นกำเนิดออกระยะเวลาการให้ 15-30 นาที/bag มีแพทย์และพยาบาลเฝ้าดูอย่างใกล้ชิด Premedication ได้แก่ Chlorpheniramine 10 mg IV, Dexamethasone 10 mg IV, Paracetamol 500 mg PO ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิด ได้แก่ Transfusion reaction Shock, Hypotension, Fluid overload ทำให้เกิด Pulmonary edema Hemolysis, Hematuria และ Arrhythmia

5. ระยะหลังได้รับเซลล์ต้นกำเนิด (Post-transplant Period) การนับวันวันที่ให้เซลล์ = Day 0 วันถัดไป = Day +1, +2, +3 เป็นต้นไป ระยะ Nadir (Pancytopenia) ระยะที่เม็ดเลือดทุกชนิดต่ำที่สุด เกิดประมาณ Day +7 ถึง +14 เกิดจากผลของยาเคมีบำบัดที่ทำลายไขกระดูกเดิมไขกระดูกใหม่ยังไม่เริ่มทำงาน ต้องใช้เวลา 2-4 สัปดาห์ Engraftment (การเจริญของเซลล์ใหม่) Neutrophil engraftment ANC >500 cells/mm³ เป็นเวลา 3 วันติดต่อกัน (เฉลี่ย Day +10-14) Platelet engraftment Platelet >20,000/mm³ โดยไม่ต้องได้รับเกล็ดเลือด 7 วัน (เฉลี่ย Day +14-21)

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ

1. ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ (Neutropenia) เสี่ยงต่อการติดเชื้อรุนแรง การศึกษาพบว่าเมื่อ ANC <500 cells/mm³ มีความเสี่ยงการติดเชื้อเพิ่มขึ้น และเมื่อ ANC <100 cells/mm³ ความเสี่ยงสูงขึ้นมากกว่า 10 เท่า (Gratwohl et al., 2021)

2. ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (Thrombocytopenia) เสี่ยงต่อเลือดออก ต้องให้เกล็ดเลือดเมื่อ Platelet <10,000-20,000/mm³

3. ภาวะซีด (Anemia) อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ต้องให้เลือดเมื่อ Hb <7-8 g/dL

4. เยื่อช่องปากอักเสบ (Mucositis) เกิดจากยาเคมีบำบัด พบประมาณร้อยละ 60-85 ทำให้เจ็บปาก กินไม่ได้ ต้องให้ยาแก้ปวดและ TPN

5. ภาวะทุพโภชนาการ เกิดจาก Mucositis, คลื่นไส้อาเจียน, เบื่ออาหาร อาจต้องให้ TPN (Total Parenteral Nutrition)

6. ภาวะจิตใจ ผู้ป่วยต้องอยู่ในห้องแยก (Isolation room) นาน 3-4 สัปดาห์ อาจรู้สึกเหงา เครียด วิตกกังวล ต้องให้การสนับสนุนทางจิตใจ

บริบทการปลูกถ่ายไขกระดูกของโรงพยาบาลขอนแก่น

โรงพยาบาลขอนแก่นได้จัดตั้งหน่วยปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 – 2568 และได้ให้การรักษาผู้ป่วยไปแล้วกว่า 94 ราย เป็นผู้ป่วย Multiple Myeloma จำนวน 88 รายและ Lymphoma จำนวน 6 ราย (ข้อมูล ณ เดือนธันวาคม 2568) การดูแลผู้ป่วยมีความซับซ้อนและต้องการความเชี่ยวชาญซึ่งผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต เช่น ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน (ต่อ)

อย่างรุนแรง (Severe Neutropenia) ที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ภาวะเกล็ดเลือดต่ำที่ทำให้เลือดออกง่าย ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (Mucositis) และ ภาวะทุพโภชนาการ (Carreras et al., 2019)

นอกจากนี้ จำนวนพยาบาลที่มีความรู้และทักษะเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดยังมีจำกัด ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการรักษามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (Bevans et al., 2017) ดังนั้นการพัฒนาสมรรถนะและการจัดทำแนวทางการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

สรุป
มะเร็งต่อมน้ำเหลืองเป็นมะเร็งที่เกิดจากเซลล์น้ำเหลืองในระบบภูมิคุ้มกัน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มหลัก คือ Hodgkin Lymphoma และ Non-Hodgkin Lymphoma การรักษาในปัจจุบันมีหลายวิธี ได้แก่ เคมีบำบัด รังสีรักษา ยาชีววิทยา และการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดเป็นทางเลือกการรักษาที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการรักษา หรือกลับเป็นซ้ำ โดยเฉพาะการปลูกถ่ายชนิดใช้เซลล์ของตนเอง (Autologous HSCT) ที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการเพิ่มอัตราการรอดชีวิตและลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ

การดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการปลูกถ่ายไขกระดูกมีความซับซ้อนและต้องการความเชี่ยวชาญเฉพาะทางจากทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะพยาบาลที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยสูงสุด

การปลูกถ่ายไขกระดูก แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดโดยอาศัยเซลล์ของผู้ป่วยเอง และ การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดโดยอาศัยเซลล์ของผู้บริจาค (ในปัจจุบันสามารถปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดจากกระแสเลือดแทนที่จะใช้เซลล์ต้นกำเนิดจากไขกระดูก จึงช่วยให้ผู้บริจาคไม่ต้องเจ็บตัวในการเจาะไขกระดูก) ใช้รักษาอย่างได้ผลดีเฉพาะในเซลล์มะเร็งบางชนิดเมื่อมีโรคที่รุนแรง หรือต้องยาเคมีบำบัดหรือเกิดโรคกลับเป็นซ้ำและเช่นเดียวกับยารักษาตรงเป้าที่ค่าใช้จ่ายในการรักษายังสูงมาก (ทัศนพงศ์ รวยยาว, 2566) หรือปัจจุบันนิยมเรียกว่าการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดเป็นการรักษาโรคทางโลหิตวิทยาโดยการนำเอาปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดที่ปกติมาเปลี่ยนถ่ายให้กับผู้ป่วย เพื่อให้เซลล์ต้นกำเนิดนี้ทำหน้าที่ผลิตเม็ดเลือดต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วยแทนเซลล์ต้นกำเนิดเดิมของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจะได้รับยาเคมีบำบัดปริมาณสูง และหรือ/การฉายแสงทั่วไปก่อน ในการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดนี้จะผ่านกระบวนการสะสม (Harvest) การใส่เข้าไป (Infuse) และการเกิดใหม่ (Regeneration หรือ Engraftment) ซึ่งไขกระดูกเป็นแหล่งหรือโรงงานที่ทำหน้าที่สร้างเม็ดเลือด ทั้งเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือด เม็ดเลือดต่าง ๆ เหล่านี้มีอายุจำกัด ในภาวะปกติจะมีความสมดุลของการสร้างและทำลายเม็ดเลือดจึงทำให้มีจำนวนเม็ดเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ถ้ามีโรคหรือความผิดปกติ จะมีผลทำให้เม็ดเลือดที่ปกติค่อยๆ ลดลง และทำให้มีอาการต่าง ๆ เช่น มีไข้ เกิดการติดเชื้อ เกิดภาวะเลือดออกง่าย หรือมีภาวะซีด เมื่อต้องการหายจากโรคจึงจำเป็นต้องรักษาโดยการปลูกถ่ายไขกระดูกหรือการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด เพื่อให้สร้างเม็ดเลือดใหม่ที่ปกติขึ้นมาแทน

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน (ต่อ)

ขั้นตอนการรักษาผู้ป่วยปลูกถ่ายไขกระดูกด้วยเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด

1. การคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อปลูกถ่ายไขกระดูกด้วยเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดก่อนปลูกถ่ายไขกระดูกด้วยเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด ผู้ป่วยจะต้องได้รับการตรวจสภาพร่างกายว่ามีความแข็งแรงสมบูรณ์พร้อมที่จะรับการรักษาผู้ป่วยจะได้รับการตรวจ Baseline renal Function , liver Function , pulmonary Function , cardiac Function และ dental evaluation ทุกฝ่ายเมื่อแพทย์เจ้าของไข้เห็นว่าผู้ป่วยรายใดมีความพร้อมที่จะรับการรักษา จะส่งผู้ป่วยและญาติพบพยาบาลที่หอผู้ป่วย เพื่อพูดคุยเกี่ยวกับวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูกแผนการรักษา ค่ารักษา และวิธีปฏิบัติตัวขณะรับการรักษาพร้อมทั้งนัดหมายวันเข้ารับการรักษา

2. การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เป็นการใส่สายสวนเข้าสู่หลอดเลือด Superior vena cava สามารถใส่ได้จากสองทางคือทางหลอดเลือดดำ Internal jugular (Internal jugular vein) และทางหลอดเลือดดำ Subclavian (Subclavian vein) ส่วนการใส่สายสวนเข้าสู่หลอดเลือด Inferior vena cava สามารถใส่ได้ทางหลอดเลือดดำ Femoral ซึ่งแต่ละแบบมีลักษณะเฉพาะแตกต่างกัน โดยตำแหน่งที่แทงบ่อน subclavian vein เป็นตำแหน่งเหมาะสมที่สุด รองลงมาคือ internal jugular vein และตำแหน่ง Femoral vein บริเวณนี้จะอยู่ใกล้ perineum เป็นตำแหน่งที่เกิดการอักเสบได้ง่าย ทำให้เกิดการติดเชื้อได้บ่อย (ภัทราภรณ์ ศรีพรมมา และ ดวงมล สุขทองสา, 2562)

3. การให้ยาเคมีบำบัดปริมาณสูง conditioning regimen ในการปลูกถ่ายไขกระดูกด้วยเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดจะมีความยุ่งยากกว่าการเปลี่ยนอวัยวะอื่น ๆ เพราะไขกระดูกมี Immunologically competent cells ทำให้เกิด Double barrier หรือ Lymphocyte ของผู้ป่วยเองทำให้เกิด reject donor tissue เพราะฉะนั้นก่อนได้รับเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดผู้ป่วยจะต้องได้รับยาเคมีบำบัดปริมาณสูง และ/หรือการฉายรังสีทั่วตัวเรียกว่า conditioning regimen ผู้ป่วยอาจจะให้ยาเคมีบำบัดอย่างเดียวก็ได้ หรืออาจจะร่วมด้วยการฉายรังสีทั่วตัว (Total Body Irradiation : TBI) หรือฉายรังสีเฉพาะบริเวณลิมโฟอวัยวะทั่วตัว (Total Lymphoid Irradiation : TLI) การฉายรังสีทั่วตัวสามารถทำลายเซลล์มะเร็งในส่วนที่ยาเคมีบำบัดทำลายเซลล์มะเร็งเข้าไปไม่ได้ เนื่องจากยาเคมีบำบัดไม่สามารถผ่านทาง Blood brain barrier เข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลางหรืออวัยวะได้ ในการฉายแสงแพทย์จะพิจารณาแบ่งฉายวันละ 2 ครั้ง ประมาณ 3 วัน การให้ยาเคมีบำบัดปริมาณสูงและ/ หรือการฉายรังสีทั่วตัวตาม conditioning regimen โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกดการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายของผู้ป่วยไม่ให้เกิดปฏิกิริยากับเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดที่ใส่เข้าไป เตรียมที่ว่างในไขกระดูกเพื่อให้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดที่ปลูกถ่ายใหม่ได้เจริญเติบโต ทำลายไขกระดูกของผู้ป่วยและกำจัดเซลล์ที่เป็นโรคหรือเซลล์มะเร็งให้หมดไป เมื่อเก็บเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดได้เพียงพอแล้ว จะนำมาให้ผู้ป่วยโดยใช้ set ให้เลือดที่ไม่มีตัวกรอง (Unfiltered) โดยจะมีแพทย์เฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิด อาการที่อาจจะเกิดขึ้นได้คือ ภาวะ transfusion reaction , shock , Fluid over load , Hematuria ขึ้นได้

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน (ต่อ)

หลังผู้ป่วยได้รับเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด จำนวนเป็นวันที่ Day +1, Day+2 , Day+3 , ไปเรื่อย ๆ ระยะเวลาเม็ดเลือดจะค่อยต่ำลง(pancytopenia)ทั้งนี้เนื่องจากผลของการได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งไขกระดูกใหม่ยังไม่ทำงานทันทีที่ต้องใช้เวลา 2-4 สัปดาห์ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยในระยะนี้มีความสำคัญที่สุด เนื่องจากระยะนี้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายคือ ภูมิคุ้มกันต่ำ ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ภาวะซีด เกิดภาวะทุพโภชนาการ มีคลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร มีการอักเสบในช่องปากยิ่งทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดการติดเชื้อในร่างกายทำให้อัตราการเผาผลาญพลังงานในร่างกายสูงขึ้นส่งเสริมให้ผู้ป่วยขาดสารอาหารมากขึ้นส่งผลให้ไขกระดูกใหม่ทำงานช้าลงภาวะจิตใจก็มีผลต่อผู้ป่วยทุกรายเนื่องจากผู้ป่วยจะต้องอยู่ในห้องแยกตั้งแต่วันแรกจนสิ้นสุดการรักษาเป็นเวลานานกว่า 1 เดือนต้องเผชิญกับความเหงา ความไม่สบาย คลื่นไส้อาเจียน มีไข้ ทำให้มีความรู้สึกเครียด กับสภาพที่ต้องเผชิญ จนหวาดระแวงไม่ให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้นซึ่งส่งผลโดยตรงกับผู้ป่วยทำให้ต้องเผชิญภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น

บทบาทของพยาบาล

แบ่งบทบาทของพยาบาลออกเป็น 3 ระยะหลัก ตามกระบวนการดูแลรักษา ดังนี้

1. ระยะก่อนการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด (Pre-Transplantation Phase)

เน้นการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนล่วงหน้า

1.1 การประเมินและการเตรียมสภาพร่างกาย ได้แก่ ประเมินสัญญาณชีพ และความพร้อมของอวัยวะสำคัญ (หัวใจ ปอด ตับ ไต) ดูแลและติดตามการตรวจคัดกรองการติดเชื้อแฝง (เช่น ไวรัส, ฟันและช่องปาก) ดูแลการใส่และรักษาความสะอาดของสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Central venous catheter)

1.2 การพยาบาลระหว่างได้รับเคมีบำบัดขนาดสูง/รังสีรักษา (Conditioning Regimen) ได้แก่ ฝ้าระวังและจัดการอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เยื่อช่องปากอักเสบ (Mucositis) และภาวะอ่อนเพลีย

1.3 การเตรียมด้านจิตสังคม ได้แก่ ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว ให้ข้อมูลและเสริมพลัง (Empowerment) เนื่องจากผู้ป่วยต้องถูกแยกกักโรคเป็นเวลานาน

2. ระยะระหว่างการปลูกถ่ายและการฟื้นตัวของไขกระดูก (Transplantation & Engraftment Phase)

เป็นระยะวิกฤตที่ผู้ป่วยมีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำสุด (Nadir period) บทบาทพยาบาลจะเน้นการป้องกันการติดเชื้อและการประคับประคองระบบสัญญาณชีพ

2.1 การพยาบาลในวันรับเซลล์ต้นกำเนิด (Stem Cell Infusion - Day 0) โดยตรวจสอบความถูกต้องของผลิตภัณฑ์เซลล์ต้นกำเนิด (Right patient, Right product) ฝ้าระวังอาการข้างเคียงขณะให้เซลล์อย่างใกล้ชิด เช่น แพ้รุนแรง (Anaphylaxis), แขนงหน้าอก, ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงหรือปัสสาวะเป็นเลือด (จากสารกันเสีย DMSO)

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน (ต่อ)

- 2.2 การป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อ m) หรือห้องที่มีแผ่นกรอง HEPA filter เน้นย้ำการล้างมืออย่างเคร่งครัด (Hand hygiene) ของบุคลากรและญาติ ดูแลความสะอาดของร่างกาย ช่องปาก (Oral care) และรอบทวารหนักอย่างถูกวิธีขั้นสูงสุด (Strict Infection Control) โดยดูแลให้อยู่ในห้องแยกความดันบวก (Positive pressure room)
- 2.3 การจัดการภาวะเม็ดเลือดต่ำ (Cytopenia Management) โดยเฝ้าระวังจุดเลือดออกตามผิวหนัง เลือดออกตามไรฟัน หรือในทางเดินอาหาร ดูแลการให้เกล็ดเลือดทดแทน
- 2.4 ภาวะชืด: ประเมินอาการเหนื่อยเพลีย และดูแลการให้เม็ดเลือดแดงอัดแน่น (PRC) ที่ผ่านการฉายรังสี (Irradiated blood products)
- 2.5 การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจำเพาะ ได้แก่ ภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน (Veno-occlusive disease: VOD/SOS) โดยชั่งน้ำหนักวันละ 2 ครั้ง วัดเส้นรอบท้อง และตรวจดูอาการตาเหลือง ตัวเหลือง ภาวะเนื้อเยื่อใหม่ต้านร่างกายผู้รับ (Acute Graft-versus-Host Disease: aGvHD) โดยสังเกตอาการผื่นแดงตามผิวหนัง อาการท้องเสียปวดท้อง (บันทึกปริมาณอุจจาระ) และค่าการทำงานของตับ

3. ระยะหลังการปลูกถ่ายและเตรียมจำหน่าย (Post-Transplantation & Discharge Phase)

เน้นการฟื้นฟูสภาพ การประเมินภาวะแทรกซ้อนระยะยาว และการเตรียมความพร้อมในการกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน ได้แก่

- 3.1 การประเมินภาวะ Chronic GvHD สังเกตอาการผิวหนังแห้งตึง ตาแห้ง ปากแห้ง หรือไอแห้งเรื้อรัง
- 3.2 การวางแผนจำหน่ายและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย (Discharge Planning) ดังนี้
 - 3.2.1 การรับประทานอาหาร เน้นอาหารปรุงสุกสะอาดใหม่ (Low-bacterial diet) หลีกเลี่ยงผักสดผลไม้ปอกเปลือกไม่ได้
 - 3.2.2 การดูแลสิ่งแวดล้อมที่บ้าน หลีกเลี่ยงการจัดแจกันดอกไม้สด การเลี้ยงสัตว์เลี้ยงในบ้านชั่วคราว และการไปในที่ชุมชนแออัด
 - 3.2.3 การรับประทานยา สอนและเน้นย้ำความร่วมมือในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันและยาป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด
 - 3.2.4 อาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาลทันที เช่น มีไข้ ($> 38^{\circ}\text{C}$), มีจุดเลือดออก, ท้องเสียรุนแรง หรือไอหอบ

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน (ต่อ)

4 .สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน

4.1 หลักการและเหตุผล

มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) เป็นมะเร็งของระบบเลือดและน้ำเหลืองที่พบบ่อยในระดับโลก (Sung et al., 2021) แม้การรักษาแนวหน้าด้วยเคมีบำบัดและรังสีรักษาจะให้ผลการรักษาที่ดี แต่ปัญหาสำคัญคือ อัตราการกลับเป็นซ้ำของโรค โดยเฉพาะในผู้ป่วยระยะที่ 3-4 ที่มีโรคล้มพันกับการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี (High-risk) ซึ่งอัตราการกลับเป็นซ้ำอาจสูงถึง 50-60% ภายใน 2 ปีแรกหลังการรักษา (Gisselbrecht et al., 2020)

การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดแบบใช้เซลล์ของผู้ป่วยเอง (Autologous Hematopoietic Stem Cell Transplantation:ASCT)เป็นการรักษามาตรฐานในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดร้ายแรงบางประเภทที่ตอบสนองต่อเคมีบำบัดหรือผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ เนื่องจากมีหลักฐานชัดเจนว่า ASCT สามารถเพิ่มอัตราการรอดชีวิตโดยปราศจากโรค (Progression-Free Survival) และเพิ่มโอกาสในการหายขาดเมื่อเปรียบเทียบกับ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเพียงอย่างเดียว (Czyz et al., 2022)

กระบวนการ ASCT ประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ การเก็บเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด (Stem Cell Harvest/Mobilization) การให้ยาเคมีบำบัดขนาดสูง (High-dose Conditioning Chemotherapy) การฉีดคืนเซลล์ต้นกำเนิด (Stem Cell Infusion) และระยะที่รอให้ไขกระดูกใหม่ทำงาน (Engraftment Phase) ซึ่งมักใช้เวลาประมาณ 2-4 สัปดาห์ ในระหว่างนี้ ผู้ป่วยจะอยู่ในภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องรุนแรง (Severe Pancytopenia) และมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำร่วมกับมีไข้ (Febrile Neutropenia) ซึ่งนำไปสู่การติดเชื้อรุนแรง เยื่อช่องปากและทางเดินอาหารอักเสบ (Mucositis) และภาวะทุพโภชนาการ (Carreras et al., 2019)

ดังนั้น บทบาทของพยาบาลเฉพาะทาง ในหน่วยปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการบริหารจัดการการพยาบาลอย่างรอบด้าน การมีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางและการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางมาตรฐาน (Standardized Nursing Care) โดยเน้นการเฝ้าระวังเชิงรุก (Proactive Surveillance) และการป้องกันการติดเชื้ออย่างเข้มงวด (Protective Isolation) จะช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และเพิ่มประสิทธิภาพผลลัพธ์การรักษาในหน่วยงานให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ

4.2 วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่เข้ารับการปลูกถ่ายไขกระดูกด้วยเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด

4.3 เป้าหมายของงาน ผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่เข้ารับการปลูกถ่ายไขกระดูกด้วยเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด ที่หน่วยปลูกถ่ายไขกระดูก โรงพยาบาลขอนแก่น

4.4 สรุปสาระสำคัญ

4.4.1 เลือกกรณีศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่เข้ารับการปลูกถ่ายไขกระดูกด้วยเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด ที่หน่วยปลูกถ่ายไขกระดูก โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 1 ราย

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

4.4.2 การรวบรวมข้อมูล โดยการซักประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และ ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว โดยเน้นการดำเนินชีวิตประจำวัน พฤติกรรมสุขภาพ การตรวจร่างกายทั่วไป การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์ และการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผน สุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health) เป็นกรอบแนวคิด ของ มาร์จอรี่ กอร์ดอน (Gordon, 1994) ใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัวหรือชุมชน โดยประเมินแบบแผน พฤติกรรมภายนอกและภายในของบุคคลที่เกิดขึ้น ช่วงระยะเวลาหนึ่งและมีผลต่อสุขภาพ รวมทั้ง ปัจจัยส่งเสริมหรือ ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ เช่น พันธุกรรม พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม ระบบการสนับสนุนทางสังคม การบริการสุขภาพ เป็นต้น การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ประกอบด้วย 11 แบบแผน แต่ละแบบแผนจะมีความสัมพันธ์กัน หากมีความผิดปกติในแบบแผนหนึ่ง อาจมีผลกระทบต่อแบบแผนอื่น ทำให้บุคคลมีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย การตัดสินใจว่าแบบแผนสุขภาพใดปกติหรือผิดปกติ พิจารณาจากการเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งประกอบด้วยเกณฑ์มาตรฐานของแต่ละบุคคลตามกลุ่มอายุและเกณฑ์มาตรฐานทางสังคม โดยเกณฑ์มาตรฐานของแต่ละบุคคลตามกลุ่มอายุ จะนำมาพิจารณาตัดสินความปกติหรือผิดปกติของพฤติกรรมภายในบางแบบแผน เช่น แบบแผนอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร หรือแบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย จะพิจารณาจากค่าปกติของสารเคมีต่าง ๆ ในเลือด มีรายละเอียดการประเมินทั้ง 11 ด้าน ดังนี้

4.4.2.1) การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ การดูแลสุขภาพการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแล และการฟื้นฟูสภาพ

4.4.2.2) โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร ภาวะโภชนาการ น้ำและเกลือแร่ การเจริญเติบโตและระบบภูมิคุ้มกัน

4.4.2.3) การขับถ่าย เกี่ยวข้องกับการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะและปัญหาอุปสรรคต่อการขับถ่าย

4.4.2.4) กิจกรรมและการออกกำลังกาย เกี่ยวข้องกับแผนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมต่างๆ การดูแลสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย การออกกำลังกายและการใช้เวลาว่าง การพัฒนาการทำงานของโครงสร้างและกล้ามเนื้อ ระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด

4.4.2.5) การพักผ่อนนอนหลับ เป็นแบบแผนด้านการพักผ่อนหรือการผ่อนคลายและการนอนหลับ

4.4.2.6) สถิติปัญญาและการรับรู้เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกทางประสาทสัมผัส ความสามารถ ทางสติปัญญา ได้แก่ ความคิด การแก้ปัญหาการตัดสินใจและการเรียนรู้

4.4.2.7) การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์เป็นแบบแผนที่เกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ อัตมโนทัศน์และความภูมิใจในตนเอง

4.4.2.8) บทบาทและสัมพันธภาพ เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามบทบาท สัมพันธภาพ และการสื่อสารและพัฒนาการด้านสังคม

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน (ต่อ)

4.4.2.9) เพศและการเจริญพันธุ์เป็นแบบแผนด้านพัฒนาการทางเพศ การเจริญพันธุ์และเพศสัมพันธ์

4.4.2.10) การปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด เป็นแบบแผนด้านการจัดการและการปรับตัวกับ ความเครียด

4.4.2.11) คุณค่าและความเชื่อ เป็นแบบแผนด้านการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งที่บุคคลเชื่อถือ ศรัทธา สิ่งยึดเหนี่ยว จิตใจ คุณค่าในชีวิต และความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ

4.4.3 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์วางแผนในการให้การพยาบาล

4.4.4 ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการดูแลการพยาบาล

4.4.5 สรุปการปฏิบัติการพยาบาล และให้ข้อเสนอแนะ

4.4.6 นำข้อมูลที่รวบรวมแล้วให้ผู้มีความรู้ความสามารถด้านวิชาการช่วยตรวจสอบความถูกต้อง และนำมาปรับปรุงแก้ไข

4.5 สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 22 ปี สถานภาพสมรส โสด เข้ารับการรักษาที่หน่วยปลูกถ่ายไขกระดูกด้วยเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด โรงพยาบาลขอนแก่นเมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2568 เวลา 10.52 น HN 66033709 AN 6820780

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล มาตามนัดเพื่อเข้ารับการปลูกถ่ายไขกระดูกด้วยเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด (Autologous Stem Cell Transplantation: ASCT)

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Classical Hodgkin Lymphoma (Nodular Sclerosis subtype), Stage IIBX เมื่อเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 ได้รับการรักษาด้วย Chemotherapy ABVD regimen ทำ CT interim หลังได้ ABVD 5 cycles: anterior mediastinal mass ก่อนรักษา 6.8 cm เหลือ 5.8 cm in diameter, Bilateral cervical LNs ก่อนรักษา 1.7 cm เหลือ 1.2 cm จึงให้การวินิจฉัย Refractory CHL(stable disease) ได้เปลี่ยนสูตร chemotherapy เป็น ICE regimen หลังได้เคมีบำบัดครบ F/U CT : slightly decreased anterior mediastinal mass จาก 4.1x3.2x6 cm เหลือ 3.8x2.6 cm จึงส่งทำ IFRT ต่อ F/U PET CT scan: complete metabolic response (20/9/67) แพทย์พิจารณาเตรียมผู้ป่วยเพื่อปลูกถ่ายไขกระดูกด้วยเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

สัญญาณชีพแรกรับ BT 36.30 C, PR 98 /min, RR 20/min และBP 141/90 mmHg

อาการและอาการแสดงทั่วไปแรกรับ ผู้ป่วยชายไทย รูปร่างสมส่วน ระดับความรู้สึกตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ ถามตอบรู้เรื่องประเมินสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ผลการตรวจอื่น ๆ

- Swab RT-PCR Covid-19 ผล Not detected

- film CXR ผลเอกซเรย์ปอดปกติ

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน (ต่อ)

- EKG ผล normal sinus rhythm
- BM aspiration: Normal cellular marrow, No lymphoma involvement
- BM biopsy: Normal cellular marrow, No lymphoma involvement

การเตรียมผู้ป่วยก่อนปลูกถ่ายไขกระดูก

ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจพิเศษตามระบบของร่างกาย ได้แก่ Pulmonary Function Test , Echocardiogram , ตรวจฟัน Dental examination, CBC, BUN, Cr, Electrolyte, LFT, HBs Ag, Anti HBc, Anti HBs, Anti HCV, Anti HIV, VDRL, TPHA, CXR, ECG, UA, Stool conc for parasite ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับลำดับขั้นตอนการรักษาด้วยการปลูกถ่ายไขกระดูกด้วยเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดชนิด Autologous stem cell transplantation (ASCT) ประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วย

Case classical Hodgkin lymphoma IIBX ก.ค. 2566 ได้รับการรักษาด้วย Chemotherapy ABVD regimen ทำ CT interim หลังได้ ABVD 5 cycles: anterior mediastinal mass ก่อนรักษา 6.8 cm เหลือ 5.8 cm in diameter , Bilateral cervical LNs ก่อนรักษา 1.7 cm เหลือ 1.2 cm จึงให้การวินิจฉัย Refractory CHL (stable disease) ได้เปลี่ยนสูตร chemotherapy เป็น ICE regimen หลังได้เคมีบำบัดครบ F/U CT : slightly decreased anterior mediastinal mass จาก 4.1x3.2x6 cm เหลือ 3.8x2.6 cm จึงส่งทำ IFRT ต่อ F/U PET CT scan: complete metabolic response (20/9/67) จากการศึกษาในระหว่างที่อยู่ในความดูแลสรุปปัญหาทางการพยาบาลดังนี้

ระยะก่อนปลูกถ่ายไขกระดูก

ปัญหาที่ 1 เตรียมความพร้อมในการปลูกถ่ายไขกระดูก

ปัญหาที่ 2 ป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับยาเคมีบำบัด

ปัญหาที่ 3 การดูแลสายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง

ปัญหาที่ 4 การดูแลผู้ป่วยขณะเก็บเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด

กิจกรรมการพยาบาลในระยะก่อนปลูกถ่ายไขกระดูกด้วยเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด

1. บทบาทพยาบาลสำคัญที่สำคัญในระยะนี้คือ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูกด้วยเซลล์ต้นกำเนิด วิธีปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่หน่วยปลูกถ่ายไขกระดูก ประเมินความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วย ตรวจสอบผลวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการซึ่งได้แก่ ผลเลือดต่าง ๆ ตรวจสอบการทำงานของตับ ไต ผลการตรวจสอบสมรรถภาพปอด การทำงานของหัวใจ สุขภาพอนามัยช่องปากและฟัน กำหนดวันนอนโรงพยาบาล

2. พยาบาลดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ Ara-C + G-CSF Mobilization เป็นการให้ยากระตุ้นไขกระดูก เพื่อเก็บเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด (stem cell apheresis)

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน (ต่อ)

3. พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยที่มีสายสวนทางหลอดเลือดดำบริเวณ Internal Jugulare vein สังเกตลักษณะของแผลสังเกตอาการเจ็บ ปวด บวม หรือมีเลือดออกบริเวณที่มีสายสวนหลอดเลือดดำ สังเกตดูสายสวนทางหลอดเลือดดำ ว่ามีการเลื่อนหลุดหรือดูแลไม่ให้สายหักพังงอ

4. พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยขณะเก็บเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด แจ้งให้ผู้ป่วยทราบแล้วจัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสม เข้าสู่กระบวนการ Stem Cell Collection พยาบาลประเมินสัญญาณชีพ ให้ 10% Calcium gluconate 10 ml และเมื่อมีปฏิกิริยา Hypocalcemia โดยพยาบาลสังเกตอาการผู้ป่วย เช่น กล้ามเนื้อเกร็ง กล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือกล้ามเนื้อกระตุก อาการชา เป็นตะคริว หัวใจเต้นช้า ชัก สับสน เวียนศีรษะ เสียหรือปวดคล้ายถูกเข็มแทงตามใบหน้า ปาก มือ หรือเท้าสัน เป็นต้น เมื่อสิ้นสุดกระบวนการ Stem Cell Collection สังเกต Stem cell และติดตามผล

5. พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยก่อนได้รับเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดผู้ป่วยจะต้องได้รับยาเคมีปริมาณสูงเรียกว่า conditioning regimen เพื่อลดการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายของผู้ป่วยไม่ให้เกิดปฏิกิริยากับเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดที่ใส่เข้าไป เตรียมที่วางในไขกระดูกเพื่อให้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดที่ปลูกถ่ายใหม่ได้เจริญเติบโต และยังทำลายไขกระดูกของผู้ป่วยและกำจัดเซลล์ที่เป็นโรคหรือเซลล์มะเร็งให้หมดไป

ระยะได้รับเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด และภายหลังได้รับเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด

ปัญหาที่ 1 การดูแลผู้ป่วยในระหว่างได้รับเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด

ปัญหาที่ 2 การดูแลผู้ป่วยเมื่อมีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ

ปัญหาที่ 3 การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ

ปัญหาที่ 4 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อค

ปัญหาที่ 5 การดูแลขณะผู้ป่วยยังมีสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง

ปัญหาที่ 6 การดูแลผู้ป่วยเมื่อมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำกว่าปกติ

ปัญหาที่ 7 การดูแลผู้ป่วยเมื่อมีภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำกว่าปกติ

ปัญหาที่ 8 การส่งเสริมภาวะโภชนาการ

กิจกรรมการพยาบาลในระยะได้รับเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด และภายหลังได้รับเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด

1. พยาบาลให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนได้รับเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดและหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดตาม conditioning regimen เรียบร้อยแล้ว ผู้ป่วยจะได้พัก 1-2 วัน เพื่อให้ปริมาณยาเคมีบำบัดที่อยู่ในกระแสเลือดหมดไปเสียก่อน แล้วจึงจะนำเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดที่เก็บไว้มาให้ผู้ป่วยโดยผ่าน Double Lumen catheter จะให้เหมือนการให้เลือดทั่วไป โดยผ่าน set ที่ไม่มีตัวกรองขณะผู้ป่วยรับเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด ประเมินสัญญาณชีพ และปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือด ทุก 5 นาทีจนกว่าผู้ป่วยจะมีอาการคงที่รวมถึงการให้ยาตามแผนการรักษาก่อนให้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน (ต่อ)

2. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ห้องแยกปลอดเชื้อ HEPA Filter with positive pressure ปฏิบัติตามข้อกำหนดของการแยกผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ Protective Isolation อย่างเคร่งครัด โดยการล้างมือให้สะอาด สวมหมวก สวมหน้ากากอนามัย และเปลี่ยนรองเท้าก่อนเข้าห้องผู้ป่วยทุกครั้ง จำกัดจำนวนและเวลาของผู้เข้าเยี่ยมพร้อมทั้งให้คำแนะนำและแจกเอกสารการปฏิบัติตัวแก่ผู้เข้าเยี่ยม และญาติที่เฝ้าผู้ป่วย ให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิค Sterile technique และ Non touch technique

3. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา และเชื้อไวรัสได้ง่าย โรคติดเชื้อเหล่านี้อาจมาจาก Normal flora ตามร่างกาย ผิวหนัง ระบบทางเดินอาหาร หรือทางเดินหายใจส่วนบน ดังนั้นจึงต้องเตรียมห้องที่สะอาดปราศจากเชื้อโรคโดยการติดตั้งเครื่องกรองอากาศ HEPA (High efficiency particulate arresting) Filter with Positive pressure โดยทำความสะอาดห้องด้วยน้ำยา 0.05 % sodium hypochlorite วันละ 2 ครั้ง เพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อได้

4. ตรวจสอบการเตรียมผลิตภัณฑ์โลหิต (Irradiated) เพื่อป้องกัน GVHD และ (Leukodepleted) เพื่อลดความเสี่ยง CMV และ All immunization เนื่องจากผู้ป่วยภาวะเกล็ดเลือดต่ำเป็นภาวะที่เกิดกับผู้ป่วยทุกราย เนื่องจากผลของการได้รับยาเคมีบำบัดปริมาณสูง จะมีการแสดงคือมีเลือดออกตามไรฟัน พบจุดจ้ำเลือดตามร่างกาย มีเลือดออกตามปัสสาวะหรือถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ โดยทั่วไปเมื่อเกล็ดเลือดต่ำกว่า 20,000 /ลบ.มม. หรือมีเลือดออกตามร่างกาย จำเป็นต้องได้รับเกล็ดเลือดทดแทน ซึ่งจะพิจารณาให้ Single Donor Platelet แก่ผู้ป่วย ซึ่งมีประสิทธิภาพเท่ากับ random platelet concentrated 6-8 ยูนิต เกล็ดเลือดทุกชนิดจะต้องผ่านการฉายแสงแกรมมา เพื่อยับยั้งการแบ่งตัวของ T cell Lymphocyte ซึ่งอาจทำให้เกิด GVHD ได้ นอกจากฉายแสงแล้ว เกล็ดเลือดทุกถุงจำเป็นต้องกรองเม็ดเลือดขาวออกเพื่อลดการเกิด All immunization เพื่อลดภาวะการเกิดเชื้อ Cytomegalovirus (CMV)

5. ภาวะซีด ทำให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย หายใจไม่อิ่ม ปวดศีรษะ เนื่องจากไขกระดูกถูกกดจากการได้รับยาเคมีบำบัดปริมาณสูง จำเป็นต้องได้รับ LPRC โดยผ่านการฉายแสงและกรองเม็ดเลือดแดงต่ำกว่า 20 volume%

6. การดูแลผู้ป่วยที่มีสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางได้แก่ การสังเกตลักษณะบริเวณใส่สายว่ามีอาการปวด บวม แดง หรือมีเลือดออกตำแหน่งที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ทำแผลโดยยึดหลัก Sterile technique ระวังไม่ให้มีการหัก พับงอและการเลื่อนของสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง

7. การพยาบาลผู้ป่วยมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำกว่าปกติสังเกตอาการ ซึม สับสน หัวใจเต้นผิดจังหวะ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา ประเมินสัญญาณชีพ และติดตามระดับโพแทสเซียมในเลือดให้อยู่ระหว่าง 3.5 -5.0 mmol/L

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน (ต่อ)

8. การพยาบาลผู้ป่วยมีระดับของแมกนีเซียมในเลือดต่ำกว่าปกติ ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง เกร็ง สั่น หรือกระตุก มีอารมณ์หงุดหงิด และนอนไม่หลับ เนื่องจากแมกนีเซียมเป็นแร่ธาตุที่สำคัญต่อการทำงานของกล้ามเนื้อ หัวใจ และระบบประสาท ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา ประเมินสัญญาณชีพ และติดตาม ระดับแมกนีเซียมอยู่ระหว่าง 1.6 -2.5 mmol/L

9. การพยาบาลผู้ป่วยส่งเสริมโภชนาการ ประเมินการรับประทานอาหารของผู้ป่วยในแต่ละมื้อ ประสานงานกับฝ่ายโภชนาการ โดยการจัดอาหารที่อ่อนโยนง่าย สุกสะอาด นำรับประทาน โดยงดผักผลไม้สดจัดให้มีอาหารเสริมระหว่างมื้อ เช่น นมผสม นมถั่วเหลือง น้ำหวาน ดูแลให้ได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำ (TPN) ตามแผนการรักษา ประเมินความก้าวหน้าทางโภชนาการของผู้ป่วยจากน้ำหนักตัว ระดับอัลบูมิน ระดับโปรตีน คอเรสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ในกระแสเลือด
ระยะวางแผนจำหน่าย

ปัญหาที่ 1 ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

กิจกรรมการพยาบาลในระยะวางแผนจำหน่าย

ผู้ป่วยจะได้รับอนุญาตให้กลับบ้านได้ ภายหลังไขกระดูกใหม่ทำงานแล้วซึ่งเรียกว่า Engraftment เม็ดเลือดต่าง ๆ ขึ้นมาอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยเฉลี่ย 30-35 วัน โดยผู้ป่วยไม่มีไข้หรืออาการท้องเสีย สามารถรับประทานอาหารได้ แพทย์จะค่อยๆปรับยาให้เป็นยากิน แพทย์จึงจะอนุญาตให้กลับไปดูแลตนเองที่บ้าน เพื่อประเมินผลการรักษา ป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้โดยเฉพาะ ในช่วง 6 เดือน ถึง 1 ปีแรกของการรักษา ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง การแนะนำผู้ป่วยและญาติ ก่อนกลับบ้านจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ที่พยาบาลจะต้องให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติตั้งแต่เริ่มเข้ารับการ รักษา โดยเริ่มทีละน้อยให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยอีก ทั้งยังช่วยให้พยาบาลได้มี โอกาสประเมินว่าสิ่งที่พยาบาลได้แนะนำไปนั้นผู้ป่วยและญาติสามารถมีความเข้าใจหรือไม่ สิ่งที่พยาบาล เน้นและให้คำแนะนำได้แก่การประเมินป้องกันการติดเชื้อ การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การมาตรวจตาม นัด รวมถึงอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด เช่น มีไข้สูงกว่า 38 องศาเซลเซียส มีอาการหนาวสั่น ไอ มีเสมหะ ปัสสาวะลำบาก แสบขัด หรือปัสสาวะมีเลือดปน มีผื่นขึ้นตามตัว ฝ่ามือ ฝ่าเท้า และลำตัว หรือตุ่ม น้ำใสๆ ขึ้นตามผิวหนัง ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน มีจุดเลือดออก จุดจ้ำเลือดตาม ร่างกาย ไอ หรืออาเจียนเป็นเลือด รอบปากแผลที่ใส่สายสวนบวมแดงหรือมีหนอง หรือมีประวัติสัมผัส อีสุกอีใส หัด คางทูม เป็นต้น

4.6 ขั้นตอนหลักการดำเนินการ

กิจกรรม	มี.ค.-เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.
1.เลือกเรื่องที่จะทำการศึกษาจากผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล 1รายในหน่วยปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด	↔			
2.รวบรวมเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญประวัติการ เจ็บป่วยประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมีแบบแผนการดำเนิน ชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย	↔			
3.ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษา ของแพทย์	↔			
4.ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือตำราทฤษฎีสื่ออินเทอร์เน็ตขอ คำปรึกษาจากหัวหน้าและผู้มีความชำนาญเชี่ยวชาญและ แพทย์ผู้รักษาเพื่อให้เป็นแนวทางในการรักษา			↔	
5.นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์วางแผนให้การพยาบาลตาม กระบวนการพยาบาล			↔	
6.ปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลตาม แผน			↔	
7.สรุปการปฏิบัติการพยาบาล			↔	
8.รวบรวมข้อมูลและประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษามา เปรียบเทียบการปฏิบัติกับทฤษฎี				↔
9. เรียบเรียงการเขียนสรุปรายงานจัดพิมพ์รูปเล่มส่งให้ ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของรายงานพร้อม แก้ไขและเผยแพร่ผลงาน				↔

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

มีผลงานทางวิชาการทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่เข้ารับการปลูกถ่ายไขกระดูกด้วย
เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด จำนวน 1 เรื่อง

5.2 ผลสำเร็จของงาน (เชิงคุณภาพ)

ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่เข้ารับการปลูกถ่ายไขกระดูกด้วยเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติของหน่วยงานในการวางแผนและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการปลูกถ่ายไขกระดูกด้วยเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด

6.2 เพื่อเป็นแนวทางประกอบการนิเทศและพัฒนาคุณภาพของบุคลากรทางการพยาบาล

6.3 เป็นข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าสำหรับผู้สนใจทั่วไป

6.4 เพื่อเป็นการพัฒนาตนเองในการเพิ่มพูนความรู้ทักษะ แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไขกระดูกด้วยเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

เนื่องจากการปลูกถ่ายไขกระดูกด้วยเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดเป็นการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง ดังนั้นพยาบาลจึงมีความจำเป็นต้องมีความรู้ความชำนาญในการป้องกันการติดเชื้อที่เป็นไปตามมาตรฐานทางการพยาบาล บทบาทของวิชาชีพ และสามารถปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไขกระดูกด้วยเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม พยาบาลที่มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพของพยาบาล

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและรูปแบบแผนการรักษาที่ได้รับการปลูกถ่ายไขกระดูกด้วยเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด

9. ข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษา นำไปสู่การจัดทำร่าง/การทบทวน แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล (CPG) สำหรับผู้ป่วย ASCT เพื่อให้การพยาบาลมีมาตรฐานเดียวกันทั้งหน่วยงาน

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

- นำเสนอกรณีศึกษาในที่ประชุมของหน่วยปลูกถ่ายไขกระดูกวันที่ 6 มิถุนายน 2568

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ร้อยละ)

นางสาวศิริพร แสนประเสริฐ ดำเนินการทุกขั้นตอนคิดเป็นสัดส่วน ร้อยละ 100

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ไม่มี

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) สุวิภา แสนประเสริฐ
(นามสกุล) แสนประเสริฐ
(ตำแหน่ง) พนักงานวิชาชีพ ปฏิบัติงาน
(วันที่) 3 / กรกฎาคม / 2569

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวศิริพร แสนประเสริฐ	<u>สุวิภา แสนประเสริฐ</u>

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) นสพ. รินทอ
(นามสกุล) น.ส. นานา รินทอ
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
(วันที่) 3 / ก.ค. / 2569

(ลงชื่อ) ดี น
(นามสกุล) การดีพร น้อมฤต
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
(วันที่) 3 / ก.ค. / 2569

(ลงชื่อ) 
(นามสกุล) (นางพินิจ จอมเพชร)
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ
(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าพยาบาล
(วันที่) 13 / ก.ค. / 69

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 
(นามสกุล) (นายธนสิทธิ์ ไพরণษ์)
(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น
(วันที่) 14 / ส.ค. / 2569

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไขกระดูกด้วยเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด
2. หลักการและเหตุผล

การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด (Hematopoietic Stem Cell Transplantation: HSCT) โดยเฉพาะการปลูกถ่ายแบบใช้เซลล์ของผู้ป่วยเอง (Autologous HSCT) เป็นการรักษามาตรฐานสำหรับผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองบางชนิดที่มีความเสี่ยงสูงหรือโรคกลับเป็นซ้ำ (Czyz et al., 2022) อย่างไรก็ตาม ขั้นตอนการรักษานี้มีความซับซ้อนและนำมาซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและคุกคามชีวิตได้ ผู้ป่วยจะเผชิญกับระยะพักตัวของไขกระดูก (Myelosuppression) ที่ยาวนาน ส่งผลให้เกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำรุนแรง (Severe Neutropenia) ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อรุนแรง การติดเชื้อในกระแสเลือด (Bloodstream Infection) และการเสียชีวิต (Taplitz et al., 2020) นอกจากนี้ ภาวะแทรกซ้อนสำคัญอื่น ๆ เช่น เยื่อหูทางเดินอาหารอักเสบ (Mucositis) ซึ่งส่งผลต่อภาวะโภชนาการและคุณภาพชีวิต ก็พบได้บ่อย (Elad et al., 2020)

โรงพยาบาลขอนแก่นได้จัดตั้งหน่วยปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 – 2568 และได้ให้การรักษาผู้ป่วยไปแล้วกว่า 94 ราย โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย Multiple Myeloma จำนวน 88 รายและ Lymphoma จำนวน 6 ราย (ข้อมูล ณ เดือนธันวาคม 2568) ด้วยจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นและลักษณะเฉพาะทางของงานที่ต้องการความรู้ลึกซึ้ง (Specialized Care) การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในหน่วยงานจึงเป็นความจำเป็นเร่งด่วน พยาบาลต้องมีความรู้เฉพาะทาง ความชำนาญในเทคนิคพิเศษ (เช่น การดูแลสายสวน หลอดเลือดดำส่วนกลาง การจัดการภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน) และสามารถให้การดูแลที่สอดคล้องกับแนวปฏิบัติระดับสากลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และเพิ่มคุณภาพการดูแลโดยรวม (Connors et al., 2020)

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

การปลูกถ่ายไขกระดูกด้วยเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดในผู้ป่วย โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง เป็นหัตถการทางการแพทย์ที่ต้องมีการประสานงานหลายสาขาวิชาชีพ (Interprofessional Collaboration) อย่างเข้มข้น ผู้ป่วยหายขาดและมีโอกาสรอดชีวิตเพิ่มมากขึ้น พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ มีบทบาทเป็นผู้นำทางคลินิกในการสร้างระบบประกันคุณภาพการพยาบาล (Nursing Quality Assurance System) จำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถเฉพาะทางของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไขกระดูกด้วยเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดให้ครอบคลุมแบบองค์รวม มีความทันสมัยและได้มาตรฐาน รวมถึงสามารถเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยที่รักษาต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัดและ

ภาวะแทรกซ้อนที่มีความสำคัญเช่น ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำจากภาวะที่ไขกระดูกในร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลทางการพยาบาลเพื่อป้องกันและดูแลภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและต้องมิกิจกรรมทางการพยาบาลที่เหมาะสมและมีความชัดเจนในการปฏิบัติงานเพื่อให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แนวความคิด

แนวคิดการพัฒนากิจกรรมทางการพยาบาลครั้งนี้ใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาลมี 5 ขั้นตอน ได้แก่การประเมินภาวะสุขภาพ ข้อวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล เพื่อให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยเข้ารับการรักษาการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดและใช้การพยาบาลตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลความสำเร็จตามเป้าหมายของคิง (King : 1981) มีขั้นตอนเหมือนกระบวนการพยาบาล (Nursing process) ซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ 1.การประเมินสภาพ (Assessment) ตามทฤษฎีของคิง (King : 1981) หมายถึงขั้นตอนของการสร้างสัมพันธภาพ การติดต่อสื่อสาร มีการแลกเปลี่ยนการรับรู้ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยบริการ 2. การวางแผนการพยาบาล (Planning) ตามทฤษฎีของคิง (King : 1981) หมายถึงขั้นตอนการร่วมกันกำหนดเป้าหมายแสวงหาวิธีปฏิบัติตกลงยอมรับวิธีปฏิบัติร่วมกัน 3. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) ตามทฤษฎีของคิง (King : 1981)หมายถึงการที่ผู้ให้บริการปฏิบัติตามกิจกรรมตามวิธีที่ตกลงร่วมกันเพื่อการบรรลุเป้าหมายที่วางแผนร่วมกันและพยาบาลมีหน้าที่ปฏิบัติตามบทบาทของพยาบาลเพื่อบรรลุเป้าหมายเช่นกัน 4. การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)ตามทฤษฎีของคิง (King : 1981) การประเมินผลการพยาบาลหมายถึง การที่พยาบาลและผู้ให้บริการร่วมกันประเมินผลการปฏิบัติว่าสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดร่วมกันหรือไม่ ถ้ามีสิ่งใดเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติจะช่วยกันหาวิธี จัดอุปสรรคนั้นเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายที่กำหนดร่วมกันมีประสิทธิภาพผลดี ทั้งในการ ควบคุม ดูแล ป้องกัน และฟื้นฟูโรค เพิ่มคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตทั้งผู้ให้บริการและผู้มีสุขภาพดีได้

ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

เนื่องจากผู้ป่วยที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูกด้วยเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดเพิ่มจำนวนมากขึ้น ความรู้และทักษะเดิม ของพยาบาลที่มีจำกัดและไม่สม่ำเสมอ การพัฒนาทักษะเฉพาะทางสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดเป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยพัฒนาความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 ทีมพยาบาลในหน่วยปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดมีสมรรถนะด้านความรู้และทักษะเฉพาะทางที่ได้มาตรฐานและสอดคล้องกับแนวปฏิบัติที่เป็นปัจจุบัน

4.2 ผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดได้รับการทางการพยาบาลที่มีคุณภาพและปลอดภัยสูงขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงลดลง

4.3 เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยแบบต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพตั้งแต่รับเข้ารักษา การรักษา จนถึงการดูแลหลังจำหน่าย โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมและสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 ด้านกระบวนการ (Process/Output)

- อัตราความสำเร็จในการจัดทำกรอบสมรรถนะ (Competency Framework) และ CNPG สำหรับผู้ป่วย ASCT เป้าหมาย 100% ภายใน 6 เดือน

5.2 ด้านบุคลากร (Staff Competency)

- ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการอบรม (Post-Test) และคะแนนทักษะทางคลินิก (Competency Assessment Tool: CAT) ของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย ASCT เป้าหมาย $\geq 90\%$

5.3 ด้านคุณภาพผลลัพธ์ผู้ป่วย (Patient Outcome)

- อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเม็ดเลือดขาวต่ำที่มีไข้ (Febrile Neutropenia: FN) ระดับ Severe (Grade 3-4) เป้าหมาย ลดลงไม่น้อยกว่า 10% เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยย้อนหลัง 1 ปี (Baseline)

5.4 ด้านประสิทธิภาพ (Efficiency)

- อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Catheter-Related Bloodstream Infection: CRBSI) เป้าหมาย 0 (Zero Tolerance)

- ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการดูแลพยาบาล $\geq 90\%$

(ลงชื่อ) ศิริพร แสนประเสริฐ

(นางสาวศิริพร แสนประเสริฐ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 3 / พฤษภาคม / 2562

ผู้ขอประเมิน