

การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง: รายงานกรณีผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะเซลล์ ของผู้บริจาคทำปฏิกิริยากับเซลล์ของผู้ป่วย

ศศิประภา กิตติธรเรื่องชัย¹ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์), อพย. (การพยาบาลเด็ก)

จิราภรณ์ ปั่นอยู่² ประ.ด. (พยาบาลศาสตร์), อพย. (การพยาบาลเด็ก)

บทคัดย่อ: การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดเป็นทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติในการสร้างเม็ดเลือดในไขกระดูก แม้ว่าการรักษานี้จะช่วยเพิ่มโอกาสในการหายจากโรค แต่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหลังการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะเซลล์ของผู้บริจาคทำปฏิกิริยากับเซลล์ของผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ป่วยเด็กซึ่งหากผู้ป่วยเด็กไม่ได้รับการประเมินและการรักษาอย่างทันทั่วถึง อาจนำไปสู่อันตรายร้ายแรงต่อชีวิต บทความนี้ นำเสนอการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะเซลล์ของผู้บริจาคทำปฏิกิริยากับเซลล์ของผู้ป่วยโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มและการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยเด็กและครอบครัวในการจัดการกับโรค นอกจากนี้ยังเน้นบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยเด็กและครอบครัวแบบองค์รวมทั้งในด้านการประเมิน การวางแผน และการสนับสนุนทางจิตใจและสังคม เพื่อผลลัพธ์ที่ดีในด้านสุขภาพของผู้ป่วยเด็ก รวมถึงการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กและครอบครัวในระยะยาว

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2568; 12(1): 144-156

คำสำคัญ: ภาวะเซลล์ของผู้บริจาคทำปฏิกิริยากับเซลล์ของผู้ป่วย; ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง; ผู้ป่วยเด็ก

¹ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร ผู้รับผิดชอบหลัก, Email: sasiprapa.wuj@mahidol.ac.th

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร วันที่รับบทความ 24 ธันวาคม 2567 วันที่แก้ไขบทความ 20 เมษายน 2568 วันที่ตอบรับบทความ 1 พฤษภาคม 2568

Advanced Practice Nursing: A Case Report of Pediatric Patients with Graft-versus-Host Disease

Sasiprapa Kittithornruengchai¹ M.Sc. (Public Health), Dip. APPN

Jiraporn Punyoo² Ph.D. (Nursing Science), Dip. APPN

Abstract: Hematopoietic stem cell transplantation (HSCT) is a treatment option for patients with cancer and other diseases related to abnormal hematopoiesis in the bone marrow. Although this treatment increases the chances of recovery from the disease, patients remain at risk of severe complications after HSCT, especially complication of graft-versus-host disease (GvHD) in pediatric patients. If pediatric patients have received untimely assessment and treatment, it could potentially lead to life-threatening consequences. This article presents an approach to caring for pediatric patients with GvHD, applying Orem's nursing theory framework and the principles of empowerment to enhance the capacity of pediatric patients and their families in managing these disease conditions. Furthermore, the article highlights the role of Advanced Practice Nurses (APN) in providing holistic care to pediatric patients and their families, including assessment, planning, and psychosocial support to achieve positive health outcomes for pediatric patients, including improving the quality of life for pediatric patients and their families over the long term.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2025; 12(1): 144-156

Keywords: Graft-versus-Host Disease; advanced practice nurse; pediatric patients

¹Advanced Practice Nurse, Nursing Affairs, Ramathibodi Hospital, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok. Corresponding author, E-mail: sasiprapa.wuj@mahidol.ac.th

²Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok.
Received December 24, 2024; Revised April 20, 2025; Accepted May 1, 2025

บทนำ

การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด (hematopoietic stem cell transplantation: HSCT) เป็นวิธีในการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเม็ดเลือดในไขกระดูกที่ผิดปกติ เช่น โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง โรคไขกระดูกฝ่อ โรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่มีอาการรุนแรง และโรคบกพร่องทางภูมิคุ้มกันชนิดต่าง ๆ เป็นต้น¹ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสหายขาดจากโรคได้โดยนำเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด ซึ่งเป็นเซลล์ในไขกระดูกที่สามารถแบ่งตัวพัฒนาเป็นเซลล์เม็ดเลือดได้มาให้แก่ผู้ป่วยทางหลอดเลือดดำ² ภายหลังจากเตรียมผู้ป่วยด้วยการให้ยาเคมีบำบัดขนาดสูงและ/หรือร่วมกับการฉายรังสีทั่วร่างกาย (conditioning regimen) เพื่อลดภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย และเตรียมช่องว่างในไขกระดูกสำหรับให้เซลล์ต้นกำเนิดใหม่เข้าไปอยู่ให้สามารถแบ่งตัวสร้างเม็ดเลือดใหม่และสามารถทำหน้าที่ได้ (engraftment)³ แต่การรักษาที่มีความเสี่ยงสูง ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดได้⁴⁻⁵

ผู้ป่วยเด็กกรณีศึกษานี้ ภายหลังจากการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด เกิดภาวะเซลล์ของผู้บริจาคทำปฏิกิริยาต่อเซลล์ของผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน (acute Graft-Versus-Host Disease: acute GvHD) ทำให้ผู้ป่วยเด็กต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน ครอบครัวมีความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย ผู้ป่วยเด็กยังไม่สามารถดูแลตนเองได้จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ร่วมกับการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเด็ก บทความนี้นำเสนอกรณีศึกษาบทบาทผู้ปฏิบัติการ

พยาบาลขั้นสูงในการดูแลจัดการผู้ป่วยเด็กหลังการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดที่มีภาวะเซลล์ของผู้บริจาคทำปฏิกิริยาต่อเซลล์ของผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนนี้จำเป็นต้องอาศัยการประเมินและป้องกันอย่างทันทั่วทั้งที่เพื่อลดความรุนแรงของภาวะโรค โดยใช้ความรู้ทางการแพทย์ หลักฐานเชิงประจักษ์ ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม และการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน ในการดูแลผู้ป่วยเด็กเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเด็กและครอบครัว

กรณีศึกษาผู้ป่วยเด็ก

ผู้ป่วยเด็กหญิง อายุ 3 ปี นับถือศาสนาพุทธ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ที่อยู่ปัจจุบัน จังหวัดสมุทรปราการ อาศัยอยู่กับบิดา มารดา และยาย สิทธิการรักษาพยาบาลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่ง

อาการสำคัญ 12 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีผื่นแดงนูนบริเวณหน้าอกและลำตัวเพิ่มมากขึ้น ถ่ายอุจจาระเหลวเป็นน้ำ 5 ครั้ง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางทางพันธุกรรมที่มีเม็ดเลือดแดงมีลักษณะทรงกลม (Hereditary Spherocytosis) ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่แรกเกิด มีอาการซีด ตัวตาเหลือง ตับม้ามโต ได้รับเลือด LPB ตั้งแต่อายุ 2 เดือน โดยได้รับทุก 3 สัปดาห์ ร่วมกับได้รับยาขับเหล็ก ทำการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดวันที่ 20 มกราคม พ.ศ.2566 โดยได้รับเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดจากไขกระดูกของพี่ชาย หลังปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดวันที่ 32 ผู้ป่วยเด็กมีภาวะ acute

GVHDในระบบผิวหนังระดับ 1 ความรุนแรงโดยรวมระดับ 1 ได้รับยาทา 0.1% TA lotion ผื่นยุบลงจากนั้นไม่มีผื่นขึ้นอีก จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 25 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 รวมระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล 47 วัน

3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเด็กมาตรวจติดตามอาการภาวะ acute GvHD ในระบบผิวหนังที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกเด็ก พบว่ามีผื่นแดงนูนเพิ่มมากขึ้นบริเวณหลัง หน้าอก ฝ่ามือและฝ่าเท้า จึงได้รับยา Prednisolone (5 mg) 1 tab PO bid และทายา 0.1% Mometasone บริเวณผื่น

12 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ต่ำ ๆ อุณหภูมิร่างกาย 37.8 องศาเซลเซียส มีผื่นแดงนูนบริเวณหน้าอกและลำตัวเพิ่มมากขึ้น ถ่ายอุจจาระเหลวเป็นน้ำ 5 ครั้ง ดูอ่อนเพลีย ญาติจึงพามาโรงพยาบาล

อาการแรกเริ่ม ที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 38.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 140 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 106/68 มิลลิเมตรปรอท ค่าออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ ได้รับการหาสาเหตุของการติดเชื้อทางกระแสเลือด และได้รับยา Piperacillin/Tazobactam หยอดทางหลอดเลือดดำ จากนั้นรับไว้รักษาในหอผู้ป่วยเด็กเล็ก

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ณ วันแรกรับ

Hematology: WBC 5,320 cells/mm³
HCT 27% Hb 9.5 g/dl PLT 36,000 cell/mm³
Neu 81% Lym 10%

Chemistry: Na 131 mmol/L K 4.59 mmol/L Cl 102 mmol/L CO₂ 18.7 mmol/L Mg 2.32 mg/dL AST 93 U/L ALT 99 U/L ALP 231 U/L GGT 36 U/L TP 67 g/L TB 1.1 mg/dL DB 0.5 mg/dL BUN 21 mg/dL Cr 0.39 mg/dL

Cyclosporin A level: 78 ng/mL (ค่าระดับยาตามเกณฑ์ คือ 150–250 ng/ml)

Urinary analysis: yellow colour pH 6.5
WBC 0–1 RBC 0–1 protein 1+

Stool examination: few WBC

Stool culture: negative

ภาวะสุขภาพและการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

ผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดวันที่ 40 มีภาวะ acute GvHD โดยมีอาการทางระบบผิวหนัง คือ มีผื่นแดงนูน และคัน ระบบทางเดินอาหารมีอาการถ่ายอุจจาระเหลวเป็นน้ำ ร่วมกับมีไข้สูง

ภาวะ acute GvHD เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันระหว่าง T lymphocyte ของผู้บริจาคที่ทำปฏิกิริยากับเนื้อเยื่อของผู้รับ เนื่องจากภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยมองว่าเนื้อเยื่อของผู้รับเป็นสิ่งแปลกปลอม⁶⁻⁷ สามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดของผู้บริจาคสามารถทำงานในร่างกายของผู้ป่วยได้ (engraftment) โดยพยาธิสภาพของภาวะ acute GvHD แบ่งเป็น 3 ระยะ ตามกลไกการเกิดโรค⁷ คือ

ระยะที่ 1 เนื้อเยื่อถูกทำลายจากการได้รับยาเคมีบำบัดและ/หรือรังสีรักษาขนาดสูง ทำให้เกิดอันตรายต่อเนื้อเยื่ออวัยวะต่าง ๆ ของผู้รับ เช่น ผิวหนัง เยื่อบุผนังลำไส้และตับ เป็นต้น และทำให้เกิดการหลั่ง inflammatory cytokines ซึ่งมีผลทำให้มีการกระตุ้น (upregulate) กลุ่มยีนที่กำหนดการสร้างโปรตีนและควบคุมลักษณะของแอนติเจนบนผิวเซลล์ที่มีนิวเคลียสทั่วร่างกาย (major histocompatibility complex: MHC) ที่เกี่ยวข้องกับการตอบรับหรือปฏิเสธเนื้อเยื่อบนกลุ่มยีนที่กำหนดการสร้างโปรตีน (MHC) เดียวกันในบริเวณนั้น ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นมีโอกาสทำปฏิกิริยากับเซลล์เม็ดเลือดขาวลิมโฟไซต์ชนิดทีของผู้บริจาคที่ได้รับเข้าไป

ระยะที่ 2 เซลล์เม็ดเลือดขาวลิมโฟไซต์ชนิดทีของผู้บริจาคถูกกระตุ้น (donor T cell activation) ในระยะนี้แอนติเจนของผู้รับ (host antigen) ที่ถูกกระตุ้นขึ้นจากระยะที่ 1 จะส่งผลต่อเซลล์เม็ดเลือดขาวลิมโฟไซต์ชนิดทีของผู้บริจาคที่เข้าไปโดยผ่านทาง การส่งสัญญาณจากแอนติเจนมาที่เซลล์เม็ดเลือดขาวลิมโฟไซต์ชนิดที (antigen presenting cell: APC) ซึ่งจะส่งสัญญาณผ่านทางกลุ่มยีนบนโปรตีนบนผิวเซลล์ไปยังตัวรับของเซลล์เม็ดเลือดขาวลิมโฟไซต์ชนิดที (T cell receptor) ของเซลล์เม็ดเลือดขาวลิมโฟไซต์ชนิดทีของผู้บริจาคที่เป็นเซลล์ผู้ช่วย (T-helper 1) จากนั้นเซลล์เม็ดเลือดขาวลิมโฟไซต์ชนิดทีจะหลั่งสารโปรตีนไปกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย (cytotoxic T cells) และเซลล์เม็ดเลือดขาวที่ป้องกันและกำจัดสิ่งแปลกปลอมเข้าสู่ร่างกาย (Natural Killer cell) ทำให้มีการแบ่งตัวของเซลล์ที่มีความจำเพาะต่อแอนติเจนของผู้รับออกมา

ระยะที่ 3 เซลล์ได้รับผลกระทบจากการอักเสบ (inflammatory effectors) เมื่อเซลล์แสดงผลต่อภูมิคุ้มกันที่มีความจำเพาะต่อการทำปฏิกิริยากับเนื้อเยื่อเป้าหมายของผู้รับ เซลล์เหล่านี้จะทำให้เกิดอันตรายต่อเนื้อเยื่อของผู้รับ ปฏิกิริยาจะเกิดขึ้นผ่านการทำงานของสารโปรตีนที่หลั่งจากเซลล์ในระบบภูมิคุ้มกันเพื่อตอบสนองภาวะการอักเสบ และเซลล์แสดงผลต่อภูมิคุ้มกันที่มีความจำเพาะต่อการทำปฏิกิริยากับเนื้อเยื่อที่อยู่ในบริเวณอวัยวะเป้าหมาย ทำให้เกิดการตายของเซลล์ในอวัยวะเป้าหมาย เกิดเป็นภาวะ acute GvHD

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะ acute GvHD

1. แหล่งที่มาของเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด (source of stem cells) โดยแหล่งของเซลล์ต้นกำเนิดเม็ด

เลือดที่ผู้ป่วยได้รับจากผู้อื่นมีที่มาจาก 3 แหล่งคือจากไขกระดูกเลือด และจากสายสะดือทารก ซึ่งอัตราการเกิด acute GvHD ในผู้ป่วยที่ได้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดจากสายสะดือทารกจะต่ำกว่าการได้รับเซลล์ต้นกำเนิดจากไขกระดูกและจากเลือด⁸

2. HLA typing อุบัติการณ์ของภาวะ acute GvHD จะเพิ่มมากในผู้ป่วยที่ได้รับเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดจากผู้บริจาคที่มีเนื้อเยื่อไม่ตรงกัน (HLA mismatch) และจากผู้บริจาคที่ไม่ใช่พี่น้อง (unrelated donor) โดยพบว่ามียอัตราการเกิด acute GvHD ในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับเซลล์ผู้บริจาคจากพี่น้อง ได้ร้อยละ 35-45 และเกิดได้ร้อยละ 60-80 ในผู้บริจาคที่ไม่ใช่พี่น้องหรือผู้บริจาคที่มีเนื้อเยื่อไม่ตรงกัน^{6,9}

3. ความแตกต่างของเพศระหว่างผู้ให้และผู้รับ⁶

4. ความรุนแรงยาเคมีบำบัดและ/หรือการฉายแสงทั่วร่างกายที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อเตรียมรับเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด⁷

5. จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเคยได้รับเลือด ผู้ป่วยที่เคยได้รับจำนวนเลือดหลายครั้งมีโอกาสเกิดภาวะ acute GvHD ได้สูง⁷

ปัจจุบันได้มีการเรียกประเภทของภาวะ GvHD ตามลักษณะอาการและระยะเวลาที่เกิดขึ้น⁷ ดังนี้

ชนิดที่ 1 classic acute GvHD อาการและอาการแสดงจะพบความผิดปกติใน 3 ระบบหลัก คือ (1) ระบบผิวหนัง เป็นอาการแสดงเริ่มแรกที่พบได้ มีลักษณะเป็นผื่นแดงนูน (maculopapular rash) หรือคล้ายกับผื่นไหม้เกรียมจากการถูกแดดมาก มักพบผื่นแดงนูนบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้าเป็นตำแหน่งแรก ต่อจากนั้นจะลุกลามกระจายไปที่ใบหน้า คอ หูลำตัว หน้าอก แผ่นหลัง และแขนขา สามารถประเมินอาการ

ของภาวะ acute GvHD^{6,8} ดังแสดงในตารางที่ 1 (2) ระบบทางเดินอาหาร ในผู้ป่วยที่มีภาวะ acute GvHD ระดับ 1 จะไม่เกิดอาการในระบบทางเดินอาหาร แต่เมื่อเกิดภาวะ acute GvHD ระดับ 2 ขึ้นไปจะมีอาการแสดงที่สำคัญ คือ ถ่ายอุจจาระเหลวเป็นน้ำ (secretory diarrhoea) ลักษณะอุจจาระเป็นน้ำสีเขียว (green watery) ในผู้ป่วยที่เกิดภาวะ acute GvHD ระดับ 3 ขึ้นไปจะถ่ายอุจจาระเหลวเป็นน้ำปริมาณมาก ดังแสดงในตารางที่ 1 และในผู้ป่วยบางรายที่มีอาการระดับ 3-4 จะถ่ายอุจจาระเป็นเลือดสด เนื่องจากเยื่อผนังลำไส้ถูกทำลาย⁹ นอกจากนี้ยังมีการแสดงอื่น ๆ ของระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักลด และปวดท้องร่วมด้วย และ (3) ตับ ซึ่งระบบการทำงานของตับผิดปกติ ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปวดท้องด้านขวา ตับโต ตัวตาเหลือง ปัสสาวะเป็นสีคล้ำ เมื่อเจาะเลือดจะพบระดับบิลิรูบินในกระแสเลือดสูง (hyperbilirubinemia) และมีการเพิ่มของระดับเอนไซม์ตับ ดังแสดงในตารางที่ 1 ผู้ป่วยที่มีระดับรุนแรงโดยรวมสูงจะนำไปสู่ภาวะตับวายได้⁶ ซึ่งอาการที่กล่าวมาข้างต้นนี้ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในช่วงก่อน 100 วันหลังจากได้รับเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด

ชนิดที่ 2 late acute GvHD จะมีการเช่นเดียวกับ classic acute GvHD แต่จะเกิดขึ้น 100 วันหลังจากได้รับเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด

ชนิดที่ 3 overlap หรือ classic chronic GvHD จะพบอาการความผิดปกติได้ในหลายอวัยวะ คือ ผื่น ผื่นหนัง เล็บ เส้นผม ช่องปาก ตา หลอดอาหาร ปอด กล้ามเนื้อและข้อ และอวัยวะเพศ

การประเมินระดับความรุนแรงภาวะ acute GvHD แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ความรุนแรงที่กระทบต่อการทำงานของ 3 ระบบหลัก คือ ผื่นหนัง ระบบทางเดินอาหาร และตับ และ (2) ความรุนแรงโดยรวม โดยแบ่งความรุนแรงที่กระทบต่อการทำงานของ 3 ระบบหลักออกเป็นระดับความรุนแรงได้ 4 ระดับ ได้แก่ ผื่นหนัง ประเมินจากร้อยละของผื่นบนพื้นที่ผื่นหนัง (body surface area) ระบบทางเดินอาหาร ประเมินจากปริมาณของอุจจาระเหลวใน 1 วัน และการทำงานของตับ ประเมินจากระดับบิลิรูบินในกระแสเลือด จากนั้นนำความรุนแรงของแต่ละระบบมาประเมินความรุนแรงโดยรวมของภาวะ acute GVHD ตามเกณฑ์ของ Glucksberg⁷ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การประเมินและการแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะ acute GvHD

ระดับความรุนแรง	ระบบผื่นหนัง	การทำงานของตับ	ระบบทางเดินอาหาร	
			ส่วนต้น	ส่วนล่าง
1	ผื่นบริเวณผื่นหนังน้อยกว่า 25 ของพื้นที่ผื่นหนัง	ค่าบิลิรูบิน 2-3 มิลลิกรัม/เดซิลิตร	มีอาการเบื่ออาหาร ถ่ายเหลว 10-19.99 มิลลิลิตร/ครั้ง/วัน หรืออาเจียน 4-6 ครั้ง/วัน มีอย่างต่อเนื่อง	อาการเบื่ออาหารคลื่นไส้ หรืออาเจียนอย่างต่อเนื่อง
2	ผื่นบริเวณผื่นหนังร้อยละ 25-50 ของพื้นที่ผื่นหนัง	ค่าบิลิรูบิน 3.1-6 มิลลิกรัม/เดซิลิตร		ถ่ายเหลว 20-30 มิลลิลิตร/ครั้ง/วัน หรือ 7-10 ครั้ง/วัน

ตารางที่ 1 การประเมินและการแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะ acute GvHD (ต่อ)

ระดับความรุนแรง	ระบบผิวหนัง	การทำงานของตับ	ระบบทางเดินอาหาร	
			ส่วนต้น	ส่วนล่าง
3	ผื่นบริเวณผิวหนังมากกว่า ร้อยละ 50 ของพื้นที่ผิวกาย	ค่าบิลิรูบิน 6.1-15 มิลลิกรัม/เดซิลิตร		ถ่ายเหลวมากกว่า 30 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/วันหรือมากกว่า 10 ครั้ง/วัน
4	ผื่นแพร่กระจายมากกว่าร้อยละ 50 ของพื้นที่ผิวกาย และ เกิดเป็นตุ่มน้ำใส	ค่าบิลิรูบิน > 15 มิลลิกรัม/เดซิลิตร		ถ่ายเหลวมากกว่า 30 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/วันหรือมากกว่า 10 ครั้ง/วันร่วมกับอาการปวดท้องอย่างรุนแรงอาจเกิดร่วมกับอาการลำไส้บีบตัว
1	ระดับ 1-2	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
2	ระดับ 3	ระดับ 1	ระดับ 1	ระดับ 1
3	-	ระดับ 2-3		ระดับ 2-4
4	ระดับ 4	ระดับ 4		-

การเกิดภาวะ acute GvHD หลังการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตถึงร้อยละ 50 และภาวะ acute GvHD ระดับรุนแรงจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ต้องเพิ่มขนาดของยากดภูมิคุ้มกันในปริมาณสูงขึ้นซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อและการทำหน้าที่ของอวัยวะที่ผิดปกติ ก่อให้เกิดความเครียดทั้งผู้ป่วยและครอบครัว สร้างความทุกข์ทรมานและที่สำคัญนำไปสู่สาเหตุการเสียชีวิตได้¹⁰⁻¹¹

การรักษาที่ผู้ป่วยเด็กได้รับ

1) เปลี่ยนยา Cyclosporine A จากชนิดรับประทานเป็นยาฉีด คือ Cyclosporine A 24 mg หยอดทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 hr ตรวจติดตามระดับยาในเลือดสัปดาห์ละ 2 ครั้ง และเพิ่มขนาดยาเป็น 30 mg หยอดทางหลอดเลือดดำทุก 12 hr จากนั้นระดับยาในเลือดของผู้ป่วยเท่ากับ 180 ng/mL ซึ่งระดับยาอยู่ในเกณฑ์การรักษา

2) ได้รับยา Hydrocortisone stress dose ฉีดทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 hr จากนั้นเปลี่ยนเป็น Methylprednisolone 6 mg ฉีดทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 hr และเพิ่มขนาดยาเป็น 12 mg ฉีดทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 hr แต่ผื่นเพิ่มมากขึ้น พบว่าร่างกายไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยสเตียรอยด์ จึงให้ยา Basiliximab 10 mg ผสมกับ NSS 50 ml หยอดทางหลอดเลือดดำจำนวน 2 dose ซึ่งเป็นยาทางเลือกในการรักษาภาวะ GVHD หลังผู้ป่วยเด็กได้รับยาพบว่าร่างกายตอบสนองต่อการรักษา ผื่นแดงนูนลดลงน้อย จำนวนครั้งการถ่ายอุจจาระลดลง จากนั้นจึงเปลี่ยนเป็น Prednisolone syr. (1 mg/ml) 10 ml รับประทานวันละ 2 ครั้งหลังอาหาร และค่อย ๆ ลดปริมาณยาจนกระทั่งหยุดยา Prednisolone ได้

3) ได้รับยา Mometasone cream 0.1% และ 0.1% Triamcinolone Acetonide lotion ทาผื่นบริเวณลำตัว

ผู้ป่วยเด็กใช้ระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาล 28 วัน จนสามารถกลับไปพักฟื้นฟูก่อนกลับบ้านได้

วิเคราะห์ตัวอย่างกรณีศึกษา

ผู้ป่วยเด็กรายนี้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงได้นำทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม¹² มาประยุกต์ใช้ในการประเมินและวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยเด็ก โดยโอเร็มอธิบายมโนทัศน์ของการดูแลไว้ว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต มีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ทั้งนี้หากบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้ ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะ acute GvHD มีข้อจำกัดในเรื่องอายุและระดับพัฒนาการ ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ดังนั้นผู้ดูแลจึงเป็นผู้มีความสำคัญ¹² ตามแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม คือให้การดูแลบุคคลในภาวะพึ่งพาตามความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (self-care requisite) 3 อย่าง คือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพเพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ การเจริญเติบโต และพัฒนาการของเด็กให้ปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ผู้ดูแลจึงเป็นส่วนสำคัญในการร่วมดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไปของผู้ป่วยเด็ก ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของผู้ป่วยเด็ก

บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะ acute GvHD

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงมีบทบาทในการร่วมดูแลผู้ป่วยโดยตรง (direct care) โดยเริ่มตั้งแต่

การประเมินภาวะสุขภาพ ดังนี้ (1) อากาศ ผู้ป่วยเด็กหายใจเองได้ดี มีอัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที แต่เนื่องจากภาวะไข้จึงยังจำเป็นต้องเผื่อระวังต่อเนื่อง (2) อาหารและน้ำ ผู้ป่วยเด็กหลังปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดควรรับประทานอาหารที่ปรุงสุก ปรุงใหม่ และสะอาดเสมอ เพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร³ ปัจจุบันผู้ป่วยเด็กอายุ 3 ปี น้ำหนัก 13 กิโลกรัม จากการคำนวณ Holiday sear¹³ พลังงานจากสารอาหารที่ควรได้รับต่อวันเท่ากับ 1,150 กิโลแคลอรี/วัน ผู้ป่วยเด็กมีอาการคลื่นไส้ ไม่รับประทานอาหาร ได้รับเป็นสารอาหารทางหลอดเลือดดำ พลังงานจากสารอาหารที่ได้รับเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย (3) การขับถ่าย ปัสสาวะวันละ 7-8 ครั้ง ถ่ายอุจจาระเหลวเป็นน้ำสีเหลือง ปริมาณมาก บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-สารน้ำออก ประเมินลักษณะและปริมาณอุจจาระทุก 4 ชั่วโมง จึงจำเป็นต้องติดตามและเผื่อระวัง ป้องกันการสูญเสียสมดุลของสารน้ำในร่างกาย พบว่าสารน้ำเข้า-สารน้ำออก มีความสมดุล (4) การรักษาความสมดุลของกิจกรรมและการพักผ่อน ผู้ป่วยเด็กพูดคุยเก่ง ชอบวาดรูปและระบายสีนอนหลับได้วันละ 10-11 ชั่วโมง ถือว่าปกติ¹⁴ (5) การรักษาสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ผู้ป่วยเด็กอยู่ในขั้นพัฒนาความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และความรู้สึกผิด¹⁵ ชอบการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ด้วยตนเอง มีจินตนาการสูง และเริ่มเรียนรู้การติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลภายนอกครอบครัว ในผู้ป่วยรายนี้มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับเจ้าหน้าที่สามารถร่วมดูแลตนเองในกิจกรรมง่ายๆ ได้ เช่น สวมใส่หน้ากากอนามัย แปรงฟัน รับประทานอาหาร โดยมีผู้ดูแลคอยช่วยเหลือ บอกเล่าอาการตนเองด้วยภาษาง่ายๆ ได้ และปฏิบัติตามแนะนำของเจ้าหน้าที่ได้ (6) ป้องกัน

อันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ โดย ประเมินและป้องกันอาการข้างเคียงจากยา ดังนี้ ยา Piperacillin/Tazobactam คือ พิชต่อโต ถ่ายเหลว คลื่นไส้ อาเจียน ผื่น¹⁶ ยา Cyclosporine A คือ พิชต่อโต ความดันโลหิตสูง ระดับแมกนีเซียมในเลือดต่ำ ระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง ชัก¹⁷ ยา Prednisolone คือ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูงขึ้น¹⁷ ยา Basiliximab คือ ไข้ คลื่นไส้ อาเจียน กดภูมิคุ้มกันของร่างกาย¹⁸ ด้านการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยเด็กอยู่ในภาวะเจ็บป่วย มีข้อจำกัดเรื่องอายุและระดับพัฒนาการ จึงเป็นความรับผิดชอบของผู้ดูแลที่จะช่วยเหลือ และพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยเด็กให้สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองได้ตามศักยภาพและสภาพของผู้ป่วยเด็ก นอกจากนี้ในการประเมินครอบครัวพบว่า ผู้ดูแลหลัก คือ ยาย ซึ่งยายอ่านหนังสือไม่ออก เขียนหนังสือไม่ได้ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการสอน และฝึกปฏิบัติการดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากภาวะ acute GvHD ทั้งนี้ผู้ดูแลยังไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากภาวะ acute GvHD ได้ ผู้ดูแลขาดความมั่นใจ และกลัวภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จึงสามารถสรุปได้ว่าผู้ป่วยเด็กรายนี้มีความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care demand) มากกว่าความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) ดังนั้น ผู้ป่วยเด็กรายนี้จึงมีความพร่องในการดูแลตนเอง (self-care deficit) ใช้ระบบพยาบาลทดแทนบางส่วน (partly compensatory nursing system) สำหรับผู้ป่วยเด็ก และใช้ระบบพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ (educative supportive nursing system) สำหรับผู้ดูแล

ด้วยวิธีการสอนและการชี้แนะแนวทาง (educating) โดยเน้นเรื่องการดูแลเมื่อมีภาวะ acute GvHD ร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน¹⁹ ซึ่งเป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพของชีวิต ให้บุคคลตระหนักในศักยภาพของตนเองในการดูแลรักษาสุขภาพ ในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจมีการให้การรับการแลกเปลี่ยนการมีปฏิสัมพันธ์กัน วางเป้าหมายร่วมกัน ช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ ทั้งนี้เพื่อพัฒนาผู้ดูแลให้มีความสามารถที่จะดูแลผู้ป่วยเด็กได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะ acute GvHD จำเป็นต้อง ประเมินและเฝ้าระวังติดตามต่อเนื่องในช่วง 100 วัน แรกหลังการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด³ การดูแลต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมีบทบาทสำคัญในการจัดการดูแลรายกรณี (case management) มีการประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence based practice) การประสานงาน (collaboration) และเป็นที่ปรึกษาให้กับพยาบาลและทีมในการจัดการปัญหาสุขภาพ (consultation) เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ข้อวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลของผู้ป่วยเด็ก มีดังนี้

1. เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะ acute GvHD เกี่ยวเนื่องจากผู้ป่วยเด็กพร่องความสามารถในการดูแลตนเอง

2. เสี่ยงต่อภาวะขาดน้ำ อาหาร และสมดุลอิเล็กโทรลัยต์เกี่ยวเนื่องจากผู้ป่วยเด็กพร่องความสามารถในการรักษาสสมดุลของสารน้ำในร่างกาย

3. ผู้ดูแลขาดความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างเพียงพอ ส่งผลให้เกิดความกลัวและตระหนักถึงความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อน

4. ครอบครัวกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายเนื่องจากสิทธิการรักษาไม่ครอบคลุมค่ายา

การรักษาผู้ป่วยเด็ก แพทย์มีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาเป็นระยะ และต้องรอประเมินการตอบสนองต่อการรักษา ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงได้ร่วมประเมิน ป้องกัน และติดตามภาวะ acute GVHD กับทีมสหสาขาวิชาชีพ หลังจากแพทย์ให้การรักษา และปรับยาเคมีคุ้มกันให้มีระดับยาตามเกณฑ์การรักษา ผื่นผิวหนังจากเดิมที่มีผื่นผิวหนังร้อยละ 50 ของพื้นที่ผิวกาย ลดลงเหลือประมาณร้อยละ 15 ของพื้นที่ผิวกาย ลักษณะผื่นดูแห้งและสีคล้ำ ไม่มีอาการคัน อาการคลื่นไส้อาเจียนลดลง ผู้ป่วยเด็กมีสีหน้าสดใสขึ้น เล่นบนเตียงได้ สามารถรับประทานอาหารอ่อนได้ ถ่ายอุจจาระลดลงเหลือ 2 ครั้ง/วัน ลักษณะอุจจาระปกติ ปริมาณสารน้ำเข้า-ออก มีความสมดุล แสดงว่าร่างกายมีการตอบสนองต่อการรักษา แต่ยังจำเป็นต้องติดตามและเฝ้าระวังต่อเนื่อง

นอกจากนี้ในระหว่างการรักษา มีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาเป็นระยะ ผู้ดูแลเกิดความกลัวในการดูแลผู้ป่วยเด็กจากภาวะแทรกซ้อนอื่นที่เกิดขึ้น กรณีศึกษาผู้ป่วยดูแลขาดความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างเพียงพอ ในช่วงระยะเวลาดังกล่าว ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ได้วางแผนให้ความรู้ในการให้ข้อมูลและแผนการรักษาที่ชัดเจนด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยเด็กมาอนโรงพยาบาล โดยเริ่มจากการประเมินก่อนการสร้างพลังอำนาจถึงความผูกพัน และความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล เนื่องจากเป็นพื้นฐานสำคัญของการสร้างแรงจูงใจ ทำให้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจดำเนินได้อย่างต่อเนื่อง จากนั้นเริ่มกระบวนการสร้างพลังอำนาจ ดังนี้ (1) การค้นพบสถานการณ์จริง

(discovering reality) จากการประเมินผู้ดูแลสามารถทำตามคำแนะนำและมั่นใจในการดูแลที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ แต่ไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองเนื่องจากคิดว่าตนเองไม่มีความรู้เพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วยเด็ก นอกจากนี้ผู้ดูแลยังกลัวว่าอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นกับผู้ป่วยเด็ก (2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) จากความกลัวของผู้ดูแล ผู้ดูแลจึงเริ่มพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเด็ก โดยผู้ดูแลกล่าวว่า “ถึงยายจะกลัว อ่านหนังสือก็ไม่ออก แต่ยายก็อยากเรียนรู้ ต้องเรียนรู้ตั้งแต่ตอนนี้นำให้ได้ เพราะว่าไม่เร็วหรือช้า ยายก็ต้องพาหลานกลับบ้าน ไปดูแลหลาน ยายอยากให้หลานหายป่วย” (3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง (taking action) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ได้สอนสังเกตอาการ และการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะ acute GvHD อย่างถูกต้องโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย พร้อมรูปภาพประกอบการอธิบายถึงอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้น การให้ข้อมูลให้เป็นระยะๆ อย่างช้า ๆ ต่อเนื่อง ประเมินผู้ดูแลพบว่า ผู้ดูแลมีการจดจำ และวาดรูปตามความเข้าใจของตนเอง เริ่มมีความมั่นใจในความรู้ความสามารถของตนเอง สามารถให้การดูแลผู้ป่วยเด็ก สังเกตอาการ และบอกเวลาการรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง สามารถร่วมวางแผนการรักษาผู้ป่วยเด็กได้ และ (4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) ผู้ดูแลสามารถร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กได้ สีหน้า แววตา มีความมั่นใจในการดูแลสามารถจัดการสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเองขณะอยู่โรงพยาบาล และสามารถปรับการดำเนินชีวิตของตนเองและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ยังจำเป็นต้องติดตาม เฝ้าระวังภาวะ GvHD อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ได้พัฒนาเครื่องมือสำหรับประเมินระดับความรุนแรงภาวะ acute GvHD สำหรับพยาบาล เป็นที่ปรึกษากับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย

เด็กที่มีภาวะ acute GvHD เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ในการดูแลและเห็นถึงประเด็นสำคัญในการดูแลเนื่องจากภาวะ acute GvHD ระดับรุนแรงจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็ก ต้องได้รับการรักษาเป็นระยะเวลานาน ต้องเพิ่มขนาดของยากดภูมิคุ้มกันในปริมาณสูงขึ้นซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อและการทำหน้าที่ของอวัยวะที่ผิดปกติ⁸ ผลลัพธ์ของกระบวนการนี้ (clinical outcomes) ทำให้ผู้ดูแลมีศักยภาพในการร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กร่วมกัน และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวมีการดูแลได้อย่างเหมาะสม สำหรับเรื่องสิทธิ์การรักษาไม่ครอบคลุมค่ายาในการรักษาภาวะ acute GvHD มีการประสานงานกับหน่วยสังคมสงเคราะห์เรื่องค่าใช้จ่ายส่วนเกินในการรักษาให้กำลังใจผู้ดูแล เปิดโอกาสให้ซักถามและระบายความรู้สึก และให้การสนับสนุนแหล่งประโยชน์สำหรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ภายหลังจากที่แพทย์รักษาและควบคุมภาวะ acute GvHD ได้ จึงปรับยากดภูมิคุ้มกันและยาอื่น ๆ เป็นแบบรับประทาน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงได้ให้ความรู้เรื่องการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันแก่ยาย ซึ่งเป็นผู้ดูแล และเน้นย้ำถึงความสำคัญการรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน Cyclosporin A อย่างถูกต้องเนื่องจากระดับยากดภูมิคุ้มกันที่เหมาะสมสามารถป้องกันและลดโอกาสการเกิดภาวะ acute GvHD ได้โดยเน้นย้ำให้ผู้ป่วยเด็กรับประทานยาเวลาเดิมทุกวัน วันละ 2 ครั้ง และรับประทานยาตอนท้องว่าง คือ เวลา 7.00 น. และเวลา 19.00 น. หลีกเลี่ยงการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันร่วมกับนม ยาลดกรด และยาเสริมธาตุเหล็ก เน้นย้ำถึงความสำคัญของการประเมินและเฝ้าระวังภาวะ acute GvHD และได้พัฒนาทักษะของผู้ดูแลเรื่องการประเมินภาวะ acute GvHD⁷ โดยนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาพัฒนาเป็นเครื่องมือ GvHD self-assessment tool for quickly alert สำหรับผู้ดูแล

ในการประเมินภาวะ acute GvHD เมื่อกลับบ้าน เครื่องมือนี้มีรายละเอียดอาการของแต่ละระบบ คือ ระบบผิวหนัง ระบบทางเดินอาหาร และตับ จำแนกสีตามระดับความรุนแรงของอาการ ใช้ภาษาที่ชัดเจนเข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถสังเกตและประเมินผู้ป่วยเด็กได้เมื่อมีอาการของภาวะ acute GvHD และสามารถมาโรงพยาบาลเพื่อให้การรักษาได้อย่างทันทั่วทั้ง โดยผู้ดูแลสามารถใช้เครื่องมือสังเกตอาการ acute GvHD ตามระบบได้ และผู้ดูแลจะจัดยาให้ผู้ป่วยเด็กรับประทานยาอย่างถูกต้องตรงตามเวลา เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยเด็กได้อย่างถูกต้อง

การดำเนินงานวางแผนการดูแลผู้ป่วยเด็กต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน มีประสานการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยประเมินความพร้อมของผู้ป่วยเด็ก ผู้ดูแล และครอบครัวในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านร่วมกับพยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้าน ทวนสอบความรู้ของผู้ดูแลเนื่องจากจำเป็นต้องมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กหลังปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดและยังจำเป็นต้องเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน 2) ประเมินการจัดเตรียมที่พักและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ป่วยเด็ก โดยที่พักมีความสะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่มีสัตว์เลี้ยง สามารถเดินทางจากที่พักมาโรงพยาบาลโดยรถยนต์ได้ภายใน 1 ชั่วโมง ทั้งนี้เน้นย้ำอาการสำคัญที่ควรรับมาโรงพยาบาล คือ มีไข้ตั้งแต่ 38 องศาเซลเซียส เหนื่อย อาการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ มีจุดเลือดออกตามร่างกาย มีผื่นแดงคันตามร่างกาย มีปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะ/อุจจาระมีเลือดปน หรือถ่ายอุจจาระเหลวสีเขียว โดยมีการประสานงานหน่วยพยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามเยี่ยมประเมินการดูแลที่บ้าน 3) การดูแลผู้ป่วยเด็กเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน คือ อาหารที่ผู้ป่วย

รับประทานต้องเป็นอาหารปรุงสุก ปรุงใหม่และสะอาด ซึ่งผู้ดูแลเป็นผู้รับผิดชอบทำอาหารให้รับประทาน 4) เน้นย้ำให้ผู้ป่วยเด็กพักอาศัยอยู่ในที่พัก ไม่เดินทางไปในที่ชุมชน หากต้องออกไปในที่ชุมชนต้องสวมใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลา 5) รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง และมาตรวจตามนัด จากกระบวนการทั้งหมดในการเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายกลับบ้านเพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ดูแลและครอบครัวรับทราบการดูแลเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน รับทราบแผนการรักษาและการมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอกเด็ก ผู้ดูแลพาผู้ป่วยมาติดตามการรักษาต่อเนื่องทุกสัปดาห์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ

สรุปกรณีศึกษา

การดูแลผู้ป่วยเด็กปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดที่มีภาวะ acute GvHD ผู้เขียนในฐานะผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง มีบทบาททั้งในการร่วมดูแลผู้ป่วยโดยตรง (direct care) โดยนำทฤษฎีการพยาบาลของไอริ้มมาประยุกต์ใช้ในการประเมินและวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยเด็ก การพัฒนาเครื่องมือสำหรับประเมินระดับความรุนแรงภาวะ acute GvHD สำหรับพยาบาล และเครื่องมือในการเฝ้าระวังอาการภาวะ acute GvHD สำหรับผู้ดูแลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) การประสานงาน (collaboration) กับสหสาขาวิชาชีพในการร่วมดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การทำหน้าที่ให้ความรู้ (educating) เป็นที่ปรึกษา (consultation) พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะ acute GvHD เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กหลังปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด พิทักษ์สิทธิประโยชน์ที่ควรได้รับ และเฝ้าระวังอันตรายจากการรักษา (ethical

reasoning and ethical decision making) สร้างเสริมพลังอำนาจ (empowerment) แก่ผู้ดูแลในการดูแลต่อเนืองที่บ้านและติดตามดูแลผู้ป่วยเด็กต่อเนื่อง (case management) จนเกิดผลลัพธ์ (clinical outcomes) ที่ดี คือ ผู้ป่วยเด็กปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

จากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะ acute GvHD ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กและครอบครัว การนำทฤษฎีการพยาบาลของไอริ้มมาประยุกต์ใช้ในการประเมินและวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยเด็ก ร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเพื่อการวางแผนเป้าหมายและดูแลร่วมกัน ทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ มีทักษะในการปฏิบัติ และมีความมั่นใจในการดูแลให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยเด็กได้อย่างถูกต้องโดยนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ในการดูแล นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเด็กและครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

1. Passweg JR, Baldomero H, Bader P, et al. Hematopoietic stem cell transplantation in Europe 2014: More than 40,000 transplants annually. Bone Marrow Transplant. 2016; 51(6): 786–92. doi: 10.1038/bmt.2016.20.
2. Maziarz RT, Slater SS. Blood and marrow transplant handbook. Cham: Springer; 2015.
3. Pakakasama S. Hematopoietic Stem Cell Transplantation. 2nd ed. Bangkok: Nextstep D–sign & print; 2015. Thai.

4. Atilla E, Atilla PA, Toprak SK, et al. A review of late complications of allogeneic hematopoietic stem cell transplantations. Clin Transplant. 2017; 31(10): 1-13. doi: 10.1111/ctr.13062.
5. Hierlmeier S, Eyrich M, Wölfl M, et al. Early and late complications following hematopoietic stem cell transplantation in pediatric patients – A retrospective analysis over 11 years. PLoS One. 2018; 13(10): e0204914. doi: 10.1371/journal.pone.0204914.
6. Ghimire S, Weber D, Mavin E, et al. Pathophysiology of GvHD and other HSCT-related major complications. Front Immunol. 2017; 8:(79): 1-11. doi: 10.3389/fimmu.2017.00079.
7. Schoemans HM, Lee SJ, Ferrara JL, et al. EBMT–NIH–CIBMTR task force position statement on standardized terminology & guidance for graft-versus-host disease assessment. Bone Marrow Transplant. 2018; 53(11): 1401-15. doi: 10.1038/s41409-018-0204-7.
8. Penack O, Marchetti M, Aljurf M, et al. Prophylaxis and management of graft-versus-host disease after stem-cell transplantation for haematological malignancies: updated consensus recommendations of the European Society for Blood and Marrow Transplantation. Lancet Haematol. 2024; 11(2): 147-59. doi: 10.1016/S2352-3026(23)00342-3.
9. Kenyon M, Babic A. The European Blood and Marrow Transplantation Textbook for Nurses. Cham, Switzerland: Springer; 2018.
10. Rashidi A, Hamadani M, Zhang MJ, et al. Outcomes of haploidentical vs matched sibling transplantation for acute myeloid leukemia in first complete remission. Blood Adv. 2019; 3(12): 1826-36. doi: 10.1182/bloodadvances.2019000050.
11. Nava T, Ansari M, Dalle JH, et al. Correction: Supportive care during pediatric hematopoietic stem cell transplantation: beyond infectious diseases. A report from workshops on supportive care of the Pediatric Diseases Working Party (PDWP) of the European Society for Blood and Marrow Transplantation (EBMT). Bone Marrow Transplant. 2020; 55(6): 1126-36. doi: 10.1038/s41409-020-0838-0.
12. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. Nursing: Concepts of practice 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
13. Meyers RS. Pediatric Fluid and Electrolyte Therapy. JPPT. 2009; 14(4): 204-11.
14. Paruthi S, Brooks LJ, D'Ambrosio C, et al. Recommended amount of sleep for pediatric populations: A consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine. J Clin Sleep Med. 2016; 12(6): 785-6. doi: 10.5664/jcsm.5866.
15. Erikson EH. Identity: Youth and crisis. New York: W. W. Norton; 1968.
16. Alosaimy S, Lagnf AM, Hobbs ALV, et al. Nephrotoxicity of vancomycin in combination with beta-lactam agents: Cefotolozane-Tazobactam vs Piperacillin-Tazobactam. Clin Infect Dis. 2023; 76(3): e1444-e55. doi: 10.1093/cid/ciac670.
17. Admiraal R, Boelens JJ. Pharmacotherapy in pediatric Hematopoietic Cell Transplantation. Handb Exp Pharmacol. 2020; 261: 471-89.
18. Mo XD, Hong SD, Zhao YL, et al. Basiliximab for steroid-refractory acute graft-versus-host disease: A real-world analysis. Am J Hematol. 2022; 97(4): 458-69. doi: 10.1002/ajh.26475.
19. Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. J Adv Nurs. 1995; 21(6): 1201-10.